

遠州病院年報

Annual of Enshu Hospital

第30巻 第1号 (2025)



心と心のふれあう医療

J A 静岡厚生連 遠州病院

遠州病院年報

Annual of Enshu Hospital

第30巻 第1号 (2025)

令和7年度遠州病院年報発刊に寄せて



病院長 大石 強

皆様、日頃より当院病診連携を介しまして患者様の御紹介、逆紹介等お世話になっております。こうして遠州病院が存続しておりますのも、地域の皆様のおかげと感謝しております。

さて、世界は益々混沌とした様相を呈してまいりました。ロシア・ウクライナ戦争やハマス・イスラエル戦争は収束の兆しが見えません。トランプ政権による相互関税は我が国に多大な負担および輸出制限を強いることとなります。今後の医療分野への影響も懸念しております。我が国の未曾有の物価高、特にコメの価格の上昇には開いた口がふさがりません。加えてトランプはアメリカからのコメの輸入を75%増やすといった交渉も持ち出してきました。赤沢大臣も奮闘してくれましたがアメリカとの関税交渉はいいようにトランプにやられたという感はぬぐえません。政府はどうやって日本の農業を守るのでしょうか？小泉さんが農林水産大臣になって奮闘はしてくれておりますが備蓄米効果で全国平均コメ価格が下がっただけです。備蓄米も底がつきたらどうなるのでしょうか？相変わらず猛暑が続き毎年我が国最高気温は更新しており新米確保も困難となっております。自民党も衆議院選、東京都知事選そして今回の参議院選、いずれも大敗。これら直近3回の選挙では今まで聞いたことのない党におそらく若年層からの多くの支持が集まりました。「都民ファースト」という言葉がありますが、これまでそれほど気にはならなかったのですが、トランプの「アメリカファースト」から違和感を感じ、今回の選挙では「日本人ファースト」というスローガンまで出ました。外国人に対する差別やともすれば核開発も容認するという姿勢が垣間見えます。アメリカであれば当たり前なのでしょうが、日本人としてはこれでいいのかと思います。

さて医療分野はコロナ禍以降、非常に厳しい状況が続いております。最近ようやくマスコミに取り上げられるようになりましたが、我が国の急性期病院の7割は赤字となっております。病院経営に携わって感じておりますが、病院がつぶれるときは徐々にではなく突然です。物価高、診療報酬の実質マイナス改定、少子高齢化、実質賃金減による受診控え等で病院のキャッシュフローが滞れば、昨日までは普通にやっていたのに今日突然閉院となります。ですから早い段階で大きな痛みを伴う規模の縮小化、合併等考える必要があります。こんなことを書くとAIで遠州病院の経営は？なんて聞くととんでもない回答が返ってきそうなので、改めて一言付け加えますが、当院は健全経営ですので皆様ご安心いただければと思います。厚労省は2040年に向けて、

(つまりそれまでは高齢者人口は増え続けますが、2040年以降は高齢者すらも減少し病床は明らかに過剰となる節目の年ですが) 医療の構造改革を考えているようです、実は当院にとっても2040年は昭和13年に開院して以降、100年目という節目に当たる年となります。それまで存続していることはもちろん、どんな病院になっているのか不安と期待があります。

確かに、少子高齢化を反映して当院でも外来患者数の減少、お産件数の減少、高齢者救急搬送数の増加という傾向が顕著になってきました、昨年度は初めて年間救急搬送件数が5000件を突破しました。当院職員には感謝しかありません。今後の人団構成の変化を見据えてこれから特に需要が高まる施設連携、下り搬送を含めた高齢者救急に尽力してまいります。と同時に、病診連携を介した予定入院患者の増加にも地域の開業医の先生方に各医長の先生を中心に当院での医療をアピールさせていただき尽力してまいります。

GOOD NEWSとしては昨年度の看護師の離職率が10%と当院としては非常に低い数字となりました。当院在職の看護師をはじめとしたコメディカルの皆様のきめ細かい配慮には感謝いたします。また本年度に入り循環器で不整脈に対するアブレージョンができるようになりました、是非、患者さんをご紹介いただければと思います。

本年度もいろいろ難題が待ち受けることでしょう。気持ちを前向きに頑張ろうと思います。本年度も当院スタッフの協力もあり、無事、本年報誌を発刊することができました。本誌は1995年（宮田憲一院長）から続いております。終わるにあたりまして年報誌編集委員会の皆様には厚く御礼申し上げます。

令和7年8月吉日

遠州病院年報

第30卷第1号

【目 次】

ごあいさつ	病院長 大石 強	1
沿革		5
届出事項		7

原著論文

増殖性膀胱炎により急性尿閉に至った5歳女児例

佐久間洸伽 三枝弘和 兵藤社希哉 政岡 凌 大庭 彩	
藤田祐也* 山本雅紀* 小野裕之	8

*聖隸浜松病院 小児科

大動脈炎を伴う再発性多発軟骨炎の一例

中島菊子 伊藤大恵 立田可菜美 加藤真人 貝田勇介	15
---------------------------	----

他誌掲載論文

2024年度他誌掲載論文	22
--------------	----

学会発表

2024年度学会発表抄録	26
--------------	----

講演会

2024年度講演会	41
-----------	----

年 報

病理解剖報告	43
外来・入院患者の推移	44
時間外救急医療患者数	45
年度別調剤実施状況	45
検査件数実施状況	46
放射線及び内視鏡実施状況	47
リハビリ実施報告	47
健康管理業務実施状況	48
胃がん検診結果（胃カメラ実施者含む）	49
大腸がん検診（便潜血）結果	49
胸部レントゲン検査結果	50
前立腺がん検診（PSA）結果	50
乳がん検診結果	51
子宮（頸部）がん検診結果	51
がん発見状況	52
褥瘡患者の創の深さおよび予後（件数）	53
当院での褥瘡発生患者の基礎疾患および発生要因（件数）	53
治験管理室 取り扱い試験一覧	54
遠州病院 医師名簿	61
「遠州病院年報誌」投稿規定	62
編集後記	64
編集委員	64

沿革

昭和13年10月	保証責任医療利用組合連合会遠州病院として浜松市常盤町100番地に開設
昭和18年 2月	静岡県信用販売購買利用組合連合会と合併
昭和19年 1月	農業団体統合により、静岡県農業会遠州病院となる。
昭和19年 4月	病院附属看護婦養成所開設
昭和20年 6月	浜松市空襲のため、全建物が焼失したので浜名郡北浜村沼の太田病院を借り受け、北浜分院として診療を継続
昭和21年 2月	仮診療所を建て診療を開設
昭和21年 9月	新病院開設（病床40床）
昭和22年 4月	病棟増築（103床）
昭和23年 8月	静岡県農業会の解散により、静岡県厚生農業協同組合連合会（厚生連）の直営となる。
昭和24年 8月	看護婦寄宿舎竣工
昭和25年11月	病棟増築（一般112床、結核18床、計130床）
昭和26年 8月	厚生省告示第167号により、公的医療機関となる。
昭和27年 4月	附属看護婦養成所を乙種看護婦養成所として指定を受け開始
昭和27年 4月	本館の講堂その他を改造（一般141床、結核18床、計169床）
昭和29年 3月	木造2階建X線室及び病棟増築（一般139床、結核30床、計159床）
昭和30年 4月	南病棟竣工（一般222床、結核51床、計273床）
昭和34年11月	総合病院の認可を受け、遠州総合病院と改める。
昭和35年 8月	基準給食、基準看護の承認を得る。
昭和36年 7月	病棟増築（一般246床、結核51床、計297床）
昭和37年 5月	附属准看護婦養成所を附属准看護学院に変更承認を得る。
昭和38年 9月	本館第一期工事竣工（一般263床、結核51床、計314床）
昭和38年10月	中央手術部を設ける。
昭和38年11月	基準寝具の承認を得る。
昭和39年 5月	病棟増築（一般320床、結核51床、計371床）同時に看護婦寄宿舎竣工、1階に准看護学院を附設。
昭和41年10月	本館第二期工事竣工（一般450床、結核51床、計501床）
昭和46年 1月	構造設備変更（一般435床、結核51床、計486床）
昭和48年 7月	リハビリセンター設置のため病院開設許可事項変更（一般414床、結核51床、計465床）
昭和49年 5月	浜松市夜間救急診療所設置により、第二次救急病院の指定を受ける。
昭和51年 2月	結核病床廃止一般病床へ転用（一般病床465床）
昭和53年 3月	北玄関及び緊急室増築、立体駐車場（カピア）完成
昭和56年 3月	第一期改修工事完了
昭和59年 3月	健康管理センター竣工式

昭和60年 9月	第二期改修工事完了 (一般病床472床)
昭和63年11月	看護婦寄宿舎改良工事完了
平成 2年10月	老人性痴呆疾患センターの指定を受ける。
平成 4年 4月	外来診療棟増築工事竣工
平成 4年12月	本館改修工事完了
平成 5年 4月	基準看護特3類の承認を得る。 (特3類7病棟358床, 特2類2病棟114床)
平成 6年10月	新看護などの基準の届出 (9病棟462床)
平成 8年 3月	救急室の改修及び夜間救急患者待合室増築
平成 9年 2月	構造設備変更 (一般病床466床)
平成11年 6月	療養型病床群開設 (一般病床419床, 療養型病床群47床)
平成11年 8月	開放型病院の承認を得る。
平成12年 4月	構造設備変更 (一般病床355床, 療養型病床群47床, 7病棟・1ドック棟)
平成14年 2月	コバルト老朽化の為放射線設置医用ライナック設置 (導入)
平成14年 4月	診療情報管理室の設置
平成14年10月	乳房用X線撮影台搭載婦人検診車導入 (県下初) (マンモグラフィーMGU-200)
平成15年 2月	感染症診療室の整備
平成15年 4月	オーダリングシステムの導入
平成16年 7月	臨床研修病院入院診療加算取得
平成19年 4月	JA静岡厚生連遠州病院として新築移転 静岡県浜松市中区中央1-1-1 構造設備変更 (一般病床340床, 回復期病床60床)
平成20年11月	日本医療機能評価機構Ver.5認定
平成21年 5月	ICU基準取得 (4床)
平成21年 7月	DPC (診断群分類別包括支払い) 方式を導入
平成22年 4月	訪問リハビリテーション開設
平成23年 4月	胃胸部併用X線テレビ検診車 (デジタル) の整備
平成23年 7月	地域がん登録参加
平成24年 9月	地域医療支援病院の指定を受ける
平成25年 4月	電子カルテ導入
平成26年 8月	日本医療機能評価機構3rdG:Ver.1.0 一般病院2 認定
平成26年 8月	日本医療機能評価機構3rdG:Ver.1.0 リハビリテーション病院 認定
平成27年 1月	CT (コンピューター断層撮影法) 256列 導入
平成28年12月	MRI 3テスラ 導入
平成29年12月	バイプレーン血管撮影装置 導入
令和 4年 5月	日本医療機能評価機構 機能種別版評価項目3rdG:Ver.2.0 一般病院2 認定
令和 5年 8月	紹介受診重点医療機関 認定

届出事項 【東海北陸厚生局に次の施設基準に適合している旨の届出を行っています】

【基本】

- ・急性期一般入院基本料 2
- ・臨床研修病院入院診療加算
- ・救急医療管理加算
- ・超急性期脳卒中加算
- ・妊産婦緊急搬送入院加算
- ・診療録管理体制加算 2
- ・医師事務作業補助体制加算 2 (20対1)
- ・急性期看護補助体制加算 (25対1)
- ・夜間100対1急性期看護補助体制加算
- ・療養環境加算
- ・重症者等療養環境特別加算
- ・無菌治療室管理加算 1
- ・栄養サポートチーム加算
- ・医療安全対策加算 1
- ・医療安全対策地域連携加算 1
- ・感染対策向上加算 1
- ・指導強化加算
- ・患者サポート体制充実加算
- ・重症患者初期支援充実加算
- ・褥瘡ハイリスク患者ケア加算
- ・ハイリスク妊娠管理加算
- ・ハイリスク分娩管理加算
- ・後発医薬品使用体制加算 3
- ・入退院支援加算 1
- ・データ提出加算 2
- ・精神疾患診療体制加算 2
- ・認知症ケア加算 2
- ・せん妄ハイリスク患者ケア加算
- ・地域医療体制確保加算
- ・協力対象施設入所者入院加算
- ・特定集中治療室管理料 5 (ICU)
- ・小児入院医療管理料 4 (養育支援体制加算含む)
- ・回復期リハビリテーション病棟入院料 1
- ・看護職員処遇改善評価料44
- ・医療DX推進体制整備加算

【特掲】

- ・夜間休日救急搬送医学管理料
- ・救急搬送看護体制加算
- ・外来リハビリテーション診療料
- ・医療機器安全管理料 1
- ・高度難聴指導管理料
- ・心臓ペースメーカー指導管理料の注5に掲げる遠隔モニタリング加算
- ・糖尿病合併症管理料
- ・がん性疼痛緩和指導管理料
- ・がん患者指導管理料イ・ロ・ニ
- ・糖尿病透析予防指導管理料
- ・婦人科特定疾患治療管理料
- ・下肢創傷処理管理料
- ・開放型病院共同指導料 (II)
- ・ハイリスク妊産婦共同管理料 (II)
- ・がん治療連携計画策定料
- ・プログラム医療機器等指導管理料
- ・薬剤管理指導料
- ・造血管腫瘍遺伝子検査
- ・遺伝学的検査
- ・HPV核酸検出及び
HPV核酸検出《簡易ジエノタイプ判定》
- ・検体検査管理加算 (IV)
- ・BRCA1/2遺伝子検査
- ・CT撮影及びMRI撮影 (大腸CT加算含む)
- ・小児運動器疾患指導管理料
- ・持続血糖測定器加算 (間歇注入シリンジポンプと連動する持続血糖測定器を用いる場合)
- ・小児科外来診療料

【特掲】

- ・時間内歩行試験
- ・ヘッドアップティルト試験
- ・植込型心電図検査
- ・神経学的検査
- ・コンタクトレンズ検査料 I
- ・小児食物アレルギー負荷検査
- ・センチネルリンパ節生検《乳がんに係るものに限る》
- ・慢性維持透析患者外来医学管理料 (腎代替療法実績加算含む)
- ・腎代替療法指導管理料
- ・抗悪性腫瘍剤処方管理加算
- ・外来腫瘍化学療法診療料
- ・外来化学療法加算 1
- ・無菌製剤処理料
- ・療養・就労両立支援指導料
- ・心大血管疾患リハビリテーション料 (I)
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料 (I)
- ・運動器リハビリテーション料 (I)
- ・呼吸器リハビリテーション料 (I)
- ・がん患者リハビリテーション料
- ・医科点数表第2章第9部処置の通則5に掲げる処置の休日加算 1、
処置の時間外加算 1、処置の深夜加算 1
- ・エタノールの局所注入《甲状腺に対するもの》
- ・人工腎臓
- ・導入期加算 2
- ・透析液水質確保加算及び慢性維持透析濾過加算
- ・ストーマ合併症加算
- ・下肢末梢動脈疾患指導管理加算
- ・医科点数表第2章第10部手術の通則5及び6に掲げる手術
- ・医科点数表第2章第10部手術の通則12に掲げる手術の休日加算 1、
手術の時間外加算 1、手術の深夜加算 1
- ・緊急復固定加算及び緊急挿入加算
- ・脊髄刺激装置植込術及び脊髄刺激装置交換術
- ・椎間板酵素注入療法
- ・後縫帯骨化症手術 (前方進入によるもの)
- ・乳がんセンチネルリンパ節加算 2 及びセンチネルリンパ節生検 (単独)
- ・経皮的冠動脈形成術
- ・経皮的冠動脈ステント留置術
- ・ペースメーカー移植術及びペースメーカー交換術
- ・植込型心電図記録計移植術及び植込型心電図記録計摘出術
- ・大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)
- ・ダメージコントロール手術
- ・胃瘻造設術
(経皮的内視鏡下胃ろう造設術、腹腔鏡下胃ろう造設術を含む)
- ・体外衝撃波胆石破碎術
- ・体外衝撃波脾石破碎術
- ・輸血管理料 (II)
- ・輸血適正使用加算
- ・人工肛門・人工膀胱造設術前処置加算
- ・胃瘻造設時嚥下機能評価加算
- ・レーザー機器加算
- ・骨移植術 (軟骨移植術を含む) (自家培養軟骨移植術に限る)
- ・麻酔管理料 (I)
- ・早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術
- ・腹腔鏡下脾腫摘出術
- ・腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術
- ・二次性骨折予防継続管理料 (イ) (ロ) (ハ)
- ・外来栄養食事指導料 注3
- ・腹腔鏡下仙骨臍固定術
- ・腹腔鏡下肝切除術
- ・組織拡張器による再建手術
- ・ゲル充填人工乳房を用いた乳房再建術
- ・外来・在宅ベースアップ評価料 (1)
- ・入院ベースアップ評価料53
- ・在宅療養後方支援病院

令和7年4月1日

原 著

増殖性膀胱炎により急性尿閉に至った5歳女児例

1) JA静岡厚生連遠州病院 小児科

2) 聖隸浜松病院 小児科

佐久間洸伽¹⁾ 三枝弘和¹⁾ 兵藤社希哉¹⁾ 政岡 凌¹⁾ 大庭 彩¹⁾
藤田祐也²⁾ 山本雅紀²⁾ 小野裕之¹⁾

要旨

増殖性膀胱炎は、組織学的には異常上皮ないし腫瘍様病変の一つに分類される。稀に膀胱三角部に腫瘍を形成するこがあり、その場合には尿閉をきたす。今回、われわれは、腫瘍形成性の増殖性膀胱炎により急性尿閉をきたした小児例を経験したので報告する。

症例は5歳女児である。入院前日から尿閉をきたし、入院当日から入院3日目まで導尿を要した。入院3日目に、腹部エコー検査において膀胱内腫瘍が同定された。入院10日目に、膀胱鏡および生検が行われ、増殖性膀胱炎と診断された。

増殖性膀胱炎は、小児の急性尿閉の原因としては稀であるが、鑑別に挙げられるべきである。初診時の画像検査で腫瘍の同定が困難な場合があり、腹部エコー検査を繰り返し実施する必要がある。

キーワード：増殖性膀胱炎、急性尿閉

I. はじめに

増殖性膀胱炎は、組織学的には異常上皮ないし腫瘍様病変の一つに分類される。粘膜下へ向かう下方増殖を示し、腫瘍を形成するものは稀である¹⁾。今回、われわれは、腫瘍形成性の増殖性膀胱炎により急性尿閉をきたした小児例を経験したので報告する。

II. 症例

【症例】 5歳、女児

【主訴】 尿閉

【既往歴】

1歳 熱性けいれん

4歳 気管支喘息

【アレルギー】 なし

【現病歴】

入院4日前に発熱が認められるようになった。入院3日前に近医小児科においてインフルエンザと診断され、ラニナミビルオクタン酸エステル水和物吸入薬による治療が行われ、入院2日前に解熱した。入院前日の夕方から、尿意を自覚するも排尿できない状態となった。入院当日になっても同症状が持続したため、近医泌尿器科を受診した。腹部超音波検査において異常所見が同定されなかったため、自宅経過観察の方針となった。その後も排尿困難が遷延し

たため、同日夕方、近医小児科から当院に紹介された。

【入院時身体所見】

身長 114.1cm(+0.5SD)、体重 19.4kg(+0.1SD)、体温 37.1℃、血圧 118/81mmHg、脈拍 100回/分、SpO₂ 95% (room air)。意識清明、口腔内湿潤、頸部リンパ節腫脹なし、腹部：軽度膨満、軟、腫瘍触知なし、圧痛あり、毛細血管再充満時間迅速。

【来院時検査所見】

血液検査において、異常所見は認められなかった（表1）。尿検査において、潜血のみ陽性であった（表2）。腹部超音波検査において、膀胱内に尿貯留が認められたが壁肥厚は認められなかった。両側腎に1度水腎症が認められた（図1A）。

【入院経過】

入院当日、導尿により約600mLの排尿が認められた。脳症や急性散在性脳脊髄炎（ADEM）などの神経性疾患が疑われ頭部MRIが施行されたが、頭蓋内に異常な高信号は同定されなかった（図1B）。入院2日目、排尿に努めを要し、1回の自尿量は約25mLであったため、導尿が継続された。腹部CTにおいて、膀胱内に尿が貯留しており壁肥厚や腫瘍などの器質的異常は認められなかった（図2A、図2B）。腰椎MRIにおいて脊髄炎などを疑う所見もなかった（図2C）。入院3日目、1回の自尿量は約40mLに増加した。しかし、同日の腹部エコーにおいて、膀胱頸部付近に径約12mm×15mmの充実性腫瘍が認められた（図3）。入

表1. 来院時血液検査

血算		生化学			
WBC	54 × 10³/μL	TP	6.6 g/dL	Cre	0.31 mg/dL
RBC	448 × 10⁶/μL	T-Bil	0.42 mg/dL	UA	3.8 mg/dL
Hb	12.5 g/dL	AST	47 U/L	Na	134 mmol/L
Hct	37.6 %	ALT	22 U/L	K	4.0 mmol/L
Plt	15.5 × 10³/μL	LD	257 U/L	Cl	104 mmol/L
		CK	173 U/L	Ca	8.6 mg/dL
		AMY	77 U/L	CRP	0.01 mg/dL
		BUN	12.4 mg/dL	Glu	103 mg/dL

表2. 来院時尿検査, 隨液検査

尿検査		隨液検査	
尿比重	1.018	隨総数	4 /μL
pH	6.5	単核球数	3 /μL
TP	+-	多核球数	1 /μL
ケトン体	-	赤血球数	3000 /μL
ウロビリノーゲン	+-	隨液外観	無色透明
ビリルビン	-	比重	1.003
潜血	2+	pH	7.8
白血球	-	TP	18.7 mg/dL
亜硝酸塩	-	Alb	10.4
色調	STRAW	Glu	80 mg/dL
混濁	-	Cl	122 mmol/L
白血球数	0-1 /HPF	IgG	0.0 mg/dL
赤血球数	>100 /HPF		
上皮細胞(EC)	0-1 /HPF		

