

特発性食道破裂の1治験例

京都大学結核胸部疾患研究所胸部外科

岡田 慶夫*・東島 功**

食道の穿孔は多くの場合内視鏡検査や食道内異物による食道壁の損傷，あるいは食道に隣接した各種組織の病変の波及等によって招来される。それらの穿孔に比して，特発性食道破裂の頻度は高くない。本症はほとんど前駆症状なしに突発的に急激な症状をもって招来され，迅速に処置しないかぎり予後は甚だ不良である。著者らは穿孔後胸腔穿刺等をくり返し行なって症状を安定せしめ，3週間後に穿孔部の閉鎖と膿胸の廓清とを行なって治癒せしめた本症の1例を経験したので，その大要を報告する。

症 例

患 者：○好 ○，42才，男子。

主 訴：左胸痛，呼吸困難。

既往歴：特記すべきものなし。

現病歴：昭和43年4月14日午後10時30分，ビールを3本飲んだところ，急に嘔気と嘔吐を来し，約130ccの吐血をみた。そして，それと同時に呼吸困難と左胸痛とを訴えるようになった。直ちに，某病院に入院したが，37.8°C内外の熱が持続するようになった。以来，絶食すると共に，数回に亘って胸腔穿刺を受けたところ，血性の胸水が証明された。4月18日流動物を経口摂取したところ，又もや嘔吐と腹痛を来した。以上のような経過により，食道瘻とそれによる膿胸と診断され，外科的治療を希望して同年4月19日に京大胸部研に転院してきた。

入院時所見：体格中等大。栄養比較的良好。脈拍整，80/分，緊張良好。呼吸数24/分。頸部

* 現在，愛知県がんセンター手術部長

** 現在，東京女子医大外科

表1 臨床検査成績

血液検査	
赤血球数	516×10 ⁴
ヘモグロビン	16.8 g/dl (105%)
ヘマトクリット	41.5%
栓球数	20.5×10 ⁴
白血球数	7,500
血液像	
好中球	62%
桿状核 分葉状	7%
	55%
好酸球	3%
好塩基球	1%
リンパ球	29%
単球	5%
血清生化学検査	
総蛋白	6.82 g/dl
アルブミン	43.7%
α ₁ グロブリン	6.6%
α ₂ "	19.7%
β ₁ "	10.4%
γ "	19.6%
A/G比	0.78
血糖	103 mg/dl
総コレステロール	152 mg/dl
Na	137mEq/l
K	5.2mEq/l
Ca	5.0mEq/l
Cl	100mEq/l
CRP	(++)
ASLO	25 Todd 単位
RA	(-)
WaR	(-)
EKG	正 常
肺機能	
肺活量	1,950 cc (53%)
MBC	49.6l/min (56%)
1秒量	1,650 cc (83%)

リンパ節触知せず。心濁音界正常。心音純。呼吸音、右側正常、左側極度に減弱。腹部著変なし。

その他の臨床検査所見は表1の通りである。

入院後の経過：昭和43年4月19日入院後直ちに、**図1**の如く、左第Ⅶ肋間から胸腔内へドレーンを挿入し、持続的に排液す。最初、約800ccの血性を帯びた胸水が排出され、以後毎日数10ccの排液をみた。4月30日食道造影を行なったところ、**図2**の如く、胃噴門部から約5cm上方において、食道瘻が証明された。

5月7日、食道瘻の閉鎖と膿胸腔廓情とを目的として、気管内麻酔下に左開胸を行なった。第Ⅵ肋骨を切除して、同肋骨床で開胸したところ、肋膜腔には膿性の胸水が約500cc溜溜していた。体壁肋膜は表面粗糙で、肉芽様ないし線維素様を呈し、肺肋膜は暗紅色で、浮腫状を呈していた。さらに、舌状部には肺瘻があり、そこから空気の漏出がみられた。同瘻孔は消化液の為に肺肋膜面が壊死に陥った結果招来されたものと思われる。

