

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。