

ISSN 1348-6551

THE JOURNAL OF NATIONAL OKINAWA HOSPITAL

# 国立 沖縄病院醫學雜誌

第 45 卷

2025年9月

臨床研究部業績特集  
2024



ISO9001 : 2015

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～12時まで

2025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)		久田 友哉 (第1.3.5)	知花 賢治	【交代制】 ①大湾 勤子 ②比嘉 太 ③知花 賢治 ④比嘉 太 ⑤大湾 勤子	久田 友哉	兼久 梢	
			名嘉山裕子 (第2.4)					
	呼吸器内科 (紹介状なし) (8:30～12:00)		知花 賢治	大湾 勤子 藤田 香織 (午前)		樋口 大介 (再診のみ)	大湾 勤子 ※再診予約制 知花 賢治 (午後)	名嘉山裕子 比嘉 太 (午前)
			比嘉 太 (午前)	久田 友哉 (午後・再診のみ)				
	総合診療 消化器内科 (火・木: 8:30～12:00)			樋口 大介			樋口 大介	
	総合診療 (月・木・金: 8:30～12:00)		比嘉 太 (午前)				比嘉 太	比嘉 太 (午前)
	ピロリ菌・大腸CT外来			樋口 大介 (8:30～12:00)			樋口 大介 (8:30～12:00)	
	循環器専門外来					比嘉 富貴 (13:00～17:00)		
	非結核性抗酸菌外来					金城 武士 月2回 (9:00～12:00)		
糖尿病外来			屋比久賢光 (14:00～17:00)					
脳神経内科	新患 (予約制) (8:30～12:00)		橋口 昭大 (午前) 藤原 善寿 大屋祐一郎 山城 志織	城戸美和子 藤原 善寿		妹尾 洋 渡慶次裕也 (午前) 安富 大悟 (午前)	藤崎なつみ	
	※神経疾患の新患の方は、地域医療連携室を通してかかりつけ医からの紹介状(診療情報提供書)をもとに「予約枠」をお取り下さい。 ※予約時刻前に採血等の診療準備を行う場合がありますので、お時間に余裕をもってお越しください。							
	再診 (予約制)		渡嘉敷 崇 藤崎なつみ	藤崎なつみ 妹尾 洋 安富 大悟		(午前) 橋口 昭大 (午後) 渡嘉敷 崇 大屋祐一郎 安富 大悟 山城 志織	諏訪園秀吾 城戸美和子 藤原 善寿	
外科	外科 呼吸器外科 (8:30～12:00) ※紹介の新患は予約制		星野 浩延 久志 一郎 (消化器)	饒平名知史	仲宗根尚子	川畑 勉 久志 一郎 (消化器)	河崎 英範	
	乳腺・甲状腺外来 (予約制)						蔵下 要 第1.3.5金曜 (14:00～17:00)	
整形	整形外科 (9:00～11:00) ※新患受付は9:00まで		勝木 亮		勝木 亮	勝木 亮 午後手術	勝木 亮	
	骨軟部腫瘍 (9:00～11:00) ※新患受付は9:00まで			當銘 保則 午後手術				
※予約時刻前にレントゲン等の診療準備を行う場合がありますので、お時間に余裕をもってお越しください。								
	緩和医療外来 (予約制)		久志 一郎		久志 一郎	久志 一郎		
放射線	放射線科 (画像診断)		大城 康二	大城 康二	大城 康二	大城 康二	大城 康二	
	放射線治療科		※CT・MRI・RI検査・骨密度は随時受付					
			橋本 成司	橋本 成司	橋本 成司	橋本 成司	橋本 成司	
※新患は、予約制です。								
	がん検診 (予約制)				藤田 香織 9:00～12:00			
	肺ドック (予約制)					9:00～10:00		

※予約変更又はキャンセルについては、下記の専用番号にお電話ください。

**外来予約専用電話 098-898-2181**

受付時間 10:00～15:00 (土日・祝日、年末年始を除く)

※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。



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(代) FAX 098-897-9838

## 目次

---

巻頭言	大 湾 勤 子	1
目で見る胸部疾患 (148) 縦隔卵黄嚢腫初回治療12年後に切除した Growing Teratoma Syndromeの1例	河 崎 英 範	2
(149) 胸腺腫に合併した肺良性転移性平滑筋腫の1例	饒平名 知 史	5
(150) 健診契機に判明したアレルギー性気管支肺真菌症(ABPM)の1例	兼 久 梢	9
原著論文		
長期経過観察をした慢性好酸球性肺炎症例の検討	大 湾 勤 子	14
Sensory ataxiaにご用心末梢神経障害による 感覚性運動失調 (Sensory ataxia) を来す原因疾患の検討	城 戸 美和子	20
高齢者における睡眠の質・睡眠時間と身体機能との関連	長 山 あゆみ	24
円滑な連携充実加算導入のための説明文書を用いた退院前説明の効果	池 上 幸 恵	29
症例報告		
生物学的製剤使用により関節リウマチの悪化が疑われた1例	知 花 賢 治	33
本態性振戦と考えられていた神経核内封入体病の1例	藤 原 善 寿	37
EWS充填術で気管支瘻を閉鎖後、 保存的治療で治癒しえたADL不良の有瘻性膿胸の1例	川 畑 大 樹	42
国立病院機構沖縄病院 業績集 (2024年度)		47
沖縄病院倫理審査委員会 承認事項 (2024年度)		62
報 告		
国立病院機構沖縄病院 脳神経内科 退院患者統計 (2024年)		65
国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科 退院患者統計 (2024年)		66
国立病院機構沖縄病院 呼吸器外科 退院患者統計 (2024年)		67
国立病院機構沖縄病院 手術・検査統計 (2024年)		68
国立沖縄病院医学雑誌 投稿規定		69
沖縄病院医師診療分野一覧		70
編集後記	河 崎 英 範	76



## 『「継続は力なり」—第45巻の発刊を記念して』

国立病院機構沖縄病院  
院長 大 湾 勤 子

2025年夏の甲子園で「沖縄尚学高校」が優勝し、沖縄県民は歓喜に包まれました。沖縄県勢が初めて甲子園に出場したのは1958年、第40回記念大会の首里高校。当時はパスポートが必要で、船で本土へ渡る必要がありました。沖縄県の高校野球は、長い歴史と多くの苦労を経て、今では全国屈指の強豪地域として知られるようになっています。

では、なぜ沖縄の高校野球はこれほど強くなったのでしょうか。少年野球が盛んで野球に親しむ環境があること、県内で行われるプロ野球の春季キャンプが子供たちや指導者の刺激になること、地域に根差した指導者が多く、県民の応援文化も強いことなどが背景にあるようです。沖縄の高校野球は、単なるスポーツではなく、戦後の復興や地域の誇りとも深く結びついています。

実を結ぶには、環境を整え、興味を持ち、目標に向かって努力を惜しまない取り組みを継続することが求められます。沖縄の高校野球の発展は、長年にわたる努力と環境づくりの成果です。同じことは医療の現場にも言えます。最善の治療を提供するためには、可能な限り最善の環境づくりを心がけ、最新の知見を取り入れながら、患者一人ひとりに応じた治療を行っていく必要があります。これは個人の努力はもちろんですが、医療チームが力を合わせることで、より質の高い医療が実現されます。そして、この環境を継続していくことが何より重要です。

沖縄病院医学雑誌も第45巻の発刊を迎えました。医療の現場で感じた疑問や、得られた知見を共有し、記録として残していく地道な取り組みは、やがて大きな財産となります。また、研究者の活動実績の報告が、院内外の研究者にとって少しでも役立つことを願っています。

「継続は力なり」—花を咲かせ、実を結ぶために、私たちはこれからも土壌を耕し続けていきたいと思います。

目で見る胸部疾患 (148)

## 縦隔卵黄囊腫初回治療12年後に切除した Growing Teratoma Syndromeの1例



Fig. 1 a X-12年 (治療前)

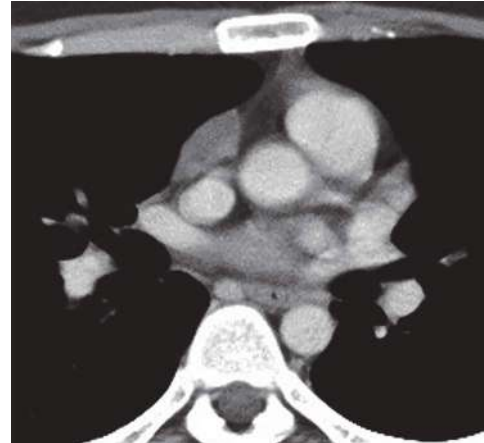


Fig. 1 b X-11年 (治療1年後)

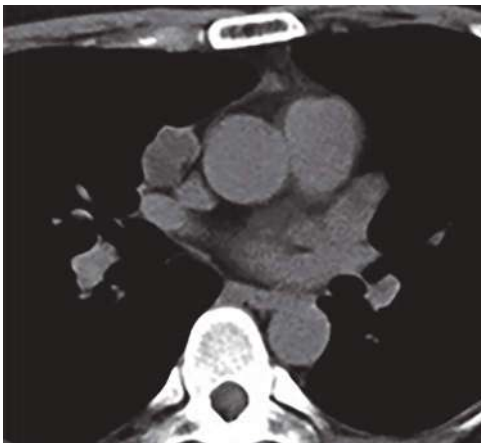


Fig. 1 c X年6月

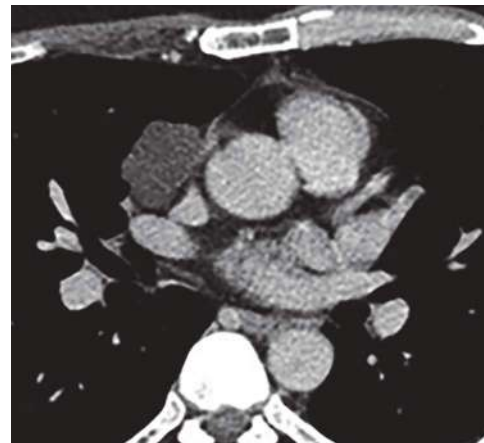


Fig. 1 d X年10月

症 例：30歳台，男性。

主 訴：自覚症状なし

既往歴：縦隔卵黄囊腫。喫煙歴：なし。

経 過：X-12年に前胸部痛あり前医受診。CTで前縦隔右側に5.1cmの腫瘍を認め、内部は低濃度で辺縁に造影効果を認めた (Fig.1a)。血液検査でAFP=12439ng/ml (n<10)と高値で、経皮針生検で卵黄囊腫瘍と診断された。IGCCC分類高リスク群の診断で、BEP療法 (CDDP20mg/m<sup>2</sup> d1-5, ETP100mg/m<sup>2</sup> d1-5, BLM 30mg)を4コース施行後、腫瘍は著明に縮小し (Fig.1b)、AFPは正常化した。その後、手術を勧められたが拒否され

経過観察となったが、治療から5年後に通院は自己中断となっていた。

X年6月に検診で胸部異常影を指摘され近医受診。胸部CTで前縦隔腫瘍を指摘され (Fig.1c)、その後増大傾向のため当院へ紹介となった (Fig.1d)。12年前のCTを取り寄せ比較し前縦隔腫瘍の増大を確認した。AFPは正常範囲であった。PET/CTで前縦隔腫瘍にFDGの集積は認めなかった (Fig.2)。縦隔卵黄囊腫の再発、またはGrowing teratoma syndrome (GTS)を疑い手術の方針とした。

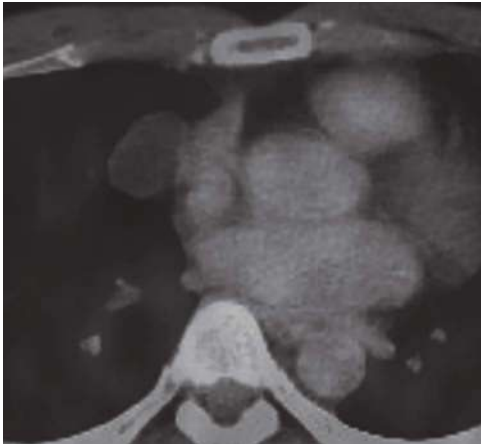


Fig. 2 X年10月 PET/CT

身体所見：身長 177cm，体重 79kg，血圧 135/83，脈 80/分，体温 36.2 度。表在リンパ節腫脹なし，精巣腫大なし。

血液：異常なし，生化学：LDH 204U/L (119-229)，AFP 2.4ng/ml (n<10)，βHCG 0.5ng/ml (n<0.1)，CEA 2.6ng/ml (n<4.6)，抗 AChR 抗体 0.2 未満。

心電図：正常範囲。呼吸機能：VC 2960ml，%VC 70.5%，FEV1.0 2650ml，FEV1.0% 88.6%

手術所見：全身麻酔分離肺換気下に完全胸腔鏡下でアプローチし人工気胸を併用した。第3肋間前腋窩線，第5肋間前腋窩線，第5肋間乳頭下縁に 12mm Port を留置した。前縦隔 SVC 前面に不整腫瘍を認め心膜との剥離は容易であったが，右肺上葉への浸潤が疑われ部分合併切除し腫瘍を摘出した。手術時間：145 分，出血：3 ml。

摘出腫瘍径：6.5x3x2cm，重さ：12g，腫瘍剖面は多胞性嚢胞で肥厚した隔壁を認めた (Fig.3a.b)。病理組織では嚢胞の内腔は線毛円柱上皮や扁平上皮で裏打ちされていた



Fig. 3a 摘出腫瘍

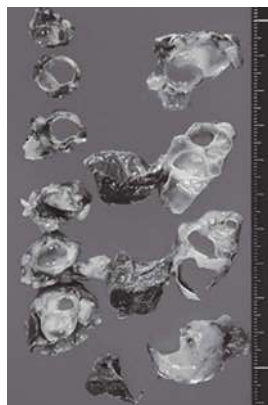


Fig. 3b 腫瘍剖面

皮で裏打ちされ，間質に筋組織や肥厚した血管を認め，悪性成分は認めず成熟奇形腫と診断した (Fig. 4 a.b.c)。病理診断の結果と臨床経過より GTS と診断した。術後経過は良好で術後 13 日目に軽快退院した。術後 6 年経過したが再発は認めていない。

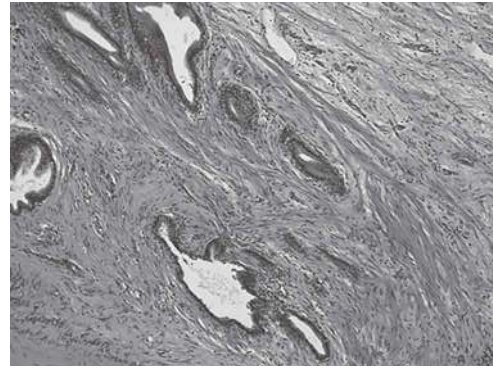


Fig. 4a 嚢胞の内腔は線毛円柱上皮や扁平上皮で裏打ちされていた



Fig. 4b 間質に筋組織を認めた



Fig. 4c 間質に肥厚した血管を認めた

## 考察

縦隔発生の非セミノーマ胚細胞腫瘍は若年、男性に好発し、主に精巣や後腹膜に発生し稀に縦隔に発生する。シスプラチン併用化学療法に著効し、腫瘍縮小と共にAFP、 $\beta$ HCGなど腫瘍マーカーも低下する。しかし3-8%は治療中または治療後に縮小した腫瘍が再増大することが知られ Growing teratoma syndrome (GTS) と呼ばれている<sup>1,2)</sup>。Logothetisら<sup>1)</sup>はGTSを以下のように定義した。1) 非精細胞性胚細胞性腫瘍の進行例において化学療法中または後に腫瘍が再増大する。2) 腫瘍マーカーは正常化する。3) 増大した腫瘍は病理学的に成熟奇形腫である。

Keslerら<sup>3)</sup>は、縦隔原発非セミノーマ胚細胞腫瘍188例のうちGTSは5例(2.7%)で、5例中4例に未熟成分や悪性転化成分が混在していたと報告している。GTSの発生機序として先に述べた成熟奇形腫の中に悪性転化した成分が出現し急速に増大した可能性や、そのほかに化学療法によって悪性の細胞のみが死滅し分化度の高い組織が残存した可能性、そして悪性胚細胞の細胞分化能が治療により変化し成熟した細胞に分化した可能性などが推測されている<sup>4)</sup>。非セミノーマ胚細胞腫瘍の治療からGTSと診断されるまでの平均期間は20か月(5~66ヵ月)と報告されている<sup>5)</sup>。自験例では再増大までに12年と長期を要した稀な症例であるが、切除標本に悪性所見はなく残存した奇形腫成分のみが緩やかに増大したと思われる。

GTSに対し薬物療法や放射線療法は無効であり外科切除が唯一の治療方法である。肺や大血管へ浸潤する症例や、複数の部位に発生する可能性、また急速に増大する可能性があり早急な外科切除が必要と報告されている<sup>4,6,7)</sup>。Andreら<sup>4)</sup>は生殖器原発を含む30例のGTS切除症例のうち24例は完全切除、6例は部分切除となり、完全切除例24例中1例(4%)に再発を認めたのに対し、部分切除例6例中5例(83%)に再発を認めたと報告している。

Stefan Sponholzら<sup>6)</sup>は胸腔内に発生し切除したGTS29例の長期予後を報告している。全例完全切除で、5、10、15年生存率はそれぞれ93%、93%、84%と良好で、隣接臓器合併切除を伴う拡大切除を含めた手術の有用性を報告している。本症例では化

学療法前の胸部CTでは広範囲に前縦隔へ浸潤が疑われ拡大切除も考慮されたが、浸潤は軽度で胸腔鏡下に切除可能であった。GTSは完全切除では予後良好であるが再発や悪性転化の報告もあり<sup>7)</sup>長期的にフォローしていく必要がある。

## 参考文献

- 1) Logothetis CJ, Samuels ML, Trindade A, et al. The growing teratoma syndrome. *Cancer*. 1982; 50: 1629-35.
- 2) Afifi HY, Bosl GJ, Burt ME. Mediastinal growing teratoma syndrome. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 359-62.
- 3) Kesler KA, Patel JB, Kruter LE, et al. The "growing teratoma syndrome" in primary mediastinal nonseminomatous germ cell tumors: criteria based on current practice. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2012; 144: 438-43.
- 4) Andre F, Fizazi K, Culine S, et al. The growing teratoma syndrome: results of therapy and long-term follow-up of 33 patients. *Eur J Cancer* 2000; 36: 1389-94.
- 5) Agatsuma T, Koizumi T, Kubo K, et al. Mediastinal growing teratoma syndrome successfully treated by multiple modality therapies. *Intern Med*. 2011;50:607-10.
- 6) Sponholz S, Chalepaki Ntelli K, Karaindros G, et al. Short-term and long-term outcomes after resection of thoracic growing teratoma syndrome. *World J Urol*. 2021; 39: 2579-85.
- 7) Diong NC, Dharmaraj B, Joseph CT, et al. Growing teratoma syndrome of mediastinal nonseminomatous germ cell tumor. *Ann Thorac Med*. 2020; 15: 38-40.
- 8) Gorbatiy V, Spiess PE, Pisters LL. The growing teratoma syndrome: Current review of the literature. *Indian J Urol*. 2009; 25: 186-9.

国立病院機構 沖縄病院<sup>1)</sup> 外科, <sup>2)</sup> 病理診断科  
河崎 英範<sup>1)</sup>, 川畑 大樹<sup>1)</sup>, 星野 浩延<sup>1)</sup>,  
仲宗根 尚子<sup>1)</sup>, 饒平名 知史<sup>1)</sup>, 熱海 恵理子<sup>2)</sup>

目で見える胸部疾患 (149)

## 胸腺腫に合併した肺良性転移性平滑筋腫の1例



Fig.1 右上肺野と左下肺野に結節影が認められる。

患者：47歳，女性

主訴：なし

喫煙歴：Never smoker

現病歴：20XX年7月，検診の胸部XP検査で胸部異常影を指摘され，当院内科受診．胸部CT検査で両側肺に多発肺結節が認められ，また，前縦隔にも2.6×1.9cmの充実性結節が認められた．縦隔腫瘍および多発肺結節に対する精査加療目的で外科紹介となった．

既往歴：35歳，子宮筋腫に対して子宮筋腫核出術，45歳，子宮筋腫に対して子宮全摘＋両側卵管切除術が行われた．

高血圧症，逆流性食道炎，腹壁癒痕ヘルニア．

理学所見：身長150cm，体重71.0kg，体温36.7℃，  
血圧137/102mmHg，脈拍83回/分，SpO<sub>2</sub> 96%  
(ルームエアー)

### [検査所見]

胸部XP：右上肺野と左下肺野に結節影が認められる．(Fig. 1)

胸腹部CT：両肺野に境界明瞭な5～10mm大の類円形結節が散見され，多発肺転移が疑われる．また，前縦隔に内部不均一な造影効果を伴う2.6×1.9cm大の結節が認められ胸腺腫，胸腺癌，奇形腫などが鑑別診断に挙げられる．(Fig. 2)

PET：前縦隔にFDG集積を呈する(SUVmax=3.63)腫瘍性病変が認められる．両肺の多発肺結節に有意なFDG集積は認められない．その他，撮像範囲に腫瘍性病変の存在を疑わせる所見は認められない．(Fig. 3)

頭部MRI：脳実質内に転移を疑う所見は認められない．

上部消化管内視鏡：胃炎の所見を認めるのみ．

下部消化管内視鏡：大腸ポリープを認めるのみ．

腫瘍関連検査：CEA 1.6 ng/mL (5.0以下)，シフラ0.35 ng/mL (2.08以下)，ProGRP 57.5 pg/mL (81未満)，HCG 1.0未満 mIU/mL (0-2.7)，AFP 2.6 ng/mL (0-10)，sIL-2R 217 U/mL (157-474)，

免疫血清学的検査：抗AChR抗体 0.2未満 nmol/L

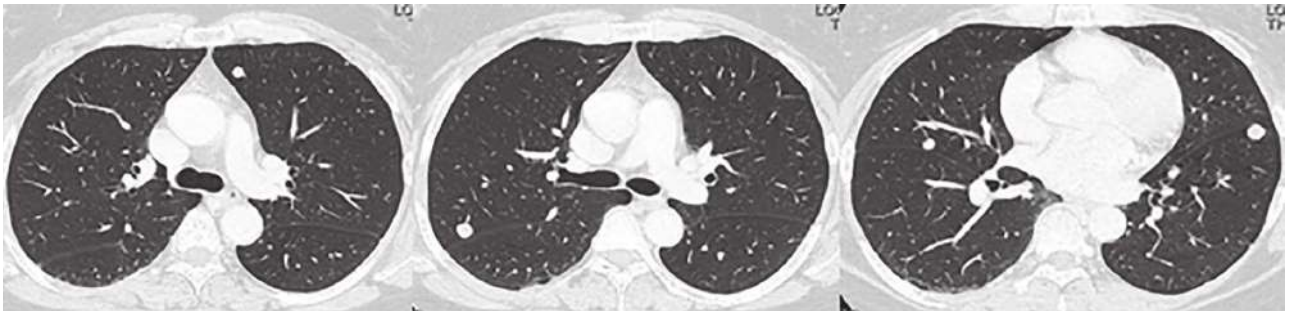


Fig.2 両肺野に境界明瞭な5～10mm大の類円形結節が散見される。

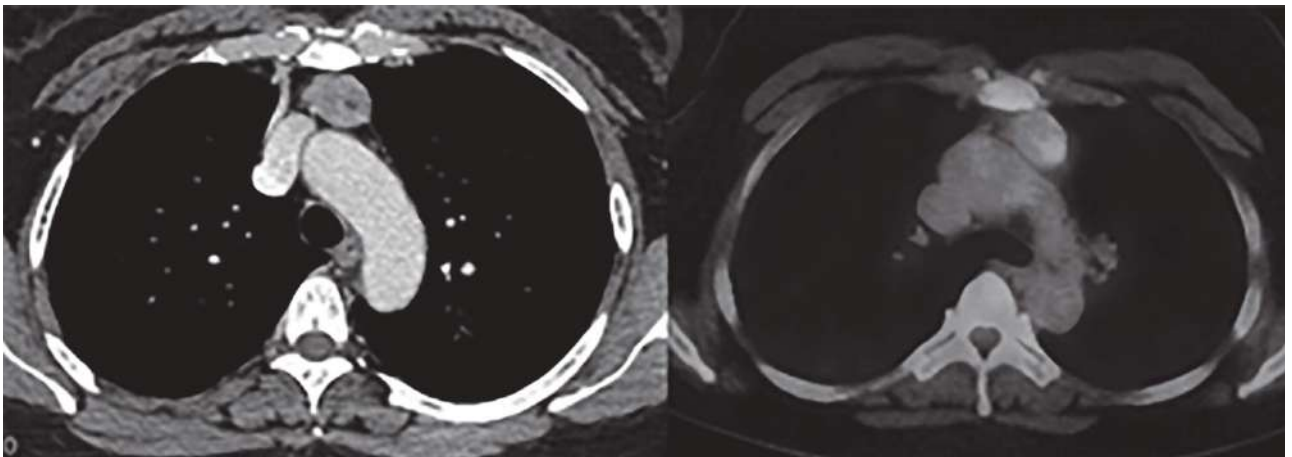


Fig.3 前縦隔にFDG集積を呈する(SUVmax=3.63)腫瘍性病変が認められる。両肺の多発肺結節に有意なFDG集積は認められない。

(0.2以下)。

[全身状態]

PS= 0

[心肺機能検査]

呼吸機能：VC 3580 (%VC140.4), FEV1.0 2820 (FEV% 81.5), DLCO 19.71 (%DLCO 96.4), DLCO' 25.52 (%DLCO' 112.2)

血液ガス:pH 7.42, pCO2 36.5, pO2 81.5, HCO3 22.9, SatO2=96.2

ECG; ; N.S.R., HR=71, ST-T変化 (-)

Echo:【計測値】EF 74% (55-85)【wall motion】no asynergy【wall thickness】正常範囲【Chamber size】正常範囲【AV】organic lision (-), AS (-), AR (-)【MV】organic lision (-), MR (-)【TV】organic lision (-), TR trivial【PV】PS (-), PR (-)【IVC】呼吸変動 (+), 拡大 (-), IVC12/2mm【P.E】Pericardial effusin (-)

以上より、両側肺に多発肺結節、前縦隔に腫瘍性病変、が認められたが、胸腔内以外に原発巣になり得る

腫瘍性病変は確認できなかった為、①縦隔腫瘍および縦隔由来の多発肺結節、②縦隔腫瘍および子宮筋腫由来の多発肺結節、が鑑別診断に挙げられた。耐術能は保たれていた為、縦隔腫瘍に関しては診断と治療を兼ねてVATS切除術、多発肺結節に関しては診断目的でVATS左下葉部分切除術を行う方針とした。

[術式]

胸腔鏡下縦隔腫瘍切除術、左下葉部分切除術施行。

[病理]

肺病変：Benign metastasizing leiomyoma

・ 断面にて0.9x0.9x0.8cm大の白色充実性結節を認め、組織学的に紡錘形細胞が束をなし、錯綜するように増殖している。壊死はなく、核異型も目立たない。

・ 免疫染色所見では、紡錘形細胞はSMA (+), h-caldesmon (+), ER (+)で、既往の子宮筋腫標本とも類似した像であり、子宮筋腫からの転移と判断される。(Fig. 4)

