

4. 甲状腺のできものの病気 について

医療法人二夢の会
にむら甲状腺と消化器クリニック
二村浩史

甲状腺結節

甲状腺のできのものを、結節と呼びます。

結節とはなんでしょう？

甲状腺にできる腫瘤を甲状腺腫 (goiter) といいます。
腫瘍以外に非腫瘍のものもあるため、すべてをまとめて
結節 (nodule) といいます。

いろんな甲状腺腫の総称として、「**結節性甲状腺腫**」といいます。

できもの(結節性甲状腺腫)の分類

腫瘍性

悪性

癌

- ・乳頭癌
- ・ろほう癌
- ・髄様癌
- ・低分化癌
- ・未分化癌
- ・転移性癌

悪性リンパ腫

良性

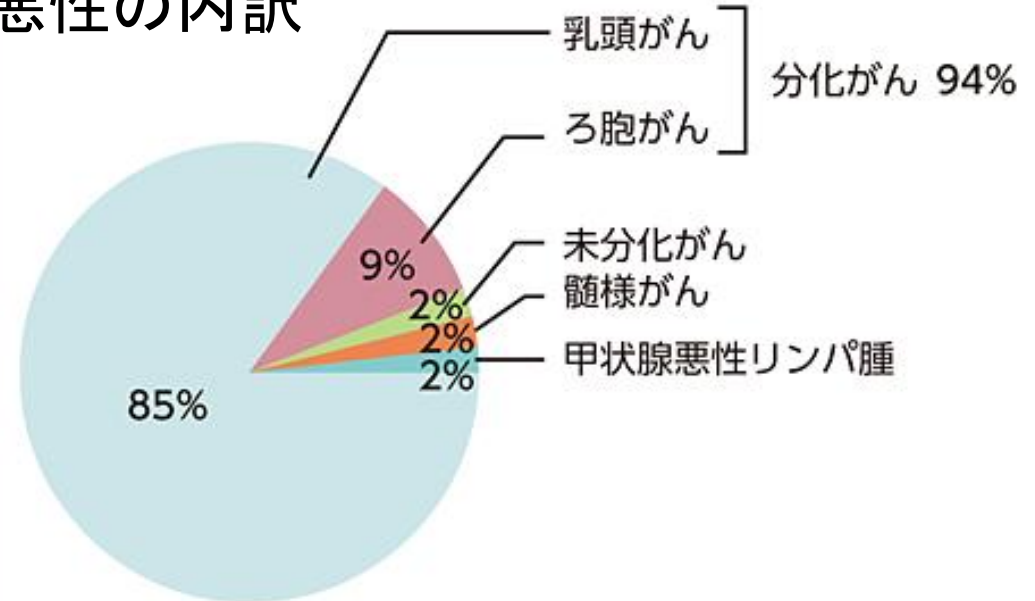
腺腫:ろほう腺腫

非腫瘍性

単発:腺腫様結節

多発:腺腫様甲状腺腫

悪性の内訳



癌では日本は乳頭癌が一番多いです。

みんなに知っていてほしいこと

甲状腺では、がんを見つけるのにいちばん役に立つのは、エコー検査です。

乳頭癌では細胞診で最終診断がつきます。

しかし、アナログ的ですが、細胞を調べるよりもエコーの見え方の方が、診断が当たる事が結構あります。



乳頭癌

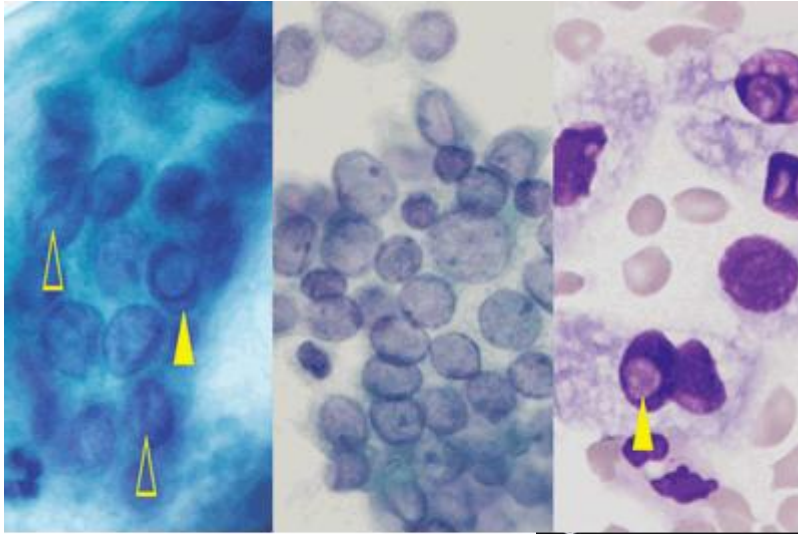


図1 穿刺吸引細胞診

a, b: Papanicolaou染色(bは生理的食塩水で洗浄後), c: Giemsa染色
封入体(空胞(▲)), すりガラス状の核(bの大部分の核)など、乳頭癌の細胞診で診断できます。

細胞診で診断できます。

特徴は、

- ・核溝、
- ・すりガラス状の核、
- ・核内封入体。

硬い。エコーで境界不明瞭で石灰化が多いです。

リンパ節転移をしやすいが血行性転移(肺、骨)は少ないです。
腺内転移もあります。

一般に成長の遅い腫瘍で、治る確率は90%以上と予後は良く、普通のがんと違って、若い人の方が予後良好です。

術後30年後のリンパ節転移もあり、長期フォローを要しますが、リンパ節への転移は予後をあまり左右しません。

乳頭癌

乳頭癌は、小さいものでは悪さをしないため、最新の「甲状腺腫瘍診療ガイドライン2024」では、1cm以下の大きさ(cT1a)で、明らかなリンパ節転移がない(cN0)場合は手術ではなく経過観察を推奨とされています。

しかし、手術を希望される場合は手術をとされています。

乳頭癌は、リンパ節転移は起こしやすいのですが、血行性転移で肺や骨の転移はさほど頻度は高くありません。

ちなみに55歳未満では、リンパ節転移を認めても、肺や骨などの遠隔転移がなければステージ分類ではステージIです。

乳頭癌

頻度は極めて少ないのですが、予後不良な未分化癌に変化することもあり、経過観察では十分なエコーフォローが必要です。

経過観察であっても3mm以上の増大を認めるときは手術も考慮すべきと思います。

術後は、ほかのがんと違って、20年以上経過してもリンパ節転移が顕性化することがあるので、30年にわたりフォローした方がいいとされています。

ちなみに私は、松村総合病院時代に、術後8年後のリンパ節再発の方、術後28年後のリンパ節再発の方の手術をしましたが、いずれも術後問題なくご健在です。

みんなに知っていてほしいこと

腫瘍性
悪性
癌

- ・乳頭癌
- ・**ろほう癌**
- ・髄様癌
- ・未分化癌
- ・転移性癌

悪性リンパ腫

良性

腺腫：**ろほう腺腫**

乳頭癌の診断は細胞診で比較的簡単ですが、

ろほう癌と、ろほう腺腫
(あわせて**ろほう性腫瘍**といいます)
と腺腫様甲状腺腫(腺腫様結節)は、
細胞の形がほとんど一緒なので
鑑別が難しいです。

非腫瘍性(変性や過形成)

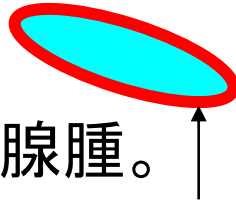
単発：腺腫様結節

多発：**腺腫様甲状腺腫**

みんなに知っていてほしいこと

濾胞性腫瘍と腺腫様甲状腺腫の細胞の形は、ほぼほぼ一緒。

区別は、エコーで
ないのが腺腫様甲状腺腫。



被膜があるのが腫瘍、

被膜

腺腫様甲状腺腫って何？

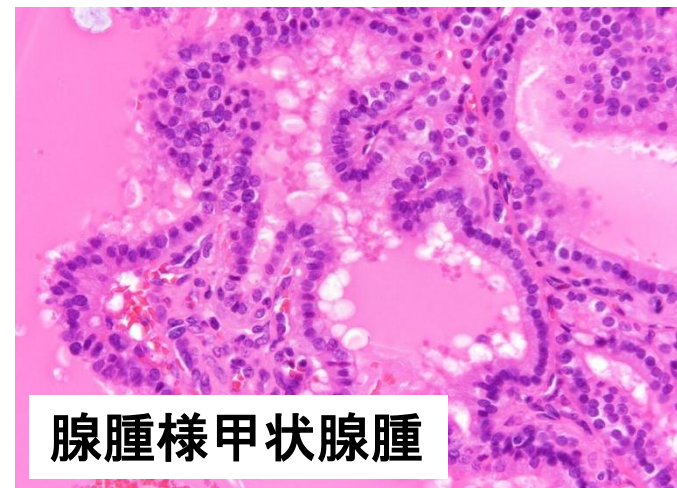
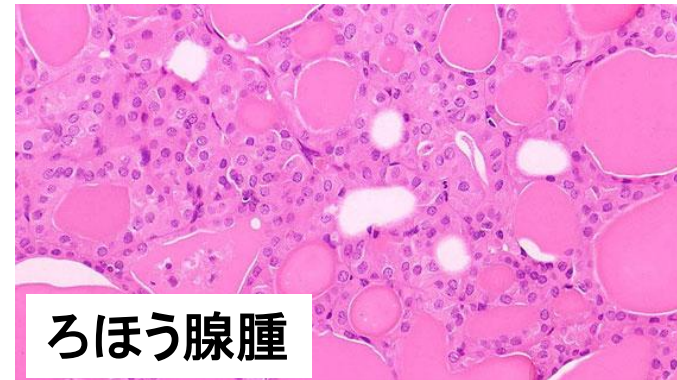
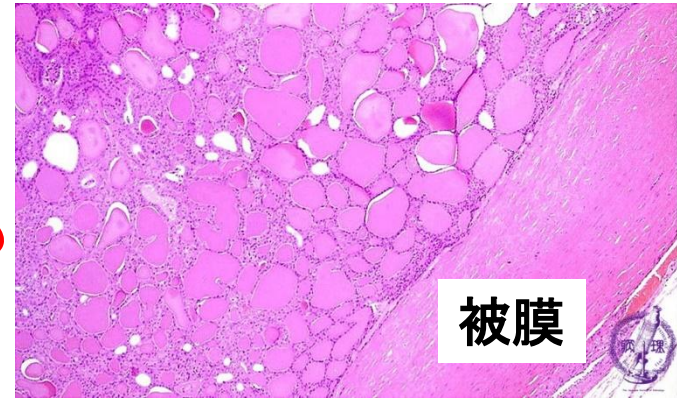
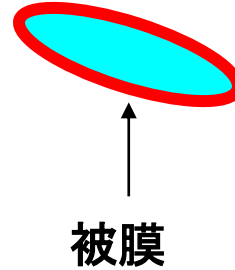
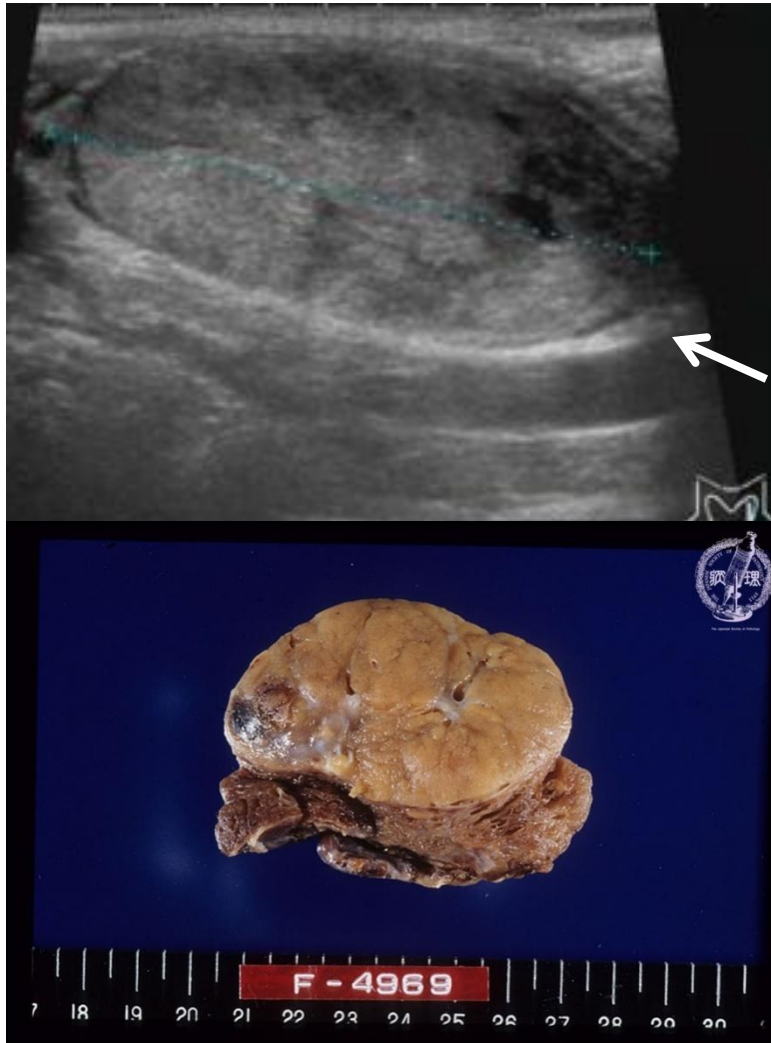
ろほう性腫瘍のうち、良性の腫瘍を腺腫といいます。
「良性の腫瘍みたいな甲状腺のできもの」を漢字で書くと、
腺腫(良性の腫瘍)様(みたいな)甲状腺腫(甲状腺のできもの)
となります。

