

にじ

11月号
2023
Vol.191



高知医療センター
Kochi Health Sciences Center

陽光に輝く紅葉

撮影：地域医療連携室 武正 和也

CONTENTS

- ② 不整脈疾患に対するカテーテルアブレーションについて
- ④ 認定看護師を紹介します
- ⑥ 排便外来を開設しました！
- ⑦ 研修医奨励賞を受賞しました！
- ⑧ 第33回外科グループ手術症例検討会／新任医師の紹介
- ⑩ 専門看護師を紹介します
- ⑫ シリーズ「お勧めしたい外科医がいます」Part1
- ⑭ シリーズ「お勧めしたい外科医がいます」Part2
- ⑯ イベント情報／information

不整脈疾患に対する カテーテルアブレーション (高周波カテーテルアブレーション)について

10/1
着任
しました!



循環器内科医長 川田 哲史

1 はじめに

令和5年10月1日付で循環器内科に配属になりました川田哲史と申します。平成16年に愛媛大学を卒業後高知医療センターにて初期研修を行い、福山市民病院、トロント総合病院不整脈科、岡山大学病院にて研鑽を積み、戻ってまいりました。今後は不整脈の総合的な診療やカテーテルアブレーション(高周波カテーテルアブレーション)などの専門的高度治療を行なっていきたいと考えておりますので、この場をお借りしてカテーテルアブレーションについて概説させていただきます。

2 カテーテルアブレーションの適応となる不整脈と実際の治療について

不整脈は全く症状を伴わないものから、動悸、めまい、気を失う(失神)など多彩な症状をきたすものまでさまざまです。カテーテルアブレーションの適応となるものは、心房から出現する上室性不整脈(房室結節リエントリー性頻拍、房室回帰性頻拍、心房頻拍、心房細動、心房粗動など)と心室から生じる心室性不整脈(心室頻拍、心室細動、心室期外収縮)に大別されます。近年の技術進歩に伴い多くの頻脈性不整脈はカテーテルアブレーションで根治が可能となってきました。当院では3次元マッピングシステムを用いて複雑な症例の診断と治療を行なっています。

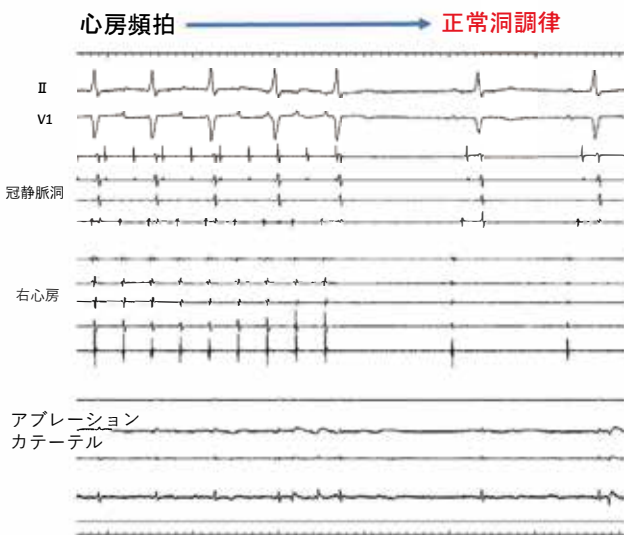
3 上室性不整脈に対するカテーテルアブレーション

心房細動は上室性不整脈の中で臨床的に最もよく遭遇する不整脈であり、日本人の有病率は0.6-1.1%と推定されています。平成10年にボルドーより心房細動のトリガーとなる期外収縮の94%が肺静脈起源である事が報告されました。以後、肺静脈以外にも上大静脈、冠静脈洞、マーシャル静脈、下大静脈など主として静脈系血管からトリガーとなる期外収縮が発生する事が明らかになっていますが、肺静脈隔離術は心房細動治療の基本と考えられています。心房細動に対するリズムコントロール治療(洞調律維持を目指す治療)とレートコントロール(心拍数調整治療)のどちらが良いかというのは長年の論争があります。平成14年に報告されたAFFIRM試験やその後の多くの追試では両者は優劣付け難いという結果でした。しかしながら令和2年に報告されたEAST-AFNET4試験にて心房細動に対する早期リズムコントロールが予後を改善する事が報告されました。進歩したカテーテルアブレーション

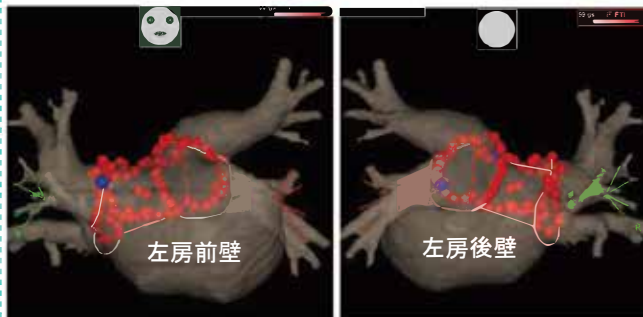
と早期の診断治療が予後改善に関連する事を報告した意義は大変大きいです。また、平成30年に報告されたCASTLE-AF試験では心房細動合併の心不全の予後に与える影響をカテーテルアブレーションと薬物治療と比較し、カテーテルアブレーションが全死亡および心臓死を有意に減少させる事を報告しました。本研究などの影響を受け、令和3年に発表された日本循環器学会のガイドラインにて心不全を合併する心房細動に対するカテーテルアブレーションはClass IIa(エビデンス、見解から有効、有用である可能性が高い)に明記される事となりました。技術の進歩によって以前では治療困難と思われました症例も治療可能となっております。【図1】は70代女性の心アミロイドーシスに合併した薬剤抵抗性の心房細動・心房頻拍に対してカテーテルアブレーションを施行した症例です。本症例は治療後洞調律が維持可能となり心機能改善し再入院無く経過されておられます。

図1

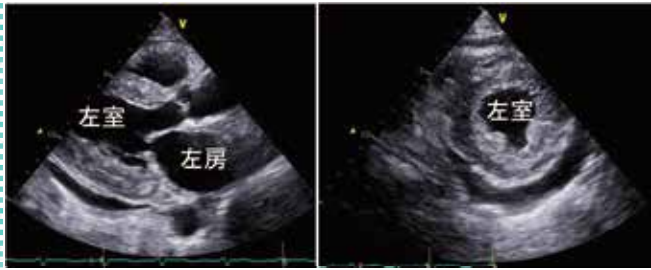
心アミロイドーシスに伴う心房頻拍に対するカテーテルアブレーション 70代女性 主訴：動悸、息切れ



▼左心房3次元マッピング：肺静脈隔離並びに後壁隔離を施行
赤丸：アブレーション部位、青丸頻拍停止部位



▼心臓超音波検査：心機能低下、左室肥大と心嚢液貯留



その他の上室性不整脈の中では特に心臓手術後心房頻拍に対する治療成績の改善が挙げられます。心臓術後は人工弁や人工心膜などの心内遺物、縫合線やその他の瘢痕組織、心嚢切開による心外膜炎などを原因としさまざまな不整脈基質を形成します。その結果、切開線や瘢痕組織を巡回するリエントリー性頻拍や、手術侵襲や血行動態の負荷による非リエントリー性頻拍などが出現する事があります。近年の3次元マッピングシステムの進歩により個々の症例の不整脈回路の描出や理解が格段に上がり、カテーテルアブレーションによって根治が期待されます。また近年は先天性心疾患患者さんの長期生存が可能となり、実臨床においても遭遇する機会が多くなって来ています。成人先天性心疾患の問題点は心不全、不整脈、チアノーゼなどですが、特に不整脈管理の重要性は高いです。近年このような複雑な基礎疾患を有する難治性不整脈に対するカテーテルアブレーションの適応は広がっています。

