

救命救急から慢性期まで、28の診療科で取り組む迅速で適切な総合医療



# 北海道医療センター ジャーナル

## 安全性と根治性を高めて 腹腔鏡手術の適応拡大へ

Vol. **3**  
2016.9

外科／直腸切除術、胃全摘術  
婦人科／2孔式腹腔鏡手術による子宮全摘術、  
回収式・希釈式自己血輸血を用いた子宮全摘術  
泌尿器科／腎部分切除術、経尿道的尿管碎石術



まいにちから、まんいちまで。

【基本理念】人と自然の健康と調和を大切にする医療を実践します。

まいにちから、  
まんいちまで。



独立行政法人 国立病院機構

# 北海道医療センター



〒063-0005 札幌市西区山の手5条7丁目1番1号 電話011-611-8111

【外来受付時間】 8:30~11:00/13:00~15:00 (予約のみ) ※午後診療が無い科もありますので、ホームページで担当医師一覧をご確認ください

28 の 診 療 科	内科	糖尿病・脂質代謝内科	腎臓内科	精神科	神経内科	呼吸器内科	消化器内科	循環器内科
	アレルギー科	リウマチ科	小児科 (小児腎臓病センター、小児遺伝代謝センター)	外科	整形外科 (脊椎脊髄病センター・足の外科センター・整形外科一般)			
	脳神経外科	呼吸器外科	心血管外科	小児外科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	婦人科
	眼科	耳鼻いんこう科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	救急科	総合診療科	

### 救命救急センター

救急科医師5人が常勤。札幌市内だけではなく、近隣市町村からの救急隊による受け入れ要請にも応じています。第三次救命救急センターとして、迅速かつ広範囲からの傷病者の受け入れが可能です。



### 概要

#### 病床数

500床 (一般病床410床、結核病床50床、精神病床40床)

#### 病棟数

一般病棟……8病棟 救命救急センター……1病棟 一般ICU……1病棟  
結核病棟……1病棟 精神病棟……1病棟

#### 主な診療機能

- ・神経・筋疾患、成育医療、免疫異常に関する高度で専門的な医療を行う。
- ・がん、循環器病、腎疾患、内分泌・代謝性疾患、骨・運動器疾患、肝疾患に関する専門的な医療を行う。
- ・呼吸器疾患（結核を含む）に関する専門的な医療を行う。（結核の拠点施設）
- ・災害時の診療支援機能を備え、高度で総合的な医療を行う。
- ・エイズに関する専門的な医療を行う。（エイズ治療拠点病院）
- ・救命救急センターとして救急医療を行う。
- ・精神（主として身体疾患合併の精神疾患患者）に関する医療を行う。

#### 指定医療機関

地域医療支援病院／救命救急センター／三次救急医療機関／二次救急医療機関／地域災害拠点病院（北海道）／災害時基幹病院（札幌市）／緊急被ばく医療の二次医療機関／精神科合併症受入協力病院／難病医療拠点病院／北海道がん診療連携指定病院／臨床研修指定病院（基幹型）

#### 基本理念

人と自然の健康と調和を大切にする医療を実践します。

#### 基本方針

- 高度専門医療、救急医療、政策医療を核に、先駆的な総合医療をめざします。
- 患者のみならず、十分な説明と同意に基づく医療を行います。
- 医療の安全管理に万全を期し、安心できる医療を提供します。
- 信頼される医療連携を実践し、心のかよ地域医療に努めます。
- 臨床研究と情報の発信を積極的に行い、医療の進歩に貢献します。
- 情豊かな医療人を養成し、教育・研修に指導的な役割を果たします。
- 地域や公益を重視し、病院の健全経営をめざします。
- 地域の健康と絆を大切にし、潤いある自然環境と快適な医療施設を提供します。



### 地域医療連携室 (北海道医療センター1階)

医療連携室直通 電話 011-611-8116

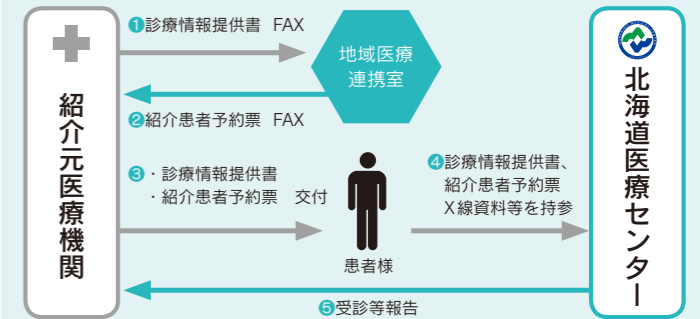
医療連携室直通 FAX 011-611-8112

メールアドレス renkei-41@hosp.go.jp

予約方法や診察までの流れなどについて、メールでご質問を受け付けております。  
※予約は、メールで受け付けておりません

【受付時間】 平日 8:30~17:00 (土日祝日および年末年始期間を除く)  
※即日入院・緊急受け入れは病院代表 (011-611-8111) へ Dr to Dr でお願します。

