症 例

急性化膿性胆管炎症例の検討

札幌医科大学第 1 外科（主任教授：早坂 滉）

平 田 公 一	江 端 俊 彰	及 川 郁 雄
大 久 保 衛	山 田 毅	丸 山 芳 朗
白 井 朋 明	桂 巻 正	小 林 謙 二
金 野 有 光	白 松 幸 爾	早 坂 滉

A STUDY OF THE CASES OF ACUTE SUPPURATIVE CHOLANGITIS

Koichi HIRATA, Toshiaki EBATA, Ikuo OIKAWA, Mamoru OKUBO,
Takeshi YAMADA, Yoshiro MARUYAMA, Tomoaki USUI,
Tadashi KATSURAMAKI, Kenji KOBAYASHI Arimitsu KONNO,
Koji SHIRAMATSU and Hiroshi HAYASAKA
1st Department of Surgery, Sapporo Medical College
(Director : Prof. Hiroshi Hayasaka)

急性閉塞性化膿性胆管炎を含む重症化膿性胆管炎の病態は、胆道の閉塞と感染という二因子に規定されることが多く、胆管内が empyema の状態となったもので、内圧の亢進とともに起炎菌が cholangio-venous reflux により血中に移行し敗血症性ショックを起こし、緊急なドレナージをしない限り救命できない状態を呈する^{1)~4)}。

過去 9 年間に当教室で経験した 22 例の重症化膿性胆管炎症例について予後良好例・不良例の 2 群に分け、臨床所見・経過の比較検討を行ない、本症の予後に影響を与える因子について検討した。その結果、予後不良例においては、血小板の減少、多発性肝膿瘍・リムステスト陽性・原疾患として悪性腫瘍の存在・PTCD の施行遅延などを認める症例が多く、Reynolds の 5 徴や一般臨床検査値（血清総ビリルビン値・トランスアミナーゼ値・BUN 値）については特に両群間に差はなかった。また、一般に悪性腫瘍における本症発生率は低いといわれているが、急速閉塞機転を伴うものも、決して少なくないと考えられた。

索引用語：急性化膿性胆管炎，PTCD

緒 言

胆道感染には種々の段階のものがあ、外科的処置が急がれるものとして重症胆管炎がある³⁾。本症の大部分は胆道内容に感染が著明であり胆汁うっ滞あるいは胆道閉塞を除去しない限り、改善するものではない。本症に対して確立した定義はないが、閉塞の程度と感染胆汁の性状から、閉塞性・非閉塞性、化膿性・非化膿性に分類されることが多い⁴⁾。なかでも急性閉塞性化膿性胆管炎は電撃的経過をたどり、早朝の胆道ドレナージ以外はまったく救命しえない最重症病態として理解されている^{1)~4)}。しかしこの病態は、前述のような

胆管形態および胆汁性状に加えて、Charcot¹⁾の 3 徴あるいは Reynolds²⁾の 5 徴をはじめ数種以上の重篤な徴候を必須因子として具備しているものと規定されているが、報告者によって必ずしも一致していない点で問題が残されている。今回は胆道閉塞を伴ない、いわゆる化膿性胆汁を示した症例で、Charcot の 3 徴にショック症状か中枢神経症状を示した症例を重症化膿性胆管炎症例とし、なかでも Reynolds の 5 徴を伴なう症例を急性閉塞性化膿性胆管炎症例として規定した。このような化膿性胆管炎の教室経験 22 症例について検討したので報告する。