4 心室性不整脈に対するカテーテルアブレーション

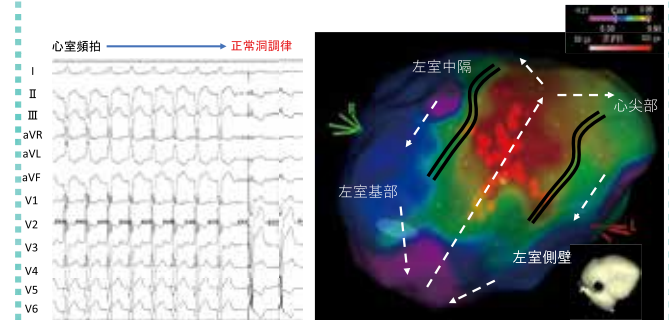
実臨床では心室期外収縮はしばしば遭遇しますが、その多くは無症状で臨床的に問題となる事は少ないです。しかしながら頻発(約10,000発/日以上、あるいは1日の総心拍数の10%以上(平成30年日本循環器学会ガイドラインより))する心室期外収縮は心機能低下を惹起する可能性があります。カテーテルアブレーションにより心機能低下やそれに伴う症状を改善出来ると報告されています。特発性の心室期外収縮のみならず、器質的心疾患に合併した心室期外収縮においても頻度が多い場合はカテーテルアブレーションにより心機能改善を認める事が報告されています。また、両心室ペーシングは心不全治療において重要な役割を担っており、ペーシング率は98%以上を目指す必要があると考えられています。しかしながら頻発する心室期外収縮や非持続性心室頻拍によってペーシング率が低下するとその効果が減少します。このような難治性心不全症例においてもカテーテルアブレーションの効果は期待されます。

30秒以上持続する心室頻拍を持続性心室頻拍と定義します。原因は心筋梗塞などの器質的心疾患を伴うものと器質的心疾患を伴わない特発性心室頻拍に大別されますが、両者ともカテーテルアブレーションの適応となります。器質的心疾患において持続性心室頻拍をきたした場合は原則植込み型除細動器移植が適応となります。しかしながら植込み後の除

細動器作動は生命予後を増悪すると報告されており、カテーテルアブレーションによる除細動器作動を低下させる効果が報告されています。【図2】は70歳代の陳旧性心筋梗塞患者に対し両心室ペーシング付き植込み型除細動器移植後、薬剤抵抗性の持続性心室頻拍に対しカテーテルアブレーションを施行した症例です。3次元マッピング画像にて左室後壁を巡回する頻拍回路を同定しカテーテルアブレーションを施行しました。以後再発無く経過しています。

図2

陳旧性心筋梗塞に伴う心室頻拍に対するカテーテルアブレーション 70代男性 主訴：呼吸苦、動悸



不整脈基質に基づき作成した左室の3次元マッピング▲白点線は想定される心室頻拍の回路(8の字型) 赤丸はアブレーション部位

5 最後に

前職(岡山大学病院)ではさまざまな難治性不整脈の診療に最前線で携わってまいりました。不整脈を治療する究極の目的は心不全を予防・治療する事です。カテーテルアブレーションは症例によっては大変効果的ではありますが、基礎疾患の診断や治療無くしてはその効果は限定されてしまいます。当院では心臓外科手術に加え、経皮的冠動脈形成術、経カテーテルの大動脈弁置換術(TAVI)や経皮的僧帽弁閉鎖不全修復術(マイトラクリップ)、植込み型デバイスなどの低侵襲治療が施行可能です。高齢化が進む高知県において、これらの治療方法に難治性不整脈に対する治療選択肢が加わる事は治療方針の決定において重要な役割を果たすと考えております。今後は地域に根ざした、患者さん一人ひとりに最も適したテーラーメイドな医療を目指して行く所存でございます。治療適応と思われる患者さんがおられましたら是非ご紹介をお願いいたします。

紹介先

■循環器内科

(循環器内科全般並びに不整脈専門外来)

山本克人、川田哲史

外来：月曜(午前)、水曜(午前)、金曜(午前)



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

認定看護師(CN: Certified Nurse)の役割

当院には、15分野20名(1名休職中)の日本看護協会認定看護師と精神科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、それぞれの分野の活動内容を共有しながら相互に支援しています。

日本看護協会認定看護師

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こと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こと
- 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こと
- 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こと

日本精神科看護協会認定看護師

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こと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

令和5年12月16日には2年ぶりに「認定看護師・専門看護師の看護実践発表会」が開催されます。他施設の方々との交流を図り、自分たちの活動を院内外の方々に知っていただくことで、当院のみならず、高知県の看護ケアの質向上に貢献できたいと考えています。

今回は3分野の認定看護師の活動をご紹介します。

がん化学療法看護

当院には現在2名のがん化学療法看護認定看護師が在籍しており、連携を図りながら入院フロアと外来化学療法室で活動を行っています。私たちは抗がん剤を安全に取り扱い確実な投与を行うことで、副作用を最小限にし治療を継続できるように看護を行っています。患者さんやご家族の気持ちに寄り添い、その人らしい生活を送れるように意思決定支援を行うことも重要な役割となっています。

院内教育として、抗がん剤曝露対策やCVリザーバー管理、アピアランスケアなど専門的な知識や技術の提供ができるように定期的に院内活動を行っています。また令和4年度からは抗がん剤のアレルギー出現時に安全な対応ができるように、シミュレーション研修を開催しています。他職種と連携し医療チームで対応できることの最大限を目指し、今後も教育活動の一環として継続していきたいと考えています。

日本人の2人に1人ががんと診断される時代となり、がんは非常に身近な病気となってきました。がん治療が飛躍的に進歩していく中で、がんと診断されたときから患者さんやご家族のサポートができるように体制を整え、がん看護の質の担保ができるよう活動していきます。



がん化学療法看護認定看護師
やまさき あいこ ひの まい
山崎 愛子 日野 麻衣



▲抗がん剤アレルギーシミュレーション研修風景

乳がん看護

乳がんは女性が最もかかりやすいがんで9人に1人が罹患すると言われています。乳がんの好発年齢はライフサイクルの中で重要な役割を担う40～50歳ですが、若年で罹患する方もいらっしゃいます。乳がん患者さんは短期間の間に術式や治療の意思決定が求められます。遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)のリスクがある方は確定診断のため遺伝子検査の必要性があります。また、HBOCは乳がんが多発しやすいため、術式は乳房全切除術を行うことが推奨されています。このような背景から乳がん患者さんは、さまざまな悩みや不安を抱える方も少なくありません。

そのため乳がん患者さんが情報を正しく理解し納得された意思決定が行えるようなサポートは不可欠です。乳がん治療の進歩は目覚ましく、治療に必要な検査が保険適応となったり、毎年のように新しい治療薬が標準治療として承認されてきています。

乳がん看護認定看護師は乳がん治療の最新の知識を持ち経験を活かし、それぞれの方に適切な看護を行なっています。どのような病期においても可能な限り時間をかけて、患者さんやご家族の思いや不安、迷いを受け止め、治療の選択や意思決定を支え、その人らしさを大切に患者さんのQOL(生活の質)が向上するような看護を心掛けています。

乳房の喪失や脱毛、爪の変化など治療に伴う外見の変化に対するピアランス支援(外見のケア)や妊よう性温存(がん治療前に将来妊娠する能力を保存しておく方法)においてはチーム連携がとても大切と考えています。乳がんに関する知識の普及や看護ケアの質の向上を目的とした外来や病棟での勉強会の開催にも力を入れています。



乳がん看護認定看護師

おがさわら みちよ
小笠原 美千代



▲外来の看護師を対象とした
乳がんの勉強会の様子

新生児集中ケア

新生児集中ケア認定看護師は、生後間もない時期の赤ちゃんの状態が安定するためのケア、一人ひとりの赤ちゃんの成長・発達へのケア、親子への支援を行っています。例えば赤ちゃんの表情やしぐさなどを通して、その様子をご家族と共有し赤ちゃんへのケアについて話し合うことを大切にしています。

COVID-19感染対策のため、当院のNICU(新生児集中治療室)・GCU(新生児回復室)も面会制限を余儀なくされ、ご家族が子どもに会えない期間がありました。そのためコロナ禍より親子をつなぐためにリモート面会を始めました。また現在も感染対策のため直接面会に時間制限があるなか、ご家族と赤ちゃんのケアを行える環境を他職種と協働して取り組んでいます。現在は直接面会とリモート面会のどちらも実施しています。

近年は出産前から母親への支援が必要な方も増加しており、助産師など多職種との連携も重要です。子育てに関して相談できる人がいない場合や、退院後の家庭環境、ご家族の支援状況などを確認し必要な支援を行っています。今後は出産前から退院後の家庭生活を見据えた関わりと地域につなぐ支援を考えています。

小さな赤ちゃんが生まれたとき、ケアは慎重に行う必要があります。新生児集中ケア認定看護師として、赤ちゃんをケアするための知識や技術に関する勉強会やシミュレーションを実施しています。NICU・GCUは緊急入院する赤ちゃんがほとんどで、いつでも赤ちゃんを受け入れられるよう準備しています。赤ちゃんにやさしいケアを行い、赤ちゃんへのケアの質が向上していくよう取り組んでいます。



新生児集中ケア認定看護師

やまもと あかね
山本 晃子



▲多職種でのカンファの様子

排便外来を開設しました!



