

9年間、  
血便を繰り返している  
患者の一例

## 現病歴

# 70代・男性

9年前から血便が原因で入退院を18回繰り返している。

1月13日の入院が最後であったが、4ヶ月程度経過した同年5月29日に血便を主訴に入院をしてきた。その時は血便は1度きりで退院となったが、退院した11日後に自宅で多量の鮮血便があり受診。加療目的のため再度入院となった。

## 既往歴

- 心房細動（40代、内服フォロー中）
- 慢性心不全（60代、経過観察）
- 高血圧症（60代、経過観察）
- 脳梗塞（60代、内服フォロー中）
- 前立腺肥大症（60代）
- 早期胃癌（70代・狭窄部位に対してブジー施行）

## 内服歴

- ビソプロロールフマル酸塩錠2.5mg 0.5錠/日
  - モサプリドクエン酸塩錠5mg 3錠/日
  - ノイロビタン錠 3錠/日
  - ワーフアリン錠1mg 1錠/日
  - ワーフアリン錠0.5mg 0.5錠/日
- ）リクシアナ15mgから  
4ヶ月前に変更

# 生活歴 家族歴

- 職業：無職
- ADL:自立、脳梗塞で失語症あり
- 家族：妻と長女と3人暮らし
- 介護保険：要支援1（訪問看護1回/週、訪問リハ1回/週）
- 食事：自立
- 喫煙：以前喫煙歴あり（20本/日×20年間）
- 飲酒：なし
- アレルギー：既知のものはなし
  
- 家族歴：特になし



# review of systems

- 全身状態：意識障害(-)、会話困難(-)、体重増加・減少(-)、倦怠感(-)、食欲不振(-)
- 頭部・神経系：失語(+)、呂律緩慢(-)、頭痛(-)、めまい(-)、脱力(-)、しびれ(+)、歩行時のふらつき(-)、異常平衡感覚(-)、記憶力低下(-)
- 眼耳鼻系：視力低下(-)、複視(-)、聴力低下(-)
- 消化器系：血便(+)、嘔気・嘔吐(-)、腹痛(-)、下痢(-)、便秘(-)、腹部膨満(-)、
- 循環器系：頻脈(-)、胸痛(-)、冷汗(-)、動悸(-)、背部痛(-)、息切れ(-)
- 呼吸器系：喘鳴(-)、痰(-)、咽頭痛(-)、嘎声(-)、呼吸困難感(-)、咳嗽(-)、
- 腎泌尿器系：排尿時痛(-)、失禁(-)、血尿(-)、頻尿(-)
- 内分泌系：多尿(-)、多飲(-)、多汗(-)、寒冷温暖不耐性(-)
- 骨格筋系：関節痛(-)、関節可動域制限(-)、頸部痛(-)、腰痛(-)、強張り(-)
- 末梢血管系：下肢のけいれん(-)、下肢の浮腫(-)

# 入院時現症・身体所見

GCS E4V5M6

BP97/71mmHg、HR60回/分、SpO<sub>2</sub>94%(室外下)、BT36.2度、RR16回/分

- 外観：身なり清潔
- 頭部：瞳孔3/3、対光反射+/+、眼瞼結膜極薄ピンク、眼球結膜黄染なし、副鼻腔圧痛・叩打痛なし、口蓋垂・口蓋扁桃疼痛・発赤なし、カーテン兆候なし
- 神経：下肢麻痺なし、嚔声（声帯麻痺）なし、片麻痺なし
- 頸部：リンパ節腫脹なし、頸静脈怒張なし、耳下腺圧痛なし、顎下腺圧痛なし
- 胸部：呼吸音弱、左右差なし、wheezeなし、cracklesなし、rhonchiなし  
心摩擦音なし、動悸なし、胸痛なし

