

015-13

当センターにおけるInterval appendectomyの検討

日本赤十字社和歌山医療センター 外科

○^{せきおか}関岡 ^{あきのり}明憲、上野 剛平、東出 靖弘、置塩 裕子、川口 直、萩原 健、山田 晴美、上村 良、横山 智至、桑原 道郎、岡本 大輔、一宮 正人、宇都宮裕文、宇山 志朗、加藤 博明

【はじめに】膿瘍合併した急性虫垂炎に対する治療方針は今まで多くの検討がなされてきたが、確立されたものはない。緊急手術では拡大手術への移行や術後合併症発生の可能性が高いことから、近年では保存的加療により炎症を鎮静化させた後、虫垂切除を行うinterval appendectomy (以下IA)の有効性が報告されている。

【対象】当センターで2012年5月～2013年5月に膿瘍合併急性虫垂炎に対して、緊急手術を施行した15例 (Emergency appendectomy, 以下EA)とIAを行った7例を対象とした。手術時間、出血量、在院日数、合併症発生率、保険点数についてEA群とIA群で比較検討した。手術時間(min, 119 vs 70, p=0.04)、術後在院日数(7 vs 3, p=0.004)、で有意にIA群で優れていた。出血量、保険点数に関しては有意差を認めなかった。合併症はEA群で33%(5/15)、IA群で14%(1/7)となり、IA群で少ない傾向が見られた。

【考察と結語】膿瘍合併急性虫垂炎では、保存的加療を先行することにより、緊急手術と比較して膿瘍の消失・癒着の軽減化が見られ、拡大手術や術後合併症を減少できる可能性が示唆された。

015-14

皮膚筋炎、間質性肺炎経過中に発症した多発大腸癌の外科的切除の一例

さいたま赤十字病院 外科

○^{よこた}横田 ^{てつお}哲生、仲田真一郎、横山 元昭、登内 昭彦、吉留 博之

症例は71歳の女性。1990年に皮膚筋炎、間質性肺炎発症しプレドニゾロン5mg、アザチオプリン50mg内服し当院内科にて経過観察中であった。2013年2月より下痢が続いており精査を行ったところ、下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に半周性の80mm大の1型病変(生検にてGroup IV 高分化adenocarcinoma)および盲腸底部に40mm大の2型病変(生検にてGroup V Mucinous adenocarcinoma)認め、S上結腸癌および盲腸癌の診断となり手術目的に当科紹介受診となった。腹部造影CTでは回盲部およびS状結腸に造影効果を伴う腫瘍性病変を認め、S上結腸病変は一部膀胱浸潤が示唆された。胸部CTでは両下肺野を中心にスリガラス状病変を認め、一部線維化を伴っており非特異性間質性肺炎を認めた。高度混合性肺障害を認めたが血液ガス上酸素化は良好であり耐術可能と判断し手術を行った。術式はS状結腸切除、回盲部切除、D3郭清、膀胱部分切除、小腸部分切除を施行した。病理組織学的検査の結果はS 2型 83×78mm SI(膀胱) N0(0/8) H0 P0 M0 StageII、C 2型 47×39mm SE N0(0/13) H0 P0 M0 StageIIであった。周術期の免疫抑制剤は術前3日前より内服中止とし術後4日目より内服再開。ステロイドに関してはプレドニゾロン5mg静注/日は継続しつつ、術当日を加えてヒドロコルチゾンによるステロイドカバールを3日間投与を行った。術後、創感染および麻痺性イレウスを認めたもののその他合併症なく、原疾患の増悪も認めず経過良好のため退院となった。皮膚筋炎は悪性腫瘍と合併する頻度が高いと報告されているが大腸癌合併の頻度は少ない。また、悪性腫瘍に間質性肺炎を合併する皮膚筋炎の頻度は有意に低いと報告されている。今回、皮膚筋炎・間質性肺炎に続発した多発大腸癌という稀少な症例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

015-15

XELOXによる術前化学療法がかなり有効であった進行直腸癌の1例

名古屋第一赤十字病院 一般外科

○^{たけうち}竹内 ^{えいじ}英司、宮田 完志、湯浅 典博、後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、服部 正興、井村 仁郎、河合奈津子、小林 智輝、張 丹、浅井宗一郎、岩瀬まどか、山下 浩正、浅井 悠一、清水 大輔、加藤 哲朗

症例は、58歳女性、下血にて近医受診し、精査目的のため当院を紹介受診した。大腸内視鏡検査にて肛門縁から5cmから8cmに半周性の2型腫瘍を指摘され、病理組織学的検査では、中分化腺癌と診断された。造影CTでは、直腸壁の肥厚と傍直腸リンパ節の腫大を認めたが、遠隔転移は指摘できなかった。注腸造影X線写真では、下部直腸に後壁を中心とした半周性の2型直腸癌を認めた。以上より、cA cN1 cStage3aと診断し、十分な外科的切離線の確保と、腫瘍縮小効果による肛門温存を確実にするために、オキサリプラチンをday1に170mgを経静脈投与とカペシタピンをday1からday14まで、2400mg/dayの内服投与、その後1週間休薬によるXELOX療法を初回は、入院で施行し、以後は、外来にて行った。副作用としては、grade1の嘔気とgrade1の末梢神経障害と、grade1の白血球減少を認めたが、治療は予定通り継続でき、4コース施行した。終了後の大腸内視鏡検査では、肛門縁から8cmに浅い潰瘍を認めたが、生検組織検査にては、悪性細胞は認めなかった。4コース終了から1カ月後に手術を施行した。D2リンパ節郭清を伴うDSTによる低位前方切除術を施行した。Covering ileostomyは造設しなかった。摘出標本では、1.5cmの浅い潰瘍に変化していた。術後は経過良好で、術後10日目に退院となった。病理組織学的には、固有筋層内に腫瘍細胞をわずかに認めたが、リンパ節には、異形細胞は認めなかった。病理組織学的判定は、grade2で、pMP, pNo, pStage1であった。術後1カ月後から、XELOXを4コース追加治療し、現在再発を認めていない。

015-16

腹膜播種からストーマ造設した患者の受容過程～フィンク危機モデルの活用～

八戸赤十字病院 看護部

○^{うらたま}浦田真里子、羽入 祐哉、山野内博見

近年、悪性新生物疾患の患者数が増加してきている。その中でも大腸がん患者数も増加傾向にあり、がんの進行や再発、転移によるイレウスでストーマを造設する事例も少なくない。排泄機能の喪失や排便場面が直接見えることで受けるボディイメージの変容は、患者に葛藤を生じさせ、精神的苦痛も大きく与えることになる。そのため、ストーマを造設した患者に対してのストーマケアのみならず、身体面を含めた精神的な援助が必要となる。そこで、フィンクの危機モデルにはない防衛的退行と承認の段階の交错期を作成し考察してみた。防衛的退行の段階と承認の段階は、合併症やきっかけとなる事象により一喜一憂する時期であるため、その症状に早期に対応していくことや段階を進んでいくための事象を見逃さないことが大切である。また承認の段階での不安に対し、キーパーソンを含めて解決策を模索することが、適応の段階に進むために必要不可欠であった。そして患者がどの段階にあるのかを把握すること、その段階に適応した対応をとることが重要である。今回、胃がん再発から大腸転移に至り、ストーマ造設を余儀なくされた患者の受け入れから退院までの関わりを通し、その受容過程を振り返ってみた。フィンクの危機モデルを使用し分析し、ストーマ造設をした患者の心理過程を明らかにし、今後の看護場面に生かしたいと考え、本研究に取り組んだ。