

小腸疾患の診断と治療

NTT東日本関東病院消化器内科・内視鏡部長

松橋 信行

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 小腸疾患の診断と治療ということで、松橋先生におうかがいいたします。

小腸疾患、従来あまりないと思われていたようですが、最近、注目されていますけれども、どういった場合に疑うのでしょうか。

松橋 原因不明消化管出血と我々は呼んでいるのですけれども、出血があった、黒い便ないし赤い便が出ただけけれども、胃の検査をやっても、大腸の検査をやっても、原因となる病変がない、こういうときに小腸の病変が疑われます。

齊藤 消化管から出血して貧血が起るような場合ということでしょうか。

松橋 程度の問題で、ひどい貧血になる場合もあるし、血液検査では貧血にはならないという場合もあります。

齊藤 健診で便潜血をやることも多いのですけれども、その場合はどうでしょうか。

松橋 便潜血が陽性になると、大腸の内視鏡までは皆さんやられると思う

のですけれども、大腸内視鏡所見がなかったという場合に小腸まで調べる必要があるかということで、一部カプセル内視鏡で調査してみました。その結果、貧血がない方に関しては、便潜血が出ていても小腸病変がある可能性は非常に低いということがわかりましたので、便潜血が陽性だったからといって、皆さんが小腸まで調べる必要はないと思います。

その代わり、貧血もあって便潜血が出ている場合は小腸に病変の可能性があるものですから、小腸の検査も検討されてもいいのではないかと思います。

齊藤 診断法が最近10年間で進歩しているというのですけれども、どういふものがあるのでしょうか。

松橋 小腸内視鏡の分野で、2000年ごろにカプセル内視鏡と、日本発のダブルバルーン内視鏡という2つが出てきました。カプセル内視鏡というのは、普通の内視鏡と全く違って、飲み薬のカプセルと同じようなかたちのものを水で飲んでいただく、それだけの検査

です。のむ前に、おなかの回りにデータレコーダという受信機を装着しておいて、それでカプセルをのんで、その後は8時間ぐらいかけて写真データを蓄積して、夕方になったらデータレコーダを取り外して終わりです。あとは、データレコーダに蓄積されたデータをパソコンで解析して所見を読む、そういうかたちの検査です。

齊藤 実際、患者さんがやるうえで比較的楽な検査ということですか。

松橋 至って楽です。データレコーダが少し重いというような感想をおっしゃる方は時々おられますけれども、胃カメラをのむときの苦痛とか、大腸内視鏡の腸の痛みといった苦痛は全くありませんので、そういう意味ではたいへん優しい検査です。

齊藤 8時間というのは、小腸の初めから終わりまで見えるということですか。

松橋 通常の場合はそれぐらい時間を取ってやれば、必要なデータはだいたいそろいます。ただ、患者さんによっては進みの遅い方もいらっしゃいますので、8時間より長く検査することもあります。

齊藤 それのカプセル内視鏡。もう一つはダブルバルーン内視鏡ということでしょうか。

松橋 これは内視鏡の外側に筒をかぶせてあって、内視鏡と筒の先端に各々膨らませたりへこませたりできる

風船がついておりまして、これを口または肛門から入れて、風船を膨らませたり、へこませたりしながら、ちょっと進めては風船を膨らませて腸を引っ張って、なるべく腸を短縮して、またさらに進んでいく、そういう操作を繰り返すわけです。これによって、従来ほとんど不可能だった口または肛門から小腸の奥深くまで見るということが可能になりました。

齊藤 これは入院して行くのですか。

松橋 これはさすがに、鎮痛剤、鎮静剤を使わないと苦痛がかなりあるものですから、入院して行きます。

齊藤 内視鏡のほうは見るとともに、いろいろな手技ができるということですか。

松橋 そうですね。ダブルバルーン内視鏡では、観察することはもちろん、生検とか、あるいは出血しているものがあればそれを止血するとか、あるいは腸が狭くなったところがあったら、それを風船で拡張させるとか、そういった処置もできる。これが非常に大きなメリットです。

