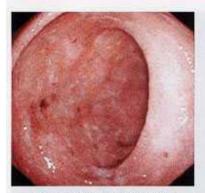
松本博成院長 作 「潰瘍性腸炎」121~144頁 専門医を目指すケース・メソッド・アプローチ 消化管疾患 第2版 日本医事新報社 1998年

CASE 13

腹痛、下痢、血便を主訴に来院した21歳男性



S 状結腸付近粘膜の内視鏡像 (*** 本文134頁参照)



左症例の生検組織のH&E染色 (ロー本文13(頁参照)



重症例の内視鏡像 (■本文134頁参照)



左重症例の生検組織のH&E染色 (FW 本文134頁参照)

CASE 17

右下腹部痛で来院した 37歳男性



切除標本 (中本文168頁参照)

13

腹痛,下痢,血便を主訴に来院した21歳男性

<症例>21歳, 男性, 学生

<4月7日>

21歳の男性Tさんは、2年前から胃のあたりが「だるく」、時々痛みを感じていた。 昨年1月頃より便周囲に血液の付着を認めるようになった。昨年9月頃からは1日4な いし5行の血性下痢を認めていた。今年1月頃からは労作時息切れ、めまいが出現。3 月頃からこれら症状が悪化し、来院した。

以下の設問に答えなさい(正解が複数の場合もある)。



設問1.この場合の鑑別診断を5疾患以上あげなさい。

設問2. 問診で患者から聞き出したい具体的な事項は何か、列挙しなさい。

血便と下痢についてTさんの話をよく聞くと次のようであった。

「2年前の5月から排便後の便の表面に鮮血が付着することがあった。この時下痢はなく、1日1行の排便であり、鮮血の付着は3日に1度ほどであった。7月に心窩部鈍痛を訴え当院を受診し、上部内視鏡検査にて表層性胃炎の診断を受けた。その後12月まで症状は軽快し、下痢も血便もなかった。

1年前の1月より便に毎回血液が混じるようになった。下痢はなかった。9月からは1日5行から6行の下痢となり、血液が混じり、腹痛も伴っていた。腹痛は排便により治まっていた。下痢は不消化便、つまりおかゆにつぶつぶのご飯が混ざったような状態であった。下痢の量はたくさん出る時と、ほんの少しの時もありまちまちであった。現在は1日5行から7行の下痢であり、2行から3行は血液が混じっている。

今年1月からは少し動くと息切れとめまいがし、家の階段も途中で休まないと登れな かった。体重は2年前に比べ6kg減少した。発熱はない。」

さらに以下のことを尋ねた。

「妹が1人の2人兄弟であり、妹は健康。父には気管支喘息がある。母は健康。祖父母4人のうち、父方の祖父が心臓が原因で82歳で死んだ以外、ほかの3人は健康。

現在,専門学校生であり,未婚。ギターが好きなので,卒業後はギターの制作工房 へ入社の予定である。ここ2,3年は体調も悪く,海外も国内の旅行にも行ってない。 定期的に服用している薬はなく,趣味や仕事での特殊な化学薬品も用いていない。タ パコは吸わない。同性愛者ではない。 1歳の時に脱腸の手術をした以外、大きな病気はしたことがない。」



設問3. 外来受診時行う検査と依頼する検査を列挙しなさい。

簡単に腹部視診と触診を行った。視診では皮膚がやや黄色みを帯びてみえる以外異常はなく、触診では腹部に圧痛もなかった。聴診でも異常はなかった。球結膜では貧血を認めたが、黄疸は認めなかった。心臓の聴診で第4肋間胸骨左縁に収縮期駆出性雑音を認めた。肛門直腸指診では直腸内壁のザラザラ感は特になく、また圧痛も訴えなかった。指診後の指嚢には鮮血がわずかに付着していた。肛門周囲の視診では瘻孔や膿、血液の流出は認めなかった。尋ねたところ、本人からの関節痛や発疹の訴えはなかった。

外来での検査として,血液一般検査,尿検査,腹部単純X線(立位・臥位)の撮影 を行った。

血液一般検査、尿検査の結果は表のようであった。



外来時検査					
●尿検査		総ビリルビン ―	0.31 mg/dl		
蛋 白 ——	(+)	Alb -	4.2g/dl		
アセトン体 ―	(+)	Cho-E	248 IU /ℓ		
●赤 沈		GOT-	12 IU/8		
1時間値	44 mm	GPT -	12 IU/£		
●末梢血		LDH	206 mU/mℓ		
赤血球	364×10⁴/μℓ	AIP -	206 mU/ml		
Нь	5.8g/dl	y-GTP -	—— 11 mU/mℓ		
Ht -	22.2 %	Amy —			
白血球 ———		免疫学的検査			
Plt-	—64.0×10⁴/μℓ	CRP-	0.2 mg/dℓ		
血液生化学					
総蛋白	8.1g/dl				

腹部単純X線では立位・臥位ともに横行結腸、S状結腸に少量のガス像を認める正 常範囲内の写真であった。

Hb5.8g/dlと強度の貧血を認め、CRPは0.2mg/dl以下であったが 日常生活が不可能であり、精査目的も兼ね入院とした。

その他の外来での検査として、便培養、便虫卵(直接法と浮遊法)、Clostridium difficile Toxin検出を依頼し、さらに直接細菌検査室へ電話をし、便に関し検査依頼をし た旨を伝えた。

同日入院となった。入院時の検査では体重66.7kg, 身長167cm, 血圧96/60mmHg, 脈拍96/分, 体温37.2℃であり, 顔面蒼白ではあるが重症感の少ない患者であった。貧血は長く続いており, 鉄剤の経静脈的投与で治療の方針とした。また潰

瘍性大腸炎が疑わしいので、腸管の安静を目指し低残渣食と消化食を処方し、診断が つくまで様子をみることとした。診断のための検査計画を立てた。



設問4. 入院後の検査計画として正しいものは?

- ①大腸内視鏡検査とそれによる組織生検は欠かせない検査であり、早期に行う。
- ② 大腸 X 総検査はその症状が中等症から軽症であり、悪化の兆候がなければ施行す 30
- ③上部消化管内視鏡検査は行う必要はない。
- ④腹部超音波検査は行う必要はない。

大腸内視鏡検査は翌日の4月8日、前処置はグリセリン浣腸300m2のみで旅行する こととなった。大腸X線検査は1週間後の4月15日に検査予定となった。

大腸内視鏡検査の結果は次のようであった。

「盲腸までの観察:盲腸は異常なし。病変は上行結腸中部より始まり直腸まで続く。 粘膜面全体に白色の顆粒 "つぶつぶ" が付着したような様相。S状結腸から直腸まで粘 膜面からの出血を伴う。中等度の重症度の潰瘍性大腸炎と考えて矛盾しない。



設問5. 潰瘍性大腸炎の内視鏡所見について正しいものは?

- ① 下部腸管に認められる胃潰瘍・十二指腸潰瘍様の辺縁明瞭な潰瘍は、潰瘍性大腸 炎の特徴的所見である。
- ② 黄白色の点状の膿の散在や血管網の不透見性, 血管網の乱れは潰瘍性大腸炎にし ばしば認める所見である。
- ③ 大腸内視鏡検査時の自然出血や送気による出血、内視鏡のシャフトの接触による 出血は、潰瘍性大腸炎の重症度を知る上で重要な所見である。
- ①内視鏡で異常なく認められる粘膜でも、生検により炎症が認められることはよく ある。

内視鏡検査時に大腸の各部位 (segment), つまり上行, 横行, 下行, S状の各結腸と 直腸から生検がなされた。その報告書は「Compatible with ulcerative colitis. #1-#5: goblet cell depletion, round cell infiltration (mild to moderate) with crypt abscess.] & のことであった。



設問6. 潰瘍性大腸炎の組織所見の特徴について正しいものは?

