

divism が 17 例, Biliary が 14 例, Familial が 15 例, その他 10 例. 実施手術は脾全摘 105 例 (77%), 亜全摘 21 例 (15%), DP10 例 (7%). 脾全摘, 亜全摘の全例で脾摘出後血糖上昇を認めインスリンを開始. 脾島はほぼ全例が系門脈的に肝に移植. 疼痛に関しては 105 例中 68 例 (65%) 治癒, 22 例 (21%) 改善, 15 例 (14%) 不変, 増悪はなし. 脾内分泌機能は脾全摘 41 例中 14 例 (34%) が insulin independent, 14 例 (34%) が intermittent exogenous insulin use (尿中 C-peptide 陽性), 13 例 (32%) が insulin dependent. それぞれの平均脾島取量 (IEQ/kg) は 5118 ± 687, 3064 ± 356, 1239 ± 413 ($p < 0.02$).

【結語】難治性疼痛を主訴とする慢性脾炎に対して, 脾 (亜) 全摘は有効である. その際, 自己脾島移植は脾内分泌機能改善に有効であり, 考慮すべき術式と考える.

14 当院で経験した, 脾十二指腸動脈瘤の 2 例

森 茂紀¹⁾・佐藤 聡史¹⁾・大崎 暁彦¹⁾
菅原 聡¹⁾・諸田 哲也²⁾・佐藤 攻²⁾
森田 俊³⁾・木村 格平³⁾・加村 毅⁴⁾
野本 実⁵⁾
信楽園病院内科¹⁾
同 外科²⁾
同 病理³⁾
同 放射線科⁴⁾
新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器内科学分野⁵⁾

〔症例 1〕46 才, 男性. 急激な腹痛, ショックにて発症. CT にて脾十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫の診断となった. CT にて動脈瘤の増大を認め, Coiling にて治療した. 術後十二指腸狭窄をきたし, 改善まで約一ヶ月を要したが軽快した.

〔症例 2〕61 才, 男性. 偶然に CT にて脾十二指腸動脈瘤が発見され, 血管造影検査を行った. IVR より手術が選択され, 動脈瘤切除術が施行された. 組織学的に, 当初は動静脈瘻のような病態と診断されたが, 検討にて, 変性し動脈壁構造が破壊されたことによる動脈瘤の診断となった. その動脈瘤の形成には, 動脈硬化以外の原因による

中膜変性が関与していると考えられた.

治療方針の決定, 発生原因について示唆に富む症例と考え報告する.

15 脾静脈閉塞に伴う胃静脈瘤の 4 例

横尾 健・古川 浩一・和栗 暢生
河久 順志・濱 勇・相場 恒男
米山 靖・杉村 一仁・五十嵐健太郎
月岡 恵

新潟市民病院消化器科

【緒言】左側門脈圧亢進症は稀な病態であるとともに多様な背景疾患を有する. 当院では脾静脈閉塞に伴う胃静脈瘤 4 例を経験した.

〔症例 1〕吐血にて搬送され精査の結果, 慢性脾炎による脾静脈閉塞, 胃静脈瘤破裂と診断. 脾摘出術, 胃部分切除を施行.

〔症例 2〕以前より血小板増多を指摘されていた. 検診を契機に脾静脈閉塞に伴う RC サイン陽性の胃静脈瘤と診断. 予防的に脾摘出術, 胃上部血行遮断術を施行.

〔症例 3〕重症急性脾炎後の脾静脈閉塞. 未治療にて経過観察中.

〔症例 4〕脾癌による脾静脈閉塞例. 診断 14 ヶ月後も ADL 良好だったが胃静脈瘤は増大傾向あり, PSE を施行.

【結語】診療に際しては個々の病態を多角的に検討し対応するべきである.

