

であった。組織分類 (LSG) からは非ホジキンリンパ腫 (B細胞性), びまん性中細胞型と診断された。術後, 補助療法 (VEPA+VP16, 2クール) を施行し6ヶ月後の現在再発を認めない。

## 20) 完全寛解を得た全消化管型悪性リンパ腫の1例

小黒 仁・田中 泰樹 (田代消化器科病院)  
新沢 秀範・田代 成元 (内科)  
松木 久 (同 外科)

症例は, 69才男性。平成5年5月6日, 血便, 体重減少を主訴に当院受診。全身の表在リンパ節腫脹を認め, 腹部に腫瘤を触知した。腹部超音波検査, 腹部 CT 検査を施行しこれらの腫瘤は腫大した腹腔内リンパ節と考えられた。胃内視鏡検査, 下部内視鏡検査を施行し, 胃では巨大皺壁を認め, 十二指腸球部より空腸ならびに全大腸にポリープ様で頂部に陥凹を有する粘膜下腫瘍の集簇を認めた。食道, 胃, 十二指腸, 大腸の生検にて non-Hodgkin lymphoma と診断した。原発部位は不明であるが, 消化管に広範な浸潤を伴っており, ステージは 4B で化学療法 (CHOP Tx.) を行ったが, 4クール終了後には, 胃, 小腸, 大腸病変ならびに腹腔内リンパ節は消失した。CHOP Tx. 12クール終了後, 平成4年12月1日より CHOP Tx. の間隔を 1α/4W に延長し, さらに Etoposide 25 mg P.O. 追加し外来にて治療中であるが, 体重増加あり, さらに職場復帰も可能となり経過良好である。

## 21) 経口 etoposide (VP-16) 長期投与による悪性リンパ腫の治療

小山 覚 (済生会新潟第二  
病院血液化学  
療法科)

再発難反応性悪性リンパ腫2例, 末梢型T細胞性リンパ腫1例, ATL 1例, 胃原発悪性リンパ腫1例の計5例に etoposide 経口長期投与を行い著効1例, 有効1例であった。

著効例は86歳の女性, 身長 140 cm, 体重 45 kg。1992年10月胃内視鏡検査で E-CJ から体下部まで全周性の粘膜肥厚と粗大結節, 発赤隆起, 巨大皺壁を認め生検で悪性リンパ腫・瀰漫性中細胞型と診断された。腹部 CT で胃壁肥厚, 胃小弯腹腔動脈リンパ節腫大と脾腫をみとめ stage II E と診断。VP-16 25~50 mg/day の経口

投与を開始した。2~3週の連日投与でアフタ性口内炎が出現したが, 10日程の休薬で改善した。骨髄抑制は軽微で治療継続に支障はなかった。血中濃度は最高 2.2 μg/ml まで上昇していた。122日間で44日休薬し, 総投与量 3,200 mg となり, 画像上は寛解となった。

本法は副作用も比較的少なく外来治療も可能である。強力化学療法がおこない難い患者などに対し試みる価値があると思われた。

## 22) オンマイヤーリザーバーを用いた中枢神経白血病の治療成績

永井 孝一・阿部 惇 (新潟県立中央病院)  
村川 英三 (内科)  
黒木 瑞雄・土田 正 (同 脳神経外科)

中枢神経白血病のうち白血病的髄膜炎は高頻度で, 抗癌剤の頻回の髄注にて加療されるが, 治療手技の安全性と簡便性を目的に, Ommayer's reservoir の髄腔内留置を試みたので報告する。【対象】18~65才, 男3例, 女1例, AML (M2) 1例, ALL (L2) 3例の計4例。【方法】局所麻酔にて腰部脊髄腔内へ tube を留置し, Ommayer's reservoir は皮下に留置した。髄液採取及び抗癌剤の髄注は, 無麻酔下に 27G 針にて皮下の reservoir に直接穿刺し施行した。【結果】白血病的髄膜炎は全例完全寛解となった。合併症として, 3例に皮下への髄液の漏出を認めたが, 治療は不要だった。1例で2日目に通過障害を認め再留置を施行したが, その後は6ヶ月から2年6ヶ月に至るも使用可能で, 長期留置に伴う合併症は認められていない。また, 血小板減少時にも安全に髄注できた。【考察】本療法は, 手術手技が簡便で, 患者の負担も少なく, 治療上の安全性も非常に高いと考えられた。

## 23) 骨髄移植後再発し, その後特異な経過をとった T-ALL の1例

内海 治郎・浅見 恵子 (県立がんセンター)  
笹崎 義博 (新潟病院小児科)  
根本 啓一・本間 慶一 (同 病理)  
小池 正 (新潟大学第一内科)

症例: 初診時8歳8か月男児。1986年7月頃より発熱, 喘鳴あり次第に呼吸困難を呈し, 胸部X線で縦隔洞腫瘍を発見され, 急性白血病を疑われ当院に7月22日入院した。

入院後の諸検査でT細胞性急性リンパ性白血病 (ALL)

と診断, CCLSG の High Risk 851 A にしたがって治療し, 1 か月後に骨髄完全寛解 (CR) となった. 1989 年 5 月骨髄再発し, 再発プロトコルで再び CR となり維持療法を継続した.

