

〔臨床実験〕

(東京女医大誌 第 29 卷 第 7 号)
頁 509—513 昭和 34 年 7 月)肺切除手術時に前方直達搔爬術を
行つた胸椎カリエスの 1 例

伊豆逋信病院外科 (部長 今井 久)

村 瀬 温・栗 原文子・北 沢 俊 郎
ムラセ セ エツカ クリ ハフ フミ コ キタ サワ トシロ ヒロ

(受付 昭和 34 年 4 月 27 日)

緒 言

胸椎カリエス前方直達療法と肺切除術を開胸により同時施行した例は、本邦においては松本¹⁾、齊藤²⁾、浅野³⁾の 3 氏により報告されており、著者等も術前胸椎カリエスに気付かず、右肺切除を企画し、膿瘍とそれにつながる胸椎カリエスを発見し、同時に処理して好結果を得たので報告する。

症 例

36 才，男，公務員

現病歴；発病発見は昭和 27 年 5 月，感冒様症状にて自発的受診，両側の肺結核症を発見された。直ちに SM, PAS 併用を開始，SM 40 g 終了後 INAH, PAS 併用にて昭和 30 年 10 月まで自宅療養を続けた。自宅療養中，右肋間神経痛様疼痛を感じ，体位変換時にも疼痛があつたが治療をうけることなく自然に消滅した。昭和 30 年 11 月より復職就労したが，昭和 32 年 8 月，集団検診にて再び休養を命ぜられ，同年 9 月，伊豆逋信病院に入院した。

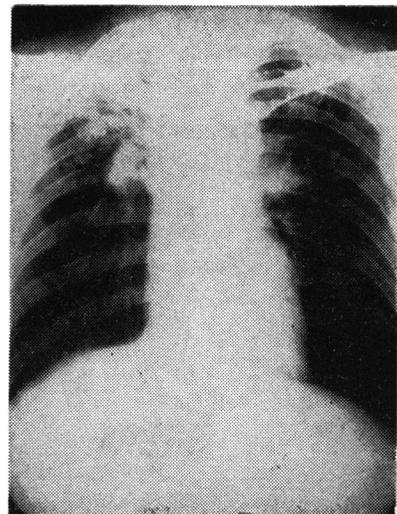
既往歴；10 才の時，外痔瘻

20 才の時，猩紅熱に腎炎を併発

ツベルクリン反応は不明

入院後経過：入院時，両側肺上野の肺結核症を認め，PAS, IHMS 併用，32 年 11 月より PZA, IHMS 併用とし，33 年 5 月，右肺上野の VII 型病巣 (岡分類) に対し肺切除を決定，外科へ転科す。

術前の状況：胸部レ線所見 (写真 1) にて右肺上野の VII 型病巣と左肺上野の硬化性病巣を認める。



(写真 1) 術前胸部

身長 160 cm, 体重 52.0 kg 体温平熱，脈搏 76 ~80, 血圧 132~76, 呼吸数 14, 赤沈値 4, 16, 出血時間 4 分~17 分, 赤血球数 490 万/mm³, 白血球数 5300/mm³, Hb 値 95% (ザリー) G.B. 1.057, G.P. 1.028, 肺活量 2900 cc, B.S.P. 30 分 1%, 45 分 0% モイレングラハト 3.0, C.C.F. 24 時間 (-), 48 時間 (+), ソーン・テスト減少率 71%, 尿比重 1018, 蛋白 (-) 糖 (-), ウロビリノーゲン正常, ウロビリリン (-), 喀痰中の結核菌は術前 6 カ月塗沫培養陰性。

手術：昭和 33 年 5 月 28 日施行

術式：胸椎 VIII カリエス前方搔爬術兼右肺上

Yutaka MURASE, Fumiko KURIHARA, Toshiro KITAZAWA (Department of Surgery, Izu Teishin Hospital) : A case of Tuberculosis, treated with anterior curettage of the thoracic spine and bilateral lobektomie simultaneously.



