

産婦人科に於けるイレウスの種々相

佐世保共済病院産婦人科

醫長 清水 直 太 郎

醫員 萩 尾 右 藏 ・ 富 田 壽 和 ・ 村 上 讓

イレウスは一般に外科で處理されるためその産婦人科疾患との關係を追及出来る場合が少ない。我々は最近産婦人科疾患治療に關連したイレウスに相次で遭遇したので諸検査の不備を顧みず敢て數例を取りまとめて概略を報告してみることにした。

第1例 38歳，未産婦。

既往症 初潮16歳，爾來整順持續4～5日間中等量，經時障礙なし。21歳で結婚。

現病症 昭和26年10月27日蟲垂周圍膿瘍の診斷の下に，エヒレナミン0.2cc，0.5%ペルカミン1.2cc腰麻で開腹手術施行，廻盲部は手拳大の膿瘍を形成し，骨盤側壁と癒着す。それを剝離後排膿しガーゼドレナージを施す。術後經過良好で排便も毎日あつたが，術後第14日目の午後10時頃突然腹痛を訴え，セダロン0.5g投與するも輕快せず，翌朝は嘔吐，腹痛激しく，少量の便を見たが，腹部鼓腸し，腸鳴あり。體溫36.2°C脈搏90微弱。午後癒着性イレウスの診斷の下に前回同様の腰麻で開腹す。手術前處置：輸血200cc 20%ロザノン100cc，術中處置：輸血400cc，ブルツク1000cc，ビタカンファア15cc腹腔内水溶性ペニシリン20萬注入，術後處置：リンゲル氏液500cc皮下注。

手術所見 廻盲部が骨盤側壁に廣く癒着してイレウスを起していた。そこで癒着を骨盤壁より剝離するに腸漿膜が廣汎に剝離せし爲，約15cm長さ廻盲腸を切除し，廻腸と横行結腸とを側々吻合しドレーンタンポンを入れて手術を終る。術後第3日目に自然放屁あり。その後經過良好にして術後第31日目に退院。

第2例 20歳，未婚婦。

既往症 初潮17歳整順，持續3日間，經時障礙なし。

現病症 昭和27年6月10日，朝8時頃突然左下腹痛，胃痛惡心嘔吐を訴え，某醫師に鎮痛劑を數本注射して貰つたが效なく下腹痛は右側にも及ぶ。12日に往診し骨盤腹膜炎兼急性蟲垂炎と診斷し副直腹筋切開で手術した。

麻酔：0.5%ペルカミン，0.5cc＋エヒレナミン0.2cc腰麻。蟲垂は全長約6cmで壊死性暗紫色となり，蟲垂間膜も暗褐色潤濁腫脹し，蟲垂炎部は屈曲して盲腸部に癒着す。逆行性蟲垂剔除術を施行。手術野の廻腸は暗赤色に膨大し，漿膜面に黄苔を附す。腹腔内にストレプトマイシン1g及び10%サイヤジン5ccを注入し，ドレナージをなして手術を終る。術後經過：術後はストレプトマイシン1grを5日間筋注し，第2日目に瓦斯排出した。第5日頃，38.8°Cの發熱を伴い，左下腹痛を訴え，水溶性ペニシリン注射により體溫は下降したが，左下腹痛，腹部の膨滿は増強し，次第に瓦斯の排出が難澁となり，腸鳴なし，術後第15日急性腹膜炎兼癒着性イレウスの診斷の下に前回同様の腰麻で開腹手術す。

現症 體格中等，榮養稍々衰え，心，肺に特記的異常なし。下腹部は一般に膨隆し，筋緊張強く強壓痛あり，打診上鼓性で腸鳴聴取困難。血壓70～110耗。體溫39.1°C，脈搏110整，稍々微弱。白血球16500。尿所見：蛋白(±)，ウロビリソ(－)，ウロビリノゲン(+)，インデカン(－)。