#### 患者様紹介の流れ



#### 連携医療機関登録制度について

北海道医療センターでは地域の医療機関との医療連携の強化、さらに疾患によっては2次医療圏を超えた医療連携を推進するため、連携する医療機関に登録をお願いしています。地域医療連携室にお問い合わせください。

#### 開放病床をご活用ください

連携登録医療機関に質の高い医療を提供するため、札幌市医師会と緊密な連携の下、開放病床を設置しています。当センターの医師と共同で診療を行うことで、外来・入院・退院後のフォローを含めた一貫した治療を患者さんに提供できます。

### アクセス

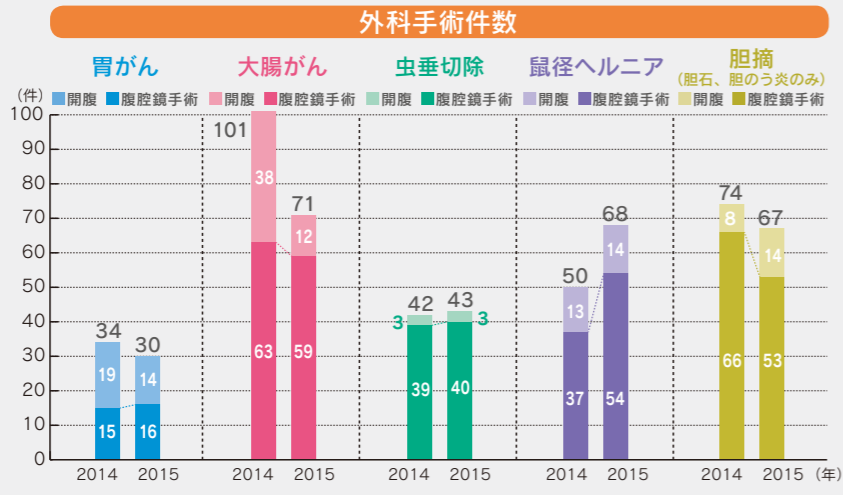




指導医が率いる  
チームプレイで高い  
安全性を確保

# 【外科】

当科では腹腔鏡手術を安全に行うために、日本内視鏡外科学会技術認定医を中心に手術を行い、外科医師の技量を高めるための指導体制（当センター技術認定医：常勤1人、非常勤1人）があります。一般臨床のみならず、トレーニングセンターで研修を受け、学会で新しい手技や最新情報を入りしなから、日々研鑽を積んでいます。



**外科医師**  
**三野 和宏**  
【主な専門分野】  
外科一般、消化器外科  
【認定資格】  
日本外科学会指導医・専門医・認定医、日本消化器外科学会専門医、消化器がん外科治療認定医、検診マンモグラフィー読影認定医、日本透視医学会専門医、医学博士

**外科医長**  
**植村 一仁**  
【主な専門分野】  
外科一般、消化器外科  
【認定資格】  
日本外科学会専門医・認定医、日本消化器外科学会指導医・専門医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本がん治療認定医、消化器がん外科治療認定医、検診マンモグラフィー読影認定医

## 腹腔鏡手術対象の主な症例

- 良性疾患症例：胆のう結石症、鼠径ヘルニアなど
- 悪性疾患症例：胃がん、大腸がんなど
- 緊急手術症例：急性虫垂炎、腸閉塞症、十二指腸潰瘍穿孔など

※婦人科や消化器内科との合同手術

安全性と根治性を高めて

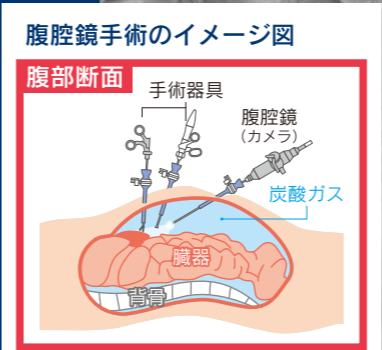
# 腹腔鏡手術の適応拡大へ

腹腔鏡手術は1990年に日本に導入されて以来、低侵襲で患者の回復が早いというメリットから、急速に普及が進みました。優れた手術器具や治療法が開発され、これまで開腹手術しか選択できなかった症例も適応が可能になっています。北海道医療センターでも、腹腔鏡手術の安全性と根治性を高めて実績を重ねています。



