

## Mallory-Weiss 症候群と内視鏡検査

星加 和徳, 大谷 公彦, 鴨井 隆一, 加藤 智弘, 萱嶋 英三, 小塚 一史,  
長崎 貞臣, 藤村 宜憲, 宮島 宣夫, 島居 忠良, 内田 純一, 木原 疆

1981年より1986年の6年間に21例の Mallory-Weiss 症候群を経験した。性別では男性は20例で、女性は1例であった。年齢は平均47歳で、15歳から73歳に及んでいた。9例ではアルコールが原因であった。内視鏡検査では、裂創は11例(52%)が胃限局型、3例が食道限局型、4例が食道胃併存型であった。また、壁在性では、小彎に存在するものが多かった(55%)。裂創の数は、1条が12例、2条が7例、3条が1例であった。裂創の長さは30mmまでで、平均11.1mmであった。輸血は5例で施行されたが、手術を必要とした例はなかった。  
(昭和62年11月6日採用)

### Endoscopic Examination for Mallory-Weiss Syndrome

Kazunori Hoshika, Kimihiko Otani, Ryuichi Kamoi, Tomohiro Kato,  
Eizo Kayashima, Kazushi Kozuka, Sadaomi Nagasaki, Yoshinori Fujimura,  
Norio Miyashima, Tadayoshi Shimazui, Junichi Uchida and Tsuyoshi Kihara

In the six year period from 1981 to 1986, 21 cases of Mallory-Weiss syndrome were experienced in our division. Twenty of the 21 patients (95%) with Mallory-Weiss syndrome were male. The patients ranged in age from 15 to 73 years old, with a mean age of 47 years old. In nine patients, the cause of this disease was alcohol intake. On endoscopical examination, lacerations were located only in the stomach in 11 cases (52%), only in the esophagus in 3 cases and extended from the esophagus across cardia into the stomach in 4 cases. The lacerations were commonly seen on the lesser curvature (55%). As for the number of lacerations, a single laceration was present in 12 cases, two in 7 cases and three in 1 case. The lacerations were up to 30 mm in length with an average length of 11.1 mm. Blood transfusions were required for 5 of 21 patients and none was required surgical intervention. (Accepted on November 6, 1987) *Kawasaki Igakkaishi* 14(2): 272-276, 1988

**Key Words** ① Mallory-Weiss syndrome ② Endoscopic examination

はじめに

Mallory-Weiss 症候群は、1929年 Mallory と Weiss がアルコール摂取後嘔気・嘔吐を繰り返した後に大量の吐血をきたした15例を報告し、出血が嘔吐によって発生した噴門部の粘膜裂創によるものであることを明らかにし、疾患としての概念を提唱した。<sup>1)</sup> 近年、内視鏡の普及に伴い緊急内視鏡検査が施行されるようになってその報告数も増加した。当科においても1980年代になって緊急内視鏡検査が施行されるようになってから Mallory-Weiss 症候群を経験するようになったので、当科における症例の内視鏡所見について検討を加えた。

対 象

当科で内視鏡検査を施行し、Mallory-Weiss 症候群と考えられた症例を対象とし、年齢、性別、症状、内視鏡所見、治療について検討した。内視鏡所見では、裂創の部位、壁在性、数、長さについて検討し、部位は食道のみに限局する食道限局型、胃のみに限局する胃限局型、食道・胃接合部にまたがり食道と胃の両者に存在する食道胃並存型に分類し、壁在性は小彎、大彎、前壁、後壁に分類した。

結 果

集計しえた Mallory-Weiss 症候群は21例で、年代別では、1981年2例、1982年3例、1983年3例、1984年6例、1985年2例、1986年5例であった。性別は男性20例、女性1例で、年齢は、15歳から73歳に及び、平均47歳であった。年齢別では、10歳代1例、20歳代3例、30歳代3例、40歳代5例、50歳代2例、60歳代6例、70歳代1例であった。

吐血は全例に認められ、下血を6例で伴っていた。吐血の量は、不明の例が多いが、100 ml から洗面器一杯ぐらいであった。

原因は、アルコールが9例、その他が8例、不明5例であった。アルコールの種類では、ビール4例、ウイスキー2例、酒1例、不明2例であった。その他としては、生卵、雑炊の残

