

Clinical question 2014年10月20日
JHOSPITALIST Network

上部消化管出血のマネジメント

北村 浩一
練馬光が丘病院

分野: 消化器
テーマ: 治療

Agenda

- 吐血をみて考えること
- 吐血の鑑別疾患
- 吐血のマネジメントの原則
- 内視鏡検査後に考えること

症例: 70歳代男性

- 主訴: 5日前からの黒色便
- 現病歴: 5日前から黒色便あり. 来院当日朝黒色の嘔吐1回あり, 当院受診となる. 血痰, 失神, 腹痛なし.
- 既往歴
 - 胃潰瘍 12年前, ピロリ除菌歴なし
 - 肝疾患の既往なし
- 内服
 - アムロジピン2.5mg 朝食後1錠, 抗血小板薬また鎮痛薬の使用歴なし.
- アレルギー
 - なし
- 喫煙歴: 1/パック×30年, 6年前から禁煙

臨床経過

- 来院時点でショックバイタルであり直ちに緊急内視鏡検査を実施されStage A2の球部後壁十二指腸潰瘍と診断された。
- 翌日2回目の内視鏡検査を行い止血を確認された後、重湯から摂取開始し第6病日に退院となった。
H.pylori抗体陽性であり外来で除菌することとした。

Clinical question

- 吐血患者で内視鏡前の注意点は？
- 内視鏡検査後の注意点は？
 - 食事開始のタイミング
 - 抗血小板薬/凝固薬再開のタイミング
 - セカンドルックのタイミング

Guideline

nature publishing group

ACG PRACTICE GUIDELINES

CME

Management of Patients With Ulcer Bleeding

Loren Laine, MD^{1,2} and Dennis M. Jensen, MD³⁻⁵

Am J Gastroenterol. 2012 Mar;107(3):345-60

Annals of Internal Medicine

CLINICAL GUIDELINES

International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Alan N. Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD; Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group*

Ann Intern Med. 2010 Jan 19;152(2):101-13.

吐血をみて考えること.

■ 本当に吐血か？

-喀血ではないか.

■ 吐血の鑑別疾患は何か？

-頻度と重症疾患を覚える.

■ 止血困難疾患を覚える.

鑑別疾患：必ず原因は同定する。

Common	Less common but important
<ul style="list-style-type: none">● Gastric and/or duodenal ulcers● Esophagogastric varices● Esophagitis● Severe or erosive gastritis/duodenitis● Portal hypertensive gastropathy● Angiodysplasia● Gastric antral vascular ectasia (GAVE)● Mass lesions (polyps/cancers)● Mallory-Weiss syndrome● Dieulafoy's lesion● No lesion identified	<ul style="list-style-type: none">● Hemobilia● Hemosuccus pancreaticus● Aortoenteric fistula● Cameron lesions● Arterio venous malformation● Aneurysm rupture (splenic, gastric)● Systemic Disease<ul style="list-style-type: none">-Gastrinoma-Systemic mastocytosis-Carcinoid syndrome

赤文字疾患は止血困難になることが多い。

Duodenal ulcerは後壁に多い。

Uncommon causes of upper gastrointestinal bleeding in adults: Up To Date



マネジメントの原則

初期対応と評価・原因検索

最も重要なのは血行動態の安定

初期対応

■ ABCの安定

-Airway, Breathing, Circulation を保つ.

Am J Gastroenterol. 2012 Mar;107(3):345-60

■ バイタルチェック

-shock indexの確認する(HR/収縮期血圧)

■ 酸素, モニター, 静脈ルート20-16G×2本

■ 制酸剤投与

-内視鏡時ですでに止血割合増加, 再出血率の低下する.

NEJM 2007;356:1631

出血源の特定

- 「何がいつから、どれくらい？」
- 何：部位の推定
一吐血, 下血, 血便 色は？
- いつから：期間の推定
一急性 or 慢性

Rule of five 症状と出血量の予測

- 5ml in occult blood

- 50ml melena

- 500ml bright red blood in stool

便の性状はあてになるか.

- 便の性状は鮮血か黒色便
- 鮮血＝下部消化管出血, 黒色便＝上部消化管出血

	感度	特異度	LR+	LR-
鮮血	46%	90%	4.6	0.6
黒色便	71%	88%	5.9	0.3

- 感度, 特異度いずれもそれほど高くない.

