第3図 浮腫茸状型(2例)治療前後の病態

1) 病歴, 自他覚的所見, 単純X線所見の3つの資料から大体前述の病態を推定する。

2) 限局(感染)型の場合は, 局所的には排膿処置を積極的に行い, 必要があれば上顎洞穿刺, 洗浄を行い, 薬物療法は抗生物質, 酵素剤を主とし, 局所的にも全身的にも使用する。局所的には洞穿刺注入, エロソール, プレッツ氏法を適宜用い, 全身的には内服で投与する。高度病変のもの, 特殊なものには根治手術も積極

的に行う。

3) ビマンカタル型の場合は, 排膿の悪くないものが多いので, 洞穿刺, 洗浄などの排膿を目的とするような方法はあまり必要がない。薬物療法としては酵素剤, 抗アレルギー剤などを主に用いるが, 急性増悪とか膿性の傾向が強いときは抗生物質を併用すると効果的なことがある。局所的にも以上の薬物を主に用い, 副腎皮質ホルモンも適宜併用して, エロゾール, プレッツ氏法を行う。しかし粘液性, 粘膿性鼻漏がなかなか軽快しないものがあるが, 気長に保存療法をするようにしている。栄養, 生活環境も考慮すべきである。病変も強く症状も著しければ根治手術をする。

4) 浮腫茸状型は, 保存療法は主として対症療法となる。鼻呼吸・排膿をよくする為 Polipotomie は行う。最終的には根治手術である。

(原稿到着 昭和47年2月2日
別刷請求先 名越 好古
〒143 東京都大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部耳鼻咽喉科)

慢性副鼻腔炎の保存的治療の適応と限界

おく 田
奥 田

みのる
稔*

1 “慢性副鼻腔炎の根治手術の適応はどこにかくべきか” というテーマで, 日耳鼻第68回総会で, 名越教授が司会で, シンポジウムがおこなわれた。この時, 著者はシンポジストの一人として参加し, 自身の意見を述べた(日耳鼻71巻補4, 1968)。その時と私の考えは変わっていない。

2 問題は, 慢性副鼻腔炎の保存的治療の目的をどこにおくかである。症状が一時的に軽減

すればよいのか, 完全に消失させるのか, 一度軽減した症状が, 日ならずしてもとに戻ってもよいのか, 長期にわたり効果が持続しなければいけないのか, さもなければ, 保存療法の目的は達せられないのか, という疑問がなげかけられる。このような疑問がおこると, すぐに, 慢性副鼻腔炎の治療とは何か, 再発とは何か, 正常副鼻腔粘膜とは何か, という疑問が芽づる式に出てくるのである。以上の問題は, 治療する

Indication of Conservative Treatment for Chronic Paranasal Sinusitis.
Minoru Okuda

* 和歌山県立医科大学耳鼻咽喉科学教室

医者側の独断できめられるべきものではなく、患者1人1人の社会的、個人的条件も考慮されるべきである。

著者は、ここでは、慢性副鼻腔炎の保存的治療も、治癒を目途とすべきであり、短時日にもとに戻るのでは困る、という命題を設定して、議論を進めたい。多少断定的な嫌いがなくても、1) 治療後の粘膜は、厚さ3 mm以下で、上皮下の浮腫、細胞浸潤、腺の増殖はほとんどなく、結合組織増殖は強い。2) いわゆる“かぜ”により急性炎症はおきて、他覚的所見、自覚症状は数週で消失し、慢性的に続かない、という状態に、副鼻腔をもち来すには、保存的療法をいかにすべきか、その限界はどこにあるかということになる。多数の鼻症状のない人の上顎洞を、X線撮影、造影法、洞内視鏡検査、試験切除粘膜の組織学的検査の結果からみて、正常上顎洞は、X線学的に陰影増強はなく、粘膜は厚さ1 mm以下で、表面平滑で、造影剤は24時間で約1/2排泄され、排泄口は開孔している。内視鏡では、粘膜は黄橙色で、血管が透視できる。組織学的に、上皮の配列は規則的で、上皮は疎な結合組織でしめられ、腺に乏しい。また多数例に保存的治療をおこないつつ、X線検査、内視鏡検査、組織学的検査をした症例の経験からいえば、上記のような正常粘膜にまでもち来さなくとも、はじめにあげた状態に副鼻腔が至るなら、急性炎にかかり一旦は症状が悪化しても、簡単には元に逆戻りせずにおさまるのである。

3 以上の目的を達成するには、治療前の副鼻腔炎の状態はどのようなものであるかが、問題とされる。保存的治療をしていて、一番はじめに消失するのは細胞浸潤である。排泄さえつけば、洗浄、抗生物質の使用で、細胞浸潤を容易に軽減させられる。次が浮腫である。粘膜が浮腫茸状になると、その治療はむづかしく時間がかかる。しかし、さらに改善のおくれるのは、腺の増殖である。これによる分泌物が鼻漏となって患者を悩ますばかりではなく、洞内貯溜によ