全身麻酔下で腹腔内に炭酸ガスを注入、体の切開は腹部の数カ所のみ  
体内の様子を鮮明に捉え、記録するビデオカメラシステム

高解像度のハイビジョンモニター  
腹腔鏡手術用に造られた鉗子  
腹水や血液などを素早く吸収する洗浄吸引装置  
高い止血能力を持つ血管シーリングシステム



腹部に炭酸ガスを入れ、腹壁を諸器官から持ち上げます。腹部に数カ所の孔を開け、腹腔鏡（カメラ）や鉗子などの手術器具を挿入し、モニター画面に映し出された腹部の様子を見ながら手術を行います。

## 腹腔鏡手術の利点・欠点

- | 利点                      | 欠点                   |
|-------------------------|----------------------|
| ● 創が小さい (5 ~ 10mm)      | ● 特殊機器・器具を必要とする      |
| ● 術後疼痛が軽減               | ● 全身麻酔を必要とする         |
| ● 入院期間が短い (術後3 ~ 7日で退院) | ● 腹腔鏡手術に特異的な合併症がありうる |
| ● 術後癒着が少ない              | ● 手術操作に多少の制限がある      |
| ● 拡大した術野で手術可能           | ● 手術時間が延長する傾向がある     |

## Case1 根治を目指す 直腸切除術

大腸がんの腹腔鏡手術は術者の経験や技量が十分あれば、早期がんだけでなく、進行がんにおいても通常の開腹手術と同様に安全に実施することが可能です。

しかし直腸は解剖が複雑な上、狭い骨盤内での操作が必要とされることから、開腹手術を選択するケースが少なくありませんが、当センターでは根治を目指す治療の選択肢の一つです。

全身麻酔下で腹腔内を炭酸ガスで膨らませた後は、手術器具を挿入する5〜10mm程度の切開創を、臍部を



含み合計5カ所作り、ポート（筒）を差し入れます。臍部から腹腔鏡を挿入して腹腔内を十分に観察します。モニタに鮮明に映し出された臓器は拡大視されているため、血管や神経の位置を確認しながらの細かい操作が可能です。腹腔鏡手術は、術者・助手・スコピスト（腹腔鏡を保持する医師）の3人がモニタに映し出された同じ映像を見ながら、各切開創から挿入した腹腔鏡手術専用の鉗子や電気メスなどを駆使して臓器の剥離や授動、血管の遮断や切離を行います。

病変部から肛門側の腸管を自動縫合器で切離し、直腸を臍部の切開創から体外に取り出し、病変部を直接観察しながら切離します。腸管に自動吻合器の接続部を留置して腹腔内に戻し、肛門から挿入した自動吻合器の接続部と結合させて腹腔内で吻合し、5カ所の切開創を閉じます。



体外に摘出臓器を取り出すためにラッププロテクターを臍部に装着



体外に取り出した直腸の腸間膜を処理



臍部から腹腔鏡を挿入



直腸切除後の腸管に自動吻合器を設置



拡大視された映像を見ながら操作を行う

## 80歳代・女性 直腸がん

**主訴** 便潜血陽性、貧血

**現病歴** 便潜血陽性、貧血の精査目的で当センター消化器科受診。下部消化管内視鏡検査で直腸に2型病変を認め、生検で中分化腺がんの診断。直腸がんの診断で腹腔鏡下直腸切除術を施行。

**病理診断** 直腸がん、T2N0M0、Stage I

**術後経過** 術後14日目に退院。術後2カ月経過、外来で経過観察を行うも再発は認めず。

## 臍部創を利用した体外操作



臍部創を少し延長し、体外に摘出臓器を誘導して腸間膜処理や腸管吻合準備を手早く行う



臍部から摘出された直腸



5カ所の切開創を縫合し閉腹

## Case2 2型病変の胃全摘術

胃がんにおいて推奨できる腹腔鏡手術は、胃がん治療ガイドラインおよび内視鏡外科診療ガイドラインではステージⅠ症例に対する腹腔鏡下幽門側胃切除術のみとなっており、進行胃がんや胃全摘術に対する腹腔鏡手術がガイドラインで推奨されていない理由は、周術期における安全性と長期予後に関して推奨する根拠が現在のところ乏しいためであり、これらの症例に対する適応範囲は各施設の習熟度に応じて設けているのが現状です。当症例の進行胃がんに対する腹腔鏡下胃全摘術は、安全性と根治性を十分に検討した後、患者さんに十分に説明を行い、院内の倫理委員会の承認を得て実施しています。

