

するが、No. 16リンパ節郭清の意義を普遍的なものにするためには、全国レベルの randomized control study が必要である。

5) 胃切除後の骨障害

福田 稔 (県立坂町病院外科)

当地では胃切除後におこる骨障害例が多い事が判明した。

そこでこの診断と治療について述べる。

6) 2峰性アルブミンを認めた脾性腹水症4例の検討

佐藤 友威・岡村 直孝
 草間 昭夫・若桑 隆二 (長岡赤十字病院)
 田島 健三・和田 寛治 (外科)
 広田 雅行 (同 小児外科)
 小池 雅彦 (同 内科)
 小林 幸子 (同 検査部)

脾性腹水は脾良性疾患に随伴するきわめて稀な病態で、脾液が腹腔内に漏れるために起こるとされている。2峰性アルブミンも同様に稀と考えられており、本症に出現することがあるとされているが、我々の症例を除くと本邦における報告はない。我々は過去4年間に4例の脾性腹水症(胸水合併1例)を経験し、意外に多いと思われた。全例に2峰性アルブミンを認め、しかも血清よりも腹水(胸水合併例では胸水)中に著明であった。血清の蛋白分画像は2峰性とならないこともあり見逃されることもあった。この異常アルブミンはヒト脾液と血清蛋白から実験的に生成されることも確認した。以上より脾性腹水症は決して稀な病態ではなく、その診断には腹水あるいは胸水中の2峰性アルブミンを検出することが極めて重要と考えられた。また本症において2峰性アルブミンは腹腔内あるいは胸腔内で生成されたと考えられた。

7) 肝膿瘍と鑑別の困難であった肝腫瘍の1例

二瓶 幸栄・佐藤 攻
 清水 武昭 (信楽園病院外科)
 内田 克之 (新潟大学第一外科)
 加村 毅 (同 放射線科)

症例は62歳男性。主訴は発熱、全身倦怠感、食欲低下。平成6年胆管癌で胆管切除術を施行された既往がある。現病歴、平成6年11月頃より前記症状出現。腹部CTに

て、S5のLDAを指摘され、肝膿瘍の診断で入院となった。入院後、腹部超音波等の検査にて、肝膿瘍の診断で、PTCD tubeによるドレナージを施行するも、排膿なし。ドレナージ後も発熱続き、tubeよりの排膿のないこと、臨床経過から、胆管癌の肝転移を疑い、肝切除術を施行した。術後、病理診断は、胆管細胞癌であった。術後、ドレナージより胆汁の流出が見られたが、徐々に減少、発熱等の症状もなく、元気に退院。以上のように、肝膿瘍と鑑別の困難であった肝腫瘍の1例を経験したので報告する。

8) 胆嚢捻転症の3例

伊賀 芳朗・角南 栄二
 村山 裕一・清水 春夫 (村上総合病院外科)

胆嚢捻転症は比較的希で緊急手術を要する疾患であるが、特異的症狀に乏しく、術前診断は困難とされる。われわれは腹部超音波検査(US)にて胆嚢捻転症を疑い、手術を施行した3例を経験したので報告する。症例1は81歳女性、右下腹部痛と嘔吐を主訴に来院、USにて胆嚢腫大、壁の肥厚を認め、肝床への付着が不明であったため、胆嚢捻転症を疑い手術を施行した。症例2は88歳女性、腹痛を主訴に来院、USにて腫大胆嚢と壁の肥厚、正中への偏位を認め、肝床付着部が少なく胆嚢捻転症を疑い手術を施行した。症例3は、88才女性、腹痛と腰痛、嘔吐を主訴として来院、USにて胆嚢腫大、壁肥厚と少量の腹水を認め、肝床付着部が少なく胆嚢捻転症を疑い手術を施行した。胆嚢捻転症は急性腹症に対するUSの際、念頭に置く必要があると考えられた。

9) 胆管狭窄を伴った肝内結石症の、PTCS及びEMSによる1治療例(3年間経過観察例)

杉本不二雄 (厚生連刈羽郡総合病院外科)
 五十嵐 仁 (県立小出病院内科)
 親松 学 (町立相川病院外科)

症例は、45歳、女性。上腹部痛、発熱、嘔吐を認め、精査にて、胆石症、肝内結石症(B2+3の拡張と多数の結石)と肝内胆管狭窄(B4とB2+3の間)の診断となった。

胆嚢摘出術、T-チューブ挿入術施行後、B2+3にPTCDを挿入し、引き続きPTCSを施行した。内視

鏡下の切石，内腔の観察をして肝内胆管癌の合併を否定した後，狭窄部を PTCS チューブにて拡張した。更に，再狭窄を防止する目的で EMS（直径 8 mm，1.5 cm 長）を，狭窄拡張部に挿入，留置した。良性胆管狭窄に対する EMS の応用は未だ，議論のあるところであり，文献的にも 1 年 6 カ月程度の経過観察例しか報告されていない。今回我々は 3 年間の観察がされ，経過良好な 1 例を報告した。

