

# 第182回 東北外科集談会

## 第108回 日本胸部外科学会東北地方会

## 第40回 日本血管外科学会東北地方会

## 第97回 日本小児外科学会東北地方会

会 期

2022年9月24日 土

開催形式

ハイブリッド開催

会 場

- ◆ 福島医療機器開発支援センター
- ◆ Webオンライン配信

当番世話人

木村 隆

福島県立医科大学  
外科研修支援担当 教授

FUKUSHIMA



第182回 東北外科集談会  
第108回 日本胸部外科学会東北地方会  
第 40 回 日本血管外科学会東北地方会  
第 97 回 日本小児外科学会東北地方会

## 当番世話人挨拶

福島県立医科大学  
外科研修支援担当 教授

当番世話人 木村 隆



この度、令和4年秋の第182回東北外科集談会、第108回日本胸部外科学会東北地方会、第40回日本血管外科学会東北地方会、第97回日本小児外科学会東北地方会の当番世話人を務めさせていただくことになりました。ご参加される先生方にとりまして有意義な会となりますように福島県立医科大学外科学部門の7つの講座・診療科(心臓血管外科、消化管外科、肝胆膵・移植外科、呼吸器外科、乳腺外科、小児外科、甲状腺・内分泌外科)が協力して鋭意準備を進めております。

本会は182回という長い歴史を持ち、若手外科医の発表を中心に学術的な議論を交わすとともに、東北地方の外科医が交流を図るという大切な役割を果たしてまいりました。また、研修医や医学生が、先輩指導医との発表準備や小旅行を兼ねた現地での発表を通して、外科を進路に選ぶきっかけとなる大切なイベントでもありました。

今回は特別講演のテーマを「外科教育」といたしました。講師にこの分野で国際的に活躍されている北海道大学の倉島庸先生をお招きして我が国と国際的な外科医学教育の現状についてご講演を賜ります。また、演題の募集カテゴリーに「外科の教育、研修、トレーニング、リクルート」という項目を設けさせていただきました。各施設の取り組みをご発表いただき情報共有の場となることを期待しています。

会場のふくしま医療機器開発支援センターはアニマルトレーニングを始めとした各種手術トレーニングの設備を備えています。せっかくの機会ですので参加される研修医、医学生に手術を体験してもらうためのハンズオントレーニングを企画しています。奮ってご参加いただければ幸いです。

今後の新型コロナの感染状況が予測できないためハイブリット開催で準備を進めていますが、会員の先生方にはぜひとも現地に足をお運びいただき、WEBでは難しい闊達なディスカッションができることを切に願っております。演題発表へのご応募、本会へのご参加のほど、何卒よろしく願い申し上げます。

# ご参加・ご発表に関するお知らせとお願い

本会は日本医師会生涯教育講座の指定を受けています。  
単位取得ご希望の方は、運営事務局までご連絡ください。

## ◆ 参加者の皆様へ ◆

### 【参加申込について】

＜参加登録の Web 受付＞ 9 月 23 日（金・祝）迄

※お早めに参加登録をお済ませいただきますようご協力の程お願いいたします。

※座長・演者の方は開催 1 週間前迄に参加登録を行っていただきますようお願いいたします。

※学生の参加費は無料となります。（研修医・院生は除く）

参加登録時に学籍番号を明記してください。

※日本胸部外科学会会員の方は参加費が免除となります。

参加登録時に会員番号を明記してください。

※参加登録はホームページの『参加登録』のページもしくは右記の QR コードよりお申込ください。



▲参加登録はこちらから

- 1) ホームページの『参加登録』ページで、該当する参加区分の参加申込フォームから参加登録を行ってください。
- 2) ＜一般参加の場合＞
  1. 参加登録後、一般参加の方は決済ページに移行しますので、クレジット決済にて参加費のお支払いをお願いいたします。  
銀行振込ご希望の方は、お手数ですが運営事務局までメールにてご連絡いただきますようお願いいたします。
  2. 決済後、オンラインでの参加される際に必要な専用視聴ページの ID とパスワードを発行いたします。  
※学生（研究医・院生は除く）・日本胸部外科学会会員（会員番号掲示者）の場合は、参加登録後、オンラインでの参加時に必要な専用視聴ページの ID とパスワードを発行いたします。
- 3) オンラインで参加される方は発行されました ID とパスワードにて学会当日、ホームページからご参加ください。

### 【学会当日オンラインでの視聴について】

- ・ホームページに掲載しています「オンラインでの視聴マニュアル」をご覧ください。



▲視聴マニュアルはこちらから

### 【学会当日会場での視聴について】

- ・学会当日、受付にて参加登録の確認をさせていただきますので、受付までお越しくください。（受付の位置は P5 の＜会場案内図＞をご参照ください。）  
参加登録の確認ができましたら、ネームカードをお渡しいたしますので、会場内ではネームカードを首から下げて、ご移動いただきますようお願いいたします。

## ◆ 演者の方へ ◆

【スライド発表または口演時間】 症例報告 < 5分 > 討論 < 2分 >

### 【学会当日の発表について】

- ・当日の発表につきましてはホームページの「発表者の皆様へ」をご覧ください。



▲発表についてはこちらから

### 【学会当日の視聴について】

- ・当日の視聴につきましてはホームページに掲載しています「視聴マニュアル」をご覧ください。



▲視聴マニュアルはこちらから

## ◆ その他 ◆

### 【クロークについて】

- ・会場内にクロークはご用意しておりませんので、お荷物の管理は各自でお願いいたします。

### 【抄録集について】

- ・当日、抄録集が必要な場合には、会場の受付で1冊につき500円にて販売いたします。

### 【領収証・参加証について】

- ・領収証・参加証は参加費の決済後に領収証のPDFをメールにてお送りいたします。

※尚、参加登録完了・参加費の決済完了後のお知らせ、領収証のメールは下記アドレスからお送りいたしますので、下記アドレスからのメールを受信できるよう設定をお願いいたします。

<領収証、登録・決済完了配信用アドレス> noreply@payvent.net

## ◆ 問い合わせ先 ◆

第182回東北外科集談会  
第108回日本胸部外科学会 東北地方会  
第40回日本血管外科学会 東北地方会  
第97回日本小児外科学会 東北地方会

【事務局】岡山 洋和  
〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地  
福島県立医科大学 外科研修支援担当

**TEL:024-547-1265**

<東北外科集談会 運営事務局>

株式会社小田原企画

〒983-0024 宮城県仙台市宮城野区鶴巻1丁目22-63

TEL:022-388-8322 FAX:022-388-8205

☆東北医学会雑誌購入希望の方は下記までご連絡ください。

<連絡先> 〒980-8575 仙台市青葉区星陵町2-1

東北大学医学部内 東北医学会雑誌事務局(1号館1階)

TEL 022-717-8181, 8182 / FAX 022-271-3774

## 開催概要

日時 2022年9月24日(土) 8:20～17:25

開催形式 ハイブリッド開催

会場 ふくしま医療機器開発支援センター

〒963-8041 福島県郡山市富田町字満水田 27番8 TEL:024-954-3504

第1会場 2F 大研修室

第2会場 2F 小研修室1

当番世話人 木村 隆 (福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授)

事務局 〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地 TEL:024-547-1265

第182回東北外科集談会

第108回日本胸部外科学会東北地方会

第40回日本血管外科学会東北地方会

第97回日本小児外科学会東北地方会

事務局:岡山 洋和

## 会場アクセス



### 車をご利用の場合 駐車場

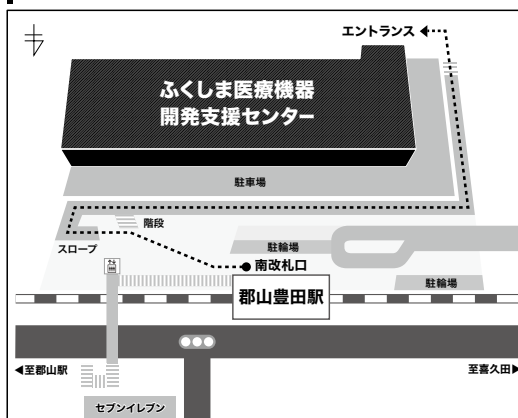


- 郡山駅から…約10分
- 東北自動車道 郡山インターから…約10分

※センター南側からのみお越しいただけます。  
※センター北側(郡山富田駅側)からは、お車で越しいただくことはできません。

※仮設住宅周辺は近隣住民への配慮のため、20km/h以下に減速しての走行をよろしくお願致します。

### 電車をご利用の場合 最寄駅(郡山富田駅)からのアクセス

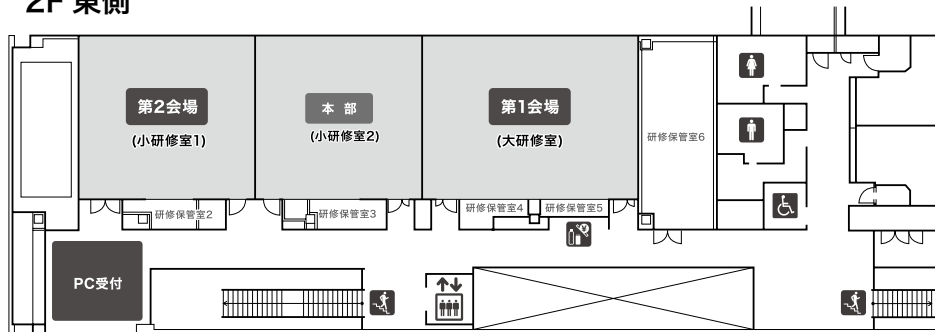


- 郡山駅から郡山富田駅(磐越西線)…約4分

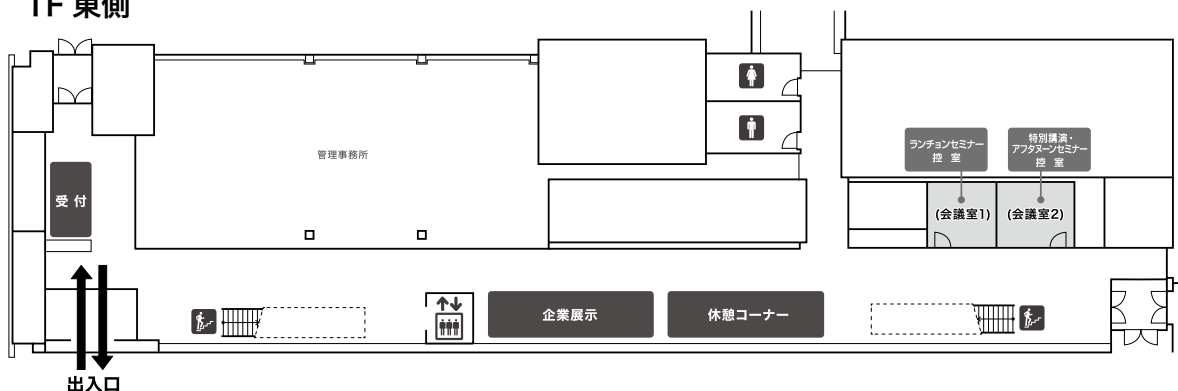
※郡山富田駅南口改札を出て左にお進みください。  
センター北側の壁つたいに歩道を道なりにお進みいただき、センター南側のエントランスよりお入りください。

## 会場案内図

### 2F 東側



### 1F 東側



#### 特別講演 【2F東側：第1会場(大研修室)】

11:10～11:55	共催：株式会社朝日ラバー
-------------	--------------

#### ランチョンセミナー 1 【2F東側：第1会場(大研修室)】

12:05～13:05	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 【2F東側：第2会場(小研修室1)】

12:05～13:05	共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
-------------	------------------------

#### アフタヌーンセミナー 【2F東側：第2会場(小研修室1)】

14:45～15:35	共催：中外製薬株式会社
-------------	-------------

#### 企業展示 【1F東側：エレベーター付近】

8:20～17:25	共催：株式会社朝日ラバー、株式会社ケイ・エス・エム、株式会社 NAKANO、福島県医療福祉機器産業協議会、ふくしま医療機器開発支援センター
------------	---

## 特別講演 -----

時 間 11:10～11:55

会 場 第1・2会場（各会場にて同時配信）

テーマ 「若手外科医教育の実践とサイエンス」

座 長：木村 隆 先生（福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授）

講 師：倉島 庸 先生（北海道大学 消化器外科II/クリニカルシミュレーションセンター 准教授）

共 催：株式会社朝日ラバー

## ランチョンセミナー1 -----

時 間 12:05～13:05

会 場 第1会場

テーマ 「Fusion Surgery ロボット手術の現状と今後の展望」

座 長：小嶋 一幸 先生（獨協医科大学 上部消化管外科 主任教授）

演 者：布部 創也 先生（がん研有明病院 胃外科 部長）

絹田 俊爾 先生（竹田総合病院 診療部長）

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 -----

時 間 12:05～13:05

会 場 第2会場

テーマ 「心臓外科医が教える止血の極意」

座 長：内田 徹郎 先生（山形大学医学部 外科学第二講座 教授）

演 者：真鍋 晋 先生（国際医療福祉大学成田病院 心臓外科 教授）

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

## アフタヌーンセミナー -----

時 間 14:45～15:35

会 場 第1会場

テーマ 「肺癌治療における遺伝子検査の意義とテセントリクの使い方」

座 長：鈴木 弘行 先生（福島県立医科大学 呼吸器外科学講座 主任教授）

演 者：中川 拓 先生（大曲厚生医療センター 呼吸器外科 診療部長）

共 催：中外製薬株式会社

# 学会日程

	第1会場 2F東側 大研修室	第2会場 2F東側 小研修室1
8:00	8:20~8:25 <b>開会式</b>	
9:00	8:30~9:05 <b>【外】腫瘍</b>	8:30~9:05 <b>【外】ヘルニア</b>
	9:07~9:49 <b>【外】小腸・大腸1</b>	9:07~9:49 <b>【胸】大血管・末梢血管1</b>
10:00	9:51~10:26 <b>【外】小腸・大腸1</b>	9:51~10:26 <b>【胸】大血管・末梢血管2</b>
	10:28~11:03 <b>【外】膵臓・胆道</b>	10:28~11:03 <b>【胸】大血管・末梢血管3</b>
11:00	11:10~11:55 <b>特別講演</b> 講 師：倉島 庸 先生【北海道大学 消化器外科II/クリニカルシミュレーションセンター 准教授】 (共催：株式会社朝日ラバー)	
12:00	12:05~13:05 <b>ランチョンセミナー1</b> (共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)	12:05~13:05 <b>ランチョンセミナー2</b> (共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)
13:00	13:15~13:57 <b>【外】食道・胃・十二指腸</b>	13:10~13:59 <b>【小】小児</b>
14:00	14:00~14:35 <b>【外】肝臓</b>	14:02~14:44 <b>【胸】心臓 先天性心疾患</b>
15:00	14:45~15:35 <b>アフタヌーンセミナー</b> (共催：中外製薬株式会社)	14:47~15:29 <b>【胸】心臓 大血管</b>
16:00	15:40~16:29 <b>【胸】肺</b>	15:32~16:28 <b>【胸】心臓 開心術・一般</b>
17:00	16:32~17:07 <b>【外】乳腺・内分泌</b>	16:31~17:13 <b>【外】救急・周術期・合併症管理</b>
	17:15~17:25 <b>閉会式</b>	
18:00		



# 演題発表順

## 第1会場

セッション時間	セッション	演者番号	登録番号	氏名
8:30~9:05	【外】腫瘍	001	10013	高間 朗
		002	10021	村田 賢祐
		003	10027	長谷川 喬彦
		004	10068	佐藤 弘隆
		005	10069	大関 篤
9:07~9:49	【外】小腸・大腸1	006	10045	森 友輔
		007	10001	佐井 康真
		008	10003	二見 徹
		009	10015	大森 一徹
		010	10024	前村 公也
		011	10025	陳 夢格
9:51~10:26	【外】小腸・大腸2	012	10026	窪木 大生
		013	10049	草間 大輔
		014	10056	岡田 悠希
		015	10058	向井 將登
		016	10062	佐々木 嵩洋
10:28~11:03	【外】膵臓・胆道	017	10004	伊藤 明伸
		018	10037	力山 真樹
		019	10048	佐藤 直樹
		020	10055	菅原 良太
		021	10007	中嶋 真弓
13:15~13:57	【外】食道・胃・十二指腸	022	10033	丸山 大貴
		023	10059	野崎 崇
		024	10072	川又 崇弘
		025	10067	熊谷 健太
		026	10071	亀山 優真
		027	10053	中野 拓馬
14:00~14:35	【外】肝臓	028	10022	目谷 有紗陽
		029	10031	森谷 茜
		030	10043	岩間 楓
		031	10044	山口 大輝
		032	10073	笠井 大貴
15:40~16:29	【胸】肺	033	20000	鈴木 潤
		034	20013	丸谷 慶将
		035	20015	榎田 会生
		036	20008	川島 萌
		037	20002	松井 雄介
		038	20012	渡辺 光
		039	20022	實野 和澄
16:32~17:07	【外】乳腺・内分泌	040	10014	山口 歩子
		041	10016	岩渕 圭一郎
		042	10030	管野 由佳
		043	10012	原田 柚子
		044	10010	木村 一憲

## 第2会場

セッション時間	セッション	演者番号	登録番号	氏名
8:30~9:05	【外】ヘルニア	045	10002	長谷川 繁生
		046	10008	土佐 太朗
		047	10011	小山 香奈美
		048	10050	赤森 洋太
		049	10070	牧 歩
9:07~9:49	【血】大血管・末梢血管1	050	10000	近内 政美
		051	10028	角浜 孝行
		052	10029	須藤 響子
		053	10036	齋藤 大樹
		054	10038	糸川 凜
9:51~10:26	【血】大血管・末梢血管2	055	10039	鈴木 大貴
		056	10040	木村 俊作
		057	10041	村田 賢祐
		058	10042	今村 優紀
		059	10046	和田 卓也
10:28~11:03	【血】大血管・末梢血管3	060	10052	桐生 健太郎
		061	10054	渡邊 崇人
		062	10061	高木 大地
		063	10064	五十嵐 亘
		064	10066	堀江 祐紀
13:10~13:59	【小】小児	065	10018	堀田 明敬
		066	10006	町野 翔
		067	10009	山形 健基
		068	10017	鷺原 佳帆
		069	10032	角田 圭一
14:02~14:44	【胸】心臓 先天性心疾患	070	10057	滝口 和暁
		071	10065	齋藤 奏絵
		072	10023	丹場 太陽
		073	20003	永田 恵実
		074	20007	正木 直樹
14:47~15:29	【胸】心臓 大血管	075	20010	山崎 志穂
		076	20011	西村 洋樹
		077	20016	高原 慎太郎
		078	20009	武富 龍一
		079	20005	大谷 将之
15:32~16:28	【胸】心臓 開心術・一般	080	20014	于 在強
		081	20019	田林 東
		082	20021	神山 信樹
		083	20023	湯田 健太郎
		084	20024	板垣 吉典
		085	20026	石澤 愛
		086	20001	田子 竜也
		087	20004	赤沼 利奈
16:31~17:13	【外】救急・周術期・合併症管理	088	20017	桐生 健太郎
		089	20018	大場 栄一
		090	20020	神山 信樹
		091	20025	高木 大地
		092	20006	大山 達也
		093	10047	浦田 風
		094	10034	平野 直大
		095	10035	中村 香織
		096	10051	五十嵐 至
		097	10060	上野 智史
		098	10063	荒井 岳史

# 座長一覽

## 【第1会場】

8:30~9:05	腫瘍	座長 福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科学講座 助教	佐藤 直哉
9:07~9:49	小腸・大腸1	座長 東北医科薬科大学 消化器外科 助教	三浦 智也
9:51~10:26	小腸・大腸2	座長 福島県立医科大学 消化管外科学講座 助教	小野澤 寿志
10:28~11:03	膵臓・胆道	座長 弘前大学 消化器外科 講師	木村 憲央
13:15~13:57	食道・胃・ 十二指腸	座長 石巻赤十字病院 一般外科 副部長	新妻 展近
14:00~14:35	肝臓	座長 岩手医科大学 外科学講座 教授	新田 浩幸
15:40~16:29	肺	座長 福島県立医科大学 呼吸器外科学講座 講師	岡部 直行
16:32~17:07	乳腺・内分泌	座長 秋田大学医学部附属病院 乳腺・内分泌外科 講師	寺田 かおり

【第2会場】

8:30~9:05	ヘルニア	座長 福島県立医科大学会津医療センター 外科学講座 講師	添田 暢俊
9:07~9:49	大血管・ 末梢血管 1	座長 秋田大学 心臓血管外科 医員	和田 卓也
9:51~10:26	大血管・ 末梢血管 2	座長 岩手医科大学 心臓血管外科 教授	金 一
10:28~11:03	大血管・ 末梢血管 3	座長 山形大学医学部 外科学第二講座 助教	水本 雅弘
13:10~13:59	小児	座長 福島県立医科大学附属病院 小児外科 講師	清水 裕史
14:02~14:44	心臓 先天性心疾患	座長 弘前大学医学部附属病院 呼吸器外科・心臓血管外科 診療講師	小渡 亮介
14:47~15:29	心臓 大血管	座長 東北医科薬科大学 心臓血管外科 講師	皆川 忠徳
15:32~16:28	心臓 開心術・一般	座長 東北大学大学院医学系研究科 外科病態学講座 心臓血管外科 助教	伊藤 校輝
16:31~17:13	救急・周術期・ 合併症管理	座長 山形大学医学部 外科学第一講座 助教	岡崎 慎史

# 演者番号一覧

演者番号	登録番号	せい 姓	めい 名
001	10013	たかま 高間	あきら 朗
002	10021	むらた 村田	けんゆう 賢祐
003	10027	はせがわ 長谷川	たかひこ 喬彦
004	10068	さとう 佐藤	ひろたか 弘隆
005	10069	おおざき 大関	あつし 篤
006	10045	もり 森	ゆうすけ 友輔
007	10001	さい 佐井	やすなお 康真
008	10003	ふたみ 二見	とおる 徹
009	10015	おおもり 大森	いってつ 一徹
010	10024	まえむら 前村	きみや 公也
011	10025	ちん 陳	めいかく 夢格
012	10026	くぼき 窪木	だいき 大生
013	10049	くさま 草間	だいすけ 大輔
014	10056	おくだ 岡田	ゆうき 悠希
015	10058	むかい 向井	まさと 将登
016	10062	ささき 佐々木	たかひろ 嵩洋
017	10004	いとう 伊藤	あきのぶ 明伸
018	10037	りきやま 力山	なおき 真樹
019	10048	さとう 佐藤	なおき 直樹
020	10055	すがわら 菅原	りょうた 良太
021	10007	なかじま 中嶋	まゆみ 真弓
022	10033	まるやま 丸山	ひろき 大貴
023	10059	のぞき 野崎	しゅう 崇
024	10072	かわまた 川又	たかひろ 崇弘
025	10067	くまがい 熊谷	けんた 健太
026	10071	かめやま 亀山	ゆうま 優真
027	10053	なかの 中野	たくま 拓馬
028	10022	めや 目谷	あさひ 有紗陽
029	10031	もりや 森谷	あかね 茜
030	10043	いわま 岩間	かえで 楓
031	10044	やまぐち 山口	だいき 大輝
032	10073	かさい 笠井	だいき 大貴
033	20000	すずき 鈴木	じゅん 潤
034	20013	まるや 丸谷	よしゆき 慶将
035	20015	えのきだ 榎田	かいせい 会生
036	20008	かわしま 川島	もえ 萌
037	20002	まつい 松井	ゆうすけ 雄介
038	20012	わたなべ 渡辺	ひかる 光

演者番号	登録番号	せい 姓	めい 名
039	20022	じつの 實野	かずみ 和澄
040	10014	やまぐち 山口	あゆこ 歩子
041	10016	いねぶち 岩渕	けいいちろう 圭一郎
042	10030	かんの 管野	ゆか 由佳
043	10012	はらた 原田	ゆず 柚子
044	10010	きむら 木村	かずのり 一憲
045	10002	はせがわ 長谷川	しげお 繁生
046	10008	とさ 土佐	たろう 太朗
047	10011	おやま 小山	かなみ 香奈美
048	10050	あかもり 赤森	ようた 洋太
049	10070	まさ 牧	あゆむ 歩
050	10000	こんない 近内	まさみ 政美
051	10028	かどはま 角浜	たかゆき 孝行
052	10029	すどう 須藤	きょうこ 響子
053	10036	さいとう 齋藤	だいき 大樹
054	10038	いとかわ 糸川	りん 凜
055	10039	すずき 鈴木	だいき 大貴
056	10040	きむら 木村	しゅんさく 俊作
057	10041	むらた 村田	けんゆう 賢祐
058	10042	いまむら 今村	ゆうき 優紀
059	10046	わだ 和田	たくや 卓也
060	10052	きりゅう 桐生	けんたろう 健太郎
061	10054	わたなべ 渡邊	しゅうと 崇人
062	10061	たかぎ 高木	だいち 大地
063	10064	いがらし 五十嵐	わたる 亘
064	10066	ほりえ 堀江	ゆうき 祐紀
065	10018	ほった 堀田	あきのり 明敬
066	10006	まちの 町野	かける 翔
067	10009	やまがた 山形	けんき 健基
068	10017	すのはら 鷺原	かほ 佳帆
069	10032	かくた 角田	けいいち 圭一
070	10057	たきぐち 滝口	かずあき 和暁
071	10065	さいとう 齋藤	かなえ 奏絵
072	10023	たんば 丹場	ひろあき 太陽
073	20003	ながた 永田	えみ 恵実
074	20007	まさき 正木	なおき 直樹
075	20010	やまざき 山崎	しほ 志穂
076	20011	にしむら 西村	ひろき 洋樹

演者番号	登録番号	せい 姓	めい 名
077	20016	たかはら 高原	しんたろう 慎太郎
078	20009	たけとみ 武富	りゅういち 龍一
079	20005	おおたに 大谷	まさゆき 将之
080	20014	う 于	ざいきよう 在強
081	20019	たばやし 田林	あずま 東
082	20021	こうやま 神山	のぶき 信樹
083	20023	ゆた 湯田	けんたろう 健太郎
084	20024	いたがき 板垣	よしのり 吉典
085	20026	いしざわ 石澤	あい 愛
086	20001	たご 田子	たつや 竜也
087	20004	あかぬま 赤沼	りな 利奈
088	20017	きりゅう 桐生	けんたろう 健太郎
089	20018	おおば 大場	えいいち 栄一
090	20020	こうやま 神山	のぶき 信樹
091	20025	たかぎ 高木	だいち 大地
092	20006	おおやま 大山	たつや 達也
093	10047	うらた 浦田	ふう 風
094	10034	ひらの 平野	なおひろ 直大
095	10035	なかむら 中村	かおり 香織
096	10051	いがらし 五十嵐	いたる 至
097	10060	うえの 上野	さとし 智史
098	10063	あらい 荒井	たけし 岳史

プログラム



# 第1会場（大研修室）

■ 8:20～8:25 開会式

第182回東北外科集談会 当番世話人 木村 隆

(福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授)

■ 8:30～9:05 腫瘍

【座長】 佐藤 直哉

(福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科学講座 助教)

【演者番号】

## 001 化学療法が奏功した原発不明癌の1例(5分)

南相馬市立 総合病院 外科<sup>1)</sup>、公立大学法人 福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科<sup>2)</sup>

○高間 朗<sup>1)</sup>、岩館 学<sup>1)</sup>、月田 茂之<sup>2)</sup>、大平 広道<sup>1)</sup>

【演者番号】

## 002 脱分極型心臓平滑筋肉腫の1例(5分)

弘前大学 大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座<sup>1)</sup>

○村田 賢祐<sup>1)</sup>、小渡 亮介<sup>1)</sup>、佐々木 花恵<sup>1)</sup>、皆川 正仁<sup>1)</sup>

【演者番号】

## 003 発作性心房細動契機に診断された心嚢内気管支原性嚢胞に対し嚢胞摘除術を施行した一例(5分)

岩手県立中央病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○長谷川 喬彦<sup>1)</sup>、神田 桂輔<sup>1)</sup>、赤沼 利奈<sup>1)</sup>、寺尾 尚哉<sup>1)</sup>、高橋 誠<sup>1)</sup>、河津 聡<sup>1)</sup>、小田 克彦<sup>1)</sup>

【演者番号】

## 004 縦隔胚細胞腫瘍と小細胞肺癌が併存した一例(5分)

竹田総合病院<sup>1)</sup>

○佐藤 弘隆<sup>1)</sup>、山浦 匠<sup>1)</sup>、塩 豊<sup>1)</sup>

【演者番号】

## 005 大網由来と考えられた副腎外骨髄脂肪腫の一切除例(5分)

福島労災病院<sup>1)</sup>

○大関 篤<sup>1)</sup>、宮澤 正紹<sup>1)</sup>、山口 大輝<sup>1)</sup>、上野 智史<sup>1)</sup>、松井田 元<sup>1)</sup>、石井 恒<sup>1)</sup>、又吉 一仁<sup>1)</sup>、  
武藤 淳<sup>1)</sup>

■ 9:07～9:49 小腸・大腸1

【座長】 三浦 智也

(東北医科薬科大学 消化器外科 助教)

【演者番号】

## 006 腫瘍出血でOncologic emergencyを呈し、術前動脈塞栓を行い切除した巨大小腸GISTの1例(5分)

福島県立医科大学<sup>1)</sup>

○森 友輔<sup>1)</sup>、佐藤 直哉<sup>1)</sup>、西間木 淳<sup>1)</sup>、月田 茂之<sup>1)</sup>、武藤 亮<sup>1)</sup>、芳賀 淳一郎<sup>1)</sup>、小船戸 康英<sup>1)</sup>、  
石亀 輝英<sup>1)</sup>、木村 隆<sup>1)</sup>、見城 明<sup>1)</sup>、丸橋 繁<sup>1)</sup>

【演者番号】

## 007 低異型度虫垂粘液性腫瘍の穿孔による腹膜偽粘液腫の一例(5分)

仙台市立病院 外科<sup>1)</sup>

○佐井 康真<sup>1)</sup>、笹嶋 秀憲<sup>1)</sup>、岡田 望<sup>1)</sup>、谷内 亜衣<sup>1)</sup>、田島 悠太<sup>1)</sup>、米田 海<sup>1)</sup>、中村 崇宣<sup>1)</sup>、  
久保田 洋介<sup>1)</sup>、瓶子 隆弘<sup>1)</sup>、福田 かおり<sup>1)</sup>、関口 悟<sup>1)</sup>、貝羽 義浩<sup>1)</sup>、寺澤 孝幸<sup>1)</sup>、佐山 淳造<sup>1)</sup>

【演者番号】

## 008 脳性麻痺患者に生じた上行結腸軸捻転の一例(5分)

公立岩瀬病院 外科<sup>1)</sup>

○二見 徹<sup>1)</sup>、岡田 良<sup>1)</sup>、草間 大輔<sup>1)</sup>、齋藤 敬弘<sup>1)</sup>、伊東 藤男<sup>1)</sup>、土屋 貴男<sup>1)</sup>



【演者番号】

**009 直腸癌術後吻合部に梅の種子が嵌頓し閉塞性大腸炎を来した1例(5分)**

公益財団法人 ときわ会 常磐病院<sup>1)</sup>

○大森 一徹<sup>1)</sup>、澤野 豊明<sup>1)</sup>、尾崎 章彦<sup>1)</sup>、黒川 友博<sup>1)</sup>、江尻 友三<sup>1)</sup>、神崎 憲雄<sup>1)</sup>

