

維持透析患者における直腸・肛門疾患・憩室炎

室谷典義 堀 誠司 佐藤純彦 長谷川正行 村岡 実 荻野幸伸 松田幸博 嶋田俊恒
西島 浩

千葉社会保険病院 外科・透析

key words : 排便機能, 便秘, 直腸・肛門疾患, 維持透析

要 旨

維持透析患者における直腸・肛門疾患・憩室炎について検討する目的で、これらの疾患の大きな要因と考えられる「排便機能」に関するアンケート調査を行った。441人の患者にアンケートを行った結果、便秘と評価できる透析患者は293/441=66.4%であった。下剤は238/441=54.0%が常用していた。次に当院で施行した維持透析患者外科手術について検討した。389例中252例が消化器外科手術であった。252例中直腸・肛門疾患・憩室炎の手術は44例(17.5%)を占めた。

透析患者の手術として特徴的な2症例を取り上げ供覧した。結論として言えることは、「透析患者の待機手術において周術期管理は確立されたかのように思えるが、ひとたび合併症を起こすと回復は困難を極める。その周術期管理には細心の注意が必要である。」ということである。

緒 言

維持透析患者は、水分制限やカリウム制限を余儀なくされていることに加え、貧血・血圧低下・脱水・溢水・運動不足・腸管へのアミロイド沈着等が加わって便秘になりやすい。このことが直腸・肛門疾患・憩室炎、さらには虚血性腸炎のハイリスクグループとなる大きな要因であると言われている。

透析患者の排便機能および血便等についてアンケー

ト調査を行い、当院での手術症例とともに検討したので報告する。

1 対象・方法

排便機能および血便のアンケート調査では、当院と当院関連施設で維持透析中の患者441名を対象とした。表1に示すアンケート用紙を患者に配って行った。

手術症例は1991年4月から2005年9月までの当院で行った透析患者外科手術を検討した。消化器外科手術の中で直腸・肛門疾患・憩室炎に焦点を絞り、興味深い2症例を以下に供覧した。

表1 排便機能に関するアンケート

① 便秘について (主観)	
便秘だと思う	()
時々便秘	()
便秘はない	()
② 下剤について	
ほとんど毎日下剤を服用する	()
週に2~3回下剤を服用する	()
月に数回下剤を服用する	()
下剤はほとんど服用しない	()
③ 血便について (肉眼的血便)	
排便時ほとんど血便がある	()
たまに血便がある	()
血便はほとんどない	()
血便はない	()
④ 痔の薬について	
痔の薬をほとんど毎日使用する	()
痔の薬をたまに使用する	()
痔の薬は使用したことがない	()

2 結果

図1に示すように便秘であると自覚している患者は441人中250人(56.7%)であった。下剤を常用している患者は図2のごとく441人中238人(54.0%)で、半数以上の患者が下剤を必要としていた。肉眼的血便を自覚している患者は441人中21人(4.8%)と予想外に少なかった(図3)。痔疾患治療薬は441人中52人(11.8%)が使用していた(図4)。

今回のアンケート調査で興味深い結果は、「便秘ではない」と自覚している191人中28人が毎日下剤を服用していたという事実である(図5)。「時々下剤を服用する」患者を加えると191人中43人は「便秘ではない」と自覚しながら下剤を服用している。すなわ

ち「便が出ているから便秘ではない」ということであろう。主観的に便秘と自覚している患者250人と下剤の常用者43人を合わせると441人中293人(66.4%)が便秘と評価できるであろう。

今回のアンケート結果のまとめを表2に示した。

検討期間での外科手術は389例で、うち252例が消化器外科手術であった(表3)。直腸・肛門疾患に対する手術は42例で、痔関連が21例、直腸がん10例、出血その他が11例。憩室炎に対する手術は2例。これらの手術のうち、74歳男性の直腸穿孔による汎発性腹膜炎症例と58歳女性の直腸潰瘍出血症例を供覧する。

