

腹腔内ニ大量ノ糞便漏出ヲ來セル 外傷性腸管破裂ノ治驗例

京都帝國大學醫學部外科學第一講座(荒木教授)

副手醫學士 西本通憲

Total Transverse Rupture of the Ileum—Interrupted Intestinal Passage—Cure by a Delayed Operation

By

Dr. Mitinori Nisimoto

[From the Department of Surgery, Kyoto Imperial University

(Prof. Dr. Ch. Araki)]

A male, 44 years of age.

Four days previous to admission he was accidentally struck by a heavy cart on the lower abdominal region. Immediately, severe abdominal pain resulted, for which repeated injections of narcotics and a strict rest in bed were directed. Since then he has been suffering from frequent vomiting of darkly colored fluid with fecal odor and from increasing distension of the abdomen with no bowel movements or flatus.

At the time of admission (96 hours after the injury), the abdomen was enormously distended, tender and Blumberg's sign was positive throughout. Diffuse induration was palpable in the lower and both lateral parts of the abdomen.

Under the diagnosis of diffuse perforative peritonitis, an emergency laparotomy was performed. A large amount of cloudy exudate with fecal odor was found in the peritoneal cavity. The intestines were generally distended, edematous, hyperemic and adherent fibrinously to each other. In the pelvic cavity, however, the adhesions were quite dense and when we tried to detach them, thick pus mingled with fecal matters broke out from the depth. There was an abscess as large as an infant's head in the pelvic cavity, extending on each side along ascending and descending colons up to the hepatic and renal flexures. In the abscess wall a widely opened complete rupture of the ileum was found at about 30 cm from the ileocecal valve, breaking the entire circumference of the wall, so that the continuity of the intestinal tract was cut off completely.

25 cm of the ruptured ileum was resected and an end-to-end anastomosis was performed. The entire abdominal cavity, contaminated diffusely with pus, was washed out thoroughly with 10,000 ccm of warm physiologic salt solution, the fibrinous substances were completely removed and the wound was closed, leaving a drainage tube introduced into the Douglas space.

After the operation the wound of the abdominal wall became infected, but signs of diffuse

peritonitis, were not present. About two weeks later an intraperitoneal abscess developed in the right flank region and was evacuated on the 19th postoperative day. Since then the patient has been recovering quite satisfactorily.

症 例

患者: 44歳, ♂, 集配人。(昭和16年12月8日入院)。

主訴: 下腹部ノ疼痛及ビ嘔吐。

現病歴: 本月4日午前9時頃(4日前)約200貫ノ重荷車ヲ押シテ居タガ, 過ツテソノ車ト衝突シ, 下腹部ヲ強打シ, 其ノ場=轉倒シタ。ソノ瞬間ヨリ下腹部ノ疼痛激シク轉輾反側スル程度デアツタ。直チ=某醫=診察ヲ受ケ鎮痛劑ノ注射トトモニ, 極度ノ安靜ヲ命ゼラレタガ, ソノ後モ腹痛ハ輕快セズ, 最初腹部全體=互ツテ存在シタ腹痛ガ幾分下腹部=限局シタカノ様デアツタ。便通, 放屁ナク, 受傷後2日目ヨリ糞臭アル黒イ吐物ヲ嘔吐スル=至ツタ。昨日ヨリ腹痛ハヤ、輕減シ, 嘔氣モ幾分減少シタガ, 腹部ノ膨滿ハ益々増大シ, 現在=至ル。

發病來熱感, 惡寒, 戰慄ヲ來タシタコトハナイ。食思全クナク, 發病來水以外ハ何物ヲモ攝取シナカツタ。既往症, 家族歴=特記スベキモノナシ。

現在症(受傷後96時間目)。一般所見 意識明瞭ナレドモ顔貌苦悶狀ヲ呈シ, 盛=下腹部ノ疼痛ヲ訴フ。體格中等大, 榮養ヤ、貧, 皮膚ハ弛緩乾燥シ, 口唇モ乾燥セリ。何處=モムチアノ=ゼラ認メズ。脈搏ハ大イサ尋常ナレド緊張ヤ、微弱, 正整ナリ。呼吸ハ胸腹型=シテ, 呼吸困難ハ認メラレナイ。褐色ノ舌苔アリ。心音不純ナク, 心機昂進ヲ認メズ。肺臟=異常ナク, 肺, 肝境界ハ第5肋間腔ナリ。四肢=厥冷ナシ。