消化器外科・一般外科
くもん けん と
医長 公文 剣斗

平成29年に本邦初の「慢性便秘症診療ガイドライン」、「便失禁診療ガイドライン」が発刊されてから、排便障害は一般的な疾患として認識されつつあります。便秘や便失禁は生活の質に大きな影響を及ぼし、また慢性便秘症は心血管疾患の発症・死亡リスクの上昇など生命予後に影響を与えることが明らかとなっており、その原因や程度によって適切な治療を行う必要があります。便秘や便失禁など、排便に関する悩みを持つ方を対象とした専門的な診療を行う『排便外来』を当院に開設しました(毎週金曜日PM)。開設に際し、国内有数の排便機能障害の医療機関である『特定(医)高野会大腸肛門病センターくるめ病院』に国内留学し、排便機能の専門的な検査や治療方法を習得しました。

排便外来で対症とする疾患

●便秘

便秘は、「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」と定義されています。便秘にはさまざまな原因がありますが、排便回数が少ないことにより腹部膨満感や腹痛をきたす排便回数減少型便秘や、直腸にある便をうまく出せないことにより排便困難感や残便感をきたす排便困難型便秘があります。日本での慢性便秘症の有病率はおよそ10~15%とされています。

●便失禁

便失禁には、気づかないうちに便が漏れてしまう漏出性便失禁、便意を感じてトイレまで間に合わずに漏れる切迫性便失禁があります。日本では20-65歳の4%、65歳以上の方の7.5%が便失禁を有するといわれており、約500万人の患者さんがいると推測されています。

当院の排便外来の特徴

一般的な問診票に加え、食事・排便日誌をつけてもらいます。症状が軽度の場合は、初期治療として食事・排便指導、薬物療法(内服薬の調整)などを行います。初期治療で十分に改善しない場合は専門的な検査を行い、排便障害の原因や病態を評価し、適切な治療を行います。

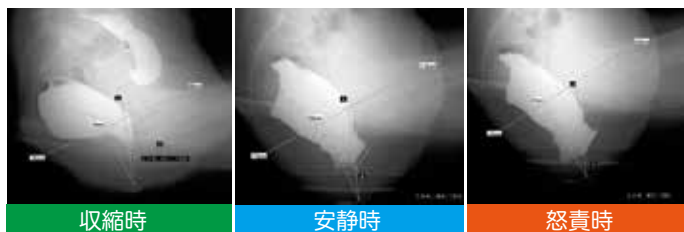
排便外来における専門的検査

●便秘工コー検査

大腸を腹部超音波で観察し、大腸内の便の分布や局在や性状を評価することによって、便秘の病態分類(大腸通過時間正常型・遅延型、排出障害型)を推測する一助となります。

●排便造影検査

肛門から造影剤を混ぜた疑似便(バリウムと小麦粉を混ぜて作成)を直腸内に注入した後、X線透視装置上のポータブル便器に座り、安静時、肛門収縮時、排便動作時の直腸や肛門の形態や動きをレントゲンで撮影する検査です。

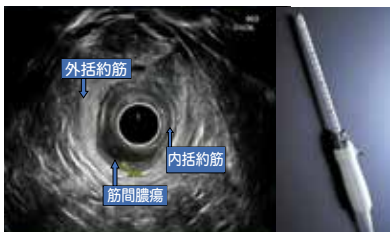


●直腸バルーン感覚検査

直腸にバルーン(風船)を入れ、空気で膨らませて便意を感じた時(便意発現最小量)や我慢できなくなった時の容量(最大耐容量)を測定し、直腸の感覚を調べます。

●肛門管超音波検査

肛門内に超音波プローブを挿入して肛門括約筋の厚みや損傷の有無などを評価します。

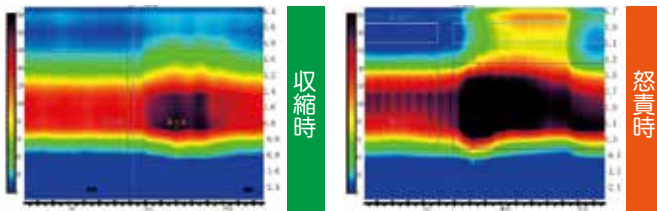


●直腸肛門内圧検査

肛門に細いカテーテル(圧力センサー)を入れ、肛門括約筋の収縮力を評価します。肛門に力を入れてない時の圧(最大静止圧)は、無意識のうちに肛門を締めている内肛門括約筋を反映します。また肛門を締めた時の圧(随意収縮圧)は、便意を感じたときに意識して肛門を締める外肛門括約筋の機能を反映しています。



内圧計



排便外来における専門的治療

●バイオフィードバック療法

便失禁の患者さん、または便秘の患者さんで便排出障害と診断された方に対して行います。肛門内に挿入した内圧計で、患者さん自身が肛門括約筋の収縮・弛緩状態を視覚的に認識することで、肛門拳筋や肛門括約筋など骨盤底筋群の収縮訓練や協調運動訓練を行います。また便排出障害の方には便に見立てたバルーンを直腸内に挿入し、押し出す感覚を排便の感覚としてトレーニングします。

●仙骨神経刺激療法(Sacral Neuromodulation: SNM)

便失禁の患者さんで、保存的治療で十分な効果が得られなかった方に行います。排便に関する仙骨神経に電氣的に刺激することによって症状の改善を図る治療法です。便失禁では平成26年4月に保険収載されました。



日本メドトロニック株式会社提供

●ストーマ造設術

高度便失禁に対する根本的な治療法のひとつです。治療の最終手段と考えられていますが、必ずしも便失禁治療の失敗ではなく、人工肛門を心理的に受け入れられる方にとっては、便失禁を良好に制御できる有用な治療法です。

排便機能障害でお悩みの患者さんがいらっしゃいましたら是非ご紹介下さい。食事・排便指導、内服薬の調整(可能ならば減量を目指します)、必要に応じた専門的な治療を行い、ご紹介いただいた患者さんの生活の質が向上した状態でかかりつけの先生に逆紹介できるよう全力で診療いたします。

研修医奨励賞を受賞しました!



研修医一年次

たむら ゆうや
田村 優弥



令和5年7月23日に高知県で開催されました「第128回日本内科学会四国地方会」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「ベグフィルグラスチム投与後に発症した薬剤性大動脈炎の2症例」です。

ベグフィルグラスチム(以下PFGと表記)とは長期作用型のG-CSF製剤です。抗癌化学療法中の血球減少、発熱性好中球減少症の発症予防に高頻度で使用されています。

PFGによるあまり知られていない副作用に大型血管炎があります。今回は当院で経験した2症例を、指導医の先生方のご指導のもとに発表させていただきました。1症例目は卵巣がんに対するTC療法中の患者さんでした。PFG投与後11日目に発熱し、血液検査でも炎症反応の上昇を認めました。熱源精査とTC療法の効果判定をかねて造影CTで撮影したところ、胸部大動脈に造影効果のある壁肥厚を認めました。自己抗体等は陰性であり経過から薬剤性大動脈炎と診断し、その後は対症療法で症状は改善されました。2症例目は前立腺癌によるドセタキセル療法中の患者さんでした。PFG投与後、10日目に発熱と咽頭痛が出現し咽後膿瘍が疑われたため造影CTとMRIで撮影したところ、両側の総頸動脈に造影効果のある壁肥厚を認め、咽頭痛は総頸動脈に炎症があったことによる放散痛と判断いたしました。1症例目と同様に経過から薬剤性大動脈炎と診断し、対症療法で症状改善されました。

PFGによる薬剤性大動脈炎はさまざまな大血管で起こり得ます。症状として多いのは発熱であり、PFG投与から10日目

前後で発症することが多いと言われており、薬剤性ですがステロイドの投与は必ずしも必要ではなく、対症療法のみで改善することが多く予後は良好です。発症後はPFGの代わりにフィルグラスチムなどの短期作用型G-CSF製剤であれば投与可能とされております。

頻度の高い有害事象ではありませんが、PFGを投与した患者さんで発熱を来した際には、本疾患を念頭におき診療する必要があると考えております。

今回学会参加の機会をいただき、私自身が発表するだけでなく他院の先生方の発表を拝聴し、日々更新される最新の治療や診断、頻度の高い疾患から頻度の低い疾患まで貴重な情報を得ることができ、刺激を受けることができました。学んだ知識を臨床現場で活用し、患者さんにより質の高い医療を提供できるように努めてまいります。

