

アメーバ性肝膿瘍の1治験例

昭和40年6月16日受付

信州大学医学部星子外科教室

(主任:星子直行教授)

奈良井 勉 武井 秀夫

国立東信病院外科

立木 光 下形 亮 寿

A Case of Amebic Abscess of the Liver

Tsutomu Narai and Hideo Takei

Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Shinshu University

(Director: Prof. N. Hoshiko)

Akira Tatsugi and Ryoji Shimokata

Department of Surgery, Toshin National Hospital

1875年 Lösch は、肝膿瘍のなかのあるものが、赤痢アメーバによつておこつたことを始めて記載し、又 Kartulis らが1887年肝膿瘍中より、赤痢アメーバを認めてからアメーバ性肝膿瘍の多数の報告がみられるようになった。本邦でも、吉武・小池ら^①による報告があるが、いずれも台湾で経験された例であつて、戦後数10年を経た今日では甚だ稀な疾患とされつゝあるが、今なお肝膿瘍のなかに、赤痢アメーバがその病原となつてゐることを考慮する必要がある。即ち、最近、田辺・志水ら^②はアメーバ赤痢に罹患後、18年間無症状に経過した患者が発病した症例を記載している。われわれも10年前に、赤痢様下痢疾患に罹患し、以後無症状に経過したが、多量の飲酒によつて誘発されたと思われるアメーバ性巨大肝膿瘍の1例を経験したのでその概要を報告する。

症 例

患者: 61才。男子。郵便局員。

主 訴: 腹痛及び腹部膨満感。

家族歴: 特記すべきものはない。

既往歴: 外地、殊に南方諸国に行つた経験はないが、10年前に赤痢様下痢疾患に罹患したことがあるという。

現病歴: 昭和35年12月下旬より昭和36年1月初旬にかけて、飲酒の機会多く、疲労気味であつた。1月7日より、食慾不振、全身倦怠感、悪寒を伴う38°C内外の発熱が現れ、心窩部に不快感を訴えるようになった。悪心、嘔吐なく便秘の傾向にあつた。1月10日より、上腹部膨満感が現れ、全身状態は急激に悪化し、

1月15日夜半国立東信病院外科を助れた。

入院時所見: 体格中等大、栄養状態不良、顔容苦悶状。皮膚は著明に乾燥し、脱水状態は著しいが、黄疸は認められない。脈膊92。律動整。緊張は稍々弱い。血圧104/60mmHg。可視粘膜に黄疸、貧血、出血斑などは認められない。舌は乾燥著しくしかも白色舌苔に被われ脚裂が認められた。

胸部所見: 心肺ともに理学的に異常所見なく、肺肝境界は第五肋間にある。

腹部所見: 腹壁に皮膚静脈の怒張、色素異常沈着などは認められない。全般に上腹部は膨隆し、鼓音を呈する。腹壁は緊張し、右季肋部及び回盲部に成人手拳大の波動を有する圧痛著明な異常抵抗を認める。腸雑音は亢進しているが蠕動不穩は認められない。腎脾は触れない。

血液所見: 赤血球数 344×10^4 、白血球数 13400、血色素量70% (ザリー値)、ヘマトクリット値37%、出血時間3分、血液凝固時間5分。

尿尿所見: 入院時尿ウロビリノーゲンがやゝ陽性に認められたほか異常所見はない。

以上の所見より、急性穿孔性胆管炎を疑つて直ちに補液、輸血を施し手術を行なつた。

手術所見: 腰椎麻酔下、上正中切開にて開腹。腹腔内には淡黄色の混濁せる炎症性滲出液約200ccを認め、これを吸引し、腹腔内を検索するに胃は軽度には拡張し、胆嚢は黄色クリーム状の粘稠な膿苔に被われているが穿孔の形跡はない。腸管漿膜には全般に中等度の充血と部分的に上部腸管に黄色膿苔が認められる以外には穿孔、狭窄部などはみられなかつた。更に腹腔内

