

第244回新潟外科集談会

日時 平成9年5月10日(土)
午後1時～午後5時
会場 新潟大学医学部
有壬記念館 2階大会議室

一般演題

1) 食道癌切除結腸間置術における血行再建

長谷川正樹・齊藤 有子
本間 英之・青野 高志
武藤 一朗・高木健太郎
小山 高宣 (県立中央病院外科)
高野 祐 (同 整形外科)

胃亜全摘術後の食道癌症例に対し、右開胸開腹にて胸部食道全摘、残胃全摘、結腸再建を予定した。結腸再建の際、辺縁動脈の血行不良部位を3ヶ所に認め、補助的な血行再建を余儀なくされた。再建経路を胸壁前経路に変更、中結腸動脈左枝を栄養動脈とし、内胸動静脈と中結腸動脈・右枝の血管吻合を行った。この結果、再建結腸の血行は改善した。術後ウロキナーゼ投与を要した。術後急性呼吸不全、循環不全に陥ったが回復。食道結腸吻合部縫合不全も生じたが保存的治療にて治癒した。マイクロサージャリーに精通した整形外科医の助力が必要であるが、再建臓器の血行不良が認められた際には、積極的に行って良い方法と考えられる。

2) 十二指腸潰瘍手術後の再発に対して胸腔鏡下迷走神経切離術を施行した1例

榊原 清・松原 要一
阿部 僚一 (県立吉田病院外科)
田宮 洋一 (新潟大学手術部)

症例は60才の男性、昭和44年に十二指腸潰瘍穿孔で緊急手術を行った。その後、腸閉塞で胃空腸吻合部切除・胃空腸吻合術(Roux en Y)を行った。以後、消化管出血を繰り返すが出血部位は不明であった。昭和63年、Y脚の吻合部に潰瘍再発を認めた。その後、胃空腸吻合部にも潰瘍再発を認め、難治性であり出血を繰り返すため胃空腸吻合部再切除を行った。術後、出血や空腸空腸吻合部の通過障害でさらに2回手術施行した。その後、さらに下血あり胃空腸吻合部に潰瘍の再発を認めた。保存的療法に抵抗し、胃酸分泌も高いことより手術を行う

ことにした。過去に合計5回の開腹手術の既往があるため胸腔鏡による迷走神経切離術を選択した。術後経過は良好で術後検査でも吻合部の潰瘍再発は治癒し、酸分泌も抑制された。

3) Linear Stapler を用いた Triangle Method による Billroth I 法再建術

下田 聡・小山 真
武田 信夫・田中 典生 (県立新発田病院)
本間 英之・竹久保 賢 (外科)

器械吻合による Billroth I 法再建術の1つである Triangle Method を14例の胃癌症例に対して施行した。残胃断端を TA-90^R にて閉鎖後、大弯側にて TA-30^R を用いて吻合した。吻合に要する時間は5～10分、再建に要した時間は leak test を含めて10～15分であった。出血、air leak が見られた以外は原則として補強縫合は施行しなかった。

縫合線を確実に交差させること、小弯側で3点交差を避けることが重要な点と考えられた。胃管チューブは第1～3病日で抜去可能であった。合併症は1例に minor leakage を認めたが、術後狭窄、通過障害は無かった。Triangle Method による Billroth I 法の再建は手縫い吻合に比して手術時間の短縮が可能であり、安全性も高い方法であると考えられた。

4) 胃全摘術後の腸閉塞にて十二指腸虚血性変化、広範囲な後腹膜炎を来した1例

本間 英之・長谷川正樹
武藤 一朗・齊藤 有子
青野 高志・高木健太郎
小山 高宣 (県立中央病院外科)

胃全摘術 Roux-en-Y 再建後の79歳男性。腸閉塞の診断で緊急入院となった。入院時ショック状態であり、緊急開腹術を施行。空腸空腸吻合部に係蹄による腸管狭窄と、十二指腸Y脚の虚血性の変化を認めた。また併存した、十二指腸憩室の穿孔による後腹膜炎の炎症を合併した。後腹膜ドレナージ及び十二指腸減圧目的の経皮的 ileus 管挿入、及び胆嚢外瘻を施行した。術後 DIC を発症したが、改善し経過良好である。十二指腸Y脚に局限した、腸管の虚血性変化は腸管内圧の限局的な上昇が原因と思われる。広範な後腹膜炎のドレナージと共に腸管の減圧を併施したのが救命に有効であったと思われる。