

**PP2071** ポリウムレンダリング3DCTを用いて診断しえた腸捻転の三例：  
須田浩<sup>1)</sup>，宮原弘次<sup>1)</sup>，金子陶太郎<sup>1)</sup>，後藤守孝<sup>1)</sup>，鈴木裕之<sup>1)</sup>，山下純男<sup>1)</sup>，安田典夫<sup>1)</sup>，尾本秀之<sup>1)</sup>，石川文彦<sup>1)</sup>，川本 潤<sup>1)</sup>，根岸 幾<sup>2)</sup>  
(深谷赤十字病院外科<sup>1)</sup>，深谷赤十字病院放射線科<sup>2)</sup>)

今回我々は、腸捻転の診断に、三次元に再構成したCTを用いた三例を経験したので、有用性につき検討し報告する。いずれの三例も上腹部痛を主訴に受診した。一般検査施行後、造影CTを施行し、小腸壁の肥厚、エンハンスの低下、血管像の異常が認められた。腸捻転が疑われたため、ポリウムレンダリングによる3D再構成を行ったところSMA, SMV等の走行異常が認められ、開腹手術に踏み切った。この3DCTにて血管の異常が客観的に示され、手術適応の決定に有用であると思われる。今回全ての症例で、腸切除はおこなわれず、3DCTは、腸捻転の早期診断・治療の一助となることが示唆された。

**PP2072** 腹部鈍的外傷による小腸穿孔の診断—とくに腹部超音波検査と腹部CT検査について—  
岡田真樹<sup>1)</sup>，安田和<sup>2)</sup>，近藤 恵<sup>1)</sup>，栗原克己<sup>2)</sup>，小西文雄<sup>1)</sup>，永井秀雄<sup>1)</sup>  
(自治医科大学消化器一般外科<sup>1)</sup>，自治医科大学 救急医学<sup>2)</sup>)

[目的] 腹部鈍的外傷による小腸穿孔の診断における腹部超音波検査(US)と腹部CT検査(CT)の有用性を検討した。とくにUS下の腹腔穿刺と金子らのいわゆるright infracolic spaceへの液体貯留(R-ICS)の検出に注目した。[対象] 最近経験した腹部鈍の外傷による小腸穿孔例のうちUSとCTをとともに施行した8例を対象とした。[結果] USでfree airと診断した1例を除いた7例に腹水貯留を認め、うち5例にUS下腹腔穿刺が施行された。穿刺液ではアミラーゼとLDHの異常高値を多く認めた。しかし8例中4例では1回目のUSでは腹水をほとんど認めず2回目のUSで腹水増量を認めた。CTでfree airを認めたものは4例であった。R-ICS陽性は疑い例を含めて7例に認めた。しかし8例中2例では1回目のCTではfree airを認めず2回目のCTでfree airを認めた。うち1例では1回目のCTでR-ICS陽性であった。[結論] 腹部鈍の外傷による小腸穿孔の診断にはUS下腹腔穿刺とCTが有用であった。R-ICSは診断の一助となる可能性が高いと考えられた。

**PP2073** 腸管の血行障害に対するCT診断：  
桑原義之，三谷真己，篠田憲幸，佐藤篤司，杉浦正彦，鈴木智貴，三井章，加藤謙司，藤井義敬  
(名古屋市立大学第2外科)

[目的] 腸管の血行障害に対するCT診断について検討した。【対象】術前にCTを施行した急性上腸間膜動脈閉塞症(SMA閉塞症)：12例，急性上腸間膜静脈閉塞症(SMV閉塞症)：4例，絞扼性イレウス：7例。【結果】SMA閉塞症：単純CT；3例で血栓が描出された。腸管壁の肥厚，腹水は軽度であった。造影CTにて，突然SMAの領域血管の造影効果が見られなくなる所見が得られ，3例では血栓がSMA内の陰影欠損像として描出された。SMV閉塞症：腸管壁の肥厚，腹水の貯留が顕著であった。中樞部の閉塞では血栓の描出が可能で，造影CTにより肥厚した腸管壁は二重線状に描出された。絞扼性イレウス：限局性の小腸ループの拡張，腸間膜，腸管壁の肥厚像がみられた。造影CTではSMV閉塞症と類似した腸管像を示した。【まとめ】1.腸間膜血行障害に起因する腸疾患においてもCT，特に造影CTは有用な検査法と考えられた。2.CTは簡便，無侵襲で，かつ他の急性腹症にも有用であることから，スクリーニングの意味も含め，まず施行すべき検査法と考えられた。

