

特発性血気胸の1例

昭和38年6月24日受付

信州大学医学部第1外科

(主任: 星子直行教授)

石田哲夫 立木光

A Case of Spontaneous Hemopneumothorax

Tetsuo Ishida and Akira Tatsugi

Department of Surgery, Faculty of Medicine,

Shinshu University

(Director: Prof. N. Hoshiko)

近年胸部外科の発展に伴い、開胸手術が容易かつ安全に行われるようになるにつれ、非結核性肺疾患についても種々の報告が見受けられるようになった。最近われわれは、突発的に起つた特発性血気胸により重篤な症状を呈し、開胸手術により、肺嚢胞 (bleb) の破裂が、その原因と思われた症例を経験したので報告する。

症 例

井〇道〇, 47才, 男, 教員

家族歴: 特記するものはない。

既往歴: ツ反応は20才の時陽転したほか特別な疾患にかゝつたことはない。

現病歴: 昭昭33年10月12日夜半就寝中に烈しい咳が一度あり、朝出勤しようとして歩き始めたとき、急に軽い呼吸困難と左胸部の圧迫感があつたので、直ちに帰宅して床についた。翌日、再び出勤しようとして50mほど歩いたところ、再び高度の呼吸困難と左胸部圧迫感あり、胸を押えるようにして帰宅して就床した。軽い咳があるほかは、喀痰、とくに血痰などはなかつたが、次第に呼吸困難と胸部の苦悶感が増してきたので某医の紹介により当科を訪れた。

入院時所見: 体格栄養は中等度。顔面は蒼白で、口唇には軽度のチアノーゼを認め、顔貌は苦悶状を呈するが意識は明瞭であつた。脉搏は150で細小、呼吸は不規則で浅く、呼吸数も40回を数えた。血圧は70-80 mmHg でプレシヨツクの状態を示していた。胸廓はほとんど左右対称的であるが、左胸部は全般に鼓音を呈し、呼吸音は全く消失しており、また心濁音界は右方へ転位しているが、心音は清純である。

特発性気胸を疑い、立位困難なため右側臥位で胸部レ線写真をとつたが、図1の如く、左肺野には全く肺紋陰影は消失しており、左肺は高度に虚脱した像が認

められた。特発性気胸の診断で直ちに酸素吸入と同時に胸腔穿刺を行なつたところ、胸腔内圧は陽圧であり、約1000ccの脱気で漸く胸腔内圧は-1~0cm水柱圧となる。脱気によつて呼吸困難も多少軽快したが、数時間後再び呼吸困難が現れ、再度脱気を行なつたところ、同時に約600ccの血液が吸引され、特発性血気胸であることが確認された。直ちに輸血により、全身状態は漸次回復されてきたが、翌日に至るも、なお呼吸困難は続いたので、特発性血気胸の原因の確認と止血のために試験的開胸術を施行した。

手術所見: 気管内麻酔のもとに開胸する。左胸腔内には肋膜癒着は全くなく、胸壁肋膜には血腫は認められない。肺は炭粉沈着が著しく、暗赤色で鬱血性、かつ高度に虚脱して無気肺状態を呈し、ことにその程度は上葉に著明であつた。胸腔内には約1500ccの血液の貯溜が認められ、また肺尖部に凝血が附着していた。血液を吸引排除し、肺尖部を精査してみると図2の如く、肺尖部の縦隔側辺縁に十数ケの小豆大から示指頭大の半球状に膨隆した所謂肺嚢胞が認められた。これら肺嚢胞は肺肋膜直下にあり、blebと見なされるもので、気管内加圧を試みると、肺組織に先だつて膨隆した。この際同部よりの空気の漏洩あるいは出血は既に認められず、従つて肺嚢胞の破裂および出血箇所を明らかにすることはできなかつたが、他に肋膜癒着による肺損傷も認められないので、これら嚢胞のいずれか破綻し、血気胸を起したものと考えざるをえなかつた。そこで、これら肺嚢胞は将来気胸の再発を繰返すこともあるので、根治的に左上葉を切除した。術後経過は良好で、残存肺の膨脹も良好であつて、2ヶ月後全治退院した。その後全身状態も回復し、約3ヶ年余を経た今日なお健在である。

