

心臓疾患々者の慢性扁桃炎並に扁桃摘出 の臨床統計的観察

東京女子医科大学耳鼻咽喉科学教室 (主任 佐藤イクヨ教授)

鈴 木 千 鶴 子
スズキ キ ナ ツメ コ

(受付 昭和34年7月22日)

I 緒 言

慢性扁桃炎と心臓疾患との関係については夙に臨床医学方面から注目され研究されて来ているが、従来心臓疾患々者の扁桃摘は禁忌とされているため個々の扁桃摘例は散見するが、多数例纏つた報告は未だこれを見ない。

私共は本学附属心臓血圧研究所(以下心研と略す)に入院中の心臓疾患々者について、心臓手術前に一般身体検査の一環として耳鼻咽喉を検査した。そのうち病歴及び口蓋扁桃の精査によつて慢性扁桃炎の所見あるものを選び出した。さきに著者³⁾は扁桃内細菌の検索により、緑色連鎖球菌を心臓疾患々者に於ては、対照患者に比して非常に高率に検出したことに鑑み、口蓋扁桃が再び原病巣となりうる場合を考慮して将来の禍根を去る目的で、心臓手術後体力の回復をまち、事情の許す者に扁桃摘を行つたのでその統計的観察を報告する。

II 文献の概要

1925年 Hawkins¹¹⁾氏は215例の心臓疾患々者中52.8%に感染性扁桃炎あり、更にロイマチス性心臓疾患の時62.0%の高率に慢性扁桃炎を認めたという。扁桃性心臓疾患の診断の根拠に関しては1922年 Kaiden, Maxwell¹²⁾、1925年 Hawkins¹¹⁾氏等は、①既往歴、②口蓋弓の特有の発赤、③前口蓋弓の圧迫による腺窩からの乾酪様物質の排出、④下顎弓部の腫脹の4点をあげている。近年では、扁桃が一次的病巣であるとするには、これら既往歴、局所所見の他に補助診断法として上扁桃腺窩の洗滌、血液像と血沈、扁桃の刺戟誘発法、扁桃穿刺液をもつてする皮膚反応、

γグロブリンの増加、細菌学的免疫学的検査などが諸氏により行われている。

次に心臓疾患々者の扁桃摘に関しては、吉田⁶⁾、竹田⁵⁾、Robinson, Russell¹⁴⁾、Curtius¹⁰⁾氏などは心内膜炎患者に扁桃摘を行つて治癒或は軽快をみたといつており、Robey¹³⁾、Wilkinson¹⁵⁾氏などはロイマチス性心臓疾患々者に扁桃摘を行つて非常に好成績を得て治癒及び器質性心臓疾患への進展頻度を著しく低下させ得たという。又、竹田⁵⁾、Asmann⁹⁾氏などは心臓神経症に扁桃摘を行つて良い結果を得たと報告している。

III 研究方法

調査対象：昭和28年10月～32年9月に至る4年間に心研に入院した心臓疾患々者623名について耳鼻咽喉検査を行つたが、そのうち先天性心臓疾患々者(以下先天性心患者と略す)207名、後天性心臓疾患々者(以下後天性心患者と略す)416名である。

扁桃の検査方法：簡単に扁桃の大きさばかりみるのではなく丁寧に精査することが必要なので、反射が強く、かつ痛がる人には予め粘膜塗布麻酔を行つた。最も重要な上扁桃腺窩は前口蓋弓に隠れて見えぬ場合が多いから久保式扁桃鉤を前口蓋弓にかけて観察した。上扁桃腺窩の深さの測定には直角に屈曲して目盛のついた扁桃消息子を用いた。上扁桃腺窩は他の腺窩よりも深くて殆んど被膜に達しているため、この測定によつて上極部の埋没程度をしらべた。最後に咽頭捲綿子又は舌圧子で前口蓋弓側方から扁桃を圧迫して扁桃床に対する癒着の有無、及び圧迫による栓子塊や膿汁の排出の有無を確かめた。又、腺窩表面の状態(大小、凹凸、発赤、癒着閉鎖)、実質内膿胞の存在などを検査

した。以上の検査法により前口蓋弓に限局性発赤のあるもの、扁桃表面が凹凸不平で腺窩に一致して栓子、又は膿汁を認めるもの、或は圧出するもの、腺窩入口部に発赤のあるもの、実質内に膿胞を透視するもの、癒着等の所見あるものなどを慢性扁桃炎と診断した。

扁桃摘出方法：笹木式扁桃摘出術によつた(後述)。

IV 研究成績

1) 局所所見 (第1表)

