

第47回  
日本大腸肛門病学会九州地方会  
第38回  
九州ストーマリハビリテーション研究会

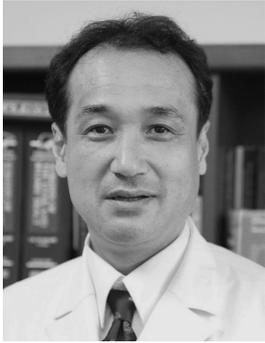
プログラム・抄録集

会長	江口 晋（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻 移植・消化器外科学 教授）
会期	2022年10月1日（土）
会場	出島メッセ長崎（長崎県長崎市尾上町4番1号）



## ご挨拶

---



この度、第47回日本大腸肛門病学会九州地方会、第38回ストーマリハビリテーション研究会を2022年10月1日（土）に、長崎市の出島メッセ長崎にて開催させていただき運びとなりました。日ごろからの皆様のご厚情に心から御礼を申し上げます。

教室で本会をお世話させていただくのは、S55年の第5回土屋涼一先生以来となりますが、長崎大学としては第12回 原耕平先生（S62年）、第19回 富田正雄先生（H6年）、第27回 牧山和也先生（H14年）、第35回 中越享先生（H22年）が担当されております。今回は我々移植・消化器外科のみならず、腫瘍外科、消化器内科、看護部と力を合わせて長崎大学病院 大腸肛門病診療科として、皆様をお迎えしたいと存じます。

今回のメインテーマは、「大腸肛門疾患への新たな挑戦」といたしました。ここ数年での大腸肛門疾患への新規アプローチとして、外科領域だけでも経肛門（Ta）アプローチ、ロボット支援手術、ICGによる血流評価、体腔内吻合など多々ございます。どの施設も開始して2-3年というところかと思いますので、明らかな有用性が証明できていない点もあり、経験を共有できればと存じます。さらには肛門疾患・ストーマ管理等の患者さん方のQOLにとって大切な領域においても、九州内での熱いディスカッションを期待したいと願います。

是非長崎に足をお運び頂き、西洋医学発祥の世界遺産の街を楽しんでください。

第47回日本大腸肛門病学会九州地方会

第38回九州ストーマリハビリテーション研究会

会長 江口 晋

（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻 移植・消化器外科学 教授）

# 参加者へのご案内とお願い

## 1. 参加者へのご案内

- (1) 参加受付は出島メッセ長崎 1F ホワイエにて行います。

受付時間：10月1日（土） 8:15 ～ 15:00

- (2) 参加費は下記の通りです。受付で参加費をお支払いいただき、ネームカードをお受け取りください。なお、お支払い方法は現金のみとなります。

### 参加費

区分	参加費
第47回日本大腸肛門病学会九州地方会	4,000円
第38回九州ストーマリハビリテーション研究会	3,000円

- (3) ネームカードは参加証となります。お受け取り後は記名台にて所属・氏名を記入し、会場内では必ず見えやすいように着用してください。再発行はいたしかねますので紛失にはご注意ください。ネームカードの着用がない場合は会場へのご入場をお断りさせていただきます。

- (4) 筆頭演者は本会の会員であることが必要です。

未入会の方は九州支部受付（出島メッセ長崎1F ホワイエ）で入会手続きをお済ませください。既に会員の方で年会費を未納の方も同受付にて会費の納入をお願いします。なお、登録内容の変更等がございます場合におきましても、同受付にて手続きをお済ませください。

- (5) クローク

日 時：2022年10月1日（土） 8:15 ～ 16:50

場 所：出島メッセ長崎 1F ホワイエ

※貴重品はお預かりできません。

- (6) 会場内での撮影、音声・映像収録は固くお断りいたします。

※ご来場の皆様へご協力をお願い※

新型コロナウイルス感染症対策として、以下をご確認のうえ、ご協力いただきますよう、お願いいたします。

- ・37.5度以上の熱、味覚・嗅覚障害、息苦しさ（呼吸困難）、咽頭痛などの症状がある方や、全身倦怠感など感染兆候のある方は、現地参加はご遠慮ください（会場受付にサーモグラフィカメラを設置しております）。
- ・館内では常時マスクの着用をお願いします。また、「咳エチケット」の励行をお願いします。
- ・館内設置の消毒液や、手洗いなどでこまめな手指の消毒をお願いします。

- ・手渡し配布は原則行いません。必要な資料類は施設内に積み置きますので、お手数ですが各自でお取りください。
- ・発症時や万が一クラスターが発生した場合に備え、行動記録をお願いします。

## 2. 座長・演者へのご案内

### (1) 発表について

#### ■発表時間および質疑・討論時間

セッション名	発表	質疑・討論	討論
シンポジウム (1. 2. 3. 5. 6)	7分	2分	—
シンポジウム (4)	7分	—	15分
ワークショップ	7分	2分	—
ビデオシンポジウム	7分	2分	—
合同セッション	7分	2分	—
災害企画	30分	—	—
一般演題	5分	2分	—

### (2) PC 受付

受付場所：出島メッセ長崎 1F ホワイエ

受付時間：10月1日（土） 8:15 ～ 15:45

※発表者は発表時間の45分前（朝一番のセッションは30分前）までに必ずPC受付にてデータの提出、および試写を行ってください。また、15分前までに会場前方の次演者席にご着席ください。

### (3) PC 発表の詳細

#### ①発表用データの作成

- ・会場でご用意するパソコンのOSおよびアプリケーションは以下の通りです。  
【Windows】OS：Windows10/PowerPoint 2019  
※Macintoshで作成された場合は、会場にご自身のパソコンをお持ちください。
- ・データ作成の際は、OSに標準で装備されているフォントを使用してください。
- ・スライドのサイズは16：9で作成してください（4：3スライドも使用可能です）。
- ・メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス対策ソフトで事前にチェックをお願いします。
- ・PowerPoint上の動画・アニメーション・音声は使用可能ですが、ご自身のパソコンをご持参ください。データはWindows10で標準状態のWindows Media Playerで再生できるファイル形式にて作成し、PowerPointにリンクしてください。
- ・動画・アニメーション・音声・グラフ等を含むデータはPowerPointデータとともに使用するファイルを同一フォルダに整理し、保存の上、ご持参ください。

- ・発表データを一括管理する都合上、PowerPoint のファイル名は以下のように「演題番号（半角）とお名前（姓名）」をご入力ください。  
例) 「D01\_長崎太郎.pptx」
- ・発表は、演台上にセットされたモニター、キーボード、マウスをお使いになり先生ご自身で操作してください。
- ・進行を円滑にするため、PowerPoint の機能にある「発表者ツール」のご使用はお控えください。

患者個人情報に抵触する可能性のある内容は、患者あるいはその代理人からインフォームド・コンセントを得た上で、患者個人情報が特定されないよう十分留意してご発表ください。個人情報が特定される発表は禁止いたします。

#### ②メディアをお持ち込みになる方へ

- ・メディアは USB メモリにてお持ち込みください。
- ・事前にデータ作成に使用したパソコン以外で動作確認を行い、正常に動作することを確認してください。
- ・不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ちください。
- ・コピーした発表データは、会期終了後に運営事務局で責任を持って消去いたします。

#### ③ノートパソコンをお持ち込みになる方へ

- ・会場に用意したプロジェクター接続ケーブルの端子は HDMI です。一部のノートパソコンでは専用のコネクタが必要な場合がありますので、必ず持参してください。タブレット端末での発表はご遠慮ください。
- ・ノートパソコンから外部モニターに正しく出力されるかを確認してください。個々のパソコンや OS により設定方法が異なりますので事前にご確認ください。
- ・スクリーンセーバーならびに省電力設定、パスワードは事前に解除しておいてください。
- ・電源アダプタを必ずお持ちください。
- ・不測の事態に備えて必ず USB メモリにてバックアップデータをお持ちください。
- ・発表開始15分前までに会場内演台付近の PC オペレーター席まで PC 本体をご自身でお持ちください。口演終了後にオペレーター席でパソコンを返却いたします。

## 3. 関連会議のお知らせ

<日本大腸肛門病学会九州支部>

幹事会

日 時：2022年9月30日（金） 16:30～18:30  
会 場：出島メッセ長崎1階 会議室105

評議員会・総会

日 時：2022年10月1日（土） 13:25～14:00  
会 場：出島メッセ長崎1階 会議室107（第2会場）

## 4. 共催セミナー

### スポンサードセミナー

日 時：2022年10月1日(土) 9:00～9:50

会 場：第1会場

テーマ：ストーマ装具選択に視点をプラス！皮膚の健康に関するエビデンスと装具選択の実際

演者1：中村裕紀子（独立行政法人国立病院機構 長崎医療センター 看護部 副師長 皮膚・排泄ケア認定看護師）

演者2：山本 千春（株式会社ホリスター 皮膚・排泄ケア認定看護師）

座 長：赤木 由人（久留米大学医学部外科学講座 主任教授）

共 催：株式会社ホリスター

### ランチョンセミナー1

日 時：2022年10月1日(土) 12:25～13:15

会 場：第1会場

テーマ：結腸がん手術におけるポイント～腹腔鏡からロボット手術まで～

演者1：伊藤信一郎（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 移植・消化器外科学 准教授）

演者2：塚本 俊輔（国立がん研究センター中央病院 医長）

座 長：猪股 雅史（大分大学医学部消化器・小児外科学講座 教授）

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

### ランチョンセミナー2

日 時：2022年10月1日(土) 12:25～13:15

会 場：第2会場

テーマ：感染症マネジメントのポイント～腹腔内感染症を含めて～

演 者：山本 善裕（富山大学学術研究部医学系 感染症学講座 教授）

座 長：江口 晋（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 移植・消化器外科学 教授）

共 催：ミヤリサン製薬株式会社

### ランチョンセミナー3

日 時：2022年10月1日(土) 12:25～13:15

会 場：第3会場

テーマ：短腸症候群に対する腸管リハビリテーション～最近の話題～

演 者：奥山 宏臣（大阪大学大学院医学系研究科 小児成育外科学 教授）

座 長：高槻 光寿（琉球大学大学院 医学研究科 消化器・腫瘍外科学講座 教授）

共 催：武田薬品工業株式会社

アフタヌーンセミナー

日 時：2022年10月1日(土) 14:20～15:10

会 場：第1会場

テーマ：進行・再発大腸がん薬物療法 Update

演 者：加藤 健志（国立病院機構大阪医療センター がんセンター がん診療部長 / 下部消化管  
外科 科長）

座 長：馬場 秀夫（熊本大学大学院 生命科学研究部 消化器外科学講座 教授）

共 催：中外製薬株式会社

# 日程表

2022年10月1日 土

日本大腸肛門病学会九州地方会 合同企画  
 九州ストーマリハビリテーション研究会

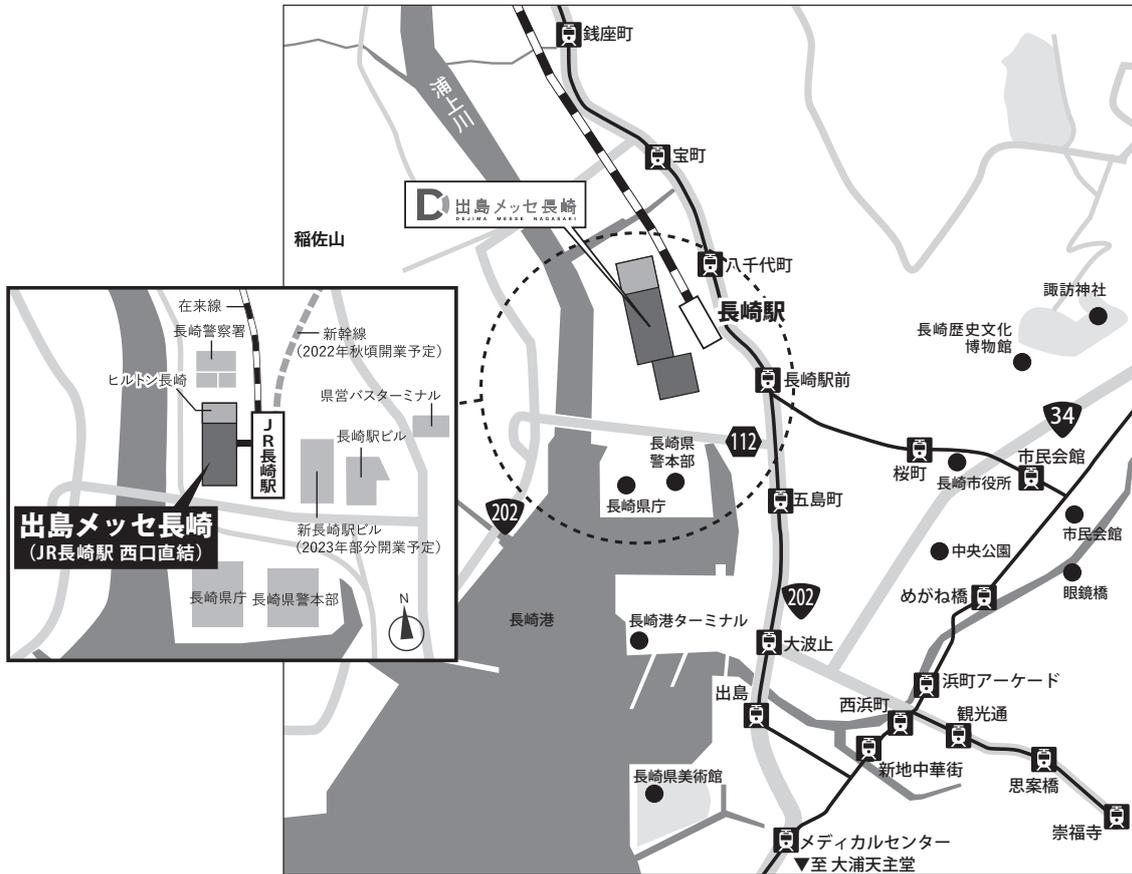
	第1会場 会議室101-AB	第2会場 会議室107	第3会場 会議室101-C	第4会場 会議室105
8:30				
9:00	8:50~9:00 <b>開会式</b> 9:00~9:50 <b>スポンサーセミナー</b> 「ストーマ器具選択に視点をプラス! 皮膚の健康に関するエビデンスと器具選択の実際」 演者: 中村裕紀子、山本 千春 座長: 赤木 由人 共催: 株式会社ホリスター	9:00~10:30 (DS1-1~DS1-9) <b>シンポジウム1</b> 「大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療の現状とその課題-1」 座長: 森田 圭紀、山口 直之	9:00~9:50 (DW1-1~DW1-5) <b>ワークショップ1</b> 「大腸癌手術における吻合の工夫と縫合不全対策」 座長: 永井俊太郎、二宮 繁生	9:00~9:35 (D-01~D-05) <b>一般演題「大腸・良性1」</b> 座長: 富永 哲郎、永吉 絹子 9:35~10:05 (D-06~D-09) <b>一般演題「大腸・良性2」</b> 座長: 平山 昂仙
10:00	9:55~10:40 (S-01~S-06) <b>一般演題「退院支援」</b> 座長: 小宮 友美、松尾 愛		9:50~10:30 (DVS-1~DVS-4) <b>ビデオシンポジウム</b> 「大腸癌手術のこだわり」 座長: 金城 達也、竹下 浩明	10:05~10:35 (D-10~D-13) <b>一般演題「大腸・良性3」</b> 座長: 川原 大輔
11:00	10:40~11:25 (S-07~S-12) <b>一般演題「セルフケア」</b> 座長: 沖田登美子、満園 美考	10:30~11:20 (DS2-1~DS2-5) <b>シンポジウム2</b> 「大腸外科手術教育における現状と展望」 座長: 長谷川 傑、藤田 文彦	10:30~11:20 (DW2-1~DW2-5) <b>ワークショップ2</b> 「直腸脱に対する手術アプローチ」 座長: 柴田 直哉、松本 朝子	
12:00	11:25~12:15 (SS4-1~SS4-5) <b>シンポジウム4</b> 「超高齢化時代の緊急ストーマ造設におけるストーマ管理」 座長: 荒木 靖三、草津 民子	11:20~12:15 (DS3-1~DS3-6) <b>シンポジウム3</b> 「ロボット支援下直腸切除術の工夫と問題点」 座長: 野中 隆、真鍋 達也	11:20~12:15 (DW3-1~DW3-5) <b>ワークショップ3</b> 「生物学的製剤時代の潰瘍性大腸炎治療に残された課題」 座長: 直江 秀昭、盛 真一郎 コメンテーター: 竹島 史直	
13:00	12:25~13:15 <b>ランチョンセミナー1</b> 「結腸がん手術におけるポイント~腹腔鏡からロボット手術まで~」 演者: 伊藤信一郎、塚本 俊輔 座長: 猪股 雅史 共催: ジョソソ・エンド・ジョソソ株式会社	12:25~13:15 <b>ランチョンセミナー2</b> 「感染症マネジメントのポイント~腹腔内感染症を含めて~」 演者: 山本 善裕 座長: 江口 晋 共催: ミヤリサン製薬株式会社	12:25~13:15 <b>ランチョンセミナー3</b> 「短腸症候群に対する腸管リハビリテーション~最近の話題~」 演者: 奥山 宏臣 座長: 高槻 光寿 共催: 武田薬品工業株式会社	
14:00	13:20~14:10 (S-13~S-19) <b>一般演題「合併症・その他」</b> 座長: 入江 弘美、芦田 幸代	13:25~13:45 <b>日本大腸肛門病学会九州支部 評議員会</b> 13:45~14:00 <b>日本大腸肛門病学会九州支部 総会</b>		
15:00	14:20~15:10 <b>アフタヌーンセミナー</b> 「進行・再発大腸がん薬物療法Update」 演者: 加藤 健志 座長: 馬場 秀夫 共催: 中外製薬株式会社	14:10~14:40 <b>災害企画</b> 「災害における課題と今後の備え」 演者: 山形 朝子 座長: 梶西ミチコ 14:40~15:30 (S-20~S-26) <b>一般演題「ストーマ外来・連携」</b> 座長: 森 智美、田中 敬子	14:05~14:55 (DS5-1~DS5-5) <b>シンポジウム5</b> 「大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療の現状とその課題-2」 座長: 久部 高司、佐々木文郷 コメンテーター: 隅田 頼信 14:55~16:00 (DS6-1~DS6-7) <b>シンポジウム6</b> 「肛門領域における高難度手術と周術期管理」 座長: 荒木 靖三、黒木 政純	14:05~14:40 (D-14~D-18) <b>一般演題「大腸・良性4」</b> 座長: 岡田 和也、日高 仁 14:40~15:25 (D-19~D-24) <b>一般演題「大腸・悪性1」</b> 座長: 井上 悠介、合志 健一
16:00	15:20~16:30 (DW4-1~DW4-7) <b>ワークショップ4</b> 「高度進行大腸癌の治療(局所進行、Stage IV)」 座長: 佐村 博範、宮本 裕士 コメンテーター: 平田 敬治	15:30~16:15 (JS-1~JS-5) <b>合同セッション</b> 「こだわりの双孔式ストーマ造設と管理」 座長: 佛坂 正幸、高木 良重		15:25~16:00 (D-25~D-29) <b>一般演題「大腸・悪性2」</b> 座長: 福岡 秀敏、中西 良太
17:00	16:30~16:40 <b>閉会式</b>			

# 交通のご案内

## 出島メッセ長崎

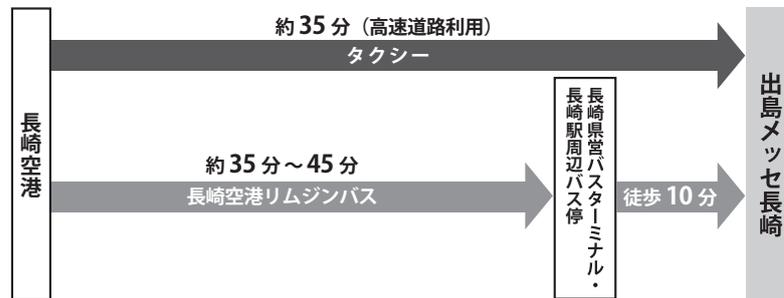
〒850-0058 長崎県長崎市尾上町4-1

### 会場周辺

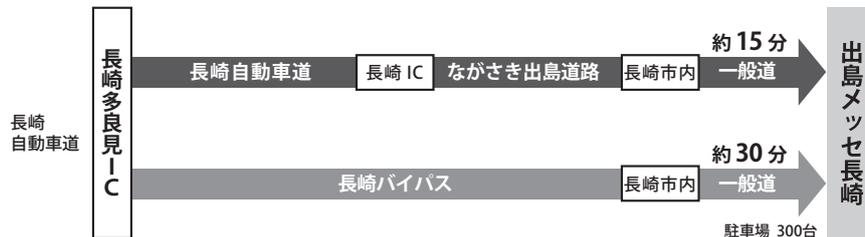


### 会場へのアクセス

#### ■長崎空港からお越しの場合



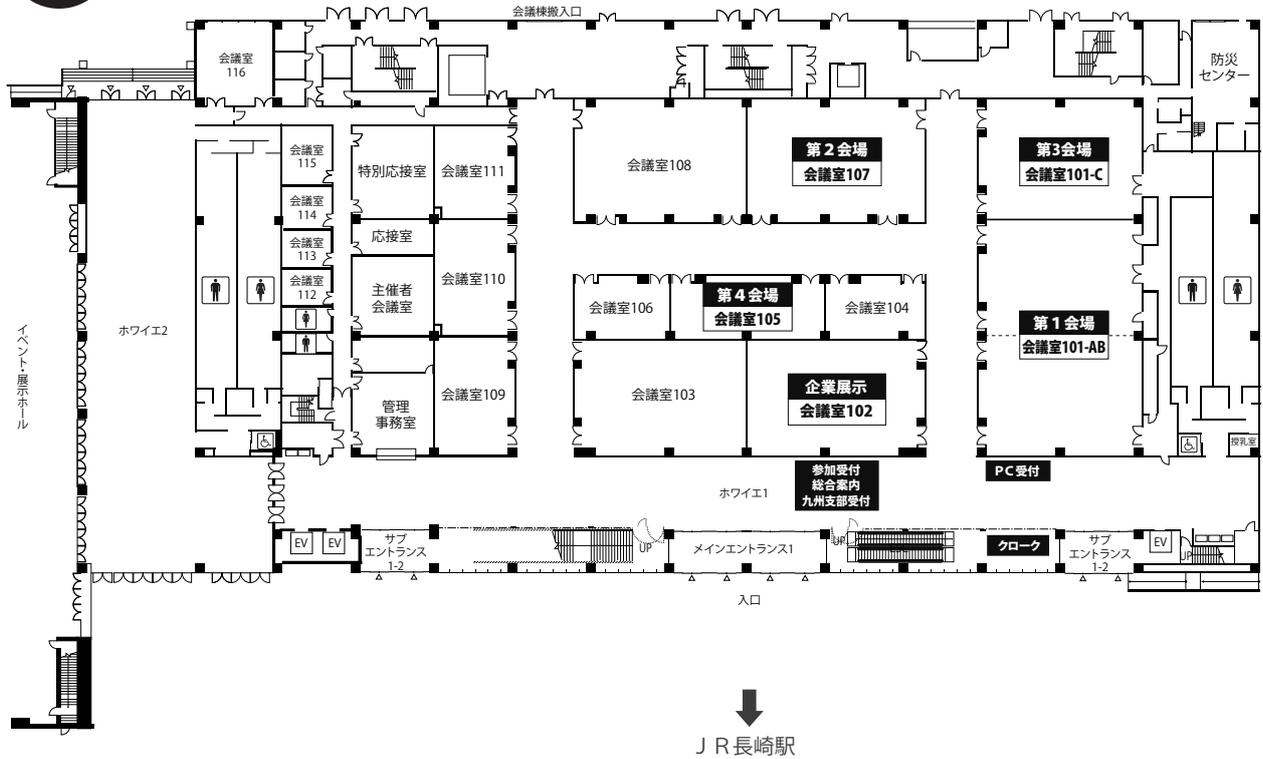
#### ■お車でお越しの場合



# 会場案内図

## 出島メッセ長崎

1F





第47回 日本大腸肛門病学会九州地方会  
第38回 九州ストーマリハビリテーション研究会

合 同 企 画  
プログラム



## こだわりの双孔式ストーマ造設と管理

座長：佛坂 正幸（潤和会記念病院）  
高木 良重（福岡国際医療福祉大学）

- JS-1** 直腸切除に伴う双孔式回腸人工肛門造設に関する合併症の検討  
岡田 怜美 長崎大学大学院 移植・消化器外科
- JS-2** 大腸癌手術における回腸人工肛門造設後 high-output syndrome についての検討  
橋本慎太郎 長崎大学病院 腫瘍外科
- JS-3** 当院における双孔式ストーマ造設患者の特徴とケアの工夫  
高木 孝実 久留米大学病院 看護部
- JS-4** 当院の双孔式ストーマ造設の課題と工夫  
山田 陽子 産業医科大学病院 看護部
- JS-5** A 病院における双孔式ストーマ管理とその課題  
直海 倫子 福岡大学病院



第47回

日本大腸肛門病学会九州地方会

プログラム



# 大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療の現状とその課題-1

座長：森田 圭紀（神戸大学医学部附属病院 国際がん医療・研究センター 消化器内科）  
山口 直之（長崎大学 消化器内科）

- DS1-1** 大腸上皮性腫瘍に対する hybrid ESD の意義  
川崎 啓祐 九州大学大学院 病態機能内科学／岩手医科大学 消化器内科
- DS1-2** 直腸神経内分泌腫瘍に対する ESMR-L と ESD の治療成績の比較  
松野 健司 熊本大大学院 消化器内科
- DS1-3** 大腸 ESD における手技の工夫と治療成績  
福田 浩子 佐世保市総合医療センター 消化器内科
- DS1-4** Hybrid ESD を念頭に置いた病変内トラクション法の検討  
稲田 泰亮 九州大学病院 光学医療診療部／九州大学病態制御内科学
- DS1-5** 直腸 NET に対するトラクション補助下ハイブリッド ESD  
江崎 充 九州大学大学院 医学研究院 病態制御内科学
- DS1-6** 抗血栓薬継続下大腸 ESD に対する PGA フェルト + フィブリン糊被覆法 (P/F 法) を用いた後出血予防効果  
平田 亮介 長崎大学病院 消化器内科
- DS1-7** シュアクリップトラクションバンドを用いた大腸 ESD 後創部完全縫縮  
隅田 頼信 北九州市立医療センター消化器内科
- DS1-8** 当院における大腸 pT1 (SM) 癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) の治療成績  
岡村 卓真 長崎みなとメディカルセンター 消化器内科
- DS1-9** 当院の大腸腫瘍に対する内科・外科合同治療の取り組み  
矢野 弘樹 鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学

## 大腸外科手術教育における現況と展望

座長：長谷川 傑（福岡大学 消化器外科）

藤田 文彦（久留米大学 外科学講座）

- DS2-1** 学生におけるロボット支援手術シミュレーターの学習効果とアンケート調査の検証  
合志 健一 久留米大学 医学部 外科
- DS2-2** 地方大学における若手から継続した外科教育と成果；Nagasaki RYOMA project  
小山正三朗 長崎大学大学院 腫瘍外科
- DS2-3** TaTME second surgeon の導入における取り組みと指導  
田辺 寛 鹿児島大学病院 消化器・乳腺甲状腺外科
- DS2-4** 大腸外科医育成に向けた当院の取り組み  
田辺 嘉高 北九州市立医療センター外科
- DS2-5** 「百聞は一見に如かず」：イメージの共有を重視した腹腔鏡下大腸手術教育について  
渡邊 利史 福岡大学病院 消化器外科

## ロボット支援下直腸切除術の工夫と問題点

座長：野中 隆（長崎大学 腫瘍外科）

真鍋 達也（佐賀大学 消化器外科）

- DS3-1** ロボット支援下直腸切除術における動画教材を用いた助手教育の取り組み  
富永 哲郎 長崎大学大学院 腫瘍外科
- DS3-2** 当科におけるロボット支援下直腸切除術の工夫と問題点  
中西 良太 九州大学大学院 消化器・総合外科
- DS3-3** ロボット支援下直腸手術の工夫 —術者と助手の連携—  
永井俊太郎 北九州市立医療センター 外科

**DS3-4 当科でのロボット支援下直腸手術におけるチーム医療体制と現状**

永吉 絹子 九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科

**DS3-5 ロボット支援下直腸切除術における低コストかつ安全な直腸間膜処理の工夫**

武居 晋 佐賀大学医学部附属病院 一般・消化器外科

**DS3-6 腹腔鏡下直腸手術を通して見たロボット支援下直腸手術**

宮本 裕士 熊本大大学院・消化器外科学

シンポジウム5

14:05～14:55 第3会場

**大腸腫瘍性病変に対する内視鏡治療の現状とその課題-2**

座長：久部 高司 (福岡大学筑紫病院 消化器内科)

佐々木文郷 (鹿児島大学 消化器疾患・生活習慣病分野)

コメンテーター：隅田 頼信 (北九州市立医療センター 消化器内科)

**DS5-1 当院における大腸病変に対する Cold snare polypectomy (CSP) の現状と課題**

中根 智幸 久留米大学 医学部 内科学講座 消化器内科部門

**DS5-2 当院での大腸ポリープ切除における EMR と CSP の比較検討**

石田 智士 嬉野医療センター 消化器内科

**DS5-3 当院における CSP と CS-EMR の現状と治療成績の比較検討**

谷口 育洋 長崎大学病院 消化器内科

**DS5-4 早期大腸癌における治療方針決定のための伸展不良所見の有用性の検討**

平塚 裕也 筑紫病院 内視鏡部

**DS5-5 当院における大腸ステントの有効性と安全性の検討**

福田 健介 大分大学 医学部 消化器内科学講座

## 肛門領域における高難度手術と周術期管理

座長：荒木 靖三（くるめ病院）

黒木 政純（くろき医院）

- DS6-1** 全周・亜全周性かつ大きな外痔核を有する内外痔核症例での結紮切除術の工夫ー ALTA 非適応痔核症例をいかに攻略するかー  
日高 仁 日高大腸肛門クリニック
- DS6-2** 当院での全周性痔核に対する結紮切除術と周術期管理  
松本 朝子 大腸肛門病センター くるめ病院
- DS6-3** 全周性凸型内外痔核に対する ACL（Anal Cushion Lifting）法  
岡田 和也 光晴会病院 外科
- DS6-4** 後方深部痔瘻に対する診断と治療  
柴田 直哉 いきめ大腸肛門外科・内科
- DS6-5** 痔瘻術前・中・後のポイント  
辻 順行 大腸肛門病センター高野病院
- DS6-6** 当院における深部痔瘻の治療について  
谷村 修 社会医療法人 福西会病院
- DS6-7** 3型痔瘻の治療  
鮫島 隆志 潤愛会鮫島病院 外科

## 大腸癌手術における吻合の工夫と縫合不全対策

座長：永井俊太郎（北九州市立医療センター 外科）

二宮 繁生（大分大学 消化器・小児外科）

- DW1-1** 左側大腸癌手術における当院の吻合時の工夫  
吉本 裕紀 共愛会 戸畑共立病院 外科
- DW1-2** 大腸疾患に対する腹腔鏡下体腔内吻合の短期成績  
吉田 大輔 別府医療センター 消化器外科

**DW1-3 ICG 蛍光法、術中内視鏡を用いた縫合不全予防への取り組み**

野田 恵佑 JCHO 諫早総合病院 外科

**DW1-4 当院における大腸癌手術 DST 再建における工夫と成績**

馬場 研二 今村総合病院 消化器外科

**DW1-5 DST 吻合における ICG 血流評価の有用性の検討**

小川 克大 熊本大学大学院消化器外科学

ワークショップ2

10:30～11:20 第3会場

**直腸脱に対する手術アプローチ**

座長：柴田 直哉 (いきめ大腸肛門外科・内科)

松本 朝子 (くるめ病院)

**DW2-1 直腸脱に対する腹腔鏡下手術の安全性の検討：DPC データを用いた解析**

永田 淳 産業医科大学病院 消化器・内分泌外科

**DW2-2 ガイドラインをもとにした直腸脱 site specific repair とアウトカム比較**

大橋 勝久 大橋胃腸肛門科外科医院／十全総合病院

**DW2-3 直腸脱に対する laparoscopic ventral rectopexy (LVR) の治療成績**

野明 俊裕 高野会くるめ病院

**DW2-4 直腸脱手術術式の選択基準 経会陰手術はどこまで可能なのか**

中村 寧 大腸肛門病センター高野病院

**DW2-5 直腸脱の治療戦略**

梅枝 覚 JCHO 四日市羽津医療センター 外科 大腸肛門病・IBD センター

## 生物学的製剤時代の潰瘍性大腸炎治療に残された課題

座長：直江 秀昭（熊本大学 消化器内科）

盛 真一郎（鹿児島大学 消化器・乳腺甲状腺外科）

コメンテーター：竹島 史直（長崎県五島中央病院）

### DW3-1 腫瘍性病変を伴う潰瘍性大腸炎手術症例の検討

水内 祐介 九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科

### DW3-2 当院において内科的治療抵抗難治性潰瘍性大腸炎に対して外科的手術を行った症例の現状

西俣 伸亮 医療法人潤愛会鮫島病院

### DW3-3 重症潰瘍性大腸炎、痔瘻に対し内科外科的に治療を行った一例

東 俊太郎 春回会 井上病院 消化器内科

### DW3-4 重症潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスと生物学的製剤併用療法の有効性と安全性の検討

中島 昌利 熊本大学病院 消化器内科

### DW3-5 当院における炎症性腸疾患に対する分子標的薬の使用経験

永松 雅朗 長崎大学病院 消化器内科

## 高度進行大腸癌の治療（局所進行、StageIV）

座長：佐村 博範（浦添総合病院）

宮本 裕士（熊本大学 消化器外科）

コメンテーター：平田 敬治（産業医科大学 第一外科学）

### DW4-1 進行直腸癌に対する至適な側方郭清と術前治療についての検討

竹下 浩明 国立病院機構長崎医療センター

### DW4-2 進行結腸癌に対する術前化学療法の治療成績

平山 昂仙 長崎みなとメディカルセンター消化器外科

### DW4-3 大腸癌肺転移に対する肺切除症例の集学的治療についての検討

中司 悠 九州大学病院 消化器・総合外科

- DW4-4** 大腸癌同時性傍大動脈リンパ節転移に対する傍大動脈リンパ節郭清の意義について  
福岡 湧介 大腸肛門病センター高野病院 消化器外科
- DW4-5** 大腸癌肝転移 R0 切除後の予後予測マーカーとしての Colon inflammatory index の有用性  
石井 光寿 JCHO 諫早総合病院 外科
- DW4-6** Stage IV 大腸癌化学療法において conversion に最適のレジメンは何か？  
小林 和真 長崎大学大学院 移植・消化器外科
- DW4-7** 当院の StageIV 大腸癌に対する治療戦略  
佐村 博範 浦添総合病院 消化器病センター 外科

## ビデオシンポジウム

9 : 50 ~ 10 : 30 第3会場

## 大腸癌手術のこだわり

座長：金城 達也 (琉球大学 消化器外科)  
竹下 浩明 (長崎医療センター 外科)

- DVS-1** 経肛門アプローチの有用性とこだわりの手技  
足立 利幸 長崎大学大学院 移植・消化器外科
- DVS-2** 大腸癌に対する腹腔鏡下手術における術中 ICG 蛍光法によるリンパ節郭清範囲の検討  
和田 真澄 鹿児島大学病院 消化器・乳腺甲状腺外科
- DVS-3** 当院における右結腸癌に対する腹腔鏡下右側結腸切除の定型化  
埜田 宣裕 済生会川内病院 外科・消化器外科
- DVS-4** 腹腔鏡下右側結腸癌手術における ICG 蛍光法による術中リンパ流評価の検討  
金城 達也 琉球大学 消化器・腫瘍外科

