

6) 出血性潰瘍の薬物的止血法

県立がんセンター新潟病院内科 小 越 和 栄

Medical Treatment of Hemorrhagic Ulcer

Kazuei OGOSHI

Division of Internal Medicine, Cancer Center Niigata Hospital

Recent advances in gastroenterological endoscopy brought it possible to control upper GI bleeding without surgical operation. Beside this endoscopic technique, medical treatment for hemostasis is also improved and widely applied for clinical use.

It has been widely known that hemostasis was hardly achieved with high acidity in the stomach as Green had reported⁴⁾. To control gastric acidity, secretin was administered by intravenous infusion to patients with hemorrhagic ulcer. Acute bleeding from hemorrhagic ulcer was arrested completely in 67.6% of 68 cases in short periods of time. When the treated patients were compared with historical controls, the effect of secretin was evident. Therefore, medical treatment with secretin for hemorrhagic ulcer is useful as the basic control of gastric bleeding.

Key words: Gastric hemostasis, Secretin, Hemorrhagic ulcer.

出血性潰瘍, セクレチン.

胃潰瘍の合併症は出血、穿孔および狭窄である。最近の治療および診断学の進歩により、穿孔と狭窄の頻度は減少しているが、出血はあまり減少していない。古くより、出血性潰瘍に対して局所安静、止血剤投与などの内科的治療などとともに、冷却アルコールを胃内に循環される胃冷却法、バルーンによる圧迫法などが行われ、手術しないで治療しようとする試みが、色々と行われて来た。しかし、いままでは確実な内科的止血法は確立されていなかった。

近年、内視鏡の進歩、さらに胃酸酸度のコントロールが比較的容易となるような薬剤の出現で、かなりの高頻度で、胃潰瘍からの出血を止められるようになって来た。このため、出血性潰瘍の手術適応も大きく変わりつつある。

その止血法について現在もルーチンに行われており、

また重要な方法について述べる。

表 1 は近年一般的に行われている出血性潰瘍に対する止血法を列挙した。古くは、胃冷凍術等が行われてい

表 1 出血性潰瘍の治療法

1. 内視鏡的治療法
 - a) 薬剤散布法
 - b) エタノール局注法
 - c) 高張 Na エピネフリン局注法
 - d) 機械的止血法
 - レーザー光凝固法, マイクロ波法, 高周波凝固法, ヒータープローブ法
 2. 止血剤直接胃内注入法
 3. 胃内 pH コントロール法
-

たが、最近はやど行われることはなく、また一般的な止血剤の全身投与は除いた。

最初に内視鏡的止血法があるが、このうち機械的止血法である高周波凝固、レーザー光凝固、マイクロ波凝固法、ヒータープローブ法などは、いずれも露出血管を直视下で熱凝固を行うもので、今回の主題である薬剤とは直接関係がないため、省略する。

最初の薬剤の直接散布法は、0.1～0.05%のノルアドレナリン、5%のアルギン酸ナトリウム、5000～2万単位のトロンビンを出血巣に直接散布する。ノルアドレナリンは血管収縮剤であり、直接噴霧にて出血の量がかなりコントロールされる。またアルギン酸ナトリウムは胃粘膜面とアルギン酸が結合する為の止血効果と言われている。

