

10) 食道表在癌の治療経験

齋藤 寿一・三浦二三夫
 田内 克典・黒木 嘉人
 齋藤 文良・長田 拓哉 (齋藤胃腸病院外科)
 菊地 直人・佐久間豊明 (同 内科)

平成元年より8例の食道表在癌を経験した。深達度の内訳は ep 5例, mm 1例, sm 2例であった。自覚症状は sm 例では明らかであるが, 他では食道特有のものはない。通常の食道X線造影では sm 例では, ようやくその病巣を指摘できたが, 他は不可能であった。内視鏡検査では, ep 例は通常観察では病巣の存在, 範囲は指摘困難であり, ルゴール染色を施行することにより指摘可能となった。治療は, 右開胸1例, 非開胸食道抜去5例, 内視鏡的切除1例, 照射1例であったが, 開胸術は ep 例であり, 不要であった。内視鏡的切除と照射を比較すると, 不完全治療となった場合の追加治療の面より, 内視鏡的切除が望ましいと考えられた。

11) 当科における18年間(1974~1991)の食道癌症例の検討

佐藤錬一郎・師岡 長
 鹿嶋 雄治・牛山 信 (秋田県厚生連秋田
 安井 應紀 (組合総合病院外科))

食道癌の治療は, 手術法の進歩, 術前・術後管理の進歩, 抗癌剤の進歩が目ざましく20年前とはまさに隔世の感がある。我々は1970年台から食道癌の手術を手掛け56例の腫瘍切除を経験した(非切除30例)。56例に関して large N-factor, 肉眼的および組織学的壁深達度, 肉眼的 Stage 分類, 切除度, 根治度等の各項目に就いて, 生存率を検討した。はやい時期に適切な手術が行われた症例の予後は矢張りそれなりに良好であった。特に根治度を絶対および相対治癒切除と絶対および相対非治癒切除の2群に分けた場合, 前者の5生率は59.6%, 後者の5生率は0%で両者の間に著明な差を認めた。

12) 早期胃癌に対する小範囲胃部分切除術の経験

中川 悟・小野 一之
 飯沼 泰史・三浦 宏二 (秋田赤十字病院
 高野 征雄 (外科))

1988年1月より1992年10月までの内視鏡的切除が困難な早期胃癌27例に対して小範囲胃部分切除を行ない, 良好な成績を示しているので報告する。

手術適応は, 1) 2.0 cm 以下で, I, IIa, IIb 型の分

化型m癌, 2) 2.0 cm 以下で, IIc 型の潰瘍を合併しない分化型m癌, 3) 腺腫内癌, 4) 患者の状態が不良で癌が部分的に切除可能である場合の4項目である。切除は内視鏡下での点墨を目安にして胃切開をし, 直視下に病巣を確認。辺縁から1 cm 離して全層切除を行ない, 病巣近傍の所属リンパ節を採取して手術を終了する。病理検査によっては再手術も考慮する。sm の2例が再手術, 脳梗塞後の pm 1例は経過観察中であり, 他は全例mで再発例はなく健在である。

胃部分切除は, 侵襲や後遺症が少なく根治性も十分に得られる手術法と考えられるが, 患者に対する INFORMED CONSENT と経過観察を十分にこなうべきである。

13) 胃切除後の骨障害の治療

福田 稔・川島 吉人 (県立坂町病院外科)

胃切除後の骨障害は40~50%に起る。そしてこれらは50才台以上で胃切除術を施行された症例に多い事も分った。

胃切除後の骨障害の発生を予防する為には, 術後より消化吸収を改善するため, 消化酵素剤を与え, 下痢が起きないように努める事が必要である。手足のしびれ, 関節痛, 腰痛等の症状の治療にはビタミンD群の単独投与でも効果はあるが, これのみでは Al-pase の下降が良くない事が明らかになった。

胃切除後の治療にはビタミンDとカルチトニンの併用療法が重要である事が判明した。

14) 消化性潰瘍外科的治療の変遷

—開院以来19年間の検討—

片柳 憲雄・丸田 宥吉
 藍沢 修・桑山 哲治
 齋藤 英樹・山本 陸生 (新潟市民病院
 鈴木 聡 (第一外科))

当院開院以来19年間で消化性潰瘍手術症例は571例であり, これらの手術症例につき症例数, 手術適応, 手術術式の変遷を中心に検討した。第一外科手術症例数に対する割合は H2 ブロッカーの出現により漸減し, 最近の6年間は1~2%にまで低下した。手術適応からみると H2 ブロッカー出現前は難治・再発が7~8割であったが, 出現後は難治・再発例が漸減し穿孔例の割合が6~7割にまで増加している。手術術式の変化は十二指腸潰瘍穿孔例で著明であり, 平成2年からは広範囲胃切除術が激減し大網充填術が多数を占めている。再手術例は7例で, そのうち再発によるものは広範囲胃切除術例で3