

沖縄医学会雑誌

Okinawa Medical Journal

第64巻（第3号）

2025年12月14日 発行

第139回沖縄県医師会医学会総会集会号 令和7年度 第33回日本医師会生涯教育講座

期 日：令和7年12月14日（日）

会 場：沖縄県医師会館

会 頭：天願 俊穂（沖縄県立中部病院 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139回沖縄県医師会医学会総会会頭 天願 俊穂

日本専門医機構認定共通講習【医療安全1単位】

「皆で考える安全文化とレジリエンス～Safety I と Safety II～」

講師：琉球大学病院 医療の質・安全管理部 患者安全推進室 室長 西平淳子

よくわかるシリーズ

「かかりつけ医が実践する認知症BPSDの対処法」

講師：琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 教授 高江洲 義和

教育講演

「死体検案の基礎」

講師：琉球大学大学院医学研究科 法医学講座 教授 二宮 賢司

特別講演（ランチョンセミナー）

「没入型VR体験とAIドクターアバターがもたらす未来医療：

共感・意思決定・医学教育改革」

講師：東京大学 特命教授 小山 博史

日医認定産業医研修【基礎後期2単位・生涯専門2単位】

「沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来～会場一体型大討論会～」

講師：沖縄県医師会 常任理事 玉城 研太朗

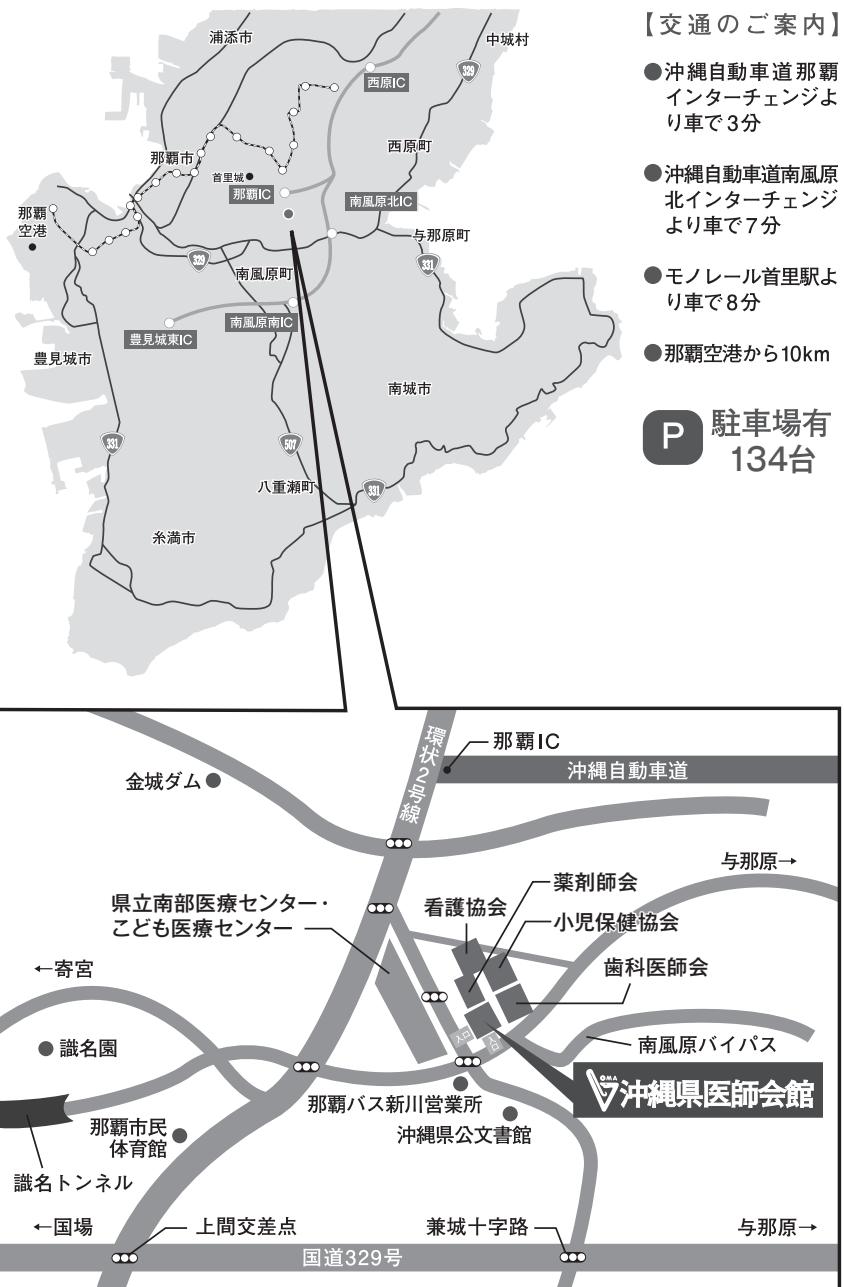
一般講演【86題】（うち、医学会賞（研修医部門）13題）

沖縄県医師会医学会

沖縄県南風原町字新川218-9

218-9 Arakawa Haebaru-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

※当日は、県医師会駐車場の他、臨時駐車場として小児保健協会、看護協会の駐車場を借用しておりますのでご利用下さい。

 **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 |
| 医学会賞（研修医部門）プログラム | 8 |
| 一般講演プログラム | 10 |
| 沖縄医学会雑誌投稿規程 | 22 |
| プログラム編成委員会 | 25 |
| 沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）選考委員 | 26 |
| 第139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 | 27 |
| 日本専門医機構認定共通講習【医療安全1単位】 | |
| 「皆で考える安全文化とレジリエンス～Safety IとSafety II～」 | 28 |
| よくわかるシリーズ | |
| 「かかりつけ医が実践する認知症BPSDの対処法」 | 29 |
| 教育講演 | |
| 「死体検案の基礎」 | 30 |
| 特別講演（ランチョンセミナー） | |
| 「没入型VR体験とAIドクターアバターがもたらす未来医療： 共感・意思決定・医学教育改革」 | 31 |
| 日医認定産業医研修【基礎後期2単位・生涯専門2単位】 | |
| 「沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来～会場一体型大討論会～」 | 33 |
| 一般講演抄録 | |
| 医学会賞（研修医部門）抄録 | 34 |
| 一般講演抄録 | 41 |
| 一般講演演者一覧 | 78 |

医学会頭挨拶

第 139 回沖縄県医師会医学会総会会頭 天願 俊穂

第 139 回沖縄県医師会医学会総会の開催にあたり、ご挨拶を申し上げます。

この度は、伝統ある沖縄県医師会医学会総会の会頭にご指名いただき、田名毅沖縄県医師会会长ならびに砂川博司医学会会長、学会担当の方々、そして会員の皆様に心より感謝申し上げます。

私が医師になって初めて人前で学会形式で発表したのは、沖縄で働き始めた医師の大部分がそうであるようにこの沖縄県医師会医学会総会だったと思います。会場は浦添の県立医療福祉センターでした。その当時は今の若い先生方はわからないと思いますが、フィルム式のスライド 10 枚を発表前日までに仕上げていなければいけませんでした。今は発表直前までパソコンで編集できますので隔世の感があります。記憶にはなかったのですが、私が医学会誌にケースレポートも執筆していたことがわかり驚きました。アカデミックな素養などなかった私を指導いただいた当時のスタッフの先生方に感謝です。98 年に沖縄に戻ってきてから、県医学会は発表の場でもあり意見交換、情報共有、コミュニケーションの場でした。その頃の医学会総会の総演題数は 200~250、循環器外科部門だけでも 4~5 ブース、演題数も 20~25 題あり、古謝先生もお元気で、自由闊達な議論が行われており楽しく学ぶことができました。手技のコツやピットフォールも直接聞くことができたことも貴重な経験でした。また、専門外の発表や普段合わない友人とも会って話ができる会でした。時代とともに医学会総会の立ち位置も変わってきたのかもしれません、県内の医療者が一堂に会する貴重な場ですのでこれからも魅力ある会として続けてほしいと思います。

今回の医学会総会の午前のプログラムは日本専門医機構認定共通講習として「皆で考える安全部文化とレジリエンス～Safety I と Safety II ～」(琉球大学病院医療の質・安全管理部患者安

全推進室室長:西平淳子先生を皮切りに、よくわかるシリーズは「かかりつけ医が実践する認知症 BPSD の対処法」(琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座:高江洲義和教授)、そして教育講演「死体検案の基礎」(琉球大学大学院医学研究科法医学講座:二宮賢司教授)です。Safety II、レジリエンス、BPSD など勉強不足の私にとって詳しく知らない言葉ですが、医療安全、認知症とともに全医療者が避けては通れない内容ですので是非皆様に聞いていただき、知識の整理と up to date していただければと思います。死体検案も行なうことがほとんどありませんが、死亡診断書と同じ書面で「診断書」と「検案書」のどちらに(2 本の)抹消線を書くかの違いです。学生時代に法医学の永盛教授から死亡診断書の記載について講義を受け、そのおかげで死亡診断書の記載で困ったことはほとんどありませんのでこの講演も楽しみです。

午後は特別講演「没入型 VR 体験と AI ドクターアバターがもたらす未来医療: 共感・意思決定・医学教育改革」(東京大学:小山博史特命教授)と日医認定産業医研修「沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来～会場一体型大討論会～」があります。VR は経験したことなく、それが身体や精神にどのような影響があるのかは興味あるところです。産業医研修は玉城研太朗先生が熱く盛り上げてくれることを期待しています。

さて、院長就任後、お会いする方々から異口同音に「大変な時期に院長になったね」と言われました。それは昨今の病院の厳しい経営状況のなかで県立病院がさらに困難な状況にあることを心配されてのことだと思います。(ありがとうございます)日本は消費税導入後、税率は上がり続け、さらに昨今の人件費や物価の上昇で支出が増大しています。その中で医療を行い、決められた診療報酬の中で病院の経営をしていかなければなりません。それ以外でも、私た

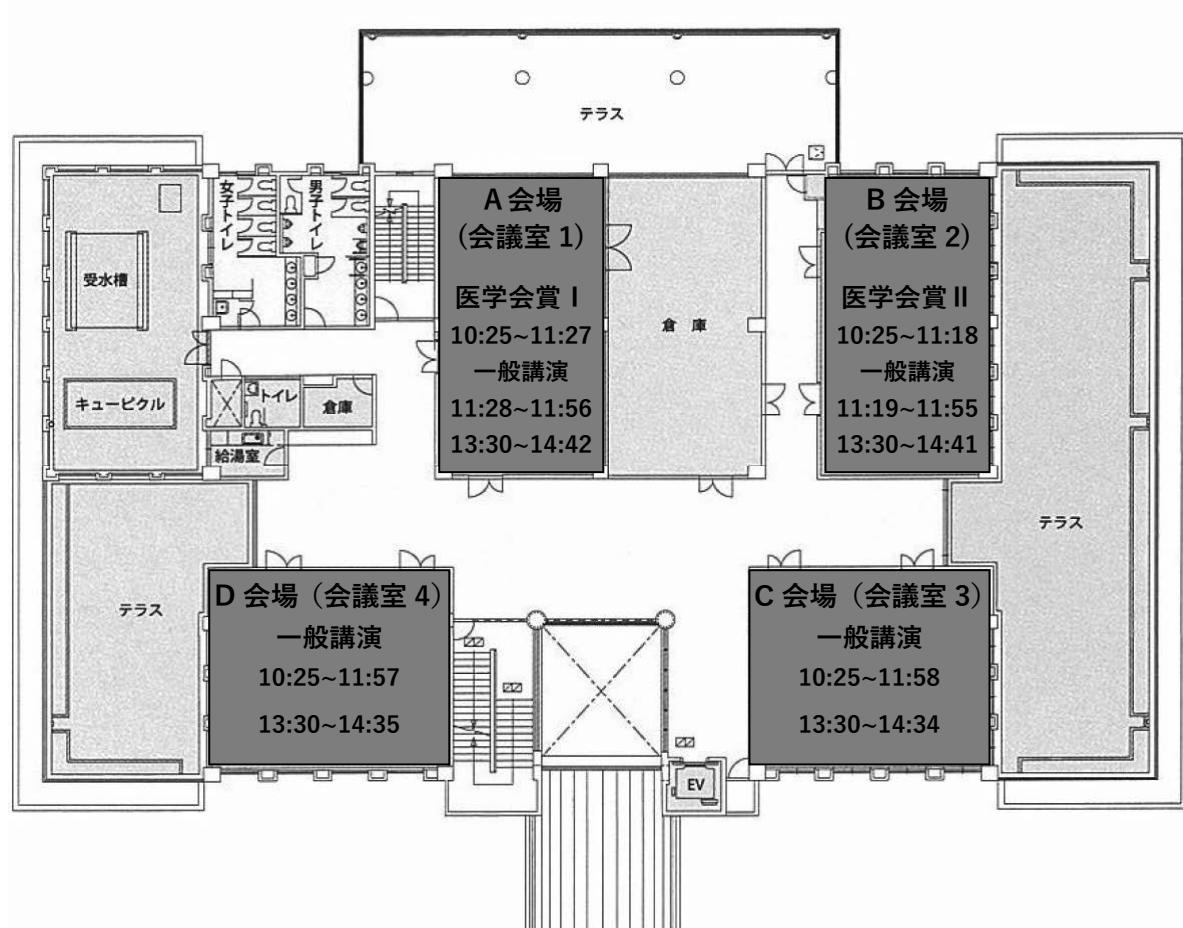
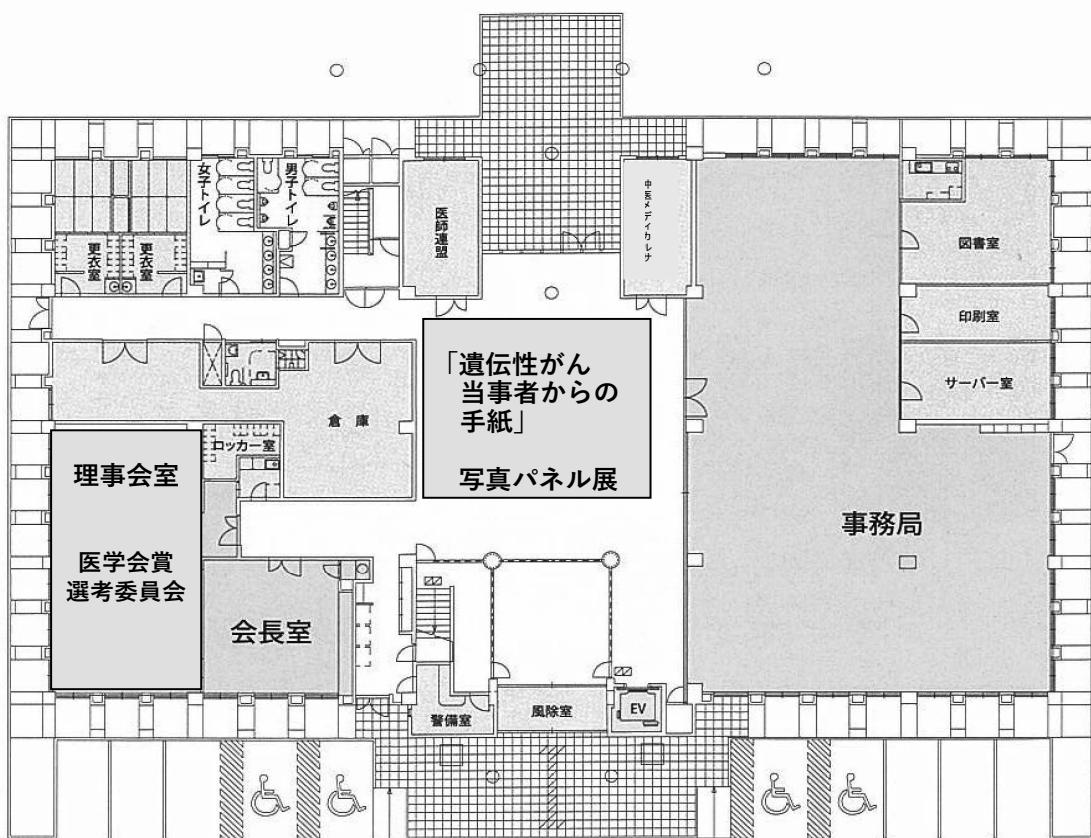
ちは様々な問題に直面しており、待ったなしで課題解決を求められています。思いつくままにキーワードを並べてみると、「少子高齢化(社会)」「(様々な)格差(二極化)」「(労働)人口減少」「Generalist と Specialist」「施設の均てん化・集約化」「医師の働き方改革」「タスクシェア・シフト」「医療の IT 化、Dx 化 (Io(M)T)」などなど、私が医者になった時には実感がない、またはその当時聞くことがなかった言葉ばかりです。医療も日進月歩で進化しており、昔は亡くなっていたであろうがん患者さんが現代の抗がん剤治療により生存期間が著しく伸びていますし、外科領域ではロボット手術が標準術式になろうとしています。生成 AI も日々進化しており、それなしでは未来は語れません。しかし、科学技術がいくら進歩してもそれを使うのは人間です。最終的には様々な職種の人間がお互いを尊重したコミュニケーションを取り続けることが明るい未来のために大切だと思います。

最後に第 139 回沖縄県医師会医学会総会を開催するにあたり関係者の皆様のご尽力に深く感謝申し上げますとともに、沖縄県医師会と会員の皆様のご健勝とご発展を祈念しご挨拶といたします。

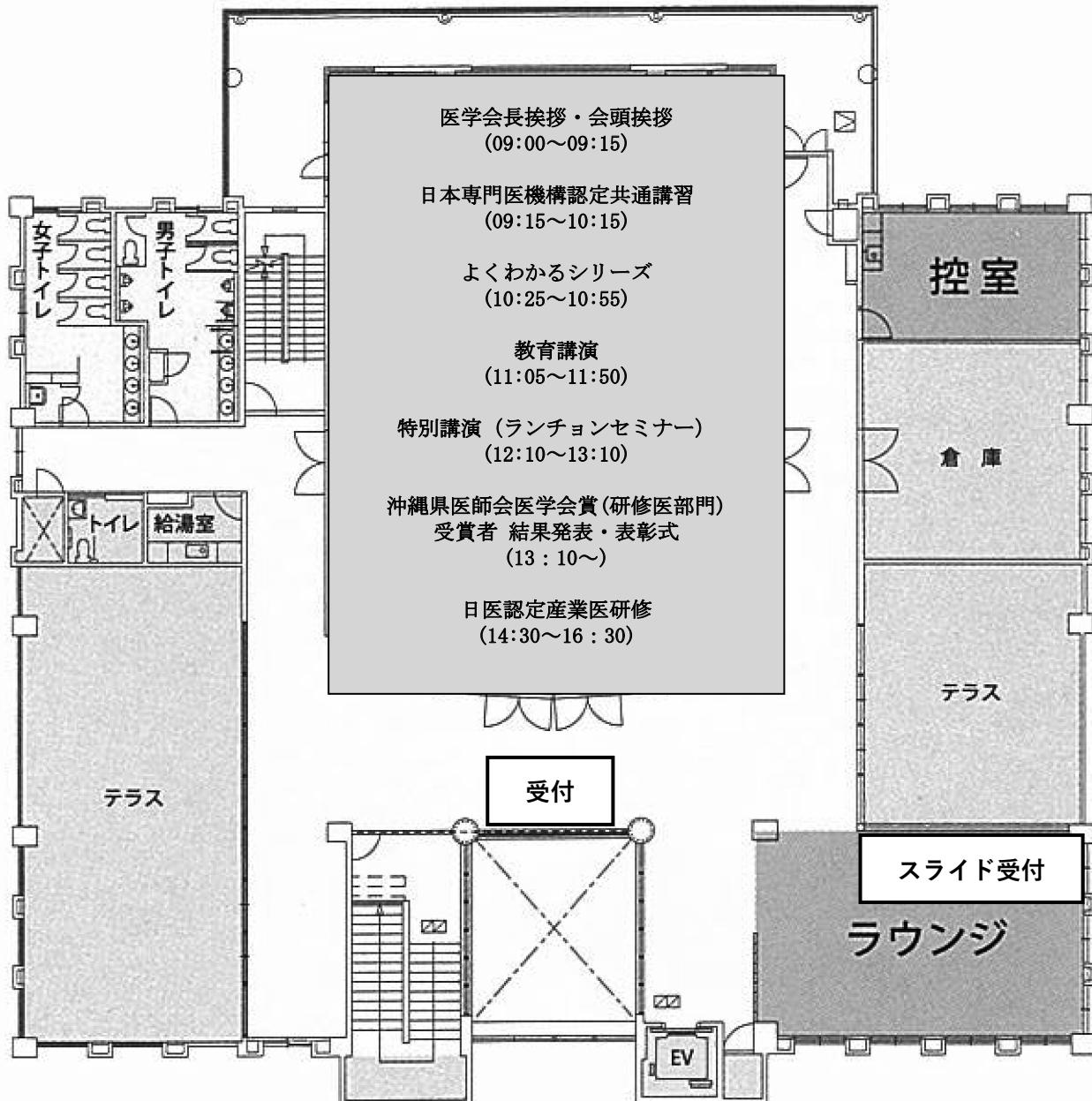
第139回沖縄県医師会医学会総会 日程表

| 3階 ホール | | 会議室1 A会場 | 会議室2 B会場 | 会議室3 C会場 | 会議室4 D会場 | 1階 理事会室 |
|----------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| スライド受付 | | | | | | 選考委員会 打合せ |
| | | | | | | |
| 8:30 | | | | | | |
| 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】 | | | | | | |
| 「皆で考える安全文化とレジリエンス～ | | | | | | |
| Safety I とSafety II～」 | | | | | | |
| 西平 淳子(琉球大学病院 医療の質・安全管理部 患者安全推進室 室長) | | | | | | |
| 休憩 | | | | | | |
| 10:25～10:55 よくわかるシリーズ | 10:25 | 10:25 | 10:25 | 10:25 | | |
| 「かかりつけ医が実践する認知症BPSDの対処法」 | 沖縄県医師会 医学会賞 (研修医部門) I | 沖縄県医師会 医学会賞 (研修医部門) II | 一般講演 | 一般講演 | | |
| 高江洲 義和(琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 教授) | | | | | | |
| 休憩 | | | | | | |
| 11:05～11:50 | 11:28 | 11:19 | | | | |
| 教育講演 | 一般講演 | 一般講演 | | | | |
| 「死体検案の基礎」 | | | | | | |
| 二宮 賢司(琉球大学大学院医学研究科 法医学講座 教授) | | | | | | |
| 休憩 | | | | | | |
| 12:10～13:10 | | | | | | |
| 特別講演(ランチョンセミナー) | | | | | | |
| 「没入型VR体験とAIドクターアバターがもたらす未来医療:共感・意思決定・医学教育改革」 | | | | | | |
| 小山 博史(東京大学 特命教授) | | | | | | |
| 13:10～13:30沖縄県医師会医学会賞(研修医部門)結果発表・表彰式 | | | | | | |
| 転換 | 13:30 | 13:30 | 13:30 | 13:30 | | |
| | 一般講演 | 一般講演 | 一般講演 | 一般講演 | | |
| 14:30～16:30 | | | | | | |
| 日医認定産業医研修 | | | | | | |
| 【基礎後期2単位・生涯専門2単位】 | | | | | | |
| 「沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来～会場一体型大討論会～」 | | | | | | |
| 玉城 研太朗(沖縄県医師会 常任理事) | | | | | | |
| 15:00 | | | | | | |
| 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 ~ 7 | 金城紀与史 | 10:25~11:27 |
| 消化器(内科) | 14 ~ 17 | 金城健 | 11:28~11:56 |
| 消化器(外科) I | 49 ~ 52 | 宮城幹史 | 13:30~13:58 |
| 消化器(外科) II | 53 ~ 55 | 知花朝史 | 13:59~14:20 |
| 腎・泌尿器 | 56 ~ 58 | 呉屋真人 | 14:21~14:42 |
| B会場 | | | |
| 演題区分 | | 座長 | 時間 |
| 医学会賞 II | 8 ~ 13 | 宮城政剛 | 10:25~11:18 |
| 感染症 | 18 ~ 20 | 仲松正司 | 11:19~11:40 |
| 血液 | 21 ~ 22 | 玉城和光 | 11:41~11:55 |
| 呼吸器(内科) | 59 ~ 63 | 久田友哉 | 13:30~14:05 |
| 呼吸器(外科) | 64 ~ 68 | 古堅智則 | 14:06~14:41 |
| C会場 | | | |
| 演題区分 | | 座長 | 時間 |
| 総合診療科 | 23 ~ 26 | 永田惠藏 | 10:25~10:53 |
| 救急 | 27 ~ 31 | 高良剛ロベルト | 10:54~11:29 |
| 産婦人科 | 32 ~ 35 | 儀間貴恵 | 11:30~11:58 |
| 循環器(外科) | 69 ~ 74 | 喜瀬勇也 | 13:30~14:12 |
| 脳神経外科・神経内科 | 75 ~ 77 | 西平靖 | 14:13~14:34 |
| D会場 | | | |
| 演題区分 | | 座長 | 時間 |
| 整形外科 I | 36 ~ 42 | 玉城一 | 10:25~11:14 |
| 整形外科 II | 43 ~ 48 | 玉寄美和 | 11:15~11:57 |
| 小児科 | 78 ~ 81 | 浜田和弥 | 13:30~13:58 |
| 精神科 | 82 ~ 83 | 平良直人 | 13:59~14:13 |
| 一般 | 84 ~ 86 | 新屋洋平 | 14:14~14:35 |

【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 大屋 祐輔（沖縄県北部医療財団 理事長）

| 開始時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|----------------|-------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| 9:15～ 10:15 | 西平 淳子 | 琉球大学病院 医療の質・安全管理部 患者安全推進室 室長 | 皆で考える安全文化とレジリエンス ～Safety I と Safety II～ |

<よくわかるシリーズ>

座長 川崎 俊彦（宮里病院 院長）

| 開始時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|-----------------|--------|------------------------------|--------------------------|
| 10:25～ 10:55 | 高江洲 義和 | 琉球大学大学院医学 研究科 精神病態医学講座 教授 | かかりつけ医が実践する認知症 BPSD の対処法 |

<教育講演>

座長 照屋 勉（沖縄県医師会 常任理事）

| 開始時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|-----------------|-------|------------------------------|---------|
| 11:05～ 11:50 | 二宮 賢司 | 琉球大学大学院医学 研究科 法医学講座 教授 | 死体検案の基礎 |

<特別講演>ランチョンセミナー

座長 砂川 博司（沖縄県医師会医学会 会長）

| 開始時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|-----------------|-------|--------------|-------------------------------------------------|
| 12:10～ 13:10 | 小山 博史 | 東京大学 特命教授 | 没入型 VR 体験と AI ドクター・アバターがもたらす未来医療：共感・意思決定・医学教育改革 |

<日医認定産業医研修【基礎後期2単位・生涯専門2単位】>

座長 砂川 博司（沖縄県医師会医学会 会長）

| 開始時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|-----------------|--------|----------------|-----------------------------------|
| 14:30～ 16:30 | 玉城 研太朗 | 沖縄県医師会 常任理事 | 沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来 ～会場一体型大討論会～ |

【A会場】

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）I

座長 金城 紀与史（琉球大学病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|----------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 10:25~10:33 | 花岡 祥尚 | 浦添総合病院 初期研修医 | 大腿骨近位部骨折患者に対して救急外来でできる受傷早期からの疼痛管理とその影響—FICB（腸骨筋膜下ブロック）は簡便かつ安全で、研修医で取得すべき手技である— |
| 2 | 10:34~10:42 | 中内 克 | 南部徳洲会病院 救急診療科 | 無謀な潜水により重症の脊髄型減圧症を発症した一例 |
| 3 | 10:43~10:51 | 徳永 真歩 | 中頭病院 心臓血管外科 | 診断に難渋した急性A型大動脈解離の1例 |
| 4 | 10:52~11:00 | 佐和田 雄軌 | 中部徳洲会病院 臨床研修部 | 精巣破裂の一例 |
| 5 | 11:01~11:09 | 照屋 菜々子 | 琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター | 出生前に前置血管を診断し帝王切開を施行した一例 |
| 6 | 11:10~11:18 | 大城 匡恭 | ハートライフ病院 産婦人科 | 産褥期会陰部創部感染を契機に発症したSTSSの1例 |
| 7 | 11:19~11:27 | 平良 リサイナソ | 沖縄県立中部病院 産婦人科 | 二絨毛膜二羊膜双胎の緊急帝王切開術後に肺血栓塞栓症を発症した1例 |

【B会場】

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）Ⅱ

座長 宮城 政剛（新川クリニック）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|---------------------------------|------------------------------------------------|
| 8 | 10:25~10:33 | 小林 裕樹 | 沖縄県立北部病院 内科 | 大腿骨近位部骨折にインフルエンザA型感染を合併し、周術期に致死的肺塞栓を呈した高齢女性の一例 |
| 9 | 10:34~10:42 | 竹内 佑 | 沖縄協同病院 初期臨床研修医 | 脳梗塞の発症により左室内血栓が判明した一例 |
| 10 | 10:43~10:51 | 八木 紗子 | 沖縄県立中部病院 内科 | Radiation arteritisに敗血症性ショックを合併し重症下肢虚血を呈した1例 |
| 11 | 10:52~11:00 | 山本 珠里 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 初期研修医 | Treatment delayに注目した沖縄県内で2例目となるSFTSの一例 |
| 12 | 11:01~11:09 | 村田 理子 | 中頭病院 | 沖縄県で経験した日本紅斑熱の一例　—発熱・発疹を呈する感染症の鑑別— |
| 13 | 11:10~11:18 | 澤嶽 安修 | 大浜第一病院 | 食思不振を主訴に診断された続発性副腎皮質機能低下症の一例 |

【A会場】

消化器（内科）

座長 金城 健（浦添総合病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|---------------------------|----------------------------------------------|
| 14 | 11:28~11:35 | 永村 良二 | 沖縄協同病院 | EUS-FNA の誤穿刺により急性前立腺炎を発症した1例 |
| 15 | 11:35~11:42 | 伊藤 康 | 北部地区医師会 病院 初期臨床研修医 | 初回の下部消化管内視鏡検査では診断が得られず、1年後に赤痢アメーバ大腸炎と診断された1例 |
| 16 | 11:42~11:49 | 鶴見 讓 | 北部地区医師会 病院 初期臨床研修医 | 糞線虫感染が原因と考えられた気腹症の1例 |
| 17 | 11:49~11:56 | 奥島 憲彦 | ハートライフ病院 食道アカラシア治療センター | 食道アカラシア97例に対するPOEM手術の治療成績の検討 |

【B会場】

感染症

座長 仲松 正司（琉球大学病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|-------------------|------------------------------------------------------|
| 18 | 11:19~11:26 | 岸本 拓治 | 北部地区医師会 病院 検診科 | COVID-19 対策における臨床疫学の重要性 |
| 19 | 11:26~11:33 | 久田 友治 | 那覇市医師会 会員 | 都道府県別の新型コロナウイルス感染症 死亡率の関連要因～沖縄県での死亡率 はどうであったか～ |
| 20 | 11:33~11:40 | 山城 清二 | 西崎病院 総合診療科 | 特別養護老人ホームでのパライソフルエンザ3型の集団感染 |

