

## 急性上部消化管出血と早期の予後に関する検討

東京女子医科大学外科学教室 (主任: 織畑秀夫教授)

講師 齋藤 正光・山添 信幸・ウイ・キムイ  
サイトウ マサミツ ヤマゾエ ノブユキ講師 馬渕 原吾・講師 赤羽根 巖・講師 鈴木 忠  
マブチ ゲンゴ アカハネ イワオ スズキ タダシ助教授 倉光 秀麿・教授 太田八重子・教授 織畑 秀夫  
クラミツ ヒデマロ オオタヤエコ オリハタ ヒデオ

(受付 昭和52年1月31日)

**Clinical Evaluation of the Prognosis on the Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage of Early Period from Onset****Masamitsu SAITO, M.D., Nobuyuki YAMAZOE, Oei KIM IE, Gengo MABUCHI, M.D.,****Iwao AKAHANE, M.D., Tadashi SUZUKI, M.D., Hidemaro KURAMITSU, M.D.,****Yaeko OHTA, M.D. and Hideo ORIHATA, M.D.**

Department of Surgery (Director: Prof. Hideo ORIHATA) Tokyo Women's Medical College

During about 6 years (from January, 1969 to April, 1976) we have experienced 106 cases of the acute upper gastrointestinal hemorrhage. Factors influencing prognosis following such as emergent cases were evaluated. Age of patient—when elderly, accompanying illness, associated hemorrhagic shock and massive bleeding, complication and emergency operation—such as gastrectomy, were revealed to be important factors in prognosis.

**I. はじめに**

急性上部消化管出血は、しばしば吐血や下血として救急入院することが多く、出血の程度の判定と輸血・輸液、出血部位の確認と、それに対する処置というように、診断と治療とが並行して迅速に行なわれなければならない疾患群である。そこで救急入院したこれら疾患の治療の現況を検討するため、教室例に関し早期の予後について統計的観察を行なった。

**II. 検索対象**

1969年1月から1976年4月までの6年4カ月間に、東京女子医科大学外科において106例の急性上部消化管出血例(以下出血群と略す)を経験したが、発症後1カ月前後の期間を早期とし、その予後に影響すると考えられ

る因子について統計的観察を行なった。なお非出血例および慢性出血例計686例を対照群として比較した。

**III. 成績****1) 発症より入院までの期間**

出血群の発症より当科入院までの期間をみると、発症より48時間以内が53例、48時間以降が53例で、死亡例11例はいずれも前者の期間に含まれていた。

**2) 原因疾患と頻度**

表1の如く、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎、食道静脈瘤、胃十二指腸潰瘍、胃癌その他の順に多く、一方、対照群では胃癌、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎等の順に多かつた。出血群は対照群に比し死亡率、手術死亡率、術後肝炎発生率等が高い

表1 急性上部消化管出血例  
(1969. 1~1976. 4 東京女子医科大学外科)

出血群	症例数	手術例	緊急手術例	死亡例	手術死亡例	術後肝炎例
胃潰瘍	41 (38.7%)	34	5	4	4	11
十二指腸潰瘍	29 (27.4%)	22	1	1	1	5
胃炎	10 (9.4%)	1	0	1	1	0
食道静脈瘤	8 (7.5%)	5	3	3	1	1
胃十二指腸潰瘍	7 (6.6%)	6	1	1	0	0
胃癌	7 (6.6%)	7	0	1	1	1
胃平滑筋腫	1	1	0	0	0	0
食道裂孔ヘルニア	1	0	0	0	0	0
食道癌	1	1	0	0	0	0
食道憩室破裂	1	1	0	0	0	0
total	106	78 (73.6%)	10 (9.4%)	11 (10.4%)	8 (10.3%)	18 (17.0%)
対照群	686	500 (72.9%)	71 (10.3%)	54 (7.9%)	19 (3.8%)	44 (6.4%)

傾向を示した。

3) 年令別比較

死亡率およびショック併存率をみると、59歳以下と60歳以上に分けた場合、後者は前者の約4倍の死亡率を示し、またショック併存率も高い傾向を示した(図1)

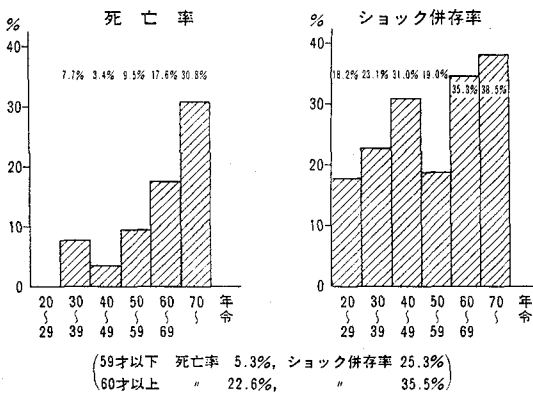


図1 年令との関係

4) ショック併存の有無

ショック併存例は出血群の28.3%を占め、非ショック7例の約6倍の死亡率を示し、手術死亡率も約5倍であつた(表2). 疾患別には消化性潰瘍と食道静脈瘤にショック併存例が多かつた. また大量出血(1000ml以上の急性出血例, hypovol-

