



Title	胃憩室の二例
Author(s)	古賀, 英也; 鬼塚, 恵一郎
Citation	日本医学放射線学会雑誌. 1962, 22(6), p. 723-726
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/15786
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

胃憩室の二例

九州大学医学部放射線医学教室（主任 入江英雄教授）

古賀 英也, 鬼塚 恵一郎

（昭和37年6月22日受付）

Two Cases of Diverticulum of the Stomach

By

Hideya Koga and Keiichiro Onizuka

Department of Radiology, Faculty of Medicine, Kyushu University, Fukuoka, Japan

(Director: Prof. Dr. Hideo Irie)

By the routine daily fluoroscopy, 2 cases of diverticulum of the stomach were found.

Case 1: F.O. 50 yrs. old female. She came to our hospital for radiotherapy after operation of cancer of the colon. By fluoroscopy, a diverticulum about of the size of a thumb was noticed in the lesser curvatur below the cardia. It was of sac-type. Barium remained in the diverticulum for 6 hours.

Case 2: M.I. 66 yrs. old female. The patient was examined because of the complaint of epigastric pain. A sac-typed diverticulum about of the size of a thumb was seen in the back wall near cardia.

Clinical symptoms, radiological findings and differential diagnosis of the diverticulum of the stomach were described.

胃憩室は稀な疾患とされ、消化器の憩室の中では最も稀なものとされている。

従来は手術や剖検の際に偶然に発見されていたが、近年は「レ」線学的に発見されるようになった。われわれは最近、胃「レ」線検査の際胃憩室の2例を経験したので文献追加の意味で報告する。

成因：成因により先天性と後天性に区別する。後天性憩室は更に圧排性と牽引性にわけ前者は胃潰瘍、外傷等のために胃壁の抵抗の弱い部位にヘルニアの生じた場合におこることがあげられる。後者は周囲臓器との癒着による牽引のためにおこるものである。

先天性憩室は胎生時の発育異常や副脾迷入¹⁹⁾のために発生すると云われているが諸家の見解は一

致していない。

構造：胃憩室はその構造により二種にわけられる。即ち、漿膜、筋胃、粘膜の三者を完備するものと、漿膜と粘膜の二層のみからなるものの二種で、前者を眞性憩室、後者を仮性憩室と名づけられる。

又、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称せられる。

好発部位：先天性憩室の好発部位は大部分噴門部附近にみられ、特に小弯側、又は後壁に多い。稀には大弯側にみられるものもある。

大きさは櫻実大より手拳大で、形態的には輪郭

判然としたポケット状、嚢状、指状を呈するものが報告されている。

診断：「レ」線検査によらなければならない事は当然である。「レ」線所見、鑑別診断は後に述べる。

症 例

1. 患者 大〇房〇 50才、女子、主婦

主訴、季肋部痛、悪心、嘔気

既往症：昭和33年より低血圧症、昭和35年大腸癌

現病歴：昭和34年6月上腹部に鈍痛、悪心、嘔気、呑酸嘔吐があり、上腹部に腫瘤を指摘された。昭和35年2月、九大外科で大腸癌の診断を受け切除手術を受け、術後照射のため来院す。現在時々季肋部痛、嘔気がある。食思や、不良、便秘1日1行、普通便。

現症：体格、栄養共に中等度、平温平脈、顔色稍々蒼白、眼球結膜は黄染を認めない。眼瞼結膜稍々貧血。舌は湿潤し白苔を認めない。頸部リンパ腺、その他にリンパ腺の腫脹を認めない。

胸部には心臓及び両肺域とも著変を認めない。

腹部は平軟。季肋部にかかる疼痛がある。蠕動不穏はみとめない。肝、腎、脾、その他腫瘤を触れない。

血液所見：血色素86%（ザリー）、赤血球 393万、白血球数5300、白血球百分率には異常を認めない。

尿所見：淡黄色、清澄。蛋白、糖、ウロビリノーゲン、ウロビリリン共に陰性。

糞便所見：有形便、虫卵陰性、潜血反応陰性。

胃液所見：Katsh-Kalk, Coffein 法で酸度は徐々に上昇し90分後に総酸度20、遊離塩酸15の最高値を示す。潜血反応、乳酸、胆汁は共に陰性。粘液は陽性であった。

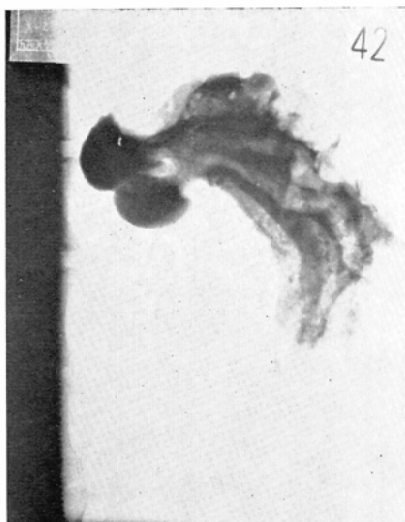
肝機能検査：総蛋白量 8.0g/dl、黄疸指数4、B.S.P 5.9%、高田反応陰性、T.T.T 3.0、クンケル11.3。

「レ」線所見：心肺尋常、食道には著変はない。胃は緊張稍々よく、長胃を呈し、蠕動稍弱いが幽門部の排泄状態は正常。液層は稍々みられ

Fig. 1.



