

18) Chronotherapy を応用した FLMP 療法：  
第3報—癌性腹膜炎に対する腹腔内投与症例の  
検討—小林 功・横森 忠紘  
家里 裕・山田 保 (小千谷総合病院)  
落合 亮・橋本 直樹 (外科)

当施設では、進行癌および再発癌に対して Biochemical modulation と、生体の日周リズムを考慮した chronotherapy を応用した FLMP 療法を行い良好な成績を得ている。今回、癌性腹膜炎に対して腹腔内投与を行った3症例を報告する。

【症例と方法】症例は胃癌、結腸癌術後各1例。虫垂粘液嚢胞腺癌1例であった。投与方法は、癌性腹水ドレナージ後 0.5 ml/h の infuser を用いて、5FU, 500 mg/day を5日間持続腹腔内注入、leucovorin, 21 mg を pm 4時に5日間静注。治療開始5日目に、MMC, 2 mg を am 9時に2mg 静注、CDDP, 80 mg を pm 4時に1時間かけて腹腔内注入した。【結果】胃癌および結腸癌術後症例は、FLMP 2クール施行。腹水は消失した。虫垂癌症例は、術後5日目より FLMP 1クール施行。腹水の増加は認めていない。副作用として grade 3 の悪心嘔吐を2例に認めた。【まとめ】FLMP 腹腔内投与は癌性腹膜炎の腹水のコントロールに有効であった。

19) 24時間食道内 pH 測定を施行した Barrett  
食道癌の2例牧野 成人・武者 信行  
桑原 史郎・大日方一夫  
鈴木 聡・西巻 正  
鈴木 力・畠山 勝義 (新潟大学第一外科)

Barrett 食道及び Barrett 食道癌は本邦ではまれで、その病態は明らかではない。今回、我々は24時間食道内 pH 測定を施行し、興味ある治験を得たので報告する。

〈症例1〉65才男性。45年間食道裂孔ヘルニアによる胃液の食道内逆流あり。EaEi に4型食道癌を認め、24時間食道内 pH 測定では、pH4.0 以下が88.0%であった。非開胸胸部食道全摘術施行。

病理診断は、Barrett 上皮に合併した、多彩な組織型をもつ腺癌であった。

〈症例2〉66才男性。膵脾合併胃全摘術施行後、29年間の腸液の食道内逆流あり。Ea に O-IIa 食道癌を認め、24時間食道内 pH 測定では、pH7.0 以上が43.7%であった。下部食道切除術施行。

病理診断は、Barrett 上皮に合併した中分化型腺癌で

あった。

以上より、Barrett 食道及び Barrett 食道癌の発生には、胃液のみならずアルカリ腸液の食道内逆流が関与している可能性が示唆される。

## II. 特別演題

「QOL からみた胃癌の外科治療」

群馬大学医学部第一外科教授

長町 幸雄 先生

## 第51回長岡地区循環器懇話会

日 時 平成9年7月11日(金)

午後7時～9時

会 場 立川総合病院

南館 4階 講義室

## 一 般 演 題

1) 膿胸治療中に冠攣縮による急性心筋梗塞を  
起こした1例佐伯 牧彦・小玉 誠  
伊藤 正洋・沢田 宏樹 (厚生連長岡中央  
島田 正久・岩島 明 (総合病院内科))

症例は56才の男性で、重喫煙者である。平成9年3月下旬発症の右膿胸にて4月9日当科に紹介され入院した。11日よりトロッカーにて胸腔内から1,200 ml の膿を吸引した後、14日の13:30より冷蔵されていた強酸性水を400 ml 入れたところショックとなり心電図上は下壁の急性心筋梗塞の所見で、上室性頻拍、心室頻拍など起こしたが、血栓溶解療法なしに ST 上昇は軽微となり、ショックからも離脱できた。CPK は発症3時間半後に max 4394 を示し、以後急速に下がった。エコー、シンチはいずれも下壁の急性心筋梗塞で問題なく、19病日に施行した冠動脈造影では狭窄はなかった。後日の検討でトロッカーは心臓とは距離があったが、膿胸と右冠動脈は極めて近くにあり、冷たい強酸性水からの寒冷刺激が右冠動脈に加えられた可能性が高かった。以上の状況より冷たい強酸性水により誘発された冠攣縮による急性心筋梗塞であると考えた。

