

笠雲と富士山
撮影 副院長 澁谷 祐一



CONTENTS

- ② 認定看護師を紹介します
- ④ 救命救急センターのニッチな取り組み
- ⑤ 研修医奨励賞を受賞しました！
- ⑥ 第24回内科症例報告会
- ⑧ 第31回外科グループ手術症例検討会
- ⑩ 形成外科 - 患者さんを“きれい”にしたい -
- ⑫ 栄養局-がん病態栄養専門管理栄養士として-/information

Certified
Nurse

— スペシャリスト —

認定看護師を 紹介します



がん性疼痛看護認定看護師
みょうじん ゆき
明神 友紀

日本看護協会認定看護師とは

日本看護協会が定めた専門教育課程を修了し、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて水準の高い看護実践ができると認められた看護師です。日本看護協会は認定看護師の役割を次のように定めています。

- ①実践：特定の看護分野において、個人、家族および集団に対し、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する
- ②指導：特定の看護分野において、看護実践を通して看護者に対し指導を行う
- ③相談：特定の看護分野において、看護者に対しコンサルテーションを行う

日本精神科看護協会認定看護師とは

日本精神科看護協会が定めた教育課程を修了し、精神科の看護領域においてすぐれた看護技術と知識を用いて質の高い看護を実践することができると認められた看護師です。日本精神科看護協会は認定看護師の役割を次のように定めています。

- ①実践：すぐれた看護実践能力を用いて、質の高い精神科看護を実践すること
- ②相談：精神科看護に関する相談に応じること
- ③指導：精神科看護に関する指導を行うこと
- ④知識の発展：精神科看護に関する知識の発展に貢献すること



皮膚・排泄ケア

皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCN)は「創傷ケア」「ストーマケア」「失禁ケア」と「スキンケア」を専門分野としています。当院では、3名のWOCNが褥瘡管理や看護外来として『ストーマ外来』を担当するなど組織横断的に活動しています。また他施設から勉強会などの依頼を受けて出張講義も実施しています。

『ストーマ外来』とは、ストーマ保有者(消化管、尿路、小児)を長期的にサポートするための看護専門外来です。近年、大腸癌は増加しており永久ストーマのみならず、肛門温存に伴う一時的ストーマ造設も増えています。ストーマケアは排泄という人の尊厳に関わるケアであり、ストーマ用品は改良が重ねられています。ストーマ装具による管理が必要なことには変わりはありません。『ストーマ外来』では、WOCNがストーマ造設となる可能性がある患者さんや家族の方には、不安の軽減や手術の準備性を高めるためにオリエンテーションを実施しています。短い入院生活中にストーマケアを練習し、訪問看護師や施設看護師とも連携しつつ、退院後の日常生活を順調に営める



かたおか かおる
片岡 薫



もとやま まい
本山 舞

ようにサポートしています。手術後長期経過し活動性や体形・生活環境の変化、ストーマ合併症による排泄物の漏れやスキントラブルに対してケア方法・装具の変更など電話相談や臨時外来対応しフォローしています。また、当院で手術をされた方以外でも受け入れをしています。

今後は同行訪問や施設訪問など活動の範囲を拡大していきたいと考えています。



当院には、16分野20名(2名休職中)の日本看護協会認定看護師と日本精神科看護協会認定看護師が在籍し、それぞれの看護分野を中心に専門知識と技術を用いて、組織横断的に活動を展開しています。毎月の連絡会で認定看護師同士の横の繋がりを密にし、“認定看護師の豆知識”として院内職員向けのリーフレットを発行しています。

また、高知県看護協会や他施設への講義や演習などをはじめとして、当院のみならず、高知県の看護ケアの質向上に貢献してきたいと考えています。

今回は一部分野の認定看護師の取組みを紹介します。



救急看護

救急看護の目的は『命を救い生活を支える』ことです。そのため、救急看護認定看護師として院内の救急看護の質向上と地域連携に向けた取組みを大切にしています。

これまででは、「急変対応」というと心肺蘇生のイメージが強く、研修も多く行ってきました。しかし、心肺停止になってからの救命は極めて難しいことから、最近では「急変の予兆に気づく力」こそが救命の鍵を握ると言われています。「急変の予兆に気づく力」は、病院スタッフは当然のことですが、介護施設や在宅医療現場で働く看護職・介護職の皆さまにも必要な力になります。こうした「急変の予兆に気づく力」を向上させるための研修や急変事例の振り返りを通して、院内の救急看護の質向上を目指しています。

また救急看護は救命だけでなく、地域で暮らす方々の生活を支える視点も重要であると考えています。そのため、令和元年からは救急車やドクターヘリで当院に搬送された患者さんに対する帰宅支援も行っています。この取組みは救急外来を受診後、入院せずに帰宅が決定したものの、ADLの低下や認知機能に懸念がある



いとう けいすけ
伊藤 敬介



おおあさ やすゆき
大麻 康之

状態で生活を送る患者さんへの社会的支援の拡充や重症化予防を目的に、救急外来スタッフ、医療ソーシャルワーカー、地域の専門職の方々と多職種間連携を通して、地域で安心して生活ができるようにサポートをするものです。

国が推進する地域包括ケアの時代に向けて、救急看護領域でも地域と連携しながら貢献していきたいと考えています。

地域の病院や介護現場で、「急変対応」や「急変の予兆に気づく力」についてお困りのことがありましたら気軽にご相談ください。



不妊症看護

不妊の問題を抱えたカップルとそのご家族に、生殖医療に関する情報提供、さまざまな治療の選択・決断への支援や心のケアを行っています。

初めて体外受精に臨まれる方には、治療の内容や流れ、当日の処置の説明だけでなく、心身の負担を軽減することを目的とした説明会を随時開催しています。将来妊娠を望んでいる方には、「妊よう性(妊娠のしやすさ)」を知っていただき、生活習慣の見直し(喫煙、過度のアルコールやカフェインの摂取、肥満、運動不足などの回避)を提案し、治療や妊娠しやすい身体づくりを理解していただくことも私たちの役割と考えています。また妊娠を望んでも、流産・不育を経験された方が、容易に相談することができず、辛い思いをしている方もいらっしゃいます。治療希望の有無にかかわらず、高知県不妊専門相談センター「ここから相談室」を通じて、電話・面接相談を利用いただくことができます。相談したことで、少しでも心が楽になり穏やかになることができるケアを目指しています。



