

シンポジウム II

胆道系再手術症例の問題点

東京女子医大消化器病センター

浜野 恭一 羽生富士夫 中村 光司
高田 忠敬 高崎 健

THE PROBLEMS IN THE REOPERATION OF BILIARY TRACT

Kyoichi HAMANO, M.D., Fujio HANYU, M.D., Mitsuji NAKAMURA, M.D.,
Tadahiro TAKADA, M.D. and Ken TAKASAKI, M.D.
Tokyo Women's Medical College Insatitute of Gastroenterology

1. 緒 言

胆石症をはじめとする胆道系手術後に、何らかの愁訴を有する症例、さらには再手術を必要とする症例は現在なお、かなりの率で存在し、外科治療上大きな問題となっているといえる¹⁾²⁾。われわれの経験した良性胆道疾患再手術症例は、昭和43年より49年までの7年間に73例である。同期間の良性胆道疾患手術総数は、875例であり、再手術症例はその8.3%にあたる。各施設の報告をみても再手術症例は約10%前後をしめ、かなり高率であると考えられる¹⁾²⁾。われわれはこの再手術症例を分析することにより現在の問題点を考えてみた。大別して、再手術症例には、何故再手術に至ったかという、初回手術時における種々の問題点と、再手術時にどのような手術式を選択して根治させるかという治療上の問題点を含んでいる。第1の初回手術における問題点については、できる限りさかのぼって初回手術時の情報をつかむとともに、再手術時の所見をもとにして再手術に至った原因をいくつか分析した。また、治療上の問題については、予後不良例や再再手術症例を検討し、われわれの反省と現在の治療方針につきのべてみた。以下各項にしたがつて詳述する。

2. 再手術症例の分析

われわれが過去7年間に消化器病センターにおいて経験した再手術症例は73例であり、そのうち63例は他施設において初回手術が行われており、当センターで初回手術が行われたものは10例である(表1)。疾患別の内訳は、総胆管結石28例、肝内結石17例と胆道内結石が最も多く約60%をしめている。この場合、疾患名は最も主たるものをとって分類した。すなわち胆管に狭窄があり、

表1 良性胆道疾患再手術症例
良性胆道疾患手術総数 875例
(S. 43~49・消化器病センター)

疾 患	症 例	初回手術	
		他施設	センター
総胆管結石	28	23	5
肝内結石	17	16	1
先天性総胆管のう腫	2	2	0
遺残胆のう管	5	5	0
総胆管拡張、 乳頭部狭窄	8	6	2
胆道消化管 吻合部狭窄	3	2	1
胆管狭窄	7	6	1
その他	3	3	0
計	73	63	10

その上部に結石を生じているような症例は、胆道結石とせず、胆管狭窄として分類してあるので、胆道内有石例はもつと多い訳である。ついで胆道系の狭窄がやはり高率であり、胆管狭窄7例、胆管消化管吻合部狭窄3例、乳頭部狭窄8例と計18例20%以上をしめている。そのほか遺残胆のう管症候群5例、先天性総胆管のう腫2例などがある。

さて、これらの症例が何故再手術に至ったのかを追求するためには、どうしても初回手術にさかのぼって原因を追求して見る必要がある。73例中66例について、初回手術時の診断および術式が判明したので、それと再手術時の診断とを対比してみた(表2)。66例中、初回手術時に胆のう結石と診断された症例は49例と74%をしめている。そして、その大部分である44例に胆のう剔除術のみが施行されている。その44例の再手術時の診断をみる

表2 初回手術と再手術時診断との関係 (66例)

診断	術式	症例	再手術診断							
			胆管結石	肝内結石	総胆管拡張	胆管狭窄	遺残胆のう管	吻合部狭窄	胆管狭窄	その他
胆のう結石		44	15	12	6		5	2	4	
胆管結石	胆	5	2		2				1	
	胆	7	5	1					1	
胆管炎	胆	2	1	1						
	胆	4	1	1				1		1
胆のう炎		4		1		2			1	
計		66	24	16	8	2	5	3	7	1