## 50歳代・男性 胃がん

**主訴** 上腹部痛

**現病歴** 腹部痛を自覚し、当センター消化器科受診。上部消化管内視鏡検査で胃体上部に2型病変を認め、生検で低分化腺がんと診断。手術目的で外科入院となる。胃がんの診断で腹腔鏡下胃全摘術を施行。

**術後経過** 術後14日目に退院。術後3カ月経過、外来で経過観察を行うも再発は認めず。現在補助化学療法を施行中。



【術前の内視鏡検査】  
事前の画像診断で腹腔鏡手術の適応を見極めることが重要になります



術直後の創



術後4週目



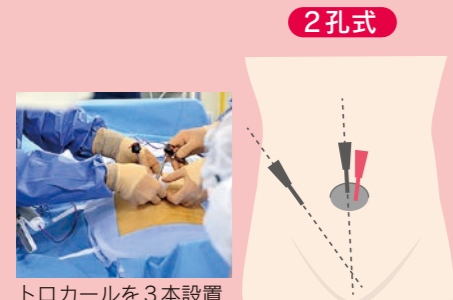
## 病理診断

U、Less、Type3、32×30mm、  
por2 > por1 > tub2、pT3、int、  
INFb、ly1、v3、pN2(5/27)、  
StageIIIA、pPM0(20mm)、  
pDM0(134mm)

# 婦人科の腹腔鏡手術例

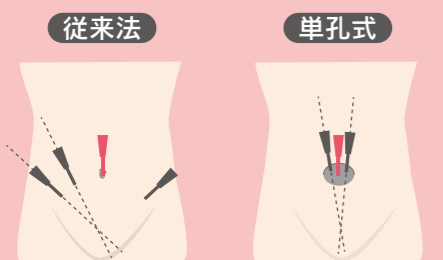
## Case 1

### 2孔式による腹腔鏡下子宮全摘術



トロカールを3本設置

2孔式では鉗子のTriangulationが単孔式より大きく、縫合操作などが従来法に近い感覚で行えます



当科の腹腔鏡手術は主に「2孔式腹腔鏡手術」で実施しています。2孔式の創部は臍部と右下腹部の2カ所です。臍部切開創にラッププロテクター（開創器）を装着し、さらに蓋状のE・Zアクセス（差込口）をかぶせ、そこに腹腔鏡と鉗子を挿入する5mm径のトロカール（筒）を穿刺します。次に右下腹部に小さく切開創を作り、5mm径のトロカール1本を挿入します。

この手術のメリットは、従来の4孔式の腹腔鏡手術に比べて整容面に優れ、創痛が少なく、単孔式に比べて手術器具の操作性が良好なことです。モニタで拡大視された臓器を確認しながら、電気メスや鉗子を使って、子宮周辺の剥離や切除を行い子宮を摘出、腔を縫合します。次にラッププロテクターを装着した臍部創から子宮と筋腫をつまみ上げ、メスの先で細切しながら回収します。最後に膀胱鏡で尿路損傷がないことを確認し、閉腹します。

傷口は臍部以外は1カ所、経過とともに極めて目立たなくなります。

※婦人科で行う手術は同種血輸血の副作用を回避するために、2008年から貯血式自己血輸血を行っています。

40歳代・女性 子宮筋腫 [経妊2回 経産2回]

主訴 過多月経

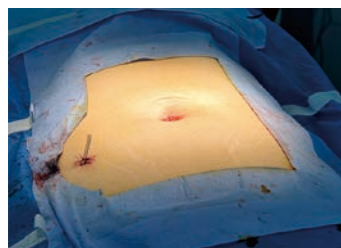
現病歴 市内クリニックから紹介。貧血、過多月経、子宮筋腫の増大傾向あり手術適応と診断。超音波検査、画像検査にて手拳大の子宮頸部筋腫を確認。筋腫を小さくするため、外来でホルモン治療（GnRHα 6回）を実施。自己血貯血し腹腔鏡下子宮全摘術を行う。手術時間3時間12分。