## 大腸・良性1

座長：富永 哲郎（長崎大学 腫瘍外科）  
永吉 絹子（九州大学 臨床・腫瘍外科）

- D-01** TaTME 併用による直腸癌術後の縫合不全から後腹膜膿瘍をきたした一例  
川俣 有輝 鹿児島大学病院 消化器・乳腺甲状腺外科
- D-02** 直腸癌手術時の腹壁へのメッシュ修復部に生じた SSI に対して、VAC 療法が有効であった1例  
園田 明莉 熊本再春医療センター 外科
- D-03** 化学療法に伴う好中球減少症により発症し、ストーマ陥没により直腸切除術を要した Fournier 症候群の1例  
中山 嵩士 長崎みなとメディカルセンター 外科
- D-04** クロウン病手術症例における合併症と栄養指標  
大内 繭子 熊本大学大学院 消化器外科学
- D-05** 当院の潰瘍性大腸炎症例の大腸全摘，永久回腸人工肛門造設術例の経験  
新垣 淳也 浦添総合病院 消化器病センター外科

## 大腸・良性2

座長：平山 昂仙（長崎みなとメディカルセンター 消化器外科）

- D-06** 腹腔鏡下結腸手術における蛍光尿管カテーテルの有用性  
長田 翔斗 佐世保市総合医療センター
- D-07** 外科的治療で改善得られた腹部膨満、便秘症の1例  
伊禮 靖苗 大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科
- D-08** 直腸内の異物（合成紙）に対し留置スネアを用いて異物除去を行った1例  
児嶋 知仁 十善会病院 内科
- D-09** 直腸内異物の1例  
長澤 慶成 福岡赤十字病院 外科

## 大腸・良性3

座長：川原 大輔（国立病院機構 佐賀病院 外科）

- D-10** 症候性巨大結腸症に対して腹腔鏡下手術を施行した1例  
三ノ宮寛人 産業医科大学 第1外科
- D-11** 横行結腸切除術後の腹部大動脈ステントグラフト内挿術後に虚血性腸炎を合併し結腸切除術を施行した1例  
大野田 貴 長崎大学病院 腫瘍外科
- D-12** 後腹膜鏡右腎尿管全摘除術後に性腺血管により機械性腸閉塞を来した1例  
大神 延章 久留米大学外科学講座
- D-13** 右側結腸捻転による小腸閉塞の1例  
佐藤 彩香 長崎県島原病院

## 大腸・良性4

座長：岡田 和也（光晴会病院 外科）

日高 仁（日高大腸肛門クリニック）

- D-14** 双孔式回腸ストーマ脱出に対する脱出腸管切除術後に生じた outlet obstruction の1例  
川原 大輔 国立病院機構 佐賀病院 外科
- D-15** 初発直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術後の再発についての検討  
玉置 裕香 大腸肛門病センター 高野会 くるめ病院
- D-16** 完全直腸脱に対する腹腔鏡下縫合直腸固定術の検討  
野口 堯志 久留米大学病院 外科学講座
- D-17** 後方の低位筋間痔瘻に対する瘻管切除術と瘻管開放術の術後肛門機能の比較検討  
榊原 優香 大腸肛門病センター高野会 くるめ病院
- D-18** 機能性直腸肛門痛に対する脊髄刺激療法（Spinal Cord Stimulation, SCS）  
高野 正太 大腸肛門病センター高野病院

## 大腸・悪性1

座長：井上 悠介（長崎大学 移植・消化器外科）  
合志 健一（久留米大学 外科学講座）

- D-19** 低分化型大腸癌の臨床病理学的検討  
堀野 大智 熊本大学大学院 消化器外科学
- D-20** S状結腸に発生した腸管子宮内膜症癌化の1例  
池田 翔大 佐賀大学医学部附属病院一般消化器外科
- D-21** 原発性小腸癌の1例  
鄭 暁剛 長崎原爆病院 消化器外科
- D-22** 穿孔性虫垂炎に対する Interval appendectomy で診断された Goblet cell carcinoid の一例  
一万田充洋 大分医療センター外科
- D-23** 同時性左小脳転移を伴う直腸癌の1例  
佐原くるみ 白十字病院 外科
- D-24** 放射線性直腸炎を背景に生じ、皮膚転移をきたした直腸癌の1例  
松尾 光敏 社会医療法人 長崎記念病院 外科

## 大腸・悪性2

座長：福岡 秀敏（JCHO 諫早総合病院 消化器外科）  
中西 良太（九州大学 消化器・総合外科）

- D-25** 70歳以上の高齢者の stage IV 大腸癌一次治療の検討  
一経口 5-FU ± Bevacizumab と Conversion に注目して一  
松隈 国仁 長崎大学大学院 移植・消化器外科
- D-26** 腸回転異常を伴う進行上行結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術の1例  
溝口 聖貴 九州大学病院 臨床・腫瘍外科
- D-27** 大腸癌原発胎児消化管類似癌の肝転移に対して IP 療法が奏功した1例  
三好 敬之 国立病院機構長崎医療センター 外科

**D-28** 術中内視鏡検査が有用であった小腸 EBV 関連平滑筋肉腫の 1 例

島袋 鮎美 琉球大学 消化器腫瘍外科

**D-29** S 状結腸癌術後に認めた小腸癌の 1 例

川口 雄太 労働者健康安全機構 長崎労災病院 外科



第 38 回

九州ストーリーマリアビリテーション研究会

プログラム



## 超高齢化時代の緊急ストーマ造設におけるストーマ管理

座長：荒木 靖三（くるめ病院）  
草津 民子（独立行政法人国立病院機構 宮崎東病院）

- SS4-1** 緊急ストーマ造設を行った高齢患者のストーマ受容  
南川 栄子 独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター
- SS4-2** 緊急手術により減張縫合があるストーマ保有者へのセルフケア確立を目指した取り組み  
亀井奈央子 大分赤十字病院 医療安全推進室
- SS4-3** 急性期地域基幹病院の後期高齢者緊急ストーマ造設患者への支援を考える  
山口 弘恵 独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院
- SS4-4** 急性期病院においてストーマ造設になった高齢者の転院後のストーマケアフォローについて  
穴井 恵美 地方独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立八幡病院 看護部
- SS4-5** 高齢ストーマ造設患者への退院後訪問指導の効果  
柿田 待子 長崎百合野病院

## 災害時のストーマケアの実際

山形 朝子  
済生会熊本病院 看護管理室

座長：梶西ミチコ（白十字会病院）

## 退院支援

座長：小宮 友美（日本赤十字社 今津赤十字病院）  
松尾 愛（公益社団法人 長崎県看護協会 訪問看護ステーションYOU）

- S-01** 腸管皮膚瘻患者のストーマケアと退院支援  
霜上 彩奈 社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院 外科病棟
- S-02** 「早期社会復帰願望」と「ストーマ造設によるボディイメージの混乱」を調整し退院した患者への看護ケア  
今中 絵瑠 大腸肛門病センター高野病院
- S-03** 余命宣告を受けた直腸癌でストーマ造設となった患者のエンド・オブ・ライフケアに取り組んだ一症例  
山下 泰子 市立大村市民病院
- S-04** 精神発達遅滞のある患者への入退院支援  
森 梨沙子 社会医療法人社団 高野会 くるめ病院
- S-05** 退院後、施設訪問により継続したストーマケアに繋がった一例  
目取眞隆志 琉球大学病院 看護部
- S-06** 高齢者のストーマ造設術退院後のフォローに関する問題  
穴井 恵美 地方独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立八幡病院 看護部

## セルフケア

座長：沖田登美子（日本赤十字社 長崎原爆病院）  
満園 美考（独立行政法人労働者健康安全機構 長崎労災病院）

- S-07** 自己剥離を繰り返す患者の非言語的行動を手がかりとしたストーマ装具の選択  
矢野 令奈 社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 外科病棟
- S-08** ストマを保有することへの自己の受け入れへの支援 ～化学放射線療法中から術前までの関わり～  
江崎 博子 JCHO 諫早総合病院

- S-09** 未翻転ストーマ造設術後に創感染を併発した患者のストーマケア・ストーマセルフケア確立への取り組みー  
永尾 寛子 独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院
- S-10** 離開創3か所からの浸出液によりストーマ管理が困難だった事例  
古川 成美 佐世保市総合医療センター看護部外科病棟
- S-11** 直腸癌術後、瘻孔に対しパウチングの工夫により皮膚トラブルが改善した一症例  
國仲 夢乃 琉球大学病院 看護部
- S-12** コロナ禍に動画を活用したストーマケア継続の工夫  
川上 知美 社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 5北病棟

## 一般演題

13:20～14:10 第1会場

## 合併症・その他

座長：入江 弘美 (国立大学法人 長崎大学病院)  
芦田 幸代 (社会医療法人 敬和会 大分岡病院)

- S-13** ストーマ周囲皮下膿瘍患者の苦痛への介入  
小宮 友美 日本赤十字社 今津赤十字病院
- S-14** 回腸ストーマ造設と術後合併症についての検討  
松本 芳子 福岡大学 消化器外科
- S-15** ストーマと近接した瘻孔ケアの実際～術後正中創に瘻孔形成し、瘻孔閉鎖に至った症例～  
重松 詩乃 独立行政法人地域医療機能推進機構久留米総合病院
- S-16** 自己免疫性疾患を有する患者のストーマ近接部潰瘍に対するケアの一例  
上戸 竜一 JCHO 諫早総合病院 褥瘡管理室
- S-17** ストーマ傍ヘルニア再発後、ストーマ周囲皮膚障害に難渋した症例  
酒井 瑞穂 長崎県島原病院
- S-18** 腓液が混入した腸液による皮膚トラブルのケアについて  
牛谷 優子 都城市郡医師会病院
- S-19** チーム医療の取り組みで症状改善のみられた便失禁患者の症例  
北村 真誉 大腸肛門病センター高野病院

## ストーマ外来・連携

座長：森 智美（地方独立行政法人長崎市立病院機構 長崎みなとメディカルセンター）  
田中 敬子（長崎県島原病院）

- S-20** 炎症性腸疾患患者のストーマ外来利用の現状と課題  
住吉江里奈 鯉島病院
- S-21** 「らしく」から「らしさ」へのストーマ外来  
城戸 光代 福西会病院
- S-22** 継続的なストーマケア充実への取り組み  
江上 樹蘭 光晴会病院
- S-23** ストーマセルフケアにおけるフォローアップの重要性  
山崎 治 公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院 クオリティマネジメントセンター  
スキンケア部門
- S-24** 皮膚障害を生じたストーマ管理困難な患者のケアの継続性 ～診療情報共有ネットワークシステムを利用して～  
田島 純子 長崎大学病院
- S-25** オストメイト支援アプリ「オストメイトまもるモン（仮称 旧：熊本モデル）」の進捗報告3  
福永 光子 大腸肛門病センター高野病院 外科
- S-26** オンラインを活用した研修の実際 -九州SR講習会「総合討論」の試み-  
高木 良重 福岡国際医療福祉大学

**第47回 日本大腸肛門病学会九州地方会**  
**第38回 九州ストーマリハビリテーション研究会**

**合 同 企 画**

**抄 録**



## J JS-1 直腸切除に伴う双孔式回腸人工肛門造設に関する合併症の検討

長崎大学大学院 移植・消化器外科

○岡田怜美、伊藤信一郎、井上悠介、足立利幸、  
哲翁華子、足立智彦、曾山明彦、日高匡章、金高賢悟、  
江口晋

### 【背景と目的】

下部直腸癌に対する肛門温存手術が増加し、縫合不全リスク軽減目的に diverting stoma を造設する症例が増加している。人工肛門造設には、high output syndrome (HOS) や outlet obstruction (OO) などの合併症があり、癌治療の中断や QOL 低下につながる。そこで、回腸人工肛門造設後の HOS、OO 症例を検討し、リスク因子を検討することを目的とした。

### 【対象】

2018年1月から2022年3月までに直腸切除、吻合後に diverting stoma として双孔式回腸人工肛門造設を施行した 53 例を対象とし、HOS、OO 発症と周術期因子との関連を検討した。

### 【結果】

OO は 10 例 (19%) で認め、発症の中央値は術後 4 日目、治療期間は 5 日間であり、全例チューブ挿入などの保存的加療にて改善した。OO 発症群と非発症群を比較検討すると、発症群では HOS 併存が 70%、非発症群では 21% であり、有意差を認めた。また術後在院日数も OO 発症群で有意に長かった。また、HOS は 16 例 (30%) で認め、排便最大量の中央値は 2520ml/日であり、術後 3 日目であった。HOS 発症群と非発症群の周術期因子の検討では年齢、OO 併存で有意差を認めた。

### 【結語】

high output syndrome と outlet obstruction は併存することが多く、さらなる検討が必要である。

## J JS-3 当院における双孔式ストーマ造設患者の特徴とケアの工夫

久留米大学病院 看護部<sup>1</sup>、久留米大学 外科学講座<sup>2</sup>

○高木孝実<sup>1</sup>、原田藍<sup>1</sup>、海田真治子<sup>1</sup>、藤田文彦<sup>2</sup>、  
赤木由人<sup>2</sup>

A 大学病院は、高度な先進医療を実践する特定機能病院であり、福岡県南、隣接する県を中心に広範な地域医療を担っている。

2021 年度の消化器外科でのストーマ造設件数は 69 件、双孔式ストーマ造設件数は 51 件、そのうち 65 歳以上のストーマ造設件数は 30 件であった。

双孔式ストーマは、形状が楕円になることが多く、特に術後のストーマ粘膜浮腫が強い時期には面板の開口や貼付に難渋し、セルフケア確立に時間を要する。そのため、ストーマ粘膜を傷つけないように開口部の放射状カットや自在孔の装具の選択などの工夫や対策を講じている。また、双孔式ストーマはストーマ脱出や傍ストーマヘルニアなどの晩期合併症を発症しやすく、ストーマの形状の変化に対応できない場合はストーマケアに難渋することとなる。特に高齢のストーマ造設患者は、手指巧緻性、視力、認知記憶力の低下など多くに認める。本人に加え主介護者となる同居家族も高齢である場合が多く、術後のストーマケア習得には時間を要する。ストーマ管理を行う上で管理しやすいストーマの形も重要である。

A 大学病院では外来でストーマオリエンテーションを実施しているが、その際ストーマケア習得に支障をきたすと予測される場合、外来スタッフが病棟他職種カンファランスまで参加し、医療連携センターとの協働や訪問看護ステーションの利用の確認、ストーマ看護外来への継続ケアまで、安心して退院できる地域連携を図っている。

## J JS-2 大腸癌手術における回腸人工肛門造設後 high-output syndrome についての検討

長崎大学病院 腫瘍外科<sup>1</sup>、  
佐世保市総合医療センター 外科<sup>2</sup>、  
JCHO 諫早総合病院 外科<sup>3</sup>、嬉野医療センター 外科<sup>4</sup>、  
長崎医療センター 外科<sup>5</sup>、済生会長崎病院 外科<sup>6</sup>、  
長崎大学医学部 保健学科<sup>7</sup>

○橋本慎太郎<sup>1</sup>、富永哲郎<sup>1</sup>、野中隆<sup>1</sup>、白石斗士雄<sup>1</sup>、  
山下真理子<sup>1</sup>、高村祐磨<sup>1</sup>、小山正三朗<sup>1</sup>、荒井淳一<sup>1</sup>、  
福田明子<sup>2</sup>、久永真<sup>2</sup>、荒木政人<sup>2</sup>、石井光寿<sup>3</sup>、  
福岡秀敏<sup>3</sup>、和田英雄<sup>4</sup>、黨和夫<sup>4</sup>、竹下浩明<sup>5</sup>、  
田中賢治<sup>6</sup>、澤井照光<sup>7</sup>、永安武<sup>7</sup>

**背景：**回腸人工肛門造設後の high-output syndrome (HOS) は排便量増加により脱水、電解質異常、腎障害の原因となる。今回 HOS について発症頻度や周術期因子との関連を検討した。**対象：**長崎大学関連 6 施設で、2016 年 4 月から 2022 年 3 月に行った一時的回腸人工肛門造設を伴う大腸癌手術 155 例を対象とし HOS 群・非 HOS に分類し比較検討した。HOS は 1 日排便量 2000ml 以上を基準に診断した。**結果：**HOS は 34 例 (21.9%) に発症した。術後 0-3 日目の発症が 21 例 (61.7%) であった。年齢、性別、BMI、術式、糖尿病、併存疾患、術前治療、術前 Alb 値、術後 1 日目白血球数は両群間で差はなく、術後の腹腔内感染 (p=0.005)、腸閉塞 (p < 0.001) は HOS 群で有意に多く多変量解析でも独立した予測因子であった。**結論：**HOS は術後腹腔内感染・腸閉塞と有意に関連しており、これらの合併症発生に留意した術後観察を要する。

## J JS-4 当院の双孔式ストーマ造設の課題と工夫

産業医科大学病院 看護部<sup>1</sup>、産業医科大学 第1外科<sup>2</sup>

○山田陽子<sup>1</sup>、三好綾子<sup>1</sup>、秋山泰樹<sup>2</sup>、永田淳<sup>2</sup>、鳥越貴行<sup>2</sup>、  
平田敬治<sup>2</sup>

双孔式ストーマは、結腸切除術や直腸肛門手術における吻合部安静のための diversion、消化管穿孔時の救命処置、悪性腸閉塞に対する症状緩和など様々な目的で造設されており、当院での造設件数は単孔式ストーマよりも多い。しかし、双孔式ストーマは、口側腸管と肛門側腸管につながる 2 つのストーマ口を有する特徴から、次のようなストーマ管理を困難にさせる条件のストーマになりやすい。①ストーマサイズの長径が 35mm 以上の大きなストーマ②ストーマの形状が楕円③ストーマ脚のねじれ防止のためにストーマの長径方向が横や斜め、同理由で長径方向が縦でも肛門側が尾側に造られる④横長のストーマは、臍部創や正中創と近接する④肛門側腸管側のストーマ口は、粘液瘻として機能するが排泄量は少ないと認識され、肛門側ストーマの高さが低く造られる⑤傍ストーマヘルニアやストーマ脱出を生じやすい、などである。このような条件になったストーマは、ストーマ装具 (以後装具) の機能を活用して管理するが、装具の機能や装着方法が複雑になるほか、装具耐久性の低下 (装着期間が短くなる) を生じ、スキントラブルやコスト高などの問題を生じることもある。近年装具は進歩し、様々な機能を有するものが上市されているが、万能ではない。装具の機能を求める前に良好な管理ができるストーマ造設を目指すべきである。今回、装具の複雑な機能に頼らないストーマ造設の条件を検討したので報告する。

## J JS-5 A 病院における双孔式ストーマ管理とその課題

福岡大学病院

○直海倫子

A 病院では昨年 147 件のストーマ造設が行われた。そのうち 88.4%は消化管ストーマであり、中でも双孔式ストーマが大半を占める。ストーマ管理においては、造設部位やその形状がセルフケア習得に大きく作用する。A 病院では、腸間膜が短縮化している症例、腸閉塞で結腸の拡張が高度な症例、肥満のため腹壁が厚い患者などのストーマ陥没・陥凹・脱落予防にロッドを用いて術後のストーマを管理するケースがある。ロッドは術後 7 日目以降に主治医の指示のもと、看護師が抜去している。その一部にはロッドの圧迫や接触によるストーマ粘膜の潰瘍やストーマ皮膚粘膜接合部の離開や感染などのトラブルもある。また、ロッドによる恐怖感やセルフケアの困難感により手技獲得の遅延につながることもある。ロッド挿入中は看護師が主体的にケアすることが多いが、面板の除去やストーマ周囲のスキンケアは患者が行えるようサポートしている。また、ロッド抜去時はストーマ及びロッドを十分洗浄し、便が皮下に潜り込むことがないようにケアを統一している。ロッド抜去後は粉状皮膚保護剤や用手成形皮膚保護剤を用いて創治癒環境を整えている。A 病院のストーマ造設の背景を伝えながら、このようなロッド挿入時のケアの工夫やロッドの種類・サイズや固定方法、術後のストーマ管理について医師と共有したことを報告する。

第47回

日本大腸肛門病学会九州地方会

抄 録



**D DS1-1 大腸上皮性腫瘍に対する hybrid ESD の意義**

九州大学大学院 病態機能内科学<sup>1</sup>、  
岩手医科大学 消化器内科<sup>2</sup>、九州大学病院 国際医療部<sup>3</sup>、  
九州大学大学院 形態機能病理学<sup>4</sup>、  
岩手医科大学 病理診断学講座<sup>5</sup>

○川崎啓祐<sup>1,2</sup>、鳥巢剛弘<sup>1</sup>、森山智彦<sup>1,3</sup>、川床慎一郎<sup>4</sup>、  
梅野淳嗣<sup>1</sup>、菅井有<sup>5</sup>、松本主之<sup>2</sup>

**【目的】** 大腸腫瘍に対する hybrid ESD (h-ESD) の意義を明らかにする。**【方法】** 大腸腫瘍に対して conventional ESD (c-ESD) (スネア併用なし) ないし h-ESD (スネア併用) を施行した症例を対象とし、その臨床像と治療成績を適切的に比較検討した。**【成績】** 対象は 578 病変で c-ESD502 病変、h-ESD76 病変であった。平均病変径 (mm) は c-ESD36.7、h-ESD21.6 で c-ESD は有意に病変径が大きく、病変部位 (右側/左側) は c-ESD290/212、h-ESD56/20 で h-ESD は右側で多く施行されていた。一括切除率は c-ESD100%、h-ESD82.9% で c-ESD で有意に一括切除率が高く、平均切除時間は c-ESD79.2 分、h-ESD40.6 分で h-ESD で有意に切除時間が短かった。病理所見 (腺腫/癌/鋸歯状病変) は c-ESD154/309/39、h-ESD35/35/6 で h-ESD で腺腫の割合が高かった。一括切除ができた病変 (c-ESD502 病変、h-ESD63 病変) での組織学的一括切除率はともに 95.2% で差はなかった。術中穿孔は c-ESD2.6%、h-ESD 7.9% で h-ESD で術中穿孔が多かった。**【結論】** 術中穿孔に留意し病変に応じて h-ESD と c-ESD を使い分けることができれば内視鏡治療の効率化が行えると思われる。

**D DS1-3 大腸 ESD における手技の工夫と治療成績**

佐世保市総合医療センター 消化器内科

○福田浩子、平田将一、原口紘、松崎寿久、山尾拓史

**【背景】** 大腸 ESD に対し安全かつ効率的に治療を行うための手技の工夫がなされており、トラクション法や Pocket-creation method (PCM) の有用性が報告されている。また、様々なデバイスが開発されてきたが、なかでも先端ナイフの内腔から局注液が送水される新しい高周波ナイフが開発され、その使用経験を含め当院での大腸 ESD の治療成績について検討した。

**【対象/方法】** 2019 年 4 月から 2022 年 4 月に当院で大腸 ESD を行った 70 症例中、PCM ないし Tunnel 法による ESD を実施した 13 例を、従来法 57 例と比較し後方視的に検討した。また、新規デバイスを用いて PCM 法を施行した 2 例について有用性を検討した。

**【結果】** 局在は右側結腸 6 例、左側結腸 3 例、直腸 4 例で従来群と差を認めなかった。平均腫瘍径は 31.4mm (15-65) で従来群 23.7mm (3-78) より有意に大きく、剥離速度中央値は 15.3mm<sup>2</sup>/min (9.0-33.7) で従来群 13.5mm<sup>2</sup>/min (2.0-42.2) と差を認めなかった。

新規デバイスを用いて PCM 法を施行した 2 例は、それぞれ腫瘍径 51mm, 30mm、剥離速度は 33.7mm<sup>2</sup>/min, 14.0mm<sup>2</sup>/min であった。ポケット内でデバイスの入れ替えを必要とせず十分な局注が得られ、効率的な治療につながると思われた。

**【結論】** 大きい病変に対して PCM/Tunnel 法は特に有用で、新規デバイスとの組み合わせで効率的に ESD を完遂できる可能性がある。

**D DS1-2 直腸神経内分泌腫瘍に対する ESMR-L と ESD の治療成績の比較**

熊本大大学院 消化器内科

○松野健司、宮本英明、具嶋亮介、直江秀明、田中靖人

**【背景】** 10mm 未満の直腸神経内分泌腫瘍 (NET) は内視鏡的切除適応とされ、一般的に ESMR-L または ESD が施行されることが多い。

**【目的】** 直腸 NET に対する最適な内視鏡的切除法を検証する。

**【対象】** 2010 年から 2019 年の期間に熊本県下 11 施設において、ESMR-L または ESD で切除された 10mm 未満の直腸 NET 症例。

**【方法】** ESMR-L および ESD 両群の治療成績を比較検証した。さらに内視鏡医の経験が治療成績に及ぼす影響を検証した。

**【結果】** 両群あわせ 205 例認め、うち 89 例が ESMR-L で、116 例が ESD で切除された。RO 切除率は両群で有意差はなく (ESMR-L vs. ESD: 90% vs. 92%, p=0.73)、処置時間は ESMR-L 群が ESD 群より短く (17 分 vs. 52 分, p < 0.01)、入院期間も短かった (3 日 vs. 5 日, p < 0.01)。両群とも穿孔例はなく、後出血率も有意差を認めなかった (7% vs. 2%, P=0.14)。非熟練者が行った場合、ESD 群では処置時間が有意に延長したが (熟練群 vs. 非熟練群: 49 分 vs. 70 分, p=0.02)、ESMR-L 群では差はなかった (17 分 vs. 処置時間や入院期間を考慮すると、特に経験の浅い内視鏡医にとっては、ESMR-L の方がより効率的な治療法である。

**D DS1-4 Hybrid ESD を念頭に置いた病変内トラクション法の検討**

九州大学病院 光学医療診療部<sup>1</sup>、九州大学病態制御内科学<sup>2</sup>

○稲田泰亮<sup>1,2</sup>、蓑田洋介<sup>1</sup>、江崎充<sup>2</sup>、鈴木祐輔<sup>2</sup>、  
荻野治栄<sup>2</sup>、伊原栄吉<sup>2</sup>

**【背景/目的】** 大腸腫瘍に対する ESD は根治度の高い優れた治療法だが、EMR に比較すると処置時間が長い。その改善策である Hybrid ESD は処置時間の短縮が可能な方法として有用であると考えている。Hybrid ESD は粘膜下層剥離の量が少ない利点があるが、従来の ESD において粘膜下層剥離時に有用と報告されるトラクションデバイスの併用はこれまでデバイスの構造的問題から難しかった。近年、新たなトラクションデバイスを用いて病変を内半させることでトラクションを完結させる Intralesional traction-assisted ESD: ILT-ESD を考案したため (Nasu T, et al. Endoscopy. Epub), ケースシリーズとして Hybrid ESD への応用可能性も含め検討報告する。

**【ILT-ESD の方法】** 1: 病変の全周切開を完成させる。2: 病変の肛門側にリング付きクリップを留置する。3: 2 本目のクリップをリングにひっかけて、病変の口側に留置する。4: 病変が挙上内半されていることを確認し、粘膜下層剥離とスネアリングを行う。

**【考察】** ILT-ESD は病変内でトラクションが完結し、切除ストラテジーを統一でき、さらにスネアリングも可能である。またスネアをかける部位がよくみえることから大腸 hybrid ESD における一つの工夫となりえる。

**D DS1-5 直腸 NET に対するトラクション補助下ハイブリッド ESD**九州大学大学院 医学研究院 病態制御内科学<sup>1</sup>、  
九州大学大学院 医学研究院 消化器代謝学<sup>2</sup>○江崎充<sup>1</sup>、鈴木祐輔<sup>1</sup>、荻野治栄<sup>1</sup>、伊原栄吉<sup>1,2</sup>

**【背景・目的】**直腸 NET への内視鏡治療では、上皮性腫瘍よりも深部に存在することを考慮した切除が望まれる。我々は、より深部での切除を目指したトラクション補助下ハイブリッド ESD (Traction assisted hybrid endoscopic submucosal dissection: TA-H-ESD) を考案したため報告する。**【方法】**TA-H-ESD は、Multi-functional snare である SOUTEN、Sure Clip を用いた糸付きクリップを使用する。1: SOUTEN の先端チップを用いて病変周囲の粘膜切開・粘膜下層剥離を行う。2: 病変肛門側に糸付きクリップを留置する。3: スコープを抜去し、鉗子口から挿入したスネアに糸を通す。4: スコープを再挿入する。5: 病変直上でスネアを展開し、トラクションをかける。6: 粘膜下層深層でのスネアリングを行う。**【考察】**ハイブリッド ESD では粘膜下層を露出した状態でスネアリングするため、切除ラインを目視しながら切除ができる。トラクションの補助により、粘膜下層深部での切除が可能である。また、スネアリングにより技術的なハードルが下がるため、海外での普及も期待できる。現在まで TA-H-ESD を施行した全例で、垂直断端陰性で切除できている。今後、症例集積をして、他の切除方法との比較検討を行いたい。

**D DS1-7 シュアクリップトラクションバンドを用いた大腸 ESD 後創部完全縫縮**北九州市立医療センター消化器内科<sup>1</sup>、  
九州大学大学院病態制御内科学<sup>2</sup>○隅田頼信<sup>1</sup>、江崎充<sup>1,2</sup>、蓑田洋介<sup>2</sup>、秋穂裕唯<sup>1</sup>、伊原栄吉<sup>2</sup>

**【背景と目的】**大腸 ESD 後の遅発性穿孔、post-ESD coagulation syndrome、後出血に対する創部の完全縫縮は有望な対策法として期待されているが、技術的な問題がある。今回、シュアクリップトラクションバンドを用いた創部に対するクリップ縫縮を考案したので報告する。**【方法】**シュアクリップトラクションバンド (Micro-Tech 社製) はクリップには組織を牽引するためのバンドがあらかじめ取り付けられている。同デバイスを用いて今回、創部縫縮をおこなった。対象は 2022 年 3 月から 2022 年 6 月までに施行した直腸 Ra/Rb を除く大腸 ESD の 18 例。ESD 後、完全縫縮が困難と術者によって判断された症例に対してシュアクリップトラクションバンドを用いてクリップ縫縮を行った。全例における完全縫縮率を遡及的に検討した。完全縫縮とは、ESD 後創部を健常粘膜で完全に被覆した場合とした。**【成績】**切除組織最大径 (IQR) は 39 (29-40) mm、病変最大径 (IQR) 30 (25-38) mm、完全縫縮率は、18/18 (100%)、縫縮時間 (IQR) 20 (18-30) min であった。**【結論】**さらなる前向き研究が必要であるが、本法を用いることで迅速・簡便・確実に大型潰瘍の完全縫縮が可能となることが期待される。

**D DS1-6 抗血栓薬継続下大腸 ESD に対する PGA フェルト+フィブリン糊被覆法 (P/F 法) を用いた後出血予防効果**

長崎大学病院 消化器内科

○平田亮介、山口直之、中尾一彦

**【目的】**当院における抗血栓薬継続下大腸 ESD の治療成績及び PGA フェルト+フィブリン糊被覆法 (P/F 法) の後出血予防効果を検討する。

**【対象・方法】**2012 年 7 月 -2020 年 3 月に当院で大腸 ESD を施行した 519 例を抗血栓薬継続群 98 例 (被覆群 53 例, 非被覆群 45 例)、休薬群 11 例、非内服群 410 例の 4 群に分類し後出血率などを比較検討した。

**【結果】**1) 一括治癒切除率、術中出血コントロール不良率、穿孔率は各群で有意差を認めなかった。2) 後出血率は被覆群は 3.8%と非被覆群の 20.0%と比べ有意に低かった。非内服群は 3.2%であり、非被覆群はこれより有意に高値であるのに対し、被覆群は同等であった。後出血の術後日数は平均 3.8 日であった。PGA フェルトは平均 8.5 日残存していた。3) 非被覆群における抗血栓薬別の後出血率は SAPT16.7%、DAPT0%、ヘパリン置換 27.3%、WFO%、DOAC33.3%。被覆群では DOAC で 28.6%だったが、他薬剤においては 0%だった。4) 部位別後出血率は 4 群全体において直腸 9.9%、結腸 3.0%と有意に直腸が高かった。

**【結論】**P/F 法により、抗血栓薬継続下においてもより安全に大腸 ESD を施行できる可能性が示唆された。しかし、DOAC 例においては更なる検討が望ましい。また、後出血例は直腸に有意に多くなっていたため注意が必要である。

**D DS1-8 当院における大腸 pT1 (SM) 癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) の治療成績**

長崎みなとメディカルセンター 消化器内科

○岡村卓真、本田徹郎、池田智成、長田和義、栗林泰隆、山道忍、山島美緒、宮崎修、矢島弘之、市川辰樹

背景大腸 pT1 癌の治療に関しては未だ一定のコンセンサスは得られていない。今回は当院で経験した pT1 癌の症例の治療成績を報告する。**【方法】**2016 年 1 月から 2022 年 1 月に pT1 癌に対して ESD を行った 47 症例を対象とし後方視的に検証した。**【結果】**年齢中央値 73 歳、性差男/女 33/14、病変局在は盲腸/上行/横行/下行/S 状/直腸 4/12/4/1/8/18、主たる肉眼型は Is/Isp/Ila/Ilc 24/3/19/1、腫瘍径中央値 25mm、切除時間中央値 78 分、穿孔割合 2.1% (1/47)、緊急手術に移行した症例は認めなかった。病理結果 T1a/T1b 27/20、完全一括摘除率 81% (38/47)、ESD 適応拡大基準内/外 23/24 例であった。pT1a で適応基準外は 4 例で深部断端陽性 2 例、リンパ管侵襲陽性 1 例、治療中断例 1 例。追加手術は 20 例、術後検体に癌が遺残していた症例は 2 例でいずれも T1b、VM 陰性の完全一括摘除であった。リンパ節転移を認めた症例が 2 例 (10%) 認められた。手術を行わなかった 4 例中 3 例は後期高齢者で手術を希望されず、1 例は他疾患治療により手術を行わなかった。**【結論】**pT1 癌の ESD は安全に行えており、切除病理結果に応じて適切な対応を行えば一括切除生検としての ESD は有用と考えられた。

## D DS1-9 当院の大腸腫瘍に対する内科・外科合同治療の取り組み

鹿児島大学大学院 消化器疾患・生活習慣病学<sup>1</sup>、  
鹿児島大学大学院 消化器・乳腺甲状腺外科学<sup>2</sup>

○矢野弘樹<sup>1</sup>、佐々木文郷<sup>1</sup>、前田英仁<sup>1</sup>、田辺寛<sup>2</sup>、  
盛真一郎<sup>2</sup>、大塚隆生<sup>2</sup>、井戸章雄<sup>1</sup>

