

第8回日本血管外科学会関東甲信越地方会

日 時：2000年11月25日(土)

会 場：全社協灘尾ホール(東京都)

会 長：幕内 雅敏(東京大学 肝・胆・膵外科, 人工臓器・移植外科)

ビデオシンポジウム1

“血管外科における基本手技”

座長：多田祐輔(山梨医科大学第2外科)

1 Thoracoabdominal aortic aneurysm

国立循環器病センター心臓血管外科

安藤太三

本症は瘤が広範囲で、特に腹部分枝再建を要する症例では分枝再建の複雑さ、臓器保護、出血対策など問題点が多い。大腿動静脈間の部分体外循環と分枝灌流下、中口径の人工血管を用いて腹部分枝及び肋間動脈の再建を施行して胸腹部置換を行った最近の一例を供覧する。症例は55歳女性、腎下部腹部置換後に慢性A型解離に対して上行置換、下行置換施行、その後胸腹部解離腔が拡大して8mmの側枝付き20mm人工血管で再建を行った。

2 Para (supra) renal aortic aneurysm

山梨医科大学第2外科

多田祐輔

原則として正中切開開腹による。占拠部位と腎動脈再建の必要によって、逆T型切開も採用される。supraceliac aortaの遮断によるが、CT上粥腫が軽度の場合はsuprarenal aortaも選択される。腎動脈直下で吻合可能な場合は単純遮断。視野が狭く吻合に時間を要すると判断すれば4 乳酸化リンゲル液を腎動脈内に落差で注入する。心機能、腎機能が悪く、high riskの患者で一時バイパス法と腎動脈再建を要した特殊な症例の手術を提示する。

3 Infrarenal aortic aneurysm (Retroperitoneal approach through midline abdominal incision)

昭和大学第1外科

高場利博

腎動脈下腹部大動脈瘤は血管外科分野においては最も手術数の多い疾患である。手術成績が良好であるだけに、術後QOLを考慮した術式が望まれる。そのため腹膜外アプローチが選択されるが、教室ではこれまでの斜切開によるアプローチから、正中切開による腹膜外アプローチを積極的にとり入れている。本法は腹膜外アプローチの利点とBuldgeの予防に有効である。

4 Juxtarenal aortic occlusion

東京医科歯科大学第1外科

岩井武尚

通常高位大動脈閉塞といわれているこの病態では歩行困難、勃起障害など下半身の血行不良に伴う諸問題と放置すると腎動脈に病変が及ぶのではないかという問題がある。治療では腎動脈上の大動脈の遮断、腎保護、腎動脈再建、人工血管を端端か端側吻合か、内腸骨動脈再建などが議論されている。今後はいかに低侵襲手術を導入するか、鏡視下手術は可能か、腋窩-両大腿動脈バイパスの適応などに関心は向かうであろう。

5 Femoro-popliteal bypass (PTFE with a vein cuff)

山口大学第1外科

善甫宣哉, 江里健輔

PTFEを用いたF-Pバイパスの末梢側吻合部静脈パッチ形成術を呈示する。膝窩動脈前面を3cm長露出し、全身ヘパリン化後tourniquet occlusion法で血流遮断する。吻合予定部に25mmの縦切開をおき、大伏在静脈分枝を長さ3cm摘出、縦切開、7-0ポリプロピレン系の連続縫合でパッチ形成する。静脈パッチ中央部に12mmの縦切開をおき、径6mmのPTFEグラフトを斜めにトリミング、7-0ポリプロピレン系のheel側5針パラシュート法で連続縫合する。最後に中枢側吻合、の手順で施行する。

6 Nondissection method in distal arterial bypass surgery

埼玉医科大学総合医療センター外科

佐藤 紀, 伊從敬二, 木村秀生

1982年以来我々は血管の剥離を最小限にとどめる術式(nondissection method)を提唱してきた。今回供覧する患者は69歳男子で、左足趾の潰瘍のために来院した。血管撮影では浅大腿動脈は閉塞し、isolated popliteal arteryを残して脛骨腓骨動脈の近位部は閉塞し、下腿中央部以下で後脛骨動脈が開存していた。この患者に対する総大腿動脈 遠位膝窩動脈 後脛骨動脈バイパスを供覧する。

## ビデオシンポジウム 2

### “臓器移植手術における血行再建のコツ”

座長：川崎誠治（信州大学第 1 外科）

#### 1 ドミノ移植における血行再建術

信州大学第 1 外科<sup>1</sup>

東京大学肝・胆・膵外科，人工臓器・移植外科<sup>2</sup>

池上俊彦<sup>1</sup>，橋倉泰彦<sup>1</sup>，寺田克<sup>1</sup>，宮川眞一<sup>1</sup>

川崎誠治<sup>1</sup>，幕内雅敏<sup>2</sup>

今回当科において施行した生体ドミノ移植では一次レシピエントに対し APOLT を行いながらドミノ移植を行ったのでこの症例の血行再建を中心に報告する。一次ドナーからは肝左葉をグラフトとして切除した。一次レシピエントは肝左葉を摘出しそこにドナーの肝左葉を同所性に移植した。右葉は温存したが，門脈右枝は結紮切離した。二次レシピエントは全肝摘出し同所性に左葉を移植した。術後経過は順調であった。

#### 2 生体部分肝移植における血行再建

東京大学肝・胆・膵外科，人工臓器・移植外科

菅原寧彦，幕内雅敏

合併症のない肝静脈・門脈再建は生体部分肝移植において良好な成績を収めるための重要なポイントである。門脈再建法としてはレシピエント門脈の左右分岐部を開いた後，前壁側，後壁側それぞれの edge を互いに縫合して，門脈径，長さを大きく，長く確保する。肝静脈再建では，レシピエント肝静脈の左，中（右）静脈根部を形成し，大きな吻合口を確保する。肝動脈再建では，両端針を使うと吻合が容易になることがある。

#### 3 全肝移植の血行再建

京都大学移植免疫医学

田中紘一

これまで小児 2 例，成人 3 例の脳死肝移植を行った。成人はすべて全肝移植であった。血行再建において，生体肝移植と異なるのは，outflow が下大静脈の側々吻合になることと，肝動脈吻合である。肝動脈はドナーの分枝形式によって再建法が異なる。特に膵臓摘出をした 1 例では，特別の配慮が必要であった。

#### 4 生体肺移植の血行再建

岡山大学第 2 外科

清水信義，伊達洋至，青江基

生体肺移植は二人のドナーの左右の下葉をレシピエントの両肺として移植する。ドナー肺動脈は A6 と A4 5 の間で斜めに切る必要がある。ドナー下肺静脈は心嚢内のできるだけ中枢側で切る。レシピエントの上肺静脈とドナーの下肺静脈を吻合し，レシピエントの主肺動脈とドナーの下葉肺動脈を吻合する。この際，肺静脈は通常の脳死肺移植よりは細く血栓形成が最も危惧されるところであり，できるだけ中枢側での吻合を心がける。

