

O-6-20

周手術期における乳房全摘出術患者の気持ちの移ろい

さいたま赤十字病院 看護部

○平野翔成美、遊馬 莉帆、朝比奈知世、鈴木美奈穂、千代百梨香、吉羽 綾香

1. 目的乳房全摘出術患者の術前・術直後・術後の関心を文献検討により明らかにする。2. 方法2016年5月～10月に医学中央雑誌WEB版を用い、乳がん、手術、乳房切除術、心理、ボディイメージで検索した。3. 結果及び考察文献検索にて10件の文献を得て、患者の発言327を術前158、術直後32、術後137に分類、術前20、術直後6、術後13のサブカテゴリを形成、術前10、術直後3、術後10のカテゴリを形成した。術前は、<がん告知を受けたショック><家族に対しての思い><高い治療費を払って治療するのはもったいない>等のカテゴリで構成された。術後は、<再発に対する思い><家族が気を遣ってくれてうれしい><治療費が不安>等のカテゴリで構成された。術前、術後はがんという疾患そのもの、家族に対しての思い、治療費に対するカテゴリの共通点が見られた。術直後は<傷跡が想像以上に驚いた><創部・術後の身体的変化を感じる><再建手術を受けたい>等のカテゴリで構成された。これは、手術侵襲を身体的に実感することで、術前に感じていた不安や家族、経済的問題から関心が離れ、疼痛やしびれ、創部そのものに意識が向いていると考える。術後は手術による侵襲に身体が慣れ、日常生活へ戻ること意識すると、術前に感じていた疾病、治療に対する不安、経済的な問題、家族へ意識が再び向き始めるのではないかとする。4. 結論術前から術直後にかけての関心は関連性があまりなく、術直後は創部の痛みや治療過程に対する関心が集中していた。術前と術後は関連性があり、がんという疾患そのものに対する不安や、生活上の不安など全人的なことに関心が集中していた。

O-6-22

横浜市立みなと赤十字病院におけるロボット支援下前立腺全摘除術の治療経験

横浜市立みなと赤十字病院 泌尿器科

○土屋ふとし、吉田 健太、植村 公一、井上 雅弘、水野 伸彦、村上 貴之

【目的】当院におけるロボット支援下前立腺全摘除術(RARP)の手術成績について検討する。【方法】2014年2月から2017年4月までに当科でRARPを施行した184例を対象とした。年齢は51～80歳(中央値68歳)、術前値は3.1～7.8ng/ml(中央値8.1ng/ml)、グリンスコアは6が46例、7が73例、8以上が65例であった。D'Amikoのリスク分類では低リスク22例、中リスク77例、高リスク85例であった。術式は全例経腹膜到達法で行った。術前ホルモン療法は6例に施行した。【成績】手術時間(コンソール操作時間)は105～360分(中央値210分)、出血量は10～700ml(中央値150ml)であった。神経温存は50例の片側に行った。リンパ節郭清は135例に行った。開腹移行症例はなかった。病理結果はpT2a28例、pT2c91例、pT3a48例、pT3b13例、pT41例であった。切除断端陽性率は18.8%(pT2では9.2%、pT3aでは37.1%)であった。尿管閉塞率は術後3か月47.6%、6か月78.0%、1年が86.0%であった。【結論】当院におけるRARPの手術時間、出血量は諸家の報告と遜色なかった。術後成績は諸家の報告より切除断端陽性率は低く、尿管閉塞率は術後早期がやや低い結果であった。

