

保存的治療にて完治した 特発性食道破裂の1治験例

中田 伸司* 岨手 善久 清水 忠博
花崎 和弘 宮崎 忠昭 大塚満州雄
長野赤十字病院外科

A Case of Spontaneous Esophageal Rupture Treated by Conservative Therapy

Shinji NAKATA, Yoshihisa SODE, Tadahiro SHIMIZU,
Kazuhiro HANASAKI, Tadaaki MIYAZAKI and Masuo OHTUKA
Department of Surgery, Nagano Red Cross Hospital

We report a case of spontaneous esophageal rupture treated by conservative therapy. A 55-year-old male had a rupture of the esophagus due to violent vomiting following alcohol intake. Intrathoracic drainage was performed without subsequent improvement of his condition in another hospital, then he was referred to our hospital for further treatment. Since a CT scan with Amidotrizoic acid on day 13 after onset revealed a spontaneous esophageal rupture, conservative therapy including intrathoracic drainage and total parenteral nutrition was chosen. After 102 days, he was cured and discharged. When a rupture hole in the esophagus is small and effective drainage is performed, conservative therapy may be indicated. *Shinshu Med J* 42: 55-60, 1994

(Received for publication August 10, 1993)

Key words: spontaneous esophageal rupture, conservative therapy

特発性食道破裂, 保存的治療.

I はじめに

特発性食道破裂は、臨床経過、症状とも典型的な症例が多いが、日常診療で遭遇する機会が少ないため、診断が遅れてしまう場合がある。診断確定後は速やかに破裂部の外科的処置を行った報告が多いが、保存的治療にて軽快した報告も散見される。最近我々は、発症後5日を経過し当院転院となった本症例に対し、保存的な治療を施行し、完治し得たので、若干の文献的考察を加えて報告する。

II 症 例

症例; 52歳, 男性。

主訴; 心窩部痛。

現病歴; 1992年1月16日夜、ビールを飲んで寝たところ、17日午前4時頃嘔吐した。その直後から激しい心窩部痛および背部痛が出現し、近医に入院した。腹部X線写真では遊離ガス像や鏡面像は認めず、絶食で経過観察されていた。徐々に疼痛が緩和されてきたため、19日から経口摂取が開始された。しかし、20日朝になると、動悸、息切れが出現し、胸部X線写真で左胸腔内に大量の胸水の貯留を認めた。胸腔ドレナージにて1,800mlの膿性胸水を排液したが、全身状態が増悪したため、21日に膿胸の診断で当院に転院した。

*別刷請求先: 中田 伸司
〒390 松本市旭3-1-1 信州大学第2外科学教室

表1 血液検査所見

血 算	生 化
WBC : 11400/mm ³	T. P : 4.9g/dl
RBC : 439×10 ⁴ /mm ³	Alb : 2.7g/dl
Hb : 14.0g/dl	GOT : 30IU/l
Ht : 42.8%	GPT : 9 IU/l
Plt : 16.4×10 ⁴ /mm ³	BUN : 24.9mg/dl
凝 固	Cr : 1.5mg/dl
PT : 14.1sec	Na : 136mEq/l
83%	K : 4.7mEq/l
APTT : 36.4sec	Cl : 98mEq/l
血液ガス分析(酸素3リットル投与下)	HCO ₃ : 26mmol/l
pH : 7.391	SAT : 93.3%
P _a O ₂ : 69mmHg	
P _a CO ₂ : 43mmHg	

