

## 保存的治療にて治癒した上部 消化管穿孔の2例

柳谷 信之<sup>1)</sup> 小林 克 広野 穰

辰野総合病院外科

1) 現信州大学医学部第2外科学教室

### Conservative Therapy for Perforation of Upper Gastrointestinal Tract

Nobuyuki YANAGIYA<sup>1)</sup>, Masaru KOBAYASHI and Minoru HIRONO

Department of Surgery, Tatsumo General Hospital

1) Department of Surgery, Shinshu University School of Medicine

Conservative therapy was used in two patients with upper gastrointestinal tract perforation. One had iatrogenic perforation caused by endoscopic dilatation for postoperative anastomotic stenosis, and the other was determined to be perforation of a peptic ulcer. Both patients, general condition were quite good and abdominal symptoms were localized. Conservative therapy was chosen ( $H_2$  receptor blocker, naso-gastric suction and no per-oral nutrition). The patients had a good course and were discharged at 26 to 33 days after the diagnosis of perforation. From our results and a survey of the literature, the following includes as the indications for conservative therapy for perforation of the upper gastrointestinal tract; ① localized abdominal symptoms, i. e. spontaneous pain, tenderness, Blumberg's sign, etc. ② good general condition ③ initiation of therapy shortly after onset ④ no worsening of symptoms. *Shinshu Med. J.*, 39 : 308—312, 1991

(Received for publication August 31, 1990)

**Key words :** conservative therapy, perforation of gastrointestinal tract

保存的治療, 消化管穿孔

#### I はじめに

従来、上部消化管潰瘍の出血、穿孔、狭窄は絶対的  
手術適応とされてきたが、最近では、消化性潰瘍が原因  
による出血に対しては、ヒスタミン $H_2$ 受容体拮抗  
剤の出現により治療が大きく変貌をとげている。消化  
性潰瘍からの出血は薬物療法とともに行われる内視鏡  
的止血法により大部分の症例は止血可能であり、それ  
でも止血できなかった症例に対してのみ手術適応とさ  
れてきている。一方、穿孔、狭窄に対してはなお絶対  
的手術適応と考えられているが、今回、我々は上部消  
化管穿孔例に対して保存的治療を行い、治癒せしめた

2例を経験したのでその概要を報告する。

#### II 症 例

症例1: 63歳, 男性。

主 訴: 心窩部痛。

家族歴, 既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 胃集団検診にて胃幽門部の異常を指摘され、  
当院内科を受診した。内視鏡における精査の結果、幽  
門部の Borrmann II型進行胃癌と診断され、当科に  
て1985年11月28日、胃亜全摘術(Billroth I法)を施  
行した。術後、吻合部の縫合不全を併発し、その後吻  
合部狭窄となったため、1986年2月27日、内視鏡的に

