

東邦大学学術リポジトリ



OPAC

東邦大学メディアセンター

タイトル	第37回東邦大学医療センター大橋病院外科集談会(第5回東邦医学会大橋病院外科分科会)
別タイトル	37th Annual Meeting Shu Dan Kai" of the Department of Surgery, Toho University Ohashi Medical Center and 5th Subcommittee Meeting of the Medical Society of Toho University
公開者	東邦大学医学会
発行日	2016.03
ISSN	00408670
掲載情報	東邦医学会雑誌. 63(1). p.68 71.
資料種別	学術雑誌論文
内容記述	学会抄録(分科会)
著者版フラグ	publisher
メタデータのURL	https://mylibrary.toho u.ac.jp/webopac/TD61877003

第 37 回東邦大学医療センター大橋病院外科集談会 (第 5 回東邦医学会大橋病院外科分科会)

平成 28 年 1 月 16 日 (土)
東京アメリカンクラブ (港区麻布台)

集談会開会の辞 草地信也

研修医発表

座長 片田夏也

1. 術後消化管穿孔に伴う腹腔内膿瘍と創部離解に対して陰圧閉鎖療法が有効であった 1 例

橋本瑤子 (大橋病院外科)

褥瘡や創離解に対する陰圧閉鎖療法の報告は散見される。しかしながら消化管穿孔に伴う腹腔内膿瘍と創離解に対する報告はいまだ少ない。今回われわれは、膵癌術後の消化管穿孔による腹腔内膿瘍、創離開と皮膚障害に対して持続吸引を加えた陰圧閉鎖療法が有効であった症例を経験したので報告する。

65 歳、男性。膵癌に対し術前化学放射線療法を施行、引き続き膵体尾脾切除、結腸部分切除を施行した。第 7 病日に消化管穿孔の診断で再手術を施行したが、穿孔部は同定できず洗浄ドレナージ術のみで終了した。その後も消化液漏出は続くものの、再々手術の有効性も期待できなかった。そのため、腹腔ドレーンの交換を繰り返し、第 31 病日に横行結腸中央部の穿孔部位を同定し、結腸内にドレーンを挿入留置した。膿瘍腔は腸管穿孔部から肝下面を經由、腹腔内を横断し左横隔膜下に大きなスペースとして認められた。正中創は離解し、腸液による広範囲な皮膚障害も認められた。そこでドレーン挿入部、離開創そして腹腔深部への陰圧閉鎖療法を開始した。正中創は閉鎖、肝下面の膿瘍腔は消失し、左横隔膜下膿瘍腔も縮小した。創が閉鎖しドレーン挿入部孔も縮小したことで皮膚への腸液曝露が減少し皮膚も改善した。

(第 77 回日本臨床外科学会総会最優秀賞受賞演題)

2. 動脈塞栓術先行の脾摘出術を施行した脾破裂を伴う脾原発悪性リンパ腫の 1 例

前原淳治 (大橋病院外科)

今回われわれは、脾原発悪性リンパ腫に伴った巨大脾腫破裂に対して動脈塞栓術 (transcatheter arterial embolization: TAE) を先行して脾摘出術を施行することで救命し得た 1 例を経験したので報告する。

70 歳、男性。歩行時に腹部を打撲し、1 週間後に呼吸苦を認め東邦大学医療センター大橋病院に救急搬送となった。腹部造影 computed tomography (CT) 所見では肝表面、脾周囲に液体貯留を認め、巨大脾腫も認めた。脾内に血管外漏出を示唆する高吸収域を認め、脾腫瘍の破裂による腹腔内出血と診断した。来院時はショック状態であり、初期輸液に反応する responder であったが、血小板が 25000/ μ l と減少していた。出血傾向を考慮し、まずは出血コントロールのため TAE を施行した。TAE 施行にて止血を行い、状態が安定したため耐術可能と考え翌日手術を施行した。腹腔内には約 3000 ml の旧血性腹水を認めた。脾動・静脈を結紮・切離し、脾摘出術を施行した。摘出した脾臓は最大径 240 mm であり、脾実質のほとんどは腫瘍細胞に置換されていた。病理学的診断は diffuse large B-cell lymphoma であった。手術後、disseminated intravascular coagulation (DIC) 状態が継続したが抗 DIC 療法にて対応した。その後、膵液瘻、膵尾部壊死、門脈内血栓など認められたが状態は徐々に回復した。術後 17 日目に悪性リンパ腫の化学療法目的にて転院となった。

3. 上行結腸癌と悪性リンパ腫の衝突腫瘍の 1 例

森山穂高 (大橋病院外科)

