

の症例で多い内視鏡施行後の AGML について考察を行い、客観的な状況証拠より、その発生に *Helicobacter pylori* の関与も示唆された。

参 考 文 献

- 1) **Katz, D. and Siegel, H.I.:** Erosive gastritis and acute gastrointestinal mucosal lesions. In Glass G B (ed): Progress in Gastroenterology. Vol. 1, New York, Grune and Stratton, 1968, p. 67.
- 2) 川井啓市, 赤坂裕三, 木本邦彦, 日高 硬, 山口勝通, 須藤洋昌: 急性胃病変の臨床, 一胃出血の面から一. 胃と腸, 8: 17~23, 1973.
- 3) 小越和栄, 丹羽正之, 斎藤征史, 加藤俊幸, 田代成元: 急性胃粘膜病変と十二指腸球部病変の関連. 胃と腸, 24: 1269~1274, 1989.
- 4) 竹本忠良, 中村芳知: AGML の概念, 図説急性胃炎シリーズ: 24~26, 日本ベーリンガーインゲルハイム KK, 1988.
- 5) 小林絢三, 中村 肇, 内田俊之: 急性胃粘膜病変

(AGML) とは一内科の立場から一. 最新医学, 44: 2011~2016, 1989.

- 6) 原田一道, 並木正義: 薬剤および飲食物による急性胃粘膜病変. 最新医学, 44: 2056~2060, 1989.
- 7) 森下鉄夫, 中村正彦, 土屋雅春: AGML におけるストレスの意義—自律神経学的・微循環学的検討—. 最新医学, 44: 2027~2034, 1989.
- 8) 岡崎孝紀, 西元寺克礼, 司会: 内視鏡検査後に発症した AGML の実態と成因. Gastroentrol. Endosc., 30: 2752~2767, 1988.
- 9) 福田能啓, 井上宏之, 三上 淳, 田村和民, 下山孝: *Campylobacter pylori*. 最新医学, 44: 2027~2034, 1989.

司会 どうも有難うございました。一応、木村先生と違って3つの新しい分類法を提唱されております。それからまた、内視鏡後の AGML についても仮説をお立てになって、また後程検討してみたいと思います。七番目は「術後ストレス潰瘍の成因と治療」、本学第一外科の田宮先生お願いします。

7) 術後急性胃粘膜病変 (AGML) に関する臨床的検討

新潟大学医学部第一外科教室 田宮 洋一・松原 要一
武藤 輝一

Postoperative Acute Gastric Mucosal Lesion

Yoichi TAMIYA, Yoichi MATUBARA and Terukazu MUTO

*Department of First Surgery,
Niigata University School of Medicine
(Director Prof. Terukazu MUTO)*

Eighty-one cases with postoperative acute gastric mucosal lesion (AGML) from 1978 to 1989 were studied.

1. After introduction of an H2 receptor antagonist (1982), the number of cases with postoperative AGML following neurosurgery decreased, but that following cardiopulmonary

Reprint requests to: Yoichi TAMIYA,
Department of First Surgery, Niigata
University School of Medicine Niigata
City, 951, JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部第一外科教室

田宮 洋一

and gastrointestinal surgery did not changed. And also the number of cases who underwent operation because of uncontrollable AGML bleeding following neurosurgery decreased, but that following cardiopulmonary and gastrointestinal surgery did not changed.

These results suggest that an H2 receptor antagonist is effective in preventing and treating postoperative AGML following neurosurgery.

2. Postoperative AGML occurs most commonly in the fornix and body of the stomach, and secondarily in postbulbar duodenum.