を検査すると右季肋部より回盲部に達する巨大膿瘍を認めたので、内容を穿刺吸引しながら、原発巣を探索すると、膿瘍は肝右葉を穿通し、肝後面に達し肝後面に不整形の径6cm位、肝底部に同じく径4cmの穿孔部位があり、同穿通部よりチョコレート様壊死組織が多量に排出されているのがみられた。更に膿瘍は後腹膜前面を通り、回盲部に達し盲腸の一部を被う巨大なものであつた(図1)。膿汁は約1500ccあり、肝壊死組織を混入して黄褐色状を呈していた。膿汁吸引後腹腔内を生理食塩水で洗浄し、癒着を防止する目的で7%プラスゲン100ccとストレプトマイシン2gmを腹腔内

に注入し、肝後面及び胃小彎側の部分にはベンローズドレン各1本ずつ挿入して手術を終つた。手術時吸引した膿汁中に赤痢アメーバを証明したが、塗沫及び培養の結果では他の細菌は認められなかつた。

術後経過：手術直後より、5%ブドウ糖液、リンゲル液、輸血、人血漿、プラスゲン、強肝剤などを使用した。第1, 3, 5病日にはドレンよりの分泌物中に赤痢アメーバが認められた。全身症状は次第に改善され、ドレンよりの排膿量も次第に減少し、体温も術後第5病日より下降しはじめ、同時に尿量は増量し、術後10日目には、ドレンを抜去し、概ね順調な経過をとつて、術後32日に全治退院した。

なお、入院中3回の検便では、赤痢菌、赤痢アメーバは証明されなかつた(図2)。

手術時所見

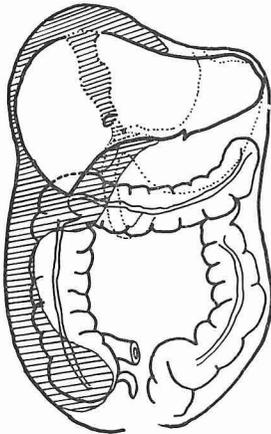


図1  : 膿症

考 按

アメーバ性肝膿瘍は、本邦では甚だ稀な疾患とされているが、木村・井坂ら^①によれば、アメーバ性疾患の4~17%に認められるとされており、年齢、性別では成人男子に多くみられ、Christopher^③によれば、男女の比率は8:1で、全年令層の56.3%は30~50才間の成人にみられるといわれ、De Bakey & Oschnerら^④は、アメーバ性肝膿瘍の75%が成人にみられると報告している。