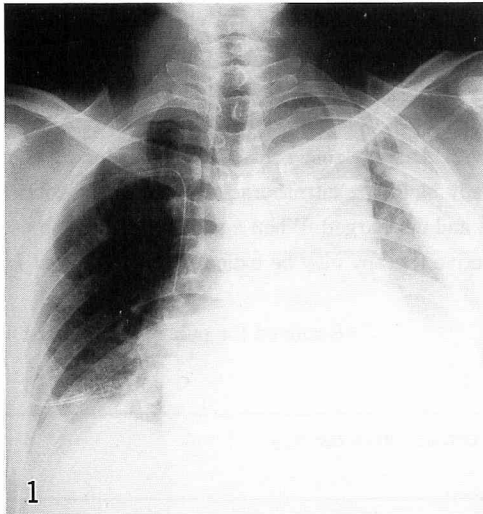


図1 当院転院時の胸部X線写真
縦隔の左方偏位と左肺の含気低下を認める。

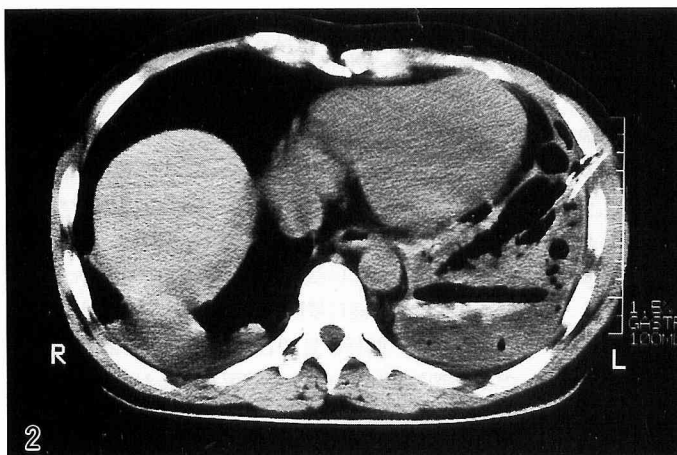


図2 発症13日目の造影剤飲用後の胸部
CT スキャン
膿瘍内に造影剤の漏出を認める。

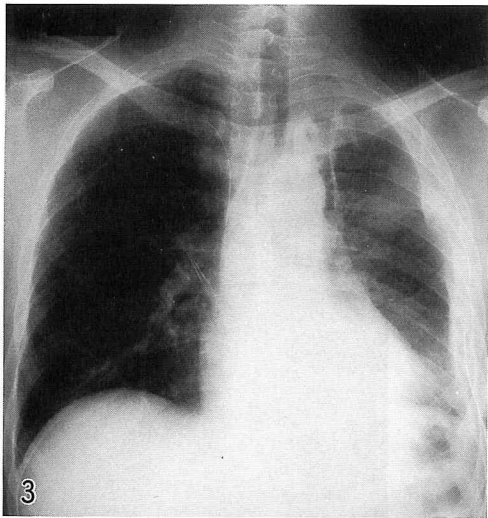


図3 発症1ヵ月後の胸部X線写真
左肺の含気が増加し、心陰影も確認できる。

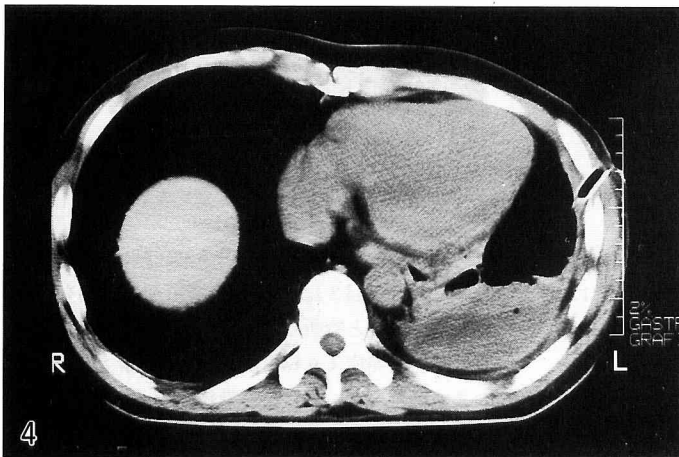


図4 発症1ヵ月後の胸部CTスキャン
心臓の左背部に膿瘍が認められる。

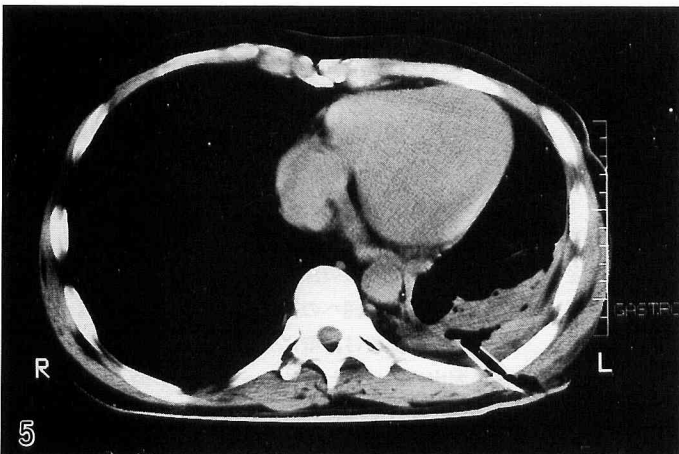


図5 ドレナージ後の胸部CTスキャン
図4に比べ膿瘍腔の減少を認める。

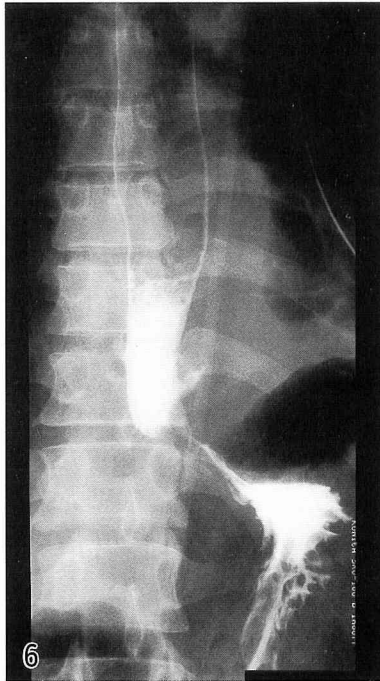


図6 発症2ヵ月後の食道造影
胸部下部食道左側に憩室様の破裂部を認める。

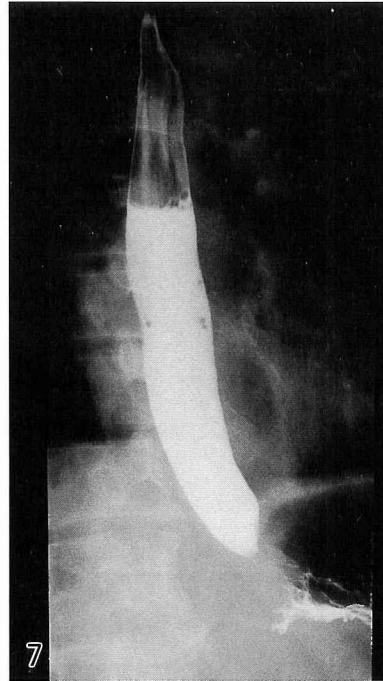


図7 発症5ヵ月後の外来で施行した食道造影
壁の変形もなく特に異常を認めない。

入院時現症；体温37.5°C，血圧150/70mmHg，脈拍100/分，整，意識は傾眠状態で，左肺の呼吸音は聴取されず，奇異呼吸であった。腹部は平坦で，筋性防御は認めなかった。

入院時血液検査所見（表1）；末梢血検査では，白血球増多を認め，生化学検査では，低蛋白血症と軽度の腎機能低下を認めた。動脈血ガス分析では，酸素毎分3リットル吸入下で P_{aO_2} ：69mmHg， P_{aCO_2} ：43mmHgであった。

当院転院時の胸部X線写真（図1）では，縦隔の左方偏位と，左肺の含気低下を認めた。

前医で施行した胸部CTスキャンでは，下部食道周囲の縦隔気腫像と，縦隔から左胸腔内に液体成分の貯留を認めた。

臨床経過，および左後縦隔に連続する液体貯留の所見から，食道破裂を疑ったが，全身状態が悪く，発症よりすでに5日経過していたため，ドレナージを治療の主体とし，全身状態の改善を図った。左胸腔ドレインのみではドレナージが不十分と考え，さらに膿瘍内の左背側をドレナージするために，24Frのドレインを挿入し持続吸引を行った。全身状態が改善してきた

