

# にしじ

## 第22回 外科グループ 手術症例検討会

..... P2~6

# 5

第49回 南国土佐皿鉢祭 by 栄養局 ..... P7

高知医療センター イベント情報 ..... P8

MAY 2017 Vol.139



3月26日(日)に開催された「がんサポートセンター オープニングセレモニー」の様子

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22回 外科グループ手術症例検討会

開催にあたって 消化器外科・一般外科 西岡 豊

私たちは、登録医の先生方から当院外科グループ(消化器外科・一般外科、乳腺・甲状腺外科、移植外科)、消化器科、放射線科などにご紹介いただきました手術症例について、当院の「くろしおホール」にて年に数回の報告会を行っています。

平成29年1月25日(水)に開催されました第22回外科グループ手術症例検討会には、院外の先生方11名、院内からは42名、合計53名の方々に参加していただきました。

今回、5例の症例を発表させていただきましたので、報告させていただきます。

なお、この報告会で検討症例のご希望がありましたら、出来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。

また、開催曜日や時間帯等、ご意見・ご希望をおよせください。最近では登録医の先生方のご参加が若干少なくなってきております。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。

## 症例①: 多発腹壁癒着ヘルニアに対して腹腔鏡下ヘルニア修復術が有効であった1例

【はじめに】腹腔鏡下腹壁癒着ヘルニア修復術は、本邦でも2012年に保険収載されてから施行件数が増加傾向にある。今回多発腹壁癒着ヘルニアに対して腹腔鏡手術が有効であった1例を経験したので報告する。

症例: 84歳 女性

【現病歴】

10年前、Rs直腸憩室穿孔によるHartmann手術を施行し、同年人工肛門閉鎖術を行っていた。9年前に人工肛門閉鎖部の腹壁癒着ヘルニアに対して単純縫合閉鎖術を施行。

今回、畑仕事をした後に左側腹部痛が出現し前医を受診。腹壁癒着ヘルニア嵌頓が疑われ当科紹介となる。

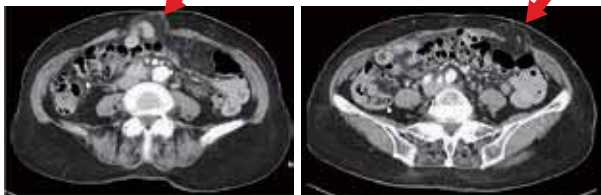
【既往歴】脳動脈狭窄、高血圧  
【常用薬】バイアスピリン、ノルバスク

【初診時現症】身長 144cm、体重 52kg

人工肛門閉鎖部位に圧痛あり。腸管脱出ははっきりしないがヘルニア門は触知。正中創にも腹壁癒着ヘルニアを認める。

【血液検査、生化学的検査】特記所見なし

【腹部CT画像】



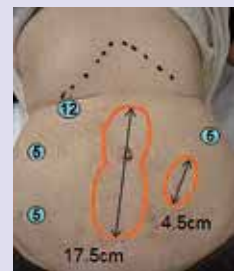
正中創のヘルニア嚢内に腸管の脱出があるがイレウス像や腸管浮腫などの所見はなし。人工肛門閉鎖部は脂肪織の脱出のみ。

【手術】

本症例に対して腹腔鏡下腹壁癒着ヘルニア修復術を施行。



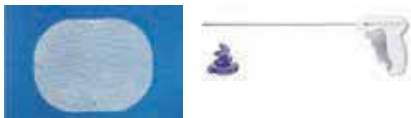
術前に想定したヘルニア門



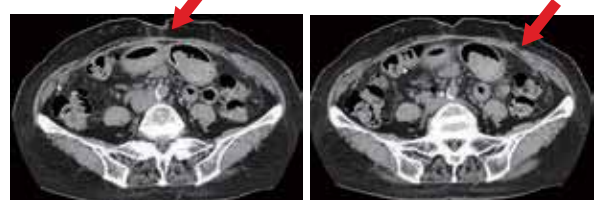
実際に術中に計測したヘルニア門

仰臥位、全身麻酔で手術を開始。first portは右季肋部より挿入し、できるだけヘルニア門から離すように計4ポートを用いて操作を行った。まずヘルニア門と大網、小腸の癒着を剥離。体外より23G針を用いてヘルニア門の外縁に沿ってマーキングし、サイズを測定。正中のヘルニア門は縦17.5cm、横8cm、人工肛門閉鎖部は直径約4.5cmと術前に診断したよりも大きいことが明らかになった。正中ヘルニア門右縁から人工肛門閉鎖部ヘルニア門の左縁までは約17.5cmあり、メッシュのover lapにゆとりをもたすべく、人工肛門閉鎖部は単純縫合閉鎖を追加して縫縮した。

