

症 例

特発性食道破裂の1治験例

中勢総合病院外科

佐藤 芳邦 村林 紘二 武内 徹郎
富田 隆 上原 伸一 吉田 洋一

三重大学第1外科

岡 田 喜 克

A CASE OF SPONTANEOUS RAPTURE OF THE ESOPHAGUS

Yoshikuni SATO, Koji MURABAYASHI, Tetsuo TAKEUCHI, Takashi TOMITA,
Yoshikatsu OKADA, Shinichi UEHARA, Yooichi YOSHIDA

Department of Surgery, Chuusei Hospital

1st Department of Surgery, Mie University School of Medicine

索引用語：特発性食道破裂，Boerhaave 症候群，成分栄養

はじめに

1924年 Boerhaave により初めて報告された特発性食道破裂は、本邦ではまれな疾患であるが、早期に外科的治療を施さなければ、極めて予後不良な疾患とされている。最近我々は、飲酒後の激しい嘔吐に引き続いて発症した本症を経験し、これを治癒せしめたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：50歳，男性，運転手

主訴：胸内苦悶

既往歴：18年前，十二指腸潰瘍のため胃切除を，6年前交通事故により生じた脾内血腫に対し，ドレナージを受けている。また約1年前突然吐血し，精査されたが原因は判明せず，内科的治療により軽快した。なお，患者は約30年間にわたり，毎日日本酒1,400~1,600mlを飲用している。

家族歴：特記すべき事なし。

現病歴：入院2日前に約1,800mlの日本酒を飲用し，翌日午後12時頃，自動車運転中に激しい嘔吐とともに左背部に激痛をきたし，冷汗および呼吸困難を伴ったため，近医に緊急入院した。胸部X線写真で，左胸水の貯留を認めたため，左胸腔穿刺を施行され，混濁胸水4,000mlを吸引し症状は軽快したが，約6時間後，再び呼吸困難，頻脈及び左胸痛をきたしたため，左胸腔持続吸引を受け，発症後28時間で当科に紹介入

院した。

当科入院時所見：体格中等，栄養良好，顔貌苦悶状で，呼吸促迫を認め，血圧190-90mmHg 体温37.3℃であった。腹部は上正中部に手術痕を認める以外には，圧痛，筋性防禦などの異常所見を認めなかった。

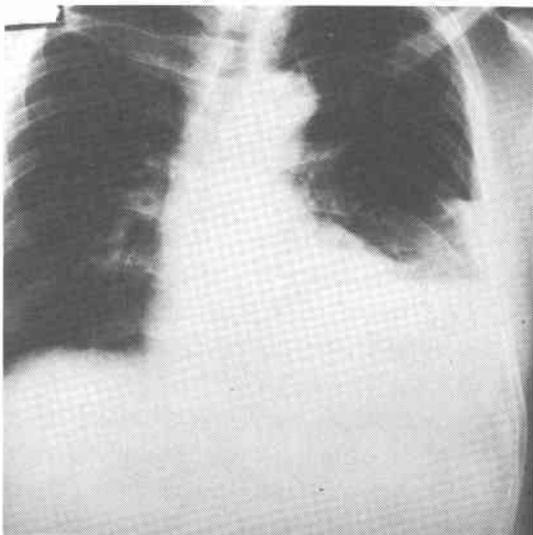
入院時検査所見：血液学的検査では，白血球11,900と軽度増加し，GOT 85 K.U, GPT 51 K.U, HPT 50%と軽度の肝機能異常を認める以外には，異常所見は認めなかった(表1)。胸部X線像では，左胸部の水気胸が認められた(図1)。

入院後経過：前医で挿入されていた胸腔ドレーンを吸引したところ，混濁胸水が認められたため，食道破

表1 入院時血液学的検査

RBC	428 × 10 ⁴	GOT	85K.U.
WBC	11900	GPT	51K.U.
Hb	14.3g/dl	LDH	627Wro.U.
Hct	43.5%	Ch-E	0.61ΔPH
Plt	24.5 × 10 ⁴	Al-P	1.3B.L.U
		LAP	211G.R.U.
T.P.	5.5g/dl	r-GTP	103m.u./ml
A/G	1.29	HPT	50%
ZST	1.44U		
T-Bil	0.97mg/dl	BUN	25.0mg/dl
D-Bil	0.53mg/dl	Creat	1.6mg/dl

図1 胸部X線写真。左胸腔に水準面の形成を認める



裂を疑い、ガストログラフィンによる食道造影を行ったところ、横隔膜上2 cm 口側の食道から造影剤の左胸腔への漏出が認められたため(図2)、Borehaave症候群と確診し、発症後30時間(当科入院後2時間)で緊急手術を施行した。