手術前處置：輸血100cc，リンゲル氏液500cc，ロザノン等。

手術所見：S字結腸は，骨盤内で鵝卵大，軟餅硬の腫瘤を成して膀胱子宮窩を滿し，膀胱後壁と癒着し，腫瘤部より上方の結腸は高度に膨滿す。腫瘤部を膀胱壁より剝離すると膿瘍が破れて，惡臭甚しい多量の淡黄綠色膿汁が流出す。周圍組織は汚穢黑色壊死性である。次で廻盲部は蟲垂剔除部を中心として，骨盤側壁に癒着し盲腸に近き約15cm長さの暗赤色に腫脹した廻腸の蹄形が軸捻轉して同じくこの部に癒着す。癒着廻腸部を剝離するに周圍組織は壊死性を示し，ダグラス氏窩より上記の如き惡臭ある膿汁が多量流出す。術中，狀態次第に惡化したので盲腸より約20cm長さの廻腸を曠置し廻腸横行結腸側々吻合術を施行。その間にS字部腫瘤は多量の水様便排出と共に著しく縮小す。10%サイヤジン10ccを腹腔

内に注入し、ドレナージを施して手術を終る。

術後経過：翌日より数回の瓦斯排出あり、全身状態好轉す。

第3例 52歳，8回経産婦。

既往症 初潮17歳の5月，爾來整順，持續4～5日間中等量，經時障礙なし。結婚17歳の10月，49歳より閉經。

現病歴 昭和27年5月6日，子宮頸癌（國際分類第Ⅱ期）の診断で0.5%ペルカミン1.5エヒレナミン0.2cc腰麻で廣汎性子宮癌全剝出術及び蟲垂に著變はないが，蟲垂剝除術を併せ行い，蟲垂剝除部には煙草囊縫合を施した。術後経過は良好で第2日に瓦斯の自然排出があり，38°Cを上下した體溫も第4日頃から平熱となり，第7日に抜糸，腹壁手術創は1期癒合し，第9日には起坐，第12日には歩行し始める迄に恢復し，レ照射を近日開始する豫定であつた。術後は便秘が續き浣腸により排便していたが，その頃から右下腹痛，鼓腸を訴え，次第に瓦斯排出は難澁となり發熱を伴い，嘔氣，嘔吐を催し，始の間は浣腸又は肛門ブージーで多少の瓦斯排出を見たが，後には数回の高壓浣腸も效なく嘔氣，嘔吐は頻回に反復するので，術後第20日目に再手術を施行。

現症 體格良，榮養稍々衰え，皮膚は乾燥し，心，肺に特記的異常なし。腹部は一般に膨隆し，蠕動不安，強壓痛があり，腸鳴聽取出來る。血壓130～100耗，體溫37.7°C 脈搏86整，緊張良，麻酔：前回手術時と同様の腰麻。

手術前處置：術前5日間毎日ポリタミン20cc加入リンゲル氏液150cc靜注。術中處置：輸血300cc 20%ロザノン500cc，ピタカンファー20cc，術後處置：手術當日リンゲル氏液1000cc皮下注，第1日，前日の他にポリタミン20cc加入リンゲル氏液150cc靜注，第2日，前日の他にブライズマ30cc，第3日前日同様。

手術所見：廻盲部で蟲垂剝除部を中心に廻腸の一部及び上行結腸の大部分に互り，腹壁及び骨盤壁と廣汎に結合織性索狀物を以て固着し，蟲垂剝除部で腸管は強く屈折し，それより口側腸管は強く膨滿し，暗赤色に變じた癒着部の腸管を剝離すると，蟲垂剝除斷端は煙草囊縫合糸が脱落して露出している。變色腸管約15cm長さを切除して，廻腸と横行結腸の側々吻合術を施す。

