

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

治療学 (1989.09) 23巻3号:347～350.

難治性胃潰瘍の1例

北守 茂, 柴田 好, 岡村毅与志, 並木正義



## 難治性胃潰瘍の1例

北守 茂 柴田 好 岡村毅與志 並木 正義

難治性潰瘍とは、適切な内科療法を継続しても癒痕化に至らないものをいう。ここでは胃穹窿部大彎に難治性潰瘍を認めた老年者の1例を示し、その概念、治療のあり方について述べた。

### はじめに

ヒスタミン H<sub>2</sub> 受容体拮抗薬 (H<sub>2</sub> ブロッカー) の登場以来、難治性潰瘍の概念にも変遷をみている。現在のところ、H<sub>2</sub> ブロッカー投与を含めた適切な内科療法を行っても癒痕化に至らないものをいい、その期間に関しては一般的に治療開始後3ヵ月とする見解がわが国では主流を占めている。今回は、胃穹窿部大彎に発生した老年者の難治性潰瘍の1例を経験したので、それを示すとともに、治療のあり方について述べてみたい。

### 症 例

患者：76歳、女性

主訴：食後の心窩部痛

家族歴：特記すべきことはない。

既往歴：1980年より変形性膝関節症、骨粗鬆症、腰椎圧迫骨折にて当院麻酔科で疼痛に対する治療を受けていた。

現病歴：1988年4月頃より心窩部から左季肋部にかけて鈍痛が出現、9月になってから食後に心窩部痛が増強するようになり、10月8日当科外来を受診した。胃X線検査、胃内視鏡検査で胃穹窿部大彎に不整の潰瘍、およびその周辺に小さな潰瘍性変化の多発を認めたので、10月18日入院となった。この時点での麻酔科における処方内容は、ランツジール (アセメタシン) 180 mg/日、フェナゾックス (アンフェナクナトリ

ウム) 150 mg/日、ロカルトロール (カルシトリオール) 0.25 μg/日、ワンアルファ (アルファカルシドール) 0.5 μg/日、ロヒプノール (フルニトラゼパム) 2 mg/日、人参養栄湯 9.0 g/日、健胃散 3.0 g/日で、抗潰瘍薬は投与されていなかった。また、吐・下血、タール便は特に自覚されていなかった。

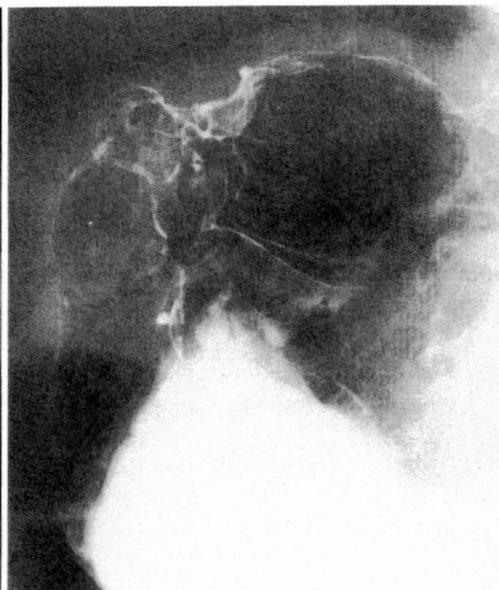
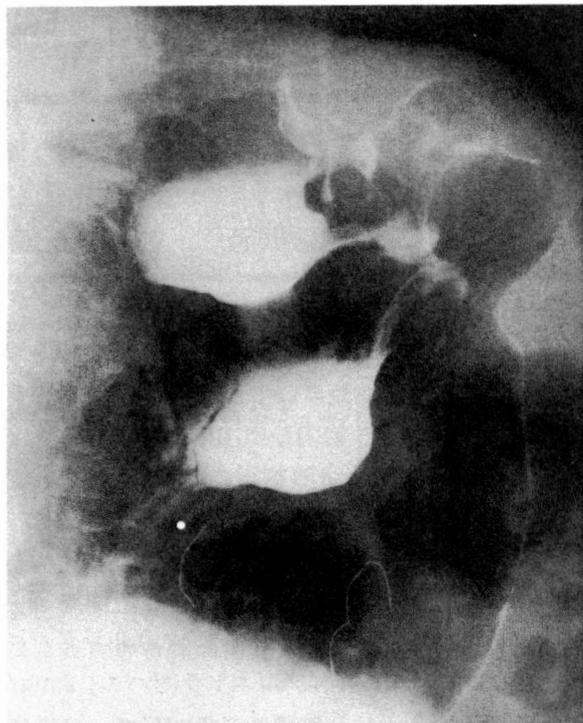
入院時現症：身長 136 cm、体重 46 kg、血圧 160/102 mmHg、眼瞼結膜に中等度の貧血をみだが、眼球結膜に黄疸はない。胸部は理学的に異常所見を認めない。腹部は心窩部に圧痛あるも、腫瘤は触知しなかった。表在リンパ節腫脹、浮腫はみられなかった。