Key words: postoperative acute gastric mucosal lesion, AGML

術後急性胃粘膜病変, AGML

近年 H2 受容体拮抗剤 (H2RA) をはじめとする消化性潰瘍に対する薬物療法の進歩により消化性潰瘍手術例は減少した¹⁾。そこで、H2RA が術後 AGML に与えた影響を中心に術後 AGML 症例の臨床的検討を行った。

対 象

1978 年から 1989 年の 12 年間に教室で経験した術後 AGML 症例 85 例を対象とした。男性 71 例、女性 14 例で、平均年齢は 65.4 才であった。H2RA が市販された 1982 年を境に 4 年ずつ前期 (1978~1981)、中期 (1982~1985)、後期 (1986~1989) に分け検討した。

結 果

1) 症例数および原疾患 (表 1)

症例数は前期 46 例、中期 21 例、後期 18 例であり、中期と後期は前期の半分以下に減少した。原疾患別には前期に 19 例あった脳疾患術後症例が中期と後期では 8 例、3 例に減少し、これが前期に比べ中期と後期で症例数が減少した主因であった。肝胆膵疾患とその他 (整形外科、泌尿器、口腔外科領域) の術後症例も中期と後期は前期の半分以下に減少した。しかし、心肺疾患と消化管疾患術後症例は年代により症例数が変化しなかった。

2) 治療成績 (表 2)

保存的療法による止血率は前期、中期、後期でそれぞれ 70%、57%、67% と年代による大きな差はなかった。しかし、他科の軽症例で外科に紹介されず把握されていない症例もかなりあると考えられる。従って、保存的療法の止血率に関しては真の実態を表していない可能性があり単純に年代別に比較できない。

保存的療法による非止血例と手術療法例に関しては実態をかなり正確に把握していると考えている。非止血例は前期、中期、後期でそれぞれ 19 例、9 例、6 例で、中

期、後期では前期の半数以下に減少した。保存的療法で止血せず手術療法を施行した症例も中期、後期では前期の 1/3 以下に減少した。

非止血例のうち脳疾患術後症例は前期 19 例中 14 例を占めていたが、中期では 1 例、後期では 1 例もなしと著明に減少した。中期と後期の非止血例 15 例中 14 例は心肺疾患と消化管疾患術後例であった。

手術療法例に関しても脳疾患術後症例は前期 15 例中 12 例を占めていたが、中期と後期が各 1 例ずつと著明に減少した。中期と後期の手術療法例 9 例中 8 例は心肺疾患と消化管疾患術後例であった。中期と後期では全例に H2RA が用いられ、後期に手術が施行された全例が内視鏡的止血法で止血できなかった症例であった。

手術療法は 28 例に行われ、胃全摘術 2 例、胃亜全摘術

表 1 術後急性胃粘膜病変の原疾患の年代別検討 (%)

原疾患	前 期	中 期	後 期	計
	1978~81	82~85	86~89	
脳	19 (41.3)	8 (38.1)	3 (16.7)	30
心 肺	7 (15.2)	5 (23.8)	7 (38.9)	19
肝胆膵	8 (17.4)	3 (14.3)	2 (11.1)	13
消化管	7 (15.2)	3 (14.3)	6 (33.3)	16
その他	5 (10.9)	2 (9.5)	0 (0)	7
計	46 (100)	21 (100)	18 (100)	85

表 2 術後急性胃粘膜病変に対する保存的療法の止血成績 (%)

	前 期	中 期	後 期
	1978~81	82~85	86~89
止 血	27 (70.3)	12 (57.1)	12 (66.7)
非止血	19 (29.7)	9 (22.9)	6 (33.3)
計	46 (100)	21 (100)	18 (100)

表3 術後急性胃粘膜病変の潰瘍の存在部位

胃 (45例)		胃+十二指腸 (3例)			十二指腸 (9例)			空腸
CM	CM+E or A	CM+B	A+P	CM+BP	B	B+P	P	
40	5	1	1	1	2	2	5	1

E: 食道 CM: 胃穹窿部+胃体部 A: 胃幽門洞部 B: 十二指腸球部 P: 十二指腸球後部

17例, 広範囲胃切除術8例と胃切除後の吻合部空腸潰瘍に対する胃部分切除術兼空腸切除術1例であった。再出血は胃亜全摘術3例と広範囲胃切除術1例で認められたが、いずれも切除されず残存空置された十二指腸潰瘍からの出血であった。

