

## 胃 憩 室 の 1 例

昭和35年8月29日 受付

信州大学医学部第一外科教室 (主任: 星子直行教授)

小野節郎 横沢公雄 立木光

## A Case of Diverticulum of Stomach

Setsuro ONO, Kimio YOKOZAWA and Akira TATSUGI  
Department of Surgery, Faculty of Medicine, Shinshu University  
(Director: Prof. Naoyuki Hoshiko)

消化管の憩室は十二指腸にもつとも多く、大腸、食道がこれについているが、胃憩室は稀なものとしてされている。胃憩室については Hirsch (1913) が始めて記載し、Baillie (1936) が病理解剖学的方面から、更に Akerlund (1921) がレ線像について詳細な報告を行っている。本邦では堤 (1919) の報告以来レントゲン診断学の進歩により症例数が増しているとはいえ1959年までに39例にすぎないと丸岩は述べている。

我々は最近上腹部痛を訴えて来院した患者に、術前レ線検査により胃幽門部に憩室を発見して手術的に治療させたのでその概要を報告する。

## 症 例

症 例: 45才, 男子, 農業。

主 訴: 上腹部の疼痛。

家族歴, 既往歴: 特記すべき事項なし。

現病歴: 昭和33年12月20日誘因と思われるものなく上腹部に疼痛を訴え、某医のレ線検査の結果、十二指腸潰瘍の診断を受け、内服薬の投与を受けたが軽快せず鈍痛がつづいていた。昨年1月2日に至り発作性の上腹部の激痛を訴えるようになった。疼痛はときどき背部に放散し、同日夜入院した。

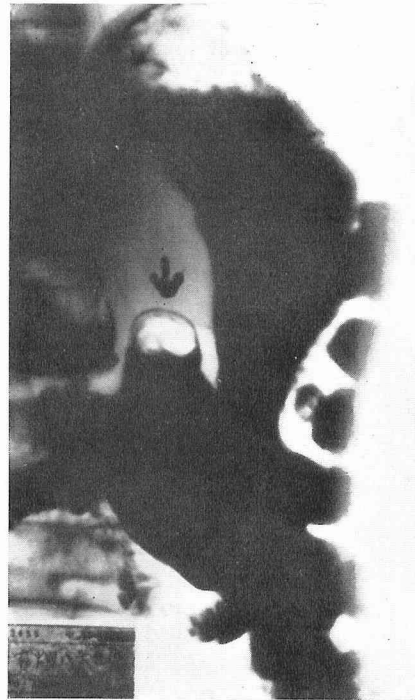
入院時所見: 体格中等度, 栄養良好, 顔貌はやゝ苦悶状。体温 36.7°C。脉搏, 整, 緊張良好。皮膚は脱水のため乾燥し, 舌には白苔が著明に認められた。咽頭, 頸部, 胸部に異常所見は認められず。腹部は平坦で柔かく, 上腹部中央に限局して強い圧痛があつたが腫瘤はみとめられない。肝, 脾は触れず, 又腹水もなかつた。

血液所見: 尿, 糞便, 肝機能などに異常はみとめられなかつた。胃液は総酸度最高72, 遊離塩酸最高51 (Katsch-Kalk 氏法) にて漸高型の曲線を示した。乳酸反応は陰性。

レ線所見: レ線的には図1のように鉤状胃で緊張,

蠕動ともに正常であるが, 上腹部の圧痛点に一致して幽門部前庭に憩室様の造影剤貯溜とその上部にガス像がみとめられた。十二指腸球部は扁平でガス陰影はみられるが造影剤の通過は良好であつた。

図 1.



手術所見: 気管内麻酔のもとに上腹部正中切開で開腹すると, 幽門部, 十二指腸球部附近には線維性の癒着がみとめられた。レ線所見と一致して前庭小彎側に胃壁の極めて薄い部分があり, 同部は胃の収縮に伴い母指頭大, 嚢状に膨隆した。癒着剥離後, 憩室を含めて型の如く胃切除を行つた。

術後経過は良好にて第15病日に退院した。

切除胃の肉眼的所見：前庭小彎側に直径約2.0cmの円型の胃壁のうすい部分があり、内壁より指を挿入すると容易に外方に囊状に膨隆する。憩室の辺縁は幾分周囲の胃壁より硬度を増して境界があきらかであった。この部分を切採して組織学的に検索した。

組織学的所見：憩室壁は一応各層構築像が揃っているが全体として薄く、殊に筋層は内層外層の区別がほとんどなく、所によつては小さな筋束にわかれて、いかにも繊弱にみえる。粘膜も萎縮性で、瀰漫性の円形細胞浸潤があり、粘膜細胞は肥大膨化性、漿膜も浮腫状、筋層にも所々円形細胞浸潤を伴い、慢性炎症の存在を物語っている。以上の像から組織奇形とはいえないにしても、正常胃壁としての形成不全があり、この形成不全を素因として憩室を形成し、更に炎症が合併したものであった。又壁交感神経節細胞の硝子滴変性を伴った水腫状膨化があるが、これも憩室形成と関係があると思われる。以上の如く胃憩室及び慢性萎縮性カタル性憩室炎の像を示していた。