1月29日に水溶性造影剤を飲用させ，胸部CTスキャンを施行した（図2）。膿瘍内に造影剤の漏出を認め，特発性食道破裂と診断した。

この時点で発症より13日経過しており，治療方針はこのまま絶食，ドレナージの継続とした。2月26日の胸部X線写真（図3）では，縦隔陰影は正常位置に戻り，左肺の含気も増加し，心陰影も確認できるようになった。しかし，同時期のCTスキャン（図4）では，胸部X線写真で確認しにくい，心陰影に重なる左胸腔内背側に，まだ多量の膿が認められた。また，このころから39°C台の高熱も続いていたため，3月3日背部から22Frのドレインを追加挿入し持続吸引を行った。ドレナージ後のCTスキャン（図5）では膿瘍腔の減少を認めた。これを契機に炎症所見は改善された。3月7日に行った食道造影（図6）では，胸部下部食道左壁に破裂部を認めたが，約1cmの憩室様になっており，周囲への拡がりは認めなかった。4月1日の食道造影では，壁に一部ひきつれはあるが，造影剤の漏出は認められなくなった。この時点から経口摂取を開始した。以後順調に経過し，4月27日発症後102日目に退院となった。6月5日外来で施行した食

道造影は特に異常を認めなかった(図7)。

III 考 察

特発性食道破裂は、1724年オランダの Hermann Boerhaave¹⁾によって初めて報告され、本邦においては、1934年吉田²⁾の報告が最初とされている。以後報告例が増え、1987年の貴島³⁾の集計では本邦において200例を数えるに至った。

本症の報告³⁾⁻⁵⁾は、男性に圧倒的に多く、年齢は30歳代から50歳代に多い。初発症状として飲酒後の嘔吐、胸背部痛、上腹部痛、呼吸困難などがあり、頸部の皮下気腫もみられることがある。確定診断は水溶性造影剤による食道造影が有用である。また、最近では内視鏡検査を勧める報告もみられる⁶⁾。本例ではCTにて食道より膈瘍内への造影剤の漏出を確認し確定診断が得られた。市川⁴⁾の報告では、破裂部位は胸部下部食道左側に多く、その長さは縦長で2~3cmのものが大部分である。我々が経験した症例は、臨床経過、症状とも典型例であった。