3) 病変部位 (表3)

内視鏡検査または手術で病変が確認された症例は65例であり、このうち潰瘍があった症例が58例、出血性胃炎だけの症例7例であった。潰瘍58例の部位は胃潰瘍45例(77.6%), 胃十二指腸共存潰瘍3例(5.2%), 十二指腸潰瘍9例(15.5%)であり胃潰瘍症例が多かった。さらに詳しく潰瘍部位を分けて検討すると、胃穹窿部または胃体部に潰瘍のあった症例47例(81.0%)胃幽門洞部3例(5.2%), 十二指腸(15.6%)であった。十二指腸潰瘍は球部2例, 球後部5例, 球部と球後部に共存2例と球後部に潰瘍を認める症例が多かった。

年代別には十二指腸潰瘍が前期6例, 中期2例, 後期1例と中期と後期で減少し, 相対的に胃潰瘍の占める頻度が中期と後期では増加した。

考 案

H2RA が市販された1982年以降の中期・後期では前期に比べ術後 AGML 症例が減少した。原疾患別には脳疾患術後症例が著明に減少したのに対し, 心肺疾患, 消化管疾患術後症例は変わらなかった。

保存的療法による止血率に年代による差はなかったが, 軽症例は外科に紹介されないこともあり実態を正確に表していない可能性がある。非止血例と手術療法例はかなり正確に実態を表していると考えている。非止血例と手術療法例は前期に比べ中期と後期で減少したが, これは脳疾患術後症例の減少によるものであり, 心肺疾患, 消化管術後では非止血例と手術療法例の症例数は変わらなかった。

脳疾患術後は攻撃因子の増強が AGML 発生の主因であり²⁾, H2RA による攻撃因子の抑制が可能となったために脳疾患術後 AGML の症例数と保存的療法による非止血例, 手術療法例が減少したと考えられる。ただ, 脳疾患術後例の全てに H2RA が予防的に投与され

ているわけではないので, 手術適応の変化や術後管理法の進歩も脳疾患術後 AGML の症例数の減少に関与している可能性はある。

一方, 心肺疾患, 消化管術後症例では, 防御因子の減弱が AGML 発生の主因であるために術後 AGML 症例数と保存的療法による非止血例, 手術療法例が減少しなかったと考えられる。

以上の結果は, 脳疾患術後 AGML の予防と治療に H2RA が有効であることを示していると考えられる。心肺疾患と消化管の手術では, 前期に比べ中期, 後期となるに従って手術侵襲の大きい症例が増加しているのに AGML 症例数が変化していないので, H2RA により予防と治療がされている可能性がある。しかし, 脳疾患術後に比べれば, 心肺疾患と消化管疾患術後では H2RA が無効な症例が多いと考えられる。

術後 AGML 症例の潰瘍性病変の81.0%が胃穹窿部または胃体部に, 15.6%が十二指腸に発生していた。鎌田³⁾は頭部外傷または熱傷患者では胃粘膜の血流量が減少し, この際に幽門洞粘膜に比べて好気性代謝が盛んである胃体部粘膜の方が障害が発生しやすい事を報告している。術後 AGML においても頭部外傷または熱傷患者と同様の発生機序が働くために胃穹窿部, 胃体部が潰瘍性病変の好発部位となると考えられる。十二指腸の潰瘍性病変は球後部に多かった。球後部潰瘍症例は全例脳疾患術後症例であるので, その発生には攻撃因子の亢進がかなり関与していると考えられる。しかし, 潰瘍を空置しても再出血する症例が多いので十二指腸の局所的な因子も球後部潰瘍の発生に関与していると考えられる。