PCOメッシュ(25×20cm)を癒着防止面が下になるように挿入。メッシュの左右、頭尾側、中心に付けた固定針を、ニードルデバイスを用いて体外に導出して2つのヘルニア門を覆うように展開した。その後吸収性のタッカーを用いてメッシュの外縁に沿って1-2cm間隔でタッキングを行い、メッシュを固定した。さらに内縁にも2重のタッキングを行い手術を終了した。手術時間は248分、出血量は少量であった。



【術後経過】術後2日目に経口摂取を開始し、経過問題なく5日目に退院。退院後4ヶ月のCTで、ヘルニア再発やメッシュ留置部の膨隆を認めない。



【腹腔鏡手術vs開腹手術】

腹腔鏡と開腹手術の特徴をまとめると右の表のようになる。

腹腔鏡手術の利点	開腹手術の利点
手術創小	手術費用
手術時間短	手術時間
controversial	再発率

Aher CV et al., Surg Endosc. 2015;29:1099-1104.

当院においても2016年6月から腹壁癒着ヘルニアに対して腹腔鏡手術を導入し、現在まで7症例を経験している。全体としてヘルニア門は大きな症例が多く、手術時間は119時間と延長しているが、経口摂取開始日数、術後在院日数は比較的短い。術後合併症は漿液腫を1例認めたのみで再発も経験しておらず、安全に導入できていると考えている。

当院における腹腔鏡手術の短期成績 (2016年6月～2017年2月)

年齢	79 (65-84)
男/女	1/0
BMI	25.8 (21.5-28.2)
ASA class 2/3	6/1
ヘルニア門 (cm)	14.0 (4.0-25.0)
術後(分)	119 (78-248)
出血 (mL)	0 (0-15)
術後経口摂取開始日 (日)	1 (1-2)
術後在院日数 (日)	4 (3-6)
術後合併症	漿液腫 1例
術後再発	2 (2-5)
再発	0

【考察】2つのヘルニア門を有する症例であったが、腹腔鏡によりサイズや位置を正確に判断でき、至適なサイズのメッシュを留置することが可能であった。また腹腔鏡手術によって侵襲を抑えることで早期退院が可能であった。

### 結語

多発腹壁癒着ヘルニアに対して腹腔鏡手術が有効であった1例を経験した。



## 症例②: 膵腺房細胞癌の1例

### 【はじめに】

膵腺房細胞癌は全膵外分泌腫瘍の約1%と稀な腫瘍である。今回術前化学療法は奏功しなかったが、多臓器合併切除を伴う膵切除で根治切除しえた膵腺房細胞癌症例を経験したので報告する。

### 症例：64歳 男性

#### 【主訴】なし

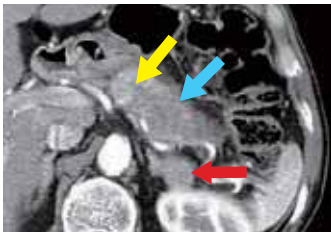
【現病歴】2014年10月右腹痛で紹介医受診しCT検査で左副腎腫瘍を指摘。当院泌尿器科紹介となり腺腫が疑われた。

2016年7月、左副腎腫瘍フォローアップ目的でCT施行され、膵体部腫瘍を認め当科紹介となった。

CTで膵体尾部に49mm大の低吸収性腫瘍を認めた。副腎腫瘍は膵腫瘍の転移の可能性もあり化学療法の方針となり、Gemcitabine 1000mg + nab-PTX 150mg 3コース施行。10月、CT検査で膵体部腫瘍は62mm大に増大していたが、

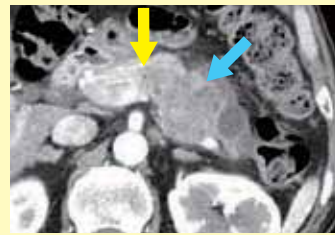
- 副腎以外には転移疑う所見を認めなかった。
- 膵腫瘍は膵腺房細胞癌が疑われ、同腫瘍の場合遠隔転移も局所治療の適応となるため手術療法の方針となった。
- 【既往歴】高血圧、糖尿病、慢性胃炎
- 【血液検査】Hgb 11.8g/dl, AMY 152U/Lと軽度の貧血とアミラーゼ上昇以外に血算生化学所見に異常なし。
- CEA 2.2ng/ml, CA19-9 44.6U/ml, CA125 12.8U/ml, DUPAN2 <25U/ml と測定した腫瘍マーカーはすべて正常範囲内。

#### 【造影CT 7月、化学療法前】



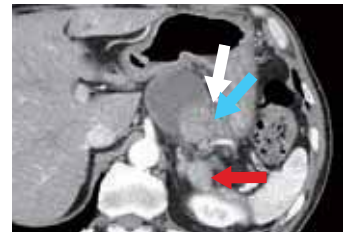
膵体尾部に49mm大の低吸収性腫瘍を認め(青矢印)、腫瘍に接する主膵管内にも腫瘍を認め(黄矢印)、膵管内腫瘍進展が疑われた。また23mm大の左副腎腫瘍を認めた(赤矢印)。

