

“経胸腹式巨大脾腫剔出術の一例”

昭和34年1月31日受付

(長野赤十字病院外科)

宮 沢 信

“AN INSTANCE OF EXTRACTION OF TRANSTHRACS ABDOMINAL SPLENETOMY”

Shin Miyazawa

(Nagano Red. Cross. Hospital. Sūrg.)

(Director Dr. T. Sūzūki)

緒 言

最近に於ける気管内麻酔の進歩によつて、開胸術が開腹術と同様安全に行れるに至り、従前まで危険率の高かつた幾多の手術は安全裡に行われている。本症例も気管内麻酔下の開胸、並びに開腹と相俟つて充分な手術視野を得て合理的に巨大脾腫を剔出し得た一例である。

症 例

患者は27才2児の母親、既往歴家族歴に特記すべき事項はなく、本症の初発と思れるのは女学校時代から主徴候としては、顔貌蒼白、倦怠など貧血症候があり、昭和29年秋頃に腹部膨満に気付き婦人科診察の結果妊娠を否定され、内科受診によつてパンチ氏病の疑いで入院、輸血、対貧血療法を約2ヶ月間続けたのち外科へ転科されてきたものである。

転科当初の所見は全身的に消費し、未だ貧血症状強く著明な腹部膨隆を認めた。即ち左側腹部は緊張して硬く杖状に触れ、左季肋部一帯より右縁は正中線を2横指ほど越え下縁は臍窩に達している。然し腹壁静脈の怒張はなく、肝、腎は触知しない。腹囲は77cm血液所見、赤血球 289×10⁴、白血球 3200、ザリー 36%、出血時間 4分30秒、凝固時間 6分20秒、ヘパトサルファレイン 45分で5%、ウロビリノ、ウロビリノーゲン (-)。

手術所見

基礎麻酔はパンスコの分割注射、次いでラボナル静注による導入麻酔によつて気管内麻酔に移行した。体位は右側臥位、多少後方に寄りかゝつた斜位、皮切は臍窩より正中線を上向く、途中から肋骨弓を越え第8肋骨に沿い後腋窩線に達するもの、尚開腹を先行したのは開胸時間を短縮する為である。開胸は第8肋骨を約20cm切断後、肋骨弓を離断して行つた。この結果、胸腔内には高く突出した巨大脾腫を横膈膜をへだてゝ窮える。続いて肋骨弓離断部位より、横膈膜線維の方向、即ち食道に向つて豊富な血管に留意しつゝ切

開を加えると、胸腔と腹腔とは交通し広い術創一杯に巨大脾腫が現れた。次いで第二段階の手術に移り、先づ横膈膜脾靱帯を切断、更に胃脾靱帯も同様結紮切断して脾腫の下方を遊離し、更に後方に廻り腹膜との癒着剝離を行ふ。これで脾腫は脾肋静脈で連らなるのみとなり移動性が出来た。斯くして脾腫を左方に圧排して、脾門部を緊張させ脾静脈の一分枝を切断したが、他は脾静脈の怒張と脾門部との癒着のため、脾に接しての切断が不可能と認められ亦、怒張静脈と脾尾部との癒着もあつたので脾尾部の後方を遊離し、脾静脈を含めたまゝ脾尾部共々同時に脾腫剔除を行つた。尚脾動脈は上縁に接して走る故、脾尾部切除に際しては、二重結紮のと切断した。脾尾部の切断端は后腹膜で被覆縫合した、期くて最後に手術創内の清拭後、先づ肋骨弓を寄せて縫合固定し、横膈膜縫合の後12号ネラトンを胸腔に留置し、終りは気管内圧(+10)を加えて肺の膨隆を計り閉胸、開腹して手術を終了した。

剔出脾重量 2.775kg (正常の約18倍)

出血量 650cc (ガーゼ重量法)

