

胃潰瘍大量吐血9例の考察

大和高山市民病院 (院長 杉本雄三)

外科 杉本雄三
放射線科 中江登志雄

OBSERVATION FOR THE 9 CASES OF ACUTE HEMORRHAGE FROM THE STOMACH.

by

YUZO SUGIMOTO and TOSHIO NAKAE

From the Surgical Division, Yamato Takada City Hospital

X-ray examination was done in a patient with gastric ulcer, 10 days after an episode of severe hematoemesis, which did not disclose any noteworthy finding. As the result, the patient was brought into medical care and observation for the following two months when he died of recurrent bleeding from the ulcer. Based on the experience with this patient, the 9 cases, hitherto admitted to the hospital since its establishment, with the chief complaint of acute hemorrhage from stomach were reviewed, the point of origin of the hemorrhage was checked on the operatively removed specimens, and the possibility of demonstrating the point roentgenologically was considered.

Of the 9 cases, a preoperative x-ray examinations was made in only 2, which both revealed no obviously positive pictures. Among the 7 cases in which fluoroscopic examinations, was not carried out before the operations, it was presumed that the hemorrhagic point might possibly be demonstrable on the x-ray films, as contrasted with the resected specimens, in 3 cases; In other 2 cases visualization of the bleeding ulcer roentgenologically seemed to be difficult, and, consequently, operations was not considered to be indicated. In the remaining 2 cases, it was thought that demonstration of the bleeding points on the x-ray was quite improbable.

It was understood from the result as mentioned above that, in the cases of acute severe hemorrhage from stomach, the suitability for operative treatment should not be taken into considerations merely according to the x-ray findings in main.

緒 言

従来より胃潰瘍患者で大量吐血後のX線検査及び術後摘出胃に於て、予期に反して著明な変化を認めない場合を時々経験しているが、最近著者等は大量吐血後

10日にて、X線検査を行つた結果胃部に殆んど変化を認めなかつたので、内科的に経過を観察していた所、2ヵ月後再び大量吐血して死亡した例を経験した。茲に於て本院開設以来取り扱つた同様の胃潰瘍症例9例について検討した結果、若干の知見を得たのでX線学的

な立場から考察し報告する。

症 例 報 告

症例1 中○照○ 46才 男 教員

患者は平生より胃腸障害を訴えていたが、急に大量吐血し、2日後来院した。

入院時所見：

栄養状態悪く、皮膚は貧血状を呈している。左季肋部に軽い抵抗をふれ圧痛がある。腹部にはその他著変を認めない。

血液所見：赤血球数(220×10^4)、白血球数(9000)、ザリーー血色素係数40%

肝機能検査：Co. 反応1, Cd 反応6, モイレングラハト黄疸指数3, 尿「ウ」反応(一)

検便：潜血反応(ピラミドン法)(卅), 虫卵(一)

X線透視所見：胃は長鉤状型を示し、粘膜皺襞は全般に萎縮しているが、ニッシエや陰影欠損を認めない。幽門部の通過状態は正常である。

手術所見：十二指腸球部に軽度の癒着性収縮を認める他、外面からは異常を認めない。胃切除後の摘出胃粘膜は全般に浮腫状を呈し、皺襞数少く潰瘍性変化を認めない。

組織学的に胃粘膜の萎縮, Cystische Degenerationがあり、粘膜下に浮腫癒着を認める。尚幽門部に follicular hyperplasia がある。

潰瘍部が切除側にないのでその部の詳細は見究めなかつたが、胃粘膜所見より考えて、大量吐血の原因はこの潰瘍部のみでなく、出血性胃炎の存在にも求められるのではあるまいか。

症例2 野○太○ 20才 男 会社員

27年秋より右季肋部に時々空腹痛を訴えていたが、29年春より上腹部痛、呑酸、嘔吐を来す様になり、同年夏突然洗面器一杯の吐血あり、続いて3日後より再び茶碗一杯位の吐血が頻回に亘り続いた。

