

嚙下縫針ノ腹腔内迷入ニ起因セル 下肢靜脈流障碍ノ一例

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

醫學士 星 野 列

Über einen Fall von durch Nähnadeleinwanderung in die Bauchhöhle verursachter venöser Stauung im linken Oberschenkel.

Von

Dr. Noburu Hoshino.

[Aus d. II. Kais. Chir. Universitätsklinik Kyoto.

(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Klinische Beobachtungen.

Pat. K. T., eine 44jährige Frau, aufgenommen in die Klinik am 4. Mai 1942 wegen schmerzloser diffuser Anschwellung der linken unteren Extremität.

Anamnese. Seit Anfang März dieses Jahres litt sie, ohne Veranlassung, an schmerzloser Anschwellung des linken Oberschenkels, welche ein Schweregefühl dieser Extremität herbeiführte.

Status praesens. Eine mittelgrosse, leidlich genährte Frau. Puls regelmässig, zählt 70 pro Minute. Bauch und Inguinalgegend nichts Besonderes, kein Tumor tastbar.

Die linke untere Extremität ist voluminöser als die rechte. Der Umfang des linken Oberschenkels beträgt 45.0 cm und der des rechten 39.5 cm, während der des linken Unterschenkels 31.0 cm und der des rechten 26.0 cm ist.

An der bedeckenden Haut der linken unteren Extremität ist keine abnorme Verfärbung sichtbar, aber die subkutanen Venen des linken Oberschenkels sind deutlich erweitert, dennoch ist weder Schlingelung noch Ausbuchtung derselben nachweisbar.

Beim Aufstehen kommt es zu keinem Deutlicherwerden der Venendilatation. Im allgemeinen verdickt sich die Haut des linken Oberschenkels und daran ist leichtgradiges Ödem konstatierbar, nirgends Tumor und Resistenz.

Harn: Eiweiss (-), Zucker (-).

Hämogramm: Erythrozytenzahl 2,500,000, Hb-Gehalt 46% (nach Sahli), Färbeindex 0.92, Leukozytenzahl 7,500, Leukozytenarten n. b..

Die Tatsache, dass die Venendilatation nur an dem Oberschenkel am deutlichsten ist, lässt die Vermutung aufkommen, dass die Ursache dieser venösen Stauung im Bauche sein muss.

Trotzdem ist diese Ursache unklar, deshalb wurde die Patientin eingehenden Untersuchungen nach der Aufnahme in die Klinik unterzogen. Das Herz blieb elektrokardiographisch unverändert. Am Verdauungstraktus war nichts Aussergewöhnliches, aber man fand gynäkologisch sowohl eine Atrophie des Uterus als auch eine linke narbig schrumpfende Parametritis. Dadurch vermuteten wir, dass die venöse Stauung durch diese Narbe verursacht worden war.

Während der ersten zwei Wochen bestand die Behandlung in Hochlagerung der linken unteren Extremität, Wärmeapplikation auf den Bauch und Kurzwellenbestrahlung. Am 14. Tage nach der Aufnahme verriet ein Verwandter der Patientin uns, dass die Kranke vor 2 Monaten mehrere Nähnadeln mit Absicht verschluckt hatte.

Durch wiederholte Prüfung des vorherigen Röntgenogramms konnten wir einen Schatten der ca. 3.5 cm langen Nähnadel in der linken Iliakalgrube bemerken, den wir übersehen hatten. Die noch einmal vorgenommene Röntgenuntersuchung ergab, dass sich die Nadel extraenteral, höchstwahrscheinlich im Mesosigmoideum befand.

Zwecks der Entfernung derselben haben wir laparotomiert.

Operation (am 20. Mai 1942): Bei der Eröffnung des Unterbauches unter Lumbalanästhesie fanden wir eine Nadel im Zipfel des grossen Netzes, und eine kleine Menge Aszites.

Resektion des Netzes mit der Nadel wurde vorgenommen. Dünndarm, Appendix, Colon descendens waren normal. Coecum mobile und Sigma elongatum mobile waren sichtbar.

Zwischen dem Mesosigmalansatz der Flexura sigmoidea und der linken Tube fand sich eine membranöse Verwachsung, wodurch die linke Tube und der linke Eierstock nach links oben hingezogen. Die Tube war in der Mitte flektiert, Plexus venosus ovarii erweitert.

Durch die Ablösung dieser Verwachsung verschwand die Erweiterung des Venenplexus. Bei der darauffolgenden tiefen Palpation der Beckenhöhle konnten wir weder eine gedrückte Stelle der Vena iliaca externa noch Thrombus nachweisen.