膿胸腔を廓清して、縦隔側を調べたところ、

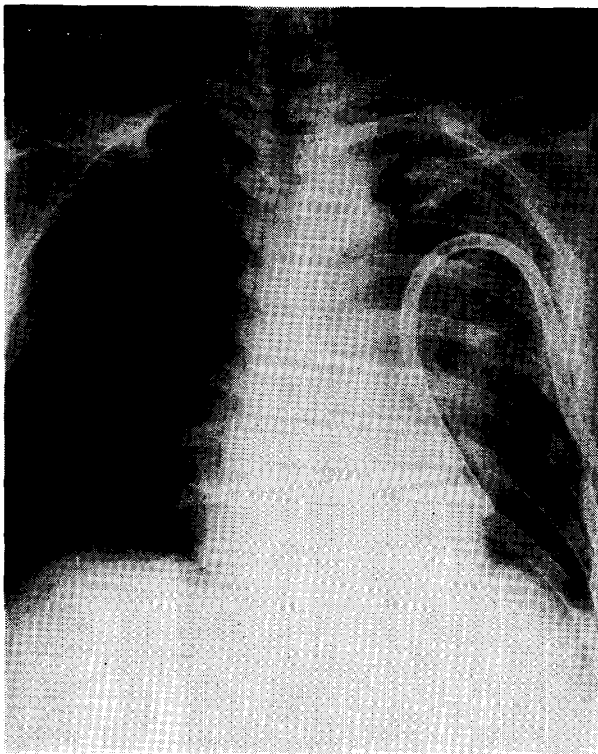


図1 手術前の胸部X線像
胸腔内にドレーンを挿入し持続吸引中。

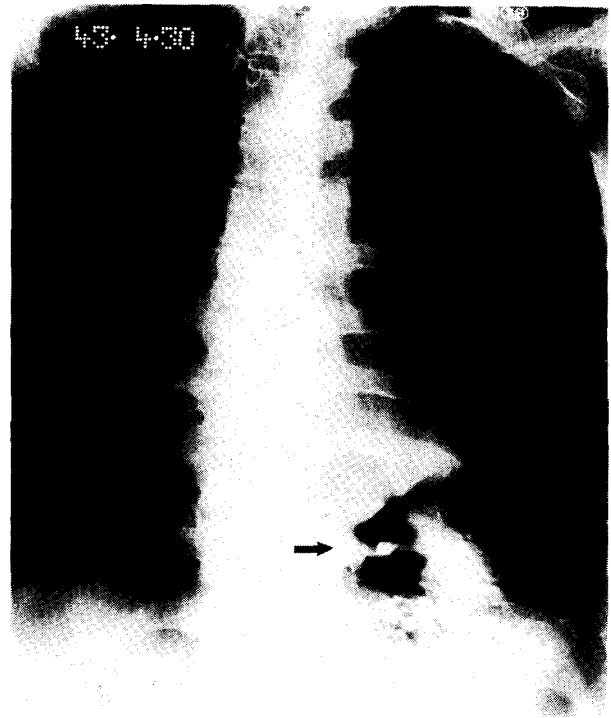


図2 手術前の食道造影像
瘻孔は矢印の部位にあり、造影剤が胸腔内へ流出している。

図3の如く、食道下部で横隔膜の食道裂孔部から約4cmの高さの部位に瘻孔が見出された。同瘻孔の胸腔への開口部は肉芽に被われていたが、それを除去廓清して観察したところ、内腔は平坦で、約2cmの長さを有し、先端は食道に連絡していた。肉眼的所見から、その部の食

