

[臨床報告]

潰瘍性大腸炎の1剖検例

東京女子医科大学三神内科教室 (主任 三神美和教授)

沢井明子・熊野満栄
サワ イ アキ コ ・ クマ ノ ミチ エ

(受付 昭和38年6月8日)

緒言

潰瘍性大腸炎は、1875年 Wilks & Moxon¹⁾によつて初めて記載され、1907年 Boas²⁾が赤痢菌によるものでないことを強調して以来、独立疾患とみなされるに至つた。欧米においては比較的多い疾患で多数報告がみられたが、本邦においては、1928年稲田竜吉教授³⁾が10例の臨床例を発表されたのが最初の報告であり、その後症例報告は散見する程度であつたが、1957年松永藤雄教授⁴⁾が第55回内科学会総会で宿題報告として自験例を加え本邦における259例の報告をし、注目をあつめるに至つた。最近はその報告も多く決して稀なる疾患ではないが、本症の病因と治療法を体系づけることはなお困難な問題である。われわれは、副腎皮質ホルモンと抗生物質の併用療法を行ない、入院1年後に死亡した1剖検例を経験したので報告する。

症例

患者：久○田○子 女 15才 学生

主訴：下痢、膿粘血便

家族歴：母方の祖父母が脳卒中で死亡している。

既往歴：5才で麻疹、7才の時流行性耳下腺炎に罹患している。なお小児期において発熱時にたびたびきつかけをおこしている。ツ反応は10才で B.C.G 陽転である。

現病歴：昭和35年9月上旬に1日4～5回の下痢が3日間続いているが、この時は膿、粘液、血液等は認められなかつた。同年11月20頃にも同様に4～5日間下痢が持続しているが、裏急後重、腹痛、発熱等はない。同年

12月中旬に肛門痛があり、便に血液がついたが痔核のためといわれている。昭和36年1月20日より下痢が持続し、同年1月25日より膿粘血便となり、同年2月13日に嘔吐と共に激しい腹痛があり、当院外科で急性腹症の診断のもとに開腹し、その結果腸間膜リンパ節の腫脹の他著変なく、虫垂切除術を行なつている。なお腸管は漿膜側よりみて異常を認めなかつた。手術後も下痢、膿粘血便持続のため同36年3月3日当科へ転科した。

現症

入院時所見：体格中等度、栄養状態はやや不良、顔面は蒼白であるが浮腫をみとめない。脈拍は整、緊張良。眼瞼結膜に貧血をみとめるが黄疸はない。舌は乾燥し白苔で被わる。心臓および肺野には打聴診ともに異常なく、腹部はやや膨隆し、左下腹部に圧痛をみとめる。肝、脾、腎はふれない。肛門部は7時の方向に小指頭大の外痔核をみとめる。下肢には浮腫なく腱反射は正常である。

入院時検査成績：(第1, 2表参照), 貧血, 好酸球増多, 低蛋白および低カリウム血症をみとめる。

便所見：外觀は泥状、赤褐色で不消化であり一様に膿、粘液、血液を混じた悪臭便である。便培養では赤痢菌陰性、結核菌陰性、Staphylococcus aureusのコロニー50% (血液寒天培地) と、Klebsiella のコロニー60% (Endo 培地) をみとめる。

直腸鏡検査では、瀰漫性の糜爛、膿苔と出血をみとめ、これは下部ほど著明である。

入院後の経過：(第1図)。メタゾロン 1日3

Akiko SAWAI & Michie KUMANO (Mikami-Clinic, Department of Internal Medicine, Tokyo Women's Medical College): An autopsy case of colitis ulcerosa.

第1表 入院時検査成績

尿 検 査	外観：泥状，赤褐色，悪臭，不消化， 膿粘血便	
	虫卵（－） アメーバ（－） トリプレ反応（－） 細菌培養：赤痢菌（－） 結核菌（－） 黄色ブドウ球菌 50% （血液寒天平板培地） クレブシエラ菌 60% （Endo 培地）	
尿 検 査	蛋白	（－）
	糖	（－）
	ウロビリノーゲン	（＋）
	沈渣	正 常
肝 機 能	B.S.P.	5% (30')
	高田反応	（－）
血 液 検 査	血色素	64%
	赤血球	325×10 ⁴
	色素指数	0.98
	血小板	140,000
	白血球	8200
	好中球	63%
	好酸球	9%
	リンパ球	27%
	単球	1%
	C.R.P	2+
ASLO	（－）	
血清梅毒反応	（－）	
ツ反応	10×12mm	
赤沈（中間値）	4 mm	
胃液検査	低酸	
心電図	正常	
胸部レ線検査	異常なし	

mg使用により，便回数および性状が多少好転したので2mgに減少したところ，再び膿粘血便となつたので4mgとした。しかし始めのような効果はなく，その後は便回数も大体3～4回であり，減量させると5～7回となつた。

