

図1 症例1の大腸内視鏡像

a : 下血時の緊急内視鏡像

広範囲の大腸粘膜から浸出性の出血がみられた。

b : 止血後の内視鏡像

軽度の浮腫とシダ状血管像の回復がみられた。また vascular ectasia も観察された。  
(カラー図譜Ⅱ)

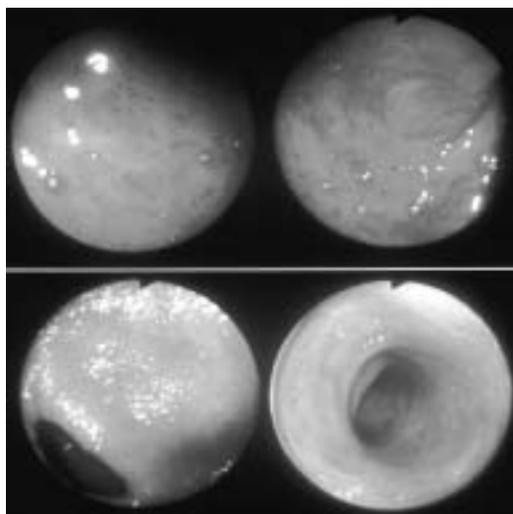
a  
b

図2 症例2の大腸内視鏡像

a : 下血時の緊急内視鏡像

広範囲の大腸粘膜から浸出性の出血がみられた。

b : 止血後の内視鏡像

軽度の浮腫とシダ状血管像の回復がみられた。  
(カラー図譜Ⅱ)

a  
b

存するもシダ状血管透見像の回復がみられたが、一部の大腸粘膜にはクモ状血管腫と同様な特徴的な血管拡張像がみられた(図1b・カラー図譜Ⅱ)。また当初はF<sub>3</sub>CbRC (+)であった食道静脈瘤は計3回のEISによりF<sub>1</sub>CwRC (-)に軽快した。なお患者の基礎疾患はC型肝硬変であった。

#### 症例2

患者は58歳男性。肝癌合併肝硬変により当科で肝動脈塞栓術(TAE)の治療を行い、外来経過観察中であった。1993年2月3日に突然の吐血をきたしたため入院となった。直ちに緊急内視鏡検査を施行し、F<sub>3</sub>CbRC (+)の食道静脈瘤からの破綻出血と診断してEISを施行したが、3日後に再吐血をきたしたために第2回目のEISを施行した。7日後に再び吐血し第3回目のEISを追加した。2月25日には大量の新鮮血による下血がみられたために大腸内視鏡検査を施行したところ、広範囲にわたる大腸粘膜から持続性の浸出性出血が観察された(図2a・カラー図譜Ⅱ)。さらに3月1日に肝動脈血管造影検査を施行したが、肝癌による肝動脈-門脈短絡(A-Pシャント)が明らかになったために、コイルによる塞栓術を施行した。治療直後より吐下血の改善がみられるようになった。そして初回のEISから2週間後に第4回目、さらに3週間後に第5回目のEISを施行し、ほぼ消化管出血はみられなくなった。引き続き施行した大腸内視鏡像は大腸粘膜に軽度の浮腫がみられた(図2b・カラー図譜Ⅱ)。しかし患者は出血に伴う肝不全が進行し、4月5日に死亡した。