旭川市立病院医誌

第55巻 1 号

令和 5 年12月発行

ISSN　0287−024X

市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【総説】
一般医のための頭痛診療のトピックス：片頭痛を中心に
神 経 内 科　片山　隆行

【症例報告】
術後 5 年を経て再発を来した顎下腺多形腺腫の一例
耳鼻咽喉科　久々湊　雅

【看護研究】
患者の口腔ケアに対する意識とセルフケア行動確立に向けた
パンフレットの効果
看　護　部　奈良美和子

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

【ICBMセミナー～臨床研究検討会～】

【看護研究発表会記録】

旭市病誌

旭川市立病院　医誌第55巻１号

令和５年12月発行

目　　次

巻頭言……………………………………………院　　長　石井　良直……　1

【総説】
一般医のための頭痛診療のトピックス：片頭痛を中心に……………神経内科　片山　隆行……　3

【症例報告】
術後５年を経て再発を来した顎下腺多形腺腫の一例……………耳鼻咽喉科　久々湊　雅……　9

【看護研究】
患者の口腔ケアに対する意識とセルフケア行動確立に向けた
パンフレットの効果……………………………………看　護　部　奈良美和子……　13

【臨床病理検討会】
第１回　令和４年９月20日……………………………内　　科　荒町優香里……　17
第２回　令和４年11月４日……………………………内　　科　林　　潤希……　18
第３回　令和５年２月７日……………………………内　　科　森　喬太郎……　20

【教育研修報告】
第60回全国自治体病院学会に参加して
「バンコマイシン塩酸塩点滴静注用の供給停止下における薬剤師の関わり」……薬　剤　科　植野　秀章……　22
第60回全国自治体病院学会に参加して
「SARS -CoV-2 PCR検査における核酸精製法の違いによるCt値の検討」…………中央検査科　山田　和明……　23
第60回全国自治体病院学会に参加して
「混合病棟におけるIAの傾向，内容分析－泌尿器科，歯科口腔外科，小児科でのIAレポートから読み解く－」
……………………………………………………看　護　部　西島　歌織……　23

【ICBMセミナー～臨床研究検討会～】
眼の赤くなる病気………………………………………眼　　科　菅野　晴美……　25
CTで用いられる造影剤についての最近の話題…………………放射線科　鎌田　　洋……　25
タバコと痛み～疼痛を有する患者の禁煙に関するステートメント～…………麻　酔　科　草階美佳子……　26
急性カフェイン中毒をきたした５症例……………………精神神経科　佐野　弘幸……　26
小児の食物アレルギーと経口負荷試験……………………小　児　科　中嶋　雅秀……　26

抗がん剤関連腎障害・・腎 臓 内 科　藤野　貴行・・・・・ 27
腹部大動脈ステントグラフト内挿術後のtypeⅡエンドリークによる瘤拡大に対し
開腹瘤縫縮術を施行した２例・・胸 部 外 科　安東　悟央・・・・・ 27
Venetoclax, 併用Azacitidine療法により早期に細胞遺伝学的寛解が得られた
MYC遺伝子増幅を伴う二重微小染色体を有する急性骨髄性白血病・・・・・・・・・・・・・血 液 内 科　藤井　文彰・・・・・ 28
薬剤関連顎骨壊死について・・・歯科口腔外科　松田　真也・・・・・ 28
術後５年を経て再発を来した顎下腺多形腺腫の一例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・耳鼻咽喉科　久々湊　雅・・・・・ 29
C-AYA世代と妊孕性温存療法について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・産 婦 人 科　西尾　　空・・・・・ 29
腹腔鏡からロボット手術まで～手術手技とコスト削減～・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・外　　科　村上　慶洋・・・・・ 30
COVID-19ワクチン接種後の心膜心筋炎の２症例・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・循環器内科　久木田　新・・・・・ 30
消化管出血と抗血栓薬・・消化器内科　石垣　憲一・・・・・ 30
糖尿病の週１回製剤について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・代 謝 内 科　永島　優樹・・・・・ 31
緊急対応が必要な緩和照射について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・放射線治療科　木下裕里加・・・・・ 31
アルツハイマー病の最近の話題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・神 経 内 科　片山　隆行・・・・・ 32
RRS:Rapid Response System・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・救　急　科　丹保亜希仁・・・・・ 32
COVID-19　治療薬update・・呼吸器内科　谷野　洋子・・・・・ 32
尿管結石の診断と初期対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・泌 尿 器 科　竹内　彗悟・・・・・ 33
リウマチ性多発筋痛症に気づくには？・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・総 合 内 科　森　　海人・・・・・ 33
帯状疱疹 UP TO DATE ワクチンを打った方が良いですか？と聞かれたら・・・・・・・皮　膚　科　堀　　仁子・・・・・ 34

【看護研究発表会記録】
緊急心臓カテーテル術後患者へ行う視覚に訴える
オリエンテーションの有用性・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・集中治療室　中尾貴美子・・・・・ 35
虚血性心疾患によるステント留置後のセルフケアにおける実態調査・・・・・・・・・・・・東　５　階　御園生愛理・・・・・ 35
患者の口腔ケアに対する意識とセルフケア行動確立に向けた
パンフレットの効果・・西　７　階　奈良美和子・・・・・ 36
日勤のみでペアを組む看護方式の導入の効果・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・東　３　階　齊藤　晴香・・・・・ 36
ストーマ造設患者が退院後に感じた疑問や不安
～アンケート調査からわかる今後の退院指導への課題～・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・東　７　階　村井日向子・・・・・ 37
不適応行動をとる患児への介入の一考察～できたねシールを通して～・・・・・・・・・・北　第　１　中澤　勇治・・・・・ 38

【がん診療連携拠点病院関連研修会】・・・ 39

【令和４年度各科学会発表ならびに投稿論文】・・ 40

【「旭川市立病院医誌」投稿規定】・・・ 57

【編集後記】・・・ 58

巻　頭　言

院長就任のご挨拶

院長　石　井　良　直

2023年４月１日に，市立旭川病院長の任に就くことになりました。身の引き締まる思いです。皆様，どうぞ宜しくお願いいたします。

私は旭川医科大学を1985年に卒業後，同大学第一内科に入局しました。卒後３-４年目に勤務した当院で，昼夜問わず多数搬送されてくる急性心筋梗塞などの心臓救急のダイナミックさに魅了され，循環器内科を生涯の仕事にすることに決めました。大学に戻り臨床研究で学位を取得後に，臨床の研鑽を踏むには大学病院では症例数が少なく心筋梗塞の収容が市内で最も多い当院での勤務を希望し1996年から勤務することになりました。循環器内科のトップであられた舘田邦彦先生が院長に就任されており，CCUやカテーテル治療などの統括を任せてくださりました。2014年に副院長に就任し，主に医療安全や倫理委員会，夜間急病センター立ち上げ，医師働き方改革，地域連携を中心に９年間副院長を務めてきました。

さて，当院は上川中部二次医療圏で唯一の市立病院であり，道北医療の中核を担っています。循環器系は，1971年に道内初のCCU（冠疾患集中治療室）を開設し，内科・外科診療の実績が多く，現在は循環器病センターとして三次救急相当の高度な医療まで展開しています。また，2009年には地域がん診療連携拠点病院に指定され，精力的にがん診療に取り組んでおり，最新鋭の放射線治療装置を有し，最先端のロボット手術も外科・泌尿器科で実績を重ね良好な成績をあげています。精神科病床は100床有しており，公的病院としては市内で最も多くの患者さんを受け入れており，身体疾患を合併する場合には全診療科と連携して診療にあたっております。上川中部唯一の第二種感染症指定医療機関として，2020年初頭からの新型コロナウイルス感染症の感染拡大に対しては市内の先陣を切って対応にあたり，多くの入院および外来患者の診療に携わってきました。病原性の高い株への変異や別の新興・再興感染症発生も見据え，外来・検査・入院を一つの建物内で完結する「感染症センター」（９床）を2022年１月に開設し，今後も感染症対応ではリーダー的立場として予期せぬ緊急事態に備えなければなりません。救急医療に関しては，市民の病院として「断らない救急」を掲げ救急車搬送件数も2,500件/年を超え旭川赤十字病院に次ぐ実績を残しており，二次救急の他，小児一次救急および夜間急病センターも当院で担っております。

コロナ診療による入院患者数が最大となった2021年９月の第５波では，２病棟閉鎖を余儀なくされ，外来・入院・手術制限も長期間に及びましたが病院一丸となり乗り切ってきました。そのため，お断りせざるを得ない状況が続き入院患者数はいまだ減少したままです。目下，コロナ禍からの回復を目指しているところですが，コロナ補助金の大幅な削減，電気代や燃料費などの物価高によるコスト増，医師働き方改革などによる人件費増などで，今後は経営状況の悪化を迎えるのは必至と思われます。

青木秀俊病院事業管理者が17年前の院長就任式でのご挨拶で，「家族や大事な人が市立旭川病院で診て（看て）もらいたいと思われるような病院でありたい」と話されました。医療の質・医療の安全を今まで以上に重要視し，心のこもった医療を患者さんに提供することが長期的な視点でみると患者さんを呼び戻すことに繋がる基本であると考えます。当院には，各診療科医師やスタッフに優秀な人材が多く，高度で質の高い医療を安全に提供し，地域の医療，地域の人々の健康維持に貢献できる底力があると信じております。

職員の皆様，どうぞご支援ご協力のほど，よろしくお願い申し上げます。

総　説

一般医のための頭痛診療のトピックス：片頭痛を中心に*

神経内科　片山隆行**　髙橋佳恵
箭原　修

【要　旨】 片頭痛は日常診療でよく遭遇する疾患であるが，痛みによる日常生活の阻害や機会損失・経済的損失が大きいことでも知られる。近年は発痛物質としてのカルシトニン遺伝子関連ペプチドについての理解が進み，これを標的とした新薬も登場した。またセロトニン$5HT_{1F}$受容体作動薬も承認され治療選択肢が更に増えた。本稿では片頭痛診療のポイントや，新たな治療戦略について概説する。

はじめに

慢性頭痛の頻度は15歳以上の人口の約40％と考えられている。片頭痛が約８％，緊張型頭痛が約22％である[1)]。このうち片頭痛は日常診療ではよく遭遇する疾患である。致死的な疾患ではないが，痛みによる日常生活の阻害や就学・就労・ライフイベントなどにおける機会損失・経済的損失は大きいとされる。また，思春期では不登校や起立性調節障害などとも深く関わって問題を複雑にする。

片頭痛（migraine）（片頭痛患者はmigraineur［ˌmē-greˈnər］）は“ημικρανια/hemicrania”に由来する語である。時代とともに語頭のｈが無音化脱落して“migraine”になったとされる[2)]。

「『片』頭痛なので頭の一方だけが痛い」と思われがちだが，実際には両側性であることは珍しくない。頭痛部位は側頭部であることが多いが，後頭部や眼の奥のこともある。拍動性頭痛であることが典型的だが，非拍動性のこともある。

閃輝暗点（scintillating scotoma）はこの疾患を特徴付ける症状でギザギザした・キラキラした光（中世都市の城壁になぞらえて城塞スペクトル［fortification spectrum］とも言う）が頭痛に先行して15～20分持続する。有名な症状で多くの患者自身によるスケッチが報告されているがAiry H（1870）による優れたスケッチがある[3)]。（一説には芥川龍之介の小説「歯車」に出てくる描写はこれとも言われている。）自験例を図に示す。

片頭痛の病態

現在では神経血管説が有力である[4,5)]。三叉神経終末が何らかの刺激を受けると，神経終末から放出されるcalcitonin-gene related peptide（CGRP）やサブスタンスPが放出され，血管拡張・血管透過性亢進・血管周囲神経原性炎症などを起こし，血管性疼痛を惹起する。セロトニンは$5HT_{1B/1D}$受容体を介して三叉神経の興奮を抑制しているので，トリプタン系などの$5HT_{1B/1D}$受容体作動薬は鎮痛効果を発揮する。

閃輝暗点は皮質拡延抑制（cortical spreading depression; CSD）と呼ばれる一過性の大脳皮質の過剰興奮とその後の抑制によって説明されうる。後頭葉視覚野を約３mm/分で後方から前方に向かって興奮性異常が移動するとされる。

閃輝暗点などの前兆（＝大脳皮質興奮性異常）と頭痛（＝脳硬膜/三叉神経血管系異常）の関連を統合的に

＊：Topics about headaches and migraine for practitioners.
＊＊：Takayuki KATAYAMA, et al.

Key words：頭痛，片頭痛，calcitonin-gene related peptide（CGRP）

理解するために，視床下部や脳幹に共通のgeneratorがあるとするparallel modelが提唱されている。前兆期の前には予兆期（あくび，疲労感，集中力低下，肩こり，抑うつなどを示す）が存在することがあるが，このときには既に視床下部が活性化しているとされる。

片頭痛の診断基準

国際頭痛分類第３版（ICHD-3）が発表されており，これに基づいて行われる[6]。

但し，これを精読して一般診療で活用するのは大変だと思われるので，ここでは著者が普段鑑別に使っているより簡便な「VICTOR」を紹介してみたい。

V　Vascular（血管障害）
I　Infection（感染症）/Inflammation（非感染性炎症）/Injury（外傷）
C　Contraction（筋収縮性頭痛/緊張型頭痛）/CSF pressure（低髄圧または高髄圧）
T　Tumor（腫瘍）
O　Ophthalmologic（眼疾患）/Otologic（耳疾患）/Odontic（歯疾患）/Osseous（頭蓋骨または頭皮病変）
R　Rhinologic（鼻疾患）

いずれにしても危険な頭痛として「脳卒中・脳炎・脳腫瘍」が鑑別されていることが必要である。

またPOUNDing criteriaも片頭痛の診断に有用である。
Pulsating,
duration of 4-72 hOurs,
Unilateral,

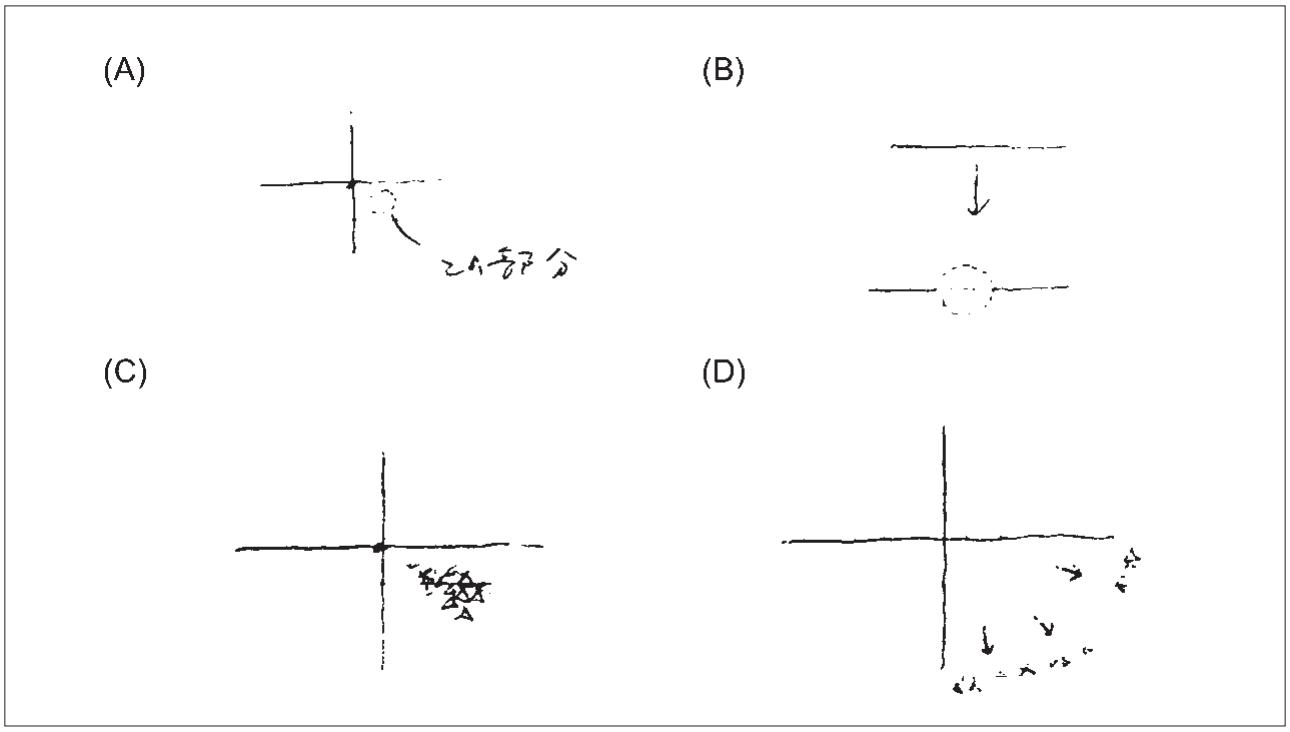


図　片頭痛患者が描いた閃輝暗点

39歳男性。
(A) 夜勤明けに本を読んでいたところ，視野中心より右斜め下が一部見づらいことに気付いた（破線丸の部分）。両眼とも同一部分が見えづらい（同名性）。
(B) 壁の直線を見ると背景の色は判るが線は見えなかった（Black-outではない）。
(C) 臥床して閉眼していたところ，まもなく同部位にチラチラとした光が見えるようになった。三角形に似た白色または虹色に明滅する光（10Hzほど？）が星芒または涙滴様に集簇していた。
(D) 徐々に右下１/４周辺視野に移動し，10～15分ほどで消失した。この後，患者は左眼内側部に痛みを自覚（体動で増強，半日ほど持続）。（手書きの十字は視野を示すために患者が書いたもの）

Nausea,
Disabling

拍動性，4－72時間の持続，片側性，嘔気，日常生活に支障ありの略であるが，上の５つの基準のうち４つが合致した場合，診断の陽性度が高い[7]。

前兆のない片頭痛の診断基準

A. B～Dを満たす頭痛発作が５回以上ある
B. 頭痛発作の持続時間は４～72時間（未治療もしくは治療が無効の場合）
C. 頭痛は以下の４つの特徴の少なくとも２項目を満たす
　① 片側性
　② 拍動性
　③ 中等度～重度の頭痛
　④ 日常的な動作（歩行や階段昇降）などにより頭痛が増悪する。
　　あるいは頭痛のために日常的な動作を避ける
D. 頭痛発作中に少なくとも以下の１項目を満たす
　① 悪心または嘔吐（あるいはその両方）
　② 光過敏および音過敏
E. ほかに最適なICHD-3の診断がない

前兆のある片頭痛の診断基準

A. BおよびCを満たす頭痛発作が２回以上ある
B. 以下の完全可逆性前兆症状が１つ以上ある
　① 視覚症状
　② 感覚症状
　③ 言語症状
　④ 運動症状
　⑤ 脳幹症状
　⑥ 網膜症状
C. 以下の６つの特徴の少なくとも３項目を満たす
　① 少なくとも１つの前兆症状は５分以上かけて徐々に進展する
　② ２つ以上の前兆が引き続き生じる
　③ それぞれの前兆症状は５～60分持続する
　④ 少なくとも１つの前兆症状は片側性である
　⑤ 少なくとも１つの前兆症状は陽性症状である
　⑥ 前兆に伴って，あるいは前兆出現後60分以内に頭痛が出現する
D. ほかに最適なICHD-3の診断がない

典型的閃輝暗点を示しても頭痛を伴わないときがあり，片頭痛等価症（migraine equivalent）と呼ばれることがある[2]（国際頭痛分類では「1．2．1．2　典型的前兆のみで頭痛を伴わないもの」に分類される）。

診　　断

問診が重要である[8,9]。身体所見では発作間欠期には異常は認めない。頭痛発作時には浅側頭動脈を圧迫すると頭痛が一時的に軽快する例がしばしば見られる。ルーチンのCT・MRI・血液検査では異常を認めない。髄液検査はほとんどの場合必要ではなく，他疾患の除外を要するときに考慮される。

頭痛の強度や頻度を把握しておくことは重要で，頭痛強度の評価についてはNRS（Numeric Rating Scale）やMIDAS（Migraine Disability Assessment）[10]，HIT-6（Headache Impact Test-6）[11] などが用いられる。また頭痛頻度については「週に・または月に何回・何日か」を確認しておく。患者さん自身に頭痛日記をつけてもらうことも有効である。

片頭痛の治療

急性期（発作時）治療と予防治療に大別される[8,9]。

片頭痛治療薬

頭痛強度が軽いものや，頻度が低い場合は頓用薬で十分である。

① NSAID（アセトアミノフェンなど）
② トリプタン（スマトリプタン･ゾルミトリプタン･エレトリプタン・リザトリプタン・ナラトリプタン）；セロトニン$HT_{1B/1D}$受容体に作用する（海外ではalmotriptan，frovatriptanも認可されている）。
　片麻痺性片頭痛・脳底片頭痛（脳幹性前兆を伴う頭痛）･眼筋麻痺性片頭痛など脳虚血症状を呈するタイプの片頭痛には不適である。
③ エルゴタミン；長年使用されてきたがトリプタンの登場により現在はあまり用いられなくなった。
　麦角中毒や線維症（後腹膜・胸膜・心臓弁など）に注意する必要がある。末梢動脈疾患や狭心症などでは禁忌である。
④ 制吐剤；ドンペリドンなども適宜併用して良い。

最近の片頭痛治療薬または治療法

片頭痛予防薬としてCGRP関連抗体薬が相次いで本

邦でも承認・上市された（ガルカネズマブ，フレマネズマブ，エレヌマブ）。このうちガルカネズマブ，フレマネズマブは抗CGRP抗体薬で，エレヌマブは抗CGRP受容体抗体薬である。効果としてはおおむね頭痛の強度や頻度を半減させる。高価であることもあり，従来薬で効果不十分な症例に限って使用が検討される。欧米ではeptinezumabも認可されている。

片頭痛発作時薬としてはラスミジタンコハク酸塩（Lasmiditan succinate）など「ditan」系と呼ばれるセロトニン5-HT_{1F}作動薬が承認され，今後も同系統薬の種類が増えていくことが期待される。また，海外ではubrogepant，rimegepant，atogepantといった「gepant」系と呼ばれるCGRP受容体拮抗薬が急性期治療薬・予防薬として認可されており，更にzavegepantが経鼻薬として有効性が確認され承認申請中である。

末梢神経電気刺激や磁気刺激などのニューロモデュレーション治療，ボツリヌストキシン注射も欧米では承認されているが，本邦では未承認である。

片頭痛予防薬

片頭痛頻度が多いもの（週１以上）や，頭痛強度が強い場合（寝込んでしまう，嘔気嘔吐があるなど日常生活や就学・就労を阻害する場合）は予防薬を検討する。

エビデンスの高い薬剤は以下の通りである。

① 塩酸ロメリジン
② ß遮断薬（プロプラノロールは保険適応あり）
　＊プロプラノロールはリザトリプタンの作用を増強するため併用禁忌である。
③ バルプロ酸（保険適応あり，通常400～800mg/日まで，1000mg/日を超えない）
④ アミトリプチリン（保険適応外だが審査上は認められている）
⑤ ジメトチアジン（抗セロトニン薬，保険適応あり）
⑥ ベラパミル（保険適応外だが審査上は認められている）

上記以外ではACE阻害薬（リシノプリル）やアンジオテンシンⅡ受容体阻害薬（カンデサルタン）も有効だが，本邦では保険適応外である。

漢方薬では呉茱萸湯・五苓散・半夏白朮天麻湯・苓桂朮甘湯・桂枝人参湯・川芎茶調散などが適している。

妊娠と授乳時の治療薬

片頭痛発作は妊娠時軽快することが多い。妊娠時の使用が問題ないとされているものはアセトアミノフェン，トリプタンである。片頭痛予防薬は妊娠時には原則的に投与を避けるが，比較的安全とされているものはプロプラノロール・少量のアミトリプチリンである。呉茱萸湯は子宮収縮作用があるとされるため，妊娠中は慎重投与とされている。授乳時に使用可とされているのはアセトアミノフェン・スマトリプタン・エレトリプタンである。スマトリプタンは投与後12時間授乳を避け，他のトリプタンは24時間授乳を避けることとされている。いずれも産婦人科または小児科との連携が重要である。

生活指導のポイント

① ストレスを避ける。またストレスから解放されたときにも発作が誘発されることがある。
② 強い光刺激や音刺激，人混みなどを避けるようにする。
③ 規則正しい生活をする。寝不足は良くないが，寝過ぎも良くないため，休日でもできるだけ起床時間を平日と同じにするようにする。
④ 飲酒を控える（ワインは頭痛を悪化させると言われるが，他の種類の酒でも悪化することがある）。チーズ・チョコレート等は含有するチラミンによって頭痛を悪化させるとされているため，大量に摂取することは控える。
⑤ 発作時に入浴すると血管拡張によって頭痛を悪化させることがあるので，シャワーのみにするか短時間の入浴で済ませる。
⑥ 天候・気温；低気圧の接近や天気の崩れによって症状が悪化することが多い。また夏の熱暑や冷凍室への出入りなど急激な寒暖差も症状を誘発・悪化させる。
⑦ 薬剤（硝酸剤や血管拡張作用のある薬剤）では症状を悪化させることがある。
⑧ 頭痛発作時は局所を冷やして暗い場所で安静にする。できれば寝てしまうと覚醒時に頭痛は軽減していることが多い。
⑨ 禁煙；片頭痛を有する若年（45歳未満）女性喫煙者は脳卒中リスクが有意に高いため，禁煙を指導する。

専門医紹介のポイント

① 初発の頭痛；「今までに経験したことのない頭痛」

や「激しい頭痛」・「脳卒中・脳炎（または髄膜炎）・脳腫瘍」が疑われる症例は当然専門医への紹介が必要である。

② 習慣性頭痛だがコントロール不十分な症例;「頓用薬使用で効果不十分または無効」の場合は専門医への紹介を検討する。片頭痛発作が月に２回以上，あるいは生活に支障をきたす頭痛が月に３日以上ある患者では，予防治療の実施について検討してみることが勧められる。

③ 薬物乱用頭痛（medication overuse headache; MOH）またはその疑い例；NSAIDであれば月15日を超えて使用している場合やトリプタン系薬剤であれば月10日を超えて使用している場合はMOHのリスクがあるため専門医紹介が望ましい。一方，MOHの共存症として不安・うつ・強迫性障害・他の薬物乱用や，仕事や家庭などでのストレスも背景にあることが多いため，精神科的介入を同時に必要とすることもある。

参 考 文 献

1）田崎義昭，斎藤佳雄，坂井文彦，濱田潤一，飯塚高浩著　第21章　頭痛　頸肩腕痛，腰痛を訴える患者の診かた　In：ベッドサイドの神経の診かた（改訂18版）東京：南山堂，2016；385-405.

2）古川哲雄．1．片頭痛．In：古川哲雄（著），天才の病態生理－片頭痛・てんかん・天才－，東京：医学評論社，2008；１-38.

3）Airy, H. On a distinct form of transient hemianopsia. Philos. Trans R. Soc Lond 1870；**160**；247-264.

