

当院における 消化管出血の診断・治療

消化器内科副部長 柄川 悟志



●略歴

平成9年	大阪大学医学部医学科卒業
大阪大学医学部附属病院	第一内科
平成10年	大阪厚生年金病院 内科
平成14年	大阪大学 消化器内科 研究生を経て大学院生
平成20年	大阪大学医学部附属病院 内視鏡センター 医員
平成22年	関西労災病院 消化器内科
平成24年	同 消化器内科副部長
平成20年	医学博士(大阪大学 消化器内科学)
平成15年	日本消化器病学会 専門医
平成23年	日本消化器内視鏡学会 指導医

●資格

はじめに

いつも大切な患者様をご紹介いただき、誠にありがとうございます。

臨床で問題となる消化管出血は、上部消化管出血、下部消化管出血、さらに原因不明の消化管出血(Occult Gastrointestinal Bleeding : OGIB)に大別されます。OGIBの多くは、小腸内視鏡の進歩により診断が可能となりました。

当院ではダブルバルーン小腸内視鏡を2004年に、カプセル内視鏡を2008年に導入し、多くの小腸検査を経験しています。また、小腸内視鏡のみならず、2012年2月の内視鏡センター (<http://www.kanrou.net/whatsnew/6051.html>)立ち上げ以降、ますます多くの消化管内視鏡検査を行い、消化器外科との連携を図りながら、様々な消化管疾患の診療に当たっています。

消化管出血の原因となる疾患は、食道では、食道静脈瘤、食道癌などが代表的疾患であり、胃では、胃潰瘍、胃癌、マロリーワイス症候群などに比較的多く遭遇します。大腸では、虚血性大腸炎、大腸憩室出血、直腸潰瘍、大腸癌、放射線性直腸炎、炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎、クローキン病)を念頭に置き検査を進めます。原因不明の消化管出血として小腸の精査を行い、診断される疾患としては、小腸潰瘍、小腸血管性病変、小腸癌、小腸腫瘍、放射線性小腸炎などが挙げられます。



内視鏡センター内の様子

上部消化管出血

食道、胃、十二指腸からの出血を指しますが、上部消化管内視鏡により診断・治療を行います。当院では年間約5000件の上部消化管内視鏡検査を行っており、吐血や血便などで来院された救急患者様の緊急内視鏡も積極的に行ってています。食道静脈瘤に対する止血法は、緊急時には内視鏡的静脈瘤結紮術(Endoscopic Varices Ligation : EVL)を施行し、全身状態が落ち着いた後に内視鏡的静脈瘤硬化療法(Endoscopic Injection Sclerotherapy : EIS)により静脈瘤からの再出血を予防します。胃潰瘍からの出血に対しては、高周波止血鉗子による凝固止血、クリップによる機械的止血、エピネフリン加高張食塩水局注による組織圧迫止血から適切な止血法を選択し治療します。胃癌、GAVE、DAVEなどによる滲み出るような出血に対してはアルゴンプラズマ凝固療法(Argon Plasma Coagulation : APC)により凝固止血を行います。

胃潰瘍の診断に関する注意点としては、内視鏡的に良性の潰瘍と判別困難な進行胃癌も存在しますので、必ず生検による病理組織の確認、内服治療後の治癒確認の内視鏡を行うことが重要です。

下部消化管出血

上部消化管出血の場合、血液は消化管を通過する間に変性し黒色便となりますが、大腸からの出血の場合、赤色の血便となることが多い、下部消化管出血が強く疑われる場合、下部消化管内視鏡(大腸内視鏡)により診断・治療を行います。

緊急の下部消化管内視鏡検査も、可能であれば下剤を内服してもらい、大腸内の残便を極力減らし、観察しやすい状態で行います。

大腸憩室出血に対しては、出血点を同定できればクリッピングにより止血します。放射線性直腸炎に対してはAPCを用いることが多く、直腸潰瘍に対しては、露出血管を認める場合は胃潰瘍と同様に高周波止血鉗子を使用します。

虚血性大腸炎、炎症性腸疾患、大腸癌と診断した場合は絶食・安静・補液による保存的な治療を行います。

OGIB(Occult Gastrointestinal Bleeding)

上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡で消化管出血の原因が不明である場合、小腸からの出血を念頭に置き、カプセル内視鏡またはダブルバルーン小腸内視鏡を行います。ただし、これらの内視鏡施行前には必ず腹部CTを撮影し、小腸の粗大病変の有無を確認しておくことが必要です。

カプセル内視鏡は、径11mm、長さ26mmのカプセルを飲むことで小腸の画像を撮影でき、検査を受ける方の体の負担が少ない利点がありますが、ダブルバルーン小腸内視鏡と異なり、生検や止血処置を行うことができませんし、血液で小腸粘膜が観察できない場合に水で洗うこともできません。

OGIBのマネージメントは、まだ確立された方法が無いのですが、まずカプセル内視鏡により小腸内の血液がどの部分から出現するか、あるいは出血源となる病変を確認した後に、生検や止血などの処置が必要であればダブルバルーン小腸内視鏡を施行するという流れが一般的になりつつあります。当院でも患者様の状態に応じてではありますが、上記の手順でOGIBの診断・治療に当たっています。

当院でのカプセル内視鏡、ダブルバルーン小腸内視鏡を行った症例を検討し、症状出現からカプセル内視鏡までの期間と、カプセル内視鏡による出血源の診断能の関連を解析したところ、カプセル内視鏡で出血源の診断が可能であった群は、診断できなかった群と比較して有意に症状出現から検査施行までの期間が短いことが明らかとなりました(消化器病学会近畿支部例会 シンポジウム 原因不明の消化管出血の診断と治療 2012)。

小腸の出血に対しては、内視鏡止血可能なものはAPCあるいはクリッピングによる止血を行います。また腫瘍性の出血の場合、内視鏡的止血は不可能であることが多く、外科切除が選択されます。

おわりに

当院では消化管の内視鏡診断・治療を充実させるべく、日々の研鑽を積み重ねると共に、紹介いただいた症例を含め、これまで経験した症例に関する検討を行い、これからの診療のさらなる改善を目指しています。今後ともよろしくお願ひいたします。