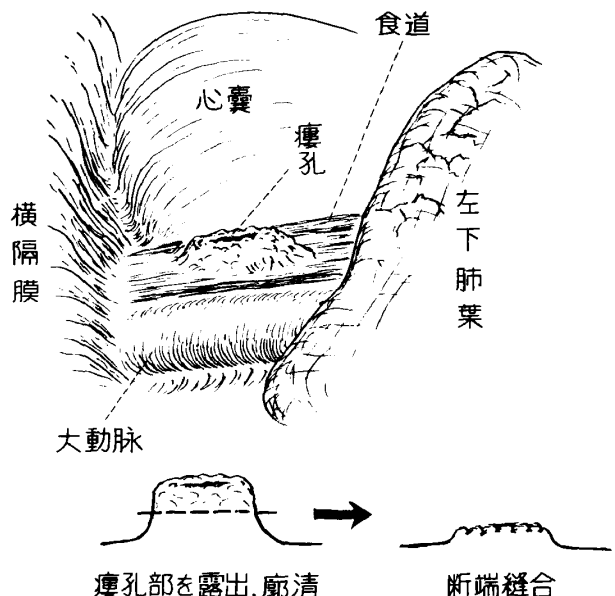


図3 手術所見

道が憩室様に突出しており、それが胸腔に穿孔したもののよう思われた。

そこで、瘻孔部を切除し、食道壁を結節縫合によって閉鎖し、さらにその上を肋膜によって被覆した。肺瘻がみられた部位の肺組織は水腫様で甚だ脆弱であったから、縫縮せずに自然に閉鎖するのを待つことにした。胸腔内に抗生物質を撒布し、2本のドレーンを胸腔内に挿入して閉胸し、手術を終った。

術後10日目の5月18日に食道造影を行なったところ、瘻孔は全く認められなかった。

術後肺の膨脹がやや不良で、胸腔内に死腔の残存がみられたので、5月31日胸腔内の廓清と補足的胸廓成形術を行なった。胸腔内に小さな死腔は認められたが、食道閉鎖部は完全に閉鎖しており、肺瘻も認められなかった。胸腔内を廓清し、第V、第VIおよび第VIII肋骨を切除して手術を終った。

術後は良好な経過をたどり、昭和43年7月17日に退院した。図4は退院前の胸部X線写真である。



図4 退院前の胸部X線像

胸廓成形術によって胸腔内の死腔は閉鎖されている。

退院直前の食道造影においても瘻孔は認められなかった。また、肺機能も VC 2150cc (58%), MBC 70.0l/min (76%), 1秒量 1650cc (63%) と術前を上廻る所見がえられた。

病理組織学的に瘻孔部を観察すると、瘻孔の内面はかなり広い範囲に亘って扁平上皮で被われていた。すなわち、瘻孔の一部は食道粘膜の延長部で被われており、食道壁が胸腔内に向けて憩室様に突出し、その先端部で穿孔したもののよう思われた。

考 按

特発性食道破裂 (spontaneous rupture of the esophagus) は 1772年 BOERHAAVE¹⁾ の報告したものが最初とされている。以来、欧米では数百例にのぼる報告があるが²⁻⁵⁾、わが国では10数例の報告をみるにすぎない^{6,7)}。

本症は男性に多く、とくに40~50才の壮年者が多数を占めている⁷⁾。われわれの症例も42才の男子である。

多くの症例が暴飲暴食、とくに飲酒の後の嘔吐に続いて発症しており、嘔吐後のものは嘔吐後食道破裂 (postemetic rupture of the esophagus) とよばれている。本症例も嘔吐後に発病している。

破裂は大部分が食道の下1/3の部分で、しかも左側で招来されており、本症例も横隔膜のやや上で左側壁に破裂がみられた。ただし、井上⁸⁾の集計によると、本邦では左右ほぼ同じ頻度で見られるようである。

本症発生の要因としては、(1)食道内圧の急激な上昇、(2)食道壁の局所的な脆弱性、(3)嘔吐反射の調節障害による輪状咽頭括約筋の攣縮、の三つがあげられている。

本症の大部分は飲酒等の既往を有しており、1回あるいは数回の嘔吐の後に急に上腹部もしくは胸骨後部に激痛を訴える。患者は前かがみになり、上腹部にデフェンスと圧痛が証明される。発病時70%にショック症状が認められ、時間の経過とともにショック症状が進行するのが普通である。

胸部所見は穿孔部位の如何によって異なるが、

縦隔に穿孔した場合には、縦隔拡大、縦隔気腫等が認められる。肋膜腔に穿孔した場合には、膿気胸がみられる。食道造影によって食道瘻を証明すれば、勿論診断は確定的である。

