

耳鼻咽喉科領域の出血

信州大学医学部耳鼻咽喉科学教室

教授 鈴木 篤 郎

耳鼻咽喉科領域の出血のうち鼻出血および気管、気管支出血に限って述べて見たいと思う。

鼻出血の原因

鼻出血は種々の原因によつて生ずるが、その中で最も頻度の多いものは特発性鼻出血と呼ばれるものである。鼻中隔前下端に近い粘膜の部分 *Kiesselbach* 氏部位または *Little* 氏部位と呼ぶが、この部分は内頸動脈より出た前篩骨動脈と外頸動脈より出た蝶口蓋動脈の分枝の後鼻中隔動脈、それに外頸動脈の分枝である上唇動脈との三者が網状に集合し物合している(図1)。しかも毛細血管が粘膜直下に浮上つて来ているので、一寸した外界の刺激によつて破れて出血する。この種の出血を特発性鼻出血と云う。勿論この出血も高血圧や出血性素因等を基盤にして発生することも稀でないが、何等特別の原因なく健康な人にも発生する。習慣的に反復して来る場合が少くないが、こんな例では何らかの血管の脆弱性、局所の解剖的な異常、粘膜の乾燥傾向等が関係しているものであろう。

鼻腔や副鼻腔の局所出血性疾患としては、出血性鼻茸、鼻咽腔線維腫および鼻腔、副鼻腔の悪性腫瘍がある。出血性鼻茸とは鼻中隔、下甲介、中甲介等に発生する米粒大から指頭大位の赤色のポリープ様新生物で、組織的には血管腫である。これは相当激しい鼻出血の原因となる。鼻咽腔線維腫は思春期の男子に多く、これも激しい鼻出血が繰返して発生する。鼻腔の

悪性腫瘍は比較的稀だが、副鼻腔の癌腫は特に日本人には非常に多い。普通上顎癌と呼ばれているのは上顎洞に原発するのが多いためだが、正確には副鼻腔癌である。この疾患も症状の一つとして鼻出血がある。

全身的疾患に伴う鼻出血としては、各種の出血性疾患があり、この際の鼻出血は極めて多量にしかも頻回発生し、止血に苦勞する。高血圧その他の循環器障害に伴う鼻出血もある。

そのほか、外傷によるもの、月経の代償としての鼻出血等が知られている。

鼻出血の処置

1. *Kiesselbach* 氏部位よりの出血に対する局所的処置 この部位よりの軽い出血ならアドレナリンのような血管収縮剤を浸したガーゼ片を外鼻孔より約2cm挿入して、その上からガーゼ片又は綿栓で圧迫しておけば足りる。もしこの程度の処置で成功しなければ、局所を十分に明視下に置き、流出する血液を吸引器で吸出すると、搏動性に噴出する出血部位を認めることができる。この部位に局所止血剤か止血軟膏*をつけたガーゼを当て、その上から完全な圧迫タンポンを施す。普通のガーゼの代りにオキシセルガーゼを使えばさらに止血しやすい。

* 処方：塩化第2鉄 3, 塩化カルシウム 2, ホモスルファミン 7, 白色ワセリン 88
(高橋良による)

