
 話 題

慢性膵炎の診療

—新しい動向をめぐって—

山口大学第二外科 鈴木 敏 敬

かねてより慢性膵炎は診断困難なる疾患の筆頭にあった。それを逆手にとって、慢性膵炎なる病名が層籠^{クズカゴ}的に利用されてきた面もなくはなかった。例えば上腹部痛患者で消化管、胆道系に検査上異常が見当たらないとき、たまたま血中アミラーゼが上限値を一寸上回ったというのみで慢性膵炎として取扱われたものもあった筈である。かかる症例の混入が一層本疾患の真の病像を虚飾してきたことも否めなかった。本邦では“慢性膵炎とはなんぞや”から出発して論議が重ねられ、1971年には慢性膵炎の臨床診断基準が設定され、さらに1983年にはその改訂基準も作成された。この改定された診断基準では、本疾患以外のものまで誤って診断されることのないようにと特異性を保つための努力が払われているのが印象的である。それによれば、慢性膵炎であるためには、画像 (ERCP, CT, US), 機能 (十二指腸液検査), 組織のいずれかに厳選された確実なる異常が証明されねばならない。すなわちこれらに示される各所見は、著明なるものより順に、確診所見, 異常所見, 参考所見とに分けられていて、確診所見か、もしくは6カ月以上の膵炎症状を伴う異常所見かがあってはじめて慢性膵炎と同定されるのであり、参考所見程度のものはいかに症状があっても臨床的疑診にとどまる。かくしてまぎらわしい疾患までが本疾患と誤診される危険性を大巾に規制することは一応叶えられたのである。

ところが、この一見完成されたかに見える新診断基準も、治療面からみるとそぐわない点がないわけではない。

慢性膵炎の病期は、潜在期、代償期、移行期、非代償期に分けられていて、原因をとり除かない限り、そして加療しない限りまずは進行性である。自覚症状としては、潜在期をへて代償期に入ると、腹痛を主体に背部痛や下痢などが出現する。この代償期に、内科的であれ外科的であれ適切な治療をほどこすことが病態の進行を防ぎ、患者を苦痛から解放してやる上に重要である。問題はこの代償期における診断である。すなわち、代償期には上記診断基準に定められた確診所見が出揃うとは限らず、むしろ参考所見程度にとどまることも少なくない。ここで、愁訴があってもまだ確診所見がみつからないからと油断をして治療に手を抜くと、不可逆的に移行期をへて非代償期へと悪化し、膵は荒廃の一途を辿るのである。非代償期には、腹痛は逆に軽減する代りに、脂肪便、筋線維便、るいそう、糖尿病などがあらたに加わり患者は遂に疲弊の極に達し、あるものは死に及ぶ。

このように、慢性膵炎と確診しうる非代償期もさることながら、“臨床的疑診”段階にあるもつと

TAKASHI SUZUKI: New Trends in Diagnosis and Treatment for Chronic Pancreatitis.

Professor of Department of Surgery II, Yamaguchi University School of Medicine, Ube, Yamaguchi.

Key words: Chronic pancreatitis, Diagnostic criteria, Digestive enzymes, Protease inhibitor, Pancreato-duodenectomy.

索引語: 慢性膵炎, 臨床診断基準, 消化酵素, 酵素阻害剤, 膵頭十二指腸切除。

早期の症例にこそ加療の必要性は大きい。診断基準に謳われた確診所見に、乏しいからといって治療を軽視することは許されない。診断の目ざすところと、治療の目ざすところとに介在するギャップ—この両者の断層をいかに埋めるかが今後のひとつの課題であろう。

慢性膵炎を治療するのに消化剤の内服は欠かせない。この消化剤投与の意義であるが、従来までは単純に膵よりの消化酵素分泌低下を外より補充する単なる酵素補充療法として扱われてきた。ところが、消化剤は疼痛軽減にも有効であってその薬理機転にはもっと深い意味があるようだと推測も生まれつつある。

周知のごとく、慢性膵炎の除痛をはかるためには膵外分泌腺細胞の鎮静化が肝要であり、膵液分泌を押えて膵管内圧が上昇しないように対策を講ずるべきである。一般に膵細胞よりの酵素分泌と十二指腸よりの CCK 分泌との間にはフィードバック機構が存在していて、膵外分泌障害下にある慢性膵炎は CCK 分泌亢進傾向にあって、この CCK により標的である細胞は刺激環境下におかれる。この状況下において経口投与された膵酵素剤は、この亢進した CCK 分泌を抑制する筈であるので、その結果膵細胞刺激は解除され除痛効果へと繋がるという考え方である。

他方において、膵炎発作時には血中逸脱酵素を失活化さすべく酵素阻害剤が頻用されているが、最近では内服の形でこの阻害剤が投与されることもある。この経口投与された酵素阻害剤には膵栄養効果があって、慢性膵炎を膵細胞レベルで修復しようとする試みもなされている。

膵酵素剤と膵酵素阻害剤という全く相反する薬剤の内服が、ともに新しい概念下に本疾患治療に応用されつつあることは興味深く、その使い分けもあらたな論議をよぶこととなろう。もし両者を併用するとすれば、消化酵素剤は食中または食直後に、そして酵素阻害剤は食間とか就寝前に内服するのが合目的的であろう。当然のことながら両者を同時に混合投与することなどは考えられない。

慢性膵炎に対する保存的治療無効例には、時機をみて外科的療法を考慮せねばならない。その術式としては膵吻合術と膵切除術がよく採用される。除痛術式としては、膵細胞量を物理的に脱落させる切除術式よりも、膵組織温存下に果しうる例えば膵管空腸側々吻合術などの方が第一選択となる。それでも腫瘤形成型慢性膵炎例や嚢胞形成例などで胆管、消化管、門脈などを圧迫している頭痛例には膵切除も施行せざるをえない。しかしその場合でも術後の機能脱落を最小限に留めるべき配慮は必要である。とくに消化管合併切除を余儀なくされる膵頭部切除を施行する時には、機能温存へのきくばりがひときは肝要となろう。

慢性膵炎に対して膵頭十二指腸切除を採択せねばならない場合に、われわれは以下のごとき技法をこらすことにより最小の機能脱落下に最大限の手術効果をうることにほぼ成功している。すなわち、胃と十二指腸球部を血行および神経支配下に温存し、病巣の存在する膵頭部を十二指腸Ⅲ、Ⅳ部につけて切除したあと、Billroth I 法方式で再建する。まず最口側に十二指腸十二指腸端々吻合、ついで総胆管空腸端側吻合、最肛側に膵管空腸側々吻合をもってくる。この膵管吻合は、あらかじめ膵前面で主膵管を広く切開し食物通路に直接 Puestow 方式の側々吻合を加えるのである。それに先立ち残した膵体尾部は脾と共に後腹膜腔より完全に授動し、膵動脈起始部でその動脈周囲神経叢を切離し残膵除痛化も図っている。このわれわれの新術式によって、胃機能は球部よりの調節 duodenal brake を受ける形ですべて温存でき、胃から排出した食物は腸管粘膜とくまなく接触しつつ胆汁や残膵よりの膵液とよく混和し、放出された消化管ホルモンを介する胃腸肝膵膵相関も順調であることを明らかにしている。術後は、除痛効果も良好で吻合部潰瘍や胆道感染などの発現も目下知らず、従来法に比して quality of life の改善を確かめつつある。

慢性膵炎の最近の動向におのが身をゆだねつつ、なお模索の淵にあるのを痛感せざるをえない。