

写真4 腹部造影X線写真 RL像



写真5 腹部造影X線写真 VD像

輪郭，および骨格は正常範囲内である。気管は正常範囲内で，心陰影に重なる肺野（左右前葉を中心にした）の不透過性は，前の病院で消化管造影検査を行った際の誤嚥による軽度の肺炎によるものである。

#### 【造影X線検査】

腹部RL像（写真4）・VD像（写真5）：体表軟部組織の輪郭，および骨格は正常範囲内である。胃内にも不透過性の陰影が認められ，前腹部を中心に広範な異常所見（すりガラス様所見）が認められる。肝臓，腎臓，および脾臓の陰影と輪郭は，何れも不鮮明で，広範な小腸，および結腸の位置異常が認められる。回腸，および結腸内にバリウムが認められ，腸の蠕動運動の強い低下がうかがえる。

#### 【初回腹腔穿刺検査】

腹水の貯留は認められなかった。腹腔内洗浄の回収液の細胞診では細菌は－であった。

#### 【診断】

①腹膜炎，②低血流性ショック。

☞あなたならどうする。次頁へ

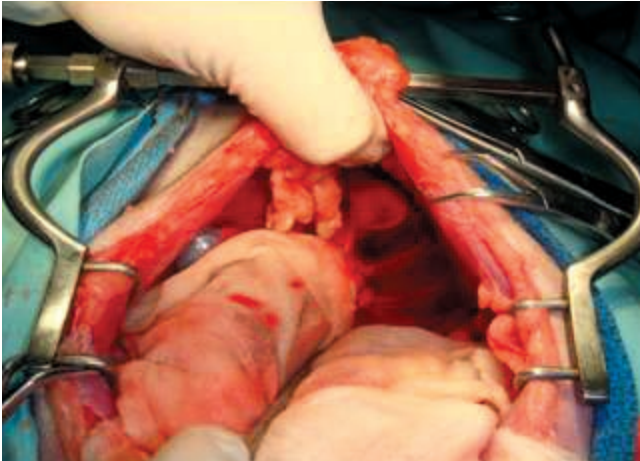


写真9 横隔膜の損傷

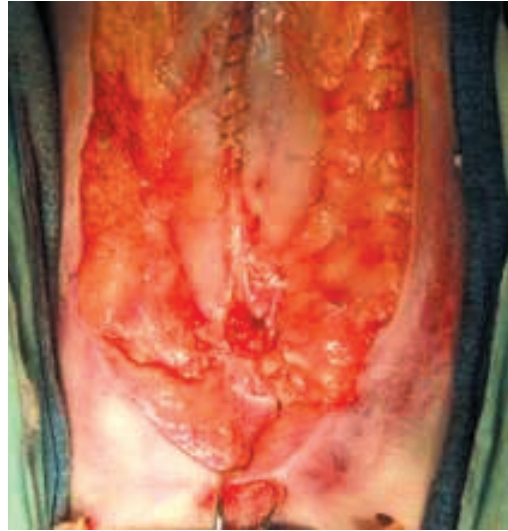


写真12 腹直筋の修復

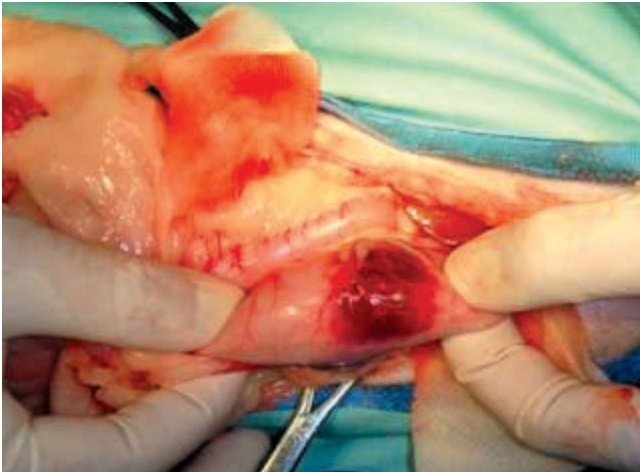


写真10 胃の漿膜面に認められた出血，部分壊死

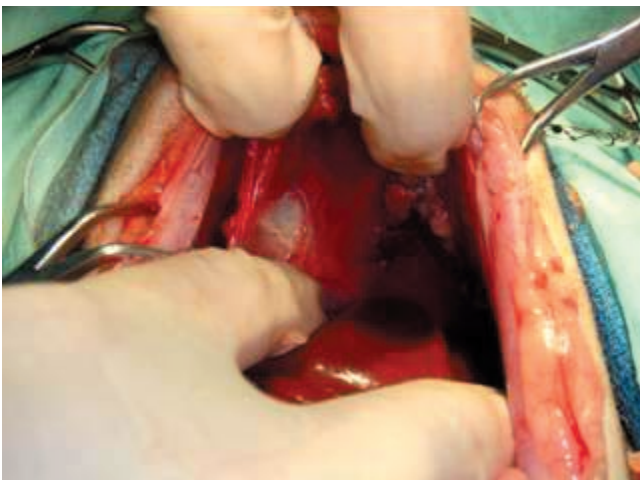


写真11 修復後の横隔膜

位)から，右脚腹側付着部までの裂開を認め(写真9)，胃，十二指腸の一部，空腸，臍臓，脾臓，肝臓の一部が，胸腔内に脱出，移動し，ヘルニアを生じていた。脱出移動した臓器を正しい位置に戻すとともに，損傷の有無を注意深く検査したが，胃の一部漿膜面に内出血(写真10)を生じ，指頭大の膨隆部を認めたため，損傷部位の周囲漿膜面に切開を加え，昇壁の修復縫合を行った。

