

下血(161201)

下血について復習。

カプセル内視鏡については別項目を参照。

- 下血とは、肛門よりの血液成分の排出のことであり、口腔から直腸までの全消化管が出血源となりうる。2)
- 潜血便とは異なり新鮮血便として出血が肉眼的に認められるものをさす。5)
- 黒色便(melena)、タール様便(tarry stool)、血便(hematochezia)を一括して下血と呼ぶ。2)
- 黒色便は通常上行結腸より口側の出血で起こるが、血液中の血色素が大腸内細菌によりヘマチンに変換される必要がある。したがって、小腸からの出血でも大量に出血し大腸運動が亢進していれば血便となる。一方、鮮血便は肛門側に近い大腸からの出血で起こるが、十分な量の出血が緩徐に続き、大腸の運動が低下している場合は黒色便となる。2)
- 下血の性状は、出血量と腸管内通過時間で決まり、通過時間が長いとタール便となり、大量出血例でも、通過時間が短いと暗赤色となる。血液が胃酸の影響により黒色を呈するためである。3)
- 下血の場合は黒色・タール便なら上部消化管出血が疑わしく、鮮血便であれば下部消化管出血が一般的に疑われるが、あてにならないことも多い。4)
- 黒色便は上部消化管～空腸、暗赤色便は回腸～右側結腸、鮮血は直腸～肛門に出血があることが多い。したがって、下血の性状によって検査法の選択順序も異なってくる。2)

- まず基礎疾患や病歴を把握し、病歴などから出血部位や出血病変の性状を推察する。3)
- 原因疾患の頻度は、上部消化管出血が75～90%、下部消化管出血が10～25%といわれています。1)
- 下血をきたす疾患の多くは上部消化管に起因し、上部消化管出血と下部消化管出血の割合はおよそ3:1といわれている。しかし、胃十二指腸潰瘍の内科的治療が著しく進歩した反面、大腸癌などの大腸疾患は増加傾向にあるため、今後、下血の鑑別疾患の対象として下部消化管疾患を重視する必要がある。5)

以下は、下血の性状や、病態生理、高齢者などを軸にした鑑別新患の例

表3 下血の性状からみた検査法の選択と原因疾患

	少量の下血		中等量～大量の下血	
	鮮血	暗赤色～黒色	鮮血～暗赤色	暗赤色～黒色
疑われる出血部位	左側結腸, 直腸 肛門	上部消化管, 小腸 右側結腸	全結腸, 直腸	上部消化管, 小腸
検査法の選択	①大腸内視鏡検査 あるいは注腸造影	①上部消化管内視鏡検査 ②注腸造影あるいは 大腸内視鏡検査	①大腸内視鏡検査 ②注腸造影	①上部消化管内視鏡検査 ②血管造影, 出血シンチ ③小腸造影
主な原因疾患	痔核・裂肛 直腸癌, 左側結腸癌 大腸ポリープ 家族性大腸腺腫症 アフタ様大腸炎 感染性大腸炎 アメーバ赤痢 カンピロバクター サルモネラ 病原大腸菌 潰瘍性大腸炎 (直腸型) 放射線大腸炎 薬剤性大腸炎 直腸粘膜脱症候群 腸管囊腫様気腫	上部消化管病変 胃・十二指腸潰瘍 急性胃粘膜病変 胃癌など 右側結腸癌 小腸腫瘍 腸型 Behçet 病 単純性潰瘍 Crohn 病 腸結核 感染性腸炎 エルシニア 腸チフス	虚血性大腸炎 薬剤性大腸炎 潰瘍性大腸炎 大腸憩室炎 急性出血性直腸潰瘍 動静脈形成異常	上部消化管病変 胃・十二指腸潰瘍 急性胃粘膜病変 食道静脈瘤など 小腸腫瘍 Meckel 憩室 Crohn 病 動静脈形成異常 Schoenlein-Henoch 紫斑病 非特異性多発性小腸潰瘍症 腸重積 虚血性小腸炎

(参考文献 2 より引用)

表1 下血をきたす疾患—病態生理による分類

1. 腫瘍性疾患: 癌, ポリープ, 悪性リンパ腫, 消化管間質腫瘍, 脂肪腫, 平滑筋腫, カルチノイド
2. 炎症性, 潰瘍性疾患: 消化性潰瘍, 急性出血性直腸潰瘍, 炎症性腸疾患, 感染性腸炎, 薬剤性腸炎, 憩室炎, 直腸炎, 腸管子宮内膜症
3. 虚血性疾患: 虚血性腸炎, 腸間膜動脈塞栓症
4. 血管性疾患: 血管異形成, 動脈瘤穿孔, 遺伝性出血性血管拡張症, Henoch-Schonlein 紫斑病, Churg-Strauss 症候群, Blue rubber bleb 症候群, Ehlers-Danlos 症候群
5. 肛門疾患: 痔核, 裂肛
6. その他: 大腸憩室症, Meckel 憩室, 異物, 腸重積, 腸軸捻転, アミロイドーシス, 膠原病

(参考文献 3 より引用)

表1 高齢者で下血をきたす主な疾患

1) 上部消化管出血
胃潰瘍(薬物性を含む) 急性胃粘膜病変 胃癌 十二指腸潰瘍 食道静脈瘤 Mallory-Weiss 症候群など
2) 下部消化管出血
大腸癌 虚血性大腸炎 薬剤性大腸炎 大腸憩室出血・憩室炎 痔疾患 血管奇形 放射線腸炎など