露出肥大型の扁桃は先天性心患者の小児が多く、後天性心患者では埋没型で萎縮したものが多くみられた。上扁桃腺窩の深さは1cm以上1.5cmのものが最も多く、2cmに達するものも約10%あつた。腺窩癒着閉鎖のため消息不能なものが後天性心患者に4例、先天性心患者に1例あつた。前口蓋弓は限局性に暗赤色に発赤し、その翻転性が悪い。扁桃表面は凹凸不平のもの多く、腺窩の裂隙状に広いもの、腺窩入口部の縁どられたような発赤を認めるものもあつた。

腺窩内に栓子が認められるもの断然多く、これは先天性心患者において64%、後天性心患者において47.4%であり前者の方が多い。しかし表面からみただけでは認められないが、圧迫により栓子又は膿汁を排出するものは、後天性心患者では先天性心患者の2倍であつた。

表面から実質内膿胞を透視し得るものは、先天性心患者15.6%、後天性心患者11.7%であつた。

心臓疾患々々の扁桃に肉眼的に特有な所見はないが、強いていえば一般に暗赤色の色調をおびているのは循環障害によるものであろう。

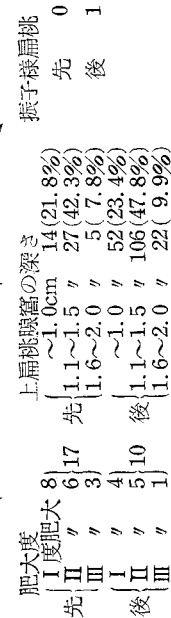
2) 心臓疾患の分類と慢性扁桃炎の頻度

便宜上各年齢層別に分類して集計すると第II、III表のごとくである。本表の示す大体の傾向は10才迄は殆んどが先天性心患者で、年齢の進むに従い後天性心患者がふえる。16才を境にして後天性心患者が多くなり、更に年齢の進むに従い先天性心患者は激減して殆んどが後天性心患者である。

検査総数623名のうち慢性扁桃炎の所見ある者は286名(45.9%)で、先天性心患者64名(30.9%)、後天性心患者222名(53.4%)である。後天性心患者は各年齢層において殆んど50%以上であるのに対して、先天性心患者は21~25才の年齢層においてのみ50%を越し、あとはすべてそれ以下であつて、全体としてみると後天性心患

第1表 局所所見

露出型	露出肥大型	兼埋没型	表面凹凸不平なもの	腺窩大なるもの	腺窩入口部に発赤あるもの	栓子を認めるもの	膿汁を圧出するもの	膿汁を認めるもの	膿汁を圧出するもの	実質内膿胞を透視するもの	前口蓋弓に発赤あるもの	癒着のあるもの	
先天性	17 (26.6%)	4 (6.2%)	28 (43.7%)	12 (18.8%)	5	1	41 (64.0%)	3 (4.6%)	0	7 (10.9%)	10 (15.6%)	11 (17.2%)	4 (6.3%)
後天性	10 (4.5%)	29 (13.0%)	135 (60.8%)	39 (17.6%)	20	2	105 (47.4%)	37 (16.7%)	2	29 (14.4%)	26 (11.7%)	95 (42.8%)	14 (6.3%)



第 II 表 先天性心疾患

年 令		フ ア ロー 氏 四 兆 症	ボ タ ロ 氏 管 開 存 症	心 室 中 隔 欠 損 症	心 房 中 隔 欠 損 症	肺 動 脈 狭 窄 症	右 胸 心	心 室 房 中 隔 欠 損 症	心 房 中 隔 欠 損 症	肺 動 脈 狭 窄 症	ボ タ ロ 氏 管 開 存 症	心 内 膜 炎	心 室 中 隔 欠 損 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	ア イ ゼ ン メ ン ゲ ル	診 断 未 定 の 患 者	先 天 性 心 疾 患	計
～10才	慢性扁桃炎	3	1	3	2		1											10(15%)
	扁桃肥大	6	3	3	2	2										2		18
	扁桃に病変なきもの	11	8	7	4	2							1			3		36
11～15才	慢性扁桃炎	3	1	2	2							1						9(27%)
	扁桃肥大	1	1		2													4
	扁桃に病変なきもの	11	1	3	3				1							1		20
16～20才	慢性扁桃炎	3	4	2	1	1										2		13(31%)
	扁桃肥大	1		1	1													3
	扁桃に病変なきもの	4	7	6	4	4										1		26
21～25才	慢性扁桃炎	1	3	9	2	4	1									2		22(53%)
	扁桃肥大			1														2
	扁桃に病変なきもの	1	2	2	5	2								1		5		17
26～30才	慢性扁桃炎		3	2	2		2											9(39%)
	扁桃肥大																	0
	扁桃に病変なきもの		3	4	2	3										2		14
31～35才	慢性扁桃炎																	0
	扁桃肥大																	0
	扁桃に病変なきもの														1	1		1
36～40才	慢性扁桃炎																	0
	扁桃肥大																	0
	扁桃に病変なきもの							1										1
41才～	慢性扁桃炎																	0
	扁桃肥大																	0
	扁桃に病変なきもの			2		1												3