肺の裂傷と持続的な肺の虚脱無気肺領域が存在しないことを確認した後，背側障害部位から腹側に向かって，PDS3-0(単線維性吸収性縫合糸)で単層連続縫合し，横隔膜の修復(写真11)を行い，胸腔ドレーンを設置した。

傷害された腹直筋を修復し(写真12)，温滅菌生理食塩水を用い腹腔内洗浄を反復した後，PDS3-0で筋膜を閉じ，局所にプピバカイン(1mg/kg)の注射を行った。皮下組織，皮膚は，常法通り閉腹した。また，覚醒前に強制給餌を目的とした経鼻胃カテーテルを設置した。

術後4～6時間は1時間毎に，その後は3～4時間毎に胸腔ドレーンからの気体，および排液回収を行った。また，疼痛管理，および抗生物質療法を継続して行い，全血輸血(50mL)を含めた支持療法を行った。

術後3日目には，胸腔ドレーンからの排液が消失したので，ドレーンを抜去した。

術後10日間は強制給餌を行った。徐々に食欲の改善が認められたので，術後12日目に強制給餌用カテーテルを



- ①直ちに左前肺葉切除術
- ②予防的抗生物質としてセファゾリンの投与
- ③疼痛管理としてフェンタニルの投与

### 【治療および経過】

各種検査結果から、本症例は左肺前葉の捻転であると診断された。この疾患は緊急外科手術が必要な疾患である。可能な限り速やかに、捻転し障害を受けた左前肺葉の切除を行うこと、および肺葉捻転が生じる要因を追求すべく摘出肺葉の病理組織学的診断が必要である旨が、飼い主に説明された。各種検査および飼い主への病態説明が行われている間、症例は酸素療法（酸素ケージ）が行われ、予防的抗生物質としてセファゾリン（22mg/kg IV）、疼痛管理にフェンタニル（5 $\mu$ g/kg/h CRI）の投与が行われた。

家族の同意が得られたので、アトロピン（0.05mg/kg IM）、プロポフォール（6mg/kg IV）で導入し、挿管後、O<sub>2</sub>イソフルランガスで維持した（自発呼吸）。精密検査としての造影CT検査後、術野を剃毛・消毒し、胸腔内に存在した胸水のサンプリングを行った。貯留液は変性漏出液で、細胞診より乳糜胸、および腫瘍性疾患を除外した。

