

31) 経皮的胆管胃十二指腸瘻の試み

広瀬 慎一・小池 雅彦 (長岡赤十字病院)  
滝沢 英昭・遠藤 次彦 (内科)  
岡村 直孝・和田 寛治 (同 外科)

閉塞性黄疸に対する PTCD はすでに確立された技術であるが、内瘻化不能の膵胆道系悪性腫瘍に対しては、外瘻 tube 及び bag で対応し、回収された胆汁の飲用を指導してきた。これには、多くの苦痛や、行動上の制約をとまらう。今回、内視鏡的に胃瘻を設置し、PTCD tube と連結することにより bag を下げる必要がなく胆汁飲用の煩わしさを解消することが出来たので報告した。

胃瘻作成

通常の内視鏡検査と同様に、左側臥位にて内視鏡を胃内へ挿入したのち、仰臥位とする。十分に air を送気し、体部もしくは前庭部前壁の中央に穿刺点を決定し、腹壁より圧迫を加え確認する。21G 針にて一気に腹壁及び胃壁を穿刺する。Guide wire を留置し、漸次拡張した後、胃瘻 tube を挿入する。

胆管胃十二指腸瘻

術後4日間は絶食として、腹膜炎や出血の合併を予防する。合併症のないことを確認し、すでに作成してある PTCD tube と連結し胆管胃十二指腸瘻とする。

胃液逆流によると考えられる胆管炎を一回経験したが、この際には連結を解除し抗生剤投与により治癒した。今後、逆流防止弁使用などの工夫が必要と考えた。

の検討から、SEP が後索以外の部位を伝導することを示唆する所見が得られたので報告する。

【症例および方法】対象は脊髄疾患により温痛覚、位置覚、振動覚のいずれかが選択的に障害された12例で、脊髄空洞症7例、Tethered cord 症候群2例、脊椎症2例、陈旧性頸髄損傷1例であり、年齢は13~64才であった。SEP は上肢では正中神経刺激、頭皮上 C3, C4 の2cm 後方と Fpz で記録、下肢は後脛骨神経刺激、Cz の2cm 後方と Fpz で記録した。刺激は左右別々に行い、判定は上肢では N18, P24, 下肢では P35, N42 について、一側の潜時が対側の10%以上延長、または一側の振幅が対側の50%以下に減少した場合を異常とした。

【結果および考察】振動覚障害主体の2上肢、3下肢は予想に反しいずれも正常であった。位置覚のみの選択的障害例はなかった。温痛覚障害主体のものは5上肢、9下肢であった。上肢はいずれも正常であったが、下肢では消失1肢、潜時遅延+振幅低下1肢、振幅低下1肢、正常6肢であった。このうち脊髄が片側の前側方から圧迫され、Brown-Séquard 症候群を呈した脊椎症の2例では、圧迫と反対側の温痛覚障害のみられた下肢に SEP の異常がみられた。SEP が従来の説通り刺激側の後索を通るとすれば、この現象の説明には刺激側の後索と刺激対側(圧迫側)の側索という不自然な組み合わせの障害が必要である。SEP が温痛覚と同様に刺激対側の側索を上行すると仮定すれば、圧迫側の側索のみの障害で説明可能となる。SEP の脊髄内伝導路は今後も検討を要する。

第9回新潟臨床電気生理研究会

日 時 平成5年3月12日(金)  
午後5時45分~8時30分  
場 所 新潟東映ホテル  
2階 朱鷺の間

2) 第8頸髄節支配領域に障害を示した症例における電気生理学的鑑別診断

安野 邦夫・八木真知子 (新潟市民病院)  
白井 洋 (検査部)  
中角 祐治・張替 徹 (同 理学診療科)  
関 利明・八木 知徳 (同 整形外科)

I. 一般演題

1) 脊髄疾患での障害知覚の modality と体性感覚誘発電位

内山 政二・矢尻 洋一  
山崎 昭義・高橋 栄明 (新潟大学整形外科)

末梢神経電気刺激による体性感覚誘発電位(SEP)の脊髄内伝導路は後索が主体であり、深部覚と関係するとされている。しかし障害知覚の modality と SEP には一定の関係がみられないことが多い。脊髄疾患例の SEP

手の小指筋群や尺側の知覚に障害を呈した22症例に電気生理検査を施行し、頸椎症、肘部管症候群等の鑑別を試みた。電気生理検査は、誘発筋電図として肘部の尺骨神経運動神経伝導速度(以下 MCV)と、体性感覚誘発電位として尺骨神経刺激による、エルブ点上の複合神経活動電位から P14 までの頂点間潜時を頸部伝導時間(以下 NCT)として測定し、その伝導障害度を比較し責任病巣を推定した。そして、その後の治療経過で判明した臨床診断と照らし合わせた。

代表例を呈示