O-6-24

当院における結石性腎盂腎炎の臨床的検討

仙台赤十字病院 泌尿器科¹⁾、とみぞ腎泌尿器科²⁾

○櫻田 祐¹⁾、山室 拓¹⁾、太田 章三¹⁾、當麻 武信²⁾

【目的】上部尿路閉塞を伴う結石性腎盂腎炎は敗血症を合併する危険性が高く、早急な尿路ドレナージを必要とすることが多い。今回、当院で入院加療を必要とした結石性腎盂腎炎症例について検討を行った。【対象および方法】2010年1月より2016年12月までの間に尿路ドレナージを必要とした結石性腎盂腎炎58症例を対象とした。患者背景、合併症、治療方法についての各項目を検討した。【結果】年齢34歳～94歳(中央値71歳)、男性17例、女性41例。主な合併症として糖尿病17例、長期臥床14例であった。結石長径は20mm～25.0mm(中央値8.0mm)であり、患側は右24例、左側33例、両側1例であった。閉塞部位は腎盂尿管移行部R3が7例、上部尿管U1が32例、中部尿管U2が5例、下部尿管U3が13例、U1+U2が1例であった。ドレナージ方法は尿管ステント留置57例(うち1例は両側留置)、腎臓造設術1例であった。起因菌はグラム陰性桿菌が高頻度で分離され、分離菌種としては大腸菌が最も多かった。初期治療に使用した抗菌薬はCTRX(27例)、CFPM(17例)、CTM(4例)、FOM(3例)MEPM(5例)であり、投与期間は3～33日(中央値7日)であった。入院期間は3～44日(中央値9日)、10例は入院時敗血症性ショックを呈しており、8例は播種性血管内凝固症候群DICもしくはDIC疑いと診断された。死亡例2例あり、1例はショック状態から改善なく、3病日で死亡。もう1例は脳膿瘍を併発した死亡に至った。自然排石6例、合併症等のため尿管ステント留置・定期交換に移行した例が4例、結石治療としてはESWL43例、TUL2例、ESWL+TUL1例であった。【結論】結石性腎盂腎炎は敗血症性ショック、DICといった重症化に至る可能性が高く、緊急ドレナージを含め、適切な対応が必要である。

O-6-21

名古屋第二赤十字病院におけるロボット支援下腎部分切除術の初期経験

名古屋第二赤十字病院 泌尿器科¹⁾、産婦人科²⁾、麻酔科³⁾、看護部⁴⁾、手術室技術管理課⁵⁾、管財課⁶⁾、入院業務課⁷⁾、経営企画課⁸⁾

○錦見 俊徳¹⁾、小林 弘明¹⁾、山田 浩史¹⁾、石田 亮¹⁾、山室 理²⁾、田口 学³⁾、矢田 憲明⁴⁾、岡田 君子⁴⁾、鈴木 杏衣⁴⁾、横山 実玖⁴⁾、隅 智子⁵⁾、浅井 謙一⁵⁾、加藤 明美⁵⁾、松下雄太郎⁵⁾、箕浦 伸一⁶⁾、久野 訓義⁷⁾、中島健太郎⁸⁾

【目的】小径腎癌に対するロボット支援下腎部分切除術(RAPN)が保険適用となり、当院でも2016年4月からRAPNを開始し、初期経験を報告する。【対象と方法】医師、看護師、臨床工学技師、事務からチーム編成して初期手術にあたった。対象は2016年4月から2017年4月までに施行したRAPN20例、平均年齢は58.8歳(38～80歳)BMI中央値24.1(19.2～30.7)、男女比14:6、患側:右9例/左11例、腫瘍サイズ中央値25mm(11～51mm)、アプローチは経腹膜16例/経後腹膜4例、平均R.E.N.A.Lスコアは72点(6～9点)であった。またRAPN18例と同一術者で行った腹腔鏡下腎部分切除(LPN)15例との比較も行った。両群間では年齢、BMI、腫瘍径等に差はなかったが、平均R.E.N.A.LスコアはRAPN群7.22点vsLPN群4.73点(p<0.0001)とRAPN群で高かった。【結果】手術時間(中央値)264分(202～503分)、コンソール時間(中央値)195分(152～348分)、温阻血時間(中央値)19分(13～35分)、出血量(中央値)30ml(10～370ml)であった。開腹移行例や輸血例はなく、手術翌日から離床、経口摂取を開始し、術後平均入院期間は6.0日(4～11日)、術後1か月のeGFR低下率は71.0%(0～25.6%)、術後切除断端はすべて陰性、Trifecta(温阻血時間25分以内、G3以上の合併症なし、断端陰性)達成割合は90.0%であった。またRAPN群とLPN群との比較では、平均手術時間269分vs256分(p=0.4815)、平均阻血時間19分vs30分(p<0.0001)、平均出血量7.6mlvs86ml(p=0.8349)、術後平均入院期間6.0日vs6.2日(p=0.1917)であった。【結論】当院初期経験ではRPNはLPNと比較してR.E.N.A.Lスコアが高いにも関わらず阻血時間の短縮がみられ、RAPNは腎機能の観点からも低侵襲な術式であることが示唆された。

