

食餌性イレウスの 2 例

雑誌名	三重医学
巻	53
号	1-4
ページ	11-14
発行年	2010-03-04
その他のタイトル	Two Cases of Food- Induced Small Bowel Obstruction
URL	http://hdl.handle.net/10076/11348

食餌性イレウスの 2 例

坪内 優宜, 浦田 久志, 寺邊 政宏, 竹内 謙二

名張市立病院外科

Two Cases of Food- Induced Small Bowel Obstruction

Masayoshi TSUBOUCHI, Hisashi URATA, Masahiro TERABE, Kenji TAKEUCHI

Department of Surgery, Nabari Municipal Hospital

要 旨

症例 1 は 56 歳男性。腹痛を主訴に当院を受診した。癒着性イレウスと診断し、手術を施行した。トライツ靭帯から 70~120 cm 肛門側の小腸の拡張、浮腫が強く、多量の腸内容物を触知した。腸内容物は未消化の昆布であった。腸内容物を除去後、小腸部分切除術を施行した。症例 2 は 49 歳男性。腹痛を主訴に当科を受診した。食餌性イレウスと診断し、ロングチューブを挿入し経過観察したが、時間の経過とともに腹膜刺激症状が出現した。絞扼性イレウスの可能性も否定できず、緊急手術を施行した。回腸末端から 80 cm 口側の小腸で停滞している腸内容物を触知した。用手的に大腸、肛門外へと誘導した。食餌性イレウスの診断は困難で、絞扼性イレウスとして緊急手術がされている例も多い。イレウス症例において、CT で気泡を含んだ塊状物を認めた場合は食餌性イレウスを念頭に置き、詳細な食餌内容や食餌習慣の問診が重要であると考えた。

索引用語：食餌性イレウス

Key Words: food-induced small bowel obstruction

緒 言

食餌性イレウスは食物が原因で引き起こされるイレウスである。イレウス全体の 0.3~3%とされ、比較的稀な疾患である。今回、われわれは食餌性イレウスの 2 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1 : 56 歳, 男性

主訴 : 腹痛

家族歴 : 特記事項なし

既往歴 : 6 ヶ月時に腸重積で開腹手術, 28 歳時にイレウスで開腹手術。

現病歴 : 入院前日に腹痛が出現し, 翌日に腹痛, 腹部膨満が強くなったため, 当院内科を受診し, イレウスの診断で入院となった。入院翌日に外科へ紹介となった。

入院時現症 : 体温 37.0 , 血圧 152/98 mmHg, 脈拍 82 回/分, 整。貧血, 黄疸はなく, 心肺に

異常を認めず。腹部は膨満, 軟で下腹部に圧痛を認めた。

血液検査所見 : BUN 22.0 mg/dl と軽度上昇していた。

腹部 X 線所見 : 小腸に拡張, 塊状の腸内容物を認めた (図 1)。

腹部 CT 所見 : 下腹部の小腸に拡張, 塊状の腸内容物を認めた (図 2)。

以上より開腹手術の既往歴があることから癒着性イレウスと診断した。塊状の腸内容物のため, 保存的治療での改善は期待できないと判断し, 手術を施行した。

手術所見 : 小腸と腹壁, 骨盤腔との癒着があり, 剥離した。この癒着はイレウスの直接の原因ではなかった。トライツ靭帯から 70~120 cm 肛門側の小腸の拡張, 浮腫が強く, 多量の腸内容物を触知した (図 3)。小腸を切開したところ, 腸内容物は未消化の昆布だった (図 4)。腸内容物を除去後, 小腸部分切除術を施行した (図 5)。

術後経過 : 術後経過は良好で術後 30 日目に退



図1 症例1 腹部 X 線：小腸に拡張，塊状の腸内容物を認めた。

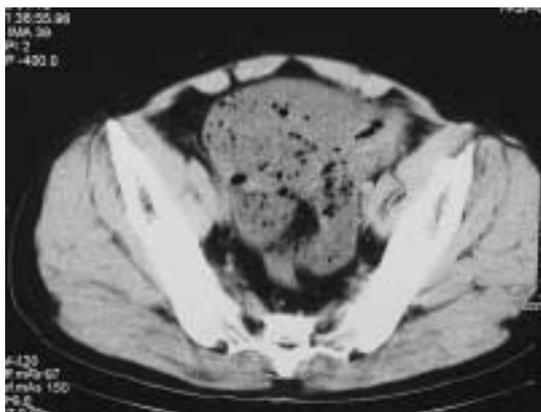


図2 症例1 腹部 CT：下腹部の小腸に拡張，塊状の腸内容物を認めた。



図3 症例1 手術所見：トライツ靭帯から70～120 cm 肛門側の小腸が高度に拡張，浮腫して，多量の腸内容物を触知した。

院した。

症例2：49歳，男性

主訴：腹痛

家族歴：特記事項なし

既往歴：25歳時に胃十二指腸潰瘍で幽門側胃切除術。

現病歴：入院前日に下腹部痛が出現し，翌日当科を受診した。

入院時現症：体温 36.3 ， 血圧 146/90 mmHg， 脈拍 54 回 / 分， 整。 貧血， 黄疸はなし。 腹部は膨満， 軟で下腹部に圧痛， 反跳痛を認めた。