検討対象症例

当教室において1974年7月から1983年6月までの9年間に手術された胆道系疾患は表1に示したように933例で、このうち重症化膿性胆管炎の発生を認めたのは22症例で、急性閉塞性化膿性胆管炎が12例含まれている。22症例の原疾患の内訳は、良性疾患が9例でこのうち遺残結石のために発生したのが3例あり、また悪性疾患は13例で胆管癌10例をはじめ膵頭部癌・乳頭部癌・胆嚢癌・原発不明癌が含まれている。急性閉塞性化膿性胆管炎症例は良性疾患症例で5例、悪性疾患症例で7例であった。原疾患に対する重症胆管炎あるいは急性閉塞性化膿性胆管炎の発生頻度の点では、胆管癌・胆管結石・乳頭部癌などで高く、とくに前2者で絶対数において多かった。重症化膿性胆管炎の予後良好例は13例でこのうち良性疾患が7例含まれているのに対し、予後不良例は9例で悪性疾患が8例含まれている。急性閉塞性化膿性胆管炎の予後良好例・不良例はそれぞれ6例で、前者で良性疾患を4例、後者で悪性疾患を5例含んでいる。予後不良例に悪性疾患が多かった。

1. 予後からみた症例の検討

次に原疾患における予後とは別に、重症化膿性胆管炎の予後から教室例を検討してみたい。なお予後良好例とは、初回ドレナージ術後 Charcot の3徴あるいは Reynolds の5徴が改善し、原疾患に対する手術目的のため開腹術がなされたものであり不良例とはドレナージ術後臨床症状の改善を全く認めず、胆管炎に起因す

表1 教室における胆道疾患数

疾患名	症例数	重症胆管炎例	予後	
			良	不良
胆 嚢 結 石	565	0		
胆嚢・胆管結石	91	2 (1)	2 (1)	0
胆 管 結 石	61	5 (4)	4 (3)	1 (1)
肝 内 結 石	22	0		
良性胆道狭窄	8	0		
先天性胆道疾患	22	0		
膵 嚢 胞	34	0		
胆 嚢 癌	15	1 (0)	0	1 (0)
胆 管 癌	33	10 (5)	4 (1)	6 (4)
膵 癌	67	2 (0)	2	0
乳 頭 部 癌	9	1 (1)	1 (1)	0
原発不明癌	6	1 (1)	0	1 (1)
計	933	22 (12)	13 (6)	9 (6)

() 内数字：急性閉塞性化膿性胆管炎例 (1974.7—1983.6)

る合併症発生を伴うことで、あるいは臨床症状の充分な改善を認めぬまま早期開腹術を余儀なくされ、その後細胆管炎の発生や合併症発生のために死亡した症例をいう。

1) 本症予後良好例

予後良好例13例の内訳を表2に示した。このうち急性閉塞性化膿性胆管炎例は6例である。表2 aはドレナージ術前の臨床所見、2bは検査所見、2cは治療および臨床経過を要約したものである。男女比6：7で、年齢分布は38—74歳で平均60歳である。胆道疾患の既応は結石症例7例中6例に認めている。ショック症状を8例(62%)に、中枢神経症状を10例(77%)に認めた。原疾患としては、良性疾患7例・悪性疾患6例

表2 a 予後良好例

症 例	胆道疾患 の既往	現 症	ショック状態 血圧mmHg	中枢神経症状	原疾患
1. N.N. ♂ 38	有 胆嚢炎 胆石症	腹痛、黄疸、悪感、 体温38.8°C	(±) 89 / 46	嗜眠傾向	総胆管遺残結石症
2. H.F. ♀ 58	有 胆嚢炎 胆石症	腹痛、黄疸、悪感、 体温39.2°C	(+) 78 / 40	指内力低下	胆嚢総胆管結石症
3. H.E. ♀ 58	有 胆嚢炎	腹痛、黄疸、悪感、 体温39.8°C	(+) 76 / 34	嗜眠傾向	総胆管結石症
4. M.H. ♀ 46	有 急性肝炎 胆嚢炎 胆石症	腹痛、黄疸、 体温39.2°C	(+) 68 / 32	嗜眠傾向	総胆管遺残結石症
5. K.K. ♂ 74	有 胆石症	腹痛、黄疸、 体温39.2°C	(±) 82 / 0	不穏状態	総胆管遺残結石症
6. M.N. ♀ 71	無	腹痛、黄疸、悪感、 体温39.2°C	(+) 70 / 0	(—)	膵頭部癌
7. M.T. ♂ 45	無	腹痛、黄疸、 体温39.0°C	(±) 86 / 70	(—)	膵頭部癌
8. T.K. ♀ 79	無	腹痛、黄疸、悪感、 体温38.8°C	(—) 102 / 40	嗜眠傾向	総胆管結石症
9. M.N. ♀ 65	無	腹痛、黄疸、 体温38.2°C	(±) 82 / 0	不穏状態	上部胆管癌
10. K.F. ♂ 59	無	腹痛、黄疸、 体温38.5°C	(+) 78 / 60	(—)	下部胆管癌
11. G.S. ♂ 69	無	腹痛、黄疸、悪感、 体温39.0°C	(+) 80 / 52	嗜眠傾向	乳頭部癌
12. S.M. ♂ 67	無	腹痛、黄疸、 体温38.6°C	(+) 80 / 50	嗜眠傾向	下部胆管癌
13. Y.T. ♀ 51	有 胆石症	腹痛、黄疸、悪感、 体温39.8°C	(+) 72 / 45	嗜眠傾向 不穏状態	総胆管結石症