原因検索 病歴

■ 「薬, 酒, 既往歴」

■ 既往歴

-潰瘍の既往, 心不全, 腎不全, 肝炎

■ 薬

-NSAIDs, PPI, H2RA, 抗血小板, 抗凝固薬

■ アレルギー歴

-内視鏡前処置

■ 家族歴

-肝疾患, 悪性腫瘍

原因検索 身体所見

■ バイタルサイン

- 血圧低下でショックの認識では遅い.
- Orthostatic test (判定は右括弧)

sBP 20以上低下
Or
HR 30以上増加
Or
ふらつきなど症状

■ 腹部

- 腸蠕動音確認, 圧痛の有無を確認
- 消化管穿孔を見逃さない.

JAMA. 1999 Mar 17;281(11):1022-9.

■ 皮膚

- クモ状血管腫, 手掌紅斑, mottled skin

■ 直腸診

- 便の性状を必ず確認.

経鼻胃管の役割

■ 適応：黒色便認めるが吐血なしや上部消化管出血疑う時

-新鮮血で活動性出血疑い.

-内視鏡開始までの時間を短縮, 予後変えない.

Gastrointest Endosc.2011 Nov;74(5):971-80

■ 陰性でも, 上部消化管出血は否定できない.

Med Clin N Am 92(2008) 491-509

■ 食道狭窄, 静脈瘤破裂疑い時は相対的禁忌.

Risk stratification

- 患者を低リスクか高リスクに分類する.
- 臨床症状と内視鏡所見で評価.
 - 臨床症状: Blatchford score, Rockall score
 - 内視鏡所見: Forrest分類

Risk stratification: scoring system

■ *Pre endoscopic Rockall score*

評価項目に過去の内視鏡所見を含む.

Lancet. 1996;347(9009):1138.

■ *Blatchford score*

評価項目に過去の内視鏡所見は不要.

Lancet. 2000;356(9238):1318.

Risk stratification

■ 再出血の因子

-血行動態不安定

-Hb<10g/L

-内視鏡時点での活動性出血

-大きな潰瘍病変 1-3cm

-十二指腸後壁ないし胃小弯側に潰瘍底あり.

消化管出血の合併症

貧血, 虚血性心疾患, 消化管穿孔

合併症：貧血：輸血の適応

- 消化管出血全患者で輸血の同意書を取得する.
- 適応は全身状態と数字で決定.
- 輸血の適応
 - Hb<7 or <9
 - 50kg でRCC2単位でHb1.5g/dL上昇と予測する.
 - Plt<50000
 - PT-INR>1.5
 - INR<3以下で内視鏡実施可能.

合併症：虚血性心疾患

- 消化管出血の患者は必ずECG確認.
- 対応：
 - ICU入室する.
 - モニター管理と逸脱酵素評価行う.
- 治療
 - 酸素投与.
 - 出血源のコントロールとHt>30%目標に輸血.
- カテーテル検査は相対的禁忌.

合併症：消化管穿孔

- CT検査を優先しないといけない状態
- 消化管穿孔疑い時
ないし
- 活動性出血を評価する場合
-血管造影と比較して感度90%, 特異度99%.

内視鏡検査

■ 適応

-上部消化管出血患者全例

■ 3項目の目的あり

-診断：出血場所と病変の確認.

-再出血のリスク評価：Forrest分類

-治療

内視鏡所見

■ 再出血 高リスク群

内視鏡中のactive bleeding: 90%, 露出血管: 50%, 凝血塊あり: 25-30%.

■ 低リスク群:きれいな潰瘍底, 色素沈着あり.