みんなに知っていてほしいこと

最近では、良性の濾胞腺腫と診断されていたのに再発したり、濾胞性腫瘍のような形をしているのに乳頭癌の細胞が混じっていたりすることがわかり、「甲状腺癌取り扱い規約」でも、良性と悪性のあいだにグレーなものが存在することがわかってきました。

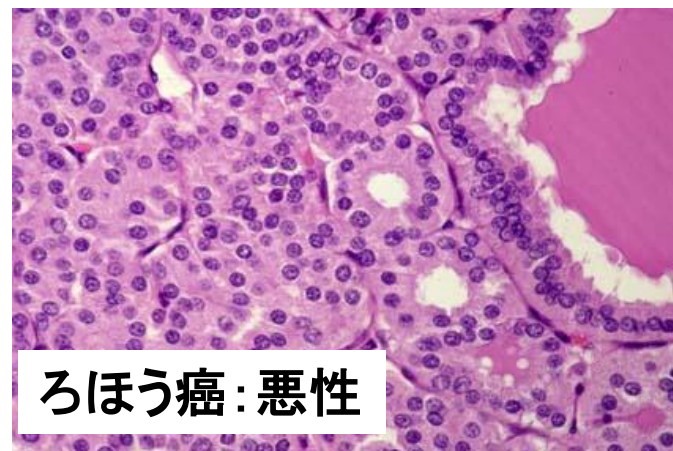
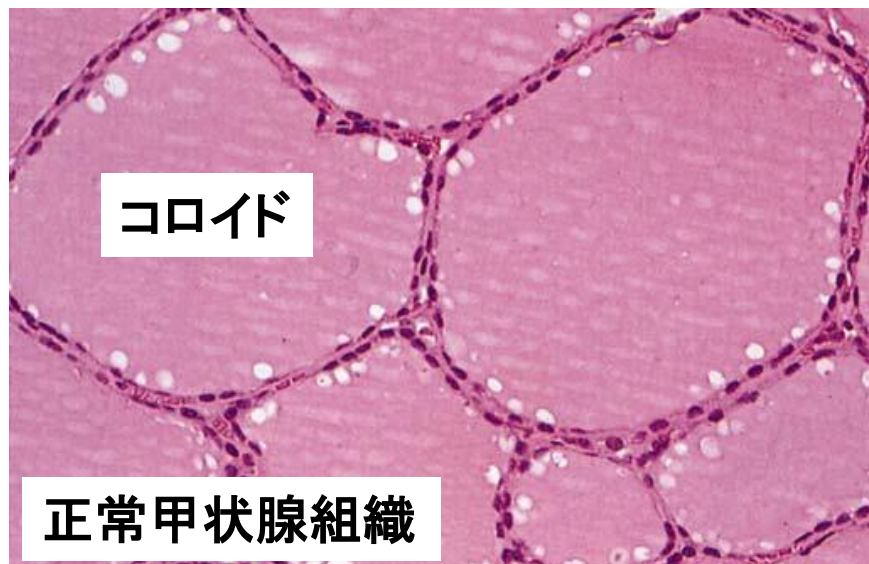
具体的には、予後良好な濾胞型乳頭癌や、NIFTP（乳頭癌様核を有する非浸潤生甲状腺濾胞性腫瘍）という悪性リスクが極めて低い甲状腺腫瘍などがあるため、エコー上良性と思っても、2cm以上であれば積極的に細胞診検査を勧めています。

ろほう性腫瘍と腺腫様甲状腺腫の鑑別

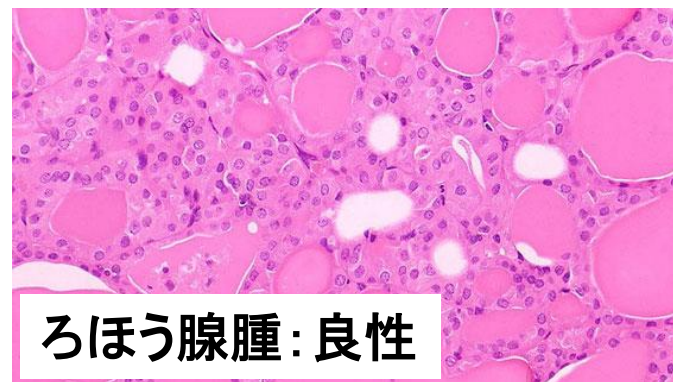


ろほう性腫瘍は割面がぷるんと盛り上がって
被膜があります。腺腫様甲状腺腫には
被膜がないことが多いです。

ろほう性腫瘍の病理組織



細胞の形がほとんど同じです。



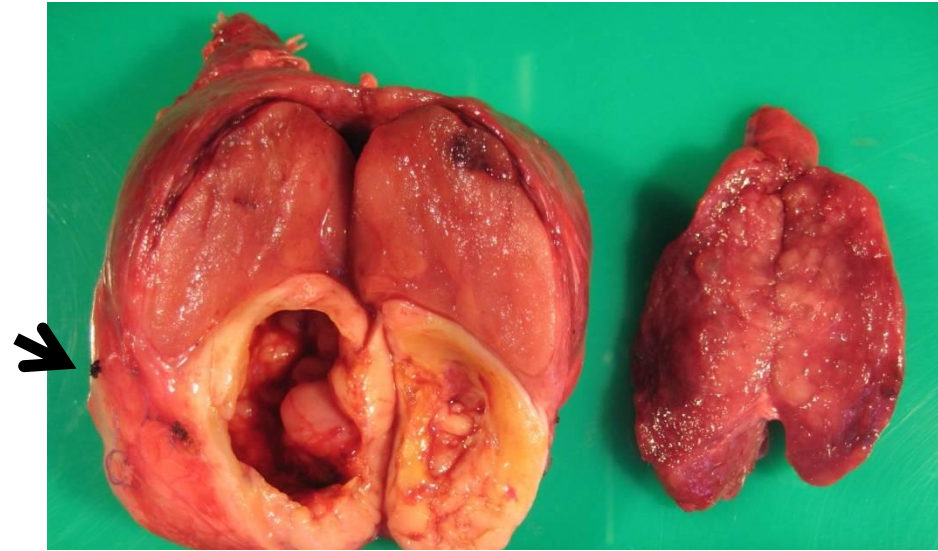
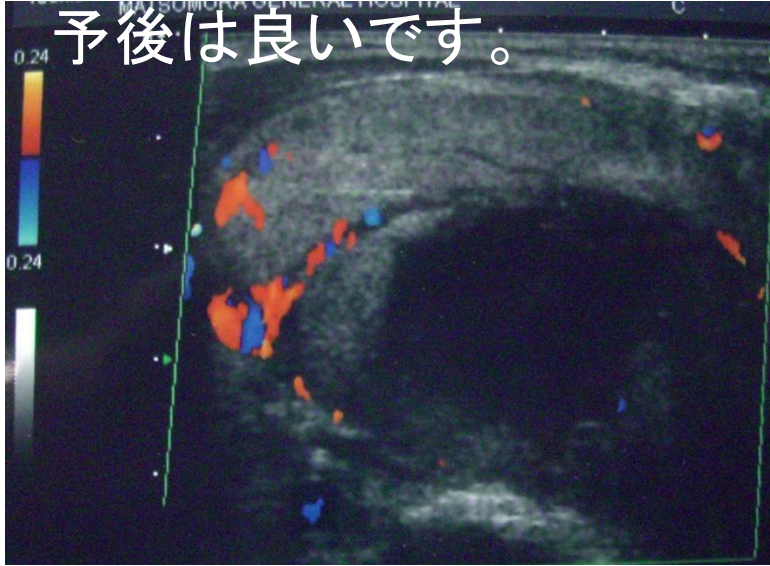
左は正常甲状腺のろほう組織。

コロイドの中は甲状腺ホルモンの元となる**サイログロブリン(Tg)**が充満しています。

Tgが1,000以上と高いとろほう癌の事があります。

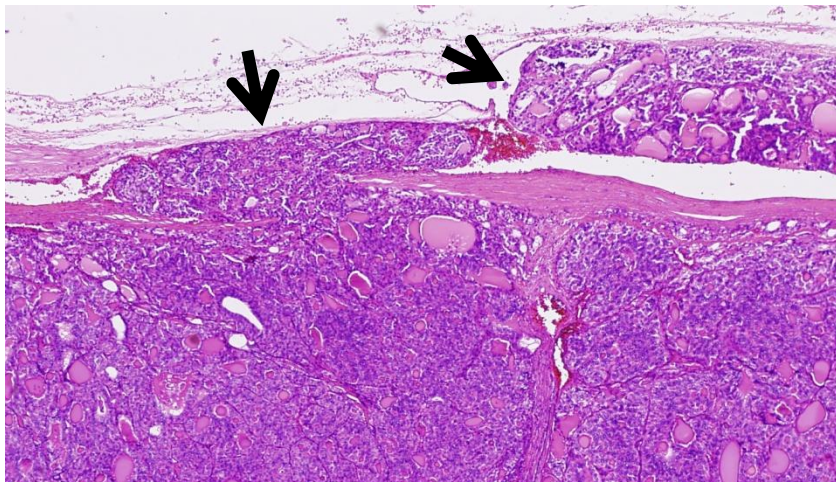
ろほう癌の特徴 ろほう癌ではTgがたくさん作られて、**血中Tgが1,000以上に**。リンパ節転移しにくいですが肺、骨転移することがあります。

予後は良いです。

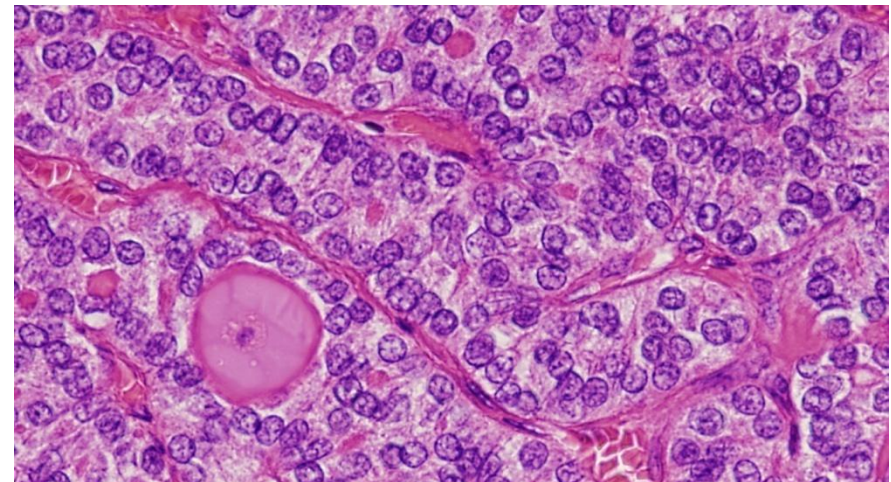


頸部ドップラーエコー：**結節内への血管**あります。

摘出標本



病理組織：**辺縁被膜浸潤**あります。(対物x4)



