

廻盲部切除を要した急性虫垂炎の2例

能登川病院外科（院長：寺島道盛博士）

重永正之・村山保雄

〔原稿受付 昭和38年5月11日〕

TWO CASES OF ILEOCECAL RESECTION WITH END-TO-END ILEOCOLOSTOMY PERFORMED TO COMPLICATED APPENDICITIS

by

MASAYUKI SHIGENAGA and YASUO MURAYAMA

From the Department of Surgery, Notogawa Hospital
(Medical Director : Dr. MICHIMORI TERASHIMA)

Two patients were admitted to the hospital because of fever and a tender mass in the ileocecal-appendiceal region. They were diagnosed as having acute appendicitis with the appendiceal abscess.

A pararectal laparotomy revealed appendicitis with the appendiceal abscess in both cases. The abscess in the first case penetrated into the ileum and that in the second case penetrated into both the cecum and the ileum.

After ileocecal resection with end-to-end ileocolostomy, these patients were discharged in good condition.

緒言

日常、急性虫垂炎の手術を行う場合、廻盲部切除術を要することは極めて稀であるが、われわれは急性虫垂炎によつて発生した盲腸周囲膿瘍が廻腸末端部に穿通を来しているために、廻盲部切除術を行い、廻腸結腸端々吻合術を行つて、良好に経過した2例を経験したので報告する。

症例

症例1：門○道○ 23才 女

主訴：腹痛，発熱。

既往症：19才の時，第5腰椎カリエスにて某病院に入院加療を受けたことがある。

家族歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和36年5月2日より上腹部疼痛，嘔吐及び発熱等があり，胃が悪いものと思い自家療法を行なっていたが良くなりず，食慾不振にして絶食を続けて

いるうちに，やや軽快したため会社に出勤したが，その後も時々廻盲部疼痛を来していた。5月19日より発熱及び廻盲部疼痛が著明となつたので来院した。食慾不振，便通は1日1回でやや軟便。月経順調。

現症：体格中等，栄養良好，脈搏84で整，呼吸正常にして顔色やや貧血傾向，血圧最高118mmHg，最低60mmHg，体温38.2℃，白血球数17400.，胸部は打聴診上異常を認めず。腹部は全般に膨満，陥没共に認めず，腹壁筋性防禦も証明しないが，廻盲部に抵抗があり，廻盲部より正中側にわたり略々手拳大の腫瘤を触れる。この腫瘤は弾性硬で圧痛を認めるが移動性はない。上記所見より急性虫垂炎より発生せる盲腸周囲膿瘍の診断の下に開腹術を施行した。

手術所見：腰椎麻酔の下に傍直腹筋切開にて開腹すると，外診上の腫瘤に一致して廻盲部から正中側下方に向う大網膜に被われた腫瘤があり，一部は体壁腹膜とやや強度に癒着し，腹腔内には中等量の腹水を証明した。切開創を延長し，腫瘤と周囲臓器との関係を精

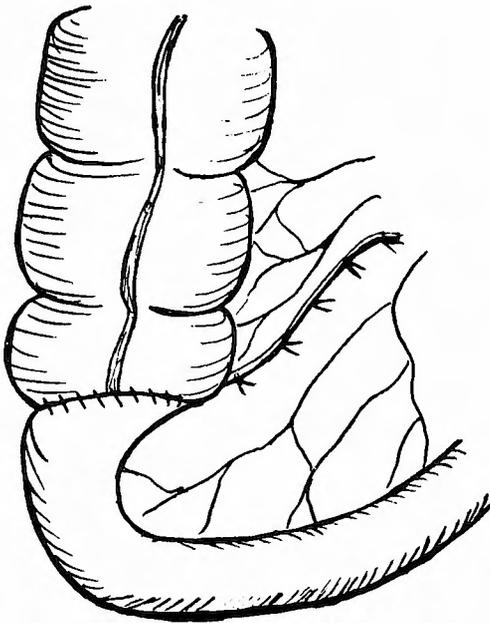


図 1

査すると、盲腸、廻腸末端部及び虫垂が大網膜に被われ、略々手拳大の腫瘤を形成しているが、盲腸の虫垂附着部以外は比較的健康である。それで虫垂を逆行性に切除したが、虫垂尖端部は廻腸末端部と強く癒着し、且、そこに穿通していることを認めた。そこで廻

