

## 潰瘍性大腸炎の2例

大村 紘一<sup>1)</sup>・藍沢 喜久雄<sup>2)</sup>・福田 喜一<sup>2)</sup>  
川島 吉人<sup>2)</sup>・高木 健太郎<sup>2)</sup>・太田 一寿<sup>2)</sup>  
長谷川 滋<sup>2)</sup>・井上 雄一朗<sup>2)</sup>・岡本 春彦<sup>2)</sup>  
中村 茂樹<sup>2)</sup>・山岸 良男<sup>3)</sup>

表1 症例1の入院時検査成績

検血: RBC 358 × 10<sup>3</sup>, Hb 11.6g/dl, Ht 34%, Ret 14%,  
Plat 46.5 × 10<sup>3</sup>, WBC 10200, St 22, Seg 58,  
Lym 2.0  
検尿: 蛋白(-), 糖(-), ウロビリノーゲン(+), 沈渣 R  
20-30, W: 20-30  
検便: 潜血(+), 虫卵(-), 培養, 病原菌(-)  
生化学: GOT 12, GPT 9, Al-P 7.1,  $\gamma$ GTP 16, TB 0.5  
(D: 0.2, I 0.3) ChE 0.58,  $\Delta$ PH,  
TP 6.9 (Al 46.4,  $\alpha_1$  5.8,  $\alpha_2$  16.4,  $\beta$  11.2,  $\gamma$  20.1)  
BUN 6, Fe 46, UIBC 215  
電解質: Na 14.0, K 2.6, Cl 99  
その他: B.S.G. 136/143, 7氏反応(-), ツ反 4×3, CEA 7.3  
便リゾチーム活性: 別表

### はじめに

潰瘍性大腸炎は1895年 White により, ほかの潰瘍性大腸疾患から明確に区別され, また1903年, Boas の採用した colitis ulcerosa gravis の名がひろく用いられてきているが, 最近では, idiopathic proctocolitis とも呼ばれるようになってきている。そして今日なお, 病因は勿論のこと, 発生病理もほとんど分かっていないだけに, 治療も難しく厳密な意味での治癒は期待できない現状である。私共は最近潰瘍性大腸炎を2例経験したので, 若干の考察を加えて報告する。

### I 症 例

症例1: 63才, 主婦。

主 訴: 下痢, 発熱, 時に下血。

既往歴: 特記すべきことなし。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 約10日前より発熱があり, 某医を受診してカゼ症候群の診断で治療をうけた。2~3日前より下痢も始ったが, そのまま治療を続けていたが, 下痢, 発熱の症状が続くため別の某医を受診後, 赤痢等の大腸感染症の疑いで紹介され, 1983年7月1日当科へ入院したものである。この間, 腹痛・嘔気の訴えはなかった。

入院時現症: 体格軽度肥満, 結膜に軽度の貧血あるも黄疸なし。体温 38.6°C, 血圧 122~80, 両肺及び心音に異常を認めない。腹部は平坦で軟

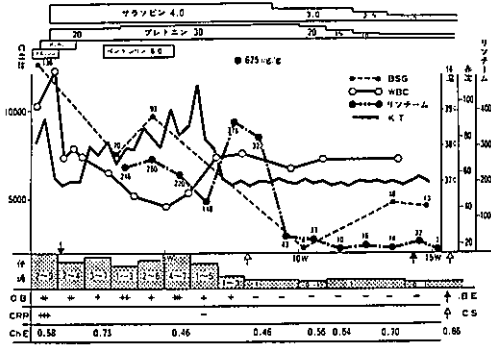
く, 圧痛, デファンスもない。肝, 脾, 腎及び腫瘤は触知しない。また腹水はなく, 腸雑音にも異常を認めない。表在リンパ節は触知せず, 静脈怒張及び浮腫も認めない。