① 陰窩膿瘍 (crypt abscess) や杯細胞減少 (goblet cell depletion), 小円形細胞の浸 潤は潰瘍性大腸炎の特徴的な組織所見であり,これらにより潰瘍性大腸炎と診断 できる。

- ② 潰瘍性大腸炎で認めるポリープは一般に認められる線腫性ポリープではなく, 炎 症性ポリープである。
- ③ 潰瘍性大腸炎におけるポリポージス (ポリープの多発した例)は、経過の長期にわたる例に認められる。
- ④肛門部の病変を認めた場合、潰瘍性大腸炎は否定できる。

この間に便細菌検査などの結果が返ってきた。便塗抹検鏡にてアメーバなどは検出 されず、便一般細菌検査でも非病原菌のみ検出された。また Clostridium difficile 毒素 も検出されなかった。



設問 7. 潰瘍性大腸炎の確定診断をつけるには、どのようにしたらよいか?

- ① 潰瘍性大腸炎の診断は、内視鏡と組織生検によりつけられる。
- ② 潰瘍性大腸炎の診断はむしろ除外診断であり、種々の検査結果を参照してつけられる。
- ③ 潰瘍性大腸炎には診断基準があり、満たす項目数により確定診断、もしくは疑い 診断がつけられる。
- ④ 潰瘍性大腸炎とCrohn (クローン) 病との鑑別が困難な症例は、少なからず存在する。



設問8. 潰瘍性大腸炎とクローン病の鑑別につき適切なものは?

- ① 潰瘍性大腸炎の重要な初発症状が肉眼的血便であるのに対し、クローン病では右 下腹部痛である。
- ②肛門部の瘻孔の既往や存在は、クローン病を疑う重要な所見である。
- ③直腸に存在するアフタ様の小潰瘍はクローン病を疑う所見である。
- ④ 潰瘍性大腸炎とクローン病の最も大きな違いは、前者が粘膜の病変であるのに対し、後者は固有筋層も含む腸管全層の病変であることである。
- ⑤ 口腔内にアフタが認められる場合、潰瘍性大腸炎は否定できる。



設問9. 潰瘍性大腸炎患者の大腸×線造影の適応可否について適切なものは?

- ① 潰瘍性大腸炎の診断がついた場合,大腸X線造影検査は必ずしも行う必要はない。
- ②回腸末端部に病変を認めた場合, 潰瘍性大腸炎は否定できる。
- ③ 横行結腸中央部のみに病変を認め、区域性に病変を認める場合は、潰瘍性大腸炎 は否定できる。
- ④大腸X線造影で所見を認めない場合でも、潰瘍性大腸炎は否定できない。

大腸X線造影の所見では、「大腸全域にわたり残渣中等量存在。横行結腸から肛側は結腸襞をほとんど認めず。潰瘍性大腸炎と矛盾しない注腸X線所見。臨床的に潰瘍

性大陽炎なら潰瘍性大陽炎と考えてよい。」との報告であった。

入院後の内視鏡検査所見から潰瘍性大腸炎を強く疑い。サラブピリン1日1gの投与 を開始していた。入院当初は、潰瘍性大腸炎の重症度は中等症と判断された。

以上, 臨床所見, 検査或績, 内視鏡所見, 病理所見, 注腸X線検査所見より総合的 に判断し、潰瘍性大腸炎の診断とした。



設問10. 潰瘍性大腸炎の重症度について適切なものは?

- ① 直腸炎型潰瘍性大腸炎と呼ばれるごく軽い炎症から、全大腸をおかす激症型の潰 傷性大腸炎まで、その重症度は大変幅広い。
- ②潰瘍性大腸炎では便秘となることはない。
- ③多くの潰瘍性大腸炎症例では、おかされる腸管の領域が狭ければその症状は軽い。
- ④ 初回発作は一般に軽い例が多い。

Tさんの場合、潰瘍性大腸炎の発症は2年前と考えられ、徐々に中等症化したと考 えられた。



設問 11. 潰瘍性大陽炎の発症の仕方について適切なものは?

- ① 急激な下痢で発症する例が多い。
- ② 肉眼的血便が潰瘍性大腸炎の最も重要な初発症状である。
- ③ おかされた腸管の面積が広いほど重症となるが、直腸とS状結腸のみの潰瘍性大 腸炎でも重症となることはある。
- ④重症と考えられる症例より、軽症と考えられる症例が多い。
- ⑤ 大部分の潰瘍性大腸炎では1カ月程かけ徐々に発症し、最重症の状態となる。
- ⑥潰瘍性大腸炎では、その発症初期でその経過がわかることが多い。

この症例の場合、当初より潰瘍性大腸炎が疑われ、サラゾビリン1日1gの投与を開 始し、2日毎に0.5gずつ増量していった。



設問12. 潰瘍性大腸炎の治療の基本として正しいものは?

- ① 潰瘍性大腸炎は食事療法が基本であり、軽症もしくは中等症の場合は低残渣食を 治療の基本とする。
- ② 潰瘍性大腸炎は薬物療法が基本であり、軽症もしくは中等症の場合はベンタサ、 サラゾビリンを治療の基本とする。
- ③ 潰瘍性大腸炎は薬物療法が基本であり、軽症もしくは中等症の場合は非ステロイ ド系の抗炎症薬を治療の基本とする。
- ④ 潰瘍性大腸炎は心理療法が基本であり、軽症もしくは中等症の場合は精神的援助

を治療の基本とする。

⑤ 潰瘍性大腸炎では抗コリン薬 (ブスコパン),アヘン類似止痢薬 (ロベミン) は禁忌である。

Tさんには鉄剤の投与とともにサラゾビリン1gから投与を開始し、3gまで副作用な しで増量できた。



設問 13. サラゾビリンの副作用と使い方について正しいものは?

- ① サラゾビリンによる副作用はしばしば認められる。
- ②副作用には、消化管症状のほかに頭痛や関節痛、筋痛などがある。
- ③ 過敏反応としての副作用には皮疹、リンパ節炎、肝障害などがある。
- ④長期投与の場合、葉酸の投与も必要である。
- ⑤女性の場合, 服薬中は妊娠しないよう指導する。

本症例では、サラゾビリンによく反応し症状は軽快した。1996年から日本でもサラ ゾビリンの有効成分(5-ASA)のみを成分としたベンタサの使用が可能となった。



設問14. ベンタサの副作用と使い方について正しいものは?

- ①サラゾビリンほど頻繁ではないが、3~5%程度の副作用は認める。
- ② サラゾビリンと同様に、服薬開始時の一過性の下痢はしばしば認める。
- ③服薬中も男性不妊は認めない。
- ④ペンタサはサラゾビリンと異なり重症の潰瘍性大腸炎に適応がある。
- ⑤女性の場合、投与中は妊娠しないよう指導する。

Tさんの場合,内科的治療によく反応し,外科的治療の必要はなかった。



設問 15. 潰瘍性大腸炎の外科手術の適応と問題点として適切なものは?

- ① 潰瘍性大腸炎の手術例の場合, 診断がつくまでの時間的余裕がなく, 緊急手術と なる例が多い。
- ②手術適応には激症型例,巨大結腸症への進展例,大量出血例,管理不能な慢性症 例などがある。
- ③ 潰瘍性大腸炎は、外科的手術により完治させうる疾患である。
- ④ 手術適応は、入院後内科的治療に反応が悪い場合。48ないし72時間以内の早期 に決定するほうがよい。
- ⑤ステロイド使用中、病態がマスクされることがあるので注意が必要。

Tさんの場合、貧血は軽快したが経過中に一過性の肘関節痛を認めた。



設問 16. 潰瘍性大腸炎の腸管外合併症として適切なものは?

