

ISSN 1348-6551

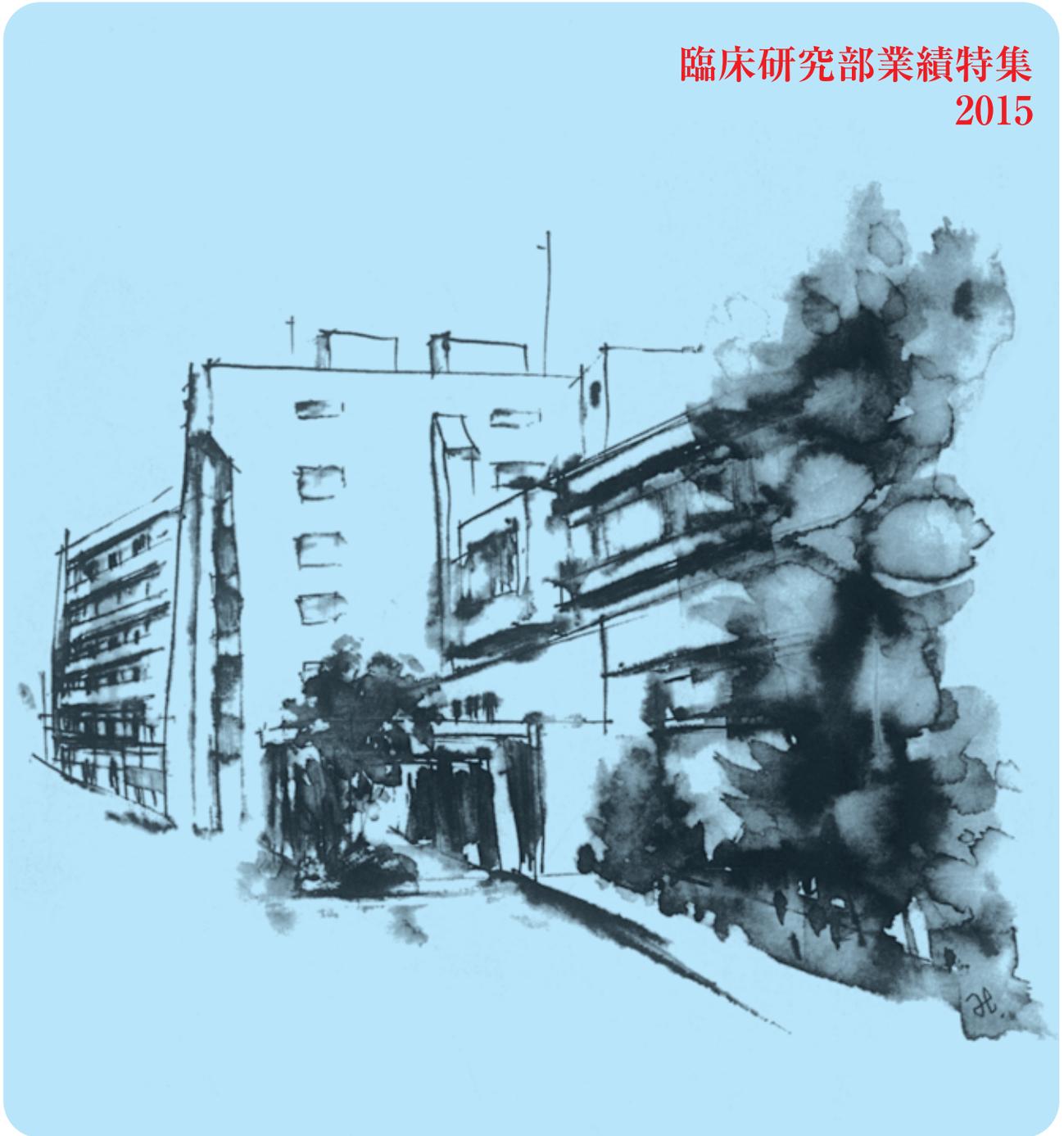
THE JOURNAL OF NATIONAL OKINAWA HOSPITAL

# 国立 沖縄病院醫學雜誌

第36卷

2016年4月

臨床研究部業績特集  
2015



ISO9001 : 2008

独立行政法人国立病院機構  
沖縄病院臨床研究部

# 外来診療科担当医表

## 診療受付時間

内 科 8時30分～12時まで  
 外 科 8時30分～15時まで  
 胸部精査 8時30分～16時30分まで（12時以降は外科）

平成28年4月1日現在

診療科(受付時間)		曜日	月	火	水	木	金
内科	呼吸器内科 (紹介状あり) (8:30～12:00)		仲本 敦	知花 賢治	【交代制】 ①知花 賢治 ②名嘉山裕子 ③仲本 敦 ④比嘉 太 ⑤大湾 勤子	比嘉 太	名嘉山 裕子
	呼吸器内科 一般内科 禁煙外来 (紹介状なし) (8:30～12:00)		比嘉 太 知花 賢治	大湾 勤子 仲本 敦		大湾 勤子	
	総合診療内科 消化器内科 (8:30～12:00)		古謝 亜紀子 (8:30～11:00)	樋口 大介		古謝 亜紀子	樋口 大介
	緩和医療外来 (予約制)		久志 一郎		久志 一郎	久志 一郎	
神経内科	新患 (予約制) (8:30～12:00)		渡嘉敷 崇	城戸 美和子 福原 善寿	【休診】	中地 亮	藤崎 なつみ
	再診 (予約制)		藤崎 なつみ	中地 亮	【休診】	渡嘉敷 崇	諏訪園 秀吾 城戸 美和子 藤原 善寿
放射線科			大城 康二	大城 康二	大城 康二	大城 康二	大城 康二
※CT・MRI・RI検査・放射線治療(リニアック)は随時受付							
外科	外科 呼吸器外科 肺ドック (8:30～15:00)		河崎 英範 久志 一郎 (消化器)	伊地 隆晴	饒平名 知史	川畑 勉 古堅 智則 (10:00～12:00) 久志 一郎 (消化器)	平良 尚広
整形外科				當銘 保則 (9:00～12:00)			
那覇市・浦添市・宜野湾市・西原町 がん検診			8:30～11:00	8:30～12:00	8:30～12:00	8:30～12:00	8:30～11:00
専門外来			【乳腺・甲状腺外来】 中川 裕 (予約制) (14:00～17:00)		【循環器専門外来】 比嘉 富貴 (9:00～12:00) 【ピロリ菌・大腸CT】 古謝 亜紀子 (13:00～15:00)	【糖尿病外来】 上原 盛幸 (9:00～12:00) 【ピロリ菌・大腸CT】 樋口 大介 (13:00～15:00) 【皮膚科外来】 苅谷 嘉之 (14:00～17:00)	

※ご不明な点・予約変更等ありましたら下記へお問い合わせ下さい。  
 ※お問い合わせ時間は、9:00～17:00までとなっております。  
 ※セカンドオピニオンは病院間の調整で予約を受け付けております。  
 ※『乳がん検診』につきましては月曜の午後のみ受付となります。



## 目次

---

発刊の辞	川畑勉	1
巻頭言	大湾勤子	2
目でみる胸部疾患 (127) サルコイドーシス肺野型	久場睦夫	3
(128) 部分肺静脈還流異常を合併した肺癌	河崎英範	7
(129) 高度縦隔気腫	饒平名知史	10
(130) 食道脂肪腫	平良尚広	14
原著論文		
緩和ケア病棟における短期間入院の特徴	久志一郎	16
当院での FeNO 測定の状態と採算性の検討	知花賢治	19
コココーラ療法にて摘出した直腸糞石の一例	古謝亜紀子	22
炭酸ガス送気装置併用下に胸腔鏡下縦隔リンパ節生検を施行した1例	古堅智則	24
急性巣状性細菌性腎炎の一例	樋口大介	26
肺結核治療中に胸部大動脈瘤破裂を併発した一剖検例	大湾勤子	30
肺癌化学療法中に発症した治療関連骨髄性腫瘍の一例	新垣珠代	35
「受け持ち看護師の役割」とは～意識調査を通しての現状把握～	名嘉雅代	38
安全・安楽な呼吸器外科手術体位の取り組み	生出優香	41
国立病院機構沖縄病院業績集 (2015)		43
報告 平成 27 年 沖縄病院倫理委員会承認事項		93
平成 27 年 手術・麻酔・内視鏡統計		98
平成 27 年 神経内科退院患者統計		99
平成 27 年 呼吸器内科退院患者統計		100
国立病院機構沖縄病院臨床研究部規定		101
国立病院機構沖縄病院医学雑誌投稿規定		104
国立病院機構沖縄病院医師診療分野一覧		105
編集後記	河崎英範	110



---

## 発刊の辞



国立病院機構沖縄病院  
院長 川 畑 勉

### 『まくとう・そーけー・なんくるないさ』 (至誠天に通ず)

冒頭の島言葉（沖縄の格言）、『まくとうそーけーなんくるないさ』は今や本来の質感が失われ、言葉の一部が独り歩きをし、「努力しないでも人生何とかなるものさ」との異なった意味の言葉として使われていることが多い。本来は努力をして、くじけずに誠実に（まくとう：真、誠、）事にあたれば（そーけー）いつか良い日が来る（なんくるないさ）の意味である。本来の島言葉には目標をもって誠実に歩む、努力する姿勢が求められています。逆に言えば、ごまかして、いい加減にやっていると結果はついてきませんよ。ということですが、この島言葉、孟子の「至誠通天」（至誠、天に通ず）とほぼ同じ意味です。昨年、ノーベル医学・生理学賞を受賞された大村 智、北里大学栄誉教授の受賞決定時の会見で述べられた言葉でもあります。『ある地位についたら、あらゆる努力をする。そうすれば、目指していたものが大体実現できる。一生懸命にやっていたら必ず支援者も現れるものです』と大村教授は学生に語りかけているそうです。この言葉が『くくる（心）』の奥底にズシリと響く今日この頃です。

本誌も 36 年目を迎えました。本年 1 月 1 日付けで新たに『脳・神経・筋疾患研究センター』を開設いたしました。臨床研究・学会発表で沖縄病院から日本全国・世界へ羽ばたくことを期待しています。

(2016 年 3 月記)



## 医療安全と記録

国立病院機構沖縄病院  
副院長 大 湾 勤 子

2015年9月に念願の神経内科（筋ジス）病棟が竣工し、12月に37年ぶりに新しい建物に移動しました。人工呼吸器が常に60台以上稼働している病棟の移動を安全に行うために、シミュレーションが繰り返されました。安全を担保するためのシステムは結構複雑でしたが、各部署の結集により無事に引っ越しを終えることができました。そして、2016年1月には、『脳・神経・筋疾患研究センター』が開設され、沖縄病院に新しい歴史が刻まれました。

この記念すべき2015年の10月には、医療の安全を確保するため、医療事故の再発防止を行う目的で医療事故調査制度が施行されました。医療安全は医療の質に関わる重要な課題です。「安全」な医療を提供するために、機器の管理や安全チェックが機能する仕組みづくりが重要で、数えきれないほどのマニュアルがあることはご存知のとおりです。そして何より、携わる人間が「安全」に対する意識をもつことは必須です。しかし、完璧でない我々は無意識に、思い込みや習慣に基づいて行動してしまうことは否めません。そこで、「ヒヤリハット」事例が日常報告されています。正確な記録

を残すことで、担当者（部署）が問題を再度確認し、公開することで皆に共有されて検証され、再発防止につながります。「安全で良質な」仕事をするためには大切な作業といえます。ヒューマンエラーに関する研究をふまえて、Safety culture（安全な文化）を構築するための組織文化として提唱されているのは、Informed culture（知識に基づく文化）、Reporting culture（報告する文化）、Just culture（公正な文化）、Flexible culture（柔軟な文化）、Learning culture（学習する文化）だそうです。この安全文化を定着させていくため、「ヒヤリハット」を含めた種々の記録を効果的に活用していきたいと思います。

今年度も、臨床の現場で学び、得られた知見を記録し、第36巻の本誌に収載しています。記録し、報告することは、自分自身の経験の整理であり、また読者からのフィードバックをいただくよい機会となります。本誌が「安全で良質な医療」を提供する一助になることを願います。

目でみる胸部疾患 (127)

サルコイドーシス—肺野型—



図1. 胸部X線写真正面像 (2011.8. 26)

患者：52才. 女性. 職業：教師  
主 訴：労作時呼吸困難  
既往歴：30歳 帝王切開、虫垂炎  
生活歴：喫煙歴なし、飲酒歴：機会飲酒  
家族歴：特記事項なし  
アレルギー歴：なし  
現病歴：平成21年4月検診にて胸部異常陰影を指摘され、同年5月15日当院に紹介となった。胸部X線写真で両側中肺野に粒状影、小結節影の散布を認めたが、咳や痰、息切れ等の自覚症状はなかった。7年前から他医にてサルコイドーシスの診断で経過観察されているとの事で、引き続き他医にて観察継続となった。平成22年7月、検診で陰影悪化を指摘され同年7月30日再来。画像上、既存陰影の悪化がみられたが、自覚症状なく肺機能もDLco78.3%の他正常であった。眼症状についても自覚症状なかったが、眼科での診察でサルコイドーシスに特徴

的な隅角結節がみられ経過観察となった。肺野病変についても確診を得る目的で気管支鏡検査を行ったところBALでリンパ球48.2%と増多がみられ、TBLBで非乾酪性類上皮肉芽腫の組織診断を得た。その後経過観察としていたが、平成23年4月頃から階段昇降時に息切れを感じるようになり、徐々に増強、仕事に支障をきたすようになり同年8月26日入院となった。MRC 2度。

初診時現症：身長164.0cm, 体重59.8kg  
血圧130/80mmHg, 脈拍75/分、体温36.8℃、呼吸数19/分

眼球結膜に貧血・黄疸なく、頸部異常なし。聴診で両側肺野 清。心音異常なし。表在リンパ節触知せず。ばち状指なし。

胸部X線写真：正面写真(図1)で両側中肺野を主座にすりガラス状・粒状影が拡がり肺野の既存構造が同定し難くなっている。

胸部CT：すりガラス状・微細粒状・小葉間隔壁の肥厚がび漫性にみられ、気管支血管壁の不整肥厚も認められた。(図2、図3)。



図2. 胸部CT：肺野条件 (2011.8. 26)



図3. 胸部CT：HRCT (2011.8. 26)

ガリウムシンチ：両肺野ほぼ全域に取り込みがみられた(図4)

心電図・心エコー：心電図は正常で、心エコーではEF71%、mild MR+、推定PA圧31mmHg、その他心サルコイドーシスにみられるようなIVS基部にひ薄化や壁運動異常などの異常を認めなかった。

腹部エコー：肝、胆嚢、脾臓、膵臓、腎臓に異常を認めなかった。

肺機能検査：VC 3410mL、%VC 127.2%、FEV1.0% 76.7%、FEV1.0 2680mL、DLCO73.2%と換気能は正常だが拡散障害を認めた。

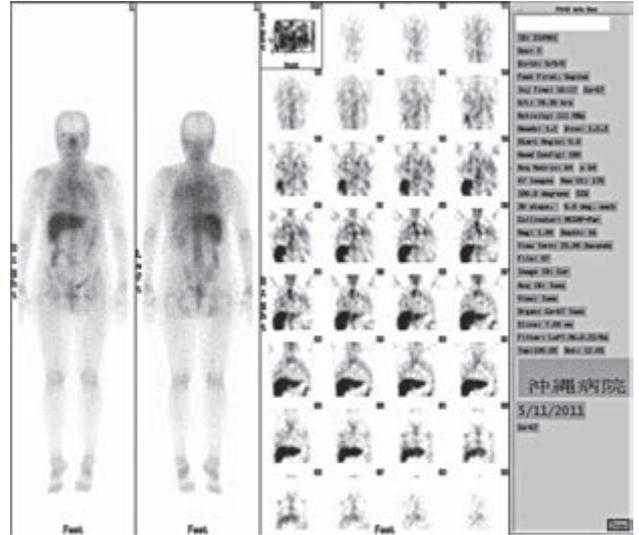


図4. ガリウムシンチ (2011.5. 11)

一般検査所見および経過：

主な血液検査ではWBC6070/ $\mu$ l (Neu64.1、Lym 28.2、Mono4.9、Eos2.1、BASO 0.7)、ESR26mm/h、CRP0.20mg/dlと血沈値の上昇を認めた。血清学でACE25.7U/L (正常8~21.4 U/L)、リゾチーム11.8 $\mu$ g/mL (正常5~10.2 $\mu$ g/mL)と上昇を認めた。間質マーカーのSP-Dは77.1ng/mL (~110 ng/mL)と正常範囲にあった。

治療は平成23年8月29日プレドニン40mg/日から開始、2週間に5mgづつ漸減した。経過中、ステロイドによる躁状態等の精神症状や肝障害等の出現あり、やや治療にせん延したが、約2カ月後に肺機能の拡散能は84.9%と改善、ACE、リゾチームは各々20.5IU/L、5.4 $\mu$ g/mLと正常化、自覚症状、画像、とも改善しプレドニン12.5mg/日で11月30日退院、以後外来にてフォロー、平成23年12月11日10mg/日、平成24年1月10日から7.5mg/日、同年3月15日5mg/日、同年12月16日offとした。しかし平成26年4月頃から3階への昇降で息切れを生じ、徐々に増悪、陰影も悪化がみられた(図5)。ACEは25.0 IU/Lと再上昇、肺機能も換気能は正常だがDLcoは67.9%と低下し、同年7月2日再入院となった。プレドニン20mg+メソトレキセート5mg/週開始したが、メソトレキセートによると考えられる食欲不振・脱力・下肢の痛みが出現した

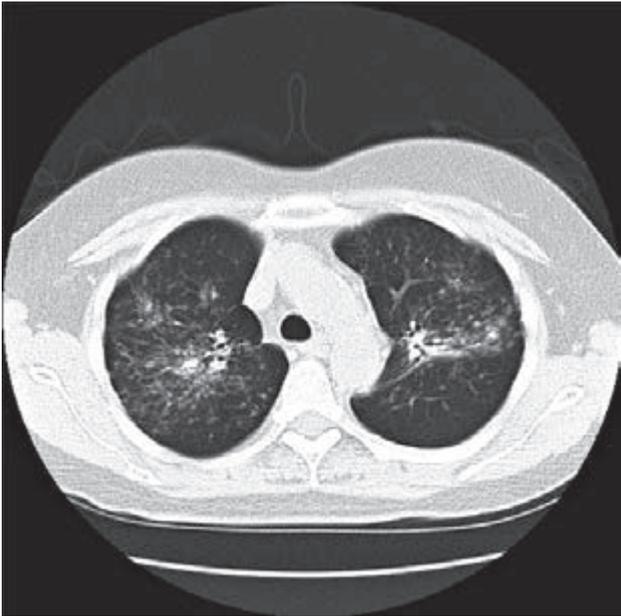


図5. 再発時のCT (2014.6. 9)

ためメソトレキセートを中止し、プレドニン20mg/日のみで治療を行った。自覚症状は消失、陰影は徐々に改善し、3カ月後に拡散能は85.4%に回復、ACEも14.0 U/Lと正常化した。プレドニンは平成26年9月11日から15mg/日、10月8日から12.5mg/日、12月16日から10mg/日、平成27年12月16日以後は7.5mg/日としている。再治療開始18カ月現在、再発なく経過良好である(図6、図7)。

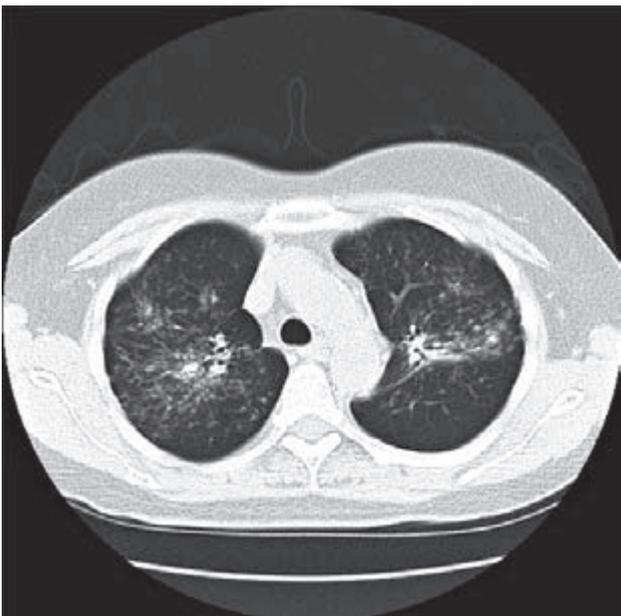


図6. 胸部CT (2015.6. 22)



図7. 胸部X線写真 (2015.11. 18)

#### 考 案

肺サルコイドーシスは胸部X線写真分類で0期：正常、I期：BHL（両側肺門リンパ節腫脹）、II期：BHL+肺野病変、III期：肺野病変期、IV期：肺繊維症期と分けられているが<sup>1)</sup>、本邦ではI期とII期で発見される例が約3/4を占め、III期は約10%<sup>2)</sup>と比較的少なく、他疾患との鑑別がより重要である。サルコイドーシスの診断基準は組織診断群と臨床診断群にわけられる(表1)。本例は胸部X線写真で両側肺門リンパ節腫脹を伴わないすりガラス状および粒状影が両肺野にび漫性にみられ、CTで広範にすりガラス状・粒状影が拡がり、それに気管支血管束の壁不整、小葉間隔壁肥厚、胸膜不整と肺サルコイドーシスIII期の特徴的所見が認められた。本例は気管支鏡下肺生検で壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫を認め、数個の「特徴的な検査所見」とあわせて組織診断群に合致する。

サルコイドーシスは一般に予後の良好な事が多く、約2/3の症例は自然寛解し、10~30%が慢性化あるいは進行する<sup>1)</sup>。胸部X線写真の病期からみると、I期の場合大部分が自然寛解するのに対し、II期の自然寛解は40~70%、III期は10~20%、IV期は0%とされている<sup>1)</sup>。自然寛解は16~39%が6カ月~12カ月以内に、85%以上が2年以内にみられる<sup>1)</sup>。再発は2~8%におこる、とされる<sup>1)</sup>。サルコイドーシスの治療は一般に重篤、あるいは進

行性の呼吸器症状あるいは肺外疾患の場合、介入が必要とされる。ステロイドにより大部分の症例は安定あるいは改善するが、ステロイド漸減あるいは中止後に16～74%が再発する<sup>1)</sup>。本例は組織診断群に合致し、治療についてはプレドニン40mg/日の開始で比較的速やかに改善がみられ、漸次減量、5mg/日の維持療法11カ月、総治療期間約1年4カ月の後、offとした。しかし、その1年4カ月後からやや強い労作での息切れ感を自覚、画像・肺機能も徐々に再増悪がみられ治療終了1年7カ月後に再治療を要した。再治療はプレドニン20mg/日+メソトレキセート5mg/週で開始したが、メソトレキセートの副作用発現のためプレドニン20mg/日のみとなったが、反応は良好で再治療開始後約18カ月現在経過良好である。治療期間についての定まった見解はないが、少なくとも1年以上は継続することとされている。本例は1年余治療行ったが再発がみられており、治療期間については、より慎重な検討が必要と考えられる。

## 文 献

- 1) American Thoracic Society: Statement on sarcoidosis. Am J Respir Crit Care Med. 1999;160:736-55
- 2) 立花暉夫. サルコイドーシスの全国臨床統計. 日本臨床 1994;52:1508-15

国立病院機構 沖縄病院呼吸器内科

久場睦夫、大湾勤子、比嘉 太、仲本 敦、

知花 賢治、藤田香織、新垣珠代

同・放射線科

大城康二

琉球大学腫瘍病理

新垣和也

表1. サルコイドーシスの診断基準 (日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会)

### 【組織診断群】

全身のいずれかの臓器で壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫が陽性であり、かつ、既知の原因の肉芽腫および局所サルコイド反応を除外できているもの。

ただし、特徴的な検査所見および全身の臓器病変を十分検討することが必要である。

### 【臨床診断群】

類上皮細胞肉芽腫性病変は証明されていないが、呼吸器、眼、心臓の2臓器以上において本症を示唆する臨床所見を認め、かつ、特徴的な検査所見の5項目中2項目以上が陽性のもの。

〔特徴的な検査所見〕

- 1) 両側肺門リンパ節腫脹
- 2) 血清アンジオテンシン変換酵素 (ACE) 活性高値または血清リゾチーム値高値
- 3) 血清可溶性インターロイキン-2受容体 (sIL-2R) 高値
- 4) Gallium-67citrate シンチグラムまたは fluoro-deoxyglucosePET における著明な集積所見
- 5) 気管支肺胞洗浄検査でリンパ球比率上昇、CD4/CD8 比が3.5を超える上昇

目でみる胸部疾患 (128)

## 部分肺静脈還流異常を合併した肺癌

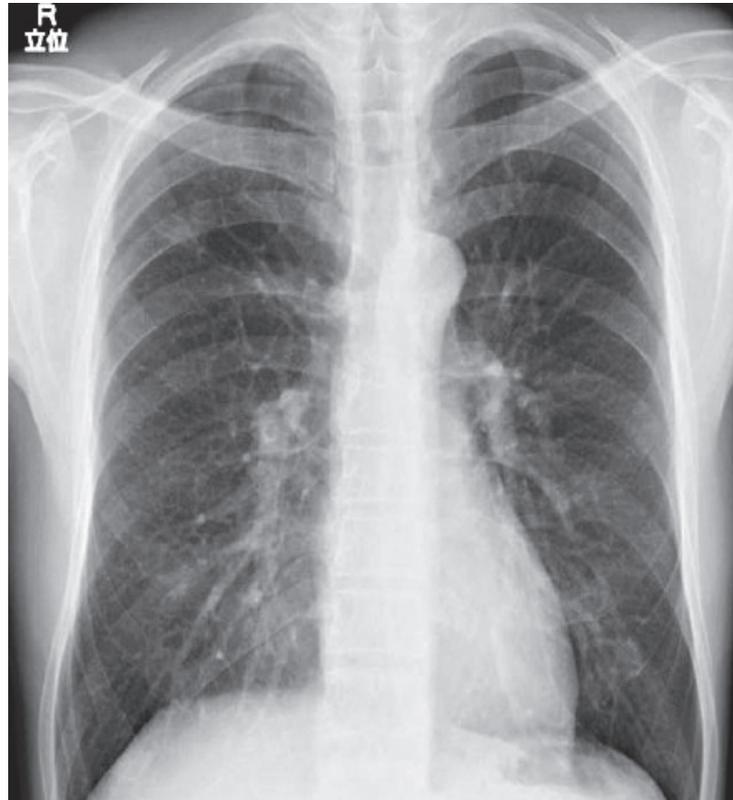


図1 入院時胸部Xp: 右上肺野に淡い不整腫瘍を認める

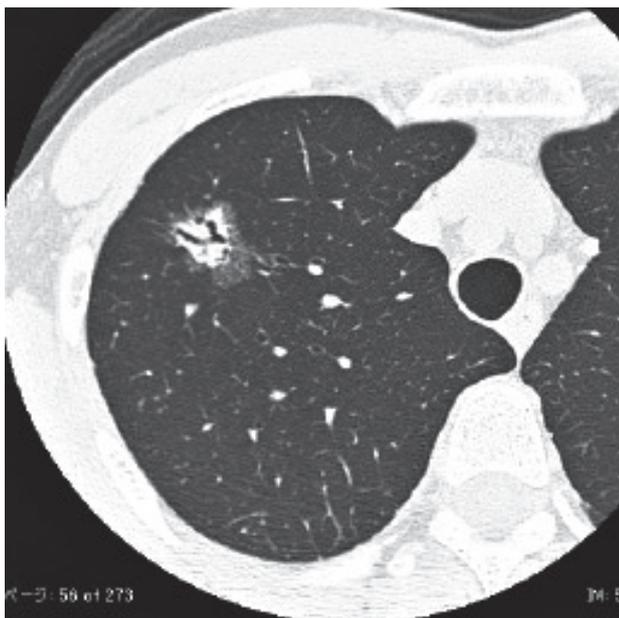


図2 胸部CT、右肺上葉に約2.5cmのPart solid noduleを認

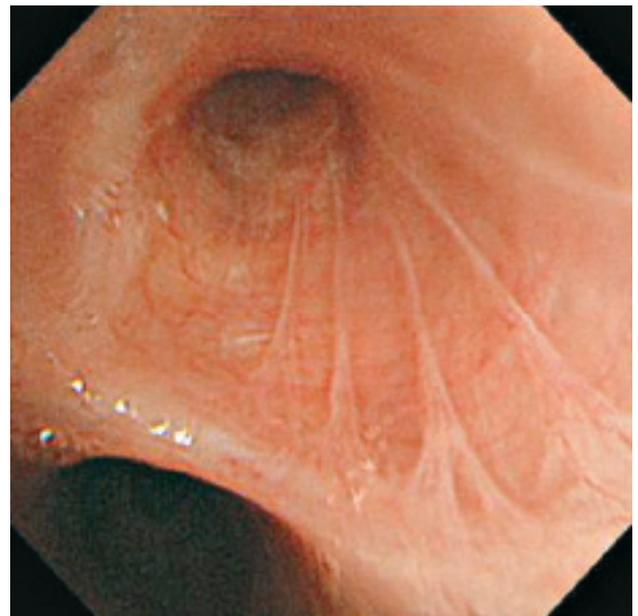


図3 右上葉気管支入口部から区域気管支は観察できない



図4 3D CT：V1-3は奇静脈へ還流

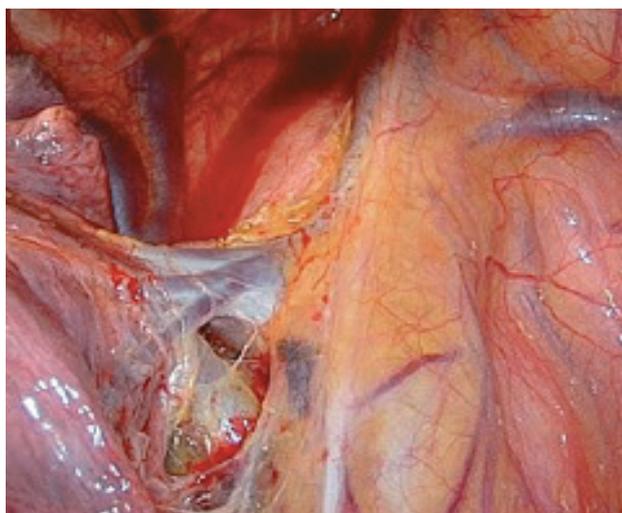


図5 術中写真

症 例：45歳、男性。非喫煙者。

経 過：23歳時、心筋炎があるが、その後特記事項なく健康男性、趣味はジョギング、フルマラソン数回完走。人間ドックで右上肺野に淡い不整陰影を指摘され（図1）前医受診。胸部CTで右肺上葉に約2.5cmのPart solid noduleを認め（図2）、気管支鏡検査が行われ確定診断は得られなかったが肺癌が疑われ当院へ紹介となった。当院でも再度気管支鏡検査を行った。気管支鏡前に前医のCTを評価し、右上葉気管支が通常より長く（図3）、区域気管支は2分岐型であることを確認し、右上肺静脈の還流異常を疑った。造影CTを追加撮影した結果、V1-3は奇静脈へ還流する部分肺静脈還流異常と診断した

（図4）。V4-5は正常であった。気管支鏡下生検で腺癌と診断し、頭部MRI、FDG-PET/CTで遠隔転移は認めず、T1bN0M0 臨床病期IA期と診断した。身体所見：体表リンパ節腫大なし。心音、呼吸音：異常なし

肺機能検査：VC: 5010ml、FEV1.0：4100ml。血ガス：pH=7.42、pCO2=41mmHg、pO2=109mmHg、心電図：V2,3でT波が軽度増高。心臓超音波：EF=73%、壁運動異常なし。Qp/Qs比は1.08と軽度の左右シャントを確認した。

血液検査に異常なく、腫瘍マーカーは正常範囲内。部分肺静脈還流異常のある右上葉に発生した肺癌、耐術能は問題なく、上葉切除後シャント率は改善すると考え、手術の方針となった。

術中所見：右上中葉は分葉不全。V1-3は奇静脈の腹側に還流し（図5）、十分剥離後自動縫合器で遮断し切離した。肺動脈、気管支は定型どおり処理し、リンパ切郭清ND2a-2を行い手術を終了した。手術時間2時間51分、出血量30g。術後2週目に軽快退院した。病理診断は腺癌、pT1bN0M0 StageIAであった。

### 考 察

部分肺静脈還流異常は肺静脈の一部が右心系に還流する先天異常で、頻度は0.2-0.7%と報告されている。異常肺静脈は右側では上大静脈、下大静脈、奇静脈、右房、肝静脈、門脈へ還流し、左側では左腕頭静脈、半奇静脈、冠静脈洞に還流する。他の先天性心奇形を合併することがありASDの8.7%にPAPVCを合併すると報告されているが、成人で偶然発見された症例にASDを合併することは少ない<sup>1-3)</sup>。

病態としては左右シャントで肺血流量が増大すれば右心不全症状を呈するが、シャントが少なければ無症状で経過し日常生活には支障ない。自覚のない部分肺静脈還流異常症で問題になるのは、肺癌などで肺葉切除が必要になる場合である<sup>45)</sup>。自験例のように切除肺の還流異常では術後シャント率の改善が予想され臨床上問題にはならないが、切除肺葉以外に還流異常がある場合、術後シャント率が増加し右心不全へ進行する恐れがある。肺切除の手術前には切除肺葉のみならず温存する肺葉の血管、気管支

の走行を十分確認することが大切である。

文 献

- 1)Gotsman MS, Astley R, Parsons CG. Partial anomalous pulmonary venous drainage in association with atrial septal defect. Br Heart J. 1965;27:566-71.
- 2)Gustafson RA1, Warden HE, Murray GF, Hill RC, Rozar GE. Partial anomalous pulmonary venous connection to the right side of the heart. J Thorac Cardiovasc Surg. 1989;98:861-8.
- 3)Haramati LB1, Moche IE, Rivera VT, Patel PV, Heyneman L, McAdams HP, Issenberg HJ, White CS. Computed tomography of partial anomalous pulmonary venous connection in adults.J Comput Assist Tomogr 2003;27:743-9.

- 4)Black MD, Shamji FM, Goldstein, Sachs HJ. Pulmonary resection and contralateral anomalous venous drainage: a lethal combination. Ann Thorac Surg. 1992; 53: 689-91.
- 5)Asakura K, Izumi Y, Kohno M, Watanabe M, Arai T, Nomori H. Partial anomalous pulmonary venous connection associated with lung cancer in the same lobe: report of a case. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2014;20:457-60.

国立病院機構沖縄病院 外科

河崎英範、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、  
饒平名知史、久志一郎、石川清司、川畑 勉

目でみる胸部疾患 (129)

## 高度縦隔気腫

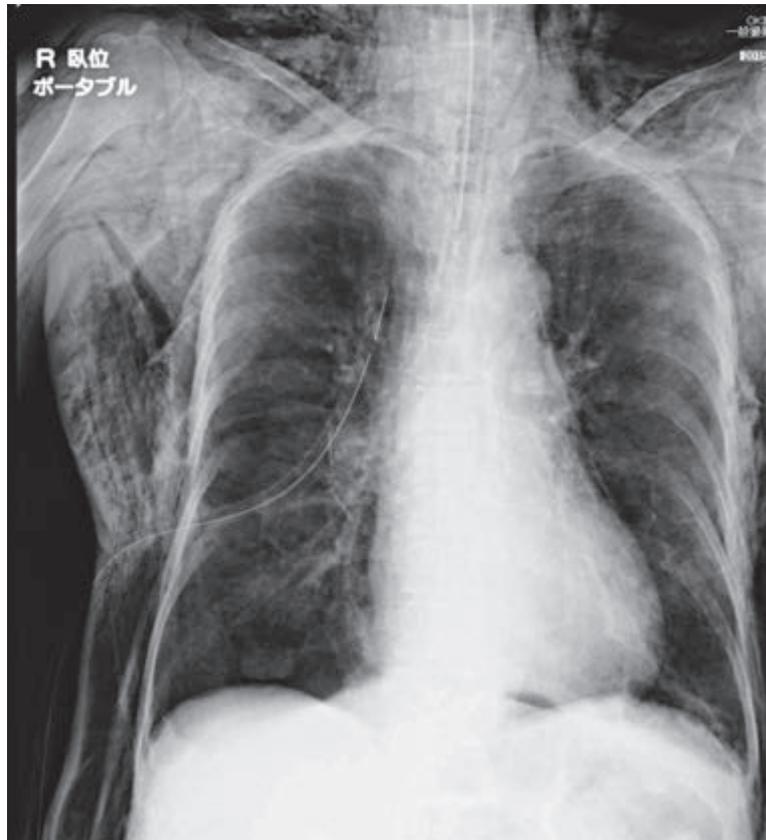


Figure 1

患者：68歳、女性

主訴：呼吸苦

喫煙歴：Never-smoker

現病歴：2015年7月7日、喘鳴および呼吸苦で近医受診。喘息と診断されネブライザー、吸入薬が開始されたが、改善が得られず県立病院へ救急搬送となった。搬送後、著明な頻呼吸、酸素飽和度低下の為、人工呼吸器管理となったが、症状の改善に乏しかった為、胸部レントゲン検査を行ったところ右気胸を発症していた。直ちに胸腔ドレナージが行われ、翌日の午後には呼吸状態の改善が得られ、人工呼吸器から離脱可能となった。また、喘鳴は続いていた為、ネブライザー、ステロイド剤の内服が開始された。ドレナージ後、4日目には肺の膨らみ、リークは改善し胸腔ドレーン抜去となった。しかし、ドレーン抜去後、3日目に突然、顔面～胸部に皮下気腫が出現、胸部レントゲンにて右気胸も見られ、直ちに胸腔ドレナージが行われたが、呼吸状態は安定

せず、再度、人工呼吸器管理となった。胸部CT検査では、顔面～頸部～体幹～両上肢に皮下気腫が見られ、胸腔内には縦隔気腫と軽度の右肺虚脱が認められた。人工呼吸器管理後、3日目(7/16)に精査加療目的で当院へ緊急搬送となった。

既往歴：65歳(3年前)、気管切開の既往あり。高血圧、糖尿病、脂質異常症。2012年2月、右脳梗塞。その後、抑うつ状態となり、有機リンの服毒自殺を図ったが、挿管、気管切開による呼吸管理で救命された(気管切開孔は自然閉鎖)。2014年4月、左視床出血にて保存的治療を受けた。

\*今回の入院前の状態は、左腕の不全麻痺は見られていたが、歩行器にて歩行可能な状態であった。

理学所見：顔面～頸部～両肩～両上肢～胸部～腹部に握雪感があり、著明な皮下気腫を認めた。

血圧 170/96 mmHg、脈拍 100 b / 分、体温 36.7℃。

画像所見：胸部レントゲン・CTにて、著明な皮下

気腫が 頸部～胸部～腹部と広範囲に存在。気管(上部～下部) 周囲、心臓周囲、大血管周囲(大動脈、肺動脈) にガス像を認め、上・中・後縦隔の著明な気腫と考えられた。両肺に軽度の虚脱が存在しているが、気管～主気管支にかけて明らかな損傷は認められなかった [Fig. 1-2].

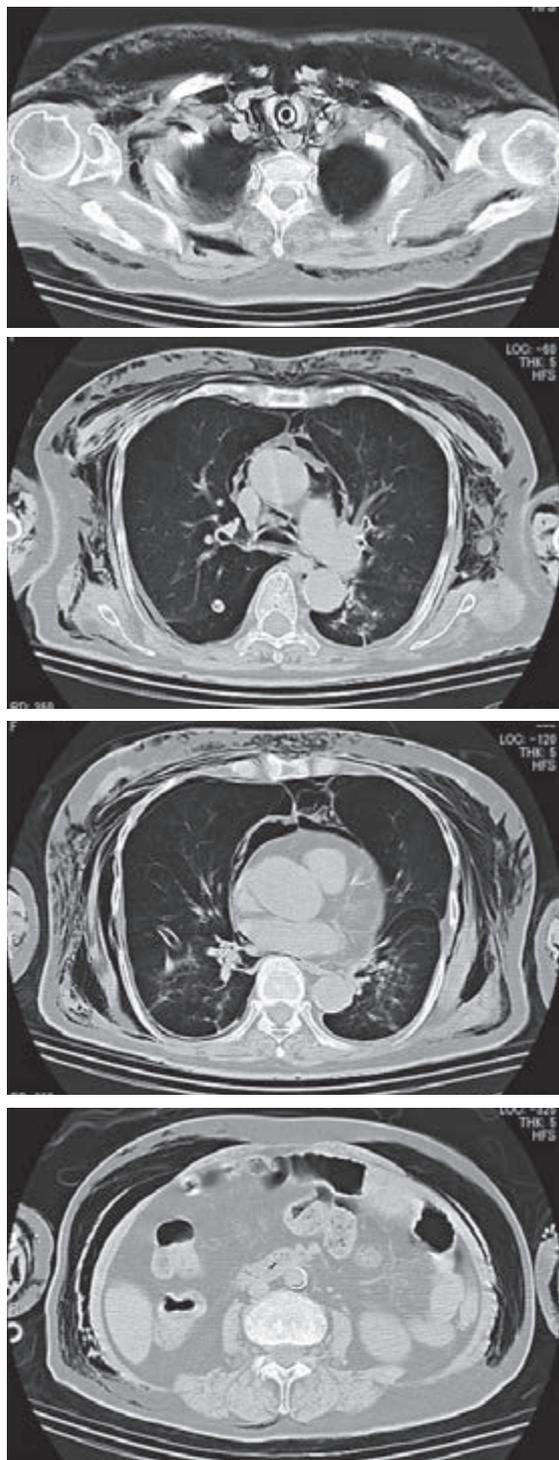


Figure 1-2 : 著明な皮下気腫が頸部～胸部～腹部と広範囲に存在し、気管(上部～下部) 周囲、心臓周囲、大血管周囲(大動脈、肺動脈) にガス像が認められる。両肺に軽度の虚脱が認められている。

血液ガス:pH 7.35、pCO<sub>2</sub> 67、pO<sub>2</sub> 65、SatO<sub>2</sub> 92.4% (CPAP + PSV、吸気圧 8、PEEP 3、FiO<sub>2</sub>=0.4)

気管支鏡検査所見：膿性痰が多量に存在しており、可及的に吸痰施行。その後、気管カニューレを気管上部までバックさせて中枢側～亜区域までの範囲を観察したが、明らかなリーク部位は認められなかった。

診断・治療方針：経過より気管支喘息に起因する縦隔気腫が示唆された。現時点で明らかな気道損傷は認められない事より、①可能な限り吸気圧を下げた呼吸器管理、②高度な皮下～縦隔気腫による呼吸・循環動態の抑制の解除、等に留意して保存的に治療を開始した。

① CPAP + PSV [吸気圧 12、PEEP 3、呼吸数 14、FiO<sub>2</sub>=0.4] に変更。

②両側前胸部(鎖骨中線より外側) にペンローズドレーン挿入、また、右前胸部下方から胸骨上方に向かってアスピレーションキットカテーテルを挿入し、皮下気腫の排出をはかった(右胸腔ドレーンは呼吸性移動が認められていなかった為、抜管とした)。

治療経過：①、②を行った後、4時間30分後に血液ガス測定施行したところ、pH 7.35 → 7.40 / pCO<sub>2</sub> 67 → 55 / pO<sub>2</sub> 65 → 81 / Sat<sub>2</sub> 92.4 → 95.9 と改善が得られた。また、胸腔ドレーン抜去後の胸部レントゲン検査では肺虚脱の進行は認められなかった。抗生剤、気管支拡張剤の投与も開始した。

7/17：挿管チューブを経口から経鼻(7.5 Fr. 気管カニューレ使用)へ変更、CPAP + PSVでの人工呼吸器設定は、最大吸気圧 12～15、呼吸回数 14～16、FiO<sub>2</sub>=30～50%で適宜調整を継続 [Fig. 3].

7/21：皮下気腫、呼吸状態の増悪は認められず、抜管に向けて鎮静剤を OFF とした。

7/22：CPAP → T フローへ変更。経管栄養開始に向けて GFO 投与(1包×3/日)を開始した(7/22-7/24の計3日間投与)。

7/23：人工呼吸器より離脱し、経鼻酸素(3L)へ変更とした。喘息に対しては7/23-7/24のみソルメルコート 40mg/日点滴静注。7/23 からシングレア開始、7/24 から経口ステロイド薬開始とした(7/24 からネオフィリンは中止) [Fig. 4].