#### 【造影CT 10月、化学療法後】



膵腫瘍に接し、その頭側に嚢胞形成を認め(白矢印)、嚢胞は胃後壁に接していた。嚢胞内への腫瘍伸展(青矢印)を認めた。  
左副腎腫瘍のサイズに変化はなかった(赤矢印)。

膵体尾部腫瘍は62mm大に増大していた(青矢印)。膵管内腫瘍進展(黄矢印)も認める。



#### 【術前診断】

膵体尾部膵腺房細胞癌 62mm  
左副腎腫瘍 23mm  
術前化学療法後

#### 【手術】

膵体尾部・脾臓切除、左副腎合併切除、胃後壁部分切除、十二指腸上行脚合併切除、十二指腸下行脚・空腸側々吻合、横行結腸・結腸間膜合併切除、端々吻合

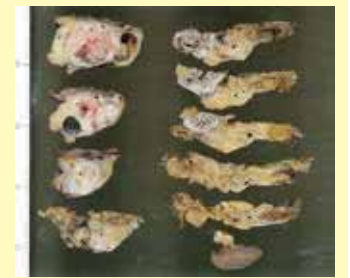


#### 【病理学的所見】

- ①膵腺房細胞癌 Pbt, TS4 (75mm), 貯留嚢胞内腫瘍穿破、膵管内腫瘍進展  
ly0, v0, ne1, T2N0M0  
Stage IB (JPS 7th / UICC)
- ②左副腎皮質腺腫

#### 【術後経過】

- 胃合併切除部に微細な縫合不全を認めたが、ドレーン交換で軽快退院となり、現在外来でTS1による補助化学療法施行中。



#### 【考察】

膵腺房細胞癌 (Acinar Cell Carcinoma, 以下ACC)は内部に出血・壊死を伴い、膨張性に発育するbulkyな腫瘍として発見されることが多く、膵管内発育や静脈内腫瘍栓などの特徴的な進展様式を呈す。当院で加療したACC 7例 (Table 1)においてもこれらの特徴的な進展様式を呈していた。

本症例は副腎転移の可能性が疑われた症例であり、すぐに手術療法が薦められる症例ではなかった。本症例のような一次治療としてすぐに手術が適応となるような症例ではないが、手術療法の可能性が残る症例 (borderline resectable 膵癌) に対し、当科ではGemcitabine & nab-PTX を術前治療として適用しており、本症例に対しても同術前化学療法を施行した。その結果、化学療法奏功せず腫瘍増大を認めたが、多臓器合併切除を伴う膵切除で根治切除しえた。

Table 1 当院で手術施行したACC 7例

Case No.	Location	Size (mm)	Metastasis	Operation	Survival (m)
1	膵体	45	なし	膵切除	26
2	膵体	55	なし	膵切除	13
3	膵体	60	なし	膵切除	10
4	膵体	70	なし	膵切除	24
5	膵体	80	なし	膵切除	73
6	膵体	90	なし	膵切除	-
7	膵体	100	なし	膵切除	-

Table 2 ACCに対するTS1 化学療法の報告

Author	TNM	Stage	Surgery	Chemotherapy	Response	Status	Survival (m)
Seki	T2N1M0	I	PD	GEM+5-FU	PR	RFS	26
	T2N1M1 (HEP)	IV	-	GEM+5-FU	PR	RFS	13
	T2N1M0	II	-	GEM+5-FU	PR	RFS	10
Yamamoto	Ta/NxM1 (PER)	IV	DP	S1*	PR	RFS	24
Our case*	T2N1M1 (PER)	IV	DP	S1**	RFS	RFS	73

ACCは発生頻度が低く、そのため化学療法が確率されていない。最も症例の多い報告としてMemorial Sloan-Kettering Cancer CenterからACC 18例に対する化学療法の報告があり、病勢コントロールに最も寄与した化学療法は5-FUであったと報告されている。5-FUの抗腫瘍効果を増強したTS1をACCに対し用いた報告例もある (Table 2)。膵腺癌に対する化学療法のKey drugはGemcitabineであるが、ACCにおいては5-FUが有用である可能性があり、現在外来でTS1による化学療法施行中である。

### 結語

本症例において GEM & nab-PTX 術前療法は奏功しなかった。膵腺癌と膵腺房細胞癌では有益な化学療法が異なる可能性がある。5-FU が膵腺房細胞癌に対して有効との報告が散見されるが、同腫瘍に対する化学療法を確立するためにはさらなる臨床研究が必要である。