保存的治療にて治癒した上部消化管穿孔症例

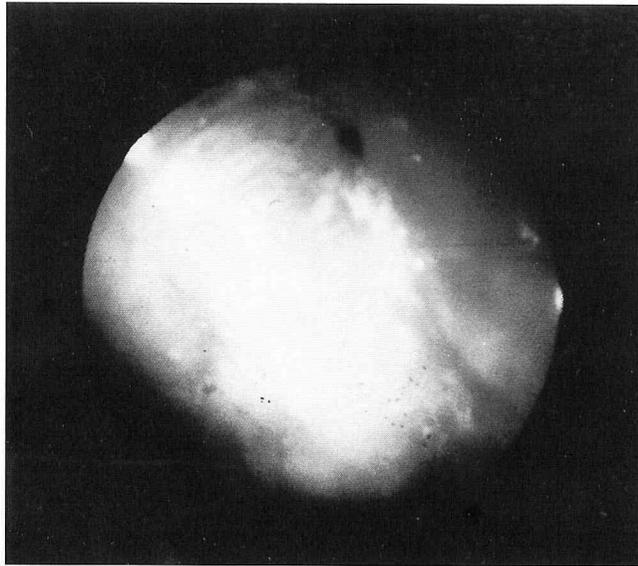


図1 症例1，上部消化管内視鏡（内視鏡的切開術施行前）  
幽門前庭部より幽門輪を観察。



図2 症例1，腹部単純立位X線撮影

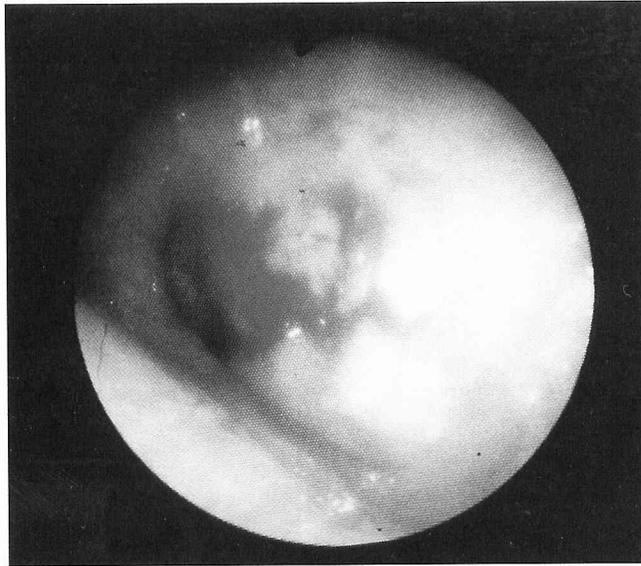


図3 症例2，上部消化管内視鏡  
食道側より食道胃接合部を観察する。

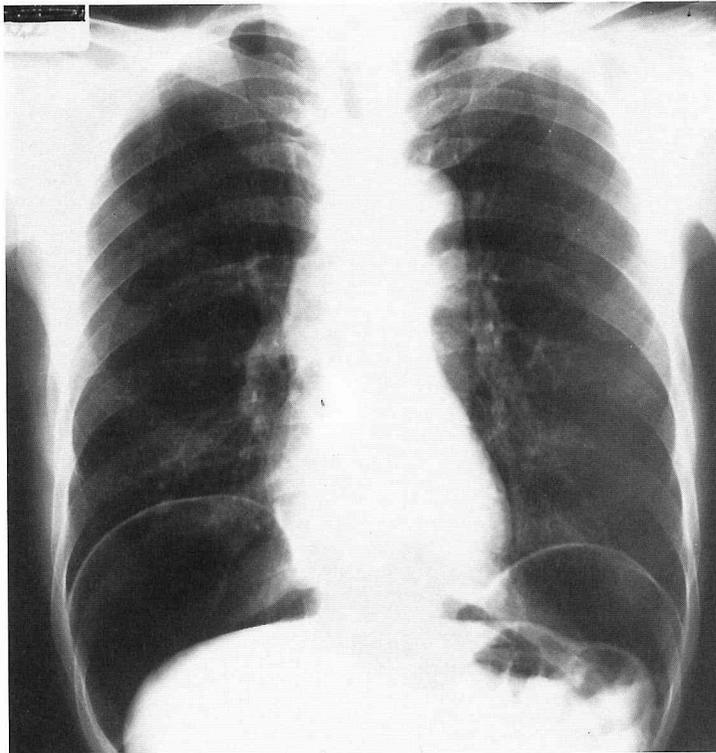


図4 症例2，胸部単純立位X線撮影

乳頭部切開用ナイフにて吻合部を切開したところ、その直後に突然心窩部に痛みを訴えた。図1は切開前の内視鏡写真である。上腹部に局限した圧痛、ブルンベルク徴候も認められたが、全体的には腹部は軟らかく、その他の部位には痛み、圧痛は認められなかった。血液化学所見では、特に異常を認めなかった。腹部単純立位X線撮影(図2)で右横隔膜下に free air を認めたため、内視鏡的切開による消化管穿孔と診断した。全身状態がよいこと、腹膜刺激症状を示す部位が局限していることにより、汎発性腹膜炎には至っていないと判断し、緊急手術の体制をとりながら絶食、経鼻胃管留置、抗生剤投与を行い、保存的治療を行った。治療開始後、翌日より腹部症状軽快し、発熱も見られず、血液所見ではCRPが3+と上昇したが、血算その他の検査成績では特に変化は認められなかった。5日後より経口摂取開始し、その後の経過も順調で、1986年3月31日、軽快退院した。