術後は翌日より自然に瓦斯の排出があり，嘔氣，嘔吐は消退し経過良好。

本例は蟲垂剝除斷端の煙草囊縫合糸が脱落した爲か兎に角該部に限局性腹膜炎を惹起し腸管の癒着を來したと考えられる。

第4例 37歳未産婦。

既往症 初潮15歳，不順，持續3日間，中等量，經時下腹痛，22歳で結婚後，淋疾に罹患す。

現病歴 子宮腔部及び腔癌兼兩側子宮傍結合織浸潤で昭和25年7月24日以来レ，ラ照射を受け昭和26年3月頃直腸腔瘻が生じ，腔分泌物が外陰を刺戟し，疼痛激しく，全身状態漸次悪化する爲，同年7月10日左下腹部に人工肛門造設術を施行す。術後良好に経過したが9月5日（術後第58日目）夕刻突然腹痛嘔吐が起る。腹部鼓腸輕度，脈搏90，緊張良，體溫37.2°C。翌6日も腹痛，嘔吐連續し腹部膨滿増強し，疲勞衰弱，顔貌憔悴，脈搏120，微弱，體溫37.2°C，尿量は平日の1/3に減少す。浣腸により多量の排便があつたが腹痛輕減せず，パンスコ0.5cc皮下注。翌7日又著變なく，8日には體溫37.5°C，脈搏90整，緊張中等で前日より一般状態稍々好轉するも腹痛は依然として消褪せず。リンゲル氏液1000cc皮下注，20%ロザノン40cc靜注，ナギタミン1cc皮下注，腹部にメント温濕布をなす。10日に至つて腹痛，嘔吐更に激しく腸蠕動不安が認められ高壓浣腸するも輕快の徴なし。よつてエーテル全麻で手術。

手術所見：人工肛門を造設した腹壁孔に廻腸が二重に廣汎に固く癒着す。その癒着を剝離し，その爲漿膜が廣く剝離した約8cm長さの廻腸を切除し側々吻合術を行う。術後第2日自然放屁あり，その後の経過良好。

第5例58歳，4回経産婦。

既往症 初潮17歳，整順，持續5日間中等量，經時苦痛なし，結婚22歳，肝臓疾患に罹患し，38歳の5月閉經。55歳の時子宮腔部癌手術を某病院で受け，術後1年7箇月目で腔斷端再發癌兼兩側子宮傍結合織高度浸潤の爲來院，爾後レ，ラ照射4セリーを施行す。

現病歴 昭和27年3月9日（最終照射後18日目）午後8時頃から突然下腹部の激痛，惡心，嘔吐あり，翌10日午前8時頃發熱（39°C）す。下腹部水電法，ペニシリン注射により解熱するも，惡心嘔吐は増強した爲，翌11日入院。

現症 體格小，榮養衰え，皮膚，粘膜質血す。顔貌苦悶狀を呈して憔悴し，脈搏頻數，微弱，呼吸淺表，増加し四肢末端は厥冷，腹壁膨滿す。血壓60耗，體溫36.4°C 既往入院時に既に直腸診により大なる左側淋巴腺轉移を認めて居たので，この爲のイレウスを想定し手術することにした。

前處置として，リンゲル氏液，20%ロザノン，ピタカンファー等の注射及び酸素吸入を行い全身状態の幾分恢復するのを待ち，無麻酔で開腹術を施行す。

手術所見：左側骨盤内淋巴腺が手拳大に膨隆し直腸を壓迫し廣く癒着す。全身状態極めて悪しき爲、急ぎ人工肛門造設術を施行し、續いて直ちに腸管を切斷し骨盤腔の腫瘍部にはドレナージをなしナイトロミンを局所に使用す。術後翌日より自然瓦斯排出あり、ナイトロミンを局所に連日10日間、著しい白血球の減數なく全量500mgr使用し、次で現在レ照射施行中である。

第6例, 38歳.

既往症 初潮15歳、爾來整順、持續4日間、中等量、經時障礙なし。22歳の時兩側肺浸潤に罹患。25歳で結婚。26歳及び28歳で夫々人工及び自然流産。29歳の時子宮外妊娠手術を受く。生來腸疾患に罹患し易く時々下痢がある。

現病歴 昭和26年9月23日、高年初産婦、軟産道狭窄により分娩の進行が停止した爲エーテル全麻の下に頸部帝王切開術を行い男児を娩出、術後経過は母體は産褥子宮復故不全の外異常なく、兒は人工榮養で順調に發育、術後第20日目に退院。然るに術後31日目朝9時突然、腹部殊に臍周邊部に激痛を訴え、某醫師に鎮痛劑を數本注射して貰つたが無効で腹痛、嘔吐、嘔氣は漸増し、翌朝往診を求められ、高壓浣腸を行つて、稍々症状輕快したがイレウスの診断で入院。