と、胆管結石15例、肝内結石12例、総胆管拡張、乳頭部狭窄6例、遺残胆のう管5例、胆管狭窄4例、吻合部狭窄2例（胆膵中に胆管を損傷し、胆管空腸吻合が附加されている。）と非常に多岐にわたっている。このうち胆管結石や肝内結石は当然結石の遺残乃至再発であるが、胆のう腫状肝内結石の如きは、全く病変部が見逃されていたと考えられる。総胆管拡張、乳頭部狭窄の症例は、いずれも無石であり、これは後述する如く、かなり難しい問題を含んでいる。しかし胆管狭窄、吻合部狭窄、遺残胆のう管の症例は明らかに手術手技の失敗と考えられる。つぎに初回手術時に胆管内に結石の存在を診断された胆管結石のグループについてみると、やはり胆のう結石のグループと同様のことが観察される。これらの症例については当然、総胆管内の結石摘出が行われた訳であるが、13例中10例に再手術時、胆管内または肝内に結石の存在をみている。最後に胆のう炎の診断で胆膵術が施行されたグループをみると、4例中2例に先天性総胆管のう腫が存在していた。これらは、いずれも総胆管のう腫による胆管炎症状が、胆石症または胆のう炎と誤診され、胆膵術のみが施行されたものと思われる。この2例は術後も全く症状の改善がみられず、術後早期に来院している。

以上のことによりみても、再手術症例はその初回手術時の検査や手術術式、手技などに大いに問題があると考えざるを得ない。

そこで再手術時の所見をもととして、初回手術時の状況を調査し、再手術に至った原因を6つに大別した(表3)。73例中7例は原因不明、3例は原因重複例であり、69の原因を分類した。1は初回手術時全胆道系の検査不十分のために病変を見逃した例であり、これが最も多く33例を占めている。その内訳は結石遺残31例と先天性総

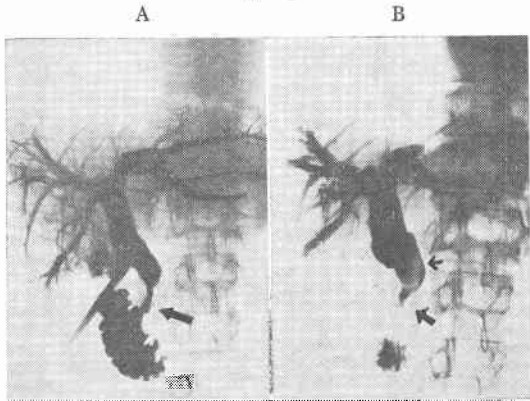
表3 再手術の原因 (73例中原因重複例3例、不明7例)

1. 検査不十分による見逃し (33例)	結石遺残	31
	先天性総胆管囊腫	2
2. 手術手技の失敗 (15例)	吻合部狭窄	3
	胆管狭窄	7
	遺残胆管	5
3. 不十分な手術 (6例)	結石摘出の(再胆膵)	3
	結石遺残のまま終了	3
4. 手術材料の不相当 (4例)	絹糸結石再発	3
	ゴム管結石	1
5. 結石再発		3
6. 総胆管拡張、乳頭部狭窄		8

胆管のう腫2例である。胆のう腫状の肝内結石も検査不十分による見逃しと考え、結石遺残に含めてある。総胆管結石の場合、それが遺残であるか、再発であるかは当然問題となるところであるが、われわれは結石がコ系石であつた場合、術後Tチューブなどよりの造影で結石がすぐ発見された場合、術後3カ月以内に大きな結石が発見されている場合、胆のう腫状の肝内結石が発見された場合は遺残結石としている。

さて、この検査不十分による見逃し例が33例と約半数を占めていることは、今さらながら初回手術時に全胆道系を精査することが、いかに必要かを改めて痛感する。2は手術手技の失敗に帰すべきグループで、吻合部狭窄3例、胆管狭窄7例、遺残胆のう管5例の計15例である。胆管狭窄は術中損傷に起因するケースが多いが、ひどい場合には横切されたまま気付かれなかつた例もある。またTチューブの挿入に欠陥があり、抜去後狭窄を生じた例、胆のう管の結紮切離の際、総胆管の一部に結紮糸がくいこみ、後に狭窄を生じた例などを経験している。また、吻合部狭窄はほとんどが癒着性狭窄であり吻合に際して胆管粘膜と消化管粘膜がスムーズに移行するような慎重な吻合が望まれる。遺残胆のう管は5例と比較的によく経験したが、いずれも切除のみで良好な結果を得た。以上の症例は、いずれも初回手術時の外科医の手技に責任があると考えねばならない。3の不十分な手術は、結石遺残のまま手術を終了したものが3例。胆のう切開、結石摘出のみを行つて手術を終了したものが3例と計6例である。4は手術材料に問題のある例で、術中使用された太い絹糸を核として結石再発をみたものが3例、吻合部に留置されたゴム管を核として結石の生じた1例がある。胆管粘膜の縫合に際しては、カットグットなどの