手術時間 3時間、麻酔時間 3時間半

術中並びに術後補液

輸血 100cc、リンゲル 500cc

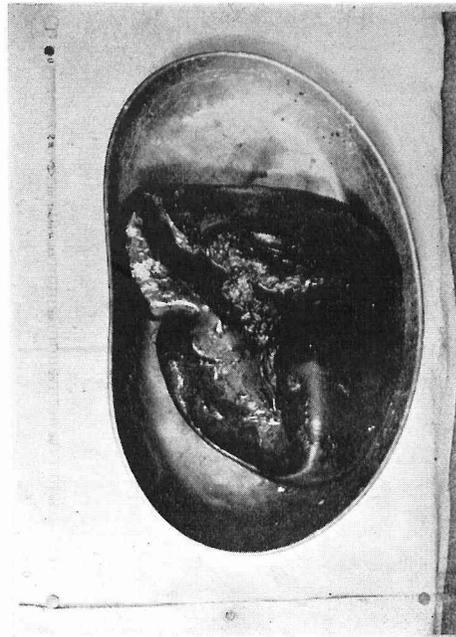
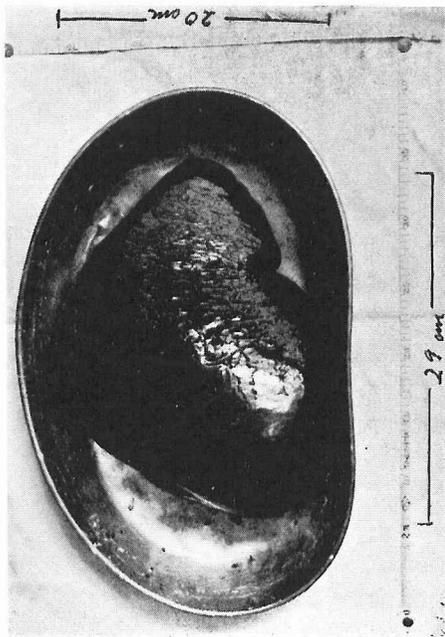
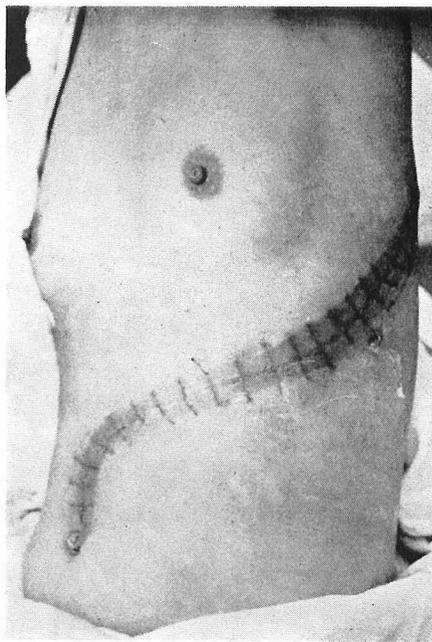
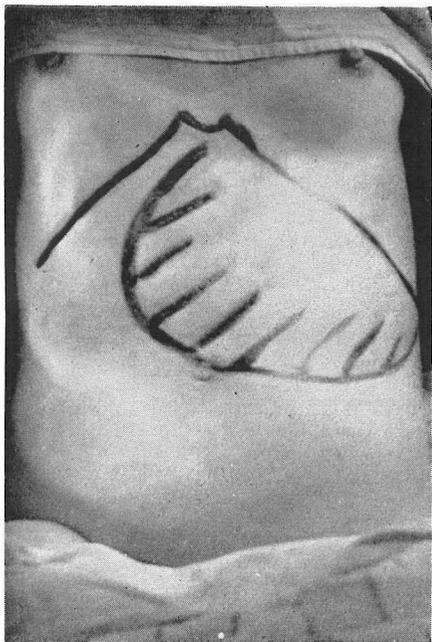
50%葡萄糖 100cc、5%葡萄糖 120cc

剔出脾病理組織学的所見

血液含有量が多く脾腫がそのために強く拡張してをり、濾胞は次第に消失しつゝある。線維柱の辺縁から脾髓に向つて膠原質化が行れつゝあるが未だ典型的なパンチ氏病の FIBROADENIE の所見は呈していないがその初期と思れる。

考 察

経胸腹式の脾腫剔出例は未だ少数であつて、現今までの趨勢は洋の東西を問はず脾腫に対しては充分な対貧血療法、肝庇護の後に、成るべく早期に脾剔出術を行ふべきだと云はれている。然し一方に於ては、肝硬変或は脾腫と門脈圧亢進症の問題が云々され某教室の



バンテ氏症候群45例中, 31例に門脈圧亢進症を認めたと報告し, 門脈圧 300~400 H₂O 以上の場合は進んで, 大静脈系の吻合が行れるべきだと主張している。

更に BLASENMORE 氏等はバンテ氏症候群で脾切除術を行ふ場合, 血管縫合の用意なくして行ふのは重大な過失であり出血死亡を防ぐ唯一の機会を失ふものであると警告している。

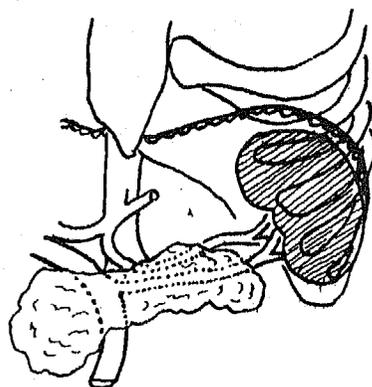
結 語

本症例の如き巨大脾腫を従来の開腹術のみで行えば, 当然幾多の困難を極め, 時には断念することさえあつた。然し本例の如く気管内麻酔下の開胸を併用することにより, 解剖学的な充分なる手術視野が得られ癒着の剝離, 血管処理が容易に実施出来, 大失血の危険もなく剔出し得る合理的な方法であると確信した。

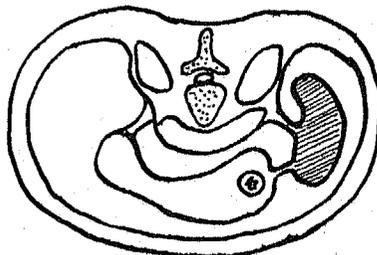
本論文の要旨は第6回信州外科集談会に発表した。終に臨み御指導御交問を賜つた鈴木辰四郎博士に深甚なる謝意を表する。

文 献

- ① 燕木: 日本外科学会雑誌 53: 448-449, 昭29
 ② 鈴木: 日本外科学会雑誌 53: 445-446, 昭27
 ③ 沖中: 日新医学 40: 178-183, 昭28 ④ 本木: 臨床外科 2巻9号, 1953 ⑤ 本木: 臨床外科 6巻462-469, 昭26 ⑥ 本木: 手術 5: 377-386, 昭26
 ⑦ 本木: 外科 13: 427-434, 昭26 ⑧ 本木: 東京医学雑誌 59: 330-349, 昭27 ⑨ 磯部・永田: 日臨外会誌 13: 67-88, 昭27 ⑩ 友田: 日本外科医学会雑誌 53: 446-448, 昭27 ⑪ LINTON R. R. AND WARREN, R.; SURGERY 33: 243-255, 1953 ⑫ LINTON R. R.; SURGERY 134: 433-443, 1951 ⑬ BLAKMORE A. H.; PORTACAVAL SHUNTING FOR PORTAL HYPERTENSION, SURG. GUNC. & OBST 94: 443-454, 1952



脾と血管横膈膜の関係



脾と靭帯の関係