

吐血を主訴に来院した症例

【症例】

70歳代 男性

【主訴】

吐血

【現病歴】

既往に糖尿病がある、ADLが自立した70歳代、男性。

入院3週間前より嘔気が出現したが、他症状はなく自宅で様子を見ていた。

食事は食べやすい粥などを食べて、水分は摂取できていた。

入院1週間前より暗赤色便が出現した。

入院当日、嘔吐、吐血を認め、救急外来を受診した。

【既往歴/併存疾患】

2型糖尿病

高尿酸血症

白内障

【内服歴】

アログリプチン 25 mg 1錠 朝食後

フェブキシソスタット 10 mg 1錠 朝食後

【アレルギー】

既知のものはなし

【生活歴】

飲酒：機会飲酒

喫煙：20～60歳 40～60本/日

身長：165cm 体重：52kg （標準体重：59.9kg）

最終食事：前日夕に梅干し入りの粥、シフォンケーキ1切れ

ADL：full

家族歴：特記事項なし

かかりつけ：近医クリニック

当院受診歴：最終7年前で情報なし

【ROS】

陽性所見	陰性所見
倦怠感	発熱
食欲不振	黄疸
吐血	腹痛
暗赤色便	呼吸困難
暗赤色尿	胸痛
嘔気	チアノーゼ

【入院時現症】

意識レベル

GCS：15点（E4V5M6）、JCS：I-1（ややぼーっとしている）

バイタルサイン

体温：36.5 度 血圧：99 / 68 mmHg

脈拍：112 回/分 SpO₂：97 %（RA）

【鑑別疾患】

(Active Problem)

- # 吐血
- # 下血
- # 腹痛
- # 食欲不振

(鑑別疾患)

- # 上部消化管出血、出血性潰瘍
- # 食道静脈瘤
- # 胃癌
- # 食道癌
- # 憩室出血
- # 虚血性腸炎
- # 大腸癌

【身体所見】

- ・ 頭頸部：眼瞼結膜軽度蒼白あり、眼球結膜黄染なし
- ・ 胸部：呼吸音清、肺雑音なし、心音清、心雑音なし
- ・ 腹部：平坦やや堅、腹部全体に軽度圧痛あり
腸蠕動音の亢進減弱なし
- ・ 背部：CVA叩打痛なし
- ・ 四肢：冷汗あり、冷感あり、チアノーゼなし
- ・ 直腸診：暗赤色便ごく少量付着
腫瘤を疑うような硬結は触れず

【血液検査】

血球

WBC	8700 / μ L
RBC	383×10^4 / μ L
PLT	20.5×10^4 / μ L
Hb	11.5 g/dl
MCV	94.4 FL

腎機能

BUN	42 mg/dL
Cr	1.15 mg/dL
eGFR	35.9 mL/min/1.73m ²

電解質

Na	140 mEq/L
K	4.9 mEq/L
Cl	104 mEq/L
Ca	8.8 mEq/L

凝固・糖

BS	163 mg/dL
HbA1c	6.9 %
PT %	59.1 %
PT	16.7 秒

肝・胆道系

AST	143 IU/L
ALT	75 IU/L
LDH	571 IU/L
ALP	241 IU/L
γ GTP	280 IU/L
T-Bill	0.87 mg/dL
D-Bill	0.33 mg/dL
Alb	3.5 g/dL

腫瘍マーカー

CEA	1.9 ng/mL
AFP	>20000 ng/mL

【検査】

< 胸部Xp検査 >

< 読影 >

- 肺野透過性低下なし
- CTR 42%
- CP angle sharp/sharp

【検査】

< 来院時CT検査 >

< 読影 >

- ・ 肝臓の辺縁の鈍化
- ・ 腹水貯留
- ・ 肝細胞癌疑い

【検査】

<入院時GF検査>

<所見>

- ・食道：血液付着なし
- ・胃：黒色コアグラ多量で
出血源同定できず
- ・十二指腸：コアグラ付着
- ・ミダゾラム4mgで
咳嗽持続し、胃内観察不良

【プロブレムリスト】

1 食道静脈瘤破裂

2 肝硬変、肝細胞癌

3 糖尿病

1 食道静脈瘤破裂

2 肝硬変、肝臓癌

< 入院翌日GF検査 >



< 所見 >

- ・ 食道：血液付着なし
F2RC+で1ヶ所EVL施行
- ・ 胃：胃液清明
- ・ 十二指腸：血液付着なし
- ・ 明らかな出血源同定できず
- ・ ミダゾラム2mg、プロポ
フォール30mgで鎮静良好