7/25：経管栄養開始。

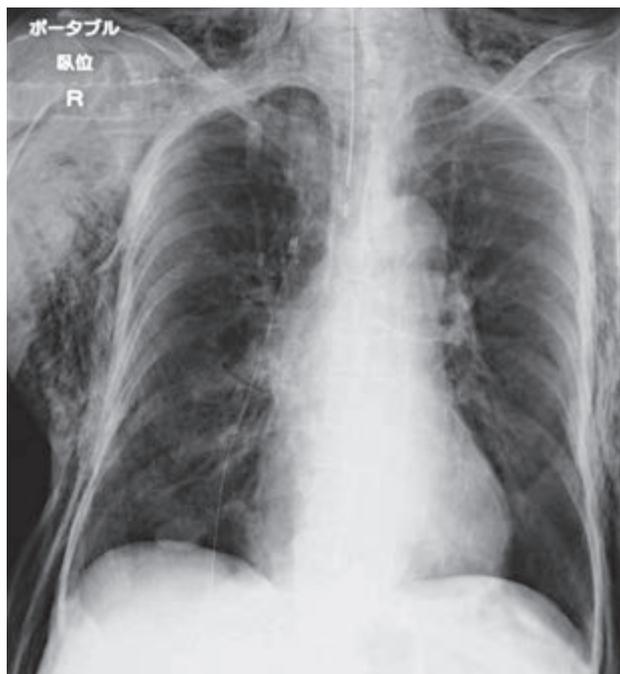


Figure 3: 胸腔ドレーン抜去、ペンローズドレーン・アスピレーションキット挿入による脱気開始後

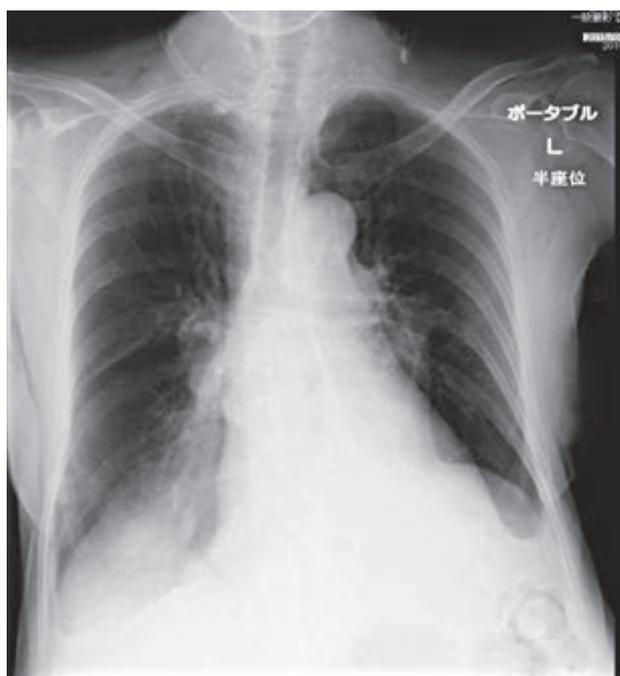


Figure 4: 人工呼吸器離脱後。無気肺による右下肺野の透過性低下が認められる。

7/27：経口による食事摂取開始。

7/29：抗生剤終了（マキシピーム 1g × 2 / 日、計 2 週間投与）。

8/2：抗生剤終了（バンコマイシン 0.5g × 2 / 日、計 2 週間投与）。

以後、経鼻酸素は漸減可能で 0.5L まで減量可能であった（SpO<sub>2</sub>=90%後半を維持）。また、喘息に対しては吸入ステロイドおよびシングレア内服で症



Figure 5: 退院時. 右下葉の無気肺は改善し、両肺の膨らみは良好。

状は安定が得られた。胸部 XP でも浸潤影、肺虚脱は見られず血液検査における炎症反応値の改善も認められた [Fig. 5]. 8/13 に状態確認の為、胸部 CT、気管支鏡検査を行ったところ、CT では「両側下葉背側に炎症性変化が見られるが、縦隔気腫・気胸は認められない」、BF では「第 1-2 気管前方にポリープ状の小隆起が見られるが、可視範囲内に外傷性的変化は認められない」との所見であった。最終的に、縦隔気腫は保存的に改善が得られ、結局、リーク部位は不明であった。上記の経過で全身状態は安定していたが、退院に向けてのリハビリ目的で 8/14 に地元の県立病院へ転院となった。

### 考 察

縦隔気腫とは、縦隔内にガスが迷入した状態であり、その原因としては、①胸腔内圧の上昇による肺胞破裂、②肺病変による肺胞破裂、③気管・気管支断裂、④食道破裂、⑤頭頸部の外傷、手術、⑥腹部・後腹膜の外傷および手術などが挙げられるが、最も多い原因は、胸腔内圧上昇による肺胞破裂によるものである<sup>1)</sup>。機序としては、肺胞から漏れ出たガスが縦隔の陰圧あるいは呼吸運動のポンプ作用により、気管支血管周囲から縦隔の大血管、内臓周囲の疎な結合組織束を楔状に引き裂きながら進行し、拡大すると考えられており（Macklin 効果）<sup>2)</sup>、頸部

---

に達したガスは顔面や胸壁、上肢にも拡がり、また、後腹膜腔から腹腔に達することも報告されている。

本症例は気管支喘息治療中に発生しており、②の肺病変による肺胞破裂が原因で縦隔気腫が生じ、人工呼吸器による陽圧換気で漏れ出たガスが頸部～顔面～上肢～胸壁～腹壁に拡がっていったものと考えられた。治療としては、軽症の場合、原因除去の上、安静、消炎鎮痛薬の投与、縦隔炎予防の抗菌薬投与などが第一選択になるが、進行性に気腫が拡大した場合は縦隔内圧の上昇による循環不全を呈する事があり、縦隔切開、ドレナージ、気管切開などの外科的処置や呼吸管理が必要となる。本症例は呼吸、循環動態が不安定であった為に人工呼吸器による陽圧換気が開始されたが、陽圧換気にて縦隔気腫が進行した可能性もあり、皮下気腫など気道からのガス漏出が予想される場合には人工呼吸器使用に関

しては慎重な検討が肝要と思われる。しかし、重篤例においては人工呼吸器使用が避けられない状況もあり、その場合は縦隔、皮下ドレナージなどにてガス漏出による緊張を解除しつつ、血液ガス値の安定を維持するバランスを考慮した人工呼吸器管理が大切である。

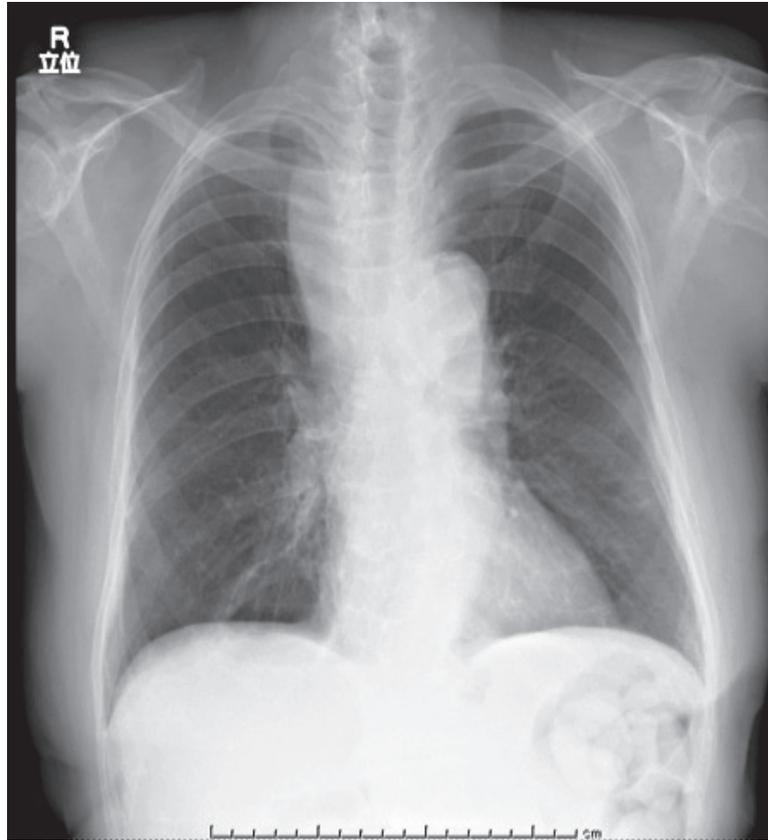
#### 文 献

1. 中館 俊英: 縦隔気腫. 呼吸 2012;31:367-72.
2. Macklin CC. Transport of air along sheaths of pulmonic blood vessels from alveoli to mediastinum. Arch Intern med. 1939;64:913-26.

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院 外科  
饒平名知史、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、  
久志一朗、河崎英範、石川清司、川畑 勉

目でみる胸部疾患 (130)

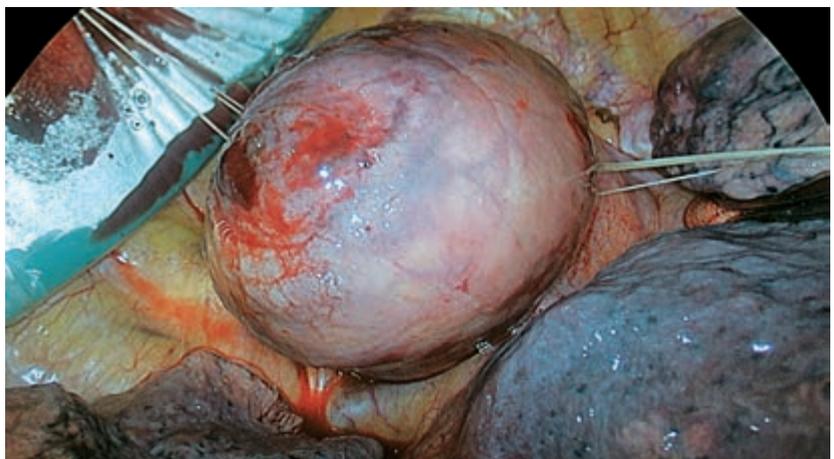
## 食道脂肪腫



(Figure1)



(Figure2)



(Figure3)

症 例：82歳、男性

主 訴：呼吸苦

既往歴：糖尿病

現病歴：約6ヶ月前から続く咳嗽・呼吸苦を主訴に近医を受診し、胸部X線で右上縦隔に異常陰影があり(Figure1)、胸部CT画像(Figure2)で気管を圧排する縦隔腫瘍を認めた。内視鏡検査にて食道内巨大粘膜下腫瘍の診断に至り当科に紹介された。再度の食道内視鏡検査により有茎性食道内巨大粘膜下腫瘍の診断に至り手術治療を施行した。術中所見では、右開胸により食道に到達し、食道に縦切開を加え、有茎部を結紮し食道腫瘍(Figure 3)を摘出した。病理学的検査では良性の脂肪腫であった。

考 察：食道脂肪腫は極めて稀であり、食道腫瘍の0.03%といわれている<sup>1)</sup>。これまでの報告によると、

食道脂肪腫は有茎性である事が多く、上部食道から発生する事が多い<sup>2)</sup>。病理学的には食道脂肪腫は良性であるが、腫瘍径が大きければ食事摂取困難を生じ、気管圧排を呈する事もあるため手術治療の適応となる。

独立行政法人国立病院機構沖縄病院 外科

平良尚広 河崎英範 古堅智則 伊地隆晴

久志一郎 饒平名知史 石川清司 川畑 勉

#### 参考文献

- 1) Plachta A. Benign tumors of the esophagus. Review of literature and report of 99 cases. Am J Gastroenterol. 1962;38:639-652.
- 2) Caceres M1, Steeb G, Wilks SM, Garrett HE Jr. Large pedunculated polyps originating in the esophagus and hypopharynx. Ann Thorac Surg. 2006;81:393-6.

## 緩和ケア病棟における短期間入院の特徴

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院緩和医療科<sup>1)</sup>、外科<sup>2)</sup>、内科<sup>3)</sup>  
久志 一郎<sup>1) 2)</sup>、福田 暁子<sup>1)</sup>、大湾 勤子<sup>1) 3)</sup>、石川 清司<sup>1) 2)</sup>

Characteristics of short-term hospitalization in palliative care unit.

Division of Palliative medicine<sup>1)</sup>, Division of Surgery<sup>2)</sup>, Division of Internal medicine<sup>3)</sup> NHO Okinawa National hospital.

Kazuaki Kushi<sup>1) 2)</sup>, Akiko Fukuda<sup>1)</sup>, Isoko Owan<sup>1) 3)</sup>, Kiyoshi Ishikawa<sup>1) 2)</sup>

### ABSTRACT

We retrospective reviewed clinical characteristics of the short-term hospitalization group (within 7days) and the long-term hospitalization group (more than 61 days) in Palliative care unit were compared. Between January 2011 and December 2013, 390 patients were hospitalized for palliative care of terminal cancer, 36 patients of them (9.2%) were the short-term hospitalization, the high frequent symptom at admission was dyspnea, general fatigue and disturbance of consciousness. The in-hospital mortality were 64.9% in short-term group and 97.6% in long-term group. More patients in the short-term hospitalization group than in the long-term hospitalization group had home transition rate (27.8% vs. 0.78%). Social factors was observed in 22% of the long-term hospitalization group (26/119 patients), such as nursing shortage and living alone.

### 要 旨

今回、当院緩和ケア病棟における短期間入院患者（在院日数7日以内）の特徴を長期間入院患者（在院日数61日以上）と比較検討した。また、当院における在宅療養への移行率、問題点を検証した。

2011年～2013年の3年間の入院患者総数は390名、短期間入院患者数は計36人（9.2%）、長期間入院患者数は計127名（32.6%）。

入院時の主訴別では呼吸困難、全身倦怠感、意識障害が多く、各々の転帰別では、死亡退院が短期間入院患者で25名（69.4%）、長期間入院患者で97.6%であった。在宅療養への移行率は、それぞれ27.8%と0.78%で短期間入院患者に多くみられた。長期間入院患者では、介護力不足、独居などの社会的な要因も22%（26/119例）に認めた。

はじめに：在宅療養への推進が施策されて久しいが、実際には在宅療養への移行に難渋する事も多い。当院緩和ケア病棟においては、臨床経験として入院期間が短いほど在宅移行率が高い印象であった。今回、短期間入院患者の特徴を明らかにするとともに在宅療養移行への問題点を検証した。

目的：短期間入院（7日以内）の患者背景、要因、転帰等の特徴を明らかにするため長期間入院患者と比較検討した。

方法と対象：2011年1月から2013年12月まで当院緩和ケア病棟入院となった390名を対象にして短期間入院（7日以内）と長期間入院（61日以上）

の患者背景を比較検討した。

結果：2011年～2013年の3年間の入院患者総数は390名、内訳は男性250名、女性140人、平均在院日数は60.9日（中央値36.5日）、男性の平均年齢は72.84（21～95歳）、女性の平均年齢は73.8歳（27～98歳）であった。

入院7日間以内の患者数は計36人（9.2%）、入院61日以上入院患者数は計127名（32.6%）、7日以内、61日以上入院患者の割合は減少傾向であった（図1）。

入院期間別の特徴としては、短期間入院の平均入院期間は4.7日、性別では男性24人、女性12人

図1. 年別入院期間(入院件数、百分率)



2011年～2013年の3年間の入院患者数は390名、入院7日間以内の患者数は計36人(9.2%)、入院61日以上患者数は計127名(32.6%)。7日以内、61日以上入院患者の割合は減少傾向。

で平均年齢は70.2歳(男性73.5歳、女性63.6歳)、疾患別では肺癌、結腸直腸癌、乳癌、膵臓癌の順で多く、入院時の主訴別では呼吸困難、全身倦怠感、意識障害の順となっていた。長期入院の平均入院期間は134.5日、性別では男性77人、女性50人で平均年齢は74.9歳(男性74.1歳、女性76.5歳)、疾患別では肺癌、頭頸部癌、結腸直腸癌、前立腺癌の順で多く、入院時の主訴別ではPS低下、癌性疼痛、治療目的、呼吸困難の順となっていた(表1)。

表1. 入院期間別の特徴

	短期間入院	長期間入院
患者数(男/女)	36名(24/12)	127名(77/50)
平均年齢(男/女)	70.2歳(73.5/63.6)	74.9歳(74.1/76.5)
平均入院期間(日)	4.7日	134.5日
主な疾患	肺癌 12名 結腸直腸癌 6名 乳癌 4名 膵臓癌 4名	肺癌 56名 頭頸部癌 13名 結腸直腸癌 11名 前立腺癌 6名
入院時主訴	呼吸困難 11名 全身倦怠感 6名 意識障害 5名 胸腹水増加 4名 腫瘍性出血 3名 癌性疼痛 2名	PS低下 37名 癌性疼痛 21名 治療目的 19名 呼吸困難 16名 腫瘍性出血 7名 経口摂取困難 5名

各々の転帰は、短期間入院患者では死亡退院が25名(69.4%)、軽快退院は10名(27.8%)で全て在宅療養していた患者であり、再度、在宅療養へ移行した。

長期間入院患者では、124名(97.6%)が死亡退院、軽快退院は1名(0.78%)で極少数となっていた(表2)。

入院期間8日～60日の患者では、軽快退院が20名で8.8%(20/227)、対象期間内で全退院患者における在宅移行率は7.9%(31/390)(図表示なし)。

短期間入院患者の入院時の主訴は、呼吸困難が最も多く(11例、30.6%)、全身倦怠感、意識障害、胸腹水増加、腫瘍性出血、疼痛コントロール不良の順であり、転帰では意識障害を呈している患者は、全例死亡していた(表3)。

表2. 入院期間別の特徴 - 転帰 -

	短期間入院 (n=36)	長期間入院 (n=127)
転帰 (P<0.001)	軽快退院 (在宅療養) 10名 (27.8%)	1名 (0.78%)
死亡退院	25名 (69.4%)	124名 (97.6%)
転院	1名 (2.7%)	2名 (1.6%)

短期間入院患者では、軽快退院が10名(27.8%)で全て在宅療養していた患者であり、再度、在宅療養へ移行した。長期間入院患者では、軽快退院は1名(0.78%)と少なく124名(97.6%)が死亡退院となっていた。

\*入院期間8日～60日の患者では、軽快退院が20名で8.8%(20/227)であった。

表3. 入院期間別の特徴 - 短期間入院患者の主訴と転帰 -

主訴	患者数	転帰(軽快/死亡/転院)
呼吸困難	11名	3/8/0
全身倦怠感	6名	3/3/0
意識障害	5名	0/5/0
胸腹水増加	4件	1/3/0
腫瘍性出血	3件	1/2/0
疼痛コントロール不良	2件	1/1/0
経口摂取困難	2件	1/1/0
急性心筋梗塞	2件	0/1/1
腸閉塞	1件	0/1/0

意識障害を呈している患者は、全例死亡。

短期間入院患者では、症状改善のために酸素投与2例(退院時に在宅酸素導入)、胸腹水穿刺2例、補液、ステロイド投与などの処置投薬が施行されていた。入院経路別では、短期間入院患者で転院、長期間入院患者で在宅からの経路が多い傾向がみられたが有意差は認めなかった。

在宅療養希望の有無に関しては、「今後、症状改善したら在宅療養を希望しますか」との入院時間診結果によると短期間入院患者で38.9%、長期間入院患者でも36.1%で症状軽快後の在宅療養を希望されており統計学的に有意差は認めなかった(表4)。

表4. 入院経路と入院時の在宅療養希望の有無

	短期間入院	長期間入院
入院経路 (P=0.07)	在宅 16名(44.4%)	69名(54.3%)
転院	20名(55.6%)	51名(40.2%)
施設	0	7名(5.5%)
在宅療養希望 (P<0.95)	有り 14名(38.9%)	43名(36.1%)
無し	11名(30.5%)	38名(31.9%)
不明	11名(30.5%)	38名(31.9%)

入院経路は、短期間入院患者で転院、長期間入院患者で在宅から経路が多い傾向がみられた(有意差なし)。入院時、「今後、在宅療養を希望しますか」の問診では、いずれも約40%が在宅療養を希望(有意差なし)。

長期間入院患者の在宅療養移行率が少ない要因としては、2011年～2013年で61日以上長期入院

となった入院患者 127 症例中、検索可能であった 119 例を対象として検討したところ呼吸困難、脳・骨転移、疼痛増強など病状進行による ADL の低下が主な理由であった。しかし、介護力不足、独居、家族の希望などの社会的な要因も 22% (26/119 例) に認めた (表 5)。

表5. 長期間入院患者の在宅療養移行困難の要因

要因	件数	要因	件数
呼吸困難	23件	出血	6件
脳転移	16件	せん塞	6件
骨転移	13件	家族の希望	3件
疼痛増強	13件	腸閉塞症状	3件
介護力不足	13件	腫水増加	1件
経口摂取困難	10件	失明	1件
独居	10件	意識レベル低下	1件

呼吸困難、脳・骨転移、疼痛増強など病状進行によるADLの低下が主な理由。介護力不足、独居、家族の希望などの社会的な理由も22% (26/119例) 認めた。

※2011年～2013年で61日以上長期入院となった入院患者27症例中、検索しえた119例を対象とした。

考 察：2016年2月現在、沖縄県内には緩和ケア病棟が4施設、総病床数88床がある。当院緩和ケア病棟は院内病棟型として2006年6月に16床で開棟、2010年4月より20床を有している。

ホスピス緩和ケア白書での日本の緩和ケアの現状報告では、平均在院日数は2013年度では34.7日で徐々に短くなる傾向であるが、当院は60.9日(中央値36.5日)であり長期間となっていた。また、緩和ケア病棟退院患者のうち死亡退院は全国平均85.1%と報告されているが、当院は91.0% (206/390) で平均より多くの患者を看取っていた。

沖縄県の2013年がん死亡者数は3001名、そのうち緩和ケア病棟で死亡したがん患者の割合は2014年には16.5%となり全国平均の10.2%より高くなっている。一方、がん患者の自宅死亡割合は8.1%で全国平均9.6%より低い状況からも当院緩和ケア病棟退院患者における死亡退院患者数が全国平均より高い事も一致する<sup>1)</sup>。

在宅、転院、施設からの入院経路別での検討では、短期間入院患者は転院の症例が55.6% (20/36) で、長期間入院患者は在宅からの入院経路が54.3% (69/127) で有意差は認めなかった (P=0.07)。長期間入院患者では、病状進行により在宅療養困難となっていた状況も十分に推測され、在宅療養の期間、ADLの変化などに関しても詳細な検証が必要と感じられた。

当院緩和ケア病棟の全退院患者の在宅療養移行率は7.9% (31/390) と少なく、更に長期間入院患者の在宅移行率は極めて低値であった。入院時の「今後、症状改善したら在宅療養を希望しますか」との間診では、短期間入院患者、長期間入院患者の間に有意差は認めなかった (P=0.95、表4)。短期間入院で在宅療養へ移行した症例 (27.8%、10/36) は、全例ともに入院経路が在宅からであった。また、入院時の間診でも症状改善後は在宅療養を希望しており、退院が円滑に進められていた。

緩和ケア病棟からの在宅療養移行が30～40%と全国平均より極めて高率な文献報告も散見されるが、いずれも地域における在宅医療機関との連携、緩和ケア病棟への再入院体制、レスパイト入院の受け入れなどの在宅療養困難時の支援体制の構築が重要としている<sup>2) 3)</sup>。

当院では、入院61日以上長期入院患者が全体の3割以上存在していたが、同患者においても入院時には症状軽快時の在宅療養希望も36.1% (43/127) と少なくはなく、入院後に病状が進行するに伴い在宅療養を断念したケースもあると思われる。一方で、介護力不足や独居、家族の希望などの社会的な要因で在宅療養への移行が困難であった症例も22%に認めていた。今後、より良い緩和ケアが出来るよう患者本人の意思や家族の意向を尊重しながら社会資源を活用した在宅療養も重要な選択肢として提供していきたい。

#### 参考文献：

- 1) ホスピス緩和ケア白書 2015 青海社
- 2) 伊藤浩明. 「ホスピス機能を有する急性緩和ケア病棟」への模索 - 緩和ケア病棟開設3年間の活動経過と結果 - Palliative Care Research 2014;9:910-4
- 3) 白髭豊、野田剛稔、北条美能留. OPTIM プロジェクト前後での病院から在宅診療への移行率と病院医師・看護師の在宅の視点の変化. Palliative Care Research 2012;7:389-94

## 当院での FeNO 測定状況と採算性の検討

国立病院機構 沖縄病院 呼吸器内科

知花賢治、新垣珠代、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子

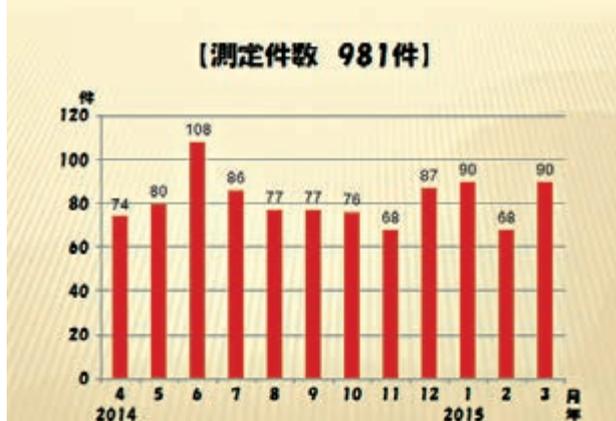
### 要 旨

背景と目的：2014年4月に気管支喘息患者の状態を把握するだけでなく、気管支喘息が疑われる患者の診断、治療の効果判定に FeNO 測定は有用であると考え、NIOX MINO<sup>®</sup>を導入した。1年間に FeNO を測定した件数は981件であり、月平均は約81.8件である。今回我々は、FeNO 測定による歳入と歳出について検討した。

### 結 果

#### (1) 測定症例数と件数

症例数は405例であり、測定開始月には74例と最も多く、はじめの3か月は50例以上の測定を行っていたが、以後は20例前後の症例に新たに FeNO を測定していることが分かった。測定件数は981件であり、6月が100件と超えていたが、それ以外の月では大きな変動はなく、1年間での月平均測定件数は約81.8件であった(表1)。



#### (2) 歳入と歳出

当初の歳入と歳出については、【歳入】1回に

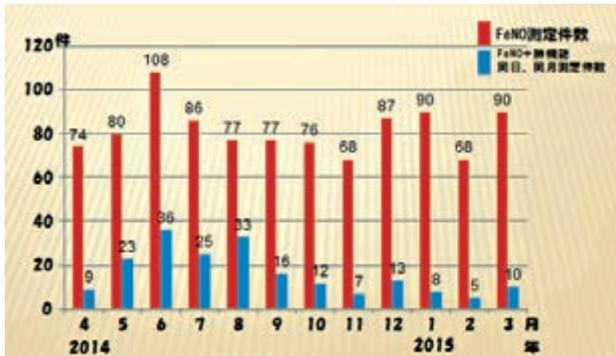
FeNO を測定する場合、呼気ガス分析が100点と呼吸機能検査等判断料が140点であり、合計240点算定ができる。

当院での1年間での FeNO 測定件数が981件であったため、 $240 \times 981 = 235440$ 点となり、235万4400円の収入となる。

【歳出】①測定機器本体が600000円、②測定を行う際に使用するセンサーキット(一人の患者に1回使用したら使い捨て)の価格は1回で購入する個数によって異なり、価格が1箱100個入りで240000円、300個入りで540000円、500個入りで700000円である。当院ではそれぞれ100個入り、300個入り、500個入りを1箱ずつ購入し、以後は500個入りを購入している。900件までは100個入り240000円 + 300個入り540000円 + 500個入り700000円で合計が1480000円であり、その残りの81件は500個入りで700000円のキットを使用したため113400円であった。以上よりセンサーキットの合計は1593400円であった。③保管用ハードケースや湿度調整剤の価格が合計で25880円であった。以上より歳出は600000円 + 1593400円 + 25880円で合計2219280円であった。

上記の結果から1年で歳入2354400円、歳出2219280円であり、黒字であると考えていた。しかし、歳入に関して呼気ガス分析100点は毎回算定できるが、呼吸機能検査等判断料140点に関しては月1回のみ算定であり、さらに肺機能検査と同時に施行した場合は算定できないことが判明した。以上のことを踏まえて、肺機能検査と FeNO 測定を同日、同月に行っていた場合、FeNO 測定を1月に2回以上測定していた場合は、呼吸機能検査等判断料

が月1回しか算定できないため、その件数を確認し、歳入を再度検討した。肺機能検査と FeNO 測定を同日、同月に行っていた件数と FeNO 測定を1月に2回以上測定していた件数は1年で197件であった。4月から9月までは FeNO 測定件数502件に対して肺機能検査と FeNO 測定を同日、同月に行っていた場合、FeNO 測定を1月に2回以上測定していた件数が142件(約28.3%)であるのに対して、10月から翌年3月までの FeNO 測定件数479件に対して肺機能検査と FeNO 測定を同日、同月に行っていた場合、FeNO 測定を1月に2回以上測定していた件数が55件(約11.5%)と減少していた。1年での平均は約20%であった(表2)。



この結果から訂正した歳入は2078600円で、歳出が2219280円と140680円の赤字であることが分かった。

### (3) 採算性の検討

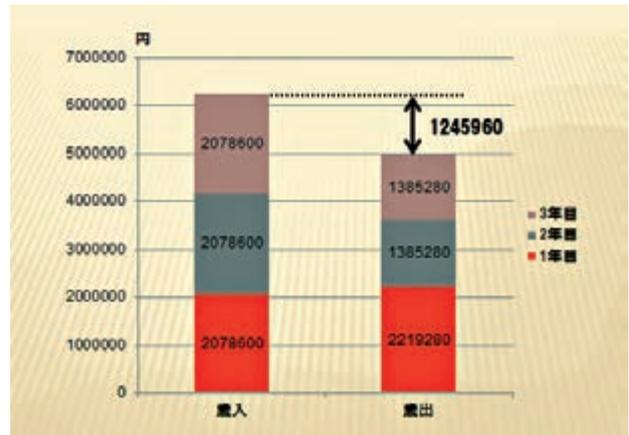
1年間での歳入と歳出の結果を踏まえて、今後の採算性の検討をおこなった。

検討をおこなう期間として、測定機器 NIOX MINO<sup>®</sup> を導入後3年(今回検討した1年+今後2年)とした。理由としては、測定機器 NIOX MINO<sup>®</sup> が、使用期限が3年または、3000回測定のいずれか早い方で使用できなくなるためである。

歳入は、今回検討した1年での測定件数が981件であり、今後2年間も同様の測定件数が期待できるものとした。肺機能検査と FeNO 測定を同日、同月に行っていた件数と FeNO 測定を1月に2回以上測定していた件数の1か月平均の割合は20%であり、最近では採算性を考え、同時測定は必要な場合以外は行わないように考えているため、今後減少すると思われるが、前年と同様だと仮定し算定した。そのため、今後2年間での歳入は2078600×2=4157200円で、3年間では6235800円となる。

歳出は、今後2年間は測定機器の費用はかからないため、センサーキットが1400円×981×2=2746800円、湿度調節剤が23760円となり、3年間では2219280+2770560=4989840円となる。

よって、NIOX MINO<sup>®</sup> を導入後3年間での歳入が6235800円で歳出が4989840円となり、今後2年間に1年目と同様の測定件数が維持できれば1245960円の黒字が期待できることが分かった(表3)。



### 考 察 :

2013年に測定機器 NIOX MINO<sup>®</sup> による FeNO 測定が保険診療により可能となった。

携帯型測定器であるため、取り扱いや操作が簡便である。FeNO は非侵襲的な好酸球性炎症を評価するための指標として有用だと考えられている。主に喘息の診断や治療、経過をモニターするために行うほか、咳嗽の症例に対して鑑別のため測定を行っている。当院では、外来通院中の気管支喘息症例や咳嗽を主訴に受診する症例、さらには気管支喘息と COPD 合併例の確認のため FeNO を測定することが多い。これまでは特に外来で喘息症例の経過をみる際に、採血などの数値で確認することがほぼなかったため、FeNO を外来で測定することで治療の経過を把握することができると考え、NIOX MINO<sup>®</sup> を導入した。導入後約半年が経過した時点で、肺機能検査と FeNO 測定を同日、同月に行っていた場合、FeNO 測定を1月に2回以上測定していた場合は、呼吸機能検査等判断料が月1回しか算定できないことが判明し、テストキットの価格が安価でないこと、他院ほど喘息症例が少なく、歳入、歳出を計算し今後の診療方針に役立てる目的で採算性の検討をおこなった。

歳入の面では、先述したように肺機能検査と

FeNO 測定を同日、同月に行っていた場合、FeNO 測定を1月に2回以上測定していた場合は、呼吸機能検査等判断料が月1回しか算定できない。実際、初診患者や診断などのために FeNO 測定と肺機能検査を同日に行ったり、気管支喘息患者の経過を見る場合に月2回以上の FeNO 測定を行う事は、臨床上で必要性が高いため問題ないと考えます。

歳出の面では、初めの1年で支出の約27%は機器の購入である。今後は主にテストキットが支出の大半を占めると思われる。また、今回テストキット購入の際に、測定の必要な症例数を把握して購入することがよりコストパフォーマンスを良くすることができたため、今後は機器などの購入の際に十分に検討をおこなう必要があると思われた。

まとめ：

当院での FeNO 測定の実況と採算性の検討をおこなった。測定が必要だと思われていた症例が予想していた件数より多く、このことは喘息の診断を簡易的に行う検査が少なく、FeNO 測定は診断だけでなく、経過を見るのに必要な検査であることを示唆しているものと思われた。必要性はもちろんであるが、採算性を検討せずに施行していると、コストパフォーマンスが悪くなる可能性があるため、より多くの症例に検査を行うためには、多少は採算性を検討する必要があると思われた。

参考文献：なし

## コココーラ療法にて摘出した直腸糞石の一例

古謝 亜紀子 石原 聡 樋口 大介

はじめに：胃石に対してコココーラ療法という、コココーラによる胃石の溶解療法があるが、糞石の除去に対しては、ほとんど報告がない。今回、直腸の巨大な糞石に対してコココーラ療法が奏功した。若干の文献的考察を加え報告する。

### 症 例

患 者：51 歳 男性

主 訴：排泄障害

既往歴：肢体型筋ジストロフィー 人工呼吸器管理

現病歴：筋ジストロフィーにて当院筋ジス病棟に1979年より入所中。長期臥床により、便秘傾向であったが、定期処方された下剤は本人の拒否が強く、頓用で使用されていた。2015年11月より、排泄時に便汁と排ガスのみで、固形便の排出を認めなかった。腹満が強くなったため、CTを施行したところ約8cmの直径の外殻石灰化を伴う糞石を確認した。浣腸や摘便を繰り返すが排便できず、11月26日内視鏡的に除去目的に当科紹介となった。

身体所見：身長：156cm 体重 43Kg

側弯 結膜に貧血・黄疸を認めず。肝脾腫なし

検査所見：血液検査で異常を認めず。図1参照

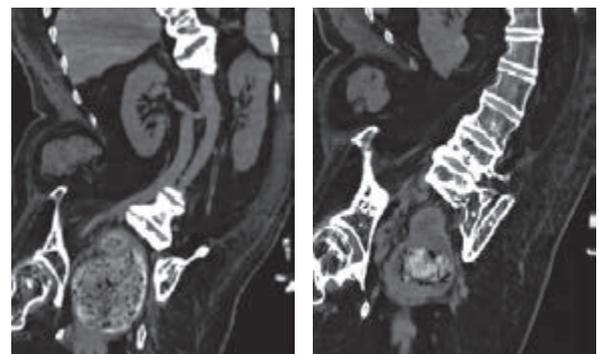
血算		正常値	生化学	正常値
白血球	9020 $10^3/\mu\text{l}$	4~10	TP	6.6 g/dl 6.7~8.3
赤血球	510 $10^3/\mu\text{l}$	410~530	AST	17 IU/L 13~33
ヘモグロビン	16.2 g/dl	13.5~18	ALT	15 IU/L 8~42
ヘマトクリット	48.6 %	36~50	LDH	142 IU/L 119~229
MCV	95.3 fl	85~104	$\gamma$ -GTP	24 IU/L 10~47
MCH	31.8 pg	28~35	T-BIL	0.64 mg/dl 0.3~1.2
MCHC	33.3 %	30.5~35.5	BUN	14.2 mg/dl 8~22
血小板	19.5 $10^3/\mu\text{l}$	13~37	CRE	0.08 mg/dl 0.4~0.7
血液像			推算GFR	1046ml/min
Neut	79.1 %	45~65	Na	137 mEq/L 138~146
Lymp	14.2 %	20~45	K	3.4 mEq/L 3.6~4.9
Mono	5.8 %	4~8	Cl	105 mEq/L 99~109
Eosi	0.6 %	1~5	CRP	35.5 mg/dl 0~0.3
Baso	0.3 %	0~2	血糖	101 mg/dl 70~110

図1.血液、尿検査所見

### 臨床経過

2016年11月26日、大腸内視鏡施行した(図2参照)。直腸内に固い粘土質の野球のボール大の糞便を確認した。ウォータージェットによる洗浄では外

観に変形認めなかった。摘便、便塊内に局注射でコココーラを1回10ccずつ場所を変えて注入していった。注入を繰り返したところ、ボール状の便が次第にひび割れてきて、崩れる便片を認めた。ある程度の塊を摘便で掻きだしたが、半分近い大きさの便塊は残存していた。内視鏡操作による苦痛と腹満の訴えが強くなったため、肛門から40cmぐらいのところまで、コココーラの残り300mlを腸内に注入し、終了とした。



平成27年11月24日 平成27年12月7日  
図1 CT所見

その後禁食・水分にて排便を待ったが、排便を認めなかったため、同年11月30日に再度大腸内視鏡にてコココーラによる硬便破碎を行った(図3参照)。前回同様コココーラを便塊に注入したところ、前回よりもろく崩れる印象で、可視範囲内の便塊はほぼ破碎されたため、終了とした。

翌日より食事を再開し、下剤内服を怠薬なくしたところ、再発なく経過している。

### 考 察

大腸の糞石は慢性便秘、巨大結腸、下部結腸の不完全閉塞、長期間存在した経口異物などが原因で、下部結腸から直腸に生じる球状の便塊である。本症例は療養型病院に長期入院されており、腹部の画像がないため確認はできないが、以前より便秘傾向であったため、徐々に直腸内に巨大な糞塊を形成していったのではないかと考えられた。

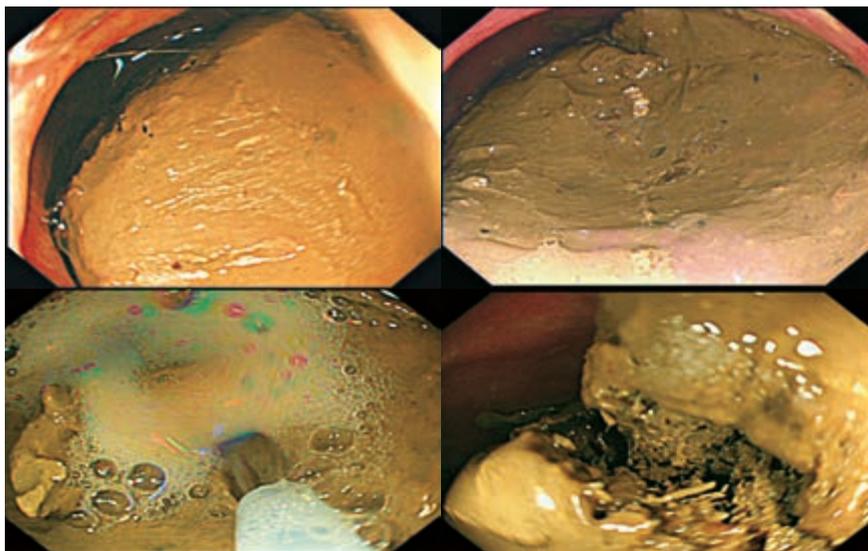


図2 初回大腸内視鏡所見

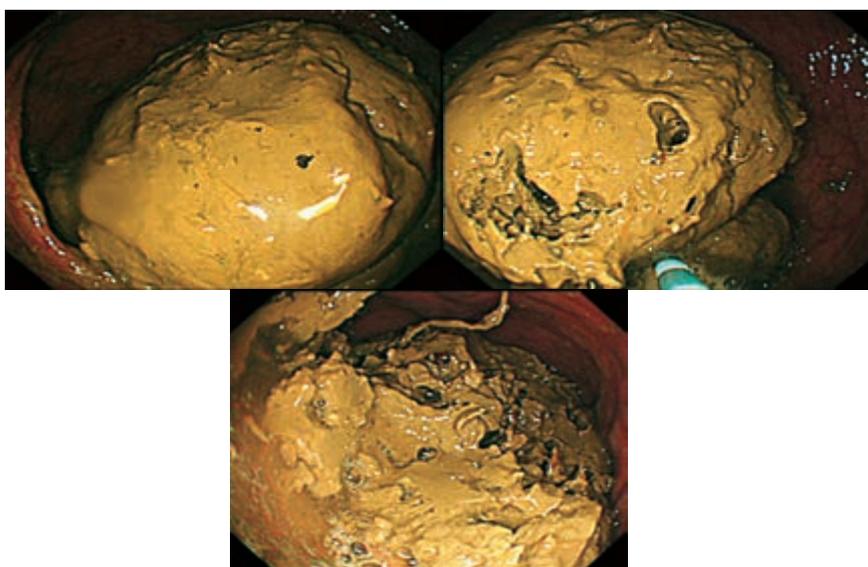


図3 二回目大腸内視鏡今朝所見

巨大糞石の治療法としては、内視鏡下に鉗子やスネアで破碎したり、電気水圧衝撃波を用いたり、外科的手術による除去などがある。本症例の場合、便塊はスネアにはかからず、粘土質であったため破碎が難しく、またCT値も高く石灰化も考えられた。

コココーラによる胃石の溶解療法は、2002年にギリシャのLadasらによって症例報告されて以来徐々に広まり、本邦においても報告が確認されている。未だ明らかになってない作用機序ではあるが、コココーラにより糞塊の破碎が容易になったことから、イレウスをきたすほどの糞石にもコココーラ療法は有用ではないかと考えられた。

#### 文 献

- 1) 内田和秀：柿胃石とココ・コーラ療法、聖マリアンナ医科大学雑誌 2013;41:123-5.
- 2) 野村謙ほか：糞石症の一例．国立沖縄医誌．2002;22:72-4.

# 炭酸ガス送気装置併用下に胸腔鏡下縦隔リンパ節生検を 施行した 1 例

独立行政法人 国立病院機構 沖縄病院 外科

古堅智則、平良尚広、伊地隆晴、饒平名知史、久志一朗、河崎英範、石川清司

## ABSTRACT

The patient was 44-year-old woman was referred to our hospital for evaluation of an abnormal shadow on a chest roentgenogram. Chest computed tomography showed multiple masses in bilateral supraclavicle fossa and anterior mediastinum, and we had suspected malignant lymphoma and performed an operation. We operated with 3 laparo-port approach under general anesthesia, on left semi-decubitus position. We operated with CO<sub>2</sub> insufflator that allowed the creation of an intrathoracic space for operative procedures with a pleural pressure of 8 mmHg. During the operation, we don't compromised the hemodynamic function and we don't injured contralateral mediastinal pleura. Postoperative course was uneventful. The diagnosis of Hodgkin's lymphoma was confirmed on the specimens. The patient has done chemotherapy. The CO<sub>2</sub> insufflated method was useful for the proper visualization during the thoracic surgery, such as the mediastinal tumor surgery and the robotic surgery. On this case, the operation was done in the better visualization.

## 要 旨

症例 44 歳、女性。職場健診で胸部異常陰影を指摘され、当院に紹介となった。胸部 CT で両鎖骨上窩より前縦隔にかけて多発性の腫瘤影を認めたため、悪性リンパ腫疑いで生検を行う方針となった。全身麻酔下、左半側臥位下に腹腔鏡用ポートを使用し、3 ポートで手術を行った。胸腔内の良好な視野を得るために炭酸ガス送気装置併用下に行い、送気圧は 8mmHg とした。対側縦隔胸膜を損傷せず、呼吸循環動態は安定した中で手術を施行できた。術後経過は良好であり、病理で Hodgkin リンパ腫と診断され、現在化学療法中である。

胸腔内 CO<sub>2</sub> 送気法は、呼吸器外科領域では縦隔腫瘍やロボット手術時に用いられ、視野の確保に有用とされる。本症例においても、より良好な視野のもとに手術が可能であった。

【はじめに】胸腔鏡下手術では、炭酸ガス送気装置を用いることで、良好な縦隔術野と操作空間を確保することができる。今回われわれは、炭酸ガス送気装置併用下に胸腔鏡下縦隔リンパ節生検を施行した 1 例を経験したので報告する。

## 【症 例】

症 例：44 歳、女性。

既往歴：10 年前 扁桃摘出術

現病歴：職場健診で胸部異常陰影を指摘され、当院へ紹介となった。

喫煙歴：current-smoker 20 本 / 日 × 24 年

初診時現症：体温 36.6℃、血圧 125/80mmHg、脈拍 89 回 / 分、SatO<sub>2</sub> 99% (room air)、鎖骨上窩にリンパ節が軽度触知される。両側胸部呼吸音正常、左右差なし、腹部腫瘤触知なし。

初診時検査所見：血算、凝固能、電解質異常なし。腫瘍マーカーは CEA 4.2ng/ml、CYFRA 0.6ng/ml と正常範囲内であったが、IL-2R 1060U/ml (正常 145-519) と高値を呈していた。

胸腹部造影 CT 所見：前縦隔腫瘍、両側鎖骨上窩に数個の腫大リンパ節あり。鼠径部腫大リンパ節なし。肺野に特記所見なし。胸水なし。

Ga シンチ所見：両側鎖骨上窩および縦隔に腫瘤状の Ga 集積像が認められる。

以上の所見により悪性リンパ腫疑いで、生検目的に当科紹介となった。

CT 所見、Ga シンチ所見から、右胸腔内からのアプローチにより十分量の検体が採取できると判断した。VATS 縦隔リンパ節生検を行い、左腕頭静脈と心膜に隣接した径 60mm のリンパ節を生検す

る方針とした。

**手術所見：**全身麻酔+分離肺換気、左半側臥位で施行した。腹腔鏡用ポートを用いて、①第6肋間中腋窩線、②第3肋間前腋窩線、③第5肋間鎖骨中線の3ポートで行った。さらに胸腔内に良好な視野を得るために炭酸ガス送気装置併用下に行い、送気圧は8mmHgとした。

胸腔内を観察すると、リンパ節は左腕頭静脈と心臓に隣接して存在した。腫瘍尾側の縦隔胸膜を切開し腫瘍を剥離するにつれて、胸腔内炭酸ガスにより剥離層が明確となり、oozingも少なかった。左腕頭静脈近傍も剥離層に胸腔内炭酸ガスが入り込むことで良好な視野が得られ、左胸腺静脈も容易に視認できた。対側縦隔胸膜を損傷せず、呼吸循環動態は安定した中で手術を施行できた。

**術後経過：**経過は良好であり、病理でHodgkinリンパ腫と診断され、現在化学療法中である。

**考 察：**胸腔内CO<sup>2</sup>送気法は、呼吸器外科領域では縦隔腫瘍やロボット手術時に用いられ、視野の確保に有用とされる<sup>1)2)</sup>。縦隔腫瘍においては、胸骨と縦隔組織に挟まれた前縦隔や胸腺上極などの視野の狭い部位での操作が容易となると思われる。特に重症筋無力症における拡大胸腺摘出術において、より良好な視野を得るため頸部切開を併用した胸腔アプローチ、胸骨吊上げ併用の剣状突起下アプローチなどの方法も検討されているが、本法も非常に有用な方法であり注目されている。必要とする使用機材としては、通常、腹腔鏡下手術で使用される腹腔鏡用ポートと腹腔鏡用気腹装置、腹腔鏡用鉗子などを用いることにより可能である。

問題点として胸腔内送気時の循環動態への影響が挙げられる。

Ohtsukaらによると、CABG手術時の内胸動脈グラフト採取時において、胸腔内CO<sup>2</sup>送気法を用いた報告がされている。術中Swan-Ganzカテーテルによる循環動態評価がされていたが、分離肺換気下、低流量(2~3L/分)で胸腔内圧を8~10mmHgに維持し手術を行った患者群において、片肺換気時と比較し、CO<sup>2</sup>送気後5分、CO<sup>2</sup>送気後30分において、循環動態に大きな影響はなかったという報告がある<sup>3)</sup>。

また対側縦隔が術中操作で損傷し、対側胸腔に

CO<sub>2</sub>が入り込む可能性もあると思われるが、現在のところ循環動態に問題はなかったとの報告が多い。食道領域では、腹臥位下に両肺換気のまま両側胸腔に炭酸ガス送気を行う方法で手術を行い、循環動態に問題なかったという報告もある<sup>4)</sup>。今後、症例を積み重ねて検討をする必要があると考える。

- 1) 川田 順子、神崎 正人、吉川 拓摩 他：左胸腔アプローチによるロボット支援下拡大胸腺-胸腺腫摘出術を施行した1例．日呼外会誌．2014;28:620-5.
- 2) 水野幸太郎、立松 勉、小田梨紗 他：炭酸ガス送気装置を用いた胸腔鏡下拡大胸腺摘出術．胸部外科．2012;65:791-3.
- 3) Ohtsuka T, Imanaka K, Endoh M, et al. Hemodynamic Effects of Carbon Dioxide Insufflation Under Single Lung Ventilation During Thoracoscopy. Ann Thorac Surg. 1999; 68 : 29 - 33 .
- 4) Saikawa D, Okushiba S, Kawata M, et al. Efficacy and safety of artificial pneumothorax under two-lung ventilation in thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer in the prone position. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2014; 62 : 163 - 70 .