4）竹島多賀夫,【片頭痛診療のパラダイムシフト】片頭痛診療の変遷と課題　片頭痛病態理論の変遷. Clinical Neuroscience 2022；**40**：562-566.

5）Ashina M, Migraine. New Eng J Medicine 2020;**383**: 1866-1876.

6）日本頭痛学会･国際頭痛分類委員会（訳），国際頭痛分類（第３版），東京：医学書院，2018；２-20.

7）Detsky ME, McDonald DR, Baerlocher MO, et al. Does this patient with headache have a migraine or need neuroimaging?. JAMA 2006；**296**：1274-1283.

8）日本神経学会（監修），日本頭痛学会（監修），日本神経治療学会(監修)．頭痛の診療ガイドライン 2021，東京：医学書院，2021.

9）鈴木啓二，5．頭痛，In：水野美邦（編），神経内科ハンドブック－鑑別診断と治療（第５版），東京：医学書院，2016；211-239.

10）Iigaya M, Sakai F, Kolodner KB, et al. Reliability and validity of the Japanese Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. Headache 2003; **43**：343-352.

11）坂井文彦，福内靖男，岩田　誠，ほか．日本語版 Headache Impact Test（HIT-6）の信頼性の検討．臨床医薬　2004；**20**：1045-1054.

症例報告

術後５年を経て再発を来した顎下腺多形腺腫の一例＊

耳鼻咽喉科　久々湊　雅＊＊　相　澤　寛　志
佐　藤　公　輝

【要　旨】 症例は58歳女性。2016年に右顎下腺多形腺腫に対して，右顎下腺摘出術を行われていた。術後５年程経過し，再度右顎下部に腫瘤を触知するようになり翌2022年１月に当院を再診した。右顎下部に多発腫瘤を触知し，各種画像検査で右顎下腺摘出部とその直上の皮下部分に多発腫瘍を認めた。組織診で多形腺腫を疑う結果が得られ，右顎下腺多形腺腫再発として2022年４月28日に頸部郭清術（レベルⅠB）を施行した。術後11か月経過した現在，再発は認めていない。

顎下腺多形腺腫はしばしば再発が報告される。初回手術における被膜損傷や細胞播種，粘液軟骨腫型と呼ばれる組織型をもつ場合等，再発リスクとなる要因がいくつか指摘されている。初回再発まで数か月から10年以上と期間が広く，長期経過で悪性化リスク増大の可能性，再発症例における再々発リスクの増大等も指摘される。当症例含め悪性転化を指摘されない多形腺腫においても，悪性腫瘍に準じた術後経過観察を要すものと考えられた。

は　じ　め　に

多形腺腫は唾液腺腫瘍の中で最も発生頻度が高い良性腫瘍である。主に耳下腺に生じ，顎下腺における発生は比較的珍しいとされる。本腫瘍は良性腫瘍であるものの，長期経過による悪性化や，不十分な治療による再発をきたすことがあり注意を要する。今回我々は，手術摘出後５年の経過を経て再発をした顎下腺多形腺腫を経験したため，若干の文献的考察を交え報告する。

症　　例

症例：58歳，女性。
主訴：右顎下部腫瘤。
既往歴：高血圧，肝血管腫，胆嚢腺筋腫症。
現病歴：2014年頃に右顎下部腫瘤を自覚するようになった。徐々に右顎下部が腫脹したため，2016年９月６日に当院皮膚科を受診した。エコー検査で右顎下腺内に20×20×17mm大の腫瘍性病変を認め，同日当科紹介受診となった。右顎下部に可動性良好の弾性硬腫瘤を触知した。造影CT検査で右顎下腺外側に20×20×18mm大の腫瘍性病変を認め，造影効果は腫瘍辺縁にのみやや淡く認められた（図１）。MRI検査で腫瘍性病変は，T1強調像で低信号，T2強調像で高信号を示していた（図２）。腫瘍細胞診並びに組織診で多形腺腫（Pleomorphic adenoma）の診断に至り，2016年11月15日に右顎下腺摘出術にて腫瘍摘出を行われた。病理組織診断は，術前同様に多形腺腫であり，粘液腫性の間質に星芒状細胞が疎に造成する部分と，立方状細胞が腺管構造を形成あるいは充実性に造成する部分の混在を認めた。明らかな悪性所見は認めず，被膜損傷や浸潤は指摘されなかった。術後経過良好で，2016年11月30日に当科は一旦終診となった。

術後５年程度経過し，2021年頃に再度右頸部に腫瘤を触知するようになった。徐々に腫脹をきたしたため，2022年１月17日に当科を再診した。

＊：A case of pleomorphic adenoma of the submandibular glands that recurred 5 years after primary surgery.
＊＊：Masashi KUKUMINATO, et al.

Key words：顎下腺多形腺腫，多形腺腫再発，唾液腺腫瘍，再発

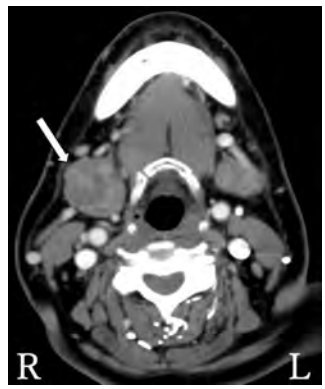
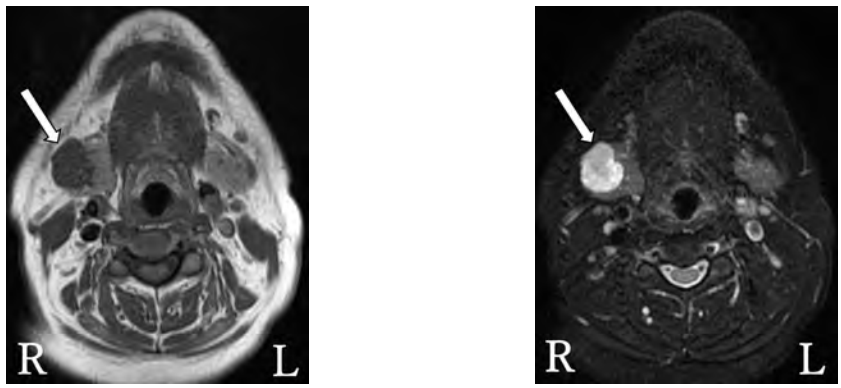


図１　頸部造影CT検査（原発腫瘍）
右顎下腺内に辺縁に淡い造影効果を持つ腫瘍を認める（矢印）。



a　　b

図２　頸部MRI検査（原発腫瘍）
a．Ｔ１強調像，b．Ｔ２強調像
Ｔ１強調像で低信号，Ｔ２強調像で高信号を示す腫瘍性病変を認める（矢印）。

現症：右顎下部に皮膚隆起を認めた。腫瘤を複数触知し，いずれも弾性硬，圧痛なし。
検査：エコー検査では，右顎下部に20mm以下の低エコー病変の集簇が確認できた。造影CT検査では，右顎下部に腫瘍性病変が複数認められた。腫瘍は広頸筋より深層に位置するものと，広頸筋より浅層に位置するものが確認された。皮膚浸潤を疑う所見は認めなかった（図３）。MRI検査で，腫瘍性病変はT1強調像で低信号，T2強調像で高信号であり，摘出前の多形腺腫と酷似した所見であった（図４）。

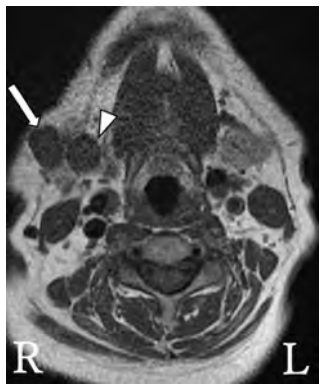
腫瘍細胞診並びに組織診で多形腺腫と診断され，悪性転化の可能性は否定できないとされた。以上より右顎下腺多形腺腫再発の可能性が考えられ，手術摘出目的に2022年４月27日当科入院となった。
入院後経過：入院後２日目に，右頸部郭清術（レベルⅠB）を施行した。下顎角の２cm程度尾側から正中にかけて皮膚切開を行うと，皮膚直下に広く多発した腫瘍を確認できた。いずれも皮膚との癒着はなく，腫瘍被膜に沿って周囲組織から徐々に剥離していった。広頸筋の深層にも腫瘍を複数認めた。広頸筋直下の層で皮弁を挙上し，腫瘍の位置で広頸筋は一部合併切除した。顔面神経下顎縁枝は下顎角付近で確認し保存した。腫瘍は合併切除した広頸筋を含めて一塊に摘出した。

摘出腫瘍は術前診断同様に多形腺腫再発の診断であった。明らかな悪性転化所見は認めなかった。術後合併症に，軽度の右下口唇麻痺を認めた。創部経過は良好であり，術後５日で退院となった。術後11か月経過現在，右下口唇麻痺は改善し，明らかな腫瘍再発を認めていない。

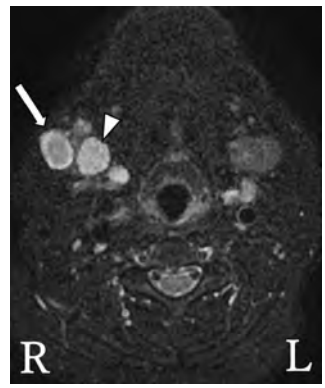
考　　察

多形腺腫は唾液腺腫瘍の中で最も発生頻度が高い腫瘍であり，全唾液腺腫瘍のうち60－80％程度を占める

図３　頸部造影CT（再発腫瘍）
右顎下部に複数腫瘍性病変があり，広頸筋より浅層（矢印）と広頸筋より深層（矢頭）に認めた。



a



b

図４　頸部MRI検査（再発腫瘍）
a. Ｔ１強調像，b. Ｔ２強調像
右顎下部に複数腫瘍性病変があり，広頸筋より浅層（矢印）と広頸筋より深層（矢頭）に認めた。

とされる[1]。耳下腺に生じることが多く，腫瘍の分布は耳下腺80％，顎下腺10％程度と，顎下腺で生じることは比較的少ない[2)3]。良性腫瘍と区分されているが，しばしば再発や悪性転化症例が報告される。再発の報告は耳下腺発生例に多く，顎下腺多形腺腫再発例の報告は稀である[2]。再発腫瘍は多発性であることが多い[4)5)6]。

多形腺腫再発にはいくつかリスク因子が指摘されている。１つは術中の被膜損傷で生じる腫瘍細胞播種，腫瘍細胞の被膜外浸潤である[6)7]。多形腺腫は組織学的に腺管形成部などを構成する上皮性細胞成分，粘液腫・軟骨様部の非上皮性成分が混在している。そのため腫瘍被膜が丈夫な部と脆弱な部が存在しており，特に粘液腫様部・軟骨部では被膜が薄く，術中の被膜損傷による腫瘍細胞播種のリスクが高くなるとされる[5)7]。そのような組織像は粘液軟骨腫型（myxochondromatous pattern）と呼ばれ，過去の多形腺腫再発報告例でも多くみられている。耳下腺多形腺腫再発例において，後藤ら[4]によると自験例11例のうち７例に，山下ら[8]によると自験例９例中全例で同組織型が確認されたと報告されている。今回の症例においても，初回手術時に粘液腫性の間質を認めており，上記組織像に当てはまるものと考えられた。

多形腺腫加療においては術式選択も重要な要素となり，核出術等の不十分な摘出術による再発リスクの上昇も指摘されている[2)5)10]。近年は周囲に正常組織を含めた腫瘍摘出が主流であり，再発自体は減少傾向にある[2]。山下ら[8]により，1976から1991年における耳下腺多形腺腫再発症例の検討が行われているが，再発症例全９例中８例が初回手術に核出術を施行されていた。加え，顎下腺と比較し耳下腺多形腺腫で再発が生じやすいとされているのは，周囲に正常組織を十分に付けずに摘出しなくてはならない場合もある，という事情も少なからずあるだろう。耳下腺多形腺腫ではしばしば腫瘍

と顔面神経の直接接触があり，浅葉摘出術の形をとっていても同部では腫瘍核出様になってしまうことがある。また深葉腫瘍等の場合，そもそも正常組織を付着させた摘出が不可能な場合もある[4]。基本的には耳下腺のみならず，顎下腺多形腺腫においても治療術式は，腫瘍を含めた顎下腺摘出術が強く推奨されるべきである[1)9)]。

本症例では，初回手術記録を参照する限りでは，顎下腺摘出術を施行しており，腺内腫瘍残存は生じていないと思われる。再手術時にも明らかな残存顎下腺は確認できなかった。加え，記録上では明確な被膜損傷は生じておらず腫瘍播種はなかったとされていた。しかし上記した様に，多形腺腫の被膜の脆弱性や，粘液腫性の組織像を考慮すると，認知できない被膜損傷・腫瘍播種が生じていた可能性は高いと思われる。その根拠として，再発腫瘍の位置している場所が初回手術操作部に一致していることが挙げられる。その分布も，広頸筋を挟みその浅部（皮下）と深部（顎下腺摘出部）と層の深さに関わらず広範であり，術中操作により腫瘍細胞が播種されたことも想像に難くない。

腫瘍初回再発までの期間は幅広く報告されており，短い期間では１年程度の場合もあり[4]，逆に10年以上経過した後に初回再発を来した例も報告される[2]。近年ではAro K[10]らにより耳下腺と顎下腺を含めた多形腺腫初回再発の平均年数は10.3年であったと報告されている。また同報告内では再発を繰り返すにつれて，再発までの期間が短くなるという指摘もあり，１回目の再発から２回目の再発までの平均期間は5.8年と有意に短期化していた。当症例再発は術後５年であるが，先の報告を考慮すると決して遅い再発ではないものと思われる。多形腺腫未治療時の悪性化率は全体10％程度との意見が多い。また再発を繰り返すことにより悪性転化率が高まるといわれている。その他悪性転化を来しやすくなる要因として腫瘍径が大きいこと，長期経過が指摘されている[4)9)10)]。そのため，多形腺腫は診断した場合速やかに手術摘出が推奨される。しかし，上記のように術中の被膜損傷や腫瘍細胞播種により再発リスクが増大するため，如何に再発しないように初回手術を行うかが最も重要になると言える[3)5)10)]。

また，組織学的に悪性を示さないものの，他所へ遠隔転移を来す転移性多形腺腫の報告も散見される。本邦でも，組織学的に悪性転化を認めなかったものの，数度の局所再発，肋骨転移，肺転移を来し，複数回手術を要した症例が報告されている[7]。

以上より，多形腺腫は良性腫瘍と区分されるものの，再発・悪性化のリスクより，基本的には悪性腫瘍と変わらない術後経過観察を要す腫瘍であると言える。遠隔転移を来すとの報告もあることから，適宜CT検査などにより全身画像検査も行った方がよいだろう。

当症例は，初回手術時に明らかな被膜損傷等なく，悪性転化を指摘されなかったことにより，良性腫瘍術後として早々に術後管理を打ち切ってしまった。しかし術後数年で再発をきたしたことや，他報告による再発までの平均年数を踏まえると，悪性変化を認めない症例でも10年程度は定期診察を行うことが望ましいと痛感した。現状再々発には至っていないが，以後の経過観察は慎重を要すると思われる。

参　考　文　献

１）赤木博文，假谷伸，中田道広，ほか：顎下腺多形腺腫６例の検討，耳鼻臨床　1998；**44**：154-158.

２）坂東伸幸，執行寛，北南和彦，ほか：顎下腺多形腺腫再発例，耳鼻臨床　1997；**90**：1025-1028.

３）Serhat I, Erdinc A, Seda T, et al:Recurrent Pleomorphic Adenoma of the Submandibular Gland, Turk Arch Otorhinolaryngol 2016；**54**：43-46.

４）後藤さよ子，吉原俊雄，篠昭男：耳下腺多形腺腫再発症例の検討，耳鼻臨床　2003；**96**：323-328.

５）永田基樹：耳下腺多形腺腫手術とその問題点，頭頸部癌　2008；**34**：355-359.

６）池田耕士，尾尻博也：多形腺腫再発の画像所見，耳鼻展望　2020；**63**：42-43.

７）濱田奈緒子，増田毅，関根大喜，他：多発性肺転移と骨転移をきたした顎下腺多形腺腫例，口腔咽頭科2011；**24**：97-101.

８）山下敏夫，友田幸一，井野千代徳，他：耳下腺多形腺腫再発症例の検討，耳鼻臨床　1992；**85**：1787-1793.

９）Khanal P:Pleomorphic Adenoma of the Submandibular Gland:A Case Report. J Nepal Med Assoc 2019；**57**：53-55.

10）Aro K, Valle J, Tarkkanen J, et al:Repeatedly recurrimg pleomorphic adenoma:a therapeutic challenge. Acta Otorhinolaryngol Ital 2019；**39**：156-161.

旭市病誌　55：13～16，2023

看護研究

患者の口腔ケアに対する意識とセルフケア行動確立に向けたパンフレットの効果*

西病棟７階ナースステーション　奈　良　美和子**　戸　松　利　佳
酒　野　沙　織　　里　吉　祐　子

Ⅰ．はじめに

当病棟では化学療法，放射線治療を受ける患者が多く，化学療法により血球減少が生じる事で粘膜障害の一つである口腔内トラブルを併発する事例が多い。

治療開始前に周術期口腔管理として口腔外科を受診し，口腔内の観察や治療前にパンフレットを用いて含嗽指導を行っている。

平成31年度の当病棟の看護研究で口腔ケアに対する意識調査を実施し，口腔ケアの重要性や口腔粘膜障害について医療者は認識できた。一方患者は症状に合わせたケアがわからず自主的に口腔ケアが行えていないという結果だった。このことから，患者が口腔内の症状とケア方法について理解し，口腔内の観察ができるよう新たにパンフレットを作成し指導を行い，その効果について検討した。

Ⅱ．目　　的

化学療法や放射線治療を受ける患者に新パンフレットを用いて指導を行い、新パンフレットの効果を検討する。

＊：The effect of pamphlets on patients' awareness of oral care and retention of self-care behavior.

＊＊：Miwako NARA, et al.

Key words：口腔ケア，パンフレット，化学療法，放射線療法

Ⅲ．研究対象・方法

2022年６月～７月

１．対象

化学療法，または，放射線療法を受ける患者（ADLが自立し，セルフケアできる患者）。

口内炎を引き起こすことが報告されている抗がん剤（代謝拮抗薬，抗腫瘍性抗生物質，アルキル化薬，植物性アルカロイド）を使用した患者。

研究期間に入院している患者を対象にした。

２．方法

研究対象者に研究メンバーが研究の主旨を文書と口頭で説明し，研究の同意を得て，個人を特定できない無記名式アンケートを使用し調査を実施。ナースステーション前に設置したアンケート返信箱または研究メンバーが回収を行う。アンケート結果は単純集計。独自に作成した新パンフレットを用いて治療開始前日に指導し，アンケート調査を実施。

Ⅳ．倫理的配慮

化学療法または放射線療法を受ける患者に対して，研究の主旨，目的，参加に同意しない場合であっても不利益は受けないこと，途中でも取りやめられること，プライバシーの保護に努め研究の結果が公表されても個人が特定されないようにすること，不利益として聞かれたくないことや見られたくないことは遠慮なく拒否していただけること，利益として患者自身が口腔粘膜障害の症状に応じた口腔ケアができることを説明。説明に了承を得て，書面で同意を得られた患者に対してアンケート調査を行った。

Ⅴ．結　　果

令和４年度研究アンケート対象者11名，平成31年度研究アンケート対象者16名。このすべての例を用いて比較検討を行った。

1）がん化学療法やがん放射線治療の影響で出現する口腔粘膜障害のイメージができたかの質問に対し，「イメージできた」は平成31年度が80％で，令和４年度は100％だった。

2）毎日口腔内観察を行っていますかの質問に対して，「はい」は平成31年度47％，令和４年度73％だった。

3）治療開始時に看護師からの含嗽指導後，口腔内ケアが重要と感じましたかの質問に対して，「はい」が，平成31年度は93％，令和４年度は100％だった。

4）粘膜障害出現時，辛いと感じたかの質問に対して，「はい」は，平成31年度80％，令和４年度で36％，「いいえ」は平成31年度20％，令和４年度64％と，辛いと感じなかった患者が増えていた。

5）口腔内の副作用症状について，どのような情報が必要でしたかの質問に対しては，症状が出る時期，どのような症状が出るか，どのくらいの期間で治るのか，症状に合わせたケアの方法，食事へのアドバイスという意見があった。中でも，治癒期間，症状出現時のケア方法が知りたかったという意見が50％前後だった。

表１

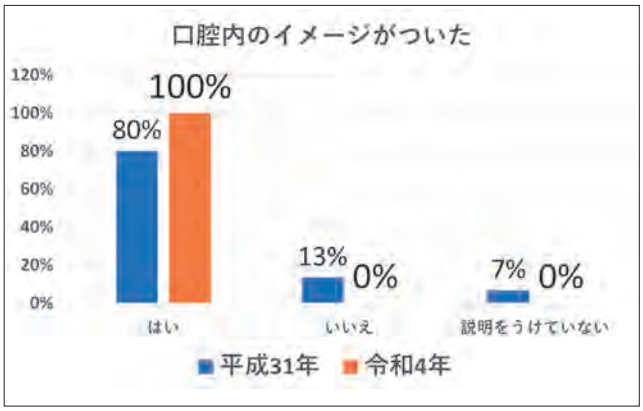


表２

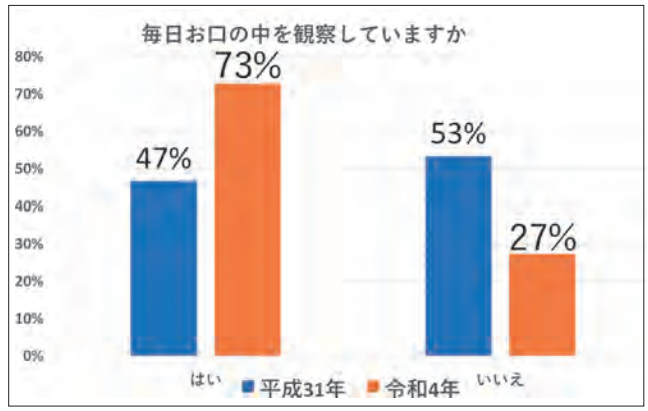


表３

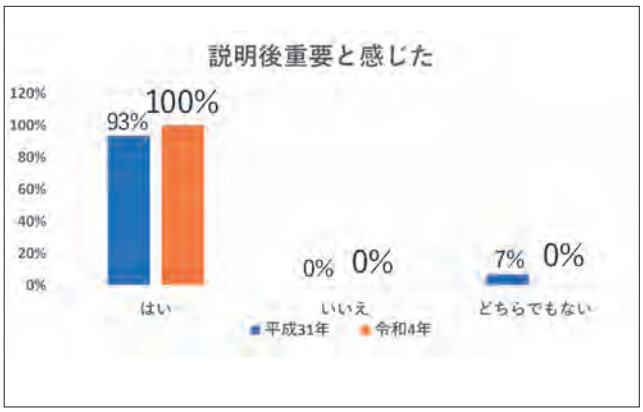


表４

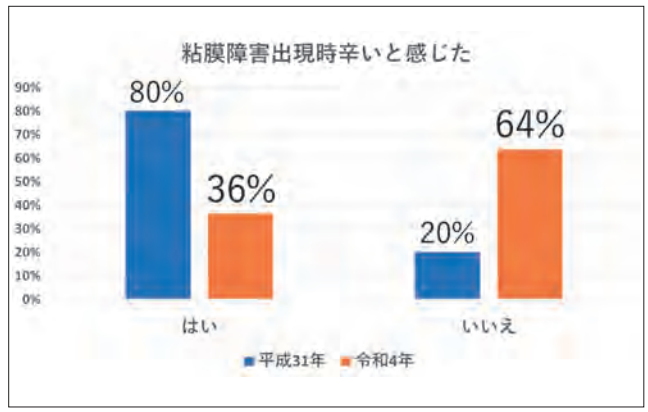
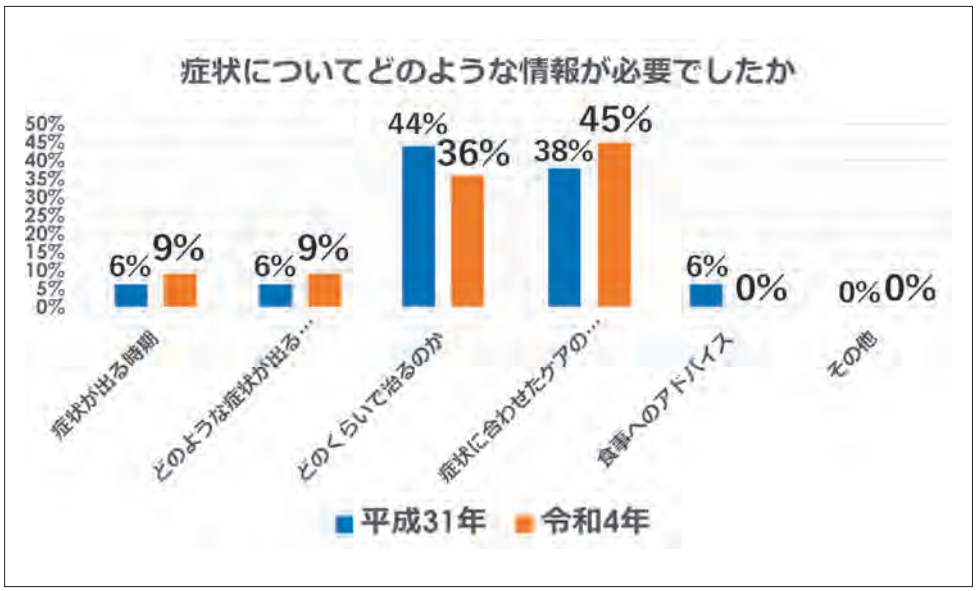


表５



Ⅵ．考　　察

恩幣[1]らは「パンフレットなどの手元に残る資料は，口腔セルフケアに役立ち，手本にして学ぶことができている」と述べている。パンフレットに口腔粘膜障害についてより詳細な内容を追加し指導したことで，全患者において口腔ケアは重要という理解につながった。全ての患者において，歯磨きや含嗽を３回以上行っており，口腔粘膜障害の予防への意識が高いこともわかった。口腔内を毎日観察している患者は平成31年度のアンケート結果では43％だったが，令和４年度では73％に増加している。重篤副作用疾患別対応マニュアル[2]に口内炎は症状として接触痛，出血，冷温水痛，口腔乾燥，口腔粘膜の発赤・腫脹，開口障害，構音障害，嚥下障害，味覚障害などがみられる。臨床経過は，殺細胞性抗がん剤投与後数日から10日で口内炎が発生し，2～３週間で徐々に改善し，進行性ではないことが多い。