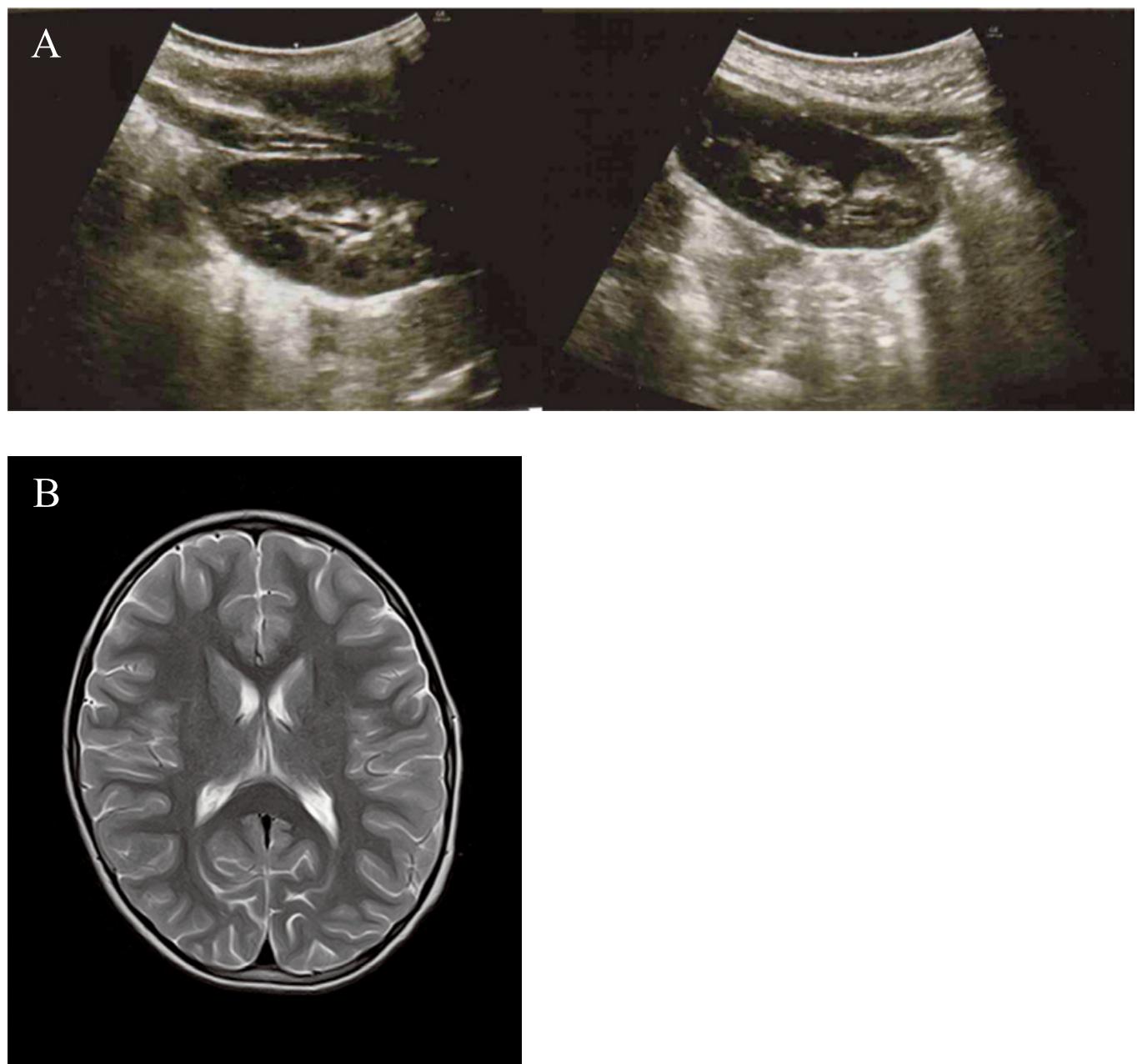


図1. 来院時の画像所見

- A) 腹部エコー
- B) 頭部単純MRI (T2強調画像)

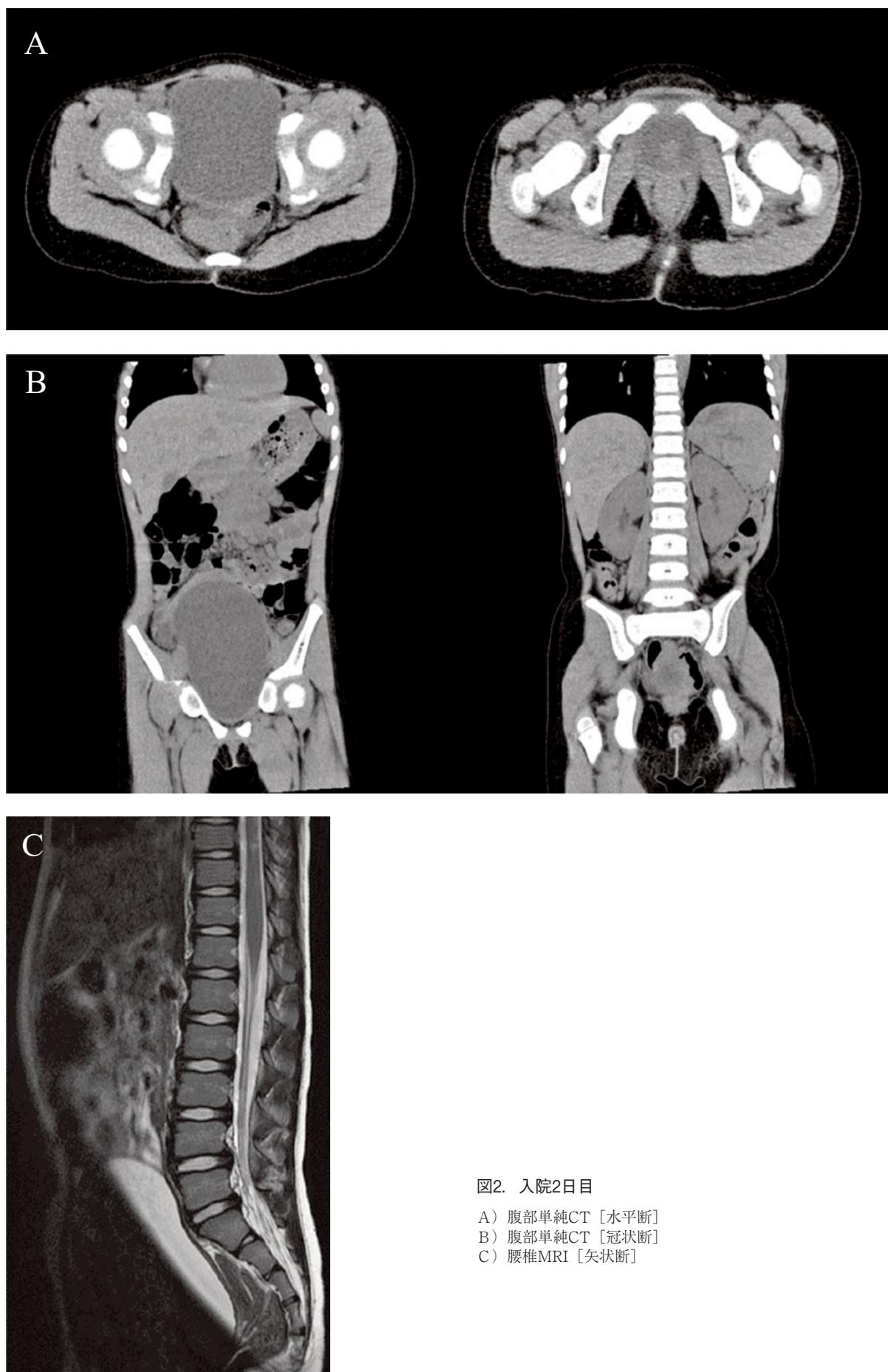


図2. 入院2日目

- A) 腹部単純CT [水平断]
- B) 腹部単純CT [冠状断]
- C) 腰椎MRI [矢状断]

院4日目、腹圧をかけることで1回約60mlの排尿が可能となつたため、導尿が終了された。連日、腹部エコーによる経過観察が継続されたが、膀胱内腫瘍の縮小傾向は認められなかつた。膀胱腫瘍の可能性が考慮され、入院6日目、膀胱鏡を用いた精査が可能である総合病院に転院となつた。

入院7日目（転院後1日）に実施された腹部MRIにおいて、膀胱下壁から背側および尿道側伸にT2強調画像で中等度信号を呈する径13mm×10mmの腫瘍性病変が同定された（図4）。入院10日目（転院後4日）、膀胱鏡検査において、内尿道口付近に隆起部位が認められたが、表面は平滑であった（図5A）。同時に実施された膀胱粘膜および粘膜下組織の生検において、間質にリンパ球・形質細胞・好中球の浸潤が同定され、膀胱炎に相当する所見であった。

て、膀胱下壁から背側および尿道側伸にT2強調画像で中等度信号を呈する径13mm×10mmの腫瘍性病変が同定された（図4）。入院10日目（転院後4日）、膀胱鏡検査において、内尿道口付近に隆起部位が認められたが、表面は平滑であった（図5A）。同時に実施された膀胱粘膜および粘膜下組織の生検において、間質にリンパ球・形質細胞・好中球の浸潤が同定され、膀胱炎に相当する所見であった。

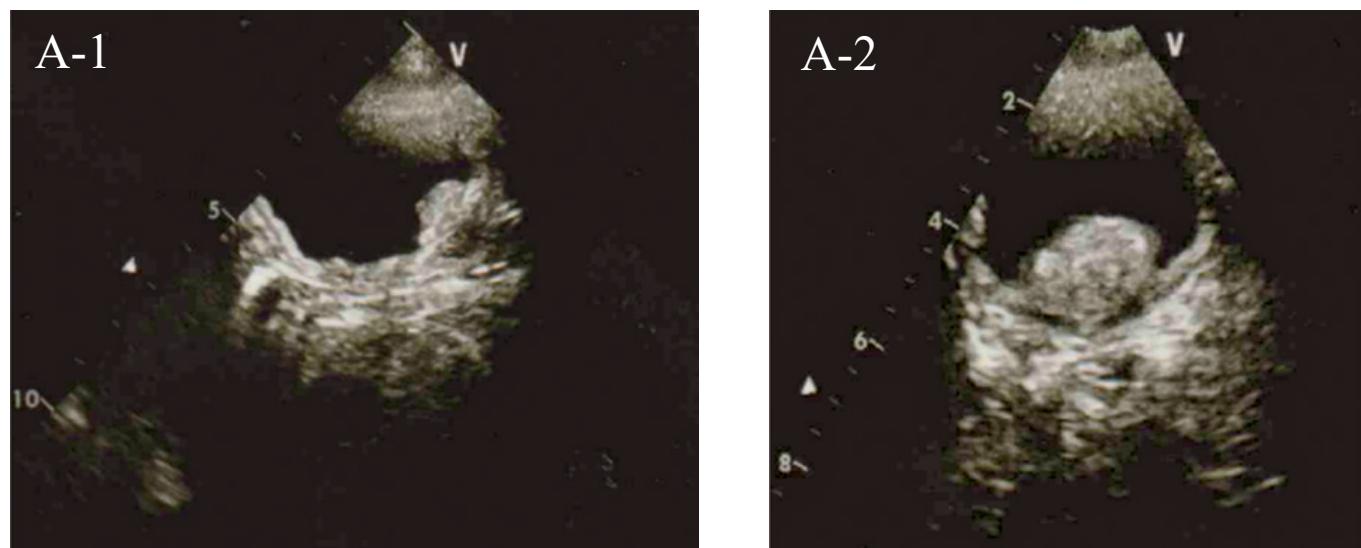


図3. 入院3日目

A-1) 腹部エコー [矢状断]
A-2) 腹部エコー [冠状断]

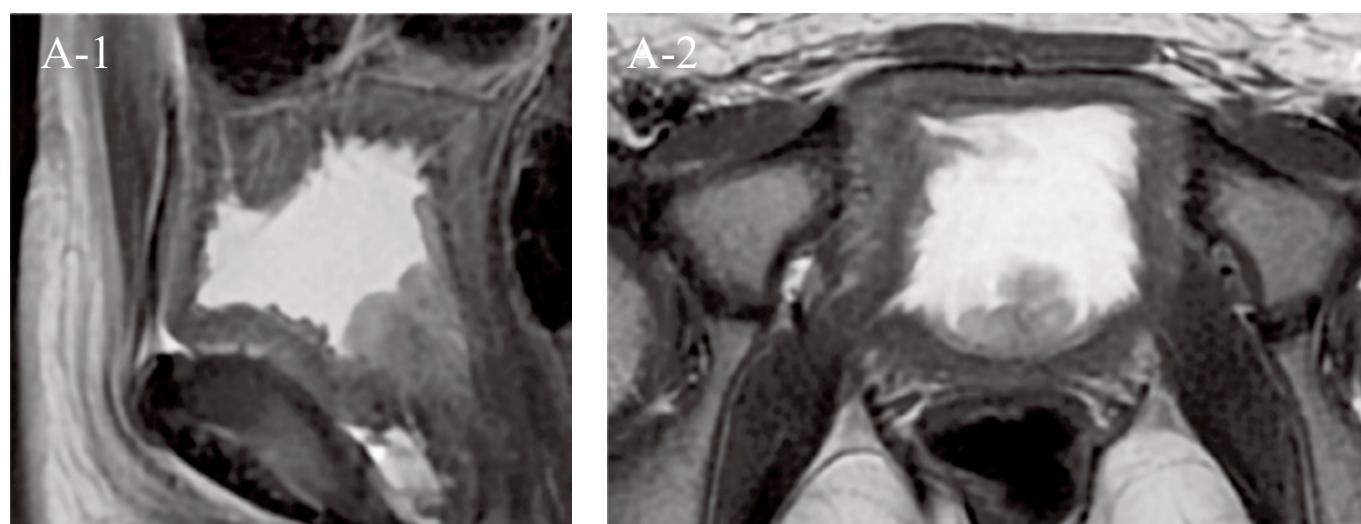


図4. 入院7日目（転院後1日）

A-1) 腹部MRI T2WI [矢状断]
A-2) 腹部MRI T2WI [冠状断]

なお、腫瘍性変化や悪性所見は認められなかった（図5B）。以上の結果から、増殖性膀胱炎と診断された。入院14日目（転院後8日）、膀胱留置カテーテルが抜去された。カテーテル抜去後もスムーズな排尿が可能であることが確認され、入院15日目（転院後9日）に退院した。

III. 考察

今回、われわれは、腫瘍形成性の増殖性膀胱炎により急性尿閉をきたした5歳女児を経験した。増殖性膀胱炎は、腎孟・尿管・膀胱癌取扱い規約において異常上皮ないし腫瘍様病変の一つに分類され、ブラン細胞巣、腺性膀胱炎、囊胞性膀胱炎、乳頭状またはポリープ状膀胱炎の4つの組織型を含む。いずれの組織型も粘膜下への下方増殖を示

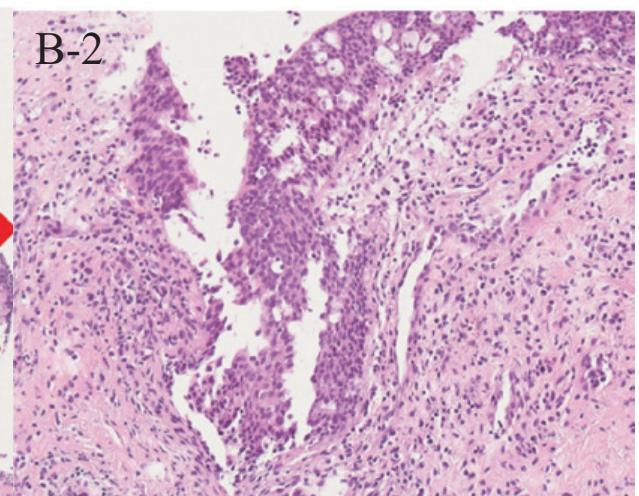
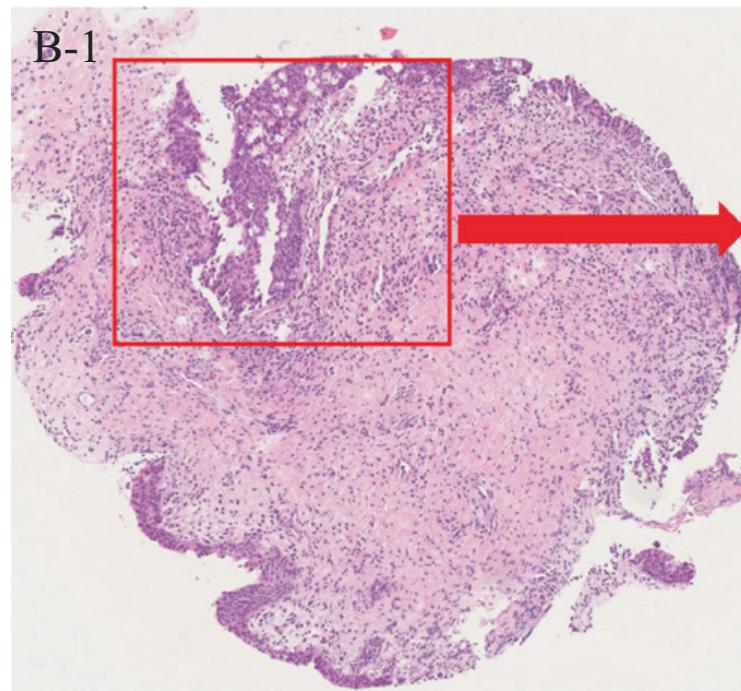
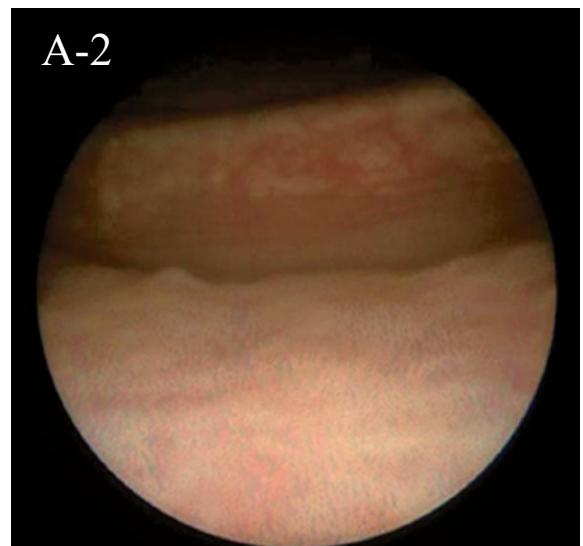
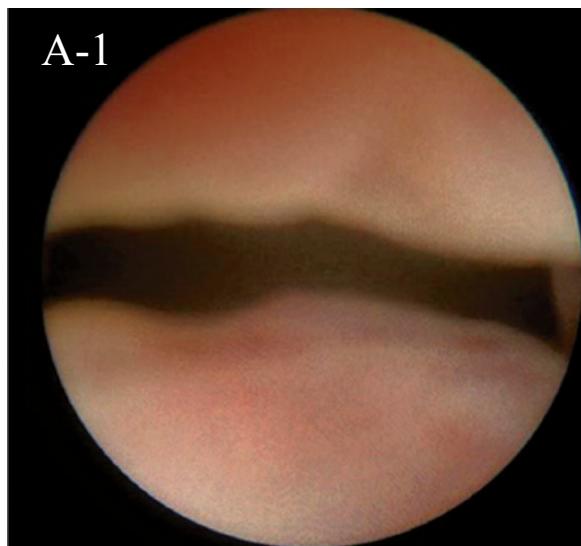


図5. 入院10日目（転院後4日）

A-1) 膀胱鏡（内尿道口周囲） A-2) 膀胱鏡（膀胱三角部）
B-1) 膀胱粘膜病理所見（x4） B-2) 膀胱粘膜病理所見（x10）

し、腫瘍を形成するものは稀である¹⁾。増殖性膀胱炎そのものは稀な疾患ではなく、正常な膀胱でも組織学的に高頻度に認められる。また、それぞれの組織型は単独で存在するよりも、複数の組織型が共存していることが多い²⁾。増殖性膀胱炎の成因について、一定の見解は得られていない。Shawらは、慢性炎症などの外的刺激による膀胱粘膜の腺上皮化を挙げている。慢性尿路感染症、膀胱瘻、尿道カテーテル、結石による慢性刺激がその原因であるとしている³⁾。一方、Wienerらは、増殖性膀胱炎のうち尿路感染症の既往歴を有するものは30%以下と低いことから、増殖性膀胱炎の組織変化が炎症によるものとする十分な根拠はないと報告した⁴⁾。

小児における急性尿閉の原因として、増殖性膀胱炎は極めて稀である。Nevoらは、小児急性尿閉の原因として、器質的閉塞が最も多く25%、感染症および炎症が11%、婦人科的異常が7%、行動心理学的過程が5%、特発性が21%と報告している⁵⁾。Schmidtらは、亀頭包皮炎が15.5%、便秘/宿便が15.5%、外傷性が11.4%、尿路系以外の発熱性疾患が8.2%、尿路感染症が7.2%と報告している⁶⁾。また、Lopes Mendesらは、外陰部の炎症（亀頭包皮炎や外陰膿炎）が最も多く47%，次いで尿路感染症が17%，特発性が14%であり、その他の原因として結石、心因性を報告している⁷⁾。これらの報告に増殖性膀胱炎は含まれていない。このことから、小児急性尿閉の原因として、増殖性膀胱炎は稀であると考えられる。しかし、増殖性膀胱炎のうち膀胱三角部に腫瘍を形成し器質的閉塞をきたした場合には、急性尿閉を呈しうる。小児を含む症例が複数報告されている^{2) 8) 9) 10) 11)}。小児急性尿閉の原因として、外陰部の炎症、尿路感染症、便秘等とともに、増殖性膀胱炎を鑑別にあげるべきである。

膀胱内腫瘍の検索には、腹部エコー検査、腹部CT検査、腹部MRI検査等の画像検査が必要である。このうち、腹部エコー検査は、非侵襲的であり、小児においても繰り返し実施が可能である。本症例においては、入院後に繰り返し腹部エコー検査を行うことにより、入院3日目に膀胱内腫瘍の同定に至った。初診時の腹部エコー検査において膀胱内腫瘍が発見されなかった理由として、膀胱内尿貯留に伴う腹部緊満のため膀胱下部の観察が困難であったことが挙げられる。初診時の画像検査において腫瘍が同定されなかった場合においても、経過中に腹部エコー検査を繰り返し実施すべきであると考える。

IV. 結語

増殖性膀胱炎により急性尿症をきたした5歳女児例を経験した。小児急性尿閉の原因として増殖性膀胱炎は稀であるが、腫瘍形成性の増殖性膀胱炎は尿閉をきたしうる。

【参考文献】

- 1) 泌尿器科・病理・放射線科 腎孟・尿管・膀胱癌取扱い規約 第2版, 2021.
- 2) 稲葉洋子, 岡本雅之, 原田益善ほか: 腫瘍形成を呈した増殖性膀胱炎の1例. 泌尿紀要 41:617-620, 1995.
- 3) Shaw JL, Gislanson GJ, Imbriglia JE, et al.: Transition of cystitis glandularis to primary adenocarcinoma of the bladder. J Urol 79: 815-822, 1958.
- 4) Wiener DP, Koss LG, Sablay B, et al.: The prevalence and significance of Brunns nests, cystitis cystica and squamous metaplasia in normal bladders. J Urol 108: 421-424, 1972
- 5) Nevo A, Nano R, Livne PM, et al.: Urinary retention in children. Urology 84(6): 1475-9, 2014.
- 6) Schmidt AM, Hirsch K, Schroth M, et al.: Acute urinary retention in children. Journal of Pediatric Urology. J Pediatr Urol. 16(6):842.e1-842.e6, 2020.
- 7) Lopes Mendes AL, Innocenzi M, Spicchiale CF, et al.: Acute urinary retention in children: causes and the role of bladder catheterization and ultrasonogram. Minerva Urol Nephrol 76(4):499-504, 2024.
- 8) 三宅優一郎, 市野みどり: 下部尿路閉塞を呈した稀な小児膀胱頸部腫瘍の2症例. 日本小児泌尿器科学会雑誌 26(1):89-92, 2017.
- 9) 三好みどり, 矢野明, 大口泰助ほか: 腫瘍形成を伴った増殖性膀胱炎の1例. 西日泌尿 65:655-658, 2003.
- 10) 鈴木孝尚, 古瀬洋, 松本力哉ほか: 尿管膀胱移行部通過障害をきたした増殖性膀胱炎の1例. 泌尿紀要 57: 573-576, 2011.
- 11) 松村直紀, 橋本潔, 加藤良成ほか: 水腎症を呈した増殖性膀胱炎の3例. 泌尿紀要 69:323-328, 2014.