「ここから相談室」
はこちらから▲



せき まさよ
関 正節



たぶち よしえ
田淵 良枝

近年のがん治療において、若年がんの患者さんの妊よう性温存は重要とされています。治療の選択や意思決定支援・心のケアを行い、がん治療の主治医や生殖医療科の医師・がん看護専門看護師などと連携して全体的なケアが提供できるようにしています。

生殖をめぐる医療・看護は多様化しており、看護職を対象とした学習会や事例検討も行っています。

妊娠を望んでいる多くのカップルから「高齢出産」「胚凍結保存」「がんにおける妊よう性温存」「不育症」などの相談に、多職種間で連携を図り事例にあった看護によりサポートしていきたいと思っています。





救命救急科の表彰

～救命救急センターのニッチな取り組み～

救命救急センター長 さいさか ゆういち 齋坂 雄一



令和3年度の当院救命救急センター実績は、救急車受入れ3,483件、ドクターヘリの出動件数は628件、FMRC(エフマーク)出動件数は120件、総来院患者数は9,428人でした。

救急外来では昼間は救命救急科医師が初期対応していますが、夜間ホットラインは1/3を救命救急科が対応しています。また救急外来看護師は40名弱で内視鏡やカテ室等の中央診療と同一部署として運用しており、2交代制になっています。

そのような日々の中で患者さんに最も多くの救急対応をした医師・看護師を調べた結果、以下の2名が飛び抜けて多いことが判明したため、その結果を表彰しました。偶然の結果とはいえ、忙しい中でもより忙しく救急患者さんの対応をした職員です。今年度も期待していますので、よろしくお願いします！



救命救急科専攻医
ふりはた た え こ
降幡 多栄子

このたびは大変励みになる賞をいただきました。初期研修医時代に、当院の救命救急科での研修をきっかけに救急診療に興味を持ち、昨年から救命救急科の専攻医となりました。専攻医となってからは日々、熱心な指導医の先生方、救急外来看護師の方々、また他職種の方々にご指導いただきながら、あっという間の一年が過ぎ去りました。

救命救急科では幅広い診療科の協力体制の下、急性期病院の入り口を担う科として救急外来での診療に加え、ドクターヘリやドクターカー(FMRC)での病院前診療や病棟での入院管理も行っています。特に病院前診療は、当科の特徴のひとつでもあります。

教育面では、毎月ローテーション勤務でやってくる初期研修医の先生とともに超音波検査の練習、外傷診療や手技のシミュレーション、救急外来で役立つ勉強会や平日朝には毎日カンファレンスを行い、症例の振り返りなどを行っています。将来どの科へ進んでも必ず発生する患者さんの急変時への対応に強くなりたいと、互いに切磋琢磨しています。

今年は救命救急科に、新たに3名の専攻医が加わりました。救急外来にまた新しい風を吹かせてくれることと思います。私自身も彼らに負けなように、救急搬送されてくる患者さんに寄り添えるような診療に努めていきます。



救命救急センター看護師
はまむら はる な
濱村 春菜

この度はたいへん励みになる賞をいただき、ありがとうございます。

令和3年にICUから救急外来へ配属となりました。初療という分野に関しては経験がなく不安も大きかったですが、医師の方や看護師の諸先輩方にご指導いただき、さまざまな症例の経験を積むことで、この賞を受賞できたと思っています。

救急外来では軽症者から重症者まで幅広く対応しています。患者さん本人だけでなく、そのご家族も大きな不安を抱えている状況だと思います。時間的制約がある状況下で救命が優先される現場ではありますが、不安を抱える患者さん・ご家族が安心して治療が受けられるよう、環境調整や意思決定支援などを大切に行っていきたいと考えています。

また、救急外来を受診される患者さんのなかには入院とならず、帰宅となる場合があります。その場合、高齢者を中心に「こんなにしんどいのに家に帰って大丈夫かな?」「家に帰ってもひとりなので不安」などさまざまな思いを抱えている方もいらっしゃいます。そこで当院の救急外来では、帰宅後も安心して生活を送っていただけるよう『帰宅支援』に取り組んでおり、患者さん・ご家族の意向を伺い、より良い支援が受けられるよう介入しています。当院のソーシャルワーカーを通して、地域全体でサポートできる体制を整えていきますので、不安なことや困りごとがあれば、遠慮なく看護師に相談いただけるようになっていきます。

これからも患者さんに寄り添う看護を心がけていきたいと思っています。

7/1
着任

新任医師のご紹介

New face Introduction

救急救命科副医長 ひぐち しんや 樋口 眞也

7月より高知赤十字病院救命診療部から着任いたしました。脳神経外科研修後10年目です。高知大学医学部附属病院救急科専門研修プログラムでの研修先として、今回は半年間の研修予定でまいりました。ドクターヘリやFMRCなどプレホスピタルの分野の鍛錬とともに、高知県の救急医療により貢献できるよう頑張りたいと考えています。どうぞよろしくお願いいたします。



第120回日本循環器学会

中国・四国合同地方会

研修医奨励賞を受賞しました!!