# 入院時現症・身体所見

- 心音: S1・S2更新/減弱なし、S3・S4聴取なし、心雑音なし
- 腹部: 腹部膨満なし、腹壁ソフト、圧痛なし、反跳痛なし、腸蠕動音正常、Murphy兆候なし
- 背部: 背部痛なし、肋骨脊柱角（CVA）叩打痛なし
- 四肢: MMT5/5、関節可動域良好、関節痛なし、末梢冷感なし、末梢性浮腫なし  
前脛骨筋の筋力低下なし、ミンガッツイーニ徴候陰性、踵膝試験正常、バビンスキー反射陰性、チャドック反射陰性



# 血液検査

TP 5.4 g/dl、 Alb 3.0 g/dl、 A/G 1.25、 CK 109 U/L、 LDH 154 U/L、 AST 16 U/L、 ALT 14 U/L、 ALP 79 U/L、 T-BiL 1.4 mg/dl、 尿素窒素 12.4 mg/dl、 Cre 1.05 mg/dl、 eGFR 52.5 mL/min./1.73m<sub>2</sub>、 Na 140 mmol/L、 K 3.7 mmol/L、 Cl 101 mg/dl、 Fe 48 μg/dl、 TIBC 237 μg/dl、 フェリチン 20.7 ng/dk、 CRP 0.69 mg/dl

WBC 4.0 10<sup>4</sup>/μL、 RBC 2.50 10<sup>4</sup>/μL、 Hb 8.1 g/dl、 Ht 24.3%、 PLT 13.3 10<sup>4</sup>/μL、 MCV 97.1 fL MCH 32.4 pg、 MCHC 33.4 g/dl、 網状赤血球 1.3 %

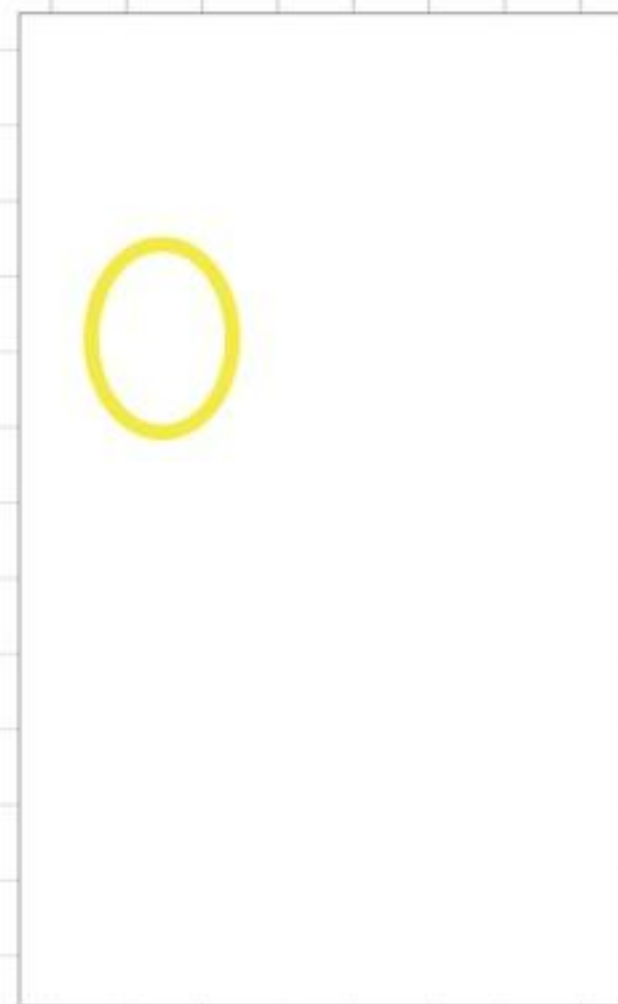
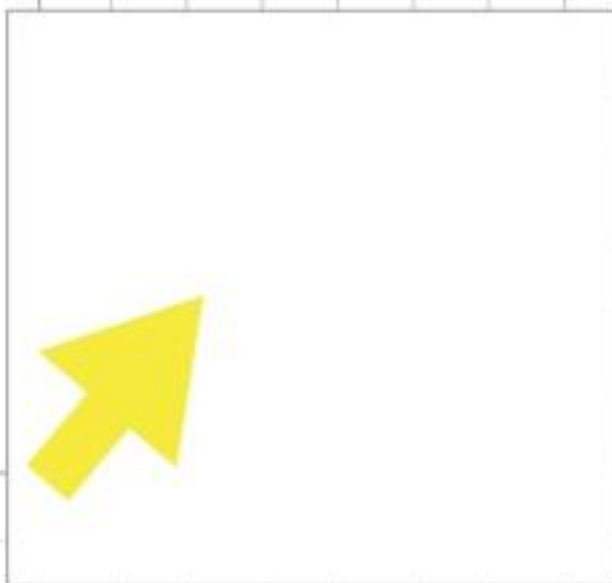
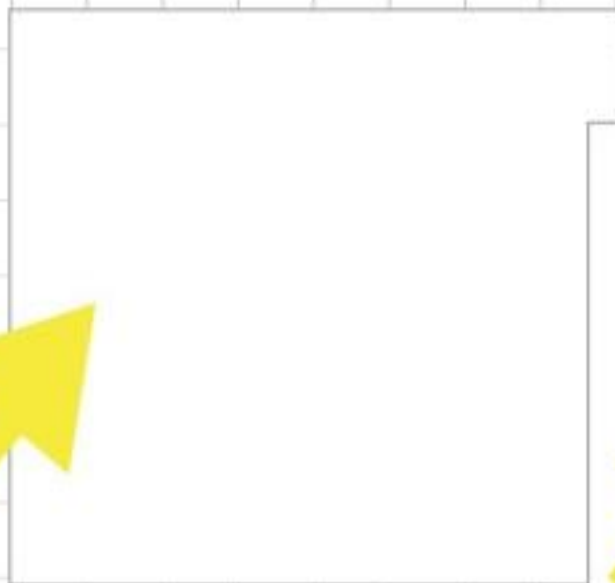
APTT 36.7 sec、 PT-時間 17.9 sec、 PT-% 42%、 PT比 1.56、 PT-INR 1.61