しかし，抗がん剤の多剤併用や，投与期間が長い場合は口内炎の発生頻度が高まり，重篤になると治療の継続に悪影響を及ぼすこともある。発生頻度は抗がん剤の種類により様々であるが，約30～40％と比較的高頻度の副作用であると記されている。口腔内を毎日観察している患者が増加したことは、治療前指導を行ったことにより，副作用症状出現に対するイメージが事前にできていたことが要因と考えられる。また看護師からの指導は治療前の指導のみで不足は感じられないという結果から、症状のイメージが十分できていたからではないかと考える。しかし全員が口腔ケアの重要性を感じていながらも毎日口腔内観察をするという行動変容に至らなかった。質問７から口腔内症状出現時に辛いと感じていない場合も多くあることも要因のひとつと考える。諏訪[3]は「必要な支援技術を考えるには，まず，行動変容ステージを十分に理解しなければならない」と述べている。行動変容ステージには，無関心期，関心期，準備期，実行期，維持期の流れがある。患者個々の症状や行動変容ステージに合わせたアセスメントと，支援技術を提供する事も必要と考える。今回，個々の患者への行動変容ステージのアセスメントや，働きかけが不足していたため，全患者の行動変容に至らなかったのではないかと考える。

恩幣ら[1]は「パンフレットなどの使用や動画視聴は，視覚的アプローチによる口腔セルフケアの動機づけとなり，行動変容への介入として有効と考える」と述べており，患者が口腔粘膜障害をより一層イメージでき，患者が毎日観察し症状に気がつくことができるよう，写真を載せるなどの工夫の必要性がわかった。

今回のアンケート結果から，患者の知りたい情報は治癒期間とケアの方法についての回答が多く得られた。重篤副作用疾患別対応マニュアル[2]では「口内炎は予防が最も重要である。口腔内を清潔に保つことは，口内炎の二次感染の予防や重症化を避けることに役立つ」と述べられている。看護師も院内のチェック

リストを用いて口腔内観察を行う事で，現在の口腔内症状を共に観察し，症状出現時に速やかに医師診察を依頼でき，早期対応をする事にも繋がると考える。山田ら[4)]は「有害症状の説明，対処法の指導は，患者の不安を軽減し治療への意欲を向上するためにも重要である」と述べている。治療内容や口腔内症状の程度，患者の全身状態によって治癒までの過程や期間は異なる。しかし，一般的な完治までの過程を知ることは，治療を受ける患者にとってひとつの指標を提供し，不安を軽減できる。患者が症状に気づき，医療者に報告をすることで早期に処置が受けられ苦痛を最小限にすることにつながる。このように，日常的に口腔内を自分で観察するよう意識付けを行い，セルフケア行動ができるように指導していくことが重要と考える。

Ⅶ. 結　　論

1．新パンフレットを用いた指導後，患者が口腔ケアの重要性を感じ，自らの口腔内の状況に関心を持つことに繋がった。
2．口腔ケアは重要と感じているが，毎日口腔内を観察するという行動変容にはつながらなかった。
新パンフレット使用にて症状のイメージや対応のイメージが事前に付き，軽度の症状出現時に辛いと感じない患者が増えたことの要因となった可能性がある。
3．症状の治癒期間やケア方法を知りたいと感じている患者が多かった。口腔粘膜障害をより一層イメージできるように，症状の写真や治癒期間，ケア方法を掲載するなどの工夫が、毎日観察し症状に気がつくことができるためにも必要である。

参　考　文　献

1）恩幣宏美他：口腔セルフケアの行動変容への介入に関する文献検討，大阪医科大学看護研究雑誌，2019；9
2）重篤副作用疾患別対応マニュアル　抗がん剤による口内炎，平成21年５月，厚生労働省
3）諏訪茂樹他：行動変容ステージと支援技術　日本保健医療行動科学会雑誌　2019；34（1）：1－6.
4）山田利佳他：患者のセルフケア向上につながる効果的な指導を目指して－化学療法を受ける患者にパンフレットを活用した指導を導入した試み－，奈良医科大学附属病院，葦　2015；42：95-98.
5）吉岡昌美他：外来化学療法患者の口腔健康管理に対する認識，日本口腔ケア学会誌，2016；24-29.
6）森健太郎他：化学療法に伴う口腔粘膜傷害に対する口腔冷却法（cryotherapy）の取り組み，海南病院学術雑誌，2019；5（1）：14-17.
7）国立がん研究センターがん対策情報センター，全国共通がん医科歯科連携講習会テキスト第一版：平成24年度厚生労働省，国立がん研究センター委託事業

臨床病理検討会

令和４年度第１回

【日　時】令和４年９月20日
【演　題】再発難治性の悪性リンパ腫に対して臍帯血移植を施行したが，血球貪食症候群を合併し死亡した一例
【発表者】荒町　優香里
【症　例】50歳代　男性
【主　訴】咽頭痛，頸部リンパ節腫脹
【現病歴】

Ｘ－２年７月下旬，2週間ほど遷延する咽頭痛および頸部リンパ節腫脹を主訴に当院総合内科を受診した。各種検査の結果，末梢血中に異型リンパ球を，CTで全身のリンパ節腫脹を認め，悪性リンパ腫疑いで同年８月下旬に血液内科へ紹介となった。右鼠径部のリンパ節生検の結果，Peripheral T-cell lymphoma（末梢性T細胞性リンパ腫）の診断となり，化学療法施行目的に血液内科に入院となった。

【既往歴】48歳から糖尿病（糖尿病性網膜症あり）
【内服歴】アフロクアロン，プロマゼパム，ガンマオリザノール，メトホルミン，ニフェジピンCR，エピナスチン，メキタジン，レバミピド
【入院時現症】体温：38.9℃，他バイタルサインに異常なし
身長：150cm　体重：58.4kg　体重減少は認めていない
体表からリンパ節は触れず
【入院時検査所見】
［血液］
WBC 2120/μL（Band 1.0％，Seg 57.0％，Eosino 0.0％，Baso 1.0％，Mono 7.0％，Lymph 23％），RBC 271万/μL，Hb 8.4g/dL，Plt 3.6万/μL，Na 141mEq/L，K 3.5mEq/L，Cl 104mEq/L，Ca 9.4mg/dL，BUN 12.4mg/dL，Cr 0.35mg/dL，AST 23U/L，ALT 43U/L，LDH 283U/L，γ-GTP 119U/L，Fe 193ng/mL，フェリチン 2,183ng/mL，CRP 0.75mg/dL，血糖 350mg/dL，HbA1c 7.7％
［造影CT］
左腋窩にリンパ節腫脹を認める
【入院後経過】

悪性リンパ腫の治療に準じて，CHOP療法を１コース施行したが，効果が乏しく意識障害が出現した。髄注併用大量DEXA，ロミデプシン３コース施行するも効果は不十分であり，自家造血幹細胞移植治療を行う方針となった。

Ｘ－２年11月から髄注併用CHASE療法を３コース施行し，Ｘ－１年２月に自家造血幹細胞移植を施行した。Ｘ－１年３月に部分奏効を認めていたため，自宅退院とした。しかし，Ｘ－１年５月に腫瘍マーカーの増加やリンパ節腫脹など原疾患の再燃を認めた。リツキシマブと髄注併用DeVIC療法３コースを施行し，各種検査では抗腫瘍効果を示していたが，骨髄抑制や髄注に伴うメトトレキセート白質脳症など治療関連毒性を生じたため，化学療法のみでは厳しいという判断となり，根治療法として臍帯血移植を行う方針となった。

Ｘ－１年11月に臍帯血移植を施行し，移植後22日目には好中球の生着を確認した。移植後25日目のCT評価ではリンパ腫病変は移植前と変わらず縮小維持をしていた。しかし，移植後40日から発熱，皮疹，嘔吐など移植片対宿主病（GVHD）を疑う所見が出現した。各種広域抗生剤やステロイド加療を行うと，解熱・炎症反応の低下を認めたが，抗生剤終了やステロイド減量をすると再燃してしまうなど，コントロールに難渋していた。移植後160日目から汎血球減少，AST上昇，LDH急増と多臓器不全の状態に陥った。血球貪食症候群を起こしている可能性を疑い，移植後167日目よりステロイドパルス療法を開始するも，さらに全身状態が不良となり，致死性不整脈を生じ，移植後172日目に永眠された。

【臨床診断】
１．PTCL-NOS（末梢性T細胞リンパ腫）
２．移植片対宿主病（GVHD）
３．血球貪食症候群
【病理への依頼】
①　最終死因は何であったか
②　血球貪食症候群は併発していたのか
③　血栓性微小血管症，移植片対宿主病の有無
④　原疾患は寛解状態であったか，もしくは残存していたか
【病理解剖所見】
［主診断］　１．末梢性T細胞リンパ腫（残存病変なし）

［副診断］　1．肝細胞傷害・壊死
2．血球貪食像（骨髄・脾臓）
3．ヘモジデローシス（肝・脾・膵）
4．低形成骨髄
5．左心肥大　425g

【質疑応答】

1．自家移植や臍帯血移植の長期寛解維持という観点からの治療成績はどれくらいなのだろうか
→患者の状態にもよるが，今回行った初回の自家造血幹細胞移植では最低でも３割は望めたと思われる

2．終末期のデータの動きを見る限りでは，肝障害というよりはLDHが上がっていることから多臓器不全の経過なのではないだろうか
→ALTよりはAST優位の上昇を認めていることから，多臓器不全を来しているデータではあるが，肝腫大等を認めてきていたことより，肝障害もかぶっていたと思われる。

3．低形成骨髄になったのは，抗癌剤の影響は考えられないだろうか
→抗癌剤の影響で骨髄がやられて低形成になった可能性はあるが，一概には説明しがたい。

【まとめ】

今回，末梢性T細胞リンパ腫に対し，自家造血幹細胞移植治療，臍帯血移植治療の施行および複数の抗癌剤加療を行った。結果的に，長期寛解維持目的に施行した臍帯血移植により，血清sIL-2R値，各種画像所見，骨髄評価の推移を見る限り，臨床的には原疾患の寛解維持は得られていたため，原疾患は移植後増悪せずに経過したと考える。次に，GVHDの存在であるが，移植後40日目より皮膚症状と消化管症状を伴っていた。ステロイドを導入し，軽快傾向を認めるためステロイドを漸減すると症状が再燃する，といったことを繰り返し，皮膚・消化管GVHDはコントロール不良な状態であった。最後に，直接死因と考えられた血球貪食症候群についてであるが，移植後160日目よりLDHおよびフェリチンの異常高値，汎血球減少，肝障害が急速に進行し，血球貪食症候群が疑われた。しかし，何度骨髄穿刺を施行しても血球貪食像を検出することは出来なかった。血液検査結果および臨床経過から血球貪食症候群の可能性が最も高いと判断し，移植後167日目からステロイドパルス療法を施行したが，多臓器不全に陥り死亡した。この経過から，血球貪食症候群は不可逆的であり，直接的死因であった可能性があると考えた。

令和４年度第２回

【日　時】令和４年11月４日
【演　題】透析患者に発生した急性心筋梗塞の一例
【発表者】林　潤希
【症　例】40歳代　男性
【主　訴】呼吸困難感
【現病歴】

東京からの旅行者。高血圧症，糖尿病腎症，慢性腎不全の診断で６年前から維持透析されていた。週３回（火・木・土曜日の午後）の維持透析だが服薬コンプライアンスが不良で，透析間の体重増加量は多かった。X年７月土曜日の午前に東京で透析後，当日中に北海道へ行った。旅行中は特に制限なく飲食をしていた。３日後の７月火曜日に東京へ帰り透析予定であったが，同日早朝に呼吸困難感を自覚し，当院へ救急搬送となった。

搬送の経緯や胸部レントゲンから慢性腎不全に伴う溢水による肺水腫と考えられ，循環器内科入院，CCU入室となった。

【既往歴】気管支喘息，アトピー性皮膚炎，糖尿病性網膜症，うつ病，不眠症
【内服歴】不詳
【嗜好歴】飲酒：焼酎や日本酒　喫煙：なし
【家族歴】母：糖尿病，肝臓癌
【入院時現症】体温　36.7℃，血圧　137/87mmHg，脈拍130/min，SpO_2 90－94%（O_2リザーバーマスク 10L/min）
搬送時意識清明だが，呼吸困難感が強く会話困難
胸部：心音減弱，両側前胸部にcoarse crackleあり
腹部：所見なし
四肢：明らかな下腿浮腫なし
【入院時検査所見】
［血液］
WBC 18720/μL，RBC 372万/μL，Hb 11.3g/dL，Plt 28.8万/μL, APTT 32.1秒, Fib 531.5mg/dL, FDP 2.5μg/dL, Dダイマー 0.8μg/dL，Na 139mEq/L，K 5.2mEq/L，Cl 103mEq/L, IP 8.0mg/dL, BUN 93.6mg/dL, Cr 11.71mg/dL, eGFR 4.4mL/分/1.73，TP 6.5g/dL，ALB 3.1g/dL，T-Bil 0.3mg/dL，AST 22U/L，ALT 9 U/L，LDH 262U/L，γ-GTP 13U/L, CK 315IU/L, CK-MB 39U/L, CRP 4.35mg/dL, 血糖 167mg/dL，ChE 665U/L, TCHO 182mg/dL, HDL-C 40mg/dL, TG 130mg/dL，LDL-C 112mg/dL, トロポニンI 1.39mg/dL，BNP 170mg/dL

［血液ガス分析（O_2 10L/min nasal）］
pH 6.930，pCO_2 118.8mmHg，pO_2：32.2mmHg，HCO_3 24.4mmol/L，BE －9.7mmol/L，Hb 11.0g/dL，Na 139.7mmol/L，K 5.80mmol/L，Ca 102.3mmol/L，Cl 101mmol/L，AG 20.1mmol/L，Glu 175mg/dL，Lac 35.9mg/dL
［心電図］
aVLでわずかにST上昇（＋0.5mm），ⅡⅢaVFでV4-6 ST低下（V4 －２mm）
［胸部単純レントゲン］
両側肺門部に浸潤影を認める。

【入院後経過】

CCU入室後すぐに持続陽圧呼吸療法（CPAP）での加療を開始したが，酸素化改善不良で意識状態も悪化を認めた。肥満がありマスク換気・挿管が困難だったため，麻酔科医師に依頼して気管挿管，呼吸器管理となった。

動脈血液ガス分析では著明な呼吸性アシドーシスを認め，挿管処置中に２度の心肺停止（CPA）となり心肺蘇生（CPR）を開始し，アドレナリン計５Aを使用し心拍再開（ROSC）した。ROSC後にバスキュラーアクセスを挿入し，持続的血液濾過透析（CHDF）を開始。中心静脈カテーテルを留置し，メイロン®（炭酸水素ナトリウム）７％計500mL div，アトロピン１A ivし，ノルアドレナリン，ニコランジル，ハンプ®（カルペリチド）の持続静注を開始した。CPRを行わずに完全に心停止していた時間を認めないが，来院時から低酸素状態が遷延していることがあり低体温療法も開始となった。

心エコーでは左室駆出率46％で，壁運動はびまん性に低下しており，後壁で特に低下を認めた。壁の菲薄化も認めたため，陳旧性の心筋梗塞が疑われたが，前医からの診療情報提供では急性冠症候群を疑うエピソードはなく，当院搬送の約１か月前にあたるX年６月13日の心電図でも，明らかな陳旧性心筋梗塞の所見は認めなかった。

ノルアドレナリンは0.06γで開始していたが，血圧低値が遷延し，0.4γまで増量した。それでも収縮期血圧が60mmHgと低値が継続したため，ハンプ®持続静注，低体温療法，CHDFは中止とせざるを得なくなった。翌７月10日も血圧低値が遷延したため，ノルアドレナリンを0.6γまで増量してやっと収縮期血圧70mmHg以上を保っている状態だった。７月12日の12：35には血圧とSpO_2の低下を認め，12：40にPEAとなった。入院時に蘇生処置拒否（DNAR）の同意を得ていたため心肺蘇生は行わず，12：51に死亡確認した。

【臨床診断】

１．溢水の疑い
２．急性冠症候群の疑い
３．慢性腎不全，維持透析中
４．糖尿病
５．高血圧

【病理への依頼】

来院時に肺うっ血所見および低酸素血症があり緊急入院。維持透析患者で中２日あいた状況だったため当初肺うっ血は溢水が原因と思われたが，心肺停止に至るまでの経過が短く溢水のみでは説明困難であった。溢水以外に何か肺うっ血の原因となった疾患や病態がなかったか。

【病理解剖所見】

１．急性心筋梗塞（左室～右室）
２．陳旧性心筋梗塞（左室側壁～後壁）
３．単一冠動脈（右冠動脈左回旋枝起始）
４．甲状腺乳頭癌（ラテント癌）
５．両肺うっ血・肺水腫（480/620mL），肺胞性肺炎
６．糖尿病性腎症，維持透析状態
７．胸水貯留（左右＝400/300mL）

【質疑応答】

・メイロン®はアシデミアの是正のために使っていると思うが，500mLという量は多く見える。どのように決定されたのか。
→当時の医師がメイロンの投与量をどういう計算で決められていたかは不明。CO_2の貯留が著明でアシデミアを引き起こしたのは間違いないと思う。気管挿管し人工呼吸器に接続して，pHが上昇してくるまでの間に短期的にメイロンを使用した。
・心エコーでびまん性に壁運動の低下を認めたのは，後ろ向きに見れば全体的な心筋虚血を反映していたということだったのか。
→そのような状況だったと思われる。本症例では，単一冠動脈の起始部のフローが低下したために，透析ではバイタルサインの改善が得られなかったのだろう。仮に完全閉塞であれば４日間も生存できなかっただろう。また，救急外来の心電図でaVRのST上昇（＋0.5mm）を認めた。aVRにおける１mm以上のST上昇は３枝病変やLMT病変で見られることがあり，病理解剖の所見と合わせると，本症例は単一冠動脈

の起始部が責任病変であったためこのような心電図変化を起こしたと推測できる。

【まとめ】

透析患者に起きた急性心筋梗塞の一例を経験できた。当初は溢水による肺水腫が原因と考えられていたが，病理解剖から新規の心筋梗塞を発症していたことが判明した。単一冠動脈であったことも少なからず急速な転機をたどった一因であっただろう。

令和４年度第３回

【日　時】令和５年２月７日
【演　題】術後再発した肝細胞癌の一例
【発表者】森　喬太郎
【症　例】70歳代　男性
【主　訴】倦怠感　食欲低下
【現病歴】

当院循環器内科にて急性心筋梗塞の拡張術，及び冠動脈バイパス術施行し以後循環器内科定期通院中であった。

X年９月に倦怠感と食欲不振を主訴に当院救急外来受診し，冷汗などの症状も伴っていたが，心疾患が否定的のため帰宅となった。

同月の循環器内科受診時も同様の主訴が持続するため消化器内科紹介となった。

【既往歴】右鼠径ヘルニア手術，急性虫垂炎，急性心筋梗塞，Ⅱ型糖尿病，高血圧
【生活歴】アルコール：急性心筋梗塞を機に禁酒
タバコ：40歳代まで23年ほど24本/日
【現　症】身長：158.6cm　体重：91.1kg　BMI：36.2
BP 141/66mmHg　HR 66/min　体温：36.7℃
SpO_2　98％（room air）
腹部所見：平坦，軟，圧痛なし
眼瞼結膜蒼白（－），眼球結膜黄疸（－）
【内服薬】硝酸イソソルビド，スピロノラクトン，アムロジピン塩酸塩，アロプリノール，ピタバスタチンカルシウム，グリベンクラミド，アログリプチン，ワルファリンカリウム，ファモチジン，その他頓服薬
【初診時血液検査】WBC 8970/γL，Hb 11.3 g/dL，RBC 412万/μL，Plt 24.4万/μL，Na 138mEq/L，K 4.0mEq/L，Cl 104mEq/L，BUN 8.7mg/dL，Cre 0.84mg/dL，T-Bil 0.9mg/dL，AST 47IU/L，ALT 15IU/L，LDH 283IU/L，γGTP　88IU/L，PT　26.2sec，PT-INR　2.34，PT（%）20.9％，APTT 37.6sec，Fib 497.2mg/dL，HBsAg 0.00（-），HBsAb 2.78（+），HBc抗体 10.95（+），HCV抗体 0.09（-），CEA　1.0ng/mL，AFP　14.8ng/mL，CA19-9 2.0U/mL
B型肝炎　既感染　Child-Pugh分類　A～B（ワルファリンカリウム内服中のためPT評価困難）
【造影CT】

肝外側区域に13cm大の内部不均一な腫瘍を認める。

【MRI】

腫瘍はT2では低信号，T1では軽度高信号となっており，EOB投与後画像では動脈相では早期濃染しており，後期相，肝細胞相に欠損像を認める。

【門脈下造影CT・肝動脈下造影CT】

門脈造影下では腫瘍は造影に乏しく，肝動脈造影下では腫瘍は造影されている。

血管造影の時点では腫瘍からの出血は認めておらず，そのために特に止血治療などは行わなかった。

【Problem List】

肝細胞癌：直径13cmで単発の腫瘍を外側区域に認めTNM分類でT2NOMOcStageⅡ，腫瘍破裂疑い

HBV既感染，胆のう結石，陳旧性心筋梗塞，高血圧，脂質異常症，高尿酸血症，２型糖尿病，肥満

【臨床経過】

肝細胞癌は手術可能と判断し，肝外側区域切除術および，胆嚢摘出術施行。術後は一度退院となった。手術後は退院してから３ヶ月に１回ほどのペースでCT，MRI検査を繰り返していた。約１年半後のX＋２年１月に造影CTで肝細胞癌の再発が疑われる所見を認めMRIや腹部造影超音波でも所見を認めた。ラジオ波焼灼術は不可能と考え肝動脈化学塞栓術（TACE）目的で２月に再入院となった。再発形式がすでに多発病変で，TACEを施行したが血管や血流の関係で充分にリピオドール®が集積しておらず，治療出来ていない部位もあり，TACE不応となった。

再発や多発転移する可能性が指摘されていたが，退院後の外来で化学療法（ソラフェニブ内服もしくは動注化学療法）を勧めたが希望しなかったため，外来で積極的治療は行わずに経過観察の方針となった。

約４年後のX＋４年５月上旬より食事摂取量の低下を認め，心窩部のムカムカ感が持続したため救急要請あり。採血では貧血の進行は認めなかったが肝胆道系酵素の上昇やビリルビンの上昇を認めた。CTで胆道出血が疑われたため，緊急でERCP施行し，ENBDチュ

ーブ留置した。その後すぐにENBDチューブは自己抜去されたが改善傾向であったため，再度ENBDチューブ留置は行わず，出血源と考えられる肝細胞癌に対して止血目的にTACEを３度施行し有害事象の出現なく経過し退院となった。

胆道出血から１年４ヶ月後のX＋５年９月，倦怠感を主訴に救急搬送され，同日の緊急内視鏡検査で十二指腸浸潤による消化管出血とそれによる貧血を認めた。貧血に対しては輸血施行し，病状安定したため，食事摂取も可能であったため退院となった。

十二指腸出血から１ヶ月後のX＋５年10月に食事を摂れなくなり，自宅療養の限界を理由に再度救急要請され入院となった。上部消化管内視鏡検査では十二指腸の腫瘍の増大のためスコープ通過不可となったため，外科でバイパス術施行することになり外科に転科した。11月に腹腔鏡下胃空腸バイパス術を施行し，術後経過良好で食事摂取可能となったため退院した。

11月の下旬の外科退院から12日後に体動困難となったため，救急要請され再度入院した。黄疸や貧血認めており採血でもHb 5.4g/dL，ビリルビン 11.3mg/dLと高値を示していた。胆道出血が疑われ，保存的に対応したが，徐々に意識が悪化し，入院の翌日に死亡した。

【病理解剖組織学的診断】

１．肝細胞癌　肝S4＋S8（横隔膜，肝静脈へ浸潤あり）
２．１の十二指腸浸潤，両肺腫瘍塞栓形成
３．胃空腸バイパス術後
４．膵炎
５．陳旧性心筋梗塞（前壁－中隔）
６．左室肥大　480g

【質疑応答】

・生活歴で急性心筋梗塞を起こす前の飲酒歴はどのくらいなのか
→機会飲酒程度
・初診造影CTで破裂の可能性とのことだが，動画を見る範囲では血性の腹水も認めないように見えるがどういうことなのか
→動画に映っていない範囲のダグラス窩に血性の腹水を認めていた。肝表面や肝周囲に腹水は認めていない。
・化学療法を勧めたとのことだが，遠隔転移などは認めていなかったのか
→転移は肝内転移のみでリンパ節転移や遠隔転移は認めていなかった。
・化学療法を含めた積極的な治療を行わなかったのには何か訳があるのか
→患者自身の希望で行わなかった。
・RFAができなかったのは場所の問題などがあったのか
→超音波エコーで腫瘤影として描写されると治療可能であるが，描出できなかったため治療を行えなかった。
・PT-INRをみるとあまりワルファリンが効いているようには思えない
→１度目の胆道出血の時からワルファリンを休薬していた。
・フォローアップはどのように行っていたか
→画像と採血を定期的に行っていた。
・最初の胆道出血の時に著明なビリルビン上昇認めるが，黄疸などは救急要請の前から出ていたのか
→患者の性格から軽い症状で病院を受診するような方ではなく，救急要請の数日前より何らかの症状はあったと予想される。

【まとめ】術後も再発を繰り返した肝細胞癌とそれによる胆道出血により死亡した１例を経験した。また，十二指腸に浸潤した腫瘍も肝細胞癌の転移によるものだと判明した。

教育研修報告

第60回　全国自治体病院学会に参加して
「バンコマイシン塩酸塩点滴静注用の供給停止下における薬剤師の関わり」

薬剤科　　植　野　秀　章

私は，2022年11月10日から11日の２日間にわたり，沖縄県那覇市で開催された第60回全国自治体病院学会での発表の機会をいただきましたのでここに報告します。

今回私は『バンコマイシン塩酸塩点滴静注用の供給停止下における薬剤師の関わり』と題し，一般演題発表をしました。ここ数年，製造工程での不備や原薬の供給問題などが相次ぎ，種々の医薬品が供給停止となっています。供給停止となった医薬品の中には，代替が効きづらく治療上深刻な影響を与えうるものも含まれます。今回私は，その中の１剤であるバンコマイシンに注目し，感染症治療への影響を調査，考察しました。バンコマイシンの供給停止に先立ち，薬剤科から院内掲示板を利用した情報提供を行ったため，オーダー停止の際には大きなトラブルが生じていませんでした。実際，バンコマイシンの代替薬に関する問い合わせは１件のみに留まり，事前周知の効果だと考えています。一方では，代替薬の一つであるテイコプラニンの使用に際し，TDMが為されていない症例が散見されました。薬剤の特性上，副作用の抑制だけで無く，迅速に薬効を得るためにもソフトを用いた投与設計は重要と考えられています。実際，TDMが為されていない症例ではテイコプラニン単剤だけで治療を完遂出来ず，別系統の抗MRSA剤であるリネゾリドやダプトマイシンへ薬剤変更を行う症例がみられました。TDMが治療効果や副作用のコントロールに役立つことから，薬剤師の職能を活かす仕事の一つであることを踏まえ，積極的な介入方法の検討が必要だと感じました。