この場をお借りして、当院総合診療科科長の石井隆之先生をはじめ、ご指導いただいたたくさんの先生方に感謝を申し上げます。これからも賞をいただいたことを励みにし、一日一日精進してまいりますのでよろしくお願いいたします。



会場にて石井先生と一緒に

お祝いのメッセージ



総合診療科科长

いしい たかゆき
石井 隆之

令和5年3月に自治医科大学を卒業し、4月から総合診療科へローテーションしてきた新人初期研修医の田村医師に、「良い症例があるので学会発表してみるか?」と少々強引に聞いてみたところ、「ぜひやりたいです!」と気持ちの良い返事をもらったことが今回の受賞のきっかけになりました。

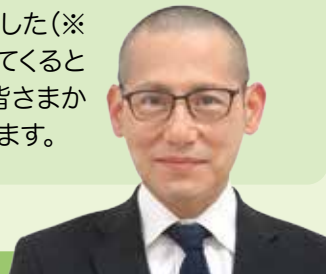
総合診療科では初期研修医の教育にも力をいれており、大雪の中松山で開催された第127回日本内科学会四国地方会(令和4年12月18日)では、IgG4上昇を伴わない後腹膜線維症の1例(オオマチオタビオ医師発表)、Streptococcus gallolyticusが培養検査で陽性となった化膿性脊椎炎/感染性心内膜炎の1例(元植彩乃医師発表)の2題で臨みましたが、僅差で奨励賞には届きませんでした。今回はその経験を活かし、発表内容を入念に練り上げ、予演会でも多くの専門医から愛の鞭(厳しい質問責め)をいただき当日をむかえました。

いざ本番、高知市文化プラザかるぼーとで行われた発表も堂々としており、会場からの厳しい質問にもよどみなく対応し、見事研修医奨励賞をいただきました。田村医師の懸命の努力が報われた瞬間でした。本当におめでとうございます。

第33回 外科グループ手術症例検討会

令和5年8月2日に第33回高知医療センター外科グループ手術症例検討会を行いました。今回は消化器外科から3例、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科から1例ずつ発表しました。内容は①小腸骨髄性肉腫の1例、②膵体部の膵上皮内癌に対して膵中央切除術を施行した1例、③初回手術後16年目に肺転移を認めた乳腺葉状腫瘍の1例、④卵巣癌の治療前に感染性心内膜炎にて開心術を施行した1例、⑤子宮浸潤を伴う直腸進行癌に対してロボット支援下で根治術を行った1例、⑥精巣捻転で左精巣摘出せざるを得なかった7歳男児の1例でした(※⑥の記事はありません)。今回はハイブリット開催で行いました。今後このような形式が増えてくると思います。病理医による専門的な解説もあり大変勉強になる症例検討会でした。これからも皆さまからご紹介いただいた症例を1例1例大切に診療していきますので、何とぞよろしくお願いたします。

しふ や ゆういち
副院長 澁谷 祐一



小腸腫瘍による腸閉塞を契機に診断された骨髄性肉腫の1例

みむら なおき たかた のぶお
消化器外科・一般外科医長 三村 直毅・主治医[高田 暢夫]

75歳男性。腹部膨満感と嘔吐を主訴に紹介医受診し、造影CTにて小腸に造影効果を伴う壁肥厚と口側腸管の拡張を認め、小腸腫瘍による腸閉塞の診断で当科へ紹介となった。小腸癌、悪性リンパ腫、GISTなどを鑑別に挙げた。同日胃管を留置し入院、翌日小腸部分切除術、リンパ節郭清を施行した。切除標本はホルマリン固定はせずに生標本を病理検査へ提出した。その後骨髄性肉腫(myeloid sarcoma)の診断がつき、術後8日目に自宅退院となった。術後18日目に血液内科にて急性骨髄性白血病(AML)に準じた化学療法が開始となり現在治療中である。

骨髄性肉腫は骨髄芽球もしくは未熟骨髄細胞が髄外

に腫瘍を形成する骨髄増殖性疾患でAMLの約5%に見られる。AMLの初発病変としてもしくは治療後の再発病変として診断され、好発部位はリンパ節、骨、脊椎、皮膚であり消化管は稀といわれている。治療法として骨髄移植、急性骨髄性白血病に準じた化学療法があるが、骨髄移植の適応は基本的に60歳までとされており今症例では適応とならなかった。

今回初発AMLの小腸腫瘍による腸閉塞という非常にまれな症例を経験した。小腸腫瘍の鑑別としてAMLの髄外病変も念頭に置くべきであると思われる。



膵体部の膵上皮内癌に対して膵中央切除術を施行した1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・主治医[岡林 雄大]

症例は85歳の男性。人間ドックの腹部エコーで膵嚢胞を認めたことから精査加療目的に前医を紹介された。腹部CTで膵体部に限局した膵実質の萎縮と同部位の膵嚢胞、末梢の膵管拡張を認めた。MRCPおよびERCPでも同様に膵体部の膵管狭窄所見を認めた。連続膵管細胞診ではclass IIIで明らかな悪性所見は得られなかったものの、膵上皮内癌を疑う画像所見であったことから手術加療目的に当院を紹介された。低悪性度病変であり、膵中央切除術の方針とした。切除断端は病理術中迅速検査で陰性を確認して膵中央切除術を施行した。手術時間4時間4分、出血量250mLであった。

病理学的にpTis, pN0, cM0, pStage 0の診断で、切除

断端は陰性であった。大きな合併症はなく術後第14病日に自宅退院した。膵中央切除術は、低悪性度腫瘍に対する機能温存の術式として知られているが、膵切離面が2カ所となることから膵液瘻のリスクが高い。当院開院の平成17年から令和5年までの間に膵中央切除術は15例に施行している。膵液瘻の発生頻度は6例(40%)と決して低くないものの、集中治療を要するような重篤な膵液瘻(POPF Grade C)は1例も認めておらず、安全に施行できている。紹介医での的確な術前診断に基づいて、膵上皮内癌に対して、過不足のない膵切除術を施行することができた。



初回手術後16年目に肺転移を認めた 乳腺葉状腫瘍の1例

症例は56歳女性。16年前に左乳腺腫瘍(15.5cm大)に対して乳腺切除術を施行され、乳腺葉状腫瘍(境界悪性腫瘍)と診断されました。今回、検診で胸部異常影を指摘され、当院に紹介されました。胸部レントゲンで左中肺野に長径1.5cmの境界明瞭な結節影を認め、胸部CTで左肺上葉S3に1.6×1.3cmの境界明瞭かつ内部構造均一な結節影を認めました。臨床経過と画像所見から原発

呼吸器外科科長 張 性沫

ちょう せん す



性肺癌を疑って手術:左肺上葉切除術を施行しました。最終的には、今回の病理組織所見と16年前に切除された腫瘍の病理組織所見から、乳腺葉状腫瘍の肺転移と診断しました。肺病変の組織像は中心部に硝子線維化が存在していることから、非常に緩徐に増大していたことが示唆されました。長期の経過であっても肺転移を来すことがあるという意味で示唆に富む症例と考えられました。

卵巣癌の治療前に感染性心内膜炎にて 開心術を施行した1例

症例は53歳の女性。卵巣腫瘍の化学療法前に40℃近い熱発を認めた。血液培養にてMRSA、心エコーにて僧帽弁に疣贅を認めた。DIC診断基準も満たしていた。抗生剤開始後も状態は改善せず、疣贅も10mmを超えており、緊急手術の適応のため僧帽弁置換術を施行した。術後経過は良好で術翌日には抜管し、リハビリを開始した。術後3週間ほどして全身状態が安定したところで化学療法を

心臓血管外科医長 近藤 庸夫

こんどう のぶお



開始した。化学療法を6コース施行後、根治手術を施行。その後、追加化学療法を3コース施行し、寛解状態となり、外来に通院中である。今回の患者さんでは悪性腫瘍に心疾患を合併した場合でもチーム医療を行うことで、すべての治療を完遂できた。卵巣腫瘍の中には化学療法に著明に効果を示すものもあり、重症な他疾患を併発しても絶対に治療をあきらめてはいけない。

子宮浸潤を伴う直腸進行癌に対してロボット支援下で 根治手術を行った1例

消化器外科・一般外科副医長 黒田 絵理・主治医[稲田 涼]

