

P-210

腸回転異常症を伴わない成人盲腸軸捻転症の1例

さいたま赤十字病院 外科

○大曾根勝也、中村 純一、家田 敬輔、和田 聡、
岡田 幸士、佐々木 滋、沖 彰、中川 宏治

症例は45歳男性。腹痛と心窩部痛を主訴に当院内科へ救急搬送された。既往歴は特になく、開腹歴もなかった。右下腹部を最強点に圧痛を認め、腹膜刺激症状は認めなかった。血液生化学所見ではWBC 16,790/ μ lと炎症反応の上昇を認めた。腹部レントゲンにて腹部左上腹部から右下腹部にかけての著明な腸管の拡張を認めた。腹部造影CTではfree airは認めず、腹部正中に腸管の拡張と先細り像を認め、結腸の軸捻転症が疑われた。注腸では上行結腸の先細り像を認め、それより口側への造影剤の流入を認めなかった。同日内科緊急入院となり、大腸内視鏡にて整復を試みるも捻転狭窄部より口側へ内視鏡が挿入できず捻転解除できなかった。また腸管粘膜に虚血性変化を認めたため、手術目的に当科紹介となった。盲腸軸捻転症による絞扼性イレウスの診断で同日緊急手術施行した。開腹し腹腔内を検索すると回結腸動脈を中心に盲腸・上行結腸が時計回りに540度回転し、上行結腸の一部の腸管壁に暗赤色への変色域を認めた。血行障害は不可逆的であり、右半結腸切除術施行した。術後は良好に経過し退院となった。術後の病理検索では捻転の契機となるような粘膜病変や漿膜の索状物は認めなかった。盲腸軸捻転症は結腸軸捻転症の中で4-10%程度とされている。原因は大腸の後腹膜への固定が不十分であることで、上行結腸全体が捻転する場合と盲腸部分のみが捻転する場合がある。治療法としては内視鏡的整復術、腸管切除術、盲腸固定術などがある。死亡率は絞扼性イレウスを合併した場合33%とされ高率である。今回われわれは絞扼性イレウスを合併した盲腸軸捻転症の1例を経験したので報告する。

P-212

下大静脈フィルター挿入例の検討

水戸赤十字病院 外科

○内田 智夫、佐久間正祥、竹中 能文、古内 孝幸、
佐藤 宏喜、捨田利外茂夫、清水 芳政、
鹿股 宏之、立川 伸雄、伊藤 幸、菊池 勇次、
富奥 美藤、牛窓かおり

2001年7月より2012年1月までの間に当科で挿入した下大静脈フィルター26例について検討した。男性11例、平均年齢60.9歳、女性15例、平均年齢47.7歳。一時留置型14例 (Antheor 7, Neuhaus Protect 7)、回収可能型11例 (Gunther 4, ALN 7)、永久留置型1例 (Green Field 1)。回収可能型のうち8例に回収を試み不成功だったのはALN1例のみで、永久留置となったのは4例であった。回収例では造影検査で明らかな血栓の付着がないことを確認して抜去したが、肉眼ではごく少量の血栓の付着を伴っていることが多かった。疾患別では、卵巣腫瘍6例、子宮筋腫5例、下肢骨折4例、大腸癌2例、胆嚢炎2例、膀胱癌1例、アキレス腱断裂1例などである。術前検査で下肢深部静脈血栓症が指摘され、肺塞栓症の予防目的で婦人科、整形外科からの依頼を受け術前に挿入することが多かった。最近では原則として回収可能型を第一選択としているが、巨大子宮筋腫などのために下大静脈が強く圧迫されて変形が著しい場合は、一時留置型を使用している。肺塞栓症合併例は5例で、このうち永久留置したのは3例、死亡1例であった。

P-211

震災が発症に大きく影響した人工血管露出感染による下腿壊疽DICの一救命例

福島赤十字病院 心臓血管外科¹⁾、
福島県立医科大学 手術部²⁾

○安藤 精一¹⁾、猪狩 次雄²⁾

症例は61歳男性 平成21年1月、左大腿動脈瘤破裂にて当時の居住地域である他県の病院で緊急人工血管置換術が行われ、創治癒不全にて4ヶ月の入院歴あり。2年前に自宅に戻ってからときおり手術創部の表皮に浸出液を認めることがあり近医で処置を受けていた。自宅が東京電力福島原子力発電所から10km圏内にあり、今回の東日本大震災と放射能汚染のため避難対象区域となってしまったため、短期間に数カ所を転々とする避難生活を送っていた。不衛生な生活と不衛生の環境から創部の感染を引き起こしたが適切な医療処置が行われないまま自分で処置を行っていた。同年7月の猛暑日に車内で動けなくなり助けを呼んでいるところを発見され処置を行ったことがある近医に救急搬送された。熱中症の診断で当院に転送されたが、来院時体温が40度を超えており意識朦朧状態であった。診療情報の内容から既往歴が判明、創部を確認すると人工血管が6cm程度汚染された状態で露出しており、大腿部以下が虚血壊疽の状態が悪臭を放っていた。血液検査ではすでに菌血症に伴う重症DIC状態で、大腸菌が血液から検出 (後日判明) された。下腿切断も考えたが全身状態および検査数値が非常に悪く (WBC58000 CRP36.5 PLT8000 Dダイマー62.9 CK2429 CREA2.9) 切断端の治癒のみならず救命自体も難しいのではとの判断であった。以後の治療で左下肢は失ったものの救命できりハビリの効果もあり現在は自力で元気に生活している。救急搬送された事までは記憶にあるが以後数日間の治療経過の記憶はないとのこと。治療経過を報告したい。

P-213

Tubular retractorを用いた顕微鏡下頸椎後方椎間孔拡大術

高松赤十字病院 脳神経外科

○香川 昌弘、香月 教寿、井 陽輝

【はじめに】 Tubular retractorを用いた椎間孔拡大術は、一般に内視鏡下に施行されているが、我々は顕微鏡下に施行している。今回、cadaver studyと臨床例から、内視鏡下、顕微鏡下手術について比較検討したので報告する。

【方法】 Cadaver studyでは、METRx-MEDおよびMETRx-MDシステムを用いて、内視鏡下と顕微鏡下に片側椎弓切除 (2椎間除圧)、椎間孔拡大術、対側椎弓切除を施行し、両者を比較検討した。また、METRx-MDシステムを用いた顕微鏡下後方椎間孔拡大術を提示する。

【結果・考察】 本手術において最も注意を要する椎間関節の骨削除、硬膜嚢および神経根周囲の剥離に関しては、優れた立体視、自在なズームインおよびアウトが可能、頭部と同様の手術手技が行える点から、顕微鏡下手術がより安全と思われる。内視鏡下手術の利点としては、術野を確認しながらretractorの移動が可能であること、内視鏡が斜視鏡であり、さらに、その位置を360度自由に変更できることから、顕微鏡下手術と比較して少ないretractorの移動でも広い術野の観察、処置が可能であることがあげられる。この利点は、retractorの移動が大きくなる2椎間除圧時の椎弓の剥離、アプローチ対側の椎弓切除の際に特に有用である。

【結語】 本手術は、内視鏡単独または顕微鏡単独でも施行可能であるが、それぞれの特徴、利点を生かして両者を併用すると、より安全で侵襲性の低い手術に発展させることが可能になるものと思われた。