

であり、sm 癌でリンパ管侵襲のある例には良い適応と考えられた。

#### イレウス管による腸重積症の1例

(植竹病院)

本橋洋一・渡辺和義・植竹光一

我々は術後の癒着性イレウスに対して、イレウス管挿入下にイレウス解除術後、イレウス管が誘因と考えられた小腸重積症を経験したので報告する。症例は61歳男性で既往歴に18年前に早期胃癌、胆石症で胃全摘出、胆嚢摘出術を施行されていた。1996年5月30日心窩部痛、嘔吐を主訴に来院し、腸閉塞の診断で空腸癒着剝離によるイレウス解除術を施行した。術後も消化管減圧目的にイレウス管を留置して管理していたが、排液量が多く長期間の留置となった。第23病日、排液量が減量しイレウス管を抜去した。翌日に腹部膨満と嘔吐が出現し腸閉塞の診断で再手術を施行した。手術所見では、回盲弁より70cm 口側に回腸腸重積を認めた。重積部は高度に癒着しており、用手的整復は不能と判断し腸切除を行った。イレウス管による消化管の減圧を行う場合には、本症の発生も考慮して使用することが必要と思われた。

#### 横行結腸癌を併存した回腸壊死による門脈ガス血症の1例

(板橋中央総合病院 外科)

吉田基巳・松山秀樹・杉山勇治・手塚秀夫・丸山千文・増田 浩

症例：67歳，男性。主訴：臍周囲痛。既往歴：4年前冠動脈バイパス。現病歴：昼食後に上記主訴が出現し来院した。臍周囲部に圧痛を認めたが、筋性防御は認めなかった。白血球は12,000/ $\mu$ l，腹部単純XPで拡張した小腸と小腸内異常ガス像を認めた。腹部USで肝臓全体に高輝度エコースポットを認め、腹部CT検査では門脈本幹から肝内に至る門脈内ガス像と回腸から横行結腸に至る腸管拡張を認めた。腸管壊死を疑い、緊急手術を施行した。開腹所見では、腹腔内に少量の混濁した腹水を認め、回盲部より20cm から80cm まで発赤、浮腫、拡張を認め、散在性に膿苔の付着を認めた。視触診により、横行結腸ほぼ中央に、約5cm の腫瘤を認め、横行結腸癌と診断し、拡大右半結腸切除と病巣部の回腸を切除した。病理組織所見は、回腸に全層性に出血と壊死を認め、癌は、moderately differentiated adenocarcinoma, ss, INF ( $\beta$ ), ly1, v1, aw(-), ow(-), n0であった。術後経過は良好であった。本邦では、門脈ガス血症の報告は散見され

るが、癌を合併したものは本症例を含めて3例であり、極めて稀な症例と思われるため報告する。

#### 腸閉塞で発症した坐骨ヘルニアの1例

(浩生会スズキ病院 外科，\*東京女子医大 消化器外科) 松尾亮太・堀江 徹・

平野 宏・鈴木浩之・新井田達雄\*

症例は46歳女性(経産婦)で、主訴は腹痛、腹部膨満、悪心、嘔吐で、1996年9月1日外来を受診した。手術歴はない。腹部単純X線写真にて腸閉塞と診断した。イレウス管を挿入し、造影すると、小腸の拡張、造影剤の停滞が認められた。注腸造影では回腸末端より約50cm 口側に閉塞機転が疑われた。保存的治療は奏功せず、13日に開腹したところ、仙骨前面、直腸右側の裂隙に回腸末端より約50cm 口側の回腸が約10cm にわたり嵌頓していた。嵌頓した回腸を還納し、ヘルニア門を縫合閉鎖した。現在、術後経過は良好である。本例は術後、坐骨ヘルニアと診断されたが、術前の骨盤MRIにて診断できた症例であった。今回、われわれは非常に稀な疾患である坐骨ヘルニアの1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

#### 2cm 以下進行大腸癌の臨床病理学的検討

(都立駒込病院 外科)

竹並和之・森 武生・

高橋慶一・安野正道

〔目的〕腫瘍径が小さい割に深部浸潤の著しい大腸癌の臨床像は興味深い。そこで腫瘍径2cm 以下の進行大腸癌(小型進行大腸癌)を検討した。

〔対象と方法〕1975～1995年に外科的切除された最大径2cm 以下で深達度 mp 以深の大腸癌30例、対照は2cm より大きい進行大腸癌1,687例、小型進行大腸癌を隆起型(PR)、平坦隆起陥凹型(IIa+IIc)、潰瘍型(UI)に分類し検討した。

〔結果〕性別、年齢、部位に差はなく対照群に比べ多発癌が多かった。組織は高分化56.7%、中分化43.3%で対照群より中分化が有意に多かった。PR 7例、IIa+IIc 10例、UI 13例、PR は中分化型が5例と多く、リンパ管浸潤、静脈浸潤を全例に認め、リンパ節転移4例、転移再発も2例みられた。

〔まとめ〕小型進行大腸癌の隆起型はリンパ節転移や遠隔転移再発をおこすことがあり、臨床に留意すべき形態と思われた。

#### 胆道迷入回虫症の1例

(内田病院 外科)

