

Title	胃憩室の1例
Author(s)	立花, 武比古; 高橋, 寅介
Citation	日本医学放射線学会雑誌. 1954, 13(11), p. 686-689
Version Type	VoR
URL	<a href="https://hdl.handle.net/11094/14862">https://hdl.handle.net/11094/14862</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

## 胃 憩 室 の 1 例

山口赤十字病院(院長 大島宗二博士)

放射線科 立花武比古 高橋寅介

(昭和28年8月11日受付)

(本論文の要旨は昭和28年7月26日長崎に於ける第13回日本醫學放射線學會九州地方會にて發表した。)

## 緒 言

胃憩室は原因の如何を問わず消化器官憩室中最も稀なものとされ、従來は手術或は剖檢により偶然發見されたが近來はその大部分はレ線學的に發見される様になつた。發生機轉より胃憩室を先天性及び後天性に區別し、先天性胃憩室をレ線學的に報告したのは Brown を嚆矢としその後<sup>1), 2), 3)-14)</sup>の諸氏により相次で報告された。吾々は最近患者の胃レ線診斷に際し偶々胃憩室の存在を發見したので、文獻的に考察し文獻追加の意味で報告する。

## 症 例

岡〇〇雄 47歳 男子 公吏

主訴：胃部膨滿感及び心窩部痛

家族歴：祖父母及び父は腦溢血で死亡。母健在。本人は同胞5名中末子で長兄及び次兄は腦溢血で死亡。姉1名健在、1名は死亡するも病名不詳。

既往歴：20歳時淋疾、42歳時胃潰瘍に罹患した他は著患を識らない。

現病歴：約5年前に毎食後心窩部痛を來たし、レ線検査で胃潰瘍と診斷され外科的療法をすゝめられたが通院で内科的療法を受けて心窩部痛は軽減した。その後時々胃部の膨滿感及び心窩部痛があつたが胃散を服用していた。最近上記症状が増悪したので胃潰瘍の再發ではないかとレ線診斷を乞う。

食思良好、便通1日1行普通便であるが最近はやゝ便秘がちとなる。睡眠良好。煙草1日10本位、酒常用。

現症：體格榮養共に中等度、平温平脈、顔貌正常、顔色稍々蒼白、瞳孔左右同大、正圓形、眼球結膜黃染せず、眼瞼結膜貧血、舌は濕潤し中等度の白苔を衣す。軟口蓋及び扁桃腺には異常なく、頸部淋巴腺の腫脹は認めない。胸部は心臓及び兩肺域とも著變なく、腹部は平軟、蠕動不隠は認めず。肝、脾、腎その他腫瘍及び淋巴腺の腫脹を觸れず、四肢には浮腫チアノーゼ等なく、知覺及び腱反射は正常。

血液所見。一

血色素 52%

赤血球數 352萬

白血球數 4,400

白血球百分率	}	好中球 59.0%	}	分葉核 57.5%
		淋巴球 31.5%		桿核 1.5%
		單球 1.0%		
		好酸球 8.5%		
		好鹽基球 0%		

尿所見。一

淡黄色清澄

蛋白、糖、ビリルビン、ウロビリリン、ウロビリノーゲン共に陰性。

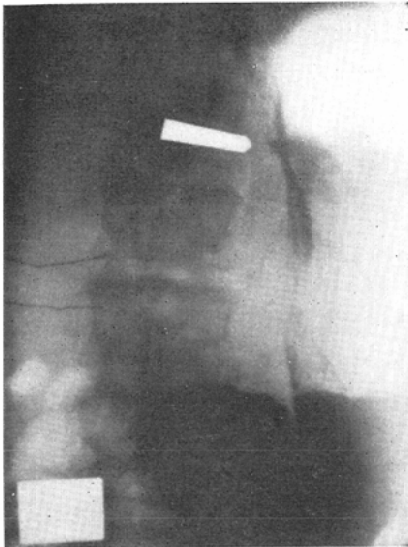
糞便所見。一

有形便、十二指腸蟲卵陽性、潛血反應陰性。

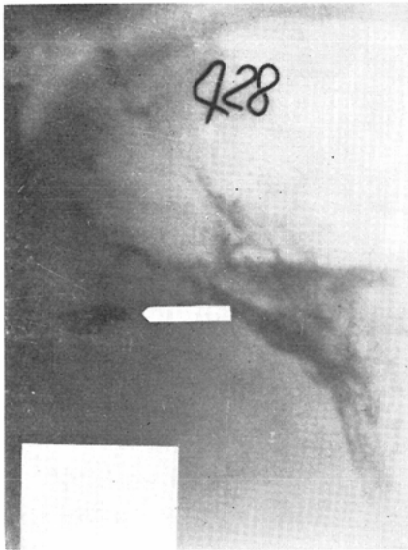
胃液所見。一

Katsh-Kalk. Coffein 法で酸度は徐々に上昇し80分後に總酸度38、遊離鹽酸度32の最高値を示す。尙潛血反應、乳酸、膽汁は共に陰性粘液は陽性であつた。

