

## 内視鏡下レーザー凝固止血が効を奏した急性出血性直腸潰瘍の1例

藤村 宜憲, 佐藤 一樹, 武田 昌治, 村上 三枝, 小塚 一史, 星加 和徳, 内田 純一, 木原 疆, 原 賢治\*, 寺尾 章\*

急性出血性直腸潰瘍の1例を報告した。症例は78歳女性, 右不全麻痺, 言語障害で外来を受診し, 左脳梗塞と診断され, 本院神経内科へ入院。入院第9病日目, 突然, 無痛性の新鮮下血を大量に認めた。同日の緊急大腸内視鏡検査で, 歯状線から2cm口側左側壁に約5~10mm大の地図状直腸潰瘍を3個認めるも出血を認めなかった。翌日の大腸内視鏡検査では同部に一部, 露出血管様病変を認めたが止血していた。同日夕方, 再度大量出血し, 前ショック状態となり, 第3回目の大腸内視鏡検査を行った。前回内視鏡時認められた部位に動脈性出血点を認めレーザー凝固止血法を用いて止血し得た。出血後, 19日目の大腸内視鏡検査では癒痕状態を確認した。

(平成2年8月24日採用)

### A Case of Acute Hemorrhagic Rectal Ulcer

Yoshinori Fujimura, Ichiki Sato, Masaharu Takeda, Mie Murakami, Kazushi Kozuka, Kazunori Hoshika, Junichi Uchida, Tsuyoshi Kihara, Kenji Hara\* and Akira Terao\*

A case of acute hemorrhagic rectal ulcer as a complication of cerebral infarction is reported. The patient was a 78-year-old female, who was admitted to our hospital with right hemiparesis and speech disturbance. Left cerebral infarction was diagnosed by CT. On the ninth hospital day, she experienced sudden onset of hematochezia without abdominal pain. Emergency colonoscopic findings were irregular and shallow ulcers were found 2 cm from the dentate line. The lesions were hemostatic. Endoscopical findings on the next day were associated with an exposed vessel. She suddenly experienced painless massive fresh hematochezia on the evening of the same day, which caused her to fall into a state of pre-shock. Therefore, a third colonoscopy was done. Laser coagulation therapy was used because of pulsating arterial bleeding, which was arrested. Colonoscopic examination on the nineteenth day after bleeding showed scar formation. (Accepted on August 24, 1990) *Kawasaki Igakkaishi* 16(2):185-189, 1990

**Key Words** ① Acute hemorrhagic rectal ulcer ② Laser therapy  
③ Hematochezia ④ Cerebral infarction

川崎医科大学 内科消化器部門Ⅱ  
〒701-01 倉敷市松島577

Division of Gastroenterology, Department of Medicine,  
Kawasaki Medical School: 577 Matsushima, Kurashiki,  
Okayama, 701-01 Japan

\* 同 神経内科

Division of Neurology, Department of Medicine

## はじめに

急性出血性直腸潰瘍は1980年、河野ら<sup>1)</sup>によって報告された新しい概念の疾患である。今回、著者らは高齢の脳梗塞患者に発症した急性出血性直腸潰瘍の1例を経験したので報告する。

## 症 例

患者：78歳，女性（C36517）

主 訴：右不全麻痺と言語障害

既往歴：10年前より高血圧

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：平成元年5月7日夜間，右下肢の運動障害が起り転倒しやすくなった。翌8日朝起床時，右上下肢に力はいらず立てない状態で言語障害も出現し，5月8日本院神経内科へ入院した。

現 症：体温 37.0°C，血圧 220/100，脈拍 76/分・整，意識状態軽度錯乱，瞳孔不同なく，対光反射正常。眼瞼結膜，貧血・黄疸なし。頸部・腋窩・鼠径リンパ節触知せず。胸・腹部異常なし。右上肢・下肢の不全麻痺を認めたが，病的反射陰性であった。

Table 1. Laboratory data on admission

CBC		LDH	108 I.U./l
RBC	419×10 <sup>4</sup> /μl	BUN	14mg/dl
Hb	12.0g/dl	Cr	1.0mg/dl
Ht	36.6%		
WBC	5100/μl	Electrolytes	
band	1%	Na	140mEq/l
seg.	65%	K	3.8mEq/l
ESR	25mm/1h	P	1.7mEq/l
		Ca	4.4mEq/l
Chemistry		Urinalysis	
BS	122mg/dl	protein	(±)
TP	7.7g/dl	glucose	(-)
Alb	4.4g/dl	RBC	0~1 /HPF
GOT	131.U./l	WBC	30~35/HPF
GPT	71.U./l	Occult blood test in stool	
AIP	611.U./l	(-)	
γ-GTP	31.U./l		
T. Bil	0.6mg/dl		