入院時所見：栄養状態悪く、顔面は全く蒼白強い貧血脱水状態を示している。腹壁緊張強く、Blumberg氏症状は特に左下腹部に強い。入院後直ちに手術を施行した。

手術所見：外面よりは胃十二指腸に変化を認めず、術後摘出胃についてみると、胃幽門部附近の粘膜は強く肥厚し、皺襞はかなり乱れている。潰瘍像は全くみられない。

以上の所見より出血源は不明であるが、幽門部粘膜の状態よりみて、此の部に Erosion 程度の浅い潰瘍

があり、大血管の破綻を招いたものと推定される。

本例は緊急手術のためX線その他の検査をなし得なかつたが、術後摘出胃の状況からみて、仮令行い得たとしてもX線上有意の所見は得られなかつたものと考ええる。

症例3 中○正○ 37才 男 無職

10年来食後1~2時間に上腹部に鈍痛を訴え、内科的治療により一時的好転をみるが持続しない。29年暮急に上腹部膨満感、鈍痛が強くなり、3日後1~2合程度の吐血が3回おこつたので来院した。

入院時所見：栄養状態は稍々衰え、可視粘膜に貧血を認める。上腹部は瀰漫性に膨隆し軽度に圧痛を訴える。小野寺氏圧痛点は両側膝臍部迄感ずる。諸検査を施行する迄なく直ちに開腹した。

手術所見：胃小彎側で噴門直下に軽い硬結をふれ、此の部は後壁で脾尾と線維性に癒着している。肝脾自体に異常なく、リンパ腺の腫脹も認められない。術後摘出胃についてみると、硬結部附近の粘膜は粗大となり硬結に一致して小指頭大の浅い新鮮潰瘍を認める。潰瘍の表層は厚い黄色苔により蔽われている。本例も潰瘍の大きさ、位置及び厚い苔の存在より考えて、X線学的に之を証明することは可成り困難と思考される。

症例4 植○ふ○ 39才 女 主婦

1ヵ月来食後1時間に上腹部痛あり、内科的治療を受けていたが、突然大量吐血及びテール便を来したため来院した。

入院時所見：栄養状態悪く貧血症状も強い。血圧は最大90mmHg, 最小60mmHg

血液所見：赤血球(250×10^4)、白血球数(3000)、ザリーー血色素係数25%

手術所見：胃腹膜大腸は著明に蒼白となり、小彎側胃角部稍々口側で後壁と後腹膜の癒着があり、その部に小さな硬結を触れる。術後摘出胃についてみると、硬結部に一致して 1×0.5 cmの浅い潰瘍を認め、潰瘍面にかなり太い動脈の破綻を認める。胃粘膜は蒼白で全般に萎縮している。潰瘍附近は組織学的に粘膜下に肉芽が発育し、筋層に索状に浸入し本潰瘍がかなり新鮮なることを示している。本症例もX線学的検索にかなり困難な例と考えられる。

症例5 三○ユ○ 67才 男

2年来食後膨満感、上腹部痛あり、時に悪心、嘔吐、呑酸を訴えていた。32年10月洗面器一杯の吐血あり、3日後更に同様の吐血をみた。

入院時所見：養状態悪くかなり貧血が強い。脈搏104。血圧最高115mmHg 最低10mmHg入院後直ちに手術を施行した。

手術所見：

外面からは幽門部に近く小彎側に小さな硬結らしきものをふれる他異常を認めない。胃は全体に浮腫状を呈しやや下垂している。術後摘出胃についてみると、粘膜は全般に浮腫状を呈し一ヶ所に出血斑をみる。

以上の所見よりみて、本症例に於ては明らかな出血源は全く認められないが、粘膜の状態より考えて出血性胃炎に基く出血も否定出来ない。本例もX線の描出は不可能と考える。

症例6 川○し○え 33才 早 主婦

患者の父及び兄弟2人胃潰瘍で手術をうけている。31年2月頃軽度の上腹部痛があり、黒色便に気付いた。2日後急に上腹部痛を来し、その後3回続いて中等度の吐血をみたので本院を訪れた。