者では 53% に、先天性心患者では 30% に慢性扁桃炎の所見ある者があり、両者の間に著明な差がある。

3) 既往歴

慢性扁桃炎を有する後天性心患者 222 例中、アングリーナ 50%、関節ロイマチス 40.2% が特に高率で、虫垂炎 15.4%、腎炎 14.0%、心内膜炎及びその疑いといわれた者 9.0%、咽頭ジフテリア 6.3%、脳栓塞 5.4%、その他第 IV 表及び第 I 図に示すごとくである。

先天性心患者では 64 例中アングリーナ 29.6%、虫垂炎 7.8%、腎炎と関節ロイマチスが夫々 6.2%、微熱 4.3%、心内膜炎 3.1%、その他は少数

例ずつである。

なお既往に扁桃切除術又は扁桃摘出術を受けた者は、後天性心患者 18 例、先天性心患者 2 例である。又肺結核及びそれと誤られた者が、後天性心患者に 26 例、先天性心患者に 3 例ある。

後天性心患者において心臓に關係のあるロイマチス、腎炎、咽頭ジフテリアに罹患した者が多いのは注目に値する。この他にアングリーナ程の著明は症状はなく、風邪をひいた時に、咽頭が痛くなったことはあつても特に高熱が出た様な事はないという軽微な症状、又は全く無自覚のもので慢性扁桃炎の所見を呈する者が相当あるという事も見逃してはならない。

第 III 表 後 天 性 心 疾 患

年 令	慢 性 扁 桃 炎 大 の	性 桃 肥 の	扁 桃 肥 の	桃 肥 の	炎 大 の	僧 帽 弁 狭 窄 症	僧 帽 弁 閉 鎖 不 全 症	僧 帽 弁 閉 鎖 不 全 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	心 内 膜 炎	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	僧 帽 尖 弁 狭 窄 症	僧 帽 尖 弁 狭 窄 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	心 囊 炎	僧 帽 弁 膜 炎	心 内 膜 炎	三 尖 弁 狭 窄 症	心 囊 炎	心 房 性 期 外 収 縮	恒 久 性 不 整 脈	僧 帽 弁 閉 鎖 不 全 症	大 動 脈 弁 閉 鎖 不 全 症	冠 不 全	心 筋 梗 塞	心 肥 大	高 血 庄	動 脈 硬 化 脚 氣 害	計
~10才	1	1																				1										2 0 2	4
11~15才	1	3																														3 1 1	5
16~20才	20 1 6	10 7	4 1	2 1	1 1				1																							35 1 18	54
21~25才	27 14	10 11	6 2	3 1	1 1				1	1																						52 0 29	81
26~30才	35 27	13 9	5 4	4 4	1 1	1 2	1			2						1								1	1	1	1					64 0 50	114
31~35才	15 20	9 9		1 2		1 2	1	1					1		1																	29 0 35	64
36~40才	16 11	9 8		1 2	1 1					1					1																	27 0 26	53
41才~	8 15	1 5			2	1									1														1			10 0 30	40

第IV表 既往歴

既往歴	疾患別	後天性	先天性
アングリーナ		111 (50.0%)	19 (29.6%)
風邪をひいた時咽頭痛あり、発熱なし		29 (13.1%)	1 (1.6%)
関節ロイマチス		89 (40.2%)	4 (6.2%)
虫垂炎		34 (15.4%)	5 (7.8%)
腎炎		31 (14.0%)	4 (6.2%)
心内膜炎		14	2
”(疑)		20 (9.0%)	2 (3.1%)
咽頭ジフテリア		14 (6.3%)	1 (1.6%)
脳栓塞		12 (5.4%)	0
微熱		2 (0.9%)	3 (4.3%)
腎盂炎		2 (0.9%)	0
舞踏病		2 (0.9%)	0
敗血症		1 (0.4%)	0
筋肉ロイマチス		1 (0.4%)	0
ロイマチス性紫斑病		1 (0.4%)	0
扁桃周囲膿瘍		1 (0.4%)	0
足首血栓		1 (0.4%)	0
胆嚢炎		1 (0.4%)	0
膝部蜂窩織炎		1 (0.4%)	0
肺炎		1(10回) (0.4)	0
肺結核		4 (1.8%)	2 (3.1%)
”(疑, 誤)		22 (9.9%)	1 (1.6%)
既往に扁切又は扁摘を行ったもの		18	2

