

## 虚血性消化管疾患の診療

三楽病院内視鏡部長

和田 友 則

(聞き手 大西 真)

**大西** 和田先生、虚血性の消化管疾患についてお話をうかがいたいと思います。

まず、疾患概念から教えていただけますか。

**和田** 疾患概念について申し上げますと、虚血性腸疾患というのは、その名のとおり、腸管虚血による変化が原因で諸症状が起こる疾患ということで、BoleyとMartsonという学者によって最初に提唱されました。

端的に言いますと、腸間膜動脈などの一番太い主幹動脈の閉塞はないのだけれども、腸間膜動脈末梢枝の狭窄や閉塞による血流障害で腸管粘膜障害をきたす疾患です。そういう疾患特性上、部位として多いのは側副血行路に乏しい下腸間膜動脈ですけれども、上腸間膜動脈に障害が生じる場合もあります。広い意味では腸間膜動脈主幹部に閉塞をきたす病態や腸間膜静脈血栓症という静脈に血栓をきたす病態も指す場合があります。

**大西** 病因について、どういうもの

がありますでしょうか。

**和田** 病気の因子として一番よくいわれているのは高齢です。あと、基礎疾患として動脈硬化、日常習慣として便秘というものが主たるリスクファクターとしてあげられています。

機序としては、腸管血流が減少することによって引き起こされた低酸素状態が改善して再灌流を起こすことが原因で組織障害が誘発されると考えられています。

血管側の因子としては、今申し上げたような動脈硬化や循環不全、心不全等があります。また腸管側因子として便秘による腸管内圧亢進や蠕動異常があげられます。

**大西** 次に疫学的なことをうかがいたいのですが、ご高齢の方などに多いのでしょうか。

**和田** ご高齢の方に多いのですが、若年発症の方もまれではないという報告があります。また性別では男性よりも女性のほうが2～3倍多いといわれています。

**大西** 実際の病理の像、そのあたりについて教えていただけますでしょうか。

**和田** 顕微鏡的な病理所見としては、粘膜あるいは粘膜下層の広い範囲での浮腫、粘膜の脱落、びらん、腸管の粘膜腺管の壊死があげられます。いわゆる立ち枯れ像とか炎症細胞の浸潤という所見です。慢性期では多数の担鉄細胞というものが出現してくることがありますが、虚血性腸炎に特異的な所見はないだろうということになっています。

**大西** それでは、実際の臨床症状はどのようなものがあるのでしょうか。

**和田** 代表的なものとして突然の腹痛、下痢、新鮮血の血便が三大主徴といわれています。ただ、血便といいますが、輸血を要したり、ショックをきたすほどの大量の出血ではありません。腹部の疾患一般的にいわれるのですけれども、ご高齢の方では腹痛症状が乏しくて表に出ないことも少なからずあります。また壊疽型といって、腸管が壊死して不可逆性に急激に進行するタイプには要注意で、緊急手術の適応になります。

**大西** 症状もいろいろあるということですね。

**和田** 腸管内の好発部位は左側結腸といわれています。左側結腸といいますと、S状結腸と下行結腸を指します。そこを支配している下腸間膜動脈は、

末梢の吻合枝つまり血管間の交通が少なく融通がきかないため、血流障害に陥りやすいと考えられています。

**大西** この疾患の予後はどうなのでしょう。

**和田** 一般臨床家が診る大部分の虚血性腸炎は一過性型といわれる一番軽いもので、非常に予後が良好であり、1～2日の腸管安静で症状は改善します。狭窄型では数週間か数カ月で次第に癒痕性狭窄が固定化されます。また、先ほど申し上げたとおり、壊疽型というのは非常に重症であり、頻度はそれほど多くはないのですが、予後不良で、緊急手術をしても死亡率が50%以上です。また、虚血性腸炎が再発をきたす例もあり、その頻度は5～10%といわれています。