**【背景】**大腸 ESD は時に治療困難症例も存在する。当院では大腸 ESD 困難症例に対して、より低侵襲化を目指した内科・外科合同治療を行っている。**【目的】**当院の大腸腫瘍に対する内科・外科合同治療の現状と治療成績を明らかにすること。**【方法と対象】**2016 年 10 月から 2022 年 3 月までに内科・外科合同治療を施行した大腸腫瘍 10 症例 11 病変を対象とし、適応と治療成績を検討した。**【結果】**合同治療選択理由と術式および成績は下記の通りであった。1) 高度癒着による ESD 困難病変；7 病変。腹腔鏡下癒着剥離術＋ESD 施行し、5 病変に対して切除可能であった。2 病変は MP 浸潤が疑われ、同日外科手術となった。2) 肛門管近傍の巨大隆起病変；3 病変。経肛門的低侵襲手術 (TAMIS) ＋ ESD を施行し、全例で切除可能であった。3) 大腸術後吻合部上病変の高度線維化 1 病変。全層切除を予定したが、ESD 単独で切除可能であり、SM1 癌であった。**【結論】**高度癒着による ESD 困難例に対する腹腔鏡下癒着剥離＋ESD を併用する治療および直腸隆起性病変に対する TAMIS ＋ ESD を併用する合同手術は、ESD 困難大腸腫瘍に対して低侵襲かつ安全に一括切除できる有用な治療法である可能性が示唆された。

## D DS2-1 学生におけるロボット支援手術シミュレーターの学習効果とアンケート調査の検証

久留米大学 医学部 外科<sup>1</sup>、  
久留米大学 医学部 医学教育センター<sup>2</sup>、  
久留米大学 医学部 呼吸器・神経・膠原病内科<sup>3</sup>

○合志健一<sup>1</sup>、仕垣隆浩<sup>1</sup>、藤吉健司<sup>1</sup>、吉田直裕<sup>1</sup>、  
吉田武史<sup>1</sup>、片山礼司<sup>2</sup>、藤田文彦<sup>1</sup>、谷脇孝恭<sup>3</sup>、  
赤木由人<sup>1</sup>

**目的：**ロボット支援手術には十分なシミュレータートレーニングが必要である。今回、ロボット支援手術シミュレーターを学生に行ってもらい、その学習効果とアンケート調査結果を検証した。**対象・方法：**医学生 9 名にシミュレーターの「Clutch」と「Camera Control」のタスクを 6 回ずつ行ってもらい、タスク達成時間・アーム操作距離から速度と正確性を評価した。またアンケート調査で外科に対する意識変容も評価した。**結果：**対象 9 名は全例右利き男性だった。ゲーム習慣は 9 名中 6 名であり、1 日当たりの時間は中央値 50 分 (0-240 分) だった。2 種のタスクでいずれも回数を重ねるとともに達成時間の短縮を認めたが、ゲーム習慣者にその学習効果が高い印象だった。アーム操作は、利き腕の操作距離が短く正確性が高かったが、学習効果は左右同等だった。アンケートでシミュレーター後の外科に対する興味は全例 5 段階で 4 (少し興味ある)・5 (大いに興味ある) であった。**結語：**学生におけるロボット支援手術のシミュレーター学習効果とゲーム習慣・利き腕との相関関係の可能性や将来の外科医教育への期待が示唆された。

## D DS2-2 地方大学における若手から継続した外科教育と成果；Nagasaki RYOMA project

長崎大学大学院 腫瘍外科

○小山正三朗、富永哲郎、野中隆、高村祐磨、  
橋本慎太郎、白石斗士雄、山下真理子、澤井照光、  
永安武

**背景：**地方における医師不足は外科医確保の困難や執刀機会の減少による手術手技の定型化などに深刻な影響をもたらす。当科では 2009 年より若手外科医のリクルートと継続した外科教育を目的とした教育システム (長崎 RYOMA project (Recruitment of young medical apprentices)) を立ち上げた。**内容：**若手外科医のリクルートとして医学部 5 年から研修医 2 年まで対象にした Wet lab を開催している。入局後は animal lab training、定期的な video clinic で執刀症例検討などを行っている。その後参加者の外科系入局や、手技定型化の指標として内視鏡技術認定医取得について検討した。**結果：**Wet lab training は 2009 年から 2022 年 3 月までに計 33 回開催。過去 5 回の wet lab 参加者 138 名 (重複も含む)、男性 83 名、女性 55 名。志望科は外科系が 67 名、救急科 7 名、内科系 33 名、その他 28 名。その後実際 28 名の参加者が外科医となった。内視鏡技術認定医では取得年数は RYOMA 前群で卒後 18 年目 (10-31 年)、後群は 14 年目 (11-16 年)、取得までの経験症例数は前群で 51 症例数 (15-80)、後群は 26 症例数 (11-16) であった。**結語：**長崎 RYOMA project は継続的な外科医リクルートとの育成に有用である。

## D DS2-3 TaTME second surgeon の導入における取り組みと指導

鹿児島大学病院 消化器・乳腺甲状腺外科

○田辺寛、盛真一郎、和田真澄、濱田由紀、園田智洋、  
銚之原健太郎、川崎洋太、佐々木健、有上貴明、  
蔵原弘、大塚隆生

**【背景】**TaTME (Transanal total mesorectal excision) は肛門側から腹腔側に向かって TME を行う手技である。腹腔鏡手術とは異なる解剖、手技、合併症の理解が必要となり、安全で慎重な導入が望まれる。当院では 2014 年から TaTME を導入しており、2021 年 12 月に second surgeon による本術式が導入となった。安全な導入のための取り組みと上級医からの指導について紹介し短期成績を検討する。**【対象】**2021 年 12 月から 2022 年 5 月までの 20 例を対象とした。**【取り組み】**導入前にセルフラーニング、ウェットラボ、ハンズオンセミナー、カダバートレーニングを行った。最初の 12 例は上級医が助手として入り指導を受けた。摘出標本を上級医と観察することで剥離層を確認し、ビデオクリニックでは解剖の認識の違いやより効率的な手技についてアドバイスをもらい術後のフィードバックがあった。**【結果】**TaTME 時間の中央値は 207 分、尿道損傷や明らかな神経損傷は認められず。1 例に術中 CO2 塞栓を認めた。Clavien-Dindo 分類 IIIb 以上の術後合併症は認められなかった。**【結語】**TaTME の導入は十分に準備を行った上で上級医からの指導を受けながら安全に行えた。

## D DS2-4 大腸外科医育成に向けた当院の取り組み

北九州市立医療センター外科

○田辺嘉高、永井俊太郎

結腸癌に対する腹腔鏡手術は、大腸癌治療ガイドライン 2019 年度版で推奨度 2、エビデンスレベル B と表記され、手術術式の選択肢の一つとして位置づけられ、市中病院でも広く行われるようになると共に社会的にも一般術式として広く認知されてきた。その一方で施設間の技術格差が認められ、標準術式として確立されたものとするためにも、日本内視鏡外科学会の技術認定取得の意義は高まっている。さらに、ロボット支援手術が保険適応となり、術者要項でも内視鏡外科学会技術認定は必須であり、技術認定医育成は大腸外科医を教育する施設にとって最も重要な課題といえる。当院では主治医執刀制とし、到達度に応じた症例を経験させることで内視鏡外科手術のみならず開腹術も含めた大腸外科医育成に取り組み、2014 年以降 7 人の内視鏡外科技術認定医を結腸領域で取得させてきた。また内視鏡外科技術認定取得のみならず、大腸肛門病学会専門医を取得させることで関連施設から大学病院での大腸グループを支える役割も担ってきた。また、近年は技術認定取得医にはロボット支援手術を 10 例経験させることで、他の関連施設に異動した際も指導的立場で大腸外科を行えるようにしている。当院での大腸外科医育成方針を紹介する。

## D DS2-5 「百聞は一見に如かず」：イメージの共有を重視した腹腔鏡下大腸手術教育について

福岡大学病院 消化器外科

○渡邊利史、長谷川傑、吉松軍平、松本芳子、棟近太郎、佐原くるみ、大野龍、梶谷竜路

腹腔鏡手術の教育上の大きな利点は術中動画を保存し教育に用いることが可能な点にある。これまで「言語化」の重要性が謳われてきたが、言葉は時として多様な解釈をされ共通認識に至らないこともある。実際に術者が迷った時にどうすべきか、良いイメージを持つことが重要であると考え。当科では若手のビデオと共に、言語化の助けとして理想的な展開のビデオを並列させることにより正しいイメージの共有（およびその言語化）を試みている。2020 年以前は対面形式のカンファレンスを、2020 年以降は関連施設も対象に含めた週 1 回のオンラインカンファレンスを行っている（現在は他施設も含め全国で約 20 施設が参加する会に発展した）。術野展開を重視しており、各施設持ち回りで動画を提示し手技の定型化や向上に努めた。その結果当院で 2016 年から 2021 年度までに技術認定医試験に申請した延べ 11 名中 10 名（91%）が合格した。施設間で手技が統一されることで研修医や若手外科医が迷うことなく修練に集中できている。ロボット支援下手術においても同様の方針で修練を行っており、現在 8 名のロボット術者を輩出した。我々の教育システムの一部を紹介したい。

## D DS3-1 ロボット支援下直腸切除術における動画教材を用いた助手教育の取り組み

長崎大学大学院 腫瘍外科

○富永哲郎、野中隆、小山正三朗、高村祐磨、橋本慎太郎、白石斗士雄、澤井照光、永安武

**背景:** ロボット手術は Solo surgery と考えられがちであるが、手術の安全性や拡大手術への適応拡大において助手の働きは重要である。また、助手期間に Patient side の状況を理解しておくことは、スムーズな術者への移行と Learning curve の短縮につながる。当施設は、は大学病院という性質上、頻繁に助手が入れ替わるため十分なトレーニングができない。これを克服するためのロボット助手教育の取り組みについて報告する。**助手教育:** われわれは「ロボット助手べからず集」という動画資料を作成し、助手に入る前に配布。総論では「手術前の準備: 体位・アームのセッティング」、「助手鉗子の動かし方: 視野外の注意点・ロボット鉗子との関係」、「術者との協調: 術者の右手鉗子の動き・声だし・助言」など、ロボット手術における基礎的なことについて記載。各論では、「内側剥離—血管処理—外側剥離—直腸授動—切除再建」の流れでそれぞれの場面での助手の動き方を解説。初版は写真のみで解説していたが、実際の手術動画やシミュレーション動画を取り入れることでより理解が深まるように工夫している。これにより、助手経験が浅い外科医でもスムーズな助手の導入が可能となっている。

## D DS3-3 ロボット支援下直腸手術の工夫 — 術者と助手の連携 —

北九州市立医療センター 外科

○永井俊太郎、新川智彦、田辺嘉高、中野徹

ロボット支援下直腸手術が保険収載され 4 年が経過し、各施設でロボット支援下手術が行われるようになってきている。当科でも 2019 年 12 月から 2022 年 4 月の間に 70 例の手術を行った。ロボット支援下手術の特色は安定した術野と多関節で手ぶれの少ない鉗子による繊細な操作である。これにより、通常腹腔鏡手術では実現し得なかった組織への緊張が得られ、理想の切離線をトレースすることができることを実感している。一方、術者は 3 本の鉗子を用いて手術をすることとなる。このため、通常腹腔鏡手術と異なった視野展開・手技を必要とすることがあり、術者単独では十分な視野展開ができない場面もでてくる。このとき、助手鉗子を用いて組織を牽引あるいは圧迫するだけで視野が開け、切離面に十分な緊張がかかるようになる。また、ロボット支援下手術の弱点でもある体液やスモークの吸引には助手の補助が必須である。過度の助手の干渉は危険でもあり、ロボットの特色を消してしまう可能性があるため十分注意する必要があるが、助手の少しの手助けによりクオリティの高い手術が行えると考え。当科で行っている助手との連携を活かしたロボット支援下直腸手術のポイントを解説する。

## D DS3-2 当科におけるロボット支援下直腸切除術の工夫と問題点

九州大学大学院 消化器・総合外科

○中西良太、沖英次、江端由穂、池田真一郎、吉山貴之、夏越啓多、播磨朋哉、豊田怜、田中康、野中謙太郎、胡慶江、南原翔、中司悠、中ノ子智徳、太田光彦、木村和恵、吉住朋晴

**【背景】** 2018 年よりロボット支援下直腸手術が保険適応となった。**【目的】** ロボット支援下手術の手技を供覧し、腹腔鏡下手術と短期成績を比較する。**【手技】** 4 ポート + 右肋弓下 1 ポート。臍部にはあらかじめ小開腹を置く。良好な視野のもと肛門管内まで十分に剥離できるため、会陰創からのアプローチを不要とする症例がある。出血のコントロールが問題点だが、必要時は臍部の小開腹部に 5mm ポートを追加し助手吸引用ポートとする。**【対象】** ロボット支援下直腸手術 71 例 (Ro 群)、腹腔鏡下直腸手術 441 例 (Lap 群) (2006 ~ 2021 年)。**【結果】** Ro 群では開腹移行 1.4% (高度癒着 1 例)、CD grade IIIa 以上の術後合併症 4.2% (縫合不全、腹腔内膿瘍、誤嚥性肺炎、各 1 例)、術後在院日数中央値 14 日であった。Ro 群は Lap 群と比較して手術時間が長い (317 分 vs 273 分、 $P=0.0009$ )、出血量は少なかった (25g vs 45g、 $P=0.02$ )。開腹移行率、術後合併症率、術後在院日数は同等であった。**【結論】** ロボット支援下手術は直腸手術における有用なツールである。出血の制御などの問題点を克服し拡大手術へ応用されていくと期待される。

## D DS3-4 当科でのロボット支援下直腸手術におけるチーム医療体制と現状

九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科

○永吉絹子、水内祐介、佐田政史、田村公二、中村雅史

**背景:** 2018 年 10 月よりロボット支援下手術を導入以降、下部消化管外科チーム内や手術室の多職種間ミーティング、多施設との定期的なオンライン勉強会を行い、安全な医療体制構築に努めている。当科のチーム医療体制とロボット支援下直腸手術の手術成績について報告する。**方法:** 2018 年 10 月 ~ 2022 年 6 月に経験したロボット支援下直腸手術 74 例について 2020 年を境に前半と後半に分けて手術成績を検討した。現在までに術者は 3 名で前半にプロクター 1 名が含まれる。総手術時間は前半、後半で有意差はなかったが、総コンソール時間 (222 分 vs. 261 分、 $P=0.09$ )・腹部操作時間 (73 分 vs. 88 分、 $P=0.17$ ) は後半で延長する傾向にあった。出血量は後半で有意に減少していた (中央値: 51g vs. 21g、 $P=0.02$ )。Clavien-Dindo 分類 3 以上の術後合併症は前半に 3 例認め、術後在院日数は後半で有意に減少していた (19 日 vs. 15 日、 $P=0.03$ )。**考察:** 後半ではチーム医療体制整備に伴い総手術時間の短縮と術後合併症の減少、在院期間の短縮を認めており、安全な周術期管理ができていた。後半ではコンソール時間が長くなっていたが、術者の手技習熟と症例数の蓄積とともに時間短縮、手術成績のさらなる向上が見込まれる。

## D DS3-5 ロボット支援下直腸切除術における低コストかつ安全な直腸間膜処理の工夫

佐賀大学医学部附属病院 一般・消化器外科  
○武居晋、奥山桂一郎、真鍋達也、能城浩和

**【背景】** ロボット支援下直腸切除術における直腸間膜処理はシーリングデバイスを用いると容易だが、コスト面で不利となる。一方、バイポーラー鉗子とモノポーラーシザーのみを使用した間膜処理は難易度が高い。本邦では前壁側から可及的に後壁側の間膜処理を行い、最後に背側から残りの間膜処理を行う施設が多いが、この方法の難易度が高い要因として前壁側からバイポーラーで間膜をシーリングする際に融解した脂肪や血液が間膜と腸管壁の間に貯留すること、鉗子先端の近接視野確保が困難なこと、右壁の処理の際に両手の鉗子が干渉することなどが挙げられる。**【手術手技】** これらの問題点を解消するにあたり背側からの操作を優先した間膜処理が有用と考えた。まず腹側からの視野で、血管の少ない左右腹側の間膜をモノポーラーで処理した後に早い段階で直腸を腹側に展開し、直腸の背側から残りの間膜処理を行う。早い段階で直腸を腹側に展開して間膜処理を行うことで融解した脂肪や血液は肛門側に流れるため切離線が汚染されず、背側の広い空間での良好な視野で両手の鉗子を自由に使うことができる。**【結語】** 本手技はロボット支援下直腸切除術の直腸間膜処理において低コストかつ安全な手技と考えられる。

## D DS3-6 腹腔鏡下直腸手術を通して見たロボット支援下直腸手術

熊本大大学院・消化器外科学  
○宮本裕士、小川克大、大内繭子、堀野大智、馬場秀夫

**目的** 腹腔鏡下直腸手術と比較した、ロボット手術の優位点、改善すべき点を動画供覧するとともに同定する。**方法** 腹腔鏡下及びロボット支援下直腸手術、それぞれの手術動画を腹部操作、骨盤操作に分けて比較しながら、ロボット手術の優位点と改善が必要な部位を明らかにした。**結果** ロボット手術の患者背景 (n=83) は年齢:66 歳、男性/女性=57/26、BMI: 23.1、腫瘍占拠部位 RS/Ra/RbP=21/34/28、術式: HAR/LAR/ISR/APR=14/56/4/9 であった。手術時間: 381 分、出血量: 15g で開腹移行例はなかった。CD 3 以上の合併症を 7 例 (8.4%) に認め、術後在院日数は 14 日、R0 手術率は 98% であった。2 つの手術を比較すると、腹部操作においては、大きな操作の違いはなかった。骨盤操作においては、腹腔鏡下手術では術者の左右の鉗子が干渉し、カメラのブレが大きくなった。特に難渋している箇所は、1: 右仙骨 S4 領域から直腸膨大部へ向けた剥離と 2: 右神経血管束領域の剥離であった。ロボット支援下手術ではカメラのブレがなく、3rd アームの固定により視野が安定しており、左右の鉗子が干渉せず有効であった。一方、直腸左側の剥離面の同定に難渋することがあった。**結語** 両手術を比較することにより、ロボット支援下手術の困難点、それに対する改善点が明確となった。

## D DS5-1 当院における大腸病変に対する Cold snare polypectomy (CSP) の現状と課題

久留米大学 医学部 内科学講座 消化器内科部門<sup>1</sup>、  
久留米大学 病院病理部<sup>2</sup>、聖マリア病院<sup>3</sup>

○中根智幸<sup>1</sup>、永田務<sup>1</sup>、大内彬弘<sup>1</sup>、向笠道太<sup>1</sup>、福永秀平<sup>1</sup>、  
南真平<sup>1</sup>、長知徳<sup>1</sup>、林大樹<sup>1</sup>、田中寛士<sup>1</sup>、秋葉純<sup>2</sup>、  
竹田津英稔<sup>1</sup>、岡部義信<sup>1</sup>、鶴田修<sup>3</sup>、川口巧<sup>1</sup>

大腸 CSP は、10mm 未満の非有茎性良性ポリープに適応があり、安全性、簡便性、経済性において優れた治療法である。我々は 2018 年 6 月～2022 年 6 月までの約 4 年間で 5828 件の CSP を行い、一括切除率、偶発症、組織学的評価、追加治療の有無について検討した。CSP は一括切除率も高く、遺残再発率は低く、偶発症は内視鏡的処置が必要となった後出血が 2 例あった。また CSP 後の病理診断で癌と診断された症例も 11 例あり、追加治療や厳重な経過観察が必要となるケースもあった。CSP は比較的簡便な処置であり、clean colon を達成することにより、大腸内視鏡検査の間隔を長くすることができ、将来的に総検査数を減らすことが見込まれ、医療経済的に有用となる可能性がある。課題として、後出血などの偶発症の対応、術前診断の精度向上、吸引回収での病理評価の難しさ、病理検体の増加に伴う病理医の負担増加、遺残再発の対応が挙げられる。課題に対する対応や、偶発症を経験した症例の経験について、文献的考察を踏まえて報告する。

## D DS5-3 当院における CSP と CS-EMR の現状と治療成績の比較検討

長崎大学病院 消化器内科<sup>1</sup>、  
長崎大学病院 光学医療診療部<sup>2</sup>

○谷口育洋<sup>1</sup>、赤司太郎<sup>1</sup>、山口直之<sup>2</sup>、中尾一彦<sup>1</sup>

【背景と目的】当院における大腸腺腫に対する CSP (Cold snare polypectomy) と CSP に粘膜下局注を併用する CS-EMR (Cold snare-EMR) の現状と治療成績を比較検討した。【対象と方法】2018 年 12 月から 2022 年 5 月までに当院で CSP もしくは CS-EMR を行った大腸腺腫を対象とし、CSP 群と CS-EMR 群の 2 群間の患者背景、偶発症、切除病変の一括完全切除率、白色隆起 (cold snare defect protrusion: CSDP) 出現率を比較検討した。【成績】対象は 48 症例 (男性 36 例、女性 12 例、平均年齢 68.5 ± 10.2 歳)、188 病変 (CSP 群 104 病変、CS-EMR 群 84 病変)、抗血栓薬内服症例は 11 症例 55 病変であった。偶発症は、術中出血をバイアスピリン内服中の CSP 群で 1 病変認めるのみであり、後出血、穿孔は両群で認めなかった。腺腫の一括完全切除率は CSP 群 86.6%、CS-EMR 群 81.0%、CSDP 出現率は CSP 群 37.5%、CS-EMR 群 26.2% といずれも有意差を認めなかった。CSP に局注を併用する利点として、切除面の肉眼的遺残評価が容易な点、局注で病変の向きを変えることでスアリング困難な部位でもスアリングが可能となる点が挙げられた。【結語】CSP と CS-EMR は同等の治療成績、安全性をもつ手技であり、局注で得られる利点を踏まえ、状況に応じて CSP と CS-EMR を使い分けるのが肝要である。

## D DS5-2 当院での大腸ポリープ切除における EMR と CSP の比較検討

嬉野医療センター 消化器内科

○石田智士、山口太輔、野村忠洋、水田優実、  
木村俊一郎、藤本峻、田中雄一郎、日野直之、  
有尾啓介、綱田誠司

【目的】当院での大腸ポリープ切除における EMR と CSP について比較検討する。

【対象】2018 年 4 月から 2021 年 7 月の間に当院にて内視鏡的に大腸ポリープ切除術を行った 1103 例。

【方法】患者背景、ポリープ所見、治療成績・偶発症について retrospective に比較検討した。

【結果】1103 例中 EMR は 706 例、CSP は 397 例であった。1) 患者背景：EMR 群、CSP 群における年齢は 66.8 ± 11.3 vs 68.7 ± 10.0 歳 (p < 0.001) と EMR 群が高齢であった。2) ポリープ所見：平均サイズは 9.5 ± 5.4 vs 4.8 ± 1.6mm (p < 0.001) と EMR 群の方が大きかったが、5mm 以下のポリープでは 14.1 vs 85.9% (p < 0.001) と CSP が選択される割合が高く、5-10mm 大のポリープに関しても 29.8% で CSP が選択されていた。3) 治療成績：内視鏡的一括切除率は 96.7 vs 97.2% と同等であったが、入院期間は 2.3 ± 2.8 vs 1.0 ± 2.4 日 (p < 0.001) と CSP 群の方が有意に短かった。偶発症として後出血例は 21 例 (3.0%) vs 6 例 (1.5%) と同等であり、穿孔例は EMR 群に 1 例 (0.1%) のみ認められた。

【結論】今回の検討で 10mm 程度までは表面の拡大観察を十分にを行い腺腫性病変と判断できれば、偶発症のリスクも少なく簡便な CSP もポリープ切除方法の選択肢として妥当と考えられた。

## D DS5-4 早期大腸癌における治療方針決定のための伸展不良所見の有用性の検討

筑紫病院 内視鏡部<sup>1</sup>、筑紫病院 消化器内科<sup>2</sup>

○平塚裕也<sup>1</sup>、大津健聖<sup>2</sup>、久部高司<sup>2</sup>、八尾建史<sup>1</sup>、  
植木敏晴<sup>2</sup>

【背景】早期大腸癌の通常内視鏡診断における伸展不良所見陽性は、SM 深部浸潤の指標と報告されている。

【目的】大腸 T1 癌を疑う症例に対する治療方針決定のための伸展不良所見の有用性を明かとする。

【方法】2017 年から 2021 年に、当院で大腸癌に対して切除術を施行された症例で、切除標本において早期大腸癌と診断された症例を抽出し、術前の内視鏡診断で T1 癌を疑う症例を対象とした。1. 伸展不良所見の有無による臨床病理学的所見、2. 内視鏡的切除 (ER) を行った症例の治療成績を後ろ向きに検討した。

【結果】対象症例は Tis 21 症例、T1a 25 症例、T1b50 症例であった。このうち伸展不良所見陽性 30 症例 (ER: 5 症例) / 伸展不良所見陰性 66 症例 (ER: 54 症例) であった。1. 深達度が T1b であった症例は 26 (86.7%) / 24 (36.4%) であり、陽性例に有意に多かった (p < 0.001)。Ly 陽性例は 11 (37%) / 12 (18%) (p = 0.089)、V 陽性例は 13 (43%) / 5 (7.6%) (p < 0.001) であった。2. ER 成績は一括切除率 100% / 87%、完全一括切除率 100% / 83%、治療偶発症 0 (0%) / 2 (3.7%)、治癒切除率 0% / 52% であった。伸展不良所見陽性例は 5 症例とも ER で切除可能であったが、全て非治癒切除であった。

【結語】伸展不良所見陽性は、T1b 癌および脈管侵襲を認める症例が多く、ER を施行しても非治癒切除となった。大腸 T1 癌を疑う症例に対する治療方針決定のために伸展不良所見は有用であると考えられた。

## D DS5-5 当院における大腸ステントの有効性と安全性の検討

大分大学 医学部 消化器内科学講座  
○福田健介、水上一弘、村上和成

**【背景・目的】**当院における大腸ステントの有効性・安全性を検討することを目的とした。**【対象・方法】**当院において2019年1月～2022年5月までに悪性大腸狭窄に対して大腸ステントを留置した35例を対象とし、各症例における留置目的・ステントの種類・留置場所・処置時間・効果・合併症・転帰などを後方視的に解析した。**【結果】**平均年齢は平均68歳。狭窄原因として大腸癌28例、他臓器癌（腹膜播種含む）の浸潤が7例であった。狭窄場所は、上行2例・横行6例・下行6例・S状結腸15例・直腸4例・術後吻合部2例であった。留置目的ではBTS20例・PAL15例であった。平均手技時間は31分、手技成功率は100%であった。術前CROSSは平均2.1に対して術後CROSSは平均3.8と有意に改善を認め、経口摂取再開まで平均2.2日を要していた。合併症としては出血1例、逸脱2例、再閉塞4例であった。BTS症例では挿入後平均23.8日で手術が施行されており、PAL症例15例のうち、7症例で挿入後化学療法が行われていた。**【考察】**悪性大腸狭窄に対する大腸ステントはBTS・PAL双方において高い有効性と安全性を示した。しかし、短期的にはステント逸脱、長期的には再閉塞といった合併症をきたしており、ステント適応の決定や留置後のフォローアップは慎重に行う必要があると考える。

## D DS6-1 全周・亜全周性かつ大きな外痔核を有する内外痔核症例での結紮切除術の工夫—ALTA 非適応痔核症例をいかに攻略するか—

日高大腸肛門クリニック

○日高仁、日高元、福永亮大、日高久光

痔核に対する外科治療にて、全周性・亜全周性に大きな外痔核を有す症例や、器質化した外痔核を合併した症例、肛門皮垂を有す症例などは、ALTA 単独療法では対応が困難で、結紮切除術、又は内痔核への ALTA を併用した外痔核切除が必要となる。外痔核を遺残なく適切に処理した上で、肛門上皮癒痕や術後狭窄を作らず、出血・疼痛・腫脹といった術後合併症の予防にも配慮するには、経験や熟練を要す。結紮切除術を行う際、当院では、以下の点に注意している。1.十分に観察し、主痔核を残さず、狭窄を来さない、適切な切除ラインのデザインを行う。2.創面は小さめに切除し、必要に応じて広げる意識をもつ。3.残存外痔核は粘膜下にしっかりと切除・郭清する。4.隣の切除創との粘膜を1cm程度は残すよう心がける。5.副痔核切除により周囲粘膜の弛みが生じた場合は、根部結紮した針糸でかがり縫いし、根部へ向け縫縮縫合を行う。6.半閉鎖による創の閉鎖を行い、創縁も縫合固定することで、術後早期出血を予防し、創治癒の早期化を図る。7.創縁の炎症性浮腫による疼痛の防止や治癒遅延、skin tag の形成などを防ぐ為、切除創の適切なトリミングを行う。8.随伴病変がある場合には適切に処理する。手術の実際についてビデオで供覧する。

## D DS6-3 全周性凸型内外痔核に対する ACL (Anal Cushion Lifting) 法

光晴会病院 外科<sup>1</sup>、ながた大腸肛門クリニック<sup>2</sup>

○岡田和也<sup>1</sup>、長田康彦<sup>2</sup>、右田一成<sup>1</sup>、田中史朗<sup>1</sup>、進誠也<sup>1</sup>、岸川博紀<sup>1</sup>

〈はじめに〉Anal Cushion Lifting 法 (以下、ACL 法) は痔核組織を伴って滑脱してきた肛門上皮ならびに肛門周囲皮膚を本来あるべき位置に戻し、肛門の形態を元通りに再現させることを目的とした術式である。本術式は低侵襲で美容的に優れており、脱出性痔核に対する痔核を切除しない術式の一つである。今回、全周性凸型内外痔核に対して行った ACL 法の術中ビデオを供覧し、当院における術式の工夫を提示するとともに周術期管理及び ACL の手術適応について併せて報告する。〈手術〉腰椎麻酔、ジャックナイフ体位で手術を行った。皮下外括約筋外側から痔核膨隆部の肛門上皮までの皮切を施行。剥離剪刀にて anal cushion と内括約筋の間を歯状線よりも口側まで十分に剥離。吸収糸にて anal cushion を肛門上皮とともに本来あるべき位置に戻すように括約筋に固定。剥離範囲が広い場合は複数か所を固定した。〈周術期管理〉疼痛管理は手術当日に NSAIDs もしくはアセトアミノフェンの点滴、翌日より内服に変更し 2～3 週間継続し、術後疼痛は概ね自制内であった。〈結語〉全周性凸型内外痔核に対する ACL 法は低侵襲で美容的に優れているとともに、術後疼痛が少ない有効な術式の一つと考えられた。

## D DS6-2 当院での全周性痔核に対する結紮切除術と周術期管理

大腸肛門病センター くるめ病院

○松本朝子、野明俊裕、小篠洋之、入江朋子、玉置裕香、榊原優香、白水良征、荒木靖三

【はじめに】脱出する全周性内外痔核に対して、当院では結紮切除術 (LE) としている。治療成績と周術期の管理に関して検討した。【症例】2015/12~2022/3 までに当院で「痔核」病名手術を行った 1250 例中、LE3 以上を施行した症例、かつ術前の怒責写真で全周性の痔核を認める症例を高難易度手術症例と定義し、手術成績を評価した。【結果】該当症例は 222 例 (LE3/LE4 187/35)。術者 11 名 (Expert 3, Treinee 8)。手術時間：中央値 22 分、術後在院日数：中央値 8 日。術後出血 (腰麻下処置) 4 例 (1.8%)、排出障害 70 例 (31.5%)、排尿困難 96 例 (13.6%)、疼痛 123 例 (55.4%)、頭痛 14 例 (6.3%)、術後狭窄 3 例、痔核再発による再手術例はなし。MRP、MSP は男性 49 例；MRP 低下率 中央値 16.2%、MSP 低下率 中央値 3.5%、女性 83 例；MRP 低下率 中央値 21.8%、MSP 低下率 中央値 7.8%であった。術後便失禁は 5 例認めた (一過性 3 例、術後 3M 以降 1 例)。術後は全例「痔核切除パス」を使用し、NSAIDs 内服を中心に疼痛管理は PCA (塩酸モルヒネ) から近年はアセトアミノフェン点滴、プレガバリン内服を頻用していた。【症例提示】全周性痔核に対する LE3 以上の手術症例の実際を手術のポイントとともに動画提示する。

## D DS6-4 後方深部痔瘻に対する診断と治療

いきめ大腸肛門外科・内科<sup>1</sup>、宮崎大学<sup>2</sup>、はるやま医院<sup>3</sup>

○柴田直哉<sup>1</sup>、久容輔<sup>1</sup>、相良誠二<sup>1</sup>、前村幸輔<sup>1</sup>、柴田みつみ<sup>1</sup>、春山幸洋<sup>1,3</sup>、山本章二郎<sup>1,2</sup>

当院では 2015 年 1 月から 2022 年 2 月までに後方深部痔瘻に対する手術は 151 人で、男性 126 人、女性 25 人、平均年齢は 44.6 歳であった。術前 MRI では原発巣は後方深部隙が 94 人 (62%)、Courtney 10 人 (7%)、IIH 47 人 (31%) で、再手術は 14 人 (9%) であった。再手術の原因は後方深部隙の残存がほとんどであった。当院では術前 MRI は Surg Rador Anat の解剖所見と比較検討している。感染瘻管は T2 強調画像で高吸収域として認められ、内外括約筋間を深部に向かって走行している。括約筋間で留まる場合は IIH、浅外括約筋と深外括約筋附着部から漏れ出た場合は Courtney、深外括約筋と挙筋附着部から漏れ出た場合は後方深部隙が原発巣として確認できる。この状況から当院では一次口は Lay open または輪ゴムシートンを留置、IIH 部位は内外括約筋間を深外括約筋または挙筋附着部まで可能な限り切除、また、後方正中より切除し原発巣まで開放し、可能な限り切除している。後方深部隙が原発巣の場合は内外括約筋間から正中後方の開放部にペンローズのシートンを留置している。入院は 3 週間程度でシートンは 10 日前後で除去、輪ゴムは 2 ヶ月前後留置している。今回は後方深部隙が原発巣の場合の手術をビデオ提示したいと思う。

**D DS6-5 痔瘻術前・中・後のポイント**

大腸肛門病センター高野病院

○辻順行、高野正太、中村寧、桑原大作、濱田博隆、玉岡滉平、山田一隆、高野正博

- 1) 原発口 (PO) ～一次瘻管と抹消瘻管の連続性を遮断  
以前のように PO の処理にこだわる必要はない。
- 2) 切除した内腔から排液される浸出液が出るドレナージを作成  
  - 但し治癒過程において、表面のみが閉鎖して内腔が残存しないようなドレナージを作成する。
  - その後は創部内にガーゼを挿入して、手術創が閉鎖しないようにする。抜去する際に創とガーゼの癒着防止も必要である。下手に抜去すると、出血する。具体的にはワセリンを塗布して、癒着を防止する。
- 3) 術後創部の不良肉芽対策も重要  
術後で不良肉芽が発生することは、稀ではない。そのままの状態では治癒が進まない。また擦れるとすぐ出血する。その際には、硝酸銀の結晶を溶かして、硝酸銀の溶液を作成して使用すると使いやすい。
- 4) 再発痔瘻では、クローン病・痔瘻癌も念頭に入れて治療する。

**D DS6-7 3型痔瘻の治療**潤愛会鮫島病院 外科<sup>1</sup>、潤愛会鮫島病院 内科<sup>2</sup>○鮫島隆志<sup>1</sup>、江藤忠明<sup>1</sup>、緒方俊二<sup>1</sup>、鮫島加奈子<sup>1</sup>、山元由美子<sup>1</sup>、今村芳郎<sup>2</sup>、西俣伸亮<sup>2</sup>、濱元ひとみ<sup>2</sup>、平川あさみ<sup>2</sup>、家守雅大<sup>2</sup>、鮫島由規則<sup>2</sup>