初期臨床研修医

いわさき なぎさ
岩崎 風沙

令和4年5月28日・29日に広島県で開催されました「第120回日本循環器学会中国・四国合同地方会」にて研修医奨励賞を受賞いたしましたのでご報告させていただきます。

今回発表した演題は、『局所的カテーテル血栓溶解療法が著効し、良好な経過を辿ったPaget-Shrotter症候群の1例』です。

Paget-Shrotter症候群とは、静脈性胸郭出口症候群に血栓形成を伴った病態です。鎖骨下静脈と第1肋骨の空隙が過度な活動によって狭小化し、結果的に慢性的な血流障害が生じて血栓形成を来すと言われています。Paget-Shrotter症候群の治療には抗凝固療法・血栓溶解療法・肋骨切除術・カテーテルインターベンションがありますが、今回は若年女性のPaget-Shrotter症候群に対して早期治療を目指して局所的カテーテル血栓溶解療法を施行しました。ファウンテンイ



ソフュージョンシステムというカテーテルを血栓部に留置し、無数の側孔からウロキナーゼを血栓部に直接噴霧することで早期に血栓を溶解することができました。治療後の後遺症もなく経過し、早期の職場復帰も可能となりました。

学会への参加により、日々更新される最新の医療をいち早く察知することができました。学んだ知識は日々の診療において患者さんに還元できればと思っております。今後も医師として成長し患者さんにより良い医療を提供できるよう、日々の診療から学会発表まで幅広く研鑽を積み続けたいと考えます。

今回の学会発表に際し、当院循環器内科の尾原先生、吉村先生をはじめとする諸先生方に熱心にご指導いただき心より感謝申し上げます。



◆ お祝いのメッセージ ◆



循環器内科副医長

よしむら ゆき
吉村 由紀

5月に広島県で開催されました「第120回日本循環器学会中国・四国合同地方会」の研修医セッションで、当院研修医の岩崎風沙医師が研修医奨励賞を受賞しました。演題名は『局所的カテーテル血栓溶解療法が著効し、良好な経過を辿ったPaget-Shrotter症候群の1例』で、カテーテルでの局所療法が著効し、早期の社会復帰が可能となった若年性鎖骨下静脈血栓症の症例報告を行いました。近年、COVID-19感染に伴う行動制限のため学会会場での発表の機会が激減し、岩崎医師も今回が初めての学会発表でした。発表用スライドの作成も初めてとのことでしたが、何度も考察と修正を行い発表当日には非常にまとまった内容となりました。学会当日も発表後の質疑応答を含め、初めてとは思えない堂々とした素晴らしい発表でした。現在は、この症例報告を論文として発表する準備中です。今回の受賞を契機とし、今後も積極的に学会発表や論文発表を行ってほしいと思います。



8/1
着任

新任医師のご紹介

New face Introduction 総合診療科医長 谷口 亜裕子

高知大学医学部附属病院血液内科で勤務後、8月に着任しました。高知県の公衆衛生医師業務にも従事しています。行政と臨床の立場で医療に携わることのできる貴重な機会をいただき、心より感謝申し上げます。総合診療科では血液内科の経験を活かしつつ、広く一般内科診療や地域医療の経験を重ね、高知県民の健康と医療に少しでも貢献できるよう頑張りたいと思います。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。



第24回 内科症例報告会

集学診療部長 糖尿病・内分泌内科長 すがの ひさし 菅野 尚



令和4年2月に続き、7月14日(木)19時より第24回内科症例報告会をZoomにてWeb開催いたしました。新型コロナウイルス感染症第7波の真ただ中で、ご多忙中にもかかわらず、たくさんの先生方にご参加いただき誠にありがとうございました。Web開催ですと遠方の先生方にも参加していただけるというメリットがある反面、質問をしづらい、挨拶をしたり、ゆっくりと親睦を深めることができない、などの課題があります。今後はウイズコロナもしくはポストコロナを見据え、会場とWebのハイブリッド形式で行えるよう調整していきたいと思います。

今回も、ご紹介いただいた症例のなかから5つの演題を発表しましたが、このなかには当院でしか対応できない症例も含まれていました。

いろいろな症例をご紹介いただき、誠にありがとうございました。今後もこのような報告会を開催し、少しでもフィードバックしていきたいと思います。引き続き高知医療センター内科グループをよろしくお願い申し上げます。

仙骨部病変による神経症状を呈した バーキットリンパ腫の1例

血液内科・輸血科専攻医 いのうえ ゆうすけ 井上 湧介 担当医[おか さとし 岡 聡司]



44歳男性。令和4年3月上旬から無痛性右頸部腫瘍を自覚、様子見していたが腫瘍の縮小傾向なく近医受診し、4月15日当院血液内科紹介受診、当院来院時より右頸部腫瘍に加え両側臀部から下肢にかけてしびれの訴えを認めた。悪性リンパ腫疑いとして外来にて待機的に頸部リンパ節生検の方針とし一旦帰宅とするも、臀部のしびれの増悪および肛門部の感覚鈍麻を自覚し4月18日当院救急外来受診。腰椎MRIにて仙椎に腫瘍性病変を認めた。臀部のしびれなどの症状は仙椎腫瘍性病変による神経圧迫症状と判断し、緊急で放射線照射の方針として入院と

した。入院にて頸部リンパ節生検を行いつつステロイド投与、放射線照射による治療を開始したところ、しびれの症状などは改善傾向となった。頸部リンパ節病変の生検検体の病理組織検査およびFISH検査からバーキットリンパ腫の診断となった。抗癌剤随注併用用量調整EPOCH-R療法も行い2コース終了時点で完全奏効した。悪性リンパ腫が疑われる患者がしびれなどの神経症状を訴えた際には、リンパ腫病変による神経圧迫症状を鑑別にあげる必要がある。

ダブルバルーン小腸内視鏡検査にて 確認された小腸出血の1例

消化器内科専攻医 かわむら ゆうと 川村 祐人 担当医[おかもと のぶと 岡本 宣人]