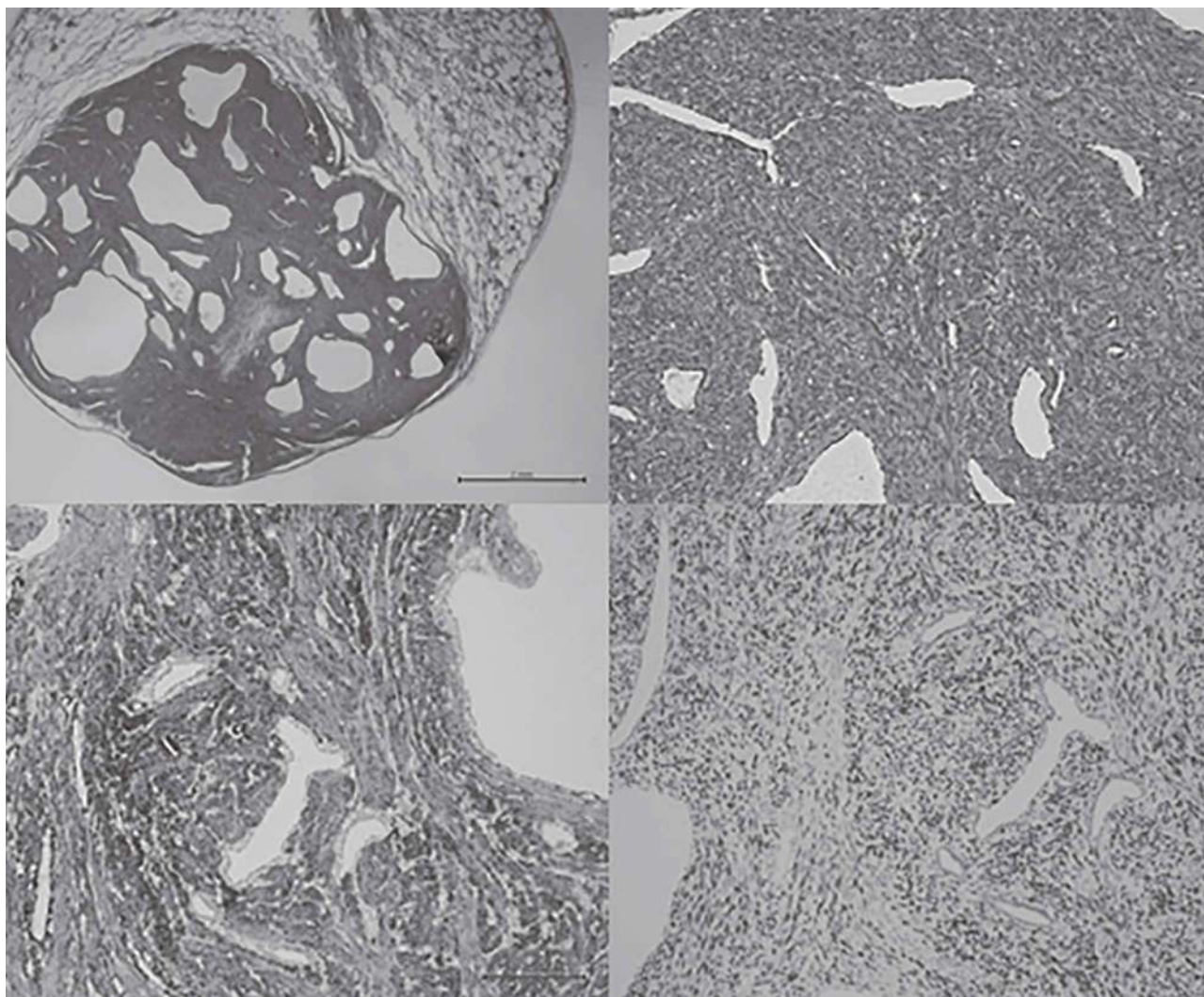


Fig. 4 組織学的に紡錘形細胞が束をなし、綜するように増殖している。壊死はなく、核異型も目立たない。免疫染色所見では、紡錘形細胞はSMA(+),ER(+ )であった。

縦隔病変: Type AB thymoma, Masaoka-Koga stage I  
 ・ 断面にて3.6x3.3x2.6cm大の内部に嚢胞形成を伴う白色充実性病変を認め、組織学的に厚い線維性被膜に被覆された病変で、内部も線維性隔壁による分葉状多結節状となっている。結節内部では、リンパ球主体で増生する中に上皮様細胞を認めるtype B1様領域と、異型の乏しい紡錘形細胞が充実性胞巣や腺腔形成を示し増殖するtype A様の部分が認められる。  
 ・ 免疫染色所見では、上皮様細胞はAE1/AE3 (+), p40 (+), CD20 (一部+), TdT (+) リンパ球混在でType AB胸腺腫と判断される。

[経過]

術後経過は良好で8PODに退院となった。胸腺腫

術後に関しては当院でフォロー継続、良性転移性平滑筋腫に関しては他院産婦人科へ紹介し、ホルモン治療が開始されている。

考 察

肺良性転移性平滑筋腫 (pulmonary benign metastasizing leiomyoma, 以下 BML) は、病理学的に良性の所見を示す子宮平滑筋腫にも関わらず、肺に遠隔転移をきたす臨床的には悪性の性質を有する稀な疾患である<sup>1)</sup>。生殖可能年齢後半の女性に好発し<sup>2)</sup>、主な発生部位は肺であるが、骨、リンパ節、皮膚、脳、脊髄、心臓などへの転移例も報告されている<sup>3-5)</sup>。転移の機序としては、“子宮の良性平滑筋腫が血行性に他臓器へと転移する説”、“低悪性度の子宮平滑筋肉腫の転移とする説”、“子宮平滑筋腫とは関連なく、

各臓器に原発性平滑筋腫が発生する説”, などの仮説が報告されているが, 多数の症例で子宮全摘術や子宮筋腫核出術の手術歴を有しており, 外科的操作を誘因とした血行性転移説が有力視されている<sup>6-7)</sup>. 現時点で標準的治療は定まっていないが, BMLはER, PgR陽性例が多く, ホルモン依存性の増殖を呈することが報告されており<sup>8)</sup>, 両側卵巣摘出術や, GnRH agonist (GnRHa), プロゲステロン製剤, 選択的エストロゲン受容体モジュレーター (SERM), アロマターゼ阻害剤投与などのホルモン療法が多く行われている<sup>8-9)</sup>. 本邦において過去20年間(2000年1月1日から2020年11月11日)に報告された57例の肺BMLの検討では, 閉経前でホルモン療法を行った症例は, 有効5割, 不変3割, 投与中止後増大1割, 無効増大数例と一定の治療効果が示されたが<sup>10)</sup>, 一方で, 緩徐進行の症例も多い事から無治療での経過観察例も多く報告されている<sup>11)</sup>. なお, ホルモン療法無効で症状を有する症例には外科的切除の有効性も報告されている<sup>12-13)</sup>.

#### 参考文献

- 1) Steiner PE. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus: Report of a case and review of the literature. *Am J Pathol* 1939;15:89-110.7.
- 2) Jiang H, Ma L, Qi XW, et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: a case report and literature review. *Ann Palliat Med*. 2021;10(5):5831-5838.
- 3) Jo JH, Lee JH, Kim DC, et al. A case of benign metastasizing leiomyoma with multiple metastasis to the soft tissue, skeletal muscle, lung and breast. *Korean J Intern Med*. 2006;21(3):199-201.
- 4) Consamus EN, Reardon MJ, Ayala AG, et al. Metastasizing leiomyoma to heart. *Methodist Debakey Cardiovasc J*. 2014;10(4):251-4.
- 5) Fasih N, Prasad Shanbhogue AK, Macdonald DB, et al. Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations. *Radiographics*. 2008;28(7):1931-48.
- 6) 原丈介, 西耕一, 常塚宣男, 車谷宏, ほか. 肺良性転移性平滑筋腫 (Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma) の1例. *日呼吸会誌*. 2011; 49(9):658-662.
- 7) Patton KT, Cheng L, Papavero V, et al. Benign metastasizing leiomyoma: clonality, telomere length and clinicopathologic analysis. *Mod Pathol*. 2006;19(1):130-40.
- 8) Rivera JA, Christopoulos S, Small et al. Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of two cases and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab*. 2004;89(7):3183-8.
- 9) Ali M, Al-Hendy A. Selective progesterone receptor modulators for fertility preservation in women with symptomatic uterine fibroids. *Biol Reprod*. 2017;97(3):337-352.
- 10) 檜部真央子, 丸山祥子, 中村真由子, ほか. 肺良性転移性平滑筋腫の1例. *現代産婦人科*. 2021;70:105-111.
- 11) Dai HY, Guo SL, Shen J, et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases*. 2020;8(14):3082-3089.
- 12) Chen S, Zhang J, Zang J, et al. Pulmonary benign metastasizing leiomyoma from uterine leiomyoma. *World J Surg Oncol*. 2013;11:163.
- 13) Ottlakan A, Borda B, Lazar G, et al. Treatment decision based on the biological behavior of pulmonary benign metastasizing leiomyoma. *J Thorac Dis*. 2016;8(8):E672-E676. behaviorofpulmonarybenignmetastasingleio myoma.*JThoracDis*.2016; 8 ( 8 ):E672-E676.

国立病院機構沖縄病院 外科  
 饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延,  
 仲宗根 尚子, 河崎 英範

目で見る胸部疾患 (150)

## 健診契機に判明した アレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) の一例



Fig. 1A 左下肺野にコンソリデーションが認められる。

### 症 例

患 者：49 歳，女性。

主 訴：咳嗽

既往歴：小児喘息（現在は治療なし）。

生活歴：喫煙なし，ペット飼育歴なし。アルコール：  
機会飲酒，アレルギー：エビ，職業：空港職員。

現病歴：X- 3 年 4 月に職場の配属が変更となり，X  
年 2 月より勤務中を中心に咳嗽が出現するよう  
になった。同年 5 月より，職場で約 20 年使用して  
いるクーラーを使用し始めた頃より咳嗽が増強し，  
茶色い喀痰の排出がみられるようになった。同時  
期に撮影した職場健診の胸部レントゲン写真で，  
左下肺野に浸潤影を指摘され 6 月に当科紹介受診  
となった。

初診時現症：身長 165cm，体重 60.6kg，BMI 22.2kg/  
m<sup>2</sup>。体温 36.8℃，脈拍 85/分，血圧 99/62mmHg，

呼吸数 16/分，SpO<sub>2</sub>94%（室内気）。胸部聴診上  
は呼吸音清で左右差はない。肺副雑音はない。心  
雑音はない。皮膚特記所見はない。

初診時胸部単純 X 線写真 (Fig.1A)：左下肺野にコ  
ンソリデーションが認められた。

初診時胸部単純 CT (Fig.1B)：両側下葉に粘液栓，  
気管支拡張が見られ，特に左下葉では粘液栓を有  
する中枢性気管支拡張とその末梢の一部に無気肺  
が認められた。縦隔条件では高吸収粘液栓 HAM  
(high-attenuation mucus) も認められた。

初診時血液検査所見 (Table 1)：末梢血好酸球の増  
加，非特異的 IgE の高値，ダニ・ハウスダスト・  
エビ・カニの特異的 IgE が高値であった。

気管支鏡所見 (Fig.2)：右 B<sup>9</sup>，左 B<sup>8</sup>，B<sup>9</sup>，B<sup>10</sup> に  
粘液栓が認められ，左 B<sup>8</sup> の粘液栓より生検を施  
行した。

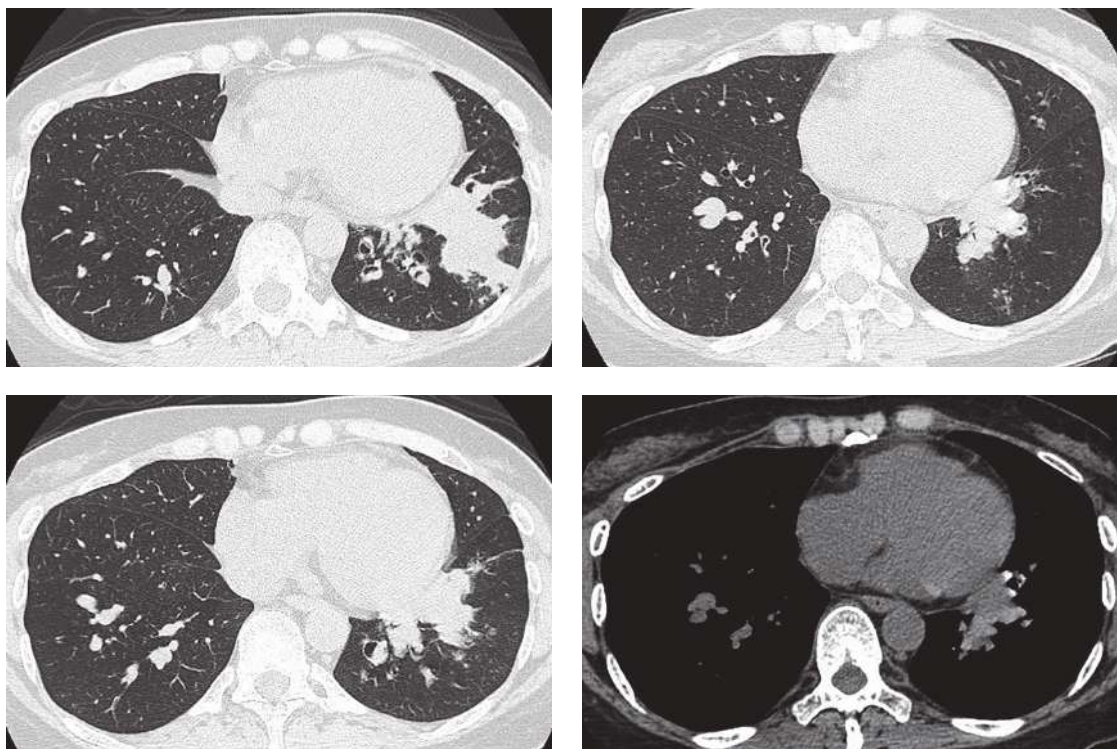


Fig. 1 B 両側下葉に粘液栓、気管支拡張が見られ、特に左下葉では粘液栓を有する中枢性気管支拡張とその末梢の一部に無気肺が認められる。縦隔条件では高吸収粘液栓 HAM(high-attenuation mucus) も認められる。

Table 1 血液検査所見

<b>血算</b>		<b>生化</b>	
WBC	6.0×10 <sup>3</sup> / uL	ALB	4.0 g/dL
Neu	60.8 %	T-Bil	0.3 mg/dL
Ly	24.2 %	AST	14 U/L
Mon	3.6 %	ALT	10 U/L
Eo	10.9 %	γGTP	15 U/L
RBC	443×10 <sup>4</sup> / uL	Na	141 mEq/L
Hb	13.3 g/dL	K	4.2 mEq/L
Plt	30×10 <sup>4</sup> / uL	BUN	12.1 mg/dL
<b>特異的IgE</b>		Cre	0.6 mg/dL
	クラス	LDH	173 U/mL
ダニ	47.0 U <sub>A</sub> /mL(3)	<b>その他</b>	
ハウスダスト	5.26 U <sub>A</sub> /mL(2)	CRP	0.93 mg/dL
エビ	26.1 U <sub>A</sub> /mL(3)	KL-6	170 U/mL
カニ	22.8 U <sub>A</sub> /mL(3)	IgE	628 IU/mL

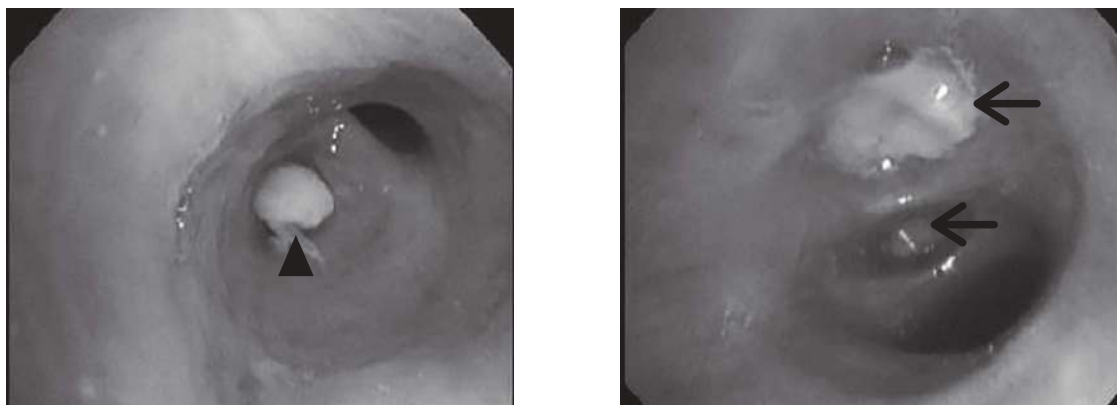


Fig. 2 右B<sup>9</sup>に粘液栓が認められ(▲). 左B<sup>8</sup>,B<sup>9</sup>にも粘液栓が認められる(←).

病理所見 (Fig.3A, 3B)：壊死物内部に好酸球や Charcot-Leyden 結晶が見られ、気管支粘膜下にも多数の好酸球が認められた。

真菌検査 (Table 2)：カビ類の特異的 IgE, Grocott 染色・培養検査は陰性であった。

経過 (Fig.4)：検査所見より診断項目の6項目を満たしたアレルギー性気管支肺真菌症 (Allergic bronchopulmonary mycosis: ABPM) と診断した。気管支鏡検査終了後にプレドニゾロン (PSL) 30mg/day を開始したところ、治療開始後、徐々に粘液栓の咯出は減少し、末梢血好酸球数も正常値に改善した。治療開始後約1か月経過した胸部レントゲン写真で、左下肺野コンソリデーションは大幅に改善し、胸部 CT 写真では左下葉中心に存在していた粘液栓の大部分は咯出されており、咯出後は囊状の中枢性気管支拡張へ変化していた (Fig.5)。

PSL は漸減中であり、現在は 5 mg/day 内服中で外来治療継続中である。

### 考 察

本症例は健診契機に判明したアレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) の一例であった。ABPM の病態は、生きている真菌が孢子として吸入され、下気道で発芽して菌糸を出し、2型免疫応答を惹起することで誘導されると考えられている<sup>1)</sup>。また、喘息あるいは嚢胞性線維症を基礎疾患として有する患者で発症することが多く、これらの疾患に共通する気道病変あるいは免疫異常が発症に関与していると考えられる<sup>1)</sup>。画像的特徴的所見である中枢性気管支拡張は、気道腔内に遊走した好酸球が真菌に反応し、粘稠度の高い粘液栓が形成され気管支壁を外側に圧排することで生じるとされている<sup>1)</sup>。

本症例は初診時に喘息治療はしていなかったが

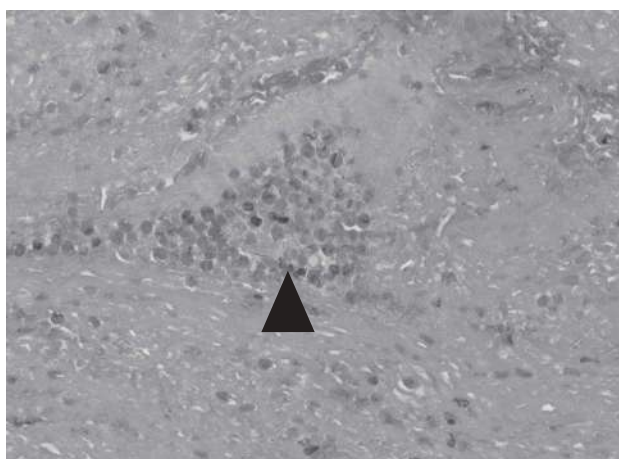


Fig. 3A 壊死物内部に多数の好酸球が見られ、Charcot-Leyden 結晶 (▲) も認められる (HE 染色)。

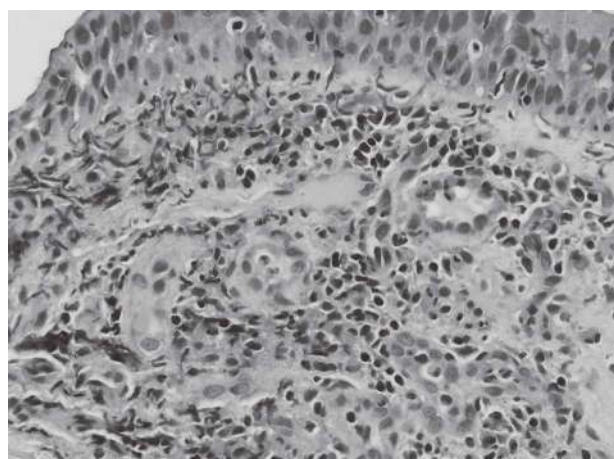


Fig. 3B 気管支粘膜下に好酸球の浸潤や脱顆粒が認められる (HE 染色)。

Table 2 真菌検査

<b>特異的IgE(真菌)</b>	アスペルギルス	0.1 U <sub>A</sub> /mL	(0)
	カンジダ	0.2 U <sub>A</sub> /mL	(0)
	アルテルナリア	0.0 U <sub>A</sub> /mL	(0)
<b>Grocott染色</b>	陰性		
<b>培養検査</b>	陰性		

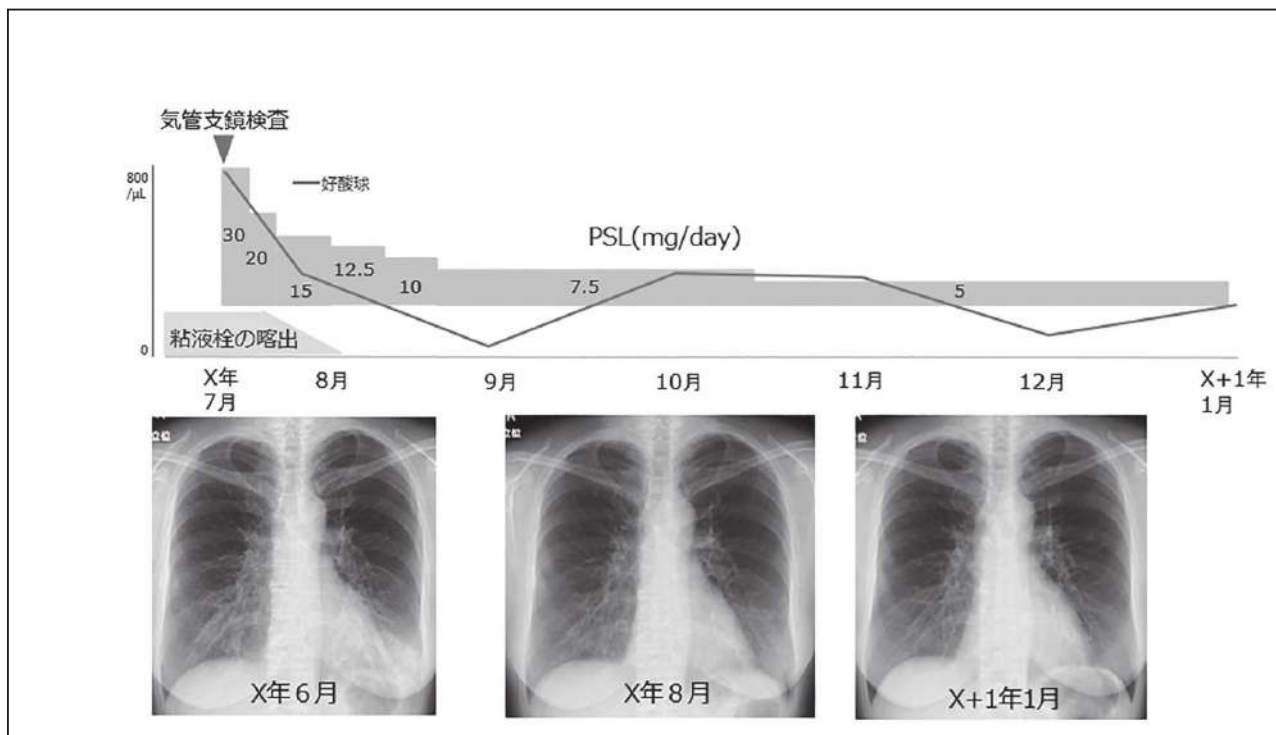


Fig. 4 経過

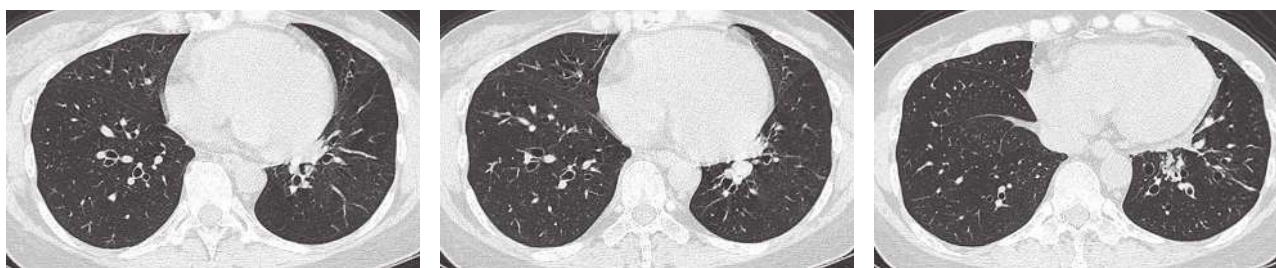


Fig. 5 (治療4か月後)左下葉中心に存在していた粘液栓の大部分は咯出され、咯出後は中枢性気管支拡張所見が認められる。

ABPMと診断された症例であった。喘息患者におけるアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) の有病率は0.7～3.5%とされるが、小児喘息患者でABPAが発症することは稀である<sup>1)</sup>。また、非AspergillusによるABPMはABPAに比べて気管支喘息を併発しないことが多い<sup>2)</sup>。一方でアレルギー疾患の既往のない患者においても、有機粉塵や埃などへの大量暴露後にABPMを発症した症例も報告されている<sup>3,4)</sup>。ABPA患者の家屋でもA.fumigatusのDNA濃度が有意に高かったことが報告されており<sup>5)</sup>、環境中の真菌濃度はABPM発症に影響を及ぼすと考えられている。また、人に対して病原性を持つAspergillus属を含む複数のカビやキノコ類がエアコンから分離・同定されたという研究も報告されており<sup>6)</sup>、本症例においても菌種は同定できなかつ

たが、使用歴20年以上のクーラー内の真菌に暴露することでABPMを発症した可能性が考えられた。

健診を契機に判明したABPMの一例を経験した。稀ではあるが、気管支喘息の治療歴がなくても真菌を大量に暴露することでABPMを発症する可能性がある。ABPMを疑う所見を認めた場合は積極的な検査や生活歴の聴取などを行い、早期診断・治療に繋げることが重要と考えられた。

本論文で提示した内容は第65回日本肺癌学会九州支部学術集会・第48回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会(2025年2月,福岡)にて発表した。本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

## 引用文献

- 1) アレルギー性気管支肺真菌症研究班編 . アレルギー性気管支肺真菌症の診療の手引き .2019. 2-7.
- 2) Ryota Okazaki, et al. Respiratory Medicine Case Reports. 2024;51:102092.
- 3) 尾下豪人, 他. 埃吸入を契機に発症し, 縦隔リンパ節腫大を呈したアレルギー性気管支肺真菌症 . 日呼吸誌 .2023;12:38-43.
- 4) Flood-Page P. A case of allergic bronchopulmonary aspergillosis in a 43-year-old farmer following single high level exposure to organic dust with symptomatic remission and radiological resolution after early diagnosis and treatment. Oxf Med Case Reports. 2018; 2: 42-4.
- 5) Rocchi S, et al. Evaluation of mold exposure in cystic fibrosis patients' dwellings and allergic bronchopulmonary risk. J Cyst Fibros 2015; 14: 242-7.
- 6) プロテオーム解析 \_Aspergillus fumigatus NBRC 113945 : Proteome analysis of Aspergillus fumigatus. <https://www.nite.go.jp/nbrc/technology/fungi.html>

国立病院機構 沖縄病院

<sup>1)</sup> 呼吸器内科, <sup>2)</sup> 放射線科, <sup>3)</sup> 病理診断科  
兼久 梢<sup>1)</sup>, 久田 友哉<sup>1)</sup>, 知花 賢治<sup>1)</sup>,  
名嘉山 裕子<sup>1)</sup>, 藤田 香織<sup>1)</sup>, 比嘉 太<sup>1)</sup>,  
大湾 勤子<sup>1)</sup>, 大城 康二<sup>2)</sup>, 熱海 恵理子<sup>3)</sup>

# 長期経過観察をした 慢性好酸球性肺炎症例の検討

国立病院機構沖繩病院<sup>1)</sup> 呼吸器内科<sup>1)</sup> 病理診断科<sup>3)</sup> 放射線科  
大湾 勤子<sup>1)</sup>, 知花 賢治<sup>1)</sup>, 比嘉 太<sup>1)</sup>, 名嘉山 裕子<sup>1)</sup>,  
藤田 香織<sup>1)</sup>, 久田 友哉<sup>1)</sup> 兼久 梢<sup>1)</sup>, 熱海 恵理子<sup>2)</sup>, 大城 康二<sup>3)</sup>

## 要旨

慢性好酸球性肺炎 (chronic eosinophilic pneumonia: CEP) は、再発を来しやすくステロイド治療が長期にわたることが少なくない。当院で 1999 年から 2013 年の期間に CEP と診断され、10 年以上にわたり経過観察ができた 12 例について、診療録より後方視的に、臨床的特徴、治療内容と再発の頻度、有害事象について検討した。

観察期間中央値は 5464 日 (15.2 年) で、女性 8 例 (67%)、発症年齢中央値 50.5 歳、全例喘息とアレルギー性鼻炎を合併していた。末梢血 IgE 245.5IU/mL、末梢血好酸球% 24.5%、BAL 中好酸球% 35% と各中央値は高値であった。治療は 11 例が経口ステロイド (oral corticosteroid: OCS) を使用し、使用期間の中央値は 4140 日であった。維持療法として 5 例は吸入ステロイドのみとなった。7 例 (58.3%) は再発し、再発回数の中央値は 2 回、再発までの期間は症例で異なりステロイドの減量または中止が誘因となっていた。長期 OCS 使用者 5 例に抗体医薬が導入され、1 例は抗体医薬中止後に再発した。OCS の長期内服によると思われる有害事象として、骨粗鬆症、代謝異常、感染症をみとめた。

長期間 OCS が必要な CEP 症例は、CEP の再発を予防し、また長期ステロイド使用による有害事象を減らし、併存する喘息症状を軽減させるために抗体医薬は有効であると思われた。

キーワード：慢性好酸球性肺炎、再発性、長期経口ステロイド、抗体医薬

## はじめに

慢性好酸球性肺炎 (chronic eosinophilic pneumonia: CEP) は、肺実質に好酸球が浸潤し肺野陰影を呈する肺疾患であり、しばしば再発するがステロイドに反応して寛解する疾患である<sup>1)</sup>。実際は慢性というよりも、再発性の急性または亜急性疾患である。慢性好酸球性肺炎の有病率および発生率は不明である。病因としてアレルギー体質が疑われ、大半の患者は非喫煙者である。難治性喘息の合併も多く、長期にわたって経口ステロイドを使用する症例もある。

## 目的

今回、当院において CEP の診断後、10 年以上の長期にわたって経過観察ができた症例の臨床的特徴や治療内容、再発の有無、有害事象について検討を行う。

## 対象と方法

当院で 1999 年から 2013 年の期間に CEP と診断され、発症から 2024 年までに 10 年以上にわたり経過観察ができた 12 例について、診療録より後方視的に、臨床的特徴、治療内容と再発の頻度、有害事象を抽出して検討した。なおデータ抽出に際しては個人情報保護に配慮して実施した。また本研究は当院倫理委員会において承認された (I2025-2)

## 結果

### 1) 患者背景 (表 1)

対象となった 12 例は、男性 4 例、女性 8 例、診断時の年齢中央値は 50.5 歳、喫煙歴は 4 例にあり、BMI  $\geq 25$  は 2 例であった。全例、喘息とアレルギー性鼻炎を合併し、慢性副鼻腔炎 3 例、アトピー性皮膚炎や慢性蕁麻疹など皮膚症状 2 例の合併もあった。

表 1 患者背景

症例	性別	発症年齢 (歳)	喫煙歴 本X年	BMI(kg/m <sup>2</sup> )		喘息合併	副鼻腔・ 鼻・皮膚 炎合併	IgE (IU/mL)	喘息～ CEP初発 迄の期間	喘息治療歴	症状	CEP発症時		
				発症	直近							BALF Eos%	末梢血好酸球 % 実数(μ/L)	末梢血好酸球 % 実数(μ/L)
1	女	19	なし	20	19.8	○	鼻,皮膚	390	-1y	吸入	咳,喘鳴 呼吸困難	ND	25	3475
2	女	41	なし	18.2	18.2	○	鼻	473	-1m	なし(鎮咳薬)	咳	36.4	45.3	2862
3	女	47	2X1	22.4	26.5	○	鼻	965	-1m	なし(鎮咳薬)	咳	75.8	32.7	3515
4	男	65	10X25	27.2	22	○	鼻 副鼻腔	236	-3y	吸入不定期	咳,喘鳴 倦怠感	ND	18.6	1426
5	男	46	なし	21.4	22.8	○	鼻	475	-1y	吸入不定期 ステロイドバースト	咳	ND	30.1	3928
6	女	45	なし	20.1	24.2	○	鼻,皮膚	232	-4y	吸入不定期 ステロイドバースト	咳,微熱	5.3	14.1	730
7	女	70	なし	24.1	23	○	鼻	158	-4m	吸入不定期 ステロイドバースト	咳,息切れ	ND	12.9	1227
8	女	61	なし	17.8	20.8	○	鼻	72.1	-16y	吸入 ステロイドバースト	咳,発熱 呼吸困難	6.6	8.7	741
9	男	58	20X32	23.8	21.5	○	鼻 副鼻腔	418	-1y	なし(鎮咳薬)	咳,痰 息切れ	回収不可 Eo+	22.3	1523
10	男	54	なし	20.7	18.3	○	鼻 副鼻腔	186	-1y	吸入	咳,後鼻漏	82	47.6	4579
11	女	43	20X13	30.1	27.8	○	鼻	202	-1y	なし(鎮咳薬)	咳,喘鳴	ND	40.1	11260
12	女	70	なし	22.4	19	○	鼻	255	-1y	吸入不定期	咳	35	23.9	2987
女8		中央値 50.5	なし8	中央値 21.9	中央値 21.8	全例 あり	全例 鼻炎	245.5	喘息先行 10	なし4	全例咳	35	24.5	2925

主症状は咳, そのほか呼吸困難や息切れ, 喘鳴, 発熱もみられていた. 喘息が先に診断されていた10例は, 喘息に対する吸入治療が不定期で実施され, 経口ステロイドのショートバーストの症例もあった. 喘息の診断から CEP 発症までの期間中央値は1年(1か月～16年)であった.

