鏡下の切石，内腔の観察をして肝内胆管癌の合併を否定した後，狭窄部を PTCS チューブにて拡張した．更に，再狭窄を防止する目的で EMS（直径 8 mm，1.5 cm 長）を，狭窄拡張部に挿入，留置した．良性胆管狭窄に対する EMS の応用は未だ，議論のあるところであり，文献的にも1年6カ月程度の経過観察例しか報告されていない．今回我々は3年間の観察がされ，経過良好な1例を報告した．

10）手術用ルーペを用いた膵空腸吻合術

斉藤 英樹・片柳 憲雄
山本 睦生・桑山 哲治
藍澤 修・丸田 宥吉（新潟市民病院外科）

膵頭十二指腸切除術における膵空腸吻合術は消化管再建術の中で最も縫合不全を来しやすく，時として致命的な合併症となるので，これまで種々の方法が考案されてきた．当科では再建術式は Child 変法を採用，膵空腸吻合は端側吻合で，膵管が細い場合は膵管チューブを膵管に固定し，膵液を全部体外に誘導する方法を行ってきた．しかし，この方法では縫合不全の発生率が高く（昭和59年～平成6年の55例中16例，29%），何らかの工夫が必要であった．

そこで平成3年10月の症例から膵管非拡張例でも6針以上の膵管空腸縫合を行い，更に北大2外の加藤らによる膵管チューブ固定法（膵管チューブを膵管断端から約1cm 尾側の膵管内腔に固定する）を採用し，昨年6月からは膵管空腸吻合を，良視野のもとで確実に行うために手術用ルーペを用いて行うようになった．その結果，膵管空腸吻合術の縫合不全の発生率は4.4%（45例中2例）に低下し，ここ2年間は縫合不全を経験していない．

11）腹腔鏡下胆嚢摘出術における術前 DIC-SCT の有用性

川合 千尋・川上 一岳
鈴木 聡・藤田みちよ（日本歯科大学新潟歯学部外科）
吉田 奎介

腹腔鏡下胆嚢摘出術（LC）のポイントは，合併症のない手術を行うことにある．

当科では術中胆道系合併症防止のため術中胆道造影を全例に行い，また必要に応じ術中超音波検査を行ってきた．

今回術前検査の1つとして，経静脈性胆道造影併用スパイラル CT（DIC-SCT）を開始し，胆嚢管の合流形態を3次元画像で評価した．現在までに5例に施行したが，胆嚢管の描出率は6/10（60%）であり，胆嚢管走向異常は認められなかった．

今後症例を重ね検討する予定であるが，DIC-SCT は簡便で非侵襲的な術前検査であり，LC 術前に胆嚢管合流形態が把握でき，術中胆道系合併症防止に有用と思われた．

12）腸重積症で発症した回腸神経鞘腫の1例

小山 諭・斉藤 宏
薛 康弘・山洞 典正（水戸済生会総合病院外科）
佐藤 浩一

今回我々は，回腸神経鞘腫が原因で腸重積症を発症した1例を経験したので報告する．

症例は80歳，女性．平成2年頃から時々間欠的腹痛出現し，当院内科にて入退院を繰り返していた．平成6年8月20日夕食後腹痛出現し8月21日内科入院．保存的治療を行うも症状増強し，下血も出現した．CT，エコーにて小腸の腸重積症を強く疑い，8月27日緊急手術を施行した．術中所見では回腸—回腸型の腸重積を認め，回腸部分切除術を施行した．先進部には直径約 2 cm 大の粘膜下腫瘍を認めた．病理組織学的診断は神経鞘腫であった．術後は問題無く軽怪退院した．

成人における腸重積症は比較的希であるが，急性腹症においては常にその可能性も考慮する必要があると思われた．

13）肛門疾患の術後疼痛対策としての持続硬膜外麻酔の試み

村上 博史（両津市民病院外科）
酒井 靖夫・畠山 勝義（新潟大学第一外科）

肛門疾患の術後は，疼痛が持続し，特に包交時，排便時には静脈麻酔でも効果が十分とはいえない程の痛みを訴えることがある．この兆候は若年者に於いては殊更に著明であるように思われる．

そこで当科では，肛門疾患術前にサドルブロック施行後，同じ体位で第5腰椎，第1仙椎間より硬膜外チューブを挿入，先端を第1から2仙椎に留置し，術後3から6病日まで持続硬膜外麻酔を継続している．今回，肛門疾患術後硬膜外麻酔施行の状況を，効果の程度，合併症と共に述べる．