入院時検査成績: 表1に示したごとくである。末梢血で白血球増多があり, 便潜血陽性, 血沈の亢進, Ch-E の低下, 及びKの低下が目立つ。CEAの上昇は気になるところである。また便培養は入院時を含めて5回行っているが, いずれも病原菌は検出されていない。免疫グロブリンでは, IgG, IgA の増加, Pre-alb, Tf, IgM の減少を認める。便リゾチーム活性は入院時は検査していないが, 経過表に示すごとく, 本症の病期, 病態との間に相関を示している。

入院後の臨床経過: 表2は入院後の経過概要である。注腸レントゲン検査(B.Eと略す。以下同じ)と大腸内視鏡検査(C.Sと略す。以下同じ)がそれぞれ2回行われている。入院時CRPも強陽性であり, 感染と考えホスミシン, アミカ

1) 頸南病院内科    2) 新潟大学第一外科  
3) 頸南病院外科

表2 症例1の経過概要



シンの抗生物質を使用したが無効であり、発熱、下痢等の症状は続いている。入院8日目にBEを行い(図1)、潰瘍性大腸炎(U.Cと略す。以下同じ)と診断され、プレドニン、サラゾピリン使用を開始した。食事箋は表3のごとく始めた。下痢、便潜血(表2でO.B)、発熱等の症状は改善されたが、入院37病日に下血、発熱等出現し急性悪化を示している。これは、それまで禁じて

表3 症例1, 2の食事箋

蛋白質	100~120g
脂肪	30g
糖質	400g
総熱量	2,300kcal 前後
無機質およびビタミン	制限なし

(新内科学大系より)

いた牛乳を試飲したためと思われる。その約2週間後に第1回目のCSが行われている(図2, 図3)。内視鏡所見は活動性炎症像で、充血・出血・浮腫・潰瘍形成・プソイドポリポージス・イエロースポット等が認められた。第9週からは自覚的に症状は改善し、寛解期に入ったものと思われる。15週には便リゾチーム活性、ChEもほぼ正常化している。このころのBEでは、1回目の活動期と比べ、顆粒状像とか鋸歯状辺縁は明らかに改善している(図4)。また内視鏡所見でも(図5)、充血・出血・潰瘍・浮腫等の活動性炎症を示す所見は消失し、プソイドポリポージスも目立たなくなっている。粘膜は萎縮性で血管透見

像が認められる。症例は退院後、再燃をおこさず順調に経過している。

症例2: 26才, 男, 会社員。

主訴: 腹痛, 下痢, 血便。

既往歴: 特記すべきことなし。

家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 10日前より腹痛, 下痢, 血便が始まり, 某医にて急性大腸炎として加療を受けるも症状軽快せず, 3日前より39℃台の発熱が続くようになった。症状の悪化もあり, 大腸感染症の疑いで紹介され, 1982年10月18日当科へ入院したものである。

入院時現症: 身長170cm, 体重70.4kg。貧血, 黄疸とも認めない。体温39℃, 血圧120~70。両肺野及び心音に異常はなく, 腹部は平坦で軟く, 圧痛は認めない。肝, 脾, 腎及び腫瘍は触知しない。腸雑音には異常を認めない。表在リンパ節は触知せず, 浮腫も認めない。

入院時検査成績: 表4に示したごとくである。

表4 症例2の入院時検査成績

検血: RBC  $543 \times 10^4$ , Hb 15.8, Ht 49, Ret 20%, Plt  $34 \times 10^4$ , WBC 13400 (St 48, Seg 35, Ly 15, EOS 1, mono 1)  
 検尿: 蛋白(-), 糖(-), ウロビリノーゲン(+)  
 沈査 R5-6, W: 8-12  
 検便: 潜血(+), 虫卵(-), 培養病原菌(-)  
 生化学: GOT 17, GPT 14, Al-P 5.5, LDH 364,  $\gamma$ GTP 35, LAP 138, CPK 31, ChE 0.58, TB 0.5(D 0.2, ID 0.3) TC 126  
 アミラーゼ: 170, BUN 13, HDL-C 38  
 T.P 7.2 (Al 39.2,  $\alpha_1$  4.1,  $\alpha_2$  11.0,  $\beta$  11.5,  $\gamma$  12.6  
 電解質: Na 142, K 3.7, Cl 104  
 その他: BSG 18-40, 7氏反応(-), ツ反 5x5  
 便リゾチーム活性: 別表

