

8) 術前診断ができなかった腸重積症(悪性リンパ腫)の1例

近藤 公男・大沢 義弘(太田西ノ内病院 小児外科)

9歳, 男児. 開腹歴なし. 腹痛, 嘔吐にて近医受診し, 腹部 X P にて著明なイレウス像を指摘され当科入院した. 腹部は中等度膨隆, 軟で, 腫瘍触知せず. 保存的療法にて入院2日目にイレウスは解除した. 注腸造影で上行結腸に径5cm大の触知可能な腫瘍像を認め, US, CTでも同様の腫瘍像を認めた. 入院3日目から再びイレウスとなり, 大腸内視鏡検査を施行. 上行結腸に径5cm大のI型隆起性病変を認めた. 入院8日目に開腹, 右下腹部に回結腸型の腸重積を認めた. 先進部はBauhin弁より10cm口側, 径5cm大の回腸粘膜下腫瘍であり, 病理診断は悪性リンパ腫であった. 回腸部分切除術を施行し, 現在小児科にて化学療法施行中である.

9) 下部腸管の拡張に寒天注腸が有効であった回腸閉鎖症の1例

内藤 真一・新田 幸壽(新潟市民病院 小児外科)
鈴木 孝明・荒井 洋志

先天性腸閉鎖症では下部腸管の発育が不良で, 腸管吻合後に吻合部の通過障害のために治療に難渋することがある. この下部腸管を拡張する目的で0.6%の濃度に調整した寒天を注腸して有用であった症例を経験したので報告する.

症例は在胎28週1日, 1,210gで出生した男児. 先天性回腸閉鎖症にて生後4日目に回腸瘻造設後, 成長を待って回腸回腸吻合を行ったが, 吻合部狭窄のために再度回腸瘻造設を要した. 下部腸管に寒天注腸後, 再び腸管吻合を行い, その後は良好に経過した.

10) 腸管神経未熟症と考えられた低出生体重児の1例

山崎 哲・飯沼 泰史
八木 実・内藤万紗文(新潟大学 小児外科)
内山 昌則・岩渕 真

腸壁内神経細胞未熟症と考えられる低出生体重児例を報告する. 症例は在胎28週, 1034gで出生した女児. 胎便排泄遅延あり, 腹部は膨満. 日齢4に注腸造影でmicrocolonを認め, 緊急開腹す. Treitz 靱帯より90cmまで腸管は拡張し, その肛門側は細く, 胎便がつ

まっていた. 虫垂組織に迅速病理検査にて神経細胞を確認. caliber changeより15cm口側に回腸瘻を造設. 術後自然排便が認められず, 浣腸療法を併用. 19病日より次第に自然排便が認められ, 造影で腸管蠕動を確認し, 児の発育を待って術後9ヶ月半で腸瘻を閉鎖. 病理組織像では腸瘻造設時に比し, 神経細胞の成熟が認められた. 腸瘻閉鎖後, 児は順調に発育しており, 外来にて経過観察中である.

11) 当科における小児腹部悪性腫瘍の治療経験 特に10年以上経過症例での検討

高野 邦夫・大矢 知昇
荒井 洋志・毛利 成昭
宮原 和弘・羽田 真朗(山梨医科大学 第二外科)
腰塚 浩三・多田 祐輔
犬飼 岳史・杉田 完爾
中澤 眞平(同 小児科)

我々の経験した神経芽腫・肝芽腫・腎芽腫の症例をまとめるとともに, 特に治療開始より10年経過した症例を中心に当院での小児悪性腫瘍に対する治療方針とともにその現況を報告したい.

初診時全身の骨転移を認めた Stage IV-A の神経芽腫の1例と, 拡大肝左切除を行い術後両側肺転移病変を切除した1例が初診より12年後の現在も経過良好に生存している.

12) エホバの証人信者の破裂性腹部大動脈瘤に対する1救命例

名村 理・金沢 宏
吉谷 克雄・中澤 聡(新潟市民病院 心臓血管外科)
山崎 芳彦

症例は, 47歳女性, エホバの証人信者で, 1999年1月14日夜から背部痛を自覚, 15日早朝には腹痛も加わり, 救急車で近医に搬送された. 同院で破裂性腹部大動脈瘤と診断され, 手術目的で同日13時30分当院救命救急センターに収容された. 入院時, 意識は清明だが, 苦悶様顔貌で血圧72/39 mmHg, Hb 5.7 g/dlであった. 直ちにocclusion balloonを挿入手術室に搬送した. 手術中は, セルサーを使用し血液の喪失を最低限とし, Y字型人工血管置換術を施行. 手術中の最低 Hb は2.8 g/dlであった. 術後は昇圧剤, 高濃度酸素投与, 低体温管理等によりショック, 臓器障害を予防し, 合併症無く経過, 第19病日退院した.