分化型ろほう癌 (対物x40)

みんなに知っていてほしいこと

甲状腺の癌のうち、乳頭癌とろほう癌は分化癌と言っておとなしくて予後がとても良いがんです。

乳頭癌はリンパ節にとびやすくて、ろほう癌は血液中に入って肺や骨にとびやすいです。

どちらも手術が必要ですが、その後転移をうたがう場合は、アイソトープ治療が効きます。その際には甲状腺組織があるとアイソトープが十分に効かないので、補完全摘といって再度手術で残りの甲状腺をとる必要があります。

しかし未分化癌は、あっというまに大きくなって死んでしまいます。ときどきおとなしい乳頭癌が未分化癌に変身することがあるので1cm以上の大きさの乳頭癌は手術をした方がいいのです。

随様癌 悪性リンパ腫

随様癌は、頻度は低いですが、C細胞という甲状腺の細胞ががん化したもので、遺伝的なことがあるため、大学病院などに紹介をして精査、加療をお願いします。
個人的にはまだ随様癌の方はいません。

悪性リンパ腫は、橋本病の長期経過中に甲状腺内のリンパ球が悪性化して腫瘍化するまれな疾患で、エコーで特徴的な無エコー域があり、細胞診で診断がつくことがあります。
血液腫瘍内科に紹介して、薬で加療しますが、まれに手術が必要となることがあります。
これまで1人手術を経験しました。

未分化癌

極めて予後不良。1年生存率は5～20%とされています。

手術をしても助からないケースがほとんど。

高齢女性に多いです。

乳頭癌が未分化癌に転化することがあります。

レンビマが適応となったが、若干の延命の報告のみ。

これまで1人経験し、翌日大学病院に紹介して即座に加療を開始していただきましたが、あっという間に全身に転移して2ヶ月で鬼籍に入られたようです。

手術について

甲状腺手術が必要な方には、いわきでは常磐病院、他を希望する場合は一番信頼している東京医大を勧めています。ほかの病院を希望される場合は希望先に紹介しています。

術前検査は当クリニックで採血、エコー、場合によりCTを依頼しています。

紹介先では、全麻術前検査など必要な検査はすべて行っています。

甲状腺の手術は、術後後出血、反回神経麻痺、副甲状腺機能低下症などの偶発症をおこすことがあるため、通常の外科医ではなく日本内分泌外科学会専門医や指導医が手術に携わることが必要と考えています。

2025年現在、いわき市に専門医・指導医は私しかいないため、専門医を育てるため、開業後2年間は私が術者、今一緒に手術をしている尾崎医師がその後術者で、現在私は助手を務めています。

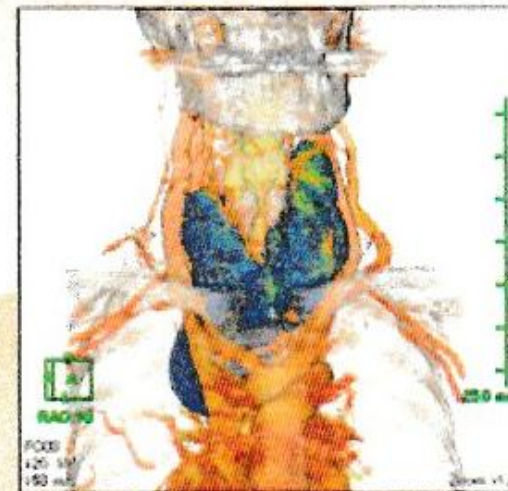
その後常磐病院が日本内分泌外科学会専門医関連施設病院に認定されましたが、尾崎医師が専門医取得するまでは私が手術に携わる必要があると考えています。

私が術者の時は、クリニックで私がインフォームドコンセント(IC)していましたが、尾崎医師が術者となつてからは尾崎医師がICをしています。

当クリニックでのICの内容としては、病気の種類、手術をするメリット・デメリット、術式、後出血・反回神経麻痺・副甲状腺機能低下症・乳び胸・肥厚性瘢痕などの偶発症、偶発症が起こった際の対応、退院予定などでした。

結節性甲状腺腫の手術適応

1. 大きな腫瘍を形成している(例えば4cm以上)
2. 増大傾向あり
3. 圧迫またはその他の症状
4. 整容性に問題がある
5. 超音波検査で癌が否定しきれない
6. 細胞診断で癌が否定しきれない
7. 縦隔内へ結節が進展している
8. 機能性結節である
9. サイログロブリン(Tg)値が異常高値である
(例えば1000ng/ml以上) **濾胞癌疑う**