末梢血で白血球増多と脱水が目立つ。便潜血強陽性。ChEの低下はあるが血沈の亢進はない(入院後亢進する)。便培養は入院時を含めて7回行っているが、いずれも病原菌は検出されていない。CRPは強陽性である。便リゾチーム活性は表5のごとく変動している。

入院後の臨床経過: 表5は入院後の経過概要である。約1週間の抗生物質(ホスミシン)は無効であった。8日目に1回目のBEが行なわれ、活

表5 症例2の経過概要

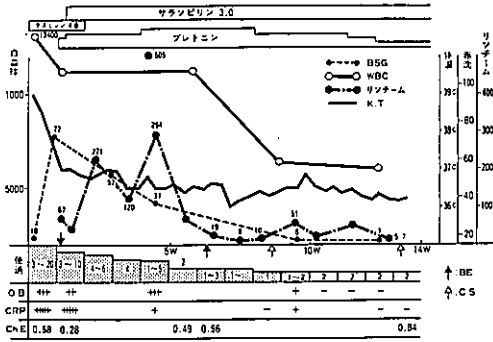


表6 再入院時の主な検査成績

BSG : 24	→ 7
リゾチーム : 555.6 μg/g	→ 12
便潜血 : (++)	→ (-)
ChE : 0.51	→ 0.65
B.E.	→ 活動期
C.S.	→ 活動期

られない。その後は順調に経過し、現在も経過観察中である。

II 考 按

潰瘍性大腸炎は原因不明で、大腸に特有の非特異性炎症性疾患である<sup>1)</sup>。難治性疾患であり、1973年厚生省より特定疾患の指定をうけ、潰瘍性大腸炎調査研究班が発足し、そのうちの診断基準分科会はUCの病態を表7のように分類している。

表7 病態の分類

1. 病変のひろがりによる病型分類
  - 全大腸炎 total colitis
  - 左側大腸炎 left-sided colitis
  - 直腸炎 proctitis
  - 右側または区域性大腸炎 right-sided or segmental colitis

注 1) 直腸炎は、本症診断基準をみたしているが、病変部口側に正常大腸を認めるもの。  
 2) 左側大腸炎は、病変の範囲が横行結腸中央部を越えていないもの。  
 3) 右側または区域性大腸炎は、肉芽腫性大腸炎(限局性大腸炎、大腸 Crohn 病)や大腸結核との鑑別が困難で、診断は切除手術または剖検の結果にまたなければならぬことが多い。
2. 病期の分類
  - 活動期 active stage
  - 寛解期 remission
3. 重症度による分類
  - 軽 症 : 全身症状が欠如またはきわめて軽微のもの
  - 中等症 : 軽症と重症の中間のもの
  - 重 症 : 頻回の粘血・水様便、発熱・頻脈などの全身症状、赤沈値促進
4. 臨床経過による病型分類
  - 再発寛解型 relapsing-remitting type

活動期のUCと診断された。このころ、入院時は比較的好かった血沈と便リゾチーム活性が上昇するようになり、ChEは0.28と低下している。サラゾピリン、プレドニン併用を開始して数日で腹痛、発熱等の症状は改善し、入院6週目には活動期はすぎたと思われる。12月1日(入院7週目)の2回目のBEでは、直腸上部から脾彎曲までと盲腸部に典型的なプソイドポリポージスと粗大な潰瘍も少数みられている(図6)。しかし、活動期は過ぎたものと思われる。さらにこの2週間後に、1回目のCSが行われている(図7, 図8)。この時期では、便通を含めて自覚症状は全く改善しているが、内視鏡所見では、図のごとく一部に活動期の所見を残している。2回目のCS(図9)では、充血、浮腫等の炎症所見は消失して血管透見像も出現し、寛解期に入ったものと思われる。