血液

座長 玉城 和光（すながわ内科クリニック）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21 | 11:41~11:48 | 山本 健雅 | 南部徳洲会病院 | 心アミロイドーシスによる心不全の一例 |
| 22 | 11:48~11:55 | 窪田 廉大 | 中頭病院 初期研修 | Venetoclax/azacitidine 療法 (VEN/AZA 療法) が奏功した分化系統不明瞭な急性白血病 (Acute leukemia of ambiguous lineage ; ALAL) |

【C会場】

総合診療科

座長 永田 恵蔵（沖縄県立北部病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|-------------------|---------------------------------------|
| 23 | 10:25~10:32 | 新村 真人 | 沖縄県立中部病院 地域ケア科 | 沖縄県立中部病院でおこなう急性期在宅 |
| 24 | 10:32~10:39 | 水谷 仁大 | 南部徳洲会病院 総合診療科 | 初診時無症候性であった結核性腹膜炎の一例—診断確定に至るまでの臨床的意義— |
| 25 | 10:39~10:46 | 上総 研一朗 | 南部徳洲会病院 | ニボルマブ使用患者に発症した irAE 髄膜炎 |
| 26 | 10:46~10:53 | 當山 郁馬 | 南部徳洲会病院 | 肝臓原発の小細胞癌から治療前に腫瘍崩壊症候群を自然発症した症例 |

救急

座長 高良 剛口ベルト（たからクリニック）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|--------------------|------------------------------------------------|
| 27 | 10:54~11:01 | 上石 泰成 | 沖縄県立北部病院 研修医 | 一酸化炭素中毒を発症した多数傷病者への院内対応 |
| 28 | 11:01~11:08 | 山口 翼平 | 浦添総合病院 初期研修医 2年 | 尿閉を契機に救急外来を受診したウェルニッケ脳症／亜急性連合性脊髄変性症の一例 |
| 29 | 11:08~11:15 | 真栄城 兼誉 | 那覇市立病院 外科 | MatrixRib を使用して外固定術を施行した右肋骨多発骨折および横隔膜損傷の1手術例 |
| 30 | 11:15~11:22 | 吳屋 紗梨 | 中頭病院 呼吸器外科 | 自殺企図による左胸部刺傷で肺損傷が疑われた1手術例 |
| 31 | 11:22~11:29 | 稻垣 里衣 | 浦添総合病院 麻酔科 | 全身麻酔中に発症したアナフィラキシーに対するエピネフリンの少量静脈内投与が有効であった一症例 |

【C会場】

産婦人科

座長 儀間 貴恵（貴恵女性のクリニック）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|------------------|-------------------------------|
| 32 | 11:30~11:37 | 宮平 恵奈 | 沖縄県立北部病院 | 診断遅延により卵管妊娠破裂・出血性ショックに至った1例 |
| 33 | 11:37~11:44 | 前濱 俊之 | 友愛医療センター 産婦人科 | 40代における肝周囲炎の臨床的検討 |
| 34 | 11:44~11:51 | 山田 真司 | 友愛医療センター | 当院の骨盤臓器脱に対するマンチェスター手術の治療成績の検討 |
| 35 | 11:51~11:58 | 西村 拓也 | 友愛医療センター 産婦人科 | 帝王切開後11年目で腹壁に発症した子宮内膜症の1例 |

【D会場】

整形外科Ⅰ

座長 玉城 一（大道中央病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|----------------------|---------------------------------------------------|
| 36 | 10:25~10:32 | 喜瀬 真行 | 中頭病院 整形外科 | 保存療法後に変形治癒を来たした上腕骨近位部骨折の治療成績—内・外反変形例の調査— |
| 37 | 10:32~10:39 | 喜屋武 諒子 | 中頭病院 整形外科 | 橈骨尺骨骨幹部骨折に尺骨動脈損傷を合併した1例 |
| 38 | 10:39~10:46 | 大城 光生 | 南部徳洲会病院 整形外科 | 観血的整復を要した内側上顆骨折を伴う肘関節脱臼の1例 |
| 39 | 10:46~10:53 | 新垣 基 | 大浜第一病院 整形外科 | 馬尾症候群を呈し緊急手術を行った腰椎椎間板ヘルニアの二例 |
| 40 | 10:53~11:00 | 泉 源 | 浦添総合病院 | 膝蓋腱断裂に対して再建術を施行した3例 |
| 41 | 11:00~11:07 | 在塙 涼音 | 浦添総合病院 整形外科 | 外傷性コンパートメント症候群後の総腓骨神経麻痺による尖足に対し、遠隔指導による矯正術を実施した1例 |
| 42 | 11:07~11:14 | 名嘉 太郎 | 琉球大学病院 リハビリテーション科 | 脊髄炎の古典的起立性低血圧に対してFESを使用した起立訓練の効果 |

【D会場】

整形外科Ⅱ

座長 玉寄 美和（友愛医療センター）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|------------------|-----------------------------------------------------|
| 43 | 11:15~11:22 | 池間 正英 | 沖縄県立宮古病院 整形外科 | 骨折リエゾンサービス地域医療連携の取り組み |
| 44 | 11:22~11:29 | 比嘉 知新 | 中部徳洲会病院 整形外科 | 非定型大腿骨転子下骨折に対する観血的整復固定術後に髓内釘折損した1例 |
| 45 | 11:29~11:36 | 比嘉 諒典 | 那覇市立病院 整形外科 | 当院における高齢者の大腿骨頸部骨折に対する骨接合術後の破綻症例の検討 |
| 46 | 11:36~11:43 | 永山 盛隆 | 友愛医療センター 整形外科 | 大腿骨頸部骨折に対するside plate付きブリマヒップの問題点 |
| 47 | 11:43~11:50 | 栗國 ゆう子 | 琉球大学病院 初期研修医 | 重複癌治療中に罹患した化膿性脊椎炎に対して低侵襲脊椎後方固定術を行い癌治療へ移行できた1例 |
| 48 | 11:50~11:57 | 喜友名 翼 | 那覇市立病院 | 抗菌薬持続局所療法(CLAP)で腕神経叢麻酔下に小皮切での手術加療を行ったMRSA化膿性肩関節炎の1例 |

【A会場】

消化器(外科) I

座長 宮城 幹史 (南部徳洲会病院)

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| 49 | 13:30~13:37 | 李 栄柱 | ハートライフ病院 外科 | 沖縄県初の食道癌に対するロボット支援手術の報告 |
| 50 | 13:37~13:44 | 後藤田 美優 | 浦添総合病院 消化器病センター 外科 | 難治性複雑痔瘻を先行したクローン病の1例 |
| 51 | 13:44~13:51 | 小野 武 | 中頭病院 消化器一般外科 | 中頭病院におけるロボット支援下胃切除術の過程と手術成績 |
| 52 | 13:51~13:58 | 小野 桂太郎 | 中部徳洲会病院 | MSI-High 直腸 S 状結腸癌に対し Pembrolizumab 術前投与後に病理学的完全奏功を得た1例 |

消化器(外科) I I

座長 知花 朝史 (那覇市立病院)

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|----------------|---------------------------------------------|
| 53 | 13:59~14:06 | 日置 涼介 | 中部徳洲会病院 | 経過観察中増大傾向あり切除に至った胆囊幽門腺腺腫の一例 |
| 54 | 14:06~14:13 | 林 圭吾 | 中頭病院 | 中頭病院肝胆膵センターの取り組み—肝胆膵外科高度技能専門医修練施設 A 認定をうけて— |
| 55 | 14:13~14:20 | 當山 晃平 | 琉球大学病院 放射線科 | 慢性胆囊炎により発症した腹壁膿瘍の一例 |

【A会場】

腎・泌尿器

座長 吳屋 真人（中部徳洲会病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|-----------------------------|----------------------------------------------------|
| 56 | 14:21~14:28 | 中村 智哉 | 琉球大学病院 総合臨床研修・ 教育センター | 膜性腎症によるネフローゼ症候群に下肢 静脈血栓症が合併した一例 |
| 57 | 14:28~14:35 | 谷脇 寛規 | 中部徳洲会病院 泌尿器科 | 骨盤壁に浸潤する進行性膀胱癌に対して 術前化学療法が著効した一例 |
| 58 | 14:35~14:42 | 池田 大悟 | 南部徳洲会病院 | 前立腺癌と乳癌の同時性重複癌に対しホルモン療法と乳房部分切除および術後化 学療法を実施した一例 |

【B会場】

呼吸器(内科)

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 |
|------|-------------|-------|--------------------|------------------------------------------------|
| 59 | 13:30~13:37 | 山城 信 | 那覇ゆい病院 | 当院における運動誘発性喉頭閉塞症の診断と治療 |
| 60 | 13:37~13:44 | 田里 大輔 | 北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科 | アミバンタマブを含む併用化学療法が奏功したEGFR遺伝子Exon20挿入変異陽性肺腺癌の1例 |
| 61 | 13:44~13:51 | 砂川 武博 | 中頭病院 呼吸器内科 | 若年肺結核後にびまん性肺気腫を呈した25歳男性の一例 |
| 62 | 13:51~13:58 | 友寄 竜司 | 大浜第一病院 | 難治性の肺膿瘍が疑われた経過で診断となつた肺葉内肺分画症の1例 |
| 63 | 13:58~14:05 | 川畠 大樹 | 国立病院機構沖縄病院 外科 | 胸腔鏡下手術とEWS充填術を併用して治癒した難治性気胸の1例 |

呼吸器(外科)

座長 古堅 智則 (琉球大学病院)

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|---------------|----------------------------------------------|
| 64 | 14:06~14:13 | 嘉数 修 | 中頭病院 呼吸器外科 | 当科で施行した肺動静脈奇形(PAVM)に対する胸腔鏡下手術例の検討 |
| 65 | 14:13~14:20 | 大田 守雄 | 中頭病院 呼吸器外科 | 外傷を契機に発症した胸腔内Chronic Expanding Hematomaの1手術例 |
| 66 | 14:20~14:27 | 糸満 奈津子 | 中頭病院 呼吸器外科 | 頸部まで進展した縦隔気管支性囊胞に対し胸腔鏡下に完全摘出した1例 |
| 67 | 14:27~14:34 | 饒平名 知史 | 国立病院機構沖縄病院 外科 | 保存的治療にて閉鎖可能であった肺癌術後気管支断端瘻(BPF)の一例 |
| 68 | 14:34~14:41 | 高江洲 開 | 中頭病院 呼吸器外科 | 悪性リンパ腫が疑われ胸腔鏡下縦隔リンパ節生検で診断された菊池病の1例 |

【C会場】

循環器(外科)

座長 喜瀬 勇也 (琉球大学病院)

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|---------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 69 | 13:30~13:37 | 佐藤 亘 | 琉球大学 胸部心臓血管外科 | 巨大右 Valsalva 洞動脈瘤に対して Remodeling 手術を行った1例 |
| 70 | 13:37~13:44 | 盛島 裕次 | 浦添総合病院 心臓血管外科 | 基部-弁輪拡大術, translocation 法, 冠動脈バイパス術追加により再置換した高齢者大動脈弁位生体弁機能不全の1例 |
| 71 | 13:44~13:51 | 東 隆良 | 浦添総合病院 | 原発不明扁平上皮がんに伴う上大静脈及び右室腫瘍塞栓に対する開胸腫瘍摘出術を行った一例 |
| 72 | 13:51~13:58 | 小泉 景星 | 浦添総合病院 | 4泊5日局麻 EVAR クリニカルパスの取り組み |
| 73 | 13:58~14:05 | 新崎 翔吾 | 琉球大学病院 第二外科 | Stanford A型急性大動脈解離に対する大動脈基部への介入は妥当か? |
| 74 | 14:05~14:12 | 鈴木 裕人 | 浦添総合病院 循環器内科 | デバイス関連感染性心内膜炎に対して経皮的リード抜去術施行するも ICD リード(Riata)の破損ならびに瘻着のために開胸術へ移行した一例 |

脳神経外科・神経内科

座長 西平 靖 (登川脳神経クリニック)

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|--------------|----------------------------------------|
| 75 | 14:13~14:20 | 藤原 善寿 | 沖縄病院 | 末梢神経障害が疑われた Lambert-Eaton 筋無力症候群の1例 |
| 76 | 14:20~14:27 | 湧川 朝雅 | 那覇市立病院 総合内科 | めまい、しひれを主訴に来院した抗 GQ1b 抗体関連疾患の一例 |
| 77 | 14:27~14:34 | 上原 未琴 | 琉球大学病院 脳神経外科 | 上咽頭癌放射線治療後の内頸動脈仮性動脈瘤に対するフローダイバーター治療の一例 |

【D会場】

小児科

座長 浜田 和弥（琉球大学病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| 78 | 13:30~13:37 | 高柳 志津子 | 沖縄県立中部病院 小児科 | 海外からの旅行中に発症した乳児咽後膿瘍 |
| 79 | 13:37~13:44 | 郷間 丈滉 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児総合診療科 | 髄液中の抗 NMDA 受容体抗体が高値であったダウン症退行性障害の一例 |
| 80 | 13:44~13:51 | 高橋 咲希 | 友愛医療センター 初期研修医 | 高次医療機関との早期連携で確定診断に至った全身型若年性特発性関節炎の2歳女児例 |
| 81 | 13:51~13:58 | 島袋 省吾 | 沖縄県立北部病院 | 貧血所見と胸部レントゲン異常から特発性ヘモジデローシスの診断に至った1例 |

精神科

座長 平良 直人（天久台病院）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|-------|------------------|--------------------------|
| 82 | 13:59~14:06 | 當眞 嗣夫 | 琉球大学病院 | 認知症患者に対して心理療法を行った一例 |
| 83 | 14:06~14:13 | 嵩原 駿平 | 琉球大学病院 精神科神経科 | うつ病として治療されていた高齢発症てんかんの一例 |

【D会場】

一般

座長 新屋 洋平（ゆい往診クリニック）

| 演題番号 | 講演時間 | 演者 | 所属 | 演題 |
|------|-------------|--------|--------------------------------|-----------------------------|
| 84 | 14:14~14:21 | 国仲 慎治 | アイビーホームケ アクリニック | 介護保険主治医意見書からみた訪問診療 |
| 85 | 14:21~14:28 | 諸見里 拓宏 | 沖縄県立南部医療 センター・こども 医療センター | 地域病院での臨床研究支援体制づくりと その広がり |
| 86 | 14:28~14:35 | 儀間 義勝 | ゆずりは訪問診療 所 | 訪問診療所における骨折予防の取り組み |

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きする。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;卷: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7年10月1日)

| | |
|------------|------------|
| 1. 砂川 博司 | 県医師会医学会長 |
| 2. 知花 なおみ | 県医師会医学会副会長 |
| 3. 鈴木 幹男 | 県医師会医学会副会長 |
| 4. 河崎 英範 | 県医師会医学会幹事 |
| 5. 宮里 浩 | 県医師会医学会幹事 |
| 6. 新垣 勝也 | 県医師会医学会幹事 |
| 7. 島尻 博人 | 県医師会医学会幹事 |
| 8. 小禄 雅人 | 県医師会医学会幹事 |
| 9. 玉城 仁 | 県医師会医学会幹事 |
| 10. 新垣 均 | 県医師会医学会幹事 |
| 11. 仲地 紀哉 | 県医師会医学会幹事 |
| 12. 金城 徹 | 県医師会医学会幹事 |
| 13. 長井 裕 | 県医師会医学会幹事 |
| 14. 新垣 寛 | 県医師会医学会幹事 |
| 15. 戸板 孝文 | 県医師会医学会幹事 |
| 16. 中村 清哉 | 県医師会医学会幹事 |
| 17. 名嘉 太郎 | 県医師会医学会幹事 |
| 18. 豊見山 直樹 | 県医師会医学会幹事 |
| 19. 宮城 剛志 | 県医師会医学会幹事 |
| 20. 知念 靖 | 県医師会医学会幹事 |
| 21. 知念 安紹 | 県医師会医学会幹事 |
| 22. 當山 裕一 | 県医師会医学会幹事 |
| 23. 武村 克哉 | 県医師会医学会幹事 |
| 24. 星野 耕大 | 県医師会医学会幹事 |
| 25. 友利 寛文 | 県医師会医学会幹事 |

沖縄県医師会医学会賞（研修医部門）選考委員

| | | |
|-----|--------|------------|
| 1. | 鈴木 幹男 | 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. | 仲里 淳 | 選考委員 |
| 15. | 山城 聰 | 選考委員 |
| 16. | 尾原 晴雄 | 選考委員 |
| 17. | 砂川 博司 | 県医師会医学会長 |
| 18. | 知花 なおみ | 県医師会医学会副会長 |

第139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 | 13 |
| 2 | 浦添総合病院 | 10 |
| 3 | 琉球大学病院 | 10 |
| 4 | 南部徳洲会病院 | 7 |
| 5 | 中部徳洲会病院 | 5 |
| 6 | 友愛医療センター | 5 |
| 7 | 沖縄県立中部病院 | 4 |
| 8 | 沖縄県立北部病院 | 4 |
| 9 | 那覇市立病院 | 4 |
| 10 | 北部地区医師会病院 | 4 |
| 11 | 大浜第一病院 | 3 |
| 12 | 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター | 3 |
| 13 | 国立病院機構沖縄病院 | 3 |
| 14 | ハートライフ病院 | 3 |
| 15 | 沖縄協同病院 | 2 |
| 16 | アイビーホームケアクリニック | 1 |
| 17 | 沖縄県立宮古病院 | 1 |
| 18 | 那覇ゆい病院 | 1 |
| 19 | 西崎病院 | 1 |
| 20 | ゆずりは訪問診療所 | 1 |
| 21 | 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】

「皆で考える安全文化とレジリエンス～Safety IとSafety II～」

琉球大学病院 医療の質・安全管理部 患者安全推進室 室長
西平 淳子

| | |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| (学歴) | |
| 2001年3月 | 琉球大学医学部卒業 |
| 2016年3月 | 琉球大学大学院医学研究科卒業 |
| (職歴) | |
| 2001年 | 鹿児島大学医学部附属病院第三内科 沖縄県立中部病院 内科 初期研修 |
| 2003年 | 国立病院機構沖縄病院 |
| 2005年 | かなの会コザクリニック |
| 2006年 | 新潟労働者医療協会 舟江病院 |
| 2011年 | 沖縄県立中部病院 |
| 2012年 | 琉球大学病院第三内科 (循環器・腎・神経内科) |
| 2019年 | 琉球大学医学部附属病院 安全管理対策室 |
| 2020年 | 琉球大学病院 医療の質・安全管理部 安全管理対策室 |
| 2025年 | 琉球大学病院 医療の質・安全管理部 患者安全推進室 |
| (資格) | 総合内科専門医・認定医、 神経内科専門医・指導医、 認定産業医、最高質安全 責任者(CQSO)、日本科学 技術連盟 QC サークル指 導士、博士(医学) |

これまでの医療安全は有害事象を減少させるため、インシデントから学ぶことが中心でした。エラーの発生要因を特定し、排除する方法を標準化することで次のインシデント防止に重点を置くリスク管理を行う方法です。このような安全性を確保するアプローチ方法を Safety I と呼んでいます。

一方で臨床現場は複雑なシステムを内包し、刻々と変化する患者の状態や環境に多くの職員が連携して対応する必要があります。実際の現場では「うまくいっている」ことの方がインシデントより圧倒的に多く、成功要因に着目すると学びが格段に増えます。つまり現場の知恵や工夫を活かすことで、より効率的な対応能力や学習能力の向上を図ることができます。このアプローチ方法を Safety II と呼びます。

Safety I と Safety II は、どちらかが優れているわけではなく補完的な関係です。医療安全のマネジメントだけでなく、安全文化の醸成や医療の質の向上にも両方のアプローチ方法が必要となります。

本講習では錯覚体験などを通じて、認知の歪みや情報解釈の偏りが意思決定に及ぼす影響を体感していただきます。個々の気づきから、きっと Safety I と II の両立を考えるきっかけに繋がるのではないかと思います。標準化されたリスク管理方法 (Safety I) と状況に応じた柔軟な対応能力 (レジリエンス) を高める方法 (Safety II) が、日常診療のヒントに加わりましたら大変幸甚です。

よくわかるシリーズ

「かかりつけ医が実践する認知症 BPSD の対処法」

**琉球大学大学院医学研究科 精神病態医学講座 教授
高江洲 義和**

| | | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (学歴・職歴) | | |
| 平成16年3月 | 東京医科大学医学部卒業 | 認知症の行動・心理症状 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) は、患者本人の苦痛や生活の質の低下のみならず、家族や介護者への負担を増大させ、時に入院や施設入所の契機となる。BPSD の発症背景は、認知機能低下のみならず、環境要因や身体合併症、薬剤性要因などが複雑に関与しており、まずは非薬物的介入による対応が基本とされる。しかし臨床現場では、暴言・暴力、せん妄様症状、重度の不安や抑うつ、昼夜逆転などにより、非薬物的対応のみでは困難なケースも少なくない。こうした場合、適切に向精神薬を使用することが求められる。 |
| 平成16年5月 | 東京医科大学病院勤務 (初期研修医) | |
| 平成18年4月 | 東京医科大学救急医学講座 (後期研修医) | |
| 平成21年4月 | 東京医科大学精神医学講座 (臨床研究医) | |
| 平成23年2月 | 同助教 | 2025年に改訂された「BPSD に対応する向精神薬使用ガイドライン(第3版)」では、第一に非薬物療法の徹底を強調しつつ、必要に応じて抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、睡眠薬などの薬物療法を段階的に位置づけている。特に抗精神病薬については、リスク・ベネフィットを慎重に評価したうえで、低用量・短期間の使用を原則とし、漫然投与を避けることが強調されている。抗うつ薬や睡眠薬、抗不安薬、漢方薬の BPSD に対する使用法についても解説されているが、ベンゾジアゼピン受容体作動薬については認知機能障害や転倒のリスク、せん妄悪化のリスクから、75歳以上の高齢者に対しては使用が推奨されないことが明記されている。 |
| 平成25年10月 | 同講師 | |
| 平成30年1月 | 杏林大学医学部精神神経科学教室講師 | |
| 令和3年1月 | 琉球大学大学院医学研究科精神病態医学講座准教授 | |
| 令和6年8月 | 同教授・認知症疾患医療センター長 | |
| (資格) | | 本講演では、かかりつけ医として重要なポイントとして、①BPSD の背景要因評価方法、②症状ごとの薬物選択の実際、③副作用モニタリングと中止・減量の判断基準、④多職種連携の活用法などの具体的な実践方法を提示する。沖縄県では今後、急速な高齢化が進むことが予想され、医療資源が限られる地域では、かかりつけ医が早期に BPSD を適切に評価・対応することが患者・家族の生活の質を大きく左右する。本講演を通じて、かかりつけ医が BPSD に直面した際に、非薬物的対応を基本としつつ、ガイドラインに沿った薬物療法を安全かつ効果的に実践できるよう支援したい。 |
| (所属学会) | | |
| | 日本精神神経学会(代議員)、日本臨床精神神経薬理学会(理事)、日本不安症学会(理事)、日本睡眠学会(評議員)、日本うつ病学会(評議員)、日本時間生物学学会(評議員) | |

教育講演

「死体検案の基礎」

琉球大学大学院医学研究科 法医学講座 教授
二宮 賢司

| | | |
|---------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (略歴) 平成20年 | 琉球大学医学部卒業、医師免許取得 | 死体検案（検案）は、ご遺体の外表等を検査し、既往歴や状況などと合わせて死因や死亡時刻を判断する行為であり、法律上は医師であれば誰でも実施できる。また、異状死体届出の判断も検案の一部であり、実臨床でも日常的に実施されていると言える。この異状死体届出がなされたご遺体には、その後捜査機関により検視が行われることになる。検案にはもう一つ、この検視への協力としての検案も存在し、これは警察医や法医関係者の業務である。多死社会とされる日本においては、これらいづれの検案についても需要は高まっていると考えられる。今回は、検案における実際の手技や書類作成などについて概説し、基礎的な知識を共有したい。 |
| 平成24年 | 琉球大学大学院修了、博士号取得 | |
| 平成24年 | 琉球大学法医学講座特命助教 | |
| 平成27年 | 琉球大学法医学講座助教 | |
| 平成30年～ | 現職 | |
| (専門) | 法医病理学 | |
| (学会) | 日本法医学会評議員 | |

前述の通り検案には二種類あると言えるが、いざれも外因死や犯罪死を念頭に置いた鑑別が重要となる。検案の基本は臨床における診察と変わらないものの、生命活動が停止している点、死体现象が加わっている点を勘案しなければならない。具体的には死斑、死後硬直、体温低下といった死体现象を確認したうえで、通常の視診や触診などの手技で得た所見と合わせて解釈することになる。また血液検査や画像検査についても、逸脱酵素の死後の上昇や、蘇生行為による損傷と心肺停止前の損傷の鑑別などの、検案特有の問題がある。

検案は外表観察を基本とし、一度の診察で最終的な判断を行わなければならないという性格上、死因について明確な診断に至らないことも多々あるという点を認識する必要がある。その為、書類作成の際には、どこまでが事実でどこまでが推定かを意識しなければならない。死亡診断書（死体検案書）を記載する場合、意図しない解釈をされないよう注意すべきであるが、記載方法には比較的融通が利くため、推定であることを明記するなど、必要に応じて柔軟に対応すると良い。

検案や警察捜査は多くの臨床の先生方にとっては縁遠い世界であり、また必ずしも関わらなくて良い世界であるため、敢えて足を踏み入れる方は少ないのが現状ではある。しかし、検案は医師にしかできない地域社会に必要とされる仕事の一つであり、可能な範囲での協力をお願いしたい。

特別講演

「没入型 VR 体験と AI ドクターアバターがもたらす未来医療： 共感・意思決定・医学教育改革」

東京大学 特命教授
小山 博史

| | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| (学歴) | |
| 昭和 60 年 3 月 | 宮崎医科大学（現：宮崎大学）卒 |
| (学位) | 医学博士（筑波大学） |
| (専門医資格等) | 脳神経外科専門医 産業医 |
| (職歴) | |
| 昭和 60 年 5 月 | 沖縄県立中部病院 臨床研修外科（臨床研修医として従事） |
| 昭和 62 年 5 月 | 宮崎医科大学（現：宮崎大学）医学部附属病院脳神経外科医員 |
| 平成 1 年 6 月 | 国立がんセンター レジデント（脳神経外科レジデントとして従事） |
| 平成 5 年 2 月 | 国立がんセンター中央病院 医員（脳神経外科医員として脳腫瘍に関する診療・研究に従事） |
| 平成 9 年 4 月 | 国立がんセンター中央病院 医長（脳神経外科医長として脳腫瘍に関する診療・研究、がんセンターへのスーパーコンピューターシステムの導入と中央病院の新棟病院情報システム開発に従事） |
| 平成 12 年 6 月 | 国立大学京都大学医学部附属病院 講師（京都大学医学部生の教育、医用シミュレーション研究に従事） |
| 平成 13 年 4 月 | 国立大学京都大学医学部附属病院 助教授（京都大学医学部生の教育、医用シミュレーション研究に従事） |
| 平成 15 年 2 月 | 国立大学東京大学大学院 医学系研究科 特任教授 |
| 平成 19 年 4 月 | 国立大学法人東京大学大学院 医学系研究科 教授（東京大学医学部生、専門職修士学生、医学系研究科社会医学専攻の大学院生の教育、XR 技術の医療応用と脳活動に与える影響に関する研究に従事） |
| 令和 7 年 4 月 | 東京大学 特命教授 |

近年、VR（バーチャルリアリティ）技術は、医療分野において単なる視覚的訓練ツールを超えて、認知、感情、意思決定に深く作用する“体験装置”として再定義されつつある。本講演では、筆者が中心となって開発・評価してきた医療用 VR 教材と、脳神経活動の計測（fMRI, fNIRS）を組み合わせた研究を踏まえ、VR の医療応用が臨床現場・教育現場にもたらす革新と、今後の課題を明らかにする。

まず、医療現場における多重課題（multitasking）環境の再現として、複数の患者対応や急変対応を 360 度映像やインタラクティブな操作で構成した VR 教材を開発し、熟練看護師と学生に体験させた。その際の意思決定プロセスは、Recognition-Primed Decision (RPD) モデルに基づく 5 段階（状況認識・パターンマッチング・行動の想起・メンタルシミュレーション・実行）で分析され、経験の差による生体反応の違いが示唆された。

特に注目されるのは、VR における一人称視点の共感励起効果である。患者の立場や視点を HMD 越しに追体験することで、共感性や倫理的判断、そして脳内の感情処理系（島皮質・前帯状皮質など）の活動が活性化される可能性が示唆された。共感を伴う体験は、実習では得難い「当事者意識」を醸成し、職業倫理や対応力の向上につながる可能性を有する。

加えて、近年注目されているのが、生成 AI（Generative AI）を搭載したドクターアバターの VR 空間への導入である。医学生や若手医師が、メタバース空間で「生成 AI を利用したドクターアバター」と対話しながら、診断・治療方針の選択、患者とのコミュニケーション、チーム医療の意思決定を練習することが可能になってきている。

特に、リアルアバター化（実写や 3DCG ベースで実在感を高めた医師 AI）の技術が進展することで、現実に近い“臨床疑似体験”を実現しつつある。このリアルな AI ドクターアバターには以下のようない点とリスクがある。

【利点】

- ・没入感の向上と現実的な反応：非現実的なボットではなく、外見や話し方がリアルな医師アバターにより、学習者の緊張感や共感が高まる。
- ・対話内容の自動パーソナライズ：学習者のレベルや過去の応答履歴に応じて診療シナリオを調整可能。
- ・多職種・多文化の医療環境を模倣可能：異なるバックグラウンドの患者・医療チームを AI アバターで再現でき、国際的・地域的な対応力を養うことができる。

(専門)

臨床情報工学、救急医学、脳神経科学、臨床腫瘍学を研修後、国立がんセンター（現国立がん研究センター）の病院情報システムの構築およびバーチャルリアリティ技術の医療応用に関する研究に従事。

(主な著書)

『バイオメディカル融合3次元画像処理』（編者、東京大学出版社、2015）、『臨床生命情報学入門（クリニカルバイオインフォマティクス）』（共著、杏林図書、2006）、『医療情報システム（現代電子情報通信選書—知識の森）』（共著、オーム社、2012）他

【リスク】

- ・誤情報生成のリスク（ハルシネーション）：学習者に誤った診断・対応を覚えさせる危険性があり、監修体制が不可欠。
- ・“感情の表層的模倣”による誤解：あたかも理解や共感があるかのような表現がなされても、本質的な医療倫理や人間理解は伴わない。
- ・現場経験の代替になりすぎる危険：過度なVR/AI依存により、実際の患者との対話や非言語的観察力が育ちにくくなる懸念がある。

今後は、こうした技術を単なる「教材」ではなく、学習者の認知・情動・行動の変容を導く「教育環境」として設計し直す必要がある。本講演では、VR体験がもたらす身体的・心理的・神経学的影響を俯瞰しつつ、医師・看護師教育におけるAI・XR統合の最新動向とその実装戦略を多面的に議論する。