Verlauf: Kurz nach der Operation verschwanden Venendilatation und Anschwellung der linken unteren Extremität.

Résumé

Bei unserem Falle handelte es sich um eine venöse Stauung im linken Oberschenkel, welche durch die Verwachsung des Mesosigmoideums mit dem Plexus venosus ovarii und den dadurch entstandenen mechanischen Druck auf V. ilica externa und V. hypogastrica verursacht worden war. Diese Verwachsung war die Folge einer auf Einwanderung der verschluckten Nähnadel in die Bauchhöhle basierten Infektion.

緒 言

我々ハ最近嚥下縫針ノ腹腔内迷入ニ基因シテ發生セリト思ハル、下肢靜脈流障碍ノ珍ラシキ1例ニ遭遇セリ。即チ此處ニ報告シテ大方ノ參考ニ供セントス。

症 例

患者 竹○キ○ 44歳 女子 職業無
初診 昭和17年5月4日 入院同日。

主訴 左下肢ノ無痛性腫脹。

現病歴 本年3月初メ頃ヨリ誘因ト思ハレルモノナクシテ、左下肢ガ無痛性瀰漫性ニ腫脹シ來リ、最初ノ1週間ニテ高度トナリ、該肢ニ重感ヲ抱ク様ニナレリ。併シ該腫脹ハ同肢ヲ高舉シ居レバ輕減シ、且ツ現在ハ一時ヨリモソノ度稍々輕減セリト。

最近ニ於テ熱發、腹痛ヲ來セルコトナシ。

食欲、睡眠共ニ良好。便通ハ不規則ナリ。月經ハ2ヶ月前ヨリ閉止セリト。

既往歴 幼時ヨリ心悸昂進ヲ來シ易ク、顔面ニ屢々浮腫ヲ來セリ。併シ尿中蛋白ハ、再三ノ検査ニヨルモ常ニ陰性ナリシト。

遺傳的關係 父ガ腦溢血ニテ死去セル他ニ、特記スベキモノナシ。

現症 體格、骨格中等。榮養減退。皮膚色調、濕度、緊張共ニ正常。意識明瞭。脈搏。1分時70、大サ正常、緊張良、整調。呼吸。1分時18、胸腹式、安靜。顔面、胸腹部臟器ニ異常ヲ認メズ。脊柱異常ナシ。

局所々見 兩下肢ノ位置ニ異常ナク、左右比較スルニ、左下肢ハ右側ニ比シテ瀰漫性ニ腫脹且ツ肥大ス。腫脹ハ大腿ニ於テ著明ナリ。

大腿ノ周徑ヲ計測スルニ、膝蓋骨上緣ヨリ15糎上方ノ線ニ於テ、左側45.0糎、右側39.5糎ニシテソノ差5.5糎。

下腿ノ周徑ヲ計測スルニ、膝蓋骨上緣ヨリ20糎下方ノ線ニ於テ、左側31.0糎、右側26.0糎ニシテソノ差5.0糎ナリ。

腸骨前上棘ト脛骨内踝間ノ距離ハ兩側共ニ81.0糎。

他ニ特別ノ異常着色ナク、唯左下肢特ニ大腿ニ於テ皮膚表面ノ靜脈ガ擴張シ居ルヲ認メ得タリ。サレド著シキ蛇行或ハ特別ノ膨隆等ハ認メラズ。更ニ之ヲ約5分間起立セシメテ觀察スルモ、靜脈ノ特ニ怒張シ來ルコトナシ。