第V表 扁摘施行患者の心疾患名

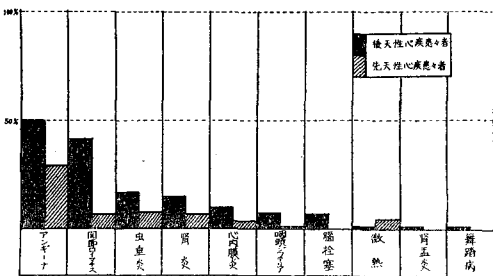
	心疾患名	例数	計
先天性	心室中隔欠損症	6	14
	心房中隔欠損症	3	
	肺動脈狭窄症	3	
	その他	2	
後天性	僧帽弁狭窄症	41	67
	僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症	15	
	僧帽弁閉鎖不全症	4	
	僧帽弁及大動脈弁狭窄症	3	
	心内膜炎	2	
	僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症	1	
	大動脈弁狭窄症	1	
心房内粗動(伴心室性期外収縮)	1		

(3) 心臓手術から扁摘迄の日数は人によつて一様でなく、最短29日、最長3年であるが、2年及び3年という2症例は一旦心研を退院し、扁摘のため再入院したもの、及びキニジン療法のために再入院したもので、この2例を除くと平均心臓手術後78日(2箇月半)である。

(4) 両側扁摘間の日数：扁摘により心臓に及ぼす負荷を少くするために普通1週間の間隔を置いて1側宛行つた。心臓障害軽度で、経済的その他の事情で長期間の入院ができないために両側同時に扁摘を行つた者2例あつたが、これを除くと両側扁摘間の日数は最短5日、最長20日で平均9日である。

(5) 術前検査及び投薬：術前の検査は胸腹部の検査、尿検査、血圧、出血時間の測定等で一般の場合と同じであるが、止血剤投与の他に、心研と連絡をとつて、多くは扁摘の前後1週間、症状によつては長期に亘つてジキトキシシン0.1 mgを投与した。

(6) 手術方法：局所麻酔に用いる0.5%プロカインに添加する1,000倍アドレナリンは一般の場合の半量(プロカイン4cc:アドレナリン1滴)にした。手術方法は一般の場合と特に変りはないが、笹木式により慎重な注意の下に行つた。殊に上扁桃腺窩に留意し、門部及び下極部迄丁寧に剝離摘出し、シュリンゲは用いながつた。又心臓疾患々者においては、屢々出血時間の延長がみられるということ、癒着が強いため剝離が困難で出血しやすいということ、及び後出血による精神的、身体的負荷をできるだけ少くするために、疑わし



第I図 既往歴

4) 心臓疾患々者の扁摘例

(1) 扁摘例数は81名、158個。先天性心患者14名、後天性心患者67名。性別は男51名、女30名。年齢は14~43才。心臓疾患名は第V表に示すごとくである。

(2) 扁摘の時期：81名中71名は心臓手術後に扁摘を行つたのであるが、心臓障害軽度なために心手術を必要とせぬもの、代償不全のため心臓手術不能な者、及び心手術を希望せぬものなど10例は心臓手術を行わずに扁摘を行つた。

い出血部は充分に結紮止血した。

(7) 手術所見

癒着の程度：扁桃床全面に亘つて非常に高度のものもあつたが、大部分のものは門部に最高或は下半部に癒着が高度で剝離困難であつた。(第VI表)。

扁桃床の突起：摘出した扁桃の床面に突起が発見されたものは第VII表に示すごとく相当多い。

第VI表 癒着

	中等度癒着	高度癒着	計 (%)
先天性	2	9	11 (78.6%)
後天性	14	47	61 (82.5%)

第VII表 扁桃床の突起

	右のみ	左のみ	両側共	計 (%)
先天性	2	1	7	10 (71.5%)
後天性	3	5	44	52 (77.6%)

第VIII表 出血多量のもの

	右のみ	左のみ	両側共	計 (%)
先天性	0	1	2	3 (21.4%)
後天性	7	6	9	22 (32.8%)

出血量：第VIII表に記したのは少量の出血を除き、中等度以上の出血を来したものである。

結紮数：全然結紮をしなかつた例はなく、最も少ないもので1側で1本、最高8本、平均4本である。

(8) 扁桃摘創の治癒経過：心臓疾患々者における扁桃摘創の治癒状態は一般の場合と特に変りはなく、扁桃摘後約2、3日目頃より創面は一面に厚い白苔で被われ数日を経過するとそれが次第にうすくなつて約2週間後には全く消失し創面が治癒する。

5. 偶発症について

従来心臓疾患々者の扁桃摘は、時に偶発症の発生をみるために扁桃摘そのものが危険視され、これに反対するものが少なくなつた。そこで私共は心研と連絡をとつて適当な時期に慎重な方法で行い、特に術中、術後詳細に観察したが、幸にも術後心臓に対して重大な悪影響を与えたものはなかつた。偶発症とみられるべきものは81例中28例(34.5%)で、そのうち特に顕著な症状を呈した

