

咯血の處置

京都市立療養所長

醫學博士 三 戸 時 雄

咯血の場合にも類症鑑別の大切な事は勿論だが、茲には肺結核が原因で、肺臓からの出血を咯出する場合の處置に付いて述べる。

咯血の處置は本來は、結核を治癒せしめて、咯血が全く起らない様にすべき者であらうが、實際は咯血が起つたから、其の後の咯血が起らない様に、努力する事になつて居る。ツマリ患者のでも、醫者の方でも咯血が起る前に肺結核を治癒せしむる時機を逸して居つた、と言ふ事實が全部の咯血患者に存するのだ。そして一旦咯血が起ると本病の結核とは離れて、何だか合併症か或は外傷により出血でも處置する様に考へられて、出血さへ止めれば良い様に、見られては居ないかと云ふ氣がする。之も咯血の病理が不明だから、止むを得ないかも知れないが、何としましても咯血殊に大咯血の場合に、血液凝固性や其の速度を高める様な、藥劑許りを注射する他に方法が無い。現在の治療學は實に情無いと言はねばならぬ。咯血の場合に無暗と藥劑を用ふる方法は、丁度火事の場合に、火元は臺所で煙が二階の窓から吹出て、居るのを見て、二階の窓へ「ホース」を向けて居る様な氣がする。火元は疊一枚で濟んだが、二階や下座敷は「ホース」の御蔭で、壁も簞笥も臺なしになつて、身代丸潰れと云ふ事になつては、消防は有り難くない。人命を預かる醫者は、及ばない迄も冷靜に充分の考察を如へて、治療にかゝる必要がある。

何分咯血の病理は不明だと言つて良い。病理學者の推論には、一部分事實を缺いで居る點があるから、其の推論の全部を臨牀上の事實だと認めるには、隔靴搔痒の感を免れない處である。法醫學上で或臓器が、死後幾時間を経過した者だと、推定し得るに至つた研究道程とは、異なる點があるのを承知しなければならない。血線や血痰を咯出し

た時の屍體の剖檢が存在しなければ、血線や血痰を喀出した臓器の病理は不明である。空洞の如きは顯微鏡的の者から、肺葉大の者迄あつて、同一の大きさでも、其の新舊や病勢進行の速度で甚しい差があるべきで、血管を存する者もあれば、全然内容の有しない程古い者もある程だから、問題は非常に難解である。自分の考へでは現在の處、病理學者によつては、滲出型と増殖型(型と言ふよりは、期と言つた方が良いかと思ふ)と、いづれが喀血が多いかと言ふ事を、正しく教へられても幸福だと思ふ。元來吾等が肉眼視する處の喀血と言ふ者は、たとへ血線であつても點血であつても、其等は全部喀痰と共に出る者であつて、其の時既に肺部の實質には、相當の變化があつて其の部分でも、實質血管でも氣管枝血管でも、或程度の侵蝕を蒙つて、其の血管から出血するのである。處が此の以前に喀痰(の產出場所と性質との議論を省く)は出ないが、既に小さいながらも、上記の様な病竈があつて、出血はして居るが、其と共に出血すべき丈の痰の量が無い爲めに、一線一點の血液丈では、口迄出て來ないと言ふ事實が有り得るのである。勿論かゝる血液は氣管内で變化したり、又は吸收せられるのである。肺に存する異物が全部、咳嗽若くは氈毛細胞の力で、口迄出て來る者で無い事は言ふ迄も無い。或は出て來ても幼小兒では、嚥下せらるゝと言ふ事も認めねばならぬ。かゝる時期の剖檢は吾等が遭遇しないから、其の病理は不明である。だから唯今の處では、矢張り臨牀上の觀察推斷にも、相當重大な意味を與へて差支へが無い。處で臨牀上どんな點が大切かと言ふと、凡そ次の様な點である。喀血の場合に、肺臓の何れの部分からかと、言ふ事を診定するのは、困難な場合が多い。誰れもが遭遇する様に、喀血の經驗のある敏感の患者は、相當量の喀血である場合には、出血側に一種の温い物の流れる様な、異感がある事を訴へるが(之れは恐らは大出血した後で、殊に空洞内の出血かと自分は考へる)之れは信じても良い様である。出血側に出血の爲めの疼痛が起らないのと、安静を守る必要とから、仰臥して居る者が多いが、若し側臥して居る場合には、出血側と認むべき方を、上にして居る者が多い様だ。之れは多分は喀血が容易な爲めだらうが、或は出血側の鬱血を避ける爲めか、若くは出血側を下方にすると、出た血液の氣管内へ滯留する時間が延長して、凝血が大きく