再燃と再入院: 1983年1月22日退院後は、経過順調で会社にも元気で勤務していた。プレドニン5mg/T, サラゾピリン1g/T併用でコントロールされていた。便リゾチーム活性が8月になって52.3とやや上昇したが、赤沈の亢進はなく自覚症状にも異常はなかった。8月14日突然発熱、血便をきたし再入院した。再入院時の検査成績は表6に示すごとくである。プレドニン、サラゾピリンの増量で血沈の亢進、便リゾチーム活性の上昇、便潜血等は表6のごとく改善している。内視鏡所見では充血、出血、浮腫、潰瘍形成等の炎症所見、プソイドポリポージスが再び出現している(図10)。しかし直腸、横行結腸は前回同様ほぼ正常な粘膜が保たれており、病変の広がり認め

慢性持続型 chronic continuous type  
 急性電撃型 acute fulminating type  
 初回発作型 one attack only

注 4) 急性電撃型は、きわめて激烈な症状で発病し、中毒性巨大結腸症、穿孔、敗血症などを伴うことが多く、予後はきわめて不良なもの。

5) 初回発作型は、発作が1回だけのもの。しかし将来再燃をきたし、再燃寛解型となる可能性が大きい。

5. 病変の肉眼所見による病型分類

仮性ポリポース型 pseudopolyposis type  
 萎縮性大腸炎型 atrophic colitis type

その分類によれば症例1は表8に示すごとくなるが、ひろがりでは全大腸炎とすべきであろう。さらに、症例2は表9のごとく分類され、これも全大腸炎とすべきであろう。UCは増加傾向にあるといわれているが<sup>2)</sup>、今なほ原因論的に不明であり、治癒は期待できない。UCの中の、initiation と maintenance という2つの面はどうからみあっているのか、素因がどれほど関与しているか、腸内細菌叢のかかわりはあるのか、そして免疫がどういう役割を果たしているのかなど病因論的に興味のあるところであるが、今後の研

表8 症例1の病態分類

1. 横行結腸 全部以下
2. 活動期
3. 中等度
4. 再発寛解型
5. 仮性ポリポース型

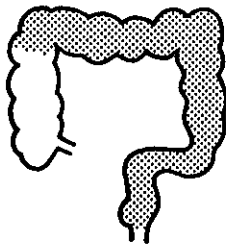
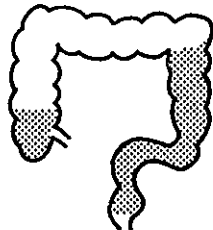


表9 症例2の病態分類

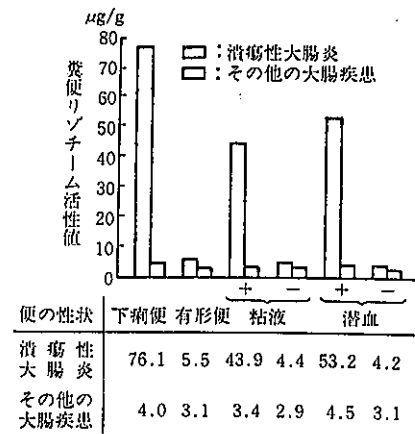
1. 直腸～脾彎曲、盲腸
2. 活動期
3. 重症
4. 初回発作型  
→ 再発寛解型
5. 仮性ポリポース型