【演者番号】

**010 早期手術により救命し得た排便後に経肛門の小腸脱出を伴った直腸穿孔の1例(5分)**

仙台オープン病院 消化器外科<sup>1)</sup>

○前村 公也<sup>1)</sup>、有明 恭平<sup>1)</sup>、赤澤 直也<sup>1)</sup>、土屋 朗之<sup>1)</sup>、阿部 友哉<sup>1)</sup>、岡田 恭穂<sup>1)</sup>、  
柿田 徹也<sup>1)</sup>、及川 昌也<sup>1)</sup>、土屋 誉<sup>1)</sup>

【演者番号】

**011 内ヘルニアが一因となったS状結腸軸捻転症に対して手術を施行した一例(5分)**

白河厚生総合病院 外科<sup>1)</sup>

○陳 夢格<sup>1)</sup>、青木 豪<sup>1)</sup>、金原 圭吾<sup>1)</sup>、竹村 真一<sup>1)</sup>、土井 孝志<sup>1)</sup>、大木 進司<sup>1)</sup>

■ 9:51~10:26 小腸・大腸2

【座長】 小野澤 寿志

(福島県立医科大学 消化管外科学講座 助教)

【演者番号】

**012 肛門から脂肪腫が娩出された一例(5分)**

仙台オープン病院<sup>1)</sup>

○窪木 大生<sup>1)</sup>、橘 知睦<sup>1)</sup>、有明 恭平<sup>1)</sup>、土屋 誉<sup>1)</sup>、及川 昌也<sup>1)</sup>、柿田 徹也<sup>1)</sup>、岡田 恭穂<sup>1)</sup>、  
阿部 友哉<sup>1)</sup>、土屋 朗之<sup>1)</sup>、赤澤 直也<sup>1)</sup>

【演者番号】

**013 当院での大腸癌におけるbuddingの予後規定因子としての検討(5分)**

公立岩瀬病院 外科<sup>1)</sup>

○草間 大輔<sup>1)</sup>、岡田 良<sup>1)</sup>、二見 徹<sup>1)</sup>、齋藤 敬弘<sup>1)</sup>、伊藤 藤男<sup>1)</sup>、土屋 貴男<sup>1)</sup>

【演者番号】

**014 S状結腸軸捻転症による低カリウム血症に対し手術を行い改善し得た一例(5分)**

仙台オープン病院 消化器外科<sup>1)</sup>

○岡田 悠希<sup>1)</sup>、有明 恭平<sup>1)</sup>、市川 英孝<sup>1)</sup>、橘 知睦<sup>1)</sup>、阿部 友哉<sup>1)</sup>、岡田 恭穂<sup>1)</sup>、柿田 徹也<sup>1)</sup>、  
及川 昌也<sup>1)</sup>、土屋 誉<sup>1)</sup>

【演者番号】

**015 繰り返す腹痛を伴う移動盲腸による盲腸軸捻転症に対して腹腔鏡手術で治癒した1例(5分)**

東北公済病院 消化器外科<sup>1)</sup>

○向井 将登<sup>1)</sup>、井上 宰<sup>1)</sup>、植松 智海<sup>1)</sup>、堀江 悠太<sup>1)</sup>、植田 治昌<sup>1)</sup>

【演者番号】

**016 検診でのバリウム検査後に下部消化管穿孔を来し、緊急手術を施行した2例(5分)**

津軽保健協同組合 健生病院 外科<sup>1)</sup>

○佐々木 嵩洋<sup>1)</sup>、笹田 大敬<sup>1)</sup>、佐藤 衆一<sup>1)</sup>、境 剛志<sup>1)</sup>、兼田 杏理<sup>1)</sup>、松本 拓真<sup>1)</sup>

■ 10:28~11:03 膵臓・胆道

【座長】 木村 憲央

(弘前大学 消化器外科 講師)

【演者番号】

**017 膵頭部癌に対する膵頭十二指腸切除術で摘出標本から発見された日本住血吸虫症の1例(5分)**

鶴岡市立荘内病院 外科<sup>1)</sup>

○伊藤 明伸<sup>1)</sup>、太田 依璃子<sup>1)</sup>、番場 悠太<sup>1)</sup>、星島 一允<sup>1)</sup>、島田 哲也<sup>1)</sup>、坂本 薫<sup>1)</sup>、白幡 康弘<sup>1)</sup>、  
鈴木 聡<sup>1)</sup>

【演者番号】

**018 長期化学療法後腹腔洗浄細胞診が陰性化しconversion surgeryを施行した膵尾部癌の1例(5分)**

東北大学 消化器外科学<sup>1)</sup>

○力山 真樹<sup>1)</sup>、三浦 孝之<sup>1)</sup>、宮崎 健人<sup>1)</sup>、日下 彬子<sup>1)</sup>、井上 亨悦<sup>1)</sup>、青木 修一<sup>1)</sup>、伊関 雅裕<sup>1)</sup>、堂地 大輔<sup>1)</sup>、中山 瞬<sup>1)</sup>、石田 晶玄<sup>1)</sup>、大塚 英郎<sup>1)</sup>、水間 正道<sup>1)</sup>、中川 圭<sup>1)</sup>、森川 孝則<sup>1)</sup>、亀井 尚<sup>1)</sup>、海野 倫明<sup>1)</sup>

【演者番号】

**019 化学療法が著効しconversion surgeryにより治癒切除を得たStage IV膵癌の1例(5分)**

青森市民病院<sup>1)</sup>

○佐藤 直樹<sup>1)</sup>、原 裕太郎<sup>1)</sup>、浦田 風<sup>1)</sup>、赤石 隆信<sup>1)</sup>、小田切 理<sup>1)</sup>、神 寛之<sup>1)</sup>、中井 款<sup>1)</sup>、加藤 雅志<sup>1)</sup>、川嶋 啓明<sup>1)</sup>、豊木 嘉一<sup>1)</sup>

【演者番号】

**020 当院における外傷性膵損傷6例の検討(5分)**

福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科学講座<sup>1)</sup>

○菅原 良太<sup>1)</sup>、佐藤 直哉<sup>1)</sup>、西間木 淳<sup>1)</sup>、渡邊 淳一郎<sup>1)</sup>、小船戸 康英<sup>1)</sup>、石亀 輝英<sup>1)</sup>、岡田 良<sup>1)</sup>、木村 隆<sup>1)</sup>、見城 明<sup>1)</sup>、丸橋 繁<sup>1)</sup>

【演者番号】

**021 後腹膜血腫による十二指腸狭窄の保存的治療中に急性胆嚢炎を発症した一例(5分)**

みやぎ県南中核病院 外科<sup>1)</sup>

○中嶋 真弓<sup>1)</sup>、武藤 満完<sup>1)</sup>、西條 岳彦<sup>1)</sup>、佐藤 英昭<sup>1)</sup>、益田 邦洋<sup>1)</sup>、上野 達也<sup>1)</sup>、後藤 均<sup>1)</sup>、鈴木 幸正<sup>1)</sup>、後藤 慎二<sup>1)</sup>、宮崎 修吉<sup>1)</sup>

■ 11:10~11:55 特別講演

**テーマ 『若手外科医教育の実践とサイエンス』**

講師：倉島 庸 先生

(北海道大学 消化器外科Ⅱ / クリニカルシミュレーションセンター 准教授)

座長：木村 隆 先生

(福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授)

共催：株式会社朝日ラバー

■ 12:05~13:05 ランチョンセミナー 1

**テーマ 『Fusion Surgery ロボット手術の現状と今後の展望』**

座長：小嶋 一幸 先生 (獨協医科大学 上部消化管外科 主任教授)

演者：布部 創也 先生 (がん研有明病院 胃外科 部長)

絹田 俊爾 先生 (竹田総合病院 診療部長)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

■ 12:05~13:05 ランチョンセミナー 2

会場：第2会場にて

■ 13:15~13:57 食道・胃・十二指腸

【座長】 新妻 展近

(石巻赤十字病院 一般外科 副部長)

【演者番号】

**022 食道ステント留置後の局所進行食道癌に対し安全に鏡視下手術を施行し得た1例(5分)**

東北大学病院 総合外科<sup>1)</sup>

○丸山 大貴<sup>1)</sup>、谷山 裕亮<sup>1)</sup>、佐藤 千晃<sup>1)</sup>、岡本 宏史<sup>1)</sup>、小関 健<sup>1)</sup>、小澤 洋平<sup>1)</sup>、石田 裕嵩<sup>1)</sup>、加藤 伸史<sup>1)</sup>、山内 拓郎<sup>1)</sup>、海野 倫明<sup>1)</sup>、亀井 尚<sup>1)</sup>

【演者番号】

**023 術後早期に再発し再手術を要した食道裂孔ヘルニアの一例(5分)**

秋田大学医学部附属病院 食道外科<sup>1)</sup>

○野崎 崇<sup>1)</sup>、佐藤 雄亮<sup>1)</sup>、脇田 晃行<sup>1)</sup>、長岐 雄志<sup>1)</sup>、煙山 紘平<sup>1)</sup>、笹森 凌平<sup>1)</sup>、南谷 佳弘<sup>1)</sup>

【演者番号】

**024 Upside down stomachを呈した食道裂孔ヘルニアに対する腹腔鏡下修復術施行症例の検討(5分)**

福島県立医科大学 会津医療センター 外科<sup>1)</sup>

○川又 崇弘<sup>1)</sup>、添田 暢俊<sup>1)</sup>、土佐 太郎<sup>1)</sup>、鈴志野 聖子<sup>1)</sup>、齋藤 拓朗<sup>1)</sup>

【演者番号】

**025 Nivolumab 療法でCR となり切除しえた局所進行胃癌の1例(5分)**

秋田大学医学部附属病院 消化器外科<sup>1)</sup>

○熊谷 健太<sup>1)</sup>、中川 康彦<sup>1)</sup>、阿部 ゆき<sup>1)</sup>、佐藤 公彦<sup>1)</sup>、渡邊 剛<sup>1)</sup>、打波 宇<sup>1)</sup>

【演者番号】

**026 腎細胞癌胃転移に対してLEGSを施行した1例(5分)**

弘前大学 医学部 消化器外科<sup>1)</sup>

○亀山 優真<sup>1)</sup>、室谷 隆裕<sup>1)</sup>、横山 拓史<sup>1)</sup>、吉田 枝里<sup>1)</sup>、神田 大周<sup>1)</sup>、袴田 健一<sup>1)</sup>

【演者番号】

**027 COVID-19感染後に発症し治療に難渋した十二指腸潰瘍穿孔の1例(5分)**

大崎市民病院 外科<sup>1)</sup>

○中野 拓馬<sup>1)</sup>、太田 嶺人<sup>1)</sup>、吉田 龍一<sup>1)</sup>、神波 力也<sup>1)</sup>、安齋 実<sup>1)</sup>、小ヶ口 恭介<sup>1)</sup>、福島 啓介<sup>1)</sup>、高橋 一臣<sup>1)</sup>、土田 憲<sup>1)</sup>、中川 紗紀<sup>1)</sup>、昆 智美<sup>1)</sup>、森田 隆之<sup>1)</sup>、加藤 祐実<sup>1)</sup>、伊藤 優太<sup>1)</sup>、篠原 竜哉<sup>1)</sup>

■ 14:00~14:35 肝臓

【座長】 新田 浩幸

(岩手医科大学 外科学講座 教授)

【演者番号】

**028 壊死組織しか認めなかった肝腫瘍の1例 ~起源となる腫瘍は何か~(5分)**

東北医科薬科大学 肝胆膵外科<sup>1)</sup>、東北医科薬科大学 消化器外科<sup>2)</sup>

○目谷 有紗陽<sup>1)</sup>、桜井 博仁<sup>1)</sup>、高見 一弘<sup>1)</sup>、近藤 典子<sup>1)</sup>、山本 久仁治<sup>1)</sup>、辻仲 眞康<sup>2)</sup>、中野 徹<sup>2)</sup>、柴田 近<sup>2)</sup>、片寄 友<sup>1)</sup>

【演者番号】

**029 侵襲性肝膿瘍症候群に対して腹腔鏡下に洗浄ドレナージ及び開窓術を施行した1例(5分)**

みやぎ県南中核病院<sup>1)</sup>

○森谷 茜<sup>1)</sup>、佐藤 英昭<sup>1)</sup>、西條 岳彦<sup>1)</sup>、益田 邦洋<sup>1)</sup>、武藤 満完<sup>1)</sup>、上野 達也<sup>1)</sup>、後藤 均<sup>1)</sup>、鈴木 幸正<sup>1)</sup>、後藤 慎二<sup>1)</sup>、宮崎 修吉<sup>1)</sup>

【演者番号】

**030 術前に肝細胞癌との鑑別が困難であった多発肝血管筋脂肪腫の1例(5分)**

八戸市立市民病院 外科<sup>1)</sup>

○岩間 楓<sup>1)</sup>、吉田 諭<sup>1)</sup>、寺下 芽夏<sup>1)</sup>、盛島 練人<sup>1)</sup>、金井 哲史<sup>1)</sup>、米内山 真之介<sup>1)</sup>、丸山 祥太<sup>1)</sup>、中山 義人<sup>1)</sup>、西村 隆一<sup>1)</sup>、上村 卓嗣<sup>1)</sup>、佐藤 智行<sup>1)</sup>、青木 計績<sup>1)</sup>、水野 豊<sup>1)</sup>

【演者番号】

**031 脾転移を伴った再発肝細胞癌の1切除例(5分)**

福島県立医科大学 医学部 肝胆膵移植外科<sup>1)</sup>

○山口 大輝<sup>1)</sup>、佐藤 直哉<sup>1)</sup>、要 知輝<sup>1)</sup>、土佐 太郎<sup>1)</sup>、西間木 淳<sup>1)</sup>、渡邊 淳一郎<sup>1)</sup>、小船戸 康英<sup>1)</sup>、石亀 輝英<sup>1)</sup>、岡田 良<sup>1)</sup>、木村 隆<sup>1)</sup>、見城 明<sup>1)</sup>、丸橋 繁<sup>1)</sup>

【演者番号】

**032 LenvatinibとTACE併用療法により病理学的完全奏功が得られた肝細胞癌の1例(5分)**

弘前大学 大学院医学研究科 消化器外科学講座<sup>1)</sup>

○笠井 大貴<sup>1)</sup>、石戸 圭之輔<sup>1)</sup>、木村 憲央<sup>1)</sup>、長瀬 勇人<sup>1)</sup>、内田 知顕<sup>1)</sup>、袴田 健一<sup>1)</sup>

■ 14:45～15:35 アフタヌーンセミナー

テーマ 『 肺癌治療における遺伝子検査の意義とテセントリクの使い方 』

座 長：鈴木 弘行 先生（福島県立医科大学 呼吸器外科学講座 主任教授）

演 者：中川 拓 先生（大曲厚生医療センター 呼吸器外科 診療部長）

共 催：中外製薬株式会社

■ 15:40～16:29 肺

【座長】 岡部 直行

（福島県立医科大学 呼吸器外科学講座 講師）

【演者番号】

033 Montage型気管分岐部再建術を施行した腺様嚢胞癌の一切除例（5分）

山形大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児 外科<sup>1)</sup>

○鈴木 潤<sup>1)</sup>、塩野 知志<sup>1)</sup>、渡辺 光<sup>1)</sup>、捧 貴幸<sup>1)</sup>、佐藤 開仁<sup>1)</sup>、松井 雄介<sup>1)</sup>、内田 徹郎<sup>1)</sup>

【演者番号】

034 右同時性多発肺腺癌に対して胸腔鏡下右上葉+S\*区域切除を施行した一例（5分）

福島県立医科大学医学部 呼吸器外科学講座<sup>1)</sup>

○丸谷 慶将<sup>1)</sup>、松村 勇輝<sup>1)</sup>、猪俣 頌<sup>1)</sup>、峯 勇人<sup>1)</sup>、渡部 晶之<sup>1)</sup>、尾崎 有紀<sup>1)</sup>、武藤 哲史<sup>1)</sup>、  
岡部 直行<sup>1)</sup>、鈴木 弘行<sup>1)</sup>

【演者番号】

035 左主気管支浸潤を伴う左下葉肺癌に対する舌区下葉管状切除により肺全摘を回避し得た1例（5分）

山形県立中央病院<sup>1)</sup>

○榎田 会生<sup>1)</sup>、遠藤 誠<sup>1)</sup>、中橋 健太<sup>1)</sup>、中塚 真里那<sup>1)</sup>

【演者番号】

036 悪性リンパ腫に合併した肺硝子化肉芽種症の1例（5分）〔学生〕

福島県立医科大学医学部 呼吸器外科学講座<sup>1)</sup>

○川島 萌<sup>1)</sup>、峯 勇人<sup>1)</sup>、猪俣 頌<sup>1)</sup>、渡部 晶之<sup>1)</sup>、尾崎 有紀<sup>1)</sup>、武藤 哲史<sup>1)</sup>、岡部 直行<sup>1)</sup>、  
松村 勇輝<sup>1)</sup>、鈴木 弘行<sup>1)</sup>

【演者番号】

037 吻合部壊死をきたした永久気管孔に対して縦隔気管孔作成術を行った一例（5分）

山形大学医学部附属病院 外科学第二講座<sup>1)</sup>

○松井 雄介<sup>1)</sup>、佐藤 開仁<sup>1)</sup>、捧 貴幸<sup>1)</sup>、渡辺 光<sup>1)</sup>、鈴木 潤<sup>1)</sup>、塩野 知志<sup>1)</sup>、内田 徹郎<sup>1)</sup>

【演者番号】

038 ジェルポイントを使用したロボット支援下肺葉切除の試み（5分）

山形大学医学部附属病院 外科学第二講座<sup>1)</sup>

○渡辺 光<sup>1)</sup>、鈴木 潤<sup>1)</sup>、捧 貴幸<sup>1)</sup>、佐藤 開仁<sup>1)</sup>、松井 雄介<sup>1)</sup>、安田 佐梨<sup>1)</sup>、塩野 知志<sup>1)</sup>

【演者番号】

039 自然気胸に対する胸腔穿刺脱気法の検討（5分）

竹田総合病院<sup>1)</sup>

○實野 和澄<sup>1)</sup>、塩 豊<sup>1)</sup>、山浦 匠<sup>1)</sup>

■ 16:32～17:07 乳腺・内分泌

【座長】 寺田 かおり

（秋田大学医学部附属病院 乳腺・内分泌外科 講師）

【演者番号】

040 センチネルリンパ節転移診断に術中迅速免疫染色法が有用であった1例（5分）

秋田大学医学部附属病院 乳腺・内分泌外科<sup>1)</sup>、秋田大学医学部附属病院 胸部外科<sup>2)</sup>、  
秋田大学医学部附属病院 病理部<sup>3)</sup>

○山口 歩子<sup>1,2)</sup>、寺田 かおり<sup>1,2)</sup>、南條 博<sup>3)</sup>、高橋 絵梨子<sup>1,2)</sup>、今野 ひかり<sup>1,2)</sup>、森下 葵<sup>1,2)</sup>、  
南谷 佳弘<sup>2)</sup>

#### 041 女性化乳房に合併した男性乳癌の1例(5分)

大曲厚生医療センター 外科<sup>1)</sup>

○岩渕 圭一郎<sup>1)</sup>、荒木 孝明<sup>1)</sup>、安田 有希<sup>1)</sup>、川村 真理<sup>1)</sup>、佐藤 圭佑<sup>1)</sup>、平嶋 倫亮<sup>1)</sup>、  
林 啓一<sup>1)</sup>

#### 042 乳癌術後対側腋窩リンパ節腫大のマネジメント(5分)

福島県立医科大学 医学部 乳腺外科学講座<sup>1)</sup>、星総合病院外科<sup>2)</sup>、

○菅野 由佳<sup>1)</sup>、野田 勝<sup>1)</sup>、東條 華子<sup>1,2)</sup>、阿部 貞彦<sup>1)</sup>、星 信大<sup>1)</sup>、村上 祐子<sup>1)</sup>、岡野 舞子<sup>1)</sup>、  
立花 和之進<sup>1)</sup>、吉田 清香<sup>1)</sup>、大竹 徹<sup>1)</sup>

#### 043 RI法と術中intact-PTHモニタリングを併用し摘出した縦隔内異所性副甲状腺腺腫の1例(5分)

秋田大学胸部外科学講座<sup>1)</sup>

○原田 柚子<sup>1)</sup>、今井 一博<sup>1)</sup>、高嶋 祉之具<sup>1)</sup>、栗原 伸泰<sup>1)</sup>、栗山 章司<sup>1)</sup>、出村 遼<sup>1)</sup>、鈴木 陽香<sup>1)</sup>、  
南谷 佳弘<sup>1)</sup>

#### 044 模型を用いた緊急気管切開トレーニングの試み(5分)

南相馬市立総合病院 研修医<sup>1)</sup>、南相馬市立総合病院 外科<sup>2)</sup>

○木村 一憲<sup>1)</sup>、森田 直希<sup>1)</sup>、岩館 学<sup>2)</sup>、高間 朗<sup>2)</sup>、大平 広道<sup>2)</sup>

■ 17:15~17:25 閉会式

第182回東北外科集談会 当番世話人 木村 隆  
(福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授)

## 第2会場（小研修室1）

■ 8:20～8:25 開会式

第182回東北外科集談会 当番世話人 木村 隆  
(福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授)

■ 8:30～9:05 ヘルニア

【座長】 添田 暢俊

(福島県立医科大学会津医療センター 外科学講座 講師)

【演者番号】

### 045 徒手整復後に局所麻酔で根治手術を施行した閉鎖孔ヘルニアの4例(5分)

山形市立病院 済生館 外科<sup>1)</sup>

○長谷川 繁生<sup>1)</sup>、佐藤 多未笑<sup>1)</sup>、伊藤 想一<sup>1)</sup>、相磯 崇<sup>1)</sup>、高須 直樹<sup>1)</sup>、二瓶 義博<sup>1)</sup>、  
五十嵐 幸夫<sup>1)</sup>、大西 啓祐<sup>1)</sup>

【演者番号】

### 046 膨潤TAPP法による腹膜前腔へのメッシュ留置により修復した白線ヘルニアの1例(5分)

福島県立医科大学 会津医療センター 外科<sup>1)</sup>

○土佐 太郎<sup>1)</sup>、添田 暢俊<sup>1)</sup>、川又 崇弘<sup>1)</sup>、鈴志野 聖子<sup>1)</sup>、齋藤 拓朗<sup>1)</sup>

【演者番号】

### 047 再発ヘルニアにNuck管水腫を合併した1例(5分)

津軽保健生活協同組合 健生病院 外科<sup>1)</sup>

○小山 香奈美<sup>1)</sup>、笹田 大敬<sup>1)</sup>、佐々木 嵩洋<sup>1)</sup>、松本 拓真<sup>1)</sup>、兼田 杏理<sup>1)</sup>、境 剛志<sup>1)</sup>、  
佐藤 衆一<sup>1)</sup>、原 隆志<sup>1)</sup>

【演者番号】

### 048 巨大腹壁瘢痕ヘルニアに対してRives-Stoppa法+両側腹横筋リリース法で修復した1例(5分)

東北大学大学院 消化器外科学分野<sup>1)</sup>

○赤森 洋太<sup>1)</sup>、山村 明寛<sup>1)</sup>、西條 文人<sup>1)</sup>、土屋 堯裕<sup>1)</sup>、井本 博文<sup>1)</sup>、田中 直樹<sup>1)</sup>、大沼 忍<sup>1)</sup>、  
亀井 尚<sup>1)</sup>、海野 倫明<sup>1)</sup>

【演者番号】

### 049 鼠径ヘルニア偽還納の1例(5分)

福島県立医科大学 会津医療センター 初期研修医<sup>1)</sup>、福島県立医科大学 会津医療センター 外科<sup>2)</sup>

○牧 歩<sup>1)</sup>、添田 暢俊<sup>2)</sup>、川又 崇弘<sup>2)</sup>、土佐 太郎<sup>2)</sup>、鈴志野 聖子<sup>2)</sup>、齋藤 拓朗<sup>2)</sup>

■ 9:07～9:49 大血管・末梢血管1

【座長】 和田 卓也

(秋田大学 心臓血管外科 医員)

【演者番号】

### 050 EndurantによるEVAR術後6年でグラフトが完全閉塞した1例(5分)

福島県立医科大学 心臓血管外科学講座<sup>1)</sup>

○近内 政美<sup>1)</sup>、高瀬 信弥<sup>1)</sup>、若松 大樹<sup>1)</sup>、瀬戸 夕輝<sup>1)</sup>、五十嵐 崇<sup>1)</sup>、藤宮 剛<sup>1)</sup>、新城 宏治<sup>1)</sup>、  
石田 圭一<sup>1)</sup>、永田 恵実<sup>1)</sup>、横山 斉<sup>1)</sup>

【演者番号】

### 051 TEVAR術後SMA狭窄に対するRetrograde open mesenteric artery stenting (ROMS) の経験(5分)

秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学講座<sup>1)</sup>

○角浜 孝行<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、  
荒井 岳史<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

### 052 特発性大動脈破裂に対しTEVARを施行した1例(5分) [学生]

東北大学 医学部<sup>1)</sup>、東北大学病院 心臓血管外科<sup>2)</sup>

○須藤 響子<sup>1)</sup>、鈴木 佑輔<sup>2)</sup>、熊谷 紀一郎<sup>2)</sup>、高橋 悟朗<sup>2)</sup>、片平 晋太郎<sup>2)</sup>、伊藤 校輝<sup>2)</sup>、  
細山 勝寛<sup>2)</sup>、板垣 皓大<sup>2)</sup>、大谷 将之<sup>2)</sup>、武富 龍一<sup>2)</sup>、湯田 健太郎<sup>2)</sup>、神山 信樹<sup>2)</sup>、  
齋木 佳克<sup>2)</sup>

【演者番号】

**053 血栓閉鎖を伴う腹部大動脈瘤破裂に付随し、左下肢急性動脈閉塞を来した1例(5分)**

岩手医科大学 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○齋藤 大樹<sup>1)</sup>、山崎 志穂<sup>1)</sup>、田林 東<sup>1)</sup>、後藤 拓弥<sup>1)</sup>、近藤 慎浩<sup>1)</sup>、小泉 淳一<sup>1)</sup>、金 一<sup>1)</sup>

【演者番号】

**054 腸管虚血を伴うA型解離に対してAortic stentingを先行しdelayed surgeryで救命した1例(5分)**

弘前中央病院<sup>1)</sup>、弘前大学大学院 医学研究科 胸部心臓血管外科学講座<sup>2)</sup>

○糸川 凜<sup>1)</sup>、齊藤 良明<sup>2)</sup>、村田 賢祐<sup>2)</sup>、大徳 和之<sup>2)</sup>、皆川 正仁<sup>2)</sup>

【演者番号】

**055 自作開窓型ステントグラフトを用いた、EVAR術後の難治性エンドリーク治療の経験(5分)**

山形県立中央病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>、大分大学 医学部 放射線医学講座<sup>2)</sup>

○鈴木 大貴<sup>1)</sup>、川原 優<sup>1)</sup>、沓沢 梨恵子<sup>1)</sup>、大嶺 開人<sup>1)</sup>、大場 栄一<sup>1)</sup>、山下 淳<sup>1)</sup>、阿部 和男<sup>1)</sup>、本郷 哲央<sup>2)</sup>

■ 9:51~10:26 大血管・末梢血管2

【座長】 金 一

(岩手医科大学 心臓血管外科 教授)

【演者番号】

**056 二期的治療が奏功した二次性大動脈十二指腸瘻の1例(5分)**

東北大学医学部総合外科<sup>1)</sup>

○木村 俊作<sup>1)</sup>、清水 港太<sup>1)</sup>、小笠原 紀信<sup>1)</sup>、鈴木 峻也<sup>1)</sup>、梅津 道久<sup>1)</sup>、芹澤 玄<sup>1)</sup>、赤松 大二朗<sup>1)</sup>

【演者番号】

**057 エクスクルーダーコンフォーマブルの初期経験(5分)**

弘前大学 大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座<sup>1)</sup>

○村田 賢祐<sup>1)</sup>、齊藤 良明<sup>1)</sup>、于 在強<sup>1)</sup>、渡邊 崇人<sup>1)</sup>、今村 優紀<sup>1)</sup>、皆川 正仁<sup>1)</sup>

【演者番号】

**058 頸部・胸部多発動脈瘤に対する二期的ハイブリッド手術(5分)**

弘前大学 胸部心臓血管外科<sup>1)</sup>

○今村 優紀<sup>1)</sup>、齊藤 良明<sup>1)</sup>、村田 賢祐<sup>1)</sup>、田口 亮<sup>1)</sup>、渡邊 崇人<sup>1)</sup>、皆川 正仁<sup>1)</sup>

【演者番号】

**059 TEVAR後の逆行性A型解離に対するZone 0 arch repair with frozen elephant trunk(5分)**

秋田大学 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○和田 卓也<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、荒井 岳史<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

**060 B型大動脈解離のTEVAR時期と真腔拡張率の関連(5分)**

秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○桐生 健太郎<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、荒井 岳史<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、山崎 友也<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

■ 10:28~11:03 大血管・末梢血管3

【座長】 水本 雅弘

(山形大学医学部 外科学第二講座 助教)

【演者番号】

**061 Stacking cuff と reverse arch angulation techniqueを用いた胸腹移行部 rTAAへのTEVAR(5分)**

弘前大学病院 胸部心臓血管外科<sup>1)</sup>

○渡邊 崇人<sup>1)</sup>、齊藤 良明<sup>1)</sup>、今村 優紀<sup>1)</sup>、村田 賢祐<sup>1)</sup>、田口 亮<sup>1)</sup>、于 在強<sup>1)</sup>、皆川 正仁<sup>1)</sup>

【演者番号】

**062 偽腔内に展開したFETに対する血管内治療（5分）**

秋田大学 医学部 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○高木 大地<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、  
荒井 岳史<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、山崎 友也<sup>1)</sup>、堀江 裕紀<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

**063 乳頭筋間の左室瘤に対する手術に3D-CTが有用であった一例（5分）**

秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○五十嵐 亘<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、  
荒井 岳史<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、山崎 友也<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

**064 解離性大動脈瘤破裂に対し左腎動脈ステントグラフト内挿術を施行した1例（5分）**

秋田大学 医学部附属病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○堀江 祐紀<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、  
板垣 吉典<sup>1)</sup>、荒井 岳史<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

**065 広範囲閉塞を伴う重症下肢虚血症例に対し、集学的治療を行い救肢し得た1例（5分）**

一般財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○堀田 明敬<sup>1)</sup>、緑川 博文<sup>1)</sup>、植野 恭平<sup>1)</sup>、滝浪 学<sup>1)</sup>、太田 和寛<sup>1)</sup>、菅野 恵<sup>1)</sup>

■ 11:10～11:55 特別講演

**テーマ 『若手外科医教育の実践とサイエンス』**

講師：倉島 庸 先生

（北海道大学 消化器外科Ⅱ / クリニカルシミュレーションセンター 准教授）

座長：木村 隆 先生

（福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授）

共催：株式会社朝日ラバー

■ 12:05～13:05 ランチョンセミナー 1

会場：第1会場にて

■ 12:05～13:05 ランチョンセミナー 2

**テーマ 『心臓外科医が教える止血の極意』**

座長：内田 徹郎 先生（山形大学医学部 外科学第二講座 教授）

演者：真鍋 晋 先生（国際医療福祉大学成田病院 心臓外科 教授）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

■ 13:10～13:59 小児

【座長】 清水 裕史

（福島県立医科大学附属病院 小児外科 講師）

【演者番号】

**066 鉛筆による臀部刺杭創の男児例（5分）**

いわき市医療センター 小児外科<sup>1)</sup>

○町野 翔<sup>1)</sup>、佐野 信行<sup>1)</sup>、神山 隆道<sup>1)</sup>

【演者番号】

**067 血管損傷を伴った外傷性副腎損傷の一例（5分）**

秋田大学 医学部 附属病院 小児外科<sup>1)</sup>

○山形 健基<sup>1)</sup>、林 海斗<sup>1)</sup>、東 紗弥<sup>1)</sup>、渡部 亮<sup>1)</sup>、森井 真也子<sup>1)</sup>、水野 大<sup>1)</sup>



