



にじ

第24回 外科グループ手術症例検討会

..... P2~7

下行結腸癌に合併したTailgut cystを腹腔鏡下に切除した1例	 P2
術前腫瘍の指摘が困難であったT1膵癌の1例	 P3
甲状腺乳頭癌を合併した肺多中心性Castleman病の1例	 P4
CRT後に根治術を施行した大動脈浸潤を伴う食道癌の1例	 P6
脾合併切除を伴う腹腔鏡下胃全摘術の経験	 P7
高知医療センター イベント情報	 P8

5

MAY 2019 Vol.163



今年も満開の桜がとてもきれいで、心を和ませてくれます。

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —

高知医療センター

第24回 外科グループ手術症例検討会

開催にあたって

いつも高知医療センターにご紹介いただきありがとうございます。われわれ外科グループ(消化器外科・一般外科、移植外科、乳腺・甲状腺外科)は年に数回、当院へご紹介いただき手術を行った患者さんの報告会を行っております。

平成31年1月24日に開催しました第24回外科グループ手術症例検討会には、院外の先生方10名、院内からは32名の方々にご参加いただきました。

移植外科 澁谷 祐一

5例の症例を発表しましたのでご報告いたします。食道から大腸まで多彩な症例報告でした。

なお、この報告会では検討症例のご希望がありましたら、できるだけ取り上げるようにいたしますのでお知らせください。

今後とも、先生方の多数のご参加をよろしくお願い申し上げますとともに、高知医療センターをよろしくお願いいたします。

症例①:下行結腸癌に合併した Tailgut cystを腹腔鏡下に切除した1例 消化器外科・一般外科 稲田 涼

【緒言】

発生学的な異常に伴う嚢胞性病変である Developmental cystは、稀少な疾患であり、仙骨前面(直腸後腔)に好発する。今回、下行結腸癌の術前精査の際に、偶発的に発見された Developmental cystの1種である Tailgut cystに対して、下行結腸癌と共に腹腔鏡下に切除した1例を経験したので報告する。

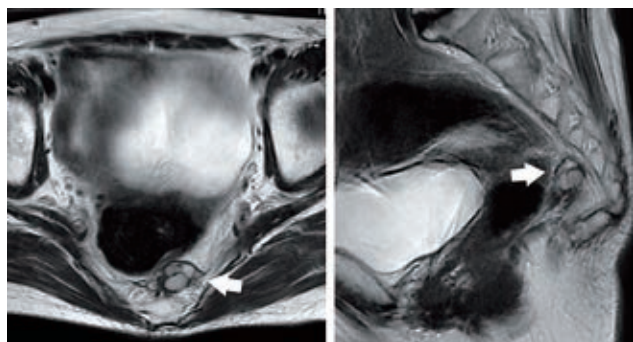
【下部消化管内視鏡検査(前医)】

下行結腸遠位部に、長径20mmの腫瘤性病変を認めたため、ポリペクトミーを施行した。

【血液検査】腫瘍マーカーを含め、異常を認めなかった(CEA 1.3 ng/mL, Ca19-9 <0.3 U/mL)。

【CT検査】下行結腸のSD移行部近傍に長径13mmの腫大リンパ節を認めた。肺や肝臓などに遠隔転移を認めなかった。仙骨前面に腫瘤性病変を認めた。

【MRI検査】仙骨前面(S4レベル)に、T2で高信号を示す境界明瞭な多房性の嚢胞性腫瘍を認めた(矢印)。



症例: 68歳 女性

【主訴】症状無し(便潜血陽性)。

【現病歴】2018年7月に検診で便潜血陽性を指摘され、前医で下部消化管内視鏡検査を行い、下行結腸に0-Ip病変を指摘された。ポリペクトミーを施行したところ、pT1b(2000μm)と診断されたため、追加切除目的で紹介受診となった。

【既往歴】なし(ASA-PS 1)。

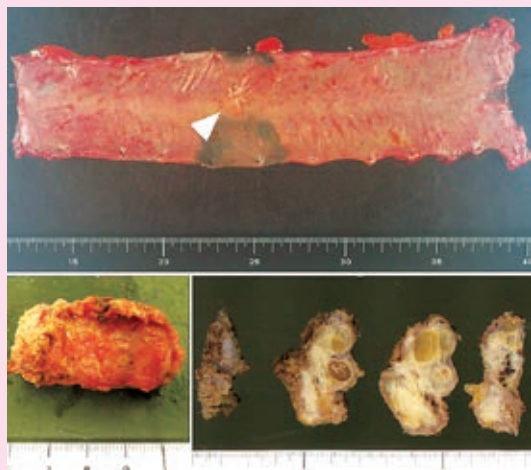
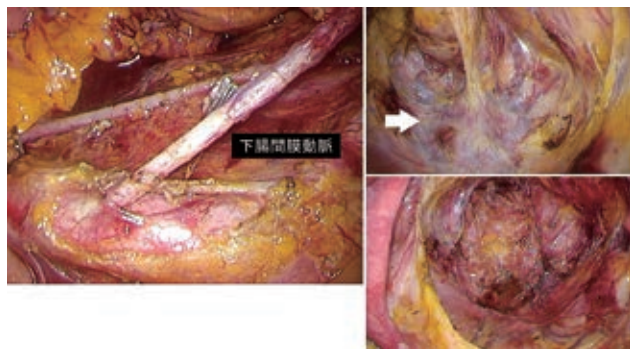
【術前診断】