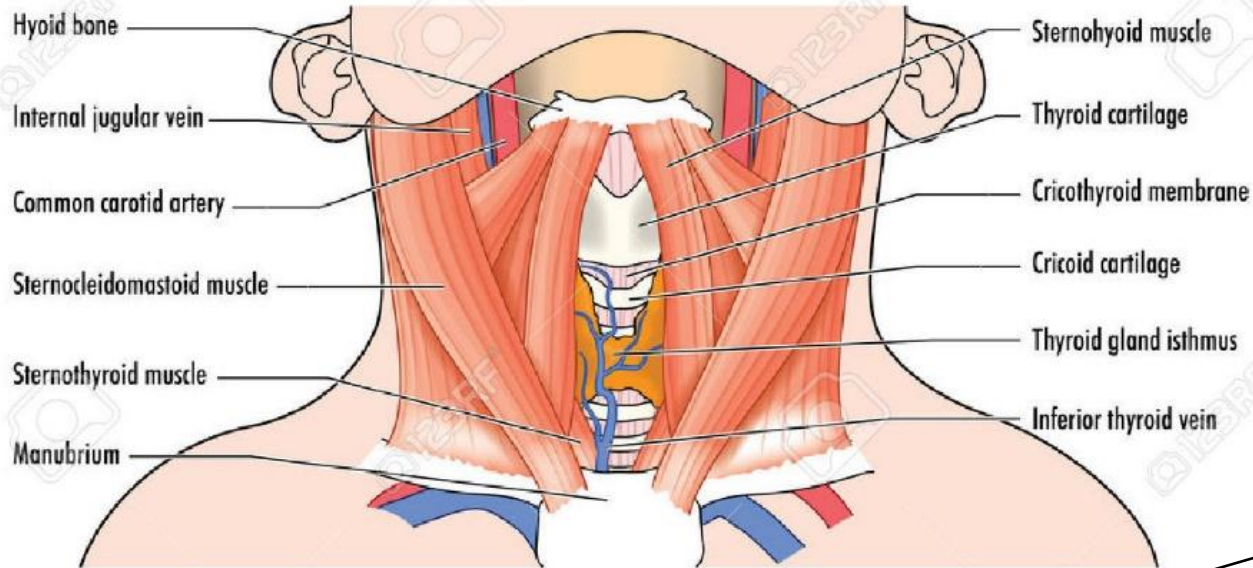


縦隔内甲状腺腫 3DCT像

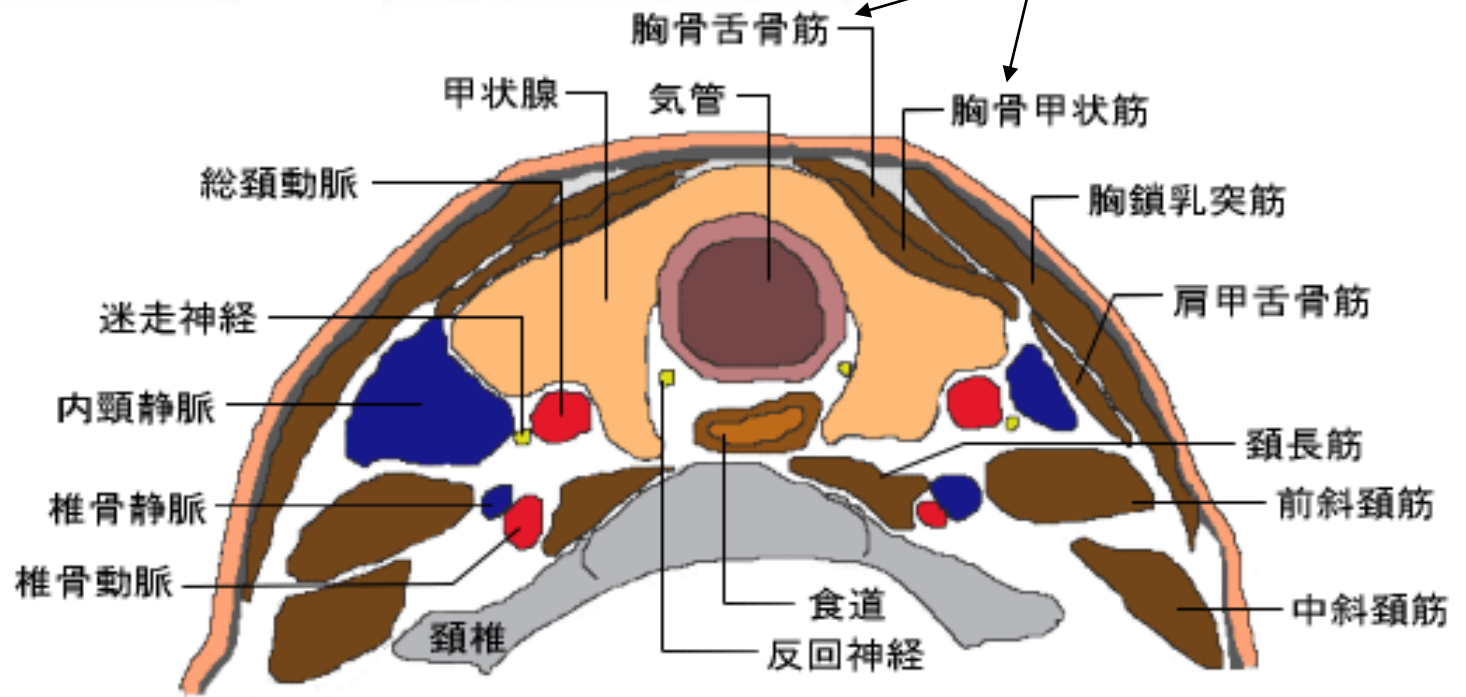
1cm以下の乳頭癌は経過観察を推奨

甲状腺腫瘍診療ガイドラインより改変

甲状腺周囲の解剖



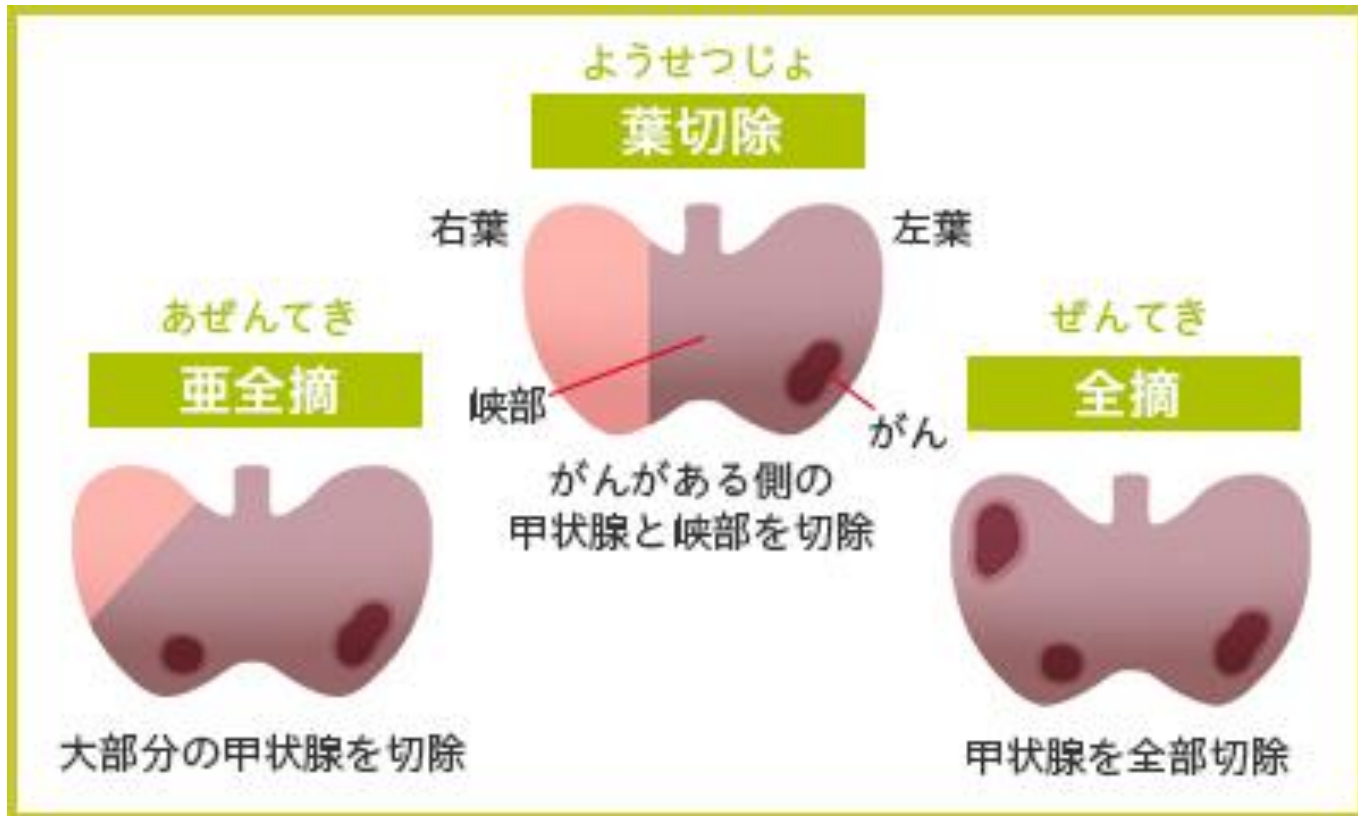
浅頸筋群



術式

乳頭癌→リンパ節転移しやすいです。腺内転移もします。

術後アイソトープ治療も考慮する場合や多発の可能性があるときは甲状腺全摘＋リンパ節郭清
それ以外は片葉切除＋リンパ節郭清



術式

ろほう癌→**血行性転移(肺・骨)**しやすいです。

術後アイソトープを考慮する場合は甲状腺全摘

それ以外は片葉切除

(術後、ろほう癌で、転移を来した場合はアイソトープする
ため改めて補完全摘を)

リンパ節転移は少ないためリンパ節郭清はしません。

ろほう腺腫

甲状腺片葉切除(とに残しなくとるだけ)

腺腫様甲状腺腫(縦隔甲状腺腫、機能性結節を含みます)

甲状腺部分切除・片葉切除・全摘

乳頭癌・ろほう癌の術後治療

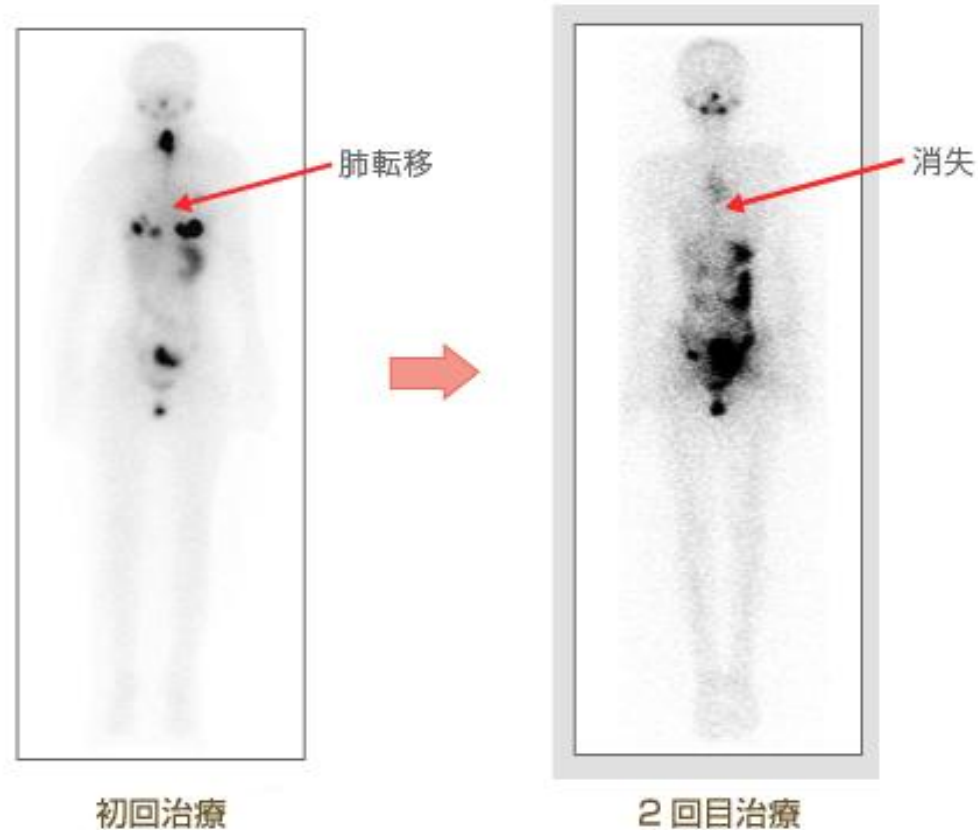
全摘の場合、術後チラーゼンSを通常の**1.5倍**だして**TSH抑制療法**を。
FT3を正常にします。

どちらも転移に対して、全摘後100mCi以上のアイソトープ¹³¹I大量
内容療法が有効。特に若年者。

アイソトープが無効の時は、
ネクサバル(ソラフェニブ)
レンビマ(レンバチニブ)が
適応。そのときは紹介します。

副作用は100%に手足症候群。

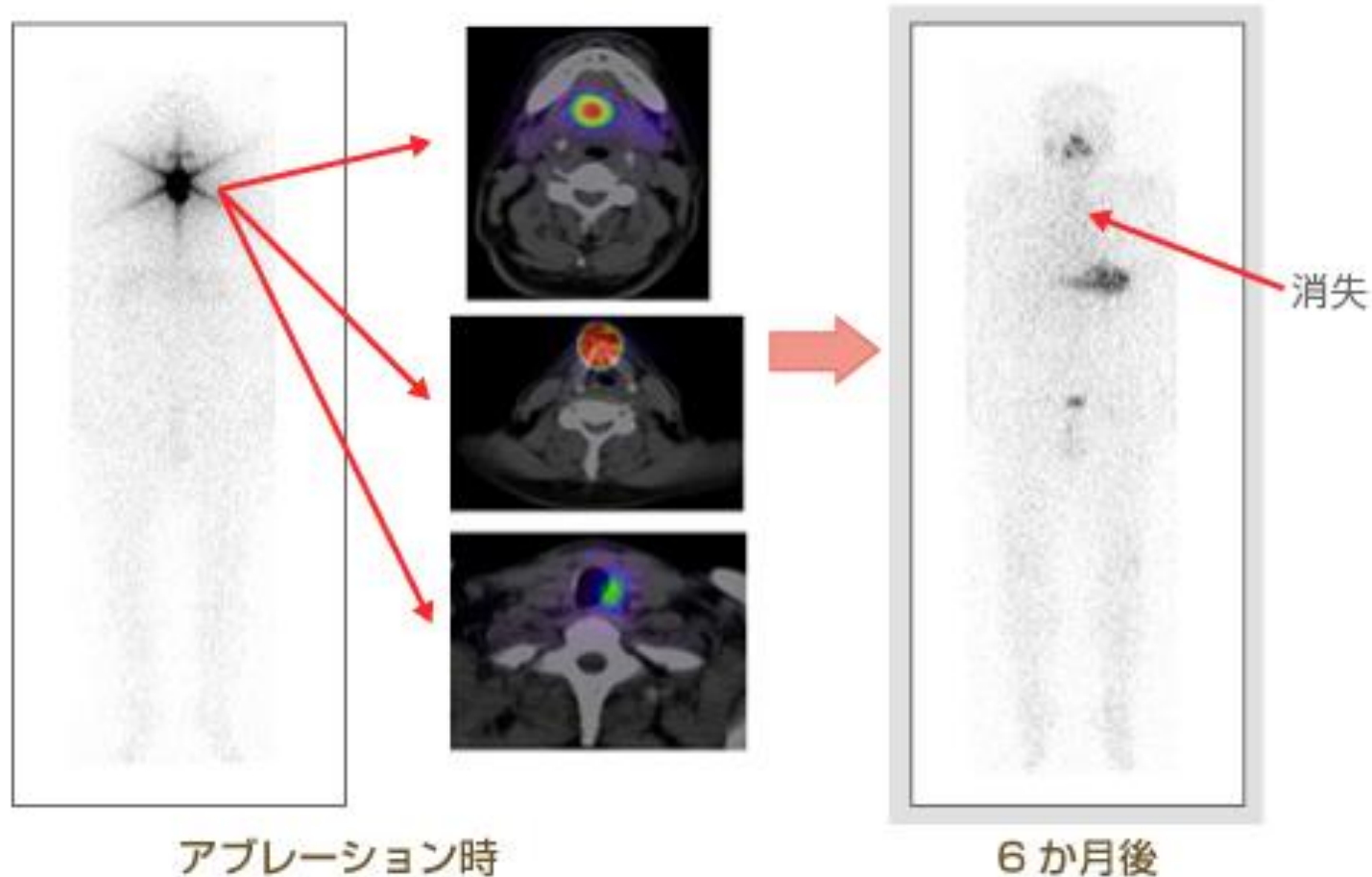
内容療法はいわきでできる
施設はなく、慈恵医大や
県立医大などに紹介しています。



21歳 女性 ろほう癌

アイソトープ¹³¹I大量内用療法

転移巣に効かせるには、アブレーションといって、まず30mCi程度で
残存甲状腺をたたく必要があります。
現在は一気に大量でやることが多いです。



アブレーションで手術で残った甲状腺組織が消失。

注意すべき手術合併症とその対策

1. 後出血(血腫)
2. 反回神経麻痺・
上喉頭神経外枝麻痺
3. 副甲状腺機能低下症
4. 乳糜漏出
5. 肥厚性瘢痕(ケロイド含みます)