【はじめに】当院では3型痔瘻に対して内外括約筋を開放し、直視下に fistulectomy を行った後、括約筋形成を行っている。【症例】47歳男性、坐骨直腸窩膿瘍で紹介。切開・排膿、ドレーン留置で炎症の消退を待って根治術を行った。【手術】腰椎麻酔・ジャックナイフ位。6時の原発口を確認し、一次瘻管を含め内外括約筋を切開し深肛門後隙を開放して膿瘍を露出し、それを直視下に切除する。左右瘻管は二次口から原発巣までくり抜き、fistulectomy が終了する。切開した内外括約筋は深肛門後隙に死腔を作らないようにそれぞれの筋束を縫合する。内括約筋と直腸粘膜を縫合して原発口切除部を処理する。瘻管のくり抜き部分にはドレーンを挿入しておよそ7-10日で抜去する。肛門管内はドレナージ創を残して肛門縁から背側の皮膚縫合を行い術創が小さくなるように努める。【術後管理】セフェム系抗生剤を術当日と第1病日に点滴投与を行う。【入院期間・退院後治療】術創が小さいため、痛みは軽い。創治癒経過も良好で6病日に退院。1週間後再診時にドレーンを抜去、皮膚縫合部の抜糸を行い他に問題がなければ治療終了とした。以上の手術をビデオで供覧する。

**D DS6-6 当院における深部痔瘻の治療について**

社会医療法人 福西会病院

○谷村修、別府理智子、荒木靖三、山下裕一

深部痔瘻とは一般に高位筋間痔瘻、坐骨直腸窩痔瘻、骨盤直腸窩痔瘻を指すが、治療にあたりその成因や解剖学的理解が不可欠である。2019年5月より2022年4月まで当院にて行った痔瘻根治術は Total113例であるが深部痔瘻は30例である。(高位筋間痔瘻：4症例 坐骨直腸窩痔瘻：22症例 骨盤直腸窩痔瘻：4症例) 一次口は6時が最も多く24症例であり、いずれも後方深部間隙 (PDS:posterior deep space) に炎症の波及や膿瘍を認め、さらに浅深外肛門括約筋を貫き坐骨直腸窩痔瘻や骨盤直腸窩痔瘻を形成すると考えられる。6時方向に一次口を持つ深部痔瘻にてPDS開放を行ったものは6例であるが再発はなく、それに対してPDSの開放を行わないものは22症例であり再発5例である。(免疫抑制剤内服症例、クローン病症例は除く) 我々は6時方向に一次口をもつ深部痔瘻において、膿瘍期にはPDS開放を含めた膿瘍およびそのルートの開放と搔把をまず行い、炎症を一旦消退させた後、内肛門括約筋内の1次瘻管の結紮離断と原発巣の搔把、焼灼を標準術式として行っている。全症例、術後4日目には創の観察後退院としている。これら我々が行っているPDS開放の手技、術後管理について動画を一部供覧し報告する。

**D DW1-1 左側大腸癌手術における当院の吻合時の工夫**

共愛会 戸畑共立病院 外科

○吉本裕紀、下河邊智久、今村鉄男、明石英俊、佐藤英博、宗宏伸、谷脇智、和田義人、林亨治、長尾祐一、室屋大輔、加来秀彰、下河邊久陽

〈はじめに〉大腸癌手術時に吻合部縫合不全を併発すると、周囲に炎症が波及し重篤な状況に陥る場合がある。当院で縫合不全を回避するために行っている工夫について紹介する。〈**当院での工夫**〉(1) 不要な術前腸管洗浄は回避する (2) 左側結腸癌手術では左結腸動脈を温存する。術前に全例 MIP 画像で血管の走行を確認し、2 群までリンパ節転移がある場合は IMA を根部で切離する。(3) ICG 蛍光法で血流を測定する。ICG を 7.5 mg / Body 静脈注射を行い 1 分以内に造影されると血流良好と判断 (4) 前方切除術の際には吻合部に緊張がかからないように恥骨下まで十分に腸管が到達することを体外で確認する。(5) Circular Stapler はやや小さめのサイズを選択する。DST の Staple on Staple の部位は可能であれば Z 縫合を施行する。(6) 低位での吻合の場合は MIT ドレーン (24Fr, 120mm) を留置する。〈**考察**〉縫合不全は一定の確率で起こるとされ、完全に予防することは困難である。縫合不全を併発した場合はビデオを詳細に検討し、原因を探求することで今後の縫合不全の発症の発生率低下に努める必要があると思われる。〈**結語**〉当院での吻合部縫合不全を回避するための工夫を紹介した。

**D DW1-2 大腸疾患に対する腹腔鏡下体腔内吻合の短期成績**

別府医療センター 消化器外科

○吉田大輔、于明洋、小山旅人、長谷川巧、甲斐成一郎、松本敏文、川中博文

【**背景**】腹腔鏡下体腔内吻合の安全性や有用性が報告されるが、腫瘍学的評価や感染性合併症の発生率など長期成績については十分に評価されていない。今回、当院における腹腔鏡下体腔内吻合の安全な導入への取り組みについて報告する。【**方法**】2021 年 9 月に結腸癌に対する体腔内吻合を導入、2022 年 6 月までに 16 症例を経験。体腔内吻合導入にあたり術前腸管処置は Mechanical preparation に加え Chemical Preparation を追加。体腔内吻合による再建法は、最も生理的であり、腸管受動範囲や腸間膜の過度な牽引をより回避するためにも、Delta 吻合を選択している。【**結果**】盲腸癌 3 例、上行結腸癌 7 例、下行結腸癌 3 例、S 状結腸癌 1 例、大腸良性疾患 2 例に腹腔鏡下体腔内吻合を実施。手術時間は 242 ± 16 分、吻合に要した時間は 21 ± 3.2 分、出血量は 34.7 ± 12.9g であった。術後初回排便は 1.9 ± 0.2 日、排便は 2.2 ± 0.2 日。重篤な合併症は認められず、術後在院日数は 11.1 ± 1.2 日であった。観察期間は 112.9 日と非常に短期間ではあるが、腹腔内感染や局所再発などは認められていない。【**結語**】経験症例数が少数であるが、体腔内吻合は安全に施行可能である。体腔内吻合により、さらに低侵襲な腹腔鏡手術が遂行できる可能性がある。

**D DW1-3 ICG 蛍光法、術中内視鏡を用いた縫合不全予防への取り組み**

JCHO 諫早総合病院 外科

○野田恵佑、福岡秀敏、石井光寿

【**背景・目的**】当院では縫合不全予防のため 2019 年 2 月より大腸癌手術全例で ICG 蛍光法による腸管血流の評価を行い、DST 吻合症例では術中内視鏡検査を用いた吻合部の評価およびリークテストを行っている。当院での縫合不全に対する取り組みの有効性を検討し報告する。

【**対象・方法**】当院で 2016 年 4 月から 2021 年 12 月までに、大腸癌手術を施行した 380 例を対象に、ICG 蛍光法、術中内視鏡を導入した 2019 年 2 月以降の 184 例 (ICG 群) と、それ以前の 196 例 (control 群) の両群間での比較検討を行った。さらに、直腸癌に対して DST 吻合を行った 71 例を、同様に 36 例 (ICG・CS 群) と 35 例 (control 群) の 2 群に分け、比較検討を行った。縫合不全は CD Grade III 以上と定義した。

【**結果**】患者背景、腫瘍因子、手術因子、術後入院期間において両群間で有意差は認めなかった。2019 年 2 月以降では、ICG 蛍光法により切離ラインの変更を要した症例は 3 例 (0.8%) であった。全大腸癌手術症例での縫合不全は control 群で 5.6% (11/196 例)、ICG 群で 1.0% (2/184 例) であり、ICG 群で有意に少なかった ( $p=0.02$ )。また、DST 吻合症例での縫合不全は control 群で 2.7%、ICG・CS 群で 11% であり、ICG・CS 群で少ない傾向にあった。

【**結語**】ICG 蛍光法、術中内視鏡などの対策により縫合不全発生率は低下傾向であった。

**D DW1-4 当院における大腸癌手術 DST 再建における工夫と成績**今村総合病院 消化器外科<sup>1</sup>、鹿児島大学 消化器外科<sup>2</sup>○馬場研二<sup>1</sup>、上之園芳一<sup>1</sup>、飯尾俊也<sup>1</sup>、保坂優斗<sup>1</sup>、平野拓郎<sup>1</sup>、帆北修一<sup>1</sup>、盛真一郎<sup>2</sup>、大塚隆生<sup>2</sup>

〈はじめに〉大腸癌術後の縫合不全は、術後 QOL に影響し、局所再発や予後不良因子のため避けるべき合併症である。Double stapling technique (以下 DST) 再建における当院の取り組みと成績について報告する。〈**対象**〉2017 年 7 月から 2021 年 6 月までの期間の原発性大腸癌切除症例 393 例中、DST 再建の S 状結腸癌 63 例・直腸癌 90 例、計 153 例を対象とした。〈**方法**〉2017 年 7 月から 2019 年 6 月の前期と 2019 年 7 月から 2021 年 6 月の後期の手術成績・術後合併症について比較検討した。〈**DST 再建時の工夫**〉1. 十分な腸管授動 2. ICG を用いた腸管血流評価 3. 巾着縫合の粘膜脱落予防と吻合高の均一化 4. 経肛門ドレーン 〈**結果**〉前期 68 例、後期 85 例で、性別・年齢・局在・ステージに有意差はなかった。手術成績は出血量・手術時間に差はなかったが、ICG 血流評価は前期 13 例、後期 51 例、経肛門ドレーンは前期 16 例、後期 51 例といずれも後期で有意に多かった ( $p < 0.001$ )。一時的ストーマは前期 14 例、後期 8 例と後期で有意に減少した ( $p < 0.05$ )。術後合併症は、縫合不全が前期 4 例に対し、後期は認めなかった。〈**まとめ**〉ICG による腸管血流評価や経肛門ドレーン留置を徹底することが縫合不全減少に寄与すると考えられる。

**D DW1-5 DST 吻合における ICG 血流評価の有用性の検討**

熊本大学大学院消化器外科学

○小川克大、宮本裕士、堀野大智、大内繭子、  
江藤弘二郎、岩槻政晃、馬場祥史、岩上志朗、  
吉田直矢、馬場秀夫

**【はじめに】** 大腸癌術後の縫合不全は重篤な合併症で長期予後不良因子である。当科では DST 吻合時の縫合不全予防として、IMA 切離による緊張解除、低位切離時の計画的 2 回切離、直動脈を意識した腸間膜処理、leak test、経肛門ドレーン、低位吻合時の人工肛門造設を施行しており、2020 年より ICG 血流評価を開始したので有用性について検討した。**【対象と方法】** 2014 年から 2021 年までに大腸切除後 DST 吻合を施行した 395 例を対象とした。ICG 群 (84 例) と非 ICG 群 (309 例) の 2 群に分けて、傾向スコアマッチングを用いて患者背景、腫瘍因子、手術因子を調整し縫合不全発生率を比較した。**【結果】** 患者背景では、年齢、性別に差は認めなかったが、ASA-PS は ICG 群が不良であった。腫瘍因子は、T、N 因子に差はなかったが、M1 が非 ICG 群で多い傾向を認めた。手術因子は、ICG 群がロボット手術、D3 郭清、ストマ造設率が多く、手術時間、出血量は低値であった。傾向スコアマッチングを用いて 84 例 vs 85 例ずつ抽出したところ患者背景の差はなくなった。縫合不全発生率は、5% vs 9% (P=0.37) と ICG 群で低下したが有意差はなかった。**【まとめ】** ICG 血流評価は、DST 吻合時の縫合不全発生率を 44% 減少させるが有意差はなかった。

**D DW2-1 直腸脱に対する腹腔鏡下手術の安全性の検討：DPC データを用いた解析**

産業医科大学病院 消化器・内分泌外科<sup>1</sup>、  
北九州総合病院 外科<sup>2</sup>、  
産業医科大学若松病院 消化器・一般外科<sup>3</sup>

○永田淳<sup>1</sup>、三ノ宮寛人<sup>1</sup>、秋山泰樹<sup>2</sup>、荒瀬光一<sup>3</sup>、  
鳥越貴行<sup>1</sup>、平田敬治<sup>1</sup>

**背景：**人口の高齢化に伴って直腸脱に遭遇する機会は多くなっている。直腸脱にはさまざまな治療法が存在するが、経腹アプローチのうち、腹腔鏡下手術の安全性と有効性についてはいくつかの報告がある。しかしながらその適応についてのコンセンサスは数少ない。単一医療機関においては施行件数が少なく、大規模な症例蓄積に基づいて直腸脱に対しての腹腔鏡下手術の安全性を解析することは難しい。**方法：**DPC データベースを使用して、直腸脱に対する腹腔鏡下手術の大規模な症例の後ろ向きに解析した。2018 年から 2020 年までの間に DPC の登録病院で施行された腹腔鏡下直腸脱手術を収集した。1374 例が登録された。年齢、性別、BMI、喫煙歴、および併存疾患等に基づいて解析した。腹腔鏡下手術後の合併症罹患率や死亡率を調べた。**結果：**糖尿病が高頻度の併存疾患であった。15 例に対して再手術が施行されていた。3 名が在院中に亡くなっていた。病院を四分位で解析すると上位群で 7 割近くの腹腔鏡手術が施行されていた。**結論：**全国的に腹腔鏡下直腸脱手術が安全に行われていることが示された。今後は長期追跡により根治性を検討する必要がある。

**D DW2-3 直腸脱に対する laparoscopic ventral rectopexy (LVR) の治療成績**

高野会くるめ病院<sup>1</sup>、久留米大学外科<sup>2</sup>

○野明俊裕<sup>1</sup>、荒木靖三<sup>1</sup>、小篠洋之<sup>1</sup>、松本朝子<sup>1</sup>、  
白水良征<sup>1</sup>、玉置裕香<sup>1</sup>、榊原優香<sup>1</sup>、赤木由人<sup>2</sup>

**【目的】**LVR の治療成績を再検証しその妥当性を検討する。**【対象】**'13 年 5 月から '21 年 12 月までの 9 年間に直腸脱に対し LVR を施行された 254 例。このうち後方固定や仙骨腔固定術を同時に行った症例を除いた 180 例、女性 163 例、男性 17 例。**【方法】**LVR を動画で供覧し、手術時間、出血量、術後合併症、再発率、術前後の CSS 便秘スコア、WEXNER 便失禁スコア、肛門管最大静止圧 (MRP; cmH<sub>2</sub>O)、肛門管最大収縮圧 (MSP; cmH<sub>2</sub>O) をデータベースより抽出しデータは中央値で示し、統計学的解析は JMP ver16.1 を用いて Wilcoxon の順位検定を行った。**【結果】**手術時間は 158 分、出血量は 13g。再発は 18 例 10%。術後合併症は、Clavian-Dindo 分類で I が 11 例、II が 5 例、IIIa 1 例で出血性十二指腸潰瘍、IV が 1 例で術後大動脈解離のため他院に転送した。Wexner スコアは 10 から 4、CSS は 4 から 2 と有意に改善し、MRP は 26.6 から 36.3、MSP は 78.1 cm から 86.5cm と有意に上昇した。**【結語】**LVR は、呼吸循環器系の重篤な合併症を来した症例は 1 例のみで排便機能の改善も期待できる有用な術式と考えられた。

**D DW2-2 ガイドラインをもとにした直腸脱 site specific repair とアウトカム比較**

大橋胃腸肛門科外科医院<sup>1</sup>、十全総合病院<sup>2</sup>  
○大橋勝久<sup>1,2</sup>、大橋勝英<sup>1</sup>、佐々木章公<sup>2</sup>、太田和美<sup>2</sup>

**【目的】**直腸脱診療ガイドラインに応じた術式選択の妥当性を評価する。

**【術式選択】**座位怒責診と会陰エコー、排便造影を用い、患者背景と脱出腸管長、脆弱部位に応じ site specific repair を行う (Delorme: D 法, Gant-MIWA+Thiersch: GMT 法, 腹腔鏡下直腸前方縫合固定: LSR 法, 腹腔鏡下仙骨腔直腸固定術: LSCR 法)。

**【成績】**平成 21 年から 174 手術の、D 法 (68 例) / GMT 法 (29 例) / LSR 法 (59 例) / LSCR 法 (14 例) の再発率は 25% / 6.9% / 8.5% / 0% (平均観察期間 15.7 ヶ月) であった。Clavian-Dindo grade3 以上の合併症は D 法 1 例 (後出血縫合止血) と LSR2 例 (創感染 NPWT 治療, イレウス解除術) に認めた。術前と術後 3 ヶ月における排泄機能と QOL 評価 (Wexner, FISI, JFIQL, CSS, JPAC-QOL, J-PFDI20, ICIQ) では、悪化した項目はなく、GMT 法と LSR 法及び LSCR 法では多くの項目で有意に改善したが、D 法では若干の改善のみだった。

**【考察】**安全性や再発率は概ね諸家の報告同様だが、GMT 法の成績が特に優れていた。直腸固定群でも比較的安全に根治性を保てており、外科医の都合で慣れた手技を第一選択にするのではなく、病態に応じ手術選択することが妥当と考える。

**【まとめ】**直腸脱手術は、ガイドラインをもとに site specific repair すべきである。

**D DW2-4 直腸脱手術術式の選択基準 経会陰手術はどこまで可能なのか**

大腸肛門病センター高野病院

○中村寧、辻順行、高野正太、濱田博隆、伊禮靖苗、  
桑原大作、玉岡滉平、田中正文、福永光子、山田一隆、  
高野正博

肛門疾患・直腸脱診療ガイドライン改定第 2 版では全身麻酔が可能な症例では経腹手術、不可能な場合は経会陰手術で脱出長 5cm 未満で Delorme 法または GMT 法、5cm 以上で Altmeier 法が推奨されている。当施設では初回手術症例で脱出長が 5cm 以下で、術前の Dynamic-CT により腹側の脱出要因と考えられる enterocele や Sigmoidcele を除外できれば経会陰手術 (主に Delorme 術) でも経腹手術と同等の成績が得られることを第 44 回の本学会で報告した。**【目的】**2013 年から 2021 年 3 月までに当院で施行された直腸脱根治手術 320 例 (再発例含む) を対象に術式ごとの手術成績を検討した。**【方法】**1 年の累積無再発率を ALTA 術、Gant-Miwa 術、Delorme 術、Rectopexy の各術式ごとに初回手術、再発手術で検討を行った。**【結果】**Dynamic-CT による選択基準を行った上での初回手術症例では Rectopexy の成績が良好だが各群間の成績に優位差はなかった。再発例では Rectopexy 以外の術式では初回手術症例と比較し有意に成績が悪かった。**【結語】**脱出長 5cm 未満の初回手術例では腹側の脱出要因を除外できれば経会陰手術も選択可能であるが、再発例では経腹手術が望ましい。

**D DW2-5 直腸脱の治療戦略**

JCHO 四日市羽津医療センター 外科 大腸肛門病・IBDセンター  
○梅枝覚、山本隆行、中山茂樹、西川隆太郎、木村充志、  
吉山繁幸、下山貴寛、鈴木桜子

近年高齢化に伴い、高齢者の直腸脱が増加してきている。治療は外科的が原則であるが、高齢者が多いため、手術侵襲が少なく、根治性と QOL を考慮した治療法が求められる。当院では、Gant-三輪-Thiersch 法から腹腔鏡下手術まで、様々な手術が行われているが、第一選択としては、低侵襲で根治性の高い、Delorme 法と Altemeier 法を行うことが多い。一般的には経腹的アプローチは根治性が高いとされているが、経会陰的アプローチにおいても完成度の高い術式を行うことにより、低侵襲と根治性の高い治療も可能となっている。また術後の肛門機能訓練も術後の直腸脱再発防止と QOL の向上に貢献しており、肛門リハビリの重要性についても報告する。

**D DW3-1 腫瘍性病変を伴う潰瘍性大腸炎手術症例の検討**

九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科

○水内祐介、田村公二、佐田政史、永吉絹子、仲田興平、大内田研宙、中村雅史

潰瘍性大腸炎 (UC) においては近年薬物療法の劇的な進歩により UC の炎症がコントロールされた結果、Colitic cancer などの腫瘍性病変の手術割合が増加している。腫瘍性病変を伴う UC 症例について検討し、臨床病理学的所見を比較検討した。2002 年 1 月～2021 年 6 月の UC121 例のうち腫瘍性病変を伴う 49 例を対象に検討を行った。平均年齢は 55.9 (25-81) 歳で UC と診断されてからの罹患期間は 16.5 (0-47) 年と UC 全体より明らかに高齢で罹患期間が長かった (P > 0.01)。組織学的には High grade dysplasia のみを 11 例、管状腺腫を 3 例に認め、35 例が癌と診断されていた。癌周囲に Dysplasia を伴う症例を 23 例、癌が低分化または粘液癌を呈する症例を 4 例に認め、Dysplasia を伴わない症例を 8 例に認めた。癌合併症例のうち Dysplasia/低分化/粘液癌合併大腸癌症例 (A 群) とそれ以外の大腸癌症例 (B 群) を検討すると A 群の方が若年 (55.9 vs 62.1 才)、罹患期間が長く (19.4 vs 12.8 年)、進行症例が多い傾向があり、B 群は通常型大腸癌の特徴と類似した結果であった。また B 群では背景腸管の炎症が軽度な傾向があり、粘膜の組織学的治癒の症例も散見された。【結語】UC 合併大腸癌には Colitic cancer の特徴を持たない病変があり、これらは通常型大腸癌に類似した所見を持っていた。

**D DW3-3 重症潰瘍性大腸炎、痔瘻に対し内科外科的に治療を行った一例**春回会 井上病院 消化器内科<sup>1</sup>、春回会 井上病院 外科<sup>2</sup>、春回会 長崎北病院 内科<sup>3</sup>○東俊太郎<sup>1</sup>、柴田雅士<sup>1</sup>、桑原愛<sup>1</sup>、柿ヶ尾佳奈<sup>1</sup>、植原亮平<sup>1</sup>、大仁田賢<sup>1</sup>、鹿島清隆<sup>2</sup>、井上健一郎<sup>1</sup>、牧山和也<sup>3</sup>

39 才男性。X-10 年前に粘血便を主訴として近医を受診し、大腸内視鏡検査、組織検査を行ない潰瘍性大腸炎 (UC) 遠位型の診断が確定しメサラジン製剤にてコントロールされていた。X-1 年に排便回数増多、CRP の軽度上昇、内視鏡検査では病変の全大腸への進展と Matts Grade3 相当の増悪を認めた。治療強化のためトファシチニブを導入し若干の改善を認めたが X 年に下血増加、腹痛のため入院となった。内視鏡検査で直腸に深い潰瘍、Matt's Grade4 と増悪あり、CD 抗原 / 毒素は陰性、サイトメガロウイルス抗原は陰性であった。肛門痛が持続し骨盤 CT で肛門周囲膿瘍を認め切開排膿、抗菌薬投与を行なうも疼痛残存し痔瘻に対してシートン法にてドレナージを行なった後に生物学的製剤ウスチキヌマブ (IL12/23p40 モノクローナル抗体) を導入した。結果、緩解導入効果を認め肛門周囲膿瘍の再発も認めずウスチキヌマブの維持投与継続中である。難治性潰瘍性大腸炎にて痔瘻、肛門周囲膿瘍を生じることがあるため、生物学的製剤を導入するにあたり適切な時期に各科連携し治療介入を行なうことにより患者の症状改善に寄与できるものと考えられる。

**D DW3-2 当院において内科的治療抵抗難治性潰瘍性大腸炎に対して外科的手術を行った症例の現状**

医療法人潤愛会鮫島病院

○西俣伸亮、濱元ひとみ、家守雅大、山元由美子、江藤忠明、緒方俊二、今村芳郎、平川あさみ、丹羽清志、鮫島加奈子、鮫島隆志、鮫島由規則

【目的と方法】生物学的製剤の登場により難治性潰瘍性大腸炎の内科的治療選択肢が増えてきた一方で外科的手術を選択せざるを得ない症例も一定数存在する。2017 年 5 月から 2022 年 4 月の間に内科的治療抵抗の難治性潰瘍性大腸炎に対して当院で外科的手術を行った 6 例の患者の術前の内科治療および術後合併症との関連性について検討を行った。【結果】年齢中央値は 39.5 歳 (19-80 歳) で全例男性。病型は全例全大腸炎型の重症例であった。罹病期間の中央値は 13 カ月 (1-123 カ月) で入院後から手術に至った日数は平均 18.5 日 ± 8.2 日だった。全例ステロイド投与歴があり、総ステロイド投与量の平均値はプレドニゾロン換算で 1327.5 ± 654.7mg、5 例で術前直前までプレドニゾロンが投与されていた (平均値 30 ± 13.6mg/日)。入院してから全例で抗 TNF-α 抗体製剤使用しており、タクロリムスも 2 例に使用した。術後の合併症を 5 例で認め、うち 1 例は敗血症で死亡転機となった。【結論】症例数が少なく術前の治療内容と術後合併症との関連は明らかではないが、重症潰瘍性大腸炎に対しては、より早期に外科との連携及び手術適応の見極めが必要であると考えられた。

**D DW3-4 重症潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスと生物学的製剤併用療法の有効性と安全性の検討**

熊本大学病院 消化器内科

○中島昌利、鶴田結子、古田陽輝、直江秀昭、田中靖人

【背景・目的】ステロイド抵抗性の急性重症潰瘍性大腸炎 (ASUC) に対して、タクロリムス (Tac) 療法やインフリキシマブが使用されるが、奏功しない場合は手術の適応となる場合が多い。近年、使用可能な生物学的製剤 (bio) が多様化したことで、感染リスクの低い bio と Tac の併用が許容される可能性が示唆されている。その有用性が示されているが、少数例の報告にとどまっている。今回、ASUC に対する Tac と bio 併用療法の有効性と安全性について検討した。【方法】2022 年 5 月末までに当院に ASUC にて入院し、Tac と bio による寛解導入療法を行った 6 症例を対象とした。Tac 導入時、bio 併用前、bio 併用 24 週間後の経過について評価し、観察期間の有害事象について検証した。【結果】使用 bio は vedolizumab が 1 例、ustekinumab が 5 例であった。Tac 導入から bio 併用までの期間中央値は 20 日であった。全例で治療開始前に 12 以上であった CAI は、bio 併用前の中央値が 7 であり、bio 導入 24 週以内に全例で 1 以下となった。結腸切除に至った症例は無かった。観察期間中に重篤な有害事象は認めず、bio の継続が可能であった。【結語】Tac と bio 併用療法は ASUC に対して安全で有効なレスキュー療法になると考えられた。

**D DW3-5 当院における炎症性腸疾患に対する分子標的薬の使用経験**

長崎大学病院 消化器内科  
○永松雅朗

**【目的】** 炎症性腸疾患に対する分子標的薬の選択方法に関する一定の見解はない。当院での分子標的治療薬の選択と効果に関し検討する。

**【対象】** 2020 年に UC または CD に対して分子標的薬を導入した症例を対象とした。

**【方法】** 分子標的薬の導入 4-8 週後の治療効果を短期効果、24-36 週後の治療効果を長期効果とし、患者背景と治療有効率の関連を検討した。UC に関しては pMS が 3 以上低下、又は pMS2 以下かつ出血スコアが 0 を有効と定義した。CD に関しては CDAI が 100 以上低下、又は 150 以下を有効と定義した。

**【結果】** UC49 例で検討した。短期効果：有効 63.3%、無効 36.7%。長期効果：有効 87.1%、無効 12.9%、24 週前に中断 36.7%。短期有効群では年齢が低い傾向があった。長期有効群では女性が優位に多かった。分子標的薬使用歴がある症例では 72% で短期効果があり、60% で長期効果も保たれていた。CD32 例で検討した。短期効果：有効 62.5%、無効 37.5%。長期効果：有効 25%、無効 25%、24 週前に中断 50%。短期および長期の有効群では CDAI が低い傾向があったが、抗 TNF- $\alpha$  では有効群と無効群の CDAI に差は無かった。肛門病変がある症例では抗 TNF- $\alpha$  の有効性が高い傾向があった。分子標的薬使用歴がある症例では 63.6% で短期効果があり、長期効果が保たれていたのは 31.8% であった。

**【結語】** 分子標的薬使用の実情に関し検討した。

## D DW4-1 進行直腸癌に対する至適な側方郭清と術前治療についての検討

国立病院機構長崎医療センター

○竹下浩明、藤瀬悠太、福井彩恵子、池田貴裕、三好敬之、岡本辰哉、米田晃、北里周、杉山望、黒木保

**【緒言・目的】**側方郭清適応例には、近年、術前治療を行うことが多い。画像診断進歩で微小なリンパ節の描出も可能となった。至適な側方郭清と術前治療についての検討が必要。**【対象】**2016年4月～2022年6月に大腸専門医が治療した直腸癌165例。**【方法】**術前の側方リンパ節診断、術前治療有無、側方リンパ節郭清有無、病理学的リンパ節転移、術後の骨盤側方領域再発について検討。**【結果】**部位と深達度から側方郭清適応例は52例。側方リンパ節転移陽性(cLLN+)16例、cLLN-36例。cLLN+のうち術前治療は14例(NAC11例、TNT3例)。cLLN+は全例側方郭清を行い、pLLN+3例。骨盤内再発4例で、3例は側方領域再発(pLLN+3例中2例)。cLLN-のうち、術前治療は30例(CRT1例、NAC25例、TNT4例)。側方郭清施行19例、非施行17例。施行例中pLLN+は0例。cLLN-36例中の骨盤内再発は2例で、側方郭清非施行例であるも側方領域再発ではなかった。**【まとめ】**側方郭清適応症例のほとんどに術前治療を行っていた。cLLN-例は郭清例でリンパ節転移がなく、非郭清症例で側方領域再発がなく、側方リンパ節郭清を省略できる可能性。cLLN+例は術前治療を行っても側方リンパ節郭清は省略できないと考えられた。

## D DW4-2 進行結腸癌に対する術前化学療法の治療成績

長崎みなとメディカルセンター消化器外科

○平山昂仙、中山富士、行武彩季、永川寛徳、木下綾華、平原正隆、谷口堅

**【はじめに】**当院で行った局所進行結腸癌に対する術前化学療法(以下NAC)の治療成績を報告する。**【対象と方法】**2015-2022年、cT4/cStage IIIc 結腸・Rs 癌15症例に十分な説明・同意下にNACを導入。対象の病変部位、先行減圧、レジメンと有害事象(CTCAE grade 3以上)、最終病期、組織学的効果判定、再発・死亡を検討。**【結果】**部位:C/A/T/D/S/Rs = 0/3/1/1/5/2例、全例MSS。先行減圧は人工肛門造設6例、ステント留置5例。全例XELOX/mFOLFOX6を施行、panitumumab/bevacizumabをそれぞれ2例で併施。有害事象:発熱性好中球減少症1例、結腸閉塞1例、カテーテル関連感染1例、脱水1例。3例が1コース終了後に中止。組織学的効果判定:Grade 0/1a/1b/2/3 = 7/2/2/4/0例。病期:ypStage I/II/III/IV = 1/9/4/1例。1例が単発脳転移を発症し放射線照射施行、術後80か月で無治療存命。1例が虫垂転移・腹膜播種の診断で術後35か月で原病死。**【考察】**局所進行結腸癌ではNAC併用のシームレスな治療介入も期待できるが、有害事象のため治療中止した症例も存在し、適切な症例選択が必要。その適応基準は不明確であり今後の症例蓄積が望まれる。**【結語】**局所進行結腸癌に対する術前化学療法は症例により有用な治療の選択肢になり得る。

## D DW4-3 大腸癌肺転移に対する肺切除症例の集学的治療についての検討

九州大学病院 消化器・総合外科

○中司悠、南原翔、胡慶江、中西良太、中ノ子智徳、太田光彦、木村和恵、沖英次、吉住朋晴

**【背景】**大腸癌肺転移に対する肺切除の適応、治療成績についてはまだ解明されていない点が多い。**【目的】**大腸癌肺転移の肺切除症例の予後予測因子・治療成績を検討する。**【対象】**2013年から2021年に大腸癌肺転移に対し肺切除を施行した81例。**【結果】**大腸癌原発巣は右側結腸12例、左側結腸69例。大腸癌切除時の大腸癌の病期は、Stage I 3例、Stage II 13例、Stage III 36例、Stage IV 29例であり、肝転移は8例に認められた。同時性肺転移は57例、大腸癌切除後の異時性肺転移は24例であった。大腸癌術後の肺切除前に化学療法を施行した症例は48例であった。このうち5例は肺転移以外の他臓器転移に対し化学療法施行中に肺転移が出現し切除した。また肺切除後に化学療法を施行した症例は10例であった。肺転移巣の個数は1個が56例、2個が11例、3個以上が14例であった。肺切除後の死亡は21例であった。肺切除後の生存は60例であり、7年以上無再発で経過している症例は5例あった。肺転移多発例(2個以上)、肺門・縦隔リンパ節転移陽性例、肝転移や遠隔リンパ節転移などの肺外病変の合併例は、それぞれ単発例、肺門・縦隔リンパ節転移陰性例、肺外病変のない症例に比べ予後不良である傾向を認めた。

## D DW4-4 大腸癌同時性傍大動脈リンパ節転移に対する傍大動脈リンパ節郭清の意義について

大腸肛門病センター高野病院 消化器外科

○福岡湧介、山田一隆、佐伯泰慎、田中正文、福永光子

**【背景】**大腸癌の傍大動脈リンパ節(以下PALN)転移は2%との報告があるが、PALN郭清(以下PALND)の有用性は確立されていない。今回同時性PALN転移陽性大腸癌に対するPALNDの意義に関して検討を行った。**【対象・方法】**2005年から2018年に当院で手術を施行したPALN転移陽性Stage IV大腸癌38例(PALND(+))14例、PALND(-))24例を対象に、治療成績、予後因子、PALNDの意義について検討。**【結果】**(1)対象:PALND(+))は7例(50%)で根治。術後(補助)化学療法はPALND(+))の全例、PALND(-))の18例に施行。(2)治療成績:5年生存率(OS)はPALND(+))群10.7%、PALND(-))群5.2%(P=0.03)とPALND(+))群が良好であったが、根治例:非根治例の5年OSは14.3%:11.1%(p=0.06)と予後の差を認めなかった。(3)予後因子:多変量解析にて組織型(muc/por/sig)が予後不良因子、術後化学療法(多剤併用)が予後改善因子として抽出され、PALNDは予後因子として抽出されなかった。PALND(+))群のみでは、単変量解析で組織型(muc/por/sig)のみが予後因子として抽出された。**【考察】**他臓器転移症例も含めた検討であるが、同時性PALN転移陽性大腸癌において、PALNDの意義は乏しいと考えられた。今後さらなる予後の改善には、周術期化学療法+PALND等の治療戦略の工夫が必要と考えられる。

## D DW4-5 大腸癌肝転移 R0 切除後の予後予測マーカーとしての Colon inflammatory index の有用性

JCHO 諫早総合病院 外科<sup>1</sup>、長崎大学病院 腫瘍外科<sup>2</sup>  
 ○石井光寿<sup>1</sup>、富永哲郎<sup>2</sup>、野中隆<sup>2</sup>、小山正三朗<sup>2</sup>、  
 高村祐磨<sup>2</sup>、福岡秀敏<sup>1</sup>、野田恵佑<sup>1</sup>、澤井照光<sup>2</sup>、永安武<sup>2</sup>