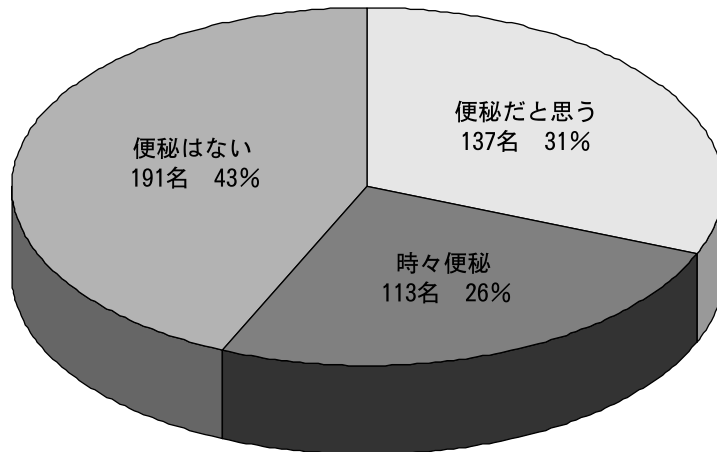


図1 排便機能に関するアンケート結果：便秘について（主観）
当院および関連施設で維持透析を受けている患者 441名
主観的に便秘だと自覚している患者は 250/441=56.7%

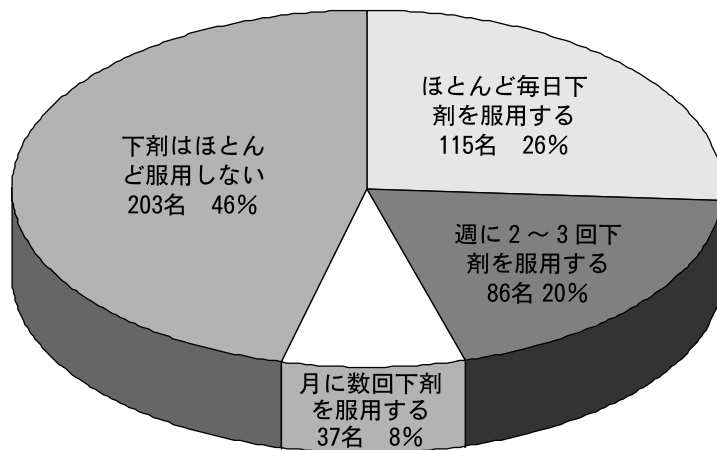


図2 下剤についてのアンケート結果
N=441
下剤常用者は441名中238名(54.0%)