■ Forrest分類

分類	内視鏡評価
I a	噴出性出血
I b	湧出性出血
II a	露出血管
II b	付着血栓
II c	平坦な色素沈着
III	きれいな潰瘍底

内視鏡のタイミング

■ 全例24時間以内の待機的内視鏡を行う。

-低リスク者：早期退院, 高リスク者：予後改善

Ann Intern Med. 2003;139: 843-57

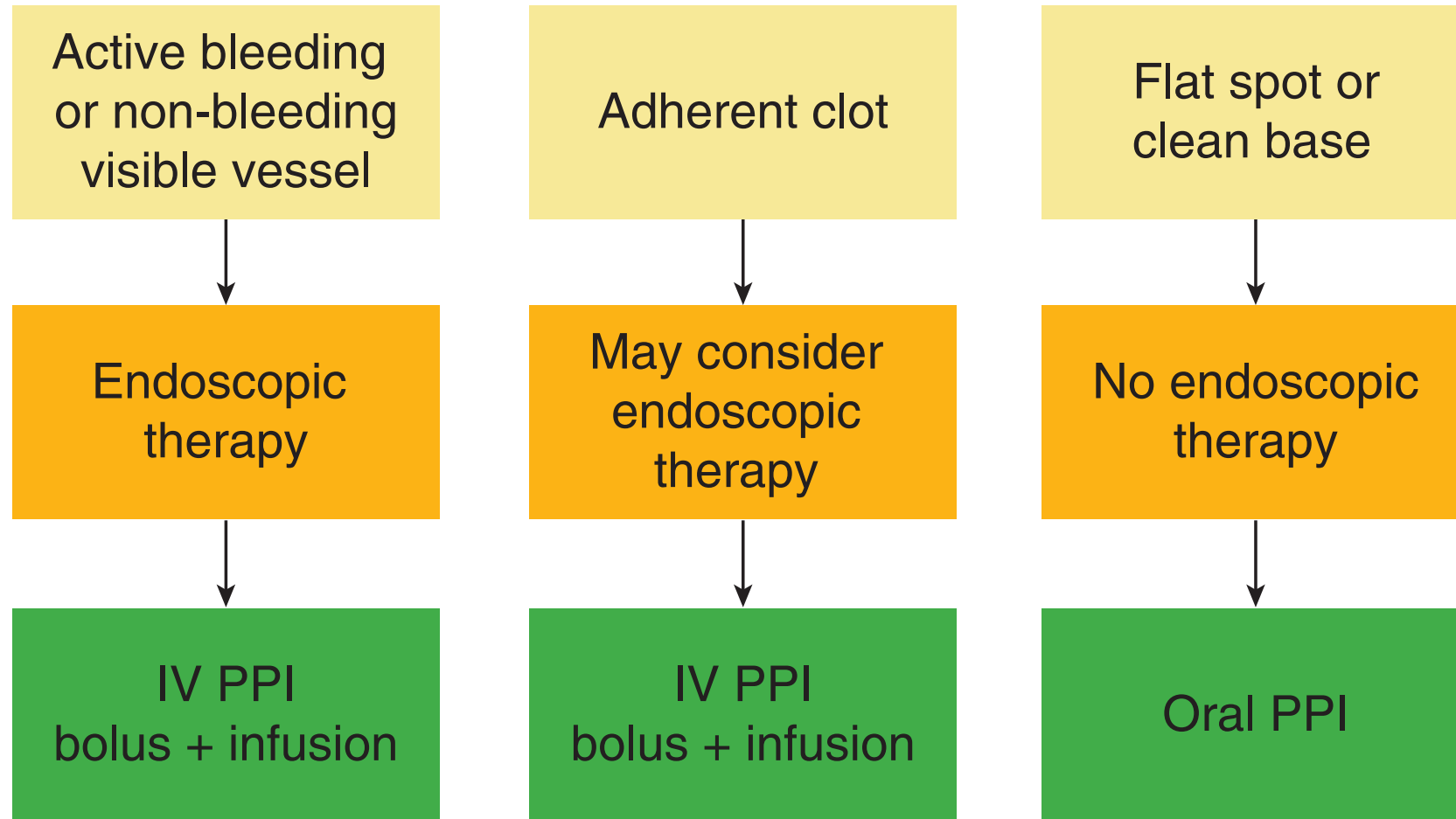
■ 緊急内視鏡(12時間以内)

-明確なコンセンサスなし。

-血行動態不安定, NG tubeから新鮮血, Hb<8g/dL,
WBC >12000/ μ l

Eur J Gastroenterol Hepatol. 2003;15: 381-7.

内視鏡結果に合わせた治療選択



内視鏡検査後

- 食事再開はいつ行うか？
- セカンドルックの適応はあるか？
- 最低入院期間はいつまでか？
- 抗血小板薬/抗凝固薬はいつ再開するか？

食事再開を行うタイミング

■ リスク別で異なる.

■ 高リスク患者

-2日以内は清澄流動食.

Am J Gastroenterol. 2012 Mar;107(3):345-60

■ 低リスク患者

-直ちに通常の食事開始.

Gastroenterology 1992 ; 102 : 314 – 6 .

2回目の内視鏡検査行いますか.

■ セカンドルックの適応

-全例には24時間以内の再検査は不要.

■ 高リスク患者でかつ再発性出血し止血処置を行われた患者は行う.

A meta analysis. Gastrointest Endosc 2003 ; 57 : 62 – 7 .