病理組織学的所見: (図3) 左肺尖部は気腫性で、肺組織内に広範に血液の浸潤があり、また肺肋膜下に

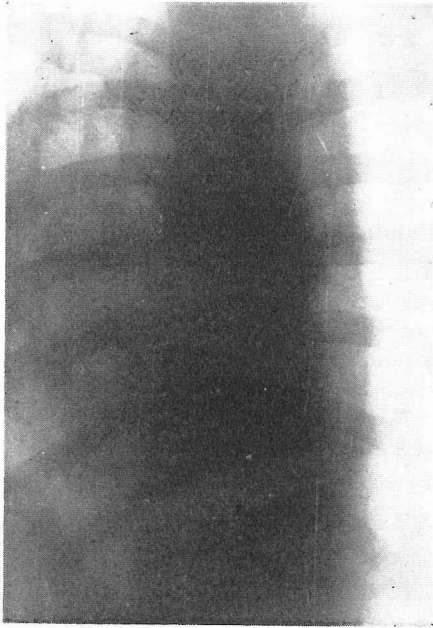


図 1

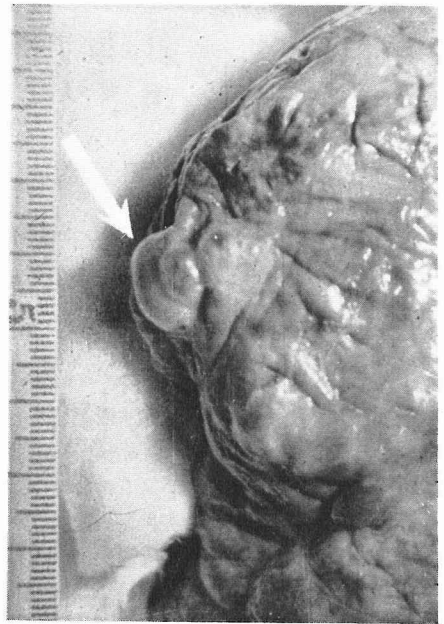


図 2 肺切除

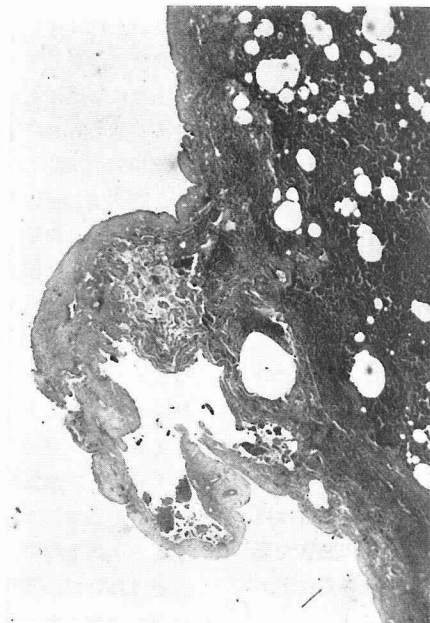


図 3 断面

半球状に膨隆した気腫性肺嚢胞 (blebs) の多発しているのが認められ、その頂部の肋膜は一部変性壊死に陥いつているものもある。

考 按

特発性血気胸は、1828年 Laennec が剖検で認め、1876年 Whittaker が吸引による治験例を報告してから、Pitt らの報告を含めて今日までの報告は200例にみえない。本邦でも中山^①、新井^②、小黒^③、萩野^④らの報告があり、Rowell^⑤によると特発性気胸の2~10%^⑥に血気胸を合併するのがみられるという。

性別では Fry^⑦によれば187例の特発性血気胸患者のうち女性は僅か6例で、男性の方が圧倒的に発生頻度が高い。

年令的には20~40才に多く、左右肺の発生別では大差なく左右とも同程度に発生するという^{⑦⑧}。

原因：従来その原因として肺結核が主に考えられていたが、近年手術例^{①-⑩}や剖検例^{⑧⑨}の検討によつて肺結核によるものは少く、bleb とか bulla あるいは cyst が破裂して胸腔内に空気が漏洩するために肺の萎縮を起し、血管に富んだ肋膜癒着部が裂けて出血するもの、ときには ruptured bleb あるいは bulla 内腔より直接出血するものなどが多くとされている。Fry^⑦は13例の血気胸を手術して、cyst が破裂し肋膜癒着部が裂けたもの、bleb が破裂し鎖骨下静脈の癒着部が裂けたもの、直接 bleb が破裂して出血したもの、胸壁より出血したもの、原因不明のものなどを経験しており、Helwig^⑧らは14例の血気胸の剖検で、その出血原因として、ruptured adhesion 4例、ruptured bleb 5例を報告している。