表 2 b 予後良好例の検査所見

症 例	白血球数	総ビリ (mg/dl)	AI-P 値 (U)	S-GOT (U)	BUN	血小板数 x10 ⁴	胆汁培養	Limulus test	多発性 肝腫瘍
1	24400	5.2	148	25	16	17.7	Enterobacter Klebsiella	(-)	(-)
2	19800	10.2	356	95	14	27.1	E. coli	(+)	(-)
3	18300	10.2	209	187	14	23.9	E. coli	(-)	(-)
4	18000	10.4	304	93	16	19.4	E. coli	(+)	(-)
5	12200	8.4	467	45	25	17.1	B. fragilis Enterobacter	(-)	(-)
6	24100	19.2	346	140	41	16.6	Staphylococcus aureus and epidermidis	(-)	(-)
7	28500	22.2	608	38	20	11.9	Klebsiella	(+)	(+)
8	12600	5.9	1404	200	27	25.6	E. coli	(+)	(-)
9	15000	18.6	990	190	19	11.3	Klebsiella	(+)	(-)
10	11400	34.1	1401	120	8	33.1	Staphylococcus epidermidis	(+)	(+)
11	14000	23.6	441	64	23	8.5	Staphylococcus epidermidis	(-)	(+)
12	11000	10.5	140	98	18	11.6	検出せず	施行せず	(+)
13	14500	8.5	305	38	10	8.3	E. coli	(+)	(-)

表 2 c 予後良好例の術式と臨床経過

症 例	ドレナージまでの期間 (38°C以上の発熱から)	手術方法	経 過	原疾患予後
1	5 日	PTCD	臨床症状改善 58 病日退院	生 (8 年 2 カ月)
2	4 日	PTCD—胆摘・総胆管 切開・載石—T 字管	PTCD 後脳出血, 7 週間後手術, 75 病日退院	生 (6 年 5 カ月)
3	5 日	PTCD—胆管・総胆管 切開・載石—T 字管	ショック改善, 44 日後手術, 75 病日退院	生 (5 年 2 カ月)
4	6 日	PTCD—胆摘・総胆管 切開・載石—T 字管	ショック改善, 18 日後手術, 38 病日退院	生 (4 年 6 カ月)
5	4.5 日	PTCD—総胆管空腸吻 合術	臨床症状改善, 9 日後手術, 41 病日退院	生 (2 年 9 カ月)
6	6 日	PTCD—内瘻術	ショック改善, 7 日後手術, 38 病日退院	死 (99 病日) 悪液質
7	4 日	PTCD—内瘻術	臨床症状改善, 27 日後手術, 57 病日転医	死 (134 病日) 悪液質
8	7 日	PTCD—胆摘・総胆管 切開・載石—T 字管	臨床症状改善, 18 日後手術, 術後肺合併症, 腎不全, DIC	死 (30 病日) 肺炎
9	3 日	PTCD	ショック改善, 手術不能で転医	死 (52 病日)
10	4 日	PTCD—脾頭十二指腸 切除	ショック改善, 32 日後手術	死 (159 病日) 消化管出血 肺炎
11	6 日	PTCD—脾頭十二指腸 切除	臨床症状改善, 52 日後手術, 92 日後に肺炎と胆管炎発症	死 (114 病日)
12	2 日	PTCD—T 字管	ショック改善, 35 日後手術,	死 (80 病日)
13	2 日	PTCD—T 字管	ショック改善, 6 日後手術, 9 病 日後消化管出血, DIC, 腎不全	死 (14 病日)

