

沖縄医学会雑誌

Okinawa Medical Journal

第63巻（第3号）

2024年12月8日 発行

第137回沖縄県医師会医学会総会集会号 令和6年度 第34回日本医師会生涯教育講座

期 日：令和6年12月8日（日）
会 場：沖縄県医師会館
会 頭：石川 清和（今帰仁診療所 院長）

医学会長挨拶 沖縄県医師会医学会長 砂 川 博 司

医学会頭挨拶 第137回沖縄県医師会医学会総会会頭 石 川 清 和

日本専門医機構認定共通講習【医療安全1単位】

「自分ごとから始める医療安全・質改善」

講師：エム・シー・ヘルスケアホールディングス株式会社 CSO/CMO 小 西 竜 太

よくわかるシリーズ

「月経前症候群（PMS）の漢方治療」

講師：Fクリニック沖縄 院長 多和田 利 香

教育講演

「心臓血管外科の最前線」

講師：琉球大学大学院医学研究科

胸部心臓血管外科学講座 教授 古 川 浩二郎

特別講演（ランチョンセミナー）

「治療成績向上に寄与し活動性を改善するリハビリテーション治療」

講師：ちゅうざん病院 理事長・院長 田 島 文 博

特別企画

沖縄県の未来の医療を考える“チャーあびー”の大激論会

「医師の“しあわせ”を語るカフェ」

シンポジスト：玉 城 研太郎 ・ 仲 村 尚 司
北 原 佑 介 ・ 湧 川 朝 雅
富 名 亮 ・ 銘 桂 子
末 永 正 機 ・ 宮 城 数
幸 喜 絢 子 ・ 嘉 剛 昇 志 達

一般講演【78題】（うち、医学会賞（研修医部門19題））

沖縄県医師会医学会

沖縄県南風原町字新川218-9
218-9 Arakawa Haeburu-Cho Okinawa

医学会会場までの交通アクセス



【交通のご案内】

- 沖縄自動車道那覇インターチェンジより車で3分
- 沖縄自動車道南風原北インターチェンジより車で7分
- モノレール首里駅より車で8分
- 那覇空港から10km

P 駐車場有
134台



※当日は、県医師会駐車場の他、臨時駐車場として県立南部医療センター・こども医療センター駐車場を借用しておりますのでご利用ください。
 なお、南部医療センターの駐車場では、駐車場カードを警備室にお持ちいただければ、駐車代金は無料になります。



沖縄県医師会

Okinawa Medical Association

〒901-1105 沖縄県南風原町字新川218-9番地

TEL. 098-888-0087 FAX. 098-888-0089

<https://www.okinawa.med.or.jp>

目 次

医学会頭挨拶	1
プログラム	
医学会総会日程	3
会場案内図	4
一般講演座長一覧	6
教育講演・特別講演プログラム	7
一般講演プログラム	8
開催要項	18
沖縄医学会雑誌投稿規程	20
プログラム編成委員会	23
沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）選考委員	24
第137回沖縄県医師会医学会総会 一般講演演者所属医療機関一覧	25
日本専門医機構認定共通講習【医療安全1単位】	
「自分ごとから始める医療安全・質改善」	26
よくわかるシリーズ	
「月経前症候群（PMS）の漢方治療」	27
教育講演	
「心臓血管外科の最前線」	28
特別講演（ランチョンセミナー）	
「治療成績向上に寄与し活動性を改善するリハビリテーション治療」	30
特別企画	
沖縄県の未来の医療を考える“ちゃーあびー”の大激論会	
「医師の“しあわせ”を語るカフェ」	31
一般講演抄録	
医学会賞（研修医部門）抄録	32
一般講演抄録	42
一般講演演者一覧	72

医学会頭挨拶

第 137 回沖縄県医師会医学会総会会頭 石川 清和

今回沖縄県医師会医学会総会の会頭を務めることになりました、北部地区医師会会長の石川清和です。このような名誉ある機会を与えて頂いた、田名毅沖縄県医師会会長、砂川博司医学会会長、北部地区医師会理事の諸先生方に深謝いたします。また、2020 年に発生した新型コロナウイルス感染症のパンデミックの非常事態を乗り越えるのを支えてくれた、家族、今帰仁診療所職員、テニスサークル NANA のメンバーにも心から御礼申し上げます。

沖縄の医療は終戦後の食糧難等の混乱期を乗り越え 1985 年には平均寿命が日本一となりました。戦後 1950 年の沖縄の人口は約 70 万人で、1951 年の沖縄の医師数はわずか 131 人で著しい医師不足の状態でした。さらに、沖縄県には 40 近い有人離島があり、また本島の 50%以上の面積を占める北部には沖縄県の人口の 10%未満しか住んでおらず、多くの過疎地域がありました。

(1950 年までの 5 年間で 13 人の医師が過労死で亡くなったとされ) 過酷な医師不足を解消するために 1951 年に医介輔制度を設立し 126 名の医介輔が誕生しました。また 1951 年に本島に 3 か所、宮古島、八重山島に各一か所の保健所が設置されると同時に、1951 年～1954 年で 120 人の公衆衛生看護婦(以下公看)が養成され、保健所所属の公看が市町村に駐在し、担当地域すべての住民を対象に保健活動を行いました。結核性病 寄生虫 マラリア等地域に多い疾患を対象に行政 医療界 保健所が連携し活動することで、これらの疾患を克服してきました。その際に医師会員の情報交換、学術発表の場として沖縄県医学会を年二回開催してきました。第二次世界大戦で焦土と化した沖縄でしたが、このような先人の努力、ユイマール等の沖縄独特の精神、温暖な環境、豚肉 ゴーヤー等沖縄独特の食事で 1985 年には平均寿命が日本一となりました。

しかし、2002 年の 26 ショック以降 沖縄県の

平均寿命順位の転落、健康寿命順位の低迷は改善の兆しが見えてきません。食の問題 運動不足 過剰飲酒等の生活習慣の問題等に加えて独居高齢者の増加は沖縄県の健康づくりの大きな障害要因となっています。

その中で今年 6 月の診療報酬改定は、生活習慣を改善する上で画期的な制度改革と考えています。高血圧症 高脂血症 糖尿病の患者さんに、検査データを提示し、生活習慣の問題点を指摘・指導し、「生活習慣改善の行動目標を提示した療養計画書」を患者・医師双方が署名した文書を、双方が保存するようになりました。これを 4 か月毎に再更新することで、新たな生活習慣を身につけてもらうのです。生活習慣が改善し療養計画目標を達成できれば 90 日処方にすることも可能で、未達成の間は 2～4 週間毎の短期処方で、行動目標の再確認 行動修正を繰り返すことになります。国民皆保険制度の崩壊が危惧される中、国民と医療人の責任・義務を明文化し公開することによって、国民の健康づくりについての意識を変える事が可能になったと思います。国民皆保険制度のない諸外国では、健康的な生活習慣作りは自己責任です。生活習慣病になることは、医療費の高い諸外国においては、場合によっては自己破産につながりかねないからです。

21 世紀になりがん治療 C 型肝炎等の感染症、関節リウマチ等の自己免疫性疾患等での新たな治療薬の開発で治る疾患が増えてきました。更に高血圧症 糖尿病 高脂血症等の生活習慣病でも血圧、血糖値、脂質値を目標値に達成することが、容易にできるようになってきました。また糖尿病治療薬 SGLT2 阻害薬や GLP1 阻害薬に腎保護効果があることがわかり、慢性腎臓病の治療に光明が差し始めています。ワシントン大学の今井眞一郎教授の NAD ワールドの提唱は視床下部 脂肪組織 骨格筋腸 等の臓器が交感神経 サーチュイン 1 遺伝

子 NAD⁺ NMN eNAMPT 等を介して臓器間コミュニケーションを取ることで、代謝を制御し活動量や意欲までも調整し、健康長寿に大きく寄与すると期待されています。規則正しい生活や食事・運動に配慮する事、BMI を 24 前後に保つことが NAD ワールドの構成要素を活性化すると考えられており、生活習慣が健康長寿へ寄与する重要性も指摘されています。2025 年以降さらに超高齢化を迎える日本において、NAD ワールドの体内での臓器間コミュニケーション研究は 120 歳健康寿命を補完する研究と期待されています。

第 137 回沖縄県医師会医学会総会講演 認定共通講習は小西竜太氏の講演で、「医療安全 質の改善について」受動的な立場から能動的な立場に踏み出すことを提唱します。

よくわかるシリーズは F クリニック沖縄の多和田 利香院長が「月経前症候群 (PMS) の漢方治療」について講演します。個人差のある PMS を理解することは、男性にとっては難しいことです。男性医師はもちろん、PMS 症状の軽い女性医師にも聞いていただき、漢方治療の対処法を理解して頂きたいです。

教育講演は琉球大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 古川 浩二郎教授の「心臓血管外科の最前線」についてです。11 月 12 日に 30 代の親族が突然重度の大動脈弁逆流を指摘され、岡山県の病院で生体弁形成術を受けました。カテーテル治療を含めた心臓血管外科治療最前線非常に興味のあるところです。

特別講演はちゅうざん病院理事長 田島 文博先生の「治療成績向上に寄与し活動性を改善するリハビリテーション治療」です。田島先生の 40 年間リハビリテーション科で蓄積された知識、「薬は体内にあり」、活動筋から分泌されるマイオカインの効果を 健康寿命を延伸させるために一刻も早く、沖縄県民 特に高齢者に周知させていきたいところです。

特別企画として今回は沖縄県医師会理事 玉城研太郎先生を中心とした複数名の医師による

沖縄県の未来の医療を考える“ちゃーあびー”の大激論大会「医師の“しあわせ”を語るカフェ」が開催されます。今年の 6 月から 200 床未満の病院と診療所の外来で始まった「生活習慣病療養計画書」交付は画期的な取り組みです。今年度 4 月に始まった「健康日本 21 第三次計画～2037 年 3 月」の全ての国民が 健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現をめざし、「だれ一人取り残さない健康づくりの展開」と「より実効性を持つ取り組みの推進」の基方針と連動しています。沖縄県の健康長寿復活に向け、私はより実効性のある取り組みについて①腸内細菌叢活性化としての発酵食品 沖縄の健康長寿を支えてきた黒糖 シークァーサー もーい豆腐等の海藻 にんにく酒 医者泣かし草などの民間療法 ②百年膝体操 フレイル予防としての握力測定 ③睡眠力を高める温熱下低周波電気治療 ④節酒のための炭酸水のシークァーサー割り 等を提案したいと思います。

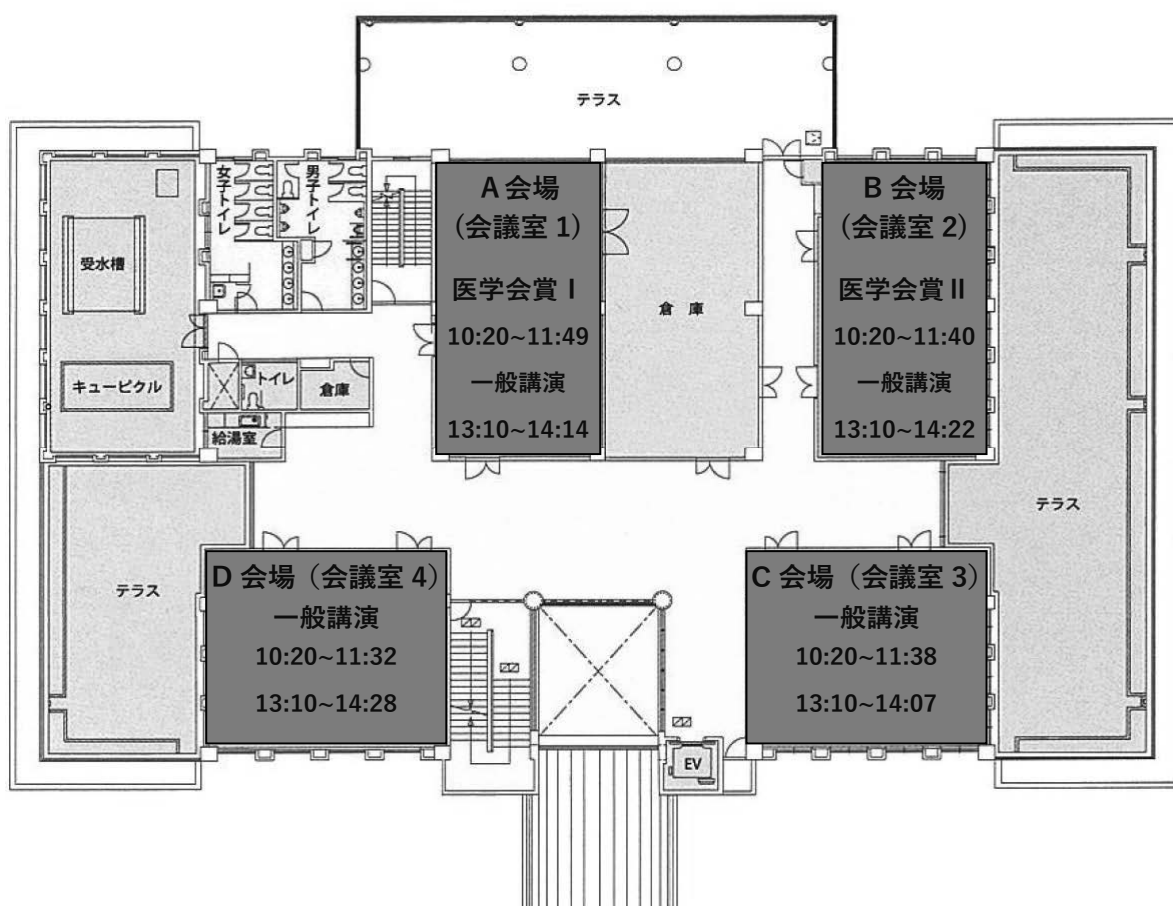
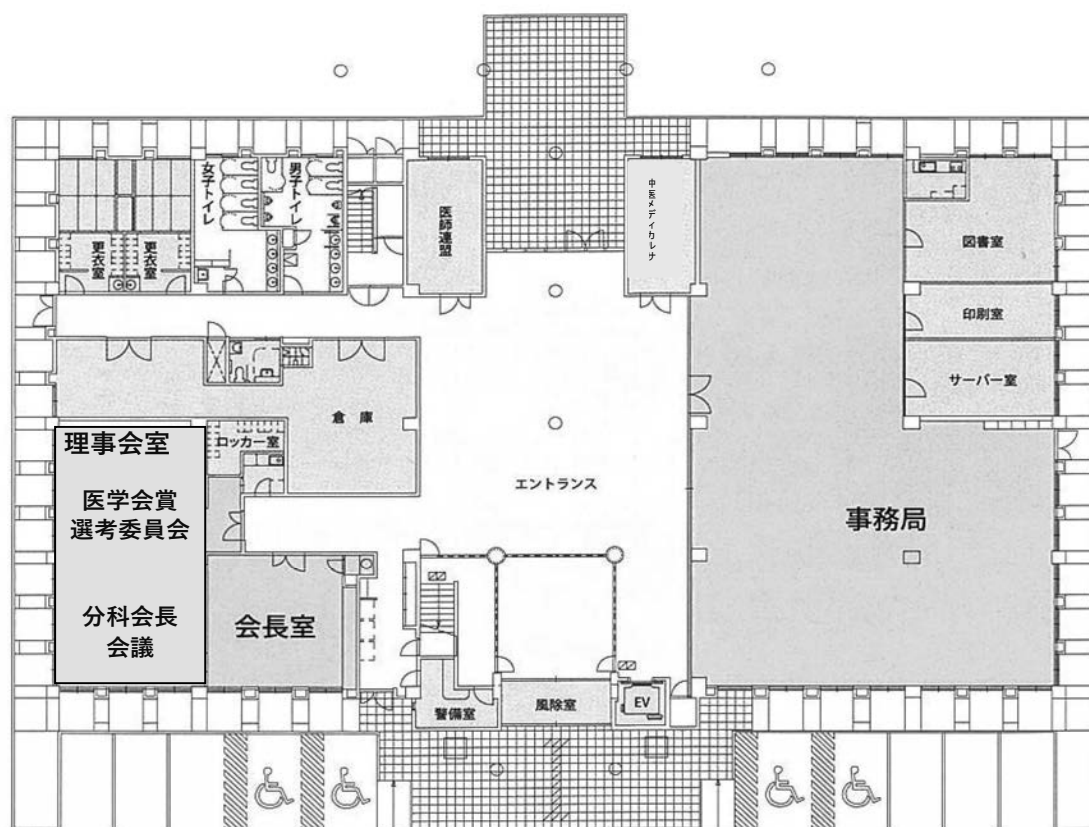
最後になりましたが医師会活動は自分の声を発信し、社会を動かす大きな力となると考えています。2028 年開業予定の公立北部医療センターの整備事業費は円安や戦争の影響を受け 1.5 倍に膨らみました。大きな懸念であった北部看護学校の公立化が停滞していました。これらの難問も地区医師会 県医師会の諸先生方の御支援があり、大きく進展してきております。ただ基幹病院に併設される、琉球大学病院地域医療教育センターでの医療人確保なくては公立北部医療センターの健全な運営はできないと考えており、今後も医師会の先生方のご協力 ご支援を心からお願いしたいと思っております。

若手や中堅の先生方には是非県医学会での発表や医師会活動を通じて多くの先生方と面識を得て、自分自身の医師としてのライフワークの実現に向けて邁進して頂くことを心から祈念し第 137 回沖縄県医師会医学会総会 会頭挨拶とさせていただきます。

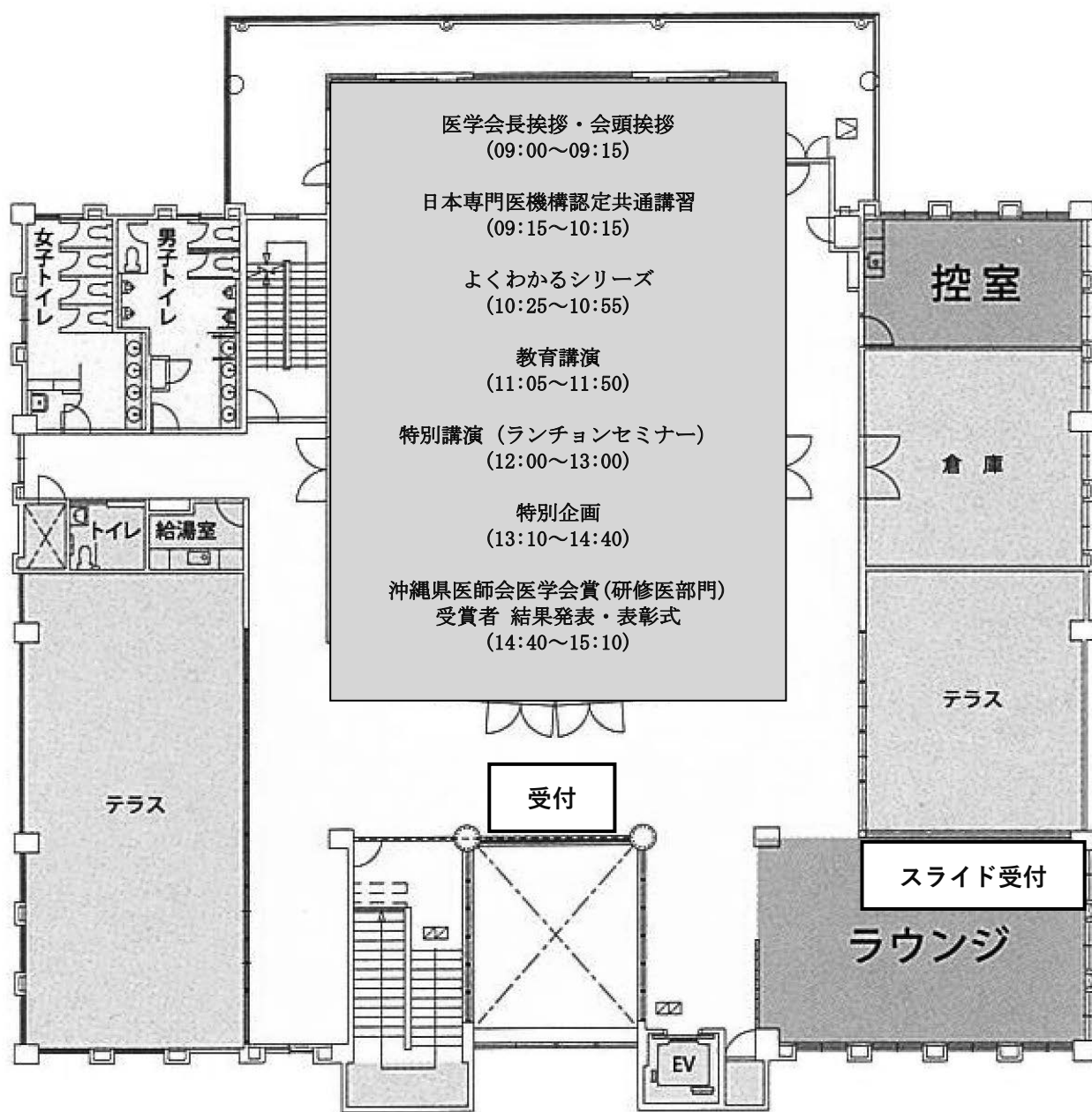
第137回沖縄県医師会医学会総会 日程表

	3階 ホール	会議室1 A会場	会議室2 B会場	2階 会議室3 C会場	会議室4 D会場	1階 理事会室
8:30	スライド受付					選考委員会 打合せ
9:00	開会宣言・会頭挨拶					
	9:15～10:15 日本専門医機構認定共通講習 【医療安全:1単位】 「自分ごとから始める医療安全・質改善」 小西 竜太(エム・シー・ヘルスケアホールディングス株 式会社 CSO/CMO)					
10:00	休憩					
	10:25～10:55 よくわかるシリーズ 「月経前症候群(PMS)の漢方治療」 多和田 利香(Fクリニック沖縄院長)	10:20 沖縄県医師 会医学会賞 (研修医部門) I	10:20 沖縄県医師 会医学会賞 (研修医部門) II	10:20 一般講演	10:20 一般講演	医学会賞 選考委員会
11:00	休憩					
	11:05～11:50 教育講演 「心臓血管外科の最前線」 古川 浩二郎(琉球大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 教授)					
	休憩					医学会賞 選考委員会
12:00	12:00～13:00 特別講演(ランチョンセミナー) 「治療成績向上に寄与し活動性を 改善するリハビリテーション治療」 田島 文博(ちゅうざん病院 理事長・院長)					
13:00	休憩					
	13:10～14:40 特別企画 沖縄県の未来の医療を考える “ちゃーあびー”の大激論会 「医師の“しあわせ”を語るカフェ」	13:10 一般講演	13:10 一般講演	13:10 一般講演	13:10 一般講演	
14:00						
	14:40 沖縄県医師会医学会賞(研修医部門) 結果発表・表彰式					
15:00						15:30 分科会長 会議
16:00						

会場案内図（1階・2階会議室）



会場案内図（3階ホール）



一般講演 座長一覧表

A会場			
演題区分		座長	時間
医学会賞 I	1 ～ 5	當間 裕一郎	10:20～11:04
	6 ～ 10	山口 怜	11:05～11:49
循環器（外科）	41 ～ 44	西島 功	13:10～13:38
一般・その他	45 ～ 49	内原 潤之介	13:39～14:14
B会場			
演題区分		座長	時間
医学会賞 I I	11 ～ 15	湧川 朝雅	10:20～11:04
	16 ～ 19	宮城 剛志	11:05～11:40
感染症	50 ～ 53	成田 雅	13:10～13:38
腎・泌尿器	54 ～ 56	芦刈 明日香	13:39～14:00
産婦人科	57 ～ 59	平良 祐介	14:01～14:22
C会場			
演題区分		座長	時間
呼吸器	20 ～ 24	久田 友哉	10:20～10:55
呼吸器（外科）	25 ～ 30	宮城 淳	10:56～11:38
消化器（内科）	60 ～ 62	知念 健司	13:10～13:31
一般外科・消化器(外科)	63 ～ 67	知念 順樹	13:32～14:07
D会場			
演題区分		座長	時間
脳神経外科	31 ～ 33	原国 毅	10:20～10:41
神経内科・放射線科	34 ～ 36	西平 靖	10:42～11:03
救急	37 ～ 40	外間 亮	11:04～11:32
整形外科 I	68 ～ 72	高江洲 美香	13:10～13:45
整形外科 II	73 ～ 78	渡慶次 学	13:46～14:28

【3階ホール】

教育講演・特別講演等

<日本専門医機構認定共通講習【医療安全：1単位】>

座長 久貝 忠男（沖縄県医師会 理事）

開始時間	演 者	所 属	演 題
9:15～ 10:15	小西 竜太	エム・シー・ヘルスケアホールディングス株式会社 CSO/CMO	自分ごとから始める医療安全・質改善

<よくわかるシリーズ>

座長 銘苅 桂子（琉球大学病院 周産母子センター 教授）

開始時間	演 者	所 属	演 題
10:25～ 10:55	多和田 利香	Fクリニック沖縄 院長	月経前症候群（PMS）の漢方治療

<教育講習>

座長 天願 俊穂（沖縄県立中部病院 副院長）

開始時間	演 者	所 属	演 題
11:05～ 11:50	古川 浩二郎	琉球大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 教授	心臓血管外科の最前線

<特別講演>ランチョンセミナー

座長 末永 正機（宜野湾記念病院 理事長）

開始時間	演 者	所 属	演 題
12:00～ 13:00	田島 文博	ちゅうざん病院 理事長・院長	治療成績向上に寄与し活動性を改善するリハビリテーション治療

<特別企画>

開始時間	演 題
13:10～14:40	沖縄県の未来の医療を考える“ちゃーあびー”の大激論会 「医師の“しあわせ”を語るカフェ」

【A会場】

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）Ⅰ

座長 當間 裕一郎（琉球大学病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
1	10:20~10:28	綿引 日奈子	浦添総合病院	血管迷走神経性失神を合併した肥大型心筋症 に対して植え込み型除細動器移植術を行った 一例
2	10:29~10:37	砂川 尚輝	友愛医療センター 初期臨床研修 循環器内科	上腸間膜動脈塞栓症に対する血栓摘出および 小腸切除術後に生じた著明な徐脈性心房細動 による嚥下性失神の一例
3	10:38~10:46	安井 暁生	中部徳洲会病院	初期診断に苦慮した心原性脳塞栓症の一例
4	10:47~10:55	吉田 志野	北部地区医師会病 院 初期臨床研修 医	抗ARS抗体陽性間質性肺炎の治療中にヘパ リン起因性血小板減少症による多発動静脈血栓 症をきたした1例
5	10:56~11:04	大城 千雅記	浦添総合病院 総合内科	鼓膜炎から早期診断し得た、咳嗽のない Mycoplasma pneumoniae 感染の一例

座長 山口 怜（沖縄北あんしん内科クリニック）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
6	11:05~11:13	上原 未琴	沖縄県立南部医療 センター・こども医療 センター	精神症状を初発とした神経梅毒の一例
7	11:14~11:22	高森 ゆうみ	中頭病院 総合内科	低カリウム性周期性四肢麻痺と肝機能異常か ら診断に至った腺外病変を有する活動性シェ ーグレン症候群の1例
8	11:23~11:31	鈴木 優花	沖縄県立中部病院 腎臓内科	2型呼吸不全の鑑別疾患に苦慮し粘液腫性昏 睡と診断した一例
9	11:32~11:40	長嶺 大和	沖縄協同病院 初期研修医	ラトケ嚢胞による下垂体性副腎不全の1例
10	11:41~11:49	松原 洋夏	琉球大学病院 総合臨床研修・教 育センター	向精神薬の使用によるせん妄に及ぼす影響に 関する後方視的調査研究

【B会場】

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）Ⅱ

座長 湧川 朝雅（那覇市立病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
11	10:20~10:28	眞壁 知花	琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター	経食道心臓超音波検査ガイド下心臓内腫瘍生検で診断された心臓原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の一例
12	10:29~10:37	砂川 大輔	大浜第一病院 初期研修医	腹痛を契機に発症した脾梗塞の 1 例
13	10:38~10:46	西銘 開	沖縄県立中部病院 総合内科	特徴的な腹痛の性状から診断に至った Fitz-Hugh-Curtis 症候群の一例
14	10:47~10:55	高木 弘毅	南部徳洲会病院 総合診療科	壊死性筋膜炎に合併した横紋筋融解症の救命例 CPK 軽度高値は軽症なのか？
15	10:56~11:04	森嶋 由佳	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 研修センター	腸腰筋内血腫から後天性血友病の診断に至った一例

座長 宮城 剛志（沖縄第一病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
16	11:05~11:13	伊波 雅人	ハートライフ病院 外科	COVID-19 に伴う咳嗽が原因と考えられた腹直筋血腫に対して TAE を施行した 1 例
17	11:14~11:22	島袋 希真	沖縄県立北部病院	Hirschsprung 病術後、コンプライアンス・排便コントロール不良により、巨大結腸症、虚血性大腸炎を発症し、結腸全摘を施行した 1 例
18	11:23~11:31	鈴木 守	沖縄県立宮古病院	回腸利用新膀胱造設術後患者に生じた代謝性アシドーシスの一例
19	11:32~11:40	新里 萌	友愛医療センター	術前に組織診が得られなかった子宮体癌の 1 例

【C会場】

呼吸器

座長 久田 友哉（国立病院機構沖縄病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
20	10:20~10:27	下地 克佳	下地内科	気管支喘息のフェノタイプ別からみた喀痰の肉眼的特徴
21	10:27~10:34	熊谷 望	北部地区医師会病院 初期臨床研修医	ペムブロリズマブによる免疫関連有害事象として急性腎障害をきたした肺扁平上皮癌の 1 例
22	10:34~10:41	兼久 梢	国立病院機構沖縄 病院 呼吸器内科	沖縄病院における EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対するエルロチニブ＋ラムシルマブの使用経験
23	10:41~10:48	嘉数 修	中頭病院 呼吸器外科	乳癌術後 22 年目に胸膜播種を来し肺癌との鑑別を要した 1 例
24	10:48~10:55	川畑 大樹	国立病院機構沖縄 病院 外科	EWS 充填術で治癒した ADL 不良の有癭性膿胸の 1 例