#### 5 脳死肺移植の血行再建

東北大学加齢医学研究所呼吸器再建研究分野

近藤丘，松村輔二，岡田克典，谷田達男

佐川元保，佐藤雅美

平成 12 年 3 月 29 日と 7 月 8 日に脳死ドナーからの右および左片肺移植を経験した。いずれも肺リンパ脈管筋腫症の女性に対して行われた。1 例目は肺門の吻合を肺静脈，肺動脈，気管支の順に行い，65 分を要した。術中は体外循環の補助を要し，手術時間 6 時間，体外循環時間 125 分であった。2 例目は肺静脈，気管支，肺動脈の順に吻合し，約 50 分で完了した。術中は体外循環を必要とせず，手術時間は 4 時間 50 分であった。

## シンポジウム

### “血管外科手技による肝胆膵外科手術の進歩”

座長：高山忠利（東京大学肝・胆・膵外科，

人工臓器・移植外科）

#### 1 胆道癌に対する門脈切除・再建の意義

名古屋大学第 1 外科

榎野正人，二村雄次

2000 年 8 月までに胆道癌 105 例に門脈切除・再建（楔状切除 28 例，環状切除 77 例）を伴う肝切除を施行した。12 例には外腸骨静脈グラフトを用いた。在院死は胆管癌に比べ胆嚢癌で高率であった（10.9% vs 31.7%）。胆管癌 64 例の 3，5 年生存率は 20.9%，7.0% で，3 例が 5 生したが，胆嚢癌 41 例では全例が 3 年以内に死亡した。胆管癌では長期予後も期待できるが，進行胆嚢癌の予後は不良で，門脈切除の適応は慎重に考慮すべきである。

#### 2 肝癌切除における肝静脈再建の適応

浜松医科大学第 2 外科

鈴木昌八，横井佳博，倉地清隆，三岡博

海野直樹，今野弘之，中村達

肝癌切除に伴い，肝静脈の切除・再建を肝細胞癌 9 例，転移性肝癌 11 例の計 20 例に施行した。その結果，肝 S7，8 切除では右下肝静脈なく，短肝静脈が細い症例，再肝切除例では残肝の 1 本しかないドレナージ静脈に癌浸潤がある例，術中肝静脈を遮断すると鬱血のため残肝表面が暗赤色になる例，また肝静脈の結紮により鬱血領域を除いて機能的残肝容積が 30% 以下になる症例が肝静脈再建の適応と考えられた。

#### 3 肝静脈再建は必要か？

東京大学肝・胆・膵外科，人工臓器・移植外科<sup>1</sup>

松波総合病院外科<sup>2</sup>

佐野圭二<sup>1</sup>，幕内雅敏<sup>1</sup>，前間篤<sup>1</sup>，菅原寧彦<sup>1</sup>

今村宏<sup>1</sup>，高山忠利<sup>1</sup>，松波英寿<sup>2</sup>

肝切除や部分肝移植における肝静脈再建の適応に関

しては未だ明らかでない。肝静脈閉塞域において門脈が動脈血流の還流路となる事実より当科では以下のように肝静脈再建の適応基準を定めた。肝表面が変色した場合、または変色が無くても術中超音波ドブラ法にて肝静脈に側副血行を介する血流を認めず、かつその領域の門脈が逆流する場合である。以上の適応基準で施行した当科の生体肝移植症例の術後残肝機能について検討を加えた。

#### 4 門脈再建のコツと合併症の予防対策

国立仙台病院外科

石山秀一，山内英生

肝胆膵外科領域において、門脈の再建は修得しておくべき必須の手術技術である。特に肝門部胆管癌や膵癌では門脈の切除・再建ができないと切除率は大幅に低下する。再建の方法は単純な吻合からパッチ形成、自家静脈移植まで、状況に応じて多様であるが、術後の血栓形成や狭窄などの合併症も多い。肝胆膵外科領域における門脈再建のコツと合併症予防対策について報告する。

#### 5 胆道癌における肝動脈合併切除例の治療成績

千葉大学第1外科

宮崎勝，中島伸之

進行胆嚢癌（stage III, IV）及び肝門部胆管癌の門脈・肝動脈浸潤例に対し、積極的血管合併切除を施行しその成績を報告する。対象は肝門部胆管癌113例に対し門脈合切再建30例、肝動脈合切8例内6例を再建と進行胆嚢癌78例に対し、門脈合切再建11例、右肝動脈合切5例（全て非再建）を施行した。これら血管合併切除例の成績を解析しその意義を報告する。

#### 6 肝動脈再建

埼玉医科大学形成外科<sup>1</sup>

東京大学形成外科<sup>2</sup>

中塚貴志<sup>1</sup>，朝戸裕貴<sup>2</sup>，多久嶋亮彦<sup>2</sup>

生体肝移植や時には肝門部悪性腫瘍切除に際して、肝動脈の再建が必要とされる。前者では特に、手術用顕微鏡の導入により肝動脈開存率の向上が得られ、良好な移植成績につながっている。演者は形成外科医（マイクロサージャ）としてこの領域の血管吻合に関わってきたが、その立場から演者らがこれまで経験してきた肝動脈再建例を検討するとともに、吻合手技の要点について述べたい。

#### 一般演題1

##### 1 拡張型心筋症を伴った亜急性解離性大動脈瘤に対する人工血管置換術の1治験例

東京女子医科大学附属日本心臓血圧研究所外科  
津久井宏行，青見茂之，吉田聡美，甲陽平  
鮎沢慶一，内川伸，中島雅人，小澤英樹  
前田朋大，川合明彦，西田博，遠藤真弘  
小柳仁

57才，拡張型心筋症（DCM）の男性。急性A型解離性大動脈瘤（DA）を発症し、発症後20日目に再解離を認めた。右腋動脈，上下大静脈脱血にて人工心肺を確立し，循環停止とした。entryは，上行大動脈の前壁から弓部の小弯側に認められ，GRF glueにて閉鎖した後，Ascending aorta hemiarch replacementを施行した。DCM合併症例のDA発症は稀である。また，手術適応は慎重を期すべきであるが，良好な結果を得たので報告する。