日医認定産業医研修【基礎後期2単位・生涯専門2単位】

「沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来～会場一体型大討論会～」

**沖縄県医師会 常任理事
玉城 研太朗**

(学歴)
平成15年3月 信州大学医学部 卒業

平成21年9月 東北大学大学院 卒業

(職歴)
2003年4月 大崎市民病院勤務

2006年4月 東北大学大学院医学系研究科腫瘍外科学講座大学院

2009年10月 東北大学乳腺内分泌外科医員

2011年11月 那覇西クリニック乳腺外科

2012年1月 東北大学大学院医学系研究科非常勤講師（兼任）

2015年 Stanford大学留学（Mark Pegram教室）

2022年10月 那覇西クリニック理事長

本企画は、「沖縄県の健康復活と沖縄県の医療の未来～会場一体型大討論会～」という壮大なテーマを掲げ、沖縄県の健康課題の現状分析、医療体制の未来、そして県民と共に描く未来ビジョンを熱く語り合う場を提供することを目的とします。第1セッションでは、県内で顕在化する高血圧などの生活習慣病やメンタルヘルス問題に焦点を当て、県医師会が進める「65歳未満健康・死亡率改善プロジェクト」が指摘する働き盛り世代のリスク要因（高血圧、糖尿病、脂質異常症など）を分析します。同時に、官民・企業・地域を巻き込んだ健康づくりの連携構築や「健康経営」の推進策も議論します。第2セッションでは、医療提供体制の再編、さらに大規模自然災害や新興感染症に備えた強靭な医療インフラの構築をテーマに展望を描きます。県民の安心を支える地域間医療連携と危機対応力をどう高めるか、参加者の皆様と共に未来モデルを共創します。そして第3セッションでは、沖縄県社会そのものの未来に踏み込みます。大いに夢を語りましょう。本セッションは、単なる意見交換ではなく共創の場です。県・行政・地域・医療が一体となり、参加者一人ひとりが未来の主人公として手を取り合い、熱く議論を重ねることで、夢と希望に満ち溢れた沖縄県の未来へのリアルなロードマップを描きります。皆様の情熱と知見をお持ち寄りいただき、共に沖縄の未来を力強く切り拓きましょう。

1 大腿骨近位部骨折患者に対して
救急外来でできる受傷早期から
の疼痛管理とその影響—FICB
(腸骨筋膜下ブロック)は簡便
かつ安全で、研修医で取得すべき手技である

浦添総合病院 初期研修医¹、整形外科²

花岡 祥尚¹⁾、中村 憲明²⁾、在塙 涼音²⁾、

山城 遥²⁾、櫻井 俊彰²⁾、宮城 孝雅²⁾、

吉田 宇洋²⁾、正木 久美²⁾、武藤 亮²⁾

【背景】FICB(腸骨筋膜下ブロック)は大腿骨近位部骨折患者に対する術前・術後の疼痛管理において有用性が報告されており、海外ではERやprehospitalから広く用いられている。当院でも大腿骨近位部骨折患者が搬送された場合には、可能な限りFICBを行いERでの早期除痛に努めている。【目的】ERで施行したFICBの即時的除痛効果と、術後経過への影響を後方視的に検討する。【方法】1)2025年1~7月にERでFICBを施行し、疼痛スコア(施行前・15分後・30分後)が記載されている20例で、NRS・FRSを比較し早期除痛効果を評価した。2)同期間に手術を行った大腿骨近位部骨折87例(FICB群41例、非FICB群46例)で、術後NRS(1・3・5日目)、端座位・立位・歩行訓練開始日数、術後せん妄発生率を比較し、術前歩行能力や手術待機日数によるサブ解析を行った。

【結果】1)20例ではNRSは施行前8.06→15分後5.36→30分後4.92、FRSは4.12→3.00→2.86へ有意に低下した。2)全体解析では有意差は認められなかつたが、術前歩行能力が低い群(杖歩行・歩行器)・手術待機日数2日以上の群ではFICB群で歩行訓練開始が早い傾向を示した。術後せん妄発生率もFICB群で低下傾向を認めた。【考察および結論】大腿骨近位部骨折は高齢者に多く、受傷から手術までの待機期間にも強い疼痛を伴い、不適切な疼痛管理は活動性低下やせん妄発症の一因となる。ERでのFICBは短時間で強い除痛効果を発揮し、持続期間も長い。また解剖学的ランドマークが明瞭で重篤な合併症も少ないとから、安全かつ簡便で若手医師にとって習得しやすい手技である。当院では研修医も積極的にFICBを施行しており、その安全性や鎮痛効果の即効性を実感できることから、研修医が習得すべき疼痛管理手技の一つと考えられる。またERでのFICBを施行することはADL低下例や手術待機が伸びた症例では術後早期離床やせん妄予防に寄与する可能性がある。

2 無謀な潜水により重症の脊髄型
減圧症を発症した一例

南部徳洲会病院 救急診療科

中内 克、清水 徹郎

【はじめに】減圧症は、潜水後の急激な減圧により体内に溶解していた窒素が気泡化し、血管閉塞や組織障害を引き起こす疾患である。脊髄障害を呈する症例は稀であるが、重篤な後遺症を残す可能性がある。今回、脊髄横断型減圧症の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性。セルフダイビング中に両下肢のしびれを自覚し、減圧症の疑いで当院に転院となった。ダイビングの最大深度は61m、潜水時間は76分であった。発症から再圧治療開始までは約7時間を要した。神経学的所見ではTh9レベル以下の脊髄障害を認め膀胱直腸障害も認めた。両側のバビンスキー反射は陽性であった。MRIで明らかな異常所見は認めなかった。【経過】入院後、再圧治療を7回と高気圧酸素療法を23回施行した。治療開始後、下肢の運動機能は徐々に改善し、排尿障害も軽快した。積極的なリハビリを行い、最終的には杖歩行まで改善し発症から約1ヶ月後に退院となった。【考察】本症例は、重症の脊髄型減圧症であり、速やかに再圧治療を最大限行ったが寛解には至らなかつた。患者が行なった潜水はあまりにも無謀な潜水でありこのような潜水が行なわれていること自体が問題であるため注意喚起が必要である。

3 診断に難渋した急性 A 型大動脈解離の 1 例

中頭病院 心臓血管外科¹、集中治療科²
徳永 真歩¹⁾、本田 二郎¹⁾、小野田 翔¹⁾、
西田 成²⁾

【諸言】大動脈解離はときに非典型的な症状・所見を認め、診断に難渋することがあるが、緊急で治療を行わないと生命にかかわる重大な疾患である。今回、診断に難渉した急性 A 型大動脈解離の一例を経験したので報告する。

【症例】32 歳男性（元女性）。受診当日、大量飲酒し談笑中に突然心窓部から左側腹部にかけての疼痛が出現し、その後嘔吐も認めたため救急搬送された。受診時、顔面紅潮し著名なアルコール臭を認め、左 CVA 叩打痛陽性であった。超音波検査では心嚢液や大動脈の flap を認めず、他の臓器に優位な所見も認めなかつた。当初は急性脾炎や尿管結石症を鑑別として腹部造影 CT を撮影し読影を行つたため大動脈解離を認識することができなかつた。数度、腹部全体の画像を参考することによってやく腹部大動脈の解離所見に気づき、胸腹部造影 CT を追加撮影し、急性 A 型大動脈解離の診断となつて同日緊急手術を施行した。

【考察】本症例では、以下の要因が急性 A 型大動脈解離の診断を困難にしたと考える。まず、現病歴、年齢、超音波検査所見から大動脈解離を積極的に疑わなかつたことである。これにより画像全体を観察せず、前述の鑑別に従つて他臓器に着目したため診断が遅れた。次に、偽腔圧が高く真腔が完全に圧排されたために超音波検査及び造影 CT で正常血管と見間違えたことである。これも鑑別から大動脈解離を外すバイアスとなつたといえる。これらの経験から、画像検査では鑑別とする疾患に関連する臓器のみならず、すべての臓器を系統的に評価することが重要であることを改めて痛感した。

【結語】画像検査では症状や鑑別に関連する臓器のみならず、すべての臓器を系統的に読影することが重要である。

4 精巣破裂の一例

中部徳洲会病院 臨床研修部¹、腎泌尿器外科²
佐和田 雄軌¹⁾、吉岡 拓哉²⁾、知念 尚之²⁾、
吳屋 真人²⁾、大城 吉則²⁾

目的：精巣破裂は精巣を包む白膜が断裂することで生じるが、精巣の可動性と白膜の強靭さのため比較的稀な疾患である。経験に乏しい初期研修医が診断に苦慮することもある。今回野球ボールの打撲による精巣破裂の一例を経験したので報告する。さらに当院で経験した精巣破裂の症例を比較し診断方法について検討した。方法：症例は 17 歳男児。野球中硬式球で陰部を強打した。前医受診後、右精巣破裂疑いにて当院へ紹介受診された。CT 検査においては白膜断裂の診断には至らなかつたが、精巣超音波検査にて、右精巣白膜の連續性が一部不明瞭であり、精巣内に血腫を疑う低エコー域も認めた。右精巣白膜断裂の診断にて当日に緊急白膜修復術を行つた。術後経過良好で、手術日翌日に退院となつた。当院では過去 8 年間に精巣打撲の患者 13 例を経験した。超音波検査、CT、MRI 検査の結果が、診断にどのように寄与したか考察する。成績：精巣打撲 13 例中、11 症例が精巣破裂に至つていた。全例超音波検査が施行されている。CT が 6 例、MRI が 5 例、1 例は両方施行されていた。超音波検査では白膜の連續性消失、精巣辺縁の不正、または精巣実質の内部エコーが不均一などの特徴的な所見を 11 例にて認めた。MRI では全例で白膜連續性消失が指摘されていた。一方で、CT では出血を疑う患側の精巣内の高吸収域を認めたが、白膜の連續性の評価は困難であった。結論：精巣破裂は早期の手術が必要な緊急疾患である。超音波検査にて特徴的な所見を認めた場合には、早急に専門医に相談することが望ましいが、診断に迷つた場合には CT ではなく MRI を撮影することが望ましいと考える。今回野球中の送球による精巣破裂の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

5 出生前に前置血管を診断し帝王切開を施行した一例

琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター
照屋 菜々子

6 産褥期会陰部創部感染を契機に発症したSTSSの1例

ハートライフ病院 産婦人科
大城 匡恭、渡名喜 望海、武田 理、
堀本 直幹、宮崎 優樹、中里 博恵

【緒言】

前置血管はワルトン膠質に覆われない胎児臍帯の血管が卵膜上に存在し、内子宮口付近を走行している状態である。低置胎盤などの胎盤異常に合併することが知られ、出生前に診断されないと分娩時の破水による血管断裂で胎児失血、胎児死亡につながるため出生前診断が重要である。今回、胎盤異常を合併しない前置血管を出生前診断し、帝王切開術で生児を得た症例を経験した。

【症例】

34歳、初産婦。既往歴や家族歴に特記事項はない。人工授精精で妊娠成立し、分娩管理目的に紹介された。妊娠18週5日の経腹超音波断層法では、副胎盤や分葉胎盤は認めず、低置胎盤などの胎盤位置異常も認めなかつたが、経腔超音波断層法のカラードップラで内子宮口付近に血管像を認め、前置血管を疑つた。妊娠30週0日、前置血管の診断目的で骨盤MRIを撮像したところ内子宮口から約1.5cmの位置に卵膜上を走行する血管を確認し、前置血管と診断した。妊娠32週0日から管理入院を行い、経腔分娩時の血管断裂を避けるため妊娠36週4日に予定帝王切開術を施行した。術中に前置血管の破綻なく、出血量は530gであり多量出血を認めなかつた。児は2102gの女児で、貧血なく特別な処置を要さなかつた。術後の肉眼所見で術前診断通り前置血管であり、母児ともに術後経過は良好であった。

【考察】

前置血管は出生前に診断されなければ新生児死亡は60%にも達するため出生前診断が児の予後に極めて大きな意味を持つ。妊娠初期に臍帯の付着部位を認識しておくことが前置血管の診断に有用との報告や低置胎盤、臍帶卵膜付着、多胎妊娠、副胎盤、分葉胎盤、体外受精というハイリスクグループには妊娠中期で前置血管を念頭に置いたより詳細なスクリーニングが有用との報告もある。しかし本症例のようにリスク因子を伴わない症例も存在するため、妊婦健診でのスクリーニングにカラードップラを用いた内子宮口付近の観察も留意すべきである。

【緒言】経腔分娩後の会陰部創部の感染や血腫は比較的頻度の高い産科合併症であるが、A群溶連菌 (group A streptococcus : GAS) 感染を合併し、さらに溶血性レンサ球菌毒素性ショック症候群 (streptococcal toxic shock syndrome : STSS) へ進展することは稀である。STSSは致死率が高く、迅速な診断と治療が予後を左右する。今回、経腔分娩後に会陰部創部から GAS 感染を契機に STSS を発症した症例を報告する。【症例】27歳初産婦。40週0日に自然陣痛発来し、経腔分娩で2860gの男児を出産 (Apgar score 8/9) した。分娩直後は安定していたが、産褥1日目より収縮期血圧80台に低下、脈拍数120回とショックバイタルとなり、循環動態不安定が持続したためセフメタゾールを開始した。血液培養で GAS が検出され、産褥4日目よりアンピシリンに変更した。全身状態と創部の圧痛は改善したが、壊死組織を認め MRI で血腫・膿瘍形成を疑う所見を認めた。産褥5日目に会陰部切開排膿・血腫除去術、産褥14日目に壊死組織に対して洗浄・搔爬を含むデブリドマンと縫合閉鎖を施行した。その後は抗菌薬継続と創部管理を行い産褥20日目に退院した。

【考察】STSSは GAS 感染によりショックと多臓器障害を呈する重篤な疾患であり、CDCの診断基準に基づき診断される。本症例は菌血症とショック、会陰部壊死を伴い STSS の確定診断に至った。母体 STSS は稀であるが急速に進行し致死的となり得るため、産褥期における会陰部創部の感染や血腫を疑う場合には STSS を念頭に置き、早期診断・抗菌薬投与・外科的処置を迅速に行うことが救命につながる。

7 二絨毛膜二羊膜双胎の緊急帝王切開術後に肺血栓塞栓症を発症した1例

沖縄県立中部病院 産婦人科

平良 クリスティーナ、小松 泰生、林 伯宣、
箕 咲陽子、前川 泰輝、大畠 尚子、
金城 国仁、橋口 幹夫

【緒言】肺血栓塞栓症は、長期臥床や妊娠、悪性腫瘍等をリスクとして、下肢や骨盤内の静脈で形成された血栓が肺動脈を閉塞する疾患である。今回、切迫早産で約 3 か月の長期管理入院を経て、緊急帝王切開術後に突然の酸素化低下が出現し、肺血栓塞栓症を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】29 歳、3 妊 2 産、既往歴はなし。二絨毛膜二羊膜双胎妊娠で紹介され、妊娠 24 週 1 日に定期外来にて、頸管長短縮、子宮収縮を認めたため、切迫早産として入院となった。子宮収縮抑制薬を用いて、切迫早産の管理を行っていた。入院 93 日目（37 週 2 日）に、陣痛発来し、緊急帝王切開術を施行した。術後 5 時間後に突然の酸素化低下が出現したが速やかに改善したため、経過観察としたが、再度酸素化低下を認めたために胸腹部骨盤造影 CT 検査を施行した。両側肺動脈血栓を認めたため、ヘパリン療法を開始した。腹部の創部より出血を少量認めたが、創部圧迫を行いつつ治療を継続した。産褥 3 日目に、ワーファリン内服を追加したが、PT 延長が緩徐であり、術後 5 日目に DOAC（イグザレルト）単剤での内服に変更した。術後 9 日目に、再度造影 CT 検査にてフォローを行ったところ血栓はほとんど消失していたため、術後 12 日目に退院となった。

【考察】長期臥床、双胎、緊急帝王切開と肺塞栓発症のリスクが高い症例であり、速やかに診断には至ったものの、術後であったため術後出血と血栓症治療の両立が難しい症例であった。ワーファリンの PT 延長が得られにくいか、DOAC へ移行し良好な転機を得られた。

【結語】長期臥床管理、二絨毛膜二羊膜双胎、帝王切開後に発症した肺血栓塞栓症であり、妊娠婦における典型的リスクの集積例であった。近年、産褥期においては DOAC の使用例も報告されており、本症例でも安全に使用できたと考える。

8 大腿骨近位部骨折にインフルエンザ A 型感染を合併し、周術期に致死的肺塞栓を呈した高齢女性の一例

沖縄県立北部病院 内科¹、病理診断科²、整形外科³

小林 裕樹¹⁾、永田 恵蔵¹⁾、仲西 貴也²⁾、
湊 剛樹³⁾

【緒言】大腿骨近位部骨折は高齢者に多く、早期手術が予後改善に重要とされる。一方、インフルエンザ感染は全身性炎症を介して血栓リスクを増加させることが報告されている。今回、インフルエンザ A 型感染を合併した大腿骨近位部骨折患者が周術期に致死的肺塞栓を発症した症例を経験した。【現病歴】80 歳代女性。転倒により受傷し大腿骨近位部を骨折した。既往に高血圧があり降圧薬を内服、抗凝固薬や抗血小板薬の内服はなかった。受傷後に発熱を認め、近医でインフルエンザ A 型感染症と診断。当院入院後は個室隔離下でペラミビルを投与し、骨折手術は隔離解除後の第 9 病日に予定された。静脈血栓症予防として弾性ストッキングを着用していた。第 3 病日、SpO2 90%まで低下し胸部 CT で両側肺動脈に脂肪塞栓を疑う欠損像はあったが、酸素投与のみで改善した。第 8 病日、突然の呼吸困難と循環虚脱を来し心肺停止となり、蘇生は困難で永眠。死後 CT で肺動脈塞栓像があったが、脂肪塞栓の好発時期より遅れており、死因特定のために病理解剖を施行した。【考察】剖検により両側肺動脈に中枢から末梢まで広範な静脈血栓を確認し、脂肪塞栓を示唆する所見はなく、死因は静脈血栓塞栓症（VTE）と確定された。本症例は臨床経過から脂肪塞栓症候群（fat embolism syndrome : FES）との鑑別が困難であったが、剖検により診断が確定した。文献的にも両者の合併例が報告されており、骨折患者の呼吸不全では両病態を常に考慮すべきである。また長期臥床、インフルエンザ感染、手術待機が血栓形成に寄与した可能性が示唆された。

【結語】大腿骨近位部骨折患者においてインフルエンザ感染を合併すると VTE リスクはさらに増大する。FES との鑑別や合併例も念頭に、早期からの VTE 予防と慎重な経過観察が重要である。本症例は、病理解剖が確定診断に決定的な役割を果たし、FES と VTE の臨床的鑑別の困難さを改めて示す貴重な症例である。

9 脳梗塞の発症により左室内血栓
が判明した一例

沖縄協同病院 初期臨床研修医

竹内 佑、山内 昌喜、石井 隆弘

【諸言】左室の壁運動低下により左室内血栓形成をきたすことがあり、脳梗塞の原因となりうる。今回われわれは、脳梗塞の発症を契機に左室内血栓が判明した症例を経験したため報告する。【症例】71歳男性。特記すべき既往なし。宿泊中のホテルのフロントで突然倒れ、意識障害と右片麻痺を呈し救急搬送された。来院時、呂律不良と右口角下垂も認め、脳梗塞が疑われ頭部CTを施行したが出血や梗塞の所見はなかった。頭部MRIの施行を検討していたところ心電図でV1からV5にST上昇及び高感度トロポニンの上昇を認め、心エコーで後壁以外の左室壁運動低下を確認したため急性心筋梗塞疑いで緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈多枝病変を認め責任病変に対してPCIを行ったが石灰化により十分に拡張できず強い狭窄を残した。翌日の心エコーで左室内に血栓を認めた。ヘパリン点滴持続していたが頭部CTで左後頭葉に脳梗塞像が明らかとなり、経過中も右片麻痺が残存した。冠動脈多枝病変と左室内血栓もあり開胸手術を提案したが、患者・家族は希望せず手術は行わなかった。入院中は会話可能であったが辯諍の合わない発言もみられた。加療・リハビリを行い、自宅近くの病院へ転院となった。【考察】本症例は脳梗塞発症を契機に左室内血栓が判明した例である。文献によると、急性心筋梗塞(AMI)に伴う左室内血栓は前壁梗塞や左室機能低下例で高頻度に発生し、脳塞栓症の原因となりうるとされている。救急診療の場では、脳梗塞症例においても背景に冠動脈疾患や左室内血栓の存在を念頭に置いた全身評価が重要である。【結語】脳梗塞を契機に左室内血栓が判明した症例を経験した。脳梗塞症例では塞栓源として心内血栓も考慮する必要がある。

10 Radiation arteritisに敗血症性
ショックを合併し重症下肢虚血
を呈した1例

沖縄県立中部病院 内科¹、循環器内科²、心臓血管外科³、腎臓内科⁴

八木 紗子¹⁾、安里 哲矢²⁾、渡邊 雄太³⁾、
谷口 直樹³⁾、照屋 周造⁴⁾

緒言) Radiation arteritis(RA)は放射線治療の晚期合併症として知られている。今回、子宮頸がんに対する放射線治療後40年以上経過した後に足趾壊死に至った症例を経験したので報告する。症例) 34歳時に子宮頸がんstage IIB期に対して根治的子宮摘出術、放射線治療が行われた81歳女性。右下肢リンパ浮腫、尿管狭窄による水腎症、放射線腸炎、小腸狭窄、放射線皮膚潰瘍などの合併症を認め、加療されていた。2日前からの嘔吐、当日からの発熱・悪寒戦慄で当院救急救命センターを受診した。急性腎孟腎炎に伴う敗血症性ショックでノルアドレナリン静注を開始し抗菌薬加療目的に入院となった。比較的全身状態は良好であったが、第3病日に右第1.2足趾の色調不良を認めた。右足背動脈の触知は不良で足関節上腕血圧比(ABI)および皮膚灌流圧検査(SPP)が低値であった。下肢血管造影CTでは両側の外腸骨動脈から大腿動脈の閉塞を認めた。放射線照射部位と推定される血管に限局した著明な石灰化病変で、RAの診断となった。第24病日に右腋窩動脈→右浅大腿動脈バイパス術を施行し、今後足趾離断術を行う予定である。

考察) 本症例では、RAが無症候性に経過していたが敗血症性ショックを契機に足趾の還流不全が進行し壊死にいたったと考える。RAは照射後9日から49年と発症期間のばらつきがあることが報告されており、放射線治療後も長期にわたり慎重にフォローしていくことが望ましい。照射線量や範囲の詳細な記載はないが、放射線合併症が多岐にわたっていることを鑑みると相当量の線量が照射されていたと考える。本症例では数年前にも別の目的でCTを施行されており、腸骨動脈領域の石灰化所見を認めていた。特に複数の放射線合併症を持つ患者ではRA発症のリスクを念頭に置きフォローすることで、早期発見・早期介入も可能と考える。

結語) 放射線治療を受けた患者では、RAを含む合併症に留意してフォローする必要がある。

11 Treatment delay に注目した沖縄県内で2例目となるSFTSの一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 初期研修医¹、腎臓内科²、感染症科³、沖縄県南部保健所⁴、沖縄県衛生研究所⁵

山本 珠里¹⁾、上原 裕子²⁾、成田 雅³⁾、
宮里 均²⁾、諸見里 拓宏²⁾、近藤 和伸²⁾、
奥村 ひかり²⁾、国吉 萌⁴⁾、根路銘 均⁴⁾、
藤本 幸⁴⁾、眞栄城 徳之⁵⁾、大西 真⁵⁾

諸言 重症熱性血小板減少症候群(SFTS)は、SFTSウイルスによるダニ媒介性感染症である。日本における致死率は10~30%と高く、早期の診断と治療が重要である。沖縄県内では2016年の1例報告のみであったが、今回私たちは県内2例目となるSFTS症例を経験したため報告する。症例 67歳女性。西日本の山間部地域に在住している。4日前から持続する発熱、全身倦怠感、下痢を主訴に救急外来を受診した。意識状態は軽度混迷、虫刺咬痕を背部と右肩に認め、血液検査で白血球と血小板の2系統の血球減少、CRP陰性と肝酵素上昇を認めた。流行地域での典型症状と検査所見からSFTSを想起し遺伝子検査を施行した。入院3日目に当日提出したPCR陽性(全血、血清、咽頭ぬぐい液)を確認し、同日よりアビピラビルの投与を開始した。投与開始翌日より血小板数と好中球数は増加傾向、臨床症状も改善を認めた。合併症なく入院15日目に退院とした。考察 SFTSの診断においては、流行地域への滞在歴、感染巣が明確でない発熱、消化器症状、血小板減少、白血球減少、肝酵素上昇を認めた場合に強く疑うことが重要である。確定診断にはSFTSV遺伝子検査(PCR)が必要となる。本症例ではアビピラビルの投与開始で速やかな臨床像の改善を認めた。発症から初診まで(Patient delay)は2日、初診から治療開始まで(Hospital delay)は5日、治療の遅れ(Treatment delay)は7日であった。本症例ではHospital delayの原因について、認知バイアス、疫学情報不足が挙げられる。患者自身と家族の訴え(ともに臨床検査技師で居住地のSFTSを認識)を丁寧に確認することも必要だった。結語 SFTSは致死率が高い感染症であり、身体診察や臨床検査所見からSFTSを想起し治療を行う臨床決断が重要となる。日本本土からの旅行者が多い沖縄ではSFTSに遭遇し得る。行政・検査機関との連携を活かして治療の遅れを最小限とする努力が必要である。

12 沖縄県で経験した日本紅斑熱の一例 一発熱・発疹を呈する感染症の鑑別一

中頭病院

村田 理子、大城 雄亮、友寄 未希、
伊敷 晴香、当真 賢也

【序言】日本紅斑熱はマダニ媒介性リケッチア症で、沖縄県での症例報告は稀である。発熱・発疹・刺し口の三徴は全例に認められるわけではなく、早期診断は容易でない。発熱と発疹を呈する疾患は多岐にわたり、他の身体所見や病歴からの臨床的鑑別が重要である。今回、沖縄県において発熱・嘔吐を契機として診断に至った日本紅斑熱の一例を経験したので報告する。【症例】76歳男性、沖縄本島北部に居住している方が、4日前からの発熱、黒色嘔吐を主訴に近医を受診した。セフトリアキソン、ラスクフロキサシンを投与されたが症状が改善せず、当院救急外来を受診した。受診時の身体診察で左耳介部の痂皮形成、両大腿部の小紅斑、両眼瞼結膜充血を認めた。血液検査で炎症反応、軽度肝酵素上昇、尿潜血、尿蛋白を認めた。自然暴露の多い居住背景と経過から、レプトスピラ感染症およびリケッチア感染症を鑑別に挙げ、セフトリアキソン、ドキシサイクリンを開始した。治療開始後数日で解熱し皮疹も消退した。後日、血液のPCR検査にてRickettsia japonicaを検出し、確定診断に至った。【考察】日本紅斑熱は沖縄県では少ないとされていたが、2010年以降では10例の報告があり、自然環境への曝露がある方では考慮すべき疾患である。症状が非特異的に見える発熱患者ではなく身体診察を行うこと、また発疹を呈する患者では鑑別にリケッチア感染症を含め、刺し口や自然曝露歴を確認することが重要である。特に重症化を防ぐためには疑った段階で検査を提出し、速やかにテトラサイクリン系抗菌薬を開始すべきである。研修医の初期対応においても、本疾患を念頭に置くことが早期診断、治療につながる。【結語】沖縄県でも日本紅斑熱は鑑別すべき疾患である。発熱と発疹を呈する患者を診療する際にはリケッチア症を念頭に置いて病歴、社会歴を確認し、臨床的に疑えば早期に治療を開始することが予後改善につながる。

13 食思不振を主訴に診断された続発性副腎皮質機能低下症の一例

大浜第一病院

澤嶋 安修、照屋 理子

【緒言】遷延性食思不振の鑑別診断において内分泌疾患の検索は重要である。心因性と考えられた症例で続発性副腎皮質機能低下症が判明したため報告する。【症例】19歳男性【主訴】食思不振 全身倦怠感 頭痛【現病歴】受験控えた浪人生で来院9日前にムーチー摂取後より症状出現。8日前に近医受診し採血異常認めず経過観察となったが来院前日に再受診し当院紹介。9日間で体重2kg減少。【既往歴】新型コロナウイルス感染症起立性調節障害 過敏性腸症候群片頭痛【現症】意識清明。バイタル安定。身体所見異常なし。【検査】
<血液>Na138mEq/l, K4.2mEq/l, CRP0.78mg/dl, Glu70mg/dl, HbA1c4.9%, ACTH19.4pg/ml, コルチゾール(F) 8.3 μg/dl, WBC7270/μL, RBC547万/μL, Hb15.4g/dl, PLT25.7万/μL <尿>尿中遊離F 115 μg/day <画像>頭部MRI：下垂体に腫瘍性病変なし【経過】CTでは頭蓋内、腹腔内に粗大な病変はなく採血では脱水と軽度CRP上昇を認めた。食後症状であったため胃腸炎やウイルス感染症を疑った。髄膜刺激兆候なく髄液検査は施行せず。上部消化管内視鏡で逆流性食道炎を認めPPI内服と補液を行ったが改善せず、副腎皮質機能低下を疑い負荷試験を施行。ACTH負荷では血中コルチゾールは正常反応を示したが、CRH負荷、インスリン低血糖試験では血中ACTHおよびコルチゾールは低反応を示した。以上より続発性副腎皮質機能低下症と診断し、第12病目にヒドロコルチゾン15mg/日内服開始し症状は改善した。【考察】遷延性食思不振の原因として本疾患を診断した。若年者でも心因性にとらわれず鑑別に挙げる必要がある。

14 EUS-FNA の誤穿刺により急性前立腺炎を発症した1例

沖縄協同病院¹、一銀内科胃腸科クリニック²
永村 良二¹⁾、久場 弘子¹⁾、小川 陽¹⁾、
城間 翔^{1,2)}

【緒言】超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)の偶発症としては、脾炎、出血、感染などがあり、その発生頻度は1%以下である。今回、骨盤内腫瘍に対するEUS-FNAの誤穿刺により急性前立腺炎を発症した1例を経験したので報告する。**【症例】**70代、男性。現病歴：発熱精査の腹部造影CTで偶然発見された骨盤内腫瘍(約40×36×50mm大)に対して経直腸的にEUS-FNAを施行した。翌日に発熱、排尿時痛を主訴に救急外来を受診し、翌日に血液培養陽性のため精査加療目的に入院とした。来院時現症：体温38.9℃、血压125/60mmHg、脈拍：77回/分、SpO297%（室内気）。直腸診では前立腺の圧痛なし。血液検査でCRP26mg/dl、WBC10900/μlと炎症反応高値を認めた。尿検査で膿尿を認めた。CTで前立腺腫大および周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。尿培養および血液培養から2菌種(Klebsiella p.・E. coli)が検出された。尿路感染症からの菌血症として抗菌薬治療を開始した。第4病日に病理組織検査の結果、前立腺であることが判明した。EUS所見やCT画像を見直した結果、前立腺を誤穿刺したと判断した。その後、他院にて骨盤内腫瘍切除術が施行され、病理組織結果は神経鞘腫であった。**【考察】**EUS-FNAガイドラインでは、診断困難な結腸・直腸周囲の病変に対してEUS-FNAを行うことが提案されている。また、予防的抗菌薬投与に関して、下部消化管経由の病変以外は行わないことが提案されている。経直腸的前立腺針生検後の感染症の発生頻度は0.54～1.4%であり、日本泌尿器科学会ガイドラインでは予防的抗菌薬を推奨している。医中誌では、EUS-FNAにて前立腺炎を発症した報告は認めなかった。経直腸からの穿刺に際しては、腫瘍と前立腺を間違えないように注意し、また、誤穿刺の可能性があれば、予防的抗菌薬投与を行うことが重要である。**【結語】**骨盤内腫瘍に対する経直腸的EUS-FNAの際には、前立腺への誤穿刺に注意する。