しかし、現在臨床的に多く使用されるのはトロンビンの噴霧である。

表2はトロンビン止血作用を示す。トロンビンはフィブリンノーゲン及び第13因子に働いてフィブリンの形成を促進し、直接の凝固作用がある。

トロンビンの使用量と止血効果は、図1のように局所に1万単位を噴霧した場合に、芦田らは61秒で止血したと述べている¹⁾。

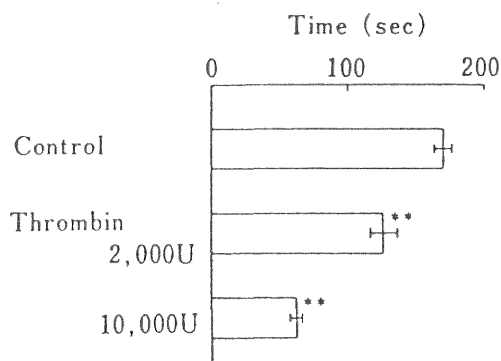
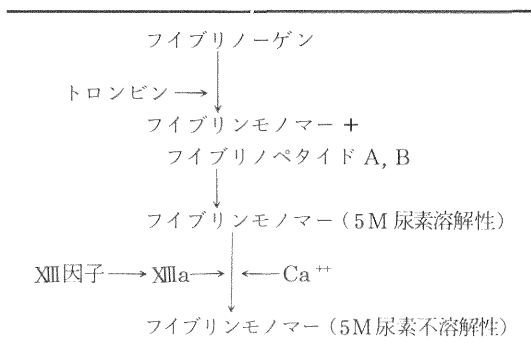
また、臨床的の報告例からも、確実な止血効果をもたらすためには、1ccあたり1万単位以上の濃度が必要とされている²⁾。一方、トロンビンはpHが5以下になると失活すると言われているが、内視鏡下の直接散布では、すでにエピネフリン等で洗浄されているので、磷酸緩衝液などは必ずしも必須ではない。

順序が不同になるが、トロンビンが出た序に、胃内直接薬剤注入法について述べる。

使用するトロンビンおよび止血の考え方は、内視鏡下直接散布と全く同じである。しかし、胃管よりの直接注入はpHのコントロールが必要のため、投与前に磷酸緩衝液または牛乳50ccの注入が必要である。投与間隔は一応6時間毎と言われている。表3に京都第2赤十字病院救命救急センター谷村らの処方例を示した³⁾。これらの止血剤の投与は、いずれも出血の勢いが強くない時にのみ有効で、強い動脈性の出血のコントロールには確実性が劣る。その場合現在一般的に行われているのが内視鏡下薬剤局所注射法である。使用する薬剤はエタノール、または高張ナトリウム・エピネフリンなどであるが、純エタノールが一般的ですので、エタノールに絞って述べる。

エタノール局所注射法は1981年浅木により開発された

表2 止血機序



Each value represents mean \pm S.E. of 8 experiments 3 dogs were used for the experiments

Significant difference from control group is marked : ** ($p < 0.01$)

図1 Effect of thrombin on gastric hemorrhage in dogs¹⁾

表3 経胃管的トロンビン投与処方例

1) 生食 50cc 又は、牛乳 50cc	
トロンビン 2万～3万単位	
2) マーロックス 50cc	
トロンビン 2万～3万単位	
3) アルロイド G 50cc	
トロンビン 2万～3万単位	
4) アルサルミン 5gr	
アドナ散 2gr	
トロンビン 2万～3万単位	
水 50cc	

方法で、99%または純エタノールを出血している血管の周辺に注射して、組織の脱水、固定により血管の収縮や血栓作成することにより止血させる方法である³⁾。その手技は、出血している血管の周辺に0.2mlづつ4～5カ所に注射する。

最近では出血部位が確認される潰瘍では90%以上の成功率の得られる止血法で、広く用いられている。合併症はエタノールによって時には潰瘍が増大することもある。

上部消化管内に出血した血液は pH が6以下では凝固し難く、また凝固しても溶血し易いことが知られています。1978年に Green 等によって pH が6以下になると血小板凝固能が著しく低下し、pH 7以上では高まることが報告されている⁴⁾。

そのため、胃や十二指腸内に出血した場合にはその血液を凝固させるために、胃内の pH を下げる事が必要となって来る。実際には古くより、アルカリ剤の頻回投与なども行われて来たが、このような方法では胃酸のコントロールは不十分であり、止血効果はあまり期待出来なかった。近年、胃酸の分泌を抑制する薬剤が著しく進歩し、ガストリンの拮抗剤であるセクレチンや H₂ ブロッカーが臨床に使用されるようになった。したがって、近年は出血性潰瘍に対しては、内視鏡的止血の如何にもかかわらず、補助療法の意味も含めルーチンに行われるようになって来た。

セクレチン投与は、1979年 Becker らにより最初に行われ、上部消化管出血67例にセクレチンを使用して、95%に12時間以内に止血したと報告している⁵⁾。セクレチンの作用は、前述のようにガストリンに拮抗して強力な胃酸分泌抑制作用を有すると共に、胃粘膜より重炭酸塩を分泌するため、すでに分泌された酸を中和しアルカリ性にする作用がある。

