

症 例

慢性特発性偽性腸閉塞症の1例

山 岸 良 男¹⁾ 佐 藤 好 信¹⁾ 薮 崎 裕²⁾
鈴 木 茂²⁾

はじめに

慢性特発性偽性腸閉塞症 (chronic idiopathic intestinal pseudo obstruction以下C.I.I.Pと略す) は、消化管のどの部位にも機械的な閉塞を認めず、さらに進行性全身性硬化症 (PSS)、アミロイドーシス、粘液水腫などの全身的な疾患がないにもかかわらず、長期にわたり、腹部膨満、嘔吐、腹痛、下痢、便秘、体重減少等、腸閉塞様の症状を呈するmalabsorption syndromeの中の最も絶望的な疾患である。今回我々は、腹部膨満感を主症状として来院した、C.I.I.Pの1例を経験したので文献の考察を加え報告する。

症 例

症 例：44歳、男性
主 訴：腹部膨満感
家族歴：特記事項なし
既往歴：特記事項なし

現病歴：昭和61年2月頃より下痢が続き、近医にて加療するも症状改善なく、体重減少が認められた(60→55kg)。昭和61年9月11日当院内科受診。腹部膨満感、上腹部痛あり、当科に紹介される。腹部膨満あるも腹部X線像にて小腸拡張像は認められたが明らかな鏡面形成像なく(図1)精密検査計画するも以後来院せず放置した。昭和62年1月5日腹部膨満増強し再び来院、腹部X線像にて鏡面形成像あり腸閉塞症の疑いにて入院した。(図2)

入院時現症：身長157cm、体重59kg、眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄疸なし。皮膚の硬化なし。血圧110/62mmHg、脈拍65/分不整なし。腹部は著明に膨隆しているが腸雑音は亢進せず。肝、脾、腫瘍等触知せず、手術創による瘢痕なし。

検査成績：血液検査にて赤血球 442×10^4 、血色素14.2g/dl、Ht44%、白血球7100、血小板 37.4×10^4 、血清総蛋白8.4g/dl、A/G1.46、CEA2.9ng/ml、尿酸(-)、尿蛋白(-)と軽度脱水を思わせる所見の他、生化学的検査等には異常を認めなかった。

入院後の臨床経過：入院時腹部X線像にて、著明な小腸拡張像と鏡面形成像あり(図2)。右側大腸ガス像認めるも大腸拡張像なく、小腸末端~大腸にかけての腸閉塞を疑いイレウス管を挿入し、腸管内容の排泄及び減圧をはかる。イレウス管は除々に下部腸管へすすみ図3にみられるように、上行結腸にまですすみ腸閉塞状態解除した。注腸X線検査では移動性盲腸が認められる他大腸に狭窄なく巨大結腸を思わせる像も認められなかった(図4)。イレウス管を抜去すると再び腹部膨満、鏡面形成像の出現あり全身状態、腹部所見、排便状態改善みられず、昭和62年1月29日開腹術を施行した。

手術所見(図5、6)：図5のごとく正中切開にて開腹すると、十二指腸より空腸、回腸にかけ著明な拡張及び浮腫が認められたが、胃大腸肝胆膵には特に異常所見はなかった。また腸閉塞をきたす腹腔内の癒着、索状物等もなくC.I.I.Pの診断が確定した。虫垂切除術施行、空腸壁及び腸間膜リンパ節生検を施行した。小腸を少しでも固定する目的でsplint tubeを空腸より回腸末端まで通し、Treitg靱帯より20cm肛門側空腸に空腸瘻を造設し閉腹した。

病理検査所見(図7)：空腸漿膜の線維性肥厚が存在するがアミロイドの沈着は認められず、腸間膜リンパ節にも特別な炎症、腫瘍所見は認められなかった。

術後経過(図8)：術後は経静脈栄養(適時intravenous hyper alimentation以下IVHと略す)を中心として栄養管理を施行した。術後1ヶ月間は空腸瘻よりの排液量が1500~3000ml/日に達し、排便回数も、浣腸療法を含め2~4回/日(水様便)程度であった。図9に空腸瘻よりの造影を示した。空腸の著明な拡張像が認められ、造影剤は除々に下部腸管にすすみ、翌

