

**PPS-1-193** 当院における閉塞性大腸炎8例の検討(大腸癌イレウス61例との比較)

森田泰弘, 松本 潤, 高見 実, 大島 哲, 足立健介, 高西喜重郎, 井上 仁, 伊地知正賢, 岡部聡寛, 村山 実  
(東京都立府中病院外科)

【目的】当院で経験した閉塞性大腸炎8例と通常の大腸癌イレウス61例を比較検討したので報告する。【方法】1984年4月から2003年12月までに当院にて経験した閉塞性大腸炎8例と同時期の大腸癌イレウス61例を比較検討した。【成績】年齢, 性別には有意差なく, 特徴的な症状も認めなかった。しかし, 閉塞性大腸炎では血管病変の既往がある症例が有為と多く( $P < 0.05$ ), 症状出現から手術までの期間が有為と短かく( $P < 0.01$ ), また8例中4例が穿孔しており, 重篤になる傾向があった。術前の検査データでは, 閉塞性大腸炎は大腸癌イレウスよりWBC, CRP, BUN, CKが有為と高値であった。また, 閉塞性大腸炎において病変残存によると思われる術後の腸管穿孔や, 長期の発熱等は3例あり, 術中の病変範囲を同定するのは困難であった。【結論】閉塞性大腸炎は症状出現から比較的急速に進行する傾向があり, 術前のWBC, CRP, CK等に注意し, 手術適応を考慮すべきと考えられた。また, 術中には完全な病変部位の切除が必要で, 病変部位の正確な同定に術中内視鏡等の工夫が必要と考えられた。

**PPS-1-194** PPS-3-231の次に移動**PPS-1-195** 閉塞性大腸癌における減圧の意義と減圧法の選択  
中房祐司, 隅 健次, 三好 篤, 田中聡也, 北島吉彦, 佐藤清治,  
宮崎耕治  
(佐賀大学一般・消化器外科)

【目的】本研究では閉塞性大腸癌における緊急手術の安全性を検証し, 減圧法の有用性を比較検討した。【方法】当科にて診療した閉塞性大腸癌症例のうち, 穿孔例を除いて病巣切除を施行した26例を対象とした。非減圧群と減圧群の術後合併症, 在院死および減圧法(経鼻, 経肛門, 人工肛門)の減圧成功率と臨床検査値に与える影響を比較検討した。【結果】非減圧群( $n=6$ )の合併症発生率は50.0%と減圧群( $n=20$ )30.0%より多く, 在院死は非減圧群33.3%で減圧群の0.0%よりも有意に高率であった( $p=0.046$ )。減圧の成功率は右側で経肛門・人工肛門は行われておらず, 経鼻83.3%であり, 左側では経鼻37.5%, 経肛門80.0%, 人工肛門100.0%であった。切除術前の栄養状態は, 血清アルブミン, PNIの平均値は人工肛門が経鼻より有意に高かった( $p=0.038, p=0.025$ )。【結論】閉塞性大腸癌では緊急手術の危険性を十分に認識し, 適応に迷う症例では減圧後の待機的切除術を選択すべきである。減圧法は右側では経鼻, 左側では経肛門が第一選択だが, 確実な減圧が必要な場合には人工肛門造設を躊躇する必要はないと考えられた。

**PPS-1-196** イレウスを来した大腸癌の治療(術前減圧法の有用性について)

渡辺秀裕<sup>1,2</sup>, 江上 格<sup>1</sup>, 笹島耕二<sup>1</sup>, 長谷川博一<sup>1</sup>, 飯田信也<sup>2</sup>, 宮本昌之<sup>1</sup>, 鈴木成治<sup>1</sup>, 横山 正<sup>1</sup>, 丸山 弘<sup>1</sup>, 田尻 孝<sup>2</sup>  
(日本医科大学多摩永山病院外科<sup>1</sup>, 日本医科大学第1外科<sup>2</sup>)