私共は、新潟地区の6施設にて、このセクレチンを上部消化管出血に対する効果についての group study を行った。

使用したセクレチンはエーザイのセクレパンである。

使用法は一日400単位を持続点滴で使用し、たが一部静注も含まれている。

私共は、この共同試験に先立って、セクレチンを使用時の胃内の pH の変動を測定した。結果は図 2 のように症例により多少異なるが、胃酸分泌がかなり良くコントロールされている。

止血効果は表 4 のように68例中、完全に止血したものは46例、67.6%となっている。

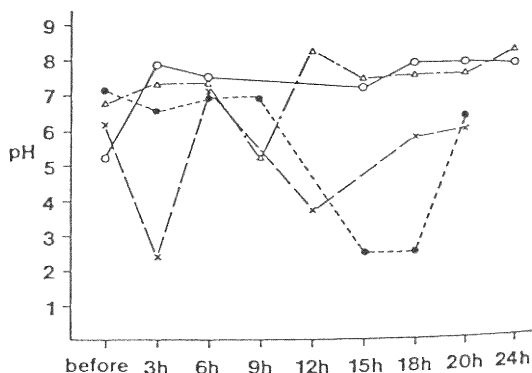


図 2 セクレチン投与による胃内 pH の変動

表 4 Hemostatic Effect and Severity of Hemorrhage

	severe	moderate	mild	total
complete hemostasis	16 (59%)	20 (71%)	10 (77%)	46 (68%)
temporary hemostasis	4 (15%)	2 (7%)	0	6 (9%)
partial hemostasis	2 (7%)	1 (4%)	2 (7%)	5 (15%)
ineffective	5 (19%)	2 (7%)	0	7 (10%)
aggravation	0	3 (11%)	0	3 (4%)
inconclusive	0	0	1 (8%)	1 (2%)
total	27	28	13	68

表 5 Comparison Between Secrepan and Control Group -time for complete hemostasis-

	Secrepan	Control
less than 3 days	40 (73%)	25 (42%)
more than 4 days	5 (9%)	6 (10%)
temporary hemostasis	3 (6%)	2 (3%)
ineffective	7 (13%)	26 (44%)
total	55	59

表 6 Time for Complete Hemostasis

time	Secrepan	Cimetidine
less 3 Hrs	1 (4%)	0
6 Hrs	1 (8%)	2 (7%)
12 Hrs	4 (24%)	5 (26%)
24 Hrs	11 (68%)	9 (59%)
2 days	3 (80%)	2 (70%)
3 days	1 (84%)	1 (74%)
more 4 days	2 (92%)	4 (85%)
ineffective	2 (8%)	4 (15%)

% : cumulative rate

また、全く止血しなかった例及び悪化した例は10例、14.7%であった。

止血に要した日数は表 5 のように殆どが3日以内であり、4分の1が24時間以内に止血していた。

出血の重症度を輸血量での差でわけ、比較したが、やはり軽症に効果が優れている。

経静脈的の止血剤の併用効果を見ると、セクレチンの効果には止血剤は影響しないことがわかる。

つぎに強力な胃酸分泌抑制剤である H_2 ブロッカーのシメチジンとの二重盲検試験を行った。

止血効果では、表 6 のように両群ともかなり良好な成績が得られた。

両群間の比較ではセクレチン群がややすぐれている。

輸血を要した症例数の比較でも、セクレチンがややすぐれている。以上の結果として、セクレチンは抗ガストリン作用により強力な胃酸分泌抑制作用を有すると共に、アルカリ性の粘液および胆汁分泌により、胃内の pH を強くアルカリ化することによる止血作用を有することが判明した。

以上、結論として、出血性潰瘍の薬物療法には全身的には胃内の pH のコントロールに加え、出血の程度により内視鏡下の局所注射または薬剤注入などの、適切な治療により、かなりの高頻度でコントロールすることが可能となっている。

参 考 文 献

- 1) 芦田義和, 他: Thrombin の消化管出血および潰瘍に及ぼす影響, 基礎と臨床, 18: 125, 1984.
- 2) 谷村伸一: 上部消化管出血に対するトロンビンの投与方法, 薬理と治療, 11: 4569, 1983.
- 3) 浅木 茂: 消化管出血に対する組織固定法—99.5% エタノール局注止血の試み—. Gastroenterological Endoscopy, 23: 792, 1981.

4) Green, F.W., et al.: Secretion of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. Gastroenterology, 74: 38, 1978.