【演者番号】

**068 摘出術に難渋した後腹膜原発巨大成熟奇形腫の1乳児例(5分) [学生]**

弘前大学 医学部 医学科<sup>1)</sup>、弘前大学医学部附属病院 小児外科<sup>2)</sup>  
○鷲原 佳帆<sup>1)</sup>、小林 完<sup>2)</sup>、山本 健<sup>2)</sup>、丹場 太陽<sup>2)</sup>、平林 健<sup>2)</sup>、袴田 健一<sup>2)</sup>

【演者番号】

**069 腹歴の無い腸閉塞症の3例(5分)**

太田西ノ内病院<sup>1)</sup>  
○角田 圭一<sup>1)</sup>、近藤 公男<sup>1)</sup>、大澤 義弘<sup>1)</sup>

【演者番号】

**070 当科における小児先天性嚢胞性肺疾患に対する胸腔鏡補助下肺葉切除の経験(5分)**

福島県立医科大学附属病院 小児外科<sup>1)</sup>、福島県立医科大学附属病院 呼吸器外科学講座<sup>2)</sup>  
○滝口 和暁<sup>1)</sup>、南 洋輔<sup>1)</sup>、清水 裕史<sup>1)</sup>、鈴木 弘行<sup>2)</sup>、田中 秀明<sup>1)</sup>

【演者番号】

**071 消化管手術後の低出生体重児に対する魚油由来脂肪乳剤の成長発達への影響(5分) [学生]**

東北大学 医学系研究科 外科学病態講座 小児外科学分野<sup>1)</sup>  
○齋藤 奏絵<sup>1)</sup>、櫻井 毅<sup>1)</sup>、安藤 亮<sup>1)</sup>、佐々木 英之<sup>1)</sup>、福澤 太一<sup>1)</sup>、中村 恵美<sup>1)</sup>、  
大久保 龍二<sup>1)</sup>、中島 雄大<sup>1)</sup>、和田 基<sup>1)</sup>

【演者番号】

**072 肛門脱および肛門周囲膿瘍による排便障害を来した女児乳児の一例(5分)**

弘前大学大学院医学研究科 小児外科学講座<sup>1)</sup>、弘前大学大学院医学研究科 消化器外科学講座<sup>2)</sup>  
○丹場 太陽<sup>1)</sup>、小林 完<sup>1)</sup>、平林 健<sup>1)</sup>、袴田 健一<sup>2)</sup>

■ 14:02~14:44 心臓 先天性心疾患

【座長】 小渡 亮介

(弘前大学医学部附属病院 呼吸器外科・心臓血管外科 診療講師)

【演者番号】

**073 共通房室弁形成後の逆流に対して cleft patch augmentation を施行した多脾症の一例(5分)**

福島県立医科大学 心臓血管外科<sup>1)</sup>  
○永田 恵実<sup>1)</sup>、若松 大樹<sup>1)</sup>、高瀬 信弥<sup>1)</sup>、瀬戸 夕輝<sup>1)</sup>、五十嵐 崇<sup>1)</sup>、藤宮 剛<sup>1)</sup>、新城 宏治<sup>1)</sup>、  
石田 圭一<sup>1)</sup>、近内 政美<sup>1)</sup>、横山 斉<sup>1)</sup>

【演者番号】

**074 手術により循環動態が改善した左心耳内反症の1例(5分)**

宮城県立こども病院<sup>1)</sup>  
○正木 直樹<sup>1)</sup>、帯刀 英樹<sup>1)</sup>、落合 智徳<sup>1)</sup>、崔 禎浩<sup>1)</sup>

【演者番号】

**075 肺動脈弁位のス TENTレス生体弁狭窄に対して弁付き人工血管を用い再置換術を施行した一例(5分)**

岩手医科大学 心臓血管外科学講座<sup>1)</sup>  
○山崎 志穂<sup>1)</sup>、後藤 拓弥<sup>1)</sup>、小泉 淳一<sup>1)</sup>、齋藤 大樹<sup>1)</sup>、田林 東<sup>1)</sup>、近藤 慎浩<sup>1)</sup>、金 一<sup>1)</sup>

【演者番号】

**076 大動脈縮窄複合術後の遠位弓部再狭窄に対し上行大動脈一下行大動脈バイパスを施行した1例(5分) [学生]**

岩手医科大学医学部・大学院<sup>1)</sup>、岩手医科大学附属病院<sup>2)</sup>  
○西村 洋樹<sup>1)</sup>、後藤 拓弥<sup>2)</sup>、小泉 淳一<sup>2)</sup>、山崎 志穂<sup>2)</sup>、齋藤 大樹<sup>2)</sup>、田林 東<sup>2)</sup>、近藤 慎浩<sup>2)</sup>、  
金 一<sup>2)</sup>

【演者番号】

**077 心房性機能性MR、TRを合併した成人部分肺静脈還流異常症に対する外科的修復術の1例(5分)**

山形大学医学部附属病院 外科学第二講座<sup>1)</sup>  
○高原 慎太郎<sup>1)</sup>、水本 雅弘<sup>1)</sup>、黒田 吉則<sup>1)</sup>、石澤 愛<sup>1)</sup>、渡邊 大介<sup>1)</sup>、中井 信吾<sup>1)</sup>、小林 龍宏<sup>1)</sup>、  
内田 徹郎<sup>1)</sup>

【演者番号】

**078 成人期 intermediate type 心内膜床欠損症の一例 (5分)**

東北大学病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○武富 龍一<sup>1)</sup>、高橋 悟朗<sup>1)</sup>、神山 信樹<sup>1)</sup>、湯田 健太郎<sup>1)</sup>、板垣 皓大<sup>1)</sup>、大谷 将之<sup>1)</sup>、  
細山 勝寛<sup>1)</sup>、伊藤 校輝<sup>1)</sup>、鈴木 佑輔<sup>1)</sup>、片平 晋太郎<sup>1)</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1)</sup>、齋木 佳克<sup>1)</sup>

■ 14:45~15:35 アフタヌーンセミナー

会 場:第1会場にて

■ 14:47~15:29 心臓 大血管

【座長】 皆川 忠徳

(東北医科薬科大学 心臓血管外科 講師)

【演者番号】

**079 胸腹部大動脈置換術における左腎動脈再建の工夫 (5分)**

東北大学 大学院・医学部 心臓血管外科学分野<sup>1)</sup>

○大谷 将之<sup>1)</sup>、伊藤 校輝<sup>1)</sup>、佐々木 康之輔<sup>1)</sup>、板垣 皓大<sup>1)</sup>、武富 龍一<sup>1)</sup>、細山 勝寛<sup>1)</sup>、  
鈴木 佑輔<sup>1)</sup>、片平 晋太郎<sup>1)</sup>、高橋 悟朗<sup>1)</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1)</sup>、齋木 佳克<sup>1)</sup>

【演者番号】

**080 大動脈炎症候群に対して手術治療の1例 (5分)**

弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科<sup>1)</sup>

○于 在強<sup>1)</sup>、村田 賢祐<sup>1)</sup>、佐々木 花恵<sup>1)</sup>、齋藤 良明<sup>1)</sup>、川村 知紀<sup>1)</sup>、皆川 正仁<sup>1)</sup>

【演者番号】

**081 大動脈基部形成術後、人工血管吻合部仮性瘤の再発を繰り返した1症例 (5分)**

岩手医科大学 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○田林 東<sup>1)</sup>、金 一<sup>1)</sup>、小泉 淳一<sup>1)</sup>、近藤 慎弘<sup>1)</sup>、後藤 拓弥<sup>1)</sup>、齋藤 大樹<sup>1)</sup>、山崎 志穂<sup>1)</sup>

【演者番号】

**082 高安動脈炎に伴う腹部大動脈縮窄症に対し、胸腹部大動脈置換術により血行再建を施行した2例 (5分)**

東北大学病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○神山 信樹<sup>1)</sup>、鈴木 佑輔<sup>1)</sup>、湯田 健太郎<sup>1)</sup>、武富 龍一<sup>1)</sup>、板垣 皓大<sup>1)</sup>、大谷 将之<sup>1)</sup>、  
細山 勝寛<sup>1)</sup>、伊藤 校輝<sup>1)</sup>、片平 晋太郎<sup>1)</sup>、高橋 悟朗<sup>1)</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1)</sup>、齋木 佳克<sup>1)</sup>

【演者番号】

**083 胸腹部大動脈瘤に対する二期的 hybrid repair - TEVAR 後胸腹部置換術を施行した3例 - (5分)**

東北大学病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○湯田 健太郎<sup>1)</sup>、伊藤 校輝<sup>1)</sup>、神山 信樹<sup>1)</sup>、武富 龍一<sup>1)</sup>、大谷 将之<sup>1)</sup>、板垣 皓大<sup>1)</sup>、  
細山 勝寛<sup>1)</sup>、鈴木 佑輔<sup>1)</sup>、片平 晋太郎<sup>1)</sup>、高橋 悟朗<sup>1)</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1)</sup>、齋木 佳克<sup>1)</sup>

【演者番号】

**084 急性 B 型大動脈解離に対する extended TEVAR における PETTICOAT 法の有効性 (5分)**

秋田大学 医学部 心臓血管外科学講座<sup>1)</sup>

○板垣 吉典<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、  
荒井 岳史<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

■ 15:32~16:28 心臓 開心術・一般

【座長】 伊藤 校輝

(東北大学大学院医学系研究科 外科病態学講座 心臓血管外科 助教)

【演者番号】

**085 急性心筋梗塞を来した心臓内膜肉腫の1例 (5分)**

山形大学医学部附属病院 第二外科<sup>1)</sup>

○石澤 愛<sup>1)</sup>、黒田 吉則<sup>1)</sup>、水本 雅弘<sup>1)</sup>、渡邊 大介<sup>1)</sup>、中井 信吾<sup>1)</sup>、小林 龍宏<sup>1)</sup>、内田 徹郎<sup>1)</sup>

【演者番号】

**086 多発外傷のIVC巨大血栓に対して人工心肺使用下に血栓摘除を行った1例(5分)**

大崎市民病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○田子 竜也<sup>1)</sup>、吉岡 一郎<sup>1)</sup>、藤原 英記<sup>1)</sup>、本吉 直孝<sup>1)</sup>

【演者番号】

**087 右房内に発生した無症候性の心臓脂肪腫に対して外科的切除を施行した一例(5分)**

岩手県立中央病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○赤沼 利奈<sup>1)</sup>、高橋 誠<sup>1)</sup>、長谷川 喬彦<sup>1)</sup>、寺尾 尚哉<sup>1)</sup>、神田 桂輔<sup>1)</sup>、河津 聡<sup>1)</sup>、小田 克彦<sup>1)</sup>

【演者番号】

**088 高齢者心房細動患者に対する肺静脈隔離術はMAZE手術と比し非劣性があるか(5分)**

秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○桐生 健太郎<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、荒井 岳史<sup>1)</sup>、  
和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、山崎 友也<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

**089 当院で施行した人工臓臓 STG-55 11 症例の検討(5分)**

山形県立中央病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○大場 栄一<sup>1)</sup>、川原 優<sup>1)</sup>、山下 淳<sup>1)</sup>、大嶺 開人<sup>1)</sup>、沓澤 梨恵子<sup>1)</sup>、阿部 和男<sup>1)</sup>

【演者番号】

**090 植込型補助人工心臓から離脱した2症例—離脱の適応と心尖部形成術式について—(5分)**

東北大学病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○神山 信樹<sup>1)</sup>、片平 晋太郎<sup>1)</sup>、湯田 健太郎<sup>1)</sup>、武富 龍一<sup>1)</sup>、板垣 皓大<sup>1)</sup>、大谷 将之<sup>1)</sup>、  
細山 勝寛<sup>1)</sup>、伊藤 校輝<sup>1)</sup>、鈴木 佑輔<sup>1)</sup>、高橋 悟朗<sup>1)</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1)</sup>、齋木 佳克<sup>1)</sup>

【演者番号】

**091 脳梗塞後出血予防のため体外循環抗凝固に血液粘弾性検査を活用した一例(5分)**

秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○高木 大地<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、  
桐生 健太郎<sup>1)</sup>、荒井 岳史<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、堀江 裕紀<sup>1)</sup>

【演者番号】

**092 MitraClip 後の再手術(5分)**

仙台厚生病院 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○大山 達也<sup>1)</sup>、早津 幸弘<sup>1)</sup>、野村 颯<sup>1)</sup>、藺藤 佑哉<sup>1)</sup>、長沼 政亮<sup>1)</sup>、山谷 一広<sup>1)</sup>、畑 正樹<sup>1)</sup>

■ 16:31~17:13 救急・周術期・合併症管理

【座長】 岡崎 慎史

(山形大学医学部 外科学第一講座 助教)

【演者番号】

**093 左大腿ヘルニア嵌頓に対する緊急手術待機中に非閉塞性腸管膜虚血症に至った1例(5分)**

青森市民病院<sup>1)</sup>

○浦田 風<sup>1)</sup>、原 裕太郎<sup>1)</sup>、赤石 隆信<sup>1)</sup>、小田切 理<sup>1)</sup>、神 寛之<sup>1)</sup>、中井 款<sup>1)</sup>、加藤 雅志<sup>1)</sup>、  
川嶋 啓明<sup>1)</sup>、豊木 嘉一<sup>1)</sup>

【演者番号】

**094 血液透析患者に対する亜全胃温存膵頭十二指腸切除術の経験(5分)**

東北大学大学院 医学系研究科 消化器外科学分野<sup>1)</sup>

○平野 直大<sup>1)</sup>、伊関 雅裕<sup>1)</sup>、宮崎 健人<sup>1)</sup>、日下 彬子<sup>1)</sup>、青木 修一<sup>1)</sup>、井上 亨悦<sup>1)</sup>、中山 瞬<sup>1)</sup>、  
堂地 大輔<sup>1)</sup>、三浦 孝之<sup>1)</sup>、石田 昌玄<sup>1)</sup>、大塚 英郎<sup>1)</sup>、水間 正道<sup>1)</sup>、中川 圭<sup>1)</sup>、森川 孝則<sup>1)</sup>、  
大沼 忍<sup>1)</sup>、亀井 尚<sup>1)</sup>、海野 倫明<sup>1)</sup>

【演者番号】

**095 潰瘍性大腸炎術後に肝不全に至る多発血栓症をきたした1例（5分）**

東北大学 消化器外科学<sup>1)</sup>

○中村 香織<sup>1)</sup>、神山 篤史<sup>1)</sup>、小野 智之<sup>1)</sup>、小林 実<sup>1)</sup>、梶原 大輝<sup>1)</sup>、唐澤 秀明<sup>1)</sup>、渡辺 和宏<sup>1)</sup>、大沼 忍<sup>1)</sup>、亀井 尚<sup>1)</sup>、海野 倫明<sup>1)</sup>

【演者番号】

**096 当科における EVAR クリニカルパス導入について（5分）**

秋田大学 心臓血管外科<sup>1)</sup>

○五十嵐 至<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、荒井 岳史<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、山崎 友也<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

【演者番号】

**097 mFOLFOX6 施行中の高アンモニア血症による意識障害、痙攣重積に集学的加療を行った1例（5分）**

福島労災病院 外科<sup>1)</sup>

○上野 智史<sup>1)</sup>、山口 大輝<sup>1)</sup>、大関 篤<sup>1)</sup>、松井田 元<sup>1)</sup>、石井 恒<sup>1)</sup>、宮澤 正紹<sup>1)</sup>、又吉 一仁<sup>1)</sup>、武藤 淳<sup>1)</sup>

【演者番号】

**098 人工臓腑の血糖管理による創部感染予防の可能性（5分）**

秋田大学医学部附属病院心臓血管外科<sup>1)</sup>

○荒井 岳史<sup>1)</sup>、高木 大地<sup>1)</sup>、板垣 吉典<sup>1)</sup>、角浜 孝行<sup>1)</sup>、山浦 玄武<sup>1)</sup>、桐生 健太郎<sup>1)</sup>、和田 卓也<sup>1)</sup>、山崎 友也<sup>1)</sup>、田中 郁信<sup>1)</sup>、五十嵐 至<sup>1)</sup>、五十嵐 亘<sup>1)</sup>、堀江 祐紀<sup>1)</sup>、山本 浩史<sup>1)</sup>

■ 17:15～17:25 閉会式

第182回東北外科集談会 当番世話人 木村 隆  
(福島県立医科大学 外科研修支援担当 教授)

# 抄録本文

---

【第1会場】

P31～38

【第2会場】

P38～47

## 【演者番号】001 化学療法が奏功した原発不明癌の1例

<sup>1</sup> 南相馬市立 総合病院 外科、  
<sup>2</sup> 公立大学法人 福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科  
高間 朗<sup>1</sup>、岩館 学<sup>1</sup>、月田 茂之<sup>2</sup>、大平 広道<sup>1</sup>

【症例】78歳女性【主訴】なし(リンパ節腫大)【既往歴】76歳時胃癌【現病歴】2020年6月胃癌(幽門部大弯0-2a, tub1 > tub2, pT1bNOM0 pStage1a)の診断で幽門側胃切除術を施行。術後1年のCT検査で右鎖骨上リンパ節の腫大を指摘された。右鎖骨上リンパ節より穿刺細胞診を施行。婦人科系癌(papillary adenocarcinoma)の診断で、婦人科紹介となるも異常所見は認めなかった。そのため頸部リンパ節摘出術を施行。病理診断ではComedo necrosisを伴う腺管形成型と低分化型充実性腺癌で乳癌の転移を示唆されたが、乳腺の精査で腫瘍は指摘されなかった。免疫染色で乳癌・肺腺癌・一部の膵癌など比較的多くの腺癌に見られるパターンであった。しかし、画像検査、腫瘍マーカー等から原発不明癌として膵癌に準じた化学療法の方針とした。4コース終了後の評価判定はPRで奏効している。このような症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## 【演者番号】003 発作性心房細動契機に診断された心嚢内気管支原性嚢胞に対し嚢胞摘除術を施行した一例

<sup>1</sup> 岩手県立中央病院 心臓血管外科  
長谷川 喬彦<sup>1</sup>、神田 桂輔<sup>1</sup>、赤沼 利奈<sup>1</sup>、寺尾 尚哉<sup>1</sup>、高橋 誠<sup>1</sup>、  
河津 聡<sup>1</sup>、小田 克彦<sup>1</sup>

発作性心房細動を契機に診断された心嚢内気管支原性嚢胞に対し、人工心肺下に嚢胞摘除術を施行した一例を経験したので報告する。  
【症例】症例は48歳男性。発作性心房細動の精査加療目的に当院循環器内科紹介となった。造影CT検査で右上肺静脈腹側と左房を圧排する37 x 44 mmの嚢胞性病変を認め、心房細動の誘因と考えられ当科紹介、外科的摘除の方針とした。  
【手術】右房、上大静脈、左房、右上肺静脈に接した鶏卵大の嚢胞性病変を確認した。人工心肺補助下で心拍動下に嚢胞を完全摘除した。  
【経過】術後経過は良好で、病理検査で気管支原性嚢胞と確定診断された。術後1年までに気管支原性嚢胞の再発ならびに発作性心房細動の再燃なく経過している。  
【結語】発作性心房細動を契機に診断された心嚢内気管支原性嚢胞に対して人工心肺下に嚢胞摘除術を施行し、良好な結果を得た一例を報告した。

## 【演者番号】005 大網由来と考えられた副腎外骨髄脂肪腫の一切除例

<sup>1</sup> 福島労災病院  
大関 篤<sup>1</sup>、宮澤 正紹<sup>1</sup>、山口 大輝<sup>1</sup>、上野 智史<sup>1</sup>、松井田 元<sup>1</sup>、  
石井 恒<sup>1</sup>、又吉 一仁<sup>1</sup>、武藤 淳<sup>1</sup>

【緒言】骨髄脂肪腫は骨髄組織と脂肪組織で構成される良性腫瘍で、多くが副腎由来である。今回、大網由来と考えられた副腎外骨髄脂肪腫の一切除例を経験したので報告する。【症例】62歳男性【手術歴】胆嚢炎・胆摘術後【現病歴】2021年11月に腹部エコーで47mmの腹腔内腫瘍を指摘され、当院消化器科を受診。2016年と2018年の腹部CTでも腫瘍を認め、それぞれ36mm、41mmと増大傾向であった。肝外側区域との連続性が疑われ、脂肪成分を含むことから肝血管筋脂肪腫疑いとなり、手術の方針となった。【手術】腹腔鏡で観察すると、癒着した大網内に50mm大の腫瘍を認め、肝臓とは連続性がなかった。周囲の脂肪組織も一部含める形で腹腔鏡下に腫瘍を摘出した。【病理】骨髄脂肪腫【結語】副腎外骨髄脂肪腫の約半数が仙骨前面に発生し、大網由来の発生の報告は非常に稀なため報告する。

## 【演者番号】002 脱分極型心臓平滑筋肉腫の1例

<sup>1</sup> 弘前大学 大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座  
村田 賢祐<sup>1</sup>、小渡 亮介<sup>1</sup>、佐々木 花恵<sup>1</sup>、皆川 正仁<sup>1</sup>

症例は49歳女性で、1ヶ月前から動悸や労作時息切れを自覚するようになった。近医を受診して両側胸水貯留、下腿浮腫を認め、心エコー検査で左房内腫瘍を指摘され当院を紹介受診した。心エコー検査で左房内をほぼ占拠する腫瘍を認め、CTでは左房内にheterogeneousな腫瘍影を認め、肺、肝臓、皮膚への転移を疑う結節影も認めた。同日左房腫瘍摘除術を施行した。Dubost切開で左房内にアプローチし、腫瘍を付着部の左房後壁ごと切除し、後壁は自己心膜で再建した。腫瘍径は8 × 5.5 × 5.5cmで、病理検査で脱分化型平滑筋肉腫の診断となり、化学療法施行予定である。  
平滑筋肉腫は心臓原発肉腫の約10%を占める疾患であり、脱分化型の報告は殆ど見られない。本例は脱分化を契機に腫瘍が急拡大したと考えられた。心臓腫瘍の画像診断は質的診断が困難だが、本例のCT所見は病理標本上の脱分化部位を示しており、脱分化型平滑筋肉腫を予測し得る所見であることが示唆された。

## 【演者番号】004 縦隔胚細胞腫瘍と小細胞肺癌が併存した一例

<sup>1</sup> 竹田総合病院  
佐藤 弘隆<sup>1</sup>、山浦 匠<sup>1</sup>、塩 豊<sup>1</sup>

縦隔胚細胞腫瘍と小細胞肺癌が併存した一例 竹田総合病院呼吸器外科 症例はBI800の重喫煙歴がある60歳代男性。急速に進行する顔面浮腫と食道通過障害、呼吸困難感のため初診しCTで縦隔上部を主座とする14.0cmの腫瘍と上大静脈症候群、気管狭窄、右肺上葉の肺結節を指摘された。LDH1397、AFP563.2のため縦隔胚細胞腫瘍と臨床診断したが体勢保持できず生検不能であったため治療導入を優先し初診翌日に急ぎBEP療法を導入した。4コース施行後の評価で病変は縮小したものの右傍気管にSUVmax6.0、肺腫瘍に2.2の軽度集積残存を認め右胸腔鏡下に遺残腫瘍切除を実施した結果、胚細胞腫瘍としてはCR、小細胞肺癌縦隔リンパ節転移併存と診断した。初診から7ヶ月LD-SCLCとして縦隔へ放射線治療を施行中である。シスプラチンとエトポシドを含むレジメンであったため小細胞肺癌としても進行を免れていたと考えられる。稀な症例を経験したので報告する。

## 【演者番号】006 腫瘍出血でOncologic emergencyを呈し、術前動脈塞栓を行い切除した巨大小腸GISTの1例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学  
森 友輔<sup>1</sup>、佐藤 直哉<sup>1</sup>、西間木 淳<sup>1</sup>、月田 茂之<sup>1</sup>、武藤 亮<sup>1</sup>、  
芳賀 淳一郎<sup>1</sup>、小船戸 康英<sup>1</sup>、石亀 輝英<sup>1</sup>、木村 隆<sup>1</sup>、見城 明<sup>1</sup>、  
丸橋 繁<sup>1</sup>

症例は74歳男性。腹部膨満を主訴に前医を受診、CTで上腹部から骨盤内に達する巨大腫瘍を指摘され、開腹腫瘍生検の結果GISTと診断された。根治術を試みたが腫瘍の嚢胞内出血による血圧低下により手術を中断し、後日加療目的に当院に転院した。術中出血制御の対策として腫瘍の栄養動脈である左右胃大網動脈をコイル塞栓し、輸血準備及び大動脈遮断バルーンの留置を行った。開腹すると腫瘍は上行結腸から横行結腸にかけて強固に癒着しており、口側は回腸末端より約20cm、肛門側は横行結腸の左側約1/3の位置で切除した。また、空腸起始部と腫瘍が一塊となっており一部合併切除した。術中操作で腫瘍内出血は認めずに腫瘍切除が可能であった。病理学的所見は空腸原発GIST (high risk, modified Fletcher 分類)であった。術後主要合併症なく退院し前医外来にて補助化学療法としてイマチニブが導入され、術後9か月時点で無再発生存中である。

【演者番号】007 低異型度虫垂粘液性腫瘍の穿孔による  
腹膜偽粘液腫の一例

1 仙台市立病院 外科

佐井 康真<sup>1</sup>、笹嶋 秀憲<sup>1</sup>、岡田 望<sup>1</sup>、谷内 亜衣<sup>1</sup>、田島 悠太<sup>1</sup>、  
米田 海<sup>1</sup>、中村 崇宣<sup>1</sup>、久保田 洋介<sup>1</sup>、瓶子 隆弘<sup>1</sup>、福田 かつお<sup>1</sup>、  
関口 悟<sup>1</sup>、貝羽 義浩<sup>1</sup>、寺澤 孝幸<sup>1</sup>、佐山 淳造<sup>1</sup>

症例は51歳女性。CT検査で腹水貯留と腫瘍マーカー高値を認め当院に紹介となった。血液生化学検査でCEA、CA125高値を認めたが他の検査所見に異常を認めず、CT検査では下腹部中心にダグラス窩、肝周囲にも腹水貯留を認めた。婦人科系悪性腫瘍否定のため産婦人科にもコンサルトを行ったが腹水貯留の原因は判明せず、確定診断をつけるために審査腹腔鏡を施行した。腹腔内を観察したところ右下腹部中心に透明淡黄色のゼリー状物質を認め同時に虫垂穿孔も認めため、虫垂切除を行い低異型度虫垂粘液性腫瘍と、その穿孔による腹膜偽粘液腫の診断を得た。腹膜偽粘液腫に対する有効な治療法は完全減量切除と術中腹腔内温熱化学療法とされているが、集学的治療が必要であり限られた施設でしか行われていないのが現状である。今回、我々は比較的稀な疾患である腹膜偽粘液腫を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

【演者番号】009 直腸癌術後吻合部に梅の種子が嵌頓し  
閉塞性大腸炎を来した1例

1 公益財団法人 ときわ会 常磐病院

大森 一徹<sup>1</sup>、澤野 豊明<sup>1</sup>、尾崎 章彦<sup>1</sup>、黒川 友博<sup>1</sup>、江尻 友三<sup>1</sup>、  
神崎 憲雄<sup>1</sup>

梅干しを食す文化のある本邦では、梅の種子が腸管に嵌頓し、腸閉塞を起こした症例が過去に十数例ほど報告されている。背景には大腸癌や放射性腸炎による腸管狭窄があることが知られている。今回、新規の大腸癌がなく、直腸癌の術後吻合部に梅の種子が嵌頓し閉塞性大腸炎を来した1例を経験した。症例は82歳女性で1年前に直腸癌に対して腹腔鏡下直腸高位前方切除術を施行されていた。便秘、腹痛を主訴に受診し、便秘薬を処方されたが改善なく、その後嘔吐したため再受診された。造影CT検査では吻合部口側に高吸収構造物とその口側腸管壁の浮腫および肥厚を認めた。大腸内視鏡検査では直腸吻合部に梅の種子の嵌頓を認め、バルーン拡張後に種子を摘出し、大量の便汁と便塊の流出を確認した。本症例からは梅の種子は直腸癌術後吻合部に嵌頓しうるため食事指導が重要であること、造影CT検査が種子の術後吻合部腸管嵌頓の診断に有用であることが示唆される。

【演者番号】011 内ヘルニアが一因となったS状結腸軸捻転症に  
対して手術を施行した一例

1 白河厚生総合病院 外科

陳 夢格<sup>1</sup>、青木 豪<sup>1</sup>、金原 圭吾<sup>1</sup>、竹村 真一<sup>1</sup>、土井 孝志<sup>1</sup>、  
大木 進司<sup>1</sup>

【緒言】S状結腸軸捻転症は、S状結腸の過長、便秘、腸管運動低下などが原因として挙げられる。今回我々は内ヘルニアに起因するS状結腸軸捻転症に対して緊急手術を施行した一例を経験した。【症例】症例は86歳女性。発熱を主訴に来院した。CT上、S状結腸軸捻転症と診断された。内視鏡的整復術を試みるも、S状結腸の壊死が認められ、緊急開腹手術となった。子宮筋腫の手術歴があり、回腸と腹壁が癒着し、内ヘルニアのヘルニア門が形成されていた。S状結腸が入り込み2回転し、かつヘルニア門に強固に癒着していた。捻転したS状結腸は穿孔し、汎発性腹膜炎を呈していた。腹壁との癒着を切除し、ヘルニア門とS状結腸の癒着も剥離した。S状結腸の捻転を解除したのち、S状結腸切除と人工肛門造設を施行した。【結論】内ヘルニアが一因となったS状結腸軸捻転症を経験した。捻転部が癒着している状況では、虚血がなくとも内視鏡的整復は困難と考えられた。

【演者番号】008 脳性麻痺患者に生じた上行結腸軸捻転の一例

1 公立岩瀬病院 外科

二見 徹<sup>1</sup>、岡田 良<sup>1</sup>、草間 大輔<sup>1</sup>、齋藤 敬弘<sup>1</sup>、伊東 藤男<sup>1</sup>、  
土屋 貴男<sup>1</sup>

上行結腸軸捻転症は全腸閉塞の0.4%であり、結腸捻転症の5.9%と比較的稀な疾患である。症例は25歳女性。重度新生児仮死による脳性麻痺と側弯を認め、胃食道逆流症に対し噴門形成術、胃瘻造設術、単純気管切開術後、腹部膨満を認め腸閉塞の診断で当院に転院搬送された。CTで右上腹部に拡張した結腸を認めるも閉塞起点は明らかでなかった。経過観察するも腹部膨満改善乏しいことから癒着性腸閉塞の診断で手術を施行した。術中所見では右側結腸が固定されており、側弯によって右上腹部に広く深い空間が形成されていた。180度捻転した上行結腸が右上腹部の空間に嵌り込み通過障害をきたしていたが穿孔や汚染は認めなかった。拡張した回腸から上行結腸に壊死はないものの漿膜損傷とうっ血を認めたため捻転を解除した上で拡張部分を切除し機能的端々吻合で再建した。術後経過は良好であった。本疾患の特徴や治療方針について文献的考察を加えて報告する。

【演者番号】010 早期手術により救命し得た排便後に経肛門的  
小腸脱出を伴った直腸穿孔の1例

1 仙台オープン病院 消化器外科

前村 公也<sup>1</sup>、有明 恭平<sup>1</sup>、赤澤 直也<sup>1</sup>、土屋 朗之<sup>1</sup>、阿部 友哉<sup>1</sup>、  
岡田 恭穂<sup>1</sup>、柿田 徹也<sup>1</sup>、及川 昌也<sup>1</sup>、土屋 誉<sup>1</sup>