齊藤 検査を行うことになった場合に、どんな順番でどのような検査を行うのですか。

松橋 施設ごとにシステムが違っていて各施設で得手、不得手もあるものですから、一概に一つのパターンに決められないのですが、一つ非常に有力なのは、消化管の出血があった

という患者さんが見えた場合、最近ではダイナミックCTをまず行うことが多くなっています。これで出血しているかどうか、出血のほしい場所、さらには病変そのものもわかることも多いものですから、それをまず行って当たりをつけます。そこから先は、CTであまりはつきりしたものがなかったら、ではカプセル内視鏡をしようかとか、ここに出血していそうな病変があったから、これはダブルバルーン内視鏡で、口に近ければ口から行きますし、下に近ければ肛門からのダブルバルーン内視鏡と、そういう判断にも使います。

今現在どんどん出血しているという場合は、まずCTを行ったうえで、ダブルバルーン内視鏡を口から入れて、上から見ていくというふうにすると、出血している病変の近くまでいくと血液が見え始めるものですから、その辺で病変を発見し、必要なら処置も同時に行うこととなります。

齊藤 実際見つかる病変としてはどういふものがあるのですか。

松橋 大きく分けると、出血の元としては一つのグループは潰瘍、びらんのような炎症のたぐいです。もう一つ比較的多いのが血管性の病変です。腸の粘膜の表面に血管の拡張したようなものができてきてしまうというものがかなり小腸では多くなっています。そのほかに、数はやや少ないですが、が

んとか肉腫とかポリープといった腫瘍性病変も見られます。

齊藤 出血は、高齢化になって、いろいろな薬をのんでいる方が増えていることも関係するのですか。

松橋 非常に関係があります。びらん・潰瘍性の病変の中では、高齢化に伴って関節痛とか腰痛とかで消炎鎮痛剤をのむ方がたいへん多くなっているわけですが、そういうもので粘膜がやられます。また、高齢化に伴って心筋梗塞、脳梗塞などの血栓性の病気がたいへん増えているため、これに対する治療・予防として低用量アスピリンを使われている方もたいへん多くなっており、これによる粘膜障害もたいへん多くなっています。

齊藤 例えば、痛み止めも、選択的な阻害剤とか、いろいろ工夫があるようですが、どうですか。

松橋 確かに選択的なCOX阻害剤であれば小腸病変も少ないようです。

齊藤 アスピリンも、腸で溶けるといふものもありますか。

松橋 胃の病変を防ぐために小腸で溶けるようにしてあるNSAIDsがあるのですけれども。

齊藤 小腸で溶けるわけですか。

松橋 はい。これは胃の病変を減らすのには良いのですが、逆にそういうものが小腸病変を起こしやすい傾向があるようなのです。

齊藤 対策としては、薬をやめられ

れば一番いいのでしょうかね。

松橋 おっしゃるとおりで、必要性次第なのです。あまり必要ないけれども何となくのんでいるというのであれば、やめてしまえば一番いいのですけれども、しっかりした必要性があって使っている場合にはやめにくい。その場合の一つの方法は、抗炎症剤で産生が阻害されてしまうプロスタグランジン自体を薬として使えば、それがリカバリーできる可能性があり、実際、ミソプロストールというプロスタグランジン製剤をアスピリンや抗炎症剤と併用しますと、そうした小腸粘膜障害が一定程度防げます。

そのほかにも、胃薬として使われている粘膜保護剤と称する薬剤の中にも、

内因性のプロスタグランジンを増やす薬もけっこうあるものですから、そういうものも一定程度の効果はあるようです。

齊藤 血管性の病変はどういうものでしょう。

松橋 これはいろいろな方にできるのですけれども、腎不全の方に小腸の血管拡張病変ができることがたいへん多くて、小腸の表面に赤い、みずみずしい血管が浮き出てきてしまうのです。そういったものはよく出血するので、それに対してはダブルバルーン内視鏡での治療も行われています。

齊藤 最近進歩が著しいということですね。どうもありがとうございます。