他の一般演題発表では，抗癌剤導入時におけるB型肝炎スクリーニング検査に対するプロトコールの作成事例や入院支援センターにおける術前休薬に対する支援の取り組みなど，投薬による臨床変化に対して薬剤師の専門性を発揮した介入事例が何例も発表されており参考になりました。他にも院外薬局からの疑義照会に対しカルテ内容を利用した介入事例の紹介もあり，業務の効率化という点で非常に興味深かったです。また，特別講演はサルコペニアの病態生理についての講演と医薬品が副作用を引き起こす機序についての講演でした。これらの講演を通じ，病態生理を学ぶことで薬剤師が持つ薬理の知識を活かせるということに気付かされました。

今回，このように全国自治体病院学会への参加と発表を経験させていただいたことで，薬剤師としての自分を見つめ直す良い機会をいただきました。日々の業務をこなすだけではなく，職能を活かす方法を考えることやそのために医薬品だけではなく疾患や病態について深く学ぶ必要があると改めて考えました。現状では難しいところも多いですが，この経験と知見を活かせるよう日々精進して参りたいと思います。

第60回　全国自治体病院学会に参加して

「SARS -CoV-2 PCR検査における核酸精製法の違いによるCt値の検討」

中央検査科　　山　田　和　明

令和４年11月10日から11日に沖縄県那覇市で開催された，第60回全国自治体病院学会に参加しました。今回，私は「SARS -CoV-2 PCR検査における核酸精製法の違いによるCt値の検討」をポスター形式で発表しました。

COVID-19感染症が流行し始めた頃，当科にはリアルタイムPCRの検査機器はなく，機器を導入することから始まりました。PCR検査キットなども流通しておらず，厚生労働省から試薬の提供を受け，市販されているPCRの汎用試薬と組み合わせて検査を開始しました。検体からのウイルスRNAの精製も手作業で，検体に様々な試薬を添加しながら，精製までに１回あたり10回以上遠心操作をする必要がありました。COVID-19感染症の流行とともに多様な検査試薬が流通するようになり，当院での検査環境も変化しました。自動核酸精製装置が導入され，手作業での前処理が必要なものの核酸精製の大部分が自動化され，検査時間の短縮が可能になりました。

現在では検体と混和し加熱処理するだけの簡易的な核酸抽出が可能なPCR検査キットも流通しており，多くの病院や検査施設で用いられています。しかし，簡易的な核酸抽出で得られた核酸（粗抽出RNA）からのPCR検査は正確性や低濃度のウイルスの検出感度の懸念から当院では行わず，全て精製した核酸（精製RNA）から検査することにしています。

今回の発表では鼻咽頭ぬぐい液及び唾液の陽性検体（計60件）で，粗抽出RNAと精製RNAでCt値に差が生じるかを検討しまとめました。結果は鼻咽頭ぬぐい液・唾液いずれも粗抽出RNAのCt値が精製RNAのCt値より４程度高値を示し，検出率に差が生じる可能性があると結論づけ，精製RNAによるPCR検査は院内感染の防止などに有用であると報告しました。精製RNAによる検査がより高精度であることは想定していましたが，今回発表するにあたり再度検討したことで客観的なデータが得られ，これまでの検査の正当性が立証され，意義のある検討・発表になったと思います。

最後に，この度はこのような貴重な機会を与えていただき，感謝申し上げます。

第60回　全国自治体病院学会に参加して

「混合病棟におけるIAの傾向，内容分析－泌尿器科，歯科口腔外科，小児科でのIAレポートから読み解く－」

看護部　　西　島　歌　織

2022年11月10，11日，沖縄県那覇市那覇文化芸術劇場なはーと，ホテルコレクティブ，沖縄県立武道館にて開催された第60回全国自治体病院学会に参加し，ポスターセッションによる発表をさせていただきましたので報告致します。

研究テーマは「混合病棟におけるIAの傾向，内容分

析－泌尿器科，歯科口腔外科，小児科でのIAレポートから読み解く－」です。当病棟は2015年に病棟再編を経て，泌尿器科，歯科口腔外科，小児科の混合病棟になりました。泌尿器科は手術が午後から毎日１～３件あり，歯科口腔外科は週２日ではありますが，午後から１日３件の手術が行われていました。

また，当院の小児科は15歳未満を対象としている為，各診療科からの入院があり，小児一次救急や当番制の二次救急診療，紹介入院もあることから，日中夜間問わず臨時入院があります。当病棟における2019年度のIA総数は155件で，各科別では泌尿器科が97件，そのうち32件が内服に関するIAであり，歯科口腔外科においても６件中５件が内服に関するIAでした。一方で小児科は，35件中13件が転倒転落に関するIAでした。このことから，手術件数が多い成人と，臨時入院が多い小児科の混合病棟ならではの，多重業務が引き起こすIAの要因があるのではないかと考えました。IAレポートの集計と4M4E分析法による分析を行ったところ，研究を開始する段階では，スタッフの人数が少なく，小児科の臨時入院や成人の手術からの帰室もある準夜帯でのIAが多いと考えていましたが，朝の時間帯が最も多く発生していることがわかり，成人では周術期の内服間違い，小児では朝の時間帯に転倒転落が多いことが明らかになりました。混合病棟ならではのIAの関連性は明らかになりませんでしたが，IAを分析することにより，成人の周術期における１回トレーの運用や小児の転倒転落予防の検討が必要であることがわかりました。

同じ医療安全のブースではIAや転倒転落に関する研究が多く，興味深い発表がありました。IAレベル０の報告数を増やす取り組みを行った発表では，発生にまで至っていないレベル０の分析をすることで，重大事案の発生を防ぐことに繋がらないかと考え，報告数を増やす取り組みを行っていました。重大アクシデント防止への有効性までは検証に至っていませんでしたが，患者に影響のない段階で気づけた事例を振り返って，周知，共有ができることにより重大アクシデントの発生を防ぐことに繋がるのではないかと考えました。転倒転落に関する研究では，アセスメントシートの再評価と効率的な運用についての発表があり，転倒転落アセスメントシートの評価時期毎の転倒転落発生率を算出していました。入院時のアセスメントでは危険度Ⅰに比べ，危険度Ⅱは2.1倍，危険度Ⅲは4.1倍の転倒転落リスクがあるとの結果があり，入院時のアセスメントの重要性がわかりました。また，患者毎に転倒転落回避行動表示カードを作成し，安静度，介助方法，移動方法，排泄方法などを記入し，誰もが確認しやすいようオーバーテーブルに設置していることがわかりました。看護師以外に看護助手が移動やシャワー介助を行う場面も多々あり，カードの設置によって患者の情報が一目瞭然であることは，転倒転落防止に繋がるのではないかと考えました。

全国各地から集まった研究発表を聞くことで，違った視点からの考察，分析について考えることができ，各病院でどのような取り組みを行っているのか参考になる発表が多々ありました。今回の学会で得た知識を日々の業務に活かしていこうと思います。COVID-19の流行により様々な研修会，講演会が中止となっている状況下で，このような大きな学会に参加させていただき大変感謝しています。ありがとうございました。

ICBMセミナー　～臨床研究検討会～（令和４年度）

眼の赤くなる病気

日常診療で遭遇しやすい眼疾患について，赤い，痛い，見え方はどうかを交えて説明いたします。結膜下出血は頻繁に遭遇することがあります。眼球結膜の出血が裸眼でも確認できます。痛みはなく見え方も変わりません。眼科外来では結膜下出血のパンフレットをお渡しし，出血の消退を待つことを説明します。流行性結膜炎は，代表的なウィルス性の結膜炎です。強い充血を認めますが，痛むこともありますが，見え方はあまり変わりがありません。明らかに強い充血を認めた場合は，アデノウィルス診断キットでの検査が必要です。急性出血性結膜炎は充血に痛みを伴いますが，視力はあまり変わりません。結膜に点状の出血を認めるのが特徴です。アレルギー性結膜炎は軽度の充血とかゆみがありますが，見え方に変わりはないことが多く，瞼結膜に敷石状の浮腫を認めるのが特徴です。強膜炎は結膜炎との鑑別が難しく，結膜下の強膜血管の拡張が見られます。少し痛みがありますが視力は変わらないことが多く，膠原病などの検索が必要になることがあります。角膜感染症は，明らかな混濁が角膜に見られ，活動性が強いと充血，痛みがあります。角膜が混濁するため視力は低下します。虹彩炎は赤くなることが多く，軽度の痛みがあり，見えにくくなります。虹彩炎が改善すると虹彩後癒着を残すことがあります。虹彩炎・ぶどう膜炎の原因としてベーチェット病は減少傾向にあり，サルコイドーシスが増えているようです。ヘルペスによる角結膜炎は赤くなり痛みがあり見えにくくなります。角膜に樹枝状潰瘍があれば診断は確定します。角膜異物は小さくても異物による痛みがあり，時間が経過すると充血します。異物の場所によって視力も低下します。角膜びらんは角膜表層の傷で，軽度のものなら放置しても改善することがあります。コンタクトレンズを装着したまま寝たり，眼鏡なしで溶接したりすると角膜全面が傷つき強い痛みと充血があります。角膜上皮剥離は，上皮が再生するまで痛みがあります。

外傷による眼球破裂は虹彩などの眼球内容物が脱出するため緊急手術が必要です。急性緑内障は，結膜が赤くなりすごく痛くほとんど見えなくなります。眼の痛みより頭の痛みが強く，ほとんどの患者さんは歩けず車椅子のまま診察することが多いです。発作時には視力は低下し，瞳孔も確認困難ですが，レーザー治療で改善すると見えるようになります。眼の状態を把握するポイントをいくつか説明いたしました。

（眼科　菅野　晴美）

CTで用いられる造影剤についての最近の話題

CTで用いられる造影剤についての最近の話題について紹介します。

最近では造影CTが急性の腎機能障害のリスクとなる可能性はeGFR 30mL/min/1.73m^{2}以上の患者様では低いと考えられています。

ヨード造影剤の急性副作用に対するステロイドの予防効果についてはエビデンスは乏しいと考えられていて，2022年12月に改訂された日本医学放射線学会のヨード造影剤ならびにガドリニウム造影剤の急性副作用発症の危険性低減を目的としたステロイド前投薬に関する提言では「急性副作用発生の危険性を軽減するためのステロイド前投薬を積極的に推奨することはもはや不適切。しかし，これまで広く実施されており，これを直ちに実施すべきではないとすることは現場に混乱をもたらし，患者さんにも無用な不安を与える可能性がある。したがって，担当医の判断でステロイド前投薬を実施することを妨げない。ステロイドの抗アレルギー作用を充分に発揮させるためには，造影検査実施の６時間以上前に投与することが望ましい，特に造影検査の直前にステロイドを静注する手法は好ましくない」とし，経口での投与法の例を紹介しています。

造影剤投与でアナフィラキシーと診断した場合のアドレナリン投与量については，2022年に日本アレルギー学会のガイドラインが改訂され簡素化した方法での成人でのアドレナリン投与量が0.3mgから0.5mgに変更されています。

ヨード造影剤が原因のアレルギー反応に伴う急性冠症候群が2022年６月に医薬品医療機器総合機構のリスク情報に掲載されました。

乳幼児のヨウ素含有造影剤投与後の甲状腺機能モニタリングをアメリカ食品医薬品局が2022年３月に推奨しました。日本での対応は現在検討中とのことです。

（放射線科　鎌田　　洋）

タバコと痛み～疼痛を有する患者の禁煙に関するステートメント～

喫煙者は非喫煙者よりも疼痛閾値が低く，疼痛コントロールに難渋することがある。今回はニコチンに注目して解説する。

ニコチンには急性効果として鎮痛作用があり中枢や末梢におけるニコチン－アセチルコリン受容体（以下nAChR）を介してノルアドレナリン，内因性オピオイド，ドパミンなどの放出を介し，下行系疼痛抑制系の賦活や脊髄後角での侵害刺激の制御に作用し鎮痛作用を生じる。一方で長期的にニコチンが作用するとnAChRの脱感作や神経の可塑的変化から耐性が生じて，同等の鎮痛効果をもたらすためにより多量のニコチンが必要となる。ニコチンの血中濃度の低下速度は速く，慢性的な投与下では直接の鎮痛作用よりも，ニコチンの退薬症状とnAChRの脱感作に伴う痛みへの感受性の上昇が前面に出るため痛みに対する作用はより複雑化する。

そのため非喫煙者にニコチンを鎮痛薬として投与する特殊な環境を除いて急性効果の影響は小さく，一般的には慢性暴露下における一過性鎮痛効果と退薬症状による痛み感受性増加の関係が重要である。慢性に投与されることによる神経系における疼痛伝達機構の変容，オピオイド鎮痛薬や他の鎮痛薬との相互作用，身体構造組織の障害，抑うつを代表とする精神症状の悪化，社会的な状況の悪化などに由来する慢性的な痛み状態への悪影響が様々に関連し，複雑な「痛み－喫煙」関係となる。

痛みへの影響としては術後の鎮痛不十分，慢性疼痛患者の発症率の増加，妊娠中の受動喫煙が出生時の痛み感覚に影響を及ぼす等が存在する。長期間の禁煙により疼痛閾値の改善が見られる。

さらに喫煙患者の疼痛治療はオピオイド鎮痛薬の使用量が増え，その他の鎮痛コントロール方法でも不十分になりやすいと言われている。そのため禁煙だけではなく，ADL維持，身体活動，社会活動も重要となってくる。

喫煙者には早々に禁煙を促すとともに疼痛コントロールを総合的に図る必要がある。

（麻酔科　草階美佳子）

急性カフェイン中毒をきたした５症例

【背景】

カフェインはコーヒーなどの嗜好品や鎮痛薬，鎮咳薬，眠気防止薬などに含まれ，2014年の改正薬事法により入手が容易となった。2015年にエナジードリンクの過量摂取で死亡した症例を機に急性カフェイン中毒は注目されるようになった。日本中毒情報センターへの眠気防止薬に関する相談は10－20歳代が多く約70％を占めている。2016年６月～2021年８月にかけて急性カフェイン中毒をきたした５症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は10－20歳代で男性４例，女性１例の合計５例。１例が過去に精神科通院歴があった。過量服薬に至った背景として自殺企図が３例，現実逃避が１例，現実に適応するためが１例であった。カフェイン摂取量は５－14gでいずれも致死量を超えていた。嘔気･嘔吐，低K血症を全ての症例で認め，他には血清CK高値，乳酸アシドーシス，高血糖，頻脈，錯乱，振戦を認めた。ICU満床のため救急科往診となった１例を除いて，ICU入室となった。胃内容物吸引，透析治療を実施した症例がそれぞれ１例，どちらも実施した症例が１例あった。退院後の環境調整を行った症例を除くと，入院期間は６－22日間であった。退院後は本人と家族が希望されなかった１例を除いて，当科外来通院となった。再度カフェインを過量服薬した症例はない。

【考察】

症例数は５例と少ないが，他の薬物中毒に比べて年齢層が若く，男性が多い傾向が認められた。自殺企図や現実逃避目的に過量服薬に至った症例が多いが，現実に適応するためにカフェインの覚醒作用を利用した症例も認められた。日本中毒情報センターの報告によると，眠気防止薬の相談の８割が「眠気が強いのでたくさん飲んだ」,「イヤなことがあって飲んだ」であり，現実に適応するためにカフェインの過量服薬に至る症例がまれではないことが示された。

（精神神経科　佐野　弘幸）

小児の食物アレルギーと経口負荷試験

食物経口負荷試験は，食物アレルギーの診断，原因食品の摂取可能量の決定，脱感作・寛容の確認など，食物アレルギーの診断・治療に非常に重要な役割を果たしています。

当科では，2012年から食物経口負荷試験を開始し，

本年度（2022年度）までに226件の食物経口負荷試験を行っています。当科での食物経口負荷試験の実績について報告します。

当科での食物経口負荷試験実施件数は，当初年間10

件程度でしたが，2016年から体制が整い，入院を中心に年間30件以上を行っておりました。2020年度はコロナ禍の影響で件数が大きく減少しましたが，外来経口負荷試験を増やすなどして本年度は30件をこえる見込みになっています。

対象患者の年齢は１歳未満が105件と半数弱と多くなっており，離乳食開始時期に乳幼児の食物アレルギーの発症が多いです。負荷した食品は，鶏卵が108件で約半数，続いて，牛乳・小麦が43件ずつで，この３食品で９割を占めます。そのほかの食品としては，木の実が７件，ほかに，ピーナッツやそば，豚肉などの負荷試験を行いました。負荷試験結果では，陽性となったのは69件（32％）でした。誘発された症状は，じんましんなど皮膚症状が81％，咳・喘鳴などの呼吸器症状が30％，嘔吐・腹痛などの消化器症状が19％でした。アナフィラキシーまで至った患者は８名で，全体の3.5％でした。負荷試験を踏まえた食事指導では，負荷陰性だった患者では，制限解除が58例，少量摂取が87例で，完全除去を継続した患者はいませんでした。負荷陽性だった69例でも，完全除去は29例（42％）のみで，半数以上は可能な量の摂取を指導しました。

現時点で判明している最終的な摂取状況としては，制限を解除できた患者が71％，少量摂取している患者が22％，完全除去を継続しているのは10例（７％）のみで，負荷試験の結果を活用することで，完全除去を避けることができていました。

今後は，外来での負荷試験も活用し，負荷試験の実施件数を増やしていきたいと思います。

（小児科　中嶋　雅秀）

抗がん剤関連腎障害

急性間質性腎炎（AIN）は，主に薬剤性が原因で，薬剤投与後の早期に急性腎障害（AKI）を生じ，免疫機序が関連する腎炎である。免疫チェックポイント阻害薬（CPI）誘発性のAKIでは83％がAINである。CPI誘発性AKIの発症頻度は2.2％，透析が必要な頻度は0.6％。CPI投与からAKI発症までの期間は数週間から２年間で個々の症例で差異がある。CPI誘発性AINに対して，ステロイド治療が腎機能保持には有効であり，CPIの中止とステロイド治療により，平均７週間後に64.3％の頻度で腎機能の改善を認めた。血清クレアチニンの３倍化または透析治療が必要な腎障害の場合は，CPIの中止が推奨されている。AKI後のCPI再投与により平均10週間で16.5％にAKIの再発を認めた。治療の選択肢が限られる中，初回のAKI後より，少し期間を開け，プレドニンを10－20mgを併用して再投与する方法がある一方，再投与自体に否定的な意見がある。CPI誘発性AKIの機序は，腎臓固有抗原に対する自己免疫反応の増強と特異的薬剤に対する自己免疫反応の増強が考えられている。尿量低下，体重増加，浮腫を主訴に，腎生検ではAINを示し，血管内皮増生因子（VEGF）阻害薬により生じる血栓性微小血管症（TMA）を鑑別できた，CPI開始１年後，終了４ヶ月後にAKIを生じた症例を提示する。

【現病歴】肺癌の治療以前には尿異常の指摘はなかった。X年/６肺腺癌で両肺内多発転移あり（EGF受容体遺伝子変異陽性）。X年/８　EGF受容体チロシンキナーゼ阻害，X＋２年/11　カルボプラチン＋ペメトレキセド＋PD-1抗体→計４回，X＋３年/７　ペメトレキセド＋PD-1抗体→計７回，X＋３年/８　ドセタキセル＋抗VEGF受容体阻害薬→計３回，X＋３/11　AKIで入院となる。

【現症】

BP 107/66, BT 36.8℃, 食欲は変化なし, 感冒症状なし

尿量減少（700ml/日），レイノーなし，顔面浮腫あり，下腿浮腫＋/＋，CVA叩打痛なし

【検査および治療経過】

PD-1抗体開始直後後に軽度の腎機能低下（血清クレアチニン0.7から1.1mg/dl），PD-1抗体開始１年後，終了４ヶ月後に尿糖・白血球尿出現，血清クレアチニン8.8mg/dlまで上昇。腎生検組織診では尿細管間質に好中球・リンパ球などの多彩かつ強い炎症細胞浸潤と浮腫状線維化，尿細管内にnuclear debrisを伴う強い好中球浸潤を認めた。プレドニン40mgから開始し，腎機能や浮腫，尿量はすみやかに改善した。

（腎臓内科　藤野　貴行）

腹部大動脈ステントグラフト内挿術後のtype Ⅱ エンドリークによる瘤拡大に対し開腹瘤縫縮術を施行した２例

【背景】腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術はその低侵襲性と術後の回復の早さから増加傾向である。しかし，開腹人工血管置換にはない問題点としてエンドリークがあり，追加治療を必要とすることがある。エンドリークとはステントグラフトでカバーした瘤の中に血流が残ってしまう現象である。エンドリークの種類としてtype Ⅰからtype Ⅴエンドリークがある。Type Ⅰはグラフト中枢または末梢からの血液流

入，typeⅡは下腸間膜動脈や腰動脈からの逆流による血液流入，typeⅢはグラフト接合部や裂け目からの血液流入，typeⅣはグラフトの透過性による血液流入，typeⅤが原因不明となっている。我々は腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿後のtypeⅡエンドリークによると考えられた瘤拡大に対し開腹瘤縫縮を施行したので報告する。

【症例】81歳男性。径48mmの腹部大動脈瘤に対して８年前にステントグラフト内挿術（Gore Excluder）を施行。typeⅡエンドリークによる瘤拡大に対し４年前に経皮的腰動脈塞栓術を施行するも拡大傾向が持続し径71mmとなり開腹瘤縫縮を行った。中枢，末梢をテーピングし下腸間膜動脈を結紮切離。瘤を開放するも明らかなリークを認めず，血管壁を入念に止血し瘤壁でステントグラフトをタイトに縫縮。中枢，末梢のテーピングを結紮。術後２年が経過し瘤拡大を認めず。もう一例は81歳男性。他院で２年前にステントグラフト内挿術（Medtronic Endurant）を施行。術後初回CTでエンドリークを認めず，瘤径縮小。しかしその後瘤の拡大，typeⅡエンドリークを認め経皮的腰動脈塞栓術を施行。しかし拡大傾向が持続し50×71mmとなり開腹瘤縫縮。中枢と左末梢をテーピング，右は腸骨静脈と高度に癒着しておりテーピングを断念。瘤内に明らかなリークを認めず。血管壁を止血し瘤壁をラッピングし中枢と左脚をバンディング。術後１年が経過し，さらなる瘤の拡大を認めている。

【考察】腹部ステントグラフト内挿術後の瘤拡大に対し，当院では明らかな流入血管が同定できた場合にまずは血管内治療を選択している。それでも明らかな拡大を続ける症例があり開腹瘤縫縮を選択した。１例は治療効果が得られたものの，もう１例で瘤径が拡大。明かな原因は不明であり，type Vエンドリークと考えられた。

【結語】腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術後の瘤拡大に対し開腹瘤縫縮を施行した２例を報告した。１例でさらなる瘤拡大を認めており，追加治療を検討中である。

（胸部外科　安東　悟央）

Venetoclax，併用Azacitidine療法により早期に細胞遺伝学的寛解が得られたMYC遺伝子増幅を伴う二重微小染色体を有する急性骨髄性白血病

症例は81歳女性，汎血球減少を認め当科精査入院となった。骨髄検査では芽球を54％認め，急性骨髄性白血病（French-American-British分類：M2，World Health Organization分類：AML, NOS, AML with maturation）と診断した。染色体検査では，46, XX, 3 ～45 double minute（二重微小染色体，dmin）【20/20】を認めた。SKY法からdminは８番染色体由来であることを確認し，FISH法では多数の*MYC*シグナルが検出され，dmin上で*MYC*遺伝子の増幅が生じていると考えられた。初回寛解導入治療として，venetoclax，併用azacitidine療法を行ったところ，１コース後で骨髄中の芽球消失を認め完全寛解（complete remission, CR）となり，２コース終了後には，FISH上*MYC*シグナルの消失を認め細胞遺伝学的寛解（cytogenetic remission, CyR）に至った。*MYC*遺伝子増幅を伴うdminを有するAMLの症例は稀であり，予後不良が予測される中にあって，venetoclax，併用azacitidine療法が治療抵抗性を打破する可能性があると考え報告する。

（血液内科　藤井　文彰）

薬剤関連顎骨壊死について

薬剤関連顎骨壊死（MRONJ, Medication-related Osteonecrosis of the Jaw）は近年，骨粗鬆症や骨転移を有するがん患者の治療に用いられる骨吸収抑制薬による重大な副作用の一つとして，問題視されている。その病態については未だに不明な点が多く，歯科口腔外科においても難治性症例として治療に苦渋することが多い疾病である。2003年にビスホスホネート製剤による治療を受けているがんもしくは骨粗鬆症患者に難治性の顎骨壊死（BRONJ, BP-Related Osteonecrosis of the Jaw）として初めて報告された。その後デノスマブ（ランマーク®）についてもBRONJと同様にほぼ同じ頻度で顎骨壊死が発生することが報告された。これらの発症リスクはBP製剤を使用している骨粗鬆症治療患者で0.02～0.05％，悪性腫瘍患者で５％未満であり，デノスマブでは骨粗鬆症治療患者で0.3％，悪性腫瘍患者で５％未満と言われており，悪性腫瘍患者では免疫調整薬や血管新生阻害薬との併用により顎骨壊死が生じやすいと考えられる。また，薬剤関連顎骨壊死が生じやすい理由として口腔内は多数の口腔常在菌の存在や汚染されやすいため歯周炎などの歯性感染症が生じやすく，歯周組織は顎骨と近接しており顎骨骨髄炎が生じやすい環境にある。骨吸収抑制薬による骨リモデリングの低下により骨髄炎の治癒不全や腐骨形成に至ると考えられる。

また，骨吸収抑制薬開始時には歯性感染が生じてい

る患者も少なくないと思われる。

そのため，予防策としては医科と連携し骨吸収抑制薬開始前の口腔内評価や可能であれば感染源の除去，定期的な検診や口腔ケアによる口腔衛生状態のコントロールを行なっていく必要があると考える。

（歯科口腔外科　松田　真也）

術後５年を経て再発を来した顎下腺多形腺腫の一例

【症例】58歳，女性

【主訴】右顎下部腫瘤触知

【現病歴】

X－８年に右顎下部腫瘤を自覚し，徐々に増大した。X－６年に当院初診し，右顎下部に弾性硬腫瘤が認められた。右顎下腺内に20mm大の腫瘍性病変を認め，組織診で多形腺腫疑いと診断されたため，同年右顎下腺摘出術を施行された。明確な顎下腺被膜損は生じなかった。病理診断は顎下腺多形腺腫であり，悪性所見は指摘されなかった。術後経過良好であり，術後15日で当科終診となった。術後５年経過し，再度右顎下部に違和感を自覚し，徐々に腫瘤を触知するようになった。翌X年１月に当科再診した。