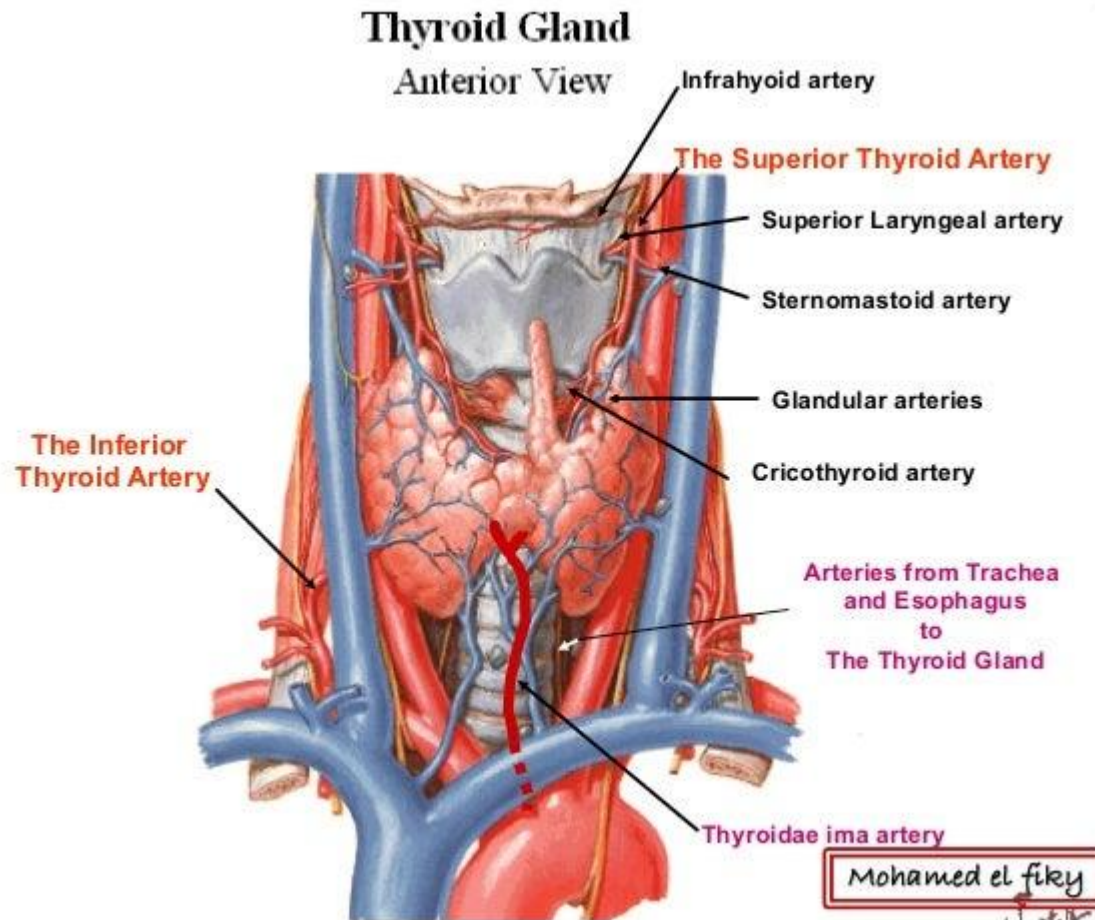
注意すべき手術合併症とその対策

甲状腺の手術で最も重要なことは、胸部や腹部の手術と違って、出血すると窒息してしまうこと、また神経を損傷すると声が出なくなってしまうということです。

特に神経周囲の出血は、電気メスによる止血では神経損傷を引き起こすため使用できず、エネルギーデバイスの使用をせず結紮による止血をていねいに行っていくため神経を使います。

そのため、手術に専門医や指導医がかかわる必要があると考えています。

血管

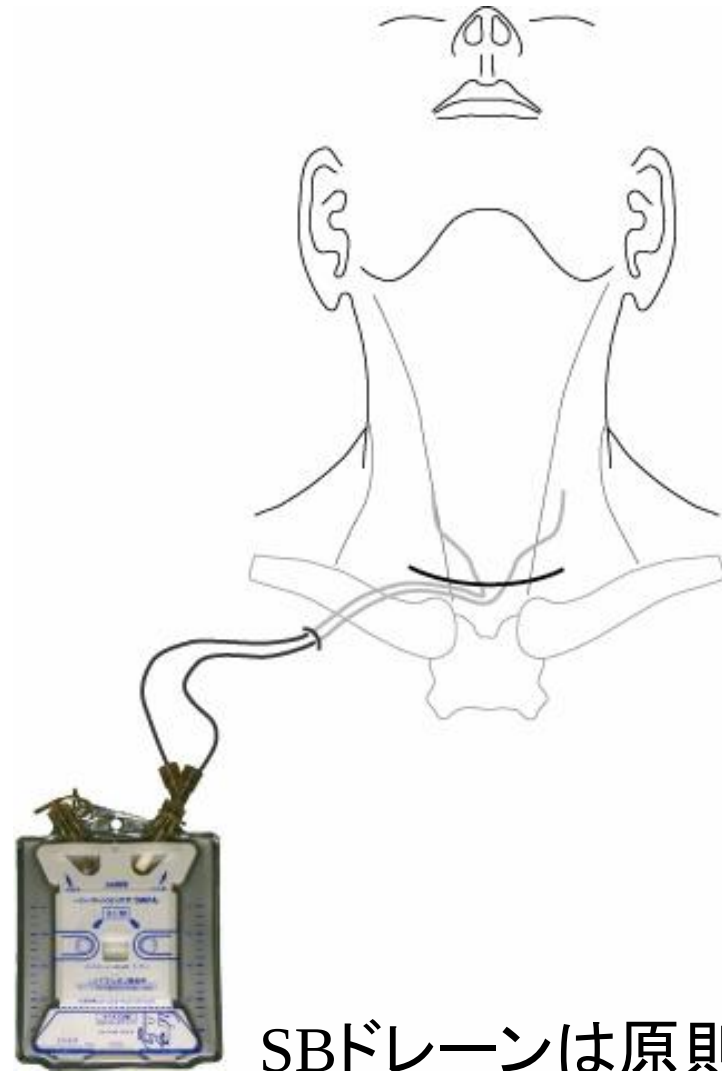


動脈：上下2本

静脈：上中下3本

最下甲状腺動静脈は10%の頻度で見られる。

1. 後出血(血腫)



術後出血による血腫をつくってしまうと
気管が圧迫されて窒息してしまいます。

対処:

ベッドサイドで創部をまず開窓して
圧迫解除することが最も重要。

血腫による気管圧迫の場合、
挿管しようとしても喉頭浮腫などで
うまくいかないことがほとんどです。

SBドレーンは原則20ml以下で抜去ですが、血性でなければ
翌日以降抜去可です。自己抜去されないように固定します。
ドレーン管理の特定医療行為看護師による指導をお願いしています。

入院中酸素濃度が問題なくても、頸が腫れてきて、患者さんが呼吸苦を訴えたら後出血の可能性大と考えます。

一般的に術後6時間以内が多く、24時間後でも起こりえるため、術翌日クリニック診療後、夜に看護師の蛭田と常磐病院に回診に行き確認をしています。

後出血のときは、突然酸素濃度が落ちて心肺停止に陥るため酸素濃度はあまりあてにまらないようです。

ドレーン量も細いためそのような場合はあてにはならないようです。

患者さんが呼吸苦を訴えたときは、躊躇せずベッドサイドで無麻酔で創部をあけて気道圧迫を取ることが救命につながります。皮膚は横、筋層は縦に縫っており、無麻酔で一気に開窓します。

絶対に期間挿管しようとしなないことが重要なのです。
止血はそのあと改めて手術室で行います。

2022年3月発刊の日本医療安全調査機構による「頸部手術に起因した気道閉塞に係る死亡事例の分析」をもとに、2022年の日本内分泌外科学会専門医セミナーの術後合併症の報告で、全国で約10名の死亡事故がありました。いずれも挿管できず心肺停止で亡くなっています。

以前甲状腺専門病院金地病院に所属していた際に、後出血予防として、丸めたガーゼを頸部にたくさん当てて、幅広のテープで軽く圧迫固定するという方法を指導され、その後松村総合病院、常磐病院で私が術者をしているときまでこの方法で対応していました。

現在は、甲状腺術後出血への取り組みとして「東京医大ひも法」を採用し(術前術後に頸の決めた位置にひもをまいて、2cm以上の腫れを認めた場合、後出血を疑うというもの)、早期の後出血管理をしています。

後出血の頻度は1～2%とされており、専門医セミナーでも、どれだけベテランの専門外科医であっても200人に1人の術後後出血を経験するとし、重要なことは起こった際の対処であるとしています。

また2019年36巻第2号の日本内分泌・甲状腺外科学会雑誌に投稿の「甲状腺・副甲状腺手術における術後出血」というタイトルの論文には、「対応の注意点には甲状腺・副甲状腺を専門としない一般の医療従事者には全く知られていないと言っても過言ではなく、唯々その知識がなかったというだけで対応を誤り、残念ながら深刻な事態を招いてしまった症例が後を絶たない」と報告しています。また、「稀ではあるが退院後に出血を起こすこともあり、その対応について現状では全く無策と言わざるを得ない」としています。

個人的には幸いなことに術者としては術後後出血はおこしていません。

術者が替わり助手となってから、後出血を経験していますが、再手術で事なきを得ています。

1人だけ退院後出血の方がいましたが、前述のような早急な処置で事なきを得ました。

そのころは出血情報や術後排液管理のため感染リスクのない閉鎖式SBドレーンを用いていたので、常磐病院を退院し、その足でクリニックを受診してもらい、ドレーン管理の特定医療行為看護師の蛭田とドレーン性状を確認して抜去をしていました。退院後クリニック内でドレーン抜去するまでは異常はなく、ドレーン抜去後に息ができないと訴え、頸部エコーで出血確認しようとしたのですが、急を要すると判断して、その場で創部を開放しました。その後救急要請して、そのまま常磐病院へ行き、止血術をしました。

患者さんの呼吸苦が初発症状であり、見過ごしてはいけません。

ドレナージの目的 ①

- 治療的ドレナージ
- 予防的ドレナージ
- 情報ドレナージ

創傷の中を流す

(甲状腺ope
S-Bドレーン)

乳白

脂肪

遊離脂肪酸の乳化

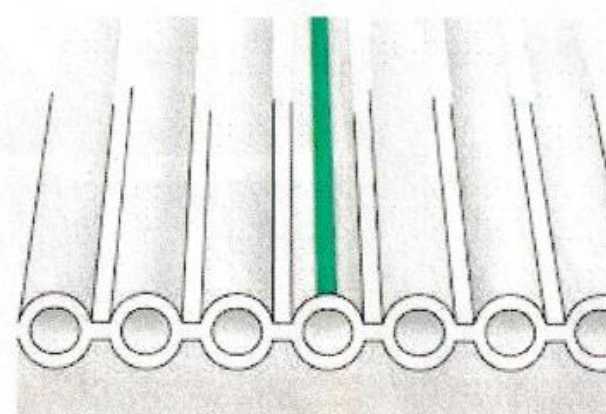
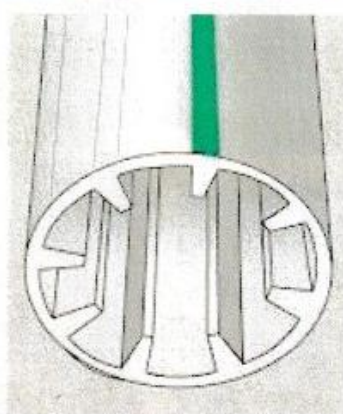
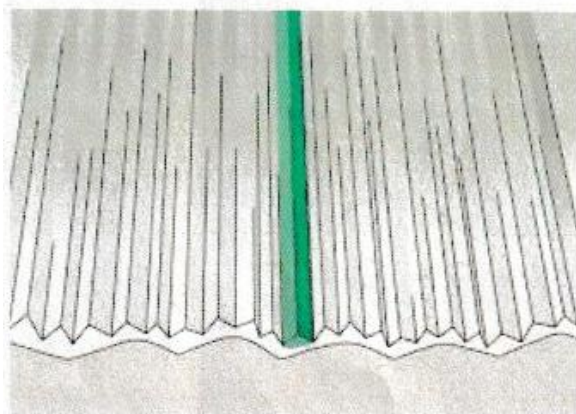
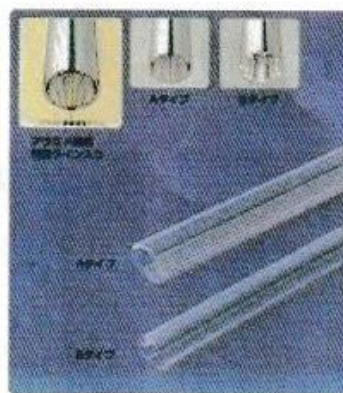
リンパに混ざった