【輸血】貯血式自己血輸血800ml、出血20ml

術後経過 術後4日目に独歩退院。外来での経過観察も問題なし。



膀胱鏡で尿路損傷がないことを確認



ドレーンを1本残り閉腹。術直後でも臍部の創は目立たない



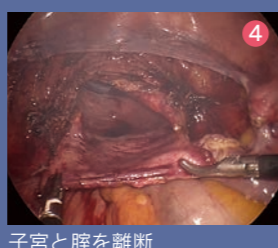
5 臍部から子宮と筋腫を回収



6 摘出物重量約400g



3 腔の欠損を最小限にするため、筋腫を核出



4 子宮と腔を離断

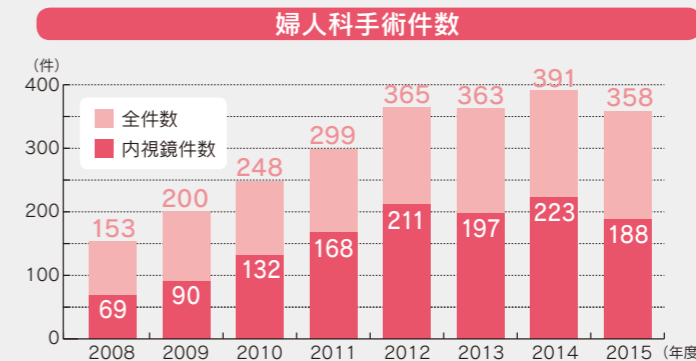


1 子宮頸部に筋腫を確認

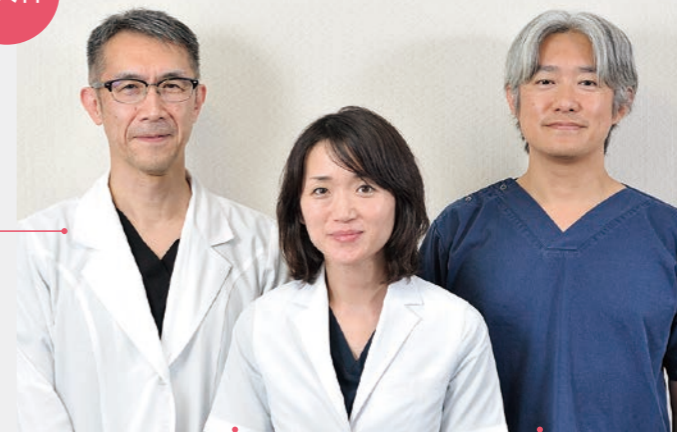


2 子宮から卵巣や卵管を切り離し、子宮動脈を無結紮切断処理

# 技術認定医の専門チームが独自の臨床研究から導いた2孔式腹腔鏡手術



婦人科



外科系副診療部長 齋藤 裕司

【主な専門分野】

婦人科腫瘍、悪性腫瘍手術、内視鏡手術、癌化学療法、自己血輸血

【認定資格】

日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本医師会認定産業医、母体保護指定医

婦人科医師 内田 亜紀子

【主な専門分野】

婦人科腫瘍、内視鏡手術  
【認定資格】  
日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医

婦人科医師 大隅 大介

【主な専門分野】

婦人科腫瘍、内視鏡手術、癌化学療法、アロマセラピー  
【認定資格】  
日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本アロマセラピー学会認定医、日本抗加齢学会認定専門医

# 【婦人科】

当科では新病院移行後の2010年3月から「臍部単孔式腹腔鏡手術」「2孔式腹腔鏡手術」を順次導入。低侵襲性と安全性を両立するため、「従来法（4孔式）」「単孔式」「2孔式」の3手法について臨床研究を行い、安全性、操作性、手術時間や摘出物重量などを比較・検討しました。その結果を得て、2011年からは「2孔式腹腔鏡手術」を中心に症例を重ねています。

腹腔鏡手術対象の主な症例

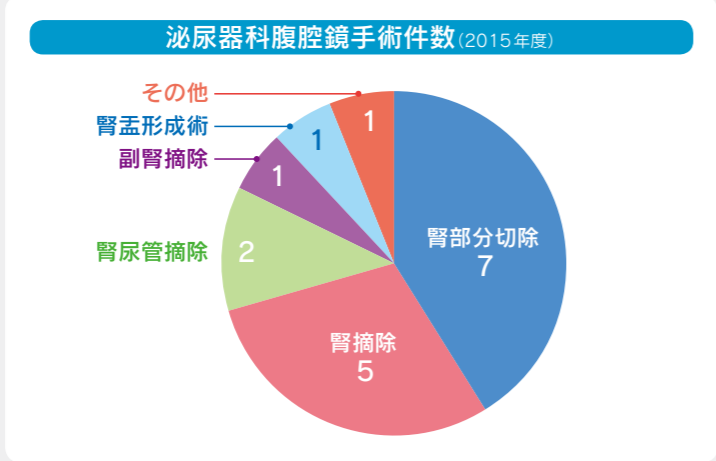
- 良性疾患症例：子宮筋腫、卵巣腫瘍、子宮外妊娠など
- 悪性疾患症例：子宮体がんなど



腎臓の機能を温存する腹腔鏡手術を  
早期がんに拡大

# 【泌尿器科】

腎がんには化学療法や放射線療法の効果が期待できないことから、治療は外科的に片方の腎臓を摘除する腎摘除術か、腫瘍周囲の腎組織を切除する腎部分切除術の選択になります。近年の画像診断の発展に伴い、健康診断やほかの病気の検査中に偶然発見される早期腎がんの患者が増えていくことから、当科では腹腔鏡手術による温存治療に積極的に取り組んでいます。