5) Becker, H.D., et al.: Die Behandlung der Blutung aus acuten Schleimhaut-lasionen des Magens und Duodenum durch Secretin. Chirurg. 50: 87, 1979.

司会 有難うございました。以上で各シンポジストの方の発表は終わりました。これから皆様の御意見、御質問などをお受けして討論したいと思います。はじめに田代先生から食道潰瘍について、マロリーワイス症候群、薬剤によるもの、逆流性食道炎などの症例が提示されました。田代先生、例数としてはやはりマロリーワイス症候群が一番多いのですか。

田代 はい、かなり多い数にみられました。お正月やお花見の時期、その辺の時期に集中的に多いようです。飲んで何回か吐いて、最初は出血しませんが、3回目4回目に吐く時にそこに血液を混ずるという症例です。ただ幸いにあまり重症例はこの所経験していませんので、軽症マロリーワイス症候群というふうにまとめたわけですが、この様な症例は結構あるようでございます。

司会 酒を飲んで吐いた後に吐血した患者さんを内視鏡で見ると、かなりあるということですね。

田代 そうです。ちょうど食道と胃の接合部に縦軸方向に裂創がおきているのを認めます。

司会 それから薬剤によるものとしては、抗生剤がもっとも多いのでしょうか。

田代 私の経験したものではテトラサイクリン系の薬剤が割合に多いようでございます。消炎鎮痛剤でもやはり最近経験しています。

司会 薬剤による食道潰瘍がどうして起こるのかはわかっていのでしょうか。

田代 薬剤によりますものは、一つはちょうど食道の第二の生理的狭窄部あたり、それから一番下部の食道のあたりとこの二ヶ所に多いのですけれども、薬剤が停滞してそこで溶けるわけですね。溶けてそこに食道炎を起こすということです。テトラサイクリン系の薬剤は非常に浸透圧が高いということも一つの原因のようです。それと水分を摂らないで摂取する、寝る前の就寝前投与という場合、水を飲まないで薬剤だけ飲んでしまうと胃まで落下しないで食道の途中で溶けてしまうということのようです。

司会 そうすると、薬剤が食道にひっかかって、高浸

透圧性に潰瘍を形成するということですね。

田代 それと生体側の反応にもよるだろうということも言われていますけれど、薬剤そのものの高浸透圧性が一番の誘因なのではないでしょうか。

司会 予防としてはやはり水と一緒に薬を飲むということですね。それから逆流性食道炎は手術後とか、どういう場合が多いのでしょうか。

田代 手術後の症例も大分ありますが、もう一つは以前には食道裂孔ヘルニアが原因のように言われておったのですが、最近は食道裂孔ヘルニアそのものは原因ではなくて、むしろ下部食道括約筋の緊張の程度によって、緊張が減少する症例は逆流性食道炎を起こしやすいと言われ、もう一つ逆流した胃液が中々胃の中に戻らないでそこに止まっているということが逆流性食道炎の原因ではないかということでございます。

司会 問題は下部食道括約筋の圧ですね。

田代 そのように思います。最近 H_2 受容体ブロッカーのある物がその括約筋の圧を高める作用があるので、それと胃酸の分泌を減らすというこの2つの作用で、逆流性食道炎に非常に有効であるという報告が出ています。

司会 H_2 受容体ブロッカーのなかでもシメチジンは胃酸分泌抑制作用だけですが、ラニチジンには胃酸分泌抑制と同時に下部食道括約筋の圧を高める作用もあります。ファモチジンはどうなのでしょう。成沢先生。

成沢 まだ十分に調べていませんが、今のところそのような報告はないようです。

司会 それから逆行性食道炎の症状ですが、患者さんは胸痛や胸部不快感を訴えるのですね。

田代 逆流性食道炎はどちらかというにつかえる感じとか胸やけとかそういう訴えでひどくなると物が食べれないという訴えですね。薬剤を飲んだあとで相当強い胸骨の裏の痛みを訴えていますから……。

司会 そうすると、心臓、肺、胃の疾患との鑑別ですが、やはり内視鏡検査が一番よいわけですね。

田代 そうですね。X線ではちょっと見つけにくいので内視鏡の場合が最も確実に診断できます。

司会 他に何かご発言、ご質問がございましたらどうぞ。はい、広川先生。

広川 先生に教えていただきたいのですが、食道というのは精神状態によってかなり異常運動やスパズムが起きたりし易いのですが、食道潰瘍の患者さんの場合、食べる時の精神状態みたいなものは何か関係しますでしょうか。