手術は、患者を横臥位に保定し、ドレーピング後、左第4肋間開胸術で行われた。皮膚切開は胸椎直下から、肋軟骨結合部のあたりまで肋骨と並行に行った。皮下組織および体幹皮筋を切開し、広背筋を露出、再度、肋間を触診し開胸部位の確認を行った。広背筋を皮膚切開と同一線上に切開し、斜角筋および外腹斜筋切開、腹鋸筋剥離を行い、外肋間筋を露出した。肋間中央の位置で、外肋間筋・内肋間筋・胸膜を一括して開胸した。この時点で、麻酔を人工換気に切り替えた。開胸部より指を入れ、胸腔内を触診し、肺葉を傷害しないよう背側から肋間筋・胸膜の切開を進めた。この切開線は、肋骨背側の肋間神経・動静脈を損傷しないよう肋間中央とし、閉胸時の縫合を意識して切開を行い、腹側への切開は内胸動脈に注意しながら行った。肺葉を挟まぬよう開胸器で肋間を拡張し、術野を確保した。胸腔内にはわずかな貯留液が存在したため、これを吸引細胞診し、異常がないか確認するために、各胸腔内臓器の精査を行った（写真13）。開胸時、肉眼的に全域が褐色化し、触診で硬化、腫大した左前葉を確認（写真14）した。こ

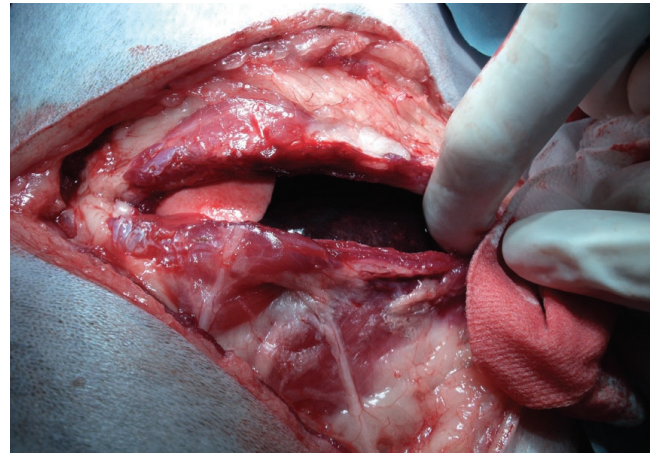


写真13 左第4肋間を開いたところ  
開胸部から左側に正常な肺葉の一部が見える。その右側に黒く捻転した肺葉が認められる。

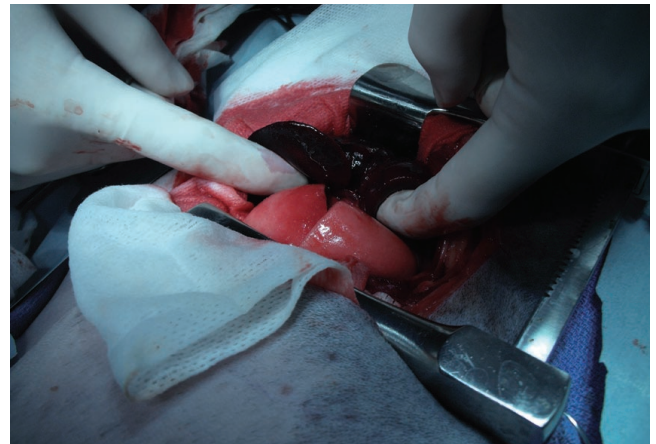


写真14 褐色化、硬化した右肺前葉

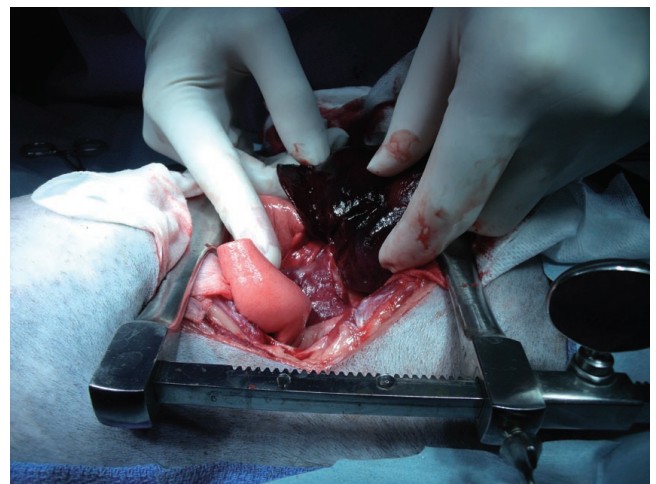


写真15 捻転した肺葉の肺門部所見