便培養では，Streptococcus, Staphylococcus, Klebsiella, Candida等が時に出現した。体温は始めは殆んど平熱であつたのが後には38～39°Cの発熱をみるようになった。なお副腎皮質ホルモンの

ほかは，高蛋白，高カロリー食を中心に，輸血，リンゲル，ブドウ糖，ベレストンの輸液，ビタミン剤，止血剤，ベレルガル等と，ストレプトマイシン，クロロマイセチン，アグロマイシン，アイロタイシン等を使用した。が，下痢，膿粘血便は一向に改善されなかつた。

4月18日再度の直腸鏡検査では，直腸よりS字状結腸迄，全面に貧血性の粘膜と潰瘍の多発と出血をみとめた。

5月2日レ線検査の結果（第2，3図），大腸全体にわたり輪廓の不整と，充影が不均等で内腔の細くなつた像を示し，更にFischer法で（第4，5図）結腸全体に定型の大理石紋斑状をみとめた。一応手術適応症とみとめたが，患者が承諾せず施行しなかつた。その後は依然として下痢，膿粘血便が続き食欲は割合良好であつたが，嘔気・腹痛が時々みられ，腹部膨満感を訴え，発熱が持続し，貧血およびいそが高度となつた。血清化学検査の経過を追つてみると，総蛋白，A/G, K, 総コレステロール等の低下がみられた（第2表）。

6月頃より満月様顔貌を呈し，7月より褥瘡および膝関節上部に線状萎縮症が出現し，10月には右下肢血栓性静脈炎を併発し，褥瘡も高度となつた。昭和37年3月3日過食後，談話中に突然死亡した。

剖検所見：結腸・直腸全長にわたり，下部に行くにつれて強い潰瘍性大腸炎の所見であり，潰瘍形成傾向より polyp 状の粘膜増殖が強く，膿苔を被つていた（第6，7，8図）。小腸は全般にわたり粘膜萎縮がみられた。全身の飢餓的状态，特に筋型臓器に著明な筋線維の変性と，諸臓器間質内にかなり蛋白質を含んだ浮腫がある。内分泌諸臓器の変化として，副腎皮質の萎縮，甲状腺コロイドの減少，上皮小体の肥大，睪島の不規則化などがみられた。