で急性閉塞性化膿性胆管炎例は前者 4 例・後者 2 例である (表 2 a)。白血球数はいずれも 10,000 以上で 11,000—28,500 に分布し、総ビリルビン値はいずれも 5mg/dl 以上で、アルカリホスファターゼ値・GOT 値は一般に軽～中程度上昇を示したが、血清尿素窒素値については 1 例 (症例 6) のみが明らかな異常値を示しただけであった。血小板数 $10^5/\text{mm}^3$ 以下の症例は、症例 11・13 の 2 例だけであった。胆汁培養において同定された細菌の種類は E. coli が最も多く、次いで

Enterobacter, Staphylococcus, Klebsiella などが多かった。末梢静脈血を用いてのリムルステスト陽性例は 7 例 (検定症例中 58%) で、また PTC 造影所見での多発性肝腫瘍合併例は 4 例であった (表 2 b)。初回胆汁瘻造設術としては、38°C 以上発熱後 2—7 日目にいずれの症例に対しても PTCD がなされており、本症の改善を待ってから原疾患に対する手術が行なわれた。PTCD 後の合併症としては症例 2 で脳出血を認めただけである。なお原疾患の予後としては、良性疾病例

で術後 9 日目に大量消化管出血の発生に引き続いて DIC・腎不全の発生した症例 13 と術後まもなく肺炎を生じ、腎不全、DIC が発生した症例 8 の 2 例を除く 5 例は存命中である。悪性疾患の 6 例は、いずれも 1—数ヵ月後に死亡している (表 2 c)。

2) 本症予後不良例

予後不良例 9 例の内訳を表 3 に列記した。このうち Reynolds 5 徴を備えたものは 6 例である。男女比 5:4 で、年齢分布は 47—73 歳で平均 60 歳であった。ショック症状を 7 例 (78%) に、中枢神経症状を 8 例 (89%) に認めた。なお原疾患としては胆石症 1 例、悪性腫瘍 8 例である (表 3 a)。白血球数は 9,800—28,600 に分布し、総ビリルビン値は 6.5—31.1 mg/dl に分布し、とくに 10 mg/dl 以上を示した症例が 8 例と大部分を占めた。アルカリホスファターゼ値、GOT 値は、予後良好

例と同様軽一中程度上昇を示した。血清尿素窒素値は正常値上限 (20) をやや上回った症例が多く、とくに症例 21 では著しい高値を示した。血小板数は 10^4 個/mm³ 以下の症例が 5 例 (56%) で、 10^5 /mm³ をわずかに上回る症例が 3 例と少なかった。胆汁培養で同定された細菌に特定の傾向はなかった。リムルステスト陽性例は、測定症例 8 例全例が陽性であった。また多発性肝膿瘍合併例は 5 例であった (表 3 b)。予後不良群 9 例中 1 例 (症例 68 例) では、ドレナージ術はなされていないが他の 8 例に対しては初回胆汁瘻過設法として PTC を施行している。ショック症状を伴った 7 例中 5 例に一時的な改善傾向を認めたが PTC 後早期に胆道系における合併発生などのため、全身状態がまもなく不良となり死亡した症例が多い。とくに症例 14, 15, 20, 22 などは短時日内に DIC や多臓器不