表2 ショックとの関係

	ショック例 (30例)	非ショック例 (76例)
死亡率	8/30 26.7%	3/76 3.9%
非手術例死亡率	2/4 50.0	1/24 4.2
手術例死亡率	6/26 23.1	2/52 3.8
緊急手術	2/5 40.0	2/5 40.0
早期手術	1/8 12.5	0/7 0
待期手術	3/13 23.1	0/40 0

表3 併存疾患との関係

併存疾患	例数	死亡例
肝硬変	10	6
糖尿病	4	1
パンチ氏病	3	0
胆石症	3	0
心筋硬塞	1	1
熱傷	1	1
多発外傷	1	0
その他	2	0

併存疾患	死亡率	ショック例
有 (19例)	7例 (36.8%)	8例 (42.1%)
無 (87例)	4例 (4.6%)	22例 (25.3%)

emic shock 例, Hb 8.5g/dl 以下・Ht 30%以下・RBC  $300 \times 10^4$  以下の例とする) は48例, 45.3% にみられ, 大量出血例の死亡率は18.8%と非大量

出血例の 3.4%の約 5 倍を示した。

5) 併存疾患の有無

併存疾患の有無から死亡率をみると、併存疾患を有する場合はない場合に比し約 8 倍で、ショックを伴う例が多い傾向を示した (表 3)

6) 合併症の有無

入院後の合併症は 16 例にみられ、肺・腎・肝等の重要臓器合併症が多く、死亡率も 68.8%と極めて高く (表 4-a)、併存疾患の有無も合せ考えると表 4-b の如くで、併存疾患を有する例では合併症発生率が高くなり、しかも死亡率も高い傾向が

表 4 合併症との関係

a) 合併症 (16例)

合併症	例数	死亡数
肺合併症 (肺炎, 肺水腫等)	4	2
腎不全	4	2
肝不全	3	3
出血の持続	2	2
術後イレウス	2	
脳出血	1	1
低血糖ショック	1	1

(死亡率 11/16 66.8%)

b) 併存疾患と合併症

併存疾患	合併症発生率	死亡率
有 (19例)	9例 47.4%	7例 36.8%
無 (87例)	7例 8.0%	4例 4.6%

c) 手術と合併症

	合併症発生率	死亡率
非手術例 28	3例 10.7%	3例 10.7%
手術例 78	13例 16.7%	8例 10.3%

みられた。しかし、手術の有無と合併症発生率との間には差が認められなかつた (表 4-c)。

7) 手術の時期, 種類

手術の時期を内視鏡検査や X 線検査の分け方<sup>5)</sup>に準じて発症後 48 時間以内を緊急, 2~7 日以内を早期, 8 日以降を待期と分けてみると、出血群では手術死亡率と非手術死亡率との間に差はみられず、手術例では緊急手術例の死亡率が最も高

く、早期および待期手術例のそれは非手術例のそれよりも低い成績をえた (表 5)。

これを消化性潰瘍に限つてみると、緊急手術では 57.1%の死亡率を示し、早期および待期手術のそれをはるかに上まわつており、これは年齢別にみても変りがなかつた。

また手術の種類では、胃切除術が多く、緊急手術で 66.7%、待期手術で 7%の死亡率をみたが (表 6)、迷切との比較は症例が少ないためできなかった。

表 5 手術時期との関係

	対照群	出血群
死亡率	54/686 7.9%	11/106 10.4%
非手術例死亡率	35/186 18.8	3/28 10.7
手術例死亡率	19/500 3.8	8/78 10.3
緊急手術	3/71 4.2	4/10 40.0
早期手術	16/429 3.7	1/15 6.7
待期手術		3/53 5.7

表 6 手術の種類と死亡率

種類	緊急手術	早期手術	待期手術	total
胃切除	4/6 66.7%	0/12	3/43 7.0%	7/61 11.5%
迷切・幽成	0/1	0/1	0/5	0/7
胃空腸吻合		0/1	0/1	0/2
胃切開・止血		0/1		1/1
その他	0/3		0/4	0/7
total	4/10 40.0%	1/15 6.7%	3/53 5.7%	8/78 10.3%

IV. 考 案

急性上部消化管出血例では、本邦の多くの報告<sup>6)10)15)</sup>と同様に、教室例でも消化性潰瘍、殊に胃潰瘍の頻度が高く、欧米の報告<sup>3)4)14)</sup>での十二指腸潰瘍の頻度の高いのと対照的であつた。これらの出血している患者の予後を左右する因子としては、出血の程度、出血部位 (原因疾患)、年齢、合併疾患等が手術との関係で論ぜられているが、これらの因子の再認識は救急時の診療に当つてゆるがせにできないものと考えられる。