O-6-23

内視鏡的治療が成功した子宮筋腫術後の尿管完全閉塞の1例

伊勢赤十字病院 泌尿器科

○寺邊 隆史、芝原 拓児、西井 正彦、大西 毅尚

症例は69歳の女性。当院婦人科にて子宮筋腫に対して腹式子宮摘出施行後に膣から尿の流出を認めたため術後38日目に当科紹介受診。CTで術前に認めなかった左水腎症を認めた。左尿管は下部尿管まで拡張していたが閉塞原因は特定できず、また逆行性尿路造影(RP)では尿管口より約2cmの位置で閉塞しておりガイドワイヤーの通過も不可であった。膣への造影剤の流出は確認できなかった。腎臓造設術時に施行した逆行性尿路造影でも同部位で閉塞を認めた。腎臓管理とした後に膣からの尿の流出は消失したが尿管の閉塞は改善されなかった。しばらく腎臓管理としていたが抜去目的に膀胱尿管吻合の説明をするも同意が得られずTURでの治療を選択した。術後7ヶ月目に内視鏡的治療を施行した。腎臓部から尿管ファイバーを挿入し尿管の観察をおこなったところ尿管下端は盲端となっていた。TURにて尿管口を切除し尿管ファイバーのライト誘導下に閉塞部位に向かって膀胱筋層を切除していったところ尿管ファイバー先端が確認でき、尿管と交通したためDJを留置し手術を終了した。TUR後2ヶ月目にRPを施行し尿管狭窄を認めたが膀胱への流出もみられたためDJを抜去して経過観察とした。軽度水腎症は残存していたが発熱や腎機能悪化もなく、術後4ヶ月目には完全に水腎症は消失した。

O-6-25

A病棟の尿路感染対策の取り組み～尿道留置カテーテル管理の見直し～

伊勢赤十字病院 看護部

○川口 七美

【はじめに】尿道留置カテーテル関連尿路感染症(以下CA-UTIとする)を予防するためには、尿道留置カテーテルを挿入しないことが、最大の感染対策である。A病棟は、整形外科と泌尿器科の混合病棟である。整形外科では、骨折により体動が制限されるため、入院直後より尿道留置カテーテルを留置する患者が多い。治療上、尿道留置カテーテルが必要な場合はやむを得ない。そこで、A病棟でできる対策を検討し実施したので報告する。【方法】H27年10月1日からH29年3月31日までに、A病棟へ入院した患者を対象とした。CA-UTIサーベイランスは、院内で導入されている感染システム(Safe Master感染管理システム)を使用し、感染の判定は感染管理認定看護師が行った。CA-UTI対策実施前(H27年10月1日～H28年6月30日)と対策実施後(H28年7月1日～H29年3月31日)のサーベイランス結果を比較した。【CA-UTI対策】1. 整形外科入院の、尿道留置カテーテル挿入患者を対象に、1回/週のバルンカンファレンスを実施2. 尿道留置カテーテルに関する使用基準を作成3. 尿道留置カテーテル挿入患者の管理方法を周知【結果】CA-UTI対策実施前の9か月間のサーベイランス結果は、延べ尿道留置カテーテル使用日数は4102日、使用比0.2、感染患者数6名、感染率は1000患者あたり1.46であった。CA-UTI対策実施後の9か月間のサーベイランス結果は、延べ尿道留置カテーテル使用日数3624日、使用比0.18、感染患者数2名、感染率は1000患者あたり0.55であった。【考察】今回実施した対策は、感染率の低下につながった可能性がある。使用比が低下しなかった要因はA病棟の使用比が、対策実施前から適切であった可能性がある。A病棟での対策が適切であるか、今後も継続的に検証していく必要があると考える。