

お 詫 び

編集上のミスにより61巻第7号の26頁と27頁が入れ違いになりました。深くお詫び申し上げます。

お手数を煩わし真に恐縮ですが、切り取線から切り離し7月号該当頁にご貼付下さるようお願い申し上げます。

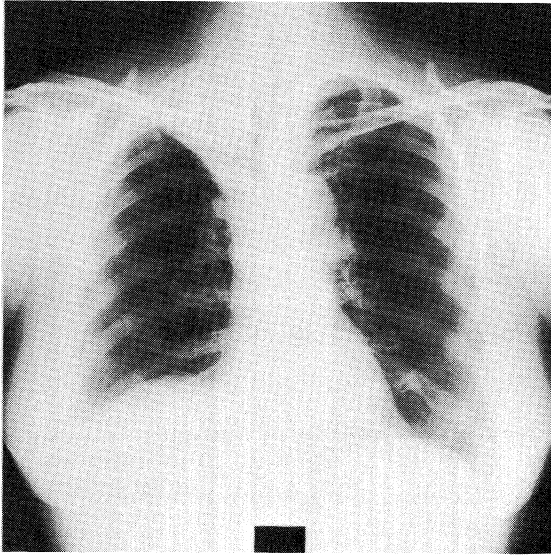
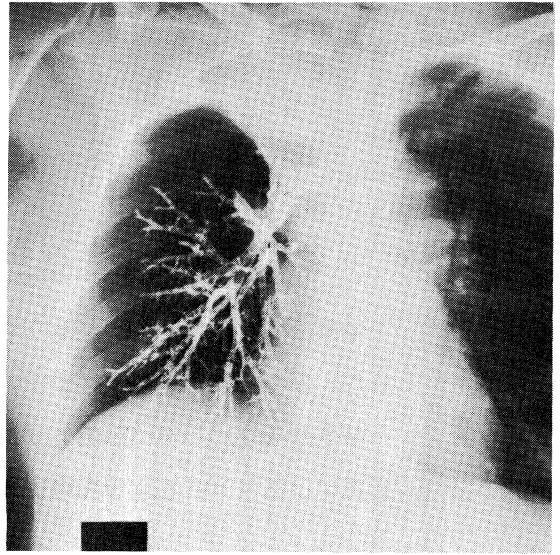


写真2. 症例5の a) 術前胸部単純X線写真



b) 術前気管支造影

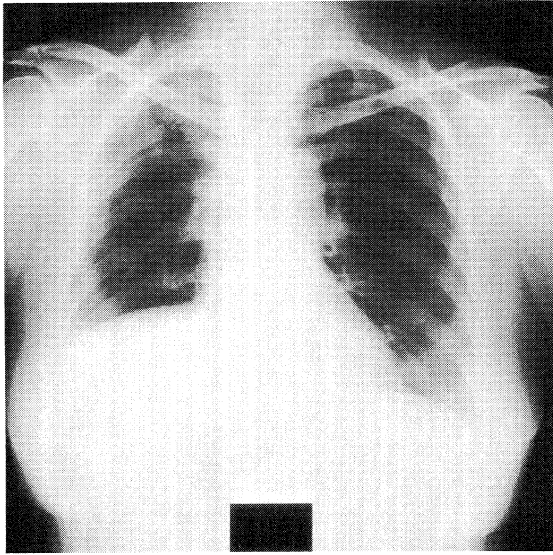
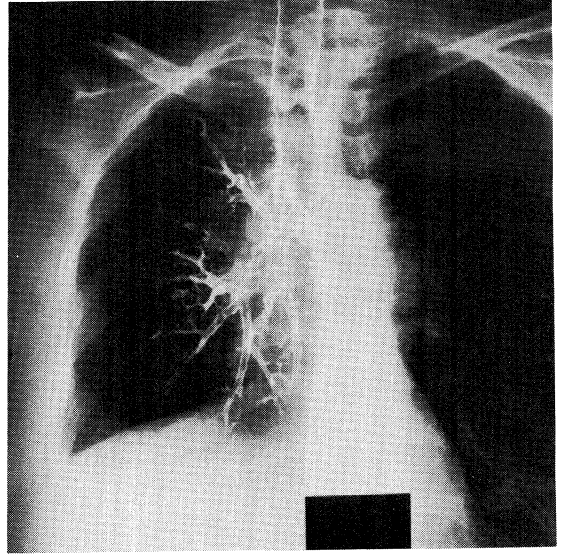


