

稀有なる成人腸重積症の3例

よろづ相談所附属病院 外科

山内陽一・宮野辰彦

〔原稿受付：昭和32年1月17日〕

THE REMOVAL OF THE ONLY INVAGINATUM IN A CASE OF INVAGINATION

YOICHI YAMAUCHI and TATSUHIKO MIYANO

From the Surgical Clinic, Yorozu-sodansho Hospital
(Chief: Dr. S. NAGAO).

Recently the authors had an opportunity to treat three cases of the invagination in the adult. As it is the disease of rather rare occurrence, the repeated clinical experiences are summarized in this paper.

One of these cases, the invagination of the colon was so extensive that the whole length of the colon had to be removed, should the routine surgery be adopted. But by the authors decision, the removal of the invagination only was performed, leaving the invaginans.

The clinical result was very satisfactory, and it was found the incision on the invagination could be given without the fear of the infection of peritoneum.

第I, II 症例は広汎な結腸重積症, 第III 例は小腸重積穿孔性腹膜炎を来した症例で, 前者は被護的に4回に分けて手術を施行, 後二者は1次的手術によつていずれも幸いに治癒した3例についてその経過を報告し, 治療方針について些か検討を加えて見たい。

第I 例 (臨床雑誌「外科」第12巻第5号発表済)

小○保, 44才, 昭和24年4月29日入院。結腸重積症の患者に広汎な結腸切除術を行い, その欠損部に小腸を移植して全治した症例。

現病歴: 入院10日前より便秘, 4日前より左側腹部に急に痙攣様疼痛があつて該部に超手拳大の腫瘤を認めて入院した。悪心はあるが嘔吐はなく放屁もない。

入院時所見: 体格中等大、やゝ栄養の衰えた男子で、体温平熱。脈搏分時100, 整, 緊張やゝ弱い。血圧最高150, 最低90。顔貌苦悶状, 蒼白。腹部は全般に膨満し特に左上腹部に手拳大2個の腫瘤を認める。蠕動不穩, 静脈努張, 皮膚の異常着色はいずれも認められない。触診で視診に一致して腫瘤を触れ, それぞれの限界は明瞭, 弾性硬, 左右に可動性があるが上下に動か

ぬ。腸雑音は低下しやゝ金属性。肛門内検査で直腸膨大部は拡大していて、硬癭, 圧痛なく挿入手指に血液その他の附着を認めない。白血球数13,500。尿沈渣に大腸菌, 赤血球, 膀胱上皮細胞等を認める。

手術: 腸閉塞の診断の下に正中切開で入ると悪臭のない血性漿液性腹水500~600ccが流出し, 脾彎曲部から直腸移行部に至る間の結腸は強く膨隆し迂曲連続した3つの腫瘤を形成し暗紫色浮腫状となつて居る。即ち下行結腸の上部と横行結腸の一部が嵌入部となつた広汎な下行性結腸重積症である。重積の還納も腫瘤の腹腔外脱出も不可能なため腫瘤から口側の横行結腸中央部にひとまず人為肛門を作り, その翌日重積部を含めて広汎な左半側結腸切除を行い, 1ヵ月後に結腸欠損部に廻腸末端から口側5cmの部に始まつて口側へ50cmに亘る小腸を腸間膜を附着した儘切断遊離して移植し, ついで人為肛門閉鎖手術を施行した。翌日自然肛門より便通があり, その後10日間は水様便で便意も鈍かつたが2週間後にはいずれも正常に復し, 入院後165日目に全治退院した。

摘出標本に腫瘤、異物その他の異常を認めない。

第II例

栗○定○, 47才, 昭和28年11月30日入院。

広汎な結腸重積症に対し嵌入部のみを切除し重積鞘である下行結腸, S字状結腸は切除することなく, これと廻腸断端を吻合して1次的に治癒せしめた症例。

現病歴: 数年前から時々所謂胃痙攣様の持病があつたが入院3日前にも急に上腹部に激烈な痛痛様疼痛を来とし, 臍部に超手拳大の腫瘤を生じた。悪心がある。嘔吐頻回。放屁, 便意はない。

