

## P1-283 婦人科領域における下肢深部静脈血栓症と肺塞栓症の術前評価法

東海大<sup>1</sup>, 東海大八王子病院<sup>2</sup>, 東海大磯病院<sup>3</sup>池田仁恵<sup>1</sup>, 安井 功<sup>2</sup>, 三塚加奈子<sup>1</sup>, 東郷敦子<sup>1</sup>, 塚田ひとみ<sup>1</sup>, 呉屋憲一<sup>1</sup>, 菊池公孝<sup>1</sup>, 平澤 猛<sup>1</sup>, 村松俊成<sup>1</sup>, 村上 優<sup>3</sup>, 和泉俊一郎<sup>1</sup>

【目的】婦人科領域における下肢深部静脈血栓症(DVT)と肺塞栓症(PE)の術前評価法として、TATとマルチスライスCTを用いて、DVTとPEの除外診断が可能かどうか検討した。【方法】2002年10月から2005年9月までに、婦人科手術を目的に入院した患者のTAT、 $\alpha$ 2-PIC、Prothrombin fragment 1+2、D-dimerを測定し、マルチスライスCT、下肢超音波検査を施行し、患者の術前・術後を追跡調査した。【成績】TATは、D-dimerに比較して、DVTやPE群およびそれらが疑われる群で、より早期に上昇し有意差を認めた。特に術前DVT(-)PE(-)で術後DVT(+)PE(+)群で、TATは有用であった。また、悪性疾患は有意にDVTやPEをきたしやすく、ハイリスク因子である。下肢超音波検査は、マルチスライスCTに比較して、下肢深部静脈血栓症の診断には優れているが、肺塞栓症の診断において、両者に有意差はなかった。【結論】TATは、D-dimerと同様に、下肢深部静脈血栓症と肺塞栓症のマーカーとして有用である。マルチスライスCTは、下肢超音波検査に比較して、下肢深部静脈血栓症の除外診断には若干劣るが、肺塞栓症の除外診断には有用である。この両者の併用により、臨床的に致死的な肺塞栓症の除外診断は十分可能と考えられた。

## P1-284 再発腫瘍摘出術を検討する際の3次元CT検査の有用性

順天堂大浦安病院

中村貴則, 野島美知夫, 阿部弥生, 三和紀子, 山本祐華, 永井富裕子, 國井優衣子, 田口雄史, 田嶋 敦, 吉田幸洋

【目的】近年高精度の3次元CT検査は、1mm以下のスライス厚でのスキャンが可能ばかりでなく、腫瘍の栄養血管の同定や周囲組織との位置関係をより正確に把握できると考えられる。今回、我々は婦人科腫瘍再発腫瘍において、その腫瘍の摘出の可否に対して3次元CTの有用性を検討した。【方法】腫瘍の再発が認められた以下の3症例に、従来の画像検査(MRI, CT, 注腸, DIPなど)に加えて、3次元CT検査を施行し、従来の検査と得られる情報を比較した。症例1:51歳, 2経妊2経産で約20cm大の腹部腫瘍を認め、手術施行したところ、子宮平滑筋肉腫であった。術後TJ化学療法を施行したが、約13cm大の再発腫瘍認めためて精査施行した。症例2:59歳, 1経妊1経産で他院にて卵巣癌stageIIIの診断で手術施行し術後化学療法施行したが、骨盤内に再発認め精査施行した。症例3:55歳2経妊2経産で子宮体癌stageIIIの診断で手術施行し術後化学療法するも骨盤内に再発し精査施行した。【成績】症例1は腫瘍の栄養血管の同定および周囲の臓器との癒着の可能性が少ないとの情報を得て再発腫瘍摘出術を施行した。症例2は腫瘍が左内腸骨動脈を巻き込んでいるが、外腸骨動脈は巻き込んでなく、再発腫瘍摘出術を施行とした。症例3は腫瘍が左尿管を巻き込み膀胱に浸潤し左外腸骨動脈にまで達していると診断し手術不可能と判断するも患者の強い希望で手術施行した。【結論】症例1,2では3次元CT検査で摘出可能と判断し、症例3では摘出困難と判断したが各々術前の診断通だったので、3次元CT検査は手術可能か判断するのに有用であると考えられる。

## P1-285 産婦人科手術における皮膚切開創の皮下埋没縫合の必要性について

大阪回生病院

信永美保, 古川義夫

【目的】産婦人科開腹手術の創部縫合に際し皮下組織の埋没縫合を行わないことによる術後の創傷治癒に対する影響を検討する。【方法】当院において平成15年7月から平成17年7月までに行われた産婦人科開腹手術症例40例を対象とした。閉腹の際、筋膜縫合後の皮下組織の埋没縫合は行わず、表皮を皮膚ステープルにて閉じるのみとする。その後創部をフィルムドレッシングで被覆し、原則として術後7日目まで消毒やフィルム交換をせず経過観察した。7日目に皮膚ステープルを取り外し、創部の様子を観察した。【成績】対象の40例の内わけは帝王切開15例(下腹部正中切開10例, 下腹部横切開5例), 卵巣腫瘍摘出術10例(それぞれ5例, 5例)子宮筋腫核出術4例(それぞれ1例, 3例)単純子宮全摘出術11例(下腹部正中切開のみ)であった。7日目の皮膚ステープル除去時には軽度な部分的表皮離開を認める症例は散見されたが、創部の形状、患者の年齢、手術適応、合併症の有無などに関係なく創部癒合不全例は見られなかった。【結論】近年手術手技においては様々な改良が続けられており、創傷治癒のメカニズムに基づいた創部ケアも進歩しつつある。従来創部の縫合には死腔を残さないことが原則とされ、切開創縫合に際し皮下組織の埋没縫合が行われてきたが、今回の結果より皮下埋没縫合は省略しても創部の治癒に悪影響を及ぼさないことが示唆された。近年腹膜縫合についても縫合不全や癒着の防止のため省略されることが多くなってきたが、縫合糸の存在による感染や異物反応がトラブルの原因と考えられており、皮下埋没縫合にも同様のことがあてはまると思われる。