ショックの有無と大量出血とは互に関連する事項であるが、いずれにしてもショック発生例や大量出血例では、死亡率や手術死亡率が高くなる

傾向であつて、これを大井・長尾の Transfusion test<sup>12)</sup>に準じて教室例をみても、軽症で2.2%、中等度で20.0%、重症で25.0%の死亡率がみられ、出血の程度判定と輸血等の処置が予後の鍵を握るものといえよう。

年齢因子は、Palmer<sup>14)</sup>も述べているが、教室例でも Foster ら<sup>4)</sup>の報告と同様で、60歳以上の例では予後不良となることが多く、加齢による予備能力や耐容性の低下等はここでも問題となつてくるものと考えられる。

出血をきたす原因疾患と併存して他疾患がある場合、特に食道静脈瘤では肝硬変がむしろ疾患の本態となるが、肝硬変で胃潰瘍からの出血をきたした例もあつて、肝硬変(少なくともバンチ氏病を除いては)や糖尿病等は予後を左右する因子として重視すべきものであろう。

また合併症は、教室例の場合には併存疾患やショックに関連して発生するようで、特に重要臓器の合併症は予後がかなり不良であつた。

Cammock ら<sup>2)</sup>の報告では合併症を有する群は有しない群の約1.5倍の死亡率を示したという。腎不全の発生は吉岡ら<sup>16)</sup>によるとショック持続時間と最も関連があつて、来院時の shock index による分類では殆ど予測しえないとしている。また大量出血—大量輸血という点からは、不適合輸血と関係なく溶血が起り<sup>1)</sup>、これが DIC(Disseminated Intravascular Coagulation) を惹起せしめるとの考えもあり<sup>9)</sup>、更に ACD 血(保存血)の大量輸血は、microagglutinate をきたし、肺栓塞や脳栓塞の原因となりうること<sup>9)</sup>等から大量輸血も予後に影響するものと考えられた。ただ教室例ではこれらを捕捉しうる成績はえられなかつた。

次に手術の時期はどうかという点、一般には緊急手術の死亡率は高いとされているが<sup>8)7)10)</sup>、手術の種類では胃切除で20%、迷切で10%程度の手術死亡率であるといわれている<sup>9)</sup>。ただ高齢者の消化性潰瘍では再出血の率が高く、状態の良いうちに早期手術に踏みきるべきとの見解が一般的であり<sup>11)13)</sup>、教室例からも高齢者に限らず一般状態の改善を図りつつ早期手術を行なつた場合の成績が

最良であつた事からも理解できよう。

## V. むすび

急性上部消化管出血例では、消化性潰瘍等のいわゆる良性疾患が大部分を占めるが、年齢(殊に60歳以上)、併存疾患を有する場合、ショック併存例や大量出血例、合併症発生例や緊急手術例では早期の予後が不良となる傾向がみられ、治療に当つてはできる限る一般状態の改善を図りつつ早期～待期手術にもつて行くことが望ましいものと考えられた。

(本論の要旨は第4回日本救急医学会総会において口演した)

## 文 献

- 1) Baker, R.J. et al.: Diagnosis and treatment of immediate transfusion reaction. *Surg Gynec Obstet* **130** 665 (1970)
- 2) Cammock, E.E. et al.: Diagnosis and therapy in gastrointestinal hemorrhage. *Arch Surg* **86** 112 (1963)
- 3) Crook, J.N. et al.: Upper gastrointestinal bleeding. *Ann Surg* **175** 771 (1972)
- 4) Foster, J.H. et al.: Factors influencing mortality following emergency operation for massive upper gastrointestinal hemorrhage. *Surg Gynec Obstet* **117** 257 (1963)
- 5) 鎌田武信・他: 緊急内視鏡検査. *総合臨床* **23** 642 (1974)
- 6) 川井啓市・他: 上部消化管出血における救急出血源探索の手順と注意すべき Pitfall. *臨床外科* **27** 1241 (1972)
- 7) Kelley, H.G. et al.: Massive gastroduodenal hemorrhage. *Arch Surg* **87** 22 (1963)
- 8) 神前五郎・他: 輸血に伴う生体反応—出血性素因. *臨床外科* **31** 595 (1976)
- 9) Moore, F.D. et al.: Post-traumatic pulmonary insufficiency. Philadelphia, W.B. Saunders Company (1969)
- 10) 村上忠重・他: 胃十二指腸潰瘍. *日本臨床* **32** 夏季増刊号 331 (1974)
- 11) 武藤輝一: 上部消化管出血の臨床. *日本救急医学会々誌* **2** 79 (1975)
- 12) 長尾房大: 胃十二指腸潰瘍と出血. *外科治療* **3** 69 (1950)
- 13) 長尾房大・他: 外科からみた上部消化管の出血. *胃と腸* **4** 146 (1969)
- 14) Palmer, E.D.: Upper gastrointestinal hemorrhage Illinois, Charles C Thomas (1970)
- 15) 竹本忠良: 上部消化管大量出血と緊急内視鏡検査法. *Gastroenterological Endoscopy* **15** 4 (1973)
- 16) 吉岡敏治・他: 輸血に伴う生体反応—腎障害. *臨床外科* **31** 607 (1976)