(写真2) 術前断層 6 cm



(写真3) 術前気管支造影

葉, S₆, S_{4,5} (部分) 切除術

手術時間: 5時間 35分

出血量: 1800 g

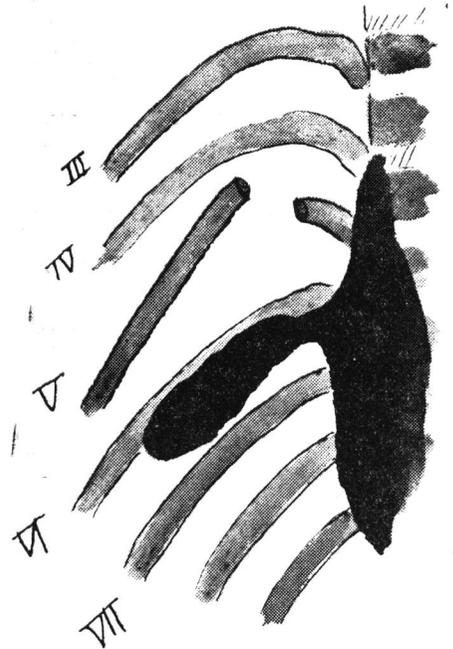
輸血: 2200 cc

輸液: 450 cc

麻酔: 気管内麻酔

手術所見: 右側の Posterolateralschnitt にて第V肋骨を切離し, その肋骨床にて開胸, 肋膜癒着は全体に強固にして, とくに上葉の肺尖より後部及び外側にかけ Peel を有し, 剝離は一部は肋

膜外に行つた。剝離が後部に及ぶと, VI肋骨にそつた Wulstförmig の膨隆を 発見し波動を認めた。



(図1) 膿瘍模型図

この膨隆が胸椎体まで続き, さらにVII胸椎を中心とする上下に伸びた Kongestionsabscess (図1)であることを発見した。

肺剝離が完了する頃より, 圧迫が除かれた膿瘍は極度に緊張し大きさを増大, およそ手拳大となり, ついに自潰した。直ちに膿を吸引し, 膿瘍壁の搔爬を開始, VII胸椎体前面まで達した。腐骨は認めなかつたが椎体前面は破壊され, 軽度の欠損をみ, 表面は粗造であつた。またVI肋骨内面も侵蝕され粗となつていた。

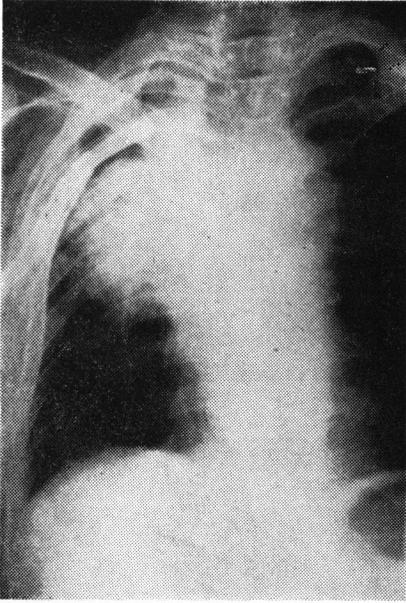
搔爬後は膿瘍腔内に SM 末を入れ, 体壁肋膜をもつて二重に緊密に縫合し胸腔と隔絶す。

カリエス病巣搔爬後は S₁ のそら豆大の病巣, S₂ の小病巣塊, S₆ のくるみ大の病巣, S_{4,5} の散布巣に対し, 右上葉切除, S₆ 区域切除, S_{4,5} 部分切除を施行, 右上葉断端には骨膜を縫着, S_{4,5} の部分切除面は縫縮, 肺門部は肋膜被覆を行つた。

ゴムドレーン2本挿入後は型のごとく閉胸し, P. C, S. Mの注入を行つた。

術後経過:

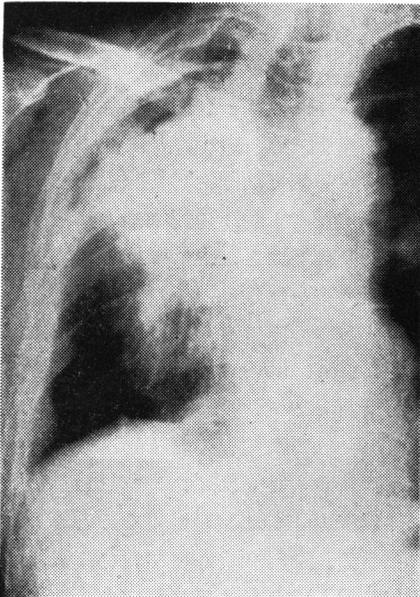
術後の化学療法は, SM 1g 宛毎日2週間,



(写真4) 術後3日

PAS 10g 毎日, IHMS 0.6g 毎日, Leocillin 50万単位5日間使用す。

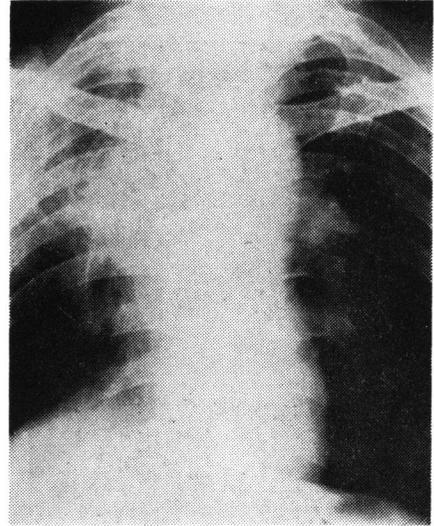
術直後より定圧持続吸引開始, 第2病日にドレーン除去, 総排液量は 700cc であった。