写真3. 症例5の a) 術後単純胸部X線写真



b) 術後気管支造影

っていた。これらを含め主幹，中幹気管支を切除，上葉の sleeve lobectomy を施行した。病理学的には，上葉では空洞と気管支拡張がみられ，主気管支は線維化していた。術後胸部X線写真では右下葉の含気は良好で（写真3a），気管支造影にても吻合部狭窄は認められなかった（写真3b）。呼吸機能は%VC81%，FEV_{1.0}%75%と改善し，peak flow も正常化した。抗結核療法施行のうえ退院，術後7年健在である。

[症例6] 42歳，女性。昭和56年より微熱，労作時呼吸困難を時々認めるようになったが，放置していた。昭

和58年6月，咳嗽，喘鳴のため近医を受診した。胸部X線写真にて左上葉に異常陰影を指摘され，7月に入院した。胸部X線写真（写真4a）では左上肺野に石灰化を伴った巨大腫瘤影を認めた。気管支鏡検査では気管分岐部付近に軽度の発赤を認め，左主幹は入口部より狭窄し，軟骨輪や粘膜襞は不明瞭であった。上幹入口部はその痕跡すら認められなかった。気管支造影（写真4b）では左主幹は全長にわたり狭窄し，蛇腹状の壁不整を示した。左上幹は根部より造影されなかった。抗酸菌培養は陰性であった。ツベルクリン反応は45×45mmと強

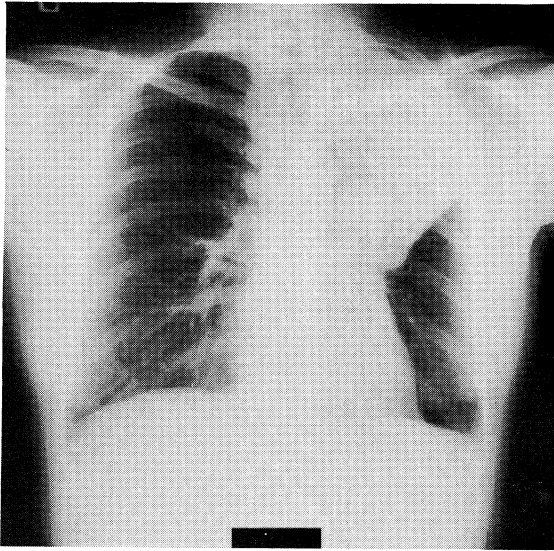
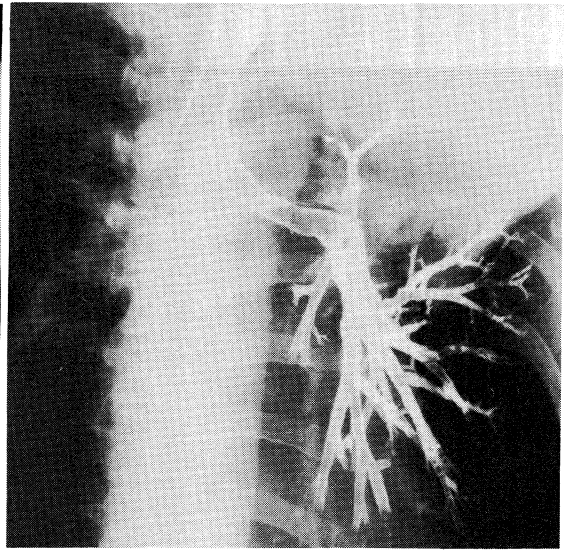