なる爲めに、咳嗽が強くも多くなる事を、避ける爲めの自然的要求かも知れない。理論としては出血側を下にした方が、其の肺の運動節減となつて、良いだらうと考へられるが、実際には左様でない様だ。いづれにしても永く側臥して居る者は少いから、臥位のみでは判断は著かない(肺炎の場合には患側を下にして居る患者が多い)。再診の患者では、急に水泡音の發生した場所とに、平素の水泡音の性質が急に變化(する様な事は咯血は無くともあるが)した處を、出血場所と見るのが穩當であるのは先人の言の通りだ。初診の患者に又は再診の患者でも、初回の咯血の場合には水泡音の最も多い處を、出血竈と見る外はあるまい(水泡音の無い處に、古い空洞があつて、其の空洞から出血して、咯血後時を経て其處(新に水泡音を多く發する様になつた、にも拘らず、咯血前に水泡音の有した場所は、依然として聽診上何等の變化も呈しない、と言ふ様な事は多い例だから注意を要する)。是等の場合に稍々大なる氣管枝内へ、滯留せる血液の爲めに起る氣管枝水泡音とに、又は傳達水泡音を區別する事の必要は勿論である。若し大咯血であれば、矢張り最も古い病竈からの、又は空洞のある場所からだと解すべきであらう。次に血管に就いて考へると、實質の動脈から出血する事が多くて、靜脈から來る事は少いだらう。一箇の病竈が成立すると、其の内の靜脈は先づ血管壁に損傷を蒙つて、「トロンブス」を生じて、次いで閉鎖して、血管が消滅して行くが、動脈の方ではかゝる變化に強く堪えるから、破裂するに至るべきである(強度の鬱血の存する處では、靜脈の方が先づ破裂するだらうが、吾等が剖檢で見える處では、鬱血竈に出血斑を見る事は極めて少ない。少くとも相當量の咯血と言ふ程の者は、餘り多く鬱血竈からは來ないだらう)。最も窒息とか「ルフトエンボリー」で死ぬる場合には、大きな靜脈の破裂もあるだらう。少量でも凝血でない液狀血液が附著した咯痰を、數週間も出す場合は、同じく(小なる)動脈を見るべきで、しかも大きな空洞内ではなくて、氣管枝に近い病竈からで、あるべき筈である。之れは廣汎な病竈の靜脈が順次に破れるが、又は鬱血竈からも起り得る現象だが、實驗でも剖檢でも診定を與へ得ない問題である。數日で鮮血の咯出が止めば(血痰は出ても)、量は多少は多かつたにしても、靜脈の出血と見て良い。出血から咯出迄

の時間は不明だから、出た血液の量で、動静脈いづれからかと言ふ判定は——殊に大循環の支配下にある、氣管枝血管(極めて小さいが)からも出血するから——全然不明確である事は勿論だ。

