第 65 回　北海道地方会

日時／平成 4 年 9 月 20 日（日）
会場／札幌医科大学臨床研究棟 1 階大講堂
当番幹事／北海道大学　第 1 外科　近藤　征文
（支部長／旭川医科大学　第 3 内科　並木　正義）

シンポジウム
ウイルス肝炎をめぐつ最近の話題

1　輸血後肝炎の現況
北海道赤十字血液センター
○霜山　竜志・関口　定美

2　B 型肝炎ウイルス変異株と病態
北海道大学　第 3 内科　○狩野　吉康

3　C 型肝炎ウイルスマーカーの臨床的意義
札幌医科大学　第 1 内科
○管　充生・谷内　昭

4　C 型慢性肝炎の病態と予後
旭川医科大学　第 3 内科　○鳥本　悦宏

5　アルコール性肝疾患と予後
―アルコール性肝障害は肝ガンの原因になるのか―
勤医協中央病院　内科　○美馬　聡昭

6　B 型,C 型慢性肝炎への IFN 療法の問題点
札幌厚生病院　内科
○豊田　成司・古河　知行・岡田　春夫
北海道大学　第 3 内科
狩野　吉康・髭　修平・松嶋　喬
大滝　敏裕・佐賀　啓良・狩野　吉康
吉田　順一・工藤　峰生・大泉　弘子
大饗　由之・加賀谷英俊・加藤　元嗣
浅香　正博・松嶋　喬・宮崎　保

一　般　演　題

1　食道腺癌の 1 例
北海道大学　○岸本　篤人
穂刈　格・露口　雅子・髭　修平

2　食道 web を伴った Plummer-Vinson 症候群の 1 例
札幌医科大学　第 1 内科　○黒川　聖
得地　茂・金戸　宏行・伊藤　和江
岡田　至全・久野　和成・瀬ノ田明範
坂本・裕史・伊東　文生・柴田　香織
管　充生・矢花　剛・谷内　昭
同　救急集中治療部　三谷　正信・金子　正光

3　治療に苦慮した硬化療法後に発生した食道狭窄の 1 例
札幌厚生病院　消化器内科　○佐藤　隆啓
加藤　茂治・加藤　学・佐藤　洋一
國田　芳敬・長川　達哉・夏井　清人
東野　清・栃原　正博・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
網走厚生病院　内科　持丸　隆一

4　頸部食道の異所性胃粘膜の 1 例
清田内科消化器科病院
○大井　雅夫・平山　泰生・乾　典明
沼田　隆明・井原　康二・西里　卓次
札幌医科大学　第 4 内科　潘　紀良

5　保存的治療で治癒した食道潰瘍穿孔の 1 例
北海道社会保険中央病院　○小島淳一郎
上村　明・佐々木　伸・高井　重紀
辻　昌宏・中里　尭・桐沢　俊夫
渡辺　信夫・今野　則道・今　寛

6　上部消化管内視鏡前処置における飲水効果の検討

北海道大学　第３内科

○神谷喜一郎・加藤　元嗣・加賀谷英俊
露口　雅子・佐々木由理・西川　恵子
工藤　峰生・穂刈　　格・大饗　由之
大泉　弘子・髭　　修平・目黒　高志
佐賀　啓良・狩野　吉康・木村　宗士
小山　　稔・吉田　純一・浅香　正博
松嶋　　喬・宮崎　保

7　慢性肺気腫における消化性潰瘍の特徴

北海道大学　第１内科

○若林　　修・鈴木　潤一・三浦　淳彦
金谷　晶子・足立　智昭・藤田　　淳
島田　直樹・佐々木香織・川上　義和
北海道対がん協会　　井林　明雄・有末　太郎

8　最近経験した急性胃粘膜病変 25 例の検討

勤医協中央病院　内科　　○腰山　達美
仲　　紘嗣・城山　一男・吉松　高志
高平　敏一・芝田　行徳・久田　裕史
宮崎　有広・升田和比古・河内　秀希

9　EHL にて砕石しえた難治性胃石症の１例

札幌厚生病院　消化器科　　○東野　　清
加藤　茂治・加藤　　学・佐藤　洋一
國田　芳敬・長川　達哉・佐藤　隆啓
夏井　清人・栃原　正博・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
久保田内科クリニック　　久田　憲雄

10　胃静脈瘤 64 例の治療成績

勤医協中央病院　内科

○後藤賢一郎・金川　博史・香山　明一
畠山　　眞・永尾　仁志・井尻　正廣
田辺　利男・美馬　聰昭

11　陥凹型胃腺腫の２症例

札幌医科大学　第４内科　　○辻　　靖
岡本　哲郎・太田　英敏・村松　博士
高橋　康雄・渡辺　直樹・新津洋司郎

12　癌化を認めた胃過形成性ポリープ５例の検討

旭川厚生病院　消化器科

○太田　智之・折居　　裕・村上　雅則
泉　　信一・佐藤　健誠・山野　三紀
都丸　　久・峯本　博正
同　病理　　近藤　信夫

13　消化管の multiple lymphomatous polyposis（MLP）の１例

旭川赤十字病院　内科

○辻　　彰子・幸田　久平・中澤　　修
同病理部　　安藤　政克
札幌医科大学　第４内科
瀧本　理修・藤崎　吉文

14　クリップ止血法の有用性について

市立函館病院　消化器内科

○杉山　　茂・平　　篤・久米　正晃
高橋　正典・原　　信彦・柳川　眞一
北川　康男・今谷　英男

15　胃腫瘍の Strip biopy 症例の検討
―特に生検診断 GroupIII症例について―

旭川医科大学　第３内科

○奥山　修兒・横田　欽一・結城　正光
渡　　二郎・斎藤　裕輔・真口　宏介
綾部　時芳・垂石　正樹・蘆田　知史
柴田　　好・原田　一道・並木　正義

16　胃転移で発見され,肝・肺・脳・骨転移を認め化学療法が有効であった悪性黒色腫の１例

日鋼記念病院　消化器科

○久居　弘幸・荒谷　英二・松田　幹人
馬原　克夫・高橋　　稔・川西　謙児
札幌医科大学　第４内科　　大井　成夫
佐々木宏嘉・黒田　裕行・村上　　糸

17　経口摂取を目的とした経皮内視鏡的胃瘻造設術による幽門狭窄患者の QRL の向上

北海道大学　第２外科

○金谷聡一郎・加藤　紘之・田辺　達三
北見赤十字病院　外科
小沢　達吉・新里　順勝・須永・道明

18　進行癌として発見後,5 年目を治癒切除しえた胃癌の 1 例

北海道大学　第 1 外科
○益子　博幸・近藤　征文・白戸　博志
大沢　昌平・福島　剛・片岡　昭彦
近藤　正男・小川　秀彰・福富　京
馬場　榮治・内野　純一

19　十二指腸球部にみられた異所腺の 1 例

はらだ病院　○渡邊　泰男
原田　一道・長嶋　知朗・原田　一民
旭川医科大学　第 3 内科
奥山　修兒・平井　克幸

20　早期十二指腸癌の 1 例

北海道消化器科病院　内科
○田辺　達雄・宮坂　史路・井上　善之
合田　峰千・西沢　正明・堀田　彰一
同　外科　坂本　尚
奥芝　知郎・藤田　美芳・森田　高行
太黒胃腸科病院　内科　今井　希一
高杉　英郎・諸岡　忠夫・諸岡　透
北海道大学　第 2 病理　藤岡　保範

21　術前生検診断が可能であった空腸平滑筋肉腫の 1 例

恵庭第一病院　内科
○細川　幸夫・山本　公雄・中西　浩二
同　外科　穴倉　隆矢

22　下行結腸壁内血腫の 1 例

市立旭川病院　内科　○栄浪　克也・北川　隆
高野　英哉・武藤　英二・武田　章三

23　Schonlein・Henoch 紫斑病の 1 成人発症例

札幌医科大学　第 1 内科
○得能　徹也・矢和田　敦・佐々木　茂
矢花　剛・谷内　昭
市立釧路総合病院　内科
小野　晃裕・米沢　和彦・阿部　敬
石橋　文利・登坂　松三
札幌医科大学　神経内科　本井ゆみ子
市立釧路総合病院　内科　吉田　豊
足立皮膚科医院　足立　柳理

24　大腸癌におけるいわゆる結節集簇様病変

恵佑会札幌病院　内科
○塚越　洋元・公　賢・小端　順一
清水　勇一・河原崎　暢
同　外科　田邊　康・平野　稔
久須美貴哉・竹馬　彰・金子　行宏
管野　紀明・川村　健・細川　正夫
国立札幌病院　病理　藤田　昌宏