【既往歴】特記事項なし

【内服薬】なし

【臨床経過】

右顎下部に弾性硬腫瘤を触知した。頸部造影CT検査・MRI検査で，右顎下腺摘出部と皮下に小結節の多発を認めた。穿刺組織診で顎下腺多形腺腫の再発を疑われ，同年４月右頸部郭清術Ⅰb領域を施行した。腫瘍は皮膚との癒着はなく，顔面神経下顎縁枝は温存可能であった。病理組織診で顎下腺多形腺腫の診断であり，悪性所見は指摘されなかった。現在明らかな再発所見は認めていない。

【考察】

多形腺腫は唾液腺腫瘍の中で約半数の発生率を占め，特に耳下腺で多く発生する。良性腫瘍だが，約５％に悪性変化を生じるとされ，早期手術摘出が推奨される。再発腫瘍は悪性化する確率，再々発する確率が通常よりも高くなるとされる。顎下腺における多形腺腫再発の原因は，報告数が少ないため不明とされるが，本邦並びに国外の報告で，皮下腫瘍としての再発や，顎下腺摘出部分並びに残存顎下腺からの再発が多い。本症例と併せ，顎下腺多形腺腫再発は，核出術等の不十分な摘出術，被膜損傷等による腫瘍細胞播種による可能性が高いと考えられる。

【結語】

顎下腺多形腺腫は症例数こそ少ないが再発する可能性がある。いかに再発しないよう初回手術を行うかが重要と思われる。一度再発した場合は，悪性腫瘍に準じて長期的な経過観察が必要となる。

（耳鼻咽喉科　久々湊　雅）

C-AYA世代と妊孕性温存療法について

C-AYA（Child, Adolescent and Young Adult）世代とは，思春期・若年成人世代であるAYA世代に小児を加えた０－39歳の世代を指し，就学や就労，結婚，妊娠，出産，子育てなど様々なライフイベントに直面し，社会生活を営む上で非常に重要な時期とされる。C-AYA世代では年間約23,500人ががんに罹患し，その治療により妊孕性（生殖機能）を失っている可能性があり，近年C-AYA世代の妊孕性温存療法が注目されている。

ASCO 2013では卵巣毒性が中等度リスク以上の治療としてシクロフォスファミドやプロカルバジンに代表されるアルキル化剤や腹部/骨盤を中心とした放射線照射，シスプラチンやベバシズマブを含むレジメンを挙げている（年齢や投与薬剤量，照射線量により中等度－高リスクに相当する）。これらの治療を行う場合，もしくは原疾患の治療のため長期に渡り妊娠が不都合である場合に妊孕性温存療法が考慮される。

現在実施可能な女性への妊孕性温存療法は①胚（受精卵）凍結保存，②卵子（未受精卵）凍結保存，③卵巣組織凍結保存である。パートナーの要不要，時間的猶予，エストロゲンへの暴露，妊娠率などに差があり，主治医からの情報提供をもとに各々のメリット・デメリットを踏まえた方針決定が望まれる。2021年４月に厚生労働省による「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」が開始され，妊孕性温存療法と温存後の生殖補助医療が助成対象となり，経済的支援が可能となった。道内では札幌や旭川の施設で妊孕性温存療法を実施可能である。

生殖補助医療の進歩により，がん治療前の妊孕性温存の選択が可能となってきた。がん治療に関わる医療者が正確な情報提供を行い，将来子どもを産み育てることを望んでいるC-AYA世代の患者が希望を持って治療に取り組めるよう，適切な専門職あるいは施設へ紹介することが重要と考える。

（産婦人科　西尾　　空）

腹腔鏡からロボット手術まで～手術手技とコスト削減～

腹腔鏡下手術は外科系の分野ですでに広く普及し，現在ではスタンダードなアプローチ方法となっている。さらに最近ではロボット支援手術が普及しつつあり，消化器外科領域でも直腸癌手術においては2019年に保険収載された。当院でもようやく2022年末に直腸癌手術を導入し，2023年春からは結腸癌が保険収載され，院内の協力を得て早期に導入した。ロボット支援手術は手術ロボットを用いて行う腹腔鏡下手術であり，ブレのない鉗子，高性能な３D画像，手元の操作と患者側の鉗子の調整を行う機能等により，安全で精緻な手術を行うことが可能であり，ひいては患者さんの利益につながる手術であると考えている。

一方で，特に消化器外科領域においては，合格率が20％程度の日本内視鏡外科学会技術認定医の取得が必須であるなどの術者条件が厳しく，今後の術者の育成も課題である。

さらに，術式導入においては，一定の症例数を自由診療で行うなどの導入にかかわるコスト，加えて使用する鉗子等も消耗品であり，手術に掛かるコストも増加する。泌尿器科の前立腺全摘術等では，ロボット支援手術を行うことでの加算が認められているが直腸癌・結腸癌の手術では現在のところ加算はなく，腹腔鏡下手術と同様の保険点数となっている。

患者さんにメリットのある手術を行うことが第一であるが，安定して行うためにもコストの増加は無視できない問題である。

結腸癌であれば通常体外で行われる消化管の吻合を全て体腔内で行う完全腹腔鏡下での手術は，当科で行っている手術の一つの特色であり，これをロボット支援手術でも施行している。腹腔鏡下での経験を活かし，高額なロボット専用のステープラーなどの器具を用いず腹腔鏡下用の器具で行う。ベッセルシーリングシステムでは楽に行える腸間膜の切離を電気メスで行い，手術全体のコスト削減にも貢献している。これには手術手技の工夫や修練が必要ではあるが，決してコスト削減を主目的として行っている訳ではない。あくまで安全な確認や手技の工夫をすることでの安全で確実な手術を行うことを目的としているが，ひいては手術の広い普及に貢献すると考えている。

今回，ロボット支援手術の概要，当科での手術手技の工夫とコスト削減効果につき考察し報告する。

（外科　村上　慶洋）

COVID-19ワクチン接種後の心膜心筋炎の２症例

【症例１】18歳男性，COVID-19ワクチン２回目接種翌日から39度の発熱。

その翌日から前胸部絞扼感が出現。心電図上広範なST上昇を認め，CRPとトロポニンI高値を認めたため心膜心筋炎疑いで入院。入院後アセトアミノフェン内服にて速やかに解熱が得られ症状も消失。

PeakCK/CKMB467/27。心臓エコー検査では明らかな所見を認めなかった。心臓MRIでは明らかな所見を認めなかった。

【症例２】17歳男性，COVID-19ワクチン２回目接種当日夜から38度台の発熱。

その後も解熱せず３日後に前胸部絞扼感が出現。心電図上広範なST上昇を認め，心膜心筋炎疑いで入院。入院後アセトアミノフェン内服にて症状消失。

PeakCK/CKMB1723/163。心臓エコー検査では明らかな所見を認めなかった。心臓MRIではT２強調像で心尖部前壁の信号上昇，LGEでは心基部から心尖部の側壁心外膜側に遅延造影像を認めた。

【結語】これまでに報告されているCOVID-19ワクチン接種後心膜心筋炎の好発例は，若年男性で２回目のワクチン接種から数日内に発症している。また，心筋マーカーの上昇や心電図変化は高率に認めるが，心臓エコー検査では所見を認めないことが多いことも報告されており，当院で経験した２症例と一致していた。また，心臓MRIは７割以上の症例で何らかの所見が得られており，下壁～下側壁の外膜側にLGEを認めると報告されており，症例２の所見と一致していた。以上の結果からCOVID-19ワクチン接種後心膜心筋炎の診断には心臓MRIが有用であると考えられた。

（循環器内科　久木田　新）

消化管出血と抗血栓薬

消化管出血は日常臨床を行っていれば誰しも必ず遭遇する疾患である。上部消化管（トライツ靭帯より口側）からの出血では胃潰瘍，十二指腸潰瘍が多く，ピロリ菌除菌によって件数は減少傾向であるが，一方でバイアスピリンや鎮痛剤などのNSAIDsによるものは増加している。下部消化管出血は虚血性腸炎，感染性腸炎などが原因となるが，近年になり大腸憩室出血が最も多くなった。これは大腸憩室の保有率の上昇と抗血栓薬の使用などが原因と考えられる。消化管出血と抗血栓薬は密接に関係しており，抗血栓薬を使用する

際の注意も含め簡単にまとめた。バイアスピリンは最も広く使われている抗血小板薬であるが，胃や小腸などに消化管粘膜障害を生じることがある。悪化すると胃潰瘍などで発症し出血を伴うこともある。胃十二指腸粘膜障害の予防ではH2ブロッカーの使用も有効とされるが，出血性潰瘍ではPPIやボノプラザンの使用が有効とされている。大腸憩室出血においてバイアスピリンは確立されたリスク因子である。他にもクロピドグレルもリスク因子である可能性が示唆されている。抗凝固薬としてワーファリンが古くから使用されてきたが，現在はDOACの使用頻度が上昇している。ダビガトラン，リバーロキサバン，エドキサバンはいずれもワーファリンに比べ塞栓症については良好な成績を示している。しかしながら消化管出血の点では治療域のワーファリンと比べ20－50％ほどリスクを上昇させると言われている。特にダビガトランでは下部消化管出血を生じやすく，また剥離性食道粘膜障害を生じることがある。DOAC使用者では飲酒，胃潰瘍の既往，ピロリ菌感染，NSAIDsの使用がさらに消化管出血のリスクを上昇させると言われており，これらのリスクを除去することやPPIの使用によってイベント発生率を低下させることが期待される。抗血栓薬は様々な診療科で処方される機会が増えており，それに起因する消化管出血は増えている。使用に際しては出血リスクの評価と予防を行うことが重要である。

（消化器内科　石垣　憲一）

糖尿病の週１回製剤について

糖尿病の治療薬は，1923年にインスリンが実用化されたがその後長らくは数十年に一度の新薬発売ペース（1957年SU薬，1961年メトホルミン，1993年αグルコシダーゼ阻害薬，1999年ピオグリタゾン・グリニド）であったが，2009年に初のDPP4阻害薬であるシタグリプチンが発売されて以降，10年あまりの間に４系統，20種類以上の新薬が発売されている。この中には，週１回投与型のDPP4阻害薬とGLP-1受容体作動薬が含まれているが通常のDPP4阻害薬や，適応が拡大しているSGLT2阻害薬と違い糖尿病専門医以外には馴染みが薄いものである。

週１回製剤には，DPP4阻害薬としてマリゼブ，ザファテックの２種類が，注射型GLP-1受容体作動薬としてトルリシティ，オゼンピックの２種類が現在使用できる。投与の原則として内服する曜日を固定する必要があり，予定を前倒してはならないが，内服を忘れた場合気づいた時点での内服が可能である。効果としてはDPP4阻害薬，GLP-1受容体作動薬いずれも毎日服用するものと比較してHbA1c低下作用は若干劣り，薬価としては若干安くなる傾向にある。毎日服用するものから積極的に切り替える性質のものではないが注射刺の管理が訪問看護等で可能になるなどのメリットが考えられ，患者背景に応じた薬剤選択肢の一つとして検討できる。

（代謝内科　永島　優樹）

緊急対応が必要な緩和照射について

緩和照射はQOLの維持向上や，続く癌治療，リハビリの対応を容易にすることを目的とし，除痛，止血，狭窄改善，病巣進行制御などを目指し行う。適応は脳転移，骨転移，出血，閉塞である。

また病巣が全身状態を悪化させ緊急処置を要する病態のうち，照射により著明な改善を示す症候群が存在する。急速に進行する脊髄麻痺や上大静脈症候群がこれにあたり，生命維持の生理機能不全，重篤な神経麻痺による運動感覚障害や膀胱直腸障害など重大なQOL低下を起こす。緊急照射はこれら病態を対象とする。

緊急照射に加え，頭蓋内圧亢進症状や機能障害のある脳転移，有痛性骨転移などは早急な対応を要する。以下，個々の病態について述べる。

「脳転移」

放射線治療の症状改善成績は６－８割である。照射範囲や回数により副作用が異なる。脳照射の急性期有害事象に，頭痛，悪心，嘔吐がある。放射線治療のため浮腫が生じ，頭蓋内圧が亢進することで起きる。ステロイドや高利尿薬の併用で症状緩和がみられる。定位放射線治療では，痙攣発作や脳壊死が生じることもあり，経過観察が重要である。患者やご家族に症状を説明し，早期受診を可能にしておくのが望ましい。

「骨転移/脊髄圧迫症候群」

骨転移への照射の成績は疼痛緩和が７割，疼痛消失が３割である。

脊髄圧迫では運動機能の改善率は19－62％と幅広い。麻痺症状出現から７日以内の照射開始で状態維持は８割，14日以上経過後で３割と，早期治療開始が重要である。脊髄照射に対する有害事象に疼痛のフレア現象があり，治療開始前からのデキサメタゾン投与が有効である。皮膚炎については，褥瘡とも関わり症状

悪化が懸念されるためケアを要する。放射線治療後の抗癌剤投与で皮膚炎が再燃するリコール現象が報告されており，治療歴のある患者では留意が必要である。

「上大静脈症候群」

放射線治療の症状緩和成績は６－９割以上である。一過性の浮腫や血管内膜の線溶作用低下などが起きうるため，状況に応じステロイド療法や線溶療法の併用が望まれる。

（放射線治療科　木下裕里加）

アルツハイマー病の最近の話題

アルツハイマー病は病理学的には老人斑とアルツハイマー型神経原線維変化の出現を特徴とするが，これらはそれぞれアミロイドβとリン酸化タウ蛋白の蓄積であることが分かっている。アルツハイマー病の成因についてはアミロイドβ異常が上流にあるとするアミロイド仮説が有力視されており，アミロイドβの除去を目的としたアミロイド抗体薬が模索されてきた。開発初期のアミロイド抗体薬は脳内のアミロイドβの除去には成功しつつも臨床的改善効果を示す薬剤はなかなか現れなかった。しかし2021年にaducanumabが登場したのち2023年にlecanemabが登場しアミロイド抗体薬で初めて臨床的効果を示す報告がなされた（N Engl J Med 2023；388：９）。これを受けて米国食品医薬品局（FDA）はlecanemabを迅速承認し，本邦でも承認申請が出されている。アルツハイマー病に対するアミロイド抗体薬はいよいよ実用化への端緒が開かれてきたといえる。しかし，アミロイド抗体薬投与時の副作用としての脳浮腫・脳出血（amyloid-related imaging abnormalities; ARIA）の懸念については今後も注意深く評価していく必要がある。また，アルツハイマー病の病態については依然未解明な部分も多いため，アミロイド抗体薬だけでなくタウ蛋白などを標的とした治療法の開発も引き続き必要であろう。アミロイド抗体薬については非常に高額であるため，適切なcost-effectivenessの評価や，医療資源の公平な分配に関する開かれた議論が必要であると考えられる。また，アミロイド抗体薬を適用するにあたっては，アミロイドPETや髄液バイオマーカーなどによる適切な診断やフォローアップが必要であり，アミロイドPETの保険収載など医療環境の整備も今後急ぐ必要があると考えられる。

（神経内科　片山　隆行）

RRS: Rapid Response System

多くの「急変」には前兆があるという考え方から，患者状態が悪化しているサインを見逃さずに心停止/死亡を未然に防ぐためのシステムが，院内迅速対応システム（rapid response system，RRS）である。RRSとは，迅速に対応するチームを指す用語ではなく，起動要素，対応要素，指揮調整要素，システム改善要素の４つの要素からなる「システム」を指す。本セミナーでは，RRSの４要素のうち，対応要素と起動要素について簡潔に説明する。

１．対応要素

RRSの対応要素には，患者の適切な評価と初期対応を行うことができるスタッフと，必要な資機材を含む。対応するチームはスタッフ構成によって，医師を含み二次救命処置までカバーできるmedical emergency team（MET），医師を必ずしも含まないrapid response team（RRT），ICU退室後や介入が必要な入院患者をピックアップして病棟に赴くcritical care outreach team（CCOT）に大きく分けられる。

２．起動要素

RRSの起動基準には単一パラメータ方式やスコア方式がある。単一パラメータ方式では，呼吸数や血圧，心拍数などのバイタルサインの異常や「スタッフの強い懸念」などの何か１つでも基準に当てはまる際にRRSを起動する。スコア方式ではNational Early Warning Score（NEWS）が有名で，呼吸数，経皮的動脈血酸素飽和度，酸素投与の有無，体温，収縮期血圧，心拍数，意識障害の７項目を評価して点数化する。呼吸数と患者急変の関連における報告は多い。急変を未然に防ぐサインとして，呼吸数は全患者で観察・記録するべき項目である。

RRSにより，院内死亡率や心停止発生率が減少することが報告されている。日本でもRRSの導入が増えているが，コードブルーやスタットコールといった急変対応コールと混同されている状況も存在する。RRSの普及によって，急変を未然に防ぎ，その結果としての院内死亡率の低下が多くの病院で達成されることを期待する。

（救急科　丹保亜希仁）

COVID-19　治療薬update

COVID-19治療薬，特に内服の抗ウイルス薬についてまとめた。

現在薬物治療薬として使われるものは，①抗ウイル

ス薬，②中和抗体薬，③免疫抑制，調整薬。①，②は，感染の初期，軽症から中等症Ⅰに適応あり。治療薬として使われていた中和抗体薬は，オミクロンになってからは，効果が期待できない可能性があり，現在当院では使用していない。

どのような人が抗ウイルス薬の適応になるのか，コロナの患者様の治療を考える際の，考え方を説明する。コロナと診断した際まず，①受診時の重症度は，②発症から何日経過しているのか，③基礎疾患など重症化する因子はあるか，④ワクチン接種はしているか，を確認する。

軽症～中等症Ⅰで使用する抗ウイルス薬は，現在４種類あり，レムデシビルは点滴なので，基本的に入院患者さんに使うことになる。内服薬は，ラゲブリオ®，パキロビッド®，ゾコーバ®の３種類。３剤の特徴を比較すると，ラゲブリオ®とパキロビッド®は，発症５日以内に内服開始で，重症化を減らすことが証明されている。そのため，重症化因子のある方に限って処方可能。２剤の違いは，入院または死亡の相対リスク減少率が，ラゲブリオ®は30％であるのに対し，パキロビッド®は89％ということ。ラゲブリオ®の長所は，併用禁忌薬がほとんどなく，腎機能での調節が不要なこと。欠点はカプセルがかなり大きく，飲みにくいこと。パキロビッド®は，重症化予防効果は高いが，併用禁忌薬が多く，また腎機能で投与量の調節が必要なので，直前の採血が必要。昨年末から使用できるようになった。ゾコーバ®は，重症化因子のない方でも処方可能で，重症化予防効果は証明されておらず，発症から３日以内の内服で，発熱，咽頭痛，咳，鼻汁，倦怠感の５つの症状の軽快が24時間短くなる可能性があるというだけの薬になる。

（呼吸器内科　谷野　洋子）

尿管結石の診断と初期対応

本邦における尿管結石症は，食生活や生活様式の欧米化，診断技術の向上，人口構成の高齢化などにより年々増加している。激しい側腹部から腰背部の痛みなどの特徴的な疼痛発作症状を呈することが多く，救急外来でよく遭遇する疾患の一つである。

尿管結石ガイドラインで尿管結石症の診断として推奨されている画像検査は超音波検査，単純CT，静脈性尿路造影検査などが挙げられるが，単純CTは感度・特異度ともに高く，初期診断としては最も推奨されている。しかしながら，放射線被曝の問題より小児・妊婦患者では超音波検査が第一選択であり，適切な症例選択が重要である。また，KUBも診断に有効であり，CTと比較し放射線被曝量は少ない。感度・特異度は劣るため，診断目的では推奨されないが外来通院での利用は有用と考える。

尿管結石症は尿路の急激な閉塞による腎盂内圧の上昇と尿管の攣縮が疼痛の原因と考えられており，腎盂内圧の上昇によるプロスタグランジンの合成・放出により，最終的に尿量増加をきたし，さらに腎盂内圧が上昇する悪循環により激しい疼痛が生じる。ガイドライン上では疼痛原因よりプロスタグランジンの合成を抑制する非ステロイド性抗炎症薬が第一選択となっている。第二選択としてはモルヒネ製剤が推奨されているが，鎮痛効果は劣り，嘔気・嘔吐の発現率が高く使用する際は注意が必要である。救急外来では初期対応が重要であり，感染徴候がなく，上記の鎮痛薬で疼痛コントロールが可能であれば経過観察可能である。10mm以下の結石であれば自然排石が期待できるが，結石の大きさや閉塞部位により排石率が異なり，１ヶ月間で排石を認めなければ積極的な治療介入が必要である。また，感染徴候がある，もしくは疼痛コントロールが不良であれば緊急ドレナージが必要であり，泌尿器科への紹介が必須であると考える。

（泌尿器科　竹内　彗悟）

リウマチ性多発筋痛症に気づくには？

【背景】どの診療科においても通院中の患者が，ある日突然身体の痛みを訴えたり，原因不明の炎症反応の上昇を示したりする場面に遭遇し得る。そんな時にリウマチ性多発筋痛症という疾患が思い浮かぶかもしれない。リウマチ性多発筋痛症は50歳以上に発症する四肢の近位筋優位の痛みと炎症反応の上昇を特徴とする疾患だが，診断に苦慮することも多い。今回実際に経験した２症例を提示しながら，病歴聴取や身体所見に着目して解説する。

【症例】症例①は80代の男性でリウマチ性多発筋痛症の典型例である。左膝関節痛があったことから，前医で偽痛風と診断され，NSAIDsが開始されたが，その後もCRP高値が続くため紹介受診した。詳しく病歴聴取したところ，約１ヶ月前の起床時から両肩痛や臀部痛が出現し，朝のこわばりも認めていた。比較的急性発症かつonsetが明確であり，動かしていると疼痛が軽減

するなどリウマチ性多発筋痛症らしい症状も見られた。身体診察では，Painful arc testが陽性であった。PSL 10mg/日で劇的に症状が改善した。Painful arc testは肩関節痛の評価に有用で，疾患特異的ではないものの簡易的に施行可能であり，診断の一助となりえる。少量のステロイド著効する点もリウマチ性多発筋痛症を支持する根拠になる。症例②は70代の男性で，リウマチ性多発筋痛症様の症状を呈しており，ステロイド治療を開始したが，治療反応性に乏しく，むしろ手指の関節痛が目立ってきたために高齢発症関節リウマチと診断した一例である。リウマチ性多発筋痛症として典型的ではない場合，他の鑑別疾患を慎重に除外していく必要がある。リウマチ性多発筋痛症様の症状を呈する疾患として，関節リウマチや血管炎，偽痛風，感染性心内膜炎などの感染性疾患，悪性リンパ腫などの悪性疾患などが挙げられるが，診断に迷った際には各種検査所見に加えて，再度病歴聴取や身体所見に立ち返って検討することが重要である。

【結語】日常診療においてポイントを押さえた病歴聴取やpainful arc testのように簡易的に可能な診察手技を用いることで，リウマチ性多発筋痛症の早期発見に繋げることが重要である。

（総合内科　森　　海人）

帯状疱疹UP TO DATE　ワクチンを打った方が良いですか？と聞かれたら

帯状疱疹（Herpes-Zoster：以下HZ）は，水痘・帯状疱疹ウイルスが再活性化することで発症し，患者の約７割が50歳以上である。高齢化社会の中においてHZを複数回発症する症例もある（再発率6.41％）。

臨床的に片側性の痛みが先行し，約１週間以内に神経に沿った浮腫性紅斑および水疱が生じる。典型例では診断は容易であるが，接触皮膚炎や臀部に生じた単純性疱疹の初期などの場合，ときにHZとの鑑別が難しい。近年，検査試薬（水痘・帯状疱疹ウイルス抗原キット）を用いた確定診断が可能であり，本製品とリアルタイムPCR法との相関性は，陽性一致率93.2％，陰性一致率98.8％，全体一致率96.2％と高く，検査料・判定料も保険収載されていることから日常診療に有益である。

帯状疱疹の合併症には，脳髄膜炎，Ramsay-Hunt症候群，運動神経麻痺，膀胱直腸障害がある。また，鼻尖部に紅斑や水疱が生じた場合，眼症状が合併（Hutchinson徴候）しやすいので眼科にコンサルトが必要である。

近年，コロナワクチン接種後にHZを発症した症例の論文が散見されるが，2020年12月から2021年６月に，新型コロナワクチンの接種を１回以上受けていた計203万9854人（平均年齢43.2歳，女性50.6％）を分析対象としたところ，対象期間にHZを発症していた患者は1451人（平均年齢51.6歳，女性58.2％）であった。新型コロナワクチン接種後の30日間と，その他の時期のHZ発症リスクを比較して，リスク増加が見られなかったため，ワクチン接種後のHZ発症例は偶発的で，ワクチンはリスクを増加させていなかったと報告された（JAMA Netw Open. 2022）。

2023年２月時点で帯状疱疹ワクチンは，①乾燥弱毒生水痘ワクチン②乾燥組み換え不活化帯状疱疹ワクチンの２種類がある。その特徴や違いを以下の表に記す。

50歳以上で帯状疱疹ワクチンに関心がある，あるいは免疫抑制治療中の患者にはワクチン接種を積極的に勧めている。

（皮膚科　堀　　仁子）

帯状疱疹ワクチン

	乾燥弱毒生水痘ワクチン（ビケン）	乾燥組み換え不活化帯状疱疹ワクチン（シングリックス筋注用）
適応年齢	50歳以上	50歳以上
用法・容量	0.5ml皮下注	0.5ml筋肉注射
接種回数	１回	２回（８週間隔）
費用（自費）	約8000円	約21000円×２
発症予防効果	50～59歳：69.8％ 60歳以上：51.3％	50歳以上：97％ 70歳以上：91％
神経痛予防効果	60歳以上で66.5％	70歳以上で85.5％
副反応	局所反応、発熱	局所反応、筋肉痛（40％）、発熱（18％）。頭痛（33％）など
禁忌	透析、悪性腫瘍治療中、免疫抑制治療中。妊婦など	重い急性疾患に罹患している人 妊婦は禁忌ではないが、接種時期を遅らせるように勧告
ブースター目的の再接種	制限なし（おそらく８～10年後には再接種が必要）	必要なし

看護研究発表会記録（令和４年度）

緊急心臓カテーテル術後患者へ行う視覚に訴えるオリエンテーションの有用性

集中治療室　〇中尾貴美子，村上　路代
藤島真紀子，原井　絵里

【はじめに】

当院での緊急心臓カテーテルは大腿動脈からアプローチするため，鼠径部の大腿動静脈からシースイントロデューサー（以下シース）が留置されている。現在，当院では緊急心臓カテーテル術直後の安静度について統一したマニュアルがない。術直後から口頭でオリエンテーションを実施しているが，自力で体位変換をしたりシースが挿入されている足を曲げてしまう事も多い。術後患者に対し，口頭で行うよりも図や画像を見せながら安静度を伝えた方がイメージがしやすく患者の理解が得られるのではないかと考え研究に取り組むこととした。

【研究対象】

対象：急性心筋梗塞（AMI）にて経皮的冠動脈インターベーション（PCI）を施行した患者。年齢性別は問わない。

【方法】

・患者の理解度をアンケート形式で調査する。
・口頭での説明オリエンテーション（以下Ⅰ群とする）21名。
・視覚に訴えるオリエンテーション（以下Ⅱ群とする）21名。
・統計学的比較はマンホイットニーのU検定で行いP＜0.05をもって有意差がありとした。