り、肉うどん、ラーメン、1週間前の中ゆで卵、結婚式の料理や咳、ボルタレン服用などであった。アルコールのうち5例では、1日1合から1升まで最高20年の飲酒歴があった。その他では4例で飲酒歴はなく、3例で0.5から2合までの飲酒歴があった。

発生月をみると1月4例、4月1例、5月4例、6月2例、7月2例、8月2例、10月1例、11月2例、12月2例であった。

内視鏡検査施行日は、第1病日4例、第2病日7例、第3病日4例、第4病日1例、第5病日3例、第6病日1例、第16病日1例で、平均3.9病日に施行していた。

裂創の発生部位は、食道限局型3例、胃限局型11例、食道胃並存型4例、不明3例であった (Fig. 1)。

裂創の壁在性は、29条のうち小彎側16条、前壁側5条、後壁側4条、大彎側4条であった (Fig. 2)。

裂創数は、1条12例、2条7例、3条1例、不明1例であった (Fig. 3)。

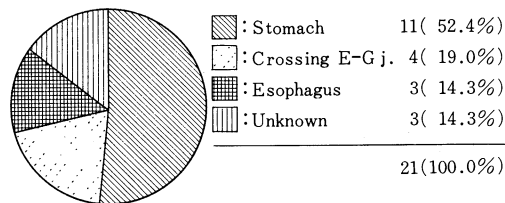


Fig. 1. Location of lacerations

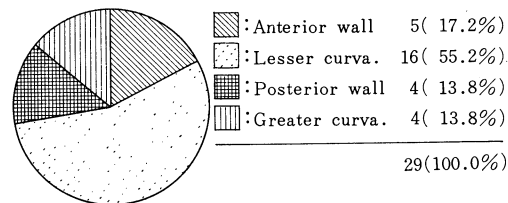


Fig. 2. Location of lacerations

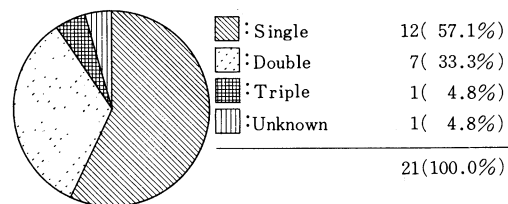


Fig. 3. Number of lacerations

裂創の長さは、3 mm 5条, 5 mm 3条, 7 mm 1条, 10 mm 2条, 15 mm 6条, 20 mm 1条, 25 mm 1条, 30 mm 1条で平均11.1 mmであった。

病変部観察時に、4例で出血、2例で凝血塊が認められた。

**Figure 4** は、吐血の翌日に施行した内視鏡像で裂創が胃側に認められる。**Figure 5** はその6日後の内視鏡像であるが、裂創は治癒している。

治療は、全例制酸剤や粘膜保護剤投与などの内科的治療で治癒し、手術例はなく、また、11例は外来で治療された。入院例のうち、輸血は5例で施行され、その量は1200 ml から3900 ml で平均2420 ml の輸血であった。入院例の輸血前のヘモグロビンは、他院で輸血された例をのぞき11 g/dl 以下で、平均8.7 g/dl であった。



**Fig. 4.** Endoscopic picture of esophagogastric junction. A laceration is observed in the stomach.



**Fig. 5.** Endoscopic picture of esophagogastric junction. A laceration is healed.

内視鏡的に経過を追うことのできた例は8例で、そのうち4例では2週間以内に治癒を確認できた。

## 考 察

Mallory-Weiss 症候群は、1929年に Mallory と Weiss がアルコール摂取後嘔気・嘔吐を繰り返した後に大量の吐血をきたした15例<sup>1)</sup>を、また、1932年には6例を追加報告し、<sup>2)</sup> 出血が嘔吐によって発生した噴門部の粘膜裂創によるものであることを明らかにし、疾患としての概念を提唱したものである。

1955年に Whiting ら<sup>3)</sup> は術前に診断して手術に成功した例を報告し、1956年には Hardy<sup>4)</sup> が胃鏡による診断例を報告している。