- ① 潰瘍性大腸炎の患者にアルカリホスファターゼ (AIP) の高値を認めた場合, ERCPを施行する必要がある。
- ②潰瘍性大腸炎の患者に認められる合併症として関節痛や軽度の関節炎がある。
- ③上記のほかに眼症状、皮膚症状を認めることがある。
- ④ 肝障害で頻度の多いのは脂肪肝である。

1カ月後、Hbは5.8g/dlから9.6g/dlと貧血は軽快、排便回数も1日1から3行となった。内視鏡検査では「盲腸まで観察。上行から下行結腸までわずかに毛細血管の拡張を認めるのみで、炎症所見は消失。S状結腸下部(20cmレベル付近)より直腸に到る範囲で全周性びまん性に粘膜肥厚軽度発赤像を認める。直腸下部では点状白斑多発。前回に比べ炎症部位は減少、その程度は改善している。」とのことであった。日常生活も支障なくおくれると判断され、退院となった。



設問 17. 潰瘍性大腸炎の経過について適切なものは?

- ①一般に予後は悪く、コントロールに比べ余命は短いとされる。
- ②初回発作での死亡率は3%程度とされる。
- ③初回発作で重症とされた例での死亡率は、20%程度である。
- ④ 初回発作で重症とされる例は20歳以下と70歳以上に多く、これらの年齢の患者 の場合は注意が必要である。



設問 18. 外来管理での注意点として適切なものは?

- ①現状では、潰瘍性大腸炎は内科的治療による完治は望めない疾患であり、患者には医学的援助のほかに社会的援助が必要である。
- ②潰瘍性大腸炎の女性は妊娠出産を望めない。
- ③直腸炎型潰瘍性大腸炎がS状結腸や全大腸炎に進展することは少ない。
- ④5年から10年の長期間経過した潰瘍性大腸炎では、癌の発生も念頭におく。



設問 19. 日本の潰瘍性大腸炎患者数は 1996年には 46,000人 (クローン病患者数は 14,000人) となり、毎年 10~ 15 %の急激な増加を示してきた。患者数が 増加をしてきた理由を列挙せよ。



11診断名

潰瘍性大腸炎

2 勉強のポイント

- ①腹痛、下痢の訴えに対する鑑別診断、検査計画
- ②治療法

以下に設問の解答を示し、解説を行う。

腹痛,下痢の訴えは若年者から高齢者まで大変多い訴えである。よく調べても納得できる診断に達することは少ない症候かもしれない。急性胃腸炎の診断名で自然軽快する例も数多い。ここにあげた症例も2年前に当院を受診し、胃炎の診断のみがつけられた。穏やかな心窩部痛を診た時に、頭の片隅に潰瘍性大腸炎の可能性を浮かべることが重要である。潰瘍性大腸炎は決してまれな疾患ではない。また、患者さんが医療を求め続ける限り、現代の日本では必ず診断がつく疾患であろう。

一方,ごく軽い直腸内違和感と血便があり,内視鏡では直腸膨大部のみの軽度の発 赤混濁を認める症例がある。病理組織学的には潰瘍性大腸炎の診断はつかないが,お そらくそれの移行型と考えられる例は臨床の場では数多く経験する。

潰瘍性大腸炎は比較的若年で発症し、慢性に経過する疾患である。したがって、年間の発症率は10万対2~8と低いが有病率は高くなり、一般外来でも遭遇することは 多い。慢性期の管理は困難なものではなく、本書に記載した程度の知識があれば十分 可能である。

患者さんからの訴えまたはその症状に対しできるだけ多くの疾患名をあげることができ、それら疾患の頻度と経過と予後を念頭におきつつ患者さんの話を聞き、病歴をとり、身体所見をとり、検査計画を組み、正確な診断と治療に至り、さらには患者さんを安心させ、もしくは自らの力で病気と闘うことを決意させ、それを援助することが医師の仕事である。

以下の解説では、医学には「正解」などあるはずもなく、「解答例」ととってもらえると幸いである。



1. 鑑別診断

解答:潰瘍性大腸炎、クローン病、腸結核、単純潰瘍、家族性大腸ポリポージスに伴 うポリープもしくは癌、良性のポリープ、アメーバ症、AIDSやSTDによる大腸 炎、直腸の孤立性潰瘍もしくは粘膜脱症候群、痔核、裂肛

1年以上持続する慢性の腹痛,下痢,血便を主訴とした青年男性であり,動悸,息切れは失血による貧血の症状と考えてよい。① 潰瘍性大腸炎は鑑別診断の第一番目にあがる。そのほかに②クローン病、③ 腸結核、④ 回盲部に出現する単純潰瘍 (Behcet

表1 下部消化管出血をきたす疾患

 炎症性腸疾患 潰瘍性大鵬炎

クローン病 題結核

回盲部の単純潰瘍 (Behçet病に伴う潰瘍を含む)

感染性腸炎 薬剤起因性大腸炎

· Henoch-Schönlein案斑病 食物アレルギー

· 水銀, 全化合物中毒

大膳癌

大腸ポリーブ

家族性ポリポージス

· 虚血性大腸炎

大膳憩室炎

放射線起因陽炎

・メッケル憩室炎

· 痔核

· 裂肛 (肛門裂傷)

Angiodysplasia

・尿毒症、鎌状赤血球症、血管炎、いわゆる膠原病等の全身疾患

病の一部分症状のこともある)を鑑別診断にあげる。

腫瘍性疾患として上皮性腫瘍 (癌, 良性腺腫), 非上皮性腫瘍 (リンパ腫など) を考え ればよいが、この場合若年者であり、⑤家族性大腸ポリポージス (Familial Adenomatous Poliposis, FAP) に伴うポリーブもしくは癌からの出血が考えやすい。⑥ 良性 のポリープ症 (Peutz-Jeghers syndrome など) からの出血も鑑別診断にあがり、筆者 は、若年性ポリープ (Juvenile polyp) からの出血による貧血を1例経験している。結核 を除く感染性腸炎、大腸炎としては、⑦アメーバ症を念頭におく、そのほかの感染性 大腸炎はその長い経過から考えにくい。近年では、® AIDS や STD (Sex Transmitted Disease) による大腸炎も念頭におく。

⑨ 直腸の孤立性潰瘍もしくは粘膜脱症候群 (Solitary ulcer of the Rectum, Mucosal Prolapse Syndrome) と呼ばれる症候群も同様な症状をきたす。この症候群は、潰瘍性 大腸炎または直腸癌としばしば誤診される。ただし上腹部痛は少ない。筆者は、粘膜 脱症候群にもかかわらず潰瘍性大腸炎として治療され続けた例を経験している。また 団 痔核、製肛(切れ痔)が下痢の状態で認められることもあり、鑑別診断にあがる。

下血の鑑別診断を表1にあげた。下血はごく大量の上部消化管出血を除きTreitz bandより下部の消化管出血が鮮血便となり、それより上部の消化管出血では吐血と黒 色便となる。

本稿とは直接関係はないが、各種消化器系の検査を行っても診断のつかない持続す る下痢、熱発、貧血では必ずクローン病を鑑別診断にあげる。このような症状での他 医からの紹介患者で、「その目で」肛門管付近を観察し、縦長の潰瘍やまた小さなアフ タを直腸内に発見したり、上部消化管検査では食道や十二指腸に同様な所見を得、ク ローン病の疑いという病名をつけることができた例を何例か経験している。またクロー ン病は「消化管精査するも異常がなかった」として、しばしば膠原病疑いとして紹介さ れることがある。