原 著

大動脈炎を伴う再発性多発軟骨炎の一例

JA静岡厚生連遠州病院 呼吸器内科

中島菊子 伊藤大恵 立田可菜美 加藤真人 貝田勇介

要旨

再生性多発軟骨炎 (Relapsing Polychondritis以下RP) は軟骨組織やプロテオグリカンに富んだ組織における、再発と寛解を繰り返す炎症を主徴とした免疫介在性の全身性疾患である。耳介、眼、気管など病変は広範にわたり、臨床症状は症例により様々である。心血管障害は、頻度は低いながらもRPの予後に関わる病態である。今回、大動脈炎を合併したRPの1例を経験したため報告する。

キーワード：再発性多発軟骨炎、大動脈炎

I. はじめに

再生性多発軟骨炎 (Relapsing Polychondritis以下RP) は耳介や鼻、末梢関節、気道などの軟骨組織や、眼や内耳、心血管などのプロテオグリカンに富んだ組織に炎症を繰り返すことを特徴とする免疫介在性の全身性疾患である。病変部位は広範にわたり、症例によって様々な臨床症状を呈する。弁膜症や大動脈炎、大動脈瘤などの心血管障害を合併した症例は、頻度は低いもののRPの予後不良と関連しており、RPを診断した際にはCTや心臓超音波検査などで心血管障害の有無を精査すべきである。今回は大動脈炎を呈したRPの1例を経験したため報告する。

II. 症例

症 例：45歳 男性

主 訴：咳嗽、発熱、聴力低下

生活歴：喫煙歴：Current Smoker 20-45歳 1日20本，

飲酒歴：なし

既往歴：特記事項なし

家族歴：特記事項なし

現病歴：X年3月に咳嗽が出現し、近医で気管支炎や気管支喘息として加療されたが、改善しなかった。5月の健康診断で右耳の聴力低下と体重減少を指摘され、当院耳鼻咽喉科を受診した。高音域の感音性難聴と軽度のめまいが認められ、突発性難聴と診断されて治療目的に入院した。水溶性プレドニゾロン (PSL) の60mg/日 (0.8mg/kg/日) からの10日間の漸減投与およびデキサメタゾンの鼓室内投与で加療されたところ、聴力は改善しなかったが、咳嗽は軽快し退院した。6月に足関節痛や腰痛、発熱を認めたほか、咳嗽が再び出現したため、当科を紹介受診した。胸部造影CTで気管軟骨炎を疑う気管支壁の肥厚や大動脈炎を疑う大動脈壁の肥厚が認められた。気管軟骨炎、非びらん性の炎症性関節炎、前庭蝸牛障害を認め、Damianiの診断基準（表1）を満たしたためRPと診断され、治療目的で入院した。

表1 再発性多発軟骨炎の診断基準

Damianiの診断基準 (1979年)⁽²⁾

1. 蝸牛、前庭機能障害 (感音性難聴、耳鳴、めまい)
 2. 両側の耳介軟骨炎
 3. 非びらん性の炎症性関節炎
 4. 鼻軟骨炎
 5. 眼症状 (結膜炎、角膜炎、強膜炎、ぶどう膜炎)
 6. 喉頭および気管軟骨炎
- 1) 上記6項目のうち3項目以上を満たす。
- 2) 上記6項目中、解剖学的に離れた2項目以上を満たし、ステロイドあるいはダブソン治療に反応する。
- 3) 上記6項目のうち1項目以上を満たし、病理組織学的所見を認める。

初診時現症：身長 181cm、体重 78kg、血圧110/59 mmHg、脈拍 80回/分、体温 36.3°C、SpO₂ 99%（室内気）、呼吸音異常なし、耳介・鼻根部に発赤なし、四肢体幹に皮疹なし。

i. 検査所見

血液検査：白血球数と血小板数の上昇および貧血を認めた。CRPが上昇しており、血清補体値や抗核抗体、抗CCP抗体の上昇を認めた（表2）。

心臓超音波検査：EF 69.0%、左房に軽度の拡大を認めた。弁膜症を認めない。

標準純音聴力検査：右側優位の両側高音域感音性難聴を認めた（図1）。

肺機能検査：% VC 87.3%、FEV1% 52.6%と混合性換気障害を認めた。

胸部単純X線写真：傍気管線の肥厚がみられた（図2）。

胸腹部単純CT：気管～両側中枢気管支に壁肥厚があり、

表2 初診時血液検査

WBC	10100	/ μ L	TP	6.3	g/dL	Na	140	mEq/L
Neut	80.9	%	Alb	2.4	g/dL	K	4.3	mEq/L
Lym	11.8	%	T-Bil	0.35	mg/dL	Cl	100	mEq/L
Mon	6.2	%	AST	15	U/L	CRP	19.72	mg/dL
Eos	0.8	%	ALT	27	U/L			
Bas	0.3	%	LD	115	U/L	C3	158	mg/dL
RBC	393 万	/ μ L	γ -GTP	67	U/L	C4	40	mg/dL
Hb	10.2	g/dL	CK	28	U/L	抗核抗体	40	倍
Ht	32.5	%	AMY	33	U/L	HOMOGENEOUS	40	倍
PLT	49.0 万	/ μ L	BUN	9.4	mg/dL	SPECKLED	40	倍
			Cr	0.72	mg/dL	抗 CCP 抗体	179	U/mL
			UA	3.6	mg/dL			

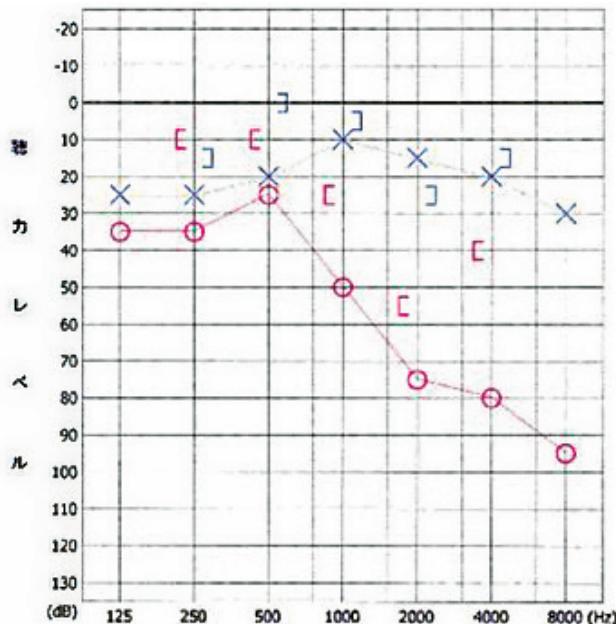


図1 標準純音聴力検査

○右耳、×左耳

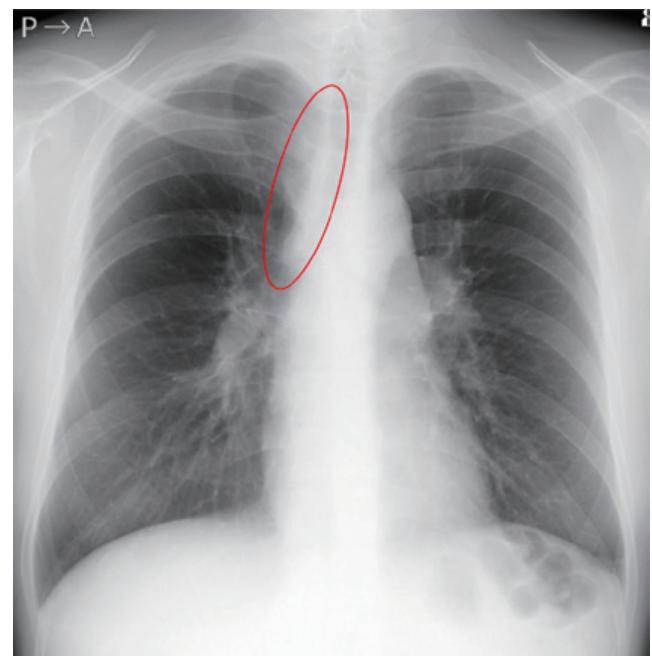


図2 胸部一般撮影

傍気管線が肥厚している



図3-A

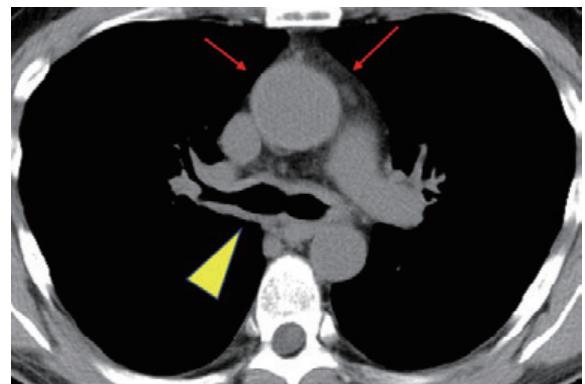


図3-B

図3 胸部単純CT（治療開始前）

気管～両側中枢気管支壁が肥厚し、一部内腔が狭小化している（図3-A, B 三角矢印◀）
上行大動脈～下行大動脈、腕頭動脈、左鎖骨下動脈、左総頸動脈起始部の血管壁が肥厚している（図3-A, B 線矢印←）



図4-A

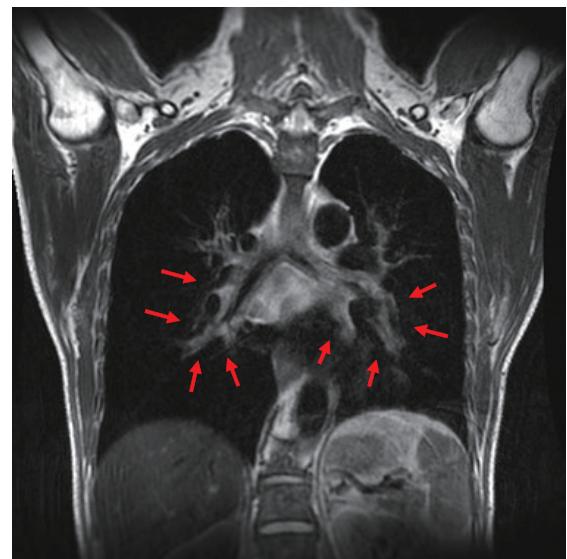


図4-B

図4 胸部MRI T2強調像

気管（図4-A）および気管支（図4-B）の壁肥厚あり

一部内腔が狭小化していた（図3-A, B 三角矢印◀）.
上行大動脈から下行大動脈にかけてと、腕頭動脈、左鎖骨下動脈、左総頸動脈起始部に血管壁肥厚を認めた（図3-A, B 線矢印←）。

胸部単純MRI：T2強調像で気管（図4-A）および気管支（図4-B）の壁肥厚を認めた。

骨シンチグラフィ：両側胸鎖関節（図5-A, B 三角矢印◀）と仙腸関節（図5-A 線矢印←）に集積を認めた。

気管支鏡検査：気管軟骨に沿った気道粘膜の腫脹と発赤を認めた（図6-A, B, C）。

病理組織学的所見：胸鎖軟骨の3ヶ所で生検を行い、うち1つに線維性軟骨組織を認めたが、炎症性細胞浸潤は見ら

れなかった。

眼科的診察：強膜炎や結膜炎などの眼病変を疑う所見を認めなかった。

ii. 入院後経過

入院時よりPSL 70mg/日（10mg/kg/日）の内服を開始し、2週間毎に減量した。加療後より咳嗽は軽快しはじめ、治療2週間後、CRPは0.06mg/dLにまで低下した。治療開始3週間後に施行した胸部単純CTでは、気管支壁（図7-A, B 三角矢印◀）および大動脈壁の肥厚に改善を認めた（図7-A, B 線矢印←）。治療開始6週間後の呼吸機能検査では、%VC 117.9%，FEV1% 56.3%まで改善

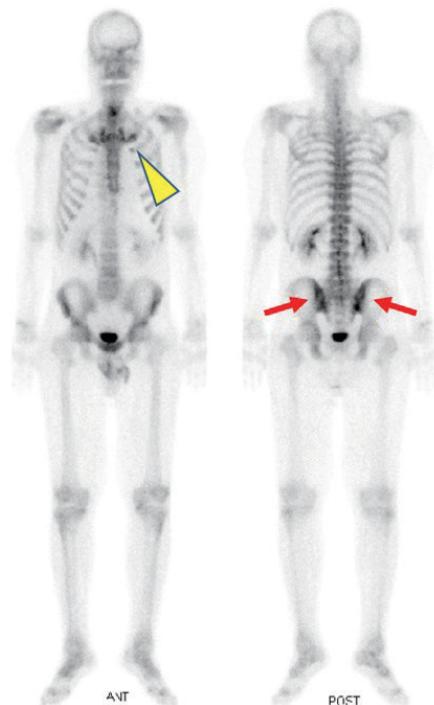


図 5-A



図 5-B

図 5 骨シンチグラフィ
両側胸鎖関節（図 5-A, B 三角矢印◀）と
仙腸関節に集積を認めた（図 5-A 線矢印←）

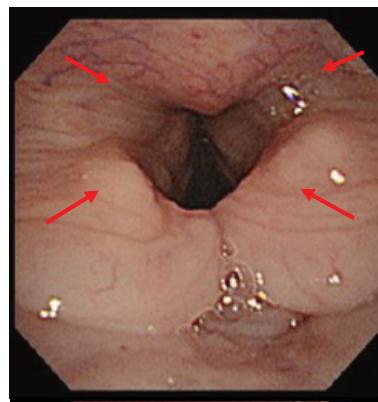


図 6-A

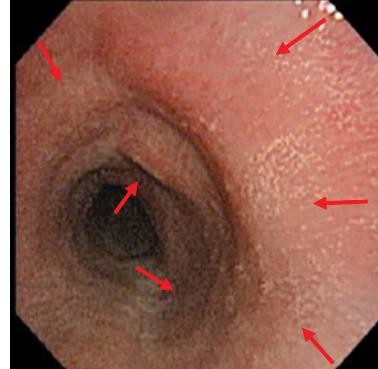


図 6-B

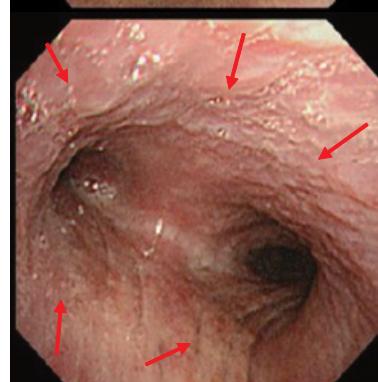


図 6-C

図 6 気管支鏡検査

気管軟骨に沿った気道粘膜に腫脹と発赤あり（図 6-A, B, C）

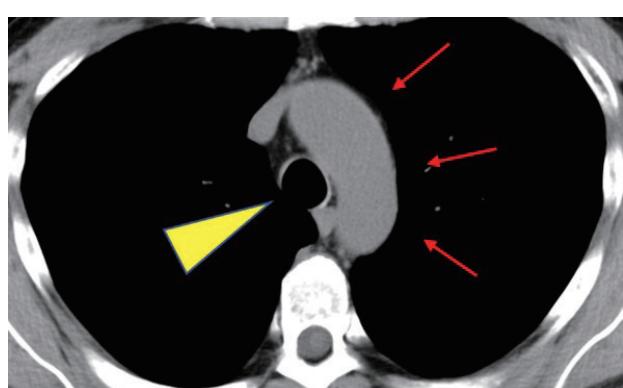


図 7-A



図 7-B

図 7 胸部単純CT（治療開始6週間後）

気管支壁（図 7-A, B 三角矢印◀）および大動脈壁（図 7-A, B 線矢印←）の肥厚が改善している

したものの、聴力検査では明らかな改善を認めなかった。治療開始8週間後よりPSLを25mg/日に減量して症状の再燃を認めなかつたため、治療開始9週間後に退院した。

III. 考察

RPは軟骨組織やプロテオグリカンに富んだ組織に繰り返し持続的な炎症を引き起こし、多様な臨床症状を呈する。初発症状としては耳介軟骨炎が多く（本邦において初発時57.3%，経過中78.2%），そのほかに気道軟骨炎（初発時17.2%，経過中49.8%）や眼障害（9.2%，45.6%），関節炎（6.2%，38.5%），内耳障害（3.8%，26.8%），鼻軟骨炎

（2.1%，39.3%），神経障害（2.9%，9.6%）などの症状も認められる⁽¹⁾。本例は経過中、気道軟骨炎、関節炎、内耳障害を呈したもの、耳介軟骨炎はみられない非典型的な症例であった。

大動脈炎や大動脈瘤、弁膜症などの心血管障害の合併は、経過中7.1%と発現頻度は低いながらも⁽¹⁾大動脈弁逆流症や僧帽弁逆流症による末期心不全、大動脈瘤の破裂、大動脈解離などを引き起こす重要な予後不良因子である^(3,4,5)。厚生労働省によるRPの重症度分類の基準（表3）⁽⁶⁾においても、心血管症状が存在する場合はスコアにかかわらず重症として分類される。DibらはRPにおける心血管障害の早期発見のため、心音の聴診、ルーティーンでの心電図検

表3 再発性多発軟骨炎重症度分類⁽⁶⁾

全身症状
2点 発熱
リウマチ様症状
1点 関節炎
活動性の軟骨炎
4点 胸骨柄、胸鎖、肋軟骨炎
9点 耳介軟骨炎（片側または両側）
9点 鼻軟骨炎
眼症状
9点 上強膜炎
11点 角膜潰瘍
14点 網膜血管炎
生化学
3点 CRP (2.0mg/dL 以上)
内耳機能障害
8点 感音難聴
12点 前庭機能障害
皮膚・腎症状
3点 紫斑
6点 血尿、蛋白尿
17点 腎不全
以上のスコアで採点：軽症1～8、中等症9～13、重症14～
スコアにかかわらず、再発性多発軟骨炎に起因する以下の症状が存在する場合は全て重症として対応
心血管症状（心膜炎、心筋炎、弁膜症及び血管炎を含む何らかの血管障害）
神経症状（末梢神経傷害、中枢神経症状）
呼吸器症状（呼吸不全の有無は問わない）

査、胸部単純X線写真、経胸壁心臓超音波検査のほか、胸部CTやMRI、経食道心臓超音波検査の入院中の実施および6か月毎の再検を推奨している⁽⁷⁾。また、Erdoganらが行った大動脈病変を呈するRPについての文献レビューでは、大動脈病変を呈するRPについての症例報告84例中25例が心臓超音波検査、18例がCT、13例が胸部レントゲン、8例がPET-CT、6例がMRIによって診断されている⁽⁸⁾。本例は鑑別診断のため全身精査の際に胸部造影CTを行い、大動脈炎を認めたため重症のRPと分類した。動脈瘤の形成や大動脈解離なども見られず、心臓超音波検査上、弁膜症や心機能低下ではなく、心血管病変としての重症度は低いと考えられた。

RPはまれな疾患であるため、系統的な治療法は確立されていない。多くの症例報告ではステロイドを初期治療として追加の免疫抑制療法が経験的に実施されており、重度の心血管障害に対しては手術による血管治療が行われる場合もある。Besneraisらの報告では、1990年から2014年の間に3つのメディカルセンターにおいてCTを施行したRPの症例172例のうち、大動脈炎や大動脈拡張症、大動脈瘤、大動脈解離などの非アテローム性の大動脈病変を呈したのは11例である。うち11例全例で1mg/kg/日のステロイド治療が初期治療として行われている。そのうち6例はメチルプレドニゾロン (mPSL) の初期パルス療法を受けているが、PSL治療のみで改善を認めたのは1例のみであり、残り10例は追加の免疫抑制療法を、うち5例では手術による血管治療を必要としている⁽⁹⁾。免疫抑制療法に用いられた薬剤は、メトトレキサート (MTX) やアザチオプリン (AZA)、シクロフォスファミド (CYC)、ミコフェノール酸モフェチル (MMF)、インフリキシマブ (IFX)、アダリムマブ (ADA)、トリシリズマブ (TOC) と様々である。血管治療としては、Bentall手術による僧帽弁置換術や、複合大動脈グラフト置換術、大動脈-腸骨人工血管バイパスによる大動脈瘤切除術が行われている⁽⁹⁾。また、Erdoganらは、免疫抑制療法について当該データのある84例中、MTXは13例、AZAは12例、MMFは9例、シクロスボリンは5例、CYCは25例、IFXは13例、TOCは8例、ADAは3例、リツキシマブは1例と報告している。手術による血管治療については、101例中、大動脈グラフト内挿術あるいは置換術が33例、大動脈弁置換術が30例、冠動脈バイパス術が8例行われている⁽⁸⁾。さらに、Dibらの心血管障害を呈するRPの手術治療についての文献レビューでは、25例中、大動脈弁置換術単独は12例、大動脈弁置換術と僧帽弁置換術の複合手術は5例、大動脈弁置換術と上行大動脈

の複合大動脈グラフト置換術の複合手術は5例行われており、大動脈弁形成術、Bentall手術、僧帽弁形成術はそれぞれ1例行われている⁽⁷⁾。

本例ではまず突発性難聴として水溶性PSLの投与漸減およびデキサメタゾンの鼓室内投与がおこなわれ、RP診断後よりPSL 70mg/日の内服を開始した。PSLでの加療開始後炎症反応は速やかに改善したが、RPは繰り返す炎症を特徴とする疾患である。今後症状が再燃した際にはPSLに加え、MTXやAZA、CYCなどの免疫抑制薬による追加治療を考える。さらに炎症が増悪し大動脈瘤や大動脈弁逆流症などの重症心血管障害を合併した際には、手術による血管治療を検討する。

IV. 結語

大動脈炎を伴うRPを経験した。RPの典型症状には耳介軟骨炎があるが、本例は耳介軟骨炎を認めない非典型的な症例であった。また、大動脈炎を含む心血管障害は、発現頻度は低いながらもRPにおける重要な予後規定因子であり、各種検査により早期に発見する必要がある。本例では胸部造影CTにより大動脈炎が指摘され、PSL治療により速やかに軽快した。今後PSLの漸減に伴い症状が再燃した際には、PSLに加え、MTXやAZA、CYCなどの免疫抑制薬による治療を検討したい。

参考文献

- Oka H, Yamano Y, Shimizu J, et al. A large-scale survey of patients with relapsing polychondritis in Japan. *Inflamm Regen* 34: 149-156, 2014.
- Damiani JM, Levine HL. Relapsing polychondritis report of ten cases. *Laryngoscope* 89: 929-946, 1976.
- Michet CJ Jr, McKenna CH, Luthra HS, et al: Relapsing polychondritis. Survival and predictive role of early disease manifestations. *Ann Inter Med* 104: 74-78, 1986.
- McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R, et al. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 55: 193-215, 1976.
- Rosso AD, Petix NR, Pratesi M, et al. Cardiovascular Involvement in Relapsing Polychondritis. *Semin Arthritis Rheum* 26: 840-844, 1997.

- (6) 難病情報センター：再発性多発軟骨炎(指定難病55).
(2024年10月29日取得. <https://www.nabyou.or.jp/entry/3857>)
- (7) Dib C, Moustafa SE, Mookadam M, et al. Surgical treatment of the cardiac manifestations of relapsing polychondritis: overview of 33 patients identified through literature review and the Mayo Clinic records. Mayo Clin Proc 81: 772-776, 2006.
- (8) Erdogan M, Esatoglu SN, Hatemi G, Hamuryudan V. Aortic involvement in relapsing polychondritis: case-based review. Rheumatology International 41: 827-837, 2021.
- (9) Le Besnerais M, Arnaud L, Bouetmy J, et al. Aortic involvement in relapsing polychondritis. Joint Bone Spine 85: 345-351, 2018.