Mallory-Weiss 症候群の本邦における報告は、1961年の村上らの報告が第1例目とされている。その後、報告例も増加し、<sup>5)~10)</sup> 特に緊急内視鏡検査が導入されてからは症例の増加は著しいものがあり、上部消化管出血の原因として約10%を占め、日常診療上留意すべき疾患となった。本症候群の定義については「嘔吐などにより腹腔内圧が急激に上昇し、噴門部近傍に裂創が発生し、これを出血源として顕出血をきたした例」とするのが一般的である。

年齢については、10歳代から80歳代まで幅広くみられるが、平均年齢47歳前後の報告が多く、性別をみると男性が77.4%~92.2%と男性に圧倒的に多く、<sup>5)~13)</sup> 自験例でも95%が男性であった。1年のうちでは11月~1月に多いとの報告<sup>13)</sup> もあるが、特に季節的な傾向は明らかでなく、自験例でも特に明らかな傾向はないが1月と5月にやや多かった。

発症の誘因としては飲酒、胃十二指腸潰瘍、妊娠、尿毒症などの嘔吐をきたす疾患のほか、咳嗽、喘息などの腹腔内圧の上昇なども関与している。酒が誘因であったのは、40%~62%と幅があるがほぼ半数であり、自験例でも約半数であった。飲酒歴では、平田<sup>9)</sup> は、72.2%が常習飲酒家であったとしているが、自験例では38%で飲酒歴が確認されたにすぎなかった。

アルコールが原因であった例とその他の例では、飲酒量に差はなかった。アルコールの種類としては、ビールが多かった。

萎縮性胃炎、食道裂孔ヘルニアなども重要な補助因子と言われているが、平田<sup>6)</sup>は慢性萎縮性胃炎が92.2%に認められたと報告し、発生助長因子としての萎縮性胃炎に伴う粘膜の脆弱性が大きな役割を果たしていると推察している。一方、食道裂孔ヘルニアは13.1%~72%と報告によってばらつきがあり、Mallory-Weiss 症候群で特に多いとはいえないとする報告もみられる。

また、消化性潰瘍、食道静脈瘤など上部消化管出血の原因となる病変を併存している例も多く、他病変からの出血の有無を確認することも重要である。<sup>6), 8), 11), 13)</sup>

裂創の診断には、上部消化管造影と内視鏡検査があるが、上部消化管造影では内視鏡診断例の64.3%が診断できるにすぎず、<sup>9)</sup>内視鏡検査の診断能力の方が優れており、早急に治療方法を決定するためにも第一に選択される検査は内視鏡検査であるべきである。一般的に内視鏡検査には直視型内視鏡を使用するが、側視型内視鏡を使用するという報告もみられる。内視鏡検査の施行時期は緊急内視鏡検査の普及に伴い早くなり、自験例でも76%の症例は3日以内に施行されていた。

内視鏡検査でみると裂創の部位は、食道・胃粘膜接合部の胃粘膜側に88%~76%と胃に限局するものが多いとする報告が多く、自験例でも胃限局型が多いが、食道・胃にまたがるものが43%と多いという報告もある。<sup>7)</sup>壁在性は、小彎に55%と小彎に最も多い。裂創の数は1条が82.3%~54%と多いが、複数の例も少なからずある。また、須川ら<sup>10)</sup>は、内視鏡検査時に23.5%の症例で出血をみており、自験例でも19%の症例で出血を認めている。裂創の深さは粘膜下層までと言われている。裂創の長さは4cmまでで、平均1.5cmとKnauer<sup>13)</sup>は記載しているが、自験例もほぼ同様の結果であった。

治療は出血性胃潰瘍の治療に準じるが、自然

止血が多い。保存的療法が主体であり自験例でも手術が必要であった例はないが、止血困難な例では手術を行う必要があり、その際胃切除術よりも裂創縫合が望ましい。手術を施行したとの報告では、8.5%~2.9%の症例に手術を施行したと報告されている。輸血は、23.9%~59.4%の症例で施行されている。<sup>10), 11)</sup> また、レーザーや電気凝固による内視鏡的止血法も普及してきている。

