

図 7. CIPO の病態と治療戦略

(中島淳, 2009<sup>1)</sup>より引用)

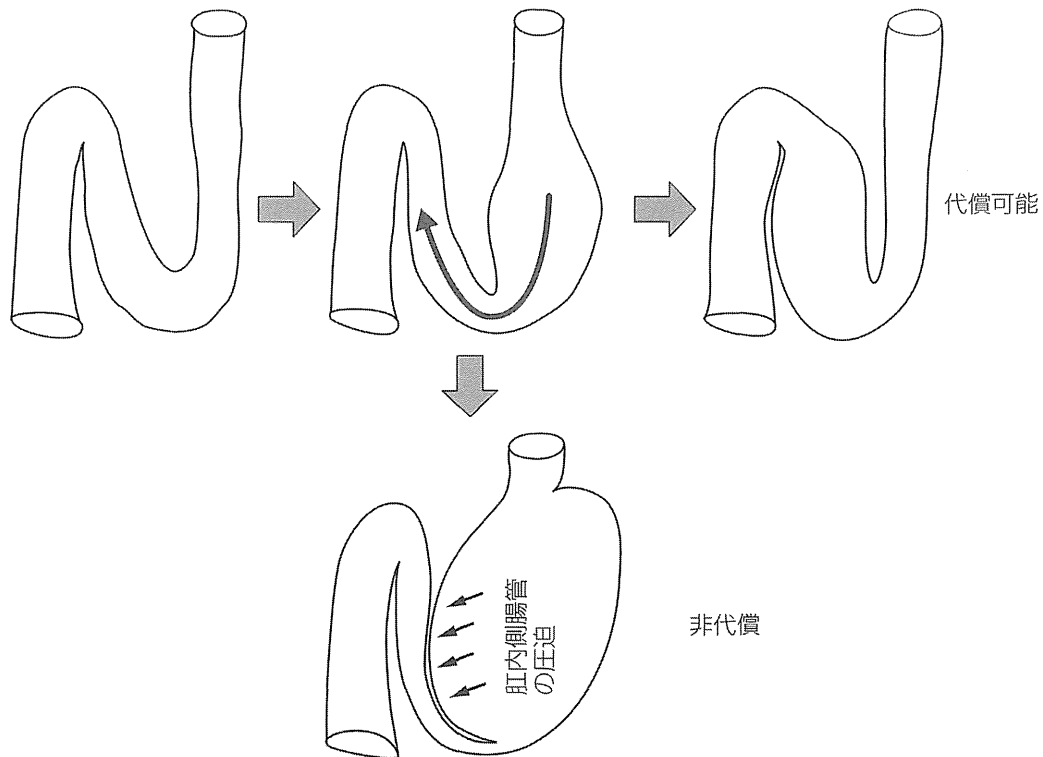


図 8. 代償期と非代償期での拡張腸管による通過障害形成の機序  
 拡張腸管が肛門側の正常腸管を圧排して通過障害をきたす。



圧治療のために入院をしなければならなくなること、長期にわたると内圧亢進で腸管の運動能がさらに悪化する悪循環に加え、消化吸收機能の廃絶が起きる。この悪循環を回避するためにも発症の初期から積極的に減圧をおこなうことが望ましいと考える。とくに小腸は1日腸管内に液体量として約9リットルもの水分通過があるのでその停滞は大変な問題である。

減圧は短期的には経鼻のイレウス管でもよいが、診断が確定して1回以上腸閉塞で入院をしてイレウス管管理になった場合、再発と病態の悪循環回避のため早期より積極的に内視鏡的胃瘻を作成し胃瘻経由の空腸チューブ(PEG-J)を留置することをおこなう。減圧は胃瘻だけでも効果が高いことが多く、また胃瘻を作ることで入院頻度が低下することも確認されている。患者は自宅で自ら腸管内容物の廃液もおこなうことができる。また増悪時の入院の際でも胃瘻からイレウス管を入れることで患者の苦痛もかなり低減される。長期留置での問題点は胃瘻挿入皮膚部の胃酸や腸液による皮膚炎皮膚潰瘍である。

われわれの自験例でも食事ができずにTPN管理下の患者がPEG-J挿入で症状が軽減して食事摂取ができるようにまでなった例を経験している。このように本疾患では早期の減圧治療が重要な治療と位置づけられる。ちなみにPEG-Jでは60~120cmの長さの特注チューブで良好な結果を得られている。

小腸瘻は減圧のポイントが変更がむずかしいこと、場所によっては腸瘻からの排液が多く著明な脱水になり、そのため大量の輸液が必要になるなど問題が多く第1選択にはならない。

## 2) 栄養療法

本疾患では腸閉塞症状による腹部症状により食事摂取困難なことが多く、このため体重減少をきたす。この回避のために体重減少を認めてきたら早期より皮下ポートを作成して在宅でのTPNを

おこない、栄養状態の管理をおこなう。感染を起こすとルートがなくなるため、十分な感染対策をとる必要がある一方、本疾患はカテ感染をきたしやすいことも経験的に知られている。

## 3) 外科治療

絞扼や捻転では外科治療の絶対的適応になるが、通常は腸閉塞の増悪時はできるだけ手術は避ける。厚生労働省の研究班の国内調査でも手術による腸管切除をおこなっても症状の寛解や再発予防には寄与しないことがわかっている。本疾患ではしばしば腸管気腫を通して腹腔内Free airを認めることがあるが炎症反応などの腹膜刺激症状がないときは保存的にみられることが多い。

## 4) 薬物療法

多くの薬物療法は無効であるが便秘だけはコントロールしないと増悪する。刺激性下剤やprokinetics、大建中湯などが用いられる。

## おわりに

本疾患は根治療法がない以上、現状では小腸機能不全に陥ることの回避とQOLの向上が治療の基本である。そのためにはできるだけ早く減圧療法をおこなうこと、手術の回避ができ、入院をしないで在宅での治療ができるようにすることでQOLも向上する。本疾患の患者を多くみていて経験的だが、逆流性食道炎の外科治療後の発症や、出産時の発症、直腸脱の外科治療後の増悪など、患者の減圧への代償機構の破綻により本疾患の顕在化をしばしば経験する。この意味でも早期よりの減圧をおこなうことは病態の進行を予防するうえで重要と思われる。これまでは外科的な腸瘻が主流であったが最近では内視鏡的に胃瘻経由の減圧治療の有効性が確立されてきた。今後はさらに効果的な非侵襲的治療法の開発が望まれる。

## 文 献

- 1) 中島淳：厚生労働科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業 慢性特発性偽性腸閉塞症（CIIP）の我が国における疫学・診断・治療の実態調査研究班 平成 21 年度総括・分担研究報告書, 2009
- 2) Ohkubo H, Kessoku T, Fuyuki A *et al* : Assessment of small bowel motility in patients with chronic intestinal pseudo-obstruction using cine-MRI. *Am J Gastroenterol* **108** : 1130-1139, 2013

