

### 3 重症 COPD 症例に対して肝臓同時切除を施行した 肝門部胆管癌の1例：エラスポールを用いた術中術後呼吸管理

市川 寛・中島 真人・北見 智恵  
小川 洋・嶋村 和彦・佐藤 大輔  
野村 達也・黒崎 功・親松 学\*  
島山 勝義

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
消化器・一般外科学分野  
厚生連佐渡総合病院外科\*

進行胆道癌に対する肝臓同時切除は多大な手術侵襲を伴うことより、注意深い術中・術後管理が肝要である。本報告例(76才男性)は、右季肋部痛と発熱で発症した広範囲肝門部胆管癌であり、治癒切除を得るためには拡大肝左葉切除+臍頭切除が必要と考えられた。一方、呼吸機能検査はFEV1.0 641ml FEV1.0 % 35.1 %と重度の閉塞性呼吸障害を示し、術後呼吸器合併症発症が危惧された。手術侵襲が大きいことを説明し、かつ患者本人が手術に積極的であることを確認した上で、気管切開、ICU管理とエラスポール早期投与などによる呼吸管理を行って予定した手術を実施した。臍液は完全外瘻とした。エラスポールは手術開始2時間後から開始し、約5日間使用した。

術当日は人工呼吸器管理とし、P/F比は300～400台と良好なため第1病日に気管内チューブを抜管した。第2病日より右下肺野に軽度浸潤影が出現したが、呼吸状態の悪化は見られなかった。臍断端部の感染などにより術後経過は必ずしも平坦ではなかったが、第7病日にICUを退室後、特殊な管理を要するような呼吸器合併症をきたすことなく経過した。現在、臍腸吻合に向けて待機中である。

術後呼吸器合併症のリスクの高い症例に対して、エラスポールの早期投与を行った1例を報告した。

### 4 胆嚢癌術後の肝外門脈閉塞による消化管出血の1例

清水 大喜・土屋 嘉昭・野村 達也  
中川 悟・藪崎 裕・瀧井 康公  
梨本 篤・神林智寿子・佐藤 信昭  
田中 乙雄

県立がんセンター外科

胆嚢癌術後に頻回の大量消化管出血を認め、診断に難渋したが術中内視鏡で肝管空腸吻合部静脈瘤と診断し、脾静脈-腎静脈シャント手術により良好な効果を得られた1例を経験したので報告する。症例は3年前に胆嚢癌のため肝管空腸吻合術を施行された76歳の男性。手術7ヵ月後から脾腫を指摘され、手術1年後には門脈本幹の閉塞を認められていた。2006年6月下血を主訴に当科入院。上部消化管内視鏡で軽度の胃食道静脈瘤を認めるも、明白な出血点は確認できなかった。血管造影、出血シンチグラフィでも出血源は同定できず、出血点確認のため開腹手術を施行した。術中内視鏡で肝管空腸吻合部に発赤所見を伴う静脈瘤を認め、出血点と診断した。脾臓摘出・脾静脈-腎静脈シャント手術を施行した後に再度行った術中内視鏡では発赤所見は消失していた。1%エトキシスクレロールを用いて、内視鏡的硬化療法を追加し手術を終了した。その後下血は消失し退院。現在再発なく、外来通院中である。

## Session II 『臍』

### 5 急性膵炎に合併した急性肺障害に対し 好中球エラスターゼ阻害薬が有効であった1例

良田 裕平・茂古沼達之・田川 学  
若林 博人

財団法人竹田総合病院消化器科

急性膵炎は時に重症化し、全身性の合併症により、多臓器不全を伴う予後不良となりうる疾患である。今回、我々は高トリグリセライド血症と大量飲酒により発症した重症急性膵炎およびそれに併発した急性肺障害、急性呼吸窮迫症候群(ARDS)に対し好中球エラスターゼ阻害薬