##### 2 全弓部置換術，Open Stent Grafting（OSG）後に生じた動脈圧較差に対しバルーン拡張術が有効であった1例

虎の門病院循環器センター外科

高山健彦，幕内晴朗，成瀬好洋，小林俊也  
林一郎，田中慶太，波房諭補

症例は76歳男性。遠位弓部のTAAに対し弓部全置換術，OSGを施行した。術直後より上下肢圧較差50-60 mmHgを認め，利尿不良のため直ちにAortographyを施行。Stentのすぐ近位側でgraftの狭窄が存在し，引き抜き圧測定にて同部位での圧較差を認めた。第二病日に腎機能低下に対しCAPD挿入。第三病日にバルーン拡張術を施行し20 mmHgへ圧較差が減少し，腎機能の改善が得られた。まもなくPDから離脱し得た。

##### 3 stent-graft 移植後下肢不全麻痺をおこした遠位弓部大動脈瘤破裂の1例

埼玉医科大学第1外科

阿部馨子，加藤雅明，田邊大明，朝野晴彦  
今中和人，石川雅透，渡辺拓自，山火秀明  
尾崎公彦，許俊鋭

弓部大動脈疾患治療におけるopen surgeryとstent-graftをcombinationした手術方法は，手術の低侵襲化が得られるため本邦において急速に普及しつつある。一方，本法には術後横断脊椎麻痺が発症しやすいとの報告もありstent-graftによるadamkiewicz動脈の閉塞，血流障害が懸念されてきた。

今回は，我々は遠位弓部大動脈瘤が肺内穿破し，緊急手術を施行した症例に術後下肢不全麻痺を合併した症例を経験したので報告するとともに，その原因について考察したい。

#### 4 高度石灰化を伴った胸腹部大動脈瘤に対するバイパス併用ステントグラフト内挿術の1例

東京医科大学第2外科

渡部芳子, 石丸新, 横井良彦, 島崎太郎

川口聡, 小櫃由樹生, 石川幹夫

症例は77歳女性。高度石灰化を伴った Crawford III 型胸腹部大動脈瘤に対し、肋間動脈再建困難と判断した。手術は開腹法で Y 型人工血管による腹部大動脈腹腔・上腸管膜動脈バイパスを行い、予め作成した分枝より回収式ステントグラフト (SG) による肋間動脈閉塞試験後に鎖骨下動脈分枝部末梢から腎動脈分枝部直上まで SG を内挿した。Endoleak はなく経過は順調であった。SG の併用は低侵襲で有効な方法と考えられた。

#### 5 多発性胸腹部大動脈瘤の二期的手術

旭中央病院外科

中澤達, 古屋隆俊, 田中信孝, 登政和

野村幸博, 永井元樹, 和田郁夫, 田中裕次郎

橋本拓哉, 風間義弘, 坂田宏樹, 高橋千尋

患者は72才男性, 15年前に腎動脈下腹部大動脈瘤の人工血管移植を受けている。背部痛にて胸部下行大動脈 (径8 cm) と上腹部大動脈 (径8 cm) に瘤を指摘され, 当科紹介となる。まず, 一時バイパス下に胸部下行大動脈瘤の手術を行い, 9ヶ月後に同経路に一時バイパスを置き, 上腹部大動脈瘤 (径9.5 cm に増大) に対し, 4分枝再建を行った。2回目手術後に腎機能が低下したが腎不全には至らず, 術後7ヶ月健在である。

### 一般演題2

#### 1 外傷性胸部大動脈損傷に関する検討

群馬大学医学部第2外科<sup>1</sup>

群馬県立循環器病センター心臓血管外科<sup>2</sup>

大木茂<sup>1</sup>, 石川進<sup>1</sup>, 高橋徹<sup>1</sup>, 佐藤泰史<sup>1</sup>

相崎雅弘<sup>1</sup>, 茂原淳<sup>1</sup>, 尾形敏郎<sup>1</sup>, 浜田芳郎<sup>1</sup>

森下靖雄<sup>1</sup>, 金子達夫<sup>2</sup>

5症例 (平均年齢52.6歳, 男女比4:1) を対象とした。受傷機転はいずれも鈍の外傷で交通事故3例, 転落事故2例であった。2例で緊急手術を, 3例で待機手術を行った。全例, 部分体外循環下に左開胸し人工血管置換術を施行した。術前ショック状態の1例と術中に循環停止を併用した1例で術後脳障害を認めた。損傷が動脈全層に及んだ症例で緊急手術を要したが, それ以外は待機手術で対処し得た。術後脳障害の発生には注意を要する。

#### 2 外傷性胸部大動脈破裂の急性期無輸血手術

都立墨東病院胸部心臓血管外科<sup>1</sup>

同 救命救急センター<sup>2</sup>

片山康<sup>1</sup>, 小島勝雄<sup>1</sup>, 田辺貞雄<sup>1</sup>, 濱邊祐一<sup>2</sup>

澤野誠<sup>2</sup>, 西川幸宏<sup>2</sup>

交通外傷による胸部大動脈損傷は多発外傷の一分症であることが多く, 同種血輸血が必要となる症例が多い。最近, 31才男性に併存する呼吸不全のため v-a bypass 下の胸部大動脈置換と小腸切除 (翌日) を施行し, 全経過無輸血で, 治癒せしめた症例を経験した。

#### 3 吐血にて発症した胸部大動脈瘤破裂の1例

自治医科大学大宮医療センター心臓血管外科

櫻川浩, 川人宏次, 山口敦司, 坪井潤一

由利康一, 藤本耕一, 田中正史, 遠藤英仁

安達秀雄, 井野隆史

症例は58歳男性, H12年7月31日, 吐血を来し, 胃内視鏡検査を施行。食道粘膜下の拍動性腫瘤が認められ, 胸部CT施行し胸部大動脈瘤破裂と診断。8月4日に前側方開胸, 低体温循環停止法にて下行大動脈人工血管置換術を施行した。術中所見では, 胸部大動脈に20 mm × 10 mm の穿孔部が認められ, 瘤破裂の成因として, Penetrating atherosclerotic aortic ulcer が疑われた。

#### 4 救命し得た超々高齢者 (91才) 腹部大動脈瘤破裂の1例

昭和大学第1外科

岡田良晴, 饗場正宏, 板垣太郎, 浅野満

松尾義昭, 山田真, 川田忠典, 高場利博

症例は91才, 男性。突然の上腹部痛にて発症。救命センターに来院時ショック状態, 腹部膨満を認め腹部CT施行。径8cmの腹部大動脈瘤の破裂であった。直ちに緊急手術を行った。腹部正中切開, 開腹にてアプローチ。大動脈遮断は横隔膜下にて行い, Y型人工血管置換術を施行した。術後経過は良好で20病日に独歩転院となった。検索した限りでは腹部大動脈瘤破裂の救命例としては本邦最高齢であり, 文献的考察を加え報告する。