1) 頤南病院 外科
2) 新潟大学医学部 第1外科

日には大腸に移行しているのが認められる(大腸の拡張像なし)(図10)。2月10日より経口摂取を開始した。ラックB3.0gベリチーム3.0gセレキノン6T/日投与、さらに大紫胡湯7.5gを投与したところ、排便回数が徐々に増加し、6~8回/日(下痢便)となり腸管の運動機能の改善が認められた。4月初旬には腸瘻よりの排便量も200~800ml/日と減少した。4月15日よりさらに排便量が減少したところ、4月23日突然多量の嘔吐と吐血があり、同日より禁食、胃管挿入、抗潰瘍剤の投与を行ない改善が認められた。4月29日より経口摂取を再開した。腸瘻よりの排便量は50~300ml/日と少なく排便回数も6~8回/日と安定し、6月4日栄養投与は経口のみとした。全身状態は比較的安定し、本人の希望もあり6月22日退院した。6月26日下肢~陰のう部に著明な浮腫があり再入院、輸液、消炎剤、利尿剤等にて加療すると徐々に改善し、排便回数も5~6回/日腸瘻排便も50~100ml/日にコントロールされた。またプロスタグランジンEは胃酸分泌抑制作用とともに腸管輪状筋に対しては弛緩作用があるが縦走筋には収縮作用があることが知られている。そこで腸管運動機能改善を目的として最近抗潰瘍剤として開発されたプロスタグランジンE誘導体製剤であるロノック20ug/日を投与し経過観察を行なっている。

考 察

慢性偽性腸閉塞症(C.I.P)は1958年Dudleyら¹⁾により初めてその臨床概念が発表された。その後Maldonadoら²⁾が消化管に機械的閉塞を認めず、長期にわたって反復する消化管閉塞症状を示すもののうちで全身の系統疾患がなく、原因不明なものをC.I.I.Pとして発表している。C.I.I.Pの臨床症状には、腹部膨満、体重減少、腹痛、下痢、嘔吐、嚥下困難、便秘等がある。さらに神経因性膀胱や尿路系の感染症を訴えるものもある³⁾。発症は小児から成人まで各年齢層にみられ、性差は認められない。一般に十二指腸から回腸末端までびまん性に拡張していることが多いが、食道、胃、大腸にも同様の所見が認められることがある³⁾。本症例は、開腹術の既往がなく腹部膨満感を主訴として来院し、偽腸閉塞症状が改善しないため開腹し、C.I.I.Pであることを確認された1例である。治療は腹部症状の改善を目的として腸瘻造設術を行ない腸管内の減圧を行なった。栄養管理は適時IVHを行なった。腸管運動機能亢進の目的で、空腹期収縮と同様の収縮運動を惹起する効果があるといわれるセレキノン⁴⁾とともに整腸剤、大紫胡湯を投与したところ排便回

数も1日に6回程度に安定し腸瘻よりの排便量も減少し有効と思われた。腸管縦走筋の収縮作用があるプロスタグランジンE製剤も最近投与し良い結果を得ている。薬剤によって腸管の運動機能が改善し、腸瘻によって腹痛や急激な腸閉塞症状はさけられるにしても、便の性状は水様便であり、消化吸収不良及び低栄養の状態が十分に改善される期待はもてない。このため適時IVH等による栄養管理が必要である。しかしながら本症例は、生来軽度の知恵おくれがあり、入院期間中のIVHは可能であってもHomeIVH⁵⁾の自己管理は不可能な状態であり、今後も十分な注意と観察が治療上必要である。

ま と め

44歳男性の慢性特発性偽性腸閉塞症の1例を経験した。治療は腸瘻造設術施行、IVHによる栄養管理、薬剤(セレキノン、大紫胡湯、整腸剤)投与を行なった。これらの薬剤投与により排便回数の増加及び腸瘻排泄量の減少がみられた。しかしながら便は水様便であり、消化吸収及び栄養状態が十分に改善することは望めず、今後も慎重な観察と積極的な栄養管理が必要と思われた。

文 献

- 1) Dudley HA, et al: Intestinal pseudo-obstruction, J R Coll Surg Edinb, 3:206, 1958.
- 2) Maldonado JE, et al: Chronic idiopathic intestinal pseudo obstruction, AmJMed, 49:203, 1970.
- 3) Schuffer MD, et al: Chronic idiopathic intestinal pseudo obstruction (a surgical approach), Ann Surg, 192:752, 1980.
- 4) Warner E, et al: Successful management of chronic intestinal pseudo-obstruction with home parenteral nutrition, JPEN, 9:173, 1985.
- 5) 西岡利夫他: TrimebutineおよびMetoclopramideのヒト胃十二指腸運動に及ぼす影響(Secretin-induced migrating motor complexと比較して), 日平滑筋誌, 18:105, 1982.
- 6) Pitt HA, et al: Chronic intestinal pseudo-obstruction (management with total parenteral nutrition and a venting enterostomy), Arch Surg, 120:614, 1985.
- 7) 山田 稔他: 慢性特発性偽性腸閉塞症(chronic idiopathic intestinal pseudo obstruction)の1例, 日消病学会誌, 79:1326, 1982.