他誌掲載論文

【整形外科】

中部日本整形外科災害外科学会誌67巻5号 Page629-630

二次性骨折予防継続管理料算定後の当院での骨粗鬆症治療の変化と問題点

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

野崎飛我

【目的】

2022年4月より大腿骨近位部骨折に対して二次性骨折予防継続管理料が算定可能となった。導入前後の当院での骨粗鬆症治療の変化を調査することを目的とした。

【方法】

当院にて大腿骨近位部骨折の治療を行った345人（導入前170人、導入後175人）を対象とした。入院前、入院中、退院後の骨粗鬆症薬の処方状況を調査。また退院先別の処方状況も調査した。

【結果】

入院中の骨粗鬆症薬処方割合は導入前が20%であるのに対し、導入後は85%に増加しており（ $p<0.001$ ），退院後も84%と維持されていた。導入後の処方内容は入院中、ビタミンD（VD）製剤63%，ビスフォスフォネート（BP）製剤34%。退院後、VD製剤53%，BP製剤39%であった。処方内容は自宅退院でVD製剤45%，BP製剤47%，その他（PTH製剤、デノスマブ、ロモソズマブ）8%，施設退院でVD製剤66%，BP製剤29%，その他5%であった（ $p=0.05$ ）。

【考察】

二次性骨折予防継続管理料算定後、骨粗鬆症治療薬の処方割合は有意に増加した。しかし、処方内容は入院中の費用や退院後のPTH製剤への変更も考慮しVD製剤の割合が多かった。実際は、PTH製剤等への変更はされておらず、入院中から全例、BP製剤を併用することが考慮される。また、退院先別で比較すると施設退院の処方内容はVD製剤の割合が多く、費用を考慮した結果であると考えられた。

2024 Cureus 16(6) : e61765

Enhancing the Unicompartmental Knee Arthroplasty Safety via Finite Element Analysis of Coronary Plane Alignment: A Case Report

Department of Orthopaedic Surgery, Enshu hospital

Takaaki Imada

Although Oxford unicompartmental knee arthroplasty is often used to successfully treat patients with knee osteoarthritis isolated at the medial compartment, we present a case of fracture just below the tibial keel caused by either a shift in medial loading position or an increased amount of tibial osteotomy. Finite element analysis was used to determine which factor was more important. First, a 3D-surface model of the patient's tibia and the implant shape were created using computed tomography-Digital Imaging and Communications in Medicine (CT-DICOM) data taken preoperatively. The finite element analysis found that following unicompartmental knee arthroplasty, the cortical stress (normal, 5.8 MPa) on the medial tibial metaphyseal cortex increased as the load point moved medially (3 and 12 mm medially: 7.0 and 10.7 MPa, respectively) but was mild with increased tibial bone resection (2 and 6 mm lower: 6.1 and 6.5 MPa, respectively) . Implanting the femoral component more medially than the preoperative plan increases stresses in the medial cortex of the tibia and may cause fractures.

【循環器内科】

BLOOD PRESSURE 2024, VOL. 33, NO. 1, 2323967
<https://doi.org/10.1080/08037051.2024.2323967>

Significance of blood pressure variability in normotensive individuals as a risk factor of developing hypertension

^aDepartment of Internal Medicine, Enshu Hospital, Hamamatsu, Japan.

^bSugiura Medical Clinic, Toyota, Japan

^cDepartment of Cardiology, Nagoya City University Mirai Kousei Hospital, Nagoya, Japan

^dDepartment of Internal Medicine, Faculty of Rehabilitation Sciences, Nagoya Gakuin University, Nagoya, Japan

Hiroyuki Takase^a Tomonori Sugiura^b Sumiyo Yamashita^c Naomi Kawakatsu^a
Kazusa Hayashi^a Fumihiko Kin^a Takeru Isogaki^a and Yasuaki Dohi^d

ABSTRACT

Background: Visit-to-visit blood pressure variability is a strong predictor of the incidence of cardiovascular events and target organ damage due to hypertension. The present study investigated whether year-to-year blood pressure variability predicts the risk of hypertension in the Japanese general population.

Materials and methods: This study analyzed 2 806 normotensive individuals who participated in our physical checkup program for five years in a row from 2008 to 2013. The average, standard deviation, coefficient of variation, average real variability, and highest value of systolic blood pressure in the five consecutive visits were determined and used as baseline data. The participants were followed up for the next 6 years with the development of “high blood pressure”, an average blood pressure level of $\geq 140/90$ mmHg or the use of antihypertensive medications, as the endpoint.

Result: During follow-up, “high blood pressure” developed in 389 participants (13.9%, 29.5 per 1 000 person-years). The incidence increased across the quartiles of standard deviation and average real variability, while the average and highest systolic blood pressure had the most prominent impact on the development of “high blood pressure”. Multivariate logistic regression analysis adjusted for possible risk factors indicated that the average, standard deviation, average real variability, and highest blood pressure, but not the coefficient of variation of systolic blood pressure, were significant predictors of “high blood pressure”.

Conclusion: Increased year-to-year blood pressure variability predicts the risk of hypertension in the general normotensive population. The highest blood pressure in the preceding years may also be a strong predictor of the risk of hypertension.

Hypertension Research (2025) 48:796–804
<https://doi.org/10.1038/s41440-024-02028-4>

Fibrosis-4 index is closely associated with future development of hypertension in the Japanese general population

¹Department of Cardiology, Nagoya City University Mirai Kousei Hospital, Nagoya, Japan

²Department of Internal Medicine, Enshu Hospital, Hamamatsu, Japan

³Division of Internal Medicine, Faculty of Rehabilitation Sciences, Nagoya Gakuin University, Nagoya, Japan

Sumiyo Yamashita¹ Hiroyuki Takase² Naomi Kawakatsu² Kazusa Hayashi²
Fumihiko Kin² Takeru Isogaki² Yasuaki Dohi³

Abstract

The fibrosis-4 index, a noninvasive method for evaluating liver fibrosis, is closely associated with cardiovascular events. In this study, we tested the hypothesis that the fibrosis-4 index is associated with new-onset hypertension in the general population. A total of 15 502 individuals (51.0 ± 13.2 years) who participated in our health checkup program were screened. Participants with hypertension were excluded, and the remaining 8 719 normotensive participants (48.4 ± 12.6 years) were followed up (median 1 739 days) with the endpoint of the new onset of hypertension. During follow-up, 1 750 participants (39.0 per 1 000 person-years) developed hypertension. In Kaplan–Meier analysis, where participants were divided into three groups according to the fibrosis-4 index at baseline (low, <1.30 ; intermediate, $1.30\text{--}2.67$; high, ≥2.67) , the risk of hypertension increased with increasing fibrosis-4 index (low, 33.8; intermediate, 55.2; high, 69.4 per 1 000 person-years). Multivariate Cox hazard regression analysis revealed that the log-transformed fibrosis-4 index was independently associated with the development of new hypertension (hazard ratio 4.279, 95% confidence interval 3.318–5.518). These results suggest that the fibrosis-4 index is a useful tool to evaluate a risk of developing hypertension in the general population. Hypertension and liver fibrosis may share a common basis.

学会発表

【内科】

Relationship between fibrosis-4 index and new onset hypertension in the general population

¹ Department of Internal Medicine, Enshu Hospital, Hamamatsu, Japan

² Division of Internal Medicine, Faculty of Rehabilitation Sciences, Nagoya Gakuin University, Nagoya, Japan

Hiroyuki Takase¹ Naomi Kawakatsu¹ Kazusa Hayashi¹ Fumihiko Kin¹ Takeru Isogaki¹,
Yasuaki Dohi²

ESC Congress 2024; Scientific Congress of European Society of Cardiology. 30 August – 2 September 2024. London, UK

Background/Introduction: Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is a risk for cardiovascular events and malignant tumors as well as liver cirrhosis, and the risk increases with increasing fibrosis of the liver. Thus, the fibrosis-4 (FIB-4) index, developed as a noninvasive test to stage liver fibrosis, may predict the development of hypertension.

Purpose: The present study investigated the relationship of FIB-4 index with the prevalence and future development of hypertension in the general population.

Methods: A total of 16125 participants who visited our hospital for a physical check-up at least twice from 2008 to 2018 (male=9700, 52.0 ± 12.3 year-old) were subjected for cross-sectional analysis. Among them, 3995 participants were hypertensive. The remaining 12111 normotensive participants (male=6984, 49.5 ± 11.9 year-old) were followed up for the median of 1643 days with the endpoint being the development of hypertension, defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg, diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg or the use of antihypertensive medication. FIB-4 index was calculated as follows; $(\text{age} \times \text{AST}) / (\text{platelet number} \times \sqrt{\text{ALT}})$.

Results: Cross-sectional analysis revealed that FIB-4 index was higher in hypertensive than normotensive participants (1.40 ± 0.74 vs. 1.09 ± 0.54 , $p < 0.001$). During the follow-up, 2819 participants (45.7 per 1000 person-year) developed hypertension. The incidence was more frequent in male (55.6 per 1000 person-year) than female participants (32.7 per 1000 person-year, $p < 0.001$). High level of FIB-4 index (≥ 2.67 , $n=194$) showed a significant impact on the incident hypertension (80.5 per 1000 person-year) as compare with middle (≥ 1.30 , < 2.67 , $n=3082$) or low level (< 1.30 , $n=8835$) of FIB-4 index (65.4 and 38.8 per 1000 person-year, respectively). Non-adjusted hazard ratio (HR) (95% confidence interval [CI]) of FIB-4 index for the new onset of hypertension was 1.483 (1.416–1.553). In multivariate Cox hazard analysis adjusted for sex, body mass index, systolic blood pressure, pulse rate, serum creatinine, uric acid, HbA1c, LDL-cholesterol, triglyceride, hemoglobin, current smoking, frequent alcohol consumption and family history of hypertension, FIB-4 index was an independent predictor of the development of hypertension (HR 1.321, 95%CI [1.213–1.438]). Similar results were obtained in analyses of male (HR 1.382, 95%CI [1.300–1.470]) and female subgroups (HR 1.369, 95%CI [1.230–1.524]). History of viral hepatitis or frequent alcohol consumption did not affect the results (data not shown).

Conclusions: FIB-4 index is a useful predictor of the development of hypertension in the general population. Increased risk of cardiovascular events in patients with NAFLD may partially be attributable to the development of or coexistence with hypertension.

一般住民における心電図上のQRS幅と高血圧症の関連

JA静岡厚生連遠州病院 内科¹,
名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院 循環器内科²
名古屋学院大学 リハビリテーション学部 内科学教室³
高瀬浩之¹ 山下純世² 川勝なおみ¹ 林和沙¹
金史彦¹ 磯垣武尊¹ 土肥靖明³

第46回日本高血圧学会総会 福岡 令和6年10月

【目的】 心電図におけるQRS幅は心血管病の発症や全死亡と関連していることが報告されている。本研究では、一般住民においてQRS幅が高血圧の存在と関連があるか、また高血圧発症を予測するかどうか検討した。

【方法】 2008年から2016年までの期間中に当院の人間ドックを2回以上受診したことのある13382名を対象とした。2008年から2015年まで、初回の人間ドック受診時に心電図検査で左脚ブロック、右脚ブロック、WPW症候群、完全房室ブロック、人工ペースメーカ移植術後、または陳旧性心筋梗塞の所見を有する対象者を除外した12551名（男性76385名、平均年齢 52.5 ± 12.0 歳）に対して、QRS幅と高血圧の関連を横断的に検討した。さらに高血圧者を除外した残りの9293名（男性5425名、平均年齢 50.2 ± 11.7 歳）において、高血圧の発症をエンドポイントとして2016年まで（中央値で4年間）縦断的に経過観察した。

【成績】 横断研究で、高血圧者のQRS幅は正常血圧者と比較して大きかった（ 101.2 ± 8.8 vs. 99.4 ± 8.9 msec）。縦断研究では、観察期間中に1953名が高血圧症を発症し（50.6/千人年）、男性の方が女性よりも多かった（61.7 vs. 35.7/千人年）。対象者を登録時のQRS幅に従って三分位に分けた後、Kaplan-Meier解析を行ったところ、第一分位、第二分位、第三分位へとQRS幅が上昇するにつれて（ 89.9 ± 4.3 , 99.5 ± 2.3 , 109.6 ± 5.4 msec）高血圧発症率が増加した（40.9, 51.1, 60.6/千人年）。多変量Cox-hazard解析において、QRS幅は高血圧発症の有意な予測因子であった（ハザード比 1.007, 95%CI 1.001-1.013）。

【結論】 心電図におけるQRS幅は一般住民において高血圧発症と有意に相関していた。心室内伝導の変化が明らかな臨床的高血圧に先行する可能性がある。

一般住民においてFibrosis-4 indexは高血圧発症の予測因子である

名古屋市立大学医学部附属みらい光生病院 循環器内科¹
JA静岡厚生連遠州病院 内科²
名古屋学院大学 リハビリテーション学部 内科学教室³
山下純世¹ 高瀬浩之² ○川勝なおみ² 林和沙²
金史彦² 磯垣武尊² 土肥靖明³

第46回日本高血圧学会総会 福岡 令和6年10月

【目的】 非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）は心血管イベント発症の危険因子であり、そのリスクは肝臓の線維化が進むにつれて増加する。したがって、肝臓の線維化を段階的に評価する非侵襲的検査として開発されたFibrosis-4 (FIB-4) indexは、高血圧の発症を予測する可能性がある。本研究では、一般住民におけるFIB-4 indexと高血圧有病率（横断研究）および将来の高血圧発症との関係性（縦断研究）を検討した。

【方法】 2008年から2018年までに当院の人間ドックを受診した計22066人（男性=12944人、 51.9 ± 13.0 歳）を対象とした。この期間の初回の受診時（ベースライン）データを用いて横断研究を行った。ベースラインで高血圧を認めた対象者（n=5445）を除外し、それ以外の対象者を高血圧（収縮期血圧 ≥ 140 mmHg、拡張期血圧 ≥ 90 mmHg、または降圧薬の使用）

の発症をエンドポイントとして2019年まで追跡した（中央値1643日間）。データ欠損者、脱落者を除く12111人（男性=6984人、 49.5 ± 11.9 歳）を解析対象とした。FIB-4 indexは、（年齢×AST）/（血小板数× $\sqrt{\text{ALT}}$ ）の計算式にて算出した。

【成績】横断研究にて、FIB-4 indexは正常血圧者よりも高血圧患者で高値であった（ 1.45 ± 1.12 vs. 1.08 ± 0.56 , $p < 0.001$ ）。追跡期間中、2819人（1000人年当たり45.7人）が高血圧を発症した。発症頻度は女性より男性で高率であった（1000人年あたり32.7人vs. 55.6人, $p < 0.001$ ）。登録時のFIB-4 indexにつき日本肝臓学会が推奨する基準値を用いて対象者を3群（低値群； < 1.30 , $n=8835$, 中間値群； ≥ 1.30 , < 2.67 , $n=3082$, 高値群； ≥ 2.67 , $n=194$ ）に分けKaplan-Meier解析を行ったところ、FIB-4 indexが上昇するにつれて高血圧発症率が増加した（1000人年あたり38.8人, 65.4人, 80.5人）。多変量Coxハザード解析において、FIB-4 indexは高血圧発症の独立した予測因子であった（ハザード比1.321, 95%信頼区間 1.213-1.438）。

【結論】FIB-4 indexは一般住民における高血圧新規発症に関する有用な予測因子である。NAFLD患者における心血管イベントリスク增加のメカニズムの一部に、高血圧の発症または併存が関与している可能性が示唆される。

Effect of COVID-19 pandemic on the management of hypertension and the prevalence of lifestyle disease

¹ Department of Internal Medicine, Enshu Hospital, Hamamatsu, Japan

² Division of Internal Medicine, Faculty of Rehabilitation Sciences, Nagoya Gakuin University, Nagoya, Japan

Takeru Isogaki¹ Hiroyuki Takase¹ Naomi Kawakatsu¹ Kazusa Hayashi¹ Fumihiko Kin¹
Yasuaki Dohi²

ESC Congress 2024; Scientific Congress of European Society of Cardiology. 30 August – 2 September 2024. London, UK

Background/Introduction: Behavior restrictions after the advent of COVID-19 dramatically changed our lifestyle, which may have affected self-management of metabolic factors in individuals.

Purpose: We examined changes in the prevalence and management of lifestyle disease in the general population.

Methods: We enrolled 2582 consecutive participants aged ≥ 20 years (male=6984, 49.5 ± 11.9 year-old) who visited our hospital for their annual physical check-up at least five times between 2017 and 2022. Participants were divided into 2 groups (with [$n=739$] or without anti-hypertensive medication [$n=1843$]) and changes in parameters that are closely related with lifestyle were examined before (2017-2019) and after (2020-2022) the pandemic of COVID-19. Hypertension was defined as systolic blood pressure ≥ 140 mmHg, diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg, or the use of antihypertensive medications. Diabetes mellitus was defined as fasting plasma glucose ≥ 126 mg/dL, HbA1c $\geq 6.5\%$ or the use of antidiabetic medications. Dyslipidemia was defined as LDL-cholesterol ≥ 140 mg/dL, HDL-cholesterol < 40 mg/dL, triglyceride ≥ 150 mg/dL, or the use of antidyshilidemic medications. Hyperuricemia was defined as uric acid > 7.0 mg/dL for men, > 6.0 mg/dL for women or the use of antihyperuricemic medications. Metabolic syndrome was defined based on Japanese diagnostic criteria (2005).

Results: The main results are shown in the Table. Participants taking medication for hypertension were 739 (83.6% of those with hypertension), and “without antihypertensives” ($n=1843$) in the table includes participants without hypertension ($n=1698$) and hypertensive participants without medication ($n=145$). The level of all parameters indicated worse conditions in participants with than without antihypertensive medication. The prevalence of hypertension, diabetes, dyslipidemia, hyperuricemia and metabolic syndrome which was higher in participants with than without antihypertensive medication increased after the COVID-19 pandemic. Although the most of parameters were deteriorated after the pandemic, only the management of blood pressure in participants under antihypertensive medication was improved.

Conclusion: Behavior restrictions during the pandemic might have unfavorable impact on the prevalence of lifestyle disease. Although the control of blood pressure has not deteriorated over the years in hypertensive participants under

medication, total management of life style was not excellent during the pandemic.

Table. Characteristics of participants under antihypertensive medication and those without before and after COVID-19 pandemic

	Without antihypertensives (n=1843)		With antihypertensives (n=739)	
	Before COVID-19	After COVID-19	Before COVID-19	After COVID-19
Men, n (%)	1236 (67.1)	---	569 (77.0) #	---
Age, (years)	53.7±10.9	56.7±10.9* #	64.4±8.9#	67.4±8.9* #
Body mass index (kg/m ²)	22.5±3.1	22.5±3.2* #	24.2±3.5#	24.3±3.6#
Waist circumference(cm)	82.4±8.5	83.1±8.5* #	87.9±9.0#	88.5±9.2* #
Systolic blood pressure (mmHg)	117.2±10.3	119.0±10.4* #	128.2±10.4#	127.8±10.7#
Diastolic blood pressure (mmHg)	71.9±7.7	73.3±8.1* #	77.1±8.0#	76.1±8.5* #
Pulse rate (bpm)	62.4±8.4	64.0±7.0* #	64.4±9.7#	65.2±7.9* #
eGFR (mL/min per 1.73m ²)	74.3±11.9	70.5±11.3* #	67.6±13.2#	63.5±13.4* #
Uric acid (mg/dl)	5.42±1.24	5.49±1.24* #	5.69±1.15#	5.72±1.16#
Fasting plasma glucose (mg/dl)	94.4±12.8	95.6±14.2* #	104.0±19.6#	105.6±19.9* #
HbA1c (%)	5.69±0.47	5.74±0.48* #	6.00±0.68#	6.08±0.73* #
HDL-cholesterol (mg/dl)	65.3±17.2	66.9±17.9* #	61.0±15.2#	61.8±15.2* #
LDL-cholesterol (mg/dl)	124.0±25.3	125.7±25.2* #	117.5±23.9#	114.6±23.4* #
Triglyceride (mg/dl)	100.3±56.2	99.2±55.8	119.7±58.1#	118.1±62.1#
Estimated salt intake (g/day)	8.65±1.56	8.61±1.56	9.51±1.81#	9.50±1.87#
Hypertension, n (%)	145 (7.9)	163 (8.8)* #	739 (100) #	739 (100) #
Diabetes mellitus, n (%)	146 (7.9)	229 (12.4)* #	178 (24.1) #	255 (34.5)* #
Dyslipidemia, n (%)	1061 (57.6)	1210 (65.7)* #	546 (73.9) #	591 (80.0)* #
Hyperuricemia, n (%)	399 (21.6)	496 (26.9)* #	296 (40.1) #	361 (48.9)* #
Metabolic syndrome, n (%)	164 (8.9)	207 (11.2)* #	365 (49.4) #	407 (55.1)* #

*p<0.05 vs. "Before COVID-19" by paired t test, or chi-squared test; #p<0.05 vs. "Without antihypertensives" by unpaired t test, or chi-squared test

【看護部】

外来化学療法患者の脱水症を見逃さないために ～外来化学療法を受けている患者で、脱水と診断され入院した事例からの考察～

JA静岡厚生連遠州病院 看護部

小林由季子

第39回日本がん看護学会学術集会 札幌 令和7年2月

昨年特定行為「脱水症状に対する輸液による補正」の研修を受けた。研修後の交流会で、特定行為だけでなく脱水の予防的関わりも大切であると感じた。先行研究で、外来化学療法患者の血清浸透圧から38%にかくれ脱水を認め、脱水を含めると44%にのぼったとされている。脱水のリスクや脱水予防に関連するがん患者の特徴を捉えた情報収集とアセスメントについて事例から抽出したため報告する。

2022年5月～2024年5月に脱水と診断され入院した外来化学療法患者4事例を対象とした。入院時の脱水の種類と脱水の原因を分析した。

脱水の種類は全員が「高張性脱水」であった。原因是「抗がん剤による有害事象（恶心、嘔吐、食欲不振、下痢、末梢神経障害にて冷たいものが飲めない）」「ニボルマブの免疫関連有害事象（以下、irAE）による副腎皮質機能低下症」「アテゾリ

ズマブのirAEによる下痢」「病勢進行に伴う肝機能障害による食欲不振」「腹水に伴う利尿剤の使用」が考えられた。

脱水は大きく分けて3つに分類される。「高張性脱水」は何らかの原因で水分を摂取できない場合、もしくは低張液の喪失が水分の補充を上回っている場合に起こる。対象者は、食欲不振により水分を摂取できなかった。また下痢、嘔吐、利尿剤使用により低張液を失ったと考える。犬飼らは外来化学療法患者の脱水症のスクリーニングを先行研究の報告から292～300mOsm/kg・H₂Oをかくれ脱水、300mOsm/kg・H₂O以上を脱水と判定している。これを対象者の入院前の外来化学療法時点で見たところ、1事例はかくれ脱水、3事例が脱水であった。外来化学療法患者の脱水の原因としてirAEも視野に入れることの大切さが分かった。また、「高張性脱水」の原因から水分を摂取できないことだけでなく、低張液の喪失もアセスメントし、血清浸透圧は容易に測定できるため観察項目の1つとして加えていきたい。