# 症例③: 腹腔鏡下切除を施行した胃重複症の1例

## 【はじめに】

消化管重複症は正常消化管の内部、あるいは隣接して存在する嚢胞状・管状構造で、1～数層の平滑筋により囲まれる、内腔が消化管上皮で覆われる等の特徴を有する、全消化管に見られる先天性疾患である。頻度としては回腸が最も多く35%程度で、胃発生は10%未満とされている。今回われわれは、腹腔鏡下切除術を行った、まれな胃重複症の1例を経験したので報告する。

## 症例：71歳 女性

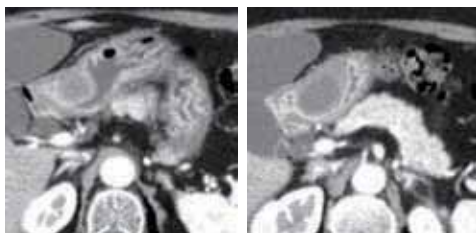
### 【主訴】胸焼け

【現病歴】胸焼けを主訴に前医受診。腹部超音波検査で胃前庭部壁内に40×25mm大の嚢胞性病変、上部消化管内視鏡検査で胃前庭部大彎に粘膜下腫瘍を認め、精査加療目的に当院紹介となった。

- 【既往歴】高血圧、高脂血症
- 【血液検査】WBC 3500/μl、Hb 11.0 g/dl、T-Bil 0.1 mg/dl、AST 22 IU/l、ALT 16 U/l、ALP 178 IU/l、γ-GTP 19 IU/l、CEA 0.7 ng/ml、CA19-9 7.3 U/ml

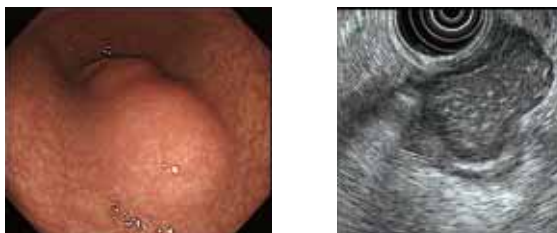
### 【造影CT】

胃前庭部前壁大彎の壁内に境界明瞭な42×24mmの腫瘍を認めた。腫瘍内部に造影効果は乏しく、辺縁は軽度の造影効果を認めた。



### 【上部消化管内視鏡検査・EUS】

胃体下部から前庭部にふたこぶ状のなだらかな粘膜下隆起を認めた。粘膜面には異常を認めなかった。EUSでは腫瘍のサイズは41×25mmで、内部は等エコー一部spot状高エコーであり、周囲は全周性に低エコーを呈していた。



### 【術前診断】

胃嚢胞性粘膜下腫瘍

### 【手術】

腹腔鏡下胃部分切除術  
出血少量  
手術時間 122分



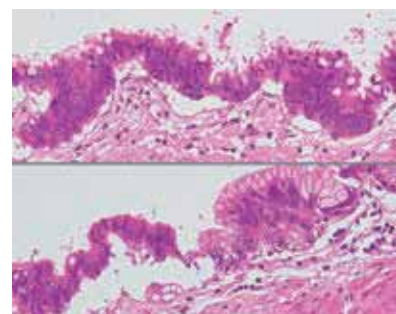
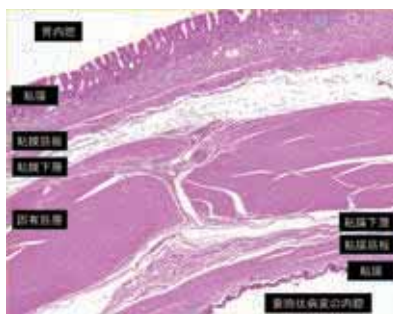
### 【術後経過】

術後2日目より食事を開始し、経過良好で術後7日目に退院した。  
【病理】上皮の異型を伴う重複胃  
Gastric duplication with epithelial atypia

### 【病理】

上皮の異型を伴う重複胃

Gastric duplication with epithelial atypia



### <<胃重複症>>

- 発生部位：大彎>後壁>小彎>前壁>幽門
- 形態：多くが球状、稀に管状
- 胃内腔との交通は無い場合がほとんど
- 1/3の症例で、食道・十二指腸憩室、異所性腺、他の重複症、腸回転異常、脊椎異常等の異常を伴う
- 癌の合併はこれまでに15例の報告がある