呼吸器(外科)

座長 宮城 淳（沖縄赤十字病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
25	10:56~11:03	黒田 尚希	中頭病院 呼吸器外科	手術単独治療後 7 年間無再発で経過した胸腺癌の 1 例
26	11:03~11:10	仲田 典広	中頭病院 病理診断科	True thymic hyperplasia の一例
27	11:10~11:17	大田 守雄	中頭病院 呼吸器外科	単孔式肺葉切除術を施行した肺癌の 2 例
28	11:17~11:24	玉城 駿	中頭病院 呼吸器外科	肺化膿症治療後に左上区区域切除および左 S6 区域切除を施行した成人 CPAM の 1 例
29	11:24~11:31	赤嶺 佐月	中頭病院 呼吸器外科	右下葉切除後の異時性多発肺癌に対して VATS-左舌区区域切除を施行した 1 例
30	11:31~11:38	真栄城 兼誉	那覇市立病院 外科	肋骨骨折症例の入院期間についての検討

【D会場】

脳神経外科

座長 原国 毅（浦添総合病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
31	10:20~10:27	坂本 優貴	浦添総合病院	充実性小脳血管芽腫に対して n-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA) 及びコイル による術前塞栓が有用であった 1 例
32	10:27~10:34	喜舎場 一貴	琉球大学病院 脳神経外科	両側視床病変を呈した小脳テント硬膜動静脈 瘻に塞栓術を行った 1 例
33	10:34~10:41	與那嶺 達也	琉球大学病院 総合臨床研修・教 育センター	脳幹型 PRES を呈した高血圧緊急症の 1 例

神経内科・放射線科

座長 西平 靖（登川脳神経内科クリニック）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
34	10:42~10:49	藤原 善寿	国立病院機構 沖縄病院	本態性振戦と考えられていた神経核内封入体 病の 1 例
35	10:49~10:56	内山 桂一	沖縄県立中部病院	死亡後に当院に搬送し剖検、レヴィー小体型 認知症の診断を神経病理学的に確定し得た一 例
36	10:56~11:03	杉江 翼	ハートライフ病院 放射線科	頭部 MRI の多発性信号変化で鑑別を要した痙 攣後脳症の一例

【D会場】

救急

座長 外間 亮（県立南部医療センター・こども医療センター）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
37	11:04~11:11	廣岡 聖也	南部徳洲会病院 救急診療科	減圧症リスクを上げないスキューバダイビングの検討
38	11:11~11:18	桑野 佑里恵	浦添総合病院	肋骨骨折を契機とした外傷性下行大動脈損傷に対し、救命できた一例
39	11:18~11:25	与那嶺 克	沖縄県立北部病院 内科	腹痛を主訴に walk-in で受診した患者の一例から考える働き方改革と医療安全
40	11:25~11:32	大門 香琳	沖縄赤十字病院	消化器症状で発症した急性心筋炎の一例

【A会場】

循環器(外科)

座長 西島 功(南部徳洲会病院)

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
41	13:10~13:17	河村 将彦	南部徳洲会病院 心臓血管外科	大動脈弁置換術後の高齢者に発症した急性 A 型大動脈解離破裂の救命例
42	13:17~13:24	小泉 景星	浦添総合病院 心臓血管外科	大動脈弁置換術中の大動脈切開に工夫を要した大動脈弁狭窄症の 2 例の検討
43	13:24~13:31	知念 春佳	琉球大学病院 臨床研修センター	C. acnes による僧帽弁位人工弁感染の 1 例
44	13:31~13:38	小林 稜典	浦添総合病院	ドブタミン抵抗性の拡張型心筋症に対して、イバブラジンが奏功した 1 例

一般・その他

座長 内原 潤之介(那覇市立病院)

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
45	13:39~13:46	友寄 毅昭	沖縄赤十字病院	沖縄赤十字病院におけるアグレッシブ成人 T 細胞白血病リンパ腫の後方視的解析
46	13:46~13:53	東盛 貴光	貴クリニック	赤ら顔・酒さに対する治療戦略 第 1 報
47	13:53~14:00	玉城 和光	沖縄県立中部病院	手紙によるグリーフ・ケアの実践—遺族宛ての手紙に対するアンケート調査—
48	14:00~14:07	宮里 均	沖縄県立南部医療 センター・こども医療 センター	当院における透析医療の DCP について—主に地震災害を考える—
49	14:07~14:14	照屋 周造	沖縄県立中部病院	沖縄県立中部病院における研修医の労働意欲と労働実態についてのアンケート調査

【B会場】

感染症

座長 成田 雅（県立中部病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
50	13:10~13:17	岸本 拓治	北部地区医師会病院 検診科	沖縄本島北部の COVID-19 に関する臨床疫学研究
51	13:17~13:24	久田 友治	那覇市医師会 自宅会員	沖縄県では何故、新型コロナウイルス感染症が多発したか
52	13:24~13:31	尾原 晴雄	沖縄県立中部病院 総合内科	COVID-19 と同時期に発症した Antithyroid arthritis syndrome の1例
53	13:31~13:38	與那覇 智基	沖縄県立北部病院 内科	血液培養・尿培養から検出されたグラム陽性球菌の不一致を再検し、診断につなげた Staphylococcus epidermidis による感染性心内膜炎の一例

腎・泌尿器

座長 芦刈 明日香（琉球大学病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
54	13:39~13:46	吉岡 拓哉	中部徳洲会病院 泌尿器科	両側腎癌の臨床検討
55	13:46~13:53	岡崎 将斗	南部徳洲会病院 泌尿器科	右副腎腫瘍による原発性アルドステロン症を加療目的に精査した結果、左副腎由来であると判明し、左副腎腫瘍に対して腹腔鏡下左副腎摘出術を施行した一例
56	13:53~14:00	鈴木 智也	沖縄県立中部病院 総合内科	頭痛と顎跛行から巨細胞性動脈炎が疑われるも ANCA 関連血管炎の診断に至った一例

【B会場】

産婦人科

座長 平良 祐介（琉球大学病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
57	14:01~14:08	前濱 俊之	友愛医療センター 産婦人科	コルポスコピー所見が乏しかった子宮頸部腺癌の 1 例
58	14:08~14:15	大城 大介	友愛医療センター	脊椎損傷後の骨粗鬆症と過多月経を伴った 1 例
59	14:15~14:22	山田 真司	友愛医療センター 産婦人科	腹腔鏡下卵巣楔状切除術を施行した卵巣妊娠の 1 例

【C会場】

消化器（内科）

座長 知念 健司（友愛医療センター）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
60	13:10~13:17	森 英輝	中頭病院 消化器内科	膵癌の早期診断に向けた取り組み：検診異常からの膵癌高危険群の拾い上げ
61	13:17~13:24	大谷 哲平	南部徳洲会病院 総合診療科	嚥下障害のある患者に対して早期に嚥下内視鏡検査を行った一例。
62	13:24~13:31	花城 清俊	友愛医療センター 外科	難治性腹水に対する改良型 CART の当院の現況

一般外科・消化器(外科)

座長 知念 順樹（那覇市立病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
63	13:32~13:39	林 圭吾	中頭病院 消化器・一般外科	当院におけるロボット支援腹腔鏡下肝切除術について -術前 Virtual Reality シミュレーションを活かした術中コミュニケーション-
64	13:39~13:46	石原 英理	浦添総合病院 初期研修医	当院救急外来で診断した 2 例の急性上腸間膜動脈閉塞症について
65	13:46~13:53	中内 克	南部徳洲会病院 外科	クロルヘキシジンによる術中アナフィラキシーショックの一例
66	13:53~14:00	卸川 智文	中頭病院	術前化学放射線治療後にロボット支援下低位前方切除術を施行し神経内分泌腫瘍成分のみが残存していた直腸癌の 1 例
67	14:00~14:07	宮平 工	ハートライフ病院	高齢者直腸癌術後の補助化学療法中に脳梗塞を発症した 1 例

【D会場】

整形外科Ⅰ

座長 高江洲 美香（琉球大学病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
68	13:10~13:17	野中 祥太郎	友愛医療センター 整形外科	大腿骨転子部骨折術後感染にペンスロースドレーン留置による保存療法で治癒したと思われる1例
69	13:17~13:24	上総 研一朗	南部徳洲会病院 整形外科	大腿骨頭置換術中のセメントプラグ逸脱により Bone Cement Implantation Syndrome (BCIS) となり死亡した1例
70	13:24~13:31	翁長 正道	那覇市立病院 整形外科	痙攣により両側寛骨臼骨折を生じた1例
71	13:31~13:38	山城 遥	浦添総合病院	巨大骨欠損を伴う大腿骨遠位端開放骨折と巨大皮膚欠損を伴う Gustilo3B 脛骨開放骨折を合併した1例
72	13:38~13:45	比屋定 憲作	中頭病院 整形外科	当院で経験した踵骨嘴状骨折3例

整形外科Ⅱ

座長 渡慶次 学（ハートライフ病院）

演題 番号	講演時間	演者	所属	演題
73	13:46~13:53	神谷 武志	琉球大学 整形外科	骨粗鬆症に対するアバロパラチドの小経験ー骨粗鬆症診療体制を含めてー
74	13:53~14:00	玉寄 美和	友愛医療センター	FLS 開始した結果「リエゾン」はできているのか？
75	14:00~14:07	屋良 俊太郎	沖縄赤十字病院 初期研修医	八重山諸島で発生した上腕骨近位部骨折に関する調査
76	14:07~14:14	比屋根 涼太	沖縄赤十字病院 整形外科	リトルリーガーズショルダー（上腕骨近位骨端線離開）に関する後ろ向き調査-X線学的検討を中心にー
77	14:14~14:21	毛利 正玄	友愛医療センター 整形外科	人工膝関節全置換術におけるロボット支援手術の経験
78	14:21~14:28	永山 盛隆	友愛医療センター 整形外科	大腿骨矯正骨切り術後 THA の2症例

第 137 回沖縄県医師会医学会総会開催要項

1. 会期

令和 6 年 12 月 8 日（日）9 時～15 時 10 分

2. 会場

沖縄県医師会館（沖縄県島尻郡南風原町字新川 218-9）

※一部講演のみハイブリッド開催といたします。

3. プログラム概要

ハイブリッド開催

- ・専門医共通講習
- ・よくわかるシリーズ
- ・教育講演
- ・特別講演
- ・シンポジウム

現地開催

- ・医学会賞（研修医部門）
- ・一般講演

4. 参加費

沖縄県医師会の会員は無料となります。 ※非会員は参加不可となります。

5. 参加方法について

人数制限を設けず、事前申し込み制とするが、当日参加も可能とする。

6. 沖縄医学会雑誌（抄録集）について

令和 6 年 11 月下旬を目途に医学会 Web ページへ掲載いたします。

なお、当日会場内にて希望者へ配布する他、送付希望者から申込がありましたら送付いたします。

●閲覧期間：令和 6 年 11 月下旬 ～ 令和 6 年 12 月 9 日（月）まで（予定）

7. 一般講演 演者の皆さまへ（共通）

- ・ 9 時より、開会宣言を行いますので、9 時に 3 階ホールへお集まりください。
 - ・ 当日は受付にて、リボンを受け取り、発表スライドをご提出ください。8 時半から 9 時の間のみ、発表スライドデータの提出を受付いたします（時間厳守）。事前に動作確認をすませて、USB 等により会場へお持ちください。
 - ・ 発表方法は、PC プレゼンテーション（スライド発表）とします。
 - ・ 当日は PC（パソコン）とプロジェクターは備え付け 1 台のみの使用となります。
- 発表用の PC の OS は、Windows10 若しくは、Windows11、最新状態に更新した PowerPoint の

バージョンをご用意いたします。

Microsoft Power Point 2013 以降のデータが再生可能となります。なお、画面解像度は、ワイド画面 (16:9)、書体は標準フォントの使用を推奨いたします。

※PowerPoint の発表者専用の画面を表示する機能 (発表者ツール) は使用できません。

・発表ファイル名は、「会場名(半角)」「演題番号(半角)」-「演者氏名」としてくだ
さい。(例：A 会場 演題番号 01 沖縄 太郎の場合は、「A01-沖縄太郎」となります。)

①一般演題について

発表の 15 分前には各会場内の次演者席で待機してください。

発表者は座長の指示に従って **7 分 (発表 4 分、討論 3 分)** でご発表いただきます。

②医学会賞 (研修医部門) について

発表の 15 分前には各会場内の次演者席で待機してください。

発表者は座長の指示に従って **8 分 (発表 4 分、討論 4 分)** でご発表いただきます。

演題は 2 セッションに分け、2 会場で同時進行となります。

結果発表・表彰式は、当日の 14:40 より 3 階ホールにて発表いたします。

※講演・討論時間、発表形式の厳守のご協力を宜しくお願いします。

8. 一般講演 座長の皆さまへ

- ・担当されるセッションの 30 分前までにご来館いただきますようお願いいたします。
- ・受付にて座長とお申し出いただき、リボンをお受け取り、各会場内にてご待機ください。
- ・時間になりましたら、演者による発表と質疑応答の進行をお願いいたします。
- ・ご担当のセッションの終了後、沖縄医学会雑誌への投稿に相応しいと思われる演題を、別でお渡しする「沖縄医学会雑誌投稿者の推薦について」へご記入いただき、12 月 10 日 (火) までに本医学会事務局へご提出をお願いいたします。

9. 昼食について

- ・ランチョンセミナーにて、お弁当とお飲み物を用意しておりますので、是非ご参加のうえ、お召し上がりください。(12 時より、3 階ホールにて)

10. その他

問い合わせ先：沖縄県医師会 業務 1 課 田畑、松崎、徳村

TEL : 098-888-0087 FAX : 098-888-0089

E-mail : okiigaku@okinawa.med.or.jp

平成 28 年 6 月改定
平成 28 年 12 月改定
平成 29 年 6 月改定
令和元年 6 月改定

沖縄医学会雑誌投稿規程

1. 本誌への投稿者は、原則として沖縄県医師会会員とする。筆頭著者が会員でない場合、掲載料は全額自己負担（刷上り 1 頁あたり 15,000 円）とする。但し特別講演、シンポジウム、ミニレクチャー講師並びに沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）受賞者は、この限りではない。
2. 投稿は、直前の沖縄県医師会医学会総会で発表された演題の中から各自の応募と座長推薦の 2 通りとし、投稿締切は、学会が開催された翌月の 15 日とする。採否については、編集委員会で決定する。審査は査読制を採用し、加筆・訂正などを求めることがある。
なお、すでに他紙に投稿、発表された論文は採用しない。
3. 人を対象とした研究については、ヘルシンキ宣言を遵守したものであること、また症例を提示する際（症例報告）は、患者さんのプライバシーの保護やインフォームドコンセントなどに関する倫理的な問題に十分配慮されていること。特定され得る疾病に関しては、本人の同意を得るよう配慮すること。
4. 読者対象は沖縄県医師会会員で、全科の医師が含まれる。そのため、読者が執筆分野の専門家とは限らないので、その点ご留意いただきたい。
5. 原稿の体裁・内容を確認した後、論文指導者（Senior Author）は投稿論文表紙にサインする。論文作成者が Senior Author の場合は自署する。
6. 執筆の方法

タイトルページ

原稿第 1 ページに投稿原稿の種類（原著または症例報告）、タイトル、氏名・所属（住所・TEL・FAX・E-mail）を明記する。筆頭著者が初期臨床研修医の場合は「初期臨床研修医」と明記する。さらに英文でのタイトル、氏名、所属を併記する。タイトルは 96 字以内とし、簡潔で内容を適切に示すものとする。タイトルに略語を用いてはならない。最後に Senior Author のサインを加える。原著ならびに症例報告の構成は下記のとおりとする。

【原著】緒言、対象と方法、結果、考察、結語で構成し、これに文献、図表の説明、図表を添付する。

【症例報告】緒言、症例、考察、結語で構成し、これに文献、図表の説明、図表を添付する。

なお、緒言・結語については下記点について留意すること。

①緒言：研究の目的あるいは症例を報告する意図を、簡潔に、かつ明確に表す。

②結語：結果と考察をふまえて、研究で判明したこと、症例の報告で読者に訴えたい点を、簡潔に、かつ明確に表す。

要旨・キーワード

原稿第 2 ページに、和文要旨（400 字以内）とキーワード（5 語以内、日本語と英語を併記）を記載する。

本文

- ① 一般講演原稿は、横書き、Word 様式 (Microsoft2000 以降) で作成する。様式は、A4 版 400 字 (20 字×20 行) とし、原著は原稿用紙 25 枚 (10,000 字) 以内、症例報告は原稿用紙 15 枚 (6,000 字) 以内とする。但し、図表は原稿用紙 1 枚 (400 字) に相当する。
- ② 特別講演、シンポジウム、ミニレクチャー及びこれに準ずる講演原稿は、原稿用紙 30 枚 (12,000 字) 以内とする。但し、図表は原稿用紙 1 枚 (400 字) に相当する。
- ③ 原稿にはページ数ならびに行数を明記する。
- ④ 句読点、括弧などは各 1 字分を費し、改行の際は冒頭 1 字分をあける。
- ⑤ 無用な外国語はできるだけ避ける。日本語化した外国語はカタカナ表記とする。
- ⑥ 数字は算用数字を用いる。ただし成語はそのままとする。例えば十数回。百分率など単位符号は次のような例による。
mm、cm、mℓ、dℓ、ℓ、μg、g、mg、kg、℃、など
- ⑦ 薬剤名は一般名を用い、必要ならば商品名は一般名のあとに (®) のように記す。
(例: diazepam (Horizon ®))
- ⑧ 略語は最初に用いるときは必ず略さずに書く。
- ⑨ 図表、写真はそのまま製版できる明瞭鮮明なものに限る。写真は印画 (焼付) したもの、もしくは、データ等鮮明なものに限る。なお、レントゲンフィルム、スライドをそのまま提出することは、おことわりする。
- ⑩ 図表、写真はそれぞれ一枚ずつ別紙にまとめ、挿入場所は、原稿用紙の右欄外に指定し朱書する。写真は図として取扱い、表 1、図 2 などと記載する。
- ⑪ 図表、写真の裏には、著者名と演題番号を記入する。
- ⑫ 図表、写真のカラー印刷を必要とする場合は実費を徴収する。
- ⑬ 原稿を投稿するときは、必ずその写しを手元に保存する。
- ⑭ 引用文献は必要最小限度とし、本文中に記載した引用文献は引用順に番号をつけ、本文中に 1)、2) として引用箇所を明示する。その書き方は次の形式による。

雑誌の場合

著者名: 論文題名. 雑誌名 発行年; 巻: 頁-頁.

例 寺島雅典, 他: 胃癌治療と DPC. 癌と化学療法 2007; 34: 35-40.

Olen GN, et al.: Pulmonary function evaluation of the lung resection candidate: a prospective study. Am Rev Respir Dis 1975; 111: 379-387.

単行本の場合

著者名: 書名. 版数, 発行所, 発行地, 発行年: 頁-頁.

例 武藤敬, 他: びまん性汎細気管支炎. 大田保世編, 呼吸器病病学, 中外医学社, 東京, 1990: 161-167.

Menkes JH: Textbook of Child Neurology. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 702-724.

ウェブサイトの場合 執筆者名 (編者名): サイト名. URL (最終閲覧日)

例 運動器の 10 年・日本協会: 学校での運動器検診の手引き. http://www.bjd-jp.org/medicalexamination/guide_0.html (2017 年 6 月 1 日閲覧)

A) 3 名以上の著者のときは、はじめの方のみ氏名記載、以下は「他」または「et al」とする。

B) 題名 (欧文) は、はじめのみ大文字、ほかは小文字とする。

C) 雑誌の略名は、原則として、邦文誌は医学中央雑誌略名表、欧文誌は Index Medicus に準じてください。

7. 原稿を送付する際は、出力した原稿に図表を添付し、原稿と同一内容を入力した電子メディア (USB、CD-R 等) を添えて原則、書留郵送とする。(電話及び FAX による受付は不可)。

原稿送付先：〒901-1105

南風原町字新川 218-9

沖縄県医師会医学会編集委員会 宛

8. 著者校正は 1 回とする。その際、脱字、誤植以外の訂正、変更、削除、挿入は差し控える。

9. 別刷りは 30 部までは無料とし、それを超える費用は著者負担とする。

10. 本誌に掲載された内容に関する著作権は沖縄県医師会医学会に帰属するものとする。

プログラム編成委員会 (令和6年10月7日)

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 砂川博司 | 県医師会医学会長 |
| 2. 知花なおみ | 県医師会医学副会長 |
| 3. 大屋祐輔 | 県医師会医学副会長 |
| 4. 河崎英範 | 県医師会医学幹事 |
| 5. 宮里浩 | 県医師会医学幹事 |
| 6. 上江洲徹 | 県医師会医学幹事 |
| 7. 島尻博人 | 県医師会医学幹事 |
| 8. 小禄雅人 | 県医師会医学幹事 |
| 9. 玉城仁 | 県医師会医学幹事 |
| 10. 新垣均 | 県医師会医学幹事 |
| 11. 仲地紀哉 | 県医師会医学幹事 |
| 12. 金城徹 | 県医師会医学幹事 |
| 13. 長井裕 | 県医師会医学幹事 |
| 14. 新垣寛 | 県医師会医学幹事 |
| 15. 戸板孝文 | 県医師会医学幹事 |
| 16. 中村清哉 | 県医師会医学幹事 |
| 17. 神谷武志 | 県医師会医学幹事 |
| 18. 豊見山直樹 | 県医師会医学幹事 |
| 19. 宮城剛志 | 県医師会医学幹事 |
| 20. 知念靖 | 県医師会医学幹事 |
| 21. 知念安紹 | 県医師会医学幹事 |
| 22. 當山裕一 | 県医師会医学幹事 |
| 23. 武村克哉 | 県医師会医学幹事 |
| 24. 佐々木秀章 | 県医師会医学幹事 |
| 25. 友利寛文 | 県医師会医学幹事 |

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）選考委員

- | | |
|-------------|---------------------|
| 1. 大 屋 祐 輔 | 選 考 委 員 長 |
| 2. 千 葉 卓 | 選 考 委 員 |
| 3. 原 永 修 作 | 選 考 委 員 |
| 4. 玉 城 仁 | 選 考 委 員 |
| 5. 河 崎 英 範 | 選 考 委 員 |
| 6. 金 城 忠 嗣 | 選 考 委 員 |
| 7. 張 慶 哲 | 選 考 委 員 |
| 8. 玉 城 正 弘 | 選 考 委 員 |
| 9. 大 内 元 | 選 考 委 員 |
| 10. 武 村 克 哉 | 選 考 委 員 |
| 11. 伊良波 裕 子 | 選 考 委 員 |
| 12. 宮 里 恵 子 | 選 考 委 員 |
| 13. 仲 村 尚 司 | 選 考 委 員 |
| 14. 仲 間 直 崇 | 選 考 委 員 |
| 15. 仲 里 淳 | 選 考 委 員 |
| 16. 山 城 聡 | 選 考 委 員 |
| 17. 尾 原 晴 雄 | 選 考 委 員 |
| 18. 砂 川 博 司 | 県 医 師 会 医 学 会 長 |
| 19. 知 花 なおみ | 県 医 師 会 医 学 会 副 会 長 |

第 137 回沖縄県医師会医学会総会 一般講演演者所属医療機関一覧

(演題数順)

No.	医療機関	演題数
1	中頭病院	11
2	友愛医療センター	10
3	浦添総合病院	8
4	沖縄県立中部病院	7
5	南部徳洲会病院	7
6	琉球大学病院	6
7	沖縄赤十字病院	4
8	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	3
9	沖縄県立北部病院	3
10	国立病院機構沖縄病院	3
11	ハートライフ病院	3
12	北部地区医師会病院	3
13	中部徳洲会病院	2
14	那覇市立病院	2
15	大浜第一病院	1
16	沖縄協同病院	1
17	沖縄県立宮古病院	1
18	下地内科	1
19	貴クリニック	1
20	自宅会員	1

日本専門医機構認定共通講習【医療安全1単位】

「自分ごとから始める医療安全・質改善」

三菱商事株式会社ヘルスケア部 シニアマネジャー
(兼任) エム・シー・ヘルスケアホールディングス株式会社
上席執行役員 Chief Strategy Officer (CSO) / Chief Medical Officer (CMO)
小西 竜太

(学歴)
2002 年 北海道大学医学部卒

2012 年 Harvard School of Public Health 医療政策・管理学部卒 (修士課程)

(職歴)
2002 年 沖縄県立中部病院 内科

2006 年 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター総合内科

2008 年 独立行政法人労働者安全機構 関東労災病院 救急総合診療科 (部長) / 経営戦略室 (室長) / 卒後臨床研修管理室 (室長) / 医療情報部 (副部長) / 入院サポートセンター長を兼任

2019 年～ 三菱商事株式会社ヘルスケア部シニアマネジャー (兼任) エム・シー・ヘルスケアホールディングス株式会社 上席執行役員 Chief Strategy Officer (CSO) / Chief Medical Officer (CMO)

(資格) 総合内科専門医、社会医学系専門医・指導医、認定産業医

皆さんは「医療安全」と聞くと、どんなイメージを持ちますか？複雑な手続き、繰り返される本人確認や署名、インシデントレポートの提出、インシデントが発生した際に犯人探しのようなヒアリングやカルテチェックなど Negative な印象を持っていませんか？とはいえ、どんな医療従事者であっても、回避できる医療事故やエラーをなくすことに異を唱える方はいないはずです。また外来や救急の場面や他科コンサルを受けた際に、「これは医療安全の点で予防できたケースだ」と診断したり、合併症やインシデントケースを診療して「なぜ再発防止できなかったのか」と医療安全の必要性を強く実感した経験もあるでしょう。

今回、皆さんが日々診療している領域で持たれた医療安全や質改善の気づきを、どのように組織全体に広げていくかをテーマにお話したいと思います。正直、忙しい日常では他者を巻き込んだ安全対策を進めるのは難しく、そのまま放置してしまうのが現実です。医療安全や質改善に対して受動的な立場から、自分の気づきを通じて組織や地域の安全・質を変える能動的な立場に踏み出してみませんか？

この講習では、ある医療安全のプロジェクトを通じて、医療安全や質改善の取り組みを現場から組織全体へ拡大するための方法論として個人や組織の行動変容、PDCA・SDCA サイクル、量から質への教育、チームマネジメントなどを追体験していただきます。皆さんの医療現場での、明日からの一歩を支援できれば嬉しいです。

よくわかるシリーズ

「月経前症候群（PMS）の漢方治療」

F クリニック沖縄 院長
多和田 利香

(略歴)	
1996 年	琉球大学法学部卒業
2004 年	琉球大学医学部卒業
2004 年	那覇市立病院初期臨床研修
2006 年	宮崎大学病院産婦人科
2008 年	沖縄県立南部医療センター・ こども医療センター産婦人科
2012 年	兵庫県立尼崎病院東洋医学研究所研修
2013 年	やんハーブクリニック、 Naoko 女性クリニック
2017 年	F クリニック沖縄
(専門医)	産婦人科専門医 女性ヘルスケア専門医 漢方専門医 日本抗加齢学会専門医

月経前症候群（PMS：Premenstrual Syndrome）とは、月経前 3～10 日間に発症する多種多様な精神的あるいは身体的症状で、月経発来とともに減弱あるいは消失するものをいいます。

精神的症状としては、情緒不安定、イライラ、抑うつ、不安、眠気、集中力の低下、睡眠障害など、身体的症状としては、のぼせ、食欲不振・過食、めまい、倦怠感、腹痛、頭痛、腰痛、むくみ、お腹の張り、乳房の張りなどがあります。とくに精神的症状が強い場合には、月経前不快気分障害（PMDD：Premenstrual dysphoric disorder）と呼ばれます。

その原因については未だはっきりとはわかっていませんが、最近では女性ホルモンの変動が関わっているのではないかとされています。排卵のリズムがある女性の場合、排卵から月経までの期間を黄体期と言います。黄体期前半はエストロゲン（卵胞ホルモン）とプロゲステロン（黄体ホルモン）が多く分泌されますが、黄体期の後半にはエストロゲンとプロゲステロンは急激に低下します。この女性ホルモンの急激な低下により、脳内のホルモンや神経伝達物質の異常を引き起こすことが PMS の原因ではないかとされています。

しかし、多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）や更年期の女性など、排卵がない場合にも症状がみられることや、脳内のホルモンや神経伝達物質はストレスなどの影響も受けることから、PMS は女性ホルモンだけが原因ではなく、その他多くの要因が複雑に関連して起きると考えられます。

実際、排卵の有無にかかわらず月経のある女性の約 70～80% が月経前に何らかの症状があると言われています。出現する症状およびその強さには個人差があり、軽度の不快感から日常生活に支障をきたすほどの重症例までさまざまです。生活に困難を感じるほど強い PMS を示す女性は 5% 程度いると言われています。

このように多くの女性を悩ませている PMS の治療として、日本では漢方薬がよく使われています。そして漢方薬の効果を実感されている女性も少なくないと思います。そこで、漢方医学的にみて PMS をどう捉えるのか、漢方薬はなぜ効果があるのか、西洋医学的治療と漢方医学的治療はどう違うのかなど、実際の症例をご提示しながら私見をまじえて解説させていただきたいと思います。