【臨床検査科】

骨髄増殖性腫瘍と多発性骨髄腫の合併と考えられた1症例

JA静岡県厚生連遠州病院¹⁾

◎小川雄大¹⁾ 松本沙彩¹⁾ 山本衣舞季¹⁾ 鈴木泰秀¹⁾ 市川佐知子¹⁾

第73回日本医学検査学会 金沢 令和6年5月

【はじめに】白血球と血小板增多を認め、骨髄検査を施行したところ骨髄の過形成に加え異型性の強い形質細胞を認め、精査の契機となった。骨髄増殖性腫瘍（MPN）に加え、多発性骨髄腫（MM）と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】80代男性、健診にて白血球と血小板增多を指摘され、当院を紹介された。既往歴、生活歴、家族歴、臨床症状に特記すべき所見を認めなかった。

【検査所見】生化学：TP 6.5g/dL, Alb 3.5g/dL, LD 181U/L, ALP70U/L, BUN 11.2mg/dL, CRE 0.77mg/dL, Ca 9.2mg/dL, 血清β2-microglobulin 2.8mg/L, IgG 493mg/dL, IgA 1396mg/dL, IgM12mg/dL, 血液：WBC 10.0×10⁹/L (Seg 88%, Lymph 6.0%, Mono 5.0%, Baso1.0%), RBC 4.92×10¹²/L, Hb15.4g/dL, Plt 668×10⁹/L, 末梢血液像に明らかな異常を認めなかった。

骨髄：NCC10.6×10⁴/μL, MgK 31.0/μL, M/E比2.5, Myeloid56. 4% (Blast 0.4%, Baso 0.4%, Eos 2.8%, Pro 0.4%, Myelo 7.6%, Meta 4.0%, Band 9.6%, Seg26.4%, Mono 5.2%), Lymph 7.6%, Erythroid 22.4%, Plasma cell 12.8%, 塗抹標本上3系統の細胞に過形成を認めた。Plasma cellは増加し多核、大小不同、核小体明瞭、空胞形成があり、明らかな異型性を認めた。蛋白分画ではβ領域にM-peakがありγ領域の平低化を認めた。免疫電気泳動では抗IgAと抗λにM-bowを認め、尿中BJPは陽性であった。染色体検査は46, XY. CD38-gatingではCD54, CD138が陽性。遺伝子解析でJAK2/V617F遺伝子変異が陽性でCALR, MPL遺伝子変異は陰性であった。単純X-P上、骨変化は認めなかった。

【結果】白血球と血小板增多からMPNが疑われ骨髄検査が施行された。検査室にてMMの合併が疑われ、精査が行われる契機となった。詳細な検討からJAK2/V617F遺伝子変異陽性のMPNとIgA-λ型MMの合併と診断された。

【考察】MPNとMMの合併は過去にも報告されている。しかしMPNやMMの分類、発症の機序に関しては多様性があり、その多くが未解明とされている。本症例は遺伝子を含めた解析が進むことで両疾患の関連性を検討していくことができる貴重な症例になり得ると考えられた。

長時間ホルター心電図の使用実績

JA静岡厚生連遠州病院 臨床検査科

富田 真帆 斎藤奈都美 二橋 聖子 大西安寿紗 市川佐知子

Web 令和6年6月

【はじめに】最大で14日間連続で記録可能なホルター心電図は、24時間では捉えにくい不整脈の検出に有用である。当院における検査結果及び実施時の問題点について報告する。

【使用機器】長時間心電図用ホルター記録器 (WR-100: フクダ電子社製)

【対象】2023年1月から2024年1月までに施行した全12例

【運用】記録器は生理検査室で管理、装着から取り外しまでを技師が行う。

解析は外注し、結果が届き次第速やかに報告する。記録器の使用台数に制限があるため、担当医が電子カルテで検査依頼時に必ず直接電話連絡をすることを義務化した。

【結果】施行した全12例のうち発作性心房細動が2例検出され、その内1例は24時間ホルター心電図では有意所見を捉えることができなかつたが、長時間ホルター心電図で発見された。

【問題点】シール電極が剥がれた事例が2例、機械エラーが発生した事例が1例であった。

2例とも記録開始後完全に剥がれていなかった為、剥がれた部分に上からテープを貼って補強した。メーカー側は注意事項を厳守すれば剥がれることはないとのことであった。

機械エラーについては患者本人から正常に作動していないのではないかと連絡を受けた為、来院して頂きメーカーと確認したところ作動していない事が判明した。原因不明ではあるが記録開始後約3時間でのエラーの為、新しく機械を付け直し記録を続けた。

【考察】電極の剥がれについては注意事項を厳守してもらうように患者に説明する。機械エラーに関しては原因不明であるが正常に作動しているか患者に確認してもらうようにする。

【まとめ】長時間ホルター心電図を使用することで24時間では捉えにくい発作性心房細動などの検出に有用な情報を得ることができた。また有意所見が認められない場合でも患者の不安を取り除くことができ、非侵襲的で患者負担も少ないので今後も検査が増える事が予想される。現状検査数も増えてきている為問題点を解決し今後の運用に活かしていきたい。

【臨床工学科】

当院臨床工学技士の腹膜透析への取り組み

JA静岡厚生連遠州病院 臨床工学科

老川昌史

第69回日本透析医学会学術集会・総会 横浜 令和6年6月

【背景・目的】当院では2020年より腹膜透析 (PD) 治療が開始され、臨床工学技士はPD導入時から治療に携わっている。また、患者への指導を行うとともに、自動腹膜透析 (APD) 装置等のトラブルにも対応している。

PDは多職種が協力して行う治療でありAPD装置などを使用している治療において臨床工学技士の役割は非常に重要なものと考える。

当院臨床工学技士のPDへの取り組みについて報告する。

【方法】APD装置の指導、メンテナンスに加えPD治療計画用プログラムにて透析状況の確認、APD装置のトラブル対応を行う。

【考察/結語】患者が入院した際、導入時より関わっている臨床工学技士が装置の取り扱いやトラブルにスムーズに対応出来る。また、臨床工学技士がPDに関わる事によって透析業務の効率化を計ることが出来、患者が安全に機器の操作を行う事で透析治療を継続することが出来ると考えられる。

【小児科】

不登校を主訴に来院した青年との心理療法過程

JA静岡厚生連遠州病院 小児科 心理相談室

臨床心理士・公認心理師 山本 弘一

第41回日本青年期精神療法学会総会 富山 令和6年11月

【はじめに】本発表は、小学校高学年で不登校となった青年との約7年にわたる心理療法の報告である。Aの不登校を契機に、母方祖父母との同居の解消、母の退職、再就職と家族の形は変化していった。心理療法は、揺れ動く家族の中でAの主体性を支えることとなった。今回、事例を報告する中で、不登校、世代間にわたる家族の問題、経過の中での心理療法の役割などについて検討していただきたい。

【事例】A 18歳 男性（初診時小学校5年生）

【主訴】不登校（初診時）

【家族歴】ともに教員である両親とA、弟の4人家族である。小3時に二世帯住宅を建て母方祖父母と同居していた。

【生育歴】胎生期、周生期に特記事項なし。1歳10か月より保育園へ通園し、2歳で他児の世話をしていた。年中では保育士の体罰により夜驚症になった。弟の出生時、「母が小さく見える」と言った。小学校3、4年時、担任とそりが合わず登校を渋った。5年時、1ページの宿題を4、5ページやり、テストの前日には夜中まで復習をした。夏休みの習字の課題で、どれだけ書いても納得できないことが続き、ボーっとすることが増えた。2学期の途中から登校できなくなった。同年（X年）11月に当院小児科を受診、12月に心理相談に至った。

【関わりの経過】Aと発表者（以下Th）とは会話が弾まず、Aは数回で来院しなくなり、母や両親が面接を続けた。母方祖父母は、Aが学校に行けないことに対しAや母を責め、Aは活気を失っていった。両親と母方祖父母は意見が衝突し、同居を解消し、母も退職することになった。Aは人を怖がる、夜中に包丁で指を切る、数時間行方不明になるなどの様子を呈した。そこからAは小児科医の診察・薬物療法とThとの心理療法を再開した。Aは心理療法の場を、学校、家庭、将来のことを相談する場として活用し、通信制高校、アルバイトと能動的に動けるようになり大学進学を機に終結となった。当日は、心理療法や日常生活の経過を報告する中で、家族の問題の中でのAの成長、経過を通して心理療法が果たした役割などについて検討してみたい。

なお、倫理的配慮としては、発表に関して本人および保護者の了承を得ており、匿名性に配慮し一部改編している。

【整形外科】

腰椎CTでの椎間板内バキューム現象と腰痛の関係

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

藤田倫匡

第53回日本脊椎脊髄病学会学術集会 横浜 令和6年4月

【目的】 椎間板内バキューム現象は腰痛と関連があるとの報告も多いがまだ議論がある。本研究の目的は腰椎CTでの椎間板内バキューム現象と腰痛との関係を調査することである。

【対象と方法】 当院にて腹部CTを撮影した症例でアンケートに同意が得られた症例のうち椎体骨折、胸腰椎固定術の既往がある症例を除いた364例を対象。腹部CTを骨条件にして再構成し椎間板内バキューム現象（以下VP）や椎間板楔状化・狭小化、椎体強直、DISHの有無、腰椎側弯角を調査。VPはMurataらの方法により形態分類（①spot-type、②linear-type、③island-type）と局在（前方線維輪、髓核、後方線維輪）も調査。また診療録より年齢、性別、BMIを、アンケートにて現在の腰痛、慢性腰痛の有無、仕事における労働負荷（重量物を持つ、中腰作業、立ち仕事、座り仕事）の有無も調査。腰痛と各調査項目との関係を統計学的に検討した。

【結果】 単変量解析で腰痛と関連があった項目は年齢、VP、VPの局在が髓核・後方線維輪、腰椎側弯角、椎間板腔狭小化と立ち仕事。VP分類では①12.3%②18.2%③20.8%③27%とグレードにより腰痛有の割合は上昇したが有意差はなかった。慢性腰痛と関連があったのは年齢、VPの局在が後方線維輪、座り仕事、立ち仕事、腰痛、慢性腰痛の有無をそれぞれ目的変数として $p < 0.2$ となった項目（VP有とその局在など重複する所見は最も関連が強いものを投入）で多変量解析を行うと腰痛と関連があるのはVPが後方線維輪に局在、側弯角、重い物を持つ仕事、立ち仕事、慢性腰痛と関連があるのはVPが後方線維輪に局在、座り仕事であった。

VPが後方線維輪にある症例では全例髓核から連続しており、また81%で前方線維輪から連続していた。

【考察】 椎間板内バキューム現象は腰痛と関連ありとする報告は多い。本研究ではVPが後方線維輪まで拡大している所見が腰痛との関連が強い可能性があることが示唆された。

二次性骨折予防継続管理料算定後の当院での骨粗鬆症治療の変化と問題点

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

野崎飛我

第142回中部日本整形外科災害外科学会日本整形外科学会学術総会 米子 令和6年4月

「他誌論文」掲載の論文と同じ

上腕骨骨幹部骨折に対する前方プレート固定と髓内釘との術後成績の比較

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科
岩澤光希子

第142回中部日本整形外科学会災害外科学会日本整形外科学会学術総会 米子 令和6年4月

【目的】当院では髓腔径狭小例や遠位骨幹部骨折などの髓内釘使用困難な上腕骨骨幹部骨折に対して前方プレート固定を行っている。本研究の目的は前方プレート固定の術後成績を髓内釘と比較検討することである。

【方法】当院にて2012年から2023年までに上腕骨骨幹部骨折に対して手術を行い術後3ヶ月以上経過観察可能であった39例を対象として後ろ向きに調査を行った。評価項目は骨癒合の有無、角状変形（内外反）、術後合併症、関節可動域（肩屈曲、肘屈曲、肘伸展）とした。

【結果】前方プレート固定法（P群）12例、髓内釘固定法（N群）27例であり、両群とも最終観察時には全例で骨癒合が得られていた。角状変形はP群0.3° /N群-1.1° であった。関節可動域は肩屈曲133° /131°、肘屈曲134° /132°、肘伸展-8°/-4° であり、角状変形、関節可動域共に統計学的有意差をみとめなかった。術後合併症はP群で橈骨神経麻痺1例、N群でスクリューのルースニング2例をみとめた。橈骨神経麻痺は保存治療により約3ヶ月で回復した。

【考察】上腕骨骨幹部骨折に対する前方プレート固定は髓内釘と比較して術後成績に有意差はなく良好な結果であった。前方プレート固定法は髓内釘の使用困難な症例にも良い適応と言えるが、橈骨神経障害に注意して手術を行う必要がある。

Two cases of tibial plateau fractures treated with the Ilizarov external fixator which allowed full loading immediately after surgery.

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科
堀口 航

第2回膝関節学会 沖縄 令和6年12月

【Background】

There is no valid agreement on the timing of postoperative weight loading after tibial plateau fractures. We report two cases of tibial plateau fractures in which full loading was allowed immediately after Ilizarov external fixation with good clinical outcomes.

Case 1: A 75-year-old female was suffered from AO classification 43-C1 tibial plateau fracture, after losing her footing on the step, with compartment syndrome which required emergency fasciotomy. The patient was allowed to full load the day after Ilizarov external fixation, followed by ambulating with a cane 21 days postoperatively.

Case 2: A 78-year-old female was admitted after falling off a moped with AO 43-C3 tibial plateau fracture which was treated with Ilizarov external fixator. The patient was allowed to full load the day after surgery and was able to walk with a cane 21 days after surgery.

【Discussion】

It is still controversial that the patients with tibial plateau fracture can be encouraged to load weight immediately after

internal fixation with plates. With Ilizarov external fixation, rigid fixations by creating parallel planes including each bone fragment with multiple wires could allow full loading immediately after surgery and may lead to early recovery of ambulatory function.

Oxford UKAの冠状面における脛骨骨切りとインプラント設置角度の関係

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

今田貴章

第2回膝関節学会 沖縄 令和6年12月

【目的】当院では髓腔径狭小例や遠位骨幹部骨折などの髓内釘使用困難な上腕骨骨幹部骨折に対して前方プレート固定を行っている。本研究の目的は前方プレート固定の術後成績を髓内釘と比較検討することである。

【方法】当院にて2012年から2023年までに上腕骨骨幹部骨折に対して手術を行い術後3ヶ月以上経過観察可能であった39例を対象として後ろ向きに調査を行った。評価項目は骨癒合の有無、角状変形（内外反）、術後合併症、関節可動域（肩屈曲、肘屈曲、肘伸展）とした。

【結果】前方プレート固定法（P群）12例、髓内釘固定法（N群）27例であり、両群とも最終観察時には全例で骨癒合が得られていた。角状変形はP群0.3° /N群-1.1° であった。関節可動域は肩屈曲133° /131°、肘屈曲134° /132°、肘伸展-8°/-4° であり、角状変形、関節可動域共に統計学的有意差をみとめなかった。術後合併症はP群で橈骨神経麻痺1例、N群でスクリューのルースニング2例をみとめた。橈骨神経麻痺は保存治療により約3ヶ月で回復した。

【考察】上腕骨骨幹部骨折に対する前方プレート固定は髓内釘と比較して術後成績に有意差はなく良好な結果であった。前方プレート固定法は髓内釘の使用困難な症例にも良い適応と言えるが、橈骨神経障害に注意して手術を行う必要がある。

当院の術後感染対策—バンコマイシン予防投与の効果—

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

竹内祐貴

第50回静岡整形外科脊椎研究会 静岡 令和6年9月

【背景】一時期当院で術後感染症例が続いてしまった経緯があり、術後感染対策としてリスクの高い症例に対して術前後バンコマイシン予防投与を開始した。その他にも当院で行った感染対策の効果について調査・検討することを目的とした。

【対象と方法】2014年以降に当院で脊椎手術を施行した1276例を対象とした。バンコマイシン予防投与・オラネキシジングルコン酸塩開始前と開始後での感染率を調査した。

【結果】1276例中18例が術後感染のため再手術を要した。症例ごとに有する感染リスクを調べたところ多椎間固定が8例(44%)、脊椎手術既往が5例(28%)、糖尿病が5例(28%)、低栄養が3例(17%)であった。起因菌としてMRSAが7例(39%)、MSSAが5例(28%)、MRCNSが3例(17%)、その他が3例だった。

バンコマイシン予防投与前後の感染率は投与前1128例中25例(2.2%)、投与後148例中1例(0.68%)、P=0.212だった。

オラネキシジングルコン酸塩開始前263例中4例(1.5%)、開始後1014例中21例(2.1%)、P=0.566だった。

【考察】オラネキシジングルコン酸塩投与前後で感染率に変化はなかった。バンコマイシン予防投与やその他の感染対策はまだ開始してそれほど時間が経過しておらず施行後の感染率も有意差はなかったが、感染は減少傾向にある可能性がある。

BKP後の隣接椎体骨折と椎間板内バキューム現象の関係

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

竹内祐貴

第33回日本脊椎インストゥルメンテーション学会 札幌 令和6年9月

【目的】 BKP術後の隣接椎体骨折（AVF）発生のリスク因子について過去にさまざまな報告があるが、椎間板内バキューム現象（VP）との関連について言及した文献はない。本検討ではVPとAVFの関係について調査した。

【方法】 2017年10月から2023年5月に椎体骨折に対して1椎体のBKPを施行した症例のうち、過去に脊椎固定術の既往がない54例（男9例、女45例、平均年齢82.5歳）を解析した（T11-L1の胸腰椎移行部41例、L2-L5が13例）。術前CTよりVPの有無を調査し、VPはMurataらの方法により形態分類（1：spot-type, 2：linear-type, 3：island-type）に分類した。また単純X線における術後1ヶ月時点でのAVFの有無を調査し、AVFあり群となし群において、年齢、性別、手術高位、VPの有無や形態、局所後弯角、受傷から手術までの待機期間、セメント量、既存のAVF有無を比較検討した。

【結果】

術後1ヶ月時点でAVFは54例中19例（35%）に生じた。AVFあり群で有意に若年（79.5歳vs. 84.2歳、P=0.026）であり、手術待機期間が有意に長かった（111日vs. 57日、P=0.025）。性別や手術高位、局所後弯角、セメント量では両群間に有意差を認めなかった。

椎間板は手術椎体の頭尾側でそれぞれ分けてVPや術後1ヶ月でのAVFの有無を解析した。108椎間中、既存のAVFをもつ18椎間を除いた90椎間を対象とした。VPは90椎間中39椎間（43%）に認め、内訳はspot-type 7例、linear-type 25例、island-type 7例であった。VPを有する椎間は有意に手術待機期間が長かった（111日vs. 55日、P=0.001）。AVF発生にVP有無は有意な関係を認めなかった（P=0.773）。手術高位がT11-L1かつVPの程度が大きい（linearおよびisland-type）椎間板（n=69）に限定して解析したところ、有意差はないがAVFあり群でVPが多い傾向にあった（p=0.069）。

【考察】 手術待機期間が長い症例はVPを有意に生じており、術後早期のAVFが多かった。VPは椎間板変性に関連すると過去に報告されている。手術待機期間が長いとVPを生じ、椎間板変性が進んでクッション性が低下することで術後早期にAVFを生じる傾向にあると考えられた。

再手術を要したfar-out症候群の1例

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

守屋裕貴

第204回静岡整形外科医会集談会 浜松 令和6年7月

症例は57歳男性、特に誘因なく左下肢痛が出現し当科紹介。CTで左L5横突起と仙骨翼との関節形成、MRIで同部位での左L5神経根の圧迫認め、L5神経根ブロック2回施行し疼痛の再現性が確認できたためFar-out症候群と診断した。内視鏡下後方除圧術を行い左下肢痛は軽快したが、術後2ヶ月で左下肢痛再燃。MRIで術前にはなかった左L5/S1椎間孔狭窄がみられた。L5/S1左椎間孔狭窄によるL5神経根障害と診断。初回術後から6ヶ月でL5-S1にTLIF追加し、左下肢痛は軽快。現在まで症状再燃はない。

再手術を要した原因として、除圧術によりL5横突起と仙骨翼の関節面を部分切除したことにより荷重分散が変化し椎間孔狭窄が生じた可能性を考えた。Far-out症候群に対する後方除圧術の治療成績は概ね良好とされているが、まれに術後固定術の追加が必要となる可能性がある。

骨粗鬆症性椎体骨折に対するAO Spine DGOU分類の有用性と外れ値にある症例の特徴

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

藤田倫匡

第51回静岡整形外科脊椎研究会 静岡 令和7年3月

骨粗鬆症性椎体骨折 (OVF) に対してAO SpineよりDGOU Osteoporotic Fracture分類 (OF分類) を使用したスコアリングシステムが提唱されている。当院でOVFに対して手術を受けた99例 (BKP 71例, 後方固定15例, 前後方固定13例) および, 入院して保存加療を受けた80例を対象とし, スコアを算出し, OF分類の推奨する治療方針とどの程度一致していたか, また外れ値にある症例の特徴について調査した。

結果, 保存群で5点以下, 手術群で7点以上が有意に多くOF分類の手術適応と矛盾しない症例が多かった。術式別ではBKP群8.0点, 後方固定群10.7点, 前後方固定群10.5点であり, 後方固定群, 前後方固定群はBKP群よりも有意に点数が高かった。保存群・手術群とも外れ値にあった症例は骨折型の良し悪しに関わらず, 離床状況が治療方針に影響していた。

【外科】

当科における高齢者胆囊手術の治療成績

JA静岡厚生連遠州病院 外科

米川佳彦 水上泰延 鈴木正彦 浅羽雄太郎
前田隆雄 寺本圭佑 水谷文光也

第35回静岡県外科疾患研究会 静岡 令和6年1月

【背景】

当科における年間約500例の手術件数のうち, 胆囊疾患は約2割を占める。高齢化社会の中, 手術がためらわれるほどのADLや要介護認定を受けている施設入所中の高齢者胆囊炎に対しても, 当科では積極的に腹腔鏡下胆囊摘出術を施行している。

【方法】

2020年から2023年までに当院で胆囊摘出術を施行した273例中, 80歳以上の高齢者は71例 (26%) であった。このうち手術時に要介護1~5と認定されていた要介護群とそれ以外の非要介護群に分けて治療成績を比較検討した。

【結果】

要介護群 (n=34), 非要介護群 (n=37) のうち, 年齢 (88歳 vs 86歳) は有意に要介護群で高齢であった。手術時間 (101分 vs 95分) と開腹移行率 (6% vs 8%) に差はなく, 出血量 (30mL vs 5mL) は要介護群で多かった。Clavien-Dindo grade III以上の術後合併症率 (9% vs 11%), 死亡率 (3% vs 3%) に差はなかったが, 術後住院日数は (12日 vs 10日) 要介護群で有意に長かった。入院前と同じ住居 (自宅や施設) への退院は, 要介護群で28例 (82%), 非要介護群で34例 (92%) に達成された ($p=0.30$)。

【結論】

高齢者では術後住院日数はやや長くなるものの, 要介護群であっても82%の患者が元の住居に退院できた。典型的な手術シーンを含め, 当科における高齢者胆囊疾患の治療成績を紹介する。

