

# 外傷性腸管破裂と術後性低蛋白症

京都大学医学部外科学教室第1講座 (指導: 荒木千里教授)

野 川 徳 二

〔原稿受付 昭和34年7月29日〕

## INTESTINAL RUPTURE AND POSTOPERATIVE HYPOPROTEINEMIA

by

TOKUJI NOGAWA

From the 1st Surgical Division, Kyoto University Medical School  
(Director: Prof. Dr. CHISATO ARAKI)

A 52-year-old man was admitted to our clinic, getting a heavy blow upon his abdomen. Although signs of peritoneal irritation were not yet demonstrated clearly, decreasing of blood pressure with increasing of pulse rate, measured in every quarter hour, suggested strongly an intestinal rupture and laparotomy revealed a rupture located about 1 m oral from the ileocaecal valve. Resection of the ruptured intestine was made.

The wound was disrupted as a result of hypoproteinemia, eleven days after the operation. Being supplied with high caloric and high proteinic diet thereafter, the general condition of the patient was markedly improved and the wound completely healed.

### 緒 言

下腹部に鈍力を受けた後、明確な腹膜刺戟症状を認めるに至らぬ間に、破裂穿孔腸管の切除術を行なつたが、術後の経過中に低蛋白血症性浮腫を来たした症例を経験したので報告する。

### 症 例

現病歴: 52才男子。午前10時頃材木が倒れ右下腹を強打した。この時激痛があつたが、失神する様な事はなかつた。悪心嘔吐を来さず。正午頃来院す。放屁を認めず。

現症: 体格中等; 栄養可良; 脈搏入院時毎分65, 緊張良好・整調; 血圧・最高138mmHg, 最低82mmHg・胸式呼吸; 心臓濁音界正常; 肝肺境界は左鎖骨中央線上に於

て第6肋骨部に明確に証明する。

局所所見: 下腹部稍膨隆; 蠕動不穩認めず, 廻盲部に紅褐色皮下溢血斑あり。筋性防衛全く認めず。腫瘤を触れず。ブルンベルグ氏症候陰性。腸雑音聴取せず。直腸膨大部稍拡張するも、ダグラス窩に抵抗なく軽度の圧痛あり。

検査成績: 白血球数7200, 赤血球数480万, 血色素数92%。尿沈渣中大腸菌陽性, 血球を認めず。

経過: 安静により漸次疼痛減少したが、入院3時間後に脈搏98, 血圧最高108mmHg・最低85mmHgと血圧低下の傾向を認めた故、腹膜刺戟症状を明確に認めなかつたが開腹した。廻腸末端部より口側約1米の所に直径約2cmの穿孔部とその周囲及び腸間膜に多数の小溢血点を認めた故これらの部位を含めて腸切除術を施行した。

術後経過：血圧維持の為に輸血300cc, 血漿300cc, 更に1日1000ccのリンゲル・ブドー糖容液の補液を行なつた。術後5日目より上肢に浮腫を認め, 胸部に湿性ラ音を聴取し始めた。術後11日目腹壁創哆開し腸管を露出した。再開腹により腸吻合部の不全或いは他に穿孔部の存在しない事を確めて後腹壁創を閉鎖した。血漿蛋白量5.4mg/dl なる為, 再手術後2日目より粥食の他に牛乳3合・鶏卵4コ・練乳40g・粉乳60g・砂糖200g・バター20gを以てミルクセーキを作り間食として与えた。(この間食の蛋白65.6g 熱量1196CaI)。1週間にして浮腫減少し, 胸部の湿性ラ音も全く消失した, 創も大部分第一期治癒した。

### 考 察

1) 本症例は来院時血圧脈搏良好で, 下腹部に若干の膨隆を見, 腸管雑音聴取不能ではあるが, 筋性防禦・ブルンベルグ氏症候, 圧痛等が著明でない時期においても血圧の多少共低下の傾向を認める時には可及的速かに開腹手術を行なうべきである事を示唆している。一般に腸管破裂時には腹膜刺戟状を来し, 腹壁は板状硬に緊張するが, これら兆候には時間を要することがあり更には殆んど証明出来ないこともある。更に腸管破裂の疑ある時には速かに試験開腹を行うべしと云われるが, この疑ある時ということの判定には, 血圧・脈搏を10分乃至15分毎に嚴重に測定し, 血圧下降脈搏促

進の傾向のあることが一つの重要な参考材料になる。

2) 本症例は筋肉質の頑健な成年男子であり, 輸血並びに血漿注射及びビタミン剤の補給を行なつたに拘らず, 全身性浮腫の傾向を示した。本損傷の場合, 蛋白質の喪失が意外に多く, この補給の重要である事を示すものである。輸血により蛋白質を補給する為には, 例えば最低1日50gの蛋白質を与えるには, 全血輸血として1日1.5立を必要とする。故にこの補液を行なう場合意外に速かに過剰給水の状態となる。即ち本損傷の場合高カロリー・高蛋白食を可及的速かに与える必要がある。

### 結 語

腹膜刺戟症状の著明でない早期の腸管破裂に腸切除を行なつたが, 術後低蛋白血症を来した1例を経験し, この治療には高カロリー・高蛋白食を可及的早期に与える必要を痛感したので報告した。

本論文の要旨は昭和29年10月京都外科集談会で発表した。

### 文 献

- 1) 深田齋迪：日本外科宝函, **24**, 118, 昭和29.
- 2) 福田保：外科手術の前処置と後療法, 南江堂, 東京, **26**, 昭和29.
- 3) 萩原義雄：腹部内臓外科学, 南江堂, 東京, 下巻, **58**, 昭和27,
- 4) 勝屋弘辰：日本外科全書, **18**, 50, 昭和32.