盲部切除術を行うことに決め、廻腸末端より約13cm口側の廻腸と、盲腸を約4cm切除して各々の断端口径を同じくする様に、廻腸側は斜に切断して端々吻合術を行い(図1)、健康な大網膜を引き下げて同部を被った。又、ダグラス窩には混濁した腹水がやや多量に存在していたため、清拭した後、廻盲部及びダグラス窩に夫々排膿管を設置し、ストレプトマイシン1g、ペニシリン20万単位を注入して手術を終った。

摘出標本：廻盲部に略々手拳大の大網膜腫瘤があり、大網膜腫瘤を除去すると写真(1)の如く、虫垂切断端が見える。廻腸末端部に穿孔を認め、附近の腸壁は炎症性に浸潤肥厚している。尚、廻腸断端は腸間膜附着部の反対側が短くなる様に斜に切断してある。

術後経過：術後、輸液並びに強力な化学療法を行ったが、10日目頃から発熱を来し、直腸診でダグラス窩の膨隆を認めたので、ダグラス窩膿瘍切開術を施行し、以後順調な経過を辿り、術後34日目のレ線腹部透視でも腸吻合部の通過が良好であつたので(写真2)37日目に全治退院した。

症例2：須○登○子 28才 女

主 訴：右下腹部疼痛及び腫瘍

既往歴：昭和36年1月17日、某婦人科で子宮筋腫と左卵巢囊腫の診断の下に、子宮及び左卵巢摘出術を受けた。虫垂切除は受けていないらしい。それ以外、著患を知らない。

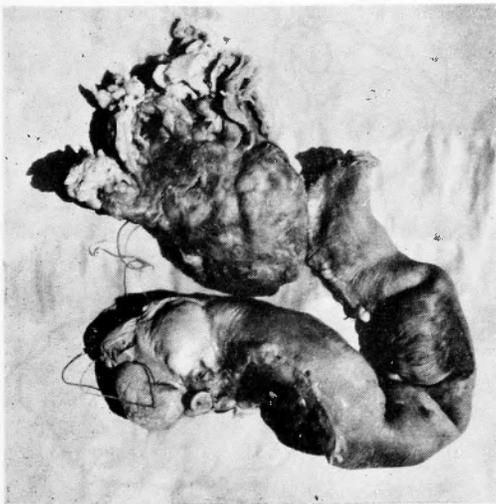


写真 1



写真1の説明図



写真 2

家族歴：特記すべきものはない。

現病歴：昭和36年7月下旬頃より右下腹部に時々疼痛を来す様になり、歩行に際しても響く様な感があつた、又、その頃より右下腹部に腫瘤があるのに気づいており、圧痛があつた。食欲普通。便通1日1回、著明な発熱を来したこともない。

現症：体格中等、栄養良好、脈搏74で整、呼吸正常、皮膚及び可視粘膜に貧血を認めず。血圧最高104 mm Hg、最低60mm Hg。体温37.4 C。胸部は打聴診上異常を認めない。腹部は臍直下より恥骨縫合直上に至る

正中切開手術創の癒痕があり、廻盲部に略々手拳大、境界比較的鮮明、弾性硬の腫瘤を触れる。表面は略々平滑で圧痛を証明し、移動性は殆んどない。以上の所見より、急性虫垂炎より発生した盲腸周囲膿瘍の診断の下に開腹術を行つた。

手術所見：腰椎麻酔の下に開腹すると、廻盲部に大網膜で被われた略々手拳大の腫瘤があり、廻腸、盲腸及び体壁腹膜と強く癒着している。腫瘤の中に虫垂根部があり壊死状となつている。周囲より徐々に剝離して行くと、廻腸及び盲腸との癒着部において夫々1個の穿孔を認めた。即ち急性虫垂炎による大網膜腫瘤が廻腸及び盲腸に穿通したものであつた。そこで廻盲部切除術を必要と認め症例1と同様に廻盲部切除及び端々吻合術を行い、盲部及びダグラス窩に排膿管を設置して手術を終つた。