表 3 a 予後不良例

症 例	胆道疾患 の既往	現 症	ショック状態 血圧 mmHg	中枢神経症状	原疾患
14. H.M. ♀ 52	有 胆石症	腹痛, 黄疸 体温 38.5°C	(+) 70/50	不穏状態	総胆管結石症
15. T.S. ♀ 57	無	腹痛, 黄疸, 下痢 体温 39.0°C	(±) 90/40	意識障害	下部胆管癌
16. Y.S. ♂ 69	無	腹痛, 黄疸 体温 38.0°C	(+) 74/48	(—)	胆嚢癌
17. M.T. ♂ 47	無	腹痛, 黄疸, 悪感 体温 39.3°C	(+) 80/42	嗜睡傾向	中部胆管癌
18. A.M. ♀ 67	無	腹痛, 黄疸 体温 39.2°C	(+) 40/—	嗜睡傾向 不穏状態	中部胆管癌 (疑)
19. G.N. ♂ 58	無	腹痛, 黄疸 体温 38.8°C	(±) 84/58	嗜睡傾向	中部胆管癌
20. C.I. ♂ 59	無	腹痛, 黄疸, 悪感 体温 39.6°C	(+) 70/30	嗜睡傾向 不穏状態	下部胆管癌
21. T.T. ♂ 60	無	腹痛, 黄疸, 悪感 体温 39.5°C	(+) 78/40	嗜睡傾向	肝門部癌
22. K.N. ♀ 73	無	腹痛, 黄疸, 悪感 体温 41.0°C	(+) 60/0	嗜睡傾向 不穏状態 意識障害	中部胆管癌

表 3 b 予後不良例の検査所見

症 例	白血球数	総ビリ (mg/dl)	Al-P 値 (U)	S-GOT (U)	BUN	血小板数 $\times 10^4$	胆汁培養	Limulus test	多発性 肝膿瘍
14	12600	18.1	246	47	29	11.8	E.coli	(+)	(—)
15	9800	30.5	776	93	25	10.7	Salmonella typhi	(+)	(+)
16	17600	31.1	1149	110	11	7.8	Staphylococcus epidermidis Acinetobacter calcoaceticus	(+)	(+)
17	13600	6.5	588	120	48	18.6	Serratia marcescens Citrobacter freundii	(+)	(—)
18	9800	25.4	415	123	35	5.2	E.coli	(+)	(—)
19	11700	14.8	500	280	8	9.5	施行せず	施行せず	(—)
20	28600	11.2	757	69	25	8.2	Hafnia	(+)	(+)
21	19800	17.3	262	55	143	9.7	Pseudomonas aeruginosa	(+)	(+)
22	20000	12.0	728	201	21	11.7	Klebsiella pneumonia	(+)	(+)

表 3 c 予後不良例の術式と臨床経過

症 例	ドレナージまでの期間 (38°C以上の発熱から)	手術方法	経 過	原疾患予後
14	34 時間	PTCD	ショック改善, 2 日後から胆道出血, 消化管出血, 黄疸増強, DIC	死 (40 病日)
15	10 日	PTCD	9 病日転医, 腎不全, 肺炎	死 (30 病日)
16	5 日	PTCD	臨床症状改善するも 7 日後より再び増悪, 肝不全	死 (52 病日)
17	7 日	PTCD—胆摘・総胆管切開—T 字管	臨床症状改善, 11 日後手術, 術後胆管炎増悪	死 (203 病日)
18	無	無	1 病日腎不全, 肝不全	死 (11 病日)
19	6 日	PTCD	臨床症状改善, 19 日後より細胆管炎増悪	死 (35 病日)
20	2 日	PTCD	1 病日 DIC	死 (3 病日)
21	25 日	PTCD—内瘻術	臨床症状一時的改善するも, 7 日後より細胆管炎発症, 腎不全	死 (83 病日)
22	5 日	PTCD	3 病日に腎不全, 脳死	死 (10 病日)

表 4 重症化膿性胆管炎の予後と諸因子の関係

予後	因 子		血 小 板 数		多発性肝膿瘍		リムルステスト		原 疾 患		ドレナージまでの期間(日) (38°C以上の発熱から)
	性 男	性 女	10万/mm ³ 以下	10万/mm ³ 以上	有	無	陽性	陰性	悪性	良性	
良 好 例	6	7	2	11	4	9	6	6	6	7	4.5 ± 1.3
不 良 例	5	4	5	4	5	4	8	0	8	1	7.7 ± 4.6