図 1



溶解性縫合糸の使用が必要であろうし、吻合部のドレイン留置には慎重な注意が望ましい。

さて以上1から4までの原因は、いずれも初回手術とかなり明確な因果関係があり、初回手術時に充分な全胆道系の精査、正しい手術適応と慎重な手術操作などにより、解決が可能であると考えられる。

しかし5の結石再発と、6の総胆管拡張、乳頭部狭窄は、今後検討されなければならない問題を含んでいると考える。結石再発の症例を具体的にあげると、本症例は胆のう胆管結石の診断で当センターにおいて初回手術を施行した。胆切除後、総胆管切開載石を行い、胆道鏡、術中造影により胆道内遺残結石のないのを確認しTチューブによるドレナージを行って手術を終了している。図1のAは術後Tチューブよりの造影で遺残結石なく、総胆管末端は粗糙型を呈しているが、造影剤の排出は良好である。本症例はしかるに、1年後大きな総胆管結石の再発をきたしている(図1、B)。結石再発3例はいずれも同様な症例であつた。また、総胆管拡張、乳頭部狭窄の8例は、やはり初回手術時には特別に末端に異常を認めなかつたものが、末端の狭窄症状や総胆管拡張の所見を呈し、胆汁うづ滞症状の愁訴を呈したものである。これらは無石ではあつたが、この状態のまま放置すると結石再発の危険も考えられる。このような症例に対しては初回手術時に総胆管末端の性状を適確に把握し対処することが、今後の大きな問題であると考えられる。このことに対しては、術中造影、術中胆道内圧測定等により、各施設により、いろいろな努力が払われているが、未だ定説をみない現状であろう。われわれは現在、胆道末端に強い炎症性変化のある場合は、これが、やがて末端部の狭窄に進行するのではないかと考え、胆道造影、胆道鏡、胆

表 4 再手術症例の手術々式 (73例・78回)

術 式	症 例	手術死亡例
総十二指腸乳頭形成術	30	1
胆管十二指腸吻合術	7	0
胆管空腸吻合術	8	0
肝門総胆管吻合術 (空腸吻合または腸造瘻)	5	0
胆管成形術	2	0
胆管結石摘出術	2	0
+ドレナージ	7	0
遺残胆管切除	5	0
肝 乳頭形成術	2	
胆切 胆管十二指腸吻合術	1	
除 Longmire	3	7
	1	0
その他	5	0
計	78	1

道内圧などの諸検査を総合して判断している。そして適応のあると考えた症例には、乳頭形成術などの附加手術を施行している。

3. 外科的治療

a) 手術術式とその選択

再手術症例の手術術式は当然、その病態により複雑多岐にわたることが多い。われわれの再手術症例に対する手術は、73例に対し78回の手術を施行し、手術死亡例は1例である(表4)。術式別には乳頭形成術が最も多く、30例を数えている。これは再手術症例には、とくに総胆管の拡張の著しいもの、胆道末端に狭窄や炎症性変化の強いものが多いこともあるが、再手術の場合、これ以上愁訴をのこさず、社会復帰ができるように考えること、また、肝十二指腸韧带附近に癒着が高度である場合は、直ちに十二指腸を切開して施行できることなども一因となつていると考えられる。総胆管をさわらずに乳頭形成術を施行した場合は、載石は乳頭切開口より行い、肝内などのものも胆道鏡を用いて取り出している。