【症例】92歳女性。自宅で排便後に肛門より腸管の脱出を認めたため救急搬送となった。来院時肛門より大量の小腸脱出を認め、CTでは直腸RSからの脱出と診断した。同日緊急手術を施行。術中所見として、直腸Rsに30mm大の穿孔部があり、同部位に小腸が180cm程度嵌頓していた。腸管の壊死はなく、脱出腸管を整復した後、穿孔部を切除するハルトマン手術を行った。術後経過は良好であり、第26病日に退院した。【考察】本疾患は骨盤内臓器脱との関連が指摘されており、成因として臓器脱に伴う慢性的な牽引力による直腸前壁の菲薄化が考えられている。穿孔部に小腸が嵌頓し直腸蠕動によって経肛門的に小腸が脱出することで本疾患が発症するとされる。本疾患は小腸脱出を伴わない直腸穿孔と比較して生存率が高いとされる。穿孔部への小腸陥入によって大腸内容物の腹腔内漏出が抑制されるためと考えられており、早期手術により救命し得る疾患であると考えられた。

【演者番号】012 肛門から脂肪腫が娩出された一例

1 仙台オープン病院

窪木 大生<sup>1</sup>、橘 知睦<sup>1</sup>、有明 恭平<sup>1</sup>、土屋 誉<sup>1</sup>、及川 昌也<sup>1</sup>、  
柿田 徹也<sup>1</sup>、岡田 恭穂<sup>1</sup>、阿部 友哉<sup>1</sup>、土屋 朗之<sup>1</sup>、赤澤 直也<sup>1</sup>

症例は61歳の男性。2022年3月、朝に排便した際、多量の出血と腹痛の症状あり、前医を受診。前医の診察時に肛門からの出血と手掌大の脂肪組織が脱出を認めた。脂肪組織は用手的に還納されたが、肛門裂肛による脂肪組織の脱出が疑われ手術目的に当院を紹介受診。症状精査のためCT画像検査施行したところ、S状結腸内に脂肪濃度の腫瘤を認めた。同日入院し絶食、補液での加療を開始した。入院後に下部内視鏡施行したところS状結腸に巨大な脂肪腫を疑う腫瘤を認めた。腫瘤頂部は壊死しており、そこからの出血が疑われた。入院後も下血継続しており腹腔鏡補助下S状結腸切除術が施行された。摘出標本では大きさ40mm×3mm大、有茎性の脂肪腫を疑う病変を認めた。病理検査で脂肪腫の診断となった。巨大な脂肪腫が肛門より娩出された一例を経験したため報告する。

**【演者番号】013 当院での大腸癌におけるbuddingの予後規定因子としての検討**

<sup>1</sup> 公立岩瀬病院 外科

草間 大輔<sup>1</sup>、岡田 良<sup>1</sup>、二見 徹<sup>1</sup>、齋藤 敬弘<sup>1</sup>、伊藤 藤男<sup>1</sup>、土屋 貴男<sup>1</sup>

【背景】大腸癌における簇出 (budding) は、癌発育先進部に浸潤性に存在する5個未満の構成細胞からなる癌巣と定義されている。budding はpT1大腸癌におけるリンパ節転移の危険因子の一つとして重要視され、内視鏡治療後の追加切除を考慮すべき因子とされる。また、リンパ節転移を有しないStageII大腸癌においてbudding gradeが高い症例は再発リスクも高く予後不良であると報告されている。【目的】当院で外科的切除が施行された大腸癌症例を対象として、buddingと臨床病理学的特徴について検討する。【方法】2019年3月～2021年3月までに当院で外科的切除が施行された大腸癌症例において、BD1、BD2/3の2群に分けて比較検討した。【結果】BD2/3群はBD1群と比較して、壁深度が優位に大きかった。DFS、OSについては差を認めなかった。【結論】buddingは壁深度が大きい症例でgradeが高くなっていた。今後、症例を重ねて長期観察を行いさらに検討していきたい。

**【演者番号】015 繰り返す腹痛を伴う移動盲腸による盲腸軸捻転症に対して腹腔鏡手術で治癒した1例**

<sup>1</sup> 東北公済病院 消化器外科

向井 將登<sup>1</sup>、井上 宰<sup>1</sup>、植松 智海<sup>1</sup>、堀江 悠太<sup>1</sup>、植田 治昌<sup>1</sup>

【症例】17歳女性【主訴】腹痛【既往歴】過敏性腸症候群【現病歴】中学生の頃から腹痛を繰り返すようになった。高校生になり腹痛が増悪し、仙台市内の消化器病院を受診。過敏性腸症候群と言われ、不登校に陥り心療内科にも通院するようになった。2022年1月上旬腹痛が出現し、当院に救急搬送。【現症および検査所見】右下腹部に圧痛あり。CT、CF等にて盲腸は固定されておらず回腸末端近傍にcaliber changeを認めた。【入院後経過】以上により移動盲腸による盲腸軸捻転が原因で腹痛を繰り返すと診断し、腹腔鏡下右側結腸切除術+小腸癒着剥離術を施行した。12病日に退院。退院後は症状改善し、学校に登校できるようになった。【考察】若年で移動盲腸による盲腸軸捻転で腹痛を繰り返す症例は比較的まれである。丁寧に病歴を聴取し的確に検査を行うことで、術前診断は可能で、低侵襲治療が可能となる。

**【演者番号】017 膵頭部癌に対する膵頭十二指腸切除術で摘出標本から発見された日本住血吸虫症の1例**

<sup>1</sup> 鶴岡市立荘内病院 外科

伊藤 明伸<sup>1</sup>、太田 依璃子<sup>1</sup>、番場 悠太<sup>1</sup>、星島 一允<sup>1</sup>、島田 哲也<sup>1</sup>、坂本 薫<sup>1</sup>、白幡 康弘<sup>1</sup>、鈴木 聡<sup>1</sup>

住血吸虫症は淡水中を遊泳するセルカリアが人の皮膚を貫通し静脈内に寄生することで生じる急性及び慢性疾患である。かつて日本でも日本住血吸虫症が甲府盆地や筑後川流域などで流行したが、現在ではその全てで流行は終息していると言われており、今日の国内の医療機関で遭遇する住血吸虫症は陳旧性症例か海外からの輸入症例に限られている。80代男性、数年前まで山梨県に居住歴がある。肝機能障害精査のCTで主膵管の軽度拡張や総胆管から肝内胆管の拡張を認め膵頭部癌の診断となった。当科転院後、前医から減黄目的で留置されていたPTGBDチューブが逸脱し、胆汁性腹膜炎を認めたため緊急で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を行った。術後病理診断でリンパ節と膵実質の一部に偶発所見として石灰化した住血吸虫卵を認め、病理像と患者の居住歴から日本住血吸虫症と診断した。今回我々は非常に稀な日本住血吸虫症の合併が疑われる1例を経験したので報告する。

**【演者番号】014 S状結腸軸捻転症による低カリウム血症に対し手術を行い改善し得た一例**

<sup>1</sup> 仙台オープン病院 消化器外科

岡田 悠希<sup>1</sup>、有明 恭平<sup>1</sup>、市川 英孝<sup>1</sup>、橘 知睦<sup>1</sup>、阿部 友哉<sup>1</sup>、岡田 恭穂<sup>1</sup>、柿田 徹也<sup>1</sup>、及川 昌也<sup>1</sup>、土屋 誉<sup>1</sup>

【症例】73歳男性、X-8月便秘のため受診しS状結腸軸捻転(SV)と診断された。内視鏡下に整復を行うも同様の症状を繰り返すため当科紹介となった。初診時K値2.5mEq/Lと低K血症を認めたためK補正を開始したが、腹満による再受診時に1.7mEq/Lと増悪していた。脱水補正とともにK投与を継続したが2.5mEq/L以上に改善しなかった。画像上SVによる顕著な腸管浮腫を認め、慢性的な下痢に伴う電解質漏出が原因と考えられたためS状結腸切除及び人工肛門造設術を施行した。術後は速やかな電解質の改善が得られ、人工肛門閉鎖後の13病日に退院となった。【考察】SVは腸閉塞の原因となる比較的稀な疾患である。症状として腹部膨満、腹痛、便秘などに加え、頻度は少ないが腸管浮腫による慢性分泌性下痢が継続し難治性低K血症を呈することもある。低Kに伴う致死性不整脈例も報告されており、SVに低K血症を併発した際には、K値の厳重な管理に加え早期の手術を検討する必要があると考えられた。

**【演者番号】016 検診でのバリウム検査後に下部消化管穿孔を来し、緊急手術を施行した2例**

<sup>1</sup> 津軽保健協同組合 健生病院 外科

佐々木 嵩洋<sup>1</sup>、笹田 大敬<sup>1</sup>、佐藤 衆一<sup>1</sup>、境 剛志<sup>1</sup>、兼田 杏理<sup>1</sup>、松本 拓真<sup>1</sup>

初めに、バリウムによる消化管穿孔はバリウムの異物反応により強い腹膜炎が惹起されると考えられ、通常の消化管穿孔に比べて予後不良とされている。症例1. 68歳女性。数日前に近医で検診目的にバリウムを飲用した。急激な腹痛を自覚し当院受診。CTでS状結腸外にバリウムの漏出を認め、緊急手術を施行した。S状結腸穿孔を認め、ハルトマン手術を施行し、一命を取り留めた。症例2. 73歳女性。2日前に胃透視でバリウム飲用した。突然の腹痛を発症し近医受診。CTでfree airと腸管外への造影剤の漏出を認め消化管穿孔疑いとして当院紹介された。消化管穿孔疑いとして緊急手術を施行した。S状結腸の穿孔を認め、ハルトマン手術を施行し、一命を取り留めた。本症例を通じて、バリウム検査について若干の文献的考察を加え検討する。

**【演者番号】018 長期化学療法後腹腔洗浄細胞診が陰性化しconversion surgeryを施行した膵尾部癌の1例**

<sup>1</sup> 東北大学 消化器外科学

力山 真樹<sup>1</sup>、三浦 孝之<sup>1</sup>、宮崎 健人<sup>1</sup>、日下 彬子<sup>1</sup>、井上 亨悦<sup>1</sup>、青木 修一<sup>1</sup>、伊関 雅裕<sup>1</sup>、堂地 大輔<sup>1</sup>、中山 瞬<sup>1</sup>、石田 晶玄<sup>1</sup>、大塚 英郎<sup>1</sup>、水間 正道<sup>1</sup>、中川 圭<sup>1</sup>、森川 孝則<sup>1</sup>、亀井 尚<sup>1</sup>、海野 倫明<sup>1</sup>

症例：74歳女性。健診でCEA高値を指摘され、精査で膵尾部癌と診断された。切除可能膵癌としてGEM+S-1療法を施行後に審査腹腔鏡を行ったところ腹腔洗浄細胞診(CY)陽性であった。切除不能膵癌としてGEM+nab-PTX療法を開始したが、PDとなり2次治療へ移行した。1次治療で血液毒性を認めたため、Nal-IRI+5-FU/LV療法を開始したところ原発巣の縮小、腫瘍マーカーの低下、CY陰性化が確認されたため、初回化学療法開始から24ヶ月後に腹腔鏡下膵尾側切除術を施行した。化学療法後の組織学的効果判定はGrade 2であった。考察：Conversion surgeryは切除不能膵癌に対し予後改善を示す報告がある一方で、至適レジメンや介入時期などの課題も多くコンセンサスは得られていない。本例は患者の忍容性を考慮した化学療法を長期間施行し治療切除し得た貴重な1例と考え報告する。



【演者番号】019 化学療法が著効しconversion surgeryにより治癒切除を得たStage IV膵癌の1例

<sup>1</sup> 青森市民病院

佐藤 直樹<sup>1</sup>、原 裕太郎<sup>1</sup>、浦田 風<sup>1</sup>、赤石 隆信<sup>1</sup>、小田 切理<sup>1</sup>、神 寛之<sup>1</sup>、中井 款<sup>1</sup>、加藤 雅志<sup>1</sup>、川嶋 啓明<sup>1</sup>、豊木 嘉一<sup>1</sup>

浸潤性膵管癌は予後不良の疾患として知られており、5年生存率は10%未満である。近年、化学療法の進歩により遠隔転移を有する膵癌に対してconversion surgeryを施行することが増加している。症例は64歳女性。心窩部痛を主訴に近医受診し精査の結果、膵体尾部癌、癌性腹膜炎の診断となった。当院消化器内科でFOLFIRINOXを開始する方針となり、合計9コース施行後、原発巣の縮小、腹水の消失を得た。Conversion surgeryの方針となり、膵体尾部切除術、脾臓摘出術、空腸部分切除術を施行した。手術時間は4時間27分、出血量は653gであった。術後病理所見では、大網に腹膜転移を認めypT2N0M1であり、化学療法の組織学的効果判定はGrade 1bであった。術後胃排泄遅延を来したが、術後44病日で退院となった。術後は外来でFOLFIRINOXを施行し、現在無再発生存中である。今回我々は化学療法が著効しconversion surgeryにより治癒切除を得た1例を経験した。

【演者番号】021 後腹膜血腫による十二指腸狭窄の保存的治療中に急性胆嚢炎を発症した一例

<sup>1</sup> みやぎ県南中核病院 外科

中嶋 真弓<sup>1</sup>、武藤 満完<sup>1</sup>、西條 岳彦<sup>1</sup>、佐藤 英昭<sup>1</sup>、益田 邦洋<sup>1</sup>、上野 達也<sup>1</sup>、後藤 均<sup>1</sup>、鈴木 幸正<sup>1</sup>、後藤 慎二<sup>1</sup>、宮崎 修吉<sup>1</sup>

【はじめに】十二指腸狭窄をきたす後腹膜血腫はまれな病態である。経過中に急性胆嚢炎を発症した一例を経験したので報告する。【症例】57歳男性、下腹部痛を主訴に受診。造影CTで、十二指腸水平脚背側の後腹膜領域に、高吸収を呈する腫瘍像と十二指腸水平部の圧排像あり。上部消化管内視鏡検査で、十二指腸下行脚に浮腫状の粘膜炎と、十二指腸水平脚の完全途絶を認めた。特発性後腹膜血腫として保存的に経過をみていた。しかし、9日目に心窩部痛が出現し胆嚢結石嵌頓による急性胆嚢炎の診断となった。十二指腸狭窄治療中であり、経皮経肝胆嚢ドレナージ (PTGBD) を選択した。保存的治療で十二指腸狭窄の改善を確認できたため、腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った。経過良好で、術後3日目に退院となった。【結語】十二指腸狭窄保存的治療中に胆道内圧上昇による急性胆嚢炎が発症した。PTGBDを早期に行うことで、安全に胆嚢摘出を行うことができた。

【演者番号】023 術後早期に再発し再手術を要した食道裂孔ヘルニアの一例

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 食道外科

野崎 崇<sup>1</sup>、佐藤 雄亮<sup>1</sup>、脇田 晃行<sup>1</sup>、長岐 雄志<sup>1</sup>、煙山 紘平<sup>1</sup>、笹森 凌平<sup>1</sup>、南谷 佳弘<sup>1</sup>

症例は80歳女性。10年ほど前から胸部単純X線写真で食道裂孔ヘルニアを指摘されていた。胸痛の出現、胸部単純X線写真で胸腔内への腸管脱出も進行を認めたため、2021年12月に腹腔鏡下食道裂孔縫合閉鎖(+mesh repair) +噴門形成 (Dor法) を施行した。術後経過は問題なく退院。術後2ヶ月の外来受診時に胸部単純X線写真で胸腔内への腸管の脱出を認めたが、症状がなく経過観察としていた。術後7ヶ月胸痛・嘔気を主訴に当院救急外来を受診した。CTでは食道裂孔に横行結腸が嵌入していたため、同日、開腹食道裂孔ヘルニア修復術を施行した。術中所見では前回手術で留置したメッシュと胃前壁の間に横行結腸が嵌入していた。横行結腸は損傷なく腹腔内に返納し、ヘルニア門を単純縫合として手術をした。術後経過は問題なく退院した。今回、腹腔鏡下食道裂孔修復術後早期に再発し、再手術を要した一例を経験した。今回の反省点を含め、文献的な考察を加えて報告する。

【演者番号】020 当院における外傷性膵損傷6例の検討

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 肝胆膵・移植外科学講座

菅原 良太<sup>1</sup>、佐藤 直哉<sup>1</sup>、西間木 淳<sup>1</sup>、渡邊 淳一郎<sup>1</sup>、小戸戸 康英<sup>1</sup>、石亀 輝英<sup>1</sup>、岡田 良<sup>1</sup>、木村 隆<sup>1</sup>、見城 明<sup>1</sup>、丸橋 繁<sup>1</sup>、

【はじめに】外傷性膵損傷の合併症は重篤なものが多く、高い死亡率が報告されている。主膵管損傷を伴うIIIb型は、近年はnon-operative management (NOM) による治癒症例の報告が散見される。【方法】2016年から2020年までに当院に入院した外傷性膵損傷6症例を対象として、後方視的に症例を検討した。【結果】年齢は10~71歳、男女比は5:1であった。受傷機転としては交通外傷が5例、腹部打撲が1例であった。6例中4例が膵単独損傷、2例が多臓器損傷合併例であった。膵単独損傷4例では受傷後早期のバイタルサインは安定しており、全例で初期段階にNOMが選択、緊急ERPが施行された。膵管ステント留置が可能であった2例はNOMを完遂しえたが、留置不能2例では膵瘻による広範な腹腔内膿瘍を合併しNOMを中断された。【結論】膵単独損傷例において、NOM群と中断群を比較すると、緊急ERPによる主膵管損傷の診断と膵管ステント留置がNOM達成に重要な因子だと考察される。

【演者番号】022 食道ステント留置後の局所進行食道癌に対し安全に鏡視下手術を施行し得た1例

<sup>1</sup> 東北大学病院 総合外科

丸山 大貴<sup>1</sup>、谷山 裕亮<sup>1</sup>、佐藤 千晃<sup>1</sup>、岡本 宏史<sup>1</sup>、小関 健<sup>1</sup>、小澤 洋平<sup>1</sup>、石田 裕嵩<sup>1</sup>、加藤 伸史<sup>1</sup>、山内 拓郎<sup>1</sup>、海野 倫明<sup>1</sup>、亀井 尚<sup>1</sup>

【症例】59歳男性。2020年4月に経口摂取困難のため前医へ救急搬送され、下部食道癌cT3N1M0 StageIIIの診断となった。体重減少やPS低下のため、耐術不能と判断され症状緩和目的に食道ステントが挿入された。経口摂取量増加に伴い全身状態は改善したが、狭窄症状が再燃し手術目的に当科紹介となった。侵襲の軽減を図り胸腔鏡下食道切除、二期再建の方針とした。術中所見では、ステントによる視野確保困難と周囲の炎症性癒着や浮腫を認めたものの剥離可能であった。初回手術から2か月後に食道再建術を施行し、術後経過は良好で自宅退院した。【考察】食道ステントは狭窄を伴う局所進行食道癌に対し早期に症状改善が見込める治療法である。ステント留置後の根治的食道切除術の報告は少ないが、今回の経験から安全に食道切除が可能であることが示された。【結語】食道ステント留置症例でも切除可能病変であれば安全に切除することは可能である。

【演者番号】024 Upside down stomachを呈した食道裂孔ヘルニアに対する腹腔鏡下修復術施行症例の検討

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 会津医療センター 外科

川又 崇弘<sup>1</sup>、添田 暢俊<sup>1</sup>、土佐 太郎<sup>1</sup>、鈴木野 聖子<sup>1</sup>、齋藤 拓朗<sup>1</sup>

胃の軸捻転を伴い胸腔内に胃が脱出する、比較的稀なUpside down stomachを呈した食道裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡手術症例を経験したので報告する。症例1は90歳女性、主訴は左上腹部痛と黒色便。胃体部の縦隔内への逸脱を認め手術を施行。症例2は89歳男性、主訴は咳嗽・喀痰。以前から食道裂孔ヘルニアは指摘されていたが未治療であった。ほぼ全胃・横行結腸が縦隔内へ逸脱していた。症例3は87歳男性、主訴は黒色嘔吐。胃体部が縦隔内へ逸脱していた。症例4は82歳女性、主訴は嘔吐。既往に逆流性食道炎があり、胃・横行結腸が縦隔内へ逸脱していた。いずれの症例も腹腔鏡下にて食道裂孔の縫縮、メッシュを用いた補強、Toupet法による噴門形成を施行した。術後、狭窄ならびに逆流症状の再発は認めていない。

【演者番号】025 **Nivolumab療法でCRとなり切除しえた局所進行胃癌の1例**

<sup>1</sup> 秋田大学医学部付属病院 消化器外科

熊谷 健太<sup>1</sup>、中川 康彦<sup>1</sup>、阿部 ゆき<sup>1</sup>、佐藤 公彦<sup>1</sup>、渡邊 剛<sup>1</sup>、打波 宇<sup>1</sup>

症例は66歳の男性。腹部腫瘍を主訴に受診。GIFで胃前庭部～体部の2型腫瘍があり、生検でpor2と診断。審査腹腔鏡では腫瘍の漿膜外露出と横行結腸間膜のひきつれを認め、腓浸潤の疑われる切除不能局所進行胃癌として化学療法を行った。SP療法はPDで変更、CapeOX療法とRAM+nabPTX療法はそれぞれSDを維持したが有害事象で中止した。その後、4th lineのNivolumab療法により腫瘍は著明に縮小した。7コース後に手足の皮膚障害で中止したが、3か月後にconversion surgeryを行った。術中所見で腫瘍は瘢痕化しており、周囲臓器への浸潤は認めなかった。病理診断で腫瘍細胞の残存はなく、化学療法の評価判定でGrade3と診断された。術後33カ月間が経過し、無再発生存している。Nivolumab療法が切除不能進行胃癌に対してCRとなる症例が稀に報告されている。本症例は病理所見でも腫瘍細胞の消失が確認されており、Nivolumab療法により長期生存を得る症例の存在が示唆された。

【演者番号】027 **COVID-19感染後に発症し治療に難渋した十二指腸潰瘍穿孔の1例**

<sup>1</sup> 大崎市民病院 外科

中野 拓馬<sup>1</sup>、太田 嶺人<sup>1</sup>、吉田 龍一<sup>1</sup>、神波 力也<sup>1</sup>、安齋 実<sup>1</sup>、小ヶ口 恭介<sup>1</sup>、福島 啓介<sup>1</sup>、高橋 一臣<sup>1</sup>、土田 憲<sup>1</sup>、中川 紗紀<sup>1</sup>、昆 智美<sup>1</sup>、森田 隆之<sup>1</sup>、加藤 祐実<sup>1</sup>、伊藤 優太<sup>1</sup>、篠原 竜哉<sup>1</sup>、王 慧麗<sup>1</sup>、並木 健二<sup>1</sup>

症例は60歳代男性。既往は十二指腸潰瘍による幽門狭窄。家族経路でCOVID-19に感染し脱水による腎障害で入院となった。入院時のCT検査でfree air認め紹介となり、胃拡張と軽度腹水を認めたが、全身状態良好のため抗生剤と胃管減圧で保存加療の方針とした。腹部所見は改善したが、入院2病日のCT検査で腹水の増加を認め手術の方針とした。上腹部正中で開腹し、十二指腸球部前壁の穿孔部に対して縫合閉鎖、大網被覆を行い、幽門狭窄に対して胃空腸バイパスを行った。ドレーンは左右横隔膜下、肝下面、ダグラス窩に留置した。隔離解除後、透視検査後に肝下面を残してドレーンを抜去した。術後10病日に高度発熱を認め、CT検査で腹腔内に膿瘍を認めた。改善なく術後15病日に経皮的ドレーナージを追加し、膿瘍の縮小を確認して術後33病日に退院となった。COVID-19感染に伴い治療に難渋した症例を経験したため報告する。

【演者番号】029 **侵襲性肝膿瘍症候群に対して腹腔鏡下に洗浄ドレーナージ及び閉窓術を施行した1例**

<sup>1</sup> みやぎ県南中核病院

森谷 茜<sup>1</sup>、佐藤 英昭<sup>1</sup>、西條 岳彦<sup>1</sup>、益田 邦洋<sup>1</sup>、武藤 満完<sup>1</sup>、上野 達也<sup>1</sup>、後藤 均<sup>1</sup>、鈴木 幸正<sup>1</sup>、後藤 慎二<sup>1</sup>、宮崎 修吉<sup>1</sup>

【はじめに】侵襲性肝膿瘍症候群(ILAS)は過粘稠性Klebsiella pneumoniaeを起因菌として肝膿瘍を形成し、全身の多発膿瘍、眼内炎、髄膜炎などを合併する。【症例】69歳男性。主訴は下腹部痛で、腹部造影CTで腹腔内のfree airと肝外側区域にairを含む低吸収域を認めた。肝膿瘍穿孔による急性汎発性腹膜炎の診断で腹腔鏡下洗浄ドレーナージ及び肝膿瘍閉窓術を施行した。腹水培養からstring test陽性の過粘稠性Klebsiella pneumoniaeを検出し、ILASの診断となった。敗血症性ショックに対する集中治療と肝膿瘍のドレーナージ及び抗生剤治療により、他部位の膿瘍形成の合併はなく、全身状態は改善し第30病日に転院となった。【結語】ILASにおける肝膿瘍破裂による腹膜炎の報告は極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。

【演者番号】026 **腎細胞癌胃転移に対してLECSを施行した1例**

<sup>1</sup> 弘前大学 医学部 消化器外科

亀山 優真<sup>1</sup>、室谷 隆裕<sup>1</sup>、横山 拓史<sup>1</sup>、吉田 枝里<sup>1</sup>、神田 大周<sup>1</sup>、袴田 健一<sup>1</sup>

症例は60代、男性。腎細胞癌に対して右腎摘術の施行歴あり。術後20年を経過して施行したCTにて胃体部に多血性腫瘍を指摘され、上部消化管内視鏡検査にて胃体下部大弯前壁に20mm大の隆起性病変を認め、生検にて腎細胞癌胃転移の診断を得た。外科的切除の方針となり、腹腔鏡・内視鏡合同手術(LECS)を施行した。切除片は25x20mmであり、病理診断はclear cell renal cell carcinoma, metastatic stomachであった。現在術後2年を経過し、無再発生存中である。腎細胞癌の転移形式としては肺、肝、骨、脳が多く、消化管、特に胃への転移は非常に稀である。今回我々は腎細胞癌術後転移性胃腫瘍に対してLECSを施行した1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【演者番号】028 **壊死組織しか認めなかった肝腫瘍の1例～起源となる腫瘍は何か～**

<sup>1</sup> 東北医科薬科大学 肝胆膵外科、<sup>2</sup> 東北医科薬科大学 消化器外科

目谷 有紗陽<sup>1</sup>、桜井 博仁<sup>1</sup>、高見 一弘<sup>1</sup>、近藤 典子<sup>1</sup>、山本 久仁治<sup>1</sup>、辻仲 眞康<sup>2</sup>、中野 徹<sup>2</sup>、柴田 近<sup>2</sup>、片寄 友<sup>1</sup>

【症例】66歳男性、腹部超音波にて肝左葉外側区に腫瘍を指摘された。造影CT検査では6cmの辺縁早期濃染、石灰化を伴う嚢胞様病変を認めた。肝細胞癌や肝血管腫が鑑別に挙げられた。造影MRI検査では様々な信号を含む境界明瞭な嚢胞状病変を認め、上記鑑別に加え、IPNBが鑑別に挙げられた。超音波内視鏡では嚢胞内部に充実成分を認め、内視鏡的逆行性胆道造影で腫瘍は造影されなかった。以上よりIPNBを疑い、肝左葉切除術を行なった。【病理診断】腫瘍は石灰化を伴う膠原繊維性被膜に囲まれ、腫瘍形成から長い年月が経過していることが示唆された。病変内部に壊死物質を認めるのみで、明らかな腫瘍成分は認めなかった。【考察】腫瘍が時間経過と共に自然退縮したと考えた。悪性腫瘍の自然退縮は稀ではあるが、その中でも肝細胞癌は自然壊死に陥りやすい腫瘍であるといわれている。今回摘出した腫瘍の起源は肝細胞癌であったと推察される。

【演者番号】030 **術前に肝細胞癌との鑑別が困難であった多発肝血管筋脂肪腫の1例**

<sup>1</sup> 八戸市立市民病院 外科

岩間 楓<sup>1</sup>、吉田 諭<sup>1</sup>、寺下 茅夏<sup>1</sup>、盛島 練人<sup>1</sup>、金井 哲史<sup>1</sup>、米内山 真之介<sup>1</sup>、丸山 祥太<sup>1</sup>、中山 義人<sup>1</sup>、西村 隆一<sup>1</sup>、上村 卓嗣<sup>1</sup>、佐藤 智行<sup>1</sup>、青木 計績<sup>1</sup>、水野 豊<sup>1</sup>

症例は53歳女性。健診の超音波検査で肝血管腫、肝嚢胞、胆石症を認め、前医を受診した。造影CTにて肝に複数の多血性腫瘍を認め、肝細胞癌(HCC)を否定できず、当院消化器内科紹介となった。当初は画像フォローの方針となったが、当院でのGd-EOB-MRIにてS4、S6、S7にそれぞれ径10mm前後の腫瘍が指摘された。HCCを否定できない画像所見にて手術目的に当科紹介となり、肝後区域切除、肝S4部分切除および胆嚢摘出術を施行した。病理検査結果ではαSMA、HMB45、Melan-A陽性で、脂肪細胞や一部肥厚した血管も認め、いずれの腫瘍も肝血管筋脂肪腫(肝AML)の診断であった。肝AMLは単発症例がほとんどであり、多発肝AMLは稀な疾患である。肝AMLは脂肪成分の少ない場合は画像所見でHCCとの鑑別が困難なことも多い。肝AMLは再発や悪性化の報告もあり、今後も慎重に経過観察していく必要がある。

【演者番号】031 脾転移を伴った再発肝細胞癌の1切除例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 医学部 肝胆膵移植外科

山口 大輝<sup>1</sup>、佐藤 直哉<sup>1</sup>、要 知輝<sup>1</sup>、土佐 太郎<sup>1</sup>、西間木 淳<sup>1</sup>、渡邊 淳一郎<sup>1</sup>、小船戸 康英<sup>1</sup>、石亀 輝英<sup>1</sup>、岡田 良<sup>1</sup>、木村 隆<sup>1</sup>、見城 明<sup>1</sup>、丸橋 繁<sup>1</sup>

【はじめに】肝細胞癌(HCC)の転移様式は肝内転移が最も多く、次いで、肺や骨への遠隔転移の頻度が高いとされる。今回我々は、稀な単発性脾転移を来した再発肝細胞癌の1例を経験したので症例報告する。  
【症例】症例は79歳男性。74歳、76歳時に慢性C型肝炎を背景としたHCCに対してラジオ波焼灼療法を受け、前医で経過観察されていた。最終のRFA後2年目にAFP、PIVKA-2が上昇し、画像所見より肝S5のHCC再発と診断された。また、同時に脾腫瘍を認め、2か月後に腫瘍は増大し、腫瘍マーカーも経時的上昇を認めたため、HCCの脾転移が疑われた。腹腔鏡下肝部分切除術および脾臓摘出術を同時に施行した。HCCは中分化型で、免疫染色ではHepa-1、Arginase-1が陽性であった。また、脾腫瘍もHCCと同様の染色パターンを示したため、HCC脾転移の最終診断となった。  
【結語】非常に稀な脾転移を伴った再発肝細胞癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【演者番号】033 Montage型気管分岐部再建術を施行した腺様嚢胞癌の1切除例