入院時検査成績：RBC 292×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>、Hb 8.9 g/dl、Ht 28.4%、WBC 3,740/mm<sup>3</sup>、PLT 29×10<sup>4</sup>、Fe 39 μg/dl、UIBC 273 μg/dl、肝機能検査異常なし。血清蛋白 5.9 g/dl、蛋白分画では α<sub>2</sub> グロブリン 12.8% 以外は正常。FBS 92 mg/dl、CRP (-)、RA (-)、STS (-)、CEA 0.9 ng/ml、CA19-9 4.2 U/ml、フェリチン 6.9 ng/ml、ガストリン 292 pg/ml。検尿、検便異常なし。

臨床経過：入院時の胃X線検査所見を図1に示す。半立位の二重造影像であるが胃穹窿部に著明な辺縁不整像があり、内部に長径1 cmのニッシュを認め (図1 a)、それらを中心に皺壁が集中する像をとらえることができる (図1 b)。しかし、ニッシュ周辺の皺壁は著明に肥厚しており、Borrmann 3型進行胃癌あるいは悪性リンパ腫との鑑別は困難である。

同時期の胃内視鏡像を図2に示す。胃穹窿部大彎に、大きさ1 cm前後の比較的深い不整形潰瘍がみられ、著明に肥厚・変形した粘膜皺壁の集中像を認める。ま

Shigeru Kitamori, Yoshimi Shibata, Kiyoshi Okamura (講師), Masayoshi Namiki (教授)：旭川医科大学第三内科



