

36) 消化器系疾患と刺絡法

福田 稔(二王子温泉病院)
 安保 徹(新潟大学
 医動物学教室)

進行性胃癌, 悪性リンパ腫(胃), 潰瘍性大腸炎症例, これら症例はいずれも ope を勧められたが, 刺絡法(福田-安保理論)でもって症状及び病的所見は短期間のうちに改善し, ope は必要ない状態となってきた。これら症例に対し理論的に説明すると共に現代医学が病気に対し本質的なものを問うことはなく, 単に投薬, ope をすることに疑問を感じざるを得ない。

37) 肝細胞癌破裂1切除例

阿部 要一・山田 明(木戸病院)
 斎藤 智裕・横山 義信(外科)
 太田 隆志・鈴木 康史
 滝沢 英昭・多田 則義(同 内科)

症例は74才, 男性, 糖尿病にて1963年(40才)からインシュリン治療を継続中であった。平成9年11月28日, 急に腹痛, 嘔気, 嘔吐が出現し, AFP, PIVKA-IIは高値を示し, 腹部CTにて肝右葉の巨大な腫瘍と横隔膜下に液体貯留を認め, 肝細胞癌破裂と診断した。TAE後, 肝右葉切除術を施行, 病理組織学的には中分化型肝細胞癌であった。術後UFT-E 300 mg/日を継続投与し, AFPは正常値になるも, 約1年後よりAFPは上昇し, CTにて右側腹部に巨大腫瘍, 肝左葉に2個の腫瘍が出現し, AFPは778.6 ng/mlと高値となり, 再発と診断した。その後, 明らかな誘因なく, AFPは急速に正常化し, CTにて腫瘍の急速な縮小を認め, 自然退縮と考えられる興味ある1例を経験した。

38) 浸潤または転移を疑われた脾腫瘍の3例

角南 栄二・親松 学
 伊達 和俊・榊原 清(県立吉田病院)
 田宮 洋一(外科)

消化器系悪性腫瘍の浸潤あるいは転移による脾腫瘍の報告は比較的稀である。今回孤立性脾転移を含めた切除例を3例経験した。

症例1は42才女性で, 上部直腸癌術後8ヶ月にCA19-9が上昇し, 腹部CTにて孤立性脾転移を疑われ脾臓摘出術を施行し, 病理組織所見で腺癌の転移と診断された。症例2は71才女性で, 進行S状結腸癌の術前精査

で脾および膵尾部腫瘍が認められ, S状結腸切除術に膵尾部・脾切除術を付加した。病理組織所見では大腸癌の膵尾部・脾への血行性転移であった。症例3は73才女性, 上腹部痛の原因検索のため施行された腹部CTで脾および膵尾部腫瘍を指摘され膵尾部・脾切除術を施行し, 病理組織所見にて膵尾部癌の脾への直接浸潤であった。

39) 粘液産生膵腫瘍術後の膵管内再発に対する胆管・十二指腸温存膵亜全摘術

猪又 英子・坪野 俊広
 石崎 悦郎・相場 哲朗(済生会新潟第二病院)
 川口 正樹(外科)

粘液産生膵腫瘍は比較的予後良好な疾患として知られているが, 膵切除範囲の正確な設定が困難で, 術後に局所再発を来す症例に時々遭遇する。我々が経験した患者は, 主膵管内進展を伴う粘液性嚢胞腺癌に対し遠位側膵切除を行った3年後, 主膵管内に再発した44歳の女性である。膵全摘を避けるために, 胆管・十二指腸と共に膵内胆管右側のわずかな膵実質を温存し膵亜全摘術を行った。術後, 膵内胆管の狭窄をきたし長期間の胆管ステント留置を要したが, 術前危惧された膵内外分泌障害は6か月後の現在も全くなく, QOLは非常に良好である。本症例のような膵亜全摘術の報告は非常に稀であり, 術後の膵機能についての検討はほぼ皆無である。膵縮小手術は合併症も決して少なくはなく, 低悪性度病変に対する標準術式であるとは言いがたいが, 膵亜全摘術は, 広範囲の膵管内進展を有する症例に対して, 最後のオプションとして考慮するに値する術式かもしれない。

40) 熱中症の治療中, 急性膵炎を併発した一症例

村田 大樹・岡村 直孝
 島影 尚弘・内田 克之
 草間 昭夫・若桑 隆二(長岡赤十字病院)
 田島 健三・武藤 輝一(外科)

症例は21歳, 男性。平成10年9月20日マラソン中に倒れ, 近医にて熱中症と診断された。翌日当院救急外来に紹介受診。DIC, 多臓器不全を併発した。その翌日, 腹部CTにて急性膵炎の所見を認めたため, フサンの助注療法を開始する。28日, 40度の熱発, 腹部膨満等より急性膵炎の憎悪を認め, 緊急開腹術を施行した。1600 mlの腹水, 硬化した膵臓, 膵周囲のケン化, 膵背側の後腹膜腔の壊死を認めた。術後, 一旦症状が落ち着くも, 10月1日全身状態が悪化し, 多臓器不全のため死亡した。