現症 體格瘠身、榮養衰え、心臓は肺動脈に及び心尖部に輕度の收縮期性雜音を聴取す。肺に異常所見なし。腹部は一般に膨滿し、臍上方に双手拳大の稍々膨隆した壓痛抵抗部があり、その右側部が特に過敏である。下腹部正中線に暗褐色縦走長さ約6cmの既往帝王切開術の手術創痕がある。内診所見：子宮は亞鶯卵大、稍々柔軟、輕度以後傾し兩側附屬器に異常なし。陰分泌物は血性、食嗜、睡眠全く障礙され顔貌憔悴、蒼白で嘔吐、嘔氣があり、糞便、瓦斯の排泄は停止している。脈搏108、整、緊張稍々不良、體溫37.5°C、エーテル全麻で開腹。手術前處置：リンゲル氏液1000cc、術中處置：20%ロザノン350cc、輸血300cc、術後處置：1週間連續20%ロザノン100cc靜注。

手術所見：廻腸部で腸管は、相互に固く結合織性に癒着、屈曲、且つ軸捻轉し、更にこの部に大網の一部が癒着して1塊となり、通過障礙を起し、該部より口側は極度に膨滿し、肛門側は空虚で收縮している。大網は更に腹壁及び子宮體前壁に癒着し、子宮體後壁は一部纖維性索狀或は膜様に骨盤後壁と癒着している。全身状態漸次悪化する爲、廻腸の軸捻轉部を曠置、腸吻合術を施行し、大網と腹壁及び子宮壁と骨盤壁との癒着を剝離して手術

を終る。

術後第3日に自然に瓦斯排出、第7日抜糸、其他経過は略々良好で全身衰弱状態は漸次恢復した。然し術後第3カ月目に再びイレウス様症状を起したが1週間の待期待療法で輕快し、その後約6カ月を経過して今日に至っている。

第7例 36歳 未産婦,

既往症 初潮20歳、整順、持續3日間、少量、經時下腹痛及び腰痛を訴ふ。20歳で結婚。

現病歴 昭和27年5月20日、癒着性子宮後傾後屈症、兼左側附屬器腫瘍の診断の下に、0.5%ペルカミン1.2cc+エピレナミン0.2cc腰麻(LII~LIII)で開腹手術を施行し、左側附屬器腫瘍(超鶯卵大廣韌帶内卵巢囊腫)を剔除し、右側卵管開口術、ドレケー氏子宮位置整復術、蟲垂剔除術子宮内膜搔爬術を併せ行つた。

術後経過は良好であつたが、6月10日(術後21日目)午前8時頃から、下腹部激痛、嘔氣、嘔吐があり便通は朝1回少量にあつた。平溫、平脈。腹部膨滿及び腸鳴なし。メント温濕布を施し、パンスコ0.5cc皮下注により稍々鎮靜す。翌11日も依然下腹部、特に圓韌帶腹壁固定部の激壓痛、嘔氣、嘔吐あり、腹部は輕度に緊張し、鼓腸及び腸鳴なし。體溫37.2°C、脈搏98、整、緊張良。檢便蟲卵陰性、潛血反應陰性。イレウスと診定したが患者が瓦斯が排出しているからとて手術を肯ぜない。翌12日も病狀の好轉する徴なく、遂に患者及び家族の同意を得て前回同様の腰麻で手術す。

現症 體格瘠身、榮養衰え皮膚、粘膜貧血し、顔貌憔悴す。心、肺に特記的異常なし。腹部は輕度に緊張し過敏である。鼓腸、腸鳴なく、體溫37.2°C、脈搏頻數110稍々微弱、血壓130~72耗。白血球13900。

手術所見：兩側圓韌帶が子宮附着部と腹壁固定部との約1cmの隙間に架橋狀に走り、右側圓韌帶腹壁固定部の外方より子宮の前面を上方向つて、盲腸に近い暗紫色に變色した廻腸の蹄形が嵌入し、且つ、それが外方に約180度軸捻轉していた。依つて、壊死狀の廻腸部を26cm剔除し廻腸と上行結腸との側々吻合術を施行す。

