

厚生連 尾道総合病院医報

第 34 号

目 次

巻 頭 言田 中 信 治..... 1

原著

JA 尾道総合病院における終末期がん患者に対するアナモレリンの使用状況
.....濱井 宏介ほか..... 3

高齢化地域における急性心筋梗塞患者の臨床的特徴と2年転帰重里 侑甫ほか..... 7

当院における摂食障害に対する行動制限療法・食事対応マニュアルの活用
.....伊藤 栞ほか..... 13

(次頁つづく)



目 次 (つづき)

CPC

肺がんに対する Durvalumab 維持療法中に薬剤性肺炎となり死亡に至った1例柴村 英真ほか.....	17
原因不明の胆管狭窄から肝硬変に至り食道静脈瘤破裂, 肝性昏睡で死亡した1例福元 壮ほか.....	23
夜間救急受診後, 半日の経過で心停止に至った2歳女児	佐々木澄子ほか..... 29
原発性硬化性胆管炎の経過中に急性呼吸不全となり死亡した一例	小方 智景ほか..... 33
原発不明な巨大肝腫瘍の1例	谷 千尋ほか..... 41
腹膜透析関連腹膜炎ののち腸閉塞をきたした1例	岡野 義也ほか..... 49

市民公開講座

市民のためのがん最前線 テーマ大腸がん 大腸がんの手術治療	倉吉 学ほか..... 55
-------------------------------------	----------------

著 書	63
論文発表	65
学会発表	72
メディア情報	93
学術表彰	94
院内カンファレンス	95
職場だより	97
委員会報告	122
院内主要行事	131
「厚生連尾道総合病院医報」投稿規定	133
編集後記	135

コロナ前の時代が戻ってきた！

JA 尾道総合病院 病院長 田 中 信 治

JA 尾道総合病院は1957年に農業協同組合によって開設され、2011年5月に平原台に新築移転し、今年で開設67年目を迎えました。諸先輩達による努力の継続の結果、現在、高度急性期に対応する公的病院としてチーム医療を実践しながら、①がん医療、②救急医療、③小児・産科医療、④災害医療の分野を重点的に担っています。現在、365日24時間の救急医療体制を整え可能な限り多くの急性期の患者さんを受け入れております。診療圏としては、尾道市を中心に広島県東部の地域医療を担っておりますが、⑤地域医療連携にも力を入れ、尾三地域および近郊全体の医療体制のサポートを行っております。少子高齢化、医師・看護師不足、医師の働き方改革などによって、現在の尾三地域医療体制は沢山の課題が山積しています。「地域医療構想」を掲げる広島県主導のもと、尾三地域の医療連携体制がうまく進むように当院は他の医療機関と協力しながら全力で取り組んで参ります。

一方で、当院は診療のみでなく、医育機関として次代を担う医療人を育成すべく医学生・研修医・専攻医の教育・指導も行っております。また、多職種がかかわるチーム医療教育を実践する臨床実習教育研修施設として、わが国の次世代医療人養成を通じた社会貢献も果たしております。

本誌は、尾三地域および近郊全体の地域医療を支える診療機関として、次代を担う医療人を育成する医育機関としての情報提供、地域や院内の情報共有・連携の手段として重要です。年1回の発刊ですが、すでに本号が第34号となります。学術論文、学術業績（令和5年4月～令和6年3月の期間分）などの医学情報も含めて、当院の理解を深めて頂く資料として活用頂きますと幸いです。

約4年間続いたコロナ禍も、コロナウイルス感染症が2類から5類に変わりほぼコロナ禍前の状況に戻りました。皆さんが現在のコロナウイルスの病態を正しく理解し、マスクを自身の体調や状況に応じて上手く使い分けながら、1日も早く社会全体がコロナ前の時代に完全復帰することを期待しています。

当院の理念「良質で安全な医療提供」を継承し、地元の皆様から信頼される医療機関としてこれまで同様に安全で質の高い診療に努め、常に新しい知識の習得と技術の研鑽に励んで参ります。今後とも従来と変わらぬご支援とご鞭撻を何卒宜しくお願い申し上げます。

原 著
C P C
市 民 公 開 講 座

JA 尾道総合病院における終末期がん患者に対するアナモレリンの使用状況

濱井 宏介^{1,2}・則行 敏生¹・小田原めぐみ³・藤原ちえみ³
 中上小百合³・阿部 公亮²・柳川泉一郎⁴・山本 悠司⁴・倉吉 学⁴
 中原 雅浩⁴・津島 健⁵・清水 晃典⁵・花田 敬士⁵

はじめに

2021年4月に非小細胞肺癌, 胃癌, 膵癌, 大腸癌患者におけるがん悪液質に対してアナモレリン(エドルミズ®)が使用可能となった。非小細胞肺癌に対して行われた比較第Ⅱ相試験, 胃癌・膵癌・大腸癌に対して行われた単群第Ⅲ試験においては約80%が化学療法下でアナモレリンを投与され食欲の改善を認めたが, 標準化学療法が終了し, 緩和ケアが主体となった患者に対するアナモレリンの効果に関してはまだ十分に検討されていない。

方 法

JA 尾道総合病院におけるアナモレリンの使用状況を解析し, 化学療法が終了した後にアナモレリンを開始された症例における有効性・安全性を後向きに解析した。

有効性に関してはカルテベースで食欲不振の改善した割合を算出し, アナモレリンの治療期間およびアナモレリン開始からの生存期間をLog-rank検定で検証した。次に経口ステロイドを併用した症例と併用していない症例で, アナモレリンの治療効果に差があるかをカイ二乗検定を用いて比較した。

本観察研究はJA 尾道総合病院の倫理委員会で承認された(承認番号 OJH-202368)。

結 果

患者背景

2021年4月から2023年12月までにJA 尾道総合病院でアナモレリンを開始した患者83例のう

ち, 化学療法を併用していない36症例が登録された。患者背景を表1に示す。原発部位は肺と膵が各11例, 大腸が7例, 胃が6例, 大腸と胃の重複が1例であった。36例中14例が経口ステロイドを併用されていた。

表1 患者背景

	(n=36)
原発部位 胃 / 大腸 / 膵 / 肺	7 / 8 / 11 / 11*
ステロイド併用 あり / なし	14 / 22
疲労 あり / なし	25 / 3 / 8
筋力低下 あり / なし	20 / 1 / 15
CRP, mg/dL (mean±SD)	4.4 ± 4.4
Hb, g/dL (mean±SD)	10.6 ± 1.6
Alb, g/dL (mean±SD)	2.9 ± 0.3

*胃と大腸の重複癌を1例含む

有効性

アナモレリンの治療期間は中央値24日(95%信頼区間10-60日), アナモレリン開始からの生存期間は中央値46日(95%信頼区間26-65日)であった(図1)。食欲改善は36例中17例(47.2%)で認められ, 経口ステロイドを併用した患者では14例中7例(50.0%), 併用していない患者では22例中10例(45.5%)であった(p=1.000)。

¹JA 尾道総合病院 緩和ケア内科

²JA 尾道総合病院 呼吸器内科

³JA 尾道総合病院 緩和ケアチーム

⁴JA 尾道総合病院 外科

⁵JA 尾道総合病院 消化器内科

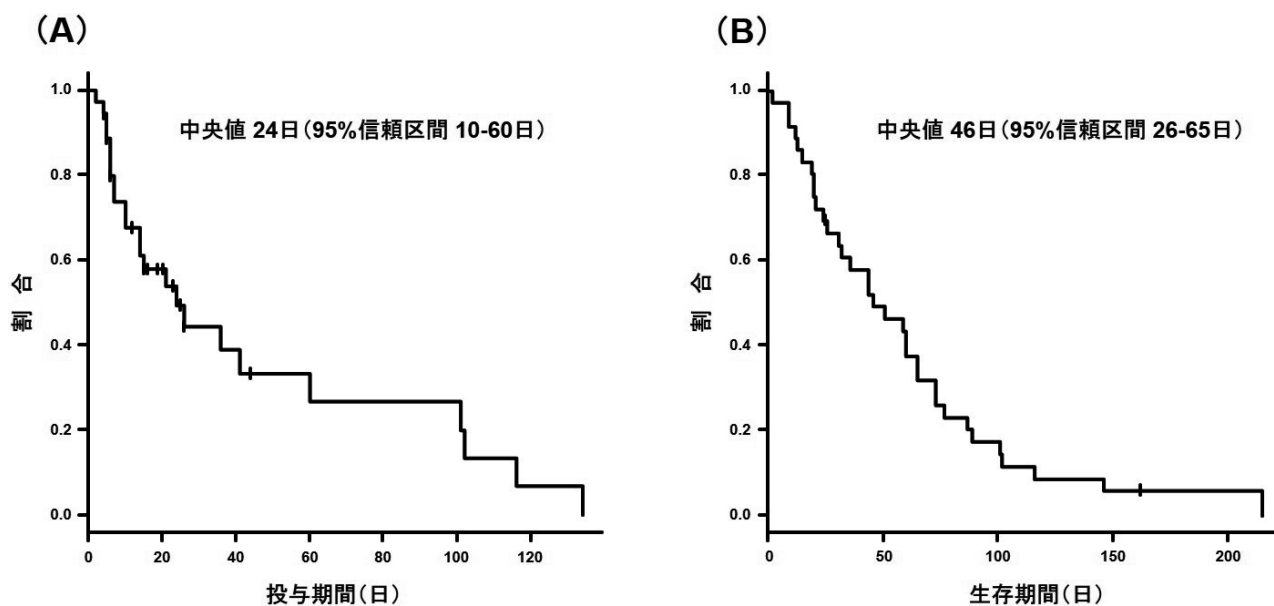


図1 (A) アナモレリンの使用期間、(B) アナモレリン開始からの生存期間

安全性

高血糖が2例(5.6%)でみられた(Grade3 1例, Grade2 1例)。この2例はいずれもステロイドを併用していなかった。また Grade1の肛門痛が1例と、Grade5の致死性不整脈が否定できない突然死が1例みられた。

高血糖を来した症例と致死性不整脈が否定できなかった症例の概要を以下に示す。

- **症例1**：64歳女性，胃体部癌。アナモレリンを開始した後，一時的に食欲の改善がみられたが，徐々に食事が摂れなくなった。開始から1か月後，家族が外出から帰ったところ心肺停止で倒れているのを発見。当院に救急搬送されたが死亡した。来院時の随時血糖が344mg/dLであり，アナモレリンの高血糖が疑われた。経過から原病死を考えられた。
- **症例2**：88歳女性，腭頭部癌。アナモレリンを開始したが食欲の改善はみられなかった。開始から1か月後の定期受診の際に意識障害を認め，血液検査で随時血糖778mg/dLであったことからアナモレリンによる高血糖と考え，同剤を中止した。
- **症例3**：79歳男性，肺腺癌。化学療法中から動悸の訴えが頻回にあり，循環器内科で抗不整脈薬の調節が必要だった。アナモレリンを投与

することによる不整脈増悪の可能性を十分に説明した上で，本人が強く希望されたため内服を開始したが，開始2日目の早朝に自室で倒れているところを発見。救急搬送されたが心静止であり永眠された。

考 察

がん悪液質は進行がん患者の28～57%に認められるといわれており，体重減少と食欲不振を主症状とし，体脂肪のみならず骨格筋量が減少するためにQOLや予後に悪影響を及ぼす¹⁾。その原因のひとつがグレリンに対する抵抗性である。グレリンは胃で産生されるホルモンで食欲亢進作用を有するが，悪液質ではグレリンに対する抵抗性が出現しているため食欲不振を来す²⁾。アナモレリンはグレリン受容体である成長ホルモン放出促進因子受容体タイプ1a (GHS-R1a) のアゴニストであり，脳下垂体では成長ホルモン (GH) の分泌を促進し，視床下部では食欲を亢進させる。また脳下垂体より分泌されたGHは，肝臓からインスリン様成長因子-1 (IGF-1) を分泌させて筋蛋白の合成を促進するため，筋肉量及び体重の増加につながる。

本邦ではがん悪液質を有する非小細胞肺癌174例に対してランダム化第Ⅱ相試験 (ONO-

7646-04試験)が行われ, 主要評価項目である除脂肪体重 (LBM) のベースラインからの12週間の平均変化量を有意に改善した ($p < 0.0001$)³⁾。またがん悪液質を有する大腸癌, 胃癌, 膵癌を対象に単群第Ⅲ相試験 (ONO-7646-05試験)が行なわれ, アナモレリン開始から12週のうちにLBMのベースラインからの変化量が一度も0 kg未満にならなかった症例の割合は63.3% (31/49例)であった⁴⁾。しかしこれらの試験に登録された患者の多くは化学療法を並行して施行されており, 化学療法を受けていない患者の割合は各々21.7%, 18.0%であったことから, 標準化学療法が終了し緩和ケアが主体となった進行がん患者におけるアナモレリンの効果に関しては不明である。

本観察研究ではアナモレリンの使用期間は中央値24日であり, 過去の試験でアナモレリンの有効性を評価する期間として規定されていた12週間の投与が可能であった患者は全体の3割程度であった。47.2%の患者で食欲改善が認められたが, 終末期がん患者を対象にアナモレリンの有効性を検証する際にはより短期間での評価が可能な指標を設定する必要がある。

また本邦のガイドラインではがん患者の食欲不振に対してコルチコステロイドの使用が推奨されている⁵⁾。2000年以降では食欲を主要評価項目としてステロイドの有用性を前向きに検討した臨床研究はなく, 近年メチルプレドニゾロン32mg/日が1週間投与後の食欲を改善したとの報告があるが⁶⁾, あくまで短期間の副次的な解析結果であり, 本邦の日常臨床で頻用される数週間単位での使用におけるステロイド (特にデキサメタゾン, ベタメタゾン) の有効性は不明である。現在 Performance status 2-3で Grade3 相当の食欲不振を有する過去2週間以内に化学療法を受けていない進行肺癌患者に対して, 異なる用量のデキサメタゾンの有効性・安全性を検証する試験が進行中である (UMIN000022448)。本研究においてはステロイドを併用している患者と併用していない患者でアナモレリンによる食欲改善には有意差はなく, ステロイドとアナモレリンは作用機序が異

なることから, 今後は両剤の併用療法の有効性に関しても検証が望まれる。

本論文の要旨は第29回日本緩和医療学会学術大会 (2024年6月14日~6月15日, 神戸市) において発表した。

文 献

- 1) Farkas J, von Haehling S, et al: Cachexia as a major public health problem: frequent, costly, and deadly. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 4: 173-178, 2013.
- 2) 松尾直樹: 食欲不振. がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン (2017年版), 東京, 金原出版, 34-35, 2017.
- 3) Katakami N, Uchino J, et al: Anamorelin (ONO-7643) for the Treatment of Patients With Non-Small Cell Lung Cancer and Cachexia: Results From a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Multicenter Study of Japanese Patients (ONO-7643-04). *Cancer* 124: 606-16, 2018.
- 4) Hamauchi S, Furuse J, et al: A Multicenter, Open-Label, Single-Arm Study of Anamorelin (ONO-7643) in Advanced Gastrointestinal Cancer Patients With Cancer Cachexia. *Cancer* 125: 4294-4302, 2019.
- 5) 小原弘之. 食欲不振. がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン (2017年版), 東京, 金原出版, 103-106, 2017.
- 6) Paulsen O, Klepstad P, et al: Efficacy of methylprednisolone on pain, fatigue, and appetite loss in patients with advanced cancer using opioids: a randomized, placebo-controlled, double-blind trial. *J Clin Oncol* 32: 3221-3228, 2014.