## 急性巣状性細菌性腎炎の一例

国立病院機構沖縄病院消化器内科

樋口 大介 古謝 亜紀子

### はじめに

急性巣状性細菌性腎炎 (acute focal bacterial nephritis=AFBN) は 1979 年に Rosenfield がはじめて提唱した腎臓の限局性の細菌感染症で、感染巣の液状化を伴わない炎症細胞浸潤と間質性浮腫を特徴とする腎実質内の炎症である<sup>1)</sup>。症状は腎盂腎炎とほぼ同じであるが、通常は重症化している。AFBN は急性腎盂腎炎と腎膿瘍の中間に位置し腎膿瘍に移行しうると推測されている。AFBN は本邦では比較的小児に多く、成人ではまれである<sup>2)</sup>。AFBN では炎症が強い時期においても尿検査で膿尿を認める頻度は高くないと言われている。尿中白血球がない場合は血行性に腎臓に感染が生じた可能性がある。起因菌は E.coli, Klebsiella pneumonia (上行性の場合)、staph.aureus (血行性の場合) が多いとされている。今回我々は発熱と右下腹部痛を主訴に来院し、尿中白血球は陰性であったため尿路感染症は否定的であったが、造影 CT にて診断し得た急性巣状性細菌性腎炎 (AFBN) を経験したので報告する。症例：患者は 62 歳女性で開業医で医療事務をしている。

**主 訴：**右下腹部痛

**現病歴：**10 年ぐらい前から時々右下腹部痛あり。激痛ではなかった。2015.2.16 夕食後に嘔吐、右下腹部痛もあり、水分を飲んでも嘔吐した。2.17 おかゆを食べて嘔吐した。2.18 嘔吐が続いていた。排尿少ない。食欲あるが嘔吐してしまう。便は軟便。

**既往歴：**# 1. 虫垂炎 20 歳 抗生剤内服で軽快。  
# 2. 高血圧、# 3. 高脂血症 常用薬はない。これまで健康診断をきちんと受けたことはない。最近の齲歯、皮膚疾患なし。

**入院時身体所見：**体重 62.6 kg 血圧 167/87 脈拍 92 整 体温 36.6℃ (翌日 39.0℃) O2SAT 98% 眼；

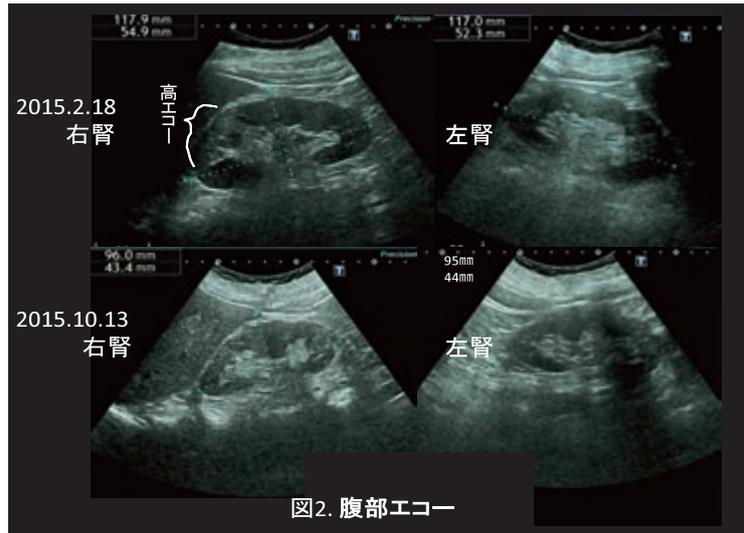
貧血なし、黄疸なし。頸部；リンパ節腫大なし。肺音；清、心音；整 S3 なし 心雑音なし。

血算	正常値	生化学	正常値		
白血球	25.130 $10^6/\mu\text{l}$	4~10	アルブミン	3.3 g/dl	4~5
赤血球	431 $10^3/\mu\text{l}$	410~530	AST	21 IU/L	13~33
ヘモグロビン	12.6 g/dl	13.5~18	ALT	23 IU/L	8~42
ヘマトクリット	37.2 %	36~50	LDH	282 IU/L	119~229
MCV	86.3 fl	85~104	y-GTP	25 IU/L	10~47
MCH	29.2 pg	28~35	T-BIL	0.58 mg/dl	0.3~1.2
MCHC	33.9 %	30.5~35.5	BUN	38.8 mg/dl	8~22
血小板	20.4 $10^4/\mu\text{l}$	13~37	CRE	1.49 mg/dl	0.4~0.7
血液像			推算GFR	28ml/min	
Neut	91.7 %	45~65	Na	137 mEq/L	138~146
Lymph	3.5 %	20~45	K	4.3 mEq/L	3.6~4.9
Mono	4.6 %	4~8	Cl	100 mEq/L	99~109
Eosi	0.1 %	1~5	CRP	35.5 mg/dl	0~0.3
Baso	0.1 %	0~2	血糖	127 mg/dl	70~110
			HbA1c	6.7 %	4.6~6.2
			プロカルシトニン	2.40 ng/ml	<0.05

尿検査  
清、比重 1.015, PH 5.5, 蛋白+, 糖-, ケトン-, 潜血 2+, 白血球-, 亜硝酸塩-,  
ウロビリノーゲン±, ビリルビン-

図1.血液、尿検査所見

腹部；軟、右下腹部に軽度圧痛あり、McBurney 圧痛なし、反跳痛なし、Murphy 徴候なし。右 CVA 叩打痛あり、腸音；やや亢進 肝脾を触れず。下肢；浮腫なし。血液尿検査所見；(図 1.) に示すように、血糖 127mg/dl、HbA1c 6.7% と糖尿病と考えられた。白血球 25130/ $\mu\text{l}$ 、好中球 91.7%、CRP 35.5 mg/dl と細菌感染を示唆する結果であった。後日プロカルシトニン 2.40ng/ml と高値であった。クレアチニン 1.49mg/dl、BUN 38.8mg/dl と腎不全を呈していた。その他貧血、低アルブミン血症を呈していた。尿検査では白血球も亜硝酸塩も認めず、尿路感染の徴候は見られなかった。画像所見；腹部及び胸部レントゲンは異常なし。心電図は異常なし。初診時、腹部エコー(図 2.) では特に明らかな異常は認めず。(実際は半年後のエコーと比較すると、初診時両側腎腫大と右腎上極の高エコーがあった。)上部内視鏡(図 3.)では食道カンジダ症を認めた。腹部造影 CT(図 4.)は入院時に腎機能障害が見られたので、造影剤は通常の半分しか使用してないが、両側腎に多発性の造影不良領域(左に 1 個、右に 2 個)が見られ



食道

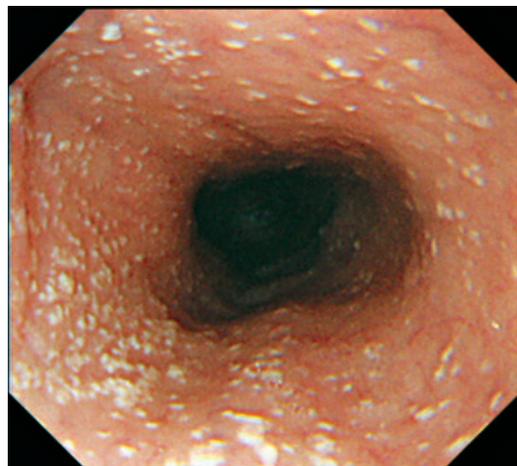
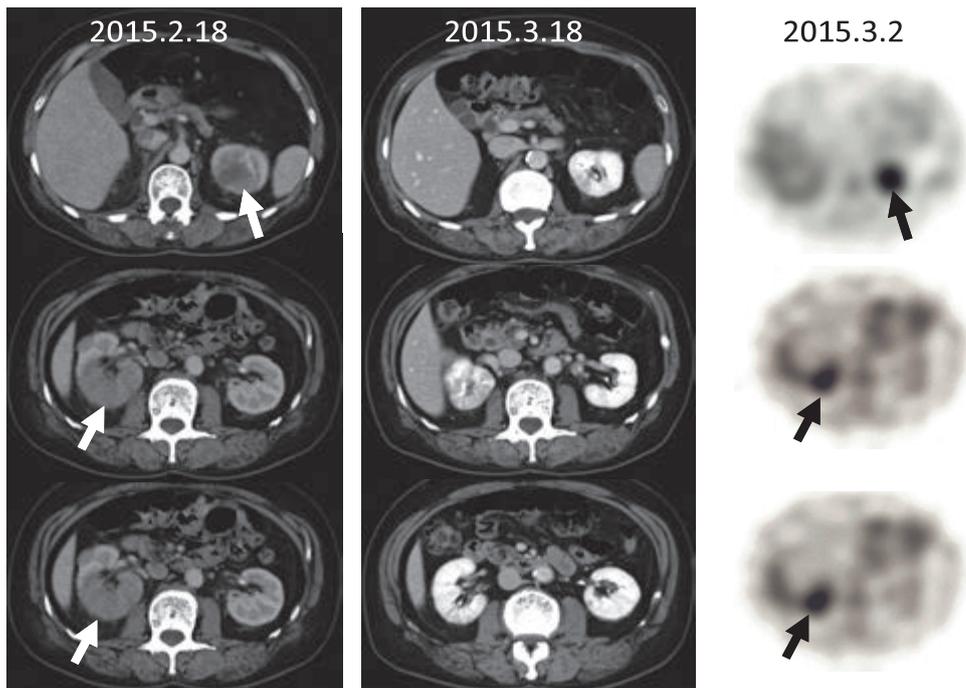


図3. 上部内視鏡検査



た。Ga シンチ (図5.) ではその部位に一致して集積が見られた。血液検査の著明な炎症反応を考慮すると、腎臓の病変は腫瘍性ではなく炎症性的のものであると推測された。ただし、エコーでは腎臓内に無エコー部分は存在しなかったので通常の腎膿瘍ではないと判断できた。腎膿瘍になる前の状態で急性巣状性細菌性腎炎という病態があり、尿路感染が明らかでなくても、血行性に腎実質に感染を生じてくると言われており、本症例がそれに匹敵すると考えられた。抗生剤を直ちに投与し、発熱、腹痛、炎症反応は次第に改善していった (図6.)。患者は1ヶ月後の腹部CTでは腎臓のサイズが縮小、両腎の造影不良領域は縮小していた。炎症反応と腎機能についての臨床経過を示した。

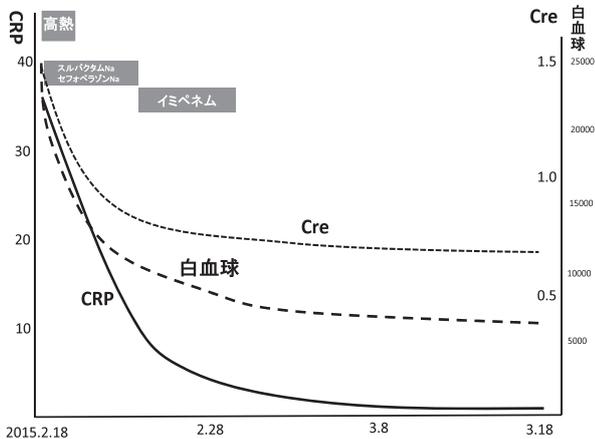


図5. 臨床経過 (CRP、クレアチニン、白血球)

#### 考察：

急性巣状性細菌性腎炎 (acute focal bacterial nephritis=AFBN) は、内科医にとってはあまり聞き慣れない疾患名である。朝倉書店の内科学や *Harrisons Principles of medicine* にも独立した疾患名としては扱われていないが、内科の医学雑誌には症例報告がいくつかなされている。教科書的には *Campbell-Walsh の Urology* 第10版には小児科の項目に記載がある。AFBN は1979年に Rosenfield らによって提唱された疾患概念であり、1. 膿瘍形成 (液状化) を伴わない腎実質の炎症が組織学的に証明されること。2. 炎症の存在を示唆する症状があり、画像診断により腎に明瞭な腫瘤像を認め、治療によりこれらがともに消失することのいずれかを満たすものである。感染経路は尿路からの上行性か血行性かは問わないとされた。通常膀胱尿管逆流や、尿路結石、前立腺肥大などの尿路閉塞などの泌尿器

系の異常や、糖尿病や血液悪性疾患などの免疫低下または免疫不全状態を基礎疾患に持ちながら発症する 경우가多いといわれる<sup>1)</sup>。AFBN は尿路感染がなくても、皮膚感染症や口腔内感染症から一時的な敗血症から腎臓に感染巣を生じてくることも知られている。本例は基礎疾患に糖尿病があり適切な治療がなされずに放置された状態であり、上部内視鏡で食道カンジダ症を認め免疫不全状態が示唆された。本例で注目すべきは、尿路感染症の所見が認められず、最初の腹部エコーにて腎臓に異常が指摘できなかったことである。本疾患の多くは発熱、腹部不快、CVA 痛があり、尿が濁り、白血球が多く、細菌も存在する<sup>3)</sup>。ただし、尿がきれいな場合もあり、その場合は皮膚の感染症から侵入した細菌 (ブドウ球菌が以前は多かった。) が、菌血症、敗血症状態を引き起こして、腎臓に感染巣を作ると考えられている<sup>3)</sup>。本例では、皮膚、口腔内の感染症もなく、下痢もなく、心エコー上弁膜症や心内膜炎の所見はなかったが、尿路感染以外からの細菌の血行性の侵入が生じた可能性が高い。AFBN が尿路感染が原因で生じたものであれば、尿所見からすぐに腎臓の感染を疑うことができる。しかし、AFBN では炎症が強い時期においても尿検査で膿尿を認める頻度は高くなく、膿尿の検出率は20-30%程度であるため診断が遅れることが多い<sup>4)</sup>。内科医が特に注意しなければならないのは、本例のように尿が全くきれいな場合は、腹部エコーでも単純CTでも異常を腎臓の異常を捉えにくいので<sup>5)</sup>、本例を見逃す可能性が高いということである。免疫不全が疑われる患者で、腹部症状、発熱がある場合は腹部エコーで異常がなくても、尿がきれいでも、感染源がはっきりしない場合は腹部造影CTまで施行する必要がある。AFBN は造影CTで腎梗塞と類似した所見がみられるが、腎梗塞の場合は cortical rim sign が認められることがあり、AFBN との鑑別に役立つ。また、ガリウムシンチやプロカルシトニン、腫瘍性病変か、虚血性病変か、炎症性病変かを鑑別するのに役立つと考えられる。

また、AFBN の病態は通常の腎盂腎炎と腎膿瘍の中間に位置すると推測されていて<sup>6)</sup>、治療は適切な抗生剤投与である。しかし、AFBN では抗生剤を投与しても効果がみられなかったり、治療効果が

---

遅れたりすることが多いといわれる<sup>7)</sup>。抗生剤の投与期間も通常よりも長期に使用する必要があると言われている<sup>2)</sup>。CT画像での異常が改善するのは1ヶ月以上かかると言われている<sup>2)</sup>。

結 語：

- # 1. 本邦の成人では、まれな急性巣状性細菌性腎炎 (AFBN) 両側腎、多発病変を経験した。
- # 2. AFBN は尿路感染からくる場合と血行性に腎実質に感染する場合があります、本症例は後者にあたり、非常に稀なケースと考えられた。
- # 3. AFBN 診断は腹部エコーや単純 CT では困難であり、造影 CT ではほぼ全例診断可能と言われている。病変は造影効果不良となり腎臓は腫大する。
- # 4. 特に糖尿病や免疫機能低下患者において、腰痛、腹痛がある場合、不明熱や、感染源不明の炎症反応では AFBN を鑑別診断に加えるべきである。尿路感染由来の AFBN は診断に至りやすいが、尿路感染がない AFBN の存在を知るべきである。

文 献：

- 1) Rosenfield AT et al. acute focal bacterial nephritis(acute lobar nephronia). Radiology. 1979;132:553-61.
- 2) 大谷 圭ら造影 CT が有効であった、糖尿病に発症した *Klebsiella pneumonia* による急性巣状性細菌性腎炎の再燃例. 慈恵医大雑誌; 2004;119:339-43.
- 3) Campbell-Walsh Urology tenth edition volume4. p3098-3099
- 4) 倉繁隆信ら 急性巣状性細菌性腎炎. 感染症; 1995;80:14-8.
- 5) 江原英俊ら acute focal bacterial nephritis(acute lobar nephronia) の 2 例. 日本泌尿器科学会雑誌, 80 巻 1 号, 1989;80:95-99.
- 6) Shimizu M et al. evolution of acute focal bacterial nephritis into a renal abscess. Pediatr nephrol; 2005;20:93-5.
- 7) Brenner and Rectors. The Kidney ninth edition, p1374

# 肺結核治療中に胸部大動脈瘤破裂を併発した一剖検例

国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科<sup>1)</sup> 研究検査科病理<sup>2)</sup> 放射線科<sup>3)</sup>  
琉球大学大学院医学研究科 腫瘍病理学講座<sup>4)</sup> 琉球大学医学部附属病院 第二外科<sup>5)</sup>  
大湾勤子<sup>1)</sup>、新垣珠代<sup>1)</sup>、稲嶺盛史<sup>1)</sup>、國吉真平<sup>4)</sup>、熱海恵理子<sup>2)</sup>、知花賢治<sup>1)</sup>  
藤田香織<sup>1)</sup>、仲本 敦<sup>1)</sup>、比嘉 太<sup>1)</sup>、久場睦夫<sup>1)</sup>、大城康二<sup>3)</sup> 吉見直己<sup>4)</sup>  
前田達也<sup>5)</sup>

Autopsy case of an aortic arch aneurysm rupture with tuberculosis.

Isoko Owan<sup>1)</sup>, Tamayo Arakaki<sup>1)</sup>, Morifumi Inamine<sup>1)</sup>, Shinpei Kuniyoshi<sup>4)</sup>, Eriko Atsumi<sup>2)</sup>, Kenji Chibana<sup>1)</sup>, Kaori Fujita<sup>1)</sup>, Atsushi Nakamoto<sup>1)</sup>, Futoshi Higa<sup>1)</sup>, Mutsuo Kuba<sup>1)</sup>, Yasuji Oshiro<sup>3)</sup>, Naomi Yoshimi<sup>4)</sup>, Tatsuya Maeda<sup>5)</sup>

Division of Pulmonary medicine<sup>1)</sup>, Division of Pathology<sup>2)</sup>, Division of Radiology<sup>3)</sup> National Hospital Organization Okinawa National Hospital

Department of pathology and oncology, graduate school of medical science, University of the Ryukyus<sup>4)</sup>, Department of Cardiovascular Surgery<sup>5)</sup> graduate school of medical science, University of the Ryukyus .

## Abstract

In this case a 71-year-old man who had a 65mm aneurysm of the aortic arch, hypertension, diabetes and mental retardation was admitted because of pulmonary tuberculosis (TB). Though he could not have taken standard chemotherapy for TB due to adverse effects of anti TB drugs, he had almost completed TB therapy. An interventional treatment for an aneurysm was not performed because his systemic condition had not been well. An aneurysm had grown bigger despite strict blood pressure control; unfortunately he died due to a ruptured aneurysm. A pseudoaneurysm with atherosclerosis tore open the left lung directly and a rigid fibrous adhesion between the wall of aorta and visceral pleura was observed through autopsy. TB lesions were not found in the left lung and an aortic wall.

Key words: aortic arch aneurysm, rupture, pulmonary tuberculosis, autopsy

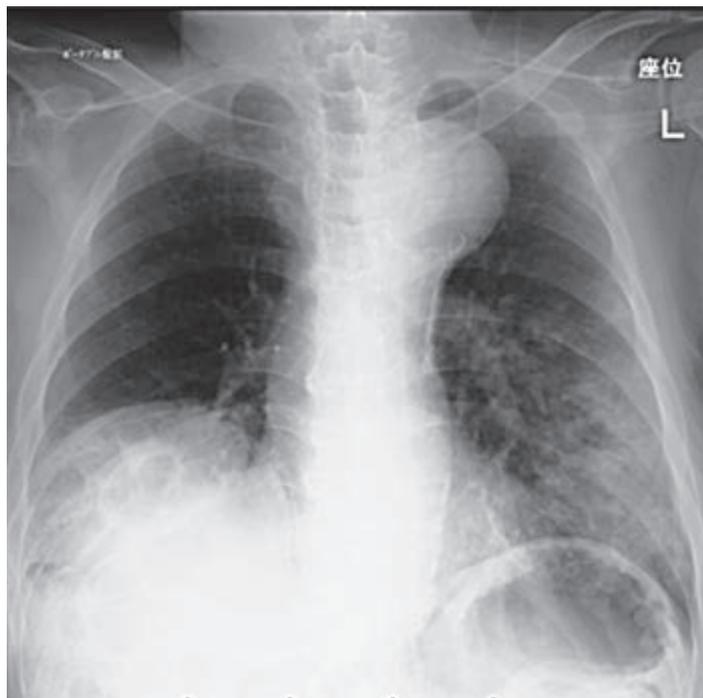
## 要 旨

71歳男性。精神遅滞、胸部大動脈瘤、糖尿病、高血圧、小脳出血の既往を持つ。肺結核の診断で入院となり、副作用のため標準治療は施行できなかったが、治療開始1か月後には排菌は陰性化していた。経過中胸部大動脈瘤は徐々に増大し保存的治療を継続した。結核治療終了直前に大量に喀血し、出血性ショックと呼吸不全で死亡した。病理解剖の結果、胸部大動脈瘤は粥状硬化症を背景に発生した仮性動脈瘤で、仮性瘤の拡大に伴う壁の炎症が肺におよび、瘤壁と肺が線維性に強固に癒着して慢性経過で形成された病変と考えられた。肺および瘤壁には結核の病変はみとめず、破裂した大動脈から直接左肺上葉内に血液が穿破し、急性循環不全、急性気管支閉塞による呼吸不全が死因と診断された。

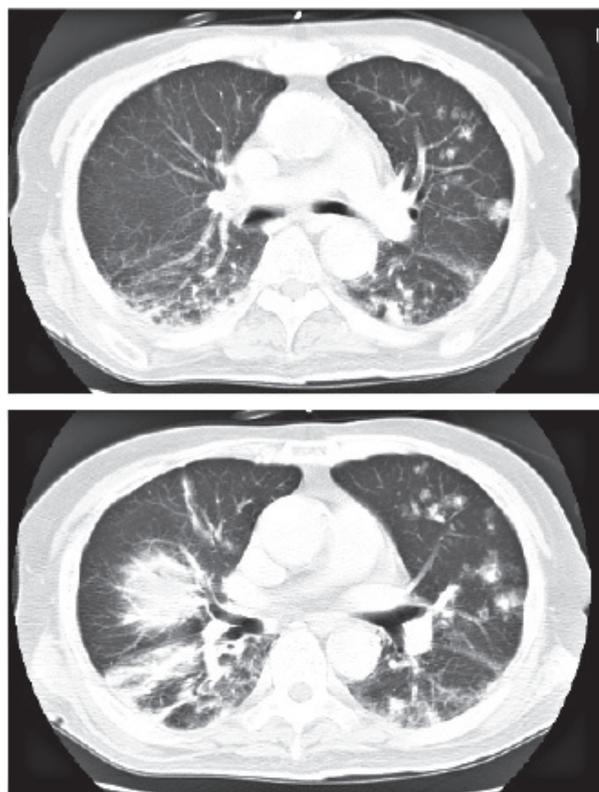
キーワード：弓部大動脈瘤、破裂、肺結核、病理解剖

図1. 肺結核診断された入院時の画像所見

胸部X線



胸部CT



はじめに

胸部大動脈瘤を有する場合の全身管理は慎重を期すが、今回活動性肺結核で入院加療中に胸部大動脈瘤が増大し、破裂により死亡した剖検例を経験したので報告する。

症例 71歳 男性

**【現病歴】**

X年8月に肺炎の診断で前医入院。抗菌薬による治療後も発熱を繰り返したことから胸部CT撮影を施行したところ、画像上特発性器質化肺炎（COP）が疑われた。そのためステロイド（メチルプレドニゾン 40 mg × 4回 / 日から開始し以降プレドニゾン（PSL）内服へ変更、PSL35mgまでテーパリング）治療が行われ、解熱・酸素化の改善が得られた。その後退院し、外来でステロイドを漸減していたが、X年10月外来受診時に炎症反応の増悪と左肺の肺炎像の増悪所見あり。喀痰抗酸菌塗抹検査でガフキー9号と判明。結核菌PCRの陽性が確認され肺結核の診断で当院へ紹介となった。

**【既往歴】** 精神発達遅滞、2型糖尿病、高血圧、胸部大動脈瘤（遠位弓部：X-2年に指摘 最大径60mm）、小脳出血

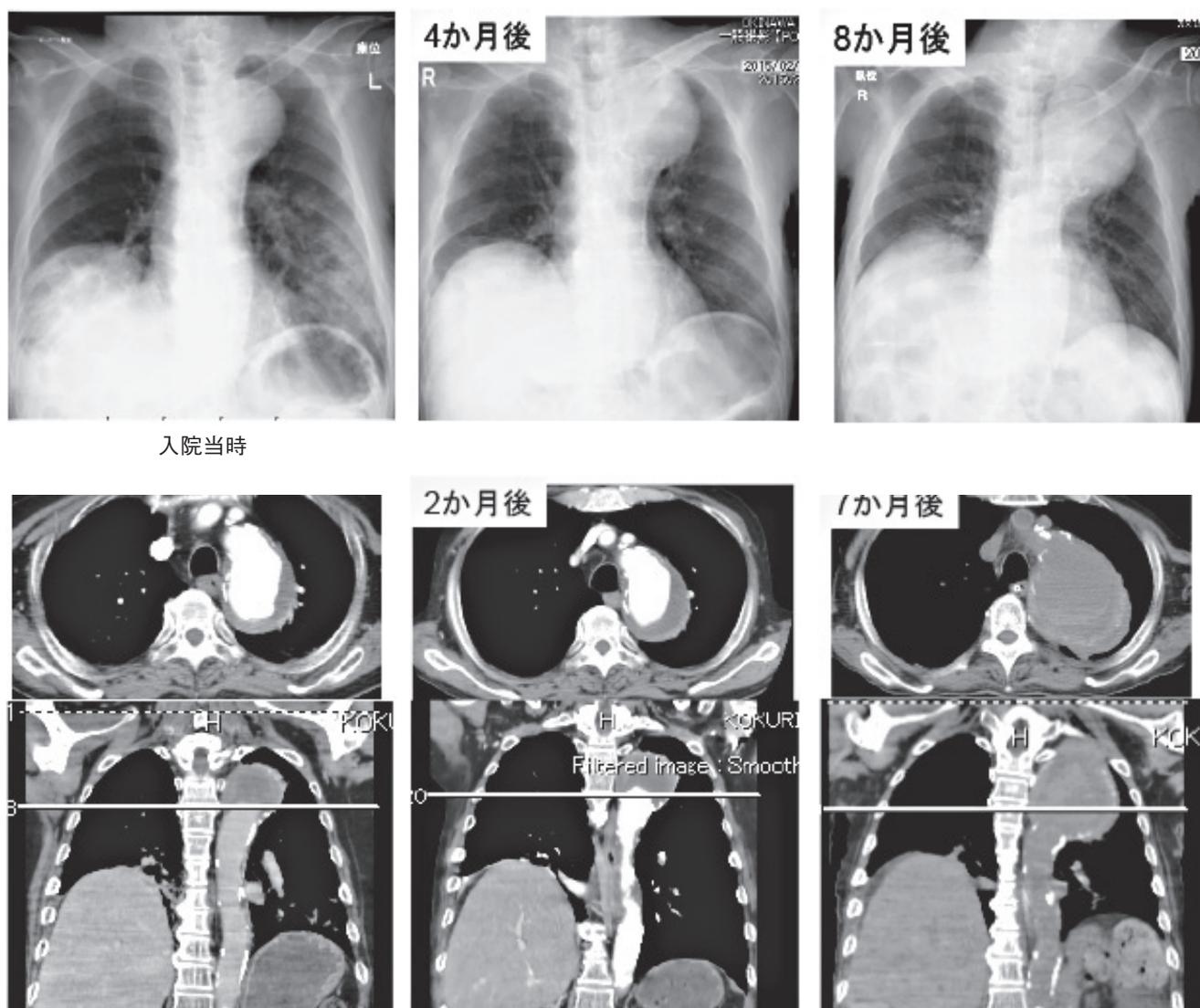
**【喫煙歴】** ex-smoker BI 600

**【入院時身体所見】** 身長 155 cm 体重 55 kg BMI 22.9 血圧 109/64 脈 84 不整 体温 36.7℃ 呼吸数 20 SpO2 91% 意識は清明であるが疎通性に問題あり 車いす移乗可 頭頸部：特記所見なし 呼吸音：左背側に crackle + 心音：雑音なし 不整 腹部膨満なく圧痛なし、四肢：皮疹なし、浮腫なし 両下腿の筋力 MMT3/5 神経学的な異常所見なし

**【検査所見】** 血液：白血球 7,310 /  $\mu$ l (好中球 75.8%, リンパ球 19.2%, 単球 4.2%, 好酸球 0.3%, 好塩基球 0.5%)、Hb 15.4 g/dl、血小板 11.7 万 /  $\mu$ l, AST 14 IU/L, ALT 15 IU/L, LDH 197 IU/L, ALP 296 IU/L,  $\gamma$  GTP 32 IU/L, CK 6 IU/L, BUN 46.6 mg/dl, Cre 0.46 mg/dl, 尿酸 8.4 mg/dl, Na 132 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 97 mEq/L, HbA1c 6.8%, CRP 2.89 mg/dl, Dダイマー 2.2  $\mu$ g/ml 尿：比重 1.015, 蛋白 (±)、糖 (-)、ケトン体 (-)、潜血 (-)

**【画像所見】** (図1) 胸部X線：右横隔膜の挙上、両下肺野（左 > 右）に強い斑状陰影と結節影あり。大動脈弓の突出あり。胸部CT：両側肺野に結節、斑状影、consolidation など肺結核に合致した所見あり

図2. 胸部画像所見の経過



り。大動脈弓部の瘤は最大径 60mm。

**【入院後経過】** 抗結核薬 4 剤（イソニアジド：INH、リファンピシン：RFP、エタンブトール：EB、ピラジナミド：PZA）で治療を開始したが、10 日後肝障害が出現し EB、PZA を中止した。さらに 5 日後には全身に広がる発疹、呼吸不全が出現し、一旦抗結核薬を中止しステロイド投与を行った。その後 RFP、EB、レボフロキサシン：LVFX を中心とした治療を行った。経過中、抗結核薬を含む複数の薬剤に対して発疹が出現したことから、PSL10mg を併用した。副作用のため標準治療はできなかったが、排菌は入院 1 か月後には陰性化していた。当初は車いすへの移乗を行い ADL を落とさないように努めたが、本人が離床を希望せず次第にベッド上で過ごすようになった。既知の胸部大動脈瘤については、

前医で治療方針について心臓血管外科にコンサルトを予定していたようであるが、肺結核を発症したため、結核菌の排菌が消失して全身状態が落ち着いた入院約 6 か月後に大学病院で精査を行った。胸部大動脈瘤は、入院後徐々に増大して弓部の最大径が 65cm になっていった（図 2）。ステントグラフト内挿術治療を考慮したが、低侵襲ではあるものの紹介時の患者の状態では手術にともなうリスクが高いと判断され、手術は施行できないこととなり、再度当院へ入院となった。ご家族へは、大動脈瘤破裂時の救命は困難であることを説明し、血圧コントロールを厳密に行った。その後、糞便性イレウスを併発し排便時の血圧上昇に留意しながら排便コントロールも行ったが徐々に経口摂取が少なくなっていった。

結核治療を開始して約 9 か月後に、誤嚥して発

図3. 大動脈瘤破裂前後の胸部X線写真

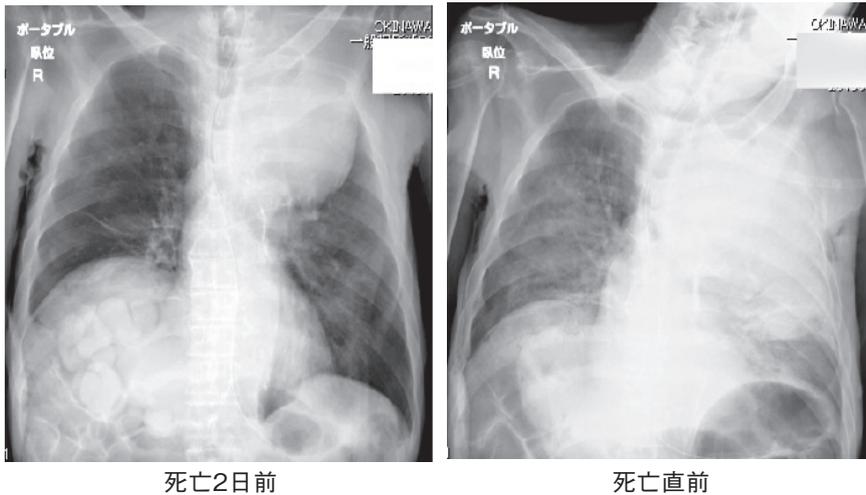
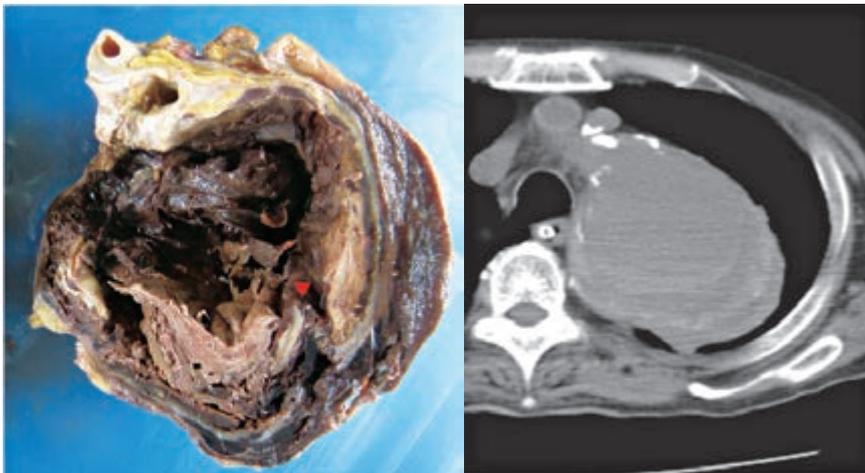


図4.



左肺尖横断：弓部大動脈瘤の断面で内腔には血塊あり。肺内へ穿破した可能性が考えられた(▼)

左肺尖部CT(縦隔条件)：肉眼所見に対比した横断像。弓部大動脈瘤壁は肥厚し、左上葉を圧排している

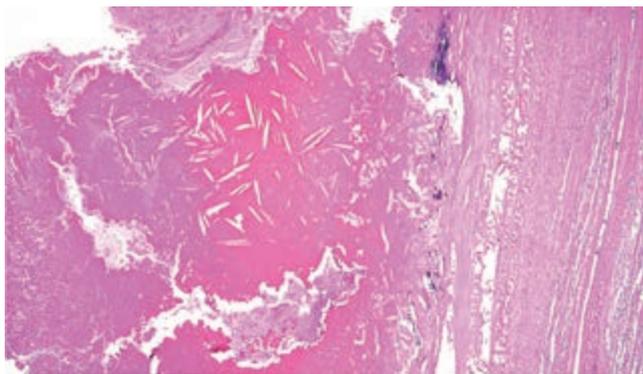
熱したため誤嚥性肺炎の診断でスルタミシリントシル酸塩水和物 (ABPC/SBT) を使用した。開始約 30 分後から、急激な酸素化悪化、血圧低下を来し、アナフィラキシーショックが疑われた。リザーバーマスク 10L にて酸素投与し、メチルプレドニゾロン 80mg と補液にて 1 時間後には血圧、酸素化は改善した。以降は抗菌薬を使用せず慎重に経過観察とし胃管を挿入した。その 4 日後、血痰が少量みとめられた。さらに 2 日後、昼の薬剤投与前の胃管の位置確認時に、チューブより 35cc 程度の血性内容物が吸引されたため、胃洗浄を行ったところ徐々に血性はうすくなっていき活動性の出血はないと判断。しかし上部消化管出血の可能性を考慮して絶食とし胃粘膜保護剤投与を

開始した。念のため採血したところ 2 日前より Hb が 1.5g/dl 低下していた。血圧低下はなかったが、上記処置中に酸素飽和度は徐々に低下していった。胃管からの出血を確認して 2 時間後より肺雑音が聴取されるようになり、胸部 X 線写真撮影を実施。撮影直後に鼻腔・口腔から大量に新鮮血の喀出をみとめた。留置していた胃管には血液の排出はなかった。胸部 X 線写真上、左肺野の透過性は一様に低下し大動脈瘤破裂が疑われた(図 3)。喀血後急速に血圧低下、徐脈、意識レベルの低下を来し 30 分後心肺停止となった。ご家族の了承を得て病理解剖を同日施行した。

【病理解剖所見】肉眼所見では、淡黄色清の左胸水 340ml をみとめた。心嚢腔に血液の貯留はみとめなかった。大動脈は左肺上葉内に埋まるようにみられ、癒着のため左肺との剥離は困難であった。剖面観察では約 11cm の大動脈瘤が形成されており、内腔には凝血塊がみられた(図 4)。周囲の肺は圧排されており、組織学的に瘤壁に中膜など大動脈壁の構造はみられず、

コレステリン結晶や石灰沈着が散見され(図 5)、粥状硬化症を背景に発生した仮性大動脈瘤と考えられた。弾性線維染色では胸膜弾性線維の外側で肉芽組織の形成を伴いながら瘤壁と肺が線維性に強固に癒着している像がみられ、慢性的な経過で形成された病変と考えられた(図 6)。ラ氏型巨細胞や乾酪壊死を伴う肉芽腫など結核性の病変は明らかではなく、癒着の原因は仮性瘤の拡大に伴う壁の炎症が肺に及んで形成されたものと推測された。肺胞構造は比較的保たれていたこと、2 日前より少量の血痰があったことなどの臨床経過より、死亡数日前より徐々に出血していた可能性が考えられた。なお食道や胃などの消化管には出血をきたす潰瘍やびらんなどの病変はみとめず、背景の肺には結核結節は明ら

図5.



左方はコレステリン結晶を含む粥状硬化の動脈瘤壁で、右方の臓側胸膜から肺野にかけて好酸性のフィブリンがみとめられ線維性肥厚を示唆する所見 HE染色

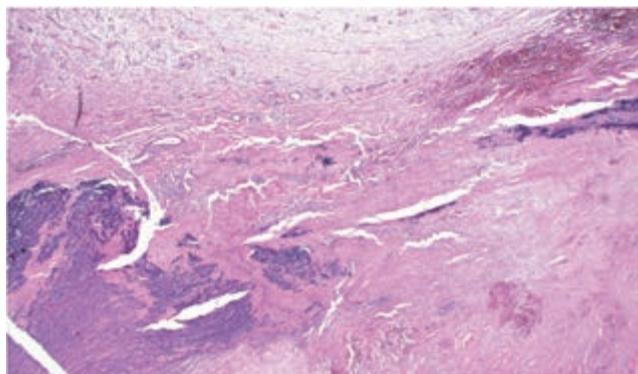
かではなかった。両肺で比較的太い気管支を主体に血餅が充満しており、大量咯血後には呼吸不全の状態も合併していたと考えられた。

#### 考察

本症例は胸部大動脈瘤を有した肺結核患者で、結核治療開始後まもなくより、薬疹や呼吸不全が出現し、標準治療が行えなかった。幸い排菌の陰性化は早く、結核薬の減感作を試みながらまもなく治療を終えるところであった。しかし残念ながら弓部大動脈瘤は徐々に増大し破綻して残念な経緯をたどった。

胸部大動脈瘤は、遠位弓部にあり腹部大動脈まで粥状硬化症の所見があったため、治療方針として開胸手術を施行するには高リスクで、ステントグラフト内挿術を施行するにも本人の協力を得て術後の合併症を乗り切ることが困難と判断し、厳格に血圧コントロールを行う保存治療を選択した。しかし繰り返す呼吸不全や、糞便性イレウスなどを併発したことで心負荷がかかった結果、徐々に仮性動脈瘤の切迫破裂の状態が起こっていったと考えられた。特に亡くなる数日前に、抗菌薬によるアナフィラキシーに伴って発症した呼吸不全が、動脈瘤破裂の最終的な引き金になった可能性は否定できない。解剖の際に、胸腔や心嚢に出血は確認されなかったこと、弓部大動脈と左肺は剥離が困難であったことより大動脈と左肺は高度の癒着があり、瘤の切迫破裂が最終的に肺内へ穿破したと考えられた。画像および喀痰抗酸菌検査の経過では肺結核の治療経過は良好と思われたが、臨床的には肺結核の病巣と大動脈瘤との関連がないのかも懸念された。顕微鏡的な所見

図6.



上方は肺野、下方は仮性動脈瘤壁。瘤壁は線維性肥厚をとめない肺臓側胸膜に接している HE染色

では肺結核の病変は指摘できず肺結核はほぼ根治できたと考えられた。

報告によると胸部大動脈瘤の瘤径が50～60mmでの心血管事故は年間6.5%、60mm以上で年間15.6%とされる。本症例のように、危険な動脈瘤を有する患者の管理は、慎重をきたしても解離や破裂は避けられないことがあることを痛感した。より早い段階で処置が出来れば、低侵襲のステントグラフト内挿術が試みられたかもしれない。一方で肺に接していたため破裂せずに11cmまで拡大していった可能性もあると考えられた。本症例は肺結核という感染性疾患が背景にあったことも動脈瘤の外科的治療のタイミングを逸した一因になった。

#### 結語

活動性肺結核で入院加療中に、既存の胸部大動脈瘤が増大し、破裂により死亡した剖検例を経験した。瘤壁と肺が線維性に強固に癒着している像がみられ、仮性動脈瘤の拡大に伴う壁の炎症が肺に及んで慢性的な経過で形成された病変と考えられた。感染性疾患である結核を併発したために、動脈瘤に対する早期外科的治療の遂行が困難であった。

#### 参考文献

1. 大動脈瘤・大動脈解離診療ガイドライン【ダイジェスト版】(2011年改訂版),循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2010年度合同研究班報告),[www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011](http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2011)

# 肺癌化学療法中に発症した治療関連骨髄性腫瘍の一例

国立病院機構沖縄病院呼吸器内科<sup>1)</sup>

社会医療法人かりゆし会ハートライフ病院血液内科<sup>2)</sup>

新垣珠代<sup>1,2)</sup> 知花賢治<sup>1)</sup> 藤田香織<sup>1)</sup> 仲本 敦<sup>1)</sup> 比嘉 太<sup>1)</sup> 久場睦夫<sup>1)</sup> 大湾勤子<sup>1)</sup>

狩俣かおり<sup>2)</sup> 平良直也<sup>2)</sup>

## 要 旨

症例は原爆被爆歴のある87歳男性。健診発見の胸部異常陰影で、胸部CT上右中葉結節影と転移を疑わせる両肺多発結節影をみとめた。血清CEAは51.1 ng/mLと上昇しており、気管支鏡検査ではRt.B4入口部に隆起性病変をみとめた。病理組織診と全身精査の結果、肺腺癌(stage IV, cT2aN3M1b)の診断となった。追加検査でEGFR遺伝子変異(exon 19 deletions)が確認された。Vinorelbine(VNR)による化学療法を計8コース施行後erlotinibへ変更したが、開始第52病日頃より皮疹増悪や発熱、下痢等の症状出現あり。また進行性にLDH上昇と汎血球減少をきたした。骨髄穿刺の結果治療関連骨髄異形成症候群の診断となったが、PS低下が著しく以降は症状緩和主体の治療の方針となった。erlotinib中止後第50病日に死亡した。治療関連骨髄性腫瘍は化学療法や放射線療法後に生ずる骨髄性腫瘍とされている。固形腫瘍に対する化学療法が進歩していることから、治療関連骨髄性腫瘍は今後増加が予想される。

## 諸 言

治療関連骨髄性腫瘍は化学療法や放射線療法後に生ずる骨髄性腫瘍とされているが、原疾患の固形腫瘍の中では消化器癌、乳癌、婦人科癌等の報告が多い。今回我々は経過中に治療関連骨髄異形成症候群を発症した高齢者肺腺癌の一例を経験したので報告する。

table1. 入院時検査所見

Hematology		Biochemistry		Serology	
WBC	4,170/μl	Alb	3.9g/dL	CRP	0.88mg/dL
Neut	62.40%	GOT	20IU/L	Tumor marker	
Lym	27.10%	GPT	10IU/L		
Eos	0.00%	LDH	194IU/L	CEA	51.1ng/ml
Mon	10.30%	ALP	337IU/L	CYFRA	2.00ng/ml
Bas	0.20%	T-Bil	0.70mg/dL	ProGRP	35.1pg/ml
RBC	376 × 10 <sup>4</sup> /μl	BUN	10.9mg/dL		
Hb	11.6g/dL	Cre	0.81mg/dL		
Ht	34.80%	Na	139mEq/L		
Plt	12.6 × 10 <sup>4</sup> /μl	K	4.0 mEq/L		
		Cl	107mEq/L		

## 【症例】

症 例：87歳、男性

既往歴：高血圧、逆流性食道炎、前立腺肥大、黄斑変性症

生活歴：喫煙：5本/日×5年（40年前より禁煙）、

飲 酒：泡盛1合/日

現病歴：原爆被爆歴がある方。2014年2月の健診受診時に胸部異常陰影を指摘され前医受診。胸部CT上右中葉結節影と転移を疑わせる両肺多発結節

影をみとめ、同年4月に精査目的に当科紹介入院となった。

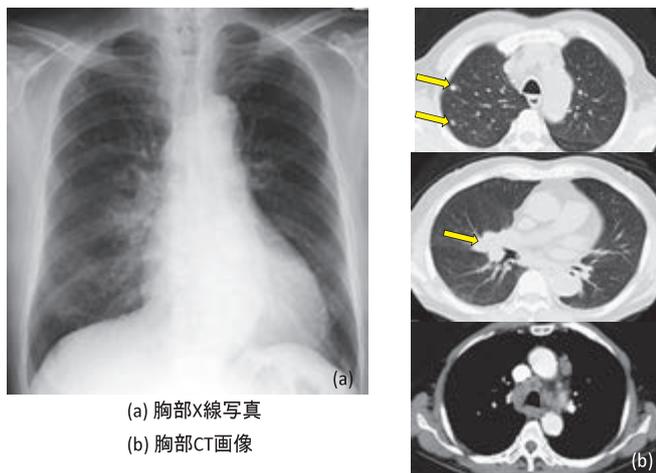
入院身体所見：身長155cm、体重64kg、体温36.4℃、脈拍68/min、血圧134/63mmHg、呼吸数14/min、眼瞼結膜・眼球結膜異常なし。リンパ節触知せず。呼吸音正常。収縮期心雑音あり。腹部平坦、軟、肝脾腫なし。四肢は浮腫や皮疹などを認めなかった。

入院時検査所見 (table1)：血液検査では腫瘍マー

カーで CEA 51.1ng/mL と高値を示した。末梢血の分画での目視異常はみとめられなかった。

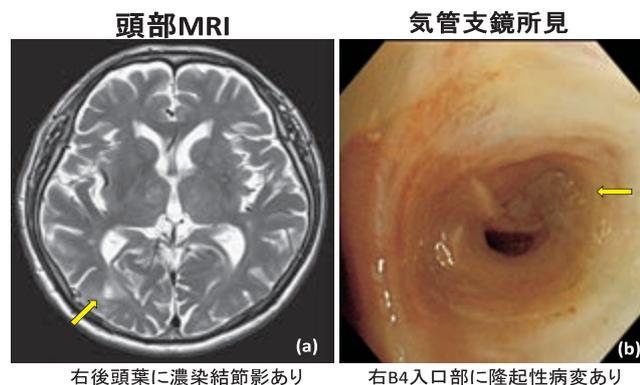
胸部単純 X 線写真：右肺門部腫大をみとめた (Fig1a)。胸部 CT：右中葉中枢側に 35mm 大の結節影と両肺多発小結節影、肺門、縦隔リンパ節腫大をみとめた (Fig1b)。

Fig1.入院時画像所見



(a) 胸部X線写真  
(b) 胸部CT画像

Fig2.頭部MRI、気管支鏡検査



右後頭葉に濃染結節影あり 右B4入口部に隆起性病変あり

頭部 MRI：右後頭葉に転移を疑わせる濃染結節影をみとめた (Fig2a)

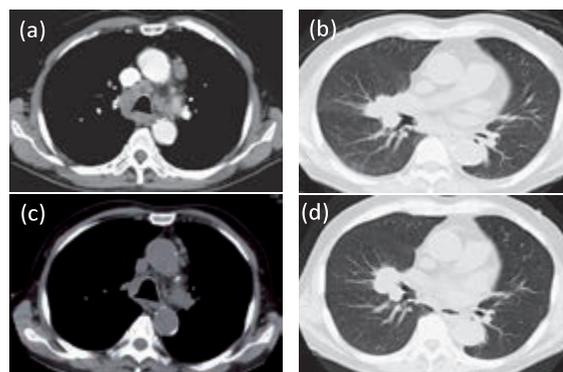
Ga シンチ：遠隔転移所見はみとめられなかった。気管支鏡検査では、右 B4a 入口部に隆起性病変あり閉塞様をきたしていた (Fig2b)。

臨床経過：上記検査所見より肺癌を疑い、気管支鏡下で肺生検を施行した。病理組織診の結果、N/C 比大の異型細胞が少量の間質を伴いながら管状から篩状に増生する像をみとめ、全身精査結果を踏まえ、肺腺癌 (cT2aN3M1b ;T1b 3.5cm、N3: 対側縦隔リンパ節、M1b: 脳転移、stage IV) と診断した。VNR 単剤 (20mg/m<sup>2</sup>3 投 1 休、減量後 18mg/m<sup>2</sup>2 投 2 休) 治療を開始し、計 8 コース施行。また転移性脳腫瘍に対しては診断時と 6 ヶ月後の 2 回、

table2.VNR投与中の治療経過

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
治療	VNR 20mg/m <sup>2</sup>		VNR 18mg/m <sup>2</sup>						VNR 中止			
			ガンマナイフ	好中球減少 (grade2)			ガンマナイフ		FN	FN		
CEA	48	21	6.2	5	6	7.4	13		36	35.7	44.7	80.1

Fig3.VNR治療の画像経過



(a),(b) :VNR開始前  
(c),(d) :VNR8コース終了後

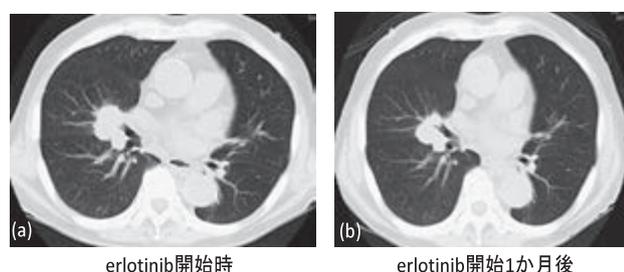
ガンマナイフ治療を行った。腫瘍サイズは縮小し、CEA 値も低下傾向となった (table2、Fig3a、b、c、d) が、晩期は発熱性好中球減少症を繰り返し、都度 G-CSF、抗菌薬投与を要した。VNR 中止後経過を見るも CEA 値上昇ならびに腫瘍増大傾向をみとめたため、PD と判断。セカンドラインの治療として VNR 中止 2 か月後より erlotinib(150mg/日) 投与を開始した。開始後第 9 病日頃より体幹部を中心に皮疹が出現したが、保湿剤・ステロイド外用剤使用でコントロール可能であった。erlotinib 開始後第 52 病日より皮疹増悪あり、同剤を休薬するも、第 58 病日頃より発熱・下痢持続あり、第 60 病日に精査目的に入院となった。当初 erlotinib による副作用遷延と考えていたが、腫瘍サイズは縮小傾向であったものの、非典型的な経過や、進行性の LDH 優位の肝胆道系酵素上昇と汎血球減少をみとめた (table3、Fig4a、b) ため、入院 10 日目および 24 日目に血液疾患精査のため他院へ紹介、骨髄穿刺を施行した。その結果、芽球の増生、3 系統に形態異常 (Fig5) を認め、7 番染色体異常を含む複雑染色体異常をみとめた。先行する化学療法施行歴とあわせ、治療関連骨髄異形成症候群の診断となった。その後も発熱を繰り返し、LDH 上昇や汎血球減少は進行性に悪化。再度の骨髄穿刺の結果は大食細

