

腹痛・黒色便で受診した一例

育和会記念病院 研修医 鈴木 崇太郎

【背景】 ●歳 ●性、自宅にて息子2人と生活

【主訴】 腹痛、黒色便

【現病歴】 来院前1-2ヶ月ほど胃の調子が悪く、来院3週間前に疼痛が増強したため近医を受診した。薬剤を処方され一週間ほど自宅にて様子を見ていたが症状改善せず増悪を自覚していた。来院前日の朝から黒色便を認め、来院日近医に向かっている途中でふらつきがあり、当院救急搬送受診となった。

【既往歴】 なし

【嗜好歴】 飲酒歴：機会飲酒

喫煙歴：15本/day × 45 y (18y.oー)

【アレルギー】 NKFA、NKDA

【内服薬】	ウルソデオキシコール酸100mg錠	1日3回	毎食後
	ビオチン配合剤	1日3回	毎食後

【入院時現症】

身長：不明 体重：[redacted] kg

GCS：[redacted] (合計 [redacted] 点)

体温：[redacted] °C 血圧：[redacted] / 76 mmHg 脈拍数：[redacted] 回/分、整

呼吸数：[redacted] 回/分 SpO2：[redacted] %(RA)

- ・全身：軽度黄疸(+)
- ・眼瞼結膜 薄ピンク 貧血あり、眼球結膜黄染(-)
- ・頸部：頸静脈怒張なし
- ・胸部：心音 整 異常音なし、呼吸音 清
- ・腹部：平坦・軟、心窩部・右側腹部に圧痛(+)、Murphy徴候(-)

鑑別疾患

- ・ 急性心筋梗塞 → ECGにてST異常・陰性T波
- ・ 大動脈解離 → 胸部レントゲンにて縦隔拡大・胸水貯留
- ・ 胆嚢炎 → AST, ALT, γ -GTP $\uparrow$ 、Murphy徴候
- ・ 胆管炎 → AST, ALT, T-Bil $\uparrow$ ・黄疸
- ・ 胃潰瘍 → Hb $\downarrow$, BUN/Cre比・CRP・WBC $\uparrow$
- ・ 十二指腸潰瘍 → Hb $\downarrow$, BUN/Cre比・CRP・WBC $\uparrow$
- ・ 虫垂炎 → CRP・WBC $\uparrow$ 、腹部CT

