

消化管出血の治療方針

I 宝塚市立病院内視鏡センターにおける消化管出血の治療方針 (医療関係者向け)

救急外来にてよく遭遇する消化管出血の診断には、薬剤服用歴（抗凝固剤、副腎皮質ホルモン、NSAIDs など）、生活歴、海外渡港歴、既往歴（食道静脈瘤、胃十二指腸潰瘍、IBD、癌、放射線治療、感染症、膠原病など）、便の性状（黒色便、暗赤色便、潜血便）や回数、期間などの病歴を聴取する事が大切です。次に採血、X線検査、便培養などの細菌学的検査などを行いません。特に MDCT(MPR)は、腫瘍性病変、炎症における腸管壁の肥厚、血管性病変の描出、さらに出血部位の診断にも有効です。基礎疾患の評価は、各診療科に依頼して、再評価をします。基礎疾患や患者の一般的な病状を把握し、必要により輸血や他科の医師の立会いを依頼します。バイタルサインが、安定してからまず上下部内視鏡検査を行いません。さらにシンチグラフィ（出血、Meckel 憩室）、血管造影、小腸造影、小腸内視鏡（カプセル、DBE）を患者の状態や施設の状況に合わせて行いません。ヨードアレルギーや腎不全の患者は、造影 CT や腹部血管造影が禁忌であるため、内視鏡検査が優先されます。

まず上部消化管では、大量出血が多く、消化管出血の約 80% を占めています。鑑別診断や出血部位の診断は容易です。しかし Dieulafoy 潰瘍などでは診断が困難です。胃潰瘍などの胃からの出血は、近年進歩が著しい ESD での止血術に準じて行なっています。穿孔のリスクが少ないので、高周波凝固法が中心です。止血困難な場合には、IVR や手術も早期に考慮します。

十二指腸から回腸までの小腸と大腸の止血術の基本的な考え方は、同じ方法で対応できると考えています。大腸からの出血は、消化管出血の約 15% を占めています。あとの 5% が小腸を含めたその他の部位からの出血と考えられます。すべての消化管出血に共通していますが、可能な限り十分な前処置をすることが大切です。まず下剤投与により十分な視野を確保します。これで不十分な場合は、内視鏡下の洗浄を追加します。残渣や凝血塊を除き、出血点を同定します。その上でクリップ、HSE（高張 NaCl-Epinephrine 液）局注療法、高周波凝固法、APC などにより内視鏡下の止血術を施行します。大腸や小腸の壁は、薄く穿孔しやすいので、可能な限りクリップや HSE の方が望ましいと考えております。高周波凝固法や APC を用いる場合は、局注をしてから施行する方が望ましいと考えております。下部消化管では、点墨やクリップにてマーキングをしておくこと内視鏡的止血術、IVR、手術に際して有効です。75 歳以上の高齢者、低アルブミン、循環障害のある患者では、穿孔等に十分な注意が必要です。下部消化管は、内視鏡の挿入の困難、出血部位の診断や止血の困難、多発性病変の多さ、穿孔のしやすさなどの理由で止血はより困難です。