

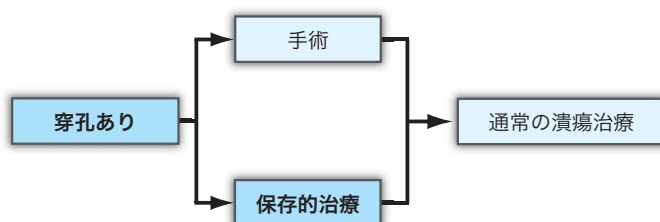
6. 穿孔・狭窄に対する内科的治療

【穿孔】

ガイドラインによる診療指針

- ①程度の軽い限局性腹膜炎が内科的治療の適応となりうる。具体的な判断基準としては、① 24 時間以内の発症、②重篤な合併症がなく全身状態が安定、③腹膜刺激症状が上腹部に限局、④腹水貯留が少量の場合などがあげられる（**グレード C1**，コンセンサス）。ただし、70 歳を超える高齢者では外科治療が優先される（**グレード B**，**レベルⅢ**）。
- ②絶飲食，補液，経鼻胃管留置，抗菌薬および H₂RA または PPI の経静脈投与が行われる（**グレード B**，コンセンサス）。
- ③外科的治療のタイミングは、24 時間を経過しても臨床所見や画像所見が改善しない場合である（**グレード B**，コンセンサス）。

フローチャート



クリニカルクエスション

- CQ6-01** 穿孔に対する内科的治療の適応は？
- CQ6-02** 穿孔に対する内科的治療はどのように行うべきか？
- CQ6-03** 穿孔に対する内科的治療から外科的治療に変更するタイミングは？

ステートメント

ステートメント	グレード	エビデンスレベル		保険適用
		海外	日本	
CQ6-01 穿孔に対する内科的治療の適応は？				
程度の軽い限局性腹膜炎が内科的治療の適応となりうる。具体的な判断基準としては、24時間以内の発症、空腹時の発症、重篤な合併症がなく全身状態が安定、腹膜刺激症状が上腹部に限局、腹水貯留が少量の場合などである。	C1	なし	V	可
70歳を超える高齢者では外科治療が優先される。	B	Ⅲ	V	可
CQ6-02 穿孔に対する内科的治療はどのように行うべきか？				
絶飲食、補液、経鼻胃管留置、抗菌薬およびH ₂ RAまたはPPIの経静脈投与が行われる。	B	なし	V	可
CQ6-03 穿孔に対する内科的治療から外科的治療に変更するタイミングは？				
外科的治療のタイミングは、24時間を経過しても臨床所見・画像所見が改善しない場合である。	B	なし	V	可

ステートメントの根拠

『穿孔に対する内科的治療』の定まった検索式により導かれた文献は915件あった。そのうち検討内容に則した検討は23文献に見出され、本ガイドライン作成のために採用した。RCTは1文献のみで¹⁾、他は全てレベルVの文献であった²⁻²³⁾。

穿孔に対する内科的治療に関する論文はほとんどレベルVであった。そのため、クリニカルクエスチョンに対するステートメントの根拠はコンセンサスレベルとなった。

内科的治療の適応について根拠となった文献^{1,2-9,11-23)}の、それぞれの適応基準に基づく内科的治療の完遂率は平均約85% (73~97%) でおおむね良好な成績であった。これらの文献の適応基準は、重篤な合併症を有さない程度の軽い限局性腹膜炎と要約できる。RCTが

6 穿孔・狭窄に対する内科的治療

行われていた1論文は、内科的治療は死亡率・合併症とも外科治療と同等であったが、内科的治療を受けた70歳を超える患者9例中6例が外科治療に移行したのに対し、70歳以下の31例では外科移行が5例と有意に少なかった。それゆえ、70歳以下の患者では保存的治療による注意深い観察は安全であると結論している¹⁾。

内科的治療はほとんどの論文で絶飲食、補液、経鼻胃管留置、抗菌薬および酸分泌抑制薬(H₂RA または PPI の経静脈投与)が行われていた^{1,3,4,6-8,10,14-16,20,22)}。

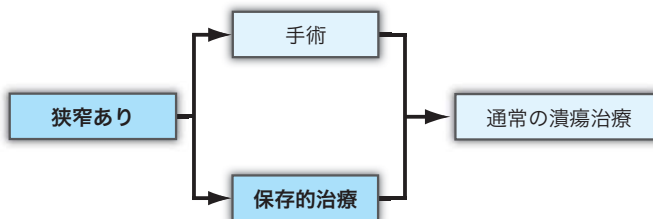
外科的治療に変更するタイミングは24時経過しても臨床所見や画像所見が改善しない場合であった^{1,3,6,8,12,19,20,22,23)}。