全を発生し, 全身状態の改善を全く認めずに死亡している(表 3 c)。なお症例 14, 20, 22 では PTCD 後胆汁流出が不良で, 胆汁産生が既に不良であったか, ドレナージ効果不十分例と考えられている。次に症例の一部を紹介する。

2. 症例

症例 6: 当科への転医 29 日前に黄疸に気づき, その 19 日後に某病院内科へ入院した。入院 4 日後に発熱を 6 日後に収縮期血圧の低下を認めたため当科へ転医してきた。急性閉塞性化膿性胆管炎の診断で PTCD を施行した。膿性胆汁の流出と胆管末端部付近での完全閉塞および大きな膿瘍とともに多発性肝膿瘍を認めた(図 1)。臨床症状はすぐに改善し, 150—350ml の膿性胆汁を数日間認めたが間もなく正常胆汁の流出となった。肝膿瘍は急速に縮小したが嚢胞様状態は持続し, 完全消失することはなかった。開腹時所見で摘出不能と判断されたため T チューブを用いて胆管—空腸連絡形成術を施行したが, 術後第 99 病日目で死亡した。

症例 11: 塵肺症で治療を受けていたが, 黄疸をともない貧血・発熱も生じたため当院内科へ転医した。悪感戦慄を生じ, 重症胆管炎の診断で当科で PTCD を施行した。間もなく良好な胆汁流出を認めるとともに臨床症状の改善を認めたが, 糖尿病の合併と出血傾向・呼吸障害(血中酸素分圧の低下)などが生じ, 早期の手術にふみきれなかった。PTCD 施行後 53 日目に乳頭

図 1 症例 6 の入院時 PTC 所見。右葉に大きな膿瘍を含め多発性膿瘍を認める。

部癌の診断で膵頭十二指腸切除術を施行した。術後出血傾向の再現と間質性肺炎を合併し, 呼吸不全となり開腹術後 61 日目に死亡した。図 2 は術後 10 日目の Thromboelastogram を示している。

症例 22: 虚血性心疾患・黄疸で某病院へ入院したが, 高熱と嗜眠傾向および理解不能な言動に及んだため当科へ転医した。PTC 造影所見で中部胆管領域での完全閉塞を認めた。ドレナージからの胆汁排出量は 25—100

図2 症例11の術後10日目のThromboelastogram. はば正常パターンを示すが反応時間の遅延(20分)を認める。

図3 症例22の肝生検材料電顕所見。肝細胞内小器官の変性所見および類洞内細胞凝集反応と膨大化した血小板を多数認める。

mlと少なかった。PTCD施行3日目から意識消失と大発作が生じ、脳出血が推定されたため人工呼吸器下で管理した。5日目のメンジール針で肝生検を行ない、電顕的に検索したところ、肝細胞の不可逆的な変性と類洞内での膨大血小板・間葉系細胞の集簇や細胞内小器官の遊離などを認めた(図3)。第10病日にDIC・腎不全・心不全のため死亡した。剖検の結果、肝転移を伴う中部胆管癌で、脳脈絡膜上出血も認められた。

考 按

重症胆管炎症例には化膿性変化を伴わない閉塞性胆管炎症例が多いことも周知の事実であるが⁴⁾⁵⁾、今回は胆道閉塞機転に化膿性胆管炎発生の成因のある症例について検討を加えた。胆管炎の中で最重篤型として知られる急性閉塞性化膿性胆管炎症例を12例経験しているが、本症に対する定義については報告者により多少相違がみられる³⁾⁶⁾⁷⁾。教室では、(1)上腹部痛(自発痛・圧痛)、(2)悪寒戦慄を伴う高熱(38℃以上)、(3)黄疸(血清総ビリルビン値5 mg/dl以上)、(4)嗜