術中及び術後處置として輸血300cc、プラスマ30cc、20%ロザノン170cc、ブルック1000cc(ポリタミン20cc加入)等をなす。術後第2日目瓦斯自然排出、第5日自然排便。経過良好で第16日目に全治退院。

以上7例の原因に就てみると、第1~第3例は蟲垂に原因があり、その中、第1及び第2例は穿

孔蟲垂炎に對する腹腔内ドレナージ施行後のものであり、第3例は蟲垂剔除術後のものである。蟲垂穿孔後のドレナージに就ては第2例の経過から考えて武田氏の提唱する如く、手術創は閉じて、別に側腹壁に1~2cm大の孔を造り、そこからゴム管を挿入して置く方がよいのではないかと思う。第4、第5例は子宮癌に關するもので、第4例は末期癌に行つた人工肛門造設術後のものであり、第5例は同じ末期癌の大なる左側骨盤内淋巴腺轉移の直腸壓迫癒着によるものである。第6例及び第7例は産婦人科固有の手術後に來たものである。第6例は帝王切開術後に來ているが頸部帝切術操作に際しては腸管障碍の可能性が比較的少ないのに對して、それより遙かに腸管癒着を起し易い卵管妊娠手術を以前に受けているから帝切術以前に腸管癒着があり、帝切術及び産褥子宮の急激な縮小等の因子が加わつて遂に通過障碍を來すに至つたとも考えられるが、何分頸部帝切術時に既往の外妊手術を顧慮して腸管の状態を検しなかつたので孰れとも斷定することは出来ない。然し腸管癒着を考へて頸部帝切術時に腸管を調べることはその爲に却つて腸管障碍癒着を起す動機を増す危険がある。第7例は後傾子宮位置整腹の爲のDoleri手術後のもので、他の6例の單純性イレウスと異なり絞扼性イレウスである。かく7例中6例は術後第5~第58日目、平均23日目に來れる手術後イレウスで、その中の1例が絞扼性、他は單純性イレウスである。Flesch Thebesiusによれば術後イレウスはイレウスの約34%を占め、術後2~3週が最も多く、又一般に單純性が絞扼性より多い。

症狀：一般症狀としてはショック様症狀を示し特に絞扼性の場合に強いとされているが、我々の例では差異なく全例に同等に認められた。體溫はイレウス自體の爲には上昇しないが白血球は著増するとされる如く、腹膜炎を伴つた第2例以外は平熱か微熱であり、又第7例で37°Cの場合に白血球は13900であつた。尿は第4例の示す如く著減、濃縮しインデカンを證明すると云うが第2例では認めなかつた。次に腹痛は自發痛及び壓痛共に著

明で、全例に於てそれが初發徴候であり、惡心乃至嘔吐又必發しており、第1、3、4、7例では特に強く、胆汁様物を吐している。鼓腸は第7例以外は常に認め、排便排氣停止は必發せず、第1、4、7例では少量ながら便通をみた。腸蠕動不安は必發せず、第3、4例にみられたのみであり、腸運動音は第1、3、4、5例に聴取出來た。なお機械的閉塞性イレウスの場合の腸運動音は雷鳴の如き強大雜音が約1分つゞき、數分の間隔をおいて週期的にきこえることは田北氏の説く如くで正常では比較的微響性の音が連續的又は斷續的に頻繁にきこえる。

診斷：鑑別疾患としては卵巢囊腫莖捻轉、子宮外妊娠、蛔蟲迷入等がある。上記の症狀に注意する外、詳細な病歴、既往症を参照すると共にレントゲンによる腸の形態的及び機能的診斷を行うことが早期診斷に、又局所の精細な診斷に重要であるが我々の例ではその機會を得なかつたので、その詳細は後日に譲る。

