

一 般 演 題 抄 錄

5. 先天性気管狭窄症に対するスライド気管形成術の経験

吉田 洋 八木 誠 野上 隆司 吉田 英樹 中村 成宏
近畿大学医学部外科学教室 (小児外科部門)

はじめに 先天性気管狭窄症は稀な先天異常であるが、乳児の突然死を来す疾患であり緊急の治療を要する。今回我々は本症の一例に対しスライド気管形成術を行い良好な結果を得ているので報告する。
(症例) 10か月の女児。呼吸困難を主訴に近医を受診。陥没呼吸・努力呼吸が著明で気管内挿管を施行されたがなおも呼吸状態不安定のため当院へ搬送され、直ちに ICU 入室となった。胸部 CT にて気管分岐部直上にまでおよぶ長さ約 3 cm の気管狭窄を認めた。気管内視鏡は狭窄部上方までしか挿入できず、狭窄部は pin hole 様に観察された。sedation, 筋弛緩下に人工呼吸管理としたが、呼吸回数、気道内圧とも高い設定が必要であった。入院後 8 日目に手術を施行した。手術は人工心肺下にスライド気管形成術を行った。気管を狭窄部の中央やや口側で横切し口側気管を後面正中、尾側気管を前面正中で切開しスライドさせて縫合した。狭窄部の気管内腔は径 1

mm 程度であったが、この形成術により 4.0 mm チューブが挿入可能となった。術後経過は良好で、呼吸管理は容易となり術後 10 日目に抜管可能となった。気管縫合部の肉芽形成のため、術後 24, 37 日目に内視鏡下にレーザー肉芽焼灼術を施行した。

考案 狹窄部が広範囲におよぶ気管狭窄症には従来肋軟骨グラフトパッチを用いた気管形成術が行われてきた。この方法では遊離肋軟骨の血流の問題、縫合線が長く肉芽が発生すること、肋軟骨に気道上皮が形成されるまで長期間を要し 3-4 週間の術後鎮静が必要、などの点が問題とされてきた。今回我々が行ったスライド気管形成術では早期に抜管が可能であった。気管の縫合線は長く肉芽発生の問題はあるが、現在まで肉芽は比較的軽度である。本法は狭窄部が広範囲におよぶ先天性気管狭窄症に対するすぐれた術式であると考えられた。

6. 当科における肺サルコイドーシスの臨床的検討

内藤 映理 岩永 賢司 山片 重良
大森 隆* 上田 朋子 山藤 緑
佐野 博幸 宮良 高維 村木 正人

近畿大学医学部内科学教室 (呼吸器・アレルギー内科部門)

市橋 秀夫 池田 容子 北口 佐也子
佐藤 隆司 佐野 安希子 辻 文生
原口 龍太* 久保 裕一 東田 有智

*国保 橋本市民病院

1994年1月より2004年までの間、当科において経験した肺サルコイドーシス18例について臨床的に検討した。

症例：平均年齢46.6歳、男性8例、女性10例、胸部レントゲン分類では、I期8例、II期8例、III期2例であった。診断方法の内訳としては、TBLB 8例、縦隔鏡3例、皮膚生検1例、臨床診断群6例であった。TBLB診断例の病期は、I期2例、II期5例、III期1例であった。TBLBを試行したのは17例でありその病理学的診断率は約47%であった。気管支内視鏡にて、粘膜浮腫、発赤、血管怒張などの粘膜所見のみられた例は4例あり、4例ともTBLBに

て非乾酪性類上皮細胞肉芽腫が認められた。TBLBにて診断が得られなかった症例においては BALF での総細胞数の増加、リンパ球の增多、CD 4/8 比の著明な上昇、血清 ACE の上昇などが診断に有用であった。

結語：生検による確定診断が得られず、診断基準に準じて臨床的にサルコイドーシスの診断を行った症例が6例あった。臨床的診断基準において組織診断は必ずしも必要でないが TBLB を施行する事で確実な診断が行えること、他のびまん性肺疾患を除外できることなどの理由で積極的に TBLB を施行した方が良いと考えられた。