【結果】

「術後の安静についてイメージができたか」について，Ⅰ群の結果は（出来た，だいたい出来たを合わせて）21人中20人，平均値±標準偏差は4.43±0.51で，Ⅱ群は21人中20人，平均値±標準偏差は4.71±0.46であった。比較分析の結果は，P＝0.065でP＞0.05となるため有意な差はなかった。「実際に安静度を守ることができたか」について，Ⅰ群の結果は（出来た，だいたい出来たを合わせて）21人中15人，平均値±標準偏差は3.90±1.18で，Ⅱ群は21人中19人，平均値±標準偏差は4.38±0.92であった。比較分析の結果は，P＝0.142でP＞0.05となるため有意な差はなかった。「足を曲げることの合併症について理解できたか」については，Ⅰ群の結果は（出来た，だいたい出来た合わせて）21人中17人，平均値±標準偏差は4.14±1.06，Ⅱ群21人中16人平均値±標準偏差は4.24±1.04であった。比較分析の結果は，P＝0.680でP＞0.05となるため有意な差はなかった。Ⅰ群とⅡ群を比較して，統計上の有意差は見られなかったがⅡ群の方が一度の説明で安静度のイメージがしやすかったとの意見が多かった。ラミネート加工では蛍光灯の反射でみづらかったとの意見もあり改善が必要。

【考察】

統計上Ⅰ群Ⅱ群の有意差はなかったがⅠ群は口答で安静度の説明をされても緊張や不安の中，何度も説明しないと理解が得られなかった。対してⅡ群は一度の説明でわかりやすかったとの意見が多かった。また，術後の合併症を深刻に捉えることが出来，自主的に安静度を守る事に繋がると期待出来る。画像を用いたオリエンテーションを行う事は今後も有意義ではないかと考える。

【結論】

１．統計上，Ⅰ群とⅡ群の有意差は認められなかった。
２．図や画像を用いたオリエンテーションにより一度の説明で術後の安静度についてイメージしやすく，また，術後合併症の深刻さを印象づけることが出来た。
３．視覚的に訴え統一したオリエンテーションを行うことで，頻繁に口頭説明をされなくても自主的に安静を守る行動に繋がった。

虚血性心疾患によるステント留置後のセルフケアにおける実態調査

東５階　〇御園生愛理，高橋　美紅
小板橋由美子，杉野ゆかり
森川　友美

【はじめに】

当科では虚血性心疾患でステント留置後，退院時に他職種による再発予防に関する指導をしている。８ヶ月後に再評価し，その中には繰り返し治療をする患者がいる。その背景に，再発予防のセルフケアが不十分なのではないかと考えた。本研究で実態調査し，セル

フケアが困難な項目を抽出し，具体的な指導に繋げたいと考えた。

【研究対象・方法】

虚血性心疾患ステント治療後，再評価で入院する患者を対象に，退院指導の内容と心筋梗塞２次予防に関するガイドラインを参考にアンケート調査した。結果をカテゴリー別に単純集計した。

【結果】

患者14名にアンケート調査し，回収率は100％だった。結果は，定期受診は100％できていた。内服は正しく飲めていたが71％，時々忘れたが29％だった。仕事で忘れるときが時々あるとのことだった。食事療法は塩分を控えていたが72％，脂質を控えていたが50％だった。外食時は控えるのが難しい，介護もしていて献立が難しいという理由があった。禁煙者は92％，喫煙者は８％だった。喫煙者はストレスでたまに吸うとのことだった。血圧測定は毎日していたが43％，体重測定は毎日していたが43％だった。

【考察】

内服療法は不規則な環境から時々飲み忘れる患者がいたが，薬剤師の指導により内服薬の重要性を理解できていたと考える。食事に関して，管理栄養士の指導は効果があった。しかし，食事療法が困難な背景には個別差があるため，再入院時に聞き取りし，個別性に沿った指導をしていく必要がある。喫煙に関しては，再発予防の理解があり禁煙につながったと考える。体重・血圧測定が習慣化されなかった理由として，指導後に患者の理解力や解釈の仕方を確認していず，具体的な方法を提示しなかったことが考えられる。更に，外来での定期的な評価とフィードバックがされていないことも考えられる。研究結果からは具体的な支援が抽出できなかった。個別にあった支援を抽出できる方法を検討し，情報収集していく必要がある。

患者の口腔ケアに対する意識とセルフケア行動確立に向けたパンフレットの効果

西７階　〇奈良美和子，戸松　利佳
酒野　沙織，里吉　祐子

【はじめに】

当病棟では，がん化学療法，がん放射線治療を受ける患者が口腔内トラブルを併発する事例が多く，治療前にパンフレットを用いて含嗽指導を行っている。

平成31年度の当病棟の看護研究で口腔ケアに対する意識調査を実施。口腔ケアの重要性や口腔粘膜障害についてイメージできたが，症状に合わせたケアがわからず自主的に口腔ケアが行えていないという結果だった。このことから，患者が口腔内の症状とケア方法について理解しセルフケアができるよう，新たにパンフレットを作成し指導を行い，効果について検討したいと考えた。

【方法】

具体的な口腔内の症状を追加した新パンフレットを作成。治療前日に指導を行い，その後アンケート調査を実施。患者が口腔内の症状やケア方法を理解し，セルフケアが行えているかを分析する。なお，アンケート内容は平成31年度の研究と同様のものを使用する。

【結果】

対象者は11名。新パンフレット使用後，口腔ケアの重要性を感じた患者は，平成31年度93％，令和４年度100％だった。口腔内症状がイメージできた患者は，平成31年度が80％で，令和４年度は100％だった。毎日口腔内の観察を行っていた患者は，平成31年度は47％であり，令和４年度は73％だった。粘膜障害出現時辛いと感じた患者が平成31年度は80％，令和４年度は36％。辛くないと感じた患者が多かった。患者が必要としていた情報は，「症状出現時のケア方法」45％，「治癒期間」36％で欲しい情報として意見が多かった。

【考察】

口腔粘膜障害は，予防が最も重要で，口腔内を清潔に保つ事は，口内炎の二次感染や重症化を避けることに役立つ。パンフレットに口腔内症状の詳細を追加した事で，口腔粘膜障害のイメージができ，平成31年度研究時より毎日口腔内観察が行えるようになったと考える。一方で毎日口腔内を観察する行動に繋がらなかったのは，症状出現時のイメージが確立され，イメージしていた症状程，辛いと感じなかった為と考える。治癒するまでの期間や対処法の説明を行い，今後，治療を受ける患者全員が，口腔粘膜障害の予防や対処法を理解し，毎日のセルフケアの実施に繋げていけるよう指導していく必要がある。

日勤のみでペアを組む看護方式の導入の効果

東３階　〇齊藤　晴香，清野真裕子
田中　泉美，五十嵐由佳
小田　浩美

【はじめに】

看護の分野が多岐にわたる中で，スタッフの個々の

能力に影響した看護の質の差や時間外労働が常態化していた。安全で質の高い看護の実践，能力の均一化と働きやすい職場環境作り，新人・中途採用者の効果的な教育をするために，業務改善の一環としてパートナーシップ・ナーシング・システムを参考に，日勤のみでペアを組む看護方式を導入した。導入して１年が経過したため，その評価を行い，導入の効果について検討した。

【方法】

看護師長および看護研究メンバーを除く，東病棟３階ナースステーションの助産師･看護師30名を対象に，質問紙を用いて調査を行った。データの収集期間は2022年１月～３月までの間とした。

【結果・考察】

上記の看護方式を導入した効果として，「パートナーからの看護技術の伝承（オン・ザ・ジョブトレーニング効果)」「安心・安全の提供」「ケアの効率化」「迅速な看護展開」「業務の経済的効率化」に対する効果を実感したという回答を過半数で得た。パートナーシップ・マインドに関する項目への効果を実感したという回答が多く，パートナーシップ・マインドの３つの心である「自立･自助の心」「与える心」「複眼の心」，更には「尊重」「信頼」「慮る」という３つの要素の成長に寄与したと考えられ，当病棟の業務改善に有効であったと思われた。一方，「ストレスや負担の実感があった」というネガティブな回答もみられ，今後この方式の定着を図るうえで検討が必要な課題と考えられた。

【結論】

・日勤のみでペアを組む看護方式は，「パートナーからの看護技術の伝承」「安心・安全の提供」「ケアの効率化」「迅速な看護展開」「業務の経済的効率化」に対して有効である可能性が示唆された。
・ペアを組む看護方式を実践することにより，パートナーシップ・マインドの３つの心である「自立・自助の心」「与える心」「複眼の心」，更には「尊重」「信頼」「慮る」という３つの要素が育ち，よりよい看護の実践につながると思われた。
・今後さらに有効な看護方式となるように，病棟経験の少ないスタッフのパートナーシップ・マインドを高めていくための取り組みを続けていくことが重要であると思われた。

ストーマ造設患者が退院後に感じた疑問や不安
～アンケート調査からわかる今後の退院指導への課題～

東７階　〇村井日向子，阿部　優子
吉村里加子，原田　恵美

【はじめに】

近年，大腸癌は増加傾向にあり，ストーマ造設術を受ける患者も増加傾向である。ストーマ造設患者（以下，患者）に対し，術前には，ストーマ装具販売会社が作成した冊子（以下，ガイドブック）を用いて患者または家族への説明を行っている。術後には，患者のADLや理解力，術後の経過，ボディイメージの受け入れを考慮し，段階を踏んで退院指導を行っている。しかし，退院後，実際に自宅で過ごしてみて初めて生じる疑問や不安について，患者から連絡をいただく事が少なからずあった。そこで，当病棟の指導内容が患者の疑問や不安に合わせた指導であるかどうかについて検討した。

【方法】

対象：自宅退院された2019年～2021年までのストーマ造設患者25名
期間：2022年５月１日～2022年７月30日
調査方法：患者にアンケート調査を行い，選択肢回答法と複数回答法を用いてクロス集計を行った。

【結果】

アンケートの回収率は48％であった。そのうち，「(退院後に」困った事があった」と回答したのは83％であった。患者の不安は，先行研究の上位を占める回答と同じであった。内容として，ストマ管理については「皮膚がただれた」，「排泄物がもれた」ということであった。日常生活に関することでは，「温泉に行けなくなった」，「装具のもちが悪くなるため入浴回数を制限している」ということであった。社会生活については，「装具代が負担になっている」，「人の多いところは避けるようになった」ということであった。

【考察】

当病棟の患者は，ボディイメージの変化を受け入れ，ストーマ装具交換の手技が確立すると退院となることが多い。手技確立が目標となっているため，退院後の生活をイメージ出来ないまま退院しているのではないかと考えた。退院後の生活について，ゆっくり話し合う機会が少ないことも要因の一つであると思われた。不安の内容は，ガイドブックに記載されているこ

とが大半であるため，患者が自宅での生活をイメージ出来るように，一緒に考えていくことが必要である。

【結論】

・ストーマ造設患者は先行研究と同じ悩みや不安を抱えており，その対処方法はガイドブックに記載されていることが大半である。
・当病棟ではストーマ装具交換の手技確立が目標となり，患者が退院後の生活をイメージ出来ないまま退院していると思われる。
・入院中に患者と一緒にガイドブックを見て，自宅での生活をイメージ出来るように考えることが必要である。

不適応行動をとる患児への介入の一考察
～できたねシールを通して～

北第１　〇中澤　勇治，十河　真由
豊嶋　　瞬，曳地　光恵

【はじめに】

患児は衝動的に暴言，暴力行為を行い介入困難になることが多かった。衝動性が少しでも落ち着くよう，「できたねシール帳」というものを作成し介入した。「できたねシール帳」を用いた関わりを振り返り，患児の行動がどのように変化していったのかを明らかにし，今後の看護に活かしたいと考えた。

【事例紹介】

10代　ADHD。不適応行動が多い患児に対し，褒める関わりを行い，行動修正を図るため「できたねシール帳」による介入を行った。

【結果・考察】

「できたねシール帳」を導入後，目標に向けて取り組む姿が見られ，自発的に自分の行動を振り返ることはできていたが，不適応行動自体は減少しなかった。振り返りでは，出来なかったことや良くなかったことばかり振り返ることが多かった。開始から数週間が経過すると，目標に向けて実施項目を達成するように取り組むことはできるようになったものの，シールに固執してしまい，交換条件のようにシールを求めるようになった。

また，夜間帯は看護師不足もあり，患児と関わる時間が少なく，興奮することが多かった。患児は養育環境の影響から不適応行動を取っていたと考えられるが，今回，患児との関係形成が不十分な中で「できたねシール帳」を導入したため，スタッフに対し不信感もあり，不適応行動が減少しなかった一因であると考えられた。関係を十分に形成し，対象理解を深めた上で「できたねシール帳」を導入することが望ましかったと思われた。また，「できたねシール帳」での介入では看護師間での判断基準の差異が生じてしまうことも問題であった。

今後，「できたねシール帳」を再開する際は，行動修正を目的とした関わりが必要であり，特に衝動性症状に着目しトークンエコノミー法を用いて介入する事が重要である。褒める関わりから患児の自信に繋がる経験を積んでいく必要があると思われ，振り返りでは問題だった行動についての注意や叱責を避け，具体的な代替の行動を示すことが重要である。

がん診療連携拠点病院関連研修会【令和４年度】

・令和４年度　介護職員のための緩和ケアWEB研修会（Zoom開催）

・第１回「施設におけるコロナウイルス感染予防策」（４月15日）	副院長	柿木　康孝
・第２回「口腔ケアについて」（６月９日）	歯科口腔外科	柴山　尚大
・第３回「ベッドから車椅子への移乗～実演から学ぶ介護者が腰を痛めないコツ～」（８月19日）	理学療法士	小寺　修平
・第４回「高齢者の便秘について」（10月14日）	緩和ケア認定医	垂石　正樹
・第５回「身近な人ががんになったとき」（11月18日）	がん相談員	小野寺知美
・第６回「暮らしの延長線上にある看取り（前編，後編）」（12月８，９日）	緩和ケア認定看護師	外川　仁美
	緩和ケア認定看護師	中村　浩美

・厚生労働省の開催指針に準拠した緩和ケア研修会（WEB）（11月27日）　2022年度　市立旭川病院　　緩和ケア研修会

令和４年度各科学会発表ならびに投稿論文

内　　科
［学会発表］

１）最近の心不全の診断・治療
市立旭川病院　内科
石井　良直
（第４回旭川薬剤師循環器セミナー，2022年２月，旭川）

２）市立旭川病院における急性心筋梗塞の臨床研究
市立旭川病院　内科
石井　良直
（第30回旭川CCU症例検討会，2022年３月，旭川）

３）Tissue characteristic of coronary artery plaque in culprit lesion using 60MHz IB-IVUS and coronary microvascular dysfunction after STEMI.
市立旭川病院　内科
北川　　拓，石井　良直，井川　貴行，井澤　和眞
菅野　貴康，小林　祐也
同　　臨床工学室
田中　義範
旭川医科大学　内科学講座　循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
（第86回日本循環器学会学術集会，2022年３月，岡山）

４）急性心筋梗塞に対する再灌流療法の臨床研究
市立旭川病院　内科
石井　良直
（ACS診療講演会，2022年４月，旭川）

５）special lecture；最近の心不全診療のエッセンス～SGLT2阻害薬への期待を含めて～
市立旭川病院　内科
石井　良直
（ジャディアンス　Heart Failure TV Symposium，2022年４月，旭川）

６）狭心症を正しく診断するために
市立旭川病院　内科
石井　良直
（網走WEB講演会，2022年５月，網走）

７）COVID-19ワクチン接種後に急性心膜心筋炎を発症した若年男性の２症例
市立旭川病院　内科
久木田　新，石井　良直，菅野　貴康，井澤　和眞
井川　貴行，中村　　愛，堀内　　至
（第127回日本循環器学会北海道地方会，2022年６月，札幌）

８）狭心症の症状出現機序を正しく診断するための虚血評価モダリティの考え方
市立旭川病院　内科
石井　良直，菅野　貴康，井澤　和眞，井川　貴行
（第70回日本心臓病学会学術集会，2022年９月，京都）

９）COVID-19ワクチン接種後副反応による急性心膜心筋炎を発症した若年の２症例
市立旭川病院　内科
久木田　新，石井　良直，菅野　貴康，井澤　和眞
井川　貴行，中村　　愛，堀内　　至
（第70回日本心臓病学会学術集会，2022年９月，京都）

10）虚血イメージングの活用～様々なモダリティの中でシンチを活かす～
市立旭川病院　内科
菅野　貴康，石井　良直
（北海道心臓核医学シンポジウム，2022年10月，札幌）

11）COVID-19ワクチン接種後の心膜心筋炎の３例
市立旭川病院　内科
久木田　新，石井　良直，菅野　貴康，井川　貴行
中村　　愛，堀内　　至
同　　小児科
古川　卓朗、中嶋　雅秀
（旭川市医師会医学会，2022年11月，旭川）

12）Lecture；心不全治療の進歩と問題点
市立旭川病院　内科
石井　良直
（Asahikawa Heart Failure Meeting，2022年11月，旭川）

13）大腸疾患の診断と治療―歩みと展望
市立旭川病院　内科
斉藤　裕輔
（第314回広島胃と腸疾患研究会，2022年１月，広島）

14）討論者：ディスカッションパート
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（Crohn's Disease Web-Round Table Meeting，2022年１月，札幌（Web開催））

15）消092肺腫瘍塞栓性微小血管症が疑われた直腸癌の１例
市立旭川病院　内科
齊藤　成亮，杉山　隆治，中田　裕隆，上原　聡人
岩間　琢哉，助川　隆士，稲場　勇平，垂石　正樹
斉藤　裕輔
（第130回日本消化器病学会北海道支部例会，2022年３月，札幌）

16）術前DCF療法を施行した局所進行食道癌症例

市立旭川病院　内科
垂石　正樹
（食道癌周術期薬物療法治療を考える会，2022年４月，旭川（Web開催））

17）大腸癌に対するLactobacillus casei由来フェリクロームの抗腫瘍作用とメカニズム解析
市立旭川病院　内科
岩間　琢哉
旭川医科大学内科学講座　病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野
藤谷　幹浩
（第108回日本消化器病学会総会，2022年４月，東京）

18）Best Abstract Session:Usefulness of EUS in the evaluation of propriety of endoscopic complete resection for colorectal T1 carcinomas-results of prospective study.
Digestive Disease Center, Asahikawa City Hospital
Yu Kobayashi,M.D., Yusuke Saitoh,M.D.
Yuhei Inaba,M.D.
Division of Gastroenterology and Hematology/Oncology, Department of Medicine, Asahikawa Medical University
Mikihiro Fujiya,M.D.
（ENDO 2022(3rd World Congress of G1 Endoscopy, 2022年5月, Kyoto）

19）討論者：ディスカッションパート
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（Best Practice & Experiences of IBD-Roots at Universe of Chicago, 2022年６月，旭川（Web開催））

20）パネリスト：IBD診療におけるSpecial situation
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（Best Practice & Experiences of IBD-Roots at Universe of Chicago, 2022年６月，旭川（Web開催））

21）講演：IBDに関する鑑別診断
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（IBDハイブリッドWEBセミナー，2022年７月，旭川（Web開催））

22）パネリスト：ディスカッションパート
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（CD Web Seminar～Real World Experienceから適切な治療アプローチを検討する～，2022年８月，旭川（Web開催））

23）シンポジウム：医師の働き方改革と地域医療の現状２：医師の働き方改革と地域医療の現状
市立旭川病院　内科
斉藤　裕輔
（令和４年度全国自治体病院協議会北海道支部研修会，2022年９月，札幌）

24）パネリスト：ディスカッションパート
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（潰瘍性大腸炎治療講演会 in 旭川，2022年９月，旭川（Web開催））

25）胃癌手術を契機に診断された虫垂Goblet cell carcinomaの１例
市立旭川病院　内科
松永　滉平，岩間　琢哉，石垣　憲一，中田　裕隆
太田　勝久，助川　隆士，稲場　勇平，垂石　正樹
斉藤　裕輔
同　　外科
村上　慶洋
同　　病理診断科
高田　明生
（第43回日本大腸肛門病学会北海道支部例会，2022年10月，札幌）

26）高齢者の便秘について
市立旭川病院　内科
垂石　正樹
（市立旭川病院令和４年度介護職員のための緩和ケアWeb研修会，2022年10月，旭川（Web開催））

27）デジタルポスターセッション61（消化器病学会）消P-314：併用する薬物療法が顆粒球吸着除去療法（GMA）の臨床効果に与える影響に関する検討
市立旭川病院　内科
岩間　琢哉
旭川医科大学内科学講座　消化器・内視鏡学部門
上野　伸展，田中　一之，安藤　勝祥，芹川　真哉
武藤桃太郎，嘉島　　伸，盛一健太郎，奥村　利勝
藤谷　幹浩
（JDDW2022，2022年10月，福岡）

28）講演：UCの診断・治療および地域における病診連携の役割
市立旭川病院　内科
稲場　勇平
（道北IBD医療連携セミナー，2022年11月，旭川（Web開催））

29）講演Ⅰ「当院消化器内科における慢性便秘症治療」
市立旭川病院　内科
岩間　琢哉
（慢性便秘症up to date in 旭川～神経内科と消化器内科それぞれからみた便秘～，2022年11月，旭川）

30）パネリスト：パネルディスカッション
市立旭川病院　内科

稲場　勇平
（IBD Clinic up to Date Seminar in 旭川，2022年12月，旭川（Web開催））

31）講演Ⅱ「胃癌治療におけるContinuum of Care」ディスカッション
市立旭川病院　内科
岩間　琢哉
（第１回北北海道消化管がんフォーラム，2022年12月，旭川）

32）EBN関連NK/T細胞リンパ腫・白血病に対する早期の同種造血幹細胞移植
市立旭川病院　内科
松岡　里湖，高橋　知希，市川　貴也，柿木　康孝
（第44回日本造血・免疫細胞療法学会総会，2022年５月，横浜＆Web開催）

33）びまん性大細胞型B細胞リンパ腫発症時にループスアンチコアグランド低プロトロンビン血症症候群の病態を認めた１例
市立旭川病院　内科
野島　慎悟，藤井　文彰，松岡　里湖，柿木　康孝
（第64回日本血液学会秋季北海道地方会，2022年９月，札幌＆Web開催）

34）頭蓋内形質細胞腫を認めた多発性骨髄腫の３例
市立旭川病院　内科
市川　貴也，高橋　知希，松岡　里湖，柿木　康孝
（第84回日本血液学会学術集会，2022年10月，福岡＆Web開催）

35）成人期に発見されたX連鎖無γグロブリン血症によりABO血液型検査に影響を及ぼした１例
市立旭川病院　中央検査科
盛永　清香，櫻木まりん，三浦　美里，木元　宏弥
二郷　元彦
同　　内科
柿木　康孝
（第66回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会，2022年11月，札幌＆Web開催）

36）Genespelist白熱教室!!　第１回これってホントに副腎不全？
福島県立医科大学　白河総合診療アカデミー
東　　光久
奈良県立医科大学　地域医療学
赤井　靖宏
同　　糖尿病・内分泌内科学講座
髙橋　　裕
八田内科医院
八田　　告
市立旭川病院　内科
鈴木　　聡
近江八幡市立総合医療センター　腎臓内科
原　　将之
京都府立医科大学　血液内科
西山　大地
（ACP Japan Chapter web seminar，2022年２月，Web開催）

37）深みを持たせる総合診療～やっちゃえ！Genespelist～
福島県立医科大学　白河総合診療アカデミー
東　　光久
奈良県立医科大学　地域医療学
赤井　靖宏
八田内科医院
八田　　告
市立旭川病院　内科
鈴木　　聡
近江八幡市立総合医療センター　腎臓内科
原　　将之
京都府立医科大学　血液内科
西山　大地
（第13回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会，2022年６月，Web開催）

38）Izumi Fever Springs up Sporadically
Department of General Internal Medicine Asahikawa City Hospital
Satoshi Suzuki, Keiko Suzuki
Department of Pediatrics Asahikawa City Hospital
Masahide Nakajima
Department of Dermatology Asahikawa City Hospital
Hiroyuki Sakai
（ACP　日本支部年次総会・講演会，2022年６月，Web開催）

39）Genespelist白熱教室!!　第２回正しく恐れよう!!オンコロジックエマージェンシー!!
福島県立医科大学　白河総合診療アカデミー
東　　光久
奈良県立医科大学　地域医療学
赤井　靖宏
八田内科医院
八田　　告
市立旭川病院　内科
鈴木　　聡
近江八幡市立総合医療センター　腎臓内科
原　　将之
京都府立医科大学　血液内科
西山　大地
和歌山県立医科大学　救急科
田村　志宣
（ACP日本支部年次総会・講演会2022，2022年６月，

Web開催）

40）**軽症の肺炎球菌菌血症を契機に診断に至ったX連鎖無ガンマグロブリン血症の成人例**

市立旭川病院　内科
鈴木　　聡，鈴木　啓子
同　　小児科
中嶋　雅秀
北海道大学病院　小児科
植木　将弘，竹崎俊一郎
（日本内科学会第296回北海道地方会，2022年11月，Web開催）

41）**Genespelist白熱教室!!　第３回極論で攻める！ PMR診療！**

福島県立医科大学・白河総合診療アカデミー
東　　光久
奈良県立医科大学　地域医療学
赤井　靖宏
八田内科医院
八田　　告
和歌山県立医科大学　救急科
田村　志宣
市立旭川病院　内科
鈴木　　聡
近江八幡市立総合医療センター　腎臓内科
原　　将之
京都府立医科大学　血液内科
西山　大地
京都大学医学部附属病院　免疫・膠原病内科
吉田　常恭
（ACP Japan Chapter web seminar，2022年12月，Web開催）

42）**短腸症候群による低Ca・低Mg血症とミオパチーの１例（会議録）**

市立旭川病院　内科
片山　隆行，髙橋　佳恵，箭原　　修
同　　外科
山田　　徹
（第109回日本神経学会北海道地方会，2022年３月，札幌）

43）Outcome of the patients in memory clinic of our hospital

市立旭川病院　内科
Takayuki Katayama, Kae Takahashi, Osamu Yahara
（第63回日本神経学会学術大会，2022年５月，東京）

44）**脳ドック受診者におけるMRI所見と末梢動脈評価指標との関連に関する後方視的検討**

市立旭川病院　内科
片山　隆行，髙橋　佳恵，箭原　　修
同　　中央放射線科
福田　泰之，川崎　伸一
旭川医療センター　脳神経内科
黒田　健司，木村　　隆
（第110回日本神経学会北海道地方会，2022年９月，札幌）

45）**透析心における心電図左室電位の経時的変化と心エコーパラメーターの関連**

市立旭川病院　内科
藤野　貴行，倉　麻里香，山田　一紀，石井　良直
同　　臨床器材科
堂野　隆史，窪田　將司
（第67回日本透析医学会学術集会・総会，2022年７月，横浜）

［投稿論文］

1）Advanced endoscopy for the management of inflammatory digestive diseases:Review of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society core session.