り、粘膜の正常化をさまたげる。

このような観点から、保存的療法の適応を大ざっぱにきめると、次のようになる。鼻鏡所見で中甲介、中鼻道は浮腫状に腫脹しているが、茸状ではなく、中鼻道、嗅裂はある程度あいており、鼻汁も多くない。単純X線撮影像で、副鼻腔陰影増強はあるが、軽度である。20%モルヨードールによる造影像で、上顎洞粘膜の厚さは5 mm以下で、茸状変化が少ない。排泄試験で24時間内にモルヨードールは1/3以上排泄される。また中鼻道にアドレナリンガーゼを挿入して、粘膜減脹後、20%モルヨードールによるプレッソ置換法を行ない、モルヨードールが篩骨蜂巢内にある程度入る。これらの条件はすべてが満たされなければならないというほど厳格ではないが、モルヨードール造影所見で、大体の条件が満たされるのが望ましい。対象となる副鼻腔はまず上顎洞、ついで篩骨蜂巢である。

4 粘膜腫脹が5 mm以上では当然自然孔も閉塞し、造影剤、膿汁の排泄は不良となる。鼻鏡所見で中甲介、中鼻道の腫脹が強く、茸状に近く、篩骨胞がはり出していたり、X線上篩骨蜂巢に陰影の強い例、上顎洞粘膜が茸状の傾向のある例では、単なる保存的療法の限界をこえている。これらには、中鼻道膜様部を切開して、排泄孔を拡げ、同時に篩骨胞、茸状粘膜、前部篩骨蜂巢の一部の除去をおこなう。また、下鼻道に開窓し、そこより薬剤の注入、洗浄、鉗子による茸状粘膜の除去をおこなう。このような、外来でおこなえる簡単な処置で、保存療法の適応はさらに広がる。この場合、あけた対孔は3～6ヶ月の治療後、閉塞してもかまわないと考えている。それ位の程度のあけ方でよい。

5 ここまで書いてくると、当然保存療法の方法にふれなければならない。治療法の巧拙で、適応限界もかわってくるからである。しかしながら、これについては、他の文献(今日の治療指針1970 医学書院)を参照して頂きたい。ただおことわりしておきたいのは、鼻症状は、

鼻腔、鼻咽頭の変化でおこるものが多いから、鼻中隔彎曲、粘膜肥厚、鼻茸、咽頭扁桃肥大などの処置がなければ、患者の苦痛を除くのは、不可能である。また、すべての慢性炎がそうであるように、慢性副鼻腔炎も、長い期間の辛棒

づよい治療を必要とする。

(原稿到着 昭和47年1月19日
別刷請求先 奥田 稔
〒640 和歌山市七番丁1
和歌山県立医科大学耳鼻咽喉科)

慢性副鼻腔炎の保存的療法

しゅ 執 行 きよう 考 考 たか とも 胤*

「あなたの鼻は蓄膿症ですよ」と患者に告げる方が、「副鼻腔炎ですよ」と告げるよりも患者はよく理解するものだ。それ程副鼻腔炎は、「蓄膿症」として人口に膾炙されて古くから行き渡っている疾患である。

近來副鼻腔炎はその治療面において次第に保存的療法に重点が置かれている様に思われる。すなわち抗生物質や酵素療法が拡く行き渡って來た事はもちろんであるが、他面生活改善も大きな要素と思われる。

各副鼻腔の炎症はそれが慢性となると孤立して保存する事はなく大部分が、四つの副鼻腔とも関連して同時に炎症を持っているものである。その成因は、急性炎症から単純に慢性へ移行したと思われる例は少ない様である。

A. 初診時に

- 1 素因.
- 2 鼻腔の通気の程度と左右差.
- 3 鼻漏の性状.
- 4 鼻漏があれば、後鼻漏か否か.
- 5 他の訴え、例えば、頭重、頭痛、肩凝り、視力異常、嗅覚異常、鼻汁等々.
- 6 成人であれば、幼少児期の鼻疾患.

以上の様な事柄をできるだけ問診する様に

B. 診察、検査

- 1 中甲介前端から下甲介におよんで膿汁が認められるか.
- 2 中甲介と鼻中隔の間に膿汁が認められるか.
- 3 後鼻腔上部に膿汁が認められるか.

これらは吸引管で膿汁を吸引しつつ追跡すればその出所を認める事ができる。

一方レ線所見では陰影を認めても、必ずしも膿の存在を意味しない場合がある事や、レ線所見必ずしも患者の自覚的な訴えと一致しない事も考慮に入れなければならない。

C. 保存的療法を行うにあたっての二、三の考え.

1 細菌に対する考え.

もちろん慢性副鼻腔炎は感染症にはちがいないが、in vitro の考えでは之は律されない事で、簡単に洞内の細菌に抗生物質などが作用するとは考えられない。その為にその理由を考えねばならない。もちろんこの感染に見られる細菌は種々雑多と言っても過言ではなく、この問題については昨今の諸賢の研究で明らかな事である。

2 素因に対する考え.

副鼻腔炎を持った患者はその大部分が両親