【目的】大腸癌イレウス例は進行例や全身状態不良例が多く, 緊急減圧を余儀なくされたりし, 問題も多い。その実状や術前減圧法の有用性につき検討した。【方法】大腸癌手術200例中, イレウス29例を検討した。【成績】イレウス群(イ群)は男性19例, 女性10例, 男女比は1.9で非イレウス群(非イ群)1.3より男性に多く, 発症頻度も16.1%と女性(12.2%)より多く, 平均年齢は67.9歳(非イ群66.1歳)と高年齢であった。腫瘍の局在別発症頻度はC0%, A9.5, T14.8, D26.7, S19.3, R12.7でD, S領域に多く右側に少なかった。進行度別発症頻度は2(4.3%), 3a(13.9), 3b(31.8), 4(30.3)と進行例に高かった。経肛門の減圧は26例中22例で, 内20例(90.9%)に有効。不成功3例中2例は経鼻的減圧が有効。経鼻的減圧は右側癌3例で, 有効であった。有効例は全て待機手術で, 縫合不全懸念のstoma増設はなく, 不成功4例は緊急手術で, stoma設置は3例であった。不成功例は深達度SSのS状結腸癌のみで, 造影剤やワイヤーが不通過であった。【結論】大腸癌イレウスに経肛門的減圧処置は安全に行え, 改善率が高く経口摂取も可能で, 術前検査も十分にたされ有用であった。

**PPS-1-197** 切除不能大腸悪性狭窄に対するメタリックステント留置術の適応と意義

井上 透<sup>1</sup>, 前田 清<sup>1</sup>, 八代正和<sup>1</sup>, 西原承浩<sup>1</sup>, 山田靖哉<sup>1</sup>, 山下好人<sup>1</sup>, 西口幸雄<sup>2</sup>, 大平雅一<sup>1</sup>, 石川哲郎<sup>1</sup>, 平川弘聖<sup>1</sup>  
(大阪市立大学腫瘍外科<sup>1</sup>, 大阪市立総合医療センター消化器外科<sup>2</sup>)

【目的】高度狭窄を有する切除不能大腸悪性疾患に対して我々はステント留置術を行ってきた。様々な工夫を行い, 手技を簡便化し安全性を向上させた成績を報告する。【症例】高度の転移や併存疾患のため切除不能と診断した大腸悪性狭窄患者28例。部位は直腸6例, 左側結腸13例, 右側結腸9例。【方法】大腸内視鏡下に狭窄部へガイドワイヤーを挿入しウルトラフレックス食道用ステントのデリバリーシステムを挿入し狭窄部に留置。狭窄部の正面視が困難な場合は透明フードの装着が, S状結腸の屈曲の解消には血管ステント用イントロデューサーの使用が, 右側結腸の狭窄にはPTCSチューブの連結による延長がそれぞれ有用であった。【成績】28例中24例(86%)に留置できた。穿孔などの重篤な合併症は認めず, 2例にmigrationを認めたが, 金属クリップでステントを固定後は認めていない。腫瘍増殖による再狭窄が1例にみられたが, ステント再留置により改善した。ステント開存期間は平均4.2カ月で, 長期生存例(14ヶ月)も認めている。【結論】ステント留置は我々の用いた工夫で成功率・安全性が増し, 低侵襲でQOL向上につながると思われた。