#### 5 巨大腹部大動脈瘤破裂を認めた Marfan 症候群の1手術例

公立昭和病院心臓血管外科<sup>1</sup>

埼玉医科大学第1外科<sup>2</sup>

西山仁子<sup>1</sup>, 北條浩<sup>1</sup>, 枘岡歩<sup>1</sup>, 横手祐二<sup>2</sup>

許俊鋭<sup>2</sup>

症例は24歳男性。身長189 cm, 体重60 kgで, 既往に漏斗胸, 水晶体亜脱臼, 最大径45 mmの大動脈弁輪拡大症があり, Marfan 症候群と診断されていた。平成12年8月25日夜激しい腰痛出現。当院救急外来受診。精査にて最大径約12 cmの腹部大動脈瘤破裂と判断し, 緊急で人工血管置換術を施行した。破裂部位

は大動脈瘤後壁であった。術後経過は順調で、術後21日目に退院となった。

### 一般演題3

#### 1 術後多彩な経過を示した腹部大動脈瘤の1例

都立府中病院外科

大島哲，由里樹旺，南智仁

症例は61才男性。腰背部痛を主訴に来院。腹部大動脈瘤（AAA）切迫破裂の診断で救急手術した。術後右下肢動脈急性閉塞とMNMSを併発し、血栓摘除CHDFにて救命救済した。その後徐々に下肢筋力低下と膀胱直腸障害が出現し脊髄梗塞が認められた。さらにグラフト中枢側にAAAが再発し再手術となった。AAAの手術成績は向上しているが特異な経過を辿る症例もあり注意を要する。

#### 2 腹痛を伴い待期的手術を行った腹部大動脈瘤の

##### 1例

帝京大学医学部附属市原病院外科

藤田尚久，安原洋，仲秀司，黒田敏彦

野尻亨，古谷嘉隆，新川弘樹，和田信昭

[症例] 66歳，男性 [現病歴] 大腸ポリープで通院中，入院5ヶ月前より腹痛出現。腹部腫瘍を指摘された。[既往歴] 14年前，脳梗塞 [現症] 腹部に拍動性腫瘍と軽度の圧痛を認めたが，血液検査上炎症所見は無かった。[経過] 術前CTで径7cmの腹部大動脈瘤と瘤壁に限局性の突出を認めたが待期的手術とした。瘤切除，Y-graftを施行。瘤の腹側最大拡張部に1cm大の突出がみられ，術前の腹痛と関連すると考えられた。

#### 3 腹部大動脈瘤による上腸間膜動脈症候群を呈した

##### 1例

東京大学血管外科

兼高武仁，斉藤健人，石井誠之，中島享

西蔭誠二，井上真也，大原信介，北川剛

出口順夫，小山博之，新本春夫，大城秀巳

宮田哲郎，重松宏

75歳女性。腹部大動脈瘤で経過観察中，1年前より食欲不振，嘔吐，10kgの体重減少を認めた。瘤に炎症所見はなく，上腸間膜動脈と大動脈の間の角度は狭く，十二指腸水平脚の造影剤の通過不良を認めたため，SMA症候群と診断，瘤切，人工血管置換術，十二指腸授動術を施行した。術後は6kg/4ヶ月の体重増加を認めている。腹部大動脈瘤による上腸間膜動脈症候群の報告は17例と少なく，今回文献的考察を加えて報告する。

#### 4 消費性凝固障害ならびにITPを合併した腹部大動脈瘤の1例

東京医科大学第2外科

岩橋徹，石丸新，伊藤幹彦，小泉信達

小櫃由樹生，石川幹夫

症例は67歳。男性。紫斑精査にて腹部大動脈瘤を指摘された。入院時，血小板53000。Fibrinogen 126 mg/dlと消費性凝固障害を認め，ヘパリン17000単位/日による抗凝固療法を行った。血小板を除く凝固線溶系の改善は得られたが，血小板は低値のままであった。精査にて血小板減少性紫斑病と診断し， $\gamma$ -グロブリン療法後にY字型人工血管置換及び摘脾術を施行した。術後経過は良好で，凝固線溶系の改善も得られている。

#### 5 右後腹膜経路にて手術を試行した馬蹄腎合併腹部大動脈瘤の1例

千葉大学第1外科

鈴木大亮，増田政久，今牧瑞浦，志村仁史

岡田吉弘，平野雅生，渡辺裕之，西村克樹

中島伸之

症例は83歳の女性。直径55mmの腎動脈下腹部大動脈瘤にて手術予定であったが，術前検査にて馬蹄腎が確認された。血管造影上，isthmusに明らかな流入動脈を認めなかったが，同部と大動脈瘤の剥離を最小限にとどめるという目的から，また，右総腸骨動脈瘤を合併していたことから，右後腹膜経路によるアプローチを選択し，Y-graftingを試行した。術後，腎合併症も無く，経過は良好であった。術式選択に際し，3DCTが有用であった。

#### 6 労作性狭心症を伴う腹部大動脈瘤の術中に，一時的腋窩 大腿動脈バイパスを併用した1例

千葉県循環器病センター心臓血管外科

浅野宗一，林田直樹，半田武巳，黄野皓木

大橋幸雄，ピアス洋子，松尾浩三，村山博和

龍野勝彦

患者は78歳男性。労作性狭心症で入院中腹部大動脈瘤を指摘。冠動脈造影で3枝病変であったが，下壁・後壁の虚血であり，腹部大動脈瘤人工血管置換術予定となる。大動脈遮断前，体血管抵抗は1416で，大動脈遮断後1529となったが，腋窩大腿動脈バイパスを使用することにより1353まで低下し狭心発作を併発ことなく手術終了。術後4日目に狭心発作出現したがその後は安定し現在外来通院中。

### 一般演題 4

- 1 門脈合併切除を施行した肝，臍手術症例の検討  
癌研究会附属病院消化器外科  
天岡望，國土典宏，金子朋代，関誠，太田博俊  
上野雅資，高橋孝

過去 5 年間の門脈合併切除例 10 例を検討した。全例に癌浸潤を疑われたが，組織診で門脈浸潤を認めたのは 5 例であった。切除門脈は最長 70 mm で，再建は，単閉鎖 1 例，patch 閉鎖 1 例，端々吻合 3 例，自家静脈移植 5 例であった。最近の 5 例は全て外腸骨静脈移植片による再建で，大きな合併症は認めなかったが，下腹壁静脈を結紮切離した 1 例で，術後静脈採取側の下肢に著明な浮腫を認め，この症例について更に検討を加えた。