<sup>1</sup> 山形大学医学部附属病院 心臓血管・呼吸器・小児外科

鈴木 潤<sup>1</sup>、塩野 知志<sup>1</sup>、渡辺 光<sup>1</sup>、捧 貴幸<sup>1</sup>、佐藤 開仁<sup>1</sup>、松井 雄介<sup>1</sup>、内田 徹郎<sup>1</sup>

【症例】48歳女性。数ヶ月前から増強する呼吸困難のため近医を受診した。CT、気管支鏡で気管分岐部直上、気管右側壁に内腔へ突出する最大径約2.5cmの腫瘍を認め当科に紹介された。まず窒息回避のため、硬性気管支鏡下に腫瘍をCore-outした。病理組織診では腺様嚢胞癌の診断で、遠隔転移を認めず、耐術能に問題はなく根治術の方針にした。【手術】胸骨縦切開でアプローチ。両側開胸し、肺靭帯を切離、右下肺静脈周囲・肺門部の心膜を切開し右主気管支を受動した。左主気管支を切離し、術野から左の主気管支に術野挿管した。気管支鏡で内腔を確認しながら、気管を切離した。右主気管支も切離したが切除断端が陽性であり、更の上葉入口部付近で追加切離した。気管と右主気管支を3-OPDSで端々縫合し、右主気管支内側壁に左主気管支を4-OPDSで端端縫合した。術後合併症はなく、術後17病日に退院した。術後4年無再発生存中である。

【演者番号】035 左主気管支浸潤を伴う左下葉肺癌に対する舌区下葉管状切除により肺全摘を回避し得た1例

<sup>1</sup> 山形県立中央病院

榎田 会生<sup>1</sup>、遠藤 誠<sup>1</sup>、中橋 健太<sup>1</sup>、中塚 真里那<sup>1</sup>

【はじめに】閉塞性肺炎を併発した左主気管支浸潤を伴う左下葉肺癌に対して舌区下葉管状切除により肺全摘を回避し得た1例を経験したので報告する。  
【症例】70歳男性。左臍胸の疑いで当科へ紹介された。発熱と炎症反応上昇、CTで左S6に6.2cmの内部造影不良域を伴う肺腫瘍と左下葉無気肺を認め、閉塞性肺炎を併発した肺癌が疑われた。気管支鏡で扁平上皮癌、左主気管支浸潤と診断し手術を行なった。リンパ節#11は露出困難で舌区は温存不能であったが、上大区は温存可能であり舌区下葉管状切除を行なった。中樞側気管支断端は迅速病理検査で異形成と診断されたが、追加切除は困難であり行なわなかった。術後経過良好で第9病日に退院した。最終病理は扁平上皮癌(pT3N1M0,pStageIIIA)と診断した。術後補助化学療法は行なわず経過観察中である。  
【結語】主気管支浸潤を伴う肺癌に対する管状切除は肺全摘の回避や呼吸機能温存の観点から有用である。

【演者番号】032 LenvatinibとTACE併用療法により病理的完全奏功が得られた肝細胞癌の1例

<sup>1</sup> 弘前大学 大学院医学研究科 消化器外科学講座

笠井 大貴<sup>1</sup>、石戸 圭之輔<sup>1</sup>、木村 憲央<sup>1</sup>、長瀬 勇人<sup>1</sup>、内田 知顕<sup>1</sup>、袴田 健一<sup>1</sup>

【症例】70代女性。発熱を契機に偶然発見された肝S4/5(6cm)と肝S8(1cm)の肝細胞癌として当科へ紹介となった。患者本人が手術を希望されずLenvatinib投与が開始となった。投与開始2か月後のCT検査で著明な腫瘍の造影効果の低下を認め、病勢の制御を目的に肝動脈化学塞栓療法(TACE)を施行した。TACE施行後に手術希望があり肝S4/5/8部分切除術を施行した。病理組織診断では腫瘍組織全体が壊死しておりviableな腫瘍細胞の残存は認められなかった。術後5か月経過現在、無再発で経過観察中である。【考察】肝細胞癌に対する分子標的療法の適応範囲は拡大しつつあり、本症例と同様にTACEを併用した著効例やコンバージョン肝切除施行例も報告が増加している。本症例を提示すると共に新たな局面を迎えつつある肝細胞癌の治療戦略につき文献的考察を加えて報告する。

【演者番号】034 右同時性多発肺腺癌に対して胸腔鏡下右上葉+S\*区域切除を施行した1例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学医学部 呼吸器外科学講座

丸谷 慶将<sup>1</sup>、松村 勇輝<sup>1</sup>、猪俣 頌<sup>1</sup>、峯 勇人<sup>1</sup>、渡部 晶之<sup>1</sup>、尾崎 有紀<sup>1</sup>、武藤 哲史<sup>1</sup>、岡部 直行<sup>1</sup>、鈴木 弘行<sup>1</sup>

S\*区域はS6-S10区域間に位置する稀な過剰区域であり、特に下葉区域切除の際は認識すべき解剖である。今回同部に発生した肺腺癌に対して区域切除を施行した1例を経験した。患者は50歳代女性、胸部CTで偶然的に右肺上葉と下葉にすりガラス結節を認めた。前者はS2を主座とし最大径:2.0cm、CTR:0.5、後者はS\*を主座とし最大径:1.0cm、CTR:0であった。画像より同時性多発肺癌が疑われ、胸腔鏡下右上葉+S\*区域切除の予定とした。術中はA\*を切離後にB\*を露出してSジェット換気でS\*を拡張させた。B\*、V\*を切離し、含気虚脱線にそって区域間をstaplingしS\*区域切除とした。上葉切除も行い、上葉とS\*を一塊に摘出した。術後は大きな問題なく、9病日に退院となった。病理診断は共に肺胞上皮置換を伴う肺腺癌で同時性多発肺癌であった。S\*区域は右肺で約19%、左肺で約16%存在するとされ、術前より認識すべき過剰区域であるため文献的考察を加えて報告する。

【演者番号】036 【学生】悪性リンパ腫に合併した肺硝子化肉芽種症の1例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学医学部 呼吸器外科学講座

川島 萌<sup>1</sup>、峯 勇人<sup>1</sup>、猪俣 頌<sup>1</sup>、渡部 晶之<sup>1</sup>、尾崎 有紀<sup>1</sup>、武藤 哲史<sup>1</sup>、岡部 直行<sup>1</sup>、松村 勇輝<sup>1</sup>、鈴木 弘行<sup>1</sup>

【緒言】肺硝子化肉芽腫は原因不明の腫瘍性肺病変であり、今回悪性リンパ腫肺転移との鑑別を要した肺硝子化肉芽腫の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】56歳男性。悪性リンパ腫化学療法中に胸部CTで両側多発肺結節を認めた。化学療法施行に伴い、リンパ腫病変は消失もしくは縮小、IL2R値は低下傾向を示したものの、肺結節は増大、増加を示したため、診断目的に胸腔鏡下右肺部分切除を施行した。術後病理結果では硝子化を伴う肉芽種性病変であり、多核巨細胞や類上皮細胞が観察され肺硝子化肉芽腫と診断された。【結語】悪性リンパ腫肺転移と鑑別を要した肺硝子化肉芽腫の1例を経験した。本疾患は結核や真菌などの感染症との関連性や自己免疫学的機序が推測される報告もあるが、本症例のように悪性疾患加療中に認められた多発肺結節では硝子化肉芽腫の鑑別も考慮すべきである。

【演者番号】037 吻合部壊死をきたした永久気管孔に対して  
縦隔気管孔作成術を行った一例

<sup>1</sup> 山形大学医学部附属病院 外科学第二講座

松井 雄介<sup>1</sup>、佐藤 開仁<sup>1</sup>、捧 貴幸<sup>1</sup>、渡辺 光<sup>1</sup>、鈴木 潤<sup>1</sup>、  
塩野 知志<sup>1</sup>、内田 徹郎<sup>1</sup>

縦隔気管孔作成術は進行頭頸部癌症例や局所再発例などで気管切除が末梢に及ぶ症例で行われる術式である。しかし永久気管孔作成術後の合併症に対して縦隔気管孔作成術を施行することは稀である。今回我々は頸部食道癌術後の永久気管孔の吻合部壊死に対して、術後3週間目に縦隔気管孔作成術を施行したので報告する。

症例は65歳男性。嚥下時のつかえ感を自覚され前医受診、精査の結果頸部食道癌と診断され、咽喉頭食道全摘術、両頸部郭清および後縦隔経路胃管咽頭吻合再建が行われた。しかし術後4日目より気管孔入口部に全周性の黒色痂皮の付着を認めた。処置を継続するも改善を認めず、吻合部の全層性気管壊死が疑われた。気管壊死に伴う縦隔炎の発症を危惧し、初回術後21日目に縦隔気管孔作成術、大胸筋皮弁形成術を施行した。術後31日目の経過は良好である。

【演者番号】039 自然気胸に対する胸腔穿刺脱気法の検討

<sup>1</sup> 竹田総合病院

實野 和澄<sup>1</sup>、塩 豊<sup>1</sup>、山浦 匠<sup>1</sup>

自然気胸の初期対応として本邦ではII度に胸腔ドレナージが推奨されているが欧米のガイドラインでは虚脱の強いlargeで状態の安定した症例についてまず胸腔穿刺脱気法が推奨されている。当院で胸腔穿刺脱気法を取り入れた成績について検討した。2020・2021年の気胸症例68例のうち外傷性と医原性を除く48例を対象とした。胸腔穿刺は8例(5例は無再発、1例はドレナージ追加、2例で退院後再発に対し手術)。胸腔ドレナージは25例(15例で開始後直ちに気洩消失し8例は無再発経過、7例は再発高リスクと判断し手術/胸膜癒着療法。10例で持続的気洩について手術/胸膜癒着療法)。穿刺またはドレナージ33例のうち13例(39.3%)は処置後の気洩なく無再発経過しており、中等度以上の気胸であっても必ずしも胸腔ドレナージを行わず低侵襲に治療できる可能性があると考えられる。

【演者番号】041 女性化乳房に合併した男性乳癌の1例

<sup>1</sup> 大曲厚生医療センター 外科

岩濑 圭一郎<sup>1</sup>、荒木 孝明<sup>1</sup>、安田 有希<sup>1</sup>、川村 真理<sup>1</sup>、  
佐藤 圭佑<sup>1</sup>、平嶋 倫亮<sup>1</sup>、林 啓一<sup>1</sup>

症例は70歳代男性。近医で7年前から降圧薬による右女性化乳房とされたが投与継続、2年前から増大、疼痛も出現したため当科紹介された。乳輪近傍に2cm弱の硬い腫瘤を触知し、超音波で境界不明瞭でhaloを伴う低エコー腫瘤を認め、前方境界線断裂あり。CT検査では腫瘤辺縁に造影効果を伴い、腋窩リンパ節は軽度腫大、遠隔転移は認めず。細胞診で悪性の疑い、生検は壊死組織であったが、手術の方針とした。乳房全切除術を行い、センチネル陽性であったため腋窩郭清を併施した。病理診断は硬性型浸潤性乳管癌、T1N3aStageIIICであり術後放射線療法、化学療法、ホルモン療法を予定した。一般に男性乳癌の予後は女性と大差ないとされるが、男性乳癌の認知度の低さや女性化乳房の合併もあり、本例は精査が遅れ進行癌となった。女性化乳房と乳癌の因果関係は不明な点もあるが、高齢や長期経過でリスクが増加するとされ、薬剤等の要因は可及的に除去すべきと考えられた。

【演者番号】038 ジェルポイントを使用した  
ロボット支援下肺葉切除の試み

<sup>1</sup> 山形大学医学部附属病院 外科学第二講座

渡辺 光<sup>1</sup>、鈴木 潤<sup>1</sup>、捧 貴幸<sup>1</sup>、佐藤 開仁<sup>1</sup>、松井 雄介<sup>1</sup>、  
安田 佐梨<sup>1</sup>、塩野 知志<sup>1</sup>

当院では2021年よりロボット支援下肺切除を導入している。今回GelPOINT Advanced Access Platform(以下、ジェルポイント)を使用し、ロボット支援下手術を行ったので報告する。症例は72歳女性。検診異常影を指摘され、cStage I期の肺腺癌と診断された。背景に宗教的輸血拒否があり、倫理的配慮と十分な説明と同意のもと手術の方針にした。手術はアシストポートにジェルポイントを使用し、人工気胸下にロボット支援下右下葉切除、ND2a-1リンパ節郭清を行った。術後経過は良好で第5病日に退院した。ジェルポイントはジェル上に複数のアクセスポートを作成可能なツールである。腹腔鏡下手術では広く使用されているが胸部領域での報告は少ない。従来のロボットポート配置でアシストポートより複数の鉗子や吸引管を使用する事が可能であり、術野の視野確保と出血時の対応がより安全にできると推察された。

【演者番号】040 センチネルリンパ節転移診断に  
術中迅速免疫染色法が有用であった1例

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 乳腺・内分泌外科、

<sup>2</sup> 秋田大学医学部附属病院 胸部外科、

<sup>3</sup> 秋田大学医学部附属病院 病理部

山口 歩子<sup>1,2</sup>、寺田 かおり<sup>1,2</sup>、南條 博<sup>3</sup>、高橋 絵梨子<sup>1,2</sup>、  
今野 ひかり<sup>1,2</sup>、森下 葵<sup>1,2</sup>、南谷 佳弘<sup>2</sup>

センチネルリンパ節生検(SLNB)の病理学的検索はH E染色を用いることが基本だが、免疫組織化学染色の追加はIHCや微小転移、小葉癌のような小型乳癌細胞の検索に有用とされる。今回、電界攪拌技術の応用による術中迅速免疫染色法(R-IHC)によりマクロ転移を同定し得た症例を経験したため報告する。症例は61歳女性。右乳癌、浸潤性小葉癌、Luminal A like、cT1cNOMO、cStage Iの診断で、右Bt+SLNBの方針とした。S LNBではHE染色で転移陰性、R-IHCでマクロ転移を認め、腋窩郭清を追加した。最終病理診断で腋窩リンパ節6個に転移を認め、pT2N2bM0、pStage3A、Luminal A-likeの診断で、術後補助化学療法、ホルモン療法、胸壁照射による集学的治療を行い、無再発である。H E染色のみでは転移の検索が困難な症例では、R-IHCが有用な可能性があると考えられた。

【演者番号】042 乳癌術後対側腋窩リンパ節腫大のマネジメント

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 医学部 乳腺外科学講座、<sup>2</sup> 星総合病院外科

菅野 由佳<sup>1</sup>、野田 勝<sup>1</sup>、東條 華子<sup>1,2</sup>、阿部 貞彦<sup>1</sup>、星 信大<sup>1</sup>、  
村上 祐子<sup>1</sup>、岡野 舞子<sup>1</sup>、立花 和之進<sup>1</sup>、吉田 清香<sup>1</sup>、大竹 徹<sup>1</sup>

【背景】乳癌術後に対側腋窩リンパ節腫大のみがみられる症例もしばしば経験する。今回は対側リンパ節腫大のみを認めた3例について報告する。【症例1】50歳、男性。左乳癌に対しBt+Axを施行。術後1年4カ月で右腋窩リンパ節腫大を認め、腫大リンパ節摘出を施行し乳癌転移の診断となった。【症例2】45歳、女性。左乳癌に対し術前化学療法後にBt+Axを施行。術後3年で右腋窩リンパ節腫大を認めた。腫大リンパ節摘出を行い、悪性所見はみられなかった。【症例3】47歳、女性。左乳癌に対しBt+Axを施行。術後3年で右腋窩リンパ節腫大を認めた。腫大リンパ節摘出を行い、悪性所見はみられなかった。【考察】乳癌術後に他臓器転移がなく、対側の腋窩リンパ節腫大のみを認める場合には、過剰な診断、治療とならないように注意を払う必要がある。また、転移であった場合でも病変切除および適切な薬物療法により病勢コントロールが可能であることが示唆される。

**【演者番号】043 RI法と術中intact-PTHモニタリングを併用し摘出した縦隔内異所性副甲状腺腫の1例**

<sup>1</sup> 秋田大学胸部外科学講座

原田 柚子<sup>1</sup>、今井 一博<sup>1</sup>、高嶋 祉之具<sup>1</sup>、栗原 伸泰<sup>1</sup>、栗山 章司<sup>1</sup>、  
出村 遼<sup>1</sup>、鈴木 陽香<sup>1</sup>、南谷 佳弘<sup>1</sup>

症例は74歳女性。かかりつけ医で高Ca血症とintact PTH高値を指摘され、副甲状腺機能亢進症の疑いで99mTc-MIBIシンチグラフィーを実施。右上縦隔に局限した集積を認め、縦隔内異所性副甲状腺腫の診断で切除目的に当科へ紹介となった。

術前に99mTc-MIBIを静注し、術中ガンマプローブを用いて局在を確認しながら病変を摘出。加えて入室時と切除後10分、20分でintact-PTH値を測定し、摘出成功の参考とした。病理結果は異所性副甲状腺腫であり術後から現在まで高Ca血症の再燃など無く経過している。縦隔内異所性副甲状腺腫においては術中の局在同定に難渋する事があるが、今回我々はRI法と術中intact-PTHモニタリングを併用し標的病変を切除し得た。文献的考察を加えて報告する。

**【演者番号】045 徒手整復後に局所麻酔で根治手術を施行した閉鎖孔ヘルニアの4例**

<sup>1</sup> 山形市立病院 済生館 外科

長谷川 繁生<sup>1</sup>、佐藤 多未笑<sup>1</sup>、伊藤 想一<sup>1</sup>、相磯 崇<sup>1</sup>、高須 直樹<sup>1</sup>、  
二瓶 義博<sup>1</sup>、五十嵐 幸夫<sup>1</sup>、大西 啓祐<sup>1</sup>

(はじめに)閉鎖孔ヘルニアは、痩せた高齢女性に多いという疫学的特長があるが、体表面に特徴的な所見が少なく診断が困難である。今回、我々は、2020年4月から2022年6月までの期間で閉鎖孔ヘルニアを7例経験した。その内の4例に超音波下に徒手整復を成功させ、局所麻酔を用いて根治手術を施行したので、報告する。(症例)徒手整復した4例は、年齢85歳から95歳で平均91.8歳。手術時間は、37分から71分で平均49.8分であった。麻酔は、膨潤麻酔を使用し、術中には、Dexmedetomidineを使用した。同期間に徒手整復をしなかった3例は、2例に小腸切除術を施行した。手術は、腹膜前腔からのアプローチで閉鎖孔からヘルニア嚢を摘出して大腿裂孔と閉鎖孔をメッシュシートで覆う術式とした。現在まで、再発などの合併症を認めていない。(結語)閉鎖孔ヘルニアは、症例によっては超音波を用いて徒手整復が可能な症例も認められるので報告した。

**【演者番号】047 再発ヘルニアにNuck管水腫を合併した1例**

<sup>1</sup> 津軽保健生活協同組合 健生病院 外科

小山 香奈美<sup>1</sup>、笹田 大敬<sup>1</sup>、佐々木 高洋<sup>1</sup>、松本 拓真<sup>1</sup>、兼田 杏理<sup>1</sup>、  
境 剛志<sup>1</sup>、佐藤 衆一<sup>1</sup>、原 隆志<sup>1</sup>

**【初めに】**

今回我々は再発鼠径ヘルニアにNuck管水腫を合併した症例に対し腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行したので報告する。

**【対象】**63歳女性。22年前に右鼠径ヘルニアに対する手術を他院にて行った既往あり。

**【経過】** 右鼠径部に痛みを感じ救急外来を受診し、CTで右再発鼠径ヘルニアの診断となった。TAPPにて手術をおこなった。腹腔鏡で観察すると、右内鼠径ヘルニアを認めた。ヘルニア嚢を剥離するとNuck管水腫を認め、腹腔鏡下に水腫を末梢まで追い切除した。ヘルニア輪の腹側にあったメッシュがずれたため内鼠径ヘルニアが再発したと考えられ、新たにULTRAPRO Meshを留置した。術後4日目に経過良好にて退院した。

**【結語】** 女性の鼠径ヘルニアに対する手術においては再発症例であってもNuck管水腫を念頭においた手術が必要であると考えられる。

**【演者番号】044 模型を用いた緊急気管切開トレーニングの試み**

<sup>1</sup> 南相馬市立総合病院 研修医、<sup>2</sup> 南相馬市立総合病院 外科

木村 一憲<sup>1</sup>、森田 直希<sup>1</sup>、岩館 学<sup>2</sup>、高間 朗<sup>2</sup>、大平 広道<sup>2</sup>

甲状腺疾患の手術では術後出血の割合は1~2%と報告されており、初期対応が遅れると死に至る場合や低酸素脳症などの重篤な合併症に至る場合もある。当院では2021年10月に内分泌外科専門医が着任し甲状腺疾患の手術が増加している。術後出血の多くは、そのほとんどが術後24時間以内におこっており、2022年3月に発行された頸部手術に起因した気道閉塞に関わる死亡事例10例の分析では帰室から急変時の中央値が4.5時間(1~32時間)、医師到着から気道確保までの時間の中央値が25分(5~60分)であり、急変対応科が必ずしも担当科でない例もあった。本院でも、術後に外科医師が当直にあたらぬこともあり、当直医がその対応に当たる可能性もある。そのため、当院では定期的に甲状腺手術後の術後出血を想定した勉強会をおこなっている。今回、模型を用いた緊急気管切開トレーニングをおこなった経験を初期研修医の立場から報告する。

**【演者番号】046 膨潤TAPP法による腹膜前腔へのメッシュ留置により修復した白線ヘルニアの1例**

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 会津医療センター 外科

土佐 太郎<sup>1</sup>、添田 暢俊<sup>1</sup>、川又 崇弘<sup>1</sup>、鈴木野 聖子<sup>1</sup>、齋藤 拓朗<sup>1</sup>

白線ヘルニアに対する腹腔鏡下手術では腹腔内にメッシュを留置している報告例が多い。今回、膨潤TAPP法による腹膜前腔へのメッシュ留置により修復した白線ヘルニア症例を経験したので報告する。症例は37歳男性。3カ月前からの間欠的な上腹部痛を主訴に、当院を受診した。上腹部正中に鳩卵大の腫瘍を触知し、圧痛を認めた。CTでは上腹部正中の白線に直径2cmの裂孔を認め、同部より大腸が脱出していた。手動的に整復できず、非還納性白線ヘルニアと診断した。待機的に腹腔鏡手術を施行した。上腹部正中に15×15mmのヘルニア門を認め、大腸が嵌入していた。大腸をヘルニア門から引き出し、膨潤TAPP法に準じて、剥離予定範囲の腹膜前腔を膨潤させたのちに、腹膜を切開し、腹膜前腔の剥離を行った。ヘルニア門を非吸収糸にて直接縫合閉鎖し、さらに腹膜前腔にTiLENEメッシュを留置して補強した。経過良好で術後2日目に退院となった。

**【演者番号】048 巨大腹壁癒痕ヘルニアに対してRives-Stoppa法+両側腹横筋リリース法で修復した1例**

<sup>1</sup> 東北大学大学院 消化器外科学分野

赤森 洋太<sup>1</sup>、山村 明寛<sup>1</sup>、西條 文人<sup>1</sup>、土屋 堯裕<sup>1</sup>、井本 博文<sup>1</sup>、  
田中 直樹<sup>1</sup>、大沼 忍<sup>1</sup>、亀井 尚<sup>1</sup>、海野 倫明<sup>1</sup>

症例は74歳男性。5年前に肝門部領域胆管癌に対して拡大肝左葉切除術を施行した。2年前より腹壁癒痕ヘルニアを認めるようになった。逆T字切開創の全体に渡って膨隆し、腹部CT検査ではヘルニア部周囲の腹直筋が萎縮を認め、ヘルニア門の測定は困難であった。症状が顕著であった為手術の方針とした。手術時の測定でヘルニア門は縦12cm×横6cm大であった。retrorectus spaceの剥離および両側腹横筋リリースを行い、腹膜及び腹直筋後鞘を縫合閉鎖した。縦23cm×横18cmにトリミングしたメッシュをretrorectus spaceに留置し、腹直筋前鞘を縫合閉鎖した。術後は癒着性腸閉塞を認めたが改善し退院となった。腹横筋リリース(TAR)法はヘルニア門の閉鎖が困難な症例に対して腹壁再建できる術式である。本症例のように巨大ヘルニア門を有する症例および高度の腹腔内癒着が予想される症例に対して有用な術式である。

【演者番号】049 鼠径ヘルニア偽還納の1例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 会津医療センター 初期研修医、  
<sup>2</sup> 福島県立医科大学 会津医療センター 外科

牧 歩<sup>1</sup>、添田 暢俊<sup>2</sup>、川又 崇弘<sup>2</sup>、土佐 太郎<sup>2</sup>、鈴木野 聖子<sup>2</sup>、  
齋藤 拓朗<sup>2</sup>

症例は58歳、男性。右鼠径部の膨隆と疼痛で当院を受診した。CTで右鼠径ヘルニア偽還納と、その口側腸管の拡張を認めた。腹腔鏡下手術で開始すると、偽還納していた小腸は鉗子操作で容易に解除でき、腸管壊死は認めなかった。鼠径部切開法へ移行しメッシュを用いてヘルニアを修復した。偽還納はヘルニア嚢が絞扼された腸管とともに腹膜前腔に戻る稀な病態である。鼠径部切開法では観察が困難だが、腹腔鏡では容易に確認でき有用な術式であると考えられた。

【演者番号】051 TEVAR術後SMA狭窄に対するRetrograde open mesenteric artery stenting (ROMS)の経験

<sup>1</sup> 秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学講座

角浜 孝行<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、  
板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、  
堀江 祐紀<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

TEVAR術後SMA狭窄に対してROMSを行った症例を経験したので報告する。【症例】症例は76歳女性。広範囲胸部大動脈瘤の診断で当科紹介となった。大動脈基部置換及びFETを用いた弓部置換術を先行し、二期的にTEVARを施行。外来経過観察となっていたが、術後3年にType Ib エンドリークを生じ、追加TEVARの方針となった。Zenith alphaを用いてSMA直上までステントグラフトを留置した。最終造影では、エンドリークは消失しSMAは良好に造影された。術後三日目に肝酵素の上昇を認め、順行性にステント留置を試みたが困難だったため、ROMSを行うこととした。全身麻酔下に開腹。SMAを剥離・露出しテーピングを行い、7Fr. シースを逆行性に留置した後にSMAにVIABAHN VBX 7 x 59mmを留置した。術後速やかに肝機能は改善し腸管壊死を免れた。【結語】SMA狭窄に対するROMSは、有用な方法の一つである。

【演者番号】053 血栓閉鎖を伴う腹部大動脈瘤破裂に付随し、左下肢急性動脈閉塞を来した1例

<sup>1</sup> 岩手医科大学 心臓血管外科

齋藤 大樹<sup>1</sup>、山崎 志穂<sup>1</sup>、田林 東<sup>1</sup>、後藤 拓弥<sup>1</sup>、近藤 慎浩<sup>1</sup>、  
小泉 淳一<sup>1</sup>、金一<sup>1</sup>

症例は60歳の男性。ゴルフ中に急激な股関節痛を自覚し近医受診。単純CT上腹部大動脈瘤破裂を認め当院へ緊急搬送となった。当院来院後、左下肢の冷感・疼痛が強く造影CT上腹部大動脈瘤は左側へ破裂を認め、造影剤の漏出は認めず瘤内は血栓閉鎖していた。また右総腸骨動脈・左大腿動脈まで閉塞を認め左浅大腿・深大腿動脈内には血栓を認めた。左大腿部レベルでの急性動脈閉塞及び腹部大動脈瘤破裂の同時発症と思われ緊急でYグラフト人工血管置換術+血栓除去術を施行した。瘤内はcontained ruptureの所見であった。術後1日目で左下腿部のコンパートメント症候群となり、筋膜切開術を施行したが、概ね術後経過は順調。術後12日目で前医へ転院となった。本例では、慢性的経過で生じたcontained ruptureによるAAAが内腔の完全閉塞をきたしていた点、破裂と同時にもしくは時期を異にして左下肢へ血栓を起こした点において報告の価値があると思われ、報告する。

【演者番号】050 EndurantによるEVAR術後6年でグラフトが完全閉塞した1例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 心臓血管外科学講座

近内 政美<sup>1</sup>、高瀬 信弥<sup>1</sup>、若松 大樹<sup>1</sup>、瀬戸 夕輝<sup>1</sup>、五十嵐 崇<sup>1</sup>、  
藤宮 剛<sup>1</sup>、新城 宏治<sup>1</sup>、石田 圭一<sup>1</sup>、永田 恵実<sup>1</sup>、横山 斉<sup>1</sup>

48歳男性。6年前に腎動脈下の腹部大動脈瘤に対して、当院で腹部ステントグラフト内挿入術 (Endurant<sup>®</sup> Medtronic, Inc)を施行された。その後通院を自己中断していたが、今回間欠性跛行を主訴に当院を受診した。上肢・下肢血圧比は、右0.48、左0.30と重度の動脈閉塞を認め、CT検査では、ステントグラフト内の閉塞と両側総腸骨動脈の閉塞を認めた。ステントグラフト完全閉塞の診断で、腹部正中切開によるY型腹部大動脈人工血管置換術 (J-Graft 22x11mm)を施行した。術後の経過は良好で、両下肢の血流も改善した。今回、腎動脈下の腹部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿入術を施行し、6年後にステントグラフトの完全閉塞をきたした稀な症例を経験したため、原因に対する考察を含め報告する。

【演者番号】052 【学生】特発性大動脈破裂に対しTEVARを施行した1例

<sup>1</sup> 東北大学 医学部、<sup>2</sup> 東北大学病院 心臓血管外科

須藤 響子<sup>1</sup>、鈴木 佑輔<sup>2</sup>、熊谷 紀一郎<sup>2</sup>、高橋 悟朗<sup>2</sup>、片平 晋太郎<sup>2</sup>、  
伊藤 光輝<sup>2</sup>、細山 勝寛<sup>2</sup>、板垣 皓大<sup>2</sup>、大谷 将之<sup>2</sup>、武富 龍一<sup>2</sup>、  
湯田 健太郎<sup>2</sup>、神山 信樹<sup>2</sup>、齋木 佳克<sup>2</sup>

79歳女性。震度6強の地震直後、突然の背部痛を認め、救急搬送となった。CT検査で縦隔血腫、左胸痛を認めた。出血点は左鎖骨下動脈分岐部より3cm遠位の弓部大動脈小弯側が疑われた。大動脈解離や大動脈瘤の所見はなく、特発性大動脈破裂と診断した。来院時よりバイタル不安定であり緊急TEVARの方針となった。全身麻酔下にC-TAG 31x200を左鎖骨下動脈分岐部より遠位側に留置した。造影でエンドリークを認めなかった。また同時に左胸腔ドレナージを施行した。術後バイタルは安定し、CT検査でエンドリークを認めなかった。リハビリテーションに時間を要したが、第37病日自宅退院となった。特発性大動脈破裂は非常に稀な疾患であり、若干の文献学的考察を含めて報告する。

【演者番号】054 腸管虚血を伴うA型解離に対してAortic stentingを先行しdelayed surgeryで救命した1例

<sup>1</sup> 弘前中央病院、  
<sup>2</sup> 弘前大学大学院 医学研究科 胸部心臓血管外科学講座

糸川 凜<sup>1</sup>、齋藤 良明<sup>2</sup>、村田 賢祐<sup>2</sup>、大徳 和之<sup>2</sup>、皆川 正仁<sup>2</sup>