高齢化地域における急性心筋梗塞患者の臨床的特徴と2年転帰

重里 侑甫¹・大塚 雅也¹・武市 一輝¹
木下 弘喜¹・大井 邦臣¹・森島 信行¹

I. 緒 言

急性心筋梗塞（AMI）患者では、近年の初期救命率の改善にも関わらず、救命後の長期予後は依然不良であり、リスクの層別化が重要と考えられる。高齢化が進行している日本では、高齢者の人口が2040年にピークに達すると予想されているが、広島県尾道市は高齢化が進んでいる地域であり、高齢者の人口割合は2040年の日本全体のものと同様である。高齢者が多い集団での臨床研究は、我が国における将来の姿を反映しうるものであると考える。（表1）

II. 目 的

高齢化が進む尾道地域における当院でのAMI症例に関しての臨床的特徴を評価し、転帰の予測因子について検討した。

III. 方 法

2020年5月～2022年4月に当院で緊急経皮的冠動脈形成術（PCI）を施行したAMI患者161例を対象とした後ろ向き観察研究である。

退院後の予後、主要心血管イベント（MACE: Major Adverse Cardiac Events）を調べ、多変量解析にてPCI後の転帰に関する独立した因子を検討した。MACEは心臓死、心筋梗塞、標的病変再血行再建術（TVR）の複合と定義した。

IV. 結 果

患者は161例で平均年齢は72歳、男性の割合が76%であった。高齢者群で高血圧の方が多く若年者群で喫煙者が多かった。高齢者群で心不全入院歴が多い傾向にあり、心房細動の既往が多かった。入院時の血液検査では、高齢者群でより貧血、低Alb血症、腎機能低下を認め、LDL-cholesterolやトリグリセリドが低値で、BNPが高値であった。（表2）

表1 日本・尾道市の高齢化状況

	60歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上
2021年 日本全体	34.9%	28.8%	22.6%	14.9%	9.5%
2040年 日本全体(推定)	42.5%	35.3%	27.2%	20.2%	14.2%
2021年 尾道市	43.1%	36.6%	29.3%	19.8%	12.9%

¹JA 尾道総合病院 循環器内科

表2 患者背景, 冠危険因子, 概往歴/並存疾患, 各種検査所見, 責任血管, 退院時内服薬

	全体(n=161)	69歳未満 (n=63)	70~79歳 (n=52)	80歳以上 (n=46)	P値
患者背景					
年齢, 歳	72.3±5.5	59.9±7.6	74.9±2.5	86.4±4.5	<0.001
男性, n (%)	123 (76.4)	58 (92.6)	40 (76.9)	25 (54.4)	<0.001
身長, cm	162.4±8.7	167.3±8.7	161.9±8.6	154.8±8.8	<0.001
体重, kg	63.6±13.3	72.2±16.8	59.0±9.2	55.9±11.0	<0.001
BMI	24.4±3.7	26.5±4.9	22.5±2.7	23.7±2.5	<0.001
冠危険因子					
高血圧, n (%)	109 (67.7)	36 (33.0)	36 (69.2)	37 (80.4)	0.036
糖尿病, n (%)	64 (40.0)	21 (33.3)	25 (49.0)	18 (39.1)	0.233
高脂血症, n (%)	89 (56.0)	38 (60.3)	27 (52.9)	24 (53.3)	0.670
喫煙, n (%)	25 (15.6)	18 (28.6)	6 (11.8)	1 (2.2)	<0.001
既往歴/併存疾患					
心筋梗塞既往, n (%)	38 (23.8)	10 (15.9)	14 (27.5)	14 (30.4)	0.159
PCI既往, n (%)	32 (20.0)	8 (12.7)	16 (31.4)	8 (17.4)	0.040
CABG既往, n (%)	5 (3.1)	1 (1.6)	3 (5.9)	1 (2.2)	0.385
心不全入院歴, n (%)	30 (18.8)	7 (11.1)	10 (19.6)	13 (28.3)	0.075
脳梗塞既往, n (%)	22 (13.7)	8 (12.7)	6 (11.5)	8 (17.4)	0.674
心房細動, n (%)	25 (15.6)	2 (3.2)	10 (19.6)	13 (28.3)	0.001
PAD/AAA, n (%)	10 (6.3)	3 (4.8)	2 (3.9)	5 (10.9)	0.303
透析, n (%)	7 (4.4)	4 (6.4)	3 (42.9)	0 (0)	0.229
血液検査					
WBC, /μL	9844±3538	10015±3444	9493±3255	10006±4013	0.689
Hb, g/dL	13.8±2.1	14.8±2.1	13.5±2.0	12.6±2.3	<0.001
Alb, g/dL	3.8±0.5	4.0±0.5	3.8±0.5	3.6±0.5	<0.001
eGFR, ml/min/m2	59±23	67±23	58±25	50±18	<0.001
CRP, mg/dL	1.3±3.4	0.5±0.9	0.9±1.8	3.0±6.0	<0.001
HbA1c, %	6.5±1.3	6.6±1.4	6.6±1.5	6.1±0.7	0.171
BNP, pg/mL	256±440	109±283	294±525	420±505	0.002
LDL-chol, mg/dL	114±37	128±41	108±36	99±33	<0.001
TG, mg/dL	134±86	159±96	140±97	91±51	<0.001
peak CK, U/L	2463±3286	3319±4670	1833±1936	2021±1965	0.033
心エコー					
EF, %	55±14	54±14	56±13	55±12	0.659
心電図					
ST上昇型心筋梗塞, n (%)	105 (65.2)	46 (73.0)	30 (57.7)	29 (63.0)	0.244
院外心停止, n (%)	20 (12.4)	8 (12.7)	6 (11.5)	6 (13.0)	0.971
カテ所見 責任血管					
					0.596
右冠動脈, n (%)	55 (34.2)	25 (39.7)	14 (26.9)	16 (34.8)	
左冠動脈主幹部, n (%)	9 (5.6)	3 (4.8)	3 (5.8)	3 (6.5)	
左前下行枝, n (%)	75 (46.6)	26 (41.3)	29 (55.8)	20 (43.5)	
左回旋枝, n (%)	21 (13.0)	9 (14.3)	5 (9.6)	7 (15.2)	
バイパスグラフト, n (%)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.9)	0 (0)	
退院時内服薬					
抗血小板薬2剤, n (%)	123 (86.6)	56 (94.9)	41 (85.4)	26 (74.3)	0.017
抗凝固薬, n (%)	26 (18.3)	7 (11.9)	9 (18.8)	10 (28.6)	0.128
スタチン, n (%)	135 (95.1)	58 (98.3)	45 (93.8)	32 (91.4)	0.289
ACEi/ARB/ARNI, n (%)	121 (85.2)	51 (86.4)	39 (81.3)	31 (88.6)	0.612
βブロッカー, n (%)	124 (87.3)	52 (88.1)	41 (85.4)	31 (88.6)	0.886
SGLT2阻害薬, n (%)	32 (22.5)	16 (27.1)	11 (22.9)	5 (14.3)	0.354
ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬, n (%)	23 (16.2)	11 (18.6)	6 (12.5)	6 (17.1)	0.681
利尿薬, n (%)	30 (21.1)	9 (15.3)	8 (16.7)	13 (37.1)	0.028

PCI後2年(730日)間における予後やMACEを評価した。全161例中, PCI後730日までにMACEは25例に発生し, 全死亡は35例であった。(表3)

年齢別のKaplan-Meier曲線では, 80歳以上の群でPCI後730日間の死亡率が有意に高く, Pは0.001未満であった。同様に, 80歳以上の群でPCI後730日間のMACEが有意に高く, Pは0.025であった。(図1)

多変量解析の結果, 80歳以上, Alb: 3.6 g/dL未満, eGFR: 45 ml/min/1.73m²未満が死亡率の独立した予測因子であり, Alb: 3.6 g/dL未満, eGFR: 45 ml/min/1.73m²未満がMACEの予測因子であった。(表4)

表3 PCI施行後730日時点での転帰

	全体(n=161)	69歳未満 (n=63)	70~79歳 (n=52)	80歳以上 (n=46)	P値
PCI後転帰(730日間)					
心筋梗塞, n (%)	4 (3.0)	0 (0)	3 (6.4)	1 (2.9)	0.173
TVR, n (%)	6 (4.48)	1 (1.9)	4 (8.5)	1 (2.9)	0.246
全死亡, n (%)	35 (21.7)	7 (11.1)	7 (13.5)	21 (45.7)	<0.001
心臓死, n (%)	20 (12.4)	5 (7.9)	4 (7.7)	11 (23.9)	0.020
MACE, n (%)	25 (15.5)	6 (9.5)	7 (13.5)	12 (26.1)	0.055

表4 730日間の転帰(死亡率・MACE)の単変量解析・多変量解析

	死亡率				MACE			
	単変量解析		多変量解析		単変量解析		多変量解析	
	HR (95%CI)	P値	HR (95%CI)	P値	HR (95%CI)	P値	HR (95%CI)	P値
年齢≥80	4.60 (2.35~9.26)	<0.001	3.01 (1.38~6.67)	0.006	2.78 (1.25~6.14)	0.013	0.96 (0.36~2.48)	0.94
女性	2.17 (1.06~4.24)	0.034	1.16 (0.51~2.75)	0.728	3.48 (1.56~7.69)	0.006	2.15 (0.80~5.67)	0.127
Hb<13	4.55 (2.30~9.47)	<0.001	1.66 (0.73~3.83)	0.225	4.16 (1.87~9.85)	<0.001	1.44 (0.53~3.91)	0.47
Alb<3.6	7.30 (3.67~15.26)	<0.001	3.48 (1.47~8.29)	0.005	7.68 (3.39~18.95)	<0.001	3.42 (1.30~9.43)	0.013
eGFR<45	8.20 (4.13~17.11)	<0.001	4.70 (2.18~10.60)	<0.001	7.28 (3.26~17.31)	<0.001	4.77 (1.91~12.68)	<0.001

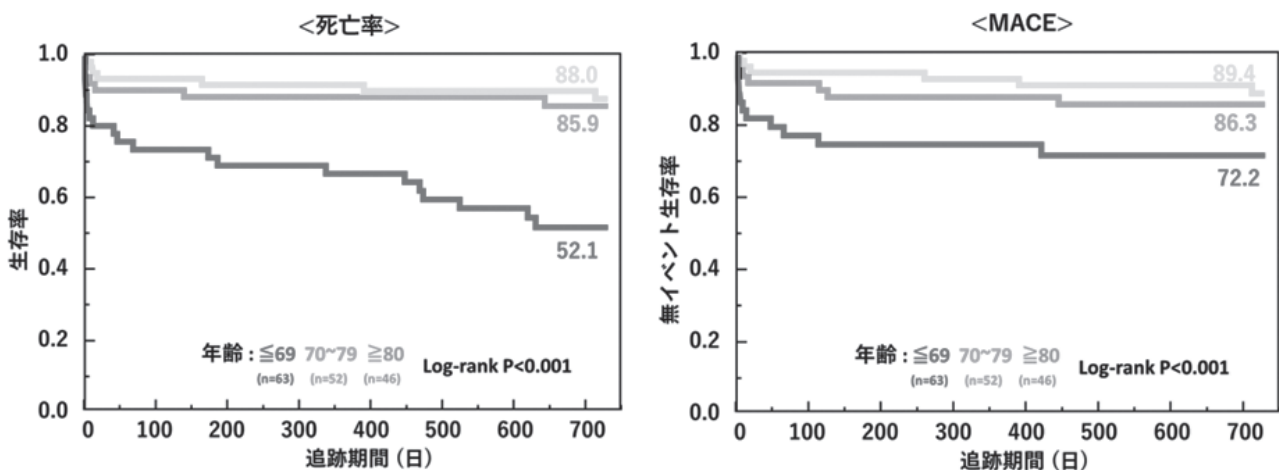


図1 年齢別 Kaplan-Meier 曲線 (死亡率・MACE)

Alb: 3.6 g/dL, eGFR: 45 ml/min/1.73m²を cut-offとしたKaplan-Meier 曲線では、それぞれ Alb: 3.6 g/dL 未満, eGFR: 45ml/min/1.73m²未満の群で死亡率・MACE が有意に高く、それぞれ P は0.001未満であった。(図2 & 3)

VI. 考 察

AMI 患者を栄養状態で層別化すると栄養状態のスコアが悪くなるごとに総死亡のリスクが上昇したという報告¹⁾や、腎機能で層別化すると eGFR が低下するごとに総死亡・MACE のリスクが上昇したという報告²⁾があるが、今回

の結果からも、年齢という要素を除外しても、Alb と eGFR が PCI 後の死亡率と MACE の独立した予測因子であることが示された。また今回の研究の多変量解析にて年齢が MACE の独立した予測因子ではないことから、高齢患者であっても例えば PCI 手技の向上や適切な二次予防などで MACE を予防しうることが示唆された。80歳以上の AMI 患者では、PCI 後の死亡率が有意に高かったが、PCI は生命予後改善の意義だけでなく症状を緩和するという報告³⁾もあり、超高齢であることのみを問題として PCI を控える理由にはならない。

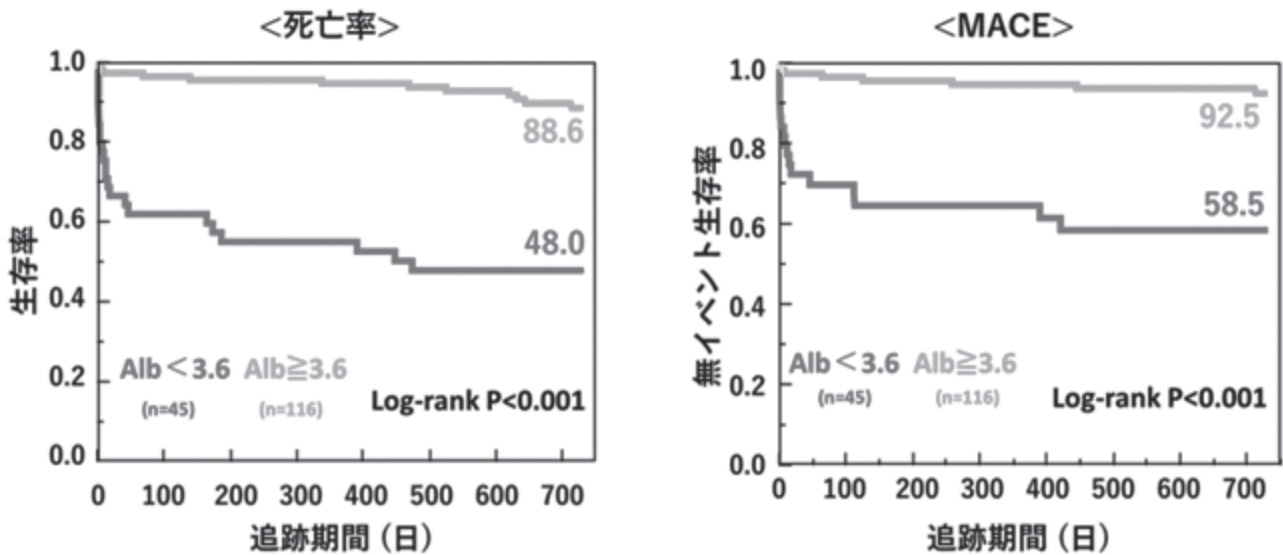


図2 Alb 別 Kaplan-Meier 曲線 (死亡率・MASE)

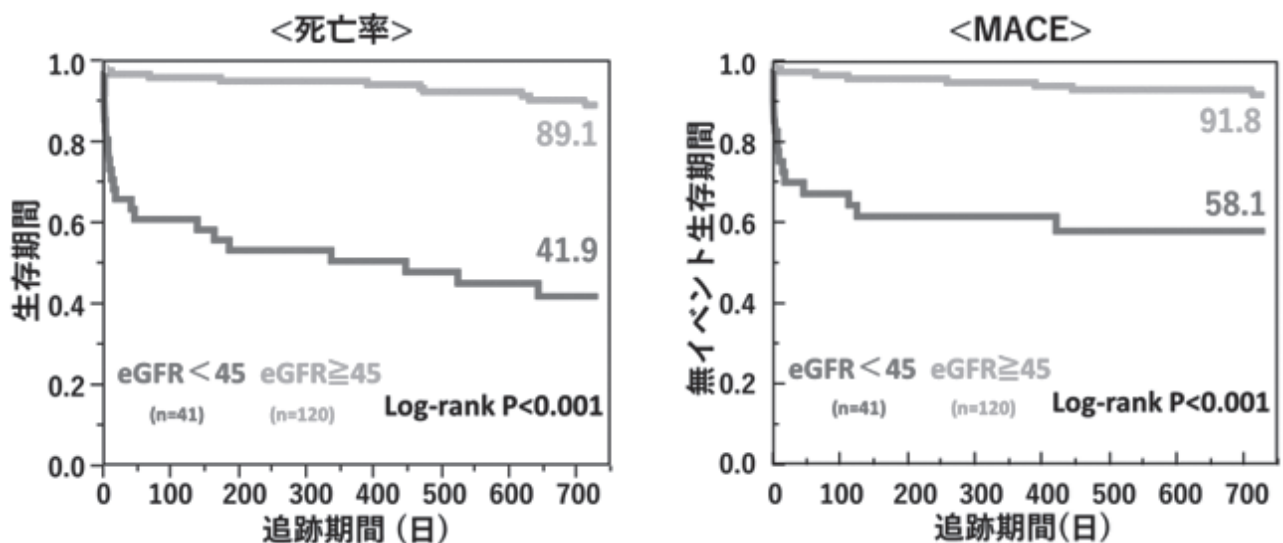


図3 eGFR 別 Kaplan-Meier 曲線 (死亡率・MASE)

Ⅶ. 結 語

AMI 患者の入院時の低栄養と腎機能障害は PCI 後 2 年間で死亡・MACE のリスク上昇と関連し、高齢であることは MACE の独立した因子ではない。

参 考 文 献

- 1) T Ando, A Yoshihisa, et al: Prognostic Impacts of Nutritional status on long-term outcome in patients with acute myocardial infarction. *Eur J Prev Cardiol* 27:2229-2231, 2020.
- 2) N S Anavekar, J J V McMurray, et al: Relation between renal dysfunction and cardiovascular outcomes after myocardial infarction. *N Engl J Med* 23:1285-1295, 2004.
- 3) TIME Investigators: Trial of invasive versus medical therapy in elderly patients with chronic symptomatic coronary-artery disease (TIME): a randomised trial. *Lancet* 358:951-957, 2001.