【入院時の血液検査所見】

WBC  / μ L

Neutro  %

Lympho  %

Mono  %

Eosin  %

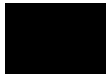
Baso  %

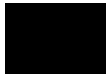
RBC  ×  / μ L

Hb  g/dL

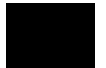
Ht  %

MCV  fL

MCH  pg

MCHC  g/dL

PLT  ×  / μ L

AST  U/L

ALT  U/L

LD  U/L

γ GTP  U/L

CK  U/L

AMY  U/L

T-Bil  U/L

BUN  mg/dL

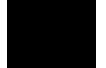
Cre  mg/dL

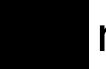
BUN/Cr 

eGFR 

TP  g/dL

Alb  g/dL

Na  mmol/L

K  mmol/L

Cl  mmol/L

T-Cho  mg/dL

血糖  mg/dL

CRP  mg/dL

黄疸 

PT(秒)  秒

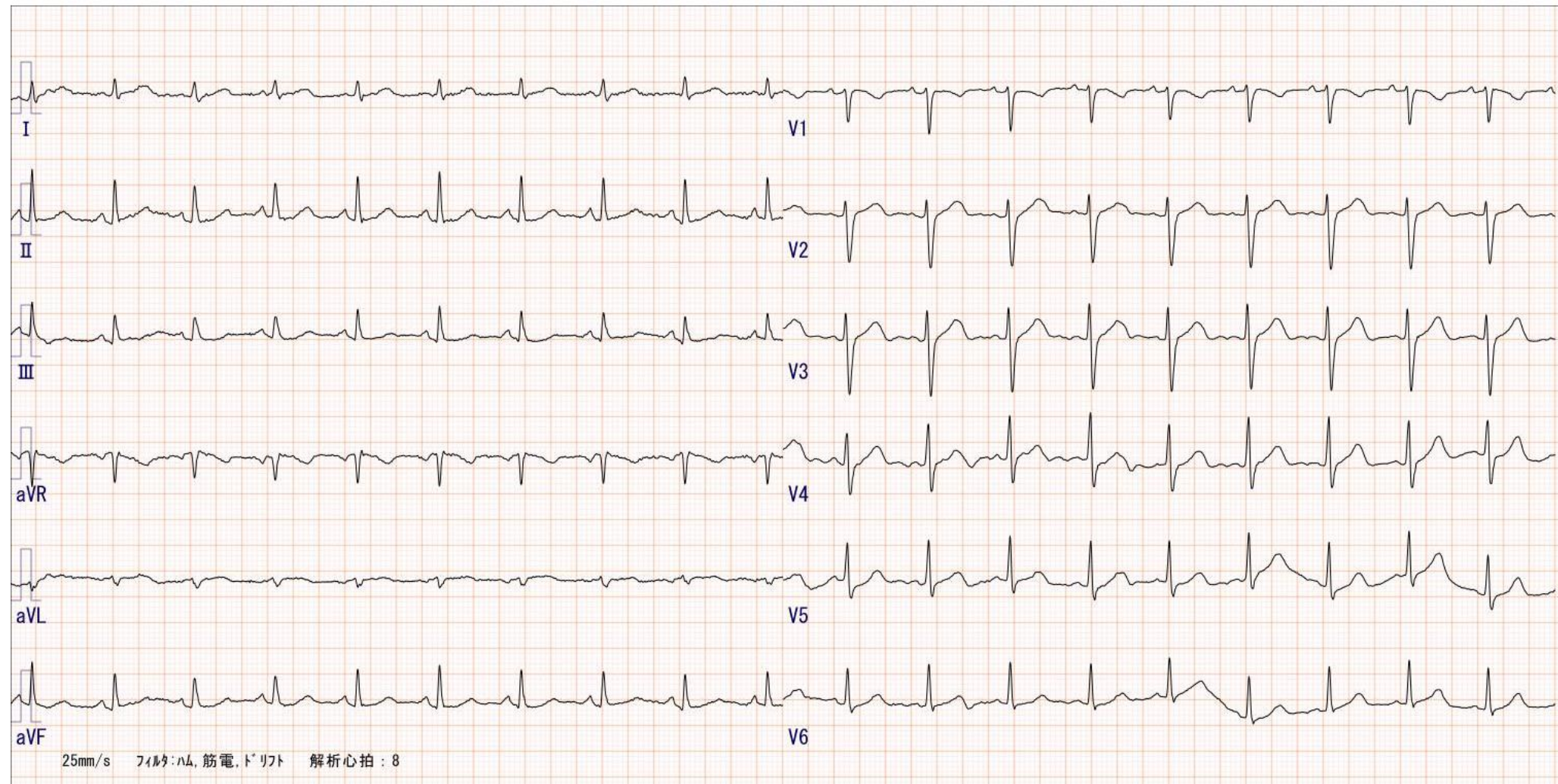
INR 

PT(活性値)  %

APTT  秒

【入院時のECG所見】

- ・洞調律、心拍数96回/min, ST-T異常なし、陰性T波なし



【胸部X線検査】



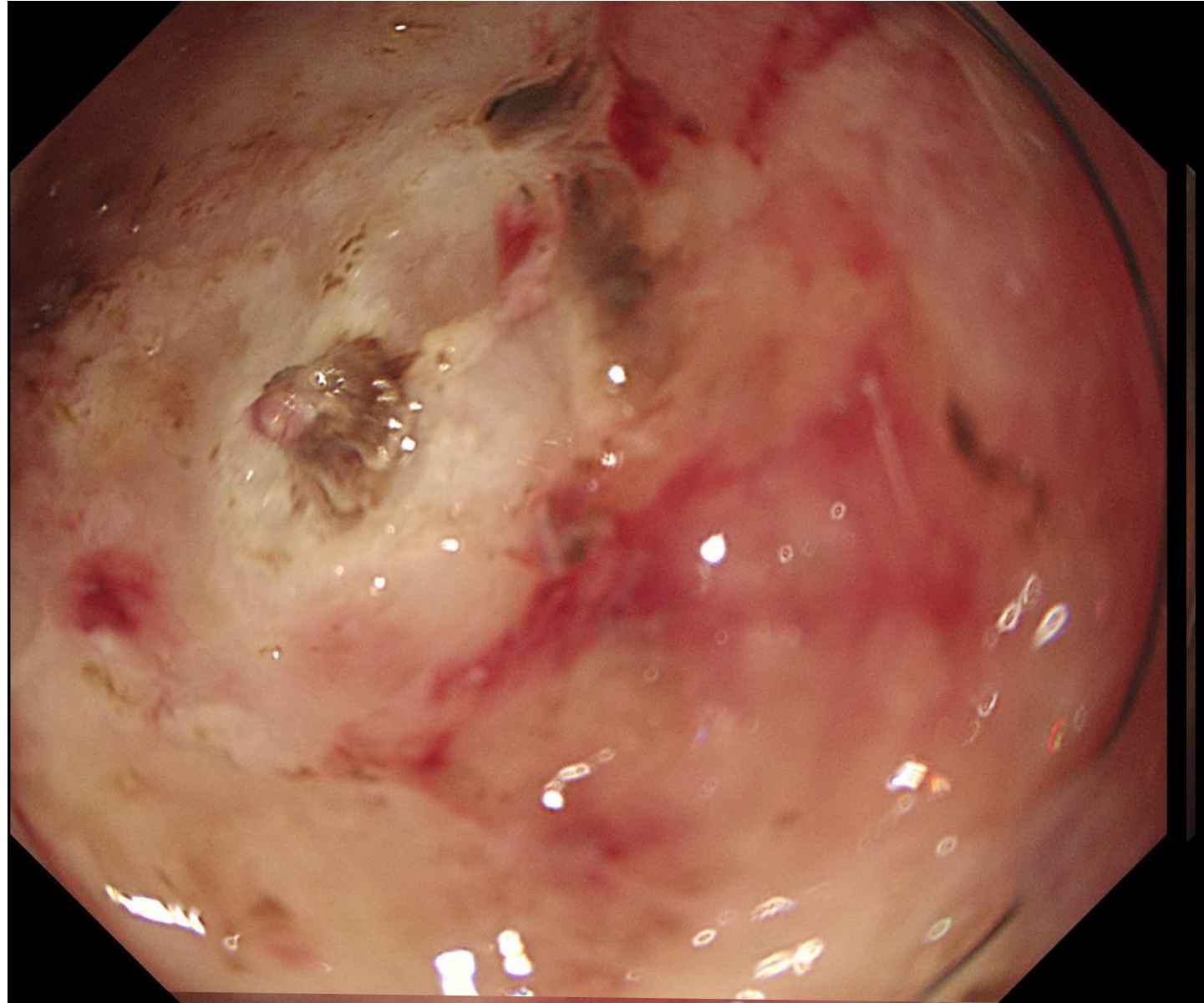
- CP angle sharp

- 明確な縦隔の拡大を認めず

【腹部CT検査】



【上部消化管内視鏡画像-1】



【入院時診断】

出血性胃潰瘍

【入院後経過】

第1病日：上部消化管内視鏡検査施行。胃角部小弯に血餅の付着を伴う胃潰瘍を認めた。血餅を剥離すると露出血管を認め、高周波止血鉗子による止血を施行。絶食にてPPI点滴投与開始