乳白色の体液

ドレナージの種類 ③

◎ 開放式ドレナージ：ペンローズドレーン

短期間
板で
10分

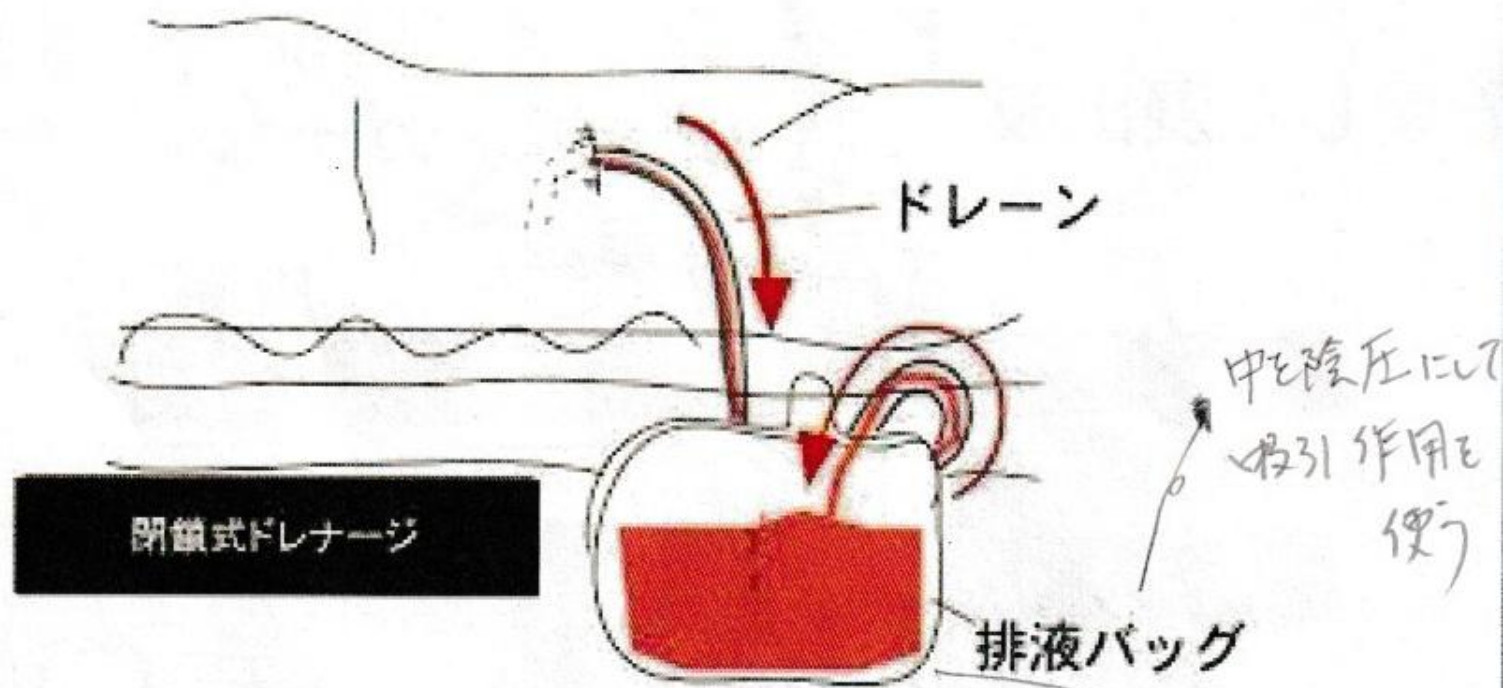


溝 毛細管

水は粘度の物でなく（流れる）溝で水が流れる等である

ドレナージの種類 ④

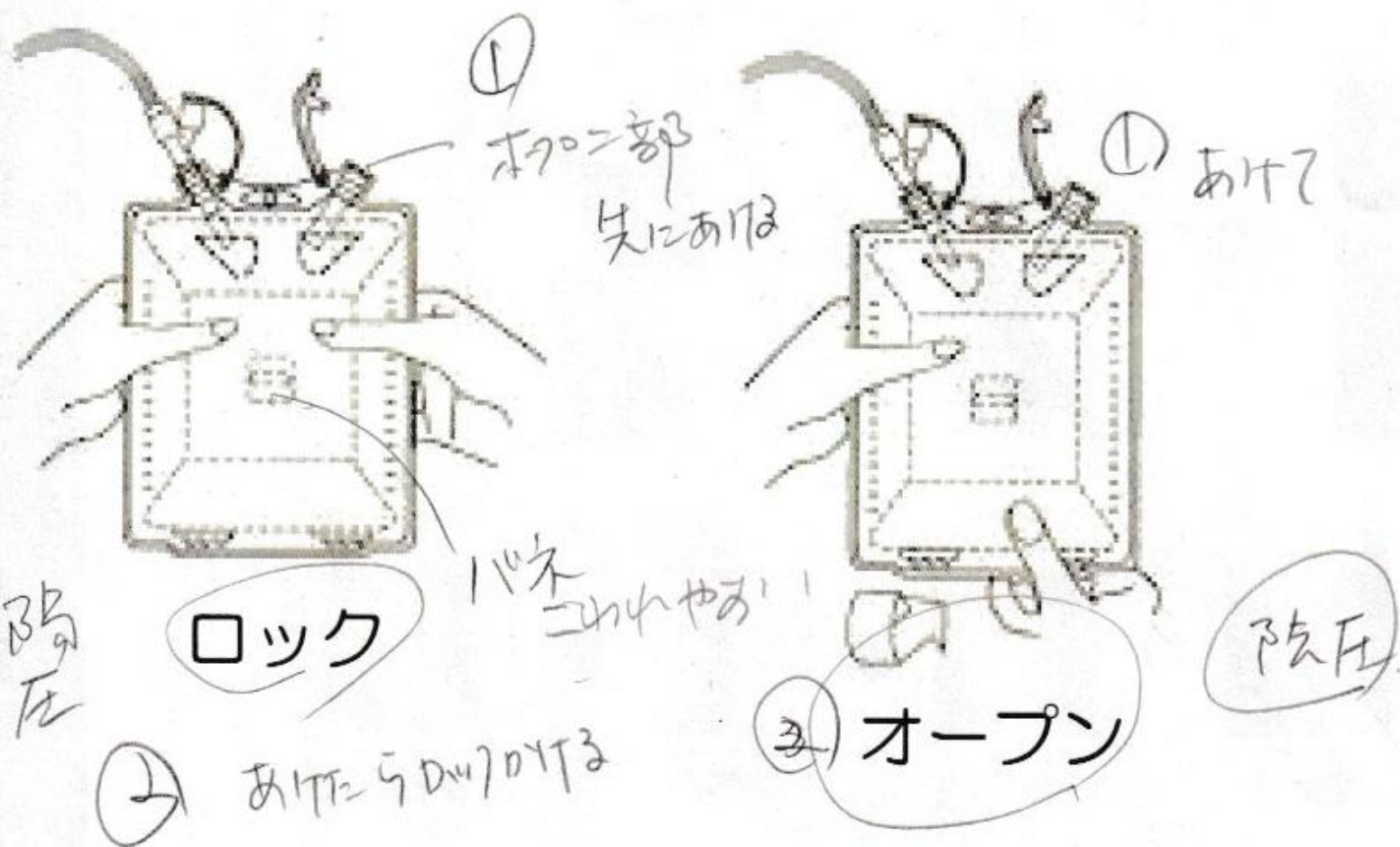
● 閉鎖式ドレナージ



J-VACドレーン、SBドレーン...

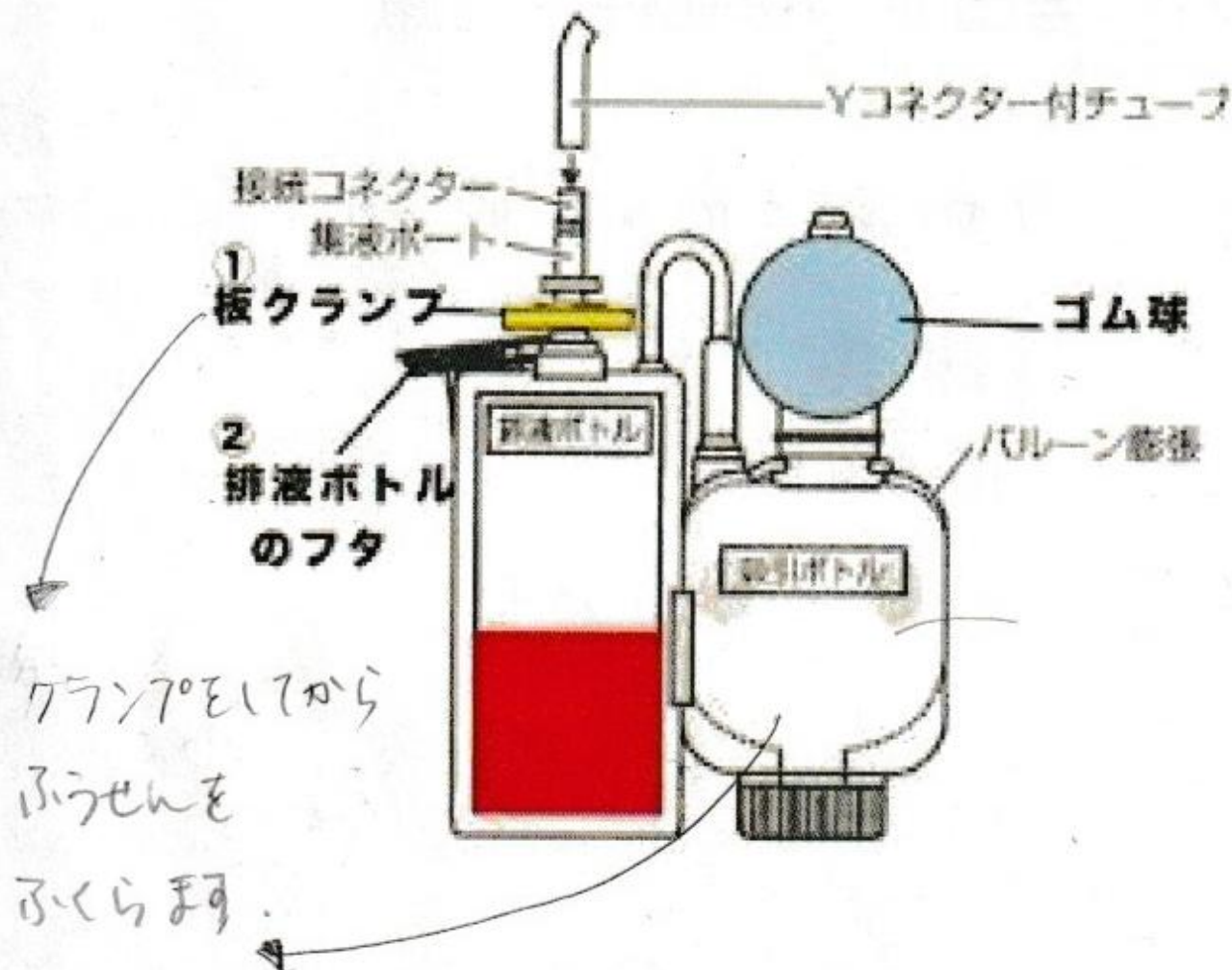
ドレナージの種類 ⑤

● 閉鎖式ドレナージ：J-VACドレーン



ドレナーズの種類 ⑤

◎閉鎖式ドレナージ：SBドレーン



ドレナージの評価 ①

色調

術直後	術後1日目以降	
血性	淡血性	漿液性
		

100ml/ℓ

ニニ子

再出血
(いり)



淡血性



淡々血性



淡黄色



淡々黄色

ドレナージの評価 ②

● 色調の異常

血性に戻った場合→再出血の可能性を考慮



ADLがアップしている時

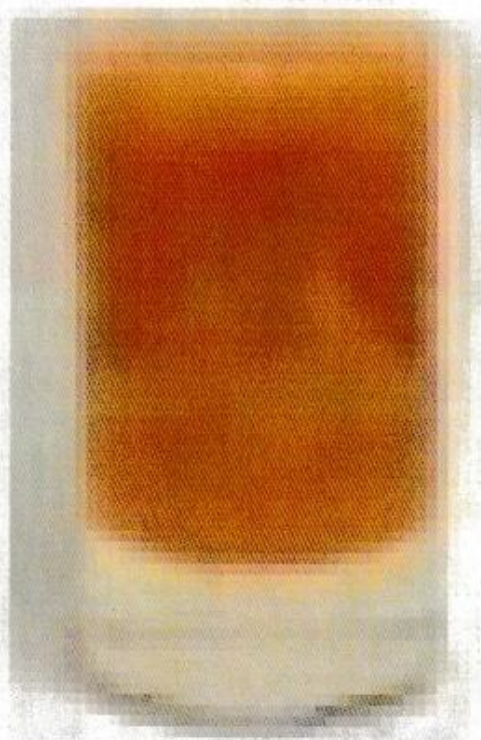
離床時

リハビリ時) など

ドレナージの評価 ③

- 色調の異常

混濁している場合→感染の可能性を考慮



白血球
膿) が混入

臭いも大叩

ドレナージの評価 ④

◎ 排液量

前日より増加している

急激な増加（100ml/hが2時間以上）

→出血の可能性を考慮

急激な減少（チューブ内が空になった）

→ドレーンの閉塞を考慮



各科の基準を確認

チューブが細い
ミルキングヤ
チューブをゆらす

ドレーン挿入部位

一般的にドレーン挿入場所に決まりはなく、使用しているドレーンの種類で一番ドレナージできる場所からの挿入を選択します。

私たちは、感染予防のため閉鎖式SBドレーンを用いており、甲状腺手術では目立つ頸部であることから、美容的観点で鎖骨下部から挿入しています。

また、現在出血確認のため「ひも法」を採用しているので創部から直接挿入は原則していません。

ドレーン抜去時期

以前松村総合病院にいたときは、ドレーン上出血がなく、
排液量20ml以下でドレーンを抜去していました。

しかし、2019年高知で開催された第81回日本臨床外科学会
総会のワークショップ「バセドウ病の手術適応」に、「放射性
ヨード治療不可地域におけるバセドウ病の手術適応」という
演題で発表した際に、座長の福岡県の甲状腺専門病院である
やました甲状腺病院の山下弘幸先生に、出血がなければ
あとは吸収されるので20mlにならなくても抜去していいと思うと
御指導いただき、それ以降は出血がなければドレーン抜去して
退院としていました。

