

—原 著—

胃・十二指腸潰瘍の術後遠隔成績  
 — とくに幽門側胃切除術および選択的迷走神経切断兼  
 前庭部切除術の成績を中心に —

東京大学第1外科

島津久明 山岸健男 小西富夫  
 谷昌尚 高橋忠雄 石川浩一

(受付 昭和48年9月12日)

**LATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR GASTRODUODENAL ULCER;  
 WITH A SPECIAL REFERENCE TO RESULTS OF DISTAL GASTRECTOMY  
 AND SELECTIVE GASTRIC VAGOTOMY WITH ANTRECTOMY**

**Hisaaki SHIMAZU, Takeo YAMAGISHI, Tomio KONISHI, Masayoshi TANI,  
 Tadao TAKAHASHI, Koichi ISHIKAWA**

First Department of Surgery, School of Medicine, University of Tokyo

はじめに

近年、良性疾患である胃・十二指腸潰瘍に対する外科治療に際しては、十分な治療効果を発揮すると同時に、なるべく術後障害の少ない手術術式を採用すべきであることが強調されている。その結果、従来の幽門側広範囲胃切除術に代わる手術方針として様々な保存的術式が考案され、現実の一部の施設において実践されているが<sup>9)</sup>、術後遠隔成績に基づいたそれぞれの評価に関する諸家の見解はかならずしも一致していないように思われる。著者らもこの問題に関してこれまでに種々の観点から検討を加えてきたが<sup>4)6)16)</sup>、本稿では当教室において数種の外科治療を実施し、術後1—10年経過した症例を追跡調査した成績について報告し、併せて若干の考察をおこなつてみたい。

I. 検索対象および方法

1963年4月から1972年3月までの10年間に外科治療を実施した胃・十二指腸潰瘍症例の総数は443例で、その内訳は胃潰瘍300例、十二指腸潰瘍85例、胃十二指腸共存潰瘍58例であつた。これらの症例のうち手術死亡6例、退院後他疾患による死亡17例を除いた420例についてアンケートお

よび来院方式によつて調査をおこなつた結果、350例(83.3%)から回答をうることができたので、これらを今回の検索対象とした。

この期間の初期には、著者らも胃および十二指腸潰瘍に対して画一的に幽門側広範囲胃切除術を実施したが、その後は両者に対して異なつた手術方針を採用しているのので、ここではまず疾患別に術後成績を分析することにした。この場合、最近胃潰瘍に対してはCongored-carbowax塗布による胃前庭部標識法に基づいた小範囲胃切除術を原則として実施しているが、一概に小範囲胃切除といつても、それぞれの胃切除量にはかなりの差異があり、したがつてこれらを同一の群として扱い、また広範囲胃切除群と安易に区別することはかならずしも妥当ではないと考えられる。そこで今回は胃潰瘍に対する広範囲あるいは小範囲の幽門側胃切除症例は一応一括してとり扱うことにした。

一方、十二指腸潰瘍および胃十二指腸共存潰瘍に対しては1966年以降選択的迷走神経切断(以下、選迷切と略す)兼前庭部切除術を基本術式として採用してきた。これらの症例の胃前庭部は胃潰瘍例のそれよりもあきらかに狭く、したがつて

この場合の前庭部切除術は胃切除量の点において広範囲胃切除術との間に有意の差異があり、しかも迷切を合併した術式であるので、これに関しては両者の成績を対比しながら分析をおこなうことにした。

## II. 胃潰瘍に対する外科治療の術後遠隔成績

手術死亡3例および退院後他疾患による死亡13例を除いた胃潰瘍 284例のうち 238例から回答をうることができ、その回答率は84.8%であった。術式別内訳では幽門側胃切除術が 229例(回答率84.2%)で大多数を占め、その他は噴門側胃切除術5例、胃全摘3例、楔状切除術1例で、いずれも少数例ずつであった(表1)。これらの調査症例

表1 胃潰瘍症例および回答率  
(1963. 4. -1972. 3. 東大第1外科)

