

経験し、7例に摘脾+噴門側切除、7例に摘脾+脾腎静脈吻合、7例に摘脾+胃冠状静脈結紮切除、5例に摘脾のみ、その他2例を施行した。術式決定に当つては、術前検査として、門脈圧測定、閉塞肝静脈圧測定、インドシアニングリーンによる肝血流量測定、その他血液、生化学的検査を行ない、総合的に判定している。すなわち、原則的には有効肝血流量の減少していないいわゆるパンチ症候群などに対しては、胃冠状静脈結紮切除術+脾腎静脈吻合術、肝血流量を減少させたくない肝硬変症などには胃噴門側切除を施行し、摘脾術はすべての症例に行なっている。今回これら症例について、その手術効果について検討を加え報告した。

9. 外傷性十二指腸損傷について

(第二外科)

○芦田 輝久・鈴木 忠・斉藤 正光・
木村 恒人・倉光 秀麿・織畑 秀夫

昭和46年5月1日より約1年間に、東京女子医大外科および成田市藤立病院の2施設にて、外傷性十二指腸損傷を5例経験した。

症例Ⅰ：T. Y. 67才，男。

耕運機運転中乗用車と衝突し、耕運機のハンドルにて腹部を打つた。負傷後10日目に十二指腸閉塞が出現し、BillrothⅡ法にて胃切除術を施行したが、約1カ月にて治癒した。

症例Ⅱ：K. Y. 21才，男。

成田空港工事現場にて、腹部を機械にはさまれた。負傷後6時間目に急性胃拡張を主訴とし開腹したところ、十二指腸挫滅、上行結腸粘膜下血腫を認めた。空腸栄養瘻および上行結腸部人工肛門を設置した。1週間後に上行結腸閉塞も改善し、2週目には十二指腸閉塞も改善した。手術後6週間に空腸瘻および人工肛門を閉鎖し、10週目に治癒退院した。

症例Ⅲ：N. A. 21才，男。

交通事故でハンドルにて腹部を打撲した。負傷後2日目に腹部症状の増強と腹膜刺激症状の出現により開腹したところ、上行結腸破裂、十二指腸破裂および汎発性腹膜炎を認めた。術後尿毒症を合併し、11日目に死亡した。

症例Ⅳ：M. S. 58才，男。

歩行中、乗用車にはねられて電柱に激突し、意識不明の状態に担送された。脳血管撮影にて左半球に脳内血腫を認めた。負傷後2日目より鼻腔ゾンデより血性液が出るようになり、一般状態悪化のため、2週目に意識不明のまま空腸栄養瘻を作つた。この時十二指腸の左挫創を認めた。3週目に意識はやや改善したが、脳症状はやは

り強く、負傷後5週目に心不全にて死亡した。

症例Ⅴ：S. H. 11才，男。

モップの柄で打ち負傷。上腹部痛、嘔吐などを主訴とす。X線検査にて十二指腸通過障害を認めた。十二指腸粘膜下血腫の診断にて保存的治療を行なつたが、約1カ月にて治癒退院した。

以上5例につき検討した結果、診断および治療上、いくつかの問題点を認めたので、多少の文献的考察を加え検討した。

質問 (消化器病センター) 高崎 健

腹腔内穿孔型で腹膜炎高度となり、穿孔部を一般的に縫合できないような時、また脾損傷を伴つた時など、ドレナージのみを施行すると、脾液の流出のためか難治性の fistal になつてしまうようですが、そのような症例にはどんな治療が最良であるか。

応答 (外科) 鈴木 忠

後腹膜破裂型で、Abscess が強い場合で、一次縫合できない時は、十二指腸切除をし、胃十二指腸吻合、または BillrothⅡ法の胃切除を行なう。合併症がある場合の予後は不良であるが、特に脾臓損傷がある場合は死亡率が80%といわれている。これは後腹膜破裂型が治療上難かしい点が多く、その適切な処置も症例に応じて行なうという程度にしかいえず、どの方法がすぐれていると決定できない程複雑であるからと思う。

追加 (外科) 織畑 秀夫

共同研究者の1人として御質問に答えを追加します。御質問の意味するところは、脾損傷と腸穿孔による腹膜炎の両者についてであると思いますが、脾損傷のみについては、私の経験からは経口栄養なしに中心静脈栄養を2カ月やつて治し得た例がありますことから、栄養に問題があります。一方、腸穿孔の腹膜炎については、腹膜炎の程度によつて1週間以内に死亡するかどうかという危険がありますが、手術の時間の問題、特に腹膜炎を限局的な軽いものに止めるための治療が根本で、その方法はなかなか難しい問題です。しかし基本的には早期の Drainage と栄養は必要なことで、その他に種々検討すべき点がありますとしても、この基本的治療を早期に行なうことが最も重要と思います。

10. [症例検討会] 老年精神病

司会 柴田 収一教授

追つて全文を本誌に掲載する。

11. [綜説] 胸腺細胞のエネルギー代謝機構に対する放射線照射の影響

(中検化学部) 荒木 仁子