下行結腸癌(D, pT1b, cN1, cM0, cStage IIIa), 仙骨前嚢胞性病変(Tailgut cyst疑い)。

【術式】

腹腔鏡下行結腸切除(D3), 仙骨前腫瘍切除術。

【手術内容】下行結腸癌に関してはSRA温存のD3郭清を行った。直腸を肛門挙筋レベルまで剥離、授動した後、仙骨前面に存在する嚢胞性病変(矢印)に対して、確実な Surgical marginを確保しながらen blocに摘出した。下行結腸を切除し、機能的端々吻合にて再建し、手術を終了した。



【手術時間】199分。

【出血量】10mL。

【病理学的所見】ポリペクトミー切除後の瘢痕部分(矢頭)には腫瘍の遺残は認めなかったが、傍結腸リンパ節(#231)に転移を認め、病理学的病期診断は、下行結腸癌(D, pT1b, pN1, pM0, pStage IIIa, Cur A)と診断された。仙骨前腫瘍は、粘液貯留を伴う多房性の嚢胞性病変であり、嚢胞の内面は異型のない重層扁平上皮などで被覆されており、Tailgut cystと診断された。悪性所見は認めなかった。

【術後経過】術後第3病日より食事を再開し、大きな合併症無く経過し、第7病日に退院となった。下行結腸癌が、pStage IIIaであったため、補助化学療法としてカペシタビン療法を開始した。現在、切除後6ヶ月経過したが、無再発生存中である。

【考察】仙骨前の腫瘍性病変は、4万人に1人の頻度で発症し、症状に乏しく、他の疾患に対して検査を行った際に偶発的に発見される症例が多いとされている。仙骨前腫瘍120例を検討した報告では、発生学的な異常に伴う病変であるDevelopmental cystが、64%と最多であり、神経由来、骨由来、その他がそれぞれ12%とされている(Jao SW, et al. Dis Colon Rectum 1985). Tailgut cystもこのDevelopmental cystの1つであり、Tailgutすなわち尾腸の遺残に伴う嚢胞性病変である。Tailgut cystの31切除例の報告では、平均年齢52歳、男性3例、女性28例と圧倒的に女性が多く、17例と半数以上に発見時の症状は認めなかった。腫瘍の平均径4.4cmであり、4例(13%)が悪性化しており、発見時には切除が必要であるとの結語で締められている(Mathis KI, et al. Br J Surg. 2010). その他の特徴として、診断に関しては、MRIでT2高信号を呈する多房性嚢胞性病変という特徴がある。

治療としては、Surgical marginを確保した一括切除が推奨されており、アプローチとしては、経会陰的、経腹的、それらを合わせた方法が報告されている。今回、腹腔鏡を用いた、経腹的なアプローチを行ったが、腹腔鏡を用いる事により、手術創の縮小を得られ、低侵襲であるのみならず、拡大視効果による確実なMarginを確保することが可能となった。当院では2005年の開院以来、3例のTailgut cystの切除を経験しており、うち2例に対して腹腔鏡を用いた経腹的なアプローチを行っている。腹腔鏡下にTailgut cystを切除した英文報告例は7例のみであり、大腸癌と同時に切除した報告はなく、本症例は非常に珍しい症例と考えられる。

医療センターにおけるTailgut cyst切除例

症例	年齢	性別	症状	手術日	術式	手術時間 (min)	出血量 (mL)	悪性所見	転帰
1	42	女性	なし	2008/8	経腹 (腹腔鏡)	243	20	なし	生存
2 (本例)	68	女性	なし	2018/9	経腹 (腹腔鏡) 下行結腸切除	199	0	なし	生存
3	43	男性	肛門 違和感	2018/9	経会陰 仙尾骨合切	92	40	なし	生存

結 語

下行結腸癌に合併したTailgut cystに対して腹腔鏡下に切除した1例を経験した。悪性の可能性を考慮し、確実なMarginを確保した一括切除が肝要であり、手術侵襲や視野確保の観点から腹腔鏡を用いた切除は選択肢の1つとなりえる。

症例②：術前腫瘍の指摘が困難であったT1膵癌の1例 消化器外科・一般外科 松本 尊嗣

【緒言】

膵癌は予後不良な癌種で、初診時切除可能な症例は全体のわずか50%、神経叢浸潤や多臓器浸潤を含む膵外進展例は75%を占めるとされる。今回我々は術前腫瘍の指摘が困難であったT1膵癌の1例を経験したので報告する。

症例：57歳 男性

【主訴】腹部膨満感、上腹部痛

【現病歴】2018年X月Y日より腹部膨満感を自覚、鎮痛剤内服にて経過観察されていたが上腹部痛の増悪あり、10月Y+5日、近医を受診。血清アミラーゼ値の上昇(763 U/l)を認め、膵炎の診断にて薬剤加療される。10月Y+15日、高知赤十字病院へ精査加療目的に転院となる。