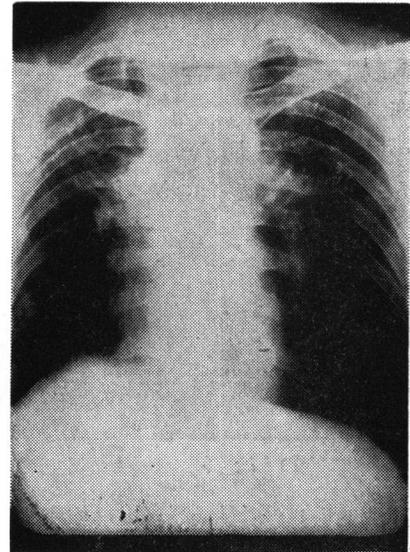
(写真5) 術後7日

第6病日より平熱となり, 第7病日に抜糸。歩行可能となつてから, ギプスベツト作成と胸椎の精密レ線検査を行つた。

肺切除後の残存肺再膨脹は良好で死腔を残さずに再膨脹したため, 切除範囲が多かつたが胸椎カ



(写真6) 術後1ヶ月



(写真7) 術後6ヶ月

リエスに対する悪影響を考え胸廓成形術は施行しなかつた。

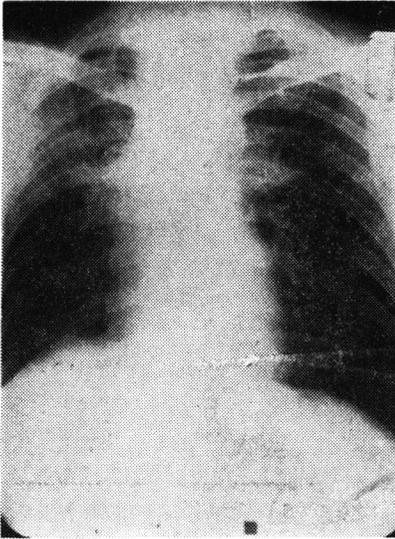
カリエス搔爬後の死腔には術後手拳大の渚留液を証明したが(写真4,5), 気管支瘻や膿胸を併発することなく, 順次縮少し, 8カ月後には痙痕化した(写真6,7,8)。

胸椎カリエスのレ線経過:

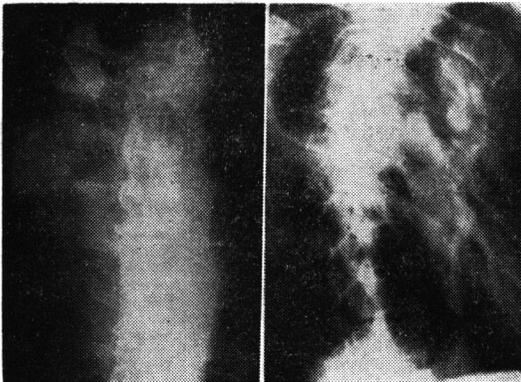
術前, 胸椎カリエスを見逃していたために, 術前のレ線写真はないが, 胸部の断層撮影(写真2)にて明らかに梨子状を呈した境界鮮明なる濃厚な陰影を認め, これが paravertebral のKongestionsabscess の陰影であることを術後になつて知

つた。

術後1カ月の胸椎のレ線所見(写真9)ではVI、VII胸椎体の両側辺縁の破壊と、椎間の狭少をみ、Kongestionsabscessの陰影も明らかであり、搔爬せる胸腔後壁にも円形の濃厚陰影をみる。術後4カ月のレ線所見にては両陰影ともに可成縮少している。