胞がわずかながら散見され、血球貪食症候群の合併も疑われた。PSが著しく低下したこともあり、ご家族と相談の上BSCの方針となり、緩和病棟へ転棟となった。易感染状態と考えられたが明らかな感染症を疑わせる所見はなく、腫瘍熱等に対し対症療法を行っていたが、入院後第42日目、ケア中に眼球上転を伴う突然の意識障害をきたし、その後すぐに呼吸停止され、急逝された。易出血状態と考えられ、急速な意識レベル低下、呼吸停止状態悪化からは脳幹出血等の脳血管性病変の関与が疑われた。

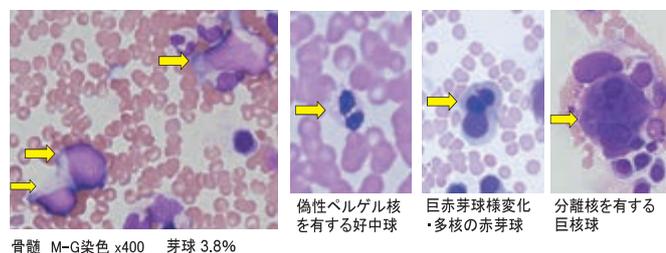
Table3. 治療ならびに血液検査データ推移

	3月	4月	5月	6月	7月				
治療			erlotinib 150mg/日		PSL				
症状			皮疹(+)	皮疹(++)	発熱・下痢				
				血液内科 血液内科					
CEA	44.7	80.1	54.8	28.3					
erlotinib開始後	D1	D22	D43	D60	D67	D75	D81	D88	D94
GOT IU/L	26	31	32	50	65	43	50	63	121
GPT IU/L	15	23	21	29	24	29	22	21	27
LDH IU/L	192	205	219	357	705	609	949	1189	2175
ALP IU/L	370	342	342	369		400	384	492	454
CRP mg/dL	1.5	2.07	0.78	1.54		2.32	7.3	9.42	15.8
WBC / $\mu$ l	3,620	3,530	3,460	2,180	1,680	2,760	1,950	1,250	810
Hb g/dL	12.0	11.6	11.7	10.2	10.1	9.9	8.7	8.2	6.8
Plt $10^4$ / $\mu$ l	16.3	13.8	16.5	6.8	4.1	3.9	2.3	2.8	1.6

Fig4.erlotinib開始後の画像経過



(Fig5.骨髄所見)



骨髄 M-G染色 x400 芽球 3.8%

偽性ベルゲル核を有する好中球

巨赤芽球様変化・多核の赤芽球

分離核を有する巨核球

【考察】

治療関連骨髄性腫瘍 (therapy-related myeloid neoplasms:t-MN) は、化学療法や放射線療法後に生ずる腫瘍の総称で、骨髄・末梢血の芽球の割合や、血球減少や増加の程度によって、治療関連骨髄形成症候群 (therapy-related myelodysplastic syndrome:t-MDS)、治

療関連急性骨髄性白血病 (therapy-related acute myeloid leukemia:t-AML)、治療関連骨髄異形成/骨髄増殖性腫瘍 (therapy-related MDS/myeloproliferative neoplasms:t-MDS/MPN) に分類される。原疾患の固形腫瘍の中では消化器癌、乳癌、婦人科癌等の報告が多い。

全AMLおよびMDSに占めるt-AML、t-MDSの割合は10～20%とされており、t-MDSは典型的な場合は治療後約5～10年を経て発症し、AML発症前に血球減少を伴う造血不全の時期が観察される。予後は、一般的に5年生存率10%未満と不良である。

特に5番、7番染色体異常や複雑核型を持つ例は、生存期間中央値は1年未満でとされている。本症例も7番染色体異常を有しており、予後不良例であったと思われる。尚、t-MNの関連要因としては①アルキル化薬剤 ②放射線治療 ③トポイソメラーゼII阻害剤 ④その他(代謝拮抗剤、抗微小管剤等)が挙げられている。本症例では抗微小管剤であるVNR使用歴があるため、誘因となった可能性があり、定義上t-MDSと診断された。厳密に言うと本症例のt-MDSは、従来の報告より癌治療後の経過が早いこともあり、de novo症例との鑑別は困難と思われたが、肺癌治療歴を考慮して診断に至った。

骨髄検査結果では肺癌の骨髄浸潤はみとめなかった。発症後、発熱や皮疹の増悪により全身状態が急激に悪化したことは、血球貪食症候群を合併していたことも一因と思われた。肺癌診療を含め、固形腫瘍に対する化学療法は進歩していることから、今後増加が予想される治療関連骨髄性腫瘍に臨床で遭遇するケースも増えてくると思われる。もともと高齢者肺癌における化学療法は、全身状態、臓器機能、併存疾患等の問題もあり、より副作用の出現に注意を要するが、本症例のように骨髄抑制が遷延する等非典型的な経過の場合は、治療に伴う副作用以外に血液疾患の可能性も積極的に検討する必要があると思われた。

【参考文献】

直江知樹、2010、WHO血液腫瘍分類、p172-175、WHO分類2008をうまく活用するために

# 「受け持ち看護師の役割」とは ～意識調査を通しての現状把握～

国立病院機構沖縄病院看護部、外科\*

名嘉雅代、玉那覇直子、豊野佳代子、宮城尚子、大兼久みより、河崎英範\*\*

## 要 旨

当院は地域における癌センター的役割を果たす病院であり、A 病棟は呼吸器外科を中心とした外科病棟である。入院患者の治療は主に手術療法が行われているが、術前・術後の補助療法、再発・転移に対し放射線治療や化学療法、終末期看護も行われている。看護方式はチームナーシングに加えて受け持ち制である。病棟の特徴として入退院が多く受け持ち患者との関わりが昨年度の A 病棟「受け持ち看護師評価表」の結果の中から、受け持ち看護師としての役割を十分に果たせていないのではないかとということが分かった。急性期から終末期にかけての受け持ち看護師としての役割は重要とされる。今回、役割が十分に果たせていない要因を経験年数別に調査し受け持ち看護師の役割の現状を知る事ができ、受け持ち看護師としての役割について理解を深め、A 病棟看護師の意識の変化へと繋げることができたので報告する。

## 目 的

A 病棟における受け持ち看護師の役割について現状を明らかにする

人名などの秘密は厳守することを口頭にて説明し承諾を得て本研究を行った。

## 方 法

1. 期間 2014 年 4 月～2015 年 1 月
2. 対象 A 病棟看護師 14 名  
(新人を除く)
3. 方法 質問紙調査  
「受け持ち看護師の役割」意識調査実施（6 月、11 月）
4. 調査内容  
看護総合 2006 年「受け持ち看護師の役割を果たせない要因」<sup>2)</sup>の中から環境要因、能力要因、意欲要因より、受け持ち看護師の役割を遂行できない理由の質問方式を参考に質問紙を作成した。
5. 分析方法  
1) 経験年数別に a 群 2～3 年目、b 群 4～9 年目、c 群 10 年目以上とし、経験年数別の受け持ち看護師の役割についての現状把握を行い検討する。  
2) 意識調査を単純集計し、前後を比較する。
6. 倫理的配慮  
A 病棟看護師に研究の目的・方法、収集した個人データは研究の目的のみに使用すること、個

## 結 果

受け持ち看護師としての役割を遂行できていないに対しては 1 回目 2 回目とも 93%と変化はなかった。遂行できない要因として a 群では能力が 45% から 10%と減少、環境が 22% から 40%、意欲が 33% から 50%と増加。b 群では能力が 27% から 41%、環境が 40% から 20%と減少、意欲が 33% から 37%と増加。c 群では能力が 11% から 18%と増加、環境が 47% から 59%増加、意欲が 42% から 23%と減少した（図 1、2）。

## 考 察

1. 受け持ち看護師としての役割を遂行できていない結果の理由として複数回答された 17 項目の中で <能力要因⑫知識または実践力がない>と <意欲要因⑭受け持ち看護師としての自覚が薄い>の全体の回答数が意識調査第 2 回目で減った。これは、意識調査第 1 回目実施後に「A 病棟受け持ち看護師の役割」についての病棟勉強会を実施したことで受け持ち看護師の役割とは具体的にどのようなものかといった知識を得たことで、受け持ち看護師として役割を果たしているのだろうかと自己を振り返った

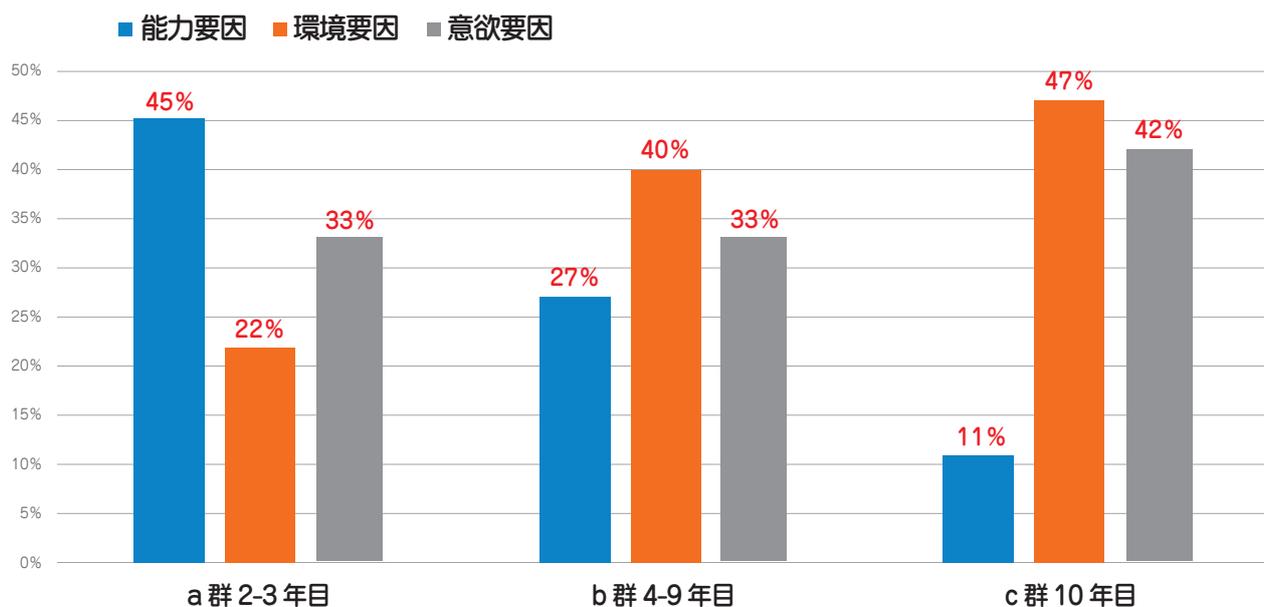


図 1. 受け持ち看護師の役割を遂行できない要因結果 (1 回目)

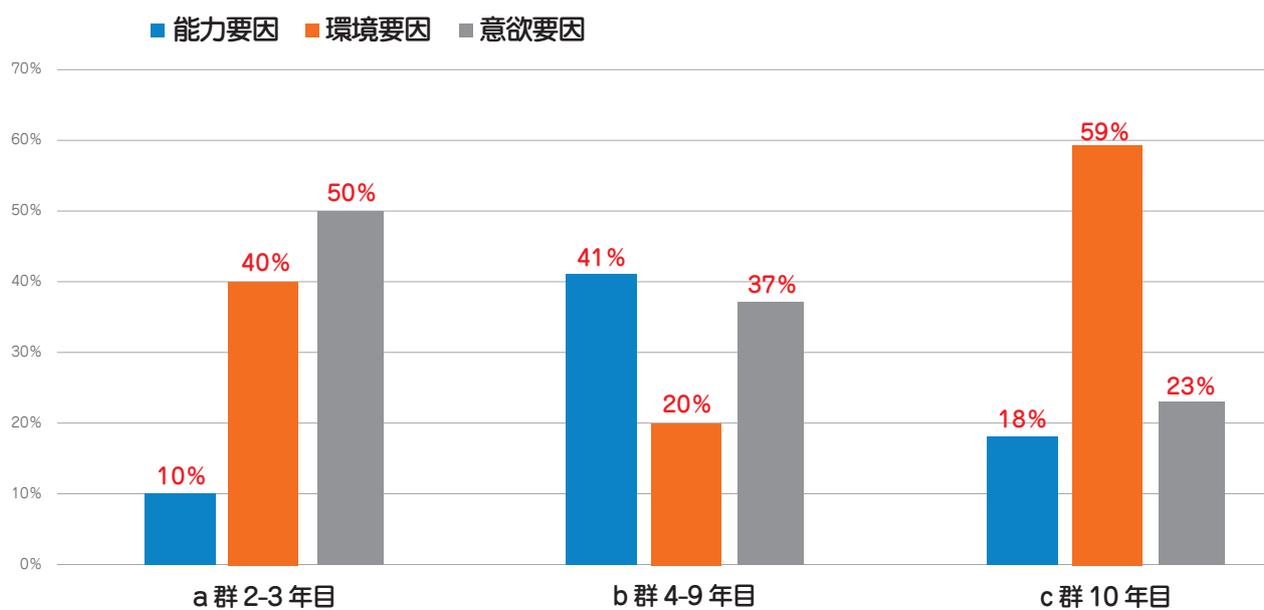


図 2. 受け持ち看護師の役割を遂行できない要因結果 (2 回目)

結果であると考えられる。また、病棟カンファレンスを実施することで受け持ち看護師の役割の理解向上の基盤にもなったと考えられる。特に、意識調査第2回目のa群とb群で<意欲要因⑭受け持ち看護師としての自覚が薄い>を選択したのは0名だった。一方で<意欲要因⑰受け持ち患者の所へ積極的に行けてない>に変化が見られなかった要因と考えられる事として、受け持ち患者の所へ積極的に行く為の動機付けが弱いからではないかと考えられる。

「物事の達成や専門的成長に伴う喜び、やりがいのある仕事を通じて感じる充実感、などをもたらす要因を、「意欲要因」と呼んだ」<sup>1)</sup>「これらの要因が仕事上の満足感にプラス効果を持ち、全人的な生産能力の増大をもたらすことが多い」<sup>1)</sup>とあるように受け持ち患者とかかわることで得られる達成感、充実感、喜びに気が付いて初めて行動する事に対して積極的になれるのではないかと考える。

2. 経験年数別での特徴を見てみると、意識調査

第1回目、第2回目共に<能力要因⑭知識または実践力がない><意欲要因⑮受け持ち看護師としての自信がない>を選択したb群がa群及びc群よりも多い傾向が見られた。これは、問4.の回答で、「朝の環境整備時や勤務時に意識的に声掛けをしている」や「カルテを見て情報収集したりカルテだけでなく本人の所へ行って確認し評価するようにしている」といった実践面での様々な工夫が感じられる。つまり、受け持ち看護師の役割に関する知識がないというよりはむしろ実践面に対する自信が得られていない現状から来る回答なのではないかと考えられる。また、全体で<意欲要因⑮受け持ち看護師としての自信がない>の回答数が意識調査第1回目と第2回目で変化が見られなかったのも、病棟勉強会やカンファレンスの実施によって受け持ち看護師としての知識や自覚はより持てるようになったものの自信には繋がっていない現状から来る結果と考えられる。よって、自信がない故にA病棟スタッフの自己に対しての評価が低い傾向がみられるのではないかとと思われる。「意欲要因に比べると、自律的成長や向上が促進され、能力伸張につながることが多い。したがって、環境要因はやる気に意欲要因は能力に、かかわるといこともできる。」<sup>2)</sup>とあるように、自信を得るには経験による部分もあるが、経験年数によらず自信を獲得できるアプローチが必要と考える。よって、受け持ち看護師としての役割を果たしているという動機付けと個々の実践が自信に繋がるように、受け持ち看護師の役割についての病棟勉強会継続やカンファレンス実施の定着化を図っていく必要があると考える。

3. 意識調査第1回目と第2回目の結果から、「受け持ち看護師の役割」において経験年数別による差はあるものの全体を通して“役割”は理解できていると考える。また、病棟勉強会開催やカンファレンスを実施することにより受け持ち看護師の役割を確認できたことで意識の向上に繋がったのではないかと考えられる。今後の取り組みとして、「受け持ち

看護師の役割」についてのA病棟マニュアル作成の必要性が明らかになった。

## 結 論

取り組み前後で、「受け持ち看護師の役割」について経験年数別の大きな違いはみられなかったが、自己を振り返る事で各要因に変化が見られた。

a群：自分の役割が増え時間のゆとりがなく、知識を自信に繋げる事ができていないが、知識を習得した事が実践力へ繋がった。

b群：自信が持てず実践に繋げる事ができていないが、中堅看護師としてチームの協力を得ながら時間や業務調整が図れたことで、環境要因は減少した。

c群：業務量が多く実践に結び付ける事ができていないが、知識を深めた事で受け持ち看護師としての自覚を再認識できた。

## 引用文献

- 1) P・ハーシィ、K・H・ブランチャード、D・E ジョーンソン「入門から応用へ 行動科学の展開」生産性出版 2013年2月28日 P77 L24-27
- 2) P・ハーシィ、K・H・ブランチャード、D・E ジョーンソン「入門から応用へ 行動科学の展開」生産性出版 2013年2月28日 P78 L34、P79 L11-12

## 参考文献

- 1) P・ハーシィ、K・H・ブランチャード、D・E ジョーンソン「入門から応用へ 行動科学の展開」生産性出版 2013年2月28日
- 2) 渡辺宏美、後藤直子、山崎衣津香 「受け持ち看護師の役割を果たせない要因」日本看護協会出版会 日本看護学会論文集第37回看護総合 2006年
- 3) 手先知佳、山崎真由美、高森理佳 「患者が考える受け持ち看護師が提供すべき良い看護とは」第40回看護研究発表論文集録 2008年

# 安全・安楽な呼吸器外科手術体位の取り組み

国立病院機構沖縄病院 手術室、外科\*

生出優香、末吉温子、池味順子、伊波佐由里、仲宗根佐恵子、鮫島明子、河崎英範\*

## 要 旨

**目的：**全身麻酔下に側臥位で手術を受ける患者にとって安全で安楽な体位固定方法を明らかにする。

**方法：**医師・看護師 8 名を被験者とし側臥位の体位シミュレーションを行い、体圧測定を実施した。以下を検討項目とした。

1) 被験者の BMI 情報、2) 手術体位の疼痛・苦痛の評価、3) 体圧を測定し、変化を数値で確認。4) 頭調節枕の評価。5) 実際に使っていた枕を腋窩に入れ込む方法と、腋窩枕を腋窩より二横指下げの方法の評価。

**結果：**体位シミュレーションを実施することで患者の身体への負担を体験した。ベッドに対し背骨が水平になっていない時、肩の痛みを訴える意見があり、枕の高さを調節することで痛みは解消され、苦痛軽減につながると思われた。側臥位では肩と大転子部の圧が高くなるため、肩と大転子部に除圧マットを挿入したが、圧の分散は図れなかった。除圧マットを外し、身体をベッドに対し垂直に固定した。腋窩枕を腋窩に入れ込んでいる時、肩と大転子部の圧は高いままだった。腋窩枕を腋窩より二横指下げると圧は分散され、体験者から体勢が楽だったとの声が聞かれた。このことから、圧を分散させるためには体位固定の際、水平・垂直・腋窩枕の位置が重要と言える。

**結論：**患者にとって安全安楽な側臥位の体位固定は、ベッドに対し背骨を水平に保ち、身体を垂直に固定、腋窩枕を腋窩から二横指下げの方法である。

## はじめに

当院は呼吸器疾患の手術が 9 割を占め、多くは側臥位で手術が行われている。最近、病棟スタッフより術後に肩の痛みを訴える患者が増えているとの情報があった。そこで今回、側臥位の体位固定のシミュレーションを行い、安全・安楽な体位固定方法について検討を行った。

## 研究目的

全身麻酔下に側臥位で手術を受ける患者にとって、安全で安楽な体位固定方法を明らかにする。

## 研究方法

1. 研究期間：2014 年 4 月～2015 年 1 月
2. 研究対象：医師・手術室スタッフ 8 名（体圧測定を実施したスタッフは 5 名）
3. 体位シミュレーションの観察項目
  - 1) スタッフの BMI などの情報。2) 手術体位の疼痛・苦痛の評価。3) 体圧を測定し変化を数値で確認（図 1）。4) 頭調節枕の評価。5) 実際に使っていた枕を腋窩に入れ込む方法と腋窩枕を腋窩より二横指下げの方法の評価
4. 倫理的配慮  
データ処理時には個人が特定されないことがない

ように配慮し、知り得た情報は研究以外の目的には使用しない。

## 結果

体圧測定の実施と側臥位の体位固定のシミュレーションを行った。頭部の枕が低く背骨がベッドに対し水平ではない時肩の痛みを訴えた。枕の高さを調節したことで肩の痛みは軽減された。側臥位では肩と大転子部の圧が高くなるため、肩と大転子部に除圧マットを挿入した。除圧マットを入れたことにより、肩と大転子部に圧が集中した。除圧マットを外し、身体をベッドに対し垂直に固定した。腋窩枕を腋窩に入れ込んでいる時肩と大転子部の圧は高いままだった。腋窩枕を腋窩より二横指下げることによって圧は分散された（図 2）。

## 結論

側臥位の体位固定時は、ベッドに対し背骨を水平に保ち、身体を垂直に固定、腋窩枕を腋窩から二横指下げると圧が分散される。

#### IV. 考察

呼吸器外科の手術、特に肺切除術の多くは側臥位で行われ、患者様は全身麻酔下に非日常的な体位で長時間固定されることになる。高齢者に多い肺癌患者では頸部や四肢の可動制限を有する場合があります、また若年者に比べ栄養状態が悪いことが多く、術後、手術体位に起因する神経や関節そして皮膚障害などが報告されているが、当院においても病棟スタッフより、最近術後に肩の痛みを訴える患者様が増えているとの報告から今回、本研究を行った。坂平は術中における基本体位について「無麻酔でも長時間、その体位に耐えられるか自分で試してみるのが一番である。」<sup>1)</sup>と述べている。今回体位シミュレーションを実施することで、患者の身体への負担を体験することができた。ベッドに対し背骨が水平になっていない時肩の痛みを訴える意見があり、枕の調節を行い水平にすることで痛みは解消され苦痛軽減につながった。また、圧測定をしながら体位調整する中で、圧が分散されたのは、身体をベッドに対し垂直に保ち、腋窩枕を腋窩から二横指下げる方法であった。これらの方法は先行研究でも明らかになっている<sup>25)</sup>。圧の高い部分に除圧マットを挿入し、圧を下げることを試みたが、除圧マットを挿入した部分に圧が集中した。このことから、圧を分散させるためには体位固定の際、水平・垂直の確認が重要と言える。

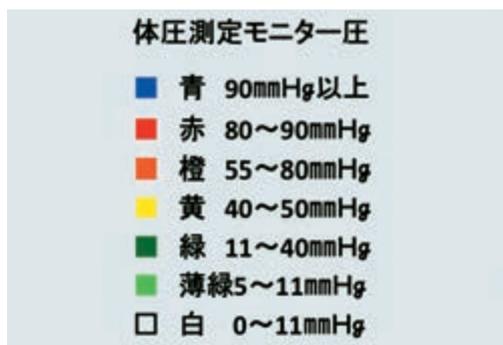


図1. 体圧測定モニター圧

全身麻酔下の手術体位では、術者は視野の確保と操作性の確保を優先しがちであるが、これは必ずしも患者の安楽を優先しているとはいえない。当然なことではあるが全身麻酔下の患者様は体位固定による痛みや圧迫などの訴えは不可能で、手術スタッフは、全身麻酔下の患者様の声なき声に耳を傾ける気持ちで、注意深い観察と洞察が必要である。今回の体位シミュレーションにより、今後の手術室看護に

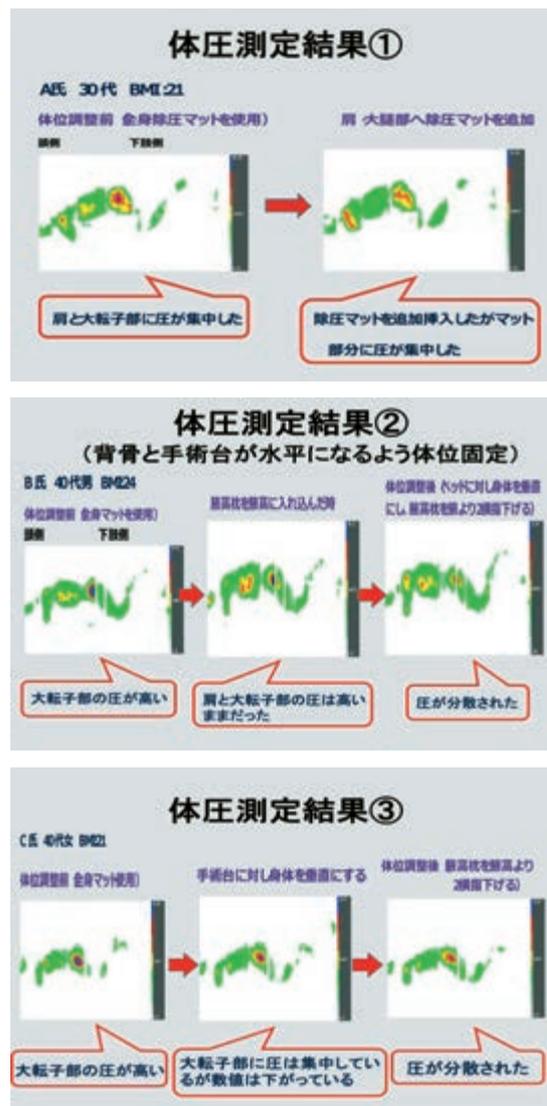


図2. 体圧測定結果

活かすことができ、外科医、麻酔科医を含めた手術スタッフ間においても術中体位への関心が高まったと考える。

#### 引用文献

1. 坂平憲二. 手術室における基本体位. 臨床看護へるす出版 1985.12
2. 弓削孟文. ピットフォールから学ぶ手術患者の看護. メディカ出版; 2005 p10
3. 外回り看護パーフェクトブック オペナリーシング 中川朋子編集 2011年春増刊 p85~87
4. 上田純子. 側臥位時の体位固定と褥瘡対策. 岸田良平編集. 手術看護 2013; 6: 17~27
5. 猪股奈都美、菊池勝子、小松康克 側臥位の固定. 手術看護エキスパート. 岸田良平編集 2015; 9: 40-44

---

## 国立病院機構沖繩病院業績集 (2015)

### 【原著論文】

- 1) Yoshida T, Nakamura K, Suwazono S. Ultrasound evaluation of tongue and trapezius in 4 advanced cases of HMSN-P.  
Neurosonology 28(2), 86-7, 2015  
**【Abstract】** Purpose: HMSN-P presents with progressive weakness and atrophy of proximal limbs and truncal muscles, although previous literature reported marked sparing of bulbar muscles, a distinguishing feature from amyotrophic lateral sclerosis (ALS). We sought to further examine if involvement of bulbar muscle present or not in advanced cases of HMSN-P. Method: We conducted thorough clinical, electrophysiological and ultrasonographic examination in four patients with advanced HMSN-P. We evaluated the presence of fasciculation of tongue on ultrasonography and fibrillation/positive sharp wave on needle electromyography.  
Result: Mean age and disease duration were 69 year old and 29 years, respectively. All patients showed near-complete paralysis of all four extremities. Three patients required mechanical ventilation. All four patients revealed tongue atrophy. Although none of them showed fasciculation of tongue on visual examination or on needle electromyography, ultrasonography detected fasciculation in two patients. Alternatively, two patients without fasciculation showed sign of active denervation on needle electromyography. Conclusion: In this study we found evidence of cranial nerve involvement in patients with advanced HMSN-P but the extent of involvement was much milder than those of ALS. In our patient series, detection rate of denervation of tongue muscle improved by complementary use of both electromyography and ultrasonography.
  
- 2) Higa F, Haroon A, Iha Y, Tasato D, Nakamura H, Kinjo T, Tamayose M, Furugen M, Miyagi K, Haranaga S, Tateyama M, Fujita J. Interleukin-17A in Legionella pneumonia: a retrospective study. Jpn J Infect Dis. 2015;68(2) :148-50.  
**【Abstract】** Interleukin (IL)-17A affects the immune system of the lung. Legionella infection can potentially lead to severe pneumonia. The present study aimed to evaluate the role of IL-17A in Legionella pneumonia. Serum IL-17A levels were quantified in both patients with Legionella pneumonia and control subjects; IL-17 was detected in sera from 4 out of 31 patients with Legionella pneumonia but in any controls. There were no differences in peripheral white blood cell counts or other serum biomarkers (C-reactive protein, and lactate dehydrogenase) between IL-17A-positive and IL-17A-negative patients. All IL-17A-positive patients in this cohort survived, where 8 of 27 IL-17A-negative patients did not. IL-17A was detected in available bronchoalveolar (BA) fluid samples from 7 patients with Legionella pneumonia within our cohort. However, the IL-17A and IFN- $\gamma$  concentrations in BA fluids did not correlate with each other. IL-17A might play a significant role in some cases of Legionella pneumonia.
  
- 3) Taira N, Kawabata T, Furugen T, Ichi T, Kushi K, Yohena T, Kawasaki H and Ishikawa K.  
The Effectiveness and Tolerance of TS-1 a Monotherapy for Relapsed Thymic Cancer Patient Who could not Tolerate Platinum Compounds Chemo Open Access 4: 145.  
**【Abstract】** Background: The optimal chemotherapeutic regimens for thymic cancers still remain controversial, although systemic chemotherapy is an important therapeutic modality for unresectable thymic cancer. In general, platinum- based regimens such as CODE and ADOC are widely used. However, several serious side effects of the

---

platinum therapy may significantly restrict its efficacy for clinical application. We herein describe a case with a good response to TS-1 treatment for relapsed thymic cancer in a patient who could not tolerate platinum compounds. Case report: A 73-year-old woman was diagnosed with thymic cancer, Masaoka stage IVa, in May 2009. She underwent the concurrent chemoradiation therapy. In September 2011, lung metastasis of the thymic cancer was noted in the right upper lobe. It was difficult to continue platinum-based chemotherapy due to various life-threatening side effects of the treatment. In June 2013, the chest CT scan revealed the growth of the right upper lobe metastatic tumor and left upper lobe atelectasis due to a metastatic polypoid lesion in the left upper bronchus. The patient underwent partial resection of the lesion and repeat resections in June and September 2014. At the same time, the right upper lobe metastatic tumor had continued to grow. The patient received chemotherapy with TS-1 monotherapy. There were no severe toxicities and the right upper lobe metastatic tumor showed a marked reduction in size. At present, TS-1 therapy has been continued and the patient remains well with an excellent performance status.

- 4) Kawasaki H, Nakamoto A, Taira N, Ichi T, Yohena T, Kawabata T. Endobronchial electrocautery wire snare prior to wedge bronchoplastic lobectomy for central-type lung cancer: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 2015; 10: 2011-5

**【Abstract】** INTRODUCTION: Occasionally, it is difficult to design an appropriate treatment plan for central-type lung cancer. We present the usefulness of combined treatment with a bronchoscopic electrocautery wire snare prior to wedge bronchoplastic lobectomy for patients with central-type lung cancer. PRESENTATION OF CASE: A 64-year-old man, who was a long-term corticosteroid user, complicated with left obstructive pneumonia. Chest CT scan showed total atelectasis of the left lung due to obstruction of the left main bronchus by an endobronchial tumor, which protruded from the left lower lobe. He was diagnosed with squamous cell carcinoma of c-T3N0M0 Stage IIB. Endobronchial tumor resection of the left main bronchus was initially performed, which resulted in an improvement of the patient's symptoms; the patient's pulmonary function was evaluated and bronchial extension of the tumor was also observed. He subsequently underwent elective bronchoplastic left lower lobectomy and lymphadenectomy, with no recurrence 2 years after surgery. DISCUSSION: A variety of therapeutic bronchoscopic intervention are available for the treatment of advanced central-type lung cancer. The effectiveness of endobronchial electrocautery using the snare wire has been reported for the treatment of respiratory tract tumors, which allowed planning of the following treatment procedure. CONCLUSION: The combination of a bronchoscopic electrocautery wire snare and bronchoplastic surgical procedure was useful for the treatment of central-type lung cancer such as in our case.

- 5) Horita N, Otsuka T, Haranaga S, Namkoong H, Miki M, Miyashita N, Higa F, Takahashi H, Yoshida M, Kohno S, Kaneko T. Adjunctive Systemic Corticosteroids for Hospitalized Community-Acquired Pneumonia: Systematic Review and Meta-Analysis 2015 Update. *Scientific Reports*. 2015 Sep 16;5:14061.

**【Abstract】** Previous randomized controlled trials (RCTs) and meta-analyses evaluated the efficacy and safety of adjunctive corticosteroids for community-acquired pneumonia (CAP). However, the results from them had large discrepancies. The eligibility criteria for the current meta-analysis were original RCTs written in English as a full article that evaluated adjunctive systemic corticosteroids adding on antibiotic therapy targeting typical and/or atypical pathogen for treating hospitalized human CAP cases. Four investigators independently searched for eligible articles through PubMed, Embase, and Cochrane databases. Random model was used. The heterogeneity among original studies and subgroups was evaluated with the I(2) statistics. Of 54 articles that met the preliminary criteria, we found 10 eligible RCTs comprising 1780 cases. Our analyses revealed following pooled values by corticosteroids. OR for all-

---

cause death: 0.80 (95% confidence interval (95% CI) 0.53-1.21) from all studies; 0.41 (95% CI 0.19-0.90) from severe-case subgroup; 0.21 (95% CI 0.0-0.74) from intensive care unit (ICU) subgroup. Length of ICU stay: -1.30 days (95% CI (-3.04)-0.44). Length of hospital stay: -0.98 days (95% CI (-1.26)-(-0.71)). Length to clinical stability:-1.16 days (95% CI (-1.73)-(-0.58)). Serious complications do not seem to largely increase by steroids. In conclusion, adjunctive systemic corticosteroids for hospitalized patients with CAP seems preferred strategies.

- 6) Kakinuma R, Moriyama N, Muramatsu Y, Gomi S, Suzuki M, Nagasawa H, Kusumoto M, Aso T, Muramatsu Y, Tsuchida T, Tsuta K, Maeshima AM, Tochigi N, Watanabe S, Sugihara N, Tsukagoshi S, Saito Y, Kazama M, Ashizawa K, Awai K, Honda O, Ishikawa H, Koizumi N, Komoto D, Moriya H, Oda S, Oshiro Y, Yanagawa M, Tomiyama N, Asamura H.

PLoS One. 2015 Sep 9;10(9):e0137165.

Ultra-High-Resolution Computed Tomography of the Lung: Image Quality of a Prototype Scanner.

**[Abstract]** PURPOSE: The image noise and image quality of a prototype ultra-high-resolution computed tomography (U-HRCT) scanner was evaluated and compared with those of conventional high-resolution CT (C-HRCT) scanners. MATERIALS AND METHODS: This study was approved by the institutional review board. A U-HRCT scanner prototype with 0.25 mm x 4 rows and operating at 120 mAs was used. The C-HRCT images were obtained using a 0.5 mm x 16 or 0.5 mm x 64 detector-row CT scanner operating at 150 mAs. Images from both scanners were reconstructed at 0.1-mm intervals; the slice thickness was 0.25 mm for the U-HRCT scanner and 0.5 mm for the C-HRCT scanners. For both scanners, the display field of view was 80 mm. The image noise of each scanner was evaluated using a phantom. U-HRCT and C-HRCT images of 53 images selected from 37 lung nodules were then observed and graded using a 5-point score by 10 board-certified thoracic radiologists. The images were presented to the observers randomly and in a blinded manner. RESULTS: The image noise for U-HRCT ( $100.87 \pm 0.51$  Hounsfield units [HU]) was greater than that for C-HRCT ( $40.41 \pm 0.52$  HU;  $P < .0001$ ). The image quality of U-HRCT was graded as superior to that of C-HRCT ( $P < .0001$ ) for all of the following parameters that were examined: margins of subsolid and solid nodules, edges of solid components and pulmonary vessels in subsolid nodules, air bronchograms, pleural indentations, margins of pulmonary vessels, edges of bronchi, and interlobar fissures. CONCLUSION: Despite a larger image noise, the prototype U-HRCT scanner had a significantly better image quality than the C-HRCT scanners.

- 7) Taira N , Kawabata T, Furugen T, Ichi T, Kushi K, Yohena T, Kawasaki H, Ishikawa K. Repeated Localized Treatment for Endobronchial Metastasis of Thymic Carcinoma

Am J Case Rep, 2015; 16: 483-485

**[Abstract]** Endobronchial metastases derived from nonpulmonary tumors are uncommon, although a variety of malignant tumors have been reported to be associated with endobronchial metastasis. We herein report a case of repeated bronchoscopic resection of endobronchial metastasis of a thymic carcinoma. A 59-year-old woman was diagnosed with primary thymic carcinoma, Masaoka stage IVA, in May 2009. In June 2013, she developed dyspnea. A chest CT scan revealed left upper lobe atelectasis, and a polypoid lesion was noted in the left upper bronchus on bronchoscopy. A pathological examination of the lesion revealed metastatic thymic carcinoma, and bronchoscopic resection was performed for symptom relief. However, the lesion was partially resected, based on the operative findings, which showed the peripheral part of B3 to be the origin of the polypoid lesion and bronchoscopy could not be used to reach this site. Although the patient underwent repeated partial bronchoscopic resection of the polypoid

---

lesion due to the symptoms of dyspnea caused by regrowth of the polypoid metastatic thymic cancer in the left upper bronchus, she remains alive with an excellent performance status and no evidence of widespread or other metastases for more than 5 years after the initial diagnosis.

We speculate that this case was successfully managed with repeated partial bronchoscopic resection because thymic cancer tends to be a slow-growing tumor. Therefore, it is worth resecting endobronchial metastatic thymic carcinoma repeatedly in such cases, even if the resection is partial.

- 8) Taira N. A Unique Case Of Intrapulmonary Bronchogenic Cyst With High Serum Cea. *Am J Respir Crit Care Med* 191;2015:A6025

**【Abstract】** Introduction: Bronchogenic cysts are rare congenital lesions that can occur in the mediastinum or may be intrapulmonary. The cysts are lined by ciliated columnar or cuboidal epithelium, and contain fluid, such as variable amounts of proteinaceous material, blood products and calcium oxalate. In addition, some previous studies have suggested that carcinoembryonic antigen (CEA) can be present at a high level in the bronchogenic cyst fluid without malignant transformation. We herein report a unique case of intrapulmonary bronchogenic cyst with high serum CEA, in which the size or volume of the fluid in the cyst was associated with the serum CEA level. Case report: A 50-year-old female non-smoker was found to have a mass in the right lower lobe of her lung during a routine health checkup in September 1995. The mass was diagnosed as an intrapulmonary bronchogenic cyst based on the CT image findings, which showed a mass with a thin and smooth wall. Regular follow-up with planned X-rays or CT imaging was performed. In September 2007 (twelve years later), the serum CEA level was elevated (7.0 ng/ml; reference range, 0–4.8 ng/mL) although there was no evidence for a diagnosis of malignancy, as the cyst was filled with fluid on a CT image. The serum CEA levels were subsequently decreased to normal (2.5 ng/ml), and a follow-up chest X-ray taken six months later showed a decrease in the size of the cyst, which was still filled with fluid. During fourteen years of follow-up, there have been several cycles of increases and decreases in the size or volume of the fluid in the cyst, and the levels of serum CEA have fluctuated along with the size/volume. Discussion: We speculate that the CEA concentrated in the cystic lesion could flow into the peripheral blood. Therefore, the changes in the concentration of CEA induced by the repeated changes in the size or the volume of fluid in the cyst may have caused the repeated changes in the serum CEA level. To the best of our knowledge, this is the first report of the relationship between the size/volume of a bronchogenic cyst and the serum CEA levels during a long-term follow-up of a patient.

- 9) Shibahara D, Kinjo T, Nishiyama N, Kami W, Nabeya D, Haranaga S, Higa F, Tateyama M, Shinzato T, Toma H, Kishimoto H, Fujita J. Falciparum Malaria Incidentally Pretreated with Azithromycin. *Intern Med* 54: 2513-6, 2015.

**【Abstract】** A 65-year-old man, who recently returned from Liberia, visited a clinic complaining of fever, and azithromycin was prescribed. The patient presented to a general hospital 5 days after the onset of symptoms, however, a blood smear examination failed to detect malaria. Contrary to the blood smear result, a rapid antigen test in our hospital was strongly-positive for falciparum malaria, indicating a high level of malarial antigen in the blood. Moreover, laboratory examinations on admission showed a tendency for improvement. We assumed that the administration of azithromycin partially treated malaria, thus complicating the blood smear diagnosis. We should be careful in prescribing azithromycin, which is widely used in clinics, to travelers returning from malaria-endemic countries.

- 
- 10) Furugen M, Uechi K, Hirai J, Aoyama H, Saio M, Yoshimi N, Kinjo T, Miyagi K, Haranaga S, Higa F, Tateyama M, Fujita J. An Autopsy Case of Two Distinct, Acquired Drug Resistance Mechanisms in Epidermal Growth Factor Receptor-mutant Lung Adenocarcinoma: Small Cell Carcinoma Transformation and Epidermal Growth Factor Receptor T790M Mutation. *Intern Med.* 54: 2491-6, 2015.

**[Abstract]** We herein describe the case of a 63-year-old man who died from relapsed epidermal growth factor receptor gene (EGFR) exon 19 deletion lung adenocarcinoma treated with erlotinib. According to the autopsy results, he was confirmed to have small cell carcinoma without the EGFR T790M mutation in his pancreas and left kidney metastatic specimens, while the adenocarcinoma metastatic lesion in his right kidney had the EGFR T790M mutation; both retained the somatic EGFR exon 19 deletion. We herein report an autopsy case of resistance to an EGFR tyrosine kinase inhibitor via small cell carcinoma transformation and the EGFR T790M mutation in separate metastatic organs.

- 11) Tamayose M, Fujita J, Parrott G, Miyagi K, Maeshiro T, Hirata T, Higa F, Tateyama M, Watanabe A, Aoki N, Niki Y, Kadota J, Yanagihara K, Kaku M, Hori S, Kohno S. Correlations between extent of X-ray infiltration and levels of serum C-reactive protein in adult non-severe community-acquired pneumonia. Pneumonia cases can vary in both severity and chest X-ray findings. *J Infect Chemother Jun*;21: 456-63, 2015.

**[Abstract]** Elevated C-reactive protein (CRP) levels may be an indicator of disease severity. We retrospectively evaluated factors correlated with the extent of chest X-ray infiltration both in community-acquired pneumonia (CAP) and a subgroup of cases with pneumococcal pneumonia. In a clinical study that evaluated the efficacy of sitafloxacin, 137 patients with CAP had been previously enrolled. In our study, 75 patients with pneumococcal pneumonia were identified among these 137 CAP patients. The extent of chest X-ray infiltration was scored and correlations with age, sex, body temperature, white blood cell (WBC) count, and CRP levels were analyzed using multivariate analysis with logistic regression. Significant correlations were observed between the extent of chest X-ray infiltration and CRP levels in both CAP and pneumococcal pneumonia. Our data indicates that CRP is a valuable and informative resource that could reflect the severity of pneumonia in cases of both CAP and pneumococcal pneumonia.

- 12) Kinjo T, Shibahara D, Higa F, Fujita J. Beau's Lines and Mees' Lines Formations after Chemotherapy. *Intern Med.* 2015;54(17):2281. (no abstract)

- 13) Ueno, M., Kemmer L., Barkley, C., Kutas, M., Suwazono, S., Filoteo, V., Litvan, I. Investigations into syntactic processing and its relationship to general cognition in PD. *Neurodegenerative Diseases*, vol 15, Supplement 1, 1360, 2015.

**<Objective>** Recent work has demonstrated language deficits in PD. Friederici et al. (2003), for example, reported reduced P600 amplitudes -- an event related brain potential (ERP) component related to syntax -- to word category violations in speech in PD, and concluded that basal ganglia circuitry is crucial for late/integrative syntactic processes. We assess the generality of this conclusion by examining the processing of morphosyntactic violations during reading in combination with performance on an extensive neuropsychological battery.

**<Methods>** We recorded the EEG while individuals with PD (Mean MoCA=26.2) and age-matched controls read sentences containing morphosyntactic violations (and grammatical controls). We correlated P600 effect (violations minus controls) amplitudes and latencies with various neuropsychological measures.

**<Results>** Statistically indistinguishable P600 effects were observed in both groups. P600 parameters for both

groups were significantly correlated with Executive Function/Working Memory (EF/WM) scores: higher scores were associated with earlier and larger P600 effects (PD,  $r=.8\sim.9$ ; controls,  $r=.6\sim.7$ ).

<Conclusions> We found no evidence for P600 effect amplitude reductions in individuals with PD with severity equal or greater to those in previous reports. Preliminary analyses suggest that in PD syntactic P600 amplitude and latency are better predicted by scores on tests of EF/WM than grammaticality judgment accuracy. This suggests that the link between the basal ganglia and syntactic processing is more complicated than presumed to date.

#### 14) 河崎英範

##### 胸腺腫・胸腺がんの診断と治療

沖縄県医師会報雑誌 .2015;51:1169-75.

**【要旨】** 胸腺腫・胸腺がんは多くの臨床医にとって日常臨床では遭遇することが少ない腫瘍である。しかし近年、他疾患の経過観察中や人間ドックの胸部 CT で偶然発見される頻度が増えている。胸腺腫は比較的緩徐に進行し多くは無症状であるが、隣接臓器への進展にともない胸痛、咳、息切れなどが出現する。また、さまざまな自己免疫疾患を合併することがあり、なかでも重症筋無力症が最も多く、胸腺腫が疑われる場合、重症筋無力症を念頭においた診察や検査が必要である。一方、胸腺がんは悪性度が高く、発見時には隣接臓器への浸潤や遠隔転移など進行症例として発見されることが多いが、重症筋無力症など自己免疫疾患を合併することは少ない。胸腺腫・胸腺がんの病理所見は多彩で、これまでいくつかの分類方法が提唱されていたが、現在は WHO 分類が定義され、胸腺腫を 5 種類の組織亜型 (Type A, AB, B1, B2, B3) と胸腺がんに分類している。後方視的検討では Type A、Type AB はほぼ良性的な臨床経過で、Type B は B1, B2, B3 になるにつれ悪性度が高くなることが報告されている。病期分類について国際的に標準化された分類はないが、正岡病期分類が最も使用されている。正岡病期分類では腫瘍の浸潤の程度に基づいて 4 つの段階に分類され、この病期に基づき治療方法が決定されることが多い。I 期、II 期で限局性であれば外科的切除で治癒する可能性が高いが、III 期で広範囲な浸潤や、完全切除が困難と予想される場合は、導入療法 (化学療法あるいは放射線療法) 後に切除することがある。胸腺腫・胸腺がんは比較的稀な腫瘍で、生物学的に十分解明されていない点が多く、また治療に関する前向きな臨床試験が少なく、今後も新たな知見の集積が必要である。

#### 15) 吉村直樹、上田幸彦、北島竜一、宮城睦子、諏訪園秀吾

##### 入院中のジストロフィン異常症患者における認知機能と発達障害傾向及び QOL の関連

筋ジストロフィー医療研究 .2015;11:124-5.

