

P-289 肺癌左肺上葉切除術後膿胸合併気管支断端瘻に 対する大胸筋充填術による治療経験

弘仁会大島病院呼吸器科¹天理よづ相談所病院胸部外科² 同呼吸器内科³○鈴木雄治¹、園部 誠²、中川正嗣²、一瀬増太郎²池上直行²、長澤みゆき²、神頭 徹²、郷間 巖³

【症例】68歳、女性。94年11月左肺上葉腺癌に対し当科で左肺上葉切除術施行。pT3N0M0stageⅢAにて術後放射線化学療法施行。96年7月多発脳転移認め放射線照射施行。97年7月腰椎転移に対し放射線照射施行。同時に肝転移に対しエタノール注入施行。術後より気管支断端瘻を疑っていたが無症状のため経過観察していたところ、98年1月より咳嗽喀痰増加し膿胸を合併した。内科的治療ではコントロール不能となり98年3月大胸筋充填による根治術を施行した。体位は仰臥位で鎖骨下横切開と乳房下弧状切開にて大胸筋を剥離し第1、第2肋骨を部分切除、膿胸腔洗浄掻爬後断端瘻縫合閉鎖し大胸筋を充填した。術後3日目歩行可能、咳嗽喀痰は激減し仰臥位で就寝可能となりQOLが向上した。現在術後1年2か月担癌生存中である。

【考察】本術式は全身転移による消耗状態の中でも施行し得た比較的低侵襲な術式と思われた。全身に転移を有する症例ではその予後と全身状態から外科的治療は敬遠される傾向にあるが症例によっては適切な術式を選択すれば有効な場合があると思われた。

P-291 肺切除術後の呼吸機能についての検討

竹田総合病院呼吸器科¹、筑波大学付属病院呼吸器外科²、同臨床医学系外科³

○南 優子¹、一木克之¹、吉田 進¹、穴沢予識¹、安西吉行¹、井口けさ人²、内藤貴臣²、市村秀夫²、佐藤幸夫³、山本達生³、石川成美³、鬼塚正孝³、三井利夫³

【目的】肺切除での肺容量減少による呼吸機能の変化を明らかにすること。【対象・方法】1997年10月から1998年10月に肺悪性腫瘍に対する肺切除を施行した男性14例、女性14例の計28症例を対象にした。年齢は45歳から86歳で平均年齢69.1歳。B.Lは0~2080で平均602。術前及び術後3カ月目に動脈血液ガス分析、呼吸機能検査、肺血流・換気シンチを施行した。術式は肺摘除1例、肺二葉切除1例、肺葉切除+部分切除1例、肺葉切除20例、肺区域切除1例、肺部分切除4例であった。【結果】28例中1例が術後に在宅酸素療法の導入になった。PO₂値、PCO₂値は術前後で有意差は認めなかった。VC、FEV1.0は低下し、術前後で有意差を認めた。肺血流・換気シンチ比は術後が術後に有意に低下した。FEV1.0%は術後に上昇しているが有意差は認めなかった。【結語】肺容量の減少によって呼吸機能の低下を認め、また術直後はPO₂は低下し酸素投与が必要となるが、代償機転の働きによって、PO₂、PCO₂には影響を及ぼさなかった。

P-290 気管支断端閉鎖法の検討

名古屋第一赤十字病院呼吸器外科¹、
同 呼吸器内科²
○藤田興一¹、酒井秀造²

【はじめに】肺癌手術後の気管支瘻の発生は、肺葉切除では2~4%の頻度で発生し、肺全摘術後では7~9%の頻度で発生すると言われている。当院では、1992年7月右肺下葉切除後の気管支瘻を発生したが、それ以降は気管支断端処置法を変更し1例の発生もみっていない。当院での手術処置法を報告したい。

【対象】1992年8月より1999年3月まで当院で施行した肺癌手術252例中、気管支断端閉鎖の処置を行った区域切除以上の肺切除術226例（肺全摘12例、葉切除211例、区域切除3例）

【当院での気管支断端処置の方法】①肺全摘術では、気管支断端をSweet法の方角で器械縫合にて閉鎖し、その後、その中枢側をプレジェットつきポリエステル糸を使用し水平マットレスで閉鎖。その後、気管支膜様部を内側にする形で折りたたんで閉鎖している。この際にもプレジェットつきポリエステル糸を使用している。最後に心膜前脂肪組織で被覆している。②肺葉切除、区域切除では、気管支断端を器械縫合で閉鎖し、さらに中枢側をプレジェットつきポリエステル糸で水平マットレスで閉鎖している。

【結語】プレジェットつき糸を使用することにより、断端の閉鎖を強化できると思われる。

P-292 僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症に合併した原発性肺癌の1切除例

大村市立病院外科¹、長崎大学第一病理²○吾妻康次¹、福岡秀敏¹、猪野睦征¹、樋上賀一²

心疾患合併肺癌において心肺同時手術の報告は増加しているが、弁疾患との同時手術には議論のあるところである。今回我々は僧帽弁疾患に合併した原発性肺癌切除の1例に対して心手術先行の二期的手術を行ったので報告する。症例は視力障害のある65才女性で労作時呼吸困難を訴え、94年僧帽弁狭窄症を診断され、98年3月NYHAⅢ°、心拡大、肺鬱血の増強とともに胸部異常陰影が指摘され、精査にて僧帽弁狭窄兼閉鎖不全症(MVA=1.12cm²、MR=Ⅲ°、PCWm-LVEDP=3mmHg、PA=27/10(16)mmHg、CI=2.56、CTR=65.4%)と左肺上葉S³の腺癌(c-T1N0M0、%VC=56%)が診断され98年5月手術目的に入院。5月20日僧帽弁置換術+三尖弁輪縮小術を施行したが、心拡大強く、前方からの肺切除は困難で、低肺機能もあり追加肋間切開による同時手術は不利と判断。6月22日肺癌の手術として後側方切開にて左上肺上区切除+舌区部分切除術+R2aを施行し出血量325gであった。切除標本は2.3×2.3×2.0cmであるがpm1(上区)で、p-T2N0M0、p-stageⅠの高分化腺癌であった。術後反回神経麻痺を認めたが、肺炎の合併なく術後経過は良好で、肺癌術後11ヶ月再発なく健在である。開心術必要な肺癌において、低心肺機能で、予後が期待できる左側肺癌であれば、心手術先行の二期的手術が適切と考えられる。