	全症例	回答例	回答率 (%)
幽門側胃切除術	272	229	84.2
噴門側胃切除術	6	5	83.3
胃全摘	5	3	60
楔状切除術	1	1	100
合計	284	238	84.8

注) 手術死亡3例および退院後他疾患による死亡13例を除く。

の年齢分布は60才代が最も多く、ついで50才代・40才代の順であった。

### A. 幽門側胃切除術の成績

#### 1) 食餌摂取および体重の回復状況

まず食欲に関しては、良好および普通という回答がそれぞれ43.7%・53.3%に認められ、減退という回答は3.0%に過ぎなかつた。しかし、術前と対比した食餌摂取量に関する回答は増加32.3%・同等33.6%・減少34.1%で、約 $\frac{1}{3}$ の症例が術前よりも減少していると述べている。また術後に嗜好の変化を生じたという回答が77例(33.7%)に認められ、その内訳ではとくに術後嫌いになった食品として油っこいもの(24例)・牛乳(23例)・肉類(18例)・甘いもの(17例)などが多数を占めていたが、そのほかはいずれも少数例ずつであった。

体重の回復状況に関しては、術前よりも増加

30.6%・同等40.2%で、70.8%の症例が術前体重に復帰していたが、残りの29.2%は術後1年以上を経過してもなお減少と回答した(図1)。

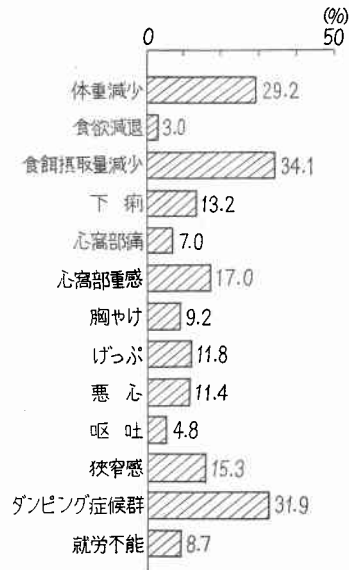
#### 2) 便通異常

175例(76.2%)はとくに便通の異常を訴えなかつたが、便秘がち・下痢がちという回答がそれぞれ10.6%・13.2%の頻度に認められた(図1)。

#### 3) 腹部の一般症状

心窩部痛・心窩部重感・胸やけ・げっぷ・悪心・嘔吐・狭窄感などが4.8-17.0%の頻度に認められ、とくに心窩部重感・狭窄感が比較的高頻度を占めていた。それぞれの愁訴の発現頻度は(図1)に示すとおりである。なお術後に吐血あるいは下血を呈した症例は1例もなかつた。

図1 胃潰瘍症例に対する幽門側胃切除術の術後遠隔成績1.



#### 4) ダンピング症候群

全身倦怠感・冷汗・動悸・顔面紅潮・顔面蒼白・めまい・失神・頭痛あるいは頭重・眠気・胸内苦悶感などの全身症状のうち1項目以上が食餌摂取中あるいは摂取後に出現した場合に本症候群陽性と定義すると、陽性例の発現頻度は31.9%であった(図1)。つぎに、これらの陽性例をその症状の強さによつて3群に分類した。すなわち、重症度Ⅰは食餌が充分にとれず、仕事が思うようにできない場合、Ⅱは少し気になるが、大体普通に仕

事ができる場合、Ⅲはほとんど気にすることなく普通に仕事ができる場合とすると、それぞれが占める頻度は13.7%・52.1%・34.2%で、重症度Ⅱ・Ⅲの症例が大多数を占めていた。また本症候群陽性例に伴った下痢は17.8%に認められた。

#### 5) 術後潰瘍再発

今回の調査において術後消化性潰瘍再発が確認された症例は1例もなかった。

#### 6) 術後再手術症例

退院後に何らかの理由で再手術をうけた症例の総数は8例で、その内訳は癒着性イレウス4例、胆石症1例、そけいヘルニア1例、乳癌1例、膀胱腫瘍1例で、とくに後2者は胃切除術とは直接関係のないものであった。