入院時所見: 体格中等大。栄養や、障害された男子で, 体温37.5°C, 脈搏分時115, 整, 緊張や、弱い。血圧最高110, 最低70。顔貌苦悶状蒼白。腹部は全般に膨満して就中臍部に超手拳大の腫瘤1個をみた。蠕動不穩, 静脈努張その他の異常所見はない。視診に一致して超手拳大の腫瘤を触れ, 弾性硬で殆んど移動性はない。腸雑音を聴取し得ない。肛門内検査で直腸膨大部は拡大し, 手指に血液を認める。白血球数22,000。尿検査は大腸菌陰性, 蛋白陽性, ウロビリノーゲン陰性。

手術: 以上から腸閉塞それも重積か捻転を疑い即刻正中切開による手術を施行。開腹すると血性漿液性腹水少量を認め, 極度に膨隆したS字状結腸, 下行結腸がくびれて結節状の腫瘤を形成し, これが重積鞘となり, 横行結腸から廻盲部口側20cm迄の廻腸が嵌入部となつて居る極めて広汎な下行性重積症で, 勿論還納も腫瘤の腹腔外脱出も不可能であり, 且つ重積腫瘤全体を切除することは全結腸を失うことになるので, 完全に壊死に墜つて居る重積嵌入部のみを切除して, 重積鞘は温存利用することにし, 下行結腸に腸軸に平行に切開を加えて嵌入部を引き出し, 廻盲部より口側へ20cm迄の廻腸, 盲腸, 上行結腸, 横行結腸を一括切除し, 下行結腸切開部を縫合閉鎖してこれと廻腸断端との間に端々吻合を施行し, 直腸カテーテルを吻合部を超えて深く挿入した。

なお下行結腸を開いた際, 蛭虫様寄生虫多数を遊離腹腔内に撒布した為腹腔内を十分に清掃, ストレプトマイシン, ペニシリン水溶液を注入し排液ゴム管2本を挿入して手術を終つた。術後2週間目に廻盲部膿瘍を来した切開。亦術後2ヵ月半して膿胸ついで気管支拡張症を来したが穿刺排膿, 抗生物質投与等により治療し術後168日目に全治退院した。便通は術後3日目に7回の下痢を見たが数日後には正常便に復し便意に異常は無かつた。

摘出標本に腫瘤その他の異常を認めない。

第III例

兼○藤子, 45才, 昭和31年2月16日入院。

本症例は前2者と異り成人小腸重積症が穿孔し広汎性腹膜炎を来とし重積腫瘤摘出によつて1次的に全治したものである。

現病歴: 2ヵ月前から連日臍部に激痛を来とし同時に該部が膨隆しウネウネする感じがあつて悪心嘔吐を来すのを常とした。かゝる発作は数時間後には軽快するが漸次体重の減少を来した。入院2日前汽車内で同様の発作を来とし今朝3時頃から疼痛は下腹部に移行且つ増強した。5日前より排便はない。

入院時所見: 栄養極度に低下した体格小型の婦人。体温38°C, 脈搏分時120, 整, 小, 緊張は悪い。血圧最高80, 最低不明。顔貌苦悶状蒼白。四肢冷。腹部は下腹部就中右側が漲満性に膨隆。蠕動不穩, 静脈努張等の異常所見はなく, 腸雑音を聴取し得ない。触診で腫瘤は触れない。筋性防禦, ブルンベルグ氏症候はいずれも右下腹部で著明。白血球数14,000以上から急性穿孔性腹膜炎で恐らくは虫垂炎に由来するものと考え, 即刻手術を施行した。