局所所見 腹部ハ一般=著シク膨滿スルモ明カナル靜脈怒張ナク, 膨滿セル腸管ノ輪廓ハ視診シ得ルガ, 蠕動不穩, 限局性膨滿ヲ認メズ。觸診スル=腹部一般=腹壁緊張, 壓痛アリ。ブルベルグ氏症候陽性ナリ。臍ノ高サ以下下腹部全體及ビ左右側腹部=著シイ抵抗アリ。同所=ハ特=壓痛強ク, 打診上濁音ヲ呈セリ。ソノ他ノ部分即チ上腹部ハ鼓音ヲ呈シ, 鼓腸著名ナルモ蠕動不穩ナク, 何處=モ腸雜音ヲ聽診シ得ズ。

肛門内指診上直腸膨大部ノ異常擴大ハ認メラレルガ, Douglas 氏腔ノ熱感, 壓痛及ビ硬結ハ不明ナリ。粘液血液ノ降下ナシ。

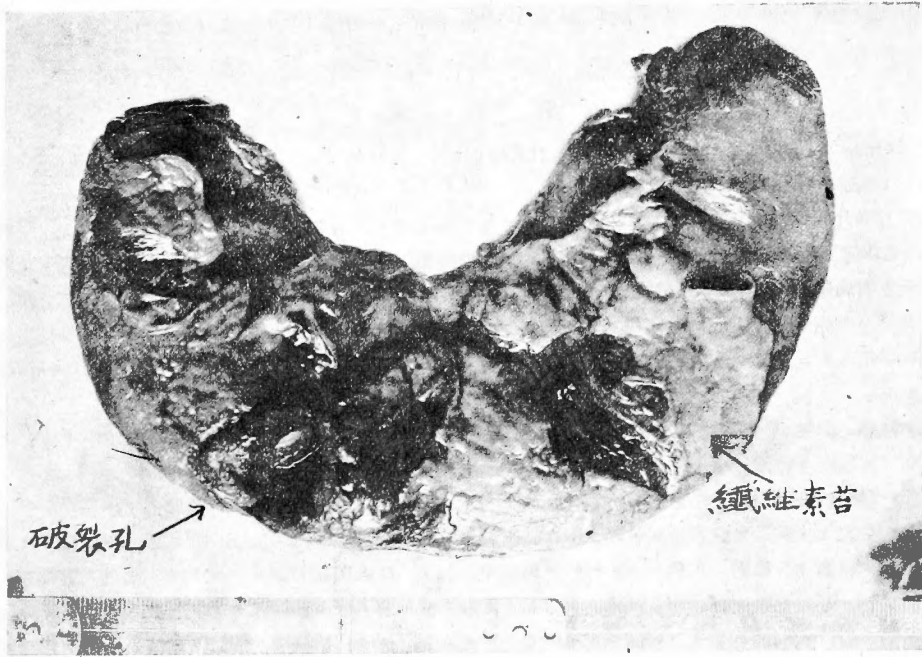
血液像: 赤血球 390万, Hb (Sahli) 75%, 白血球 8200, 中性嗜好性細胞 82%, 著シイ Linksverschiebung アリ。