泌尿器科



**医長・感染対策副室長 國島 康晴**  
 【主な専門分野】  
 泌尿器科一般、泌尿器腹腔鏡手術、周術期感染症、院内感染、泌尿器科腫瘍  
 【認定資格】  
 日本泌尿器科学会認定専門医・指導医、ICD (infection control doctor)、日本泌尿器内視鏡学会泌尿器腹腔鏡技術認定医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本化学療法学会抗菌化学療法認定医、日本内視鏡外科学会泌尿器腹腔鏡技術認定医

**医長 笹村 啓人**  
 【主な専門分野】  
 泌尿器科診療一般および手術  
 【認定資格】  
 日本泌尿器科学会認定専門医・指導医

## 腹腔鏡手術対象の主な症例

- 良性疾患症例：副腎腫瘍、腎盂尿管移行部狭窄症など
- 悪性疾患症例：腎がん、腎尿管がんなど



# 婦人科の腹腔鏡手術例

## Case2

### 同種血輸血を望まない場合の 回収式・希釈式自己血輸血を用いた腹腔鏡下子宮全摘術

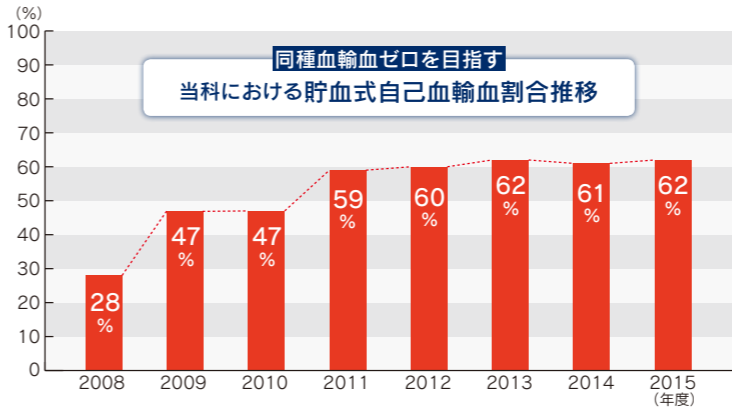
患者本人の意思を尊重する医療の取り組み

自己血輸血3つの方法
<b>回収式</b> 手術中に患者の血液を採取し、手術時に輸血 (2012年4月から導入)
<b>希釈式</b> 手術室にて全身麻酔導入後に患者の血液を採血し、同時に代用血漿輸液を行い、手術後に返血 (2012年4月から導入)
<b>貯血式</b> 手術前に患者の血液を採取し、手術時に輸血 (2008年4月から導入)

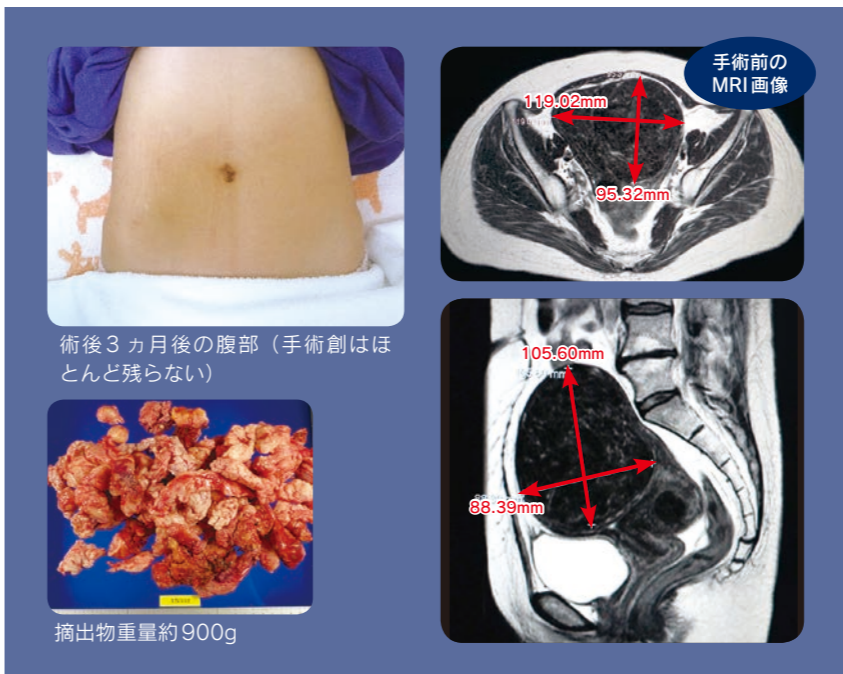
輸血には同種血輸血と自己血輸血の2種類の方法があります。同種血輸血は献血者の血液から作られた血液製剤を使用するため、感染や副作用のリスクがあります。患者本人の血液を使用する自己血輸血では極めて低リスクです。当科では自己血輸血を推奨し、安全で適切に実施する体制を整えています。