60歳代女性。3日前からの立ちくらみ、動悸、黒色便を主訴に前医を受診し、Hb6.6と貧血進行を認め上部消化管出血疑いで当科に紹介となった。既往歴として子宮頸がんに対しホルモン、放射線療法を2008年に施行。CT検査で明らかな出血源は特定できず、小腸内に石灰化病変を認めた。上下部内視鏡検査でも出血源は特定できなかった。輸血で経過を診ていたが貧血は改善せず、経肛門的にダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行する方針となった。骨盤内小腸はやや硬く挿入に時間を要し、また回腸末端より黒色便を認めた。可能な限り深部挿入したところ小潰瘍を伴う全周性の狭窄を認め、観察中に動脈性の出血があり同部位が責任病変と判断しクリップにて止血した。また透視下では内視鏡の先端付近に石灰化病変を確認できた。以上よ

り、石灰化病変が小腸狭窄部に慢性的に衝突することで潰瘍を形成し、出血に至ったと考えた。活動性の出血があるためバルーン拡張は施行せず、消化器外科に紹介し、後日小腸部分切除となった。その後、貧血進行なく経過し退院となった。病理診断では悪性腫瘍、炎症性腸疾患の所見は認めなかった。本症例では2008年の放射線治療による晩期障害で小腸狭窄を来し、狭窄部での腸内容物のうっ滞により石灰化病変、腸石が形成され、慢性的に小腸粘膜に衝突することで潰瘍を形成し出血に至ったと推測された。本症例のように上下部内視鏡検査で診断不可能な場合は、ダブルバルーン小腸内視鏡検査が出血源の特定、止血処置において有用であることが再確認された。

発熱、右頸部痛から診断に至った 橋本病急性増悪の1例

糖尿病・内分泌内科専攻医 江端 千尋



51歳女性【主訴】倦怠感、発熱、右頸部痛。【現病歴】20歳時に橋本病を発症し、チラージンS(レボチロキシン)100μg/日を内服していた。X年6月上旬に倦怠感、右頸部痛が出現した。6月中旬から37度前半～38度台の発熱が断続的に持続した。固形物の嚥下困難感が出現したため、当科受診された。【既往歴】関節リウマチ、肺梗塞症、高血圧症【初診時身体所見】甲状腺：腫大あり(横径：右約10cm、左約9cm)、弾性硬、右葉に自発痛・圧痛あり【臨床経過】血液検査では、CRP上昇、甲状腺機能正常、Tg-Ab・TPO-Ab強陽性、sIL2Rの軽度上昇を認めた。甲状腺エコーでは、右葉の著明な腫大、表面の凹凸不整、内部の低エコー域、後方エコーの増強がみられた。ガリウムシンチでは異常集積を認めなかったが、エコー所見から甲状腺悪性リンパ腫が否定できず、甲状腺右葉の組織生検を

行った。病理所見では、甲状腺実質は萎縮しているが小葉構造は保たれ、散在するリンパ濾胞がみられ橋本病として矛盾しない所見であった。巨細胞を伴う肉芽腫の形成は見られず、亜急性甲状腺炎は否定的であった。以上より橋本病急性増悪と診断し、NSAIDs定期内服にて経過観察を行った。7月下旬には自覚症状が改善傾向となり、甲状腺サイズも縮小した。また甲状腺エコーの再検でも右葉の縮小が確認できた。血液検査ではCRPも改善傾向となった。

【考察】橋本病急性増悪とは、橋本病に頸部の圧痛、発熱や炎症反応上昇などの急性炎症症状を伴う稀な疾患である。明確な診断基準が存在せず、時に他の破壊性甲状腺炎を来す疾患との鑑別が困難な場合がある。橋本病患者に甲状腺圧痛を認めた場合には、本疾患にも留意しながら診療する必要がある。

COVID-19罹患中に四肢の脱力を呈した1例

総合診療科医長 矢野 博子

50歳代男性。四肢脱力、歩行困難で前医に救急搬送され、検査でCOVID-19陽性が判明した。COVID-19のため当院転院となり精査となった。血液検査では特記すべき異常はなく、髄液検査で蛋白細胞解離を認めた(細胞数1/3、蛋白79 mg/dl)。CT、MRIでは頭蓋内病変、頸椎の異常は認められなかった。

Guillain-Barre症候群を考えたが、診断を支持する検査所見である末梢神経伝導検査と糖脂質抗体(GM1抗体、GQ1b抗体)の検査提出はCOVID-19罹患のためできなかった。しかし診断を支持する臨床所見は必須項目を満たしており、mEGOS予後スコアも7点と6か月後の独歩不能割合が30%と予後不良になることが考えられ、早期治療が必要と判断した。Guillain-Barre症候群

には免疫グロブリン静脈療法とリハビリを施行し、COVID-19は抗ウイルス薬(ニルマトレルビル・リトナビル)と不動であるため、血栓予防に抗凝固薬(ヘパリンカルシウム)を使用した。第4病日に顔面神経麻痺が出現したが、四肢は徐々に動くようになり、感染隔離解除後は本人の強い希望もありつたい歩きで退院となった。退院後の外来では自立歩行に問題はなかった。顔面神経麻痺も軽度残存するのみで発語、経口摂取にも問題はなかった。

これからはCOVID-19と共存していくが必要になってくる。COVID-19は感染の問題から検査や画像検査に制限がかかってしまうが、そのために通常の医療が停滞することや治療が遅れることがあってはならないと思っている。

リード抜去により良好な経過をたどった ペースメーカー感染の1例

循環器内科長 尾原 義和



83歳女性。当院にて平成25年に完全房室ブロックに対して永久ペースメーカー留置術を、令和3年5月に電池消耗にてペースメーカー交換術を施行した。令和4年2月頃から左下腿が腫れてきた。同年5月初旬、畑作業中に悪寒戦慄が出現し、二次救急病院に収容されるも、ペースメーカー挿入部の感染が疑われたために当院に転院となる。来院時に39度の発熱あり。左下腿腫脹と熱感及び左鎖骨下のペースメーカー留置部の発赤腫脹を認めた。血液検査では炎症反応の高値と血液培養、創部培養から黄色ブドウ球菌が検出された。左下肢蜂窩織炎及びペースメーカー創部感染の診断で、入院の上、抗生剤加療を開始した。