当院における摂食障害に対する 行動制限療法・食事対応マニュアルの活用

伊藤 栞¹・富岡 啓太²・重廣奈緒子³・小林 美咲²・市場 啓嗣²
横畑 宏樹²・村上 光²・山岡 尚平²・高橋 志保²・本村 あい²
岩瀧真一郎²・城谷 千尋¹・浜本 悠香¹・金子 美樹¹・吉岡佳奈子¹

【はじめに】

COVID-19パンデミックによって摂食障害 (Eating Disorder: ED) の若年患者が急増しており¹⁾, 摂食障害を専門とする病院だけでなく一般小児科でも対応せざるを得ない状況である。当院においても一般小児科で対応しているが、これまでは患者ごとに異なる治療方針で加療されていた。これでは多職種が治療方針を精密に共有できず、統一性をもった治療を提供す

ることができなかった。特に最前線で ED 患者の不平不満を受ける看護師においてはどう対応すれば良いのか分からず、心理的ストレスを抱える者も少なくなかった。そこで当院は、2023年より ED 患者における行動制限療法の一元化を行い、管理栄養士による食事対応マニュアルの作成に加え、ED 患者の細かな要求に対する対応方法も具体的に規定した (図 1)。これによって、ED 患者の守るべき食事ルールや食事マナー、及び完食ルールを策定した (図 2)。

<p>【給食】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病前の嗜好を本人、家人から聞き取る。 ・栄養士が判断した最低限の除去対応をする (他の入院患者と同様に)。 例) アレルギー、摂取して体調を崩すもの (牛乳で下痢をするなど)。 ・細かい好き嫌いは対応しない。 給食で出る頻度が高いものは要検討 (魚、卵、乳製品など)。 ・食べたことがないからという理由では除去しない。 ・バランスの良い食事 (普通の食事) を提供する。 ご飯を減らして他の栄養に置き換える等はない (朝食をパンへ変更は可)。 ・標準 (目標) 体重を維持するために必要なカロリーは食事で補う。 体重を増やすために必要なカロリーは何でもいい (食事、間食、栄養補助食品など)。 ・持ち込み食は原則禁止 (飲料の持ち込みは水かお茶)。 <p>【経管栄養】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ステップ0の経管栄養は食品 (メイバランス 1.0 など) で提供する。 ・腹が張るなどの訴えがあっても原則濃縮タイプにはしない (病気がそう思わせている)。 ・栄養量の調整のために濃縮タイプを使用する場合は一般製剤と同等になるよう加水する。 ・嘔吐や下痢などの身体症状が出た場合は検討する。 <p>※上記の対応を行う理由</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病気と競い合ってしまうのは本人の意志ではなく病気がそう思わせている。 ・その間の嗜好を聞くことは、病気に寄り添うことになる。 ・除去する物が多いと、それらの食品を食べ始める度に辛い思いをしてしまう。 ・嫌いなものも食べないといけないという環境も完食して退院したい気持ちに繋がる。 ・病気を治すためには、普通の食事を普通に食べられることが継続できれば治療に繋がる。 <p>☆お願い</p> <p>提供された食事と食札とを照らし合わせて、間違いないか等の疑問を感じた時は、患者さんが安心して食べることができるよう、食事を開始する前に栄養科へご連絡ください。</p>	<p>【食事の決まり事】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事や間食を摂る場所は、その時のステップに応じた場所で行う。 ・患者は食事前にお手洗いを済ませ、食事中は食事の場から離れない。 ・食事時間はステップに応じた制限時間を遵守する。 ・食事で出たゴミ (ふりかけや飲料のパックなど) もお膳の上に残しておき確認する。 ・間食は食事と一緒に配膳されるため、看護師が保管しておく。 ・決められた間食の時間に渡し、摂取後に出た包装などのゴミを看護師が確認する。 ・完食ルール、食事マナーを守る。※間食や経管栄養中も「食事の時間」として扱う。 <p>【完食ルール】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇提供された食事は飲料も含めて完食。お茶は残してもよい。 ◇食べ終わった食器にご飯粒などの食べカスを残さない。 ◇鶏の皮や揚げ物の衣も食べる (魚の皮、えびのしっぽ、バナナやオレンジの皮は残してもよい)。 ◇醤油やソース類、ふりかけ、海苔の佃煮などは全てかける。最終的に器に残ったものは残していいが、故意に器になすりつけていた場合は完食としなない。 ◇味噌汁やポタージュなどの汁物は全て飲む。 種類は麺と具を食べれば汁を残していい。 酢の物や酢豚、缶詰のシロップなど、具材を食べて器に残ったものは残していい。 <p>【食事マナー】</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆「いただきます」と「ごちそうさま」を言う。 ◆背筋を伸ばしてきちんと座る。 ◆小さな食器は手で持ち、スプーンや箸で食べ物を口に運ぶ。 ◆食事の途中で立ち歩かないようにする。お手洗いは食前に済ませる。 ◆食事中は携帯電話 (スマホ) を触らない。 ◆食事中、机の上には箸とお膳だけを置く。
---	---

2023年7月改訂 栄養科

図 1 医療スタッフへの食事対応マニュアル

¹JJA 尾道総合病院 栄養科, ²JJA 尾道総合病院 小児科, ³JJA 尾道総合病院 緩和ケアセンター

食事のルール

◇提供された食事は飲料も含めて完食しましょう。
食事についてのお茶は全て飲まなくてもいいです

◇食べ終わった食器にごはん粒などを残さないようにしましょう。

◇鶏の皮や揚げ物の衣も食べましょう。
魚の皮、えびのしっぽ、バナナやオレンジの皮は食べなくてもいいです。

◇醤油やソース、マヨネーズ、ドレッシング、ふりかけ、海苔の佃煮などは全てかけましょう。
最終的に器に残ったものは食べなくてもいいです。

◇お味噌汁やポタージュなどの汁物は全て飲みましょう。
麺類の汁は、麺や具を食べれば汁まで飲まなくてもいいです。
酢の物や酢豚、缶詰の果物のシロップなど、具材を食べて器に残ったものは飲まなくていいです。

食事のマナー

マナーを守ることは、食事を作ってくれた人に感謝の気持ちを表すことにもつながります。

- ◆「いただきます」と「ごちそうさま」を言いましょう。
- ◆背筋を伸ばしてきちんと座りましょう。
- ◆小さな食器は手で持ち、スプーンや箸で食べ物を口に運びましょう。
- ◆食事の途中で立ち歩かないようにしましょう。お手洗いは食前に済ませておきましょう。
- ◆食事中は携帯電話を触らないようにしましょう。




図2 患者へ配布する食事のルールと食事マナー

今回、行動制限療法・食事対応マニュアル導入前後での治療効果の比較、看護師へのアンケート調査を実施したので報告する。

を実施した。アンケートは2022年以前から摂食障害に関わっている看護師24名によって回答され、アンケート回収率は75%だった。

【方 法】 【結 果】

2021年～2022年のED患者5例（以下旧治療群）と2023年以降のED患者4例（以下新治療群）のうち、入院治療を完遂できなかった症例（旧治療群1例、新治療群1例）を除外し、旧治療群4例、新治療群3例の食事完食率や体重増加などを比較検討した。次にアンケート調査

旧治療群と新治療群の治療経過を図3に示した。平均体重増加量は旧治療群で0.18kg/週、新治療群で0.61kg/週だった。平均入院日数は旧治療群で113日、新治療群で57日だった。平均食事完食率は旧治療群で36.3%、新治療群で91.1%だった。

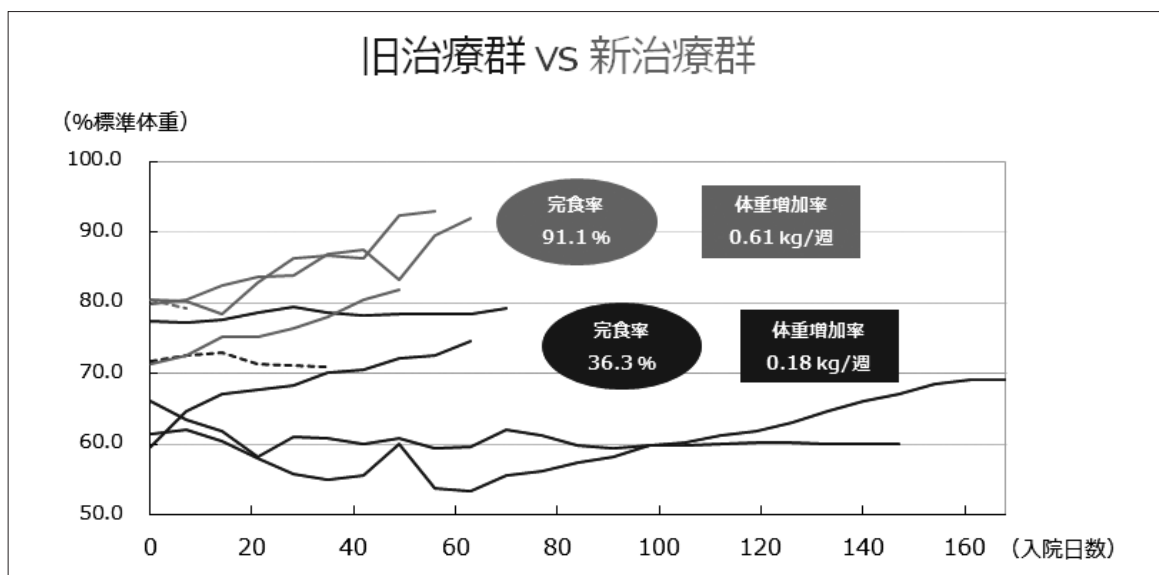


図3 旧治療群と新治療群の入院経過の比較

次に看護師へのアンケート結果を図4, 図5, 図6に示した。旧治療群では看護師の100%がストレスを感じていた(図4)。新治療群では旧治療群と比較して看護師の59%において心理的ストレスが改善傾向となり, 14%において悪化傾向となった(図5)。食事対応マニュアル導入については, 看護師の86%が食事対応マニュアルを導入して良かったと回答した(図6)。良かった声として, “スタッフ全員が同じ関わりが出来るようになって良かった” “マニュアルが具体的だったのでここまで食べないと完食にならないのだということが分かり対応しやすかった”などの意見があった。一方で, “患児が望ましくない行動をしたときの対応が辛かった”といった意見や, “指示された量を完食できるかどうかは病気の状況にもよるため当てはまらない患児もいるのではないか”といった意見もあった。

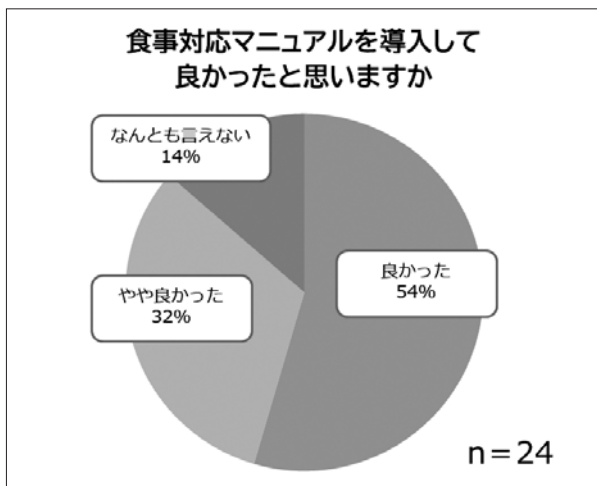


図4 アンケート結果1

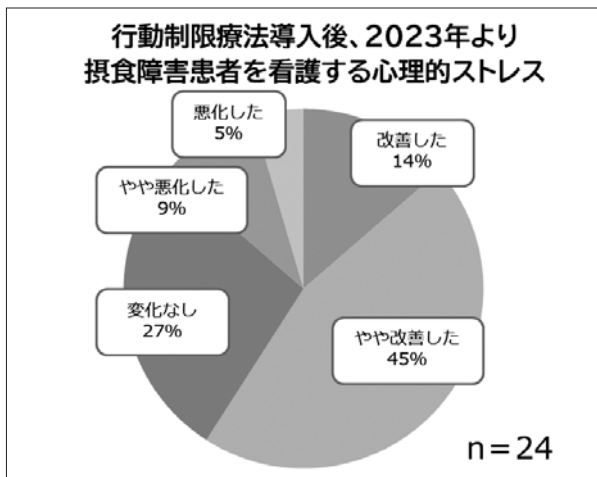


図5 アンケート結果2

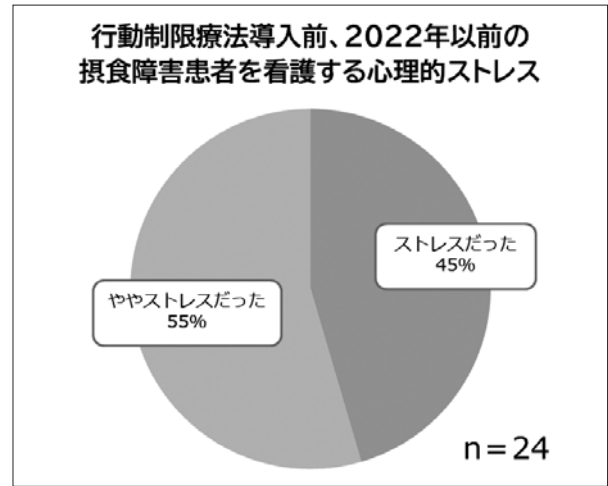


図6 アンケート結果3

【考 察】

ED患者は統一性をもった対応により不安が軽減するため²⁾, 新治療群の医療スタッフが食事対応マニュアルを基に統一性をもった対応をしたことで治療に取り組みやすくなった。そしてED患者は真面目な性格なことが多いため³⁾, 新治療群のED患者は食事のルールやマナーを熟読し, それに準じて治療に取り組む姿がみられた。その結果, 新治療群の完食率が良化したと考えられる。

アンケート結果では, 新治療群の方針に対して肯定的な意見が多かった。看護師は心理的ストレスが軽減し, 看護の質も向上したと思われる。

以上の2点から, 新治療群は旧治療群と比較して体重増加率が改善し, 入院日数が短縮されたと考えられる。ED治療は0.5kg/週の体重増加を目指すことが推奨されている⁴⁾が, 新治療群はそれと同等な体重増加も得られ, 行動制限療法・食事対応マニュアルは有用な取り組みだったと思われる。また治療期間が短いほど治療成功率が高くなる⁵⁾と報告されているため, 入院期間が短縮されたのも良い傾向だと思われる。

しかし, ストレスが悪化したスタッフの存在や, 依然としてうまくいかない症例も認められた。当院にとって最適な行動制限療法・食事対応マ

マニュアルへの改正へ向け引き続き検討する必要がある。

【結 語】

当院における摂食障害に対する行動制限療法・食事対応マニュアルを作成した。患者はルールやマナーを守るよう努力し、医療者は統一性をもった患者対応ができた。また、看護師の心理ストレスが軽減した。結果としてED患者の体重回復は良化したため、当院の行動制限療法・食事対応マニュアルは有用だったと考える。

【引 用 文 献】

- 1) 戸田健太, 高倉修: 新型コロナ時代の子どもの課題 摂食症 (摂食障害). 小児科診療 87: 337-343, 2024.
- 2) 日本医療研究開発機構 (AMED) 障害者対策総合研究事業 精神障害分野「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」神経性やせ症の簡易治療プログラム作成ワーキンググループ: 神経性やせ症 (AN) 初期診療の手引き. 1版: 21, 2019.
- 3) 日本医療研究開発機構 (AMED) 障害者対策総合研究事業 精神障害分野「摂食障害の治療支援ネットワークの指針と簡易治療プログラムの開発」神経性やせ症の簡易治療プログラム作成ワーキンググループ: 神経性やせ症 (AN) 初期診療の手引き. 1版: 14, 2019.
- 4) 作田亮一: 小児摂食障害 早期発見と包括的治療. 小児科 60: 1401-1408, 2019.
- 5) Doyle PM, Le Grange D, et al: Early response to family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders 43: 659-662, 2010.

肺がんに対する Durvalumab 維持療法中に 薬剤性肺炎となり死亡に至った1例

柴村 英真¹・露木 佳弘²・濱井 宏介²
西田 賢司³・米原 修治³・田中 信治⁴

要 約

症例は73歳男性。肺扁平上皮癌 cT2aN2M0, cStage III A に対し, Carboplatin, Paclitaxel 併用の化学放射線療法 (60Gy, 30回) を行ったのち, Durvalumab による維持療法を外来で行っていた。Durvalumab 投与開始 4 か月目に呼吸困難と血痰の症状があり, 当院に救急搬送され入院となり, 薬剤性肺炎が疑われステロイド治療を施行したが, 治療が奏功せず死亡した。家族の同意を得て病理解剖を実施したところ, 肺の硬化が進行しており, 肺胞内が線維化する OP-pattern を呈している像もみられ, 器質化肺炎としての病理像を認めた。病歴と病理解剖から, 免疫チェックポイント阻害薬である Durvalumab による薬剤性肺炎をきたし死亡に至ったと推測された。

症 例

患者: 73歳, 男性

主訴: 呼吸困難, 血痰

既往歴: 特発性間質性肺炎 (X-6年発症。ステロイドパルスや免疫抑制剤であるシクロスポリンを使用し改善した。現在は免疫抑制剤などの内服はなし。), 慢性心不全, 頻脈性心房細動, 慢性腎不全, 膵ガストリノーマ術後 (膵頭十二指腸切除術。胃空腸吻合術。X-14年に原発巣を切除。X-1年8月末に再発にてリンパ節切除。)

現病歴: 肺扁平上皮癌 cT2aN2M0, cStage III A に対し, X年6月から7月に Carboplatin, Paclitaxel 併用化学放射線療法 (60Gy, 30回)

を行った。X年7月から Durvalumab による維持療法を開始した。X年10月 Y-9日に胸部 Xp で右肺網状影が出現し, Durvalumab を中止していた。X年10月 Y-3日に37℃台の発熱と呼吸困難と血痰を自覚していた。X年10月 Y日に呼吸困難が増悪したため当院に救急搬送され, 同日入院となった。

来院時現症: 身長178cm, 体重69.8kg, 血圧126/96mmHg, 脈拍112回/min, 体温38.0℃, 呼吸数26回/min, SpO2 79% (酸素投与 4 L/min) 呼吸音は右肺優位に両側で fine crackles を聴取した。また, 右呼吸音が減弱していた。チアノーゼや末梢冷感は認めなかった。

来院時血液検査 (Table. 1): 好中球と炎症反応の上昇を認めた。また, 腎機能の低下と血液凝固能の低下を認めた。

Table. 1 来院時血液検査

血算	生化学	凝固
WBC 7390/μL	TP 6.1g/dL	PT 5%
%Ne 82.6%	ALB 2.8g/dL	PT-INR 9.51
%Ly 5%	T-bil 0.4mg/dL	APTT 128.6秒
RBC 293×10 ⁴ /μL	AST 44U/L	D-dimer 2μg/mL
Hb 10.1g/dL	ALT 33U/L	
PLT 22.1×10 ⁴ /μL	ALP 94U/L	動脈血ガス
	γ-GTP 26U/L	pH 7.143
	LDH 353U/L	pO2 185mmHg
目視分類	CK 147U/L	pCO2 65.1mmHg
Segmented 81%	UN 69.1mg/dL	cHCO3 21.4mmol/L
Lymphocyte 6%	CRE 4.06mg/dL	ABE -7.3mmol/L
Monocyte 8%	UA 16.55mg/dL	Lac 0.6mmol/L
Esosinophil 4%	Na 137mEq/L	
	K 4.1mEq/L	
	Cl 109mEq/L	
	Ca 9mEq/L	
	IP 3.3mg/dL	
	CRP 16.55mg/dL	