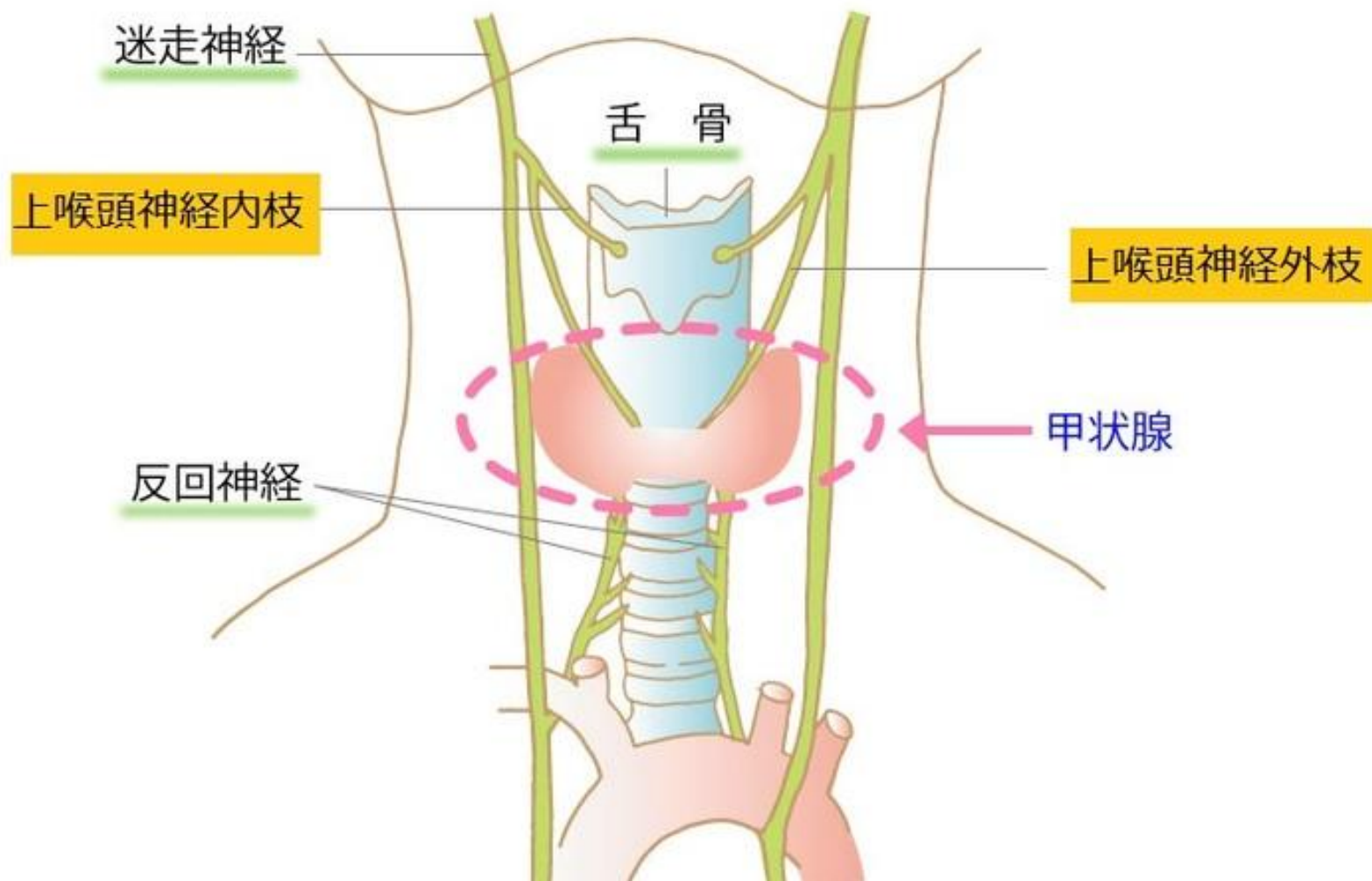
ドレーン抜去時期

クリニック開院後、しばらく私が常磐病院で術者をしていたとき、当初ドレーン性状の確認や当クリニック看護師蛭田がドレーン抜去の特定医療看護師の資格を持っているため、抜去前に常磐病院を退院してそのまま当クリニックに来てもらってドレーンの状況を確認して抜去していました。

そのため、火曜日入院、水曜日手術、木曜日夜回診に行き、問題なければ金曜日退院と最短入院期間は4日としていました。がんのリンパ節郭清後でリンパ液漏出が多い場合はドレーン量を見ての退院ともう少し入院期間は長めにしていました。

現在はドレーン抜去してから退院し、一度術者である尾崎医師の外来で術後チェックをしたのち当クリニックで創部ケア、採血など術後フォローをしています。
退院までは5日から1週間です。

2. 反回神經麻痺・上喉頭神經外枝麻痺



反回神経麻痺の症状

喉頭は、呼吸、発声、誤嚥防止と異なった重要な機能を行ってます。反回神経は声帯運動をになっており、その障害はこれらの機能に重大な影響を与えます。

特に両側声帯麻痺ではこれらの機能障害が著明となり、呼吸困難、嚥下性肺炎などの原因となります。

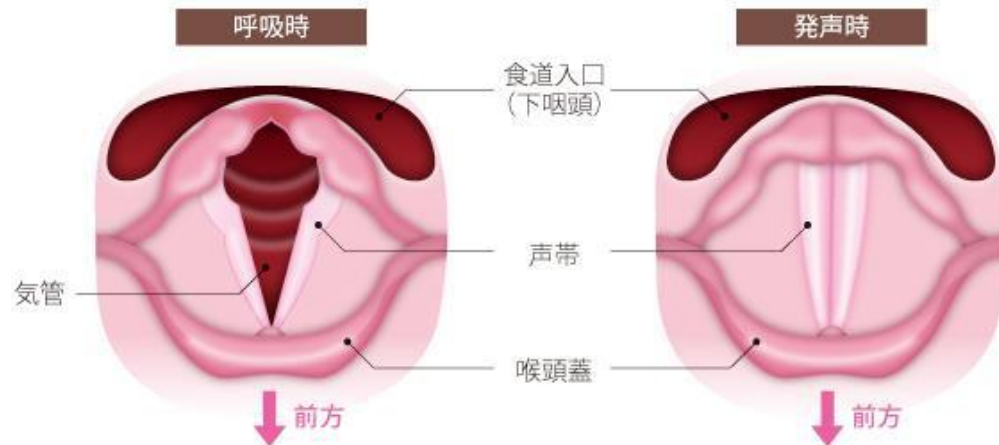
片側反回神経麻痺では、**嚅声**や誤嚥をきたします。

一時的なことが多く、末梢神経障害に対してメチコバル、末梢循環障害に対してユベラNで対処します。

万一両側の場合、窒息するため気管切開となります。

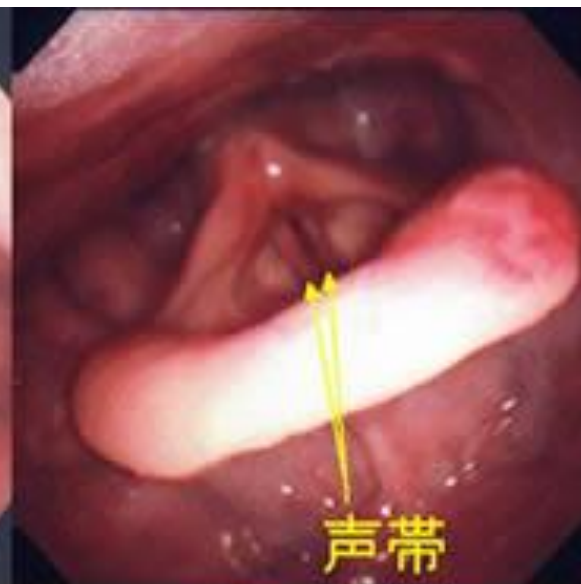
正常の声帯の動き

喉頭を上から見た図



呼吸時

声帯は左右に開き空気が肺に入る



発声時

声帯は閉じ、吐く息(呼気)により振動して声のでる

片側麻痺の声帯の動き



©大阪大学歯学部附属病院 顎口腔機能治療部



安静時

左右非対称で、左側声帯が副正中位で固定されています。

発声時

右側の声帯は閉鎖運動がありますが、左側は動きがなく声帯間に隙間が見えます(麻痺がない場合は隙間は見えません)。この隙間から空気が漏れるため、かすれ声になります。

左側反回神経麻痺の内視鏡所見

過去17年間にみられた反回神経麻痺の臨床統計

長山ら.耳鼻咽喉科展望 29: 5; 559-567, 1986より

1968年から1984年までの17年間に金沢大学耳鼻咽喉科受診新患者81,339人中、反回神経麻痺 661人： 年間0.5%～1.3%。

甲状腺手術によるもの 124人 (18.8%) 原因のうちもっとも多いとされています。

甲状腺手術に伴う合併症のうち、永続性反回神経麻痺、
永続性副甲状腺機能低下症の頻度は何%以下が望ましいか？

がん診療ガイドライン(日本癌治療学会) 甲状腺腫瘍 コラム7

良性腫瘍に限ると永続性反回神経麻痺は0.1～0.9%に起こるとされており、発生頻度としては1%以下が望ましいとされています。

甲状腺癌では0.5～3.5%、良悪性あわせると0.4～1.8%であり、甲状腺手術全体では**2%以下**が望ましいとされています。

再手術例では頻度が上昇するため、5%以下が望ましいとされています。

即時反回神経再建術

笹井ら.内分泌甲状腺外科学会誌 33: 4; 244-248, 2016より

反回神経を再建すると声帯の動きは回復しないが音声はほぼ正常近くまで回復すると「いわれています」。

良好な発声のためには、発声時に両側の声帯の位置が正中にあり、声帯の緊張が保たれ、かつ声帯の委縮がないことが重要です。

切離された反回神経を端々吻合すると内転神経と外転神経の間に神経過誤再生が避けがたく、吸気時にも発声時にも内転筋と外転筋が収縮します。声帯では外転筋より内転筋の方が強いので、声帯は吸気時にも発声時にも内転状態となり、その動きは回復しません。