15 初回の下部消化管内視鏡検査では診断が得られず、1年後に赤痢アメーバ大腸炎と診断された1例

北部地区医師会病院 初期臨床研修医¹、消化器内科²、呼吸器・感染症科³、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）⁴⁾
伊藤 康¹⁾、宮里 卓行^{2,4)}、高江洲 壮^{3,4)}、
田里 大輔³⁾、石橋 昌憲²⁾、瑞慶山 隆太^{2,4)}、
上間 恵理子^{2,4)}、川又 久永²⁾、大湾 朝尚²⁾、
諸喜田 林²⁾、山本 和子⁴⁾

【症例】70代・男性 **【主訴】**水様の下痢・粘血便

【経過】202X-1年6月に下痢と血便を主訴に当院ERを受診。腹部CTで直腸からS状結腸中心に壁肥厚あり、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に散在する白色の辺縁不整な隆起性のびらんが認められた。赤痢アメーバ大腸炎などが疑われ組織生検が行われるも診断が得られず、非特異的な大腸炎と診断され、その後受診も途絶えた。202X年6月に便潜血陽性の2次検診で当院消化器内科外来受診され、再度下部消化管内視鏡検査を行ったところ、盲腸や下行結腸、S状結腸に前回と同様のびらんが多発しており、生検組織のPAS染色で赤痢アメーバの虫体が確認され、一連の消化管病変は赤痢アメーバ大腸炎によるものと診断した。メトロニダゾールとパロモマイシンによる治療で症状、画像所見とも改善した。**【考察】**初診時から赤痢アメーバ大腸炎に矛盾しない所見があり、強く疑って生検を行うも診断が得られなかった。原因としては、生検部位の問題があったと考えられた。赤痢アメーバの虫体は潰瘍の辺縁に多く存在するため、生検の際には中心の壊死部分ではなく潰瘍縁を複数箇所生検する必要がある。また、運動性している栄養体を確認できる便や腸液の直接顕鏡も併せて行うべきである。**【結語】**赤痢アメーバ大腸炎を疑った際には、生検部位に注意し、病理検査を依頼する際にも赤痢アメーバ症を疑っている旨を伝えてPAS染色を行ってもらう必要がある。

16 粪線虫感染が原因と考えられた
気腹症の1例

北部地区医師会病院 初期臨床研修医¹、外科²、
呼吸器・感染症科³、消化器内科⁴
鶴見 謙¹⁾、野里 栄治²⁾、赤松 道成²⁾、
照屋 淳²⁾、田里 大輔³⁾、諸喜田 林⁴⁾

【緒言】糞線虫症の消化器症状には下痢や腹痛、腹部膨満などがあり、画像所見では小腸ガスや麻痺性イレウスを認めることがある。今回、消化管穿孔や腹膜炎症状を伴わない腹腔内遊離ガス像を認め、糞線虫の駆虫にて症状や画像所見が改善した1例を経験したため報告する。【症例】90代・女性【主訴】嘔吐、腹部膨満 【既往歴】アルツハイマー型認知症、右大腿骨頸部骨折術後【現病歴】施設で長期療養中の方。前日から複数回の食物残渣嘔吐をみとめ、腹部膨満の所見もあることから当院救急外来を受診された。【現症】血圧 147/84mmHg、脈拍 110/分、体温 36.2°C、呼吸数 18/分、SpO2 96% (R/A)。腹部はやや膨満しているが軟らかく、圧痛・反跳痛・筋性防御なし。打診でも明らかな鼓音なし。【検査結果】血液検査：WBC 15,400/ μ l (Neut 81.6%, Eo 0.1%) , CRP 7.9mg/dl, PCT 1.54ng/ml、腹部CT：腹腔内に遊離ガス像が散在し、少量の腹水を認める。【経過】腹膜炎の所見に乏しく、特発性気腹症の診断で保存的加療（抗生素投与+補液）の方針で入院となった。糞線虫症除外のために便検査を行ったところ陽性所見が得られた。Ivermectinによる駆虫治療を行ったところ、消化器症状は改善し、腹腔内の遊離ガス像も消退した。【考察】糞線虫は様々な消化器症状や画像所見を呈するが、気腹症をきたしたという報告は医中誌、PubMedの検索でも認めず、本症例は稀なケースと考えられた。【結語】浸淫地域において特発性の気腹症を見た場合には、糞線虫症を鑑別に挙げる必要がある。

17 食道アカラシア 97例に対する
POEM手術の治療成績の検討

ハートライフ病院 食道アカラシア治療センター¹、外科²、昭和大学江東豊洲病院³
奥島 憲彦¹⁾、仲本 学¹⁾、銘苅 正行²⁾、
国吉 史雄²⁾、石野 信一郎²⁾、加藤 滋²⁾、
阿嘉 裕之²⁾、柏葉 匠寛²⁾、李 栄柱²⁾、
比嘉 宇郎²⁾、花城 直次²⁾、宮平 工²⁾、
西原 実²⁾、井上 晴洋³⁾

（目的）2011年から食道アカラシアの第一選択の治療法としてPOEM（経口内視鏡的筋層切開術）を施行してきた。施行した97例について治療成績、合併症などについて検討した。（対象）2011年～2025年8月までにPOEMを施行した97例。年齢は12歳～101歳。X線型は直線型59例、シグモイド型29例、高度シグモイド型8例、Jackhammer食道1例。拡張度はI度30例、II度51例、III度16例。主訴は嚥下困難97例。胸痛24例。他院でバルーン拡張術15例、Heller-Dor手術4例が行われていた。（治療成績）95例で嚥下困難は著明に改善した。嚥下困難のEckardt scoreは術前平均8.2から術後2.2と改善した。術後、患者さん本人の満足度は平均8.6点（10点満点）と良好な結果を得た。他院で術後再燃の4例も、嚥下困難は著明に改善した。Jackhammar食道でも術後、嚥下困難、胸痛が改善した。（合併症）高度シグモイド型、拡張III度の4例で炎症が強いためスコープを粘膜下層に挿入できず手術を中止した。数週間の絶食で、再度POEMを施行することができた。他院でバルーン拡張術を行った2例も粘膜下層にスコープを挿入できず、途中で中止した。期間をおいて再度POEMを施行できた。食道熱傷は6例、胃熱傷は2例で潰瘍を形成し1週間の絶食を要した。クリップ閉鎖部の離開を2例で生じ、再クリップ閉鎖、1週間の絶食を要した。術中気腹を8例に経験し、穿刺排気で改善した。術後逆流性食道炎は14例にあったが、軽度でPPI投与は10例に行った。（結論）食道アカラシアに対するPOEMは治療成績が良好で患者さんの満足度も高かった。また、合併症はあるものの致命的合併症はなかった。高度シグモイド型、拡張度III度で食物残渣多量で粘膜の炎症が高度の症例では数日～数週間の絶食を行い、粘膜の炎症を抑えてPOEMを施行する必要がある。また、POEMを行う予定の患者ではバルーン拡張術も避ける必要がある。

18 COVID-19 対策における臨床疫学の重要性

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⁾、
山城 章裕¹⁾、諸喜田 林⁴⁾

背景:本研究の目的は、沖縄本島北部の基幹病院（当院）における経験と関連文献の検討に基づき、COVID-19 対策における臨床疫学の重要性を考察することである。

方法:5,097例のCOVID-19患者データを用い、以下の研究を実施した：(1)症例を人・時間・場所別に分析する記述的横断研究、(2)健康診断データを連結し重症度悪化関連因子を特定する分析的横断研究、(3)医療従事者を対象としたワクチン接種後の抗体価決定因子を検証するコホート研究。また、COVID-19 対策に関する関連文献を収集・分析した。

結果:記述的横断研究では、症例数が2020年の70例から2021年891例、2022年3,995例と増加した後、2023年には141例に減少した。分析的横断研究(n=1,353)では、重症度悪化予防因子としてワクチン接種(2回接種のオッズ比[OR]:0.223、95%信頼区間[CI] 0.114-0.436；3回以上接種のOR:0.090、95% CI 0.035-0.229[基準群は0回または1回接種])および定期的な運動(OR 0.458、95% CI 0.242-0.866[基準群は運動しない])が挙げられた。コホート研究(n=354)では、2回目ワクチン接種の6ヶ月後に測定した抗体力価が低い(最小四分位値以下)傾向は年齢40歳代以上(40代:ハザード比[HR] 5.82、50代:HR 7.12、60代:HR 9.96[基準群は20代])および毎日飲酒者(HR 2.26、95% CI 1.17-4.34[基準群は飲まない])でより顕著であった。収集した関連文献も含めて検討した結果、COVID-19 対策において臨床疫学が多く重要な役割を果たしていることが確認された。

結論:当院における経験と関連文献の検討に基づき、臨床疫学は感染動向の監視、診断・予防策の評価、治療戦略の確立、医療資源の最適化、政策立案において極めて重要な役割を果たしたこと認められた。将来の新興感染症への備えにおいても、その継続的な応用は不可欠であると思われた。

19 都道府県別の新型コロナウイルス感染症死亡率の関連要因～沖縄県での死亡率はどうであったか～

那覇市医師会 会員
久田 友治

目的:先の本会で都道府県別の感染率の関連要因を検討し、低いワクチン接種率等が有意であったと報告した。今回の目的は都道府県別の死亡率の関連要因を明らかにすること。方法:線形重回帰分析の目的変数は第5～7波の最終日迄の都道府県人口10万人当たりの累積死亡率(死亡率)。説明変数は第5～7波の最終日迄の累積感染率(感染率)、2～4回目迄の累積ワクチン接種率(接種率)、人口密度、高齢化率、特養数、貧困率、生活保護の割合、学歴。各変数は厚生労働省等のオープンデータから。第5波 2021年7/1～9/30、第6波 2022年1/1～3/31、第7波 2022年7/1～9/30と定義。成績:47都道府県における最大/最小比は感染率4.2、死亡率9.6。表に第5～7波における死亡率に有意に関連した要因を示す。第5波の死亡率は特養数、感染率、高齢化率と正の相関、第6波の死亡率は接種率と負の相関、特養数、感染率、高齢化率と正の相関、第7波の死亡率は接種率と負の相関、特養数、高齢化率と正の相関。47都道府県における沖縄県の死亡率は4位、特養数33位、高齢化率46位。結論:低接種率が高死亡率の主な要因で、また対応が可能と考える。沖縄県では感染率が高く接種率が最下位にも関わらず、死亡率が4位であった要因として低い高齢化率が示唆される。

| | | 回帰係数 推定値 | 95%信頼区間 | p 値 | R ² 重相関係数の 2乗 (自由度調整済) |
|-----|---------|-------------|------------|--------|--------------------------------------------|
| 第5波 | 特養数 | 11.4 | 2.69～20.0 | 0.01 | 0.68 |
| | 感染率 | 9.17 | 4.30～14.0 | 0.0004 | |
| | 高齢化率 | 0.92 | 0.004～1.84 | 0.048 | |
| 第6波 | ワクチン接種率 | -121 | -215～-28.6 | 0.01 | 0.75 |
| | 特養数 | 17.7 | 6.41～28.9 | 0.003 | |
| | 感染率 | 3.88 | 2.05～5.70 | 0.0001 | |
| | 高齢化率 | 1.35 | 0.26～2.44 | 0.02 | |
| 第7波 | ワクチン接種率 | -119 | -210～-30.0 | 0.01 | 0.67 |
| | 特養数 | 22.2 | 6.62～37.9 | 0.006 | |
| | 高齢化率 | 1.59 | 0.14～3.05 | 0.03 | |

20 特別養護老人ホームでのパラインフルエンザ3型の集団感染

西崎病院 総合診療科

山城 清二

21 心アミロイドーシスによる心不全の一例

南部徳洲会病院¹、中部徳洲会病院²

山本 健雅¹⁾、轟 純平²⁾、今村 恵¹⁾

目的:2025年4月半ばより特別養護老人ホームにて急性呼吸器感染症の集団感染が発生した。当初、抗原検査ですぐに診断できる疾患(コロナ、インフルエンザ、およびRSウイルス感染)ではなく、初期診断に苦慮した。そこで、21種類の病原体を同定できる外注検査(FilmArray呼吸パネル2.1)を実施したところ、パラインフルエンザウイルス3型の感染と分かった。今回、この集団感染の経過および課題について報告する。方法:1施設の集団感染について、発生状況、感染経路、感染対策および入院患者状態について横断的調査を実施し、さらに文献的検討を行った。成績:1. 発生状況:入所者104名中、風邪症状や発熱あり81名。うち8名は検査で確定、他は疑い。入院24名(23%)(3階19名、2階5名)。2. 感染経路:職員→3階入所者・職員間→2階入所者・職員。3. 感染対策:3階4月20日より居室隔離、22日より階全体の感染対策、28日よりコロナ感染対策に準じた対策開始。2階も同様。隔離解除:3階は5月29日、2階は6月3日。保健所への報告:4月23日第1報、28日第2報、5月12日保健所が現地訪問。4. 入院患者状況:19名が西崎病院へ入院、5名は隣接救急病院。全員軽快退院。結論:パラインフルエンザウイルス感染症は、通常は小児に流行する呼吸器感染症であるが、3型は小児以外では免疫能の低い成人にも感染し気管支炎/肺炎を引き起こす。今回、高齢者施設での集団感染の課題は初期診断と入院対応であった。初期診断は外注検査で診断はできたが、結果が出るまでの時間がかかり初期対応に苦慮した。また、検査費用が高価なため、途中から血清ウイルス抗体検査に切り替えたが確定診断にさらに時間がかかった。幸い重症化する症例はなかったが、多疾患を持つ高齢者への対応にも苦慮した。今回、文献的考察も含めて報告する。

緒言心アミロイドーシスは高齢者心不全の原因として重要であり、HFpEF患者の約13-14%に存在するとされる。そのなかでも病型分類としてAL型とATTR型が存在し、両者で治療戦略が大きく異なる点が特徴である。今回骨髄異常を有しながらも心筋生検においてATTR型と診断した症例を経験した。症例 80歳男性。両下肢浮腫、労作時呼吸困難を主訴に当院紹介受診、心不全増悪の診断で入院した。既往に慢性心不全があるが、過去の冠動脈造影で有意狭窄はなかった。入院時BNP高値、心エコーで著明な左室肥厚と両心房拡大、右室機能低下、胸水・心膜液を認めた。PYPシンチグラフィにてgrade2-3の集積を認め、心アミロイドーシスを疑った。追加で行った免疫電気泳動でM蛋白を検出し、骨髄検査では形質細胞増殖は認めずMGUSの診断にいたった。その時点でAL型アミロイドーシスを疑ったが、最終的に心筋生検の免疫染色にてATTR型アミロイドーシスと確定した。考察本症例は骨髄異常を伴いAL型を強く疑ったが、最終的にATTR型であった。生検で証明された野生型ATTRアミロイドーシスの39%にMGUSの合併を認めるとの報告もある。ATTR型とAL型では進行速度や予後、治療戦略が大きく異なるため、確定診断には心筋生検を含む包括的検討が不可欠である。ATTR型アミロイドーシスと診断したとしてもMGUSの検索は必須であり、また合わせて両者の合併例であるダブルアミロイドーシスという病態も存在することも留意する必要がある。結語心アミロイドーシスは高齢者心不全の鑑別に常に考慮すべき疾患である。本症例はAL型を疑いつつ最終的にATTR型と診断された症例であり、早期診断と適切な治療選択につなげることが重要である。

**22 Venetoclax/azacitidine 療法
(VEN/AZA 療法) が奏功した分化
系統不明瞭な急性白血病 (Acute
leukemia of ambiguous
lineage ; ALAL)**

中頭病院 初期研修¹、血液腫瘍内科²

窪田 廉大¹⁾、宮城 敬²⁾、友寄 未希²⁾、
山入端 敦²⁾、林 正樹²⁾

【はじめに】WHO 分類における分化系統不明瞭な急性白血病 (ALAL) には、混合形質性白血病 (Mixed phenotype acute leukemia ; MPAL) や分類不能型白血病 (Acute undifferentiated leukemia ; AUL) が含まれる。診断には WHO 分類の Lineage assignment や EGIL scoring system 等を用いる。今回、MPAL または AUL と考えられ、VEN/AZA 療法が奏功した症例を経験したので報告する。【症例】70 代男性。PS 1。高血圧・慢性心房細動・陳旧性脳梗塞・脳出血後・頸椎症・肺結核治療後などで近医通院治療中。汎血球減少を指摘され、精査加療目的に紹介。【検査所見】末梢血は WBC 2410/ μ l, Hb 9.1g/dl, Plt 11.1x10⁴/ μ l と血球減少を認め、分画で芽球を 1% 指摘された。骨髄は正形成で異形成乏しく、芽球を 46.2% 認めた。芽球は大小不同、核網繊細から粗剛、MPO 陽性率は 2% であった。表面形質解析では MPO 陰性で、CD13・CD33・CD34・HLADR・CD117 陽性。CD19・CD22・TdT 陽性、CD20・CD79a が部分的陽性で、CD10 陰性であった。CD3・cyCD3 は陰性。以上から EGIL scoring system で B lineage 6.5 点、M lineage 3 点で MPAL B/Myeloid と考えられたが、WHO 分類の Lineage assignment からは AUL と考えられた。キメラスクリーニングは陰性で、FLT3/ITD 変異陽性、NPM1 変異陰性であった。G-band は正常男性核型、FISH 解析で del(17) は認めなかった。【経過】年齢、併存疾患より強力化学療法非適応と考え、VEN/AZA 療法を開始。1 サイクル後に CRi が得られ、治療継続中である。【考察】成人 ALAL は予後不良である。後方視的解析により MPAL において ALL に準じた化学療法の有効性が報告されているが、標準治療は確立されていない。AUL は高齢者に多く、治療介入は 35% に留まり、その平均生存期間は 9 カ月と報告される。ALAL において分化系統の評価・解釈により VEN/AZA 療法が可能であり、奏功する可能性がある。症例の蓄積が望まれる。

**23 沖縄県立中部病院でおこなう急
性期在宅**

沖縄県立中部病院 地域ケア科

新村 真人

【背景】沖縄県立中部病院は伝統的に急性期疾患の入院治療や救急医療を担ってきた。しかし近年、高齢社会の進行および COVID-19 の影響による病床逼迫により、救急受け入れの制限を余儀なくされる状況が繰り返されている。高齢患者の感染症による入院が多く、入院中に廃用が進行して退院困難となり、社会調整目的での長期入院へ移行する例も多い。早期帰宅を望む患者がいても、点滴治療の継続が必要なため入院せざるを得ない事例も少なくない。

【取組】当院地域ケア科では 2024 年度より、欧米や台湾で普及する Hospital at Home (HaH) に倣い「急性期在宅」の提供を開始した。HaH では安全に治療できるだけでなく、廃用の予防や再入院率の低下、医療費の削減につながるというエビデンスも蓄積され、米国や台湾では保険算定されている。当院では酸素需要を伴わない肺炎や急性腎盂腎炎などを対象に、希望する患者にのみ、訪問看護と連携し特別指示書を活用することで在宅での点滴治療やバイタル管理を実施した。1 年間で 85 症例に実施し、7 日以内の再入院率は 2.4% であった。廃用症候群の予防については客観的な指標を示すことはできなかった。

【考察】本取り組みは、HaH の報告のように安全を実施しつつ廃用予防に貢献するとともに、可用病床の創出、地域の訪問看護ステーションとの連携強化、終末期患者への柔軟な対応など、多面的な効果が得られると考える。救急外来との連携や画像・培養などの検査支援体制の充実、増悪時にスムーズに入院調整が可能であることなど、総合病院ならではの強みがあった。一方で現時点では、急性期在宅に対する診療報酬上の評価がない。今後、全国的な普及のためには、制度整備とともに多施設での実践とその成果の可視化が重要である。

24 初診時無症候性であった結核性腹膜炎の一例—診断確定に至るまでの臨床的意義—

南部徳洲会病院 総合診療科¹、中部徳洲会病院²
水谷 仁大¹⁾、今村 恵¹⁾、江口 征臣¹⁾、
宮城 幹史¹⁾、江崎 恵史郎²⁾

【著言】結核性腹膜炎は非特異的な症状を呈し、癌性腹膜炎をはじめサルコイドーシスや細菌性腹膜炎など多彩な疾患との鑑別を要する。今回、癌性腹膜炎と考えられ余命宣告までなされたが、診断に難渋し、多診療科との議論を要した上で最終的に結核性腹膜炎と診断された一例を経験した。**【症例】**ADL自立の70歳男性。X-12日に嘔吐、水様性下痢が数日続き、前医Aを受診し腸炎と診断され対症療法となるも症状持続。前医Bを受診し腸閉塞疑いと診断され当院外科へ紹介。初診時は自力歩行可能で、バイタルサインに特記所見なく、腹部全体の軽度圧痛を認めた。腹部造影CTで腹膜炎を疑い、多診療科協議の結果、癌性腹膜炎を考慮して試験開腹術を施行した。術中は腹膜全体に播種性白色結節を認め、癌性腹膜炎に矛盾しない所見であり、家族には予後不良と説明した。しかし、病理結果で肉芽腫性変化が判明し、当科と協議の上サルコイドーシスや結核を含めた鑑別精査が進められた。三連痰検査やIGRA陽性等の所見から結核性腹膜炎と最終診断された。

【考察】腹膜炎は大きく、感染性で内科的アプローチが主体となるPrimary peritonitisと、消化管穿孔や悪性腫瘍など外科的介入を要するSecondary peritonitisに分類される。本症例では臨床経過や画像所見からSecondaryを示唆する癌性腹膜炎が疑われたが、病理で肉芽腫性変化が確認され、サルコイドーシスや結核など多数の疾患を鑑別に挙げて精査し、Primaryの一型である結核性腹膜炎と判明した。両者の鑑別はしばしば困難であり、確定には侵襲的検査を要することも少なくない。診断過程では、多角的な視点と多診療科の連携が不可欠である。**【結語】**本症例は、癌性腹膜炎との鑑別に難渋しつつも、病理所見と追加検査から結核性腹膜炎と診断に至った。腹膜炎診療ではPrimaryとSecondaryの鑑別を意識し、多診療科の連携が診断確定に重要である。

25 ニボルマブ使用患者に発症したirAE 隹膜炎

南部徳洲会病院
上総 研一朗、今村 恵

【背景】免疫チェックポイント阻害薬(ICI)は、様々な悪性腫瘍に対して有効な治療法であるが、時に重篤な免疫関連有害事象(irAE)を引き起す。irAEによる隹膜炎は irAE の中で 0.2~0.3% と非常に稀であり非特異的な症状で発症するため診断が困難な場合がある。**【症例】**65歳女性。浸潤性膀胱癌に対しニボルマブによる化学療法施行中、発熱、嘔吐、めまいを主訴に救急搬送された。来院 3ヶ月前に ICI 関連 1型糖尿病による糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)での入院歴があった。来院時、意識清明で血糖高値、尿中ケトン陽性から DKA に類似した病態と考えて大量補液と持続インスリン療法を開始した。第 2 病日に急激に意識レベルが GCS E4V4M5 まで低下と発熱持続があり、追加の精査をおこなった。頭部 MRI では特記所見は認めず、髄液検査では单核球優位の細胞增多を認め、ウイルス性隸膜炎を疑い、抗ウイルス薬を開始したが症状は改善しなかった。その後、細菌性隸膜炎治療目的でステロイドを開始したところ症状が急激に改善した。これらの一連の経過から irAE 隸膜炎と診断した。**【考察】**irAE は明確な診断基準が存在せず、その診断の難しさを示した症例である。実臨床では臨床症状、髄液所見、画像所見、他疾患の除外と総合的に判断する必要がある。感染性隸膜炎や自己免疫性脳炎、腫瘍崩壊症候群が鑑別疾患として挙がる。本症例では、DKA の既往や非特異的な神経症状から、診断に至るまで時間を要した。irAE 隸膜炎に特異的な診断方法がないため、頭部 MRI 検査や髄液検査、脳炎の自己抗体検査、ステロイドの反応性などから総合的に診断していく必要がある。**【結論】**irAE 隸膜炎は他の疾患との鑑別が困難であることが多いが、ステロイドが奏功する可能性が高いため早期診断と治療が重要である。ICI 投与中の患者で神経症状が出現した場合、irAE 隸膜炎の可能性を考慮した包括的マネジメントを行う必要がある。

**26 肝臓原発の小細胞癌から治療前
に腫瘍崩壊症候群を自然発症し
た症例**

南部徳洲会病院
當山 郁馬

**27 一酸化炭素中毒を発症した多數
傷病者への院内対応**

沖縄県立北部病院 研修医
上石 泰成、玉城 佑一郎

【著言】腫瘍崩壊症候群(TSL)は化学療法や放射線療法などの腫瘍細胞破壊によって発生する重篤な代謝異常であり、その死亡率は約 21%と高い。造血器腫瘍の治療開始後に発症することが多いが、固形腫瘍でもまれに認められる。今回、文献報告例が数十例程度と非常に稀な肝臓原発の小細胞癌による、化学療法や放射線療法施行前に自然発症した TSL で救命困難であった一例を報告する。**【症例】**76 歳男性。1 週間程度の食思不振を主訴に救急外来を受診し、多発性肝腫瘍を認めたため精査目的で入院となった。入院後、肝生検を含めた腫瘍精査を進めていた第 10 病日、呼吸促拍が出現。血液検査では尿酸 13.9mg/dL、カリウム 7.0mmol/L、カルシウム 8.4mg/dL、リン 4.9mg/dL、急性腎障害の進行を認め、Cairo-Bishop 分類に基づき臨床的腫瘍崩壊症候群(TSL)と診断した。輸液等の保存的加療によりカリウム値は一時改善したが、血圧低下と意識障害が進行。ご家族と治療方針を相談の上、延命治療を行わず緩和的対応とし、同日中に永眠された。死亡後施行した経皮的肝生検の結果、原発性肝小細胞癌と診断された。**【考察】**多発肝腫瘍の精査中に腫瘍崩壊症候群(TSL)を発症し、急激な電解質異常と急性腎障害を契機に制御困難な循環不全へと進行し、精査完了前に死亡に至った症例であった。死亡後施行した肝生検の結果、肝臓原発の小細胞癌と診断された。TSL の発症率はリスクごとに異なり、本症例のような肝臓多発腫瘍を認めた場合は中～高リスク群であり、発症率は最大 1%程度とされる。また、固形腫瘍における治療開始前の TSL 発症率は 0.04～0.05%であり、かなり稀な症例であったことがわかる。**【結語】**本症例を通じて、精査中であっても多発腫瘍を認めた場合には、たとえ極めて稀な原発巣であっても TSL を自然発症する可能性があることを認識し、電解質や尿酸値のモニタリングなど早期からの予防的介入の必要性が示唆された。

【症例】症例 1：19 歳、男性。症例 2：43 歳、男性。症例 3：43 歳、男性。**【主訴】**意識障害、嘔吐、気分不良**【現病歴】**202X+1 年 Y 月 16 日、トンネル入り口から約 200m のところで、壁を水洗浄していた。トンネル内は高温多湿、2 機のエンジンを回し、換気行っていたが、作業中に気分不良を訴え、事務所に帰り、現場職員に一酸化炭素中毒を疑われ、救急受診となった。**【経過】**救急室出入り口で駐車され、当院職員に受診可能かどうかの相談があり、受診の様子がおかしいと気づいた救急スタッフが駆けつけると、車内で JCS-2 桁の意識状態で、ぐったりしている様子の 3 名を発見し、救急室に搬入した。搬入と同時に臭氣漂ったため、ガス中毒疑いで換気を行い、検査治療を開始した。採血から 3 名とも一酸化炭素中毒と診断し、マスクで 15L/分で酸素投与開始した。その後、高压酸素療法を考慮し、転院搬送を行った。

【考察】症例は複数名が事前情報なく搬入されてきた。上司からの問診にて、一酸化炭素中毒を疑うも、救急室搬入時に異臭がしたため、化学薬品による事故は否定出来なかった。今回はすぐに換気を行い、二次被害がなかったものの、異臭と同時に健常者の意識障害が複数名で出ているという時点で CBRNe を考慮した診療に進まなければならなかつた。今回の経験から反省点を含め文献的考察を加え、報告する。

28 尿閉を契機に救急外来を受診したウェルニッケ脳症／亜急性連合性脊髄変性症の一例

浦添総合病院 初期研修医 2年¹⁾、救急科²⁾
山口 煙平¹⁾、那須 道高¹⁾、鈴木 潤一¹⁾

【背景】ウェルニッケ脳症は慢性的飲酒に伴うビタミンB1欠乏により発症し、意識障害・運動失調・眼球運動障害を三徴とするが、非典型例も少なくない。一方、ビタミンB12欠乏は亜急性連合性脊髄変性症を引き起こし、感覚障害や運動障害を呈する。本症例は尿閉を主訴に受診し、両疾患の合併が判明した稀な一例である。【症例】60歳代男性。ADL自立、身長168cm、体重49.5kg、BMI17.5。既往歴・内服歴に特記事項はなく、日本酒約3合（純アルコール換算で60g以上）を毎日飲酒していた。受診2週間前に感冒症状があり近医で感冒薬を処方され、その後に尿閉が出現したため当院救急外来を受診した。当初は薬剤性尿閉が疑われ処方薬を中止したが、症状は改善せず、さらに両下肢脱力が進行したため再度受診となつた。尿路感染症や前立腺肥大症は否定的で、身体診察では下肢腱反射の亢進と振動覚低下を認めた。頭部MRIでは脳室周囲に高信号域を認めウェルニッケ脳症と診断した。加えて脊髄MRIで後索中心にT2高信号を認め、腱反射亢進と合わせ初期の亜急性連合性脊髄変性症の合併と診断した。

【経過】ビタミンB1およびB12の補充療法を開始したところ、歩行障害・排尿障害ともに改善し、入院12日目に独歩退院となった。【結論】慢性的飲酒歴を有する患者では、複数のビタミン欠乏症が併存する可能性がある。尿閉のような非典型的な症状であっても、飲酒歴や摂食歴を十分に聴取し、ウェルニッケ脳症や亜急性連合性脊髄変性症を鑑別に挙げることが重要である。入院直後からのビタミンB群補充は予後改善に寄与する可能性が示唆された。

29 MatrixRibを使用して外固定術を施行した右肋骨多発骨折および横隔膜損傷の1手術例

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⁾、池田 直樹¹⁾、友利 寛文¹⁾、
川端 康成¹⁾、上田 真¹⁾、佐辺 直也¹⁾、
長濱 正吉¹⁾、知念 順樹¹⁾、上江渕 一平¹⁾、
知花 朝史¹⁾、加藤 航司¹⁾、新里 千明¹⁾、
仲里 秀次¹⁾、森岡 弘光¹⁾、幸喜 綾子¹⁾、
大城 健誠¹⁾、平安座 啓¹⁾、宮城 淳²⁾、宮里 浩¹⁾