Fig. 2. Supine position



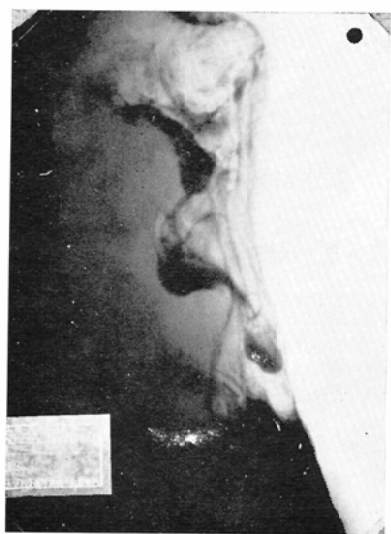
る。十二指腸には特記すべき所見を認めない。

胃噴門部において小弯部に拇指頭大の平滑な表面をした半円形の陰影をみとめ（第1図）、噴門部とは巾1cmの茎にて連絡がみられる。バリウム層は水平面をなしている。第1斜方向では胃壁より約2cm下方に存在し、小弯側より約1cm距つているのが認められる。左側側臥位では拇指頭大の二嚢状の像を示し、茎は2cmに拡張してみられる。胃粘膜皺壁像は茎を通じて陰影に交通しているの

Fig. 3.



Fig. 4. Examination in right anterior oblique position



がみられる (第2図)。

バリウムは3時間後には胃内には空虚となったが該陰影は認められる。

食物を1食をとらせても該陰影は認められ、6時間後にも認められた。

24時間後には認められなかった。

胃の粘膜皺襞像はほぼ正常に近く、該陰影附近の粘膜皺襞像には潰瘍嚢に証明出来るような皺襞集中像或は皺襞星芒の像は証明出来ない。

大腸癌手術の開腹時の所見では、胃、十二指腸には腫瘍、潰瘍、癒着等の所見はみとめられなく、「レ」線検査で憩室を認めた部と思われる箇所を胃の前壁より触するも腫瘍等はふれなかった。肝、胆嚢、腹膜には異常を認めなかった。

2. 患者 入〇ム〇 66才、女性、主婦

主訴：季肋部痛及び胸痛

既往症：子宮癌で手術をうけた。

現病歴：約20年前、胃潰瘍と云われて治療を行った。その後も胃潰瘍があると云われた4年前も透視により潰瘍があると云われた。左側下部の胸痛及び季肋部痛がある。

現症：体格少々小、栄養や、不良。顔色や、蒼白、眼瞼結膜に貧血がある。眼球結膜黄染せず。リンパ腺腫脹を認めない。

肺、心臓には異常はない。腹部は平軟、肝1横指ふれる。脾、腎、腫瘤をふれない。

糞便潜血反応陰性。

「レ」線所見：心、肺には異常を認めない。食道には著変を認めない。胃は緊張正常、蠕動正常、幽門の排泄状態は正常。十二指腸には特記すべき所見はない。

胃噴門部下部、後壁に懸垂した二房状の半円形の陰影突出がみとめられる (第3、4図)。指頭大の茎で胃腔と該陰影に連繫している。臥位にすると陰影が拡大し変形がみられる。胃粘膜皺襞像が茎をとおして陰影に交通がみられる。

胃の粘膜皺襞像はほぼ正常で、該陰影附近には潰瘍嚢に証明出来るような皺襞集中像或は皺襞星芒の様な像は証明出来ない。

総括並びに考案

以上の2例の「レ」線所見についてみると、第1例は胃噴門部の小弯側、後面に拇指頭大の突出陰影を認め、第2例にては胃噴門部下部の後壁に二嚢状の陰影突出を認めた。これらはいずれも指頭大の茎を有し、懸垂位をとり、陰影は平滑な半円形を呈した。臥位などの体位の変換によって、型体の変化がみられ、体位の変換によつて茎の大きさにも変動がみられた。又二例とも胃の粘膜と該陰影との間に粘膜皺襞の交通がみられた。粘膜の集中像や皺襞星芒の像は認められなかった。バ