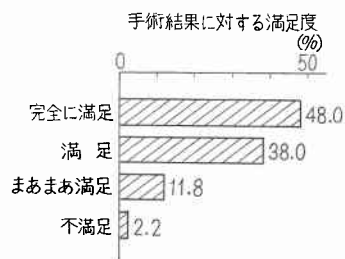
#### 7) 就労状況

209例(91.3%)の症例が現在ほぼ普通に仕事ができると回答したが、残りの20例(8.7%)はできないと回答した。就労不能例の年齢は40才代3例、50才代4例のほかはいずれも60才以上の高齢者であった。その理由としては、脳血管障害・肝腎疾患・糖尿病など胃切除術と直接関係のないものが11例と約半数を占めていたが、そのほかはいずれもダンピング症候群に起因すると考えられる症例であった。

#### 8) 手術結果に対する満足度

手術結果全般に関する患者の評価として術後

図2 胃潰瘍症例に対する幽門側胃切除術の術後遠隔成績2.



の状態に対する満足度を「完全に満足」・「満足」・「まあまあ満足」・「不満足」の4段階にわけて質問してみると、「完全に満足」は110例(48.0%)、「満足」は87例(38.0%)、「まあまあ満足」は27例(11.8%)、「不満足」は5例(2.2%)であった(図2)。「まあまあ満足」・「不満足」

例」の理由の分析では、体重減少・食欲減退・貧血症状・下痢・腹部の不定愁訴・ダンピング症候群・血清肝炎など様々なものが含まれていたが、とくにダンピング症候群が前者の27例中11例、後者の5例中4例の高頻度に認められた。

噴門の温存が困難な高位の胃潰瘍6例に対して噴門側胃切除術を、また術前に胃癌と誤診した同様の症例6例に対して胃全摘を実施した。これらの症例のうち前者の6例中5例および後者では退院後老衰によつて死亡した1例を除いて5例中3例から回答をうることができた(表1)。

#### B. 噴門側胃切除術および胃全摘の成績

噴門側胃切除術5例の成績では、食欲減退が2例、食餌摂取量および体重減少がそれぞれ3例に、また心窩部痛・心窩部重感・胸やけ・げつぶ、悪心、狭窄感がいずれも各1例、嘔吐が3例、ダンピング症候群が3例、就労不能が2例に認められた。また手術結果に対する満足度に関しては、「完全に満足」という回答は1例もなく、「満足」が1例、「まあまあ満足」が3例、「不満足」が1例であった。

胃全摘3例の成績では、食餌摂取量の減少、心窩部痛、心窩部重感、悪心が各1例、体重減少、胸やけ、嘔吐、狭窄感、ダンピング症候群、就労不能が各2例、げつぶが3例に認められた。手術結果に対して「完全に満足」という回答はやはり1例もなく、「満足」1例、「まあまあ満足」2例であった。

#### III. 十二指腸潰瘍 および 胃十二指腸共存潰瘍 に対する外科治療の術後遠隔成績

全手術症例143例のうち手術死亡3例および退院後他疾患による死亡4例を除いた136例について調査をおこなった結果、112例(82.3%)から回答をうることができ、その術式別内訳は広範囲胃切除群71例(回答率78.9%)、選迷切兼前庭部切除群41例(回答率89.1%)であった(表2)。今回の調査時における両術式群の年齢分布はいずれも40才代にピークがあつたが、術後経過年数は広範囲胃切除群では5年以上を経過した症例が大多数を占めていたのに対して、選迷切兼前庭部切除群の大部分は逆に5年未満の症例であつた。

##### 1) 食餌摂取および体重の回復状況

表2 十二指腸潰瘍および胃十二指腸共存潰瘍症例と回答率

(1963. 4. -1972. 3. 東大第1外科)