【既往歴】左脳主幹動脈狭窄

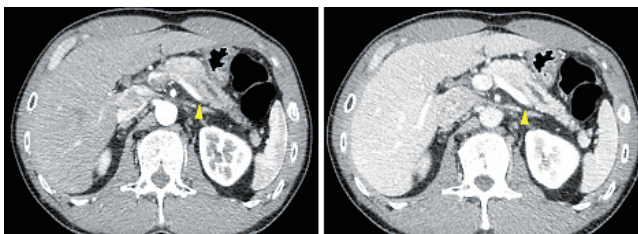
【内服】シロスタゾール

【嗜好歴】機会飲酒

【血液生化学的検査】

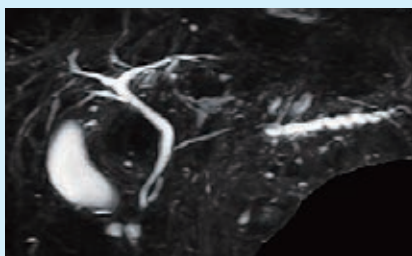
AST	31	U/l	WBC	6900	/μl	HBsAg	0.00	IU/ml
ALT	21	U/l	RBC	492	× 10 ³ /l	HCVAb	0.04	S/CO
ALP	338	U/l	Hb	15.3	g/dl	RPR	0.2	
LDH	194	U/l	Ht	45.8	%			
GGT	33	U/l	Plt	15.9	× 10 ⁴ /μl			
T-Bil	0.9	mg/dl	CEA	2.8	ng/ml			
D-Bil	0.3	mg/dl	CA19-9	85	U/ml			
TP	7.6	g/dl	DUPAN-2	<25	ng/ml			
Alb	4.2	g/dl	Span-1	20.6	mAU/ml			
Glu	98	mg/dl	IgG4	27	mg/dl			
HbA1c	5.5	%						
UN	14.9							
Cre	0.81							
Na	145	mEq/l						
K	4.2	mEq/l						
Cl	103	mEq/l						
Ca	9.2	mg/dl						
CRP	0.06	mg/dl						
PT	110.3	%						

【造影CT】膵尾部主膵管の拡張を認め、拡張膵管の最大径は4mmであった(黄矢頭)。膵頭部の主膵管拡張は認めなかった。膵体部には膵管の狭窄機転となるような腫瘤像を指摘できなかった。腹腔内に有意なリンパ節腫大は無く、遠隔転移を疑う所見を認めなかった。



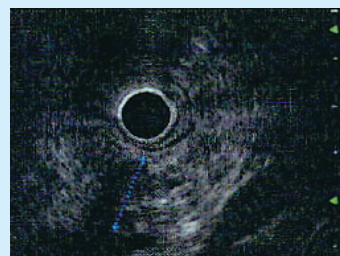
【MRI/MRCP】

膵体尾部主膵管の途絶と、尾側主膵管の拡張を認めるものの、腫瘍は明らかではなかった。



【ERCP】MRCPと同様膵体尾部で主膵管の途絶を認め、硬い狭窄であった。ENPDチューブを留置し、膵液細胞診を6回施行したが、いずれも悪性所見を認めなかった。

【EUS】主膵管途絶部、上腸間膜静脈の腹側に、境界不明瞭は10.6mm大の低エコー腫瘤を認めた。



【術前診断】

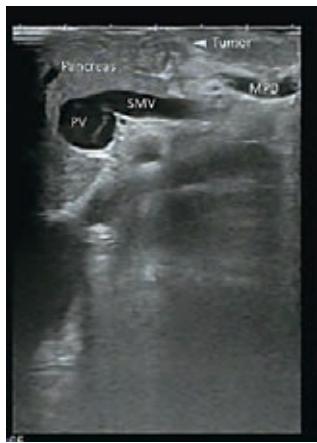
膵体尾部癌の疑い, Ptb, 10.6 mm, cT1cN0M0 cStage IA

【手術術式】

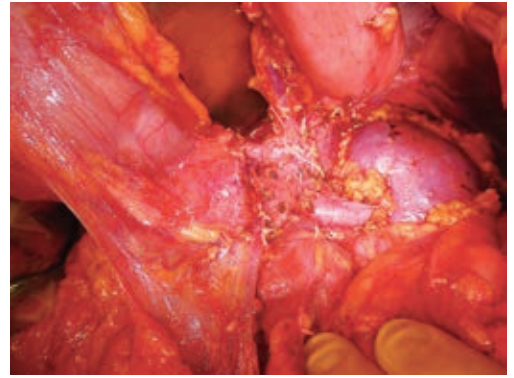
膵体尾部切除 (body-tail), D2 郭清

【手術所見】

膵炎を合併しており膵周囲の組織が著明に硬化していた。腫瘍の局在は視触診から不明瞭であったが、術中超音波にて腫瘍を認識し、門脈直上で膵を離断した。



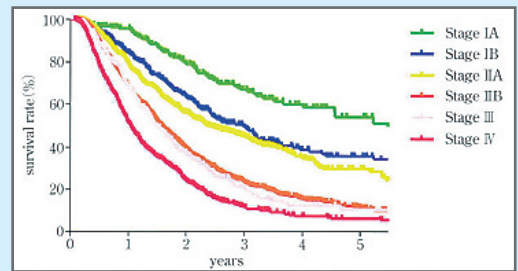
膵周囲の後腹膜組織、脾臓、左副腎と所属リンパ節を一塊にして標本を摘出した。



【術後経過】合併症無く経過し第12病日に軽快退院。術後第30病日より外来にてS-1による術後補助療法（80mg/day, 2投1休）を継続している。

【考察】膵癌は予後不良な疾患であるものの、2012年に日本膵臓学会より発表された膵癌登録の成績では、T1N0M0膵癌の5年生存率は54.1%と、それ以上のStageの症例と比較して有意に予後良好であり（ $p < 0.0001$ ）、多くの癌腫と同様に早期の診断、治療が肝要である。

