

性の1例は縦隔内のドレナージのみ施行された。医原性の症例と突発性の1例は救命し得たが、突発性の1例は術後76日目に敗血症で永眠された。永眠された1例には開胸開腹手術が施行されており、救命し得た1例には開胸手術のみ施行された。

突発性食道破裂は依然死亡率の高い疾患であり、早期診断と早期に治療法を選択することが重要であり、外科手術を選択するときはできるだけ手術侵襲の小さな手術を選択することが重要と考えられた。

再発胃癌に対し新規経口抗癌剤 TS-1 が有効であった1例

(知命堂病院外科) 岡田 滋・五十嵐達紀

症例は54歳男性。97年2月19日胃癌で胃全摘、膈体尾部・脾臓・横行結腸合併切除を施行した。

T4(SI), N2, H0, P0, M0, Stage IV, D2, CurBであり、病理組織は中分化腺癌, scirrhus, ly3, v0, INF γ であった。99年7月8日上腹部痛が出現し、腹部X-Pでニボーがあり腸閉塞で入院、現症で臍上部に圧痛とその部位に $\phi 4.0 \times 3.5$ cm大の腹壁腫瘤を認めた。イレウス管を挿入し症状改善後、注腸・腹部CTを行い再建結腸と腹壁に浸潤した胃癌術後の腹膜再発と診断し、TS-1 100mg/日を4週間投与した。投与後、臨床症状の消失と画像上、再発腫瘍の縮小を認めPRを確認した。

TS-1は従来の単剤より抗腫瘍効果が高く、経口投与のためQOL・医療経済からの点でも有用性が高いと考えられた。

胃癌を合併した全内臓逆位症の1例

(赤羽中央病院)

藤澤俊美・佐藤浩之・濱谷弘康

内臓逆位症は胸部、腹部臓器の一部または全部が左右逆転した比較的稀な先天異常である。今回我々は進行胃癌を併発した全内臓逆位症の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症例は79歳男性。吐血および貧血を主訴に来院され、胃体上部よりから胃角部にかけて潰瘍性病変を認めた。3型胃癌の診断で胃全摘術を施行した。開腹時肉眼で観察しうる全ての腹腔内臓器は左右逆転していたが、血管奇形は認められなかった。オリエンテーションを理解することは困難でなく、術中操作に特別な問題はなかった。D₂郭清で胃全摘しRoux-Y吻合で再建した。病理組織検査では3型の中分化型腺癌, ow(-), aw(-), t₂(ss), ly₂, v₀, n₁(+), Stage II, 根治度Aであった。

全内臓逆位症において手術操作上大きな問題となることは少ないが、合併する奇形や腹腔内臓器の位置関係などを術前に検索しておく必要があると考えられた。

内視鏡的止血術および血管塞栓術において止血困難だった出血性胃潰瘍の1例

(上福岡総合病院)

内田数海・

井上達夫・吉利賢治・井上壽一

症例は59歳男性。主訴は吐血。既往歴は、5年前にB型慢性肝炎、肝硬変を指摘、3年前に糖尿病と診断された。胃角部直上に潰瘍があり、PPIの経口投与および流動食を開始した。入院9日目の内視鏡検査で潰瘍底の露出血管の突出を認め、高周波凝固で焼灼した。17日目、露出血管より出血があり、クリップ、高周波凝固で止血した。21日目、再度拍動性の出血があり、ヒストアクリル局注で止血し、動脈塞栓術まで施行した。26日目に3度目の出血があり、緊急手術を施行した。

今回、我々は内視鏡的止血術および動脈塞栓術において止血困難だった出血性潰瘍を経験した。出血性胃潰瘍の不慮の失血死を回避するためには、手術適応に踏み切るための客観的な基準をあらかじめ設定しておくことが必要であると思われた。

当院におけるヘリコバクターピロリ菌除菌200例の検討

(八王子消化器病院)

野沢秀樹・

加藤博士・宮園裕子・武雄康悦・

木村政人・梁取絵美子・鈴木修司・

前村 達・今里雅之・田中精一・

鈴木 衛・林 恒男・羽生富士夫

当院におけるPPI(オメプラゾール40mg/dayまたは、ランソプラゾール60mg/day)と2種抗生剤(クラリスロマイシン1,000mg/day, およびアモキシシリン1,500mg/day)併用による除菌療法を検討した。その結果、全体の除菌率89.5%を得、また、その後、通院の終了等、今までにない症状の消失を認めた。なお、オメプラゾール、ランソプラゾール両者の除菌率に有意差を認めなかった。副作用は下痢が主であり重篤な副作用は認めなかった。しかし、今後再感染、逆流性食道炎の発症、食道の腺癌の発症の問題、一方、長期的には、発癌性、萎縮性胃炎の変化等は興味深いところである。今後、更なる検討が必要と考える。

胃腺扁平上皮癌の1切除例

(三芳厚生病院外科, ¹⁾東京女子医大消化器外科, ²⁾埼玉医大病理) 大木岳志・