ものは3例であつた。

扁桃摘の局所麻酔の1000倍アドレナリン添加0.5%プロカイン注射により、軽度の動悸を訴えるのは心臓疾患をもたぬ一般の患者の場合でも屢々みられるのであるが、心臓疾患々者では一般に非常に敏感で、アドレナリンの量を普通の場合の半量にしているにも拘わらず、殆んどの者が局所麻酔後に動悸を訴え、心臓部を手でおさえる。以下偶発症としてとりあげている動悸はこの程度のもので除外して、暫時手術を休止し、軽快後続行したものである。心臓疾患々者では特に偶発症を恐れるものであるから、以下詳細に記述する。

a) 術中動悸が激しくて、しばし休憩を要したものの5例について記す。

(1) 深○, 女, 14才, 僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症で心臓手術前のもの。局所麻酔後動悸が激しいため心臓部に氷巻法を行い、休憩15分を要した。心電図は術前術後特に変化なし。ただ神経質になつているためか術後やや tachycardisch となつた。

(2) 江○, 男, 18才, 僧帽弁狭窄症にて昭和30.6.9 交連切開術施行後42日目のもので扁桃摘中動悸のため休憩5分を要した。

(3) 近○, 女, 23才, 僧帽弁狭窄症にて昭和29.12.2 交連切開術施行後62日目のもので扁桃摘中動悸のため休憩10分を要した。

(4) 土○, 女, 24才, 僧帽弁狭窄症で術前のもの。扁桃摘中動悸のため休憩10分を要した。

(5) 坂○, 男, 25才, 僧帽弁狭窄症にて昭和31.2.28 交連切開術施行後92日目のもので扁桃摘中動悸のため休憩10分を要した。

b) 術後動悸を生じたものの4例あり。

(1) 伊○, 男, 16才, 心室中隔欠損症で昭和32.4.16 中隔欠損閉鎖術施行後93日目のもので扁桃摘後動悸を訴えたが3日目には消失した。

(2) 佐○, 女, 20才, 僧帽弁狭窄症にて昭和32.4.16 交連切開術施行後127日目のもので扁桃摘後動悸を訴えたが、心研で心電図検査を行つた結果扁桃摘により特に生じたと思われる所見を認めず。動悸は10日後消失した。

(3) 山○, 男, 25才, 僧帽弁狭窄症にて昭和32.6.4 交連切開術施行後52日目のもので扁桃摘後の動悸は数日後に消失した。

(4) 山○, 男, 28才, 僧帽弁狭窄症にて昭和30.2.3 交連切開術施行後54日目のもので扁桃摘

夜動悸を訴えたがフエノバル注射後まもなく消失した。

c) 術後脈搏結滯を訴えたもの1例あり。

慶○, 女, 22才, 心房中隔欠損症にて昭和31, 6, 14 中隔欠損閉鎖術施行後35日目のもの。右側扁摘6日目に自覚的に脈搏の結滯を訴えたが, 他覚的には認められず。

d) 術後胸部圧迫感を訴えたもの1例あり。

浅○, 女, 23才, 肺動脈狭窄症のため心臓の手術は行わず。扁摘後の胸部圧迫感はウイタミン注射により消失した。

e) 術後胸内苦悶を訴えたもの1例あり。

今○, 女, 27才, 僧帽弁狭窄症にて昭和31, 9, 22 交連切開術施行後63日目のもの。扁摘後5日目に胸内苦悶を訴う。ルミナル0.05投与, アンナカ注射によりまもなく恢復した。

f) 術後全身倦怠感, 頭痛等あり, 何となく心臓の工合が悪いと訴えたもの2例あり。

(1) 渡○, 男, 21才, 心室中隔欠損症なるも心臓障害軽度のため心臓手術は行わず。上記症状は8日後恢復した。

(2) 坂○, 男, 25才, 僧帽弁狭窄症にて昭和31, 2, 28 交連切開術施行後92日目のもの。上記症状は数日経過後も軽快せぬため再び心研に転科したが, 特に理学的変化を認めなかつた。

g) 術後発熱したもの1例あり。

村○, 男, 28才, 僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症。代償不全のため心臓手術不能のもの。扁摘翌日より発熱(38.5°C)をみたがペニシリン注射により2日後解熱した。

h) 術後発熱, 脈搏結滯, 呼吸困難を生じたもの1例あり。

関○, 男, 22才, 僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症及び大動脈弁狭窄症にて昭和30, 6, 11 僧帽弁交連切開術施行後225日目のもの, 左側扁摘3日目発熱37.8°C, 結滯は他覚的には認められず, 2日後解熱し数日後には全快した。

i) 術当夜短時間の右側半身不随?を来たしたものの1例あり。

福○, 男, 17才, 僧帽弁狭窄症にて昭和30, 5, 10 交連切開術施行後53日目のもの。右側扁摘当夜右側半身不随, 約1時間後にはしびれ感となり, 翌朝恢復した。

j) 心臓障害のため扁摘は片側のみしか行なわ

なかつたもの3例あり。

(1) 村○, 男, 24才, 心房中隔欠損症。心障害軽度のため心臓手術は行わず。右側扁摘時動悸激しく扁摘終了迄に数回の休憩を要した。動悸は2~3日で消失し, 心研で受診の結果特に扁摘による変化はみられぬとのことであつたが, 本人が左側扁摘後の障害を恐れて左側扁摘を行わずして退院した。