田代 イライラして食べたとか、おこって食べたとかそういうことですか。

広川 食道から大腸までの消化器疾患で消化に管運動の異常と言う点からみますと、患者さんのその時の情動の変化が強く現われてきてもよいと思いますが、そういう点からの先生の御意見をお聞かせ下さい。

田代 むしろ精神的なものでつかえる感じというのは、こういう患者さんは結構多いのですが、こういう方はのぞいてみましても何もありません。潰瘍ができてますと器質的なものがあるのですから本当に食べられない、食べてもつかえるというような訴えが本当に強いですね。食道潰瘍もルーチンの食事としてのパンを食べ、食事をしてその後すぐつかえてパッともとどして、その時に出血しているものもあります。この方にはお聞きしましたが、あまりはっきりした原因はありませんでした。

司会 胃・十二指腸潰瘍はストレスが原因になっておると言われていますが、食道潰瘍はいかがでしょうか。

田代 あまりないのではないのでしょうか。

広川 表面麻酔剤は飲んだ時にスーッと通るので、潰瘍の所に触っている時間というのはそんなに長くないと思うのですが、やはり効きますでしょうか。

田代 スーッと飲んでしまえばそれはあまり効果はないと思いますが、薬剤の納書には口の中で溶かして飲むようにと指導せよと書いてありますので、やはり食道に潰瘍がある場合にはすぐ飲みこまないで、口の中で溶かしながら飲みこむように指導しないと効果は少ないと思います。

司会 杉山先生からは一年間の潰瘍患者さんの薬物療法について、特に最後はピレンゼピンの成績を発表していただきました。ピレンゼピンの胃酸分泌抑制の持続時間が割合短いために、治療後の維持療法で減量すると、また痛みが出たりすることを私も経験しております。先生もちょっと失敗例とかおっしゃいましたが、

杉山 確かに H_2 ブロッカーが出ましてからはピレンゼピンの影がやや薄くなった印象をうけますが、先程来問題となっている再発という点からは、見直されるべき薬剤かと思います。私共の病院では現在なお 3:2 の割合でピレンゼピンの使用が多くなっています。消化器を専門としない内科の医師が 3/4 をしめている現状で、先発薬剤が念頭にあり、このような実態となっているかと思っています。消化器を専攻している医師は、発見時の Stage にもよりますが、まず H_2 ブロッカーから投薬しています。しかしながらピレンゼピンの評価はそれな

りにはしています。

司会 市井先生、どうぞ。

市井 杉山先生のお話の中に3種類のH₂ブロッカーを通算した臨床成績の提示がありました。私の経験では、初発潰瘍の治癒期間については、シメチジンより最近開発されたファモチジンの方が確かに短縮しております。しかし、難治性、あるいは潰瘍症と言ってよいような症例には、治癒成績に差がないように思います。こういった患者さんに薬の印象を聞いてみますと、ファモチジンよりシメチジンの方がよいとおっしゃる方があります。むしろ、患者さんの方が薬を選択され、服用の方法も変えておられるようであります。医療費、薬理作用と潰瘍の病態、個人差などいろいろな因子があるかと思えます。杉山先生に、そのような経験がございでしょうか教えてください。

司会 患者さんが薬を選択する場合には、薬価も関係するそうですね。ビレンゼピンはシメチジンやラニチジンより安いので、患者さんの一部負担は少ないわけです。杉山先生、どうぞ。

杉山 只今、司会の笹川先生もおっしゃられたように、第一線の病院では患者さんの経済負担も診療上大きな問題であり、従来の薬価の低い薬剤で症状がとれ、そこそこの抗潰瘍作用があるなら、高価なH₂ブロッカーで急いで、open ulcerを閉じなくてもという考えもあります。潰瘍症からの離脱が困難な症例の場合、特に重大な合併症が予想されないなら薬物療法だけに頼るのではなく、日常生活のなかで危険因子を考慮しながら潰瘍と仲よく共存させるのも一つの方法かと思えます。