教育講演

「心臓血管外科の最前線」

琉球大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座 教授
古川 浩二郎

教育講演

(学歴)	
昭和 57 年 3 月	福岡県立修猷館高校卒業
昭和 57 年 4 月	佐賀医科大学医学部医学科入学
昭和 63 年 3 月	佐賀医科大学医学部医学科卒業
(職歴)	
昭和 63 年 6 月	佐賀医科大学医学部外科医員
平成元年 9 月	福岡徳洲会病院心臓血管外科医師
平成 3 年 6 月	古賀病院心臓血管外科医師
平成 5 年 12 月	佐賀医科大学医学部附属病院胸部外科助手
平成 8 年 1 月	佐賀県立病院好生館循環器科医師
平成 10 年 7 月	佐賀県立病院好生館心臓血管外科医長
平成 12 年 4 月	佐賀医科大学医学部外科学助手
平成 15 年 7 月	ベイラー医科大学 (アメリカ、ヒューストン) 研究員 (文部科学省在外研究員)
平成 16 年 6 月	佐賀大学医学部外科学助手
平成 18 年 3 月	佐賀大学医学部附属病院心臓血管外科講師
平成 23 年 4 月	佐賀大学医学部胸部・心臓血管外科准教授
平成 29 年 9 月	九州医療センター心臓血管外科部長
平成 30 年 8 月	九州医療センター循環器センター統括運営部長
令和 2 年 9 月	琉球大学胸部心臓血管外科教授

循環器疾患に対する非薬物治療体系は、以前の高侵襲な手術中心からカテーテル治療を代表とする低侵襲な治療法へと大きく変化しています。しかし、カテーテル治療にも限界がありわれわれ心臓血管外科医は、それぞれの治療法の特徴を理解し一人ひとりの患者さんへ最適な治療と最高の結果を提供する義務があります。今回の教育講演では、代表的な循環器疾患である弁膜症・心不全・心房細動・大動脈瘤・末梢動脈疾患に対する最新のカテーテル治療を含む外科治療を紹介することで皆様の明日からの診療の一助になれば幸いです。

弁膜症：超高齢化社会となり大動脈弁狭窄症 (AS) の方が急速に増加しています。80 歳以上の AS の方には経カテーテル大動脈弁移植術 (TAVI) が第一選択で行われます。術後の回復は早く 1 週間以内には自宅退院可能な治療です。75 歳以下の若年の方には従来の開胸下の大動脈弁置換術が行われます。大動脈弁閉鎖不全症 (AR) の方には人工弁を使用せず自己大動脈弁を温存する手術が積極的に行われています。特に若い方には有用です。ほぼすべての僧帽弁閉鎖不全症 (MR) の方には人工弁置換術ではなく形成術が行われます。近年、外科手術が不可能な MR の患者さんにはカテーテル治療である MitraClip が行われます。外科的な大動脈弁および僧帽弁の手術に対しては右小開胸で行う低侵襲心臓手術 (MICS) が積極的に行われており、直視下・内視鏡下・ロボット支援下などの方法があります。

心不全：基本的には薬物治療が行われますが、超重症の心不全の方には種々の機械的補助 (IABP、ECMO、人工心臓：VAD) が行われます。最近、カテーテル左心室補助装置である Impella®が臨床使用可能となり Bridge to recovery、Bridge to VAD として使用されており、重症心不全の患者さんの救命率改善の一助となっています。

心房細動：心房細動の患者さんに対しては、カテーテルによる ablation 治療が行われますが、心房細動が持続する方は脳梗塞予防のために一生の抗凝固薬 (ワーファリン、DOAC) の内服が必要です。脳梗塞の原因となる左心房内の血栓はほぼすべてが左心耳に形成されます。近年、外科的に左心耳を切除することで抗凝固薬を中止することが可能になっています。

大動脈疾患：根治性の高い従来の開胸開腹下の人工血管置換術と低侵襲な大動脈内に人工血管を留置するステントグラフト治療が行われています。

末梢動脈疾患：糖尿病、慢性腎臓病の方の増加により虚血性下肢動脈閉塞症の方が急速に増加しています。バイパス手術とカテーテル治療を組み

(所属学会名 及び役職名、そ の他)	日本外科学会(代議員、専門医、指導医)
	日本胸部外科学会(評議員、認定医、指導医)
	日本心臓血管外科学会(評議員、専門医、修練指導者)
	日本胸部外科九州地方会(評議員)
	植込型補助人工心臓治療学会(植込型補助人工心臓実施医)

合わせて行う Hybrid 治療が多く行われています。また、これからの治療として血行再建が不可能な方には、再生医療製品である脂肪幹細胞の筋肉注射の治験が行われています。

特別講演（ランチョンセミナー）

「治療成績向上に寄与し活動性を改善するリハビリテーション治療」

ちゅうざん病院理事長・院長
和歌山県立医科大学名誉教授
田島 文博

特別講演

(学歴)	
1984 年 5 月	産業医科大学卒業 同リハビリテーション科研修医
1990 年 3 月	同大学院博士課程卒業、 医学博士
(職歴)	
1990 年 4 月	リハビリテーション医学講座助手
1991 年 2 月	リハビリテーション科専門医、講師
1992 年 9 月	ニューヨーク州特別奨学生 (Buswell fellow) 同州立大学医学部リハビリテーション科 Assistant Professor
1994 年 9 月	産業医科大学に復帰
2000 年 3 月	浜松医科大学医学部附属病院リハビリテーション部助教授
2003 年 9 月	和歌山県立医科大学リハビリテーション医学教授 (2023 年迄) 日本ハラスポーツ協会メディカルチェック委員会委員長 (2023 年迄)
2008 年 4 月	那智勝浦町立温泉病院附属スポーツ・温泉医学研究所所長兼任
2009 年 4 月	文部科学省先端科学研究所指定和歌山県立医科大学げんき開発研究所所長兼任
2014 年 4 月	和歌山県立医科大学附属病院副院長兼任 (2017 年迄) 文部科学省より障害者スポーツ医科学研究拠点に認定
2016 年 4 月	和歌山県医師会理事
2018 年 6 月	日本リハビリテーション医学会副理事長 (2024 年まで)
2023 年 3 月	和歌山県立医科大学退職
2023 年 4 月	同名誉教授 大阪河崎リハビリテーション大学理事、京都府立医科大学・日本福祉大学客員教授、ちゅうざん会ちゅうざん病院 院長・理事長就任

産業医科大学 1 期生として卒業してから同大・浜松医大・和歌山医大で 40 年間リハビリテーション科医として診療してきた。リハビリテーション診療の基本は「Whole body で診て、早期から高強度長時間の運動療法を基本とし、“活動を育む”」ことである。障がい者スポーツはその良い例で、パラアスリートは加齢による機能低下を最小化できる。

急性期病院では ICU 入院症例をはじめ、手術症例、抗癌剤投与症例、頸髄損傷等に対して理学・作業・言語聴覚訓練を施行した。予定手術症例は術前から取り組み、毎朝回診をし、毎夕カンファをし、療法士・看護師等にも医学知識の共有に努めた。意識障害のある脳血管障害患者にも 24 時間以内に起立・歩行訓練が開始出来るようになった。

研究にも力を入れ、早期訓練の有用性や効果発現機序に関する研究論文を発表し続けた。例えば、活動筋からホルモン様物質が分泌され、全身の細胞・臓器を活性化するマイオカインの研究である。個人的な感想だが、医師が行った治療の効果は十分に引き出されていないと感じる。診療科を問わず、リハビリテーション治療は治療結果を最良化すると考えている。

和歌山医大病院は DPC 係数日本一となり、僻地の那智勝浦町立温泉病院は黒字化し地域の医療費削減を達成した。獲得研究費は総額 15 億円を超え、同門から 10 名の医学部教授を輩出した。リハビリテーション治療は本格的な高齢化を迎える沖縄県の地域医療に寄与できると考える。

特別企画

Team F-Vision Presents

沖縄県の未来の医療を考える“ちゃーあびー”の大激論会

「医師の“しあわせ”を語るカフェ ～ウェルビーイングを見つける対話のワークショップ～」

沖縄県医師会 常任理事
玉城 研太郎
他 9 名

医師として働く日々の中で、「しあわせ」や「ウェルビーイング」を感じる瞬間はどこにあるのでしょうか？本ワークショップは、世代や専門性の異なる医師たちが一堂に会し、対話を通じて「医師としてのしあわせ」を再発見する 90 分間の場です。

私たち医療者が日々直面する課題には、医療提供体制や地域間格差、診療科の不均衡といったシステム的な問題だけでなく、個々の医師の心の充実や職業的満足感という、より個人的なテーマも含まれています。本ワークショップでは、そうした課題や想いを分かち合いながら、医師としてのキャリアにおいて何が「しあわせ」なのかを、多様な視点から考えます。

対話を通じて、自分自身のウェルビーイングの「種」を見つけ、それを育むための具体的なアイデアを探ることが目的です。また、この場は世代や経験を超えてつながりを築き、沖縄の医療を支える仲間たちとの新たなネットワークを構築する機会でもあります。

「医療には“夢”がある」。その想いを胸に、未来の医療を担う若い医師からレジェンドと呼ばれるベテラン医師まで、共に語り合いましょう。異なる世代の視点を共有しながら、沖縄の医療の未来を明るく照らすために、それぞれのキャリアの中で「しあわせ」を育むきっかけを得られるワークショップです。皆様のご参加を心よりお待ちしております！

若い医療者の声を医療政策に！この企画を運営する Team F-vision は、沖縄県医師会がサポートする若手医師活性化 Project です。若手医師から先輩医師まで、世代の垣根を越えて沖縄県の医療の未来を創っていかれたらと発足したチームです。

1

血管迷走神経性失神を合併した 肥大型心筋症に対して植え込み 型除細動器移植術を行った一例

浦添総合病院

綿引 日奈子、千葉 卓、小林 史明、
高江洲 悟、横田 尚子、田畑 達也、
名護 元志、阿部 昌巳、中田 円仁、
知念 敏也、仲村 健太郎

【緒言】肥大型心筋症 (HCM) による突然死は全体の 40% を占め、原因不明の失神や心原性失神は主要因子の一つであり、植え込み型除細動器 (ICD) の移植が推奨されている。一方、血管迷走神経性失神 (VVS) は予後が良好であるものの、再発率が高く、外傷のリスクがあるため、生活指導とともにペースメーカー治療適応を考える必要がある。【症例】75 歳男性。HCM の既往を持ち、失神を主訴に救急搬送された。座位にて散髪中、15 分ほど経過後に冷汗を伴う気分不良を自覚し失神した。搬送時の心電図では徐脈を呈し、入院後の冠動脈造影検査 (CAG) で冠動脈の有意狭窄はなく、左室造影検査 (LVG) では左室中部心筋肥大と左室心尖部瘤を認めた。心電図モニターで頻回な非持続性心室頻拍が観察され、突然死リスクが高いと判断した。一方で入浴中に再度失神をきたし、直後の心電図で洞性徐脈が認められ VVS を疑った。チルト試験を行い、血圧低下に続き心拍数低下と失神を認め混合型 VVS の診断となった。長時間の立位や座位を避け、弾性ストッキング着用などの生活指導介入後も失神を繰り返すことや HCM の突然死リスクも高いことから ICD 移植術を行った。VVS に有効とされる ICD の closed loop stimulation (CLS) を設定後、失神は起きていない。【考察】高齢者の VVS では前駆症状が乏しく、基礎疾患も有することが多いため、心原性失神との鑑別が重要である。CLS とは心筋収縮成分を心内インピーダンス測定することで即座にレート応答させる機能であり、心抑制型 VVS に有効であるとされているが、混合型に対して有効である報告は乏しい。本症例で ICD 移植後に失神が再発せず有効であった可能性がある。【結語】繰り返す VVS と HCM の突然死リスクも高いことから CLS を有した ICD を移植することで失神の再発を防止できた。失神の原因診断を行い、適切な治療が重要であると考えられる。

2

上腸間膜動脈塞栓症に対する血 栓摘出および小腸切除術後に生 じた著明な徐脈性心房細動によ る嚥下性失神の一例

友愛医療センター

初期臨床研修 循環器内科¹、循環器内科²、ICU³、
心臓血管外科⁴、消化器外科⁵
砂川 尚輝¹⁾、平田 一仁¹⁾、玉城 正弘²⁾、
島袋 伸洋³⁾、安里 昌哉⁴⁾、新垣 朋弘¹⁾、
新崎 修¹⁾、嘉数 真教¹⁾

【症例】85 歳男性【主訴】嚥下中の徐脈・失神【既往歴】発作性心房細動 (Af) エドキサバン使用、大動脈弁狭窄症 (AS) 【現病歴】受診当日急に苦しいと訴え意識も低下したため救急搬送された。到着時 BP123/67 HR123/分 (Af) RR30/分。ECG 上 Af・頻脈で ST 低下を認め急性冠症候群が疑われ、除細動後緊急 CAG したが冠動脈には有意狭窄はなかった。その後、来院時に大動脈解離除外目的で撮像した胸腹部造影 CT で上腸間膜動脈塞栓症を認めたため同日緊急で血栓摘出と小腸部分切除術を施行した。当初洞調律を維持していたが、第 2 病日に Af が再発したため rate control を行い HR90-120/分台の Af で推移した。第 3 病日、突然 4-5 秒の心静止 (Af・房室ブロック) を数回繰り返したため、循環器内科にコンサルトされた。回診時偶然飲水中に心拍数が著しく低下しめまいを訴えたため、嚥下性失神 (SS) と考えられた。患者の許可を得て ECG・動画記録下に飲水させたところ 10 数秒にわたり著しい徐脈となり失神した。飲水量を減らし、ゆっくり嚥下するよう指導し、温水へ変更すると、徐脈発作は軽減した。その後、経口摂取とリハビリが進むにつれ、嚥下時徐脈は改善し以後失神はなかった。抗凝固療法のみを行い第 21 病日に退院した。【考察】SS は嚥下時の機械的刺激などにより迷走神経が過剰に刺激される結果心臓刺激伝導系が抑制され生じる神経調節性失神であり約 30% に胃・食道疾患を合併する。本症例では CT 上、裂孔ヘルニアやアカラジアなどは認めず、また自然に軽快したため機序は不明だが、冷水刺激に加え、術後消化管蠕動の低下とストロー使用による吞気などにより食道内圧が上昇した可能性が考えられた。さらに中等度 AS も発症に寄与したと考える。本症例は動画により発作が可視化できた稀有な症例だった。現在術後約 6 ヶ月経過し他院通院中だが、失神発作は無く経過している。

3

初期診断に苦慮した心原性脳塞
栓症の一例

中部徳洲会病院

安井 暁生、村上 大道、轟 純平

【症例】82 歳男性。意識障害を主訴に救急搬送された。既往歴に心房細動があり、リバーロキサバン内服中であった。搬送時の意識レベルは GCS12 (E4V3M5) であり、顔面麻痺や上下肢麻痺は認めなかった。頭部 CT では有意な頭蓋内病変は認めず、血液検査でも意識障害の原因となる異常所見は認めなかった。脳梗塞は強く疑わなかったものの、除外目的に頭部 MRI/MRA を施行したところ、MRI の拡散強調画像で左側頭葉に高吸収域を認めた。血管内血栓回収術の適応はなく、時間経過および内服歴から脳出血のリスクが高いと判断し、血栓溶解療法は行わなかった。【考察】近年、脳主幹動脈閉塞を疑う症例に対しては病院前の段階から日本脳卒中学会が提唱する large vessel occlusion scale (以下 LV0 scale) でのスクリーニングが推奨されている。本症例では失語と脈の不整の 2 項目が該当した。2 項目該当の場合の特異度 50.9%、感度 88.2%、陽性的中率 33.8% であり、スコアリングから積極的に脳卒中を疑うことは難しかったと思われる。また、心原性脳塞栓症であれば広範囲の神経脱落症状がでるものという思い込みもあり、積極的に脳卒中を疑うことが出来なかった。しかし、本症例では半側空間無視が評価できず、仮に 3 項目該当した場合の特異度は 73.8% に上昇する。不確定な項目に関しては該当するものとして積極的に検査をすることも必要だったと思われる。本症例では血管内血栓回収術の適応はなかったが、初期診断に時間を要したために、血栓溶解療法の適応時間も逸した可能性がある。今後、早期介入の時期を逸しないためにも LV0 scale に頼らない診療が重要である。

【結語】脳卒中の初期診療においては、LV0 scale の該当項目が少なくても安易に可能性を否定せずに頭部 MRI の適応を検討する必要がある。

4

抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の治療
中にヘパリン起因性血小板減少症
による多発動静脈血栓症をきたし
た 1 例

北部地区医師会病院

初期臨床研修医¹、呼吸器・感染症科²、

琉球大学大学院医学研究科

感染症・呼吸器・消化器内科学講座（第一内科）³吉田 志野¹⁾、高江洲 壮^{2,3)}、國吉 健太^{2,3)}、知花 凜^{2,3)}、田里 大輔²⁾、山本 和子³⁾

【緒言】ヘパリン起因性血小板減少症 (heparin-induced thrombocytopenia; 以下 HIT) はヘパリン依存性 IgG 抗体がヘパリン/血小板因子 4 (PF4) 複合体に結合して血小板を活性化し、凝固亢進状態を引き起こす疾患である。今回、抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎の治療中に HIT による多発動静脈血栓症をきたした症例を経験したため報告する。

【症例】68 歳・女性。1 ヶ月前からの乾性咳嗽、労作時呼吸困難を主訴に近医を受診し、間質性肺炎が疑われ当院に紹介となった。両下肺背側に fine crackles を聴取し、肘・膝関節にはゴットロン徴候を認めた。CT で両下葉優位にすりガラス影を認め、抗 ARS 抗体陽性であったことから、抗 ARS 抗体症候群に伴う間質性肺炎と診断し、入院にて免疫抑制療法（プレドニゾロン+タクロリムス）を開始し、18 日目にはシクロホスファミド大量静注療法を行った。22 日目に右下腿の把握痛・D-dimer の上昇があり、造影 CT で肺血栓塞栓症 (PE)、右下腿深部静脈血栓症 (DVT) が確認されたためヘパリンの持続静注を開始した。37 日目に左下肢末梢冷感が出現し、造影 CT で腹部大動脈から両側総腸骨動脈、左膝窩動脈などに血栓を認めた。HIT を強く疑ってヘパリンを中止し、リバーロキサバン内服、フォンダパリクス皮下注射を開始したところ血栓症は改善した。後日、HIT 抗体陽性が確認され、最終的に HIT による多発動静脈血栓症と診断した。

【考察】本症例は、末梢ラインのヘパリンロックが HIT とそれに伴う PE および DVT を誘発し、その治療として行ったヘパリン持続静注がさらに HIT を悪化させ、多発動脈血栓症をきたしたと考えられた。血栓症の鑑別疾患として早期に HIT を挙げていれば、その後の多発動脈血栓症の発症は防ぐことができた可能性がある。

【結語】鑑別疾患を挙げて丁寧に検討することの重要性や、抗血栓治療がかえって血栓症を悪化させる病態があることを知ったなど、反省や学びが多い症例であった。

5

鼓膜炎から早期診断し得た、咳嗽のない *Mycoplasma pneumoniae* 感染の一例

浦添総合病院 総合内科¹

大城 千雅記¹⁾、鈴木 智晴¹⁾、宮川 峻¹⁾、
櫻井 俊彰¹⁾、那須 道高¹⁾

【緒言】細胞内寄生菌である *Mycoplasma pneumoniae* 感染症は、細菌感染でありながら、自然軽快しうる感染症である。「頑固な咳」が主な症状だが、多彩な症状を引き起こすため、典型的な咳嗽を欠く場合には本感染症を早期に診断することは難しい。【症例】29歳女性、入院13日前から発熱し、7日前から圧痛を伴う両側後頸部リンパ節腫大が出現した。解熱したものの頭痛、嘔吐が出現して救急外来を受診した。重症感があり髄液検査が施行され、リンパ球優位の細胞数上昇があり、無菌性髄膜炎の疑いで当日に救急部より紹介、当科に入院した。頭痛以外の症状に耳の違和感があり、耳鏡検査では鼓膜の軽度発赤があった。入院後、頭痛の対症療法を行いながら経過観察し、入院4日目で頭痛が軽快しはじめた。同日髄液 Multiplex PCR 法による各種細菌及びウイルスは陰性で、抗 *Mycoplasma* 抗体価 (PA 法) が320倍と判明し、*M. pneumoniae* 感染症と確定診断した。自然軽快するだろうということを患者と共有し、抗菌薬治療は行わず入院7日目で症状が改善し退院した。【考察】*M. pneumoniae* 感染症の肺外症状の中では神経症状の頻度が高く、中でも脳炎や髄膜炎が最も多い。また12-31%の頻度で中耳炎がみられ、鼓膜炎を呈することもある。*M. pneumoniae* 感染症では頑固な咳嗽というステレオタイプにより、咳を欠く場合には診断が難しい。本例では、無菌性髄膜炎を疑う髄液所見から *Mycoplasma* 感染症が鑑別に挙がり、鼓膜の発赤から本感染症を強く疑い早期に確定診断できた。また早期に確定診断できたことにより、患者と「治療を要さず自然に軽快するのを期待できる」という方針を共同意思決定ができ、不要な抗菌薬治療を回避し得た。【結語】典型的な咳嗽を伴わない、肺外症状のみの *M. pneumoniae* 感染症を早期診断し得た。鼓膜炎を契機に本病態を早期に診断することは、患者への不要な抗菌薬治療を避けるためにも非常に意義深い。

6

精神症状を初発とした神経梅毒の一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター¹、
天久台病院²

上原 未琴¹⁾、成田 雅¹⁾、丸尾 駿斗²⁾、
照屋 翔二郎¹⁾、山田 義貴¹⁾、山城 貴之¹⁾、
仲地 耕¹⁾、神里 尚美¹⁾

【緒言】梅毒は細菌性の性感染症で、全身に多彩な臨床症状を生じる。神経梅毒は病期を問わず生じうる。幻覚・妄想といった精神症状を初発とした神経梅毒の一例を報告する。

【症例】20代で性的活動が活発であった47歳男性。受診4年前から急に周囲から監視されている感覚や「(人名)が死ぬ」という幻聴を自覚した。同症状が増悪し自殺企図があり前医を受診し、梅毒反応陽性にて精査目的に当院紹介となった。バイタルサイン、身体所見、神経学的所見ともに異常所見は認めず、梅毒血清検査でRPR定性、TP抗体定性ともに陽性であり、髄液検査でFTA-ABS IgG陽性、白血球数増多を認め、神経梅毒の診断となった。抗菌薬投与4日目で幻覚消失を認め、投与14日目で治療終了した。治療から5ヶ月後も症状再燃はみられていない。

【考察】梅毒の起因病原体である *Treponema pallidum* は第一期、第二期梅毒の時点で25~60%と高率に中枢神経に移行するため神経梅毒は病期を問わず生じうる。梅毒は全身に多彩な臨床症状を来す一方で、自覚症状がないまま合併症を生じることもある。本症例は前医より梅毒反応陽性で当院紹介となった経緯もあり性交渉歴など聴取し梅毒の可能性を評価できたが、幻聴や被害妄想といった精神症状からは統合失調症が考えられる。DSM-5における統合失調症の診断基準では他疾患の除外が求められ、性感染症である梅毒も含まれる。病歴としてのハイリスクな性行動、性的指向、原因不明の皮疹や陰部潰瘍、性感染症の治療もしくは自然治癒した病歴などを詳しく聴取することが重要である。

【結語】本邦の梅毒感染者数は年々増加しており神経梅毒の症例の増加も予想される。精神症状を呈する症例では内科的疾患の除外を行うことが重要である。梅毒は典型的な症状を呈さない例もあり見逃される。診断がつかない場合や性感染症リスクが高い場合には常に梅毒を疑うことが重要である。

7

低カリウム性周期性四肢麻痺と 肝機能異常から診断に至った腺 外病変を有する活動性シェーグ レン症候群の 1 例

中頭病院 総合内科

高森 ゆうみ、比嘉 慧、平良 貴大、
與那覇 忠博、新里 敬

【緒言】シェーグレン症候群(以下 SjS)は腺組織へのリンパ球浸潤による乾燥症状を特徴とする慢性炎症性自己免疫疾患であり、腺外症状としての腎合併症では、尿細管間質病変に伴う尿細管性アシドーシスがよく知られている一方で、肝障害では自己免疫性肝炎や原発性胆汁性胆管炎の合併の報告もある。今回、腎臓・肝臓に腺外病変を有し、全身症状を呈した SjS を経験したので報告する。

【症例】特に既往のない 44 歳女性。受診 3 ヶ月前より職場が忙しくなったことを契機に食事量が徐々に減少し、3 ヶ月間で 8kg の体重減少を認めた。搬送 3 日前より両側大腿部痛が見られた。搬送当日の起床時に両上肢の脱力を自覚し、昼頃から両下肢の脱力で歩行困難となり、救急室を受診した。四肢に左右対称性の筋力低下あり、血中カリウム値 1.3 mEq/l の結果より、低カリウム血症に伴う周期性四肢麻痺と診断し、輸液や内服によるカリウムの大量補充を行った。ドライアイや口腔乾燥など乾燥症状の病歴聴取より SjS を仮説疾患とし、抗 Ro/SS-A 抗体陽性および口唇生検での陽性所見により確定診断に至った。低カリウム血症の原因は、遠位尿細管性アシドーシスの病態であったことから SjS の腎病変と考えられた。また入院時より持続する肝胆道系酵素の上昇を認め、肝生検を含めた検査を行った結果、自己免疫性肝炎の合併を確認した。入院 16 日目に退院し、2 つの腺外病変に対するステロイドの内服加療を外来で開始した。【考察】本症例は、肝・腎に臓器障害を有する SjS と最終的には診断されたが、著しい臓器障害を伴っていなかったことから、肝病変の正確な診断を先行しステロイド治療を行った。膠原病疾患では、臓器障害の程度に応じて治療のタイミングを判断する必要がある。【結語】腺外病変を有する SjS は予後悪化の可能性があるので、各臓器の合併症について十分に精通し、全身俯瞰的な病歴聴取と診断検査を行うことが重要である。

8

2 型呼吸不全の鑑別疾患に苦慮し 粘液腫性昏睡と診断した一例

沖縄県立中部病院 腎臓内科¹、呼吸器内科²、
総合内科³

鈴木 優花¹⁾、古閑 和生¹⁾、伊是名 純弥¹⁾、
山本 恭資³⁾、芝池 庸仁¹⁾、照屋 周造¹⁾、
末田 善彦¹⁾、喜舎場 朝雄²⁾

【諸言】甲状腺機能異常は多彩な症状を呈し、様々な主訴において鑑別にあげるべき疾患である。今回我々は 2 型呼吸不全を伴う意識障害を呈し、挿管に至った甲状腺機能低下症の症例を経験したのでここに報告する。

【症例】COPD、心不全が既往にある 83 歳男性。半年前から便秘、認知機能低下を指摘されていた。2 日前から進行する呼吸困難、異常行動、救急車で酸素投与後に増悪する意識障害で来院した。来院時のバイタルサインは JCS30、血圧 130/80mmHg、心拍数 62/分、呼吸数 40/分、SpO₂ 93% (リザーバマスク 15L)、体温 36.9 度。身体所見は軽度下腿浮腫があり、両下肢腱反射の消失を認めた。動脈血液ガスで pH 7.200、PaCO₂ 98.6mmHg。胸部 X 線で心拡大はあるが胸水貯留はなく、2 型呼吸不全と CO₂ ナルコーシスに対して挿管管理とした。髄膜炎の可能性を考えて CTRX、ACV で治療を開始した。第 2 病日には CO₂ 低下と共に意識レベルも改善した。うっ血性心不全の合併もあり利尿を開始したが、第 3 病日には抜管した。第 5 病日に意識障害の再燃および CO₂ の再上昇を認めたため、NPPV を装着し、CO₂ と意識レベル共に改善し経鼻酸素まで漸減した。その後も意識レベル低下、CO₂ 貯留を繰り返し、NPPV の離脱が困難な状態が遷延した。繰り返す CO₂ 貯留の原因検索を改めて行ったところ、甲状腺機能低下を認め、粘液水腫性昏睡と診断した。チラーゼン内服を開始し、第 11 病日に NPPV を離脱した。

【考察】粘液水腫性昏睡は、長期的に重度の甲状腺機能低下が持続し、低体温、呼吸不全、循環不全が中枢性神経系の機能障害をきたすため、早期診断と治療が重要である。甲状腺機能低下症は症状に乏しいため、原因が明らかでない 2 型呼吸不全では、甲状腺機能を確認することが重要である。

9

ラトケ嚢胞による下垂体性副腎不全の 1 例

沖縄協同病院 初期研修医¹、内科²

長嶺 大和¹⁾、中村 一希²⁾、加藤 友美²⁾、
嵩原 安彦²⁾

【諸言】ラトケ嚢胞は下垂体卒中様の急激な頭痛を呈することがある。本症例は、頭痛を主訴に受診し、ラトケ嚢胞に伴う下垂体性副腎不全と診断された 1 例である。

【症例】74 歳、女性。入院 11 日前に頭痛、めまい、嘔吐が出現した。入院 3 日前に当院を初診し、頭部 CT では異常の指摘なく帰宅となった。再受診時に低ナトリウム血症 (Na 110 mEq/L) が確認され、入院となった。入院後、かかりつけ医から下垂体腫大の既往が報告され、初診時の頭部 CT を再評価したところ、下垂体出血が疑われた。頭部 MRI で下垂体の出血性梗塞が疑われ、内分泌検査で血中コルチゾール 7.5 μ g/dL、ACTH 22.2 pg/mL、その他下垂体ホルモンの低値を認めたため、下垂体卒中による下垂体性副腎不全と暫定診断した。ヒドロコルチゾン補充療法により低ナトリウム血症は改善し、その後コルチゾール、ACTH、その他下垂体ホルモンは正常化した。入院 5 日目に視野検査にて右眼の耳側半盲を認めたため、当院初診から 56 日目に内視鏡下経鼻経蝶形骨洞腫瘍摘出術が施行された。術後の病理所見よりラトケ嚢胞の診断となった。