(2) 増○, 男, 34才, 僧帽弁狭窄症にて昭和31, 2 交連切開術施行後60日目のもの。右側扁摘中より動悸がおこり, 数日後も軽快せぬため, 左側扁摘は延期した。

(3) 山○, 女, 38才, 僧帽弁狭窄症にて昭和31, 11, 22 交連切開術施行後77日目のもの。扁摘中動悸を訴えた。術後2日目より再び軽度の動悸を訴え, 数日後には消失したが, 左側扁摘後の障害を恐れて左側扁摘を行わずして退院した。

k) 局所麻酔後, 両側上肢内側にしびれ感を訴えたもの1例あり。

金○, 女, 21才, 心内膜炎。しびれ感はまもなく恢復した。

l) 術後虫垂炎を併発したもの1例あり。

白○, 男, 23才, 僧帽弁狭窄症にて昭和27年交連切開術施行後3年経過した者, 右側扁摘6日後虫垂炎発病, 外科にて虫垂切除術施行した。

m) 後出血3例あり。

(1) 田○, 女, 23才, 僧帽弁閉鎖不全症にて昭和29, 7, 15 手術施行後151日目のもの。扁摘前より時々衄血に悩まされていた。右側扁摘後6日目に後出血を来たした。全身的に止血剤注射, 局所的には15%硝酸銀による腐蝕及び, 1000倍アドレナリン添加0.5%プロカインの注射を再三行つて漸く止血した。出血時間を測定するに9分で延長を認めた。凝固時間は正常, 血圧は120~75。

(2) 山○, 男, 26才, 心房中隔欠損症で術後168日目の者。両側共後出血を生じた。右側は扁摘約1時間後より出血を来たしたため, 結紮1を行い止血せしめたに拘らず, 3時間後に再出血をみたので15%硝酸銀にて腐蝕止血, 4時間後に再び出血し, 三塩化醋酸とアルローゼにて止血せしめた。左側は扁摘2日及び5日後に出血を来たし, 結紮止血せしめた。

(3) 山○, 男, 26才, 肺動脈狭窄症にて昭和30, 4, 28 手術施行後67日目のもの。両側共後出

血を来たした。右側は扁桃約1時間後に生じた少量の出血で、止血剤の注射により簡単に止血したが、左側は扁桃の約4時間後に約50 ccの出血を来たし、止血剤の注射と共に1000倍アドレナリン添加0.5%プロカインの局所注射、結紮3、15%硝酸銀による腐蝕にて完全に止血せしめた。

なおこのほか少量の後出血で止血剤注射により簡単に止血したものが6例あった。

n) Reilly 氏現象?と思われる症状を来たしたものの1例あり。

中○, 男, 19才, 僧帽弁狭窄症にて昭和31, 12, 11 交連切開術施行後76日目のもの。右側扁桃は無事終了したが、病室に戻つて横臥した途端に、(プロカイン注射後約30分) 右側耳, 頬部, 頸部より始まり右側半身に蕁麻疹様の発疹を生じ、胸内絞窄感を訴えた。当直医が直ちにレスタミン2 cc, VB₁ 100 mg, VC 200 mg 注射し、心研の診察を乞うたが心臓には特に変化なし。30分後恢復した。

o) 術後ネフローゼを併発したものの1例あり。

山○, 男, 26才, 心房中隔欠損症で術後168日目のもの。扁桃前日の尿は、蛋白はスルフオ1滴で痕跡的、6滴で(+), ヘレル(+), 沈渣は白血球1視野に2, 3個, その他赤血球, 円柱, 上皮細胞等なし。浮腫は認めず。右側扁桃翌日より浮腫, 乏尿生じ次第に悪化する。心研に診察を依頼せるに浮腫は心臓によるものとは思われずとの由。2週間悪化状態が続いたが、その後次第に軽快して来て3週間後には蛋白, 浮腫もとれたので左側扁桃を行つたが、その後は腎臓障害はみられなかった。扁桃は両側共下半部に癒着高度で実質性出血あり、且両側共6本ずつ結紮を行つたのにも拘らず両側共後出血があつた。

p) 顕著な症状を呈したものの3例あり。

(1) 田○, 男, 20才, 僧帽弁狭窄症で昭和31, 10, 9 交連切開術施行後50日目の者。元来神経質とのことであるが右側扁桃後、動悸, 心悸亢進, 咳など生じ、1週間後漸く恢復したが、左側扁桃を欲せず10日目に一旦退院した。しかるに退院4日後より左側咽頭痛がおこつたために扁桃を希望して再入院したので左側扁桃を行つた。扁桃は癒着高度で上方より多量の出血を来たしたため剝離途中で結紮を行い、門部を剝離する頃より心悸亢進を訴え始めたため手術を急いだ。下極部を剝離し