< 第3病日造影CT検査 >



< 読影 >

- 肝細胞癌
(S4 2cm、S2 1cm、
Vp2：門脈第2分岐まで侵襲)
- 門脈腫瘍栓疑い

➡腫瘍マーカー

AFP >20000 ng/mL

第1病日：GF施行

第2病日：GFでEVL（内視鏡的静脈瘤結紮術）施行

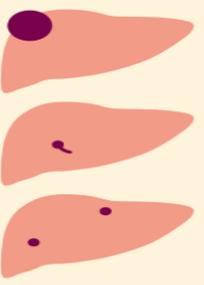
外科コンサルト：切除適応なし

第4病日：食事開始

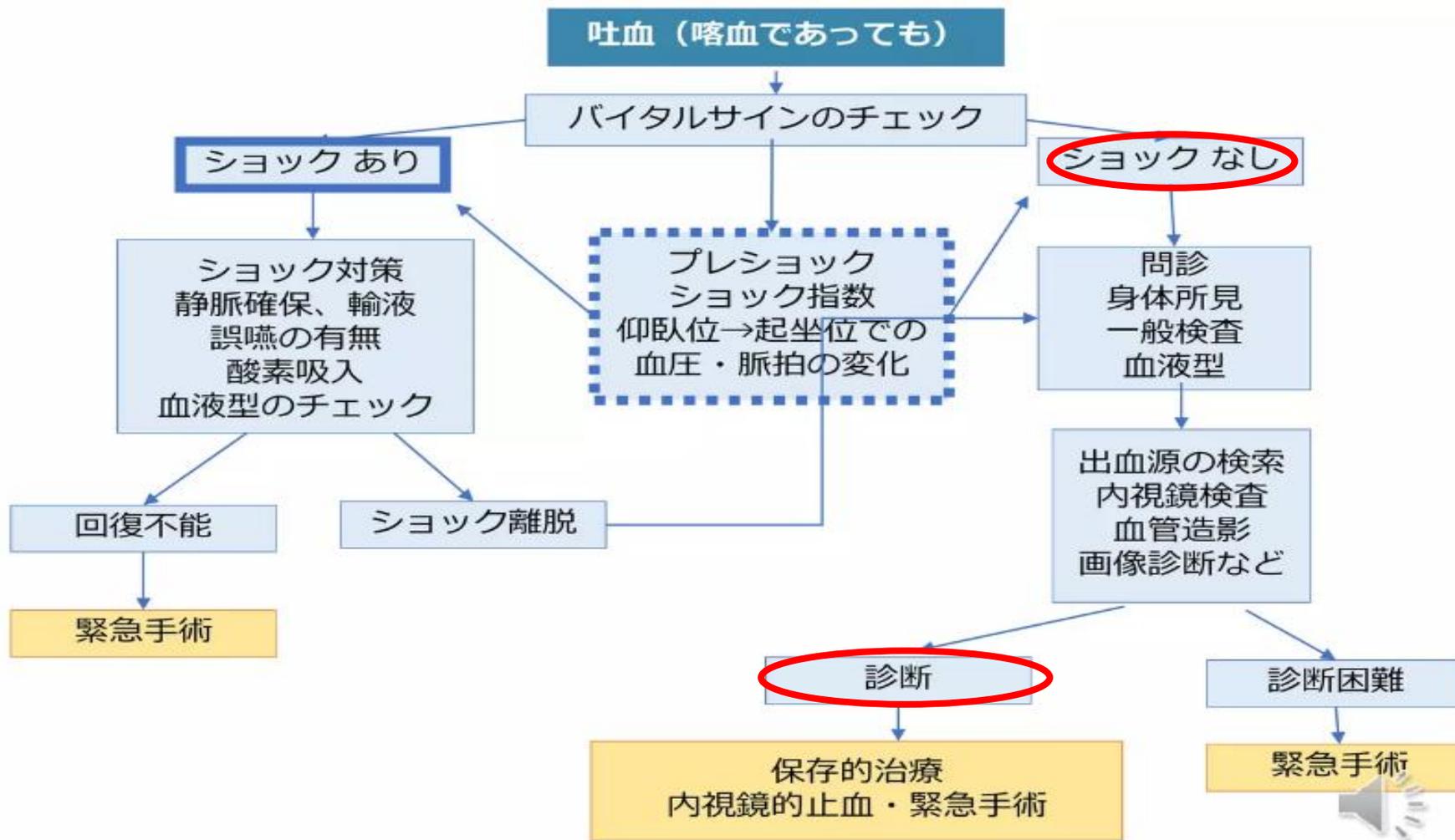
第5病日：本人、妻、長女へ告知・余命宣告（肝細胞癌：stage IV）

第9病日：本人、家族は自宅への退院を強く希望し、

自宅療養のため退院、訪問診療を導入

	T1	T2	T3	T4
①腫瘍个数 1つ ②腫瘍径 2cm以下 ③脈管(門脈、肝静脈、肝内胆管)に侵襲なし	①②③ すべて合致 	2項目合致 	1項目合致 	すべて合致せず 
リンパ節転移・遠隔転移なし	I期	II期	III期	IVA期
リンパ節転移あり・遠隔転移なし	IVA期			
遠隔転移あり	IVB期			

吐血のフローチャート



【考察】

吐血：嘔吐物に肉眼的血液が混在している病態
トライツ靱帯より口腔側からの出血

<鑑別>

食道：③食道静脈瘤破裂、逆流性食道炎、食道潰瘍、悪性腫瘍
胸部大動脈破裂、特発性食道破裂など

胃十二指腸：①消化性潰瘍、②急性胃粘膜病変
胃静脈瘤破裂、悪性腫瘍など

その他：消化管隣接臓器からの出血（肝癌、胆管炎、膵癌、膵炎）
白血病、悪性リンパ腫など

消化管出血スコア

表2 Glasgow-Blatchford score (GBS)

		評価	点数
収縮期血圧 (mmHg)		100~109	1
		90~99	2
		<90	3
BUN (mg/dL)		18.2~22.4未満	2