觸診スルニ何處ニモ局所性ノ體溫上昇ナク、又異常抵抗、腫瘤等ヲ觸レズ。左側大腿ニ於テ一般ニ皮膚ノ

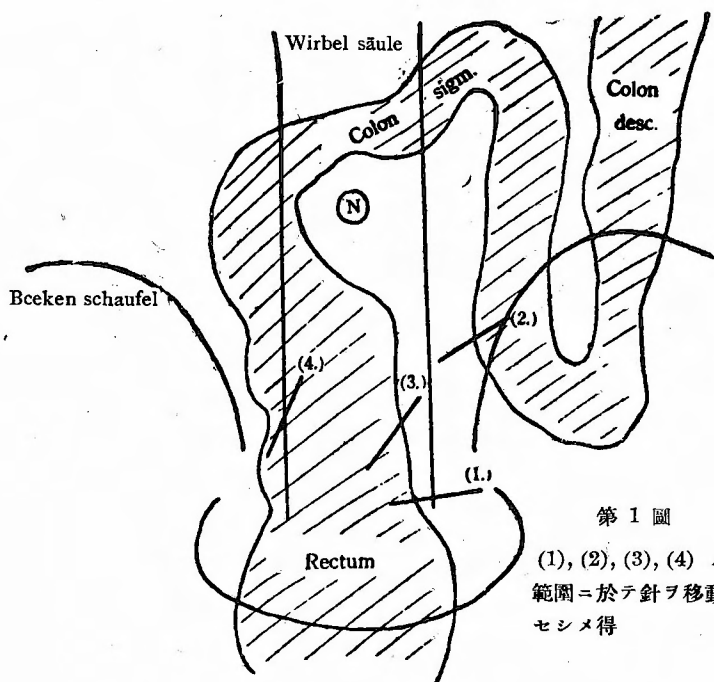
肥厚ヲ立證シ、又同側脛骨緣ヨリ足背ニカケテ浮腫アリ。

何處ニモ腫瘤ヲ觸レズ、又壓痛ヲ訴フル部分ナシ。

尿検査 淡黃色透明、酸性、比重1000、蛋白、糖何レモ陰性。

血液検査 赤血球數 250萬、血色素含有量46% (Sahli)、色素係數0.92、白血球數7500、白血球種類百分率ニ異常ナシ。

以上ノ所見ヨリシテ、此ノモノハ單ナル靜脈ノ擴張ニシテ眞ノ意味ノ靜脈瘤ニ非ルコトハ自明ナリシガ靜脈ノ擴張ガ大腿部ニノミ強度ナリシ點ヨリ、ソノ靜脈流障礙部ガ腹腔内ニ在ル可キヲ豫想シ得タルナリ。而モ斯ル靜脈血ノ鬱



第1圖

(1), (2), (3), (4)ノ範圍ニ於テ針ヲ移動セシメ得

滯ニ依リテマタ淋巴ノ鬱滯ヲ來シ、左側大腿更ニ同下腿ノ肥厚ヲ來シタルモノナリシナリ。

サレド如何ニシテ斯ル靜脈血ノ鬱滯ヲ來セルヤハ不明ナリキ。

依リテ入院セシメテ種々ノ検査ヲ行ヘリ。

電氣心働圖のニ異常ナシ。

經口造影劑分割投與法ニヨリ腹部ニ線検査ヲ行フニ、結腸ガ一般ニ膨滿シ居ル以外ニ特別ノ所見ナシ。

婦人科的診察ヲ受ケタルニ、生殖器萎縮並ニ左側子宮周圍結締織ガ少々瘢痕様ナリトノ診斷ヲ得タリ。

依リテ我々ハ上記左側子宮周圍炎後ノ瘢痕ニ基ク靜脈流障礙ナラント思惟シ、入院後ハ専ラ患肢ノ高舉ヲ命ジ、腹部溫電法、下腹部ノ超短波照射療法ヲ行ヒ居レリ。

然ルニ入院後14日目ニ近親ノ者ヨリ、患者ハ2月下旬縫針ヲ嚥下シタル形跡アリト知ラセラレタル故、之ヲ患者ニ追及シタルニ2月下旬即チ下肢腫脹ノ起ル約半ヶ月前ニ、神經衰弱様トナリテ夢中ニテ數本ノ縫針ヲ嚥下シタルガ、ソノ一部ハ糞便中ニ出デシ如クニ思ハルトノ返答ヲ得タリ。

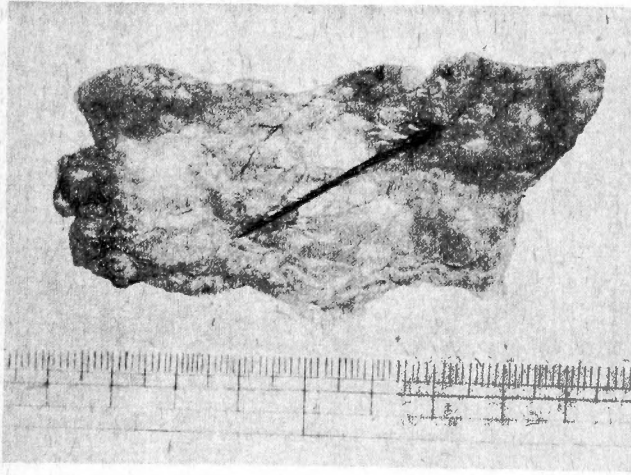
ソコデ前回撮影セルニ線寫眞ヲ再檢スルニ左腸骨窩部ニ長サ約3.5 釐ノ針が存在シ居ルコトヲ見出セリ。依ツテ再ビ線検査ヲ行ヒタルニ、該針ハ腹腔内ヲヨク移動セシムルヲ得タリ(第1圖參照)。