宗教的な理由から、同種血輸血だけでなく自己血輸血の「貯血式」もできない場合は、医療機関によっては手術の実施が難しくなります。

当センターでは、そのような患者さんに安全に手術を実施するた



めの独自マニュアルを作成し、術中出血量を最小限に抑えながら、自己血輸血の「希釈式」「回収式」で手術を行う技術と経験を積み上げてきました。新病院に移行してから2016年7月までの当科の手術数は2159件ですが、そのうち25件が、「宗教上の理由で同種血輸血、貯血式自己血輸血ができない症例」です。良性悪性を問わず積極的に手術治療を実施し、良好な結果を得ています。



### 40歳代・女性 子宮筋腫 [経妊2回 経産2回 (帝王切開1回)]

**主訴** 頻尿、下腹部腫瘍感  
**現病歴** 子宮筋腫にて市外クリニックから紹介。以前より頻尿、下腹部腫瘍感などの症状があり手術適応と診断。超音波検査と画像検査にて双手拳大の子宮を認める。筋腫を小さくするためにホルモン治療 (GnRHα 6回) を実施。腹腔鏡下子宮全摘術を行う。手術時間3時間45分。

**【輸血】** 宗教上の理由で同種血輸血、貯血式自己血輸血を行わないことを希望したため、希釈式と回収式の自己血返血を実施。希釈式自己血返血800ml、回収式自己血返血230ml、出血1300ml

**術後経過** 術後4日目に独歩退院。外来での経過観察も問題なし。

## ホルミウムヤグレーザーで尿路結石を確実に破碎・回収する 経尿道的尿管碎石術



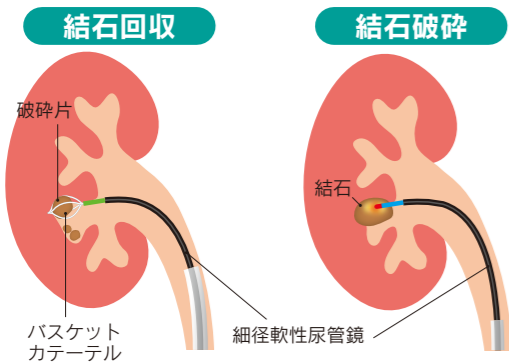
当科ではどんな結石でも確実に破碎し回収することが出来る経尿道的尿管碎石術に積極的に取り組み、適応を拡大しています。全身麻酔下で内視鏡を尿道から挿入し、その先端を結石まで導き、モニターで観察しながらホルミウムヤグレーザーで破碎し摘出する手術法です。結石の位置はレントゲンで確認しています。

尿路は腎臓の腎杯から始まり、腎盂、尿管、膀胱、尿道に至りますが、結石がある場所によって治療法が異なります。

上部尿路結石においては、内視鏡の径が細く可動域が大きい最新式の

軟らかい細径軟性尿管鏡を用いることで、尿管だけではなく腎盂腎杯内に挟まっている結石も取り除ける治療法（f-TUL）を実施しています。結石はレーザーで破碎し、破砕片はバスケットカテーテル（結石を捕獲する器具）で回収します。

下部・中部尿管の結石は、硬性尿管鏡を使った治療法（TUL）を行います。尿管鏡や結石を破碎するレーザーの進歩により、結石破碎と摘出の安全性と確実性が向上しています。術後の結石消失率は70〜90%程度と報告されていますが、当科でもほぼ同様の成績です。