発生誘因については今永^⑤は、

- 1) 腹部に外傷を受けたとき。
- 2) アルコールを摂取したとき。
- 3) 過労のため疲労をきたしたした場合、栄養障害の

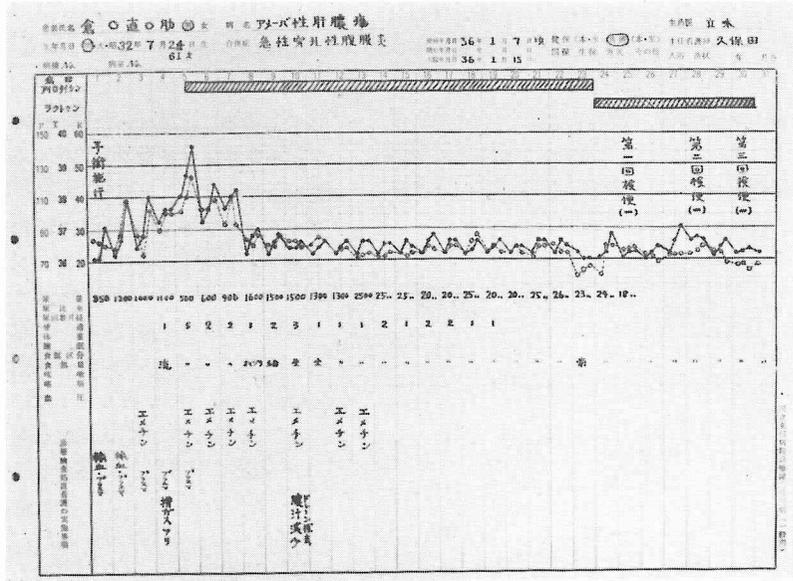


図2

ある場合。

4) アメーバ病原体が毒力を増強した場合。

などをあげているが、本例も年末年始の過労と大量飲酒が誘因となつたのではないかと推測される。

アメーバ性肝膿瘍の発生機転は、赤痢アメーバが食物又は飲料水中に嚢胞型として存在して、上部消化管に達し、末梢の小腸で栄養型となり、次いで盲腸に達し腸壁へ侵入し、静脈枝を経て肝へ移行していく。ここでフィブリンと絡つたアメーバによつて、小静脈の血栓性閉塞が起り、このために静脈壁への局所貧血とアメーバにより生成される Proteolytic Enzyme が静脈壁を破壊して浮動するようになる。更にアメーバは肝小葉へと侵入して完全な壊死果をつくり、肝膿瘍を形成するに至るとされている(木村)^①。

赤痢アメーバ性肝膿瘍は右葉の後上面に近く、単発性に発生することが多く、Copher & Dick^②は本症の2121例中1792例(84.5%)が右葉に発生し、左葉に発生したものはわずかに392例(15.5%)にすぎないと述べている。諸家の統計でも大体これに一致した比率を示している。膿瘍の大きさは種々であり、小は胡桃大より大は成人頭大に及ぶものもあるという。膿汁は濃厚粘稠で色調はチョコレート褐色を呈している。細菌共感の点では De Bakey^③らは細菌共感はないと述べて、steriele abscess と記載し、87.7%にアメーバが認められたと報告している。しかし、松元^④は細菌共感については、動物実験で、培養赤痢アメーバのハムスター肝に対する病原性に大きく共感菌が影響しているが、これは細菌の病原性よりむしろ個々のアメーバ株と細菌群との間に特殊な親和性があるようだと報告しており、又 Cleveland^⑤は仔猫を使用して細菌共感にて、始めて肝膿瘍が発生したと述べている。しかし最近では細菌共感説が多く、病原菌としては、連鎖球菌、葡萄球菌、大腸菌、緑膿菌などが大体50%を占めている。また膿瘍は適切な治療を施さねば早晚近接臓器に穿孔して、重篤な症状を呈するように

なるという^{⑥⑦}。穿孔は Cry^⑧によると肺が最も多く胸腔及び腹腔がこれに続いているが、本例でも腹腔内に穿孔していた(表1)。

症状ならびに診断:全く無症状で経過するものもあるが、通常は発熱、肝腫大、肝臓部疼痛などの三主要症状がみられるが、赤痢アメーバ性肝膿瘍例にはその2/3に下痢の症状を伴っている。発熱は39°C台を越えることが多く、肝臓部疼痛のほかには右上部背痛などを訴えるものも多い。黄疸は、胆汁症などによつて起つた肝膿瘍例にみられることが多いが、アメーバ性肝膿瘍例では土色様の顔色を呈するが黄疸は少いようである。その他血液所見では、白血球増加、好中球増加などが認められる。尿所見としては、ビリルビン、ウロビリノーゲンなどは、陽性のことも陰性のこともあるBSP肝臓色絮排泄試験でも30分後12.5%と軽度の肝障害を認めるのがある^{③④⑨}。

本症の診断については、(1)横隔膜上、(2)白血球数増加、(3)チョコレート褐色膿などがあげられ、横隔膜の変化は早期にあらわれ、運動麻痺と挙上認められるとされているが(Christopher)横隔膜上は必ずしも早期にあらわれるとは限らず、また横隔膜の運動麻痺は回復が遅いとされている。(Todd)^⑩、今永^⑪は横隔膜上像は線維的に特有な像を示すといっている。即ち、体の側面より撮ると肝膿瘍が肝後面に発生するため、著明な陰影陰影が認められると述べている。