**背景：**大腸癌肝転移に対する R0 切除は有用な治療法である一方、その再発率は高い。また、切除後の有効な予後予測マーカーの報告は少ない。今回、大腸癌肝転移 R0 切除後の予後と Colon inflammatory index (CII) との関連を検討した。**対象と方法：**2008 年から 2018 年までに大腸癌肝転移に対して R0 切除を受けた 90 名を、CII 0；低リスク (n=57)、CII 1；中リスク (n=24)、CII 2；高リスク (n=9) の 3 群に分け、臨床病理学的因子、予後との関連を後方視的に評価した。**結果：**追跡期間中央値は 44 ヶ月 (2-101 ヶ月) で、5 年 RFS は CII 2；12.5%、CII 1；14.5%、CII 0；42.9%、5 年 OS は CII 2；32.4%、CII 1；25.4%、CII 0；57.7% であった。高 CII 群 (CII 1, 2) では低 CII 群 (CII 0) と比較し、5 年 RFS (14.0% vs 42.9%, p=0.021) および 5 年 OS (27.3% vs 57.7%, p=0.006) が有意に低かった。多変量解析では、CII は RFS (ハザード比 2.128; 95% CI, 1.147-3.430; p=0.015) および OS (ハザード比 2.639; 95% CI, 1.331-5.323; p=0.005) の独立予測因子として示された。**結論：**Colon inflammatory index は大腸癌肝転移患者の R0 肝切除後の予後予測マーカーとして有用である。

## D DW4-7 当院の Stage IV 大腸癌に対する治療戦略

浦添総合病院 消化器病センター 外科  
 ○佐村博範、新垣淳也、堀義城、山城直嗣、平田朋久、  
 中谷芹菜、宇都宮貴史、原田哲嗣、本成永、金城直、  
 伊禮俊充、亀山眞一郎、伊志嶺朝成、長嶺義哲、  
 古波倉史子

**【はじめに】** Stage IV 大腸癌は手術だけでは根治が得難く治療成績の向上には画像確認できる癌種の治療と micro metastasis 根絶を目指した全身管理が肝要と考えている。**【対象】** Stage IV 大腸癌 fit 例 **【治療戦略】** 早期の全身管理を目指し初めに化学療法を施行している。regimen は右側結腸癌症例では FOLFOXIRI+BV、左側結腸癌は目的に応じて FOLFOXIRI + BV か FOLFOX/FOLFOXIRI (CAPOXIRI) + 抗 EGFR 薬を使用し 2-3 コース毎に評価し、無効時は regimen の変更、または放射線化学療法や手術へ方針を変更している。非治癒因子と考えられる傍大動脈リンパ節転移症例では同部への放射線化学療法を続けて施行し、局所管理が必要な直腸癌では同様に放射線化学療法を続けて施行し、縮小した転移巣には必要に応じて放射線療法を追加し手術の是非を検討している。手術は化学療法後は 4 週以上、放射線療法後は 8-12 週間空けて計画している。**【結果】** 肝限局転移、傍大動脈リンパ節転移例等の症例提示し結果を報告する。**【結語】** 薬物療法・放射線療法・手術を効率よく組み合わせることで治癒切除率を高め根治率を高めることができる可能性が示唆された。

## D DW4-6 Stage IV 大腸癌化学療法において conversion に最適のレジメンは何か？

長崎大学大学院 移植・消化器外科  
 ○小林和真、松隈国仁、井上悠介、岡田怜美、足立利幸、  
 小坂太一郎、足立智彦、伊藤信一郎、日高匡章、  
 金高賢悟、江口晋

**【背景】** stage IV 大腸癌では、高い抗腫瘍効果を有する化学療法レジメンにより切除可能となった症例 (conversion) は化学療法のみでの症例より有意に長い生存期間を得られる様になった。**【目的】** conversion を得るための至適レジメンを、特に FOLFOXIRI+ $\alpha$  に焦点をあてて検討する。**【症例と方法】** 当科の stage IV 大腸癌で 2 コース以上の治療を行った 217 症例 (男性 / 女性: 129/88, 年齢中央値: 68 歳, FOLFOXIRI+ $\alpha$ : 18 例, その他のレジメン (以下 OTHERS: 199 例) を解析した。**【結果】** 全体の MST は 1101 日で、conversion 症例は 46 例であった。conversion 有は、無い症例と比べ PFS, OS とも有意に長かった (共に p < 0.0001)。conversion を得るレジメンの最低条件は分子標的薬 + 二剤併用療法であった。conversion 率は FOLFOXIRI+ $\alpha$ : 61.1% vs OTHERS: 19.6%, p=0.0552 であった。RAS 野生型の conversion 率は FOLFOXIRI+ $\alpha$ : 42.9%, OTHERS: 22.7%, RAS 変異型の conversion 率は FOLFOXIRI+ $\alpha$ : 36.4%, OTHERS: 15.7% であった。FOLFOXIRI+ $\alpha$  群の病勢制御率は 100% で、腫瘍による症状のある 10 例全てで症状緩和が得られた。**【まとめ】** conversion の至適レジメンは FOILFOXIRI+ $\alpha$  と考えられた。

## D DVS-1 経肛門アプローチの有用性とこだわり の手法

長崎大学大学院 移植・消化器外科

- 足立利幸、伊藤信一郎、井上悠介、岡田怜美、  
曾山明彦、足立智彦、小林和真、日高匡章、金高賢悟、  
江口晋

【背景】中下部直腸癌に対する治療選択肢は腹腔鏡、経肛門的アプローチ、ロボットと多様化し、それぞれの治療成績を比較することが求められている。今回我々は、Ta 群と nonTa 群（腹腔鏡またはロボット）での中下部直腸癌に対する治療成績を比較検討し、ロボット支援下手術での Ta の工夫を併せて提示する。【目的】当院で施行した中下部直腸癌における Ta 群と nonTa 群の治療成績を比較検討する。【対象/方法】2017 年 5 月から 2022 年 5 月までの中下部直腸癌症例の 94 例（Ta 群 vs nonTa 群 = 42 例 vs 52 例）。検討項目は周術期成績、術後合併症、病理学的因子とした。【結果】術式選択において肛門温存術式の割合が Ta 群が有意に高かった（95.2% vs 59.6%）。周術期成績では、手術時間は有意に Ta 群が短かった（457min vs 486min）。病理因子として RM/DM 陽性率に両群に差はなかった（2.4% vs 3.8%、0% vs 0%）。APR を除いた症例で至適 DM（1 - 3.5cm）確保率は Ta 群が有意に高かった（90.5% vs 75.8%）。術後合併症発生率に両群に差はなかった。【結語】経肛門アプローチは経腹的アプローチと安全性は同等であり、かつ至適 DM を確実に確保することに優れており、肛門温存術式の選択を高める可能性がある。

## D DVS-2 大腸癌に対する腹腔鏡下手術における 術中 ICG 蛍光法によるリンパ節郭清範囲 の検討

鹿児島大学病院 消化器・乳腺甲状腺外科

- 和田真澄、盛真一郎、田辺寛、銚之原健太郎、  
濱田由紀、園田智洋、佐々木健、有上貴明、蔵原弘、  
大塚隆生

【はじめに】近年、大腸癌手術に対して、ICG 蛍光法は、吻合部腸管の血流評価や結腸癌に対するリンパ流評価などに臨床応用されている。本研究では腫瘍近傍からドレナージされるリンパ流を観察することを目的とし、術中にリンパ節郭清範囲を検討するための一助とした。【対象と方法】2019 年 9 月から 2022 年 4 月までに結腸癌に対する腹腔鏡手術を施行した 80 例を対象とした。性別は男性 55 名、女性 25 名、年齢中央値 67 歳、手術時間中央値 427 分、術中出血量中央値 67ml だった。リンパ節郭清個数中央値は 15 個で、臨床病期は pStage I : 37 例、II : 15 例、III : 24 例、IV : 4 例であった。【ビデオ提示】症例 1: 直腸癌症例において後腹膜側・大動脈周囲リンパ節が蛍光観察されることによって腰内蔵神経直上のリンパ節、直腸固有筋膜との境界を視認することができた。症例 2 : 脾曲近傍の下行結腸癌症例において支配動脈が左結腸動脈ではなく副中結腸動脈であることを確認し、過不足のないリンパ節郭清を行った。【結論】至適郭清範囲を決定するために ICG 蛍光法によるリンパ流観察は有用である。

## D DVS-3 当院における右結腸癌に対する腹腔鏡 下右側結腸切除の定型化

済生会川内病院 外科・消化器外科<sup>1</sup>、  
鹿児島大学附属病院 消化器・乳腺甲状腺外科学<sup>2</sup>

- 埴田宣裕<sup>1</sup>、柳田茂寛<sup>1</sup>、川越浩輔<sup>1</sup>、銚之原健太郎<sup>2</sup>、  
有留邦明<sup>1</sup>、大塚隆生<sup>2</sup>

右半結腸切除術は重篤な術後合併症が多い術式として報告されている。

当院では腹腔鏡下右半結腸切除術において内側アプローチによる Complete mesocolic excision (CME) を基本としていたが、近年 後腹膜先行アプローチを導入した。その手術手技と工夫を報告する。

### 【手術手技と pit fall】

後腹膜先行アプローチで小腸間膜を翻転し、下十二指腸角を確認する。小腸間膜付着部を切開し後腹膜との剥離を行う。

十二指腸・膵頭部の腹側の層を外側に剥離を継続させ、膵頭部・十二指腸前面を十分に剥離しておくことが安全な郭清や腸管授動につながる。

また、右側結腸が完全授動されると回結腸動脈の誤認につながるため、外側腹膜の切開・剥離は血管処理・リンパ節郭清後に行うこととしている。

リンパ節郭清範囲は主リンパ節を含めた腫瘍栄養血管の根部および上腸間膜静脈左縁としている。

【結語】腹腔鏡下右半結腸切除術における後腹膜先行アプローチを導入するにあたり、解剖学的な誤認を予防する工夫することで安全に導入可能であると考えている。

## D DVS-4 腹腔鏡下右側結腸癌手術における ICG 蛍光法による術中リンパ流評価の検討

琉球大学 消化器・腫瘍外科

- 金城達也、宮城良浩、高槻光寿

【背景】ICG 蛍光法によるリンパ流イメージングにより、術中にリアルタイムでリンパ流が識別可能となり、血管破格が多い右側結腸および肝弯側横行結腸ではリンパ節郭清に関する有用性が報告されている。当科では 2020 年から ICG リンパ流評価を用いたリンパ節郭清を開始した。【目的】右側結腸癌（上行結腸癌、右側横行結腸癌）におけるリンパ節郭清について当科の治療成績の検討し、ICG 蛍光法を用いた当科の手術手技を供覧する。【対象】2020 年～2022 年までに当科で手術を施行した右側結腸癌 9 例。【手術手技】後腹膜アプローチ後は Median アプローチを基本とし、リンパ流観察にて郭清範囲を決定する。支配血管に沿わないリンパ流を認めた場合は拡大郭清とするが郭清範囲は縮小しない。【結果】cStage IIa/IIb/IIIb = 4/1/4 で、結腸右半切除 4 例、右側結腸切除 3 例、横行結腸部分切除 2 例。手術時間 378 分（334 - 497 分）、出血量 5ml（0-105ml）、LN 郭清個数 22 個（12-59）、転移陽性 LN 個数 0 個（0-8）で、#221 4/9（44.4%）、#212 1/9（11.1%）、#203 1/9（11.1%）。再発は肝 1 例、肺 1 例であった。【結語】右側結腸癌では ICG 蛍光法によるリンパ流評価により過不足のない D3 郭清が施行できる可能性がある。

**D D-01 TaTME 併用による直腸癌術後の縫合不全から後腹膜膿瘍をきたした一例**

鹿児島大学病院 消化器・乳腺甲状腺外科

○川俣有輝、盛真一郎、和田真澄、田辺寛、浜田由紀、園田智洋、銚之原健太郎、大塚隆生

【緒言】直腸癌術後の縫合不全率は約 10% であり、入院の長期化や重篤化に影響する。当院では低位直腸癌に対して TaTME (Transanal total mesorectal excision) を積極的に行っているが、縫合不全率は報告によると 15.7% と高い。また経肛門からの送気によって皮下気腫や後腹膜気腫をしばしば経験している。今回、TaTME 併用ロボット支援下部分的内肛門括約筋切除術 (partial intersphincteric resection: pISR) 後に縫合不全と後腹膜膿瘍を来した症例を経験したので報告する。【症例】50 代男性で、下部直腸癌 (RbRa cT3 cN1a cM0 cStage IIIb) の診断で術前化学療法後に、TaTME 併用ロボット支援下 pISR を施行した。吻合は手縫いで、併せて回腸人工肛門造設術を行い、経肛門ドレーンを留置した。術後から泥状便が持続し、術後 3 日目に炎症反応の上昇を認め縫合不全を確認し、経肛門ドレーンを縫合不全部に入れ直した。さらに腹部造影 CT 検査で、後腹膜膿瘍を認め、経皮的膿瘍ドレナージを追加した。徐々に膿瘍腔は縮小し術後 50 日目に退院となった。【結語】TaTME では後腹膜気腫になり易く、縫合不全により後腹膜膿瘍を合併する可能性があり、慎重な手術手技、周術期管理が必要である。

**D D-03 化学療法に伴う好中球減少症により発症し、ストーマ陥没により直腸切除術を要した Fournier 症候群の 1 例**

長崎みなとメディカルセンター 外科

○中山富士、永川寛徳、行武彩季、赤尾恵子、赤司桃子、平山昂仙、木下綾華、平原正隆、崎村千香、森野茂行、南恵樹、谷口堅

【はじめに】化学放射線療法に伴う好中球減少症により、痔瘻から Fournier 症候群に至り、直腸切除術まで要した症例を経験した。【症例】72 歳男性。食道癌に対する化学放射線療法中に好中球減少症が出現。痔瘻から臀部膿瘍、敗血症性ショックに至り、第 5 病日に外科紹介となった。Fournier 症候群と診断し、循環動態と凝固系補正の後、第 6 病日に会陰部デブリドマン、S 状結腸双孔式人工肛門造設術を施行した。直腸肛門管まで壊死が進行し、POD9 に経陰的直腸閉鎖術、左大臀筋膜皮弁移植術を施行した。皮弁移動術追加後、経過良好であったが、人工肛門が陥没し、直腸内に糞便が貯留。POD69 に直腸瘻を合併した。POD100 に腹腔鏡下直腸切除術を施行し、創治癒が得られ、初回手術より POD121 に転院となった。【考察】直腸断端の皮弁被覆の是非や皮弁移植の時期について反省点が残るが、腹腔鏡手術で根治可能であり、結果的に二次的な直腸切除が骨盤底再建に功を奏した可能性がある。【結語】Fournier 症候群の治療は、人工肛門造設、直腸切除術、皮弁移植術などの治療オプションを適切な時期に選択する必要がある。

**D D-02 直腸癌手術時の腹壁へのメッシュ修復部に生じた SSI に対して、VAC 療法が有効であった 1 例**

熊本再春医療センター 外科

○園田明莉、富樫陽彦、沖野哲也、大原千年

症例は 69 歳、女性。上腹部痛を主訴に来院した。CT 検査にて、直腸癌による腸閉塞を認めたため、受診翌日に左下腹部に人工肛門 (S 状結腸、双孔式) を造設した。精査の結果、Rs cT4b (SI) N3M0 StageIIc (小腸・膀胱浸潤、IMV への浸潤の疑い) の診断となり、人工肛門造設から 13 日後に根治手術 (開腹高位前方切除術、小腸・膀胱部分切除、D3 郭清、人工肛門閉鎖) を施行した。閉腹の際、左下腹部の人工肛門の筋膜閉鎖により、同じ高さの正中創に 3cm x 5cm 大の筋膜欠損を生じた。その為、同部に対してチタンコーティングポリプロピレンメッシュを留置し縫合固定し、修復を行った。術後 3 日目に人工肛門閉鎖部および正中創に SSI が生じ、多量の排膿を認めたため、術後 5 日目より VAC 療法 (持続陰圧療法) を開始した。開始当初は、洗浄回数を多く設定し創の浄化を図り、洗浄液の混濁減少に合わせて、洗浄間隔の調整を行なった。VAC 療法を 21 日間継続したことで、いずれの創もほぼ閉鎖し、根治手術後 40 日目に自宅退院となった。メッシュ留置後の高度 SSI に対して VAC 療法が奏功した 1 例を経験した為、若干の文献的考察を含めて報告する。

**D D-04 クロウン病手術症例における合併症と栄養指標**

熊本大学大学院 消化器外科学

○大内蘭子、宮本裕士、小川克大、前田裕斗、堀野大智、吉田直矢、馬場秀夫

【はじめに】クロウン病は内科的治療が主であるが、腸管の狭窄や穿孔などをきたした場合は外科的治療が必要となる。今回、クロウン病に対する外科的治療を施行した症例において、術後合併症発生に関連する因子の同定を目的とした。【対象と方法】2011 年から 2022 年までの間に、クロウン病に対して手術を施行した 25 例を対象とした。術後合併症と、臨床学的因子、炎症・栄養マーカー (mGPS、PNI、CONUT、NLR、PLR、LMR) の関連について後ろ向きに解析した。【結果】患者背景は男性：女性 = 19：6、年齢中央値は 40 歳 (22-80 歳)、手術理由は腸管狭窄 13 例、腸管穿孔・腹腔内膿瘍 9 例、瘻孔 2 例、クロウン病増悪 1 例であった。術後合併症は 8 例に認め、そのうち CD3 以上の合併症は 3 例であった。術後合併症発生に関するロジスティック多変量解析を行った結果、mGPS 高値と LMR 低値が合併症発生の独立したリスク因子であった。【結語】クロウン病に対する手術後の合併症予測に、炎症・栄養マーカーが有用であることが示唆された。

**D D-05** 当院の潰瘍性大腸炎症例の大腸全摘、永久回腸人工肛門造設術例の経験

浦添総合病院 消化器病センター外科

○新垣淳也、佐村博範、古波倉史子、堀義城、山城直嗣、宇都宮貴史、中谷芹那、長嶺義哲、原田哲嗣、本成永、金城直、伊禮俊充、亀山眞一郎、伊志嶺朝成

(はじめに) 潰瘍性大腸炎 (UC) の標準手術は、大腸全摘、回腸囊肛門吻合術 (IACA)、大腸全摘、回腸囊肛門吻合術 (IAA) であるが、大腸全摘、永久回腸人工肛門造設術 (TPC) を必要とする症例もある。(目的) 当院で TPC を施行した UC 症例について臨床経過、治療について報告する。(対象・方法) 1996 年～2021 年、当施設で潰瘍性大腸炎手術症例のうち TPC 施行症例は 8 症例であった。適応、治療、予後について検討した。(結果) 男性 3 例、女性 5 例、平均年齢 50.3 歳、罹病期間 20 年、病型分類: 全大腸炎型 5 例、左側大腸炎型 3 例であった。手術適応は重症 2 例、難治 2 例、癌合併 4 例であった。TPC の適応は、癌合併 4 例: 複雑性痔瘻 1 例、直腸腔瘻 1 例、肛門周囲膿瘍・痔瘻 1 例、本人希望 1 例であった。術後合併症: 骨盤内膿瘍 2 例、創感染 2 例認めた。(考察) TPC の手術適応は、ADL 不良、肛門機能が著しく低下している。肛門狭窄や痔瘻が認められる。進行直腸癌合併により肛門温存不可能を考える。当施設で経験した 8 例中 4 例が癌合併症例で、3 例は肛門病変合併例であった。(結語) UC 症例に対する TPC は適応のある症例には施行するべきである。

**D D-06** 腹腔鏡下結腸手術における蛍光尿管カテーテルの有用性

佐世保市総合医療センター

○長田翔斗、久永真、竹井大貴、原勇紀、山下万平、福田明子、田中貴之、若田幸樹、荒木政人、角田順久

腹腔鏡下結腸・直腸手術において腹腔内高度癒着が予想される症例や浸潤傾向の強い局所進行癌において尿管損傷は最も一般的な合併症である。尿管損傷の予防として術前の尿管ステント挿入が行われてきたが、腹腔鏡手術においては尿管ステントを直接接触することは出来ず、尿管走行の詳細を把握することは困難である。近年インドシアニングリーン (ICG) に類似した励起・蛍光波長を有する蛍光材料を含んだ蛍光尿管カテーテルが発売され、当院においても 2021 年 1 月より導入し尿管損傷のリスクが高いと予想される症例に対して蛍光尿管カテーテルを挿入しており、2021 年 1 月～2022 年 6 月までの腹腔鏡下結腸切除 8 例に対して蛍光尿管カテーテルを使用した。全例で尿管の走行を詳細に確認することが可能であり、術中尿管損傷無く手術を安全に完遂することが出来た。当科における蛍光尿管カテーテル症例に関して、実際の腹腔鏡下手術動画を供覧し報告するとともに、腹腔鏡手術における蛍光尿管ステントの有用性について考察する。

**D D-07** 外科的治療で改善得られた腹部膨満、便秘症の 1 例大腸肛門病センター高野病院 大腸肛門機能科<sup>1</sup>、  
大腸肛門病センター高野病院 消化器外科<sup>2</sup>○伊禮靖苗<sup>1</sup>、高野正太<sup>1</sup>、田中正文<sup>2</sup>、福永光子<sup>2</sup>、佐伯泰愼<sup>2</sup>、山田一隆<sup>2</sup>、高野正博<sup>1</sup>

症例は 40 代男性。主訴は右下腹部膨満感。過敏性腸症候群便秘型及び排便障害型便秘として、約 1 年間外来通院加療されていた。症状軽快せず、経口バリウム検査を施行したところ、回腸末端への経口マーカの貯留及び右側結腸のガス貯留を認め盲腸過腸症と診断した。その他検査所見として、注腸検査では盲腸径 103mm、右下腹部からの盲腸圧排により頭側 75mm、内側 45mm の可動を認めた。まず薬物変更での保存治療を行ったが、右下腹部の膨満感持続し、それによるパニック障害で就労不能となった。盲腸過長症または移動性盲腸は内科的治療を開始し、効果得られない場合、手術が考慮される。手術療法には盲腸固定術や盲腸縫縮術、回盲部切除、右半結腸切除等の報告がある。侵襲を少なくかつ治療効果を期待し、腹腔鏡下盲腸縫縮固定術を施行した。腹腔鏡下に盲腸固定術と盲腸縫縮 (ten Horn 法) を同時に施行した。術後合併症なく経過した。保存的治療で軽快得られない、慢性的な右下腹部膨満感や便秘症では本症も鑑別として考慮し、手術療法も選択肢としてなり得る。

**D D-08** 直腸内の異物 (合成紙) に対し留置スネアを用いて異物除去を行った 1 例十善会病院 内科<sup>1</sup>、長崎大学病院<sup>2</sup>○兄嶋知仁<sup>1</sup>、中尾康彦<sup>1,2</sup>、喜多由子<sup>1</sup>、馬渡文弘<sup>1</sup>、深堀愛子<sup>1</sup>

[症例] 8X 歳の女性。[経過] X 年 1 月 Y 日にケーキを食べた際に、ケーキの飾り紙を誤飲した。腹部症状はなかったが、誤飲の 1 か月後、意識障害で救急搬送され、脳梗塞の診断で当院脳神経外科に入院した。入院後、意識状態は改善し経管栄養と抗凝固薬の内服を開始された。入院 13 日目に大量の血便を認め、当科紹介され緊急内視鏡を施行した。下部消化管内視鏡で直腸に深い潰瘍および同部からの出血を認め、露出血管に対するクリップおよび止血鉗子により止血を行った。止血術翌日に再度血便あり下部消化管内視鏡再度施行し、直腸内に 2cm 大の異物を認めた。異物は 2cm 四方の合成紙で、四方が硬くて鋭く、留置スネアを用いて絞扼することで安全に異物除去を行うことができた。[考察] 本症例で内視鏡検査前に CT スキャンを行ったが、異物を検出できなかった。本症例で認めた合成紙は合成樹脂を含んでおり、消化されずほとんど変形なく腸管内に停滞していた。把持鉗子を用いた異物除去術では異物により潰瘍底を損傷する可能性があり危険と思われた。鋭利な部位が消化管損傷のリスクがある合成紙や PTP シートなどによる消化管異物に対しては留置スネアを用いることで安全に除去できる可能性が示唆され有用と思われた。

**D D-09 直腸内異物の 1 例**

福岡赤十字病院 外科

- 長澤慶成、松永壮人、井上重隆、藤本崇聡、亀田千津、  
本山健太郎、永井英司、中房祐司

【はじめに】直腸内異物は種々の方法で摘出されるが、今回全身麻酔下に経肛門的な摘出に成功した患者を経験した。【患者】66 歳の男性で、3 日前に直腸内に小型の缶を挿入するも、自然排出されずに近医より当院を紹介、内視鏡的摘出は不可能とのことで外科紹介となった。異物は直腸 S 状部に同定され、肛門鏡でも全く視認できなかった。1 晩経過観察としたが、異物の移動はなく手術適応とした。開腹腸管切開の可能性を考慮して、全身麻酔で手術を開始した。まず碎石位で経肛門的に摘出を試みた。肛門鏡やクスコでは観察不良であったが、経腹的な用手的圧排で異物を肛門まで誘導、コリン式腔鏡を用いて体外に摘出できた。術後問題なく、5 日目に退院した。【考察】直腸内異物は直腸粘膜の障害や穿孔に至る可能性があるが、可能な限り低侵襲な手術で終了することが望ましい。今回は直腸 S 状部まで迷入しており、開腹手術の可能性も考えての全身麻酔であったが、強い力で異物を圧排する際には非常に有用であった。また肛門鏡としても十分に口側までを観察する点においてハンドル部分が障害にならず、左右に開くコリン式腔鏡の構造的な点も有利であったと考える。【結語】直腸異物を経肛門的に摘出したため報告する。

**D D-11 横行結腸切除術後の腹部大動脈ステントグラフト内挿術後に虚血性腸炎を合併し結腸切除術を施行した 1 例**

長崎大学病院 腫瘍外科

- 大野田貴、橋本慎太郎、山下真理子、白石斗士雄、  
高村祐磨、田上幸憲、小山正三朗、橋本泰匡、  
濱崎景子、富永哲郎、荒井淳一、野中隆、永安武

緒言：腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術後 (EVAR) の合併症として虚血性腸炎が知られる。症例：80 歳男性、脾弯側横行結腸癌に対して X-5 年に腹腔鏡下横行結腸部分切除術 (中結腸動脈右枝は温存) + D3 郭清術を施行され、X 年に EVAR を施行された。手術翌日より腹痛が出現し造影 CT を施行され、虚血性腸炎と診断し保存的治療を開始したが改善せず術後 36 日目に腹腔鏡下結腸切除術を施行した。臍に 12mm カメラポート、左右上下腹部に操作用ポートを挿入して腹腔内操作を行った。岬角付近より内側剥離を開始し下腸間膜動脈を根部で切離し、結腸を完全に授動した。インドシアニングリーン蛍光造影法を行い、口側は前回吻合部よりやや口側、肛門側は直腸岬角近傍で demarcation line を認め、中結腸動脈右枝を温存して自動縫合器で切除し DST 吻合を行い手術を終了した。病理では広範な粘膜の壊死を認めたが、明らかな血栓は認めなかった。術後合併症なく経過し結腸全摘術後 21 日目に軽快転院した。結語：腸管血流に対する術前評価は限界があり術後は腸管虚血を念頭に置いたフォローアップが重要である。

**D D-10 症候性巨大結腸症に対して腹腔鏡下手術を施行した 1 例**

産業医科大学 第 1 外科

- 三ノ宮寛人、永田淳、秋山泰樹、荒瀬光一、鳥越貴行、  
平田敬治

症例は 47 歳の女性。胎児期の臍帯巻絡による脳性麻痺の罹患歴がある。30 歳代から慢性的な便秘や腹部膨満が出現し、下剤や浣腸液を用いて排便していた。40 歳代になり腹部膨満が著明となり、嘔吐を伴うようになったため、制吐剤投与や胃管挿入などの処置がなされていた。対症療法では症状改善せず、加療目的に当科に紹介となった。腹部レントゲン検査や腹部 CT 検査で右側結腸から上部直腸までの著明な拡張を認めた。下部消化管内視鏡検査でも結腸の著明な拡張を認めたが、粘膜病変は指摘できなかった。保存的治療による改善は困難と考えられ外科的加療を提示した。十分なインフォームドコンセントを得たうえで、症候性巨大結腸症に対して腹腔鏡下大腸全摘術 (回腸直腸吻合) を施行した。術後経過は概ね良好であり、術後 20 日目に退院となった。病理組織学的検査では壁内には慢性および急性の炎症所見は認められたが、Auerbach 神経叢や Meissner 神経叢の神経節細胞に明らかな異常は認められなかった。現在のところ術後サーベイランスにおいて臨床症状の悪化は認められていない。保存的な治療が奏功しない症候性巨大結腸症に対して、拡張腸管の外科的切除は選択肢の 1 つであると考えられた。

**D D-12 後腹膜鏡右尿管全摘除術後に性腺血管により機械性腸閉塞を来した 1 例**

久留米大学外科学講座

- 大神延章、藤吉健司、川本祐輔、島村智、古賀史記、  
野口亮志、仕垣隆浩、吉田直裕、合志健一、吉田武史、  
主藤朝也、藤田文彦、赤木由人

回腸が腎摘術後の後腹膜腔へ剥離された性腺動静脈の背側を通り落ち込み内ヘルニアとなった一例である。73 歳女性。泌尿器科にて右尿管癌に対し後腹膜鏡腎盂尿管全摘術 + 膀胱部分切除を行った。尿管と腹膜の癒着が強固で腹膜を合併切除した。術後 2 病日に腹痛が出現し腸閉塞の診断となった。術後 4 病日に減圧チューブを挿入したが改善せず、造影検査 (術後 10 病日) を行った。右下腹部に小腸の機械性閉塞を認め、診断的治療目的で手術の方針となった。回盲部より 10cm 口側の回腸は剥離された卵巢動静脈の背側を通り腎摘後の後腹膜腔へ落ち込んだことで性腺動静脈と交差するように機械性閉塞を来していた。回腸を適切な位置に戻し腸閉塞を解除し、再発予防として卵巢動静脈を結紮切離し手術終了した。腸閉塞解除術後の経過は良好で術後 18 病日に退院した。本症例のような性腺血管・尿管・腸骨動脈などの索状物による腸閉塞の報告はある。特にこれらの索状物を全周性剥離した術式において右側発生の報告が多い。性腺血管などの索状物の剥離操作を行った手術において、剥離された索状物が閉塞機転となりうることを念頭に置く必要がある。

**D D-13** 右側結腸捻転による小腸閉塞の 1 例

長崎県島原病院

○佐藤彩香、蒲原行雄、品川博光、村上俊介、山之内孝彰

症例は 80 代、男性。右下腹部痛を主訴に近医を受診し、炎症高値のため精査加療目的に当院紹介となった。CT 検査では右横隔膜と肝右葉の間に右結腸を認め、これにより形成された間隙に小腸が嵌り腸閉塞となっていた。絶食抗菌薬投与による保存的加療を開始したが、腸管拡張像が改善せず回盲部の拡張が増悪したため、右側結腸捻転を伴う小腸閉塞と診断し緊急手術を施行した。術中所見では、右下腹部に回盲部は同定できなかった。上行結腸固定異常により上行結腸から回盲部が捻転し、回盲部は肝右葉前面に位置し、その頭側に小腸が陥入し腸閉塞を来していた。腸管を整復したところ、腸管色調は良好であったため腸切除は行わなかった。上行結腸から回盲部を後腹膜に固定し、術中にイレウス管を留置して手術を終了した。術後、麻痺性イレウスが遷延したが経過良好で退院となり、現在外来にて経過観察中である。Chilaiditi 症候群とは、腸管が右横隔膜と肝右葉の間に嵌り込む病態を示す。Chilaiditi 症候群の多くは無症状であるが有症状の場合は手術適応である。今回我々は Chilaiditi 症候群による発生した小腸閉塞を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

**D D-14** 双孔式回腸ストーマ脱出に対する脱出腸管切除術後に生じた outlet obstruction の 1 例

国立病院機構 佐賀病院 外科

○川原大輔、峯由華、中島弘治、森内博紀、円城寺昭人

症例は 72 歳男性。慢性特発性大腸偽性腸閉塞症に対し、大腸垂全摘後の縫合不全にて双孔式回腸ストーマ造設状態であった。ストーマ造設後より繰り返す口側腸管の脱出のため、ストーマ造設術から約 1.5 年後に脱出腸管切除術 (Altemeier 変法) を施行。術後 2 週間目よりストーマからの排泄障害、ストーマ閉塞によるイレウスを来した。経ストーマ的チューブを挿入し、一時的にイレウス解除は可能であったが、その後も 3 度のストーマ閉塞イレウスにて入院を繰り返したため、脱出腸管切除術から 2 か月後にストーマ再造設を行った。腹腔鏡下に再手術を行った。腹腔内は、口側腸管が腹腔内大網の癒着により半回転牽引され、捻じれている状態であった。癒着剥離を行い、左側に新規に回腸人工肛門を再造設した。一般的に outlet obstruction は、腸管の浮腫、捻じれ、ストーマトンネルの狭窄等が原因と言われているが、明確なメカニズムや予防策は不明なところが多い。今回、腹腔鏡下に outlet obstruction の原因観察が可能であったため、その要因および今後の対策について考察する。

**D D-15** 初発直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術後の再発についての検討

大腸肛門病センター 高野会 くるめ病院

○玉置裕香、野明俊裕、小篠洋之、松本朝子、榎原優香、白水良征、大宮俊啓、入江朋子、荒木靖三

【緒言】完全直腸脱に対する経腹的手術は侵襲が大きいが、再発率の低い術式とされ、我々は全身麻酔に耐術可能な症例に対して Laparoscopic ventral retropexy (LVR) を施行し、改良を行ってきた。【目的と対象】2015 年 12 月から 2021 年 11 月まで LVR を施行した初発完全直腸脱は 115 例であった。完全直腸脱再発を来した症例について検討した。【結果】完全直腸脱再発は 7 例で、再手術は 6 例 (5.2%)。平均年齢 71.5 歳、女性 5 例、男性 1 例。初発時は完全直腸脱のみ 3 例、小腸瘤併存は 2 例、膀胱瘤併存が 1 例。完全直腸脱もしくは小腸瘤併存は LVR、膀胱瘤併存例では LVR + LSC を施行した。再発までの平均期間は 262 日。再発時の多臓器造影では、Ra の直腸重積、直腸瘤や直腸の屈曲を認めた。再発手術の術式は Delorme 2 例、腹腔鏡下修復術が 4 例。腹腔鏡の 4 例は骨盤上腔でメッシュは骨盤右壁に固着していたが、直腸 Ra の重積脱出が 2 例、メッシュに緊張がなくゆるい症例が 2 例あった。【考察】直腸脱の手術では、メッシュの使用や手術の定型化、術式の改良により再発率は低下してきている。しかし再発の要因は画一的ではなく、今回再発例を振り返り、再発因子、手術手技の工夫や要点について報告する。