くろだ えり いなだ りょう



83歳女性。血便を主訴に前医受診。直腸診で腫瘤を触知したため、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸Rbに全周性の腫瘍性病変を認めたため加療目的に当院紹介となる。下部消化管内視鏡検査ではAV4cmの直腸Rbに全周性の2型腫瘍を認め、生検ではtub1であった。造影CTでは直腸RaからRbにかけて腫瘍を認め、前壁は子宮から膈後壁にかけて近接しており、MRIでは子宮・膈後壁への浸潤が示唆された。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。直腸癌(Rb, cT4bN0M0, cStageIIa)の診断で両側側方リンパ節郭清を伴うロボット支援腹腔鏡下ハルトマン手術(D3LD2)、子宮部分切除を施行した(手術時間:256分、

コンソール時間:174分、出血量:5ml)。術後は合併症なく経過し、術後18日目に自宅退院となった。当院では令和4年9月よりロボット支援手術を導入し、大腸癌に関しては、令和5年7月末までに118例(直腸82例、結腸36例)の手術を施行した。ご高齢の方や進行癌に対しても積極的に進んでおり、National Clinical Date baseと比較し、優れた短期成績で手術を完遂している(手術時間:直腸176分、結腸124分、出血量10mL、全合併症14%、周期期死亡0%、断端陽性0.8%、手術までの待機期間11日、以上中央値)。体に優しい低侵襲な治療をお待たせすることなく提供できるよう努めていきたい。

10/1
着任

新任医師の紹介 Introduction of new face

消化器外科・一般外科医長 井上 弘章

いのうえ ひろあき

10月より岡山大学病院から着任しました井上弘章と申します。卒後12年目になります。高知は以前から何度も旅行で来ていて、食べ物も美味しくとても大好きな街です。このたび高知に来ることができ、大変うれしく思っております。専門は消化器外科で、こちらでは大腸グループの一員として働かせていただいております。まだまだ未熟者ではございますが、一生懸命診療にあたりますのでよろしく申し上げます。



サーティファイド
Certified
 ナース
Nurse
 スペシャリスト
Specialist

専門看護師を 紹介します



CNSの専門領域には、がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、慢性疾患看護、急性・重症患者看護、感染症看護、家族支援、在宅看護、遺伝看護、災害看護、放射線看護の14分野があります。当院には現在、6分野14名(教育課程修了者を含む)の看護師が在籍しています。それぞれが専門分野に特化した知識や技術を活用し、患者さんやご家族に直接関わったり、看護師をはじめ、他職種とも協働して患者さんやご家族により良いケアが提供できるよう日々励んでいます。

専門看護師(Certified Nurse Specialist:CNS)とは

看護師として5年以上の実戦経験を持ち大学院で2年間修士課程専門コースを修了した後、日本看護協会専門看護師認定試験を受けて認定を受けた看護師です。CNSには以下の6つの役割があります。

- ①実践：患者さんやご家族への直接的な看護を実践します。
- ②相談：患者さんやご家族へのケアについて、スタッフの相談にのります。
- ③教育：勉強会や事例検討会を開催してスタッフの知識や技術の向上を支援します。
- ④調整：治療やケアがスムーズに進むように他職種も含め関係者間の調整を行います。
- ⑤研究：看護実践の向上のために研究を行い、また、スタッフの研究をサポートします。
- ⑥倫理調整：患者さんやご家族、その他関係する人々の権利が守られるように倫理的な問題の解決を考えます。

活動風景

倫理研修会の企画・運営

院内外の看護師を対象に
 倫理研修を担当し、
 教育的役割を担っています。



▲倫理研修会の様子

「りんりWeb News」の配信

職員が倫理的課題を理解し倫理的感受性を高めることができるように、さまざまな領域の倫理的課題や時事をテーマとした「りんりWeb News」を配信しています。2023年度は、「意思決定支援の第一歩～多職種間での情報共有～」、「しませんか、意思表示」をテーマに配信しました。

りんり Web News 第49回(2023. 3. 31発行)
 発行元 看護局・専門看護師(CNS)

〈今回のテーマ〉
意思決定支援の第一歩 ～多職種間での情報共有～

こんなことありませんか？

入院中のAさんは今後退院に向けて病状説明を予定されています。本人は自宅退院を希望していますが、家族は自宅での介護に不安を感じているようです。

在宅ではどんなサービスが受けられるんだろう。介護保険はどうなっているのかな？

薬をたくさん飲んでいるけれど全部必要なのかな。もう少し家でも簡単に管理できるようにならないかな？

患者さんは身の回りのことを自分でどれくらいできるんだろう？

今の病状はどうなのかな。これからどんな変化が予測されるのかな？

患者さんや家族はこれからどんな風に過ごしたいと思っているのかな？

一緒に住んでいるのは高齢の奥さんだけけど他にサポートできる人はいるのかな？

お金の心配をしてみたいけれど、介護サービスを活用するとどれくらい負担がかかるのかな

奥さんは患者さんを連れて帰ってあげたいけど自分ひとりで介護ができるかどうか不安みだ。

Aさんの療養場所を決めていくにあたり、ご本人や家族の希望、ADL、病状の理解や気持ちの準備状況、介護力や経済的な状況など様々な情報が必要です。医療従事者それぞれが専門的な視点でAさんの状況をアセスメントしています。しかし、情報は問題点の共有には至っていないようです。

医療従事者それぞれに専門性があり、お互いに知らない情報があったり、意思決定支援における役割も違います。

りんり Web News 第50回(2023.7.11発行)
 発行元 看護局・専門看護師(CNS)

〈今回のテーマ〉
しませんか、意思表示。

第50回のりんりWeb Newsでは、臓器提供の意思表示について考えてみたいと思います。

現在、期間限定でこちらのリーフレットを入院患者さんへ配布しています。

〈なぜ、リーフレットを配布しているのか？〉
 高知医療センターは、臓器提供指定制施設、腎臓移植施設の役割を担っています。したがって、私たち職員は、臓器提供に関する知識・意識の向上、患者・家族への臓器提供の意思表示の啓発・普及活動を行なう使命があります。

〈リーフレットを配布することでどのような効果があるのか？〉
 患者・家族が臓器提供の意思表示を含めた、人生会議が行なわれることを期待しています。

〈臓器提供決定時の実際は・・・〉
 臓器提供の話が出はじめる時期に患者本人がどのような意思をもっていか確認することは、ほとんどの場合不可能です。そのため、家族に患者本人の意思を推定してもらい決定してもらいになります。しかし、家族にとって患者本人の代理で決断することは、心理的・精神的にも負担がかかります。

〈患者本人が臓器提供を希望していた場合〉
 最終決定は、家族に委ねられることとなるため、家族が拒否すれば臓器提供になりません。また、家族の総意が必須条件であるため、家族のうち1人でも臓器提供を拒否した場合は、これもまた臓器提供になりません。

今回は、小児看護専門看護師と、今年から新たに加わった慢性疾患看護領域の新メンバーについて紹介します。

小児看護

当院には、小児看護専門看護師（以下、小児看護CNS）が、NICU・GCU、すこやか4Aに3名所属しています。



小児看護専門看護師

ささやま めつみ まつおか よしのり みょうじん ゆう
笹山 睦美 松岡 義典 明神 優

【フロア紹介】

NICU・GCUでは、早産児や疾患を持って生まれた子どもたちが治療を受けながら、その子どもらしく成長発達していく過程を支援しています。面会制限があるなかで、お父さんやお母さんと“家族”としての大切な時間を積み重ねていくことができるように、ケアや環境を調整する家族看護の視点も大切にしています。また、子どもたちの“育つ力”とご家族の“育む力”を支える看護実践を基盤としながら、NICU入院児支援コーディネーターによる退院支援にも力を入れています。

すこやか4Aでは、0歳から15歳までの全診療科（小児科・小児外科・耳鼻咽喉科・眼科・脳神経外科・整形外科・歯科口腔外科・形成外科など）の子どもたちが入院しています。感染症、慢性疾患、悪性腫瘍、外傷による打撲・骨折、熱傷、NICU・GCU退院後の教育入院、何らかの医療的ケアが必要であったり、手術を受ける子どもたちへの看護を行っています。子どもたちが主体的に治療に臨め、入院生活が苦痛な体験ばかりではなく成長発達につながるように多職種で協働し、認知発達の段階に合わせた説明や環境調整などにも取り組んでいます。

【主な活動】

小児領域では、子どもの権利擁護を大切にした看護を展開するために、他職種を含めたカンファレンスや倫理的課題を検討する研修を実施しています。加えてカンファレンスの内容を看護計画に反映させることで、子どもたちの最善の利益を目指す看護について検討しながら取り組んでいます。