25　微小陥凹型大腸腫瘍の実体顕微鏡像の検討

札幌厚生病院　消化器科　○夏井　清人
加藤　茂治・加藤　学・國田　芳敬
佐藤　洋一・長川　達哉・佐藤　隆啓
東野　清・栃原　正博・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊宏・村島　義男
同　病理科　佐藤　利宏

26　細径電子大腸スコープによる Total Colonoscopy

札幌北楡病院　人工臓器・移植研究所　消化器科
○斎藤　雅雄・渡辺　雅男・松浦　淳
同　内科　政氏　伸夫
田中　淳司・森井　健・木山　善雄
直原　徹・比嘉　敏夫・笠井　正晴
北海道大学　第 3 内科　加賀谷英俊
加藤　元嗣・浅香　正博・宮崎　保

27　潰瘍性大腸炎における微細所見の検討

旭川医科大学　第 3 内科
○斉藤　裕輔・垂石　正樹・野村　昌史
蘆田　知史・綾部　時芳・渡　二郎
柴田　好・並木　正義

28　EUS による直腸癌の深達度診断

北海道消化器科病院　内科
○西沢　正明・合田　峰千・井上　善之

田辺　達雄・宮坂　史路・堀田　彰一
同　外科　森田　高行
藤田　美芳・奥芝　知郎・坂本　尚

29　超音波内視鏡による直腸癌の診断能の検討

国立札幌病院　消化器科
○斎藤　忠範・池山　成之・本間　久登
安保　智典・潘　紀良

30　腹腔鏡検査で特徴的な赤色紋理を認めた若年者非B非C型慢性肝炎の1例

旭川医科大学　第3内科　○松本　昭範
太平　基之・太平　賀子・田中　俊英
村住ゆかり・川島　哲也・鳥本　悦宏
村住　和彦・水野　正巳・大田　人可
幸田　弘信・関谷　千尋・並木　正義

31　食道静脈瘤硬化療法にチアノーゼ発作を呈した肝硬変症の1例

国立函館病院　消化器科　○中島　隆晴
村上　系・平田　康二・石井　徹
札幌医科大学　第4内科
藤田　宏之・増子　詠一・勝木　伸一

32　腹腔鏡所見にて特発性門脈圧亢進症との鑑別が困難であった原発性胆汁性肝硬変症の1例

旭川医科大学　第3内科　○佐藤　一也
川島　哲也・大平　基之・松本　昭範
村住ゆかり・水野　正巳・村住　和彦
鳥本　悦宏・大田　人可・幸田　弘信
矢崎　康幸・関谷　千尋・並木　正義

33　腹腔鏡下ドレナージを施行した肝膿瘍の1例

同仁会佐々木病院　内科
○佐藤　喜夫・佐々木寿彦

34　興味ある画像所見を呈した瘢痕肝の1例

富良野協会病院　内科
○岡本　美穂・松井真理子・田屋　登康
白田　克美・内海　真・高砂子憲嗣
旭川医科大学　第3内科
太平　基之・関谷　千尋・並木　正義

35　コレステロール肝内結石症の胆管像

北海道大学　第1外科
○有里　仁志・佐治　裕・倉内　宣明
平井　春美・高田　謙二・数井　啓蔵
真鍋　邦彦・内野　純一
川上町立病院　外科　船越　純一

36　経口的膵管内超音波の使用経験

札幌厚生病院　消化器内科
○藤永　明・加藤　茂治・加藤　学
佐藤　洋一・國田　芳敬・長川　達哉
夏井　清人・小井戸一光・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男

37　膵胆嚢胞性腫瘍の超音波内視鏡画像

札幌医科大学　機器診断部
○辰口　治樹・平田健一郎・望月　環
李　建国・猪股　英俊・三谷　正信
稲葉　瑞江・福田　守道

38　超音波内視鏡下カラードブラ法にて腫瘍血流を病出しえたインスリノーマの1例

札幌厚生病院　消化会内科　○長川　達哉
加藤　茂治・加藤　学・佐藤　洋一
國田　芳敬・東野　清・栃原　正博
夏井　清人・佐藤　隆啓・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
同　外科　高橋　雅俊・長谷川紀光・宮内　甫
同　臨床病理科　佐藤　利宏

第65回 北海道地方会

日時／平成4年9月20日（日）
会場／札幌医科大学臨床研究棟1階大講堂
当番幹事／北海道大学 第1外科 近藤 征文
（支部長／旭川医科大学 第3内科 並木 正義）

シンポジウム
ウイルス肝炎をめぐる最近の話題

1 輸血後肝炎の現況

北海道赤十字血液センター
○霜山 竜志・関口 定美

1972年に始まったHBs抗原のスクリーニングにより輸血後肝炎は減少したが，なお非A非B型の輸血後肝炎が10～20%の頻度で発生していた．1989年11月に赤十字輸血センターが世界に先駆けて採用した第1世代のHCV抗体によるスクリーニングにより，輸血後肝炎がさらに減少することが期待された．そこでわれわれは，スクリーニングの前後における輸血後肝炎の発生をプロスペクティブに追跡することによりその効果を評価した．

結果はスクリーニング前の263例中14例に輸血後肝炎が発生し（確診9例，疑診5例），後の555例中12例に発生した（確診5例，疑診7例）．即ち輸血後肝炎発生率は5.3%から2.2%に有意に減少した．スクリーニング後においても受血者のHCV抗体が陽転したものが5例あり，第1世代HCV抗体の感度の限界が示された．

しかし，本年2月より採用された第2世代のHCV抗体検査はその偽陰性率が1%以下と評価されており，今後輸血後肝炎は，供血者が感染初期のウィンドウピリオドに当たっているような特殊な場合を除きほとんど発生しないものと予測される．

2 B型肝炎ウイルス変異株と病態

北海道大学 第3内科 ○狩野 吉康

HBVキャリアでは，HBe抗体の出現とともに肝炎の鎮静化が認められるのが一般的であるが，セロコンバージョン後に再びDNA-pが陽性となり，GPTの変動を繰り返す症例が認められる．これらの症例ではpre-C領域の変異株の出現が関与していると考えられる．今回，e抗体陽性，DNA-p陽性B型慢性肝炎の臨床経過，予後，IFN療法の効果を検討した．

方法：対象症例はe抗原陰性，e抗体陽性を持続しDNA-pが再出現したB型慢性肝炎52例（男36例，女16例，平均年齢36.3歳）で，HCV抗体は全例陰性であった．20例に対してIFN療法（αまたはβ-IFN）を行った．

成績：①肝機能増悪時のGPTおよびDNA-pは，peak値でそれぞれ454（51～1,700）IU，3,240（34～14,400）cpmと高値であった．②臨床経過の評価では，e抗体陽性，DNA-p陽性のB型慢性肝炎は約70%の症例で平均59.3カ月の経過観察後も活動性を持続し，52例中4例で肝硬変への進展が確認された．③IFN治療例は，一部に有効例を認めたが，全体としては無治療例に比較して臨床経過の改善は認められず，今後はIFNの投与方法の検討が必要と考えられた．

3 C型肝炎ウイルスマーカーの臨床的意義

札幌医科大学 第1内科
○菅 充生・谷内 昭

目的：C型肝炎患者の血中HCV抗体およびHCV-RNAを測定し，その臨床的意義について検討した．

方法：1st HCVはEIA，RIA法，2nd HCVはRIAで測定し，1st HCVのIgG subclassも測定した．HCV-RNAは5 NCRをRT-PCRで増幅し，陰性例は同部位のnested PCRを行なった．RNAの定量はcompetitive RT-PCRで行ない，subtypeはNS 5領域のmix primerを用いたPCRを行ないI～IV型を決定した．

成績：①1st HCVは非A非B型肝疾患の85.4%，2nd HCVは95.4%に検出された．②1st HCVはIgG 1が主体であり，遷延的に伴いIgG 3が出現した．③HCV-RNAの検出頻度は慢性肝炎100%，肝硬変100%，肝癌91%であった．④血中HCV-RNA量は肝病変が進行した症例において多く，CIHや感染からの期間が短い症例で少ない傾向にあった．⑤HCV-RNAのsubtypeではII型ついでIII型が多く認められ，subtypeとウイルス量との間に相関は認められなかった．