**【要旨】** 目的：ジストロフィン異常症において、ある一定の割合で認知機能障害や発達障害傾向が認められている (上田ら, 2012; 柴田ら, 2012 など)。しかし、認知機能障害と発達障害傾向の異同や関連は明らかにされておらず、また QoL との関連も明らかになっていない。そこで本研究は、認知機能と発達障害傾向、QoL との関連について明らかにすることを目的とする。方法：2014 年 5 月から 10 月にかけて、入院中の DMD・BMD 患者 15 名に調査協力を依頼し、臨床心理学専攻の学生が MDQoL を実施した。また、患者の許可を得て、SRS-2 Adult Form (Relative/other Report) の回答を看護師に依頼した。認知機能は 2012 年に行われた神経心理学的検査の結果を使用。ウェクスラー式成人知能検査 <WAIS-III> より、絵画完成、単語、類似、算数、行列推理、知識、理解・記号探し・語音整列・数唱。標準注意検査法 <CAT> より聴覚性検出・シンボルディジットモダリティテスト・記憶更新・PASAT・ポジションストループレテスト。ウェクスラー記憶検査改訂版 <WMS-R> より、論理的記憶 (直後・遅延)・視覚性対連合 (直後・遅延)・言語性対連合 (直後・遅延)、図形の記憶。遂行機能障害症候群の行動評価 <BADS> より規則変換を使用。結果と考察：[ 認知機能と SRS の関連 ] 有意傾向がある相関が 2 つ見られ、有意では

ないが弱い相関が多数示された。一方で、先行研究で言われているような、自閉症に特徴的な認知プロフィールとは一部異なっている（自閉症は、類似・知識・単語は良く、数唱・算数・記号探し・理解が悪い;Mayes&Calhoun,2003）。[認知機能と QoL の関連]ADL と視覚的情報処理（絵画完成・行列推理・視覚性対連合）に負の相関、居住環境と視覚的情報処理の速さ（記号探し・シンボルディジットモダリティテスト・ポジションストロープ所要時間）に関連がある。また健康感と継時処理（語音整列・シンボルディジットモダリティテスト・聴覚性検出・記憶更新4桁）に正の関連、呼吸と咽頭機能と図形記憶の間に負の関連が見られた。[SRS と MDQoL の関連]入院中の筋ジストロフィー患者で発達障害傾向の高い人は現在の生活環境には満足しているが、将来に対する希望は低い。このことは、成人の自閉症患者は生活満足度が低く将来に対する希望も低い（Barneveld et al,2014）という結果と一致しない。以上より入院中の自閉症傾向の高い筋ジストロフィー患者の QOL の高さには、環境要因が一因となっている可能性が考えられる。

16) 北島竜一、小林聡子、安里栄子、島田明子、幸原隆子、山田桃子、諏訪園秀吾

社会見学実施状況と今後の課題について - 今年度の実施状況及び活動中の事故を受けて  
筋ジストロフィー医療研究 .2015;11: 137-8.

**【要旨】** 諸言：当病棟の行事に社会見学（以下：院外活動）がある。療養介護契約者を対象に1人につき年1回計画し、各回2～3名ずつ参加、計20回実施している。目的地や実施時期等、希望に沿って調整を行っているが個々のニーズの多様化、人工呼吸器使用、気管切開施行の割合増加等、医療的ケアの必要度が増す現状にあり、調整が難しい点もある。だが、家族だけの外出に不安を感じるケースなど日常的な外出が難しい入所者にとっては病院主催の行事として非常に楽しみにされているものであり、それに応えるために多職種が連携し実施している行事であった。だが、今年度実施した院外活動時に後続車両より追突されるという事故に遭遇した。今年度実施した院外活動の現状及び活動中の事故を受けて検討したことを報告する。目的：院外活動実施現状のまとめと活動中の事故を受けての課題検討を行う。方法：①九州管内国立病院機構療養介護サービスを提供する病棟（15施設）の院外活動実施状況調査及び集計②院外活動実施手順の整理及び反省会の意見、検討課題のまとめと分析③事故に遭遇した院外活動時の状況整理。結果：①15施設中12施設(当院含)より回答を得た。院外活動実施施設は当院を含めて11施設あった。外出形態は当院を含めバス等を使用し複数者参加の院外活動10施設、福祉タクシーを使った個別の院外活動が2施設あった。実施回数は複数者参加の院外活動は当院を含めて11～20回が4施設、7～10回3施設、21回以上が2施設、個別の院外活動は2施設とも30回程度であった。交通手段では当院を含め病院バス使用が3施設、病院・貸切バス併用1施設、病院ワゴン車（複数台）及び福祉タクシー併用1施設、貸切バス3施設、福祉タクシー使用が2施設であった。外出時のマニュアルは当院を含め9施設が有りであった。②院外活動実施手順を整理した。（目的地の設定調整→同意書への署名→本人・家族・病棟スタッフへの聞き取り→危険予知トレーニング→院外活動実施反省）院外活動は今年度20回計画、9月までに14回実施した。参加者や家族からは楽しみにしている行事であることを伺わせる意見が多く聞かれた。職員からは手順を踏む中で「より情報の共有化が図れた。」「ご家族との交流の場となった。」「今年度は療養介護専門員も引率する機会が増えたことは良かった。」等の意見や療育指導室からは臨床工学技士による呼吸器に関する勉強会を行ったことに対して「呼吸器の機器について知識を持つことで、より安心して行事に臨むことができた。」などの意見が聞かれた。その一方、部署内での情報の共有は図れているが多職種の連携面にはまだまだ課題があることが挙げられた。目的地、利用施設については対応の違いが感じられる面があり、スムーズに進行できた回、逆に課題を呈した回があった。③入院参加者3名を含む15名で病院バスにて院外活動からの帰路、高速道路料金所で停車中に後ろから来た大型トラックに追突される。入院参加者1名が額を擦りむくケガをした他は入院参加者、家族に外傷なし。前列に座っていた運転手を含む職員4名が頸部痛などの外傷を受ける。考察及びまとめ：院外活動に対して希望者のニー

ズの多様化、医療的ケアの必要度が増す現状であるが利用者にとってもニーズの高い行事であり余暇活動支援、生活の幅を広げるものとして継続していききたい活動の一つである。他施設においても形態や実施回数に差異はあるものの多くの施設で継続実施していることが分かった。院外活動時のマニュアルは当院を含め、ほとんどの施設にあったが、入院参加者の急変時の対応を中心としたものであり、交通事故や家族、職員の体調不良等に触れたものを作成している施設がないことが分かった。参加者、職員、お互いが安心して院外活動を実施するためには事故等のマニュアル作成が急務であることを感じた。今回、経験した事例を検証し、マニュアル作成につなげたい。

17) 巖淵 守、井村 保、諏訪園秀吾、中川恵嗣、由谷 仁、田中栄一

画像処理による非接触入力装置の操作性に関する評価

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金・障害者対策総合研究事業（障害者対策総合研究開発事業（身体・知的等障害分野））分担報告書。「音声言語機能変化を有する進行性難病等に対するコミュニケーション機器の支給体制の整備に関する研究」班・平成 26 年度総括・分担研究報告書.2015;91-4.

【要旨】意思伝達装置や PC 操作に必要な入力装置として、画像処理による非接触入力装置が実用化され、一定の有効性も確認されている。しかしながら、既存のスイッチ・センサ等と比較しての導入検討を行う状況とは言えない。そこで、意思伝達装置あるいは PC をスイッチ等で利用している患者自身により、現在のスイッチ等との比較、導入時の検討課題の評価を行った。その結果、接点式のスイッチと比較して操作感はやや低下するが、空気圧センサとは調整によりほぼ同水準の操作性が得られた。そのため、筋疲労や進行による筋力低下が想定される神経筋疾患患者には、有効な装置になりうることが示唆されたが、大きさ等からの生じる設置に課題も明らかになった。

18) 宮下修行、青木洋介、菊池利明、関 雅文、舘田一博、比嘉 太、牧 展子、内納和浩、小笠原和彦、渡辺 彰

レジオネラの診断と治療に関するアンケート調査結果

日本化学療法学会雑誌 2016;64: 66-75.

【要旨】公益社団法人日本化学療法学会では、厚生労働省医薬食品局審査管理課より、レジオネラ属の適応を取得した抗菌薬を製造・販売する製薬企業が実施する製造販売後調査への協力依頼を受け、2006 年よりレジオネラ治療薬評価事業を行っている。本委員会では、これまで各製薬企業が製造販売後調査で収集した症例を中心に調査を行ってきたが、今回、実地医療におけるレジオネラの診断方法や治療の実態について、より多くの情報を収集することを目的に日本化学療法学会員を対象にアンケート調査を実施した。本アンケートは日本化学療法学会員 3,867 名に発送し、322 名（回答率：8.3%）の医師から回答を得た。その結果、温泉や循環式浴槽等の入浴歴がある患者や肺炎の病態が急激に悪化した患者、β-ラクタム系薬の効果が不十分（または無効）の患者に対しては、7～8割の医師がレジオネラ検査を実施し、約 2割の医師では、高齢者や肺炎の患者には全例でレジオネラ検査が実施されていた。また、レジオネラ検査の種類は、ほとんどの医師が尿中抗原検査を実施し、培養検査、血清抗体価検査、PCR 検査は補足的に実施されていた。治療抗菌薬は、注射用キノロン系薬やマクロライド系薬が選択されており、レジオネラに効果が期待される抗菌薬が適切に選択されていると考えられた。さらに、レジオネラ検査の結果が陽性の場合だけでなく、陰性であった場合でも、レジオネラ肺炎が疑われる患者には、これらの抗菌薬で治療されていることが明らかになった。再燃予防には、キノロン系薬やマクロライド系薬の経口剤が処方され、治療効果判定には、臨床症状、胸部 X 線・CT 検査、臨床検査結果を指標とし、補足的に尿中抗原検査等のレジオネラ検査の結果が用いられていた。

- 
- 19) 比嘉 太、藤田次郎  
肺炎球菌性肺炎の病態と臨床  
呼吸器内科 .2015;28 (1):13-19.
- 20) 比嘉 太  
検査室の感染管理. 感染患者に接する場合の対応 1) 流行性呼吸器疾患患者  
Medical Technology .2015;43:1414-1418.
- 21) 久場睦夫、大湾勤子、仲本 敦、知花賢治、藤田香織、稲嶺盛史、大城康二、新垣和也  
夏型過敏性肺炎 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:3-6.  
大城康二、村山貞之  
主たる胸部 CT 所見による鑑別診断 - カテゴリー別に整理する - 孤立性結節影  
臨床画像 ,31:1036-1050,2015
- 22) 稲嶺盛史、知花賢治、藤田香織、仲本 敦、大湾勤子、久場睦夫  
肺泡出血を呈した ANCA 関連血管炎 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:7-8.
- 23) 石川清司、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、久志一郎、饒平名知史、河崎英範、川畑 勉、大城康二  
気管の圧排所見を認めた右側大動脈弓 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:9-10.
- 24) 川畑 勉、平良尚広、古堅智則、久志一郎、伊地隆晴、饒平名知史、河崎英範、石川清司  
両側乳糜胸を発症した縦隔囊状リンパ管腫 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:11-12.
- 25) 饒平名知史、平良尚広、伊地隆晴、久志一郎、河崎英範、石川清司、川畑 勉  
半奇静脈葉が疑われた 1 例 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:13-14.
- 26) 平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、久志一郎、饒平名知史、河崎英範、石川清司、川畑 勉  
甲状腺機能亢進症に合併した胸腺過形成 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:15-16.
- 27) 石川清司、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、饒平名知史、久志一郎、河崎英範、川畑 勉、久場睦夫  
結核による気管支狭窄非手術例の 1 自然史 (図説)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:17-18.
- 28) 大湾勤子、福田暁子、久志一郎、石川清司  
緩和病棟入院患者における血清プロカルシトニン値の検討  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:19-23.

**【要旨】** 目的:悪性腫瘍の患者において、病状の進行にともない発熱、またはせん妄の症状が出現した際にその原因の鑑別に苦慮することが少なからずある。血清プロカルシトニン (PCT) は敗血症、重症細菌感染症で上昇するとされ非細菌性の病態との鑑別に有用と言われている。当院緩和ケア病棟患者の PCT 値と治療内容について検討を行った。結果:2012年10月から2014年5月の期間、緩和ケア対象患者で PCT を測定した男10例、女7例、20測定値を検討した。疾患は肺癌6例、子宮頸癌、食道癌各2例、肝細胞癌、卵巣癌、胃癌、成人T細胞白血病、脂肪肉腫、甲状腺癌、原発不明癌1例。PCT測定動機は発熱15例、意識障害11例、 $\Delta$  CRP 上昇16例(重複あり)であった。PCT 平均値  $3.64 \pm 8.78\text{ng/ml}$  (0.07-37.3) で全例正常値  $0.05\text{ng/ml}$  を超えていた。同時に測定した WBC、CRP との相関は認めなかった。20測定のうち8例は感染症か腫瘍性か臨床診断が困難であったが、うち4例は PCT 値(平均  $2.37 \pm 2.30\text{ng/ml}$ ) を参考に抗菌薬を使用して治療した。一方 PCT 値は軽度上昇であっても臨床的に細菌感染症が強く疑われた3例(平均  $0.09 \pm 0.02\text{ng/ml}$ ) は抗菌薬使用で改善した。著明高値を呈した2例は腎機能障害を合併していた。考察:PCT は細菌感染症か腫瘍熱の鑑別に補助診断として有用であると思われたが、治療には腎機能障害のある症例も含めて総合的な判断が必要である。特に病状が進行した場合には、PCT 値を参考に不要な抗菌薬投与が減少できる可能性があると思われた。

29) 久志一朗、福田暁子、大湾勤子、石川清司

当院緩和ケア病棟における入院患者の検討

国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:24-25.

**【要旨】** 2009年1月から2013年12月までに当院緩和ケア病棟入院となった全患者615症例の患者背景、疾患別の入院期間に関して検討した。内訳は、男性394人、女性221人で疾患別には肺腫瘍、頭頸部腫瘍、膵臓腫瘍、結腸腫瘍、子宮・卵巣腫瘍の順が多かった。平均入院日数は61.1日で60日以上長期入院患者数が多いため全国平均より20日長かった。長期間入院の理由のひとつとして介護力不足や独居、家族の希望などの社会的な要因も22%存在しており緩和ケアの必要性の高い患者への配慮のためにも入院適応基準の順守や入院患者の一定期間ごとの病状評価も重要と考えられた。

30) 知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、饒平名知史、河崎英範、大湾勤子、川畑 勉

当院における nab-paclitaxel (アブラキサン) の使用経験

国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:26-28.

**【要旨】** nab-paclitaxel (アブラキサン) はヒト血清アルブミンに paclitaxel を結合させナノ粒子化した製剤である。そのため paclitaxel と比較して過敏反応を起こす頻度が低下し、アルコール過敏症患者への投与も可能となった。当院で25例に対して投与しており、奏効率は  $11/25=44\%$ 、病態制御率は  $21/25=84\%$  と良好な結果であった。また、血液毒性などの副作用はあるも、末梢神経障害がほとんどなく今後期待される薬剤と思われる。

31) 由谷 仁、諏訪園秀吾

視線入力装置 The Eye Tribe Tracker を用いた重度障害者用意思伝達装置の試み

国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:29-32.

**【要旨】** 進行に伴いコミュニケーションに問題をきたす ALS 等の神経難病において、意思伝達装置は重要である。2013年末、視線入力方式によりマウスポインタを動かせる新しいデバイス The Eye Tribe Tracker が開発された。これを既に他の意思伝達装置を使用している ALS 患者2名に試用し、同一の短文入力を既存装置による入力と The Eye Tribe Tracker 使用による入力とで比較し有用性を検討した。

入力時間は The Eye Tribe Tracker のほうが既存の方法より速く満足度も良好であり、入力場所のズレが起こりうる問題点はあるものの、The Eye Tribe Tracker は臨床的に有用である可能性が示された。この機器を含めた意思伝達装置の新しい分類を提案した。

- 32) 河崎英範、大湾勤子、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、久志一郎、饒平名知史、石川清司、川畑 勉  
ナブパクリタキセル、カルボプラチン併用療法後に外科切除を行った進行肺癌の 2 例  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:33-38.

**【要旨】** ナブパクリタキセル (nab-PTX) (アブラキサン) は、本邦では 2013 年 2 月に非小細胞肺癌に対し承認され、進行再発肺癌に対する有効性が報告されている。今回、nab-PTX、CBDCA 併用療法後に、手術を行った症例を経験したので報告する。症例 1 は 54 歳、男性。左肺上葉の腺癌、cT3N2M0 Stage IIIA に対し、nab-PTX+CBDCA 療法を 2 コース行った。有害事象は Grade (G) 2 の好中球減少、悪心、脱毛を認めた。化療後、肺陰影は軽度縮小したが、小脳に 6mm の転移を認め PD と判断した。肺動脈形成を伴う左肺上葉切除、縦隔リンパ節郭清を行い、病理は低分化腺癌、pT3N2M1 Stage IV、組織学的治療効果は EF1a であった。術後小脳転移に対しガンマナイフ治療を行い、術後 20 ヶ月無再発生存中である。症例 2 は 58 歳、女性。右肺下葉の扁平上皮癌、cT2bN2M0 Stage IIIA に対し、nab-PTX+CBDCA 療法を 2 コース行った。有害事象は G2 の好中球減少、倦怠感、脱毛。画像評価は原発巣、リンパ節とも著明に縮小し、PR と判断した。手術は右肺中下葉拡大スリーブ切除、リンパ節郭清を行った。病理は扁平上皮癌、pT0N2M0 Stage IIIA、組織学的治療効果は EF2 で、術後 12 ヶ月無再発生存中である。

- 33) 伊地隆晴、平良尚広、古堅智則、久志一郎、饒平名知史、河崎英範、石川清司、川畑 勉  
診断に苦慮した肺放線菌症の 1 例  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:39-42.

**【要旨】** 40 歳代男性が咳嗽を主訴に来院。市町村検診にて胸部異常陰影を指摘されていたが半年放置していた。胸部造影 CT では左肺上葉に 5 cm 大の空洞を伴う腫瘤性病変を認めた。腫瘍マーカーの上昇は無く、喀痰細胞診では陰性であったため CT ガイド下肺生検を行ったが異型細胞は認められず確定診断には至らなかった。病変は初回発見時の画像と比較して明らかに増大傾向であったため、悪性の可能性を強く疑う診断となり、初診より 1 ヶ月後に手術 (左肺上葉切除術 + リンパ節郭清) を行った。切除標本は空洞内に灰白色の粘性物質を含有する病変であったが、病理所見では悪性細胞は認められず、腫瘍内腔の壊死物質の検鏡にて放線菌を確認したため、肺放線菌症の診断となった。術後は特記すべき合併症の出現なく、患者は術後 21 日目に軽快退院となった。肺放線菌症が肺葉内に空洞形成する形態をとる場合、悪性腫瘍との鑑別が難しく、外科手術による確定診断となった。

- 34) 古堅智則、平良尚広、伊地隆晴、饒平名知史、久志一郎、河崎英範、石川清司、川畑 勉、佐々木高信、照屋孝夫、國吉幸男  
術前評価に Breathing dynamic MRI を用い下葉肺癌の大動脈浸潤を否定できた 1 手術例 (原著論文 / 症例報告)  
国立沖縄病院医学雑誌 .2015;35:43-45.

**【要旨】** 74 歳、女性。検診で胸部異常陰影を指摘され、前医受診となった。胸部 CT で左 S6 に径 4.0 × 3.8 × 3.5cm の結節影を認め、経気管支肺生検で腺癌の診断を得た。腫瘍は下行大動脈を取り囲むように存在していたため、腫瘍の大動脈浸潤が疑われた。そこで Breathing dynamic MRI を用いて評価したところ、腫瘍と下行大動脈が別々に動くこと (sliding sign) が確認された。このため大動脈浸潤は否定的と考え、cT2aN0M0 と判断し手術を施行した。術中所見では腫瘍と下行大動脈の癒着はなく、VATS 左下

---

葉切除術 +ND2a-2 を施行した。術後経過は特に問題なく、現在外来通院中である。術前に肺癌大動脈浸潤を否定するために、本検査は有用と考える。

【著書】

- 35) 諏訪園秀吾、濱川知子、的場庄平、末吉やすみ、高宮城牧子、神里友子、砂川静香、島袋勝臣  
当科における低圧持続吸引を用いた神経難病患者のよりよいケアに関する取り組み 松田千春ら編 . 低  
定量持続吸引可能な「自動吸引システム」の看護支援の手引 .2015.52-3.
- 36) 気管腕頭動脈瘻と胸骨 U 字状切除術 貝谷久宣編 筋ジストロフィーのすべて . pp.113-5 2015 年  
5 月 1 日発行 ISBN978-4-86227-011-5C2047
- 37) 仲本 敦、藤田次郎  
肺結核 . 薬局 .2016 年 3 月増刊号 . 病気とくすり 2016. 南山堂 ; 2016.1184-88.
- 38) 仲本 敦  
第 3 章 .A 感染症 .5 肺結核 . 呼吸器内科レジデントマニュアル第 5 版 . 谷口博之 . 藤田次郎編 .  
東京 : 医学書院 ;2015.300-14. (分担執筆)
- 39) 比嘉 太  
第 5 章呼吸器疾患と社会とのかかわり . 呼吸器内科レジデントマニュアル第 5 版 . 谷口博之 . 藤田次郎編 .  
東京 : 医学書院 ;2015.604-21. (分担執筆)
- 40) 大湾勤子  
第 3 章主な呼吸器疾患の診断と治療 .C 腫瘍 . 2 癌の緩和ケア . 呼吸器内科レジデントマニュアル第 5 版 .  
谷口博之 . 藤田次郎編 . 東京 : 医学書院 ;2015.411-19. (分担執筆)
- 41) 比嘉 太  
行政へ届け出が必要な感染症一覧 . レジデント・当直医のための救急・感染症診療の鉄則 . 藤田次郎編 .  
東京 : 総合医学社 ;2015.45-8. (分担執筆)
- 42) 比嘉 太  
帰国者の発熱 . レジデント・当直医のための救急・感染症診療の鉄則 . 藤田次郎編 . 東京 : 総合医学社  
;2015.377-79. (分担執筆)
- 43) 比嘉 太  
経管栄養 . 新呼吸器専門医テキスト . 日本呼吸器学会編 . 東京 : 南江堂 ;2015.225-6. (分担執筆)
- 44) 比嘉 太  
MRSA 感染症 . 今日の治療指針 2016. 山口徹・原光夫監修 . 東京 : 医学書院 ;2016.259-60. (分担執筆)
- 45) 比嘉 太  
レジオネラ肺炎の真の患者数は ? .EBM 呼吸器疾患の治療 . 永井厚志監修 .

---

東京：中外医学；2016.257-61.（分担執筆）

- 46) 河崎英範  
新年のご挨拶  
沖縄県医師会報 . 2015;51: 129.
- 47) 河崎英範  
真嘉比のカシチー綱引き続き  
沖縄県医師会報 . 2015;51: 930-31.
- 48) 大湾勤子  
第 11 回男女共同参画フォーラム in とくしま 共同から協働へ  
～多様性を生かしたワークシェアリング～ に参加して  
沖縄県医師会報 . 2015;51: 1122-27.
- 49) 河崎英範  
編集後記  
沖縄県医師会報 . 2015;51: 1446
- 50) 比嘉 太  
「世界結核デー」に因んで  
沖縄県医師会報 .2016;52: 409.

**【新聞】**

- 51) 伊地隆晴  
「喫煙と肺がんの関係」  
琉球新報 2015年4月28日
- 52) 久志一郎  
命ぐすい耳ぐすい「緩和ケアをご存じですか？」  
沖縄タイムス 2015年5月1日
- 53) 石川清司  
「10歳代の喫煙～がんの共通点」  
沖縄タイムス 2015年8月30日
- 54) 石川清司  
「人間ドック～早期発見・治療が大原則」  
沖縄タイムス 2015年7月12日
- 55) 石川清司  
「患者さんに学ぶ」

56) 比嘉 太  
命ぐすい耳ぐすい「肺炎球菌ワクチン」  
沖縄タイムス 2015年12月25日

57) 石川清司  
「各地域提案：路上喫煙禁止区域の設定」  
沖縄タイムス 2016年2月28日

2015年 口演 医局

日本内科学会 第308回九州地方会 福岡県 2015年1月10日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、大湾勤子、藤田次郎

肺結核治療後に多彩な肺病変を認め IgG4 関連肺疾患を発症した 1 例

**【要旨】** 症例：66 歳男性。200X 年 8 月上旬から発熱、咳嗽を認め近医受診。胸部 CT で左上葉の浸潤影を認め、21 日に気管支鏡検査を行ったが有意所見は認めなかった。しかし中旬に施行した喀痰検査の抗酸菌培養が陽性となり、結核菌 PCR も陽性と判明。肺結核の治療を開始し X+ 1 年 9 月に治療は終了した。治療終了約 3 か月後の 12 月に労作時の呼吸困難を認めたため胸部 CT を施行したところ、左上葉の腫瘤性病変と両肺野にびまん性の粒状影、すりガラス陰影などが出現。同月全身麻酔下での VATS を施行。免疫染色の結果、IgG4 陽性形質細胞を多数認め、IgG4/IgG 陽性細胞比 40% 以上であった。また、血清 IgG4 分画は 913mg/dl と上昇しており、IgG4 関連肺疾患と診断した。治療は mPSL 120mg/day の点滴を行い、その後は経口 PSL による治療を行ったところ陰影は著明に改善した。現在は PSL 7.5mg まで減量し、現段階で再発は認められていない。IgG4 関連肺疾患の画像は多彩であるとともに、鑑別が困難なことが多く、病理でも診断に苦慮することが多い。IgG4 関連肺疾患に関して文献的考察を加えて考察する。

第 1 回筋ジストロフィー症の中樞神経障害研究会 松村班 大阪府 2015年1月11日

諏訪園秀吾

なぜ筋ジストロフィー症の認知機能にこだわるか～退院支援に苦労している 1 例

第 12 回胸部レントゲン勉強会学術講演会 南風原町 2015年1月13日

河崎英範

nab-PTX+CBDCA 併用療法後に外科切除を行った進行肺癌の 2 例

第 12 回胸部レントゲン勉強会学術講演会 南風原町 2015年1月13日

知花賢治

当院における nab-paclitaxel の使用経験

**【要旨】** 2013 年 3 月から 2014 年 7 月までに 25 例に対して使用した nab-paclitaxel の検討をおこなった。患者背景、治療効果、副作用などについて報告し、その中から治療効果が良好であった症例の提示を行った。

第3回臨床脳波研究会

浦添市

2015年1月23日

諏訪園秀吾

脳波研究の現在と未来「当院で行っている脳波を用いた臨床研究と、脳波を用いた臨床と研究の未来について」

第47回 日本胸部外科学会九州地方会

南風原町

2015年1月24日

饒平名知史、平良尚広、伊地隆晴、河崎英範、川畑 勉

小型肺結節に対する術前 CT ガイド BF 下マーキングの検討

【要旨】はじめに：小型肺結節に対してバーチャル BF システムを利用した術前 CT ガイド BF 下マーキングに対する有効性について検討した。対象：男性3例、女性5例。腫瘍サイズは4-25mm, 性状はGGN 6例、充実性2例であった。方法：バーチャル BF を参考に気管支を同定、シース付キュレット鉗子を挿入し CT にて先端を確認後バリウムを注入した。結果：施行時間は平均 28 分、8 例中 2 例に気胸を発症したが全例鏡視下で同定可能であった。まとめ：習熟度の向上により本法は有用であると考えられた。

第7回呼吸機能イメージング研究会学術集会

東京都

2015年2月7日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、大湾勤子

喀血と空洞病変を認めた非結核性抗酸菌症の1例

【要旨】症例は82歳男性。200x年3月、喀血があり救急受診。胸部CTで右下葉に巨大空洞を認め喀痰抗酸菌塗抹陽性であったため肺結核疑いで当院紹介入院。しかし、Tb-PCRは陰性であったため精査を行ったところ、非結核性抗酸菌症（M.intracellulare）と診断。その後空洞を伴う病変と右肺門リンパ節腫大を認め、肺癌の合併も否定できないことから気管支鏡検査を施行した。TBLBで異型細胞は認めず、一部に多核巨細胞を認めたことなどから非結核性抗酸菌症の病理所見が疑われた。以上の結果から最終診断は非結核性抗酸菌症（M.intracellulare）となった。治療はRFP+EB+CAMの内服治療を行い、胸部CTでの空洞病変は縮小傾向となった。非結核性抗酸菌症では気管支拡張症、浸潤影、結節影が高率に認められ、中葉、舌区が好発部位である。一方、空洞病変は20%程度にみられるとの報告があり、決して少なくはない。巨大空洞病変では肺結核、肺癌だけでなく非結核性抗酸菌症なども鑑別に挙げ精査を行う必要があると考えた。

公開ワークショップ「神経科学と心理言語学」

福岡県 2015年2月14日～15日

諏訪園秀吾

当院における脳波研究の展望：脳波を用いた臨床と研究の現在と未来

第69回沖縄県外科会

南風原町

2015年2月15日

伊地隆晴、平良尚広、古堅智則、饒平名知史、河崎英範、石川清司、川畑 勉

胸膜原発巨大孤立性線維腫瘍の2切除例

【要旨】孤立性線維性腫瘍（solitary fibrous tumor：以下SFT）は間葉系細胞由来の稀な疾患であり胸腔内発生が最も多い。一般に無症状で経過する事が多く、巨大腫瘍を形成して発見される例もある。症例1：64歳女性。2年前に胸部異常陰影を指摘されたが放置。数か月前より労作時の呼吸苦出現。同時期に受診した健診にて再度異常陰影を指摘され当院受診。レントゲンにて右胸水貯留にて無気肺。胸水排液後のCTにて最大径12cmの胸腔内腫瘍を認め、ガリウムシンチでは腫瘍への異常集積は認められず。その他リンパ節転移や遠隔転移は認められずSFT疑いにて切除目的にて手術施行。腫瘍切除術（右肺中葉・下葉・横隔膜部分合併切除）を行った。臨床病理所見では右肺中葉胸膜由来のSFTの診断となった。症例2：77歳女性。1か月前からの咳嗽を主訴に近医受診。胸部異常陰影を指摘され当院紹介。CTにて右肺尖部を占める最大

---

径 14cm の巨大腫瘍を認める。ガリウムシンチでは腫瘍への異常集積は認めず。また明らかなリンパ節・遠隔転移は認められず。腫瘍に対して針生検査施行した際の組織検査では異型細胞を疑ったが確診には至らず。画像所見上 SFT を強く疑ったため切除目的にて手術施行。腫瘍は肺尖部胸膜以外には連続しておらず腫瘍のみ摘出できた。病理所見では紡錘形細胞が特徴的な配列を形成せず増生する像を認め、免疫染色では CD34 陽性、AE1/AE3, S-100 および Desmin は陰性であり、SFT の診断となった。上記 SFT 症例について文献的考察も加え報告する。

第 16 回沖縄 clinical neuroscience 勉強会 南風原町 2015 年 2 月 21 日  
諏訪園秀吾  
自閉症の認知機能障害を生理学的にどうとらえどう筋ジスに応用していくか～1 私案

第 16 回沖縄 clinical neuroscience 勉強会 南風原町 2015 年 2 月 21 日  
諏訪園秀吾  
パーキンソン病の事象関連電位 -P300 を用いない 2 方法の可能性 -

平成 26 年度在宅難病患者支援研修会 うるま市 2015 年 2 月 26 日  
諏訪園秀吾  
脊髄小脳変性症・多系統萎縮症の理解

第 55 回日本肺癌学会九州支部学術集会 / 第 38 回呼吸器内視鏡学会九州支部総会  
福岡県 2015 年 2 月 27 日～ 28 日

古堅智則、河崎英範、平良尚広、伊地隆晴、久志一郎、饒平名知史、川畑 勉、石川清司  
気管分岐部に発生した淡明細胞成分を含む未分化癌の 1 切除例  
【要旨】 症例：59 歳、男性。悪性疾患の既往はない。血痰を主訴に当院を受診し、胸部 X 線で右肺門部の腫瘍影を指摘された。胸部 CT では右主気管支と椎体の間に径約 6 cm の腫瘍を認めた。明らかな遠隔転移を認めず、後縦隔腫瘍の診断で手術を施行した。腫瘍は椎体側の壁側胸膜、右上下葉、奇静脈と強く癒着していた。術中迅速病理検査で悪性の診断を得たため、縦隔腫瘍切除 + 肺部分切除 + 奇静脈合併切除術を施行した。病理所見では広範な壊死を認め、一部に淡明細胞成分を伴う分化度の低い悪性腫瘍の診断であった。術後経過は良好で、術後補助療法を施行せず 2 年 8 ヶ月無再発生存中である。

第 55 回日本肺癌学会九州支部学術集会 / 第 38 回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会  
福岡県 2015 年 2 月 27 日～ 28 日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、大湾勤子、藤田次郎  
肺癌と肺膿瘍を合併し、喀血により急変を来した症例  
【要旨】 症例は 60 歳男性。当院受診約 2 週間前から発熱を認め食欲低下が出現。右下葉に空洞病変を認めたため精査加療目的で入院。喀痰で陰性桿菌の貪食を認め、抗生剤治療を約 3 週間行い改善。喀痰培養で嫌気性菌が検出され肺化膿症と診断。しかし治療終了後に発熱を認め、喀痰細胞診で悪性細胞を認めたため、気管支鏡検査を施行。右中間気管支幹から下葉支にかけて白色の隆起病変を認め気管支洗浄液の診断で腺癌であった。空洞病変は改善したが右上葉に新たな腫瘍が出現。2 回目の気管支鏡検査を行い右上葉の病変に対して TBLB、擦過、洗浄を、右下幹にかけて洗浄を施行した。しかしその後喀血を来し、化学療法を行う予定であったが病状が急変し永眠された。2 回目の気管支鏡検査の結果で右下幹の気管支洗浄液で異型細胞を認めていた。臨床経過で陰影の改善と新たな腫瘍の出現で診断に苦慮した症例であった。

藤田香織、稲嶺盛史、知花賢治、仲本 敦、大湾勤子、久場睦夫、藤田次郎

結核病棟死亡退院例の検討

**【要旨】** 目的：近年、当院の結核病棟入院症例の死亡率が増加傾向にあり、2 割前後が死亡退院となっている。今回結核死亡例について臨床的検討を行った。対象と方法：対象は、2011 年 1 月から 2012 年 12 月までに、当院結核病棟に入院した 217 例の予後を調査し、死亡退院となった 44 例についてレトロスペクティブに検討した。結果：結核病棟入院 217 例中、男性は 134 例、女性は 83 例で、男女比は 1.61:1 であった。死亡退院は 20.3% (44/217) であった。平均年齢は 70.8 歳 (16-103) で男性より女性が高齢の傾向であった (68.1 歳 vs 75.0 歳)。平均在院日数は 101.1 日であったが、多くは入院早期に死亡されていた。基礎疾患は、結核病棟入院全患者に比し死亡退院患者で精神科疾患 (10.3% vs 20.5%) や寝たきり患者 (10.8% vs 31.8%)、悪性腫瘍 (7.0% vs 20.5%) が多く認められた。入院後 14 日以内に死亡退院した患者の平均年齢は 81.0 歳で、血清アルブミン値は平均 2.5g/dL、末梢リンパ球数は平均 686.4/mm<sup>3</sup> であった。結語：結核病棟入院死亡症例は高齢者の割合が高く、自覚症状を訴えがたい認知症等の合併症を有する場合もあり、診断が遅れる可能性もあるため注意が必要である。

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、大湾勤子、藤田次郎

気管支喘息を合併した慢性好酸球性肺炎における呼気 NO 濃度の変化に対する検討

**【要旨】** 背景と目的：慢性好酸球性肺炎 (以下 CEP) に気管支喘息が合併することは知られており、呼気 NO 濃度 (FeNO) の変化が喘息の症状のみの変化でなく、慢性好酸球性肺炎の病態を知る上でも有用だとされている。今回当院の CEP 症例で FeNO 測定を行っている 3 症例について検討を行った。結果：3 症例は男性 2 例、女性 1 例。3 例とも CEP 診断時に気管支喘息、アレルギー性鼻炎または副鼻腔炎が診断されていた。治療は 1 例がステロイドパルスを施行し、2 例は経口プレドニンの内服を開始し症状は軽快。現在は 3 例とも経口プレドニン内服中である。FeNO 測定の経過中に呼吸器症状が出現し、FeNO 濃度が上昇した症例は 2 症例あり、経口プレドニンの増量で軽快し、FeNO も低下した。しかし、CEP の増悪はなく、気管支喘息の増悪による FeNO の上昇と思われた。結語：今回の検討では FeNO 測定での CEP に対するフォロー期間が短く、検討した症例も少ない。CEP が増悪し、FeNO の上昇を認めた症例はなく、関連性は不明であった。しかし気管支喘息の増悪による FeNO の変化はみられていたことから、FeNO を指標にして経口プレドニンの調整をすることで、CEP の再発が起りにくくなる可能性があると思われた。

仲本 敦

シンポジウム「非結核性抗酸菌症の最前線」

**【要旨】** 非結核性抗酸菌症 (以下、NTM 症) の罹患率は、わが国でも欧米からの報告でも年々増加傾向にある。NTM 症の診断は、各菌種毎の臨床像の特徴が次第に明らかとなり、さらに HRCT など画像診断の進歩、細菌学的診断法の進歩が加わって、比較的容易になってきている。また、これらの進歩を取り入れた診断基準として、2007 年の ATS/IDSA の診断基準、2008 年の日本結核病学会・日本呼吸器学会の診断基準が発表されている。NTM の原因菌種は、日本国内でもまた世界的に見ても、地域により若干異なる。日本国内では、M.avium complex (以下、MAC) が NTM 症の約 7 割、M.kansasii が約 2 割、残り 1 割を様々な希少菌種

---

が占める。MACに関しては従来、東日本で *M. avium*、西日本では *M. intracellulare* が優位とされてきたが、近年、日本全体で *M. avium* が増加傾向にあるとされる。今回の、発表では NTM 症の診断に関する一般的な事項に加え、当院における NTM 症の原因菌種の特異性や経年的変化についても併せて検討し報告する予定である。

第 209 回日本神経学会九州地方会 福岡県 2015 年 3 月 14 日  
宮城哲哉、諏訪園秀吾、中地 亮、城戸美和子、藤崎なつみ、末原雅人、黒滝直弘  
特発性発作性運動誘発性舞踏アテトーゼ 5 例の検討

第 209 回日本神経学会九州地方会 福岡県 2015 年 3 月 14 日  
吉田 剛、藤崎なつみ、宮城哲哉、中地 亮、城戸美和子、末吉健志、諏訪園秀吾、末原雅人  
頸椎症性神経根症に続発した腕神経叢障害の一例

第 3 回沖縄免疫神経疾患学術講演会 那覇市 2015 年 3 月 20 日  
中地 亮、藤崎なつみ、吉田 剛、宮城哲哉、城戸美和子、諏訪園秀吾、末原雅人

第 90 回日本結核病学会総会 長崎県 2015 年 3 月 27 日～28 日  
稲嶺 盛史、知花賢治、藤田香織、仲本 敦、大湾勤子、久場睦夫、藤田次郎  
当院における結核性肺炎症例の検討

**【要旨】** 背景と目的：結核性肺炎は胸部レントゲン上、細菌性肺炎との鑑別が困難なことが多い。また菌量が少なく喀痰抗酸菌検査でも検出が困難なことが多く、初期診断では細菌性肺炎として治療され診断が遅れることがある。今回当院で経験した結核性肺炎症例について検討した。対象と方法：2014 年 4 月から 2014 年 9 月までに当院で入院した結核症例の 62 例中、結核性肺炎と診断された 6 例について後方視的に検討した。結果：平均年齢は 71.3 歳で 50 代 1 名、60 代 1 名、70 代 2 名、80 代 2 名であった。性別は男性 4 名、女性 2 名。受診動機は全例が有症状受診で、症状は全例に呼吸困難を認め、4 例で発熱があり、咳と体重減少が 1 例ずつに認められた。初診時の平均体温は 38.0° C、平均呼吸回数は 27.2 回 / 分、室内気での SPO2 は初診時平均で 90.5% であった。初期診断は全例が細菌性肺炎であり白血球数の平均が 6736.7 / jLI (2210 ~ 9190) で、CRP は平均 13.8mg/dl (0.02 ~ 27.74) であった。喀痰検査では一般細菌は 3 例で常在菌 (内 1 例で緑膿菌、1 例で *Ca" diぬ a / ヶ c a" S* も認めた)、3 例は不明であった。喀痰抗酸菌検査はガフキー 4 号が 1 例、ガフキー 1 号が 2 例、喀痰では陰性であったが気管支検査を実施して気管支洗浄液にて抗酸菌塗沫陽性となった症例が 3 例みられ、3 例ともガフキー 1 号であった。胸部レントゲン所見は学会分類で片側性病変が 4 例、両側性が 2 例、病巣の性状は全例 3 型 (不安定非空洞型) で、病巣の拡りは全例 2 であった。胸部 CT で粒状影を 2 例で認め、空洞病変を認める症例は無かった。気腫性病変を認める症例は 4 例であった。初診から肺結核の診断までに要した期間は平均 10 日間 (1 ~ 26 日間) であった。結論：結核性肺炎と診断した 6 例全例で呼吸困難を認め発熱した症例も多かった。喀痰では一般細菌の所見は乏しかったが CRP が高い症例が多く、初期診断では細菌性肺炎として治療開始され、その後肺結核の診断となっていた。特に肺気腫を基礎疾患に有した場合典型的な画像所見を呈さず初期診断では細菌性肺炎として治療され診断が遅れることがあった。難治性の細菌性肺炎症例では肺結核を疑い気管支検査を行うことが重要と考えられた。

仲本 敦

肺結核診療経過中に抗酸菌培養にて非結核性抗酸菌が検出された症例の検討

**【要旨】** 目的：肺結核の治療経過中に、非結核性抗酸菌が検出される症例がある。そのような症例の臨床的特徴や問題点などに関して検討する。対象と方法：2011 年 6 月から 2014 年 5 月までの 3 年間に当院結核病棟へ入院した結核症例 335 例のうち、結核診断時または診療経過中に抗酸菌培養にて非結核性抗酸菌 (NTM) が検出された 8 例 (8/335、2.4%) を対象とした。対象症例の臨床背景や肺結核診療に及ぼした問題点について後ろ向きに検討した。結果：男性 4 例、女性 4 例。年齢は 80 歳代が 1 例、70 歳代が 6 例、40 歳代が 1 例、中央値、73.5 歳。NTM の培養検体はすべて喀痰で、8 例中 3 例は喀痰抗酸菌塗抹も陽性であった。菌種は *M.intracellulare* 1 例、*M.gordonae* 1 例、*M.fortuitum* 3 例、*M.abscessus* 3 例。NTM 症診断基準を満たす症例は *M.intracellulare* の 1 例、*M.gordonae* 1 例と *M.abscessus* の 2 例の 4 例であった。NTM 症の既往がある者が 1 例あった。NTM の検出時期は、結核菌検出と同時に 2 例、治療開始後 1～4 ヶ月が 4 例、治療終了直後が 2 例であった。結論：結核と NTM の関連から想定される問題点として、まず NTM 症の既往がある症例や NTM が先に検出された症例では、新しく発症した結核の診断の遅れが危惧されるが、今回の検討症例の中で NTM 症の既往を有する 1 例では、結核診断の遅れはなかった。結核と NTM が同時に検出された 2 例中 1 例では、当初の薬剤感受性検査で、多剤耐性結核が疑われ混乱したが、精査の結果、薬剤感受性結核菌と *M.intracellulare* の混合感染であることが後に判明した。結核治療により結核菌が陰性化した後または治療終了後に、NTM が検出された症例では、NTM に関し塗抹陰性で培養のみ陽性となった症例では、同定検査実施前から細菌検査室にてコロニーの性状より NTM が疑われ、大きな問題はなかった。しかし結核菌陰性化後に抗酸菌塗抹陽性にて NTM が検出された症例では、結核の再燃や薬剤耐性結核も疑われやや混乱が見られる場合があった。

平成 26 年度第 2 回難病医療者従事者研修会

那覇市

2015 年 3 月 27 日

諏訪園秀吾

ALS に関する病状説明及び告知を沖縄病院ではどのように行っているか

Cognitive Neuroscience Society 2015 Annual Meeting,

サンフランシスコ

2015 年 3 月 31 日

Mieko Ueno, Laura Kemmer, Christopher Barkley, Marta Kutas, Shugo Suwazono, Vincent Filoteo, Irene Litvan

The role of the basal ganglia in language comprehension: An ERP study of syntactic processing in Parkinson's disease (PD).

第 55 回日本呼吸器学会学術講演会

東京都

2015 年 4 月 16 日～18 日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、大湾勤子、藤田次郎

呼気 NO 濃度測定の使用経験とその有用性について

**【要旨】** 背景と目的：呼気 NO 濃度は好酸球性炎症のバイオマーカーとして臨床で応用されており、その検査が保険適応となり今後さらに多く利用されると思われる。今回、我々は NIOX MINO を導入し、2014 年 4 月から 6 月の 3 か月に呼吸器外来、入院中の症例 176 例を対象に呼気 NO 濃度を測定した。結果：年齢は 20 歳以下 /21-40/41-60/61-75/76 歳以上：3/22/33/79/39、男性 / 女性：80/96。基礎疾患は気管支喘息 87 例、咳喘息 19 例、呼吸器感染症 26 例、COPD 19 例、間質性肺炎 6 例、気管支拡張症 11 例、肺癌 5 例、その他が 3 例であった。また、気管支喘息との合併は COPD が 5 例、間質性肺炎が 6 例であった。呼気 NO 濃度は 10 以下 /11-20/21-30/31-40/41 以上：22/54/39/21/40 で 100 以上の症例が 14 例であった。結語：今回の

---

対象症例では76歳以上の高齢者が約22%であった。気管支喘息や咳喘息症例の補助的診断の一つとして簡易に行える検査と思われた。

第55回日本呼吸器学会学術講演会

東京都 2015年4月17日～18日

大湾勤子

シェーグレン症候群に合併した肺病変の検討 (ポスター)

Pulmonary manifestation in Sjogren's syndrome

**【要旨】** 目的：シェーグレン症候群 (SjS) は外分泌腺のリンパ球浸潤を特徴とした慢性炎症性自己免疫疾患であり、合併する肺気道病変は多彩である。当院では神経病変で診断され呼吸器症状を呈さない症例が多く、また慢性気管支炎として経過観察されて診断されることがある。当院における本疾患の肺気道病変の頻度や臨床像についてその現状を把握する。方法：2005年から2014年3月の期間、SjSと診断された19例の肺気道病変について後方視的に検討を行った。結果：男性1例、女性18例。平均年齢は64歳。原発性13例、二次性6例。画像パターンは間質性肺炎 (IP) 7例、中葉症候群 (MLS) 5例、気管支拡張症 (BE) 2例、異常なし2例、無気肺、胸水、スリガラス陰影各1例であった。MLSの2例は非結核性抗酸菌症 (NTM) を合併。またSjSの診断前にMLS、BE、NTMとして3例が長期フォローされていた。結語：中高年の女性に好発するMLSや、NTM感染症例の中にSjSの存在がある場合もあり、その際にステロイド治療が有効な症例がある。細気管支炎・気管支拡張症を含む肺疾患の基礎に明らかな乾燥症状を伴わないSjSが存在し得ることを念頭に置いて診療にあたることが大切である。

アメリカ胸部学会

アメリカ 2015年5月12日～20日

平良尚広

A Unique Case Of Intrapulmonary Bronchogenic Cyst With High Serum Cea

第32回日本呼吸器外科学会総会

香川県 2015年5月14日～16日

古堅智則、照屋孝夫、佐々木高信、戸塚裕一、安藤美月、新垣涼子、前田達也、喜瀬勇也、稲福 齊、仲栄真盛保、永野貴昭、山城 聡、國吉幸男

胸骨正中切開+右季肋部切開アプローチにて摘出し得た chronic expanding hematoma の1例

**【要旨】** 症例：76歳、男性。結核性胸膜炎を既往に有し、咯血を主訴に当院受診となった。胸部CTで右胸腔を占拠し、縦隔を圧排する巨大な腫瘤を認めた。また周囲に石灰化被膜を有しており、造影にて腫瘤内部に extravasation が確認された。以上より chronic expanding hematoma 疑いとされ、手術の方針となった。前日に出血量軽減目的で、流入血管に対して塞栓術を行った。アプローチは胸骨正中切開+右季肋部切開で行った。肺動静脈は心嚢内で処理し、心膜、横隔膜はメッシュにて再建した。術後経過は良好であり、現在外来通院中である。考察：chronic expanding hematoma は Reid らが提唱した概念で、結核性胸膜炎などの疾患後に非常に長い経過で徐々に増大する血腫である。高齢者に発症することが多く、巨大血腫の場合は胸膜外右肺全摘術などの侵襲の高い手術となるため、手術適応に苦慮することがある。しかし塞栓術のみ施行し経過観察された症例で、心タンポナーデ、大咯血をきたし死亡したとの報告もあり、本疾患を疑った場合は積極的に手術すべきと考える。

第56回日本神経学会学術大会

新潟県 2015年5月21日～24日

石原 聡、田邊 肇、吉村明子、樋口雄二郎、袁 軍輝、橋口昭大、岡本裕嗣、高嶋 博、石浦浩之、三井 純、辻 省次

BSCL2 変異を認めた遺伝性ニューロパチーの臨床的特徴

## Clinical features of inherited neuropathy with BSCL2 mutations

**【要旨】** 目的：BSCL2は常染色体劣性遺伝形式の Congenital generalized lipodystrophy type 2 (CGL2) の原因遺伝子として知られているが、常染色体優性遺伝形式では distal hereditary motor neuropathy type V (dHMN-V) や Silver syndrome/Spastic parapregia 17 (SPG17) などの原因となることが明らかになっている。BSCL2に関連した遺伝性ニューロパチーは同一変異・同一家系内でも幅広い臨床像を呈することが報告されている。当科でこれまで行った Charcot-Marie-Tooth 病 (CMT) をはじめとする遺伝性ニューロパチーの網羅的遺伝子診断の結果から、BSCL2 変異を認めた症例の臨床像をまとめ報告する。方法：対象は全国の医療機関より当科へ依頼のあった CMT 疑い症例 (PMP22 重複を認める CMT1A 患者は除外) のうち、遺伝子スクリーニング検査で原因同定に至らずエクソーム解析を行った 407 例である。BSCL2 に変異を認めた症例に関しては Sanger 法で変異を再確認した。新規変異を認めた症例では segregation analysis により病的意義の有無を検証した。検査依頼時に提供された臨床情報をもとに各症例の臨床経過、家族歴、神経学的所見、電気生理検査所見、神経生検所見などをまとめた。結果：ヘテロ接合性の BSCL2 変異を 5 例で認めた。既知の変異である N88S が 1 例、S90L が 2 例、これまで報告がなく新規変異であると考えられた N88T と S140A が 1 例ずつであった。N88S の症例で筋萎縮は上肢優位であったが、S90L および N88T の症例では下肢優位であった。また N88T 変異の症例は既知の変異を認める症例と比べ発症時期が早く、声帯不全麻痺や呼吸障害などを伴っており重症であった。S140A 変異の病的意義に関しては不明であった。結論：本邦における BSCL2 変異を有する遺伝性ニューロパチー症例の遺伝的・臨床的特徴について報告した。臨床像が多彩で dHMN や SPG の典型例と異なる症例もあり、診断における遺伝子検査の重要性が示唆された。

第 56 回日本神経学会学術大会

新潟県 2015 年 5 月 22 日～24 日

吉田 剛、末吉健志、諏訪園秀吾、藤崎なつみ、中地 亮、末原雅人

Brachial plexus involvement in cervical radiculopathy.