眠傾向を含め精神症状、(5)収縮期血圧80以上、(6)白血球数10,000以上、(7)胆管内膿性胆汁うっ滞の証明、(8)胆管内胆汁の培養で細菌の証明、の全因子が確認された症例を急性閉塞性化膿性胆管炎と定義している。しかし、他の報告者⁷⁾⁸⁾も指摘しているように臨床像や臨床検査成績では、例えば精神症状やショック症状を伴わなくとも、本症に含まれるべき症例の多いことも事実であり、今後の詳細な検討のうえでより正確な分類がなされるものと考えられる。

症例18は、死亡前に胆管ドレナージがなされておらず、剖検時に胆管内膿性胆汁が証明されたものである。Reynoldsの5徴を具備しており retrospectiveには急性閉塞性化膿性胆管炎症例と考えられるが、死亡前に確診されていないため疑診例としており、その数に含んでいない。なお胆汁培養を行なった場合、全例に細菌が同定されている。しかし、島田ら^{9)~11)}が指摘しているような混合感染例あるいは嫌気性菌同定例が少ないのは、技術的な問題が残されているとも考えられ、今後の症例に対して慎重な検討がなされるべきものと思われる。

重症化膿性胆管炎の重症化因子としては、いうまでもなく胆道閉塞の存在であり、治療法としては早期の胆管閉塞解除をあげることができる。たとえ胆管炎症状がなくとも肝外閉塞性黄疸に対しては、できるだけ早期の減黄ドレナージか閉塞原因除去手術がなされるべきであろうが、とくに重症胆管炎が発生した場合にはドレナージ術施行の機会を逸すると、電撃的経過をとり救命しえぬことも少なくない⁴⁾⁷⁾¹²⁾¹³⁾。ドレナージを行なう時期について高田ら⁴⁾は、① 保存的療法で48時間以内に改善をみないもの、② Charcotの3徴の増悪、③ 意識障害やショックの発生、などが重要なポイントと指摘しており、われわれも血中エンドトキシン量測定¹⁴⁾も含めて、緊急ドレナージの時期を選択している。

教室例に対するドレナージ法としては全例にPTCDを行っているが、本法は侵襲が少なく、とくにリスクの悪い重症胆管炎症例に対しては優れた術式といえる。しかし肝内胆管に隣接する門脈に穿刺した場合、胆管内に出血を生じ凝血塊がしばしばドレナージ効果を阻止することがある。われわれの経験例の多くもドレナージ術後2-3日間は血液凝塊の胆道内存在のため十分な排出量がなく、一層病態を増悪させることもあり、より注意深い操作が望まれた。なお予後不良例の中には全経過において排液量が非常に少ない症

例があった。その理由としては、広汎な肝細胞壊死をきたし産生胆汁量が少ない場合、細胆管構築の破壊に伴う胆汁流路障害の発生、産生胆汁成分の変化に伴う胆汁粘稠度の増強、あるいは肝内胆管への悪性細胞浸潤などが考えられる。胆道閉塞の原因が明らかに結石である場合には、PTCD 操作により門脈系損傷をきたし菌血症を誘発したり、あるいは増悪させる危険性があること、最近の呼吸・循環管理法の向上で術中全身管理が安全に行なわれるようになったことなどの理由で、PTCD よりは開腹により確実に胆管ドレナージを選択し、できれば結石症に対する構治術を同時に行なうべきという意見もある¹⁵⁾。しかしどのような治療法を選択しようとも、このような重症例に対しては高田ら⁴⁾の指摘するように術式に対する熟達度が最も重要な要因であろう。彼らはこれを前提条件として、胆管拡張例に対して PTCD を、また結石例では T チューブによるドレナージ効果が期待できると判断された症例に開腹術をすすめている。