本症は発病直後に診断を下すことがかなり困難であって、数日後ようやく診断を下される例も少なくない。

本症の予後は(1)破裂部位、(2)治療開始までの時間的経過、(3)治療法等によって決定される。

縦隔内に破裂して縦隔内に病変を招来し、その部の内圧を上昇せしめる場合は甚だ危険である。それに反して、胸腔内に穿孔し、限局性膿胸を形成する場合には予後がよい。われわれの症例も幸いにして後者に属するものであった。

発病後治療開始までの時間的経過と予後との関係をみると、12時間を越えると著るしく予後不良であるといわれている。

本症の治療法としては、(1)破裂部位の直接縫合閉鎖、(2)肋膜腔もしくは縦隔のドレナージ、(3)非手術的治療等がある。内外の報告からすると、発病後24時間以内といった早期においては直接縫合閉鎖が成功する率が高く、是非試みるべきであろう。それ以上経過した例ではドレナージを行ない、膿胸の限局化をはかり、全身状態の改善をまって膿胸廓清および瘻孔閉鎖を行なうのが安全のようである。

本症例は限局性膿胸を形成した為に、排膿を継続しつつ全身状態の好転をまって治療に成功した例である。同様の症例は村上⁹⁾、齊藤¹⁰⁾および鷺尾⁷⁾等によって報告されているが、本症としてはむしろ例外的な幸運な症例であったといえよう。

結 語

1) 42才男子の特発性食道破裂の1治験例を報告した。

2) 治療法としては、発症後胸腔内ドレナージを行ない、24日目に食道瘻閉鎖および膿胸廓清を行ない、閉鎖に成功した。

3) 本症例においては、穿孔が縦隔内でなく胸腔内に招来され、限局性膿胸に留ったことが幸いしたといえよう。

文 献

- 1) BOERHAAVE, H.: *Atrocis, Nec Descripti Pruis, Morbi Historia. Secundum Medicae Artis Leges Conscripta*, Lugd. Bat. Boutesteniano, 1724, Translated in Bull. med. Lib. Ass., **43**: 217, 1955.
- 2) SAMSON, P.C.: Postemetic Rupture of the Esophagus, *Surg. Gynec. Obst.*, **93**: 221-229, 1951.
- 3) FOSTER, J.H., JOLLY, P.C., SAWYERS, J.L. & DANIEL, R.A.: Esophageal Perforation: Diagnosis and Treatment, *Ann. Surg.*, **161**: 701-709, 1965.
- 4) BOWERS, C.R. & FERGUSON, D.H.: Rupture of the Esophagus, Emetic Dehiscence of the Normal Esophagus: Three New Cases, *Am. J. Surg.*, **111**: 175-179, 1966.
- 5) WYCHULIS, A.R., FONTANA, R.S. & PAYNES, W.S.: Noninstrumental Perforations of the Esophagus, *Dis. Chest*, **55**: 190-196, 1969.
- 6) 麻田 栄, 田中 宏, 江原英彦, 村川繁雄: 特発性食道破裂の1例, *胸部外科*, **19**: 863-866, 1966.
- 7) 鷺尾正彦, 遠藤三郎, 坂下 勲, 青木英一郎, 当間恵三, 鈴木伸男, 藍沢 修: 特発性食道破裂の外科治療, *外科*, **29**: 1131-1134, 1967.
- 8) 井上広治, 寺本勅男, 加藤量平, 松岡輝樹: 特発性食道破裂の1例, *胸部外科*, **19**: 733-736, 1966.
- 9) 村上栄一郎, 朝野 登, 小田徹也, 永友知英, 進藤啓次, 松盛昭吾: 特発性食道破裂症の1治験例, *日外会誌*, **59**: 1903, 1959.
- 10) 齊藤 寛, 梅園 明, 森末久雄, 松谷 渉: 異常な経過を辿った特発性食道破裂の1治験例, *胸部外科*, **13**: 45-52, 1960.