The Japanese Association for Chest Surgery

P-205 若年者の両側性自然気胸症例の検討

石川県立中央病院　呼吸器外科

田村　昌也，村田　智美，太田　安彦

【背景と目的】十代の若年者の気胸症例では，反対側にも異時性に気胸を発症することが多い．気胸手術時に反対側発症を予測可能か検討した．【対象と方法】当院で1992年から2000年までに手術を施行した，自然気胸症例261例のうち，19歳以下の58例を対象とした．【方法】気胸手術時に撮影したCTにて反対側の嚢胞の有無を確認した．また手術時の嚢胞の肉眼的特徴によって，以下の3群に分類した．1型：孤立性小嚢胞，2型：多発性の大嚢胞，3型：小さな微慢性嚢胞群，である．全例に術後2年以上の経過観察を行い，同側再発，対側再発の有無を調査した．【結果】同側再発は18例（31.0％），反対側発症は15例（25.9％）に認められた．CTにて反対側にも嚢胞が確認された31例のうち，2年以内に反対側にも気胸を発症したのは8例（25.8％）であった．一方，初回手術にて嚢胞が3型であった22例のうち，反対側にも気胸を発症したのは12例（54.5％）であった．また，12例のうち8例（66.7％）は反対側の嚢胞肉眼型も3型であった．【結論】初回手術時のCT所見による嚢胞の認められる症例よりも，手術時の嚢胞肉眼所見で小さな微慢性嚢胞を呈した症例では，反対側にも気胸を生じる危険性が高い．

P-206 嚢胞腎の責任遺伝子PKD-1が気腫性肺嚢胞に存在するかどうかについての検討

[1]昭和大学　医学部　第一外科，[2]昭和大学横浜市北部病院　呼吸器センター

山本　滋[1]，野中　誠[1]，片岡　大輔[1]，門倉　光隆[2]，井上　恒一[1]，川田　忠典[1]，高場　利博[1]

【目的】胸膜直下に気腫性嚢胞が発生する機序は明らかとなってはいない．この機構を解明する目的で，嚢胞形成関連遺伝子の存在および発現の検索を行うことが必要とされる．そこで今回，嚢胞性の変化を示す遺伝性疾患の嚢胞腎の責任遺伝子PKD-1に着目し，肺嚢胞における発現を検討した．【対象と方法】1999年2月から2002年1月までに当施設にて手術を行い，遺伝子解析材料として使用する承諾を得た気胸手術によって手術した59検体を対象とした．免疫染色には，ヒトPKD-1ポリクローナル抗体（Santa Cruz）を用いた．【結果】気腫性肺嚢胞59例中，15例がPKD-1で染色された．このうち肺嚢胞が多発した症例での陽性率は24.4％であった．【考案】今回の検討で肺の嚢胞形成にPKD-1抗体で染色される蛋白の関連が示唆されたが，これがPKD-1蛋白かあるいはPKD-1類縁の共通エピトープを有するものかどうかは明らかでない．これを明らかにする為に現在PKD-1遺伝子領域のRT-PCRにより当該遺伝子のm-RNA解析を行っている．

P-207 CTガイド下マーキング時に発症した空気塞栓症の一例

[1]磐田市立総合病院　呼吸器外科，[2]藤枝市立総合病院　心臓呼吸器外科，[3]浜松医科大学　第1外科

大井　諭[1]，伊藤　靖[1]，閏谷　洋[2]，鈴木　一也[3]，数井　暉久[3]

【はじめに】単純X線で描出困難な小型肺腫瘤に対し，CTガイド下マーキング後手術を施行する機会が増えてきている．今回我々は，CTガイド下マーキング時に発症した空気塞栓症の一例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する．【症例】55歳男性．偶然撮影した腹部CTにて，左S9のG.G.O.を指摘された．術前確定診断が得られないため，CTガイド下マーキング後手術を予定した．マーカー針穿刺直後，激しい咳嗽と中等量の喀血の後，右不全麻痺と構音障害が発症した．CTにて左室内に空気貯留を確認した．臨床症状は約40分後，左室内の空気は約2時間30分経過して消失した．その後，後遺症なく経過し，胸腔鏡下で手術を行った．切除標本の病理組織診断はA.A.H.だった．【考察】CTガイド下マーキング時の合併症は，気胸，肺出血が多い．頻度は少ないが重篤な病状を呈する合併症として，悪性細胞播種と空気塞栓がある．空気塞栓症は，施行直後より症状が発現し，適切な治療を誤れば重篤な後遺症や死に直結する．今回撮影されたCT画像の分析により，左室内への空気の流入経路が推察できた．また，その対策についても検討してみた．

P-208 難治性吃逆に対し胸腔鏡下両側横隔神経切断術を施行した1例

松山赤十字病院　呼吸器外科

隠土　薫，江頭　明典，金子　聡

吃逆は効果的な薬物療法が確立しておらず，その治療は難渋し患者も多大なストレスを受ける場合がある．様々な治療にもかかわらず，2年以上もの間吃逆が継続している症例を経験したので報告する．【症例】74歳，男性【現病歴】約6ヶ月間持続する吃逆を主訴に平成13年1月当院受診．胃腸科，整形外科，耳鼻咽喉科，神経内科，呼吸器内科受診するも，原因不明であり，麻酔科にて横隔神経ブロックを行うことで約40分間吃逆が停止するのみであった．横隔神経挫滅術施行目的にて同年3月当科紹介受診した．【既往歴】29歳：外傷により胃，腎臓，肝臓の手術（詳細不明）．39歳：胆摘術【治療経過】平成13年5月胸腔鏡下左横隔神経挫滅術施行するも術2日後より吃逆出現．6月胸腔鏡下右横隔神経挫滅術施行．しかし術8日目より吃逆は再発した．吃逆の出現中はその刺激により嘔吐を来し，食欲も低下，IVH管理を必要とする時期もあった．内服治療にても一向に軽快しないため，両側横隔神経ブロックにより呼吸抑制の無いことを確認し，平成14年3月胸腔鏡下両側横隔神経切断術を施行した．術後断続的に小さな吃逆を認めるも，日常生活は可能となり外来通院中である．

NII-Electronic Library Service