

“陳舊性膿胸の手術療法治験例”

昭和34年1月31日 受付

(長野赤十字病院外科)

宮 沢 信

AN OPERATIVE OF OBSOLETE PYOTHORAX

SHIN MIYAZAWA

(NAGANO RED CROSS HOSPITAL, SURG.)

(DIRECTOR, Dr. T. SUZUKI)

代表的な難治疾患である陳舊膿胸に対する治療は、最近に於ける抗生物質或は技術面などの進歩に伴いその治療成績が向上し、漸次不可能の限界をせばめつつある。私は1953年から1955年の3年間に保存的療法が無効とされた陳舊性膿胸に対して、観血的療法即ち SEMB 胸廓成形術に加えるに剥皮術、筋肉片充填術を併施し、尚術創の一次的閉鎖を計って好成績を取めた6例を経験したので聯か検策を加えて報告する。

青柳教授は SEMB 胸廓成形術のみでは良い成績を得なかつたが、筋肉片充填術を併用してからは好結果を得たと報告している。要するに膿胸の治療形は肋膜面の癒着による膿腔の消失か或は肺自信が膨隆して胸壁が移動されて肺に癒着するか若しくは、この両方の機序が併合される様に手術療法の方針が樹てられるべきである。之を大要四分類すると

1. 死腔両壁の癒着による消失即ち肋膜外肋骨切除
2. 死腔胸壁の肋骨切除、即ち SEHEDE 氏法
3. 死腔内の肺肋膜肺底を除去し肺再膨張を計る方法
4. 物質充填による方法、即ち筋肉片充填、油、パラフィン、合成樹脂球などの充填

実際の治療面に於て手術結果の成否を左右する要素は、膿腔の大きさ、気管支瘻、胸壁癒及び混合感染の有無であつて、腹雑多岐な様相を呈する故、仲々至難なものである。

私共が部分的ではあるが併用した剥皮術は、DIEL-ORME (1894年) が膿胸に起用し、これに WEINBERG, DAVIS の二法がある。剥皮術 DECORTICATION は肋骨切除の後、内胸膜外に肥原した醜膿膜を剝離し之を囊状に剔除し肺の再膨張を促して死腔の閉鎖を計るにある。然しこの術式は斯様に剥皮を完全に行ふことにより肺を損傷し易く肺病巣のある場合は乾酪巣などを露出させる危険が伴ふし、亦術後肺の再膨張により、病巣を再燃させることや混合感染の機会を与えるなどの不利な点が数えられる為、一時は SAUCHERBRACH 氏等の反対するところとなり余り顧み

られなかつた。最近抗生物質の進歩によつてアメリカでこの術式に良い実績を上げている。我が国では肺病巣と肺肋膜との何れに処理が先行されるべきかが、論議的となり未だこの方面の報告例は少い。

症例並びに術式

上記の様な観点から私は治療方針として完全な肺の再膨張を期待せず、胸成術、剥皮術、筋肉片充填術等により外部より積極的に膿腔の縮小化或は消失化を計つた。即ち

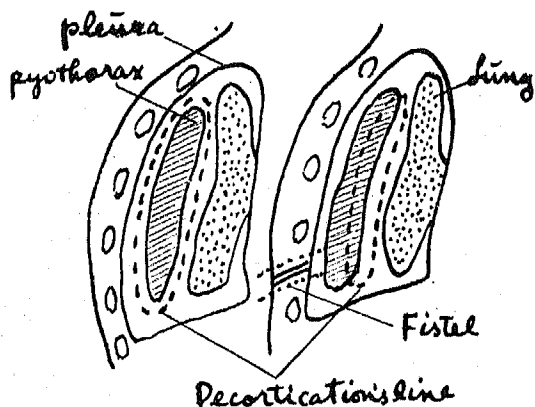
第一段階で必要な成形術を徹底的に(症例によつては数回に分割して)行い可及的に死腔の狭小化につとめた。