以上①から⑩の疾患を念頭におき、問診を行う。



2. 問診の内容

解答:下痢の性状と経過,血便の性状と経過,腹痛の性状と経過,家族歴,性癖, 喫煙,手術歴,既往歴,旅行歴,服薬歴

1. 下 痢

下痢の定義にはいくつかあり、①確実に便回数が増えており、便量が250g/日を超えるもの、②1日3回以上の排便があり、便量が200g/日を超えるもの、③1日1回でも水様便があれば下痢とするもの、などがある 11 。

患者はどのような状態を下痢と考えているかを聞き出すことが大切である。潰瘍性 大腸炎の場合の下痢は、粘膜傷害部位より血漿等が浸出し、さらに吸収不全、直腸の 過敏性が加わった状態であり、水様下痢便というより便意積回といったほうが適切で ある。

2. 血 便

血便という訴えも、患者はどのような状態を血便と考えているかを聞き出すことが 大切である。トマトの皮などを血便と訴えてくる例もある。

血便との訴え自体が疑わしい場合は、便鲜血反応を3回連続で行う。血便を訴えていたにもかかわらず、"毒"とされていた大腸癌はしばしば目にする、あたりまえのこととも考えられるが、"血便"のある場合は大腸X級検査か大腸内視鏡検査を必ず行う。

3. 腹痛

外来診療を行っていると腹痛は実に非特異的な訴えであるとの感が強いが、この中 に潰瘍性大腸炎はじめその他の重篤な疾患も含まれる。潰瘍性大腸炎では心窩部から 左下腹部鈍痛がよく認められる。

4. 家族歷

家族歴では、父母や祖父母の死因や死亡時の年齢に注意し尋ねる。問診により、家 族性大腸ボリボージスによる大腸癌の予測をつけることができた例を経験している。潰 瘍性大腸炎には家族集積性があるとする報告がある。しかし、確固たる治療法や予防 法のない現在では、家族集積性を強調しないほうがよい。潰瘍性大腸炎患者には非喫 煙者が多い。しかし喫煙は各種の重要な疾患の危険因子であり、これも強調しないほうがよいと考えられる。

5. 性 癖

同性愛者や肛門内に異物を挿入するという自慰行為を行っている場合,本人が原因 に思いあたっていても医師に告げることは少ない。これらは検査や治療の経過中に明 らかになることもあり、看護婦から"風変わりな下着をつけている"ことを知らされ、 性癖が明らかになることもある。また筆者は大腸ファイバーの検査中に「清潔好きで潔 癖な人で、排便後お尻の穴の中まで拭く人は多く、時々指先で腸を傷つける人をみま すが」と尋ね、異物挿入の事実を尋ね出したことがある。

手術歴、既往症、旅行歴、服薬歴も尋ねておく。

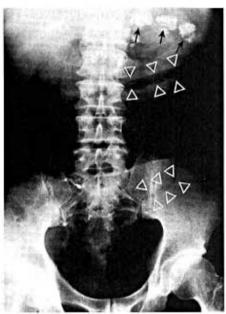


図1 重症例の腹部単純X線像

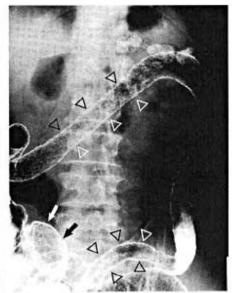


図2 注腸検査像



3. 外来受診時に行う検査

解答

身体所見では腹部圧痛の有無と部位, 重症感のある患者ではグル音の消失に注意 する。潰瘍性大腸炎では心窩部痛, クロー ン病では回盲部痛をしばしば認める。潰瘍 性大腸炎では、 横行結腸の膨隆とグル音の 消失は中毒性巨大結腸症を意味する。関 節症状や皮膚所見については、患者の意見 も参考にして所見をとる。

大腸直腸疾患が疑われる患者さんには, 肛門直腸指診は必ず行う。潰瘍性大腸炎 の場合, 直腸壁の圧痛や粘膜粗造感があ るとされるが、実際にこれらの所見を得る のはかなり困難である。直腸や肛門に異常 のない人でも, 直腸指診時に疼痛を訴える

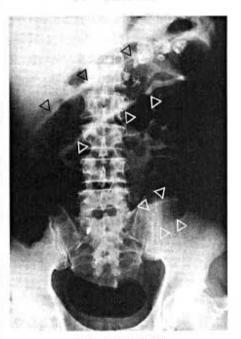


図3 図1の5日後

人は多い。直腸の感触や付着した内容物を、感じたまま、みえたまま自分の言葉で記 載しておく。指先に血液が付着する場合、癌や潰瘍性大腸炎など重要な疾患を示唆す る十二分な所見である。

直腸肛門鏡。肛門鏡で観察できる部位は、肛門管と歯状線のわずか口側の直腸粘膜 である。しかし、直腸膨大部内の便や血液の貯留の様子、粘膜の発赤は知りうる。筆 者は経口的な前処置なしで、120mlもしくは300mlのグリセリン浣腸のみを用いたS 状結腸ファイバースコープを多用している。これは、経口の前処置や洗腸なしでも可能である。外科系の医師で硬性直腸鏡の使用に慣れていれば、直腸鏡を用いるのがよい。

検温は最近では軽んぜられる傾向にあるが、炎症の重症度の目安として重要である。 外来でも検温は必ず行う。

検査室に依頼する検査として、腹部単純X線写真(立位、臥位),一般血液検査、便 培養検査(Shigella, Campilobacter, Salmonella),便直接塗抹標本鏡検 (ameba (Entamoeba histolitica)), Clostridium difficile毒素,大腸内視鏡検査,大腸X線検 査などがある。

腹部単純X線写真は、立位と臥位2方向が必ず必要である。筆者は腹痛を主訴として来院した場合、腹単2方向写真はなるべく撮影するようにしている。潰瘍性大腸炎を疑う場合、臥位での腸管径は重要な情報となる。臥位では横行結腸やS状結腸のガス像により腸管径を知ることができ、潰瘍性大腸炎の慢性に経過した場合の腸管径の減少、あるいは巨大結腸症の発症を知ることができる。急性期の潰瘍性大腸炎の場合、横行結腸の腸管径は巨大結腸症の目安(5cm以上で巨大結腸症を疑うとされる)となり、連日撮影する。午前と午後、1日2回撮影し、経過を追う場合もある。

図1に重症例の腹部単純X線写真を示す。約6カ月前に下血にて発症し、70歳という年齢から当初大腸癌が疑われた。大腸内視鏡にて潰瘍性大腸炎が疑われ、外来で治療してきたが徐々に悪化、入院精査治療とした。図1では、S状結腸と横行結腸に細いガス像を認める(矢頭)。ガス像は以前に行われた注腸検査のそれと一致している(図2)。図3は図1の5日後の写真である。小腸ガスのほかにS状結腸と横行結腸に大量のガス像を認め、直径は5cmに達し、巨大結腸症の発生が考えられ、手術の適応である。なお、図1の背臥位腹部単純X線写真からだけでも潰瘍性大腸炎は考えられる。つまり、S状結腸と横行結腸に管腔の狭小化と半月襞の消失という潰瘍性大腸炎に特徴的な変化を認める[上腹部の石灰化像(矢印)は脾動脈周囲リンパ節の石灰化であり、手術時に確認した]。

本稿と直接関係はないが、消化管穿孔による遊離ガスを認めようとする場合、立位 腹単写真のみで判定しようとする例を時に認める。しかし、立位胸部単純写真の脚野 条件でのX線写真のほうが遊離ガスを認めやすく、有益である。

一般血液検査として、血算とCRPを含む一般生化学セット検査を依頼する。血沈と 血色素量は、潰瘍性大腸炎の重症度の判定に用いられる。いずれも特殊な設備や試薬 なしで測定され、時代や場所の制限なく潰瘍性大腸炎の評価が可能である。便鏡検、 虫卵検査では浮遊法のほかに直接塗抹法を依頼し、アメーバ検出を目標としているこ とを伝える。