# 心電図

心室内変行電導を伴う心房細動  
HR61回/分

過去入院時の心電図と  
比較するが変化なし

# CT検査



黄色で示している部分に  
出血している可能性があります

# 血便が症状として現れる疾患

胃・十二指腸潰瘍	胃ポリープ・胃癌	出血性胃炎	マロリーワイス症候群
小腸出血性潰瘍	クローン病	潰瘍性大腸炎	出血性腸炎
虚血性大腸炎	大腸がん	アメーバ赤痢	肛門周囲膿瘍
痔核	腸結核	小腸出血性潰瘍	胃静脈瘤
ビタミンK欠乏症	悪性リンパ腫	白血病	DIC
好酸球性腸炎	肝硬変	憩室出血	腸管出血性大腸菌
カンピロバクター腸炎	偽膜性腸炎	ベーチェット病	腸管静脈血栓症



# 血便が症状として現れる疾患

当院看護師に聴きました…

2番目

大腸  
ポリープ

1番多かったのは…

潰瘍性  
大腸炎

3番目

虚血性  
大腸炎

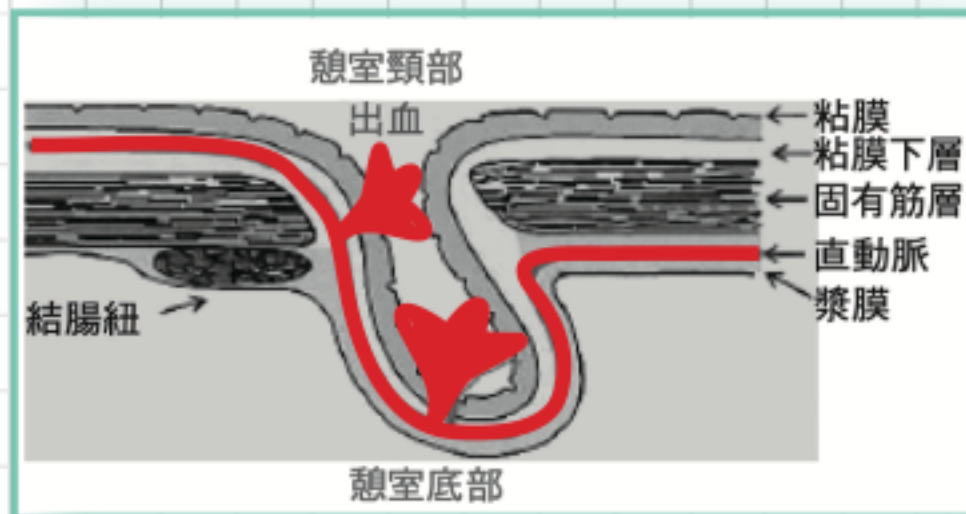
患者の疾患は・・・

**憩室出血**

## 憩室出血 とは…

- 憩室とは、消化管壁の一部が外側に突出し、嚢状になった状態。憩室は消化管のいずれにもできるが、大腸が一番多い。
- 大腸憩室は複数個できることが多い。腸壁の強さと腸管の圧のバランスが崩れ、圧に耐えられなくなった腸管壁が外側に膨らんでできる。
- 憩室出血とは、憩室内部を走行している血管が破綻する事で大腸内で出血を起こす。

- 腹痛や下痢等伴わず、突然下血が出る。
- 大腸カメラで出血源を見つけ、止血する。



# 入院後の経過

## 入院時

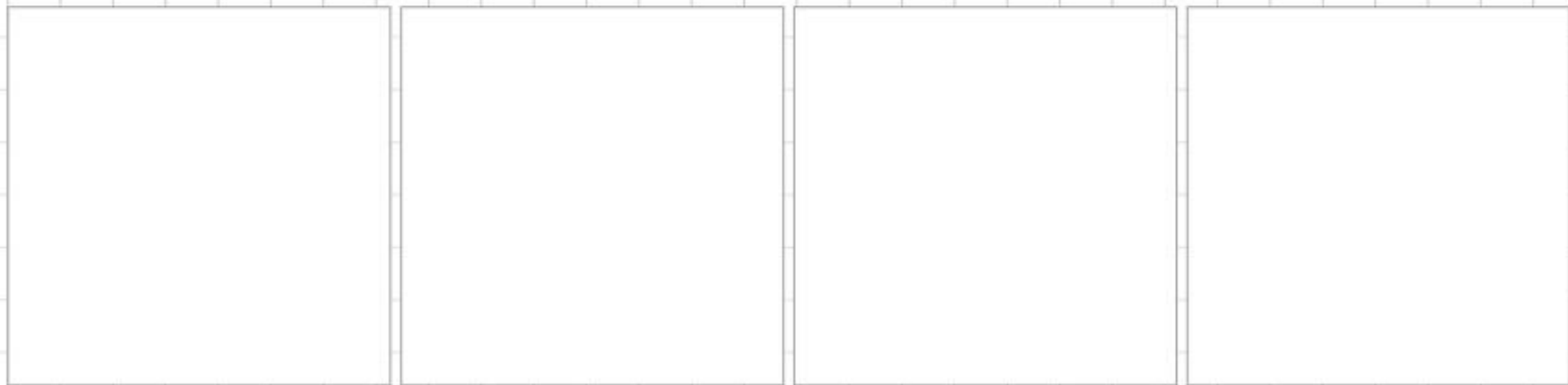
自宅で血便あり受診し、そのまま入院し、翌日大腸ファイバーを施行した。盲腸まで挿入。S状結腸にコアグラ付着あるが、明らかな出血源認めず。全大腸観察したが、活動性出血なし。その後、下血なく退院する。