結論：2nd HCV の測定でC型肝炎の診断はほぼ可能であり，HCV-RNA は viremia の診断に有用であった．

4　C型慢性肝炎の病態と予後

旭川医科大学　第3内科　　○鳥本　悦宏

病変が肝全体に比較的均一に生じるB型慢性肝炎と対照的に，C型慢性肝炎は病変の部位差が大きい．そこで，肝病変全体を把握できる腹腔鏡下肝生検を用いて，経過中二度以上腹腔鏡下肝生検を施行し得た慢性肝炎症例を中心にその進展様式の特徴を検討した．その結果，比較的肝機能の落ち着いているCPHの肝表面は，一見平滑であるが，局所的に白斑状の浅く陥凹した部分が散在していた．この部位を狙撃生検してみると，深部より炎症所見の強いCAH2AないしはCAH2Bを示し，この時期は肝表面の白斑状の部位を中心に，部分的な炎症を生じているものと思われた．その後，これらの病変が少しずつ増加し，小葉構造が徐々に歪むと同時にmultilobular necrosisが限局して生じ，腹腔鏡的にもこの変化を反映しているmultilobular typeの赤色紋理を認めるようになった．この時期から，肝病変は急速に進展して，この限局した壊死部位がやがて大きな溝状の陥凹になり，部位差の強い肝病変を呈するようになった．このようにC型肝炎は限局した炎症の強い白斑部位が長期にわたって少しずつゆっくりと進展しその後広範な肝細胞壊死が加わり進展を速めるものと考えられた．

5　アルコール性肝疾患と予後

—アルコール性肝障害は肝ガンの原因になるのか—

勤医協中央病院　内科　　○美馬　聡昭

アルコール性肝疾患もウイルス性肝疾患と同様に肝細胞癌のハイリスク・グループであるとする見解もあるが，この点について明らかにすべく検討した．

対象は組織学的検索がなされ，①アルコール多飲による肝障害があり，禁酒によってすみやかに肝障害が改善され，しかもB型肝炎ウイルスキャリアが否定され，かつHCV抗体（第2世代）も陰性なもの，②B型肝炎でアルコールによる影響のないもの，③アルコール多飲者でないC型肝炎である．

アルコール性肝疾患は小葉改築のない肝線維症，小葉改築のある肝線維症，肝硬変に分類し，ウイルス性肝疾患も同様に小葉改築のないもの，あるもの，肝硬変とに分け，それぞれについて肝細胞癌発生について累積発生率をみた．

ウイルス性肝疾患では各病期で肝細胞癌の発生をみたが，アルコール性肝疾患では肝硬変以外では肝細胞癌の発生をみなかった．しかも，肝細胞癌を合併した肝硬変は組織学的に典型的なアルコール性肝硬変ではなかった．

6　B型，C型慢性肝炎へのIFN療法の問題点

札幌厚生病院　内科
○豊田　成司・古河　知行・岡田　春夫
北海道大学　第3内科
狩野　吉康・髭　修平・松嶋　喬

B型に続き，C型慢性肝炎にもIFN療法が認可となったが，その効果は未だ十分とはいえず，投与法の工夫などが課題となっている．

今回，われわれはC型慢性肝炎55例にIFNを投与し，その臨床効果を検討したので報告する．

投与後1年までのGPTに対する効果は，著効20例，有効6例で，一時的にでもGPTが正常化した症例は87.3％と高率であった．投与終了時のHCV RNA陰性化率は，著効，有効例では88.9％と極めて高率で，その他の症例では17.6％と低かった．著効例について各種HCV抗体価の推移をみると，c 100，c 33ともに投与終了時からその抗体価が減少，6カ月後ではさらに低下し，その傾向はc 33でより顕著であった．core抗体価は投与終了時著変を認めなかったが，6カ月後には有意の低下を示した．また，著効例ではc 33，core両者に対する抗体価が一致して低下する例がほとんどで，HCV RNAの陰性化とともに臨床効果をみる上で，有効な指標となると考えられた．

一　般　演　題

1　食道腺癌の1例

北海道大学　第3内科　　○岸本　篤人
穂刈　格・露口　雅子・髭　修平
大滝　敏裕・佐賀　啓良・狩野　吉康
吉田　純一・工藤　峰生・大泉　弘子
大饗　由之・加賀谷英俊・加藤　元嗣
浅香　正博・松嶋　喬・宮崎　保

症例は64歳男性．昭和60年胃癌にて胃全摘術の既往あり．C型慢性肝炎で通院中に上部消化管内視鏡検査にて，門歯より約35 cmの中部食道に隆起性病変（生検はadenocarcinoma）を認め，平成4年3月当科入院となった．病変はIm，長径30 mm，表在隆起型の食道癌と診断し，胸部食道全摘及び回腸右結腸による食道再建術を施行した．病理組織学的には，30×15 mmの0-1 pl型中分

化型腺癌，深達度 sm であった．

食道の腺癌は比較的少なく，発生母地として Barrett 上皮，異所性胃粘膜などがあるが，今回のわれわれの症例は食道固有腺由来と思われ，興味がもたれたので文献的考察を加え報告する．

2　食道 web を伴った Plummer-Vinson 症候群の1例

札幌医科大学　第1内科　　○黒河　聖
得地　茂・金戸　宏行・伊藤　和江
岡田　至全・久野　和成・瀬ノ田明範
坂本・裕史・伊東　文生・柴田　香織
菅　充生・矢花　剛・谷内　昭
同　救急集中治療部　三谷　正信・金子　正光

今回われわれは，著明な食道 web を伴い，嚥下障害により食道閉塞をきたした Plummer-Vinson 症候群の一例を経験した．

症例：49歳女性．

既往歴：昭和58年に胃癌による胃亜全摘術を施行．

現病歴：平成3年9月より軽い嚥下障害を自覚していたが放置してきた．平成4年6月15日夕食中，肉料理摂取時に急激な嚥下困難と強い食道狭窄感を自覚し，本学附属病院救急集中治療部に搬送された．食道直達鏡により生理的第二狭窄部の異物除去後，食道X線，内視鏡検査を施行し，門歯より約25 cm の部位に半周性の膜様狭窄を認めた．血液検査で RBC 321万/μl，Hb 4.9 g/dl，血小板 58万/μl，血清鉄 19 μg/dl と著しい鉄欠乏性貧血を認め，口角炎，舌炎，さじ状爪を有したことから Plummer-Vinson 症候群と診断された．

本症候群に合併する食道 web とその内視鏡所見を中心に考察を加え報告する．

3　治療に苦慮した硬化療法後に発生した食道狭窄の1例

札幌厚生病院　消化器内科　　○佐藤　隆啓
加藤　茂治・加藤　学・佐藤　洋一
國田　芳敬・長川　達哉・夏井　清人
東野　清・栃原　正博・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明　今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
網走厚生病院　内科　　持丸　隆一

症例は44歳，男性．平成3年1月，食道静脈瘤よりの出血と診断され，その後の再発も含め計5回硬化療法を施行された．その後当院を紹介され内視鏡で C_BF_2LmR-C(+)の食道静脈瘤と硬化療法後のリング状の潰瘍瘢痕を認めた．計5回の硬化療法を施行後，食道下部でピンホール状の狭窄をおこし，バルーン拡張術を行なった．しかし，効果がみられなかったためプラスチックブジーを使用し拡張を行なった．その結果，狭窄は改善し自覚症状の改善も認められた．ブジーによりピンホール状の高度狭窄症例に対しても安全，確実に拡張を行なうことが可能であった．

4　頸部食道の異所性胃粘膜の1例

清田内科消化器科病院
○大井　雅夫・平山　泰生・乾　典明
沼田　隆明・井原　康二・西里　卓次
札幌医科大学　第4内科　　潘　紀良

症例は60歳男性．糖尿病，慢性胃炎にて外来通院中であった．経過観察のため施行した上部消化管造影にて頸部食道に直系約 1.5 cm の類円形の陥凹を認めた．内視鏡上は同部位に境界明瞭，辺縁整なびらんを3個認め，ルゴールにて不染であった．生検による組織所見では胃粘膜様の腺管構造を呈し，異型は認めなかった．以上より頸部食道の異所性胃粘膜と考え，現在，経過観察中である．頸部食道の異所性胃粘膜は比較的まれな疾患であり，文献的考察を加え報告する．