78 歳、男性。2006 年に肺の異常陰影を指摘され、精査の

結果、胃悪性リンパ腫の転移性肺腫瘍と診断された。他院で化学療法を施行され、その後の再発は認めなかった。今回は1カ月前からの右下腹部の腫瘤を自覚し、嘔吐、腹痛症状が出現したため東邦大学医療センター大橋病院を受診した。腹部造影 computed tomography (CT) 検査で盲腸から上行結腸にかけて壁肥厚を認め、口側腸管の拡張を認め腸閉塞と診断した。イレウス管を留置し、減圧を図った後に下部消化管内視鏡検査を施行し、上行結腸に腫瘍性病変を認め生検を施行した。来院時の血清 interleukin-2 (IL-2) の上昇を認めたことから悪性リンパ腫も疑われたが、生検の結果は腺癌と診断され、上行結腸癌の診断で回盲部切除術を施行した。最終病理結果は、B cell lymphoma と腺癌の衝突腫瘍であった。術後経過は良好であり退院後、化学療法目的に他院へ紹介となった。

近年、平均寿命の上昇による高齢化や画像診断の進歩により重複癌や多発癌の報告が増加しているが、同一臓器内に異なった悪性腫瘍が隣接して存在する衝突腫瘍は極めてまれである。胃を原発とした衝突腫瘍の報告も散見されるが大腸原発の悪性リンパ腫と腺癌の衝突腫瘍症例はまれである。今回われわれは、上行結腸癌と悪性リンパ腫の衝突腫瘍の1例を経験したので報告する。

4. 急性胆道炎におけるメタゲノム解析による次世代網羅的病原体検出

鯨岡 学 (大橋病院外科)

急性胆道炎は適切な抗菌薬治療が行われないと臓器障害を来し致命的となる可能性がある急性感染症であるため、迅速に起因菌を同定することは予後改善に寄与すると考えられる。今回われわれは急性胆道炎の胆汁、胆嚢粘膜を使用し、メタゲノム解析による次世代網羅的病原体検出に関する研究を立案した。

急性胆道炎(急性胆嚢炎、急性胆管炎)症例において胆汁、胆嚢粘膜を採取しメタゲノム解析による次世代網羅的病原体検出により起因菌の同定と特徴に関する解析を行った。また、患者常在菌の評価として唾液・便の採取も同時に行った。

急性胆嚢炎症例のうち、まずは3症例の解析を行った。3症例とも院内培養の結果とメタゲノム解析による検出菌は同じであった。細菌培養検査には約数日を要するが、今回行ったメタゲノム解析では約24時間で起因菌の同定が可能であった。

臨床研究の概要と研究結果に関して報告する。薬剤耐性結果に関してプラスミドDNAを用いた解析結果も含め報告する。

5. 術後 SSI 分離菌の感染症、抗菌薬療法、術後経過と薬剤感受性の検討

新妻 徹 (大橋病院外科)

術後手術部位感染 (surgical site infection : SSI) に対する治療抗菌薬は病原微生物およびその薬剤感受性を指標として選択される。多くの場合、抗菌薬を投与する時点では分離菌の菌種およびその薬剤感受性は不明であるので、抗菌薬は原因菌やその薬剤感受性を予想して選択される。その際、予想されるすべての分離菌に対する抗菌薬や耐性菌を考慮した抗菌薬を選択すると、広域スペクトルを有する薬剤が選択され、耐性菌の出現や菌交代現象、抗菌薬関連性腸炎などのリスクが高まる。そこで、今回、術後 SSI 分離菌について、臨床経過にともなう分離菌の薬剤感受性を検討した。

日本化学療法学会、日本感染症学会、日本臨床微生物学会で行われた3学会合同抗菌薬感受性サーベイランス手術部位感染 (SSI) 分野で得られた分離菌情報を用いた。全国25施設からの、術後 SSI を発症した698症例を集積し、そのうち9症例を除外した689症例に対する検討を行った。全689症例を上部消化管手術、下部消化管手術、肝胆膵手術、その他(一般外科・乳腺内分泌外科手術、呼吸器外科手術、心臓血管外科手術、その他)に分類し、さらにそれぞれにおいて予防抗菌薬の有無別に分類した。そして、術後 SSI の種類(表層切開創 SSI、深部切開創 SSI、臓器/体腔 SSI)の差、術後 SSI 発症時期(術後第0~4、5~9、10~14、15~19、20~24、25~29日、30日以上)の差について比較検討を行った。

術後 SSI の種類については、全体、下部消化管手術および肝胆膵手術において、予防抗菌薬無しの群が予防抗菌薬有りの群と比較し、有意に臓器/体腔 SSI が多かった。また術後 SSI 発症時期については、全体、下部消化管手術および肝胆膵手術において、予防抗菌薬無しの群が予防抗菌薬有りの群と比較し、0~4病日という早期発症が有意に多かった。下部消化管手術症例の中で予防抗菌薬無しの群では、穿孔性腸疾患、術後縫合不全、腸管壊死といった、すでに腹腔内感染を生じているような症例が全体の35%であり、予防抗菌薬有り群の0.7%と比較し有意に多い結果となった。

全症例および各手術分類別に、治療抗菌薬の最小発育阻止濃度に関して、術後病日別に比較し検討を行い報告する。

研修報告

座長 渡邊 学

1. 大腸肛門疾患の専門病院への研修を経て

高橋亜紗子 (大橋病院外科)

