

率の18% (38例中7例) と有意に低い。手術の併用された症例を除いた133例の治療終了時の検査項目のうち、生存率に有意差の認められたものはI V P とレノグラムのみである。それらの生存率は表4の如くである。治療前I V P 異常例29例中3例のみが治療後正常化した。そのうち2例は生存し、治療後も異常の26例中4例が生存した。治療前I V P が正常の60例中、治療後8例が異

常化した。そのうち6例が死亡し、治療後も正常の52例中28例が生存した。

4) 結論 以上の如く、治療開始当初および終了時の検査成績から、Ⅲ期患者の予後がある程度推定しうる資料が与えられた。なかでもI V P によつて推定される尿管通過障害の有無が最も有用な資料となる(表省略)。

尿管障害と子宮頸癌の予後

国立小倉病院医長 山 上 健

子宮頸癌では尿管は病巣に非常に接近して走るから癌治療によつて大きな影響をうけ、多少とも障害されることは避け難いので、尿管の障害状態をX線テレビを使用したD I P、5年以上生存例(ドック入院患者)、剖検例、動物実験によつて、それが癌治療の予後にいかに関係しているかを調べてみた。

以上の研究結果から、子宮頸癌術後の尿管障害は主として尿管剝離によつておこると考えざるを得ないし、障害さらには蠕動低下などの機能障害と狭窄とによる通過障害がある。また剝離した尿管が術後は骨盤中央に近く直線的に走る関係から長すぎて剝離上部で屈折をおこし、それが固定化して通過障害をおこす危険もある。このような尿管障害、さらに進んで続発的に慢性腎不全を主とした腎障害をおこしている場合でも、自覚症状は極めて不著明であるために障害は潜在し、尿路感染を誘発してますます障害が増悪する悪循環がおこる。かかるiatrogenicともみられる尿管障害の運命は、剖検例及び5年以上生存例の尿路障害の状況を総合して考えると極めて暗い。腎不全の積極治療は今日のところ人工腎の利用以外になく、多大の努力を要する管理によつて進行を停止するにすぎないことを考えると寒心事である。よつて

1) 治療にあつては尿路障害の発端とみられる尿管障害を、尿管瘻形成に限らず尿管の機能性通過障害についても十分に考慮し、少しでも軽減回避する努力が必要である。この尿管障害にはとくに尿管剝離が大きく関係していると考えられるので、0期及びI a 期癌の手術に広汎性手術が不可欠であるか否かについて最近論議されていることは肯かれるところである。一方、今日癌研その他で手術と放射線治療との治療成績がほぼ同等とされ

ており、われわれの治療法を選択する余裕をもっているから今後さらに予後を好転するためには、尿路障害をできるだけ少なく患者の真の健康回復、社会復帰までを考えた治療法を工夫しなければならぬ。これにはいろいろの方法が考えられるが、その一つの手近かな具体策として手術では尿管剝離を避けるとともに放射線に抵抗の強いリンパ節の廓清に手術の主体をおき、一方、放射線治療には開創照射をとり入れるなど症例によつて局所的な照射の強化をはかることを試みる。

2) 治療後には尿の流れをよくすることに一層の注意を払う。術後の尿管カテーテル留置の有効性(岩井)は後直後の蠕動低下など機能的狭窄による尿滞留抑制に関係があるのではないかと思う。

3) 子宮癌治療と腎尿路系障害とは終生不可分の関係にあると思う。よつて子宮癌治療後のFollow-upではとくに腎尿路系障害に自覚症状の有無と関係なく常に注意して検診し、看過しないようにすべきであり、そのためにD I P ないしhypotonic DIP 検査は一つの重要な検査項目と思う。

4) 尿流の障害状況がほとんど常に存在することからみて、誘発しやすい腎盂腎炎に十分に警戒しなければならぬ。すなわち腎盂腎炎は慢性化すると難治であるから急性のときに適切な治療を十分にする。しかし尿流の障害があると反復して再発しやすく結局慢性化して腎機能、ことに尿濃縮能の低下を来す。よつて定期検診のときには尿沈渣の検査などで炎症の状況をしるとともに腎機能検査及びD I P による尿流状況をしることが必要である。