手術所見：左第8肋間で開胸すると、胸腔内に多量の食物残渣を認めた。胸腔内を温生食水で十分に洗浄した後、検索を行ったところ、縦隔胸膜が横隔膜上約2 cmの部で長軸方向に約3 cmにわたって破裂していた。さらに食道の左後側に長軸方向に約1.5cmの穿孔が認められた(図3)。穿孔部周辺の食道壁には強い浮腫が認められたが、他には器質的疾患は認められず、穿孔部辺縁の色調もほぼ正常と思われたため、破裂部を3-0 Dexonで一次的に縫合閉鎖した。胸腔内を温生食水で再び洗浄した後、左胸腔の上後方および破裂縫合部に各1本のドレーンを設置して閉胸した。なお、

表2 術後経過

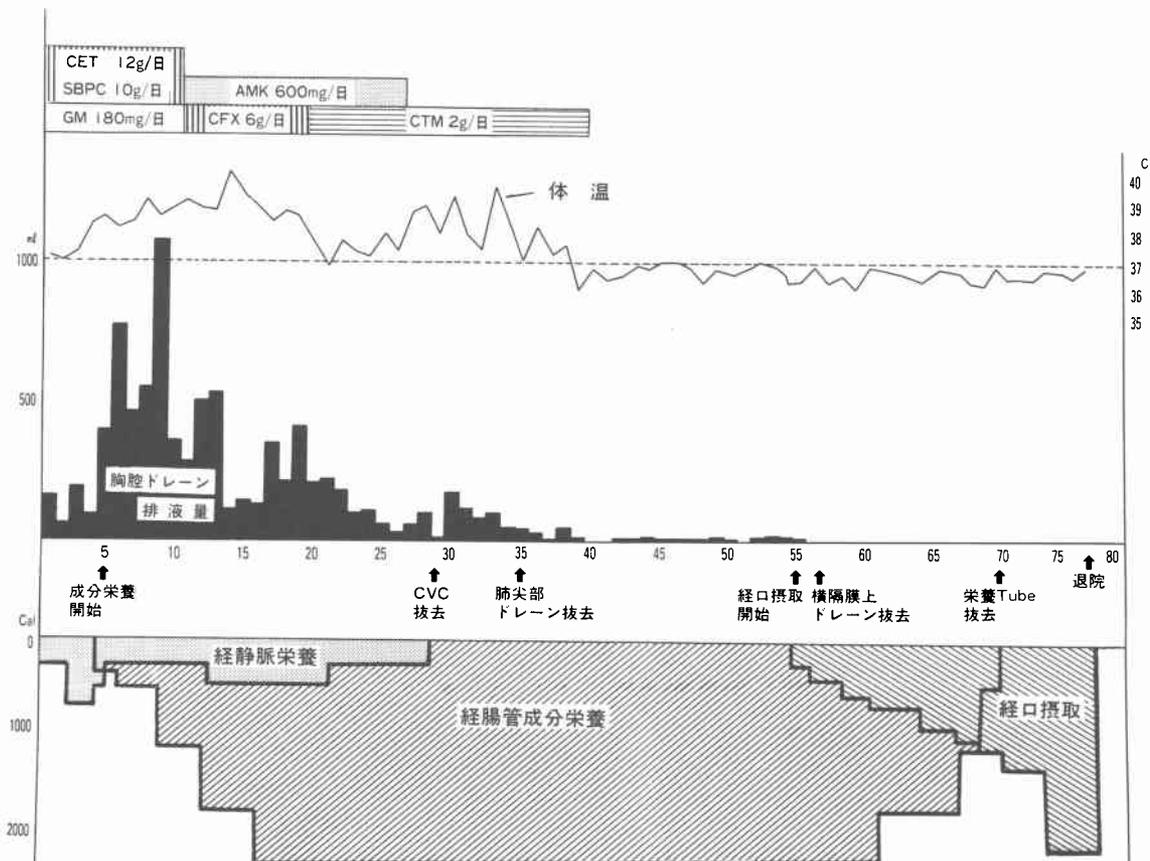
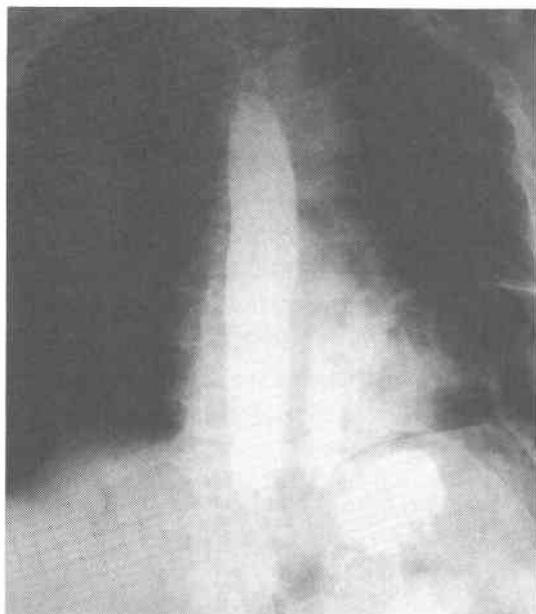