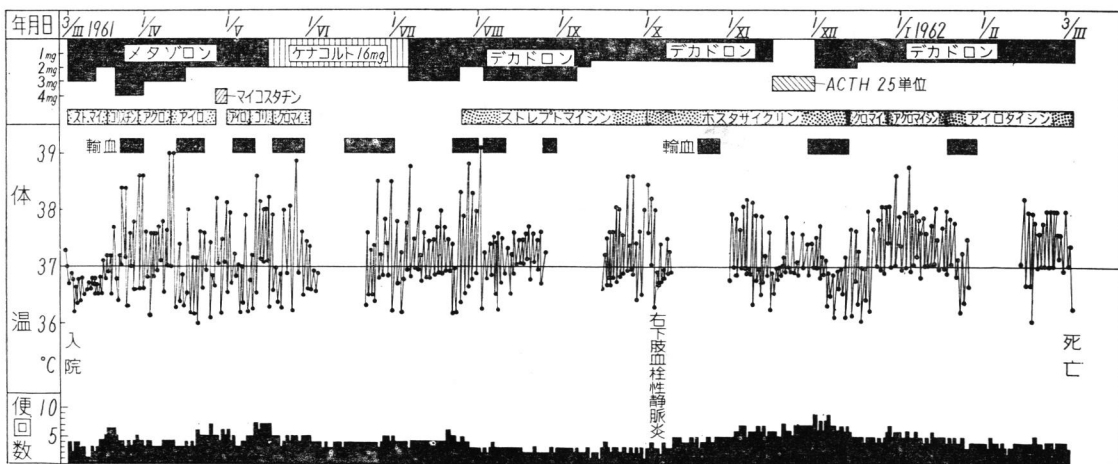
考 按

潰瘍性大腸炎の治療として1950以来，A.C.T.Hおよび副腎皮質ホルモンの使用が多数報告され，しばしば有効とされている⁵⁾⁸⁾。

本剤の効果に対する理論的根拠としては，本症が膠原病と考えられていること，また慢性感染に

第2表 血清理化学検査

項目	年月日 (1961)	3/Ⅲ	6/Ⅳ	2/Ⅴ	2/Ⅵ	30/Ⅺ
総蛋白	g/dl	6.16	5.59	5.40	6.26	4.64
A/G		0.85	0.79	0.92	1.42	0.68
アルブミン	g/dl	2.83	2.47	2.59	3.67	1.87
グロブリン	g/dl	3.33	3.12	2.81	2.57	2.77
γ-グロブリン	クンケル単位	11.3	—	9.8	9.0	—
総コレステロール	mg/dl	141	113	156	176	106
アルカリフォスファターゼ	S.j.R. 単位	4.7	7.0	3.9	4.5	4.2
リポイドP	mg/dl	4.3	—	5.9	7.4	—
総ビリルビン	mg/dl	—	0.27	0.18	0.15	—
N.P.N	mg/dl	26	26	23	23	22.1
Na	mg/dl	328	321	329	328	350
K	mg/dl	11.9	16.7	18.0	15.6	13.3
Cl	mg/dl	357	347	357	357	368



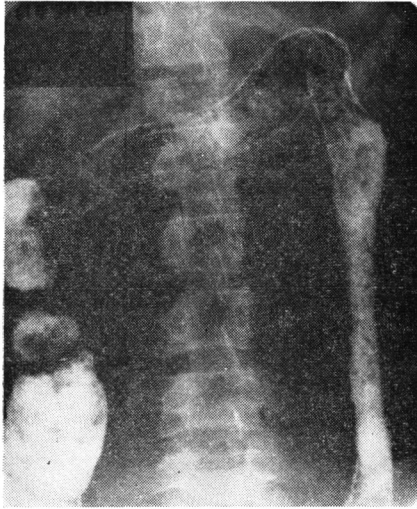
第1図 入院後の経過



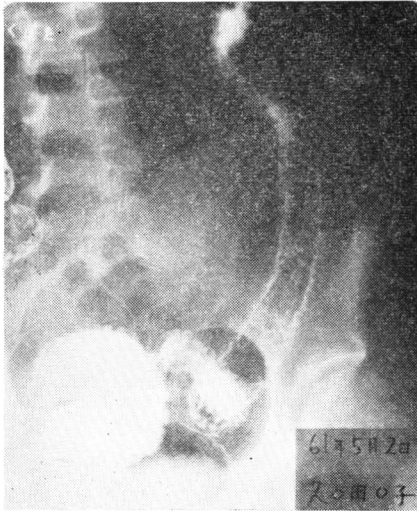
第 2 図



第 3 図



第4図 (Fischer 法)



第5図 (Fischer 法)

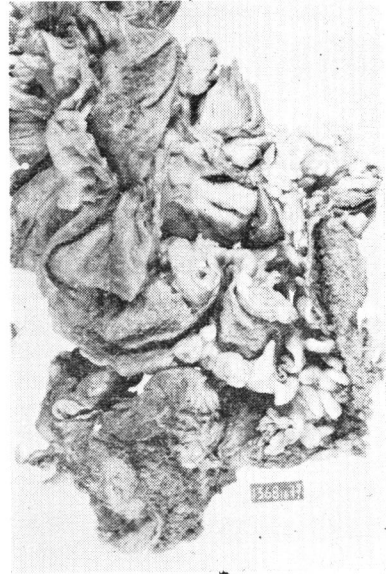
よる衰弱の結果と思われる17-KS排泄の減少、インシュリンやアドレナリンに対する副腎皮質機能の障害、炎症性の血管・組織反応を阻止し、肉芽組織の形成を遅らせ、fibrosisや腸狭窄を減する抗炎症性効果があることがあげられている^{9)~11)}。