手術: 右下腹部でレナンドルの傍直腹筋切開で入ると直ちに悪臭のない膿様の腹水約1立湧出した。そこで皮切を上下に延長し詳細に検査すると暗紫色浮腫状に膨隆した小腸が廻盲部に接続して居ることが判明, 即ち廻盲部から口側約40cmに亘つて重積鞘となり, それより更に口側が嵌入部となつた下行性小腸重積症で, 嵌入部の尖端は丁度廻盲部にある。そして重積廻転部で小指頭大の裂傷様穿孔を認めた。還納は勿論不可能。そこで嵌入部と重積鞘を一括切除し, 盲腸と廻腸切断端との間に端々吻合を施行。腹腔内は充分に清拭しストレプトマイシン, ペニシリン水溶液を注入, ゴム管を1本挿入して手術を終つた。術後アクロマイシン250mg 宛毎6時間に亘り投与(合計3g) 順調な経過をとり, 5日目にゴム管を抜去。術後17日目に全治退院した。

摘出標本は嵌入部尖端が肥厚し腫瘤状を呈して居るから組織標本検査をしたところ炎症性繊維増殖を認めた。

考 察

以上3例はいずれも比較的稀有な成人の下行性重積症である。そのうち第I例, 第II例はともに結腸の大半を占める広汎な結腸重積症であり, しかもこの2例の手術方針は甚だ対照的であつた。即ち第I例はこれ

を4回に分けて施行したのに反して、第Ⅱ例はこれを1次的に施行しいずれも術後160日余りで全治退院して居る。併し乍ら第Ⅱ例は術後に咽頭部膿瘍、膿胸及び気管支拡張症を合併して居るので俄かにその優劣を論じ難いが、たゞ重積嚢は相当末期の状態のものでも利用出来る点に注目したい。事実間々報告されて居る重積症自然治癒例では、嵌入部のみが脱落排泄されて治癒することが多く、この点から考えても重積嚢の循環障害は大して意とするに足りないのではなからうか。従来の重積症報告例では還納が不可能なときはいずれも重積嚢も含めて一括切除して居り、その為に第Ⅰ例のような広汎な結腸重積症の場合では、この大なる欠損部を補うために小腸の移植と云うような複雑な手技が必要となるのである。併し乍ら第Ⅱ例のように壊死嵌入部のみを切除すると云うことは簡単ではあるが腸管を開くことになりその際当然遊離腹腔腔の汚染が考えられる。事実本例に於てもこれが原因となつたためか術後合併症を来たして居るのであつて、第Ⅰ例に於けるような複雑な方法よりもこの簡単な方法が優つておるとは必しも断言出来ないようである。併し第Ⅲ例に示すように重積症穿孔のため広汎性腹膜炎を来した症例でも、最近の進歩した抗生物質就中アクロマイシン等の投与によつて極めて短期間に全治して居るから、腸管を開くことも現在ではあまり冒険ではな

くなつて居り術後の合併症もこれで防止し得るものとすれば、広汎な結腸重積症の時には重積嚢を残してこれに吻合を行うことによつて一次的に手術を施行することの方が外科的侵襲という患者の負担が1回で済むこととなり幾分軽くなるのではないかと考える。

結 論

広範囲の結腸重積症の際重積嚢を開き嵌入部のみを切除して重積嚢を残し、これに口側切断端と吻合することにより1次的に治癒せしめた症例を含めて比較的稀有な成人重積症について検討した。この際術中1次的に重積嚢を開くことは恐れるに当らないであろう。

文 献

- 1) 阿部達次他：1次的切除による結腸重積症の治療例。臨床外科，7；511，昭27。
- 2) 小林和人：小腸重積症の2例。日外会誌，53；288，昭27。
- 3) 小坂親知他：腸重積自壊切断法を行いたる臨床第1例。日外会誌，54；358，昭28。
- 4) 宮島孚：小腸における二重腸重積症の1例。外科，17；874，昭30。
- 5) 柴田清人他：小腸移植により治癒した結腸重積症の1例。外科，12；279，昭26。
- 6) 戸田俊彦他：成人結腸重積症。穿孔性腹膜炎を合併せる下行性S字状結腸重積症の1例。臨床外科，9；333，昭28。
- 7) 吉田三束：教室における重積性腸閉塞症の統計的観察。臨床外科，7；484，昭27。