10) 手術用ルーペを用いた膵空腸吻合術

齊藤 英樹・片柳 憲雄
山本 睦生・桑山 哲治
藍澤 修・丸田 宥吉（新潟市民病院外科）

膵頭十二指腸切除術における膵空腸吻合術は消化管再建術の中で最も縫合不全を来しやすく，時として致命的な合併症となるので，これまで種々の方法が考案されてきた。当科では再建術式は Child 変法を採用，膵空腸吻合は端側吻合で，膵管が細い場合は膵管チューブを膵管に固定し，膵液を全部体外に誘導する方法を行ってきた。しかし，この方法では縫合不全の発生率が高く（昭和 59 年～平成 6 年の 55 例中 16 例，29%），何らかの工夫が必要であった。

そこで平成 3 年 10 月の症例から膵管非拡張例でも 6 針以上の膵管空腸縫合を行い，更に北大 2 外に加藤らによる膵管チューブ固定法（膵管チューブを膵管断端から約 1 cm 尾側の膵管内腔に固定する）を採用し，昨年 6 月からは膵管空腸吻合を，良視野のもとで確実にを行うために手術用ルーペを用いて行うようになった。その結果，膵管空腸吻合術の縫合不全の発生率は 4.4%（45 例中 2 例）に低下し，ここ 2 年間は縫合不全を経験していない。

11) 腹腔鏡下胆嚢摘出術における術前 DIC-SCT の有用性

川合 千尋・川上 一岳
鈴木 聡・藤田みちよ（日本歯科大学）
吉田 奎介（新潟歯学部外科）

腹腔鏡下胆嚢摘出術（LC）のポイントは，合併症のない手術を行うことにある。

当科では術中胆道系合併症防止のため術中胆道造影を全例に行い，また必要に応じ術中超音波検査を行ってきた。

今回術前検査の 1 つとして，経静脈性胆道造影併用ス

パイラル CT（DIC-SCT）を開始し，胆嚢管の合流形態を 3 次元画像で評価した。現在までに 5 例に施行したが，胆嚢管の描出率は 6/10（60%）であり，胆嚢管走向異常は認められなかった。

今後症例を重ね検討する予定であるが，DIC-SCT は簡便で非侵襲的な術前検査であり，LC 術前に胆嚢管合流形態が把握でき，術中胆道系合併症防止に有用と思われる。

12) 腸重積症で発症した回腸神経鞘腫の 1 例

小山 諭・齊藤 宏
薛 康弘・山洞 典正（水戸済生会総合）
佐藤 浩一（病院外科）

今回我々は，回腸神経鞘腫が原因で腸重積症を発症した 1 例を経験したので報告する。

症例は 80 歳，女性。平成 2 年頃から時々間欠的腹痛出現し，当院内科にて入退院を繰り返していた。平成 6 年 8 月 20 日夕食後腹痛出現し 8 月 21 日内科入院。保存的治療を行うも症状増強し，下血も出現した。CT，エコーにて小腸の腸重積症を強く疑い，8 月 27 日緊急手術を施行した。術中所見では回腸一回腸型の腸重積を認め，回腸部分切除術を施行した。先進部には直径約 2 cm 大の粘膜下腫瘍を認めた。病理組織学的診断は神経鞘腫であった。術後は問題無く軽怪退院した。

成人における腸重積症は比較的希であるが，急性腹症においては常にその可能性も考慮する必要があると思われる。

13) 肛門疾患の術後疼痛対策としての持続硬膜外麻酔の試み

村上 博史（両津市民病院外科）
酒井 靖夫・畠山 勝義（新潟大学第一外科）

肛門疾患の術後は，疼痛が持続し，特に包交時，排便時には静脈麻酔でも効果が十分とはいえない程の痛みを訴えることがある。この兆候は若年者に於いては殊更に著明であるように思われる。

そこで当科では，肛門疾患術前にサドルブロック施行後，同じ体位で第 5 腰椎，第 1 仙椎間より硬膜外チューブを挿入，先端を第 1 から 2 仙椎に留置し，術後 3 から 6 病日まで持続硬膜外麻酔を継続している。今回，肛門疾患術後硬膜外麻酔施行の状況を，効果の程度，合併症と共に述べる。