

原 著

術後消化性潰瘍に対する治療方針の検討

飯 田 太 野 村 節 夫
黒 田 孝 井 草 間 次 郎*

信州大学医学部第2外科教室(主任:降旗力男教授)
草間病院*

TREATMENT OF POSTOPERATIVE RECURRING ULCER

Futoshi IIDA, Setsuo NOMURA, Takai KURODA
and Jiro KUSAMA*

Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Shinshu University
Kusama Hospital*

Abstract

Postoperative recurring ulcer has been in general treated surgically in the past few years, but in this study conservative treatment was attempted and a result of it was discussed. Thirty-two cases of recurring ulcer which were treated during past 24 years period were subjected to this study. Partial gastrectomy has been initially performed for 9 patients with gastric ulcer, 3 with gastroduodenal ulcer, and 20 with duodenal ulcer. When the diagnosis of the recurring ulcer was established, operative treatment was first chosen until 1969, however, after 1970 conservative treatment was attempted under endoscopic observation. As operative treatment, subtotal gastrectomy was carried out for 19 patients and produced satisfactory results. Conservative treatment was attempted for 13 patients and all but one were resulted in satisfactory. Only one patient persisted for the treatment and was finally undertaken a subtotal gastrectomy and vagotomy. Analysis of gastric juice revealed no significant differences between the groups of operative treatment and of conservative treatment. It can be, therefore, concluded that conservative treatment should be first chosen for the recurrent ulceration after gastrectomy.

Key words: 胃潰瘍 (gastric ulcer)
十二指腸潰瘍 (duodenal ulcer)
ビルロートⅡ法 (Billroth II procedure)
輸出脚 (efferent loop)
再発潰瘍 (recurring ulcer)

緒 言

消化性潰瘍の手術後、吻合部近傍に発生する再発潰瘍の問題は消化器外科に携わる外科医にとって、もっ

ともわずらわしい術後障害の1つであり、これに関する検討は多くの研究者により機会あるごとに行われ、その報告は枚挙にいとまがない。これらの報告でも明らかな如く、潰瘍再発の最大の原因として初回手術に

おける減酸効果の不充分なことがあげられ、具体的には胃切除を主体とする術式では切除範囲の不足、迷走神経切断を主体とする術式では不完全な迷走神経切断が指摘されている。したがって治療法としては、これらの不足を補う術式、すなわち追加胃切除あるいは迷走神経切断の完遂が諸家の一致した見解である。

一方、胃疾患の診断学は従来のX線学的検査に内視鏡検査をとり入れるに至って著しく進歩し、消化性潰瘍の取り扱いに関しても多少の変化がみられるようになった。すなわち、潰瘍の治癒あるいは進行状況を直接観察しつゝ、薬物療法を遂行し、不必要な手術を避けることが出来るようになったことは内視鏡検査の発達のたまものである。このような最近の診断学およびこれにもとづく治療法の進歩を基礎として、われわれは術後消化性潰瘍の治療法について再検討を加えたので、その成績を報告する。

症例および検査法

1953年から1976年までの24年間に教室ならびに長野市草間病院で取り扱った術後消化性潰瘍32例を対象とした。これらの32例中2例は教室ならびに草間病院で初回手術を行ったもので、残りの30例は初回手術を他施設で行っている。

検査法に関しては1969年まではX線検査のみに頼ってきたが、1970年以降はこれに内視鏡検査を加えた。また胃液検査については当教室例には塩酸ヒスタミン0.01mg/kgあるいはヒスタミン1mg/kgによる刺激法を、草間病院例にはKatsch-Kalk法で行い、Töpfer-Michaelis法で滴定した。

成 績

対象とした32例の初回手術時の原疾患は胃潰瘍9例、胃十二指腸併存潰瘍3例、十二指腸潰瘍20例で、十二指腸潰瘍が最も多い。

これらに対する初回手術々式は胃切除23例、胃空腸吻合9例で、胃切除例23例中Billroth I法11例、Billroth II法12例である。

年齢分布を原疾患別に検討すると、Fig. 1の如く、胃潰瘍は60才代に、十二指腸潰瘍は30才代にピークが認められた。

これらの症例に対してわれわれが行った治療内容について述べると1969年までは主として外科的療法を行い、1970年以後は内視鏡的観察下に保存的療法、とくに制酸剤、抗コリン作動剤、抗ペプシン剤、粘膜保護