**PPS-1-198** 大腸癌イレウスに対する緊急大腸切除術の術後成績  
川元俊二, 湖上ひろみ, 稲田一雄, 岩永眞一, 金丸隆幸, 野田尚隆,  
木田吉俊, 楨 研二, 林 博之  
(福岡徳洲会病院外科)

【目的】大腸癌イレウスに対する緊急大腸切除一期的吻合術の成績について経肛門イレウス管挿入後待機手術例との比較により検討する。【対象】過去10年間の大腸癌イレウス53例。術式別にA:術中腸洗浄(+)緊急手術, B1:腸洗浄(-)吸引のみ緊急(右側癌), B2:腸洗浄(-)吸引のみ緊急(左側癌), C:経肛門イレウス管挿入後待機手術の4群間で術後合併症発現等を検討。【結果】A~C群の症例数は13, 14, 10, 12例でA群は全例, C群で10例が左側癌。平均年齢(63.4~71.4歳)に有意差なし。入院後手術までの期間はC群で長く(12.1日), 在院日数は, 29.5~37.7日で有意差なし。手術時間はA群で長かった(242分)。術前合併症併存率はB1群に多く(42.9%), 術後合併症発症率は, 23.0, 42.9, 0, 25.0%でB1群に多く, B2群に認めず, 縫合不全はB1とC群に1例ずつ, 在院死はAとB1群に1例ずつ認めた。【考察】大腸癌イレウスの術後合併症は術前合併症併存例に多く, 左側結腸癌に対する緊急切除吻合術の成績は良好で, 経肛門イレウス管処置が必ずしも優先されるものではない。

**PPS-1-199** 悪性腫瘍による左側結腸閉塞に対するステント治療の経験

小篠洋之, 荒木靖三, 石橋生哉, 笹富輝男, 大北 亮, 志田誠一郎,  
緒方 裕, 白水和雄  
(久留米大学外科)

【目的】根治切除不能な再発結腸・直腸癌でイレウスや腹水を合併した症例に対しては, 経鼻的または経肛門的イレウス管挿入などの姑息的治療で対処せざるを得なかった。そこで今回, われわれは切除不能再発結腸・直腸癌に対しステント留置を経験し良好な結果を得たためその有用性について報告する。【対象および方法】2000年4月から現在まで当科において6症例(男性4例, 女性2例)に対しステント留置を施行した。原疾患は大腸癌3例, 胃癌2例, 卵巣癌1例であった。用いたステントはBoston Scientific社製のSelf expanding noncovered Ultraflexで長さ10cm, 直径22mmを使用した。【成績】6症例全てにおいてステント留置が可能であった。留置後に後出血2例, ステント内の腫瘍増殖による閉塞1例を認めたが, アルゴンプラズマコアギュレーターを用いて追加治療を施行した。【まとめ】根治切除不能な再発結腸・直腸癌による左側結腸閉塞に対するステント治療は簡便で患者のQOLの改善に有用であり, 今後の保険適用が望まれる。

**PPS-1-200** S状結腸軸捻転症の4例

加納久雄<sup>1</sup>, 大井田尚継<sup>1</sup>, 三松謙司<sup>1</sup>, 久保井洋一<sup>1</sup>, 金田英秀<sup>1</sup>, 天野定雄<sup>2</sup>

(社会保険横浜中央病院外科<sup>1</sup>, 日本大学第1外科<sup>2</sup>)

S状結腸軸捻転症は比較的高齢者に好発する。治療は内視鏡下整復が第一選択だが, 整復困難例, 再発例, 絞扼時には手術適応になる。今回, S状結腸軸捻転症4例について報告する。症例1; 85歳女性。S状結腸軸捻転症で2回の内視鏡下整復を施行。便秘, 腹部膨満にて入院し3回目の内視鏡下整復施行したが, 再発頻回で双孔式人工肛門造設術を施行。術後, 腸管脱出を認めS状結腸切除, 単孔式人工肛門造設術施行。症例2; 92歳女性。元来便秘症で, 急激な腹部膨満, 腹痛にて来院。S状結腸軸捻転症の診断。整復困難でS状結腸切除, 人工肛門造設術を施行。症例3; 30歳女性。腹痛, 腹部膨満にて来院。S状結腸軸捻転症の診断。内視鏡下整復困難でS状結腸切除術を施行。症例4; 50歳男性。腹痛を主訴に来院。入院後, ショック状態になり, 救命処置後S状結腸軸捻転の疑いで手術施行。S状結腸軸捻転に小腸が巻き込まれた絞扼性で, 小腸切除, S状結腸切除。人工肛門造設術を施行。S状結腸軸捻転症は特徴的な所見から診断は比較的容易だが, 若年者や高齢者における臨床所見の違い, 整復後の再発, 術式の選択, 絞扼の診断等, 症例に応じた確かな判断が必要と考えられた。