症例2:75歳,男性。

主訴:上腹部痛。

家族歴,既往歴:特記すべきことなし。

現病歴:胃検診の上部消化管造影にて幽門部の異常を指摘され、精査の必要ありとして、当院内科にて上部消化管内視鏡を施行された。内視鏡の所見では、食道胃接合部よりわずかに胃側の大弯側後壁にわずかな出血を伴ったStage A1の潰瘍が認められた(図3)。他の部位には特に異常は認められなかった。内視鏡を施行した直後より腹痛を訴え、胸部単純立位X線撮影(図4)で右横隔膜下に free air を認め、胃潰瘍穿孔の診断にて、当科へ緊急入院した。全身状態は比較的良好であり、発熱は認められなかった。腹部は平坦でやや硬く、圧痛も心窩部に軽度認められたが、筋性防御、ブルンベルク徴候は認められなかった。血液検査成績では、特に異常を認めなかった。穿孔していると考えられる部位が食道胃接合部付近の後壁であり、単純閉鎖術は手術手技上困難であり、また噴門側切除術では手術侵襲が大きくなってしまいうため、腹部症状が比較的軽度であることより、緊急手術の準備をしながら、絶食、経鼻胃管留置、H<sub>2</sub>受容体拮抗剤投与による保存的治療を行うこととした。翌日より腹部症状も軽快し、発熱、白血球増多、貧血なども見られなかった。第14病日、ガストログラフィンによる上部消化管造影を施行したが、穿孔部からの leakage は認められなかったため、経口摂取を開始した。その後の経過は順調

であり、第26病日、退院した。

### III 考 察

上部消化管潰瘍における出血、穿孔、幽門狭窄は絶対的手術適応とされてきたが、今日、出血はほとんどが保存的治療にてコントロールされるようになった。さらに最近では、穿孔に対しても、H<sub>2</sub>ブロッカー、抗生剤の進歩、中心静脈栄養の発達などが著しいことより、保存的療法で治癒したという報告を聞くようになった。当科でも、2例に保存的治療を施行し、良好な結果が得られた。

これら2症例の診断に関しては、いずれも手術をしていないため確定診断ではないが、症例1では、内視鏡的切開術を施行した直後より発症したこと、そのときの内視鏡の所見で他に異常を認めていないことより、切開による人為的穿孔と診断し、症例2では、内視鏡後の検討にて、内視鏡の操作による機械的な穿孔を疑う意見もでたが、根拠に乏しく、内視鏡検査医の診断である「消化性潰瘍による穿孔」とした。

上部消化管穿孔の保存的療法の適応は、文献的な検討より、当科では、①自発痛、圧痛、ブルンベルク徴候が認められても、これらの症状の部位が局限していること、②全身状態が良好であること、③発症より治療開始までの時間が短いこと、④治療開始時よりその後症状が悪化しないこと、の4項目を現在指針としている。当科ではまだ2症例しか経験しておらず、この適応に関して、文献的な検討を行い、これらの症例を照らし合わせてみた。

藤崎ら<sup>1)</sup>は、穿孔手術例の腹水細菌培養の結果を検討し、発症より来院までが6時間以内であれば、細菌培養陽性率は24%にすぎないが、6~12時間では57%、12時間以上では100%に陽性であり、さらに、24時間以上では全例にグラム陰性桿菌が検出され、重篤な細菌性腹膜炎の像を呈していた。以上の点から、保存的治療の時間的条件は、発症より来院まで最大12時間以内が限界と考えられ、保存的治療上でも、早期発見、早期治療が非常に大切であると報告している。

藤崎ら<sup>1)</sup>、小林ら<sup>2)</sup>の報告では保存的治療の適応として、①腹部症状が比較的局限していること、②発症より来院までの時間が12時間以内であること、③全身状態が良好で、重大な合併症がないこと、④治療開始後、24時間以内に症状などの改善が認められることが挙げられているが、これらの点で概ね我々の症例と一致していた。③の「重大な合併症がない」という項目に関