但し、本症例の様にT1症例であってもリンパ節転移を認める症例も少なくありません。最近の報告ではT1症例211例のうち60例（28.4%）にリンパ節転移を認めていた。一方で、腫瘍径1cm以下、すなわちT1a,b症例の5年生存率は80.4%と報告されており、T1症例の中でもさらに予後良好である。



本邦における膵癌のStage別全生存率（膵癌取り扱い規約第7版より）

Modality	腫瘍の描出率
腹部超音波	17~70% ¹⁾
MDCT	33~75% ²⁾
FDG-PET	50% ³⁾
EUS	84~100% ⁴⁾

¹⁾ 江川ら. 胆と膵 2009; 3: 311-316
²⁾ 朝倉ら. 肝胆膵画像 2008; 10: 545-550
³⁾ Matsumoto I et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2013; 11: 712-718
⁴⁾ 花田ら. 胆と膵 2009; 30: 311-316

各種画像検査における膵腫瘍の描出率

しかし、実臨床においてT1膵癌の診断は容易ではない。全国集計におけるT1N0症例の割合は3315例中201例（6.06%）（膵癌取り扱い規約第7版）と少ない。当科における膵癌切除症例326例の中でも、T1N0症例は11例（3.4%）にとどまっている。当科でのT1症例の発見契機について、有症状例は7例（50.0%）で、無症状例の発見契機はCA19-9高値、他疾患フォロー中のCT、検診超音波検査、DMの増悪であった。

また、T1症例はT2（55.6%）、T3（74.5%）に比べ有症状例が少ない傾向にあり、無症状の症例をいかに拾い上げて行くかが早期発見と治療成績の改善に繋がる可能性がある。1cm以下膵癌について、各種検査法による腫瘍描出率の差異を以下に示す。本症例の様にMDCT, MRIでは腫瘍を指摘できなかった場合でもEUSが診断に有用な可能性がある。

結 語

術前腫瘍の指摘が困難であったT1膵癌の1例を経験した。

症例③：甲状腺乳頭癌を合併した肺多中心性Castleman病の1例

消化器外科・一般外科 谷岡 信寿

【緒言】

肺転移を有する甲状腺乳頭癌の標準治療は甲状腺全摘術+アイントーブ療法である。また、甲状腺癌術前CTで多発肺結節を認めた場合、一般的に生検を行わずに甲状腺手術を施行することが多い。今回術前に多発肺結節が発見された症例で肺部分切除術を優先し、肺多中心性Castleman病と診断された甲状腺乳頭癌の1症例を経験したため報告する。

症例：39歳 女性

【主訴】倦怠感

【現病歴】201X年12月検診のエコーで甲状腺右葉に1.2cm大の腫瘍、胸部Xpで右肺結節を指摘され、精査目的に当科を紹介受診。

【既往】家族歴：特記事項なし

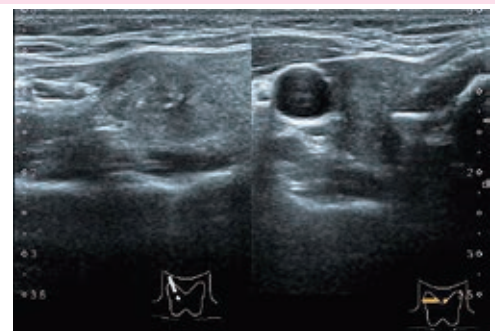
【現症】右頸部の腫瘍を認める

【血液検査】

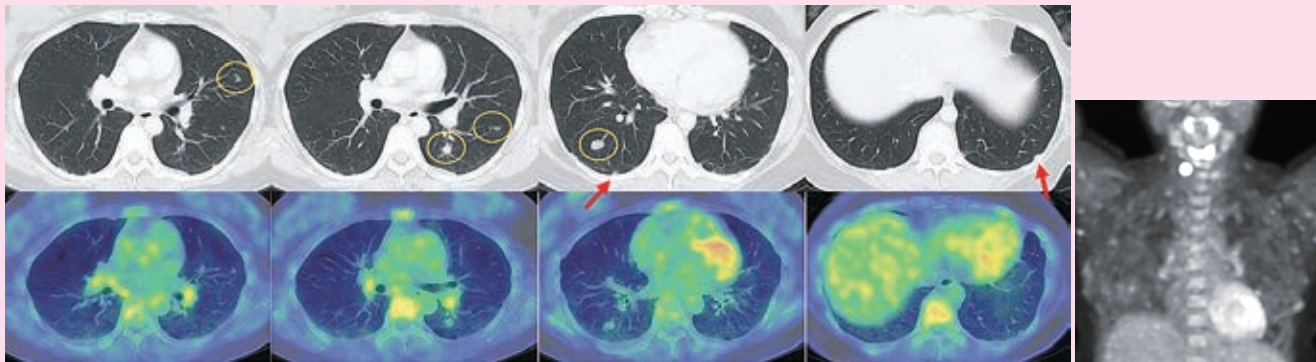
初診時 Alb 3.2g/dL, Hb 8.8g/dLと低アルブミン血症、貧血を認めた。甲状腺機能は euthyroid, Tgは基準値内, TPOAbは 22IU/mLと弱陽性だった。