尿所見: 蛋白陽性, 沈渣中=大腸菌ヲ多數證明ス。

診斷: 以上ノ所見ヨリ外傷性腸破裂=依ル汎發性腹膜炎ナリト診斷, 直チ=手術ヲ行ツタ。

手術(受傷後約96時間): Lニメルカイン¹腰椎麻醉ノモトニ臍下正中線切開ニテ開腹スルニ, 直チ=潤濁セル漿液性ニシテ, Hニ糞臭アル滲出液迸出シ, 腸管ハ總テ著シク麻痺性ニ膨滿シ, 浮腫性ニ充血ス。上腹部腸管相互ノ癒着ハ比較的輕度ナルモ, 下腹部=至ル=從ツテ強ク, 側腹部及ビ骨盤孔附近ハ特=強ク癒着シ硬結トシテ觸レル。手指ニテ之レヲ剝離シナガラ, 右下腹部=達スルニ, 惡臭アル糞便ヲ交ヘタル濃厚ナル膿汁多量ニ噴出セリ。之レ等膿汁ハ骨盤腔=小兒頭大ノ膿瘍腔ヲ形成シ, 多量ノ泥狀糞樣物, 纖維性物ヲ混ゼリ。此ノ膿瘍腔=面セル小腸ノ一部=大ナル破裂孔アルヲ發見セリ。此ノ時己=全腹腔ハ濃厚ナル糞性膿汁ノタメ全ク汚染セラレタルヲ以テ, 膿瘍部以外ノ腹腔ヲLニガーゼ²ヲ保護スルコトナク膿瘍周圍ノ腸管ノ全癒着ヲ強行的ニ剝離セリ。コノ=於テ詳細ニ觀察スルニ, 破裂孔ハ廻盲瓣ヨリ口側30種ノ部分ニアリ, 附近小腸管=ハ暗赤色ノ溢血アリ, 浮腫性ニ充血腫大セリ。同所ヲ支配セル腸間膜モ蜂窩織炎性, 壞疽性トナレリ。破裂孔ハ腸管ノ全周ニ互リ巾3種以上ニ咳開シ, 單ニ腸管膜附着部ノミニテ僅カニ連絡スルノミ。從ツテ口側斷端ヨリ排出セラレタル腸内容物ハ肛門側斷端ニ移送セラルコトナク, 骨髓腔中ニ停滯鬱積シ, 從ツテ破裂部=於テ腸管ハ全ク前後不通ノ状態ヲ呈シテ居タノデアル。而シテ破裂孔ヨリ口側ノ小腸ハ麻痺ノ爲ニ著明ニ膨滿シテ居タ。更ニ骨盤膿瘍ハ廻盲部ヨリ上行結腸=沿ヒ, 肝彎曲部=迄及ビ, 殊ニ右肝葉下=多量ニ滯溜スルヲ見, 更ニ左側腹部=於テモ下行結腸=沿ヒ, 多量ノ膿汁ヲ發見シタ。即チ膿瘍ハ下腹部骨盤

第 1 圖 切除腸管標本



腔ヲ中心トシテ兩側腹部ニ及ビ全腹腔ノ 1/3 ヲ占メテ居タ。

以上ノ如ク極メテ汚染セラレタル腹腔内ニ於テ破裂孔ヲ中心ニ前後25種ニ互ツテ小腸ヲ切除シ(第1圖), 比較的健康ト思ハレル部分ニ於テ端々吻合ヲ行ツタ。吻合後, 汚染セラレタル全腹腔ヲ加温生理的食鹽水ヲ以テ反覆洗滌, 吸引シ, ソノ量約1万立方糎以上ヲ使用シタ。洗滌ニ際シテハ腹腔内ノ膿汁, 腸内容物ハ勿論, 腸管, 或ハ腹膜ニ附着セル汚穢纖維素性物ヲモ剥離除去シタ。又横隔膜下腔ニモ手ヲ挿入シテ洗滌シタ。洗滌液カ殆ンド透明トナリ糞臭モ消失スル程度マデ操り返シ, 最後ニ食鹽水ヲ腹腔内ニ充滿シタルマ、腹壁ヲ3層ニ閉鎖シ, ドグラス氏腔ニ排水管ヲ1本挿入シテ手術ヲ了ツタ。

術後経過: 術後2日間惡心アリ, 糞臭アル「コーヒー」残渣様物ノ嘔吐アリシモ數回ノ胃洗滌ニヨリ爾後1回ノ惡心ナク, 強心劑, 輸血, リンゲル氏液注射等ヲ行ヒ, 術後48時間目頃ヨリ明カニ腸雜音ヲ聽診シ得、且ツ「ガス」ノ排出アリ。發熱モ 38°C 前後ニシテ一般狀態極メテ良好トナリ, 術後7日目はハ腹部ノ膨滿モ全ク消失シタ。