# 入院後の経過

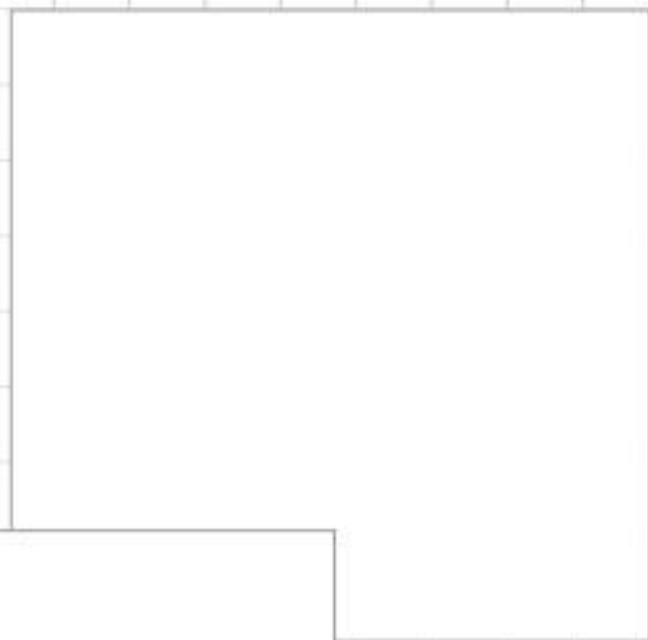
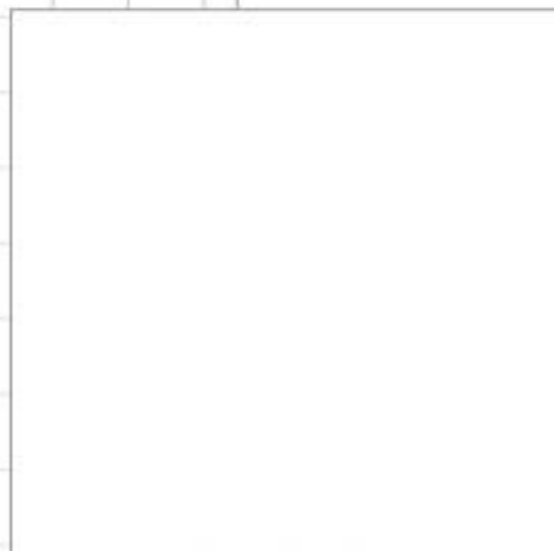
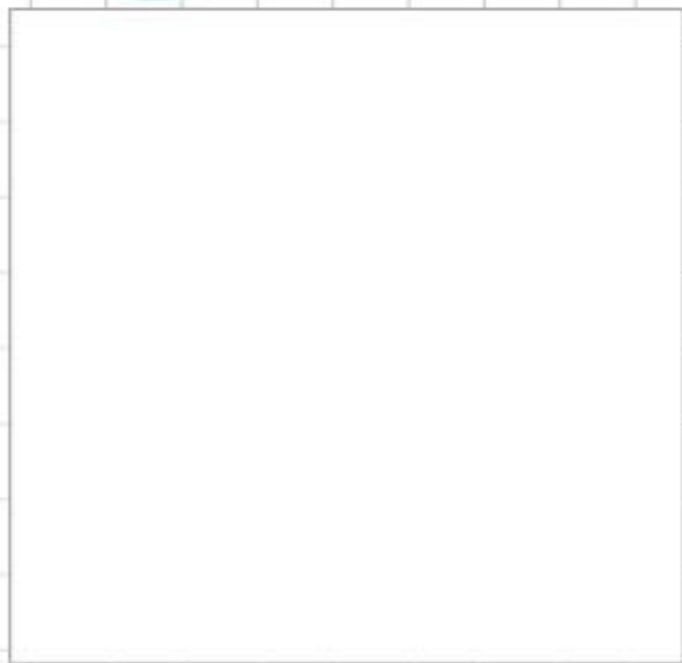
## 再入院時