蜂窩織炎は抗生剤加療とともに改善するも、ペースメーカーはリードを含めた全抜去が必要と判断した。同月中旬、全身麻

酔下で経皮的リード抜去術を施行。その後は抗生剤投与を2週間継続し、血液培養陰性を確認した。リードレスペースメーカーを右心室に留置し、無事に自宅退院となった。

植え込みデバイスの重篤な合併症のひとつにデバイス感染が挙げられる。全てのデバイス感染に対してデバイス、リードの全抜去はガイドライン上ではClass Iで推奨されている。これまで高知県では経皮的リード抜去を行える施設が無く、開胸手術を行うか県外の実施可能な施設への転院を余儀なくされていた。

令和4年2月から当院でも経皮的リード抜去施行が可能となり、デバイス感染に対して積極的に治療を行っている。ペースメーカー感染は致命的であり、早期治療が肝要である。

第31回 外科グループ手術症例検討会

副院長 しぶ や ゆう いち
澁谷 祐一



大腸穿孔の鑑別診断として重要な劇症型アメーバ性大腸炎

消化器外科・一般外科副医長 くろだ えり いなだ りょう
黒田 絵理 指導医[稲田 涼]



93歳女性。発熱、右下腹部痛で前医受診。CTで腸炎の診断となり、抗生剤加療を行っていた。症状改善し復食したところ、再度発熱、腹部膨満を認めた。CT再検するとfree airを認めたため、精査加療目的に当院救急搬送となった。造影CTでは回盲部が著明に拡張し、一部盲腸壁の穿孔を来していた。盲腸穿孔、結腸壊死の診断でハルトマン手術、洗浄ドレナージを施行した。術後はDIC、敗血症性ショックに対する治療を行い、術後10日目に劇症型アメーバ性大腸炎と診断され、メトロニダゾールの経口投与を10日間行い、術後40日目に転院した。アメーバ性大腸炎はエントアメーバ・ヒストリチカの栄養型が大腸粘

膜内に侵入し、組織破壊および腸分泌の増加などを引き起こす疾患である。この内、本症例のように約3%が劇症化し、中毒性巨大結腸症、壊死、穿孔による急性腹膜炎を引き起こす。糖尿病、慢性アルコール依存症、HIVなど、特にコルチコステロイド投与による免疫抑制の状態が劇症化のリスクがあり、死亡率は65~100%と言われている。治療はメトロニダゾールが第一選択であり、治療に反応したアメーバ性大腸炎は比較的予後良好である。特に劇症型アメーバ性大腸炎に関して、生存例は早期からメトロニダゾールが使用されていることから、早期診断・治療開始が重要となる。

成人胃軸捻転症に対して内視鏡的整復術と胃壁固定術を施行した1例

消化器外科・一般外科医長 みむら なおき たかだ のぶお
三村 直毅 指導医[高田 暢夫]



ダウン症で知的障害のある33歳女性。嘔吐を主訴に前医受診され、CTで胃の通過障害を指摘され当科紹介となった。上腹部の著明な膨満を認め、CTでは胃の著明な拡張と胃幽門部が噴門部まで挙上しており同部の狭窄を認めた。以上より胃軸捻転症の診断で緊急内視鏡的整復術と胃壁固定術を施行した。内視鏡では噴門部に強い狭窄を認め、細径内視鏡も通過できない状況のためガイドワイヤーを用いてENBDチューブを使用し、まず胃内を減圧してある程度捻転を解除した後に、通常内視鏡で完全に捻転を整復した。再発予防として胃壁固定具を用いて胃壁固定を行った。処置後約1か月で嘔吐、食思不振あり内視鏡にて捻転解除部(噴門部)の潰瘍瘢痕による狭窄を認め

た。内視鏡的バルーン拡張術を計3回(処置後46日目、68日目、89日目)行った後の食事摂取は良好で、現在は元の施設へ退院して生活できている。今回胃軸捻転を来した原因は、頻回な呑気による胃拡張と考えられた。

当院でこれまでに治療した成人胃軸捻転症の7例を確認したところ、内視鏡的整復術を施行していた6例のうち2例で再発を認めた。また胃壁固定術を施行していた3例では、いずれも再発は認めなかった。成人胃軸捻転症に対して内視鏡的整復術のみでは不十分で、再発予防に胃壁固定術が有用である可能性が示唆された。

大腿動脈バイパス術後に縦隔鏡下食道亜全摘術を施行した1例

消化器外科・一般外科専攻医 さとう まほ さとう たくじ
佐藤 真歩 指導医[佐藤 琢爾]



71歳男性。肝酵素上昇の精査中に施行された内視鏡検査で食道癌を指摘され、治療目的に紹介となった。既往歴に末梢動脈疾患があり、大動脈-大腿動脈バイパス術後であった。内視鏡にて胸部上部~中部食道に0-IIa病変と、胸部下部食道に0-IIb病変を認め、CTで傍食道リンパ節と下縦隔リンパ節の腫大を認めた。食道癌cT1bN1M0cStageIIの診断となり、標準治療である「術前化学療法施行後に手術治療」の方針となった。術前にCF療法を2コース行い再度評価したところ、原発巣の縮小を認め根治手術の方針となった。当院では食道癌に対する根治切除として腹臥位での胸腔鏡下食道切除術を行うが、本症例は大動脈

-大腿動脈バイパス術後であり腹臥位になると人工血管が閉塞するため、仰臥位での縦隔鏡下食道切除術を行った。術後縫合不全を認めたが保存的に加療し自宅退院となった。

食道癌の鏡視下手術として、胸腔鏡下手術と縦隔鏡下手術がある。縦隔鏡手術は仰臥位、両肺換気で行うため、呼吸器合併症を低減することができる。しかし反回神経麻痺の発生率が高く、郭清不十分となることがありRisk-benefitを考慮して術式を決定する必要がある。