### <<嚢胞構造を呈する胃粘膜下腫瘍の鑑別疾患>>

疾患	好発部位	特徴的なEUS所見	病理組織学的所見
胃粘膜下肉腫性腫瘍	胃体部	実質性、均一なエコー	胃粘膜下層に肉腫性腫瘍の増殖、腸管腔を圧迫し、腸管腔に潰瘍性壊死を伴うことがある。
胃壁平滑筋腫	胃体部、胃小弯部	実質性、均一なエコー	胃粘膜下層に平滑筋腫瘍の増殖、腸管腔を圧迫し、腸管腔に潰瘍性壊死を伴うことがある。
胃壁平滑筋腫	胃体部、胃小弯部	実質性、均一なエコー	胃粘膜下層に平滑筋腫瘍の増殖、腸管腔を圧迫し、腸管腔に潰瘍性壊死を伴うことがある。
胃壁平滑筋腫	胃体部、胃小弯部	実質性、均一なエコー	胃粘膜下層に平滑筋腫瘍の増殖、腸管腔を圧迫し、腸管腔に潰瘍性壊死を伴うことがある。
胃壁平滑筋腫	胃体部、胃小弯部	実質性、均一なエコー	胃粘膜下層に平滑筋腫瘍の増殖、腸管腔を圧迫し、腸管腔に潰瘍性壊死を伴うことがある。
胃壁平滑筋腫	胃体部、胃小弯部	実質性、均一なエコー	胃粘膜下層に平滑筋腫瘍の増殖、腸管腔を圧迫し、腸管腔に潰瘍性壊死を伴うことがある。

## まとめ

- ✓まれな胃重複症の1切除例を提示した
- ✓胃嚢胞性疾患の鑑別に挙げる必要がある
- ✓幽門輪近傍の大彎に好発し、手術に際して胃の変形や狭窄に注意が必要



# 症例④: 食道表在癌の術前リンパ節診断にPET-CTが有用であった1例

症例：70歳代 男性

【主訴】胃部不快感

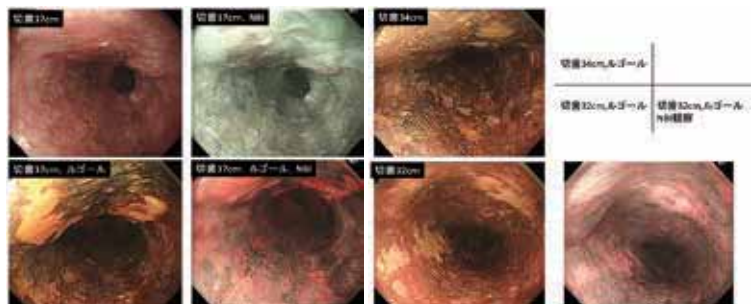
【現病歴】5日前から心窩部痛, 不快感を自覚し、なかの内科・胃腸科を受診。上部消化管内視鏡検査にて食道癌と診断され当院紹介となった。

【既往歴】40年前虫垂切除術、8年前イレウス解除術、高血圧治療中

【嗜好】アルコール：日本酒3合/日、フラッシュ、タバコ：35本/日、50年

## 【上部消化管内視鏡検査】

切歯37cmで発赤調の不整な隆起を認め、生検で扁平上皮癌であった。壁深達度はSMと診断した。32、34cmにも不染帯を認めたが、扁平上皮内腫瘍 (intraepithelial neoplasia) であった。



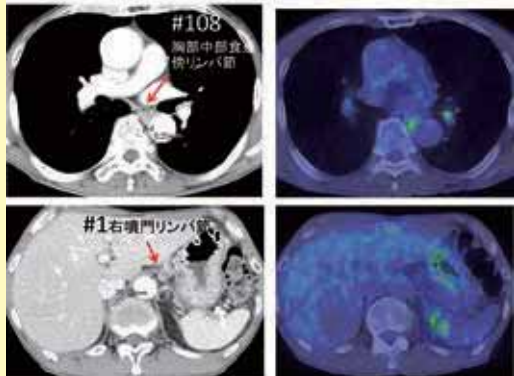
## 【食道透視】

胸部下部食道(Lt)にバリウムのはじき像を認めた。



## 【造影CTおよびPET-CT】

#108・#1リンパ節腫大を認め、FDGの集積を伴っていた。



## 【診断】

食道癌(Lt 扁平上皮癌 cType 0-IIc+Is cT1bN2M0 cStageII)(食道癌取り扱い規約)、T1bN1M0 StageIIB (UICC)

→治療はJCOG1109に登録して行う方針とした。結果、A群(術前CF療法)に割付けられた。

5-FUとシスプラチン(CDDP)を用いた化学療法2コース施行した。治療効果判定は縮小率40%とPR(部分奏功)であり、その後手術を施行した。術後経過は良好で術後16日目に退院となった。現在術後4ヶ月無再発生存中である。



【術前CF療法2コース施行】  
有害事象：好中球減少G1  
縮小率：40%  
治療効果：PR

Lt, pType 0-IIa+IIc, 7×4mm  
中分化扁平上皮癌  
pT1a(MM), N2(#108), M0  
CT-pT1aN2M0 (pStage II)  
治療効果判定 Grade 1a

【病理結果】食道癌(Lt 中分化扁平上皮癌 Type 0-IIa+IIc CT-pT1aN2M0 pStageII)