さて、ここで最も数の多い胆道有石例に対する手術術式について述べてみたい(表5)。表に示すように総胆管結石28例、肝内結石17例があるが、総胆管結石例についてみると乳頭形成術を施行した症例は上述のような理由で18例と最も多い。総胆管結石載石後、一次的に総胆管を縫合閉鎖した症例は2例で、これらは、いずれも孤立性のコ系石で、総胆管に炎症所見なく、ドレナージの必要性を認めなかつたものである。少しでも胆管内に炎症所見のある場合は当然Tチューブによるドレナージを行つているが、この症例が5例である。Tチューブによる一時的なドレナージでなく、永久的にドレナージが必要と認めた症例には前述の乳頭形成術を主として施行しているが、その他に胆管十二指腸吻合術を3例に施行

表5 胆道有石例に対する再手術術式

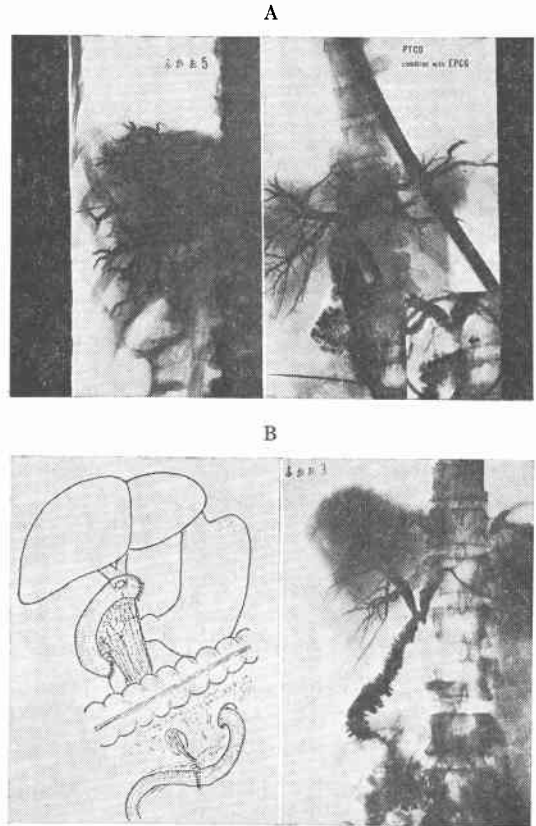
		術式	例数	
総胆管結石 28例	結石摘出	+乳頭形成術	18	
		+胆管・十二指腸吻合術	3	
		+Tチューブ	5	
		一次閉鎖	2	
肝内結石 17例	肝切除	+乳頭形成術	2	
		+胆管・十二指腸吻合術	1	
		+Longmire手術	3	
	結石摘出			1
		+乳頭形成術	4	
		+胆管・空腸吻合術	2	
		+肝門部空腸吻合術	1	
	+肝門部狭窄部成形・乳頭形成	1		
	+Tチューブ	2		

している。

つぎに肝内結石17例に対しての術式をのべる。肝内結石は最もその病態が複雑であり、術式も、それらに応じて種々のものが施行されている。本疾患に対するわれわれの手術方針は、結石のできる限りの除去と胆汁のスムーズな排出をはかるような附加手術を行うことである。肝切除は7例に行われているが、いずれも左肝内胆管の狭窄を伴ったのう腫状結石例である。そのみで結石除去の不完全なものには Longmire 手術を附加している。胆汁ドレナージに関しては、肝門部空腸端側吻合、総胆管空腸側々吻合、乳頭形成術などを症例に応じて施行している。乳頭形成術を施行する場合、肝内胆管に狭窄のないことが1つの条件で、上部に狭窄が存在する場合は、末端を開放することにより上行性感染の原因となりうると考えられる。本疾患には、時により外科治療の限界を越えると思われるような症例もあり、今後に大きな問題をのこしていると考ええる。

胆管狭窄、胆管消化管吻合部狭窄に対しては、肝門部空腸吻合、胆管空腸吻合、胆管成形術などが施行されている。胆管狭窄の場合、狭窄部の上下の胆管が充分分離されて、胆管どうしの吻合が可能な場合には、狭窄部を切除し胆管成形術を施行している。しかしこのような例は比較的少なく、多くの症例には、狭窄部の上部で胆管消化管吻合が行われている。この場合、なるべく Blind pouch を残さないよう、胆管空腸側々吻合でなしに、胆管を横切して端側吻合とするのを原則としている。さらにわれわれは最も生理的な胆汁排出経路を考えて、肝門部十二指腸間空腸有茎移植術を試み良好な結