- 2 リンパ節郭清を伴う肝切除後の固有肝動脈瘤の

#### 1 例

癌研究会附属病院消化器外科<sup>1</sup>  
同 内科<sup>2</sup>  
同 婦人科<sup>3</sup>  
同 放射線科<sup>4</sup>  
金子朋代<sup>1</sup>，國土典宏<sup>1</sup>，多田敬一郎<sup>1</sup>  
関誠<sup>1</sup>，高橋孝<sup>1</sup>，高野浩一<sup>2</sup>，浅原新吾<sup>2</sup>  
猪狩功遺<sup>2</sup>，竹島信宏<sup>3</sup>，清水わか子<sup>4</sup>

症例は 53 歳女性，子宮頸癌の肝脾臓転移に対し平成 12 年 5 月 24 日肝左葉切除，胆管切除，roux-en-Y 再建，リンパ節郭清，脾臓摘出術を施行した。No8a，12a にリンパ節転移を認め，術後同部位に 50 Gy 照射した。術後 4 ヶ月目，十二指腸潰瘍出血に対し胃切除術 (B-Ⅲ) を施行した。施行後 2 週間目，吐下血を認めショック状態となり CT にて，臍上縁に造影効果のある径 3 cm の腫瘍像を認めた。血管造影にて固有肝動脈の動脈瘤を確認し，マイクロカテーテルを動脈瘤内に挿入し coil embolization を施行した。本症例は消化管と交通した動脈瘤であったが塞栓術が有用で，術後問題となる感染症は発生しなかった。

- 3 下大静脈腫瘍栓を伴った肝尾状葉腫瘍の 1 切除例  
東京大学肝・胆・膵外科，人工臓器・移植外科  
脊山泰治，佐野圭二，高山忠利，幕内雅敏

下大静脈腫瘍栓を伴う肝腫瘍の中でも Budd-Chiari 様に肝内シャントを形成した症例は肝離断時出血が多くリスクが高い。肝離断時の阻血法が色々工夫されているが，下大静脈腫瘍栓を伴う症例は全肝阻血の適応である。肝流入血阻血に加え下大静脈を肝上下でクランプする全肝阻血法は肝機能障害のリスクがある。間歇的に全肝阻血を行うことで術後肝機能障害なく安全に肝離断，下大静脈腫瘍栓の摘出を行うことができた。

- 4 マイクロ下肝動脈再建を伴う肝胆道悪性腫瘍手術  
国立がんセンター中央病院外科<sup>1</sup>  
同 形成外科<sup>2</sup>  
島田和明<sup>1</sup>，山本順司<sup>1</sup>，小菅智男<sup>1</sup>，山崎晋<sup>1</sup>  
木股敬裕<sup>2</sup>

我々は肝動脈浸潤が認められる肝胆道悪性腫瘍に対し治癒切除が見込まれる場合は積極的に肝動脈合併切除を行っている。肝門部胆管癌 5 例，胆嚢癌 2 例，肝内胆管癌 1 例に肝動脈合併切除，マイクロ下肝動脈再建を行った。再建方法は端々吻合 5 例，右胃大網動脈との吻合を 3 例に行った。肝不全，術死，入中死はなく短期予後は良好であった。胆嚢癌症例は術後 11 か月，12 か月で再発死したが，肝門部胆管癌は長期生存例も認められた。

### 一般演題 5

- 1 感染性腹部大動脈瘤破裂の 1 手術症例

JR 東京総合病院心臓血管外科  
田中公啓，室田欣宏，川内基裕，古瀬彰

67 歳男性，発熱と腹部痛を主訴として来院した。CT の結果，感染性腹部大動脈瘤破裂と診断し，緊急手術を行った。Extra-anatomic bypass を作り，動脈瘤は切除した。大網を切除部位に縫着し，ドレーンを入れて閉腹した。術後，ドレーンからの排菌もなくなり，退院した。起因菌は Enterobacter cloacae であった。考察を加えて報告する。

- 2 腹部大動脈瘤切迫破裂に腸腰筋膿瘍を合併した

#### 1 例

東京慈恵会医科大学外科  
黒澤弘二，戸谷直樹，田代秀夫，立原啓正  
石井義縁，藤江由香，山崎洋次

症例は 63 歳男性で，腹部大動脈瘤 (AAA) 切迫破裂の診断で他院より転送された。術前の CT では腸腰筋膿瘍 (PA) を合併していた。AAA に対して緊急で人工血管置換術を施行した。瘤壁の培養からサルモネラ菌が検出されたため，術後は抗生剤治療を行っていた。しかし，CRP は陰性化せず PA も軽快しないため，CT ガイド下 PA ドレナージを施行した。その後の経過は良好であった。(まとめ)人工血管置換術後の PA に対して穿刺ドレナージは有効であった。

- 3 感染性腹部大動脈瘤の 2 例

信州大学第 1 外科  
増田雄一，浦山弘明，福井大祐，田中研一  
宮川真一，川崎誠治

【症例 1】69 歳・男性。サルモネラ菌による急性胆嚢炎に続発した感染性総腸骨動脈瘤と診断した。【症例 2】76 歳・女性。症状及び経過から感染性腹部大動脈瘤と診断した。瘤壁培養にて黄色ブドウ球菌を認めた。2 例ともに短期間に増大傾向を示し，人工血管に

よる in-situ bypass を施行した。特に症例2は、瘤周囲の炎症強く、胸部大動脈からの bypass 及び左腎動脈再建を必要とし術後治療に難渋した。

#### 4 胆石を合併したサルモネラ菌感染性内腸骨動脈瘤破裂の1例

東京大学血管外科  
石沢武彰, 出口順夫, 畑啓介, 大城秀巳  
宮田哲郎, 重松宏

症例は71才男性。12日間の発熱と背部痛後、突然ショック状態となり当科に搬入された。CTで右内腸骨動脈瘤と周囲の血腫及び胆石を認め、感染瘤破裂の診断下、緊急にて交叉バイパス造設、瘤切除・断端閉鎖、大網充填、胆摘術を施行した。瘤内血栓培養よりサルモネラ菌が検出された。サルモネラ菌は感染瘤の原因となり、通常胆石内にいると考えられているため、胆石合併の感染瘤に対しては積極的に胆摘術を行うべきと考えられた。

#### 5 サルモネラ菌による感染性腹部大動脈瘤破裂に対する1手術症例

神奈川県立循環器呼吸器病センター心臓血管外科  
石井正徳, 梶原博一, 浜田俊之, 山本賢二  
小菅宇之, 佐藤順

症例は70歳男性。他院にて腹痛、発熱、粘血便を主訴に入院。血液培養でサルモネラ菌が検出され保存的に治療したが効果なく、腹部CTを行ったところ腎動脈下仮性腹部動脈瘤破裂による後腹膜血腫を認めた。平成12年7月14日当科へ転院。同日瘤切除Y字人工血管置換術(カラーゲン被覆ウーブンダクロン)、大網被覆充填術施行。現在術後2ヶ月を経過したが、感染の再燃は認めていない。