【考察】ラトケ嚢胞は大部分が無症候性であるが、頭痛、視機能障害、下垂体機能低下症などの下垂体卒中様の急性な症候を呈することがある。頭痛の精査における頭部 CT では下垂体の病変は見逃されることが多いため注意が必要であり、低ナトリウム血症の原因として下垂体性副腎不全を鑑別に挙げるのが診断の一助となる。

【結語】ラトケ嚢胞による下垂体性副腎不全の 1 例を経験した。頭痛を伴う低ナトリウム血症では下垂体性病変を鑑別に挙げるのが重要である。

10

向精神薬の使用によるせん妄に及ぼす影響に関する後方視的調査研究

琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター¹、
精神科神経科²

松原 洋夏¹⁾、石橋 孝勇²⁾、嵩原 駿平²⁾、
座間味 優²⁾、新里 輔鷹²⁾、普天間 国博²⁾、
高江洲 義和²⁾

(背景)精神科リエゾン診療において、他科におけるせん妄や不眠に対処することがある。その際に既にベンゾジアゼピン受容体作動薬などの向精神薬が処方されており、せん妄が惹起されている症例を経験する。今回の調査は当院における向精神薬の処方実態を調査し、これらの薬剤のせん妄に及ぼす影響を明らかにすることを目的として行った。(方法)2023 年 10 月から 2024 年 6 月までの当院入院患者の内、精神科リエゾン介入を行った患者 100 名に対して、診療録より後方的に調査した。なお、せん妄については診療録に基づく医師の臨床診断により判断した。本研究は琉球大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。(結果)対象となった入院患者は 100 名であり、その中でリエゾン介入時点でせん妄ありと診断された患者は 56 名であった。対象患者の年齢の中央値は 70 歳、性別は男性 55 名、診療科は内科 42 名、外科 25 名、その他の診療科が 33 名であった。せん妄を誘発する要因と考えられた疾患は、感染症 58 名、悪性腫瘍 53 名、全身麻酔手術 36 名であった。せん妄の有無による臨床背景の比較では、せん妄ありの患者は、せん妄なしの患者群と比較して有意に入院時年齢が高く ($p=0.002$)、有意に男性が多く ($p=0.035$)、有意に全身麻酔手術を行っていた ($p=0.014$)。(考察)本研究では、向精神薬のせん妄に与える影響を調査した。一般的にベンゾジアゼピン受容体作動薬などがせん妄の誘発要因として先行研究として報告されており、発表ではこれらの薬剤のせん妄に与える影響について議論したい。

11

経食道心臓超音波検査ガイド下 心臓内腫瘍生検で診断された心 臓原発性大細胞型 B 細胞 リンパ腫 (DLBCL) の一例

琉球大学病院 総合臨床研修教育センター
眞壁 知花、眞榮平 広也、新城 翔大、
谷 道人、山城 俊樹、糸数 優樹、宮城 文音、
永田 春乃、潮平 親哉、潮平 朝洋、
當間 裕一郎、池宮城 秀一、岩淵 成志、
楠瀬 賢也

【主訴】労作性呼吸困難【現病歴】2ヶ月前から
労作時息切れを自覚し、徐々に増悪が見られ
た。X-1日に近医受診し、肺炎と心不全疑いでX日
に前医を紹介受診となった。来院時、低酸素血症
を認め、両側胸水および下腿浮腫を伴う心不全の
状態であり気管内挿管が実施され人工呼吸器管
理となった。同院で施行された経胸壁心臓超音波
検査と造影 CT で心房に巨大腫瘍を認めたため、
手術などを含めた加療目的に当院に転院となっ
た。【経過】両心房内に巨大腫瘍を認めたが開胸
手術のリスクが高く、経食道心臓超音波検査
(TEE)ガイド下での心臓内腫瘍生検を実施した。
大腿静脈からステアブルシースを挿入し、TEE と
X線透視を用いて腫瘍の位置を確認しながら組織
を採取した。病理診断の結果、DLBCLの診断とな
った。診断後、ICU管理下で化学療法を開始した。

【考察】本症例はTEEガイド下心臓内腫瘍生検が
開胸手術不可能な心臓腫瘍の診断に寄与した1例
である。この方法により、到達困難かつ高リスク
な部位の組織採取が可能となり診断と治療方針
を決定する事ができた。全身状態が不良で開胸手
術に耐えられない患者に対して、安全かつ効果的
な診断手段の一つとなり得る。

12

腹痛を契機に発症した脾梗塞の 1例

大浜第一病院 初期研修医¹、糖尿病センター²、
循環器内科³
砂川 大輔¹⁾、照屋 理子²⁾、前田 武俊³⁾

【緒言】脾梗塞はまれな疾患であるが、診断・治
療が遅れると膿瘍形成や脾破裂のなど致命的な
状態に陥る危険がある。今回は腹痛を主訴に来院
した脾梗塞を経験したので報告する。【症例】
basedow 病にて甲状腺全摘術後、レボチロキシ
ン 150 μ g 服用中、心房細動、高血圧の既往ある 55
歳男性。来院前日夜から腹部全体に違和感を自
覚、1時間で症状消失したため自宅で経過観察し
ていた。来院の2時間前より腹部全体にNRS10/10
の鈍痛が出現し、症状持続のため救急搬送要請と
なった。来院時のバイタルは血圧 171/124mmHg、
脈拍 74/min、SpO₂96% (room air)、呼吸数 13/min、
体温 36.6℃であった。身体所見では心窩部を中心
に圧痛が見られたが反跳痛や筋性防御は見られ
なかった。血液検査ではWBC 13280/Lの上昇を認
め、心電図では心房細動波形、腹部造影 CT にて
脾臓と右腎臓に造影不良の低吸収域を認めた。心
原性塞栓症による脾梗塞と右腎梗塞の疑いにて
入院となり、ヘパリンによる抗凝固療法と腹痛に
対して疼痛コントロールを開始した。第2病日に
頭部 MRI を撮影し、新規の脳梗塞の所見は認めな
かった。第4病日に経食道心エコーを施行し、心
腔内血栓は認めなかった。フォローの腹部造影 CT
では造影不良域の改善認め、第5病日にはヘパ
リンを中止し、エンドキサバンの内服に切り替え
た。第13病日には疼痛改善を認め退院となった。

【考察】脾梗塞は心疾患や血液疾患などの基礎疾
患を有している事が多い。本症例では元々、心房
細動に対して抗凝固薬を内服していたが2年間の
自己中断があり血栓形成のリスクがあった。脾梗
塞は早期診断・早期治療が必要であり、腹痛を主
訴にする者で病歴聴取の中でリスクファクター
を有しているものは鑑別診断で念頭に入れ、エ
コーや造影 CT などの検査を考慮する必要がある。

【結語】今回、我々は腹痛を主訴に搬送された脾
梗塞を経験した1例を報告した。

13

特徴的な腹痛の性状から診断に至った Fitz-Hugh-Curtis 症候群の一例

沖縄県立中部病院 総合内科¹、産婦人科²

西銘 開¹⁾、矢野 裕之¹⁾、宮師 美和²⁾、
尾原 晴雄¹⁾

(緒言)Fitz-Hugh-Curtis 症候群(以下 FHCS)は骨盤内炎症性疾患の波及により肝周囲炎をきたす稀な病態である。典型的には下腹部痛や帯下の増加などを伴う、急性発症の右季肋部痛が特徴的である。右季肋部痛の原因は多岐にわたり、初期に FHCS と診断されないことも少なくない。(症例)特に既往のない 21 歳女性。来院 6 時間前に寝転がった際に右側腹部痛を自覚し、当院救急室を受診した。腹痛は体を反るような動きや、深呼吸時に増悪し、歩くと響くような痛みで、嘔吐・下痢は伴っていなかった。月経不順はなく、最終性交渉は約 1 ヶ月前、下腹部痛や帯下の変化もないとのことだった。身体所見では呼吸音は正常であり、右側腹部に圧痛があり、右肋骨脊柱角叩打痛を認めた。採血では炎症所見を認め、膿尿や細菌尿は認めなかった。急性発症の右季肋部痛の鑑別は多岐にわたるが、体動や深呼吸時、歩行で増悪する痛みの性状から横隔膜周囲の腹膜の炎症を想起し、若年女性であることから FHCS を鑑別に挙げ、造影 CT の撮像と婦人科コンサルトを行った。CT では肝臓辺縁に早期濃染像を認め、婦人科診察で cervical motion tenderness は陽性であった。後日の外来にて救急外来で採取した検体より *Neisseria gonorrhoeae*、*Chlamydia trachomatis* が陽性となり、入院にてセフトリアキソン、アジスロマイシンにて加療を行った。(考察)FHCS と診断された症例のうち、下腹部痛が見られるのは約 60-70%と本症例のように下腹部痛がない場合も少なくはない。病態を鑑みると本症例のような腹膜の炎症を想起するような症状は特徴的であると考え。稀ではあるものの、診断が遅れた場合、卵管炎などを合併し、不妊等へ至る可能性もあるため特徴的な腹痛を見逃さないことが重要であると考え。(結語)腹痛の診察においては、発症様式や痛みの性状などの病歴から病態を想起し、年齢・性別を考慮して鑑別を挙げることで診断にいたること学んだ。

14

壊死性筋膜炎に合併した横紋筋融解症の救命例 CPK 軽度高値は軽症なのか？

南部徳洲会病院 総合診療科¹、整形外科²

高木 弘毅¹⁾、今村 恵¹⁾、西島 功¹⁾、
妹尾 真実¹⁾、照屋 彩夏¹⁾、平良 啓之²⁾、
長谷川 倫子²⁾

【はじめに】横紋筋融解症は骨格筋の変性・壊死によりミオグロビンやクレアチニンキナーゼ(以下 CK)・カリウムが血/尿中に放出され、脱力から心肺循環障害や多臓器不全などの致死的病態と症状が多岐にわたり、一般診療から災害救急と多様な場面で遭遇する。今回壊死性筋膜炎に合併した横紋筋融解症の救命例について報告する。

【症例】51 歳男性で、31 歳時にアルコール性肝硬変と診断され当院外来通院中。来院 3 日前から両下肢の脱力を自覚し、症状改善しないため救急搬送となる。搬送時の Vital Sign は BP128/95 mmHg・HR114 回/分・BT40.8℃と頻脈と高熱があり、その他身体所見では両下肢の振動覚低下のみ認めた。血液検査で CK 2895 U/L と軽度の横紋筋融解症があり歩行可能のため内科外来フォローとなっていた。翌日の外来で CK 151,689 U/L と顕著な上昇があり重症横紋筋融解症と診断され入院。入院時に左足関節の軽度発赤があり蜂窩織炎と診断し CEZ+CLDM の投与も開始した。第 2 病日に HR150 回/分・BP80mmHg 台の Shock vital に至り、敗血症性ショックを疑い熱源精査を行うと左下腿炎症所見の悪化を確認し、finger test 陽性のため整形外科介入のもと壊死性筋膜炎の可能性が高いと判断し、左下肢デブリドマンを緊急で施行し ICU にて全身管理となった。血液培養から *S. dysgalactiae* が検出された。

【治療経過】入院後 4 回のデブリドマンを実施し植皮術を行った。入院 123 日目に自宅に独歩退院となった。

【考察】本症例は軽度の CK 高値を見逃さず外来に繋いだため救命できた症例である。個人因子に関係なく外傷性や薬剤性・代謝性など様々な原因で起こり、本例のように重症感染症に合併することもあるため、CK 軽度上昇であっても原因検索が必須である。我々研修医はこのような病態に ER 等でよく遭遇するが、致死的病態を常に想定しながら経過の追視が必要だと考える。

15

腸腰筋内血腫から後天性血友病
の診断に至った一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
研修センター¹、救急・集中治療科²、血液・腫瘍
内科³

森嶋 由佳¹⁾、外間 亮²⁾、後藤 法広²⁾、
友利 昌平³⁾、鯉江 めぐみ²⁾、中川 丞子²⁾、
一山 紗彩²⁾、新里 盛朗²⁾、富山 修志²⁾、
土屋 洋之²⁾、大田 大樹²⁾、星野 耕大²⁾

【緒言】救急外来で貧血の患者に対し画像検査で出血源を特定し、止血処置を要する症例に遭遇することはたびたびあるが、出血傾向の原因検索は忘れがちである。今回、バイアスピリン内服中の患者の初発の腸腰筋内血腫に対して経カテーテル的動脈塞栓術 (TAE) を施行し、凝固異常から後天性血友病の診断に至った症例を経験したため報告する。

【症例】延髄外側症候群の既往がありバイアスピリン内服中の 75 歳男性。受診日の 2 週間ほど前より、外傷などの誘因なく両上肢と体幹に紫斑を認めた。受診当日にかかりつけ医の定期外来を受診した際、血液検査で Hb5.2g/dL の貧血が指摘され、造影 CT で extravasation を伴う右腸腰筋内血腫を認めたため、治療目的に当院へ紹介となった。搬送当日に TAE 実施し、右第 3-5 腰椎腰動脈と右上殿動脈をゼラチンスポンジ (GS) で塞栓した。受診時の血液検査で血小板 24 万/ μ L、PT(INR) 1.08、APTT55.1 秒と APTT が延長し、クロスミキシング試験にて欠乏パターンを示した。VIII 因子活性低下と VIII 因子インヒビター陽性であり、後天性血友病として入院 7 日目にステロイドパルスとバイパス止血療法を実施した。入院 8 日目に後天性血友病の治療目的に他院へ転院となった。

【考察】後天性血友病は稀な疾患であるが、実際の発症数はさらに多く、本邦での発症率は海外のものに近いものと推測される。本症例では、当初はバイアスピリン内服による影響で出血傾向があると考えられていたが、凝固異常を精査した結果、後天性血友病と診断することができた。

【結語】出血傾向をみたら止血だけでなく、その原因検索も行う必要がある。

16

COVID-19 に伴う咳嗽が原因と考
えられた腹直筋血腫に対して
TAE を施行した 1 例

ハートライフ病院 外科

伊波 雅人、宮平 工、松尾 聖哉、国吉 史雄、
阿嘉 裕之、加藤 滋、比嘉 宇郎、花城 直次、
西原 実、奥島 憲彦

諸言. 腹直筋血腫は比較的稀な疾患で、高齢者や抗凝固療法中の患者に多く、上下腹壁動静脈の破綻により腹直筋鞘内に血腫を生じる病態である。今回、咳嗽が原因と考えられた腹直筋血腫に対し、TAE を施行した 1 例を経験したので文献的考察を加え考察する。症例. 91 歳女性。来院 1 週間前より発熱、咳嗽を自覚した。来院 5 日前より咳嗽時の左下腹部痛を自覚していたが、来院同日に左下腹部痛が増強したため救急搬送となった。vital sign は 159/110 mmHg と血圧高値を認めた。腹部に外傷は認めず、下腹部に圧痛を認め、下腹部やや左に腫瘤を触れた。エコー検査では、腫瘤触知部位に 59×43 mm 大の辺縁整、まだら状の腫瘤を認めた。造影 CT 検査では、左腹直筋に 71×49 mm 大のレンズ状の辺縁整、内部不均一な腫瘤を認め、腫瘤内に造影剤の血管外漏出も認めた。臨床検査では、新型コロナウイルス抗原は陽性で、血液検査で異常所見は認めなかった。以上から、左腹直筋血腫の診断とし、同日、左下腹壁動脈を塞栓した。原因は COVID-19 に伴う咳嗽が考えられた。入院経過で貧血の進行は認めるものの、vital sign の異常を認めなかったため輸血は行わなかった。術後経過は良好であり、7 日後の CT で血腫の縮小を認め、術後第 11 病日に退院となった。考察. 腹直筋血腫は比較的稀な疾患だが、抗血栓薬を服用する高齢者の増加により罹患率が増加している。非外傷性腹直筋血腫の原因では咳嗽が最も多い。治療は圧迫や安静、疼痛管理などの保存的加療が原則となる。横筋筋膜間や骨盤内に血腫を認める場合や造影剤の血管外漏出に加え、貧血の進行や血腫の増大などを認める際には TAE や手術を検討する。本症例は、造影 CT 検査にて造影剤の血管外漏出を認めたため TAE を施行した。結語. COVID-19 に伴う咳嗽が原因と考えられた腹直筋血腫に対して TAE を施行した 1 例を経験したので報告した。腹直筋血腫も急性腹症の鑑別疾患に含めるべきである。

17

Hirschsprung 病術後、コンプライアンス・排便コントロール不良により、巨大結腸症、虚血性大腸炎を発症し、結腸亜全摘を施行した 1 例

沖縄県立北部病院 研修医¹、沖縄県立中部病院²

島袋 希真¹⁾、木下 高之介¹⁾、加藤 崇²⁾、

岡田 晋一郎¹⁾、久貝 忠男¹⁾

Hirschsprung 病は肛門から連続して生じる腸管壁の神経節細胞 (Auerbach 神経叢, Meissner 神経叢) の先天性欠如 (無神経節腸管) により、病変部の蠕動運動不全と狭小化をきたす疾患である。イレウス症状のほか巨大結腸症を呈する。症例は 22 歳男性。Hirschsprung 病 short 型として、生後 7 ヶ月に Soave 法 (根治術) を、8 歳時に巨大結腸部切除を行なった。その後の服薬・受診コンプライアンスが悪く、排便コントロール不良であり、重症便秘、糞便性イレウスで数回の入院歴があった。入院 3 日前から発熱と便秘あり、自宅浴室で倒れて救急搬送された。来院時体温 37.7 度、血圧 115/70mmHg、脈拍数 138 回、呼吸数 30 回とショックバイタルだった。腹部膨満と下腹部中心に軽度圧痛あり、腹膜刺激徴候なし、血液検査で炎症反応上昇、肝酵素上昇、Mg7.7 と著明な高値を認めた。単純 CT では、以前と同様の大腸の拡張を認め、明らかな腸管外エアーや腸管壁内気腫、門脈ガス像はなく、排便不良に伴う高度脱水と高 Mg 血症に伴う意識障害と診断し入院した。経肛門的にネラトンチューブを挿入し便を排出して、大量輸液を施行した。入院翌日、電解質や炎症反応は改善したが、嘔吐と腹部全体の圧痛を認めるため単純 CT を施行、広範な結腸壁内気腫像を認めた。結腸壊死を疑い緊急手術を行った。拡張した結腸漿膜に壊死所見は認めなかったが、粘膜壊死に伴う菌血症の可能性と巨大結腸症による排便障害の改善を目的に結腸亜全摘、回腸囊直腸吻合、回腸瘻造設術を行った。経過は概ね順調で術後 21 日目に退院した。今後は回腸瘻閉鎖術を予定している。Hirschsprung 病の治療は無神経節腸管の切除だが、同病の 10% に全結腸型を認め、15% の死亡率を有する。人工肛門造設例は散見されるが結腸全摘術は少なく、ここに報告する。

18

回腸利用新膀胱造設術後患者に生じた代謝性アシドーシスの一例

沖縄県立宮古病院

鈴木 守、砂川 惇司

【緒言】回腸利用新膀胱造設術は尿路変向の方法として普及しているが、その合併症として代謝性アシドーシスがあることはあまり知られていない。今回、回腸利用新膀胱造設術後の患者で代謝性アシドーシスに至った症例を経験した。【症例】2 型糖尿病でインスリン強化療法中、膀胱癌に膀胱全摘・回腸利用新膀胱造設術後の 67 歳男性が、来院 7 日前からの全身倦怠感、来院 3 日前からの繰り返す嘔吐で食事摂取困難となり、救急外来を受診した。経過中、発熱や下痢、腹痛はなく、来院時意識清明で血圧 130/85mmHg、脈拍 108 回/分、SpO₂ 98% (室内気) であった。血液ガス分析で pH 7.076、PCO₂ 22.8mmHg、HCO₃⁻ 6.4mEq/L、Na 134mEq/L、Cl 120mEq/L、K 4.4mEq/L、乳酸 1.1mmol/L、血糖 149mg/dL、尿ケトン陰性であった。高 Cl 性代謝性アシドーシスの補正と精査目的に入院となった。鑑別に糖尿病性ケトアシドーシスや尿細管性アシドーシス、回腸利用新膀胱造設術後合併症を挙げた。各種検査から体調不良による導尿頻度の低下に伴い、回腸利用新膀胱での Cl の再吸収と重炭酸排泄亢進で生じた高 Cl 性代謝性アシドーシスと診断した。重炭酸の補充で加療開始し、入院 2 日目には嘔気や倦怠感は改善した。重炭酸ナトリウムの内服調整と、導尿頻度を一定に保つよう指導し、入院 11 日目に退院した。【考察】腸管では、管腔内からのクロール吸収と重炭酸の排泄が行われる。回腸利用新膀胱造設術後に、尿が腸管に貯留した場合にも同様の機序で、高 Cl 性代謝性アシドーシスが生じうる。重炭酸の内服や導尿回数を一定に保つ生活指導によって予防可能な合併症と考えられる。【結語】今回、回腸利用新膀胱造設術の合併症である代謝性アシドーシスの症例を経験した。回腸利用新膀胱造設術後には導尿回数の低下によって重度なアシドーシスを合併しうるが、重炭酸の内服や生活指導によって予防可能であり、病態の理解と予防策の周知が重要である。

19 術前に組織診が得られなかった 子宮体癌の 1 例

友愛医療センター

新里 萌、前濱 俊之、大久保 奈緒、
西村 拓也、吉川 和泉、山田 真司、
大城 大介、比嘉 健

子宮体癌の診断は内膜組織診で決定するが、子宮頸部が狭窄し内膜組織が得られないことがある。本症例は閉経後であり、帝王切開後の子宮頸部の癒着と狭窄を認め、術前に組織診断が得られなかった。前医より子宮頸部細胞診における異型線細胞 (AGC) によって紹介された。AGC の最終診断は多岐にわたっており、子宮体癌の頻度は 10-20% と報告されている。今回、AGC を詳細に分析し、子宮体癌の診断の一助となった症例を経験した。症例は 57 歳、1 妊 1 産 (帝王切開)。不正出血を主訴に前医受診し、頸部細胞診は AGC であった。当科での頸部細胞診は正常所見であり、頸部視診が困難であった。超音波検査では内膜肥厚 (25mm) があり、麻酔下での頸部、内膜精査を予定した。子宮頸部は上方に癒着し、子宮口は狭窄が強く、内膜生検は施行できなかった。MRI 検査を施行し、子宮体部の腫瘍 (60×25mm) を確認した。PET-CT 検査でも子宮体部に FDG の集積を認めた。前医の AGC を取り寄せ、異型内膜の特徴的所見である少数異型線細胞集塊、細胞辺縁が樹枝状集塊、腺腔形成、空胞状の細胞などの所見を認め、強く子宮体癌を疑った。十分な説明後同意を得て根治手術を施行した。摘出標本では子宮頸管は延長し、子宮体部には腫瘍を認めた。病理所見は類内膜癌 G1 であった。筋層浸潤は浅く、術後療法は施行しなかった。現在まで 2 年 8 ヶ月経過し、再発所見は認めない。本症例では術前の組織診が得られず、診断に苦慮したが AGC 細胞の特徴的所見と画像所見を総合的に判断し適切な治療が施行できた。

20

気管支喘息のフェノタイプ別からみた喀痰の肉眼的特徴

下地内科

下地 克佳

目的) 気管支喘息は、近年、フェノタイプ分類からエンドタイプ分類へと研究は進歩している。フェノタイプ分類では誘発喀痰の細胞分画比率が重要となる。また、咳嗽・喀痰のガイドラインでは喀痰発生のメカニズム、喀痰の生化学的、レオロジカル特性の基礎的研究が詳述されている。しかし、最近、ガイドライン、成書でも、気管支喘息の喀痰の肉眼的特徴に関する記述はほとんどみられない。高張食塩水による喀痰誘発は喘息発作を引き起こす時もあり、また、その後の検査処理も病院、研究施設でないと困難である。当院では、喘息発作時の喀痰をできるだけ観察するようにしてきた。フェノタイプ別に喘息発作時の喀痰の肉眼的特徴が異なるように思われる。典型的な下記フェノタイプ別の喀痰の写真を提示する。症例) アトピー型気管支喘息 2 例、好酸球優位型気管支喘息 2 例、マクロライド少量投与が著効した気管支喘息 2 例、前記 6 例の臨床的特徴、各検査データ、喀痰の写真、その細胞分画比率などを提示する。結論) 各フェノタイプの境界型、オーバーラップの症例も多くあると思うが、典型的な各フェノタイプはそれぞれに特徴的な喀痰外観を呈するものと思われる。

21

ペムブロリズマブによる免疫関連有害事象として急性腎障害をきたした肺扁平上皮癌の 1 例

北部地区医師会病院 初期臨床研修医¹、呼吸器・感染症科²、琉球大学大学院医学研究科、感染症・呼吸器・消化器内科学講座（第一内科）³
熊谷 望¹⁾、高江洲 壮^{2,3)}、國吉 健太^{2,3)}、知花 凜^{2,3)}、田里 大輔²⁾、山本 和子³⁾

【緒言】抗 PD-1 抗体薬であるペムブロリズマブ（以下 Pem）は、近年、非小細胞肺癌を含めた多くの癌腫の治療に用いられる免疫チェックポイント阻害薬（ICI）である。ICI には、免疫関連有害事象（irAE）と称される特有の有害事象があるが、その中で腎障害の頻度は比較的まれである。今回、肺扁平上皮癌に対して Pem を投与した後に、急性腎障害（AKI）をきたした症例を経験したため報告する。

【症例】81 歳・男性。2 ヶ月前からの咳嗽、体重減少を主訴に前医を受診し、胸部 CT で左肺下葉に腫瘤を認め当院へ紹介となった。精査で肺扁平上皮癌（cT4N1M1c、cStage IV B）の診断となった。気管支鏡検査後に腫瘍部分から肺化膿症・膿胸に至り、抗菌薬投与では治療困難であったため、他院にて左胸部開窓術を行った。PD-L1 検査で TPS 100%と高発現であったことから Pem 単剤療法を開始したところ、投与 11 日目に AKI を発症した。irAE を強く疑いプレドニゾロン（PSL）を 0.5mg/kg 体重で開始したところ、腎機能は正常域まで回復した。PSL を漸減しながら、初回投与から 26 日目に 2 回目の Pem を投与したが、再投与から 42 日目に再び AKI を来したため、irAE の再燃と判断し、一旦終了していた PSL を再開した。腎機能は改善傾向となったが、期待していた Pem の抗腫瘍効果は得られず、緩和ケア目的で転院となった。

【考察】本症例は ICI 投与後に AKI を来した。腎生検は行えていないが、血尿・蛋白尿がなく尿中白血球を認めるといった間質性腎炎の特徴があり、他の原因が指摘できなかったことから、Pem による irAE/AKI と判断した。PSL 投与に反応したこともこれを裏付けたと考えている。癌の治療中には様々な理由で腎障害を認めることがあるが、ICI 投与中に AKI を認めた際は、irAE としての間質性腎炎を念頭におく必要がある。

22

沖縄病院における EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対するエルロチニブ+ラムシルマブの使用経験

国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科¹、琉球大学病院 第一内科²

兼久 梢¹⁾、知花 賢治¹⁾、比嘉 真理子¹⁾、久田 友哉¹⁾、名嘉山 裕子¹⁾、藤田 香織¹⁾、仲本 敦¹⁾、比嘉 太¹⁾、大湾 勤子¹⁾、山本 和子²⁾

【はじめに】EGFR 遺伝子変異(エクソン 19 欠失または L858R 変異)陽性の 4 期非小細胞肺癌は、分子標的薬(EGFR-TKI)による治療で高い治療効果が得られることが知られている。また、EGFR-TKI のエルロチニブと血管新生阻害薬の併用療法についても有効性が示されている。そこで当院における EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対するエルロチニブ+ラムシルマブの使用経験について報告する。【結果】症例は 70 代男性、40 代女性の 2 例。PS は 0, 1 が各 1 例、1 例に喫煙歴を認めた。組織型は 2 例とも腺癌、遺伝子変異タイプは 2 例とも L858R 変異、治療時期は 2 次治療(EGFR-TKI による有害事象後)、術後再発が各 1 例であった。治療効果は 2 例とも腫瘍縮小効果を認めた。有害事象は 2 例とも皮膚障害・爪周囲炎を認めエルロチニブが減量されていた。薬剤性肺障害、高血圧を 1 例で認めた。【考察】EGFR 遺伝子変異陽性の 4 期非小細胞肺癌では、オシメルチニブ±化学療法や第一世代 EGFR-TKI と化学療法の併用療法、エルロチニブと血管新生阻害薬の併用療法といった治療が一次治療で認められており、治療の選択肢が広がっている。一方でエルロチニブ+ラムシルマブ併用療法は、RELAY 試験において L858R 変異陽性患者で無増悪生存期間(PFS)、全生存期間(OS)ともに有意に改善しており高い治療効果が期待できる。今後も EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対する一次治療は、遺伝子タイプや有害事象、治療スケジュールなどを考慮して決定していく必要があり、特に L858R 変異陽性の場合にはエルロチニブ+ラムシルマブも選択肢の一つになると考えられた。

23

乳癌術後 22 年目に胸膜播種を来し肺癌との鑑別を要した 1 例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、病理科³、乳腺外科⁴

嘉数 修¹⁾、大田 守雄¹⁾、當山 鉄男¹⁾、長谷川 知彦²⁾、永江 梨早²⁾、村山 義明²⁾、福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾、仲田 典広³⁾、松本 裕文³⁾、座波 久光⁴⁾

【はじめに】乳癌は他の固形癌に比べて晩期再発が多いとされる。一方、肺癌の化学療法、免疫療法は多様化しており組織型のみならずドライバー遺伝子変異、PD-L1 陽性率などの検索が治療方針決定に重要である。今回われわれは胸腔鏡下生検を施行し治療方針を決定した乳癌術後 22 年目に肺転移および胸膜播種再発した 1 例を経験したので報告する。