## 【考察】

- 本症例ではPET-CTで#108に集積を認めたため、8mmと小さなリンパ節であったが転移ありと診断した。病変が小さい場合はPET(positron emission tomography)でも偽陰性になることが多いが、本症例ではPET-CTが有用であったといえる。
- 現在、UICC分類で臨床病期IB,II,III食道癌に対してはJCOG1109試験が行われている。これは標準治療である術前CF療法2コース後の手術に対する術前DCF療法3コースと術前化学放射線療法の優越性を比較した試験である。当院からはそれぞれ5例、4例、6例、計15例登録している。(再発例はA群とC群に1例ずつ肺転移再発を認め、どちらも化学療法後肺切除し生存中。)

## まとめ

食道表在癌の術前リンパ節転移診断にPET-CTが有用であった1例を経験した。

# 症例⑤：超高齢者直腸癌に対して腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を施行した1例

## 【はじめに】

本邦の高齢者人口は年々増加しており、手術手技の向上と周術期管理の進歩に伴って高齢者に対する手術適応が拡大されつつある。今回、104歳という検索し得る限り本邦最高齢の直腸癌の1切除例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 症例：104歳 女性 Performance status：2

【主訴】肛門出血、排便障害

【既往歴】骨粗鬆症、脳梗塞

【現病歴】平成28年5月頃より肛門出血を認めていた。排便障

害を認め、肛門より腫瘤が出てくるため、近医を受診された。直腸癌の診断で、当院紹介となった。現症：直腸診で肛門に半周性の腫瘍を触知

## 【血液検査】

クレアチニン 1.27mg/dlと軽度腎機能障害あり。CEA 6.5ng/mlと腫瘍マーカーの軽度上昇を認める以外、特記事項なし

## 【生理機能検査】

心電図：上室性期外収縮

呼吸機能検査：VC 1.14L、FVC1.0% 88.8%

心エコー：LVEF67%、mild AR、Trivial MR、Trivial TR

## 【下部消化管内視鏡検査】

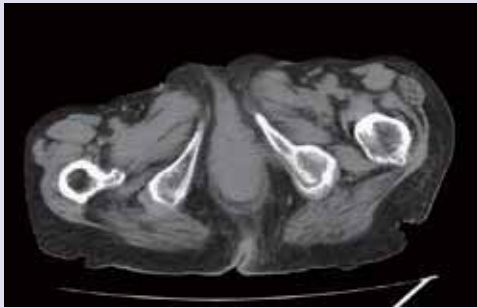
直腸(Rb-P)に半周性の可動性のある2型腫瘤あり。腫瘍より生検施行。

## 【生検結果】

Group 5、高分化～中分化型の腺癌

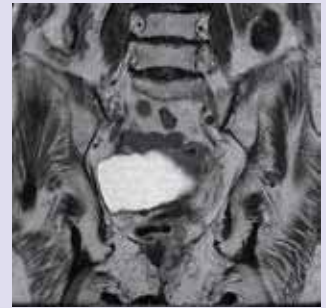
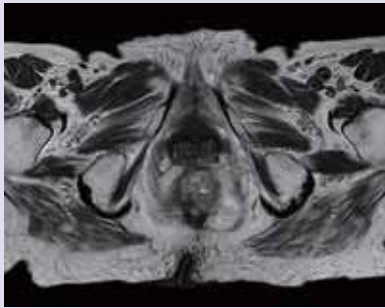
## 【腹部単純CT検査】

下部直腸から肛門縁にかけて腫瘤影あり。周囲浸潤ははっきり認めず。



## 【腹部MRI検査】

腫瘍はRb-Pの領域に前壁から左壁に認める。腔と接している。腔内に明らかな腫瘤の露出は認めず。直腸傍リンパ節・側方リンパ節の腫大は認めず。



## 【術前診断】

直腸癌 Rb-P 1/2周性 type2 tub1-2 cT3(A)N0M0H0P0 Stage II

## 【手術】

術式：腹腔鏡下直腸切断、上方D2郭清

手術時間：288分 出血量：50ml

## 【摘出標本所見】

直腸癌 Rb-P pType2 50×40mm tub2>tub1 ly1、v1、PN0、

EX- pT3N1(1/6)M0H0P0 Stage III a

## 【術後経過】

術後2日目に食事開始、8日目に骨盤底ドレーン抜去、13日目にリハビリテーション目的に転院となった。術後2か月が経過し、全身状態は術前の状態に改善し、元の施設で元気に過ごされている。

## 【考察】

①高齢者は加齢に伴う各臓器の予備能の低下、侵襲防御力の低下のため、周術期の死亡率や合併症の発生率が高いとされる。

	高齢者	若年	p*
手術時間 (分、mean±SD)	190±23	229±181	<0.001
出血量 (ml、mean±SD)	221±281	191±102	<0.001
術後死亡 (n、%)	18 (18.2)	275 (16.0)	0.818
術後死亡中 (n、%)	2 (8.0)	2 (0.8)	0.648
術後合併症 (11、mean±SD)	16.9±12.3	18.1±14.4	0.604
Grade2以上合併症 (n、%)	36 (21.0)	405 (26.7)	0.002
0期症 Grade (n、%)			
Grade 0	8 (16.0)	479 (15.0)	
Grade 1	7 (12.8)	129 (4.3)	0.002
Grade 2	1 (0.4)	4 (0.2)	
Grade 3	2 (0.8)	2 (0.2)	