2014年度より大腸肛門外科のスタッフとなりさらなる診療経験を積むため、2015年度の1年間、大腸および肛門の専門病院で研修させていただいており、その内容を報告する。

2015年4～9月の半年間は、がん・感染症センター都立駒込病院で研修を行った。都立駒込病院は年間400件以上の大腸癌手術を行う都内有数の専門医療機関である。研修期間中には、大腸外科の権威である高橋慶一先生をはじめとする4名のスタッフに指導していただきながら、術者として30件の開腹・腹腔鏡の手術症例を執刀した。助手としても腹会陰式直腸切断術や骨盤内臓全摘術、腹腔鏡下大腸全摘術などの症例も多く経験し、大変勉強になった。

2015年10月からは、東京都足立区にある寺田病院という肛門科専門病院で研修を行っている。寺田病院では年間1000件近い肛門疾患の手術を行っており、東邦大学医療センター大橋病院の肛門外来も担当して頂いている田中良明先生のもと、肛門疾患に対する診察・手術を学んでいる。さまざまな勉強会にも参加させて頂き、女性肛門外科医の必要性を感じている。また上部・下部内視鏡検査も年間約10000件行われており、内視鏡検査に関しても多くの研鑽を積ませて頂いている。

2. 日本医科大学付属病院高度救命救急センター勤務に従事して

萩原令彦 (大橋病院外科)

日本医科大学付属病院高度救命救急センター(当センター)に出向して1年が経過した。当センターは外科・脳神経外科・整形外科・形成外科の医師で混成された3グループから成り立ち、東京消防庁から依頼される三次選定された患者の搬送依頼に対し初期診療から入院加療、退院、転院搬送までを担っている。外科班としては、グループの垣根を越えて外科系疾患患者の緊急手術に24時間対応の体制をとっており、この1年間で所属しているグループに救急搬送された患者433人の診療に加わり、61件の手術に参加、執刀医としては16件、指導医として6件の手術を行った。また当センターならではの救急医療として、ドクターカー同乗での救急現場への出動、また海上保安庁と連携をとった洋上救急業務も経験した。今後は東邦大学医療センター大橋病院外科で従事した胸腔鏡手術の技術を外傷

外科に生かし、外傷外科のダイナミックな手術の中に繊細さを併せた医療を展開し、残りの1年3カ月となった出向期間中に救急医療の得られる経験を増やしていきたいと思う。また小生の経験が今後外傷外科に興味のある後輩諸君の進路の参考になれば幸いである。

看護研究発表

座長 岡本 康

ドレーン破棄廃棄時における個人防護具への暴露の実態

佐藤雅子, 内野加奈子, 原田 郁
三井香葉 (大橋病院看護部)

インフルエンザやノロウイルスなど感染対策に対して毎年注意喚起を促しているが、医療従事者が罹患してしまうこともあり、常に感染の危険に曝されている現状がある。職業感染予防のためにも適切な個人防護具着用が必要であると考えた。

前年度はドレーンバック内の排液破棄時における個人防護具着用の実態調査を行った。ドレーンバック内の排液破棄において「個人防護具の使用に関する」アンケートを実施したが、最もゴーグルの着用率が低く、非着用理由として、「排液量が少ないからいいと思った」、「破棄するものが1つであったためするのが面倒だった」、「顔をそむければいいと思った」、などの意見があった。標準予防策の理解が十分ではないことが想定され、マニュアルを作成しても集団意識は働くが、根拠をもって自発的に行動するには至らないため、認識を変えるような教育が必要であると考えた。また、参加型観察法を実施し一時的に個人防護具の着用率が向上したが「他者も実施するから、他者に監視されているから行う」といった心理が働いたためと考えられる。

「集団療法・視覚的アプローチ・条件づけを用いた精神科閉鎖病棟における感染予防対策：病棟内感染拡大ゼロを達成して」についての研究を行った本間ほか(2012)は、「視覚的に『見える化』してフィードバックすることは、人の行動を変容させ習慣化させるために効果的である」と述べており、視覚的アプローチにより認識の変化による行動変容が期待されるのではないかと考えた。

以上のことから、実際にドレーンバック内の排液破棄を行いつつどの程度排液曝露しているのかを実験し解明していく。発表では本研究の検討経過を報告する。

臨床グループ年次報告

座長 浅井浩司

上部消化管外科グループ 渡邊良平

下部消化管外科グループ 榎本俊行

肝胆膵外科グループ 松清 大

呼吸器外科グループ 桐林孝治

乳腺外科グループ 岡本 康

緩和ケアグループ 中村陽一

感染対策グループ 渡邊 学

特別講演

「腹腔鏡下大腸切除—今日まで、そして明日から—」

座長 草地信也

北里大学医学部外科 教授 渡邊昌彦先生

閉会の辞 齊田芳久