

26) 体外衝撃波胆石破碎療法 (ESWL) 後の
破碎結石による総胆管結石症の 1 例

宮崎 賢一・佐藤 謙一郎
師岡 長・鹿嶋 雄治 (秋田組合総合病院)
小山 諭 (外科)

症例は35才の女性で、心窩部痛を主訴に来院。DICにてφ10 mm 前後の結石を多数胆嚢内に認め、患者は手術を希望せず投薬にて経過観察とした。その後も心窩部痛が頻回のため、患者の希望で他院にて ESWL を施行したが不成功に終わった。翌年再び心窩部痛が出現し、DIC にて φ5 mm 前後の結石を胆嚢内に多数認め、胆嚢摘出術を施行した。術中胆道造影で総胆管下部に結石を認め、戴石したところ φ1~5 mm の破碎された胆嚢結石を4個認め、胆嚢内にも破碎された φ5 mm 前後の結石を多数認めた。本症例のように ESWL が不成功のため総胆管内に破碎結石が落下した場合、手術侵襲は増大するので、ESWL の適応と限界について考慮した上での施行が望まれる。

27) 非機能性膵島癌の 2 切除例

新国 恵也・名村 理
草間 昭夫・吉川 時弘 (厚生連中央総合
佐々木公一 (病院外科)
原 敬治 (同 放射線科)
野田 裕 (新潟大学第一病理)

【症例1】68歳、男性。主訴：体重減少。US, CT, Angio により原発性肝癌 (S4, 径 4 cm) と診断し肝左葉切除を行った。索状型肝細胞癌と病理診断された。術後7ヵ月後の CT で膵尾部に腫瘤 (径 4 cm) が出現。精査にて膵癌と診断し膵尾側切除を施行した。被膜を有し広範な壊死を伴う充実性腫瘍で、組織学的には大きな類円形の核を有する細胞が索状構造を示し多数の核分裂像がみられた。Grimelius 染色は陽性だったが、酵素抗体法は全て陰性であり膵島癌と診断された。また前回切除した肝腫瘍は膵島癌の転移と見直し診断された。

【症例2】74歳、女性。主訴：胸やけ。US, CT, ERP, Angio 所見では膵外性に発育する hyper vascular tumor であり膵尾側切除を施行した。径 3 cm 大の白色充実性腫瘍で、組織学的には類円形の核を持つ細胞が索状構造を示し、Grimelius 染色は陽性だったが酵素抗体法では全て陰性だった。リンパ節転移陽性であった。

28) 最近経験した慢性膵炎の 2 手術例

八木 伸夫・平原 浩幸
岡村 直孝・若桑 隆二
松田由紀夫・田島 健三 (長岡赤十字病院)
和田 寛治 (外科)
佐藤 攻 (信楽園病院外科)

慢性膵炎に対する外科的治療は病像に応じた術式が選択されるべきである。最近当科で経験した2例の慢性膵炎に対し、1例は膵管空腸吻合術、1例は幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を行った。両者とも術後経過は良好であった。特に幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を行った症例では術直後においては胃排出能低下が認められるものの遠隔期においては食欲も良好であり、消化性潰瘍の発生も認めなかった。良性疾患である慢性膵炎に対しては、機能温存を第一に考えた場合、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術は優れた術式であると考えられる。

29) 十二指腸温存膵切除の経験とその問題点

松木 久・川合 千尋 (日本歯科大学外科)
宮入 健 (田代消化器病院)
(外科)

膵頭部を含む膵切除に関しては、従来十二指腸や総胆管とともにこれを切除し、消化管の再建を行ういわゆる Pancreato-duodenectomy が一般に広く行われてきたが、最近十二指腸を温存し、或いは十二指腸とともにごくわずかの膵頭部組織を残して総胆管を温存して膵切除を行う手術の報告も散見されるようになった。

我々はこのたび62才女性で全身状態不良の進行膵体部癌症例に対し、手術侵襲の軽減と術後状態の早期改善を期待して十二指腸と総胆管を温存し、脾とともに膵のほとんどもを切除する術式を採用し良好な経過を得ている。

自験症例について述べるとともに、本手術の要点、利点、欠点、手術適応などにつき言及し、若干の文献的考察を加えた。

30) 肝切除後におけるケトン体動態の検討

一遊離脂肪酸との関連から一

富山 武美・坪野 俊広
塚田 一博・吉田 奎介
武藤 輝一 (新潟大学第一外科)

動脈血ケトン体比は肝細胞エネルギー状態の指標とされ臨床に応用されている。今回臨床症例を検討し遊離脂肪酸濃度 (NEFA) とケトン体動態について知見を得たので報告する。【対象および方法】当科において肝葉切除以上を行なった5症例と肝硬変合併により区域切除となった2症例を対象とした。対照群として同時期の肝切