■ 手術療法, TAEは2回目以降でも出血遷延している場合に検討.

N Engl J Med 1999 ; 340 : 751 – 6 .

Annals of Internal Medicine

CLINICAL GUIDELINES

International Consensus Recommendations on the Management of Patients With Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding

Alan N. Barkun, MD, MSc (Clinical Epidemiology); Marc Bardou, MD, PhD; Ernst J. Kuipers, MD; Joseph Sung, MD; Richard H. Hunt, MD; Myriam Martel, BSc; and Paul Sinclair, MSc, for the International Consensus Upper Gastrointestinal Bleeding Conference Group*

最低いつまで入院継続するか.

■ 高リスク患者

- 入院期間は3日間.
- 再出血する患者のうち7割が72時間以内.

Ann Coll Surg H-K. 2003;7:106-15.

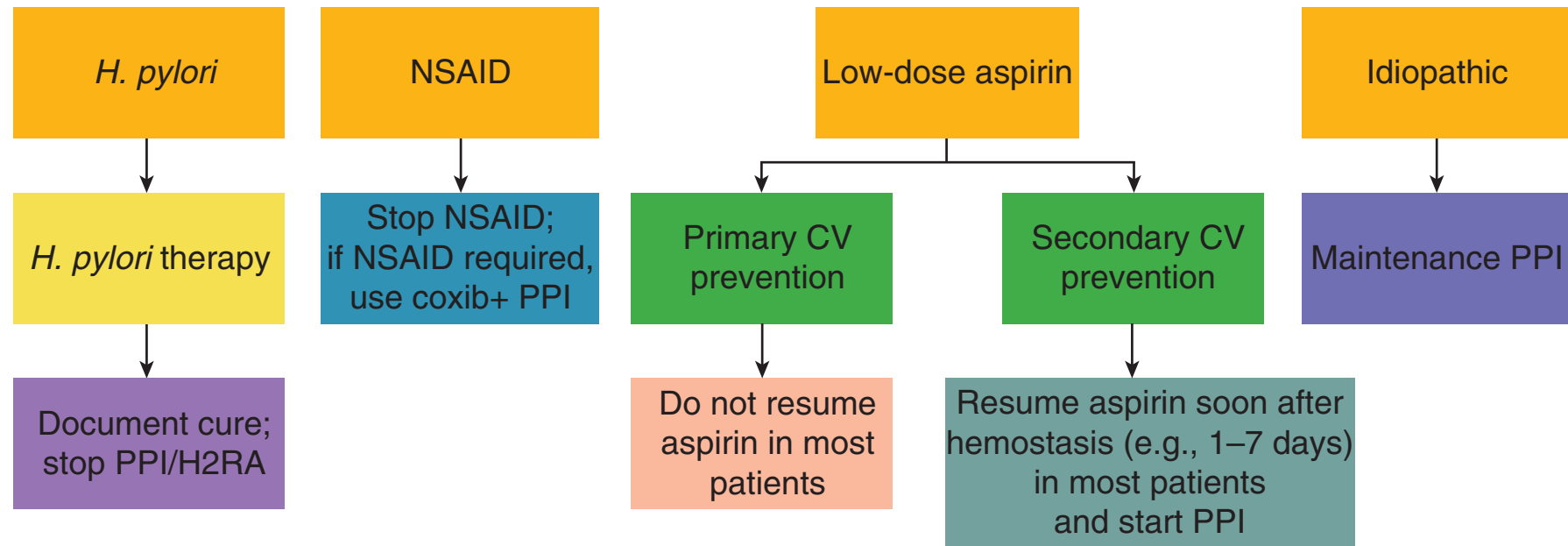
■ 低リスク患者

- 内視鏡検査後以下の項目該当で退院可能.
- ただし, 血行動態安定, 貧血進行なし, 他の問題なし, 経過をみれる人がいることが条件

Lancet 2009 ; 373 : 42 – 7 .

Am J Gastroenterol. 2012 Mar;107(3):345-60

潰瘍再発予防を行う



抗血小板薬と抗凝固薬

- 前提として本当に抗血小板薬必要か考える.
- 2次予防として投与している
-1-3日以内に再開する. 最高でも7日以内.

Am J Gastroenterol 2008 ; 103 : 2465 – 73 .

Take home message

- 最初に本当に吐血かを吟味する.
- マネジメントの原則は血行動態の安定.
- 輸血の管理, 急性冠症候群, 消化管穿孔を見逃さない.
- 内視鏡検査前後での確認事項を明確にする.