検査所見では, 末梢血 IgE 中央値 245.5 IU/mL [72.1-965], 末梢血好酸球% 24.5% [8.7-47.6], 末梢血好酸球数 2924.5 /μL [730-11260], 肺胞洗浄液 (bronchoalveolar lavage fluid: BALF) 中好酸球%は 35% [5.3-82] と各中央値は高値であった. 一方血清 CRP 値は確認できた10例の中央値は 1.63mg/dl [0.05-15.02] であった.

胸部レントゲン所見では, CEP に特徴的とされている肺区域と無関係で, 末梢優位, 上葉優位の浸潤影やすりガラス陰影をみとめた<sup>4)</sup>.

## 2) 観察期間と治療内容 (表 2)

観察期間中央値は 5464 日 (15.2 年) [11 年 -25 年] であった. 治療は観察期間の中で 12 例中 11 例で経口ステロイド (oral corticosteroid: OCS) が投与され, 1 例のみ吸入ステロイド (inhaled corticosteroid: ICS) だけで治療されていた. CEP 初回治療開始時に, ICS のみで治療を行った 3 例のうち 2 例は再発し, OCS が投与されていた. OCS 使用期間中央値は 4140 日 (11.3 年) [28 - 6752 日]

で, 6 か月以上にわたり経口ステロイド治療が行われたのは 9 例であった. 6 例は OCS を中止することができ, 維持療法として ICS のみで治療を継続していた. 抗体医薬を使用したのは 5 例で, 全例 OCS を減量することができていた. 1 例は経済的な負担のため抗体医薬を中止したが, 8 か月後に再発し OCS の増量が必要であった.

## 3) 再発の有無と有害事象 (表 3)

CEP が再発したのは 12 例中 8 例 (66.7%) で, 再発の回数の中央値は 2 回 (1 - 6 回) であった. 最多は 6 回再発していた. 前回の発症を起点として 1 年未満の再発は 8 例 (症例重複あり), 1 年以上経過して再発したのは 10 例 (症例重複あり) であり, 再発までの期間は症例によっても, また同一個人においてもさまざまであった. いずれも OCS の減量や中止によるものが多かったが, それに加えて過労や環境変化によるストレスが誘因となった例もあった. 先述の通り 1 例は抗体医薬を中止して再発していた. 長期の OCS 使用の減量や併存する難治性喘息のコントロール目的で, 抗体医薬は導入されているが, 導入後 CEP の再燃はみられなかった.

OCS の長期内服に関連したと思われる有害事象として, 骨粗鬆症, 糖尿病や脂質異常症などの代謝異常, 肺炎や膿胸などの感染症などがみとめられた. 観察期間が長い場合, 肺機能の変化について, 検査が

表2 観察期間と治療内容

症例	観察期間 (日/年)	ブレドニゾン(PSL)			抗体製剤	抗体製剤後 PSL減量	抗体製剤開始 後再発
		初期治療	維持療法	使用期間(日)			
1	9193/25.2	60mg	0	4661	なし		
2	6752/18.5	20mg	2.5mg	6752	なし		
3	6461/17.7	20mg	0>6mg	250	なし		
4	6062/16.6	①吸入 >②40mg	0	28	なし		
5	5968/16.4	①吸入 >②40mg	0	44	なし		
6	5875/16.1	30mg	5mg	5875	ベンラズマブ	○ 9mg>5mg	なし
7	4088/11.2	30mg	0	3931	ベンラズマブ	○ 7.5mg>0	なし
8	5054/13.9	30mg	3mg	4798	ベンラズマブ >テベヘルマブ	○ 5mg>3mg	なし
9	4902/13.4	30mg	4mg	4389	ベンラズマブ	○ 9mg>5mg	なし
10	4389/12.0	30mg	2>4mg	4348	ベンラズマブ >中止(経済)	○ 5mg>2mg	中止後あり
11	4348/11.9	吸入ステロイド	0	0	なし		
12	4235/11.6	20mg	0	35	なし		
	中央値 5465/15	中央値 30mg	PSL off 6例	中央値 4140/11年	5例>4例		

表3 CEP再発と有害事象

症例	再発	回数	前回からの再発までの期間	再発の原因	有害事象	合併症	直近1秒率(%)
1	なし	0	-	-	なし	なし	81.7
2	あり	1	4m	OCS off	骨粗鬆症 高脂血症	IgA腎症,高血圧	未実施
3	あり	2	10m,16y	OCS off	なし	骨粗鬆症	96
4	あり	1	7y11m	OCS未使用 (吸入のみ)	なし	細菌性肺炎	未実施
5	あり	2	3y,11y	OCS未使用 (吸入のみ)	膿胸	高血圧	未実施
6	あり	6	5m,20m,9.5y, 5m,5m,12m	OCS減量 ストレス	なし	尋常性乾癬	83.3
7	あり	3	19m,8m,8m	OCS減量 0, 2.5mg	なし	高脂血症	73.9
8	あり	2	31m,4m	OCS減量 5mg	骨粗鬆症 細菌性肺炎	甲状腺機能亢進症	69.4
9	なし	0	-	-	高脂血症,糖尿 病,細菌性肺炎	腰部脊柱管狭窄症	64.4
10	あり	1	11y9m (8m)	抗体薬中止	高脂血症 胆管炎	尿管結石	74.6
11	なし	0	-	-	なし	なし	未実施
12	なし	0	-	-	骨粗鬆症	乳がん,大腸がん	72.5
	あり	中央値 8	1年未満 8エピソード 1年以上 10エピソード		骨粗鬆症 高脂血症 糖尿病,肺炎		1秒率<70% 2例

施行された8例のうち2例は、直近の1秒率は70%未満と低下しており、気道閉塞を来していた。当該1例は喘息のコントロールが不良で、抗体医薬を変更して使用を継続していた。

### 考 察

慢性好酸球性肺炎はCarrington (1969) により報告され<sup>2)</sup>、原因は不明だが、Th 2リンパ球優位の反応を惹起し肺に好酸球の浸潤が起こる病態とされている。本疾患は、再発性の急性、亜急性の経過で発症する。臨床症状は、慢性的な咳嗽で時に数週間

以上続くこともあり、運動時や労作時に呼吸困難を自覚することがある。また、発熱が見られることが多く、経過が長い場合には体重減少がみられることもある。そのため細菌性肺炎や肺結核などの感染症と鑑別が必要なこともある。

発症年齢は30-50歳代に多く、女性が男性の約2倍とされている<sup>3)</sup>。今回の対象症例の発症年齢も中年で、女性に多かった。半数以上に喘息を合併し、3-5割にアレルギー素因として鼻炎や皮膚所見を有すると言われており、また、喫煙者は少ない<sup>3)</sup>。当院でも全員に喘息やアレルギー性鼻炎の合併があり、アレルギー素因を有していた。非喫煙者は8例(75%)で既報と同様の結果であった。難治性喘息に肥満の関与が言われているが、今回の症例では、発症時にBMI  $\geq 25$  を超えたのは2例のみで、長期にわたって体重の変化は少なかった。

検査所見では、急性好酸球性肺炎とは異なり、末梢血好酸球数は増加し1,000/ $\mu$ L以上になることが多いとされる。BALFでも好酸球の割合が25%以上増加をみとめることが少なくない。また約50%の症例ではIgEの上昇がみられる<sup>3)</sup>。今回の症例でも表1に示すように末梢血、BALFにおいて好酸球増多を来しており、IgEも高値であった。

画像所見は両側性、非区域性、末梢優位の浸潤影が上・中肺野に多く見られ、移動性のことも少なくない。すりガラス影や線状・帯状胸膜下陰影がみられることもあり、胸水はまれとされている<sup>4)</sup>。当院の症例では8例は両側性で、全例上・中肺野に非区域性の浸潤影を認めていた。これらのうち咳を主訴として、胸部単純レントゲン写真で上肺野の浸潤影を呈した症例は肺結核を疑われて紹介されていたが、末梢血好酸球数が増加しており、また胸部CTではCEPに特徴的な陰影を呈していたため、診断は比較的容易であった。しかし、CEPの診断において、遷延する咳や喘鳴、発熱、体重減少などの臨床症状は、末梢血好酸球増多を来す、薬剤性肺疾患、寄生虫疾患、真菌症などの感染症や、器質化肺炎、好酸球性多発血管炎肉芽腫症(EGPA)などとの鑑別は必要である。

CEPの治療は、陰影の広がりや軽度で咳や発熱などの症状が強くなければ、併存する喘息の治療としてICSを継続しながら経過観察をする場合もある。今回、CEP12例の観察期間の中央値は15年で、12例のうち3例は診断当初は吸入ステロイド治療のみで経過を見たが、2例は再発しOCSを使用した。通

常、経口プレドニゾン0.5mg/kgから開始し約2週間ごとに20%ずつ減量し、3-6か月かけて中止していくことが多い。治療反応性は良好で、OCSを中止しても再発しない症例もあるが、半数以上が再発し、約25%は2回以上の再発があると言われて<sup>3)</sup>。当院の症例は8例(66.7%)再発しており、再発回数の中央値は2回と既報と同様であった。最多は6回再発していた。前回の発症から再発までの期間は、症例によっても、また同一個人においても一定の傾向はみられなかった。多くはOCSの減量や中止が誘因となっていた。再発例についてはOCSの再開や増量により陰影は比較的速やかに改善が得られていた。再発と寛解を繰り返す経過より、OCS治療が長期にわたる症例も少なくなく、OCSの減量目的と併存する喘息治療のために抗体医薬を5例で導入していた。抗体医薬導入後は、喘息コントロールが良好となり全例でOCSは減量できていた。1例は経過が良かったことと経済的な理由で中止したが、8か月後に再発しOCSの増量が必要となった。その他の4例はCEPの再発はないが、うち1例は、喘息のコントロールが十分でないために他の抗体医薬に変更して治療を継続している。実際、抗体医薬による治療が、CEPに有効であるとの報告も散見されている<sup>5) 6) 7)</sup>。

OCSが6か月以上にわたり投与されたのは12例中9例で、中年以降に発症している症例が多く、ステロイドの内服治療が長期にわたった経過から、ステロイドの有害事象と思われる骨粗鬆症や糖尿病、高脂血症などの代謝異常、気管支炎・肺炎などの感染症がみとめられていた。また、併存する喘息の予後に関連して最終観察一年以内に肺機能検査が実施された8例のうち2例は、閉塞性障害をみとめていた。CEPの長期予後において呼吸機能の低下を来す症例の報告もあり<sup>8)</sup>、定期的な呼吸機能検査の実施は重要と思われた。

OCSの減量や併存する難治性喘息のコントロール目的で開始した抗体医薬は、喘息のコントロールを良好にし、またOCSを減量することができていた。今回の症例の検討よりOCSの総使用量の低減や、合併する難治性喘息の予後の改善を期待して、抗体医薬を早めに導入することを検討してもよいのではないかと考えられた。

## 結 語

当院で1999年から2013年にCEPと診断され、10年以上にわたり経過観察ができた12例のうち、8例は再発し、その発回数の中央値は2回であった。6か月以上にわたり経口ステロイド治療が行われたのは9例であった。長期ステロイド使用による有害事象を減らし、また主たるCEPの再発を予防し、喘息症状を軽減させるために抗体医薬は有効であると思われた。

## 参考文献

- 1) Cordier JF, Cottin V. Eosinophilic lung disease. In: Murray JF, Nadel JA, ed. Textbook of Respiratory Medicine. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders. 2005; 1679-701.
- 2) Carrington CB, Addington WW, Goff AM et al. Chronic eosinophilic pneumonia. NEJM. 1969; 280:787-798. DOI: 10.1056/NEJM196904102801501.
- 3) Suzuki Y, Suda T. Eosinophilic pneumonia: A review of the previous literature, causes, diagnosis, and management. Allergol Int. 2019; 68 (4) : 413-419
- 4) Johkoh T, Muller NL, Akira M, et al. Eosinophilic lung diseases: diagnostic accuracy of thin-section CT in 111 patients. Radiology, 2000;216:773-780
- 5) Kaya H, Gumus S, Ucar E, et al. Omalizumab as a steroid-sparing agent in chronic eosinophilic pneumonia. Chest. 2012;142:513-516
- 6) Lin RY, Santiago TP, Patel NM. Favorable response to asthma-dosed subcutaneous mepolizumab in eosinophilic pneumonia. J Asthma. 2018; 1-5.
- 7) To M, Kono Y, Yamawaki S. et al. A case of chronic eosinophilic pneumonia successfully treated with mepolizumab. J Allergy Clin Immunol Pract. 2018; 6:1746-1748.e1 DOI: 10.1016/j.jaip.2018.06.017.
- 8) Suzuki Y, Suda T. Long-term management and persistent impairment of pulmonary function in chronic eosinophilic pneumonia: a review of the previous literature. Allergol Int. 2018; 67:334-340

# A Study of Chronic Eosinophilic Pneumonia Cases with Long-Term Follow-Up

National Hospital Organization Okinawa hospital.

<sup>1</sup>Division of pulmonary medicine <sup>2</sup> Division of pathology <sup>3</sup> Division of Radiology

Isoko Owan<sup>1</sup>, Kenji Chibana<sup>1</sup>, Futoshi Higa<sup>1</sup>, Yuko Nakayama<sup>1</sup>, Kaori Fujita<sup>1</sup>,  
Tomoya Kuda<sup>1</sup>, Kozue Kaneku<sup>1</sup>, Eriko Atsumi<sup>2</sup>, Yasuji Ohshiro<sup>3</sup>

## Abstract

Chronic eosinophilic pneumonia (CEP) is prone to recurrence, and steroid treatment often continues for a long period. We retrospectively reviewed the medical records of 12 patients diagnosed with CEP at our hospital between 1999 and 2013, who were followed for more than 10 years, to examine their clinical characteristics, treatment details, recurrence frequency, and adverse events.

Median observation period was 5,464 days (15.2 years). Eight patients (67%) were female, and the median age at onset was 50.5 years. All patients had comorbid asthma and allergic rhinitis. Median values were elevated for peripheral blood IgE (245.5 IU/mL), peripheral blood eosinophils (24.5%), and eosinophil percentage in BAL fluid (35%). Eleven patients were treated with oral corticosteroids (OCS), with a median duration of 4,140 days. In five patients, inhaled corticosteroids alone were used for maintenance therapy. Seven patients (58.3%) experienced recurrence, with a median of two recurrences; the interval to recurrence varied among cases and was often triggered by reduction or discontinuation of steroids. Five patients on long-term OCS received biologic agents, and one experienced recurrence after discontinuation of the biologic. Adverse events likely attributable to long-term OCS use included osteoporosis, metabolic abnormalities, and infections.

Biologic agents appear to be effective in reducing adverse events associated with long-term steroid use, preventing CEP recurrence, and alleviating asthma symptoms.

Keywords: Chronic Eosinophilic Pneumonia, Recurrent, Long-Term Oral Corticosteroids, Biologic Agents

# Sensory ataxia にご用心 末梢神経障害による感覚性運動失調 (Sensory ataxia) を来す 原因疾患の検討

独立行政法人 国立病院機構沖縄病院<sup>1)</sup> 脳神経内科

独立行政法人 国立病院機構沖縄病院<sup>2)</sup> 脳・神経・筋疾患研究センター

城戸 美和子<sup>1)</sup>, 渡嘉 敷崇<sup>1)</sup>, 玉城 浩平<sup>1)</sup>, 安富 大悟<sup>1)</sup>, 大屋 祐一郎<sup>1)</sup>,  
妹尾 洋<sup>1)</sup>, 藤原 善寿<sup>1)</sup>, 藤崎 なつみ<sup>1)</sup>, 諏訪園 秀吾<sup>1,2)</sup>, 橋口 昭大<sup>1)</sup>

## 要 旨

末梢神経障害による感覚性運動失調を来す原因疾患は多様であり, 治療反応性が悪い症例が比較的多く, 初診時に要注意の神経症候のひとつである. 鑑別診断が重要であり, 感覚性運動失調を来した当科に入院歴のある症例の原因疾患とその特徴を明らかにすることで, 速やかな確定診断に繋がる可能性が考えられ後方視的に検討した.

原因疾患は多い順に, シェーグレン症候群・悪性腫瘍・多巣性慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー (Multifocal chronic inflammatory demyelinating polyradiculopathy: Multifocal CIDP)・自己免疫性ノドパチー (auto-immune nodopathy)・VitB12 & or VitB1 欠乏・VitB6 過剰・抗 MAG 抗体ニューロパチー・原発性胆汁性胆管炎・サルコイドーシス・緩徐進行 I 型糖尿病・薬剤性 (TNF- $\alpha$  阻害薬)・神経梅毒であり, 診断未確定は 2 症例であった.

キーワード: 感覚性運動失調, 末梢神経伝導検査, IVMP, IVI g, IVCY

## 目 的

末梢神経障害による感覚性運動失調を来す原因疾患とその特徴を明らかにする

## 方 法

2020 年 10 月～2023 年 9 月の 3 年間で当科に入院した末梢神経障害と感覚性運動失調を認めた 26 症例の臨床診断, 神経伝導検査 (NCS), 自己抗体, 発症から治療開始までの期間, 治療とその効果について後方視的に検討した. 中枢性疾患もしくは筋疾患合併が否定出来ない症例は除外した.

末梢神経障害, 感覚性運動失調, 脱髄型, 治療効果について以下の様に定義した.

<脱髄性末梢神経障害の定義>以下の 2 点をともに満たすもの

- ・神経学的所見で深部腱反射減弱もしくは消失
- ・末梢神経伝導検査で伝導速度低下・振幅低下・遠位潜時延長のいずれかを認める

<感覚性運動失調の定義>下肢の振動覚が 10 秒以下かつ, 継ぎ足歩行が出来ない

<脱髄型の定義>慢性炎症性脱髄性多発根ニューロパチー (CIDP) の電気診断基準 (EAN/PNS2021) で脱髄を強く指示する所見を満たす

<治療効果ありの定義>下肢の振動覚が 3 秒以上改善する, あるいは Mann 肢位もしくは継ぎ足歩行が可能となる

## 結 果

シェーグレン症候群 6 例 (23%), 悪性腫瘍 4 例 (15%), MultifocalCIDP 3 例 (12%), 自己免疫性ノドパチー 2 例 (8%), VitB12&orVitB 1 欠乏 2 例 (8%), VitB 6 過剰 1 例 (4%), 抗 MAG 抗体関連ニューロパチー 1 例 (4%), 原発性胆汁性胆管炎 1 例 (4%), サルコイドーシス 1 例 (4%), 緩徐進行 I 型糖尿病 1 例 (4%), 薬剤性 (TNF- $\alpha$  阻害薬) 1 例 (4%), 神経梅毒 1 例 (4%), 診断未確定 2

例 (8%) であった。

シェーグレン症候群では抗 SS-A 抗体陽性は 3 例 (50%) で、NCS は全例軸索障害型で発症から治療までの期間は 5-120 ヶ月 (中央値 38 ヶ月) であった。4 例で IVMP (intravenous methylprednisolone) 治療、2 例で IVI g (intravenous immunoglobulin) 治療を施行され 4 例 (67%) で治療効果が認められた。

悪性腫瘍は多発性骨髄腫 (IgG- $\lambda$ )・IgG-GalNAcGD 1 a 抗体陽性 (3+) が 1 例、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫・IgM-GD 1 b 抗体陽性 (+) が 1 例、胸腺腫・抗 Titin 抗体および抗 AChR 抗体陽性が 1 例、子宮腔部上皮内癌が 1 例で、2 例が軸索障害型で 2 例は脱髄型であった。全例神経症状が悪性腫瘍より先行して出現し、治療介入までの期間は 4-168 ヶ月 (中央値 46 ヶ月) であった。全例で IVIg 治療が施行され、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫症例は IVCY (intravenous cyclophosphamide)、胸腺腫症例には IVMP が併用され、治療効果は 2 例 (多発性骨髄腫と子宮癌) で認められた。

Multifocal CIDP は、全例で NCS は脱髄型であり発症から治療開始まで 5-84 ヶ月 (中央値 12 ヶ月) であった。全例で IVIg 治療が施行され、2 例で IVMP、1 例で IVCY が施行され、2 例 (67%) で治療効果が認められた。

自己免疫性ノドパチーは、NCS は 2 例とも脱髄型で NF155 抗体陽性であった。発症から治療開始までの期間は 5-7 ヶ月 (中央値 6 ヶ月) と他疾患に比べて短く、2 例とも IVMP と IVIg および IVCY を施行され治療効果を認めた。

VitB12 と VitB 1 欠乏が 1 例、VitB12 欠乏が 1 例認められ、2 例ともに NCS で軸索障害型であった。治療介入までの期間は 18-24 ヶ月 (中央値 21 ヶ月) で補充療法施行し 1 例に効果を認めた。

VitB 6 過剰摂取は 1 例認め、NCS は軸索障害型で発症から治療介入まで 24 ヶ月を要し、サプリメントによる過剰摂取を中止後も症状の改善は認めなかった。

抗 MAG 抗体関連ニューロパチー (IgM- $\kappa$ ) は抗 MAG 抗体と IgM-GD 1 a 抗体 (+) を認め、治療介入までは 72 ヶ月を要していた。二重膜濾過法 (DFPP) による血液浄化療法と IVMP および IVIg 治療施行し、治療効果を認めた。

原発性胆汁性胆管炎は NCS で脱髄型障害を認め、抗ミトコンドリア M 2 抗体陽性であった。

治療介入まで 8 ヶ月と他疾患に比べて短く、IVIg

と IVMP 治療で有効を認めた。

サルコイドーシスは NCS で脱髄型障害を認め、治療介入まで 72 ヶ月を要し、IVIg 治療で効果を認めた。

緩徐進行 1 型糖尿病は NCS で脱髄型障害であり、抗 GAD 抗体と IgGGal-C 抗体 (2+) が認められた。治療介入まで 168 ヶ月を要し、IVIg 治療を施行したが効果は認めなかった。

薬剤性 (アダリムマブ) は NCS で脱髄型障害、RF (リウマチ因子) 陽性で治療介入まで 24 ヶ月を要し、アダリムマブ中止および IVIg 治療施行で症状改善を認めた。

神経梅毒は NCS で軸索障害型であり、治療介入まで 84 ヶ月を要し、ペニシリン G 大量投与にて治療効果を認めた。

診断未確定の 2 症例はいずれも NCS で軸索障害型であり、治療介入までの期間は 5-12 ヶ月 (中央値 8.5 ヶ月) と比較的短かった。2 例ともに IVI g 治療を施行し、うち 1 例は IVMP を併用したが治療効果は認めなかった。

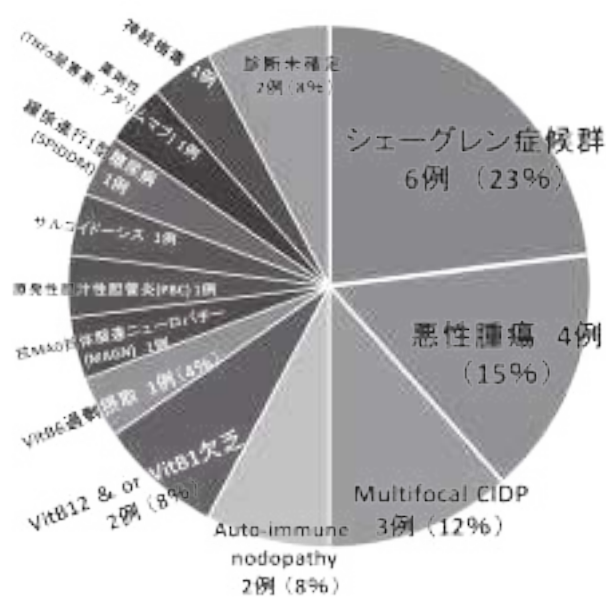


Fig. 1

Table. 1

	軸索障害型 (例)	脱髄型 (例)	自己抗体	発症・治療 の期間 (月)	治療	治療効果 あり
シェーグレン 症候群	6 (100%)	0	SS-A: 3/6 (50%)	5-120 (中央値 38)	4例: IVMP 2例: IVg	4/6 (67%)
悪性腫瘍	2 (50%)	2 (50%)	MM IgG kappa Ac GD1a (+) BIRC1 IgM GD1b (+) 胸腺腫: Titin, Actin 子宮腔上皮内癌: 抗 Her-	4-168 (中央値 44) 全例神経 症状先行	1例: IVMP 4例: IVg 1例: IVCY	2/4 (50%)
Multifocal CIDP	0	3 (100%)	ガングリオシド抗体 2例: 陽性, 2例: 未検	5-84 (中央値 12)	2例: IVMP 3例: IVg 1例: IVCY	2/3 (67%)
Auto-immune nodopathy	0	2 (100%)	2例: NF155	5-7 (中央値 6)	2例とも IVMP+IVg+IVCY	2/2 (100%)
VitB12 欠乏 (VitB1 不足)	2 (100%)	0	—	18-24 (中央値 21)	VitB12/VitB1 補充	1/2 (50%)
VitB6過剰	1 (100%)	0	—	24	VitB群サプリメント 摂取中止	0/1 (0%)
MAGN (IgM-k)	0	1 (100%)	MAG IgM-GD1b (+)	72	IVPP+IVMP+IVg	1/1 (100%)
原発性胆汁性胆管炎 (PBC)	0	1 (100%)	抗ミトコンドリアM2 (AMA M2)	8	IVg+IVMP	1/1 (100%)
サルコイドーシス	0	1 (100%)	—	72	IVg	1/1 (100%)
緩徐進行1型糖尿病 (SPIDDM)	0	1 (100%)	GAD IgG Gal-C(++)	168	IVg	0/1 (0%)
薬剤性 (アダリムマブ)	0	1 (100%)	RF	24	アダリムマブ中止 IVg	1/1 (100%)
神経梅毒	1 (100%)	0	— TPP(+)/TPHA+, 梅毒FTA-ABS(+)	84	PCG 240万単位/ 日 × 14日間	1/1 (100%)
診断未確定	2 (100%)	0	—	5-12 (中央値 8.5)	2例: IVg 1例: IVMP	0/2 (0%)