【症例】60 歳代、女性。【既往歴】22 年前(40 歳代)に左乳癌に対し乳房全摘+腋窩郭清施行。LH-RH アゴニストおよびタモキシフェンの内分泌療法を術後 5 年間施行。

【現病歴】他院で受診した検診の胸部 X 線写真で右中肺野に異常陰影を認め、当院呼吸器内科へ紹介受診。精査の胸部 CT 検査で右下葉 S6 の葉間面に接する結節影を認めた。その他にも葉間胸膜に散在する小結節影を認めた。S6 の結節には PET-CT で SUVmax=3.8 の異常集積を認めた。気管支鏡検査を施行したが、確定診断には至らなかった。CT ガイド下肺生検は腫瘍が肺門に近いため不適と判断された。試験胸腔鏡および胸膜生検、肺生検のため全身麻酔下の胸腔鏡手術を施行した。

【術中所見】3 port-VATS で施行。臓側胸膜、壁側胸膜、三葉合流部および胸腔内に多数の黄白色小結節を認め、胸膜播種の所見であった。中葉の辺縁の結節を自動縫合器を用いて中葉部分切除で摘出した。壁側胸膜を剪刀で切除した。いずれも迅速病理組織検査で、腺癌疑いで原発性肺癌もしくは乳癌の転移かどうか永久標本、免疫染色により判断するとの診断であった。

【術後病理組織診断】充実性胞巣、索状構造を呈して増殖・浸潤する腺癌の所見を認め肺胞上皮置換性増殖は明らかでない。免疫染色の結果、乳癌の転移と診断された。

【術後経過】再発乳癌としてレトロゾールおよびアベマシクリブの投与が開始された。

【まとめ】胸腔鏡下生検により乳癌術後 22 年目に肺転移および胸膜播種再発と診断された 1 例について報告した。

24

EWS 充填術で治癒した ADL 不良の
有癭性膿胸の 1 例

国立病院機構沖縄病院 外科

川畑 大樹、星野 浩延、仲宗根 尚子、

饒平名 知史、河崎 英範

背景：有癭性膿胸はしばしば治療に難渋し、時に侵襲の大きい開窓術を必要とする。一方、気癭に対して、責任気管支を気管支シリコン製充填剤 (Endobronchial Watanabe Spigot, EWS) 挿入にて閉塞させる気管支充填術が低侵襲で無癭化に有効であったとの報告はあるが、気癭部位が複数存在する場合は責任気管支の同定が困難である。今回我々は ADL 不良の有癭性膿胸患者に EWS を用いて気管支癭を閉鎖後、保存的治療にて治癒し得た 1 例を経験したので報告する。症例：70 歳代、男性。右膿胸の診断で前医にて抗生剤および胸腔ドレナージによる保存的治療が行われたが、改善が得られず当院へ転院となった。転院初日からエアリークを認め有癭性膿胸の診断となった。転院翌日からエアリークは連続性へ増悪し両側肺炎を発症、入院 4 日目には ARDS を発症し広域抗生剤およびステロイド投与を開始し呼吸状態は改善した。保存的治療でエアリークの改善は得られず、ADL や栄養状態は不良で開窓術を行うにはリスクが高いと判断し、全身麻酔下 EWS 充填術で気管支癭のコントロールを先行させることとした。フォガティークテーテルによる閉塞試験で責任気管支を同定し、計 2 回 EWS 充填術を行い B7a、B7b、B9a、B9b、B10a、B10b、B※に S サイズを 1 個ずつ、B7 入口部に M サイズを 1 個充填し、気管支癭を閉鎖した。その後右膿胸に対し胸腔内洗浄を開始し胸腔内感染のコントロールを行った。洗浄開始後 4 日目に胸水培養検査陰性を確認し、洗浄開始後 8 日目 (入院 44 日目) に胸腔ドレナージを抜去した。入院 47 日目に前医へリハビリ転院、転院後 21 日目に自宅独歩退院した。結語：ADL 不良の有癭性膿胸に EWS 充填術後に胸腔内洗浄を行い、治癒した 1 例を経験した。

25

手術単独治療後 7 年間無再発で
経過した胸腺癌の 1 例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、病理科³

黒田 尚希¹⁾、大田 守雄¹⁾、嘉数 修¹⁾、

當山 鉄男¹⁾、永江 梨早²⁾、村山 義明²⁾、

福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、

玉城 和則²⁾、仲田 典広³⁾、松本 裕文³⁾

【はじめに】前縦隔悪性腫瘍に対しては腫瘍の局在、浸潤の程度によって胸骨正中切開あるいは側方切開の追加、頸部への皮切追加などを要することがある。腫瘍径の大きい前縦隔腫瘍は肺への浸潤も多く正中切開創のみからでは肺への浸潤の程度、横隔神経の確認、SVC、肺門部血管の確認、心膜浸潤の確認などが困難なことがある。われわれは、胸骨正中切開創に加え左右いずれかの胸壁にポートを留置し胸腔鏡での観察や肺部分切除等を行っている。【症例 1】56 歳。女性。【主訴】胸部レントゲン上の異常陰影。【既往歴】1) 高血圧症、2) 上行結腸憩室炎【喫煙歴】B. I. =40 本/日 x (20~56)=1440【現病歴】2017 年 12 月の検診で胸写上の異常陰影を指摘された。精査・加療目的に当院内科へ紹介された。胸部 CT で前縦隔に約 85x34x85mm の縦隔腫瘍を指摘された。血清 HCG、AFP はいずれも正常値であった。術前に CT ガイド下生検を施行するも確定診断には至らなかった。胸腺腫、胸腺癌などを疑い手術を予定した。

【手術所見】全麻分離肺換気下-仰臥位で胸骨正中切開下に手術を施行した。まず胸腔鏡で胸腔内を観察した。胸腔内に播種を認めなかった。強固な癒着で心膜浸潤が疑われたが、一部に剥離可能な層があり心膜から剥離できた。心膜、大血管、肺の合併切除を要せず腫瘍を完全切除した。【病理組織診断】Thymic carcinoma (Squamous cell carcinoma) p-TN0M0 satge I、正岡 I 期と診断された。【術後経過】術後 8 日目に退院した。完全切除できているので手術単独のみとし 6 か月毎の経過観察を行っている。【まとめ】1 胸骨正中切開に胸腔鏡を併用した。2. 手術単独で術後 7 年が経過したが再発を認めていない。

26

True thymic hyperplasia の一例

中頭病院 病理診断科¹、呼吸器外科²仲田 典広¹⁾、鶴田 裕真¹⁾、嘉数 修²⁾、太田 守雄²⁾、松本 裕文¹⁾

【はじめに】胸腺の過形成性病変は、若年者に発生する true thymic hyperplasia と、重症筋無力症など自己免疫疾患を合併する lympho-follicular hyperplasia に分けられる。今回我々は、成人に発生した true thymic hyperplasia の一例を経験したので報告する。【症例】34 歳 女性【主訴】なし【既往歴】新型コロナウイルス感染症【現病歴】新型コロナウイルス感染症罹患時に胸部単純 CT 検査で前縦隔腫瘍を指摘され、呼吸器外科を受診。非浸潤性胸腺腫疑いで手術の方針となり、RATS-胸腺全摘術が施行された。【肉眼所見】170x60x10mm の胸腺摘出検体。肉眼的に腫瘍形成は明らかでなかった。【組織所見】組織学的には、胸腺脂肪組織内に分葉の目立つ過形成性の胸腺組織が分布していた。皮質、髄質の境界は明瞭で、豊富なリンパ球の存在を伴い、Hassal 小体も散見された。リンパ濾胞の形成は明らかでなく、true thymic hyperplasia と診断した。【考察】胸腺過形成は、その形態学的特徴から、真性胸腺過形成 true thymic hyperplasia と、リンパ濾胞性胸腺過形成 lympho-follicular thymic hyperplasia に分けられる。前者は若年者に発生する極めて稀な特発性の他、化学療法や重症熱傷などストレス後の rebound hyperplasia が原因となる。後者は重症筋無力症などの自己免疫疾患を合併することが知られている。また、COVID-19 による胸腺の rebound hyperplasia の報告もあるが、本症例においては新型コロナウイルス感染と同時に画像で病変が指摘されており、関連は薄いと思われる。本症例は、成人に発生した極めて稀な特発性の true thymic hyperplasia と考えられる。

27

単孔式肺葉切除術を施行した肺癌の 2 例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、病理科³大田 守雄¹⁾、嘉数 修¹⁾、當山 鉄男¹⁾、永江 梨早²⁾、村山 義明²⁾、福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾、鶴田 裕真³⁾、仲田 典広³⁾、松本 裕文³⁾

【はじめに】単孔式胸腔鏡手術は 2000 年初頭に始まったとされている。交感神経節切除、胸膜生検、楔状肺切除、心膜開窓術などが行われてきた。その後、2011 年にスペインの Dr. Gonzalez-Rivas によって早期肺癌に対する左下葉切除の報告があり、種々の手技にも行われるようになった。本邦での単孔式手術は急速に広まっている。今回、われわれは肺癌に対して単孔式肺葉切除およびリンパ節郭清術を施行した 2 例を経験したので手技を中心に報告する。【症例 1】71 歳。女性。【主訴】胸部レントゲン上の異常陰影。【既往歴】1) 高血圧症、2) 脂質異常症、3) 子宮筋腫、4) 左乳癌【喫煙歴】Never smoker。【現病歴】202x 年 12 月の人間ドックで胸写上の異常陰影を指摘された。精査・加療目的に当院内科へ紹介された。胸部 CT で右上葉に S1 に腫瘍を指摘され、気管支鏡検査で腺癌と診断された。【手術所見】中腋窩線第 6 肋間に 4cm の皮切を加え、単孔式右上葉切除術およびリンパ節郭清術を施行した。手術時間：4 時間 49 分、POD5 に退院した。【症例 2】73 歳。女性。【主訴】胸部レントゲン上の異常陰影。【既往歴】1) 脂質異常症、2) 左肩関節脱臼、3) 左上腕骨骨折、4) 左変形性股関節症【現病歴】202x 年 2 月、近医の健診で胸写上の異常陰影を指摘された。胸部 CT で右上葉 S1 に異常陰影を指摘され、気管支鏡検査で腺癌と診断された。【手術所見】前腋窩線第 5 肋間に 4cm の皮切を加え、単孔式右上葉切除およびリンパ節郭清術を施行した。手術時間：3 時間 40 分、POD7 に退院した。【術後病理診断】症例 1 は p-T1bN0M0 stage IA2, 症例 2 は p-T1cN0M0 stage IA3 であった。【まとめ】1 単孔式-右上葉切除を施行した 2 例について報告した。2. 症例を重ねれば手術時間の短縮が可能と思われる。

28

肺化膿症治療後に左上区区域切除および左 S6 区域切除を施行した成人 CPAM の 1 例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、病理科³
玉城 駿¹⁾、嘉数 修¹⁾、大田 守雄¹⁾、
當山 鉄男¹⁾、永江 梨早²⁾、島袋 大河²⁾、
村山 義明²⁾、福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、
下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾、仲田 典広³⁾、
松本 裕文³⁾

【はじめに】先天性肺気道奇形(CPAM:congenital pulmonary airway malformation)は先天性嚢胞性肺疾患の一つで、2002 年 Stocker らにより 5 型に分類されている。成人での手術症例はまれで、感染を繰り返して診断される症例が多く、無症状で健診発見される例がまれにみられる。今回われわれは肺嚢胞内感染(肺化膿症)の治療後に手術を施行した成人 CPAM の 1 例を経験したので報告する。

【症例】10 歳代、女性。【現病歴】発熱精査の胸部 X 線、CT 検査で左肺上葉の嚢胞内に液体貯留を認め、肺嚢胞内感染(肺化膿症)と診断された。膿瘍ドレナージ、抗生剤治療を長期間行い、感染・炎症が消退した後、CT で左上葉 S1+2 に大きな嚢胞を認め、左下葉 S6 には周囲肺実質より透過性が低く脈管陰影が乏しい比較的境界明瞭な部位を認めた。成人 CPAM と術前診断し、2 か所の胸腔鏡下区域切除術を施行した。

【術中所見】見上げ式 3-port VATS で施行。左上葉と胸壁との間に強固な癒着を認め、癒着剥離に時間を要した。上区-下葉間を自動縫合器で切離したのち、まず左上区区域切除を行い、引き続き S6 区域切除を行った。いずれも区域間同定に、ICG 静注および蛍光内視鏡を使用し、区域間は自動縫合器で縫合・切離した。

【術後病理組織診断】7cm 大の嚢胞を認め、多列線毛円柱上皮に裏打ちされている。嚢胞壁には炎症と線維化、出血を認め、大きい嚢胞の周囲に小型の嚢胞が多数集簇しており CPAM type1 と診断された。

【術後経過】術後 4 日目に胸腔ドレーン抜去、術後 5 日目に退院した。

【まとめ】感染合併後の成人 CPAM に対して胸腔鏡下左上区区域切除および S6 区域切除を施行した 1 例について報告した。

29

右下葉切除後の異時性多発肺癌に対して VATS-左舌区区域切除を施行した 1 例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、病理科³
赤嶺 佐月¹⁾、大田 守雄¹⁾、嘉数 修¹⁾、
當山 鉄男¹⁾、永江 梨早²⁾、村山 義明²⁾、
福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、
玉城 和則²⁾、仲田 典広³⁾、松本 裕文³⁾

【はじめに】高齢化社会を迎えているが、第一の原発性肺癌の治療後に第二の原発性肺癌が出現した場合、これらは異時性原発性肺癌とされている。患者の多くは高齢者で今後、高齢化、画像診断能の向上に伴い増加すると思われる。われわれは、第一癌(扁平上皮癌)の術後に第二癌(腺扁平上皮癌および腺癌)が発見され胸腔鏡下-左舌区区域切除を施行した 1 例を経験したので報告する。【症例 1】72 歳。男性。【主訴】胸部 CT 上の異常陰影。【既往歴】1)2022 年 9 月 28 日 VATS-右下葉切除後、2)高血圧症、3)虚血性心疾患(PCI 後)、4)逆流性食道炎、5)不眠症、6)腰部脊柱管狭窄症、7)右下肢 ASO(F-P バイパス術後)【喫煙歴】ex-smoker. B. I. =20 本/日 x (15~62)=1440 10 年前に禁煙。【現病歴】VATS-右下葉切除後(扁平上皮癌, pT1bN0M0 stage I A2)後、近医で経過観察が行なわれていた。2024 年術後のフォローアップの胸部 CT で左舌区に新規の結節影を 2 か所に認めた。気管支鏡検査で 1 か所が腺癌と診断された。cT1cN0M0 stage I A3 の肺がんとして当科へ紹介された。【手術所見】肺機能を考慮し連続性のない 2 か所の病変ではあるが胸腔鏡下-左舌区区域切除術を施行した。区域間の同定およびマーキングのために ICG 静注、蛍光内視鏡を使用した。腫瘍から十分な margin が確保できた。【病理組織診断】2 か所の病変はそれぞれ、腺扁平上皮癌、腺癌と診断された。【術後経過】術後 6 日目に酸素 off となり術後 9 日目に退院した。【まとめ】1. すべて異なる肺がん(組織型)であった。2. 異時性多発肺癌に対して ICG を使用し胸腔鏡下-左舌区区域切除を施行した 1 例について報告した。

30

肋骨骨折症例の入院期間についての検討

那覇市立病院 外科¹、沖縄赤十字病院 外科²
真栄城 兼誉¹⁾、友利 寛文¹⁾、金城 泉¹⁾、
川端 康成¹⁾、佐辺 直也¹⁾、小野 亮子¹⁾、
知念 順樹¹⁾、上江洲 一平¹⁾、知花 朝史¹⁾、
新里 千明¹⁾、高宮城 陽栄¹⁾、森岡 弘光¹⁾、
銘苅 正行¹⁾、山口 ほのか¹⁾、宮城 淳²⁾、
宮里 浩¹⁾

【背景】外傷疾患において肋骨骨折は比較的多く経験する疾患である。肋骨骨折の多くは軽度で外来経過観察で加療する症例が多い。一方で多発肋骨骨折や血気胸や肺挫傷、他臓器損傷を併発し長期入院に至る症例も存在する。【目的】今回当院で経験した肋骨骨折の入院症例につき、入院期間に焦点をあて検討を行った。【方法】当院で 2014 年 1 月から 2023 年 10 月まで経験した肋骨骨折 482 例中、入院となった 136 例を対象に後方視学的に検討を行った。入院期間が 8 日以上を入院遷延例、入院 7 日以内の症例を対照例とし後方視的に検討した。検討項目は患者背景(年齢、高齢者、性別、受傷側、受傷原因、飲酒、認知症、併存疾患)、外傷度スコア(胸部 AIS、ISS)および重症度(ISS<15)、血気胸の有無、治療(ドレナージ、手術、人工呼吸管理)、転機、入院期間とした。統計学的解析は t 検定もしくは χ^2 検定を用い、 $P<0.05$ を統計学的に有意差ありとした。

【結果】年齢 71.6 歳、平均入院期間は 15.7 日。65 歳以上 89 例/80 歳以上 54 例、性別(男/女) 79/57 例、BMI 19.26、発症側右/左 73/63 例。受傷基点は転倒/交通外傷/転落(92/21/9)の順に多かった。飲酒 19 例、認知症 39 例に認めた。平均外傷度スコアは AIS 2.19、ISS 7.89、重症例(ISS<15)は 15 例。他領域合併症例は 63 例、血気胸は 41 例。治療は胸腔ドレナージ 18 例、手術 2 例。統計学的に 80 歳以上($p=0.002$)、ISS<15($p=0.04$)で有意に入院期間が長かった。【結論】80 歳以上、重症例で入院遷延例が増加する。

31

充実性小脳血管芽腫に対して
n-butyl-2-cyanoacrylate
(NBCA) 及びコイルによる術前
塞栓が有用であった 1 例

浦添総合病院

坂本 優貴、伊藤 公一

【はじめに】充実性血管芽腫は高血流性であり摘出が困難である。術前塞栓術は腫瘍の血流を減少させ、手術の安全性を向上させるが血管芽腫に対する有用性には議論がある。今回我々は充実性小脳血管芽腫に対して n-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA) とコイルを用いて栄養血管を塞栓し、術中出血を最小限に抑えて全摘出できたため報告する。【症例】73 歳男性。約 1 年前から転倒のしやすさと後頭部の熱感を自覚、約 1 週間前頃から嘔吐としゃっくりが持続していた。受診当日に両上肢の不随意運動が出現し救急外来を受診。血液検査では多血を認め、CT では左小脳に腫瘍が疑われた。造影 MRI では左小脳半球に約 36×38mm 大の腫瘍性病変を認め、強い造影効果を示した。血管造影では左後下小脳動脈 (posterior inferior cerebellar artery; PICA)、左後頭動脈 (ophthalmic artery; OA)、左中硬膜動脈を栄養血管とする強い腫瘍濃染を認め、充実性血管芽腫が疑われた。【治療方針】頭蓋内圧亢進に伴う悪心、嘔吐があり、閉塞性水頭症のリスクを懸念しデキサメタゾンとグリセオールを投与し浮腫の改善を図った。また摘出術中の出血量軽減のため NBCA とコイルによる術前塞栓術を行い開頭腫瘍摘出術を施行した。【治療経過】塞栓術は全身麻酔下で実施。まず左椎骨動脈から PICA にマイクロカテーテルを進め、腫瘍を栄養する 2 本の分岐に対し 25%NBCA で塞栓を実施。次に左外頸動脈を介し、OA から腫瘍を栄養している乳突枝と筋枝にコイル塞栓を行った。最終造影では上鼓室動脈と左 PICA の branch のみで腫瘍が栄養されることを確認した。翌日全身麻酔下にて開頭腫瘍摘出術を施行。腫瘍本体からの出血は認めず一塊として摘出した。術後、左上下肢の失調は改善し、MRI では腫瘍は全摘出されていた。術後 25 日に独歩退院。【結語】NBCA とコイルを用いた術前塞栓により術中の大量出血を回避できた充実性小脳血管芽腫を経験したため若干の文献的考察を含めて報告する。

32

両側視床病変を呈した小脳テント硬膜動静脈瘻に塞栓術を行った 1 例

琉球大学病院 脳神経外科¹、
大浜第一病院 脳神経外科²、
琉球大学医学部先端医学研究センター³
喜舎場 一貴¹、長嶺 英樹¹、百次 仁²、
國仲 倫史¹、小林 繁貴¹、外間 洋平¹、
石内 勝吾³、浜崎 禎¹

【背景】

硬膜動静脈瘻 (dural arteriovenous fistula, DAVF) は硬膜に発生する異常な動静脈短路である。その中でも小脳テント部 DAVF は比較的稀であり、頭蓋内出血で発症することが多い。今回我々は両側視床病変で発症した小脳テント DAVF の 1 例を経験した。画像所見は、腫瘍、脳血管障害、代謝性疾患、自己免疫性疾患との鑑別が重要と思われ、文献的考察を加えここに報告する。

【症例】

60 歳女性。来院 1 か月前より活動性低下、物忘れ等の認知機能の急激な増悪で発症した。前医の頭部 MRI で両側視床病変を認め当科入院となった。入院時は Japan Coma Scale I-2。軽度失行を認め、神経学的脱所見は認めなかった。Mini-Mental State Examination (MMSE) は 14/30 だった。頭部 MRI FLAIR では両側視床高信号を認めた。MRI T2* では左視床枕近傍低信号を認め出血が疑われた。脳血管撮影検査では左椎骨動脈及び左後頭動脈の分岐を流入動脈、静脈洞交会下方の硬膜上の dural sinus 様血管を流出静脈とする AV シャントがあり、内大脳静脈に逆流を認めた。Borden type I、Cognard type IIa の小脳テント DAVF と診断し、経動脈的塞栓術を施行した。術後、両側視床の浮腫性病変は完全消失し、MMSE は 24/30 と顕著な改善を認めた。

【考察・結論】

認知機能低下症状で発症し両側視床病変を呈した小脳テント部 DAVF の症例を経験した。両側視床の灌流障害、浮腫性変化、及び出血が認知機能低下を来したと考えた。脳血管内治療で良好な術後経過が得られた。

両側視床病変を呈する DAVF の報告は稀である。画像診断に難渋すること多いかと考えられるが、適切な治療で症状改善が期待できるため、本症例の様に出血や静脈拡張所見を伴う場合は、早期に DAVF を疑い治療介入することが重要といえる。

33

脳幹型 PRES を呈した高血圧緊急症の 1 例

琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター¹、
第三内科²
與那嶺 達也¹、松本 英之²、當銘 大吾郎²、
玉城 浩平²、渡慶次 裕也²、宮城 朋²、
金城 よしの²、波平 幸裕²、國場 和仁²、
石原 聡²、崎間 洋邦²、楠瀬 賢也²

高血圧症を有する 20 代男性。X 月 Y-6 日に肩こり、頭痛を主訴に前医を受診し、頭部 MRI で橋および両側大脳白質多発する FLAIR 高信号病変を認め、脳幹部は腫大していた。同月 Y-5 日に両眼視力低下を自覚し、病前の両眼視力 1.0 から 0.01 に著明な低下を認めた。脳病変とあわせて多発性硬化症などの中枢神経脱髄疾患を考慮され、当院に精査目的に紹介となり同月 Y 日に当院へ入院した。入院時、収縮期血圧は 210 mmHg を超えていた。神経学的所見は両眼の視力低下と、四肢の深部腱反射を認めるが、筋力低下や感覚障害などはなかった。眼科診察では、両側のうっ血乳頭、硬性白斑、網膜出血など高血圧性網膜症を示唆する所見が見られ、採血では著明な腎機能低下 (Cre 9.21mg/dl) を認めた。高血圧緊急症と診断し、ニカルジピン静注と降圧薬内服を併用しながら慎重に降圧管理を行った。頭痛や視力は徐々に回復し、頭部 MRI の多発 FLAIR 高信号は Y+7 日目の MRI で消退した。脳病変は高血圧緊急症に伴う可逆性後頭葉白質脳症 (PRES) で、橋を主体とした病変で脳幹型 PRES と判断した。視力は右眼 0.2、左眼 0.3 と軽度改善を認め、腎機能も軽度改善した (Cre 5.28 mg/dl)。経過良好のため自宅退院とした。本症例は、高血圧性緊急症による PRES であったが病変が脳幹に偏っていたため、視力低下とあわせて中枢性脱髄疾患との鑑別を要した。脳幹型 PRES は頻度が少なく、通常の PRES との明確な背景の違いも明らかになっていないが、可逆的な病変であり注意が必要である。文献的考察を踏まえて報告する。

34

本態性振戦と考えられていた神経核内封入体病の 1 例

国立病院機構沖縄病院

藤原 善寿、渡嘉敷 崇、大屋 祐一郎、
安富 大吾、妹尾 洋、藤崎 なつみ、
城戸 美和子、諏訪園 秀吾

【症例】66 歳男性。飲酒はビール 350mL×3 缶/日。家族に神経疾患や類症はいない。46 歳より頭頸部のふるえを自覚。飲酒での改善はなかった。本態性振戦と言われ経過をみていた。60 歳ころより書字の際に手が震えることを自覚。軽いものを持っても手がふるえるようになり、周囲にもわかる程度まで手が震えるようになった。徐々に日常生活で転倒がふえた。近医を受診し本態性振戦が疑われたが、頭部 MRI 検査で両側大脳白質に広範な T2 高信号、拡散強調画像で両側前頭葉に皮髄境界に沿う形で異常信号領域を認めたため精査目的で当院へ紹介となった。病歴聴取では何度も話が逸れた。診察では脳神経で構音障害、嚥下障害を認め、運動系では明らかな筋力低下はなかった。腱反射は四肢消失し病的反射は認めなかった。感覚系では異常感覚はないが、手袋靴下型で痛覚低下を認め、下肢振動覚も低下していた。座位、立位で出現する頭部振戦と左手に姿勢時振戦を認めた。協調運動は指鼻指試験、膝踵試験、回内回外試験とも左が拙劣であった。ロンベルグ試験は陰性、歩隔は正常範囲であったが継ぎ足歩行は不安定であった。自律神経系は正常であった。多彩な神経症状を呈していたが、頭部 MRI 検査の拡散強調画像は特徴的であり、鹿児島大学に遺伝子検査を依頼した。結果は *NOTCH2NLC* 遺伝子の GGC リピート配列の延長を認め、神経核内封入体病 (neuronal intranuclear inclusion disease: NIID) と診断した。

【考察】NIID は中枢神経や末梢神経をはじめ、他の臓器の細胞核内にまでエオジン好性の核内封入体がみられる神経変性疾患である。2019 年に原因遺伝子が *NOTCH2NLC* 遺伝子の GGC リピート配列の延長であることが明らかになった比較的新しい疾患概念である。臨床症状も多彩であるため精査されていない症例もあると思われる。今回、NIID の症例を経験したので報告する。

35

死亡後に当院に搬送し剖検、レヴィー小体型認知症の診断を神経病理学的に確定し得た一例

沖縄県立中部病院

内山 桂一、尾原 晴雄、小山 寛文、
内原 俊記

病理解剖（以下、剖検）は、最終診断や経過中の合併症の状態などの振り返りを行い、診療レベルの向上や病態の解明には大変重要である。しかし、我が国の剖検数は大きく減少しており、臨床研修病院でも問題となっている。また、認知症やパーキンソン病等の神経変性疾患は、10 年を超える長い経過をとり、その診断を病理解剖で確認すると、一般的には認知症の 3 分の 1、パーキンソン病の 4 分の 1 程度の例で類縁疾患との区別が十分にできていないと報告されている。一般的に剖検は入院中に死亡された患者様を剖検させていただくことが多いが、今回、退院後に施設にて死亡されたのち、診断目的に当院に搬送し神経病理学的検索まで行いえた初めての例である。症例はパーキンソン病及び認知機能障害の既往があり施設入所中の 82 歳男性の方で、発熱及び酸素飽和度低下の指摘があり当院に受診され、左下肺野の誤嚥性肺炎の診断に対して抗菌薬での加療目的に入院とした。経過を通して食事摂取量が低く改善も乏しかったため御本人が希望する範囲内で摂取してもらう方針とし、看取り目的に入院病日第 50 日目にもととの施設に退院とした。来院 7 年前に脳血管性 Parkinson 病の診断となっていたが、経過がやや早い印象であり、診断を確定するため剖検が必要と判断し、施設職員及びご家族にご説明し死亡後に当院に搬送していただく方針とした。退院後 5 日目に亡くなられ、当院に搬送し剖検を行い、レヴィー小体型認知症の診断を神経病理学的に確定できた。今後の剖検症例数を増やす観点では、死亡後に搬送元の病院で剖検を行うことは意義があることと考えており、今回はそれに関連する法的小よびシステムでの注意点及び問題点、沖縄県における剖検脳の神経病理診断の現状と体制整備の必要性について考察を行い報告する。

36

頭部 MRI の多発性信号変化で鑑別を要した痙攣後脳症の一例

ハートライフ病院 放射線科

杉江 翼、高良 誠、末吉 健次

【諸言】

痙攣後脳症は診断に苦慮する症例が多く、痙攣の背景疾患も多彩である。今回意識障害で搬送され、入院時に撮影した頭部 MRI から意識障害の原因として痙攣後脳症が疑われた症例を経験したので報告する。

【症例】

アルコール依存症を既往に持つ 60 代男性。最終健常の 1 週間後に意識障害となっていたところを発見され搬送となった。来院時血圧低下と低体温を認め、血液検査で炎症反応高値を含め異常所見が見られた。加えて頭部 MRI では左前頭葉と右小脳、側頭葉被蓋、尾状核頭、左視床に拡散低下を認め、多発性の信号変化をきたしていたことから、意識障害の鑑別は多岐にわたった。入院後の脳波検査で痙攣波形はないものの、意識障害が遷延。痙攣後脳症が否定できないため入院 2 日目から抗痙攣薬を開始したところ、意識レベルは徐々に改善が見られた。入院中経時的に撮影した MRI で左前頭葉と側頭葉被蓋の信号変化は残存したものの、その他の信号変化は不明瞭化が見られたため、痙攣後脳症の診断となった。脳症による後遺症は残存したものの、意識レベルは引き続き改善を認め、第 99 病日目にリハビリ目的に他院へ転院となった。