血液検査所見：白血球 8670/ μ l と軽度の炎症所見を認めた。

腹部 X 線所見：小腸ガスを多く認めた (図6)。

腹部 CT 所見：腹水と小腸に拡張，塊状の腸内容物を認めた (図7)。

以上より前回の経験から食餌性イレウスと診断した。ロングチューブを挿入し経過観察したが，時間の経過とともに腹膜刺激症状が出現した。腹部 CT 上腹水を認めたことから，絞扼性イレウスの可能性も否定できず，緊急手術を施行した。

手術所見：約 800 ml の漿液性腹水があり，癒着は認めなかった。回腸末端から 80 cm 口側の



図4 症例1 腸内容物は未消化の昆布だった。



図5 症例1 切除標本：小腸部分切除術を施行した。



図6 症例2 腹部X線：小腸ガスを多く認めた。

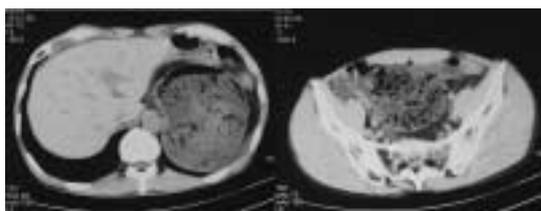


図7 症例2 腹部CT：腹水と小腸に拡張，塊状の腸内容物を認めた。

小腸に軽度浮腫があり，そこで停滞している腸内容物を触知した（図8）．用手的に腸内容物を大腸へ誘導した．大腸が拡張したため，腸内容物をさらに肛門外へと誘導した．腸内容物は未消化の野菜，ひじきなどの食物だった（図9）．

術後経過：術後経過は良好で術後15日目に退院した．

考 察

食餌性イレウスはイレウス全体の0.3~3%と比較的稀といわれている^{1) 2) 3)}．誘因となる食物は様々で，以前は柿胃石が多く，次いで昆布，わかめであったが，最近はこんにゃく，しらたきが多く，次いで昆布，わかめ，椎茸，餅，柿などが報告されている⁴⁾．

発生原因は多くの場合，腸管に器質的变化が存在するといわれている．器質的变化として開腹手術の既往があるものが多い．手術内容としては胃



図8 症例2 手術所見：回腸末端から80 cm 口側の小腸に軽度浮腫があり，そこで停滞している腸内容物を触知した．

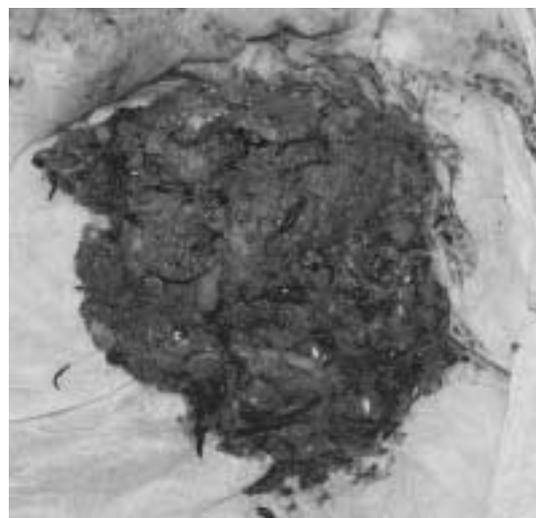


図9 症例2 腸内容物は未消化の食物だった．

切除術が多く，木下ら²⁾は14例中9例（64.3%）に胃切除術の既往があったと報告している．消化不良の食物が大きいまま胃を通過するためと考えられる．その中でも再建方法がBillroth法の症例に多く，吻合口が大きく，大きな食物が通過しやすいからと考えられている^{2) 5) 6)}．一方，器質的变化が存在しなくても，咀嚼，消化困難な食餌，水分により膨張する食餌，腸管麻痺作用のある食餌，歯牙欠損，早食い，丸呑みなどが発生原因として挙げられる^{1) 7)}．