**PP2074** 外傷性肺挫傷術後経過中に発症した回腸 Nonocclusive Mesenteric Ischemia (NOMI) の1例：  
黒木嘉人<sup>1)</sup>，小田切春洋<sup>1)</sup>，塚田一博<sup>2)</sup>  
(国民健康保険神岡町病院外科<sup>1)</sup>，富山医科薬科大学 医学部 第2外科<sup>2)</sup>)

NOMIは主幹動脈に器質的な閉塞がないにもかかわらず腸管に虚血や梗塞を生じる病態である。【症例】62歳男性。1999年7月27日作業中に転落し，左多発性肋骨骨折，血気胸を認め，出血性ショック状態にて緊急開胸手術を施行した。左肺下葉に8cmに及ぶ挫傷を認め左肺下葉切除を行った。術直後より著明な肝障害と腎不全，呼吸不全を伴う多臓器不全となり血液透析，人工呼吸器管理等の集中治療を開始した。第13病日から突然多量の下血が始まり，同日大腸内視鏡施行し終末回腸に多発潰瘍と全周性の浮腫・出血を認め出血源と判断した。保存的治療にて下血が改善せず2日後開腹手術を施行，回腸約50cmを含む回盲部切除し端側吻合した。回腸は縦走潰瘍を伴って約38cm長にわたって著明な浮腫と認め，病理所見では粘膜下の動脈硬化と小動脈に血栓形成著明でNon-occlusive Mesenteric Ischemia (NOMI)と診断された。術後は再出血なく，ほぼ良好な経過をたどり，入院後107日目に独歩退院した。【考察】本例のNOMIに関しては外傷後の多臓器不全が発症の危険因子となったと思われる。術前の内視鏡検査が治療方針の決定に大きく寄与した。

**PP2075** 孤立性解離性上腸間膜動脈瘤の一例：  
高野祥直<sup>1)</sup>，鈴木伸康<sup>1)</sup>，神崎憲雄<sup>1)</sup>，菅野智之<sup>1)</sup>，寺西 寧<sup>1)</sup>，菅野 恵<sup>2)</sup>  
(総合南東北病院外科<sup>1)</sup>，総合南東北病院 心臓血管外科<sup>2)</sup>)

非常にまれな上腸間膜動脈(SMA)起始部に動脈解離及び血栓を併発し高度の狭窄を呈した症例を経験した。症例は52歳女性。平成11年11月11日より上腹部痛，背部痛が出現。11月12日当院受診した。腹部超音波のカラードプラ検査でSMA血栓症が強く疑われた。腹部造影CT，選択的SMA造影で，SMA起始部に限局した動脈解離の所見と同部に引き続いた高度狭窄が認められ，SMA血栓症を併発した孤立性解離性上腸間膜動脈瘤と診断した。Tissue plasminogen activator1440万単位で選択的血栓溶解療法を施行した。腹痛は改善したが狭窄は改善せず，ヘパリンによる抗凝固療法を継続し待機手術とした。11月15日手術施行。腸管壊死はなし。動脈瘤に合併した血栓のため，血栓摘除術は施行せず，血栓の末梢側SMA本幹と右総腸骨動脈との間に大伏在静脈を用いたバイパス術を行った。バイパス前のSMAの血流は36/mlであったがバイパス後148/mlまで改善した。術後の血管造影でもグラフトの開存は良好で，術後は無症状で経過している。

**PP2076** PTCAを契機に腹腔内出血を来した空腸 angiodysplasia の一例：  
森田晋介，中本光春，島田悦司，宮村一雄，森田 康，田中智浩  
(兵庫県立姫路循環器病センター外科)

症例)64歳，男性(現病歴)1999年9月30日にAMIを発症し，他院でPTCA施行された。1999年10月21日に残存冠動脈狭窄の治療のために当院循環器内科へ入院した。10月26日残存冠動脈狭窄に対してstent挿入術施行され，その直後から血圧低下，腹痛を認め当科を紹介された。腹部CT検査)肝，脾周囲にlow densityを示すfluid collectionを認めた。腹部超音波検査)肝外側，Morrison窩にlow echoic spaceがあり，臍右の小腸間膜内に4cm大のlow echoic massを認めた。腹部血管造影)上腸間膜動脈の末梢で，臍右部の空腸の辺縁動脈に約3cmにわたり，途絶，encasementを認めた。手術)空腸動脈瘤破裂の疑いで開腹術を施行す。開腹所見では腹腔内には約1000mlの血液の貯留を認め，Treitz靭帯より約70cmの空腸で腸間膜の破綻，4cm大の血腫を認め，血腫を含めた小腸部分切除を行った。病理診断)腸間膜内血腫，空腸 angiodysplasia。まとめ)本症例は空腸のangiodysplasiaが冠動脈のstent挿入術を契機に腹腔内出血を来したと考えられ，冠動脈検査中，検査後の抗凝固剤の使用が腹腔内出血を増悪させた考えられた。