

Title	空洞切開術の治療成績と適應症(第4部 外科療法部)(其のI 肺結核の外科的療法の研究その他)
Author(s)	青柳, 安誠; 長石, 忠三; 寺松, 孝; 小林, 君美; 舞鶴, 一; 安淵, 義男; 吉栖, 正之
Citation	京都大學結核研究所年報 (1952), 3: 118-120
Issue Date	1952-03-31
URL	http://hdl.handle.net/2433/50798
Right	
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

Ⅰ) 適 應 症

現在我々は本法を孤立性の硬化性空洞や結核腫の場合にのみ行っているが、現在の段階でも上葉にかなりの病変があるのみならず、下葉上部にも孤立性の空洞や結核腫があつて、在來の方法では片側肺全切除術を要する様な例に於ても其効果が招來されている。本法は又上葉病巣のみならず下葉病巣にも好適であり、今後化学療法 of 進歩発達に伴い、その適應範圍は更に拡張されるものと予想される。否現在既に空洞の周囲部に若干の小病巣がある例にも應用して予想外の良効果を得たものもあるのである。遠隔成績は未だ不明であるが、抗生物質や化学療法剤の助けを得て始めて可能となつた手術の一つとしてその大要を報告し、御追試、御批判を乞う次第である。

(尙、剔除標本に就ては我々の研究所の吉田昇が病理組織学的に檢索中で、その一部は既に結核研究会第23回講演会(昭.26.10)に発表した)。

空 洞 切 開 術 の 治 療 成 績 と 適 應 症

青 柳 安 誠	(京大医学部 外科第二講座)	長 石 忠 三	(京大結研)
小 林 君 美	(國立比良園)	寺 松 孝 男	(國立春霞園)
舞 鶴 一		安 淵 義 之	
		吉 栖 正 之	

(第4回日本胸部外科学会(昭.26.10))

昭和18年以降、我々は47例の空洞を有する肺結核患者に空洞切開術を行つた。その間、Monaldi氏空洞吸引療法、空洞充塞術、胸廓成形術又は横隔膜神経捻除術等を準備手術として空洞を切開し、或いはそれ等の準備手術を行わずに胸廓成形術を行うと同時に創内から空洞切開術を行う等既報の如き種々の新しい術式を案出施行し、又空洞切開後の処置に就ても、一次的有茎性筋肉瓣充填術、空洞の開放療法又は開放療法後二次的有茎性筋肉瓣充填術を行う等、種々の場合に就て検討した。

その結果、全症例47例中8割以上に良効果を見、空洞切開術が結核性肺空洞症への直達療法の一つとして重大役割を演ずるものなる事を知つた。

以下自家手術例を基にして空洞切開術の治療成績と適應症とに就て述べたいと思う。

1) 治 療 成 績

全症例47例中、手術目的を達し得たものは39例(82.98%)である。即ち、8割以上に於て一般状態、諸検査成績良好、空洞像なく、喀痰中の結核菌も持続的に培養陰性となつている。これを術式別に表示すると、第1表の通りになる。

即ち、表示の様な諸術式の何れに於ても夫々良効果が得られているが、Monaldi氏吸引療法を準備手術として行う術式、ストレプトマイシン及びペニシリン等を使用し、成形術を準備手術として行う術式、成形術後の遺残空洞に対して行う術式及び成形術と空洞切開術とを同時に同じ創内から行う術式等は例数最も多く、成績も良好であり、今後更に研究すべき價値あるものと思われる。

不成功例は8例(17.02%)で、中死亡例は3例(6.38%)である。

死亡例3例中、1例は全身衰弱、1例は全身粟粒結核で死亡し、他の1例は巨大空洞に対して成形術と空洞切開術とを同時に行い、空洞内及び筋膜外の死腔内に多量の後出血を招來して死亡したものであるが、それ等の例の何れに於ても、結局の処、空洞内腔の閉鎖が不十分に終つている事は注意すべきである。又残余の不成功例5例中、1例は巨大空洞に対して成形術と空洞切開術とを同時に行い、筋肉瓣を充填せず縫縮術のみを行つた爲に、同じく空洞の

第1表 手術々式別治療成績

手術々式	成功例	不成功例	計
A) Monaldi 氏空洞吸引療法を準備手術として行う場合			
1) 吸引療法→成形術→空洞切開術及び有茎性筋肉瓣充填術	1) 2	1) 1(死亡)	4
2) 横隔膜神経捻除術→吸引療法→空洞切開術及び有茎性筋肉瓣充填術	2) 1	2) 0	
B) 空洞充塞術を準備手術として行う場合			
1) 充塞術→成形術→充塞物剔出後有茎性筋肉瓣充填術	1) 2	1) 1(死亡)	4
2) 成形術→充塞術→同上	2) 1	2) 0	
C) 成形術又は横隔膜神経捻除術を準備手術として行う場合 (又は成形術の遺残空洞に対して行う場合)			
1) 成形術→空洞切開術→開放療法→有茎性筋肉瓣充填術	1) 4	1) 1	20
2) 成形術→空洞切開術→開放療法	2) 0	2) 0	
3) 成形術→空洞切開術→有茎性筋肉瓣充填術又は縫縮術	3) 13	3) 0	
4) 横隔膜神経捻除術→空洞切開術→開放療法	4) 0	4) 2	
D) 成形術と空洞切開術とを同時に行う場合			
1) 成形術 } →開放療法→有茎性筋肉瓣充填術又は縫縮術 空洞切開術 }	1) 2	1) 0	18
2) 成形術 } +有茎性筋肉充填術又は縫縮術 空洞切開術 }	2) 13	2) 3 (中死亡1)	
E) 空洞切開術を最初に行う場合			
1) 空洞切開術→開放療法→成形術→有茎性筋肉瓣充填術	1) 1	1) 0	1
2) 空洞切開術→開放療法→有茎性筋肉瓣充填術	2) 0	2) 0	
合 計	39 (82.98%)	8 (17.02%)	47