		22.4~28.0未満	3
		28.0~70未満	4
		70~	6
Hb (g/dL)	男	12~13未満	1
		10~12未満	3
		<10	6
	女	10~12未満	1
		<10	6
その他		脈拍数100回/分以上	1
		黒色便	1
		失神	2
		肝不全	2
		心不全	2

文献2より引用.

・輸血や出血管理のための内視鏡的介入、再出血または死亡リスクを予測する

・内視鏡所見を含まず、バイタルサイン、採血、問診、既往歴のみでスコアリングできるため初療時点の簡便なリスク評価ができる

>1で低リスク
(緊急内視鏡を行わずに外来診療が可能)

患者は13点と高得点

ショック指数 (Shock Index:SI)

ショック指数	出血量
1. 0 (軽症)	有効循環血液量の23%(1.0L)
1. 5 (中等度～重症)	有効循環血液量の33%(1.5L)
2. 0 (危篤)	有効循環血液量の43%(2.0L)

ショック指数 (脈拍数/収縮期血圧の比)

脈拍数112回/分 血圧99/68
=1.13 であり、軽症～中等度

循環血液量に対する出血量と身体所見

	循環血液量に対する出血量	身体初見、症状
Class I	<15%	軽度の頻脈、血圧変化なし.
Class II	15-30%	頻脈, 頻呼吸, 脈圧狭少化, 軽度の尿量低下, 不安感
Class III	30-40%	明らかな頻脈, 頻呼吸, 収縮期血圧の低下, 精神状態変化
Class IV	40%<	頻呼吸, 著明な収縮期血圧低下, 意識レベル低下

食道静脈瘤

- ・肝臓内とその周囲の血管の血圧が高い状態（門脈圧亢進症）によって引き起こされる。

診断、治療は内視鏡検査で出血を止めるための内視鏡治療を行う
本症例ではEVL（内視鏡的静脈瘤結紮術）を施行
出血予防ではEIS（内視鏡的硬化療法）とEVL治療を行う

