

### 劇症肝炎例の上部消化管出血に 対する H<sub>2</sub>-Receptor Antago- nists と制酸剤の予防的効果

H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists and Antacids in the Prevention of Acute Gastrointestinal Haemorrhage in Fulminant Hepatic Failure. Two controlled trials.: *Macdaungall, B. R. D., Bailey, R. J. and Williams, R. (Lancet 1 (8012) ; 617~619, 1977.)*

劇症肝炎では上部消化管出血が50%以上にみられて治療を妨げる。制酸剤と H<sub>2</sub>-Receptor Antagonists (Metiamide, Cimetidine, 以下 H<sub>2</sub>-RA と略) の上部消化管出血予防効果について Controlled trial を施行。対象は London の King's College 病院で過去1年半に経験した劇症肝炎75例(Placetamol によるもの39例, ウイルス性32例, ハローセンによるもの4例)である。なお血液透析と活性炭吸着療法は16例に施行, 13例に効果を認めた。25例は制酸剤とそのコントロール例, 他の50例は H<sub>2</sub>-RA とそのコントロール例である。B. A. O. は38例で測定しすべて正常。H<sub>2</sub>-RA 群では, 内視鏡検査を全例行い上部消化管に病変のないことを確認。制酸剤は, 20 ml の水酸化マグネシウムを4時間毎に胃管より注入, H<sub>2</sub>-RA は 100 mg/h の速さで 150 mg 点滴静注した。両群とも胃液の pH を測定し, H<sub>2</sub>-RA 群では pH が5以上に保たれるよう点滴を繰返した。

制酸剤使用の13例では, 3例(23%)が出血し, この間にコントロールでは6例(50%)が出血した。胃液の pH が5以上に保たれたのは制酸剤使用例の35%であった。H<sub>2</sub>-RA

群では26例中1例の出血のみで, この間にコントロール群では13例(54%)に出血がみられ,  $P < 0.001$  で有意差がみられた。また輸血量もコントロールに比し有意に少なかった。

ストレスで起こる胃びらん例の胃液酸度は高いとも低いともいわれるが, 今回出血した症例では B. A. O. は正常であった。胃びらんの出血は pH を5以上にあげると予防できるという。今回制酸剤投与群で余り効果がなかったのは, pH を常に5以上に上げられなかったためと思われる。それに比して H<sub>2</sub>-RA では pH を常に5以上に保ったため, 有意に出血を抑え得た。しかし生存率は H<sub>2</sub>-RA 投与例でも23%で, 制酸剤投与例の15%に比し大きな差は得られなかった。出血の予防に加え, 人工肝臓の改良が望まれる。

### Toxic Megacolon の治療, 29 例の比較検討

Treatment of Toxic Megacolon, A comparative Review of 29 Patients.: *Hastorg, W. A., Arvanitakis, C., Skibba, R. M. and Klotz, A. P. (Am. J. Digest. Dis., 22(3) ; 195~200, 1977)*

Toxic Megacolon (以下 TM) は潰瘍性大腸炎の合併症として最も重大なもので, 1.6~13%にみられる。TM の最適の治療方法, すなわち内科的治療の適応とその期間, 外科治療の時期についてはなお意見が一致していない。過去10年間に Kansas Medical Center で経験された潰瘍性大腸炎259例を調査し, TM を呈した29例(11.2%)について治療の面から検討を行った。内科的治療と

しては, 毎日の血算, 電解質検査と腹部X線撮影, 経口摂取の禁止, 補液・輸血・アルブミンの投与, 胃内持続吸引, ACTH (120~180 u/日) または hydrocortisone 300 mg/日の静注, 抗生物質の投与を行った。外科的治療としては可及的に全結腸直腸切除, 回腸瘻造設を行った。内科治療のみのものは13例, 外科治療は16例。TM の発症は両群とも約60%が潰瘍性大腸炎の診断後6カ月以内に起こった。臨床検査での特徴は白血球増多と貧血であった。X線所見では横行結腸の拡張(6 cm 以上)と腸管と併走するガス像(腸管筋層内へのガスの進入)である。

21例の内科的治療群では, 11例(53%)が36~72時間の集中治療で改善, 10例は平均38日で退院でき, 死亡は1例。8例は改善が得られず, 手術となった。外科手術例(内科よりの転科例を含む)は16例で, 8例は24時間以内に直接手術を行い, 8例は48~72時間の内科治療のあと手術をした。全結腸直腸切除は9例, 結腸全摘は7例で, その6例は二次的に直腸切除を施行した。死亡は2例12.5%。治療の成功率は53%対82%で外科治療が有意によかった。TM の促進因子と考えられたのは麻薬, 抗コリン剤, コロノスコピー, 注腸検査で, 約70%にみられた。手術時期は, Scott, Binder らも述べているように48~72時間以内の手術が良好で, 回腸瘻造設は問題もあるが, 内科治療の効果がないうちや出血穿孔の疑いがある場合はちゅうちょなく手術にふみきるべきである。

(関東逓信病院消化器内科

桜井幸弘 抄)