**大西** お年寄りの方だけではなく、若い方にもいらっしゃるというお話だったのですけれども、何か違いはありますか。

**和田** お年寄りでは便秘と並んで動脈硬化等の心血管系の慢性疾患が基礎疾患にある方が多いです。一方で若い方にはこういった血管疾患がベースにあることは少なく、便秘が主たる要因となってきます。そういった意味で日頃の便通コントロールというのは非常に大事なことだといえます。

**大西** それでは、実際の診断のプロセスといいますか、様々な検査があると思いますけれども、そのあたりを教

えていただけますか。

**和田** 先ほど申しましたとおり、突如の腹痛、下痢、新鮮血の排出という三大症状で、まず本疾患を疑うこととなります。それと並行して、最近の抗生物質服用の有無を問診します。抗生物質が原因の出血性大腸炎というものもまれではありません。あと、糞便を培養して、感染性の腸炎というものも否定しておかなければなりません。病院にいらっしゃる方は症状が強くて、正確な診断を求めているいらっしゃる方が多いですので、もし全身状態がよくて検査に耐えうるようであれば、浣腸による軽い前処置のみで、また場合によっては前処置なしで大腸内視鏡検査を行うこととなります。

軽症の場合はこれで診断がついて、血液検査所見も非常に軽度の異常しか認められません。重症化した場合は、これは非常に注意を要するのですが、代謝性アシドーシスを呈したり、CPK、LDH、アミラーゼといった血中の酵素上昇を認めたりします。

直腸は非常に血流が豊富で側副血行も多く血流の融通がききやすいので、虚血に陥ることは少ないといわれています。逆に、右側結腸の病変の場合は血栓症とか塞栓症、あと静脈血栓症等を疑って血管造影を行うこともあります。

大腸内視鏡検査は一般的な検査として第一選択で行いますけれども、決して無理は禁物です。送気を過多にすると循環状態が悪化することもありますし、中を観察した状態で腸粘膜の色つやが悪かったり、暗い紫とか黒色をしている場合は、腸管の壊死を伴う重症化の徴候だということを疑って、それ以上スコープを進めないよう注意しなければなりません。

典型的な大腸内視鏡所見を申し上げますと、先ほどお話ししたとおり、左側下行結腸から左側結腸に区域性的発赤、粘膜浮腫があげられます。また、びらんや縦走潰瘍といって、横ではなくて縦に走る潰瘍が認められます。これは非常に特徴的な所見です。

また、バリウムを用いた注腸造影検査を行うこともあります。最近は施行頻度が少なくなったのですが、この検査の利点は病変の範囲が立体的につかめることにあります。

その他、よく行う検査としまして、腹部のエコーやCT検査があります。腸管壁が区域性にむくんで肥厚を起こしていることを明瞭に描出することが可能です。

**大西** 先ほど非常に軽いものから重いものまでであるというお話でしたけれども、治療方針はどのように組んでいったらよろしいでしょうか。

**和田** まず重症例を見極めるということが臨床家にとって大事なことです。一番多い一過性のタイプの軽症例では必ずしも入院は必要なく、自宅で水分

を中心の食事にして安静にしていってくださいということで軽快する場合も十分あります。高齢者の場合は二次的な感染などの副次症状が併発することがありますので、原則入院による腸管安静と補液、点滴が必要になります。

腹膜刺激症状と申しますが、おなかに非常に激しい痛みや反跳痛がある方は重症例を疑います。その場合は腸管が壊死に陥っていることを十分念頭に置いて、先ほど申しましたような血液検査所見等も確認したうえで、緊急の外科手術という方針で、すぐさま行動に移さなければなりません。

軽症の方はだいたい腸管安静と点

滴だけで改善することが多いのですが、細菌感染を二次的に併発することを防ぐために、必要に応じて抗生物質を投与する場合があります。

狭窄型では炎症症状が落ち着いていく過程で腸管の罹患部位に癒痕性の狭窄が固定化されていきます。これは症状を発症して数週間から、場合によっては数カ月かかることがあります。そういう場合は、緊急性はないのですが、十分に評価したうえで、待機的な外科手術で狭窄部分を切除するということも検討しなければなりません。

**大西** どうもありがとうございます。