治療:治療には内科的療法と外科的療法があり、内科的療法としては、通常4%塩酸エメチンが使用されているが、エメチン耐性菌の存在を考慮しなければならぬ。一般には抗栄養型にはエメチン、養胞型にはヤトレンなどを使用する。エメチンの使用法は発病5~6日目より隔日に使い、2~3週にて全量1gに達せしめる。抗アメーバ剤と同時に、テトラサイクリン、エリスロマイシン、バシトラマイシンなどの抗生物質を併用することが望ましく^⑫、田辺^⑬らは大量のアイロタイシン(2~4g/日)投与で治癒させた症例を報告している。エメチン耐性菌について Patel^⑭らはクロールキニンが著効を呈したと述べ、1日2回1日量0.5gを連続投与10~12日間にて治癒せしめた例を報告している。しかし内科的療法と同時に穿刺にて排膿を計るのはいふまでもない。

外科的療法としては、通常肋膜横隔膜通過肝切除術にて排膿を計るが、二次感染の予防には最も注意を払わねばならない。しかし、そのために徹底的に膿瘍清掃をはかることは却つて、胆管、胆囊系の二次感染を惹起する危険があるため厳に慎むべきであり、また抗

肝膿瘍穿孔部位

部 位	症例数	部 位	症例数
肺 膜	59	胆 道	4
腹 腔	39	下 空 静 脈	3
胸 腔	39	脾 臓	2
胃	8	心 囊	1
腸	8	其 の 他	4
計		159	

生物質の使用は二次感染を考慮して強力に行なうべきである②⑥⑭。Sloan⑪は切開排膿を行なった場合の死亡率は22~43%で、これに反し、保存的に排膿のみを行なった症例では死亡率4%であつたとし積極的な切開排膿をいませしている。

むすび

腹痛と上腹部膨満感を主訴とした61才の男子で、急性穿孔性胆嚢炎を疑い開腹し、膿汁中に赤痢アメーバを証明して、アメーバ性肝膿瘍であることを認め、切開排膿とエメチン及び抗生物質の投与により治癒させた1例を報告した。本症は近年次第に極めて稀となつた疾患とはされながらも、長期間無症状のまま経過し、肝膿瘍を形成することがあるので、なお肝膿瘍のなかに原因として赤痢アメーバが関与していることを再認識する必要がある。

稿を終るに当り、御校閱を賜つた星子教授に深謝する。

なお本文の要旨は第20回信州外科集談会で発表した。

文 献

- ①木村邦夫 他：三重医誌 4：959, 昭.35, (一部引用). ②田辺憲一 他：外科. 20：672, 昭.33
 ③Christopher, F.: Textbook of Surgery, 3：1280, 1943 ④Oschner, A. & De Bakey, M. E.: Surgery, 13：460, 1943 ⑤今永 一：日本外科全書, 金原書店 24：8, 昭.32, 東京 ⑥松本陽郎：日新医学, 43：292, 昭.31 ⑦Cleveland, L. R.: Am. J. Hyg., 12：539, 1930 ⑧陳茂棠：臨床外科, 14：879, 昭.35 ⑨Todd, J. W.: Lancet, 260：1210, 1952 ⑩Patel, J. C.: Brit. Med., J., 4814：811, 1953 ⑪Sloan, L. S.: Ann. Int. Med., 91：550, 1953 ⑫De Bakey, M. E. & Oschner, A.: Int. Abst. Surg., 92：206, 1951 ⑬今 裕・武田勝男：近世病理解剖学, 南山堂, 東京, 22：215, 昭.33 ⑭操坦 道：現代治療学大系, 中山書店, 東京, 9：166, 昭.33 ⑮Cry：陳茂棠(8)より引用.