リウムの陰影は第1例では6時間で貯溜を認めた。

先天性胃憩室の「レ」線学的陰影は表面平滑で周囲との癒着なく、移動性を有し、潰瘍性硬結等は認めない。造影食は憩室が噴門にある時は食道より憩室に入り、然る後に下方に溢れ落ちることが観察されている。造影剤の憩室内残溜時間は凡ね4時間以上残溜が認められる。

先天性胃憩室は位置的に噴門部附近の小弯部に多く、又後壁、大弯側にみとめられる例もある。大きさは櫻実大から手拳大で、形態的には輪廓判然としたポケット状或は嚢状で茎を有するものもあり、指状のものもあると報告されている。

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がみられ、先天性憩室と断ずることが可能と思われる。

鑑別を要する疾患としては穿通性胃潰瘍がある。

穿通性胃潰瘍との区別は壁の収縮能力の存在、粘膜皺襞が保たれて居る事などで出来る。即ち、胃憩室の場合は懸垂位を持続し、体位変換により、その大きさ、形態を変化する。穿通性胃潰瘍の場合はこのような伸縮性が認められなく、又位置の移動性が制限されている。

粘膜皺襞は胃憩室の場合は保たれ、切断れることなく憩室内まで連続する。穿通性潰瘍の場合は皺襞の星芒状集合を来し且つ嚢内までは連続していない。

先天性憩室の壁は平滑で凹凸がないのを常とするが、潰瘍の場合は平滑でない事が多い。

発生部位についてみると、先天性憩室は過半数は噴門部にあるが、穿通性胃潰瘍の場合は秋山¹⁵⁾の集計によると、胃角部が最も多く、次いで胃体部小弯部、体部後壁中央部の順でこれらの合計は91.3%をしめ、噴門部の発生は少いと報告している。

その他胃憩室には茎を認めることがあり、胃の形態には変化はなく抵抗もない。胃潰瘍の場合には潰瘍の二次的所見として胃の変形や圧痛、抵抗を有することがある。

穿通性胃潰瘍以外に鑑別を要するものとして文献に挙げてあるものは癌性潰瘍、横隔膜裂孔ヘルニア、横隔膜ヘルニア、瀑状胃があるが、われわれの場合は之等のものは鑑別には問題にならない。

先天性胃憩室の症状は臨床上診断に役立つ定形的なものではなく、無症状に経過するものもある。症状としては、心窩部痛、上腹部痛、食後の疼痛、嘔吐、暖気、食後の胃部圧迫感があげられている。

胃憩室患者に他の消化器疾患が合併することはしばしばみられている。吾々の例でも1例は腸癌の合併があり、この検査の際に偶然に発見されたものである。

胃憩室の際に、憩室内に食物が鬱滞し、その刺激等のために所謂憩室炎のおこることは予想されるところである。このため治療は外科的に切除する方法が最良の手段とされている。立花等²⁾は潰瘍性疼痛の激しかった胃憩室患者に流動パラフィンを内服させて自覚症の消失した例を報告している。

吾々の第1例の患者は大腸癌の手術後症状は軽快し、現在普通に生活している。

稿を終るに臨み、御指導、御校閲を賜りました恩師入江英雄教授に感謝いたします。

文 献

- 1) A.B. Rivers et al.: Surg. Gynec. Obst. 60, 106, 1935. — 2) Ake Akerlund: Acta Radiologica, 2, 476, 1923. — 3) 中井俊夫他: 臨床放射線, 4, 325, 昭和34. — 4) 小川久雄他: 臨床消化器病学, 7, 29, 昭和34. — 5) 立花武比古他: 日医放会誌, 13, 686, 昭和29. — 6) 佐藤進他: 臨床消化器病学, 7, 176, 昭和34. — 7) 秋山吉照: 臨床放射線, 5, 451, 昭和35. — 8) 猪木弘三他: 臨床消化器病学, 7, 380, 昭和34. — 9) 宮本重行: 日医放会誌, 4, 508, 昭和11. — 10) 田宮和耻夫: 内科レントゲン診断学, 南山堂, 昭和27. — 11) 秋山吉照: 第21回日本医学放射線学会総会抄録集, 昭和37. — 12) 山崎通他: 日本消化機病学会誌, 42, 46, 昭和18. — 13) 李建星他: 外科, 19, 193, 昭和32. — 14) 前田暢彦他: 外科, 17, 815, 昭和30. — 15) 秋山吉照: 治療, 41, 931, 昭和34. — 16) 黒川利雄: 臨床医学, 29, 378, 昭和16. — 17) William, K. Kalbfleisch: Am. J. Roentgenol and Rad. therapy, 20, 218, 1928. — 18) W.R. Moses: Arch. Surg. 52, 59, 1946. — 19) C. Nauwerk: Dtsch. Med. Wsch., 46, 119, 1920. — 20) L. Nathanson et al.: Radiology, 26, 326, 1936. — 21) C. Sandström: Acta Radiol., 10, 427, 1929.