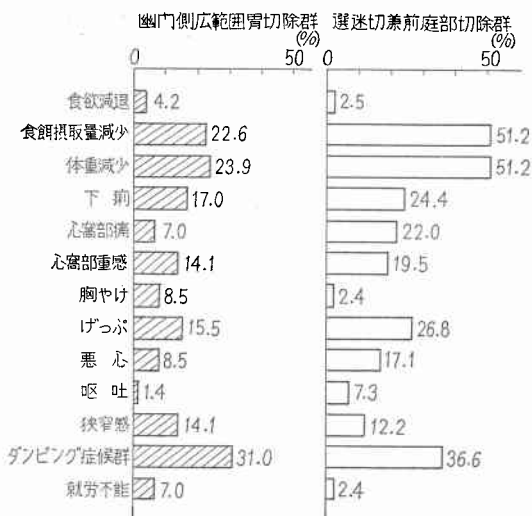
	十二指腸潰瘍			胃十二指腸共存潰瘍			合計		
	全症例	回答例	回答率(%)	全症例	回答例	回答率(%)	全症例	回答例	回答率(%)
幽門側広範囲胃切除術	53	42	79.2	37	29	78.4	90	71	78.9
選迷切兼前庭部切除術	27	24	88.9	19	17	89.5	46	41	89.1
合計	80	66	82.5	56	46	82.1	136	112	82.3

注) 手術死亡3例および退院後他疾患による死亡4例を除く。

広範囲胃切除群の場合、現在の食欲に関しては良好47.9%、普通47.9%、減退4.2%また術前と対比した食餌摂取量については増加38.0%、同等39.4%、減少22.6%という回答がえられたのに対して、選迷切兼前庭部切除群における食欲は良好39.0%、普通58.5%、減退2.5%と前者とほぼ近似した数値を示したが、食餌摂取量に関しては増加34.2%、同等14.6%、減少51.2%と半数の症例が術前よりも減少していると回答した(図3)。嗜好の変化は広範囲胃切除群の25例(35.2%)、選迷切兼前庭部切除群の17例(41.5%)に認められたが、その内容は前述の胃潰瘍に対する幽門側胃切除術の場合とほぼ同様で、両術式群の間にもあきらかな差異はなかった。

広範囲胃切除群における体重の回復状況は術前と対比して増加31.0%、同等45.1%、減少23.9%

図3 十二指腸潰瘍および胃十二指腸共存潰瘍症例の術後遠隔成績1.



であつたのに対して、選迷切兼前庭部切除群では増加29.3%、同等19.5%、減少51.2%と減少例の頻度が高く、食餌摂取量に関する回答と同様の傾向を示した(図3)。

2) 便通異常

広範囲胃切除群の63.3%および選迷切兼前庭部切除群の61.0%はとくに便通の異常を訴えなかつたが、便秘がち、下痢がちという回答が前者では19.7%、17.0%に、後者ではそれぞれ14.6%、22.4%に認められた(図3)。

3) 腹部の一般症状

選迷切兼前庭部切除群の術後に胸やけ、狭窄感を除いて心窩部痛、心窩部重感、げっぷ、悪心、嘔吐などの愁訴がいずれも広範囲胃切除群の場合よりもやや高頻度に認められた。なお広範囲胃切除群におけるそれぞれの愁訴の発現頻度は前述の胃潰瘍に対する幽門側胃切除群のそれときわめて近似した数値を示した(図3)。

4) ダンピング症候群

胃潰瘍の術後遠隔成績の項で述べたような判定基準にしたがつて本症候群の発現頻度を検討した結果、広範囲胃切除群では31.0%、選迷切兼前庭部切除群では36.6%に陽性例が認められたが、両術式の成績の間に有意の差異はなかつた(図3)。その重症度は前者ではI. 9.2%、II. 45.4%、III. 45.4%、後者ではI. 6.7%、II. 60%、III. 33.3%で、いずれの群においても重症例の占める頻度は低率であつた。また本症候群に合併した下痢は前者の9.1%、後者の13.3%に認められた。