当院では高齢者、呼吸機能障害や、腹臥位をとれない症例に対して縦隔鏡下食道切除術を行っている。

日頃より患者さんのご紹介をいただきありがとうございます。令和4年8月3日に第31回外科グループ手術症例検討会を行いました。今回はご紹介いただいた症例を、消化器外科から4例、乳腺・甲状腺外科から1例、移植外科から1例を、それぞれ病理診断を交えながら経過報告いたしました。比較的稀な症例から高度進行した症例まで、いずれも診断や治療方針を皆で考えながら診療を行った症例でした。今回も新型コロナウイルス感染拡大防止のためにZoomを使ったweb開催のみとし、院内外から39名の方々にご参加いただきました。今後もwebで開催するというメリットを最大限に活かした検討会を行っていきたいと思っています。

地域の先生方からご紹介いただいた一つひとつの症例を大切に診療していきますので、今後ともよろしく願いいたします。

Subtypeの異なるstageⅣ両側同時性乳癌の治療経験

たかばたけ だいすけ
乳腺甲状腺外科長 高畠 大典



59歳女性。両側乳房腫瘍、左腋窩から鎖骨上に及ぶ著明なリンパ節転移と胸水貯留を認め、両側同時性乳癌stageⅣと診断された。近医でドセタキセルによる化学療法を導入された上で、継続治療を希望され当院への紹介受診となった。右はLuminal typeでT3N1M0 stageⅢA、左はトリプルネガティブでT2N3cM1 stageⅣ。Subtypeが異なり、薬物療法への感受性も異なると予想されたが治療経過毎に予後規定因子、症状発現状況、有害事象のバランスを考慮しつつ、治療レジメン、シーケンスを検討した。一次治療としてペバシズマブ+パクリタキセルとアナストロゾールの併用、2次治療としてエリブリンとアナストロゾール、3次治療でS-1とアナストロゾール、4次治療でEC療法とアナストロゾール、5次治療としてペムブロリズマブ+カル

ボプラチン+ゲムシタピンとフルベストラントの併用で治療を行った。

5次治療終了時点で遠隔転移は消失し、病変は局所に限局していたこと、有効なレジメンをほぼ使い切ったことを考慮し、6次治療として両側の乳房切除を行い、現在は無治療経過観察中である。本症例のように実臨床ではガイドラインの原則のみでは対応困難な症例も多く、臨床経験と薬物療法の特性を熟知した上で応用力を駆使し、個々の症例に合致した柔軟な対応が必要である。進行再発乳癌は治療困難とはいえ、有用な新規治療薬が多く登場した現在では主治医の裁量により生存期間、QOLが大きく左右される可能性があり、常に最良の患者利益を追求する姿勢が求められる。

1型糖尿病性腎不全に対する生体腎移植の1例

ほり み こう せい しぶ や ゆういち
移植外科長 堀見 孔星 指導医[澁谷 祐一]



70歳代男性。20歳代に1型糖尿病を発症しインスリンによる治療を続けていたが、糖尿病性腎症が徐々に進行し、慢性腎臓病ステージG4の段階で腎移植目的にて当院に紹介となった。1型糖尿病に伴う末期腎不全の場合、腎臓両臓器の移植が望ましく、脳死下臓器提供による臓・腎同時移植または腎移植後臓移植の治療が選択肢となり得る。

しかし、「日本臓・腎移植学会」による適応基準では60歳以下が望ましいとされているため、本症例は生体腎(単独)移植の治療方針とした。その後、慢性腎臓病ステージG5となり、生体腎移植を施行した。術後経過は良好で、血清Cr=1.1mg/dl前後、術後20日目に退院となり

現在は外来にて免疫抑制療法を継続している。また、多剤併用免疫抑制療法による耐糖能の悪化が懸念されたが、ステロイド早期離脱レジメンにより術後3か月のHbA1c=6.6%と血糖コントロールは良好であった。

臓移植は平均待機期間が約3年6か月であり、20歳以上の献腎移植施行者の平均期間が約16年2か月であることを考えると非常に短いと言える。また、臓同時移植の場合の5年臓生着率は83.2%と成績も向上しており、1型糖尿病に伴う末期腎不全患者に対しては積極的に臓移植ネットワークへの登録を勧めるべきであると思われる。

Replaced RHAを合併切除・再建したDP-CAR※の症例

さかもと しん や おかばやし たけひろ
消化器外科・一般外科副医長 坂本 真也 指導医[岡村 雄大]



81歳女性。心窩部痛と背部痛の精査目的に紹介元の医療機関を受診し、腹部エコーとCTで脾体尾部癌を認めたことから、精査加療目的に当院へ紹介された。腹腔動脈とSMA周囲神経叢への浸潤を伴う局所進行脾癌であり、術前化学療法としてGnP療法を6コース行った。腫瘍は縮小を得られ、新規遠隔転移の出現もないため根治手術の方針とした。本症例は右肝動脈がSMAから分岐する血管破格を伴っており、SMA周囲神経叢浸潤により右肝動脈が根部で浸潤を受けていた。腫瘍を根治的に切除するためには右肝動脈の根部を合併切除する必要があり、術後の肝血流を担保するために、右腎動脈を右肝動脈にバイパスする術前計画を立て、DP-CAR、SMA周囲神経叢郭清、右

肝動脈合併切除・再建(右腎動脈と端側吻合)、門脈合併切除・再建(SMV-PV端端吻合)を施行した。術後は脾液瘻があり経皮的ドレナージを要したものの軽快して術後第26病日に自宅退院した。病理組織学的にypT3 ypN1a M0、ypStageⅡBと診断され、切除断端は陰性でR0切除となっていた。局所進行脾癌に対する動脈合併切除、再建を伴う脾切除は高い合併症率が懸念されるが、R0切除を達成できれば長期予後が期待できるため、High volumeセンターを中心に実施されており近年その治療成績が報告されている。当院でも本症例において、術前より詳細に計画をたてR0切除を達成し得た。