同性愛者などで直腸炎が疑われる場合には、淋菌、クラミジア、ヘルペスの感染も 念頭におく。これらの所見、ならびに検査法については皮膚科の教科書を参照し、か つ検査室に問い合わせる。

患者が疲弊しておらず、血液検査でもそれを示唆する所見がない場合は、大腸内視 鏡検査、大腸X線検査を依頼する。



4. 入院後の検査計画

解答:(1)(2)

① 大腸内視鏡検査とそれによる組織生検は欠かせない検査であり、早期に行う。ま た② 大腸X線検査は中等症から軽症であり、悪化の兆候がなければ施行する。これに より大腸の罹患部位を客観的に示すことができる。上部消化管内視鏡検査はクローン 病との鑑別に必要であり、また上腹部痛の訴えのある場合も多く、胃疾患との鑑別上 必要である。

本邦では胃癌はしばしば認められる疾患であり、一昔前の結核同様、胃癌は早期癌、 進行癌を問わず見逃していると日本では医師としての資質を疑われる疾患である。

そのようなわけで、上部消化管内視鏡検査はすべての患者に施行する必要がある。 軽、中等症の場合、エコー検査は無侵襲でもあり、エコー検査で肝胆道系の評価をし ておくことは重要である(後述)。

腹部CT検査は、腹腔内全般の情報が得られ、他疾患の除外などに役立つので、施 行したほうがよい。

重症症例の場合、骨盤CT検査は、腸管周囲の脂肪組織のCT値の低下 (haziness in the pericolic fat) から炎症の直腸周囲への波及を知り得て、有益である。



5. 大腸内視鏡検査所見の特徴

解答: (2) (3) (4)

直腸に辺縁明瞭な消化性潰瘍様の所見が認められた場合。むしろ潰瘍性大腸炎以外 の疾患を疑う (例えば、直腸の粘膜脱症候群)。しかしごくまれに、潰瘍性大腸炎の場 合にこのような所見が認められることもある。

② の黄白色の点状の膿は陰窩膿瘍に一致すると考えられ、この散在や浮腫による血 管網の不透見性、血管網の乱れは潰瘍性大腸炎にしばしば認められる所見である。ま た③大腸内視鏡検査時の自然出血や送気による出血、内視鏡のシャフトの接触による 出血は潰瘍性大腸炎の重症度を知る上で重要な所見であり、潰瘍性大腸炎を疑う場合 は、内視鏡挿入時(ファイバーが通過する以前)と抜去時(ファイバーの通過後)に写 真撮影する必要がある。

下血を訴え来院した患者に念のために行った直腸粘膜の生検で、炎症が認められる ことはよくある。

図4に本症例の内視鏡所見を示す。S状結腸付近の内視鏡通過以前に撮影した粘膜 像である。顆粒状から斑状の白色の局面 (矢頭) とともに、斑状の出血像の散在を認め る (矢印)。図5は、図1から図3に示した重症例の内視鏡写真である。多発するポリ ープ様に認められる部分(矢頭)と、粘膜がはげ落ちたように認められる発赤の少ない 局面の像(矢印)である。

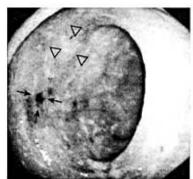


図4 本例の内視鏡所見 (☞カラー□絵参照)

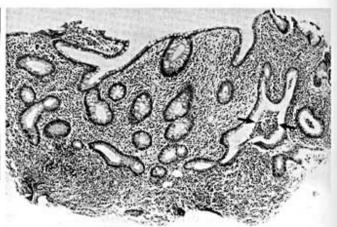


図6 図4の内視鏡施行時の生検組織のヘマトキシリン・ エオジン染色顕微鏡像(FFカラー口絵参照)



図5 図1~3に示した重症例の内 視鏡所見(☞カラー□絵参照)



図7 図5の内視鏡施行時の生検組織のヘマトキシリン・ エオジン染色顕微鏡像(ロアカラー口絵参照)

図6に図4,図7に図5それぞれの内視鏡施行時の生検組織のヘマトキシリン・エオジン染色顕微鏡像を示す。図6では、中等度の杯細胞の減少と小円形細胞の浸潤に加え、陰窩膿瘍(矢印)を認める。全体として中等度の潰瘍性大腸炎の所見と考えられる。

図7では杯細胞の減少と小円形細胞の浸潤,さらには出血と中等度から高度の大腸 炎の所見に加え,陰窩膿瘍(矢印)と変形した腺管(矢頭)の不均一な分布を認める。



6. 組織所見の特徴

解答:23

①陰窩膿瘍や杯細胞減少、炎症細胞の浸潤は潰瘍性大腸炎の特徴的な組織所見では

表2 潰瘍性大腸炎の診断基準(案)(平成5年度研究報告書)

下記a)のほか、b)のうちの1項目、およびc)を満たし、下記の疾患が除外できれば確診となる。

- a) 臨床症状:持続性または反復性の粘血・血便またはその既往がある.
- b) 内视鏡検査, 注腸検査
 - (1)内視鏡検査:①粘膜はびまん性におかされ、血管透見像は消失し、粗造または細顆粒 状を呈する。さらに、もろくて易出血性(接触出血)を伴い、粘血膿性の分泌物を付着 しているか、②多発性のびらん、潰瘍あるいは偽ポリポージスを認める。
 - (2)注腸X線検査:①粗造または細顆粒状の粘膜表面のびまん性変化、②多発性のびらん、 潰瘍、③偽ポリポージス、を詰める、このほか、ハウストラの消失(鉛管像)や腸管の 秋小・短縮が認められる.
- c) 生検組織学的検査

主として粘膜固有層にびまん性に炎症性細胞浸潤があり、同時に杯細胞の減少、びらん、 陰窩膿瘍や腺の配列異常などが認められる。

b) c) の検査が不十分、あるいは施行できなくとも、切除手術または剖検により、肉 眼的および組織学的に本症に特徴的な所見を認める場合は、下記の疾患が除外できれ ば、確診とする。

除外すべき疾患は、細菌性赤痢、アメーバ赤痢、日本住血吸虫症、大腸結核、キャンピ ロバクタ腸炎などの感染性腸炎、および放射線照射性大腸炎、虚血性大腸炎、薬剤性 大腸炎、クローン病、腸型ベーチェット、リンパ濾胞増殖症などである。

<注1>まれには血便に気づいていない場合や、血便に気づいてすぐに来院する(病悩期間 が短い) 場合もあるので、注意を要する。

<注2>所見が軽度で診断が確実でないものは「疑診」として取り扱い、後日再燃時などに 明確な所見が得られた時、本症と「確診」する。

あるが、これら所見はどのようなタイプの大腸炎にも認められることがあり、潰瘍性大 腸炎を強く疑わせるが確診はできない。潰瘍性大腸炎で認めるボリーブは一般に"大腸 のポリープ"と呼ばれる腺腫性ポリープではなく炎症性ポリープであるが(②)、この 中に腺腫性ポリープが混ざっていることはあり内視鏡的には鑑別できない。③ 潰瘍性 大腸炎における炎症性ポリープのポリポージス(ポリープの多発した例)は、経過の長 期にわたる例に認める。痔瘻など肛門部の病変を認めた場合はクローン病を疑うが、 併発症の場合もあり、潰瘍性大腸炎は否定できない。