5) 術後潰瘍再発

リウマチ様関節炎に対するステロイド治療に関連した特殊な1例を経験した。すなわち、上述の治療中に発生した出血性十二指腸潰瘍に対して広範囲胃切除術 Billroth I法を実施し、術後は順調に経過したが、ステロイド治療を再開した際に再び大量の吐下血が起り、再手術の結果、吻合部に近接して発生した十二指腸潰瘍であることが判明した。そのほかには広範囲胃切除群・選迷切兼前庭部切除群のいずれにも潰瘍再発が確認された症例はなかった。

6) 術後再手術症例

広範囲胃切除群の6例が退院後再手術をうけており、そのうち2例は癒着性イレウス、1例は胆石症のためであったが、そのほかは水腎症1例・子宮筋腫1例、痔瘻1例で、初回手術とは直接関係のない疾患によるものであった。

7) 就労状況

広範囲胃切除群の4例(5.6%)および選迷切兼前庭部切除群の1例(2.4%)が普通に仕事ができないと回答した。前者のうち1例は併存する高血圧に起因していたが、そのほかの3例はいずれもダンピング症候群によるものと考えられた。後者の1例は食後の心窩部痛ないし重感に起因する症例であった(図3)。

8) 手術結果に対する満足度

広範囲胃切除群では「完全に満足」36例(50.7%)、「満足」30例(42.3%)、「まあまあ満足」3例(4.2%)、「不満足」2例(2.8%)であったのに対して、選迷切兼前庭部切除群ではそれぞれ14例(34.1%)・16例(39.0%)・9例(22.0%)・2例(4.9%)で、「まあまあ満足」および「不満足」例の占める頻度が前者よりも高率で

あつた(図4)。

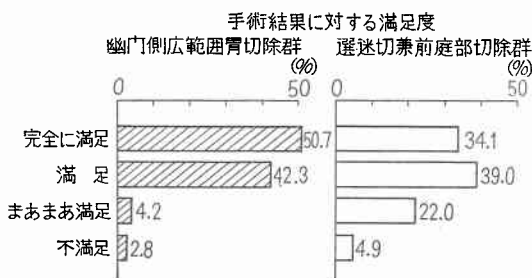
広範囲胃切除群における「まあまあ満足」、「不満足」5例のうち食後の心窩部痛ないし重感、胸やけが3例、ダンピング症候群が2例、下痢、易労感が各1例に認められた。また選迷切兼前庭部切除群では11例のうち心窩部痛ないし重感が8例、ダンピング症候群、下痢が各6例、悪心、狭窄感が各2例に認められ、これらが消極的満足あるいは不満足の原因と考えられた。

考案

著者らは胃潰瘍と十二指腸潰瘍は成因論的に異なるという立場から、現在これらの両疾患に対して異なつた手術方針を採用しているので<sup>6)</sup>、今回はまずそれぞれの疾患別に術後成績を検討することにした。この場合、胃潰瘍に対しては最近幽門側小範囲胃切除術を基本術式として採用しているが、前述のように胃切除量の点に関して従来の広範囲胃切除術と明確に区別することには問題があると考えられるので、今回は幽門側胃切除術の成績として一括して分析することにした。勿論、胃切除量と術後愁訴との発現頻度との相関は解明を要する重要な課題であるので<sup>9)10)12)18)14)15)</sup>、今後さらに症例を重ね、またこれまでの症例を仔細に分析して別の機会に論ずることにはしたい。

さて胃潰瘍に対する幽門側胃切除術後における食餌摂取状況に関しては、食欲減退という回答が3.0%に、術前より食餌摂取量が減少したという回答が34.2%に認められ、また術前体重に復帰しない症例が29.2%を占めていた。これらの数値に関する内外諸家の報告は様々で、とくに術後における栄養障害のひとつの客観的指標としてしばしば用いられる体重減少例の発現頻度に関しても、Moore<sup>6)</sup>の集計例によれば8.0—82.1%というきわめて隔たつた数値が報告されている。しかし、最近の本邦報告例の多くは幽門側胃切除術後に約20—40%の頻度に体重減少例の存在を認めており、著者らの成績もこの範囲に入る数値であつた。この場合の体重減少の原因には、食餌摂取量の不足および胃切除術によつて惹起されたあらたな解剖、生理学的状況に起因する消化吸収障害のいずれかあるいは両者の関与が推測されるが<sup>2)</sup>、著者らの成績において食餌摂取量の減少例の頻度

図4 十二指腸潰瘍および胃十二指腸共存潰瘍症例の術後遠隔成績2.



