

特集 7*

術後イレウス

徳島大学名誉教授 高松市民病院長

田北 周平

かつてイレウスに関するトピックな問題として、閉塞下部すなわち胆汁や腸液に接し得ない腸壁で発生した毒性物質が良好な吸収力と相まって、閉塞下部毒素死因説が塩田教授らによつて打ち立てられ、その有害物質とはなにかという議論がつづけられていた。それまでイレウスの死亡率は50%内外といういたましい成績を示し、その後は好転して23%（斎藤外科調査全国統計）であつた。今回田中外科において複雑なイレウスの死因に追究が向けられていることは大きい期待が持たれる。術後イレウスの問題に関しては、私が徳大在任中のデータであるが、イレウス 505症例のうち 272例にあたり、死亡率は11.8%、腹膜癒着によるものが59.6%にみられ、原因となつた手術としては食道・胃・十二指腸手術が最も多く28.7%、これについてイレウス手術16.2%、虫垂炎手術13.2%の順となつている。われわれが最初1959年に癒着の全国的統計をとつた結果では虫垂手術後の癒着が最も多かつた事実とは逆になつている。またイレウス手術後の癒着性イレウスが依然として多い点は注目に価する。機械的イレウスでは絞抱性はもちろんのこと単純性でも、腸壁血行障害は高度であつて、閉塞解除後もなお数日間は壁の病変が残り、一時的に滲出現象さえ発現するもののあることは実験的に認められている。これらの事実から、イレウス術後の血行の重大性や細菌の影響の抑圧がいかに大切であるかを痛感させられるのである。

術後癒着の発生部位については、小腸とくに回腸が多く、これについて腹壁手術痕痕部、大網の順で癒着が多くみられる。この小腸の癒着を防ぐためには、腸運動を適切な内容の刺激により活発させることが当然有効である。そのためには、まず初めに腸の過伸展状態をひとまず徹底的に吸引排除して血流を回復させておくことが、癒着防止上必要である。術前からまたは術中よりMiller-Abbott tube その他による腸の減圧が達成されておれば理想的であり、これら debridement は癒着防止へのプロセスの必要最低条件すなわち第一の段階に相当する。これらの考慮なくしてもつばら癒着防止剤使用のみに依存することは正道ではない。信大、東邦大、東大の報告

で術後早期のイレウス手術が少なからずあり、しかも重症例が含まれていることは問題である。一般状態を重症から軽症まで引きあげつつ、腸の不良環境は suction などによる decompression で好転させることを第一目標にすべきことは当然であらう。

われわれの癒着性イレウスに対する治療方針としては、全身ならびに局所環境の許すかぎり癒着部は積極的に十分はく離して腸管の異常配列を矯正しつつ、閉塞の核心部の刻達して不通状態を解消させたのち、欠損漿膜は可能なかぎり閉鎖して再癒着防止に努力した。漿膜欠損が広く腸壁損傷が修理不能と思われるならば、限局性であるかぎり、腸切除吻合を断行することにより良い結果を得ている。昔からイレウスに対して第一次の腸切除は危険視されていたが、内容吸引による減圧法や抗生物質投与、輸液などを伴う新しい管理のもとに切除を行うならば優秀な成績が得られ、表のごとく死亡率 4.3%の低さを示した。最も外科医を困らせる形は広範囲で高度の膀胱を伴う癒着性イレウスである。そのような癒着の奥に潜在するイレウスの核心を発見することは困難であるが、万難を排してこれを確認し、decompression を達成させ、不通箇所を確実に流通可能ならしめる処置を加え、再発防止処置を追加する。このような高度癒着の場合漿膜障害も高度であり、われわれはやむをえずイレウス再発防止のため Nobles plication method を37例に施行した。ただし原法を modify し、腸間膜のみの縫着により小腸を便宜的良性腸位に固定したところ、腸運動の障害を最少限に喰いとめ良い結果を得た。ただし手技不十分のため、1例を失い、5例に再発をきたし、その1例において腸間膜操作の失敗により絞抱性イレウスを生じ、腸切除追加で治癒せしめた。再発率 13.5%となり、その数字は偶然ながら癒着性イレウス再発率の全国的調査のそれと一致している。本対象が超高度の癒着であつて、他の例が開腹の反復をストップさせて快癒したことから、本術式の効果はあつたと解してよい。ただし本法は窮状における一つの打開策であり、本法の病態生理（脇坂賢一：四国医誌，19，53～68，1963）をよく熟知し careful に実施すべきものである。

* 第5回日消外大会シンポジウム特別発言術後イレウス

術後イレウス(まとめ)*

帝京大学外科

四方 淳 一

術後イレウスを早期イレウス(術後合併症として手術の影響がある期間に起こるもの)と後期あるいは晩期イレウス(後遺症としてのイレウス,すなわち手術の影響がなくなつてから起こるもの)とに分けてディスカッションが進められた。

まず早期イレウスであるが,その死亡率は各施設とも著しく高い。単純性イレウス,術後の腸管麻痺,絞扼性イレウス,および腹膜炎による麻痺性イレウスなどを鑑別することにより,手術適応を決める必要があるが,それには,臨床症状,X線による小腸・大腸のガス像,あるいは腹腔穿刺による腹膜炎の診断,電解質異常などの経過と進行の度合を把握することが大切であるという点では,すべてのシンポジストの一致がみられた。それでは臨床症状の1つとして腸音の聴取には何分くらいが必要かということについては,2分~10分という意見が多く,すなわちほとんどの人がかなりの長時間を必要とするものと考えておられた。

単純性イレウス症例に対する経過観察の期間であるが,だいたい3日という線が強かつた。

早期イレウスの治療の点で,まず非手術的にTubingに

* 第5回日消外大会シンポⅢ術後イレウス司会発言

よる減圧を行うことはもちろんであるが,手術に際してイレウス解除を行つたなら減圧操作はなるだけ行わないとする意見と,できるだけ行うという意見とがあつた。これも腸切開による減圧は汚染のおそれがあること,また減圧すれば術後の管理が楽なので,case by caseにより行うべきであろう。

後期イレウスは早期イレウスほど死亡率が高くないが,そのポイントは癒着対策である。ことにイレウスに対して手術した症例に,再癒着の予防のためにSteroid,その他を積極的に使う方法,また通過障害を起こさないようにIntestinal splintを入れたり,NobleのPlicationを行う方法もあるが,これらを全く行わない施設もみられた。

漿膜損傷・腹膜欠損は縫合・被覆し再癒着を防止する,癒着剝離はイレウスの解除が目的でそれ以上の操作は再癒着を招く,などの意見があつた。

終りに徳島大田北名誉教授の特別発言があり,イレウスの発生の変遷から腸管内容減圧の生理学的意義とその必要性につき強調された。また腸音のキャッチにはベッドサイドに椅子を持って行つて,ゆつくり時間をかけて聞くべきであると結ばれたのは感銘が深かつた。