術直後ヨリ平座位ヲ採ラシメタガ, 排便管ヨリ最初ハ濁セル漿液性ノ液ヲ多量ニ出シタガ後ニハ膿性, 濃厚ナル液ヲ排出シタ。

腹壁手術創ハ術後6日目全體ニ互リ化膿シ, 筋膜層ノ感染ヲモ來タシタガ, 筋膜ハ哆開スルコトナク, 爾後漸次肉芽ノ形成良好ニシテ, 術後1ヶ月ニ於テハ骨盤腔ヨリノ膿モ全クナク, 創面モ殆ンド治癒スルニ至ツタ。

此ノ間術後10日頃ヨリ右側腹部ニ疼痛アル硬結ヲ來タシ, 19日目切開スルニ多量ノ膿汁(約100cc)ヲ出ス。コレハ結腸肝彎曲部ヨリ肝臟下面ニ互リ第1回手術時ニ於テ多量ノ膿汁ノ滯溜セシ部ニ再ビ膿瘍ヲ形成セルモノナリ。之レヲ切開排便管セル際, 誤ツテ結腸ヲ損傷, 爾後小サキ瘻ヲ形成シ, 少量糞糞便ノ漏出ヲ持續ス。今後適當ナル時ニ閉鎖手術ヲ行フ豫定ナリ。

手術後, 我々ハ勿論, 強心劑, リンゲル氏液, 葡萄糖液, 輸血, 頻回ノ浣腸, 「ガス」抜キ, 「ヴイタミン」B, C, 蠕動亢進劑ヲ適宜使用シタ。

考 察

本例ハ腹部皮下挫傷ニヨリ廻腸管破裂シ、96時間目ニ初メテ手術ヲ受ケタルモノデアツテ、腸管ガ完全ニ斷裂シタルニカ、ワラズ、汎發性腹膜炎ニ至ラズ、比較的限局性膿瘍ニ止ツテ居タモノデアル。

更ニ腸内容ガ腹腔内ニ漏出シ、腹腔ノ約 1/3 以上ニ互ツテ大ナル膿瘍ヲ形成シ、肛門側斷端カラノ排出不能ノタメ、完全ナル腸閉塞ヲ來タシ、吐糞ヲモ伴フテキタガ、脈搏、體温、呼吸、白血球數等ヨリ見テ一般状態ガ比較的良好デアツタモノデアル。

腸管ガ完全ニ離斷サレテ居ルニカ、ワラズ、腹膜炎ガ比較的限局性ニ止メ得ラレタ理由トシテハ、患者ハ受傷後醫師ニヨリ鎮痛劑ノ連續投與ト絶對安靜トヲ命ゼラレタタメニ、腸管カラ漏出スル腸内容ハ腹部全般ニ擴ガルコトナク、骨盤腔ニ限局シ、更ニ膿瘍内壓ノ亢進トトモニ最モ抵抗ノ弱イ部分、即チ上行及ビ下行結腸ニ沿ヒ上行シ、肝臟下ニ膿瘍ヲ形成シタルモノト考ヘラル。

從來腸管破裂直後ハ破裂孔ノ痙攣的收縮ノタメ腸内容ノ漏出ヲ或時間防ギ得レモノトノ考ヘノモトニ、鎮痛劑或ハ麻痺劑ノ投與ハ禁忌トサレテ居タガ、疼痛ニヨル轉輾反側ノタメ却ツテ安靜ガ妨ゲラレ、腸内容ノ廣汎ナル撒布ヲ促ス危險ガアルトモ考ヘラル。依ツテ本例ノ如ク鎮痛劑ノ連續投與ト絶對安靜トニヨリ、腹膜炎ヲ限局性ニ止メ得ル場合モアルコトハ注目スベキ事實デアル。腸管破裂ノ際ハ早急ノ開腹術ガソノ最モ適當ナル手段デアルコトハ言フ俟タナイガ、四圍ノ狀況ヨリ早期手術ノ不可能ナル場合ニハ鎮痛劑ノ投與ト絶對安靜トハ危急ヲ脱スル一手段デアルトモ考ヘラル。