が体重減少例のそれとほぼ同等の数値を示したことは、この因子が第一義的な重要性をもつことを示唆するものと考えられた。術後における嗜好の変化としては油っこいもの、牛乳、甘いものが嫌いになったという症例が比較的高率に存在し、いわゆる牛乳不耐症と考えられる症例が著者らの検索群においても10%の頻度に認められた。

便通の異常として便秘が10.6%に、下痢が13.2%に認められたが、とくに術後の下痢の問題をめぐって種々の議論がある。その発現頻度に関する諸家の成績も様々であるが、牧野ら<sup>7)</sup>、白鳥ら<sup>17)</sup>は著者らとはほぼ同様の数値を報告しており、また大久保ら<sup>12)</sup>は激しい下痢は広範囲胃切除群の13.0%に、小範囲胃切除群の7.1%に認められたと述べている。しかし、山岸ら<sup>18)</sup>は軽症例も含めると41%という高頻度で下痢が認められたと述べ、一方、武藤ら<sup>9)</sup>は広範囲胃切除術後における発現頻度として3.1%という低値を報告している。

各種の腹部症状のうちでは心窩部重感が最も高頻度(17.0%)に認められ、ついで狭窄感・げっぷ、悪心、胸やけなどの順で、心窩部痛(7.0%)、嘔吐(4.8%)は比較的低率であった。これらの発現頻度に関する諸家の成績にも多少の差異はあるが、それぞれの愁訴の相対的な発現状況にはほぼ類似した傾向がうかがわれる。

ダンピング症候群は胃切除術後障害のなかで最も多くの議論が集中する課題であり、その発現頻度に関しても0—100%という極端に異なつた数値が報告されている<sup>9)</sup>。これらの成績の差異をもたらす原因としては検索対象、調査・分析方法および判定規準などの相違が問題になるが、とくに客観性のある正当な判定規準の設定は本症候群発生の正確な実態を理解するうえできわめて重要な事項と考えられる。今回著者らは第4回日本消化器外科学会総会の討議を参照して、食餌摂取中あるいは摂取後に前述のような全身症状が1項目以上出現した場合に本症候群陽性と判定した結果、31.9%の頻度に陽性例の存在を認めた。その重症度別の内訳ではⅡ・Ⅲの中等度ないし軽症の症例が86.3%を占め、重症例の頻度は低く、またこのために外科治療を必要としたような症例は1例もなかった。しかし、就労不能の症例および手術結果

に対して消極的満足ないし不満足の色を示した症例のなかには、この症候群に起因すると判断される症例が高率を占めていることが注目された。

術後の潰瘍再発は消化性潰瘍に対する手術術式の評価における最も基本的な事項であるが、幸い、胃潰瘍に対する幽門側胃切除術後の潰瘍再発率に関する諸家の成績は0ないしきわめて低値を示しており、著者らの検索群においても潰瘍再発が確認された症例は1例もなかった。

手術後の状態に対して患者が満足しているかという調査がしばしばおこなわれているが、大久保ら<sup>12)</sup>も指摘しているように、これに関する回答には種々の要素が含まれるために、えられた成績をそのまま客観的な事実として理解することは正しくない。著者らの成績では手術結果に対して「完全に満足」および「満足」と回答した症例が86.0%を占めていたが、牧野ら<sup>7)</sup>は78.0%、山岸ら<sup>18)</sup>は83.8%、大井ら<sup>14)</sup>は94.6%、白鳥ら<sup>17)</sup>は94.9% (B I法後)および96.4% (B II法後)、横山ら<sup>20)</sup>は96.5%に満足例の存在を認めており、これらの成績を通覧すると、約80—95%の症例が一応満足の色を示していることになる。