¹JA 尾道総合病院 初期研修医

²JA 尾道総合病院 呼吸器内科医

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

⁴JA 尾道総合病院 病院長

胸部 Xp (Figure. 1) : X年10月 Y-9日に右肺びまん性に網状影を認めていたが, X年10月 Y日には網状影が拡大していた。

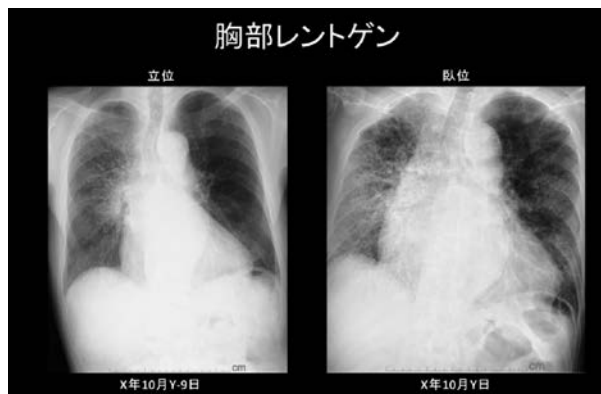


Figure. 1 X年10月 Y-9日の胸部 Xp では右肺びまん性に網状影が認められる。X年10月 Y日の胸部 Xp では右肺の網状影の増悪, 心拡大を認めた。

胸部 CT (Figure. 2) : 両側びまん性にすりガラス影を認め, 右肺下葉は一部浸潤影も認めている。



Figure. 2 来院時 CT 画像。両側びまん性にすりガラス影を認め, 右肺下葉では一部浸潤影も認める。

入院後経過 :

第1病日から薬剤性肺炎を疑い, ステロイドパルス療法と CTRX 2g q24h の投与を開始したが, 酸素化は改善しなかったため第4病日に気管挿管を施行し, 第8病日に再びステロイドパルス療法を行った。また, 第10病日の胸部 CT (Figure. 3) では肺野に新規陰影を認めたため VAP (人工呼吸器関連肺炎) を疑い, 第12病日から MEPM 0.5g q24h の投与を開始した。また, 気管挿管が長期に及ぶことが想定されたため気管切開を施行した。しかし, 酸素化や炎症反応

の改善は乏しく, また, 経過中の循環動態も不安定であり, 第17病日に死亡した。

入院後経過

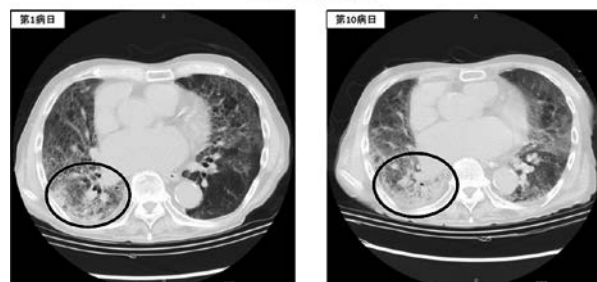
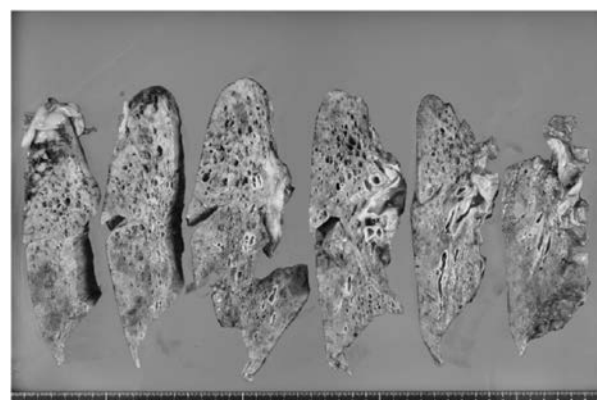


Figure. 3 第1病日と第10病日の胸部 CT 画像。第1病日の右肺下葉の一部浸潤影を含むすりガラス影は, 第10病日には浸潤影が拡大している。

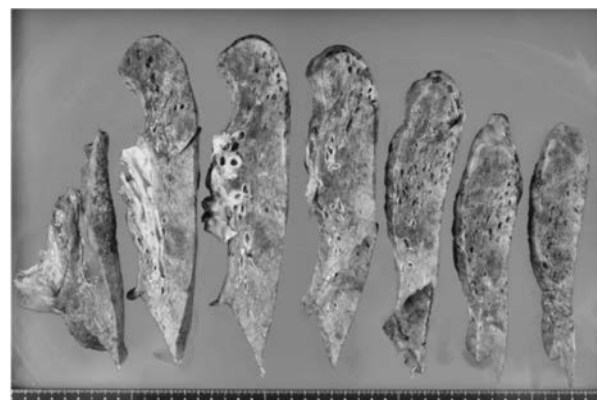
病理解剖所見

第17病日, 死後1時間19分後に病理解剖が実施された。摘出された右肺は750g, 左肺は800g (Figure. 4) で空洞化した壊死像や含気のない硬化した部位が認められた。(Figure. 5)



右肺 重量: 750g (正常は約500g)

Figure. 4-a 摘出された右肺の標本。



左肺 重量: 800g (正常は約500g)

Figure. 4-b 摘出された左肺の標本。

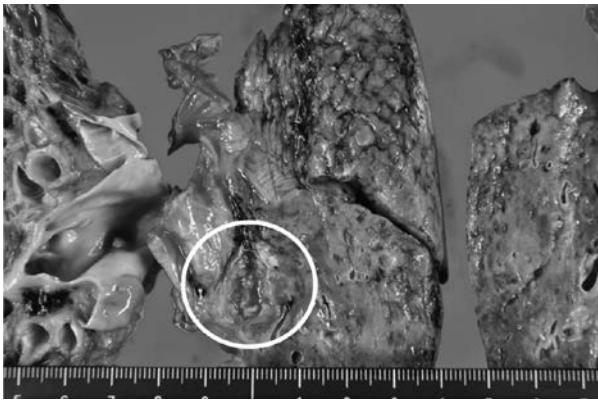


Figure. 5-a 摘出した肺の肉眼所見。空洞化した壊死像がみられる。

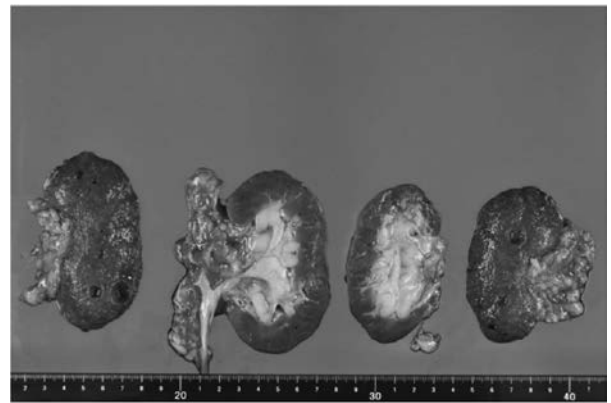


Figure. 5-b 摘出した肺の肉眼所見。白く硬化した含気のない部位が多くみられる。

また、摘出された腎臓は、左腎が92g、右腎が130gであり萎縮を認めていた。(Figure. 6)

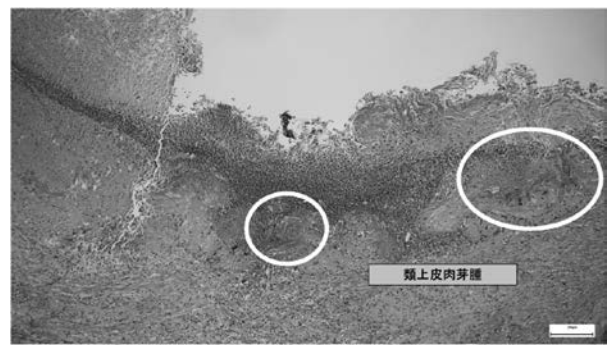
組織学的には、肺野の肉眼的壊死像に一致して壊死細胞や類上皮肉芽腫などがみられたが(Figure. 7)、がん細胞の浸潤や転移はみられなかったため、がんの転移や増悪が呼吸状態の増悪に関与している可能性は否定された。両側びまん性に肺胞内が線維化するOP-patternを呈しており(Figure. 8)、器質化肺炎に非特異的な所見が認められた。また、肺胞内に出血を認める範囲もあったが、肺全体としての占める割合は多くはなかった。(Figure. 9)

また、腎臓は全体的に萎縮しており、硬化した糸球体が多数みられたが(Figure. 10)、年齢も考慮すると年相応の変化であると考えられる。尿細管は嚢胞状に拡張していた。尿細管の壁は白く抜けており菲薄化も認めていた。(Figure. 11)腎前性腎不全の可能性も否定し得ないが、病歴と照らし合わせると薬剤性急性尿細管障害が最も考えられる所見であった。



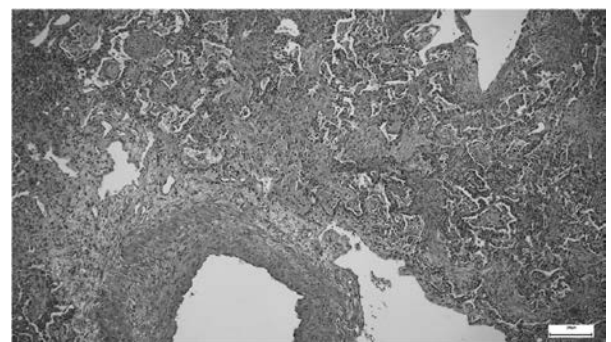
腎臓
• 左92g 右130g(正常は150~250g)
• 腎皮質:左0.2cm 右0.3cm

Figure. 6 摘出された腎臓。両側とも肉眼的に萎縮を認めた。



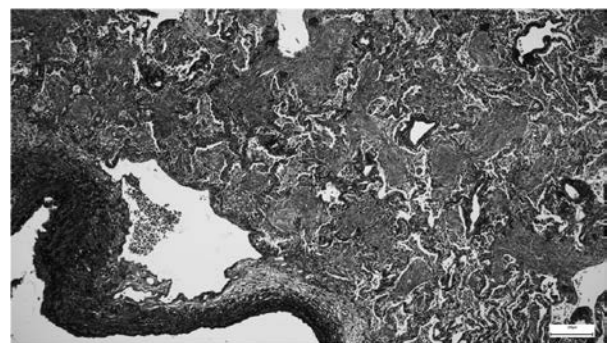
肺 壊死細胞と類上皮肉芽腫を認める

Figure. 7 壊死細胞とその中に残存する類上皮肉芽腫を認める。



肺 肺胞内が線維化するOP-patternを認める

Figure. 8-a 肺の病理組織像。肺胞内が線維化している。



肺 Elastica-Masson染色

Figure. 8-b 肺組織のElastica-Masson染色。青く染まった線維化の所見は肺胞内に多くみられる。

考 察

薬剤性肺障害は、以前は分子標的薬である gefitinib による間質性肺炎が問題となったが、その後投入された分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬（以下 ICI）においても薬剤性肺障害が発生する可能性がある。薬剤性肺障害は様々な領域に病変が及ぶが、いずれも特異的な病理像はない。

薬剤性間質性肺炎の特徴を以下に挙げる。

①同一薬剤であっても個体間で多彩な病型を示す。②同一個体内で複数のパターンが混在したり、異時的に別のパターンが発生したりすることがある。③同一個体内で新旧の病変が混じることがある。障害が繰り返し起こり慢性に経過する場合は、部位によって時相の異なる病変がみられることがある¹⁾。

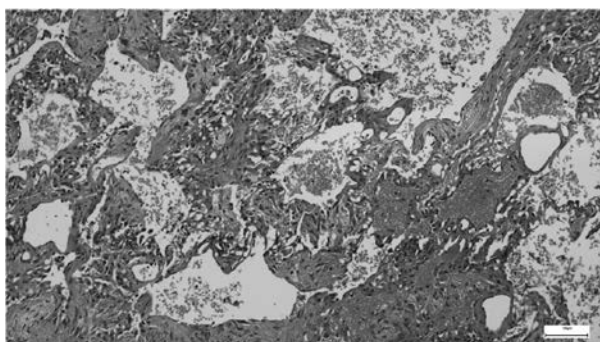
Yousem らは特発性器質化肺炎において予後良好群と予後不良群に分け、外科的肺生検例を比較したところ、予後不良群において器質化や肺胞壁構造が傷害され DAD-pattern を呈した症例を報告している²⁾。

DAD パターンの場合は予後不良との報告がある一方で Organizing pneumonia:OP-pattern, Nonspecific interstitial pneumonia:NSIP-pattern を呈する症例でも急速進行性の間質性肺炎を合併し予後不良となる症例も報告されている^{3) 4)}。

本症例では、器質化肺炎にみられる OP-pattern を病理所見で認めていた。一部構造の崩れた肺胞も認めたが、DAD-pattern といえるほどの広範囲にわたる領域はみられなかった。

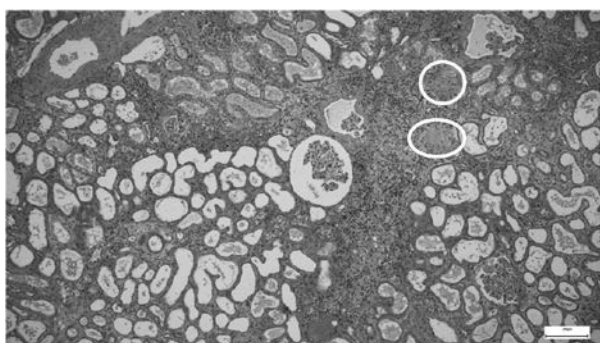
Yoshinouchi らは、器質化肺炎には、線維素を含まないもの（I型）と線維素を含むもの（II型）が存在し、I型はステロイドに感受性が極めて高いが、II型では線維化が残り画像で陰影の完全消失は見られないと報告している。Beasley らにより報告された AFOP は、急激に生じた線維素陽性の II 型肺胞上皮細胞の増勢が広範に認められ、急性の経過をとり予後不良であるとされている⁵⁾。

AFOP-pattern の組織学的所見では肺胞腔内が球状化したフィブリンで満たされているという



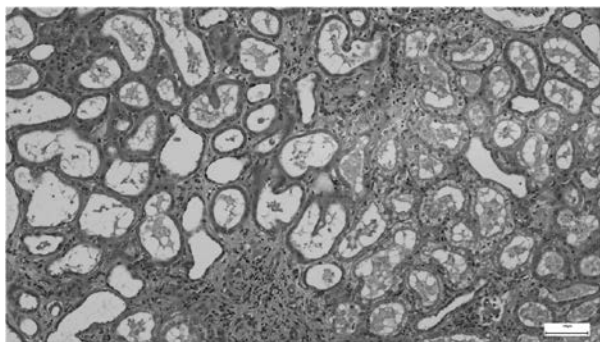
肺 肺胞内出血を認める

Figure. 9 肺の病理組織像。肺胞内出血を認める。肺全体の占める割合としては多くない。



腎臓 硬化した糸球体を認める

Figure. 10 腎臓の病理組織像。全体的に委縮しており、硬化した糸球体を複数認めた。



腎臓 尿細管は菲薄化している

Figure. 11 腎臓の病理組織像。尿細管は嚢胞状に拡張しており、壁は白く抜けている部位もあり菲薄化している。

病理学的診断：両側性びまん性の急性線維素性器質化肺炎（AFOP），両側腎臓の急性尿細管障害

点で, DAD や OP とは異なっている⁶⁾。

また本症例では入院時に急性腎障害と凝固能以上を認めたため, 肺胞出血が呼吸状態増悪に関与した可能性を考えたが, 病理所見からは関与は限定的と考えられた。

本症例の臨床経過や病理解剖所見から, Durvalumab や放射線療法により肺障害が起こり, 呼吸不全となって死亡に至ったと推察される。本症例は本来予後良好であるはずの単純な OP-pattern ではなく, 予後不良の AFOP-pattern を呈したため急性の経過をたどったと考えられる。臨床経過では喀血や血液検査での腎機能異常, 循環動態の不安定も認めていたが, 病理所見から肺胞出血や腎不全が直接死因に関与していることは示されなかった。

近年, 化学放射線治療の地固め療法として Durvalumab 投与の有効性が示され, 切除不能Ⅲ期非小細胞肺癌の治療として推奨されている。本症例でも, 呼吸器内科と呼吸器外科でカンファレンスを行い, 化学放射線療法後に Durvalumab による維持療法を行う方針となっていた。放射線治療と ICI はともに有害事象として肺障害が問題となる場合が多く, 2つの治療を連続して行う同療法では肺障害のマネジメントが非常に重要である⁷⁾。

化学療法や放射線治療後の ICI により広範な肺壊死を生じたという報告は調べた限りでは国内で1例だけであり, 症例の絶対数とさらなる検討が必要になると推測される。

結 語

肺癌に対する Durvalumab 維持療法中に薬剤性肺炎となり死亡に至った1例を経験した。

参 考 文 献

- 1) 比島恒和: 肺. 臨床と病理 39: 456-462, 2021.
- 2) S. A. Yousem, R. H. Lohr, et al: Idiopathic bronchiolitis obliterans organizing pneumonia/cryptogenic organizing pneumonia with unfavorable outcome: pathologic predictors. Modern Pathology 10: 864-871, 1997.