(参考文献 5 より引用)

- 下血の出血源としては、上部消化管疾患が最も頻度が高く、また、下部消化管疾患では大腸や肛門部病変が大半を占めるが、小腸病変は少なく消化管出血疾患全体の約2~5%にすぎない。6)
- 食道や胃からの中等量以上の出血の場合は吐下血を呈するが、上部消化管出血の約 50% は下血のみで、下血の鑑別診断では上部消化管病変も常に念頭におく必要がある。5)
- 下血をきたすのは消化管疾患のみでなく、肝・胆・膵疾患、血液疾患、血管疾患、動脈瘤の穿破などがあげられます。1)
- これらの疾患(急性腸間膜動脈血栓症、胸部大動脈破裂の食道穿破、腹部大動脈破裂の十二指腸穿破)は、単純に出血源の止血ができればよいというものではなく、原疾患の治療が必要となります。1)
- 高齢者(の上部消化管出血)では胃潰瘍、急性胃粘膜病変の頻度が高く、ステロイド剤や鎮痛剤などによる薬物性潰瘍もしばしばみられる。また胃癌の頻度が高いのも特徴である。高齢者では十二指腸潰瘍や食道静脈瘤破裂の頻度は少ないが、大量出血の原因として注意する必要がある。5)
- 高齢者(の下部消化管出血)では腫瘍性病変、虚血性大腸炎、薬剤性(特に抗生剤)大腸炎、大腸憩室出血などが多くみられる。一方、潰瘍性大腸炎、クローン病は高齢者では稀である。5)
- 上部もしくは下部内視鏡検査は出血源の検索に有用で、病変の性質に応じ適切な止血方法を選択する治療を行うことができる。3)

- 下部消化管出血の場合は、まず直腸診を行い、痔核、裂肛などの肛門周囲疾患の有無、直腸病変の有無の確認を行う。直腸鏡は外来で簡便に行えるため有用だが、糞便や下血のため視野を確保するのが難しく、出血源の確認は困難であることが多い。4)
- 下血の性状、吐血などの随伴症状、病歴、腹部の理学的所見などから、上部消化管出血か下部消化管出血かを推測する。出血部位が上部か下部かはっきりしない場合は、胃チューブを挿入して胃液の性状をみると診断の参考になる。5)
- 出血量が多いときには、RI シンチグラフィーや血管造影も診断治療に有用である。出血中に行わないと正確に出血部の検出ができない。3)
- 出血シンチグラフィーは血管造影で診断できないような少量の出血の場合に行うが、検査と出血のタイミングにより診断が困難な場合がある。小腸造影は上部および下部内視鏡検査に異常を認めず、小腸病変を疑う場合に行う。腹部超音波検査や CT は、下血に伴う急性腹症や腫瘍を疑う場合は第一に行うべきものである。便培養は発熱、下痢など腸炎を疑う場合に行う。薬剤による偽膜性腸炎を疑う場合は嫌気性培養なども必要である。5)
- 血液検査では血色素量やヘマトクリット値は重要な出血の指標だが、出血の初期には出血量を反映しないので注意が必要である。出血に見合った低下には 8~12 時間以上の時間経過が必要といわれ、経時的にみる必要がある。5)
- 消化管出血患者の主訴は吐血・下血とは限らないこと。ふらつき感、めまい感、脱力感といったものや、意識消失・失神による頭部打撲、顔面挫傷、下顎挫傷といった外傷を主訴として搬送されてくることもある。また、動悸、息苦しさ、胸部不快感といった胸部症状や、食欲低下、全身倦怠感といった一見不定愁訴のようなこともある。4)
- 通常、吐血下血の場合は腹部の激痛は伴わないが、虚血性腸炎や腸間膜動脈閉塞の場合や炎症性腸疾患による下血の場合は腹痛を伴うことが多い。4)
- 吐血と上腹部痛を伴う場合は消化性潰瘍や急性胃粘膜病変を第一に考えるが、腹痛を伴わない出血性潰瘍も意外に多く、注意が必要である。5)
- 下部消化管出血の原因の多くは腹痛を伴うが、憩室出血や急性出血性直腸潰瘍では通常腹痛の訴えはない。5)
- 体重減少や長期にわたる食欲低下があれば悪性疾患を念頭に置く必要がある。5)
- 治療：内視鏡的止血術、Interventional radiology (IVR)、手術治療、薬物療法 3)
- 吐血・下血を見たら、とにかくまず全身状態を安定化させることに全力をそそぐ。4)

高齢化が進み、血管イベントの一次予防、二次予報に対して抗血小板薬や抗凝固薬を服薬す

る高齢者が増えることが予想される。そういった背景の中で、出血と関連する様々な疾患も増えるはずだ。すべての医師が出血とは無縁ではいられないはずがない。

参考文献

1. 甘利香織. 下血. レジデントノート 15(3): 476-481, 2013.
2. 飯田三雄. 吐血・下血. Modern Physician 16(5): 672-675, 1996.
3. 番場嘉子, 板橋道朗, 亀岡信悟. 下血患者の診療. 総合臨牀 57(8): 2188-2189, 2008.
4. 上山裕二. 吐血, 下血. 総合臨牀 55(増刊): 834-837, 2006.
5. 樋口芳樹. 下血. ジェロントロジーニューホライズン 16(1): 90-93, 2004.
6. 平田一郎. 下血. 今日の臨床サポート. 確認確認: 平成 28 年 12 月 1 日