第二段階では部分的に剥皮術、筋肉片充填術を行い、而も一次的術創閉鎖を試みた。

この第一第二段階に就いて尚詳細に説明すると、第一段階に表第一症例の如く胸成術の外に横膈膜神経麻痺術を併施したものもあるが、一般には全亜膿胸の場合は肺上野に対して必ず肺炎剝離術を行ふべしとされている。本例に於ては SEMB 氏法に準じた胸成術を行つても第一肋骨の切除をせず、後日部分的胸成術によつて目的を達して好結果を得た。第三例は第一回より SEMB 氏法を行はずに下方部を先行したものもある。之等の手術に際して、患者に特に著しい低蛋白症、水分欠乏症等が考慮される時は膿腔の大きさ位置を考えて胸成術を分割して行つた。以上第一段階のみでは根本方針である膿腔の相互癒着による死腔の消失が達成されない、従つてこの段階の終了後約 2~4 ヶ月を経てから第二段階に移行した。即ち瘻孔があれば瘻孔を剔出しつゝ死腔内に入り之を全長に亘つて切り開き再生肋骨も出来るだけ除去し醜膿膜の剥皮は厚目にし、而も体壁側肋膜のみに行い肺肋膜面は肥厚の程度に従い部分的剥皮或は搔把をする程度に止め、所謂広義の顕微鏡肉眼的の肺損傷をさけた。次いで附近(主として肋間筋等)から有蓋性に筋肉片を遊離し内腔を充す様に充填閉塞し、最後に排膿管を挿入して一次的に創を縫合閉鎖した。

	病型	病歴		混合 感染	術前T B菌		術前			術後			転機
		成因	前駆期		肋水	痰	肺活	血沈	体重	肺活	血沈	体重	
1 Case 28才 ♀		肋膜炎	5ヶ月	+	+	+	1400	100 } 140	41 kg	1800	30 } 110	43.2 kg	治
2 Case 26才 ♂		人工気胸	1年	+	+	+	1250	120 } 140	405 kg	1100	42 } 96	57 kg	治
3 Case 36才 ♂		肋膜炎	7年	+	-	-	2100	100 } 160	75 kg	8400	5 } 25	60 kg	治
4 Case 38才 ♂		肋膜炎	3ヶ月	+	-	-	2900	42 } 67	55.9 kg	3020	2 } 15	62 kg	治
5 Case 27才 ♀		肋膜炎	9ヶ月	-	-	-	2540	40 } 93	46 kg	2600	20 } 65	51 kg	治

	手術経過				
	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回
1 Case 28才 ♀	前胸部胸成術 5. 6. 7. 8.	25日目 背部胸成術 2. 3. 4. 5.	25日目 胸成術追加 6. 7. 8. 9.	30日目 剝皮、筋肉 片充填	140日目 前術填 胸部撮把 胸成充
2 Case 26才 ♂	背部胸成術 2. 3. 4. 5.	35日目 胸成術 6. 7. 8. 9.	42日目 胸成術 7. 8. 9. 10. 11.	49日目 剝皮、充填 前部胸成	59日目 囊孔切開 筋充填
3 Case 36才 ♂	胸成術 6. 7. 8. 9.	53日目 	42日目 剝皮 充填 撮把		
4 Case 38才 ♂	胸成術撮把 8. 9.	13日目 胸成術 10. 11. 12.	24日目 剝皮 筋充填追加		
5 Case 29才 ♀	胸成術 7.8.9. 撮把、剝皮、 筋肉片充填				



Weinberg, Davis の方法

第1, 2例は上記の通り行い第3, 6例は第一第二段階の術式を同時に行い, その目的を達した。

第5例の如く部分的膿胸に対しては肋骨切除剥皮術充填術を同時に実施し, 第4例の如く比較的大なる死腔を有する症例は胸成術を分割して行い順次縮少を期待し第二段階に移った。

結 論

全亜或は限局性陳旧性膿胸で混合感染, 胸壁瘻, 気管支瘻の有無を問はず之等に対しては, 抗生物質の使用と相俟つて, 積極的に胸成術, 筋肉片充填術, 剥皮術をその適応に従つて行えば, 全治させ得る確信を持つた。

本論文は第2回信州外科集談会に発表した。終りに臨み終始御懇篤なる御指導御校閲を賜つた鈴木辰四郎博士に深甚なる感謝の誠を捧げる。

文 献

- ①道林: 臨床外科, 6巻, 3号, 122, 昭26 ②馬場: 結核, 23巻, 7, 8号, 昭26 ③馬場: 胸部外科, 4巻2号, 200, 昭26 ④青柳: 日本外科学会雑誌, 40, 911, 昭15 ⑤関口・杉山: 臨床外科, 6巻, 3号, 昭26 ⑥長谷川: 日本医学会雑誌, 26巻, 4号, 昭26 ⑦房岡: 日本外科学会雑誌, 48巻, 昭22 ⑧長石: 整形外科学会雑誌, Vol.6, No.2 ⑨河合: 結核, 27巻, 354, 昭26 ⑩佐藤: 胸部外科, 5巻, 208, 昭27 ⑪楠・三井: 臨床と研究, 27巻, 25, 昭26 ⑫八塚: THE JAPANESE JOURNAL OF THORACIC SURGERY, Vol.6 No.2 ⑬宮崎: THE JAPANESE JOURNAL OF THORACIC SURGERY, Vol.3, No.3 ⑭AUERBRACH: AMER. REV. TB, 1949