第2病日：止血確認のため再度上部消化管内視鏡検査施行。活動性出血は認めず。生検を施行

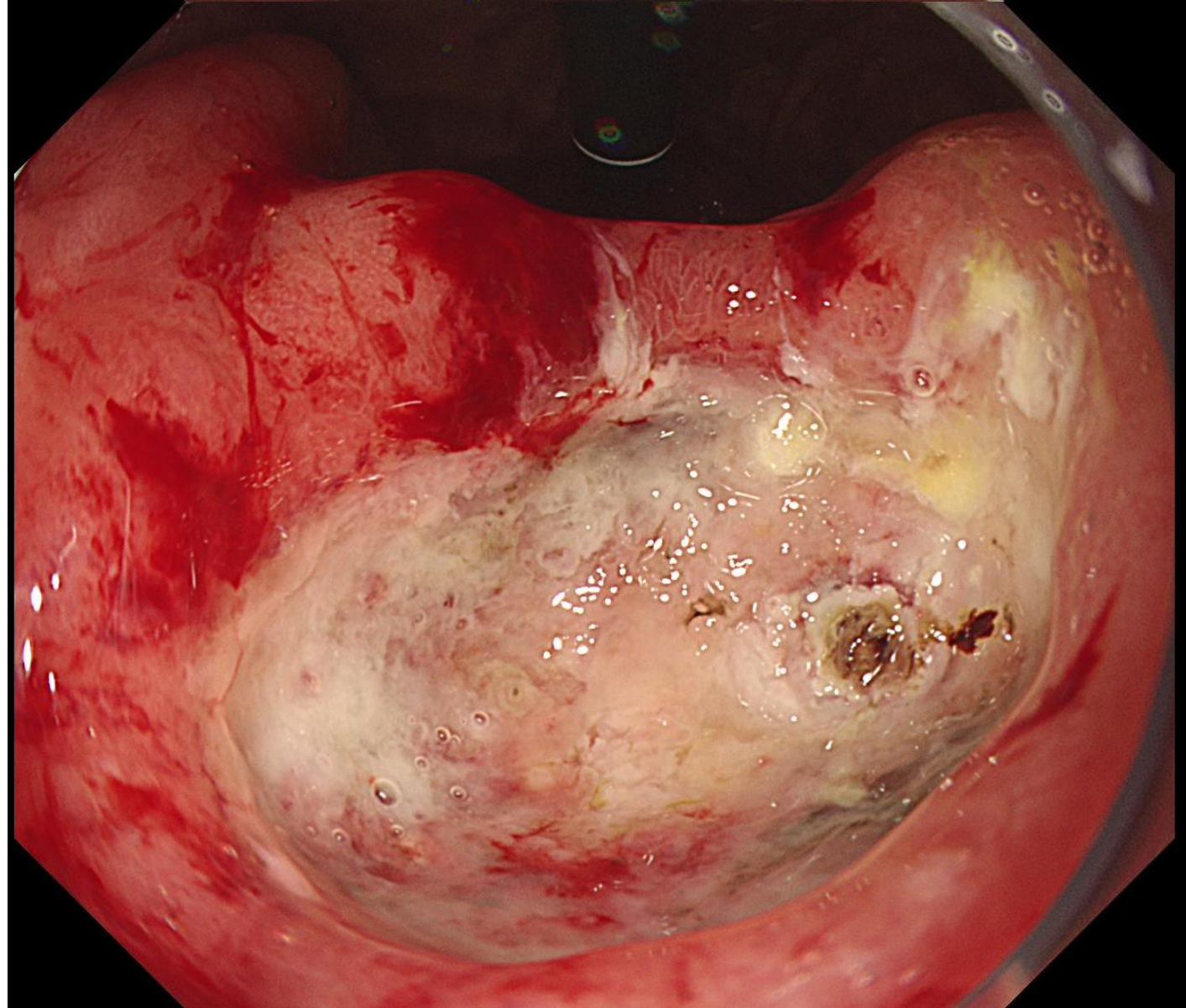
第4病日：食事開始

第5病日：クエン酸第一鉄Na・ボノプラザンフマル酸塩 内服開始

第6病日：抗ヘリコバクター・ピロリIgG抗体測定し陽性

第7病日：退院

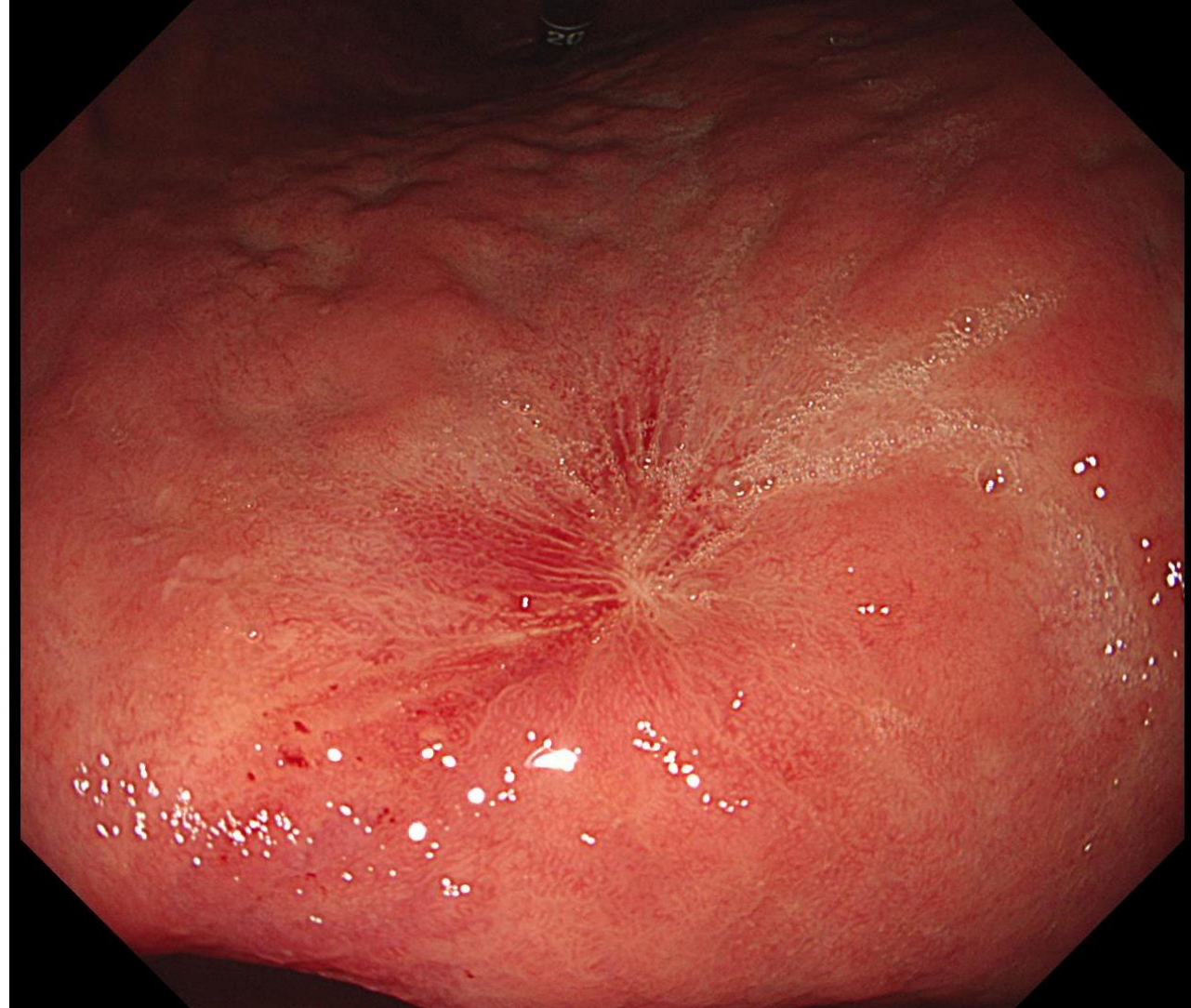
【上部消化管内視鏡画像-2】



【生検結果】

- ・リンパ球・形質細胞浸潤を見るが、異型細胞は見られない
- ・2カ所生検したうち1カ所で腸上皮化生を認める

【退院後2ヶ月の上部消化管内視鏡画像】



【考察】

【内視鏡的止血治療適応の評価】

1.Forrest分類

目的：内視鏡所見による再出血リスクの層別化

- ・高リスク：Ⅰa（噴出性出血）、Ⅰb（湧出性出血）、Ⅱa（露出血管）→ 内視鏡的止血必須
- ・中リスク：Ⅱb（血餅付着）→ 意見分かれるが、除去して再評価推奨
- ・低リスク：Ⅱc（黒色潰瘍底）、Ⅲ（白色潰瘍底）→ 内視鏡的止血不要、薬物治療で管理

【内視鏡的止血治療適応の評価】