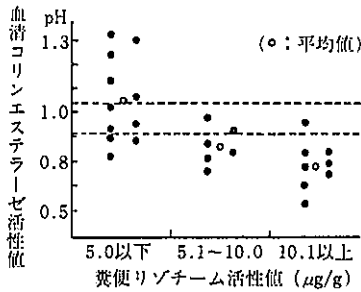
究に期待されるのが現状である。したがって現在の治療の目的は、寛解に導入すること、寛解期を長く維持すること、合併症に対して適切な治療をすることなどといわれている<sup>3) 4)</sup>。その意味では2症例とも比較的順調に経過している。治療は安静、心理療法、活動期の非経口的栄養補給を含めた食事療法、薬物療法が主なものであるが<sup>5) 6)</sup>、これら保存的治療無効例或は穿孔、大出血、toxic megacolonなどを想定したとき、手術適応も考慮しておく必要がある<sup>7)</sup>。治療は病期にそっておこなわれる。したがって病態の把握は大切である。一般的に病期及び治療効果の判定基準<sup>6)</sup>には便通・赤沈・白血球数・ $\alpha_2$ グロブリン・CRP・便リゾチーム活性が臨床経過によく反映し、短日中に変動するので便利であると云われている。私共の2症例の経験では、便リゾチーム活性、Ch-E、及び内視鏡所見が非常によく病期を反映しているように思われた。この三者には相関<sup>1)</sup>があるようである(表10 a, b, c)。内視鏡検査は活動期、治癒期(慢性活動性)、非活動期などの病期分類に有用であり<sup>8)</sup>、その際の生検によって病理所見も得られる。UCの病理では、陰窩膿瘍、炎症細胞の出現、血管の変化、陰窩の変形が主な所見と云われている<sup>9)</sup>。しかし、生検部位によりまた病期によっては、陰窩膿瘍は必ずしも診

表10 UCの便リゾチーム活性, ChE, 内視鏡所見 (新内科学大系より)

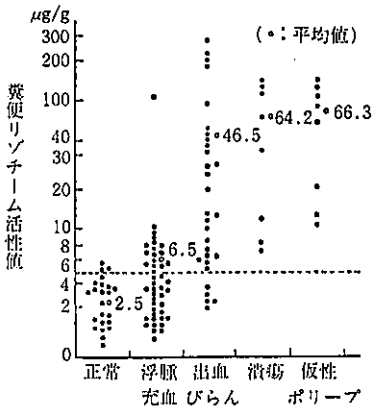
a: 便に異常所見のあるもので高い



b: 逆比例の関係がみられる



c: 内視鏡所見とリゾチーム活性



断の必須条件とはならないらしく、私共の症例では crypt abscess は認められていない。また最近では長期経過例での癌発生の問題もあり、病期分類と併せて内視鏡所見及び病理学的検索はますます重要になってくると思われる。

### ま と め

UCの2例を報告した。UCは慢性経過をとる大腸のびまん性炎症性疾患であり、病因論的に未だ定説はない。initiation と maintenance という2つの面を合せて、素因・腸内細菌叢及び免疫の関与が注目されている。治療は現在のところ寛解を目標としており、その病期及び治療効果の判定が、経過観察において重要である。私共の2症例では、Ch-E・便リゾチーム活性・内視鏡検査が非常に良く病態を反映しているように思えた。

(本論文の要旨は第33回日本農村医学会新潟地方会で発表した。S58. 11. 20, 於長岡)

### 文

- 1) 松永藤雄: 潰瘍性大腸炎. 新内科学大系19A, P114, 中山書店, 1978.
- 2) 横田 嘩ほか: 日本における潰瘍性大腸炎の統計. 胃と腸, 11: 1023, 1976.
- 3) 福島恒男ほか: 潰瘍性大腸炎. 医学のあゆみ, 122: 464, 1982.
- 4) 土屋周二: 潰瘍性大腸炎. 消化器外科, 7: 816, 1984.
- 5) 渡辺 晃: 潰瘍性大腸炎に対する内科的治療の最近の動向. 胃と腸, 18: 685, 1983.

### 献

- 6) 吉田 豊: 潰瘍性大腸炎の内科的治療と臨床経過. 胃と腸, 11: 997, 1976.
- 7) 江頭芳樹ほか: 内科からみた潰瘍性大腸炎の手術適応. 胃と腸, 18: 693, 1983.
- 8) 竹本忠良ほか: 潰瘍性大腸炎の内視鏡診断. 胃と腸, 11: 987, 1976.
- 9) 谷口春生: 潰瘍性大腸炎の病理. 胃と腸, 11: 1015, 1976.