しかし、**声帯の委縮は回復し、発声時の声帯の緊張も回復するので音声も回復する。また、誤嚥も回復します。**

術後1年まで十分にフォローし、評価をします。

個人的にはこれまで、癒着によるもの2人、癌浸潤によるもの1人に神経損傷を経験しましたが、いずれも即時再建し、3ヶ月で嚙声は完治しています。

上喉頭神経外枝損傷の症状

高い声や強い声が出なくなります。

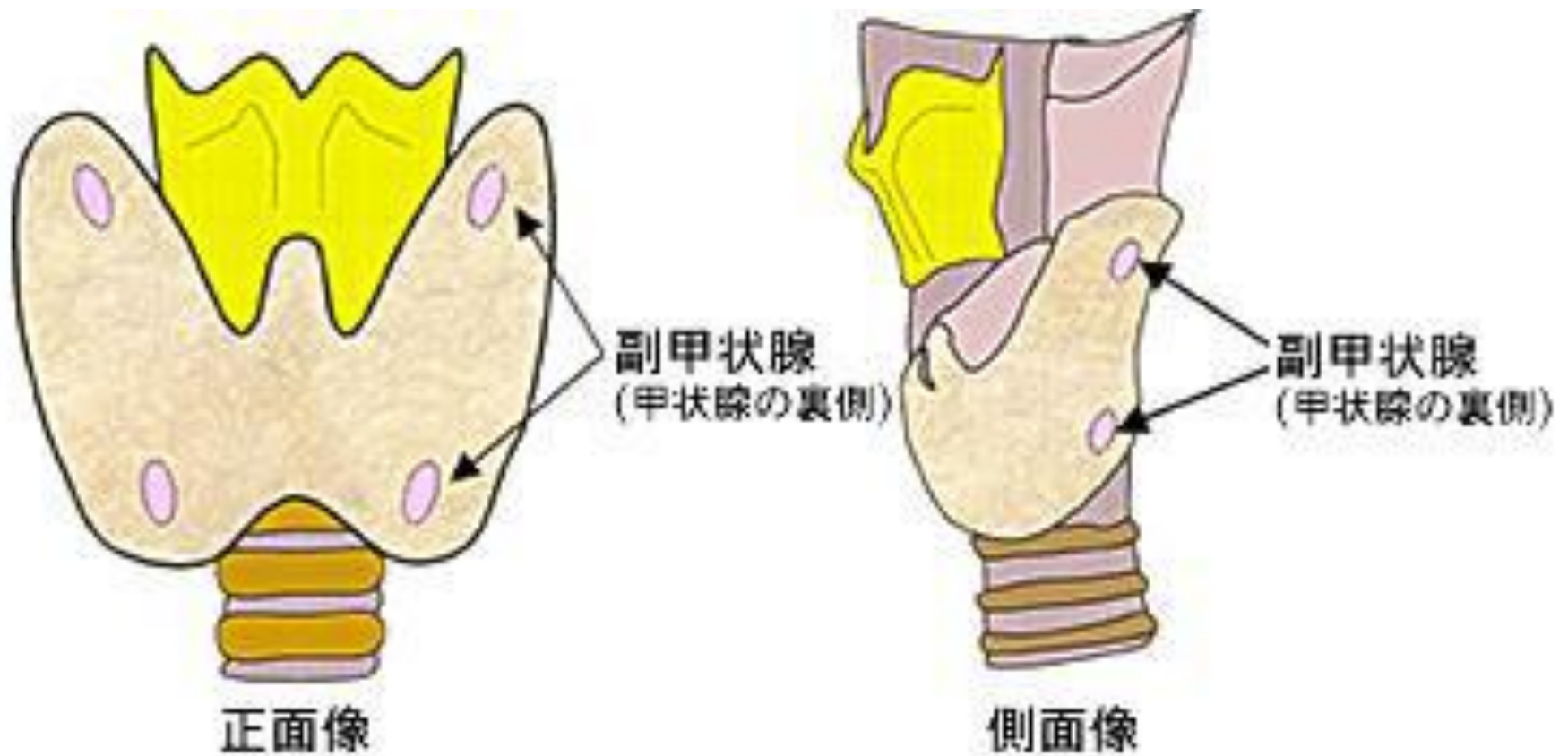
対処(予防):

甲状腺上極の上甲状腺動脈の処理は、甲状腺ギリギリの位置で行います。

神経モニタリング:

隈病院では、反回神経よりも損傷しやすい外枝については全ての甲状腺手術において外枝を電気で刺激して神経の部位とその機能も目視で確認しています。
最近保険適応になりました。

3. 副甲状腺機能低下症



副甲状腺機能低下症の症状

テタニーをきたします。

(助産婦の手)

手足がしびれたりつったり
します。



全摘の際に一緒にとれてしまい、血中カルシウム濃度低下となるために起きます。論文では、癒着のため少なくとも1個か2個はとれてしまうとされています。

副甲状腺ホルモン(パラソルモン)は、血中カルシウム濃度を増大させる動き(腸管からの吸収と骨からの遊離)を亢進し、逆に、血中カルシウム濃度を低下させる動き(腎臓からの排泄、骨への貯蔵)を抑制します。これらの作用により、血中カルシウム濃度を上昇させます。

副甲状腺ホルモン低下により、血中カルシウム濃度低下となります。

副甲状腺機能低下症の診断と治療

アルブミン値が4以下のとき、補正カルシウム値でみます。

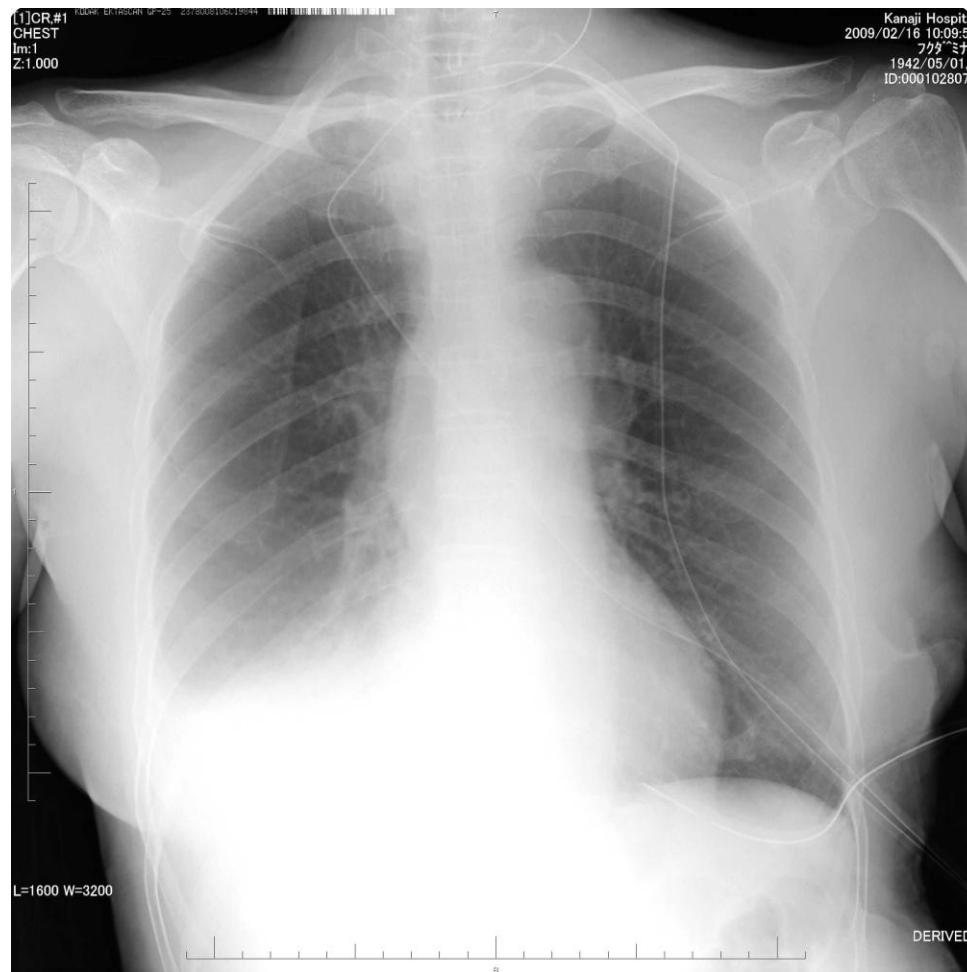
カルシウム値 + (4 - アルブミン値)

カルチコールやカルシウム製剤 + ビタミンDを投与します。

4. 乳糜漏出

特に左頸部リンパ節郭清の際、胸管損傷をきたして起こります。

ひどいときは乳糜胸になります。再手術で胸管の縫合が必要です。



5. 肥厚性瘢痕(ケロイド含みます)

頸部の創は、動きで突っ張るため、赤く肥厚することがあります。



対処(予防):

肥厚性瘢痕になりやすい方や特に若い女性に対しては、美容の観点から以下のようにしています。

術前からリザベン(トラニラスト)内服

1週前から6C/3×、術後1週目から3C/3×で1年間。

創部のテープ固定

術後半年間は縦張り、
その後の半年間は横張り。

最近、シリコンゲルシートを。
夜間は外します。
風呂上がり5分以内に創部に
ヒルドイドクリームをつけて
もらいます。



キレイ 安心 簡単 笑顔

開腹・開胸・小切開・腹腔鏡手術用シリコンゲルシート

自分でできる傷あとケア

レディケア

Lady Care

レディケア 16

Lady Care 16



希望小売価格 5,000円(税抜)

レディケア 12

Lady Care 12



希望小売価格 4,000円(税抜)

レディケア 8

Lady Care 8



希望小売価格 2,500円(税抜)

レディケア 3

Lady Care 3



希望小売価格 3,000円(税抜)



ギネ マム株式会社
Gyne Mom Co., Ltd.

<http://www.gmom.net>

レディケアの使用方法

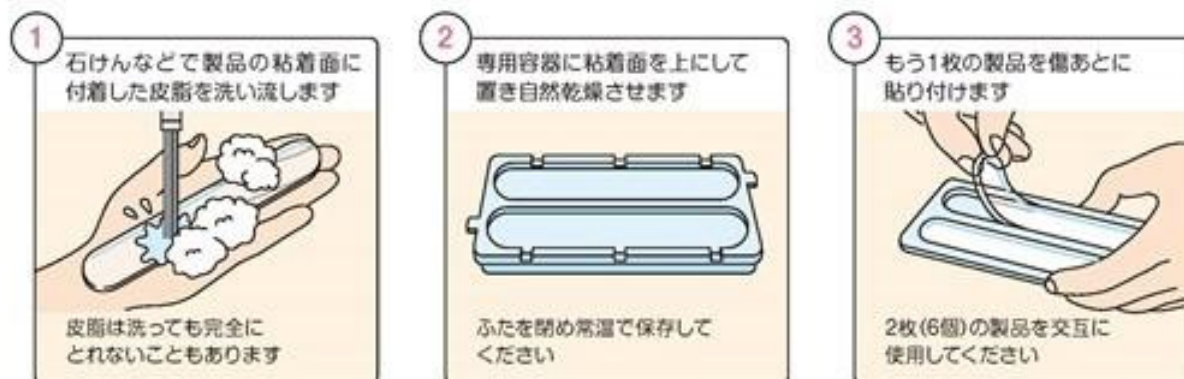
【取りあつかい注意】 強くひっぱるとシリコンが切れることがあります。

- 傷あとが乾いて浸出液が出ない状態を確認してから使用を開始してください。
- 術後2週間前後から使用してください。
- 皮ふからはがす際は、ゆっくりじょじょにはがしてください。
- シリコンシートは、デリケートなため伸ばしたりせず、そのまま貼付してください。

貼付のしかた



洗浄・保存のしかた



新商品販売のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のお引き立てを賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、この度、ご好評頂いております「**レディケア**」に加え、11月15日（金）より、新たに「**レディケアナチュラル8UVカット**」、「**レディケアナチュラル12UVカット**」を発売致すこととなりました。

この「**レディケアナチュラル8UVカット**」、「**レディケアナチュラル12UVカット**」は、従来の「**レディケア**」に比べ、厚さを約半分にするるとともに、日本人の肌に馴染みやすい着色を施し、紫外線（UV）を99.5%カットしたカーブ形状の製品です。

従来の「**レディケア**」は、お腹や胸などの傷あとをしっかりと保護する事を目的としたのに対し、「**レディケアナチュラル8・12UVカット**」は、人目につきやすい部位の傷あとを目立ちにくくすると同時に、傷には有害とされる紫外線（UV）から傷あとを守り肥厚性瘢痕・ケロイドを予防する製品です。

甲状腺外科、耳鼻咽喉科、頭頸部外科、整形外科等の先生方よりご要望を頂いていた製品です。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