症例は62歳男性。A型急性大動脈解離の診断で救急搬送された。到着時には発熱、並びに多量の下血があり、造影CTでは腹部大動脈真腔の狭小化を認め、腸管虚血と診断した。エントリーは大動脈基部に認めた。一期的central repairは敗血症に伴うDIC/出血のリスクが高いと考え、真腔拡大を目的としたAortic stenting(Zenith TX-Dベアメタルステント)を先行し腸管虚血を解除した。続いて術後5日にintentional delayed central repair(David手術+CABG1枝(Ao-SVG-#2))を行った。術後は腹部症状の再燃なく経過し、腸管は温存可能であった。腎機能低下に対して一時的に透析を要したが、術後35日にリハビリ目的に転院となった。腸管虚血を伴うA型急性大動脈解離に対する治療は未だcontroversialであるが、本症例のように一期的central repairが躊躇される場合はAortic stentingを先行する二期的治療が有効と考えられた。

**【演者番号】055 自作開窓型ステントグラフトを用いた、EVAR術後の難治性エンドリーク治療の経験**

<sup>1</sup> 山形県立中央病院 心臓血管外科、  
<sup>2</sup> 大分大学 医学部 放射線医学講座

鈴木 大貴<sup>1</sup>、川原 優<sup>1</sup>、香沢 梨恵子<sup>1</sup>、大嶺 開人<sup>1</sup>、大場 栄一<sup>1</sup>、  
山下 淳<sup>1</sup>、阿部 和男<sup>1</sup>、本郷 哲央<sup>2</sup>

78歳 女性。70歳時、腹部大動脈瘤にてステントグラフト内装術施行。2年後にType Ia ELが出現し、アオルタエクステンション及びPALMAZステントを追加した。ELは完全に消失していたが、6年後に再びIa ELが出現し動脈瘤が拡大した。開腹手術の既往と高度肥満のため、血管内治療が適していると考えた。TREGOステントグラフトカフ (TERUMO社)を手術台上で展開し、CTで計測した位置に合わせて上腸間膜動脈と両側腎動脈用の穴を開けてマーカーを装着し再びシースに納めた。腹腔動脈直下に留置し、開窓部から3分枝に順次カニューレションし、VBX (ゴア社)を用いて分枝再建を完成した。最後に腎動脈下にEXCLUDER cuff (ゴア社)を留置し終了した。術後CTではELなく、分枝の血流も良好であった。難治性Ia ELの治療には様々な報告があるが、本法は低侵襲で良好な遠隔成績も期待でき、有用な方法と考える。

**【演者番号】057 エクスクルーダーコンフォーマブルの初期経験**

<sup>1</sup> 弘前大学 大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座

村田 賢祐<sup>1</sup>、齊藤 良明<sup>1</sup>、于 在強<sup>1</sup>、渡邊 崇人<sup>1</sup>、今村 優紀<sup>1</sup>、  
皆川 正仁<sup>1</sup>

症例は76歳男性。最大径69mmの腹部大動脈瘤を認め、中枢ネックに90°を越える高度屈曲があり、エクスクルーダーコンフォーマブルでのEVARの方針とした。Cカーブとなるよう右大腿動脈をメインアプローチとし、アンギュレーションコントロールでメインボディをネックの走行に合わせてパーシャルデプロイした。位置調整のためコンストレイニングシステムを使用した。大弯側にスペースがあったため中枢端を拘束した際に血流を受けてデバイスが末梢側へ落ち込んだが、プッシュアップすることで腎動脈直下へ留置可能であった。両側の脚を留置してタッチアップを行い、パードピークやエンドリークが無いことを確認して手術を終了した。術後CT検査ではエンドリークや脚の狭窄を認めず、良好な結果だった。アンギュレーションコントロール＋コンフォーマブルシステム＋デバイス伸縮調整により高度屈曲症例でも厳密な解剖学的中枢留置が可能となったと考えられた。

**【演者番号】059 TEVAR後の逆行性A型解離に対するZone 0 arch repair with frozen elephant trunk**

<sup>1</sup> 秋田大学 心臓血管外科

和田 卓也<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、  
桐生 健太郎<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、  
五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

【背景】Stanford B型解離(TBAD)に対するTEVARの合併症である逆行性A型解離(RTAD)に我々が施行しているzone 0 arch repair with frozen elephant trunk (Z-0-FET)法を報告する。【症例】64歳女性。主訴は胸痛。3年前にTBADに対しzone 3 TEVAR施行。来院時CTでRTADと診断、Z-0-FETを施行。近位弓部大動脈にproximal stent graft-induced new entryを認めた。ステントグラフトの切断・除去はせずにZone 0からFETを展開し同部位で末梢吻合を行った。【結果】2014年からTEVAR後RTADに対しZ-0-FETを5例に施行した。平均人工心肺時間は177±30分、大動脈遮断時間は104±27分、下半身循環停止時間は39±8分だった。主要合併症、死亡や再治療はなかった。【結論】Z-0-FETはzone 0からのFET展開・同部位での末梢吻合が特徴で、簡便で確実な末梢吻合が可能である。TEVAR後RTADではTEVARグラフトの切断や除去が不要という利点もある。

**【演者番号】056 二期的治療が奏功した二次性大動脈十二指腸瘻の1例**

<sup>1</sup> 東北大学医学部総合外科

木村 俊作<sup>1</sup>、清水 港太<sup>1</sup>、小笠原 紀信<sup>1</sup>、鈴木 峻也<sup>1</sup>、梅津 道久<sup>1</sup>、  
芹澤 玄<sup>1</sup>、赤松 大二朗<sup>1</sup>

【症例】55歳男性。2年前に他院で破裂性腹部大動脈瘤に対して分枝型人工血管置換術を受け、経過中にS状結腸虚血を合併して人工肛門が造設されていた。2ヶ月前から断続的に下血を認め経過観察されていたが、大量下血と意識障害を来して搬送された。二次性大動脈十二指腸瘻による出血性ショックと診断したが、一期的根治術は困難と判断してステントグラフト内挿術を行いショックを離脱した。全身状態が安定した6日後にグラフト抜去・リファンピシン浸漬人工血管置換術・十二指腸部分切除術・消化管再建術を施行した。術後麻痺性イレウスが遷延したが軽快し自宅へ退院、現在は抗菌薬内服を継続し感染徴候なく経過している。【考察】二次性大動脈十二指腸瘻は腹部大動脈瘤の0.36～1.6%に認め、消化管出血や感染により致死的な転帰をたどることが多い。本症例ではステントグラフト内挿術により出血を迅速に制御したことで根治術につなげることができた。

**【演者番号】058 頸部・胸部多発動脈瘤に対する二期的ハイブリッド手術**

<sup>1</sup> 弘前大学 胸部心臓血管外科

今村 優紀<sup>1</sup>、齊藤 良明<sup>1</sup>、村田 賢祐<sup>1</sup>、田口 亮<sup>1</sup>、渡邊 崇人<sup>1</sup>、  
皆川 正仁<sup>1</sup>

症例は52歳男性。嘔声を認め、内視鏡検査で右反回神経麻痺と診断された。造影CT検査で右鎖骨下動脈、腕頭動脈瘤、遠位弓部大動脈囊状瘤を認め手術的に紹介となった。青年期に頸部腫瘍に対し放射線治療の既往があり、放射線照射による多発動脈瘤形成と考えられた。弓部操作に伴う左反回神経麻痺によって、術後の両側反回神経麻痺が懸念されたことから、二期的ハイブリッド手術の方針とした。初回手術は胸骨正中切開で行い、頸部分枝動脈瘤を切除しZone 2吻合による上行部分弓部置換術(右鎖骨下、右総頸、左総頸動脈再建)を行った。術後2か月後のTEVAR (cTAG)では、左総頸動脈壁性不良のため頸部バイパスは脳梗塞リスクが高いと判断し、RIBS法を用いた左鎖骨下動脈再建を行った。周術期合併症は認めず、術後の造影CTでendoleakを認めなかった。本症例のような術前右反回神経麻痺を来す場合、二期的ハイブリッド治療は若年者であっても妥当と考えられた。

**【演者番号】060 B型大動脈解離のTEVAR時期と真腔拡張率の関連**

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科

桐生 健太郎<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、  
板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、  
山崎 友也<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

【方法と結果】当院でB型大動脈解離(TBAD)に、TEVARを施行した48例(平均年齢61歳)を検討した。術前、退院前、術1・2・3年後のCTでステントグラフト(SG)末端と腎動脈レベルで真腔拡張率(真腔面積/大動脈面積)を算定した。大動脈面積と真腔拡張率は両レベルで術後3年目まで有意に負の相関を示し、真腔拡張率が大きいほど大動脈Remodelingは良好であることが示唆された。真腔拡張率とTEVAR施行時期はSG末端レベルで有意に負の相関を示し、TBAD発症早期にTEVARを行う方が真腔拡張率を高く維持することが示唆された。SG末端レベルで真腔拡張率 $\geq 80\%$ を維持するためのTEVARの介入時期を検討するためにROC曲線を作成し、Cutoff値として14日という数値が得られた。

【結論】真腔拡張率は遠隔期大動脈Remodelingに関連する。TBADにおいて80%以上の真腔拡張率を得るには発症14日以内のTEVARが有用である可能性が示唆された。

【演者番号】061 **Stacking cuffとreverse arch angulation techniqueを用いた胸腹移行部rTAAへのTEVAR**

<sup>1</sup> 弘前大学病院 胸部心臓血管外科

渡邊 崇人<sup>1</sup>、齋藤 良明<sup>1</sup>、今村 優紀<sup>1</sup>、村田 賢祐<sup>1</sup>、田口 亮<sup>1</sup>、于 在強<sup>1</sup>、皆川 正仁<sup>1</sup>

症例は76歳男性。ruptured TAAの診断で緊急TEVARの方針とした。CTでは胸腹移行部に7cmの大動脈瘤を認め、大動脈は横隔膜レベルで右側から左側に横走し、屈曲の大弯側にextravasationが見られた。腹腔動脈上からExcluder cuffを2本積み上げて末梢ネックを形成(stacking cuff technique)した。cTAGを先端チップが頭側を向くよう回転させてデリバリー(reverse arch angulation technique)し、active control system (AC)で屈曲に追従させ留置した。エンドリークや術後合併症なく独歩退院となった。末梢ランディング部のパードビーク予防にstacking cuff techniqueは有用であり、cTAG-ACを胸部大動脈末梢に応用することでステントグラフトの解剖学的留置が可能であった。

【演者番号】063 **乳頭筋間の左室瘤に対する手術に3D-CTが有用であった一例**

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科

五十嵐 亘<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、山崎 友也<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

心筋梗塞後の乳頭筋に近接する左室瘤修復術の術前検討に心電図同期CT 3D再構成画像(3D-CT)を活用した症例を報告する。症例は65歳男性。急性心筋梗塞に対し緊急PCI施行後、左室後壁の瘤形成と重症僧帽弁閉鎖不全症を認めた。内科的治療で心不全はコントロールされたが、左室瘤の不整な拡大傾向を認め手術適応と判断した。3D-CTで瘤は前後乳頭筋の中間に位置し、乳頭筋間の拡大を認めた。僧帽弁閉鎖不全症は、心筋梗塞急性期の心負荷と乳頭筋間距離拡大によるものと考えられ、僧帽弁への介入は行わず左室瘤修復時に乳頭筋間の短縮を行う方針とした。手術は左室瘤中央で瘤壁を切開しアプローチした。乳頭筋間が10mmになるようにパッチ形成と縫合ラインの決定を行い修復を行った。術後僧帽弁逆流は制御された。左室瘤手術において、心内構造物との位置関係を明瞭に描出できる3D-CTはより詳細な術前検討を可能にする。

【演者番号】065 **広範囲閉塞を伴う重症下肢虚血症例に対し、集学的治療を行い救肢し得た1例**

<sup>1</sup> 一般財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 心臓血管外科

堀田 明敬<sup>1</sup>、緑川 博文<sup>1</sup>、植野 恭平<sup>1</sup>、滝浪 学<sup>1</sup>、太田 和寛<sup>1</sup>、菅野 恵<sup>1</sup>

<症例>65歳男性。右下肢の安静時疼痛を主訴に当科受診。精査の結果、腹部大動脈閉塞性疾患(AIOD)を伴った右外腸骨動脈(EIA)閉塞、右浅大腿動脈(SFA)及び膝窩動脈(PA)閉塞を認め、Rutherford分類II度4群、TASCII分類D型の重症下肢虚血(CLD)と診断した。治療は抗凝固薬、血管拡張作用薬等の内科的治療を行い、状態安定後に外科治療を行う方針とした。

<手術>腹部正中切開にてAorto-bifemoral bypassを施行。中極側吻合は腎動脈直下、末梢側吻合は右総大腿動脈(CFA)と左EIAに吻合し、大動脈末梢断端を閉鎖した。また下肢血管に石灰化を認めず、右腰部交感神経節(L3-4)切除を行った。

<結語>広範囲動脈閉塞を伴った重症下肢虚血症例に対する治療法は様々あるが、戦略によっては重症化する場合がある。今回、集学的治療が奏功した1例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

【演者番号】062 **偽腔内に展開したFETに対する血管内治療**

<sup>1</sup> 秋田大学 医学部 心臓血管外科

高木 大地<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、山崎 友也<sup>1</sup>、堀江 裕紀<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

Stanford A型急性大動脈解離に対するFrozen elephant trunk (FET)を使用したZone 0 arch repairにおいて、先端が偽腔内で展開された症例を報告する。症例は83歳男性。腸管へのmalperfusionを合併したStanford A型急性大動脈解離に対し、FETを使用したzone 0 arch repairを施行した。末梢環流を再開後、経食道心エコーで下行大動脈の偽腔の拡大を認め、FETが偽腔に留置されたと判断した。大腿動脈よりカテーテルを挿入し、血管内超音波ガイド下に偽腔から真腔へフラップを穿通し、FETから下行大動脈真腔へステントグラフトを留置し、真腔への血流を確保した。大動脈解離に対するFETの使用は、偽腔への挿入のリスクがある。人工心肺の再開や循環停止を要さない本方法は、偽腔内に展開したFETに対する治療として有用な選択肢だと考えた。

【演者番号】064 **解離性大動脈瘤破裂に対し左腎動脈ステントグラフト内挿術を施行した1例**

<sup>1</sup> 秋田大学 医学部附属病院 心臓血管外科

堀江 祐紀<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

DeBakey III b型慢性B型解離に対する治療戦略は、人工血管置換術が未だ主流である。今回われわれは、左腎動脈起始部リエントリーに起因する遠位弓部大動脈瘤の偽腔破裂に対してステントグラフト(SG)内挿術が奏功した1例を経験したので報告する。71歳男性。2年前に急性A型解離に対し上行弓部置換術を施行。今回、胸背部痛と血痰を主訴に受診。左腎動脈リエントリーのみからの偽腔血流による遠位弓部の偽腔破裂と診断した。左大腿動脈アプローチで左腎動脈SG内挿術(GORE VIABAHN VBX、8×39mm)を施行した。術後造影CTでは偽腔の完全血栓閉塞と左腎動脈の開存を確認、血痰は消失し、合併症なくPOD9に独歩退院した。全てのリエントリーを閉鎖できる場合には、血管内治療により分枝への介入が有効な可能性がある。

【演者番号】066 **鉛筆による臀部刺創の男児例**

<sup>1</sup> いわき市医療センター 小児外科

町野 翔<sup>1</sup>、佐野 信行<sup>1</sup>、神山 隆道<sup>1</sup>

【はじめに】刺創(impalement injury)は、刺創の要素だけでなく、鈍的外傷も併せ持つ稀な外傷で、時に深部の損傷に比して体表の損傷が軽微であるため診断が遅れることがある。今回、鉛筆による臀部刺創の男児例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。【症例】9歳、男児。自宅で同僚と遊んでいた際に、鉛筆を複数入れた袋の上に尻餅をつき受傷、当院救急外来を受診したが、外表面の刺入痕のみであったため帰宅。その後も疼痛による体動困難が持続し2日後に当院へ救急搬送された。CT画像にて右臀部より腹膜翻転部まで異物が刺入されており、鉛筆による刺創と判断し、同日緊急手術を行った。異物は長さ6cmの色鉛筆で、尿道、直腸損傷はなかったため人工肛門造設、尿管留置は施行せず異物除去、創部ドレナージを行った。術後5日目にドレーン抜去、術後6日目に退院となった。【考察】本症を疑った場合は、画像での評価と損傷程度に応じた適切な治療方針決定が重要である。



【演者番号】067 血管損傷を伴った外傷性副腎損傷の一例

<sup>1</sup> 秋田大学 医学部 附属病院 小児外科

山形 健基<sup>1</sup>、林 海斗<sup>1</sup>、東 紗弥<sup>1</sup>、渡部 亮<sup>1</sup>、森井 真也子<sup>1</sup>、水野 大<sup>1</sup>

外傷性副腎損傷は稀であり、治療指針についてコンセンサスが得られていない。今回我々は血管造影で静脈出血と判断し、保存的に加療した外傷性副腎損傷の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は6歳男児。滑り台を逆走して登っていた所、滑り降りてきた姉と衝突、転落した。腹痛を訴え前医を受診。受傷6時間後の造影CTで右腎と肝臓の間に造影剤の血管外漏出像を伴う血腫を認め、当院に搬送された。血管の破綻が否定できないため血管造影を施行したところ、静脈相で右副腎静脈に結節状の染まりを認めた。他に明らかな造影剤の血管外漏出像や仮性動脈瘤は認めなかった。右副腎の単独損傷で、活動性の出血はないと判断し、再出血のリスクは低いと考えて保存的に加療する方針とした。再出血はなく、受傷後9日、CTで血腫の縮小を認め、受傷後12日に退院となった。

【演者番号】069 腹歴の無い腸閉塞症の3例

<sup>1</sup> 太田西ノ内病院

角田 圭一<sup>1</sup>、近藤 公男<sup>1</sup>、大澤 義弘<sup>1</sup>

開腹歴の無い腸閉塞症を3例経験したので報告する。【症例1】13歳男児。発熱と下腹部痛を主訴に受診。虫垂炎が疑われ保存的加療を開始。胆汁性嘔吐出現し、CTでも腸管拡張を認めた。麻痺性イレウスの診断で保存的加療を継続するも改善なく、イレウス解除術施行。穿孔性虫垂炎の所見で、虫垂への回腸の癒着を呈し、虫垂炎に伴う癒着性イレウスの診断であった。【症例2】5歳女児。腹痛、嘔吐を主訴に前医受診。腸炎の診断で入院加療が開始された。胆汁性嘔吐持続し、CTにて著明な小腸拡張を認め、7日目に当院へ転院搬送された。開腹手術施行し、骨盤右側壁に小腸が癒着しており、過去の虫垂炎に伴う癒着と思われた。【症例3】3歳女児。腹痛、嘔吐を主訴に受診。血液検査で代謝性アシドーシスと、CTにてclosed loopの所見あり。絞扼性腸閉塞疑いにて緊急手術の方針となった。バンドにより70cmの回腸が絞扼されており、腸管壊死を来していた。

【演者番号】071 【学生】消化管手術後の低出生体重児に対する魚油由来脂肪乳剤の成長発達への影響

<sup>1</sup> 東北大学 医学系研究科 外科学病態講座 小児外科学分野

齋藤 奏絵<sup>1</sup>、櫻井 毅<sup>1</sup>、安藤 亮<sup>1</sup>、佐々木 英之<sup>1</sup>、福澤 太一<sup>1</sup>、中村 恵美<sup>1</sup>、大久保 龍二<sup>1</sup>、中島 雄大<sup>1</sup>、和田 基<sup>1</sup>

【目的】魚油由来脂肪乳剤 (Fish oil lipid emulsion: FOLE)は腸管不全関連肝障害に有用だが、その成長発達への影響は議論がある。今回、消化管手術後低出生体重児の成長発達を検討した。【方法】2015-2022年に消化管手術を施行した低出生体重児30例のうち、術後に死亡、転院あるいは入院中の8例を除く22例を対象とし、FOLE使用9例と大豆由来脂肪乳剤 (Soy oil lipid emulsion: SOLE)単独使用13例に分け、性別、在胎週数、栄養投与量、退院時の身体計測値、3歳時の発達指数を比較した。また、FOLE投与前後の生化学及び身体計測値 (SD値)を比較した。【結果】FOLE群とSOLE群で背景因子や退院時の身体計測値、3歳時の発達指数に差はなかった。FOLE投与患者の78%でD-Bil減少を認めた。また、有意なAlb上昇 (p=0.008)、頭囲拡大 (p=0.043)を認めた。【結論】FOLEは消化管手術後の低出生体重児の栄養補充として有用と考えられた。

【演者番号】068 【学生】摘出術に難渋した後腹膜原発巨大成熟奇形腫の1乳児例

<sup>1</sup> 弘前大学 医学部 医学科、<sup>2</sup> 弘前大学医学部附属病院 小児外科

鷲原 佳帆<sup>1</sup>、小林 完<sup>2</sup>、山本 健<sup>2</sup>、丹場 太陽<sup>2</sup>、平林 健<sup>2</sup>、袴田 健一<sup>2</sup>

【症例】8か月女児。出生歴・既往歴特記なし。7か月から哺乳不良あり近医のUSで巨大な腹部腫瘍を指摘され当院紹介。CTで上腹部に後腹膜を主座とする最大径12cm、一部石灰化を伴う多房性嚢胞状腫瘍を認め、奇形腫などの胚細胞腫瘍を疑った。圧排による消化器症状があり手術の方針となる。【手術所見】上腹部横切開で開腹。腫瘍を横行結腸間膜の背側に同定。下行結腸を授動して後腹膜側に入っていく腫瘍に到達した。腫瘍が巨大で授動に難渋したため嚢胞部を穿刺吸引し体積を縮小させた。腫瘍はSMVを腹側、SMAを背側に圧排しており原発部位は両血管の間隙、高さは腹腔動脈根部からSMA根部までの部位と診断した。主要血管の損傷に注意し摘出した。手術時間577分、出血30ml。病理所見で成熟奇形腫の診断となった。【考察】腫瘍周囲に主要血管が多数存在し摘出術に難渋した後腹膜奇形腫の症例を経験した。SMA損傷は短腸症候群に至る可能性があり細心の注意を要する。

【演者番号】070 当科における小児先天性嚢胞性肺疾患に対する胸腔鏡補助下肺葉切除の経験

<sup>1</sup> 福島県立医科大学附属病院 小児外科、

<sup>2</sup> 福島県立医科大学附属病院 呼吸器外科学講座

滝口 和暁<sup>1</sup>、南洋 輔<sup>1</sup>、清水 裕史<sup>1</sup>、鈴木 弘行<sup>2</sup>、田中 秀明<sup>1</sup>

当科では2019年より本学呼吸器外科学講座の支援の下、先天性嚢胞性肺疾患の小児6例に対し胸腔鏡補助下肺葉切除術 (Hybrid VATS)を施行したので報告する。

年齢の中央値は2歳 (1~6歳) (以下中央値と範囲)で、肺分画症3例に対し右下葉切除2例と左下葉切除1例を施行。CPAM3例に対し左上葉切除1例と左下葉切除2例 (1例は舌区合併切除)を行い、うち下葉切除の1例にUniport VATSを施行した。開胸創長は4cm (3~5cm)、ポート数は3本 (0~3本)、手術時間は336分 (179~562分)、出血量は28ml (0~30ml)であった。術後は全例順調に経過し、術後6.5日目 (5~8日)に退院した。

Hybrid VATSは病変の範囲を熟知でき、また高難度の剥離操作にDeBakey 挿子等の繊細な器具の使用や直視の併用ができる点で、Pure VATSよりも優位であると思われた。

【演者番号】072 肛門脱および肛門周囲膿瘍による排便障害を来した女児乳児の一例

<sup>1</sup> 弘前大学大学院医学研究科 小児外科学講座、

<sup>2</sup> 弘前大学大学院医学研究科 消化器外科学講座

丹場 太陽<sup>1</sup>、小林 完<sup>1</sup>、平林 健<sup>1</sup>、袴田 健一<sup>2</sup>

症例は1か月女児。在胎39週0日、自然分娩、出生時体重は2346g。出生後から認める肛門部腫瘍を主訴に近医小児科を受診した。肛門脱が疑われ、軟膏で加療したが改善なく、当科紹介受診となった。肛門脱として軟膏での加療を継続したが、肛門5時方向および大陰唇からの排便を認めた。また、肛門には狭窄を認め、排便は不良であった。肛門脱および肛門周囲膿瘍による排便障害として当科入院となった。抗菌薬投与、洗腸での排便コントロールを行い、肛門周囲膿瘍は軽快を得た。軽快後に行った直腸造影検査では直腸肛門奇形は認めず、瘻孔は明らかではなかった。その後、ヘガールプジーによる肛門拡張を行い、スムーズな排便が得られるようになった。現在、当科外来定期受診しているが肛門脱に悪化なく、肛門周囲膿瘍の再発なく、排便状態も良好である。肛門脱および肛門周囲膿瘍による排便障害を来した女児乳児の一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

【演者番号】073 共通房室弁形成後の逆流に対してcleft patch augmentationを施行した多脾症の一例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 心臓血管外科

永田 恵実<sup>1</sup>、若松 大樹<sup>1</sup>、高瀬 信弥<sup>1</sup>、瀬戸 夕輝<sup>1</sup>、五十嵐 崇<sup>1</sup>、藤宮 剛<sup>1</sup>、新城 宏治<sup>1</sup>、石田 圭一<sup>1</sup>、近内 政美<sup>1</sup>、横山 齊<sup>1</sup>

症例は9ヶ月女児、体重5.0kg。多脾症、単心房、両側上大静脈、共通房室弁、半奇静脈結合に対して生後1ヶ月時に肺動脈絞扼術を行った。生後7ヶ月時に房室弁逆流の増悪により心不全となった。手術は二心室修復の方針とし、両側房室弁に対するcleft閉鎖による弁形成術とmodified one patch repairによるseptationを行った。術直後の両側房室弁逆流は制御されていたが、経時的に逆流が増悪し心内修復後2ヶ月時に再手術の方針とした。術中所見では、両側房室弁においてcleft閉鎖部の離開と弁中央部からの逆流を認めた。弁尖組織の脆弱性及び弁口面積に対する相対的弁尖volume不足による縫合部ストレスが離開の原因と判断し、自己心膜を用いてcleft patch augmentationを行った。術後経過は良好で、両側房室弁共に中等度以上の逆流は認めていない。Cleft patch augmentationは、弁尖縫合部のストレス軽減と共に充分なcoaptationが確保できる有用な手法と思われる。

【演者番号】075 肺動脈弁位のステントレス生体弁狭窄に対して弁付き人工血管を用い再置換術を施行した一例

<sup>1</sup> 岩手医科大学 心臓血管外科学講座

山崎 志穂<sup>1</sup>、後藤 拓弥<sup>1</sup>、小泉 淳一<sup>1</sup>、齋藤 大樹<sup>1</sup>、田林 東<sup>1</sup>、近藤 慎浩<sup>1</sup>、金 一<sup>1</sup>

症例は52歳女性である。28歳時にPDAに起因するIEを発症し肺動脈弁置換(Freestyle弁 27mm)、僧帽弁形成、PDA結紮術を施行された。労作時の息切れが出現し、Freestyle弁の劣化に伴う重度肺動脈弁狭窄(右室圧84/7mmHg)を認め、肺動脈弁再置換術を施行した。肺動脈弁位のステントレス生体弁は著名に石灰化し癒着を認め、腹側側を切除するのみとなった。同部位への縫合は困難であり、主肺動脈を離断し弁付きグラフト(Triplex 28mm+Inspilis 25mm)を用いて、主肺動脈と右室流出路にそれぞれ吻合し再建した。本症例では、前回手術時IEによる組織破壊が著明であったため、ステントレス生体弁が選択された。長期的な成績は良好と報告されているが、周囲組織と強固な癒着をきたすため、使用に際しては慎重な判断が必要と考えられる。また、その再弁置換の際にはcomposite graftが有用な選択肢の一つと思われた。

【演者番号】077 心房性機能性MR、TRを合併した成人部分肺静脈還流異常症に対する外科的修復術の1例

<sup>1</sup> 山形大学医学部付属病院 外科学第二講座

高原 慎太郎<sup>1</sup>、水本 雅弘<sup>1</sup>、黒田 吉則<sup>1</sup>、石澤 愛<sup>1</sup>、渡邊 大介<sup>1</sup>、中井 信吾<sup>1</sup>、小林 龍宏<sup>1</sup>、内田 徹郎<sup>1</sup>

症例は62歳男性。5歳頃、他院にて右側開胸アプローチによる心房中隔欠損(ASD)閉鎖術の既往がある。健診で肝機能障害、心拡大を指摘され当院紹介された。心精査で右上肺静脈部分肺静脈還流異常症(PAPVC)、上静脈洞型ASD、慢性心房細動に伴った心房性MR、TRおよびSVC狭窄を合併した重症心不全を認め手術適応と判断された。Two patch法によるPAPVC修復およびSVC狭窄解除術、生体弁によるMVR、TVR、ベースメーカー植込術を施行した。補助循環を必要とせず、人工心肺離脱が可能であった。術後CHDF管理を必要としたが、術後心エコーで人工弁機能不全やASD遺残短絡なく、SVCおよび肺静脈ルート狭窄を認めなかった。第32病日、独歩退院した。成人PAPVC、静脈洞型ASD、心房性機能性MR、TRを合併したまれな症例に対して修復術を行い良好な結果を得たので文献的考察を含めて報告する。

【演者番号】074 手術により循環動態が改善した左心耳内反症の1例

<sup>1</sup> 宮城県立こども病院

正木 直樹<sup>1</sup>、帯刀 英樹<sup>1</sup>、落合 智徳<sup>1</sup>、崔 禎浩<sup>1</sup>

左心耳内反症は心疾患術後の稀な疾患である。術後エコーで判明した左心耳の症例を経験したので文献的考察を交え報告する。症例は3か月の女児で心室中隔欠損症術後、ICU入室後の経胸壁心エコーで左房内腫瘍を認めた。左房内腫瘍により僧帽弁の流入障害を来し、循環動態の悪化に関与している可能性があり、血栓症も否定できなかったため、翌日緊急手術を施行した。手術により左心耳内反症と診断し、左心耳の翻転を修復したことにより循環動態が改善した。術後に左房内血栓症との鑑別が困難であり、緊急手術を施行した左心耳内反症であった。左心耳の翻転が循環動態の悪化に寄与していたため、早期手術により循環動態が改善したと考えられた。心疾患術後の左房内腫瘍の鑑別診断として左心耳内反症があり、心臓血管外科医だけでなく、循環器内科にも広く周知されることで早期診断、治療を行うことが重要であると考えられる。

【演者番号】076 【学生】大動脈縮窄複合術後の遠位弓部再狭窄に対して上行大動脈-下行大動脈バイパスを施行した1例

<sup>1</sup> 岩手医科大学医学部・大学院、<sup>2</sup> 岩手医科大学附属病院

西村 洋樹<sup>1</sup>、後藤 拓弥<sup>2</sup>、小泉 淳一<sup>2</sup>、山崎 志穂<sup>2</sup>、齋藤 大樹<sup>2</sup>、田林 東<sup>2</sup>、近藤 慎浩<sup>2</sup>、金 一<sup>2</sup>

【緒言】大動脈縮窄修復後遠隔期の再狭窄に対する修復は癒着剥離や深い術野に対するアプローチ選択、術後反回神経麻痺など考慮すべき問題がある。【症例】18歳男性、診断は大動脈縮窄/心室中隔欠損(CoA/VSD)、生後7日CoA修復(鎖骨下動脈フラップ、ePTFEパッチ形成)と肺動脈絞扼、生後6ヶ月時弓部再修復(ePTFEパッチ形成)、VSD閉鎖施行。経過中に上下肢圧較差50mmHgまで拡大したため介入した。上行大動脈・右大腿動脈送血、上大静脈、右大腿静脈脱血で体外循環確立、心拍動下に上行大動脈、下行大動脈を16mm人工血管でバイパスした。下行大動脈への吻合はheart positionerを用いて心臓を脱転、後方心臓を切開し行った。上行大動脈は部分遮断下に吻合した。無輪血で終了し術後上下肢の圧較差は消失した。【結語】本症例は高度な癒着が予測される複数回手術例で、狭窄のみ(瘤化無し)の病変であったため本術式を選択した。