図2 食道造影. 下部食道より, 左胸腔内へ造影剤の漏出が認められる



縦隔胸膜の破裂部は, 開放のままとした。術後長期間の絶食が必要と考えられたため, 経腸的に成分栄養を投与する目的で, 空腸瘻を造設した。また胃内減圧の目的で経鼻胃管を挿入しておいた。

術後経過: 術後経過の概要を表2に示したが, 大量の抗生物質を投与したにもかかわらず, 術後2日目よ

り38~39℃の高熱が続き, 5日目には胸腔内ドレーンから胆汁の流出を認め, 破裂縫合部の哆開が示唆された。以後胸腔ドレーンの排液量は, 次第に増加し9日目には1日排液量が1,200mlに達した。術後経中心静脈栄養を開始し, 3日目以降は1日800Calを投与した。さらに5日目より空腸瘻より成分栄養を併用投与し, 漸次投与しカロリーを増加し, 15日目以降は2,400Cal/日とした。また術直後より5日目まで新鮮凍結血漿を毎日4バック投与した。20日目より胸腔内ドレーンからの排液量が減少しはじめたため, 29日目には経中心静脈栄養を中止し, 以後経管栄養のみで管理した。35日目には, 胸腔内ドレーンからの1日排液量は30mlと著明に減少し, また弛張熱も認められなくなったため, まず上後方に挿入したドレーンを抜去した。ドレーンからの排液は減少し続け, 55日目には全く認められなくなった。56日目に経鼻胃管を抜去し57日目に食道造影を施行した。造影剤の漏出は全く見られず, 通過も良好であった(図4)。同日経口摂取を開始し, 58日目に穿孔部に挿入したドレーンを抜去した。経口摂取量の増加とともに成分栄養を減少させていき, 70日目に成分栄養を中止し経口摂取のみとした。患者は, 77日目に退院し, 現在元気に日常生活を送っている。

考 察

Boerhaave 症候群に対する外科的治療の予後を左右する因子としてまず早期診断があげられる。外科的

図3 術中所見. 左後側食道壁に長軸方向に約1.5cmの穿孔を認めた

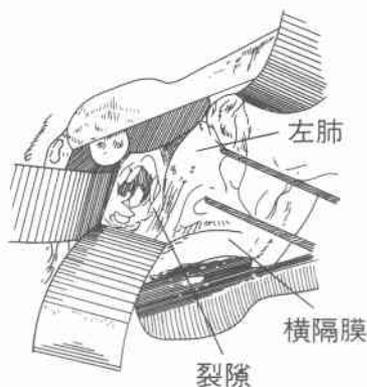
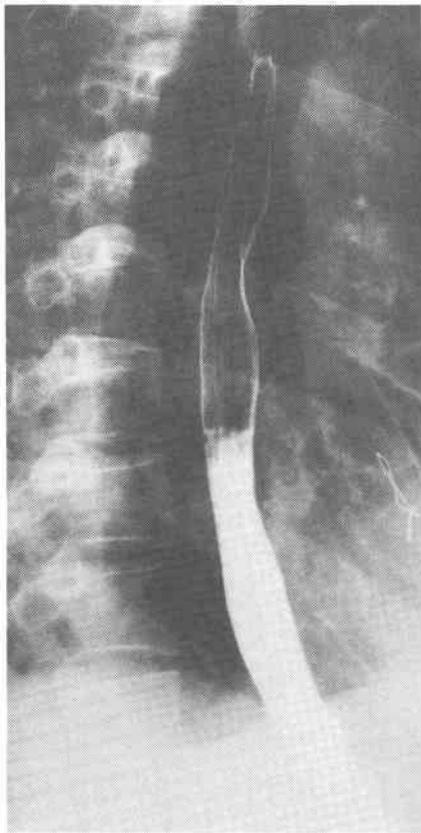