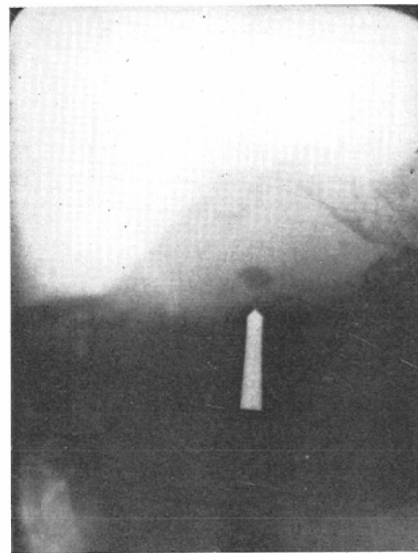
第1圖 立位背腹方向



第2圖 立位第1斜位



第3圖 右側臥位背腹方向



第4圖 バリウム食攝取6時間後立位背腹方向



レ線所見

心肺尋常，食道著變なく，胃は緊張稍と弱く長胃を呈し，液層多く蠕動稍と弱きも幽門部の排泄状態は正常．十二指腸には特記すべき所見は認めない．次に胃噴門下部に於いて小彎側に示指先端大の上面が水平像を呈する半圓形の陰影を認め(第1圖)，此は第1斜位では胃壁より約1.5cm 下方に存在し(第2圖)，右側臥位では矢張り上面が

ほぼ水平像を呈し胃壁より3cm 距つている事が認められる(第3圖)，3時間後には胃内容は空虚となるも尙該陰影は證明出來，又6時間後にも該陰影は認められた(第4圖)．患者食一食分を攝取させるも該陰影は殆ど影響を受けなかつたが，24時間後には證明出來なかつた．胃の粘膜皺壁像はほぼ正常に近く，該陰影附近の粘膜皺壁像には潰瘍壁龕に證明出來る様な皺壁集中像或は皺壁星芒

の様な像は證明出来ない。又該陰影の粘膜皺壁像は不明で、胃腔との交通は僅か1本の繊細な像を認めたにすぎない。

### 總括及び考案

一般に憩室はその形態上入口部が比較的狭く憩室内腔の広いものを完全憩室、入口部が特に狭くなく唯周囲に對して凹窩部を呈するものを不完全憩室と稱せられる。組織的所見上其の壁の組織がこの臓器壁の全成分を含む時は眞性憩室、筋層を欠き粘膜及び漿液膜だけから成つて居る時は之を假性憩室と名づけられる。又發生狀況により諸先人は胃憩室を後天性及び先天性に區別した。更に後天性胃憩室を壓排性と牽引性とに分ち、前者の原因として胃潰瘍のため胃壁の抵抗減じたる際に胃内壓の増加したる場合、嚥下した銅貨等の重いものゝ壓力が加わつた場合、外傷等の爲筋層に裂目を生じ、或は大血管が侵入し比較的抵抗の弱い部位にヘルニヤの生じた場合等が上げられ、後者の原因としては周圍臓器との癒着に依る牽引が多いと言われている。

先天性胃憩室の成因に關しては脾臟組織を重要視する者<sup>2)</sup>もあるが、反之脾臟組織を有しなくても胃の解剖學的見地より、胃壁には縦走筋が噴門部の側壁にて二枝に分れ一つは大彎側に行き一つは小彎側に行き環狀筋は幽門で著しく厚く噴門に近づくに従い擴がり且つ薄くなり、斜走筋纖維も同様に噴門部にて薄くなり、この部は構造的に見て最も抵抗が弱く且つこの部より大血管侵入するため筋肉層に弱點を作る。又この部は食物が食道より胃に落下する際に常に最大の壓力を受ける所で胃内壓の高まる際にも此處に最も壓力を受け易くこれらの條件の加わる事に依り漸次に胃壁の伸張を來し遂に胃憩室を形成すると言う。これらの説よりすると年齢的に高年者に最もみられるのは、この部に壓力の加わつた結果永年に互り形成されるものと考えられる。

先天性胃憩室のレ線所見は位置的に直立位で噴門下部附近で小彎側<sup>4)5)6)8)11)12)13)</sup>に多く、又後壁<sup>1)</sup>、大彎側<sup>10)</sup>に認められたものもある。大きさは