b 腹臥位二重造影像

a 仰臥位二重造影像

図 1 初回時胃 X 線検査像

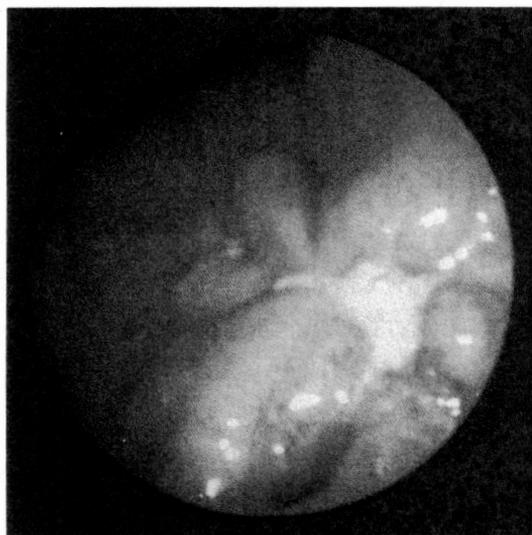


図 2 初回時胃内視鏡検査像

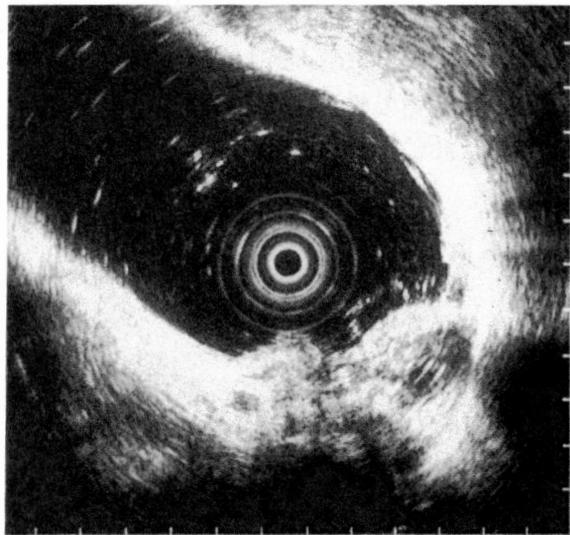


図 3 初回時胃超音波内視鏡検査像

た、その近傍に、小潰瘍と S<sub>2</sub> ステージの潰瘍瘢痕をみる。変形の高度な部位では陥凹を形成しており、これらにより胃 X 線検査で陰影欠損様の所見を呈したと考えられる。潰瘍周囲の粘膜にはびらん、蚕食などの所見に乏しく、潰瘍底と潰瘍辺縁粘膜からの生検組織所見では、いずれも壊死組織と軽度の慢性炎症像を得たのみであった。

図 3 に同時期の超音波内視鏡所見を示す。潰瘍性病

変部分では第 1～3 層までの欠損と層構造の破壊があり、深部では不整な small hypoechoic lesion の多発を認めた。一部では粘膜固有層を表す第 2 層と固有筋層を表す第 4 層の fusion が認められたが、周囲リンパ節の腫大は描出されなかった。また、これらの検査施行後の 11 月 1 日に心内膜下梗塞を発症し、一時検査の続行は不可能な状態となった。以上の所見と、数年にわたり頑固な腰痛に対する鎮痛薬の投与を受けていた

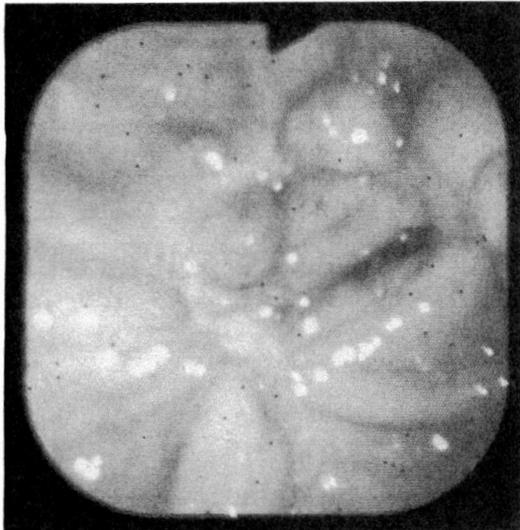


図 4 a 初回時より3ヵ月後の胃内視鏡像

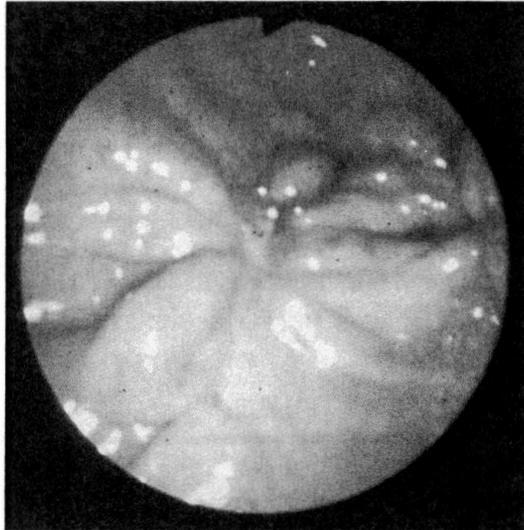


図 4 b 初回時より6ヵ月後の胃内視鏡像

という臨床経過を考慮し、 $H_2$  ブロッカーを主体とした強力な抗潰瘍薬による治療で経過を慎重に観察する方針とし、前述の鎮痛薬はすべて中止した。

図 4 a に3ヵ月後の胃内視鏡所見を示す。集中する粘膜皺壁の肥大は改善しており、潰瘍自体は著明に縮小しているものの、線状で一部には白苔の残存を認めている。この時点からさらにプロスタグランジン製剤を併用したが、6ヵ月後の内視鏡所見でもほとんど変化が認められていない(図 4 b)。