5　保存的治療で治癒した食道潰瘍穿孔の1例

北海道社会保険中央病院　　○小島淳一郎
上村　明・佐々木　伸・高井　重紀
辻　昌宏・中里　尭・桐沢　俊夫
渡辺　信夫・今野　則道・今　寛

食道穿孔は続発する縦隔炎により重症化しやすく，通常外科的処置を必要とする．今回われわれは，保存的治療で治癒し得た食道潰瘍穿孔の症例を経験した．

症例は62歳男性．夕食に魚を食べた後に前胸部から上腹部にかけての痛みが出現し，増強してきたため救急車で来院した．初診時，前胸部から上腹部にかけての激痛と白血球増加・CPK 上昇を認めたが，心電図・胸部 CT に異常なく上部消化管内視鏡検査では胃粘膜に数カ所のびらんを認めるのみであった．絶食・中心静脈栄養とし，抗生剤を投与して経過観察したところ，第5病日に内視鏡で食道中部に黄白色の膿を伴った潰瘍を認め，食道造影では造影剤の縦隔への漏出を認めた．しかし，炎症反応が改善傾向にあったため外科的処置を行わずに経過観察を続けたところ，2週目で CRP が陰性化，4週目で造影剤の漏出を認めなくなり，5週目には流動食を開始し，

10週目で退院となった．

本症例の食道潰瘍は魚骨による損傷後の化膿性炎症が原因と推定され，穿孔部の感染が軽度であったために保存的治療のみで治癒したと考えられた．

6　上部消化管内視鏡前処置における飲水効果の検討

北海道大学　第3内科
○神谷喜一郎・加藤　元嗣・加賀谷英俊
露口　雅子・佐々木由理・西川　恵子
工藤　峰生・穂刈　格・大饗　由之
大泉　弘子・髭　修平・目黒　高志
佐賀　啓良・狩野　吉康・木村　宗士
小山　稔・吉田　純一・浅香　正博
松嶋　喬・宮崎　保

上部消化管内視鏡検査において，食道や胃粘膜に可視粘液・唾液・胆汁などが付着し，観察に支障をきたすことがしばしば経験される．そこでわれわれはルーチン検査における前処置法として，検査前に飲水させ体位変換を行う方法を試み，粘液付着物の除去効果を検討した．対象を飲水なしの群と50 ml飲水群と100 ml飲水群の3群に分けた．飲水群では飲水なし群に比べ食道と胃における粘液付着物は有意に少なかった．食道でのルーチン色素内視鏡においてもむらのない染色が得られ，新たな粘液除去操作は必要なかった．飲水群のほぼ全例において全量飲水可能であり，特に検査時間の延長や検査に支障をきたすことはなかった．飲水を用いた前処置法は簡便で粘液付着物の除去効果も良好であるため，ルーチンの上部内視鏡検査において，診断能の向上や色素内視鏡の簡略化には有用な方法と考えられた．

7　慢性肺気腫における消化性潰瘍の特徴

北海道大学　第1内科
○若林　修・鈴木　潤一・三浦　淳彦
金谷　晶子・足立　智昭・藤田　淳
島田　直樹・佐々木香織・川上　義和
北海道対がん協会　手林　明雄・有末　太郎

慢性肺気腫での消化性潰瘍の合併頻度に関して，胃内視鏡にて検討した報告はほとんどない．今回われわれは，胸部X線，呼吸機能検査にて慢性肺気腫と診断した患者の消化性潰瘍合併率，胃酸分泌領域，血清ペプシノーゲン値について検討した．対象・方法：当科に入院した慢性肺気腫患者49例（肺気腫群）に通常の上部消化管内視鏡検査を行ない，引きつづいてコンゴーレッド法による胃粘膜萎縮の程度，血清ペプシノーゲン値を測定し潰瘍の成因についても検討した．対照として高齢健常者72例（健常群）を同様の方法で検討した．結果：消化性潰瘍の合併率は，肺気腫群40.8%，健常群23.6%と肺気腫群に有意に多かった．肺気腫群では健常群に比べて，喫煙量が高く，%肺活量および一秒率の低下，P_aO_2の低下を認めた．胃粘膜萎縮の程度は，肺気腫群と健常群とでは有意な差はみられなかったが，血清PG I/PG IIは肺気腫群に高い傾向がみられ，慢性肺気腫での攻撃因子の亢進が示唆された．

8　最近経験した急性胃粘膜病変25例の検討

勤医協中央病院　内科　○腰山　達美
仲　紘嗣・城山　一男・吉松　高志
高平　敏一・芝田　行徳・久田　裕史
宮崎　有広・升田和比古・河内　秀希

1990年9月から1992年6月までの期間，当院で胃内視鏡検査を施行された延べ9,537例中，急性胃粘膜病変は25例で男性15例，女性10例．平均年齢は48.2歳（22～73歳）．うち就労者が18例（72%）であった．発症から48時間以内に内視鏡検査が行われた症例は14例（56%）．主訴は上腹部痛20例（80%），吐下血5例（20%），で前庭部型19例では上腹部痛が89.5%，胃体部型3例では吐下血が66.7%であった．誘因としては精神的ストレス11例，薬剤6例，基礎疾患による2例，過食2例，内視鏡検査2例，不明2例であった．精神的ストレスによる例の90.9%が，前庭部型であった．当院ではこの期間2%グルタールアルデヒド2分間の吸引を含む簡易洗浄法を行なっているが，この25例に当院の内視鏡検査後の急性胃粘膜病変例は認めなかった．

9　EHLにて砕石しえた難治性胃石症の1例

札幌厚生病院　消化器科　○東野　清
加藤　茂治・加藤　学・佐藤　洋一
國田　芳敬・長川　達哉・佐藤　隆啓
夏井　清人・栃原　正博・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
久田内科クリニック　久田　憲雄

胃石症は比較的まれな疾患であるが，胃潰瘍による出血・穿孔や，腸管への排出にともなう腸閉塞などの重大な合併症を起こすこともあり，何らかの処置が必要である．従来，多くは手術的に摘出されてきたが，近年薬物療法や，内視鏡的治療が試みられている．今回われわれは，レーザーおよびESWLが無効であった症例に電気水

圧砕石装置（EHL）にて，砕石しえた胃石症例の1例を経験したので報告する．

症例は67歳男性．胃部不快感あり近医受診し，胃の異常を指摘され，平成4年4月16日当科入院．X線および内視鏡検査で，約9cmの胃石と胃潰瘍を認めた．胃石に対し，内視鏡的レーザー治療およびESWLを施行するも無効であった．5月27日内視鏡下にEHL施行，砕石に成功し，さらに砕石バスケットで細かく砕石しえた．後日，X線および内視鏡検査で胃石の消失を確認，腸閉塞症状もみられず，6月3日退院した．

10　胃静脈瘤64例の治療成績

勤医協中央病院　内科
○後藤賢一郎・金川　博史・香山　明一
畠山　眞・水尾　仁志・井尻　正廣
田辺　利男・美馬　聰昭

当院で経験した64例の胃静脈瘤の治療成績について検討したので報告する．

治療法別では外科的治療4例（待期1例，予防3例）内視鏡的硬化療法37例（緊急・待期35例，予防2例）B-RTO（バルーン逆行性経静脈的塞栓術：Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration）23例（待期3例，予防20例）である．

Lg-cは内視鏡的に食道静脈瘤からの逆流法，もしくは胃静脈瘤に対する直接穿刺により有効例が多く（28例），無効例（9例）は肝癌の門脈浸潤例もしくはLg-f，Lg-cfの胃静脈瘤であった．

内視鏡的な硬化療法では治療に限界のあるLg-f，Lg-cfの胃静脈瘤に対しては外科的治療法を施行していたが，現在肝予備能の悪い例にも施行可能なB-RTOを施行し良好な成績をあげている．

胃静脈瘤の治療は，血流の遅いLg-cに対しては内視鏡的硬化療法が，血流の速いLg-fもしくはLg-cfに対してはB-RTOが有効であり，胃静脈瘤の形態，分類により治療法を選択することによりコントロールが可能と思われる．

11　陥凹型胃腺腫の2症例

札幌医科大学　第4内科　　○辻　　靖
岡本　哲郎・太田　英敏・村松　博士
高橋　康雄・渡辺　直樹・新津洋司郎

症例1：70歳，女性．心窩部不快感を主訴として当院を受診，胃内視鏡検査にて幽門前庭部後壁に辺縁隆起を伴う発赤した小陥凹性病変を認めた．生検結果はGroup IIIであったが腺腫内癌の存在を疑いstrip biopsyを施行した．病理組織標本では陥凹部に4mmの腺腫性病変を，辺縁には間質の強い炎症性変化を認めた．