次に喀血の機轉を考へると、健康血管から出血する事はない。必ず大なり小なり、病變を有する血管が破裂して、出血するのである。此時同時に氣管枝が、損傷して居る事が必須條件である。血管が直接に氣管内へ破裂すれば、直ちに喀血するが、空洞内へ破裂した場合には、血管破裂と同時に喀血しない事もあり得る。のみならず若し空洞壁が完全であつて、其壁に開放した氣管枝がない場合には、出血しても喀血しない事があり得る。或は空洞壁が開放氣管枝を有して居つても、其の空洞が肋膜腔と交通して居る場合には、溶血は僅少で、大部分の血液は肋膜腔へ出て居る事がある(かゝる場合の大出血では、患者は死ぬる事が多いだらう)。ツマリ喀血の場合に、此の氣管枝の損傷がある事を忘れてはならない。そして出る血量は、此氣管枝の損傷の大小と、破裂した血管の大小と、破裂口の大小と、動脈と静脈とで、大きな相違があるが、更に破裂口周囲の抵抗が、大いに關係して居る。周囲の抵抗が少ない程、出血量が大きくなる。血管壁の病變が軽度で、收縮力が強くて、周囲の抵抗が大なる程、出血量は少ない。次いで血液の凝固性が關係を有する事勿論である。凝固性は一般には、餘程大切に考へられて居るが、血友病の如きを除いては、個人的の少々差位は問題ではない。凝固性が如何に高くても、破裂口が大きいか、又は周圍が無抵抗であつては、止血する事は困難である。吾等の遭遇する大出血で、例へば門脈破裂、胃潰瘍、小出血では扁桃腺の切除、抜齒、静脈内注射等の場合を考へると、如何に血管壁の性質と、周囲の抵抗とが、出血量に關係する者であるかが分かる。尙ほ破裂口の内壁に一時的に「トロンブス」を作る事も必要だらう。最後に血壓も喀血に關係がある様に考へられるが、今日迄の文獻では、血壓が重大な意義を持つとは考へられない、一旦血管が破裂した後には、高血壓よりも寧ろ劇動等の爲めに來る、急劇な血壓昇騰が意味があるべきで、血管破裂前に有する、一二〇の血壓と一二五の血壓の相違が、喀血の機轉と出血量とに、關係を有するとは考へられない。よく例に擧げら

れる。運動選手が競技中に咯血する事ありとの引例は逆に「ボート」や「テニス」の選手が大試合後、一ヶ月二ヶ月を経て咯血死をやつたり、又は病院内の患者が、牀中で咯血死をやる事實と、比較して考へねばならぬ。

次に咯血の模様を見ると、全然前驅咯血を缺いて居る様な、大量咯血の場合を除いては、多くの患者では一期の咯血に、其初期に於て最大量を咯血する者である。即ち二十日間咯血が続けば、第二三日目に最大量を咯血する者で、第十五、十七日目頃に最大量を咯血する、と言ふ様な患者は殆んどないのである(安靜の外に何等の止血劑等を用ひず、冰嚢も用ひないで放置して置いた患者の多數例から見て)。

咯血患者の比率を見ると、自分は餘り輕症患者を取扱はないから、正確な%を擧げ難いが、患者を初診する迄に、咯血して居る者が約五〇%で、此上に治療中に咯血を始める者を加へると、總患者中僅々一〇%、即ち一割が咯血しないのである。此一割も其患者が死亡する迄を観察し得たならば、尙減少するだらうと考へる(全死亡患者の咯血統計を、現在有し無い事は遺憾である)。ツマリ結核患者が、結核で斃れる場合には、其全經過中の何處かで咯血して居るだらうと考へるのである。

處置としては第一に咯血の經驗ある患者に就ては、從來の咯血の模様を、詳しく聞糺す事が出来れば甚だ參考になる。第二には現在の咯血の模様を、正しく判定する事が大切である。醫家が經驗の下に、眼前の咯血が處置を要する者か、放置して差支へないかと、言ふ事を判定する必要があるが、此れが非常に困難な問題である。何分にも面貌の異なる様に、疾患の状態が違つて居るから、咯血の模様と其に對する處置も千差萬別であらねばならない。醫家としては患者が、咯血と同時に死に限りは、咯血其者は自然中止する者だ、と言ふ事を忘れてはならない。第三に出血量に無關係に、安靜は大切な處置である。咯血の患者が動いても、別に變化がなかつたと言ふのは、偶然の事實に過ぎないので、決して凡ての咯血の場合に、安靜は大切でないと言ふ事を、斷言するのは慎むべきである。殊に量は少くとも、動脈性の出血だらうと考へられる場合には、安靜は最も有效な治療法である。第四には大出血