摘出標本：廻腸及び盲腸への穿通を認める。(写真3)

術後経過：術後5日目より解熱し経過良好であつたが、11日目に39°Cの発熱を来し、排膿管を挿入していた所から便臭の膿汁排出があつたが糞便は認めなかつた。17日目にこの瘻孔を切開し、充分に排膿した所、次第に解熱した。しかし肉芽形成がやや遅延したため術後51日目に軽快退院し、その後通院加療により昭和36年12月27日全治した。

考 察

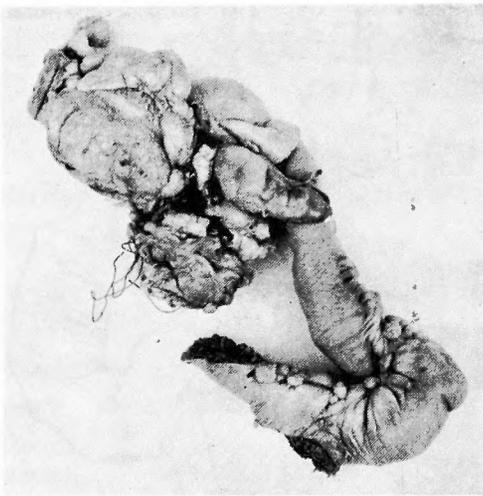


写真 3



写真3の説明図

青壮年期急性虫垂炎において虫垂穿孔を来した場合、大網膜腫瘍を作つて限局する傾向が他の年齢期のものより多く、手術に際して癒着強度のため剝離に困難を極めることがよくあるが、これが他の隣接腸管に穿通していることは稀であろうと思われる。われわれは1例は廻腸末端部に、他の1例は盲腸及び廻腸末端部に穿通した虫垂炎穿孔性大網膜腫瘍に遭遇し、2例共盲腸の上部は充分に健康であつたため、これらに廻盲部切除術を行い、廻腸と盲腸の断端に端々吻合術を行つた。この際、盲腸断端部は結腸の後腹膜側を適度に縫縮して廻腸断端と同一口径にして、粘膜縫合及び漿膜縫合の2層縫合で吻合する方法(中山¹⁾)があるが、われわれは廻腸に斜に鉗子をかけて盲腸断端の口径にあわせて切断し、全層縫合及び漿膜縫合の2層縫合で端々吻合を行つた。又、われわれは吻合部を後腹膜に固定する必要を認めなかつた。それは廻腸の斜切断によつて輪状筋が切断されるため、腸管蠕動運動の際にも吻合部においては腸管腔が狭くなることが少く、従つて腸重積を来す危険性もないであろうと考えたからである。又、この方法を行うと吻合部の通過方向も自然な形となり盲腸固定術後にみられる様な種々

の障害を防げるのではないかと思われる。小坂も同様の吻合法を行つて好結果を得ている²⁾。何れにしても適応さえ選べば廻盲部切除端々吻合術は廻腸横行結腸吻合術より手術操作も簡単であり、より生理的な腸内容の通過を計ることが出来、優れた方法であろうと考える。われわれの2症例共、術後、腹腔内に限局性膿瘍を形成したが、これは術前化膿巣の汚染によるもので、縫合不全及び通過障害等は来さなかつた。

結 語

急性虫垂炎穿孔による大網膜被包膿瘍が廻腸盲腸に癒着穿通していたため、廻盲部切除術を必要とし、これに廻腸盲腸端々吻合術を行つて、良好な成績を得た2例を報告し、併せて若干の考察を加えた。

文 献

- 1) 中山恒明：結腸切除を安全に施行出来る手術法に就いて。手術，2，364，1948.
- 2) 老 蜂生：虫垂炎の疑の手術に於て見出した他の疾患例。手術，2，264，1948.
- 3) 小坂親知：回盲部の切除術，外科治療，8，268，1963.
- 4) 鈴木五郎：新外科手術書。南江堂，昭29.