- 3) Sato S, Kuwana M, et al: Amyopathic dermatomyositis developing rapidly progressive interstitial lung disease with elevation of anti-CADM-140/MDA5 autoantibodies. Modern Rheumatology 22: 625-629, 2012.
- 4) Yokoyama S, Sato K, et al: A case of rapidly progressive interstitial pneumonia (RPIP) combined with clinically amyopathic dermatomyositis (CADM) successfully treated with intensive therapy. Annals of the Japanese Respiratory Society 2: 767-772, 2013.
- 5) 中西徳彦, 大舘祐治, ら: 生来健康な男性に発症し, 改善と再増悪を繰り返した AFOP と考えられた1例. 日本呼吸器学会誌 7: 245-249, 2018.
- 6) M B Beasley, T J Franks, et al: Acute Fibrinous and Organizing Pneumonia
A Histologic pattern of Lung Injury and Possible Variant of Diffuse Alveolar Damage. Arch Pathol Lab Med 126: 1064-1070, 2002.
- 7) Orinaka M, Ito T, et al: A Case of Lung Cancer That Developed Extensive Pulmonary Necrosis During Durvalumab Treatment. The Japan Lung Cancer Society 60: 985-990, 2020.

原因不明の胆管狭窄から肝硬変に至り 食道静脈瘤破裂, 肝性昏睡で死亡した1例

福元 壮¹・津島 健²・花田 敬士²・米原 修治³

Abstract : 症例は77歳女性。2012年から原発性硬化性胆管炎 (Primary sclerosing cholangitis:PSC) の疑いでフォロー開始された。2020年から腹腔内リンパ節腫大, 肝腫大, 腹水貯留が出現し, その後胆管炎を繰り返すようになった。2022年2月には child-Puge 8点の非代償性肝硬変 (GradeB) となり, 同年7月に食道静脈瘤破裂が発生した。その後2日間の昏睡状態となり死亡した。家族の同意のもと病理解剖を実施したところ, 再胆管増生, 線維化といった慢性胆汁うっ滞の所見と門脈内血栓形成を認めた。胆道画像検査と血液検査所見から胆管狭窄の進行は原発性硬化性胆管炎の病期進行によるものと考えられ, また静脈瘤破裂は門脈内血栓による門脈圧の急速な上昇によるものと考えられた。本症例は静脈瘤破裂による循環不全と肝硬変による肝性脳症が直接死因と考えられた。

I . 症 例

患者 : 77歳, 女性

主訴 : 皮膚掻痒感, 心窩部痛

既往歴 : 虫垂炎, 高血圧, 糖尿病, 下肢静脈血栓症

内服薬 : テルミサルタンーヒドロクロロチアジド合剤, ニフェジピン

現病歴 : 2012/7 心窩部痛, 皮膚掻痒感を主訴に近医受診し, 黄疸を認めたため, 精査加療目的で当院消化器内科を紹介受診した。

入院時現症 : 身長 152cm, 体重 46kg, 体温 37.2℃, 血圧 171/88mmHg, 脈拍 82bpm, 結膜に貧血・黄染なし, 心音・呼吸音に異常なし, 腹部は平坦・軟・圧痛なし, 表在リンパ節を触知しない。

経過 : 初診時血液検査 (Table 1) からは肝胆道系酵素の上昇, CA19-9の軽度上昇を認めた。また, IgG4は基準範囲内, 抗核抗体, 抗ミトコンドリア抗体はいずれも陰性であった。初診時造影CT検査 (Figure 1) からは両側肝内胆管のびまん性拡張, 中部胆管に造影効果を伴う壁肥厚を認めた。胆嚢, 総胆管に明らかな結石は認めなかった。初診時 MRCP 検査 (Figure 2)

Table 1. 肝胆道系酵素の上昇, CA19-9の軽度上昇。IgG4は基準範囲内, 抗核抗体, 抗ミトコンドリア抗体はいずれも陰性。

末梢血検査	血清生化学検査	腫瘍マーカー
WBC 5540 / μ L	T-Bil 5.67 mg/dL	CEA 3.4 ng/mL
RBC 399 $\times 10^4$ / μ L	AST 83 U/L	CA19-9 42.6 U/mL
Hb 12.8 g/dL	ALT 144 U/L	
Plt 24.6 $\times 10^4$ / μ L	LDH 368 U/L	
	ALP 741 U/L	
	r-GTP 731 U/L	
	TP 7.7 g/dL	IgG4 85.5 mg/dL
	Alb 4.4 g/dL	抗核抗体 (ANA) 40未満 倍
	BUN 12.7 mg/dL	抗ミトコンドリア M2抗体 5未満
PT活性度 113 %	Cr 0.60 mg/dL	
PT-INR 0.95	Na 137 mEq/L	
APTT 25.5 秒	K 3.2 mEq/L	
	Cl 106 mEq/L	
	CRP 0.29 mg/dL	

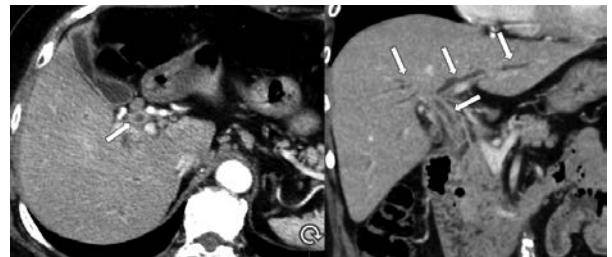


Figure 1. 両側肝内胆管のびまん性拡張あり。中部胆管に造影効果を伴う壁肥厚を認める。胆嚢, 総胆管に明らかな結石は認めない。

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医

²JA 尾道総合病院 消化器内科

³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

からは総胆管から左右肝管合流部にかけて比較的長い狭窄と肝内胆管の軽度拡張を認めた。初診時超音波内視鏡検査 (EUS) (Figure 3) からは総胆管レベルでの比較的均一な壁肥厚と胆嚢管、胆嚢内の壁肥厚を認めた。初診時 ERCP 検査からは胆管造影では肝内胆管～肝門部～遠位胆管にかけてびまん性に狭細化し、特に肝門部で強い狭窄を認め、枯れ枝状胆管像の所見であった。管腔内超音波検査 (IDUS) では肝門部から遠位胆管にかけて均一な壁肥厚を認め、再構築画像では総胆管の壁肥厚のそばに胆嚢管の壁肥厚も認めた (Figure 4)。胆汁細胞診では悪性所や自己免疫疾患を疑う抗体の上昇は認めず、血液検査の胆汁うっ滞所見と胆道画像検査の特徴的な画像所見から PSC と診断し、ウルソデオキシコール酸を600mg/day で開始した。PSC としてフォロー開始されてから8年後の2020/7、フォローアップの造影 CT で腹腔内リンパ節の増大傾向、血液検査で IL-2R 2240U/mL, IgG が2429mg/dL, IgG4が260mg/dL と上昇を認め、悪性リンパ腫や IgG4関連硬化性胆

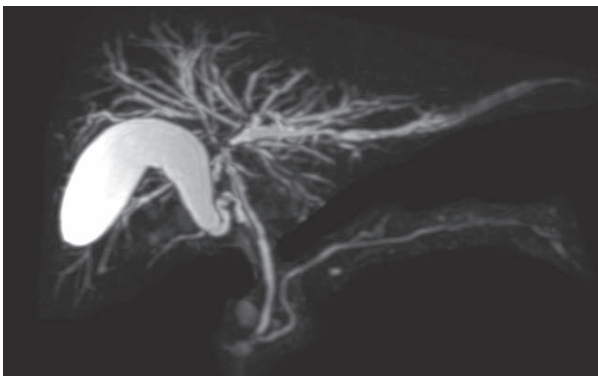


Figure 2. 総胆管から左右肝管合流部にかけて比較的長い狭窄。肝内胆管の軽度拡張

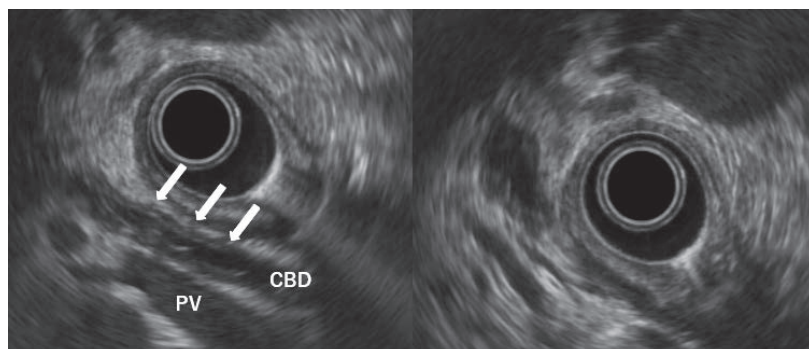


Figure 3. 総胆管レベルでの比較的均一な壁肥厚。胆嚢管、胆嚢内も壁肥厚像を認める。

管炎 (IgG4-related sclerosing cholangitis : IgG4-SC) の可能性が考えられたため EUS-FNA を施行したが、リンパ節生検では明らかな悪性所見はなく、骨髓検査でも特記すべき異常は認めなかった。また、生検リンパ節の IgG4免疫染色もしたが、少数が染色されるのみで IgG4関連疾患の診断には至らなかった。自己免疫性肝炎 (Autoimmune hepatitis:AIH, 以下 AIH) の診断目的で肝生検も施行したが、IgG4は染色されなかった。2012年から2020年までの8年の経過で、総胆管、肝門部、肝内胆管の狭窄の増強と狭窄範囲の増大を認めた。また剪定状所見と考えられる肝内胆管の分枝の減少を認めた。(Figure 5) また、腹腔内リンパ節の腫大、肝表面の凹凸不整、肝左葉の腫大、腹水の出現を認めた。(Figure 6) さらに1年後、発熱、黄疸が出現し胆石性胆管炎として入院となった。左肝内胆管拡張を認め、ERCPにより胆管ステントが留置された。ウルソデオキシコール酸は900mg/dayへ増量。その後も胆管炎の再燃を繰り返した為、IgG4関連硬化性胆管炎の診断基準は満たさないものの何らかの免疫応答が関与している可能性を考え PSL 30mg/day で開始した。PSL 導入後、糖尿病の発症、腹水増悪を認め、血糖コントロール、腹水コントロール目的で入院となった。その後も胆管狭窄の改善はなく、入院時の血液検査では肝機能は Child-Puge 8点の非代償性肝硬変 (Grade B) の状態であった。その後肝硬変の進行に伴い、腹水貯留が著明となり、再度腹水コントロール目的で入院した。2022/7/18、入院中に食道静脈瘤破裂が発生し、EVLにより止血したが、昏睡状態となった。

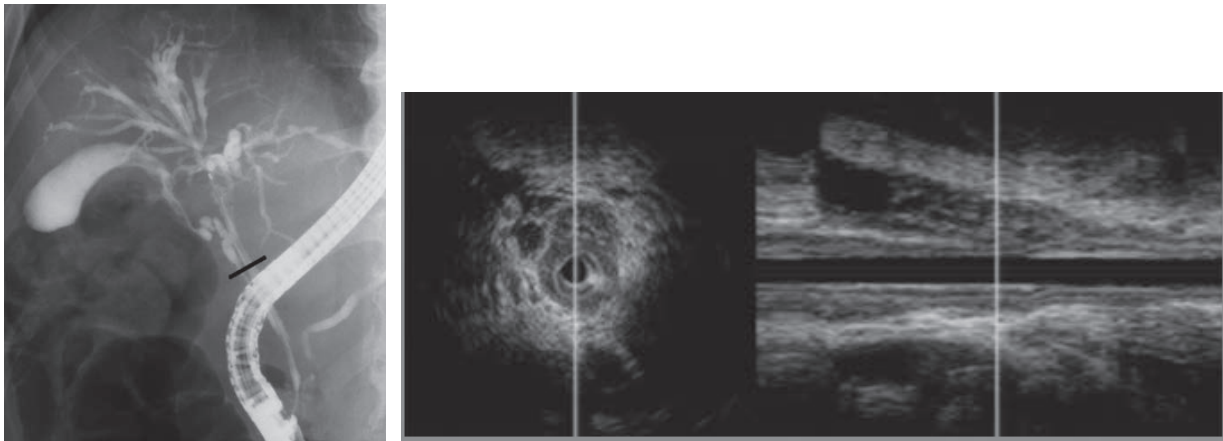


Figure 4. 胆管造影では肝内胆管～肝門部～遠位胆管にかけてびまん性に狭細化し、特に肝門部で強い狭窄を認めた。→枯れ枝状胆管像
管腔内超音波検査 (IDUS) では肝門部から遠位胆管にかけて均一な壁肥厚を認めた。

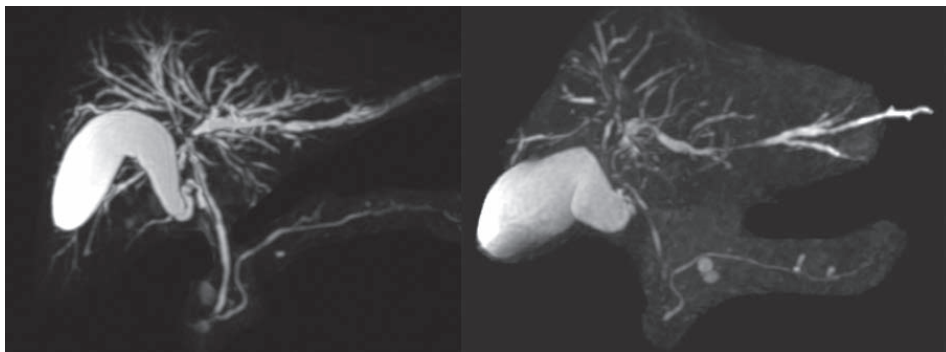


Figure 5. ↑ 2012/7 ↑ 2020/7
総胆管, 肝門部, 肝内胆管の狭窄の増強, 狭窄範囲の増大を認めた。
肝内胆管の分枝の減少を認めた (剪定状所見)。

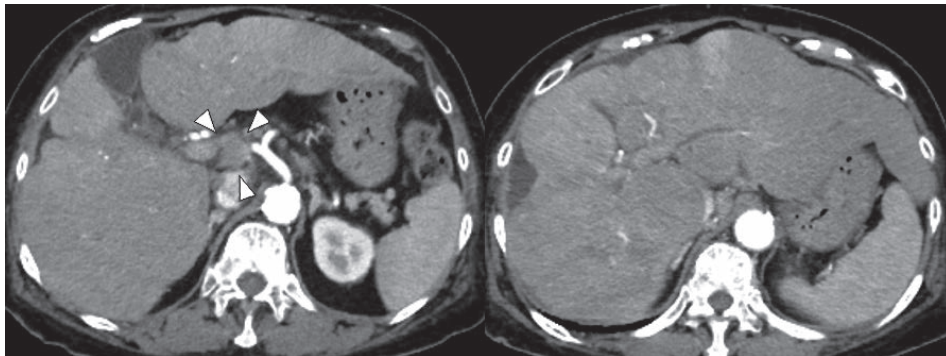


Figure 6. 腹腔内リンパ節の腫大。
肝表面の凹凸不整, 左葉の腫大, 腹水貯留が出現。

この時の血液検査では肝胆道系酵素の上昇, 炎症反応上昇, アンモニア高値を認めた (Table 2)。静脈瘤破裂4日後の夜から徐々に血圧, 脈拍が低下し翌朝に下顎呼吸が出現した。モニターは心静止となり死亡確認された。主治医より病理解剖について説明がなされ, 家族から承諾が得られたため病理解剖を施行した。

Table 2. 肝胆道系酵素, 膵酵素の上昇, 腎機能の増悪。炎症反応上昇, アンモニア高値。

血算		生化学			
WBC	22500 / μ L	ALB	3.1 g/dL	Na	143 mEq/L
%Ne	91.0 %	T-bil	8.33 mg/dL	K	3.4 mEq/L
%Ly	5.3 %	AST	617 U/l	Cl	106 mEq/L
RBC	327 $\times 10^4$ / μ L	ALT	247 U/L	CRP	4.54 mg/dL
Hb	11.3 g/dL	ALP	219 U/L	FBS	116 mg/dL
PLT	7.6 $\times 10^4$ / μ L	γ -GTP	98 U/L	NH3	236 N- μ g/dL
		LDH	486 U/L	PCT	0.95 ng/mL
		AMY-B	445 U/L		
		P-AMY	312 U/L		
		UN	52.8 mg/dL		
		CRE	0.83 mg/dL		

Ⅱ．病理解剖学的所見

摘出した肝の水平断は全体的に緑色の色調を呈しており，肝表面の陥凹，線維化により結節状に取り残された領域を認めた。肝門部胆管を主体に高度な胆汁うっ滞を呈しており，S5区域は癒痕化していた（Figure 7）。組織学的には肝細胞と肝細胞の間の空間に胆汁うっ滞を認めた（Figure 8）。高度な再胆管増生を認め，慢性的な胆汁うっ滞があったことが推察される（Figure 9）。また，門脈内には血栓形成を認め

た（Figure 10）。肝門部の腫脹したリンパ節の病理組織像では，明らかな悪性所見はなく，リンパ濾胞の過形成は認めなかった（Figure 11）。肝門部リンパ節のIgG4陽性細胞はIgG陽性細胞と比べると少数で，IgG4関連疾患を疑うほどの所見ではなかった（Figure 12）。以上の病理学的所見から硬化性胆管炎（Sclerosing cholangitis）と診断した。