次に教室症例における重症化膿性胆管炎の予後とそれを左右する諸因子との関係を検討してみた。表 4 に示したように予後良好例と不良例の間で性差はみられないが、血小板減少例(10万/mm³以下)が前者で 15.4%であるのに対し、後者で 55.5%と多く、多発性肝膿瘍発生例が前者で 30.8%、後者で 55.5%、リムルテスト陽性例は前者で 50%、後者で 100%、原疾患が悪性である症例数は前者で 46.2%、後者で 88.9%であった。また 38℃以上の発熱が発生してからドレナージが成されるまでの期間については、平均で前者で 4、5 日、後者で 7.7 日、一般に不良例ではドレナージまでの時間は長かった。このように予後に影響を与える因子としては、末梢血血小板数、リムルテスト陽性例、胆道閉塞の原疾患が悪性であること、ドレナージ施行遅延例などをあげることができる。なお他の臨床症状、臨床検査成績、胆道閉塞部位などについては両群間で差を認めなかった。

一般に悪性腫瘍における重症化膿性胆管炎とくに急性閉塞性化膿性胆管炎の発症頻度は少ないと考えられているが¹⁶⁾、教室例では必ずしも少ないとは言えず、悪性腫瘍による不完全閉塞状態の持続時に胆道感染を合併し、閉塞状態となって急速に重症胆管炎化することも少なくないと考えられる。

結 論

急性閉塞性化膿性胆管炎を含む重症化膿性胆管炎について教室症例 22 例を中心に検討した。検討方法とし

ては、重症化膿性胆管炎予後良好例と不良例の 2 群に分け、臨床症状・検査所見・経過等の諸因子を相互比較し、予後に影響を与える因子を検索することを中心とした。その結果、予後不良化の因子としては末梢血中血小板減少例、リムルテスト陽性例、原疾患の悪性例、ドレナージ遅延例をあげることができた。

文 献

- 1) Charcot, J.M.: Suppurative cholangitis, Clitcal Surgical Illness (edited by Hardy, J.D.), Saunders Co., 1971.
- 2) Reynolds, B.M. and Dargan, E.L.: Acute obstructive cholangitis. A distinct clinical syndrome. Ann. Surg., 150: 299—303, 1959.
- 3) 菅原克彦, 玉熊正悦: 胆管炎—特に急性化膿性閉塞性胆管炎について—, 診断と治療, 65: 648—653, 1977.
- 4) 高田忠敬, 羽生富士夫: 重症胆管炎の病態と治療について, 胆と脾, 1: 999—1008, 1980.
- 5) Saik, R.P., Greenburg, A.G. and Farris, J.M.: Spectrum of cholangitis. Am. J. Surg., 130: 143—150, 1975.
- 6) 多賀須幸男, 船富 享: 急性閉塞性化膿性胆管炎の概念, 胆と脾, 1: 949—954, 1980.
- 7) 土屋涼一, 井沢邦英, 織部孝史: 急性閉塞性化膿性胆管炎の病態, 胆と脾, 1: 961—970, 1980.
- 8) 高田忠敬, 内田泰彦, 中村光司: 合併症をもつ胆石症の治療に関する検討, 総合臨床, 26: 184—192, 1977.
- 9) 島田 馨, 野呂俊夫, 浦山京子他: 急性閉塞性化膿性胆管炎の細菌学的検討, 胆と脾, 1: 985—989, 1980.
- 10) 代田明郎, 三樹 勝, 吉岡正智他: 急性胆管炎の病態, 臨床成人病, 6: 1209—1225, 1976.
- 11) Lykkegaard, M. and Justesen, T.: Anaerobic and aerobic bacteriological studies in biliary tract disease., 11: 437—446, 1976.
- 12) 玉熊正悦, 磯山 徹: 急性閉塞性化膿性胆管炎の病態, 胆と脾, 1: 955—960, 1980.
- 13) 黒田 慧: 胆道ドレナージの意義, 胆と脾, 4: 5—9, 1983.
- 14) 早坂 洵, 西村 亘, 川山照雄: 細菌性ショックとエンドトキシン, 外科, 36: 1429—1433, 1974.
- 15) 岡村隆夫: 急性閉塞性化膿性胆管炎の治療, 胆と脾, 1: 991—998, 1980.
- 16) 土屋幸浩, 大藤正雄, 江原正明: 急性閉塞性化膿性胆管炎の病態, 胆と脾, 1: 971—984, 1980.