しては、竹末ら<sup>9)</sup>は高齢者や来院時の状態が悪かったり、臓器障害や糖尿病、癌などの合併病変を持つ症例は、術後、感染制御不良である。したがって、このような症例に対しては quality of life という考え方よりも life saving の立場から、できるだけ早期に手術施行すべきとの理由で、保存的治療の適応外としている。藤崎ら<sup>10)</sup>は最近の重症患者管理の技術の進歩などを考慮すると、保存的治療でいたずらに時間を費やすより、積極的に手術を施行した方が救命の機会が増えることが予想されると述べており、この理由で保存的治療の適応外症例が多い。しかし、坂本ら<sup>11)</sup>の統計では胃十二指腸潰瘍穿孔手術例117例のうち死亡例は6例であり、その全例が術前合併症を有していたと報告している。長畑ら<sup>12)</sup>は、胃十二指腸穿孔手術例20例において死亡した症例はすべて術前に合併疾患を有しており、合併疾患を有している9例中7例は死亡したが、合併疾患のない11例は全例生存したと述べている。伊藤ら<sup>13)</sup>も、手術死亡例は全例術前併存疾患があったと述べており、合併症のある症例は手術死亡も多く、必ず

しも絶対的手術適応とは言えない。北川<sup>14)</sup>は、高齢者の胃潰瘍穿孔、肝硬変合併十二指腸潰瘍穿孔2症例を保存的に治癒せしめたと報告している。今回報告した2症例ではいずれも大きな合併症が存在しなかったが、合併症のある消化管穿孔症例に対しては、手術療法あるいは保存的療法を行うべきかは、今後さらに検討されるべき問題と考えられる。

#### IV 結 語

今回、我々は保存的治療にて治癒した胃十二指腸穿孔2症例を経験したので報告した。

この2症例の検討および文献的考察より、保存的治療の適応として、我々は、

- 1 自発痛、圧痛、ブルンベルク徴候が見られても、これらの症状の部位が限局していること。
  - 2 全身状態が良好であること。
  - 3 発症より治療開始までの時間が短いこと。
  - 4 治療開始時より、その後症状が悪化しないこと。
- を選択している。

#### 文 献

- 1) 藤崎真人, 植松義和, 栗原英二, 菊池 潔, 谷村伸一: 胃十二指腸潰瘍穿孔例に対する保存的治療. 外科治療, 59: 517-522, 1988
- 2) 小林信之, 黒田房邦, 三国潤一, 溝井賢幸, 安西良一, 遠藤良一: 上部消化管穿孔の保存的療法. 腹部救急診療の進歩, 8: 67-70, 1988
- 3) 竹末芳生, 横山 隆, 児玉 節, 中井隼雄, 三好信和, 増田哲彦: 胃十二指腸穿孔の検討—消化性潰瘍穿孔例における手術適応について—. 日臨外会誌, 47: 1557-1562, 1986
- 4) 坂本敏之, 梶谷 隆, 岡本有三, 片山幸治, 漆原 貴, 河石 浩: 胃十二指腸潰瘍穿孔症例の検討. 日臨外会誌, 49: 2275-2281, 1988
- 5) 長畑洋司, 裏川公障, 香川修司: 胃十二指腸潰瘍穿孔の検討. 日消外会誌, 17: 844-852, 1984
- 6) 伊藤あつ子, 裏川公障, 熊谷仁人, 安積靖友, 佐埜 勇, 中本光春, 齊藤洋一: 手術例からみた高齢者消化性潰瘍の特徴—外科治療上の問題点を中心に—. 日臨外会誌, 48: 434-441, 1987
- 7) 北川鉄人: シメチジン投与により内科的に治癒した穿通性胃潰瘍(老人)と穿通性十二指腸潰瘍(重症肝臓病合併)の症例. 日臨内科医会誌, 2: 47-50, 1988

(2. 8. 31 受稿)