

で、出血源を確定できないまま手術に踏み切った。開腹すると全大腸と終末回腸に血液が透視された。小腸を切開し、大腸内視鏡を用いて小腸内を観察すると、空腸にわずかに出血している浅い潰瘍を認めたので、そこを出血源と考えて空腸を切除した。しかし、術後も出血は持続した。そこで、今度は憩室よりの出血を考えて第4病日に再開腹して右半結腸切除術を施行した。憩室は6個あったが出血源ではなかった。肉眼的に盲腸に潰瘍とびらんを認めた。再手術後の経過は順調であった。以上、術前に出血源を確定することが困難であった1例を報告する。

9) イレウスを契機に発見された空腸腫瘍の1例

多田 哲也・村山 裕一
佐藤 泰治・清水 春夫 (村上病院 外科)
古川 達雄 (同 内科)
味岡 洋一 (新潟大学第一病棟)

症例は70才男性、1985年に上腹部不快感、1989年4月に腹痛、8月に嘔気にて来院、1990年11月には腹痛で入院したが、上・下部内視鏡検査を施行され、異常なしと診断された。

1991年1月31日に再び腹痛出現、2月1日には嘔気を認め、翌日入院となった。X線写真にて上～中腹部に鏡面像を認め、超音波検査では右下腹部に不均一な内部エコーをもつ長径10cm大の腫瘤を認めた。開腹にて、腸間膜根部の軸捻転によるイレウスと、長径8cmの空腸腫瘤を認めた。軸捻転を解除し、腫瘤を含めて空腸部分切除を施行した。腫瘤は大部分が嚢胞であり、内部に凝血塊と壊死組織を認め、一部に腫瘍成分を認めた。組織学的には平滑筋肉腫とその壊死物質と診断された。

小腸腫瘍は、腹痛、腫瘤触知や消化管出血を契機に発見されることが多く、発見には触診、超音波検査、CTなどが有効である。腹痛を繰り返す患者には内視鏡検査のほか、腹部超音波検査も大切であると考えられる。

10) 術前に診断された出血性空腸平滑筋腫の1例

瀧井 康公・金原 英雄
五十嵐喜義 (三条総合病院 外科)
岩淵 洋一 (同 内科)
鈴木 力 (新潟大学第一外科)

今回我々は、下血によるショックで入院し、術前に診断可能であった空腸平滑筋腫の一症例を経験したので報

告する。

症例は50歳男性、突然の嘔気、嘔吐、めまい、下血があり、消化管出血の疑いで入院。上部、下部消化管内視鏡を施行するも出血源不明なため、小腸からの出血を疑い腹部血管造影を実施した所、空腸領域に腫瘍濃染像を認め、小腸内視鏡による生検で平滑筋腫の診断が得られた。空腸部分切除術が行われ、組織学的に悪性所見なく平滑筋腫と診断された。

小腸腫瘍は比較的希な疾患であり、術前診断が困難とされてきた。今回は内視鏡で確認でき組織診断が可能であったが、一般的には小腸造影、内視鏡には限界があり、腹部血管造影が診断に非常に有用であると考えられた。

11) 成人後に診断され、根治手術を施行した鎖肛の1例

内藤 真一・岩淵 眞
大沢 義弘・内山 昌則
広田 雅行・広川 恵子
八木 実・近藤 公男 (新潟大学小児外科)

鎖肛に対しては、新生児期、乳児期に適切に診断され、適当な治療を施される症例が大半となったが、今回我々は、幼児期に人工肛門造設のみを受け、成人に至ってから治療する機会を得た鎖肛の一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症例は31才女性。家族歴に特記すべきことはない。新生児期に、肛門の形成がなく、排便は膣前庭部付近からみられることに気づかれていたが、治療を受けることなく3才時まで経過し、イレウス症状のため、某病院にて人工肛門造設を受けた。以後、人工肛門は自己管理していたが、腸粘膜脱出のため、平成2年12月に当院第一外科を受診後、当科に紹介され、入院となった。新生児・乳児鎖肛の基準からいえば中間位鎖肛となるが、手術所見では、瘻孔は恥骨直腸筋下にあり、低位鎖肛と考えられ、anal transposition が施行された。成人まで治療されなかった鎖肛を分類する時の問題を提起した症例であった。

12) 胃粘膜の迷入を認めた臍ポリープの1例

飯沼 泰史 (荘内病院小児外科)
斉藤 博・鈴木 伸男
三科 武・加藤 知邦
大橋 泰博 (同 外科)
深瀬 真之 (同 病理科)

最近我々は胃粘膜の迷入を伴った、卵黄腸管の閉鎖異