入院時所見：体格中等度。栄養悪く、血圧は最高90mmHg、最低66mmHg。上腹部に著明な搏動を認め、圧痛がある。

手術所見：胃はかなり拡張し、胃角部に当り横走する紐状の癒着をみる他胃小彎部及び十二指腸球部に癒着性の潰瘍を認める。術後摘出胃についてみると、胃角部小彎側に新鮮な潰瘍(2×2cm)を認めた。組織標本では潰瘍部の粘膜下層は癒着状となり、浮腫、鬱血が著明にみられ、筋層には円形細胞の浸潤を認めた。本例も亦救急手術のため術前X線透視その他の諸検査をなし得なかつたが、もしX線検査を行い得たとすれば、かなり明らかにニッシュとして描出し得たものと思される。

症例7 植○直○ 62才 古 農業

3年来胃腸障害を訴えていた。30年5月中旬頃より黒色便に気付いた。5月28日洗面器一杯のコーヒ残様の血液を吐き来院した。

入院時所見：

一般状態悪く、意識は殆んど消失している。脈搏110弱い、体温35°C Tcrr 便あり。

手術所見：小彎側幽門部に硬結あり。術後摘出胃についてみると、硬結部に一致して拇指頭大の深い肝臓性潰瘍を認め、潰瘍中にかなり太い血管の破綻をみた。粘膜は一般に浮腫状を呈している。本例も救急手術のため術前X線検査は行い得なかつたが、胃腸症状はかなり永く続いて居り、潰瘍の性状もかなり陳旧である点よりして、吐血前にX線検査が施行されて居れば当然明らかなニッシュとして指摘されているべきも

のと思される。

症例8 松○又○ 60才 古 魚屋

10数年来胃腸障害あり、30年6月洗面器一杯の吐血あり、1週間後再び洗面器半分位の吐血を来して来院した。

入院時所見：意識は明瞭であるが、貧血強く、栄養状況も悪い。脈搏120微弱。

手術所見：

小彎側後壁に2箇の比較的新鮮な潰瘍を認め、夫々の潰瘍の中にはかなり太い血管の破綻をみる。潰瘍の大きさは、1箇は10円銅貨大であり、他は略々その半分位である。本例も又術前X線検査を施行されて居れば明らかにニッシュとして描出し得たものと思される。

症例9：岡○浅○郎 64才 古 会社員

本例は緒言に一部触れた如く、本稿起草を企図させた苦い経験例であり、胃潰瘍に対する手術適応範囲について再検討の必要を感じしめた。

患者は吐血後10日某開業医の紹介にて本院放射線科に直接来訪した。栄養は中等度、貧血症状は殆んど認められない。上腹部に圧痛を訴える。

X線透視所見：胸部食道に異常を認めない。噴門部は大腸ガスのため著明な瀑状胃を呈し、その下部に軽い抵抗をふれた他、明らかなニッシュや陰影欠損は認められない。粘膜皺襞は全般に乱れている。患者は吐血を怖れ直ちに胃切除を希望したが、手術適応と考えられるX線所見を認めず、全身状態もかなり良好であつたため、一応手術と考えられたが、保存的に経過を観察することにした。患者は指示に従つて開業医の許で通院加療をえていたが、2ヵ月後再び大吐血を来し死亡した。

総括並びに考按

著者等は本院創設以来(昭和28年10月～32年12月)上部胃腸管よりの比較的新鮮な大量吐血を主訴として来院した9例につきその出血源を観察した結果(表1)

1. 手術を施行し得なかつたもの1例(症例9)
2. 出血源の不明なもの3例(症例1, 2, 5)
3. 出血源を認めたもの5例(症例3, 4, 6, 7, 8)