**【Abstract】** Introduction: There has been no report to describe 3 tesla magnetic resonance neurography (3T MRN) findings of cervical radiculopathy (CR) in a large case series. In 2014, we described brachial plexus involvement on 3T MRN in patients with CR, although its pathophysiological significance largely remained unknown. In this study, we conducted prospective study to elucidate pathophysiologic mechanisms of brachial plexus involvement in CR. Methods: From 2013 to 2014, 12 patients came to our institution for the evaluation of suspected CR. We prospectively underwent extensive investigations including detailed clinical examination, 3T MRN, and various electrophysiological tests. We also assessed response to corticosteroid therapy. Results: The mean age was 60 years. 9 of 12 patients were men. 11 of 12 patients were classified as having CR. Distribution of nerve root signal abnormality on 3T MRN correlated with those of clinical and electrophysiological evaluation. MRN abnormalities extended into the distal part of the brachial plexus in 9 patients. Electrophysiological study also revealed evidence of brachial plexus involvement in 9 patients. Only one patient had typical antecedent events of neuralgic amyotrophy (NA). Conclusion: In our case series, we identified the presence of radiological and electrophysiological evidence of brachial plexus involvement in patient with CR. From clinical data and its correlation to 3T MRN finding, we suggest a new concept of cervical radiculopathy-brachial plexopathy (CRBP), which develops from the pathomechanism distinct from those of NA.

第 64 回日本アレルギー学会学術大会

東京都 2015 年 5 月 25 日～27 日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、大湾勤子、藤田次郎

気管支喘息患者に対する呼気 NO 濃度測定の臨床的意義

**【要旨】** 背景と目的：気管支喘息患者に対する呼気 NO 測定は気道の好酸球性炎症の評価をするのに有用と

されている。今回 2014 年 4 月から 6 月の 3 か月に当院呼吸器外来、入院中の症例で気管支喘息と診断されたのは 83 例であり、その 83 例を喘息治療群と未治療群に分けて呼気 NO 濃度 (FeNO) と呼吸機能で比較検討を行った。結果：症例は治療群 (以下 A 群) 63 例、未治療群 (以下 B 群) が 20 例であった。年齢中央値は A 群で 66 歳、B 群で 61.5 歳、男性 / 女性が A 群で 27/36、B 群で 10/10。COPD 合併は A 群で 25.3 %、B 群で 25%であった。FeNO の平均値は A 群で 33ppb、B 群で 74ppb であった。肺機能検査では V50、V25 は A 群で高く、V50/V25 は A 群で低い結果となったが、FEV1% の平均は A 群、B 群ともほぼ差はなかった。結語：今回の比較検討では FeNO が未治療群で治療群と比較して高く、未治療患者への気管支喘息の補助的診断として使用でき、治療の経過をみるうえでも有用な検査である可能性が示唆された。今後さらに症例数を追加して、比較検討を行う予定である。

第 57 回日本小児神経学会学術集会

大阪府 2015 年 5 月 27 日～28 日

諏訪園秀吾

Dystrophinopathy の中枢神経障害 電気生理学的立場から

第 38 回日本呼吸器内視鏡学会学術集会

東京都 2015 年 6 月 10 日～12 日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、大湾勤子、藤田次郎

入院時に喘鳴を呈し、緊急気管支鏡検査で声帯腫瘍による閉塞を診断できた肺結核の 1 例

**【要旨】** 症例：72 歳男性。経過：2014 年 8 月に胸痛、呼吸困難を認め近医受診。胸部 CT で異常陰影を認め肺炎と診断し抗菌薬の治療を開始。入院時に提出した喀痰抗酸菌塗抹でガフキー 2 号、Tb-PCR が陽性であり、肺結核と診断され 4 日後に当院紹介入院。入院時、著明な気管支狭窄音を呈し、胸部 CT で声帯付近に隆起病変を認めたため、緊急気管支鏡検査を施行。声帯付近に喉頭を閉塞する腫瘍性病変を認めた。気管支鏡下に経鼻挿管を行い、その後気管切開実施。肺結核薬の治療を行いながら 8 月下旬、9 月上旬に気管支鏡検査を実施。唾液量が多く観察困難であったが、病変は不変であった。9 月中旬の胸部 CT では気管内腫瘍は縮小しているように思われた。しかし、気管カニューレの抜去は困難と考え、全身麻酔下に腫瘍の切除を施行。病理診断は化膿性の肉芽腫であった。結語：喘鳴を認め、原因と病状を早期に診断するため、緊急気管支鏡検査を行い、診断と処置を行うことで急変を回避できた 1 症例を経験した。原因不明な喘鳴のある症例を経験した場合には、早期に気管支鏡検査が必要な疾患があるかを判断することは重要と考えた。

第 38 回日本呼吸器内視鏡学会学術集会

東京都 2015 年 6 月 11 日～12 日

古堅智則、佐々木高信、照屋孝夫

ミニ気管切開チューブ留置後に生じた声門下狭窄の 2 例

**【要旨】** 症例 1：79 歳、男性。平成 2X 年 7 月に腹部大動脈瘤に対し Y グラフト置換術を施行した。術後に肺炎を併発したため、ミニ気管切開チューブを 2 週間留置されていた。同年 11 月頃より喘鳴が出現し、当院救急を受診した。咽頭ファイバーで声門下肉芽腫を指摘され、上気道閉塞の診断で緊急気管切開術を施行した。後日に全身麻酔下、気管支鏡下に気管肉芽腫焼灼術を施行し完全切除できたが、2 ヶ月後の気管支鏡所見で切除部位に肉芽の再増大を認めた。このためトラニラスト 300mg/ 日を投与していたところ、投与後 3 ヶ月後の気管支鏡では肉芽腫は消失していた。症例 2：75 歳、女性。平成 2X 年 11 月に大動脈弁狭窄症に対して大動脈置換術を施行した。術後 3 日目に喀痰喀出困難のため、ミニ気管切開チューブを留置されていた。術後 60 日目より吸気時喘鳴が増強し酸素化が不良となったため、緊急気管内挿管を行った。胸部 CT では声門下肉芽腫を疑わせる所見を認めたため、上気道閉塞の診断で翌日に全身麻酔下に気管切開術 + 肉芽腫切除を施行した。以後、再発なく外来通院中である。考察：ミニ気管切開チューブは外科手術後の喀痰排出障害に対して効果があり臨床上よく用いられるが、数 % の頻度で声門下狭窄をきたすことがある。ミニ

気管切開チューブ留置の既往のある患者で吸気時喘鳴を来した場合は、本疾患を念頭におく必要がある。

第 119 回 沖縄県医師会医学会総会

南風原町

2015 年 6 月 14 日

気管分岐部に発生した淡明細胞成分を含む未分化癌の 1 切除例

古堅智則、河崎英範、平良尚広、伊地隆晴、久志一郎、饒平名知史、川畑 勉、石川清司

**【要旨】**はじめに：1999 年 WHO 分類第 3 版で新たに肺多形癌が定義され、以後、肺癌取扱い規約でも肉腫成分を含む癌として取り上げられている。今回われわれは、気管分岐部に発生し、嚢胞状陰影を呈した多核巨細胞と淡明細胞の成分を含む未分化癌の 1 切除例を経験したので報告する。

**症 例：**59 歳、男性。悪性疾患の既往はない。血痰を主訴に当院を受診し、胸部 X 線で右肺門部の腫瘤影を指摘された。胸部 CT では右主気管支と椎体の間に径約 6 cm の嚢胞状、辺縁に造影効果を認める腫瘤影を認めた。明らかな遠隔転移を認めず、後縦隔腫瘍と考えて手術を施行した。腫瘍は椎体側の壁側胸膜、右上下葉、奇静脈と強く癒着していた。術中迅速細胞診検査では悪性が疑われたが、術中迅速病理検査では炎症性肉芽腫とされた。悪性も否定できないことから、縦隔腫瘍切除 + 肺部分切除 + 奇静脈合併切除術を施行した。当初の病理診断では巨細胞成分は指摘されず、淡明細胞成分を含む未分化癌とされた。縦隔由来と考えたため、術後補助療法は施行しなかった。後日、病理所見を再検討したところ、H・E 所見では広範な壊死を認め、一部に多核巨細胞と淡明細胞成分を伴う分化度の低い悪性腫瘍の診断であった。免疫染色では、AE1/AE3 陽性、Vimentin 陽性であった。術後 3 年 3 ヶ月無再発生存中である。

**考 察：**現在でも病理診断に難渋している症例である。肺癌取扱い規約第 7 版で多形癌の定義として、紡錘細胞あるいは巨細胞を含む扁平上皮癌、腺癌、大細胞癌とされる。本症例では、巨細胞成分が腫瘍全体の 10% 以下であったが、Vimentin 陽性であり肉腫様成分が認めることから、最終的に多形癌で肺由来の腫瘍と判断している。

第 119 回 沖縄県医師会医学会総会

南風原町

2015 年 6 月 14 日

饒平名知史、古堅智則、平良尚広、伊地隆晴、久志一郎、河崎英範、石川清司、川畑 勉

胸膜播種を伴う肺腺癌に対して胸腔内温熱化学療法および化学療法にて CR が得られ（第一癌）、肺部分切除を施行した（第二癌）（第三癌）異時性多発肺癌の一例

**【要旨】**はじめに：胸膜播種を伴う肺腺癌に対する化学療法の多くは延命を目的としているが、稀に長期生存に至る場合がある。今回、第一癌（s-IV）に対する胸腔内温熱化学療法および化学療法にて CR が得られ、第二癌（c-IA）、第三癌（c-IA）に対して肺部分切除を行った異時性多発肺癌の一例を報告する。症例・病歴：67 歳、男性。2003 年 8 月、胸膜播種を伴う右上葉肺腺癌に対して胸腔内温熱化学療法を施行。9 月 - 12 月に化学療法を 4 コース行った（CDDP+Taxtere）。治療後、胸水貯留および播種巣の増大は見られず外来フォローが継続されたが、2009 年 12 月の CT で右上葉 S3 に 4mm の結節が出現した。2010 年 12 月の CT で 6 mm へ増大、また、右上葉 S2 にも 5mm の結節の出現が認められた。2011 年 12 月の CT で S3 結節は 8 mm まで増大（S2 結節は不変）、PET 検査で SUVmax=5.0 の異常集積が指摘されたが。その他に異常集積は認められなかった。病歴、画像所見より二次性肺癌疑（c-IA）と診断、播種巣は化学療法にて CR が得られたと判断され右上葉部分切除が施行された（病理：腺癌）。手術後は半年毎に CT フォローが継続されたが、S2 結節の 10mm までの増大が認められた為、2014 年 8 月に加療目的で入院となった。診断・治療方針：病歴、画像所見より三次性肺癌疑（c-IA）と診断、播種を伴う肺腺癌症例の化学療法後であるが、約 6 年経過後の肺内結節の出現である事、全身検索で播種巣増大や遠隔転移の出現が認められなかった事より残存右上葉部分切除を行う方針とした。手術・病理結果：術中所見として胸膜癒着は見られたが、播種病変は認められず、右上葉部分切除を行った。病理結果は Invasive adenocarcinoma, acinar predominant であった。経過：約 7 ヶ月経過した現在、無再発にて外来通院中である。

久志一郎、福田暁子、大湾勤子、石川清司

## 当院緩和ケアにおける短期間入院の検討

**【要旨】** 目的:短期間入院(7日以内)の患者背景、要因、転帰等の特徴を明らかにするため検討した。方法:2011年1月から2013年12日まで当院緩和ケア病棟入院となった390名を対象にして当院緩和ケア病棟における短期間入院(7日以内)と長期間入院(61日以上)の患者背景を比較検討した。結果:短期間入院、長期間入院の患者の比較では、各々36名(男性24人、女性12人)と127名(男性77人、女性50人)であり、全入院患者の9.2%、32.6%であった。平均年齢では、70.2歳(男性73.5歳、女性63.6歳)と74.9歳(男性74.1歳、女性76.5歳)、平均入院期間4.7日(中央値4.5日)と平均入院期間134.5日(中央値108日)、主な疾患は、肺癌12名、結腸直腸癌6名、乳癌4名、膵臓癌4名に対し肺癌55名、頭頸部腫瘍13名、結腸直腸癌11名、前立腺癌6名であった。短期入院となった患者の主訴は、呼吸困難10名、全身倦怠感6名、意識障害5名、胸腹水増加4名、疼痛コントロール不良2名。転帰は死亡25名(69.4%)、軽快退院10名(27.8%)、転院1名(2.8%)であったが意識障害にて入院となった症例は全例死亡した。一方、長期入院患者の転帰は死亡124名(97.6%)、転院2名(1.6%)、軽快退院1名(0.8%)であった。結語:短期入院患者は、長期入院患者と比較して症状緩和により軽快退院となる割合が多かったが、意識障害例は予後不良であった。早期の対応にて症状緩和に努める事が、QOL維持につながると思われた。

大湾勤子

## 当院緩和病棟で経験した若年症例の臨床的検討

**【要旨】** 目的:当院緩和ケア病棟の入院患者の平均年齢は70歳代で、若年者の入院は少ない。今回当院で経験した若年者の緩和ケア症例について、臨床背景と治療、社会的側面を含めて検討を行った。対象と方法:当院緩和ケア病棟に2010年1月から2015年1月までに入院した30歳未満の症例について、倫理的配慮を行い、診療録より情報を収集した。結果:症例は男性3例(21歳、24歳、25歳)、女性2例(15歳、27歳)。既婚者は1人。疾患は骨肉腫3例、ユーイング肉腫1例、横紋筋肉腫1例。全例原疾患に対する手術歴あり。整形外科よりの紹介であった。当院への紹介の動機は、呼吸困難、疼痛コントロール目的であった。入院時のPSは2-3で歩行は可能であった。平均入院期間は53.8日。症状コントロールとして疼痛はオピオイドを中心とした治療に加えて放射線治療を追加した症例もあった。全員ご家族が24時間付添い家族ケアにも焦点があてられた。考察:若年者は、自分の予後に対して直接的な向き合い方をしており、かつ家族への配慮も要求され、それだけケアする側の精神的ストレスは大きいと感じた。医師、看護師のみならず心理士、MSW、理学療法士などの他職種で関わることの重要性を感じた。

諏訪園秀吾

長期人工呼吸管理にまつわる様々なこと

諏訪園秀吾

人工呼吸器装着中の患者の管理

平成 27 年度第 1 回難病医療従事者研修会（沖縄県難病医療連絡協議会主宰）

那覇市

2015 年 6 月 26 日

諏訪園秀吾

ALS 医療と癌緩和医療との異同

第 210 回日本神経学会九州地方会

熊本県

2015 年 6 月 26 日～28 日

宮城哲哉

第 210 回日本神経学会九州地方会

熊本県

2015 年 6 月 27 日

宮城哲哉、諏訪園秀吾、石原 聡、田代雄一、中地 亮、迫田俊一、末原雅人

症状が非典型的で著しい ADL 低下を呈した低カリウム性周期性四肢麻痺の 1 家族例

沖縄手術手技研究会

古堅智則、河崎英範、平良尚広、饒平名知史、久志一朗、石川清司、川畑 勉

胸膜生検で確定診断が得られなかった悪性胸膜中皮腫（IMIG 分類 stageIII）に対して、左胸膜剥皮術+心膜、横隔膜部分合併切除術を施行した 1 例

**【要旨】** 症例：66 歳、男性。アスベスト職業暴露歴あり。201X 年 5 月頃より左前胸部痛と呼吸困難を認め、前医を受診した。胸部 X 線で左胸水貯留を指摘され悪性胸膜中皮腫疑いで胸膜生検を施行されたが、確定診断に至らず当院紹介となった。全身麻酔下に胸腔鏡で観察したところ、壁側胸膜、臓側胸膜全体にわたって胸膜プラークを認め、左肺は完全に虚脱し拡張不全を呈していた。PET-CT では縦隔リンパ節と左壁側胸膜の一部に集積を認めた。胸水細胞診では、異型細胞が検出されたが、胸膜生検では確定診断を得られなかった。悪性胸膜中皮腫疑い（cT3N2M0 stageIII）と判断し、左胸膜剥皮術+心膜、横隔膜部分合併切除術を施行した。術後肺瘻が持続したが、術後 10 日目に胸腔ドレーン抜去し、術後 59 日目に退院となった。病理は上皮型悪性胸膜中皮腫、pT3N2M0stageIII であった。肺尖部と肋骨横隔膜角で一部腫瘍が残存したため、術後に強度変調放射線治療を施行した。その後、腫瘍の腹腔内進展により術後 125 日目に永眠された。考察：悪性胸膜中皮腫に対して 2011 年に発表された MARS trial では、化学療法単独と比べて胸膜外肺全摘術に有益性は認められず、むしろ高い合併症発生率が示唆された。以後、胸膜外肺全摘術と胸膜剥皮術のいずれが有用であるか、明確なエビデンスは存在しないのが現状である。胸膜剥皮術は重篤な合併症が少なく、PS をおとさずに化学療法を主体とした集学的治療につなげることができるメリットがある。しかし患側肺を温存させるため、術後に十分な放射線治療ができないデメリットも有する。本症例においては術前未確定であったため、侵襲のより少ない胸膜剥皮術を選択した方が適当と考える。しかし進行の早い症例であったため、術後化学療法を先行させた方が予後の延長に寄与した可能性も否定できない。

第 359 回沖縄県神経内科懇話会

宜野湾市

2015 年 7 月 3 日～4 日

安藤匡宏

当院リハ科における 2 つの試み：パーキンソン関連疾患の入院リハ効果を予測する因子・ALS における眼球運動障害検出の試み

日本認知心理学会第 13 回大会

東京都

2015 年 7 月 3 日～4 日

荒生弘史、黒川智愛理、諏訪園秀吾

非注意のリズム刺激による低周波脳波律動と感覚ゲーティング

第 13 回日本臨床腫瘍学会学術集会

北海道 2015年7月16日～18日

知花賢治、稲嶺盛史、藤田香織、仲本 敦、久場睦夫、大湾勤子、伊地隆晴、饒平名知史、川畑 勉  
扁平上皮癌に対する nab-paclitaxel のむ使用での臨床的検討

**【要旨】** 背景と目的：2014年12月まで当院の扁平上皮癌の19例に対して投与した nab-paclitaxel について臨床的検討をおこなった。結果：年齢中央値は69歳(52-79歳)、男性/女性：14/5。病期はI/I I/I I I I V:0/4/5/9。PSは全例が0。喫煙歴はcur/ex:5/13。基礎疾患はCOPDが5例、間質性肺炎が4例、高血圧が4例、糖尿病が4例であった。前治療レジメン数0/1/2/3:11/4/1/3。投与コース数1/2/5/6:5/8/2/4。治療中の減量は3例、休薬は11例であった。治療効果は12例でCR/PR/SD:1/6/5で奏効率は58.3%と良好な結果が得られた。副作用は好中球減少が半数で認められたが、タキサン系に多いとされる末梢神経症状を認めた例は1例であり、重篤な副作用の出現は認められなかった。結語：扁平上皮癌に高い治療効果を示す薬剤は殆ど報告されておらず、症例により薬剤を選択しているのが現状と思われる。症例数は少ないが、当院での扁平上皮癌症例に対する nab-paclitaxel の治療効果は良好であった。副作用は paclitaxel と比較して、使用しやすい薬剤であると思われる。副作用により治療中断することがなく使用でき、今後扁平上皮癌症例に対して治療効果が期待できる薬剤の可能性はある。

第 17 回新潟県 IC フォーラム学術集会

新潟県

2015年7月25日

比嘉 太

「呼吸器感染症の感染対策：実践と課題」(抄録なし)

第 7 回沖縄てんかん研究会

那覇市

2015年7月31日

宮城哲哉、奥間めぐみ、城戸美和子、田代雄一、石原 聡、中地 亮、諏訪園秀吾、末原雅人  
特発性発作性運動誘発性舞踏アテトーシス5症例の検討

第 13 回沖縄手術主義研究会

南風原町

2015年8月1日

古堅智則、河崎英範、平良尚広、饒平名知史、久志一郎、石川清司、川畑 勉

胸膜生検で確定診断が得られなかった悪性胸膜中皮腫(IMIG分類stageIII)に対して、左胸膜剥皮術+心膜、横隔膜部分合併切除術を施行した1例

**【要旨】** 症例：66歳、男性。アスベスト職業暴露歴あり。201X年5月頃より左前胸部痛と呼吸困難を認め、前医を受診した。胸部X線で左胸水貯留を指摘され悪性胸膜中皮腫疑いで胸膜生検を施行されたが、確定診断に至らず当院紹介となった。全身麻酔下に胸腔鏡で観察したところ、壁側胸膜、臓側胸膜全体にわたって胸膜プラークを認め、左肺は完全に虚脱し拡張不全を呈していた。PET-CTでは縦隔リンパ節と左壁側胸膜の一部に集積を認めた。胸水細胞診では、異型細胞が検出されたが、胸膜生検では確定診断を得られなかった。悪性胸膜中皮腫疑い(cT3N2M0 stageIII)と判断し、左胸膜剥皮術+心膜、横隔膜部分合併切除術を施行した。術後肺瘻が持続したが、術後10日目に胸腔ドレーン抜去し、術後59日目に退院となった。病理は上皮型悪性胸膜中皮腫、pT3N2M0stageIIIであった。肺尖部と肋骨横隔膜角で一部腫瘍が残存したため、術後に強度変調放射線治療を施行した。その後、腫瘍の腹腔内進展により術後125日目に永眠された。考察：悪性胸膜中皮腫に対して2011年に発表されたMARS trialでは、化学療法単独と比べて胸膜外肺全摘術に有益性は認められず、むしろ高い合併症発生率が示唆された。以後、胸膜外肺全摘術と胸膜剥皮術のいずれが有用であるか、明確なエビデンスは存在しないのが現状である。胸膜剥皮術は重篤な合併症が少なく、PSをおとさずに化学療法を主体とした集学的治療につなげることができるメリットがある。しかし患側肺を温存させるため、術後に十分な放射線治療ができないデメリットも有する。本症例においては術前未確定であったため、侵襲のより少ない胸膜剥皮術を選択した方が適当と考える。しかし進行の早い症例であったため、

術後化学療法を先行させた方が予後の延長に寄与した可能性も否定できない。

第 48 回日本胸部外科学会九州地方会総会 佐賀県 2015 年 8 月 5 日～7 日

饒平名知史、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、河崎英範、石川清司、川畑 勉

半奇静脈葉が疑われた自然気胸の一例

**【要旨】** 症例：18 歳、男性。胸部痛のため近医受診。画像検査で気胸と診断され、胸腔ドレナージ後、ブラ切除目的で転院となった。術中所見：上縦隔に半奇静脈が明瞭に確認でき、その半奇静脈の下縁と下行大動脈壁の間を入口部とした胸膜陥凹が認められた。陥凹に入り込んでいる半奇静脈葉は見られなかったが、同部位には区域間に一致しない過分葉が存在し半奇静脈葉が疑われた。経過：ブラ切除後の経過は良好で退院となった。術前画像所見と術中写真を供覧し報告する。

第 20 回呼吸器インターベンションセミナー 福岡県 2015 年 8 月 22 日～23 日

河崎英範

高度の胸郭変形を伴う神経難病患者に発生した気管腕頭動脈瘻に対する胸骨 U 字状切除術

**【要旨】** 気管切開後の合併症である気管腕頭動脈瘻は、気管カニューレ先端の接触やカフによる気管壁の圧迫壊死が原因で、致命的な合併症である。予防策として適切な位置に気管切開を行い適切なカニューレを選択することや、気管切開後は過剰なカフ圧を避け、定期的内に視鏡で気管内腔を確認することが必要になる。しかし筋ジストロフィー症など神経難病による高度の胸郭の変形を伴う疾患では、通常の気管切開時の注意だけでは予防出来ない場合がある。この問題点は胸部 CT で明らかとなる。つまり脊椎、特に頸椎から胸椎が強く前湾し胸骨と近接し、その狭いスペースに気管・血管が交錯する。そこに気管チューブを挿入することで、気管壁を持続的に接触圧迫し気管腕頭動脈瘻を形成する。気管腕頭動脈瘻の確実な外科治療は胸骨正中切開による右腕頭動脈の離断術であるが、胸郭変形のある患者では胸骨裏面の剥離や術後の胸骨閉鎖が困難である。当院では高度の胸郭変形を伴う神経難病患者に発生した気管腕頭動脈瘻に対し、胸骨 U 字状切除アプローチによる手術を行っている。最近では未破裂気管腕頭動脈瘻に対し胸部 CT による評価を行い、予防的に同術式を行うことで狭い胸郭の圧迫を解除し致命的な出血を回避し得たことを報告した。今回、その術式を報告する。手術は全身麻酔下、仰臥位で行う。左右鎖骨骨頭を結ぶ線に T 字状の皮切をおく。胸骨柄に U 字状にマーキングしエアトーム、リユーエル鉗子で後面の骨膜まで胸骨を切除する。胸骨後壁の骨膜を切開し、腕頭動脈を確認し、中枢側と末梢側でテーピングし気管との癒着を慎重に剥離する。胸骨甲状筋を胸骨側で切離し、腕頭動脈と気管との間をくぐらせ、ハンモック状に腕頭動脈と気管との間に間置する。ヘモバックドレーンを留置し皮膚を縫合閉鎖し終了する。術前の評価や、手術期の管理、注意点を含め報告する。

第 70 回沖縄県外科会 南風原町 2015 年 9 月 6 日

伊地隆晴、古堅智則、平良尚広、饒平名知史、河崎英範、石川清司、川畑 勉、熱海恵理子

横隔膜気管支原性嚢胞に発生した粘表皮癌の 1 例

**【要旨】** 気管支原性嚢胞 (bronchogenic cyst; 以下 BC) は主に縦隔や肺内に発生する先天性嚢腫であるが、横隔膜に発生するのは稀とされ、さらに横隔膜気管支原性嚢胞に癌が発生した報告はない。今回我々は横隔膜気管支原性嚢胞に発生した粘表皮癌 (mucoepitheloid carcinoma; 以下 MC) の症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。症例：70 歳代女性 主訴：労作時呼吸苦 現病歴：1 か月前からの労作時呼吸苦を主訴に近医受診。胸部レントゲン検査にて左胸水貯留を指摘され当院紹介となった。胸部 CT にて左胸水と左横隔膜に 40mm 大の腫瘤を認めた。胸水穿刺検査では胸水内に異型細胞は認められなかった。当院にて 6 年前に別の疾患の検査目的にて撮影された胸部 CT にて左横隔膜に 23mm 大の腫瘤を認めたため、経時

変化より緩徐に増大する良性腫瘍の疑いとなり入院より4週間後に手術（開胸左横隔膜腫瘍切除・左肺下葉部分合併切除術、横隔膜再建術）を行った。切除標本は肉眼的には嚢胞内に発育する黄白色充実性の腫瘍で病理検査では嚢胞壁の一部に線毛円柱上皮を認めBCと診断された。また、腫瘍は扁平上皮型の異型細胞の増殖を認めるとともに粘液産生細胞を認め低異型度のMCの診断となった。術後化学療法は施行せず現在外来にて経過観察中である。

饒平名知史、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、河崎英範、石川清司、川畑 勉

半奇静脈葉が疑われた自然気胸の一例

**【要旨】** 症例：18歳，男性．胸部痛のため近医受診。画像検査で気胸と診断され、胸腔ドレナージ後、ブラ切除目的で転院となった。術中所見：上縦隔に半奇静脈が明瞭に確認でき、その半奇静脈の下縁と下行大動脈壁の間を入口部とした胸膜陥凹が認められた。陥凹に入り込んでいる半奇静脈葉は見られなかったが。同部位には区域間に一致しない過分葉が存在し半奇静脈葉が疑われた。経過：ブラ切除後の経過は良好で退院となった。術前画像所見と術中写真を供覧し報告する。

第359回神経内科懇話会

宜野湾市

2015年9月19日

安藤匡宏

緩徐進行した脳萎縮と痙性麻痺の1例

第359回神経内科懇話会

宜野湾市

2015年9月19日

中地 亮

脊髄梗塞に末梢神経障害を併発した1例

第359回神経内科懇話会

宜野湾市

2015年9月19日

宮城哲哉

発熱・嘔吐が先行して亜急性に進行し神経エコーが有用であった末梢神経障害の30歳代女性例

第211回日本神経学会九州地方会

長崎県

2015年9月25日～27日

中地 亮、安藤匡宏、宮城哲哉、田代雄一、石原 聡、城戸美和子、諏訪園秀吾、末原雅人

胸腰髄梗塞後の下肢筋、馬尾神経MRI/MRNの検討

第69回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月1日～3日

知花賢治、新垣珠代、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子、川畑 勉

沖縄病院でのFeNO測定の実況と採算性の検討

**【要旨】** 背景と目的：当院の呼吸器内科での入院は肺癌、結核患者が大多数を占める。一方、気管支喘息患者の入院は半年間で10例程度である。2014年4月に気管支喘息患者の状態を把握するだけでなく、気管支喘息が疑われる患者の診断、治療の効果判定にFeNO測定は有用であると考え、NIOX MINO<sup>®</sup>を導入した。今回2014年4月から9月の6か月にFeNOを測定した件数は519件であり、月平均は約86件である。気管支喘息と診断されたのは112例であった。また、この期間にFeNO測定を行ったことによる収入と支出について検討した。結果：519件でFeNOに対する保険診療は124560点（約124万5600円）であった。一方支出は約136万6700円と支出が多かった。次に6か月間で、気管支喘息の初診患者は38例（他院で治療を受けていた患者を含む）であった。そのうち、FeNOが40ppb以上の高値であった症例は22例と半数以上であった。診断だけでなく、治療効果や増悪時の指標として使用していることもわかった。結語：約半年

の期間では支出が多かったが、支出の約 50%は機器の購入である。今後は主にテストキットが支出の大半を占めると思われる。現在そのさらに約半年後の FeNO 測定に関しては検討中ではあるが、仮に半年後も同様の件数が測定できた場合には、収入が支出を上回ると思われ、採算がとれると考えられる。気管支喘息の診断を簡易的に行うことができる検査が少なかったことを考えると、診断だけでなく、治療の経過を見るのには今後とも必要な検査であると思われた。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道 2015年10月1日～4日

河崎英範

肺癌術後再発時期からみた術後経過観察についての検討

**【要旨】** 目的: 肺癌完全切除症例を対象に術後再発の頻度と、再発確認までの期間を評価し、適切な術後経過観察の頻度と観察項目について検討した。対象と方法: 2007-2010年に完全切除術を行った肺癌を対象とし、臨床病理背景(年齢、性別、発見動機、喫煙歴、腫瘍マーカー、組織型、臨床病期、術式、病理病期)を観察項目とし、再発の頻度と期間を評価した。また術後腫瘍マーカーの推移と再発との関連を評価した。結果: 肺癌完全切除 247例を対象。術後平均 56ヵ月の観察期間で、再発を確認した症例は 68例(27.5%)であった。各観察項目の単変量解析の結果、再発予測因子は、臨床および病理病期と術前腫瘍マーカーであった。各観察項目ごとの再発までの期間は、病理病期のみで有意差があり病理 I 期、II 期、III 期の再発までの期間は 829日、567日、455日であった。同期間中に術後 CEA 再上昇は 87例(35.2%)、Cyfra 再上昇は 60例(24.3%)であった。術前腫瘍マーカー別に、術後腫瘍マーカー上昇までの期間と、再発までの期間を評価すると、術前腫瘍マーカー陽性例は後再上昇までに平均 422日、再発確認までに平均 636日に対し、術前腫瘍マーカー正常症例では再上昇までに平均 758日、再発確認までに 647日であった。結語: 肺癌完全切除例では病理病期により再発時期が異なる。術前腫瘍マーカー陽性例では、再発病変 確認前に腫瘍マーカーが上昇することが多く再発スクリーニングとして有用であるが、術前正常例では再発病変確認後に腫瘍マーカーが上昇し再発のスクリーニングとしての意義は少ない。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道 2015年10月1日～4日

諏訪園秀吾、新里 恵、新城尚子、山内美幸、波平志津代、上里 林、照喜名 通

予想できる災害への備えとしての台風避難入院—なぜ・どのような準備が必要か？

第 69 回国立病院総合医学会

北海道 2015年10月1日～4日

饒平名知史、古堅智則、平良尚広、伊地隆晴、久志一郎、河崎英範、石川清司、川畑 勉

胸膜播種を伴う肺腺癌に対して胸腔内温熱化学療法および化学療法にて CR が得られ(第一癌)、肺部分切除を施行した(第二癌)(第三癌)異時性多発肺癌の一例

**【要旨】** はじめに: 胸膜播種を伴う肺腺癌に対する化学療法の多くは延命を目的としているが、稀に長期生存に至る場合がある。今回、第一癌(s-IV)に対する胸腔内温熱化学療法および化学療法にて CR が得られ、第二癌(c-IA)、第三癌(c-IA)に対して肺部分切除を行った異時性多発肺癌の一例を報告する。症例・病歴: 67歳、男性。2003年8月、胸膜播種を伴う右上葉肺腺癌に対して胸腔内温熱化学療法を施行。9月-12月に化学療法を4コース行った(CDDP+Taxtere)。治療後、胸水貯留および播種巣の増大は見られず外来フォローが継続されたが、2009年12月のCTで右上葉S3に4mmの結節が出現した。2010年12月のCTで66mmへ増大、また、右上葉S2にも5mmの結節の出現が認められた。2011年12月のCTでS3結節は8mmまで増大(S2結節は不変)。PET検査でSUVmax=5.0の異常集積が指摘されたが、その他に異常集積は認められなかった。病歴、画像所見より二次性肺癌疑(c-IA)と診断、播種巣は化学療法にて CR が得られたと判断され右上葉部分切除が施行された(病理:腺癌)。手術後は半年毎にCTフォローが継続された

が、S2 結節の 10mm までの増大が認められた為、2014 年 8 月に加療目的で入院となった。診断・治療方針：病歴、画像所見より三次性肺癌疑（c-IA）と診断、播種を伴う肺腺癌症例の化学療法後であるが、約 6 年経過後の肺内結節の出現である事、全身検索で播種巣増大や遠隔転移の出現が認められなかった事より残存右上葉部分切除を行う方針とした。手術・病理結果：術中所見として胸膜癒着は見られたが、播種病変は認められず、右上葉部分切除を行った。病理結果は Invasive adenocarcinoma, acinar predominant であった。経過：約 7 ヶ月経過した現在、無再発にて外来通院中である

第 69 回国立病院総合医学会 ② NHO 電子カルテ勉強会 全体会議・実務者会議

北海道 2015 年 10 月 1 日～ 4 日

藤田香織、福地美里、瀬底直美、諸見里菜美、上間康広

FileMakerPro を用いた職員検診システムの構築

**【要旨】** 当院は職員検診を外注せず院内で実施している。しかしその業務は職員の負担となっている。紙カルテの時代は職員検診も紙書類として運用し、個々の職員の検診結果を記載する作行において職員選択や参照結果の確認は（作業ボリュームとしては大変ではあるが）作業自体は大きな負担では無かった。並べられた紙書類を順にめくるだけで完結する作業であった。しかしカルテが電子化されると、職員検索や各検査結果を表示させるのに職員数と同じ数の ID 入力とそれに付随して数クリックの操作と画面選択が必要になり非常に煩雑となる。上記のような不具合を解消するべく、産業界からの依頼もあり、当院は自前で職員検診システムを構築することを選択した。FileMaker Pro を用いて独自に職員検診ファイルを作成し、検査システムから検査結果を csv で取得し、インポートした。以上による電子化を行ったことで職員検診の業務負担を軽減できたが、それ以外のメリットとしては前回以前の結果参照が容易になった点である。また総合判定が行いやすいように判定に必要なデータを単一ウィンドウで表示させたので判定医には好評を頂いている。デメリットは特に無いが、不安要素としては他の自前で構築するシステムと同じく担当者が不在となると更新が滞りかねない点である。同じ能力を有する後任をすぐに雇うことは難しい。ただ「便利さ」や「効率化」だけを目的とした IT 化を行う組織は貴重な人財を失うことになりかねない。IT 化した後の職員教育や職員再配置を考えることが重要である。

藤田香織、福地美里、瀬底直美、諸見里菜美、上間康広

外来患者コーディングシステムの構築について

**【要旨】** 当院は DPC 病院でなく、出来高制の病院である。そのため患者の傷病名には保険診療のための病名が数多く並んでいる。また MEDIS の病名を採用しているが、現在新たな疾病概念や病名が各専門学会等で認められても正確な病名としてシステムに登録できない。その問題を解決すべく、独自で疾病登録が可能なシステムを構築し、正確な疾病統計を集計できるように環境を整備した。ソフトは市販されている FileMakerPro を用いた。一例として「気管支喘息」をあげるが、電子カルテで「気管支喘息」の病名が登録されている患者群で、真に「気管支喘息」を主病名として疾病登録できたの 76.9% であった。正確な疾病統計では「Asthma-COPD overlap syndrome (ACOS) : 喘息・COPD のオーバーラップ症候群」が 15.4% を占めていた。このように臨床医と相談しながら独自でマスタを更新することにより正確な疾病統計が得られ、臨床研究等へも貢献できるようになった。電子カルテの MEDIS 登録や ICD-10 を用いた疾病統計はマスタの修正が禁じられており、臨床の現場に即した疾病統計が出せずにいたが、今回独自システムを導入したことにより、ICD-10 のコードはそのままに疾病の名称を正確に登録することが可能となった。今後も各診療科の医師と協力し、アップデートされた疾病登録を心がけ、情報室と医師が互いにフィードバックしあう環境を維持することで診療の質を高めたい。

新垣珠代、知花賢治、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子  
集学的治療により診断後 8 年を経過した高齢者の肺腺癌の一例

**【要旨】**はじめに：集学的治療により診断後 8 年を経過した高齢者の肺腺癌の一例を経験したので報告する。  
症例：79 歳、男性。X- 8 年に胸部異常陰影精査で当科受診。諸検査の結果肺腺癌（cT1N2M0、stage III A）の診断となったが、縦隔リンパ節腫大（#3、#7）が大きく手術治療は困難であった。放射線治療は当初同意得られず、X- 8 年より全身化学療法を行い部分奏功。X- 5 年に縦隔リンパ節腫大に対し放射線治療（2Gy × 30 回）を施行し、完全奏功。4 年経過後縦隔リンパ節転移の再増大が見られ、精査加療目的に再度当科紹介となった。入院後超音波気管支鏡ガイド下針生検（EBUS-TBNA）を施行。肺腺癌ならびに EGFR exon19 Deletion 陽性と確認し、EGFR チロシンキナーゼ阻害剤（EGFR-TKI）を開始した。開始後縦隔リンパ節の縮小と腫瘍マーカー値の低下をみとめている。考察：手術適応のない非小細胞肺癌では 5 年生存率は約 20% 程度とされているが、本症例では高齢者ではあったものの放射線化学療法を積極的に行い、長期間の病勢コントロールが得られた。その結果、EGFR 遺伝子変異を確認の上 EGFR-TKI 内服治療を選択し得た。時期、背景、PS に応じた積極的な治療が望ましいと考えられた。

比嘉 太

教育講演 8 「高齢化社会と呼吸器感染症」

**【要旨】**肺炎は実地臨床でよく遭遇する common diseases の一つであると同時に、致命的な病状に陥る可能性がある疾患である。肺炎診療の進歩と整備にも関わらず、肺炎死亡は年々増加している。平成 25 年には肺炎は我が国における死因の第 3 位となっており、肺炎死亡は国民全死亡数の 9.7%（122,969 名）をしめている。肺炎は患者の臨床背景、起炎微生物の病原性や治療抵抗性、により極めて多様な病態を呈する。臨床的には、市中で自立して生活している人々に発症する市中肺炎（CAP）と入院患者に発症する院内肺炎（HAP）に大別されてきたが、両者は患者背景、病原微生物の疫学、診断体系、治療薬の選択方針が全く異なっている。医療ケア・介護関連肺炎（NHCAP）は CAP と HAP の中間的臨床像を呈する肺炎として最近提唱された概念である。（1）長期療養型病床群もしくは介護施設に入所している、（2）90 日以内に病院を退院した、（3）介護を必要とする高齢者、身障者、（4）通院にて継続的に血管内治療（透析、抗菌薬、化学療法、免疫抑制薬等による治療）を受けている人々に発症する肺炎と定義され、従来の市中肺炎や院内肺炎とは異なる診療体系の構築が求められている。要介護の高齢者の増加を背景として、NHCAP に該当する症例の更なる増加が予測され、その対策が急務となりつつある。一方で、NHCAP が十分に理解されていないのが現状である。本講演では NHCAP の現状を明らかにする目的に、沖縄県内における NHCAP の現状について大学病院と市中病院との比較検討を行った成績を紹介する。大学病院における NHCAP は市中病院と異なる患者背景を有していることが示された一方で、NHCAP はより高齢であり、重症度が高い共通点が認められた。さらに、肺炎入院症例の過半数を NHCAP が占めること、肺炎球菌が最も主要な起炎菌であること、は共通の特徴であった。NHCAP における耐性菌の関与は限定的であり、NHCAP の初期治療については CAP と同様に β ラクタム系薬単剤で対応可能な症例が殆どであった。高齢者における呼吸器診療において、肺結核は最も重要な感染症であり、かつ大きな課題となっている。現在の感染性肺結核患者の過半数は 70 歳以上の高齢者であり、80 歳以上、90 歳以上の症例も少なくない。高齢者の結核では呼吸器症状を有さず、発熱などの非特異的な症状のみの場合がある。画像所見も典型的な空洞形成は比較的少なく、浸潤影を主とすることが多い。このため、通常の細菌性肺炎との鑑別が困難となり、診断の遅

れを招く場合が多い。化学療法の副作用の頻度が高く、予後不良である点も大きな課題である。超高齢化社会を迎えて、呼吸器感染症診療の様相も変貌しつつある。本講演ではその現状と今後の課題について考察したい。

南九州 Lung Cancer Clinical Conference 熊本市 2015年10月17日

知花賢治

沖縄病院でのジオトリフ使用経験

【要旨】 沖縄病院では12例の症例に対して使用されており、その患者背景や治療効果、副作用などについて検討し考察を行った。その中から2例に治療効果を認めた症例を提示。

第2回筋ジストロフィー医療研究会 大阪府 2015年10月22日～24日

諏訪園秀吾、奥間めぐみ、上田幸彦、前堂志乃、吉村直樹

筋強直性ジストロフィーの比較的若年例数例における特殊な前頭葉機能評価について

第45回日本臨床神経生理学会 大阪府 2015年11月5日

吉田 剛、中村洸太、諏訪園秀吾、末原雅人

進行期の沖縄型神経原性筋萎縮症4例における舌エコーおよび筋電図の検討

【要旨】 目的：沖縄型神経原性筋萎縮症は主に沖縄県において発症がみられ、四肢、体幹筋の進行性の萎縮を呈するが、従来の報告では脳神経領域の筋は保たれるとされてきた。今回、我々は本症の進行期において脳神経領域の筋の障害の有無を検討した。方法：当院にて長期入院中の患者4例を対象として、診察による筋力の評価と舌の針筋電図および超音波検査を行った。結果：平均年齢69歳、平均罹病期間29年、四肢はほぼ完全麻痺で、4例中3例が人工呼吸を要した。嚥下障害は3例に見られた。軽度の舌萎縮が全例に見られた。診察及び針筋電図上は全例で舌の線維束攣縮は観察されなかったが、超音波検査では2例に認めた。結論：本症例における脳神経領域の筋の障害はALSと比較して明らかに軽度であり、本症の重要な臨床的特徴であることが確認された。筋電図と超音波検査を組み合わせることで、舌の活動性の脱神経所見をより高い精度で検出できた。

第3回 沖縄県肺癌診療勉強会 宜野湾市 2015年11月12日

当院における cIIIA-IIIB 期非小細胞肺癌の治療経験

饒平名知史 演者

第3回日本難病医療ネットワーク学会 宮城県 2015年11月12日～14日

諏訪園秀吾、植月陽平、照喜名 通

「えんぼーと」によるレスピ情報共有の試み2015

第43回日本頭痛学会総会 / 第26回日本老年医学会近畿地方会 東京都  
2015年11月13日～14日

宮城哲哉

日本内科学会九州支部主催 第311回九州地方会 長崎県 2015年11月14日～15日

知花賢治、新垣珠代、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子、藤田次郎

短期間のステロイド治療で入院後発症した肺ノカルジア症の1例

**【要旨】** 症例：84歳、男性。主訴：呼吸困難。現病歴：X年8月17日、呼吸困難を認め、翌日近医受診。気管支喘息とCOPDの診断でICS+LABAの吸入薬を処方。しかし、症状は軽快せず25日当院受診され、気管支喘息発作の治療目的で入院。経過：夜間の症状悪化を認め気管支喘息発作と診断した。喘息発作に対してmPSLの点滴（120mg/day）を5日間行い症状は軽快した。しかし、9月1日に発熱を認めた。入院時点での胸部レントゲン、CTでは明らかな異常陰影は認めなかったが、胸部レントゲンで右肺野に陰影が出現し、炎症反応の上昇を認めた。急性肺炎の診断でCTR Xの抗菌薬治療を開始した。解熱せずIPM/CS+AZMの治療へ変更したが、発熱は持続していた。その後、喀痰培養検査でNocardia asteroidesが検出された。11日からST合剤（バクタ<sup>®</sup>）4錠/日の内服を開始したところ、解熱し、レントゲンでの陰影は改善し退院となった。考察：肺ノカルジア症は主に日和見感染の原因菌であるが、慢性呼吸器疾患の患者に多いと言われており、さらにステロイド治療を行っている患者はリスクが高い。一方、画像所見では多様な陰影を認めるため画像上での鑑別は困難と思われる。本症例では入院中に発症したことや発熱以外の呼吸器症状が乏しかったこと、喀痰がなかなか採取できなかったことなどがノカルジア症の診断までに時間を要した原因と考える。高齢者であり、慢性呼吸器疾患をもつ患者の場合は、重症化する可能性もあることから早期診断が重要であると思われた。