考 察

シェーグレン症候群は、53%で抗 SS-A 抗体が陽性との報告があり<sup>1)</sup>、既報に合致する結果であり、抗 SS-A 抗体陰性症例も診断基準を満たすかどうか確認のため、眼科および歯科口腔外科的検討が必要と考えられた。

MultifocalCIDP は、IVIg 治療で 56%、IVMP 治療で 50% の治療反応が認められるとの報告がある<sup>2)</sup>が、Secondline 治療は未だに未確定である<sup>3)</sup>。現時点では、IVIg 治療で治療反応が乏しい場合は IVMP 併用の検討が必要と考えられた。

自己免疫性ノドパチーは、IVIg 治療の反応性が低く IVMP 治療に部分的に反応があり、リツキシマブや単純血漿交換に反応するとの報告がある<sup>4)</sup>。当科の症例と同様に経過が亜急性の症例は自己免疫性ノドパチーも念頭に NF-155 抗体などの検討が必要と考えられた。

抗 MAG 抗体関連ニューロパチーは、単純血漿交

換に他剤併用で約過半数の症例で治療効果が認められた報告があり<sup>5)</sup>、M 蛋白の有無の確認は初診時に必要と考えられた。

原発性胆汁性胆管炎 (PBC) は、左右非対称の感覚優位ニューロパチーの既報があり、原因不明の肝機能障害合併症例では、PBC を念頭に抗ミトコンドリア抗体の検討が必要と考えられた。

サルコイドーシスは、5%で脱髄性障害を来す既報<sup>7)</sup>があり、脱髄型障害でもリンパ節腫大の有無確認や ACE なども検討すべきであると考えられた。

緩徐進行 1 型糖尿病症例は、抗 Gal-C 抗体が感覚失調に関連する可能性が報告されているが<sup>8)</sup>、抗 GAD 抗体による脱髄性末梢神経障害の既報が 2 例あり<sup>9,10)</sup>、抗 GAD 抗体と感覚性運動失調との関連に関しては今後の検討予定とした。

悪性腫瘍は、神経症状発現時に 60%以上の症例で悪性腫瘍は未発見との報告<sup>11)</sup>があり、当科でも神経症状が発現してから 14 年後にびまん性 B 細胞型大

細胞性リンパ腫を発症した症例を経験した。感覚性運動失調を来す症例で原因疾患が特定出来ない症例では、定期的な悪性腫瘍検索が長期的に必要なと考えられた。

VitB 6 過剰摂取例は、軸索障害型感覚性ニューロパチーを来すことが知られており<sup>12)</sup>、健康意識が高く複数のサプリメントを大量に摂取している症例では、初診時の問診での生活歴の聞き取りが重要であると考えられた。

薬剤性 (アダリムマブ) は、添付文書に脱髄性疾患合併リスクに関する記載がされており<sup>13)</sup>、特に TNF- $\alpha$  阻害薬や抗癌剤使用の有無に関して初診時の聴取が重要と考えられた。

神経梅毒に関しては、現時点では診断基準が無いため神経症状があれば RPR 陰性症例でもペニシリン G 大大量投与を検討すべきであると考えられた。

## 結 語

末梢神経障害による感覚性運動失調を来す原因疾患は多様であり、治療反応性が悪い症例が約 40%と比較的多く、初診時に要注意の神経症候のひとつであり鑑別診断が重要と考えられた。

## 参考文献

- 1) K. Mori et al., Brain (2005).128, 2518-2534
- 2) Saperstein DS., et al., Muscle Nerve. (1999) 22:560-566,
- 3) Deepal M. et al., frontiers in Neurology, March 2021, Vol.12, 653734
- 4) 山崎亮, 日内会誌 110: 1591-1600, 2021
- 5) E. Nobile-Orazio, et al., Brain (2000). 123.710-717
- 6) K. Murata, et al., J. Clin-Neuroscience, Vol 20 issue12, 2013, 1799-1801
- 7) T.M. Burns, et al., J. Neurological Sciences 244(2006) 77-87
- 8) J. Clin, Neuroscience, 337 (2014) 55-60
- 9) Herard K. et al.: Cureus 11(5): e4738. 2019
- 10) Sema Saltik. Et al.: Pedi. Neurol. 48: 403-406 2013.
- 11) Antonie JC., Curr Opin Neurol 30:513-520. 2017
- 12) Raman M, et al., Neutrients 2023, 15, 2823
- 13) 日本標準商品分類番号 873999 アダリムマブ添付文書

# 高齢者における睡眠の質・睡眠時間と身体機能との関連

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院 <sup>1)</sup> 臨床研究部  
独立行政法人国立病院機構 沖縄病院 <sup>2)</sup> 脳神経内科  
琉球大学病院 <sup>3)</sup> 第三内科循環器・腎臓・神経内  
長山 あゆみ<sup>1)</sup>, 渡嘉敷 崇<sup>2)</sup>, 石田 明夫<sup>3)</sup>

## 要 旨

【背景】 高齢者の睡眠障害が身体機能低下と関連することが報告されている。

【目的】 本研究では、高齢者の睡眠の質および睡眠時間と、身体機能との関連を明らかにする。

【方法】 沖縄県宜野湾市の 65 歳以上の高齢者を対象に健康調査を実施した。そのデータを用いて睡眠の質(良眠・普通・不眠)および睡眠時間と、身体機能(筋肉量・筋力・運動機能)の関係について 151 名を解析した。

【結果】 女性 108 名 (71.5%), 年齢中央値は 81 歳 [範囲 65-95] であった。不眠群で筋肉量が低く、握力は、不眠と良眠群で低値を示した。短時間および長時間睡眠は、筋肉量・筋肉の質が低下し、睡眠時間の延長に伴い運動機能の低下がみられた。

【考察】 長時間睡眠が身体機能低下と関連する可能性が示唆された。睡眠時間の延長は活動量低下や代謝異常を介して身体的フレイルを助長することが考えられる。

【結論】 地域在住高齢者において、睡眠の質と時間が身体機能と関連する可能性が示唆された。

キーワード: 地域在住高齢者, 睡眠の質と睡眠時間, 身体機能

## 背 景

高齢者においては、睡眠障害が身体機能低下に関連することが複数の研究により報告されている。地域在住高齢者を対象とした先行研究では、睡眠障害を有する者において、運動器障害に伴う移動機能の低下や抑うつ症状のスコアが高いことが示されている<sup>1)</sup>。また、長時間睡眠が歩行速度の遅延や握力の低下と関連していたとの報告もある<sup>2)</sup>。

我が国の一般成人を対象とした疫学調査では、不眠の有症率は 20~60 歳では約 20%, 60 歳以上では約 30% にのぼり、高齢者において睡眠障害の頻度が高いことが示されている<sup>3)</sup>。さらに、高齢者の睡眠には特徴的な変化がみられ、睡眠時間の短縮、睡眠の連続性の喪失、ならびに就床・入眠・覚醒・離床時刻やレム睡眠の前倒しなどが報告されている。実際に、70 歳代では平均睡眠時間は、約 6 時間まで短縮するとされている<sup>4)</sup>。

我々は地域に在住する高齢者を対象に、5 年ごとの縦断的な健康調査を実施している。本調査は、地域

で自立した生活を送り、自治会活動にも積極的に参加し社会参加を維持している高齢者を対象とし、身体機能や生活習慣、認知機能などを多方面から評価している。この調査を通じて、健康長寿に寄与する要因を探る中で、睡眠と身体機能の関連について十分な検討は行われていなかった。

## 目 的

本研究では、高齢者の睡眠の質および睡眠時間と、身体機能(筋肉量・筋力・運動機能)との関連を明らかにすることを目的とした。

## 方 法

本研究は、沖縄県宜野湾市の自治会活動に参加している 65 歳以上の高齢者を対象とした。2022 年 10 月から 2023 年 3 月にかけて、生活基本調査、高次脳機能検査、健康診断を順次実施した。同意を撤回した者および一部の調査を完了できなかった者は除外し、認知症がない 151 名を解析対象とした。

対象者の選定過程を示す (Figure1).

調査は以下の2期に分けて実施した。第1期 (2022年10月~12月) は、生活習慣に関する聞き取りや厚生労働省フレイル基本チェックリストなどによる生活基本調査を行った。第2期 (2022年12月~2023年3月) は、MMSE, MoCA-J, SPMT, SDMT, DSなどによる高次脳機能検査と、身体測定、体力測定、動脈硬化検査などの健康診断を実施した。

解析項目は以下のように分類した。筋肉量 (全身・四肢別の筋肉量および筋肉の質: 体組成計にて測定)、筋力 (握力)、運動機能 (歩行速度、歩数、片足立ち保持時間)。睡眠については、自己申告による睡眠の質 (良眠・普通・不眠) および睡眠時間 (時間単位) を対象とした。データ解析には、JMPPro18.2.0 (SASInstituteInc.) を使用した。

単変量解析 (Model1) では、変数の正規性を改善する目的で自然対数 (ln) 変換を行い、その後回帰モデルを構築した。筋肉量には非線形 (逆U字) 傾向が確認されたため、2次回帰 (quadratic regression) を適用した。

多変量解析 (Model2) では、目的変数は変換済のデータを用い、筋肉量を目的変数としたモデルでは、説明変数には睡眠時間およびその2乗項を設定した。補正因子として、年齢・性別・BMI・ALB・睡眠の質を加え、回帰モデルを構築した。

本研究は、琉球大学臨床研究倫理審査委員会の承認を受けて実施された (承認番号:1728)。すべての対象者から文書によるインフォームド・コンセントを取得した。なお、研究に関連する利益相反は存在しない。

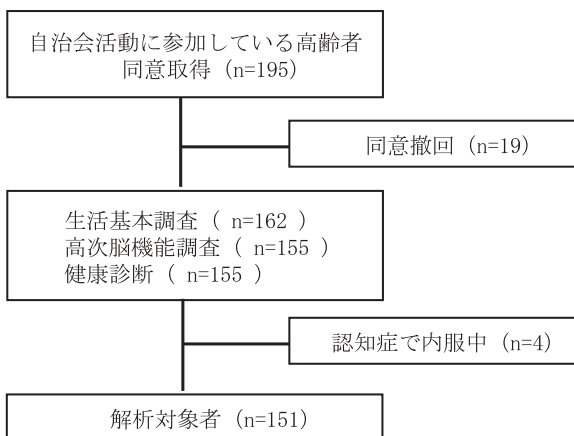


Fig. 1 フローチャート

## 結果

対象は女性108名 (71.5%), 年齢中央値は81歳 [範囲 65-95] であった。患者特性を男女で比較したところ、年齢, BMI, 既往歴に大きな違いはなかったが、喫煙歴および飲酒状況は男性の割合が高かった ( $p < .0001$ ) (Table1)。睡眠時間の中央値は、女性が6.5 [範囲 2-11] 時間, 男性が7.0 [範囲 5.5-9] 時間であり、女性の方が短く ( $p = 0.02$ ) (Table2), 分布が広範囲であった。睡眠の質は、良眠・普通・不眠の3群に分類されたが、性別による差はなく、不眠と回答した者に8時間を超える睡眠者はおらず、短時間傾向がみられた (Figure2)。

睡眠の質と身体機能 (筋肉量・筋力・運動機能) の関係を見ると、全身筋肉量 (kg) は、不眠/普通/良眠でそれぞれ30.1/32.4/32.0と、特に不眠群で有意に低値を示した (不眠 vs 普通,  $p = 0.049$ )。これは四肢 (上腕, 下肢) の筋肉量においても同様であった。握力 (kg) は17.5/20.5/17.5と普通群が最も高く、不眠・良眠群は低値を示した (不眠 vs 普通,  $p = 0.02$ ) (普通 vs 良眠,  $p = 0.04$ )。一方、運動機能 (歩行速度・歩数・片足立ち) については有意差を認めなかった (Table3)。

次に、睡眠時間と身体機能 (筋肉量・筋力・運動機能) の関係を見ると、睡眠時間については、短時間および長時間の睡眠者は年齢が高く、U字型の分布を示した ( $p = 0.009$ ) (Figure3)。

筋肉量との関係とみると、睡眠時間が短くても長くても、筋肉量/筋肉の質が低下しており、非線形 (逆U字型) を示した ( $p = 0.03/p = 0.02$ )。しかし、多変量解析 (Model2) でこの関係は消失した。運動機能 (歩行速度・歩数・片足立ち) においては、各項目で、睡眠時間の延長に伴う機能低下が認められ

Table. 1 患者特性

	女性 108 (71.5)	男性 43 (28.5)	P value
年齢	82 [67-95]	79 [65-91]	0.08
BMI	24.7 [17-38]	25.2 [19-34]	0.98
喫煙歴	2 (0.2)	27 (62.8)	<.0001 **
飲酒状況	3 (2.8)	10 (23.3)	<.0001 **
高血圧	64 (59.3)	22 (51.2)	0.37
脂質異常症	43 (39.8)	15 (34.9)	0.71
糖尿上	17 (15.7)	10 (23.3)	0.34
脳卒中	8 (7.4)	4 (9.3)	0.74

n (%), Median [Range] Welchのt検定, Fisher正確検定  
\* $p < 0.05$  \*\* $p < 0.01$

Table. 2 睡眠時間と睡眠の質

	女性 n=108	男性 n=43	P value
睡眠時間	6.5 [2-11]	7 [5.5-9]	0.02 *
睡眠の質	良眠	24 (55.8)	0.57
	普通	37 (34.3)	
	不眠	14 (13.0)	
眠剤内服あり	25 (23.2)	8 (18.6)	0.54

n (%), Median [Range] Welchのt検定, Fisher正確検定  
\*p<0.05 \*\*p<0.01

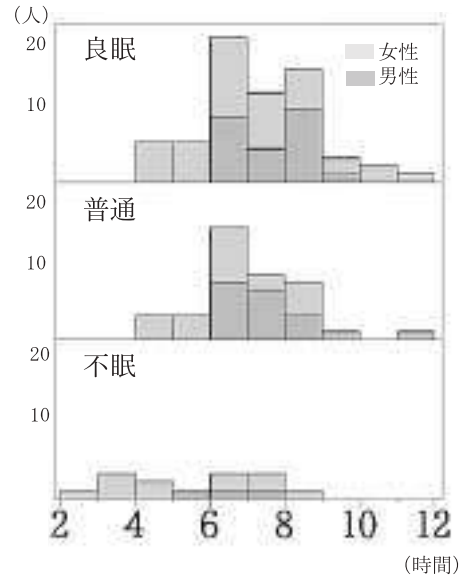


Fig. 2 睡眠の質と睡眠時間

Table. 3 睡眠の質と身体機能

	Median			不眠vs普通	P value		
	不眠	普通	良眠		不眠vs普通	不眠vs良眠	普通vs良眠
全筋肉量 (kg)	30.1	32.4	32.0	0.049 *	0.38	0.56	
上肢筋肉量	1.3	1.5	1.4	0.049 *	0.78	0.36	
下肢筋肉量	5.1	5.6	5.4	0.031 *	0.37	0.46	
筋肉の質score	39	43	41	0.62	0.93	0.67	
握力 (kg)	17.5	20.5	17.5	0.019 *	0.69	0.043 *	
TUG* (秒)	7.5	7.6	8.0	0.30	0.89	0.88	
TUG* (歩数)	15.5	15.8	16.0	0.82	0.98	0.99	
片足立ち (秒)	8.5	11.0	10.3	0.26	0.70	0.55	

Steel-Dwass検定 \*p<0.05 \*\*p<0.01

\*TUG=Timed Up and Go

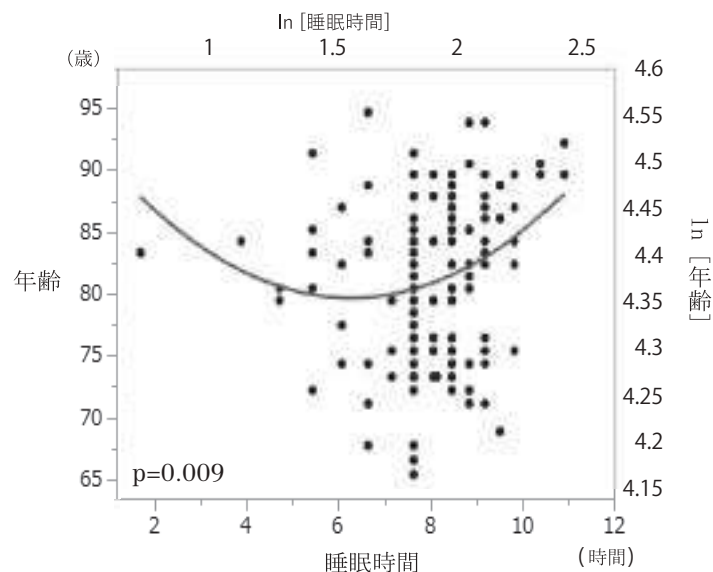


Fig. 3 年齢と睡眠時間

Table. 4 睡眠時間と身体機能

		睡眠時間					
		Model 1			Model 2		
		R2	regression coefficient	p value	R2	regression coefficient	p value
a	全筋肉量 (kg)	0.04	-0.21	0.09	0.87	-0.00	0.52
	上腕筋肉量	0.04	-0.27	0.08	0.78	-0.00	0.62
	下肢筋肉量	0.04	-0.32	0.03 *	0.69	-0.00	0.51
	筋肉の質score	0.05	-0.60	0.02 *	0.37	-0.01	0.15
b	握力 (kg)	0.00	0.01	0.96	0.57	-0.20	0.05 *
	TUG* (秒)	0.05	0.31	0.007 **	0.44	0.30	0.003 **
	TUG* (歩数)	0.03	0.17	0.04 *	0.48	0.19	0.006 **
	片足立ち (秒)	0.03	-0.45	0.04 *	0.36	-0.51	0.02 *

Model 1 : a) quadratic regression , b) linear regression

Model 2 : Multivariable-adjusted model including Age, Sex, BMI, ALB, Sleep quality

\*p<0.05 \*\*p<0.01

\*TUG=Timed Up and Go

た。多変量解析 (Model2) においては、握力も含めたすべての項目で、睡眠時間の延長が筋力および運動機能の低下と関連していた (Table4)。

### 考 察

本研究では、地域在住高齢者において睡眠の質が不良、もしくは、睡眠時間が短時間および長時間である場合、筋肉量が低下する傾向があり、睡眠時間と運動機能は負の相関関係が示された。

睡眠に関しては、不眠や短時間睡眠が健康に悪影響を及ぼすことは想像しやすいが、一方で「長時間睡眠」が身体機能の低下につながるという見解は、一般にはあまり認識されていない。「長く眠れる = 健康的」とするイメージとは異なり、長時間睡眠が身体機能の低下と関連する背景には、何らかの病的基盤や生活習慣の変化が関与している可能性が考えられる。一般に若年者では、長時間睡眠が身体の回復や成長に有益とされているが、本研究対象のような高齢者においては、長時間睡眠が必ずしも良好な健康状態を反映しているとは限らない。加齢に伴う睡眠の質の低下や日中活動量の低下、あるいは基礎疾患の影響が、結果として「睡眠時間の延長」として現れている可能性がある。

先行研究では、長時間睡眠者において身体活動量

の低下があり、フレイル有病率が高いことが報告されている<sup>5)</sup>。また、睡眠時間が長い者は日中の活動性が低い傾向がある<sup>6)</sup>。これらの知見から、長時間睡眠が身体活動の低下を通じて身体的虚弱と関連している可能性が示唆される。

睡眠の質の悪化や長時間睡眠は、炎症反応の亢進やホルモン分泌の乱れを招き、代謝の低下や酸化ストレスの増加を引き起こすとされている。こうした生理的变化は、筋肉の修復能力を低下させ、加えて神経伝達物質の減少によって疲労や倦怠感を増強させる。これらの影響により筋肉量が減少し、活動性が低下することで運動能力が衰え、身体的フレイルを助長する可能性がある。本研究は横断的調査であり、長期的因果関係の検証は困難である。今後は、日中の活動や昼寝の有無、精神的・社会的フレイルも含めた多面的な評価により、睡眠と身体機能の関係についてより精緻な検討が望まれる。

### 結 論

地域在住高齢者において、睡眠の質および睡眠時間は、筋肉量・筋力・運動機能といった身体機能と関連する可能性が示唆された。

## 引用文献

- 1) 西居真, 伊藤里紗, 松本凱貴, ほか. 睡眠障害を有する地域在住高齢者の身体機能・精神心理機能の特徴理学療法科学 2025;40 (1) :51-57
- 2) 城戸千晶, 久保博子, 東実千代, ほか. 高齢者の体力・活動量・睡眠が健康関連 QOL に及ぼす影響 44th Symposium on Human-Environment System HES44 in Nara, 2020; Dec: 5-6
- 3) 宮本雅之 高齢者の神経疾患における睡眠障害 (不眠を中心に) Dokkyo Journal of Medical Sciences 2017; 44 (3): 271-282
- 4) 三島和夫 高齢者の睡眠と睡眠障害 保健医療科学 2015; Vol.64 No.1 :27-32
- 5) Lefei Wang, Takafumi Saito, Tsubasa Yokote et al. Associations between sleep duration and quality and physical frailty in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. Sci Rep. 2025 Mar 13; 15 (1) :8697
- 6) Erla Bjornsdottir, Elin Helga Thorarinsdottir, Eva Lindberg et al. Association between physical activity over a 10-year period and current insomnia symptoms, sleep duration and daytime sleepiness: a European population-based study. BMJ Open 2024;14:e067197. doi:10.1136/bmjopen-2022-067197.

# 円滑な連携充実加算導入のための 説明文書を用いた退院前説明の効果

国立病院機構 沖縄病院<sup>1)</sup> 薬剤部, 国立病院機構 西別府病院<sup>2)</sup> 薬剤部,  
国立病院機構 肥前精神医療センター<sup>3)</sup> 薬剤部, 国立病院機構 九州医療センター<sup>4)</sup> 薬剤部

池上 幸恵<sup>1)</sup>, 津曲 恭一<sup>2)</sup>, 上原 智博<sup>1)</sup>,  
荒木 志乃<sup>3)</sup>, 石新 あおい<sup>1)</sup>, 黒原 健<sup>4)</sup>, 谷口 潤<sup>1)</sup>

## 要 旨

近年がん化学療法は外来に移行する傾向にあり, 安全な治療を行うために診療報酬改定で連携充実加算やがん患者指導管理料ハが新設された. 沖縄病院では両診療報酬を算定しているが同意説明で断られるケースが散見された. 原因として外来で導入の説明時間が不十分であったことが考えられた. そこで2023年9月より入院でがん化学療法を実施し外来で継続予定の患者に対し薬剤師が入院中に説明用紙を用いた事前説明を開始した. 2023年4月から2023年8月を介入前, 2023年9月から2024年1月を介入後とし, 外来腫瘍化学療法診察料1を算定した20歳以上の肺癌患者を対象に, 連携充実加算及びがん患者指導管理料ハの算定の有無を後ろ向きに調査した. 両診療報酬の算定は, 介入前でありが58件, なしが89件, 介入後でありが88件, なしが52件であり介入後で有意な増加が認められた ( $p=0.0106$ ). 本結果より退院前に薬剤師が説明用紙を用いて事前説明を実施することの有効性が示唆された.

キーワード: 連携充実加算, 退院前説明, 外来がん化学療法

## 諸 言

近年のがん化学療法は, 入院で導入され外来に移行する傾向にあり, 年々増加の一途をたどっている. そのような背景から2020年度の診療報酬改定では, 病院薬剤師と保険薬局薬剤師との連携を密にし, 外来がん化学療法を安全に行うための連携充実加算が新設された.

連携充実加算では病院薬剤師と保険薬局薬剤師が互いに治療内容や患者の状態等を共有することが要件として定められている. これまで徳丸らは病院と保険薬局における情報共有の連携体制と保険薬局からフィードバックされる情報の有用性評価の調査を行い, 38%の患者で支持療法の変更につながったと報告している<sup>1)</sup>. そのため連携充実加算の実施により, 患者の副作用を把握して, 適切な支持療法の提供が可能になると考えられる.

沖縄病院(以下, 当院)では2020年9月より連携充実加算を実施している. 入院でがん化学療法を実施している間は, 薬剤管理指導業務として病棟薬

剤師が抗がん薬について説明を行っている. しかし, 退院後, 外来でがん化学療法を実施する際に連携充実加算の導入説明を行うと, 同意説明の際に理解が得られず断られるケースが散見された. 原因として, 外来で連携充実加算の導入について説明する時間が十分につけられなかったことが考えられた.