検査成績 (Table 1): 末梢血液検査にて貧血なく，検便にても潜血反応は認めない。血沈の亢進，尿沈渣に白血球増多を認める。

心電図：軽度左室肥大

胸部X線写真：左室肥大と胸部大動脈の拡大を認めた。

頭部 CT (Fig. 1): 左中大脳動脈域に拡がる著明な低吸収域を認める。

入院後経過：入院後，脳梗塞浮腫に対して glycerol，その他脳代謝賦活剤を中心に投与していたが，5月17日（入院第9日目）に突然，

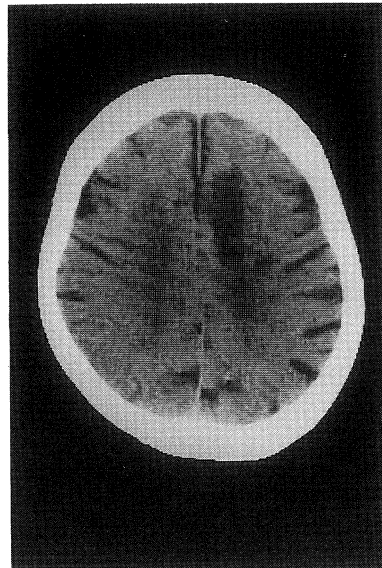


Fig. 1. Brain CT shows a low density area in the left temporal lobe.

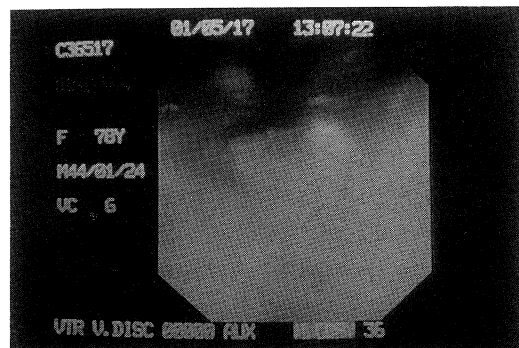


Fig. 2. Colonoscopic examination shows a geographic ulcer on the left wall near the dentate line.



Fig. 3. Colonoscopic examination shows an exposed vessel near an ulcer.

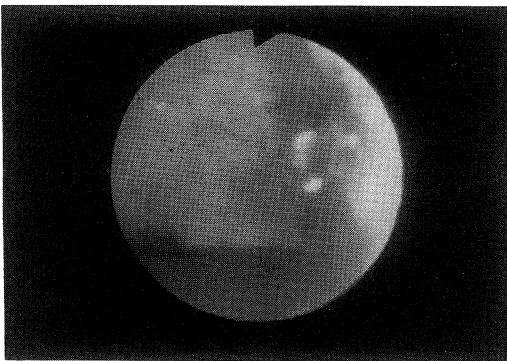


Fig. 4. Colonoscopic examination shows pulsating arterial bleeding near an ulcer.

無痛性の新鮮下血約200 mlを認めた。同日、緊急大腸内視鏡検査 (Fig. 2) では直腸からS状結腸に少量の凝血塊と歯状線より2 cm 口側左側壁に約5~10 mm 大の白苔を伴った地図状直腸潰瘍を3個認めるも止血状態であった。このときの生検では粘膜間質に中等度炎症細胞の浸潤と軽度の浮腫を認めた。翌日の大腸内視鏡検査 (Fig. 3) では同部に一部露出血管様病変を認めるも止血状態で、トロンビン3万単位の散布を施行した。同日夕方、再度、約2000 mlの多量下血、血圧低下を認め前ショック状態となり急速輸血・輸液し、血圧を維持しながら、第3回目の大腸内視鏡検査を行った。前回と同部位に Figure 4 に示すごとく、拍動性の出血を認め、Contact YAG レーザー装置を用いて、出血点をレーザー焼灼 (15W, 1.0S, 38回、計407 J) し、止血した。6月5日 (出血後19日目) の大腸内視鏡検査で、癒痕状態を確