食餌性イレウスの腸管閉塞部位は下部小腸が多く，特に回腸末端部とその100 cm 以内の回腸での発生が61~82%を占める^{2) 7)}．その理由として，回腸は空腸より口径が小さいこと，回腸末端部は可動性が小さく，腸管蠕動が弱く，回盲弁による食餌の停滞があるといった解剖学的条件が影響す

るためと考えられている¹⁾。症例1では閉塞部位は空腸であったが、これは小腸と腹壁、骨盤腔との癒着が誘因になったと考える。

画像診断ではCT検査が有用であり、多くの気泡を含んだ塊状物として描出されることがある^{4) 8) 9)}。川野ら⁹⁾は食餌性イレウスの典型的なCT像として bubbly mass and impaction を報告している。本症例では2例ともCT上気泡を含んだ塊状の腸内容物を認め、典型的なCT所見であったと思われる。

術前正診率は13%と低く⁷⁾、絞扼性イレウスとして緊急手術がなされている例も多い^{10) 11)}。これは術前の診断が難しいことや症状経過が急激な例が多いことなどが原因と考えられる。

症例1では開腹手術の既往歴があることから癒着性イレウスと診断した。この経験から症例2では食餌性イレウスと診断したが、腹水、腹膜刺激症状を認め、絞扼性イレウスの可能性も否定できなかった。

治療については、ほとんどの症例では保存的治療で改善する例は少なく、外科的治療が必要である。術式は、内容物に可動性がある場合は用手的に大腸まで誘導する方法や内容物が硬く大きく、可動性にかける場合は腸切開、腸切除を行い、腸管が血流不全に陥った場合は腸切除が選択される。本症例でも2例とも手術を行った。症例1では腸内容物が大きく多量であったため、大腸への誘導は不可能で、小腸を切開し腸内容物を除去した。小腸の浮腫が強かったため、縫合不全のリスクを考え、切開部をそのまま縫合閉鎖せずに小腸部分切除を行った。症例2では腸内容物が軟らかく可動性があったので、大腸へ誘導することができた。

症例1では術後問診をしたところ、入院2日前に大量の昆布を食べたことが分かった。大量の昆布が水分で膨化し、それに癒着が伴って発症したと考えた。症例2では術前の問診で早食いの習慣があることが分かりました。幽門側胃切除術の既往があり、早食いのため未消化の食物が一挙に小腸に流入したことが原因と考えた。CTで食餌性イレウスを疑った場合、詳細な食餌内容や食餌習慣の問診が重要であると考えた。

文 献

1) 小金沢滋：本邦における食餌によるイレウスにつ

- いて。日臨外会誌 29：61-70 (1968)
- 2) 木下平, 山口晃弘, 磯谷正敏, 桜井恒久, 近藤哲, 堀明洋, 安井章弘, 広瀬省吾, 山田育男, 蜂須賀喜多男：当院における食餌性イレウス14例の検討。臨外 37：271-275 (1982)
- 3) 山崎良定, 山岡啓信, 西川宏信, 高田昌彦, 中島幸一：餅による食餌性イレウスの2例。日臨外会誌 65：2362-2367 (2004)
- 4) 沼謙司, 石橋治昭：食餌性イレウスの1例。診断と治療 94：161-164 (2006)
- 5) 坂井直司, 田中千凱, 伊藤隆夫, 松村幸次郎, 竹腰知治, 大下裕夫, 野々村修, 加藤元久：胃切除後に発症した食餌性イレウスの3例。消外 9：635-640 (1986)
- 6) 田中千凱, 大下裕夫, 深田代造：食餌性イレウス症例の検討。腹部救急診療の進歩 11：931-934 (1991)
- 7) 白井量久, 服部龍夫, 小林陽一郎, 宮田完志, 深田伸二, 湯浅典博, 久留宮康浩, 江畑智希, 高見澤潤一：食餌性イレウスの2例 - 本邦報告55例の考察 - 。日腹部救急医学会誌 19：901-904 (1999)
- 8) 北村好史, 横尾直樹, 北角泰人, 吉田隆浩, 前田敏樹, 安田勝太郎：食餌性イレウスの3例。外科 69：850-854 (2007)
- 9) 川野洋治, 南和徳, 福田俊夫, 前田潤平, 小原則博, 井上啓爾：食餌性イレウス5例のCT像 Bubbly mass and impaction。臨放 51：1081-1088 (2006)
- 10) 水沼和之, 中塚博文, 藤高嗣生, 中島真太郎：絞扼性イレウスとの鑑別が困難であった食餌性イレウスの1例。手術 60：677-680 (2006)
- 11) 今村鉄男, 剣持邦彦, 濱田茂, 宗宏伸, 佐藤英博, 下河辺智久：絞扼性イレウスを疑った昆布による食餌性イレウスの1例。日臨外会誌 68：2508-2511 (2007)