藤見らの報告では, 退院前に外来の心臓リハビリテーション継続の目的を説明し, 同意が得られた患者が外来に移行している. その数は年々増加していると報告しており<sup>2)</sup>, 円滑な同意取得につながっていると考えられる. また, 山下らの報告では, がん化学療法中の患者に対し, 入院中に看護師が外来についてのオリエンテーションを実施することで, 患者の不安が払拭し, 円滑な外来移行に有効であったことを報告している<sup>3)</sup>. そこで, 2023年9月より, 当院で入院にてがん化学療法を実施し, 外来で継続してがん化学療法を実施予定の患者に対し, 円滑な連携充実加算やがん患者指導管理料ハの導入を行うために, 薬剤師が退院日前までに説明用紙を用いた

事前説明を開始した。連携充実加算やがん患者指導管理料ハを導入するに当たり、入院中に事前説明を行った取り組みに関する報告はなく、効果は不明であった。今回円滑な連携充実加算導入のための説明文書を用いた退院前説明の効果を評価したので報告する。

## 方 法

### 1. 対象期間と対象患者

対象期間は2023年4月から2024年1月とした。対象患者は、20歳以上の肺がん患者で、当院にて外来腫瘍化学療法診察料1を算定した患者とした。

### 2. 事前説明の効果の評価方法

外来腫瘍化学療法診察料1を算定した患者のうち連携充実加算及びがん患者指導管理料ハの算定の有無を沖縄病院電子カルテの診療録より後ろ向きに調査した。2023年4月から2023年8月までを介入前、2023年9月から2024年1月までを介入後とし比較した。連携充実加算とがん患者指導管理料ハの何れか一方を算定した場合は算定ありとして評価した。

### 3. 患者への説明と同意方法

入院中に病棟薬剤師が薬剤管理指導業務の一貫として、抗がん薬の服薬指導を行う中で、退院日までに「連携充実加算のご案内 (Fig.1)」と記載された説明用紙を用いて、連携充実加算の必要性、薬局との連携方法、診療報酬点数について事前説明を行った。さらに外来がん化学療法に移行された際には、入院中と同じ説明用紙を用いて外来担当の薬剤師が再度連携充実加算の説明を行った (Fig.2)。外来で連携

充実加算及びがん患者指導管理料ハの同意取得は口頭で行われ、同意が得られた患者には、薬剤師が電子カルテに同意が得られた旨の記載と算定を行った。なお、介入前は外来でのみ説明用紙を用いて説明と同意を行っていた。

### 4. 統計解析

介入前後の連携充実加算及びがん患者指導管理料ハの算定の有無の比較検定は $\chi^2$ 検定で行い、JMP13.2.1を用いた。有意水準は危険率5%未満とした。

### 5. 倫理的配慮

本研究は人を対象とする医学的研究に関する倫理指針には該当しない。

## 結 果

Table.1に結果を示した。外来腫瘍化学療法診察料1を算定した患者のうち連携充実加算とがん患者指導管理料ハの算定は、介入前でありが58件、なしが89件、介入後でありが88件、なしが52件であり、介入後で有意な増加が認められた ( $p=0.0106$ )。また、連携充実加算とがん患者指導管理料ハの算定割合は、介入前39.5%、介入後62.8%であった。

## 考 察

本研究の結果より、介入後において連携充実加算とがん患者指導管理料ハの算定が増加していることから、退院前に薬剤師が説明用紙を用いて連携充実加算の説明を実施することの有効性が示唆された。

さらには、外来がん化学療法予定患者のmFOLFOX 6/FOLFIRI療法の患者を対象として、退院前に説明



Fig. 1 「連携充実加算のご案内」説明用紙

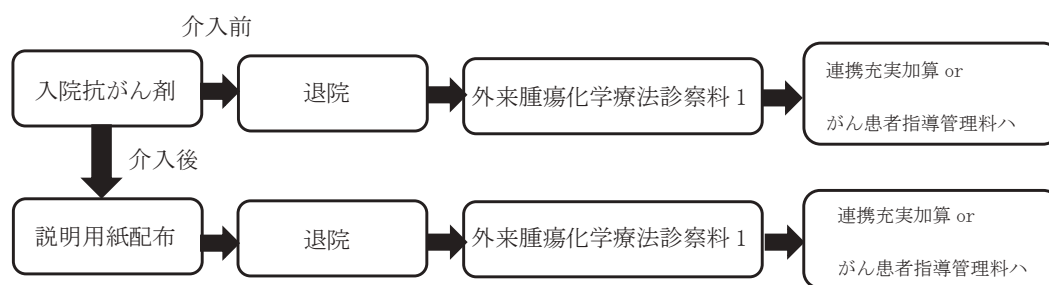


Fig. 2 連携充実加算及びがん患者指導管理料ハの算定フロー

Table. 1 介入前後の連携充実加算とがん患者指導管理料ハの算定の有無の比較

	介入前 (n=147)	介入後 (n=140)	p 値
連携充実加算とがん患者指導管理料ハの算定			
あり	58	88	0.0106
なし	89	52	

$\chi^2$  検定

用紙を用いた情報提供を行ったことを報告しており、その結果、患者の理解向上につながり、効果的な化学療法の施行に結びついたと報告している<sup>4)</sup>。今回、入院中に説明用紙を用いて連携充実加算の内容説明の時間を確保出来たことにより、患者の疑問点が軽減され、理解が深まったことが示唆される。その結果、連携充実加算及びがん患者指導管理料ハの同意に結びつき、各々の算定増加につながった可能性が挙げられる。

入院中に説明文書を用いて事前説明を行うにあたって、重点的に時間をかけて説明した部分は、連携充実加算の必要性とメリットについてであった。まずは、抗がん薬の副作用は早期性のものから遅発性のものまでであること、また、免疫関連有害事象に関しては出現時期が明確に示されていないことを説明し、退院後、通院で抗がん薬を投与した場合、自宅で副作用が出現する可能性があることを説明した。連携充実加算を行うことで、自宅で副作用が出現した際に、電話連絡がきた保険薬局薬剤師に相談ができるメリットがあり、緊急性のある場合は受診を勧められ、軽度の場合は生活上のアドバイスや受診のタイミングを教えてくれると説明した。また、連携された情報は病院薬剤師にフィードバックされるため、次回受診時に病院薬剤師が医師に適宜処方提案

を行うことも説明した。外来だけではこれらを説明する時間が十分に確保出来ないため、入院中に事前説明を行うことで、十分な説明とそれに対する患者の質問にも答えることができたのではないかと考える。

継続的な介入の重要性について鍛治園らは、がん患者指導管理料ハにて、算定が制限されている7回目以降も継続的に薬剤師が介入した結果、算定が可能な6回目までと比較して、処方提案率や医師の処方受諾率に統計学的な差は認めなかったと報告しており<sup>5)</sup>、薬剤師による継続的な介入に意義があることを示している。また、土屋らは、薬剤師外来にて、入院患者に対して退院後もシームレスに介入した群とそうでない群の客観的・主観的評価について検討し、シームレスに介入した群ではより多くのプレアポイドに繋がり、医療安全や医療の質の向上に対して有用性があったことを報告している<sup>6)</sup>。以上の報告より入院から外来へ継続的に薬剤師が関わることにより連携充実加算の件数増加に繋がり、医療の質の向上や安全性においても有用があると考えられる。一方で、当院の算定割合は39.5%から62.8%と増加が認められたものの、約4割の患者が継続的介入に至っておらず、改善の余地があると思われるため、今後詳細な調査が望まれる。

本研究の限界として、入院中に事前説明をしてから外来に移行するまでの期間は、レジメンによって異なるため、統一した期間で評価することが出来なかった。また、がん化学療法が入院から外来に移行する際は多職種が関与しているため、多職種の取り組みの影響についても評価することが出来なかった。

今後も入院から外来までシームレスな介入を行うために、連携充実加算やがん患者指導管理料ハの実施率向上を図り、より良い外来がん化学療法の実施に努めていく必要があると考える。

### 利益相反

本研究に関して、利益相反関連事項はない。

### 引用文献

- 1) 徳丸隼平, 笹瀬優斗, 近藤潤一, ほか. 外来がん化学療法において地域保険薬局からフィードバックされる情報の有用性の評価. 癌と化学療法. 2019; 46 (11): 1747-1752
- 2) 藤見幹太, 三浦伸一郎, 上田隆士, ほか. 福岡大学病院における心臓リハビリテーション開始3年間の実績と今後の課題. 臨牀と研究. 2014.12; 91 (12): 1592-1598
- 3) 山下真紀, 三津家真由実, 中村代史子, ほか. 当院の外来化学療法室の取り組み. 癌と化学療法. 2010.08; 37 (8): 1617-1621
- 4) 辻敏和, 渡邊裕之, 吉田実, ほか. 外来化学療法における繰り返しの情報提供の効果 - mFOLFOX 6/FOLFIRI 療法に関する患者アンケート調査 -. 日本病院薬剤師会雑誌. 2010; 46 (4): 513-517
- 5) 鍛冶園誠, 正岡康幸, 蔵田靖子, ほか. 外来での継続的ながん患者指導管理料ハ算定の必要性と評価. 日本病院薬剤師会雑誌. 2020; 56(1): 61-65
- 6) 土屋裕伴, 諸橋賢人, 大登剛, ほか. 薬剤師外来における退院後フォローアップ外来の有用性 - 入院から外来までのシームレスな介入による医療安全と医療の質の向上 -. 医療に質・安全学会誌. 2020; 15 (4): 355-363

# 生物学的製剤使用により 関節リウマチの悪化が疑われた1例

独立行政法人 国立病院機構沖縄病院 呼吸器内科

知花 賢治, 兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子,  
藤田 香織, 比嘉 太, 大湾 勤子

## 要 旨

症例は60歳代女性。気管支喘息と関節リウマチの疾患で治療中であった。気管支喘息に対して吸入薬などの治療を行っていたが、喘息発作で入院したことを契機に生物学的製剤の治療を開始した。治療で咳嗽は改善したが、関節症状が出現し左胸膜炎を発症した。生物学的製剤による関節リウマチの悪化を疑い、中止。その後生物学的製剤を再開したが、関節症状が悪化し中止。短期間での生物学的製剤の使用ではあったが、治療効果は得られたと思われた。一方で比較の有害事象が少ないとされる生物学的製剤であるが、自己免疫疾患のある患者への使用は経過をみながら慎重に投与する必要があると思われた。

キーワード：生物学的製剤，気管支喘息，関節リウマチ

## はじめに

アレルギー分野では2000年以降多くの生物学的製剤が使用可能となった。現在、気管支喘息で使用可能な生物学的製剤は5種類あり、それぞれの製剤は作用機序や効果が異なる。また、関節リウマチでも多くの生物学的製剤が使用されている。今回、難治性喘息の治療中に関節リウマチの悪化が疑われた症例を経験したので報告する。

症 例：62歳 女性

現病歴：54歳に咳嗽、呼吸困難で当院受診し気管支喘息（BA）と診断。ICS/LABA吸入薬、LTRA、鎮咳薬による治療を開始。治療後も時折喘息発作で予定外受診し、ネブライザー吸入、ステロイド点滴を行っていた。57歳に関節リウマチ（RA）と診断され治療を開始した。62歳に気管支喘息の増悪で入院。ICS/LABA/LAMA吸入薬に変更し、生物学的製剤の治療を開始した。

既往歴：54歳 気管支喘息 57歳 関節リウマチ  
59歳 アレルギー性鼻炎、慢性副鼻腔炎

生活歴：喫煙歴なし、飲酒歴なし

アレルギー：アスピリン

血液検査所見：WBC 5000/ $\mu$ L（好中球 56.5%，リンパ球 30.3%，好酸球 7.3%，単球 5.3%，好塩基球 0.6%），CRP 0.11mg/dL，IgE 269 IU/mL，特異的IgE（CPAC-16）はすべて陰性，喀痰好酸球は多い時で50%。

肺機能検査：VC 2.08L，%VC 74.6%，FVC 1.95L，FEV1 1.40L，FEV1%（G）71.8%

経過（Fig. 1）：X年11月（62歳）に生物学的製剤のデュピルマブの投与を開始した。開始後1か月以内に咳嗽は改善していた。しかしX+1年3月に左胸痛と関節リウマチの関節症状が悪化した。胸部X線写真では左肺野のCP angleがdullになっており、左胸膜炎と診断した（Fig. 2）。デュピルマブによる有害事象と診断し治療を中止した。中止後数か月で関節症状は改善。しかし、咳嗽が悪化してきたことから8月にデュピルマブの投与を再開した。咳嗽が改善したことから前回の有害事象を心配し数回の投与でデュピルマブの投与を中止した。数か月後には咳嗽の悪化を認め、呼吸困難も出現したためX+2年3月にデュピルマブの投与を再開した。治療により呼吸器症状は改善したが、投与後数週間で関節リウマチの関節症状が

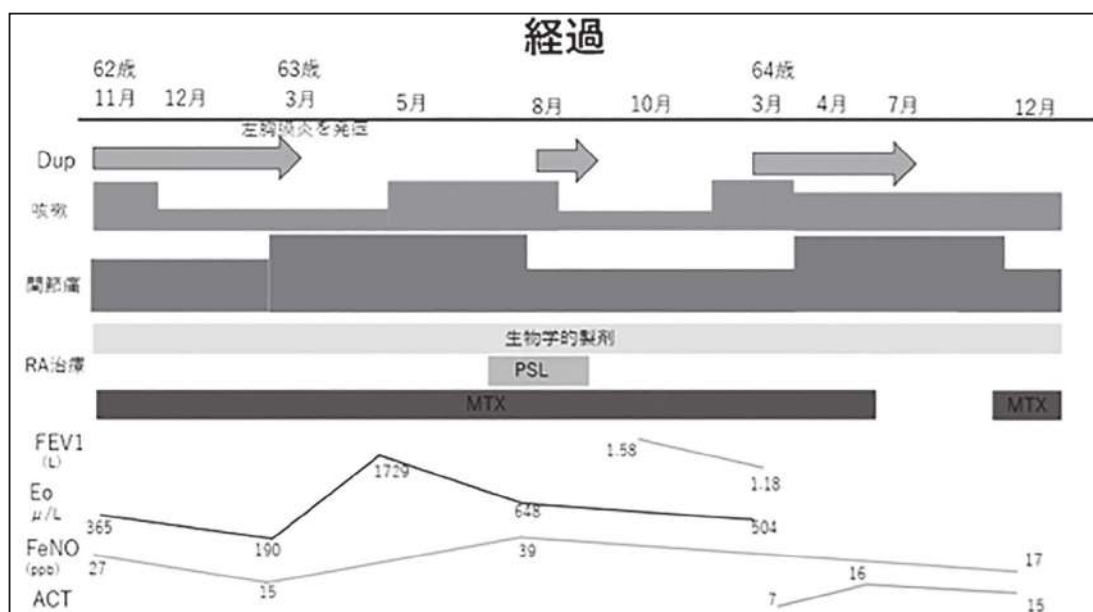


Fig. 1

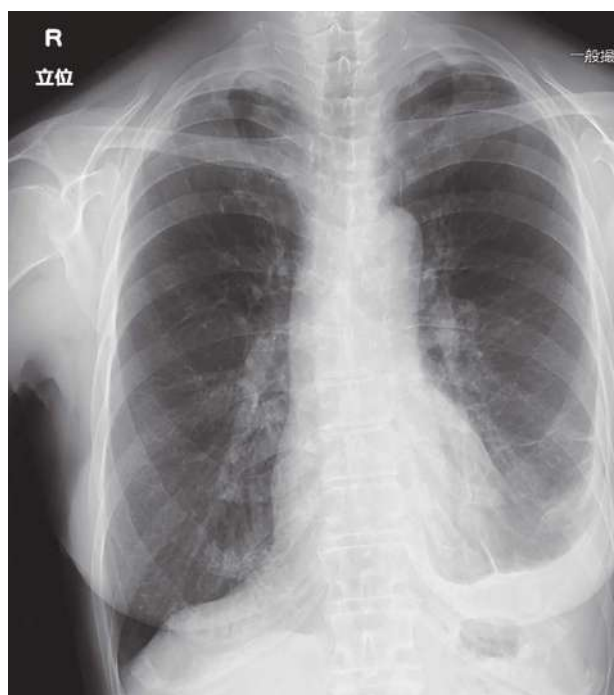


Fig. 2

悪化した。約4か月はデュピルマブの投与を継続したが関節症状の改善がないため中止した。中止後数か月で関節症状は改善した。生物学的製剤に対する効果を見るバイオマーカーについては、末梢血好酸球数は投与により低下、FeNOも投与後は低下していること、ACTも症状悪化時7点から投与に16点まで改善していることなどから生物学的製剤のデュピルマブの治療効果はみられたと

思われた。

### 考察

関節リウマチ (RA) は最も多い自己免疫疾患と言われ、人口の約1%が罹患しているとされる。関節外の症状では肺疾患を認めることがある。RA患者は、RAでない人と比較して約2倍の気管支喘息 (BA) の発生率であること<sup>1)</sup>、BA患者ではRAの発症リスクが高い (HR 1.33-1.42) との報告がある<sup>2)</sup>。

また入院したBA患者では, RAを合併していると入院死亡率, 増悪が多かったとの報告がある<sup>3)</sup>. 一般的にRAはTh 1細胞が, BAはTh 2細胞が主に関与しているとされ, RAとBAの合併患者では両者による炎症が同時に発生している可能性がある<sup>4)</sup>.

次に今回使用したデュピルマブと関節症状についてであるが, デュピルマブの作用機序はTh 2細胞やILC2から産生されたIL-4/IL-13を阻害するだけでなく, Th2細胞自体の産生や活性を抑制しType2炎症に関わるサイトカインの産生を抑制するといわれている. デュピルマブによる関節痛は5%未満とされるが, 他の生物学的製剤よりは多いとされる. 国内からの報告では, 多発関節炎を発症した症例<sup>5)</sup>, BAとアトピー性皮膚炎合併例にデュピルマブ使用後に腱附着部炎を発症した症例<sup>6)</sup>, 関節痛を伴う全身性エリテマトーデスを発症した症例<sup>7)</sup>などの報告が散見される. 本症例は1回目のデュピルマブ投与後(5か月間投与), 手関節痛の悪化, 左胸膜炎を発症した. 気管支喘息の症状は改善していたが, RAの悪化を疑われた. 2回目のデュピルマブ投与後(1か月間投与), 手関節痛は悪化なく気管支喘息の症状は改善. 3回目のデュピルマブ投与後(5か月間投与), 手関節痛が悪化した. 気管支喘息の症状は改善していたが, デュピルマブ投与中止後も手関節痛は持続したが改善した. 手関節痛の悪化の原因として, RAの悪化が疑われる. 理由としてIL-4の抑制がRAの炎症性関節炎にサイトカインであるIL-17の活性の増加が関与した可能性があると思われた. 他には患者のRAの治療に対してのコンプライアンスが不良であった可能性があり, そのために関節症状が悪化したかもしれない.

最後に, RAとBA合併例への生物学的製剤の使用についてであるが, 自己免疫疾患にはTh 1細胞, アレルギー疾患はTh 2細胞が主に関与しており, Th 1細胞とTh 2細胞は相互排他的で, 相互に制御し, バランスを保っている. 最近, 気管支喘息難治化において自己免疫の関与が報告されるようになっており重症例での自己抗体陽性率が軽症・中等症と比較して高いことが報告されている<sup>8)</sup>. Type 2炎症を呈する気管支喘息とRAを合併した症例に対してBAの治療に対する生物学的製剤の使用, 難治性RAと重症好酸球性BAに対してのRAとBAの生物学的製剤をどちらか一方でなく, 両者を併用することで両疾患のコントロールが可能となった症例の報告がある<sup>9)</sup>. RAやBAに対してどのような生物学的製

剤を使用するかは今後の課題である. RAの病因にTh17細胞からのサイトカインが関与しているとされ, TSLPはTh17細胞への分化誘導を促進する<sup>10)</sup>. 重症BAに使用されている抗TSLP抗体であるテゼベルマブはBAの治療だけでなく, RAの病態改善にも関与する可能性があり, 治療選択薬として検討してよいと思われた.

## 結 語

デュピルマブの投与でRAの悪化が疑われた1例を経験した. 生物学的製剤は治療効果を期待できるが, 副作用の出現にも注意が必要であり, どの薬剤を使用するか患者背景を含め検討することが重要である.

## 参考文献

- 1) Shen T, Lin C, Wei, C et al. The risk of asthma in rheumatoid arthritis: A population based cohort study. *QJM*. 2014;1047(6):435-442.
- 2) Charoenngam N, et al. Patients with asthma have a higher risk of rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Rheum*. 2020;50(5):968-976.
- 3) Y Luo, Xiaowen F, et al. Rheumatoid arthritis is associated with increased in-hospital mortality in asthma exacerbations: a nationwide study. *Clin Rheumatol*. 2018;37(7):1971-1976.
- 4) Scott M Matson, et al. Airway Disease in Rheumatoid Arthritis. *Ann Am Thorac Soc*. 2022;19(3):343-352.
- 5) 朝戸健ら. Dupilimab 開始後多発性関節炎を発症した好酸球性胃腸炎, 食物アレルギー, 好酸球性副鼻腔炎合併喘息の一例. *アレルギー*. 2023;72:1073.
- 6) 木村エレナ, 河瀬ゆり子ら. デュピルマブからウパダシチニブに変更後気管支喘息が再燃したアトピー性皮膚炎の1例. *皮膚科の臨床*. 2024;66:1659-1662.
- 7) Mari O, Naoko O, et al. Development of systemic lupus erythematosus after dupilumab treatment in a case of atopic dermatitis. *The Journal of Dermatology*. 2022;49(5):556-559.

- 8) 小林裕康ら . 症例からみた自己免疫疾患合併喘息の病態について . アレルギーの臨床 . 2023;43:124-130.
- 9) Hideyasu Y, Norihito H, Nobuyuki H, et al. A case of severe eosinophilic asthma and refractory rheumatoid arthritis well controlled by combination of IL-5R  $\alpha$  antibody and TNF  $\alpha$  inhibitor. Allergology International. 2019;68 (4) :536-538.
- 10) 福永興壱 . アレルギー用語解説 Tezepelumab (抗 TSLP 抗体) アレルギー . 2021;70:226-227.

# 本態性振戦と考えられていた 神経核内封入体病の 1 例

独立行政法人国立病院機構 沖縄病院 脳神経内科

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

## 要 旨

66 歳男性. 飲酒はビール 350mL×3 缶/日. 家族に神経疾患や類症はいない. 46 歳より頭頸部のふるえを自覚. 飲酒での改善はなかった. 本態性振戦と言われ経過をみていた. 60 歳ころより書字の際に手が震えることを自覚. 軽いものをもってても手がふるえるようになり, 周囲にもわかる程度まで手が震えるようになった. 徐々に日常生活で転倒がふえた. 近医を受診し本態性振戦が疑われたが, 頭部 MRI 検査で両側大脳白質に広範な T2 高信号, 拡散強調画像で両側前頭葉に皮髄境界に沿う形で異常信号領域を認めたため精査目的で当院へ紹介となった. 病歴聴取では何度も話が逸れた. 診察では脳神経で構音障害, 嚥下障害を認め, 運動系では明らかな筋力低下はなかった. 腱反射は四肢消失し病的反射は認めなかった. 感覚系では異常感覚はないが, 手袋靴下型で痛覚低下を認め, 下肢振動覚も低下していた. 座位, 立位で出現する頭部振戦と左手に姿勢時振戦を認めた. 協調運動は指鼻指試験, 膝踵試験, 回内回外試験とも左が拙劣であった. ロンベルグ試験は陰性, 歩隔は正常範囲であったが継ぎ足歩行は不安定であった. 自律神経系は正常であった. 多彩な神経症状を呈していたが, 頭部 MRI 検査の拡散強調画像は特徴的であり, 鹿児島大学に遺伝子検査を依頼した. 結果は *NOTCH2NLC* 遺伝子の GGC リピート配列の延長を認め, 神経核内封入体病 (neuronal intranuclear inclusion disease: NIID) と診断した. NIID は中枢神経や末梢神経をはじめ, 他の臓器の細胞核内にまでエオジン好性の核内封入体がみられる神経変性疾患である. 2019 年に原因遺伝子が *NOTCH2NLC* 遺伝子の GGC リピート配列の延長であることが明らかになった比較的新しい疾患概念であり, 臨床症状が多彩であるため精査されていない症例もあると思われる. 今回, NIID の症例を経験したので報告する.

キーワード: 神経核内封入体病, 本態性振戦, 拡散強調像で皮髄境界の高信号

## 症例報告

患者: 66 歳男性

主訴: 頭部および左上肢のふるえ

既往歴: 高血圧症, 脂質異常症

生活歴: アレルギーなし

喫煙歴: 10 本×46 年

飲酒: ビール 350mL×3 本

家族歴: 疎遠であり詳細不明

現病歴: 46 歳より頭頸部のふるえを自覚した. 飲酒での改善はなかった. かかりつけに相談し, 本態性振戦と言われ経過をみていた. 60 歳頃より書字の際に手が震え, 軽い物をもってても手がふるえるよう

になった. その後, 周囲にもわかる程度まで手が震えるようになった. 66 歳になり徐々に日常生活で転倒がふえた. 近医を受診し本態性振戦が疑われたが, 頭部 MRI 検査で両側大脳白質に広範な T2 高信号, 拡散強調画像で両側前頭葉に皮髄境界に沿う形で異常信号領域を認めたため精査目的で当院へ紹介となった.

身体所見: 身長 178cm, 体重 78.6 kg. 血圧 137/87 mmHg, 脈拍 55 回/分, 体温 36.5℃, SpO2 97% (室内気). 頭頸部, 胸腹部に明らかな異常なし.

神経学的所見: 意識清明ではあったが話が何度もそれた. 脳神経では構音障害と嚥下障害を認めたが舌

萎縮や線維束性収縮はなし。運動系では明らかな筋力低下は認めないが座位、立位で出現する頭部振戦と左手に姿勢時振戦を認めた。腱反射は四肢消失し病的反射は認めなかった。感覚系では異常感覚はないが、手袋靴下型で痛覚低下を認め、下肢振動覚も8/7秒と低下していた。協調運動は指鼻指試験、膝踵試験、回内回外試験とも左が拙劣であった。ロンベルグ試験は陰性、歩隔は正常範囲であったが継ぎ足歩行は不安定であった。自律神経系は正常であった。

主要な検査所見：心電図、胸部X線に異常は認

めなかった。ヘッドアップチルト試験（臥位）106/70mmHg, 脈拍 50 回 / 分, (立位) 99/66mmHg, 脈拍 53 回 / 分と明らかな血圧低下は認めなかった。血算, 生化学, FT4, TSH は正常であった。髄液検査では細胞数 3/5 個, 髄液蛋白 105.1mg/dL, IgG index:0.56 であった。神経伝導検査 (NCS) (Table 1) は上下肢とも運動神経伝導速度 (MCV), 感覚神経伝導速度 (SCV) の遅延があり, F 波潜時は延長していた。頭部 MRI 検査では全体的な脳萎縮に加えて, 大脳白質に広範な T2 高信号, 及び小脳傍虫部, 両側中小脳脚, 橋に T2 高信号を認めた (Fig.1)。また拡散強調画像 (DWI) では前頭葉を中心に皮髄

Table 1 神経伝導検査

	DL <sub>(msec)</sub>	CMAP <sub>(mV)</sub>	MCV <sub>(m/s)</sub>	F-lat <sub>(msec)</sub>	F-freq <sub>(%)</sub>	SNAP <sub>(<math>\mu</math>V)</sub>	SCV <sub>(m/s)</sub>
R.Median	5.0(<4.6)	4.4(>3.0)	44/57/28	34.5(<28.2)	100	18/5	36/46
R.Ulnar	4.0(<3.8)	7.3(>5.8)	41/47/44	38.5	—	10	39
R.Tibial	4.9(<5.7)	5.2(>4.3)	36	68.9	100	—	—
R.Sural	—	—	—	—	—	4.8	32

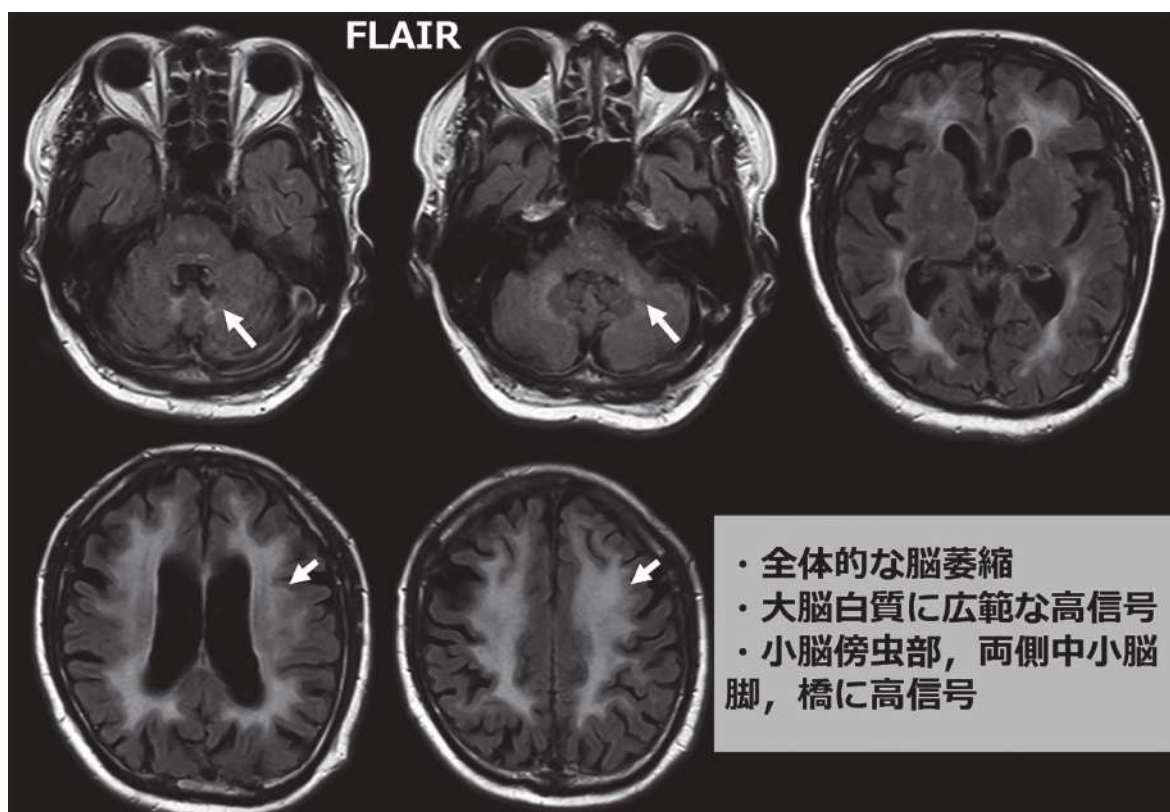


Fig. 1 頭部 MRI 検査 (FLAIR)

境界に高信号を認めた (Fig.2). 神経心理検査では MMSE26/30 点, FAB16/18 点であった.

**入院後経過:**本態性振戦 (essential tremor: ET) としてみられてきたが, 神経学的所見からは末梢神経障害とやや左優位の小脳性運動失調が疑われたために神経伝導検査や頭部 MRI 検査を施行したところ, 診察所見を支持する結果が得られた. 頭部 MRI 検査の小脳傍中部病変からは神経核内封入体病 (neuronal intranuclear inclusion disease: NIID), 脆弱 X 関連振戦 / 運動失調症候群 (FXTAS), 歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症が鑑別にあがった. また, DWI の皮髄境界の高信号からも NIID と FXTAS が鑑別にあがったために遺伝子検査を行った. 遺伝子検査の結果, *NOTCH2NLC* 遺伝子の GGC リピート配列の異常伸長 (93 回) を認め NIID と診断した.

### 考 察

本症例は, 20 年間にわたり ET と思われていたが, 治療抵抗性の振戦と振戦以外の神経学的所見および特異な頭部 MRI 所見を契機に再評価され, 最終的に NIID と診断された一例である.

NIID は皮質・白質, 脳幹, 小脳, 中枢および末梢神経を含む多領域に核内封入体を伴う神経変性疾患

である. 成人発症例では, 振戦, 運動失調, 認知障害, 自律神経障害など多彩な症候を呈し, 発症形式は多様である (Table2)<sup>1,2)</sup>. なかでも, 頭部 MRI 検査で見られる皮髄境界に沿った拡散強調画像 (DWI) での遷延する高信号 (ribbon sign) が特徴的で, FLAIR 画像の前頭葉を中心としたびまん性白質病変, 小脳傍虫部の高信号 (paravermal sign) も高頻度で見られると報告 (Table2) されている<sup>2)</sup>. 本症例でもこれらの典型所見が認められたため遺伝子検査を行うきっかけになった.

NIID の診断基準は明示されていないが確定診断には, 皮膚生検による核内封入体の同定と, *NOTCH2NLC* 遺伝子の GGC リピート伸長の検出が重要である. *NOTCH2NLC* 遺伝子はヒト特有の遺伝子で脳を大きく成長させるために必要な遺伝子といわれている<sup>3)</sup>. 近年の研究では, *NOTCH2NLC* 遺伝子の異常は, ヒト特有の遺伝子における非翻訳領域 (5'UTR) でのリピート伸長により, RNA 毒性あるいは封入体形成を誘導すると考えられている<sup>4,5)</sup>. 本症例では, 93 回の GGC リピート伸長が確認され, NIID の診断に至った.