強酸性水による膿胸の治療は有効で、現在日常よく使

われている。通常製造直後の温かい状態または室温で使われその意味では本例は特殊な症例ではあるが、このような報告は少なく示唆に富んだ症例と思われたので、ここに報告した。

## 2) 病診連携で救命できた解離性大動脈瘤の1例

永井 恒雄・山崎ユウ子 (長岡赤十字病院)  
江部 克也・脇屋 義彦 (循環器内科)

## 3) 最近経験した心筋炎数例のまとめ

久保田 要・平出 大  
生天目安英・今井 俊介  
鴫田 尚樹・池田 佳生  
飯田 隆史・小川 理  
北沢 仁・高橋 稔  
石黒 淳司・佐藤 政仁 (立川総合病院)  
岡部 正明 (循環器内科)

平成8年7月から1年以内に4例の急性心筋炎症例をたてつけに経験した。全例が左室心内膜生検により確定診断をされた。各々多彩な所見および経過をしめた。

症例1は第1子出産6ヶ月後の23才の女性で、発熱、頭痛、嘔吐、下痢、眩暈で発症。来院時血圧70 mmHgのショック状態で、心電図はwide QRS (RBBB pattern) irregular tachycardiaでAV dissociationであった。心エコーでは左室壁運動が低下し、CPKは2,418 iu/lと上昇。IABP, PCPSによる治療に効果なく、第11病日に心不全にて死亡した。CPKは第6病日に34,870 iu/lまで上昇した。病状の進行に伴いQRS幅は延長し、わずかな基線のゆれのような波形となっていた。

症例2は26才女性で、発熱、胸部圧迫、呼吸困難で発症、心電図は洞頻脈で全誘導でST上昇、心エコーで

は左室壁肥厚はあったが壁運動の低下はなかった。血行動態は安定。CPKは第3病日の3,420 iu/lのピーク後減少し、STも徐々に正常化、終始心不全の出現なく第21病日に退院した。

症例3は68才男性で、冠スパスム狭心症、糖尿病で加療中。発熱、呼吸困難で発症。心電図はaf, complete AV block, RBBB patternのwide QRS rhythm 40 bpmで約1年前の正常心電図とは明らかに異なっていた。また心エコーでも左室壁の肥厚と壁運動の低下をみとめた。CPKの上昇はなかった。一時ペースングを開始したがVf VTが頻発しショックとなる。心筋生検よりgiant cell myocarditisと診断。血行動態悪化にてIABP, PCPSにて管理し第13病日にはPCPSより離脱できた。しかしその直後肺動脈血栓塞栓症を併発、さらに肺出血を合併し死亡した。

症例4は66才男性で発熱、頭痛、倦怠感で発症し、ショック状態からDICを伴う多臓器不全に陥った。当初の心電図はwide QRS irregular tachycardia, AV dissociationで心エコーでは左室壁運動の著名な低下をみとめた。第4病日に当院転院となり心筋生検を施行、IABPを挿入す。IABP下でのC.I. SVO2値は良好であったためPCPSは導入しなかったが、翌日の透析中に呼吸状態が悪化した。胸郭形成術後の気管偏位大きく、気管内挿管ができず心停止となり死亡した。

心内膜心筋生検所見は全例で単核細胞主体の細胞浸潤と心筋細胞の壊死、変性がみられた。症例3のみ多核巨細胞の散在を認めた。組織像所見と重症度とは一致しなかった。有意のウイルス抗体価上昇は症例S.H.でコクサッキーB4でX90→X360と上昇を示したのみである。なお、症例N.A.は抗核抗体がX160であった。死亡例全例で剖検をおこなうことができ検討中である。