症 例

右大量血性胸水にて発症した脾性胸水の1治験例

国立米子病院外科

川 口 廣 樹 岸 本 宏 之 福 井 甫 池 田 貢

右胸水を合併する脾疾患は、非常にまれである。今回、右胸腔内に大量の血性胸水貯留に伴う呼吸困難を主訴として受診した脾性胸水の1例を経験したので報告する。

症例は、54歳、男性で、約10年前左胸部外傷および血胸があり、1年後に、慢性脾炎、脾尾部嚢胞、胃蜂窩織炎との診断で他院にて、胃切除術、脾尾部切除、脾摘を受けた既往がある。アミラーゼ分画がP型を示し、腹部症状、腹部所見は殆ど見られなかったが、胸水中のアミラーゼ値が高値を示したことから、脾性胸水を強く疑い、開腹術を行って、脾床ドレナージ、胸腔への内瘻と思われる索状物を結紮切断することによって治癒した症例を経験した。

索引用語：脾嚢胞、脾性胸水

はじめに

脾疾患に起因する胸水貯留は、左胸水貯留として現われることがあるが、右胸腔に胸水貯留をみることは少ない。

今回、われわれは、呼吸困難を主訴とし、右胸腔内に大量の血性胸水を認めた症例に対して、脾瘻による血性胸水と診断し、開腹手術を行い、脾床ドレナージ、胸腔への内瘻と思われる索状物を結紮切断することにより治癒した症例を経験したので報告する。

症 例

患者：54歳、男、農業。

主訴：右胸部痛、呼吸速拍。

既往歴：1973年(43歳)、耕運機のハンドルで左胸部を打撲し、左肋骨骨折、左外傷性血胸にて約1ヵ月間入院加療、穿刺排液を2回受ける。1974年(44歳)、脾尾部嚢胞、慢性脾炎、胃蜂窩織炎の診断にて胃切除術(2/3切除、B-IIa)、脾尾部切除、脾摘。

1979年(48歳)、検診にて、右肺尖部結核と診断され、6ヵ月間入院加療を受ける。

家族歴：特記すべきことなし。

生活歴：酒2合/日、タバコ(—)

現病歴：1984年2月12日、左側胸部を打撲し、2～3日左側胸部痛が続く、2月20日頃より、息苦しさ、右胸部痛が出現したために、3月2日近医受診する。胸X-Pの結果、右胸水貯留を指摘され入院。胸水穿刺に

て血性胸水を証明し、胸水のアミラーゼ値が31,229単位と高値を示し、血中アミラーゼ値も885単位と高値で、胸水減少せず、症状も改善しないため、当科紹介され3月17日転入院する。

現症：全身所見：体格中等度、体温38℃、血圧132/102、脈拍110/分、呼吸数26/分。局所所見：胸部—胸廓左右対称、右全肺野にわたって打診上、濁音、呼吸音聴取できず。腹部—平坦且つ軟、上腹部正中切開創を認め、右季肋下部に軽度の圧痛を認める。肝は触知せず、腫瘍触知せず。腹水も認めない。

入院時検査所見：胸部X線写真で右胸腔全体に著

図1 入院時胸部X-P

1989年4月22日受付 1990年3月5日採用

明な胸水貯留を認める(図1)。血清アミラーゼ400IU/L, 尿アミラーゼ3,640IU/L, エラスターゼ I 2,200ng/

図2 入院時胸部 CT

dl と高値を示し, amylase isozyme は S:P=0.8:9.2 であった。穿刺胸水は血性胸水で, 暗赤褐色を呈し, そのアミラーゼ値は13,200IU/L と高値を示した。胸水の細胞診では, 悪性細胞は認められず, 結核菌も証明されなかった。胸部 CT では, 右胸腔に著明な胸水貯留を認め, 肺は圧迫され, 無気肺の所見を認める(図2)。腹部 CT は, 脾が軽度腫大して, 慢性脾炎を疑わせる以外, 脾嚢胞などの著明な異常所見は認めない。

その他の検査所見: 検血にて, Hb 9.9g/dl と軽度の貧血を認めた。T.P 5.3g/dl, Alb 2.1g/dl と低蛋白血症を認めるも, 肝機能は正常であった。CRP は6(+) と強陽性を示した(表1)。血液ガス分析は, O₂ 4L/min 吸入下で, ほぼ正常範囲を示した。

入院後経過(図3): 入院後, 胸水貯留を頻回に認め, その都度, 1,000~3,000ml の胸水を穿刺排液する。最初は, 結核性胸膜炎を疑うも, 胸水中より, 結核菌を証明できず, 喀痰からも結核菌は証明されず, 胸水細胞診でも, 悪性細胞は認められなかった。4月11日に右気胸を併発したために, ドレナージ目的にて外科へ

