

13) 重複 (胸部・腹部) 大動脈瘤に対する二期のおよび一期の手術

山本 和男・春谷 重孝  
曾川 正和・小鹿 雅隆  
明石 興彦・田中佐登司 (立川総合病院)  
小熊 文昭 (心臓血管外科)

胸部大動脈瘤 (TAA) および腹部大動脈瘤 (AAA) を合併した症例に対し、最近 2 年間に両者に対して手術が完了した 6 例 (解離例を含む) を検討した。【対象】胸部大動脈解離に対する手術後に AAA の手術 (2 例)、胸腹部大動脈瘤手術後の AAA 手術 (1 例)、(CABG+MVR の後) AAA の術後に遠位弓部大動脈瘤手術 (1 例)、AAA の術後に解離性胸腹部大動脈瘤手術 (1 例)、TAA と juxtarenal AAA の一期の手術 (1 例)。【結果】二期の手術までの待機期間中にそれぞれ瘤の拡大が認められたが、破裂はなかった。胸部大動脈瘤術後は 2 例を除き第 1 病日抜管。全例軽快退院した。主な症例を詳述する。【結論】重複 (胸部・腹部) 大動脈瘤に対しては重症例では二期の手術が安全である。症例によっては一期の手術により入院期間短縮、コスト削減が可能である。

14) 縦隔感染を伴う胸部大動脈瘤の一例

渡辺 健寛・倉岡 節夫 (新潟大学)  
大関 一・林 純一 (第二外科)

症例は 80 歳女性。発熱で発症。胸部 CT で縦隔炎を伴う胸部大動脈瘤と診断され、当院入院。手術は正中切開下に、脳分離体外循環に一時超低体温循環停止法を併用し、弓部 2 分枝置換術を施行。術中提出した肥厚した大動脈外膜の顕鏡で細菌感染を認めたため、大綱による人工血管被覆を追加した。術後、起炎菌は MSSA と判明した。術後経過は良好で術後 42 日目に退院となった。

15) 術後管理に難渋した低肺機能のアスピリン喘息の 1 例

矢澤 正知・岡崎 裕史 (県立中央病院)  
八木 伸夫・高橋 善樹 (胸部外科)

66 歳 女性 無職 H 8 年に腰痛で NSAIDs の使用で喘息発作を生じ、人工呼吸管理を必要とした既往がある。経過観察中に胸部の異常陰影を指摘され、class III の細胞が出たが、確診出来ず、手術のため当科へ紹介入院。術前血液ガス : pH 7.460 Co239.6 O<sub>2</sub> 71.1 HCo 328.1 Sat 95.1 %呼吸機能 : VC 1260 ml %VC

61.8 % FVC 1200 FEV 1.0580 ml/S %FVC 1.0 48.3 % ピークフロー 2.18 L/s %PF45%と低肺機能を示していた。葉切除を施行したが、手術終了前より気道内圧の上昇があり、アミノフィリン、ステロイドも効果なく、麻酔ガスを使用しながら ICU 入室。約 4 時間の麻酔後、気道内圧が低下。翌日抜管し同時にトラヘルパーを挿入。抜管後 2 日目無気肺のため気管切開及び人工呼吸を使用。1 週間の人工呼吸とアミノフィリン・ステロイド吸入・静注を行い人工呼吸より離脱。術後頭痛に対しては硬膜外ブロックと麻薬を使用して良好な結果を得た。

16) 嚢胞内吸引療法後に手術した巨大気腫性肺嚢胞症の 2 例

青木 正・広野 達彦 (国立療養所西新潟中)  
上野 光夫 (中央病院 呼吸器外科)  
斎藤 泰晴・桶谷 典弘 (同 呼吸器内科)

H-J V の呼吸困難を呈する巨大気腫性肺嚢胞に対して嚢胞内吸引療法後に Bullectomy を行い良好な結果が得られましたので報告します。

症例 1 は残存肺の拡張を期待して、症例 2 は肺嚢胞の減圧を目的として肺嚢胞内吸引療法を行った。吸引療法後の合併症としては症例 1 では再膨張性肺水腫、症例 2 では気胸皮下気腫を経験した。しかし患者の自覚症状はいずれの症例でも H-J III に軽快していた。合併症の治療の後に安全に肺嚢胞切除が施行し得た。poor risk 症例の巨大気腫性肺嚢胞切除に対する術前治療として肺嚢胞内吸引療法は有効であった。

17) 義歯誤飲による S 状結腸穿孔の 1 例

中塚 英樹・横山 直行  
西村 淳・武者 信行 (水戸済生会総合病院)  
斎藤 英俊・山洞 典正 (外科)

今回義歯誤飲による S 状結腸穿孔をきたした症例を経験したので報告する。

症例は 56 歳男性。主訴は下腹部痛と下痢。1998 年 11 月 27 日義歯を誤飲し近医を受診したが、経過を観るよう指図された。11 月 30 日早朝突然下腹部痛と下痢がみられ、近医受診し腹膜炎と診断され、当科紹介入院となった。下腹部全体に圧痛を認め、下腹部正中には筋性防御を認めた。腹部単純 X 線、腹部 CT 検査では、骨盤空内に義歯を認めた。義歯による腸穿孔の汎発性腹膜炎と