症例2：54歳，男性．検診にて胃の変形を指摘され当科を受診，胃内視鏡検査にて幽門前庭部前壁に形のやや不整な発赤した小陥凹性病変を認めた．生検結果はGroup IIIであったが，腺腫内癌の存在を疑いstrip biopsyを施行した．病理組織標本では陥凹部に5mmの腺腫性病変を認めた．

陥凹型胃腺腫のentityは未だ統一されておらず癌との異同が問題となっている．若干の文献的考察を含め報告する．

12　癌化を認めた胃過形成性ポリープ5例の検討

旭川厚生病院　消化器科
○太田　智之・折居　　裕・村上　雅則
泉　　信一・佐藤　健誠・山野　三紀
都丸　　久・峯本　博正
同　病理　　近藤　信夫

当科において1989年から3年間にポリペクトミーした41例57病変の胃過形成ポリープのうち癌化を認めた5例について，内視鏡所見を検討した．症例1：62歳，女性．胃癌の手術後の経過観察にて発見された．胃体中部大弯の山田III型，径3.0cmで表面にびらんを伴っていた．症例2：76歳，男性．検診にて胃ポリープを指摘され，当科紹介となった．幽門前部後壁，結節状の山田IV型，径3.0cmであり，一部のびらんから生検にて癌が証明された．症例3：67歳，女性．2年前に健診にて発見されたポリープが増大傾向を認め，生検にて癌が証明された．前庭部小弯の山田IV型，径1.5cmで双頭状を呈し表面に陥凹が見られた．症例4：50歳，女性．41歳時に胃切除後，経過観察中に3年前に指摘されていたが，増大傾向あり紹介となった．噴門部後壁の山田IV型，径2.0cmでびらんを伴い易出血性であった．症例5：52歳，女性．健診で発見された．噴門部，山田IV型，径1.5cmで頂部に一部白苔を有していた．内視鏡所見で，ポリープの表面のびらんや陥凹の所見は，診断上参考となる所見と考えられた．

13　消化管のmultiple lymphomatous polyposis（MLP）の1例

旭川赤十字病院　内科
○辻　　彰子・幸田　久平・中澤　　修
同　病理部　　安藤　政克

札幌医科大学　第4内科
瀧本　理修・藤崎　吉文

症例は46歳，男性．平成4年4月10日，心窩部痛出現し近医受診した．同医にて内視鏡検査施行したところ，胃，十二指腸球部にびまん性のpolypoid lesionがみられ生検を行った．その結果，RLHが疑われ4月23日精査目的で当科入院となった．入院時現症では，両頚部リンパ節腫脹がみられ，更に上部，下部内視鏡検査及び，消化管造影にて胃体部から回腸末端部にかけびまん性，多発性のpolypoid lesion認められた．頚部リンパ節および消化管よりの生検の結果，diffuse small cell lymphoma (B cell) であった．また，遺伝子再構成でも両者にJHのrearrangementが認められた．以上よりmultiple lymphomatous polyposis (以下MLPと略す) と診断し非ホジキンリンパ腫のstage Ⅳに準じ現在化学療法施行中であるが，E-CHOP 2クール終了後頚部リンパ節および消化管polypoid lesionは退縮傾向が認められる．MLPはまれな疾患であり，その臨床，病理像についてもいまだ不明な点が多く若干の文献的考察を加え報告する．

14　クリップ止血法の有用性について

市立函館病院　消化器内科
○杉山　茂・平　篤・久米　正晃
高橋　正典・原　信彦・柳川　眞一
北川　康男・今谷　英男

上部消化管出血病変に対する内視鏡的止血法は，アルコール止血法，ヒートプローブ止血法，クリップ止血法などがあり，それぞれの有用性については多くの報告がある．今回われわれも，クリップ止血法で6例を止血し，他の止血法と比較検討した．対象は，1991年1月より1992年6月までの1年6カ月に，当院で内視鏡的に止血された上部消化管出血症例47例である．47症例中アルコール止血されたもの26例，ヒートプローブ止血されたもの15例，クリップ止血されたもの6例であった．クリップ止血された6例中，5例が他の止血法では止血が困難であった症例であった．また，アルコール止血例では3例に，ヒートプローブ止血例では2例に止血後再出血を認めたが，クリップ止血例では1例も認められなかった．さらにアルコール止血，ヒートプローブ止血では止血操作で周囲粘膜の損傷を引き起こすことがあったが，クリップ止血では粘膜の損傷は認められなかった．以上よりクリップ止血は優れた止血法と考えられた．しかし，出血部位によってはクリップ止血困難例も有り，それぞれの止血法に精通することが必要と考えられた．症例を提示し，報告する．

15　胃腫瘍のStrip biopsy症例の検討
―特に生検診断Group III症例について―

旭川医科大学　第3内科
○奥山　修兒・横田　欽一・結城　正光
渡　二郎・斎藤　裕輔・真口　宏介
綾部　時芳・垂石　正樹・蘆田　知史
柴田　好・原田　一道・並木　正義

当科では1991年4月よりStrip biopsyを行っているが，生検診断Group III症例においても診断的治療の目的で積極的にStrip biopsyを施行してきた．1992年8月現在，当科で本法により切除された術前診断Group III以上の胃病変は30例33病変である．術前の生検診断の内訳はGroup Ⅳ 7例，Group Ⅴ 15例，Group III病変は11例であった．Group III病変の肉眼型は隆起型7例，陥凹型4例であった．本法による切除標本の検討ではGroup Ⅴ病変は1例が腺腫と診断されており，Group Ⅳ病変は2例が過形成ポリープと病理組織診断された．隆起型Group III病変は7例中3例，陥凹型Group III病変は4例すべてが癌と診断された．癌と診断された3例の隆起型Group III病変は大きさが15 mm以上であった．IIcと診断された陥凹型Group III病変の大きさは5～15 mmであり，大きさに関係なく癌であった．このようにGroup III病変はStrip biopsyによる完全生検をすべきであり，特に陥凹型の場合は大きさに関係なく癌を強く疑って治療すべきである．

16　胃転移で発見され，肝・肺・脳・骨転移を認め化学療法が有効であった悪性黒色腫の1例

日鋼記念病院　消化器科
○久居　弘幸・荒谷　英二・松田　幹人
馬原　克夫・高橋　稔・川西　譲児
札幌医科大学　第4内科　大井　成夫
佐々木宏嘉・黒田　裕行・村上　系

症例は41歳男性．昭和61年頃より背部の黒色斑に気付いていたが放置していた．腰痛，全身倦怠感を主訴に平成2年10月当院受診．上部消化管内視鏡検査にて，胃に黒色の不整陥凹を伴った小隆起を認め，生検にて悪性黒色腫胃転移と診断した．画像所見にて，肝，肺，脳，胸腰椎に転移を認めた．

DAV (DTIC+ACNU+Vincristine) 14クール，CDV (CDDP+DTIC+Vindesine) 3クール施行し，平成4年6月脳転移にて死去したが，化学療法が有効と考えられ

た悪性黒色腫の1例を経験したので報告する.

17　経口摂取を目的とした経皮内視鏡的胃瘻造設術による幽門狭窄患者のQOLの向上

北海道大学　第2外科
○金谷聡一郎・加藤　紘之・田辺　達三
北見赤十字病院　外科
小沢　達吉・新里　順勝・須永・道明

近年，経口摂取不能患者に対する経皮内視鏡的胃瘻造設術（percutaneous endoscopic gastrostomy；以下PEG）が報告され長期間の経腸栄養管理が容易となってきた．しかし従来の報告は腸瘻・減圧を目的としたもので，経口摂取を目的としたPEGの報告はまだない．われわれは膵癌2例，胃癌1例の3例の手術不能な幽門狭窄患者に対して，経口摂取を目的としたPEGを施行したので，実際の手技も含めて報告する．PEG施行後平均1カ月でバルーンカテーテルを12 Frから26 Frまで拡張し，中心静脈栄養下に全例7分粥まで摂取可能となった．カテーテル拡張に伴う合併症はなかった．経口摂取期間は2カ月～最長7カ月に及び，その間患者は口から食事ができる喜びで表情も明るくなり，寝たきりの状態からリハビリテーションをする意欲まで認めた症例もある．PEGは非侵襲的な手技でありバルーンカテーテルの拡張により，通過障害を伴う末期癌患者に対して経口摂取の喜びを与え，QOLの向上に大きな役割を果たし，今後の末期癌患者に対する新しい治療指針となり得ると考えた．