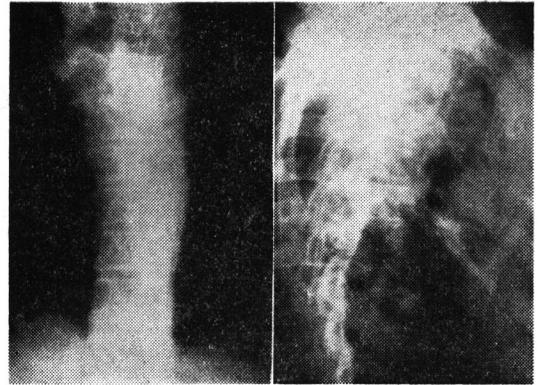
(写真8) 術後8ヶ月



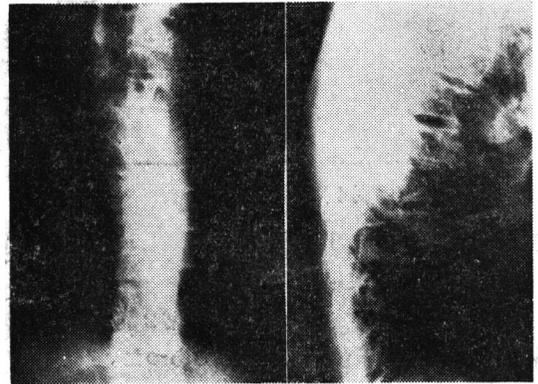
(写真9) 術後1ヶ月

術後7カ月のレ線所見(写真10)も同様に縮少の傾向にあり、椎体の所見は不変である。術後10カ月(写真11)では胸腔後壁の陰影は癒痕化して消失し、Kongestionsabscess様の陰影は縮少せるとはいえ、なお完全には消失してはいない。しかしこのような像はむしろ膿瘍吸収後の癒痕と考えるべきものである。

肺切除後の経過は全く良好で現在はコルセットにより歩行を許可している。なお今後充分経過を



(写真10) 術後7ヶ月



(写真11) 術後10ヶ月

観察してゆきたい所存である。

総括ならびに考按

著者等は肺切除前、胸椎カリエスの存在を知らずして肺切除を企て、開胸して胸椎カリエスおよび膿瘍を発見し、止むを得ず胸椎カリエスの前方直達搔爬術を肺切除とともに併施し意外に好経過を得たので考察を試みた。

胸椎カリエスのみに対しては、現今盛に行われている Costotransversectomy による側方直達廓清術が化学療法と相俟つて好結果を収めており⁵⁾、あえて膿瘍併発のおそれある開胸的前方直達術を強行する必要は認めない。しかし肺切除術中偶然胸椎カリエスを発見することもそれ程稀ではなく、伊豆通信病院外科においても、肺切除557例中、本症例を含めて2例あり、他の1例は直達搔爬を行わずに、術中胸腔内より穿刺排膿したのみで好結果を得ている。術中、カリエスを発見した場合、とくに膿瘍のある場合は肺剝離により圧迫がとれると緊張して自潰するおそれがあるため、やはり積極的に胸腔内より前方直達搔爬を行うべきであると考え。著者が調査したつぎに

紹介する本邦の例もともに良好な結果を示しているため、化学療法さえ強力に行えば膿胸や気管支瘻は防ぐことができると考える。

胸椎カリエス前方直達療法は松本氏が第30回日本整形外科学会に発表しており、肺切除術と同時に施行した症例は同氏¹⁾が27才男に胸椎X～XIIカリエス前方直達廊清術と左肺区域切除術(S_{1+2,3})を併施し、結果がよいのに驚いたといっており、また齊藤氏²⁾は32才男の胸椎VIIカリエス膿瘍の肺穿孔例に対し、右S₆区域切除と前方直達廊清を行って好結果を得たと報告している。また浅野氏³⁾は胸椎VI～XII、腰椎Iカリエスの肺穿孔例に対し肺部分切除とカリエス膿瘍開口部に筋辨を縫着して好結果を得たと報告している。

要は搔爬部位を体壁肋膜や筋膜、筋辨等を用ひて強固に閉鎖し、胸腔と完全に隔絶することであり、化学療法を強力に行うことはいうまでもないことである。

また肺切除術施行に際しては、心臓、血管、肺門部陰影とまぎらわしい胸椎カリエスの Konge-

stionsabscess とを鑑別し、また臨牀的にも胸椎の診断をゆるがせにしない注意が必要であろう。

結 語

胸椎カリエス及び膿瘍に対し前方直達搔爬術を行ひさらに肺切除術を併施して良好な結果を取めた一例を報告した。

肺切除を多数行っている胸部外科専門の病院や療養所においては、このような症例に稀には遭遇するものと思われる。この場合、如何に対処すべきかといふ時、吾々の行つた方法及び考え方が適切であつたものと考えらる。

(稿を終るに臨み御指導を賜つた東京女子医大整形外科森崎教授、伊豆通信病院今井副院長に感謝します。)

文 献

- 1) 松本正久：手術 11 (5), 353—358 (昭 32)
- 2) 斎藤義一：胸部外科 11 (7) 521—523 (昭33)
- 3) 浅野友次郎：日外会誌 54 749 (昭 28)
- 4) 猪狩 忠：手術 11 (3) 190—207 (昭 32)
- 5) 山田憲吾：手術 11 ; (8) 587—602 (昭 32)