【頸部超音波検査】

甲状腺の右葉上極に最大径1.2cm大の形状不整、境界不明瞭、内部エコーは低エコーで高輝度エコーが散在する不均一な腫瘍を認めた。FNAで悪性であり、甲状腺乳頭癌が疑われた。石灰化による後方エコーの減弱を認めた。被膜浸潤の可能性は疑った。



【CT・FDG-PET】



CTでは肺両葉に5-10mm程度の小結節を認め(黄色囲み線),胸膜播種が疑われるような部位もみられた(赤矢印). FDG-PETでは集積を認めたのは原発巣のみで,肺病変への集積はなかった.肺に多発する結節が類円形でなく不整形であり,甲状腺癌の転移でない可能性も考えられた.

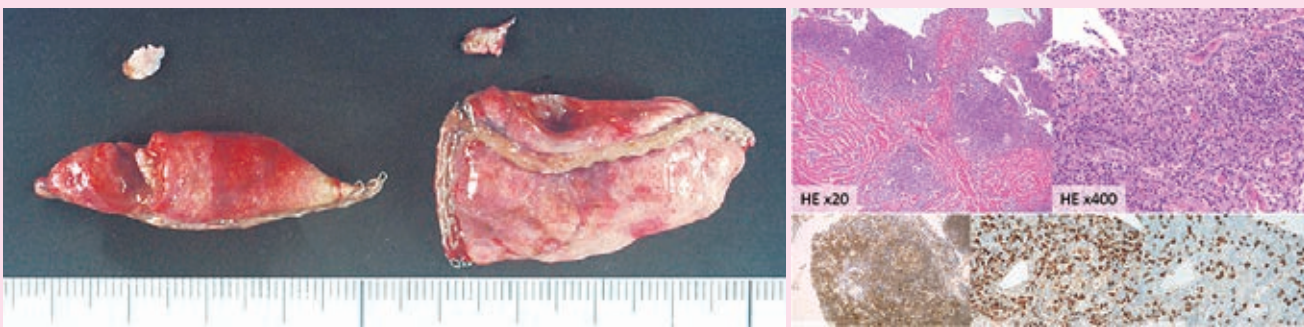
【治療方針】

以上の所見より,肺病変を甲状腺癌の転移とするとcT3N0M1(肺) cStageIIとした.

今後の治療方針として甲状腺全摘,アイソトープ治療を行うことを考えたが,上記のように肺病変が甲状腺癌転移以外の可能性もあったため,まず鏡視下に肺結節の生検を行うこととした.もし術前診断通りの甲状腺癌の肺転移であれば甲状腺全摘術を,転移以外であれば右葉切除術とリンパ節郭清を行うこととした.

【手術】

当院呼吸器外科にて胸腔鏡下左肺上葉(S4)部分切除術を施行した.



【病理試験】

硝子化を伴う膠原線維の増加を認め,濾胞と濾胞間の形質細胞の浸潤を認める.免疫染色ではIL-6陽性細胞が多数見られ,Igκ/λはbitype. IgG4関連疾患を疑う像はなかった.

以上より,肺結節性病変はCastleman病(形質細胞型:plasma cell type)と診断された.

甲状腺癌の肺転移であることが否定されたため,甲状腺右葉切除術(D1uni)を施行した.

最終診断は乳頭癌(pT3N0M0Ex1 pStage I)であった.

【Castleman病について】

Castleman病は原因不明のまれな難治性リンパ増殖性疾患で,成熟B細胞や形質細胞による炎症性サイトカインIL-6の産生により,貧血,発熱,倦怠感,体重減少などの全身症状をきたす疾患である.臨床分類としては単中心性と複数の領域に広がる多中心性(混合型)があり,多中心性はHHV-8(ヘルペスウイルス8型)関連型と特発性に分けられる.発症年齢は単中心性は30歳代,多中心性は50歳代で本邦では多中心性が多い.推定で本邦の発症数は年間600人程度と言われている.

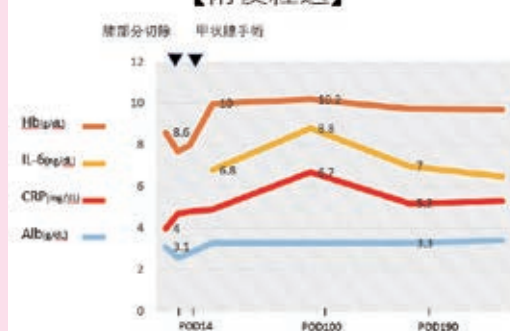
検査所見としてはCRP陽性,IL-6高値,IgG4高値,小球性貧血,血小板増多,多クローン性γグロブリン血症,LDH低値,低アルブミン血症,腎障害などが現れる.