\*Student's T-test, Fisher's exact test,  $\chi^2$ 検定

n (%)	0歳	75歳	p*
縫合不全	8 (3.7)	108 (6.2)	0.178
腸閉塞	11 (4.6)	132 (5.0)	1.000
腸穿孔	9 (3.8)	133 (4.4)	0.888
胆汁漏出	3 (1.3)	14 (0.5)	0.122
褥瘡	1 (0.4)	8 (0.3)	0.494
リンパ腫	2 (0.8)	31 (0.7)	0.682
心臓疾患	1 (0.4)	13 (0.4)	1.000
呼吸器系	5 (2.1)	16 (0.5)	0.015
泌尿器系	5 (2.1)	33 (1.7)	0.488
胆道疾患	2 (0.8)	22 (0.7)	0.602
中枢神経系	1 (0.4)	4 (0.1)	0.335
筋神経系	1 (0.4)	14 (0.5)	1.000

\*Student's T-test, Fisher's exact test,  $\chi^2$ 検定

②高齢者大腸癌に対する腹腔鏡下手術は、合併症の発生率を低下させる因子とされる。

表5 高齢者における合併症発生危険因子の多変量解析

	p	危険率	95% 信頼区間
性別 (男性)	0.581	1.487	0.264 6.084
併存疾患有り	0.836	0.823	0.120 5.195
ASA スコア $\geq$ 3	0.517	1.871	0.281 12.462
腫瘍 (直腸)	0.333	0.422	0.074 2.416
PN1 $\leq$ 45	0.100	0.192	0.027 1.372
手術時間 $\geq$ 180分	0.383	2.265	0.261 14.206
出血量 $\geq$ 500ml	0.535	2.849	0.104 77.722
リンパ節浸潤度 (T0)	0.033	0.679	0.138 2.925
アプローチ法 (腹腔鏡)	0.037	0.074	0.006 0.851

③自験例は、104歳と超高齢であったが、耐術能があると判断し、腹腔鏡手術を施行し、術後は大きな合併症なく経過し、良好な転帰を得た。

患者番号	性別	年齢	病期	術式	合併症	転帰	参考文献
1	2002	100/74	♀	116cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
2	2001	100/77	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
3	2005	103/78	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
4	2006	104/79	♀	77cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
5	2000	101/77	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
6	2009	104/76	♀	116cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
7	2015	100/78	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
8	2015	103/78	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
9	2015	100/77	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告
10	2009	104/77	♀	80cm腸癌	腹腔鏡下直腸切断術	無	報告

## 結語

超高齢癌患者において、暦年齢のみで方針を決定するのではなく、全身状態や腫瘍因子などの生物学的な年齢で方針を決定するべきであると考え。



# 第49回 南国土佐皿鉢祭 by 栄養局

3月5日(日)、観光土佐の名物として全国的に知られる皿鉢料理の名声をさらに高め、また伝統を受け継ぐとともに新感覚の皿鉢料理の創出を目指し、食の祭典「第49回 南国土佐・皿鉢祭」が、大橋通り商店街、ひろめ市場、帯屋町2丁目商店街、おびさんロードにて開催され、当院栄養局も病院食におけるミニ皿鉢を、テーマにあわせてアレンジして出展しました。今年のメインテーマは「龍馬」で、当日は県内外から35,000人ももの来場者を迎え、会場は大盛況でした。



第49回作品テーマ「龍馬」  
薩長同盟により、両藩を結び合わせたのが坂本龍馬であった。そんな時代背景をテーマに  
土佐藩(奴子葱・酒盗)  
薩摩藩(さつま芋・薩摩揚げ)  
長州藩(河豚・蓮根)  
の農産物や海産物を掛け合わせながら和洋折衷に表現してみました。



調理師(給食委託業者:日清医療食品㈱)  
左から窪田政道さん、大石恭丈さん、窪田賢一さん

- お品書き
- グラス盛り
    - 野菜のゼリー寄せ
    - 胡瓜 大根 人参 南瓜 茄子
    - さつま揚げ グリンピース
    - 鉄皮の煮凍り
    - 奴子葱
  - 皿鉢盛り
    - 鯛姿盛り
    - 酒盗豆腐 一寸豆
    - 甘夏和え
    - 海老 湿地 三ツ葉
    - 野菜のミルフィーユ 赤ワインソースがけ
    - 大根 人参 エリンギ 南瓜 菜の花
    - さつま芋の蓮根をみ焼き
    - 酒盗のガーリックトースト
    - 鉄刺 奴子葱
    - デザート
      - トマトのリキュール煮
      - 黄味クリーム ミント
      - 甘夏ゼリー
      - 苺のパバロア