伊藤裕之・菊池哲也・内田泰彦

症例は50歳男性で、主訴は心窩部痛である。腹部超音波検査で、拡張した総胆管内に音響陰影を伴わない不規則な動きを有する線状高エコー像を認め、ERCPで総胆管内に長さ約20cmの虫体を確認した。開腹し総胆管を切開し、術中胆道鏡を施行したが、観察できる範囲内に虫体を認めなかった。腸管内に脱出したものと判断し、T-tubeを留置し閉腹した。術後駆虫剤を投与していたが、11日目に突然激しい心窩部痛を訴えたため、T-tube造影を行ったところ総胆管内に虫体を認め、バスケット鉗子にて摘出した。虫体は左肝内胆管に迷入していたと考えられた。

近年、有機農法ブームの中で、非処理の人糞肥料の使用増加に伴い、回虫症は急激な増加傾向にあり、今回我々は、その1例として貴重な経験をしたので報告する。

#### 腹腔鏡下胆嚢摘出術における気腹法と吊り上げ法の比較

(福田記念病院 外科, \*獨協医科大学 第二外科) 小原靖尋・高橋秀光・宇賀神一名・福田武隼・門馬公経\*・小暮洋暉\*

1992年5月～1996年4月、当院で施行した腹腔鏡下胆嚢摘出術のうち前期に施行した気腹法(P群)71例、後期に施行した吊り上げ法(L群)31例を対象とした。P群およびL群について臨床面から比較検討した。

手術時間、術中合併症、開腹移行について両群間に有意差を認めなかった。術後鎮痛剤の投与回数・投与期間はP群、L群ともに1回・0.5時間(中央値)であり、術後離床期間、排ガスまでの期間も両群ともに1.6日・1.1日(平均値)と有意差はなかった。両群ともに発熱は第2病日で37°C以下に下熱し、白血球数は第3～第4病日に正常値となり有意差を認めなかった。臨床面から比較した結果、吊り上げ法は気腹法と変わりなかった。

#### アンジオCTにより浸潤範囲が明確に診断された肝門型胆管細胞癌の1切除例

(社会保険山梨病院 外科, <sup>1</sup>放射線科, <sup>2</sup>病理) 矢川彰治・内田数海・苅込和裕・野方 尚・植竹正紀・小沢俊総・草野 佐・門沢秀一<sup>1</sup>・小俣好作<sup>2</sup>

アンジオCTにより浸潤範囲が明確となった肝門型胆管細胞癌の1例を経験した。

症例は72歳女性で、 $\gamma$ GTPの高値を契機に肝腫瘍が発見された。エコーおよびCTで、右葉前区域グリソン鞘基部に、門脈狭窄、末梢胆管拡張を伴う1.5cm大

の腫瘍を認め、胆管細胞癌と診断した。アンジオCTでは、腫瘍はCTAで濃染、CTAPで欠損像を呈し、門脈浸潤範囲、中肝静脈との関係も含め、通常のtriple phaseのCT像に比しきわめて明瞭にとらえられた。手術は、拡大右葉および右尾状葉切除を行なった。腫瘍の浸潤範囲はアンジオCTの所見に一致していた。

#### 胆管癌による胆道狭窄に対するWallstentの使用経験2例の検討

(森下記念病院) 中上哲雄・森下 薫・渡辺龍彦・西山隆明

閉塞性黄疸の原因として胆管癌による胆道狭窄は発見された時点でかなり進行している場合があり、inoperationの症例も多く見受けられる。その場合PTCDによる減黄術を行うが、最近QOLを考え各種ステントを用いた胆道内ろう化が盛んに行われるようになった。

今回我々はSchneider社製のwallstentを用いた胆管癌による胆道狭窄の内ろう化術を2例に施行し、良好な減黄効果を得られたが、2例ともに胆嚢の緊満を伴う胆嚢炎を併発しPTGBDを必要とした。胆嚢炎はPTGBD後軽快し、14日目と25日目にドレーン抜去可能となり、以後胆嚢炎の再発はみられなかった。

#### 当院における重症急性膵炎3例の治療経験

(セントマーガレット病院 外科, \*東京女子医大 消化器外科) 武市智志・中迫利明・天満信夫・羽鳥 隆\*

1996年4月より1997年1月までの10カ月間に当院において3例の重症急性膵炎を経験した。症例1は74歳男性で、持続的血液濾過(continuous hemofiltration, CHF)を含む集中管理を行ったが第46病日に死亡した。症例2は88歳女性で、保存的治療、集中管理のみで軽快した。経過良好で第128病日に軽快退院した。症例3は28歳男性で、経過中感染性膵壊死となり外科的治療を行った。術後一旦軽快したが、腹腔内膿瘍を合併し、経皮経肝的ドレナージを行い、第130病日軽快退院した。

それぞれの症例において異なる経過をとったので報告する。

#### 大腸イレウスが初発症状となった膵癌の1例

(谷津保健病院 外科) 二瓶 綾・御子柴幸男・糟谷 忍・平山芳文・藤田 徹・宮崎正二郎・森山 宣・河 喜鉄

大腸の閉塞症状を契機に発見された膵癌の報告例は