肝臓癌

ポイント(Child-Pugh分類)		1点	2点	3点
項目	脳症	ない	軽度	ときどき昏睡
	腹水	ない	少量	中等量
	血清ビリルビン値(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
	血清アルブミン値(g/dl)	3.5超	2.8~3.5	2.8未満
	プロトロンビン活性値(%)	70超	40~70	40未満

➡Child-pugh-score：肝予備能の指標

A：5～6点

B：7～9点

C：10～15点

入院時8点

肝障害度		A	B	C
項目	腹水	ない	治療効果あり	治療効果少ない
	血清ビリルビン(mg/dl)	2.0未満	2.0~3.0	3.0超
	血清アルブミン(g/dl)	3.5超	3.0~3.5	3.0未満
	ICGR15(%)	15未満	15~40	40超
	プロトロンビン活性値(%)	80超	50~80	50未満

➡Liver damage：肝障害度

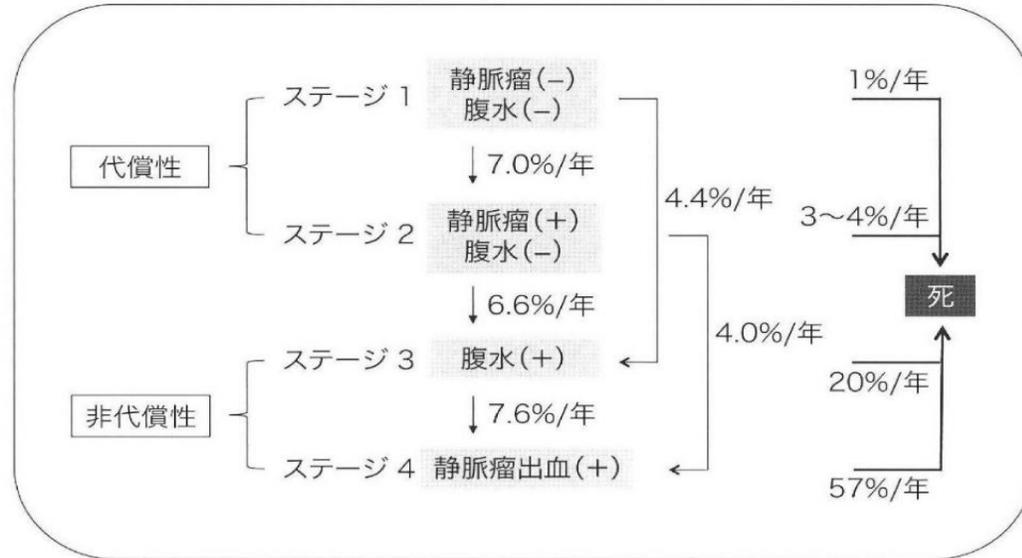


図2 肝硬変の病期別臨床経過(文献5より改変引用)

