

## P-405 気胸を契機に発見された肺アスペルギルス症の2例

<sup>1</sup>東京都立豊島病院 外科, <sup>2</sup>東京医科大学 外科学第1講座

及川 武史<sup>1</sup>, 伊藤 哲思<sup>1</sup>, 金 慶一<sup>1</sup>, 加藤 治文<sup>2</sup>

今回我々は気胸を契機に発見された肺アスペルギルス症の2例を経験したので、ここに供覧する。症例1, 32歳男性。左背部痛を主訴に当院整形外科受診。胸部レントゲンにて両側巨大気腫性肺嚢胞を認めたため当科紹介となった。胸部レントゲン・CTにて左巨大気腫性肺嚢胞内に鏡面像を呈する貯留を認めたため、肺感染によるもの診断した。左側方開胸による giant bulla 切除術を施行。病理にて肺嚢胞内にはアスペルギルスの菌集塊を認め肺アスペルギルス症と診断した。術後イトラコナゾール内服にて経過観察中である。症例2, 61歳男性。左胸痛を主訴に近医受診。胸部レントゲンにて左肺虚脱を認め自然気胸と診断し当院紹介となった。左胸腔ドレナージを行うも持続するエアリークを認め胸腔鏡補助下左肺部分切除術を施行した。エアリークは炎症性の結節の穿孔が原因であった。病理にて炎症性の結節内にはアスペルギルスの菌集塊を認め、肺アスペルギルス症と診断し経過観察中である。肺アスペルギルス症は免疫力低下時認められるが、今回のように全身状態が良好な患者において認められることは、比較的にまれである。症例1では巨大気腫性肺嚢胞がアスペルギルス感染の誘因になったと考えられ、症例2ではアスペルギルス感染により空洞を形成し、その一部が穿孔したため気胸を発症したと考えられた。2例とも外科的治療にて良好な経過を得ている。

## P-407 救命し得た急性降下性壊死性縦隔炎の一例

北九州総合病院 外科

藤崎 成至, 新宅 究典, 北山 輝彦, 西亀 正之

降下性壊死性縦隔炎は縦隔の解剖学的特徴から炎症は非常に急速に進行し、しばしば致死的経過をたどるため、早期診断治療が重要である。治療の基本は開胸を含めた徹底したドレナージ、及び強力な抗菌化学療法とされる。今回、我々は、頸部及び縦隔のドレナージにより救命し得た降下性壊死性縦隔炎の一例を経験したので報告する。(症例)71歳、女性 主訴:咽頭痛、頸部腫脹 病歴:平成16年5月3日より咽頭痛が出現。5月7日に耳鼻科で抗生剤点滴投与するも症状改善を認めなかった。頸部腫脹、疼痛、炎症反応は増強し、尿量の低下も認められた。5月12日頸部CT施行、頸部膿瘍を認め、緊急開放ドレナージ術が施行した。術後、人工呼吸器装着下で呼吸循環管理とした。頸部開放創及び口腔内病巣部の洗浄、抗生剤投与した。5月17日胸部CTで縦隔内、胸腔内に広範な膿瘍形成を認め、DNMと診断して開胸縦隔ドレナージ術を施行した。6月12日尿量低下が顕著になり、全身に浮腫と中毒性皮疹が出現。利尿薬にても浮腫の改善みられず、著しい全身浮腫が持続した。薬剤アレルギーを疑い全薬休止し経過観察。浮腫の改善がみられないため、21日からステロイド投与開始。23日にCHDF導入。5日間に合計約20リットルの除水を行う。その後、尿量増加がみられ全身の浮腫は著明に改善した。28日のCTにて膿瘍はほぼ消失した。気管チューブの抜管後、排痰不良からの誤嚥性肺炎を発症。気管切開術を行った。その後はリハビリテーションと肺炎治療を継続した。(結語)今回我々は、広範な進展を示した降下性壊死性縦隔炎に対して、頸部、開胸縦隔ドレナージ術を行い、術後全身著明な浮腫に対してCHDFを行い救命し得た一症例を報告した。