IPOM Plus法で修復した腹直筋離開の1例 —本当にこれでよかったのか？—

JA静岡厚生連遠州病院 外科

米川佳彦 鈴木正彦 浅羽雄太郎 前田隆雄
寺本圭佑 加藤暁俊 水谷文光也 水上泰延

第18回日本ヘルニア学会東海地方会 愛知 令和6年2月

【症例】

42歳女性、ブラジル人。7年前の妊娠後から立位時の腹満と嵌った感じを自覚。既往に帝王切開と卵巣囊腫手術があるが、他院の外科・形成外科両科で瘢痕ヘルニアではなく腹直筋離開の診断、手術はメリット＜デメリットであり経過観察となっていた。ジムでトレーニングやプロテイン摂取しているが腹壁が原因で痩せられないと訴え強い手術希望で紹介。身体所見は154cm、87kg（最大時100kg）。仰臥位・腹圧下で臍部中心に5cm程度の膨隆を認め、周囲はヘルニア様に門を触れた。CTでは最大離開距離は85mm（★）であった。入念な共同意思決定のもと、IPOM Plus法で修復する方針とした。手術所見は腹直筋離開で矛盾のない所見と考えた。6か所のPlusを置き、25×20cmのペントラライトSTエコー2メッシュで修復し、術後3日目に退院した。退院後1か月では25mm（★）と腹壁位置は解剖学的であった。5ヵ月後に数日前からの違和感が心配で来院、身体所見上は異常を認めなかつたがCTでは28mm（★）とわずかに開大傾向であった。トレーニングは再開していたが体重、体形には変化を認めなかつた。

【結語】

修復により解剖学的な位置関係には戻つたが、主訴を改善させることはできなかつた。

月経随伴性気胸の1例

JA静岡厚生連遠州病院 外科

仙石浩康 野亦悠史 浅羽雄太郎 鈴木正彦 前田隆雄
中村勇人 米川佳彦 寺本圭佑 水谷文光也

静岡県外科医会集談会 静岡 令和6年9月

症例は46歳女性。咳嗽と呼吸苦を主訴に近医を受診、初発のⅡ度右気胸の診断となり当院を紹介受診。月経開始日からの症状であり、以前から子宮内膜症の指摘をされていたことから月経随伴性気胸を疑つた。胸腔ドレナージを施行後、一度は軽快したが数日後に右気胸の再発を認めたため手術の方針とした。術中明らかな囊胞は認めず、横隔膜には多数の小孔を認めた。病変部の部分切除縫合閉鎖を行い、ポリグリコール酸（PGA）シートで横隔膜及び全肺胸膜を被覆した。術後2日目に右肺の虚脱を認め、胸腔ドレナージを施行するも改善乏しく術後7日目に再手術を施行しPGAシートの再被覆を行つた。病理組織学的に横隔膜内に子宮内膜組織は認められなかつたが、臨床症状・術中所見より月経随伴性気胸と診断した。本疾患は比較的稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

術前術後の治療方針に悩んだ高齢者重複癌の1例

JA静岡厚生連遠州病院 外科

米川佳彦 水上泰延 鈴木正彦 浅羽雄太郎
前田隆雄 寺本圭佑 水谷文光也

静岡県がん治療研究会 静岡 令和6年3月

【症例】

81歳女性、既往に両側異時性乳癌。ADLは自立だが血縁家族が全員死別後であり独居。膵癌・大腸癌・乳癌の家族歴を認めた。2023年2月、排便時出血のための近医精査でS状結腸腫瘍を指摘され当院へ紹介となった。精査でS状結腸癌cT3N1a、ならびに偶発的に閉塞性黄疸をともなう切除可能膵頭部癌、cT3N0の重複癌を認めた。M因子として肝外側区の末梢に由来が確定できない単発肝転移を認めた。ERCP時に胆管が穿孔したため減黄にPTBDを要した。本人は化学療法に抵抗感が強く、手術はするとしても生涯で最後にしたいという思いを拝聴した。便宜的に肝転移は大腸由来と判断し一期的切除を予定した。手術はまず腹腔鏡下に切除可能性を確認したうえでS状結腸切除を先行し、上腹部を開腹して亜全胃温存膵頭十二指腸切除、肝部分切除、Child変法再建をおこないR0切除をえた。術後合併症は軽度のDGEのみで27病日で退院した。病理結果はS状結腸：pT3N0、RAS、BRAFは野生型、MSIとHER2は陰性。膵臓：PDAC、pT3N0であり、肝転移はCK7/20染色から大腸由来と診断した。大腸癌肝転移R0切除後および膵癌術後としての補助化学療法（共通項としてS1単独）をすすめたが希望されず、術後3カ月で多発肝転移を認めた。組織確定のための肝生検やBRCA1/2検査は希望をされず、化学療法は説得のうえ共通項としてFOLFOX + Panitumumab治療を開始した。5コース施行後に下痢で発症した広範囲の結腸腸管気腫症を認め、保存的治療で軽快したが以降は化学療法を希望されずBSCとなった。現在術後10カ月、ADLは比較的保たれた状態で再発生存中である。

【結語】

治療方針に悩んだ高齢者重複癌の1例であったが術後の長期的な成果は得られなかった。

後腹膜非腫瘍性病変に対しIVC合併切除した1例

JA静岡厚生連遠州病院 外科

水谷文光也 浅羽雄太郎 前田隆雄 中村勇人
西村元伸 鈴木正彦

日本臨床外科学会総会 栃木 令和6年11月

症例は69歳女性。10代に開腹虫垂切除術後、40代に子宮筋腫に対し開腹子宮全摘術後、当科初診の2ヶ月前に健診腹部超音波検査で右水腎指摘され泌尿器科受診、尿管ステント留置試みるも困難、右腎瘻増設術施行。尿細胞診からは尿管癌は否定されたが、虫垂癌等の悪性腫瘍を否定できず切除目的に当科紹介。泌尿器科と合同で開腹回盲部切除術+右腎尿管全摘術を施行した。病理組織学的所見では類上皮肉芽腫で、悪性像/腫瘍性病変は認めず当科泌尿器科とも定期観察は終了した。術後9ヶ月の健診でCr1.1と上昇、腎臓内科より右腎臓全摘術後の慢性腎臓病として降圧剤等の内服薬が処方された。術後1年9ヶ月の健診腹部超音波検査で膀胱背側に低エコー腫瘍を認め当科紹介。CTおよびPET-CTで膀胱右後壁と右腎静脈断端部にFDG集積を伴う腫瘍を認め、悪性腫瘍は否定できず初回術後2年で再切除術を思考した。膀胱右背側の腫瘍は膀胱全層くり抜きで切除、縫合閉鎖した。右腎静脈断端部を中心とした腫瘍はIVCからの剥離困難、一部を術中迅速診断へ提出、脂肪肉腫の疑いと診断された。腫瘍頭尾側のIVC、左腎静脈の3方向でテーピング+クランプ施行、IVC壁ごと切除した。切除後

のIVCは長軸方向に3cmほど左腎静脈根部を巻き込んで2/3周ほど欠損、左卵巣静脈を20*7mmほどにパッチ化して縫合閉鎖した。抜管後icu入室、無尿状態が続き術後2日目にCT施行、IVC縫合閉鎖部から左腎静脈にかけて血栓を疑う高吸収像を認め、左腎うつ血による腎障害の悪化としてヘパリン開始した。術後3日目に血液透析を導入、術後5日目にicu退室、術後12日目に透析離脱、術後24日目に自宅独歩退院となった。病理組織学的所見では膀胱壁合併切除部は脂質肉芽種を生じた脂肪織炎、IVC合併切除部は右腎動脈断端周囲に膿瘍の所見でいずれも悪性像/腫瘍性病変は認めなかった。病理組織学的に悪性所見、腫瘍性病変を認めない後腹膜病変に対し2回の切除術を試行した1例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

【消化器内科】

4型進行胃癌に類似した乳癌胃転移の1例

JA静岡厚生連遠州病院 消化器内科

北川美織 高垣航輔 藤田翔也 大津卓也
森 泰希 竹内靖雄 白井直人

第66回日本消化器内視鏡学会東海支部例会 愛知 令和5年12月

【要旨】症例は70歳台の女性。主訴は嘔吐、前胸部痛で2カ月前から右乳房の硬結を自覚しその後食欲低下・下腿浮腫を認めていた。前医を受診し腹部CT検査で胃壁肥厚・多発性肝腫瘍・腹水貯留を認め精査計画していたが、嘔吐・前胸部痛が出現し当院に緊急入院となった。上部消化管内視鏡検査で4型進行胃癌様を示し、胃生検で低分化腺癌または印環細胞癌が疑われた。右乳房腫瘍も指摘され、針生検にて浸潤性小葉癌と診断された。免疫染色から右乳癌の胃転移と診断し、当院外科にてAC療法(ドキソルビシン+シクロホスファミド)が開始された。化学療法後、原発腫瘍は縮小するも腹水は改善せず、病状は次第に悪化し、初診から3ヶ月後に永眠された。転移性胃腫瘍の内視鏡所見において、粘膜下腫瘍類似型や原発性胃癌類似型が大半を占めるが、その中でも4型進行胃癌類似型は数%に過ぎず、その多くは乳癌由来とされている。乳腺腫瘍を合併もしくは乳癌既往歴があり、上部消化管内視鏡検査にて4型進行胃癌様所見を認めた際には、転移性胃腫瘍を鑑別する必要があると考えられた。

講演会

【整形外科】

脊椎疾患のリハビリテーション

JA静岡厚生連遠州病院 整形外科

藤田倫匡

日本運動器科学会セラピスト研修会 浜松 令和6年12月

年報

病理解剖報告

2024年度

723 浜松市	83♂	胆嚢原発（と臨床的には判断）悪性末梢神経鞘腫瘍	<p>悪性末梢神経鞘腫瘍（脛外神経叢原発を推定）、十二指腸浸潤・脾浸潤・横隔膜浸潤・壁側腹膜浸潤 主座は胆嚢外にあるいっぽう、脾臓が殆ど消失していた。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 悪液質（脂肪組織の膠様変性あり） 2. 十二指腸閉塞（主病による）、胃空腸吻合術後状態 3. 胸腹水貯留（肝不全、低アルブミン血症による漏出） 4. 肝内胆管炎（閉塞性黄疸ドレナージ後） 5. 急性尿細管壊死（高度） 6. 右心不全、下大静脈血栓症、右肺下葉血栓塞栓症（限局的） 7. 右中葉細菌性肺炎 8. 前立腺肥大症 9. 皮膚の老人性色素斑（カフェオレ斑には合わない） 	手術 輸血
724 浜松市	68♀	ミトコンドリア脳筋症／ミトコンドリア心筋症 糖尿病 慢性心不全の急性増悪 誤嚥性肺炎	<p>ミトコンドリア脳筋症／ミトコンドリア心筋症（心臓355g 脳1050g）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 心筋や骨格筋に、筋線維の空胞変性を示すものが含まれていた。 2) 心肥大がみられたが、心腔は拡張していなかった（肥大型） 3) 顕微鏡的な軽度心筋線維化が左心室と心室中隔の全体にみられた（心筋症でよくみられる左側壁～後壁優位型ではなく、慢性的な虚血性変化のパターン）。4) 大脳淡蒼核に神経細胞壊死がみられた。 5) MELAS糖尿病合併（臨床像） 1. COVID-19感染症（発症後9日、感染focus不明） <ol style="list-style-type: none"> 1) 右肺優位に、複数の肺葉に化膿性炎症病巣があり、気管支と連続しているものも確認できた。誤嚥性肺炎としても矛盾しない。2) 両肺上葉胸膜直下に、ごく限局性の器質化肺炎を合併していた。 2. 急性気管支肺炎（左肺390g：右肺540g） 3. 急性尿細管壊死（左腎100g：右腎110g） 4. 慢性胆石性胆囊炎（ビリルビン結石） 5. 慢性膀胱炎 6. 大動脈粥状硬化症（軽度） 7. 多発子宮平滑筋腫 8. 前頭葉髓膜内血管奇形 9. 心囊内中皮性囊胞 	手術 抗生剤
725 浜松市	77♂	COPD急性増悪 高血圧症 大動脈壁在血栓	<p>消化性胃潰瘍穿孔・出血、低容量性ショック</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 胃下部小彎側に径4cm強の潰瘍があり、径1cm強の穿孔を生じていた。2) 心停止後蘇生中の吐血に加え、1,000mlのコーヒー残渣様腹水貯留がみられた。3) 顕微鏡的に、潰瘍周囲に悪性所見を認めなかった。 1. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）（左肺400g：右肺425g） 2. 急性尿細管壊死、非特異的な腎囊胞形成（左腎150g：右腎125g） 3. 大動脈粥状硬化症（高度）、大動脈壁在血栓（器質化なし） 4. 心肥大（心臓440g、屍拳1.5倍大）、【高血圧症】（臨床像） 5. 肝臓軽度脂肪化、非特異的な肝囊胞形成（肝1,000g） 6. 前立腺肥大（軽度） 	皮ホ 抗生剤

外来・入院患者の推移

外来

(単位：人)

	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	延患者数	1日平均患者数										
内科	50,082	190	45,741	173	48,375	200	50,116	206	49,143	202	49,513	204
小児科	12,648	48	9,538	36	10,499	43	10,899	45	11,929	49	13,290	55
外科	12,225	46	11,463	43	11,175	46	10,769	44	10,637	44	10,812	44
形成外科	3,688	14	3,356	13	3,529	15	3,325	14	3,706	15	3,863	16
整形外科	20,126	77	17,117	65	18,201	75	17,793	73	16,779	69	17,259	71
脳神経外科	1,318	5	1,261	5	1,501	6	1,487	6	1,662	7	1,675	7
皮膚科	16,962	64	15,020	57	12,315	51	10,020	41	9,489	39	9,042	37
泌尿器科	10,483	40	9,524	36	9,534	39	9,570	39	8,671	36	8,787	36
耳鼻科	8,227	31	5,606	21	5,636	23	5,659	23	5,723	24	5,233	22
産婦人科	15,839	60	14,454	55	14,400	60	15,534	64	15,239	63	15,017	62
眼科	10,288	39	9,144	35	8,929	37	8,474	35	8,303	34	7,889	32
精神科	2,046	8	1,924	7	2,067	9	2,087	9	2,003	8	1,978	8
リハビリ科	1,116	4	643	2	662	3	649	3	779	3	954	4
通所リハビリ	5,105	19	5,043	19	5,053	21	5,230	22	6,159	25	6,310	26
小計	170,153	647	149,834	568	151,876	628	151,612	624	150,222	618	151,622	624
1日・脳ドック	7,992	30	6,574	25	6,874	28	6,940	29	6,954	29	7,046	29
合計	178,145	677	156,408	592	158,750	656	158,552	652	157,176	647	158,668	653

入院

(単位：人)

	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	延患者数	1日平均患者数										
内科	40,436	110	36,692	101	35,287	97	32,945	90	36,280	99	41,962	115
小児科	3,992	11	2,068	6	2,094	6	1,966	5	2,463	7	2,969	8
外科	12,380	34	9,204	25	9,409	26	9,052	25	10,386	28	10,275	28
形成外科	759	2	755	2	785	2	904	2	936	3	640	2
整形外科	20,551	56	22,630	62	21,332	58	21,403	59	25,099	69	22,457	62
脳神経外科	247	1	41	0	47	0	129	0	4	0	7	0
皮膚科	2,075	6	1,737	5	921	3	702	2	1,011	3	1,494	4
泌尿器科	6,744	18	5,984	16	5,693	16	4,063	11	2,624	7	2,583	7
耳鼻科	2,145	6	1,335	4	1,479	4	1,401	4	1,360	4	1,184	3
産婦人科	7,805	21	6,470	18	5,386	15	5,853	16	4,937	13	4,639	13
眼科	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0
リハビリ科	18,353	50	17,985	49	18,886	52	18,534	51	19,503	53	19,328	53
救急科	139	0	217	1	288	1	3,905	11	5,465	15	5,418	15
小計	115,626	316	105,118	288	101,607	278	100,857	276	110,068	301	112,956	309
一泊ドック	806	2	768	2	772	2	698	2	726	2	736	2
合計	116,432	318	105,886	290	102,379	280	101,555	278	110,794	303	113,692	311
病床稼働率(%)	79.5%		72.0%		69.6%		69.0%		75.2%		77.2%	

時間外救急医療患者数

(単位:人)

	2020	2021	2022	2023	2024
4月	277	253	284	284	357
5月	322	297	297	348	426
6月	353	388	318	369	413
7月	417	371	440	445	497
8月	443	469	385	435	486
9月	372	369	291	364	453
10月	355	362	322	401	399
11月	183	320	287	433	339
12月	301	521	387	519	561
1月	378	474	282	420	434
2月	315	317	283	417	414
3月	364	355	310	403	400
合 計	4,080	4,496	3,886	4,838	5,179

年度別調剤実施状況

	2020	2021	2022	2023	2024
入院処方箋枚数	47,363	46,634	47,819	52,275	57,504
入院調剤数	75,503	74,863	87,159	92,384	100,973
外来処方箋枚数	5,568	5,881	6,507	6,221	6,514
外来調剤数	9,988	10,081	10,721	10,458	11,026
合計処方箋枚数	52,931	52,515	54,326	58,496	64,018
合計調剤数	85,491	84,944	97,880	102,842	111,999

検査件数実施状況

(単位:人)

検査項目	2020	2021	2022	2023	2024
尿 検 査	301,225	294,384	271,902	276,860	287,831
便 検 査	600	600	536	479	489
穿 刺 液	653	679	579	608	681
血 球 検 査	268,030	275,442	262,648	270,573	276,627
血 液 像 (目視含)	39,439	41,091	38,634	38,935	41,024
凝 固 検 査	31,193	36,671	32,025	33,565	32,242
骨 髓 検 査	88	136	144	108	100
生 化 学 検 査	1,030,902	1,127,653	1,063,389	1,086,633	1,130,238
ガス 分 析	3,992	5,032	5,172	7,326	7,965
免 疫 血 清 検 査	67,322	93,462	88,587	83,291	84,374
心 電 図	8,268	8,302	7,572	8,586	9,009
脳 波	148	119	106	102	97
肺 機 能	894	691	821	855	916
心 音 脈 波	683	783	732	657	657
工 口 一 検 査	4,725	4,627	4,316	4,256	4,195
細菌・結核菌塗抹培養	14,515	15,733	14,388	14,273	13,167
細 菌 同 定	10,149	11,968	10,559	10,630	9,805
細 菌 感 受 性	5,802	5,956	4,586	4,365	4,040
組 織 (含凍結)	3,018	3,663	4,499	3,501	3,436
細 胞 診	3,152	3,386	3,376	3,310	3,295

放射線及び内視鏡実施状況

(単位：件)

		2020	2021	2022	2023	2024	
一般	一般撮影	39,992	40,816	40,408	35,437	45,780	撮影全て
造影	消化管	286	272	331	356	352	胃注腸その他
	D S A	46	45	71	56	47	
	心カテ	164	220	213	206	199	
	その他	1,118	963	883	848	917	DIP, ERCPその他
CT	頭部	2,236	2,536	2,427	2,558	2,430	単純+造影
	躯幹	11,613	12,233	9,692	11,557	11,610	単純+造影
	その他	1,173	1,338	1,592	1,658	1,986	四肢その他
MRI		3,948	4,401	4,156	3,926	3,839	
RI		613	557	527	520	549	
内視鏡		2,377	2,358	2,597	2,222	2,218	GIF, CF, BFその他
検診	胃	3,039	3,527	3,612	3,440	3,218	
	胸部	15,134	15,014	15,547	15,475	15,603	マンモ含む
ドック	胃	5,507	5,708	5,564	5,665	5,621	1日+1泊
	胸部	7,812	8,372	8,160	8,242	8,453	
	脳ドック(MRI)	422	419	506	466	406	
骨塩		926	905	940	1,017	1,053	
リニアック		1,755	1,906	546	1,687	1,665	

リハビリ実施報告

(単位：人)

		2020	2021	2022	2023	2024
個別療法	外来	2,183	2,538	3,030	2,715	2,422
	入院	93,325	89,664	95,041	102,476	110,246
消炎鎮痛処置	外来	15	16	10	9	13
	入院	0	0	0	0	0
摂食機能療法	外来	3	0	0	1	0
	入院	1,048	113	531	285	276

健康管理業務実施状況

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
教育・指導活動	健 康 講 演 会	563	609	1,151	1,645	2,039
	保 健 講 習 会	854	4,455	7,200	8,270	8,556
	食 生 活 改 善 講 習 会	1,563	1,475	1,704	1,819	1,693
	糖 尿 病 ・ 他 教 室	436	452	294	382	506
	健 康 相 談	院 内 院 外	9,538 186	9,760 177	9,350 818	8,909 1,307
	検 診 結 果 報 告 会	108	77	69	53	0
	特 定 保 健 指 導	積 極 的 動 機 づ け	139 146	137 188	176 230	296 360
	計	13,533	17,330	20,992	23,041	25,602
	特 定 健 康 診 査	1,369	1,625	1,602	1,536	1,441
検 診 活 動	健 康 診 断	12,155	12,520	11,482	11,468	11,631
	生 活 習 慣 病 健 診	313	322	432	458	496
	が ん 単 独 検 診	2,113	1,538	1,689	1,629	1,601
	特 殊 健 康 診 断	367	388	415	418	428
	そ の 他 の 健 診	409	352	1,159	1,063	982
	計	16,726	16,745	16,779	16,572	16,579
救 護 ・ そ の 他		0	229	17,053	32,731	32,360
ド ツ ク	2 日 ド ツ ク	384	386	349	363	368
	1 日 ド ツ ク	6,150	6,442	6,434	6,488	6,640
	脳 ド ツ ク	424	421	506	466	406
	計	6,958	7,249	7,289	7,317	7,414

胃がん検診結果(胃カメラ実施者含む)

(人)

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
総	受 診 者	8, 620	9, 144	9, 175	9, 106	8, 836
検 診 結 果	異 常 無 し	5, 756	5, 923	5, 953	5, 934	5, 979
	要 観 察	2, 597	2, 772	2, 707	2, 779	2, 548
	治 療 中	1	2	2	1	1
	要 精 檢	266	447	513	392	308
精	檢 受 診 者	219	364	444	320	240
精密 検 査 診 断 結 果	食 道 が ん	2	1	5		1
	胃 が ん	4	11	12	6	10
	胃 粘 膜 下 腫 癢	12	10	18	16	9
	胃 腺 腫	1		6	1	1
	そ の 他 の 腫 癢	1	2	6	3	2
	食道潰瘍・食道炎	30	63	71	53	36
	胃 潰 瘍(瘢痕も含む)	10	24	18	3	8
	十二指腸潰瘍(瘢痕も含む)	7	11	12	4	5
	胃 炎	125	198	281	190	141
	食 道 ポ リ ー プ	2	7	6	8	2
	胃 ポ リ ー プ	28	38	37	50	31
	十二指腸ポリープ	1	6	13	3	1
異	常 無 し	11	7	12	16	12
心	配 な し	48	59	83	88	75
要	治 療	81	133	157	98	73
経	過 観 察	79	165	192	118	80

大腸がん検診(便潜血)結果

(人)

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
総	受 診 者	13, 056	13, 755	13, 943	13, 979	14, 178
検 診 結 果	異 常 無 し	12, 269	13, 010	13, 210	13, 304	13, 444
	要 観 察	17	28	22	17	29
	治 療 中	21	17	14	14	21
	要 精 檢	749	700	697	644	684
精	檢 受 診 者	531	478	468	473	292
精密 検 査 診 断 結 果	大 腸 が ん	16	6	17	13	13
	その他の大腸腫瘍	3	2	1	3	2
	大 腸 ポ リ ー プ	204	187	205	198	215
	炎 症 性 腸 疾 患	9	4	7	3	2
	大 腸 憩 室	84	66	61	75	64
	痔	88	55	53	50	59
	その他の大腸疾患	9	5	8	10	3
	大 腸 癌 以 外 の 癌	1				
	大 腸 以 外 の 疾 患	1				1
	そ の 他	21	31	22	15	19
異	常 無 し	120	130	107	128	132
心	配 な し	180	134	138	131	130
要	治 療	157	122	143	161	156
経	過 観 察	74	92	80	53	73