認した。6月29日本院リハビリテーション科へ転科し、現在外来通院中であるが、その後、下血は認めていない。

## 考 案

急性出血性直腸潰瘍は、1980年河野ら<sup>1)</sup>が2例の自験例と過去20年間の内外の文献を集計して8例の共通する臨床的特徴を考察し、初めて提唱したもので、その後、広岡ら<sup>2), 3)</sup>が同様の臨床的特徴を有する13例をまとめ、本症の臨床像、および内視鏡像をほぼ明らかにした。これらによる臨床像の特徴は以下のごとくである。1) 重篤な基礎疾患、特に脳血管障害を有する患者に多く発生する。2) 高齢者の女性に多い。3) 発症は無痛性の大量下血で始まる。4) 潰瘍は歯状線に接するかその近傍、下部直腸に局限して発生し、潰瘍の性状は不整形地図状ないし帯状で、多発ないし単発性の横軸の長い潰瘍である。5) 経過は良好で、止血すれば20日以内に癒痕化し、再発もない。6) 基礎疾患発症より下血までの期間は5ないし25日である。本症例はこれらの臨床的特徴をすべて備えた急性出血性直腸潰瘍と考えられる。1981年から1990年3月まで医学中央雑誌による本邦における急性出血性直腸潰瘍の報告例は84例であった。そのうち、35例は学会抄録のみで詳細不明のため49例<sup>1)-19)</sup>につき文献検索を行った。男女別では男性26.5%、女性73.5%と女性に多く認められる。年齢では50歳以上が93.9%を占めた。基礎疾患についてみると、脳血管障害40.3%、感染症11.3%、骨折8.1%、悪性腫瘍6.5%、パーキンソン病4.9%、心疾患4.8%、その他、脳腫瘍、糖尿病、関節症、前脊髄動脈症候群、頭部外傷、腎不全、胆石、閉塞性黄疸、肺線維症、気管支拡張症が少数認められた。

病因として河野ら<sup>1)</sup>は脳血管障害の患者やその他の重症疾患に伴うことが多いことよりCushing ulcerと同様なストレス潰瘍を第一に推論している。安尾ら<sup>8)</sup>は意識レベル別の血中カテコールアミン、直腸粘膜血流量を測定し、

意識レベルの低下により中枢性カテコールアミンが増加し、直腸粘膜血流量の低下がおこるため潰瘍が発生すると推測した。また、広岡ら<sup>2)</sup>や西田ら<sup>9)</sup>は多くの患者が便秘傾向であったことに着目し、宿便性潰瘍の可能性を指摘している。しかし、本例では便秘傾向はまったく認められなかった。その他、虚血性直腸炎説<sup>1),20)</sup>インドメサシン坐薬との関与<sup>16)</sup>などがあげられている。

診断に関しては、本症が疑われたら積極的に大腸内視鏡検査を施行し、下部直腸から歯状線直上付近を精細に観察しなければいけない。とくに出血時には多くの血液の貯留、糞塊、凝血塊にて観察困難な場合が多く、直腸内反転、左側臥位から右側臥位の体位変換による注意深い観察が必要と考える。本例でも、右側臥位に体位変換して出血部位が確認できた。

鑑別診断として問題となるのが、孤立性直腸潰瘍である。これは、内視鏡的に潰瘍とともに隆起性病変を伴い、組織学的に潰瘍周辺の粘

膜固有層が線維芽細胞及び粘膜筋板由来の筋線維より占拠されていることや、上皮性嚢胞を認めることが特徴<sup>21),22)</sup>とされ、容易に鑑別できる。

急性出血性直腸潰瘍は適切に止血操作が行われ、基礎疾患および全身状態の改善が得られれば予後は良好とされている。

治療は露出血管を伴うものが多く、初期の報告では経肛門の結紮術や直腸切断術がなされている。近年、内視鏡的治療の発達により、純エタノール局注療法、マイクロ波凝固止血法で止血した報告もある。本例はレーザー凝固止血法が有効であった。

急性出血性直腸潰瘍は高齢化社会が進むにつれ、今後増加してくることが予想される。脳血管障害を始めとする重症基礎疾患を有する高齢者の突然始まる無痛性新鮮下血では、まず本症を疑い、積極的に大腸内視鏡検査を施行し、早期診断、早期治療が重要と考える。