またNICU・GCUでは、先天性疾患を持って生まれてきた

子どもたちや医療的なケアが必要な子どもたちが、安心して自宅へ帰るための在宅移行支援も行っています。主には転帰先の選択・決定に関する意思決定支援や、必要な知識・技術の獲得、自宅での生活を想定したケア方法の再検討、地域の関係機関との調整（訪問看護ステーション、保健師など）、退院前後訪問などを行っています。

小児病棟では、慢性疾患で長期に入院される子どもたちに対して治療後は、入院前に通園・通学されていた集団教育の場に戻れるよう復学支援を行っています。その際には疾患や治療を理解し日常生活を送れるように、子どもたち・ご家族や医師とも相談しながらパンフレットを作成し活用しています。具体的な内容としては、「同級生に病気のことをどのように伝えるか」「学校生活で配慮してほしいこと」「どんなことに気を付けてほしいのか」などです。また保育士・学校の教員、医師・看護師、子どもたち・ご家族も参加してカンファレンスを開催し、お互い不安なことを解消したうえで安心して通園・通学できるよう支援するといった活動も行っています。

このように、わたしたちは、子どもたちの病状によって揺れ動くご家族の意思決定に寄り添いながら、必要な情報を提供したり、代弁者としての役割を果たす看護実践に取り組んでいます。

慢性疾患看護

私はこれまで皮膚・排泄ケア認定看護師として、褥瘡や糖尿病性足潰瘍などさまざまな創傷ケアに携わってきました。創傷をもつ患者さんの中には、急性疾患だけではなく多くの慢性疾患を抱えており、ご自身の病気や創傷を他人事のように捉えて治療やケアを継続できない方や治療やケアを自己中断したあとに重症化し後悔されている方など、いろいろな患者さんに出会いました。

慢性疾患をもつ方は薬物治療だけではなく、長期にわたり食事や運動など日常生活のマネジメントが必要になりますが、人生には結婚、子育て、仕事、介護などいろいろなイベントが発生します。このような多忙な生活に新たな生活習慣を組み込むには、さまざまな工夫が必要となり時には病気を管理することに悩まれたり、苛立たれたり、落ち込まれる事もあります。

患者さんとの関わりの中で、どうすることもできない自分自身に苛立ちを感じることもありました。そこで慢性疾患をもた

慢性疾患看護課程修了生

たけざき ようこ
竹崎 陽子



れる患者さんの理解をより深めたいと思い大学院に進学し、慢性疾患看護を学び、4月からは糖尿病・内分泌内科外来を中心に活動を行っています。活動内容は、糖尿病などの慢性疾患をもたれる方やそのご家族を対象とした療養相談やセルフマネジメントのサポート、インスリン注射や持続血糖モニターなどの導入指導や継続的なサポート、自宅での生活にサポートが必要な方を対象にし、地域との連携強化に取り組んでいます。まだまだ未熟ですが、慢性疾患をもたれる方とご家族が慢性疾患の重症化や再発を予防し、病気とともに自分らしい生活を送ることができるように、一緒に悩み考えながらサポートをできればと考えています。

「ひとつの命もあきらめない」を モットーに地域包括ケアシステムを重視し、 安全で確実な診療を行っています



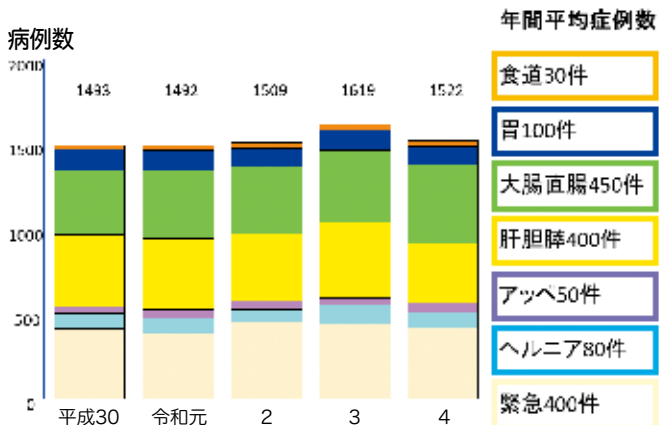
消化器外科・一般外科医長
たぶち もとやす
田淵 幹康

消化器外科 肝胆膵部門

高知医療センターの消化器外科について

当院の消化器外科では、約20名の外科医師が毎日3~6件の全身麻酔による手術を行っており、年間の手術件数は1500症例を超えています。その多くは消化器がんの患者さんであり、当院の消化器がん手術件数は高知県下で最多であるだけでなく、全国的にも有数の症例数となっています。これもひとえに当院を信頼してくださる地域の医療機関の先生方のお力添えのおかげで心より感謝申し上げます。

当院の消化器外科では質の高い診療を実現するために臓器別のチーム制とし、各領域に特化した専門医師による診療体制をとっています。私からは、肝胆膵グループの診療についてご紹介させていただきます。



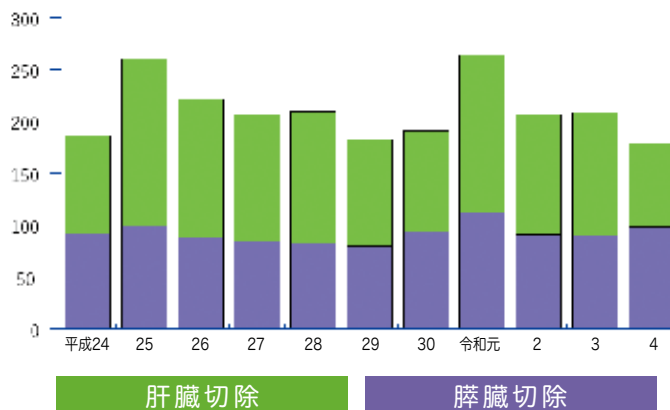
肝胆膵部門の特徴

初診日に必要な検査(血液検査、CT、MRI、レントゲン、心電図、呼吸機能検査など)を行ったあと、専門医が診察し検査結果や治療方針を説明したうえで、安心して帰宅していただけます。検査結果や治療経過については、紹介元の診療所や病院に詳しく報告していますので、患者さんを不安な気持ちにさせることなく診療が進んでいきます。また医療現場においてはエビデンスを追求するだけでは意味がありませんので、患者さんの意思を尊重し、我々のもつ高度な外科技術をもって診療にあたっています。

肝胆膵部門の診療実績

肝臓・胆道(胆嚢や胆管)・膵臓の良性疾患および悪性疾患を中心に外科治療を行っています。特に肝胆膵領域の悪性腫瘍の外科治療を専門としており、当院は日本肝胆膵外科学会が認定する高度技能専門医修練施設(A)です。高度技能専門医修練施設(A)は学会が指定する高難易度肝胆膵外科手術を年間50症例以上行っている施設が認定され、**高知県では唯一のA認定施設**となっています。四国・中国地方だけでは

なく、全国的にも上位に入る手術件数を誇り、高知県全域のみではなく県外からの患者さんをご紹介いただき治療に当たらせていただいています。

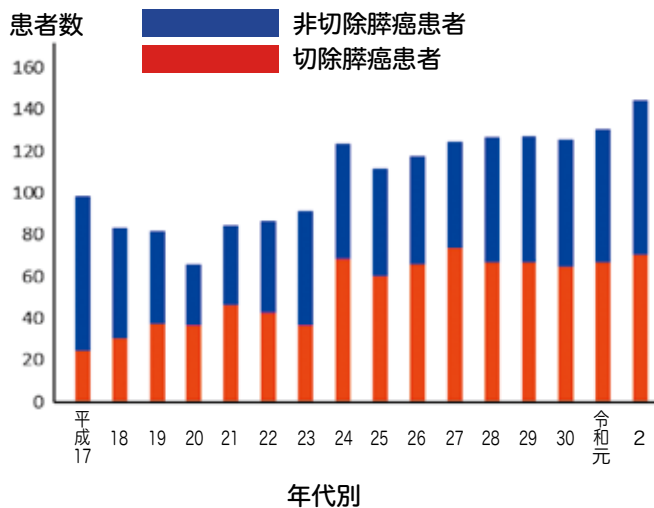


肝臓領域において以前は肝細胞癌が大多数を占めていましたが、最近では大腸癌の肝転移や肝内胆管癌の発生頻度も増加しており、これらに対して根治を目指して外科切除を行っています。肝臓外科は消化管手術と違い、「腫瘍因子」と「患者因子」のバランスを考えて外科治療方針を決定しなければなりません。過少手術になるとがん治療として根治的な外科治療ができなくなり、過大侵襲となれば術後肝不全に陥ってしまう危険性があります。したがって術前の肝機能評価に関しては、肝臓切除に耐術できるか否かを個々の患者さんに対して正確に行い過不足のない肝臓外科手術を行う必要があります。そこで当院では肝臓外科手術の耐術評価として**アジアロシンチグラフィ**を用い、高知医療センター基準を開発し肝臓手術に臨んでいます。当科では年間100例を超える肝臓手術を行っています。