胸部レントゲン検査結果

(人)

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
総	受 診 者	19, 339	19, 671	19, 776	19, 821	20, 110
検 診 結 果	異 常 無 し	18, 661	18, 955	19, 098	19, 200	19, 465
	要 観 察	495	538	480	440	464
	治 療 中	10	8	70	12	7
	要 精 檢	173	170	191	169	174
精	検 受 診 者	144	141	147	135	141
精 密 検 査 結 果	肺 が ん	1	4	11	4	3
	肺 良 性 腫 瘍	1	1	2	1	3
	肺 結 核					1
	肺 炎	6	1	9	10	17
	陳 旧 性 肺 疾 患	1	3	13	15	8
	無 気 肺	2	1	4	3	3
	気 胸	1		2		
	胸 膜 疾 患	2	4	2	2	2
	慢 性 閉 塞 性 肺 疾 患	13	9	12	4	11
	縦 隔 疾 患	4	1			3
	そ の 他 の 肺 疾 患	5	7	4	12	5
	そ の 他	76	70	51	45	42
異	常 無 し	29	46	44	34	38
心	配 な し	42	39	31	36	30
要	治 療	58	43	54	52	49
経	過 観 察	15	13	18	13	24

前立腺がん検診 (P S A) 結果

(人)

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
総	受 診 者	3, 674	3, 873	3, 953	4, 002	4, 068
検 診 結 果	異 常 無 し	3, 336	3, 520	3, 619	3, 633	3, 648
	要 観 察	11	13	10	11	5
	治 療 中	197	202	196	234	261
	要 精 檢	130	138	128	124	154
精	検 受 診 者	86	98	86	101	113
診 断 結 果	前 立 腺 が ん	14	16	12	11	7
	前 立 腺 腫 瘍	1		1		1
	前 立 腺 肥 大	46	61	47	65	70
	前 立 腺 炎	1	1	3	7	4
	そ の 他	19	21	20	24	37
異	常 無 し	4	1	11	4	3
心	配 な し	2	4	6	8	8
要	治 療	69	73	47	76	73
経	過 観 察	11	20	22	13	29

乳がん検診結果

(人)

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
総	受 診 者	3, 985	3, 632	3, 750	3, 713	3, 713
検 診 結 果	異 常 無 し	3, 368	2, 978	2, 973	2, 894	2, 888
	要 観 察	427	507	617	636	646
	治 療 中	4		1	1	2
	要 精 検	186	147	159	182	177
精	検 受 診 者	174	134	139	169	154
精密 検 査 診 断 結 果	乳 が ん	18	16	9	16	9
	乳 腺 肿 癌	20	18	18	17	19
	線 維 線 肿	23	13	17	21	22
	乳 房 の う 胞	38	34	31	36	41
	乳 腺 症	24	18	15	23	13
	そ の 他	13	11	21	29	25
異	常 無 し	33	29	31	35	37
心	配 な し	40	23	27	38	37
要	治 療	86	76	70	86	66
経	過 観 察	15	6	11	10	14

子宮（頸部）がん検診結果

(人)

		2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
総	受 診 者	3, 706	3, 432	3, 361	3, 482	3, 424
検 診 結 果	異 常 無 し	3, 478	3, 213	3, 143	3, 274	3, 177
	要 観 察	57	53	77	55	63
	治 療 中	30	27	21	31	32
	要 精 検	141	139	120	122	152
精	検 受 診 者	122	107	101	93	72
精密 検 査 診 断 結 果	子 宮 頸 部 が ん		1		1	
	異 形 細 胞 (頸部)	40	28	26	26	37
	そ の 他 の 女 性 性 器 癌		1			
	子 宮 筋 肿	21	21	18	14	24
	子 宮 頸 管 ポ リ ー プ	29	20	29	26	27
	卵 巢 肿 癌	3	2	5	2	4
	子 宮 脱	1	2	2	2	2
	そ の 他	16	20	6	12	18
異	常 無 し	16	14	16	9	10
心	配 な し	13	13	11	15	19
要	治 療	78	70	61	62	76
経	過 観 察	15	10	13	7	15

がん発見状況

(人)

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
肺	2	4	11	5	5
食道	2	1	5	0	1
胃	6	14	12	6	10
十二指腸			1		
大腸	16	7	17	13	13
胆のう・胆管		1	2		
膵臓	1		1		1
肝臓	1	1		1	
腎臓	1	2	1		4
膀胱	2	3	2	2	2
乳房	18	16	9	17	9
子宫		1		1	1
前立腺	15	16	12	11	7
甲状腺					
卵巣	1	1			
悪性リンパ腫			1	3	
白血病	1				
その他の			2		
計	66	67	76	59	53

褥瘡患者の創の深さおよび予後 (件数)

	2020年度		2021年度		2022年度		2023年度		2024年度	
	当院での発症患者	持ち込み患者								
創の深さ										
I 皮膚紅斑	8	9	11	12	9	18	9	13	83	33
II 真皮に至る潰瘍	29	44	42	50	43	49	75	67	107	83
III 皮下組織に至る潰瘍	0	7	3	4	3	7	4	12	6	17
IV 筋肉・骨に達する潰瘍	0	6	0	6	0	1	0	1	1	2
V 判定不可	2	11	3	12	16	17	20	35	29	24
計	39	77	59	84	71	92	108	128	226	159
予後										
治癒	26	39	33	46	37	57	49	54	97	77
死亡(もったまま)	5	10	7	12	20	21	22	12	40	21
転・退院(もったまま)	8	28	14	21	14	13	29	36	71	43
観察中	0	0	2	5	0	0	0	1	18	18

当院での褥瘡発生患者の基礎疾患および発生要因 (件数)

	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度
基礎疾患					
脳血管傷害・神経疾患	0	3	6	4	2
悪性腫瘍	4	13	9	8	16
呼吸器系疾患	8	13	18	26	54
循環器系疾患	1	7	10	18	38
骨・脊髄・筋系疾患	13	14	18	38	96
その他	13	10	10	6	20
発生要因					
褥瘡予防用マットの不使用	0	2	0	2	26
身体的苦痛による同一体位の継続、活動性の低下	14	11	13	10	49
術前・後の体位制限(手術中も含む)	0	2	2	1	5
体圧分散が不十分(体交不良)	24	23	33	62	61
認知症のため同一体位をとる	2	0	4	3	1
亀背の骨突出の保護不足	0	1	1	5	13
ギヤッジアップによるズレ	0	0	1	0	0
車椅子乗車中の徐圧不足	5	5	0	4	14
ギブス・シーネ等の装具によるもの(靴、弾性ストッキング含む)	1	7	5	11	44
不明	2	0	6	0	0
その他	1	7	6	2	13

治験管理室 取り扱い試験一覧

(2005年5月24日から2025年8月現在)

種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定日 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
1 治験	MCI186-13	エダラボンの脳血栓症急性期に対する市販後臨床試験オザグレルナトリウムとの無作為化平行群間試験	三菱ウェルファーマ株式会社	エダラボン	脳血栓症急性期	2005/5/24	2006/12/30	継泰城
2 治験	9.178	JASAP:Japanese Stroke prevention vs. Asupirin Puroguramme Aggrenox (除放性ジビリダモール200mg/アセチルサリチル酸25mg配合剤) の脳梗塞再発予防効果および安全性をアセチルサリチル酸81mgと比較する第Ⅲ相比較試験	日本ベーリンガーアインゲルハイム株式会社	Aggrenox	脳梗塞再発予防	2006/6/23	2009/1/31	高橋良知
3 治験	CLAF237 A1303	2型糖尿病患者を対象としたLAF237 (50mg1日1回、50mg1日2回又は100mg1日1回) 又はプラセボの12週間投与時の効果に対する多施設共同、無作為化、二重盲検、並行群間比較試験	ノバルティスファーマ株式会社	LAF1303	2型糖尿病	2006/7/21	2008/3/26	後藤良重
4 治験	CLAF237 A1303E1	2型糖尿病患者を対象としたLAF237 (100mg1日1回の52週間投与時の安全性に対する多施設共同、非盲検、長期投与試験 (CLAF237A1303試験からの継続投与試験)	ノバルティスファーマ株式会社	LAF1303	2型糖尿病	2006/7/21	2008/3/26	後藤良重
5 治験	AT-877注 Ⅲ-2	脳梗塞急性期に対するAT-877注の追加第Ⅲ相臨床試験-抗血小板薬基礎治療下におけるプラセボ対照二重盲検比較試験	旭化成ファーマ株式会社	AT-877注	脳梗塞急性期	2007/8/10	2010/3/31	橋本義弘
6 治験	D961 HC00001	非ステロイド性消炎鎮痛剤 (NSAID) 継続投与患者を対象としたD961H20mg 1日1回投与の胃又は十二指腸潰瘍発症予防に対する有効性及び安全性をプラセボと比較検討する多施設共同二重盲検無作為化並行群間第Ⅲ相臨床試験	アストラゼネカ株式会社	D961H	NSAIDs潰瘍予防	2007/8/23	2009/1/8	梶村昌良
7 治験	D961 HC00005	非ステロイド性消炎鎮痛剤 (NSAID) 継続投与患者を対象としたD961H20mg 1日1回投与の胃又は十二指腸潰瘍発症予防に対する有効性及び安全性を検討する長期投与試験	アストラゼネカ株式会社	D961H	NSAIDs潰瘍予防	2008/6/27	2011/7/25	梶村昌良
8 治験	002	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) による皮膚・軟部組織感染症、敗血症及び右心系感染性心内膜炎患者を対象とした、MK-3009とパンコマイシンの有効性及び安全性を評価するための、第Ⅲ相非盲検無作為化試験 (MK-3009第Ⅲ相試験)	万有製薬株式会社	MK-3009	M R S A 感染症	2008/11/10	2010/3/23	浦野聖子
9 治験	E3810- J081-304	難治性逆流性食道炎患者を対象としたE381010mg錠及び20mg錠の1日2回投与の有効性と安全性を検討する二重盲検比較試験	エーザイ株式会社	E3810	逆流性食道炎	2008/12/5	2010/1/31	梶村昌良
10 治験	JNS020QD- JPN-N02	JNS020QDの帶状疱疹後神経痛(CRPS) 又は術後疼痛症候群患者を対象とした検証試験	ヤンセンファーマ株式会社	JNS020QD	帶状疱疹後神経痛	2009/4/22	2010/3/31	浦野聖子
11 治験	12934	症候性肺動脈高血圧症患者におけるBAY63-2521錠 (1.0mg、1.5mg、2.0mg 又は2.5mg) (1日3回投与) の有効性および安全性を検討する無作為化、二重盲検、プラセボ対照、他施設共同、国際共同試験	バイエル薬品株式会社	BAY63-2521	症候性肺動脈性肺高血圧症	2009/5/25	2010/3/26	高瀬浩之
12 治験	12935	症候性肺動脈性肺高血圧症患者におけるBAY63-2521錠 (1.0mg、1.5mg、2.0mg 又は2.5mg) (1日3回投与) の安全性および忍容性を検討する他施設共同、国際共同、長期継続試験	バイエル薬品株式会社	BAY63-2521	症候性肺動脈性肺高血圧症	2009/5/25	2010/3/26	高瀬浩之
13 研究	なし	慢性気管支炎患者における気流閉塞の有無と程度	財団法人しづおか産業創造機構	なし	肺小細胞癌 マーカー (健康成人)	2009/12/10	2010/1/30	柏原貴之

順位	種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定期 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
14	治験	177-CL-102	YM177第Ⅲ相試験（手術後疼痛）—手術後疼痛患者を対象としたYM177（セレコキシブ）の有効性を検証するためのエトドラク及びプラセボ対照多施設共同二重盲検群間比較試験—	アステラス製薬株式会社	YM-177	手術後疼痛	2010/1/15	2010/12/1	鷺津潤爾
15	研究	006ZS	糖尿病網膜症合併高コレステロール血症患者を対象としたスタチンによるLDL-C低下療法（通常治療/強化治療）の比較研究（EMPATHY）	EMPATHY研究会	なし	脂質異常症	2010/10/21	2015/10/31	後藤良重
16	治験	EFC11319	急性冠症候群発症後2型糖尿病患者におけるlixisenatide投与時の心血管アウトカムを評価する二重盲検、ランダム化、プラセボ対照、並行群間比較、多施設共同試験	サノフィ株式会社	AVE0010	急性冠症候群発症後2型糖尿病患者	2010/11/26	2015/3/9	高瀬浩之
17	治験	192024-067	化学療法による睫毛貧毛症の日本人患者を対象として、LAT-AGN-1920 240.03%製剤を1日1回投与したときの安全性及び有効性（睫毛の全般的な「際立ち度」の改善）を評価する、多施設共同、ランダム化、二重盲検、プラセボ対照、並行群間比較試験	シミック株式会社	LAT-AGN-192024	睫毛貧毛症	2011/5/27	2012/6/29	鷺津潤爾
18	治験	D5132 C00001	心筋梗塞の既往歴がある患者を対象に、アスピリン治療下におけるAZD6140による血栓イベント発現の予防効果をプラセボと比較する国際共同二重盲検無作為化プラセボ対照並行群間比較試験	アストラゼネカ株式会社	AZD6140	急性冠症候群再発予防	2011/7/26	2014/12/31	高瀬浩之
19	治験	JNS024ER-KAJ-C02	JNS024ERの中等度から高度の癌性疼痛を有する日本人及び韓国人被験者を対象とした実薬対照二重盲検比較試験	ヤンセンファーマ株式会社	JNS024ER	癌性疼痛	2011/11/9	2012/10/31	鷺津潤爾
20	治験	TAK-438/CCT-301	NSAID長期投与時の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制における、TAK-438 (10mg, 20mg) の第3相二重盲検比較試験	武田薬品株式会社	TAK-438	NSAIDs潰瘍予防	2011/12/26	2013/6/30	梶村昌良
21	治験	TAK-438/OCT-301	NSAID長期投与時の胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制における、TAK-438 (10mg, 20mg) の第3相長期継続投与試験	武田薬品株式会社	TAK-438	NSAIDs潰瘍予防	2011/12/26	2013/12/31	梶村昌良
22	治験	1108V9222	S-297995のオピオイド投与に伴う便秘を有するがん患者を対象とした後期第2相臨床試験	塙野義製薬株式会社	S-297995	がんオピオイドによる便秘	2012/1/5	2013/2/27	鷺津潤爾
23	治験	B3D-MC-GHDN	大腿骨頸部骨折治癒に対するテリパラチドの効果	日本イーライリリー株式会社	テリパラチド	骨粗鬆症	2012/2/3	2014/3/31	大石強
24	治験	002	C.difficile感染症に対する抗菌薬治療を受けている患者を対象としたMK-6072 (C.difficileトキシンBに対するヒトモノクローナル抗体)及びMK-3415A (C.difficileトキシンA及びトキシンBそれぞれに対するヒトモノクローナル抗体)の単回投与による有効性、安全性及び忍容性についての第Ⅲ相二重盲検無作為化プラセボ対照試験 (MODIFYII)	MSD株式会社	MK-3415A	C.difficile感染症	2012/5/15	2015/6/30	梶村昌良
25	治験	ITM-058F-001	ITM-058の閉経後骨粗鬆症又は骨量減少を認め、腰背部痛を伴う椎体の新鮮骨折を有する患者を対象とした、プラセボ対照二重盲検無作為化群間比較試験（第Ⅱ相試験）	帝人ファーマ株式会社	ITM-058	骨粗鬆症	2012/6/21	2013/3/31	大石強
26	治験	TAK-385/CCT-101	子宮内膜症の治療における、TAK-385の10mg、20mg及び40mgを経口投与したときの有効性及び安全性を検討する、プラセボ対照の第2相多施設共同無作為化二重盲検並行群間比較試験	武田薬品株式会社	TAK-385	子宮内膜症	2012/7/27	2013/5/24	稻本裕

順位	種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定日 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
27	治験	TAK-385/ OCT-101	子宮内膜症の治療における、TAK-385の10mg、20mg及び40mgを12週間以上経口投与したときの安全性及び有効性を検討する、第2相多施設共同長期継続投与試験	武田薬品株式会社	TAK-385	子宮内膜症	2012/7/27	2013/5/24	稻本裕
28	研究	279/CR1-003	アジルサルタンの夜間血圧に対する効果の検討	ACS研究会	アジルバ	高血圧	2012/12/20	2013/12/6	高瀬浩之
29	治験	SPL/ 017LS1221	腰部脊柱管狭窄症に対するSPL-017 静脈内投与時の安全性及び有効性の検討を目的とした無作為化二重盲検、プラセボ対照、前期第II相試験	スキャンボファーマ株式会社	SPL-017	腰部脊柱管狭窄症	2013/1/25	2013/8/31	大石強
30	研究	WEUSKOP 6290	慢性気管支炎患者における気流閉塞の有無と程度	グラクソsmithkline株式会社	なし	慢性気管支炎	2013/4/12	2013/11/25	柏原貴之
31	研究	PARAMOUNT-HDStudy Ver2.0	血液透析中の腎性貧血患者に対するエボエチンベータペゴル製剤投与時の維持ヘモグロビン値による予後の評価 (PARAMOUNT-HDstudy)	特定非営利活動法人日本臨床研究支援ユニット	ミルセラ	腎性貧血	2013/5/10	2016/7/4	伊藤寿樹
32	治験	D961 UC00002	難治性逆流性食道炎患者を対象としたD961H20mg1H2回経口投与とD961H 20mg1H1回経口投与の有効性及び安全性を比較検討する多施設共同、無作為化、二重盲検、並行群間比較試験	アストラゼネカ株式会社	D961H	難血性逆流性食道炎	2013/6/17	2014/5/31	梶村昌良
33	治験	M801801-01	M801801の尋常性乾癬に対する第III相臨床試験	マルホ株式会社	M801801	尋常性乾癬	2013/7/1	2015/3/31	浦野聖子
34	研究	なし	本態性高血圧症に対するカルシウム拮抗薬高用量投与の検討	CARILLON研究会	アダラート 80mg	高血圧	2013/8/16	2015/6/30	高瀬浩之
35	治験	IE3701	SUNY7017 (メマンチ塩酸) のドネペジル塩酸塩併用時における中等度及び高度アルツハイマー型認知症に対する製造販売後臨床試験	第一三共株式会社	SUNY7017	アルツハイマー型認知症	2013/8/22	2015/4/27	高橋良知
36	治験	16099	日本人のMRSA感染症（皮膚・軟部組織感染症又はそれに伴う敗血症）患者におけるBAY1192631の有効性及び安全性についてリネゾリドと比較検討することを目的とした多施設共同、前向き、実薬対照、無作為化、非盲検比較試験	バイエル薬品株式会社	BAY1192631	M R S A 感染症	2013/10/31	2016/11/30	浦野聖子
37	治験	1331V9236	オピオイド誘発性の便秘症を有するがん患者を対象としたnaldemedineの第3相臨床試験-二重盲検並行群間比較試験-	塙野義製薬株式会社	Naldemedine	がんオピオイドによる便秘	2013/12/25	2015/12/31	浅羽雄太郎
38	治験	1332V9237	オピオイド誘発性の便秘症を有するがん患者を対象としたnaldemedineの第3相臨床試験-継続投与試験-	塙野義製薬株式会社	Naldemedine	がんオピオイドによる便秘	2013/12/25	2016/3/31	浅羽雄太郎
39	治験	NS304 AP2-1	間歇性跛行を伴う閉塞性動脈硬化症患者を対象としたNS-304の用量探索試験	日本新薬株式会社	NS-304	閉塞性動脈硬化症	2014/3/25	2015/1/31	鈴木正彦
40	治験	2819-CL-3002	OPT-80第III相試験Clostridium difficile関連下痢症患者 (CDAD) を対象としたパンコマイシン (VCM) 対照二重盲検無作為化並行群間比較試験	アステラス製薬株式会社	OPT-80	Clostridium difficile関連下痢症	2014/7/24	2016/9/16	梶村昌良
41	研究	なし	機能性ディスペシアに対する六君子湯の有効性および安全性に関する多施設二重盲検比較試験	DREAMStudy研究会	六君子湯	機能性ディスペシア	2014/11/4	2016/3/31	白井直人
42	治験	15832	症候性子宮内膜症患者を対象に膣内リングに含有された異なる用量のアロマターゼ阻害剤とプロゲスチンを12週間投与したときの有効性と安全性をプラセボ及びリュープロレリン酢酸塩との比較において評価することを目的とした無作為化、二重盲検、並行群間比較、多施設共同試験	バイエル薬品株式会社	BAY98-7196	子宮内膜症	2014/11/28	2015/12/31	稻本裕

順位	種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定期 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
43	治験	DS5565-A-J304	ANASIAN, PHASE3, MULTICENTER, RANDOMIZED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED 14-WEEK STUDY OF DS-5565 IN PATIENTS WITH POST-HERPETIC NEURALGIA FOLLOWED BY A 52-WEEK OPEN-LABEL EXTENSION	第一三共株式会社	DS-5565	帯状疱疹後神経痛	2014/12/19	2016/9/15	浦野聖子
44	治験	MLN0002/CCT-101	中等症又は重症の日本人潰瘍性大腸炎患者の導入療法及び維持療法における、MLN0002 (300mg) を点滴静注した時の有効性、安全性及び薬物動態を検討する、プラセボ対照の第Ⅲ相他施設共同無作為化二重盲検並行群間比較試験	武田薬品工業株式会社	MLN0002	潰瘍性大腸炎	2015/2/4	2015/11/13	梶村昌良
45	研究	DK14-HP-001-HM	ヘリコバクターオリガノン迅速検出キットDK14-HP-001の性能評価	デンカ生検株式会社	なし	ピロリ菌感染症	2015/2/13	2016/3/31	白井直人
46	治験	R668-AD-1334	中等症から重症のアトピー性皮膚炎成人患者に対するDUPILUMAB単剤療法の有効性及び安全性を検討する第Ⅲ相検証的試験	Regeneron Pharmaceuticals, Inc./サノフィ株式会社	Dupilumab	アトピー性皮膚炎	2015/3/16	2016/3/31	浦野聖子
47	治験	PR-MRQ-P3-A	MRQ-01のがん性突出痛に対する第Ⅲ相比較臨床試験	丸石製薬株式会社	MRQ-01	がん性突出痛	2015/6/26	2016/10/28	黒石重城
48	治験	PR-MRQ-P3-B	MRQ-01のがん性突出痛に対する長期投与試験	丸石製薬株式会社	MRQ-01	がん性突出痛	2015/6/26	2016/10/28	黒石重城
49	治験	R668-AD-1415	アトピー性皮膚炎患者の治療反応の維持を目的とする、DUPILUMAB単剤療法における異なる投与レジメンの有効性および安全性を評価する第Ⅲ相無作為化二重盲検プラセボ対照試験	Regeneron Pharmaceuticals, Inc./サノフィ株式会社	Dupilumab	アトピー性皮膚炎	2015/7/24	2016/12/28	浦野聖子
50	治験	R668-AD-1225.03	先行するDupilumab臨床試験に参加していたアトピー性皮膚炎患者を対象としたDupilumabの非盲検試験	Regeneron Pharmaceuticals, Inc./サノフィ株式会社	Dupilumab	アトピー性皮膚炎	2015/7/24	2018/6/13	浦野聖子
51	治験	M518101-J05	M518101の尋常性乾癬に対する第Ⅲ相試験-二重盲検群間比較試験-	マルホ株式会社	M518101	尋常性乾癬	2015/7/28	2016/3/25	浦野聖子
52	研究	なし	ピロリ菌除菌後健康人における胃粘膜DNAメチル化レベルを用いた胃がん発生高危険度群の捕捉に関する多施設共同前向きコホート研究	国立がんセンター	なし	ピロリ菌除菌後	2015/8/7	2023/3/23	白井直人
53	治験	KCT1301	KCT-0809のシェーグレン症候群に伴うドライアイ患者を対象とした第Ⅲ相検証試験	キッセイ薬品工業株式会社	オザグレルナトリウム	シェーグレン症候群のドライアイ	2015/9/2	2016/12/15	原田祐子
54	治験	KCT1302	KCT-0809のシェーグレン症候群に伴うドライアイ患者を対象とした長期継続投与試験	キッセイ薬品工業株式会社	オザグレルナトリウム	シェーグレン症候群のドライアイ	2015/9/2	2017/7/12	原田祐子
55	治験	TAK-272/CCT-101	微量アルブミン尿を呈する2型糖尿病患者を対象にTAK-272を経口投与したときの有効性及び安全性の用量反応関係を検討するプラセボ対照の第2相多施設共同無作為化二重盲検並行群間比較試験	武田薬品工業株式会社	TAK-272	糖尿病を合併した早期腎症	2015/10/13	2016/8/31	高瀬浩之
56	治験	20140234	筋肉関連の副作用のため有効量のHMG-CoA還元酵素阻害剤に不耐性の日本人高コレステロール患者を対象にエゼチミブと比較してエボロクマブの安全性及び有効性を評価する二重盲検無作為化多施設共同試験(GAUSS-4:Goal Achievement after Utilizing an anti-PCSK9 antibody in Statin Intolerant Subjects)	アステラス・アムジェン・バイオファーマ株式会社	AMG145	スタチン不耐症	2016/2/4	2017/5/31	高瀬浩之
57	治験	KRP209-T202	KRP-209第Ⅱ相臨床試験-自覚的耳鳴患者を対象としたKRP-209の有効性及び安全性を検討するためのプラセボ対照二重盲検比較試験-	杏林製薬株式会社	KRP-209	耳鳴り症	2016/5/27	2017/5/24	関敦郎
58	治験	KLH1204	KLH-2109の子宮内膜症患者を対象とした後期第Ⅱ相臨床試験	キッセイ薬品工業株式会社	KLT-2109	子宮内膜症	2016/5/31	2018/4/12	稻本裕