患者さんが薬物の選択をというお話がありましたが、従来の治療薬で治癒した経験のある再発潰瘍例の場合はそのようなこともあります。現状では治療開始の時点でA₁~H₁ stageのものはH₂ブロッカーを、H₂以降はビレンゼピンや防禦因子系の薬剤を使用する症例が多い傾向にあります。

司会 確かに最近は患者さんが薬を指定するとか薬を飲み残して余っているので、今日は一週間分でもいいとか言うようになってきました。服薬指示の遵守（コンプライアンス）を把握することは潰瘍患者さんの薬物療法上、重要なことです。渡辺先生がいわれましたように、いかに優れたH₂ブロッカーが出ましても、やはり10~20%の患者さんは治りません。その治らない理由の一つは患者さんが症状のある間は一生懸命に薬を飲むけれども、症状が消失すると一日一回しか飲まないとか、あるいは時々思い出しては飲むとかという服薬違反（ノン・コン

プライアンス）があるわけですね。それからもう一つは、喫煙の問題です。煙草を喫うと、胃酸の分泌を高める、粘膜の血流を下げる、胆汁の、特に重炭酸塩の分泌を抑える、胆汁が胃内へ逆流するなど潰瘍形成を促進する方向に働きます。さらに潰瘍患者さんの背景にありますいろいろな家庭や職場の問題とか環境の問題が治癒に関係します。私どもはそこを指導するとともに、精神安定剤や抗うつ剤などの薬物療法も必要であります。

今日はラニチジンの一日一回投与法を検討された長岡日赤の遠藤先生にご発表いただけなかったのですが、国内、あるいは外国にも、ラニチジンの一日一回就寝前服用による治療成績が報告されています。渡辺先生、その辺に関して何かご発言がございせんか。

渡辺 確かにそういうデータも出ております。服用回数が少なければ少ない程、服薬違反も少なくなると思います。

司会 そうですね。私どもが長期間にわたって患者さんを治療していく場合に、やはり薬剤の量が多くない飲み方が簡単だ、あるいは服薬方法が生活のリズムにマッチしている、コストが高くないことなどを考えなくてはなりません。それから第四席の成沢先生は、ファモチジンの治療成績を示されましたが、かなり高い治癒率ですね。これもやはり一日二回の投与方法でございましたでしょうか。

成沢 はい、一日二回投与です。

司会 木村先生からは、まだ発売にはなっておりませんが、プロスタグランディン製剤、特にサール社のミソプロストールと、小野薬品工業K.K.のOU1308の新潟地区における共同研究の成績を発表して頂きました。ミソプロストールは下痢の副作用が割合少なく、潰瘍の治癒率も高いですね。

木村 協同研究を担当した各医師の印象では有効な症例では自覚症状がすぐ消失しました。しかし、無効で治療、継続を中断しなければならなかった例では脱症状もまったく改善しませんでした。また悪化した例も一、二例あります。その点、H₂受容体拮抗剤及び既存の抗潰瘍剤では潰瘍は縮小しなくても自覚症状は軽減又は消失する例が大部分であります。しかし、プロスタグランディン製剤の場合は効かない症例ではあの薬を飲んで具合が良くならない、痛みも全然とれないというふうな点がある点が一つの特徴と考えます。防禦因子の低下している症例では有効であるけれども、低下していない症例では無効であるというようなところがあるのじゃないかと考えています。私共まだ臨床的にどのような症例で防禦因

子の低下があるのか、その指標は何かについて把握する手段を持っていないので、今後本剤を臨床的に使う場合に問題となるのではないかと考えています。

司会 それから難治性潰瘍に特に使われた OU1308 は、防禦因子増強作用と同時に、胃酸分泌抑制作用もあるのでしょうか。

木村 先程申しましたように、OU1308 はプロスタグランディン I_2 と E_2 両方の作用を兼ねそなえて持っているとのことですので、粘膜の血流を増大する作用等も持っていると考えてはおりますが、胃酸分泌抑制作用についての他剤との比較の客観的データを知りません。開発した全てのデータだけではその問題についてはっきり答えられません。

司会 他にご発言は、渡辺先生、どうぞ。

渡辺 木村先生との協同研究で、難治性潰瘍にプロスタグランディンを使用させてもらったのですが、私の所の成績は結構良かったのです。その後、プロスタグランディンを止めて再発したかどうかというのが非常に気になっていたのですが、私の患者さんは再発していないのですけれども、follow された例の経験を教えて頂きたい。