閉鎖目的が充分達せられなかつたものであり、他の2例は術前かなりの廣さの自由胸腔があつて、これと空洞切開術との遮断が完全に行われなかつた爲に膿胸を招來したもので、中1例は治癒し、他の1例は現在尙治療中である。又残余の2例は下葉下部の巨大空洞に対して横隔膜神経捻除術のみを準備手術として空洞を切開し、開放療法を行つたもので、中1例では一旦治癒した後、年余を経て空洞の再開瘻血を見、他の1例は一般状態不良で空洞の閉鎖処置をより以上に講じ得ないものである。

以上で分る様に、巨大空洞では空洞切開後縫縮術を行わずに筋肉瓣で密に充填するか、或いは一旦開放療法を行つてから二次的に筋肉瓣充填術を行うかとする方がよろしく、又術前自由胸腔を証明する場合には空洞の切開直前に胸腔と手術創との遮断を行わずに、予め肋膜癒着を招來せしめて置いてから空洞切開術を行うべきである。又下葉下部の巨大空洞では横隔膜神経捻除術のみでは空洞切開術の準備手術として不充分であり、廣汎に渉る肋骨切除を併せ行うか、或いは空洞切開術以外の諸療法によるかとする方がよいかと思われる。

2) 適 應 症

自家手術例の総合的考察によつて現在我々は第2表の如き場合を空洞切開術の適應症と考えている。

即ち、我々は巨大空洞、大空洞、硬化性空洞及び下葉空洞等の中、氣胸術、充填術及び成形術等では其効果を期待し難いと思われる例を最良の適應症と考えている。更に成形術後の遺残空洞をも適應として取扱ひ、氣胸術の奏功していない硬化性空洞にも試みている。その中、巨大空洞に就ては特に注意すべきで、巨大空洞に対する肺切除術の成績があまりに思わしくない今日、我々はこれに対しては肺切除術よりも寧ろ空洞切開術その他空洞自体に対する直接療法の方がより好適かと考えている。

又我々は空洞切開術に以下の様な二つの意味を持たせている。第一は空洞自体を癒痕性治癒に導く事であり、第二は空洞周囲病巣を鎮靜せしめる事である。そこで当然の結果として、空洞切開術を主体としこれに補助的手術として成形術その他の療法を附加する場合と、成形術を主体とし、補助的に空洞切開術を行う場合とが生ずる事になる。從

第2表 我々の適應症

I) 成形術では長効果を期待し 難い病巣	1) 巨大空洞, 大空洞, 硬化性空洞 2) 中, 下肺野の空洞 3) 虚脱療法後の遺残空洞
II) 成形術でも長効果を期待し 得る病巣	4) 一側の肺上野の中小空洞 5) 両側の肺上野の中小空洞 6) 一側に相当廣汎な病巣があるが肺上野に主病巣がある場合
III) その他の手術の適應症と思 われるもの	7) 一肺葉に限局した病巣又は孤立性の病巣
IV) 成形術その他の大手術の適 應外のもの	8) 両側の比較的大なる病巣又は心臓機能不全その他のために大手術 が不可能であるもの

つて成形術その他の療法では目的を達し難いと思われる例又は目的を達し得なかつた例では勿論、成形術その他の療法でも目的を達し得る見込はあるが、それ等の諸療法のみを行うよりも病巣の治癒を一層確實ならしめ、療養期間を短縮せしめ、更に肋骨切除範囲をも節減し得、手術的侵襲をも輕微ならしめ得る様な例も亦本法の適應症と考えられる。それであるから成形術の適應症のみならず、肺葉切除術、空洞剔除術、氣管支区域切除術、その他の部分的切除術等の適應症の一部も亦一應空洞切開術の夫れに含め得るかと考えられるが、それ等の適應症の相互關係に就ては將來の研究に俟つべき点が少くない。

次に我々の適應症を昭和22年に発表された第3表の様な O'Brien の適應症に比べると、我々の場合には成形術、肺葉切除術等の適應症とも考えられる様な例が少なからず入つており、これに対し O'Brien の様な重症例は余り入れていない。

第3表 O'Brien の適應症

GROUP	INDICATION FOR CAVERNOSTOMY
I)	Inadequate cardiorespiratory reserve A. Noticeable dyspnea B. No dyspnea but impairment of contralateral lung
II)	Residual cavity after thoracoplasty
III)	Lower lobe cavity
IV)	Other conditions

O'Brien は第2表中の 8) の場合を第一に擧げているが、我々はこの様な場合は出来る限り避けたい意向である。何となれば、かゝる症例は全身的にも治癒能力が乏しくて、本法の如く術後出来得る限り強力な全身的治癒能力を有する事が要望される手術では、O'Brien のそれはよい適應とは思われないからである。かゝる重症な例に対しては應急処置として、空洞切開術よりも寧ろ Monaldi 氏空洞吸引療法や Maurer 氏療法等の如き更に侵襲の輕微な療法を選ぶべきであると考えられる。それは空洞切開術後の開放性処置の間に一般状態を不良ならしめる様な偶発症に遭遇せんか、創が急速に拡大増悪する事は必然であり、この様な例は少数例ながら既に経験済だからである。

以上、二、三の経験を述べて御参考に供する次第である。

(以上の詳細に就ては「治療」第33巻, 第12号 (昭.26.12) に原著として發表した)。