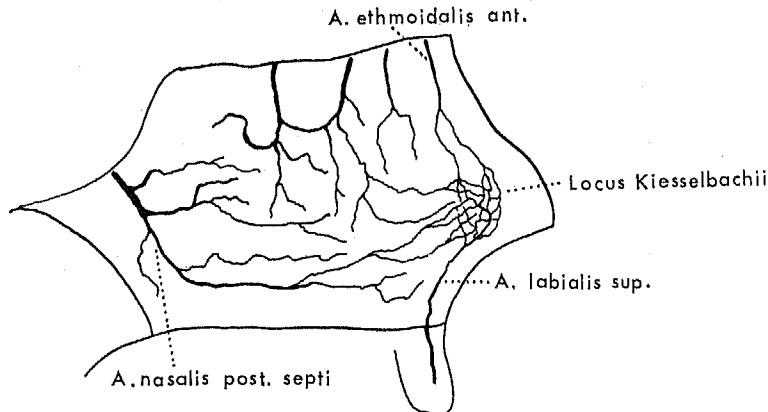


図 1 *Kiesselbach* 氏部位における血管網

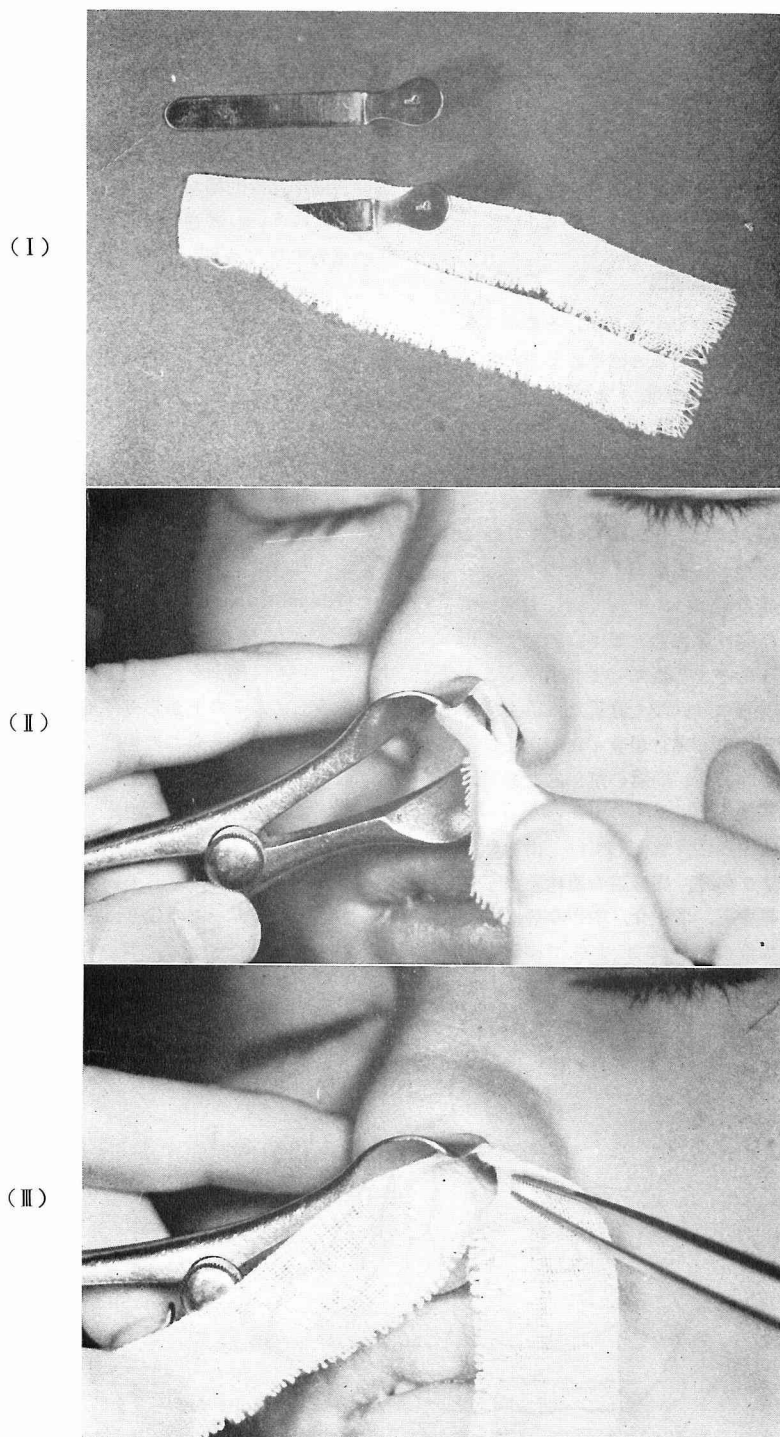


図 2 鼻腔内タンボン法

(I) 1枚のガーゼを中央で二つに折り、(II) これをそのまま鼻腔の深部におしこむ。ピンセットでやつてもよい。(III) 外に出ているガーゼを鼻鏡でおしひろげて、その間にタンボンガーゼを次々と入れてやる。

出血が度々繰返される場合には一応止血したら、再出血を防止する意味で局所を腐蝕しておくといよい。腐蝕したい部分の大きさに切ったガーゼに10%の硝酸銀水をひたし、必要な粘膜上にはりつける。2、3分してこれを剥がすと、ガーゼの当った部分だけ奇麗に腐蝕されているから、余分な銀水を生食水で洗出すのである。その他電気凝固法、出血部位の粘膜、粘膜下組織の剝離または除去も行われる。