図 2



果を得ている。通常胆道再建の場合、空腸は Roux 式に挙上されるが、本術式では、約30cmの空腸有茎移植片を作成し、肝門部においては端側の胆管空腸吻合、十二指腸では、やはり端側の空腸十二指腸吻合を行う。有茎移植片はトライツ靭帯より30cm位肛門側で採取し、残存の空腸は端々吻合で吻合する(図2、B)。本術式を施行した症例を供覧すると、症例は某医にて胆石症の診断で胆膵術施行の際、胆管損傷をうけ胆管閉塞をきたした例である。来院時には高度の閉塞性黄疸がつづいたため、全身状態も不良で、このためまず経皮胆管造影に引きつぎ経皮胆管ドレナージを施行した。経皮胆管造影では肝内胆管の高度拡張と肝門部に閉塞がみられるが詳細は不明である(図2、Aの左)。ドレナージ後、経皮チューブよりの造影と内視鏡的胆道造影(EPDG)により病変部を、はさみうちにする、肝門部に良性的狭窄像がはつきりと確認された(図2Aの右)。経皮ドレナージ後、2週間で黄疸は正常化したので、肝門部十二指腸間

空腸有茎移植術を施行した。図2, Bの右は術後経皮チューブよりの造影で、胆管の拡張は改善され、造影剤はスムーズに十二指腸内に流入している。

本例の如く長期間閉塞性黄疸が持続し、全身状態の悪化している症例は、根治術を直ちに施行することは極めて困難である。このような症例には、経皮胆管ドレナージにより黄疸軽減ののち、充分再建法を考慮の上、根治術を施行すべきであると考える。

b) 予後および再手術例の検討

再手術例73例のうち、手術死亡1例を除いた72例の予後を見ると、良好59例、愁訴を有するが正常の生活を営めるもの5例、予後不良は8例であつた(表6)。不良例8例のうち2例は死亡し、4例に再手術を施行してい

表6 再手術症例の予後

術式	症例	良好	愁訴	不良(死亡)	再手術
経十二指腸乳頭形成術	27	25	1	1 (1)	
胆管十二指腸吻合術	7	5	1	1	1 → 総胆管の腫出し → 死亡 (合併症)
胆管空腸吻合術	8	5	0	3 (1)	2 → 肝門部空腸吻合術 → 不良 1 → 乳頭成形術 → 良好
肝門部空腸吻合術	2	1	0	1	
肝切除 + 胆道ドレーナージ術	6	4	1	1	
胆管成形術	2	1	0	1	1 → 乳頭成形術 → 良好
胆管結石摘出術	9	9	0	0	
遠残胆管切除	5	5	0	0	
その他	6	4	2	0	
計	72	59	5	8 (2)	

る。死亡した2例は、乳頭部狭窄に対して、乳頭形成術施行後、腹腔内膿瘍のため栄養障害と全身衰弱で死亡した1例と、胆管狭窄で胆管空腸吻合術後、腎不全が発生して死亡した1例である。

再々手術は4例であり、1例は総胆管のう腫に対し、再手術として、のう腫と十二指腸の側々吻合が行われたが、胆汁ウツ滞および胆管炎症状が寛解せず、再々手術として、総胆管のう腫摘出、胆管空腸端側吻合術を行っている。胆管空腸吻合術を施行した症例中、2例に再々手術が施行されているが、1例は胆管狭窄で胆管空腸端側吻合が行われたが、その部が吻合部狭窄となり、再々手術として、更に肝門部で肝門部空腸吻合を行ったものである。この症例は、この吻合が再び狭窄となり予後不良である。他の1例は肝内結石例で、肝門部胆管と空腸の大きな側々吻合を施行したが、吻合部はよく開存しているにも拘らず、Blind pouch となつた胆管に胆汁がうつつ滞し、胆管炎症状がとれなかつた例である(図3, A)。再々手術として乳頭形成術を施行したところ胆汁う