退院後11日で再度血便あり入院。入院2日目に下血1400gあり、Hb5.9g/dL、血圧低下あり輸血4単位施行しながら、緊急大腸ファイバー施行。直腸挿入時に鮮血便多量、送水刺激しながら観察するが、明らかな活動性出血に伴う憩室や粗大病変認めず。



# 入院後の経過

患者の腸管内の憩室



# なぜ、9年血便を繰り返しているか？

完全に止血できるのは3割程度の患者のみ

止血できたとしても、憩室は腸管内に残存しているため、再度再出血のリスクあり

予防策がない

少量の出血でも、貧血っぽいなどと思ったら受診、また便秘しない等の予防策しかない

憩室の数や位置

憩室の数よりも出血しやすい憩室が存在するかどうか重要

抗凝固薬・抗血小板薬の使用

出血のリスクがあり、再出血のリスクも当然高い

加齢

高齢になるほど、血管が脆弱し再発のリスクが増加

高血圧や動脈硬化

血管にかかる負荷が大きく、再発しやすい



# 患者の抱える疾患

## CHADS<sub>2</sub>スコア

### 心房細動

CHADS<sub>2</sub>スコア4点であり、  
抗凝固薬は必要。

患者はここ→

非弁膜症性心房細動

僧帽弁狭窄症・人工弁

心不全 1点  
高血圧 1点  
75歳以上 1点  
糖尿病 1点  
脳梗塞・  
TIAの既往 1点

その他の  
リスク

心筋症  
65~74歳  
血管疾患

**推奨**  
ワーファリン  
INR2.0~3.0

**考慮可**  
ワーファリン  
INR1.6~2.6

2点以上

**推奨**  
DOAC

**考慮可**  
ワーファリン  
INR1.6~2.6

1点

**推奨**  
DOAC

**考慮可**  
ワーファリン  
INR1.6~2.6



# 患者の抱える疾患

## 脳梗塞

既往に脳梗塞がある場合、  
脳梗塞の再発予防で抗凝固薬推奨。  
特に心原性脳梗塞では内服必要。

## 憩室出血

抗凝固薬内服中で、再出血のリスクあり。  
特に下部消化管出血を増加させることが  
報告されている。

# 患者の抱える疾患

患者

出血のリスクを考えると抗凝固薬は中止か。

医師

薬やめたら、また脳梗塞になりそうで不安。

ワーファリン0.25mg、、、効果あるかな？

医師

# 患者の抱える疾患

## ワーファリン過小用量へ

PT-INRが治療域に届かず、血栓形成のリスク↑↑

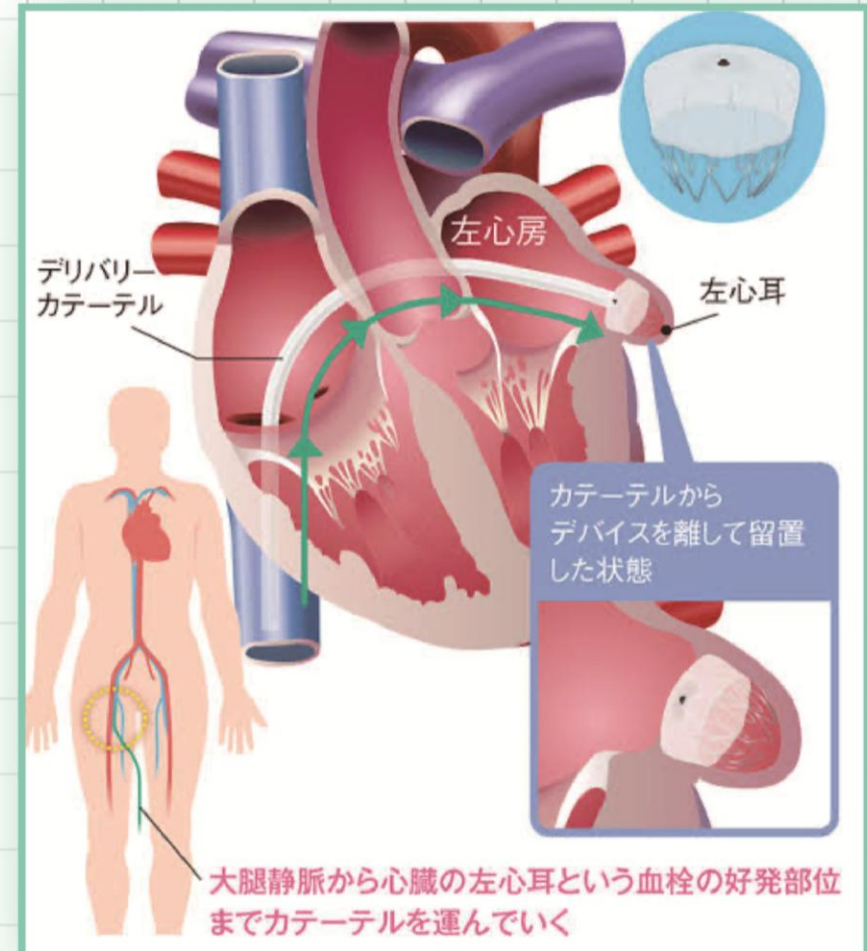
- ワーファリン0.25mgで退院。
- 退院後5ヶ月経過しているが血便なし。
- 退院後のPT-INR 1.13~1.4。