【考察】

痙攣後脳症の頭部 MRI 所見として DWI や T2 強調像、FLAIR 像で皮質から皮質下にかけて血管支配域に一致しない高信号が見られることや MRA で痙攣の原因部位を支配する主幹動脈の拡張が見られることが挙げられる。本症例では搬送時の意識障害の原因として鑑別は多岐にわたったが、多発性脳梗塞と意識障害を一元的に説明できる原因として、MRI 所見から痙攣後脳症が考えられ、抗痙攣薬を速やかに開始したことが予後改善の一助になったと考えられた。

【結語】

意識障害の原因として痙攣後脳症が鑑別に挙がるものの所見に乏しい際は、MRI で痙攣後脳症を疑う所見の有無を確認することが早期診断に繋がる可能性がある。

37

減圧症リスクを上げないスキューバダイビングの検討

南部徳洲会病院 救急診療科¹、総合診療科²

廣岡 聖也¹⁾、清水 徹郎¹⁾、今村 恵²⁾

【はじめに】沖縄県は、年間を通じて多くの観光客が訪れる地である。観光客の中には、美しい海を求めてダイビングを楽しむ者も多いが、無理のあるダイビングは減圧症のリスクとなり、当院にも毎年多くの減圧症患者が受診している。当院は、緊急で再圧治療を施行できる、県でも限られた施設の 1 つであるが、そんな当院勤務で、実際に減圧症の患者となってしまった演者の 1 例と今後への学びを報告する。【症例】28 歳男性、特記すべき既往はなし。7 月某日ダイビングを 3 本敢行、その後 4、5 時間経過し徐々に肩関節痛・腰痛を自覚した。さらには回転性めまいも出現、嘔吐もあったが、当日は受診せず経過観察としていた。翌日も症状改善なくやや悪化傾向でもあり相談、エピソードと身体症状から I 型減圧症の疑いとして緊急再圧治療施行となった。米国海軍治療表第 6 表施行し症状改善あったものの、その翌日にもまだ症状残存あり、2 度目の再圧治療施行した。2 度の再圧治療で症状はほぼ消失、改善し治療終了となった。【考察】患者は当日万全な体調でなかった上に、徐々に潜水深度を上げていく危険なダイビングを敢行していた。また患者は当日ダイビングコンピューターを借用していたものの、操作や使用方法を理解しておらず適切に対応できなかったことも、減圧症のリスクを上げる一因となってしまっていたもの思われた。以上のことから、ダイビングに臨む際には、万全な体調で臨むこと、慣れた機器で安全に楽しむこと、潜水の順番や様式に十分注意することが非常に重要であると考えた。

38

肋骨骨折を契機とした外傷性下行大動脈損傷に対し、救命できた一例

浦添総合病院

桑野 佑里恵、田中 庸介、谷口 大介、
谷口 春樹、那須 道高、岩永 航、新垣 勝也

【症例】75歳男性。鹿児島県離島において、農作業中にトラクターの下敷きとなり前医へ救急搬送された。搬送時バイタルは Japan Coma Scale (JCS) 1-1、血圧 169/71mmHg、心拍数 84 回/分、呼吸数 24 回/分、SpO₂ 91% (酸素 10L 投与下) であった。CT 検査が施行され、左外傷性血気胸、左多発肋骨骨折、第 3 胸椎椎体骨折および肋骨骨折部位近傍の胸部下行大動脈に偽腔閉塞型解離が指摘された。左外傷性血気胸に対する胸腔ドレナージ術により呼吸状態は安定化され、外傷性大動脈解離に対する降圧管理が開始された。その後追加精査加療目的に自衛隊ヘリにて当院へ紹介搬送となり、同日当院入院、集中治療室入室となった。肋骨骨折が大動脈損傷の原因となっており早急な肋骨固定術が必要と考えられたが、大動脈からの出血リスクが高い状態での肋骨固定術は危険性が高いと考えられた。そのため、大動脈損傷に対する手術を先行する方針とし、第 6 病日胸部ステントグラフト内挿術 (TEVAR) を施行し、第 8 病日肋骨固定術を施行した。その際の手術所見で下行大動脈背側の肋骨骨折部は一部壁側胸膜を貫き胸腔内に突出しており下行大動脈周囲脂肪組織の損傷、血管外膜の露出を認めた為、術中に下行大動脈と胸壁の間に皮下脂肪組織の充てんも施行された。第 11 病日には集中治療室を退室しリハビリ加療継続目的に第 42 病日前医に転院となった。【考察】外傷性大動脈損傷に対する救命率は低く、施設到着時には 70-80% が死亡するとされている。また、鈍的損傷において減速時に生じる剪断力によって、固定性の高い大動脈峡部が損傷することが多い。本症例のような肋骨骨折の骨先端による直接的な損傷によって生じた外傷性下行大動脈解離の報告は稀少であり、本症例における当院での治療戦略とあわせて、本学会において報告する。

39

腹痛を主訴に walk-in で受診した患者の一例から考える働き方改革と医療安全

沖縄県立北部病院 内科

与那嶺 克、永田 恵蔵

【背景】今年度 4 月始まった働き方改革によって、当院でも診断エラーが起こりやすい過酷な労働環境改善に向けて動き出している。一方で、多職種連携が効果的に行われなければ、情報共有不足によるエラーが増加する可能性がある。今回、救急外来における診断エラー症例を振り返り、働き方改革と医療安全について考察する。【症例】胆管炎・認知症・腹部大動脈瘤の既往がある 89 歳の男性。腹痛を主訴に休日午後 16 時に当院救急外来を受診。前日より腹痛はあったが食事摂取や排便は問題なかった。来院後、腹部症状の訴え乏しく、また認知症の周辺症状により診察時も非協力的であった。初療医は血液検査で肝胆道系に異常がなく、腹部 X 線で便塊貯留があったため便秘症として帰宅とした。受診 4 日後の朝、自宅で倒れていたところ発見、心肺停止の状態でご当院へ搬送された。死後の CT 検査で腹部大動脈瘤破裂の診断に至った。初診時の腹痛は、切迫破裂によるものと考えられた。【考察】本症例において、1. 無意識下に楽に処理できる仮説を選択し (Hassle bias)、2. 患者に対する陰性感情から多職種間での患者背景の十分な把握・情報共有ができていなかったことが、診断の早期閉鎖といった診断エラーにつながった。働き方改革による勤務時間の管理は、エラーが起きやすい空腹 Hungry、怒り Angry、遅延 Late、疲労 Tired (HALT) といった状況の回避につながる。一方で、長時間労働の是正だけでは良質な医療の継続的な提供にはつながらない。阻害要素として挙げられる「非定型業務の多さ」「職種・部署横断的な業務体制」の改善が必要であり、当院においては、タスクシフトだけではなく、多職種間をつなぐ特定行為看護師を導入し情報共有を行い、医師を含む多職種カンファレンスへ業務時間内に積極的に参加できるような環境作りを目指している。【結語】医療安全上のリスクを認識し、多職種と協同した働き方改革が求められる。

40

消化器症状で発症した急性心筋炎の一例

沖縄赤十字病院

大門 香琳、瀬戸口 倫香、浅田 宏史、
玉城 剛一、那覇 唯、内原 照仁、日暮 悠璃、
有馬 聖志朗

【症例】症例は 47 歳男性。令和 X 年 5 月 1 日から下腹部痛が出現し、5 月 2 日から下痢が出現したため 5 月 3 日に当院の救急外来を受診された。病歴から感染性腸炎として、内服抗菌薬処方の上帰宅となった。その後も症状が増悪し、食事摂取困難も伴ったため、5 月 6 日に再度、救急を受診した。来院時ショックバイタルや急性腎不全を認め、感染性腸炎に伴う循環血液量減少性ショックとした入院とした。細菌性腸炎からの敗血症性ショックも鑑別に抗菌薬を使用しながら補液負荷としたところショックバイタルは直ちに改善を認めた。ショックバイタルの鑑別に待機的に心臓超音波検査を施行したところ、EF 49%(simpson法)と diffuse hypokinesis を認め、トロポニン T 値の上昇を認めた。冠動脈造影検査も施行したが有意狭窄認めず、心筋生検を施行したところ、心筋間・心内膜に軽微な細胞浸潤を認めた。ACE 阻害薬と β 遮断薬を投与し、慎重にモニタリングを継続としたが、ショックバイタル再燃や致死的不整脈の出現なく、フォローの心臓超音波検査にて、心壁運動低下の改善を認めた。後日、ペア血清検査でコクサッキー A9 抗体価が 4 倍に上昇していた。【考察】急性心筋炎は感冒症状や消化器症状など非特異的症状から発症するが、軽症例では確定診断が困難であり、また無症候性心筋炎も存在することから、発症率の詳細はわかっていない。時に劇症型心筋炎となるが、炎症極期を過ぎれば自然軽快が期待され、予後は良好とされる。今回、腸炎症状にて受診したが、血圧低下を契機に急性心筋炎を診断した症例を経験したので報告する。

41

大動脈弁置換術後の高齢者に発症した急性 A 型大動脈解離破裂の救命例

南部徳洲会病院 心臓血管外科¹、

中部徳洲会病院 心臓血管外科²

河村 将彦¹⁾、瀬名波 栄信¹⁾、西島 功¹⁾、
山城 聡²⁾

【はじめに】大動脈二尖弁(BAV)は人口 100 人あたり 1~2 人に見られる破格であり、大動脈壁の構造異常を合併することが多い。急性大動脈解離は一般人口 10 万人あたり年間 10 人程度の頻度で発生するが、BAV 患者では頻度が 8.4 倍ほど高い。今回、我々は大動脈弁置換術後の高齢者に発症した急性 A 型大動脈解離破裂の救命例を経験したので報告する。

【症例】症例は 88 歳女性で、79 歳時に BAV、重症 AS に対して大動脈弁置換術(Magna Ease 19mm)を施行された。初回手術時の上行大動脈径は 45mm であり外来で経過観察を行っていた。来院日 2 日目より持続する頭痛、胸部不快感、呼吸困難を主訴に救急外来を受診した。問診中に突然心肺停止となり直ちに心肺蘇生を行い 6 分程度で自己心拍が再開した。造影 CT を撮影したところ、大動脈弁位より 5cm 程度遠位から腕頭動脈分岐部にかけての偽腔開存型大動脈解離及び偽腔の破裂、右胸腔内に多量の血胸を認めた。自己心拍再開後に輸血及び高容量のノルアドレナリンを使用しながら血圧 80mmHg 程度を維持した。ICU 入室後徐々に意識が回復し家族が手術を希望したため緊急手術の方針となった。

【手術】右大腿動静脈より体外循環を確立し、冷却しながら胸骨正中切開を行なった。上行大動脈背側に破裂部位を認めた。循環停止法と選択的脳分離灌流を補助手段とし上行置換術(J-Graft 30mm)を行った。

【術後経過】術後 3 日目に抜管した。リハビリに時間を要したが約 3 ヶ月後に自宅退院した。

【考察】胸部大動脈解離破裂は直ちに診断と治療がなされない場合の死亡率は 97~100%、手術を行った場合の早期死亡率は 34.5%と報告されている。本症例は初回手術による癒着のため心タンポナーデを避けられ、救命できたと考えられた。

42

大動脈弁置換術中の大動脈切開
に工夫を要した大動脈弁狭窄症
の 2 例の検討

浦添総合病院 心臓血管外科

小泉 景星、盛島 裕次、新垣 勝也、

國吉 幸男

【目的】高齢化や生活習慣病による動脈硬化性疾患は増加傾向にあり、大動脈弁狭窄症も同様である。中でも上行大動脈に高度の石灰化を伴った症例に対する大動脈弁置換術では送血部位や大動脈遮断方法、大動脈切開方法に工夫を要することがある。同様に再手術の大動脈弁置換術でも大動脈基部の癒着により剥離が不十分となり、大動脈切開方法に工夫を要することがある。当院で上行大動脈に高度石灰化を伴った 1 例と、Stanford A 型急性大動脈解離に対し上行大動脈置換術の手術歴がある患者に対する再手術の大動脈弁置換術を施行した。右冠動脈口を囲むように逆 U 字型に大動脈切開を施行し良好な視野展開が可能であり、良好な術後成績を得たので文献的考察を加え報告する。【方法】症例 1: 84 歳男性。高血圧で近医通院中であり労作時胸痛を認め冠動脈造影施行したところ、冠動脈 3 枝病変を認めた。同時に重症大動脈弁狭窄症を認めたため、冠動脈バイパス術+大動脈弁置換術の方針とした。術中所見で上行大動脈前壁の大動脈切開線上に円盤状の石灰化を認めたため、石灰化を避けるように逆 U 字切開を施行した。症例 2: 75 歳男性。10 年前に他院で胸部大動脈瘤に対し上行大動脈置換術を施行した。労作時息切れあり、精査の結果重症大動脈弁狭窄症を認め、再手術大動脈弁置換術の方針とした。術中所見で以前の大動脈中枢吻合部から大動脈基部にかけて癒着が強く、右冠動脈起始部を確認できなかった。右冠動脈損傷を避けるため中枢吻合部から逆 U 字に大動脈切開を施行した。【成績】2 例とも良好な視野が得られ困難なく大動脈弁置換術が施行でき、大動脈切開線吻合部の出血なく手術終了した。【結論】大動脈弁置換術において通常の斜め切開の大動脈切開方法が出来ず、切開線が高位になってしまう場合、今回我々の行った逆 U 字型に切開することで良好な視野が得られる可能性があり、報告する。

43

C. acnes による僧帽弁位人工弁
感染の 1 例琉球大学病院 臨床研修センター¹、琉球大学病院 胸部心臓血管外科学講座²知念 春佳¹⁾、安藤 美月²⁾、宮國 祥平²⁾、稲福 齊²⁾、古川 浩二郎²⁾

【背景】人工弁を使用している患者の約 2 % が心内膜炎を発症する。術後 1 年以降の発症ではブドウ球菌や緑色レンサ球菌、皮膚の常在菌が主な感染源とされている。Cutibacterium acnes (以下、C. acnes) は弱毒性グラム陽性桿菌であり、培養検出時に通常は汚染と判断されることが多い。今回 C. acnes 感染により人工弁機能不全をきたした 1 治験例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。【症例】60 代男性。僧帽弁閉鎖不全症に対し 35 年前に弁置換術を施行されたが、パンヌス形成のため 20 年前に再弁置換術を施行された既往がある。2 週間持続する発熱を主訴に前医受診され、心エコーにて僧帽弁位人工弁の圧格差上昇を指摘、また明らかな疣贅は認めなかったが人工弁感染が疑われ精査加療目的に当科紹介となった。入院後は感染性心内膜炎に準じて抗生剤治療を開始したが、発熱が持続し心不全を発症した。経食道心エコーで人工弁への疣贅付着や弁輪部膿瘍は認めず、僧帽弁位周囲逆流を 9 時方向に認めた。複数回の血液培養検査を行うも原因菌は検出できなかったが、人工弁機能不全に起因する急性心不全と診断し、第 38 病日に再弁置換術を施行した。手術は経中隔切開にて僧帽弁を観察。人工弁の台座 1/4 周が弁輪より外れていたが感染を疑うような脆弱な組織は確認できなかった。摘出した人工弁周囲組織の顕微鏡検査でグラム陽性桿菌を認め、PCR 検査で C. acnes と判明した。各種培養検査は入院時より全て陰性だったが、C. acnes 感染による人工弁心内膜炎と診断した。術後経過は良好、合併症なく経過し、術後抗生剤治療を継続しながらリハビリ転院となった。【考察】C. acnes は培養陽性となっても汚染として過小評価されやすい。培養陰性心内膜炎の診断には、摘出検体の微生物学的検査と組織学的検査が有用である。【結論】今回我々は C. acnes 感染により人工弁機能不全をきたした 1 治験例を経験したのでこれを報告する。

44

ドブタミン抵抗性の拡張型心筋症に対して、イバブラジンが奏功した 1 例

浦添総合病院¹、循環器内科²

小林 稜典¹⁾、千葉 卓²⁾、仲村 健太郎²⁾、
知念 敏也²⁾、阿部 昌巳²⁾、中田 円仁²⁾、
名護 元志²⁾、横田 尚子²⁾、田畑 達也²⁾、
高江洲 悟²⁾、小林 史明²⁾

【諸言】特発性拡張型心筋症に伴う急性心不全に対し、通常、慢性心不全に適応のあるイバブラジン投与が心機能改善に寄与した症例を報告する。

【症例】31 歳男性【経過】受診 3 年前、うっ血性心不全で入院加療した。受診 2 日前、倦怠感を主訴に前医受診し、重症心不全の診断で当院へ紹介受診した。喘鳴・呼吸困難は認めず、胸部レントゲン検査で心拡大・両側軽度肺うっ血、心電図検査で洞性頻脈（心拍数(HR)117 回/分）、経胸壁心臓超音波検査(TTE)でびまん性左室機能低下を認め、左室駆出率(EF)は 10%であった。至適薬物療法によりうっ血改善を図ったが治療効果は乏しく、低心拍出量症候群をきたしたためドブタミンの持続投与を開始したが、ドブタミン負荷により著明な洞性頻脈を生じ拡張障害をきたした。イバブラジンを導入し、TTE ガイド下で至適 HR を判断する方針とした。イバブラジン導入直前は、HR が 102 回/分、TTE にて左室流入血流である E 波と A 波は融合し、一回拍出量(SV)が 48.0ml/回、EF が 22.5%であった。投与量調整後のイバブラジン 10mg/日投与時は、HR が 85 回/分、E 波と A 波は分離し、SV が 54.5ml/回、EF が 28.3%と心機能改善を認めた。ドブタミン減量によりβ遮断薬増量が可能となり、心不全軽快して退院した。その後 2 年間は心不全入院を認めていない。【考察】イバブラジンは陰性変力作用がなく、心収縮力や血圧に影響を与えずに HR のみを低下させる。適応は、β遮断薬が最大忍容量投与されても安静時 HR が 75 回/分以上の慢性心不全患者である。本症例では、急性心不全に対しイバブラジン投与により頻脈を改善することで心機能を改善する事ができた。イバブラジン投与量は TTE による左室流入血流の評価で判断した。急性期重症低左心機能患者へのイバブラジン投与が奏功した症例であったため報告する。

45

沖縄赤十字病院におけるアグレッシブ成人 T 細胞白血病リンパ腫の後方視的解析

沖縄赤十字病院

友寄 毅昭、喜納 かおり

【諸言】成人 T 細胞白血病リンパ腫(ATL)は予後不良な血液悪性疾患の一つで急性型やリンパ腫型などのアグレッシブ型の生存期間中央値は 1—1.5 年と言われる。抗体医薬やエピゲノム薬が登場した現在の動向を後方視的に解析した。【対象および方法】直近 5 年間(2019 年—2023 年)に当院で診断した ATL、急性型およびリンパ腫型 49 例の後方視的解析。【結果】対象症例は 49 例(男性 29 例、女性 20 例)、急性型 26 例、リンパ腫型 23 例(うち、ホジキン様 ATL は 5 例)であった。診断年別では 2019 年から 2023 年まで順に、12 例、13 例、11 例、8 例、5 例と減少傾向であった。12 例は高齢、PS 4、認知症、脳卒中後遺症、心不全合併などが理由で化学療法は行われなかった。化学療法が行われたのは 37 例で、初回治療は CHOP 療法が 17 例と多かった。化学療法未実施群で生存期間中央値は 0.7 ヶ月、化学療法実施群で生存期間中央値 12.2 ヶ月、5 年生存率は 31%であった。【結後】ATL の患者数は今後も減少することが予想された。分子標的薬やエピゲノム薬により治療成績の向上が期待される。いかに新規薬剤を投与するかが課題である。

46

赤ら顔・酒さに対する治療戦略
第 1 報

貴クリニック

東盛 貴光

【緒言】顔面の紅潮や紅斑を主訴とする場合、多くはアトピー性皮膚炎、脂漏性皮膚炎、接触性皮膚炎といった湿疹皮膚炎群によるものである。しかしその中には重度ざ瘡、酒さ様皮膚炎、長期の紫外線暴露やアルコール多飲、ステロイド外用による顔面皮膚の萎縮と毛細血管拡張症、ポイキロデルマなども混在し多様である。通常皮膚科クリニックでは各種の外用や内服治療などが行われるがその治療には様々な理由で難渋することも多く、当科へ紹介されるケースが年々増えている。今回我々は、いわゆる「赤ら顔」に対する自費診療を交えた総合的な診断・治療戦略により効果を上げているため、代表症例を供覧し、文献的考察を加えて報告する。【対象及び方法】2022 年 4 月の当科開設以降、過去 2 年半で何らかの治療を行ってきた 100 例の赤ら顔に対し、内服、外用、施術（ダーマペン、色素レーザー、光治療、肌トリートメント機器など）の各種治療の治療効果判定を行った。治療の選択は、画像診断解析装置 VISIA revolution で検討し、保険治療単独または自費診療の併用、内服や外用の希望、施術によるダウンタイムの許容範囲などを丁寧に確認することで行った。効果判定は同解析装置におけるヘモグロビン解析による数値化を用い、excellent、good、fair、poor の 4 段階で行った。【結果及び考察】内服や外用はすでに前医で行われていることが多く、半年以上継続しても効果がみられない、さらには増悪した症例は直ちに休薬変更し、さらに薬価未記載の外用を適宜追加することで効果は見られた。さらに単独施術ではどの施術も効果がみられたが、特に色素レーザーは高い効果がみられた（95%：22 例中 21 例）。【まとめ】当科における赤ら顔に対する治療方針についての概要と有用性を報告した。今後は重症度に応じた複合治療の選択などより患者個々に応じた治療の選択を行いその効果を報告していきたい。

47

手紙によるグリーフ・ケアの実践—遺族宛ての手紙に対するアンケート調査—

沖縄県立中部病院

玉城 和光、城間 洋子、親富祖 勝己

＜目的＞看取り後、病棟からのお悔やみの手紙を郵送した遺族を対象に「手紙を郵送する適切な時期」と「活動の評価」等を調査し、今後の Grief ケアのあり方を模索する。＜方法＞・Grief ケアの一環で家族他界 2 ヶ月後をめどに、病棟から「お悔やみの手紙」を郵送した遺族の方を調査の対象とする。・2004 年 1 月から 2007 年 5 月の間に手紙を郵送した 72 家族のうち、連絡可能であった 60 家族を調査の対象とする。・この手紙の適切な郵送の時期に関するアンケート調査を実施する。・本調査において「複雑化した悲嘆（Complicated Grief）」と「外傷後成長（Post-Traumatic Growth）不良」の実態調査を行う。・得られた自記式調査票を分析し、Grief に関する問題を明らかにする。＜結果のまとめ＞1. 回収率は 40%であった。（60 人の遺族にアンケート用紙を送付し、24 人から回答が得られた）2. 回答者の 25%が Grief 不良群であった。（24 人中 6 人）3. 回答者の 73.9%が、お悔やみの手紙に好意的であった。（23 人中 17 人、1 人は無回答）4. 遺族にとって、お悔やみの手紙を受け取る時期は他界 6 ヶ月後が妥当と思われた。5. 残された家族が男性の場合、Grief 不良傾向の可能性が窺われた。（ただし、Fisher's Exact Test は片側 $p = 0.366$ であり、有意水準を満たさない）6. 残された家族が配偶者の場合、Grief 不良傾向の可能性が窺われた。（ただし、Fisher's Exact Test は片側 $p = 0.319$ であり、有意水準を満たさない）7. 残された家族が 60 歳以上の高齢者の場合、Grief 不良傾向の可能性が窺われた。（ただし、Fisher's Exact Test は片側 $p = 0.410$ であり、有意水準を満たさない）＜結語＞・遺族の方の 25%が Grief 不良であり、何らかの介入の必要性が示唆された。・お悔やみの手紙と同時に Grief 不良スクリーニングが必要と思われた。・上記一連の関わりは、他界から 6 か月後が好ましいと思われた。

48

当院における透析医療の DCP について—主に地震災害を考える—

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
宮里 均、上原 裕子、近藤 和伸、
諸見里 拓弘

はじめに：地震その他災害に対する BCP は近年よく知られ、各医療施設でも BCP 策定は行われるようになってきている。一方 DCP (District Continuity Plan) は比較的新しい概念で厚労省ホームページには言及されていない。災害時、透析医療の継続は単施設では困難な状況が予測されており DCP としての考え方が必要と思われる。透析施設における災害は一般に震度6弱の地震及び津波被害を指す。県内で推定される地震災害に対する DCP を検討した。沖縄県防災計画によると沖縄県本島付近で予測される強い地震・津波被害は“沖縄本島南部断層系”“伊祖断層”“石川一具志川断層系”“南部スラブ内地震”などが挙げられる。これら地震・津波により海表面が5m上昇すると flood map に示すようにいくつかの施設に被災が予想された。また当院は高台にあるため津波被害の恐れはないが土砂災害リスク、また道路冠水のリスクがある。透析医療は治療に関して大量の水、ダイアライザー、透析回路、専用穿刺針が必要だが津波被害時にはこれらの入手が困難になることが判明した。また沖縄直下プレート地震の場合、程度によって病院に出勤不可能となる職員が発生し透析医療実施が極めて困難になることが予想された。まとめ：地震災害リスクへの対処はキリがないとも言えるが、わかっている事だけでも準備しておく必要がある。

49

沖縄県立中部病院における研修医の労働意欲と労働実態についてのアンケート調査

沖縄県立中部病院
照屋 周造、尾原 晴雄

背景 2024 年度から始まる働き方改革に関して、研修医の意識、労働意欲と労働実態を明らかにするために、アンケート調査を行った方法沖縄県立中部病院に勤務する研修医（卒後1年目から5年目）に対して、無記名の web アンケート調査を行った。この研究は沖縄県立中部病院の IRB による承認のもと実施された(2023 中部研究倫理第8号) 結果回答率は 45%(44/96)だった。研修医が働き方改革に期待することとして、プライベートの時間が増える、体力的に楽になる、精神的に楽になる、医療の質が上がる、という選択肢に回答した研修医が比較的多かった。一方で、時間外労働が減ることで給与が減る、経験症例が減ることをデメリットとして回答した研修医がそれぞれ半数以上であった。卒後5年目までのキャリアで重視することは 77.3%がスキルアップし成長することを重視すると回答し、80%以上の研修医が平均以上の幸せ(well-being)を感じていると回答した。考察 働き方改革に伴い、研修医の時間外労働を削減する動きが進んでいるが、研修医は労働時間そのものではなく、スキルアップができるかなどの研修内容を重視していることがわかった。労働量の管理に加えてより良い社会的な関係性、私生活の充実に着目することで研修医の職業人としての発達をより促せる可能性がある。結語 働き方改革により労働時間や勤務間インターバルのルールを守ることが求められるが、学習者の経験のデザインや限られた時間で成長するための方法について検討することが必要である

50

沖縄本島北部の COVID-19 に関する臨床疫学研究

北部地区医師会病院 検診科¹、呼吸器感染症科²、
内分泌代謝透析科³、消化器内科⁴
岸本 拓治¹、田里 大輔²、長澤 慶尚³、
日暮 悠璃²、瀬戸口 倫香²、知花 凜²、
山城 章裕¹、宮里 達也¹、諸喜田 林⁴

【目的】新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の実態と重症度の悪化に関連する生活習慣要因を究明すること。

【方法】北部地区医師会病院を受診した患者における実態を明らかにする記述疫学的研究を実施。また、重症度が「中等症または重症」（COVID-19 悪化）を目的変数とした横断研究を実施。横断研究については、2020 年 8 月 10 日から 2022 年 12 月 10 日までの間に北部地区医師会病院を受診した患者 4,899 人から選ばれた 1,353 人が対象で、病院受診日より前に特定健康診査を受けた人々である。二項ロジスティック回帰分析により要因に対する COVID-19 悪化のオッズ比（OR）を算出した。

【結果】COVID-19 悪化の要因は、性別（OR [男 vs 女]：2.533、95%信頼区間[CI] 1.484-4.322）；年齢（OR [50 代 vs 10 代+20 代+30 代]：4.858、2.319-10.177；OR [60 代]：9.738、4.355-21.777；OR [70 代+80 代+90 代]：8.327、3.224-21.507）；慢性肺疾患の併発（OR [はい vs いいえ]：2.892、1.227-6.818）。COVID-19 悪化を軽減する要因は、病院受診年（OR [2022 年 Omicron 変異株流行期 vs 2020 年 Alpha 変異株流行期]：0.180、0.058-0.559）；ワクチン接種（OR [2 回接種 vs 0 回または 1 回接種]：0.223、0.114-0.436；OR [3 回以上接種 vs 0 回または 1 回接種]：0.090、0.035-0.229）；定期的な運動（OR [はい vs いいえ]：0.458、0.242-0.866）。

【結論】COVID-19 の重症度悪化対策として、ワクチン接種、定期的な運動、慢性肺疾患予防の重要性が示唆された。

（発表内容の一部は、第 94 回日本衛生学会学術総会 [2024 年 3 月] に発表。）

51

沖縄県では何故、新型コロナウイルス感染症が多発したか

那覇市医師会
久田 友治

【目的】都道府県別の COVID-19 と社会的因子との関連を重回帰モデルで解析し、沖縄県における次期パンデミックの方策を考える。【方法】目的変数を第 5、6a、6、6b、7 波の最終日における都道府県別人口 10 万人あたり COVID-19 の累計感染者数とした。沖縄県に特有と考えた 6a 波、6b 波の最終日を各 2022 年 2 月 15 日、6 月 30 日と定義した。説明変数を可住域住宅地あたりの人口密度（6 位）、低ワクチン接種率（1 位）、空港乗降客数・国内のみ（4 位）、米軍人数（1 位）、世帯所得（47 位）とした。括弧内は沖縄県の順位。ワクチン接種率はデジタル庁のホームページにあった接種状況から 6、7 波のピークの 15 日前における都道府県別の全年代における数値を得た。統計解析は EZR を用いた。【成績】結果を表 1 に示した。有意な因子として人口密度が 5 波から 6b 波、ワクチン接種率が 6a から 7 波、米軍人数が 6a と 6b 波、空港旅客数が 7 波で、それぞれ抽出された。【結論】沖縄県における次期のパンデミックにはワクチン接種の推進、時期を選んでの米軍人を含む移動人口を抑える方策が必要であると考えた。