NIID の鑑別診断として重要なのは, 脆弱 X 関連振戦・運動失調症候群 (FXTAS) である. FXTAS は, *FMR1* 遺伝子の CGG リピート中程度伸長 (55-200

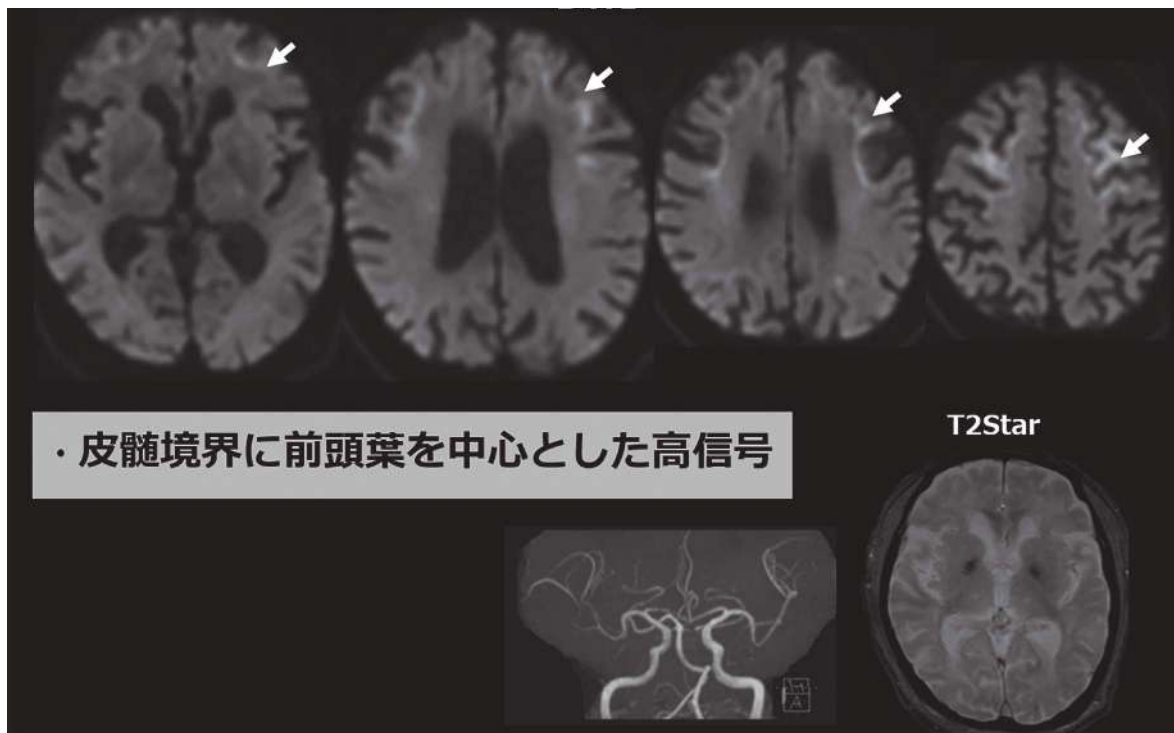


Fig. 2 頭部 MRI 検査 (拡散強調画像 DWI)

Table 2 成人発症 NIID の臨床像<sup>(4)</sup> 改変)

臨床症状	頻度 (%)	検査	頻度 (%)
もの忘れ	78.7	頭部MRI 白質脳症	97.1
縮腫	49.5	DWI U-fiber高信号	97.8
膀胱機能障害	43.0	脳室拡大	84.2
失調	42.5	脳血流SPECT 大脳皮質低還流	90.1
四肢筋力低下	38.8	高次脳機能 MMSE(<24)	48.3
意識障害	33.6	FAB(<15)	78.7
感覚障害	30.1	CK 男>260, 女>170	16.4
⋮		髄液 細胞数(>5/mm <sup>3</sup> )	13.0
⋮		蛋白(>45mg/dL)	63.5
振戦	17.4	NCS MCV遅延	94.2
		CMAP低下	25.8
		SCV遅延	70.8
		SNAP低下	25.8

リピート)により発症し,成人男性に好発する。MRIでは中小脳脚の高信号を認め,振戦・運動失調・認知機能障害など臨床症状はNIIDと非常に類似しており<sup>6)</sup>,最終的には本症例のように遺伝子検査が必要になる。

本症例で鑑別にあがったETは65歳以上の約10%が罹患<sup>7)</sup>していると言われていたほど,比較的多くみられる疾患である。国際パーキンソン病・運動障害学会の分類基準では,3年以上の持続的な対称性振戦,他の神経所見の欠如,明確な原因疾患の除外が求められる<sup>8)</sup>。本症例では丹念な神経診察により振戦以外の神経学的所見を認めたことが精査をしていくきっかけとなったため改めて神経診察の重要性が示された症例でもある。しかしながら,近年ではETとされていた症例の一部に遺伝子異常を有する神経変性疾患が含まれていたことが報告されており,なかでもNIIDとの鑑別が注目されている<sup>9)</sup>。ETと診断された症例のコホート研究において,NOTCH2NLC遺伝子に47-53回の中間域GGCリピートを有する症例が報告されている<sup>10)</sup>。このことから,ETの一部はNIIDまたはNIID類縁疾患の表現型の一環である可能性があり,今後,分類の再構築が必要になるかもしれない。

本症例は,多彩な神経徴候,頭部MRI検査所見,末梢神経障害といった様々な要因からNIIDが疑われ,遺伝子検査により診断に至った。経過の中で神

経症状の進展がみられる場合や治療反応性が乏しい振戦例において,NIIDを含む神経変性疾患の可能性を常に意識し,早期の画像評価および遺伝学的検査を検討すべきである。

謝辞:本症例の遺伝子検査にご協力くださいました鹿児島大学大学院医歯学総合研究科脳神経内科・老年病学安藤匡宏先生,高嶋博先生に深謝します。

#### 参考文献

- 1) Sone J, Mori K, Inagaki T, et al. Clinicopathological features of adult-onset neuronal intranuclear inclusion disease. *Brain*. 2016; Dec139:3170-3186.
- 2) Sone J. Neuronal intranuclear inclusion disease (NIID). *Rinsho Shinkeigaku*. 2020; 60: 653-662.
- 3) Suzuki IK, Gacquer D, Van Heurck R, et al. Human-Specific NOTCH2NLC Genes Expand Cortical Neurogenesis through Delta/Notch Regulation. *Cell*. 2018;173(6):1370-1384. e16.
- 4) Liu Q, Zhang K, Kang Y, et al. Expression of expanded GGC repeats within NOTCH2NLC causes behavioral deficits and neurodegeneration in a mouse model of neuronal intranuclear inclusion disease. *Sci*

- Adv. 2022;8(47):eadd6391.
- 5) Yu J, Liufu T, Zheng Y, et al. CGG repeat expansion in NOTCH2NLC causes mitochondrial dysfunction and progressive neurodegeneration in Drosophila model. Proc Natl Acad Sci U S A. 2022;119(41):e2208649119.
  - 6) Leehey MA. Fragile X-associated tremor/ataxia syndrome: clinical phenotype, diagnosis, and treatment. J Investig Med. 2009;57(8):830-836.
  - 7) Moghal S, Rajput AH, Meleth R, D'Arcy C, Rajput R. Prevalence of movement disorders in institutionalized elderly. Neuroepidemiology. 1995;14(6):297-300.
  - 8) Bhatia KP, Bain P, Bajaj N, et al. Consensus Statement on the classification of tremors. from the task force on tremor of the International Parkinson and Movement Disorder Society. Mov Disord. 2018;33(1):75-87.
  - 9) Ng ASL, Lim WK, Xu Z, et al. NOTCH2NLC GGC Repeat Expansions Are Associated with Sporadic Essential Tremor: Variable Disease Expressivity on Long-Term Follow-up. Ann Neurol. 2020;88(3):614-618.
  - 10) Sun QY, Xu Q, Tian Y, et al. Expansion of GGC repeat in the human-specific NOTCH2NLC gene is associated with essential tremor. Brain. 2020;143:222-233.

# EWS 充填術で気管支瘻を閉鎖後、 保存的治療で治癒しえたADL不良の有瘻性膿胸の1例

独立行政法人 国立病院機構 沖縄病院 外科

川畑 大樹, 饒平名 知史, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範

## 要 旨

症例は70歳, 男性. 右肺炎および右膿胸の診断で前医にて抗生剤および胸腔ドレナージによる保存的治療が行われたが, 改善が得られず当院へ転院となった. 転院初日から air leak を認め, 胸部CTと合わせ有瘻性膿胸の診断となった. 転院翌日から leak は連続性へ増悪し両側肺炎を発症, 入院4日目に急性呼吸窮迫症候群 (ARDS) を発症したが広域抗生剤およびステロイド投与で呼吸状態は改善した. 保存的治療では air leak の改善は得られず, ADL および栄養状態は不良で開窓術を行うにはリスクが高いと判断し, 全身麻酔下軟性気管支鏡下 EWS 充填術で気管支瘻の閉鎖を試みることにした. CT で気管支瘻の責任気管支を推定し, 3Fr フォガティカテーテルによる閉塞試験で責任気管支を同定した後, 計2回の EWS 充填術を行い気管支瘻を閉鎖した. 膿胸に対しては胸腔ドレーンを用いた胸腔内洗浄を行い, 胸水培養検査陰性を確認後, 入院44日目に胸腔ドレーンを抜去した. 入院45日目にリハビリ目的で紹介元の医療機関へ転院, 転院後21日目に独歩退院した.

## はじめに

膿胸の治療には胸腔内の無菌化が重要であり, 保存的治療では抗生剤投与と胸腔ドレナージやドレーンを利用した胸腔内洗浄により胸腔内の無菌化を図る. しかし, 有瘻性膿胸は健側肺の吸い込み肺炎を生じるため, 胸腔内洗浄は行えず, 開窓術などの手術治療が検討されることも多い. また高齢患者や全身状態不良例ではそもそも手術治療が困難であることも多く, しばしば治療に難渋する. 我々は, 高齢かつ全身状態不良の有瘻性膿胸に対し複数回の Endobronchial Watanabe Spigot (EWS) 充填により気管支瘻を閉鎖後, 保存的治療で治癒しえた膿胸の1例を経験したので報告する.

## 症 例

症例: 70歳, 男性.

主訴: 発熱, 呼吸困難感.

既往歴: 高血圧, 薬剤性低 Na 血症.

現病歴: 入院前のADLは自立していた. 発熱と呼吸困難感を自覚し前医へ救急搬送となり, 右膿胸, 両側肺炎の診断で点滴抗生剤投与および胸腔ドレナ-

ジによる保存的治療が開始された. 抗生剤投与と胸腔ドレナージによる保存的治療は1週間継続されたが, 臨床症状や画像所見でも改善に乏しく, 手術治療も視野に当院へ紹介転院となった.

生活歴: 喫煙: 18-70歳, 20本/日

飲酒: 泡盛1-2合/日

入院時現症: 身長165cm, 体重54kg, BMI18.2, 血圧113/72mmHg, 体温36.3℃, 脈拍89回/分整, 呼吸数18回/分, SpO<sub>2</sub> 95% (酸素4L/分).

Performance Status (ECOG): 3

呼吸音: 右側で減弱を認めたが, その他特記所見は認めなかった.

血液生化学検査: WBC 9300 / $\mu$ L, Hb 8.4 g/dL, CRP 9.34 mg/dL, Alb 1.3 g/dL と炎症反応値上昇, 貧血および低栄養を認めた.

右胸腔ドレーン所見: 膿性排液とともに連続性のリークを認めた.

胸水培養検査 (入院時): Streptococcus consellatus を検出した.

12誘導心電図: 洞調律, 心拍数71回/分, 右軸偏位を認めた.



Fig. 1 入院時胸部単純写真  
両側肺野の透過性低下を認めた。



Fig. 2 入院時胸部単純 CT 所見  
右肺下葉の虚脱、内部に膿瘍を疑う液体貯留を認め、左肺には consolidation と左胸水を認めた。

胸部単純 X 線写真 (Fig.1) : 両側肺野の透過性低下を認めた。

胸部 CT 検査所見 (Fig.2) : 右肺下葉の虚脱、内部に膿瘍を疑う液体貯留を認め、左肺に consolidation と左胸水を認めた。

経過 : 当院転院後、右肺化膿症、右有癭性膿胸、両側肺炎と診断したが、ADL 不良かつ低栄養を認め、有癭性膿胸に対する全身麻酔下処置は困難と判断し、右胸腔ドレナージおよびスルバシリンの投与を継続した。入院 4 日目に ARDS へ進行したが、ステロイドおよびメロペネムの投与を開始し全身状態の改善を得た。胸部 CT 再検を行い、気管支瘻の責任気管支として右 B<sup>7</sup>, B<sup>9</sup>, B<sup>10</sup>, B<sup>\*</sup>が疑われたが、亜区域支レベルでの同定は困難であった (Fig.3)。入院 22 日目に胸水培養から *Corynebacterium* 属が検出されたため、感受性の結果からバンコマイシンの投与を追加した。入院 25 日目に全身麻酔下に EWS 充填術を行うこととし、3Fr フォガティカテーテルにて気管支閉塞試験を施行後 (Fig.4), B<sup>9a</sup>, B<sup>9b</sup>, B<sup>10a</sup>, B<sup>10b</sup>, B<sup>\*</sup>を責任気管支と判断し、それぞれに S サイズの EWS を 1 個ずつ充填した (Fig.5)。充填後にリーク消失を確認し手技を終了したが、翌日にリーク再燃を認めた。胸部レントゲンでは EWS の逸脱は認めなかったが、術前の CT で疑われた B<sup>7</sup> も責任気管支と判断し、入院 32 日目に 2 回目の EWS 充填術 (B<sup>7a</sup>, B<sup>7b</sup> に S サイズをそれぞれ 1 個, B<sup>7</sup> 入口部に M サイズを 1 個充填) を施行したところ、リークの消失を確認した (Fig.6)。その後リークの再燃は認めず、入院 34 日目から温生理食塩水 1000ml/日



Fig. 3 胸部単純 CT 所見  
右 B<sup>7</sup> (A), 右 B<sup>\*</sup> (B), 右 B<sup>9</sup> (C), 右 B<sup>10</sup> (D) に気管支瘻を認めた。

胸腔内洗浄を行った。胸水培養陰性化を確認後、入院 42 日目に胸腔ドレナージを抜去した。リハビリ目的に入院 46 日目に前医へ転院となった。なお、メロペネムおよびバンコマイシンは入院 46 日目の転院日まで投与した。

## 考 察

有癭性膿胸の治療には気管支瘻の閉鎖が必要であ

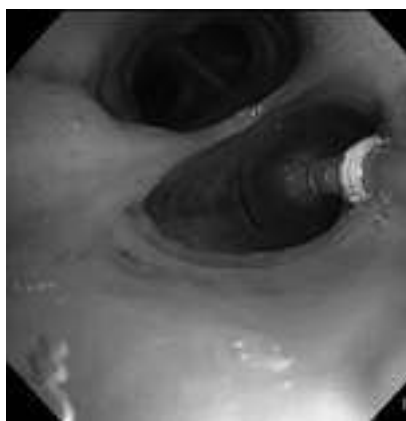


Fig. 4 気管支閉塞試験  
3Fr フォガティカテーテルにて標的気管支を閉塞し、責任気管支を同定した。

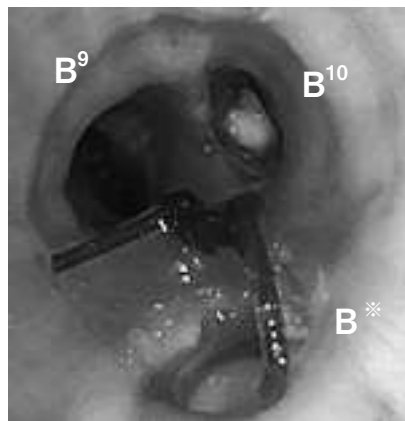


Fig. 5 EWS 充填術 (1 回目)  
右 B<sup>9</sup>a, B<sup>9</sup>b, B<sup>10</sup>a, B<sup>10</sup>b, B<sup>\*</sup>にそれぞれ S サイズの EWS を 1 個ずつ充填した。

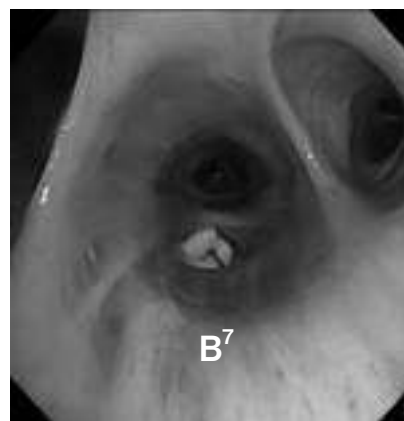


Fig. 6 EWS 充填術 (2 回目)  
B7a, B7b に S サイズの EWS を 1 個ずつ, B7 入口部に M サイズの EWS を 1 個充填した。

り、抗生剤治療と胸腔ドレナージのみでは治療困難なことが多い。そのため外科的な開窓術が考慮されるが、侵襲の面から全身状態不良例や高齢患者においては困難なことが多くしばしば治療に難渋する。近年、有癭性膿胸や難治性気胸に対し EWS による気管支充填術で気管支瘻を閉鎖し得たとの報告がなされている<sup>1-4)</sup>。

EWS による気管支瘻閉鎖には責任気管支の同定が必須であり、胸部 CT、バルーンカテーテルによる閉塞試験、胸腔造影、色素注入法が有効であるとの報告がされている<sup>5)</sup>。当科では胸部 CT で責任気管支を推定し、3Fr フォガティカテーテルを用いて選択的に気管支を閉塞し、リークが減少あるいは停止するかを確認することで責任気管支を同定している。

標的気管支への EWS 充填方法について様々な方法が考案されており<sup>6)</sup>、EWS 本体を把持鉗子で把持しながら、標的気管支へ押し当てて充填する方法が用いられることが多いが、当院では EWS の本体をキュレット鉗子の先端へ差し込み、キュレット鉗子の操作で標的気管支へ充填する、キュレット法を主に用いている。

キュレット法は以下の手順で行っている。

- 1) EWS 本体に対し、把持用突起部分の直下に、18G の注射針を用いて 3 mm の深さに切れ込みを入れる。
- 2) 気管支鏡にキュレット鉗子を通し、先の 1) の操作で作成した EWS の切れ込み部分にキュレット鉗子の先端を末梢側のヒンジ(関節部分)まで刺し込む。

- 3) そのまま標的気管支の入口部まで、キュレット鉗子を屈曲および回転させながら誘導する。
- 4) 入口部に EWS を充填後、キュレット鉗子を伸展させ、気管支鏡の先端で押し込みながらキュレット鉗子を引き抜く。
- 5) その後、EWS が抜けられないよう、鰐口鉗子などで EWS を押し込む。

EWS の治療成功率について、Himeji らは難治性気胸、有癭性膿胸、術後遷延性肺瘻に対し EWS 充填術を施行した 21 例のうち、EWS のみでの肺瘻停止を 6 例、リーク量の大幅な減少を 13 例で確認したと報告している<sup>7)</sup>。

また、リーク量の大幅な減少を確認した 13 例は、胸膜癒着術やフィブリングルー気管支内充填を追加した結果、12 例でドレーン抜去が可能となり、EWS の治療奏率は 85.7% (18 例/21 例)であった<sup>7)</sup>。続いて、気管支瘻閉鎖までに要した EWS 充填術の施行回数に関しては、Himeji らは同対象 21 例の検討で、EWS の平均施行回数は 1.94 回、平均挿入個数は 6.5 個、<sup>7)</sup> また Asano らは 26 例の検討で、1 回目の充填術後に 8 例の再燃症例を認め、その内 5 例は複数回の充填で治療効果を得た、と報告している<sup>8)</sup>。本症例では 1 回目の EWS 充填術の際、気管支閉塞試験によって責任気管支として同定された亜区域支を全て充填することで、リーク停止を得たが、翌日にリーク再燃を認めた。これは Kohn 孔の存在や、術前に疑われていた B<sup>7</sup> の気管支瘻が 1 回目の手技による浮腫や痰閉塞などで一時的に閉鎖された

が、その後の浮腫改善や痰排出などで再開通したことが要因と考えられた。EWS 充填術は比較的侵襲であるが、1 回の手技で治療が完遂する訳ではなく、複数回の手技が必要になる可能性があることを術前に十分に説明した方がよいと考えられる。

また、EWS の留置期間については閉塞性肺炎を生じるリスクから、充填後 3 か月で抜去することを推奨する報告もあるが、<sup>1)</sup> 10 年以上にわたり合併症なく良好に経過している報告もあり、<sup>9)</sup> 抜去基準に関しては一定の見解は得られていない。本症例は有害事象がなかった為、留置継続のまま経過観察し転院としたが、当院退院後 10 ヶ月経過した現在、有害事象は認められていない。

## 結 語

高齢で全身状態不良の有瘻性膿胸に対し、EWS 充填術で気管支瘻を閉鎖し、抗生剤投与とドレナージで治癒しえた 1 例を経験した。

## 参考文献

- 1) Watanabe Y, Komoto R, Tamaoki A, et al. Bronchial occlusion. J Jpn Soc Bronchol. 2003; 25: 704-708.
- 2) 松田英祐, 田中俊樹, 田尾裕之, ほか. 有瘻性膿胸に対するシリコン製気管支充填材長期留置の経験. 胸部外科. 2016; 69: 352-355.
- 3) 星史彦, 羽隅透, 川村昌輝, ほか. Endobronchial Watanabe Spigot による気管支充填術にて治療した有瘻性膿胸の一例. 日呼外会誌. 2016; 30: 899-904.
- 4) Sakugawa M, Nishii K, Fukamatsu N, et al. EWS. J Jpn Soc Respir Endoscopy. 2014; 36: 538-541.
- 5) Kida H. EWS (Endobronchial Watanabe Spigot). J Jpn Soc Respir Endoscopy. 2019; 41: 646-651.
- 6) 足立泰志, 坂口泰人, 西岡憲亮, ほか. Two-loop cable car 法によって Endobronchial Watanabe Spigot を誘導し気管支瘻孔を治療した術後有瘻性 MRSA 膿胸の 1 例. 気管支学. 2024; 43: 426-430.
- 7) Himeji D, Tanaka G, Fukuyama C, et al. Clinical Evaluation of Endoscopic Bronchial Occlusion with an Endobronchial Watanabe Spigot for the Management of Intractable Pneumothorax, Pyothorax with Bronchial Fistula, and Postoperative Air Leakage. Intern Med. 2020; 59: 1835-1839.
- 8) 浅野久敏, 荒川智嗣, 野田祐基, ほか. Endobronchial Watanabe Spigot (EWS) により 外科治療を回避できた有瘻性膿胸の 2 症例. 気管支学. 2021; 43: 56-59.
- 9) Kaneda H, Minami K, Nakano T, et al. Efficacy and long term clinical outcome of bronchial occlusion with endobronchial Watanabe spigots for persistent air leaks. Respir Investig. 2015; 53: 30-36.

# A Case of Empyema with Bronchopleural Fistula and Poor Activities of Daily Living Successfully Treated Conservatively Following Bronchial Occlusion Using Endobronchial Watanabe Spigot

NHO Okinawa National Hospital  
Department of Surgery

Hiroki Kawabata, Tomofumi Yohena, Hironobu Hoshino, Shoko Nakasone, Hidenori Kawasaki

## Abstract

The patient was a 70-year-old male. He was diagnosed with right pneumonia and empyema was treated conservatively with antibiotics and thoracic drainage at his previous hospital, but his condition did not improve, so he was transferred to our hospital. On the first day of his transfer, an air leak was observed, and based on the chest CT findings, we diagnosed empyema with bronchial fistula. On the day after transfer, his air leak worsened continuously, resulting in the development of bilateral pneumonia. On the fourth day of hospitalization, he developed acute respiratory distress syndrome (ARDS), but his respiratory condition improved following administration of broad-spectrum antibiotics and corticosteroids. His air leak did not improve with conservative treatment, and he was considered high risk for open-window thoracostomy because his ADL and nutritional status were poor. Therefore, we decided to attempt to close his bronchial fistula by bronchoscopic insertion of the EWS under general anesthesia. The responsible bronchus for the bronchial fistula was estimated by CT, after identifying the responsible bronchus by an occlusion test using a 3Fr Fogarty catheter, and closed the bronchial fistula with a total of two EWS filling procedures. For empyema, intrapleural lavage using a thoracic drain was continued, after a negative pleural fluid culture test was confirmed, his thoracic drain was removed on the 44th day of hospitalization. On the 45th day of hospitalization, he was transferred to the referring hospital for rehabilitation. On the 21st day after his rehabilitation transfer, he was discharged home.

Key word : EWS, 有癭性膿胸

# 国立病院機構沖縄病院業績集 (2024 年度)

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
<b>呼吸器内科</b>		
<b>論文</b>		
Prospective observational study to explore genes and proteins predicting efficacy and safety of brigatinib for ALK-gene rearranged non-small-cell lung cancer: study protocol for ABRAID study (WJOG11919L)	Ther Adv Med Oncol . 2024 Jan 27	Ozawa Y,Koh Y,Hase T, <u>Chibana K</u> ,Kaira K,Okishio K,Ichihara E,Murakami S,Shimokawa M,Yamamoto N
Identification of exhaled volatile organic compounds that characterize asthma phenotypes: A J-VOCSA study	Allergology International . 2024 Oct;73(4):524-531.doi: 10.1016/j.alit.2024.04.003. Epub 2024 Apr 24.	Suzukawa M,Ohta K,Sugimoto M,Ohshima N,Kobayashi N,Tashimo H,Tanimoto Y,Itano J,Kimura G,Takata S,Nakano T,Yamashita T,Ikegame S,Hyodo K,Abe M, <u>Chibana K</u> ,Kamide Y,Sasaki K,Hashimoto H
Clinical features of and severity risk factors for COVID-19 in adults during the predominance of SARS-CoV-2 XBB variants in Okinawa, Japan	PLoS One . 2024 Oct 31;19(10)	Ideguchi S,Miyagi K,Kami W,Tasato D, <u>Higa F</u> ,Maeshiro N,Nagamine S,Nakamura H,Kinjo T,Nakamatsu M,Haranaga S,Tokushige A,Ueda S,Fujita J,Yamamoto K
気管支喘息を背景に無気肺として経過観察中に診断された肺腺癌の一例	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44 巻 Page37-41(2024.09) 2024/9/15-1/0	大湾 勤子, 星野 浩延, 大城 康二, 熱海 恵理子, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 知花 賢治, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 照屋 宏充
当院におけるニボルマブ + イピリムマブ併用療法の治療効果および有害事象についての検討 (原著論文)	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44 巻 Page33-36(2024.09) 2024/9/15-1/0	兼久 梢, 知花 賢治, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子
非線維性過敏性肺炎の原因抗原の一つとして沖縄そばの打ち粉の可能性が考えられた 1 例 (原著論文)	日本呼吸器学会誌 (2186-5876)13 巻 6 号 Page287-291(2024.11) 2024/11/1-1/0	比嘉 真理子, 大湾 勤子, 比嘉 慧, 具志堅 弘樹, 久田 友哉, 知花 賢治
日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2024 作成委員会 編集. 成人肺炎診療ガイドライン 2024	メディカルレビュー社 ;2024. 2024/4/1-1/0	迎寛, 今村 圭文, 小宮 幸作, 志馬 伸朗, 進藤 有一郎, 千田 一嘉, 高橋 洋, 塚田 弘樹, 寺本 信嗣, <u>比嘉 太</u> , 堀田 信之, 松本 哲哉, 丸山 貴也, 三木 誠, 宮下 修行, 矢寺 和博, 柳原 克紀, 山本 善裕, 吉田 雅博
レジオネラ肺炎 (解説)	呼吸器内科 (1884-2887)46 巻 4 号 Page396-400(2024.10) 2024/10/1-1/0	比嘉 太

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
RSV 感染症診療の手引き	日本感染症学会雑誌 98 巻 supplement 1 2024/10/5-1/0	三嶋 廣繁, 多屋 馨子, 浅井 信博, 川名 敬, 倉井 大輔, 小宮 幸作, 高園 貴弘, 高橋 洋, 南宮 湖, 比 嘉 太, 宮入 烈, 柳原 克紀, 山岸 由佳
結核の概要と国際疾病分類 (解 説)	診療情報管理 (1883-7972)36 巻 2 号 Page3-10(2024.08) 2024/8/1-1/0	藤田 香織
「新型コロナから学んだもの」 社会的存在を実感	琉球新報 女性たち発うちな一 語らな 2024/10/20-1/0	大湾 勤子
「わたしたちの選択が将来を作 る」 関心を持って行動したい	琉球新報 女性たち発うちな一 語らな 2024/11/17-1/0	大湾 勤子
「働きやすい職場環境」 共同参 画が言動力に	琉球新報 女性たち発うちな一 語らな 2024/12/15-1/0	大湾 勤子
「健康の秘訣は歩くこと」 生活 に運動を取り込む	琉球新報 女性たち発うちな一 語らな 2025/1/19-1/0	大湾 勤子
「寒さと身体の反応」 意識した い呼吸の効用	琉球新報 女性たち発うちな一 語らな 2025/2/16-1/0	大湾 勤子
「人生会議 (ACP) の重要性」 将 来への備えを共有する	琉球新報 女性たち発うちな一 語らな 2025/3/16-1/0	大湾 勤子