図 3

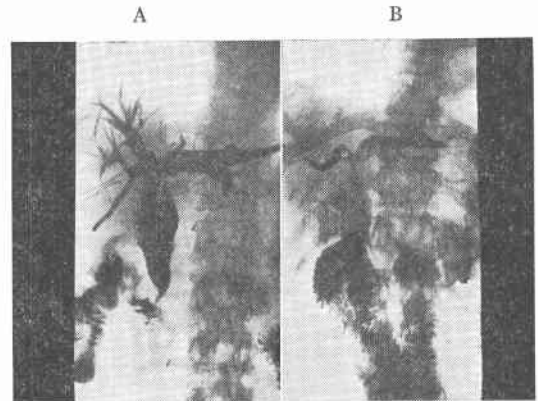
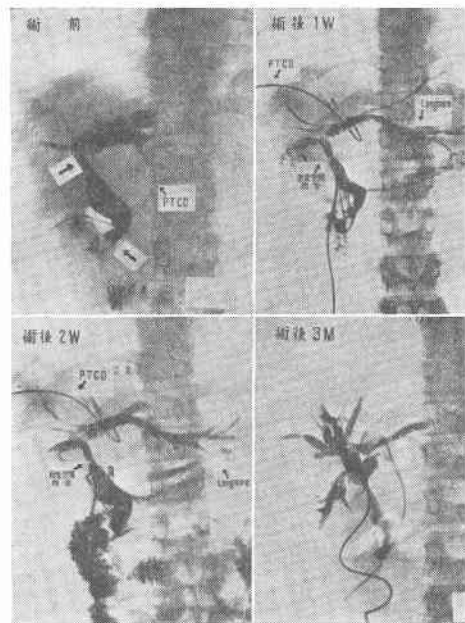


図 4



つ滞は全くなくなり良好な経過をたどつている(図3, B)。最後の1例は胆管狭窄に胆管成形術を施行した例であるが、胆管成形を行った部には異常を認めなかつたが、乳頭部末端に狭窄病状をきたしたため、乳頭形成術を附加したものである。予後不良例のうち、再々手術を行っていない2例についてみると、いずれも肝内結石例で、1例は肝門部空腸端側吻合部の狭窄例である。1例は外科的治療では解決困難と思われる症例で、図4にみる如く、術前の造影では、のう腫様左肝内結石と、肝門部および胆道末端に狭窄(矢印)を認めた。経皮胆

管ドレナージ施行後、手術を施行した。手術は左肝葉部分切除後、Roux 式に挙上した空腸で、左肝と Longmire の吻合、さらにその肛門側で、狭窄部を開いた肝門部胆管と大きな側々吻合を施行した。この際、右肝内にもこのよう様肝内結石をみとめ、吻合部を通じてドレナージチューブを肝内に留置している。術後 1 W および 2 W 後の造影では、造影剤の排出も良好であったが、術後 3 カ月後の造影では、各吻合部は再狭窄となり、経皮チューブおよび右肝内に留置したチューブでわずかに胆汁排出を行っている(図 4)。このような症例は何回手術を行っても全治は困難と思われ、今後に大きな問題を残していると考えられる。

4. 考 案

以上自験例を中心として、再手術の問題点につき述べてきたが、ここでは初回手術時における諸問題と、再手術の術式の問題、および両者に関係する乳頭形成術につき述べてみたい。再手術症例の大部分が胆道有石例、すなわち結石の遺残乃至再発であることは、周知のとおりであるが、この二者をはつきりと区別するのは困難なことが多い。結石を遺残とする理由は既に 2 の項で述べたので省略するが、結石再発と決定する場合は、われわれは、初回手術時に胆道造影、胆道鏡などで結石遺残のないことを確認されている場合、絹糸その他手術時の材料が核となつている結石の場合に限っている。遺残と再発をくらべた場合、遺残結石が非常に多いことは、初回手術時の検査に大いに問題があろう。肝内結石症が再手術症例に圧倒的に多いこともこれを裏づけている⁴⁾。この意味で術中胆道造影は、胆道系の手術に際してはルチンに施行されるべき最も基礎的な検査であらう。しかし術中胆道造影のみでは結石の見逃しや、誤認も時にあり、やはり術中胆道鏡の併用を推奨したい。現在われわれの使用している胆道ファイバースコープでは肝内第三分岐部まで観察可能であるし、肝内の結石も肝内胆管に狭窄のない場合は摘出可能で、結石遺残を防ぐのに大いに役立つ⁵⁾⁶⁾。一方 EPCG や PTC などの術前の胆道直接造影法も忘れてはならない検査で、少なくとも総胆管に異常の考えられる症例には術前できるだけ正確な情報を得ておくことが必要である。胆道系手術では、疾患の種類によっては、種々の手術器械や材料、多くの人手を必要とするので、複雑な手術程、予定手術として術式の選択その他を充分考えておかなければならないと考える。