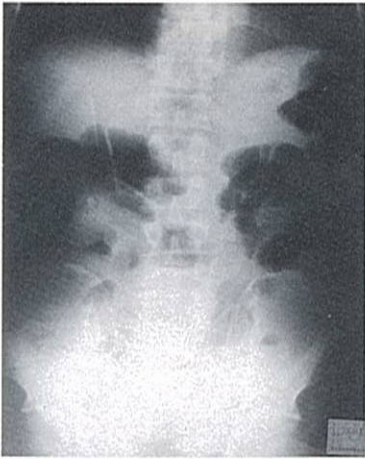


図1 昭和61年9月11日の腹部単純X-P。小腸拡張像を認めるが、鏡面形成像はない。

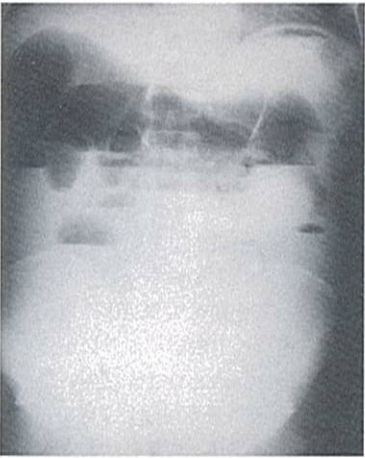


図2 昭和62年1月5日の腹部単純X-P。明らかな鏡面形成像を認める。



図3 イレウス管挿入の腹部単純X-P。



図4 注腸X-P。

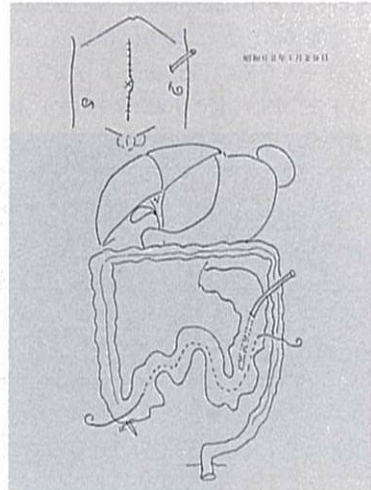


図5 手術所見（昭和62年1月29日）

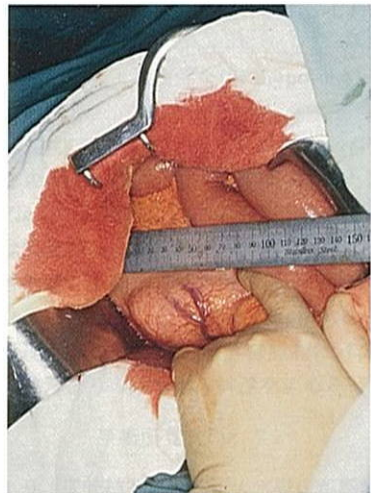


図6 手術所見（昭和62年1月29日）

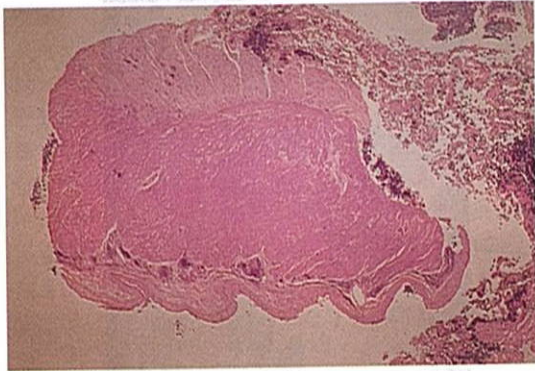


図7 病理検査所見



図9 空腸瘻からの造影X-P。

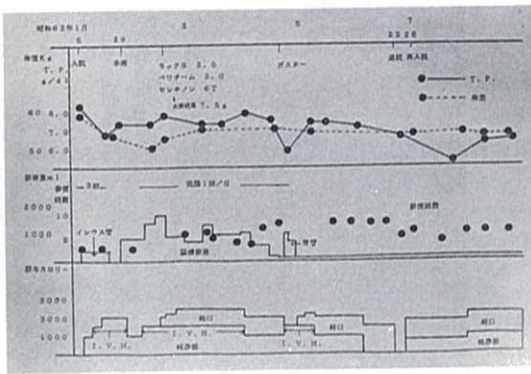


図8 入院経過



図10 空腸瘻からの造影X-P