1990 年 11 月 16 日, HLA 一致, MLC 陰性の母方のおじより同種骨髄移植を行い生着した. 1991 年 6 月骨髄再発したが, 再度 CR となった. 1992 年 2 月頃より全身苦痛あり, 5 月 16 日完全尿閉となった. この間骨髄は CR であった. 腹部 CT-MRI で左腸腰筋, 左内閉鎖筋, 左梨状筋への白血病細胞の浸潤と腫瘤形成さらに脊髄腔内への浸潤像が発見された. ALL の髄外浸潤としては極めて稀な部位での再発と思われる報告した.

## II. 特別講演

「発癌の分子機構と臨床医学への応用」

埼玉県立がんセンター臨床検査部部长

金子 安比古 先生

### 第27回新潟救急医学会

日時 平成 5 年 11 月 20 日 (土)

午後 2 時 ~ 5 時

場所 サンパレス

#### シンポジウム

「DOA (Dead On Arrival) 患者をめぐる諸問題」

司会 吉川 恵次 (新潟大学救急部)

#### 1) 脳神経系救急疾患 (主として内因性) による DOA について

土田 正 (新潟県立中央病院)  
脳神経外科

外傷その他外因性のものをのぞいて DOA をきたしうる脳神経疾患としては, 1) 脳血管障害 (くも膜下出血, 脳出血, 脳梗塞など), 2) てんかん重積症, 3) 脳炎, 多発性脳神経炎, 4) 脳腫瘍の急性増悪による脳ヘルニア, 急性下垂体不全, などがあげられます. 当科において最近 3 年間に収容した緊急患者は 1,913 名 (年平均

約 637) あります. またこの 3 年間の脳血管障害新入院患者は 956 名 (年平均 218) を数えます. 調査した結果ではこれらの中に到着時心停止あるいはそれに近いような DOA 患者は一名もありませんでした. これはたとえ脳出血の大きなものが起きても, 呼吸が止まり心停止がくるまでには数時間のタイムラグがあること, また最近では発症後直ちに救急車を呼んで病院に運ぶことが多くなっていることによるとおもわれます.

ただ到着時心停止には至らないものの呼吸は止まりそうであり, 救急外来で挿管, 循環-呼吸系の応急処置をしたのち CT 室に運び診断にもっていった脳血管障害患者は多数います. このような例は殆どが脳死を経て死にいたりします. ただこのなかで適切な救急処置ののち, クリッピングまでもっていき, 救命しえた後頭蓋下脳動脈瘤破裂 (PICA distal aneurysm) によるくも膜下出血の最近の 1 例を呈示し, 救急処置の大切さを強調しました.

#### 2) 内科系疾患, 主として循環器救急疾患による DOA について

高野 諭 (新潟県立中央病院)  
循環器内科

来院時心肺停止状態 (DOA) の原因疾患は, 大部分が心血管系疾患であり, 中でも心臓突然死が主要な部分を占めている.

今回 DOA の実態と, 救命率向上に努力するため, 平成 3 年に当科で経験した 12 例の心疾患 DOA 症例を検討した. 男性 8 例, 女性 4 例で, 平均年齢は 68 歳 (55 ~ 88 歳) で, 受診後すぐ心肺停止の 3 例, 呼吸停止の 2 例を含んでいる. 診断名は急性心筋梗塞 4 例, 肥大型心筋症 1 例, 完全房室ブロック 1 例, 大動脈弁閉鎖不全 1 例, 急性心不全 5 例であった. 受診後救急処置し 3 例が入院したが, 全例 24 時間以内に死亡した. 季節別発生状況は, 冬に多く 8 月にも少数認めた. 今回, 心肺停止目撃者は, 受診後心肺停止例も含めて, 10 例に存在したが, 懸命の処置にもかかわらず, 結果的には全例救命できなかった.

偶然外来診察直前に心停止した, 心筋梗塞症例は救命でき, 通常の日常生活を送っている経験から, 心肺停止直後からの蘇生術の施行と, 重症例搬送中に救急処置を加えて始めて, 救命率が高まると考えられた.