### 一般演題6

#### 1 人工血管が回腸を貫通していた人工血管感染症の1例

関東中央病院外科<sup>1</sup>  
埼玉医科大学総合医療センター外科<sup>2</sup>  
鈴木小織<sup>1</sup>, 高山豊<sup>1</sup>, 田中一成<sup>1</sup>, 山下宏治<sup>1</sup>  
佐藤紀<sup>2</sup>

症例は71歳、男性。ASOのため、後腹膜到達法にて大動脈 右大腿、左腸骨動脈バイパス術を施行されていた。術5週間後より繰り返す発熱が見られ、抗生剤投与にて軽快していたが、血液培養にて Enterococcus を認め、人工血管感染と診断した。術7ヵ月後に開腹したところ、腹腔内に露出した人工血管右脚が回腸を貫いており、グラフト右脚及び回腸部分切除を施行した。再手術後は感染の徴候はなく、6ヶ月後に再度血行再建術を行った。

#### 2 手術により救命し得た大動脈十二指腸瘻(ADF)の2例

山梨医科大学第2外科  
小島淳夫, 進藤俊哉, 窪田健司, 石本忠雄  
伊従敬二, 小林正洋, 多田祐輔

症例1: 40歳女性。大動脈炎の経過観察中に突然の吐下血、一次性ADFの診断にて前医で大動脈瘻縫合術を受け、紹介入院となった。人工血管置換、十二指腸部分切除、大網充填を施行し救命した。症例2: 68歳女性。腹部大動脈瘤人工血管置換術後、経過観察中に突然の吐下血、二次性ADF疑いで前医紹介、精査の結果ADFの確定診断で紹介入院となった。人工血管部分切除、人工血管再置換、十二指腸瘻閉鎖、大網充填を施行し救命した。

#### 3 透析用人工血管感染に対し静脈側人工血管温存術式で再建した1例

杏林大学医学部心臓血管外科  
笹川成, 布川雅雄, 有村康夫, 須藤憲一

症例は38歳男性。2年前からネフローゼ症候群のため透析導入。上肢静脈が荒廃していたため本年2月に右上腕動脈-腋窩静脈人工血管シャント術を施行したが、5ヶ月後、右肘部人工血管穿刺部の出血と周囲の腫脹、発赤を生じた。穿刺部の血腫及び人工血管感染と診断したが、静脈吻合側温存を目的とし、二期的に右橈骨動脈-中枢側人工血管バイパス術 動脈吻合部人工血管切除術を行った。術後感染も無く、良好な結果が得られた。

#### 4 Y-graft 術後の吻合部瘤の再発に対するstent graft 留置の1例

新潟大学医学部第2外科  
諸久永, 竹久保賢, 榛沢和彦, 名村理  
曾川正和, 林純一

腹部大動脈瘤術後の吻合部瘤、消化管出血にて、十二指腸切除および大網被覆を施行した80歳男性が、上腹部痛を主訴に入院した。腎動脈直下に7.5cm大の仮性瘤と心筋虚血、腎機能低下、脳梗塞を認め、stent graft 留置を選択した。先のY-graft との圧着不良からleakを認め、追加stent F-F bypass を要した。ハイリスク症例に対するstent grafting は有効な手段であるが、人工血管内へのstent 留置に際してはendoleak防止に配慮すべきである。

#### 5 腹部大動脈瘤、胃癌、胆嚢結石同時手術の1手術例

日本大学医学部第2外科  
前川佳紀, 新野成隆, 前田英明, 河野秀雄  
三室治久, 梅沢久輝, 福谷敏彦, 五島雅和  
根岸七雄

76歳男性で7cm大の腹部大動脈瘤に噴門部胃癌、有症状の胆嚢結石が合併した症例に対し、動脈瘤切除、

人工血管置換術，噴門側胃切除術，胆嚢切除，さらに術中造影にて明かとなった総胆管結石に対し総胆管切開，T-tube drainage を一期的に施行した．術前より存在した慢性肺気腫のため気管切開を要し，長期入院となったが現在退院し，社会復帰した．消化管の合併手術の手術適応を含め，若干の考察を加え報告する．

6 脳梗塞後の経過観察中に発見された腹部大動脈瘤と早期胃癌に対し．頸動脈血栓内膜摘除術と人工血管置換術を同時施行後，二期的に幽門側胃切除術を施行した 1 例

横浜船員保険病院外科<sup>1</sup>  
 東京大学血管外科<sup>2</sup>  
 河田光弘<sup>1</sup>，中山伸一<sup>1</sup>，佐藤直夫<sup>1</sup>  
 古川祐介<sup>1</sup>，今西宏明<sup>1</sup>，上妻達也<sup>1</sup>  
 宮田哲郎<sup>2</sup>，齋藤健人<sup>2</sup>

症例は，74 歳男性．左脳梗塞後経過観察中に直径 6.5 cm の左腎動脈直下嚢状腹部大動脈瘤と潰瘍を伴う早期胃癌が発見された．左腎動脈が，2 本存在しその間に突出する様な嚢状動脈瘤であった．両側内頸動脈の高度な狭窄を認めた．胃癌は EMR の適応外であり，手術が必要と判断した．よって，年齢，手術時間，優先順位を十分考慮し，左内頸動脈血栓内膜摘除術と人工血管置換術を同時施行後，二期的に幽門側胃切除術を施行した．

### 一般演題 7

1 経動脈血栓溶解療法にて軽快し得た

Saddle embolism の 1 症例

獨協医科大学越谷病院心臓血管外科  
 垣伸明，岩田英明，千葉知史，齋藤政仁  
 権重好，吉田浩紹，村井則之，木山宏  
 片山康，今関隆雄

症例は 72 歳男性，H12 年 8 月 2 日正午，突然両下肢疼痛，冷感出現し，急性動脈閉塞の診断にて近医より当院搬送入院となった．緊急動脈造影検査にて大動脈分岐部以下が造影されず，心房細動が合併していることより Saddle embolism と診断された．わずかに両側大腿動脈が造影されたため，大動脈内カテーテルよりウロキナーゼ，PGE1，ヘパリンを持続投与した．今回血栓溶解療法にて軽快し得たので報告する．