2. その他の出血に対する局所的処置 止血処置の第一歩は出血部位の確認である。鼻腔内にたまった血液、凝血塊等を拭きとるか吸引器で吸出し、新しく出血して来る所を目標に出血部位をたしかめる。幸に出血部位が明視されれば、その部位に有効な圧迫タンポンを施すことができる。しかし実際は出血部位のよくわからぬもの、処置し難い場所から出ているもの、場所はわかつたが出血量が大きで局所だけのタンポンでは止らぬもの等をししばしば経験する。このような場合一般に一侧鼻腔全体にしっかりとタンポンを施す必要がある。幅3~6cm(または6cmのものの二つ折)、長さ20~30cmのガーゼを使用する。最初1枚のガーゼ片を真中で二つに折り、これを鼻腔の最も奥まで入れてやる(図2)。この内に2枚目からのタンポンガーゼを挿入する。上または下から積み重ねて行くか、奥の方

から入口部の方に向つて積ねてくる。出血部位がわかつていれば、その附近に圧力が充分かかるように注意するが、その周囲にも均等に圧がかかるようにしっかりとつめる。最初の二つ折りのガーゼが後を支えてくれるので、おしこんでも先頭が咽頭へ脱出して来ることはまずない。

これだけではまだ圧迫が足りぬ時、あるいは鼻腔後部や鼻咽頭出血部があつて、前記の鼻腔タンポンではとどかないような例には Bellocq 氏タンポン法を施す(図3)。クルミ大にかたく巻いたガーゼ片に太い絹糸を3本つけ、これを口腔から鼻咽頭に入れる。反対側の外鼻孔より出した2本の糸に適当な枕をつけてタンポンがきつちり鼻咽頭内に固定するようにする。3本目の絹糸は口腔より出しておく。

これだけでは止血しないことが多いので、鼻腔内タンポンを併用する。この場合は Bellocq 氏タンポンが後を支えてくれるから、どんなにしっかりとおしこんでも鼻腔に入れたガーゼが咽頭や口腔に出てくることはなく、強力な圧迫を出血部に加えることができる。

3. 鼻出血に対する全身的処置 鼻出血に限つたことではないが、局所的処置と同時に各種止血剤の投与、補液、補血および止血の目的での輸血、鎮静剤の投与等の全身的処置が併用されねばならない。突発す