の成績を得た。出血源不明のもの内1例は十二指腸球部に硬結を認めたが、出血性胃炎も否定されなかつた(症例2)。出血源の明らかなもの内4例(症例3～6)は何れも年齢的に若く且つ新鮮な潰瘍であり、3例(症例4～6)に血管の破綻を認めている。9例中

表1 摘出胃所見よりみたX線描出可能度について

症 例	性	年 令	X 線 検 査		摘 出 胃 所 見
			施 行	描出可能度	
1 中 井	早	46	(+)	困 難	
2 野 村	否	20	(-)	不 能	胃・十二指腸に胃常を認めず幽閉部粘膜肥厚をみる
3 中 島	否	37	(-)	困 難	小彎側噴門直下に新鮮小潰瘍を認め潰瘍表層は厚い黄色苔に蔽はれる
4 植 村	早	39	(-)	困 難	小彎側胃角部に浅い潰瘍を認め潰瘍面に太い動脈の破綻をみる
5 三 村	早	67	(-)	不 能	粘膜は全般に浮腫状を呈する他1ヵ所に出血斑をそるその他異常なし
6 川 口	早	33	(-)	可 能	胃角部小彎側に新鮮潰瘍(2×2cm)をみる。十二指腸球部に線痕性潰瘍をみる
7 植 田	否	62	(-)	可 能	小彎側幽門部に拇指頭大の肝臓性潰瘍をみる。潰瘍部に太い血管の破綻をみる
8 松 岡	否	60	(-)	可 能	小彎側後壁に2箇の潰瘍をみとめ夫々に動脈の破綻をみる
9 岡 本	否	64	(+)	困 難	

術前にX線検査を施行し得たものは2例(症例1,9)で何れも判然とした所見は得られなかつた。又残りの7例も術後摘出胃の所見よりして、仮令X線検査を施行し得たとしても、明らかにニッエとして描出可能と思はれるものは3例(症例6~8)にすぎず、他の2例(症例3,4)はかなり困難を伴い、2例は殆んど不可能と思考される。而もX線学的描出困難な2例の内1例は、小潰瘍中にかなり太い血管の破綻を認めた例であり、特に出血源として注目し値する。

今日X線透視その他により既に胃潰瘍と確定された患者で急激に吐血を来した場合、直ちに手術を施行する点については殆んど異論をみないが、出血源の明らかでない上部胃腸管よりの急性大量出血例について、之を内科的保存療法によるか或は救急手術に委すべきか未だ一定の見解に達していない状況である。一般に上部胃腸管よりの出血源について、第一に挙げられるのは胃潰瘍であり、その他胃癌及び少数例であるが、肝臓及び肝臓外の原因による門脈圧上昇に基く食道静脈瘤の破裂及び出血性疾患が挙げられる。此の内潰瘍以外は簡単な臨床検査により除外し得るものであり、胃潰瘍でも慢性単純性潰瘍及び肝臓性潰瘍は、多くの場合その経過中に診断され、手術の適否は容易に判定される。従つて手術適否の問題となるのは急性潰瘍及び出血性胃炎の存在である。鞍掛は出血性胃十二指腸潰瘍62例について病理組織学的に検索した結果、急性潰瘍にては比較的小なる潰瘍にも拘らず、短期間に大量出血を来することが多く、その深化の程度も早く、血管壁の二次的变化(血栓形成内膜肥厚等)も少