【狭 窄】

ガイドラインによる診療指針

- ①通過障害による症状（嘔吐，体重減少，内視鏡の通過が不能など）が認められる場合に内科的治療が行われる（グレードC1，コンセンサス）。
- ②幽門部の狭窄がほとんどで，内視鏡下のバルーン拡張術を行う（グレードC1，コンセンサス）。

フローチャート



クリニカルクエスチョン

- CQ6-04** 狭窄に対する内科的治療の適応は？
- CQ6-05** 狭窄に対してどのような治療を選択すべきか？

ステートメント

ステートメント	グレード	エビデンスレベル		保険適用
		海外	日本	
CQ6-04 狭窄に対する内科的治療の適応は？				
通過障害による症状（嘔吐，体重減少，内視鏡の通過が不能など）が認められる場合に内科的治療が行われる。	C1	V	V	可
CQ6-05 狭窄に対してどのような治療を選択すべきか？				
消化性潰瘍による狭窄に対して，内視鏡下のバルーン拡張術を行う。	C1	V	V	可

ステートメントの根拠

『狭窄に対する内科的治療』の定まった検索式により導かれた文献は472件あった。そのうち検討内容に則した検討は5文献に見出され、本ガイドライン作成のために採用した。全てレベルVの文献であった²⁴⁻²⁸⁾。そのため、クリニカルクエスチョンに対するステートメントの根拠はコンセンサスレベルとなった。

内科的治療の適応は通過障害による症状、たとえば嘔吐、体重減少、内視鏡の通過不能などが認められる場合であった²⁶⁻²⁸⁾。

内科的治療は消化性潰瘍（胃潰瘍，十二指腸潰瘍）による狭窄はほとんど幽門輪の狭窄であった²⁴⁻²⁸⁾。治療法は1文献がPPIを用いた薬物療法による内科的治療²⁸⁾，他は内視鏡バルーン拡張術であった²⁴⁻²⁷⁾。短期間での奏功率は平均82%（75～100%）と良好であったが²⁴⁻²⁸⁾，長期的（約2年後）の開存率は平均で53%（49～83%）と低下した^{25,27,28)}。

文 献

『穿孔に対する内科的治療』および『狭窄に対する内科的治療』の定まった検索式により導かれた文献はそれぞれ915件、472件あった。そのうち検討内容に則した検討は23文献、5文献に見出され、ガイドライン作成のために採用した。RCTは『穿孔に対する内科的治療』の文献中1件のみで、他は全てレベルVの文献であった。

- 1) Crofts TJ, Park KG, Steele RJ, et al. A randomized trial of nonoperative treatment for perforated peptic ulcer. *N Engl J Med* 1989; **320**: 970-973 (レベルIII)
- 2) 阿部義蔵, 富田涼一, 丹正勝久. 消化性潰瘍穿孔例に対する保存的治療の適応. *日大医誌* 1995; **54**: 633-636 (レベルV)
- 3) 森谷 洋, 西岡孝浩, 大山仁. 十二指腸潰瘍穿孔の治療方針—保存的治療か手術か. *道南医学会誌* 1995; **30**: 180-182 (レベルV)
- 4) 大森浩明, 旭 博史, 井上義博. 保存的治療を中心とした穿孔性十二指腸潰瘍に対する治療指針. *日腹部救急医学会誌* 1996; **16**: 641-648 (レベルV)
- 5) 井戸弘毅, 利光鏡太郎, 木村圭一. 胃十二指腸潰瘍穿孔に対する腹部超音波検査の有用性に関する検討—特に保存的治療の適応所見について. *日腹部救急医学会誌* 1997; **17**: 1053-1059 (レベルV)
- 6) 富家隆樹, 冲永功太, 横島徳行. 穿孔性胃十二指腸潰瘍に対する保存的治療に関する検討. *日外科系連会誌* 1997; **22**: 12-18 (レベルV)
- 7) 林 達彦, 高野征雄. 十二指腸潰瘍穿孔に対する保存療法とその遠隔成績. *日腹部救急医学会誌* 1998; **18**: 1085-1090 (レベルV)
- 8) 城野晃一, 岡内 博, 甲原純二, ほか. 胃十二指腸潰瘍穿孔症例に対する保存的治療の検討. *京都医会誌* 1999; **46**: 123-126 (レベルV)
- 9) 白井善太郎, 紙谷孝則, 川口 寛, ほか. 十二指腸潰瘍穿孔症例の臨床的検討—初期治療方法別の比較検討. *福岡大医紀* 1999; **26**: 231-235 (レベルV)
- 10) 宮原成樹, 村林紘二, 中野英明, ほか. 胃十二指腸潰瘍穿孔例に対する保存的治療法の検討. *三重医* 1999; **43**: 73-78 (レベルV)
- 11) 富田涼一, 藤崎 滋, 池田太郎, ほか. 十二指腸潰瘍穿孔に対する保存的治療の適応基準に関する検討. *日外科系連会誌* 2001; **26**: 1403-1406 (レベルV)
- 12) 伊藤重彦, 木戸川秀生, 鹿島清隆. 消化管穿孔の治療が変わっている—胃・十二指腸穿孔の治療—消化性潰瘍穿孔に対する腹腔鏡下手術と保存療法. *消内視鏡* 2002; **14**: 218-223 (レベルV)
- 13) 井上 暁, 梅北信孝, 宮本幸雄, ほか. 胃, 十二指腸潰瘍穿孔に対する保存的治療法の適応について. *日臨外会誌* 2003; **64**: 2665-2670 (レベルV)
- 14) 小川不二夫, 福島亮治, 稲葉 毅, ほか. 十二指腸潰瘍穿孔例に対する保存的治療の prospective study. *日腹部救急医学会誌* 2003; **23**: 859-864 (レベルV)
- 15) 津村裕昭. 穿孔性十二指腸潰瘍の治療法別成績. *日腹部救急医学会誌* 2003; **23**: 575-580 (レベルV)
- 16) 轟木秀一, 宮下 薫, 藍澤喜久雄, ほか. 胃・十二指腸潰瘍穿孔に対する保存的治療. *日外科系連会誌* 2004; **29**: 18-24 (レベルV)
- 17) 安藤正幸, 青柳治彦, 本山一夫, ほか. 上部消化管潰瘍に対する治療—保存的治療とその限界. *埼玉医会誌* 2005; **40**: 165-168 (レベルV)
- 18) 田村 創, 森本文雄, 島崎淳也, ほか. 上部消化管潰瘍穿孔の保存的治療の検討. *日救急医*