**D D-16** 完全直腸脱に対する腹腔鏡下縫合直腸固定術の検討

久留米大学病院 外科学講座

○野口堯志、仕垣隆浩、藤吉健司、吉田直裕、合志健一、吉田武史、主藤朝也、藤田文彦、赤木由人

背景：完全直腸脱は大腸肛門疾患の診療にて比較的多い疾患であり、外科的治療が原則。経肛門の術式と経腹的術式に大別されいくつかの術式が存在するが、根治性の観点からは経腹的術式の方が有利と言われている。そのため我々の施設では最近経腹的直腸固定術を選択しており、主に腹腔鏡下縫合直腸固定術を行っている。【目的】当科で施行した腹腔鏡下縫合直腸固定術の有用性について検討。【対象と方法】2017 年 5 月から 2022 年 5 月までに完全直腸脱に対し手術を行った 10 例を対象。それぞれの患者背景と手術成績について検討。【結果】年齢:68 歳 (17-84 歳)、男:女 5:5、脱出した腸管の長さ:3.75cm (1.5-6cm)。術式は三輪 Gant 法 +Thiersh 法 1 例、Altemeier 法 1 例、Wells 法 1 例、腹腔鏡下縫合直腸固定術 7 例。腹腔鏡下縫合直腸固定術において手術時間:175 分 (129-238 分)、出血量:10ml (2-50ml)。術後在院日数:11 日 (5-18 日)。腹腔鏡下縫合直腸固定術では術後合併症はなく術後再発も見られなかった。その他の術式では、Altemeier 法にて術後再発を認めたが三輪 Gant 法 +Thiersh 法、Wells 法にては術後合併症や再発も認めなかった。【結語】完全直腸脱に対する腹腔鏡下縫合直腸固定術は安全かつ根治性の高い術式であることが示唆された。

## D D-17 後方の低位筋間痔瘻に対する瘻管切除術と瘻管開放術の術後肛門機能の比較検討

大腸肛門病センター高野会 くるめ病院

○榎原優香、野明俊裕、小篠洋之、松本朝子、玉置裕香、白水良征、大宮俊啓、入江朋子、荒木靖三

【背景・目的】後方の低位筋間痔瘻に対する瘻管切除術と瘻管開放術の術後の合併症や再発率の差は認めないが、瘻管開放術の方が機能的に悪化すると報告されている。当院の瘻管切除術と瘻管開放術の術前後の肛門機能に関して比較検討を行った。【方法と結果】2017年～2021年までの両手術症例の肛門管静止圧(MRP)、肛門管収縮圧(MSP)、合併症についてretrospectiveに検討した。【結果】瘻管切除術86例と瘻管開放術85例において創部治癒期間の中央値は77日、79日であり有意差を認めなかった。MRPの術前後の低下率は瘻管切除術が12.4%、瘻管開放術が10.9%であり、MSPの術前後の低下率は瘻管切除術で2.5%、瘻管開放術で-4.1%であり、共に有意差を認めなかった。また術後便失禁は瘻管切除術で1.2%、瘻管開放術で4.7%いたが有意差はなかった。再発症例はなかった。【考察】両群間に肛門機能の差は認めず、再発もないことより、後方の低位筋間痔瘻に関しては両術式ともに有用な術式と考える。

## D D-18 機能性直腸肛門痛に対する脊髄刺激療法 (Spinal Cord Stimulation, SCS)

大腸肛門病センター高野病院

○高野正太

器質的病変を認めない直腸または肛門の痛みは機能性直腸肛門痛とされ治療に難渋する。当院では脊髄刺激装置を用いて仙骨神経を刺激する方法を行ってきたが、尾側に電極が侵入できずに頭側の脊髄を刺激する場合もあった。そこで今回は脊髄を刺激した症例と仙骨神経を刺激した症例を後方視的に比較した。【方法】第一段階で脊椎L3-4間から硬膜外腔に刺激電極を刺入。脊髄刺激群(SC群)では頭側に進入し電極をTh11からL2付近に留置。仙骨神経刺激群(SN群)では尾側に進入し仙骨神経に沿って進ませ留置した。1週間の試験刺激の後効果が認められた場合、第二段階の刺激装置植え込みを行なった。【症例】2016年6月から2022年3月までにSC群12名、SN群9名に刺激治療を行った。SN群1名は試験刺激期間に電極による圧迫によると考えられる下肢痛にて電極抜去。11名に第2段階の刺激装置植え込みを行った。治療前後でVisual analogue scaleはSC群で平均85から35へ、SN群で72から32へ改善した。疼痛の再発、刺激装置埋込部の創離開にてSC群で2名、SN群で2名が刺激電極および刺激装置の抜去となった。【まとめ】今回の検討では脊髄刺激と仙骨神経刺激はどちらも有意差をもって疼痛の軽減を認めたが、いずれの方法が効果が高いかは不明であった。

## D D-19 低分化型大腸癌の臨床病理学的検討

熊本大学大学院 消化器外科学

○堀野大智、宮本裕士、原淑大、松本千尋、大内繭子、小川克大、吉田直矢、馬場秀夫

【背景】一般に低分化型癌の予後は不良であるが、その多くを高・中分化型癌が占める大腸癌において、低分化型癌の報告は少ない。今回、低分化型大腸癌の特徴を明らかにすることを目的とし、臨床病理学的検討を行ったため報告する。【方法】2005年-2022年に当科において原発巣切除を行った大腸癌症例1274例のうち、最も優勢な組織型が低分化型腺癌であった35例と、高・中分化型腺癌1239例の臨床病理学的因子、予後を比較検討した。【結果】低分化型の患者背景は年齢:72(34-86)歳、男性/女性:19/16、腫瘍局在右側/左側/直腸:18/5/12、Stage I/II/III/IV:4/3/11/17(肝転移5例、腹膜播種5例)であった。高中分化型腺癌と比較して、有意にStage III/IVが多い結果であった( $p < 0.0001$ )。Stage I-III症例における全生存期間(OS)は高・中分化型と比較して低分化型腺癌群が有意に短かった(OS:19.3 M vs. 78.9 M, log-rank  $p = 0.0004$ )。【結語】低分化型大腸癌は進行した状態で診断されることが多く、長期予後は不良であり、治療方針の決定の際には、集学的治療を考慮すべきである。

## D D-20 S状結腸に発生した腸管子宮内膜症癌化の1例

佐賀大学医学部附属病院一般消化器外科<sup>1</sup>、同産婦人科<sup>2</sup>、同病理診断科<sup>3</sup>

○池田翔大<sup>1</sup>、奥山桂一郎<sup>1</sup>、真鍋達也<sup>1</sup>、橋口真理子<sup>2</sup>、井樋有沙<sup>3</sup>、能城浩和<sup>1</sup>

症例は59歳女性で、3年前に右卵巢腫瘍に対して腹式単純子宮摘出・両側付属器・大網切除術を施行後当院産婦人科で経過観察中だった。便潜血陽性あり、下部内視鏡検査でS状結腸に2型進行癌を認め、当科紹介となった。生検結果は腺癌であったが、cytokeratin7陽性、cytokeratin20陰性、CDX2陰性、既往の右卵巢腫瘍と細胞像が異なり、endometriosis-associated intestinal tumor(以下、EAIT)を術前診断とし、腹腔鏡補助下高位前方切除術を施行した。術後病理診断はEAITであり、リンパ節転移(8/17)を認めた。術後補助化学療法として、パクリタキセル+カルボプラチン療法を施行予定である。子宮内膜症は内膜組織が子宮内腔外で異所性増殖する疾患で月経のある女性の約10~15%に認められる。好発部位は卵巢やダグラス窩、腹膜などで、それら以外の部位に発症を認める場合、希少部位子宮内膜症と総称される。希少部位子宮内膜症は内膜症全体の0.5-数%に認め、癌化は全体の0.7~1.0%に発生する。希少部位子宮内膜症の癌化は稀であり、本症例のような腸管子宮内膜症の癌化、特にS状結腸に発生したEAITは本邦報告では4例であった。今回、S状結腸に発生した腸管子宮内膜症癌化の1例を経験したので報告する。

**D D-21 原発性小腸癌の 1 例**

長崎原爆病院 消化器外科

○鄭暁剛、中崎隆行、柴田良仁

原発性小腸癌は全消化管悪性腫瘍の約 0.3～1.0%程度と頻度が少なく、特異的な症状に乏しく、進行してから発見されることが多い。症例は 61 歳、男性。X 年 1 月より腹痛、下血を自覚していた。3 月に当院受診したところ、CT で小腸に腫瘍性病変を指摘された。当初悪性リンパ腫が疑われていたため CT ガイド下生検を施行された。低分化腺癌の診断で当科紹介された。血液検査では Hb 5.2g/dl の貧血を認めた。腹部造影 CT 所見で空腸に 10cm を超える壁肥厚性腫瘍あり、腸間膜リンパ節の腫大、傍腹部大動脈リンパ節の腫大がみられた。以上より TNM 分類は大腸癌取扱い規約に準じて cT4a (SE) N2aM1a (LN)、cStageIVa とした。下血で 2 日に 1 回輸血を要する状態であり、開腹下小腸切除術を施行した。トライツ靭帯付近の小腸に 10cm 大の腫瘍があり、肛門側の離れた小腸に腫瘍の直接浸潤が見られた。まず肛門側の浸潤された小腸を部分切除して機能的端々吻合を行った。上腸間膜動脈を温存し、小腸を部分切除した。口側切離部位がトライツ靭帯直下であったため、十二指腸を授動し、結腸後経路で、十二指腸水平脚と小腸口側断端を側々吻合した。病理診断で小腸癌として矛盾しないとの結果であった。術後貧血進行なく、新規病変の出現なく経過中である。

**D D-22 穿孔性虫垂炎に対する Interval appendectomy で診断された Goblet cell carcinoid の一例**

大分医療センター外科

○一万田充洋、藤川乱麻、笠木勇太、橋本直隆、高祖英典、矢田一宏、梶島章

症例は 73 歳男性。腹痛を主訴に他院を受診され、穿孔性虫垂炎の診断で当科紹介となった。膿瘍形成を伴う穿孔性虫垂炎であり保存的加療を行なった後に待機的に虫垂切除を行う方針として抗菌薬加療を行い発症 28 日目に退院した。発症 3 ヶ月後に腹腔鏡下虫垂切除術を行ない、術後 4 日目に退院したが病理組織学検査で Goblet cell carcinoid の診断となった。手術時の所見で腹膜播種を認めなかったことから根治切除可能と判断し回盲部切除を行った。最終病期は pT3N0M0 pStgaeIIa であった。Goblet cell carcinoid は虫垂のみに発生し、カルチノイド類似像と腺癌類似像の両方を有する比較的まれな腫瘍である。神経周囲浸潤、脈管侵襲や転移をきたし、その予後は通常のカルチノイドに比べ悪く腺癌の一種と考えられている。近年、Interval appendectomy の普及に伴い膿瘍形成を伴う穿孔性虫垂炎に対して保存的加療を行うことが多いが、患者希望により待機的手術を行わない症例もある。一方で高齢者の複雑性虫垂炎は悪性腫瘍が原因であることがあり、画像での診断が困難である。複雑性虫垂炎の治療を行う際には虫垂腫瘍の存在を考慮して待機的虫垂切除を検討する必要がある。

**D D-23 同時性左小脳転移を伴う直腸癌の 1 例**白十字病院 外科<sup>1</sup>、白十字病院 病理診断科<sup>2</sup>、福岡大学病院 消化器外科<sup>3</sup>○佐原くるみ<sup>1</sup>、谷博樹<sup>1</sup>、山門仁<sup>1</sup>、室田昂良<sup>1</sup>、長野秀紀<sup>1</sup>、大石純<sup>1</sup>、瀧野泰秀<sup>1</sup>、大谷博<sup>2</sup>、長谷川傑<sup>3</sup>

大腸癌遠隔転移の中で、脳転移は 0.4～1.8%と稀であり、多臓器転移を伴うことが多く、予後不良と言われている。今回、直腸癌同時性小脳転移の 1 例を経験したので報告する。症例は 69 歳、男性。ふらつきがあり、近医での頭部 CT で左小脳腫瘍を認めたため、当院脳神経外科へ紹介となった。全身精査にて直腸癌を指摘され、これを原発巣とする同時性小脳転移と考えられた。傍大動脈リンパ節転移も伴い、進行度は cT4aN2bM1b (BRA.LYM) cStageIVb と診断した。神経学的症状の改善を目的に、開頭小脳腫瘍摘出術を施行し、残存病変に対しては γ ナイフにて治療を行った。その後、化学療法を開始した。続いて、原発巣に対し腹腔鏡下低位前方切除術を施行し、傍大動脈リンパ節は一部サンプリング採取した。病理学的に、小脳病変、傍大動脈リンパ節共に、直腸癌の転移巣として矛盾しない所見であった。術後は、傍大動脈リンパ節転移に対し、現在も化学療法を継続中で、初診時より 3 年 2 カ月生存中である。大腸癌ガイドラインでは、脳転移に対し治療効果が期待できる場合は、手術療法や放射線療法を考慮すると記されているが、各治療の有効性については、今後も症例集積が必要である。

**D D-24 放射線性直腸炎を背景に生じ、皮膚転移をきたした直腸癌の 1 例**

社会医療法人 長崎記念病院 外科

○松尾光敏、山下昭彦、東尚、福井洋

80 歳代女性。血便を主訴に当科を受診。子宮癌にて約 30 年前に手術歴あり。現在両側のリンパ浮腫あり。約 5 年前に脳梗塞にて他院入院。この際、大腸内視鏡にて直腸のびらん、狭窄を指摘されスコープは通過困難であった。放射線性直腸炎と診断され、生検では group2 で経過観察の方針とされた。今回の大腸内視鏡でもびらん、狭窄、出血が指摘され生検にて腺癌を認めた。さらに、鼠径部や大腿付近に領域性に一部集簇する結節を多数認め、生検にて大腸癌の皮膚転移と判断された。他臓器に転移は指摘できず、放射線性腸炎に発生した直腸癌ならびに皮膚転移と診断した。まもなく、この部を原因とする大腸イレウスをきたしたため、横行結腸に双口式人工肛門を造設した。患者家族と相談して化学療法の方針として CapeOX 療法を開始し継続している。現在、主病変の縮小を認め、皮膚転移も縮小し、色素沈着を認めるのみとなっている。放射線性腸炎に発症した大腸癌は約 5%程度との報告がある。さらに皮膚転移を合併したものは検索した限りでは見られなかった。鼠径部から大腿部にかけてリンパ浮腫の強い部に領域性に存在していること、病理にて一部異型細胞がリンパ管内に存在していることから、皮膚転移にリンパ浮腫が関与している可能性がある。

## D D-25 70歳以上の高齢者の stage IV 大腸癌一次治療の検討 —経口5-FU±BevacizumabとConversionに注目して—

長崎大学大学院 移植・消化器外科

- 松隈国仁、小林和真、井上悠介、岡田怜美、足立利幸、小坂太一郎、足立智彦、伊藤信一郎、日高匡章、金高賢悟、江口晋

【緒言】高齢者大腸癌の一次化学療法は経口5-FU+Bevacizumab (Bmab) が標準治療の一つであるが、高齢者でもL-OHP/CPT-11/L-OHPの2剤又は3剤土分子標的薬の治療(以下:通常治療)によるconversionで、良好な長期予後が得られる例もある。今回高齢者大腸癌化学療法について検討した。【症例と方法】当科の70歳以上の転移性大腸癌で一次化学療法を受けた82例を対象とした。患者背景:{男性:47,女性:33,年齢中央値:76歳(70-87),治療レジメン:通常治療群:49,経口5-FU±Bmab群:33}。【結果】以下、通常治療群,経口5-FU±Bmab群の順に、median PFS(日):420,315(N.S.),MST(日):1101,1116(N.S.),奏効率(%):46.9,15.1(p=0.0040),二次治療移行率(%):51.4,80.6(p=0.0209)であった。conversionは通常治療群のみで得られ13例であった。conversion群のPFS,MSTは、conversionを除く通常治療群,経口5-FU±Bmab群より有意に良好であった(p<0.05)。【結語】高齢者の治療は経口5-FU±Bmabを第一選択として良いが、conversionが可能な場合には、通常治療を用いるべきである。

## D D-27 大腸癌原発胎児消化管類似癌の肝転移に対してIP療法が奏功した1例

国立病院機構長崎医療センター 外科

- 三好敬之、竹下浩明、藤瀬悠太、福井彩恵子、池田貴裕、岡本辰也、米田晃、北里周、黒木保

【はじめに】胎児消化管類似癌は稀な疾患で、予後不良として知られている。【症例】56歳女性。腹痛、排尿困難の精査でS状結腸癌、同時性肝転移(S5)と診断された。術前化学療法を施行後に腹腔鏡下S状結腸切除術+肝S5亜区域切除術を施行した。肝転移再発を術後9か月目、13か月目に認め、肝切除術を施行したが術後15か月目に再度肝転移再発を認めた。病理組織学的所見ではS状結腸は、SALL4陽性、AFP陽性、enteroblastic differentiationを伴う腺癌で、S状結腸原発胎児消化管類似癌、同時性肝転移と診断された。最後の肝切除時の所見では、神経内分泌癌(NEC)を認め、初回手術時の組織で免疫染色を追加したところ、Mixed-neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmであったことが分かった。肝転移巣はNEC成分のみであり、IP療法を開始したところ、転移巣は縮小を認め、IP療法開始後8か月後の現在も再発は認められていない。【考察】S状結腸癌に対する化学療法を行って、腺癌成分は消失したものの、残存したNEC成分にIP療法が奏功したものと考えられる。【まとめ】胎児消化管類似癌は悪性度が高く予後不良と報告されているが、集学的治療により予後が改善する可能性がある。

## D D-26 腸回転異常を伴う進行上行結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術の1例

九州大学病院 臨床・腫瘍外科

- 溝口聖貴、田村公二、久野恭子、佐田政史、永吉絹子、水内祐介、森山大樹、仲田興平、大内田研宙、中村雅史

腸回転異常症は、胎生期に腸管の回転・固定異常を生じる稀な疾患で、多くは乳幼児期に診断される。今回、腸回転異常を伴う上行結腸癌に対し腹腔鏡下切除術を施行した1例を経験した。68歳男性。貧血の精査で上行結腸に全周性2型進行癌を認め、紹介となった。造影CTで単発肝転移と多発肺転移を認めた。全小腸は右側にあり、Treitz靭帯形成不全が疑われた。上腸間膜動脈は同静脈(SMV)の背側に位置していたが、SMV rotation signはなくnonrotation typeの腸回転異常と診断した。腹腔鏡下右結腸切除術を施行。右側結腸は内側の固定をほとんど認めず、空腸は十二指腸下行脚からそのまま右側に位置した。回盲部からの後腹膜アプローチで授動を開始し、横行結腸頭側から肝彎曲部授動を完了。最後に回結腸動脈(ICA)および右結腸動脈を同定し根部で処理、D3郭清を行った。その他腸管同士の癒着などはなかった。術前のCT通りICAは通常より末梢で分岐しており、解剖の把握に造影CTが非常に有用であった。腸回転異常症は時に腹腔内の高度癒着を伴い、特にmalrotation typeでは血管走行変化も生じやすい。術前CTで十分なシミュレーションを行い正確な解剖を把握することで、安全に腹腔鏡下手術を施行できる。

## D D-28 術中内視鏡検査が有用であった小腸EBV関連平滑筋肉腫の1例

琉球大学 消化器腫瘍外科

- 島袋鮎美、金城達也、宮城良浩、高槻光寿

【はじめに】EBV関連平滑筋肉腫はAIDSや臓器移植後患者での発症することが知られている。自己免疫疾患を背景とする症例の報告は少ない。また多発することがあり、小型の小腸腫瘍は術前消化管内視鏡検査では検出困難なことがある。【目的】比較的小さいEBV関連平滑筋肉腫を報告する。【症例】強皮症、ANCA関連血管炎、免疫複合体腎炎に対してプレドニン長期内服中の60歳台女性。黒色便精査のため、消化管内視鏡およびカプセル内視鏡を施行し、回腸に潰瘍形成を伴う粘膜炎下腫瘍(SMT)を認めた。輸血を要する出血を繰り返したため、手術目的で紹介。経肛門の小腸内視鏡検査ではパウヒン弁より30cm口側に既知のSMTを認めた。術中内視鏡では術前検査で指摘されていた2.5cm大のSMTを認め、さらに口側100cmに1.7cm大のSMTを認め、両者を含めるように小腸部分切除を施行。病理検査所見では紡錘形細胞が束状から錯綜配列を呈し、免疫染色ではα-SMA(+), Desmin(+), c-kit(-), DOG-1(-), HMB45(-), 核分裂像11個/10HPF, 12個/10HPFであり、治療経過も含めEBV関連平滑筋肉腫の診断であった。【結論】免疫抑制状態においてはEBV関連平滑筋肉腫が発生し、多発することがあるため、術中内視鏡が有用であると考えられた。

## D D-29 S 状結腸癌術後に認めた小腸癌の 1 例

労働者健康安全機構 長崎労災病院 外科<sup>1</sup>、  
労働者健康安全機構 長崎労災病院 病理診断科<sup>2</sup>、  
長崎大学大学院 移植・消化器外科<sup>3</sup>

○川口雄太<sup>1</sup>、前川恭一郎<sup>1</sup>、橋本敏章<sup>1</sup>、力武美保子<sup>2</sup>、  
岩田亨<sup>1</sup>、江口晋<sup>3</sup>

症例は 80 歳代男性。3 年前に S 状結腸癌に対し、腹腔鏡下 S 状結腸切除術を施行（2 型、60×50mm、T3 (SS)、tub1,2 > muc、Ly0、V0、N0、M0、Stage 2）。術後補助療法は施行せず経過観察。術後 1 年 7 ヶ月目に腫瘍マーカー上昇を認め、造影 CT で骨盤内リンパ節（#263 lt）再発を疑い CRT 施行。その後腫瘍マーカー正常値で経過するも、術後 2 年 11 ヶ月目に腫瘍マーカー再上昇を認めた。PET-CT で 2 ヶ所の骨盤内リンパ節（#263 lt、#293 lt）と小腸に集積があり壁肥厚を認めた。再々発を疑い、開腹小腸切除術＋骨盤内リンパ節摘出術を施行。小腸腫瘍は回腸末端から 100cm 口側に位置し、周囲の腫大した小腸間膜リンパ節も含めて摘出。腹膜播種を疑う所見なし。小腸内腔に 2cm 大の 2 型腫瘍を認め、病理所見で腫瘍は小腸壁全層性で漿膜面への露出なし。組織学的に管状腺癌・粘液癌を認め、既往の S 状結腸癌と同様の組織像であった。脈管侵襲、小腸間膜リンパ節転移は認めなかったが、骨盤内リンパ節への粘液癌の転移があり、原発性小腸粘液癌は極めて稀であることから、S 状結腸癌のリンパ行性小腸転移と考えた。比較的稀な大腸癌の脈管性小腸転移を疑う症例を経験したので報告する。

第 38 回

九州ストーマリハビリテーション研究会

抄 録



## 災害時のストーマケアの実際

済生会熊本病院 看護管理室  
山形朝子

当院は熊本県の基幹病院で 400 床を有する災害拠点病院で、人工肛門造設術は年間約 100 例近く実施しており、約 7 割が緊急で 75 歳以上の高齢者での造設が増えてきている。

2016 年の熊本地震と 2020 年の熊本豪雨災害を経験し、災害下でのストーマケアについて課題がみえてきた。

### 【実際の課題】

#### 1 災害時のセルフケア（自助）の事前教育の実施

患者教育の一環として災害時に対する指導を行っていたが、実際熊本地震では断水時の装具交換方法について困っており、より具体的な指導が必要であった。

#### 2 避難所のマネジメント

熊本地震は頻回の揺れで指定避難所以外も集まり、避難所は仕切りのない空間や、ライフライン使えない状態が長く続き装具交換を行う場所が限られてプライバシーの確保が困難であった。

一方、熊本豪雨時は新型コロナにてプライバシーの確保は出来ていたが、接触制限下での情報収集や ケア介入に課題があった。

#### 3 心身のフォロー

災害拠点病院では災害への対応が優先された状態や、遠方避難による外来通院が困難な方もいて、オストメイトへの心身のフォローが課題であった。

### 【対策】

災害時の状況は当事者も被災している状態なので、様々な対応を実施することは難しい。そこで、いざという時に対応出来るマイ・タイムライン作成が有効ではないかと考えている。

### 【まとめ】

実際の災害を経験したからこそ見えてきた事があり、更に近年は新興感染症の対策も考慮した対応が必須であり今後の発災に備えていきたい。

## S SS4-1 緊急ストーマ造設を行った高齢患者のストーマ受容

独立行政法人国立病院機構 嬉野医療センター  
○南川栄子

当院は佐賀県南西部地区の地域中核病院であり、唯一の三次救急医療を担う病院である。嬉野市は高齢化率38%と高齢者の多い地域である。令和3年度の人工肛門（以下ストーマ）造設件数は37件であり、そのうち緊急ストーマ造設は18件だった。当院での緊急ストーマ造設を行った患者の78%が65歳以上の高齢者であり、高齢者のストーマ造設が多い。

ストーマリハビリテーションの特徴は、ストーマを保有することによって肉体的、精神的、社会的にどのような障害が起こるかを予測して、手術前から対処でき、より円滑な社会復帰が期待される。「よいストーマケアのないところにより精神的ケアは存在しない」と言われるよう、手術前からの教育が重要である。緊急ストーマ造設を行った患者は術前からのストーマリハビリテーションが受けられず、ストーマの受け入れが容易ではないこともある。

緊急ストーマ造設をした高齢女性。子供はなく、高齢の夫と二人暮らしで家事全般を行っていた。装具からの排泄物の漏れが頻繁に起こり、ストーマの受容ができず離床を拒否し続けられQOLが低下した患者を経験した。この経験を活かし、緊急ストーマ造設を行った高齢男性患者がストーマ造設後に「死んだほうがまし」と発言があり、受容に向けて臨床心理士と協働し精神的関わりを行った症例について報告する。

## S SS4-3 急性期地域基幹病院の後期高齢者緊急ストーマ造設患者への支援を考える

独立行政法人地域医療機能推進機構 九州病院  
○山口弘恵、池田佳子、林晃史

**【はじめに】**A病院の緊急ストーマ造設件数は年間11～15件で推移し、6割が70歳以上の消化器ストーマ造設患者であった。高齢者のケア展開を行う上で、認知度・生活自立度・家族累計を考慮することは重要である。今回、緊急ストーマ造設を行った後期高齢者の経過及び退院後の転帰を調査し検討したので報告する。

**【対象】**2019～2021年度に緊急ストーマ造設した後期高齢者16名。

**【結果】**平均術後在院日数27.6日（15-62）。マーキング率62.5%。ストーマ口側高の平均6.5mm（0-15）。入院期間にストーマ装具を変更した患者9名。自宅退院8名（セルフケア確立2名・ケアキーパーソンの介助5名・ケア不安の訪問看護導入1名）。ストーマ外来での訪問看護導入1名。転院者は、精神疾患や認知機能低下があった8名。（ストーマケア介助が必要であり手順書を作成しケア内容を引き継いだ。）転院先や入所施設のケア相談に対し、電話対応や必要時ストーマ外来受診を提案している。

**【考察・結論】**認知度・生活自立度が低下した患者のセルフケア確立は難しく、ケアキーパーソンの存在は大きい。患者・ケアキーパーソン双方に対し、ストーマ外来でのケア状況の確認・不安の表出傾聴は重要であった。また転院後のストーマケアトラブルへのシームレス対応を工夫していきたい。

## S SS4-2 緊急手術により減張縫合があるストーマ保有者へのセルフケア確立を目指した取り組み

大分赤十字病院 医療安全推進室  
○亀井奈央子

令和3年度、緊急手術により消化管ストーマが造設された症例は6例で、そのうち5例は正中創に減張縫合があった。ストーマ周囲4cm以内にネラトンがあり平面が保ちにくいことに加え、準清潔創に配慮しながらストーマケアをおこなうため、通常より複雑なケアになっていた。ストーマセルフケア訓練を開始できる状態となっても、患者自身がストーマ装具交換を実施することが困難で、全症例において減張縫合が除去されるまでの期間、ストーマ装具交換は看護師が行っていた。予定手術群と比較して患者自身がストーマ装具交換開始する時期の平均が12日遅くなっていた。そこで、ストーマ装具交換を行う場面で、直接ケアが行えなくても、痛みや体調に配慮しながらケアを見学してもらいを自己で行うイメージを伝えるようにした。また、減張縫合除去後のセルフケアの見通しについてもできるだけ具体的に伝え、不安やストーマ受容ができるよう配慮した。ストーマケア指導の結果、1例はケアに対する不安が強いため訪問看護を導入し、4例は自立して退院することができた。セルフケア開始が遅延する期間を、患者が突然ストーマとなった自身の変化を受け入れ、今後の生活をイメージするための準備期間ととらえ介入することが大切である。

## S SS4-4 急性期病院においてストーマ造設になった高齢者の転院後のストーマケアフォローについて

地方独立行政法人 北九州市立病院機構  
北九州市立八幡病院 看護部  
○穴井恵美

高齢化社会の現在、北九州市は65歳以上の高齢者が人口の32%を占めている。これは政令指定都市の中で1番である。高齢者は様々な合併症を引き起こしやすく、術後管理も難渋する。認知症などの既往があればなおさらストーマ管理は困難を極める。緊急でストーマ造設を受ける高齢者は生命の危機にさらされている状況であり、本人や家族は短時間で決断を迫られる。また緊急でのストーマ造設は術前ストーマサイトマーキングが実施できないことも多い。そのため管理に難渋することもある。

入院期間の短縮により、療養型施設や回復期病棟への転院がほとんどである。

ストーマ管理は問題なければ難渋することはないが、腹壁の状態の変化やストーマの形状の変化などに伴い、問題が発生する。転院先に皮膚・排泄ケア認定看護師が在籍していれば、ストーマの管理は問題ない。しかし、転院先に皮膚・排泄ケア認定看護師はほとんどいないため、管理などの相談ができずにいる。

皮膚・排泄ケア認定看護師の在宅同行訪問の診療報酬は設置されたが、療養型施設や回復期施設への訪問はできない現状である。

今回、高齢で緊急ストーマ造設術を受け療養型病院へ転院した症例を展開する。

## S SS4-5 高齢ストーマ造設患者への退院後訪問指導の効果

長崎百合野病院

○柿田待子

近年、医療の高度・専門化や国内人口の高齢化率増加に伴い、ストーマ造設患者および保有者の高齢化も進行している。高齢者は身体・精神機能の低下が進み適応能力も低下するためストーマケアの習得困難や時間がかかる傾向にあり、家族や社会資源の活用が必要となってくる。

当院では、他院でストーマ造設した患者が社会復帰に向けてのケア獲得とリハビリ目的で術後 7～10 日程度で転院してることが多い。そのことを含め高齢者は、ストーマ保有者になったということを承認して適応するまでに時間がかかる傾向にあるが、緊急でストーマ造設した患者は更に時間を要する。入院中に患者・家族がストーマケアの手技獲得が出来たと医療者が判断しても退院後の不安感が強く、退院後訪問指導が可能であると説明すると希望されることが多い。退院後訪問指導を行うことで、在宅での過ごし方に沿った指導を直接行うことが可能となり、「来てもらってよかった」「病院と違うから家でのやりやすいやり方を聞いてよかった」などの言葉が聞かれ、ストーマケアの手技に対する不安軽減や自信に繋げることが出来ていると考える。また、訪問看護を依頼した際、訪問看護同行訪問を行うことでも在宅での過ごし方に沿ったケア指導を行うことが可能と考える。

今後は、コロナ禍でもあり、退院後のケア指導と地域の医療機関との連携を IT の活用で出来ることが望ましいと考える。

## S S-01 腸管皮膚瘻患者のストーマケアと退院支援

社会福祉法人恩賜財団 済生会熊本病院 外科病棟  
○霜上彩奈、石川鈴菜、野田純奈、前田陽菜、山本幸恵

**【目的】** ストーマと瘻孔が近接した症例を通して、スキンケアと退院調整の重要性を学んだため振り返る。**【事例】** 症例は70代の男性で、幼少期より重度のアトピー性皮膚炎であった。直腸癌穿孔によりS状結腸人工肛門を造設し、外来化学療法へ移行したが、副作用が強く緩和方針となっていた。手術から約1年後、骨盤膿瘍皮膚瘻の診断で再入院となった。瘻孔からの排液によって、周囲皮膚はびらんを生じ、連日漏れがあった。**【結果・考察】** 瘻孔周囲は治療と既往症の影響で既に皮膚障害を生じていたため、瘻孔用装具を貼付したが、ストーマと瘻孔が約10cmと近く、漏れを繰り返した。瘻孔周囲に被膜剤を塗布後、貼付位置を調整し、手順書を作成してスタッフ間で共有した。漏れは減少し、装具管理が安定したことで皮膚状態は改善した。本人は痛みや搔痒感等の訴えがなく、ケアについて無関心であったが、退院希望が強かったため、訪問看護の介入を行い、スムーズに退院することができた。**【結論】** 装具の貼付方法を工夫、統一したケアをすることで皮膚状態は改善し、希望に添った退院ができた。患者の予後は厳しく、残された時間を希望に沿った生活へ早期移行することが出来たのではないかと振り返る。

## S S-02 「早期社会復帰願望」と「ストーマ造設によるボディイメージの混乱」を調整し退院した患者への看護ケア

大腸肛門病センター高野病院  
○今中絵瑠、後藤万記子、濱川文彦

**【目的】** 今回、入院早期から継続看護の視点を持ちストーマセルフケアに関わった退院支援を行ったので報告する。**【看護の実際】** 70歳代、女性。下部直腸癌に腹腔鏡下超低位前方切除術施行、術後縫合不全合併し一時的回腸ストーマを造設。患者のストーマセルフケア確立の問題点:1. 腹壁の大きな凹みやスキンレベルのストーマの高さ及びストーマ周囲皮膚障害、2. ボディイメージの混乱、3. 早期社会復帰への強い願望。問題点への介入:1. ストーマ用装具選択と貼付方法の工夫、2. 毎日の声かけ・傾聴・励まし、3. 退院日の目標設定と在宅サービスの調整。介入結果:1. ストーマ周囲皮膚障害改善とストーマ用装具の適合による安定したストーマセルフケア、2. 精神面の安定によるストーマ造設状態への適応、3. ストーマセルフケアの意欲促進、退院後の訪問看護導入とストーマ外来の受診による継続看護の調整。**【まとめ】** 早期社会復帰への強い願望がありながら、ストーマに対するボディイメージの混乱がありストーマセルフケアの確立に難渋した事例を経験した。このような場合、患者の身体的・心理的・社会的要因を適確にアセスメントして看護ケアを行う必要がある。

## S S-03 余命宣告を受けた直腸癌でストーマ造設となった患者のエンド・オブ・ライフケアに取り組んだ一症例

市立大村市民病院  
○山下泰子、辻一成、宮脇瑞枝、河野裕見子、田村真由美、草野徹、山口恵美

**【はじめに】** 受診当日に直腸癌と肺転移を指摘され、緊急ストーマ造設となり余命2年と宣告を受けた。多職種でエンド・オブ・ライフケアの視点とストーマ管理の介入を行った経過を報告する。**【症例】** 60歳代女性。夫と二人暮らし。便秘を主訴に近医を受診、直腸診にて腫瘤を触知し当院紹介。受診当日に根治切除不能な進行直腸癌と多発肺転移の診断のためS状結腸に緊急で双孔式ストーマ造設術となる。数日後、S状結腸穿孔発症し緊急手術となった。**【倫理的配慮】** 当院の倫理委員会の規定に準じて対象者に説明同意を得て、個人情報を守っている。**【経過】** 術後にストーマ粘膜皮膚離開や正中創離開が見られ、排泄物の漏れを防ぐストーマ管理を実施。患者は「夫と車で旅行したい」と自宅退院を目標に治療を受けている。その意思を支援し主治医、看護師、特定ケア看護師、皮膚・排泄ケア認定看護師、MSWなど連携しストーマ管理、症状アセスメント、精神的支援を並行して実施。**【考察】** 患者自身の目標に対する理解や思いを傾聴し、患者の意思決定支援を実施していくことが必要である。**【結論】** ストーマ造設患者のエンド・オブ・ライフケアが必要とされる場面において、病院のリソースを最大限に活用した介入は重要である。