図1 症例1入院8日目の  
BE (活動期)。



図2 症例1のCS (1回目)  
充血, 浮腫, プソイドポリポイドがみられる。

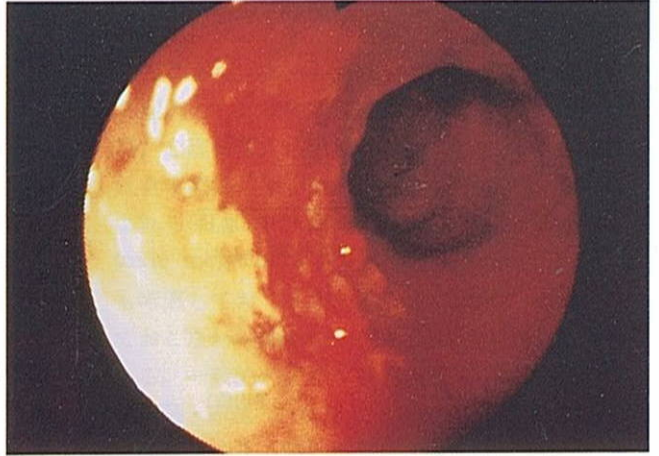


図3 症例1のCS (1回目)  
潰瘍, 出血がみられる。

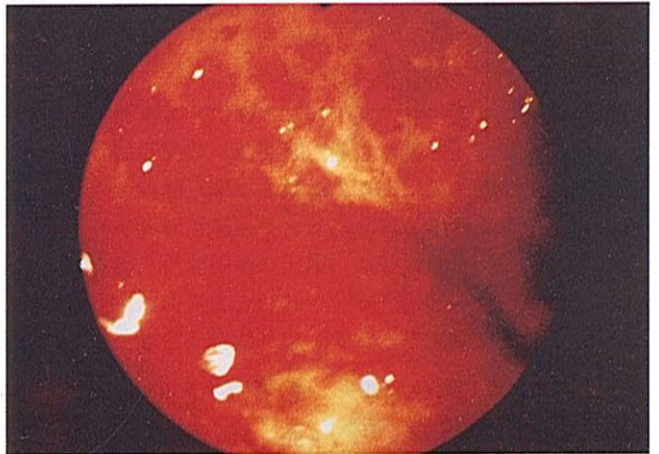


図4 症例1のBE。(2回目)  
顆粒状像, 鋸歯状辺縁は消失して  
いる。鉛管状像が一部みられる。



図5 症例1のCS (2回目)  
粘膜は萎縮性であるが, 血管  
透見像が出現している。活動  
性炎症所見は改善している。

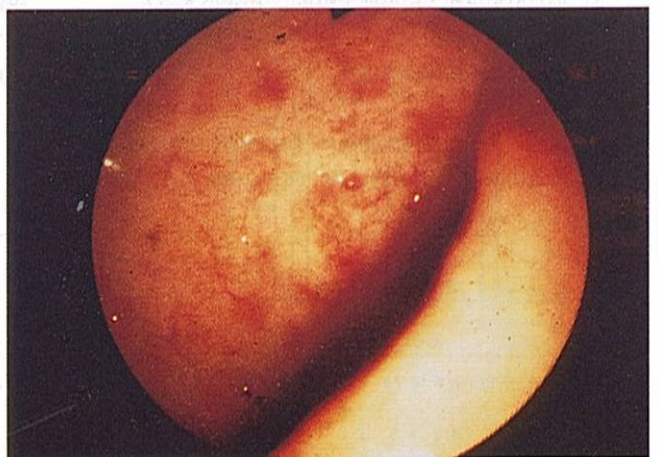


図6 症例2のBE (2回目)  
下行結腸, 盲腸部にプソイドポリ  