18　進行癌として発見後，5年目に治癒切除しえた胃癌の1例

北海道大学　第1外科
○益子　博幸・近藤　征文・白戸　博志
大沢　昌平・福島　剛・片岡　昭彦
近藤　正男・小川　秀彰・福富　京
馬場　榮治・内野　純一

症例は68歳男性．1987年7月近医で上部消化管造影，内視鏡検査を施行．幽門前庭部に全周性の2型病変あり，生検でtub 1～tub 2の診断であった．手術を勧められるが患者はこれを拒否し，以後来院しなかった．1992年3月9日大腿ヘルニア嵌頓のため同院入院．著明な貧血と低タンパク血症があり精査，5年前に進行胃癌の診断を受けていることが判明し，4月3日当科転科となった．この間胃癌に対しては無治療で体重は19 kg減少していた．上部消化管造影では幽門部から胃角部にかけて壁不整と狭窄を認め，内視鏡では幽門部に潰瘍底を伴う隆起性病変があり体上部まで粘膜の肥厚が認められた．腹部CTでは幽門部に造影剤でエンハンスされる壁の肥厚を認め一部膵臓との境界が不明瞭であった．4月14日胃全摘，膵体尾部脾合併切除，R_3郭清を行った．腫瘍の肉眼所見はAMC, circ, 6型，14.8×14.3 cmでS_2, P_0, H_0, N_3, Stage IIIであった．病理組織学的にはtub 1，ssα, int, INFβ, ly_3, v_1, n_3, stage IVで相対治癒切除であった．

19　十二指腸球部にみられた異所腺の1例

はらだ病院　○渡邊　泰男
原田　一道・長嶋　知明・原田　一民
旭川医科大学　第3内科
奥山　修兒・平井　克幸

症例は55歳の男性，主訴は特にないが胃検診で十二指腸ポリープの疑いがあり精査入院となる．胃X線検査で十二指腸球部に大豆大の隆起性病変を認めた．上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部後壁よりに中心がわずかに陥凹を有する大豆大の隆起性病変を認め，生検にてectopic gastric mucosaが疑われた．その周辺にも小顆粒状変化が散在してみられた．

高周波ポリペクトミーを行ったところ，Brunner腺からなる層がみられ，表層には十二指腸粘膜様のvillous patternを形成していたが，胃の腺窩上皮に相当する細胞が被覆していた．内視鏡的所見を主体に文献的考察を含めて報告する．

20　早期十二指腸癌の1例

北海道消化器科病院　内科
○田辺　達雄・宮坂　史路・井上　善之
合田　峰千・西沢　正明・掘田　彰一
同　外科　坂本　尚
奥芝　知郎・藤田　美芳・森田　高行
太黒胃腸科病院　内科　今井　希一
高杉　英郎・諸岡　忠夫・諸岡　透
北海道大学　第2病理　藤岡　保範

今回われわれは，早期十二指腸癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する．症例は56歳男性で心窩部痛のため平成3年11月太黒胃腸科病院を受診，内視鏡検査にて十二指腸球部後壁のerosionを指摘され生検でgroup Iであった．平成4年3月9日の内視鏡検査にて，十二指腸球部後壁に隆起性病変を指摘され生検で高分化型腺癌group Vと診断され同年3月11日当院紹介入院となった．超音波内視鏡検査にて深達度smと診断されたために幽門側胃切除術，十二指腸部分切除術を施

行．病理組織学的には papillary adenocarcinoma, sm と診断され，リンパ節転移も認めなかった．患者は術後良好に外来経過中である．

21　術前生検診断が可能であった空腸平滑筋肉腫の1例

恵庭第一病院　内科
○細川　幸夫・山本　公雄・中西　浩二
同　外科　穴倉　隆矢

症例は37歳，男性．平成3年6月より胃潰瘍で加療中，同4年2月より黒色便に気付き，精査のため入院した．胃透視で空腸起始部に直径約5 cmの隆起性病変を，内視鏡所見では空腸内腔をほぼ閉塞する大きな腫瘤を観察し得た．腫瘤表面は平滑であったが中心に潰瘍形成があり，同部の生検で平滑筋肉腫の組織診を得た．なお，CTでは左上腹部に8×9 cmの充実性の腫瘤陰影を認めたが，肝転移はなかった．動脈造影では空腸動脈末梢に不整な腫瘍血管と動脈相早期の不整型な濃染像を認めた．同年3月11日手術を施行，腫瘍は12×10 cm，割面は灰白色，充実性で一部出血性壊死を示した．病理組織では束状の配列を示す紡錘形の細胞が密に増生し，核は楕円型で大小不同があり核分裂像も散見され，鍍銀染色では細網線維の発達もみられたため空腸筋層より発生した平滑筋肉腫と診断した．リンパ節転移はなかった．

空腸平滑筋肉腫は大量の下血，急性腹症を契機に術後に診断されることが多いが，内視鏡で術前に生検診断された例は比較的稀と考え報告した．

22　下行結腸壁内血腫の1例

市立旭川病院　内科　○栄浪　克也・北川　隆
高野　英哉・武藤　英二・武田　章三

腸管壁内血腫は，ほとんどが十二指腸にみられる疾患で，結腸においては極めて稀である．今回われわれは下行結腸壁内血腫の1例を経験したので報告する．症例は66歳，男性．主訴は下血．1989年，近医にて大動脈弁閉鎖不全で弁置換術を受け抗凝固剤を服用，同時に解離性大動脈瘤を指摘され，1990年から当院にて経過観察中であった．1992年4月14日，下血を認め当院入院，入院時現症で結膜に貧血，下肢に出血斑を認めた．下部消化管内視鏡検査で下行結腸に約1/5周性で30 cmの縦走する発赤した粘膜下腫瘤様の病変を認め壁内血腫を強く疑った．下部消化管X線検査では病変部の腸管は柔軟であり，腹部超音波検査では内部均一な腸管壁内のmassとして描出された．RI-angiographyでは下行結腸へのRI集積像を認めた．保存的に治療し，第10病日の内視鏡検査で，病変部は上皮の脱落にともなう縦走潰瘍に変化しており，下行結腸壁内血腫と診断した．本症の発生には解離性大動脈瘤の存在と抗凝固剤の服用とが関与しているものと考えられた．

23　Schönlein・Henoch 紫斑病の1成人発症例

札幌医科大学　第1内科
○得能　徹也・矢和田　敦・佐々木　茂
矢花　剛・谷内　昭
市立釧路総合病院　内科
小野　晃裕・米沢　和彦・阿部　敬
石橋　文利・登坂　松三
札幌医科大学　神経内科　本井ゆみ子
市立釧路総合病院　病理　吉田　豊
足立皮膚科医院　足立　柳理

Schönlein・Henoch 紫斑病（以下SHP）は小児に好発する過敏性血管炎であるが，本症における消化管病変の内視鏡検査の報告は少ない．今回，成人に発症した，上部および下部消化管内視鏡検査にて消化管病変を観察し得た一例を経験したが，比較的稀と考えられるため文献的考察を加え報告する．

症例は18歳男性．1992年3月腹痛，皮疹が出現し足立皮膚科医院を受診し，組織学的にSHPと考えられた．下血が出現したため，精査加療を目的として入院した．血小板数180,000と正常，PT，APTT，出血時間，凝固時間正常．GTFにて幽門輪および十二指腸球部から肛側にびらん性病変を認めた．SFにて発赤・びらん・潰瘍の多彩な病変を認めた．プレドニゾロン50 mgの投与により軽快・改善が得られ，4月プレドニゾロン10 mgの段階で外来加療に移行した．

24　大腸癌におけるいわゆる結節集簇様病変

恵佑会札幌病院　内科
○塚越　洋元・公　賢・小端　順一
清水　勇一・河原崎　暢
同　外科　田邊　康・平野　稔
久須美貴哉・竹馬　彰・金子　行宏
菅野　紀明・川村　健・細川　正夫
国立札幌病院　病理　藤田　昌宏

当院において平成元年7月から平成4年6月までに行ったポリペクトミー症例中病理組織学的所見のそろったものは，1,758例4,172個であった．家族性大腸ポリポージスは除外した．結節集簇様病変80例93病変を検討し

た．病理組織学的には，おとなしいタイプのものが多かったが，悪性例は42.5%あり，取り残しの無いような切除が必要である．大きさ3cm以下のものは内視鏡的切除，3cm以上で高さが低いものは外科的局所切除でよく，直腸下部のものは経肛門的，経括約筋的，経仙骨的切除が考慮されるべきである．病変の中央が異常な高まりを示すものは，Invasive cancerの可能性があり郭清手術が必要である．