## S S-04 精神発達遅滞のある患者への入退院支援

社会医療法人社団 高野会 くるめ病院  
○森梨沙子、青木尚子、湊美香、桑野初子、野明俊裕、荒木靖三

**【はじめに】** 精神発達遅滞は、意思伝達・社会資源利用・対人技能・学習能力などの面での適応機能に明らかな制限があるとされている。今回、精神発達遅滞患者に対して、入退院支援を施設職員と協力した症例について報告する。**【症例】** 80歳代女性 障害者支援施設入所中(障害者支援区分4 療育手帳B2) ADL自立 既往 肺結核 現病歴 盲腸腫瘍(EMR)直腸癌(直腸切断術)入院期間:入院日数44日(急性期一般病棟18日 地域包括ケア病棟26日)**【経過】** 入院前より入所施設より情報収集し、入退院支援カンファレンス時にケアゴールを設定し、患者は便処理、施設職員はその他ケア全般を確立する事とした。患者の便処理には看護師が付き添い統一した指導を行い、開始14日目まで確立し、面板除去、シャワー浴時のストーマ周囲の洗浄まで行えるようになった。施設スタッフへのケア指導はパンフレットを用い2回で確立できた。退院後もストーマ外来での支援を継続し現在までトラブルはない。**【考察】** 術前より生活環境や障害の程度を理解されている施設職員とストーマケアゴールを定めたことで、患者を混乱させることなく、スムーズな指導が実施できたと考える。**【まとめ】** 患者が出来ることを尊重しながらストーマケアを確立することが重要である。

## S S-05 退院後、施設訪問により継続したストーマケアに繋がった一例

琉球大学病院 看護部<sup>1</sup>、琉球大学病院 第一外科<sup>2</sup>  
○目取眞隆志<sup>1</sup>、翁長浩一郎<sup>1</sup>、宮城和美<sup>1</sup>、金城達也<sup>2</sup>、高槻光寿<sup>2</sup>

【はじめに】退院後に病棟看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師が施設訪問を行った。施設のストーマケアに対する体制や使用可能物品をふまえて、指導した症例を経験したので報告する。【事例紹介】70代男性。S状結腸切除術と下行結腸永久ストーマ造設術を行なった。ADL全介助であり、特別療養老人ホームに入所されている。面板はワンピースタイプのイレファイン凸面フリーカットで、カット、貼り付けのみでケアが行えるようにした。【経過】退院後、初回のストーマケアの際に病棟看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師で特別療養老人ホームを訪問した。施設の看護師はストーマケアに対する知識は浅く、介護士は殆ど知識がなかった。夜間は介護士のみ配置であり、夜間ストーマが漏れた際には、対応できない状況であった。基本的なストーマケアの指導だけでなく、ペットボトルや新聞紙などの代替品を用いたベッド上でのケア方法を、看護師と介護士へ指導した。【考察】施設へ訪問する事で、病棟との違いや抱えている問題点を把握し、それらを踏まえたケアの方法について指導することができた。【結論】退院後の環境について情報収集を行い、起こり得るトラブルを想定した上でケア方法を指導する必要がある。

## S S-07 自己剥離を繰り返す患者の非言語的行動を手がかりとしたストーマ装具の選択

社会福祉法人 恩賜財団 済生会熊本病院 外科病棟  
○矢野令奈、岩永優香、西山枝里、吉野やよい、山本幸恵

【はじめに】感情を上手く表出できず面板自己剥離を繰り返す患者の装具再選択を行った事例を振り返る。【事例】A氏は70歳代男性で、直腸癌に対し低位前方切除、回腸ストーマ造設術を施行した。既往にパーキンソン病があり、認知症様症状も認めた。術後2週間程度経過後、面板の自己剥離が始まった。面板貼付部に皮膚障害はなく、早めの便破棄や腹帯を使用してストーマを意識しないよう工夫したが、自己剥離は続いた。そこで、CPbh系からCPGFb系の面板に変更した。【結果・考察】剥離後も周囲皮膚を触る仕草が見られたため、面板貼付部の不快感を疑い、再度皮膚の観察、装具の再選択を行ったところ、面板を剥がす行為はなくなった。A氏は面板を剥がすことで不快感を示していたと考える。また高齢者の皮膚は角質水分量・皮脂成分の分泌が減少し、ドライスキンに傾き、バリア機能の破綻を生じやすいといわれる。目視上の皮膚障害はなかったが、面板貼付部の皮膚は脆弱化し、搔痒感の増悪を招いていたと考える。【結論】全身のアセスメント、皮膚状態の丁寧な観察、非言語的行動を手がかりとし、装具の再選択を早期に行えたため、スキントラブルの予防につながり、患者の状態にあったストーマ装具の選択ができた。

## S S-06 高齢者のストーマ造設術退院後のフォローに関する問題

地方独立行政法人 北九州市立病院機構 北九州市立八幡病院 看護部  
○穴井恵美

【はじめに】急性期病院でストーマ造設した高齢者は入院前の施設または回復期病院などへ転院することが多くストーマを保有することで転院への選択が限られてくる。今回、他施設で緊急ストーマ造設術を受け、施設へ入所後ストーマ管理困難になり訪問看護からの相談を受け介入した症例を経験した。【症例】90歳代 男性 他施設でS状結腸穿孔で緊急ストーマ造設術を受ける。術後の経過は問題なく入院前にいた施設へ再入所する。退院後、ストーマ造設を受けた病院からは通院は不要といわれ、ストーマ外来のフォローはなかった。入所した施設ではストーマケアは訪問看護師が行っていた。退院後2か月後より装具漏れが続き訪問看護より相談があった。【看護の実際】身障者手続きが完了してなかったため、申請を行った。ストーマ外来の受診を提案したがキーパーソンが受診を希望しなかったため、ストーマの状態を写真で見せてもらい装具を決定した。【考察】高齢化が進み施設入所者のストーマケアの相談窓口がなく訪問看護は試行錯誤を繰り返しながらケアを行っている。今回のような症例はこれからも増えいていくと考えられ、相談窓口の設置や周知が必要になってくる。

## S S-08 ストーマを保有することへの自己の受け入れへの支援 ～化学放射線療法中から術前までの関わり～

JCHO 諫早総合病院  
○江崎博子、徳永陽子、大畑直子

【はじめに】直腸がん T3-4, N1-2 症例は、術前化学放射線療法（以下術前 CCRT）により局所制御率が向上し再発率を低減できる。術前 CCRT に紹介された患者は、ストーマ造設を拒否していた。がん放射線療法看護認定看護師（以下 RTCN）である筆者が有害事象によるテネスムスと肛門周囲の粘膜炎へのセルフケア支援の関わりから人間関係を構築し、ストーマ保有後の生活をイメージ化できるよう支援したことで、ストーマを保有することへの自己の受け入れに導いた一事例について報告する。【事例の概要】A氏 61歳 男性病名：直腸がん Stage3b T4bN2M0 職業：電気工事 家族：妻、長女 20XX年4月-5月 CCRT (45Gy/25fr + TS1 120 mg /day) 【倫理的配慮】対象者には同意を得ており、看護部倫理審査の承認を得た【方法】RTCN が皮膚排泄ケア認定看護師とがん看護専門看護師で看護実践の内容を詳細に検討した【結果および考察】A氏の不安はストーマ保有により仕事復帰ができないこと、生計を立てる役割を喪失することであった。ストーマ保有状態での仕事復帰がイメージ化できるように皮膚排泄ケア認定看護師との面談設定を行った。手術により根治の可能性が高くなるメリットとA氏にとってのデメリットを一緒に検討し、現状に向き合うことで受け入れへと導いた。

## S S-09 未翻転ストーマ造設術後に創感染を併発した患者のストーマケアセルフケア確立への取り組み

独立行政法人 地域医療機能推進機構 九州病院  
○永尾寛子、山口弘恵

【はじめに】化学療法の影響で腸管が硬く未翻転の状態です状結腸ストーマ造設となり、術後創感染を併発した患者のストーマセルフケアを振り返る。【事例紹介】A氏。70歳代女性。独居。近隣に姉妹在住。手先の巧緻性の低下あり。腹膜癌IVB期。TC療法後に単純子宮全摘・両側付属器切除・ハルトマン手術施行。【ストーマケア経過・考察】高さ50mmのストーマは未翻転状態にあり、露出された漿膜の表面が硬化隆起し易出血の状態であった。「ストーマの翻転が完了するまで面板が溶解しやすいこと」「手先の巧緻性の低下があること」を考慮しストーマ装具を選択した。術後、正中創の感染徴候を認め切開排膿が実施された。正中創は開放され、陰圧閉鎖療法に至る間にストーマ装具のはがれが生じる事があったが、陰圧閉鎖療法開始後は安定管理が行えた。術後4日目にストーマの便廃棄指導を開始し、姉妹の面会に合わせてストーマケア指導を行った。早期の退院を目指し、本人・姉妹ともにストーマケア習得に積極的に取り組み、シャワー浴時のストーマ装具交換の自立が確立した。【まとめ】未翻転ストーマを考慮し、手先の巧緻性に配慮したストーマ装具の選択は、創感染による離開創管理のなか、早期のセルフケア確立に繋がった。

## S S-10 離開創3か所からの浸出液によりストーマ管理が困難だった事例

佐世保市総合医療センター看護部外科病棟  
○古川成美、田頭友花、藤井孝子

今回創離開部2か所とストーマ閉鎖部からの浸出液があり、ストーマ管理が困難だった症例を経験した。患者は70歳代男性で末期腎不全があり、憩室穿孔により緊急ハルトマン術を受けた。術後12日目にストーマ離開部より便の排泄を認めたため横行結腸双口式人工肛門を再造設した。ストーマの位置は正中創から2cm、ストーマ閉鎖部からは6cmと近く、ストーマ3時方向と正中創の間の凹みには便漏れによる糜爛を起こしていた。離開部からの浸出液による便漏れを予防するために粉状皮膚保護剤と用手形成皮膚保護剤を併用していたが、便漏れが頻回にありストーマ管理が困難な状況にあった。そこで処置毎に面板の膨潤状況と皮膚状態を確認し、用手形成皮膚保護剤の貼付方法を評価した。貼付方法の写真撮影を行い手順書に追加修正することで補正方法の評価が確実に行えるようになった。その結果、便漏れを起こさず糜爛は治癒傾向となり、パウチ交換の手技は用手形成皮膚保護剤による補正のみとなった。複数の皮膚保護剤使用による補正が必要な状況だったが、手技が簡素化したことで患者はセルフケアを習得し転院の運びとなった。今回の症例を通し、可視化することで情報共有が容易になり、パウチの貼付状態を詳細に評価し処置内容を見直す事が重要だと再認識できた。

## S S-11 直腸癌術後、瘻孔に対しパウチングの工夫により皮膚トラブルが改善した一症例

琉球大学病院 看護部<sup>1</sup>、琉球大学病院 医学部<sup>2</sup>  
○國仲夢乃<sup>1</sup>、翁長浩一郎<sup>1</sup>、宮城和美<sup>1</sup>、金城達也<sup>2</sup>、高槻光寿<sup>2</sup>

【はじめに】直腸癌術後、瘻孔による皮膚トラブルに対し、今回ケア方法を検討することで皮膚トラブルが改善した症例を報告する。【症例紹介】80代男性、直腸癌術後、小腸穿孔をきたし小腸穿孔部修復術施行した。再手術後6日目正中創より便汁様の排泄がみられ瘻孔化と皮膚トラブル改善を目的にパウチングを開始した。リハビリ再開後ストーマ用装具の6時方向より頻回に漏れるようになりガーゼ保護に変更するも皮膚トラブルは悪化する一方であった。【経過】ストーマ面板の全周囲と正中創と重なる部分の隙間を用手成形皮膚保護材（アダプト保護シール）で埋めた。またパウチ上部に小さな穴を開け壁掛け式吸引器にて陰圧管理をした。ケア変更後はパウチの漏れはなくなり、糜爛の改善がみられた。吸引を中断することでリハビリを継続できた。【考察】創部の状態に合わせて用手形成保護材を使用、加えて陰圧管理にすることで瘻孔化と皮膚トラブルの改善につながったと考える。またリハビリが継続できたことで患者のADLの向上につながったと考える。【結論】瘻孔による皮膚トラブルに対しガーゼ保護ではなくパウチングも有効である。加えて持続吸引を実施することでさらに皮膚トラブル予防の効果が期待できる。

## S S-12 コロナ禍に動画を活用したストーマケア継続の工夫

社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 5北病棟<sup>1</sup>、  
社会福祉法人恩賜財団済生会熊本病院 看護管理室<sup>2</sup>  
○川上知美<sup>1</sup>、緒方敬子<sup>1</sup>、高木睦枝<sup>1</sup>、山形朝子<sup>2</sup>、  
中川れい子<sup>1</sup>

【はじめに】コロナ禍では家族指導に十分な時間が得にくい。今回、ストーマケアに複雑性がある患者の訪問看護（以下訪看）との連携時、動画を活用した継続ケアの工夫を行ったので報告する。【症例経過】70歳代、男性、2020年初診の膀胱腫瘍疑いの患者、2022年膀胱全摘+回腸導管術実施。ストーマの排尿は問題なかったが、粘膜皮膚接合部離開で洗浄と処置、装具交換手技が必要となった。本人・家族は装具交換手技に対し依存的な上、面会制限下であり、ケアの継続と安心を目的に訪看の導入を決めた。ストーマケア手順書を作成し、訪看来棟時に皮膚・排泄ケア認定看護師（以下WOCN）指導下でケア動画を撮影した。退院後は本人宅への電話訪問を、訪看へは外来受診の報告とWOCNからのケアを伝達した。このことは、訪看及び患者家族のケア継続の安心に繋がった。現在は通常の装具交換となり訪看とも連携し家族への手技指導を継続している。【結果】ケアに複雑性がある患者に動画を併用することでケアの継続が容易となった。【考察】複雑性のあるケアに動画を用いることは、訪看とケアの継続性が維持されやすく、さらに、ストーマケアへの患者の安心と自信となったと考える。

## S S-13 ストーマ周囲皮下膿瘍患者の苦痛への介入

日本赤十字社 今津赤十字病院  
○小宮友美、白木潤子

【はじめに】ストーマ周囲に皮下膿瘍を形成し、開放創がある患者のケアを経験した。皮膚トラブルを持ちながらも自宅退院の意欲を低下させず、苦痛を軽減させる介入を検討したので報告する。【事例】A氏、80歳代女性。結腸膀胱瘻にて腹腔鏡補助下横行結腸人工肛門造設術施行された。【経過】ストーマ周囲皮下膿瘍を認め、創傷ケアを含む治療継続と自宅退院支援の目的で入院した。創傷ケアとストーマ装具交換を毎日行い、創は改善傾向であったが、毎日の装具交換により苦痛は増強した。さらに、凸型装具使用による皮膚への圧迫と装具辺縁の疼痛を生じ、自宅退院の意欲を低下させた。毎日の装具交換を必要としない装具選択を行うことで疼痛が軽減し、自宅退院への意欲が向上すると考えた。結果、柔らかい凸型装具を使用したことで創部の圧迫も少なく定期交換ができ、セルフケア能力が向上し自宅退院となった。【考察】本人の苦痛の要因は、創洗浄よりも毎日の装具交換であったが、創傷治癒を図りながら、治癒を促進する定期的な装具交換が重要と考えた。柔らかい凸型装具を使用すると、創部の圧迫も最小限になり装具貼付による腹部の違和感がなく、剥離刺激が少ないため苦痛が減少し、ADLが向上した。【まとめ】ストーマ周囲皮下膿瘍患者の苦痛には、局所の疼痛コントロールとストーマ装具の選択が重要である。

## S S-15 ストーマと近接した瘻孔ケアの実際～術後正中創に瘻孔形成し、瘻孔閉鎖に至った症例～

独立行政法人地域医療機能推進機構久留米総合病院  
○重松詩乃、熊谷千種、森下久子

【症例】80代女性、大腸癌に対し腹腔鏡下左下結腸切除後、縫合不全のため回腸人工肛門造設となる。【経過とケアの実際】術後12日目に臍下で大網が癒着し瘻孔形成となり、正中創より便汁が排泄されカテーテルを挿入しドレナージが開始された。創部とストーマが近接していること、円背のため左側臥位を好まれることから、ストーマ側へ便の流れ込みが見られ、カテーテル周囲をバリケードで保護しオープントップを装着した。便汁の排泄量は多く、術後52日目に正中創の発赤・腫脹の増強を認め、カテーテルを除去し皮膚切開を実施した。皮膚排泄ケア認定看護師も介入し、創部の清浄化を図る目的で切開部に抗菌性創傷被覆保護剤を挿入しガーゼ保護とした。ガーゼ保護となり、再びストーマ装具への排泄の流れ込みを認め、ストーマ装具の汚染や皮膚障害の予防のため、創傷被膜材やストーマケア用品の使用を検討した。ケア内容を日々検討し、ストーマ管理経過表を利用し手技を統一することで、瘻孔からの排泄物の流れ込みによるストーマ装具の汚染が減少した。徐々に皮膚切開部の炎症は改善し、術後63日目にVAC療法が開始となる。週2回のVAC交換を行い、術後74日目に瘻孔閉鎖しVAC療法終了となった。【結論】ストーマ装具用品・創傷被膜材を効果的に使用できるように、ケア内容の検討や統一した看護の提供に努めたことで、皮膚障害が悪化することなく瘻孔ケアが実施できた。

## S S-14 回腸ストーマ造設と術後合併症についての検討

福岡大学 消化器外科  
○松本芳子、梶谷竜路、大野龍、佐原くるみ、棟近太郎、渡邊利史、吉松軍平、長谷川傑

回腸ストーマは低位前方切除における縫合不全リスク軽減目的や閉塞性大腸癌に対する減圧目的にて作成されるが、それに伴いoutlet obstructionやhigh-output等の合併症が問題となっている。しかし、これらの原因や予防法については明らかにされていない点が多くある。当科での2016年4月から2022年4月までに回腸双孔式ストーマ造設を行った188例を検討した結果、2019年8月までの症例では約20%にoutlet obstructionを合併したが、筋膜切開を広げたそれ以降の症例では9.5%に減少した。これらの症例を対象に、outlet obstructionやhigh-outputの有無、手術時間、出血量、輸液量、BMI、腹直筋の厚さ、ストーマが貫通している腹直筋の部位（内側、中間、外側）、ストーマのサイズ（腹直筋レベルでのストーマが貫通している領域のサイズをCTにて計測）、口側腸管の向き、傍ストーマヘルニアの有無について評価した。単変量解析では、ストーマのサイズがリスク因子となった（ $P=0.0058$ ）。また、ストーマサイズを大きくすると傍ストーマヘルニアの合併率が上昇するという結果になった。以上のことをふまえ、outlet obstructionのリスク因子や予防について検討した。

## S S-16 自己免疫性疾患を有する患者のストーマ近接部潰瘍に対するケアの一例

JCHO 諫早総合病院 褥瘡管理室<sup>1</sup>、  
JCHO 諫早総合病院 看護部<sup>2</sup>  
○上戸竜一<sup>1</sup>、大畑直子<sup>2</sup>

【はじめに】自己免疫性疾患を有する患者がストーマ近接部に潰瘍を形成し、ケアに難渋した症例を経験したので報告する。【症例】A氏70歳代女性。8年前に膀胱全摘術・回腸導管造設術施行。既往に自己免疫性膵炎、関節リウマチがあり、ステロイドを継続内服している。装具は凸面装具とベルトを使用し、ストーマ周囲皮膚は菲薄化している。【経過】関節リウマチの治療を開始した2ヶ月後にストーマ近接部から皮膚保護剤貼付部に潰瘍を形成。潰瘍部へ銀含有ハイドロファイバーを貼付し、凸面装具の交換間隔を中1日へと短縮したが、創傷治癒は進まなかった。潰瘍部への圧迫が治癒遅延の原因と考えられたため、装具を柔らかい凸面装具に変更し、ベルト併用を中止した。ケア内容を変更後、潰瘍は治癒へと至った。【考察】ステロイドを継続内服している患者はストーマ周囲皮膚が萎縮・脆弱化している。そのため装具やベルトによる圧迫にて容易に潰瘍を形成しやすい。圧迫の回避を行うことが、治癒の一因になったと考える。【結論】局所の処置だけではなく、潰瘍発生の原因をアセスメントし、その原因を排除できるようにケアを検討することが重要である。【倫理的配慮】B病院看護部の倫理審査で了承を得て、個人が特定されないように配慮した。

## S S-17 ストーマ傍ヘルニア再発後、ストーマ周囲皮膚障害に難渋した症例

長崎県島原病院  
○酒井瑞穂、田中敬子

【はじめに】ストーマ周囲に水疱、びらんを繰り返す患者の創傷管理を経験したので報告する。【症例】A氏女性、直腸癌にて20XX年マイルス術、3年後傍ストーマヘルニア根治術施行。退院後は外来通院をしていたが外来終了に伴いセルフケアとなっていた。術後10年が経過しストーマ周囲のスキントラブルにて当院を受診、ストーマ周囲全周にわたり水疱が形成され装具を貼れる状況ではなかったため入院での管理となる。【経過】自宅では本人主体の管理であり十分なスキンケアができていない状況であった。入院時より皮膚への負担を軽減するため排便状況を確認し愛護的なケアを行ったが水疱は破綻しびらんへと移行。粉状皮膚保護剤や軟膏処置などを行ったが装具を貼付するまでの改善は見られず。皮膚科へもコンサルトしステロイドの内服および外用薬で装具を貼付できるまでに改善、退院となる。退院後はストーマ外来を受診。自宅では装具の貼付後に局所的に水疱形成を繰り返したため本人・家族と相談し軟膏のみでパウチレスとし経過をみた。自宅での管理が可能と判断、外来でフォローを継続。1回/2日の排便コントロールができており外出もパウチレスのままできている。【結果】皮膚状況は一進一退を繰り返してはいるがパウチレスにすることによって皮膚への負担を軽減し生活が可能となる。

## S S-18 腓液が混入した腸液による皮膚トラブルのケアについて

都城市郡医師会病院  
○牛谷優子

【はじめに】消化器外科手術後の合併症は多種多様であるが、中でも縫合不全により胃瘻刺入部からの腸液の滲出は、皮膚トラブルを誘発しやすい。そのため皮膚トラブルを起こしケアに苦慮した。今回の事例から皮膚トラブルに対する検討と統一したケアにより改善したので報告する。【事例紹介】70歳代男性。胆嚢筋腫症、胆管症、総胆管結石に対しEPBDを行った。翌日、胆嚢穿孔、十二指腸穿孔をおこし手術となった。【経過】胃瘻チューブ刺入部から腓液が混入した腸液による漏れがあった。皮膚保護のために早期より板状皮膚保護剤を使用していたが、腸液の漏れが多くなり皮膚発赤、糜爛が生じた。皮膚ケアとして、皮膚の炎症を最小限に抑えることを目標に局所管理のアセスメントに基づき被膜剤、皮膚保護剤やパウチングなどを検討した。患者の生活の質を低下させないよう皮膚保護剤の選択と貼り方を工夫しつつ皮膚トラブルの改善のため統一したケアを継続した。【結果】腸液が皮膚に漏れる間は皮膚の発赤は持続したが糜爛の悪化はなかった。【考察】腸液の漏れによる皮膚の炎症を最小限に抑えるための対応が必要である。医師と看護師で皮膚の評価を行い、ストーマケアの皮膚、排泄ケアを応用し手技の統一を図ったことで皮膚トラブルが改善でき、また看護師のケアの技術の向上に役だったと考える。

## S S-19 チーム医療の取り組みで症状改善のみられた便失禁患者の症例

大腸肛門病センター高野病院  
○北村真誉、松本奈緒、松本祐子、高野正太

【目的】便失禁の病態と原因は一様でなく様々な要因が関与しており、症状・既往・身体所見・検査結果から総合的に判断される原因に応じ治療を検討する必要がある。今回便失禁の患者に対しチームで関わり症状改善した症例を報告する。

【倫理的配慮】個人が特定されないよう配慮した。

【症例】80歳代女性 子宮脱術後より便・尿失禁あり。内圧の低下や感覚異常があり頸骨神経刺激療法(PTNS)・バイオフィードバック(BF)・運動療法を開始した。入院中の症状から排出訓練を追加、カンファレンスで投薬も開始した。便性に関係なく動作時に漏れることもあったが、入院後便失禁の回数は軽減、尿失禁もパット使用が半分減少した。

70歳代女性 肛門違和感、便失禁あり。括約不全、感覚過敏でPTNS・BF・運動療法開始、下肢痺れに対し鍼治療も行った。10日間に5-6回あった漏れが入院中なく、下肢痺れや肛門違和感も軽減した。

【考察】便失禁の原因は様々で、専門的検査による評価をし原因に基づく治療が必要である。治療後も経過や現状をチームで共有して定期的に検討し、現状に合った治療をすることで症状改善に繋がったと考える。患者に応じた治療を提供すると共に、既往や生活歴など全体像の把握とそれに対する指導を行っていく必要がある。

## S S-20 炎症性腸疾患患者のストーマ外来利用の現状と課題

鯉島病院  
○住吉江里奈、和田麻衣、重留真里子、中西和子

【はじめに】年間約20名のストーマ造設を行った患者のうち、炎症性腸疾患(以下IBDと省略)の患者に対して、退院後にストーマ外来利用を勧めているが、有効利用できておらず、治療の際に皮膚障害を悪化させている患者が散見される。現状を把握するためアンケートを実施、対策を検討したので報告する。

【対象と方法】IBDでストーマ造設(過去10年)をした患者22名に対して1皮膚障害の有無、2皮膚障害時の対処方法、3今後定期的なストーマ外来受診の必要性の有無についてアンケート調査を行った。【結果】1皮膚障害有17/22(85%)、びらん12名、痒み8名、痛み3名、発赤2名、出血2名、2自己対処したが13/22(76%)、ストーマ外来に相談4/22(24%)、3今後定期受診は必要ないと思っているが11/22(55%)。【考察】IBD患者の場合、多くが若年であり仕事をしながらの治療となり時間が取れず自己対応となりがちであり、ストーマ外来を利用せず個人での対応で悪化させている患者がいた。定期的な観察が必要であるが、内科へ転科となりストーマ外来と連携が取れず利用できていない現状がある。そのため退院後1年間は定期的な受診計画と受診の目安をパンフレットで指導、患者会での啓発活動やメール相談を促し、何か問題が生じたときに自発的に外来を利用し、早期対応できるようにしていきたい。

## S S-21 「らしく」から「らしさ」へのストーマ外来

福西会病院

○城戸光代、岩永美幸、桑原由美子、藤田理恵、岸知加、平田美津江、谷村修

ストーマ外来を運営する為には、人、物、時間の確保に大変な労力を必要とする。近年のストーマ外来は、術前から術後の継続的視点に基づいたトータルケアを必要としていることは周知の通りである。従って、ストーマリハビリテーションを円滑に実践するための専門的知識と技術、さらに患者の心身の準備状況を把握した介入が重要不可欠となる。今回、私達は予期せぬ出来事に適応していく患者に向き合うために観察、情報収集、情報の理解と共有が常に必要と考え、院内外との連携を図ったので報告する。

## S S-22 継続的なストーマケア充実への取り組み

光晴会病院

○江上樹蘭、岩谷裕貴、中野千鶴、中村敦史、山本なぎさ、上田美紀、長谷砂月

【はじめに】今回、ストーマカルテの書式見直しと、スタッフ指導を実施した結果、ストーマケアチーム活動を通して見えてきた課題をここに報告する。【結果】記録場面の見本を3例準備し、勉強会を実施。また、記録時間短縮と前回の指導内容確認のため、患者の手技を三段階評価するチェックシートを作成し、簡易的に患者の自立度を把握できるようにした。ストーマカルテ記録が以前より入力しやすくなったという意見が35.3%、以前と変わらないが52.9%。記録時間短縮に繋がったという意見が23.5%、変わらないが64.7%。情報共有しやすくなったという意見が47.0%であった。【考察】ストーマチームからスタッフに対する一方的な指導だけでなく、スタッフの意見を取り入れながら、情報共有のために必要な内容を簡潔明瞭に記載することが今後の課題になると考える。記録時間短縮につながったスタッフが少数いるなかで、変わらないと感じるスタッフが過半数おり、ストーマカルテ改訂・チェックシート作成による時間短縮は不十分であった。次回のセルフケア指導に繋げる必要事項を記録することは、必要だと思われる。カルテ見直し・勉強会を実施したことで、約半数が情報共有しやすくなり、患者へのストーマセルフケア指導向上に繋がったと考える。

## S S-23 ストーマセルフケアにおけるフォローアップの重要性

公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院  
クオリティマネジメントセンター スキンケア部門<sup>1</sup>、  
公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院 医局<sup>2</sup>、  
公益社団法人 福岡医療団 千鳥橋病院 看護部<sup>3</sup>

○山崎治<sup>1</sup>、横山裕士<sup>2</sup>、増野賢一<sup>3</sup>、吉本和代<sup>3</sup>、宮瀬裕也<sup>3</sup>、山下恵<sup>3</sup>、神矢珠美<sup>3</sup>、岩本洋子<sup>3</sup>、中島健策<sup>3</sup>、武智翔太<sup>3</sup>

【目的】皮膚・排泄ケア認定看護師としてストーマケアの実践・指導を行った中で、セルフケアが確立しているために、QOL向上が見込める情報提供・指導が難渋した事例を経験したため、報告を行う。【方法】関わったストーマ造設患者に対し、セルフケア指導の際の年齢や社会的役割を確認し、振り返りを実施した。【結果】フォローが不十分であったという意見が多く聞かれた。また、他施設でのストーマ造設患者がストーマ外来の閉鎖や患者自身の移動で中断した事例があった。【考察】ストーマリハビリテーション基礎と実際において、ストーマ外来の意義と役割は「適切な時期に適切な身体的・精神的・社会的支援する場」と記載されている。加齢に伴うセルフケア不足や体型/生活様式の変化への対応が入院を機に問題が顕在化し、対応した。フォローアップ体制がなければ新たな情報提供が出来ず、独自のストーマケアになる危険性を理解した。今回の経験を活かし、院内職員とともに、ストーマケア活動の発展に尽力していきたい。

## S S-24 皮膚障害を生じたストーマ管理困難な患者のケアの継続性 ～診療情報共有ネットワークシステムを利用して～

長崎大学病院

○田島純子、戸北正和

【はじめに】何らかの理由で自分では装具交換できず、訪問看護師がストーマケアを実施している患者は少なくない。今回、化学療法中のダブルストーマの患者がストーマ周囲に皮膚障害を生じた事例を通し、訪問看護師との連携のあり方を検討したので報告する。【事例紹介】50歳台男性。直腸癌で結腸ストーマ造設、4カ月後に膀胱浸潤があり回腸導管を造設した。要支援2で装具交換は訪問看護師が週2回実施していた。【経過】回腸導管の面板貼付部に潰瘍を形成し、管理困難になったことでストーマ外来を受診した。皮下に瘻孔や排膿もみられ、潰瘍部の処置が毎日必要となるが、巧緻力の低下もあり一人で処置は困難な状況であった。そこで、訪問看護師へケア方法の伝達を行い、介入回数も調整してもらった。伝達には電話でのやり取りの他、診療情報共有ネットワークシステムの「あじさいネット」を活用し、ストーマケア記録も共有した。1週間後、潰瘍は縮小傾向で、結腸ストーマ周囲の皮膚びらんも改善し化学療法も予定通り実施できた。【考察】訪問看護師との連携の手段として、あじさいネットの活用はタイムリーに情報共有ができる有効な方法であったが不十分な点もある。今後、より円滑な伝達のツールとして活用できるよう繋げていきたいと考える。

## S S-25 オストメイト支援アプリ「オストメイトまもるモン（仮称 旧：熊本モデル）」の進捗報告 3

大腸肛門病センター高野病院 外科

○福永光子、佐伯泰愼、田中正文、福岡湧介、伊禮靖苗、高野正太、山田一隆

【目的】熊本地震の経験から、災害時にオストメイトへの支援をスムーズに行うために、オストメイトの被災状況等を把握し、これに基づいて効果的な支援計画の立案と実践、支援物資・情報の管理と提供を行うシステム構築が必要と考え、熊本県在住オストメイト等へのアンケート調査を行い、この結果を元にオストメイト支援アプリ「オストメイトまもるモン（仮称）」を開発し、この進捗を報告してきた。今回、運用を開始するために行っている対策と結果、今後の見通しについて報告する。【アプリの開発状況】LINE アプリとして開発し、機能をシンプルにしてスリム化：1) 幅広い年代層で使用されているアプリで、画面構成や操作方法が概ね一定で、抵抗感が少ない。2) 独立したアプリとして開発した際に必要な APPLE や Google によるアプリ承認工程が省略できる。3) 個人情報扱うため、セキュリティレベルの高いクラウドサーバーを使用する必要があるが、機能を真に必要なものに絞ることによって、運用コストを節約。【導入に向けての課題】安定した運用のための資金獲得：3年間の運用資金獲得を目指して、2022/6/17～7/29 で、医療系クラウドファンディングを行った。結果は本会で報告する。

## S S-26 オンラインを活用した研修の実際 -九州 SR 講習会「総合討論」の試み-

福岡国際医療福祉大学<sup>1</sup>、大分岡病院<sup>2</sup>、諫早総合病院<sup>3</sup>、小倉記念病院<sup>4</sup>、くるめ病院<sup>5</sup>

○高木良重<sup>1</sup>、芦田幸代<sup>2</sup>、大畑直子<sup>3</sup>、三木浩司<sup>4</sup>、荒木靖三<sup>5</sup>

【はじめに】COVID-19 の影響で九州 SR 講習会を県ごとに開催し、実習と総合討論は集合教育を行った。総合討論では Zoom で各県をつないで実施した。【目的】総合討論における準備から当日までの過程を振り返り、ストーマ基礎教育を行う上での基礎資料とする。【方法】資料作成にあたり、担当者間で話し合った内容や準備した資料の特徴を整理し、工夫点や事例検討する上での気づきを抽出した。【結果】事例展開は、術前、術直後、社会復帰後の 3 つの段階とし、情報整理、問題点の抽出、計画立案を挙げた。運営の都合上、従来に比べて時間配分が短かった。オンラインでの発言となることを想定し、各段階での検討内容を 2～3 項目に絞った。担当者との連絡調整は、Zoom やメールでの会議を複数回行った。また、事例や当日の進め方については実行委員にも報告し相談した。【考察】オンラインという初の試みであり、資料の提示においてディスカッション内容や解説の要点を再考した。参加者の実践能力向上につながるために、臨床で活かせる具体的なケア内容を挙げることができた。開催前より、各県の実行委員と情報共有することで、当日の Zoom 配信やグループワークが円滑にすんだ。

# 協賛企業一覧

## 共催セミナー

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 / 武田薬品工業株式会社  
中外製薬株式会社 / 株式会社ホリスター / ミヤリサン製薬株式会社

## 企業展示

株式会社アムコ / アルケア株式会社  
株式会社大塚製薬工場 / ケーシーアイ株式会社  
コプロラスト株式会社 / コンバテックジャパン株式会社  
スミス・アンド・ネフュー株式会社 / テルモ株式会社  
ながさき地域医療人材支援センター / 日本ストライカー株式会社  
株式会社ホリスター ダンサック営業本部 / 株式会社ホリスター ホリスター営業本部  
株式会社メディコン / リブズメッドジャパン株式会社 / 株式会社渡辺商会