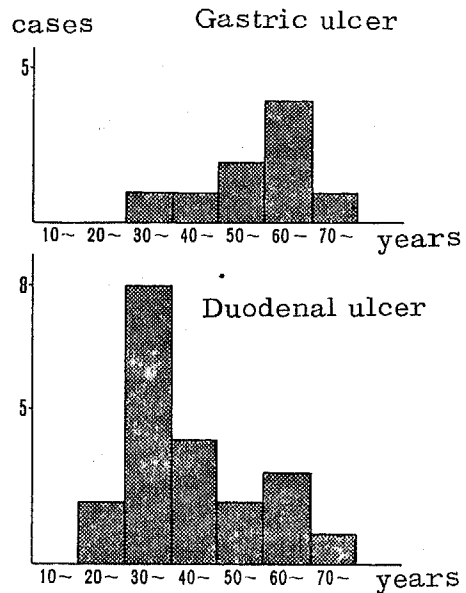


Fig. 1 Age distribution of the patients with postoperative recurring ulcer.

剤等を中心とする薬物療法を試みた。外科的療法を行った19例は潰瘍の再発と診断された場合の治療法として、まず手術的療法を優先させたものであるが、その手術々式は再切除・Billroth II法を17例、再切除・Roux-en-Y法を1例、穿孔例で全身状態が不良のため、穿孔部の単純閉鎖を1例に行った。その結果、穿孔例の1例は死亡したが、再切除を行った18例はすべて経過良好で、その後潰瘍の再発を認めていない。また再切除時の切除胃には全例吻合部近傍、とくに輸出脚側に種々の深さの潰瘍を認めた。

保存的療法は13例に試みたが、これらは全例、上腹部痛、吐血、下血等を主訴として来院したもので、治療開始前にX線および内視鏡検査で吻合部近傍に潰瘍を発見されている。13例中10例は初回の薬物療法で潰瘍は治癒し、その後最長5年にわたって経過を観察しているが、潰瘍の再発を認めていない。他の3例は初回の薬物療法で一応潰瘍は治癒したが、経過観察中再発を認めた。3例中2例は再度の薬物療法によく反応し、現在治癒状態で社会生活に復帰している。しかしながら他の1例は軽快と再燃をくりかえし、最終的には手術を行った。この症例の経過概要を述べると、初診時61才の男性で、1975年12月、十二指腸潰瘍で手術を行った。この時の胃液酸度は最高遊離塩酸98mEq/lで、最初、選択的迷走神経切断術および幽門洞切除を

予定したが、著しい肥満のため迷走神経切断術を断念し、広範囲胃切除に変更した。しかし十二指腸潰瘍は高度で癒着が著しいため、空置の胃切除を行い、幽門洞粘膜を抜去し、Billroth II 法で胃腸吻合を行った。手術後約3週間で退院したが、この時の胃液酸度は最高遊離塩酸 69mEq/l であった。翌1976年2月、上腹部痛、悪心のため再入院した。この時、X線検査で Fig. 2 の如く、吻合部のやゝ輸出脚側に再発潰瘍によるバリウムのたまりを認め、内視鏡的にも Fig. 3 の如く、輸出脚の後壁よりに新鮮な潰瘍を認めた。これに対して薬物療法を試みたと、潰瘍は急速に縮小し始め、約1カ月で潰瘍は白苔に被われ、強い治癒傾向を示した (Fig. 4)。そこでさらに1カ月薬物療法を続けたところ、Fig. 5 の如く、潰瘍はほぼ完全に治癒し、瘢痕を残すのみとなったので退院せしめた。しかし同年9月、再び上腹部痛と悪心、嘔吐が出現し、X線および内視鏡検査で潰瘍の再発を認めたが、同時に肺炎を併発していたため、肺炎が十分治癒するのを待って、1976年11月再手術を行った。この時の術式は吻合部を含めて残胃の再切除と迷走神経切断術を行った。切除標本は Fig. 6 に示す如く、吻合部のやゝ輸出脚よりの前壁に開放性の潰瘍、後壁に潰瘍瘢痕を認めた。再手術後の経過は良好で、最高遊離塩酸 25mEq/l と減酸効果も十分で退院した。退院後一過性にダンピング症候の出現をみたが、間もなく消退した。