順位	種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定期 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
59	治験	AJ1001	SK-1403第I/II相試験維持血液透析下の二次性副甲状腺機能亢進症患者を対象とした単回及び反復静脈内投与試験	三和化学工業 株式会社	SK-1403	二次性副甲状腺機能亢進症	2016/10/28	2016/12/26	渥美浩克
60	研究	LIX-DS-15022	非弁膜症性心房細動を有する後期高齢患者を対象とした前向き観察研究	第一三共株式会社	なし	非弁膜症性心房細動	2016/11/29	2020/9/30	高瀬浩之
61	治験	MN-10-T-306	骨折の危険性の高い原発性骨粗鬆症に対するMN-10-TAIの第III相臨床試験-注射用テリバラチド酢酸塩を対照とした骨量非劣性試験-	旭化成ファーマ株式会社	MN-10-T-AI	骨粗鬆症	2017/1/27	2018/7/3	大石強
62	治験	014	単純性腎盂腎炎及び複雑性尿路感染症の日本人患者を対象にceftolozane/tazobactam (MK-7625A) の有効性及び安全性を検討する多施設共同、非盲検、非対照、第III相試験	MSD株式会社	MK-7625A	尿路感染症	2017/2/24	2017/8/18	高田三喜
63	治験	A4091064	膝関節、股関節または肩関節の関節全置換術を実施したtanezumab試験の被験者を対象とした第3相多施設共同長期観察試験	ファイザー株式会社	Tanezumab	変形性関節症	2017/3/24	2018/2/9	大石強
64	治験	A4091058	膝関節または股関節の変形性関節症患者を対象としたTanezumabの長期安全性および鎮痛効果を皮下投与により評価する第3相多施設共同無作為化二重盲検実験対照試験	ファイザー株式会社	Tanezumab	変形性関節症	2017/3/24	2019/5/31	大石強
65	治験	D1699 C00001	収縮性が低下した心不全患者における心不全の悪化又は心血管死の発現に対するダバグリフロジンの効果を検討する試験	アストラゼネカ 株式会社	Dapagliflozin	心不全	2017/4/28	2019/9/13	高瀬浩之
66	治験	NS-304C-P3-1	慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)を対象としたNS-304(セレキシバグ)の有効性及び安全性の検証試験(第III相)	日本新薬株式会社	NS-304	慢性血栓塞栓性高血圧症	2017/6/23	2018/11/30	高瀬浩之
67	治験	M525101-01	nemolizumabのアトピー性皮膚炎に対する第III相試験-比較/長期継続投与試験-	マルホ株式会社	nemolizumab	アトピー性皮膚炎の搔痒	2017/10/27	2020/1/31	浦野聖子
68	治験	I4V-MC-JAHL	中等症から重症のアトピー性皮膚炎患者を対象としたバリシチニブの有効性及び安全性を評価する多施設共同無作為化二重盲検プラセボ対照第III相試験	日本イーライリリー株式会社	バリシチニブ	アトピー性皮膚炎	2017/12/12	2019/1/19	浦野聖子
69	治験	I4V-MC-JAHN	アトピー性皮膚炎患者を対象としたバリシチニブの長期安全性及び有効性を評価する多施設共同二重盲検第III相試験	日本イーライリリー株式会社	バリシチニブ	アトピー性皮膚炎	2017/12/12	2022/12/31	浦野聖子
70	治験	ALN-AS1-003	ENVISION:急性肝性ポルフィリン症患者を対象としてgivosiranの有効性及び安全性を評価する第III相無作為化二重盲検プラセボ対照多施設共同試験及びオープンラベル継続投与試験	Alnylam Pharmaceuticals 社	Givosiran	急性肝性ポルフィリン症	2018/3/23	2021/6/25	後藤良重
71	治験	D169 CC00001	左室駆出率の保たれた心不全(HFpEF)患者を対象として、心血管死又は心不全悪化の減少に対するダバグリフロジンの効果を評価する国際共同二重盲検無作為化プラセボ対照第III相試験 DELIVER 試験-左室駆出率が保たれた心不全患者におけるダバグリフロジンの生存状況に対する改善効果の検討-	アストラゼネカ 株式会社	Dapagliflozin	心不全 (HFpEF)	2018/9/28	2022/5/27	高瀬浩之
72	治験	I4V-MC-JAIY	中等症から重症のアトピー性皮膚炎患者を対象に外用コルチコステロイドと併用したバリシチニブの有効性及び安全性を評価する多施設共同無作為化二重盲検プラセボ対照第III相試験	日本イーライリリー株式会社	バリシチニブ	アトピー性皮膚炎	2018/10/26	2019/8/23	浦野聖子
73	研究	なし	セロタイプ1 HCV患者への実臨床下におけるDAAsの効果に関する後ろ向き多施設共同試験	地方独立行政 法人静岡県立 病院機構 静岡県立総合 病院	なし	セロタイプ1 HCV患者	2018/10/31	2020/3/27	石田紘基

順位	種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定期 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
74	研究	JROADHF-NEXT	心不全の発症・重症化の高精度予測とそれに基づく最適な治療法の開発のための心不全レジストリ	九州大学大学院医学研究院循環器内科学分野 九州大学病院循環器内科	なし	心不全	2019/7/25	2024/3/31	高瀬浩之
75	治験	R3500-AD-1805	中等度から重度のアトピー性皮膚炎の成人患者を対象としたREGN3500の有効性、安全性、及び薬物動態プロファイルを検討する第2b相、無作為化、二重盲検、プラセボ対照、並行群間比較、用量設定試験	Regeneron Pharmaceuticals, Inc.	REGN3500	アトピー性皮膚炎	2019/8/23	2020/12/31	浦野聖子
76	研究 検定	DAPPER Study	2型糖尿病を伴う心不全患者の微量アルブミン尿に対するダパグリフロジンの予防・抑制効果に関する臨床試験	国立循環器病研究センター	Dapagliflozin	2型糖尿病を伴う心不全患者	2019/11/27	2023/12/31	高瀬浩之
77	研究	なし	腎機能低下症例を含むがん患者における骨転移治療薬デノスマブの安全性に関する後ろ向き多施設共同試験	地方独立行政法人静岡県立病院機構 静岡県立総合病院	なし	腎機能低下症例を含むがん患者	2020/3/13	2020/7/31	石田紘基
78	研究	OBS15990	アトピー性皮膚炎に対しデュビクセントを使用する成人患者を対象としたプロスペクティブ観察研究 (GLOBOSTAD Study)	Sanofi-Aventis Groupe	Dupilumab	アトピー性皮膚炎	2020/10/14	2027/7/30	渋谷千加
79	治験	ALN-AS1-007	急性肝性ポルフィリン症 (AHP) 患者を対象としたGivosiran拡大アクセス試験	Alnylam Pharmaceuticals社	Givosiran	急性肝性ポルフィリン症	2020/11/27	2022/3/31	後藤良重
80	治験	P-PD-TBZNAC	TBZNACのウイルソン病患者を対象とした薬力学的試験	ニプロ株式会社	TBZNAC	ウイルソン病	2021/12/21	2022/6/21	竹内靖雄
81	研究	なし	PVC-3 セツキシマブ関連Infusion Reactionリスク因子に関する多機関共同後方視的研究	焼津市立総合病院	なし	大腸がん・頭頸部がん	2022/3/14	2022/3/31	石田紘基
82	研究 検定	JRCT番号: JRCTs051220077	転移性去勢抵抗性前立腺癌に対するアパルタミドの有効性安全性の評価を目的とした多施設共同単群試験	神戸大学医学部附属病院	アパルタミド	転移性去勢抵抗性前立腺癌	2022/8/1	2028/7/31	海野智之
83	治験	NS580-P2-02	子宮内膜症患者を対象としたNS-580の用量設定試験 (後期第II相)	日本新薬株式会社	NS-580	子宮内膜症	2022/8/23	2024/1/31	鹿野共暁
84	治験	D6402 C00001	A Phase 2b, Randomised, Double-Blind, Active-Controlled, Multi-Centre Study to Evaluate the Efficacy, Safety and Tolerability of Oral AZD9977 and Dapagliflozin Treatment in Patients with Heart Failure and Chronic Kidney Disease 慢性腎臓病を伴う心不全患者を対象に、AZD9977とダパグリフロジンを経口投与した場合の有効性、安全性及び忍容性を評価する第IIb相、無作為化、二重盲検、実薬対照、多施設共同試験	アストラゼネカ株式会社	AZD9977	慢性腎臓病を伴う心不全患者	2022/11/1	2023/12/31	高瀬浩之
85	治験	2214U0234	5歳から11歳の被験者を対象にS-268019又はコミナティ筋注を追加接種した時の免疫原性を評価する第3相無作為化オブザーバーブラインド実薬対照試験	塩野義製薬株式会社	S-268019	COVID-19ワクチン	2022/12/23	2024/7/31	三枝弘和
86	治験	20210144	中等症から重症の成人アトピー性皮膚炎患者を対象として副腎皮質ステロイド外用薬及び／又は外用カルシニューリン阻害薬を併用したときのRocatitinib(AMG 451)の有効性、安全性及び忍容性を評価する24週間の第III相二重盲検ランダム化プラセボ対照試験 (ROCKET-SHUTTLE)	AMGEN Inc. (協和発酵キリン)	AMG451	アトピー性皮膚炎	2023/2/27	2025/4/30	石部純一
87	研究	22-059	上部消化管内視鏡検査対象者から得られた胃壁拭い液検体に対するヘリコバクターゼロリ抗原キット「クイックナビTM-H.ゼロリ」の診断法適用に関する観察研究 (DK22-HP-001)	デンカ株式会社	クイックナビTM-H.ゼロリ	H.ゼロリ感染症診断の補助	2023/5/10		白井直人

順位	種別	実施計画書番号	治験課題名／研究課題名	治験依頼者 研究代表者	治験薬名	対象疾患	契約日	終了予定期 終了報告日	治験責任医師 研究責任者
88	治験	EX6018-4758	ZEUS - 動脈硬化性心血管疾患、慢性腎臓病、全身性炎症を有する患者を対象とした、心血管アウトカムに対するプラセボと比較したziltivekimabの効果	ノボ・ノルディスク株式会社	Ziltivekimab	慢性腎臓病を伴う慢性炎症	2023/6/2	2026/2/27	高瀬浩之
89	治験	20210146	中等症から重症の成人及び青少年アトピー性皮膚炎（AD）患者を対象としてRocatitinibの長期安全性、忍容性及び有効性を評価する第III相多施設共同二重盲検維持投与試験（ROCKET-ASCEND）	AMGEN Inc. (協和発酵キリン)	AMG451	アトピー性皮膚炎	2023/8/18	2027/5/31	石部純一
90	治験	D697 CC00008	治療抵抗性高血圧患者を含む、2剤以上の治療薬を使用しているコントロール不良の高血圧患者を対象としてbaxdrostatの有効性及び安全性を評価する二重盲検、ランダム化、プラセボ対照、多施設共同試験	アストラゼネカ株式会社	baxdrostat	高血圧	2024/8/28		高瀬浩之
91	治験	209-3-1	TO-209 第III相臨床試験 -イネ科花粉症患者を対象とした有効性及び安全性の検討-	鳥居薬品株式会社	TO-209	イネ科花粉症	2025/5/23		濱田 登

遠州病院 医師名簿

2025年9月 現在

診療科	氏名	役職	卒年	診療科	氏名	役職	卒年	
内科	消化器 消化器 消化器 消化器 消化器 消化器 循環器	白井 直人 竹内 靖雄 高垣 航輔 森 泰希 加藤 大樹 藤田 翔也 高瀬 浩之	診療部長 診療部長 診療部長 診療部長 副医長 副医長 副院長	平成3年 平成5年 平成8年 平成17年 平成29年 平成30年 昭和63年	脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 耳鼻咽喉科	難波 宏樹 橋本 義弘 畠 明人 渋谷 千加 田仲 広基 濱田 登 別所 祐樹		昭和54年 昭和62年 平成30年 平成31年 平成29年 平成8年 平成30年
	循環器 循環器 循環器 循環器 内分泌 内分泌 内分泌 内分泌 神経 呼吸器 呼吸器 呼吸器 呼吸器 腎臓 腎臓	川勝 なおみ 岡戸 健央 松倉 学 金 史彦 後藤 良重 鈴木 究子 成島 唯人 花井 耀一 高橋 良知 貝田 勇介 加藤 真人 立田 可菜美 伊藤 大恵 渥美 浩克 島田 幸輝	診療副部長 診療部長 診療副部長 医長 副院長 平成7年 医長 令和2年 副院長 診療部長 診療部長 平成12年 副医長 平成27年 副医長 医長 副医長 医長 副医長 平成19年	平成23年 平成7年 平成22年 平成27年 昭和62年 平成7年 平成27年 令和2年 昭和62年 平成11年 平成12年 平成27年 平成30年 平成16年 平成19年		鹿野 共暁 鈴木 留美 成瀬 香織 有澤 奈良 向 麻利 趙 現 稻本 裕	診療部長 診療部長 診療部長 診療部長 診療部長 副医長 昭和50年	平成9年 平成2年 平成17年 平成19年 平成19年 平成19年 昭和12年
	救急科	植野 正英	診療副部長	平成23年	産婦人科	原田 祐子		平成10年
	小児科	三枝 弘和	診療部長	平成2年		山田 萌絵	診療副部長	平成22年
		小野 裕之	診療副部長	平成20年		渋谷 孝起		令和1年
		谷口 彩	医長	平成27年		上村 隆	診療部長	平成6年
		長坂 萌那		令和3年		高橋 麻美	診療副部長	平成22年
		高橋 雅美		令和4年		和泉 未知子		平成28年
外科	血管 消化器	鈴木 正彦	副院長	昭和62年	リハビリテーション科	李 純理		平成31年
		浅羽 雄太郎	診療部長	平成9年		福豫 詩絵莉		令和4年
		前田 隆雄	診療部長	平成17年		健康管理センター	柏原 貴之	診療部長
		中村 勇人	診療部長	平成17年		神谷 実佳	診療部長	平成11年
		西村 元伸	診療副部長	平成24年		直江 武尊		令和5年
		茂野 佐弓	医長	平成29年		佐藤 亮太		令和5年
		水谷 文光也		令和2年		品田 啓太		令和6年
		神谷 玲那		令和3年		肥後 貴仁		令和6年
		石川 凜太郎		令和3年		望月 創平		令和6年
	麻酔科	佐野 秀樹	診療部長	平成7年		中川 靖之		令和6年
		坂梨 真木子	診療部長	平成13年		吉田 裕人		令和6年
		森下 真至	診療副部長	平成22年		石濱 義邦		令和6年
整形外科	整形外科	大石 強	病院長	平成1年		井手 陽心		令和7年
		長谷川 智彦	副院長	平成9年		金城 聰真		令和7年
		今田 貴章	医長	平成25年		清水 里穂		令和7年
		萩原 和弘	診療副部長	平成23年		立元 啓斗		令和7年
		猿渡 幹	医長	平成28年		野村 鍊		令和7年
		日比 正汰	副医長	令和2年		太田 一馬		令和7年
		柴田 晃平	副医長	令和2年		姫野 伶奈		令和7年
		守屋 祐貴		令和3年		武藤 誠彦		令和6年
		佃 さゆり		令和5年		梶原 陸		令和5年

J A 静岡厚生連遠州病院年報誌 投稿規定

1. 投稿資格

1) 本誌への投稿は原則として J A 静岡厚生連遠州病院職員に限る。

2. 投稿の種類

1) 原著・症例報告・総説・その他

- ① 様式は和文または英文で、題名、所属名、著者名、要旨（和文400字以内、英文250words以内）、Key word（3語以内）、本文、文献、図表の順に記述する。
- ② 原著は原則として和文12,000字（英文3,750words相当）以内、症例報告は和文8,000字（英文2,500words相当）以内とする。（図表は10枚以内とする。）
なお、和文の場合、題名、要旨を英文でも添付することが望ましい。
- ③ しばしば繰り返される語は略語を用いて差支えないが、初出のときは完全な用語を用い、以下に略語を使用することを明記する。
(例) 肝細胞癌 (hepatocellular carcinoma以下、HCC と略記)。
- ④ 図表は本文中に挿入箇所を明記し、下に説明を和文または英文で加える。図表、写真はデータで提出する。
- ⑤ 論文の採否は、年報委員会委員長、査読者2名が決定する。
- ⑥ 校正は原則として著者が行う。
- ⑦ 誌名略式は医学中央雑誌刊行会編「医学中央雑誌収載誌目録略名表」および「Index Medicus」に準ずる。
- ⑧ 文献は本文中に肩付きした引用番号順に配列する。著者名は3名まで明記し、それ以上は「ほか」または「et al.」とする。
- ⑨ 文献の記載順序

雑誌の場合

- ・吉村学、前田義春、奥田聖介ほか：末期に悪性高血圧症の像を呈した進行性全身性強皮症の1例。最新医学 37: 592-596, 1978
- ・Nagao T, Inoue S, Yoshimi F et al.: Postoperative recurrence of hepatocellular carcinoma. AnnSurg 211:28-33, 1990

単行本の場合

- ・中村恭一、喜納勇：消化管の病理と生検組織診断。医学書院、東京：149-153、1980

2) 倫理

- ① 症例報告など患者情報の記載のある論文については、患者のプライバシー保護に十分配慮し、患者が特定されないよう留意しなければならない。
- ② 投稿者および共著者は、ヒトを対象とした研究について世界医師会総会で採択されたヘルシンキ宣言（1964年制定、2013年10月改正）を遵守し、以下の指針に則したものでなければならない。
 - a. ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（平成25年文部科学省・厚生労働省・経済産業省告示第1号（平成25年4月1日全面改正）
 - b. 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号）
 - c. 症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針（外科関連学会協議会・平成16年4月6日、平成21年12月2日一部改正）
- ③ 動物を扱った研究は実験動物の飼養及び保管並びに苦痛の軽減に関する基準（平成25年環境省告示第84号）に基づいた各施設のガイドラインに則して行われたものでなければならない。
- ④ 論文の投稿者は、投稿に際して論文にその旨を記載し、必要な場合には実施機関の倫理委員会等の承認を得ている

ことを記載する。

- ⑤ 以上、この宣言における事実誤認または虚偽や過失により掲載された論文に対する訴えがあった場合、年報委員会は一切の責めを負わない。

3) 利益相反

- ① 論文の投稿者および共著者に利益相反 (Conflict of Interest:COI) がある場合には開示が必要となる。投稿に際して下記執筆要項に則してCOI状態を報告する。なお、投稿者および共著者が開示する義務のあるCOI状態は、投稿内容に関連する企業や団体に関わるもので、投稿時から遡って過去1年以内のものに限定する。

4) 転載許諾に関して

- ① 他所の刊行物の図・表、および画像、文書などの全部または一部、もしくは改変引用するときは、原則として著作権規程に照らした引用許可が必要であるため、投稿者が事前に出版社（発行者）および著者から転載許諾を得ること。

3. 論文査読

1) 査読者

- ① 査読者は1論文につき2名とする。
② 査読者の氏名は公表しない。

2) 査読

- ① 査読はできるだけ掲載することを念頭に行う。ただし、論文の種類に見合う最低限の条件に満たさないものは掲載できない。

3) 査読者の決定

- ① 事務局は論文を受けた日に、年報委員会委員長へ査読候補者の選定を依頼する。
② 年報委員会委員長は、2名査読候補者を推薦し、本人の了解を得て査読者を決定し事務局へ報告する。

4) 修正論文の確認

- ① 査読者による修正論文の確認が必要な場合は、修正論文に「指摘事項に対する著者の回答」を添付して事務局経由で査読者に確認を依頼する。
② 事務局は「指摘事項に対する著者の回答」を元に論文が正しく修正されているかを確認する。
③ 加筆修正する場合は、訂正した箇所の文字色を変えるなどして訂正した箇所を明確にする。

5) 査読証明書

- ① 著者の希望がある場合は年報委員会委員長名で発行する。

4. 附則

- 1) この規程は平成29年6月1日から施行する。
2) 医学中央雑誌刊行会登録。

編集後記

ウズベキスタンやパレスチナでは、いまだに命が軽視され多くの市民が犠牲となっています。戦争となれば医療はいかに無力かを、ニュースを見るたびに思い知らされます。私たちにできることは目の前の患者さんの命に向きあうことだけです。1日でも早く世界が平和になることを祈りつつ、日々の診療に取り組んでいきたいと思います。

本年も遠州病院年報を発行することができました。編集委員、査読にご協力いただいた皆様、事務局の皆様に御礼申し上げます。

令和7年8月

遠州病院年報委員会 委員長 鹿野共暁

編集委員

委員長 鹿野共暁

委員 竹内靖雄 島田幸輝 鳥越智佳

佐伯未央 伊藤ありさ 芥川祐介

青木陽子 本田雅大 安間悟

事務局 藤原さくら

遠州病院年報
Annual of Enshu Hospital
第30巻 第1号

令和7年11月30日 発行

編集 J A 静岡厚生連遠州病院編集委員会
発行 J A 静岡厚生連遠州病院
〒430-0929 浜松市中央区中央一丁目1-1
TEL (053) 453-1111
印刷 松本印刷株式会社
〒421-0303 静岡県榛原郡吉田町片岡2210
TEL (0548) 32-0850