治療：先ず洗腸(高壓)、肛門ブジー挿入の外、メント温濕布、アセチルヒヨリン、ワゴスチグミン、アトニン等により腸蠕動を増強し強心劑と共に大量輸血、プラズマは勿論、大量の液體を供給することが特に必要である。なんとなればイレウスの主死因は體液の喪失及び経過中の體内に生産されたヒスタミン毒によるから水分補給並に解毒の爲に生理的又は高張食鹽水30~50cc靜注、食鹽水注腸、大量リンゲル氏液皮下注等をなす。又腸管内に發生した毒素は肝を通過して肝の解毒作用を障碍するから葡萄糖液或は更にメチオニン劑等で肝機能を亢進せしめ、且つビタミンCで解毒を増強する。以上の處置によりショック症狀が恢復するのを待つて始めて手術すべきで、その術後の経過に影響する處が大である。又強心と共に液體補給及び肝の庇護には術中、術後も充分に努めるべきである。

麻酔は原則として局所麻酔がよいとする向もあるが術前の全身状態により選ぶべきで、我々は上記の術前處置でも急速に全身状態が好轉しなかつた第5例には麻酔が危険で使用出来なかつたが第

4, 6例にはエーテル全麻, 第1, 2, 3, 7例には0.5%ペルカミン1.2cc + エピレナミン0.2cc 腰麻を使用し危険を認めなかつた。

手術は正中線切開が適當であり, 腸の膨満部と貧血細小部との間にある閉塞部を求めるに當つては膨満部で穿刺して腸内容を減すると便である。又手術に就ては一次的の根治的切除又は吻合法では約40%の死亡率があるので腸切除の代りに壊死部を腹壁外に出し糞瘻を造設して一應危険状態を脱して後, 二次的に腸切除をする方がよいとする考もあるが壊死部が廻盲部に近い時は全部を腹壁外に出すことは不可能である。又吻合上部の糞瘻は機械的イレウスによる吻合上部に於ける停滞腸内容物の排出を促し, 且つ吻合部の機械的過重を

除き吻合創傷治癒を促すと解されるが我々の例では術後1~3日目に自然排出を見, 糞瘻を残さなかつた。然し腸擴張の除去或は減壓法としての腸瘻造設法或は特に二重ゴム管による吸引減壓療法 Intubation の重要なことはその併用により頓に死亡率が減じて Wangenstein は17.1%, Tohnston-Noer は19.9%であることで明らかである。結局今日では田北氏の述べる如く単純閉塞性イレウスには Intubation 又は腸瘻により, 絞扼性イレウスには必要にして最少限の手術操作で絞扼を解消せしめて同じく内容を排除することに重點をおき輸液, 蛋白補給, 化學療法を巧に併用すべきである。

(昭 27・7・10 受付)

短時間麻醉兼誘導麻醉剤

輸入再開

エビパン・ナトリウム



EVIPAN-NATRIUM

本剤は世界各国に於いて、臨牀経験が重ねられ、短時間麻醉兼誘導麻醉剤として多大の好評を博し、更に長時間麻醉をも行い得る麻醉剤として愈々その聲價が高まりつつあります。

【包装】 0.5瓦 5管 (滅菌乾燥アンプル入) (注射用蒸溜水添付)

【文献送呈】

輸入 吉富製薬株式会社 大阪・道修町 販賣 武田薬品工業株式会社

DN3

新發賣

ドイツスイスの

更に新しい...

サルファ剤! (P)

6-Sulfanilamido-2,4-dimethyl pyrimidine

特徴

- (1) 溶解性が大であるから、尿路結石を生成することはない。
- (2) 血中濃度が急速上昇し、排泄緩慢なるため夜間投與の必要がない。
- (3) 血中より病巣組織への移行性が大、更に大腸菌、変形菌にも強力な抗菌作用を有する。
- (4) 血中・尿中に於けるアセチル化体の生成が非常に少い。
- (5) 優秀な抗菌作用を有し、しかも低廉な価格である。

1949年、ドイツ及びスイスで卓効を認められ、最近米國でも着目の最新サルファ剤を「ドミアン」の名稱で治療界に提供致します。

適應症 一般化膿症・尿路感染症・肺炎・気管支炎・淋疾・中耳炎・赤痢・扁桃腺炎・髄膜炎等。

包装 粉末(結晶) 100g・500g 注射液 10% 5cc×10A

ドミアン

大阪道修町 大日本製薬株式会社 東京日本橋本町