## 文 献

- 1) 河野裕利, 勝見正治, 浦 伸三, 庄司宗弘, 家田勝幸, 石本喜和男, 一宮源太, 梁 貴容, 津秦建治: 脳疾患患者にみられた急性出血性直腸潰瘍の2症例. 大腸肛門誌 33: 222-227, 1980
- 2) 広岡大司, 湯浅 肇, 板倉恵子, 山本 博, 岡村良邦, 福井寛也, 梁 勝則, 喜多野三大, 三輪博久: 急性出血性直腸潰瘍—臨床像を中心に. Gastroenterol. Endosc. 26: 1344-1349, 1984
- 3) 広岡大司, 大地宏昭, 岸本 明, 田根順次, 齊藤元泰: 急性出血性直腸潰瘍. 胃と腸 22: 297-302, 1987
- 4) 小川富雄, 真田 裕, 関川敬義, 新井正美, 横山芳正, 青木幹雄: 大量出血をきたした術後多発性直腸潰瘍の1例. 外科 38: 1170-1172, 1976
- 5) 梅田正五, 長谷川隆光, 真宮 裕, 五十嵐有光, 川野幸志, 中岡 康, 瀬在幸安: 開心術後の頭蓋内出血と反復する消化管出血(孤立性直腸潰瘍)を示した1例. 胸部外科 32: 469-472, 1979
- 6) 添野武彦, 東海林茂樹, 桜庭 清, 神馬恒昭, 岩崎 斉, 高橋俊雄, 坂本哲也, 齊藤昌宏: 脳疾患患者に発生した急性出血性直腸潰瘍の検討. 秋田医 8: 207-213, 1981
- 7) 佐々木 英, 古賀聖祥, 日高令一郎, 池園 洋, 下河辺正行, 村山俊二, 豊永 純, 国崎忠彦, 谷川久一, 池田英雄, 阿部 健, 添島國統: 瘢痕化まで経過の追えた直腸潰瘍の1例. 大腸肛門誌 38: 43-46, 1985
- 8) 安尾 信: 脳疾患に合併する直腸潰瘍の発生機序に関する研究. 聖マリアンナ医大誌 12: 168-181, 1984
- 9) 西田 博, 佐藤達之, 岡野 均, 丸山恭平, 大石 享, 今村政之, 堀口雄一, 内田秀一, 児玉 正, 瀧野辰郎, 福田新一郎, 山下滋夫: 急性出血性直腸潰瘍の4例. Gastroenterol. Endosc. 28: 1633-1638, 1986
- 10) 柴田興彦, 内田雄三, 調 丞治, 麻生亮一, 松本興三, 中島彰久, 横山繁生: 急性出血性直腸の1例. 胃と腸 22: 323-326, 1987

- 11) 鈴木洋介, 中沢三郎, 市川和男: 閉塞性黄疸の経過中に著明な出血を呈した急性出血性直腸潰瘍の1例. *Gastroenterol. Endosc.* 29: 581—584, 1987
- 12) 玄 東吉, 河野辰幸, 鈴木知行, 木下晴之, 金子慶虎, 竹村克二, 羽生 丕, 遠藤光夫, 吉田哲雄: 脳梗塞後に合併した急性出血性直腸潰瘍の1例. *日臨外医学会誌* 48: 2061—2066, 1987
- 13) 犬童伸行, 佐藤 章, 田代 隆, 中村 浩, 内山 清, 大城 忠, 畑中恒人: 急性出血性直腸潰瘍の2例. *道南医学会誌* 22: 35—37, 1987
- 14) 針金三弥, 河村 攻, 大原裕康, 佐藤博文, 渡辺秀人: 急性出血性直腸潰瘍の1例. *共済医報* 37: 70—74, 1988
- 15) 松沢賢治, 山口孝太郎, 上條 登, 滋野 俊, 坂戸政彦, 松尾恭介, 長谷部修, 嶋倉勝秀, 古田精市, 片倉 智, 中村喜行: 急性出血性直腸潰瘍の3例. *Endoscopic Forum for Digestive Disease* 4: 152—158, 1988
- 16) 加納俊彦, 松本重剛: 急性出血性直腸潰瘍の2例. *広島医* 42: 54—57, 1989
- 17) 惣中康秀, 森本重利, 露口 勝, 田中直臣, 畠山茂毅, 牧野谷卓宏, 三宅秀則, 武士末篤, 森 住啓: 急性出血性直腸潰瘍5例の検討. *徳島市民病医誌* 3: 17—21, 1989
- 18) 北原健二, 今村健三郎, 前田和弘, 岡田光男, 八尾恒良: 顕出血を欠いたいわゆる“急性出血性直腸潰瘍”の1例. *Gastroenterol. Endosc.* 32: 1421—46, 1990
- 19) 坂 充, 鶴井光治, 関 俊夫, 福永 淳, 大矢 徹, 北沢博之, 奥山 厚, 笹井道三: 急性出血性直腸潰瘍の2例. *消内視鏡の進歩* 36: 390—391, 1990
- 20) Kilpatrick, Z. M., Farman, J., Yesner, R. and Spiro, H. M.: Ischemic proctitis. *JAMA* 205: 74—80, 1968
- 21) 辻本 豪, 森 裕, 南八多美, 井上雅史, 河村泰孝, 生田篤也, 八木昭一, 小川欽治, 清水一良, 前川高夫, 梶谷幸夫, 粉川皓伸, 疋田義太郎: 孤立性直腸潰瘍の2例—特にその発生機序に対する文献的考察を中心にして. *Gastroenterol. Endosc.* 24: 1598—1603, 1982
- 22) Madigan, M. R. and Morson, B. C.: Solitary ulcer of the rectum. *Gut* 10: 871—881, 1969