患者は202X年1月30日朝、作業中に約2mの高さの脚立より後方に転落し背側より地面に激突し、体動困難強く同僚の運転により当院救急センター受診された。当日撮影された全身CTで右7-12肋骨骨折及び皮下気腫を認め、多発肋骨骨折の診断で入院となつた。当初安静加療のみで経過観察していたが、受傷5日目のCTで骨片が胸腔内に突出し胸水貯留を認めたため待機的に手術を施行した。胸腔内を胸腔鏡で観察すると、200mlほどの血液を吸引した。術前CTでは指摘されなかった横隔膜腱中心部の3cm大の裂傷を伴っていた。骨折部については第7および9肋骨骨折の骨端が胸腔内に突出していたが肺損傷は明らかでなかった。以上所見より横隔膜閉鎖及び第7-9肋骨外固定術を行つた。外固定はMatrixRibを使用した。術後は人工呼吸器管理を行うことなく、経過は良好で術後14日に退院となつた。

30 自殺企図による左胸部刺傷で肺損傷が疑われた1手術例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、呼吸器内科³、
病理科⁴、北部地区医師会病院 外科⁵
吳屋 絵梨¹⁾、大田 守雄¹⁾、嘉数 修¹⁾、玉城 駿¹⁾、
當山 鉄男¹⁾、長谷川 知彦²⁾、島袋 大河²⁾、
西山 健太²⁾、福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、
下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾、照屋 韶之右³⁾、
仲田 典広³⁾、松本 裕文³⁾、赤松 道成⁴⁾

【はじめに】左胸部刺傷は心臓、肺の損傷の程度によっては、緊急手術が必要であり止血術が間に合わない可能性が高い。心臓血管外科、胸部外科（呼吸器）がない施設によってはさらに搬送までの時間が重要なとなる。今回、われわれは自殺企図での左胸部刺傷で肺損傷が疑われ胸腔鏡下に緊急手術を施行した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】70代、男性。【主訴】胸写上の異常陰影。【既往歴】1) 高血圧症、2) 前立腺癌、3) 変形性膝関節症、4) 深部静脈血栓症【現病歴】2025年X月、施設入所中に事務所からハサミを持ち出し、自殺企図で左胸を刺し前医に救急搬送された。胸部CT画像上、心臓には異常がないとの判断の上、肺損傷が強く疑われ呼吸器外科のある当院へ依頼があり救急搬送された。ハサミは一般的なもので刃の一方が左前胸部に根元まで入った状態でタオルで固定されていた。患者自身は「自殺する目的で心臓を刺したつもりだった。」とのことであった。体外にはかなりの血液の付着を認めたが vital signs が安定しており緊急手術で胸腔鏡を使用し手術室で行うこととした。【手術所見】全身麻酔下にハサミが刺さったまま、右側臥位とし胸腔鏡下(2ポート)に左胸腔内を観察すると幸い、刃先は上方に位置し心臓損傷はなく、さらに幸いにも大きな肺損傷も認めなかった。胸腔内の出血は約200mlでハサミを胸壁から抜去すると胸壁からの出血を確認できた。胸壁の止血を行い、胸腔ドレーンを挿入留置し手術を終了した。手術時間：1時間20分、出血量：200ml、輸血なし。POD5に退院した。

【まとめ】1. 自殺企図による左胸部刺傷で肺損傷が疑われた1手術例について報告した。2. 左胸部刺傷ではあったが、肺、心臓に損傷がなく救命可能であった。3. vital signs が安定していれば低侵襲な胸腔鏡下手術も有用である。

31 全身麻酔中に発症したアナフィラキシーに対するエピネフリンの少量静脈内投与が有効であった一症例

浦添総合病院 麻酔科

稻垣 里衣、佐久間 隆弘、松野 敬、
藤岡 照久

【背景】全身麻酔下でのアナフィラキシーショックは、急激な循環動態の悪化をきたすため、迅速な対応が不可欠である。一般的にエピネフリンの筋肉内投与が推奨されるが、全身麻酔下では詳細なバイタルサインのモニタリングが可能であり、少量のエピネフリンを静脈内に投与することで、より迅速かつ精密な循環動態の改善が期待できる。今回、全身麻酔中に発症したアナフィラキシーに対し、エピネフリンの少量静脈内投与によって、速やかに血圧が回復した症例を経験したので報告する。【症例】60代男性、160cm、61.6kg、BMI 24。健診で心電図異常を指摘されて当院を受診し、冠動脈造影で多枝病変を認め、大動脈内バルーンパンピング挿入下で冠動脈バイパス術を施行することになった。麻酔導入での循環動態は安定していたが、術前抗菌薬としてセファゾリン、ティコプラニン投与中に収縮期血圧が100mmHgから50mmHgに急落した。昇圧薬としてフェニレフリン、続いてノルエピネフリンを投与したが、血圧は改善しなかった。経食道心エコーでは壁運動異常がなく、体幹部に著明な膨疹が出現したため、アナフィラキシーショックと判断した。そこで、エピネフリンを10mcgずつ、合計40mcg静脈内投与したところ、血圧は回復した。手術中の抗菌薬はクリンダマイシンに変更し、手術は予定通り終了した。【考察・結語】エピネフリンの静脈内投与は不整脈や過度の血圧上昇など重篤な副作用を招く危険があるため、吸収が安定し安全性の高い筋肉内投与がアナフィラキシー治療の一選択とされている。本症例では少量を反復して静脈内投与することで、過度な昇圧や不整脈などの副作用を抑えつつ、迅速な循環動態の回復が得られた。これは、全身麻酔下におけるアナフィラキシーショックの初期対応として、エピネフリンの少量静脈内投与が有効な選択肢となり得ると考えられた。

32 診断遅延により卵管妊娠破裂・
出血性ショックに至った1例

沖縄県立北部病院

宮平 恵奈、仲村 和歌子、佐藤 友美、
宮崎 尚子、仲本 剛

【背景】異所性妊娠は全妊娠の約1~2%に発生し、破裂による腹腔内出血は致命的なため、早期診断、治療が不可欠である。今回、流産と診断され経過観察中に卵管妊娠破裂による腹腔内出血からショックとなった異所性妊娠の1例を経験したので報告する。**【症例】**40歳、3妊2産。最終月経から起算し、妊娠5週1日に下腹部痛と性器出血が出現。出血が持続したため妊娠5週4日に前医を受診し、妊娠反応は陽性だったが胎嚢は確認されなかった。妊娠6週5日の再診時も胎嚢を認めず、中等量の性器出血があることから流産と診断され、子宮収縮薬と抗菌薬を処方された。出血が増加し、妊娠7週4日に再受診した際も、流産後の出血として自然軽快を期待され経過観察となつたが、妊娠7週5日に腹痛が再燃し改善しないため、妊娠7週6日に当院救急室を受診した。来院時のバイタルは、血圧 110/60mmHg、心拍数120回/分で Shock Index >1、Hbは9.6 g/dLと低下していた。超音波検査でモリソン窩にまで達する腹水と右卵管に15mm大の腫瘍を認め、血中hCG値は6007.1mIU/mLであった。右卵管妊娠破裂による腹腔内出血と診断し、緊急腹腔鏡下右卵管切除術を施行した。腹腔内出血は700mLで、病理診断で卵管内の絨毛を確認した。**【考察】**妊娠5週以降、または血中hCG値が1500~2500mIU/L以上になれば、正常妊娠では子宮内に胎嚢が確認できるとされている。本症例では、妊娠反応陽性かつ経時に胎嚢を認めない段階で異所性妊娠を鑑別に挙げ、血中hCG値の測定と再診ごとの超音波検査を行っていれば、より早期診断、治療が可能であり、破裂を回避できた可能性がある。**【結語】**流産と認識されたことで診断が遅延し、卵管妊娠破裂による出血性ショックに至った1例を経験した。妊娠初期の性器出血では、血中hCG値の経時的測定と超音波検査の反復による慎重な経過観察は、異所性妊娠と流産の鑑別に不可欠であり、母体救命に直結することを再認識した。

33 40代における肝周囲炎の臨床的
検討

友愛医療センター 産婦人科

前濱 俊之、照屋 彩音、高鍬 寿乃、
西村 拓也、山田 真司、大久保 奈緒、
大城 大介

肝周囲炎は20~30歳代の発症率が高く、おもにクラミジア感染による骨盤内炎症性疾患(PID)から発症する。したがって、40歳代での頻度が比較的低いため、診断に苦慮することがある。今回、40歳代で3例の肝周囲炎を経験したので、その臨床的検討を行った。症例1は42歳で、6妊4産。軽度の下腹痛のみで子宮内膜炎と診断し、抗菌薬内服で経過をみた。その後右上腹部痛が出現し、増強したため入院となった。この時点で肝周囲炎を疑い、クラミジア、淋菌検査とCTを撮像した。クラミジアDNAは陽性、淋菌は陰性であり、CTにて肝被膜の濃染がみられた。テトラサイクリン系とセフェム系抗菌薬を投与し改善した。症例2は47歳、2妊2産。右上腹部痛と発熱で来院。尿中のクラミジア、淋菌検査は陰性であった。性行為も6か月以上なく、PIDは否定的であったが、造影CTを撮像し、肝被膜の濃染所見から肝周囲炎と診断した。マクロライド系とセフェム系抗菌薬を投与し改善した。症例3は48歳、3妊3産。1年前に胸腺摘出術(良性)施行、術後より移動する関節周囲の疼痛、腫脹、熱感が持続し、炎症反応陽性、抗dsDNA陽性、補体低値によりSLE疑いにて当科内科に紹介となった。初診後6日目に右季肋部痛を主訴に当院救急を受診した。造影CTにて肝被膜の濃染像を認め、肝周囲炎の診断となった。クラミジア、淋菌検査は陰性であり、性行為も6か月以上ないとのことであった。肝周囲炎は抗菌薬使用せず、消炎鎮痛剤のみで改善した。3症例のうち2例はクラミジア陰性であり、PIDは否定的であった。40歳代においては性行為感染以外の肝周囲炎が存在することを留意すべきと思われた。

34 当院の骨盤臓器脱に対するマンチェスター手術の治療成績の検討

友愛医療センター

山田 真司、照屋 彩音、高鍬 寿乃、
西村 拓也、大城 大介、大久保 奈緒、
野坂 舞子、大橋 容子、野原 理、前濱 俊之

目的：骨盤臓器脱は、子宮や膀胱等が、下垂し腔口から脱出するヘルニアの総称である。外科的治療には、保存的治療が困難な POP-Q (The pelvic organ prolapse-Quantification) Stage2 以上の骨盤臓器脱に対して適応となるが、経腔、経腹、人工メッシュ、人工組織による修復と多岐にわたり、患者背景・損傷レベル・術者の技量等に左右される。マンチェスター手術は軽症から中等症の子宮脱、特に子宮頸部延長例が適応とされ、手術が簡便で、手術侵襲が少なく、既往歴や合併症の多い高齢女性でも有用とされる。今回、当院の骨盤臓器脱に対するマンチェスター手術の治療成績について検討した。方法：2023 年 1 月～2025 年 9 月に骨盤臓器脱に対してマンチェスター手術を施行した 9 例を対象とし、患者背景、手術時間、出血量、術中・術後合併症、再発率を検討した。成績：全症例の平均年齢は 67.0 ± 6.5 歳、平均経産分娩歴は 3.2 ± 1.0 回、平均 BMI は $26.1 \pm 2.6 \text{kg/m}^2$ であった。POP-Q Stage は Stage2 が 5 例、Stage3 が 3 例、Stage4 が 1 例であった。平均手術時間は 190.4 ± 34.4 分、平均出血量は $135.1 \pm 133.5 \text{ml}$ であった。術中・術後合併症はなかった。術後再発率は 11.1% (1 例/9 例) で、再発例は Stage4 の症例で、術後 1 か月で再発した。結論：今回、当院の骨盤臓器脱に対するマンチェスター手術の治療成績を検討し、マンチェスター手術は、比較的低侵襲で、高齢女性に対しても安全で有効な治療法であることが示唆された。しかし、子宮支持韌帯が高度に弛緩している Stage4 では修復が不十分となる可能性があり、他の治療法も検討すべきと思われた。

35 帝王切開後 11 年目で腹壁に発症した子宮内膜症の 1 例

友愛医療センター 産婦人科

西村 拓也、照屋 彩音、高鍬 寿乃、
山田 真司、大久保 奈緒、大城 大介、
前濱 俊之

稀少部位子宮内膜症における腹壁子宮内膜症は非常にまれな疾患である。その発症には産婦人科手術が関連し、手術瘢痕部に発生することが多い。また、腹壁子宮内膜症は皮膚、皮下組織の発生が多いとされており、腹直筋内は rare site に相当する。今回われわれは帝王切開術後 11 年目で腹直筋内に内膜症を発症した症例を経験したので報告する。症例は 43 歳、3 妊 2 産 (帝王切開 2 回、26 歳、33 歳)。1 年前から腹壁の疼痛があり、近医受信。腹部帝王切開創部に腫瘍と圧痛があり、当科紹介となった。多発子宮筋腫、腺筋症を認め、MRI 画像では腹壁に腫瘍がみられた。腫瘍径は $33 \times 32 \text{mm}$ で、T2 強調像で不均一な軽度高信号、T1 強調画像で軽度高信号、造影後濃染を示し内膜症を疑った。生検組織の結果は子宮内膜症であった。治療についてホルモン治療と外科的切除を説明し、外科的切除の方針となった。過多月経と貧血があったため、GnRH アンタゴニストと鉄剤を投与した。子宮温存希望もあり、腹壁腫瘍切除のみとした。筋膜欠損部の縫合においては外科に依頼した。腹壁腫瘍は腹直筋内に存在、触診で腫瘍を把握しながら切除した。筋膜欠損部は外科にてメッシュの留置をせずに修復可能であった。腫瘍の病理組織所見は豊富な間質を伴った内膜腺が散在性にみられ、子宮内膜症の診断であった。術後は GnRH アンタゴニストから低用量エストロゲン・プロゲステロン製剤に変更した。術後 3 か月で再発なく経過良好である。腹壁子宮内膜症は稀な疾患であり、典型的な症状が乏しいと診断が困難である。帝王切開術後発症までの期間は 3 年から 20 年と幅があり、長期間経て発症することも留意すべきである。

36 保存療法後に変形治癒を来たした上腕骨近位部骨折の治療成績
—内・外反変形例の調査—

中頭病院 整形外科¹、リハビリテーションクリニックやまぐち²、豊見城中央病院 整形外科³、琉球大学 整形外科⁴、沖縄赤十字病院 整形外科⁵
喜瀬 真行¹⁾、山口 浩²⁾、吳屋 五十八³⁾、当真 孝⁴⁾、
森山 朝裕⁵⁾、金城 政樹¹⁾、赤嶺 良幸¹⁾、
石原 昌人¹⁾、親川 知¹⁾、喜屋武 諒子¹⁾、
山城 正一郎¹⁾、比屋定 憲作¹⁾、西田 康太郎⁴⁾

【はじめに】高齢者の上腕骨近位部骨折（以下、PHF）の治療に関して、保存療法（以下、CT）と手術療法の治療成績に差がない、との報告が散見される。手術療法の目的の一つに解剖学的整復がある。一方、CTは解剖学的整復が困難な例が存在し、変形治癒をきたす可能性が高い。今回、CT後に内・外反変形治癒を来たした例について調査した。【対象と方法】対象は、PHFに対してCTを行った50歳以上67例中、通院中断8例、転位なし9例、骨頭骨折3例、偽関節1例を除外した46例。頸体角計測は、単純X線正面像を用い、120°以下を内反変形（以下、内）、150°以上を外反変形（以下、外）、121°以上150°未満を対照とした。内訳は内群18例、外群13例、対照群15例であった。受傷時年齢、性別、骨折型（Neer分類）、経過観察期間、肩関節可動域（内旋；Constant score使用）（実測値・患健比）、日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判定（JOAスコア）を調査、統計学的検討はt検定を使用した（p<0.05）。【結果】受傷時平均年齢（歳）は（内群74/外群77/対照群73）、性別（例）は男性6（内群3/外群1/対照群2）、女性40（内群15/外群12/対照群13）、Neer分類（例）は、2part：21（内群9/外群4/対照群8）、3part：16（内群8/外群4/対照群4）、4part：9（内群1/外群5/対照群3）、平均経過観察期間（月）は（内群38/外群26/対照群31）、肩関節可動域について、実測値は屈曲（°）（内群126/外群131/対照群132）、外旋（°）（内群59/外群50/対照群58）、内旋（内群7.4/外群6.5/対照群7.1）、患健比（%）は（屈曲：内群89/外群91/対照群90）、（外旋：内群87/外群74/対照群88）、内旋（内群97/外群86/対照群98）、JOAスコア（点）は（内群85/外群84/対照群87）であった。【結語】本調査では、内・外群と対照群間で有意な差は認めなかった。PHFに対するCTは、変形治癒を来す可能性を考慮しても、有効な治療選択肢の一つと考えられた。

37 様骨尺骨骨幹部骨折に尺骨動脈損傷を合併した1例

中頭病院 整形外科¹、琉球大学病院 整形外科²
喜屋武 諒子¹⁾、金城 政樹¹⁾、西田 康太郎²⁾

様骨尺骨骨幹部骨折に尺骨動脈損傷を合併した症例を経験したので報告する。症例：11歳男児。サッカー中に転倒し右手について受傷、右前腕の変形・開放創を認め、当院へ救急搬送された。単純X線像で様骨近位1/4・尺骨中1/3に転位の大きい骨折を認め、尺骨開放骨折であった。環指・小指にしごれがあり、手関節レベルで尺骨動脈の拍動を触れなかった。エコーでは尺骨動脈と尺骨神経が尺骨骨折部にはさみ込まれ、カラードップラーで骨折部位遠の血流を確認できなかった。神経血管の損傷の可能性を考慮し、観血的整復固定術を行った。術中所見では、尺骨骨折部において尺骨動脈は断裂し外膜が1/5程度連続している状態であり、尺骨神経は表面に軽度の出血を認めた。尺骨を整復して髓内ワイヤーとクロスピンニングで固定し、尺骨動脈を9-0ナイロンで吻合した。様骨骨折は徒手整復ができず、観血的整復を行い同様に固定した。術後はギブス固定を行った。術後2か月時点で尺骨動脈の血流は良好で、しごれは消失し、手関節・肘関節の可動域は良好である。転位の大きい様骨尺骨骨幹部骨折は神経・血管の損傷の可能性を考慮し注意深い身体診察が大切であり、その診断にエコー検査が有用であった。

38 観血的整復を要した内側上顆骨折を伴う肘関節脱臼の1例

南部徳洲会病院 整形外科

大城 光生、新垣 宜貞、砂川 秀之、
大城 義竹、比屋根 涼太、渡名喜 健

39 馬尾症候群を呈し緊急手術を行った腰椎椎間板ヘルニアの二例

大浜第一病院 整形外科

新垣 基、野原 博和、仲里 光平、小浜 博太、
仲間 靖、新垣 寛、知念 弘

【はじめに】まれな観血的整復を要した内側上顆骨折を伴う肘関節脱臼の1例を経験したので報告する。【症例】15歳男性【主訴】右肘痛【現病歴】自転車で転倒し受傷、当院救急搬送された。

【初診時理学所見】右肘の変形、腫脹を認めた。神経症状は認めなかった。【画像所見】単純レ線およびCT像：右肘関節脱臼、上腕骨内側上顆骨折を認め、内側上顆骨片は上腕骨滑車後方に転位していた。【経過】伝達麻酔下に徒手整復できず、全身麻酔下で緊急手術を行った。内側から展開すると内側上顆骨片は骨膜ごと剥がれ腕尺関節内外に介在し整復阻害因子となっていた。骨片を関節外に出すと脱臼は整復できた。骨片の遠位は屈筋群、近位は内側筋間中隔と連続し、緊張がかかつた状態で関節内にはまり込んでいたので観血的でないと整復できなかった。骨片を整復しCerclage compression wiringで固定した。術後は上腕ギプスシーネ固定とした。【考察】内側上顆骨片が遠位ではなく後方に転位している時は徒手整復が困難であり、観血的整復を要する。

腰椎椎間板ヘルニアは、稀に馬尾症候群を呈することがある。特に、膀胱直腸障害を来たした場合は緊急手術が必要となる。腰椎椎間板ヘルニアにより馬尾症候群を呈し緊急手術を行った二例を経験したので報告する。<症例1>69歳男性。X-8日前より両下肢痛と痺れ、排尿と排便の困難感を自覚した。X日朝に尿閉、両下肢脱力となり当院救急搬送された。搬送時、両下肢の筋力MMT1-2、アキレス腱反射は消失していた。腰椎MRI検査でL4/5レベルの腰部脊柱管狭窄症と椎間板ヘルニアによる馬尾神経圧迫を認めた。緊急でL4/5椎弓形成術と椎間板摘出術を施行した。術直後から両下肢痛と痺れは消失した。術後8日後に導尿カテーテルを抜去し自尿を確認した。両下肢筋力MMT5に改善し、術後16日に独歩で自宅退院した。<症例2>56歳男性。X日に気分不良でしゃがみ込み、立ちあががろうとした際に左下肢脱力を自覚し体動困難で救急搬送された。右下肢MMT4、左下肢MMT0-2の筋力低下と左下肢感覺障害を認め、排尿困難感と肛門括約筋弛緩、肛門反射消失を認めた。腰椎MRI検査でL3/4レベルの右優位の椎間板ヘルニアによる馬尾神経圧迫を認め、対側に優位の症状であった。緊急でL3/4の椎弓形成術と椎間板摘出術を施行した。術直後より下肢筋力は改善し、術後8日目に両下肢MMT5となった。自尿は可能となり、術後13日目に独歩で自宅退院した。一般に腰椎椎間板ヘルニアにより馬尾症候群をきたす頻度は、腰椎椎間板ヘルニア症例全体の0.6~9.4%とされ、椎間板ヘルニア側の対側優位に症状をきたす割合は0.12%とされている。腰椎椎間板ヘルニアガイドラインでは重度の馬尾障害を伴った腰椎椎間板ヘルニアでは、発症後48時間以内の早期観血的治療が必要としている。本症例では、発症時間6時間と9時間で緊急手術を施行し、下肢麻痺と膀胱直腸障害が改善した。馬尾症候群を伴う椎間板ヘルニアにおいて、迅速な対応の重要性を再認識した。

40 膝蓋腱断裂に対して再建術を施行した3例

浦添総合病院

泉 源

【タイトル】膝蓋腱断裂に対して再建術を施行した3例
【緒言】膝蓋腱断裂は稀な膝伸展機構損傷で、発生頻度は人口10万人あたり0.68例と報告される。30-40代男性に多く、スポーツ外傷や転倒で発症する。今回われわれは、膝蓋腱断裂に対し再建術を行った3例を経験したので報告する。

【症例】症例1：55歳男性。バスケットボール中に受傷。X線で膝蓋骨高位、MRIで膝蓋骨下極の断裂を認めた。Fiber WireによるKrackow縫合とスチーヤーアンカーを併用して再建を行った。術後は装具下に慎重にROM訓練を開始し、7週目から全荷重歩行を予定したが、術後3週目にX線で膝蓋骨高位を認めた。しかし、腱の再断裂やアンカーの脱転などは認めなかつたため経過観察し、現在は自動伸展、歩行も問題なく可能である。症例2：56歳男性。失神による転倒で右膝を切創し受傷。下極での断裂に対しPull-out法+Telos人工靭帯補強を施行。術後は伸展位で全荷重歩行を許可し、3週よりROM訓練を導入。転位なく経過は良好である。症例3：43歳男性。棒高跳び中に受傷。MRIで膝蓋腱近位1/3の断裂を認め、症例2と同様の術式で再建。術後経過は良好。【考察】膝蓋腱断裂は近位1/3での断裂が多いとされる。その治療は手術が第一選択であり、縫合法、アンカー法、人工靭帯による補強など多様な術式が報告されている。症例1では補強を行わず縫合+アンカーで再建したが、術後に軽度の膝蓋骨高位を生じ、慎重な後療法を要した。人工靭帯を用いた症例2・3では、術後早期から荷重とROM訓練が可能であり、良好な経過を得た。人工靭帯による補強は再建部の安定性を高め、安全かつ積極的なリハビリが可能となり、術者・患者双方にとっても安心して経過をフォローできる選択肢と考えられる。【結語】人工靭帯による補強は、膝蓋腱再建術後の安定性を高め、早期運動療法を可能にし、機能回復促進に寄与する有用な術式である。

41 外傷性コンパートメント症候群後の総腓骨神経麻痺による尖足に対し、遠隔指導による矯正術を実施した1例

浦添総合病院 整形外科¹、ロクト整形外科²、東前橋整形外科病院³

在塚 涼音¹⁾、丸山 和典²⁾、石塚 光太郎^{1,2)}、日尾 有宏³⁾

【現状】当院整形外科において難易度の高い手術の指導は、他院から招聘した指導医立会いのもと実施しているのが現状であるが、通信手段の発達により他科では遠隔で治療手技の指導が行われる事例が散見されるようになっている。今回、当院整形外科が初めて経験する術式を、遠隔指導の元で行ったので報告する。

【方法と対象】24歳男性。4年8カ月前にバイク事故で多発外傷を受傷。外傷後性コンパートメント症候群後の総腓骨神経麻痺による右尖足拘縮が進行し手術の方針となった。当院整形外科医2名が尖足矯正術を他施設の足の外科エキスパートの医師による遠隔指導を受けながら実施した。通信は手術室のWi-Fiを通じてWeb会議ツール(Zoom)を繋いで行った。

【結果】手術時間は3時間52分であり術中トラブルは生じなかった。術中計4回の遠隔指導を受けたが、音声や画像に乱れはなく通信や指導の環境に問題はなかった。

【考察】Zoomを利用した遠隔指導は設備導入のコストは低く、指導医に対する業務負担は少ないが、インターネットを利用するため、患者の個人情報が漏洩するリスクや、エキスパートの医師が実際にトラブルシューティングする事が出来ないなどのデメリットが考えられる。しかしながら、術者の精神的な余裕や的確な術中判断に繋がり、術後成績向上の一助となる可能性がある。

【結論】沖縄などの僻地ではZoomを利用した整形外科手術の指導は、個人情報の保護に配慮すれば、有用であると考えられた。

**42 脊髄炎の古典的起立性低血圧に
対して FES を使用した起立訓練
の効果**

琉球大学病院 リハビリテーション科¹、大浜第一病院 初期研修医²
名嘉 太郎¹⁾、澤嶽 安修²⁾、神谷 武志¹⁾、
山田 尚基¹⁾

背景：脊髄炎による起立性低血圧は稀であるが、Th6 以上の脊髄障害は起立性低血圧が起こり得る。古典的起立性低血圧の脊髄損傷例では機能的電気刺激 (functional electrical stimulation : FES) を用いた訓練が有効と報告されている。今回脊髄炎の古典的起立性低血圧に対する FES の効果を文献的考察も踏まえ報告する。症例：39 歳女性。X-1 年 10 月家族の死去後に体重減少あり。X 年 3 月両大腿部の疼痛が出現し歩行困難となつた。近医精査中に歩行機能低下が進行し 6 月に歩行不能となつた。7 月造影 MRI で C6～Th7 の髓内長大病変を認め、脊髄炎として免疫療法を開始。その後血漿交換加療目的に当院転院となつた。身長 165cm、体重 41.6kg、BMI 15.3 kg/m²。筋トーヌスは右下肢が痙攣性、左下肢は弛緩性。MMT は腸腰筋以下が MMT2/1 と筋萎縮を伴う筋力低下を認めた。両側足クローヌスあり。Th7 以遠は軽度知覚鈍麻・軽度位置覚低下あり。膀胱直腸障害あり。ASIA 機能評価尺度 Grade C。起立性低血圧は座位変更時に収縮期血圧 70mmHg と低下し、強制立位姿勢時に 30 秒で失神前症状が出現した。Tilt テーブル 40° で収縮期血圧が 70mmHg 未満となつた。経過：血漿交換治療は計 5 回実施された。リハビリテーション治療は週 5 日、計 10 回実施した。大腿と下腿に FES を併用した Tilt テーブル訓練から開始した。最終的に FES を併用したまま短下肢装具装着で 2 分間の立位訓練が可能であり、車椅子座位で血圧は維持されていた。考察：脊髄炎患者に対して FES を使用した起立訓練を実施することで、訓練中の血圧低下を押さえつつ、立位訓練時間が可能であった。FES の活用は脊髄損傷以外の古典的起立性低血圧患者にも急性期から使用できる有効な訓練手段である可能性が示唆された。

**43 骨折リエゾンサービス地域医療
連携の取り組み**

沖縄県立宮古病院 整形外科
池間 正英、安水 真惟子、鈴木 緑吹

【目的】当院では 2022 年より骨折リエゾンサービス (FLS) チームを立ち上げ、二次骨折予防に取り組んできた。術後 30 日の骨粗鬆症治療開始率は 86% と良好であったが、術後 1 年の継続率は 52.1% と低く、治療の継続が課題であることが判明した。この課題を解決するためには FLS 地域医療連携の取り組みを行つたので報告する。

【方法】2025 年 6 月に島内の医療機関に対して FLS に関するアンケート調査を実施した。アンケート内容は二次性骨折予防継続管理料申請の有無、骨粗鬆検査の可否、骨粗鬆症治療薬処方の可否と実施可能な治療内容（内服薬、注射薬、自己注射導入）である。

【結果】島内医療機関 16 施設にアンケートを送付し 14 施設から回答が得られた（回答率 87.5%）。診療科は整形外科が 2 施設、外科が 2 施設、内科が 10 施設であった。二次性骨折予防継続管理料 3 を申請していると回答したのは 1 施設、申請検討中と回答したのは 5 施設（35.7%）であった。骨密度検査が可能と回答したのは 7 施設（50%）であったが、二重エネルギー X 線吸収測定法 (DXA) が実施できるのは 1 施設のみであった。治療継続可能と回答した医療機関は 12 施設（85.7%）、注射薬（デノスマブ・ロモソズマブ・テリバラチド）の実施が可能と回答したのは 6 施設（42.9%）、自己注射薬（テリバラチド）の処方継続が可能と回答したのは 5 施設（35.7%）であった。

【考察】アンケート調査を通して、各医療機関の骨粗鬆症治療に対する関心の高さと、積極的に地域医療連携を進めたいという意向を知ることができた。今後は二次性骨折予防継続管理料 3 の申請施設を増やすとともに、FLS 地域医療連携を推進することで骨粗鬆症治療継続率を改善していくたい。