以上述べた如く、われわれは13例に保存的療法を試

み、そのうちの12例には満足し得る結果を得たが、1例のみは保存的療法で治癒せしめることが出来ず、最終的に手術を行った。これらの保存的療法は1970年

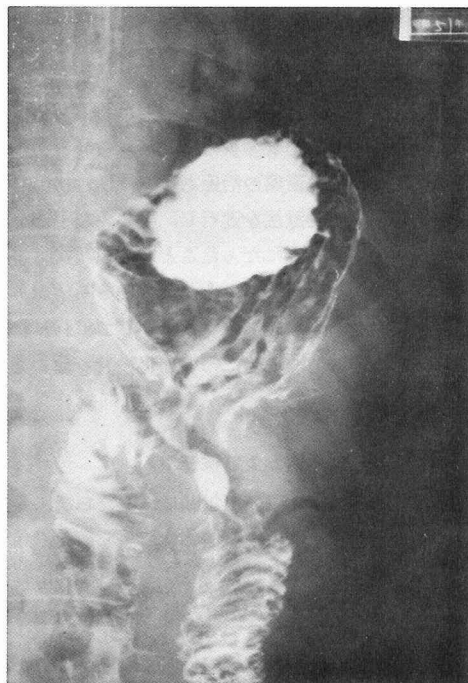


Fig. 2 X-ray picture of a postoperative recurring ulcer. An ulcer can be observed at the efferent loop of the anastomosis.

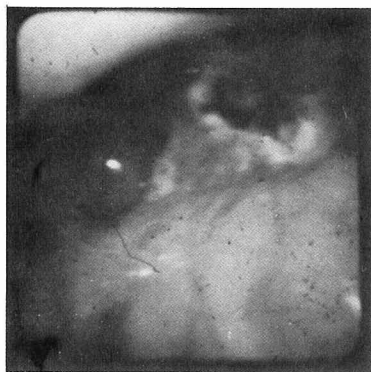


Fig. 3 Endoscopic feature of the recurring ulcer shown in Fig. 2.

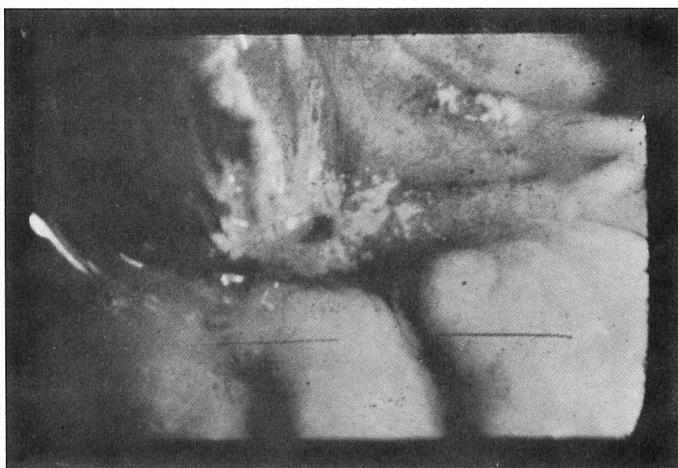


Fig. 4 Endoscopic feature of the healing process of the recurring ulcer shown in Fig. 3.

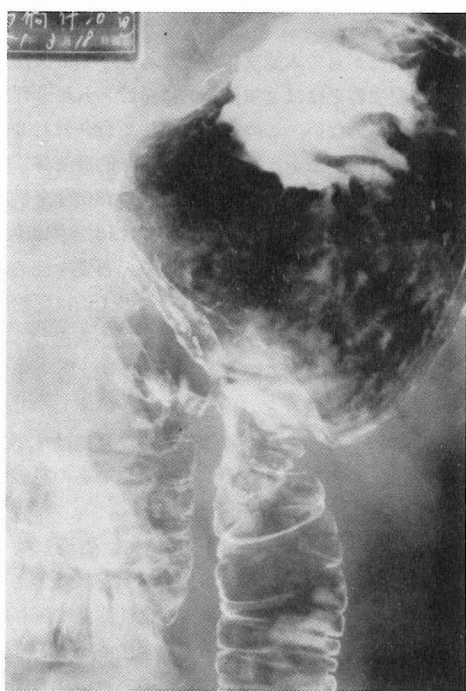


Fig. 5 X-ray picture of the healed ulcer shown in Fig. 4.