写真4. 症例6の a) 胸部単純X線写真



b) 気管支造影

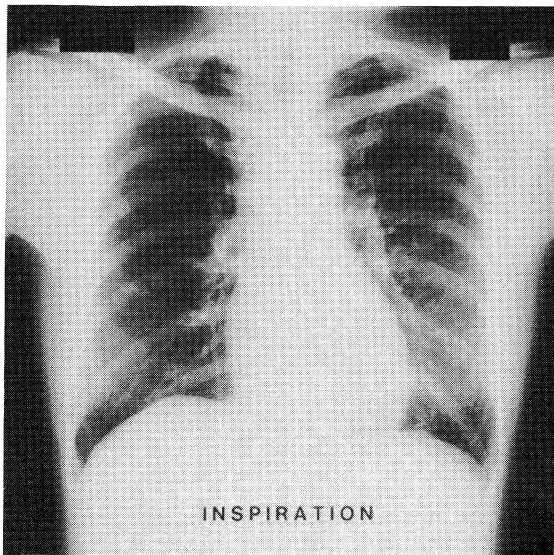
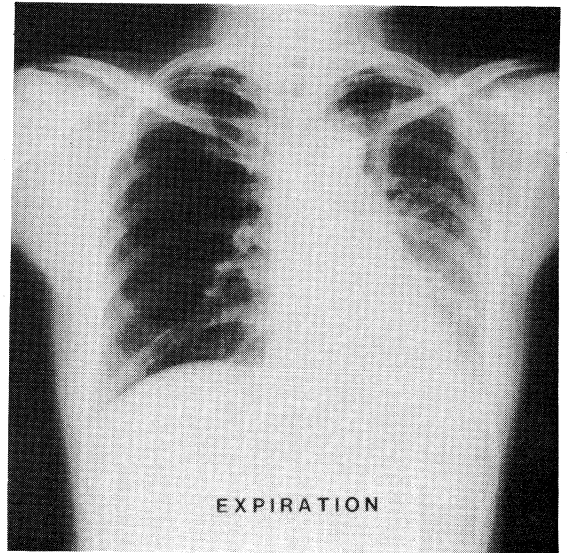


写真5. 症例7の胸部X線写真 a) 吸気,



b) 呼気

陽性であった。呼吸機能検査はVC 2.43 L, %VC83%, FEV_{1.0} 1.46L, FEV_{1.0}% 60%と閉塞性障害を示し、flow volume 曲線では peak flow の平坦化がみられた。以上の結果、左上葉肺結核および左主気管支結核の診断のもとに、INH, RFPによる抗結核療法を開始し、定期的な気管支鏡検査による経過観察を行なった。抗結核療法にて気管支の炎症所見の改善をみたものの、左主幹は気管支ファイバースコープ挿入不可能な径5 mmにまで狭窄が進行したため、昭和58年11月30日、手術を施行した。上葉全体は灰白色を呈する膿瘍となっていた。上葉に参与する動静脈を結紮切離した。しかし、血管はすべて索状と

化していた。次いで大動脈弓を前左方へ受動し、気管分岐部を露出した。左主気管支を気管分岐部にて切離し、経口 spiral tube を右主気管支に誘導し、片肺換気とした。次いで左主気管支をB⁶直上にて切離し、左上葉切除および左主気管支切除を行なった。下葉気管支には狭窄は認められなく、気管と下葉気管支の側端吻合を施行した。術後、喀痰咯出困難に、吻合部浮腫や大動脈による前方からの吻合部圧迫が加わり、術側残存肺の無気肺が認められた。しかし、気管支ファイバースコープによる頻回の分泌物吸引により、術後1週間より術側残存肺に含気が認められるようになった。症状も消失し、術後