次デ經肛門的ニ造影劑ヲ注入シテ檢スルニ該針ハ直腸、S字狀結腸、下行結腸中ニハ存在セズ。又經口造影劑投與法ニヨリ檢スルニ、針ハ小腸、盲腸、上行結腸、横行結腸中ニモ存在セズ。

即チ針ハS字狀結腸間膜ノ邊リニ刺入サレ居ルモノト考ヘラレ、該針ヲ摘出シ同時ニ骨盤内ニ於ケル靜脈幹ノ狀態ヲ檢スル目的ニテ5月20日開腹手術ヲ施行セリ。

手術所見 腰髓麻醉ノ下ニ下腹部正中切開ヲ以テ開腹。腹膜ヲ開クニ手術野ニハ直チニ大網膜ガ現ハレ、

第 2 圖



ソノ先端ヨリ約3 釐ノ部ニ3.5 釐ノ長サヲ有スル縫針ガ横方向ニ刺入シ居ルヲ觀タリ。依ツテ該縫針ヲ含メテ大網膜ノ一部ヲ切除セリ(第2圖參照)。

其ノ後ニ腹腔内ヲ精査スルニ、黃色透明ノ腹水少量ニ存在シ、小腸ニハ何等異常ヲ認メズ。盲腸ハ移動性ナルモ特ニ Jackson 氏膜等ハ存在セズ。蟲垂ニモ異常ヲ認メザリキ。S字狀結腸ハ過長ニシテ移動性ヲ有シタリ。

而シテS字狀結腸上端部ニ於テ、結腸間膜ノ附着部ト左側輸卵管トノ間ガ膜様ニ癒着ヲ營ミ、之ノ爲ニ左

側輸卵管及ビ卵巢ハ左上方ニ牽引サレ輸卵管ハソノ中央部ニテ屈曲シ輸卵管間膜中ノ卵巢靜脈叢ハ靜脈瘤様ニ擴張シ居レリ。兩者間ノ癒着ヲ鋭性ニ剝離シ、之ノ爲ニ生ジタル結腸間膜ノ裂孔ハ縫合閉鎖セリ。

剝離ヲ終リテ檢スルニ、先刻マデ擴張シ居レル輸卵管間膜内ノ靜脈ハ既ニ正常ノ狀態ニ還元シ居レリ。

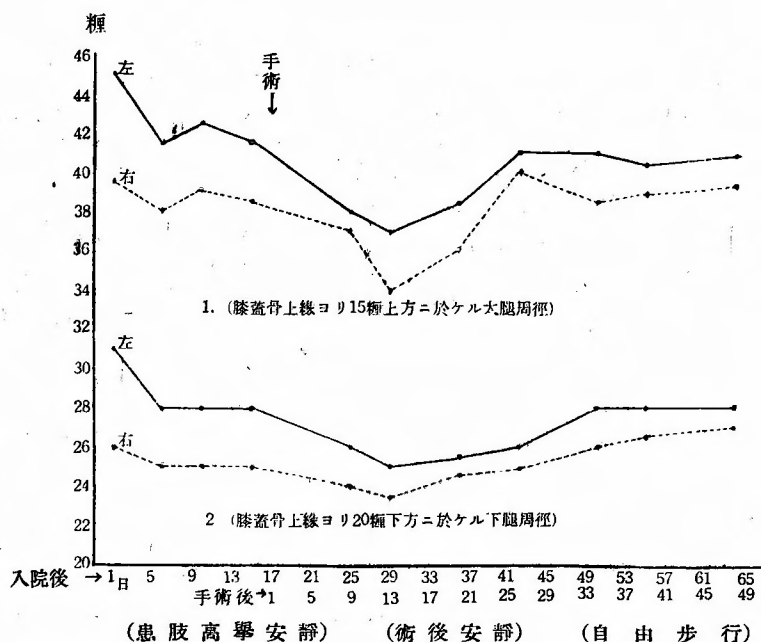
然ル後、骨盤腔内深ク手ヲ挿入シテ檢スルモ、左右ノ總腸骨靜脈部ガ特ニ壓迫サレテ居ルコトナク、血拴淋巴腺腫脹モ觸レ得ズ。