適応としては急性電撃型、再発性重症例に有効であり、病変が粘膜表層に限局している時が最もよく、深い潰瘍や大腸の短縮、狭窄などがある例では効果は少ないといわれている¹⁰⁾。

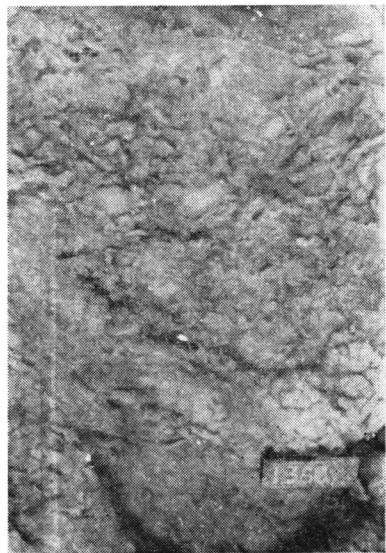
使用法は、デキサメサゾン、パラメサゾン等が使用され、通常1日量5mgであるが、時には8

～10mgの大量から開始し、症状の改善と共に漸減し、0.5～1.0mgを維持量としている¹²⁾。また本剤の点滴注腸により著効を示した例が最近報告されている。

本剤が本症を治療せしめるか否かについては一般に否定的であり、本症固有の症状を抑えるが、本症の経過を変えるものではないと⁹⁾、また更



第6図 結腸粘膜全景



第7図 上行結腸



第8図 S状結腸

に再発を妨げる作用のないこと等を指摘している⁵⁾。

本例においては、急性型であり、デキサメサゾン[®]を当初1日量3mgを使用し、漸減させた。最初、便性状は殊に鮮血および回数^①の減少などがみられたが、減量により悪化し、その後は更に増量してもあまり効果はなく、維持量を1.5mgとして死亡迄の1年間にデキサメサゾン約600mg、トリウムシノロン約80mg、ACTH 300単位を使用した。したがって本剤は多少症状を抑えることにはたしかに効果はあつたが、経過に対しては無効であつた。

本例の死亡までの経過につき考察すると、死因は長期にわたる大腸潰瘍面からの出血と小腸全般の粘膜萎縮に伴う蛋白消化吸收の不良、更に長期にわたる発熱、下痢の持続、潰瘍面が広範囲で長

期にわたつていた上に、副腎皮質ホルモンを長期間使用したこと等による全身の飢餓の状態と電解質の異常によるものと思われる。

したがって本例のような重症例は、外科的治療によらねば治癒し得なかつたものとする。

結 語

15才の女子の潰瘍性大腸炎の臨床経過および剖検所見について報告した。本例により、副腎皮質ホルモン療法の限界を知り、その外科的療法の必要性を感じた。

稿を終るにのぞみ、終始御指導、御校閲を賜りました三神教授、ならびに小山教授に深謝致します。なお病理学教室武石詢助教授の御指導に対し厚く感謝致します。

(本稿の要旨は昭和38年5月、日本消化機病学会、潰瘍性大腸炎、限局性小腸炎研究会において発表した。)

文 献

- 1) Wilks, S. & Moxon, W.: Lecture on pathological anatomy 2nd ed. London, 1875 (松永藤雄: 現代内科学大系 消化器疾患 Ⅲ (1960) p. 54より引用)
- 2) Boas, I.: Deutsch Med Wschr 29 196 (1903)
- 3) 稲田竜吉: 日消会誌 27 625 (昭3)
- 4) 松永藤雄: 日内会誌 47 295 (昭33)
- 5) Kirsner, J.B. et al.: JAMA 147 541 (1951)
- 6) Wirls, C.V. et al.: JAMA 154 36 (1954)
- 7) Texter, E.C. et al.: Arch Int Med 91 744 (1953)
- 8) 松永藤雄・他: 治療 12 30 (1959)
- 9) Geldgraber, M.B. et al.: Arch Int Med 100 180 (1957)
- 10) Zetzel, L. et al.: England J Med 257 1170 (1957)
- 11) 山形敏一・他: 診療 13 397 (1960)
- 12) 山口 保: 日医事新報 (1981) 114 (昭37)