【演者番号】078 成人期intermediate type心内膜床欠損症の一例

<sup>1</sup> 東北大学病院 心臓血管外科

武富 龍一<sup>1</sup>、高橋 悟朗<sup>1</sup>、神山 信樹<sup>1</sup>、湯田 健太郎<sup>1</sup>、板垣 皓大<sup>1</sup>、大谷 将之<sup>1</sup>、細山 勝寛<sup>1</sup>、伊藤 校輝<sup>1</sup>、鈴木 佑輔<sup>1</sup>、片平 晋太郎<sup>1</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>

64歳男性。鼠径ヘルニア術前検査で心内膜床欠損症(AVSD)を指摘され、当科紹介、手術適応と判断された。左側房室弁のsuperior/inferior valve間のクレフトを閉鎖し逆流テストを施行したところ、左側房室弁の逆流は消失したが、右側房室弁の中隔尖相当部分が膨隆した。心室中隔交通部を閉鎖している膜様組織が中隔尖と一体化しており、膜様組織の膨隆が逆流テストで観察され、intermediate type AVSDと診断された。この膜様組織の強度は十分と考えられたことから、あえて心室中隔交通部の閉鎖を施行せず。膜様組織は心房中隔閉鎖パッチで中隔ラインに固定されることで膨隆は軽減され、心房中隔閉鎖を完成させたのち、三尖弁形成術として、前尖及び後尖相当部のリング弁輪形成術及び中隔尖相当部のクレフト閉鎖を行い、右側房室弁の逆流はほぼ消失した。我々は、術中に診断がついた成人期intermediate type AVSDの一例を経験したので、文献的考察を交え報告する。

**【演者番号】079 胸腹部大動脈置換術における左腎動脈再建の工夫**

<sup>1</sup> 東北大学 大学院・医学部 心臓血管外科学分野

大谷 将之<sup>1</sup>、伊藤 校輝<sup>1</sup>、佐々木 康之輔<sup>1</sup>、板垣 皓大<sup>1</sup>、武富 龍一<sup>1</sup>、細山 勝寛<sup>1</sup>、鈴木 佑輔<sup>1</sup>、片平 晋太郎<sup>1</sup>、高橋 悟朗<sup>1</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>

【目的】胸腹部大動脈置換術における左腎動脈再建は、他の腹部分枝と比較して開存率が低く、工夫を要する。当科では従来Carrel patch 再建(C群)を行ってきたが、2020年4月以降、interposeした人工血管を腹腔動脈レベルのmain trunkに吻合して再建(I群)している。術後開存率を後方的に検討した。

【対象】2011年4月から2022年6月まで、腎動脈再建を要した胸腹部大動脈置換術のうち、術後造影CTで評価した116例。

【結果】C群93例(解離性72.0%、年齢59 [50-67.5]歳)、I群23例(解離性73.9%、年齢64 [50-71]歳)。術後左腎動脈閉塞・高度狭窄を15例に認め、C群14例(15.1%)、I群1例(4.3%)であった(p=0.17)。11例は術後初回CTで腎梗塞に至り、その後左腎は萎縮した。

【考察】I群において、再建左腎動脈の早期開存率は改善傾向にあった。C群の閉塞例の原因として、術中腹側に授動された左腎が体位復帰後に位置を変えることで、吻合部にkinkが生じたためと考えられた。

**【演者番号】081 大動脈基部形成術後、人工血管吻合部仮性瘤の再発を繰り返した1症例**

<sup>1</sup> 岩手医科大学 心臓血管外科

田林 東<sup>1</sup>、金一<sup>1</sup>、小泉 淳一<sup>1</sup>、近藤 慎弘<sup>1</sup>、後藤 拓弥<sup>1</sup>、齋藤 大樹<sup>1</sup>、山崎 志穂<sup>1</sup>

症例は65歳、男性。2016年に大動脈弁閉鎖不全症、大動脈基部拡張症に対して、大動脈基部形成手術を施行された。2017年に大動脈弁閉鎖不全症の再発、人工血管の屈曲を認め、大動脈弁置換術+人工血管屈曲部のinterposeを行った。同年に人工血管の吻合部仮性瘤を疑う所見を指摘された。再手術を行うも、吻合部の出血は認められなかったため、そのまま閉胸となった。2018年に血痰を認め、吻合部仮性瘤を指摘され再入院。人工血管同士の吻合部に裂孔が認められ、同部位を縫合止血した。2022年CTにて仮性動脈瘤の再発を指摘され、再入院となった。人工血管同士の吻合部2か所に仮性瘤を認め、人工血管の屈曲の進行や右冠動脈再建部の瘤化も認められたため、上行弓部置換+瘤切除+冠動脈バイパス術を施行した。仮性瘤の再発に関して人工血管の屈曲による影響も考えられた。屈曲・仮性瘤の再発を予防するために人工血管置換範囲のデザインが重要であると考えられた。

**【演者番号】083 胸腹部大動脈瘤に対する二期的hybrid repair - TEVAR後胸腹部置換術を施行した3例 -**

<sup>1</sup> 東北大学病院 心臓血管外科

湯田 健太郎<sup>1</sup>、伊藤 校輝<sup>1</sup>、神山 信樹<sup>1</sup>、武富 龍一<sup>1</sup>、大谷 将之<sup>1</sup>、板垣 皓大<sup>1</sup>、細山 勝寛<sup>1</sup>、鈴木 佑輔<sup>1</sup>、片平 晋太郎<sup>1</sup>、高橋 悟朗<sup>1</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>

【緒言】胸腹部大動脈瘤の治療において、全身状態から一期的手術が困難な症例や肺合併症リスクの高い症例、また急性解離を併発した症例等においては、二期的手術やTEVAR併用のHybrid repairにより手術侵襲の低減や合併症を回避する工夫を行っている。近位に初回TEVAR後、二期的に胸腹部置換術を施行した3例を経験したので報告する。【症例】症例は51歳、60歳、65歳で全て男性。診断は解離性胸腹部大動脈瘤であった(Crawford2型2例、5型1例)。下行大動脈に急性解離(complicated type B)をきたした症例が2例。左肺の高度癒着及び巨大ブラを認め肺合併症のリスクが高い症例が1例であった。いずれも胸部下行大動脈にTEVARを先行し、二期的に胸腹部人工血管置換術を施行した。中枢側吻合はステントグラフトごと人工血管に吻合した。いずれの症例も術後脊髄障害や肺合併症なく経過した。

**【演者番号】080 大動脈炎症候群に対して手術治療の1例**

<sup>1</sup> 弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科

于在強<sup>1</sup>、村田 賢祐<sup>1</sup>、佐々木 花恵<sup>1</sup>、齊藤 良明<sup>1</sup>、川村 知紀<sup>1</sup>、皆川 正仁<sup>1</sup>

症例は66歳女性、約30年前に大動脈炎症候群の診断となった。両上下肢の慢性虚血が進行し、手術目的に当科紹介された。右大動脈動脈拍動のみが微弱に触知した。造影CTでは、右総頸動脈閉塞と左総頸動脈狭窄あり、腕頭動脈は起始部3cmより閉塞され、両鎖骨下動脈が閉塞、下腸管膜動脈起始部以下の腹部大動脈が高度石灰化を伴い、腎動脈下より閉塞していた。手術は、腕頭動脈に14/7/7mmのY型人工血管を吻合し、メインボディに6mmの人工血管を吻合し、右総頸動脈再建した。Y型人工血管右脚を8mm人工血管で右大腿動脈まで伸ばして再建、同時に右脚の途中でT字で人工血管6mmを吻合して右腋窩動脈に端側吻合した。同様に左脚より左大腿動脈と左腋窩動脈を再建した。術後POD6で過灌流による右脳出血が発症し、緊急に開頭止血腫除去術をした。2ヶ月間後に腸管虚血が発症して死亡した。大動脈炎症候群症例を経験し、治療方針の決定などを含めて検討して報告する。

**【演者番号】082 高安動脈炎に伴う腹部大動脈狭窄症に対し、胸腹部大動脈置換術により血行再建を施行した2例**

<sup>1</sup> 東北大学病院 心臓血管外科

神山 信樹<sup>1</sup>、鈴木 佑輔<sup>1</sup>、湯田 健太郎<sup>1</sup>、武富 龍一<sup>1</sup>、板垣 皓大<sup>1</sup>、大谷 将之<sup>1</sup>、細山 勝寛<sup>1</sup>、伊藤 校輝<sup>1</sup>、片平 晋太郎<sup>1</sup>、高橋 悟朗<sup>1</sup>、熊谷 紀一郎<sup>1</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>

腹部大動脈に病変が限局した高安動脈炎Type IVは、女性患者の約5%のみで、長期的観点からみた適切な術式に関しては十分議論されていない。症例1. 48歳女性。両下肢の痺れ感、心不全症状が出現し、精査により腹部大動脈狭窄、右腎動脈閉塞、左腎動脈起始部の狭窄を認め、高安動脈炎の診断を得た。心機能は改善したが、歩行時の易疲労感が残存し、また、血圧コントロールに難渋した。外科的治療として腹腔動脈上から終末大動脈まで人工血管に置換し、症状は消失した。症例2. 63歳女性。30歳頃に高安動脈炎の診断を得た。徐々に歩行時の両下肢の痺れ感が増悪したため、腹腔動脈と上腸間膜動脈の間中点以下から腎動脈下腹部大動脈の狭小化に対し人工血管置換術の方針となった。腹腔動脈上から腎動脈下まで人工血管に置換し、症状の改善を得た。両症例とも非解剖学的バイパス術ではなく、Crawford IV型に準ずる人工血管置換術により治療し得た。

**【演者番号】084 急性B型大動脈解離に対するextended TEVARにおけるPETTICOAT法の有効性**

<sup>1</sup> 秋田大学 医学部 心臓血管外科学講座

板垣 吉典<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

急性B型大動脈解離に対するPETTICOAT(P)法の有効性が報告されているが、胸部下行大動脈のtearを全て閉鎖するextended TEVAR(eTEVAR)に対するP法追加の有効性は明らかでない。今回eTEVAR+P法の有効性を検討した。2015年5月-2022年1月のeTEVAR71例(非P法44例、P法27例)を対象とした。CT上SG遠位端、SMA分岐部、大動脈分岐直上での真腔面積(TLA)、偽腔面積(FLA)、大動脈面積(AA)を測定し、変化率20%よりモデリング閾値とした。FLA縮小かつAA非拡大、TLA拡大かつAA非拡大、AA縮小のいずれかを良好とし、AA拡大を不良とした。術後30日死亡は非P法で1例、術後対麻痺は非P法5例、P法2例で有意差はなかった。SG遠位端では良好患者数がP法で有意に多く、他部位では差がなかった。大動脈分岐直上ではreentryの影響で術後6か月以降で不良患者数がP法で有意に多かった。eTEVARへのP法追加は対麻痺を増加させず術後の真腔拡大に寄与するが、遠位のreentryの存在はリモデリング不良の原因となる。

【演者番号】085 急性心筋梗塞を来した心臓内膜肉腫の1例

<sup>1</sup> 山形大学医学部附属病院 第二外科

石澤 愛<sup>1</sup>、黒田 吉則<sup>1</sup>、水本 雅弘<sup>1</sup>、渡邊 大介<sup>1</sup>、中井 信吾<sup>1</sup>、  
小林 龍宏<sup>1</sup>、内田 徹郎<sup>1</sup>

症例は67歳女性。胸痛、ショック状態で当院へ救急搬送された。心エコー検査で左室前側壁の高度壁運動低下、僧帽弁から大動脈弁に連続する可動性に富む腫瘍を認めた。CTで左冠動脈主幹部が閉塞しており、疣贅もしくは心臓腫瘍の冠動脈塞栓による急性心筋梗塞の診断で緊急手術を施行した。腫瘍は大動脈弁位から左室内および左冠動脈まで連続し、僧帽弁後尖に茎を有していた。腫瘍全摘出および僧帽弁前後尖とも切除し僧帽弁置換術を施行した。遮断解除後、十分な冠血流を確認出来たものの体外循環離脱困難であり、IABP およびPCPS サポート下に開胸状態でICUへ帰室した。切除標本の病理診断は内膜肉腫であった。術後はPCPS 離脱、閉胸へ至り、腫瘍塞栓による多発脳梗塞を認めたものの、心内再発なく経過していたが、脳梗塞の再発から術後100日目に永眠した。原発性心臓悪性腫瘍のなかでも本例のような内膜肉腫は非常にまれであり、文献的考察と共に報告する。

【演者番号】087 右房内に発生した無症候性の心臓脂肪腫に対して外科的切除を施行した一例

<sup>1</sup> 岩手県立中央病院 心臓血管外科

赤沼 利奈<sup>1</sup>、高橋 誠<sup>1</sup>、長谷川 喬彦<sup>1</sup>、寺尾 尚哉<sup>1</sup>、神田 桂輔<sup>1</sup>、  
河津 聡<sup>1</sup>、小田 克彦<sup>1</sup>

症例は55歳女性。腹痛を主訴に当院救急外来を受診し、精査目的の造影CT検査にて右房内腫瘍を偶発的に指摘され当科紹介。心臓MRI検査にてIVC流入部を基部とする30×22mm大の脂肪腫の診断となり手術の方針となった。上行送血・SVC脱血により人工心肺開始後、右FVからIVC脱血を追加した。右房切開後、心房中隔卵円窩から右房後壁に付着する腫瘍を同定した。心房中隔とIVC後壁及び左房下壁を一塊に摘出し、ウシ心膜パッチを用いて欠損部を閉鎖した。遺残短絡やMRが無いことを確認し手術終了とした。術後CT検査にて脂肪腫の遺残は認めず退院となった。無症候性の心臓脂肪腫に対しては経過観察が選択される場合もあるが、腫瘍の進行により根治切除が困難になること、心筋浸潤による不整脈・心室流出路閉塞・SVC閉塞等を合併し得ることを踏まえ、当科では外科的切除を原則としている。文献的考察を踏まえ考察する。

【演者番号】089 当院で施行した人工臓臓STG-55 11症例の検討

<sup>1</sup> 山形県立中央病院 心臓血管外科

大場 栄一<sup>1</sup>、川原 優<sup>1</sup>、山下 淳<sup>1</sup>、大嶺 開人<sup>1</sup>、杏澤 梨恵子<sup>1</sup>、  
阿部 和男<sup>1</sup>

【背景】ベッドサイド型人工臓臓は、持続的に血糖値を測定し、その結果を元にインスリンやグルコースを自動投与する装置で術後血糖管理に有効とされる。

【対象と方法】2022年4月から6月までに人工臓臓を使用した11症例について検討した。手術時年齢は平均64歳（50～79歳）、男8：女3例であった。術式はCABG 4例、MVR+TAP 1例、複合手術2例、再手術の大動脈基部置換術2例、A型解離に対する緊急手術2例であった。術前糖尿病合併は4例で、食事療法のみ1例、内服療法2例、インスリン療法1例であった。

【結果】全症例で治療開始7時間後には術後血糖<200mg/dLに安定した。その後、ほとんどの症例で再度BS>200mg/dLとなることはなかった。全症例で低血糖（BS<80mg/dL）はみられなかった。

【結語】人工臓臓による術後早期の血糖コントロールは良好であった。またタスクシフトにも有用である。

【演者番号】086 多発外傷のIVC巨大血栓に対して人工心肺使用下に血栓摘除を行った1例

<sup>1</sup> 大崎市民病院 心臓血管外科

田子 竜也<sup>1</sup>、吉岡 一朗<sup>1</sup>、藤原 英記<sup>1</sup>、本吉 直孝<sup>1</sup>

症例は60歳男性。20XX年1月9日に10tトラックの荷台に挟まれて当院救急搬送。来院時バイタルは安定していたが、骨盤骨折、腰椎骨折、右肺挫傷、横隔膜損傷等の多発外傷で救急科に入院した。CTでIVCの著明な狭小化と大腿静脈から肝静脈合流部にかけて巨大血栓を認めた。右横隔膜損傷により肝臓が右胸腔へ脱出気味となりIVCが狭窄したことが原因と考えた。肺塞栓防止のためヘパリンによる抗凝固療法とウロキナーゼによる血栓溶解療法を開始した。しかし血栓は消退せず外科的血栓摘除の適応と考えて入院26日目に下記手術を行った。人工心肺使用下に右房切開し、右外腸骨静脈から閉塞用バルーンカテーテルを用いて右房で大量の血栓を回収、血管内エコーで血栓消失を確認しIVCフィルターを留置して手術を終了した。術後経過は良好で、入院62日目にリハビリ転院となった。稀な症例と考え文献的考察も含めて報告する。

【演者番号】088 高齢者心房細動患者に対する肺静脈隔離術はMAZE手術と比し非劣性があるか

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科

桐生 健太郎<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、  
板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、  
山崎 友也<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

【方法と結果】

開心術に追加し外科的不整脈手術を行った85例を対象とし、MAZE群（Group M, n=23）、肺静脈隔離術+左心耳閉鎖群（Group PC, n=62）に分けた。人工心肺時間（183分vs157分, P=0.049）と大動脈遮断時間（140分vs110分, P=0.002）は有意にPC Groupで短かった。一方で遠隔期洞調律復帰率に有意差はなかった（71.4% vs 82.0%, P=0.314）。両群で70歳以上を高齢者群として抽出し比較すると大動脈遮断時間は有意にGroup PCで短かった（145分vs109分, P=0.001）。同様に遠隔期洞調律復帰率に有意差はなかった（62.5% vs 81.4%, P=0.301）。

【結論】

当科経験症例で、洞調律復帰率が同程度かつ大動脈遮断時間はPC群で短縮していた。高齢開心術症例では大動脈遮断時間を含む手術時間は予後に影響する。AtricureとAtriclepを併用した場合、追加切開線を要さず、簡便に施行可能であり、Afを有する高齢者においてバランスの取れた良い適応と考える。

【演者番号】090 植込型補助人工心臓から離脱した2症例 - 離脱の適応と心尖部形成術式について -

<sup>1</sup> 東北大学病院 心臓血管外科

神山 信樹<sup>1</sup>、片平 晋太郎<sup>1</sup>、湯田 健太郎<sup>1</sup>、武富 龍一<sup>1</sup>、板垣 皓大<sup>1</sup>、  
大谷 将之<sup>1</sup>、細山 勝寛<sup>1</sup>、伊藤 校輝<sup>1</sup>、鈴木 佑輔<sup>1</sup>、高橋 悟朗<sup>1</sup>、  
熊谷 紀一郎<sup>1</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>

植込型補助人工心臓（iVAD）装着後に心機能の改善を認める症例は比較的稀であり、離脱基準や離脱時の心尖部形成法についての報告も少ない。症例1. 32歳男性。DCMの急性増悪による心原性ショックのため体外式VADを装着した。心臓移植申請後にDura Heartへconversionした。その後ドライライン感染を契機に感染制御が不能となったため、VAD離脱試験を施行し離脱可能と判断された。異なるサイズの円形のウシ心膜を2重パッチとして用いて左室心尖部の修復を行い、VAD離脱に成功した。その後、約6年経過しLVAD再装着していない。症例2. 43歳男性。DCMにてINTERMACS profile2となり、EVA HEART2を装着し、心臓移植待機となっていた。iVAD装着後から徐々に心機能が改善し、装着から4年後にVAD離脱試験を施行したところ、離脱可能と判断された。症例1同様の術式にて、VAD離脱に成功した。

【演者番号】091 脳梗塞後出血予防のため体外循環抗凝固に血液粘弾性検査を活用した一例

1 秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科

高木 大地<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、堀江 裕紀<sup>1</sup>

脳梗塞急性期に行う開心術では、脳出血予防のため厳密な抗凝固管理が必要となる。感染性心内膜炎は過凝固と凝固因子不足が併存するが、体外循環中に血液粘弾性検査 (TEG) の性質を利用しACTと相補的に抗凝固管理を行った症例を経験した。50代女性。多発脳梗塞と脳出血を合併した僧帽弁に疣贅を有する感染性心内膜炎に対し、僧帽弁置換術と三尖弁輪形成術を行った。麻酔導入時、CKH-Rの延長を認め、回路にFFP2単位を充填。体外循環を開始直後のACTが376秒だったため未分画ヘパリン5000単位を追加し、TEGを施行した。CFF-MAの平坦化とCKH-R>30分の過延長より、ヘパリン化は十分だが凝固因子の不足があると判断し、FFP4単位を投与。体外循環離脱後、硫酸プロタミンを投与し、血小板・フィブリノゲン機能は正常だったが、CKH-Rが延長していたため、FFP4単位を投与した。CTで微小脳出血を認めたが、神経学的合併症は認めず、良好な経過だった。

【演者番号】093 左大腿ヘルニア嵌頓に対する緊急手術待機中に非閉塞性腸管膜虚血症に至った1例

1 青森市民病院

浦田 風<sup>1</sup>、原 裕太郎<sup>1</sup>、赤石 隆信<sup>1</sup>、小田 切理<sup>1</sup>、神 寛之<sup>1</sup>、中井 款<sup>1</sup>、加藤 雅志<sup>1</sup>、川嶋 啓明<sup>1</sup>、豊木 嘉一<sup>1</sup>

非閉塞性腸管膜虚血症は循環血液量の低下などに伴い発症する致死率が高い疾患である。我々は左大腿ヘルニア嵌頓の緊急手術待機中に非閉塞性腸管膜虚血症を発症した1例を経験した。症例は79歳女性。数日前より腹痛を自覚、改善せず当院救急外来を受診された。来院時バイタルはBP128/56mmHg, HR47bpm, BT35.2℃であった。腹部平坦、軟であり、左鼠径部に膨隆を認めた。CTで左大腿ヘルニア嵌頓と診断し、緊急手術の方針とした。手術待機中に、ショックバイタルになった。開腹すると、左大腿輪に腸管がリヒター型に嵌頓していた。嵌頓部とは別にトライツ靭帯鼠径門側50cmからパウヒン弁口側80cmまで分節状に腸管壊死を認めた。嵌頓解除、壊死腸管を切除し、単孔式小腸人工肛門を増設した。術後一時的に集中治療を必要としたが、全身状態改善し人工肛門を閉鎖後、自宅退院となった。高齢者では、続発する疾患により病態が急激に変化することがあり注意が必要である。

【演者番号】095 潰瘍性大腸炎術後に肝不全に至る多発血栓症をきたした1例

1 東北大学 消化器外科学

中村 香織<sup>1</sup>、神山 篤史<sup>1</sup>、小野 智之<sup>1</sup>、小林 実<sup>1</sup>、梶原 大輝<sup>1</sup>、唐澤 秀明<sup>1</sup>、渡辺 和宏<sup>1</sup>、大沼 忍<sup>1</sup>、亀井 尚<sup>1</sup>、海野 倫明<sup>1</sup>

【症例】24歳女性。【現病歴】21歳時に潰瘍性大腸炎(UC)を発症し、2022年3月から腹痛・血便を主訴として再燃した。同年5月重症の診断で当科へ転院となった。【術中所見】同日緊急手術として大腸亜全摘・回腸瘻造設・直腸粘液瘻造設術を施行した。合併症なく手術を終了した。【術後経過】第5病日の血液検査にて白血球の上昇、血小板の低下、肝機能の増悪を認めたためCTを施行したところ、門脈、肝静脈に血栓を伴う肝梗塞を認め、さらに左房内血栓、脾梗塞、腎梗塞を伴っていた。ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)の可能性も考えアルゴロパンの投与を開始した。プロスタグランジンE<sub>1</sub>製剤を投与したところ徐々に門脈血流は改善し、肝不全から離脱した。その後も血栓の改善傾向を認め、第23病日に退院となった。【考察】血栓の原因検索では、HITを含む血栓性素因は否定的され、UC増悪に伴って血栓形成が惹起されたと考えられた。

【演者番号】092 MitraClip後の再手術

1 仙台厚生病院 心臓血管外科

大山 達也<sup>1</sup>、早津 幸弘<sup>1</sup>、野村 颯<sup>1</sup>、藺藤 佑哉<sup>1</sup>、長沼 政亮<sup>1</sup>、山谷 一広<sup>1</sup>、畑 正樹<sup>1</sup>

MitraClip後に外科的介入が必要となった3例を経験したため報告する。症例1は82歳女性、P3 flailに対してMitraClipを施行したが1ヶ月後にsingle leaflet device attachment (SLDA)による僧帽弁逆流(MR)の再発を認めた。心不全加療後、術後4ヶ月目に僧帽弁置換術を行った。症例2は72歳男性、AC病変に対してMitraClipを施行したが術中に後尖側のSLDAを起こした。リカバリー困難のため同日僧帽弁形成術を行った。症例3はAtrial functional MRに対してMitraClipを施行したが一年後に僧帽弁位感染性心内膜炎による心不全を発症した。僧帽弁にvegetationの付着を認め、僧帽弁形成術を行った。MitraClip後の再治療はその患者背景から手術リスクが高く、またMitraClip後の弁尖変化により必ずしも弁形成が可能であるわけではない。Patch augmentationなどの煩雑な手技を伴うことも多く、形成術を行うかどうかは年齢やMitraClip後の弁尖の性状を考慮し決定すべきである。

【演者番号】094 血液透析患者に対する亜全胃温存脾頭十二指腸切除術の経験

1 東北大学大学院 医学系研究科 消化器外科学分野

平野 直大<sup>1</sup>、伊関 雅裕<sup>1</sup>、宮崎 健人<sup>1</sup>、日下 彬子<sup>1</sup>、青木 修一<sup>1</sup>、井上 亨悦<sup>1</sup>、中山 瞬<sup>1</sup>、堂地 大輔<sup>1</sup>、三浦 孝之<sup>1</sup>、石田 昌玄<sup>1</sup>、大塚 英郎<sup>1</sup>、水間 正道<sup>1</sup>、中川 圭<sup>1</sup>、森川 孝則<sup>1</sup>、大沼 忍<sup>1</sup>、亀井 尚<sup>1</sup>、海野 倫明<sup>1</sup>

【背景】血液透析療法の進歩に伴い、透析患者は増加傾向にある。一方で透析患者は、術後重篤な合併症を来しやすいため、特に高侵襲手術の施行には慎重を要する。我々は2014年10月から2022年7月の間に透析患者4例の亜全胃温存脾頭十二指腸切除術(SSPPD)の施行経験があり報告する。【症例】男性2例、女性2例。年齢は73.5(61-84)歳、透析導入からのSSPPDまでの期間は10.7(0.5-21)年で、診断はいずれも脾癌であった。術後合併症は虚血性心疾患(Clavien-Dindo Grade IIIa)、脾液瘻(Grade IIIa)、乳び腹水(Grade I)を各1例と腹腔内膿瘍に起因した入院死が1例認められた。【考察】透析患者は創傷治癒遅延、組織の脆弱性などのため術後合併症のリスクが高い。さらに多くの併存疾患を有するため、厳格な術前評価、周術期管理が必須である。

【演者番号】096 当科におけるEVARクリニカルパス導入について

1 秋田大学 心臓血管外科

五十嵐 至<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、桐生 健太郎<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、荒井 岳史<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、山崎 友也<sup>1</sup>、五十嵐 亘<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

【はじめに】EVARクリニカルパス導入の効果について報告する。

【対象と方法】2018年1月-2022年7月の待機的EVAR症例のうち、合併症によるバリエーション症例を除外した99例を対象とし、パス不使用32例、紙パス48例、電子パス7例を比較検討した。

【結果】術後在院日数は、平均9.5/8.5/7.4日間と紙パスにより1.0日(p=0.028)、電子パスにより2.1日間(p=0.041)の短縮を得られていた。看護師へのアンケート調査では、紙/電子パスの導入により負担軽減15%/20%、変化なし85%/75.6%、増加0%/4.4%であった。

【結語】提供医療標準化、入院期間短縮、医療者の業務効率化を目的に、EVAR症例に対し段階的に紙パス、電子パス(術後パス)を導入した。導入過程で、以前は各担当医に委ねられていた指示内容や検査、退院までのスケジュールを適切に標準化できた。看護師の業務効率化のためには更なるパス改訂と、適切なパス運用に関する周知徹底が必要と考えられた。

**[演者番号]097 mFOLFOX6施行中の高アンモニア血症による意識障害、痙攣重積に集学的加療を行った1例**

<sup>1</sup> 福島労災病院 外科

上野 智史<sup>1</sup>、山口 大輝<sup>1</sup>、大関 篤<sup>1</sup>、松井田 元<sup>1</sup>、石井 恒<sup>1</sup>、  
宮澤 正紹<sup>1</sup>、又吉 一仁<sup>1</sup>、武藤 淳<sup>1</sup>

74歳女性。横行結腸癌に対し結腸左半切除術を施行、T3N1bM0 pStage3bでmFOLFOX6による術後補助化学療法を開始した。5コース目day7に意識障害で救急搬送、NH<sub>3</sub>315 μmol/Lと高アンモニア血症で分岐鎖アミノ酸製剤を投与した。しかし意識状態悪化と痙攣が出現しNH<sub>3</sub>>715 μmol/Lと悪化、挿管管理し、continuous hemodiafiltration: CHDFを開始した。また複数の抗けいれん薬でも痙攣頓挫できず痙攣重積状態であった。5日間CHDFを継続、第6病日にNH<sub>3</sub>が2桁に低下、その後疎通可能な意識状態に改善し第106病日に転院した。

5-fluorouracil: 5-FUを含む化学療法では低頻度だが重篤な合併症に高アンモニア血症がある。血液透析を有効とする報告もあり、今回は意識障害に加え循環不全もありCHDFを選択した。また痙攣重積も合併し挿管管理、抗けいれん薬の持続使用を要した。5-FUは化学療法におけるKey Drugだが、重篤な合併症に高アンモニア血症を念頭に置く必要がある。

**[演者番号]098 人工膵臓の血糖管理による創部感染予防の可能性**

<sup>1</sup> 秋田大学医学部附属病院心臓血管外科

荒井 岳史<sup>1</sup>、高木 大地<sup>1</sup>、板垣 吉典<sup>1</sup>、角浜 孝行<sup>1</sup>、山浦 玄武<sup>1</sup>、  
桐生 健太郎<sup>1</sup>、和田 卓也<sup>1</sup>、山崎 友也<sup>1</sup>、田中 郁信<sup>1</sup>、五十嵐 至<sup>1</sup>、  
五十嵐 亘<sup>1</sup>、堀江 祐紀<sup>1</sup>、山本 浩史<sup>1</sup>

人工膵臓 (AP)は全自動で厳密な血糖管理を可能にする。APの有用性をインスリン持続静注療法 (CII)と比較し、検討した。2021年1月から12月に、開心術後に血糖管理で介入した135例を対象とした。AP群63例 (平均年齢66.8歳)と、CII群72例 (68.8歳)を、術後48時間の、平均血糖、血糖変動、創部感染を比較検討した。糖尿病はAP群22例 (34.9%)とCII群19例 (26.3%)。平均血糖は140 ± 28.8 mg/dLと191 ± 41.0 mg/dLで、AP群で有意に低かった (p < 0.05)。血糖変動を示すCoefficient of variationは20.2 ± 7.0と20.7 ± 7.8で、有意差を認めなかった (p = 0.34)。創部感染は0例 (0%)と4例 (5.5%)で、AP群で有意に低かった (p < 0.05)。APのより厳密な血糖管理で、創部感染の予防が可能かもしれない。