- 会関東誌 2005 ; 26 : 110-111 (レベルV)
- 19) 岩崎晃太, 福島亮治, 稲葉 毅, ほか. 胃・十二指腸潰瘍穿孔に対する治療法の選択—十二指腸潰瘍穿孔に対する保存的治療の検討. 日腹部救急医学会誌 2006 ; 26 : 841-844 (レベルV)
 - 20) 須納瀬豊, 小川哲史, 安東立正, ほか. 胃・十二指腸潰瘍穿孔に対する治療法の選択—胃十二指腸潰瘍穿孔に対する保存的治療法についての検討. 日腹部救急医学会誌 2006 ; 26 : 835-840 (レベルV)
 - 21) 渡邊泰治, 嶋田 仁, 片山真史, ほか. 腹部救急医療におけるリスクマネージメント—胃十二指腸潰瘍穿孔に対する診断と治療—リスクマネージメントの観点から. 日腹部救急医学会誌 2006 ; 26 : 725-729 (レベルV)
 - 22) 永野元章, 島山俊夫, 高橋伸育, ほか. 十二指腸潰瘍穿孔に対する保存的治療法の適応基準と有用性. 日消外会誌 2006 ; 39 : 643-648 (レベルV)
 - 23) 木戸川秀生, 伊藤重彦, 山吉隆友, ほか. 胃穿孔症例に対する治療方針の検討. 日臨外会誌 2007 ; 68 : 1057-1063
 - 24) 岡村治明, 渡辺寿和, 都築秀至. 消化性潰瘍による幽門狭窄に対する内視鏡的拡張術. 日大医誌 1996 ; 55 : 399-403 (レベルV)
 - 25) Misra SP, Dwivedi M. Long-term follow-up of patients undergoing balloon dilation for benign pyloric stenoses. Endoscopy 1996 ; 28 : 552-554 (レベルV)
 - 26) 立花美樹, 桑山 肇. 十二指腸・小腸の内視鏡治療は, いま—十二指腸潰瘍狭窄例に対する内視鏡的バルーン拡張術. 消内視鏡 1998 ; 10 : 1191-1193 (レベルV)
 - 27) Lam YH, Lau JY, Fung TM, et al. Endoscopic balloon dilation for benign gastric outlet obstruction with or without *Helicobacter pylori* infection. Gastrointest Endosc 2004 ; 60 : 229-233 (レベルV)
 - 28) Shabbir J, Durrani S, Ridgway PF, et al. Proton pump inhibition is a feasible primary alternative to surgery and balloon dilatation in adult peptic pyloric stenosis (APS) : report of six consecutive cases. Ann R Coll Surg Engl 2006 ; 88 : 174-175 (レベルV)