考 按

頻度：本症は従来稀有な疾患とされてきたが、近時レ線診断の普及発達によつてその数を増してきたというものの、なお我々が調べた範囲では、今日まで62例を数えるにすぎない。この理由としては本症が無症状に経過するもの多く、種々の検査のうちレ線像が僅かに特徴を示すだけで、積極的な臨床症状、合併症などが少いためである。発生頻度は表2の如くであるが、一般には解剖学的発生頻度はレ線学的頻度より高率であり、又外科的に確認されたものが少いとされている。

表 1. 胃憩室の頻度

剖 検 例	Nauwerk	15,000例中	21例
	Riners	91,935	35
手 術 例	Riners	11,234	10
レ 線 例	高 橋	4,480	2
	佐 竹	20,000	6
	榎 殿	8,000	2
	黒 川	5,800	3

性別：表2に示す如く、45:17、略々3:1にて男性に多く、年齢別にみると高瀬の9才を最年少として10才以下1例にて、10才代4例、20才代6例、30才代8例、40才代27例、50才代13例、60才代7例、70才以上6例となり、30才代以上82に比して30才以下は18にて、年齢の進むに従い症例数を増して40~50才代に

表 2.

性別、62例中 ♂ 45例  
♀ 17例  
(♂ : ♀ = 3 : 1)

年 令 別

年 令	症 例 数
10才以下	1例
10~19才	4
20~29	6
30~39	8
40~49	17
50~59	13
60~69	7
70才以上	6
合 計	62例

もつとも多い。この高令者に多く発見されるのは、高令者は他の胃疾患で検査をうける場合が多く、偶発的に発見されることが多いことを示しているといえよう。

好発部位：表3に示す如く本邦例62例の発生部位をみると、噴門部36例(58%)、胃体部7例(11%)、幽門部9例(14.5%)、不明10例(16.5%)で大半が噴門部に発生している。榎殿は昭和28年までの胃憩室統計について噴門部は21例中15例(78%)にてもつとも多く、Martinは99例中61例(61.5%)、Rinersは14例中6例(43%)、Palmerも真性憩室342例中75%が噴門部であったという。いずれも噴門部がその大半を占め、本症例の如き幽門部は少いようである。

表 3. 胃憩室好発部位

報告者	部位	噴門部	胃体部	幽門部	不 明	計
Riners		6 (43.0%)	2 (14.0%)	6 (43.0%)	0	14
Martin		61 (61.5%)	15 (15.5%)	23 (23.0%)	0	99
榎 殿		15 (71.0%)	5 (24.0%)	1 (5.0%)	0	21
本邦例 (本例を含む)		36 (58.0%)	2 (1.0%)	9 (14.5%)	10 (16.5%)	62

大きさ：表4の如く、手拳大の瀬木の報告が最大であるが、概して母指頭大以上の憩室が多く、略々半数又は半数以上を占めている。

形態：成因に関係するのでその形は種々であるが多くの場合は囊状、球状であり、すべて単発性である。

症状：本症の症状は一般消化器憩室にみられるように、無症状に経過するものから、激痛を訴えるものまで種々の症状があり一定していないが一般には上腹部疼痛、悪心、嘔吐、下痢、腹部膨満感、食欲不振などがあげられ、なかでもつとも多いのは疼痛で、Dehnellは85%、森は77%に存するというが、これら

表 4. 胃憩室の大きさ

	鶏卵大以上	拇指頭大以上	拇指頭大以下	不明	計
本邦例 (本例を含む)	15	13	9	25	62
	24%	21%	14%	41%	
	45%				
槇 殿	8	7	2	4	21
	38%	33%	10%	19%	
	71%				

の症状は胃十二指腸潰瘍、胃炎などの合併症、続発症の症状と考えられるものが多いので、合併症、続発症がなければ一生症状を示さずに終るものが多いといわれている。

合併症：胃十二指腸潰瘍、出血、穿孔性腹膜炎、胃癌、胃良性腫瘍、胆石、胃下垂など種々な疾患があり、これら合併症は Ottham は36.5%に、森は28.9%に、渡辺は55.1%にみられるという。又憩室自身では憩室炎が考えられるが、本例の如く明らかな胃憩室炎像を示した症例は少く、唯降旗が2例に憩室炎を経過した所見がみとめられたと述べている。