単中心性の場合完全切除が出来れば予後良好と言われており,多中心性は一般的に単中心性と比較して予後不良と言われている.治療は軽症例では経過観察/ステロイド投与,重症例ではtocilizumab(IL-6受容体抗体)の投与を行う.

Castleman病の明確な診断基準や重症度分類は定まっておらず研究班で作成されたものが使用されており,本症例では軽症に当てはまる.

CRPは高値ながらも4-6台で推移し,IL-6の上昇もないため経過観察としている.

【術後経過】



【考察】

甲状腺癌術前にCTで肺多発結節を認めた際には,原発巣の乖離がある場合,甲状腺癌の肺転移以外も考慮して生検を先行させることで,不要な甲状腺全摘やアイソトープ療法を回避することが重要である.稀ではあるが,Castleman病による多発肺結節の場合には,持続する炎症反応を現病歴やCRP高値の有無で推定し,生検を行うことが可能かもしれない.

結 語

甲状腺乳頭癌を合併した多中心性肺Castleman病の1例を経験した.

【はじめに】

・他臓器浸潤を伴う切除不能局所進行食道癌において、化学放射線療法(CRT)は根治の可能性のある治療選択肢のひとつである。

・一方、その治療成績はいまだ満足できるものではなく(2生20～30%)、瘻孔形成など致死的な合併症の頻度も比較的高い(10～20%)。

・今回、大動脈浸潤を伴う食道癌に対してCRT後に根治術を施行した1例を経験したので報告する。

症例：62歳 女性

【主訴】つかえ感

【現病歴】2018年2月より食事の際につかえ感が出現した。同年4月より嚥下困難が増強し、6月に前医を受診。EGDで胸部中部食道に全周性の腫瘍性狭窄を認めた。

【既往歴】なし PS:1

【嗜好歴】喫煙歴なし

飲酒:ビール700ml 焼酎水割りコップ2杯

【血液生化学的検査】特記すべき異常なし

CEA 1.7ng/dl CA19-9 15.9IU/ml SCC 1.3ng/ml

【初診時内視鏡検査】

胸部中部食道に全周性の腫瘍性狭窄あり 生検:SCC



【術前診断】

Mt (30-35cm), circ, Type2, SCC, cT4b(Ao), cN1, cM0, cStageIVa (食道がん取り扱い規約第11版)

切除不能局所進行食道癌の診断

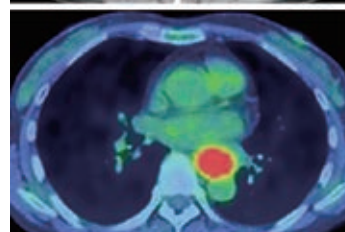
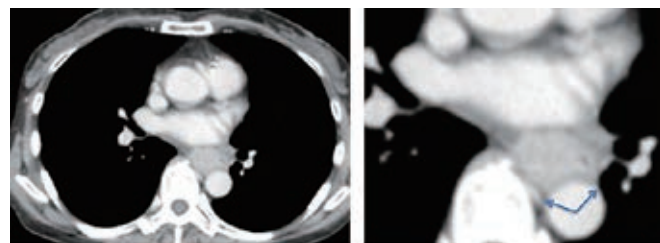
【治療経過】

JCOG1510試験(切除不能局所進行胸部食道扁平上皮癌に対する根治的CRTと導入Docetaxel+CDDP+5-FU療法後のConversion Surgeryを比較するランダム化第III相試験)に参加同意いただき、ランダム化の結果、根治的CRT群に割り付けられた。

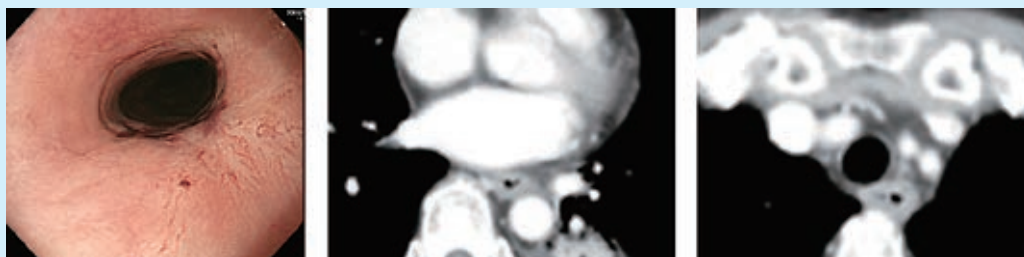
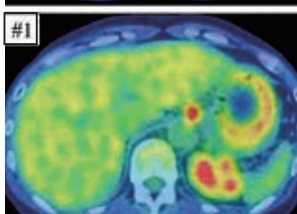
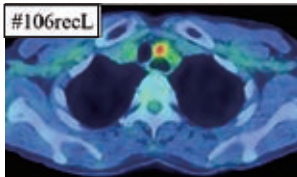
CF療法2コースとRT(2Gyx30Fr=60Gy)を施行後、初回効果判定を行い、Non-CR/Non-PDの判定で追加化学療法(CF療法2コース)を施行。

2回目の効果判定でNon-CR/Non-PDの判定を行った。大動脈浸潤は見られず、#106recLのリンパ節転移は残存しており、救済治療として切除の方針となる。

【造影CT】食道癌の下行大動脈浸潤と#106recL、リンパ節への転移を認めた。



Picus angle > 90°
下行大動脈浸潤疑い



(2回目効果判定時の画像所見: Non-CR/Non-PD 救済手術可能)