高位の胃潰瘍に対して噴門側胃切除術および胃全摘を実施した症例はいずれも少数であるので、それぞれの成績に基づいて正当な評価をおこなうことは困難であるが、これらの術後には幽門側胃切除術の場合と対比して種々の障害の発現頻度は高く、また手術結果に対する満足例の占める頻度は低値であった。したがって、胃全摘は勿論、噴門側胃切除術もできれば避けたい術式と考えている。

つぎに、以上の胃潰瘍に対する幽門側胃切除術に関する成績をふまえたうえで十二指腸潰瘍および胃十二指腸共存潰瘍に対して実施した幽門側広範囲胃切除術・選迷切兼前庭部切除術の術後成績について考察を進めたい。まず前者の場合における各種の術後障害の発現頻度および手術結果に対する満足度などに関する成績は上述の胃潰瘍に対する幽門側胃切除術のそれとほぼ同等ないしやや優る数値を示した。すなわち、食欲減退が4.2%、食餌摂取量の減少が22.6%、体重減少が23.9%、下痢が17.0%、各種の腹部症状が1.4—15.5%、

ダンピング症候群が31.0%，就労不能例が7.0%に認められ、また手術結果に対して「完全に満足」ないし「満足」と回答した症例が93.0%を占めていた。

これに対して選迷切兼前庭部切除群の成績では、食欲減退、胸やけ、狭窄感、就労不能例などの発現頻度は広範囲胃切除群の場合よりも低値であつたが、そのほかの障害に関してはいずれも高値を示した。とくに食餌摂取量および体重の減少例が約半数に認められたことが注目され、この成績は本術式採用前に予測されなかつた点である。本来、十二指腸潰瘍に対する選迷切兼前庭部切除術の場合には広範囲胃切除術の場合よりも大きな残胃が温存されるので、食餌摂取に関してはむしろ有利な条件が具備されていると考えられ、このようにあきらかに不良な成績を示した報告はこれまでの文献上にもみあたらない。食餌摂取量の減少例の頻度が体重減少例のそれと同等の数値を示したことから、この場合の体重減少には食餌摂取量の不足が大きく関与していることが示唆されるが、術後1年以上を経過しても十分に食餌ができない理由を今回の調査成績から推測することは困難である。これに対して大久保ら<sup>12)</sup>は食餌摂取量、体重、腹部膨満感、ダンピング症候群などの面において迷切兼前庭部切除群の方が明らかに優れていると述べ、榊原ら<sup>14)15)</sup>もほぼ同様の成績を報告している。武藤ら<sup>10)</sup>は迷切兼前庭部切除術と広範囲胃切除術の成績を対比検討した結果、胃切除範囲が全胃の40%以下の場合には前者の成績が優るが、それ以上の場合には後者のそれと同じか、あるいは劣ることもあると述べている。またGoligherら<sup>1)</sup>は十二指腸潰瘍に対する迷切兼胃空腸吻合術、迷切兼前庭部切除術および広範囲胃切除術の成績について綿密な比較検討をおこなっているが、その結果、種々の術後障害の発現頻度に関して迷切兼前庭部切除術と広範囲胃切除術との間に有意の差異は認められなかつたと報告している。

このような成績の相違をもたらす原因の詳細は不明であるが、いずれにせよ、迷切術式の評価もなお十分に確立されているとはいい難く、その術後の病態生理をめぐって今後の検討を要する多く

の課題が残されているように思われる。またいくつかの術式の成績を正当に比較検討するためには、まずそれぞれ検索対象群が均等の性格をもつことの重要性が強調され、現実にはいわゆるprospective randomized studyに基づいた成績が報告されるようになってきている<sup>12)</sup>。この点著者らの対象群においては、選迷切兼前庭部切除群の方が症例数が少なく、しかも術後経過年数の短い症例が多数を占めていたことは十分に考慮すべき点と考えられる。

以上のように、今回の著者らの調査において十二指腸潰瘍に対する選迷切兼前庭部切除術が広範囲胃切除術よりも優るという成績は得られなかつたが、主として迷走神経を介する過酸傾向の著明なこれらの症例に対して理論的に有効な手術術式とみなされるので、今後さらに検討を続けたいと考えている。