### 学会発表

当院におけるニボルマブ + イピ リムマブ併用療法の有害事象に ついての検討	第 64 回日本呼吸器学会学術講演 会 2024/4/5-4/7 神奈川	兼久 梢, 知花 賢治, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香 織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 山本 和子
当院の肺癌症例に対して 1 次治 療で免疫チェックポイント阻害 薬 (ICI) を使用した免疫関連有害 事象 (irAE) の検討	第 64 回日本呼吸器学会学術講演 会 2024/4/5-4/7 神奈川	知花 賢治, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香 織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 熱海 恵理子
当院における EGFR 遺伝子変異 陽性肺癌に対する治療の検討	第 64 回日本呼吸器学会学術講演 会 2024/4/5-4/7 神奈川	久田 友哉, 兼久 梢 比嘉 真理子 名嘉山 裕子 知花 賢治 仲本 敦 比嘉 太 大湾 勤子
呼吸器疾患およびセルフマネジ メントに関する WHO 国際統計分 類の活用について	第 64 回日本呼吸器学会学術講演 会 2024/4/5-4/7 神奈川	藤田 香織
当院の 80 歳以上の結核入院患者 における COVID-19 流行前後で の検討	第 99 回日本結核・非結核性抗酸 菌症学会学術講演会 2024/5/31-6/1 長崎	比嘉 真理子, 大湾 勤子, 名嘉山 裕子, 知花 賢治, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太
コロナ感染拡大下における若年 者肺結核についての検討	第 99 回日本結核・非結核性抗酸 菌症学会学術講演会 2024/5/31-6/1 長崎	名嘉山 裕子, 比嘉 真理子, 知花 賢治, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤 子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
肺炎・間質性肺炎様の陰影を呈した EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の一例	第 136 回沖縄県医師会医学総会 2024/6/9 南風原町	久田 友哉, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 知花 賢治 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子
線毛機能不全症候群の 1 例	第 136 回沖縄県医師会医学総会 2024/6/9 南風原町	名嘉山 裕子, 比嘉 真理子, 兼久 梢, 久田 友哉, 知花 賢治, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子
縦隔リンパ節腫脹による気道狭窄で離島からの救急ヘリ搬送となり, 救命できた肺腫瘍の 2 例	第 47 回日本呼吸器内視鏡学会学術集会 2024/6/27-6/28 大阪	知花 賢治, 久田 友哉, 比嘉 太, 大湾 勤子
結核診療と国際統計分類	第 50 回日本診療情報管理学会学術大会 2024/8/21-8/24 福岡	藤田 香織
「本邦への ICD-11 導入に関するアンケート」結果報告と課題整理	第 50 回日本診療情報管理学会学術大会 2024/8/21-8/24 福岡	藤田 香織
多発気管内腫瘍を呈した悪性リンパ腫の一例	第 93 回日本呼吸器学会・日本結核非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会九州支部 秋季学術講演会 2024/10/11-10/12 福岡	久田 友哉, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 知花 賢治, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子
高齢者肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の使用経験	第 93 回日本呼吸器学会・日本結核非結核性抗酸菌症学会・日本サルコイドーシス/肉芽腫性疾患学会九州支部 秋季学術講演会 2024/10/11-10/12 福岡	知花 賢治, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子
外来健診業務 (海外渡航診断書他 検診・健診業務等) の運用カイゼン～「誰に聞いたらいいかかわからない」を無くす～	第 78 回国立病院機能医学会 2024/10/18-10/19 大阪	藤田 香織, 西濱 るみ子, 藤村 あずさ, 長岡 徹哉, 仲里 衣生, 大湾 勤子
沖縄病院における EGFR 遺伝子変異陽性非小細胞肺癌に対するエルトチニブ+ラムシルマブの使用経験	第 137 回沖縄県医師会医学会総会 2024/12/8 南風原町	兼久 梢, 知花 賢治, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 山本 和子
健診契機に判明したアレルギー性気管支肺真菌症 (ABPM) の 1 例	第 65 回日本肺癌学会九州支部学術集会・第 48 回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会 2025/2/8-2/9 福岡	兼久 梢, 知花 賢治, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 山本 和子
混合型小細胞癌術後に定期的な PET-CT 検査で, 2 度早期に転移病変を切除できた 1 例	第 65 回日本肺癌学会九州支部学術集会・第 48 回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会 2025/2/8-2/9 福岡	知花 賢治, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太, 大湾 勤子, 熱海 恵理子
生物学的製剤使用により関節リウマチの悪化が疑われた 1 例	第 7 回日本アレルギー学会九州・沖縄支部地方会 2025/2/22 長崎	知花 賢治, 兼久 梢, 比嘉 真理子, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 藤田 香織, 仲本 敦, 比嘉 太
診断に難渋した肺節外性 NK/T 細胞リンパ腫の 1 例	第 94 回日本呼吸器学会・日本非結核性抗酸菌症学会九州支部春季学術講演会 2025/3/8 福岡	比嘉 真理子, 大湾 勤子, 兼久 梢, 久田 友哉, 名嘉山 裕子, 知花 賢治, 仲本 敦, 比嘉 太, 山本 和子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
<b>講演会・他</b>		
" 肺がん二次治療以降におけるアブラキサンの役割とCINVマネジメントについて考える " ディスカッション	沖縄肺がんカンファランス 2024 2024/10/3	久田 友哉
" 高齢者肺がんにおけるベストプラクティスを考える " パネリスト	第 4 回 うちなー肺がんカンファレンス 2024/11/13	久田 友哉
沖縄病院でのKRAS G12C陽性患者とルマケラス使用経験	LUMAKERAS Lung Cancer Seminar 2024/11/29	久田 友哉
高齢者肺がんの診療について～当院の免疫チェックポイント阻害薬の使用経験から	Lung Cancer Semina 2024/6/7 浦添市	知花 賢治
肺がん診療ガイドラインからみた免疫チェックポイント阻害薬の使用と位置づけ	第 4 回 離島肺がん Semina 2024/9/27 宮古島	知花 賢治
session 「ガイドラインからみた COPD の診断と治療、全身併存症」 discussion 「離島の肺と心臓の治し方」	第 2 回 先島呼吸器疾患ネットワーク 2024/10/23 宮古島	知花 賢治
間質性肺疾患疑い患者さんのご紹介ポイントについて	沖縄間質性肺疾患セミナー 2024/11/19 宜野湾市	知花 賢治
session 「プライマリケア医に知ってほしい COPD ～呼吸器内科の立場から～」 discussion 「COPD 患者、いつ専門医に紹介するか」	第 1 回 先島呼吸器疾患ネットワーク 2024/12/1 宮古島	知花 賢治
沖縄病院における肺がん化学療法について	第 22 回 胸部レントゲン勉強会 学術講演会 2025/1/31 浦添市	知花 賢治
緩和医療について -いのちの現場でとまどう-	2024 年度 宜野湾がねこ地域薬学ケア 協働・連携懇話会 2024/5/23 宜野湾市	大湾 勤子 共催 :NPO 法人 よりよい地域医療を応援する会 NHO 沖縄病院
呼吸困難のアセスメントと緩和ケア 特に間質性肺炎について	那覇ゆい病院講演会 2025/9/13 那覇市	大湾 勤子
肺がんの病態生理と診断・治療	名桜大学がん看護専門看護師教育課程「がん病態治療学特論」講義 2024/6/25 名護市	大湾 勤子
呼吸困難のアセスメントと緩和ケア	名桜大学がん看護専門看護師教育課程「緩和ケア特論」講義 2024/7/11 名護市	大湾 勤子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
What medical information managers in countries that use ICD-11 need to prepare for and what problems they face when transitioning from ICD-10 to ICD-11, as well as in ICD-11 education. (ICD-10 から ICD-11 への移行にあたっての問題と教育) 教育講演 座長	第 50 回日本診療情報管理学会学術大会 2024/8/21-/24 福岡	藤田 香織
直近の ICD-11 の動向 - ステムコード・エクステンションコードの留意点 -	第 3 回沖縄県診療情報管理士交流会 2024/8/9 西原町	藤田 香織
ICD-11 基本のキ -VOL.1	第 4 回沖縄県診療情報管理士交流会 2024/12/1 南風原町	藤田 香織

## 外科・呼吸器外科 論文

Impact of central nervous system metastasis after complete resection of lung adenocarcinomas harboring common EGFR mutation - A real-world database study in Japan: The CReGYT-01 EGFR study	Eur J Cancer . 2024 Apr;201:113951.	Katsumata S, Shimokawa M, Hamada A, Haratake N, Nomura K, Fujino K, Yoshikawa M, Suzawa K, Shien K, Suda K, Ohara S, Fukuda S, Kinoshita F, Hayasaka K, Notsuda H, Takamori S, Muto S, Takanashi Y, Mizuno K, Kawase A, Hayakawa T, Sekihara K, Matsuo S, Takegahara K, Hashimoto M, Nakahashi K, Endo M, Ozawa H, Fujikawa R, Tomioka Y, Namba K, Matsubara T, Suzuki J, Watanabe H, Toda M, Takada K, <u>Hoshino H</u> , Kaiho T, Toyoda T, Kouki Y, Shiono S, Soh J, Ohde Y
Endobronchial electrocautery wire snare prior to right middle sleeve lobectomy for adenoid cystic carcinoma of the lung: a case report	Gen Thorac Cardiovasc Surg Cases . 2024 Apr 29;3(1):23.	<u>Kawasaki H</u> , Hoshino H, Nakasone S, Kawabata H, Yohena T, Atsumi E
Complete resection of a recurrent bronchogenic cyst tightly adhered to the left atrium using cardiopulmonary bypass: a case report	Gen Thorac Cardiovasc Surg Cases. 2024 Feb 21;3(1):6.	Furugen T, Teruya T, <u>Nakasone S</u> , <u>Kawasaki H</u> , Toyama M, Miyaishi K, Higa S, Ando M, Maeda T, Kise Y, Inafuku H, Nakaema M, Nagano T, Furukawa K

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
目で見る胸部疾患 術中迅速病理検査で確定診断に至らなかった Colloid adenocarcinoma の一例 (図説)	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44 巻 Page5-8(2024.09) 2024/9/15-1/0	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範
目で見る胸部疾患 検診で気胸と診断された巨大肺嚢胞 (図説)	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44 巻 Page2-4(2024.09) 2024/9/15-1/0	河崎 英範, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 玉城 仁

### 学会発表

手術切除検体を用いた肺腺癌の EGFR status 毎の臨床病理学的特徴の検討	第 41 回日本呼吸器外科学会学術集会 2024/5/31-6/1 長野	星野 浩延
術中迅速病理検査で確定診断に至らなかったコロイド腺癌の一例	第 136 回沖縄県医師会医学総会 2024/6/9 南風原町	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範
非小細胞肺癌完全切除術後補助化学療法後の atezolizumab 単剤療法 (IMpower 010) を施行した 3 例	第 136 回沖縄県医師会医学総会 2024/6/9 南風原町	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 兼久 梢, 久田 友哉, 知花 賢治, 河崎 英範
高分化肺腺癌が疑われた限局性 peribronchiolar metaplasia(PBM) の 2 切除例	第 57 回日本胸部外科学会九州地方会総会 2024/8/1-8/2 福岡	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範
右肺上中葉 S6 拡大ダブルスリーブ切除後気管支吻合部狭窄の 1 例	第 57 回日本胸部外科学会九州地方会総会 2024/8/1-8/2 福岡	河崎英範, 星野浩延, 仲宗根尚子, 川畑大樹, 饒平名知史
Clinicopathological Analysis of Each EGFR Status in Surgically Resected Lung Adenocarcinoma: A Real-World Study (CReGYT-01 EGFR)	2024 World Conference on Lung Cancer 2024/9/7 San Diego	星野 浩延
胸部 SMARCA4 欠損未分化腫瘍の 1 切除例	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	饒平名 知史, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 河崎 英範, 熱海 恵理子
肺カルチノイドと診断された右上葉肺肉芽腫近傍に発生した Tumorlet の 1 例	第 65 回日本肺癌学会学術集会 2024/10/31-11/1 横浜	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 熱海 恵理子, 仲本 敦, 河崎 英範
自然退縮後に再増大した小細胞肺癌に対して右肺上葉切除を施行した 1 例	第 65 回日本肺癌学会学術集会 2024/10/31-11/1 横浜	星野 浩延, 久田 友哉, 川畑 大樹, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 熱海 恵理子, 河崎 英範
EWS 充填術で治癒した ADL 不良の有癭性膿胸の 1 例	第 137 回沖縄県医師会医学会総会 2024/12/8 南風原町	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 河崎 英範
閉塞性肺炎を繰り返す限局性気管支拡張症に対し根治切除を施行した 1 例	第 61 回九州外科学会・第 61 回九州小児外科学会・第 60 回九州内分泌外科学会 2025/2/7-2/8 那覇市	川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 河崎 英範
気管支過誤腫の 4 例	第 65 回日本肺癌学会九州支部学術集会・第 48 回日本呼吸器内視鏡学会九州支部総会 2025/2/8-2/9 福岡	河崎 英範, 川畑 大樹, 星野 浩延, 仲宗根 尚子, 饒平名 知史, 熱海 恵理子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
------	-----------	---------

### 講演会・他

周術期治療の現状と今後の展望	第4回 Kumamoto Lung Cancer Conference 2024/12/12	星野 浩延
セッション：学01～03 座長	第61回九州外科学会・第61回九州小児外科学会・第60回九州内分泌外科学会 2025/2/7-2/8	河崎 英範

### 脳神経内科

#### 論文

Paraneoplastic Cerebellar Degeneration and Symptomless Lambert-Eaton Myasthenic Syndrome With SOX-1 Antibodies	Neurology and Clinical Neuroscience 24 November 2024	<u>Ohya Y</u> , Tokashiki T, Kuda T, Nakachi R, Tamaki K, Senoo H, Yasutomi D, Kido M, Fujiwara Y, Fujisaki N
Multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study of mogamulizumab with open-label extension study in a minimum number of patients with human T-cell leukemia virus type-1-associated myelopathy	J Neurol . 2024 Jun;271(6):	Sato T, Nagai M, Watanabe O, Misu T, Takenouchi N, Ohkubo R, Ishihara S, Tsuboi Y, Katsuno M, Nakagawa M, Matsushita T, Aso Y, Matsuura E, <u>Tokashiki T</u> , Mukaino A, Adachi H, Nakanishi K, Yamaguchi Y, Yamaguchi S, Yamano Y
Takotsubo cardiomyopathy in Guillain-Barré syndrome	J Neurol . 2024 Jul;271(7):4067-4074.	Terayama A, Kuwahara M, Yoshikawa K, Yamagishi Y, Samukawa M, Yamashita S, Onishi K, Nagano T, Tatsumi C, Ishii J, Kawamoto M, <u>Tokashiki T</u> , Deguchi S, Deguchi K, Ishida A, Baba Y, Yamaguchi S, Kusunoki S, Nagai Y
急激な球麻痺症状を呈した Spinocerebellar ataxia 2(SCA2) の1例 (原著論文)	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44巻 Page42-45(2024.09) 2024/9/15-1/0	渡嘉敷 崇, 玉城 浩平, 水田 若奈, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 藤原 善寿, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子
パーキンソン病 薬・リハビリで QOL 改善	琉球新報 ドクターのゆんたく ひんたく 2025/3/26-1/0	城戸 美和子

学会発表

Differences in Dopamine Transporter Loss Pattern by FP-CI disease, DLB and Parkinson's disease with dementia	29th World Congress on Parkinson's Disease and Related Disorders-IAPRD 2024 2024/5/19-5/22 Lisbon, Portugal	H.Senoo, T.Tokashiki
筋ジストロフィー患者の歩行能喪失年齢と大動脈径との関連性の検討	第 65 回日本神経学会学術大会 2024/5/29-6/1 東京	大屋 祐一郎
Sensory ataxia にご用心：末梢神経障害による感覚性運動失調を来す原因疾患の検討	第 65 回日本神経学会学術大会 2024/5/29-6/1 東京	城戸 美和子
大量免疫グロブリン療法 (IVIG) が著効したシャルコー・マリー・トゥース病 (CMT1A) の 1 例	第 244 回日本神経学会九州地方会プログラム・抄録集 2024/6/15 西原町	藤原 善寿, 渡嘉敷 崇, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 諏訪園 秀吾
副会長講演：地域在住高齢者から学ぶ認知症対策	日本脳血管・認知症学会 第 14 回学会総会 (VAS-COG Japan 2024) 2024/7/20-7/21 岐阜県	渡嘉敷 崇, 長山 あゆみ
脊髄長大病変を呈した自己免疫性 Glial fibrillary acidic protein(GFAP) アストロサイトパチーの一例	第 245 回日本神経学会九州地方会プログラム・抄録集 2024/9/27-9/29 熊本	山城 正喬, 安富 大悟, 渡嘉敷 崇, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 藤原 善寿, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 諏訪園 秀吾
脳生検を行なった一例	第 415 回沖縄県神経内科懇話会 2024/10/6	山城 志織, 大屋 祐一郎, 山城 正喬, 安富 大悟, 妹尾 洋, 藤崎 なつみ, 藤原 善寿, 城戸 美和子, 渡嘉敷 崇, 諏訪園 秀吾
本態性振戦と考えられていたが得意な東部 MRI 所見を呈した一例	第 415 回沖縄県神経内科懇話会 2024/10/6	藤原 善寿
NHO 沖縄病院におけるレカネマブ治療目的の診断および導入体制について	第 43 回日本認知症学会学術集会 2024/11/21-1/23 福島	渡嘉敷 崇, 奥間 めぐみ, 山城 正喬, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 安富 大悟, 城戸 美和子, 藤原 善寿, 藤崎 なつみ, 長山 あゆみ
NOTCH3 変異と HTRA 変異が併存した脳小血管病の一例	第 246 回日本神経学会九州地方会プログラム・抄録集 2024/12/14 長崎	山城 正喬, 安富 大悟, 渡嘉敷 崇, 山城 志織, 大屋 祐一郎, 妹尾 洋, 藤原 善寿, 藤崎 なつみ, 城戸 美和子, 諏訪園 秀吾
脳生検を行なった自己免疫性 Glial fibrillary acidic protein (GFAP) アストロサイトパチーの一例	第 247 回日本神経学会九州地方会プログラム・抄録集 2025/3/15 福岡	山城 志織, 大屋 祐一郎, 山城 正喬, 安富 大悟, 妹尾 洋, 藤崎 なつみ, 藤原 善寿, 城戸 美和子, 渡嘉敷 崇, 諏訪園 秀吾, 熱海恵理子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
------	-----------	---------

### 講演会・他

神経難病関連疾患（パーキンソン病、HTLV-1 関連脊髄症、重症筋無力症など）	令和6年度難病医療相談（神経・第1回）認定NPO法人アンビシャス内那覇市	渡嘉敷 崇
神経難病関連疾患（パーキンソン病、HTLV-1 関連脊髄症、重症筋無力症など）	令和6年度難病医療相談（神経・第2回）認定NPO法人アンビシャス内那覇市	渡嘉敷 崇
神経難病関連疾患（パーキンソン病、HTLV-1 関連脊髄症、重症筋無力症など）	令和6年度難病医療相談（神経・第3回）認定NPO法人アンビシャス内那覇市	渡嘉敷 崇

## 脳・神経・筋疾患研究センター

### 学会発表

類似性に関する一考察 2024 -「似ている」とはどういうことか？ -	第26回認知神経心理学研究会 2024/9/21-9/22 東京	諏訪園 秀吾
筋強直性ジストロフィーにおける mismatch negativity「下行脚」の特徴	第54回日本臨床神経生理学会 2024/10/24-10/26 札幌	諏訪園 秀吾
第10回坂本勉記念神経科学研究会	脳波と事象関連電位計測チュートリアル 2025/1/26 東京	諏訪園 秀吾

### 講演会・他

コーヒープレイクセミナー 呼吸の異常に潜む遺伝性神経筋疾患 治療できる病気を見逃さず・上手に評価するには 当院での経験から	第64回日本呼吸器学会学術講演会 2024/4/5-4/7 神奈川	諏訪園 秀吾
イブニングセミナー 03 治療可能な神経筋疾患の鑑別診断～神経内科医も遭遇するポンペ病 ES-03-1 当科での最近の神経筋疾患の治療経験	第65回日本神経学会学術大会 2024/5/29-6/1 東京	諏訪園 秀吾
3D visualization of scalp electrode sites can be done with Perl. <a href="https://pdl.perl.org/advent/blog/2024/12/12/eeg/">https://pdl.perl.org/advent/blog/2024/12/12/eeg/</a>	The 2024 PDL Advent Calendar 誌上発表 (web)	諏訪園 秀吾

**総合診療科****論文**

クリプトスポリジウム症

美しい画像で見る内視鏡アトラス 下部消化管 腫瘍から感染性・炎症性疾患まで、典型例とビットフォール画像で鑑別点を理解する  
2024/10/15-1/0

田中信治／監, 江崎幹宏, 岡 志郎／編 (樋口 大介 症例提供)

**緩和医療科****論文**

当院緩和医療科紹介後に行った放射線治療の考察 (原著論文)

国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44 巻 Page9-11(2024.09)  
2024/9/15-1/0

久志 一郎, 大湾 勤子, 前本 均

**学会発表**

緩和ケア病棟入院中がん患者を対象とする Op-reha ガイドを用いた専門的リハビリテーションの有効性検証のための多施設共同ランダム化比較試験および観察研究

第 22 回日本臨床腫瘍学会学術集会 (JSMO2025)  
2025/3/6-3/8 神戸

久志 一郎, 松田 能宣, 藤原 紀子, 中島 信久, 成田 慶一, 小田山 隼佑, 有吉 恵介, 市丸 勝昭, 金石 圭祐, 矢吹 律子, 神野 菜月, 小原 弘之, 敦賀 哲史, 木下 多愛, 金城 正也, 中島 真人, 菅原 弘樹, 西山 菜々子

**放射線治療科****論文**

Deterioration of Performance Status during Palliative Radiotherapy Suggests a Significant Short Survival Duration: Indicating the Necessities for Considering Radiotherapy Discontinuation

Curr Oncol  
. 2024 Mar 27;31(4):

Maemoto H, Kushi K, Owan I, Ariga T, Heianna J, Nishie A

緩和的放射線治療中に Performance status が悪化した場合は照射中止を考慮すべき (原著論文)

国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44 巻 Page12-18(2024.09)  
2024/9/15-1/0

前本 均, 久志 一郎, 大湾 勤子, 有賀 拓郎, 平安名 常一, 西江 昭弘

**学会発表**

次世代シーケンスを用いた沖縄県における子宮頸がんの遺伝子変異情報の解析

日本放射線腫瘍学会第 37 回学術大会  
2024/11/21-1/23 横浜

前本 均, 崎浜 秀悟, 加留部 謙之輔, 有賀 拓郎, 山形 航, 豊平 大輔, 下地 裕子, 新垣 精久, 平良 祐介, 仲本 朋子, 久高 亘, 西江 昭弘

**放射線診断科****論文**

ウェステルマン肺吸虫	即戦力が身につく胸部の画像診断【電子版】芦澤 和人 藤本 公則 藪内 英剛(編集) 2024/4/22-1/0	大城 康二
肺吸虫症	即戦力が身につく胸部の画像診断【電子版】芦澤 和人 藤本 公則 藪内 英剛(編集) 2024/4/22-1/0	大城 康二, 宮良 哲博
イヌ糸状虫症	即戦力が身につく胸部の画像診断【電子版】芦澤 和人 藤本 公則 藪内 英剛(編集) 2024/4/22-1/0	大城 康二
HIV 感染症とその胸部内合併症	即戦力が身につく胸部の画像診断【電子版】芦澤 和人 藤本 公則 藪内 英剛(編集) 2024/4/22-1/0	大城 康二, 土屋 奈々絵

**病理診断科****講演会・他**

非小細胞肺癌の最適な遺伝子検査を考える パネリスト	肺癌遺伝子検査 呼吸器連携カンファレンス 2025/2/17 宜野湾市	熱海 恵理子
びまん性肺疾患セミナー パネリスト	沖縄県びまん性肺疾患セミナー 2024/6/20 宜野湾市	熱海 恵理子
びまん性肺疾患セミナー パネリスト	沖縄県びまん性肺疾患セミナー 2024/12/3 宜野湾市	熱海 恵理子
山のように多量で、魚のように多様なコンパニオン診断を回す tips ~プレアナリ シンポジウム座長	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18 大阪府	熱海 恵理子

**薬剤部****論文**

Comparison of preventive effects of combined furosemide and mannitol versus single diuretics, furosemide or mannitol, on cisplatin-induced nephrotoxicity	Sci Rep . 2024 May 7;14(1)	Takagi A, Miyoshi T, Hayashi T, Koizumi H, Tsumagari K, Yokota C, Nakano T, Matsuo K, Egawa T
---	-------------------------------	---

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
安全管理が必要な医薬品に対する服薬指導の実施率改善の取り組み (原著論文)	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44巻 Page24-27(2024.09) 2024/9/15-1/0	津曲 恭一, 上原 智博, 荒木 志乃, 東盛 裕里, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵, 比知屋 春奈, 徳元 翼, 藤田 香織, 大湾 勤子
薬剤師が実施するプロトコルに基づく薬物治療管理の有用性 沖縄病院の状況を交え (解説)	国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44巻 Page19-23(2024.09) 2024/9/15-1/0	津曲 恭一, 上原 智博, 荒木 志乃, 東盛 裕里, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵, 大湾 勤子

### 学会発表

ハイリスク薬に対する薬剤管理指導の実施率の取り組み	第 83 回九州山口薬学大会 2024/10/13-10/14 鹿児島県	津曲 恭一, 上原 智博, 荒木 志乃, 東盛 裕里, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵, 比知屋 春奈, 徳元 翼, 藤田 香織
院内の独自指標を用いたハイリスク薬に対する薬剤管理指導の実施率への取り組み	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	津曲 恭一, 上原 智博, 荒木 志乃, 東盛 裕里, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵, 比知屋 春奈, 徳元 翼, 藤田 香織
沖縄病院におけるステロイド長期服用患者に対する骨密度測定と骨粗鬆症治療の実施率向上の取り組み	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	上原 智博, 東盛 裕里, 荒木 志乃, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵, 宮里 征武, 徳元 翼, 山本 泉美, 渡嘉敷 崇, 津曲 恭一
ステロイド長期服用患者に対する骨密度測定と骨粗鬆症治療の実施率向上の取り組み	第 34 回医療薬学会年会 2024/11/2-11/4 千葉	上原 智博, 東盛 裕里, 荒木 志乃, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵, 宮里 征武, 徳元 翼, 山本 泉美, 渡嘉敷 崇, 津曲 恭一
2019 年から実施してきた PBPM の現状と課題	第 34 回医療薬学会年会 2024/11/2-11/4 千葉	津曲 恭一, 上原 智博, 荒木 志乃, 東盛 裕里, 池上 幸恵, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵
入院から外来に移行する際のシームレスな連携充実加算の算定方法の評価	第 34 回医療薬学会年会 2024/11/2-11/4 千葉	池上 幸恵, 津曲 恭一, 上原 智博, 荒木 志乃, 東盛 裕里, 石新 あおい, 黒原 健, 木下 晶恵
低栄養患者へ亜鉛補充療法中に、銅欠乏症による汎血球減少症を発現した一症例	第 40 回日本栄養治療学会学術集会 2025/2/14-2/15 横浜	上原 智博, 池上 幸恵, 黒原 健, 赤坂 さつき, 大村 葉子

### 看護部

#### 学会発表

配布可能な手術部位感染サーベイランスツールの評価	第 12 回 日本感染管理ネットワーク学会学術集会 2024/5/31-6/1 茨城県	瀬底 大介
気管支内に歯科異物が停留した患者の不安軽減に繋がる看護	第 41 回日本手術看護学会九州地区大会 2024/7/20 福岡	津波古 みゆき
看護師長による人材育成の取り組み ―コンピテンシー・モデルを活用して―	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	平良 恵, 末吉 温子, 西濱 るみ子, 竹島 銀治, 末松 厚子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
紙パスから電子カルテクリティカルパス移行への取り組み	第 78 回国立病院機能医学会 2024/10/18-10/19 大阪	小渡 美奈子, 阿部 香澄, 平良 恵, 藤田 香織
倫理教育・倫理カンファレンス導入による看護師の倫理的行動に関する実態調査 一大出順の倫理的行動尺度 2020 年版を用いて	第 78 回国立病院機能医学会 2024/10/18-10/19 大阪	伊良部 梨知子, 富川 浩蔵, 世嘉良 和樹, 徳本 優喜, 高良 尚龍, 米須 詩織
6R で指さし呼称・声出し確認! ~電子カルテによる確認定着に向けた取り組み~	第 78 回国立病院機能医学会 2024/10/18-10/19 大阪	鶴賀 叶女, 松本 葵, 大嶺 あゆみ
SPD シールの適切な運用に向けた取り組み	第 78 回国立病院機能医学会 2024/10/18-10/19 大阪	阿部 香澄, 又吉 泰樹, 神谷 ゆかり, 千田 将太, 的場 庄平, 竹田 美智枝
呼吸器外科手術時の体位で四方間隙症候群を認めた 1 例	第 38 回日本手術看護学会年次大会 2024/10/19-10/20 北海道	伊波 佐由里
その人らしさを支える入退院支援 山岸暁美らの「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」を用いた調査 第 2 報	第 22 回国立病院看護研究会学術集会 2024/12/7 横浜	大嶺 あゆみ
副看護師長の能力開発支援の取り組み	第 22 回国立病院看護研究会学術集会 2024/12/7 横浜	田之上 美紀
廃用症候群により経鼻胃管栄養となった患者の経口摂取移行に向けた取り組み	第 40 回日本栄養治療学会学術集会 2025/2/14-2/15 横浜	大村 葉子