表 1. 目的変数別の説明変数の p 値と自由度調整済重相関係数の二乗（R²）

説明変数	目的変数*				
	第 5 波	第 6a 波	第 6 波	第 6b 波	第 7 波
人口密度	0.00	0.00	0.00	0.00	0.39
空港旅客数	0.52	0.10	0.69	0.07	0.02
世帯収入	0.90	0.38	0.18	0.48	0.11
米軍人数	0.07	0.04	0.43	0.00	0.05
ワクチン接種率	~	0.01	0.04	0.00	7.94E-09
R ²	0.53	0.71	0.56	0.72	0.83

* 都道府県別人口 10 万人あたり COVID-19 の累計感染者数

52

COVID-19 と同時期に発症した
Antithyroid arthritis
syndrome の1例

沖縄県立中部病院 総合内科

尾原 晴雄、板金 正記、須藤 航、矢野 裕之、
金城 光代

【症例】30歳男性。来院約1ヶ月前にバセドウ病と診断され、近医にてチアマゾール(MMI) 30mg/日の内服が開始された。開始後に、皮疹、かゆみが見られたが、抗ヒスタミン剤と併用しながらMMIは継続されていた。来院10日前に同居の娘がCOVID-19に罹患し、自宅療養していた。来院2日前から咽頭痛、発熱が出現し、右手関節、右中指MCP関節、両膝関節の疼痛も出現したため、当院救急外来を受診した。来院時、38.0度の発熱があり、右手関節、右中指MCP関節、両膝関節に発赤、腫脹、熱感、圧痛を認めた。COVID-19抗原は陽性であったが、多関節炎についてはMMIによる薬剤性を疑い、MMIを中止し、アセトアミノフェン、NSAIDs内服を開始した。その後、P-ANCA、C-ANCAは陰性であり、経過観察中に毎日移動する関節炎が出現したため、総合的にAntithyroid arthritis syndromeと診断した。MMI休薬から10日後の外来では、多関節炎は軽度残存し、甲状腺機能亢進が再燃していたため、ヨウ化カリウム(KI) 50mgを開始した。MMI休薬から2週間後には、多関節炎は消失した。また、KI内服で甲状腺機能は改善し、プロピルチオウラシルを少量から開始したが、関節炎の再燃は見られなかった。

【考察】本症例は、明らかな濃厚接触歴がある発熱患者であり、COVID-19を想起することは容易であった。しかし、COVID-19で多関節炎を呈することは稀であり、MMI開始後間もない時期に移動性多関節炎を発症していることから、薬剤との関連を疑い、本疾患を鑑別に挙げることができた。コロナ禍においても、丁寧な病歴聴取、身体診察が大切だと学んだ1例を経験した。

53

血液培養・尿培養から検出された
グラム陽性球菌の不一致を再
検し、診断につなげた
Staphylococcus epidermidisに
よる感染性心内膜炎の一例

沖縄県立北部病院 内科

與那覇 智基、永田 恵蔵

はじめに、Staphylococcus epidermidis(以下、S.epidermidis)は、皮膚や粘膜に常在するCoagulase negative Staphylococcus(以下、CNS)の一つであり、血液培養より検出された場合、カテーテル関連血流感染以外ではコンタミネーションと判断されることも多い。また、一般的にグラム陽性球菌(以下、GPC)による尿路感染症は少なく、検出された場合は、血行感染も鑑別にあげることがある。症例は78歳男性、既往歴は高血圧症、2型糖尿病。元々は自宅独居、ADLは自立している方。受診2週間前に転倒後腰痛が出現、徐々に増悪し歩行困難となったため受診。胸腰椎画像検査では新規骨折所見はなかったが、血液検査で炎症反応上昇があった。全身状態や明らかな熱源もなく血液培養採取し経過観察となった。受診2日後に、血液培養・尿培養からGPCが検出されたため、感染源検索・加療目的に入院となった。入院当初、血液培養と尿培養からは別菌種のCNSが検出された。尿培養から検出されたCNSは血行感染の可能性も考え再検したところ、同一菌種であることが判明した。真の菌血症と判断し、身体所見より腰背部が感染源と考え、撮影した造影CT検査で両側腸腰筋膿瘍が見られた。入院後、感染性脳梗塞・感染性心内膜炎も合併も判明し、脳梗塞に対しては抗血小板療法が追加となり、感染性心内膜炎は弁破壊もなく、抗菌薬合計8週間投与し治療を終了した。尿培養でGPCが検出された場合、菌の種類により解釈や治療法が異なる。また、菌血症や感染性心内膜と血行感染による2次性の細菌尿を考慮する必要がある。菌の性状や、リスク因子の有無(免疫抑制患者、カテーテル留置中、妊娠等)を確認することが重要である。今回、血液培養・尿培養よりコンタミネーションが考えられるそれぞれ別の菌種が検出されたが、尿培養の結果に疑問を感じ、再検を行ったことが、治療・診断につながったと考える。

54

両側腎癌の臨床検討

中部徳洲会病院 泌尿器科

吉岡 拓哉、高江洲 大、呉屋 真人、
大城 吉則

【目的】当院での両側腎癌に対する治療成績など臨床経過を検討する 【方法】当院では 2017 年から小径腎腫瘍に対して RAPN (ロボット支援腎部分切除術) を導入し 100 例以上施行してきた。そのうち 4 例の両側腎癌を経験したので、患者背景、治療成績、合併症発生率、術後経過などについて検討した。【結果】症例 1 65 歳女性。右腎腫瘍 (長径 32mm) 左腎腫瘍 (長径 17mm) に対して 1 年空けて RAPN 施行された。腎機能は術前 eGFR 99.8mL/min/1.73m² Cre 0.48mg/dL 術後 eGFR 73.7mL/min/1.73m² Cre 0.63mg/dL と温存されていた。症例 2 77 歳男性。左腎腫瘍 (長径 19mm) 右腎腫瘍 (長径 42mm) に対して 4 ヶ月空けて RAPN 施行された。腎機能は術前 eGFR 58.4mL/min/1.73m² Cre 0.98mg/dL 術後 eGFR 46.8mL/min/1.73m² Cre 1.20mg/dL と温存されていた。症例 3 74 歳男性。右腎腫瘍 (長径 13mm) 左腎腫瘍 (長径 16mm) に対して 2 ヶ月空けて RAPN 施行された。腎機能は術前 eGFR 64.8mL/min/1.73m² Cre 0.88mg/dL 術後 eGFR 62.54mL/min/1.73m² Cre 0.91mg/dL と温存されていた。症例 4 38 歳女性。右腎腫瘍 (長径 31mm) に対して RAPN 施行され、左腎腫瘍 (長径 17mm) に対して RAPN 施行予定されている。いずれも周術期合併症を生じることなく経過し、腫瘍の切除断端はいずれも陰性。術後再発なく経過している。【まとめ】当院で経験した両側腎癌の症例ではいずれも安全な手術が施行され、良好な治療結果を得られていた。

55

右副腎腫瘍による原発性アルドステロン症を加療目的に精査した結果、左副腎由来であると判明し、左副腎腫瘍に対して腹腔鏡下左副腎摘出術を施行した一例

南部徳洲会病院 泌尿器科¹、放射線科²、病理診断科³、県立宮古病院 泌尿器科⁴岡崎 将斗¹⁾、向山 秀樹¹⁾、島袋 浩勝¹⁾、大兼 剛²⁾、旭 大悟²⁾、玉城 智子³⁾、与那覇 博隆⁴⁾

【はじめに】副腎静脈サンプリングにて画像所見と異なる対側の原発性アルドステロン症を経験したので報告する。【症例】59 歳女性。2022 年 12 月、人間ドックのエコーで腎腫瘍を指摘されていた。2023 年 2 月に施行された腹部 CT で右副腎に 2.5 cm の腫瘍を認めた。同年 5 月 18 日、副腎ホルモンスクリーニング検査で PAC/PRA>200 であり、原発性アルドステロン症が疑われた。同年 7 月 19 日に当院へ紹介受診となった。20 日副腎静脈サンプリング検査を行い、左副腎原発性アルドステロン症と診断した。CT では右副腎、副腎静脈サンプリングでは左副腎と局在が一致せず、12 月 7 日に再度サンプリングを施行し、左副腎原発と確定診断にいたった。【治療と病理結果】2024 年 2 月 14 日に腹腔鏡下左副腎摘出術を行った。病理診断では副腎皮質に多結節性に過形成変化を認め、副腎皮質過形成の所見であり、原発性アルドステロン症として矛盾はなかった。【考察】本症例においては原発性アルドステロン症の診療アルゴリズムは高血圧患者へのスクリーニングを行い、ARR ≥200+PAC ≥60、ARR ≥100-200+PAC ≥60 かつ患者ニーズや臨床所見がある者に対して機能確認検査を施行。機能確認検査ではカプトプリル試験 (CC T) で ARR ≥200 または生理食塩水負荷試験 (SIT) で PAC ≥60 の患者を陽性と診断する。CC T で 200 > ARR ≥100 または 60P > PAC ≥12 の患者を暫定的陽性とする。陽性患者、臨床所見やニーズのある暫定陽性患者では局在、病型診断として副腎静脈サンプリングを行う。上記、診療アルゴリズムに則って診察した結果、画像診断のみでは局在診断には至ることができず、副腎静脈サンプリングで確定診断に至った症例であった。【結語】副腎静脈サンプリングは原発性アルドステロン症の確定診断に有用な検査方法と考えられる。

56

頭痛と顎跛行から巨細胞性動脈炎が疑われるも ANCA 関連血管炎の診断に至った一例

沖縄県立中部病院 総合内科

鈴木 智也、崎山 広大、加藤 夕貴、
山本 恭資、矢野 裕之、金城 光代

【緒言】抗好中球細胞質抗体（ANCA）関連血管炎は、細小動静脈の壊死性血管炎により多彩な臓器障害を起こす疾患である。今回、両側上肢痛と頭痛・顎跛行を主訴に来院し、当初は巨細胞性動脈炎（GCA）が疑われたが、MPO-ANCA 陽性を示し、最終的に ANCA 関連血管炎と診断した症例を経験したので報告する。【症例】びまん性汎細気管支炎の既往がある ADL 自立の 85 歳女性。来院 2 ヶ月前から出現した両側の上肢痛および 2 週間前から発熱、頭痛、咀嚼時の右下顎痛が出現し、当院へ紹介となった。来院時の身体所見では側頭動脈の怒張なく、上肢挙上は可能であった。血液検査では炎症反応の上昇あるも、腎機能や尿検査は正常だった。造影 CT では大動脈炎の所見はなかった。頭痛、顎跛行から GCA を疑い、プレドニゾン 50mg/日で治療を開始し、側頭動脈生検を行った。病理では側頭動脈本幹の異常所見はなく、栄養血管の血管炎がみられた。入院後に測定した MPO-ANCA が陽性となったことから、ANCA 関連血管炎の診断としリツキシマブを追加し症状は改善し、顎跛行も消失した。【考察】本症例は、高齢女性の発熱、上肢痛および頭痛、顎跛行の病歴から GCA を想起しやすい。しかし、ANCA 関連血管炎は臓器特異的な症状をきたさず、大血管の栄養血管に血管炎を起こすことによって大血管炎様の症状を起こしうることが報告されている。本症例においても小血管炎の病態により顎跛行を呈したと考えられる。また、数年来の間質性肺炎やびまん性汎細気管支炎が ANCA 関連血管炎診断前に先行することがある。ANCA 関連血管炎と GCA とは治療方針が異なるため、大血管炎を想起した場合にも ANCA を測定することが重要である。【結語】高齢女性の顎跛行から GCA を疑ったが ANCA 関連血管炎の診断となった症例を経験した。

57

コルポスコピー所見が乏しかった子宮頸部腺癌の 1 例

友愛医療センター 産婦人科

前濱 俊之、西村 拓也、吉川 和泉、
山田 真司、大久保 奈緒、大城 大介、比嘉 健

子宮頸部腺癌の初期病変は細胞診およびコルポスコピーで有意な所見を捉えることが難しく、早期発見の課題となっている。そのため、子宮頸部異型腺細胞が出現しても早期診断が困難となっている。今回、異型腺細胞（AGC）を契機に子宮頸部腺癌と診断された症例を経験したので報告する。症例は 52 歳、2 妊 2 産。検診で子宮頸部細胞診が AGC 指摘され、当科紹介。当科での細胞診は正常であった。コルポスコピーでは病変の検出が困難であったが、ごく一部に微小隆起あり、生検した。病理は頸部腺癌であった。通常型内頸部腺癌は現在、HPV 関連腺癌に分類されている。HPV 検査では 16 型陽性であった。MRI 検査施行し、頸部に腫瘍のないことを確認し子宮頸部円錐切除を行った。病理所見では、腺癌所見は認めなかった。最終診断は子宮頸部腺癌 IA1 期であり、単純子宮全摘術を施行した。病理組織の結果では頸部に腺癌組織を認めなかった。現在、8 年 5 か月経過し、再発所見はない。AGC の最終診断は多岐にわたり、子宮頸部以外の体部悪性腫瘍の診断となることも稀ではない。しかし、HPV 検査で陽性、特に 16, 18 型陽性の場合は子宮頸部病変の可能性が高く、HPV 検査は診断精度を高めるものとする。子宮頸部腺癌早期のコルポスコピー診断は難しいが、微小隆起には注目すべきと思われた。

58

脊椎損傷後の骨粗鬆症と過多月経を伴った 1 例

友愛医療センター

大城 大介、吉川 和泉、西村 拓也、
山田 真司、大久保 奈緒、野坂 舞子、比嘉 健、
大橋 容子、野原 理、前濱 俊之

症例は 51 歳、3 経産。X-2 年に過長月経後の失神様のエピソードで当院を受診した。採血でヘモグロビン 6 台の貧血を認めた。画像診断上は子宮に明らかな器質的疾患を認めず、子宮内膜搔爬で悪性疾患および過長月経の原因を疑う所見を認めなかった。その後 X 年に過多月経後に意識消失し転倒、四肢麻痺をきたした。頸髄損傷に対して他院で椎弓形成術後、X+1 年に再度過多月経を主訴に当院を受診した。手術・子宮内黄体ホルモン放出システム・偽閉経療法を提示し、偽閉経療法を希望されたため GnRH アンタゴニストの投与を開始した。脊椎損傷後は荷重負荷減少による骨芽細胞性骨形成の阻害および破骨細胞性骨吸収の増加が起こり、重度の骨量減少が起こるとされている。しかし脊椎損傷後の骨量減少の詳細なメカニズムは不明である。本症例の骨密度は DXA (Dual-energy X-ray Absorptiometry) 法で腰椎 YAM (Young Adult Mean) 108%、大腿骨近位部 YAM 53%であり、整形外科と連携して対応することとした。大腿骨近位部の骨密度はかなり低下しており、ビスホスホネート製剤で治療することとなった。GnRH アンタゴニストは過多月経には有効であるが、骨量減少を引き起こすため、ビスホスホネートとの併用については今後厳重な管理が必要と思われた。

59

腹腔鏡下卵巢楔状切除術を施行した卵巢妊娠の 1 例

友愛医療センター 産婦人科

山田 真司、吉川 和泉、西村 拓也、
大城 大介、大久保 奈緒、野坂 舞子、
比嘉 健、大橋 容子、野原 理、前濱 俊之

異所性妊娠は全妊娠の 1%程度に発生し、卵巢妊娠は全異所性妊娠の 0.5-3%と稀な疾患である。卵巢妊娠組織の表面は薄く、卵巢妊娠は破裂しやすいと報告されている。今回、腹腔鏡下に卵巢妊娠と診断し、腹腔鏡下楔状卵巢切除術を施行した 1 例を経験したので報告する。症例は 32 歳、4 妊 2 産。最終月経から 6 週 0 日に前医受診した。血中 hCG 値は 4836IU/ml であったが、子宮内に胎嚢を認めなかったため、2 日後に当院紹介となった。同日の血中 hCG 値は 5535IU/ml と上昇していた。経膈超音波検査にて右付属器領域に卵黄嚢を伴う胎嚢を認め、異所性妊娠を疑い、腹腔鏡手術を施行した。右卵管に異常所見を認めず、右卵巢に暗赤色の腫瘍を認めたため、右卵巢妊娠と診断し、腹腔鏡下右卵巢楔状切除術を施行した。術後は血中 hCG 値が順調に低下し、術後 3 日目に退院した。病理検査にて、卵巢切除組織に絨毛組織を認め、卵巢妊娠の診断となった。卵巢妊娠は、非常に稀な病態であり、術前診断は困難で、術中所見で診断される場合が多い。今回、腹腔鏡下に卵巢妊娠と診断し、腹腔鏡下楔状卵巢切除術を施行した 1 例を経験したので報告する。

60

膵癌の早期診断に向けた取り組み：検診異常からの膵癌高危険群の拾い上げ

中頭病院 消化器内科

森 英輝、高良 美華、前田 拓、
與那原 究、浜比嘉 一直、吉村 美優、
崎原 正基、石原 健二、知念 隆之、
座覇 修

【背景と目的】一般住民を対象とした膵癌のスクリーニング検査は推奨されていないが、膵癌の危険因子を有する方は対象となり、膵癌診療ガイドラインにて危険因子を有する方への画像検査が推奨されている。危険因子には膵酵素、腫瘍マーカー、膵嚢胞等が含まれるがいずれも検診で指摘されることが多い。健診センターとの密な連携を行い、膵癌危険因子に該当する要精検者への積極的な画像検査の実施、膵嚢胞や膵管拡張を有する高危険群患者の継続フォローを行う膵癌早期診断プロジェクトを開始しており、その成績を報告する。【対象と方法】過去 3 年間で当院健診センターで実施された腹部超音波検査 (AUS) /アミラーゼ/CA19-9 は 34066 例/14466 例/14357 例あり、要精検者は 5.7%/5.7%/4.5%であった。要精検者のうち当院で精検を受けた方を対象とし、膵癌高危険群の発見率をプロジェクト開始前の前群と開始後の後群にわけて比較検討した【結果】(1)AUS 検診膵描出不能の受診者は前群/後群で 171 例/200 例、異常所見発見率 7.6%/25%で有意に後群が高かった。AUS 膵有所見 42 例/82 例では 74%/77%と差はなかった。前群から 2 例の膵癌が診断されたが、いずれも切除不能であった。後群から 4 例の膵癌が診断され全例切除可能であり、1 例はステージ 1 であった。(2)アミラーゼ高値での受診は前群/後群で 111 例/93 例で、異常所見発見率は 3.6%/29%と有意に後群が高かった。(3) CA19-9 高値例での受診は前群/後群で 146 例/104 例で、異常所見発見率は 7.5%/31%で有意に後群が高かった。後群より膵癌を 3 例認め、全例切除可能であり 1 例はステージ 0 であった。【結語】膵関連の要精検者に画像検査を積極的に行うことで、膵癌高危険群の発見率と膵癌の早期診断例の増加を認めており、プロジェクトの有用性が示された。

61

嚥下障害のある患者に対して早期に嚥下内視鏡検査を行った一例。

南部徳洲会病院 総合診療科

大谷 哲平、今村 恵、西島 功、妹尾 真実、
照屋 彩夏、兼城 さやか、高木 弘毅

【はじめに】

嚥下障害のある患者への無理な経口摂取は誤嚥を促進させ、気道閉塞や誤嚥性肺炎のリスクとなる。不顕性誤嚥を含む嚥下障害の兆候を早期に認識することは、その後の生活の質の維持に重要である。また適切な食事介入法により誤嚥を回避できる。嚥下機能の定量化に嚥下内視鏡検査が有用とされている。今回は重症感染症罹患後に嚥下の問題がある患者に対して早期の嚥下内視鏡検査を行い、嚥下障害の状況を確認後、食事介入法の変更と嚥下訓練を行い、嚥下機能の改善がみられた一例を報告する。

【症例】

施設入所中の 69 歳女性。血圧低下と酸素化低下で救急搬送され、細菌性肺炎による敗血症性ショックの診断で入院加療となった。加療開始後、全身状態は改善傾向となるも、食事介助時の嚥下機能低下が目立った。第 10 病日、多職種で議論し、嚥下機能評価のため嚥下内視鏡検査を施行した。兵頭スコア 5 点と、期待以上の結果で、直接訓練を強化する方針となった。2 週間後に再評価し、兵頭スコア 3 点と改善がみられ、食事形態、介助時のひと口量・タイミングの調整と自力摂取時の見守りの留意点を共有した。その後、指定された食事介入法で経口摂取を行い、吸引の必要回数は減少し、誤嚥のエピソードや誤嚥性肺炎の発症はなく経過し、第 30 病日に施設へ退院となった。

【考察】

嚥下の可視化は重要であるが全例への検査実施は困難である。身近でケアを行う看護師や ST との議論を通じて嚥下評価の対象患者を選定し、早期に嚥下内視鏡検査を行うことで嚥下機能の評価、予後予測、安全な食事介入法の指導を提供することができる。

62

難治性腹水に対する改良型 CART
の当院の現況

友愛医療センター 外科
花城 清俊

【背景】癌性腹水や肝性腹水など難治性腹水は治療にしばしば難渋する。【目的、方法】当院では難治性腹水、特に癌性腹水に対しても有効行える改良型 CART を 2020 年 12 月に導入し、2024 年 8 月までにのべ 133 人に対し計 322 回の改良型 CART を施行してきた。そのドレナージ腹水量、濃縮腹水量、回収還元タンパク量(アルブミン、グロブリン)、有害事象のデータを解析する。【結果】ドレナージ腹水量の平均が 7041g(400-31900g)、濃縮腹水量の平均が 734g(100-2400g)、回収還元アルブミン量の平均が 33.9g(3.9-151.5g)、グロブリン量の平均が 33g(4-103.7g)であった。有害事象としては発熱が 2 名、悪寒が 4 名でその他有害事象は認めなかった。【まとめ】CART は安全に施行可能であった。

63

当院におけるロボット支援腹腔鏡下肝切除術について -術前 Virtual Reality シミュレーションを活かした術中コミュニケーション-

中頭病院 消化器・一般外科
林 圭吾、砂川 宏樹、安座間 陽輝、
大城 絢音、小堀 智志、石嶺 伝羽、
照屋 妹奈、大田 多加乃、卸川 智文

はじめにロボット支援腹腔鏡下肝切除術(以下 RLR)は 2022 年より保険適応となり、当院では 2019 年から RLR を導入してきた。ロボット支援手術では多くのメリットがあるが、術者と助手の立ち位置が離れていることから術中コミュニケーションが制限される。当院ではこの問題を解決すべく、術前に Virtual reality(VR)を用いたシミュレーションを行い術前に情報共有を行なって手術に臨むようにしている。当院での手術成績や VR シミュレーションの現状について報告する。対象と方法 2019 年 6 月から 2024 年 9 月までに RLR を施行した 30 例を対象とし後方視的に周術期成績を評価した。VR シミュレーションは術前 CT から 3D モデルを作成した。術者、助手ともに VR モデルで術前にシミュレーションを行い、解剖や血管処理ラインや肝実質離断ラインについて評価した。結果周術期成績はいずれも中央値で手術時間は高難度症例 508 分、低難度症例 289 分、出血量は高難度症例 602ml、低難度症例 28ml であった。CD 分類 GradeB 以上の術後合併症は認めなかった。RLR は安定した視野、ロボットアームによる適度なトラクションおよび精緻な操作が可能であった。術前に VR シミュレーションを行うことで術前に共通認識を持つことで術中の術者-助手間におけるコミュニケーションを円滑に行うことができた。結語: RLR において VR シミュレーションは術中コミュニケーションを円滑にすると考えられた。

64

当院救急外来で診断した 2 例の 急性上腸間膜動脈閉塞症について

浦添総合病院 初期研修医¹、外科²

石原 英理¹⁾、原田 哲嗣²⁾、星原 祐輝²⁾、
山城 直嗣²⁾、本成 永²⁾、堀 義城²⁾、
金城 直²⁾、伊禮 俊充²⁾、新垣 淳也²⁾、
佐村 博範²⁾、亀山 眞一郎²⁾、伊志嶺 朝成²⁾

諸言：上腸間膜動脈塞栓症（以下、SMA 塞栓症）は比較的稀な疾患であり、適切に診断されても死亡率が高く予後不良な疾患である。今回当院救急外来にて診断した SMA 塞栓症 2 例について検討した。症例 1：70 歳男性。1 日前からの腹痛嘔吐を主訴に前医を受診し入院となった。その際、心房細動を新規に指摘された。翌日になっても症状の改善乏しく当院紹介搬送となった。造影 CT にて SMA 塞栓及び腸管壊死が疑われたため、同日に緊急開腹手術の方針となった。血栓除去と小腸部分切除を施行し open abdominal management で帰室、術翌日に second look 手術として追加腸管切除及び吻合を行った。術後経過はリハビリに時間を要したもののその他大きな問題なく術後 31 病日に退院となった。症例 2：90 歳男性。元々心房細動の指摘をされていたが内服加療は拒否されていた。夕食後の腹痛を主訴に当院救急外来を受診し、造影 CT にて SMA 塞栓を認めた。腸管壊死を疑う所見は乏しかったことから血管内治療にて血栓回収及びウロキナーゼ動注療法を実施した。しかし、徐々に vital sign の低下を認め造影 CT を撮像したところ小腸の広範な壊死所見を認めた。これ以上の侵襲的な治療は希望されず緩和治療の方針となり、同日死亡となった。考察：SMA 塞栓症は心房細動などを背景とした、急性腹症の中でも比較的稀な疾患である。本疾患の特徴として激しい腹痛を認めるものの、はっきりした圧痛点を認めない点が挙げられる。上記のような症状を認める場合は積極的に造影 CT での評価を考慮するべきである。今回経験した 2 症例では、それぞれ外科的血栓摘出術と血管内治療が施行された。症例 1 では腸管壊死が疑われたため開腹手術を選択し、血栓除去と腸管切除を同時に施行し、second look 手術の方針となった。症例 2 では明らかな腸管壊死所見を認めなかったことから血管内治療を選択した。いずれの治療を選択した場合であっても早期血行再建と繰り返し腸管虚血の評価を行うことが重要である。

65

クロルヘキシジンによる術中アナフィラキシーショックの一例

南部徳洲会病院 外科¹、麻酔科²、

中部徳洲会病院 外科³

中内 克¹⁾、宮城 幹史¹⁾、北川 範仁²⁾、
江口 征臣¹⁾、村上 優太³⁾、彦谷 健太³⁾

【はじめに】2012-2016 年の日本麻酔科学会の調査によると術中のアナフィラキシーショックは人口 10 万人あたり 4-5 人に発生するとされる。今回、当院にて施行した S 状結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術において発生した、クロルヘキシジンによるアナフィラキシーショックについて報告する。

【症例】71 歳男性、2024 年 4 月に便通異常を主訴に他院受診し、下部消化管内視鏡検査にて S 状下行結腸移行部に狭窄を伴う 2 型病変を指摘された。生検にて腺癌を認め、S 状結腸癌の診断で当院へ紹介、根治切除の方針となった。

【手術】全身麻酔下、腹部をクロルヘキシジンで消毒し手術を行った。5 ポートで腹腔鏡下操作を行い腸管を授動後、腸管内をイソジン入り生食で洗浄し、腫瘍の肛門側を自動縫合器で切離した。臍部から結腸を引き出し間膜の処理を進め、脾彎曲部の授動が必要と判断したため引き出した結腸を腹腔内へ完納した。その際、急な血圧低下と腹部皮膚の発赤変化が認められ、アナフィラキシーショックが疑われる所見であった。この時点で手術は中止し、心筋梗塞、心タンポナーデ、緊張性気胸等その他のショックを否定した。麻酔科医師の管理下でアドレナリン筋注と静注を行い状態は安定したが、早期の手術終了が望ましいと判断し、腸管再建は行わずに腫瘍切除と臍部での人工肛門造設を行い手術終了した。

【術後経過】術後、敗血症やアレルギー症状なく経過し、術後 12 日後に皮内テストによりクロルヘキシジンが原因だと特定した。腸管再建のため全身麻酔下に再手術を施行したが問題なく施行可能であった。

【考察】クロルヘキシジンによるアナフィラキシーショックの症例を経験した。クロルヘキシジンの粘膜や創部への接触によるアナフィラキシーショックが報告されており、術中操作で臓器が触れないようにする工夫が必要である。

66

術前化学放射線治療後にロボット支援下低位前方切除術を施行し神経内分泌腫瘍成分のみが残存していた直腸癌の 1 例

中頭病院

卸川 智文、小嶋 智志、大城 絢音、
石嶺 伝羽、照屋 妹奈、大田 多加乃、
林 圭吾、砂川 宏樹

本邦では腹膜反転部にかかる進行直腸癌に対する標準治療は TME＋自律神経温存側方郭清を伴う upfront surgery であるが、大腸癌治療ガイドラインで局所再発リスクの高い症例に対しては、術前化学放射線療法を行うことは弱く推奨されている。当院では腫瘍下縁が腹膜反転部より肛門側にあり、T3 以深もしくはリンパ節転移が疑われる症例に対しては術前化学放射線治療を積極的に行い、TME を伴う手術を施行している。側方郭清は治療前に転移が疑われた場合に行っている。症例は 54 歳、男性、人間ドックで便潜血陽性を指摘され大腸内視鏡検査を施行。直腸 RaRb に半周をこえる 2 型病変を認め、病理では高分化型腺癌の診断。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。cT3N0M0stageII a の直腸癌の診断で術前化学放射線療法 (S-1, 50.4 Gy/28 fr) 施行。著明な縮小を認めたが潰瘍病変は残存。9 週後にロボット支援下低位前方切除術と一時的回腸人工肛門造設を行った。術後病理では ypT1aN0 で、術前に認めた腺癌成分は消失し、神経内分泌成分のみが残存している所見であった。術後補助化学療法は本人希望で施行せず、3 か月後に人工肛門閉鎖を行い現在再発なく経過観察中である。治療前の病変が MiNE N で腺癌成分のみが消失したか、通常腺癌が治療により神経内分泌系へ分化したかは不明である。今回術前化学放射線治療後に神経内分泌腫瘍成分のみが残存していた直腸腺癌の症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