#### おわりに

過去10年間に当教室において外科治療を実施し、術後1—10年を経過した胃・十二指腸潰瘍症例を対象としてその遠隔成績を検討した。各種の術後障害の発現頻度に関して、胃潰瘍に対する幽門側胃切除術全般の成績は十二指腸潰瘍に対する幽門側広範囲胃切除術のそれとほぼ同等の数値を示した。また十二指腸潰瘍に対する選迷切兼前庭部切除術が幽門側広範囲胃切除術よりも優るという成績はえられなかつた。しかし、いずれの術式の場合にも、特殊な1例を除いて術後消化性潰瘍再発が確認された症例はなかつた。

本論文の要旨は第73回日本外科学会総会(京都)において発表した。

#### 文 献

- 1) Goligher, P.R. et al.: Five to Eight Year Results of Leeds/York Controlled Trial of Elective Surgery of Duodenal Ulcer. Brit. Med. J. 2: 781—787, 1968.
- 2) Hardy, J.: Special Problems in Gastric Surgery. Amer. Surg. 37: 140—149, 1971.
- 3) Irani, F.A. et al.: Evaluation of Surgical Treatment for Duodenal Ulcer. A Prospective Randomized Study. Am. J. Surg. 122: 374—377, 1971.
- 4) 石川浩一, 島津久明: 消化性潰瘍の外科, 現代臨床医学大系, 筑摩書房, 1972.
- 5) 石川浩一, 島津久明: 本邦における胃・十二指

- 腸潰瘍に対する手術方針の現況. 臨外27: 1193—1199, 1972.
- 6) 石川浩一, 島津久明: 胃・十二指腸潰瘍の扱い方. 外科34: 1180—1186, 1972.
  - 7) 牧野惟義ほか: 良性疾患の術後遠隔成績—愁訴を中心として—. 外科治療 24: 628—639, 1971.
  - 8) Moore, H.G. Jr.: Complications of Gastric Surgery. In "Surgery of the Stomach and Duodenum", edited by Harkins, H.N. & Nyhus, L.M., 2nd ed., Boston, Little Brown, p. 665—734, 1969.
  - 9) 武藤輝一ほか: 切除術式と術後愁訴, 外科治療 24: 640—648, 1971.
  - 10) 武藤輝一ほか: 胃・十二指腸潰瘍の手術成績の分析. 臨床成人病 3: 837—843, 1973.
  - 11) 大井 実ほか: 外科手術の5年後の遠隔成績, 胃十二指腸潰瘍, 外科診療11: 834—839, 1969.
  - 12) 大久保高明ほか: 胃液分泌からみた消化性潰瘍に対する手術術式の検討. 外科治療23: 271—279, 1970.
  - 13) Rauch, P.R.: An Evaluation of Gastric Resection for Peptic Ulcer. Review of 893 Cases. Surgery. 32: 638—653, 1952.
  - 14) 榊原幸雄ほか: 消化性潰瘍外科における迷走神経切断術の2, 3の問題, 外科治療 23: 319—329, 1970.
  - 15) 榊原幸雄ほか: 小範囲胃切除症例の検討, 臨外 26: 137—147, 1971.
  - 16) 島津久明ほか: 十二指腸潰瘍例における選択的胃迷走神経切断兼幽門洞切除術. 手術 20: 1250—1257, 1970.
  - 17) 白鳥常男ほか: 術後愁訴からみた従来の胃切除術に対する批判. 外科治療 24: 666—672, 1971.
  - 18) 山岸俊彦ほか: 胃切除術式と下痢について, 手術 20: 873—879, 1966.
  - 19) 山岸俊彦ほか: 胃切除患者の検討—術後愁訴を中心として—. 外科治療 24: 605—613, 1971.
  - 20) 横山秀吉ほか: 胃・十二指腸潰瘍の術後遠隔成績の検討—術後愁訴を中心として—. 外科 29: 47—54, 1967.