2.Glasgow-Blatchford Score (GBS)

目的：輸血・内視鏡的止血治療・IVR・手術などの介入の必要性を予測

- AUROC: 0.86 (介入必要性予測で他のスコアに比べ最も高い)
- カットオフ値: 0～1点 → 介入不要 (外来管理可能)
7点以上 → 入院・内視鏡的止血治療を推奨
→ 感度98.6%・特異度34.6%

【内視鏡的止血治療適応の評価】

表1 Glasgow-Blatchford Score (GBS)

	点数
収縮期血圧 (mmHg)	
100～109	1
90～99	2
< 90	3
BUN (mg/dL)	
≥ 18.2 < 22.4	2
≥ 22.4 < 28.0	3
≥ 28.0 < 70.0	4
≥ 70.0	6
Hb 男性 (g/dL)	
≥ 12.0 < 13.0	1
≥ 10.0 < 12.0	3
< 10.0	6

	点数
Hb 女性 (g/dL)	
≥ 10.0 < 12.0	1
< 10.0	6
その他	
脈拍 ≥ 100/分	1
黒色便	1
失神	2
肝疾患	2
心不全	2

(Blatchford O, et al. Lancet 2000; 356: 1318-1321⁴⁾ より単位を改変して作成)

【止血確認のためのセカンドルックの必要性について】

推奨の基本方針

- ・一律には行わない
→内視鏡的止血治療後に全例でセカンドルックを行うことは推奨されない
- ・高リスク症例に限定して実施
→再出血の危険細が高い臨床所見を有する場合に必要とされる

【止血確認のためのセカンドルックの必要性について】

セカンドルックを考慮すべき高リスク所見

- ・血行動態の不安定（収縮期血圧＜100 mmHg または Hb＜10 g/dL）
- ・潰瘍径が2cm以上の大潰瘍
- ・活動性出血を認める場合

【止血確認のためのセカンドルックの必要性について】

エビデンスとガイドラインの見解

- ・日本ガイドライン(2015改訂): 左記の高リスク症例に行うことを推奨。
- ・米国消化器病学会ガイドライン: 初期止血が得られた潰瘍患者に対し、24時間以内にルーチンで行うことは推奨しない

【止血確認のためのセカンドルックの必要性について】

本症例

- ・高リスク群である血行動態の不安定(Hb < 10 g/dL)に該当
- ・潰瘍径が2cm以上の大潰瘍