67

高齢者直腸癌術後の補助化学療法中に脳梗塞を発症した 1 例

ハートライフ病院

宮平 工、国吉 史雄、石野 信一郎、加藤 滋、
阿嘉 裕之、比嘉 宇郎、花城 直次、西原 実、
奥島 憲彦

はじめに：大腸癌治療ガイドライン 2024 年版によると、80 歳以上の高齢者に補助化学療法は推奨されるかというクリニカルクエスチョンに対して、Oxaliplatin 併用療法の実施に関しては、フッ化ピリミジンに対する Oxaliplatin の上乗せ効果は明確でないため、行わないことを弱く推奨する（推奨度 2・エビデンスレベル C）とある。今回我々は、高齢者直腸癌術後の補助化学療法で脳梗塞を発症した 1 例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は 85 歳女性。併存疾患に、高血圧、狭心症、脂質異常症、骨粗鬆症あり。近医で便秘精査で大腸内視鏡検査を施行し、直腸癌と診断され、当院に紹介受診となった。ADL は自立しており、認知症は認めなかった。202X 年、腹腔鏡下低位前方切除術を施行した。術後経過は良好で、術後 11 日目に退院となった。病理診断は中分化型腺癌、pT3, N2a, pStageIIIb であった。本人、家族に対して病理結果をもとに、高齢者であることより、補助化学療法は勧められないと説明したが、家族が補助化学療法を強く希望したため、行う方針となった。入院にて CAPOX 療法を開始した。全身倦怠感で Capecitabine は 3 日目より休薬した。一旦退院後の 14 日目に骨髄抑制で再入院となった。入院 9 日目に血圧低下と意識レベル低下で脳 CT 検査を施行した。左前頭葉と右後頭葉に脳梗塞像を認めた。深昏睡状態が長期に続いたが、徐々に意識レベルの改善を認めた。嚥下障害に対して、内視鏡的胃瘻造設術を施行した。3.5 ヶ月後に退院となったが、最終的には失語が残存し、車椅子状態となった。まとめ：わが国は超高齢社会に突入しており、高齢者に対する癌診療は益々増加することが予測される。高齢者に対する補助化学療法は、その適否を判断するにあたって、十分な配慮が必要である。

68

大腿骨転子部骨折術後感染にペ ンローズドレーン留置による保存 療法で治癒したと思われる 1 例

友愛医療センター 整形外科

野中 祥太郎、永山 盛隆、玉寄 美和、戸田 慎

【はじめに】大腿骨転子部骨折手術を海外で受け感染を来したが、ペンローズドレーン留置のみで治癒したと思われる症例を経験したので報告する。【症例】85 歳、女性、Ht : 141cm、Ht : 41.3kg、BMI : 20.8 既往歴：関節リウマチ、水泡性天疱瘡手術歴：右大腿骨頸部骨折（2003 年 9 月、人工骨頭挿入術：当院）内服薬：オレンシア、エリスロマイシン、デパケン、ムコダイン、アスパラ CA タケプロン、フェロミア、現病歴：2013 年 8 月より船での世界旅行（ピースボート）に参加。9 月 19 日に船内で転倒し、左大腿骨転子部骨折を受傷。9 月 21 日にパナマの病院で観血的整復固定術を施行され 10 月 4 日に帰国。術後の創部から排膿を認めたため、かかりつけ医から当院紹介受診となった。単純 X 線：右股人工骨頭、左大腿骨転子部骨接合（γ タイプのインプラント）経過：精査加療目的で入院。大腿骨転子部の手術創が一部離開し、排膿を認めた。創部の培養から耐性表皮ブドウ球菌が検出された。まずは閉鎖性陰圧療法を施行するも鎮静化せず、11 月 14 日にインプラント抜去を試みるも、国内で扱ってない機器故に抜去不能であった。感染との共存を選択し、ペンローズドレーン留置を行いオープンシャワー可とした。歩行安定し、退院後は外来にてフォロー。5 回におよぶドレーンの自然抜去の度に、外来処置室にて再留置を行った。徐々に創は縮小し、5 月 23 日には創の自然閉鎖を確認。RA の症状は有り、CRP 値も 4.0 前後であったが、創部の局所熱感消失し MRI にても炎症の縮小・消失の所見であった。さらには単純 X 線にて骨癒合も認めた。【考察】通常、インプラントのある感染創は難治である。本症例は自己免疫疾患を有しているにも関わらず、ペンローズドレーン留置による保存的治療で軽快、骨折は治癒したと思われる。

69

大腿骨頭置換術中のセメントプ ラグ逸脱により Bone Cement Implantation Syndrome (BCIS) と なり死亡した 1 例

南部徳洲会病院 整形外科

上総 研一朗、新垣 宜貞、砂川 秀之、
大城 義竹、平良 啓之、長谷川 倫子、
宮城 左京

【症例】91 歳 女性【主訴】左股関節痛【現病歴】施設でポータブルトイレの横で転倒、左股関節痛訴え歩行困難なため前医に緊急搬送され左大腿骨頸部骨折の診断で入院。受傷 11 日後に手術目的に当院へ転院、受傷 20 日後に人工骨頭置換術を行った。【経過】全身麻酔、右側臥位で手術開始。骨頭抜去し、予定インプラントサイズまでラスピング行いセメントプラグを挿入。セメントガンを用いて骨セメントの注入開始したが骨セメントが髓腔から溢れ出すことなくセメントガン内の骨セメントを使い果たした。再度、追加の骨セメントを用意している最中に頻脈、SpO₂ の低下あり。麻酔科より手術中断の指示され、皮膚縫合おこない仰臥位へ体位変換おこなった。輸液、輸血負荷、薬剤投与するも改善せず心停止となり心肺蘇生開始した。心拍再開、ECMO 装着し ICU 入室となった。ICU 入室後に左大腿部のレントゲン撮影し、セメントプラグの逸脱、骨セメントの大腿骨遠位までの流出あり、BCIS による心停止であったと判断。ICU で全身管理行うも、入室約 30 時間後に死亡した。【考察】心停止の原因としては、セメントプラグ逸脱によって予定髓腔より遠位にセメントが流出したことによる BCIS と考えられる。セメントプラグの逸脱による BCIS の報告はいくつかあるが、プラグの逸脱の原因のはっきりとした報告はない。本症例以降、当院ではセメントプラグ挿入前にボーンプラグを充填することでセメントプラグの逸脱を予防している。

70

痙攣により両側寛骨臼骨折を生じた 1 例

那覇市立病院 整形外科

翁長 正道、吉本 憲治、松田 英敏

【はじめに】痙攣により寛骨臼骨折を生じた稀な 1 例を経験したので報告する。【症例】62 歳男性、独歩。既往に統合失調症、アルコール精神病があり 3 年前から精神科病院に入院中の方。昼食後にけいれん発作（約 20 秒間、四肢を硬直させ震わせながら転倒）を生じ、以後腰痛を訴え同日当院救急搬送された。圧迫骨折が疑われ当科入院。しかし MRI にて明らかな新鮮圧迫骨折はなく、その後発熱、血圧低下を認め入院 2 日目の熱源精査の CT にて両側の寛骨臼骨折（中心性脱臼）の診断となり、介達牽引を開始した。その後血培養陽性となり手術までに抗生剤投与を 2 週間以上行う予定とした。待機中に外旋位による左腓骨神経麻痺、仙骨部褥瘡を生じた。炎症反応の陰性化、血培養陰性を確認し、受傷 22 日目に左人工股関節全置換術（以下 THA）、29 日目に右 THA を施行した。手術はどちらも寛骨臼陥没部に骨頭海綿骨とリーミング骨を充填し、寛骨臼の再建にはサポートリング（Burch-Schneider cage）を用い、セメント Dual Mobility Cup を設置した。術翌日から全荷重での歩行訓練を開始。骨密度検査にて腰椎 YAM 値 60% であり、骨粗鬆症治療を開始した。術後疼痛は改善したが歩行意欲に乏しく歩行獲得が難しい状態。術後 27 日目に元の病院へ転院した。【考察】痙攣は救急や内科医が初期対応することが多く、また意識障害が遷延する事があり骨折が見逃されやすい。本症例も来院時は腰痛を訴えており、診断が遅れた。寛骨臼骨折の治療として骨接合が一般的であるが、難易度が高く、将来関節症へ以降する割合が高い。一方、一次的 THA は侵襲が少なく早期荷重が可能であり、治療の選択肢になりえると思われた。

71

巨大骨欠損を伴う大腿骨遠位端開放骨折と巨大皮膚欠損を伴う Gustilo3B 脛骨開放骨折を合併した 1 例

浦添総合病院

山城 遥

【はじめに】重度四肢外傷は不十分な初期治療が患者の予後に影響するため、初期治療としてまず開放骨折を分類し、損傷の程度を正しく評価すること、適切なタイミングで骨・軟部組織再建を行うことが重要である。我々は巨大骨欠損を伴う大腿骨遠位端開放骨折と巨大皮膚欠損を伴う Gustilo3B 脛骨開放骨折を合併した 1 例を経験したため報告する。【症例】51 歳の男性、バイクで走行中に車線を逸脱した軽自動車と衝突し受傷した。ドクターヘリで当院へ搬送され、Gustilo3A 右大腿骨遠位開放骨折（AO 分類 33C3.3）、右下腿全周性に及ぶ広範囲デグロービングを伴う Gustilo3B 足関節開放脱臼骨折（AO 分類 44A2.3）の診断となった。造影 CT にて下腿三分枝のうち前脛骨動脈（ATA）、腓骨動脈（PA）の損傷を疑う所見があり、血行再建を考慮して形成外科とともに洗浄+デブリドマン、創外固定術の方針となった。ATA・PA ともに断裂しており、PA は遠位の断端が不明であった。デブリドマンと創外固定を施行したのちに、対側の太伏在静脈をグラフトに ATA の血行再建を実施。右大腿骨は約 10cm の骨欠損を認め、下腿に関しては 19×25cm の皮膚欠損を認めた。受傷翌日に 2nd Look を行い、受傷 4 日目の 3rd Look の際に右足関節 ORIF を施行。受傷 12 日目に右大腿骨 ORIF と骨欠損部には Masquelet 法の 1st stage を施行。受傷 13 日目に遊離広背筋皮弁を行った。皮弁は生着し、受傷 2 ヶ月後に右大腿骨に Masquelet 2nd stage で骨移植を行った。現在術後 5 ヶ月経過し、まだ大腿の骨癒合は得られていないが、下腿は感染することなく骨癒合しており、部分荷重で歩行訓練中である。【考察】重度四肢外傷は治療初期から綿密な治療計画を立て、治療に臨むことが重要である。今回初療時から形成外科とともに診療を行えたことで、受傷当日の血行再建と骨・軟部組織再建までの治療計画を共有し、同側の関節内粉碎骨折の治療も行いつつ下腿の温存が可能であった。

72

当院で経験した踵骨嘴状骨折 3 例

中頭病院 整形外科¹、琉球大学 整形外科²
比屋定 憲作¹⁾、金城 政樹¹⁾、池間 千里¹⁾、
大槻 健太¹⁾、喜屋武 諒子¹⁾、親川 知¹⁾、
石原 昌人¹⁾、赤嶺 良幸¹⁾、米田 晋²⁾、
西田 康太郎²⁾

【はじめに】踵骨嘴状骨折は Beavis type2 に分類され、アキレス腱の牽引力により転位した骨片が踵骨後方の軟部組織を圧排して血流障害を引き起こし、皮膚壊死を生じたり、術後再転位をきたすことがある。そのため、手術までの待機期間や固定方法が問題となる。当院で経験した本骨折 3 例について報告する。【症例】(症例 1) 49 歳男性。統合失調症にて入院中、塀に右踵をぶつけて受傷した。痛みの訴えはなく、受傷後 5 日目に職員が皮膚の色調変化に気が付き、受傷から 8 日後の受診時に踵後方に皮膚壊死を認め、皮下に骨を触知した。受傷から 12 日目に手術を行った。手術はデブリドマン、逆行性腓腹動脈皮弁、観血的骨接合術を施行した。骨接合は 4.0mm の CSS 2 本を近位骨片から踵骨底側の骨皮質に、1 本を遠位骨片に刺入してコイルワイヤーで巻き上げ再転位を防止した。術後 11 日目から皮膚壊死部が遠位へ 1×2cm 拡大した。術後 3 か月の CT で骨癒合を確認し、抜釘する際に皮膚欠損部のデブリドマン、陰圧閉鎖療法を行い、肉芽形成後は外来で創処置を継続し、受傷から 11 か月で上皮化した。(症例 2) 81 歳女性。1m の高さの脚立から落下し、脚立に右踵をぶつけて受傷した。同日、当院受診、単純 X 線像で踵骨嘴状骨折を認め、受傷後 6 時間で緊急手術を行った。術後に皮膚壊死を起こすことなく、術後 3 ヶ月で骨癒合を確認した。(症例 3) 42 歳男性。階段で転倒し左踵をぶつけて受傷した。受傷部位に疼痛・腫脹認め当院へ救急搬送された。単純 X 線像で踵骨嘴状骨折を認め、外固定が行われ翌日当科紹介、同日、骨接合術を行った。術後、皮膚壊死を認めなかった。【考察】受傷から初回手術まで 12 日経過した症例 1 では皮膚壊死を合併し、1 年以上の通院を要した。受傷から 1 日以内に手術を行えた 2 症例は、軟部組織の合併症なく経過は良好であった。本骨折を認めたときは早急の骨接合術を行うべきと思われた。

73

骨粗鬆症に対するアバロパラチドの小経験 —骨粗鬆症診療体制を含めて—

琉球大学 整形外科¹、沖縄第一病院²
神谷 武志¹⁾、石川 直樹²⁾、西田 康太郎¹⁾

はじめに：アバロパラチドは 2023 年に発売された新規骨形成促進薬である。自己注射製剤であり、用いる電動式注入器は治療管理が可能であることから、治療継続率の向上が期待される。しかし自己注射に対する抵抗感や施注キットの取り扱い、電動注入器の操作に慣れが必要であり、高齢者に導入することは容易ではない。今回、発表者が外来診療を行う医療機関において、骨粗鬆症診療体制を構築し、円滑にアバロパラチドを導入した経験を報告する。

診療体制：医師が脆弱性骨折歴、身長低下の有無(3cm 以上)、単純 X 線、骨密度、骨代謝マーカーの評価を行い、骨粗鬆症重症度に応じて、薬剤を選択した。看護師は血液検査や骨密度検査、注射投与スケジュールの説明や医師の説明の補足を行った。薬剤師は自己注射に関する施注指導(動画視聴後にデモ機による操作方法、空打ち、保管方法、パンフレット、スターターキットの配布に加え、治療中のカートリッジ交換の確認など)を行った。初回の説明では必要に応じて実際の注射薬を用いた。

対象および方法：沖縄第一病院でアバロパラチドを導入し、6 か月以上経過した 3 例で、平均年齢 76 歳(66~84 歳)、全例女性、既往歴は糖尿病(インスリン治療)2 例、大腿骨近位部骨折、脊椎圧迫骨折をそれぞれ 1 例に認めた。調査項目は骨密度の変化、有害事象や施中に関する問題の有無とした。

結果：全例薬剤継続が可能であった。治療開始 6 か月後の骨密度は 1 例に実施し、腰椎で 15%、大腿骨で 7%上昇した。施注初回に倦怠感が生じた 1 例は安静で症状は消失し、その後は生じなかった。ディスプレイ操作に支障を来したのが 1 例で、空打ちに関するガイダンスの誤解が原因であった。

まとめ：院内に薬剤師が常駐している医療機関においては、薬剤師との連携が取りやすく、円滑な導入が可能であった。骨粗鬆症診療体制の構築のため、骨粗鬆症マネージャー制度の導入を検討している。

74

FLS 開始した結果「リエゾン」は
できているのか？

友愛医療センター

玉寄 美和、喜瀬 昌行、野中 祥太郎、
黒岩 慶成、五島 漱志朗、戸田 慎、
永山 盛隆、毛利 正玄、新垣 晃

【目的】当院で FLS（骨折リエゾンサービス）を開始した 2022 年 4 月以降の、患者の再診率と治療状況を調査する【対象】2022 年 4 月から 2023 年 1 月の間に大腿骨近位部骨折を受傷し、当院で治療を行った 195 例【結果】対象患者のうち、入院時骨粗鬆症を既に治療中であったのは 21%であった。反対側の近位部骨折受傷歴がある患者の 58%、他の脆弱性骨折受傷歴がある患者の 41%が治療中であった。入院時治療を行なっていなかった患者の 80%は入院中に骨粗鬆症治療が開始された。受傷後 3 ヶ月再診率は 76%、1 年再診率は 53%であった。受傷後 1 年の骨粗鬆症治療率は約 67%である。受傷後 1 年時点で選択されていた薬剤は、ビタミン D 製剤 38%、BP 製剤 38%、SERM 2%、PTH 製剤 2%、デノスマブ 4%、ロモソズマブ 3%であった。（母数は対象者全員。重複あり）受傷後 1 年以内に 6%の患者が二次骨折を発症し、そのうち半数は対側の大腿骨近位部骨折であった。【考察】受傷後 3 ヶ月の再診率は 76%と高く、当院の場合関連の回復期病院があることが再診率の高さに繋がっていると考え。骨折治療が落ち着いた 1 年後の再診率は 53%と低下していたが、骨粗鬆症治療はきちんとかかりつけ医に引き継がれている印象である。課題としては、急性期側の医師はまだ FLS より骨折治療に重きを置いていること（骨代謝マーカー計測の少なさ、DXA フォローの少なさ）、高齢者通院の問題（polypharmacy、通院先が増えること）、かかりつけ医との連携の難しさが挙げられる。今後も若手医師の FLS 教育を継続するとともに、医療側、患者側も無理なく骨粗鬆症治療を継続できるシステムづくりを模索する必要がある。

75

八重山諸島で発生した上腕骨近
位部骨折に関する調査

沖縄赤十字病院 初期研修医¹、沖縄県立八重山病院²、豊見城中央病院³、友愛医療センター⁴、琉球大学病院⁵
屋良 俊太郎¹⁾、津覇 雄一²⁾、仲里 翔太²⁾、
呉屋 五十八³⁾、喜瀬 真行⁴⁾、吉川 誉士郎⁵⁾、
山口 浩¹⁾、浦崎 賢演²⁾

【はじめに】

骨粗鬆症性骨折(OPF)は、Active daily life の低下、2 次性骨折の発生、死亡率の上昇、を招く。また、肩周囲骨折は橈骨遠位端骨折(REF)・椎体骨折(VF)・大腿骨近位部骨折(PFF)のリスクを上昇させると報告されている。今回、県立八重山病院を中心とした医療圏の上腕骨近位部骨折(PHF)について調査した。

【対象と方法】

人口は 56122 人(2023 年 12 月時点)であり、高齢化率は 23%である。2014 年-2023 年に REF・VF・PFF・PHF のため八重山病院及び島内の整形外科(2 施設)を受診した 3259 例のうち、PHF266 例(諸島内在住 236 例、島外在住 30 例)を対象とした。データの分析は、年齢・性別・骨折型(Neer 分類)は全例、既往歴・治療方法・骨粗鬆症治療介入・2 次性骨折・生命予後は 50 歳以上の諸島内在住者(194 人)に関して行った。

【結果】

平均年齢は 64.4 歳、分布は 50 歳未満 51 例(19%)、50-64 歳 68 例(26%)、前期高齢 51 例(19%)、後期高齢 83 例(31%)、超高齢 13 例(5%)であった。性別は男性 78 例(29%)、女性 188 例(71%)、骨折型は 1part161 例(60.5%)2part69 例(26%)3part32 例(12%)4part4 例(1.5%)、治療方法は保存療法 158 例(82%)、手術療法 35 例(18%)、不明 1 例(0.5%)であった。既往歴ありは 83 例(43%)、既往歴なしは 111 例(57.3%)であった。骨折型は 1part(既往歴あり 40 例 48%/既往歴なし 72 例 65%)、2part(29 例 35%/26 例 23%)、3part(12 例 15%/12 例 11%)、4part(2 例 2.5%/1 例 0.9%)であった。骨粗鬆症治療介入は受傷前 24 例(12%)、受傷後 24 例(14%)であった。2 次性骨折は 29 例(15%)に発生し、内訳は VF 4 例、PFF 15 例、REF 2 例、PHF 3 例であった。生命予後は全死亡者数は 13 例(7%)、1 年以内 4 例(2%)、5 年以内 9 例(5%)であった。

【結語】

PHF は、受傷前・後の骨粗鬆症の治療介入が少なく、骨粗鬆症のリスクが高い既往症のある群で 3,4-part 骨折が多い傾向であった。2 次性骨折と死亡例を認めるため診療を行うには注意が必要である。

76

リトルリーガーズショルダー (上腕骨近位骨端線離開)に関 する後ろ向き調査-X線学的検討 を中心に-

沖縄赤十字病院 整形外科

比屋根 涼太、山口 浩、金城 聡、大湾 一郎、
森山 朝裕、伊佐 智博

【はじめに】リトルリーガーズショルダーは成長期にみられる肩のスポーツ障害で、上腕骨近位骨端成長軟骨板の損傷のことであり、受傷機転は、投球動作による牽引と回旋力による骨端線損傷といわれている。今回23例X線学的所見(兼松らの分類)を中心に後ろ向きに調査した。【対象および方法】スポーツ活動によって肩痛を発生した23例が対象。性別、受傷時年齢、身長、体重、スポーツ、受傷から受診、受診から症状寛解までの期間、兼松分類を調査、分類別骨端線幅を測定し、患健比を計測した。上腕骨近位骨端線の外側端(L)・中央(T)・内側端(M)の3点で計測を行った。【結果】 男性20例、女性3例、受傷時平均年齢は13歳、身長148.8cm、体重41.6kg、BMI18.2であった。スポーツ種目は野球13例、テニス5例、バレーボール3例、ハンドボール1例、剣道1例であり、受傷から受診までの期間は平均2.3週、受診から症状消失までの期間は平均4.5週(2例は経過観察中)であった。兼松分類は1型9例、2型13例、3型1例であり、1型(9例)の患健比は、L 1.613、T 1.053、M 1.066、2型(13例)の患健比は、L 1.452、T 1.669、M 1.292、3型(1例)の患健比は、L 1.136、T 1.513、M 1.069であった。【結語】リトルリーガーズショルダーは、野球以外にテニス・バレーボール・ハンドボール、剣道にも認め、投球動作を伴わない剣道にも認め、成長期の肩痛を診察する際には注意が必要である。骨端線幅の患健差はわずかであるが、健側を比較することは診断の助けとなり、重要である、と考えられた。

77

人工膝関節全置換術におけるロ ボット支援手術の経験

友愛医療センター 整形外科

毛利 正玄、大里 恭平、小田 大嘉、
山内 純、西川 正修、新垣 晃

変形性膝関節症に対する人工膝関節全置換術においてロボット支援手術が急速に普及している。0.5mm単位、0.5°単位の正確な骨切りが行えるとされており、現在世界市場では4000台あまり、日本でも200近い施設でロボットが導入されている。また本邦では現在4社の手術支援ロボットが発売されており、当科では2023年6月にZimmer Biomet社のROSA、2024年2月にDePuy Synthes社VELYSと2台のロボットを順次導入した。そして2024年8月時点で前者が150例(全国10位)、後者が70例(全国5位)のロボット支援手術症例数となった。ロボット手術の正確性について以前当科で行った検討では、コンベンショナルな骨切りジグ法、ポータブルナビゲーション法およびROSAにおける脛骨冠状面骨切りの比較検討で、目標角度からの偏位がそれぞれ $0.17 \pm 2.3^\circ$ 、 $0.71 \pm 1.3^\circ$ 、 $-0.58 \pm 1.4^\circ$ であり、骨切りジグ法より有意に正確であったもののポータブルナビゲーション法との間に有意差はなく、骨切りの正確性においてはナビゲーションシステムと大きな差はないと考えられた。しかしロボット支援手術の最大の利点は骨切りの正確さだけではなく軟部組織のバランスや下肢アライメントを同時に確認できることである。これは、人工膝関節置換術におけるいくつかのパラメータに対する術者の優先順位が明確に反映されることを意味する。そのため、特に下肢アライメントに対する新しい知見が近年の話題となっている。一方、現時点での手術点数加算はナビゲーション加算としての2000点に留まり、1億円前後であるロボット本体の価格や1症例における10万円前後のディスプレイ部品代を鑑みると、収益面での病院負担は著しく増大している。術後期間が短期であるため当科ロボット支援手術の臨床成績に言及するのは時期早々であるが、症例を重ねた現状の所感を述べたい。

78 大腿骨矯正骨切り術後 THA の 2 症例

友愛会友愛医療センター 整形外科

永山 盛隆、玉寄 美和、戸田 慎、

野中 祥太朗

【はじめに】大腿骨矯正骨切り術を受けた既往のある 2 症例に対して、予め抜釘を行い二期的に人工股関節全置換術 (THA) を施行したので報告する。【症例】【症例 1】56 歳、女性、Ht : 154cm、Wt : 68.5kg、BMI : 28.9 既往歴 : 2 歳時に県外大学病院にて左大腿骨矯正骨切り術 41 歳時に腰椎分離症の手術単純 X 線 : 左先天性股関節脱臼 (Crowe4)、左大腿骨に plate 有左外反膝経過 : 将来の THA を想定して予め抜釘を施行。左外反膝が進行し疼痛を覚えるようになり、左股関節痛も出現したため先に左 THA を施行。その後に左人工膝関節置換術も施行。術後経過は良好。【症例 2】72 歳、女性、Ht : 156cm、Wt : 65.8kg、BMI : 27.0 既往歴 : 21 歳時に県外大学病院で右大腿骨外反骨切り術単純 X 線 : 両末期変形性股関節症、右大腿骨に plate 有経過 : 股関節痛が増強。まずは左 THA を施行。予め右大腿骨の抜釘を行いフォローとした。その後右大腿骨矯正短縮骨切り併用 THA を施行。術後経過は良好。【考察】大腿骨矯正骨切り術の既往歴のある場合には残存固定器具が不明なことが多く、再手術の際には抜釘で難渋することが危惧される。本来の目的手術に専念するためには予め抜釘を行う二期的手術が得策と考える。

一般講演演者一覧

<ア>			<ク>			<チ>		
赤 嶺	佐 月	29	久 田	友 治	51	知 念	春 佳	43
<イ>			熊 谷	望	21	<テ>		
石 原	英 理	64	黒 田	尚 希	25	照 屋	周 造	49
伊 波	雅 人	16	桑 野	佑里恵	38			
<ウ>			<コ>			<ト>		
上 原	未 琴	6	小 泉	景 星	42	友 寄	毅 昭	45
内 山	桂 一	35	小 林	稜 典	44			
<オ>			<サ>			<ナ>		
大 城	大 介	58	坂 本	優 貴	31	中 内	克	65
大 城	千雅記	5				仲 田	典 広	26
大 田	守 雄	27	<シ>			長 嶺	大 和	9
大 谷	哲 平	61	島 袋	希 真	17	永 山	盛 隆	78
大 岡	将 斗	55	下 地	克 佳	20			
岡 崎	正 道	70	新 里	萌	19	<ニ>		
翁 長	晴 雄	52	<ス>			西 銘	開	13
尾 原	智 文	66	杉 江	翼	36	<ノ>		
卸 川			鈴 木	智 也	56	野 中	祥太郎	68
<カ>			鈴 木	守	18			
嘉 数	修	23	鈴 木	優 花	8	<ハ>		
上 総	研一朗	69	砂 川	大 輔	12	花 城	清 俊	62
兼 久	梢	22	砂 川	尚 輝	2			63
神 谷	武 志	73	<タ>			<ヒ>		
川 畑	大 樹	24	大 門	香 琳	40	東 盛	貴 光	46
河 村	将 彦	41						高 木
<キ>			高 森	ゆうみ	7	比屋根	涼 太	76
岸 本	拓 治	50	玉 城	和 光	47	廣 岡	聖 也	37
喜舎場	一 貴	32	玉 城	駿	28			
			玉 寄	美 和	74	<フ>		
						藤 原	善 寿	34

<マ>

真栄城	兼 誉	30
前 濱	俊 之	57
眞 壁	知 花	11
松 原	洋 夏	10

<ミ>

宮 里	均	48
宮 平	工	67

<モ>

毛 利	正 玄	77
森	英 輝	60
森 嶋	由 佳	15

<ヤ>

安 井	暁 生	3
山 城	遥	71
山 田	真 司	59
屋 良	俊太郎	75

<ヨ>

吉 岡	拓 哉	54
吉 田	志 野	4
與那覇	智 基	53
与那嶺	克	39
與那嶺	達 也	33

<ワ>

綿 引	日奈子	1
-----	-----	---

沖縄医学会雑誌 第63巻第3号

令和6年12月8日発行

発行人：砂川 博司

発行者：沖縄県医師会医学会

〒901-1105 南風原町字新川218-9

電 話 098-888-0087

印刷所：株式会社 国際印刷

〒901-0147 那覇市宮城1-13-9

電 話 098-857-3385