さて、初回手術における最も問題のある分野は胆道末

端の評価であらう。現在明らかに乳頭部狭窄の存在する症例に対しては、乳頭形成術その他の胆道ドレナージ手術を附加するのは当然であるが、現在、胆管拡張や末端に炎症性所見があるにも拘らず、それほど胆汁の流出障害のみられない症例に対する手術適応が最も今後の問題点であると思われる。これは乳頭形成術に対する適応の問題でもあるので、ここでわれわれの乳頭形成術に対する考え方に触れてみたいと思う。われわれの行っている乳頭形成術は、乳頭および胆道末端の括約筋を 3 cm 位完全に切離し、胆道末端において胆管空腸吻合を行う訳で、その意味では最も生理的なドレナージ手術と考えられる。適応としては、1. 乳頭部に狭窄性変化のある場合、2. 膨大部嵌頓結石、3. 胆管内に胆砂胆泥、結石などの残っているもの、4. 肝内胆管に狭窄のない肝内結石などを最初の適応としている。それ以外では先に述べた総胆管末端の評価により適応を決めているが、この場合、胆管径が 1.5 cm 以上拡張しているもの。末端の X 線像が粗糙型、針状型であるもの、胆道鏡、胆道内圧などで異常のあるもの、などの所見を総合して適応を決定している⁷⁾。本術式は手術手技にやや熟練が要求されるが、手術危険性の少ないこと、術後愁訴を訴える症例の極めて少ないことから今後充分に活用される術式と考えている。

つぎに再手術症例に対する手術について考えてみたい。再手術にあつては、良性疾患である以上、完全に術後愁訴や再々手術を行わないですむよう外科医の慎重な取扱いが必要である。再手術後の不良例や、再々手術症例を検討すると、ほとんどが胆汁流出障害に基づく胆管炎症状であり、胆道再建にあつては最も胆汁がスムーズに流出するように考慮を払う必要がある。われわれが Blind-Pouch をつくらずできるだけ胆汁の生理的な一方通行を心掛けているのもその理由からである。また、吻合にあつては粘膜の接合を充分考えて、吻合部材料などを工夫する必要がある。とくに肝門部空腸吻合で狭窄を生じたような例には再手術の道がなく、外科医の手技の熟練も大いに望まれるところである。この肝門部における吻合部狭窄と同時に肝内結石症も再手術症例中には高率に発見され、この疾患の根治手術も大きな問題点であらう。最後に黄疸を有する症例に対しては決して根治手術を急がず、経皮的胆管ドレナージを施行して、黄疸の改善を待ち、手術を行って好成绩をあげているので⁸⁾、本手技の有用性を強調したい。

5. 結 語

以上、われわれの経験した再手術症例73例を分析して、初回手術時における問題点、再手術時における問題点につき述べ、併せて、われわれの現在いただいている術前、術中検査、および手術術式に対する考え方につき論述した。

文 献

- 1) 三宅 博他：胆のう胆道疾患の再手術例の検討，外科治療，7，8，962，1965.
- 2) 宮崎逸夫他：胆石術後愁訴の問題点．外科治療，25，2，1971.
- 3) 代田明郎他：胆石症手術死亡例の検討，外科治療，21，1，45，1969.
- 4) 浜野恭一：胆道系良性疾患の外科的治療，新しい消化器病の臨床，460，金原出版，1974.
- 5) 中村光司他：胆道ファイバースコープ検査，Gastroenterological Endoscopy 14，382，1972.
- 6) 羽生富士夫他：術中胆道精査法，医学のあゆみ，86，9，661，1971.
- 7) 羽生富士夫，浜野恭一他：乳頭形成術の問題点．外科，35，1309，1973.
- 8) 羽生富士夫，他：重症閉塞性黄疸に対するわれわれの治療方針，日消外会，8，2，59，1975.