以後の術後消化性潰瘍に対して無選択的に行ったものであるが、こゝで手術的療法施行例と保存的療法施行例とを胃液酸度について比較すると、Fig. 7 の如く、むしろ保存的療法施行例に高酸例がやゝ多い傾向が認

められた。また手術的療法例、保存的療法例のいずれにも低酸例がみられたことは術後消化性潰瘍の発生を論ずる際の重要な成績であるが、この問題は別の機会にゆずりたい。

以上述べた如く、われわれは術後消化性潰瘍に対して無選択的に保存的療法を試みたところ、良好な成績を得たので、本症に対する治療法の選択に際しては胃液酸度に拘泥することなく、一応保存的療法を試みことを提案したい。

考 案

術後消化性潰瘍の発生が残胃の酸分泌と密接な関係にあることから、本疾患は胃潰瘍よりも十二指腸潰瘍の手術後に発生し易いことは多くの研究者^{1)~4)}によって認められている。われわれの成績においても32例中20例が十二指腸潰瘍の手術後であった。したがって術後消化性潰瘍患者の年齢分布は原疾患の年齢分布に左右され、胃潰瘍の手術後では60才代にピークがみられ、十二指腸潰瘍の手術後では30才代にピークがみられた。

初回手術々式は32例中23例が胃切除、9例が胃腸吻合であったが、胃腸吻合はすべて十二指腸潰瘍に対して他施設で行われたもので、このような症例は今後次第に減少するものと思われる。また、これらの症例の中に迷走神経切断例が含まれていないが、これは今回の対象症例の大部分が比較的古い症例で、胃切除を主な術式としていた時代の症例であることによるもので

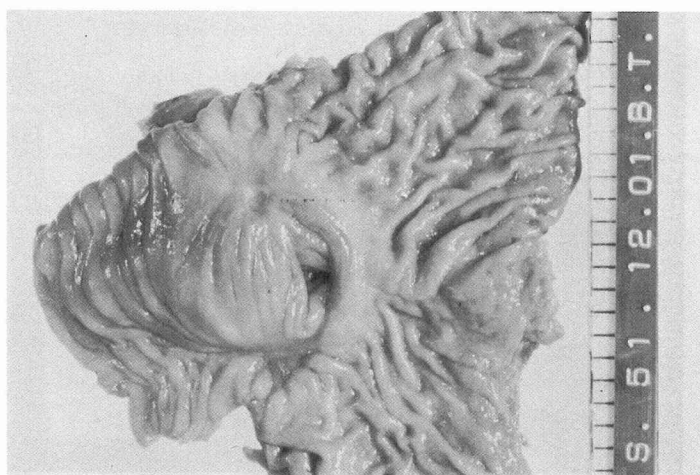


Fig. 6 Resected specimen of the recurring ulcer shown in Fig. 2 to 5. An open ulcer and an ulcer scar were found at the anterior and the posterior wall of the efferent loop, respectively.

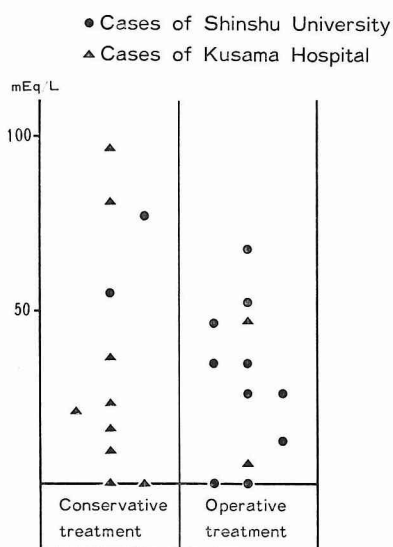


Fig 7 Acidity of gastric juice of the patients with postoperative recurring ulcer.