と、少量でも動脈性の出血だらうと考へられる場合には、人工氣胸が最も合理的である。然し此法は病院以外では施術し得る場合が少い（殊に安全な切開式に依る術者に向つては）。第五には咯血は病勢の一轉換期であつて、多くの場合に於いて、咯血に次いで病竈が増大するか、又た新生する者だから、爾後の榮養保持に向つては、最大の努力が必要である。第六には咯血時の熱發は、續發の吸引力肺炎とか、又た粟粒結核の爲めの事もあるだらうが、自分はその熱發期間の大部分が、短い處から見て、寧ろ稽留して居る場合には、殘留血液の分解産物の吸収に原因する者で、弛張性の場合には、空洞内の混合傳染が起つた者である事が、熱發の大部分の場合の原因だらうと考へて居る。凡そ以上の様な考への下に、以下の様な藥劑を用ふる事にして居る。通常患者の知識程度に従つて、先づ咯血は必ず止む者だと説いて、安心を與へて、たとへ血縁であつても、不取敢は絶對安靜を命じておく。咳嗽が平時より多い様なれば、「バントボン」類を與へるが、其爲めに來る食慾不振と、心力衰弱とを恐れて、可成早く止める。若し患者の榮養状態が良くない時には、肺臓に鬱血の存しない事が想像せられても、少量の強心劑を伍用する。尙食餌の減量と「バントボン」と相俟つて來る處の、便秘を防ぐ爲めに、牛乳、生菓、座藥等を忘れない様にして居る。初回の咯血か、又た再咯血でも量が多い場合には、鎮靜劑として臭剝を與へる（臭素や加里に原因する、藥效的の副作用は來ない様だ）。大量咯血の場合には、食鹽は勿論投與することがあるが稀れである。熱發には下熱劑を與へるが、撒曹類は好ましくない。冰嚢も用いるが砂嚢も用ひる。冰嚢も心悸亢進の抑制の目的で小さな者を用ふる。大砲などで大怪我人が多い時に、是等を冰室へ入れて大出血が、止血した例があるさうだが（此場合は血管壁が健康で大出血の爲めに、血壓も低下して居つた筈だ）、結核の咯血に過低温が利くとは考へられないから、大きな冰嚢の貼用は考へ物だ。砂嚢は冬期とか、避地とか、又は冰代をも節約すべき必要のある人とか、看護人の無い場合には、胸部の運動制限としては大いに用ふべき者だ。

此外では種々の藥劑も、方法も試みたが、止血劑で自分が安心を得たものが無い。自分は凡そ一回に三〇耗位以上の咯血をした患者にのみ、近來多く「クラウデン」を用ふる。然し此れは豫防的に、小出血に有效であるべきで、相當量の咯血があつてから、時間を経た者に利くとは考へられない。自然止血と、藥劑で止血せしめ得た者との鑑別は困難であつて、「大多數の場合に於て有效だ」と言ふ様な、抽象的言辭で斷定せらるべきものではない。止血を目的の特種の藥劑は、咯血の場合には豫防的には效があるが、咯血後には何程の效があるかは疑はしい。只患者に幾分の安心を與へ得る場合には、何を用ふるも差支へは無い。學問的に言つても、效力の不確實な者を濫用する事は慎しむべきで、殊に高價な藥劑は、生計の不安を懷く者に向つては、注意を要する事言ふ迄も無い。

終りに自分の左記の二例を追記しておく。
平時に呼吸數節減の練習をさせておく事は、成書にもあるが、自分の試みた例の中には、一時間位は呼吸數を半減して、しかも代償的の深呼吸をやらないで、平氣な患者があつた。其患者は數週に亙る小咯血や、時には稍々多量の咯血も頻回にやつたが、此練習を行つたから、咯血時に應用させると(一日一回位)平均的に何だか、咯血日數も短縮するし、大咯血もやらない様になつたと考へられた。

次には一年に幾回となく、小咯血や血痰を出す、患者に向つて、春秋の雨季、氣壓の變化が急で、咯血時季と認められて居る(居ない人もある)時季に先んじて、「テラツターテン」を注射して、患者の最高血壓を平均五乃至七「ミリ」低下させて置いて、各患者の咯血が時季的に、幾分豫防出來たかと、考へられた例を約三十人に施して、半數以上に認めた。然し此れも自然に放置して、どうであつたかは不明であるから、誇稱する分けては無いが、若し「クラウデン」「ゲラチン」「カルチウム」を利くと考へる人は、老人以外の患者に向つて、一度は試用せられる事を希望する。

要之、咯血の處置は豫防が第一で、其爲めには平時の療養條件を良くする事は勿論だが、患者の病竈が、人工氣胸施術に適して居る間に、躊躇なく、人工氣胸を施すに勝る者は無い。或は咯血の場合にも、人工氣胸以外に合理的な方法は、現在の處無いと言つて良いだらう。終