25　微小陥凹型大腸腫瘍の実体顕微鏡像の検討

札幌厚生病院　消化器科　○夏井　清人
加藤　茂治・加藤　学・國田　芳敬
佐藤　洋一・長川　達哉・佐藤　隆啓
東野　清・栃原　正博・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
同　病理科　佐藤　利宏

大腸微小陥凹型腫瘍（主に陥凹部にのみ腫瘍を認める病変）39病変を対象に，その実体顕微鏡像について検討し報告した．病理組織診断は，癌8病変，高度異型腺腫10病変，中等度異型腺腫18病変，軽度異型腺腫3病変であった．pit patternを工藤らの分類に従い検討すると，IIIs：7，III 1：4，IIIs+III 1：4，IIIs+V：9，III 1+V：5，V：10病変であった．癌は5/8がV，1例がIII 1+V，2例がIIIs+Vであり，そのいずれもが病巣の一部または全体がV型を呈していた．

26　細径電子大腸スコープによるTotal Colonoscopy

札幌北楡病院　人工臓器・移植研究所　消化器科
○斎藤　雅雄・渡辺　雅男・松浦　淳
同　内科　政氏　伸夫
田中　淳司・森井　健・木山　善雄
直原　徹・比嘉　敏夫・笠井　正晴
北海道大学　第3内科　加賀谷英俊
加藤　元嗣・浅香　正博・宮崎　保

最近，細径電子スコープが開発されたが，これを用い，無透視下・一人法Total Colonoscopy（TCF）が可能か検討した．

EC7-MS_2：男性35例，女性21例で，平均年齢51.1歳．盲腸到達率は98.2%である．無透視下・Sliding tube（ST）なしで施行しえたのは，38例（69.1%）で，この例での平均到達時間は5.8分である（全体では7.6分）．

PCF_{200}：男性53例，女性41例で，平均年齢56.9歳．盲腸到達率は98.9%．無透視下・STなしでしえたのは54例（57.4%）で，平均到達時間は6.1分である（全体で7.8分）．

27　潰瘍性大腸炎における微細所見の検討

旭川医科大学　第3内科
○斉藤　裕輔・垂石　正樹・野村　昌史
蘆田　知史・綾部　時芳・渡　二郎
柴田　好・並木　正義

潰瘍性大腸炎の微細所見につき拡大内視鏡を用いて検討した．1990年9月から1992年5月の21カ月間に潰瘍性大腸炎42例に105回の拡大観察を行った．症例の内訳は直腸炎型19例，左側大腸炎型7例，全大腸炎型16例である．内視鏡は拡大大腸電子スコープ，フジノンEVC-HMを使用した．潰瘍性大腸炎の内視鏡所見は重症では潰瘍，中等症では潰瘍と再生粘膜からなる珊瑚礁状粘膜からなっていた．潰瘍性大腸炎における活動性病変の細小単位は小黄色斑として表現された．この小黄色斑は23例，51回の検査で観察され，その観察には拡大観察，色素撒布が有用であった．またこの小黄色斑はX線では小さなバリウムfleckとして，病理組織学的には数腺管の破壊像として表現された．潰瘍性大腸炎の初期像と考えられた．

28　EUSによる直腸癌の深達度診断

北海道消化器科病院　内科
○西沢　正明・合田　峰千・井上　善之
田辺　達雄・宮坂　史路・堀田　彰一
同　外科　森田　高行
藤田　美芳・奥芝　知郎・坂本　尚

直腸癌の手術や内視的治療を行う上で癌の深達度診断は重要である．EUSは直腸壁の垂直断層面の検討が可能であり，癌の深達度診断に有用である．

早期癌で内視的治療を行った症例と手術を行った症例及び進行癌の症例のEUS像を供覧する．

29　超音波内視鏡による直腸癌の診断能の検討

国立札幌病院　消化器科
○斎藤　忠範・池山　成之・本間　久登
安保　智典・潘　紀良

超音波内視鏡（EUS）により直腸癌の深達度および側方リンパ節転移の診断能について検討した．対象は平成2年9月より当科がEUSを施行し，手術を行った23例である．これらのうち19例が初発，4例が再発例である．対象症例の組織学的深達度はm 2例，sm 5例，pm 6例，

ss～s 2例，a_1以上8例であった．EUSによる深達度診断の正診率は16/23(69.9%)であった．また再発4例中2例は生検により診断が困難でありEUSが診断に有用であった．誤診の一要因としてヒューストン弁および肛門管付近において大腸壁の層構造が描出しずらいことがあった．さらにリンパ節転移の存在したのは8例で，そのうち4例に側方リンパ節転移を認めた．EUS所見として5mm以上に腫大したリンパ節転移陽性と判定した場合，側方リンパ節転移が存在した4例中3例で診断が可能であった．

30　腹腔鏡検査で特徴的な赤色紋理を認めた若年者非B非C型慢性肝炎の1例

旭川医科大学　第3内科　　○松本　昭範
大平　基之・大平　賀子・田中　俊英
村住ゆかり・川島　哲也・鳥本　悦宏
村住　和彦・水野　正巳・大田　人可
幸田　弘信・関谷　千尋・並木　正義

症例は初診時14歳の女性．輸血歴や針治療歴，刺青歴，薬剤使用歴はなく，家族歴にも特記すべき事はない．1990年1月に肝障害で当科に入院，腹腔鏡検査などから非B型急性肝炎と診断した．肝機能検査成績が改善正常化したため外来で経過観察していたが，1992年5月(16歳時)，特に誘因なく再びGOT，GPTの著明な上昇を認めたため再入院となった．ウィルスマーカーからHAV，HBV，CMV，EBV感染は否定され，またC 100-3抗体，HCV抗体(第2世代)も陰性で5′-NC領域のprimerを用いたHCVRNA（RT-PCR）も陰性であった．腹腔鏡検査では肝全体にperiportal typeの赤色紋理（RM）を認め，組織学的にはリンパ球浸潤を伴うグ梢の線維性拡大とpiecemeal necrosisを認めた．以上の結果から非B非C型慢性活動性肝炎（CAH）と診断した．CAHにおいて肝表面に出現するRMはB型CAHではびまん性のperiportal type，C型CAHでは部位差のある限局したmultilobular typeが特徴的とされている．本症例のRMはB型に類似していたが，非B非C型CAHにおけるRMの特徴については今後の検討が必要である．

31　食道静脈瘤硬化療法中にチアノーゼ発作を呈した肝硬変症の1例

国立函館病院　消化器科　　○中島　隆晴
村上　　系・平田　康二・石井　　徹
札幌医科大学　第4内科
藤田　宏之・増子　詠一・勝木　伸一

肝硬変症に低酸素血症を伴うことは古くから知られており，その発生機序に関しては拡散障害，肺内動静脈シャント，換気・血流の不均等分布，肺毛細血管の拡張などが推測されている．

今回われわれは，食道静脈瘤硬化療法中に呼吸困難，著明なチアノーゼを呈した肝硬変症の1例を経験したので報告する．

症例は73歳の女性で，肝硬変症にて他院通院中，呼吸困難が出現するようになり，当院を紹介され入院となった．腹水は認めず，胸部聴診上及び胸部X線写真では明らかな異常はみられなかったが，動脈血ガス分析を施行したところPa_{O_2} 58 mmHg，Pa_{CO_2} 32 mmHgと著明な低酸素血症がみられた．本症例では食道静脈瘤がみられ，3回目の硬化療法中に呼吸困難の増強，チアノーゼを認めており，低酸素血症を伴った肝硬変症患者に食道静脈瘤硬化療法を行う際には注意が必要であると考えられた．

32　腹腔鏡所見にて特発性門脈圧亢進症との鑑別が困難であった原発性胆汁性肝硬変症の1例

旭川医科大学　第3内科　　○佐藤　一也
川島　哲也・大平　基之・松本　昭範
村住ゆかり・水野　正巳・村住　和彦
鳥本　悦宏・大田　人可・幸田　弘信
矢崎　康幸・関谷　千尋・並木　正義