44

非定型大腿骨転子下骨折に対する観血的整復固定術後に髄内釘折損した1例

中部徳洲会病院 整形外科¹、琉球大学 整形外科²

比嘉 知新¹⁾、新里 康太¹⁾、北城 圭一郎¹⁾、
島袋 晃一¹⁾、石川 樹¹⁾、與那嶺 隆則¹⁾、
平良 啓之¹⁾、山川 慶¹⁾、高江洲 美香²⁾

非定型大腿骨転子下骨折（転子下 Atypical Femoral Fracture：以下、転子下 AFF）は、力学的に不利な部位に生じた骨折で整復不良をきたしやすいとされている。また、骨折部の生物学的活性が低下している症例も多く、骨癒合不全を呈しやすいこともあり、治療に難渋する骨折の1つである。今回、転子下 AFFに対する観血的整復固定術後に髄内釘折損を生じた1例を経験したため報告する。症例は48歳女性で、誘因なく転轡音とともに左大腿部痛が出現し、体動困難となり、当院へ救急搬送された。左大腿骨転子下骨折の診断で受傷後2日目に髄内釘による骨接合術を施行した。術後翌日より疼痛に応じて荷重を開始した。術後3カ月に近位スクリュー部での髄内釘折損を認めたため、髄内釘の入れ替えを行なった。術後6週より部分荷重を開始し、術後8週で全荷重を許可した。術後1.5年経過後は骨癒合を認め、愁訴なく独歩可能となっている。非定型大腿骨転子下骨折の解剖学的整復は困難と言われているが、軽度の内反変形の残存でも、骨癒合が得られずに偽関節部で内反変形が進行し、再手術が必要になる症例が報告されている。本症例は、初回術後単純X線像で内側骨皮質にギャップの残存と、軽度の内反変形の残存が認められた。ギャップ部で骨性支持が得られず、内反変形が進行する方向への应力が、ネイル折損の一因と考えられた。再手術では、内側骨皮質のギャップの改善と、内反変形のない解剖学的整復位を得られたことが、術後骨癒合に寄与したと考えられる。転子下 AFFではより厳格な整復位の獲得が重要であると考えられた。

45

当院における高齢者の大転子骨頸部骨折に対する骨接合術後の破綻症例の検討

那覇市立病院 整形外科

比嘉 諒典、翁長 正道、松田 英敏、
吉本 憲治

【目的】高齢者の非転位型大腿骨頸部骨折の治療は一般的に骨接合術（Cannulated Cancellous Screw: CCS）が選択されることが多いが、術後合併症により再手術が必要となる症例も存在する。当院で行われた大腿骨頸部骨折に対するCCSのうち術後1年以内に再手術に至った症例について検討した。【対象・方法】当院で2024年5月～2025年5月に大腿骨頸部骨折に対して骨接合術（CCS）を施行した30例のうち、1年以内に何らかの合併症を生じ手術を要した5例である。男性3例、女性2例、受傷時平均年齢78歳、全例Garden1 or 2、使用機種は全例Prima Hip Screwであり、CCS後から再手術までの期間は平均6ヵ月（2-11ヵ月）。再手術はBHA 2例、THA 2例、抜釘のみ1例である。評価項目は合併症、骨密度、骨粗鬆症治療の有無、X線評価（外反嵌入の有無、Garden Alignment Index: GAI、Posterior tilt: PI、Pauwels角）について調査した。【結果】合併症は偽関節2例、転倒後の転子下骨折1例、転倒後の骨頭軟骨下脆弱性骨折1例、術中カットアウトからの軟骨融解が1例であり、骨頭壊死は無かった。骨密度YAM値の平均は腰椎97%（76-122%）、大腿67%

（41-84%）、骨粗鬆症治療に関して、受傷前はVit Dのみ内服1例で残りは未治療、骨接合後は全例ビス剤、Vit Dを開始していた。X線評価は外反嵌入2例、GAI: 162.6°（158-174°）、PI: 9°（2-27°）、Pauwels角: 41.8°（27-66°）であり、偽関節の2例は外反嵌入なく、後捻(>20°)もしくはPauwels 3型(>50°)であった。【考察】本研究より、骨粗鬆症治療後も破綻に至った原因として患者要因（転倒）、手技要因（術中カットアウト）、適応要因の3つが考えられた。後者2つは回避可能であり、手技の習熟、厳格な適応判断が求められると思われた。【結論】後捻または剪断力がかかる骨折型は初回からBHAもしくはサイドプレート付きCCSを選択すべきである。

46 大腿骨頸部骨折に対する side plate 付きプリマヒップの問題点

友愛医療センター 整形外科

永山 盛隆、玉寄 美和、戸田 慎、
長谷川 倫子

【はじめに】今回、大腿骨頸部骨折術後で side plate 付きプリマヒップの抜釘をする機会を得たのでその問題点について報告する。【症例】88 歳、男性、身長 166.1cm、体重 77.1kg、BMI : 27.9 既往歴：無症候性脳梗塞、高尿酸血症、左変形性膝関節症現病歴：2023 年 10 月 30 日に転倒し、右大腿骨頸部骨折の診断で同日某病院にて side plate 付きプリマヒップによる観血的固定術を施行。術後 1 年半もの間右股部痛の残存を訴え、MRI にて右大腿骨頭壞死の所見を得た。その後、当院での加療を希望され紹介となる。初診時所見：T 字杖にて約 1km は歩行可能。起立時に右臀部に引っかかりを感じ疼痛が誘発すること。単純 MRI にて荷重部に骨頭壞死あるも collapse なし。股関節可動域に左右差はほとんどなし。Patrick テスト陰性。plate 部分に 1% リドカイン注入によるキシロカインテストにて疼痛の軽減を認めたため、plate による irritation と判断。抜釘術を予定。手術：脊椎麻酔下で牽引台にて手術施行。3 本の Telescoping screw の内、2 本は容易に抜去出きたが 3 本目はドライバー接合部の破損で抜去困難。抜釘に難渋した。その後 collapse 防止目的で Φ8mm CCS Screw に置換した。術後の経過は良好で、訴えていた臀部痛は消失した。【考察】大腿骨頸部骨折の骨接合術の際に Telescoping System を内蔵したプリマヒップがあり、骨折部の圧縮に伴う Screw Head 突出が生じない構造になっている。近年はそれに安定性補強のためか side plate が登場している。基本的には screw のみの固定で十分であり、今回の症例の可能性を考慮すると side plate は使用すべきでないと考える。

47 重複癌治療中に罹患した化膿性脊椎炎に対して低侵襲脊椎後方固定術を行い癌治療へ移行できた 1 例

琉球大学病院 初期研修医¹、整形外科²

栗國 ゆう子¹⁾、中島 慶太²⁾、親富祖 徹²⁾、
宮平 誉丸²⁾、金城 英雄²⁾、島袋 孝尚²⁾、
西田 康太郎²⁾

【はじめに】今回、下咽頭癌と新たに発症した肺癌との重複癌に併発した化膿性脊椎炎に対し、低侵襲で脊椎後方固定術を行い感染制御と疼痛の改善が得られ、肺癌治療へ円滑に移行できた症例を経験したので報告する。

【症例】63 歳、男性。3か月前から下咽頭癌と診断、治療のため放射線治療と化学療法を受けていた。また、定期診察で肺癌が新たに発見され治療計画中であった。経過中に強い腰背部痛を生じ、38.7 度の発熱を認め、身体所見上 Psoas 徴候陽性、MRI にて第 1 および第 2 腰椎および椎間板そして腸腰筋に炎症所見を認め、腰椎化膿性脊椎炎の診断となった。血液培養は陰性であった。経験的抗菌薬治療 (SBT/ABPC→DAP) を行い炎症反応は低下するも遷延し、疼痛のためほぼベッド上での生活 Performance Status (以下 PS) : 4 となった。また、発見された肺癌に対し化学療法を考慮したが、感染性疾患と PS 低下のため治療介入は難しいと判断された。抗生素治療開始 46 日後、遷延する脊椎炎に対する感染制御と疼痛改善目的に手術 (経皮的脊椎後方固定術 : T11-L4) を行った。術後翌日には離床可能、術後 2 週で血液炎症反応陰性化、術後 5 週には独歩にて自宅退院、術後 6 週目より肺癌に対する化学療法が開始された。

【考察】化膿性脊椎炎に対する治療は保存療法が原則であるが、保存療法に抵抗性の際に外科的治療を考慮する。特に近年前方搔爬を伴わない後方固定のみによる局所安定化で治癒する報告が散見される。今回、外科的介入を行うことで早期感染制御と疼痛の軽減による PS の改善が得られ、結果として癌治療の開始および継続が可能になった。

【結論】悪性腫瘍治療中に発症する化膿性脊椎炎では、保存的治療に固執せず癌治療のタイミングを逸しないために外科的治療の導入も一つの選択肢となりうる。

48 抗菌薬持続局所療法(CLAP)で
腕神経叢麻酔下に小皮切での手
術加療を行ったMRSA化膿性肩関
節炎の1例

那覇市立病院

喜友名 翼

【はじめに】化膿性肩関節炎は関節炎全体の中では比較的稀な疾患で、その頻度はおよそ3-10%とされている。高齢者や免疫力が低下した患者での増加や死亡率上昇が指摘されており、標準治療は関節鏡視下デブリードマンであるが、それでも報告によれば26-32%もの高い再発率を認める。今回、その化膿性肩関節炎の1例に対して関節鏡視下デブリードマンではなく、小皮切での洗浄手術後にCLAP併用で治癒した症例を報告する。【症例】84歳男性。間質性肺炎の治療で当院呼吸器科に入院し、ステロイドパルス療法を受け、その後内服療法に変更した日から左肩関節痛と発熱を認め、当科紹介された。肩関節穿刺で膿を認め、グラム染色で細菌陽性であったため、化膿性肩関節炎の診断(MRSA)となった。肺炎治療後で全身麻酔はリスクが高いと判断され、腕神経叢ブロック下に手術を施行。手術は小皮切を前外側と前後方の肩峰下滑液腔に作成。両皮切からの関節内の洗浄後、ドレーンを留置し、NPWT併用でゲンタマイシン使用でのCLAPを施行。同時採取の血液培養でもMRSA陽性であり、敗血症も合併していた。発熱、痛み、CRPともに改善し、2週間でCLAPは終了し、抗菌薬全身投与に変更したが特に再燃はない。【考察】CLAPは今回のように主に軟部組織に行うiSAPと骨髄炎において骨髄に行うiMAPとに大別され、ともに感染創周囲の組織に局所的に高濃度で抗菌薬を投与し、廃液に陰圧をかけて回収し、局所灌流させる方法で、日本発症の治療法である。化膿性肩関節炎でも近年使用の報告が散見されるが、術式は関節鏡視下併用が多い。化膿性肩関節炎の治療でもCLAP療法を施行すれば腕神経叢ブロック下の小皮切手術でも有効な可能性があると考えられた。

49 沖縄県初の食道癌に対するロボット支援手術の報告

ハートライフ病院 外科

李 栄柱、奥島 憲彦、花城 直次、比嘉 宇郎、
宮平 工、阿嘉 裕之、加藤 滋、石野 信一郎、
国吉 史雄、銘苅 正行、柏葉 匠寛、西原 実

【目的】食道癌に対する手術として、最新の胸部外科学会の2022年報告では鏡視下手術が9割を占めている。また、ロボット支援手術も2018年4月より保険承認され急激に普及しており、最新の内視鏡外科学会の2023年報告では鏡視下食道癌手術の1296例(32.5%)がロボット支援手術で行われている。沖縄県では2025年4月時点で未だ施行されておらず、沖縄県で初めてとなるロボット支援下食道癌手術を施行しているので報告する。

【方法】手術支援ロボットにはDa Vinci Xiを用いた。胸部操作ではbed rotationで左側臥位での緊急開胸移行が容易となるように体位は半左側臥位とし、45度ほど傾斜した腹臥位に近い体位でPatient's Cartを患者背側からroll inしている。Da Vinciポートは腹臥位スタイルと同様に第3, 5, 7, 9肋間に留置し、第4, 6肋間前腋窩線上に助手用portを留置している。開胸手術と同じような側臥位スタイルでの手術が可能となるように、Hand Controlを左右逆に設定し、第3, 5, 7, 9肋間のポートにDa Vinciの第4, 3, 2, 1アームをそれぞれ割り当て、術者右手に第1, 2アーム、左手に第4アーム、第3アームに内視鏡を接続し胸部操作を行なった。【成績】2025年5月から8月までに当院で4例に本手術を施行した。胸部の平均コンソール時間は229分と前施設より延長した。出血量は32gであった。術後住院日数は26日であった。【結論】今後、食道癌に対する鏡視下手術はロボット支援手術に置き換わり、経胸的手術はロボット支援手術と開胸手術のみになると考えている。開胸手術にも教育的な左側臥位でのロボット支援下食道癌手術は大変有用である。食道癌に対するロボット支援手術が沖縄県で唯一可能な施設として、今後も症例を蓄積して沖縄県の食道癌治療に貢献したいと考える。

50 難治性複雑痔瘻を先行したクローン病の1例

浦添総合病院 消化器病センター外科¹、消化器病センター内科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³
 後藤田 美優¹⁾、新垣 淳也¹⁾、山城 直嗣¹⁾、
 堀 義城¹⁾、佐村 博範¹⁾、長嶺 義哲¹⁾、
 小波倉 史子¹⁾、原田 哲嗣¹⁾、本成 永¹⁾、金城 直¹⁾、
 伊禮 俊充¹⁾、亀山 真一郎¹⁾、伊志嶺 朝成¹⁾、
 金城 健²⁾、金城 福則²⁾、金城 徹³⁾

クローン病は原因不明で、潰瘍や線維化を伴う肉芽腫性炎症性病変からなり、消化管のどの部位にもおこりえる。クローン病において肛門部は回盲部とならんで罹患頻度の高い部位である。今回、難治性複雑痔瘻の1症例を経験したので報告する。(症例)30歳半ば、男性。主訴は肛門部痛。既往歴2021年5月、9月に肛門周囲膿瘍で切開排膿ドレナージ術を2回受けた。現病歴2021年、前医で切開排膿ドレナージ術後も発熱、肛門痛続き難治性複雑痔瘻精査、加療目的で紹介となった。2021年10月緊急手術:切開排膿シートンドレナージ術施行。5-ASA開始。2021年11月肛門痛強く入院。小腸カプセル内視鏡検査クローン病を疑う所見なし。同月手術:痔瘻デブリードマン、切開排膿シートンドレナージ術施行。病理検査、2次口皮膚組織より非乾酪性肉芽腫を認めクローン病と診断した。2021年12月インフラキシマブ(IFX)開始。2022年2月痔瘻デブリードマン、切開排膿シートンドレナージ術施行。2022年3月アザチオプリン(AZA)開始。2022年5月肛門痛、排膿続き痔瘻デブリードマン、切開排膿シートンドレナージ術、腹腔鏡下S状結腸人工肛門造設術施行。IFXからアダリムマブ(ADA)に変更する。その後も肛門部複雑痔瘻のコントロールがつかず、計2回痔瘻デブリードマン、切開排膿シートンドレナージ術を行ったが、2023年3月腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術(APR)、会陰部広範囲切除、臀溝皮弁術を施行した。その後も痔瘻デブリードマン、切開排膿シートンドレナージ術を繰り返し、2025年6月の臀溝皮弁部形成術にて切除した臀溝皮弁切離部位より非乾酪性肉芽腫を認めた。(考察)APR後の臀部創傷治癒遅延があった。皮膚クローン病病変が原因と考えられた。今後、生物学的製剤を使用し寛解維持を目指したい。

51 中頭病院におけるロボット支援下胃切除術の過程と手術成績

中頭病院 消化器一般外科

小野 武、玉城 賴人、大田 多加乃、林 圭吾、
 鈴川 智文、砂川 宏樹

【背景】胃癌におけるロボット支援手術は本邦で広く行われているが、沖縄ではいまだ集約化がなされず施設基準を満たす病院は少ない。当院では2019年よりロボット支援下胃切除術を導入した。2022年より施設基準が厳格化され当院も対象から外れたが、2024年度に施設基準が年間30例に緩和されたことにより再開することができた。当院がこれまで行ってきたロボット支援下胃切除の成績を報告する。【対象および方法】当院において2019年10月から2025年8月にロボット支援下胃切除術を施行した症例37例を対象とし、手術・術後短期成績を検討した。【結果】対象症例の年齢中央値(範囲)は70(43~90)歳、BMIは25.3(19.1~33.6)、術式は幽門側胃切除が28例、噴門側胃切除が2例、胃全摘が7例であった。手術時間は371(238~867)分、出血量は7(0~200)mlであった。Clavien-Dindo分類Grade3以上の合併症は1例(吻合部狭窄)のみであった。術後住院日数は8(6~40)日、在院死は認めなかった。【結語】術後短期成績は合併症も少なく許容される成績であると考えられた。やはり手術時間が通常の腹腔鏡手術より長くなる傾向があり、この改善が今後の課題である。

52 MSI-High 直腸S状結腸癌に対し
Pembrolizumab 術前投与後に病
理学的完全奏功を得た1例

中部徳洲会病院

小野 桂太郎、鹿川 大二郎、杉本 晃一、
彦谷 健太、村上 優太、田中 裕人、
手登根 勇人、河本 宏昭、内間 恭武、
仲宗根 由幸

【目的】大腸癌治療ガイドライン2024年度版では、MSI-High進行大腸癌に対して免疫チェックポイント阻害薬が有効であることが示されている。今回、術前 Pembrolizumab 投与により病理学的完全奏功を得て根治切除し得た直腸S状結腸部癌を経験したので報告する。【方法】症例は53歳男性。排便障害を主に近医で下部消化管内視鏡検査(以下CS)を施行され、直腸S状結腸部にスコープ通過不能な腫瘍を指摘された。CTで膀胱・小腸浸潤、所属リンパ節転移を確認し、cT4bN2aM0、cStage3cと診断された。術前治療目的に腹腔鏡下結腸人工肛門造設後、FOLFOXIRI1コースを開始したが、遺伝子検査でMSI-Highを認めたためPembrolizumabへ変更した。【成績】Pembrolizumab5コース施行後、CSおよびCTにて臨床学的完全奏功の判定となり、腫瘍部は瘢痕化を呈した。根治切除可能と判断し、da Vinci SPを用いた人工肛門閉鎖およびロボット支援下高位前方切除術を施行した。膀胱・小腸への浸潤はなくR0切除が得られた。術後はストーマ閉鎖部浅層SSIのみで、術後12日目に退院、病理診断はypT0N0(0/24)、Ly0、V0、Pn0、ypStage0で病理学的完全奏功を確認した。【結論】MSI-High進行大腸癌に対するPembrolizumab術前投与は、高い腫瘍縮小効果を示し、低侵襲ロボット支援下手術によるR0切除が可能であった。免疫療法は従来手術困難な局所進行例においても根治切除を可能にする有効な選択肢と考えられる。

53 経過観察中増大傾向あり切除に
至った胆囊幽門腺腺腫の一例

中部徳洲会病院

日置 涼介、井谷 史嗣、玉榮 剛、
仲宗根 由幸、内間 恭武、河本 宏昭、
鹿川 大二郎、手登根 勇人、村上 優太、
田中 裕人

【はじめに】胆囊内の非浸潤性胆囊腫瘍として胆囊内乳頭状腫瘍(ICPN)が注目されている。今回、我々は検診にて指摘、経過観察できた胆囊隆起性病変に対し胆囊摘出術を施行。病理組織学的に胆囊幽門腺腺腫の診断を得た症例を経験したので報告する。【症例】60代男性、2023年の検診の腹部超音波検査にて胆囊内の径3mmの単発の隆起性病変を指摘、近医より当科紹介となった。腹部造影CTでも淡い造影効果のある、単発の胆囊ポリープを指摘されていたが、腫瘍径のから経過観察の方針となっていた。翌、2024年の造影CTでは6mm、その翌年には13mmと増大傾向あり、胆囊壁には特に変化を認めなかつたが、早期胆囊癌も否定出来ず胆囊摘出術をお勧めした。【手術および摘出標本】手術は腹腔鏡下胆囊摘出術を施行とした。手術時間は98分、出血量少量であった。摘出術後、直ちに胆囊を展開、コレステロールポリープを周囲に認められたが、径10mm程度の黄色球形の隆起性病変を認め、これは容易に脱落したが、その粘膜面には特に変化を認めなかつた。【病理組織診】腫瘍は胆囊より逸脱、茎は不明であった。腫瘍は立方状から円柱状の細胞がBackToBackな代償の腺管状・癒合腺管状・櫛状・モルラを作り多彩に増殖、免疫染色上、Ki-67陽性率10%、MUC6がびまん性に陽性、MUC5ACは少数散在性に陽性、p53過剰発現は認められず、悪性は否定的、幽門腺腺腫と診断した。【まとめ】臨床上、胆囊隆起性病変は比較的良好く遭遇する疾患であるが、悪性腫瘍との鑑別が困難となる事もしばしば経験するところである。一方胆囊幽門腺腺腫は稀な疾患とされており、胆囊内乳頭状腺腫の中に分類される前癌病変として胆道癌取り扱い規約にも記載されるものである。今回、我々は経過観察中に増大傾向あり、摘出術を施行した胆囊幽門腺腺腫を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

54 中頭病院肝胆脾センターの取り組み—肝胆脾外科高度技能専門医修練施設 A 認定をうけて—

中頭病院

林 圭吾、川上 祐太、安座間 陽輝、
玉城 順人、大田 多加乃、小野 武、
卸川 智文、砂川 宏樹

肝胆脾高難度手術は主に脾癌、肝癌、胆道癌が含まれる。これらの疾患の治療は早期発見への取り組みを含めた正確な術前診断、手術、術後管理、術後診断と術前から術後までの診療過程において内科・外科・麻酔科・放射線科・集中治療・病理やメディカルスタッフなどの多職種の連携が必須であり病院としての総合力が求められる。この領域の疾患は決して多くはなく、集約化を含め地域と連携した医療体制の構築が不可欠である。2019年より肝移植も県内で行われるようになり、沖縄県内で治療が完遂できるようになったことは患者利益のみならず県内での継続的な人材育成にも大きな意義を持つ。2024年に当院で実施した肝胆脾高難度手術の手術内容、術後経過について評価され、肝胆脾高度技能専門医修練施設 A の認定を取得した。今回、認定を受けたことを契機に、当院における肝胆脾高難度手術及び腹腔鏡、ロボット支援手術などの低侵襲肝胆脾手術の現状及び術前シミュレーションやナビゲーションの取り組みなどについて報告する。

55 慢性胆囊炎により発症した腹壁膿瘍の一例

琉球大学病院 放射線科¹、第一内科²、第一外科³
當山 晃平¹⁾、伊良波 裕子¹⁾、中村 雅人¹⁾、
仲村 秀太²⁾、狩俣 弘幸³⁾、仲本 正哉³⁾、
西江 昭弘¹⁾

【背景】胆囊炎が穿孔し腹壁に波及することで生じる腹壁膿瘍は、抗菌薬や外科的治療の進歩により極めて稀となった合併症である。今回慢性胆囊炎に起因する腹壁膿瘍を来たした一例を経験したので報告する。**【症例】**60代男性。HIV 感染症で当院内科通院中の方。受診 3か月前より右側腹部腫瘤を自覚、2週間前より発赤、腫脹、疼痛が増悪し救急外来を受診した。身体所見では右側腹部に約 8cm 大の弾性やや硬の腫瘤を認めた。造影 CT 検査で胆囊壁肥厚と胆囊底部から連続する腹壁膿瘍を認め、慢性胆囊炎による腹壁膿瘍が疑われた。第 1 病日に右側腹部切開ドレナージを施行し黒色胆石を複数採取した。抗菌薬投与で炎症所見は速やかに改善した。MRCP で胆囊および膿瘍腔内に胆石充満を認め、第 9 病日に施行した胆囊摘出術では胆囊は腹壁と高度癒着し瘻孔形成を伴っていた。術後経過は良好で第 18 病日に退院した。

【考察】手術などの侵襲を伴わず胆道系疾患に起因する腹壁膿瘍は自発性胆囊皮膚膿瘍と呼ばれ 20 世紀前半まではしばしば報告されていたが、近年は胆囊炎の早期診断・治療により稀となっている。リスク因子としては解剖学的近接、癒着、免疫機能低下、循環器疾患、栄養障害、高齢などが挙げられる。胆囊壁肥厚と腹壁との連続性、膿瘍腔内の結石の存在が特徴的な画像所見とされる。治療は抗菌薬に加え、外科的切除が根治的治療となる。本症例は HIV 感染による免疫抑制状態を背景に発症したと考えられる。右腹壁膿瘍を認めた際は胆道系疾患の関与を念頭に置くとともに、リスク因子となる基礎疾患を考慮する必要がある。

56 膜性腎症によるネフローゼ症候群に下肢静脈血栓症が合併した一例

琉球大学病院 総合臨床研修・教育センター¹、琉球大学大学院医学研究科 循環器・腎臓・神経内科学講座²、琉球大学病院 血液浄化療法部³
中村 智哉¹⁾、新里 勇樹²⁾、古波藏 健太郎³⁾、
楠瀬 賢也²⁾

【諸言】

ネフローゼ症候群では血栓症の合併が知られており、特に膜性腎症は高リスクとされる。コントロール不良のネフローゼ症候群の経過中に深部静脈血栓症（DVT）を発症し、抗凝固療法により早期改善を得た経過を報告する。

【症例】

50歳男性。両下腿浮腫を自覚し、近医で尿蛋白および低アルブミン血症を指摘されネフローゼ症候群が疑われた。前医で UP/Cre 7.41 g/gCre, Alb 1.5 g/dL を認め当科紹介。腎生検で膜性腎症と診断し、治療を開始した。寛解後からは外来でステロイド漸減を行っていたが、経過中に再燃を来したためステロイド增量するも寛解に至らないため、免疫抑制剤強化を予定していた。定期外来の診察時、右下腿の把握痛を認め、下肢静脈エコーを行ったところ血栓を認めた。血栓による右膝窩静脈から後脛骨・腓骨・ヒラメ静脈に不完全閉塞を確認し、ヘパリン持続静注とワルファリン内服を開始し、APTT 30-50 秒、PT-INR 2.0-3.0 を目標に管理。入院 7 日目に血栓消失を確認、13 日目に退院とした。

【考察】

膜性腎症を背景とするネフローゼ症候群では血栓症を合併しやすく、日常の診察の際には血栓症も想定した診察が重要である。また、下肢静脈血栓症は中枢型・末梢型で塞栓症リスクが異なるため、診断時には血栓部位まで考慮すべきである。

【結語】

ネフローゼ症候群患者では無症状でも血栓症合併を意識して診察することが重要である。

57 骨盤壁に浸潤する進行性膀胱癌に対して術前化学療法が著効した一例

中部徳洲会病院 泌尿器科¹、病理診断科²、友愛医療センター 泌尿器科³
谷脇 寛規¹⁾、吉岡 拓哉¹⁾、知念 尚之¹⁾、
吳屋 真人¹⁾、大城 吉則¹⁾、小川 真紀²⁾、
島袋 浩一³⁾

[緒言]筋層浸潤性膀胱癌に対しては、シスプラチニンを含む術前化学療法後に膀胱全摘術を行うことで予後改善効果が証明されている。しかし、骨盤壁に浸潤する進行性膀胱癌に対しては術前の化学療法を施行しても予後不良であることが知られている。今回、術前薬物療法が著効した局所進展性膀胱癌の一例を経験したため報告する。

[症例]71歳男性。肉眼的血尿を主訴に受診し、経尿道的腫瘍切除術および画像検査により、cT4N1M0 の局所進展性膀胱癌と診断された。術前化学療法としてゲムシタビン+シスプラチニン療法(GC療法)を2サイクル施行したが、腫瘍の増大を認めたためペムプロリズマブに切り替え、1サイクル投与した。その後、画像上で腫瘍の縮小を確認したため、ロボット支援下膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行した。病理検査では、残存腫瘍およびリンパ節転移を認めなかった(ypT0N0)。術後経過は良好であり、現在はペムプロリズマブを継続しており再発は認めていない。

[考察]術前化学療法として GC 療法を 2 サイクル施行後に病勢進行を認めたため、ペムプロリズマブに変更した症例である。GC 療法の効果があったのか、ペムプロリズマブの効果があったのか評価が難しく、術後の補助療法として適切なレジメンの選択に苦慮したが本人との話し合いの上、ペムプロリズマブを選択し再発なく経過している。

[結語]本症例は、局所進展性膀胱癌に対して術前療法が著効し良好な病理所見が得られた一例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

**58 前立腺癌と乳癌の同時性重複癌
に対しホルモン療法と乳房部分
切除および術後化学療法を実施
した一例**

南部徳洲会病院

池田 大悟

緒言前立腺癌と乳癌の同時性重複癌は極めて稀であり、診断および治療方針の決定に難渋することが多い。今回両者を同時に発症した症例を経験したため報告する。症例乳癌と胆管癌の家族歴を有する63歳男性。PSA高値が発覚し、精査目的で行われた前立腺生検およびMRIで前立腺癌(cT2c)と診断され、骨シンチグラフィで多発骨転移が認められた。さらに、胸腹部CTで偶発的に左乳房の結節影が認められ、生検でER+、PgR+の浸潤性乳管癌がみられた。前立腺癌に対してホルモン療法を開始し、乳癌に対して乳房部分切除+センチネルリンパ節生検を実施した。術後ホルモン療法も予定されている。考察男性における前立腺癌と乳癌の同時性重複癌は非常に稀であり、BRCA変異をはじめとする遺伝的背景の関与が示唆される。本症例は家族歴もあり遺伝学的検査の重要性が考えられた。治療に際しては両癌の標準治療を踏まえつつ、ホルモン療法の相互作用や副作用が課題となる。結語63歳男性に発症した前立腺癌と乳癌の同時性重複癌を経験した。きわめてまれな症例であり、遺伝学的背景の解明と複数の癌に対する治療戦略の構築において示唆を与えるものである。

59 当院における運動誘発性喉頭閉塞症の診断と治療

那覇ゆい病院

山城 信、玉城 仁

<緒言>

運動誘発性喉頭閉塞症(Exercise-induced laryngeal obstruction: EILO)は運動時に機能的に喉頭が閉塞する病態である。北欧や米国からの報告では、若年アスリートの数%程度とされるが、本邦での報告は少ない。当院における本疾患の診断と治療の実際を述べる。

<方法>

当院では以下のように EILO の診断と治療を行っている。

スクリーニング：運動ピーク時の異常な呼吸音などの病歴より EILO を疑う。可能なら症状発生時の動画も参照する。EILO を疑った症例は、運動負荷を行う。強負荷時に吸気時の連続性雜音を聴取した際は Continuous laryngoscopy during exercise test (CLE test)を行う。喘息合併例では喘息治療のコントロールを併せて行う。

診断：CLE test で診断を確定する。確定診断例には呼吸法を指導する。

治療：Therapeutic laryngoscopy during exercise (TLE)を行う。運動負荷時に呼吸法を実践し、吸気時喘鳴及び症状の改善を確認する。

フォロー：実際の競技での症状の改善を確認する。併存疾患の治療を継続する。

<成績>筆者はこれまで4例、当院では3例の EILO を確定診断し、TLE でいずれも喉頭内視鏡所見および、臨床症状の一定の改善を得た。

<結語>EILO は過小診断されている可能性があり、若年者の運動中の呼吸困難の訴えの際には想起すべき病態である。

60

アミバンタマブを含む併用化学療法が奏功した EGFR 遺伝子 Exon20挿入変異陽性肺腺癌の1例

北部地区医師会病院 呼吸器・感染症科¹、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）²

田里 大輔¹⁾、高江洲 壮^{1,2)}、瑞慶山 春花^{1,2)}、岡本 卓磨^{1,2)}、國吉 健太^{1,2)}、山本 和子²⁾

【緒言】非小細胞肺癌のドライバー遺伝子変異の中で EGFR 遺伝子変異は最も頻度が高く、有効な EGFR-TKI も複数あるが、uncommon mutation の 1 つである Exon20挿入変異陽性（以下 Exon20）例では EGFR-TKI の効果が期待できず、肺癌診療ガイドラインでも使用しないことが推奨されてきた。2024 年 11 月に上市されたアミバンタマブ（AMI）は EGFR と MET を標的とする二重特異抗体製剤であり、Exon20 肺癌に対して有効性が認められ、肺癌診療ガイドライン 2024 年でもカルボプラチナ（CBDCA）とペメトレキセド（PEM）との併用療法が推奨されている。今回、多発骨転移のある Exon20 肺腺癌に AMI+ CBDCA+ PEM 療法を行った県内初の症例を経験したので報告する。