一般に、本症はその典型的な臨床経過にもかかわらず日常診療で遭遇する機会が少なく、初診時の正診率は30%程度である³⁾⁻⁵⁾。自験例においても初診時に確定診断は得られていない。本症の存在を念頭に置き、早期に診断をつけ適切な治療を開始することが望まれる。最近救命例の報告が多いが、早期治療のためばかりでなく、治療手技の工夫に加え、広域スペクトル抗生物質の出現、栄養管理の進歩など全身管理の発達によるところも大きいと考えられる。

本症に対する治療方針は、保存的治療と手術的治療の2つに分けられるが、どちらを選択するかはその状況に応じて決定する必要がある。保存的治療については水谷⁷⁾もまとめているが、破裂孔が比較的小さく自然閉鎖が期待できるもの、縦隔内に食物残渣が散布

されていないか、あってもドレナージできるものに適応があると考えている。これらの症例は絶飲食、中心静脈栄養、抗生物質投与ならびに、胃管も含め有効なドレナージを行い、厳重に全身管理をすることにより治療が可能となる。それ以外の症例に関しては保存的治療に固執せずに手術を施行すべきであると考え。その術式については諸家の様々な報告があるが、破裂部位の縫合閉鎖とドレナージを基本とし、局所の状態で Fundic patch, T-tube 留置、大網充填術⁸⁾などの術式が工夫されている。また、胸部食道切除、2期的再建を推奨する施設もある⁹⁾。

入院期間からみると、保存的治療例では約80日で、縫合不全を併発した手術施行例の約100日より短い。しかし、手術例でも縫合不全がなければ、入院期間は約50日と報告³⁾されており、本疾患の治療法の選択は慎重にしなければならない。

我々が経験した症例は、他院から運ばれてきた時にはすでに、発症後5日経過しており、しかも全身状態が不良であったため、まず全身状態の改善に努めた。その後、食道造影で穿孔部が小さく、ドレナージが有効であることが確認できたため、手術治療は選択されなかった。しかし、食道造影および胸部CTスキャンを経時的に行い、穿孔部の状況や、ドレナージの効果を継続して観察し、ドレナージ不十分な場所にはさらにドレナージを追加するなど、必要な処置が遅れることのないように注意して管理した。本症の治療において重要なことは、ドレナージであり、有効なドレナージが保存的治療の成否の鍵を握っていると考える。

IV おわりに

発症後5日経過した特発性食道破裂に対し、保存的治療で完治した症例を経験したので報告した。

文 献

- 1) Boerhaave H: Atrocis, nec descripti prius, morbi historia. Lugduni Batavorum Boutesteniana. 1724, Derbes VJ, Mitchell RE (trans). Bull Med Libr Ass 43: 217-240, 1955
- 2) 吉田太助: 偶発性食道破裂の1例. 海軍軍医会誌 24: 97-98, 1935
- 3) 貴島政邑: いわゆる特発性食道破裂の病態と治療—特発性食道破裂; 本邦集計200例の集計から—。臨外 42: 335-341, 1987
- 4) 市川英幸, 大倉充久, 荻原迪彦, 草野充郎, 林 四郎: 特発性食道破裂の2治験例 —本邦112例の統計的観察—。外科治療 47: 383-392, 1982
- 5) 横田順一郎: 特発性食道破裂 —Boerhaave's syndrome—. 救急医学 7: 1117-1123, 1983
- 6) 伊藤洋二, 新井一成, 上地一平, 加藤貴史, 福島彦彦, 松田哲郎, 中島 眞, 幡谷 潔, 河村一敏, 小泉和

- 雄, 小池 正, 石井淳一: 内視鏡にて診断した特発性食道破裂の1例. 消化器内視鏡の進歩 31: 250-253, 1987
- 7) 水谷郷一, 幕内博康, 町村貴郎, 島田英雄, 菅野公司, 森屋秀樹, 堀江 修, 宋 吉男, 杉原 隆, 花上仁, 佐々木哲二, 田島知郎, 三富利夫: 特発性食道破裂4例の臨床的検討. 日消外会誌 26: 82-86, 1993
- 8) 沖津 宏, 興石晴也, 坪井正博: 特発性食道破裂に対し有茎大網弁被覆を施行した1治験例. 日臨外医会誌 53: 1615-1618, 1992
- 9) 大石正博, 田中紀章, 小林元荘, 竹内仁司, 後藤精俊, 種本和雄, 小長英二: 特発性食道破裂4例の検討. 日臨外医会誌 53: 1853-1857, 1992

(5. 8. 10 受稿)
