

除を行わない肝胆道悪性腫瘍3例及び食道癌2例を用いた。ケトン体濃度、NEFAを測定しケトン体/NEFA比(KF比)の変動を検討した。【結果】肝切除群の総ケトン体量は術当日に低値を示したが、NEFAは1, 2病日に高値を示した。1, 2, 3病日の測定を通じてケトン体比は有意な変動を示さなかったが、KF比は術当日および術後1, 3病日に有意に低値を示した。【まとめ】術後安定した経過を示す肝切除術後においても肝のKF比は低下しketogenesisの低下を示した。ケトン体比の判断にはNEFAの変動を含めて行なう必要がある。

31) 血中ケトン体比の意義について —手術症例における検討—

土屋 嘉昭・清水 武昭(信楽園病院外科)

消化器疾患を中心に外科手術患者27例に動脈血中ケトン体比を術前、術中、術後に測定した。術前・麻酔導入直後・術中(最低値)・第一病日のケトン体比の平均はそれぞれ1.76±0.87, 1.36±0.92, 0.69±0.25, 1.67±0.81であった。術中ケトン体比最低値が0.4以下を示した症例は2例であり、進行胃癌のため肝十二指腸靱帯のSKELETONIZATIONが行なわれた。0.4以上0.7以下を示した症例は11例で肝切除4例全例・SKELETONIZATION 1例・慢性腎不全+胃癌2例・重症糖尿病+胃癌1例・門脈閉塞進行癌2例(脾癌・胆嚢癌)・汎発性腹膜炎1例であった。残りの14例は経過中0.7以上であった。第一病日は全例0.7以上を示し、手術死亡は0であった。手術患者の動脈中ケトン体比は原疾患・合併症の重症度、手術侵襲の程度を反映するものと考えられた。

32) 脾梗塞の1例

大日方一夫・丸山 明則(厚生連頸南病院)
藤野 正義(外科)
林 純一・斎藤 憲(新潟大学第二外科)

症例は26歳の男性。1991年1月14日突然左上腹部に激しい痛みが出現して来院、急性腹症として緊急入院となった。嘔気、嘔吐あり。左上腹部に圧痛、筋性防御を認めた。白血球数17900/mm³の他は生化学検査に異常を認めず、検尿も異常なし。胸部、腹部X線に異常なし。上部消化管内視鏡も異常なし。CTにて脾実質に低吸収域が認められ、脾の虚血性疾患が疑われた。心尖部にLevine 2/6の全収縮期雑音があることより、僧帽弁閉鎖不全によって形成された血栓が原因の脾梗塞であると

と診断した。心エコーでは僧帽弁前尖の逸脱が認められたが、左室内の血栓は確認されなかった。抗生物質を使用して保存的に治療したところ、疼痛消失し、白血球数も正常化したので2月8日退院とした。抗血栓療法を行なう一方、梗塞後の脾破裂や膿瘍の発生が報告されているので注意しつつ外来で経過観察中である。脾梗塞は急性腹症の1つとして教科書にも記載されているが、稀な疾患であるので報告した。

33) 十二指腸上行部(第4部)に発生した 平滑筋腫の1例

加藤 知邦・斎藤 博
三科 武・石原 良
飯沼 泰史・内野 英明
大橋 泰博・鈴木 伸男(荘内病院外科)

比較的稀と思われる十二指腸第4部に発生した平滑筋腫を経験したので報告する。

患者は70才女性、主訴は心窩部痛。既往歴：婦人科手術歴、輸血歴あり、昭和40年頃急性肝炎にて治療、平成2年6月より胆石症。

現病歴：平成2年11月14日心窩部痛にて当院内科受診、Hb6.8g/dlと著明な貧血を指摘され11月16日内科入院。11月30日婦人科受診、異常所見無し。12月5日CT、Treitz付近の腫瘍指摘される。12月6日小腸造影、十二指腸第4部に腫瘍影あり、平滑筋腫もしくは平滑筋肉腫。12月12日当科受診。受診時貧血所見のみ。12月14日血管造影、良性悪性の鑑別つかず。12月20日当科転科。平成3年1月11日小腸内視鏡施行、生検、壊死組織、擦過細胞診、class 2。1月14日手術、十二指腸部分切除、十二指腸空腸吻合術、胆嚢摘出術を行った。術中病理迅速標本では平滑筋腫であった。術後吻合部の通過障害があり経口摂取開始が遅れたが徐々に改善し3月15日退院した。

34) 胃下垂全摘(B-I)術後の逆流性食道炎

武田 信夫・松尾 仁之
田宮 洋一・田中 乙雄
松原 要一・武藤 輝一(新潟大学第一外科)

【目的】胃切除後の逆流性食道炎の病態生理解明のため、食道内pHと残胃十二指腸運動を同時連続測定し、胃十二指腸運動と食道逆流現象について検討した。【対象】幽門側胃下垂全摘術(B-I)を施行した21例をA群：軽度食道炎(S-M分類I, II)8例、B群：高度食道炎(III, IV)4例、C群：食道炎なし9例の3群に分け比較検討した。【方法】食道pHは複合型pHセンサー