Minoru Matsuura, Takayuki Matsumoto, Yuji Naito
Yusuke Saitoh, Takanori Kanai, Yasuo Suzuki
Shinji Tanaka, Haruhiko Ogata, Tadakazu Hisamatsu
（Digestive Endoscopy 2022 doi:10.1111/den.14234.）

2）Guidelines for Colorectal Cold Polypectomy (supplement to “Guidelines for Colorectal Endoscopic Submucosal Dissection /Endoscopic Mucosal Resection”)

Uraoka T, Takizawa K, Tanaka S, Kashida H, Saito Y
Yahagi N, Yamano H, Yamamoto H, Saito S, Hisabe T
Yao T, Watanabe M, Yoshida M, Saitoh Y, Tsuruta O
Igarashi M, Toyonaga T, Ajioka Y, Fujimoto K, Inoue H
（Digestive Endoscopy 2022 doi:10.1111/den.14250.）

3）Concomitant pharmacologic medications influence the clinical outcomes of granulocyte and monocyte adsorptive apheresis in patients with ulcerative colitis:A multicenter retrospective cohort study.

Ueno N, Inaba Y, et al
（Research Square 2022 April.DOI:10.21203/rs.3.rs-1599678/v1(not found in Pubmed:incomplete author data.)）

4）**大腸低分化腺癌**

市立旭川病院　内科
斉藤　裕輔
（胃と腸　2022；**57**（５）：631.）

5）Gastroenterological Endoscopy Society guidelines for colorectal endoscopic submucosal dissection/ endoscopic mucosal resection.

Shinji Tanaka, Hiroshi Kashida, Yutaka Saito
Naohisa Yahagi, Hiroo Yamano, Shoichi Saito

Takashi Hisabe, Takashi Yao, Masahiko Watanabe
Masahiro Yoshida, Yusuke Saitoh, Osamu Tsuruta
Ken-ichi Sugihara, Masahiro Igarashi
Takashi Toyonaga, Yoichi Ajioka, Masato Kusunoki
Kazuhiko Koike, Kazuma Fujimoto, Hisao Tajiri
（Digestive Endoscopy 2022；32：219-239.）

6）II．診断法　X線造影検査（内視鏡的逆行性回腸造影検査を含む）
市立旭川病院　内科
斉藤　裕輔，垂石　正樹
旭川医科大学内科学講座　病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野
藤谷　幹浩
（日本臨床　2022；80（増刊７）：34-40.）

7）III　消化管疾患　C．腸　8．腸結核
市立旭川病院　内科
斉藤　裕輔，垂石　正樹
（消化器疾患最新の治療2023-2024　南江堂　2022；190-193.）

8）Mutations in the nonstructural proteins of SARS-Cov-2 may contribute to adverse clinical outcome in patients with COVID-19.
Ichikawa T, Torii S, Suzuki H, Takada A, Suzuki S
Nakajima M, Tanpo A, Kakinoki Y
（International Journal of Infectious Diseases 2022；122：123-129.）

9）Impact of Antibody Cocktail Therapy Combined with Casirivimab and Imdevimab on Clinical Outcome for Patients with COVID-19 in A Real-Life Setting:A Single Institute Analysis.
Kakinoki Y, Yamada K, Tanino Y, Suzuki K, Ichikawa T
Suzuki N, Asari G, Nakamura A, Kukita S, Uehara A
Saito S, Kuroda S, Sakagami H, Nagashima Y
Takahashi K, Suzuki S
（International Journal of Infectious Diseases 2022；117：189-194.）

10）COVID-19に対する抗体カクテル療法の臨床的検討
市立旭川病院　内科
山田　一紀，市川　貴也，谷野　洋子，鈴木　聡
鈴木　啓子，黒田　祥平，上原　聡人，齊藤　成亮
髙橋　佳恵，中村　愛，久木田　新，坂上　英充
永島　優樹，柿木　康孝
同　耳鼻咽喉科
佐藤　禄
同　救急科
丹保亜希仁
同　小児科
中嶋　雅秀
（感染症学雑誌　2022；96：179-185.）

11）当院における新型コロナウイルス感染症診療のまとめ
市立旭川病院　内科
山田　一紀，市川　貴也，谷野　洋子，鈴木　聡
鈴木　啓子，黒田　祥平，中田　裕隆，上原　聡人
齊藤　成亮，髙橋　佳恵，中村　愛，久木田　新
柿木　康孝
同　胸部外科
古川夕里香，内藤　祐嗣
同　泌尿器科
菊地　大樹
同　耳鼻咽喉科
佐藤　禄
同　精神科
入江　晃子
同　救急科
丹保亜希仁
同　小児科
中嶋　雅秀
（旭川市立病院医誌　2022；54：９-15.）

12）喘息における閉塞性換気障害
市立旭川病院　内科
福居　嘉信
（日本臨床2022；80（増刊６）；156-159.）

13）Clinical characteristics of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 omicron variant compared with the delta variant: a retrospective case-control study of 318 outpatients from a single sight institute in Japan.
Department of General Internal Medicine Asahikawa City Hospital
Keiko Suzuki, Satoshi Suzuki
Department of Hematology Asahikawa City Hospital
Takaya Ichikawa, Yasutaka Kakinoki
Department of Respiratory Medicine Asahikawa City Hospital
Yoko Tanino
（Peer J. 2022;10: e13762.）

14）新型コロナウイルスワクチン接種後無痛性甲状腺炎が疑われた１例
市立旭川病院　内科
鈴木　啓子，鈴木　聡
（日病総診誌　2022；18（５）；376-378.）

15）Acute exacerbation of idiopathic hypereosinophilic syndrome following asymptomatic coronavirus disease 2019: a case report.
Department of General Internal Medicine Asahikawa City Hospital

Satoshi Suzuki, Keiko Suzuki
Department of Hematology Asahikawa City Hospital
Takaya Ichikawa
Department of Neurology Asahikawa City Hospital
Kae Takahashi
Department of Dermatology Asahikawa City Hospital
Masako Minami-Hori
Department of Respiratory Medicine Asahikawa City Hospital
Yoko Tanino
（Journal of Medical Case Reports. 2022;16(1):324.）

16）A Case of Possible Chronic Graft-versus-host Disease in the Central Nervous System Manifesting as Cerebellar Ataxia after Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation for Acute Myeloid Leukemia.
Department of Neurology Asahikawa City Hospital
Takahashi K, Katayama T, Yahara O
Department of Hematology Asahikawa City Hospital
Ichikawa T, Matsuoka S, Kakinoki Y
Faculty of Nursing and Social Welfare Science, Fukui Prefectural University
Yoneda M
Department of Neurology Gifu University
Kimura A
Department of Internal Medicine Asahikawa Rehabilitation Hospital
Koyama S
（Intern Med. 2022 Aug 10. doi: 10.2169/internalmedicine.9720-22. Epub ahead of print. PMID: 35945030.）

外　科

［学会発表］

1）合併症ゼロを目指した腹腔鏡下手術
市立旭川病院　外科
村上　慶洋
（e-SEMEL（北大消化器外科Ⅱ内視鏡外科セミナー），2022年２月，札幌（Web開催））

2）腹腔鏡下ハルトマン手術にて救命し得た劇症型アメーバ性大腸炎による大腸穿孔の１例
市立旭川病院　外科
本吉　章嵩，村上　慶洋，吉田　雄亮，山田　　徹
本谷　康二，笹村　裕二
（第122回日本外科学会定期学術集会，2022年４月，熊本（Web開催））

3）早期大腸癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）および外科的治療の現状
市立旭川病院　外科
吉田　雄亮，村上　慶洋，本吉　章嵩，山田　　徹
本谷　康二，笹村　裕二
同　　内科
稲場　勇平
（第122回日本外科学会定期学術集会，2022年４月，熊本（Web開催））

4）当科における腹腔鏡下腹壁瘢痕ヘルニア根治術の治療成績と課題
市立旭川病院　外科
山田　　徹，村上　慶洋，室井　論大，倉谷　友崇
吉田　雄亮，笹村　裕二
（第27回北海道内視鏡外科研究会，2022年６月，札幌）

5）釘誤飲に対してX線透視装置を併用し腹腔鏡下異物除去術を施行した２例
市立旭川病院　外科
荒町優香里，村上　慶洋，室井　論大，倉谷　友崇
吉田　雄亮，笹村　裕二
（第27回北海道内視鏡外科研究会，2022年６月，札幌）

6）腹腔鏡からロボットまで場面に合ったテクニックとデバイスの選択
市立旭川病院　外科
村上　慶洋
北海道大学病院　消化器外科Ⅱ
海老原裕磨，倉島　　庸
（北海道外科教育オンラインセミナー，2022年６月，札幌）

7）臨床研修医にとっての外科ローテートの意義と進路選択への影響
市立旭川病院　外科
荒町優香里，村上　慶洋，室井　論大，倉谷　友崇
吉田　雄亮，笹村　裕二
（第５回北海道外科関連学会機構合同学術集会，2022年９月，札幌）

8）巨大中部食道憩室に対し腹臥位にて施行した胸部中部食道憩室切除の１例
市立旭川病院　外科
室井　論大，村上　慶洋，倉谷　友崇，吉田　雄亮
山田　　徹，笹村　裕二
（第５回北海道外科関連学会機構合同学術集会，2022年９月，札幌）

9）腹腔鏡下結腸切除術における体腔内吻合の治療成績と課題の考察
市立旭川病院　外科
吉田　雄亮，村上　慶洋，室井　論大，倉谷　友崇
山田　　徹，笹村　裕二
（第５回北海道外科関連学会機構合同学術集会，2022年９月，札幌）

10）当科におけるロボット支援下直腸切除術の導入および初期成績と今後の課題
市立旭川病院　外科
村上　慶洋，室井　論大，倉谷　友崇，吉田　雄亮
山田　　徹，笹村　裕二
（第５回北海道外科関連学会機構合同学術集会，2022年９月，札幌）

11）ノロウイルス腸炎を合併したS状結腸穿孔の１例
市立旭川病院　外科
倉谷　友崇，山田　　徹，室井　論大，吉田　雄亮
村上　慶洋，笹村　裕二
（第43回大腸肛門病学会北海道支部例会，2022年10月，札幌）

12）当科における直腸脱に対する腹腔鏡下直腸固定術の治療成績
市立旭川病院　外科
山田　　徹，村上　慶洋，本吉　章嵩，吉田　雄亮
本谷　康二，笹村　裕二
（第43回大腸肛門病学会北海道支部例会，2022年10月，札幌）

13）36歳の大腸穿孔、ノロウイルス腸炎の合併、癌の疑いもあり・・・治療方針は!?
市立旭川病院　外科
山田　　徹，室井　論大，倉谷　友崇，吉田　雄亮
村上　慶洋，笹村　裕二
（第24回北海道腫瘍外科症例検討会，2022年10月，札幌）

14）腹臥位にて施行した胸部中部食道憩室切除の１例
市立旭川病院　外科
室井　論大，倉谷　友崇，吉田　雄亮，山田　　徹
村上　慶洋，笹村　裕二
（第84回日本臨床外科学会総会，2022年11月，福岡）

15）腹腔鏡下結腸切除術における体腔内吻合の治療成績と課題の考察
市立旭川病院　外科
吉田　雄亮，室井　論大，倉谷　友崇，山田　　徹
村上　慶洋，笹村　裕二
（第84回日本臨床外科学会総会，2022年11月，福岡）

16）ロボット手術とは？
市立旭川病院　外科
村上　慶洋
（旭化成ファーマ勉強会，2022年11月，旭川）

［投稿論文］

１）Outcomes of laparoscopic total gastrectomy in elderly patients: a propensity score matching analysis.
Yuma Ebihara, Yo Kurashima, Yusuke Watanabe
Kimitaka Tanaka, Aya Matsui, Yoshitsugu Nakanishi
Toshimichi Asano, Takehiro Noji, Toru Nakamura
Soichi Murakami, Takahiro Tsuchikawa
Keisuke Okamura, Yoshihiro Murakami
Katsuhiko Murakawa, Fumitaka Nakamura
Takayuki Morita, Shunichi Okushiba
Toshiaki Shichinohe, Satoshi Hirano
（Langenbecks Arch Surg 2022;**407**:1461-1469.）

２）Relationship between laparoscopic total gastrectomy-associated postoperative complications and gastric cancer prognosis.
Yuma Ebihara, Noriaki Kyogoku, Yoshihiro Murakami
Katsuhiko Murakawa, Fumitaka Nakamura
Takayuki Morita, Shunichi Okushiba, Satoshi Hirano
（Updates Surg 2022 doi: 10.1007/s13304-022-01402-6.）

３）Tumor-Informed Approach Improved ctDNA Detection Rate in Resected Pancreatic Cancer
Kazunori Watanabe, Toru Nakamura, Yasutoshi Kimura
Masayo Motoya, Shigeyuki Kojima, Tomotaka Kuraya
Takeshi Murakami, Tsukasa Kaneko
Yoshihito Shinohara, Yosuke Kitayama, Keito Fukuda
Kanako C Hatanaka, Tomoko Mitsuhashi
Fabio Pittella-Silva, Toshikazu Yamaguchi
Satoshi Hirano, Yusuke Nakamura, Siew-Kee Low
（Int J Mol Sci. 2022;**23**(19):11521.）

４）Targeted amplicon sequencing for primary tumors and matched lymph node metastases in patients with extrahepatic cholangiocarcinoma.
Toru Yamada, Yoshitsugu Nakanishi, Hideyuki Hayashi
Shigeki Tanishima, Ryo Mori, Kyoko Fujii
Keisuke Okamura, Takahiro Tsuchikawa
Toru Nakamura, Takehiro Noji, Toshimichi Asano
Aya Matsui, Kimitaka Tanaka, Yusuke Watanabe
Yo Kurashima, Yuma Ebihara, Soichi Murakami
Toshiaki Shichinohe, Tomoko Mitsuhashi
Satoshi Hirano
（HPB 2022;**24**:1035-1043.）

胸部外科

［学会発表］

１）左大動脈弓，右側下行大動脈を合併した遠位弓部大動脈瘤に対して弓部置換術を施行した１例
市立旭川病院　胸部外科
安東　悟央，内藤　祐嗣，村上　達哉
（第106回日本胸部外科学会北海道地方会，2022年９月札幌）

２）腹部大動脈ステントグラフト内挿術後のtype II エンド

リークによる瘤拡大に対し開腹瘤縫縮術を施行した２例
市立旭川病院　胸部外科
安東　悟央，内藤　祐嗣，村上　達哉
（第41回日本血管外科学会北海道地方会，2022年９月，札幌）

３）腹部大動脈人工血管劣化に対して再人工血管置換術を要した１例
市立旭川病院　胸部外科
内藤　祐嗣，安東　悟央，村上　達哉
（第111回北海道外科学会，2022年９月，札幌）

耳鼻咽喉科

［学会発表］

１）下咽頭癌肺多発転移に対してニボルマブが著効した１例
市立旭川病院　耳鼻咽喉科
佐藤　　禄
（第225回日耳鼻北海道地方部会学術講演会，2022年３月，（Web開催））

小 児 科

［学会発表］

１）コロナ禍における、子どもの発熱
市立旭川病院　小児科
古川　卓朗
（日本小児科学会主催　小児救急市民公開フォーラム in 旭川，2022年２月，Web開催）

２）定期免疫グロブリン補充療法により再発を抑止しえた抗MOG抗体関連疾患の一例
市立旭川病院　小児科
山本　朝日
（第64回日本小児神経学会学術集会，2022年６月，高崎）

３）心臓MRIでの異常所見が長期間残存した新型コロナウイルスワクチン接種後心筋炎の一例
市立旭川病院　小児科
古川　卓朗，山本　朝日，中嶋　雅秀
（日本小児科学会北海道地方会第314回例会，2022年６月，札幌）

４）リトナビル・ブーストによりタクロリムス血中濃度の異常高値をきたした、メチルマロン酸血症・生体肝移植後の17歳男性例
市立旭川病院　小児科
山本　朝日，古川　卓朗，中嶋　雅秀
（日本小児科学会北海道地方会第315回例会，2022年12月，札幌）

５）小児COVID-19の臨床像
市立旭川病院　小児科
中嶋　雅秀，山本　朝日，古川　卓朗
（第43回道北小児科懇話会，2022年12月，旭川）

泌尿器科

［学会発表］

１）泌尿器科の若手女性医師・男性医師の働き方のリアル～結婚・育児・キャリアについて～
市立旭川病院　泌尿器科
菊地　大樹
（第６回日本泌尿器学会　ウィンターセミナー2022，2022年１月，神戸）

２）当科で外科的切除を施行した後腹膜原発脂肪肉腫の臨床的検討
市立旭川病院　泌尿器科
牧野　将悟，玉木　　学
旭川医科大学病院
和田　直樹，堀　　淳一，小林　　進，柿崎　秀宏
北見赤十字病院
石川万友美，宮内　琴菜
北彩都病院
永渕　将哉
JR札幌病院
阿部　紀之
（第87回日本泌尿器科学会東部総会，2022年10月，軽井沢）

精神神経科

［学会発表］

１）コロナ禍での子どもの心－ストレスによる不調や登校しぶりへの対応
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（令和３年度北海道養護教員会上川支部研修会，2022年２月，Web開催）

２）最近の不登校児の特徴と自立に向けて学校に期待されること
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（令和３年度旭川市不登校学級担当者研究協議会第４回研修会，2022年２月，旭川）

３）思春期患者に対する病棟での支援
市立旭川病院　精神科
武井　　明

（令和４年度第２回北海道児童思春期精神医学セミナー，2022年５月，Web開催）

４）大人の発達障害

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（旭川いのちの電話第44回相談員養成講座，2022年６月，旭川）

５）障害（障害）特性の理解

市立旭川病院　精神科

鈴木　太郎

（令和４年度基幹相談支援センター研修事業（初級編），2022年９月，旭川）

６）コロナ禍による子どもたちのこころに対する影響

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（オホーツク管内養護教員会研修会，2022年10月，網走）

７）心の問題・児童思春期

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（旭川いのちの電話第44回相談員養成講座，2022年10月，旭川）

８）コロナ禍による子どもたちのこころに対する影響

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（宗谷管内ヘルスアップセミナー，2022年10月，稚内）

９）コロナ禍による子どもたちのこころに対する影響

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（第29回空知養護教員研究大会，2022年11月，滝川）

10）精神科思春期外来の子どもたちー症状ではなく生きづらさがつらくて

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（第13回日本皮膚科心身医学会，2022年11月，旭川）

［投稿論文］

１）ヨミドクター：思春期外来の窓から　「欲しくて産んだわけではない！」母の言葉に…リスカを繰り返した高１女子　回復に向かったきっかけは

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20211124-OYTET50000/?catname=column_takei-akira 2022.1.14）

２）ヨミドクター：思春期外来の窓から　男子の大声を聞くと過呼吸に…不登校の高１女子　原因は「どなる父親」

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20211221-OYTET50001/?catname=column_takei-akira 2022.1.28）

３）ヨミドクター：思春期外来の窓から　「死んでやる」と叫ぶ母から包丁取り上げ…ヤングケアラーの女子中学生「つらいとは思わない」

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220105-OYTET50012/?catname=column_takei-akira 2022.2.11）

４）ヨミドクター：思春期外来の窓から　突然、歩けなくなった中２女子　体に異常はなく…「父親に言われた通りに生きてきた」

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220131-OYTET50052/?catname=column_takei-akira 2022.2.25）

５）ヨミドクター：思春期外来の窓から　中２で不登校「ゲームがすべて」と言った男子　今は家事を手伝い通院も休まず…「稼げる大人」だけが目標か

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220215-OYTET50016/?catname=column_takei-akira 2022.3.11）

６）思春期の支持的精神療法

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（旭川精神衛生　2022；100：31-32.）

７）ヨミドクター：思春期外来の窓から　偶然、父の浮気を知った高１女子　どうすれば…子どもの「今を生き延びる選択」

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220307-OYTET50038/?catname=column_takei-akira 2022.4.8）

８）大人になるまでに体験したいこと－精神科思春期外来の10代後半の事例を通して

市立旭川病院　精神科

武井　　明

（世界の児童と母性　2022；91：33-36.）

９）自治体立総合病院精神科の生き残り戦略－ピンチをチャンスに－

市立旭川病院　精神科

武井　　明，佐藤　　譲

（北海道精神科病院協会会報　2022；156：36-38.）

10）ヨミドクター：思春期外来の窓から　電柱のカラスに話しかけていた…自閉スペクトラム症で不登校の中２男子を支えたもの

市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220318-OYTET50001/?catname=column_takei-akira 2022.5.13）

11）ヨミドクター：思春期外来の窓から　女子にあいさつされると好きになる高１男子に効いた助言は「AKB48だと思ったらいいよ」
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220405-OYTET50015/?catname=column_takei-akira 2022.6.9）

12）ヨミドクター：思春期外来の窓から　ノートの字を何度も書き直す高１女子　強迫症状を忘れさせたのは「推し活」だった
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220509-OYTET50038/?catname=column_takei-akira 2022.7.8）

13）思春期の発達障害の子どもたち－大人になる道のり
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（第53回北海道保健サークル研究大会宗谷集会報告書　2022；6 -19.）

14）ヨミドクター:思春期外来の窓から　「せっかく進学校に入ったのに」と涙ぐむ母…不登校の高１男子を変えた副担任とのお弁当
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220523-OYTET50011/?catname=column_takei-akira 2022.8.12）

15）ヨミドクター:思春期外来の窓から　「同級生はゲーム機の一部のような感覚」…中学生になって孤立した男子生徒が、そう話した理由は
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220608-OYTET50002/?catname=column_takei-akira 2022.9.9）

16）ヨミドクター：思春期外来の窓から　新型コロナが拒食症の引き金に　行動制限による孤立が子どもたちを追い詰める
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220912-OYTET50025/?catname=column_takei-akira 2022.9.21）

17）ヨミドクター:思春期外来の窓から　「診察室でゲームやアニメの話しかしていないけど…」と女子高生　主治医は「それでいいよ」
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220629-OYTET50017/?catname=column_takei-akira 2022.10.14）

18）ヨミドクター：思春期外来の窓から　突然、歩けず、声も出なくなった女子高生　父親にどなられたトラウマが原因だった
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220714-OYTET50000/?catname=column_takei-akira 2022.11.11）

19）ヨミドクター：思春期外来の窓から　お母さんを亡くした不登校の女子高生を救ったバーチャルYouTuberの言葉
市立旭川病院　精神科
武井　　明
（https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20220817-OYTET50000/?catname=column_takei-akira 2022.12.9）

20）白血病の再発を契機に離人症を呈した女性患者に対する心理的援助
市立旭川病院　精神科
武井　　明，入江　晃子，廣田亜佳音，泉　　将吾
目良　和彦，佐藤　　譲，原岡　陽一
（旭川市立病院医誌　2022；54：21-26.）

皮 膚 科

［学会発表］

1）アトピー性皮膚炎診療における交流分析の活用法
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（第12回日本皮膚科心身医学会，2022年１月，さいたま）

2）明日からできる傾聴のコツ
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（第12回日本皮膚科心身医学会，2022年１月，さいたま）

3）アトピー性皮膚炎の心身医学的アプローチ
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（アトピー性皮膚炎インターネットライブセミナー in 函館，2022年２月，函館（Web開催））

4）PsA皮膚科からのアプローチ
市立旭川病院　皮膚科
坂井　博之
（皮膚・関節　連携の会，2022年２月，旭川（Web開催））

5）アトピー性皮膚炎に対する心身医学的アプローチ

～全身療法導入時のインフォームドコンセントについて～
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（Lilly AD Online Seminar，2022年３月，旭川（Web開催））

６）歯科と連携して治す金属アレルギー関連皮膚疾患
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（北海道歯科医師会金属アレルギーに関する歯科医療従事者オンライン研修会，2022年３月，旭川）

７）皮膚科心身医学的アプローチのコツ～アトピー性皮膚炎・蕁麻疹の治療も含めて
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（皮膚疾患セミナー in 函館，2022年３月，函館（Web開催））

８）アトピー性皮膚炎の全身療法について～リンヴォック®の使用経験～
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（インターネットライブセミナー，2022年４月，旭川（Web開催））

９）アトピー性皮膚炎診療におけるPatient-Reported outcome（PRO）の活用法について
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（Dupixent seminar in Hokkaido, 2022年４月, 旭川（Web開催））

10）医師－患者間のGapを意識したアトピー性皮膚炎診療について
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（Next Gen講演会，2022年４月，旭川（Web開催））

11）アトピー性皮膚炎ガイドライン：2018から2021への改訂項目と症例検討
市立旭川病院　皮膚科
坂井　博之
（皮膚疾患連携セミナー in 旭川，2022年５月，旭川）

12）アトピー性皮膚炎患者さんのスキンケア製品選び
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（第121回日本皮膚科学会総会，2022年６月，京都）

13）アトピー性皮膚炎に対する心身医学的アプローチ
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（第121回日本皮膚科学会総会，2022年６月，京都）

14）アトピー性皮膚炎に対する心身医学的アプローチ～バリシチニブの使用経験も含めて～
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（Lilly Baricitinib Meeting，2022年６月，旭川（Web開催））

15）アトピー性皮膚炎に対する心身医学的アプローチ
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（第53回日本心身医学会総会，2022年６月，千葉）

16）アトピー性皮膚炎の診断治療アルゴリズムと心身医学的アプローチ
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（ヤクメドオンラインセミナー，2022年７月，旭川（Web開催））

17）歯科と連携して治す金属アレルギー関連皮膚疾患
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（北海道歯科医師会金属アレルギーに関する歯科医療従事者研修会，2022年７月，北見）

18）Psoriatic Disease診療における皮膚科の役割：特に乾癬性関節炎について
市立旭川病院　皮膚科
坂井　博之
（Psoriatic Disease Web Seminar, 2022年８月, 旭川（Web開催））

19）皮膚科心身医学的アプローチのコツ
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（皮膚科心身医学的アプローチを学ぶWebセミナー，2022年９月，函館（Web開催））

20）アトピー性皮膚炎の心身医学的アプローチとネモリズマブのポジショニングについて
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（皮膚免疫疾患セミナー，2022年９月，旭川（Web開催））

21）心身医学の観点から考えるADCTの活用法
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（Atopic dermatitis special lecture in Asahikawa，2022年10月，旭川（Web開催））

22）歯科と連携して治す金属アレルギー関連皮膚疾患
市立旭川病院　皮膚科
堀　　仁子
（金属アレルギーに関する歯科医療従事者研修会，2022年10月，函館）

23）アトピー性皮膚炎とIL-31　食物アレルゲンについて

市立旭川病院　皮膚科
　坂井　博之
（Common dermatological disease Seminar，2022年11月，旭川）

24）医師－患者間のGapを意識したアトピー性皮膚炎診療
市立旭川病院　皮膚科
　堀　　仁子
（クリニックにおける患者・医師間コミュニケーションを考える～アトピー性皮膚炎治療～，2022年11月，大分（Web開催））