裂創の治癒までの期間は短く10日あるいは3週間以内とする報告が多い。また、本症での死亡率は減少してきており、0%~7.1%とされている。

本症の発生機序については、食道裂孔ヘルニア、粘膜の状態、胃内圧と食道内圧の圧勾配などが重要視されている。

しかし、食道裂孔ヘルニアの頻度がMallory-Weiss 症候群で有意に多いとはいえないとする報告もあり、また、報告によりその頻度にかなり差があることより、食道裂孔ヘルニアが発症の必要条件であるとするには疑問がある。

平田<sup>6)</sup>は食道裂孔ヘルニアが認められない例でも、嘔吐時に一過性に食道裂孔ヘルニア状態となり、食道・胃接合部が過進展されること、噴門部前壁大彎寄りを中心に胃粘膜が食道腔内に脱出を起こすことを指摘し、胃粘膜の食道への脱出自体は合目的な現象であり、このこと自体は裂創形成に関与せず、むしろ円滑な脱出を阻害する状態が異常な胃内圧亢進などをひきおこし問題なのではないかと推察している。また、裂創が小彎に多いという壁在性についてKnauer<sup>13)</sup>は、噴門部の胸腔内へのherniationの際小彎側の可動性が少ないためと考え、また、平田<sup>14)</sup>は犬を使った実験的研究により拡張伸展に対して抵抗減弱部位であるという解剖学的、組織学的要因によるものと推察されると述べている。

## 結 論

当科で経験したMallory-Weiss 症候群の21例の内視鏡所見について検討し、若干の文献的考察を加えて報告した。

## 文 献

- 1) Mallory, G. K. and Weiss, S.: Hemorrhages from lacerations of the cardiac orifice of the stomach due to vomiting. *Am. J. med. Sci.* 178: 506—515, 1929
- 2) Weiss, S. and Mallory, G. K.: Lesions of the cardiac orifice of the stomach produced by vomiting. *JAMA* 98: 1353—1355, 1932
- 3) Whiting, E. G. and Barron, G.: Massive hemorrhage from laceration, apparently caused by vomiting in the cardiac region of the stomach with recovery. *Calif. Med.* 82: 188—189, 1955
- 4) Hardy, J. T.: Mallory-Weiss syndrome: Report of a case diagnosed by gastroscopy. *Gastroenterology* 30: 681—685, 1956
- 5) 佐々木浩三, 川守田安彦, 篠田知生, 福武勝秀, 斉藤利彦, 芦沢真六: Mallory-Weiss 症候群の臨床的検討. *東京医大誌* 42: 1109—1113, 1984
- 6) 平田牧三: Mallory-Weiss 症候群の成因に関する臨床的研究. *Gastroenterol. Endosc.* 28: 3—10, 1986
- 7) 中村常哉, 中澤三郎, 川口新平, 芳野純治, 川瀬修二, 小池光正, 太田博郷, 金森陽子, 後藤秀美: Mallory-Weiss 症候群 80 例の検討 特に上部消化管合併病変に注目して. *Gastroenterol. Endosc.* 27: 2253—2259, 1985
- 8) 奥山山治, 島津久明, 板井悠二, 木暮 喬: Mallory-Weiss 症候群—63 自験例の分析—. *胃と腸* 11: 715—720, 1976
- 9) 七海暁男, 煎本正博, 久木田岳雄, 山本 勇, 中島哲二: Mallory-Weiss 症候群の X 線学的検討. *胃と腸* 18: 999—1008, 1983
- 10) 須川暢一, 増山仁徳: Mallory-Weiss 症候群—310 自験例の検討. *日消誌* 83: 619—624, 1986
- 11) Hastings, P. R., Peters, K. W. and Cohn, I.: Mallory-Weiss syndrome review of 69 cases. *Am. J. Surg.* 142: 560—562, 1981
- 12) Weaver, D. H., Maxwell, J. G. and Castleton, K. B.: Mallory-Weiss syndrome. *Am. J. Surg.* 118: 887—892, 1969
- 13) Knauer, C. M.: Mallory-Weiss syndrome characterization of 75 Mallory-Weiss lacerations in 528 patients with upper gastrointestinal hemorrhage. *Gastroenterology* 71: 5—8, 1978
- 14) 平田牧三: Mallory-Weiss 症候群の成因に関する実験的研究. *Gastroenterol. Endosc.* 28: 11—17, 1986