

〔症例2〕57歳, 男性. 胃から直腸にかけてポリープを認め, CCS と診断. Rs に3 cm 大の I p 病変認め, EMR を施行. 病理所見では adenocarcinoma in tubular adenoma, であった.

【考察】CCS は癌化は無いとされているが, 当症例のように癌と併存する症例も増加している. CCS に対しては, 癌の併存を考慮した注意深い経過観察が重要であると考えられた.

27 下部直腸早期癌に対する腹腔鏡下超低位前方切除術, 経肛門吻合術の経験

遠藤 俊吾・田中 淳一
日高 英二・石崎 秀信
梅澤 昭子・永田 浩一
里館 均・薄井 信介
岩下 方彰・吉田 達也
池原 伸直・坂下 正典
大塚 和朗・為我井 芳郎 (昭和大学)
樫田 博史・井上 晴洋 (横浜市北部病院)
工藤 進英 (消化器センター)

症例は67歳の男性. 便秘を主訴に2002年3月4日に大腸内視鏡検査を受け, 肛門縁から4 cm の Rb 前壁に径10 mm の IIc+IIa 病変を指摘された. SM massive 癌と診断され, 3月20日に手術を施行した. 手術は腹腔鏡下に中樞2群までのリンパ節郭清と肛門挙筋までの直腸の剥離を行い, 口側腸管を切離した. 切除予定腸管を内翻して, 経肛門的に脱転し, 肛門外で肛門側断端を直視下に確認して切離した. 再建は vertical mattress 縫合にて経肛門吻合を行い, covering ileostomy を造設した. 本術式は, 肛門側の切離を直視下に行うことから, 下部直腸早期癌に対して有用と考える.

28 大腸癌術後再発症例に対する PMC 療法の経験

宗岡 克樹 (新潟医療センター 病院外科)
白井 良夫・畠山 勝義 (新潟大学大学院 消化器・一般外科 (第1外科))

大腸癌術後再発2症例に対し PMC+LV 療法 (UFT 400 mg/day, 5-FU 600 mg/m²/W, LV 450 mg/W) を施行したので報告する. 症例1:

68歳男性の直腸癌に対し低位前方切除術を施行後, 19ヶ月後より CEA の上昇を認めた. EUS で吻合部背側に腫瘤を認めたため, Miles 手術を施行した. 術後も CEA の上昇 (596 ng/ml) が続いたため, PMC+LV 療法を7回を行い, CEA は499 ng/ml と低下した. 現在も同療法を継続中である. 症例2: 74歳男性の横行結腸癌に対し根治手術を施行した. 術中3 mm の肝転移も同時に切除した. 術後残肝再発を認め, 7か月目には径8 cm まで増大し, 横隔膜浸潤および肺内浸潤が出現した. PMC+LV 療法を10回施行後 PR となった. 大腸癌術後再発に対する化学療法の選択肢として PMC+LV 療法は有効と考えられる.

第55回新潟麻醉懇話会 第34回新潟ショックと蘇生・ 集中治療研究会

日時 平成14年6月8日(土)
午前10時より
会場 新潟大学医学部
有壬記念館 2階

一般演題

1 新潟大学医学部附属病院における VIMA の経験

佐藤 剛・山倉 智宏
多賀紀一郎・大矢真奈美
丸山 亮・窪田 大和 (新潟大学医学部 附属病院麻醉科)
本間 隆幸・黒川 智

今回 VIMA による導入方法を全身麻酔のみの9症例に対して行い, 前投薬の有無や静脈麻酔薬による急速導入法との就眠時間・覚醒時間・導入時合併症に関して比較検討した.

VIMA の導入方法は反復深呼吸法を採用し, 酸

素2L/分, 笑気4L/分, 5%セボフルランにて導入し, その後は適切なセボフルラン濃度で麻酔維持を行った。

前投薬の有無に関しては, 導入時間に顕著な差はなかった。静脈麻酔薬による急速導入法と比較して就眠時間はVIMAの方が時間を要する結果となった。合併症に関しては特に大きな問題となることは発生しなく, 両群間に大きな差はない結果となった。

今後はVIMAの利点・欠点を十分理解した上でこの導入方法を検討していく必要がある。

2 新潟大学医学部附属病院における非心臓手術麻酔管理の経食道心エコー(TEE)利用状況

今井 英一・本間 隆幸(新潟大学)
岡本 学(麻酔科)

今回, TEEは心臓手術のみではなく, 非心臓手術においても周術期管理に有効であり, 広く使用されている。当施設での平成14年1月~5月におけるTEEの使用は46症例であり, 7例が非心臓大血管手術であった。この7症例の麻酔管理におけるTEEの有用性を報告する。

心疾患合併患者の非心臓手術において, TEEは低侵襲, 簡便かつ鋭敏であるため心機能, 血行動態評価に有効である。

3 全身麻酔中に原因不明の心室細動をきたした1例

石井 秀明・佐藤 一範(厚生連長岡中央
総合病院麻酔科)
飛田 俊幸(新潟大学大学院
医歯学総合研究
科器官制御学講
座麻酔科学分野)

症例は51歳 男性。小児頭大の骨盤腔内腫瘍に対し骨盤腔内腫瘍全摘術が予定された。術前心電図に異常はなかった。手術開始から6時間後, 左閉鎖管近くの腫瘍摘出直後に突然心室細動となった。直ちに, 体外式心臓マッサージを施行, 4回の電氣的除細動で洞調律に復した。心拍, 血圧の安

定後に手術を再開し, 可及的すみやかに手術を終了させた。翌日, 患者は完全覚醒し, その後も神経学的後遺症は認めなかった。当初, 肺塞栓が疑われたが, 術後検査で否定され, 原因の特定には至らなかった。心室細動を惹起しうる病態・状況においてこれを予防することはもちろんであるが, 予期しない心室細動に対し迅速かつ適切な治療ができるよう備えておくことが重要であると再認識する一例であった。

4 脊髄モニタリングにより椎体スクリュー刺入方向異常に起因する脊髄損傷を予防できた脊柱側彎矯正術の麻酔管理

清水美弥子*・間庭 圭一(新潟大学)
馬場 洋(麻酔科)
長谷川和宏(同 整形外科)
*現新潟市民病院

17歳男性(174 cm, 67 kg)に対し, Th 5-11の側彎症に対する胸腔鏡視下脊柱矯正固定術を行った。術中脊髄損傷を予防するため, 仙骨裂孔より留置した硬膜外電極を電気刺激し, 頸膨大部の硬膜外電極より伝導性脊髄誘発電位を記録した。麻酔は笑気, 酸素, セボフルランにフェンタニルを併用した。スクリュー刺入開始40分後, 同電位の消失に気づかれた。血行動態は安定していた。脊椎側面の透視画像上, Th 8のスクリューの脊柱管内突出を認め, ただちにこれを抜去した。その直後より伝導性脊髄誘発電位が完全に回復し手術は終了した。術後, 一過性に左下肢のシビレを認めた。カールソンらの動物実験によれば, 脊髄圧迫により体性感覚誘発電位の一過性消失を認め, 1時間以内に除圧術を行うと, 電位は完全に復活したという。従って, 回復可能な脊髄損傷でも, 一過性に誘発電位が完全に消失しうる。血行動態の変化を伴わない術中脊髄損傷の早期発見には, 伝導性脊髄誘発電位測定が有用である。