25）アトピー性皮膚炎、円形脱毛症に対する心身医学的アプローチ～バリシチニブの使用経験も含めて
市立旭川病院　皮膚科
　堀　　仁子
（Lilly Dermatology Meeting，2022年11月，北見（Web開催））

26）アトピー性皮膚炎診療におけるADCTの活用法～皮膚科心身医学的な側面から考察する～
市立旭川病院　皮膚科
　堀　　仁子
（EAST-JAPAN WEBINAR, 2022年12月, 仙台（Web開催））

27）右示指指尖潰瘍を呈した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の１例
市立旭川病院　皮膚科
　坂井　博之，堀　　仁子
のむらひふ科耳鼻咽喉科クリニック
　野村和加奈
もとまち皮膚科クリニック
　田村　俊哉
旭川医療センター
　堂下　和志
（第52回日本皮膚免疫アレルギー学会，2022年12月，名古屋）

［投稿論文］

１）Development of papulonodular eruptions in a patient with granulocyte colony- stimulating factor-induced leukocytoclastic vasculitis: A case report.
Asahikawa City Hospital Division of Dermatology
　Hiroyuki Sakai
Nomura Dermatology and ENT clinic
　Wakana Nomura
（J Cutan Immunol Allergy　2022；**5**：144-145.）

２）汗疹（あせも）
市立旭川病院　皮膚科
　堀　　仁子
（チャイルドヘルス　2022；**25**：411-413.）

３）アトピー性皮膚炎
市立旭川病院　皮膚科
　堀　　仁子
（美容皮膚医学Beauty　2022；**37**：６-11.）

４）アトピー性皮膚炎をどのように診るか
市立旭川病院　皮膚科
　堀　　仁子
（Clinical Derma　2022；**24**：７-8.）

５）ライム病
市立旭川病院　皮膚科
　坂井　博之
（佐藤伸一，藤本学，門野岳史，椛島健治編　今日の皮膚疾患治療指針　第５版　医学書院　2022；921-922.）

救 急 科

［学会発表］

１）「妊産婦」の集中治療（シンポジウム）
市立旭川病院　救急科
　丹保亜希仁
旭川医科大学病院　集中治療部
　小北　直宏
（第49回日本集中治療医学会学術集会，2022年３月，Web開催）

２）胸部外傷術後に後天性血栓性血小板減少性紫斑病を発症した１症例
市立旭川病院　麻酔科
　臼井　　彩，南波　　仁
　　同　　内科
　小島　圭祐，松岡　里湖
　　同　　救急科
　丹保亜希仁
（第49回日本集中治療医学会学術集会，2022年３月，Web開催）

３）Additional therapies「AKI」
市立旭川病院　救急科
　丹保亜希仁
（ECCM Grand Rounds「敗血症診療指針」を紐解くSSCG2021とJ-SSCG2020の違い，2022年４月，Web開催）

４）末梢静脈路確保に超音波ガイド下手技は必要か？
市立旭川病院　救急科
　丹保亜希仁
（日本超音波医学会　第95回学術集会，2022年５月，名古屋）

５）安全な中心静脈カテーテル留置のための超音波診断装

置の役割
北見赤十字病院　麻酔科
丹保　　彩
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（日本超音波医学会　第95回学術集会，2022年５月，名古屋）

６）COVID-19流行下におけるJPTEC北海道のコース開催状況について
上川北部消防事務組合
大滝　達也
旭川医科大学　生理学講座神経機能分野
髙橋　未来
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
名寄市立総合病院　救急科
藤田　　智
（JPTECブラッシュアップセミナー 2022，2022年５月，大阪）

７）急性期領域における薬剤師も含む多職種連携の重要性（パネルディスカッション）
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
旭川医科大学病院　薬剤部
山田　峻史
（第25回日本臨床救急医学会学術集会，2022年５月，大阪）

８）病院前外傷救急について～JATECの視点から～
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（病院前外傷救急アップデートセミナー，2022年５月，旭川）

９）重症熱傷患者の疼痛管理の経験
旭川医科大学病院　集中治療部
井尻えり子，和知修太朗，小北　直宏
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（日本ペインクリニック学会　第３回北海道支部学術集会，2022年９月，Web開催）

10）救急・集中治療でのポイントオブケア超音波（日本専門医機構認定・救急科領域講習）
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（日本集中治療医学会　第６回北海道支部学術集会，2022年10月，旭川）

11）初期臨床研修医が行う末梢挿入型中心静脈カテーテルについて
市立旭川病院　救急科
荒町優香里，丹保亜希仁
（日本集中治療医学会　第６回北海道支部学術集会，2022年10月，旭川）

12）オンラインによる「道北地域病院前分娩対応セミナー」を開催して
上川北部消防事務組合
大滝　達也
士別地方消防事務組合
垂又　修一
旭川医科大学　周産母子センター
内藤あかね，米澤　里奈，恩田　早苗
同　　産婦人科学講座
金井　麻子
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（第99回　北海道産科婦人科学会　学術講演会，2022年10月，札幌）

13）COVID-19流行下での病院前分娩対応Online Off the Job Training　開催し，アンケート結果から得られた有効性について
上川北部消防事務組合
大滝　達也
元生会森山病院
伊藤　香里
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（日本蘇生学会　第41回大会，2022年11月，熊本）

14）末梢挿入型中心静脈カテーテルによる合併症対策について
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（日本蘇生学会　第41回大会，2022年11月，熊本）

15）敗血症性AKIに対する腎保護戦略　～ガイドラインと血液浄化～
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（臓器保護を考える血液浄化WEBセミナー，2022年11月，旭川）

16）ドクターヘリは人口希薄地域消防の救急車不在時間を短縮する
上川北部消防事務組合
大滝　達也
旭川医科大学　生理学講座神経機能分野
髙橋　未来
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
旭川赤十字病院　救急科
小林　　巌

名寄市立総合病院　救急科
藤田　　智
（第29回日本航空医療学会総会，2022年12月，Web開催）

［投稿論文］

1）病棟常駐薬剤師によるリコンビナント・トロンボモデュリンの適正使用推進と感染症性DIC離脱率の改善
旭川医科大学病院　薬剤部
山田　峻史，眞鍋　貴行，菅谷香緒里，田原　克寿
山下　恭範，中馬　真幸，田﨑　嘉一
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（医療薬学　2022；**48**：481-90.）

2）COVID-19流行下でのオンライン意見交換会が地域救急医療業務に及ぼす効果
士別地方消防事務組合　消防署和寒支署
垂又　修一
旭川医科大学　生理学講座神経機能分野
髙橋　未来
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（日本救命医療学会雑誌　2022；**36**：25-34.）

3）肺超音波
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（研修医になったら必ずこの手技を身につけてください。改訂版，森本康裕（編），東京，羊土社　2022；213-220.）

4）麻酔科医と救急医療
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（麻酔科学レビュー　2022，山蔭道明，廣田和美(監)，東京，総合医学社　2022；280-285.）

5）新型コロナ感染症への対策，ほか
市立旭川病院　救急科
丹保亜希仁
（改訂第５版日本救急医学会ICLSコースガイドブック，ICLSコース企画運営委員会ICLSコース教材開発WG（編），東京，羊土社，2022）

歯科口腔外科

［投稿論文］

1）ビスホスホネート投与患者の抜歯後BRONJ発生に関する多施設共同前向き研究
藤盛　真樹，鳥谷部純行，角　　伸博，嶋﨑　康相
宮澤　政義，宮手　浩樹，北田　秀昭，佐藤　雄治
三澤　　肇，山下　徹郎，中嶋　頼俊，針谷　靖史
小林　一三，西方　　聡，太子　芳仁，杉浦　千尋
笠原　和恵，浅香雄一郎，榊原　典幸，岡田　益彦
柴山　尚大，末次　　博，鈴木　豊典，阿部　貴洋
谷村　晶広，工藤　章裕，道念　正樹，川口　　泰
野島　正寛，牧野修治郎
（日本口腔外科学会雑誌　2022；**68**：168-183.）

薬 剤 科

［学会発表］

1）バンコマイシン塩酸塩点滴静注用の供給停止下における薬剤師の関わり
市立旭川病院　薬剤科
植野　秀章，吉田　　稔，廣川　力教，粟屋　敏雄
（第60回全国自治体病院学会，2022年10月，那覇）

中央放射線科

［学会発表］

1）防護ゴーグルについてアンケート解説
市立旭川病院　中央放射線科
三ツ井貴博
（第20回北海道アンギオ画像研究会　ウィンターセミナー，2022年１月，札幌＆Web開催）

2）法令改正による水晶体被ばく防護対応に関するアンケート報告
市立旭川病院　中央放射線科
三ツ井貴博
（第54回日本心血管インターベンション治療学会北海道地方会，2022年５月，札幌＆Web開催）

3）当院におけるD-SPECTの運用
市立旭川病院　中央放射線科
大塩　良輔，福田　泰之，川崎　伸一
（第12回半導体SPECT研究会，2022年７月，Web開催）

4）当院における水晶体被ばく防護の取り組み　こんな感じでやってみました　みなさんの施設ではどうですか？
市立旭川病院　中央放射線科
三ツ井貴博
（SLDC2022 Comedical Session 3，2022年９月，札幌＆Web開催）

5）胸部ポータブル撮影における散乱線補正処理についての検討
市立旭川病院　中央放射線科
須郷　一代，竹内　顕宏
（日本診療放射線技師会　北海道地域学術大会，2022

年10月，札幌）

6）当院におけるCOVID-19対応
市立旭川病院　中央放射線科
西館　文博
（2022年度旭川放射線技師会　会員研究発表会，2022年11月，旭川（Web開催））

7）アンギオ装置における散乱線被ばく低減に向けた検討
市立旭川病院　中央放射線科
櫻井　美織，高坂　優吾，須郷　一代，三ツ井貴博
（2022年度旭川放射線技師会　会員研究発表会，2022年11月，旭川（Web開催））

8）血管撮影装置更新による患者被ばく線量についての検討　第２報
市立旭川病院　中央放射線科
高坂　優吾，三ツ井貴博，西田　　純
（2022年度旭川放射線技師会　会員研究発表会，2022年11月，旭川（Web開催））

［投稿論文］

1）胸部ポータブル撮影における散乱線補正処理についての検討
市立旭川病院　中央放射線科
須郷　一代，竹内　顕宏
（北海道放射線技師会会報　2023；17-20.）

2）血管撮影装置更新による患者被ばく線量についての検討
市立旭川病院　中央放射線科
高坂　優吾，三ツ井貴博
（旭川放射線技師会会誌　2022；43：49-52.）

中央検査科
［学会発表］

1）生理機能検査室キレイ化計画～検査室を利用する人が安心安全に過ごせる環境作りを目指す～
市立旭川病院　中央検査科
藤田　佳奈
（北海道臨床衛生検査技師会臨床生理談話会，2022年１月，旭川（Web開催））

2）念願の機器更新，微生物検査室の未来は我々に託された
市立旭川病院　中央検査科
藤田　佳奈
（北海道臨床衛生検査技師会旭川微生物研究会，2022年７月，旭川（Web開催））

3）造血器腫瘍を中心としたメイギムザ標本の見方と細胞診への応用
市立旭川病院　中央検査科
勝見　友則
（北海道臨床衛生検査技師会道北地区細胞研究会，2022年10月，Web開催）

4）成人期に発見されたX連鎖無γグロブリン血症によりABO型血液検査に影響を及ぼした１例
市立旭川病院　中央検査科
盛永　清香，櫻木まりん，三浦　美里，木元　宏弥
二郷　元彦
同　　内科
柿木　康孝
（第102回北海道医学大会輸血分科会，2022年11月，札幌＆Web開催）

5）SARS-COV-2 PCR検査における核酸精製法の違いによるCt値の検討
市立旭川病院　中央検査科
山田　和明，　勝見　友則，二郷　元彦
同　　内科
柿木　康孝
（第60回全国自治体病院学会，2022年11月，那覇）

リハビリテーション科
［学会発表］

1）当院における感染病棟でのリハビリテーション
市立旭川病院　リハビリテーション科
品川　知己
（北海道自治体病院学会　リハビリテーション部門，2022年９月，札幌）

臨床器材科
［学会発表］

1）当院における心室中隔ペーシングとペースメーカ植込み後心不全に関する検討
市立旭川病院　臨床工学室
田中　義範，須藤　拓海，大野　功輔，磯　　雅
佐藤　勇也，山口　和也，澤崎　史明，堂野　隆史
窪田　將司
同　　内科
石井　良直
（第14回植込みデバイス関連冬季大会，2022年２月，Web開催）

2）旭川市立病院　体外循環プロセス
市立旭川病院　臨床工学室
窪田　將司，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
磯　　雅，佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也
鷹橋　　浩，澤崎　史明，堂野　隆史

（若手Perfusionistのための第２回北海道スキルアップセミナー，2022年３月，Web開催）

３）冠動脈瘤に生じた血栓にて発症した急性心筋梗塞の１例

市立旭川病院　臨床工学室

大野　功補，林　　紗季，須藤　拓海，磯　　雅
佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也，鷹橋　　浩
澤崎　史明，堂野　隆史，窪田　將司

（第54回日本心血管インターベンション治療学会北海道地方会，2022年５月，Web開催）

４）血液透析用穿刺針の比較検討

市立旭川病院　臨床工学室

堂野　隆史，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
磯　　雅，佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也
鷹橋　　浩，澤崎　史明，窪田　將司

（第67回日本透析医学会，2022年７月，横浜）

５）IB-IVUSによる冠攣縮発生部位のplaque性状に関する検討

市立旭川病院　臨床工学室

佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也

（第30回日本心血管インターベンション治療学会学術集会，2022年７月，横浜）

６）DO_2における管理はAKI発症を軽減できるか

市立旭川病院　臨床工学室

澤崎　史明，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
磯　　雅，佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也
鷹橋　　浩，堂野　隆史，窪田　將司

（第27回日本体外循環技術医学会　北海道地方会大会，2022年９月，札幌＋Web開催）

７）MAHURKAR Elite　カテーテルの使用経験

市立旭川病院　臨床工学室

須藤　拓海，林　　紗季，大野　功輔，磯　　雅
佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也，鷹橋　　浩
澤崎　史明，堂野　隆史，窪田　將司

（第８回北海道・東北臨床工学学会，2022年10月，秋田）

８）末梢血幹細胞採取における採取前　CD34　陽性細胞数測定の有効性について

市立旭川病院　臨床工学室

澤崎　史明，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
磯　　雅，佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也
鷹橋　　浩，堂野　隆史，窪田　將司

（第８回北海道・東北臨床工学学会，2022年10月，秋田）

９）冠動脈内血球エコー強度測定による冠微小循環障害検出の試み～急性心筋梗塞と狭心症の比較～

市立旭川病院　臨床工学室

田中　義範，磯　　雅，佐藤　勇也，山口　和也
澤崎　史明，窪田　將司
同　　内科
石井　良直

（第61回日本生体医工学会北海道支部大会，2022年10月，Web開催）

10）輸液コントローラ　SEEVOLの使用経験

市立旭川病院　臨床工学室

磯　　雅，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也，鷹橋　　浩
澤崎　史明，堂野　隆史，窪田　將司

（第33回北海道臨床工学会，2022年10月，札幌＋Web開催）

11）ACT測定機更新に伴う人工心肺開始時の初回ヘパリン量についての検討

市立旭川病院　臨床工学室

磯　　雅，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也，鷹橋　　浩
澤崎　史明，堂野　隆史，窪田　將司

（第47回日本体外循環技術医学会大会，2022年11月，福岡）

12）MUF施行による術後の呼吸および水分出納に与える影響に関する検討

市立旭川病院　臨床工学室

佐藤　勇也，林　　紗季，須藤　拓海，大野　功輔
磯　　雅，田中　義範，山口　和也，鷹橋　　浩
澤崎　史明，堂野　隆史，窪田　將司

（第47回　日本体外循環技術医学会大会，2022年11月，福岡）

［投稿論文］

１）手術用排煙装置RapidVacの導入に関わって

市立旭川病院　臨床工学室

大野　功輔，林　　紗季，須藤　拓海，磯　　雅
佐藤　勇也，田中　義範，山口　和也，鷹橋　　浩
澤崎　史明，堂野　隆史，窪田　將司
同　　手術室
飯野ちあき

（北海道臨床工学技士会会誌　2022；**32**：74-76.）

看 護 部

［学会発表］

１）患者の反応から自分たちの関わりを見直そう

市立旭川病院　看護部

増田　千絵

（旭川糖尿病ネットワーク2022，2022年３月，旭川）

２）“北海道あるある”からみるCDEJ活動の楽しさ

市立旭川病院　看護部
増田　千絵
（第27回日本糖尿病教育・看護学会学術集会，2022年９月，大阪）

３）急変時対応　アナフィラキシーショックへの対応
市立旭川病院　手術室
中西　香織
（日本手術看護協会　JONA WEBセミナー，2022年10月，Web開催）

４）精神科病棟勤務が看護師の子育てに与える影響
市立旭川病院　西病棟６階
伊藤　香菜，本郷　沙織
同　第１外来
佐藤　朋枝
同　看護部
大西かおり
（第60回全国自治体病院学会，2022年11月，那覇）

５）混合病棟におけるIAの傾向，内容分析－泌尿器科・歯科口腔外科・小児科でのIAレポートから読み解く－
市立旭川病院　西病棟５階
葛西佳代子，佐々木直美，西島　歌織，得能　寿子
（第60回全国自治体病院学会，2022年11月，那覇）

６）看護倫理
市立旭川病院　手術室
中西　香織
（日本手術看護協会北海道地区教育セミナーⅣ，2022年11月，札幌（Web開催））

７）心不全療養指導士取得までの道筋と今後の課題について
市立旭川病院　西病棟６階
渡部　祥子
（Asahikawa Heart Failure Meeting，2022年11月，旭 川（Web開催））

８）当院における心不全指導の現状と未来予想図
市立旭川病院　集中治療室（CCU）
辻　久美
（Asahikawa Heart Failure Meeting，2022年11月，旭 川（Web開催））

［投稿論文］

１）多職種連携で在宅リンパ浮腫患者のケアを継続しQOLが改善できた１例
市立旭川病院　東病棟７階
外川　仁美
同　緩和ケア外来
中村　浩美
同　薬剤科
寺田　和文
同　内科
宮本　義博
大西病院訪問看護ステーション
鎌田　玉枝
望夢　ケアサポートふくろう
忍田　忍
道北勤医協一条通病院
飯田百合子
（日本リンパ浮腫学会雑誌　2022；３：25-28.）

栄養給食科

［学会発表］

１）食欲不振対応食により食事摂取量増加へと繋がった直腸癌術後患者症例
市立旭川病院　栄養給食科
宮松　幸佳
（第19回道北ブロックNST研究会　学術講演会，2022年11月，旭川）

「旭川市立病院医誌」投稿規定

1．本誌は市立旭川病院の機関誌として年１回以上発行する。
2．本誌に掲載する論文は，市立旭川病院の職員およびその関係者などの投稿による。
3．本誌は綜説，臨床研究，症例報告，医学研究に関する論文で未発表のもの，年報（学会発表および雑誌掲載論文記録など），その他各科，各部局の活動内容などからなる。
4．掲載論文の採否および順位は編集委員で決定する。
5．編集の都合により原文の論旨を変えない範囲内で著者に訂正を求めることがある。また文の体裁，述語，かなづかいなどを編集者が訂正することがある。
6．校正は原則として初校だけを著者が行うことにする。校正は誤植の訂正程度にとどめる。
7．原稿は原則として邦文とし，ワープロ・パソコンを使用してＡ４用紙に１ページ24字×43行で作成する。専門用語以外はひらがな，当用漢字，現代仮名づかいを用いる。数字は算用数字，度量衡単位はmm，cm，mg，％，℃などを用いる。
8．論文には英字タイトルおよびローマ字による著者名（例　Hidetoshi AOKI et al）を併記する。
9．５語以内のKey Wordsを付記する。
10. 論文は本文8,000字以内を原則とする（図表を含む）。
11. 図表は原稿そのものから写真製版できるような明確なものとし，原稿とは別に１枚ずつ添付する。標題および簡単な説明をつける（図・写真は下，表は上）。
12. 写真は原則として白黒とし，キャビネまたは手札大とし，台紙に貼ること。
13. 図・表・写真とも本文中に挿入箇所を明記する。
14. 薬品の商品名（欧文）は大文字，一般名は小文字で記載する。（例　Endoxan，cyclophosphamide）
15. 論文の体裁は，はじめに。成績ほか。考察。おわりに。とする。
16. 引用論文は主要論文のみとし最大10以内にとどめる。文献の書き方は次の形式による。
　１）記載順序は，引用順とし本文に引用した箇所の右肩に[1,2]のように番号を付し，本文の末に一括して掲げ[1)2)]とする。
　２）雑誌は著者名，論文名，雑誌名，年号（西暦），巻数，頁数の順で記載する。欧文雑誌名は「Index medicus」，邦文誌は「医学中央雑誌」の省略名に準拠する。省略名にピリオドを打たない。筆者名は３名までとし，それ以上は「ほか」または「et al」とする。欧文著者はカンマ，ピリオドを打たない。
　　「例」糸島達也，田中良治，安東正晴，ほか：電子スコープ周辺機器としての画像処理装置．日本臨床　1987；45：1174-1179.
　　Gallagher JJ et al：The preexitation syndrome. Prog Cardiovasc Dis 1978；20：285-289.
　３）単行本の場合は和書，洋書とも著者名，題名，編集者，発行地名，発行所名，版数，発行年号（西暦），巻数，頁数の順で記載する。
　　「例」Weinstein L，Swartz MN.Pathologic properties of invading microorganisms．In：Sodeman WA Jr, Sodeman WA，editors．Pathologic physiology：mechanisms of disease．Philadelphia：Saunders．1974：457-472.
　４）電子媒体からの引用については　引用月日，URLを記載する。
　　「例」PubMed　Tutorial　引用［2007-２-16］ Available from URL http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html
　　上記以外については，「生物医学雑誌への統一投稿規定」に準ずる。
17. 年報への投稿は以下の書式による。
　１）学会発表の場合（総会，地方会，その他の研究会など）：演題名，所属発表者（全員Full name）発表学会名（第〇回も必ず），発表年，月，開催地
　２）掲載論文の場合：発表者（Full name），論文題名，発表雑誌，巻：頁～頁，西暦発行年
　３）他施設との共同発表または共著の場合には，筆頭者，ほかとしても良い。

編　集　後　記

病院医誌55巻完成にあたりまして，本年も多くの研究論文，報告を投稿いただき誠にありがとうございました。投稿いただきました研修医，医局医師，看護部，中央放射線科をはじめとするメディカルスタッフの皆様，またご多忙の中，査読を快くお引き受けくださいました編集委員の先生方に深く感謝申し上げます。

本号は，総説１編，症例報告１編，看護研究１編が主論文として掲載されました。その他臨床病理検討会，教育研修報告，ICBMセミナー，看護研究発表会の記録が掲載されております。

2020年初頭から始まったコロナ禍は本年（2023年）で実質４年目となりましたが，本年５月８日新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけが「新型インフルエンザ等感染症（いわゆる２類相当）」から５類感染症に移行しました。これにより街中ではマスクをつけない人々が増え，お盆の帰省ラッシュや円安も相まっての海外からの旅行客の著しい増加など，一部の報道ではコロナ禍以前の風景に戻ったかのような印象を受けました。学会もオンライン開催からオンラインと現地のハイブリッド開催，さらには現地開催のみの学会も増えてきたようです。当院のICBMセミナーもオンライン視聴に加えて会場参加もできるようになりました。ワクチン接種の効果もあってか新型コロナウイルス感染後に重症化する症例が減少している感触はありますが５類への移行を機にウイルスの感染力が弱まるわけでもなく，本稿を執筆時点（９月上旬）で旭川市保健所定点医療機関当たりの報告数は上昇傾向が続いており，2023年第35週（８月28日～９月３日）では21.69とこれまでで最大の値でした。残念ながら院内での新型コロナウイルス感染例は患者・スタッフを問わず珍しいものではなくなっており，感染の拡大防止にいまだ神経をとがらせなくてはいけない日々が続いています。

我々は当分の間５類へ移行したことでより身近になったとも言えるコロナ感染のリスクに適切に対応し，コロナ禍で減ってしまった当院の患者数を再び増やすべく病院経営についても思いを馳せながら日々の業務を行っていくことになりそうです。そんなストレスのもとではありますが，本誌を読むことで日々のルーチンワークをこなすだけでなく学術的な発信を続けることの意義・重要性を職員一人一人が再認識していただき，日々の疑問点・問題点について積極的に研究し，久々の現地開催の学会に出かけて刺激を受け（またリフレッシュもして），来年の本誌に一層多くの論文・報告を投稿していただければ幸いです。

2023年12月

編集委員長　菅野　貴康

旭川市立病院医誌　編集委員会

編集委員長	菅野　貴康	先生	内科
編集委員	藤野　貴行	先生	内科
	坂井　博之	先生	皮膚科
	武井　　明	先生	精神神経科
	宮本　義博	先生	内科
	片山　隆行	先生	内科
	中嶋　雅秀	先生	小児科
	助川　隆士	先生	内科
	鈴木　　聡	先生	内科
	山田　　徹	先生	外科

事務局	尾藤　真紀	教育研修課
	水口　　渡	教育研修課
	酒井　智則	教育研修課
	大瀧　由美	教育研修課
	髙橋　昌子	教育研修課

《基本理念》

患者さん中心の医療を行い，市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

1．高度医療を担い，安全で質の高い医療を提供します。
2．地域の病院・診療所と連携し，地域医療の向上に努めます。
3．救急医療を担い，市民に安心な医療を提供します。
4．公共性を確保し，健全な病院経営に努めます。
5．教育研修を充実し，人材育成に努めます。

《患者さんの権利》

～私たちは患者さんの権利を尊重します～

1．患者さんの人権は，守られます。
2．患者さんは，十分に納得できるまで説明を受けることができます。
3．患者さんは，治療方法を選択することができます。
4．患者さんは，平等で適切な医療を受けることができます。
5．患者さんの医療上の個人情報は守られます。

旭川市立病院医誌〔第55巻１号〕

令和５年12月27日　印　刷
令和５年12月28日　発　行
〔非売品〕

編集発行人　旭川市金星町１丁目１番65号
青　木　秀　俊

発　行　所　旭川市金星町１丁目１番65号
市立旭川病院

印　刷　所　旭川市３条通４丁目右１号
㈱あいわプリント

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.55 No.1
December 2023

【Review】

Topics about headaches and migraine for practitioners. ····· Takayuki KATAYAMA

【Case Reports】

A case of pleomorphic adenoma of the submandibular glands that recurred 5 years after primary surgery.
····· Masashi KUKUMINATO

【Nursing Reports】

The effect of pamphlets on patients' awareness of oral care and retention of self-care behavior.
····· Miwako NARA