病理解剖学的診断：硬化性胆管炎（Sclerosing cholangitis）

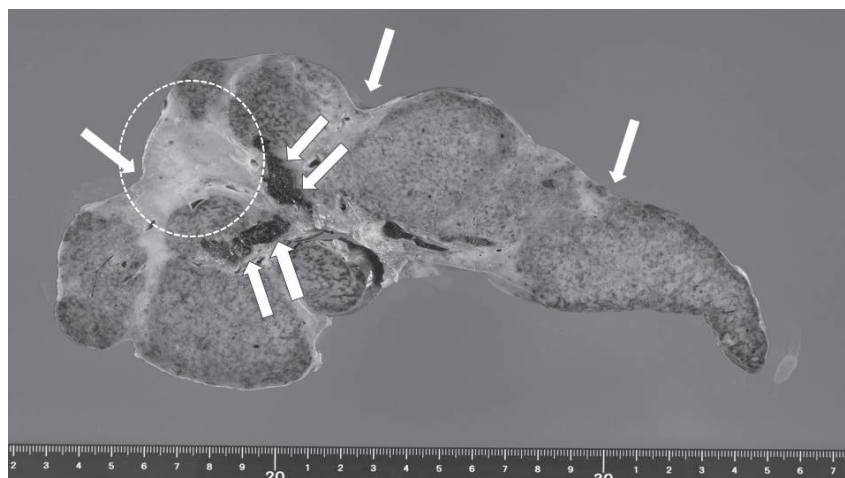


Figure 7. 肝表面の陥凹，線維化により結節状に取り残された領域を認めた。肝門部胆管を主体に高度な胆汁うっ滞を認めた。S5区域は癒痕化。

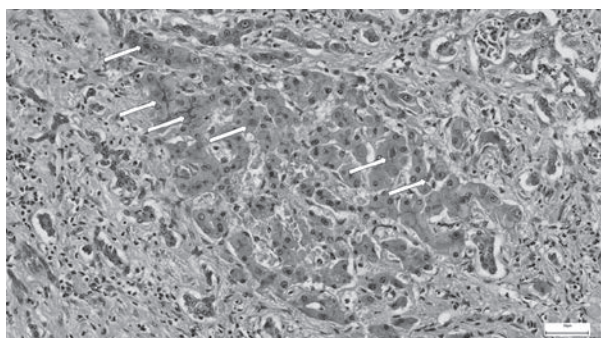


Figure 8. 肝細胞間に胆汁うっ滞

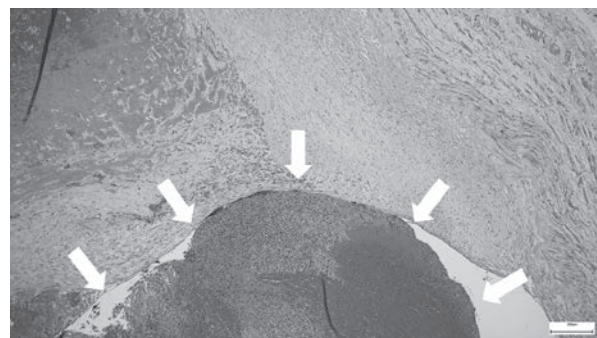


Figure 10. 門脈内血栓

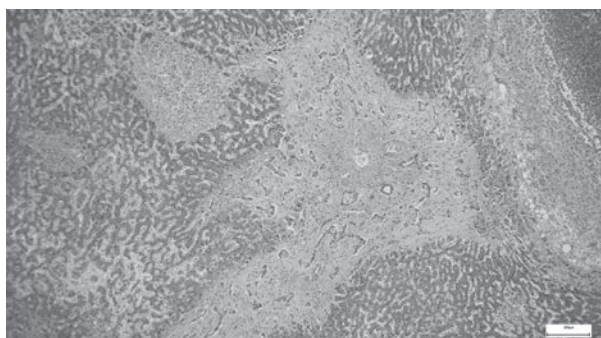


Figure 9. 高度な再胆管増生

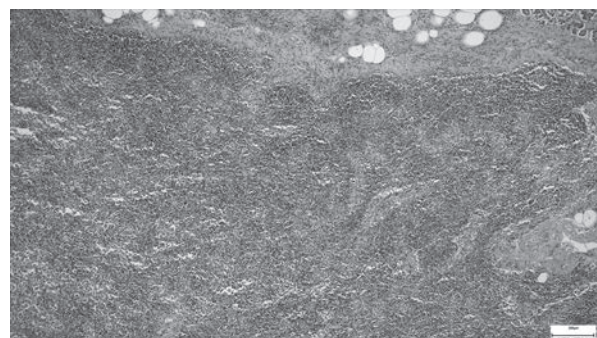


Figure 11. 悪性所見，リンパ濾胞の過形成なし。

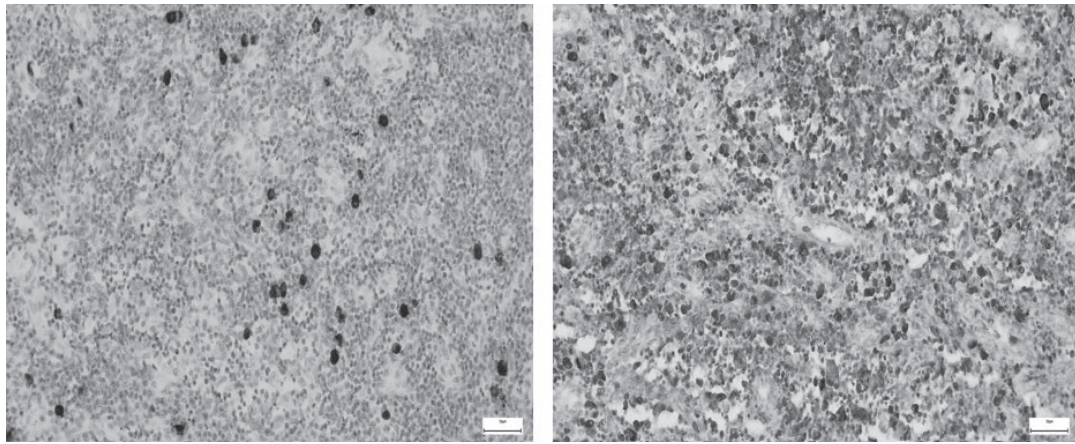


Figure 12. ↑ IgG4 IgG4/IgG ratio < 40% ↑ IgG

Ⅲ. 考 察

硬化性胆管炎は原発性硬化性胆管炎 (PSC), IgG4関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC), 二次性硬化性胆管炎の大きく3種類に分類される。特に, PSC, IgG4SCの診断には二次性硬化性胆管炎の除外が必要である。PSCの臨床的特徴として, 発症に性差がないこと, 発症年齢は若年(20歳頃)と高齢(60歳頃)の二峰性であることがあげられる。現時点で原因は免疫学的異常によると考えられているが, 詳細は明らかでない。34%に潰瘍性大腸炎などの炎症性腸疾患を合併し, 7.3%に胆管癌を合併する¹⁾ため, 癌を念頭に置いた経過観察が必要である。現時点で, 根本的な治療法は確立されておらず, 病期が進行した症例では肝移植が唯一の救命法とされているが, 肝移植後の再発例が

多いことが指摘されている²⁾。PSCの診断基準を示す(Figure 13)。本症例は大項目A1)特徴的な胆管像を認めることとB血液検査上持続性の胆汁うっ滞を認めること, 小項目のb慢性胆汁うっ滞所見を認めたため, PSCの確定診断となった。また, IgG4SCとPSCの画像所見からの鑑別として, 胆管狭窄像がFigure 14のような違いがあると報告されている。本症例ではPSCに特徴的な剪定状所見といわれる枯れ枝状変化が認められた。本症例において鑑別を要した自己免疫性疾患にはしばしば他疾患との特徴を併せ持つオーバーラップ症例が存在するが現状では定まった診断基準はなく今後の検討が待たれる^{3) 4)}。本症例では自己免疫性肝炎(Autoimmune hepatitis: AIH)やIgG4関連硬化性胆管炎(IgG4SC)の関与を疑いPSLトライアルを行ったが効果は認めなかった。

原発性硬化性胆管炎診断基準

1. 大項目

A. 胆道画像検査にて

- 1) 特徴的な胆管像を認める。
- 2) 非特異的な胆管像を認める。

B. 血液所見上持続性の胆汁うっ滞を認める。

2. 小項目

- a. 炎症性腸疾患の合併
- b. 肝臓病理所見

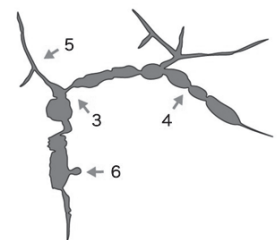
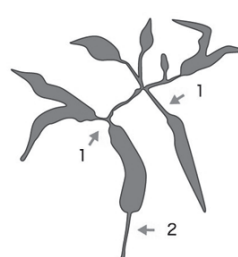
onion skin lesion または 小葉間胆管の線維性消失
慢性胆汁うっ滞所見 (細胆管増生および線維化)

A1)+B, A1)+a, A1)+b, A2)+B+a+b 確診
A1), A2)+B+a+b, A2)+B+a, A2)+B+b 準確診
A2)+a+b, A2)+a, A2)+b 疑診

Figure 13.

IgG4 関連硬化性胆管炎

原発性硬化性胆管炎



1. 比較的長い狭窄とその上流の単純拡張 (dilation after confluent stricture)
2. 下部胆管の狭窄 (stricture of lower common bile duct)
3. 帯状狭窄 (band-like stricture)
4. 数珠状所見 (beaded appearance)
5. 剪定状所見 (pruned-tree appearance)
6. 憩室様突出 (diverticulum-like outpouching)

Figure 14.

結 語

進行性の胆管狭窄と胆道ドレナージ不良が原因で肝硬変に至り，食道静脈瘤破裂による循環不全，肝性昏睡により死亡した1例を経験した。

文 献

- 1) Tanaka A, Tazuma S, et al: Clinical profiles of patients with primary sclerosing cholangitis in the elderly. *Hepatobiliary Pancreat Sci* 22 : 230-236, 2014.
- 2) Egawa H, Ueda Y, et al: Risk factors for recurrence of primary sclerosing cholangitis after living donor liver transplantation in Japanese registry. *Am J Transplant* 11 : 518-527, 2011.
- 3) Tanaka A: Emerging novel treatments for autoimmune liver diseases. *Hepatol Res* 49 : 489-499, 2019.
- 4) 富嶋享, 福間泰斗, ら : IgG4関連硬化性胆管炎と原発性硬化性胆管炎との鑑別. *胆と膵* 43 : 1211-1217, 2022.

夜間救急受診後, 半日の経過で心停止に至った2歳女児

佐々木澄子¹・岩瀧真一郎²

【緒言】

小児救急外来における傷病の緊急度・重症度は様々であるが, そのほとんどが軽症である。その中に緊急度の高い症例, いわゆる『帰してはいけないこども』が紛れ込んでいることがある。よって, 小児救急外来は正確に診断をつけることよりも, 病態の緊急度と重症度の評価を優先することが肝要だという考えもある。言い換えると, その症例が示す徴候を見逃さず, 何がどのように悪いのかを評価し, 直ちに適切にタイミングを逃すことなく介入に進むことが必須といえる。このような小児の評価アプローチは決して簡単ではなく, 全ての小児救急医療に関わる者が, 継続してトレーニングし続けなければならない。そして今回, 夜間救急外来受診後, わずか半日の経過で心停止に至った2歳女児症例を経験した。

【症例】

患者: 2歳5ヶ月の女児

主訴: 発熱と顔色不良

既往歴・家族歴: 特記すべきことはない

現病歴: X月Y-3日から発熱があり, Y日に近医を受診し対症療法となっていた。同日夕方より顔色不良となったため, 当院夜間救急外来を受診し入院となった。

来院時現症: 不機嫌で, 時に傾眠様であり視線が合わない。体重12.3kg, 体温36.7℃, 心拍数143回/分, 血圧81/57mmHg, SpO₂ 98%(室内気), CRT 1秒

口唇色は軽度不良, 口腔内は乾燥軽度。咽頭は軽度発赤。呼吸音は清, 心雑音は聴取せず。腹部は平坦, 軟。皮膚は発汗し, 四肢末端は冷

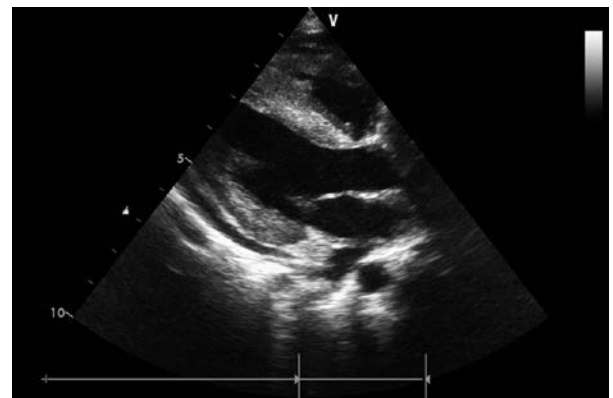
感を認めていた。

血液検査所見 (表1): Na 低下あり, その他特記すべきことはない

【表1】血液検査所見

<血算>		<生化学>		<血液ガス(静脈)>	
WBC	4210 / μ l	BUN	18.3 mg/dl	pH	7.372
RBC	554 $\times 10^4$ / μ l	Cre	0.23 mg/dl	pCO ₂	39.4 mmHg
Hb	15.1 g/dl	CRP	0.67 mg/dl	HCO ₃	22.3 mmol/l
Hct	44.1 %	Na	127 mEq/l	BE	-2.1 mmol/l
MCV	79.7 fl	K	4.8 mEq/l	Ca ²⁺	1.15 mmol/l
MCH	27.3 pg	Cl	96 mEq/l	Glu	177 mg/dl
MCHC	34.2 %	FBS	174 mg/dl	Lac	2.8 mmol/l
PLT	16.4 $\times 10^4$ / μ l				
%Ne	50.3 %				
%Ly	30.0 %				
%Mo	19.7 %				
Segmented	48.0 %				
Lymphocyte	34.0 %				
Monocyte	18.0 %				

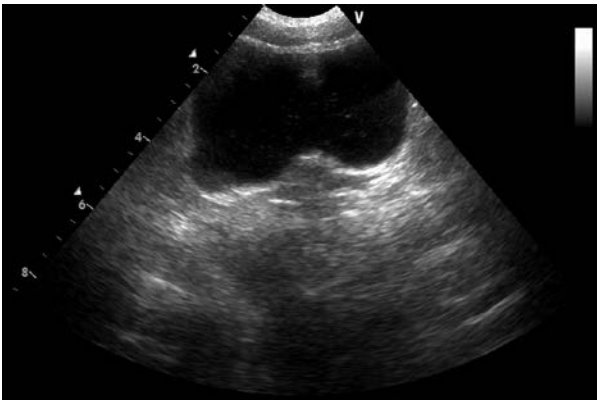
超音波検査 (図1 a, b): LVIDd 34.3mm, LVIDs 25.5mm, EF 58.7%, IVC 7.8mm, 膀胱内尿貯留あり



【図1 a】経胸壁心エコー所見
LVIDd 34.3mm, LVIDs 25.5mm, EF 58.7%,
IVC 7.8mm

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医

²JA 尾道総合病院 小児科



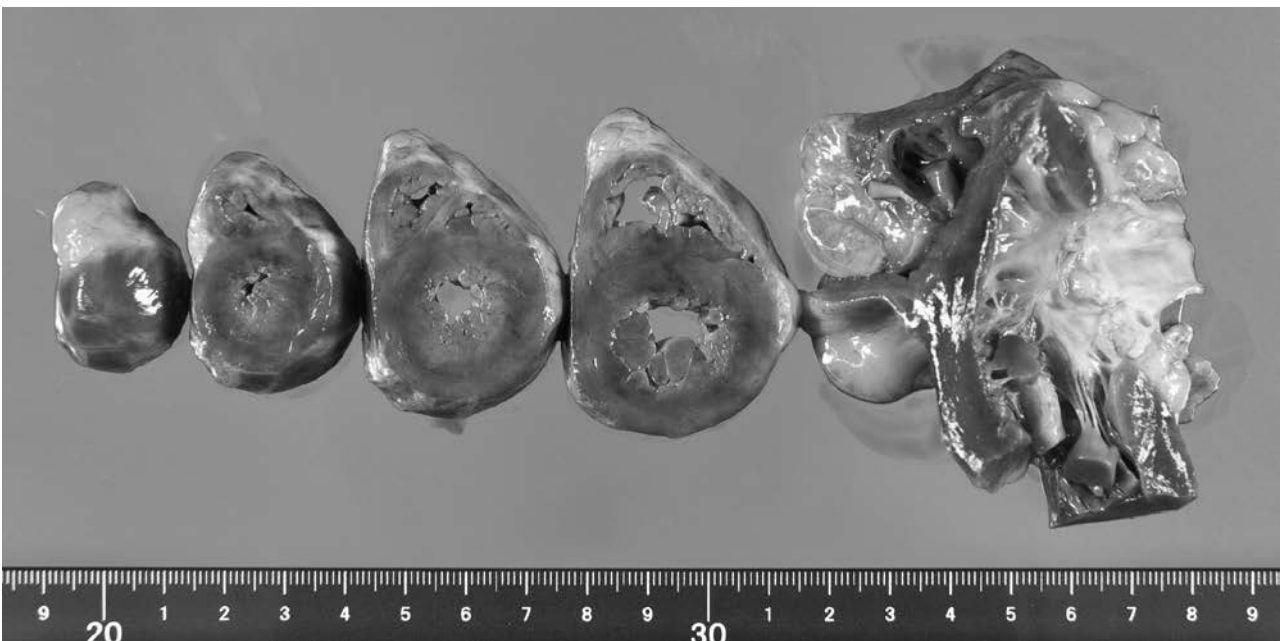
【図1b】腹部エコー所見
膀胱内尿貯留あり

入院後経過：来院時の所見より脱水を疑い、生理食塩水の投与を150ml/hで開始した。その後の患児の様子としては安定しているように見える時もあったが、不穏な時もあった。入院4時間後、患児は寝たり悲鳴をあげたりを繰り返し落ち着かない様子だった。超音波検査を再検したところ、膀胱内に尿貯留が増加していたため、生理食塩水を50ml/hへ減速した。入院6時間後、患児は水を勢いよく飲んでいたり、座ったり倒れ込んだり不穏な様子であった。排尿がなかったため導尿を施行し、100mlほどの尿が認められた。入院7時間後、患児は口をパクパクさせ、視線が合わず、不穏状態が続いていた。ここま