大は手拳大<sup>6)</sup>から小は櫻實大<sup>5)9)14)7)</sup>で形態的にはいずれも輪廓判然としてポケット状<sup>2)4)5)7)9)</sup>或は囊<sup>4)7)1)12)13)</sup>で莖を有するものもある。又指状<sup>1)10)</sup>を呈す状のものも報告されている。

胃憩室のレ線學的陰影は何れの例でも表面平滑にして周囲との癒着なく、移動性を有し潰瘍性硬結等は認められない。造影食は憩室が噴門にある時は食道より憩室に入り然る後に下方へ溢れ落ちる事が觀察されている。造影劑の憩室内残留時間は凡ね4時間は越え、24時間<sup>5)7)</sup>、96時間<sup>8)</sup>、7日間<sup>6)</sup>と云う報告もある。これらの所見から吾々の例を考察すると吾々の例もこれと一致する所見を呈し先天性胃憩室と斷ずる事が可能と信じる。

先天性胃憩室の症狀は臨床上診斷に役立つ様な定型的なものではなく、例えば胃潰瘍性疼痛<sup>1)4)11)12)</sup>心窩部痛、上腹部疼<sup>1)4)10)</sup>、右季肋下部痛<sup>8)</sup>、右下腹部痛<sup>7)</sup>、呑酸嘈囉<sup>4)8)</sup>、食後の胃痛<sup>3)</sup>等があげられ疼痛が多く患者は此等の原因を明かにしてもらいたくてレ線検査を受け偶然憩室が発見されたもので、疼痛が胃憩室の直接原因と考えられず、これらの症狀は必ずしも當になるものではないのではないかと思われる。胃液は低酸度<sup>10)</sup>、又は正常<sup>1)12)</sup>であると報告されている。

糞便の潛血反應は栗原氏<sup>9)</sup>は陽性であつたがこれは痔核に依るもの、寺岡石崎氏は陰性であつたと報告している。

尿血液所見には著變はない<sup>10)11)12)</sup>。

胃憩室の障碍は憩室内に食物の停滯するための刺戟により所謂憩室炎の起る事は當然豫想されることである。この爲外科的に切除する方法を適好適とするものが多いが寺岡・石崎氏は胃潰瘍性疼痛の激しかつた胃憩室患者に流動パラフィンを内服させて急速に該疼痛の消失した1例を報告している。我々の例も毎食前流動パラフィン5gを内服させ自覺症は4~5日で消失した。

### 結 論

吾々の胃憩室の1例は噴門下部小彎側のやゝ後面に位置し胃腔とは繊細な陰影で交通し大きさは示指先端大の囊状にして、レ線學的には表面平滑、癒着、硬結等はなく造影劑は胃内では3時間

後には空虚となるが憩室内では6時間にも尙残留する。これらの點は既に報告されている先天性胃憩室に一致するものである。又その他の胃部にはレ線學的に變化を認めないし、胃液検査及び糞便潛血反應より潰瘍又癌は否定出来るが、眞性先天性胃憩室か否かは開腹を行わないので決定し得ない。

(擱筆するに臨み大島病院長の御校閲を深謝する。)

#### 主要参考文献

1) Aekerlund: Fortschritt. a. d. G. R. 26(1918-

1919), 327-334. — 2) Nauwerky-Deut. med. W. (1920), 119-121. — 3) Rothbart: Fortschritt. a. d. G. R. 30(1922-1930), 563-565. — 4) Emery: A. J. R. R. II(1924), 345-353. — 5) Fleischner Klinisch. W. 3(1924), 1619-1621. — 6) Gray: A. J. R. R. 14(1925), 110-113. — 7) Kalbfleisch: A. J. R. R. 20(1928), 218-223. — 8) Bernstein: A. J. R. R. 20(1928), 224-226. — 9) 栗原: 日消器病誌, 25(大15), 131-135. — 10) 瀬木: 日消器病誌, 30(昭6), 320-327. — 11) 中島: 日消器病誌, 33(昭9), 71-81. — 12) 吉岡他: 日消器病誌, 37(昭13), 426-432. — 13) 宮本: 日醫放, 4(昭11), 508-511. — 14) 湯川他: 日醫放, 12(昭27), 59-60.

### Diverticulum of the Stomach

Takehiko Tachibana: Torasuke Takahashi

The Radiological Clinic of Red Cross Hospital, Yamaguchi

As a result of fluoroscopy we discovered the diverticulum of the stomach of a man, aged 47, who had been suffering from stomachache and distension of the abdomen.

The diverticulum was found on the lesser curvature in the lower part of kardia, its size being nearly equal to the head of the index finger and its form being cystic. As a result of fluoroscopy we found its surface smooth, and it had no adhesion with the surrounding tissues and induration. We found the baric diat still remained in the diverticulum after 6 hours, since the patient had eaten it, through the stomach was empty after 3 hours.