次ニ手術術式ニ就テ述ベルニ、本例ニ於テハ腹腔ノ 1/3 以上ガ膿瘍デアリ、破裂部腸管切除ノ必要上腸管癒着ヲ全部剝離シ、意識的ニ汎發性腹膜炎ヲ惹起スベキ機會ヲ與ヘタルニカ、ワラズ、腸腸吻合部ハ何等ノ縫合不全ヲ來タサナカツタ。又糞塊ヲ交ヘタ膿汁擴散ニヨル全腹腔ノ極端ナル汚染アルニモ拘ラズ、生理的食鹽水ニヨル徹底的ナ洗滌ニヨリ、汎發性腹膜炎ヲ完全ニ防ギ得タノデアル。又膿瘍腔自身ニ對シテモ右肝葉下部ト骨盤腔ノ一部トヲ除キ、洗滌ノミニヨツテ殆ンド全治或ハ縮小セシメ得タ。此ノ際ノ帶黃汚穢褐色ヲ呈セル腸管或ハ腹膜ニ附着セル纖維素苔ヲモ十分ニ除去シタコトガ良好ナル結果ヲ招イタ一因ト思ハレル。即チ纖維素苔ニハ洗滌ニヨリ洗ヒ除キ得ナイ細菌ガ附着シテ居ルカラデアル。コノ事ハ本例ニ於テ此ノ纖維素苔ヲ十分ニ芟除シ得ナカツタ右肝葉下部ニ於テ術後膿瘍ヲ再形成シタコトニヨツテモ頷ヅカレル。

洗滌後ノ骨盤腔ヘノ排膿管挿入ノ是非ニ就テハ今コヽニ即斷シ得ナイガ、本例ノ如ク、術後排膿管ヨリ濃厚ナル膿汁ガ多量ニ排出セラレタルコトト、結腸肝彎曲部ニ再膿瘍ヲ形成セシ點ヨリ考ヘ、糞塊ヲ行スル大ナル膿瘍腔ノ場合ニハ、排膿管ヲ挿入シタ方ガ安全デハナイカト考ヘル。

結 論

- 1) 外傷性腸管破裂ノ場合、ソレガ全周ニ瓦ツテ居ル場合ニ於テモ腹膜炎ガ限局性ニ止リ得ルモノデアル。
 - 2) ソノ際ニハ汎發性腹膜炎ガ存在セザルニ拘ラズ、腸内容物ガ腸破裂部斷端ノ肛門側カラ排出セラレナイタメニ一種ノ機械的「イレウス」ノ状態トナル。
 - 3) 腸管破裂ニ際シ、應急手術ノ不可能ナルトキハ絶對安靜ト鎮痛劑ノ十分ナル投與トニヨツテ腹膜炎ヲ限局性ニスル様心掛クベキデアル。
 - 4) 膿瘍ガ大デアリ、且ツ本例ノ如ク腸管切除ガ絶對必要ナル場合、全腹膜腔ニ細菌ノ撒布スルコトヲ恐レルコトナク、腸管ヲ完全ニ剝離シテ切除術及ビ吻合術ヲ行ツテ差支ナイ。
 - 5) 而シテ汚染セラレタ腹腔ハ加温生理的食鹽水ノ極メテ大量ヲ使用シテ徹底的ニ洗滌スルコトニヨリ、完全ニ汎發性腹膜炎ヲ豫防シ得ルモノデアル。
 - 6) 更ニ洗滌ニヨツテ膿瘍腔ヲモ急速ニ縮小或ハ消失セシメ得ルモノデアル。此ノ膿瘍腔壁ヲ形成セル腸管等ニ附着セル纖維素苔ハ細菌ノ巢デアリ再發源トナリ得ルカラ、コレヲ完全ニ除去スベキデアル。
 - 7) 以上ノ方針ノモトニ手術ヲ行ツタ我々ノ症例ハ、受傷後約 100 時間ヲ經過シ囊塊ヲ有スル大ナル膿瘍腔ヲ有セシニ拘ラズ、極メテ短時間ニ全治シ得タノデアル。
- 本報告ニ就テハ教室講師石野琢二郎博士ノ御助言ヲ得タル所甚ダ多シ。記シテ感謝ノ意ヲ表ス。