※DP-CAR: 腹腔動脈合併尾側脾切除

患者さんを“きれい”にしたい

— 形成外科でやっているちょっとした組織移植 —

皮膚・骨格系診療部長 形成外科長 原田 浩史



形成外科は頭から足先まで、体表のほとんどの部位が治療の対象となり、いろいろな手段で傷を治すことを生業とします。見える所のケガや手術で失った組織、ひきつった傷あとなどを治すわけですから、できるだけ元の状態にしたい、創部をマスクやサングラスで隠さなくても出歩ける状態にしたいとの思いで治療を行っています。ひと昔前なら胃の手術をすればおなかに大きな傷ができるのが当たり前、やけどやケガをすればひきつった傷あとが残るのは当たり前、乳がんの手術をすれば胸がなくなるのは当たり前でしたが、全国で多くの大学病院が美容外科の看板を掲げている現代では、傷あとや変形した部位の見た目を良くする治療に対する意識もずいぶん変わってきているのではないのでしょうか。見た目って大事ですよ。

われわれの“きれい”を目指す手術では、からだの一部を創部に移植することがよくあります。今回は特別な治療ではなく日常的に行っている「見た目を良くするためのちょっとした組織移植」を紹介します。形成外科をご理解いただく一助となれば幸いです。

形成外科の組織移植と言えばマイクロサージャリーの技術を駆使して血管、神経などを吻合し皮弁や筋肉、骨などさまざまな組織を移植する血管柄付き遊離組織移植が花形で、頭頸部や四肢、陰部などの再建を行います。ちょうど50年前に初めて血管吻合を用いた組織移植が報告されてから飛躍的に進歩し、現在も次々と新しい術式が報告されていて未だ発展途上の方法です。従来であれば、ふさぐことが困難であった大きな組織欠損、骨や人工物などが露出している傷などもふさぐことができる画期的な方法です。しかし創部の閉鎖が優先されるため術後の見た目は整容的に優れているとは言えません。また手術用の顕微鏡など特別な機器、繊細な技術、トレーニングが必要でどこでも誰でもが気軽に行える手術でもありません。

一方で眼、鼻、耳、口、乳房など、形が特徴的な部位や顔、手など露出部の再建にちょっとした骨、軟骨、脂肪組織、皮膚などの自家組織を移植して見た目を良くする方法は古くから行われています。紀元前6、7世紀の古代インドでは鼻ソギの刑(!)を受けた人に対する造鼻術が行われ、現在の前額皮弁法とほぼ同様の手術であったようです。またルネサンス期のイタリアでは上腕の組織を鼻に移植する遠隔皮弁が行われ、有名な木版画が残されています。これらはいずれも顔のシンボリックな鼻を再建して見た目を良くするための手術で形成外科の始まりとも言われます(図1)。



図1

皮膚移植

傷あとが目立つ原因はさまざまですが、色や性状が周囲と異なるために目立つことは良く経験します。モグリだけど凄腕で高額な報酬を要求する外科医ブラック・ジャックは、子供の頃のやけどでハーフの友達からおしりの皮膚をもらって顔に移植した結果、目

立つ傷あとが残っていますが、修正手術で顔に適した皮膚を移植すればきれいになります。皮膚移植は手軽で行われますが、やり方次第で目立つ傷あととなることもあればきれいな傷あととなることもあります。ひとくちに皮膚といってもからだの部位によって特徴が異なるため、色や質感の似た部位から採取した皮膚がより目立たなくなります。顔面では耳後部や鎖骨部の皮膚が良い適応です(図2)。



図2

色が目立つわかりやすい例だと手掌があります。手掌に似た皮膚は足底とその周囲です。そけい部から移植した皮膚は色が目立ちますが、足から移植すると見た目がすごく良くなることがお分かりいただけると思います(図3)。

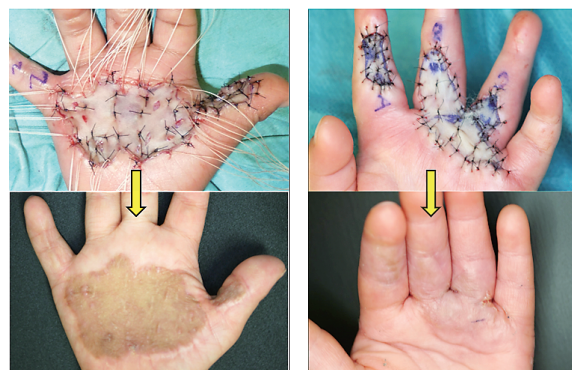


図3

そけい部から移植

足から移植

それとは逆に、色の違う皮膚を移植することで見た目を良くする方法があります。たとえば乳がん切除後の乳房再建では、失った乳輪乳頭を再建する方法のひとつに皮膚移植があります。乳頭に当たる盛り上がりを作り皮弁で作成し、ふともも付け根近くから乳輪の色調に近い色の皮膚を植皮します(図4)。



図4

ちなみに通常他人の皮膚を移植した場合、一旦生着してもいずれば脱落するのでドナーは自分か一卵性双生児の相方の皮膚限定です。Bブラック・Jックは免疫抑制剤を使っていたのかもしれませんが。

骨移植

鼻を中心とした顔面の骨折では後に鞍鼻変形(鼻根部が皿のように凹んだ状態)を残すことがあります。そういうときは腸骨を加工して移植することでシュッと鼻によりかえります(図5)。美容外科の隆鼻術と同じ方法なので多くの場合に術前に「元より高いかっこいい鼻にしてくれ」と言われます。残念ながら術後に元よりかっこ良くなったと言われたことはありません。