ポージス, 粗大潰瘍がある。

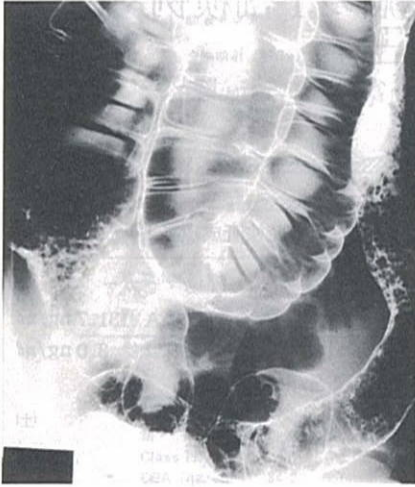


図7 症例2のCS (1回目)  
充血, 出血はないが, 血管像の消失, プソイドポリ  
ポージスがみられる。

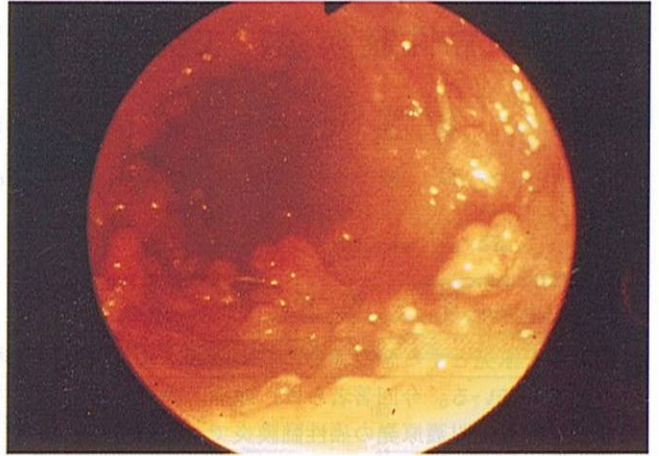


図8 症例2のCS (2回目)  
一部に不整潰瘍, 浮腫, 膿粘性の浸出物を残している。

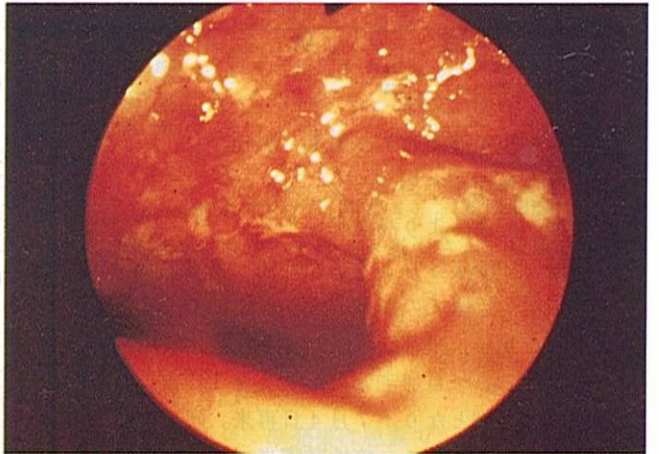


図9 症例2のCS (2回目)  
炎症所見は消失し, 血管像がみられるようになっている。

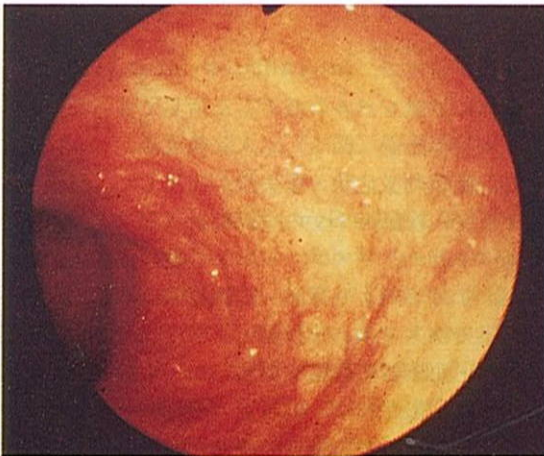


図10 症例2のCS (再燃)  
浮腫, 充血, 出血等活動期の所見がみられる。