終るや、動悸, 結紮を激しく訴え、座位困難となつたため直ちにベットに移した。全身しびれ感, 脱力感, 不安感などのため非常に興奮した。粘液の下咽頭~喉頭流入による呼吸困難もあるらしいので喉頭展開を行つて分泌物を吸引し、心研医の診察を依頼した。直ちに心電図検査を行つたところ、心悸亢進はあるが結紮その他の所見はない。セジラニット静注, 酸素吸入を行わしめ、10分毎に脈搏数と血圧を測定して状態を観察した。次第に自覚症は軽快し、約1時間半後には病室に運び、フェノバル1筒注射し、約3時間後に漸く安静に戻つた。心悸亢進, 全身脱力感は数日後に消失し、11日後退院した。退院前日心研に受診したが心臓に変化なしとのことであつた。

(2) 井○, 女, 28才, 僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症にて昭和30, 9, 22 交連切開術施行後72日目のもの。左側扁桃4日目より動悸, 呼吸困難, 起座呼吸, 乏尿, 睡眠障害などの症状が起り、不整脈は術前より悪化した。心研と相談しジキトキシン0.2 mg に増量し、朝夕ジギタミン注射, イグロシン静注を行い、数日後には大分軽快したが10日目に再び心研に転科し、6箇月後退院した。

(3) 吉○, 女, 32才, 僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症にて、昭和30, 4, 26 交連切開術後42日目のもの。両側扁桃による心臓の障害はおこらなかつたが、咽頭異物感を訴えたため舌根扁桃切除術を行つたところ、術半はより動悸, 呼吸困難を生じた。オピオト0.5 cc 注射したがその夜は動悸, 不安感のため眠れず、フェノバル1 cc 注射により安眠した。動悸はその後も続き、患者は心臓の状態が心臓手術前に戻つた様だと言つていたが、3日後には動悸消失し、舌根扁桃手術11日後に全快退院した。

V 総括並に考按

本学附属心臓血圧研究所に入院した患者の扁桃を精査し、慢性扁桃炎の所見ある者に将来の禍根を去る目的で扁桃を行つた。

現在のところ、扁桃が心臓疾患の病巣であるとする最も確実な診断法は、扁桃によつて心臓疾患の治癒を確めることであるが、本研究の対象においては、心臓疾患が手術を必要とする程度に高度であり、もはや不可逆性の変化に迄進行してゐるものであるため、諸家の報告^{5) 6) 10) 13) 15)}にある様な心内膜炎患者のごとき早期の段階において

扁桃摘を行つて、その治癒を確かめたものではない。従つて本研究の対象が扁桃性心臓疾患とは一概には言いえない。緒言でのべた様に本研究では心臓手術後扁桃の慢性炎症が再び原病巣となりうる場合を考慮して、扁桃摘によつて新しい感染源の侵入を阻止し、心疾患の再発又は進展を防止しようとしたのである。

1) 心疾患々者の慢性扁桃炎の頻度：検査総数 623 名中、慢性扁桃炎の所見ある者は 286 名、45.9%あり。このうち先天性心患者 64 名 30.9%、後天性心患者 222 名 53.4%で、後者に高率なことは注目し得る。

2) 既往歴：後天性心患者ではアンギーナ 50%、関節ロイマチス 40.2%、虫垂炎 15.4%、腎炎 14.0%、心内膜炎及びその疑といわれた者 9.0%、咽頭ジフテリア 6.3%、脳栓塞 5.4%。先天性心患者ではアンギーナ 29.6%、虫垂炎 7.8%、腎炎と関節ロイマチスが夫々 6.2%、心内膜炎 3.1%である。後天性心患者において扁桃と関係の深いアンギーナ、ロイマチス、腎炎、虫垂炎、心内膜炎、咽頭ジフテリアに罹患した者が多い。

3) 口蓋扁桃所見：先天性心患者は主として小児でその扁桃は露出肥大が多く、後天性心患者では萎縮埋没型が多い。上扁桃腺窩は深く、1cm 以上 1.5 cm のものが最も多く、2 cm に達するものも約 10% あつた。腺窩内に栓子が認められるものは断然多い。しかし表面からみただけでは認められないが、圧迫により栓子又は膿汁を排出するものは後天性心患者では先天性心患者の 2 倍であつた。