(sivelestat sodium) の投与した1例を経験したので報告する。症例は35歳、男性、大酒家、糖尿病指摘されていた。これまで何回か軽度急性膵炎の既往があった。今回も飲酒後夜間に上腹部痛が出現して近医に入院し、症状および、膵酵素と炎症反応上昇とを認められ、急性膵炎と診断され治療される。翌日のH17年9月17日全身状態の悪化のため、当院に転院した。転院時は厚生労働省急性膵炎の重症度判定基準でステージ3(重症Ⅱ)と診断して、同日からnafamostat mesilateの持続動注とimipenem/cilastatinの動注療法を開始した。経過中併発した急性肺障害・ARDS・呼吸障害に対してsivelestat sodium持続静注、腎機能低下に対して持続血液濾過透析(CHDF)などの治療を行い膵炎および全身状態は改善した。膵炎軽快後に形成された仮性膵のう胞、膿瘍に対しては経胃ドレナージを施行し、H18年1月23日に軽快退院した。重症急性膵炎に併発した急性肺障害・ARDSに対して好中球エラスターゼ阻害薬sivelestat sodiumが有効であったと考えられた1例を経験した。

## 6 プレドニン内服中止にて再発した自己免疫性膵胆管炎の1例

森 茂紀・大崎 暁彦・上村 顕也  
菅原 聡・加村 毅\*  
信楽園病院 内科  
新潟大学医歯学総合病院放射線部\*

症例は53歳男性。H15に黄疸を伴った自己免疫性膵胆管炎で入院、プレドニン内服にて軽快した。5mgにて維持療法を行っていたが、H17.3月に患者の強い希望にて内服中止。しかし、10月より黄疸出現。11.2再入院となった。総ビリルビンは10.5と上昇、IgG4は595と高値を示した。ENBD留置後、プレドニゾロン30mgより投与を開始。10日後の造影で胆管像の改善を認め、ENBDチューブを抜去。その後少しずつ減量し、現在はまた7.5mgにて経過観察中であるが、黄疸の再燃は認めていない。自己免疫性膵胆管炎においては、プレドニンの減量、中止での再発例も多

く、維持療法が必要と考えられた。

## 7 膵腫瘍診断のPitfalls — 膵腫瘍と診断され膵切除が行われた非腫瘍性病変

青野 高志・大矢 洋・黒崎 亮  
井上 真・佐藤 友威・岡田 貴幸  
武藤 一郎・長谷川正樹

県立中央病院外科

膵腫瘍と診断し膵切除を行うも、病理組織学的に非腫瘍性病変と診断された症例を検討した。1999年4月～2006年7月に当科で膵切除を118例(膵頭十二指腸切除89例、尾側膵切除29例)に施行した。うち、術前に膵疾患と診断されたのは67例で、通常型膵癌(疑診例を含む)39例、膵外傷4例を除いた24例を検討対象とした。画像所見上、5例が充実性、19例が嚢胞性病変であった。それぞれ1例ずつが切除後の病理組織所見で、非腫瘍性病変と判明した。

〔症例1〕67歳女性。背部痛の精査でCT検査施行。膵尾部に良好に造影される $2.4 \times 1.7$ cmの境界明瞭な腫瘤を認め、MRI検査で、膵実質より同腫瘤はT1強調画像で軽度低信号、T2強調画像で軽度高信号を呈した。腹部血管造影検査でhypervascular tumorとして描出された。ERP検査では主膵管に異常所見はなかった。血中膵ホルモンの上昇はなかった。非機能性膵島腫瘍と診断し、膵切除を行った。

〔症例2〕60歳男性。左上腹部痛、脾腫の精査でCT検査施行。膵尾部に $13.0 \times 10.5$ cmの巨大な嚢胞を認め、内部には造影される結節状隆起が認められた。MRCP検査では主膵管に拡張はなく、嚢胞との連続性も明らかでなかった。腹部血管造影検査で脾静脈は造影されず、短胃静脈を介して側副血行路が描出された。粘液性嚢胞腺癌と診断し、膵切除を行った。上記症例を提示し、文献的考察を加えた。