あろう。今後は迷走神経切断後の消化性潰瘍例も経験される可能性は考えられる。

術後消化性潰瘍に対するわれわれの治療方針は1969年までは手術的療法を基本的治療法としてきたが、1970年以降は出来る限り抗コリン作動剤、抗ペプシン剤等の薬物療法を中心とする保存的療法を行ってき

た。したがって本論文で取り扱った手術的療法群と保存的療法群とはほぼ無作為に分けられたと理解してさしつかえない。このような方法で行われた2つの治療群の治療成績を比較すると、手術的療法群では19例中穿孔例の1例は死亡したが、他の18例は全例治癒した。これに対して保存的療法群では13例中10例は初回の薬物療法で治癒し、2例は潰瘍の再燃を認めたが、再度の薬物療法で治癒した。残りの1例は薬物療法では治癒せしめることが出来ず、結局手術を行った。

以上の成績をみる限り、保存的療法よりも手術的療法がすぐれているといわざるを得ない。しかし保存的療法群のうち、1例の無効例を除いた他はすべて一応治癒し、手術を行う必要がなかったことの意義は大きい。

1954年 Everson ら⁵⁾は術後消化性潰瘍に対して薬物療法を行ったところ、39例中28例が無効であったと述べている。この他にも術後消化性潰瘍は保存的療法では難治性であるとの理由で、手術的療法を推奨するものが多い。しかしながら最近の薬物療法の進歩も考慮して、一応は保存的療法を試み、再手術例を少なくする努力も必要である。

術後消化性潰瘍の発生が初回手術における減酸効果と密接な関係にあるという従来定説に従うと、われわれの症例において、低酸例がみられたことは一見矛盾する成績であるが、同様の症例は井口¹⁾、弥政⁶⁾、Balfour⁷⁾らによっても報告されている。このような

成績からみても術後消化性潰瘍の発生を酸分泌のみで説明することは困難であろう。

術後消化性潰瘍に対する治療方針の決定に際して胃液酸度は当然参考とすべきであろうが、われわれの成績では保存的療法例が手術的療法例に比較して低酸例が多いという成績は得られなかった。したがって術後消化性潰瘍に対しては胃液酸度の如何を問わず、一応は保存的療法を試みるべきであると考ええる。しかしながら、この際最も注意しなければならない問題は穿孔、出血等の合併症である。このような合併症の危険を避けるためにも本治療法は内視鏡的観察下に行うべきである。

結 論

従来、術後消化性潰瘍に対して手術的療法が専ら行われてきたが、われわれは1970年以降、内視鏡的観察下に保存的療法を試み、良好な成績を得たので報告し、薬物療法を中心とする保存的療法は術後消化性潰瘍に対して、まず試みるべき治療法であることを提案した。

(本論文の要旨は、1976年7月、第9回日本消化器外科学会総会において発表した。)

文 献

- 1) 井口 潔, 古賀成昌: 胃・十二指腸潰瘍手術後の再手術の問題. 外科診療, 7: 915-925, 1965
- 2) 大久保高明, 藤沢祥夫, 久間祥多, 小林 衛, 高須良雄, 杉山 貢: 胃液分泌からみた消化性潰瘍に対する手術術式の検討. 外科治療, 23: 271-279, 1970
- 3) 長尾房大, 青木照明: 吻合部潰瘍の成因と治療. 外科, 34: 1187-1193, 1972
- 4) 白鳥常男, 島野吉裕, 金岡敏彦, 岡林敏彦: 吻合部潰瘍. 臨外, 31: 1027-1034, 1976
- 5) Everson, T. C. and Allen, M. J.: Gastrojejunal ulceration. Arch. Surg., 69: 140-147, 1954
- 6) 弥政洋太郎: 術後空腸潰瘍の1例ならびに本邦報告例の統計的観察. 外科, 13: 505-511, 1951
- 7) Balfour, D. C.: Recurring ulcers following partial gastrectomy. Ann. Surg., 88: 548-553, 1928