4) 扁桃摘例：扁桃摘を行つたのは 81 例で、先天性心患者 14 名、後天性心患者 67 名。心手術から扁桃摘迄の日数は最短 29 日、平均 78 日。術前検査を充分に行い、術前後にジキトキシンを投与した。扁桃摘は 1 週間の間隔をおいて 1 側づつ行つた。手術方法は 1 例を除きすべて坐位、局麻下で笹木式により慎重に行い、出血部は充分に結紮止血した。癒着、扁桃床の突起、出血等は普通の場合より高度であつた。

5) 扁桃摘の偶発症：

- a) 術中動悸が激しくて休憩を要した者 5 例。
- b) 術後動悸を訴えた者 4 例。
- c) 術後脈搏結滞を訴えた者 1 例。
- d) 術後胸部圧迫感を訴えた者 1 例。

e) 術後胸内苦悶を訴えた者 1 例。

f) 術後全身倦怠感、頭痛等あり、何となく心臓の工合が悪いと訴えた者 2 例。

g) 術後 38°C 以上発熱した者 1 例。

h) 術後発熱、脈搏結滞、呼吸困難を生じた者 1 例。

i) 術当夜短時間の右側半身不随(?)を来たした者 1 例。

j) 心臓障害のため扁桃摘は片側しか行わなかつた者 3 例。

k) 局所麻酔後両側上肢内側にしびれ感を訴えた者 1 例。

l) 術後虫垂炎を併発した者 1 例。

m) 後出血 3 例。

n) Reilly 氏現象と思われる症状を来たした者 1 例。

o) 術後ネフローゼを併発した者 1 例(3 週間後治癒)。

p) 顕著な症状を呈した者 3 例。

以上のごとくであるが何れも大事に至らず、死亡例なし。その他全般的に扁桃摘による重大な悪影響を与えたものはなかつた。

VI 結 論

1) 本学附属心臓血圧研究所に入院した心疾患々者の扁桃を精査し、慢性扁桃炎の所見ある者に将来の禍根を去る目的で扁桃摘を行つた。

2) 検査総数は 623 名、このうち慢性扁桃炎の所見ある者は先天性心患者 64 名 (30.9%)、後天性心患者 286 名 (53.4%) で、後者に高率である。

3) 81 例に笹木式により扁桃摘を行つたが、偶発症として顕著な症状を呈したものは 3 例のみでこれもまもなく回復し、その他術後特に重大な悪影響を与えたものは 1 例もなかつた。

従来心臓疾患々者の扁桃摘は禁忌とされてきたが、正しい適応のある場合には、周到なる注意の下に行えば安全に行うことを立証し得た。

稿を終るに臨み、終始懇切なる御指導並に御校閲を賜りました佐藤イクヨ教授並に御鞭撻御助言を頂きました窪敦子教授に衷心より感謝の意を捧げます。なお心臓血圧研究所並に教職員諸氏の多大の御援助に対して厚く御礼申し上げます。

(本論文の要旨は日本耳鼻咽喉科学会関東地方会第 32 回大会、東京女子医科大学学会第 86 回例会、及び日

本耳鼻咽喉科学会第59回総会において発表した)

文 献

- 1) 猪初男, 甲能幸一: 耳鼻咽喉科, **25** 13 (昭28)
- 2) 笹木 実: 大日耳鼻, **47** 1626 (1941)
- 3) 佐藤イクヨ, 鈴木千鶴子: 耳鼻咽喉科, **29** 681 (昭32)
- 4) 佐藤重一: 耳鼻咽喉科, **25** 8 (昭28)
- 5) 竹田礎智夫: 耳鼻と臨床, **2** 102 (昭31)
- 6) 吉田申次: 日本耳鼻, **54** 538 (昭26)
- 7) 吉田汎志: 日本耳鼻, **57** 102 (昭29)
- 8) 米元重雄: 耳鼻臨床, **45** 451 (1952)
- 9) Assmann, H.: Ther. Gegenwart. **76** 104~108 (1935)
- 10) Curtius, F., Dieker, W. u. Wirth, E.: Münch. Med. Wschr. 89~93 (1934)
- 11) Hawkins, Raymond Willard.: N. York State J. M. **25** (13) 566~567 (1925)
- 12) Kaiden, Maxwell. H. New York Med. J. **116** (3) 145~147 (1922)
- 13) Robey, William H. and Louis M. Freedman.: Boston Med. Surg. Jour. **196** (15) 595~601 (1927)
- 14) Robinson, Russell, D.: Illinois M. J. **45** (3) 210~215 (1924)
- 15) Wilkinson, H. Fielding, K. Douglas and A.G. Ogilvie: Lancet **214** (13) 647~648 (1928)