分類ならびに成因：胃憩室はその形態上から完全、不完全の別があり、入口部が狭く内腔の広いものを完全憩室、そうでないものを不完全憩室といっている。組織学的所見から憩室壁が漿膜、筋層、粘膜の3層よりなる真性憩室と筋層を欠く仮性憩室の別あり、又発生の時期により先天性憩室、後天性憩室とに区別され、胃壁の脆弱部に内圧の影響を受けて形成されるものを圧排性憩室、更に胃壁が周囲臓器の病変、主として癒着による牽引などが加わって発生したものを牽引性憩室としている。

成因については分類が多様であるように、今日なお多数の見解があつて必ずしも一致していないが、胃壁に先天性又は後天的に何等かの原因で脆弱部があり、内圧の影響を受けて憩室を形成するという説に賛意を表するものが多い。この説よりみれば憩室が高年者に多くしかも噴門部に好発するということが了解できる。噴門部は解剖学的にもつとも筋層がうすく、大血管が貫入するため抵抗減弱部があり、食物が食道から胃に落下する際、もつとも抵抗を受ける。又胃内圧の亢進したときこの部がやはり抵抗減弱部としてその圧力を強く受けるからである。

又憩室壁に肝、十二指腸、肺組織の迷入、胎生組織

の残存を認め、これらが抵抗減弱部の形成にあずかるとの報告もあり、胃潰瘍、外傷、筋層の変化が原因となり抵抗減弱部となることもある。又レ線憩室を証明できたが手術時に消失していたという機能性の憩室を思わせる報告もある。

我々の症例は各層構築像は一応揃っているが、正常胃壁としての形成不全があり、この抵抗減弱部に憩室を形成したもので、殊に炎症を合併しているので、癒着による牽引により後天的に憩室ができたものか、或いは憩室炎に影響されて癒着が発生したものか推察しえない。

診断：近時胃鏡、胃カメラ技術の発達によつてこの種の症例も報告されるようになったとはいえ、確実な診断はレ線による以外ないが、Akerlund はレ線学的特徴としてつぎのように述べている。即ち胃憩室の陰影は胃の陰影から突出し、又は孤立し、形態は種々雑多であるが、概ね円形を呈して充盈ならびに拡張の度合により変化し、柔軟可変の輪廓をもつて、周囲に炎症性機転のレ線所見はみとめられない。通常噴門部にあつて、且つ造影剤の貯溜は4時間以上に及び、立位にてガス像を頂点に現わすという。

我々の症例でも立位でガス像を認め、なお5時間以上のバリウム貯溜を認めた。診断は一般に容易であるが、レ線的には証明しえたが手術の際認めえなかつたという胃壁の攣縮により機能的に現われる憩室像、潰瘍性ニツシエ、癌性潰瘍、横隔膜ヘルニアの鑑別には注意すべきであろう。

治療：憩室の存在が確定されたとき、合併症、臨床症状、続発症、成因の如何によつて手術侵襲の要否が決定されるべきであろう、即ち憩室炎のあるとき、胃十二指腸潰瘍の合併しているとき、出血、穿孔のあるとき、内科的治療によつても症状が改善されないとき外科的治療の対象とすべきことはいうまでもないが、癌や肉腫の発生母地として又炎症、穿孔の危険のあるものも対象とされてよい。又外科療法法の進歩した現在本症にはすすんで積極的の外科療法を行うべきであるとの意見もある。

## 結 語

我々は十二指腸潰瘍として某医に治療を受けていたが、突然上腹部に激痛を訴えて来院した患者についてレ線検査で胃憩室を発見し胃切除を行い、組織学的に胃憩室および憩室炎を証明した1例を経験し、併せて本邦例について文献的考察を加えた。

談会にて発表した。

稿を終るにあたり、御指導、御校閲を賜った星子直行教授に深甚なる感謝を捧げるとともに、細部にわたって御指導いただいた小林滋助教授、病理組織学的所見について御教示くださった第1病理学教室矢川助教授に感謝する。

#### 主要文献

- ①Nauwerk: Deutsch. Med. Wsch., 46; 119, 1920.  
 ②Akerlund: Acta Radiologica, 2; 476, 1921.  
 ③Riners.: Surg., Gyne. & Obst., 60; 106, 1935.

④Baillie: Ann. int. Med., 10; 447, 1936.

⑤降旗: 信州医誌, 1; 59, 1952. ⑥愼殿: 広島医学, 6; 142, 1953. ⑦松本: 日本内科学会雑誌, 43(7); 1954. ⑧前田: 外科, 17; 815, 1955.

⑨木元: 日外会誌, 56; 1118, 1956. ⑩湯川: 総合

医学, 8; 873, 1959. ⑪李: 外科, 19; 193, 1957.

⑫久野: 臨床外科, 13; 49, 1958. ⑬陰山: 総合臨

床, 7; 450, 1958. ⑭九岩: 広島医学, 12; 591, 1956.