【症例】60代・男性 【主訴】右側胸部痛

【現病歴】2024 年 5 月の住民健診で右肺異常影を指摘されるも放置。同年 9 月頃より右側胸部痛を認め 10 月に近医受診したところ、右中肺野の異常影を認め当院へ紹介となった。

【経過】CT で右下葉 S8 に腫瘍影があり、右胸水と近傍の肋骨に骨転移を疑う所見を認めた。経気管支生検で Exon20 肺腺癌の診断が得られ、FDG-PET で多発骨転移を認めたことから StageIV とした。時期を同じくして AMI が使用可能となつたため、2025 年 1 月より AMI+ CBDCA+ PEM 療法を開始したところ、原発巣・骨転移巣とも顕著に縮小し、胸水も消失した。5 コース目以降は AMI+ PEM 維持療法へ移行し、皮疹や爪周囲炎などを認めていたが、皮膚科併診で対応しながら治療継続中である。

【考察】これまで難治性であった Exon20 肺癌であるが、AMI の登場で状況は一変した。AMI は新規 EGFR-TKI であるラゼルチニブとの併用で EGFR 遺伝子変異陽性の進行・再発非小細胞肺癌にも適応を取得したことから、今後使用機会が増えると考えられたため当院での使用経験を報告する。

61

若年肺結核後にびまん性肺気腫を呈した 25 歳男性の一例

中頭病院 呼吸器内科¹、呼吸器外科²

砂川 武博¹⁾、伊志嶺 朝彦¹⁾、長谷川 知彦¹⁾、永江 梨紗¹⁾、島袋 大河¹⁾、西山 真央¹⁾、西山 健太¹⁾、村山 義明¹⁾、玉城 和則¹⁾、下地 勉¹⁾、嘉数 修²⁾、大田 守雄²⁾

【はじめに】肺結核後に残存する気道障害や構造破壊は慢性閉塞性肺疾患（COPD）様の病態を呈することがあり、post-tuberculosis lung disease (PTLD) として注目されている。特に若年でのびまん性肺気腫は稀であり、早期診断・介入の重要性が指摘されている。【症例】25 歳男性、インドネシア出身。喫煙歴 10 本/日 × 4 年。職業は鶏解体。2024 年 11 月、健診で胸部 X 線異常を指摘され受診。夜間咳嗽と労作時呼吸困難を自覚。CT では小葉中心性粒状影、網状影、小空洞を伴うびまん性陰影を認め、胃液 TB-PCR 陽性により肺結核と診断。2HREZ/4HR にて加療され治癒判定となった。治療終了後の呼吸機能検査では %VC 41.4%、FEV1.0 0.81L (%FEV1 20.6%) と高度換気障害を認め、DLCO も低下。吸入 LABA/LAMA 導入により一部改善 (%FEV1 24.9%) したが、mMRC1 の労作時呼吸困難は持続した。【考察】本例は若年で喫煙歴が軽度であるにも関わらず、肺結核後にびまん性肺気腫を呈した稀少例である。PTLD は既存の COPD とは異なる病態であり、残存結核病変や免疫反応が関与するとされる。近年の系統的レビューでは、結核既往者の約 30~40% に慢性呼吸器障害が生じると報告され、若年発症例でも生活の質に大きな影響を与える。本症例は、結核既往者における呼吸機能フォローアップの必要性と、早期からの吸入治療・禁煙指導の重要性を示唆する。

62

難治性の肺膿瘍が疑われた経過 で診断となった肺葉内肺分画症 の 1 例

大浜第一病院¹、呼吸器内科²友寄 竜司¹⁾、我謝 正平²⁾、知念 徹²⁾、
藤田 次郎²⁾

63

胸腔鏡下手術と EWS 充填術を併 用して治癒した難治性気胸の 1 例

国立病院機構沖縄病院 外科

川畠 大樹、星野 浩延、仲宗根 尚子、
饒平名 知史、河崎 英範

【緒言】肺分画症は稀な下気道先天異常で肺葉外と肺葉内分画症に分類される。肺葉外分画症は幼少期に合併奇形で偶然発見されることが多いが肺葉内分画症は小児期や青年期に反復する呼吸器感染症で発見されることが多い。今回難治性の肺膿瘍が疑われ造影 CT 検査で肺葉内肺分画症と診断された症例を経験したため報告する。**【症例】**特記する既往のない 33 歳女性。約 1 ヶ月前から咳嗽あり。近医でラスクフロキサシン、セフジトレニピボキシル、クラリスロマイシンを処方されたが改善せず発熱も出現。他院の胸部 X 線写真で左下肺野の浸潤影を認めアモキシシリン・クラブラン酸とアモキシシリン内服後も症状改善せず発熱と胸痛も認め当院へ紹介。血液検査で CRP 上昇と軽度の肝酵素上昇、胸部 CT 検査で左肺下葉に分節状の浸潤影を認め、肺膿瘍の疑いで入院後ラスクフロキサシン点滴を開始した。炎症反応は低下傾向も左肺下葉の浸潤影は残存あり、入院第 20 病日の胸部造影 CT 検査で左肺下葉浸潤影内部のう胞状、環状構造の他、胸部下行大動脈より分岐し左肺下葉へ供血する血管を認め肺静脈への還流もあり肺葉内肺分画症と診断した。抗菌薬治療を継続の上呼吸器外科へ紹介とした。**【考察】**抗菌薬への治療抵抗性肺炎は臨床で頻度が高く漫然と薬剤を変更される例も多く、感染性の他、先天異常を含む非感染性病態も念頭に置いた鑑別が重要である。また肺葉内肺分画症は繰り返す呼吸器感染症を引き起こす可能性があり、予防的切除が推奨されている。本症例では若年成人で複数の抗菌薬治療後も改善が乏しい左肺底部の浸潤影を認め、造影 CT 検査にて肺葉内肺分画症の診断となり手術適応が考慮された。**【結語】**抗菌薬治療継続後も改善が乏しい肺膿瘍が疑われる経過では肺分画症などの先天疾患も鑑別に挙げることが必要である。

背景：難治性気胸に対する治療として、胸腔鏡下に瘻孔ヘポリグリコール酸(PGA)シート・フィブリングルーを充填・被覆する方法や気管支シリコン製充填剤(Endobronchial Watanabe Spigot, EWS)挿入が有効であったとの報告が散見される。今回、難治性気胸に対する瘻孔部への PGA シート・フィブリングルーを充填・被覆後の気胸再燃に対し EWS 充填術で気管支瘻を閉鎖し得た 1 例を経験したので報告する 症例：70 歳代、男性。右気胸の診断で前医にて胸腔ドレーンを留置され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。CT で両側の肺に多発空洞性病変を認め、右上葉 S2 に空洞性病変に連続する瘻孔病変を認め、気胸の責任病変と判断し胸腔鏡下肺瘻修復術を施行し、瘻孔部に PGA シート・フィブリングルーを充填・被覆を行った。術後リーケは停止し術後 6 日目にドレーン抜去、術後 28 日目に退院した。外来フォロー中に右気胸再燃のため再入院したが、CT で前回と同部位の気管支瘻再燃を認めた。EWS 充填術の方針とし、フォガティーカテーテルによる閉塞試験で責任気管支を同定し、計 3 回の EWS 充填術を行い気管支瘻を閉鎖した。術後 12 日目に胸腔ドレーン抜去、術後 20 日目に退院したが現在まで再燃は認めていない。結語：難治性気胸に対する瘻孔部への PGA シート・フィブリングルー充填後に気胸再燃を認めたが、EWS 充填術で気管支瘻を閉鎖し得た 1 例を経験した。

64 当科で施行した肺動静脈奇形
(PAVM)に対する胸腔鏡下手術
例の検討

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²
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⁾、島袋 大河²⁾、
西山 健太²⁾、福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、
下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾

【はじめに】肺動静脈奇形 (pulmonary arteriovenous malformation: PAVM) は、肺動脈と肺静脈との間に異常短絡を有する疾患である。本疾患は遺伝性出血性毛細血管拡張症 (hereditary hemorrhagic telangiectasia: HHT, Rendu-Osler-Weber 病: ROWD) の一部分症である場合があり、本邦では PAVM に HHT が合併した例は 15.4% であったという報告がある。右→左シャントに伴う低酸素血症、脳血栓塞栓、脳梗塞、脳膿瘍や瘤破裂に伴う咯血、血胸など重篤な合併症を生じる可能性がある。治療としては塞栓術および外科的治療がある。今回われわれは胸腔鏡下手術を施行した PAVM 13 例を経験したので、その臨床的特徴を検討し報告する。

【対象および方法】2009 年 3 月から 2025 年 8 月までに当科で治療した 13 例の PAVM 症例を対象とした。全例が PAVM に対する初回治療であり、全身麻酔下に胸腔鏡手術を施行した。

【結果】性別は男性 1 例、女性 12 例。年齢は平均 62.6 歳 (26-79 歳)。全例が単発で、分布は右上葉 0 例、右中葉 3 例、右下葉 5 例、左上葉 4 例 (いずれも舌区)、左下葉 1 例であった。2 例で術前に脳梗塞の既往を有していた。術前評価として全例で 3D CT-angiography を施行し、肺動静脈の走行、AVM の形状、大きさ、流入血管径を確認した。右→左シャント率は肺血流シンチを用いて測定し、平均 19.3% (11.7-28.9%) と比較的高かった。1 例に PAVM の家族歴を認めたが、HHT の確定診断は得られていない。術式は肺部分切除 7 例、区域切除 3 例 (いずれも舌区区域切除)、葉切除 3 例 (いずれも右中葉切除) を施行し、手術時間は平均 147.4 分 (62-293 分) であった。出血量は平均 45ml (1-230ml) であった。術後合併症として 1 例に脳塞栓症を認めた。

【まとめ】1. PAVM に対して、単発例や一葉に限局した症例では胸腔鏡下手術が選択肢の一つとなり得る。2. 病変の広がり、局在などに応じて、肺実質温存を考慮した術式を選択した。

65 外傷を契機に発症した胸腔内
Chronic Expanding Hematoma の
1 手術例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、病理科³、
県立北部病院 外科⁴
大田 守雄¹⁾、嘉数 修¹⁾、玉城 駿¹⁾、當山 鉄男¹⁾、
長谷川 知彦²⁾、島袋 大河²⁾、西山 健太²⁾、
福里 夏海²⁾、伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、
玉城 和則²⁾、照屋 韶之右³⁾、仲田 典広³⁾、
松本 裕文³⁾、古澤 慎也⁴⁾

【はじめに】慢性拡張性血腫 (Chronic Expanding Hematoma : CEH) とは数か月から数年の経過で徐々に増大する血腫と定義されている。外傷、手術、炎症 (結核手術後) などが原因とされており身体のどの部分にも発生するとされている。今回、われわれは転倒後、胸腔内の血腫が疑われ経過観察後に手術を施行した 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】60 代、女性。

【主訴】胸写上の異常陰影。【既往歴】1) 右慢性拡張性血腫、2) 片頭痛症、3) 左鎖骨下囊胞性腫瘍【喫煙歴】current smoker. B. I. = 13 本/日 x 40 年 = 520 【現病歴】2024 年 2 月、仕事中に車止めで転倒し近医救急外来受診。右橈骨骨折および胸部 CT で右上肺野に血腫、血胸を認めた。右血胸に対してドレナージ施行。骨折に関しては手術施行。

胸腔内血腫は経過観察されていたが造影 CT で被包化を伴う慢性血腫への移行、上大静脈・気管の圧排を認めていることから、外科的治療目的で当科へ紹介となった。【手術所見】胸腔鏡下に観察すると右上葉と血腫の間に間隙を認め、肺は圧排のみで温存可能と判断し後側方開胸を加えた。血腫は緊満していたが SVC, 肺動脈への強い癒着はなく剥離可能と判断した。血腫周囲を剥離の途中、血腫の一部から内容液体が流出し血腫の緊満がとれ、血腫を完全摘出することができた。手術時間 : 5 時間 34 分、出血量: 665ml, POD5 に退院した。【術後病理診断】慢性拡張性血腫 (CEH) と診断された。悪性所見なし。【まとめ】1. 転倒外傷後に発症した CEH の 1 手術例について報告した。

2. 外傷後に血腫が疑われる際には注意深い画像での経過観察が重要である。3. 幸い肺は血腫による圧排のみで温存可能であった。

66

頸部まで進展した縦隔気管支性 囊胞に対し胸腔鏡下に完全摘出 した1例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、呼吸器内科³、病理科⁴

糸満 奈津子¹⁾、大田 守雄¹⁾、嘉数 修¹⁾、
玉城 駿¹⁾、當山 鉄男¹⁾、長谷川 知彦²⁾、
島袋 大河²⁾、西山 健太²⁾、福里 夏海²⁾、
伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾、
照屋 韶之右³⁾、仲田 典広³⁾、松本 裕文³⁾

【はじめに】気管支囊胞は、発生学的に胎生期に前腸の腹側肺芽より発生した気管気管支原基の異常発芽や迷入により発生すると考えられている。好発部位は中縦隔、特に気管分岐部周囲に発生するといわれている。今回、われわれは右中縦隔から上縦隔（甲状腺下極）に発生した縦隔発生気管支囊胞に対して胸腔鏡下に完全摘出した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】20代、女性。【主訴】胸写上の異常陰影。【既往歴】小児肺炎。【現病歴】2025年X月、健康診断の胸部X線写真で右上縦隔異常、気管偏位を指摘された。二次検診目的に当院内科外来を受診。胸部CTで右中縦隔に大きさが5x6x7cmの腫瘍性病変を認めた。気管の圧排を認めたが自覚症状は認めなかった。外科的治療目的に当科へ紹介となり胸腔鏡下-右縦隔腫瘍摘出術の予定となつた。【手術所見】3ポートで手術施行。胸腔内に癒着を認めなかつた。右上縦隔、奇静脉、SVCに接し存在した。縦隔胸膜を縦切開し剥離を進めた。迷走神経、横隔神経、気管を確認後、腫瘍表面から剥離を開始した。下方から上方に向か2本のダイセクターで腫瘍を圧排し腫瘍後面の視野を確保した。腫瘍の上方は甲状腺下極まで存在した。乳白色のゼリー状の内容物であった。胸腔内の脱気後、胸腔ドレーンを挿入留置せず手術を終了した。手術時間：3時間42分、出血量：10ml、輸血なし。POD4に退院した。【まとめ】1. 右中縦隔から甲状腺下極まで進展した気管支性囊胞の完全摘出例について報告した。2. 緊満した囊胞の圧排には2本のダイセクターが有用であった。3. 気管支性囊胞は周囲組織への炎症の波及により切除が困難となることがあり、早期に切除すべきである。

67

保存的治療にて閉鎖可能であつ た肺癌術後気管支断端瘻(BPF) の一例

国立病院機構沖縄病院 外科

饒平名 知史、川畠 大樹、星野 浩延、
仲宗根 尚子、河崎 英範

【はじめに】気管支断端瘻(BPF)は肺切除後の0.9-2.1%程度に生じ、合併した際の死亡率は約20%におよぶ為、呼吸器外科領域の重篤な合併症の一つとされている。胸腔内感染を伴っている場合、一期的な瘻孔閉鎖は困難であり、開窓術にてリスク管理後、二期的に胸郭成形術を行うが、一方で、気管支鏡的治療の有効性も報告されている。今回、右下葉切除後の膿胸治療後に合併したBPFに対して、栄養および血糖管理、気管支鏡的治療を行う事により、閉鎖可能であった症例を経験したので報告する。【症例】77歳、男性。他疾患で治療中に、画像検査で右肺腫瘍を指摘され、当院紹介。気管支鏡検査を含む全身評価にて、腺癌(cT2aNOMO, stage IB)と診断、VATS右下葉切除術を施行したが、膿胸を発症し、術後13日目に胸腔鏡下搔把ドレナージ術を行つた。膿胸術後3日目にリークが出現、気管支鏡検査にて気管支断端の数mm程度の離開が認められ、インジゴカルミン散布液の胸腔ドレーンへの流出が確認された為、BPFと診断した。食事摂取量低下による栄養状態不良、糖尿病の既往などが原因と考えられ、栄養・血糖コントロールを強化しつつ、気管支鏡的治療を行う方針とした。気管支鏡下にポリグリコール酸吸収性組織補強材充填 + フィブリン糊噴霧を1週間毎に計3回行ったところ、リーク消失が認められ、治療開始後24日目に抜管可能であった。【結語】BPFの初期治療は開窓術であるが、その侵襲は大きい為、感染制御がなされており、瘻孔径が小さい場合には、保存的治療も選択肢になり得ると考えられた。

68

悪性リンパ腫が疑われ胸腔鏡下 縦隔リンパ節生検で診断された 菊池病の1例

中頭病院 呼吸器外科¹、呼吸器内科²、血液内科³、
病理科⁴

高江洲 開¹⁾、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⁾、
島袋 大河²⁾、西山 健太²⁾、福里 夏海²⁾、
伊志嶺 朝彦²⁾、下地 勉²⁾、玉城 和則²⁾、
友寄 未希³⁾、仲田 典広⁴⁾、松本 裕文⁴⁾

【はじめに】菊池病は1972年に菊池、藤本らにより初めて報告された原因不明の良性リンパ節炎である。疾患の特徴は30歳未満の若年者に好発し、1-4カ月で自然軽快が期待できる、発熱を伴う良性の有痛性頸部リンパ節炎である。組織球性壞死性リンパ節炎とも称される。今回我々は発熱を主訴に来院し、頸部リンパ節腫大を伴わず、肺門および縦隔のリンパ節腫大を認め、悪性リンパ腫を疑い、胸腔鏡下縦隔リンパ節摘出生検により診断された菊池病の1例を経験したので報告する。

【症例】37歳、女性。【主訴】発熱

【現病歴】約1週間咳嗽などの感冒症状があったのち、最高39度台の発熱が約1週間持続し、内科外来を受診。胸部レントゲンで両側肺門陰影の増強を認め、胸腹部造影CTで両側肺門および縦隔のリンパ節腫大および脾腫を認めた。頸部、腋窩のリンパ節腫大は認めなかった。血液検査ではHb 8.1 g/dlの小球性貧血を認め、LDH 498 U/L、可溶性IL-2レセプター 1767 U/mlと上昇を認めた。#4Rリンパ節に対して超音波気管支鏡ガイド下針生検(EBUS-TBNA)を行い、悪性リンパ腫の可能性が示唆されたが、確定診断には至らなかつた。当院初診から約2週間(発症から約1か月)後に、胸腔鏡下縦隔リンパ節生検を施行した。

【術中所見】3-port VATSで施行。腫大した#4Rリンパ節 30×20×20mm大を摘出した。周囲のリンパ節とは剥離可能で瘻合はしていなかった。病理検査およびREADsystemに検体を提出した。

【術後病理組織診断】組織学的に二次リンパ濾胞が残存するリンパ節を背景に比較的広範囲に壞死を認め、類上皮肉芽腫の形成は認めなかつた。READsystemで菊池病の診断となつた。

【まとめ】1.若年者の発熱、リンパ節腫大の鑑別疾患として菊池病を念頭に置く必要がある。2.本症例は頸部リンパ節腫大を認めず非典型的であった。3.悪性リンパ腫との鑑別には病理診断が必要であり、適切な部位からの生検が重要である。

69

巨大右 Valsalva 洞動脈瘤に対し て Remodeling 手術を行った1例

琉球大学 胸部心臓血管外科

佐藤 宜、河村 将彦、宮國 祥平、當山 昌大、
新崎 翔吾、宮石 慧太、比嘉 章太郎、
安藤 美月、前田 達也、喜瀬 勇也、
古堅 智則、稻福 斎、仲榮眞 盛保、
永野 貴昭、照屋 孝夫、古川 浩二郎

【症例】42歳、男性。近医にて心電図異常をきっかけに実施した心臓超音波検査で、右 Valsalva 洞動脈瘤(50×42mm)を指摘され当科紹介となつた。4DCT 検査で瘤は右冠尖弁輪部直上から右 Valsalva 洞壁の広範囲が膨隆・非薄化し、右室・右房へ突出していた。シャント血流や AR は認めなかつた。瘤破裂リスクが高く、手術介入の方針とした。十分な接合が得られる大動脈弁尖長を有していたため、自己弁温存基部置換術(Remodeling 手術)を行う事とした。

【手術所見】右 Valsalva 洞が胸骨裏面に接していたため血圧を下げ、胸壁を腹側に牽引しながら胸骨正中切開にて縦隔、心嚢へ到達した。上行送血、右房脱血にて人工心肺を確立、大動脈遮断後、上行大動脈より内視鏡を挿入し基部内腔を観察した。大動脈弁3尖の接合は良好で弁変性なかつたが、右冠尖弁輪部は若干延長し、右 Valsalva 洞壁は外側に突出していた。弁温存基部置換可能と判断した。人工血管(Triplex 24mm選択)で新しい Valsalva 洞壁を作成する際の注意点として右冠尖弁輪部が長く、交連部を高くする必要があり、3尖均等の原則をはずし、舌状切れ込み長は右冠尖部を34mmと長く、左/無冠尖部は28mmとした。再建後内視鏡確認にて大動脈弁の接合は良好であった。伸びて屈曲した右冠動脈は新しい基部の形状に沿わせて吻合し、血流再開後の右室壁運動に異常が無いことを確認した。

【術後経過】Valsalva 洞径 50→26mm、Basal ring 径 23→20mmと想定した形態を保ち、大動脈弁逆流は無かつた。右冠動脈の血流も良好に描出された。術後11日目に自宅退院となつた。

【結語】心外型の Valsalva 洞動脈瘤に対して自己弁温存基部置換を行つた。目的は瘤破裂予防にあるが、基部形態のデザインと大動脈弁の接合に配慮した手技を遂行する事で、遠隔期成績も十分期待できると考える。

**70 基部 - 弁輪拡大術 ,
translocation 法, 冠動脈バイパス術追加により再置換した高齢者大動脈弁位生体弁機能不全の 1 例**

浦添総合病院 心臓血管外科

盛島 裕次、小泉 景星、新垣 勝也、
國吉 幸男

【はじめに】狭小大動脈基部-弁輪の大動脈弁置換術 (AVR) では、弁植込みの際に基部-弁輪拡大術などの追加処置が必要になる場合がある。経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI) が普及する今日においても、最小口径 19mm の生体弁植込み後の再置換症例に TAV in SAV が必ず適応可能とは限らない。今回、我々は、生体弁機能不全で心不全となった超高齢女性で、再 AVR が必要となつたが、大動脈基部-弁輪部が高度石灰化とともに狭小であり、これに対する追加処置を行い再 AVR しえた症例を経験したので報告する。【症例】患者は 87 歳、女性。9 年前 (2015 年) に狭小弁輪の重度大動脈弁狭窄症に対して 19mm 生体弁 Mitroflow (LivaNova 社) で AVR の既往があつた。数年前より生体弁機能不全に起因する心不全症状で度々入院していたが、高齢・フレイル状態より根治的再手術に消極的であり対症的に経過をみていた。しかし、2025 年 4 月に心不全症状増悪で循環器科入院の際、患者側より手術治療の希望があり当科の紹介、手術の方針となつた。手術は、再胸骨正中切開、人工心肺を確立し、上行大動脈遮断、心停止下に、逆 U 字切開で大動脈切開を行い、両側とも交連直上まで切り込んだ。劣化した旧弁を抜去したが、ボールサイザー計測で 19mm が弁輪部を通過できなかつた。無-左冠尖交通を Y 字状に切開し、ウシ心膜で弁輪-基部を拡大し、右冠尖と無冠尖の新しい縫着ラインは頭側に translocation した。最小口径機械弁 17mmRegent (Abbott 社) で AVR を行った。新規弁植込みで右冠動脈入口部は閉塞、左冠動脈入口部も閉塞が危惧されたので大伏在静脈で右冠動脈と左前下行枝に冠動脈バイパスを追加した。術後全身状態の回復に長時間を要したが病状安定化し、術後 70 日目に回復期リハビリテーション目的で転院した。【結語】本症例では、石灰化および狭小化した基部-弁輪のため再 AVR に追加的手技が必要であった。

71 原発不明扁平上皮がんに伴う上大静脈及び右室腫瘍塞栓に対する開胸腫瘍摘出術を行つた一例

浦添総合病院

東 隆良、千葉 阜

【緒言】原発不明がんとは原発巣が不明だが組織学的に転移巣と判明している悪性腫瘍のことである。外科的治療の適応は限局性病変で根治可能性がある場合に限られている。今回、原発不明扁平上皮癌による右房右室及び上大静脈腫瘍塞栓に対して外科的切除を行つた一例を経験したので報告する。【症例報告】71 歳女性。数日前から繰り返す顔面腫脹及び労作時呼吸苦を主訴に近医内科より当院へ紹介受診された。精査の結果、SCC 強陽性及び上大静脈から右心室に至る巨大塞栓を認め原発不明がんに伴う静脈血栓閉塞症としてヘパリン 5000 単位/日で入院加療開始した。入院 1 日目に超音波検査上、上大静脈より左心房にかけ巨大な低エコー域確認され腫瘍塞栓が疑われた。入院 7 日目には心臓血管外科にて開胸術による腫瘍摘出術を施行し術中迅速診断では塞栓は扁平上皮癌であると確認された。入院 46 日目には右心不全残存あるものの内科的治療で軽快し退院した。初診時より 3 カ月後に全身倦怠感で当院救急外来受診し精査の結果、膀胱腫瘍、腹膜播種、リンパ節転移、右室腫瘍の再増大を認めた。右心不全及び多発脳梗塞も併発しており全身状態不良のため緩和ケア目的に入院となり再入院 8 日目に死亡された。【考察】原発不明がんの 1 年生存率は約 20% 程度、生存期間の中央値は予後不良群でのコホート研究で 3-4 カ月と報告されている。外科的治療の適応は限局性病変で根治可能性がある場合にのみ限られるが、今回は右心室及び上大静脈と多臓器への転移を認めていた状態で外科的治療を行つてはいる。未治療の右室腫瘍塞栓では大規模データはないが生存中央期間が 21 日-1.5 カ月という報告があり未介入の場合急性心不全や致死的不整脈、肺塞栓症等を引き起こすと予測される。今回は術後死亡までの期間が～日であり未介入の場合に予測される予後と比較すると外科的治療を行つた意義はあったと考えられる。

72

4泊5日局麻EVARクリニカルパスの取り組み

浦添総合病院

小泉 景星、盛島 裕次、新垣 勝也、
國吉 幸男

73

Stanford A型急性大動脈解離に対する大動脈基部への介入は妥当か？

琉球大学病院 第二外科

新崎 翔吾、古川 浩二郎

【目的】 endovascular abdominal aortic aneurysm repair (EVAR)は人工血管置換術と比較し低侵襲で、適応となる患者は高齢であり全身状態が悪く併存症を合併している。そのためさらなる低侵襲化を目指し局所麻酔下での手術や、経皮的止血デバイスを使用した経皮穿刺による EVAR が行われている。またクリニカルパスの導入により業務効率化がなされている。当院(浦添総合病院)で2023年12月よりステントグラフト内挿術を開始し、2024年10月からは「4泊5日 EVAR クリニカルパス」を導入し運用している。当院における EVAR パス初期成績について報告する。**【方法】** 2024年10月から2025年9月までに「4泊5日 EVAR クリニカルパス」を適応した患者20例を対象とする。パスの概要是術前日に入院し術前説明を施行する。術当日 EVAR を施行し術後 ICU 入室する。術後4時間は鼠径の沈子圧迫を継続しその後は運動制限なく管理し自立歩行でトイレに誘導、当日の夕食より再開する。術翌日に一般病棟へ転床し術後2日目に CT 評価をする。その後術後3日目に自宅退院。EVAR は全例穿刺によって行い、症例により非挿管・局所麻酔鎮静下に行っている。対象の年齢や併存症、術後合併症、クリニカルパス達成率について分析した。**【成績】** 対象は20例。平均年齢は76.3歳。平均手術時間は107.7分。半数の患者は全身麻酔下に手術を施行し、残り半数は局所麻酔鎮静下に手術を施行した。術中造影にて Type1, 3 エンドリーダーは認めなかった。術後合併症は臀筋跛行が3例、上腕動脈仮性瘤が1例、尿閉が1例だった。クリニカルパス達成率は94.4%、30日以内の再入院はなかった。**【結論】** 「4泊5日 EVAR クリニカルパス」の初期成績は妥当であり、安全に運用が可能だと考えられる。

【背景】 近年は Stanford A 型急性大動脈解離 (TAAD) に対して大動脈基部への拡大手術 (ARR) が多くなってきている傾向であるとの報告がある。一方で、TAAD 術後の大動脈基部の自然経過を示した報告は少ない。TAAD 術後の大動脈基部の経過を検討することで、初回手術時に大動脈基部への介入が妥当かどうか検討する。**【方法】** 2012年1月から2021年12月の間に当院で経験した TAAD 102 例のうち、上行大動脈人工血管置換術 (AR) や上行弓部大動脈人工血管置換術 (PAR/TAR) のみを施行した 46 例を後方視的に検討し、CT 画像による大動脈基部の変化やその中長期成績を検討する。**【結果】** 平均年齢 65.9 歳、男性 54%。いずれの症例も基部には entry を認めなかつた。解離直後の大動脈基部径は 39.1mm。術後 1 年、3 年、5 年、7 年、10 年の大動脈基部径はそれぞれ 38.0mm、38.3mm、38.6mm、39.2mm、41.6mm であった。経過中に大動脈閉鎖不全症の増悪を認めた症例はおらず、大動脈基部への再介入を要した症例は 1 例のみであった。**【結論】** 大動脈基部に entry を認めない TAAD に対する AR・PAR・TAR 後の大動脈基部の経過は良好であり、ARR の適応は限定的と考えられる。

**74 デバイス関連感染性心内膜炎に
対して経皮的リード抜去術施行
するもICDリード(Riata)の破
損ならびに癒着のために開胸術
へ移行した一例**

浦添総合病院 循環器内科

鈴木 裕人、千葉 卓

【はじめに】植込み型心臓電気デバイス感染におけるデバイス非抜去症例の死亡率は30-40%とされ、経皮的リード抜去術による全システム抜去が推奨されている。またICDリードであるRiataはリコール対象であり、シリコン被膜を突き破る導線露出が11-27%と報告される。今回、抜去前から被膜損傷および三尖弁への高度癒着を伴うRiataリードに対して開胸術へ速やかに移行し全システム抜去を行えた1例を報告する。