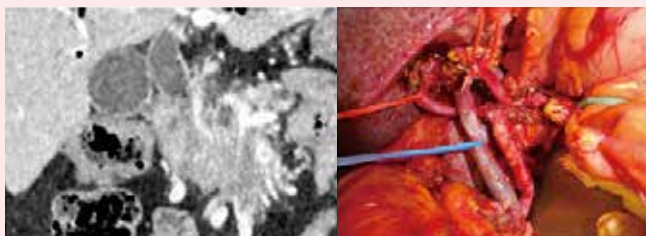
他院では治療困難と診断され当院に紹介いただいた肝細胞癌の患者さん。術前抗がん剤を行い高知医療センター基準で肝臓切除に耐術可能と判断し根治切除を行った症例。患者さんは再発なくお元気に過ごされています。

膵臓癌に対しては、術前化学療法、手術、術後補助化学療法を行うことにより長期生存が得られるようになってきています。厚労省のまとめでは、1年間に人口10万人あたり約33人が膵臓癌と診断されています。高知県の人口は約70万人ですので、高知県全体では年間約200人が新規膵臓癌と診断されていることになります。当院でも年々膵臓癌患者さんの診療が増えており、最近では年間140人を超える膵臓癌患者さんを診療しています。この統計からも当院が高知県の膵臓癌患者さんの診療の中心を担っていることがわかります。



膵癌治療は経験豊富な施設で行われることが望ましく、特に膵臓外科を含めて肝胆膵領域の手術は専門性の高い卓越した技術をもったスタッフが揃う施設で行うことが、安全確実であり短期成績も長期成績も良いという事実が明らかとなってきています。当院は、**高知県の膵癌患者約7割の診療に携わっています**ので、その中で専門性をもって地域の先生方と協力して膵癌患者を診療していくことが重要と考えています。

膵臓手術のなかで、特に大きな侵襲であるのが膵頭十二指腸切除術です。日本全体の平均時間が8~10時間という大手術となるのですが、当院での膵頭十二指腸切除術の平均時間は4~5時間程度で出血量も少なく安全に手術を行うことができます。専門性の高い固定スタッフによって膵頭十二指腸切除術を行うことで、最善の医療が提供できるようにしています。経験した高難易度肝胆膵手術で得た技術や知識をもとに、年間50症例を超える膵頭十二指腸切除術を行っています。



治療困難と診断され当院に紹介いただいた膵臓癌の患者さん。術前抗がん剤を行い切除可能と判断し根治切除を行った症例(経静脈を門脈グラフトとして血行再建した症例)。



ご高齢の方や他の疾患を合併されている状況でも可能な限りの手術を

高知県は高齢化が進んでおり、ご高齢の方や心臓・肺・腎臓などに他の疾患を合併している方の手術を行うことが増えてきています。肝胆膵外科領域においても、80歳以上の方は20%以上となっています。当院では、多くの麻酔・集中治療のエキスパートの医師が在籍し、リスクの高い方に対しても細心の注意を払いながら、安全に手術を行うように努めています。高齢者の方々に対する当院の膵頭十二指腸切除術の適応基準や周術期管理は、「**膵癌診療ガイドライン2022年版**」にも掲載されています。



地域包括ケアシステムの重要性

前述のように、これだけ多くの肝胆膵領域の患者さんを診療させていただいているのは、他ならぬ地域の先生のお力によるものです。ご紹介いただきました患者さんを責任もって急性期治療を行い、確実に紹介元にお帰りいただくようにしています。厚労省も地域包括ケアシステムの実現に向けてさまざまな支援やサービスを構築しているところです。我々も紹介元の診療所や病院の先生方と連携しながら、患者さんが重度な要介護状態となられても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けていただけるように、地域包括ケアシステムの構築を進めてまいりたいと考えています。



肝胆膵部門の医師

■岡林 雄大(おかばやし たけひろ)

日本外科学会専門医・指導医、日本消化器外科学会専門医・指導医・評議員、日本消化器病学会専門医・指導医・評議員、日本肝胆膵外科学会高度技能指導医・評議員、日本膵臓学会認定指導医、日本臨床栄養代謝学会評議員、The Best Doctors in Japan 2022-2023、Doctor of Doctors Network優秀専門臨床医2023-2025、医学博士

■田淵 幹康(たぶち もとやす)

日本外科学会専門医

■坂本 真也(さかもと しんや)

日本外科学会専門医



多くの患者さんに、 食道がん手術治療を!!

～新たな取り組み～



消化器外科・一般外科医長
さとう たくじ
佐藤 琢爾

上部消化管グループ・食道部門

近年、全国的に高齢化がすすみ医療機関を受診される患者さんや手術治療を受けられる患者さんの年齢も上昇しています。もちろん元気な高齢者の方もいますが、さまざまな病気を有し活動性が低下した高齢者の方もいます。当院消化器外科では、どのような患者さんに対しても最新で最良の体にやさしい治療を、それぞれの患者さんに応じて提供することをモットーに日常診療に取り組んでいます。

今回は、上部消化管グループ食道部門の診療と取り組みについて紹介します。

診療体制

上部消化管(食道・胃)の内、食道の良性・悪性疾患全般の治療を担当しています。特に食道外科専門医師が食道がんを中心に、消化器内科(内視鏡治療専門)・腫瘍内科(抗がん剤治療専門)・放射線療法科(放射線治療専門)の医師とカンファレンスを行い、患者さんにとって最良の治療を提供しています。また日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)の食道グループに所属し、最先端の治療開発にも力を入れています。常に最新の情報をもとに、最先端の治療を行っており、外科手術の技量も十分兼ね備えています。また日本食道学会が認定する食道外科専門医認定施設でもあります。

専門の病気について

食道部門で扱う疾患は食道がんを中心とした悪性疾患のみならず、食道裂孔ヘルニア・食道憩室・アカラシアなどの良性疾患治療や、食道破裂などの緊急疾患に対する外科治療も行っています。特に食道がんは診断時に進行していることが多く、長期生存が難しいがんの一つです。初期症状としてはつかえ・のどの違和感や痛み・嚥下時の違和感・しみる・声がかれるなどがあり、内科や耳鼻科を受診されることがあります。これらの症状がある場合や改善しない場合は、積極的に胃カメラ検査を受けていただくことをお勧めします。症状が進行すると食事がとれなくなり、嘔吐してしまいます。

特徴について

正確な診断のもと、患者さん個々に応じた治療を選択していきます。

初診時に正確な診断を行うために、胃カメラ・CT・ペットCTなどの検査を行います。一度受けた検査を再度行う場

合もあります。カンファレンスにて診断・治療方針を検討し、提示させていただき、患者さんの意向と合わせて治療方針を決定していきます。(初診時に、食事摂取ができていない場合は、緊急入院となる場合があります)

食道がんに立ち向かうべく、多職種の医療介入(チーム医療)を行っています。

食道がんと闘い完治および長期生存を目指していくには、ステージ毎に治療法は異なるものの、手術治療を中心としたさまざまな治療の組み合わせが必要です。近年では免疫チェックポイント阻害剤が保険適応となり新たな薬物治療が加わったことで、治療が難しいステージ4の食道がんにおいても、チャンスがあれば手術治療を行うという流れができつつあります。手術治療後は、生活習慣の変化や活動性および食欲や意欲の低下が起こるため、生活習慣の変化に対応する能力、リハビリテーションによる活動性の回復、食事摂取方法の工夫などが必須です。この変化や一連の治療において、医師(内科、外科、放射線科、耳鼻科、歯科)のみならず、看護師、リハビリテーション、管理栄養士、ソーシャルワーカーなどさまざまな職種の医療従事者が、患者さんやご家族さんに寄り添い、治療と支援を行っています。

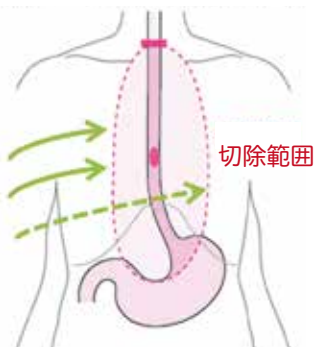
食道がん手術治療の変遷と取り組み

できるだけ多くの患者さんに手術治療を!!