バスケットカテーテルで破砕片を掴んで回収

細径軟性尿管鏡を膀胱経由し腎盂腎杯内に詰まっている結石まで到達させ、レーザーで破碎



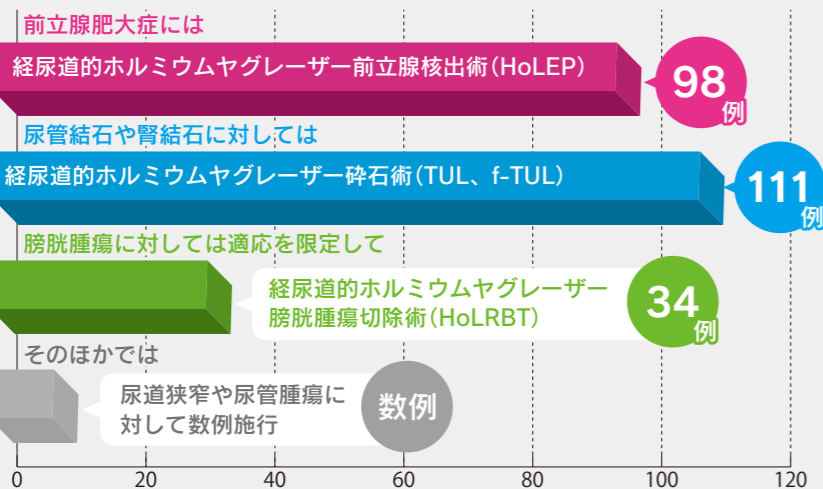
細径軟性尿管鏡の直径は1.8mmで可動域が大きいのが特徴



### ホルミウムヤグレーザー機器

ホルミウムヤグレーザーは波長2100nmの遠赤外線、破碎力は非常に強力です。レーザーエネルギーは水に容易に吸収されるため、対象物との距離により切開、凝固、衝撃波が可能。生体組織に対する吸収深達度は0.5mm以下に留まるために安全に手術が行えます。当院では2008年に導入。

### 2008年からのホルミウムヤグレーザー治療実績（2016年現在）

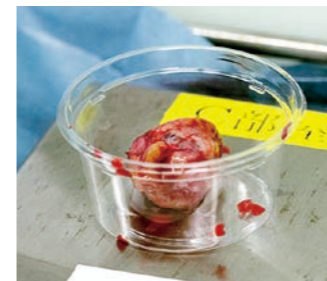


## Case 1

### 腎機能を保持する 腹腔鏡手術による腎部分切除術



腎組織から切除した腫瘍は袋に入れ、切開創から回収



摘出物は18g

腎がんの手術には腎摘除術と腎部分切除術があり、それぞれの手術に開腹手術と腹腔鏡手術があります。腎がんの腫瘍最大径が4cm以下の場合、腎摘除術と腎部分切除術における制がん性は同等ですが、腎摘除術では術後長期間経過すると腎機能低下をきたし、そのことに起因する合併症（心血管系の病気など）での死亡率が上昇することが報告されています。

当科では進行性腎がんなど特殊な症例以外は腹腔鏡手術を行い、腫瘍径の小さな腎がんには腎部分切除術が第一選択です。腹腔

鏡手術は、体腔内での腎組織の切除や縫合を必要とするため難易度が高く、腎摘除術にはない合併症（出血や尿漏れ）が発生する危険性がありますが、当科の国島は2009年から前任地で腹腔鏡手術での腎部分切除術を開始し、現在50例を超える実績を持っています。腎部分切除術は、切除ラインに起因するがんのコントロール、手術中の腎血管の阻血時間に起因する残存腎機能温存が重要になります。これまでの経験症例では切除断端は全て陰性で、再発・転移の出現した症例はありません。

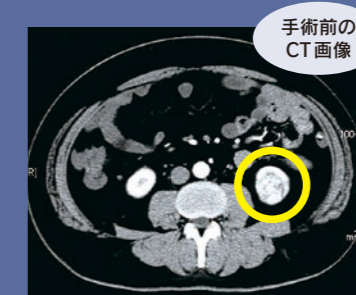
また、腎血管の阻血時間は一般的に30分以内であることが腎機能の保持に必要であるとされていますが、腫瘍が腎血管や腎盂腎杯に近い難易度の高い症例でもほぼ30分以内の阻血時間で手術を施行しています。



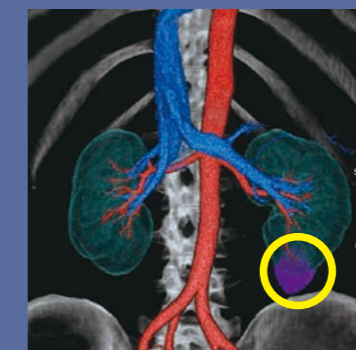
腹腔鏡手術の腎部分切除術の手術創は4カ所



開腹した場合の手術創（約20cm）



手術前のCT画像



黄色い円の中に腫瘍

### 30歳代・男性 腎がん

**主訴** 検診で発見

**現病歴** 大腸がん検診で異常を指摘され、近医を受診し検査で大腸がんを指摘された。その時撮影したCTで左腎腫瘍を指摘され、当科紹介、受診。CT上、左腎下極に32 x 26mmの腎腫瘍を認め、腎がんと診断した。当院入院の上、腹腔鏡下左腎部分切除術施行。手術時間2時間8分。出血量10ml、腎血管の阻血時間18分。術前のeGFR110、術後eGFR107。

**【病理診断】**

淡明細胞型腎細胞がん 切除断端陰性

**術後経過** 術翌日から食事・歩行開始、術後8日目に退院