2016年 第48回作品 テーマ「桜」



病院食における選択メニュー：ミニ皿鉢 (1人用)

当院では2016年2月よりスペシャルメニューとしてミニ皿鉢をお出ししています。1人用のミニ皿鉢は週1回(毎週金曜日)夕食時に選択可能となっています。1食:食事代+1,000円いただいております。※治療食やアレルギー対応などを行っている方は選択できませんのでご了承ください。  
ミニ皿鉢はRKC調理製菓専門学校監修の元、メニューを考案いたしました。季節によりメニューをアレンジしています。

月	日	曜	高知医療センター イベント情報			
5月	7	日	<b>第16回 NPO法人 高知緩和ケア協会 研究発表会</b> (資料代500円・事前申込不要)			
			内容	緩和ケアに関する実践 ケアに携わる職種の取り組み・課題 研究成果の発表と交流	場所	高知市文化プラザ かるぼーと 小ホール(高知市九反田2-1)
			時間	9:30~11:30	対象	一般
	お問合せ: NPO法人 高知緩和ケア協会 TEL:088(855)7665 FAX:088(813)0243 E-mail:kpcs-office@kanwacare-kochi.net					
	7	日	<b>第22回 豊かないのち講演会(1部)・患者さんと主治医による座談会(2部)</b> (入場料1,000円・事前申込不要)※当日券あり			
			内容	1部:基調講演 がんが癒された体験 -在宅でも、地域でもすべてのがん患者の 希望のために- 2部:経験した医療、癒された体験、心境の変化 仕事の変化等について	場所	高知市文化プラザ かるぼーと 小ホール (高知市九反田2-1)
			時間	13:00~16:00	対象	一般
	講師: 1部:寺山 心一翁 氏 2部:中島英子さんと松浦喜美夫医師(いのち町立国民健康保険仁淀病院 院長) 岩井麻耶さんと杉本建樹医師(高知大学医学部附属病院 乳腺センター長)					
	お問合せ: NPO法人 高知緩和ケア協会 TEL:088(855)7665 FAX:088(813)0243 E-mail:kpcs-office@kanwacare-kochi.net					
	12	金	<b>高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修</b> (参加費無料・事前申込要) ※午前、午後どちらか受講			
			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	8:30~12:30/13:30~17:30	対象	新人看護師(各4名)
講師: 高知医療センター 院内インストラクター						
参加ご希望の方はお問い合わせください お問合せ: 高知医療センター 看護局 教育担当(野中、三浦、藤本) TEL:088(837)3000(代)						
21	日	<b>高新・高知医療センターがんセミナー 2017</b> (参加費要・事前申込要)				
		内容	がんとがん治療について -放射線治療を中心に-	場所	高新文化教室(RKC高知放送南館3階37号室)	
		時間	10:30~12:00	対象	一般(40名)	
講師: 高知医療センター がんセンター長 西岡 明人						
お問合せ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 9,850円/全12回 1,500円/1回						
6月	18	日	<b>高新・高知医療センターがんセミナー 2017</b> (参加費要・事前申込要)			
			内容	肺がん診療の現状	場所	高新文化教室(RKC高知放送南館3階37号室)
			時間	10:30~12:00	対象	一般(40名)
	講師: 高知医療センター 呼吸器外科 科長 岡本 卓					
	お問合せ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 9,850円/全12回 1,500円/1回					
	24	土	<b>第45回 地域医療連携研修会</b> (参加費無料・事前申込不要)			
内容			講演1:地域医療とドクターヘリ・ドクターカー 講演2:救急領域における End of Life Care ~看護師の視点から~	場所	高知医療センター 2階 くろしおホール	
時間			14:00~15:40	対象	医療関係者	
講師: 講演1:高知医療センター 救命救急センター長 西田 武司 講演2: " 急性・重症患者看護専門看護師 岡林 志穂						
お問合せ: 高知医療センター 地域医療連携室 門田・松本 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。

## 編集後記

新緑の青葉が繁れる季節を迎えましたが、まだまだ寒暖の差が激しい日が続いていますのでご自愛下さい。さて高知医療センターは、この春より「がんサポートセンター」がオープンとなりました。次号以降で順次掲載を予定しておりますが、今月は先生方からご紹介いただいた患者さんの手術症例についての報告会である「第22回外科グループ手術症例検討会」の記事を中心に掲載しましたので、是非ご覧ください。

(広報委員長 西岡)



平成 29年 5月 1日発行  
にじ 5月号 (第139号)  
毎月発行  
編集者: 広報委員会  
発行者: 吉川 清志  
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