現在も慎重に外来で治療を継続中である。

## 考 按

$H_2$  ブロッカーの登場は、消化性潰瘍の治癒期間の著明な短縮をもたらし、まさに潰瘍の薬物療法に一つの新しい時代を画したといつてよい<sup>1)</sup>。最近では、 $H_2$  ブロッカーを含めた適切な内科療法を施行したにもかかわらず3ヵ月以内に治癒癒痕化しないものを難治性潰瘍とする傾向にある<sup>2~4)</sup>。

難治化の原因としては、①全身性因子：年齢、性格、生活様式、粘膜障害性薬剤の内服、嗜好品(タバコ、アルコールなど)、併発疾患、②局所性因子：潰瘍の発生部位、深さ、大きさ、再発性(再発回数)などに分けて考えることができる。特に全身性因子に関しては、それらがさまざまにからみ合っていることが多く、したがって並木が強調するように、各疾患についての心身両面からの的確な全人的把握と全人的アプローチがどうしても必要である<sup>1)</sup>。局所性因子に関しては、英

ら<sup>5)</sup>によると、 $H_2$  ブロッカーの登場以来、従来いわれてきたような因子の関与は少なく、むしろ10年以上の病脳期間を有し、3回以上の再発歴をもつのが難治性潰瘍の特徴であるという。また、最近、超音波内視鏡(EUS)による潰瘍診断が注目されている。EUSにてfusion像の存在、潰瘍欠損部を囲むようなhypochoic lesionの存在が認められれば、難治性である可能性が極めて高く<sup>6,7)</sup>、これは同時に維持療法導入への時期を決めるのにも非常に有用である。本症例においても、非ステロイド系の消炎鎮痛剤の持続服用が潰瘍の発生に関与したと考えられるが、入院時点のEUS像では、粘膜欠損部の外側にsmall hypochoic massの集簇像を認め、難治化が予想された。

$H_2$  ブロッカーにより潰瘍全体の治癒期間の短縮が得られているが、これは裏返せば難治性潰瘍(観点を換えれば $H_2$  ブロッカー抵抗性潰瘍ともいえる)に対する治療の問題点を従来よりいっそう明らかにしたといつてよい。また、症例によっては、われわれが以前から施行している局注療法<sup>8)</sup>やYAGレーザー照射療法<sup>9)</sup>などの局所療法を試みるのも一つの方法である。 $H_2$  ブロッカーは現在4種類が市販されているが、その種類を変更したり<sup>10)</sup>、さらに粘膜防御面からの薬剤の併用により<sup>11)</sup>治癒傾向が得られるとの報告もある。近い将来、プロトンポンプ阻害薬が日常診療の場に登場することになるだろうが、いかなる抗潰瘍薬が出現しようとも、薬物療法にはおのずから限界があるとみなければならない。要は潰瘍を治すというよりも潰瘍を

もった人間を治すのだといった基本的な考え方に立って、それぞれの患者に即した適切なアプローチをすることが、なんといっても大事なことであろう。

#### 文 献

- 1) 並木正義：消化器病セミナー28(竹本忠良編)，へるす出版，東京 (1987)，pp.17~26
- 2) 吉田行哉ほか：胃と腸 21：1069~1078 (1986)
- 3) 男全正三：内科 50：455~457 (1982)
- 4) 瀬川昂生：難治性胃潰瘍(中澤三郎，芳野純治編)，医学図書出版，東京 (1989)，pp.1~4
- 5) 英尚良ほか：Gastroent. Endosc. 30：368~374 (1988)
- 6) 安田健治郎ほか：胃と腸 23：511~518 (1988)
- 7) 中澤三郎ほか：胃と腸 21：1081~1088 (1986)
- 8) 並木正義ほか：治療 51：1677~1685 (1969)
- 9) 原田一道ほか：Gastroent. Endosc. 23：1752~1758 (1981)
- 10) 三橋利温ほか：日本臨牀 46：158~161 (1988)
- 11) 小越和栄ほか：Prog. Med. 7：1293~1297 (1987)