【代償期】

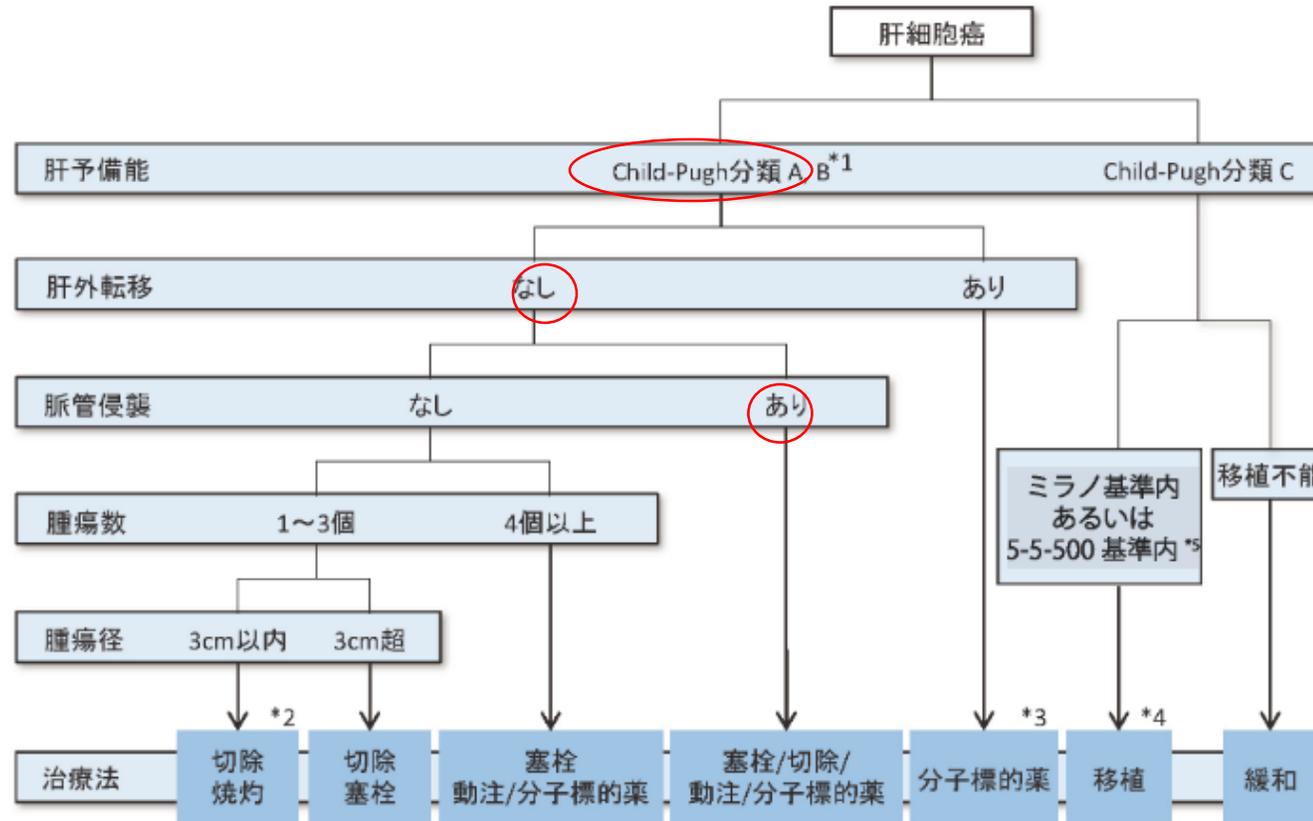
- ステージ1：食道静脈瘤も腹水貯留も認められない。死亡率：年率1%
- ステージ2：食道静脈瘤は認められるが、出血なし。腹水貯留なし。
死亡率：年率3～4%。

【非代償期】

- ステージ3：食道静脈瘤の有無にかかわらず、腹水貯留あり。静脈瘤出血なし。死亡率：年率20%
- ステージ4：腹水貯留の有無にかかわらず、静脈瘤出血あり。
死亡率：年率57%。

肝機能改善と門脈圧亢進状態の乖離はあるか 石川 剛 肝胆膵 80巻5号 2020年5月

治療アルゴリズム



*1: 肝切除の場合は肝障害度による評価を推奨

*2: 腫瘍数1個なら①切除, ②焼灼

*3: Child-Pugh分類Aのみ

*4: 患者年齢は65歳以下

*5: 遠隔転移や脈管侵襲なし, 腫瘍径 cm 以内かつ腫瘍数 5 個以内かつ AFP500ng / mL 以下

【総合考察】

- ・吐血で一番多い消化性潰瘍を疑うが、Glasgow Blatchford score を使用して内視鏡的介入の必要性を早期に検討する必要がある
- ・上部消化管からの大量出血の場合、10%程度で血便、鮮血便を認める
- ・肝硬変患者のフォローは食道静脈瘤、腹水の有無が極めて重要であり、腹部エコー1回/3-6か月、腹部CT・GF検査は1回/年の検査は必須である

引用参考文献

- 1) 総合内科病棟マニュアル 疾患ごとの管理 第2版
- 2) 内科レジデントの鉄則 第3版
- 3) 肝臓診療ガイドライン 2017年版補訂版 日本肝臓学会
- 4) 吐血・下血 瓜田純久
日本内科学会雑誌第100巻第1号 2011年1月
- 5) 肝機能改善と門脈圧亢進状態の乖離はあるか 石川 剛氏
肝胆膵 80巻5号 2020年5月