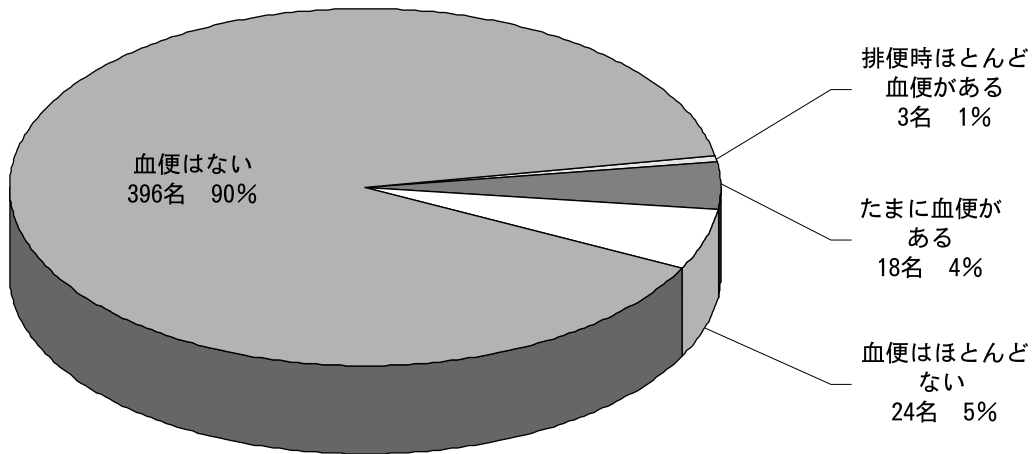


図3 肉眼的血便についてのアンケート結果
N=441
肉眼的血便は、21/441=4.8%に認められた。

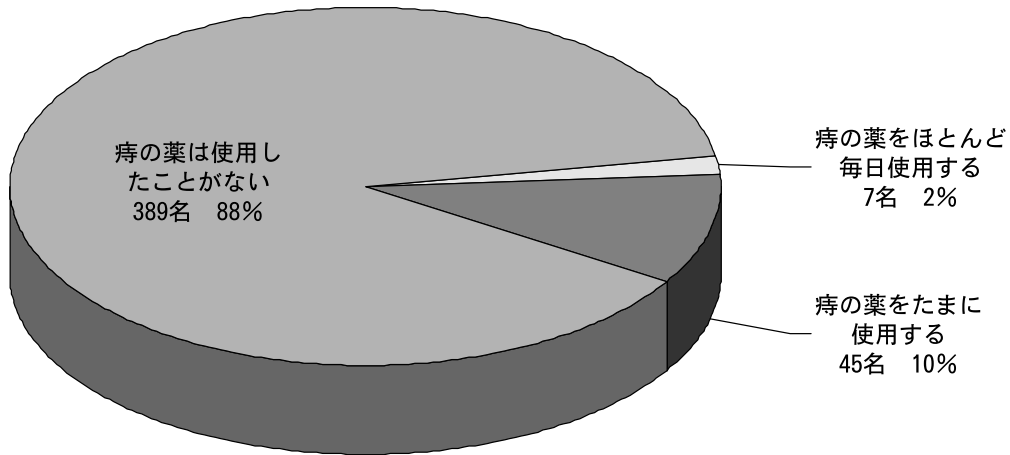


図4 痔の薬についてのアンケート結果
N=441
痔の薬を使用している患者は52/441=11.8%である。

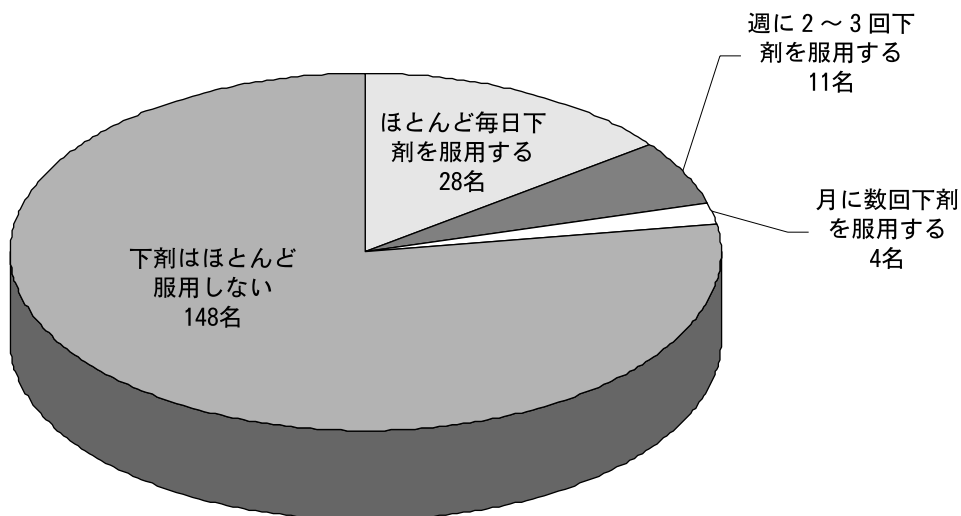


図5 「便秘はない」と答えた191名について
「便秘はない」と答えながらも43名は、しっかり下剤を服用している。
すなわち主観的に便秘と自覚している患者は250名であるが、下剤の常用者43名を合わせると293/441=66.4%になる。

表2 アンケート結果のまとめ (N=441)

- 便秘と評価できる透析患者は 293/441=66.4% であった.
- 下剤は 238/441=54.0% が常用している.
- 肉眼的血便は, 21/441=4.8% に認められた.
- 痔の薬を使用している患者は 52/441=11.8% であった.

表3 維持透析患者の外科手術
(シャント関連手術・整形外科手術はのぞく)

	透析患者 外科手術	消化器 手術	胃 癌	大腸癌
全身麻酔	294	214	48	44
腰椎麻酔	59	38	0	2
局所麻酔	36	0	0	0
計	389	252	48	46