食道がん手術治療は、開胸開腹手術という体に負担の大きい手術を行っていた時代から負担の少ない胸腔鏡腹腔鏡手術へ移り変わってきました。しかしこれらの手術は、肺を一時的に縮めて行う手術であり、多くの負担が肺や心臓にかかります(図1)。

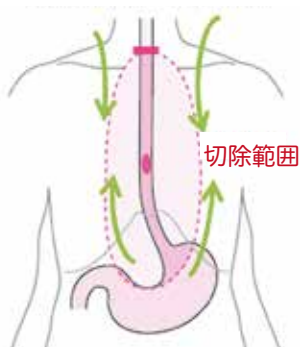
図1 手術術式の違い

胸腔鏡下/
ロボット支援下食道切除術



・右肺を縮ませて、右胸にスペースを作ります。できたスペースで手術操作を行います。
・右肺が縮んでいるので、左肺だけで呼吸します。

縦隔鏡下食道切除術



・肺は縮ませることなく、頸部と腹部から食道に沿って操作します(肺にやさしい)。
・縦隔という狭いスペースにトンネルを作ります。

この手術を受けるには、開胸・胸腔鏡・ロボット支援下手術を乗り越えられる体力があること、心臓や肺の機能がこの手術に耐えられることが前提となります。つまり、体力があり、心臓、肺もある程度元気な患者さんが受ける手術です(図2)。

図2

体全体の元気さ			手術治療の変遷			
活動性	肺の動き	心臓の動き	これまで	現在	今後	
良	↑	↑	開胸手術 ⇒胸腔鏡手術	胸腔鏡手術	ロボット手術	
悪	↑	↑	他の治療方法 (化学放射線治療など)	縦隔鏡手術	縦隔鏡手術	他の治療方法 (化学放射線治療など)

当科食道部門では、国内でも平成30年より保険適応となり徐々に普及してきているロボット支援下手術を令和6年1月から導入し、食道がん手術においてもロボット支援下手術を開始します。当院へのロボット支援下手術システムの導入が遅れたことから、これまで食道がん手術は胸腔鏡手術で行ってきました。他領域でのロボット支援下手術の安全性を十分に確認し、食道がん手術にも導入することが決まり、できるだけ多くの患者さんに、がんが治る手術治療を受けていただけるように準備を進めています。一方で体力がない患者さんは、これまで手術治療を受けることができず、比較的治癒割合が下がってしまう治療、化学放射線治療を受けるしかありませんでした。そこで当科食道部門では、体力の少ない患者さんにも、手術治療を受けていただけるよう縦隔鏡手術の導入を行いました。

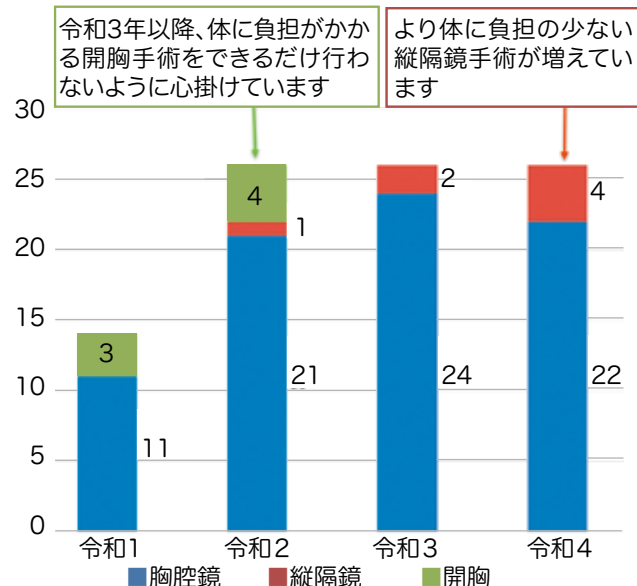
縦隔鏡下食道切除+腹腔鏡下胃管再建術

この手術は、肺と心臓への負担が少なく体にやさしい、体力がない患者さんも受けていただくことができます。高齢者の方にも受けていただける手術と考えています。肺を縮めることなく、頸部から食道に沿って、または腹部

から食道に沿って切除を行う、トンネルを作り食道をくり抜くような手術です(図1)。しかしトンネル内は非常に狭いため、がんが大きすぎる場合は、この手術の対象にはなりません。

当院では、この術式を令和2年から導入し令和4年12月までに7例を経験しました(図3)。手術後の入院期間は約3週間程度であり、体の変化、特に食生活の変化に慣れていただく必要があることから、これまでの術式と同じ入院期間です。しかし術後の経過においては、肺炎を起こす患者さんが少なく、痰の量や咳も少ない印象です。また退院後も夜間の咳嗽が少なく、しっかり寝られるとの声をいただいております。生活の質もこれまでの術式より改善していると考えています。まさに肺に負担が少なく優しい手術と実感しています。

図3 食道がん年間手術件数(直近4年)



最後に

今回は上部消化管グループ・食道部門の紹介と取り組みと新しい手術術式について紹介しました。しかし食道がんは進行が早く、1年以内に進行がんとなることが多いです。毎年、バリウム検査か内視鏡検査(胃カメラ)を受診していただくことをお勧めします。特に飲酒量が多い方は、検査を受けることを強くお勧めします。食べ物の通りが悪い方、少しでもおかしいと感じた方、水分やアルコールで食事を流し込んでいる方、何かお困りのことがあれば何でもご相談ください。

■副院長 澁谷 祐一

- 日本外科学会専門医・指導医
- 日本消化器外科認定医
- 日本食道学会・食道科認定医
- 日本臨床腎移植学会腎移植認定医
- 医学博士

■医長 佐藤 琢爾

- 日本外科学会専門医
- 日本消化器外科学会指導医・専門医
- 日本食道学会評議員・食道外科専門医・食道科認定医
- 日本内視鏡外科学会技術認定医(食道)
- 医学博士

～イベント情報～

他施設公開研修

成人 BLS/AED 研修

講演者名 院内 BLS インストラクター

日時 令和6年1月18日(木)9:00～12:00

場所 高知医療センター2階 スキルズラボ室
*当院に集合し、演習を行います。

参加費 無 事前申し込み 締切 1/4 (木)

*事前に学習資料を配布します。資料郵送先を記載ください。

対象者 看護師(2名)

お問い合わせ先: 看護局教育担当 Tel.088-837-3000(代)
e-mail: kango_kyouiku@khsc.or.jp

地域がん診療連携拠点病院公開講座

「前立腺がんの診断と治療」「乳がんの診断・治療について」

「遺伝性腫瘍症候群：リンチ症候群について」

「がん診療におけるハートチームの役割」

講演者名 泌尿器科副院長 乳腺・甲状腺外科副院長 消化器外科・一般外科医長 心臓血管外科医長
●森田陽 ●吉岡遼 ●吉岡貴裕 ●大上賢祐

日時 令和5年12月16日(土)14:00～16:30(開場13:30)

場所 田野町ふれあいセンター イベントホール
(高知県安芸郡田野町 1456-42)

参加費 無 事前申し込み 無 対象者 どなたでも

お問い合わせ先: 高知医療センター 経営企画課 Tel.088-837-3000(代)

第8回認定看護師・専門看護師実践発表会

「深めよう 未来を創る看護の力」

目的 高知県内の認定看護師・専門看護師が共に学び、
交流を深めることにより地域連携の輪を広げる

基調講演 「命や暮らしを支える看護」

講師 高知県立大学 社会福祉学部社会福祉学科講師：辻 真美先生

日時 令和5年12月16日(土)12:30～16:10(開場12:00)

場所 高知医療センター2階 くろしおホール 参加費 無 事前申し込み 要(当日参加可)

対象者 当院職員・県内の病院等で働く医療従事者・看護教育機関の教員および学生(約150名)

お問い合わせ先: 認定看護師・専門看護師実践発表会運営委員長 笹山睦美 Tel.088-837-3000(代)



information

～ 診療予約・診療受付 ～



※詳しくは下記 URL か二次元コードよりご覧ください

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)

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)

発行者: 小野 憲昭

編集者: 地域医療連携室

印刷: 株式会社高陽堂印刷



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

最新情報はこちらから▲



地域医療センター公式 LINE

にじ 2023年11月号(第191号)
発行: 令和5年11月1日



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。