図4 術後食道造影。造影剤の漏出は全く認められず、通過も良好であった



治療がなされない場合、Derbes¹⁾によれば、発症後12時間以内に25%、24時間以内に65%、48時間以内に89%が死亡し、1週間以上の生存例はないと述べている。またBunch²⁾は、発症後24時間を越えると、その後たとえ外科的治療がなされたとしても、その予後は著しく不良であると述べている。発症時患者の多くは、悪心、嘔吐にひき続いておこる強い心窩部痛、胸骨後方痛、胸背部痛などを訴えるとされている。Barrett³⁾は、呼吸促迫、腹部筋性防禦、皮下気腫を、Mackler⁴⁾は、嘔吐、下胸部痛、頸部皮下気腫をそれぞれ3徴としているが、本邦報告例で皮下気腫を認めたとする例は少なく、本症例でも発症後28時間経過していたにもかかわらず、皮下気腫は見られなかった。本症例の確定診断には、水溶性造影剤による食道造影が必須で、造影剤の胸腔内漏出所見が不可欠である。したがって発症後の経過および臨床症状から本症が疑われたなら直ちに施行すべきである。

本疾患の治療方針については、多くの論議があるが、破裂後12時間以内の早期症例に対しては、手術的に破裂部の1次的縫合と胸腔および縦隔のドレナージを行う方針が一般的である。ところが、本症例のごとく破裂後長時間経過した症例については、治療上の方針に関して論議の多いところである。森ら⁵⁾によれば破裂後18~24時間以上経過すると、破裂部周囲の食道壁が壊死に陥り、的確な縫合閉鎖が困難となるため、ドレナージ操作のみに留めるべきであるとしており、本邦における他の報告例でも、ほぼ同様の意見が多いが、Symbasら⁶⁾のように、長時間を経過した症例に対しても積極的に1次的縫合閉鎖を試みるべきであるとするものもある。本症例も破裂後30時間を経過していたが、穿孔部周囲の食道壁が比較的健常に保たれていたため、1次的縫合閉鎖を試みた。本症例では術後5日目に縫合部哆開をきたしたが、縫合不全をきたしたにしても、ある程度の破裂孔縮小が望めること、縫合操作そのものが過大な侵襲とはならないこと、さらに成功すれば予後に非常に有効な結果を与えることなどにより、積極的に1次的縫合操作を試みるべきであると考えられる。しかし一方では、破裂部を含めた食道切除をすべきだとするものも⁷⁻⁹⁾いるが、本症例のごとく1次的縫合を行った破裂部が哆開しても、全身および局所の管理を的確にねばり強く行うことで破裂部の閉鎖を保存的にはかり得る場合が少なくないので、食道切除のような過大な手術方針は、できるかぎり避けるべきであろうと考えられる。

本疾患は長期の絶食期間を余儀なくされることが多く、栄養管理が問題となる。本症例では手術時に造設した空腸瘻より成分栄養を投与することにより、術後低タンパク血症をはじめとする低栄養は全く認められず、比較的容易に栄養管理を行い得た。最近島津ら¹⁰⁾も術後成分栄養投与が効果的であった症例を報告しており、手術時に同時に空腸瘻を造設することは、その後の患者管理の上で非常に意義のあることと思われる。

おわりに

破裂30時間後に手術的修復および胸腔内ドレナージを施行し、術後まもなく破裂縫合部哆開をきたしたが、胸腔内持続吸引と共に経腸管的成分栄養投与により、保存的に治癒せしめたBoerhaave症候群の1例を経験したので若干の文献の考察を加えて報告した。

なお本論文の要旨は第194回東海外科学会で発表した。

文 献

- 1) Derbes VJ: Rupture of the esophagus. Sur-

- gery 39 : 865—871, 1956
- 2) Bunch GH Jr: Spontaneous rupture of the esophagus. Am Surg 145 : 1001—1007, 1975
 - 3) Barrett NR: Spontaneous perforation of the esophagus review of the literature and report of three new cases. Torax 1 : 48—52, 1946
 - 4) Mackler SA: Spontaneous rupture of the esophagus. J Thorac Surg 17 : 613—620, 1948
 - 5) 森 昌造, 渡辺登志男, 渋谷一誠ほか: 特発性食道破裂, 自験例4例を含む本邦59症例の集計. 日消外会誌 9 : 91—102, 1976
 - 6) Symbas PN, Hatcher CR Jr, Harlaftis N: Spontaneous rupture of the esophagus. Am Surg 187 : 634—640, 1978
 - 7) 古賀敏睦, 森田 建, 石川博敏ほか: 高齢者にみられた特発性食道破裂の1手術治験例. 外科 42 : 788—792, 1972
 - 8) 米花正晴, 永瀬久嗣, 原 史人ほか: 特発性食道破裂の2治験例. 外科 35 : 1606—1608, 1980
 - 9) 倉光秀麿, 織畑秀夫, 太田八重子ほか: 特発性食道破裂の1治験例. 日臨外医会誌 29 : 522—525, 1968
 - 10) 島津久明, 斉藤英昭, 石川 功ほか: 特発性食道破裂の1治験例. 日外会誌 81 : 1595—1599, 1980