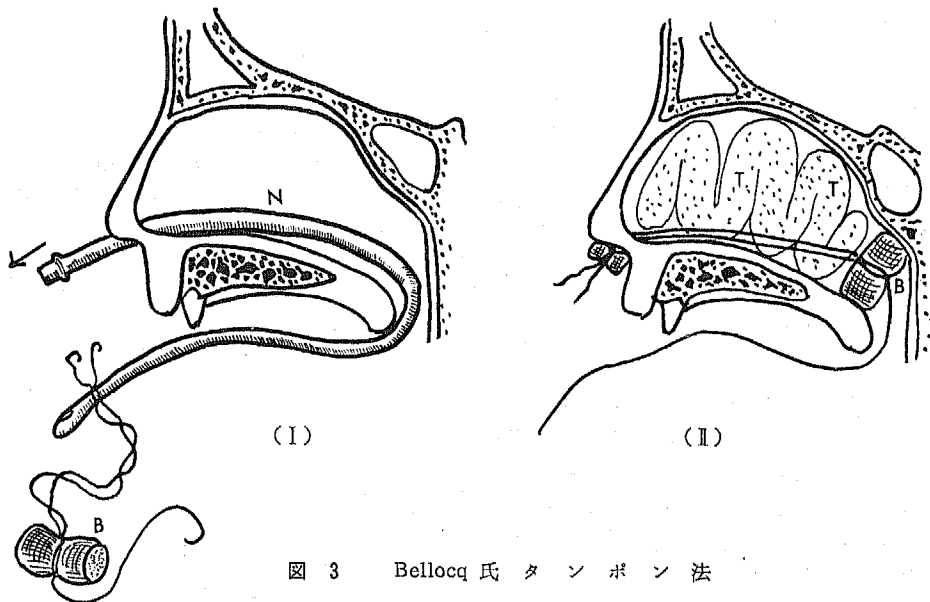


図3 Bellocq 氏 タンポン法

(I) 5~6号のネラトンカテーテル(N)を出血していない側の鼻孔より入れ、先端を鉗子で口腔より引出し、その先に Bellocq タンポン(B)の3本の糸のうち2本を結びつけて鼻腔より引出す(矢印)。(II) Bellocq タンポンが落ちぬように、鼻孔部に小さな枕を作つて、引出した糸をしつかり引ばつて固定する。出血側の鼻腔にはガーゼタンポン(T)を施す。

るかもしれないショック状態に対する応急処置の準備も必要である。

これはむしろ局所的処置であるが、鼻出血に対する最終的処置として外頸動脈の結紮が考えられる。

気管・気管支出血

1. 気管・気管支出血の原因 気管・気管支出血あるいは血痰は咯血という言葉と結びついて、今日でもすぐ肺結核が連想され、患者に不必要な不安を与えていることが多い。かつての成書を見れば咯血の80~90%は結核性病変によると記載されているが、今日ではそのようなことはないと思われる。表はある胸部外科(Smidt, C. M.: Haemoptysis, Acta Oto-Laryng. 47, 265, 1957)の咯血症例147例の原因別分類で、5例以上のものだけをあげてある。勿論取扱う患者の性質は専門科によつて異なるから、この表で全般の傾向を察することは不可能であるが、気管・気管支出血の原因に関する最近の傾向として肺病が重視せられてきており、その他肺結核以外に気管支拡張症、肺膿瘍、縦隔腫瘍、気管・気管支良性腫瘍、気管支炎、肺炎、循環器障害、胸部外傷、特発性気管・気管支出血等があげられている。

表 咯血の原因別分類 (Smidt, 1957)

肺 癌	33
気管支拡張症	30
肺 浸 潤*	27
循環器疾患	13
特発性気管・気管支出血	7
肺 結 核	7
気管支炎	6
肺 炎	5
その 他	19

* 胸部レ線上に浸潤像を認めるが、性質の決定できぬもの

2. 特発性気管・気管支出血 耳鼻科に咯血または血痰を主訴として来る患者の中には、平生全く健康で、何等の疾患をも有していない者がかなり多い。このような他に出血を来すべき何等の原因も考えられぬような気管・気管支出血を特発性気管・気管支出血(または特発性咯血)と呼ぶ。普通は微量で間歇的に2, 3回ということが多いが、時としては反復してかなり多量に出血する。胸部レ線上に何等の所見がなく、出血中またはその直後に気管支鏡検査を行うと、気管・気管支壁の一部に発赤、ピラン、毛細血管の拡張、凝血、痂皮等の所見を認め、出血部位を確認しう

ることもあるが、何等所見を発見しえぬことの方が多し。好発部位があるという人もある(図4)。気管上方の前後壁、分岐部直下の内壁等である。

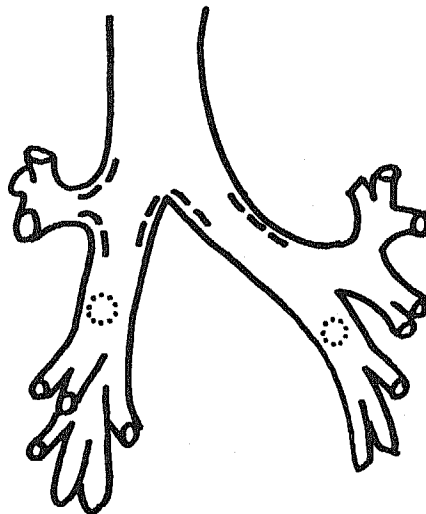


図 4 特発性気管・気管支出血の好発部位(----) (Smidt, C. M.: Acta Oto Laryng. 47, 265, 1957)

本疾患は一般に予後が良好で、特別な局所的処置をしなくとも、止血剤の投与位で治癒してしまうことが多い。

女性において月経期とほぼ一致して気管・気管支より出血するものがあり、時としてかなり多量の出血を見ることがある。普通代償性出血といわれるが、代償的意味を有するかどうかは不明である。