今度、下血した場合、  
**WATCHMAN**を検討!!



# WATCHMANとは？

- WATCHMANとは、  
経カテーテル左心耳閉鎖術。
- 心房細動は左心耳内に血栓が形成  
されるリスクが高く、心原性脳梗塞の  
リスクが高い。
- 左心耳を閉鎖して血栓形成を防ぐことで、  
脳梗塞リスクを低減する。



# WATCHMANとは？

## 適応

- **心房細動患者**で血栓形成リスクが高い場合

CHADS2スコアまたはCHA2DS2-VAScスコアが高い患者（脳梗塞リスクが高い）。

- **抗凝固療法が不適切または禁忌の患者**

**出血リスクが高い**（例：消化管出血、脳出血の既往）。

抗凝固薬（DOACやワーファリン）を長期間内服できない患者。

- **抗凝固薬の使用による生活の質の低下**

**出血の恐れ**や薬物モニタリングの負担を軽減するため。

# WATCHMANとは？

## 利点

- **抗凝固療法の代替**

抗凝固薬の内服を減らすまたは中止する可能性がある。

- **出血リスクの軽減**

特に**消化管出血**や脳出血のリスクがある患者に有益。

- **長期的な脳梗塞予防**

血栓形成リスクを効果的に低減。

# WATCHMANとは？

## リスク

- **手技関連の合併症**

心タンポナーデ、デバイスの移動、感染などのリスク。

- **デバイス閉塞が不完全の場合**

左心耳が完全に閉鎖されない場合、血栓リスクが残る。

- **長期管理の必要性**

初期数ヶ月は抗凝固薬または抗血小板薬が必要となる場合がある。



# 抗凝固薬の 標準的な ガイドライン

## ● 標準的なガイドライン

通常、WATCHMAN デバイス植え込み後は以下のスケジュールで抗凝固薬が使用

1. 術後 **45日間**：抗凝固薬（通常は DOAC またはワーファリン）を使用。
2. **45日後の評価**：経食道心エコー（TEE）でデバイス周囲に漏れ（パラデバイスリーク）がない場合、抗凝固薬を中止し、\*\*抗血小板薬（アスピリン＋クロピドグレル）\*\*に切り替え。
3. **6か月後**：クロピドグレルを中止し、アスピリン単剤治療へ移行。

このプロトコルに従えば、**約 92% の患者が 1 年以内に抗凝固薬を中止できる**とのデータあり。

## ● 臨床試験データ

臨床試験（例えば、PROTECT-AF や PREVAIL 試験）では、WATCHMAN 治療を受けた患者の**大多数が抗凝固薬を中止し、抗血小板薬またはアスピリン単剤治療へ移行**できています。