で頻回にバイタルサインを再検査していたが、著変はなかった。入院8時間30分後、患児の呼吸心拍を認めず、心電図波形は心室細動だった。直ちに心肺蘇生法を開始したが反応せず、入院9時間30分後に死亡した。死後3時間30分、病理解剖を施行した。

【病理解剖学的所見】

心臓は72g(期待値:58g)と重量増加を認めた。心外膜は混濁していた。心嚢水を50ml程認め、性状は漿液性であった。心筋壁は肥厚しており、左室心筋全体が赤みを帯び、びまん性に新鮮出血を認めた(図2)。組織学的には出血や、心筋細胞の壊死巣を多巣性に認めた。好中球の浸潤は認めなかった(図3)。心筋の免疫染色では、CD68陽性のマクロファージの浸潤をびまん性に、強く認めていた(図4)。心外膜直下には部分的にリンパ球の集簇を認めていた。心外膜の免疫染色では、CD20陽性B細胞、CD3陽性T細胞が混在していた。CD4陽性ヘルパーT細胞とCD8陽性制御性T細胞はほぼ同数であった。また、両側胸水・腹水があり、急性肺うっ血や軽度の肝うっ血所見を認めた。腎臓は両側とも重量増加を認めており、組織学的には全体に著名なうっ血所見を認めた。腎尿細管や間質

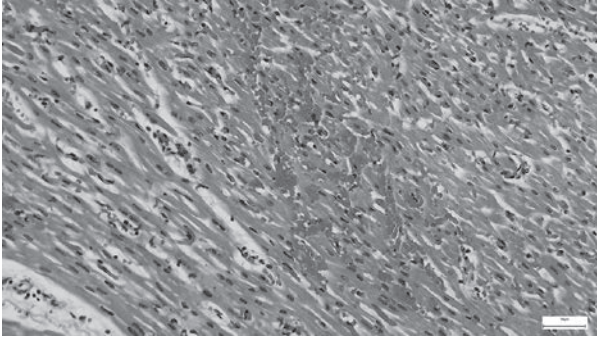


【図2】心筋解剖所見
心筋壁肥厚、左室心筋全体に新鮮出血を認める

の変化は目立たなかった(図5)。

その他, 頸部や腸間膜のリンパ節, 脾臓に反応性リンパ濾胞過形成を認めていたが, 小児ではウイルス感染などを有した際にごく普通にみられるとされている。

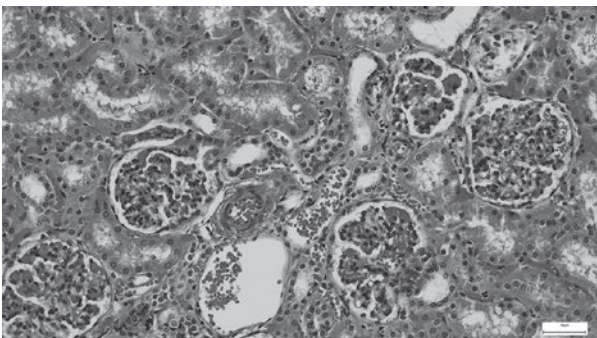
病理解剖診断: ウイルス性心筋炎



【図3】 心筋病理組織所見 (HE 染色)
出血や心筋細胞壊死巣を多巣性に認める



【図4】 心筋病理組織所見 (免疫染色 CD68陽性)
CD68陽性のマクロファージ浸潤を認める



【図5】 腎臓病理組織所見 (HE 染色)
著明なうっ血所見を認める

【考 察】

病理解剖学的所見としては, 心肥大, 両側胸水, 腹水といった循環血液量の増大による変化を認めた。さらに心筋には主に炎症性細胞であるマクロファージの浸潤が認められた。よって本症例は, ウイルス性心筋炎の最重症型とされる劇症型ウイルス性心筋炎を発症し, 輸液治療だけでは軽快せず, 急激な経過で死亡したと考えられた。

ウイルス性心筋炎は, 炎症性細胞の浸潤とそれに隣接する心筋細胞の機能的・器質的障害と定義されている。罹患率は10万人あたり10~20人である。小児のウイルス性心筋炎は, 上気道炎や胃腸炎などの先行感染から1~2週間程度で, 無徴候の軽症例から高致命率の劇症例まで重症度はさまざまである。初診時に診断することは困難な場合が多く, 一旦全身状態が落ち着いたのちに突然の不整脈や失神を呈することもある¹⁾。原因としてはウイルス感染, 細菌感染などさまざまあるが, 頻度としてはウイルスが多いとされている。臨床上遭遇するあらゆるウイルスが原因となり得るが, 中でもエンテロウイルス, 特にコクサッキーウイルスの頻度が高いとされている²⁾。そのため感冒症状がある患者に循環不全を認めた場合, 心筋炎を疑って心電図検査, 心筋逸脱酵素の測定, 心臓超音波検査を行うことが推奨される。特に心臓超音波検査で心嚢液貯留や左室壁運動低下などの所見を認めれば, 急性心筋炎が強く示唆される。急性心筋炎は劇症型心筋炎へ重症化することがあるため, 注意しなければならない。病態としては, ポンプ失調やリズム失調, 腎不全, 呼吸不全などをきたし, 急激に悪化することも少なくない。そのためバイタルサインのモニタリングが必要であり, 薬剤での循環保持が困難な場合には躊躇なく補助循環の導入を行う必要がある^{3) 4)}。

ウイルス性心筋炎を予見する方法は確立されておらず, 劇症型心筋炎に移行すれば急激な悪化が起こりうる。そして本症例も, 入院からわずか8時間で心筋障害・心機能低下を

きたし、致死性不整脈を引き起こして死亡した。これは「小児患者は症状を訴えられないから難しい」という印象を深める症例かもしれない。しかし患児たちは、外観から SOS のメッセージを必死に送っているということを念頭に診療に当たるべきである。そこで小児患者の初期評価の指標として、小児二次救命処置 (Pediatric Advanced Life Support : PALS) の中で、小児アセスメントトライアングル (Pediatric Assessment Triangle : PAT) が推奨されている⁵⁾ (図 6)。トライアングルの三要素は、Appearance ; 外観, Breathing ; 呼吸, Circulation to skin ; 循環から成り、患児の状態が良いか、悪いか、あるいは蘇生が必要かを瞬時に判断するための材料となる。PAT のどれか一つの要素でも異常がある患児については迅速な評価と管理が必要であり、PAT が改善しない場合には、評価 - 判定 - 介入を再考しなければならない。本症例では、来院時に Appearance ; 外観と Circulation to skin ; 循環に異常を認め、輸液治療後も PAT は軽快しなかった。これを強く認識していれば、緊急度や重症度が高い疾患を想定して評価することができ、劇症型ウイルス性心筋炎の診断にたどり着き迅速な対応ができていた可能性も考えられる。また、たとえ劇症型ウイルス性心筋炎の診断に到達しなかったとしても、PAT が軽快しないことを緊急度や重症度が高いことだと捉えられたなら、人工補助循環が可能な高次医療機関への転院を進められたかもしれない。

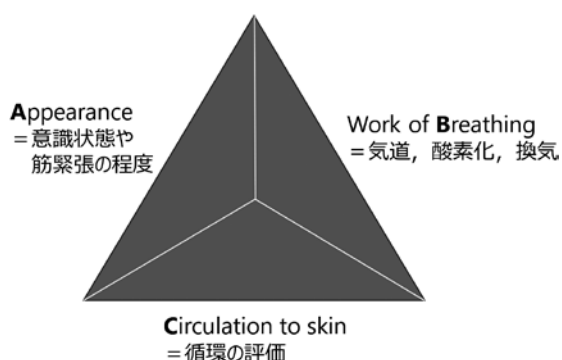
【結 語】

PAT 異常の小児患者は緊急性が高い可能性がある。PAT が改善しなければ、病態の緊急度や重症度を再評価 - 再判定し、介入を再考する必要がある。劇症型ウイルス性心筋炎は、人工補助循環が可能な高次医療機関への転院を進める必要がある。

【文 献】

- 1) 片岡功一, 白石裕比湖 : 急性心筋炎. 小児内科 42 : 747-751, 2010.
- 2) 西尾亮介, 松森昭 : 急性心筋炎の病態生理 - とくにウイルス感染症における場合 -. 小児内科 42 : 673-679, 2010.
- 3) 清水美妃子 : 心筋疾患・重症心不全. 小児診療 80 : 107-115, 2017.
- 4) 日本循環器学会 : 循環器の診断と治療に関するガイドライン, 急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン. Circulation 68 : 1231-1263, 2004.
- 5) A Topjian, T Raymond, et al: Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 142 : S469-S523, 2020.

Pediatric Assessment Triangle (PAT)



【図 6】 Pediatric Assessment Triangle : PAT

原発性硬化性胆管炎の経過中に急性呼吸不全となり死亡した一例

小方 智景¹・中西 雄²・津島 健³・西田 賢司⁴・米原 修司⁴

【緒 言】

肝臓は代謝による解毒や排泄，補体や血液凝固因子などのタンパク質の合成を行っており，生体防御や恒常性の維持において重要な役割を担っている¹⁾。肝機能が高度に低下した状況では，生体防御や炎症性サイトカインのバランスが崩れ，肺を含めた多臓器に異常を来たす事がある^{1), 2)}。今回，原発性硬化性胆管炎の経過中に急速な経過で呼吸不全となり死亡した症例を経験したため報告する。

【症 例】

患者：75歳，女性

主訴：腹部膨満

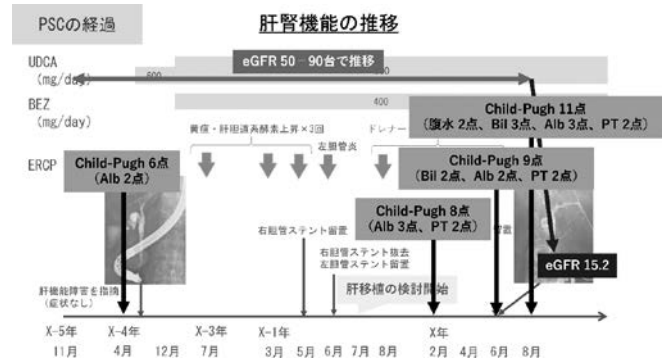
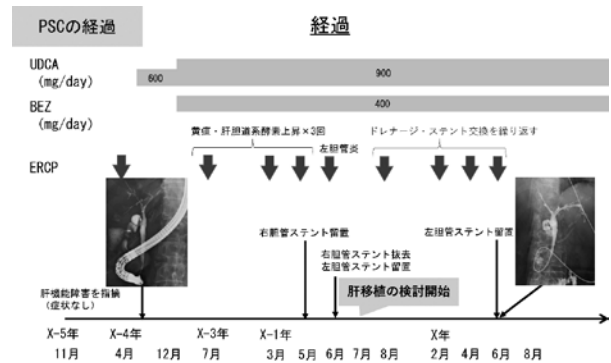
現病歴：X-5年に脂質異常症の定期的血液検査で肝機能障害を認め，精査目的に当院消化器内科を紹介受診した。血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認め，造影CTでは総胆管の拡張と壁肥厚を認めた。磁気共鳴胆管膵管撮影，超音波内視鏡検査，内視鏡的逆行性胆管膵管造影，経口胆道鏡，肝生検を施行し，肝内胆管・肝外胆管の多発狭窄・枯れ枝状の変化を認めた。二次性硬化性胆管炎の可能性は低く，原発性硬化性胆管炎（Primary sclerosing cholangitis：以下，PSC）と診断された。ウルソデオキシコール酸やベザフィブラートの内服を開始したが黄疸や肝機能障害が進行したため，減黄目的にX-1年3月に胆管ステントを挿入した。その後，肝胆道系酵素上昇や胆管炎を繰り返し，その都度ERCPによるドレナージを行った。経過中，胆管の枯れ枝所見は徐々に増悪傾向となり，肝機能のため肝移植も検討されていた（Figure 1, 2）。来院1週間前から食思不振，倦怠感，腹部膨満

感を認め，来院3日前から乏尿となったため当院を受診した。

既往歴：脂質異常症，胃粘膜下腫瘍（内視鏡的粘膜下層剥離術後），舌口腔扁平苔癬

内服薬：ウルソデオキシコール酸 900mg/日，ロスバスタチン 5mg/日，ラクツロース65% 30mL/日，ボノプラザン 20mg/日，ベザフィブラート 400mg/日，ロキソプロフェン 180mg/日

喫煙歴：なし，**飲酒歴：**なし，**アレルギー：**なし



1JA 尾道総合病院 初期研修医
 2JA 尾道総合病院 呼吸器内科
 3JA 尾道総合病院 消化器内科
 4JA 尾道総合病院 病理研究検査科

来院時現症：身長 153cm, 体重 51.5kg, 血圧 80/56mmHg, 脈拍 80回 /分, 体温 37.1℃, SpO₂ 97% (room air)

身体所見：意識清明, 呼吸音：両側清, 腹部：膨満・軟, 両側下腿浮腫を認める。

血液 / 尿検査所見 (Table 1)：WBC 11,600/ μ L, 好中球 78.5%, CRP 5.86mg/dL と炎症反応の上昇を認めた。T-Bil 5.73mg/dL, Alb 1.9g/dL, PT 47% で Child-Pugh 分類11点の肝機能低下を認めた。BUN 39mg/dL, Cre2.51mg/dL と腎機能低下も認めた。静脈血ガス分析では代謝性アシドーシスを認めた。尿検査では血尿, ビリルビン尿を認めた。

Table 1. 来院時血液 / 尿検査所見

血算		生化学			
WBC	11,600 / μ L	TP	7.1 g/dL	LDH	231 U/L
Ne	78.5 %	ALB	1.9 g/dL	UN	39 mg/dL
RBC	301 $\times 10^4$ / μ L	T-bil	5.73 mg/dL	CRE	2.51 mg/dL
Hb	10.1 g/dL	D-Bil	4.88 mg/dL	Na	128 mEq/L
Ht	33.1 %	AST	82 U/L	K	5.0 mEq/L
MCV	110 fl	ALT	22 U/L	Cl	102 mEq/L
PLT	30.7 $\times 10^4$ / μ L	ALP	202 U/L	CRP	5.86 mg/dL
		γ -GTP	161 U/L	NH ₃	99 N- μ g/dL
凝固		血液ガス (静脈)		尿	
PT	47 %	pH	7.33	蛋白	(+)
PT-INR	1.62	PaCO ₂	32.1 mmHg	潜血	(3+)
APTT	33.6 秒	HCO ₃ ⁻	16.6 mmol/L	赤血球	20-29 /HPF
		Lac	2.6 mmol/L	白血球	\geq 5-9 /HPF
				ビリルビン	(3+)

胸腹部単純 CT (Figure 3)：肝辺縁は凹凸が目立ち, 脾腫, 腹水貯留を認めた。胆管チューブが挿入された状態でありステント閉塞を示唆する所見は認めなかった。肺野には異常所見は認めなかった。



Figure 3. 来院時胸腹部単純 CT 検査

肝辺縁の凹凸が目立ち, 脾腫・腹水貯留を認めた。胆管ステント挿入中。あきらかな肝内胆管拡張は認めなかった。肺野は特記所見を認めなかった。

入院後経過：PSCに伴う肝硬変の進行と血管内脱水による急性腎障害と診断し, 腹水コントロールと血管内脱水の補正目的に入院となった。第1病日は1000mL/day, 第2病日に1500mL/dayの補液を行ったが尿量は100mL/dayと乏尿が続いた。第3病日の午前9時にアルブミン (25%100mL) を投与した。午前10時頃, トイレ歩行後に突然呼吸困難が出現し SpO₂ 50% 台となった。リザーバマスク10L/分で酸素投与したが SpO₂ 80% 台までしか改善しなかった。聴診では両側で coarse crackles と wheezes を聴取した。肺塞栓症, 輸血関連循環過負荷を含めた心不全も疑ったが, 心電図は特記所見なく, 心エコー検査では中等度の僧帽弁逆流症は認めたが左室の収縮は良好で右心負荷所見や下大静脈径の拡張は認めなかった。急変後の血液検査では, pH 7.12, PaO₂ 62.5mmHg, PaCO₂ 49.5mmHg, HCO₃⁻ 15.4mmol/L, 乳酸 3.2mmol/L であり, 代謝性アシドーシスと呼吸性アシドーシスの混合性アシドーシスを認め, 動脈血酸素分圧 / 吸入酸素濃度比は100以下であった (Table 2)。WBC 25,700/ μ L, CRP 7.73mg/dL と炎症反応は上昇しており, 膿尿・細菌尿を認め, 尿路感染の可能性が示唆された。肝胆道系酵素・腎機能は入院時より増悪を認めた。胸腹部単純 CT (Figure 4) では, 両側肺野に中枢側優位の consolidation を認めた。気管は膜様部が前方にせり出して三日月状に狭窄しており Excessive Dynamic Airway Collapse の併存が疑われた。気管を圧迫するような腫瘤性病変は認めなかった。重症呼吸不全として ICU へ入室後, 気管挿管を試みた際に多量 of 食物残渣様の

Table 2. 血液 / 尿検査所見 (急変時)

血算		生化学		凝固	
WBC	26,700 / μ L	ALB	2.8 g/dL	PT	49 %
RBC	223 $\times 10^4$ / μ L	T-bil	7.7 mg/dL	APTT	38.9 秒
Hb	7.6 g/dL	AST	137 U/L	FDP	9.3 μ g/mL
Ht	24.5 %	ALT	28 U/L	D-dimer	2.6 μ g/mL
MCV	110 fl	ALP	197 U/L	AT-III	47 %
PLT	44 $\times 10^4$ / μ L	γ -GTP	158 U/L		
動脈血液ガス分析				尿	
リザーバマスク15L投与下)				LDH	321 U/L
pH	7.12	CHE	34 U/L	細菌	(2+)
PaO ₂	62.5 mmHg	UN	40.7 mg/dL	白血球	\geq 100 /HPF
PaCO ₂	49.5 mmHg	CRE	2.67 mg/dL	潜血	(3+)
HCO ₃ ⁻	15.4 mmol/L	Na	125 mEq/L	赤血球	5-9 /HPF
BE	-12.9 mmol/L	K	5.3 mEq/L		
Lac	3.2 mmol/L	Cl	101 mEq/L	その他	
		CRP	7.73 mg/dL	β -Dグルカン	64.6 pg/mL
				アスベルギルス抗原	2.3
				各種自己抗体	(-)

