

男性10例、女性20例で、年齢は50歳より78歳までで平均63.4歳である。初発症状としては腹痛を主訴とした例が23例と多くを占めた。術前検査で DIC または ERC が施行された24例中17例では胆嚢造影陰性であった。術前診断で胆嚢腫瘍と診断されたのは10例にすぎず胆嚢または総胆管結石症と診断された例が15例であった。手術は切除例は17例で胆嚢切除術11例、胆嚢切除術+肝床切除術4例、更に胆管切除術を加えた例が2例であった。治癒切除がなされたのは14例であった。stage 1 の5年生存率は87.5%であり、curative B 手術では66.5%であった。

術前の胆道造影にて胆嚢造影の見られない例、特に急性胆嚢炎の症状を呈する例については CT, ECHO などによる精査が必要と考えられた。手術術式では胆管切除も含めたリンパ節廓清が必要と考えられた。

12) 出血性消化性潰瘍合併のため診断に難渋した特発性大動脈瘤十二指腸瘻の一救命例

榛沢 和彦・松尾 仁之
石川 裕之・佐藤 賢治
田宮 洋一・武藤 輝一 (新潟大学第一外科)
金沢 宏・今泉 恵次
山本 和男 (同 第二外科)
村山 裕一 (村上病院 外科)

症例は69才女性。1984年より胸腹部大動脈瘤の診断で経過観察中、1989年12月、繰り返す大量消化管出血のため当科入院。上部消化管内視鏡にて噴門部直下に出血性潰瘍が確認され、内視鏡下に止血し、経過観察。1990年1月中旬再度大量出血のため、出血性胃潰瘍の術前診断にて緊急手術。胃切除中に十二指腸内腔より大出血あり、大動脈瘤十二指腸瘻からの出血と判明し、大動脈瘤瘻孔部切除、腋下大腿動脈バイパス術施行。胃は全摘し、R-Y にて再建し救命した。ストレス潰瘍合併のため出血源の診断困難であった特発性大動脈瘤十二指腸瘻の症例を報告する。

13) 腹部大動脈瘤+S 状結腸癌に対し、同時手術を施行し良好な経過を得た1例

阿部 寛政・中村 道郎
菅原 正明・島貫 隆夫 (立川総合病院)
春谷 重孝・坂下 勲 (胸部外科)
下田 聡・内田 克之 (同 外科)

腹部大動脈 (AAA) と大腸癌の合併例に対する手術は、一次的手術を行なうか、二次的手術を行なうかは、感染対策の問題、先行手術の選択の問題があり、未だ定

説はない。今回我々は、上記合併例に対し一期的手術を施行し、良好な経過を得たので報告する。

症例は、68歳男性で、便秘を主訴に来院し、精査にて S 状結腸部に Advanced V 型の Adenocarcinoma と、最大径 6cm の腎動脈下 AAA を認めた。手術は Y Grafting 後、S 状結腸を切除、リンパ節廓清を施行し、後腹膜を閉鎖後、Petz 縫合された下行結腸口側端を人工肛門とした。肛門側断端を埋没縫合し、腹腔内に空置した。術後、感染もなく良好に経過している。

14) 腸間膜動脈血栓症による虚血性腸炎を伴った腹部大動脈瘤の緊急手術例

土田 正則・山崎 芳彦 (新潟市民病院)
青木英一郎・桜井 淑史 (第二外科)
山本 睦生・斉藤 英樹 (同 第一外科)
渋谷 宏行 (同 病理)

症例は、54才男性。下壁心筋梗塞の既往歴あり。平成2年1月8日腹痛、嘔気、嘔吐が出現し他院を受診。腹痛増強し凝血を混じた血便が多量にあり、腹部は膨満し板状硬となった。腹部超音波検査で大動脈瘤を認めたため1月9日当科に紹介された。腹部大動脈瘤の腸管への穿孔を疑い緊急手術を行った。腎動脈以下に巨大な動脈瘤を認めたが破裂しておらず、回腸の壊死を伴っていた。腹部大動脈瘤と腸間膜動脈血栓症による回腸壊死と考え Y グラフト移植と回腸切除を行ない救命し得た。病理では腸間膜動脈に多数の血栓を認め腸間膜動脈血栓症による虚血性腸炎の所見であった。

15) 大動脈弁置換術施行10年後に発生した解離性大動脈瘤の1治験例

小菅 敏夫・丸山 行夫 (新潟こばり病院)
胸外科
大関 一・小熊 文昭 (新潟大学第二外科)

症例は73歳男性で1979年に大動脈弁狭窄症にて大動脈弁置換術 (AVR) を受け順調に経過していた。1989年10月25日胸部から上腹部にかけて激しい痛みが出現、解離性大動脈瘤が疑われ当科を紹介された。心電図変化はなく、心エコー検査では上行大動脈は拡大し Intimal flap が認められ、CT 検査では上行大動脈は約 6.3 cm と拡大していた。DeBakey 1 型解離性大動脈瘤の診断にて降圧療法を行った。AVR 後のため抗凝固療法は継続した。痛みは消失し循環動態も安定したが、上行大動脈が拡大し解離腔の血栓化も見られないため、'89年12月12日分離体外循環下に上行大動脈置換術を施行し