依ツテ腹壁ヲ三層ニ縫合閉鎖シテ手術ヲ終レリ。

術後經過 術後連日39.2°C乃至37.2°Cノ弛張熱アリ。手術創化膿ノ徴候アリタルヲ以テ、之ヲ開放排膿セシニ體溫下降シ全身狀態モ良好トナレリ。

兩側下肢周徑ノ消長ニ就キテハ之ヲ第3圖ニ示セリ。

第3圖 手術前後ニ於ケル兩側下肢周徑ノ推移



側患肢ノ靜脈擴張及ビ淋巴ノ鬱滯ガ除去セラレタルモノナルコト明白ナリ。

考 察

本症例ハ左側下肢靜脈幹ニ於ケル靜脈流障礙ノ結果トシテ將來サレタル、左大腿靜脈ノ擴張並ニソレニ基ク左下肢ノ腫脹ナルコトハ眞ニ明白ナリシガ、ソノ障礙原因ニ至リテハ不明ナリキ。

然ルニ偶々腹腔内ニ縫針ノ存在スルヲ知リテ、之ヲ除去スベク開腹シタルコトニヨリテ、縫針ノ腸管外脱出ト共ニ起レル輕度ノ感染ニヨリ、マタ脱出縫針ノ刺戟ニヨリテ、S字狀結腸周圍炎ヲ來シ、斯クテS字狀結腸上端部ト左側輸卵管トノ間ニ癒着ヲ生ジ居リシヲ見出シテソレヲ剝離スルコトニヨリテ、左下肢靜脈流ノ鬱滯ガ除カレシモノナリ。

嚥下サレタル縫針ニシテ、針頭ニ圓キ粒ノ附着セザルモノハ、差シタル障礙ヲ起サズニ消化管壁ヲ突き破リ腹腔内ニ遊動スルコトハ珍シカラズ。

本例ニ於テハスカル機轉ガS字狀結腸部ニ於テ行ハレタルモ、斯クシテ腹腔内ニ迷入セル縫針ハ大網膜ニヨリテ捕捉セラレテソレ以後ノ移動ハ起ラズ、更ニ腸管穿通部ニハ腸管内ヨリ輕度ノ感染加ハリテ、遂ニ附近ノ輸卵管間膜トノ間ニ癒着ガ生ジ、此ノコトガ左卵巢靜脈叢ノ屈曲鬱血ヲ招來シ、又左側卵巢モ強度ニ左上方ニ牽引サレテ、遂ニ外腸骨靜脈、或ハ下腹靜脈等ニ何等カ機械的影響ヲ與ヘテ、部分的靜脈流障礙ヲ來シ、同側下肢ノ鬱血及ビ腫脹ヲ將來セルモノト考ヘラルハナリ。

即チ入院時ハ上下腿共ニ左右約5cmノ差アリタルガ、入院後左側患肢ノ高舉並ニ安靜ニヨリテ手術前ニ於テハ左右ノ差約3cmトナリ居レリ。更ニ手術後約15日間ノ安靜時期ニ於テハ、左右共ニ平行シテソノ周徑ヲ減ジタルガ、自由歩行ヲ開始スルニツレテ再ビ兩肢共ニソノ周徑ヲ増加シ、右肢ハ術後26日頃ニ於テ入院時ノ値ニ迄回復シタリ。之ニ反シ左側患肢ハ入院時ノ値ニ達セズ。

又、擴張シ居タリシ皮下靜脈ハ左大腿ニ於テハ全然之ヲ證明セズ、同下腿ニ於テ極ク僅ニ認メラルハノミ。

即チ開腹術ヲ行ヒテ癒着部ヲ剝離シタルコトニヨリテ左

如何トナレバ手術時ニハ癒着部ヲ剝離シテ後ニ，外腸骨靜脈等ノ狀態ヲ檢セル爲ニ，肉眼的ニハ既ニ該靜脈等ニ著明ナル所見ハ無カリシモ，我々ガ單ニ上記ノ癒着ヲ剝離セルノミニテ，直チニ卵巢靜脈叢ノ鬱滯ハ除カレ，患側大腿ニ於ケル靜脈ノ擴張ト腫脹トハ間モナク消失シタレバナリ。

参 考 書 目

- 1) 石井：新外科學各論 上卷 東京，第三版
- 2) 磯部：日本外科實函，8卷3號
- 3) 伊藤：皮膚泌尿器科雜誌，37卷6號
- 4) 宮澤：北越醫學會雜誌，47年14號
- 6) 鳥潟：鳥潟外科總論，東京，第四版
- 6) 塚原：新婦人科學 上卷
- 7) Corning：Lehrbuch d. Topographischen Anatomie, Wiesbaden, 1914.
- 8) Kirschner u. Nordmann：Die Chirurgie Bd. II, Berlin u. Wien, 1930.
- 9) Runge：Lehrbuch d. Gynäkologie, Berlin, 1910.