## P-406 当科で経験した膿胸に対する手術症例の検討

<sup>1</sup>新潟労災病院 呼吸器外科, <sup>2</sup>産業医科大学 第二外科

井上 政昭<sup>1</sup>, 能勢 直弘<sup>1</sup>, 鬼塚 貴光<sup>1</sup>, 安元 公正<sup>2</sup>

【目的】膿胸に対する外科治療は、胸腔鏡下治療の導入により急性膿胸に対しても手術が行われるようになってきた。当科で外科治療を施行した無瘻性膿胸症例に対し胸腔鏡下手術の有用性について検討を行った。【対象】2002年4月から2004年11月まで当科で無瘻性膿胸に対し手術を施行した6症例。【結果】男性4例、女性2例、平均年齢70.3(67~78)歳。基礎疾患は、肺癌2例、脳出血1例、糖尿病1例、脾梗塞1例に認められた。発見動機は、肺癌化学療法中2例、発熱2例、胸痛1例、他疾患治療中1例。起因菌はMRSA3例、Pseudomonas aeruginosa2例、Streptococcus intermedius1例、2例は同定されなかった。6例中5例は線維素膿性期の急性膿胸と判断し胸腔鏡下肺剥皮術施行、1例は器質化期と判断し開胸肺剥皮術が施行された。胸腔鏡下肺剥皮術(再手術を含む)の平均手術時間は116分(55~170分)、平均出血量は49.9ml(10~180ml)、術後平均在院期間21.9日(15~42日)。胸腔鏡下手術症例の術後経過は、5例中4例は治癒、1例は基礎疾患である糖尿病治療中に再発したため胸腔鏡下肺剥皮術を再施行し治癒に至った。開胸肺剥皮術を施行した1例は、初回治療で治癒に至らなかったが、胸腔鏡下に再手術を施行し治癒に至った。【結論・考察】急性無瘻性膿胸に対する胸腔鏡下手術で全例に術後肺の良好な再膨張を得ることが出来き、初回治療で治癒に至ることが出来なかった症例に対しても、再手術を胸腔鏡下手術で行うことで治癒に至ることが出来た。急性膿胸治療において膿胸腔の単房化と肺の再膨張が重要である。この点から考慮しても胸腔鏡下手術は急性膿胸治療において有効であると考えられた。

## P-408 気漏閉鎖に難渋した小児急性膿胸の一例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 呼吸器外科, <sup>2</sup>富士宮市立総合病院 外科, <sup>3</sup>浜松医科大学 第一外科

松下 晃三<sup>1</sup>, 大井 諭<sup>1</sup>, 霜多 広<sup>2</sup>, 鈴木 一也<sup>3</sup>, 数井 暉久<sup>3</sup>

【はじめに】今回我々は気漏閉鎖に難渋した小児急性膿胸の一例を経験したので報告する。【症例】4歳、女児。主訴は発熱、咳嗽。平成14年3月4日頃より、発熱、咳嗽が出現。近医受診し内服治療を受けたが改善せず、3月20日当院小児科を紹介され入院。胸部X線で右中下肺野に浸潤影を認め、血液検査でWBC;15300、CRP;26.3と著明に上昇し、喀痰細菌培養で黄色ブドウ球菌を検出。3月22日右胸水を認め、胸腔ドレナージを施行。茶色混濁した胸水を認めたが、胸水細菌培養は陰性。3月31日胸部CTで右肺炎及び多発性薄壁空洞形成を認め、膿胸腔内部に隔壁を形成していた。黄色ブドウ球菌による肺炎、急性膿胸と診断し、内科的治療では改善しないため、4月4日胸腔鏡補助下の開胸にて膿胸腔内搔爬ドレナージ術を施行。術中所見では、右膿胸腔内に茶色混濁した胸水と膿が充満し肺表面は膿性膜で覆われ、右中下葉には薄壁空洞形成を認めた。可及的に膿胸腔内を搔爬したが、肺表面は脆弱で気漏及び出血のコントロールに難渋したため、シート状組織接着閉鎖剤及びPGAフェルトとフィブリン糊を使用して気漏閉鎖及び止血を行い手術を終了。術後経過は良好で、右肺の膨張も良好で肺炎も改善し、4月18日胸腔ドレーンを抜去。5月8日退院。【結語】急性膿胸の繊維素膿性期に手術を行うことにより良好な結果を得た。術中の気漏閉鎖及び止血に対してシート状組織接着閉鎖剤及びPGAフェルトとフィブリン糊が有用であった。