## 東北外科集談会会則

### 1. 名称

本会は東北外科集談会と称する。

本会は日本外科学会東北支部会に相当する。

### 2. 目的

本会は日本外科学会の目的に協力し、本地方における外科学の進歩と普及発展を期し、あわせて会員相互の親睦を図ることを目的とする。

### 3. 事業

本会は年2回の学術集会を開催し、その他本会に目的達成上必要な事業をおこなう。

### 4. 会員

本会の目的に賛同するものをもって会員とする。

会員の資格は付則によって定める。

会員は会費を納入するものとする。

### 5. 役員

本会につきの役員をおく。

会長1名、顧問若干名、世話人若干名、会計監事若干名。

役員任期は2年とする。再任を妨げない。ただし2年の任期の内でも65歳を超えたものは任期を終了とする。新規世話人及び会計監事は世話人会での承認を受け選出される。

### 6. 会長

会長は世話人会の互選により定める。

会長の任期は互選された世話人会の翌日から2年後の世話人会の日までとし、再任を妨げない。

会長は本会を代表し、会務を統轄する。

### 7. 世話人・会計監事

世話人、会計監事は会長が委嘱する。

世話人は、世話人会を構成し、本会の業務運営を議する。

### 8. 当番世話人

当番世話人は世話人の中から会長が推進し、世話人会で承認される。

当番世話人は学術集会を運営する。

### 9. 特別会員

本会に功労があった会員で満65歳に達したもののの中から会長が推薦し世話人会で認められたものを特別会員とする。特別会員は会費が免除される。

#### 10. 世話人会

春の学術集会に際して開催し、次の事項について審議する。

東北外科集談会の運営に関する事項

次期学術集会の当番世話人の選任

事業報告、会計収支報告、監査結果に関する事項

会則の変更

その他、世話人会で必要と認められる事項

#### 11. 会計

本会の経費は、会費および寄付金をもってあてる。

会費は付則によって定める。

#### 12. 会則の変更

本会則の変更は世話人会の議を経て決定する。

#### 付則

1. 本会の事務局は当分の間、東北大学病院総合外科医局内におく。
2. 本会は日本胸部外科学会、日本小児外科学会、日本血管外科学会の各東北支部会と緊密に連携し運営されるものである。
3. 本会の会員は、A 施設会員(外科医 6 名以上、または総ベッド数 500 以上、または日本外科学会、日本胸部外科学会、日本小児外科学会の認定施設)、B 施設会員(A 施設会員にも C 施設会員にも該当しない施設)、C 施設会員(日本外科学会、日本胸部外科学会、日本小児外科学会の認定施設ではなく外科医が 2 名以下の施設)、特別会員ならびに個人会員と本会の目的に賛同する賛助会員からなる。
4. 年間会費は A 施設会員 25,000 円、B 施設会員 15,000 円、C 施設会員 10,000 円、個人会員 2,000 円、賛助会員 1 口 50,000 円とする。ただし大学病院以外の施設で、複数の科が個別に施設会員となっている場合医師数がより少ない科の会費は C 会員のものとする。
5. 2 年以上会費の納入がなされない会員は、世話人会、を経て退会とすることができる。
6. 学術集会への参会費は各会の運営に用いる。ただし日本胸部外科学会会員については学術集会の参加費はこれを徴収しない。
7. 本会則は昭和 49 年 9 月 21 日より施行する。



改正 平成 9 年 6 月 14 日 (会則 4, 付則 1, 2, 4, 5, 6)  
平成 11 年 9 月 11 日 (会則 5, 7)  
平成 12 年 9 月 23 日 (付則 1)  
平成 13 年 6 月 9 日 (会則 5, 付則 5)  
平成 14 年 6 月 8 日 (付則 5)  
平成 15 年 6 月 14 日 (付則 4, 5)  
平成 20 年 6 月 14 日 (付則 1, 4, 5, 7, 8, 9)  
平成 25 年 9 月 14 日 (付則 1)  
平成 27 年 6 月 13 日 (会則 5, 6)  
平成 28 年 6 月 11 日 (会則 5, 7)  
平成 29 年 6 月 3 日 (会則 8, 9)  
令和元年 6 月 8 日 (会則 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 付則 1, 2, 3, 7, 8, 9)  
令和 2 年 12 月 2 日 (付則 5)

- 第182回 東北外科集談会
- 第108回 日本胸部外科学会東北地方会
- 第40回 日本血管外科学会東北地方会
- 第97回 日本小児外科学会東北地方会

## 協賛企業一覧

### ランチオンセミナー

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

### アフタヌーンセミナー

中外製薬株式会社

### 特別講演共催

株式会社朝日ラバー

### 企業展示

株式会社朝日ラバー

株式会社ケイ・エス・エム

株式会社NAKANO

福島県医療福祉機器産業協議会

ふくしま医療機器開発支援センター

### バナー広告

一般社団法人 太田総合病院

一般社団法人 大原記念財団

一般社団法人 竹田健康財団 竹田総合病院

日本化薬株式会社

医療法人 辰星会 柞病院

### 広告

あすか製薬株式会社

アステラス製薬株式会社

公立岩瀬病院

ヴィアトリス製薬株式会社

エーザイ株式会社

株式会社大塚製薬工場

一般社団法人 大原記念財団

公立小野町地方総合病院

科研製薬株式会社

福島県厚生農業協同組合連合会(鹿島厚生病院)

呉羽総合病院

コヴィディエンジャパン株式会社

コスモテック株式会社

サンセイ医機株式会社

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院

ゼリア新薬工業株式会社

第一三共株式会社

大鵬薬品工業株式会社

竹田総合病院

医療法人久慈会 谷病院

中外製薬株式会社

テルモ株式会社

日本イーライリリー株式会社

日本ライフライン株式会社

ネスレ日本株式会社

ノバルティスファーマ株式会社

バイエル薬品株式会社

公益財団法人 星総合病院

医療法人辰星会 柞病院

薬価基準収載

## 甲状腺ホルモン製剤

劇薬、処方箋医薬品<sup>注</sup> 日本薬局方 レボチロキシナトリウム錠

**チラーヂン<sup>®</sup>S錠** 12.5 $\mu$ g・25 $\mu$ g・50 $\mu$ g  
75 $\mu$ g・100 $\mu$ g

劇薬、処方箋医薬品<sup>注</sup>

**チラーヂン<sup>®</sup>S散0.01%**

(レボチロキシナトリウム散剤)

劇薬、処方箋医薬品<sup>注</sup>

**チラーヂン<sup>®</sup>S静注液200 $\mu$ g**

(レボチロキシナトリウム注射液)

## 抗甲状腺剤

処方箋医薬品<sup>注</sup> 日本薬局方 チアマゾール錠

**メルカゾール<sup>®</sup>錠2.5mg**

**メルカゾール<sup>®</sup>錠5mg**

処方箋医薬品<sup>注</sup>

**メルカゾール<sup>®</sup>注10mg**

(チアマゾール注)

処方箋医薬品<sup>注</sup> 日本薬局方 プロピルチオウラシル錠

**プロパジール<sup>®</sup>錠50mg**

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

新発売

■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。

製造販売元[文献請求先及び問い合わせ先]  
**あすか製薬株式会社**  
東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売  
**武田薬品工業株式会社**  
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2021年2月作成

まだないくすりを  
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

[www.astellas.com/jp/](http://www.astellas.com/jp/)

明日は変えられる。

 **astellas**  
アステラス製薬株式会社



臨床研修指定病院  
**公立岩瀬病院**  
院長 土屋 貴男

〒962-8503 福島県須賀川市北町 20 番地

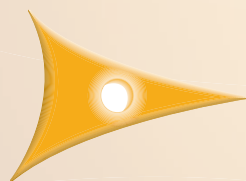
TEL 0248-75-3111 HP <http://www.iwase-hp.jp>

LINE 公式アカウント



YouTube 公式チャンネル





選択的アルドステロンブロッカー (SAB)

処方箋医薬品<sup>注)</sup>

**セララ<sup>®</sup>錠** 25mg  
50mg  
100mg

日本薬局方 エプレレノン錠

薬価基準収載

注) 注意 — 医師等の処方箋により使用すること

禁忌、効能・効果、用法・用量、  
使用上の注意につきましては  
製品添付文書をご覧ください。

製造販売

**ヴィアトリス製薬株式会社**

〒105-0001 東京都港区虎ノ門5-11-2

文献請求先及び問い合わせ先：メディカルインフォメーション部

## 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。  
病気とたたかう人の、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。  
病気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





オラネジン®

保険適用



外皮用殺菌消毒剤(オラネキシジングルコン酸塩液)

オラネジン® 消毒液1.5%

Olanedine. Antiseptic Solution 1.5%

Olanedine. Solution 1.5% Antiseptic Applicator 10mL・25mL

オラネジン® 液1.5%消毒用アプリケーター10mL・25mL

オラネジン® 消毒液1.5% OR

Olanedine. Antiseptic Solution 1.5% OR

Olanedine. Solution 1.5% OR Antiseptic Applicator 10mL・25mL

オラネジン® 液1.5% OR 消毒用アプリケーター10mL・25mL



効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、電子添文をご参照ください。



製造販売元  
株式会社大塚製薬工場  
徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

販売提携  
大塚製薬株式会社  
東京都千代田区神田司町2-9

文献請求先及び問い合わせ先  
株式会社大塚製薬工場 輸液DIセンター  
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

〈'21.10作成〉



# Make You Smile Forever

笑顔ですっと！暮らしのまんなかで“いのちを守る”



地域医療支援病院  
厚生労働省基幹型臨床研修病院  
日本医療機能評価機構認定病院  
3rdG:Ver.1.1

## 大原総合病院

急性期病院 病床数 353 床 院長 小山 善久

## 大原医療センター

回復期病院 病床数 186 床 院長 石橋 敏幸



## 清水病院

精神科病院  
病床数 182 床  
院長 角田 耕也

大原訪問看護  
ステーション  
在宅医療サポート

大原看護専門学校  
看護師・助産師 3年制専門学校

エンゼル保育所  
企業主導型保育施設



一般財団法人

# 大原記念財団

理事長兼統括院長 佐藤 勝彦

経営本部 / 〒960-8611 福島県福島市上町 6 番 1 号 TEL 024-526-0300 (代)

内科・外科・整形外科・婦人科・眼科  
小児科・耳鼻咽喉科・リウマチ科  
皮膚科・泌尿器科・形成外科・精神科

# 公立小野町地方総合病院

病院長 清野 義胤

田村郡小野町大字小野新町字槻木内六番地二

TEL (0247) 7213181 (代)

FAX (0247) 7213837

Seprafilm  
ADHESION BARRIER



癒着防止吸収性バリア

# セプトラフィルム®

承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

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電子化された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二丁目28番8号  
医薬品情報サービス室

JP-AS30-220196 V1.0  
SPF05AP (2022年5月作成)

# 夢ある暮らしは健康から — 私たちが一緒にお手伝いします —



## 白河厚生総合病院

〒961-0005 福島県白河市豊地上弥次郎2-1  
TEL: 0248-22-2211 FAX: 0248-22-2218

## 高田厚生病院

〒969-6264 福島県大沼郡会津美里町字高田甲2981  
TEL: 0242-54-2211 FAX: 0242-54-6709

## 鹿島厚生病院

〒979-2442 福島県南相馬市鹿島区横手字川原2  
TEL: 0244-46-5125 FAX: 0244-46-4870

## 塙厚生病院

〒963-5493 福島県東白川郡塙町大字塙字大町1-5  
TEL: 0247-43-1145 FAX: 0247-43-3394

## 坂下厚生総合病院

〒969-6593 福島県河沼郡会津坂下町字上柳田2210-1  
TEL: 0242-83-3511 FAX: 0242-83-0389

## 双葉厚生病院

〒979-1472 福島県双葉郡双葉町大字新山字久保前100  
TEL: 0240-33-2151 FAX: 0240-33-2129



**福島県厚生農業協同組合連合会**

〒960-0298 福島市飯坂町平野字三枚長1-1 TEL.024-554-3450(代)

<http://www.ja-fkosei.or.jp/>

Your smile reaches all

おかげさまで呉羽会は**設立50周年**を  
迎えることができました  
引き続き**地域社会への貢献**に努めて参ります

社団医療法人 呉羽会  
**呉羽総合病院**



- |      |    |        |       |       |       |    |      |      |      |       |      |    |     |       |     |      |            |
|------|----|--------|-------|-------|-------|----|------|------|------|-------|------|----|-----|-------|-----|------|------------|
| 診療科目 | 内科 | 総合診療内科 | 消化器内科 | 循環器内科 | 呼吸器内科 | 外科 | 乳腺外科 | 整形外科 | 血管外科 | 脳神経外科 | 泌尿器科 | 眼科 | 婦人科 | 耳鼻咽喉科 | 麻酔科 | 放射線科 | リハビリテーション科 |
|------|----|--------|-------|-------|-------|----|------|------|------|-------|------|----|-----|-------|-----|------|------------|



■JR常磐線勿来駅より徒歩25分(約2.0km) ■常磐自動車道いわき勿来ICより車で5分

理事長・病院長 緑川 靖彦

〒974-8232 いわき市錦町落合1番地1  
TEL.0246-63-2181 (病院代表)

診療予約 専用ダイヤル **TEL.0246-88-6111**  
受付時間(平日) 14:00~16:00

E-mail [soumu@kureha-hosp.com](mailto:soumu@kureha-hosp.com)

ホームページ <https://www.kureha-hosp.jp/>



# A SMART STAPLER IN YOUR HANDS



## Signia™ ステープリングシステム

販売名: Signiaステープリングシステム 医療機器認証番号: 228AABZX00088000 クラス: II  
販売名: Signiaマニュアルアダプタツール 医療機器届出番号: 13B1X00069US023A クラス: I

お問い合わせ先  
コヴィディエンジャパン株式会社

Tel: 0120-998-971

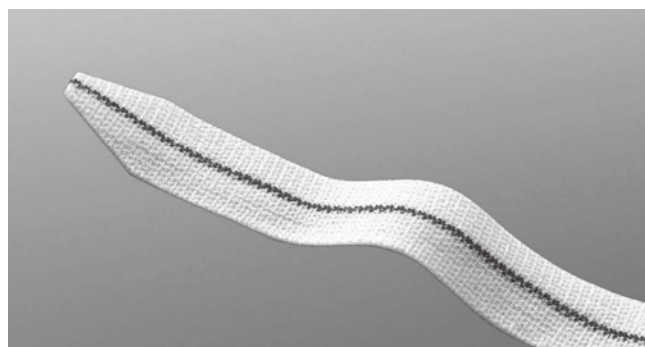
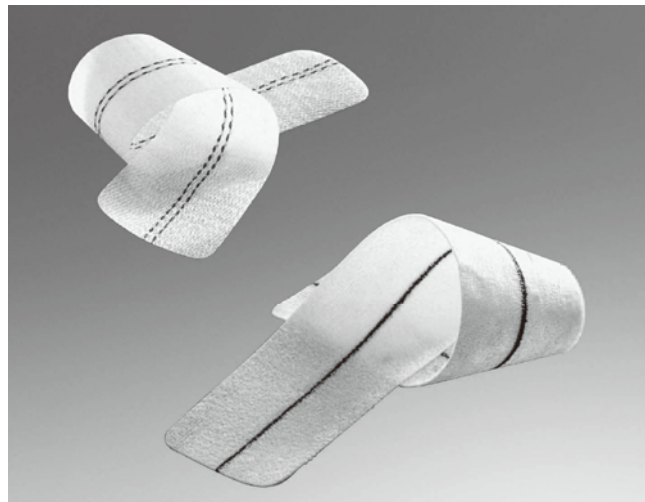
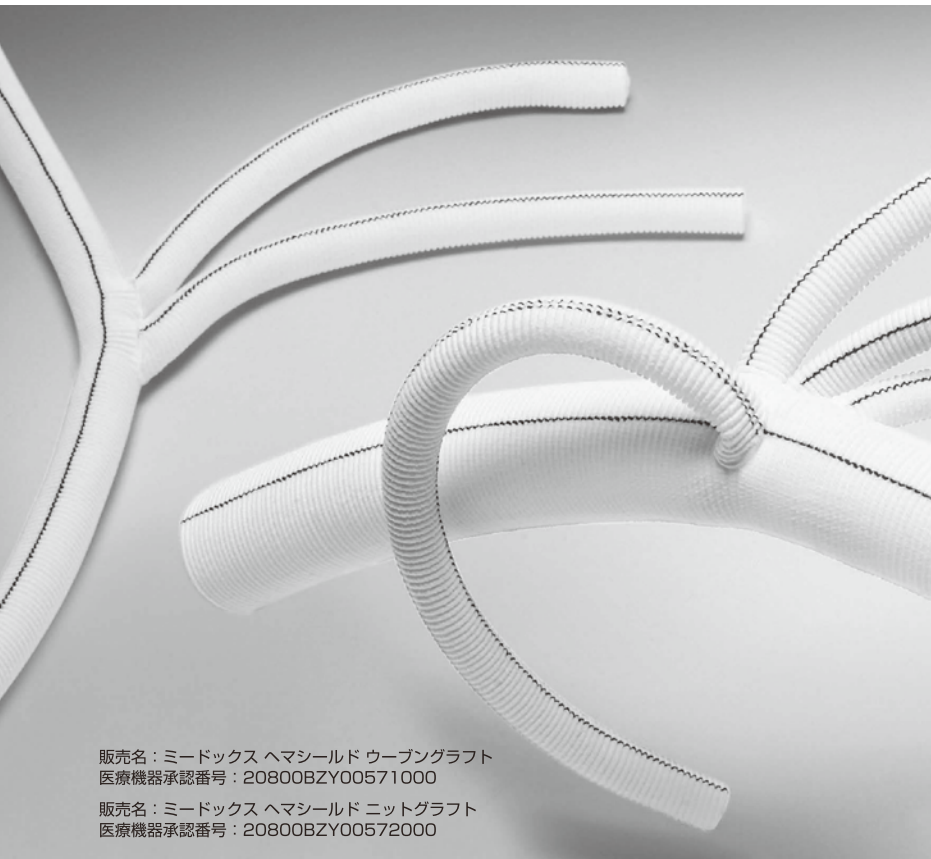
[medtronic.co.jp](http://medtronic.co.jp)

**Medtronic**

# HEMASHIELD

VASCULAR GRAFT AND FABRICS

GETINGE ✧



販売名：ミードックス ヘマシールド ウーブングラフト  
医療機器承認番号：20800BZY00571000

販売名：ミードックス ヘマシールド ニットグラフト  
医療機器承認番号：20800BZY00572000

# FUSION VASCULAR GRAFT

REVOLUTIONISING VASCULAR GRAFTS, INSIDE AND OUT



販売名：フュージョン  
医療機器承認番号：22500BZX00381000

製造販売元

GETINGE ✧

ゲティンゲグループ・ジャパン株式会社

〒140-0002  
東京都品川区東品川2-2-8 スフィアタワー天王洲23F  
TEL: 03-5463-8316 FAX: 03-5463-6856

販売元

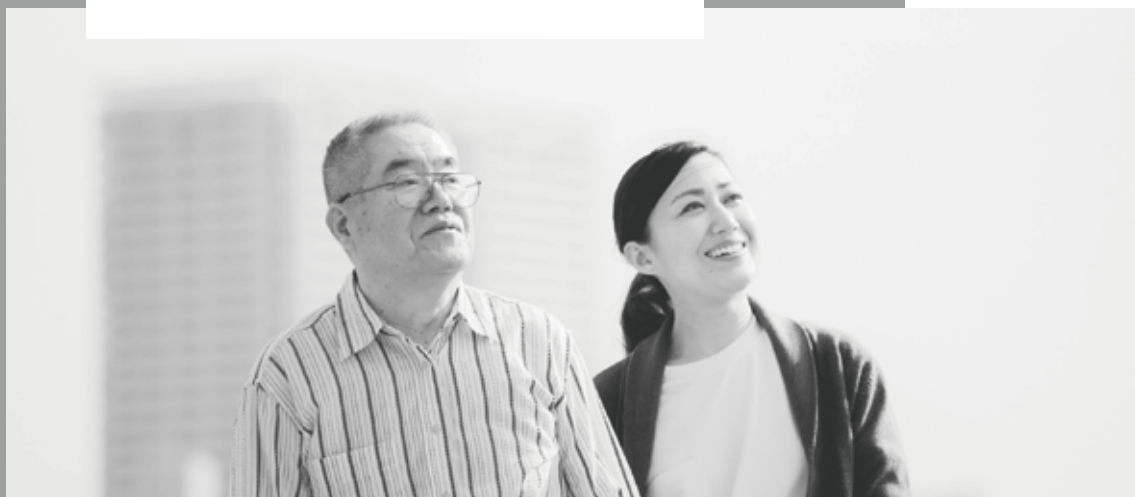
COSMOTEC

コスモテック株式会社  
本社:東京都文京区本郷2-3-9 TEL:03-5802-3830



## いのちと向き合う人を 支えたい

小さな怪我、いのちに関わる大きな病。  
医療に関わる人たちが最善の医療を提供するために。  
患者様が希望を持って病と向き合うために。  
最新の医療情報をお届けし、  
より良い医療機器をご提案することが使命。  
私たちはサンセイ医機株式会社です。



**SNS**

**サンセイ医機株式会社**

つなぐ、人と未来。  
**OLBA**  
GROUP

本店：〒963-8822 福島県郡山市昭和二丁目11番5号 TEL 024-944-1157

福島営業所 024-545-3041 郡山営業所 024-944-1127 会津営業所 0242-39-6801 いわき営業所 0246-27-2300 原町営業所 0244-23-4611 東京営業所 042-370-6531  
仙台営業所 022-746-8875 栃木営業所 0289-72-0155 物流センター 0243-62-0155





公益財団法人 湯浅報恩会

# 寿泉堂総合病院

院長 佐久間 潤

住所：郡山市駅前一丁目1-17

電話：024-932-6363(代)

URL：<https://www.jusendo.or.jp>

## ◇関連施設◇

寿泉堂香久山病院 024-932-6368(代)

寿泉堂クリニック 024-939-4616(代)

*Jusendo General Hospital*  
～ FONS VITAE IN DOMO MEDICA ～



当院では下記の装置を導入しております。

**ロボティックアーム  
手術支援ロボット**



**放射線治療装置  
トモセラピー**





鉄欠乏性貧血治療剤

処方箋医薬品<sup>注</sup> 薬価基準収載

# フェインジェクト<sup>®</sup> 静注500mg

Ferinject<sup>®</sup> solution for injection/infusion 500mg カルボキシマルトース第二鉄注射液

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「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、製品添付文書をご参照ください。

製品情報サイト <https://medical.zeria.co.jp/di/ferinject/#tabRelation>

PC、スマホ、タブレットで  
ご覧になれます。



製造販売元

ゼリア新薬工業株式会社

東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 お客様相談室

TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

2021年8月作成



神経障害性疼痛治療剤

**タリージェ錠**® 2.5mg・5mg  
10mg・15mg

薬価基準収載

一般名：ミロガバリンベシル酸塩 (Mirogabalin Besilate)  
処方箋医薬品 注意－医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等  
情報等の詳細については、電子添文等をご参照ください。



製造販売元 (文献請求先及び問い合わせ先を含む)  
**第一三共株式会社**  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

いつもを、いつまでも。

あたり前のようにつづく毎日ほど、

かけがえのないものはない。

私たちは、“いつも”を支える力になりたい。

大切な“いつも”が失われた時、

強く取り戻す力を届けたい。

いつもを、いつまでも。

私たち大鵬薬品ひとりひとりの願いです。



あたたかい心とたしかな医療

# 総合医療センター



地域医療支援病院 地域がん診療連携拠点病院



一般財団法人  
竹田健康財団

# 竹田総合病院

理事長 竹田 秀 病院長 本田 雅人

会津若松市山鹿町3番27号 ☎(0242)27-5511(代)

<http://www.takeda.or.jp>



地域のために 地域とともに



内科 外科 整形外科 産婦人科 小児科 耳鼻咽喉科 人工透析



医療法人  
慈久会

谷 病院

理事長 院長 谷 良久

〒969-1131 福島県本宮市本宮字南町裡149番地

TEL(0243)33-2721 FAX(0243)34-2972

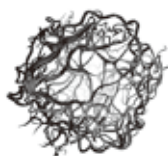
<http://www.tanihospital.jp/>

すべての革新は患者さんのために



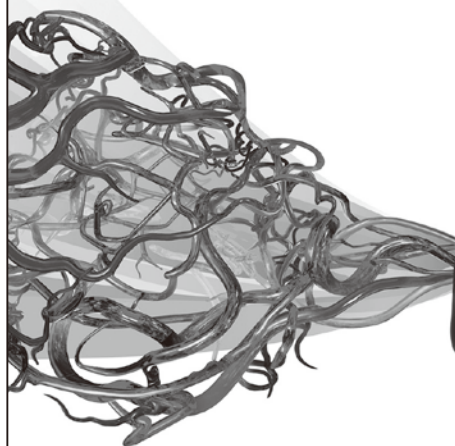
中外製薬

Roche ロシュグループ



AVASTIN®

bevacizumab



日本標準商品分類番号 874291

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF<sup>注1)</sup>ヒト化モノクローナル抗体  
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品<sup>注2)</sup>

薬価基準収載

**アバスタチン**® 点滴静注用 **100mg/4mL**  
**400mg/16mL**



ベバシズマブ(遺伝子組換え) 注

注1) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor(血管内皮増殖因子)

注2) 注意-医師等の処方箋により使用すること

※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は電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 メディカルインフォメーション部  
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

〔販売情報提供活動に関する問い合わせ先〕  
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

Roche ロシュグループ

2022年3月作成

**TERUMO**

スプレーなら、狙いやすい

癒着防止吸収性バリア

**Ad Spray**

一般的名称:癒着防止吸収性バリア 販売名:アドスプレー 医療機器承認番号:22800BZX00234

製造販売業者 **テルモ株式会社** 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 [www.terumo.co.jp](http://www.terumo.co.jp)

**TERUMO**、Ad Sprayはテルモ株式会社の商標です。  
テルモ、アドスプレーはテルモ株式会社の登録商標です。  
©テルモ株式会社 2017年5月





# 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

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

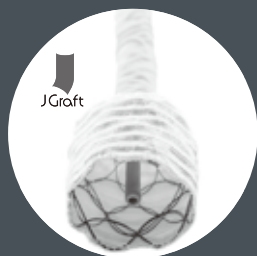
製造販売元〈資料請求先〉  
日本イーライリリー株式会社

Lilly

# ALL in for AORTA



VASCULAR PROSTHESIS  
JGraft



FOR AORTA  
FROZENIX



AFX Endovascular  
AAA System



Alto™ Abdominal Stent  
Graft System

販売名：J Graft シールド  
販売名：J Graft Openステントグラフト  
販売名：AFXステントグラフトシステム  
販売名：Alto腹部ステントグラフトシステム

医療機器承認番号：21100BZZ00483000  
医療機器承認番号：22600BZX00033000  
医療機器承認番号：22700BZX00387000  
医療機器承認番号：30300BZI00016000

製造販売業者

日本ライフライン株式会社

〒140-0002 東京都品川区東品川二丁目2番20号 CVE 事業部 TEL.03-6711-5240  
<https://www.jll.co.jp>

**JLL** Japan Lifeline

HIGH  
PROTEIN

HIGH  
ENERGY

栄養の力で  
Recovery Journeyを  
サポートする。

ネスレ日本株式会社  
ネスレ ヘルスサイエンス カンパニー  
〒140-0002 東京都品川区東品川 2-2-20  
<http://www.nestlehealthscience.jp/>  
®登録商標



 **Nestlé**  
HealthScience®

**PEPTAMEN®**  
**AF** エーエフ

Novartis Pharma K.K.



## 新しい発想で医療に貢献します

ノバルティスのミッションは、より充実した、  
すこやかな毎日のために、新しい発想で医療に貢献することです。  
イノベーションを推進することで、  
治療法が確立されていない疾患にも積極的に取り組み、  
新薬をより多くの患者さんにお届けします。

 NOVARTIS

ノバルティス ファーマ株式会社

<http://www.novartis.co.jp/>



# より良い 明日へ

患者さんとそのご家族の「満たされない願い」に応えるため、  
革新的な新薬をいち早くお届けすることが私たちの使命です。  
医薬品の開発を通じて人々の  
クオリティ・オブ・ライフの向上に貢献していきます。

バイエル薬品株式会社 <https://pharma.bayer.jp>

Science for a better life



# 公益財団法人 星総合病院



星総合病院	郡山市向河原町159番1号	024-983-5511
星ヶ丘病院	郡山市片平町字北三天7番地	024-952-6411
三春町立三春病院（指定管理）	田村郡三春町字六升蒔50番地	0247-62-3131
たむら市民病院（指定管理）	田村市船引町船引字南町通り111番地	0247-82-1117
ほし横塚クリニック	郡山市横塚2丁目20番36号	024-956-7778
介護老人保健施設オリオン	郡山市片平町字峯三天2	024-952-6413
養護老人ホーム三春町敬老園（指定管理）	田村郡三春町字六升蒔50-1	0247-62-3618
星訪問看護ステーション	郡山市横塚2丁目20番地36号	024-956-2322
・サテライト星ヶ丘	郡山市片平町字北三天7番地	024-962-1711
・サテライトしずか	郡山市御前南5-18ウエストパークB棟102号	024-983-6410
・サテライト三春	田村郡三春町字六升蒔50番地	0247-73-8270
星総合病院在宅介護支援センター	郡山市横塚2丁目20番36号	024-983-5515
居宅介護支援事業所星ヶ丘	郡山市片平町字北三天7番地	024-952-6414
芳賀・小原田地域包括支援センター（業務委託）	郡山市昭和2丁目17番2号	024-941-1121
福祉まるごと相談窓口（業務委託）	郡山市昭和2丁目17番2号	024-954-3211
ポラリス保健看護学院	郡山市向河原町159番地7号	024-983-5010
ほしのご保育園	郡山市向河原町159番地1号	024-983-5519
星ヶ丘保育園	郡山市片平町字北三天7-3	024-951-0788
三春町第1保育所（指定管理）	田村郡三春町担橋1-4-1	0247-62-3839
三春町第2保育所（指定管理）	田村郡三春町大字貝山字泉沢100-1	0247-62-2748
星の森保育園	田村市船引町船引字屋頭清水285番地	0247-61-5581
ほしくま児童家庭支援センター	郡山市大町2丁目15-2ハート調剤ビル2階	024-983-8375
大町キッズベース	郡山市大町2丁目3-26	024-953-5401
ほしくまわくわくベース	郡山市大町1丁目11-11上石ビル1階	090-2486-9556





## 杣病院

二本松市  
本町一丁目103番地

0243-22-2828



## 杣記念病院

二本松市住吉100番地

0243-22-3100



## 介護老人保健施設 やまびこ苑

二本松市住吉100番地

0243-22-3618



## 地域療養事業部

二本松市住吉100番地

医療法人辰星会指定居宅介護支援事業所

0243-22-6585

おおぞら訪問看護ステーション

0243-22-3869

二本松市二本松第3地域包括支援センター

0243-62-7520



## たんぽぽ 保育所

二本松市住吉100番地

職員専用



## 特別養護老人ホーム うつくしの丘

二本松市  
上葉木坂2番地3

0243-61-1250

## 職員 募集

子育て世代にも働きやすい職場  
24時間保育を完備(職員専用)  
夜勤でも安心して働くことができます

医療法人 辰星会 事務局人事担当  
〒964-0917 二本松市本町一丁目35  
TEL 0243-62-0610





FUKUSHIMA

**【第182回東北外科集談会 事務局】**

**事務局長：岡山 洋和**

福島県立医科大学 外科研修支援担当

〒960-1295 福島県福島市光が丘1番地-1 TEL: 024-547-1265