2 左総腸骨動脈瘤破裂に右大腿動脈急性閉塞を合併した 1 例

帝京大学第 2 外科  
 杉本剛，西田勝則，波多野稔，石井秀典  
 上田恵介，宮澤幸久，冲永功太

80 歳男性．60 歳時に胃癌郭清手術．右下肢の冷感，腹部膨満を訴え入院．来院時ショック状態にあり右下肢虚血を認めた．腹部正中切開にて開腹．結腸及び十二指腸を受動して後腹膜腔に到達した．腎動脈直下大

動脈瘤のため，人工血管を巻いて大動脈瘤の縫縮補強を行った後に Y 字人工血管を端々吻合した．右内腸骨動脈，右大動脈の血栓除去を行い，人工血管右脚で血行再建した．現在良好に経過している．

3 血栓性閉塞のため重症虚血肢で来院した両側大腿動脈瘤の 1 例

山近記念総合病院外科<sup>1</sup>  
 東京大学血管外科<sup>2</sup>  
 高誠勉<sup>1</sup>，杉田暉地<sup>1</sup>，佐藤哲也<sup>1</sup>，井上康一<sup>1</sup>  
 田島隆行<sup>1</sup>，山近勝美<sup>1</sup>，重松宏<sup>2</sup>

症例は 77 歳男性，急速に進行する左足部チアノーゼと第 2～4 趾尖部の壊死のため来院．右に最大横径 8.5 cm，左に 5.0 cm の大腿動脈瘤を認めたが左は拍動を触知しなかった．右側大腿動脈瘤を切除し人工血管置換を行ったが，左側は外腸骨動脈起始部から浅，深大腿動脈ともに広範な閉塞を認めたため，右側人工血管から左外側大腿回旋動脈へ交差バイパスを施行した．術後趾尖部の壊死は治癒し救肢することが可能であった．

4 急性血栓症を合併した大腿動脈瘤の 1 例

埼玉医科大学総合医療センター外科  
 木村秀生，伊從敬二，佐藤紀

症例は突然の右下肢痛・冷感を主訴とする 65 歳男性で，腹部と右鼠径部に腫瘍，右下肢に冷感を認めた．血管撮影にて腹部大動脈瘤と両側腸骨動脈瘤，両側外腸骨動脈と右大腿動脈の閉塞を認めた．右大腿動脈瘤は新鮮血栓で充満していた．瘤切除，大動脈 両側大腿動脈バイパス，右大腿深動脈形成，右大腿膝窩動脈バイパスを施行し，下肢の虚血は改善した．真性大腿動脈瘤に急性血栓閉塞を合併した稀な症例を経験したので報告する．

5 Baker's cyst が関与した膝窩動脈捕捉症候群の 1 例

浦和市立病院外科<sup>1</sup>  
 同形外科<sup>2</sup>  
 朝見淳規<sup>1</sup>，守瀬善一<sup>1</sup>，竹島薫<sup>1</sup>，林憲孝<sup>1</sup>  
 馬場秀雄<sup>1</sup>，吉田史子<sup>1</sup>，阿部雄太<sup>1</sup>  
 山藤和夫<sup>1</sup>，戸倉康之<sup>1</sup>，大熊一成<sup>2</sup>  
 藤田享介<sup>2</sup>

症例は 63 歳男性，左下肢の間歇性跛行にて来院．安静時，足部で後脛骨動脈は良好に触知するも，足関節の背屈で拍動は消失した．MRA では足関節背屈時のみ Baker's cyst に接する膝窩動脈の途絶を認めた．手術時，膝窩動脈は Baker's cyst と plantaris muscle にはさまれ捕捉されていた．この cyst の切除と plantaris muscle の切離で捕捉を解除し症状の改善を得た．

- 6 血管内治療を行った膝窩動脈捕捉症候群の1例  
 埼玉県立循環器・呼吸器病センター心臓血管外科<sup>1</sup>  
 同 放射線科<sup>2</sup>  
 蜂谷貴<sup>1</sup>, 佐々木達海<sup>1</sup>, 橋本和弘<sup>1</sup>  
 小野口勝久<sup>1</sup>, 高倉宏充<sup>1</sup>, 花井信<sup>1</sup>  
 竹内成之<sup>1</sup>, 星俊子<sup>2</sup>

膝窩動脈捕捉症候群に対する治療は腓腹筋異常筋束切除と血行再建が行われるが、我々は血管内治療を行ったので報告する。症例は49歳男性。平成12年3月より100mの歩行で右下腿に疼痛を自覚、APIは0.59であった。MRIで異常筋束と圧迫された膝窩動脈がみられ膝窩動脈捕捉症候群と診断し、血管内治療を行った。大腿動脈よりワイヤーを先行させ4mmに拡張し6mmスマートステントを留置した。

### 一般演題8

- 1 皮下挿入光源とエピネフリン含有膨潤麻酔による下肢静脈瘤切除術  
 帝京大学第1外科  
 菅重尚, 新見正則  
 当科の下肢静脈瘤に対する現在の手術法を供覧する。大腿部の大伏在静脈は従来通りの方法で膝関節までストリッピングを行う。下腿の静脈瘤に対しては、約5mmの創を数ヶ所おき、皮下にエピネフリン含有膨潤麻酔を行い、静脈瘤を皮下に付着させて浮き上がらせる。そして他の創より光源を挿入することにより、容易に鉗子類により摘出できる。この方法により手術時間の短縮と高い美容効果が得られている。
- 2 慢性骨髄性白血病に伴う有痛性青股腫の1例  
 慶應義塾大学外科  
 渋谷慎太郎, 松本賢治, 長崎和仁, 村山剛也  
 大住幸司, 田中克典, 北島政樹

慢性骨髄性白血病の急性増悪に伴い発症した有痛性青股腫に対し、塞栓摘除術を行い救肢しえた1例を経験した。症例は19歳の男性。急性白血病を疑われ入院後、左下肢全体の急激な腫脹と激痛を呈した。有痛性青股腫の診断にて、直ちに下大静脈フィルターの挿入・塞栓摘除術を施行し、症状の軽快を得た。近年、保存的治療として抗凝固線溶療法が主流だが、有痛性青股腫に対しては、期を逸しない緊急手術が必要であると思われた。

- 3 鎖骨下静脈血栓症の2例  
 帝京大学第2外科  
 波多野稔, 西田勝則, 宮澤幸久, 沖永功太

上肢の深部静脈血栓症は比較的稀な疾患である。今回、我々は原発性鎖骨下静脈血栓症の2例を経験したので報告する。1) 23歳女性、左上肢の腫脹で来院、静脈造影で鎖骨下静脈血栓症と診断、発症時より約1ヶ月経過していたため小児用パファリンの投与を行っ