腹部 X 線写真



腹部 CT

図6 入院時画像所見

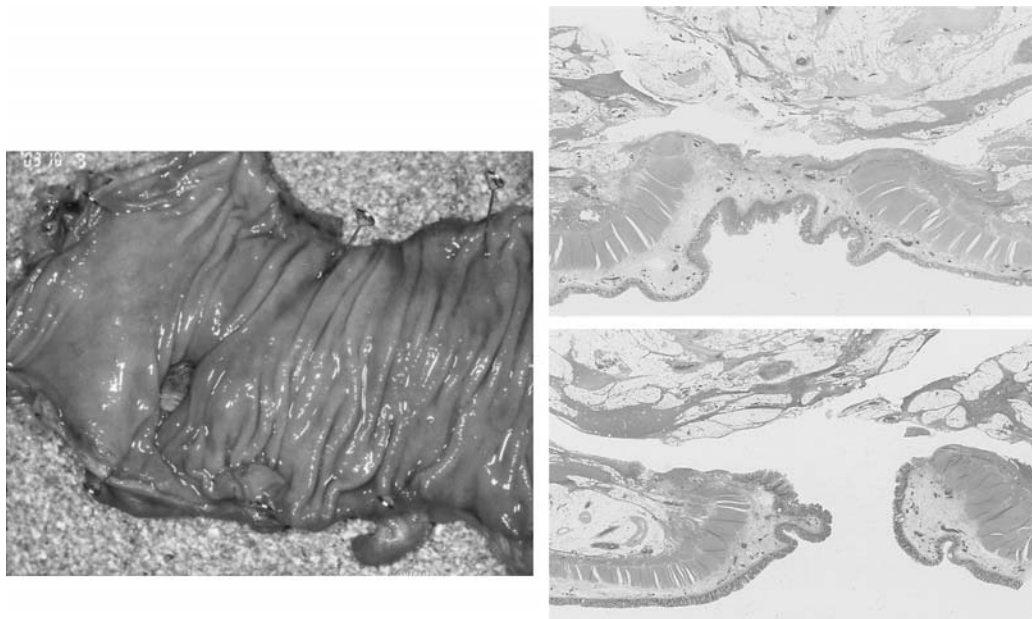
1) 症例 1

症例は 74 歳男性. 原疾患は腎硬化症, 透析歴 13 年 8 カ月. 閉塞性動脈硬化症にて右総腸骨動脈・右外腸骨動脈にステント留置の既往がある.

2003 年 10 月 9 日, 突然の下腹部痛で来院. 腹部所見は, 腹壁板状硬, Blumberg's sign 陽性であった. 血液所見は WBC 1,800/mm³ (Neut. 66.9, Lymph. 27.0), Ht 35.4%, Plt 11.8×10⁴/mm³, Tbil 0.5 mg/dl, AST 13 IU/l, ALT 7 IU/l, LDH 153 IU/l, Alp 137 IU/l, Na 146 mEq/l, K 4.5 mEq/l, Amy 511 IU/l, CPK 205 IU/l, CRP 5.11 mg/dl であった. 入院時画

像所見を図 6 に示した. free air は認められなかったが, 腹部所見より消化管穿孔による汎発性腹膜炎と判断し緊急手術を行った. 開腹時所見は, 直腸に 1 cm の穿孔を認める汎発性腹膜炎であった. Hartmann の術式に従い直腸切除および人工肛門造設術を施行した. 標本の写真およびミクロの写真を図 7 に示した.

本症例は術後 4 回にわたり創離開を繰り返し, 腹帯を利用して創部の減圧を行うことで術後 93 病日で退院となった. 術後経過および離開創の治療経過を図 8, 図 9 に示した.