除を行わない肝胆道悪性腫瘍3例及び食道癌2例を用いた。ケトン体濃度、NEFAを測定しケトン体/NEFA比(KF比)の変動を検討した。【結果】肝切除群の総ケトン体量は術当日に低値を示したが、NEFAは1, 2病日に高値を示した。1, 2, 3病日の測定を通じてケトン体比は有意な変動を示さなかったが、KF比は術当日および術後1, 3病日に有意に低値を示した。【まとめ】術後安定した経過を示す肝切除術後においても肝のKF比は低下しketogenesisの低下を示した。ケトン体比の判断にはNEFAの変動を含めて行なう必要がある。

31) 血中ケトン体比の意義について —手術症例における検討—

土屋 嘉昭・清水 武昭(信楽園病院外科)

消化器疾患を中心に外科手術患者27例に動脈血中ケトン体比を術前、術中、術後に測定した。術前・麻酔導入直後・術中(最低値)・第一病日のケトン体比の平均はそれぞれ1.76±0.87, 1.36±0.92, 0.69±0.25, 1.67±0.81であった。術中ケトン体比最低値が0.4以下を示した症例は2例であり、進行胃癌のため肝十二指腸靱帯のSKELETONIZATIONが行なわれた。0.4以上0.7以下を示した症例は11例で肝切除4例全例・SKELETONIZATION 1例・慢性腎不全+胃癌2例・重症糖尿病+胃癌1例・門脈閉塞進行癌2例(脾癌・胆嚢癌)・汎発性腹膜炎1例であった。残りの14例は経過中0.7以上であった。第一病日は全例0.7以上を示し、手術死亡は0であった。手術患者の動脈中ケトン体比は原疾患・合併症の重症度、手術侵襲の程度を反映するものと考えられた。

32) 脾梗塞の1例

大日方一夫・丸山 明則(厚生連頸南病院)
藤野 正義(外科)
林 純一・斎藤 憲(新潟大学第二外科)

症例は26歳の男性。1991年1月14日突然左上腹部に激しい痛みが出現して来院、急性腹症として緊急入院となった。嘔気、嘔吐あり。左上腹部に圧痛、筋性防御を認めた。白血球数17900/mm³の他は生化学検査に異常を認めず、検尿も異常なし。胸部、腹部X線に異常なし。上部消化管内視鏡も異常なし。CTにて脾実質に低吸収域が認められ、脾の虚血性疾患が疑われた。心尖部にLevine 2/6の全収縮期雑音があることより、僧帽弁閉鎖不全によって形成された血栓が原因の脾梗塞であると

と診断した。心エコーでは僧帽弁前尖の逸脱が認められたが、左室内の血栓は確認されなかった。抗生物質を使用して保存的に治療したところ、疼痛消失し、白血球数も正常化したので2月8日退院とした。抗血栓療法を行なう一方、梗塞後の脾破裂や膿瘍の発生が報告されているので注意しつつ外来で経過観察中である。脾梗塞は急性腹症の1つとして教科書にも記載されているが、稀な疾患であるので報告した。

33) 十二指腸上行部(第4部)に発生した 平滑筋腫の1例

加藤 知邦・斎藤 博
三科 武・石原 良
飯沼 泰史・内野 英明
大橋 泰博・鈴木 伸男(荘内病院外科)

比較的稀と思われる十二指腸第4部に発生した平滑筋腫を経験したので報告する。

患者は70才女性、主訴は心窩部痛。既往歴：婦人科手術歴、輸血歴あり、昭和40年頃急性肝炎にて治療、平成2年6月より胆石症。

現病歴：平成2年11月14日心窩部痛にて当院内科受診、Hb6.8g/dlと著明な貧血を指摘され11月16日内科入院。11月30日婦人科受診、異常所見無し。12月5日CT、Treitz付近の腫瘍指摘される。12月6日小腸造影、十二指腸第4部に腫瘍影あり、平滑筋腫もしくは平滑筋肉腫。12月12日当科受診。受診時貧血所見のみ。12月14日血管造影、良性悪性の鑑別つかず。12月20日当科転科。平成3年1月11日小腸内視鏡施行、生検、壊死組織、擦過細胞診、class 2。1月14日手術、十二指腸部分切除、十二指腸空腸吻合術、胆嚢摘出術を行った。術中病理迅速標本では平滑筋腫であった。術後吻合部の通過障害があり経口摂取開始が遅れたが徐々に改善し3月15日退院した。

34) 胃下垂全摘(B-I)術後の逆流性食道炎

武田 信夫・松尾 仁之
田宮 洋一・田中 乙雄
松原 要一・武藤 輝一(新潟大学第一外科)

【目的】胃切除後の逆流性食道炎の病態生理解明のため、食道内pHと残胃十二指腸運動を同時連続測定し、胃十二指腸運動と食道逆流現象について検討した。【対象】幽門側胃下垂全摘術(B-I)を施行した21例をA群：軽度食道炎(S-M分類I, II)8例、B群：高度食道炎(III, IV)4例、C群：食道炎なし9例の3群に分け比較検討した。【方法】食道pHは複合型pHセンサー