【手術】右開胸食道亜全摘, 3領域リンパ節郭清, 胸骨後経路亜全胃管再建, 腸瘻造設

【術後経過】反回神経麻痺も認めず, 経過良好で術後19日目に退院した。

【病理組織学的診断】原発巣, リンパ節ともに腫瘍の遺残を認めず, pCRであった。

【考察】

切除不能局所進行食道癌の標準治療は化学放射線療法(FP-RT)であり、CR率:15～32%, 1年生存率:40～55%, 2年生存率:25～31%と報告されている。一方、食道気管瘻に伴う肺炎や喀血、大動脈穿孔による大量出血など致死的な病態につながる瘻孔形成の頻度は10～20%と報告されている。瘻孔形成は解決すべき問題であり、JCOG0303試験の副次的解析において、治療前食道狭窄がCRT後の瘻孔形成の唯一のリスク因子であった。そこで、RTを行う前に強力な化学療法を行い、腫瘍による狭窄を軽減したのちにCRTを行うことで毒性の軽減と、治療効果の向上が期待できるのではないかと仮説のもと、前述のJCOG1510試験が行われている。

結 語

大動脈浸潤が疑われる局所進行食道癌に対して根治的CRTおよび追加化学療法を施行後に根治手術を施行し、病理組織学的診断にてpCRであった1例を経験した。

【緒言】

進行胃癌において腹腔鏡手術は標準療法ではないが、NCDにみる限り実臨床においては、進行胃癌に対する胃切除術は現時点では多くの施設でなされている。

第5版胃癌治療ガイドラインでは、大彎に浸潤する上部胃癌に対する脾摘を伴う(または伴わない) No.10(脾門リンパ節)郭清は非定型手術ではあるものの、安全に施行可能な状況では行われることがある、とされている。

今回我々は上部進行胃癌に対し、腹腔鏡下胃全摘を施行中に術中迅速診断にてNo.10リンパ節陽性であった症例に対し、脾摘を追加した症例を経験したので報告する。

症例: 42歳 女性

【現病歴】

黒色便精査目的に近医を受診。

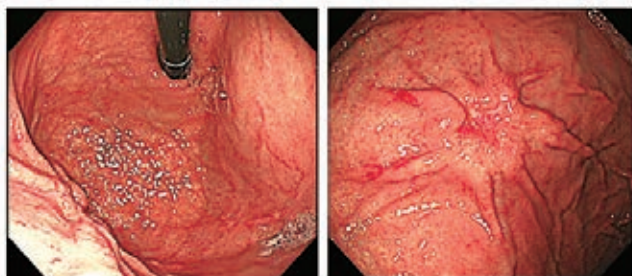
上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部大彎に潰瘍性病変を指摘。

胃癌を疑われ、精査加療目的に当院紹介となる。

【既往歴】

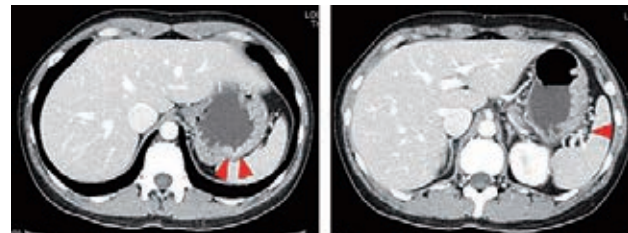
卵巣嚢腫

【上部消化管内視鏡検査】胃体上部大彎に皺の集中を伴うType2病変を認めた。生検よりはporが検出された。



【CT検査】

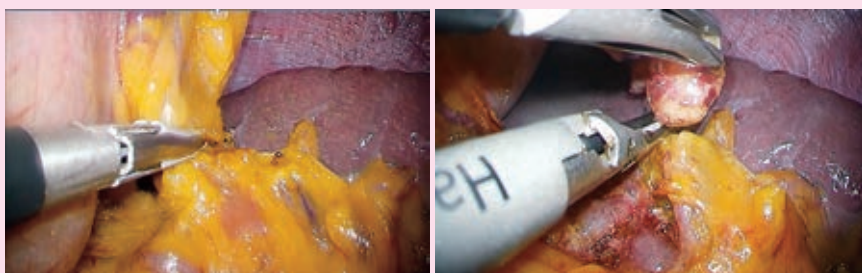
胃体上部大彎に造影効果を伴う壁肥厚像を認めた。全層性の染まりではなく、深達度はMPが疑われた。脾門部リンパ節を認めたが、6mmと有意サイズの腫大ではなかった。



【術前診断】胃癌 U Gre cType2 cT2(MP) N0 M0 cStage I

【施行術式】腹腔鏡下胃全摘, D2+No.10, 脾摘, 胆摘, Roux-en-Y再建

【術中所見】術中に脾門部リンパ節の腫大を認めたため、samplingとし、迅速組織診に提出したところ、adenocarcinoma陽性の診断であったため、No.10完全郭清目的に脾摘を加える方針とした。