## 栄養管理室

### 学会発表

PDCA サイクルを用いた沖縄病院における栄養管理業務の仕組み作りと今後の課題	第 20 回九州国立病院管理栄養士協議会栄養管理学会 2024/7/6 福岡	赤坂 さつき, 座波 彩美, 金城 琴音 大村 葉子, 末吉 温子, 丸田 永, 比嘉 太, 大湾 勤子
NST から発信する沖縄病院における新たな栄養管理体制の検討	第 78 回国立病院機能医学会 2024/10/18-10/19 大阪	赤坂 さつき, 座波 彩美, 金城 琴音, 大村 葉子, 末吉 温子, 城間 啓多, 池上 幸恵, 玉城 誠, 妹尾 洋, 樋口 大介
当院の NST を起点とした多職種連携による栄養管理の取り組み - 低栄養診断 (GLIM) 基準導入後後みえてきた課題 -	第 40 回日本臨床栄養代謝学会学術集会 2025/2/14-2/15 神奈川	赤坂 さつき, 座波 彩美, 金城 琴音, 大村 葉子, 城間 啓多, 池上 幸恵, 上原 智博, 妹尾 洋, 樋口 大介, 大湾 勤子

タイトル	雑誌名 / 学会名	著者 / 演者
------	-----------	---------

## リハビリテーション科

### 学会発表

進行性神経筋疾患における HAL トレーニングの長期効果と介入時期による検討	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	福満 俊和, 西濱 佑斗, 速水 慶太, 橋口 祐輔, 松本 涼太, 渡嘉敷 崇
当院における嚥下造影検査と胃瘻造設の関連性	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	城間 啓多, 諏訪園 秀吾, 赤坂 さつき, 大村 葉子, 月成 俊介
進行性神経疾患患者に対し HAL 治療での機能改善と QOL の関係性	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	西濱 佑斗, 速水 慶太, 中川 恵嗣, 福満 俊和, 渡嘉敷 崇
HAL 歩行運動療法における歩行能力とバランス能力の変化—重心動揺計を用いた効果の検討—	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	速水 慶太, 西濱 佑斗, 中川 恵嗣, 福満 俊和, 渡嘉敷 崇

## 療育指導室

### 学会発表

当院の現状に即した虐待防止研修の内容検討—アンケート調査を実施して—	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	矢野 良恵
他事業所から転職した立場から見る国立病院機構保育士	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	" 松田 直樹

## 診療情報管理室

### 学会発表

沖縄病院における院内がん登録の制度向上を目的とした確認票の導入とその運用について	第 50 回日本診療情報管理学会学術大会 2024/8/21-8/24 福岡	徳元 翼
沖縄病院救急外来の国際疾病分類 (ICD-10) に基づく患者構成	第 78 回国立病院機合医学会 2024/10/18-10/19 大阪	徳元 翼, 比知屋 春奈, 長岡 徹哉, 西濱 るみ子, 大湾 勤子

## 診療放射線科

### 学会発表

当院の IGRT について	令和 6 年度第 1 回沖縄県放射線治療技術研究会 西原町	松井 謙典
Dat View 新レポートの検討	第 15 回沖縄県核医学技術研究会 WEB	比嘉 弥生
マンモグラフィについて ~当院の乳房放射線治療~	令和 6 年度沖縄県放射線技師会 学術セミナー 浦添市	鎌田 華音

タイトル

雑誌名 / 学会名

著者 / 演者

## 臨床研究部

### 論文

内臓脂肪型肥満の割合と経済・教育との関係について（原著論文）

国立沖縄病院医学雑誌 (1348-6551)44巻 Page28-32(2024.09)  
2024/9/15-1/0

長山 あゆみ, 渡嘉敷 崇

### 学会発表

コロナ禍における活動制限が高齢者の認知機能に与える影響について

第 13 回日本認知症予防学会学術集会  
2024/9/27-9/28 横浜

長山 あゆみ, 渡嘉敷 崇

沖縄県の介護保険料と負担額を決める因子の分析

第 78 回国立病院機能医学会  
2024/10/18-10/19 大阪

長山 あゆみ, 大湾 勤子

高齢肺癌患者における高齢者機能評価 (Geriatric Assessments) と有害事象発生との関係

第 65 回日本肺癌学会学術集会  
2024/10/31-11/1 横浜

長山 あゆみ, 大湾 勤子, 比嘉太, 仲本 敦, 知花 賢治, 名嘉山裕子

## 沖縄病院倫理審査委員会 承認事項 (2024 年度)

課題：2024-1

呼吸器外科手術時の体位による四方間隙症候群を認めた1例

実施責任者 平良 恵

承認

課題：2024-2

非高齢者喘息フェノタイプから高齢者喘息フェノタイプへの移行様式に関する研究

実施責任者 知花 賢治

承認

課題：2024-3

気管支内に義歯が停留した患者の不安軽減に繋がる看護

実施責任者 平良 恵

承認

課題：2024-4

コンピテンシーを活用した看護師長によるリーダーナースの育成 (続報)

実施責任者 平良 恵

承認

課題：2024-5

当院の現状に即した虐待防止研修の内容検討-アンケート調査を実施して-

実施責任者 矢野 良恵

承認

課題：2024-6

その人らしさを支える入退院支援 - 山岸暁美らが開発した「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」を用いた調査第3報

実施責任者 平良 恵

承認

課題：2024-7

HAL の標準的長期使用法確立のための他施設共同観察研究・実態調査 <HAL 長期 >

実施責任者 諏訪園 秀吾

承認

課題：2024-8

結核菌の薬剤耐性状況に関する研究

実施責任者 仲本 敦

承認

課題：2024-9

末梢小型肺癌に対する肺葉切除と区域切除の侵襲を反映する新規指標に関する多機関共同前向き観察研究

実施責任者 星野 浩延

承認

課題：2024-10

6R で指さし呼称・声出し確認！～電子カルテによる確認定着に向けた取り組み

実施責任者 鶴賀 叶女

承認

---

課題：2024-11

非がん性呼吸器疾患患者の呼吸困難に対するオピオイド全身投与の有効性・安全性に関する多施設レジストリ研究

実施責任者 大湾 勤子

承認

課題：2024-12

末梢小型肺癌に対する肺葉切除と区域切除の侵襲を反映する新規指標に関する多機関共同前向き観察研究

実施責任者 星野 浩延

承認

課題：2024-13

NHO 沖縄病院におけるレカネマブ治療目的の診断および導入体制について

実施責任者 渡嘉敷 崇

承認

課題：2024-14

当院における嚥下造影検査と胃瘻造設の関連性

実施責任者 城間 啓多

承認

課題：2024-15

A 病棟の看護師勤務交代時の麻薬の引継ぎ方法についての業務改善と評価

実施責任者 千田 将太

承認

課題：2024-16

HAL の標準的長期使用法確立のための他施設共同観察研究・実態調査 <HAL 長期 >

実施責任者 藤崎 なつみ

承認

課題：2024-17

クレアチニン、シスタチン C 比 (Cre/CysC) と筋萎縮性側索硬化症の臨床状態 (ALSFRS-R) の相関性評価と ALS 予後予測バイオマーカーについての検討

実施責任者 藤原 善寿

承認

課題：2024-18

アルツハイマー病およびアルツハイマー病理に基づく軽度認知障害に対する抗アミロイド抗体療法の有効性と安全性に関するレジストリ研究

実施責任者 渡嘉敷 崇

承認

課題：2024-19

肺過誤腫の臨床病理学的検討・肺実質型と気管支型の比較

実施責任者 河崎 英範

承認

課題：2024-20

プリオン病のサーベイランスおよび自然歴に関する全国調査研究

実施責任者 藤崎 なつみ

承認

---

課題：2024-21

南4階病棟の看護師勤務交代時における麻薬の引継ぎ方法の業務改善に対する満足度調査  
実施責任者 千田 将太

承認

課題：2024-22

アルツハイマー病およびアルツハイマー病理に基づく軽度認知障害に対する抗アミロイド抗体療法の有効性と安全性に関するレジストリ研究  
実施責任者 渡嘉敷 崇

承認

課題：2024-23

自然災害発生時に当院看護師が抱える不安の実態調査  
実施責任者 東江 信生

承認

課題：2024-24

Two cases of NUT carcinoma: same name with different appearance  
実施責任者 熱海 恵理子

承認

課題：2024-25

エンシトレルビル フマル酸の COVID-19 罹患後症状に対する有効性の検証  
実施責任者 大湾 勤子

承認

# 国立病院機構沖繩病院 脳神経内科 退院患者統計 (2024年)

A 神経変性疾患		294	
	1 筋萎縮性側索硬化症		58
	2 脊髄性筋萎縮症		21
	3 パーキンソン病		111
	4 脊髄小脳変性症		37
	5 多系統萎縮症		20
	6 進行性核上性麻痺		14
	7 大脳皮質基底核変性症		7
	8 不随意運動		13
	9 神経変性疾患 その他		13
B 末梢神経疾患		190	
	1 慢性炎症性脱髄性多発神経炎		99
	2 多巣性運動ニューロパチー		19
	3 沖繩型神経原性筋萎縮症		28
	4 その他の HMSN		4
	5 ギランバレー症候群		3
	6 末梢神経疾患 その他		37
C 筋疾患		124	
	1 筋ジストロフィー		50
	2 神経筋接合部疾患		36
	3 筋疾患 その他		38
D 免疫関連性中枢神経疾患			55
	1 HTLV 関連脊髄症		33
	2 多発性硬化症		11
	3 アクアポリン 4 抗体関連疾患		7
	4 免疫関連疾患 その他		4
E 内科疾患に伴う神経障害			33
	1 膠原病・血管炎		28
	2 代謝性疾患		1
	3 内科疾患に伴う神経障害 その他		4
F 認知症性疾患		65	
	1 びまん性レビー小体病		10
	2 前頭側頭型認知症		16
	3 正常圧水頭症		3
	4 認知症性疾患 その他		36
G 脳血管性障害		4	
H 神経感染症・脳症		5	
	1 クロイツフェルトヤコブ病		1
	2 神経感染症・脳症 その他		4
I 脊髄疾患		21	
	1 脊髄炎		9
	2 脊髄疾患 その他		12
J 機能性疾患		2	
	1 てんかん		2
K その他		72	
	1 整形外科疾患		17
	2 腫瘍		7
	3 その他（うち、新型コロナウイルス感染症関連 12）		48
統計		865	

2024年1月1日～12月31日までに脳神経内科を退院したのべ865人の主病名を集計した。

# 国立病院機構沖繩病院 呼吸器内科 退院患者統計 (2024年)

A 感染症		261	
	1 結核		66
	2 COVID-19		42
	(うち COVID-19 肺炎)		13
	3 非結核性抗酸菌症		13
	4 肺炎		114
	5 感染症 その他		26
B 気道疾患		68	
	1 気管支喘息		35
	2 慢性閉塞性肺疾患		29
	3 気道疾患 その他		4
C 肺腫瘍		743	
	1 原発性肺癌		718
	2 縦隔腫瘍		14
	3 腫瘍 その他		11
D 胸膜疾患		23	
	1 悪性胸膜中皮腫		21
	2 気胸		2
E びまん性肺疾患		71	
	1 特発性間質性肺炎		12
	2 好酸球増多性肺疾患		3
	3 サルコイドーシス		6
	4 薬剤性肺障害		7
	5 放射線による肺障害		1
	6 膠原病関連肺疾患		11
	7 びまん性 その他		31
F 睡眠呼吸障害		3	
	1 睡眠時無呼吸症候群		3
G その他		95	
	1 胸水貯留		1
	2 その他		94
統計		1,264	

2024年1月1日～12月31日までに呼吸器内科を退院したのべ1,264人の主病名を集計した。

# 国立病院機構沖縄病院 呼吸器外科 退院患者統計 (2024年)

A 腫瘍（胸膜腫瘍を除く）		233	
	1 原発性肺癌		177
	2 転移性肺腫瘍		7
	3 縦隔腫瘍		29
	4 腫瘍 その他		20
B 胸膜疾患		28	
	1 悪性胸膜中皮腫		7
	2 気胸		19
	3 胸膜疾患 その他		2
C 感染症		28	
	1 肺化膿症・膿胸		17
	2 新型コロナウイルス感染症		4
	3 肺炎		4
	4 非結核性抗酸菌		2
	5 感染症 その他		1
D その他		11	
	1 気道疾患		1
	2 びまん性肺疾患		2
	3 その他		8
統計		300	

2024年1月1日～12月31日までに呼吸器外科を退院したのべ300人の主病名を集計した。

# 手術・検査統計（2024年1月1日～12月31日）

## 国立病院機構沖縄病院

### I 胸部外科（186例）

良性肺腫瘍手術例	8例
肺癌手術例	89例
術式	
肺葉切除	43
隣接臓器合併切除を伴う肺切除	1
気管支形成を伴う肺切除	3
区域切除	20
部分切除	16
試験・心膜開窓・その他	6
組織型	
腺癌	54
扁平上皮癌	16
腺扁平上皮癌	1
大細胞癌	1
多形癌	4
小細胞癌	6
カルチノイド	2
その他	5
転移性肺腫瘍	7例
骨軟部	2
大腸	2
肺	1
子宮	1
膀胱	1
胸膜腫瘍	6例
胸壁腫瘍	2例
縦隔腫瘍	20例
うち血管形成あり	1
胸腺腫	10
重症筋無力症に合併した胸腺腫	3
悪性リンパ腫	2
胸腺癌	1
その他	4
炎症性疾患に対する手術	9例
気胸	11例
膿胸	18例

気管・気管支内治療	10例
ステント	3
スネア切除	3
焼灼	1
圧搾除去	1
異物除去	1
瘻孔閉鎖	1
胸腔内（胸膜内）血腫除去	2例
リンパ節生検	4例

### II 消化器・一般外科（2例）

開腹胃瘻造設術	1例
人工肛門造設術	1例

### III 整形外科（158例）

骨腫瘍	4例
軟部腫瘍	56例
皮膚・皮下腫瘍	91例
皮膚皮下粘膜下血管腫	5例
骨内異物除去	1例
脊椎腫瘍切除	1例

### IV 神経内科（24例）

筋生検	17例
神経生検	7例

### V その他（40例）

気管切開	6例
ポート埋め込み	32例
ポート抜去	1例
その他	1例

### VI 内視鏡（777例）

気管支鏡	239例
うちEBUS-TBNAあり	17
上部消化管	328例
うち胃瘻造設術あり	20
下部消化管	208例
胆膵内視鏡	2例

# 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。

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) 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。

3) 下記の指針を遵守すること

①倫理審査に関する記述：人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針、遺伝子治療臨床研究に関する指針等の最新版および個人情報保護法やヘルシンキ宣言の倫理綱領。

②利益相反に関する記述：必要と考えられる論文は利益相反状況を記載する。

4) 応募論文は他の雑誌に発表または投稿でないものを原則とするが、抄録、翻訳などの二次引用の場合、初版出版物と本誌読者層の差異を考慮し、採否は編集委員会が決定する。その場合、初版発行元の許諾および引用であることを明記する。

## II. 原稿規定

原 著 A4版 1頁1,000文字×10枚（図、表、写真・文献・要旨／英文抄録を含む）

症例報告 A4版 1頁1,000文字×6枚（図、表、写真・文献・要旨／英文抄録を含む）

総 説 A4版 1頁1,000文字×12枚（図、表、写真・文献・要旨／英文抄録を含む）

目で見る胸部疾患  
A4版 1頁1,000文字×3枚（図、表、写真、文献を含む）

※使用フォント 本 文：MS明朝10ポイント  
見出し：MSゴシック10.5ポイント

## III. 原稿の形式

1) 和文表記の論文において、現代仮名遣いによる口語体の文章とし簡潔平易を心掛けること。

2) 英文、和文を問わず、読点はコンマ（,）に、句点はピリオド（.）の英文表記に統一すること（本規定の文章を参考とする）。

3) アルファベット、数字はすべて半角に統一する。

4) 薬品名は、一般名を使用する。

5) 本文における文献引用は、引用順に番号を付し、引用箇所の文末右肩に以下のように示すこと。<sup>1)</sup>、<sup>2,3)</sup>、<sup>1-3)</sup>、<sup>1,3-5,15,20)</sup> など。

6) 写真、図、表の挿入位置を指示する場合は、本文欄外に Fig. 1, Table 1 のように朱書する。また本文中に表示する場合には和文論文であっても Fig.1, Table 1 のように英語表記とする。

7) 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。

8) 要旨、キーワード（和文、英文）

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。

9) Abstract（英文）、KeyWords

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

10) 本文

原稿は口語体、現代仮名遣い、平仮名交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。

11) 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い、引用順に番号を付し、論文の最後にまとめて記載する。

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

2025年7月1日現在

職 種・氏 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
<p>院長 おおわん いそこ 大湾 勤子</p> <p>琉球大学（昭和 62 年卒） 琉球大学大学院（平成 3 年卒） 呼吸器内科 緩和医療 びまん性肺炎患の診断と治療 呼吸器感染症 肺癌</p>	<p>日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本感染症学会 感染症専門医・指導医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症指導医 評議員 インфекションコントロールドクター（ICD）制度協議会 認定医 日本がん治療認定機構 がん治療認定医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医 日本肺癌学会 九州支部評議員 日本医師会 認定産業医 日本緩和医療学会 日本医療マネジメント学会</p>
<p>副院長 ひが ふとし 比嘉 太</p> <p>琉球大学（昭和 63 年卒） 琉球大学大学院（平成 5 年卒） 呼吸器内科 呼吸器感染症 肺癌</p>	<p>日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本感染症学会 感染症専門医・指導医 日本化学療法学会 抗菌薬臨床試験指導医 日本環境感染学会 評議員 ICD 制度協議会 認定医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 評議員 日本肺癌学会 九州支部評議員</p>
<p>特命副院長 統括診療部長 とがしき たかし 渡嘉敷 崇</p> <p>琉球大学（平成 4 年卒） 琉球大学博士（平成 11 年） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療 臨床神経学 神経変性疾患 認知症 高齢者の認知機能と生活習慣</p>	<p>日本神経学会 神経内科専門医・代議員 日本認知症学会 専門医・指導医 日本認知症予防学会 専門医・評議員 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 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 日本脳血管・認知症学会（Vas-Cog Japan）評議員 日本頭痛学会 日本老年精神医学会 日本老年学会 日本パーキンソン病・運動障害疾患学会（MDS-J）</p>
<p>臨床研究部長 手術部長 かわさき ひでのり 河崎 英範</p> <p>琉球大学（平成 2 年卒） 琉球大学博士（平成 14 年） 琉球大学医学部 臨床教授（医学） 呼吸器外科 呼吸器インターベンション 一般外科 肺癌の診断と治療 縦隔腫瘍の診断と治療 発癌と前癌病変</p>	<p>日本外科学会 外科専門医・指導医 日本胸部外科学会 専門医・九州支部評議員 日本呼吸器外科学会 指導医 呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医・指導医 日本肺癌学会 九州支部評議員 日本臨床外科学会 日本胸腺研究会</p>

## 外科・呼吸器外科

職 種・氏 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
外科部長 饒平名 知史 琉球大学（平成 7 年卒） 九州大学大学院（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 外科専門医・指導医 日本呼吸器外科学会 評議員・胸腔鏡安全技術認定医 呼吸器外科専門医合同委員会 呼吸器外科専門医 日本胸部外科学会 専門医・九州支部評議員 日本肺癌学会 九州支部評議員 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本癌治療学会
外科医長 星野 浩延 順天堂大学（平成 25 年卒） 順天堂大学大学院（平成 31 年卒） 呼吸器外科 一般外科	日本外科学会 外科専門医 日本呼吸器外科学会 専門医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医
呼吸器外科医師 仲宗根 尚子 琉球大学（平成 22 年卒） 順天堂大学大学院（令和 3 年卒） 呼吸器外科 一般外科	日本外科学会 外科専門医 日本呼吸器外科学会 専門医 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
呼吸器外科医師 川畑 大樹 弘前大学（平成 29 年卒） 呼吸器外科 一般外科	日本外科学会 外科専門医
名誉院長 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 認定登録医・指導医 日本呼吸器外科学会 特別会員・指導医・評議員 日本臨床外科学会 評議員 肺がん CT 検診認定機構 肺がん CT 検診認定医 日本総合健診学会 総合健診医 日本スポーツ協会 スポーツドクター認定医 日本肺癌学会

## 内科・呼吸器内科

職 種・氏 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
呼吸器内科部長 知花 賢治 琉球大学（平成 12 年卒） 呼吸器内科 肺癌 喘息・アレルギー 呼吸器感染症	日本がん治療認定医機構 がん治療認定医 日本呼吸器学会 呼吸器専門医・指導医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症 指導医 日本アレルギー学会 専門医 日本呼吸器内視鏡学会 気管支鏡専門医 日本肺癌学会
総合診療科医長 内科医長 藤田 香織 琉球大学（平成 11 年卒） 琉球大学大学院（平成 16 年卒） 呼吸器内科 呼吸器感染症 診療情報管理	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症 指導医 日本感染症学会 日本診療情報管理学会 理事 厚生労働省 社会保障審議会（統計分科会疾病、傷害及び死因分類 専門委員会）委員 厚生労働省 社会保障審議会（統計分科会生活機能分類専門委員会） 委員 国立研究開発法人等審議会（国立研究開発法人等審議会）委員 厚生科学審議会（がん登録部会）臨時委員
呼吸器内科医長 呼吸器腫瘍科医師 久田 友哉 長崎大学（平成 16 年卒） 呼吸器内科 肺癌 呼吸器感染症	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医 日本肺癌学会 日本臨床腫瘍学会 日本呼吸器内視鏡学会
呼吸器内科医師 名嘉山 裕子 琉球大学（平成 13 年卒） 琉球大学大学院（平成 26 年卒） 呼吸器内科 肺癌・呼吸器感染症	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医 日本結核・非結核性抗酸菌症学会 結核・抗酸菌症 指導医 日本肺癌学会
呼吸器内科医師 兼久 梢 琉球大学（平成 26 年卒） 呼吸器内科 肺癌 呼吸器疾患の診断と治療	日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 総合内科認定医 日本感染症学会 日本肺癌学会

## 脳神経内科

職 種・氏 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
<p>脳神経内科部長 はしぐち あきひろ 橋口 昭大 鹿児島大学（平成 10 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医 日本神経学会 神経内科専門医・代議員 日本認知症学会 専門医・指導医 日本神経治療学会 日本人類遺伝学会 日本末梢神経学会 日本筋学会 日本難病医療ネットワーク学会</p>
<p>脳神経内科医長 ふじさき なつみ 藤崎 なつみ 琉球大学（平成 21 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医 日本神経免疫学会</p>
<p>脳神経内科医長 ふじわら よしひさ 藤原 善寿 琉球大学（平成 23 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医 日本臨床神経生理学会 専門医 日本認知症学会</p>
<p>脳神経内科医師 きと みわこ 城戸 美和子 愛媛大学（平成 12 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科認定医・専門医・指導医 日本臨床神経生理学会 専門医 日本認知症学会</p>
<p>脳神経内科医師 やすとみ だいご 安富 大悟 琉球大学（平成 24 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医 日本プライマリ・ケア連合学会 家庭医療認定医・専門医・指導医 日本神経学会 神経内科専門医</p>
<p>脳神経内科医師 せの お ひろし 妹尾 洋 琉球大学（平成 25 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医 日本神経学会 神経内科専門医</p>
<p>脳神経内科医師 おおや ゆういちろう 大屋 祐一郎 琉球大学（平成 25 年卒） 九州大学大学院（令和 5 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 認定内科医 総合内科専門医 日本脳卒中学会 専門医</p>
<p>脳神経内科医師 やましろ しおり 山城 志織 琉球大学（平成 30 年卒） 脳神経内科 神経・筋疾患の診断と治療</p>	<p>日本内科学会 内科専門医</p>

## 脳・神経・筋疾患研究センター

職 種・氏 名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
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） 鹿児島大学大学院 京都大学大学院 単位取得退学 （平成 4 年 3 月） 京都大学博士（平成 7 年 1 月） 脳神経内科 臨床神経生理 事象関連電位	日本臨床神経生理学会 指導医 日本内科学会 日本神経学会 Society for Neuroscience 日本 ME 学会

## 放射線科・放射線治療科

氏名・職名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
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	日本医学放射線学会 放射線診断専門医 日本肺癌学会
放射線治療科医長 橋本 成司 琉球大学（平成 23 年卒） 琉球大学大学院（平成 29 年卒） 放射線治療学	日本放射線腫瘍学会 放射線治療専門医 日本医学放射線学会 日本禁煙学会 認定指導者

## 消化器・一般内科

氏名・職名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
総合診療科部長 樋口 大介 琉球大学（平成元年卒） 総合診療内科・消化器内科 早期胃癌の内視鏡的治療 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 認定内科医・総合内科専門医 日本消化器病学会 消化器専門医 日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医

## 緩和医療科

氏名・職名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
緩和医療科医長 消化器外科 ひさし かずあき 久志 一朗 佐賀大学（平成 6 年卒） 緩和医療科 消化器外科 消化器癌の集学的治療	日本緩和医療学会 緩和医療認定医 日本外科学会

## 病理診断科

氏名・職名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
病理診断科医師 あつみ えりこ 熱海 恵理子 浜松医科大学（平成 8 年卒） 病理診断科	日本臨床細胞学会 細胞診専門医 日本呼吸器学会 呼吸器専門医 日本内科学会 認定内科医 日本病理学会 病理専門医研修指導医・病理専門医・分子病理専門医

## 整形外科

氏名・職名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
整形外科医師 かつき りょう 勝木 亮 琉球大学（平成 27 年卒） 整形外科	日本整形外科学会 専門医

## 麻酔科

氏名・職名 卒業大学・診療研究分野	専門医等・所属学会
麻酔科部長 とみやま ひろし 富山 洋 琉球大学（平成 10 年卒） 麻酔・周術期管理	日本麻酔科学会 麻酔科専門医・指導医

## 編集後記

現在、多くの医療機関では物価の上昇や人件費の増加が大きな問題となっています。現行の診療報酬では見合わず、多くの医療機関では厳しい経営環境に直面し、当院も例外ではありません。さらに2040年を見据えた地域医療構想がはじまり病床や病院の機能分化がすすめられ、病院経営には生き残りをかけた知恵と選択が必要となってきています。

当院および国立病院機構では臨床研究を推進していますが、厳しい経営状況のなかで臨床研究は継続可能なのでしょうか。診療が忙しくなり収益確保に注力するなかでは、研究に充てる時間や人材はコストと見なされる可能性があります。これまでのような診療と臨床研究の時間配分が成り立たず、個人や家族との時間を削ってまで研究を続けられるのかということ懸念しております。

このような忙しいなかでも、今年も沖縄病院医学雑誌へ投稿いただいた職員の方々には深く感謝申し上げます。毎年の繰り返しになりますが「記憶よりも記録を」、「自分の小さな仕事が何時か何所かで誰かの役に立つ」本誌の信条と考えています。

診療のみを行う病院にするのか、それとも未来を見据えた研究も続けるのか？ 臨床研究の効率化を図るとともに、臨床研究の意義について、これから強く問われてくるのかもしれない。

～よりそう探究心～ 臨床研究部 河崎 英 範

THE JOURNAL OF NATIONAL OKINAWA HOSPITAL

### 国立 沖縄病院医学雑誌

第45巻  
2025年9月1日発行

発行者 大湾 勤子  
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 東洋企画印刷  
〒901-0306 沖縄県糸満市西崎町4-21-5  
TEL 098-995-4444

# 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  
日本胸部外科学会指定施設  
日本呼吸器外科学会認定施設  
呼吸器外科専門医合同委員会認定専門研修基幹施設  
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  
日本神経学会認定施設  
日本がん治療認定医機構認定研修施設  
日本病理学会研修登録施設  
日本緩和医療学会認定研修施設  
日本内科学会教育関連施設  
日本臨床神経生理学会認定施設  
日本アレルギー学会専門医教育研修施設

専門外来を開設しております。  
お気軽に、ご相談ください。

乳 腺 ・ 甲 状 腺 外 来  
気 管 支 喘 息 ・ 咳 外 来  
呼 吸 リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン  
禁 煙 外 来  
ア ス ベ ス ト 検 診  
肺 ド ッ ク  
ピ ロ リ 菌 外 来  
セ カ ン ド オ ピ ニ オ ン 外 来  
糖 尿 病 専 門 外 来  
循 環 器 専 門 外 来

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 098-897-9838