直腸穿孔汎発性腹膜炎
直腸切除，人工肛門造設術施行

固有筋層の断裂部に一致して粘膜下層に上皮成分を認め，憩室炎からの穿孔と診断

図7 手術（平成15年10月9日）

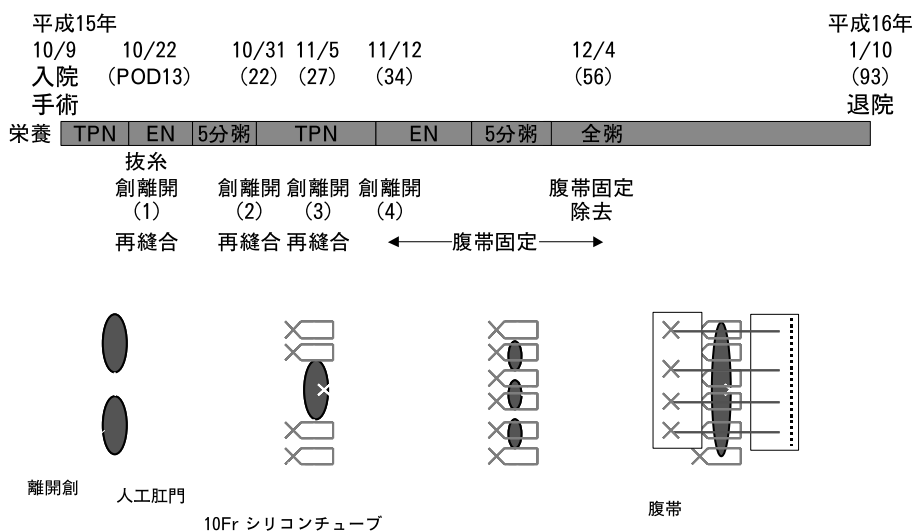


図8 術後経過

TPN: total parenteral nutrition EN: enteral nutrition

2) 症例 2

症例は 58 歳女性。主訴は直腸出血によるショック状態。原疾患は糖尿病性腎症で透析歴は 2 年 6 か月。

2005 年 7 月 20 日，他院入院中に大量の下血（約 600 ml）がありショック状態となった。当院を紹介され救急車にて搬送入院となった。併存病変として肝硬変を認めた。

入院時検査所見では，Hb 3.4g/dl，Ht 10.7%，RBC $89 \times 10^4/mm^3$ ，WBC $5,600/mm^3$ ，Plt $7.5 \times 10^4/mm^3$ ，

GOT 313 IU/l，GPT 372 IU/l なるも息子さんがエホバの証人であるという理由で輸血拒否。開肛器を用いて 11 時方向，肛門縁より 8 cm にある潰瘍の露出血管を Z 縫合にて止血した。アルブミン製剤で急場をしのぐも 7 月 23 日，同部位より再出血し入院時と同様の処置が必要であった。その後時間をかけて輸血の必要性を話し，納得していただいた上で輸血を施行した。中心静脈栄養，メシル酸ナファモスタットによる透析等を施行し第 38 病日で退院となった。