## 広告掲載

旭化成ファーマ株式会社 / EA ファーマ株式会社  
エーザイ株式会社 / オリンパスマーケティング株式会社  
カーディナルヘルス株式会社 / 科研製薬株式会社  
株式会社キシヤ / くらき医院 / 医療法人 光晴会病院  
コヴィディエンジャパン株式会社 / ジェイドルフ製薬株式会社  
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 / 大鵬薬品工業株式会社  
株式会社ツムラ / テレフレックスメディカルジャパン株式会社  
株式会社長崎ムトウ / 医療法人 ながた大腸肛門クリニック  
日本イーライリリー株式会社 / 日本化薬株式会社 / 医療法人福田ゆたか外科医院  
富士フィルムメディカル株式会社 / メルクバイオフーマ株式会社  
持田製薬株式会社 / 持田ヘルスケア株式会社 / 山下医科器械株式会社

## 寄附

アイティーアイ株式会社 / インテュイティブサージカル合同会社  
正晃株式会社 / 第一三共株式会社  
株式会社テクノ・スズタ / 株式会社ミズ

(五十音順 2022年8月25日現在)

第 47 回日本大腸肛門病学会九州地方会  
第 38 回九州ストーマリハビリテーション研究会  
プログラム・抄録集

---

発行日：2022 年 9 月 5 日

会 長：江口 晋  
(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻  
移植・消化器外科学 教授)

事務局：長崎大学大学院医歯薬学総合研究科  
医療科学専攻 移植・消化器外科学  
TEL：095-819-7316 FAX：095-819-7319

肛門外科 消化器内科



# くろき医院

院長 黒木 政 純

## 診療内容

痔核・痔瘻・裂肛の根治手術、日帰り手術  
痔核硬化療法（ジオン注）

大腸内視鏡検査、内視鏡的大腸ポリープ切除術

〒857-0051 長崎県佐世保市浜田町2-10

TEL (0956) 22-8765 / FAX (0956) 22-0891

E-mail: anocolo1@globe.ocn.ne.jp

Home-page: <http://www.tmsg.jp/kuroki/>

検診は大切な命を守る第一歩です

あなたの大切な人のために

定期的に検診を受けましょう



診療科目：外科・乳腺外科・内科・消化器内科・肛門外科

各種検診：胃がん検診（内視鏡検査）  
大腸がん検診（内視鏡検査・検便検査）  
肺がん検診（レントゲン検査）  
乳がん検診（マンモグラフィ検査・エコー検査）  
特定健診・健康診断・人間ドック

当院はデジタルマンモグラフィ検診施設画像認定施設です

医療法人 **福田ゆたか外科医院**

医師 福田 豊 福田 大輔 松尾 聡 秋葉 順容

長崎市浜口町3番5号 ☎095 (848) 7151

<http://www.fukudayutaka-geka.or.jp>



医療法人

# 光晴会病院

理事長 大坪 俊夫 病院長 岡田 和也

〒852-8053 長崎市葉山1丁目3番12号

TEL : 095-857-3533(代表) FAX : 095-857-2572

<http://www.kouseikai.org/> [info@kouseikai.org](mailto:info@kouseikai.org)

令和4年10月より大腸・肛門病センター開設予定

内科  
消化器内科  
循環器内科  
神経内科  
外科  
泌尿器科  
心臓血管外科  
リウマチ科  
リハビリテーション科  
糖尿病内科  
呼吸器内科  
腎臓内科  
肛門外科  
  
各種検診  
(人間ドック・  
生活習慣病検診)

 肛門外科  胃腸内科



医療法人

## ながた 大腸 肛門 クリニック

院長 長田 康彦

日帰り  
手術

- 痔核手術硬化療法(四段階注射法)
- 痔核根治手術
- 大腸ポリープ切除術
- 経鼻胃内視鏡検査
- 大腸内視鏡検査

〈診療時間〉 午前9:00～午後1:00  
午後2:30～午後6:00  
休診日…日・祝日、木・土の午後

# ☎095-818-5375

長崎市江戸町5-14月香園ビル5F 中央橋バス停 肥後銀行うら  
さらに詳しいご案内は <http://www.nagata-clinic.com>

駐車場有り

抗悪性腫瘍剤 抗ヒEGFR<sup>※2</sup> モノクローナル抗体

薬価基準収載

アービタックス<sup>®</sup> 注射液 100mg

セツキシマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品<sup>※1</sup>

注1) 注意—医師等の処方箋により使用すること  
注2) EGFR: Epidermal Growth Factor Receptor (上皮細胞増殖因子受容体)

ERBITUX<sup>®</sup>  
CETUXIMAB



● 効能又は効果、用法及び用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元

メルクバイオファーマ株式会社

〒153-8926 東京都目黒区下目黒1-8-1アルコタワー 4F  
[資料請求先]メデイカル・インフォメーション (TEL) 0120-870-088

アービタックスおよびERBITUXは  
イムクロンエルエルシーの商標です。

2019年5月作成 ERBMCRC-0419-0119

ERBITUX<sup>®</sup>  
CETUXIMAB

MERCK



## Argyle™ Fukuroi Micro Needle Port Silver Type

一般的名称 : 長期的使用注入用挿込みポート  
販売名 : マイクロニードル ポート  
医療機器承認番号 : 22600BZX00459000  
クラス分類 : IV 高度管理医療機器

  
Cardinal Health™

お問い合わせ先  
カーディナルヘルス株式会社  
Tel : 0120-917-205  
cardinalhealth.jp

© 2022 Cardinal Health. All Rights Reserved.  
CARDINAL HEALTH、Cardinal Healthロゴ、ESSENTIAL TO CAREはCardinal Healthの商標又は登録商標です。



## 大腸・肛門疾患治療剤 ラインナップ

痔疾患《内服》治療剤 薬価基準収載

### ヘモナーゼ配合錠

プロメライン・トコフェロール酢酸エステル配合剤  
HEMONASE tablet

内痔核硬化療法剤 薬価基準収載

### ジオン<sup>®</sup>注 生食液付 無痛化剤付

硫酸アルミニウムカリウム水和物・タンニン酸注射液

ZIONE<sup>®</sup> INJECTION・INJECTION/LIDOCAINE

【創薬】処方箋医薬品（注意・医師等の処方箋により使用すること）

痔疾治療剤 薬価基準収載

### ヘモポリゾン軟膏

大腸菌死菌・ヒドロコルチゾン配合軟膏

HEMOPORIZON ointment

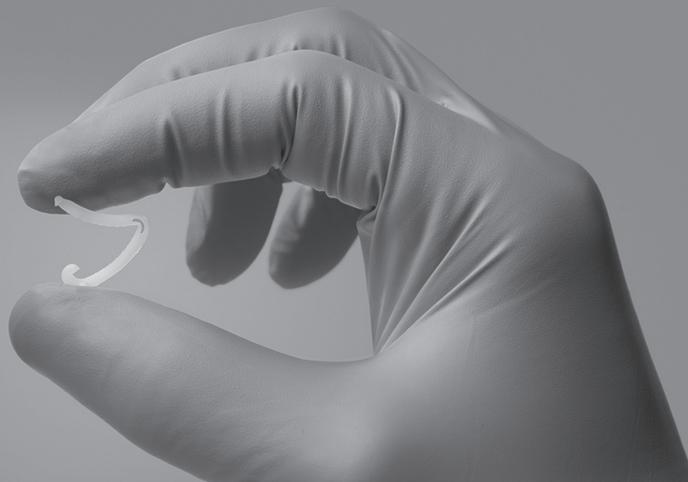
※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、各製品添付文書をご参照ください。

ジェイドルフ製薬株式会社  
滋賀県甲賀市土山町北土山2739

資料請求先 ジェイドルフ製薬株式会社 営業本部 学術部  
大阪府守口市日吉町2丁目5番15号  
06-7507-2532

2020年4月作成

# WECK



Weck

## Hem-o-lok

Polymer Locking Ligation System

販売名：Hem-o-lok クリップ 一般的名称：体内用結さつクリップ  
JMDNコード：35649000 医療機器承認番号：22400BZX00383000  
クラス分類：Ⅲ（高度管理医療機器）

テレフレックスメディカルジャパン株式会社

〒163-0805 東京都新宿区西新宿 2-4-1 新宿 NSビル 5階

カスタマーサービス TEL：0570-055-160 E-mail：infojapan@teleflex.com

# Teleflex

Teleflex、Teleflexのロゴ、WeckおよびHem-o-lokは、米国またはその他の国におけるTeleflex Incorporatedまたはその関係会社の商標または登録商標です。  
ご使用に際しては、製品に付属の添付文書をよくお読みの上、正しくお使いください。取扱い製品および使用等は予告なしに変更することがあります。  
© 2021 Teleflex Incorporated. 無断複写・複製・転載を禁じます。TMU-2056

## EAファーマは消化器の スペシャリティ・ファーマです

薬価基準収載

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

慢性便秘症治療薬

**モビコール® 配合内用剤**

MOVICOL®

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

プロトンポンプ阻害剤

**パリエット®**

錠 5mg  
錠 10mg  
錠 20mg

(ラベプラゾールナトリウム製剤) www.pariet.jp

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

本製品に包装されている個々の製剤を単独、もしくは本製品の効能・効果以外の目的で使用しないこと。また、用法・用量のとおり、同時に服用すること。

ヘリコバクター・ピロリ除菌治療剤

**ラベキュアパック400・800**

(ラベプラゾールナトリウム錠、アモキシシリン水和物錠、日本薬局方クラリスロマイシン錠)

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

本製品に包装されている個々の製剤を単独、もしくは本製品の効能・効果以外の目的で使用しないこと。また、用法・用量のとおり、同時に服用すること。

ヘリコバクター・ピロリ除菌治療剤

**ラベファイン® パック**

(ラベプラゾールナトリウム錠、アモキシシリン水和物錠、日本薬局方メトロニドゾール錠)

胃炎・胃潰瘍治療剤

日本薬局方 テラレノンカプセル

**セルベックス® カプセル 50mg**

**セルベックス® 細粒 10%**

(テラレノン製剤)

胃炎・潰瘍治療剤

**マースレン® S 配合顆粒**

マースレン® 配合錠 0.375ES

マースレン® 配合錠 0.5ES

マースレン® 配合錠 1.0ES

(アズレンスルホン酸ナトリウム水和物・L-グルタミン製剤)

創薬・処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

グルカゴン（遺伝子組換え）製剤

**グルカゴン Gノボ® 注射用 1mg**

Glucagon G Novo 1mg

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

胆汁酸トランスポーター阻害剤

**ゲーフィス錠 5mg**

GOOFICE® [エロピキシソット水和物錠]

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

潰瘍性大腸炎治療剤

**レクタブル® 2mg 注腸フォーム14回**

RECTABUL® 2mg (アデニン2注腸フォーム剤)

生物由来製剤 創薬 処方箋医薬品®

ヒト型抗ヒトTNFαモノクローナル抗体製剤

**ヒュミラ®**

皮下注射用アダリママブ（遺伝子組換え）製剤

HUMIRA

成分栄養剤

**エレンタール® 配合内用剤**

ELENTAL®

新生児・乳幼児用成分栄養剤

**エレンタールP® 乳幼児用配合内用剤**

ELENTAL® P

分枝鎖アミノ酸製剤

日本薬局方

インロイシン・ロイシン・バリン顆粒

**リバクト® 配合顆粒**

LIVACT®

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

経口腸管洗浄剤

**モビプレップ® 配合内用剤**

MOVIPREP®

排便機能促進剤

日本薬局方 ビサコソル坐剤

**テレミンソフト® 坐薬 2mg**

**テレミンソフト® 坐薬 10mg**

●効能・効果、用法・用量、警告・禁忌・原則禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

販売情報提供活動に関するご意見および資料等につきましては下記にご連絡・ご請求ください。

EAファーマ株式会社 ぐすり相談室  
〒104-0042 東京都中央区入船二丁目1番1号  
フリーダイヤル 0120-917-719



EAファーマ株式会社  
東京都中央区入船二丁目1番1号

2019年11月作成  
ALL-D04N-B52-AT

## FUJIFILM

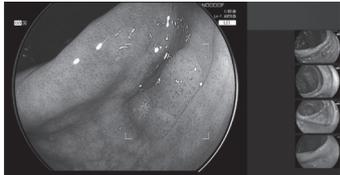
Value from Innovation

# AIが見つめる、内視鏡検査の未来

CAD EYEとは富士フィルムの内視鏡診断支援機能のブランド名称です。膨大な臨床データから深層学習(Deep Learning)を活用して開発。内視鏡検査における病変の検出と鑑別をサポートします。

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

検出支援モード



大腸ポリープの可能性がある領域を検出し、その結果を内視鏡画像に重ねてリアルタイムにモニターに表示します。

鑑別支援モード



大腸ポリープが腫瘍性または非腫瘍性である可能性を推定し、リアルタイムに推定結果をモニターに表示します。非拡大のスクリーニング検査から拡大観察まで鑑別を支援します。推定している内視鏡画像内の位置をポジションマップとして表示します。



「ヒトがAI技術と共創する」  
富士フィルムはその先を見据える

機能拡張ユニット EX-1

EX-1にプログラムをインストールすることで様々な機能をご提供します。

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

**EW10-EC02**

病変検出支援機能 疾患鑑別支援機能

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

**EW10-SC01**

静止画記録 動画記録 ネットワーク機能

一般的名称：疾患鑑別用内視鏡画像診断支援プログラム  
販売名：内視鏡検査支援プログラム EW10-EC02  
承認番号：312000050000280000 JANコード：4547410438635



内視鏡画像診断支援システム





hbc  
human health care

## 患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。  
病氣とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。  
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、  
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。  
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。  
病氣を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。  
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

Trastuzumab BS



NK  
Speciality, Biosimilar & Generic

抗HER2ヒト化モノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤 生物由来製品・処方箋医薬品\* 薬価基準収載

**トラスツズマブ<sup>®</sup> BS点滴静注用 60 mg「NK」**

**トラスツズマブ<sup>®</sup> BS点滴静注用 150 mg「NK」**

トラスツズマブ(遺伝子組換え)【トラスツズマブ後続1】製剤

Trastuzumab BS for I.V. Infusion 60mg・150mg「NK」 \*注意—医師等の処方箋により使用すること

日本化薬 医薬品情報センター  
0120-505-282 (フリーダイヤル)  
日本化薬 医療従事者向け情報サイト  
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

製造販売 (資料請求先)  **日本化薬株式会社**  
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

'20.10 作成

※効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

# 永久に人の仕事。 見えないけれど、たいせつなこと。

医療技術は、日進月歩で進化しています。

それに応えるため、山下医科器械も深化し

企業として、また人として、

ベストを尽すと同時にベストを更新したい。

いかに器械や薬が発達しても、

医療を支えるのは、人間なのですから。

## 山下医科器械株式会社

[福岡本社]

〒812-0027

福岡県福岡市博多区下川端2番1号 10F

TEL 092-402-2950 FAX 092-402-2963

[長崎支社]

〒852-8107

長崎県長崎市浜口町12-19

TEL 095-844-3171 FAX 095-844-3174

**yamashita**  
TOTAL MEDICAL SUPPORT

Seprafilm  
ADHESION BARRIER



承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

癒着防止吸収性バリア

# セプラフィルム®

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 禁忌・禁止を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) **バクスター株式会社**  
東京都中央区晴海一丁目8番10号

発売元  
[文献請求先]  
及び問い合わせ先



**科研製薬株式会社**

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8  
医薬品情報サービス室

JP-AS30-200100 V1.0  
SPF04CP (2021年3月作成)



**抗悪性腫瘍剤**

劇薬、処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

**ロンサーフ® 配合錠 T15**  
**Lonsurf® combination tablet T15・T20**

トリフルリジン・チピラシル塩酸塩配合錠

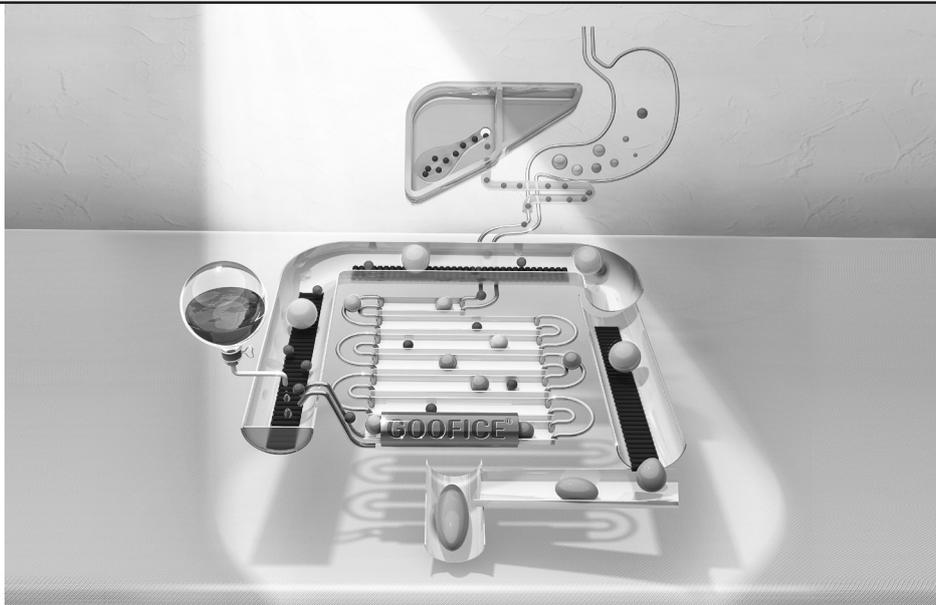
薬価基準収載

効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書をご参照ください。

製造販売元 

文献請求先及び問い合わせ先  
**大鵬薬品工業株式会社**  
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27  
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

2020年10月作成



処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

**胆汁酸トランスポーター阻害剤** 薬価基準収載

**ゲーフィス®錠5mg**  
**GOOFICE®**

[エロビキシバット水和物錠]

製造販売元

 **EAファーマ株式会社**  
東京都中央区入船二丁目1番1号

販売(文献請求先及び問い合わせ先)

 **持田製薬株式会社**  
東京都新宿区四谷1丁目7番地  
TEL.0120-189-522(くすり相談窓口)

●効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

2020年9月作成 (N5)

# 気になる菌やニオイを洗ってスッキリ コラージュフルフル石鹸シリーズ

ダブルの抗菌成分配合！

抗真菌(抗カビ)成分  
ミコナゾール  
硝酸塩

カビの増殖を抑制



殺菌成分

細菌の増殖を抑制



ストーマ  
周辺皮膚の  
洗浄に

コラージュフルフル  
泡石鹸 医薬部外品

販売名：コラージュフルフル泡石鹸c

150mL 1,980円(税込)※

300mL 2,530円(税込)※

210mL (つめかえ用) 1,518円(税込)※

<効能・効果> 皮膚の清浄・殺菌・消毒、体臭・汗臭及びニキビを防ぐ

低刺激性

無香料

無色素

弱酸性  
人の皮ふと同じ

パッチテスト済み\*

## 洗浄後の保湿に！

肌の3大保湿因子様成分を  
バランスよく配合

セラミド  
様成分

天然  
保湿因子  
様成分

皮脂  
類似成分

コラージュD  
メディパワー  
保湿ジェル 医薬部外品

販売名：コラージュDメディパワー  
保湿ジェルa

150mL 3,080円(税込)※

のびがよく、べたつかず  
しっとり感が持続

低刺激性 | 無色素 | 防腐剤(パラベンなど)無添加  
パッチテスト済み\*



\* すべての方に皮ふ刺激がないわけではありません ※ 価格はメーカー希望小売価格

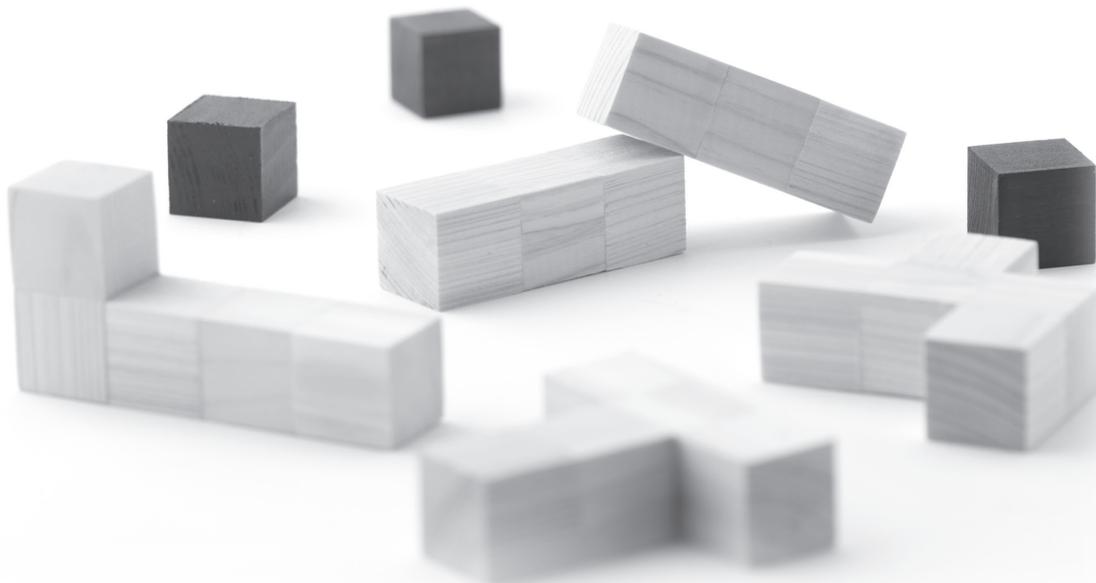
※ご使用上の注意をよく読んでお使いください。  
資料サンプルのご請求は右記へご連絡ください。

持田ヘルスクエア株式会社  
東京都新宿区西台本村町2番12号  
0120-01-5050  持田製薬グループ

# AsahiKASEI

## Creating for Tomorrow

昨日まで世界になかったものを。



旭化成ファーマ株式会社



生薬には、  
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。  
医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (審)

福岡から九州の地に、  
100年の歴史ある信頼の  
医療をお届けします。



本社所在地 福岡県福岡市東区松島1丁目41番21号

TEL 092 - 622 - 8000 (代表) FAX 092 - 623 - 1313

URL <http://www.kishiya.co.jp/>

拠点一覧

本社(福岡)・福岡西・北九州・飯塚・久留米・  
佐賀・長崎・大村・熊本・大分・鹿児島・鹿屋・  
宮崎・都城・在宅福祉サポートセンター

 明日を拓く総合医療商社  
株式会社 **キシヤ**

医療機器販売事業

- 01 総合営業  
専門営業  
新規開業・病院建替事業  
クラウドサービス事業

02 SPD事業 (院内物流管理システム)

SPD事業

03 福祉事業

ストーマ・障がい給付サービス

04 その他

アメリカン・エクスプレスのビジネス・カード  
アスクル  
施設基準管理システム「iMedy」



# CYRAMZA<sup>®</sup>

(ramucirumab)

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗VEGFR-2<sup>注</sup> モノクローナル抗体  
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品\*

**サイラムザ<sup>®</sup>** 点滴静注液 100mg  
点滴静注液 500mg

CYRAMZA<sup>®</sup> Intravenous Injection ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液

注) VEGFR-2: Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2(血管内皮増殖因子受容体2)

\*注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告、禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

PP-RB-JP-3817  
2020年12月作成

製造販売元〈資料請求先〉  
日本イーライリリー株式会社

Lilly Answers リリーアンサーズ  
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口  
0120-360-605(医療関係者向け)  
受付時間: 月~金 8:45~17:30

Lilly

# OLYMPUS

STMSが、手術を変える

SONICBEAT

THUNDERBEAT

製造販売元：オリンパスメディカルシステムズ株式会社

販売名	医療機器番号
サージカル ティッシュ マネージメント システム	22500BZX00335000
サンダービート タイプX	23000BZX00055000
高周波焼灼電源装置 ESG-400	22500BZX00336000

## Surgical Tissue Management System

バイポーラエネルギーと超音波エネルギーを同時出力可能な、世界で唯一のエネルギーデバイス、THUNDERBEAT。超音波凝固切開装置の機能を研ぎ澄ました、新世代超音波エネルギーデバイス、SONICBEAT。多彩なモードやエフェクト機能を搭載した、高機能電気メス、ESG-400。

複数のエネルギーシステムを統合したSTMSが、さまざまな診療科、さまざまな術式をサポートします。

オリンパスマーケティング株式会社

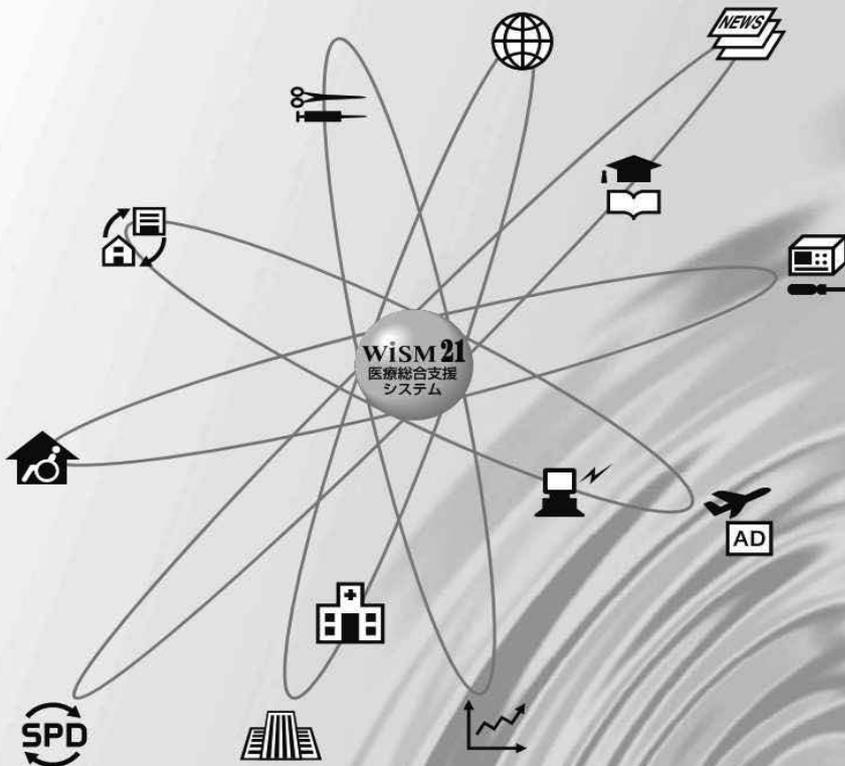
[www.olympus.co.jp](http://www.olympus.co.jp)



**WiSM 21** ウィズム21  
ムトウの医療総合支援システム

**WiSM 21は、21世紀の医療をトータルでサポートし、お客様のニーズと共に成長するシステムです。**

病院の近代化が進むなか、取り巻く環境が厳しさを増しつつある医療施設において、WiSM 21は医療の変化に対応すべく、お客様のためにご用意させていただいた医療総合支援システムです。必要な時に必要なシステムを選び、ご利用ください。



- 医療・理化学機器の販売・アフターフォロー
- 最新医療情報の提供
- 医療機器の設置・メンテナンス・保守契約
- 学会イベントの企画・運営
- 旅行・広告代理
- 情報システムの提案・開発
- 経営分析・診断・改善
- 資金計画・償還計画・物件調査及び建築
- 大型プロジェクトコンサルティング
- SPDシステム
- 在宅医療・福祉
- 通信販売
- 貿易

## 総合医療機器商社 WiSM 株式会社 ムトウ

取扱品目 医療機器・理化学機器・ME機器・病院設備・放射線機器  
メディカルコンピューター・貿易業務・歯科機器・福祉機器・介護用品

- ㈱ムトウ 札幌本社 〒001-0011 札幌市北区北11条西4丁目1番15号 TEL 011-746-5111  
 ㈱ムトウ 福岡事業本部 〒812-0044 福岡県福岡市博多区千代4丁目29番27号 TEL 092-641-8161  
 事業所：小倉支店、筑豊支店、飯塚支店、久留米支店、大川支店、大牟田支店、佐賀支店、唐津支店
- 【関係会社】
- ㈱田吹ムトウ 本社 〒870-0851 大分県大分市大石町5丁目3番2号 TEL 097-549-6622  
 事業所：別府営業部、大分北支店(宇佐)、大分南支店(佐伯)
- ㈱長崎ムトウ 本社 〒850-0034 長崎県長崎市榊島町9番28号 TEL 095-823-1166  
 事業所：佐世保支店
- ㈱メディカル・アプライアンス 本社 〒861-5525 熊本県熊本市北区徳王2丁目8番68号 TEL 096-352-6600  
 事業所：宮崎支店、延岡支店、鹿児島支店
- ㈱八尾ムトウ 本社 〒860-8580 熊本県熊本市中央区本荘5丁目10番26号 TEL 096-371-3322  
 事業所：八代支店、菊池支店、天草営業所
- ㈱横尾器械 本社 〒890-0033 鹿児島県鹿児島市西別府町2941-27 TEL 099-281-2611  
 事業所：霧島支店、鹿屋支店、川内支店、大島支店、延岡支店、都城支店、宮崎支店
- ㈱沖縄-ムトウ 本社 〒901-2125 沖縄県浦添市仲西1丁目22番9号 TEL 098-870-1156  
 事業所：中頭支店

<http://www.wism-mutoh.co.jp/>

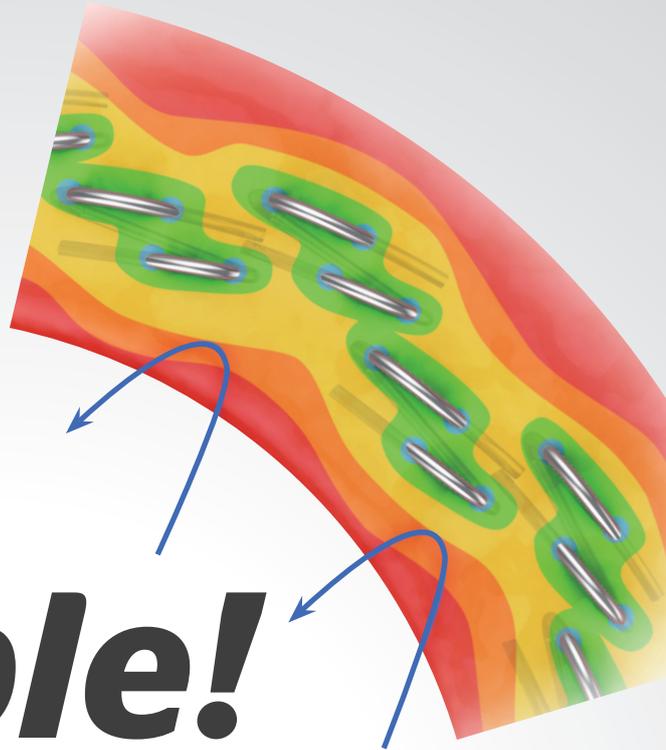
ストーマ用品全般 取扱い

WiSM 株式会社 **長崎ムトウ**

TEL  
長崎本社 095-823-1166  
佐世保支店 0956-37-1120



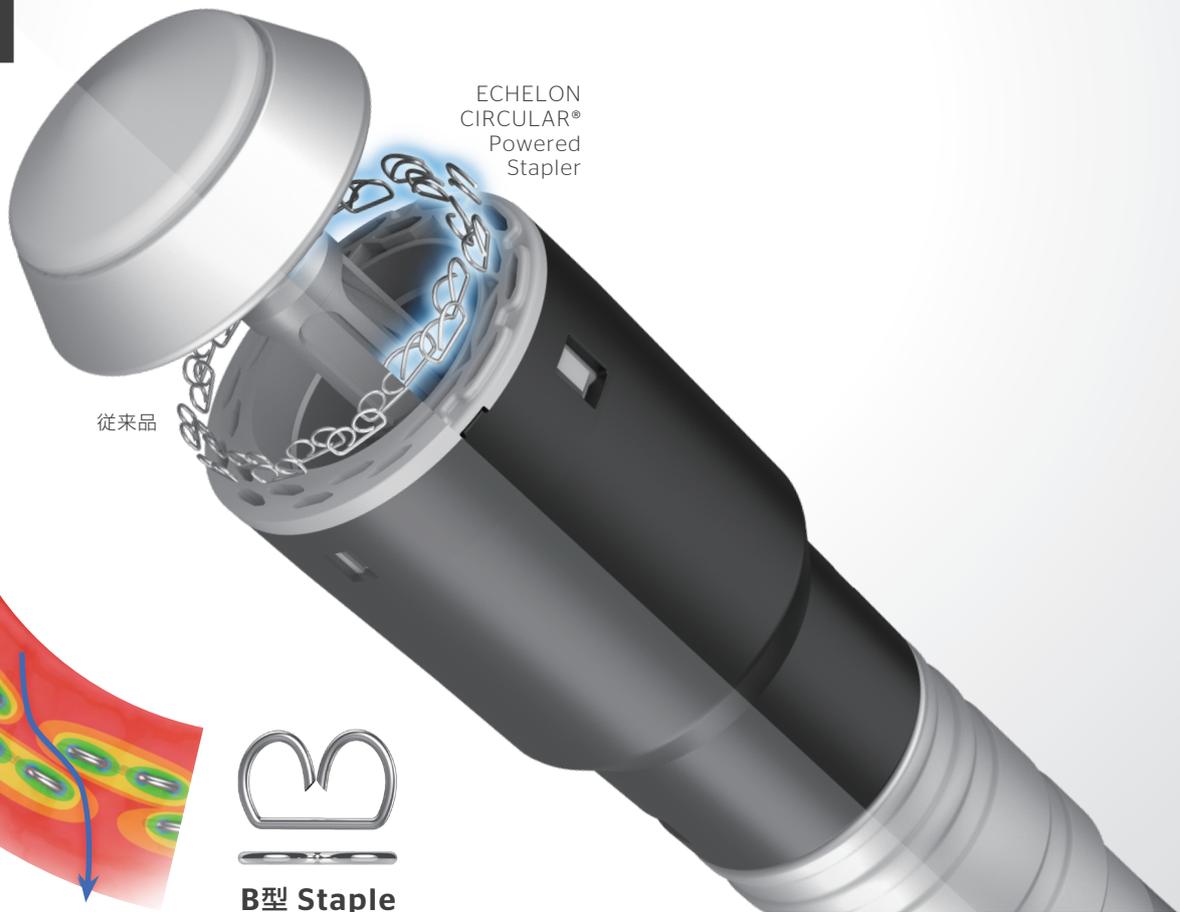
3D Staple



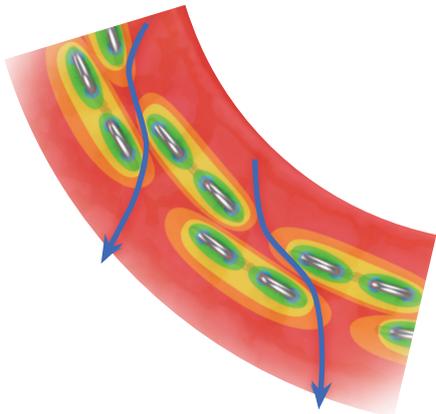
# 3D Staple!

# 2D ↗

ECHELON CIRCULAR® Powered Stapler



従来品



B型 Staple

## ECHELON CIRCULAR® Powered Stapler 『耐圧』と『柔軟性』を両立したPowered Circular

**ETHICON**  
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカルカンパニー 〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号  
高度管理医療機器 販売名：エシエロン サーキュラー パワードステイプラー 承認番号：30100BZX00156000  
高度管理医療機器 販売名：プロキシメイト ILS 承認番号：21900BZX00879000

172772-210404  
©J&JKK 2021