【手術時間】

472分

【出血量】

少量

【病理学的所見】

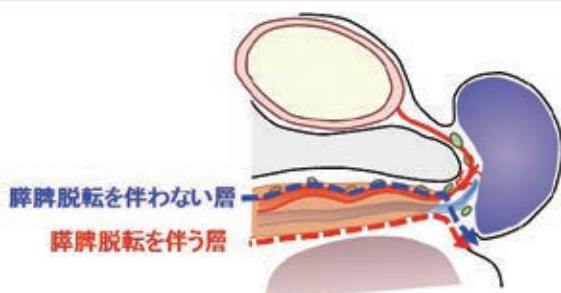
胃癌 U Gre pType0-III+IIc, pT3(SS) N1 M0 pStage II B
リンパ節転移は術中迅速組織診に提出したNo.10のみ



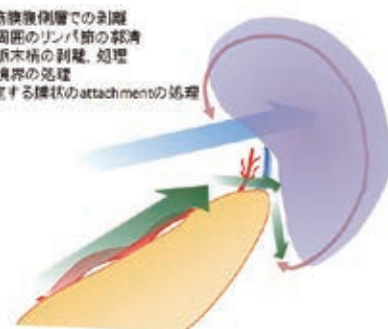
【考察】

retrospectiveな研究ではあるが、大規模多施設共同研究による局所進行胃癌における、腹腔鏡と開腹を比較したstudyでは腹腔鏡手術の非劣性が証明されている。現在、JLSSG0901試験、CLASS-01試験といった大規模RCTが進行中である。その中で脾摘を伴う腹腔鏡下胃全摘術については、一定の見解はついていないのが現状である。腹腔鏡で脾摘を行うにあたり、考えられる利点は、合併症を生ずる原因と考えられる脾脾

脱転操作を伴わない層での剥離操作を行うからである。この操作により安全性を確保できるのであれば、脾摘を伴う腹腔鏡下胃全摘術はacceptableな術式と考えられる。



- ①Gerota筋膜複層での剥離
- ②脾動脈周囲のリンパ節の郭清
- ③脾動脈断端の剥離、処理
- ④脾臓の境界の処理
- ⑤脾を固定する様状のattachmentの処理



結 語

脾合併切除を伴う腹腔鏡下胃全摘術の1例を経験した。

脾合併切除を伴う腹腔鏡下胃全摘は安全に施行可能な術式の一つの選択肢と考えられた。

月	日	曜	高知医療センター イベント情報					
5月	15	水	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修(参加費無料・申込要)					
			内 容	ストレスマネジメント1 ※定員に達しました	場 所	高知医療センター 1階 研修室2・3		
				時 間	9:00～12:00	対 象	新人看護師(15名)	
	講 師	高知県立大学 教員						
	24	金	内 容	救急看護1	場 所	高知医療センター 1階 研修室2・3		
				時 間	13:30～17:30	対 象	新人看護師(20名)	
			講 師	高知医療センター 院内インストラクター				
30	木	内 容	フィジカルアセスメント1 ※定員に達しました	場 所	高知医療センター 1階 研修室2・3			
			時 間	8:30～17:00	対 象	新人看護師(12名)		
		講 師	高知医療センター 急性・重症患者看護専門看護師					
6月	6	木	内 容	与薬技術3 ※定員に達しました	場 所	高知医療センター 1階 研修室2・3		
				時 間	14:30～17:00	対 象	新人看護師(10名)	
			講 師	高知医療センター 臨床検査技師／教育担当者				
			申込用紙は当院ホームページ 看護師他施設公開研修よりダウンロードできます。必要事項をご記入の上 FAXにてお申し込みください。申込代表者は看護部門の担当者様でお願いいたします FAX:088(837)6766 お問合せ：高知医療センター 看護局 教育担当(有澤・佐野・川田) TEL:088(837)3000(代)					

※時間等、変更になる場合もございますのでご了承ください。みなさまのご参加を心よりお待ちしております。

紹介用画像 DVD ビューア変更のお知らせ

3月11日より当院で作成される
DVD 内のビューアが EFILM ビューアから
PSP ビューアへ変更になりました。
これにより内視鏡画像や超音波画像を
DICOM 形式で提供することが
可能になりました。

◇ご不明な点につきましては下記までお問合せください

高知医療センター 医療技術局 大野
TEL:088-837-3000(代)

操作等につきましては
DVD 内の
オンラインマニュアルで
ご確認をお願い
いたします。



編集後記

新緑香る季節を迎えました。例年では、新年度が始まり1ヶ月が経過し、年度当初の慌ただしさも落ち着き始めた頃かと思いますが、今年は「平成」から「令和」へ元号が変わる、時代の大きな節目を迎えるとともに、10連休ということもあり、まだまだ慌ただしい状態が続いて、落ち着くまでもう少し時間がかかりそうです。

突然ですが、皆さんは新しい時代を迎えるにあたり何を思いますか？私個人としては、誕生日が祝日になるので、そこが少しうれしく思っています。

余談はさておき、地域医療を取り巻く環境は依然として厳しい状況が続いていますが、「令和」が、地域医療にとって、希望が見出せる時代になることを切に願います。
(地域医療センター 門田)



令和元年5月1日発行
にじ5月号(第163号)
毎月発行
編集者: 広報委員会
発行者: 島田 安博
印刷: 株式会社 高陽堂印刷

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)

広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見をお寄せください。renkei@khsc.or.jp