本例は気腫性 bleb の破裂により血気胸を起したものと考えられる。

症状：胸痛を訴えるものが多く、疼痛は緩慢で間歇的のこともあるが^⑦、ときに激烈で首、肩へ放散して冠動脈疾患と誤診されることもあり^⑩、あるいは上腹部へ放散して急性肺炎、穿孔性消化性潰瘍、胆石症、腎結石などの急性腹部症との鑑別を要することもあるという^⑩。呼吸困難、胸部圧迫感あるいは苦悶感、不安感などを訴えるものも少なくなく^⑩、気胸、肺虚脱や出血の程度により症状も異なるが、ときにショックや虚脱状態など重篤な症状におちいることもある^{⑦⑩}。

治療：治療の原則としては、1) 虚脱肺の再膨脹、2) 胸腔内貯溜血液の排除、3) 出血の抑制、4) 全身状態の改善およびショック、感染の予防^⑩などであるが、自然に空気漏洩が閉鎖し、かつ止血したものでは空気および血液を吸引排除すればよいが^⑩、自然止血

の困難なものでは、ときにより開胸術を行い、出血の原因の追求と処理が必要である^{⑩⑪⑫}。線維素のために排気、排液が困難となつたものでは蛋白融解酵素の胸腔内への適用もよい^{⑬⑭}であろうし、また器質化した血胸に対しては剥皮術の必要もある^{⑥⑭}。

予後：特発性血気胸の死亡率は従来12~25%^{⑦⑨}とされていたが、近年積極的な外科的処置がとられるようになって死亡率は減少している。

む す び

47才男子の特発性血気胸を経験し、その原因が左肺上葉に多発した bleb の破裂によるものと思われたので、左上葉切除術により全治せしめた1例を報告するとともに、併せて特発性血気胸の原因、症状、治療などについて若干の考察を加えた。

稿を終るにあたり、御校閲をいただいた皇子教授に感謝する。

文 献

- ①中山：日外会誌，36：2080，1935。 ②新井：日内会誌，41：824，1953。 ③小黒：新潟医誌，69：215，1955。 ④萩野：内科，3：956，1959。
⑤Rowell, N. R.: Brit. J. Tuberc. & Dis. Chest., 50: 214, 1956。 ⑥Hyde, L. & Hyde, B.: Am. Rev. Tuberc., 63: 417, 1951。 ⑦Fry, W. & Roger, W. L.: Am. Rev. Tuberc., 71: 30, 1955。
⑧Helwig, F. C. & Schmidt, E. C. H.: Ann. Int. Med., 26: 608, 1947。 ⑨Myers, R. T. et al: Ann. Surg., 133: 413, 1951。 ⑩Holloway, J. B. et al: Am. Surg., 18: 518, 1952。 ⑪Ross, J. & Dugan, D.: Dis. Chest., 23: 577, 1953。
⑫Fusia, D. A. & Cook, W. L.: Am. Rev. Tuberc., 65: 744, 1952。 ⑬Smith, A. N.: Arch. Surg., 74: 232, 1957。 ⑭Ross, C. A.: J. Thorac. Surg., 23: 582, 1952。 ⑮Minnis, J. F.: Arch. Surg., 83: 253, 1961。 ⑯Arst, D. B. et al: Ann. Inn. Med., 33: 718, 1950。 ⑰Beatty, G. A. & Frelick, R. W.: Ann. Inn. Med., 36: 845, 1952。
⑱Read, C. T. & Berry, F. G.: J. Thorac. Surg., 20: 348, 1950。 ⑲Sherry, G. & Hurford, T. H.: J. Thorac. Surg., 20: 393, 1950。 ⑳Rydell, J. R.: J. Thorac. Surg., 37: 382, 1959。