7. 潰瘍性大腸炎の確定診断

解答: 234

ある疾患を診断するにはその疾患概念を知っておく必要があり、疾患概念を理解す るにはその歴史的変遷から知っておく必要がある。潰瘍性大腸炎の歴史的変遷は "Bockus Gastroenterology" () にまとめて記載されている。ここでも簡単に記しておく。 紀元300年には、今日の潰瘍性大腸炎と考えられる非感染性の大腸の炎症を伴った 下痢症がカッパドキアのAretaeusにより詳述されている。この以前、紀元100年頃に も何例かの潰瘍性大腸炎と考えうる報告はあり、昔から存在した疾患である。

1859年にWilks は、直腸から全大腸、回腸末端に及ぶ粘膜のびらん、壊死と出血を

伴う剖検例を報告し、これは中毒性巨大結腸症例と考えられる。1865年には、赤痢や パラチフスと臨床的には似ているが、組織学的には陰窩の変化を主体とする慢性下痢 症が報告され、これも潰瘍性大腸炎と考えられ、このころから現在の潰瘍性大腸炎の 疾患概念が固まり始めた。

大腸の炎症性疾患としての単純性潰瘍性大腸炎 (simple ulcerative colitis) の名称 は、1875年にWilksとMoxonによる報告として文献上初めてみられる。

1973年にWHOの医科学国際組織委員会(CIOMS)により"潰瘍性大腸炎"の名称が 決められ、次のような疾患概念が提起された。



メモン「医科学国際組織委員会」の潰瘍性大腸炎の定義

本疾患は、主として粘膜と粘膜下層をおかす。大腸、特に直腸の特発性、非特異性の炎症性疾患である。30歳以下の成人に多いが、小児や50歳以上の年齢層にもみられる。

原因は不明で、免疫病理学的機序や心理的要因の関与が考えられている。

通常、血性下痢と種々の程度の全身症状を示す。長期にわたり、かつ大腸全体をおかす 場合には、悪性化の傾向がある。

潰瘍性大腸炎は、主として粘膜をおかし、しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸の原因不明のびまん性炎症性疾患である。

厚生省特定疾患難治性炎症性腸管障害調査研究班による潰瘍性大腸炎の診断基準 (案)を表2にあげる。

しかしここで理解すべき大事なことは、診断基準があって病気があるのではなく、病 気を便宜的に分類するために診断基準があることである。実際、潰瘍性大腸炎の診断 基準にある除外項目のクローン病や、その他の疾患を除外することが困難な場合は、 多々存在する。

大腸をおかす非特異性炎症として、潰瘍性大腸炎とクローン病がある。非特異とは 現在までのところ原因が特定できないことを意味し、したがって、これら疾患は、② すべての既知の病因を除外することにより診断される。そこで病歴、全身所見、血液 検査所見、X線所見、内視鏡所見、組織所見により総合的に診断されるべき疾患であ る。しかし潰瘍性大腸炎は非特異性炎症とはされているものの、消化器疾患としてし ばしば遭遇する。それゆえ内視鏡所見と組織所見のみで診断される傾向にあるが、総 合的な除外診断であることを忘れてはならない。

筆者は直腸の粘膜脱症候群であるにもかかわらず潰瘍性大腸炎としてサラゾビリン にて治療され、その副作用のみが前面に現われた症例を経験している。

一旦潰瘍性大腸炎と診断されても、その経過を追い、他の疾患の可能性を考え続け ることが大切である。



8. 潰瘍性大腸炎とクローン病の鑑別診断

解答: 1234

潰瘍性大腸炎とクローン病の最も大きな違いは、前者が粘膜 (mucosaと submu-

cosa) の病変であるのに対し、後者は固有筋層も含む腸管全層の病変であること、前 者が大腸のみの疾患であるのに対し、後者は全消化管の疾患であることである。診断 基準のうちのいくつかは、ここから派生した所見である。口腔内アフタは風邪の場合 などにも外来でよく遭遇する病態であり、特異性はないと考えたほうがよい。



9. 大腸 X 線造影の適応

解答: ④

大腸X線造影は潰瘍性大腸炎の場合、激症もしくは重症の急性期を除き必ず施行す べき検査である。経過を追う上で罹患部位を知ることは重要であり、また腸管壁の変 化からその炎症の程度、つまり炎症性変化が粘膜にとどまらず全層に及ぶ強度な例か 否か、またポリープの存在から潰瘍性大腸炎としての時間的経過を知ることも可能で ある。

回腸末端部で回盲弁の開大や回腸の拡大を全結腸型の潰瘍性大腸炎に認めることが あり、Backwash ileitis と呼ばれている (図2矢印)。したがって、回腸末端部に病変を 認めた場合でも潰瘍性大腸炎は否定できない。潰瘍性大腸炎の特徴の1つとして、直 腸から上行する連続病変とされるが、まれには区域性に病変を認める場合もある。下 部腸管の炎症が軽快し上部のみ残存し、一見区域性の病変と認められることもある。 病変が軽度の場合、大腸X線造影で所見を認めないこと、あるいは異常なしと読影さ れることはしばしばあり、便への血液付着などの訴えが持続する場合など、潰瘍性大 腸炎、直腸炎型の軽度の例も考えることが必要である。



10. 潰瘍性大腸炎の病型分類と重症度の判定

解答: 134

潰瘍性大腸炎の病型は、その発症の仕方により急性発症型、激症型または慢性型な どと呼ばれる。

またその重症度は、① 潰瘍性大腸炎、直腸炎型と呼ばれる範囲の狭いごく軽い炎症 から、全大腸をおかす激症型の潰瘍性大腸炎まで大変幅広い。全体としての炎症の強 さは、面積あたりの炎症の強さとその面積の積であり、一般には③ おかされる腸管の 領域が狭ければその症状は軽い。潰瘍性大腸炎、直腸炎型では便秘となることがあり、 外来管理中の潰瘍性大腸炎患者でも便秘を認めることがある。

④初発発作は一般に軽い例が多く、35~65%が軽症で発症するとされる。 潰瘍性大腸炎の重症度分類を表3にあげる。



11. 潰瘍性大腸炎の発症の仕方

解答: ②~⑥

肉眼的血便が潰瘍性大腸炎の最も重要な初発症状で、急激な下痢で発症する例では むしろ感染性腸炎を考える。既に述べたが、全体としての炎症の強さは面積あたりの 炎症の強さとその面積の積であり、おかされた腸管の面積が広いほど重症となると考 えてよいが、直腸とS状結腸のみの潰瘍性大腸炎でも重症となることはあるとされる。

	重症	中等症	軽 症
①排便回数	6回以上	D. STELLING	4回以下
②顕血便	+#-	重症と	+~-
③ 発熱	37.5°C	軽症と	-
4 額脈	90/分以上	の中間	-
⑤貧血	Hb 10g/dl 以下		-
⑥赤沈	30mm/時以上		正常

表3 潰瘍性大腸炎の重症度分類

<注1>重症とは、重症度分類の①および②のほかに、全身症状である③または④のいずれ かを満たし、かつ6項目のうち4項目を満たすものとする。 軽症は、軽症分類の6項目すべてを満たすものとする。

- <注2>上記の重症と軽症との中間に当たるものを中等症とする。
- <注3>重症の中で特に症状が厳しく重篤なものを激症とし、発症の経過により急性激症型と 再燃激症型に分ける。激症の診断基準は、以下の5項目をすべて満たすものとする。
 - (1)重症基準を満たしている。
 - (2)15回/日以上の血性下痢が続いている。
 - (3)38℃以上の持続する高熱がある。
 - (4)10,000/mm3以上の白血球増多がある。
 - (5)強い腹痛がある。
- <注4>軽症3.4.5の(一)とは、37.5℃以上の発熱がない、90/分以上の頻脈がない。 Hb 10g/dℓ以下の貧血がない、という意味である。

多くの潰瘍性大腸炎では、病歴をよく尋ねると来院の大分前から症状があったことがわかる。数日の単位で激しい血便や下痢をきたした場合、感染性腸炎や虚血性腸炎を考える。軽症で発症した症例は軽症として経過し、発症初期でその経過がわかることが多い。