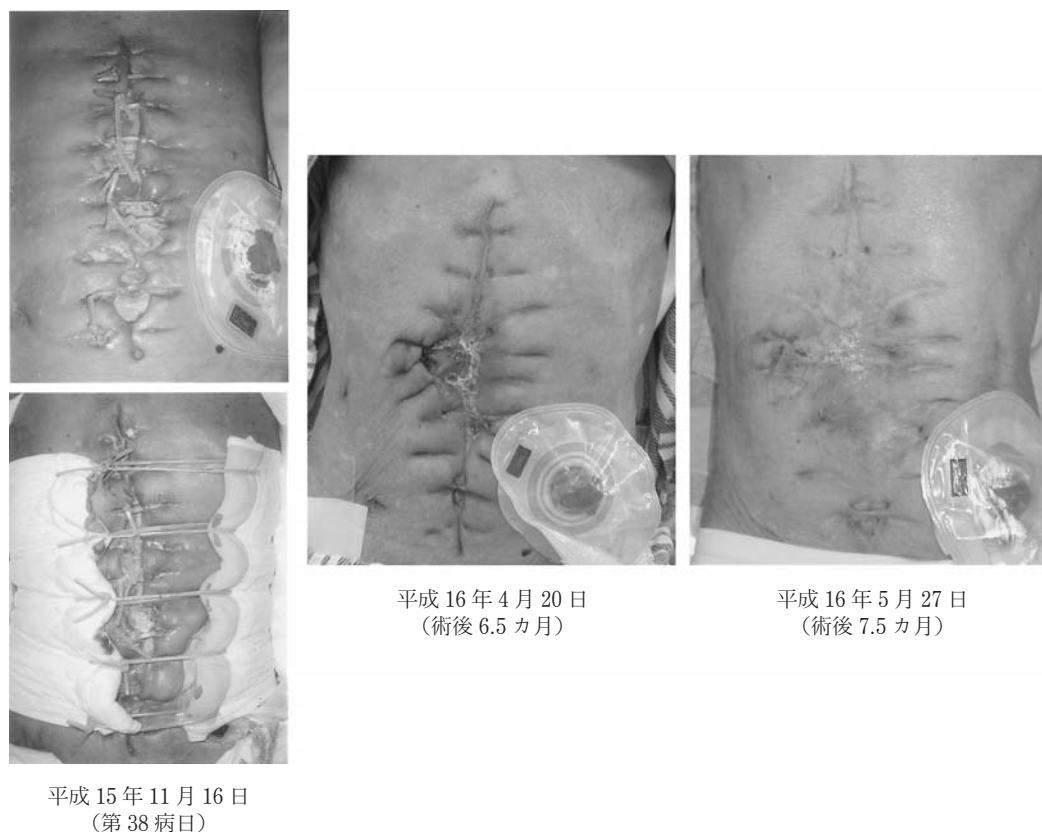


図9 離開創の治癒経過

3 考 察

維持透析患者は便秘症を呈することが多いといわれている。大平ら¹⁾は 370 人中 158 人 (42.7%) が下剤をほぼ常用していると報告している。西谷ら²⁾は 349 人中 156 人 (44.7%) であるとしている。われわれの調査では、441 人中 293 人 (66.4%) が便秘であると評価した。

維持透析患者の便秘は、水分制限やカリウム制限に貧血・血圧低下・脱水・溢水・運動不足・腸管へのアミロイド沈着等が加わり生じていると考えられる。特に糖尿病性腎症の患者では腸管の虚血も加わるためさらに便秘になりやすいと考えられる。便秘は、腸内細菌の異常発酵をきたし下腹部の不快感や腹満の原因となり、時に糞便性潰瘍・出血・穿孔に至ることも稀ではない。また便秘は、腸管内圧を上昇させ憩室症の原因ともなる。維持透析患者に対する便秘対策はきわめて重要な課題であろう。痔疾患に関しては、林田³⁾の報告よりもかなり低い割合となった。

当院で施行した維持透析患者消化器外科手術 252 例中 42 例が直腸・肛門疾患に対する手術で、憩室炎に

対する手術 2 例と合わせると消化器外科手術の 17.5% を占めた。症例 1 は維持透析患者の緊急手術の典型例である。本症例の腹部症状は、汎発性腹膜炎によるものであったが、白血球数は 1,800 と低く、汎発性腹膜炎を疑いにくいデータである。維持透析患者や高齢者では汎発性腹膜炎としての症状が乏しいことや、白血球数の上昇が見られないことがある⁴⁾。また術後に創離開を繰り返したことは、栄養状態の低下・創縁の血流不全・創縁への過度の緊張・感染が原因として考えられる。術後管理においては、アミノ酸代謝異常や耐糖能低下に配慮しつつ十分なカロリーを投与する必要がある⁵⁾。

症例 2 は、便秘・肝硬変のある維持透析患者の直腸出血であったが、輸血拒否が治療の障害となった例である。大量のエリスロポエチン使用・中心静脈栄養・メシル酸ナファモスタットの使用だけでは退院に至らなかったと考えられる。

結 語

維持透析患者は便秘症を呈することが多く、直腸・肛門疾患・憩室炎、さらには虚血性腸炎のハイリスク

グループとなっている。透析患者の待機手術において周術期管理は確立されたかのように思えるが、ひとたび合併症を起こすと回復は困難を極める。その周術期管理には細心の注意が必要である。

謝 辞

今回のアンケート調査に際しご協力戴いたほり内科の堀潤朗先生，鎌取内科の山崎泰明先生，前田病院の前田伸樹先生およびスタッフの皆様方に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 大平整爾，阿部憲司：下部消化管病変—診断と治療—。臨床透析，12；69-78，1996.
- 2) 西谷 博，金 昌雄，山川 眞：下部消化管病変。日本臨床，50；733-737，1992.
- 3) 林田紀和：痔疾患。臨床透析，12；97-103，1996.
- 4) 室谷典義，村岡 実，伊藤 靖，他：術後管理に難渋した，透析歴27年4ヶ月の大腸穿孔汎発性腹膜炎の1例。腎と透析，50(腎不全外科2001)；60-62，2001.
- 5) 佐藤純彦，室谷典義，堀 誠司，他：創開放にて治癒せしめた直腸穿孔汎発性腹膜炎の1透析例。腎と透析，59(腎不全外科2005)；88-90，2005.