ま と め

- 1978年から1989年までの81例の術後 AGML 症例を対象とした。
- H2RA が市販された1982年以降ではそれ以前に比べ

- 1) 脳疾患術後の AGML 症例数が著明に減少したが心肺疾患と消化管術後の AGML 症例数は変わらなかった。

- 2) 保存的療法で止血不能のため手術療法が行われた症例数も脳疾患術後 AGML では減少したが、心肺疾患と消化管術後の AGML 症例では変わらなかった。
- 3) 以上の結果は、脳疾患術後 AGML の予防と治療に H2RA が有効であることを示していると考えられる。
3. 術後 AGML の発生部位は胃体部・胃穹窿部に最も多く、次いで十二指腸病変球後部に多かった。

参考文献

- 1) 田宮洋一, 武藤輝一, 松原要一, 高桑一喜, 若桑正

一, 筒井光広, 松尾仁之, 加藤知邦: 手術症例からみた消化性潰瘍に対する保存的療法および手術適応の変遷. 日消外誌, 18: 2183~2186, 1985.

- 2) 磯部 茂: ストレス潰瘍の成因と外科治療に関する検討. 日消外誌, 14: 27~38, 1981.
- 3) 鎌田武信, 佐藤信紘, 川野 淳, 中川彰史, 福田益樹, 房木英之, 七理元亮, 阿部 裕, 杉本 侃: 急性胃粘膜病変の成因に関する検討. 日消誌, 78: 2302~2306, 1981.

司会 有難うございました. 今までの内科の報告と格段興味のある症例を呈示していただきました.

8) 急性胃病変——病理よりみて

第一病理 岩 淵 三 哉

司会 どうも有難うございました. では演者の方, 前の椅子に座っていただいて, マイクを順番に渡して討議をしていただきたいと思いますので, 前の方に出て座っていただきましょう. 今, お聞きになりましたように八題の発表がありましたけども, その中に8割くらいは共通して言えると思いますが, あと2割は演者によってニュアンスの違うところがあります. そういうわけでそこを少し検討していきたいと思います. まず, 内視鏡所見として今日は多くの方が木村の分類法を使ったわけでありまして. いわゆる, 発赤・浮腫を主とする急性胃炎型, それからそれに出血性病変が伴った急性出血性胃炎, それからびらん型, それに出血性びらん型, それから潰瘍型と, 5つの分類を多くの方が採用したわけですが, 小越先生は, その分類ではなくて, 今日は3つに分けられた分類, それから富所先生は他のは無視していわゆる斑状のびらん性の病変を主に扱われたのですが, まず小越先生が3つに分けられた考え方をもう一度まとめて紹介していただきたいと思います.

小越 私が3つに分けましたのは, 各々予後が少し違うことと, それからどうも発生原因が少し違うんじゃないかということ, それで分けてみたんですが, 狭義のことからしますと富所先生の Antrum の地図状のいわゆるびまん性出血性びらんというものを一つの criteria

として, そしてそれが出血がとれていくとびまん性の多発性のびらんというかたちになっていきますので, 木村先生の2つのものは1つの stage の違いじゃなろうかということ, そういうふうにしたわけですし, それから木村先生のところにはないカムレートック (Kammrötung) の頂上に起きるもの, これはちょっと他のものとは経過が違いますのでそれも別にしたいと考えております. それからもう一つは体部のほうに多い点状のポツポツとした出血, これは場合によっては一ヶ月以上もかかる場合もありますので, Antrum のとは違うということ, 3つに分けますと, 十二指腸病変の起き方とか経過とか違います. それから, 私はいわゆる発赤・edema は AGML としては扱わず今日の集計から外しましたし, それから急性潰瘍というものは急性潰瘍という言葉があって, 一つの疾患概念として独立していますので, それは私は別にして外したいという考え方で, どちらかという岩淵先生が, 近似的な病変を一つのものにまとめるという発想に近いんじゃないかなと私は考えておるんですが.

司会 はい, 富所先生は prospective に計画して検討されたわけですけども, 一つに絞られた根拠とか, 或はその時の考え方はどうだったんでしょうか.

富所 一番大きな根拠というのは, 施設が3ヶ所あつ