いと述べ、更に破綻血管については62例中48例に之を認めたが、急性潰瘍ではすべて胃動脈より直接胃粘膜に分枝した太い動脈の破綻を認めている。Osbornも急性潰瘍にみられた破綻血管には血管の慢性的変化は殆んどみられず、従つて正常に近い動脈の破綻こそが大出血を来すと述べている。Cooperも上部胃腸管出血の抑制に対する救急処置として手術を施行した18例について報告し、その内6例には術後の検索に於ても明かな出血源を認めなかつたが、その他は胃粘膜糜爛又は急性潰瘍がその出血源なることを認め、殊に胃粘膜糜爛は術前術後は云う迄もなく、術後の標本検索に於てもその診断の困難なることを強調した。胃粘膜糜爛よりおこる大量胃出血については既に1923年頃よりその報告をみるが、国内に於ても黒瀬・青山・榎本等数多くの報告があり、鞍掛も破綻血管を認めなかつた7例の胃腸管出血例に於て、胃瘍底及び潰瘍縁粘膜に於て拡張せる毛細血管鬱血を認めたことより、毛細血管出血も大量出血の原因となりうるものと考えている。又後藤・友田も既往に潰瘍症状なく、突然吐血をみる場合は、多くは表在性潰瘍、胃炎乃至糜爛であると述べ、Cooperも2例の潰瘍例に於て、1例では潰瘍より寧ろ表在性糜爛の方からの出血が認められたことを報告して居り、Bergerも致死性の出血を来した症例の内最も多いのは粘膜糜爛であると述べ、Konjetznyは胃炎と出血の関係について、症例を挙げて検討している。

以上の報告を按ずるに、臨床的に出血源不詳の急性上部胃腸管出血の原因として、急性潰瘍及び出血性胃

炎の場合が注目され、殊に胃動脈・十二指腸動脈より直接胃粘膜下に分枝した太い動脈が急速に破綻した場合が最も危険視される。尚又、Cooper等の報告にみる如く、全く出血源を認めぬ場合も考慮されねばならない。而して之等先人の報告は大体著者の成績と軌を一にするものと思考される。

斯くの如く、急性上部胃腸管大量出血例の多くのものは、X線学的並にその他の臨床的観察に於て、術前之を鮮明に窺知しうことは極めて至難であり、更に之より直ちに外科的適応と考えるに到らぬ場合少くない。従つて著者はNordmann等の述べる如く、X線検査により潰瘍を確認し得た患者の大出血のみに手術適応を限るとする説には直ちに首肯し難い。

最後に組織学的に御教示を賜つた奈良医大病理学教室佐藤寿昌教授、本稿の御校閲を賜つた京都大学放射線医学教室福田正教授に深甚の謝意を表します。

尚本論文の要旨は昭和卅三年二月京都外科集談会に於て発表した、

主 要 文 献

- 1) 黒瀬敏夫：胃炎性出血について、臨床と研究、28, 966, 昭26.

- 2) Cooper M. D.: Gastric resection for upper gastrointestinal hemorrhage of undetermined Case. J. A. Med. Ass., 151, 879, 1953.
- 3) G. R. Osborn: the pathology of gastric arteries, with special reference to fatal hemorrhage from peptic ulcer. The Brit. Jour. of surg., 41, 585, 1954.
- 4) Konjetzny: Gastritisfrage. Wien. Klin. Wschr., 46, 451, 1933.
- 5) G. E. Konjetzny: Zur chirurgischen Beurteilung d. chronische gastritis. Arch. f. Klin. Chirur., 129, 139, 1924.
- 6) 青山徹三：胃潰瘍について、日本外科学会誌、24, 327, 大12.
- 7) 榎本久馬太：胃潰瘍急性大出血時に於ける胃切除術について、消化器病学会誌、3, 42, 昭13.
- 8) 大原豊澄：胃及び十二指腸潰瘍に於ける炎症性変化とその臨床的意義について、日本外科学会誌、40, 40, 昭14.
- 9) Berger: Über Magenerosionen. München Med. Wschr., 23, 1116, 1907.
- 10) 鞍掛誠秀：出血性胃十二指腸潰瘍の病理組織学的所見、東北医学雑誌、52, 522, 昭30.
- 11) Nordmann u. Sauerbruch: Sitzungsberichte aus schirurgicalen Gesellschaften. Zbl. f. chirurg., 62, (2), 1706, 1935.