

消化器・肝臓センター

NEW 一す

NO. 24

2017.6

大腸憩室出血について



大腸憩室とは、大腸粘膜の一部が腸管内圧の上昇により嚢状に腸壁外に突出したもので、大腸憩室が多発した状態を大腸憩室症といいます。

近年、食生活の変化や高齢者の増加により大腸憩室症は増加傾向であり、我が国における有病率は約30%です。無症状のまま経過する症例はそのうち70-85%で、大腸憩室の合併症として大腸憩室炎や大腸憩室出血があります。

大腸憩室出血は、憩室内の血管が脆弱化・破綻することで突然、出血を来します。自然止血が得られることが多く出血点の同定が難しいことも多いですが、未治療症例では高率に再出血するため、積極的に内視鏡治療を行うことが推奨されます。

診断・治療には造影CT及び下部消化管内視鏡検査が有用です。当院では、下部消化管出血の患者様が来院されましたら、可能な限り造影CTを施行し、悪性腫瘍等の鑑別、血管外漏出の有無の確認を行い、出血点の予測を行います。バイタルが安定していれば、速やかに下部消化管内視鏡検査を行います。その際、大腸内には残渣や多量の凝血塊が残っているため、可能な限り下剤を用いて前処置を行います。

当院では当初、主にクリップ法を用いておりましたが、2015年以降EBL法を施行するようになりました。

①クリップ法

憩室の開口部を縫縮し閉鎖する縫縮法と、吸引により憩室を反転させ憩室内の露出血管をクリップする直接法があります。実際には憩室を反転させ露出血管を描出させることは

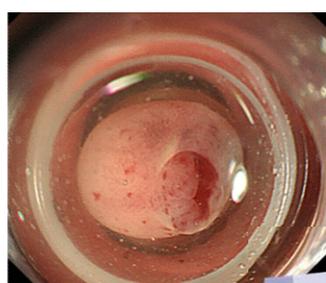
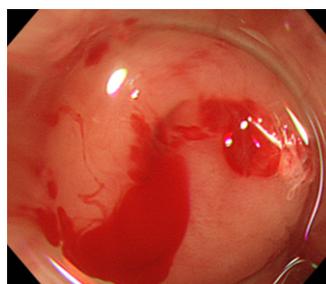


クリップ法 (縫縮法)

困難なことが多く、クリップ法を行う場合には縫縮法を選択することが多いのですが、血管は憩室の奥や脇から出るため、開口部のみをふさいでも、結果としてすぐに再出血してしまうケースが多いのが問題点です。

②EBL法

当初、食道静脈瘤の治療に用いられていた処置具を応用し、2014年にEBLデバイスが発売されました。出血源が確認出来たら、その近傍にマーキングクリップを行い、一旦、内視鏡を抜去し、EBLデバイ



EBL法

スを装着し再挿入します。再度、出血点を確認したら、憩室全体を吸引しOリング(ゴムバンド)をかけます。欠点は内視鏡の再挿入を要することにはありますが、クリップ法(縫縮法)と比較し再出血率が有意に低いと報告されています。

消化器内科
姫野 愛子

市立貝塚病院

TEL : 072-422-5865