【症例】67歳男性。18年前に亜急性心筋梗塞で左前下行枝に対して経皮的冠動脈形成術を施行し、術後心室細動に対してICD植え込み術をされている。前医よりEnterobacter菌血症、創部malophilia感染でデバイス関連感染性心内膜炎として経皮的リード抜去目的に紹介となり、入院11日目に全身麻酔下で施行した。ポケット内感染を伴い、ICDリードに被膜損傷、導線露出を認め、リード牽引による被膜剥離を生じ、最終的にはコンダクターワイヤーのみでの牽引を余儀なくされた。三尖弁の高度癒着剥離の際に右室牽引解除困難となり、Riataリードが抜去対象であることを考慮し開胸術へ移行した。人工心肺下で右房切開し、残存リードを全抜去した。ICDリードと三尖弁との癒着を認めた。術後6日間は敗血症治療のため集中治療を要した。

【考察】Riataリードの破損のためリード牽引が十分できない中でのリード抜去の症例であった。右内頸静脈からスネアで残存リードを把持し、リード抜去を行うBongiorni法も考慮されたが、Riataリードの内部ワイヤー、被膜の損傷もあるためリード耐久性の問題を考慮し開胸術へ移行した。経皮的リード抜去術の際の重症心血管合併症の発症は1-2%であり、発症した際の致死率は高いと報告がある。早期決断をすることで安全に全システム抜去を行うことができたと考えられる。

【結語】抜去対象リード(Riata)を考慮したりード抜去戦略ができた一例であり文献的考察も踏まえて報告する。

**75 末梢神経障害が疑われた
Lambert-Eaton筋無力症候群の1
例**

沖縄病院

藤原 善寿、橋口 昭大、山城 志織、
大屋 祐一郎、妹尾 洋、安富 大吾、
藤崎 なつみ、城戸 美和子、諫訪園 秀吾、
渡嘉敷 崇

【症例】68歳男性。毎日泡盛1合以上飲む。ジョギングを日課にしていた。8カ月前から下肢に脱力を自覚し歩行時にふらつくこともあり、日課のジョギングがうまくできていない感じになった。6カ月前、下肢に力が入らず膝が崩れるような転倒がふたたため、近医を受診した。下肢筋力低下、腱反射消失、ロンベルグ徵候陰性で神経伝導検査(NCS)で上下肢とも複合筋活動電位(CMAP)振幅が低下していたことからアルコール性/ビタミン欠乏性末梢神経障害が疑われた。5カ月前、洗髪時に上肢が動かしづらくなった。3カ月前から独歩困難になり近医を受診し精査目的で当院へ紹介となった。診察では脳神経では右眼瞼下垂、上方注視で複視、構音障害を認め、運動系では下肢近位筋に筋力低下を認めた。感覺系では明らかな異常は認めないが四肢腱反射は消失していた。自律神経系は正常範囲であった。歩行は大殿筋歩行様で、しゃがみ立ちや継ぎ足歩行は困難であった。再度、NCSを施行したところ、上下肢ともCMAP振幅は筋力と不釣り合いなほど低値で感覺神経活動電位は正常範囲であった。反復刺激試験(RNS)では低頻度刺激で10%以上の漸減現象、10秒間の最大随意収縮後に60%以上の漸増現象を認めた。血液検査でP/Q型カルシウムチャネル(voltage-gated calcium channel: VGCC)抗体が陽性でLambert-Eaton筋無力症候群(LEMS)と診断した。

【考察】LEMSはシナプス前終末のアセチルコリン放出障害により筋力低下及び自律神経症状を呈する自己免疫疾患である。ただ、病原性自己抗体として知られているP/Q型VGCC抗体はLEMSだけに検出される特異的自己抗体ではないため、RNSで神経筋接合部の障害を示す必要がある。本症例はLEMSが多彩な神経症状を呈しうること、さらにNCSやRNSの重要性を改めて認識させるものであり、日常診療においてLEMSを見逃さず早期診断へつなげるための重要な示唆を与える症例と考えられたため報告する。

76 めまい、しびれを主訴に来院した抗 GQ1b 抗体関連疾患の一例

那覇市立病院 総合内科

湧川 朝雅、當山 壽貴子、眞志取 多美、
知花 なおみ

【背景】Bickerstaff 脳幹脳炎 (BBE) は抗 GQ1b 抗体関連の spectrum にある病態である。BBE は外眼筋麻痺、失調、意識障害を 3 徴とする稀な疾患である。今回、めまい、しびれを主訴に来院した BBE を経験したため報告する。

【症例】症例：40台男性。主訴：めまい、しびれ。現病歴：X-1日にめまいが出現し右上下肢のしびれを認めた。X 日歩行がふらつくため受診。頭部 MRI では異常を認めず、外来フォローの方針で帰宅。X+3日に症状増悪あり、頭部 MRI を再度施行したが異常所見を認めず、当科に紹介となった。発熱や恶心嘔吐や下痢症状なし。追加問診で毎週鳥刺しを食べることが判明した。意識は JCS 1-1 であり、神経所見では、左上方視で複視の訴えがあったが、眼球運動障害は軽度であった。眼振は認めず、脳神経は眼球運動障害以外は異常認めなかった。回内回外運動と指鼻指試験は左有意に両側拙劣であった。歩行はふらつきを認め運動失調を認めた。感覚異常は右上下肢に認めた。腱反射や MMT は全て正常であった。精査目的に入院となった。頸部から骨盤造影 CT 検査ではリンパ節腫脹や腫瘍性病変を疑わせる所見などは認めず、髄液検査では細胞数 1 (単核球 1)、蛋白 67 と蛋白細胞解離を認めた。以上より、BBE 疑いと診断し神経内科専門医のいる病院に転院となった。後日当院で提出した抗 GQ1b 抗体が陽性と判明し BBE の診断に至った。

【考察】病態生理：C. jejuni 株に感染した患者は、抗 GQ1b 抗体を産生することがある。その抗体が動眼神経、滑車神経、外転神経、および四肢の筋紡錘に結合すると、外眼筋麻痺、運動失調を引き起こす。意識障害に関しては、脳幹網様体の血液脳閂門が弱い最後野に抗体が到達して障害を来す機序を考えられている。めまいで来院してくる患者は多いが、しびれも伴う患者は BBE を鑑別に入れる必要があると思われた。

77 上咽頭癌放射線治療後の内頸動脈仮性動脈瘤に対するフローダイバーター治療の一例

琉球大学病院 脳神経外科¹、第三内科²

上原 未琴¹⁾、福田 健治¹⁾、照屋 翔二郎²⁾、
友寄 龍太²⁾、平 直記¹⁾、浜崎 穎¹⁾

【目的】上咽頭癌の放射線治療後に生じた内頸動脈仮性動脈瘤の破裂による大量鼻出血に対し、コイル併用フローダイバーター留置術を行った一例を報告する。

【症例】48歳男性、11年前に上咽頭癌に対し化学放射線療法施行され寛解していたが、6年前に再発し以後化学療法を継続している。朝6時頃、咳嗽後に蛇口を捻る様な鼻出血があり救急搬送された。鼻翼圧迫で止血得られたが3日後に病棟で膿盆一杯程度の鼻出血あり出血性ショックを來した。造影 CT で右内頸動脈に仮性動脈瘤が疑われ脳血管撮影を実施し、造影 CT 部に一致して右内頸動脈錐体部に仮性動脈瘤を認め、vaco-CT で周囲骨の溶骨性変化を認めた。側副路の発達不良であり、母血管閉塞単独治療は右大脳半球の虚血リスクが高いと考えた。また浅側頭動脈、両側橈骨動脈ともに血管径が細く、原疾患に対し頸部放射線照射後であり血管吻合リスクの懸念もありバイパス手術は困難と考えた。以上よりコイル併用フローダイバーター留置術を行う方針とした。発症4日後、術直前にエフィエント 20mg、バイアスピリン 200mg loading の上、Pipeline4.5mm × 20mm を病変を十分カバーするよう留置し、同時に semi-jail technique で瘤内に3本コイルを留置した。術後は DAPT を継続し、術後2週目に再度脳血管撮影を実施した所、動脈瘤の増悪は認めなかつた。経過で再出血は見られていない。

【結語】通常、鼻出血で発症した内頸動脈仮性動脈瘤は母血管閉塞 (+バイパス術) が行われるが、それが困難な際はコイル併用フローダイバーター留置術が有用となる可能性が示唆された。今後も長期的なフォローが必要である。

(2025年8月2日 第42回 日本脳神経血管内治療学会九州地方会にて発表済)

**78 海外からの旅行中に発症した乳
児咽後膿瘍**

沖縄県立中部病院 小児科
高柳 志津子、真喜屋 智子、金城 さおり

【緒言】咽後膿瘍は上気道炎や副鼻腔炎などに続発する稀な疾患で乳幼児に好発する。膿瘍拡大により上気道閉塞をきたす可能性があり早期介入が必要となる。今回、外国人旅行者で十分な治療期間が確保できず 7 日間の抗菌薬投与で帰国した症例を報告する。**【症例】**生後 8 か月の女児。観光目的で来県中に発熱と左頸部腫脹、流涎を認め、当院救急室を受診した。体温 38.0°C、SpO₂ 97% (室内気) で左頸部に弹性硬の腫瘍を触知した。白血球数 30,600 / μL、CRP 27.24 mg/dL と高値を示した。造影 CT で咽後膿瘍 (12 x 12 mm) と診断した。切開・穿刺が困難な位置だったため SBT/ABPC による内科的治療を開始した。治療 3 日目より症状改善し、7 日目には炎症反応低下を認めた。家族の帰国希望が強く、CT で膿瘍縮小を確認後、内服抗菌薬へ変更し退院した。**【考察】**当院では咽後膿瘍で気道狭窄を伴う場合は切開排膿、その他は抗菌薬による内科的治療を第一選択としている。起因菌は A 群連鎖球菌やブドウ球菌が多い。抗菌薬投与期間は定まっておらず、14 日以上とするものや膿瘍消失までとする報告がある。本症例は膿瘍の位置が頭蓋底や血管に近く処置が困難であったことや、気道狭窄症状がなかったことから内科的治療を選択した。家族へ 14 日程度の抗菌薬継続を提案したが、医療費の問題や、異国の地で母が残って看病を続けることの不安を訴え早期退院を希望した。画像検査で膿瘍の縮小を確認し、再発のリスクなどを説明、内服抗菌薬に変更し 7 日目に退院・帰国を許可した。医療的な対応だけでなく、最短で帰国できるルートの検討や帰国後の現地病院受診の手配など様々な調整が必要であった。**【結語】**旅行中に発症した咽後膿瘍の乳児例を経験した。インバウンド患者診療では、医学的適応に加え、家族背景を考慮した柔軟な対応が重要と考えられた。

**79 隱液中の抗 NMDA 受容体抗体が高
値であったダウン症退行性障害
の一例**

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター 小児総合診療科¹、小児神経科・こころ科²
郷間 丈滉¹⁾、高山 朝匡¹⁾、田港 希和²⁾、
松岡 剛司²⁾、新居田 あい¹⁾、篠原 嶺¹⁾、
沼澤 雅哉¹⁾、住居 慎一郎¹⁾、荒木 孝太郎¹⁾、
松岡 孝¹⁾

ダウン症候群 (Down Syndrome : DS) は 21 トリソミーにより生じ、先天性心疾患や易感染性、自己免疫疾患など多様な免疫異常を高率に合併することが知られている。思春期以降には、急激な生活動作の退行や言語能力の消失、社会性の低下、常同行動、精神症状を呈するダウン症退行性障害 (Down Syndrome Regression Disorder : DSRD) が注目されており、国際コンセンサスによって診断基準と治療アルゴリズムが提唱されている。しかし、精神疾患や自己免疫性脳炎との症候学的な類似から診断は容易でなく、一部では免疫療法への反応性が報告されることから、免疫学的病態の関与が示唆されている。今回われわれは、急性退行を呈した 13 歳女児例を経験した。本症例は当初 DSRD の診断基準を満たし、臨床経過中に ELISA にて抗 NMDA 受容体関連抗体を髄液優位に検出したが、cell-based assay (CBA) では陰性であった。ステロイドパルスおよび免疫グロブリン療法により発語や模倣行動の一時的改善を認めたが、長期的改善は得られず、発症から治療導入までの遅延が転帰不良に寄与した可能性が高い。ELISA 陽性所見は精神疾患や自己免疫疾患においても報告され、非特異的反応の可能性は否定できないが、髄液優位の抗体上昇は中枢における免疫応答の痕跡を反映した可能性もある。本症例は典型的な抗 NMDA 受容体脳炎とは異なるが、DSRD と自己免疫性脳炎の連続性を示唆する臨床例であり、今後の早期診断・治療介入体制や検査法の標準化の必要性を考える上で重要な知見を提供する。

80

高次医療機関との早期連携で確定診断に至った全身型若年性特発性関節炎の2歳女児例

友愛医療センター 初期研修医¹、小児科²

高橋 咲希¹⁾、玉那覇 瑛太²⁾

81

貧血所見と胸部レントゲン異常から特発性ヘモジデローシスの診断に至った1例

沖縄県立北部病院¹、小児科²

島袋 省吾¹⁾、岩井 剛史²⁾、金城 舞²⁾

【はじめに】全身型若年性特発性関節炎(sJIA)は、発熱・発疹・関節炎を特徴とする稀な自己炎症性疾患であり、小児期に発症する。高熱と炎症反応の上昇から、急性期には重症感染症、血球貪食症候群(HPS)、川崎病(KD)との鑑別が困難なことがある。我々は、高次医療機関との連携によりsJIAと診断された1例を経験したので報告する。【症例】2歳女児。X年1月に不明熱と高フェリチン血症から菌血症やHPSを疑われ、抗菌薬と全身ステロイドで加療された。以後、月2回の発熱を感冒として経過観察されたが、X年6月より発熱が持続した。近医でA群溶連菌陽性で治療されたが無効で、当院に入院した。抗菌薬反応に乏しく、頸部リンパ節腫脹、体幹の発疹、四肢硬性浮腫、冠動脈輝度亢進を認めた。不全型KDを疑い、IVIGと抗血小板療法を開始された。一時解熱するも再燃し、フェリチンやDダイマーの高値、冠動脈変化を認めたため、複数の高次医療機関に情報共有しつつKD治療を継続したが、インフリキシマブも無効だった。経過からsJIAと診断され、ステロイドパルス療法が奏効し、専門施設での免疫抑制剤導入により寛解に至った。【考察】sJIAは初期にKDと類似した臨床像を呈し、冠動脈病変も報告されるため鑑別が困難な場合がある。本症例では、非特異的な炎症マーカーの上昇やIVIG不応を契機に早期から高次医療機関と連携し、2回の転院を経て診断確定に至った。類似疾患との鑑別が困難な小児炎症性疾患では、sJIAも鑑別に挙げ、専門機関との連携を早期に図ることが正確な診断と治療導入に有用である。

【諸言】特発性肺ヘモジデローシスは肺胞出血をきたす稀な疾患で、鉄欠乏性貧血、喀血、胸部レントゲン異常が古典的三徴である。同疾患の診断に至った1例を報告する。【症例】3歳9ヶ月男児。【主訴】ふらつき【既往歴】鉄欠乏性貧血、先天性横隔膜ヘルニア【現病歴】前医検査で貧血を認めたため精査目的に当院を紹介受診された。当院で超音波検査行い腹腔内出血認めず、鉄剤内服を開始したがその3日後にふらつき認め救急外来受診、同日入院した。【入院時現症】身長95.6cm、体重12.5kg、体温37.7°C、脈拍数136回/分、血圧84/60mmHg、呼吸数32回/分、SpO287%(室内気)。顔色不良認め眼球結膜及び口唇は蒼白。心音整で雜音なし。呼吸音清、陥没呼吸なし。肝脾腫なし。Hb4.7g/dL、MCV93.4fL、網状赤血球17.0%，間接ビリルビン0.9mg/dL、LDH561U/L、ハプトグロビン10mg/dL未満。胸部レントゲンでびまん性透過性低下あり。【経過】入院のち濃厚赤血球輸血、酸素投与を開始した。胸部CT検査でびまん性すりガラス像を認めた。胃液細胞診でヘモジデリン貪食マクロファージを認め、特発性肺ヘモジデローシスと診断した。プレドニゾロン(以下PSL)の内服を開始し、その後胸部レントゲンで透過性改善し、酸素需要も認めなくなった。Hb上昇とその後の維持を確認し入院19日目に退院した。外来でPSL内服治療を継続中である。【考察】本症例ではハプトグロビン低下含め溶血性貧血の検査所見を呈したが、肺ヘモジデローシスでも一部でハプトグロビン低下の報告がある。血痰はなかったが胸部レントゲンでびまん性透過性低下を認めたことが診断のきっかけとなった。【結語】胸部レントゲン検査でびまん性透過性低下がある貧血では、肺胞出血をきたす特発性肺ヘモジデローシスも鑑別に挙がる。

82

認知症患者に対して心理療法を行った一例

琉球大学病院

當眞 嗣夫、浦崎 花菜、坂野 孝裕、
錦織 宇史、石橋 孝勇、高江洲 義和

【背景・目的】高齢化に伴い認知症患者数は増加し、2022 年には約 443 万人（65 歳以上の 12.3%）に達している。認知症に伴う BPSD（行動・心理症状）は患者・家族双方の生活の質に大きく影響し、心理療法的介入の有用性が注目されている。本報告では、認知症患者に対する心理療法の実施経過と効果を検討した。**【症例】**70 代男性。血管外科術後から健忘、情動不安定、易刺激性、攻撃性が顕著となり、X-1 年からは家族への攻撃・自傷仄めかし等 BPSD が出現した。X-1 年に当院受診し、脳画像では側頭葉より脳幹萎縮・出血痕が目立ち、混合型認知症（アルツハイマー病+血管性認知症）の診断となった。自傷仄めかし・不眠・家族への攻撃性にて入退院を 6 回繰り返し、X 年に当院へ医療保護入院となった。本人は自宅退院希望だが、家族は介護困難を訴え施設入所を希望した。**【治療経過】**初期に経営者時代の回想を行い、中盤に夫婦不和・外的要因への怒り、「刃物脅し」等、衝動行為について、後半は、感情コントロールへの移行（気づき、落ち着いて話す・説得型コミュニケーション）についてセッションした。介入初期は「嫁は言い方がきつい」としか言ってなかつたが、終盤では「一步引いて、相手の話を聞いてから説得する」というようになり、意思疎通や内省は深まった。**【考察】**心理療法は短期的 QOL や情緒面の改善に有効であり、家族理解の促進にも寄与しうると言われていて、長期的改善は限定的である。心理療法の施行し自己表現の改善、内省促進され、BPSD（易怒・攻撃性）の軽減にも寄与すると考えられる。

83

うつ病として治療されていた高齢発症てんかんの一例

琉球大学病院 精神科神経科

嵩原 駿平

【背景】高齢で発症するてんかんの発作は転倒や痙攣を必ずしも伴わず、短時間の意識減損など見落とされやすいものも多い。このため認知症や精神疾患との鑑別が困難になりやすい。今回、初期はうつ病が疑われていたが、後に側頭葉てんかんと診断され治療が奏功した一例を経験したため報告する。**【症例】**60 歳代女性。精神科通院歴なし。退職後も社会貢献活動など活発にこなしていた。X-2 年より不眠、食欲不振、心窓部不快感、不安、集中困難が生じ、家事がこなせないことを苦悩し近医心療内科を受診した。うつ病や不安症と診断され薬物療法を受けたが症状は遷延した。X 年に入り、毎日の突発する上腹部不快感が目立つようになり、また意識がない状態で叫んだ後に一転を凝視するエピソードが繰り返されたため、てんかん精査のため X 年 12 月当科初診となった。頭部 MRI で有意な異常なく、脳波で左側頭部に繰り返してんかん性突発波を認め側頭葉てんかんと診断し、ラモトリギンを開始した。漸増とともに発作症状の頻度が減少し、X+1 年 3 月には発作症状は見られなくなり、「頭が回るようになり、家事も問題なくできるようになった」と苦悩も改善した。脳波所見は改善した。現在もラモトリギン 150mg で再燃なく経過している。**【結語】**高齢発症てんかんは鑑別が困難な例もあるが、一方で治療反応は比較的期待しやすいことも知られている。本例のようにうつ病や認知症を先に疑われるケースもあるが、てんかんについて常に鑑別にあげることが肝要と考える。

84

介護保険主治医意見書からみた
訪問診療

アイビーホームケアクリニック
国仲 慎治

介護保険の主治医意見書から訪問診療への医師の考えを探ってみた。令和3年度浦添市介護認定審査会の対象となった1432例のうち、医師が訪問診療を必要と判断したのは全体で19.6%（280/1432）、要介護認定者（要介護1-5）では24.1%（266/1100）あった。要介護3-5認定者を訪問診療必要性の有無で二群に分け、両者の違いを年齢、申請区分で検討したが差は認めなかった。しかし生活自立度判定で調査員との差を見てみると、差が大きい（生活状況の把握が不十分の可能性が高い）医師の方が訪問診療の必要性を認める傾向が見られた。医師が訪問診療を考えるのは生活自立度とは異なる指標があるのかもしれない。最後に医師の属性を推定するため、申請者の居住状況を居宅（自宅）、施設、医療機関の3つに大別し訪問診療必要性を比較した。在宅医が増えるほど訪問診療を選択すると考えられ、関与する可能性のある居宅・施設を見てみたが医療機関と同じく必要としたものは有意に少なかった。これは在宅医（在宅療養支援診療所）が沖縄で未だ少ないことと矛盾せず、今後も訪問診療普及への積極的な働きかけが必要と思われる。

85

地域病院での臨床研究支援体制
づくりとその広がり

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター
諸見里 拓宏

臨床研究は、医療者一人ひとりのキャリア形成を支えると同時に、医療の質を高め、地域医療をより良くしていくためにも欠かせない取り組みです。しかし「研究支援を始めたいが、どのように体制を整えればよいのか」「疫学や統計、倫理的な学びをどう支援すべきか」といった課題は、多くの病院に共通していると思われます。当院では臨床研究支援室を設立し、基礎講義、研究相談、統計解析、倫理審査対応支援など幅広いサポートを行ってきました。本発表では、その立ち上げの経緯と実際の活動内容を紹介し、体制づくりがもたらした効果を共有します。研修医の先生方には、疫学や統計を学ぶステップや相談窓口を含めたリソースの活用方法を、診療科の先生方には日常診療における情報の構造化や、成果を「システム化」して伝達・発表につなげる工夫をお伝えします。そして管理者の方々には、不足している疫学教育や研究支援体制をどのように整備すべきかを考える材料を共有します。さらに、今後の医療に不可欠なデータ活用や費用対効果分析、そしてAIの役割についても触れます。AIは研究を代替するものではなく、疫学的知識を備えた医師が活用してこそ真価を發揮します。本講演を通じて、各病院が自院に合った研究支援体制を築くための実践的なヒントをお届けできればと考えています。

86 訪問診療所における骨折予防の取り組み

ゆずりは訪問診療所

儀間 義勝、稻生 真夕、屋宜 亮兵

【背景】現在超高齢化社会に突入している我が国において、椎体骨折や大腿骨近位部骨折は要介護状態や寝たきりの主要因となっている。特に在宅療養患者では転倒リスクが高く、骨折予防はQOL維持およびADL低下防止のために重要である。

【目的】当訪問診療所における骨折予防の取り組みを紹介し、実際に治療開始に至った症例を報告する。

【方法】当院で訪問診療を行っている70歳以上かつ立位以上のADLを有している方を対象に、1)骨粗鬆症のスクリーニング(既往歴、骨密度検査紹介、血液検査)、2)薬物治療の導入(ビタミンD・カルシウム補充、ビスホスホネート、デノスマブ等)、3)歯科との連携、4)管理栄養士との連携を行った。

【症例】90歳代男性。主に慢性心不全に対して在宅療養されておりADLは見守り歩行。これまでに骨折歴はなく、骨粗鬆症の診断・治療はなし。血液検査および骨密度検査を行い、骨粗鬆症と診断。訪問歯科と連携し抜歯等の処置完了後にデノスマブ投与を開始し、併せてビタミンD補充と環境調整を実施した。訪問リハビリテーションとも連携し骨折予防継続中である。

【考察・結論】訪問診療所においても、骨粗鬆症のスクリーニングから薬物治療導入までを行うことが可能である。本症例は在宅下での骨折予防介入の一例を示しており、今後さらに症例を蓄積し、地域包括ケアにおける骨折予防の実践的モデルを構築していくことが課題である。

一般講演者一覧

| <ア> | | <ク> | | <ツ> | | | | |
|-----|-----|-----|-----|---------------------|-----|----|----|----|
| 新垣 | 基 | 39 | 久田 | 友治 | 19 | | | |
| 在塚 | 涼音 | 41 | 国仲 | 慎治 | 84 | | | |
| 粟國 | ゆう子 | 47 | 窪田 | 廉大 | 22 | | | |
| <イ> | | <コ> | | <ト> | | | | |
| 池田 | 大悟 | 58 | 小泉 | 景星 | 72 | | | |
| 池間 | 正英 | 43 | 郷間 | 丈滉 | 79 | | | |
| 伊藤 | 康 | 15 | 後藤田 | 美優 | 50 | | | |
| 糸満 | 奈津子 | 66 | 小林 | 裕樹 | 8 | | | |
| 稻垣 | 里衣 | 31 | 呉屋 | 絵梨 | 30 | | | |
| <ウ> | | <サ> | | <ナ> | | | | |
| 上原 | 未琴 | 77 | 佐藤 | 亘 | 69 | | | |
| | | | 佐和田 | 雄軌 | 4 | | | |
| <オ> | | <シ> | | <オ> | | | | |
| 大城 | 匡恭 | 6 | 島袋 | 省吾 | 81 | | | |
| 大城 | 光生 | 38 | | | | | | |
| 大田 | 守雄 | 65 | | | | | | |
| 奥島 | 憲彦 | 17 | <ス> | | <ニ> | | | |
| 小野 | 桂太郎 | 52 | 鈴木 | 裕人 | 74 | | | |
| 小野 | 武 | 51 | 砂川 | 武博 | 61 | | | |
| <カ> | | <セ> | | <ハ> | | | | |
| 嘉数 | 修 | 64 | 泉 | 源 | 40 | | | |
| 上総 | 研一朗 | 25 | | | | | | |
| 上石 | 泰成 | 27 | <タ> | | <ハ> | | | |
| 川畠 | 大樹 | 63 | 平良 | 列 ^{ハイ} -ナツ | 7 | | | |
| | | | 高江洲 | 開 | 68 | | | |
| <キ> | | 高橋 | | <ヒ> | | | | |
| 岸本 | 拓治 | 18 | 高柳 | 咲希 | 80 | | | |
| 喜瀬 | 真行 | 36 | 澤嶺 | 志津子 | 78 | | | |
| 儀間 | 義勝 | 86 | 安修 | 13 | 日置 | 涼介 | 53 | |
| 喜屋武 | 諒子 | 37 | 竹内 | 佑 | 9 | 比嘉 | 知新 | 44 |
| 喜友名 | 翼 | 48 | 嵩原 | 駿平 | 83 | 比嘉 | 諒典 | 45 |
| | | | 田里 | 大輔 | 60 | 東 | 隆良 | 71 |
| | | | 谷脇 | 寛規 | 57 | | | |

<フ>

藤原 善寿 75

<マ>

真栄城 兼 誉 29
前濱 俊之 33

<ミ>

水谷 仁大 24
宮平 恵奈 32

<ム>

村田 理子 12

<モ>

盛島 裕次 70
諸見里 拓宏 85

<ヤ>

八木 純子 10
山口 照平 28
山城 信 59
山城 清二 20
山田 真司 34
山本 倖雅 21
山本 珠里 11

<ヨ>

饒平名 知史 67

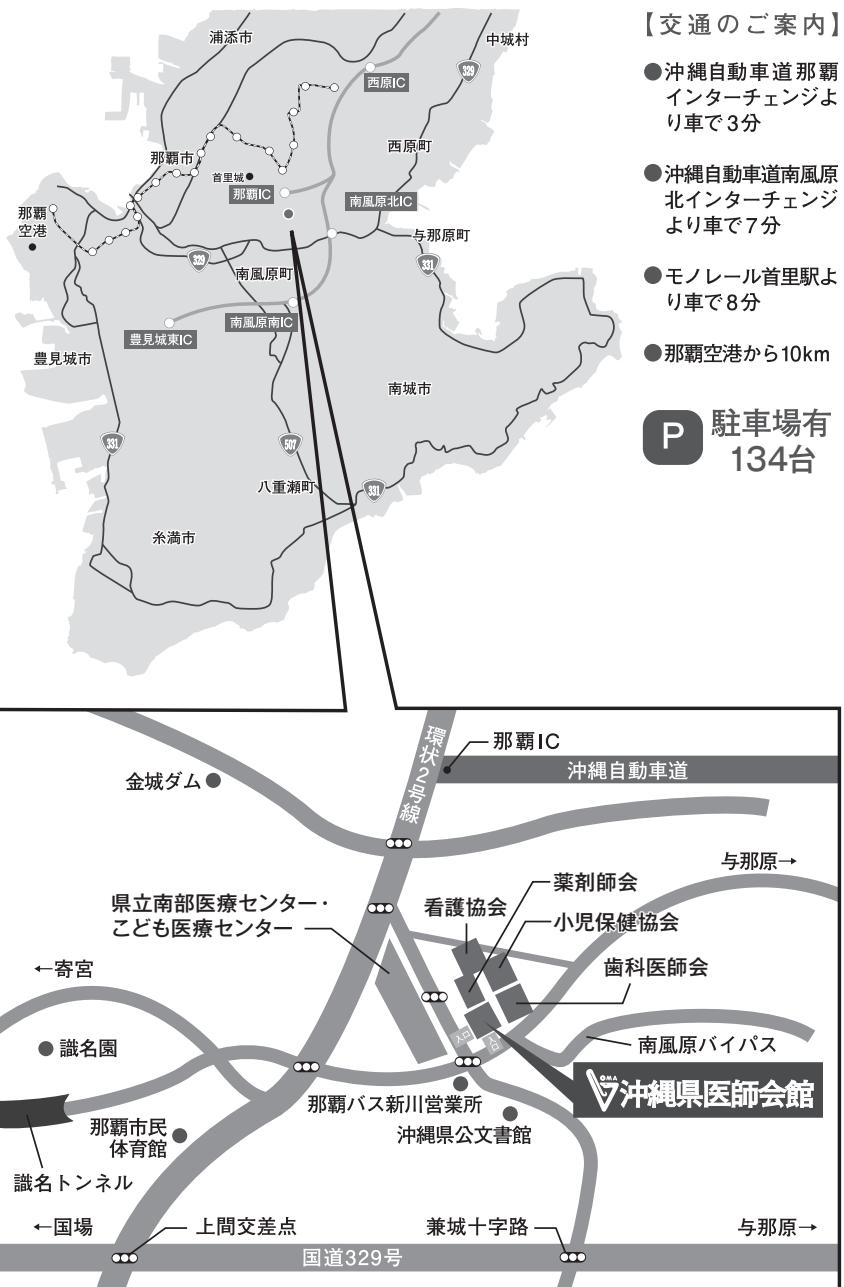
<リ>

李 栄柱 49

<ワ>

湧川 朝雅 76

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

※当日は、県医師会駐車場の他、臨時駐車場として小児保健協会、看護協会の駐車場を借用しておりますのでご利用下さい。



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>