平成 27 年度神経系難病医療講演会及び相談会 宮古島市 2015年11月19日  
諏訪園秀吾  
神経系難病の理解 - 神経難病とどう向き合っていくか -

制吐療法を考える会 宜野湾市 2015年11月21日  
知花賢治  
沖縄県の制吐療法に対する取り組みについて  
**【要旨】** 婦人科癌、肺癌、消化器癌、血液癌に対しての取り組みを発表と質問をおこないながら、討論を行った。

第 77 回日本臨床外科学会総会 福岡県 2015年11月25日～28日  
伊地隆晴  
胸膜原発孤立性線維腫瘍の3切除例

第 56 回日本肺癌学会学術集会 神奈川県 2015年11月25日～28日  
古堅智則、河崎英範、平良尚広、伊地隆晴、久志一郎、饒平名知史、川畑 勉、石川清司  
気管分岐部に発生した淡明細胞成分を含む未分化癌の1切除例  
**【要旨】** はじめに：1999年WHO分類第3版で新たに肺多形癌が定義され、以後、肺癌取扱い規約でも肉腫成分を含む癌として取り上げられている。今回われわれは、気管分岐部に発生し、嚢胞状陰影を呈した多核巨細胞と淡明細胞の成分を含む未分化癌の1切除例を経験したので報告する。症例：59歳、男性。悪性疾患の既往はない。血痰を主訴に当院を受診し、胸部X線で右肺門部の腫瘤影を指摘された。胸部CTでは右主気管支と椎体の間に径約6cmの嚢胞状、辺縁に造影効果を認める腫瘤影を認めた。明らかな遠隔転移を認めず、後縦隔腫瘍と考えて手術を施行した。腫瘍は椎体側の壁側胸膜、右上下葉、奇静脈と強く癒着していた。術中迅速細胞診検査では悪性が疑われたが、術中迅速病理検査では炎症性肉芽腫とされた。悪性も否定できないことから、縦隔腫瘍切除+肺部分切除+奇静脈合併切除術を施行した。当初の病理診断では巨細胞成分は指摘されず、淡明細胞成分を含む未分化癌とされた。縦隔由来と考えたため、術後補助療法は施行しなかった。後日、病理所見を再検討したところ、H・E所見では広範な壊死を認め、一部に多核巨細胞

と淡明細胞成分を伴う分化度の低い悪性腫瘍の診断であった。免疫染色では、AE1/AE3 陽性、Vimentin 陽性であった。術後3年3ヵ月無再発生存中である。考察：現在でも病理診断に難渋している症例である。肺癌取扱い規約第7版で多形癌の定義として、紡錘細胞あるいは巨細胞を含む扁平上皮癌、腺癌、大細胞癌とされる。本症例では、巨細胞成分が腫瘍全体の10%以下であったが、Vimentin 陽性であり肉腫様成分が認めることから、最終的に多形癌で肺由来の腫瘍と判断している。

第56回日本肺癌学会学術集会

神奈川県

2015年11月25日～28日

河崎英範、平良尚広、古堅智則、伊地隆晴、饒平名知史、石川清司、川畑 勉

肺癌完全切除症例の術前・術後経過観察における腫瘍マーカー測定の意義

**【要旨】**背景：腫瘍マーカーは癌の診断、治療効果、再発の補助指標として有用性が報告されているが、非腫瘍性疾患でも上昇することが広く知られ、肺癌術後経過観察における腫瘍マーカーの適切な測定間隔や、臨床的意義は明確にされていない。目的：完全切除した肺癌症例を対象に術前腫瘍マーカーと臨床病理因子との関連、術後腫瘍マーカー再上昇と肺癌再発の頻度と期間を評価し、肺癌手術症例における腫瘍マーカー測定の意義を検討した。対象と方法：2007-2010年に完全切除した肺癌を対象に、臨床病理項目（年齢、性別、喫煙、発見動機、術前腫瘍マーカー、組織型、臨床病期、術式、病理病期）を基に再発予測因子を評価した。次に術後腫瘍マーカー再上昇と再発の頻度と期間を評価した。結果：肺癌完全切除247例を対象。術前CEA陽性は85例（34.4%）、Cyfra陽性は43例（17.4%）であった。単変量解析の結果、完全切除した肺癌の再発予測因子は、臨床および病理病期と術前腫瘍マーカーであった。術後観察期間は平均56ヵ月で、再発を確認した症例は68例（27.5%）、CEA再上昇は87例（35.2%）、Cyfra再上昇は60例（24.3%）であった。術前マーカー別に、腫瘍マーカー再上昇までの期間と、再発までの期間を評価すると、術前CEA陽性例は術後CEA再上昇までに平均412日、再発確認までに平均674日に対し、術前CEA正常例ではCEA再上昇までに平均756日、再発確認までに603日であった。Cyfraの検討でも同様な結果であった。結語：術前腫瘍マーカー陽性例は再発の危険性が高く、術後再発病巣の確認前に腫瘍マーカーが上昇し再発のスクリーニングして有用であるが、術前腫瘍マーカー正常症例では再発病巣の確認後に腫瘍マーカーが上昇し再発のスクリーニングとしての意義は少ない。

第56回日本肺癌学会学術集会

神奈川県

2015年11月25日～28日

知花賢治、新垣珠代、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子、藤田次郎

当院におけるEGFR遺伝子変異陽性肺腺癌に対するafatinib使用症例の検討

**【要旨】**背景と目的：第2世代EGFR-TKIであるafatinibが臨床で使用されるようになってから1年が経過した。2015年4月までEGFR遺伝子変異陽性肺癌症例でafatinibを使用したのは9例であった。その使用結果を報告する。結果：年齢中央値は71歳（54-80歳）、男性/女性；2/7。病期は全例IV期で肺癌術後症例が4例であった。PSは0が7例、1が2例。前治療レジメン数0が1例、2が3例、3が2例、5以上が3例であり、前治療歴のある8例では全例EGFR-TKIの使用歴があった。EGFR遺伝子変異はexon18が1例、exon19が6例、exon21が1例、exon20 T790M+exon21が1例。治療中の減量は4例であった。治療効果は1例がPR、7例がSD、1例がPDであり、奏効率は11.1%であった。副作用は好中球減少1例、下痢が5例、食欲低下が2例、皮膚障害が3例であった。結語：afatinibはexon19変異症例に対する1次治療に有効であるとの報告があるが、当院で初回投与を行った症例は1例であり、その症例で有効性は示されなかった。一方、EGFR-TKI治療後症例への投与でPRであった症例もあり、EGFR-TKI使用症例でも治療薬の一つとして考えられる薬剤である。今後さらに症例を追加し検討を行う予定である。

第 77 回日本臨床外科学会総会

福岡県 2015 年 11 月 26 日～28 日

伊地隆晴、平良尚広、古堅智則、饒平名知史、河崎英範、石川清司、川畑 勉

胸膜原発孤立性線維腫瘍の 3 切除例

**【要旨】** 孤立性線維性腫瘍 (solitary fibrous tumor: 以下 SFT) は間葉系細胞由来の稀な疾患であり一般に無症状で経過する事が多く、巨大腫瘍を形成して発見される例もある。症例 1: 77 歳女性。1 か月前からの咳嗽を主訴に近医受診し胸部異常陰影を指摘され当院紹介。CT にて右肺尖部に最大径 14cm の巨大腫瘍を認めた。腫瘍に対する針生検での病理所見では確診には至らず。画像所見上 SFT を強く疑ったため切除目的にて開胸腫瘍切除術施行。病理所見では紡錘形細胞が特徴的な配列を形成せず増生する像を認め、免疫染色では CD34 陽性、AE1/AE3, S-100 および Desmin は陰性であり、SFT と診断した。症例 2: 64 歳女性。2 年前に胸部異常陰影を指摘されたが放置。数か月前より労作時の呼吸苦出現。同時期に受診した健診にて再度異常陰影を指摘され当院受診。胸部 CT にて最大径 12cm の胸腔内腫瘍を認め、SFT 疑いにて切除目的にて開胸腫瘍切除術 (右肺中葉・下葉・横隔膜部分合併切除) を行った。病理所見にて右肺中葉胸膜由来の SFT と診断した。症例 3: 76 歳女性、他疾患精査目的にて撮影された胸部 CT にて左肺葉間に 2cm 大の結節を指摘され紹介。全身精査では明らかな原発巣や転移巣は確認できずガリウムシンチ検査では集積は認められなかった。術中所見では腫瘍は左肺下葉を原発とする腫瘍で左肺部分切除にて摘出。病理所見では SFT の診断となった。上記症例を提示し SFT について文献的考察も加え報告する。

第 361 回沖縄県神経懇話会

南風原町

2015 年 12 月 5 日

諏訪園秀吾

当院における高次脳機能研究の現在 -ALS、パーキンソン、筋ジス、その他-

第 39 回日本高次脳機能障害学会 / 第 1 回医工心「脳波」研究会

東京都

2015 年 12 月 10 日～12 日

安藤匡弘、田代雄一、奥間めぐみ、諏訪園秀吾

Parkinson 病の高次脳機能障害に関する検討 -CAT による早期検出の可能性について

第 1 回医工心「脳波」研究会

東京都

2015 年 12 月 10 日～12 日

諏訪園秀吾

ハードウェア発展が脳波計の応用範囲拡大にどう寄与しうるか - 新たな記録法に対する臨床家からの期待 -

第 1 回医工心「脳波」研究会

東京都

2015 年 12 月 10 日～12 日

田代雄一、安藤匡宏、諏訪園秀吾

パーキンソン病における注意機能の低下と脳血流の関係

第 1 回医工心「脳波」研究会

東京都

2015 年 12 月 10 日～12 日

安藤匡宏、諏訪園秀吾

Parkinson 病の高次脳機能障害に関する検討 -CAT による早期検出の可能性について

第 212 回日本神経学会九州地方会

福岡県

2015 年 12 月 11 日～13 日

中地 亮、宮城哲哉、石原 聡、城戸美和子、諏訪園秀吾、高嶋 博、末原雅人

足背の灼熱感のため、特異な行動をとり SCN9A 変異を認めた 1 例

樋口大介

## 急性巣状性細菌性腎炎の一例

【要旨】 症例は 62 歳女性で主訴は右下腹部痛、嘔吐。既往歴：高血圧、高脂血症、虫垂炎（抗生剤で治療）  
現病歴：平成 27 年 2 月 16 日より、右下腹部痛、嘔吐にて来院。右下腹部圧痛あり。CVA knock pain はあ  
ったが、尿は清で尿中白血球陰性、亜硝酸塩は陰性であった。比較的稀な症例ですが、特徴的な画像所見が  
得られましたので報告いたします。

河崎英範

古堅智則、河崎英範、平良尚広、伊地隆晴、饒平名知史、久志一郎、石川清司、比嘉 太、川畑 勉

## 半年間嵌頓していた、健常成人における気管支異物（義歯）の 1 例

【要旨】 背景：基礎疾患のない健常成人における気管支異物はまれである。健常成人の義歯誤嚥による気管  
支異物に対し、軟性気管支鏡下に摘出した 1 例を経験した。症例：68 歳男性。前医で気管支喘息の診断で  
治療中であったが、改善せず当院内科に紹介となった。半年前に義歯を誤嚥したことが問診で確認できた。  
胸部 CT 上で異物を疑い気管支鏡を施行したところ、左気管支入口部に義歯を認め、周囲に肉芽形成を来し  
ており局所麻酔下では摘出困難であった。このため全身麻酔下で行い、スネア鉗子を用いて摘出できた。術  
後経過は良好で、術後 1 ヶ月目に気管支鏡を施行したところ、肉芽による狭窄は改善していた。結論：気管  
支異物はほとんどの症例で軟性気管支鏡を用いて対応可能である。しかし嵌頓期間が長い症例では、摘出困  
難な場合に備えて硬性気管支鏡や開胸術の選択肢も考慮しておく必要があると考える。

新垣珠代、知花賢治、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子

## 成人発症・難治性気管支喘息で通院中に気管支結核が判明した一例

【要旨】 はじめに：気管支結核は画像所見の乏しさもあり、症状出現から診断までに時間を要することがある。  
今回、喘息治療中約 1 年の経過で気管支結核と判明した一例を経験したので報告する。症例：60 代女性。1  
年程前に細菌性肺炎で治療後より喘鳴出現。気管支喘息の診断で他院通院治療が行われていたがコントロール  
不良であった。経過中胸部異常陰影で前医紹介。画像所見より肺結核が疑われ精査されていたところ、発  
熱、呼吸苦、咳嗽症状悪化あり、胃液抗酸菌塗抹 3 + の結果を含め肺結核が強く疑われたことから、翌日当  
院紹介入院となった。画像上右主気管支の狭窄が疑われ、肺結核ならびに気管支結核の診断で抗結核薬を開  
始した。考察：気管支結核は高排菌症例も多いが、画像所見の乏しさ等もあり、受診・診断の遅れを生じる  
ことがある。近年の当院における気管支結核症例に関するデータも踏まえ考察する。

知花賢治、新垣珠代、藤田香織、仲本 敦、比嘉 太、久場睦夫、大湾勤子、川畑 勉

## 当院の FeNO 測定についての収支に関する検討

【要旨】 背景と目的：当院では 2014 年 4 月に気管支喘息患者の状態を把握するだけでなく、気管支喘息が  
疑われる患者の診断、治療の効果判定に FeNO 測定は有用であると考え、NIOX MINO<sup>®</sup> を導入した。今回  
2014 年 4 月から 2015 年 3 月までの 1 年間に FeNO を測定した件数は 981 件であり、月平均は約 81.8 件である。  
この期間に FeNO 測定についての収支に関する検討を行ったので報告する。結果：FeNO 測定を行った 981  
件の FeNO に対する保険診療は呼気ガス分析と呼吸機能検査等判断料の合計で 207860 点（207 万 8600 円）  
であった。但し、肺機能検査と同月に行った場合は呼気ガス分析の診療点数のみであった。一方、支出は主

に測定機器とテストキットで223万6970円であり、支出が多かった。結語：1. 歳入の面では、呼気ガス分析と呼吸機能検査等判断料の算定を行う場合、同月に肺機能検査などの他の検査を同時に行う症例を少なくすることが、より多くの収入を期待できると思われた。2. 歳出の面では、機器購入当初は機器本体の価格が支出の大部分を占めるが、その後はテストキットが大部分を占める。テストキットは、1回で購入する個数により1個あたりの価格が異なるため、各施設の測定患者をあらかじめ予想してから購入することが望ましいと思われた。機器導入1年間は支出が多かったが、さらに2015年から2年間の収支予測についても検討を行い追加報告する。

#### 講演会・講師

北部地区医師会講演会 石川清司 「肺癌診療と最近の話題」	名護市	2015年1月16日
日本臨床内科医会 沖縄県内科医会 症例検討会 河崎英範 胸部レントゲンの見方 ～早期肺がんの診断・治療～	那覇市	2015年3月6日
沖縄国際大学特別講義 石川清司 「人体の構造と機能及び疾病」	宜野湾市	2015年4月17日
沖縄緩和ケア研究会 大湾勤子 終末期緩和医療における意思決定	那覇市	2015年6月5日
心豊かな人生を過ごすための元気応援講座（沖縄県がん患者会連合会） 石川清司 「検診の正しい受け方」	久米島町	2015年6月20日
スピリチュアルケアをどう理解し実践するのか 久志一朗 演者 「高齢者の全人的苦痛アセスメント（4側面）への支援方法について」	名護市	2015年7月17日
薬薬連携講演会 大湾勤子 肺結核と治療	宜野湾市	2015年7月22日
第2回緩和ケア研修会「疼痛事例検討」 大湾勤子 講師	那覇市	2015年8月1日

第3回緩和ケア研修会「呼吸困難」 大湾勤子 講師	豊見城市	2015年8月15日
平成27年度沖縄県禁煙協議会総会 石川清司 「喫煙開始年齢と肺がん」	那覇市	2015年8月21日
第3回骨転移 Cancer Board 大湾勤子 骨転移に関連した緩和ケア的なアプローチ」	那覇市	2015年9月8日
いのちの授業（沖縄県がん患者会連合会） 石川清司 「がん・神経難病の患者さんから学んだこと」	宮古島市	2015年9月26日
沖縄県立消防学校 石川清司 特別講義「医学概論」	西原町	2015年10月22日
緩和ケア研修会 久志一郎 ファシリテーター	浦添市	2015年10月25日
緩和ケア研修会 久志一郎 ファシリテーター	浦添市	2015年11月1日
第5回緩和ケア研修会「コミュニケーション」 大湾勤子 講師	浦添市	2015年11月1日
浦添市 大湾勤子 演者 「緩和医療の現在」		2015年11月18日
医師と薬剤師の連携講演会「緩和医療の治療と薬剤」 久志一郎 演者	宜野湾市	2015年11月25日
第6回緩和ケア研修会 久志一郎 講師・ファシリテーター	うるま市	2015年11月29日
沖縄県地域がん診療連携拠点病院講演会 大湾勤子 演者 「肺がんの化学療法と副作用について」	うるま市	2015年12月1日

平成 27 年度国立ハンセン病療養所介護員研修 久志一朗 講師 「エンド・オブ・ライフケア 概論」	名護市	2015 年 12 月 3 日
いのちの授業（沖縄県がん患者会連合会） 石川清司 「病気を正しく理解するために～医者目で見えた患者学～」	石垣市	2015 年 12 月 5 日
第 6 回緩和ケア研修会 久志一朗 講師・ファシリテーター	うるま市	2015 年 12 月 13 日
第 6 回緩和ケア研修会「コミュニケーション」 大湾勤子 講師	うるま市	2015 年 12 月 13 日
第 7 回緩和ケア研修会「呼吸困難」 大湾勤子 講師	中城村	2016 年 1 月 30 日
第 71 回沖縄県外科会 石川清司 特別講演「忘れられないこの症例～外科医生活を振り返って～」	南風原町	2016 年 2 月 7 日
第 4 回緩和ケアフォローアップ研修会「死が近づいたとき」 大湾勤子 講師	那覇市	2016 年 2 月 21 日
いのちの授業（沖縄県がん患者会連合会） 石川清司 「がん・神経難病の患者さんから学んだこと」	浦添市	2016 年 3 月 20 日
沖縄・生と死と老いをみつめる会講演会 石川清司 基調講演「病気を正しく理解するために」	那覇市	2016 年 3 月 27 日
2015 口演 看護部、放射線部、リハビリテーション部		
平成 26 年度第 2 回難病医療従事者研修会 新里 恵 告知に苦労した症例	那覇市	2015 年 3 月 27 日
第 50 回日本理学療法学会 由谷 仁、諏訪園秀吾 視線入力装置 The Eye Tribe Tracker を用いた重度障害者用意思伝達装置の試み ～「しのびクリック」の応用によるクリック操作の改善～	東京都	2015 年 6 月 7 日

金城友子

## 感染管理におけるコンサルテーション内容の分析

**【要旨】**はじめに：感染対策上の課題や問題についての相談を医療者より受け具体的な解決策を提案するコンサルテーションは感染管理認定看護師の役割の一つである。コンサルタントとして同じ医療者から受けたコンサルテーション内容を把握するため現状の確認、問題の分析、課題を抽出し解決策を提案する。手順やマニュアルを作成することで課題は解決することもあるが、多くは問題を分析し課題を抽出する過程を繰り返すため時間を要している。コンサルテーションを解決するために感染管理に関わる専門的知識やコミュニケーション能力だけでなく課題を解決するためにリーダーシップを発揮しなければならない。目的：コンサルテーションの内容と解決のために実践したことを明らかにすることで今後の課題とコンサルタントとしての対応方法を明確にする。方法：期間、H24年8月～H26年2月医療従事者から受けたコンサルテーション内容について件数、要した時間、解決策を分析。結果：具体的な解決策を示すだけでなく積極的な介入も行う。感染対策担当者が介入の時期を誤るとクライアントは受動的になることがある。部署のリンクナースへ依頼し提案した解決策が実行できるようサポート役になる。感染対策が継続的に実践されているかどうか等を行い確認する。教育を行うことや手順を明確にすること手順を再確認することで解決できる。考察：感染対策をマニュアルや手順書に示すことでコンサルテーションの数は減少するが部署に則した感染対策が実践できているか継続的に確認することも感染管理認定看護師の役割である。

日本緩和医療学会学術大会

神奈川県

2015年6月20日

奥間かおり、奥間めぐみ、新里 恵、諸見里朝三、大嶺 彩、比嘉千佳子

## ALS 患者の不安への緩和ケアチーム介入

**【要旨】**はじめに：A 病院では、神経難病の診断、告知が行われその看護を行っている。患者は日々衰えてくる自身と向き合い、気管切開、胃瘻、人工呼吸器など生きるための選択が迫られる。緩和ケアチームは、人工呼吸器装着を決断し入院療養を送っている患者の不安に対する介入を行った。A 氏の介入から神経筋病棟で勤務するスタッフが全人的視点で患者のケアが必要であることに気づきケアの実践ができるようになったので報告する。事例：50代・男性。ALSと診断。呼吸困難の緩和、レスパイト目的の為に入院。人工呼吸器の装着の必要性を説明されるが、処置を先延ばしにする様子が見られた。本人の思いに傾聴し気管切開、人工呼吸器の装着に対し意思決定支援を行った。処置後「本当に良かったのか、家に帰れない」と不安を訴えさらに「熱い、痛い、イライラしている」と看護スタッフに言葉をぶつけるようになった。臨床心理士の介入、スタッフ間での情報共有、看護の統一を促し、アミトリプチリン塩酸塩の投与を行った。その結果不安の軽減が図れ、在宅療養に向けて前向きな言葉が聞かれた。考察：神経筋病棟では日常生活の援助が主であり、患者の不安に対しどのように関わればいいのかとスタッフの不安が大きかったが、全人的視点でのアセスメントを行いケアの統一ができ、患者と向き合うことができた。本事例を通して、私たち緩和ケアチームも神経筋患者へ対応、介入できるということが経験できた。

syngo 研究会

宜野湾市

2015年6月24日

八木茉璃、田中大策、多和田真之、比嘉弥生、宮里征武、桑幡浩一  
当院の脊椎 MRI 撮像法

平成 27 年度第 1 回難病医療従事者研修会

那覇市

2015年6月26日

新里 恵

## 台風避難入院の意義と現状

的場庄平、末吉やすみ、濱川知子、島袋勝臣、諏訪園秀吾

自動吸引システムを用いた神経難病患者のよりよいケアに関する取り組み

**【要旨】** 研究目的：山本らにより開発された、低定量持続吸引器アモレ SU1 とコーケンダブルサクシオンタイプのカニューレを使用した「自動吸引システム」は、2010 年に医療機器として薬事認証され、今や在宅移行へ向けて導入すべきケアとして欠かせない基本アイテムの一つといってもよいステージに来ている。A 病院でも 2011 年 12 月から導入を開始しており、合計 12 名の新規導入経験が積み重ねられている。今回、症例報告と合わせ A 病院の工夫について検討してみる。研究方法：症例報告、既存のチェックシート項目を A 病院の実績に則した細かい工夫を加えた。倫理的配慮については、対象者に研究の趣旨、匿名性の保持を説明し同意を得た。結果：症例① 60 歳代男性、診断名 ALS。生活保護受給者で妻および義理の息子と同居、諸検査から前頭側頭型変性症と同様な神経心理学検査異常が判明している。家族環境の複雑さから当初は家庭で吸引を行うマンパワーの確保にかなりの困難が想定されたが、自動吸引システム導入により夜間の開放式気管吸引回数が 18-20 回から 1-2 回へ激減し、同居人のみで施行可能となり自宅退院にこぎつけた。症例② 60 歳代女性、診断名 ALS。NPPV 導入中に喀痰つまりによると思われるショック状態となったが、気管切開を施行し TPPV へ切り換えた。その後、自動吸引システム導入により、夜間の開放式気管吸引回数は導入前の 5-8 回からほぼゼロとなったため自宅退院が可能となった。症例③ 50 歳代男性、診断名 ALS。NPPV 導入中に睡眠時の SpO<sub>2</sub> の著大な低下があり、気管切開を施行し TPPV へ切り換え、自動吸引システムを導入した。夜間の開放式気管吸引回数は導入前 8-10 回から 1-3 回へと減少し自宅退院となった。取組みの概要：A 病院では西澤らによる手引きに添付されているシート群を活用し、細かい工夫を加えている。例えばシート 1 は原本の記載項目①～④のみではなく、⑤リークがない・⑥呼吸苦がない・⑦呼吸状態に変化がない・⑧吸引回数といった項目を追加した。またシート 7 は⑩排液量 (24h) を追加した。更にシート 1・5・6 については記録できる日付を増やした。自動吸引システムを実施時に一番多いトラブルは、内部吸引チューブの閉塞であるが、トラブルシューティングについては手引きを常に参照しながら行っている。考察：自動吸引システムを導入することで、夜間の開放式気管吸引の回数は減少し、療養者の吸引による苦痛や不安の軽減、家族の介護負担の軽減は図れたのではないかと考えられる。また、手引きにあるシート群に工夫を加え学習会を重ねることで、以前に比較すると導入は容易で確実となった。具体的にどのようにチェック項目を設定し、患者家族に指導していくかについては、各施設の実情に合わせて、少しずつ工夫・整備が必要であろうと考えられる。

参考文献:1) 山本真:「Dr 山本の診察室」<http://www3.coara.or.jp/~makoty/>2) 西澤正豊:「新たんの吸引法」を用いて気道管理を安全に効果的に実施するための手引き.平成 23 年厚生労働省科学研究費補助金難治性疾患克服研究事業.2012

沖縄県核医学研究会

那覇市

2015 年 8 月 19 日

八木茉璃、田中大策、多和田真之、比嘉弥生、宮里征武、桑幡浩一  
沖縄病院のダットスキャン

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015 年 10 月 3 日

生出優香、伊波佐由里、末吉温子、仲宗根佐恵子、鮫島明子  
安全・安楽な手術体位の取り組み

**【要旨】** はじめに：A 病院では、呼吸器外科の手術の場合側臥位での手術が 94% を占めている。手術室・病棟看護師から術後肩の痛みを訴える患者が増えていると情報があった。そこで今回、安全・安楽な体位固定方法について検討した。研究目的：側臥位で全身麻酔の手術を受ける患者にとって安全で安楽な体位固定方

法を明らかにする。研究方法：1. 医師・看護師8名を対象に側臥位時の体圧測定を実施2. 倫理的配慮データ処理時には個人が特定されないよう配慮した。結果・考察：シミュレーションを実施することで患者の身体への負担を体験出来た。ベッドに対し背骨が水平になっていない時、肩の痛みを訴える意見があり、枕の高さを調節することで痛みは解消され、苦痛軽減につながった。側臥位では肩と大転子部の圧が高くなるため、肩と大転子部に除圧マットを挿入した。除圧マットを入れても圧の分散は図れなかった。除圧マットを外し、身体をベッドに対し垂直に固定した。腋窩枕を腋窩に入れ込んでいる時、肩と大転子部の圧は高いままだった。腋窩枕を腋窩より二横指下げると圧は分散され、体験者から体勢が楽だったとの声が聞かれた。このことから、圧を分散させるためには体位固定の際、水平・垂直・腋窩枕の位置が重要と言える。今回、シミュレーションを行いながら圧が下がる方法や安楽な体勢を探したが、同じ条件でシミュレーションを行う必要があったと考える。結論：患者にとって安全安楽な体位固定は、ベッドに対し背骨を水平に保ち、身体を垂直に固定、腋窩枕を腋窩から二横指下げの方法である。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

豊里和也、宮平 祥、稲嶺 徹、上原あすか、井上由香

がん専門病棟における家族看護 ～家族看護の意識調査から見えてきたもの～

**【要旨】** 目的: A病棟はがん専門病棟であり「積極的がん治療を行い、患者の病気を治す」という役割と、「がん治療を行わない患者へのより良い支援」という二つの役割を担っている。その中で、がん患者を持つ家族に対して、十分な介入ができていのだろうかという疑問がある。その疑問から看護師の家族看護に対する現状を明らかにすることを目的とした。方法: 対象、A病棟勤務の看護師16人。期間は平成26年8月から平成27年1月。勉強会前後のアンケート調査(無記名記述式)を比較した。結果: 勉強会前のアンケート結果から「関わり方・タイミング」「実施した反応・効果」「不安」「家族看護の知識」とカテゴリーが4つに分類できた。アンケートでは、「家族看護介入の難しさや抵抗感、不安を感じている」が勉強会前は87%、勉強会後は68%であった。家族看護について「家族看護を十分に行えていない」が勉強会前は100%、勉強会後は、93%であった。考察: 勉強会はカテゴリーを参考に、看護師が抱えている問題に焦点を絞ったことで看護師が自分自身のことと捉えることができ、前向きな意見交換となった。家族看護の知識を習得すれば、看護実践に移せると考えたが家族はそれぞれの価値観や生きてきた背景が異なり、家族看護の個別性が求められタイミングの取り方やアプローチ方法、介入方法を変えていかなければならない難しさがある。その為、勉強会で知識を習得しただけでは、看護実践に繋がらない事が分かった。結論: ①家族看護は知識習得のみでは、十分な家族看護の介入までには至らない。②看護師が抱えている問題を把握し、実践に即した勉強会は効果的という結論が示唆された。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

神山美奈子、波照間貴子、岡 信子、青木暁美、岩崎仁美

結核患者の治療完遂への支援—外来患者が内服継続をするために望む事—

**【要旨】** はじめに: A病棟では入院中、院内DOTS、結核クリティカルパスに基づき患者指導を行っており、結核薬の自己管理能力、結核の理解度を評価し、保健所とのカンファレンスにて服薬体制が決定し退院としている。今回、外来患者が内服中断をしたという経験から、退院後に患者が望む支援は何かを調査した。目的: A病棟より退院後、外来受診する患者が望む支援を明らかにする。研究方法: 結核病棟退院後、A病院外来受診をしている12名に対し、半構成面接法を用いてデータを収集した。収集したデータは類似する内容によって分類した。結果: 退院後内服は確実にできているは12名であったが、不安、悩みの相談ができていないが3名であった。また、看護師との関わりについての自由回答を分類した結果「不安の表出ができ安心感を得る」「内服支援」「健康への援助」の3つのカテゴリーを抽出した。考察: 入院中より、自己

管理の練習を行っていることが内服継続の効果を得ていると考える。しかし、退院後も様々な不安が患者にあり入院中に関わった顔見知りの看護師に現在の自分の状態、日々の暮らしなどの話しができる、気にかけてくれるという気持ちが安心感につながっていくのではないかと考える。また、看護師と日々内服できていることを確かめ合うことが自信につながり、内服終了までの動機づけになるのではないかと考える。入院中からの結核指導を行実施している事で、患者自身が結核の再発を防ぐ意識づけに繋がっている。結論：患者が望む支援とは1) 不安の表出ができ、安心して治療ができること2) 自信を持って内服継続ができるように支援をしてほしい3) 健康への援助であった。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

座間味由美、伊計昌奈、稲福由美子、友利恵利子

筋ジストロフィー病棟での集団レクリエーションの効果

—呼吸器装着した患者の集団レクリエーションを通して—

**【要旨】** 研究目的：集団レクリエーション（以下集団レクと称す）が患者の QOL の向上と、療養介助員の業務に対する意欲向上に繋がることを明らかにする。方法：研究期間、平成 26 年 6 月～10 月 対象：療養介助員 15 名、患者 16 名 方法：療養介助員・患者アンケート調査、患者の離床時間、QOL 評価尺度の調査（上記項目について介入前後で比較する） 結果：集団レク実施前はほぼ 24 時間ベッド上での生活から実施後には離床時間が平均 9 時間増えた。また、集団レク介入前後の QOL 評価尺度の点数も平均 4 点上がった。療養介助員に実施前後でアンケート調査を行い「専門性を活かしているか」との質問に、集団レク実施後 40%の増加がみられた。考察：離床時間が増加した患者は、集団レクに消極的でも生活に変化があることで QOL 評価尺度が上がったと言える。また、改善がなかった患者も、集団レクを実施する事には賛成であった事から、療養介助員が患者に向けアプローチをする事で今まで以上に関わりを持ち、患者が感じていること、やりたいことを聞く事が出来たと言える。療養介助員自身も、業務での関わり以外に患者と向き合う事で患者の思いを理解でき、患者の違った面を発見し、また自身の違う面を患者に見せる事が出来、より患者との信頼関係に繋がったと考える。結論：1. 患者の QOL 向上を図るには、他者と関わりながらレクリエーションを行う事が有効であった。2. 集団レクリエーションを通し、患者と関わる時間を作る事で療養介助員としての専門性を再認識でき意欲向上に繋がった。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

親川 淳、金城友子、新里 恵

地域医療機関と迅速な連携を行うための取り組み～結核患者連絡表を作成して～

**【要旨】** はじめに：平成 25 年度、地域医療機関と医療連携の強化を目指すため新たに医療社会事業専門員が配置された。A 病院は呼吸器疾患を取り扱う県内の呼吸器疾患センターの役割を担っている。結核病床(50床)においては、離島含む県内外結核患者の入院・治療を行う最終拠点病院として迅速な対応が求められる、そのため感染症法に基づいた結核病棟への入院が円滑に行われるよう「結核患者連絡票」(以下連絡票)を作成し取り組んだことをここに報告する。目的：地域医療機関から紹介された結核患者の入院・治療を「連絡票」を活用することで離島を含む県内外の地域医療機関・A 病院・管轄保健所との連携を迅速、且つ円滑に構築できる。方法：地域医療連携室職員として、感染症法に基づいた入院勧告を受けた結核患者を受け入れ時に必要な情報(入院時に必要な届け出書類、入院基準、検査結果の解釈)を理解することと、知識向上のために感染管理認定看護師(以下：CNIC)へ協力依頼し結核の学習会実施。CNIC、連携室共同で「連絡票」作成と運用を行う。結果：これまで結核患者の入院時の情報収集に数回の連絡を要していたが「連絡表」を活用することにより、感染症法に基づいた正確な情報、ADL 情報を 1 回ないし 2 回の連絡で得ることが出来た。また受け入れ病棟へ情報を提供し、入院後患者の管轄保健所へも円滑な情報提供となった。まとめ：結核患

者の入院・治療を行うにあたり感染症法に基づいた入院勧告に必要な情報を地域医療機関と「連絡票」を活用することにより、地域医療機関、病棟、管轄保健所と円滑な連携が図れ、迅速な医療提供へ繋がった。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

山入端貢、峰松俊介、由谷 仁、池野和好、家村久治、立石春香、中園風香、諏訪園秀吾、中川真吾

病棟スタッフとリハビリテーション科による Total Quality Management を用いた早期離床の試み

**【要旨】**はじめに：別府医療センター消化器外科病棟においては看護師を中心に手術後の早期離床を促してきたが、方法が未統一でうまくいかない症例もあった。Total Quality Management (以下 TQM) とは多方面による関わりで医療の質を全体として改善していく事である。今回我々リハスタッフが病棟スタッフと連携し TQM 手法を用いて、早期離床の取り組みを行い一定の成果をあげたと考えられるので報告する。方法：別府医療センター消化器外科病棟看護師と問題点を検討し、協同して3つの事を実施した。①術後の離床は担当療法士と看護師で行う。②移乗介助・歩行状態のレベルを担当療法士がカルテ記載し、進行状況やリハビリテーションの必要な患者を看護師が主治医に報告した。③介助方法（ベッドから車椅子移乗）統一の勉強会を開いた。評価項目は、TQM 活動開始前の2ヶ月間（6～7月）と3ヶ月後の2ヶ月間（11～12月）で手術件数・リハビリテーション処方件数・介入率・術後離床開始平均日数・看護師への意識調査をカルテから調査し、効果判定を行った。結果・考察：TQM 介入前後での手術件数は、それぞれ73例および65例でリハビリテーション処方件数は、7例および11例であった。介入率は9.6%から16.9%へ上昇し、術後の離床開始平均日数は、5日から2.1日に短縮した。介入前後で術後離床開始平均日数は、半分以下に短縮したものの実施件数はまだ少ない状況である。また、看護師への意識調査では、実際の看護にいかせたと報告もあった。結論：密な多職種連携を継続し、早期離床促進による ADL 向上を目指すことが大切である。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

瀧香緒里、中川恵嗣、由谷 仁、奥間めぐみ、諏訪園秀吾

パーキンソン関連疾患におけるリハビリ介入効果を左右する因子について—特に神経心理検査について—

**【要旨】**はじめに：当院ではパーキンソン症候群患者にリハビリテーション（以下リハ）を提供し、ほぼ一定のメニューで歩行訓練を行っているが、全例が改善するわけではない。入院リハにより歩行が改善する症例としない症例にどのような差があるかを検討し、よりよいリハ提供の一助となることを目的とした。方法：対象は、平成23年4月から平成27年4月までに当院神経内科に入院し、リハ介入したパーキンソン病・大脳皮質基底核変性症・進行性核上性麻痺の症例のうち、入院時と退院時に10m歩行検査の動画撮影が実施できた40名（男性19名、72.03 ± 8.1歳）とした。入院時に比べて退院時の10m歩行時間が短縮した症例を改善群（25名）、延長した症例を非改善群（15名）とした。Hoehn&おYahrの重症度分類、内服状況、やる気スコア、HDS-R、MMSE、PASAT、SDMT、FABを後方視的にカルテから調査し、改善群と非改善群で差があるかを検討した。結果と考察：リハ介入のみで改善した症例が9例あった。各調査項目において改善群と非改善群に明らかな有意差はなかったが、おPASATは改善の有無に関連する傾向がみられた。10m歩行中に周りに気をとられている様子が、動画で確認できた非改善群症例もあった。注意の変換・分配機能低下により聴覚性の外乱刺激などに反応し、歩行に必要な注意を持続しにくい状況が考えられる。10m歩行検査時やリハ介入時において、環境調整を必要とする症例の選別に活用できるのではないかと考える。結論：リハによる歩行改善に注意機能が影響する可能性があり、留意して介入する必要がある。

第 69 回国立病院総合医学会

北海道

2015年10月3日

城間啓多、大湾勤子、新垣珠代、諏訪園秀吾

重度嚥下障害を呈した症例に経口摂取を継続した試み

**【要旨】**はじめに：重度の嚥下障害を呈した症例に対し、食事前の訓練実施、食事場面での家族指導を行い、食事時の咽込みが減少した事で摂取量が増えた症例について報告する。症例：80代男性、主病名：脳血管性パーキンソン病、小細胞肺癌（Stage IV脳転移なし）入院数日前から飲水すると咽こみあり。食欲低下のため入院となる。入院時、意識清明、FIM22、嚥下機能はMWST2、RSST0回、DSS2と重度の嚥下機能低下を認めた。会話明瞭度4、常時咽頭に痰貯留を認めた。無歯顎で義歯非装着。訓練経過：入院後、経口摂取困難なため代替栄養を検討したが、本人の強い希望により経口摂取を継続。食形態は全粥、ミキサー食とした。食事前に口腔ケアを実施し、間接訓練は舌抵抗訓練、頭部拳上訓練、発声・構音訓練ブローイングを実施。痰の増量が認められたら吸引を実施。摂食姿勢をギャッジUp30°とし、家族による食事介助が多いため家族指導を行った。入院後20日目で食事時の咽込みは減少し、摂取量も少量から2割へと増えていった。入院当初Alb2.4 g/dlまで低下していたが、摂取量が増えた事で2.8 g/dlまで改善した。考察：本症例は重度の嚥下障害を呈していた。食事中に咽る事があり、咽る事の不安から口腔内に食物を保持し嚥下を行わない事があった。食事前に間接訓練および吸引を行った。食事場面ではギャッジによる代償姿勢とし「咽る事が少ない」と実感する事で食事摂取量が増えたと考えられる。今回このような症例を経験し、訓練を行う時間帯の重要さや本人の精神状態、家族指導を含めた環境設定を行う事で食事の摂取量が増える事を再認識した。

#### 第11回消化管CT研究会

北海道

2015年10月17日

八木茉莉、田中大策、多和田真之、比嘉弥生、宮里征武、桑幡浩一

#### CTCの受容性の高さや低侵襲な検査の実現に向けた検討

**【要旨】**目的：沖縄県は他県と比較し、大腸がん死亡率が高く、がん対策基本計画の目標とする検診受診率を大幅に下回っている。そのため、早期発見による死亡率低減が課題となっている。そこで、大腸検査には、受容性が高く、かつ低侵襲なことが求められている。当院のCTCは、受容性を高めるため、パンフレット案内による広報活動を強化、院内広報チームにより組織横断的体制を結成、さらに消化器内科女性医師の増員により女性患者の受容性を高めている。また、前処置は、通常食に近い検査食を提供し、侵襲を少なくするためタギングは行わず、下剤を前夜と当日朝の2回に分けて服用している。検査の高受容性と低侵襲を維持しつつ、検査性能を向上するための取り組みについて、評価検討を行ったので報告する。

使用機器：CT装置：GE社64列Optima、炭酸ガス注入装置：エーディア社プロトCO2L、ワークステーション：GE社AWサーバー、FUJIフィルム社VINCENT方法：当院の前処置は、大腸内の残渣と残液による影響を受けやすく、タギングを行っていないことから、病変との鑑別が困難となることも予想される。そこで、前処置が検査の精度に影響しないよう以下の方法をとっている。①2台のワークステーション（WS）による解析②診療放射線技師による一次読影レポートの作成③消化器内科医と診療放射線技師による協議④放射線科医による腹部単純CT読影。結果：①GE社AWサーバーに搭載されたCAD機能を用いることで、病変の見落としが軽減でき、異なるWSのFUJIフィルム社VINCENTにて再評価を行うことで、病変の再現性、性状を多角的に評価することによる質的診断の向上②WS処理によりVR、VGP、VE、MPR像を作成し、診療放射線技師が読影能力を高めることによる画質向上③注腸検査等を経験している消化器内科医の医学的見解と検査からWS処理までの一連を行っている診療放射線技師の技術的見解を融合することで、病変の質的診断の向上④大腸以外の疾患の評価、大腸がんの所見となる直腸壁の肥厚の有無、腹水やリンパ節腫大の有無、拡張不良症例での進行大腸がんの鑑別等の評価。課題：大腸内の残渣、残水の影響を少なくするためには、下剤分割の服用量や検査前の残渣排泄運動を検討する必要がある。また、診療放射線技師による一次読影の際、大腸病変の形態分類を含めた読影能力を向上させ、さらにCTCで病変検出後、CFで病変切除術を行うことで検査能の向上に努めていく。考察：CTCは、適切な前処置、検査手技、画像処理、読影がなされていることではじめて、患者にやさしく検査能の高い検査が可能となる。そのため、検査の受容性と

低侵襲な CTC を実現するためには、医師、看護師、そして我々診療放射線技師がチームとして機能することが大前提である。

さらに、受診率を向上させ、早期発見大腸がん発見のために、病院全体が一丸となって検査の有用性を広報するとともに、その受け皿となる体制づくりも重要である。

九州国立病院療養所放射線技師会学術大会 福岡県 2015年10月17日

八木茉璃、田中大策、多和田真之、比嘉弥生、宮里征武、桑幡浩一

早期アルツハイマー型認知症診断支援システム VSRADno

**【要旨】** 背景：人口の高齢化に伴い認知症は年々増加し、生活や介護の面で社会問題となっている。認知症にはアルツハイマー型認知症（以後 AD）の他、1996 年からレビー小体型が注目されるようになり、さらに認知症は増加している。これらの認知症は対応を間違えると予後に大きな影響を与えるので、鑑別診断することが重要である。目的：当院における AD の診断支援ソフト VSRAD(Voxel-Based Specific Regional Analysis System for Alzheimer's Disease) の解析結果と診断結果にどのような関係があるか評価検討した。方法：当院で 2013 年 5 月から 2015 年 7 月までに VSRAD を施行した患者 249 名のうち、臨床診断のついた Z スコアが 2 以上の 33 名のデータをレトロスペクティブに解析し、神経内科の主治医と協議のうえ、臨床診断と VSRAD の Z スコアの対応について検討考察した。結果：疾患数はパーキンソン病が一番多く次いで AD などの三大認知症が続き、認知症をきたす神経変性疾患が多い結果となった。Z スコア 2 以上では多くの神経変性疾患を捉えることができ、アルツハイマー型認知症に限らず脳萎縮をきたす認知症疾患が多い結果となった。考察：Z スコア 2 以上の群には AD に限らず脳萎縮をきたす認知症、神経変性疾患が数多く該当するので疾患による特異性を見つけることは困難と考えられる。今回パーキンソン病が一番多い結果となったのはパーキンソン病は時間経過とともに認知機能障害を呈することが知られている。認知症を伴うパーキンソン病の病理はレビー小体型認知症と一致しており、VSRAD ではパーキンソン病も進行が進むと Z スコアが高くなると考えられる。脳萎縮は進行性であることから、疾患初期では、Z スコア 2 未満の群にも三大認知症や神経変性疾患が含まれていることが示唆される。これらの疾患は経過観察により萎縮の時間的進行を客観的に評価していくことが重要だと考えられる。結論：VSRAD は多くの神経変性疾患患者にみられる脳萎縮を客観的に評価し、さらに早期診断の可能性が示唆されることから、早期の治療介入により患者 QOL の向上に期待される。そのためには、我々は医師を中心とした医療チームの中で、専門性を高め検査の診断能力を最大限発揮できるように努めていかなければならない。

第 2 回筋ジストロフィー医療研究会 大阪府 2015年10月23日

幸地友恵、徳永純一、奥間めぐみ、稲福由美子 友利恵利子

筋ジストロフィー患者の意思決定への支援～心理状態を把握したサポート～

**【要旨】** デュシェンヌ型筋ジストロフィーの患者が死に直面したとき治療のために転院を勧められたが、転院加療を拒否された。生命の危機に陥っている時に治療よりも日常生活と看護ケアや余暇活動を心配されて当院での治療を希望され、治療を優先したい医療スタッフと患者家族との価値観の違いがあった。本研究の目的は患者 A 氏の認知能力、遂行機能が意思決定に影響されている可能性を検討するため臨床心理士に依頼し検査を行っている状況である。

第 2 回筋ジストロフィー医療研究会 大阪府 2015年10月23日

幸地友恵、徳永純一、奥間めぐみ、稲福由美子、友利恵利子、諏訪園秀吾

筋ジストロフィー患者の意思決定への支援～心理状態を把握したサポート～

新里 恵、諏訪園秀吾、奥間めぐみ

筋萎縮性側索硬化症患者への告知に関する支援者の認識について

**【要旨】**はじめに：ALS患者では在宅移行に困難が生じる症例がみられることに対し、昨年度本学会で、病院と在宅支援者では在宅療養の困難点についてとらえ方に違いがあり、良質な在宅療養維持のためにはこれを踏まえた病院側の対応が必要であると報告を行った。この際フロアからの意見として告知に関する問題の指摘があった。今回、困難点のとらえ方について、告知（病状説明）に着目し患者家族の理解状況や、支援者として関わり方、必要な情報について確認したので報告します。方法 在宅重症難病研修会参加者に対してアンケート調査を実施し分析を行いました。質問項目の主なものとしては「本人、家族が告知について理解できていると考えるか」、「理解不足の原因」、「望ましい告知のあり方」、「支援者として不足している内容の確認」としました。結果：参加者数69名のうち40名からアンケート回収ができています。本人家族が告知について理解できているか？の質問に対して50%（20名）が「本人、家族共に理解できている」と答えがありました。本人理解、家族は理解できず回答なしで本人理解できず、家族理解は3名本人家族共に理解できず3名と不明が2名ありました。本人・家族どちらかに理解不足があると答えたもの、また不明の答えを合わせると20%（8名）でした。記載なし30%（12名）、グラフなし。理解不足と答えた8名の内訳は、「本人理解できず、家族は理解」が3名、「本人理解、家族が理解せず」が3名、「本人家族共に理解不足」が2名であった。職種による差はほぼないということがわかりました。本人・家族が理解なされていないのは何故だと思いますか？説明の場が設けられているが説明が不十分だと3名が答えています。不十分と思われる部分どのような点ですかと確認したところ重複回答でどのような内容に変更があれば良かったと思われるかの質問に対して具体的なイメージがしやすいビデオや図などを利用した説明、支援体制、家族へ休息のためのレスパイト情報や患者との連携という内容の回答がありました。「本人が理解できず、家族は理解できたのは何故だと思いますか」との質問に対して、うつ状態があるから2名、記載なしが1名でした。支援者として不足しているものとしては疾患そのものに関する知識やコミュニケーション能力を上げるものがあった。考察：重症難病研修会に参加した時点で比較的積極的な支援者だというバイアスはありうるが、アンケート回収ができた約60%（40名）の支援者のうち、50%（20名）において「本人、家族共に理解できている」と回答したことは、現在の病状説明のあり方について半数は肯定的に評価しているとも考えられる。一方で記載がないものが60%（12名）存在したことは、支援者としてどこまで告知そのものに関与できているかを改めて考えなければならないともいえる。理解不足を指摘した8名の中で、うつ状態の関与を考えた評価が2名あったが職種による捉え方に大きな差はなかった。支援者に疾患そのものに関する知識のさらなる普及やコミュニケーション・マネジメント能力に関する研修が今後必要であることがわかりました。結論：在宅支援者は告知の場面への参加の在り方や病状進行に伴う本人、家族の疾患理解がどの程度であるかのとらえ方に違いがあることが改めて認識できた。よりよく支援していくため疾患そのものに関する知識を提供する場や、コミュニケーションや病院と支援者を結びつけるマネジメント能力の育成を意識した研修会が今後必要と考えた。