木村 結論でその症例について申し上げますでしたが、本剤を使用した十二指腸潰瘍の症例で、中止後にすぐ再発してしまった症例があります。したがって、プロスタグランディン製剤で治療した場合は潰瘍の再発がなくなるのかどうか、惑いは再発防止効果が H_2 受容体拮抗剤よりも高いかどうかとの問題はまだまだはっきりしてないと考えます。それは今回の prospective study は当初の program 通り、ある時期で患者は服薬を中止し、その時点での効果判定についてのみ検討しており、再発防止については何も検討しておりません。したがって、この問題については一寸まだ結論が出てないと言わなければならないと思います。

司会 では最後に小越先生から出血性潰瘍の薬物療法ということで、内視鏡を用いての局所の注射、あるいは胃酸分泌を抑制して出血を抑える secretin 製剤、あるいはシメチジンの点滴静注の成績をお示し頂きました。どなたかご発言、ご質問ございますでしょうか。はい、どうぞ先生。

清水 西蒲原郡の黒崎町で内科を開業しております清水と申しますが、私達が医者になった当時は、消化性潰瘍は外科的な疾患というような感覚を持っておったのでございます。その当時は、外科の先生に消化性潰瘍の手術をお願いする時は、かかる症状の場合が手術の適応で

あるというようにして教えられたものでございますが、本日のシンポジウムを聞いておりますと、薬物療法が非常に進歩し、小越先生のお話ですと止血さえも内科治療ができるというような状況になって参りますと、私共が消化性潰瘍の患者さんを診た場合に、外科の先生に手術をお願いする時、または患者さんに手術を勧める時の適応症というのは、どういう様にお考えになっておられるのかを小越先生に教えて頂ければと思います。

小越 潰瘍の手術の適応となりますと、絶対適応以外はどうのような症例を手術したらよいかということは全くわかりません。先程、潰瘍症という言葉が出ておりましたが、潰瘍は完治しないので、一生涯治りきらない疾患であると私どもは考えています。ただその中で潰瘍がアクティブになったり治ったり、それを何回かくり返しており、そのくり返しの中で死ぬまで何とかうまく control していれば、それでいいではないかという考えもあり、再発がすぐ手術の適応とは考えられません。問題は合併症だと思います。そこで合併症を起こす可能性は、現段階では予測できませんので、合併症を起こし、結果的には、それが不利益になるような状態が予測されるか、または煙草を多く喫ったり、睡眠不足になったり、ストレスをひき起し易い人などの、再発を起こす要因、すなわちリスクファクターを多く持っている人は手術した方がよいと思います。客観的な表現方法がありませんので、主治医が個々の患者の状態を把握して対処してゆくしかないと思います。ただ、はっきりしてますのは、合併症を起こしてしまって、穿孔を起こした場合、それから狭窄があって通らない場合、(最近では狭窄さえも内視鏡的に解除するようなことをやっていますので、多少は変わって来ているかもしれませんが……) 一般的にはこの二つは手術対象になります。それから出血に関しては、あくまでも内科的に control できなかった場合、それからショックを解除できなかった場合、これが手術対象となります。

司会 内科的に出血がコントロールできない場合に、手術の対象となりますが、それは先生、どの位観ておってですか。

小越 それは、どのようにしているという一定の基準はございません。ショックというものは、一応一次ショックから二次ショックへ入るような危険性のあるものは、手術の対象になります。ショック以外では何時間以内に出血が止まらない場合に手術をするかということは、個々のケースによって違うと思います。私は最高一カ月、内科的に治療した例がありますが、これは特殊な場合にな

ります。一般的には一カ月みていれば本人も大変だし、医療費もかさみますし、そんな事するよりは手術した方が楽だということなのですが、それはその患者にとっての価値判断だと思います。しかし、一般的には私達内科的に止められる症例は二日以内に大体止まります。二日以内に止まらないのは、私はあまり無理しても内科的にこだわる必要はないと思います。ただし、大量出血はその

場で止められない限り、内科的止血は無理と思います。

司会 その二日という言葉を先生からお伺いしたかったです。それでは時間になりましたので、特にご発言なければこれで終わらせて頂きます。熱心なご静聴有難うございました。