12. 治療の基本

解答:②

② 軽症もしくは中等症の潰瘍性大腸炎は薬物療法が基本であり、ペンタサ、サラゾ ピリンを治療の基本とするが正解。しかし、①②④を解答とする考え方もないわけで はない。

重症例の内科的治療では、中心静脈栄養とステロイドが治療の基本となる。重症から激症型以外では抗コリン薬(例: ブスコパン)、アヘン類似止痢薬(例:ロペミン)は用いてよい、しかし非ステロイド系の抗炎症薬は、潰瘍形成作用と大腸粘膜の易出血性をきたし、潰瘍性大腸炎の炎症を抑えるために用いてはいけない。

潰瘍性大腸炎の治療指針を図8にあげる。

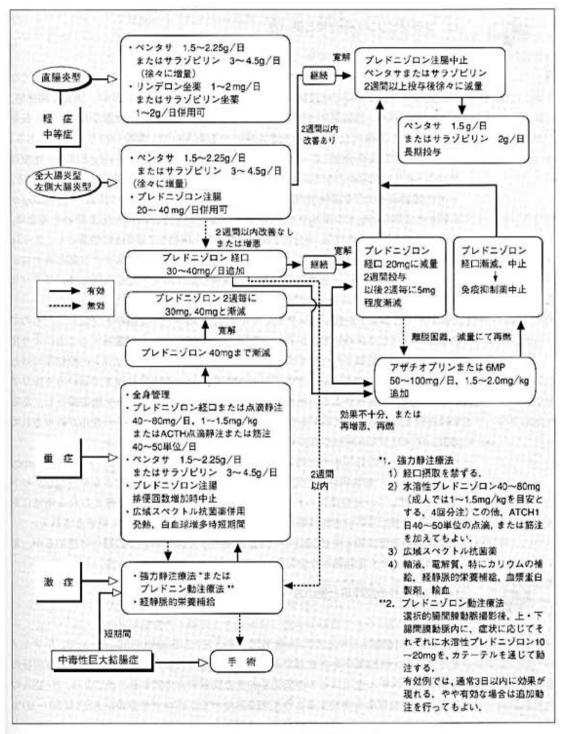


図8 潰瘍性大腸炎治療指針(改訂案)

(武藤徽一郎:厚生省特定疾患難治性炎症性肺管障害調査研究班,平成6年度研究報告書より作成)



13. サラゾピリンの副作用と使い方

解答: ①~④

サラゾピリンによる副作用は13%もしくは10~45%に認められるとされ、少なくない。実際に薬疹はしばしば経験する。副作用には消化管症状のほかに、頭痛や関節痛、筋痛などがある。過敏反応として皮疹、発熱、リンバ節炎、肝障害などがある。長期投与の場合、薬酸欠乏から貧血をきたすこともあるので、薬酸の投与も必要である。投与は1日量1gから開始し、連日0.5gずつ増加させ、治療域の3~4gとする。治療効果は約1カ月で明らかとなる。寛解に達したら徐々に減量し、維持量の1~2gとする。

消化管症状のような蓄積型の副作用が認められた場合には2週の休業の後、0.25gから開始し1週0.25gずつ増加させ、2gまでの投与とする。過敏反応を認めた場合は、少なくとも2週の休薬の後、8分の1錠(0.06g)から開始し7日ごとに倍量とし、2~3gの維持量とする。増薬中の軽度の掻痒感、発疹に対しては抗ヒスタミン薬とステロイド剤を用いる。しかし、無顆粒球症などの重篤な副作用をきたした例では、サラゾビリンは禁忌である。

サラゾビリンは、5-ASA(5-アミノサリチル酸)とスルホン酸がアゾ結合したものである。サラゾビリンの効果は5-ASAが障害部位腸管粘膜に直接接触することにより発現され、血中に吸収されたサリチル酸によるのではない。サラゾビリンの副作用はほとんどがスルホン酸によるが、このスルホン酸は5-ASAを大腸粘膜まで届けるキャリアーとして重要な働きがある。しかし、副作用の少ない5-ASAのみを腸溶錠とし、あるいは浣腸として用いる試みがあり、ヨーロッパ、カナダでは早くから使用が許可されており、アメリカでも許可されている。

サラゾピリンの妊娠中の女性に対する副作用の報告はない。また、FDA pregnancy categoryでは、"動物実験で胎児に対する危険性を認めることはできなかったが、ヒトの胎児に関しての資料は得られていない"とされ、比較的安全と考えられる領域にあり、1期、2期、3期いずれの妊娠期においても有効性が危険性を上回るとされる。

母乳への影響に関してBreast-feeding categoryでは、"母乳への移行は認めるが、常用量ではまったく危険性はない"とされる。



14. ペンタサの副作用と使い方

解答: 123

5-ASA単体製剤、ペンタサ(一般名:メサラジン、5-aminosalicylic acid、5-アミノサリチル酸)が1996年から本邦でも使用可能となった。これは5-ASAを1mm前後の顆粒にし、エチルセルロースの多孔性皮膜でコーティングすることにより、5-ASAの消化管内での放出を調節するよう工夫されている。ペンタサ中の5-ASAは50~60%が糞中に排泄され、下部腸管まで届いており、直腸炎型の潰瘍性大腸炎にも効果があると考えられる。

サラゾビリンは70年にわたり使用され、副作用もよく検討された薬である。一方ベンタサも欧米では10年以上にわたり使用されており、安全な薬である。今後はベンタ

サが軽症、中等症の炎症性陽疾患の第1選択薬になっていくであろう。

ベンタサは、副作用が原因でサラゾビリンの使用ができなかった患者の80%に使用 できるとされる。その副作用は頭痛、嘔気、消化不良などであるが、比較対照試験で プラセーボの副作用発現率の15%より少ないとされる。

服薬開始時の一過性の下痢はしばしば認める。ペンタサは2錠から開始し隔日1錠ず つ増錠させ治療域の6錠(1.5g)から9錠(2.25g)へ、症例によっては16錠(4g)を用い る。本剤は、腸管粘膜に直接接触することにより効果を発現する薬剤であり、効果は 投与量に依存する。効果発現までに1~4週を必要とする。また一過性に便がさらに緩 くなることを、患者さんに投与前に告げておくとよい。

本剤はサラブビリンと異なり、服薬中も男性不妊は認めない。

重症時に有効なのはステロイド剤のみであり、ベンタサ、サラゾビリンを用いる意味 はない。

妊娠中、授乳中の投薬についても上記サラゾビリンと同じカテゴリに入り、安全で ある。

最近、サラゾビリンによる無顆粒球症を経験した。17歳の女子で、初発の軽症、潰 瘍性大腸炎症例であり、サラゾビリン初回投薬1週間後、増薬中に高熱で発症した。 入院としG-CSF製剤を用い5日ほどで反応がみられ、白血球数も増加し発熱も軽快し

サラゾビリンが国内でどれくらいの人数に使われ(出荷量)。重大な副作用は何例ぐ らい報告があり(頻度)、その治療と予後はどうかと製薬会社へ尋ねたが、これらのデ ータは持っていないとのことであった。ペンタサもサリチル酸製剤であり、顆粒球減少 症などの報告はある。ごくまれな副作用に注意をはらうことも必要である。