新里 恵、諏訪園秀吾、奥間めぐみ

筋萎縮性側索硬化症患者への告知に関する支援者の認識について

名嘉雅代、玉那覇直子、豊野佳代子、宮城尚子、大兼久みより

「受け持ち看護師の役割」とは～意識調査を通しての現状把握～

**【要旨】**はじめに：昨年度の看護研究において受持看護師としての役割を十分に果たせていないとの結果が得られた。今回役割を遂行できない要因を看護師の経験年数別に調査し示唆を得られたので報告する。目的

受持看護師としての役割を十分に遂行できない現状を明らかにする。方法 1.方法:1) 先行研究を基に質問紙を作成し病棟看護師の意識調査を2回実施 2) 1回目の意識調査結果を基に受持看護師としての遂行能力向上を図る取り組みの実施 2. 3.分析方法:経験年数別(a群2~3年目、b群4~9年目、c群10年目以上)に集計し、遂行できない要因についてカテゴリー(環境要因、能力要因、意欲要因)に分け比較分析。結果 受持看護師としての役割を遂行できていないのは14人中1回目が93%、2回目も93%で変化は見られなかった。遂行できない要因としてa群については環境要因が8%から16%へ、意欲要因が14%から38%へ上昇し、能力要因が27%から7%へ低下した。b群については能力要因が60%から72%へ上昇し、環境要因が54%から31%へ、意欲要因が50%から31%へ低下した。c群については環境要因が38%から53%へ、能力要因が13%から21%へ上昇し、意欲要因が36%から31%へ低下した。結論 要因については「受持看護師の役割」についての勉強会を実施したことで役割の具体的内容が理解でき、自己を振り返ることによって変化はみられたが経験年数別での有意差は得られなかった。意欲要因についてb群c群が低下しており、役割についての知識は得られたが受持看護師としての自信に繋げることができなかった。

日本医療マネジメント学会 第14回九州山口連合大会 熊本県 2015年11月20日

篠田千恵、西濱るみ子、友利恵利子、諏訪園秀吾

筋ジストロフィー患者の在宅移行支援

**【要旨】**研究目的：在宅移行を希望する認知機能障害を伴う筋ジストロフィー入院患者に対し、認知機能の特徴を捉えた支援方法の有効性を明らかにする。研究方法 研究期間:2013年4月~2014年12月。研究対象:関連職種:病棟看護師・ケースワーカー・臨床心理士・事業所。患者A氏60代女性。研究方法:1.認知機能障害の特徴4項目への対処方法の立案と実施。2.多職種合同カンファレンス(毎月)。3.実施前後で比較検討

結果・考察:認知機能障害の特徴4項目への対処方法については、本人の考えと現状をすり合わせ、目標設定し、認識のズレがないか確認した。在宅移行に向けて月1回合同カンファレンスを実施することで、認知機能障害の共通認識や各役割担当の確認と在宅移行に向けた具体的な検討ができるようになった。今回の取り組みによりA氏は在宅移行可能な条件(住居場所、床上排泄、デイケアでの入浴、息子への協力依頼等)を受け入れ、看護師へ思いを相談する等心境が変化した。在宅へ移行できないのは患者のこだわりとの解釈だったが、事例から認知機能に応じた支援を実践できていないことがわかった。患者を理解し共に行動しながら支援することで患者が現実を受け入れることができた。情報共有と多職種での役割を明確にし取り組む事で在宅移行支援に繋がったと考える。結論:認知機能障害の特徴を共通理解し、多職種で在宅移行に向け共に行動しながら支援する取り組みは有効である。

日本医療マネジメント学会 第14回九州山口連合大会 熊本県 2015年11月20日

濱川知子、的場庄平、神谷ゆかり、島袋勝臣

統一した自動吸引システムの指導方法の確立に向けて

**【要旨】**目的:A病院神経内科病棟では自動吸引システムを導入しているが、指導方法は看護師個々の力量に任せられ、統一した指導ができていない現状がある。そこで、看護師個々が患者家族へどのような指導を行っているのか把握し、統一した指導方法を検証・確立出来たのでここに報告する。研究方法 期間:H26年5月~H27年1月、対象:自動吸引システム導入患者家族11名、A病棟看護師29名、方法:アンケート調査と学習会。1.患者家族と看護師へアンケート調査(手引きを参考に独自で作成) 2.学習会実施(手引きを基に看護師へ学習会実施) 3.指導(低流量持続吸引器と手引きを参考に患者用パンフレットを活用し

病棟看護師へ指導) 結果・考察 患者家族へのアンケート調査結果、取扱い説明が不十分なことや不明な点があることが解った。又、職員へのアンケート調査結果では指導方法に統一性がなく、自動吸引使用マニュアルや吸引器点検チェックリストを活用する等、指導方法は様々であった。患者家族が自動吸引システムを正しく取り扱えるには統一した指導方法の手順作成が必要である。そこで、スタッフ個々の基本的な知識を把握する為に質問形式でのテストを行い、個々の理解度を把握し指導を行った。また、自動吸引器の基本的な知識・技術の資料や患者用パンフレットを作成し学習会も実施した。看護師等から「退院に向けての指導方法が理解出来た」との意見が聞かれ、指導方法の統一を図る事が出来たと考える。結論：アンケート結果より、統一した指導方法が確立されていない事が解った。患者家族へ指導するには指導する内容の統一を図り、指導方法を確立することで看護実践へ繋がる事が明らかとなった。

日本医療マネジメント学会 第14回九州山口連合大会 熊本県 2015年11月21日

仲座裕奈、伊禮隼人、久高直美、寺田篤史

内服薬の自己管理に対する看護師の意識調査

**【要旨】** 目的：内服管理に対する看護師の意識を明らかにする。研究方法：1. 研究期間：平成26年4月から平成26年10月。2. 研究対象：A病棟看護師23名（回答者数：17名 未回答：6名）。3. アンケート調査 1) A病棟看護師を対象に独自で作成した質問紙調査。2) 質問紙調査結果をKJ法で分類。結果 質問紙調査結果から、大きく内服管理意識と業務に関する事に分類出来た。1. 内服管理については、自己管理にした場合飲み忘れや飲み過ぎに対する不安が多数であったが、自己管理へ移行後、誤薬のインシデントが発生した場合、移行への判断が間違っていたと思うなどの不安も聞かれた。又自己管理移行への明確な指標等のマニュアルがなく不安も聞かれた。2. 業務に関する事については配薬・与薬、誤薬チェックリスト、配薬環境に分けられた。(1) 配薬・与薬方法については、与薬日、氏名、薬剤名、用量、用法など統一された方法で全スタッフが実施されていた。(2) 誤薬チェックリストの使用は17名中15名が使用。しかし、チェックリストでは入院時の患者の理解力や適応力等の情報収集が不充分との回答もあった。(3) 配薬作業スペースの改善が必要だと感じているのが17名中6名であった。結論 質問紙調査結果から、配薬作業スペースなどの環境的な問題とマニュアルに関する問題が明らかになった。多くの看護師が患者自身に内服管理の移行を考えているが、入院時に年齢や理解力・適応力、患者の生活環境、生活習慣を把握し個々のスタイルに合わせた服薬管理方法の把握に不安があり又配薬作業スペースの改善や自己管理を任せる事への明確な指標や再評価の確立が不十分な現状に対して、自己管理を任せる事への不安が大きいことが明らかになった。

日本医療マネジメント学会 第14回九州山口連合大会 熊本県 2015年11月21日

篠田千恵、西濱るみ子、友利恵利子、諏訪園秀吾

筋ジストロフィー患者の在宅移行支援

第17回沖縄呼吸療法研究会 宜野湾市 2016年1月31日

由谷 仁

当院における呼吸リハビリテーションの現状と今後の展望～呼吸困難感を抱える症例を通して～

**【要旨】** はじめに：沖縄病院は宜野湾市我如古にある国立病院機構の病院である。当院の特色としては、沖縄県の地域医療の枠組みの中で結核を含む『呼吸器センター』、筋ジスを含む『神経・筋センター』、『肺癌を主としたがんセンター』的な国の政策医療を担う役割がある。その中で呼吸器内科疾患としては、呼吸器感染症、COPD、結核など呼吸器疾患の診断と治療を実施している。当院の呼吸リハについて：慢性呼吸器疾患による呼吸困難感のため日常生活が制限されている方を中心に、呼吸リハビリテーションプログラム（1～2週間入院）を行っている。評価として特に6分間歩行テストを医師指示のもとPT、OTにて実施して

---

いる（外来患者の評価にも使用）。機器は TEIJIN PULSOX-Me300 で、PC にて解析し歩行試験レポートとして報告している。症例報告：70 歳台前半の女性で呼吸困難感があり、呼吸リハビリテーション目的にて 2014 年 11 月上旬に当院入院となる。疾患は COPD、肺結核後遺症、心房細動で、COPD 病期分類ではⅢ期（重症）、MRC はグレード 3 である。包括的呼吸リハビリテーションとして、腹式呼吸などの呼吸練習、筋力増強を含む運動療法、薬物療法、栄養管理、患者教育を開始した。また開始時には 6 分間歩行テストも実施した。開始後リハに消極的となる場面もあったが、運動継続の重要性を説明することやリラクゼーションおよび極軽度の運動、呼吸練習にてなんとか毎日継続できた。その後、呼吸困難感はかなり軽減し、終了時の 6 分間歩行テストでも改善が認められ 12 月上旬に自宅退院となった。今回の症例を通して、極軽度の運動でも包括的に管理することで呼吸困難感が改善することが改めて実感できた。今後の展望：当科はここ 2、3 年でスタッフ数が倍になり、現在 PT 5 名、OT 4 名、ST 2 名の計 11 名体制となった。現在は OT も ADL 拡大を中心に、呼吸器疾患へと関わられるようになってきている。今後も様々なことに取り組み地域医療に貢献していきたい。

syngo 研究会

豊見城市

2016 年 2 月 10 日

八木茉璃、田中大策、多和田真之、比嘉弥生、宮里征武、桑幡浩一  
当院の MRCP 撮像条件について

## 平成 27 年度 沖縄病院倫理委員会承認事項

課題：27-01

神経疾患診療におけるドライブレコーダーを用いたビデオモニタリングについて

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：藤崎なつみ、宮城哲哉、中地 亮、吉田 剛

☆承認

課題：27-02

R 多施設共同後方視的観察研究の論文化

実施責任者：生島莊一郎（日本赤十字社医療センター呼吸器内科）

実施者：大湾勤子

☆承認

課題：27-03

院内製剤及び使用に関する指針について

実施責任者：八木秀明（薬剤科長）

実施者：沖縄病院薬剤科

☆承認

課題：27-04

本邦における肺切除術後脳梗塞に関する周術期、手術要因の解析：多施設共同研究

実施責任者：饒平名知史

実施者：河崎英範、伊地隆晴、平良尚広

☆承認

課題：27-05

経口オキシコドン製剤からフェンタニル貼付剤への切り替えによる排便への影響

実施責任者：小藪真紀子

実施者：八木秀明、小迫晶寛、仲村早紀、大嶺 彩

☆承認

課題：27-06

肢帯型筋ジストロフィー症における臨床病型と画像所見に関する研究について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：藤崎なつみ、宮城哲哉、中地 亮、石原 聡

☆承認

課題：27-07

The eye Tribe Tracker を用いた眼球運動評価について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：由谷 仁、中川恵嗣

☆承認

課題：27-08

酸素投与による造影 CT 検査後の造影剤腎症予防効果の検討について

実施責任者：河崎英範

実施者：川畑 勉、饒平名知史、伊地隆晴、久志一郎、平良尚広、古堅智則、大湾勤子、仲本 敦、比嘉 太、知花賢治、新垣珠代、古謝亜紀子、諏訪園秀吾、中地 亮、石原 聡、田代雄一、宮城哲也、城戸美和子

☆承認

課題：27-09

EGFR 遺伝子変異陰性の進行・再発非小細胞肺癌（扁平上皮癌を除く）に対するペメトレキセド+カルボプラチン併用化学療法後のペメトレキセド維持療法とエルロチニブ維持療法の有効性と安全性の検討とバイオマーカーの検索について

実施責任者：仲本 敦

実施者：仲本 敦

☆承認

課題：27-10

EGFR 遺伝子変異陰性の進行・再発非小細胞肺癌（扁平上皮癌を除く）に対するペメトレキセド+カルボプラチン併用化学療法後のペメトレキセド維持療法とエルロチニブ維持療法の有効性と安全性の検討について

実施責任者：仲本 敦

実施者：仲本 敦

☆承認

課題：27-11

肺癌化学療法時の低リスク群発熱性好中球減少症に対するシタフロキサシン（STFX）の効果と安全性を検討する第E相試験について

実施責任者：仲本 敦

実施者：仲本 敦

☆承認

課題：27-12

パーキンソン病およびパーキンソン病関連疾患患者の認知機能と脳血流シンチ所見との関連について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：田代雄一

☆承認

課題：27-13

緩和ケア病棟の看護師がターミナルケア時に抱く困難感

実施責任者：仲本 敦

実施者：大湾勤子、比嘉 太、知花賢治、藤田香織、熱海恵理子、新垣珠代、久場睦夫、川畑 勉  
河崎英範、饒平名知史、平良尚広、伊地隆晴、古堅智則

☆承認

課題：27-14

高齢者肺癌に対する外科治療に安全性と有用性を評価するための多施設共同前向き調査

実施責任者：河崎英範

実施者：饒平名知史、古堅智則、伊地隆晴、平良尚広、川畑 勉

☆承認

課題：27-15

発作性運動性誘発性舞踏アテトーシス（PKC）症例の検討について

実施責任者：宮城哲哉

実施者：神経内科医師

☆承認

課題：27-16

神経難病のための地域連携と遠隔医療に関するインターネット上のデータベースに、レスピレーター情報を追加する研究

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：植月洋平、照喜名 通（NPO アンビシャス事務局長）

☆承認

課題：27-17

遺伝性ニューロパチーに対する経口クルクミンの有効性の評価研究（他施設共同研究、ランダム化比較試験、二重盲検比較試験）

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：神経内科医師

☆承認

課題：27-18

80歳以上の標準治療肺結核症例の後方視的検討

実施責任者：仲本 敦

実施者：大湾勤子、比嘉 太、知花賢治、藤田香織、熱海恵理子、新垣珠代、久場睦夫

☆承認

課題：27-19

看護師が抱く死を受け入れられない終末期がん患者へ寄り添う思いの構造

実施責任者：伊波弘幸（名桜大学教授）

実施者：木村華子（名桜大学学生）

☆承認

課題：27-20

神経筋疾患におけるMR spectroscopyの検討について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施者：田中大策、多和田真之、八木茉莉

☆承認

課題：27-21

Is cervical radiculopathy associated with neuralgic amyotrophy?

（和訳：頰椎性神経根症は腕神経叢障害と関連しているか？）

実施責任者：吉田 剛（沖縄県立中部病院医師）

実施者：諏訪園秀吾

☆承認

課題：27-22

気管腕頭動脈瘻の予防的治療としての胸骨U字状切除術の有用性について

実施責任者：安藤匡宏

実施者：諏訪園秀吾

☆承認

課題：27-23

低用量マイクロライド治療下におけるアジスロマイシン投与時の臨床的有用性の検討について

実施責任者：小薮真紀子

実施者：鈴木浩孝、仲村早紀、小迫品寛、加茂章弘

☆承認

課題：27-24

肺炎の多様性解明と基礎疾患病態に基づく予防・治療法確立に関する研究について（多施設共同臨床研究）

実施責任者：比嘉 太

実施者：大湾勤子、仲本 敦、知花賢治、藤田香織、新垣珠代

☆承認

課題：27-25

外来がん化学療法導入用患者パンフレットの活用状況調査について

実施責任者：坂元朝子

実施分担者：玉村依子、国吉美代子、土井晴代

☆承認

---

課題：27-26

筋ジストロフィー患者の意思決定への支援について

実施責任者：幸地友恵

実施分担者：幸地友恵、徳永純一、稲福由美子、友利恵理子

☆承認

課題：27-27

療養介助員による患者とのよりよいコミュニケーションを図る為の取り組みについて

実施責任者：座間味由美

実施分担者：座間味由美、金城智恵美、稲福由美子、友利恵理子

☆承認

課題：27-28

同一部位へ褥瘡発生を繰り返す患者の事例を通して

実施責任者：喜屋武弘彰

実施分担者：喜屋武弘彰、大城清武、仲松さと子、宮城睦子

☆承認

課題：27-29

地域DOTS（包括的支援）の確立にむけての取り組みについて

実施責任者：當山千代子

実施分担者：波照間貴子、比屋根順子、岩崎仁美

☆承認

課題：27-30

肢体型筋ジストロフィー症における臨床病型と画像所見に関する研究について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施分担者：中地 亮

☆承認

課題：27-31

結核診断における血清ペリオスチン測定の有用性に関するパイロットスタディについて

実施責任者：金城武士（琉球大学医学研究科感染症・呼吸器・消化器内科学助教）

実施分担者：大湾勤子、仲本 敦、比嘉 太、知花賢治、藤田香織、新垣珠代

☆承認

課題：27-32

新病棟引っ越しに伴う患者・スタッフの心理状態に関する研究について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施分担者：宮城睦子、友利恵理子

☆承認

課題：27-33

市販シリコン製品の手術器財への応用について

実施責任者：河崎英範

実施分担者：宮城睦子、友利恵理子

☆承認

課題：27-34

肺癌消化管転移の後向き検討について

実施責任者：平良尚広

実施分担者：平良尚広

☆承認

---

課題：27-35

特発性間質性肺炎合併肺癌患者の内科治療に関する後ろ向き調査について

実施責任者：大湾勤子

実施分担者：仲本 敦他 10名

☆承認

課題：27-36

新病棟引っ越しに伴う患者・スタッフの心理状態に関する研究について－引っ越し後のフォローアップ調査－

実施責任者：諏訪園秀吾

実施分担者：宮城睦子、友利恵理子、西病棟スタッフ、指導室スタッフ

吉村直樹（那覇市教育委員会）

☆承認

課題：27-37

筋強直性ジストロフィー患者の心電図の経時的分析による致死性不整脈の因子分析とデバイス適応の検討について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施分担者：伊藤英樹、堀江 稔、酒井 宏（滋賀医科大学）

瀬川和彦（国立精神神経医療研究センター）

☆承認

課題：27-38

特筋強直性ジストロフィーの呼吸療法に関する研究について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施分担者：久留 聡（国立病院機構鈴鹿病院）

高橋俊明（国立病院機構仙台西多賀病院）

松村 剛、斎藤利雄（国立病院機構刀根山病院）

☆承認

課題：27-39

筋強直性ジストロフィー患者の認知機能と脳血流シンチ所見の関連について

実施責任者：諏訪園秀吾

実施分担者：安藤匡宏、田代雄一（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科）

☆承認

# 手術・麻酔・内視鏡統計 (2015年1月1日～12月31日)

## 国立病院機構沖縄病院

### I 胸部外科 (172例)

1、良性肺腫瘍手術例	3例
過誤腫	2
AAH	1
2、肺癌手術例	73例
扁平上皮癌	7
腺癌	53
大細胞癌	1
小細胞癌	2
腺扁平上皮癌	1
多形癌	1
MALTRリンパ腫	1
線様嚢胞癌	1
その他	1
試験開胸	4
3、転移性肺腫瘍手術例	15例
肺癌	1
直腸癌	1
結腸癌	1
骨肉腫	2
軟骨肉腫	2
繊維肉腫	1
多形肉腫	2
子宮体癌	1
乳癌	1
胸腺癌	1
悪性神経鞘肉腫	1
4、悪性胸膜中皮腫	1例
5、胸壁腫瘍手術例	0例
6、胸膜腫瘍	1例
孤立性繊維腫瘍	1
7、縦隔腫瘍手術例	9例
胸腺腫	5
神経鞘腫	1
セミノーマ	1
ホジキンリンパ腫	1
胸腺嚢胞	1
8、重症筋無力症に対する胸腺摘除	8例
9、炎症性疾患に対する手術	6例
結核腫	1
アスペルギルス症	1
その他	4
10、嚢胞性肺疾患手術	10例
気胸に対する手術	10
肺嚢胞	0
11、気管狭窄拡張術	5例
ステント留置	4
ステント抜去	1
12、犬糸状虫症	2例
13、気管支内腫瘍 (内視鏡下切除・焼灼)	12例
14、気管支内異物 (内視鏡の摘出)	4例

15、V生検	13例
16、膿胸	2例
17、血腫除去	1例
18、胸骨U字状切除	2例
19、胸壁ヘルニア	1例
20、心嚢ドレナージ	0例
21、EBUS	8例

### II 消化器、一般外科 (58例)

1、食道	0例
2、胃・十二指腸	20例
胃癌	0
胃瘻造設開腹	1
内視鏡	19
3、胆石症	5例
胆摘 (V2)	4
総胆管切開	1
4、小腸・大腸・直腸	5例
S結腸切除	1
低位前方切除	1
虫垂炎	2
人工肛門造設	1
痔核切除	1
小腸部分切除 (イレウス)	1
5、そけいヘルニア	1例
6、副腎腫瘍摘出	1例
7、膀胱切石術	1例
8、気管切開	9例
9、中心静脈ポート設置	5例
10、その他	11例

### III 整形外科 (11例)

胸壁腫瘍	3例
大腿軟部悪性腫瘍	1例
大腿骨骨肉腫	1例
良性軟部腫瘍	4例
その他	2例

### IV 神経内科 (16例)

筋・神経生検	16例
--------	-----

### V 麻酔

麻酔:全身麻酔	202例
伝達麻酔	0例
腰椎麻酔	1例
局所麻酔	49例

### VI 内視鏡

内視鏡:気管支	330例
消化管	1164例

# 国立病院機構沖縄病院 神経内科 退院患者統計 (2015年)

A 神経変性疾患	226
1 筋萎縮性側索硬化症	58
2 パーキンソン病	78
3 脊髄小脳変性症	26
4 多系統萎縮症	22
5 進行性核上性麻痺	19
6 大脳皮質基底核変性症	17
7 不随意運動	6
B 末梢神経疾患	117
1 慢性炎症性脱髄性多発根神経炎	41
2 多巣性運動ニューロパチー	42
3 腕神経叢障害	1
4 その他のHMSN	8
5 ギランバレー症候群	6
6 フィッシャー症候群	3
7 抹消神経疾患 その他	16
C 筋疾患	99
1 筋ジストロフィー	42
2 神経筋接合部疾患	29
3 炎症性筋疾患	21
4 筋疾患 その他	7
D 免疫関連性中枢神経疾患	45
1 HTLV-I 関連脊髄症	20
2 多発性硬化症	16
3 アクアポリン 4 抗体関連疾患	5
4 免疫関連疾患 その他	4
E 内科疾患に伴う神経障害	17
1 膠原病・血管炎	16
2 代謝性疾患	1
F 認知症性疾患	33
1 びまん性レビー小体病	7
2 前頭側頭型認知症	13
3 正常圧水頭症	4
4 MCI	1
G 脳血管障害	
1 脳血管性障害	11
H 神経感染症・脳症	
1 クロイツフェルトヤコブ病	3
2 髄膜炎	5
3 神経感染症・脳症 その他	4
J 機能性疾患	
1 てんかん	13
K 腫瘍	
1 腫瘍	8
M その他	
1 整形外科疾患	18

2015年 神経内科入院患者のべ510人  
神経内科に入院した患者の主病名で集計を行った。

# 国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 退院患者統計 (2015年)

A 感染症		267
1 結核		121
肺結核		105
粟粒結核		9
結核性胸膜炎		4
その他		3
2 抗酸菌症		23
肺非結核性抗酸菌症		23
3 肺炎		99
細菌性肺炎		98
ニューモシスチス肺炎		1
4 肺化膿症		9
5 膿胸		1
6 真菌症		1
侵襲性肺アスペルギルス症		1
7 その他		13
インフルエンザ		6
伝染性単核症		1
その他		6
B 気道疾患		129
1 気管支喘息		31
2 慢性閉塞性肺疾患		68
3 びまん性汎細気管支炎		4
4 気管支拡張症		14
5 気管・気管支狭窄症		6
6 慢性気管支炎		6
C 肺腫瘍		306
1 原発性肺がん		296
2 転移性肺腫瘍		3
3 縦隔腫瘍		2
縦隔腫瘍		2
4 その他の腫瘍		4
胸肺脂肪肉腫		3
原発不明癌		1
気管支内過誤腫		1
D 胸膜疾患		8
1 胸膜中皮腫		7
悪性胸膜中皮腫		7
2 その他		1
石綿性胸膜斑		1
F びまん性肺疾患		128
1 特発性間質性肺炎		84
2 慢性好酸球性肺炎		3
3 ランゲルハンス細胞組織球症		1
4 サルコイドーシス		1
5 膠原病関連肺疾患		34
全身性強皮症		12
慢性関節リウマチ		10
皮膚筋炎・多発性筋炎		10
シェーグレン症候群		2
6 肺血管炎症候群		5
ANCA 関連血管炎		5
G 睡眠呼吸障害		3
1 睡眠時無呼吸症候群		3
H その他		2

2015年入院患者総数 のべ693人  
呼吸器内科に入院した患者の主病名で集計を行った。

# 国立病院機構沖縄病院臨床研究部規程

## (目的)

第1条 臨床研究部は当施設の臨床研究活動を適正かつ活発に行うために設置する。神経・筋難病の原因解明、治療法の確立、療養の質の向上等の総合的研究を行うとともに、癌の検診・診断・治療・緩和医療等の総合的対応策の研究を目的とする。

## (組織)

第2条 臨床研究部に部長を置く。部長は院長が指名する。

2、臨床研究部に下記の研究室を置く。

### 【神経・筋難病研究部門】

神経・筋病態生理研究室

### 【呼吸器疾患研究部門】

呼吸器疾患研究室

### 【がん研究部門】

がん集学的治療研究室

画像・内視鏡研究室

3、各研究室に室長、および室員を置く。

4、室長は併任職員をもって充てる。

5、部長は院長の指揮監督のもとに臨床研究部の業務を統括する。

6、室長は部長の監督のもとに室員を指導し、研究についての助言と指導を行い、研究業務を推進する。

7、室員は室長の指導を受け、当該研究室の業務に従事する。

8、高度の助言や援助をうけるために顧問を置くことができる。顧問は院長が委嘱する。

9、臨床研究部は、その運営のために室長会議を行う。室長会議には、部長が必要に応じて他の職員の参加を要請することができる。

10、研究の補助および事務業務のため、研究補助員を置くことができる。

## (運営)

第3条 臨床研究部の円滑な運営を図るため、国立病院機構沖縄病院臨床研究部運営委員会（以下運営委員会）を置く。

2、運営委員会の委員長は副院長とし、副委員長は臨床研究部長とし、委員は診療部長、各研究室長、事務部長、看護部長、薬剤科長、企画課長、管理課長、(医局長)とする。ただし、委員長が必要と認める者は委員として指名できる。

3、委員長は、運営委員会を招集しその議長となる。委員長に事故あるときは副委員長がその職務を代行する。

4、運営委員会は、委員長が必要と認めるときに開催する。

## (研究内容)

第4条 臨床的研究、基礎的研究、他施設と共同研究を推進する。

1、神経・筋疾患の疫学・診断と治療法の確立、難病のQOL改善を含めた基礎的・臨床的研究

2、呼吸器疾患の診断と治療、リハビリに関する総合的研究

3、がんの検診・診断・治療・緩和医療を含めた総合的研究および集学的治療法の研究、画像診断の確立、手術・診断機器の開発、高齢者がんのQOLを考慮した治療法の確立等の基礎的・臨床的研究

## (研究期間)

第5条 1課題の研究期間は、2年を限度とする。ただし、部長が適当と認めた場合は1年を越えない範囲内で期間の延長をすることができる。

---

(研究の許可)

第6条 研究希望者は、研究申請書を作成し、部長に申請する。

- 2、研究の許可は、運営委員会、室長会議の意見を参考にして部長が行う。

(研究の取り消し)

第7条 部長は、研究部の研究業務が著しく障害されると認められた場合には、当該研究者に対して、研究の取り消しをすることができる。

(研究業績)

第8条 得られた成果は、研究発表会、関係学会に発表し、広く研究者の批評を受ける。

- 1、研究内容の詳細は、それぞれの専門誌、出版物に発表する。
- 2、発表は、研究部に関係した発表であることを銘記する。

(業績集の作成)

第9条 学会発表の資料、研究論文のデータおよび別冊は、研究部に一括保管する。

- 1、年度ごとに業績集を作成する。
- 2、病院医学雑誌を編集し発刊する。

(補 則)

第10条 この規程に定めるもののほか、臨床研究部に必要な事項は、病院長が別に定める。

附 則

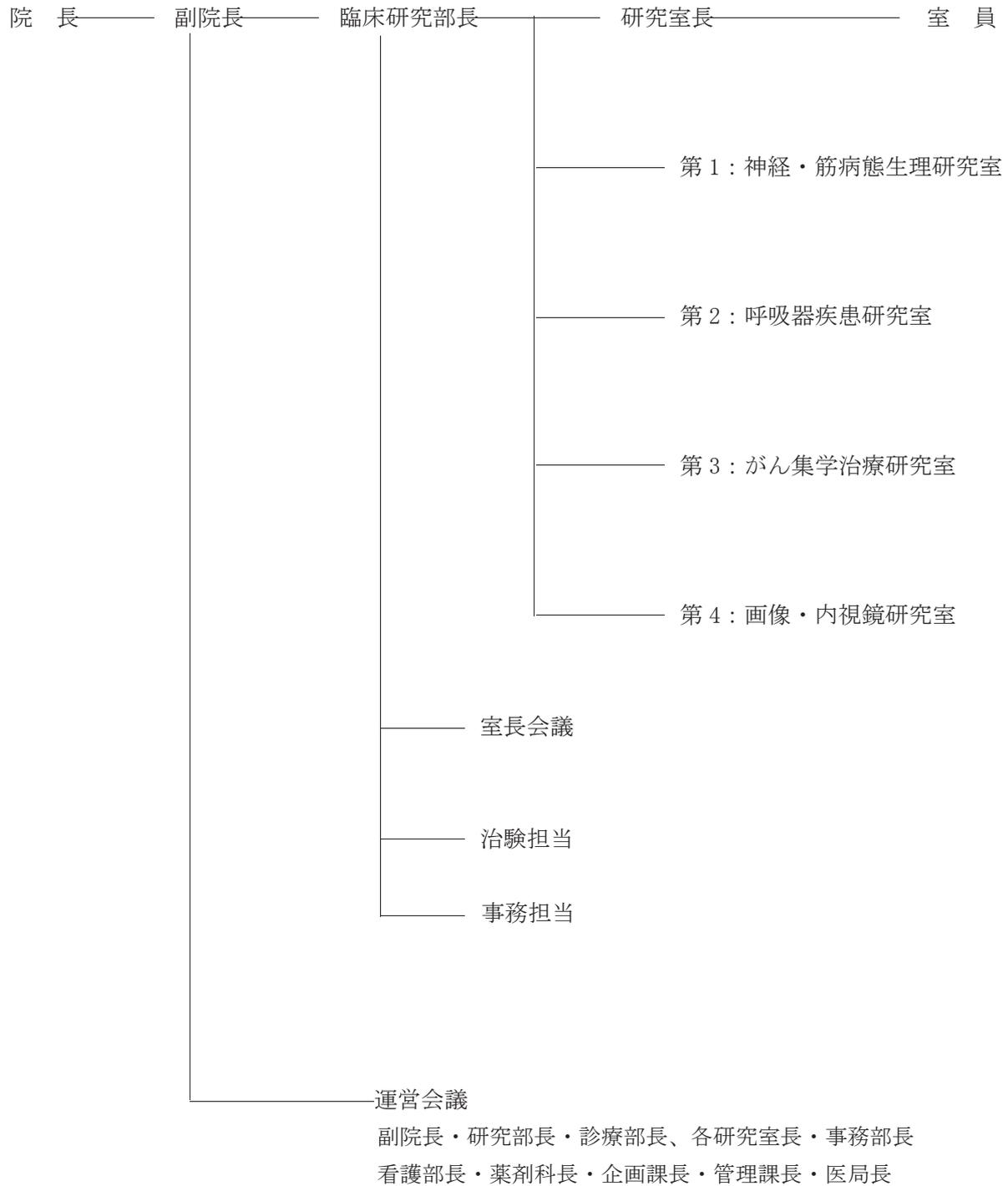
この規程は、平成16年4月1日から施行する。

この規程は、平成18年4月1日から施行する。

この規程は、平成22年4月1日から施行する。

この規定は、平成26年4月1日から施行する。

# 国立病院機構沖繩病院臨床研究部組織図



# 国立沖縄病院医学雑誌投稿規定

## I. 原稿募集

「原著」、「症例報告」、「総説」、「目で見る胸部疾患」などの原稿を募集する。ただし、応募論文は他の雑誌に発表されていないもの、または投稿中でないものに限る。

- 1) 筆頭著者は国立病院機構沖縄病院職員に限る。但し、編集委員会の承認を得て院外の医師も筆頭者になりうる。
- 2) 応募論文は、臨床研究においてはヘルシンキ宣言の倫理綱領を遵守したものでなければならない。
- 3) 論文の採否は編集委員会が決定する。編集方針に従って現行の修正、加筆、削除、などを求める場合がある。
- 4) 下記の指針を遵守すること
  - ① 「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針」(外科関連学会協議会:平成16年4月6日)
  - ② 「患者の病理検体(生検・細胞診・手術標本)の取扱い指針」(外科関連協議会:平成17年5月10日)

## II. 原稿規定枚数

原著 A4版 400字横書き原稿用紙×25枚  
(図、表、写真・文献・要旨/英文抄録を含む組み上がり6頁以内)

症例報告 A4版 400字横書き原稿用紙×15枚  
(図、表、写真・文献・要旨/英文抄録を含む組み上がり4頁以内)

総説 A4版 400字横書き原稿用紙×30枚  
(図、表、写真・文献・要旨/英文抄録を含む組み上がり8頁以内)

目で見る胸部疾患

A4版 400字横書き原稿用紙×8枚  
(図、表、写真、文献を含む組み上がり3頁以内)

[図、表、写真は1点を原稿用紙1枚と数える。

図、表、写真を転載する場合は必ず出典を明記する]

## III. 原稿の形式

- 1) タイトルページ

題名(和・英文)、著者名(和・英文)、所属名(和・英文)の順に列記する。

2) 要旨、キーワード  
400字以内で書き、要旨の下にキーワード(3個以内)を重要な順に列記する。

3) Abstract(英文)、Key Words  
250 words で書き、Abstractの下にKey Words(3個以内)を重要な順に列記する。

4) 本文  
原稿は口語体、現代かなづかい、ひらがなまじり横書き楷書として、句読点、かっこは1字を要し、改行の際には冒頭1字分をあける。外国語は必要最小限にして、図、表は可能な限り日本語とし、日本語化したものはカタカナを用い、それ以外の人名、雑誌などは言語で記述する。

文献の引用は、該当箇所の右肩に文献番号を肩括弧でくくって示す。

5) 参考文献  
(雑誌) 著者氏名・題名-副題-・誌名 西暦発行年; 巻数: 頁。

(書籍) 著者氏名・題名・書名・版数・発行地: 発行所名; 西暦発行年・巻数・引用頁。

引用文献の著者氏名は、4名以内の場合は全員を書き、5名以上の場合は3名連記の上、邦文は“ほか”、欧文は“et al”とする。

引用文献は下記の例にならう、引用順に番号を付し、論文の最後にまとめて記載する。外国雑誌の略名はIndex Medicusに従うこと。

例) 雑誌

1) 石川清司, 国吉真行, 川畑 勉, ほか. 肺癌に対する胸腔鏡下手術の適応と手技. 外科治療 2000; 87:463-8.

2) Kato H, Ichinose Y, Ohta M, et al. A randomized trial of adjuvant chemotherapy with uracil-tegafur for adenocarcinoma of the lung. N Engl J Med. 2004; 350: 1713-21.

例) 書籍

3) 国吉真行. 気管腕頭動脈瘻. 人見滋樹監修. 呼吸器外科の手技と方法. 京都: 金芳堂; 1996. 235-239.

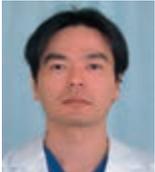
# 沖縄病院医師診療分野一覧

(平成 28 年 4 月 1 日現在)

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
院長 川畑 勉 	名古屋大学 (昭和 59 年卒)  呼吸器外科 一般外科 血管外科 肺・縦隔病変の診断と治療 末梢動脈再建後の晩期閉塞に関する研究	日本外科学会・専門医・指導医 日本胸部外科学会・認定医 日本呼吸器外科学会・専門医・指導医・評議員 日本臨床外科学会 日本消化器外科学会・認定医 日本内視鏡外科学会 日本呼吸器内視鏡学会 日本肺癌学会 日本血管外科学会 日本体育協会スポーツ医
副院長 大湾 勤子 	琉球大学 (昭和 62 年卒) 琉球大院 (平成 3 年卒)  呼吸器内科 緩和医療 呼吸器感染症 びまん性肺疾患の診断と治療 肺癌の化学療法	日本内科学会・総合内科専門医・指導医 日本呼吸器学会・専門医・指導医 日本感染症学会・専門医・指導医 日本肺癌学会 日本結核病学会・指導医 日本緩和医療学会暫定指導医 日本呼吸器内視鏡学会・専門医 日本がん治療認定機構・認定医 日本医師会認定産業医
統括診療部長 比嘉 太 	琉球大学 (昭和 63 年卒) 琉球大院 (平成 5 年卒)  呼吸器内科 呼吸器感染症 呼吸器疾患の診断と治療 肺癌の化学療法	日本呼吸器学会・専門医・指導医・肺炎診療ガイドライン作成委員 日本内科学会・総合内科専門医・指導医 日本感染症学会・評議員・専門医・指導医 日本化学療法学会・評議員・レジオネラ症治療評価委員会 日本呼吸器内視鏡学会・専門医・指導医 日本がん治療認定機構・認定医 日本環境感染症学会・評議員 日本アレルギー学会 日本臨床微生物学会 日本臨床検査医学会 日本嫌気性菌感染症学会・幹事 American Society for Microbiology

## 外科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会
臨床研究部長 外科部長 河崎 英範 	琉球大学 (平成 2 年卒)  呼吸器外科 一般外科 肺癌の診断と治療 発癌と前癌病変	日本外科学会・専門医・指導医 日本胸部外科学会・認定医 日本呼吸器外科学会・専門医・指導医 日本呼吸器内視鏡学会・専門医 日本肺癌学会 日本臨床外科学会 日本胸腺研究会 International Association for The Study of Lung Cancer (IASLC)
外科医師 伊地 隆晴 	琉球大学 (平成 5 年卒)  呼吸器外科 一般外科 肺癌の集学的治療 消化器疾患の診断と治療	日本外科学会・専門医 日本胸部外科学会 日本消化器病学会 日本消化器外科学会・認定医 日本消化器内視鏡学会 日本臨床外科学会 日本臨床腫瘍学会 日本癌治療学会 日本癌治療認定機構・認定医

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会
外科医長 饒平名 知史 	琉球大学（平成7年卒） 九州大院（平成19年卒）  呼吸器外科 一般外科 呼吸器外科手術の安全性の確立 喫煙と発がん	日本外科学会・専門医 日本胸部外科学会・認定医 日本呼吸器外科学会・専門医・評議員 日本肺癌学会 日本臨床腫瘍学会 日本臨床腫瘍学会暫定指導医 日本癌治療学会 日本がん治療認定機構認定医 琉球医学会 International Association for the study of Lung Cancer (IASLC) 日本がん治療認定機構暫定教育医
外科医師 古堅 智則 	琉球大学（平成10年卒）  呼吸器外科 一般外科	日本外科学会・専門医 日本呼吸器外科学会・専門医 日本胸部外科学会 日本消化器外科学会 日本肺癌学会 日本呼吸器内視鏡学会 日本がん治療認定医
外科医師 平良 尚広 	順天堂大学（平成17年卒）  一般外科 呼吸器外科 消化器疾患の診断と治療 呼吸器疾患の診断と治療	日本外科学会・専門医 日本救急医学会 日本臨床外科学会 日本呼吸器外科学会 日本肺癌学会 日本胸部外科学会 日本癌治療認定機構認定医

## 麻酔科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会
麻酔科医師 高原 明子 	福島県立医大（平成18年卒）  麻酔科 麻酔・周術期管理	日本麻酔学会・専門医

## 呼吸器内科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
内科部長 仲本 敦 	琉球大学（平成元年卒） 琉球大院（平成5年卒）  呼吸器内科 呼吸器感染症 肺癌の集学的治療	日本内科学会・認定医・指導医 日本呼吸器学会・専門医 日本肺癌学会 日本感染症学会 日本結核病学会・指導医 ICD・認定医

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
内科医長 藤田 香織 	琉球大学（平成 11 年卒） 琉球大院（平成 16 年卒）  呼吸器内科 呼吸器疾患の診断と治療	日本内科学会・総合内科専門医・指導医 日本感染症学会 日本呼吸器学会・専門医 日本肺癌学会 日本結核病学会・専門医・指導医
呼吸器内科医長 知花 賢治 	琉球大学（平成 12 年卒）  呼吸器内科 呼吸器疾患の診断と治療	日本内科学会・総合内科専門医・指導医 日本アレルギー学会・専門医 日本呼吸器学会・専門医・指導医 日本肺癌学会 日本呼吸器内視鏡学会 日本がん治療認定機構・認定医 日本結核病学会・専門医
呼吸器内科医師 名嘉山 裕子 	琉球大学（平成 13 年卒） 琉球大院（平成 26 年卒）  呼吸器内科	日本内科学会・認定医

## 神経内科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
脳・神経・筋疾患 研究センター長 諏訪園 秀吾 	鹿児島大学（昭和 63 年卒） 京大院（平成 4 年単位取得退学）  神経内科 臨床神経生理 事象関連電位	日本内科学会 日本神経学会 Society for Neuroscience 日本 ME 学会 日本臨床神経生理学会・認定医
神経内科部長 渡嘉敷 崇 	琉球大学（平成 4 年卒）  神経内科	日本神経学会専門医・指導医・代議員 日本内科学会認定医・指導医 日本神経治療学会・評議員 日本ボツリヌス治療学会・代議員 日本認知症学会 日本認知症予防学会・評議員 日本脳血管・認知症学会（VAS-COG J）・評議員 日本頭痛学会 日本老年学会 日本老年精神医学会 日本臨床神経生理学会
神経内科医長 中地 亮 	福井大学（平成 15 年卒）  神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会・認定医・総合内科専門医・指導医 日本神経学会・専門医

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
神経内科医師 藤崎なつみ 	琉球大学（平成21年卒） 神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会・認定医 日本神経学会 日本神経免疫学会
神経内科医師 城戸美和子 （非常勤） 	愛媛大学（平成12年卒） 神経内科 神経・筋疾患の診断と治療	日本内科学会・認定医 日本神経学会・専門医
神経内科医師 藤原善寿 	琉球大学（平成23年卒） 神経内科	日本内科学会・認定医 日本神経学会
神経内科医師 妹尾洋 	琉球大学（平成25年卒） 神経内科	日本内科学会 日本神経学会

## 緩和医療科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
外科/緩和医療科 医長 久志 一朗 	佐賀大学（平成6年卒） 消化器外科 消化器癌の集学的治療 緩和医療	日本外科学会 日本消化器外科学会 日本消化器内視鏡学会 日本癌治療学会 日本緩和医療学会

## 消化器・一般内科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
総合診療科部長 樋口 大介 	琉球大学（平成元年卒） 消化器内科 早期胃癌・大腸癌の内視鏡的治療 肝胆膵疾患の診断と治療	日本内科学会・総合内科専門医・指導医 日本消化器内視鏡学会・専門医 日本消化器病学会・専門医

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
総合診療科医師 古謝 亜紀子 	琉球大学（平成16年卒） 消化器内科	日本内科学会・認定医 日本消化器病学会・専門医

## 放射線科

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
放射線科医長 大城 康二 	琉球大学（平成6年卒） 放射線診断学 呼吸器疾患の画像診断	日本放射線学会・専門医 日本肺癌学会

## 臨床検査科 病理

氏名・職種	卒業大学・診療研究分野	所属学会・資格
病理 熱海 恵理子 	浜松医科大学（平成8年卒）	日本内科学会・認定医 日本呼吸器学会・専門医

## 編集後記

本誌編集に追われていた4月14日の夜、テレビから熊本地震の速報がとびこんできました。揺れる画面の中に白い煙に包まれる熊本城が映されていましたが、城壁がくずれ、瓦が滑り落ちた瞬間の映像であることを知るのは翌朝のことでした。地震で多くの家屋が崩れ、道路、鉄道、ライフラインが途絶し、今なお多くの人々が避難所での生活を余儀無くされています。被災された方々に心よりお見舞い申し上げますとともに、一日も早い復興を心よりお祈り申し上げます。5年前の東日本大震災の時もそうでしたが広域災害で大切なことは自助、共助の心構えであると報道されています。交通や通信の障害で災害直後は公的な支援は難しく、自らの安全を確保しつつ、共に助け合うことが大切になります。実はこの心構えは医療の現場では日々行われていることに気づかされます。日々進歩する新たな情報をアップデートし、スキルアップすることが必要で、多忙な業務への体調管理など常に自助の心構えが要求されます。また救急時の対応、特に夜間、休日は少ないメンバーで最大限の早急な対応を要求され、共助の気持ちを持ち我々医療者は日々の診療を行っています。また災害時もそうですが、記憶だけにとどめるだけではなく診療の出来事を映像や文書として、学会発表や誌上報告として記録に残す作業が伝統的に行われています。今年11月に第70回国立病院総合医学会（主幹：国立病院機構九州医療センター）が、沖縄で行われます。自らの学びの場として、知識や技能の共有の機会としてよい学会が行われるよう医局をはじめ全職員で協力していきます。多くの皆様のご参加をチムググル（真心）でお待ちしております。

2016年4月 河崎英範



THE JOURNAL OF NATIONAL OKINAWA HOSPITAL

### 国立 沖縄病院醫學雑誌

第36巻

2016年4月1日発行

発行者 川畑 勉  
発行所 国立病院機構沖縄病院 臨床研究部  
〒901-2214 沖縄県宜野湾市我如古3丁目20-14  
TEL 098-898-2121(代)  
印刷所 株式会社沖産業  
〒901-2221 沖縄県宜野湾市伊佐2丁目1-1  
TEL 098-898-2191(代)

# 国立病院機構沖縄病院の理念

---

患者さまの立場を尊重し

高度で良質の医療を提供します。

---

国立病院機構沖縄病院は下記の指定医療施設です。

日本外科学会専門医制度修練施設  
日本内科学会教育関連施設  
日本胸部外科学会指定施設  
日本呼吸器外科学会認定施設  
日本呼吸器外科学会専門医認定機構認定基幹施設  
日本呼吸器学会認定施設  
日本呼吸器内視鏡学会認定施設  
日本感染症学会認定研修施設  
日本アレルギー学会専門医準教育研修施設  
日本神経内科学会認定施設  
放射線専門医修練協力機関  
日本がん治療認定機構認定研修施設  
日本緩和医療学会認定研修施設  
日本病理学会研修登録施設

専門外来を開設しております。

お気軽に、ご相談ください。

セカンド・オピニオン外来  
肺 ド ッ ク  
禁 煙 外 来  
血 痰 外 来  
特定健診・がん検診  
喘 息 外 来  
呼 吸 器 リ ハ ビ リ  
消 化 器 総 合 検 査  
糖 尿 病 外 来  
ピ ロ リ 外 来  
乳 腺 ・ 甲 状 腺 外 来  
循 環 器 外 来  
緩 和 ケ ア 外 来  
総 合 相 談 室

独立行政法人国立病院機構沖縄病院

〒901-2214

沖縄県宜野湾市我如古3丁目20番14号

TEL 098-898-2121 FAX 098-898-2131