図5

軟骨移植

軟骨は加工がしやすく、移植して色々な部分の見た目改善に使うことができます。小さい耳には肋軟骨を耳介軟骨に似せて加工して移植します(図6)。

聴力の改善には役立たず見た目を良くする、きれいにするための手術です。



図6

眼の周囲にも軟骨移植はよく行います。下眼瞼欠損の再建では支えとして薄くしっかりした耳介軟骨が最適です(図7)。



図7

脂肪移植

乳がん手術で失われた乳房に対して乳房再建を行うことがあります。再建後に元の形や大きさとは違って左右差が目立つ場合は、脂肪移植を追加します。腹部やふとももなどから吸引した脂肪を注入することで陥凹を埋め、膨らみを作ることで良い形にすることができます(図8)。この方法はケガや病気で顔面の一部が凹んだ状態にも使用でき、簡便で効果的に見た目を改善できます。



図8

顔面移植

最後に見た目を良くするための究極の手術を紹介します。同種顔面移植、すなわち他人の顔の一部または大部分を移植する手術で、平成17年にフランスで第1例が報告されて以降、現在までに世界で約50例が報告されています。今回紹介したちょっとした組織移植とはまったく異なった手術で、日本では技術は十分でも倫理的問題があり当分実施されることはないと思いますが、未来には顔を自由に取り換えて患者さんを“きれい”にする時代が来る…かもしれません。

6/20
着任

新任医師のご紹介 New face Introduction

消化器内科副医長 福田 斯慮恵

高知県出身です。初期臨床研修を高知医療センターで修了した後、大阪で8年間消化器内科医として勤務しておりました。苦痛の少ない内視鏡検査と、患者さんにご家族に納得いただける医療を心がけて、日々頑張りますのでよろしくお願いいたします。



7/1
着任

産婦人科専攻医 難波 孝臣

現在、産婦人科専攻医として勤務しています。高知医療センターには初期研修医の時から専攻医1年目まで勤務していました。高知大学医学部附属病院や幡多けんみん病院などの他院での研修が終わり、再度高知医療センターで働けることをうれしく思います。まだまだ至らぬ点多いとは思いますが、一生懸命診療に当たりますのでよろしくお願いいたします。



8/1
着任

整形外科専攻医 政田 恭孝

卒後5年目です。これまでは岡山市立市民病院や岡山大学病院で研修を積み、8月から赴任してまいりました。不慣れな部分が多く、ご迷惑をおかけしてしまうこともあるかもしれませんが、一生懸命頑張っています。なにとぞよろしくお願いいたします。高知県での生活は初めてで、右も左もわからない状況です。おいしいご飯屋さんなどがあればぜひ教えてください。



がん病態栄養専門管理栄養士 としてのがん患者さんへの関わり



管理栄養士

さかもと 坂本 かずみ 一美



当院がんサポートセンターでは、令和2年6月から通院でがん治療をされている患者さんに管理栄養士が外来栄養食事指導を行っています。

令和4年度の診療報酬改定で、外来化学療法を実施するがん患者さんの治療において、医師の指示に基づき、専門的な知識を有する管理栄養士が具体的な献立などによって指導を行った場合に、月1回に限り260点を算定できるようになりました。今回の改定では指導時間の制限がなくなり、患者さんの状況により柔軟に対応できるようになっています。

「専門的な知識を有する管理栄養士」とは、現在のところ「がん病態栄養専門管理栄養士」を指しています。これは一般社団法人日本病態栄養学会と公益社団法人日本栄養士会が共同して平成26年度に開始した認定制度で、がんの栄養管理・栄養療法に関する実践に即した高度な知識と技術を習得し、栄養に関する専門職としてより『がん』に特化した管理栄養士の育成とチーム医療への連携強化を目的としています。5年ごとに資格更新があり、そのための学会や研修会参加による単位取得や、がん栄養管理の症例の提出などが必要です。

平成27年夏、育児休暇を終えて復帰したばかりの頃、当時の栄養局長に「この資格は絶対今取得しておいた方がいい。育児と仕事の両立は大変だけど頑張って!」と背中を押されてなんとか取得しました。病院の診療報酬に貢献する資格になったことから、当時を振り返り、大変ながらも取得しておいてよかったと思っ

ています。

がん専門管理栄養士の役割は、患者さんが治療を継続できるように栄養サポートをすることです。消化管の狭窄/閉塞、治療による食欲不振、告知による精神的ストレスなどによる食事摂取量の低下を原因とするがん関連体重減少は、通常の栄養療法で改善が期待できるとされています。化学療法の副作用によりさらに体重減少が予想されるため、栄養指導ではまず栄養状態を評価し、当院で作成した「がんに伴う食変化チェックシート」を用いて、消化器症状(嘔気、嘔吐、口内炎、下痢など)、嗜好の変化等を聴き取りし、食事内容や家族のサポートがあるかどうかを確認します。そのうえで患者さん一人ひとりの状況を踏まえて具体的な献立のアドバイスをしたり、惣菜の選び方や栄養補助食品の紹介、活動量増加に向けた日常生活上のアドバイスなどを行います。

がんサポートセンターでの栄養指導件数は、医師、看護師、薬剤師、医療秘書、医事担当の方々の協力もあって増加しています。これからの多職種と連携して患者さんが適切な栄養状態やQOLを維持しつつ、治療を継続するために一人ひとりに合わせたアドバイスを心がけていきます。



information

～ 診療予約・診療受付 ～



※イベント情報はホームページをご覧ください。

外来診療時間 午前 8:30～12:00 午後 1:00～4:30 (土・日・祝日・年末年始は休診)

一般の方から各種お問い合わせ

TEL 088-837-3000 (代)

地域医療連携通信「にじ」に関するご要望・ご意見は[renkei@khsc.or.jp]までお寄せ下さい。

にじ 2022 年秋号 (第 185 号)

発行: 令和 4 年 10 月 1 日

編集者: 地域医療連携室

発行者: 小野 憲昭

印刷: 株式会社高陽堂印刷



地域医療連携室 公式 LINE

発行元: 高知県・高知市病院企業団立

高知医療センター

〒781-8555 高知県高知市池 2125-1

TEL 088(837)3000(代)



高知医療センターホームページ
<https://www2.khsc.or.jp>