Session V 『術後管理』

16 肝門部胆管術後に難治性腹水を認めた 1 例

丸山 智宏・河内 保之・高橋 元子
石川 卓・内藤 哲也・西村 淳
新国 恵也

厚生連長岡中央総合病院外科

症例は 76 歳男性で黄疸の精査で入院となり, 肝門部胆管癌と診断された. また, 術前検査で施行された上部消化管内視鏡検査で噴門部に 1 型進行胃癌を認めた. 右三区域切除が必要と考えられ

たため、まず噴門側胃切除および門脈塞栓術を行い、3週間後に肝切除を施行した。術後1ヶ月頃から腹部膨満感が出現し、腹部CTで大量腹水を認めた。腹水の細胞診は陰性であった。腹腔ドレナージ、利尿剤で軽快せず、難治性腹水として再入院となり、Dever shuntを施行した。術後血液検査で凝固系の異常を認めたが、次第に改善した。術後6ヶ月現在、腹水のコントロールは良好であり、再発なく外来通院中である。

この症例の腹水の原因については明らかではないが、黄疸肝に対する大量肝切除が原因の1つと推測される。

17 肝門部胆管癌の術後合併症、在院死亡に関連する周術期因子の検討

坂田 純・白井 良夫・土屋 嘉昭*
若井 俊文・野村 達也*・黒崎 功
畠山 勝義

新潟大学大学院医歯学総合研究科
消化器・一般外科学分野
県立がんセンター外科*

【目的】肝門部胆管癌切除後の合併症、在院死亡に関連する周術期因子を解明する。

【方法】肝葉切除以上の根治的肝切除が施行された肝門部胆管癌81症例を対象とした。

【成績】術後合併症は65例(80%)に発生した。術後合併症に関して単変量、多変量解析ともに有意な危険因子はなかった。術後在院死亡は8例(9.9%)であった。単変量解析では、術前胆管炎発症例の在院死亡の頻度(8/15, 53%)は、術前胆管炎非発症例のそれ(3/66, 4.3%)と比較して有意に高率であった($P=0.009$)。多変量解析でも術前胆管炎は在院死亡の独立危険因子であった($P=0.007$)。

【結論】術前胆管炎は術後在院死亡の独立危険因子である。在院死亡を減らす鍵は、術前に胆管炎を発症した症例の周術期管理である。

18 循環器系合併症を有する症例の肝胆膵手術—抗凝固および抗不整脈治療を中心に—

横山 直行・大谷 哲也・林 雅博
萩谷 健一・吉田 千絵・狩俣 弘幸
矢島 和人・山崎 俊幸・桑原 史郎
片柳 憲雄・斎藤 英樹

新潟市民病院外科

当院では、2005年10月から抗凝固療法中患者の手術に際し、以下の周術期対策を行ってきた。

A. 高リスク病態患者は5日前に入院。

1. 脳梗塞の既往
2. 血栓塞栓症の既往
3. 心臓弁膜症を伴う心房細動
4. 僧房弁の機械弁

(方針)入院日からワーファリン、チクロピジン、アスピリンを中止し、ヘパリン12,000単位/日を持続点滴開始。ヘパリン投与は手術開始4時間前に中止。6時間後よりヘパリンの持続投与を再開。経口摂取が可能となればワーファリンを同量で再開(ヘパリンと併用)、術後3日目以降PT-INR1.6以上を確認したらヘパリン中止。

B. 低リスク病態患者は通常通りの入院。

1. 深部静脈血栓症
2. 心臓弁膜症のない心房細動
3. 冠動脈疾患
4. 閉塞性動脈硬化症
5. 生体弁
6. 大動脈弁の機械弁

(方針)入院日からワーファリン、チクロピジン、アスピリンは手術5日前から中止。手術後活動性出血がなく経口摂取が可能となり次第内服再開。

本方針に基づいて管理が施行された肝胆膵手術症例15例の周術期経過から、同方針の妥当性について検討・報告する。また、抗不整脈治療について、最近の知見も併せて報告する。