た。2) 38歳男性、右上肢の腫脹で来院、超音波及び静脈造影で鎖骨下静脈血栓症と診断、ヘパリン投与を行った。2症例とも保存的治療で症状は改善した。

- 4 骨盤外傷により下肢動脈に血流障害をきたした1経験例

国立国際医療センター心臓血管外科

河野康治, 木村壮介, 賀嶋俊隆, 久米誠人

平田勇, 天野宏, 岩朝静子, ブイクワンサム

53歳, 男性。交通事故にて骨盤骨折・外腸骨動脈の圧迫による左下肢急性動脈閉塞と深部静脈閉塞を認めた。緊急F-Fバイパス術施行し血流の再開を得た。また、外腸骨静脈に血栓を認め、後日の骨盤整復により圧迫が解除されることから、肺梗塞が危惧されるため、一時的フィルター挿入。翌日、骨盤整復手術施行。術後1週間で、一時的filterを抜く予定であったが、フィルター部に血栓を認めたため、永久的静脈フィルター挿入した。

- 5 橈骨動脈仮性動脈瘤の1例

自衛隊中央病院胸部・心臓血管外科

竹島茂人, 田中良昭, 田中良弘, 三丸敦洋

千先康二, 加瀬勝一

症例は22歳男性。7月24日、転倒し右前腕をガラスで受傷。前医で縫合を受けるが翌日より創部が腫脹し始め、8月に入り仮性動脈瘤を疑われ8月8日当科へ入院となる。入院後のCT, MRIで最大径52mmの瘤を認め、超音波、血管造影では瘤への血流を認めた。8月10日手術。橈骨動脈と橈側皮神経の完全断裂を認め、仮性動脈瘤切除術を施行した。若干の文献的考察を加え報告する。

### 一般演題9

- 1 感染性左総頸動脈瘤の1手術例

千葉大学第1外科<sup>1</sup>

同 耳鼻咽喉科<sup>2</sup>

田村敦<sup>1</sup>, 岡田吉弘<sup>1</sup>, 増田政久<sup>1</sup>, 今牧瑞浦<sup>1</sup>

志村仁史<sup>1</sup>, 渡辺裕之<sup>1</sup>, 平野雅生<sup>1</sup>

西村克樹<sup>1</sup>, 沼田勉<sup>2</sup>, 中島伸之<sup>1</sup>

71歳男性。虫垂炎の手術施行後、発熱を繰り返すも軽快。この頃より左頸部の腫脹を自覚し、頸部エコーにて破裂性左総頸動脈瘤の診断を得、緊急手術を施行した。術中、感染性動脈瘤と判断し、瘤切除、総頸動脈結紮術を施行し同部を胸鎖乳突筋にて被覆した。術後、軽度の見当識障害はあったが左中大脳動脈の血流はドップラーにて確認できた。その後は創部状態安定し、術後32日目に退院した。

## 2 鎖骨下動脈瘤の 5 手術例

東京医科歯科大学第 1 外科<sup>1</sup>  
 済生会宇都宮病院心臓血管外科<sup>2</sup>  
 栗原伸久<sup>1</sup>, 井上芳徳<sup>1</sup>, 岩崎友視<sup>1</sup>  
 工藤敏文<sup>1</sup>, 中村直和<sup>1</sup>, 広川雅之<sup>1</sup>  
 菅野範英<sup>1</sup>, 中島里枝子<sup>1</sup>, 岩井武尚<sup>1</sup>  
 高橋隆一<sup>2</sup>, 森厚夫<sup>2</sup>, 木曾一誠<sup>2</sup>

対象は男性 3 例, 女性 2 例. 平均年齢は 60 歳 (42 ~ 76 歳). 病変側は全例右側であった. 動脈瘤の外径は 2 ~ 6 cm. 到達経路は全例鎖骨上経路を用い, 1 例に鎖骨下横切開, 1 例に胸骨縦切開を付加した. 手術術式は 1 例に動脈瘤切除 + 鎖骨下動脈端端吻合を, 他は動脈瘤切除 + 人工血管間置術を施行した. 鎖骨は外傷後の 1 例のみ切除し他は切除しなかった. 術後経過は良好に経過している.

## 3 腹腔動脈瘤の 1 手術例

埼玉医科大学第 1 外科  
 狩野契, 渡辺拓自, 上笹直, 俵英之  
 小澤修太郎, 許俊鋭, 松本隆, 篠塚望  
 安西春幸, 小山勇

腹腔動脈瘤は, 内臓動脈瘤の約 5% と比較的稀な疾患である. 我々は腹腔動脈瘤の 1 例に対し, 血行再建を施行し, 良好な結果を得たので報告する. 47 歳男性. 突然の腹痛で近医入院. 腹腔内血腫を指摘されるも腹痛消失し, 当院紹介. 精査にて, 腹腔動脈瘤及び腹腔内血腫, 右腎動脈と上腸間膜動脈の軽度拡大を認めた. 手術は瘤切除, 大伏在静脈にて再建. 病理学的には中膜の変性と内弾性板の弾裂を認めた.

## 4 腰椎椎間板ヘルニアの手術が原因と考えられた

### 左総腸骨動静脈瘤の 1 例

獨協医科大学胸部外科  
 森秀暁, 岡村吉隆, 望月吉彦, 飯田浩司  
 山田靖之, 松下恭, 田淵賢治, 柴崎郁子  
 嶋田晃一郎

症例は 60 歳, 女性. 腰椎椎間板ヘルニアの手術を二度行っており, 二度目の術後より次第に心不全症状を認めるようになった. 精査の結果, 左総腸骨動静脈瘤の診断を得た. 平成 10 年 7 月 27 日瘻孔閉鎖術を施行. 術後心不全症状は消失した. 本例は腹部外傷等の既往はなく, 腰椎椎間板ヘルニアの手術が原因で発症したと考えられた.

## 5 心不全を呈した右内腸骨動脈瘤破裂・静脈穿破の

### 1 治験例

立川総合病院心臓血管外科  
 竹田文洋, 山本和男, 春谷重孝, 小熊文昭  
 篠永真弓, 田中佐登司, 菊地千鶴男, 水谷栄基

症例は 71 歳の男性. 平成 12 年 4 月 10 日頃より右下肢腫脹あり, 次第に労作時息切れ, 咳などの症状も加わった. 4 月 17 日近医受診, CT にて腹部大動脈から右腸骨動脈領域の動脈瘤を認め, 当科紹介. 右下腹部に連続性血管性雑音を聴取し, 動静脈瘤の存在が疑われた. DSA にて右内腸骨動脈瘤破裂, 静脈穿破と診断, 4 月 18 日, 破裂孔閉鎖, 瘤切除, Y 型人工血管置換術施行. 心不全症状も軽快し, 第 28 病日退院した.