15. 外科手術の適応と問題点

解答:②~⑤

- ② 潰瘍性大腸炎の手術適応には激症型の場合, 巨大結腸症への進展, 大量出血, 管 理不能な慢性症例などがある。1カ月ほどかけ徐々に発症し重症化する例が多く、その 最も重症となる直前に入院となる例をよく経験する。2~3日で急激に発症する例で は、潰瘍性大腸炎はむしろ考え難い。18歳の少年で、虫垂炎様症状から始まり、急激 な血性下痢をきたした病原性大腸菌(O-157, H-7)による感染性腸炎を経験したが、 当初は潰瘍性大腸炎との鑑別が一番の問題点であった。
- ④手術適応は、入院後内科的治療に反応が悪い場合は48ないし72時間以内の早期 に決定するほうが結果がよい。潰瘍性大腸炎の診断がすでについている場合には、た めらわずに手術を施行したほうが結果はよい。⑤ステロイド使用中あるいは大量投与 中の場合、疼痛などの病態がマスクされることがあり注意が必要である。長期間ステ ロイド剤を使用してきた場合の手術では、縫合不全、感染症等のリスクが高いとされ てきたが、そのようなことがないことが最近わかってきた。
- ③ 潰瘍性大腸炎は外科的手術により完治させうる疾患である。 潰瘍性大腸炎の炎症 の場。つまり病変部は直腸から大腸に限られており、これを取り除くことにより病変

はすべて取り除かれ、治癒したことになる。しかし、若年者が多く、腫瘍性疾患以外 での広範な大腸の切除には患者や家族の抵抗も多い。急性例では時期を失わず手術を 行い、慢性例でも急性増悪の場合なども手術のタイミングを逃してはいけない。この 判断にはかなりの経験を必要とする。



16. 潰瘍性大腸炎の腸管外合併症

解答: ①~④

②潰瘍性大腸炎の患者に認められる合併症として、関節痛や軽度の関節炎がある。 ③上記のほかに限症状、皮膚症状を認めることがある。④ 肝障害で頻度の多いのは、 脂肪肝である。20~50%の潰瘍性大腸炎患者に脂肪肝が合併するとの報告がある。し かし、臨床上で問題になることはほとんどない。原発性硬化性胆管炎 (sclerosing cholangitis)の50%に潰瘍性大腸炎を合併するとの報告もあり、① アルカリホスファ ターゼ (AIP)の高値を認めた場合には、ERCPを施行し胆管や膵管の評価をする必要 がある。



17. 経 過

解答: ②~④

④ 初回発作で重症とされる例は20歳以下と70歳以上に多く,これらの年齢の患者の場合は注意が必要である。特に高齢者の場合、注意が必要である。③ 初回発作で重症とされた例での死亡率は,20%程度である。② 潰瘍性大腸炎全体での初回発作での死亡率は3%程度とされる。一般に予後はよく,コントロールに比べ余命が短いとされる報告はない。



18. 外来管理での注意点

解答: 134

① 現状では潰瘍性大腸炎は内科的治療による完治は望めないが、大部分の症例では 普通の日常生活を送ることができる。一方、潰瘍性大腸炎の軽症例であっても、病気 を大変気にし宗教等に走る例も散見する。宗教や民間信仰で器質的疾患が治るならそ れにこしたことはないが、筆者の関係した潰瘍性大腸炎症例や癌症例で宗教などに走 った例では、ほとんどが筆者のもとや医療機関へ戻ってきた。患者には医学的援助の ほかに社会的援助が必要である。

③ 直腸炎型, 潰瘍性大腸炎がS状結腸や全大腸炎に進展することは少ない。潰瘍性 大腸炎の軽症例あるいは直腸炎型の患者で排便後の紙拭きで血液が付着することを気 にする患者は多い, 筆者は「女性の生理と同じと考えあまり気にしないように」とムン テラしている。

潰瘍性大腸炎の女性でも妊娠出産は可能であり、妊娠出産の病態に及ぼす影響はないとされる。

④5年から10年の長期間を経過した潰瘍性大腸炎では癌の発生が強調されており、 管理が必要とされている。



19. 潰瘍性大腸炎患者の増加理由

解答

約3,000人であった1980年代初頭の潰瘍性大腸炎の特定疾患登録患者数は、1990年 代末には約5万人となった。20年間で患者数が10倍以上に増えたことになる。その理 由はいろいろ考えられる。

- (1) もとから西欧に多い疾患であり、潰瘍性大腸炎の発症には生活習慣や食事習慣が 関与すると考えられる。したがって、最近の日本人の生活習慣や食事習慣の西欧 化により発症率が増えたと考えられる。
- (2)内視鏡やX線装置の発達と普及で診断精度が向上し、拾い上げが可能となった。 また大腸内視鏡を施行する医師も増え、診断が得られやすくなった。潰瘍性大腸 炎という疾患名が知られるようになり容易につけ得る診断名となった。大腸肛門 料などを標榜する施設が増えた。日本人の意識も変化し下血など肛門付近の異常 でも受診するようになった。軽度の下血と肛門違和感で長年悩んでいるという程 度の、軽度の直腸炎も、直腸炎型潰瘍性大腸炎と診断されるようになった。
- (3)医療の発達,主に治療の進歩により潰瘍性大腸炎患者の予後が良好になり、結果的に患者数が増加した。日本人全体の平均余命が延びたため、高齢発症の潰瘍性大腸炎が増えた。
- (4) 潰瘍性大腸炎患者として登録することにより医療費が免除され、この制度を利用する登録者が増えてきた。

以上, 患者数の増加は, 罹患者の増加 [上記(1)], 診断, 治療技術の向上 [上記(2)(3)], 社会的背景 [上記(4)] などが考えられる。いずれが主因かはわからないが, この疾患が増加していることは深刻に受けとめる必要がある。

潰瘍性大腸炎は主に若年者に発症し、原因も不明で、再燃・軽快を繰り返す疾患である。ほぼ、一生薬を飲み続けなければならないかもしれない疾患である。患者さんに対する社会的な援助とともに、一刻も早い病因病態の解明が望まれる。

日本人の潰瘍性大腸炎患者がどのような経過をたどるか、日本人潰瘍性大腸炎患者 の大腸癌発生率は高いのか、など基本的な事項はほとんど明らかになっていない。今 後、患者登録によりデータの蓄積を得ることができれば、病態の解明につながってい くと思う。

1997年までは、保健所に届け出ることにより、潰瘍性大腸炎患者が支払う医療費の うち窓口自己負担分が免除されていた。しかし1998年からは、一部窓口自己負担分を も患者が払うこととなった。行政は積極的に医療費などの援助をする一方、個々の患 者のデータを蓄積し病態の解明へ向けた努力が必要である。



■参考文献

- 松本博成、山中桓夫:便通異常(豬狩 淳・櫻林郁之介編). 日常診療に役立つ検査診 断ガイド、日本醫事新報社, 1992.
- Ginsberg AL: Ulcerative Colitis. In: (Chobanian SJ and Van Ness MM eds) Manual of clinical problems in gastroenterology with annotated key references. Boston, Little Brown, 1988.
- Mallory A: Gastrointestinal bleeding. In: (Friedman HH ed) Problem-oriented medical diagnosis (4th ed). Boston, Little Brown, 1987.
- Farmer RG: Ulcerative Colitis, in: (Berk JE ed) Bockus Gastroenterology (4th ed), Philadelphia, W. B. Saunders, 1985.
- Singleton JW, Farmer RG: Ulcerative Colitis. in: (Kirsner JB, Shorter RG eds) Inflammatory Bowel Disease (3rd ed). Philadelphia, Lea & Febiger, 1988.
- Rubin DC: Inflamatory Bowel Disease. in: (Woodley M and Whelan A eds) Manual of medical therapeutics (27th ed). Boston, Little Brown, 1992.
- Canty M: Sulfasalazine. In: (Van Ness MM and Gurney MS eds) Handbook of gastrointestinal drug therapy. Boston, Little Brown, 1989.
- 8) 高添正和,前川厚子:炎症性腸疾患ケアマニュアル, 医学書院, 1997.

(松本 博成)