表1 Laboratory findings on admission

Blood analysis	Blood chemistry
rbc : 447×10 ⁴	T.P 5.3 g/dl
Hb : 9.9 g/dl	Alb 2.1 g/dl
Ht : 31.7%	T.B 0.5 mg/dl
wbc : 6600	TTT 0.4
Urinalysis	ZTT 1.7
specific gravity : 1020	GOT 23
suger : (-)	GPT 14
protein : (-)	AL-P 161 (86~220 mu/ml)
occult blood : (-)	γ-GTP 20
sediment : w.n.l	LDH 273
U-amylase : 3640 (108~810 IU/L)	LAP 21
Feces	ch-E 535 (1100~2200 IU/L)
occult blood : (-)	T-CHO 83
Serology	T.G 22
TPHA : (-)	Na 126 Meq/L
HBs-ag : (-)	K 5.2 "
Sputum	Cl 96 "
acid fast bacilli : (-)	Ca 7.3
Amylase isozyme	P 3.9
s : p=0.8 : 9.2 (5.9 : 4.1)	BUN 16 mg/dl
Pleural effusion	creatinine 0.8
appearance : dark red brown	U.A 3.7
cytology : no malignancy	amylase 400 (70~216 IU/L)
amylase : (12/IV) 6120 IU/L	elastase I 2200 (100~400 ng/dl)
(13/IV) 13200 IU/L	
culture of acid fast bacilli	
: (-)	
Tuberculin test (PPD) : 27×18 mm	

本症例は、打撲により、前回の外傷性脾嚢胞が破裂し、diaphragmatic perforation か食道裂孔を通じて右胸腔にいたる瘻孔を生じ、血胸を生じたものと推測される。本例は、全身状態が悪化する中で、緊急手術となったことから、明らかな瘻孔が確認されないまま、脾授動術、瘻孔と思われる索状物の結紮切断、ドレナージを行い、胸水貯留の消失をみたことから、瘻孔の離断ができたと考えられた。ドレーン抜去創より、かなり長期に、高アミラーゼ値を示す排液が続いたために、fistuloenterostomy による内瘻化も考えたが、分泌が次第に減少し、閉鎖治癒した。脾性胸水は、診断が確定すれば、適切な治療により、治癒する疾患で、基本的なことではあるが、病歴を詳細にとることが重要であることを、この症例を通して痛感された。患者は、その後、再発の兆候なく社会に復帰している。

文 献

- 1) Standaert L, Verstappen G, Malbrain H, et al: Haemorrhagic pleural effusion and mediastinal mass; presenting symptoms in a child with pseudocyst of the pancreas. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2: 329—331, 1983
- 2) Thandroyen FT, Samson RE, Keeton GR: Haemorrhagic right pleural effusion complicating acute-on-chronic pancreatitis. *S Afr Med J* 65: 933—934, 1984
- 3) Liedberg G, Lindmark G, Struve I: Pleural effusion with dyspnoea as the presenting symptom in chronic pancreatitis. *Acta Chir Scand* 149: 209—211, 1983
- 4) Naresh AD, Wesley WK, Walter JO: Chronic massive pancreatic pleural effusion. *Chest* 4: 497—501, 1984
- 5) 長井苑子, 酒井正彦, 陳 文亮他: 脾性胸水を合併した慢性再発性脾炎の1例, 一脾性胸水の本邦52例の検討一, *日消病会誌* 80: 2269—2274, 1983
- 6) 本多 純, 高橋唯郎, 矢那瀬信雄他: 右側大量胸水にて発見された慢性再発性脾炎の1例, *日胸疾患会誌* 20: 117—121, 1982
- 7) 山脇 優, 高橋一郎, 山崎四郎他: Computed tomography スキャンおよび超音波断層にて内瘻の存在が疑われた脾性胸水の1例, *日消外会誌* 21: 2423—2426, 1988
- 8) Weis MJ, Edmondson HA, Wertman M: Elevated serum amylase associated with bronchogenic carcinoma, report of case. *Am J Clin Path* 21: 1057—1061, 1951
- 9) Ammann RW, Edward B, Louis F, et al: Hyperamylasemia with carcinoma of the lung. *Ann Intern Med* 78: 521—525, 1973
- 10) 立花久大, 妹尾恭一, 関 隆郎他: 胸水アミラーゼ活性高値を呈し、結核性胸膜炎が強く疑われた1例, *日胸臨* 36: 434—437, 1977
- 11) Kaye MD: Pulmonary complications of pancreatitis. *Thorax* 23: 297—306, 1968
- 12) 宝来善次, 山中正彰, 米田三平他: 胸水アミラーゼ異常高値を示した1症例, *日臨* 30: 116—119, 1972
- 13) Cameron JL: Chronic pancreatic ascites and pancreatic pleural effusions. *Gastroenterology* 74: 134—140, 1978

A CASE OF TRAUMATIC CYST OF THE PANCREAS PRESENTING WITH RIGHT MASSIVE HEMORRHAGIC PLEURAL FLUID

Hiroki KAWAGUCHI, Hiroyuki KISHIMOTO, Hajime FUKUI and Mitsugu IKEDA

Department of Surgery, National Yonago Hospital

A pancreatic disease associated with right hydrothorax is extremely rare. We have experienced a patient complaining of dyspnea due to right massive collection of hemorrhagic pleural fluid, who was strongly suspected of pancreatic hydrothorax from the elevated amylase level in the pleural fluid. Surgical treatments including pancreatic drainage and closure of the fistula opened to the pleural spaces on laparotomy could yield a cure for the patient.

The patient, a 54-year-old man, had medical histories of left thoracic trauma and hemothorax 10 years ago, and one year after that, he had operated on for chronic pancreatitis, cyst of the pancreatic tail, and gastritis phlegmonosa at another hospital. Though we could hardly find any abdominal symptoms or findings, a fact that amylase fraction was type P led to the diagnosis of pancreatic hydrothorax.