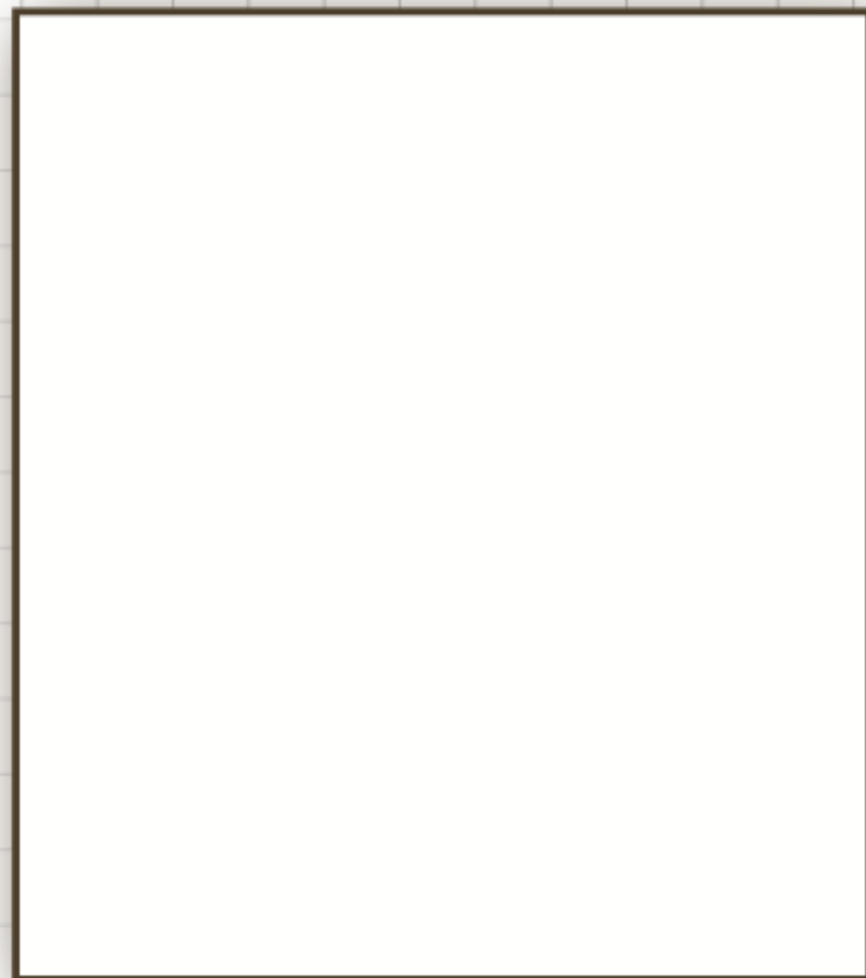
- PROTECT-AF 試験：抗凝固薬を中止できた患者は約 **90%**。
- PREVAIL 試験：抗凝固薬中止率は約 **92%**。

## 抗凝固薬無の WATCHMAN

# WATCHMAN施行後、 抗凝固薬を服用しないケースが増えている

- 日本での臨床試験（SALUTE試験など）では、WATCHMANデバイスを用いることで術後の抗凝固薬を中止できる可能性が示されている。
- 実臨床では、抗凝固薬を使用できない患者や、出血リスクの高い患者に対してWATCHMANデバイスが適応が多く、近隣の病院ではすでに実施しているとの報告がある。
- 技術の進歩や手技の向上、デバイスの進化によって抗凝固薬を必要としない患者が安全に治療を受ける可能性が増加している。

# 心源性脑梗塞





事例を  
通して...

## 憩室出血を中心とした 多角的観察の重要性

---

- 出血リスクと血栓形成リスクのバランスの重要性
- 抗凝固薬減量による脳梗塞再発リスクへの洞察
- 心不全悪化の影響
- 高齢者や慢性疾患患者の複雑性



**ご清聴ありがとうございました。**