症例は57歳の女性．1991年11月，近医で肝機能異常と脾腫，食道静脈瘤を指摘され，肝精査と静脈瘤治療目的で当科紹介された．入院時血液検査上，胆道系酵素の上昇，IgM高値を示した．Virus markerは，B型，C型共に陰性，AMAは陰性であった．腹腔鏡検査所見で，左葉は原発性胆汁性肝硬変症（PBC）に特徴的な粗大な区取り（Rough bigger block）を認めたが，右葉は波打ち状のなだらかな起伏を示し，その頂上は黄色調で，特発性門脈圧亢進症(IPH)でもしばしばみられる所見であった．連続切片による病理所見において，典型的な慢性非化膿性破壊性胆管炎は認められなかったが，細胆管の増生，線維化などの所見から，PBC Scheuer III期と診断した．本症例は，組織学的にはPBCと矛盾しないが，AMA(−)，抗セントロメア抗体(+)，そしてシェーグレン症候群を合併し，門脈圧亢進所見を主体とする興味ある症例であり報告する．

33　腹腔鏡下ドレナージを施行した肝膿瘍の1例

同仁会佐々木病院　内科
○佐藤　喜夫・佐々木寿彦

本庄第一病院　消化器内科　　小松　寛治

症例は73歳，男性．全身倦怠感，発熱を主訴に来院．外来でのUSにて肝右葉に高エコーと低エコーが不規則に混在した混合エコーパターンを呈する腫瘤を認めたため，精査のため入院となった．入院後の精査にて肝膿瘍が疑われたが肝腫瘍も否定できなかったため腹腔鏡を施行したところ肝右葉に表面が軽度隆起し，網目状のフィブリン析出物に覆われた部位を認めた．肝周囲には少量の腹水が貯溜しており壁側腹膜には中等度の炎症所見を認めた．PTC針による試験穿刺で膿汁が吸引されたため肝膿瘍の診断にてひきつづき腹腔鏡下に膿瘍ドレナージを施行した．肝膿瘍ドレナージを腹腔鏡下で行う意味は膿瘍の穿破や急性腹膜炎の合併の有無を観察でき，腹膜炎が高度である場合や膿瘍の穿破がすでにあったり，膿瘍の内圧が高く試験穿刺やカテーテル挿入時に膿が腹腔内に漏れた場合，処置用トラカールを通してドレーンを胆嚢周辺部に留置することも可能であり，エコー下穿刺に比べて手技はやや煩雑であるが，このような意味において有益な方法と思われる．

34　興味ある画像所見を呈した瘢痕肝の1例

富良野協会病院　内科
○岡本　美穂・松井真理子・田屋　登康
白田　克美・内海　真・高砂子憲嗣
旭川医科大学　第3内科
大平　基之・関谷　千尋・並木　正義

症例は48歳，女性．本年2月より全身倦怠感，黄疸が出現し当科に入院となった．腹部超音波検査では肝右葉は地図状の高エコーを呈していた．腹部CT検査では肝左葉辺縁と肝右葉に分葉状でhigh densityの結節を認めた．結節周囲の肝組織はlow densityを呈し，同部は造影CTで著明に増強していた．腹腔鏡検査を施行したところ瘢痕肝と診断した．後日行なった腹部MRI検査ではT_2強調像で瘢痕部は高信号を呈していた．画像診断上興味ある所見を呈し，腹腔鏡検査により確定診断した瘢痕肝の一例を経験したので報告する．

35　コレステロール肝内結石症の胆管像

北海道大学　第1外科
○有里　仁志・佐治　裕・倉内　宣明
平井　春美・高田　謙二・数井　啓蔵
真鍋　邦彦・内野　純一
上川町立病院　外科　　船越　龍

われわれは自験7例のコレステロール肝内結石症（以下本症）の検討から，病変部肝内胆管以外の胆道系に拡張などの異常所見をほとんど認めない．細菌感染の関与が少ない．組織学的に増殖性変化が少ないなどの点で，本症がビリルビンカルシウム肝内結石症と明らかに異なる疾患概念である事を明らかにしてきた．今回は胆管の肉眼的所見，特に最近の2例につき，経皮経肝胆道内視鏡（PTCSL）所見を検討した．症例1は66歳男性，IE，L型で肝外胆管から左肝内胆管に拡張を認めた．乳頭形成術の手術既往があった．症例2は50歳女性，I，R型で後区域に限局した病変であった．この2例の胆管内視鏡所見は，ビリルビンカルシウム肝内結石と異なり，発赤，胆汁中の浮遊物など，粘膜の荒廃を示唆する所見に乏しく，結石は直径2～3mm，比較的形の整った球形のものを多数認め，胆汁中に浮遊していた．症例2では，電気静水圧結石破砕器（EHL）にて結石の割面を観察，コレステロール結晶を確認した．本症はビリルビンカルシウム肝内結石と病態が異なり，PTCSLが病態把握のため重要であると考えられた．

36　経口的膵管内超音波の使用経験

札幌厚生病院　消化器内科
○藤永　明・加藤　茂治・加藤　学
佐藤　洋一・國田　芳敬・長川　達哉
夏井　清人・小井戸一光・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男

最近，膵疾患の診断のために種々の新しい機器の開発や工夫がなされ，積極的に臨床使用がなされているが，今回われわれは，内視鏡的に通常の乳頭より膵管内に挿入しえる超音波カテーテルを使用する経験を得たので，その有用性につき報告する．

使用機器はCVIS社製の血管内カテーテル，外径4.3F，全長135cm，周波数30MHZ，7例の膵疾患例に9回施行したが，通常のERCPにひき続き，超音波カテーテルを経乳頭的に膵管内に挿入，膵管像の情報を得るとともに膵実質像の所見も得られた．今後の検討しだいでは，従来にない貴重な情報が得られることが予想された．

37　膵嚢胞性腫瘍の超音波内視鏡画像

札幌医科大学　機器診断部
○辰口　治樹・平田健一郎・望月　環
李　建国・猪股　英俊・三谷　正信
稲葉　瑞江・福田　守道

膵原発の嚢胞性腫瘍は比較的稀な腫瘍であるが，最近の画像診断の進歩により発見頻度は増加しつつある．各

種画像診断法のなかで超音波内視鏡（EUS）は内部構造を詳細に描出しうることから，鑑別診断上有用な診断法となっている．

今回，7例の膵嚢胞性腫瘍のEUS画像の検討を行ったので，本診断法の有用性につき報告する．

EUSはOlympus GFUM3/EUM3を用い，脱気水充満法により経胃壁的に断層像を描出した．対象はSolid & Cystic Tumor 2例，Microcystic Adenoma 4例，Cystadenocarcinoma 1例で全例手術施行症例である．

Solid & Cystic Tumorでは中心部に不整形の嚢胞性病変を，辺縁の充実性部分には石灰化を描出しえた．Microcystic Adenomaでは微小な嚢胞の集合像を明瞭に描出しえ，Cystadenocarcinomaでは比較的大きな多房性嚢胞性病変とその内部の腫瘤性病変を描出しえた．

超音波断層像は嚢胞性病変の描出に優れており，特に高周波を用いるEUSは詳細な観察が可能であり，膵嚢胞性腫瘍の鑑別診断に有用と考えられた．

38　超音波内視鏡下カラードプラ法にて腫瘍血流を描出しえたインスリノーマの1例

札幌厚生病院　消化器内科　○長川　達哉
加藤　茂治・加藤　学・佐藤　洋一
國田　芳敬・東野　清・栃原　正博
夏井　清人・佐藤　隆啓・宮川　宏之
小井戸一光・藤永　明・今村　哲理
八百坂　透・須賀　俊博・村島　義男
同　外科　高橋　雅俊・長谷川紀光・宮内　甫
同　臨床病理科　佐藤　利宏

症例は59歳女性，平成2年頃より不穏行動や意識消失発作が出現，平成4年2月頃より発作が頻回となり，近医を受診，著明な低血糖を指摘され，精査目的にて当科入院となる．血液所見では，空腹時血糖49 mg/dlと著明低下，血中IRI，血中C-peptide上昇，抗インスリン抗体陰性より，インスリノーマを疑い，超音波検査行うも，膵内に腫瘍性病変は見られなかった．しかし，膵尾部のスキャンは不十分なため，超音波内視鏡を行ったところ．膵尾部に境界明瞭，内部やや不均一な低エコー腫瘤を認め，超音波内視鏡下カラードプラ法では，腫瘍内部の血流と腫瘍辺縁へ流出入する血流が表示された．臨床症状と合わせ，インスリノーマと診断された．本症例では，超音波内視鏡下カラードプラ法にて，膵尾部腫瘍の描出ならびに腫瘍内部の豊富な血流の検出が可能であり，臨床診断に有用であったので報告する．