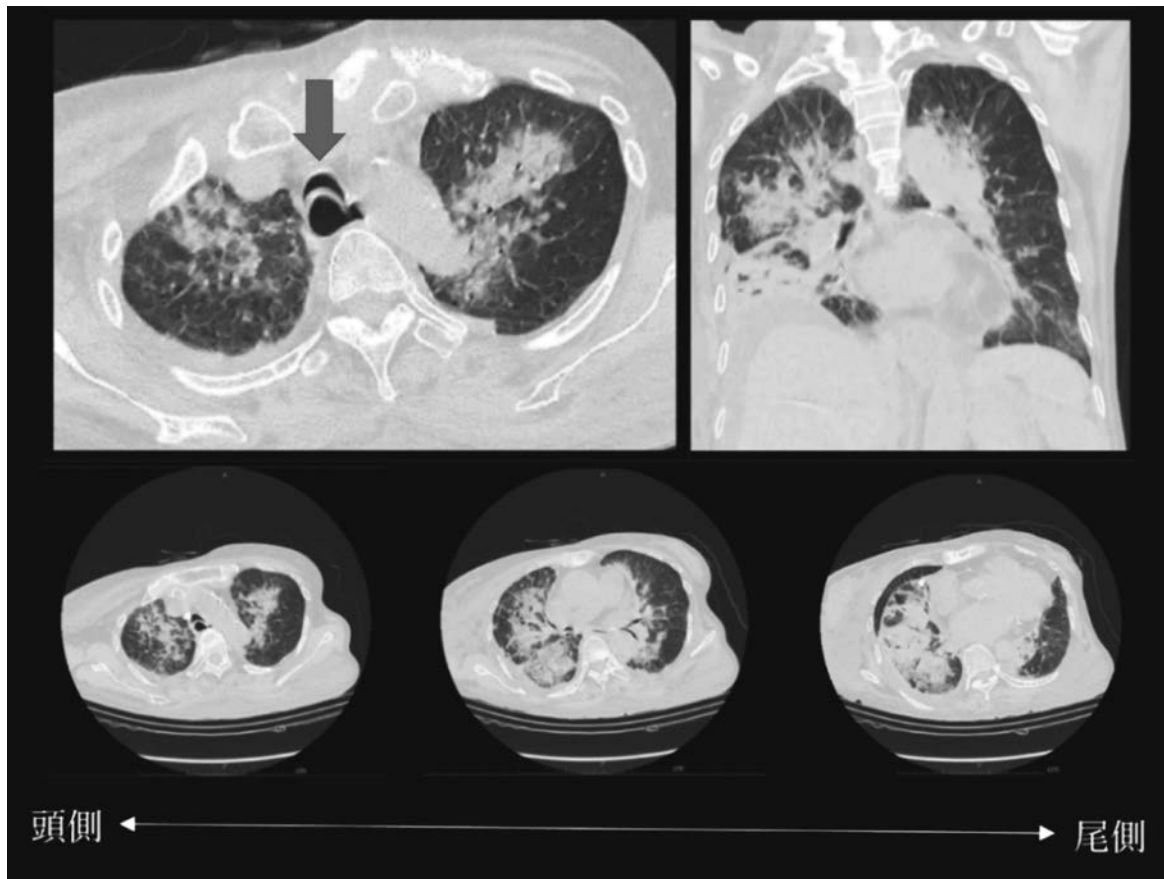


Figure 4. 胸腹部単純CT（急変時）

両側肺野に中枢側優位の consolidation を認めた。気管膜様部が前方にせり出しており、気管は三日月状に狭窄を認めた。気管を圧迫するような腫瘍性病変は認めなかった。

嘔吐・誤嚥を起こしたため気管支鏡ガイド下で挿管し、可能な限り食物残渣の吸引を行った。感染を契機とした急性呼吸窮迫症候群（acute respiratory distress syndrome; ARDS）の可能性も考慮し、メロペネム投与とステロイドパルスも施行した。人工呼吸器管理を開始したが酸素化の改善は得られず、血圧も徐々に低下した。急変から約9時間30分後に心停止し死亡確認した。肝障害が進行した原因と急激に呼吸不全を発症した原因について医学的検討が必要と考え、ご家族より病理解剖について承諾が得られたため病理解剖が行われた。

【病理解剖所見】 (Figure 5-8)

病理解剖は死後16時間57分後に実施された。皮膚は黄染し口唇にはチアノーゼを認めた。開胸開腹すると、右200mL、左100mLの淡黄色透明な胸水と、1100mLの淡黄色透明な腹水を認めた。肝臓は重量1204gで断面は全体的に黄褐色調であり、肝内胆管に胆汁うっ滞を認めた。病理学的には再生結節を認め、肝硬変が示唆された。再生結節周囲には細胆管増生と軽度のリンパ球浸潤がみられた。肝内胆管の病理組織では onion skin lesion を認めた。肝門部胆管は軽度の壁肥厚と胆汁うっ滞を認めた。胆管はドレナージチューブが肝門部胆管まで挿入されており、胆汁は暗緑色で胆汁感染が示唆された。軽度拡張した肝外胆管内には多数の結石が嵌頓していた。胆管に明らかな結節・腫瘤は認めなかった。肝外胆管は、乳頭部近傍から肝門部ま

で一様に軽度壁肥厚を認めた。門脈内に明らかな血栓は認めなかった。肝門部胆管は上皮剥離とリンパ球浸潤が見られたが、非特異的な所見であった。腎臓は左122 g, 右148 gで皮髄境界

は暗緑色に変化していた。病理組織所見では、尿細管内に胆汁色の褐色色素が貯留しており、胆汁性腎症の所見であった。肺は右902 g, 左708 gで重量増加を認め、肺門中心に全肺葉で

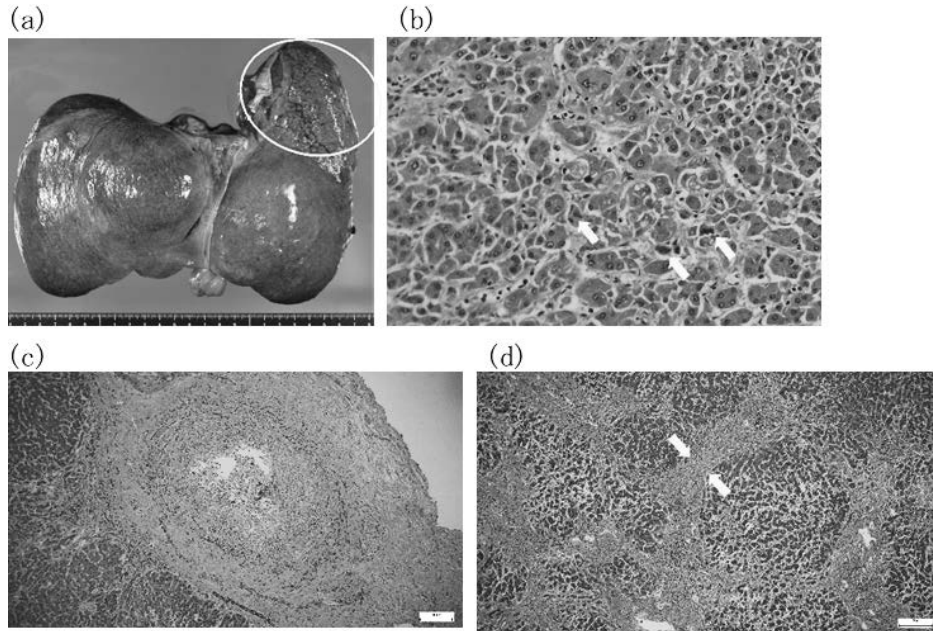


Figure 5. 病理解剖所見（肝臓）

- (a) 肝臓（肉眼） - 肝表面は細かい顆粒状になっており肝硬変の所見を認めた。
- (b) 毛細胆管および細胆管 - 胆汁うっ滞を認めた。
- (c) 肝内胆管 - onion skin lesion を認めた。
- (d) 肝臓 - 再生結節を認める。再生結節周囲には細胆管増生と軽度のリンパ球浸潤を認めた。

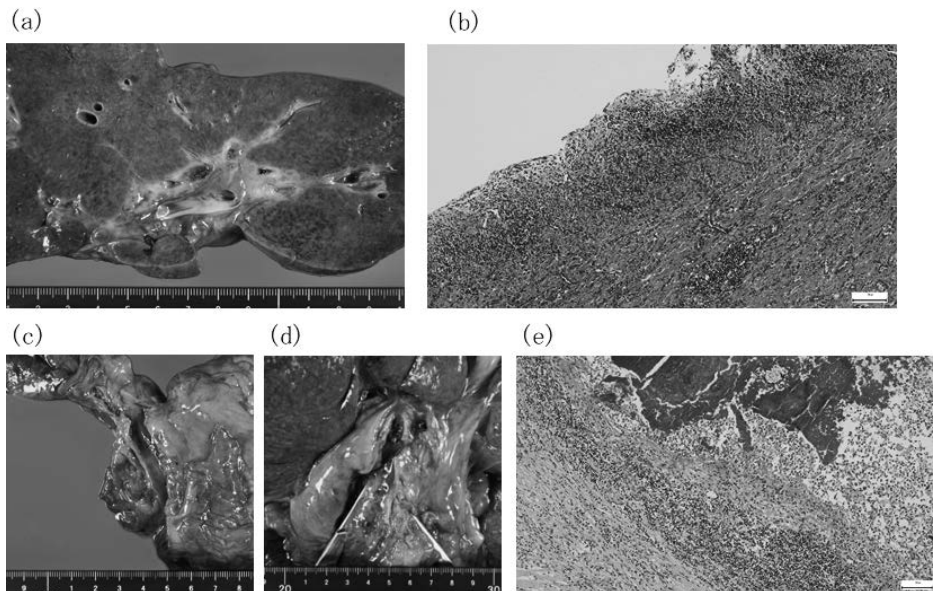


Figure 6. 病理解剖所見（胆管）

- (a) 肝門部胆管（肉眼） - 軽度の壁肥厚と胆管内の胆汁うっ滞を認めた。
- (b) 総胆管 - 粘膜内へのリンパ球浸潤は軽度であった。
- (c), (d) 肝外胆管 - ドレナージチューブが肝門部胆管まで挿入されていた。暗緑色でやや膿性の感染胆汁を認めた。軽度拡張した胆管内には多数の結石が嵌頓していた。胆管に明らかな mass は認めなかった。
- (e) 肝門部胆管 - 上皮剥離と比較的密なリンパ球浸潤を認めた。

暗赤色であった。肺胞構造は乱れており、全葉において肺胞腔内への好中球浸潤を認めたが、ARDSを示唆するびまん性肺胞障害 (Diffuse alveolar damage; DAD) を疑う所見は認めなかった。一部の肺胞腔内には、水腫性変化や赤血球

の浸潤も認めた。心臓にあきらかな心筋肥大や左室拡張は認めず、心嚢水は20mLと生理的範囲内であった。指で触れる範囲に肺動脈内血栓は認めなかった。腸管に潰瘍性大腸炎を含めた大腸炎の所見は認めなかった。

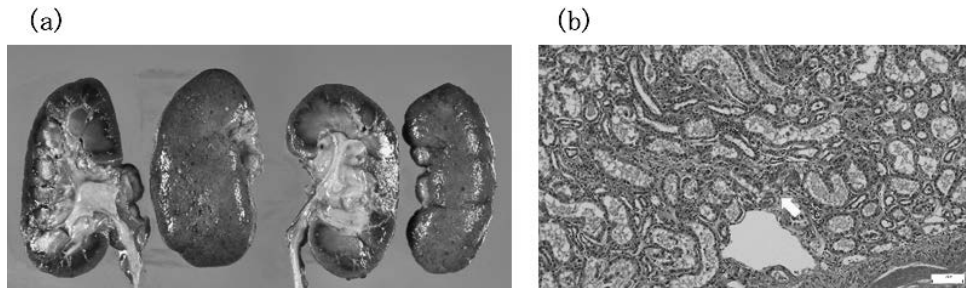


Figure 7. 病理解剖所見 (腎臓)

- (a) 腎臓 (肉眼) - 重量左122 g, 右148 g。皮髄境界は暗緑色調であった。
(b) 尿細管 - 尿細管内に胆汁と思われる褐色色素が貯留しており、胆汁性腎症の所見を認めた。尿細管壊死は認めなかった。

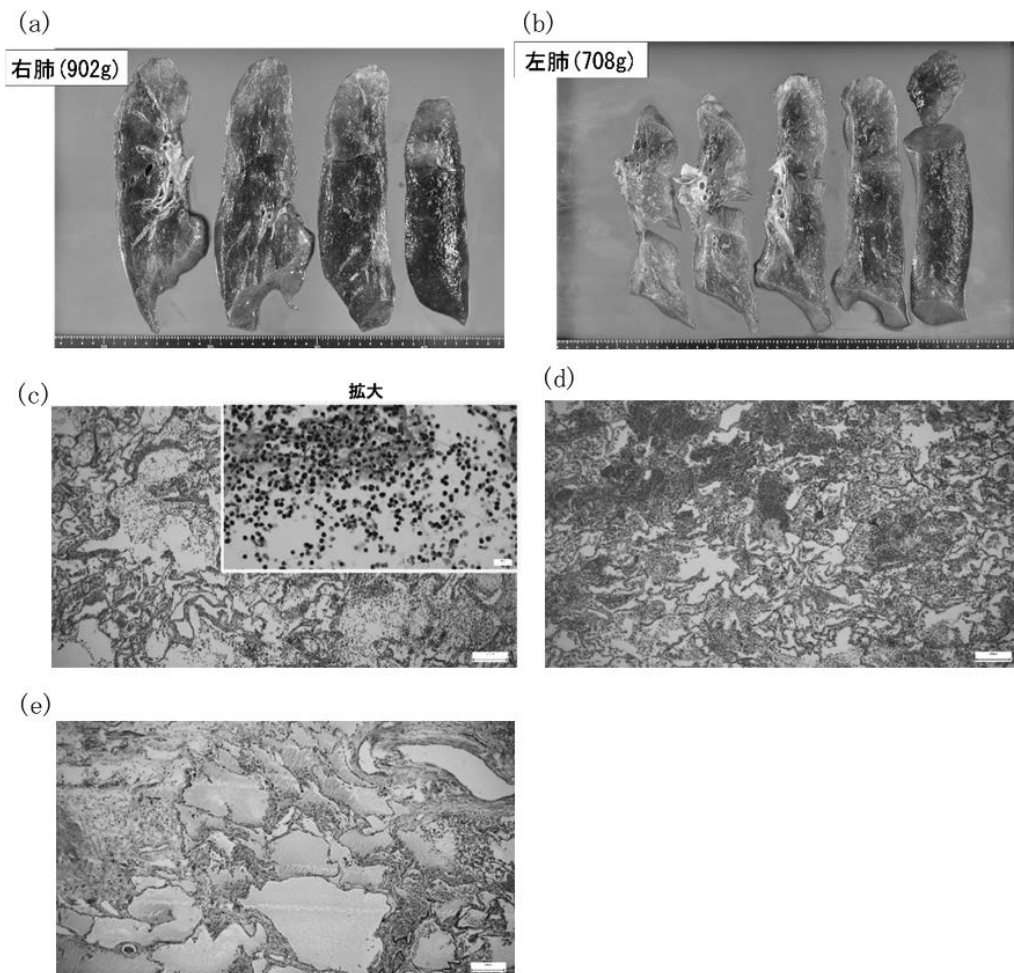


Figure 8. 病理解剖所見 (肺)

- (a), (b) 肺 (肉眼) - 水分を豊富に含んでおり、中枢側を主体に暗赤色調であった。
(c) 肺胞 - 肺胞構造は乱れており、全葉において肺胞腔内への密な好中球浸潤を認めた。
(d) 肺胞 - 全葉において肺胞内に赤血球を認め、肺胞出血を示唆する所見を認めた。
(e) 肺胞 - 全葉において水腫様変化を認めた。

以上の病理所見をまとめると、PSCに伴う肝硬変と肝内胆汁うっ滞、それに伴う漿液性胸腹水、胆汁性腎症が認められた。胆管の病理組織所見として onion skin lesion を認め、PSC と診断した。その他、疾患特異性は低い、胆管壁の肥厚や胆管上皮剥離、リンパ球浸潤などの胆管の慢性炎症所見も認めた。また、肺には肺水腫を伴う両側の急性気管支肺炎に肺胞出血を合併した像を認めた。

【考 察】

PSC は、病理学的に慢性炎症および線維化を特徴とし、肝外及び肝内胆管にびまん性の狭窄と壁肥厚をきたす慢性胆汁うっ滞性胆道疾患である³⁾。病変は緩徐に進行してやがては胆汁性肝硬変に至り、さらに胆管癌を合併しやすく、予後不良である。PSC の組織学的所見は、胆管周囲にみられる線維化とそれに伴う壁肥厚が特徴であり、肝外胆管から小葉間胆管のあらゆる領域に見られ、肝内胆管では線維化により胆管が閉塞する像もみられる⁴⁾。本症例でも胆管の慢性炎症と線維化を示唆する所見を認めており、これまでの臨床経過と併せて、PSC の診断に矛盾しない結果であった。PSC が進行して非代償性肝硬変に至った場合、肝移植が唯一の根本的な治療である。肝移植の適応は、① Child-Pugh 分類 B、MELD スコア ≥ 15 点で肝移植を考慮し始め、② Child-Pugh 分類 C、MELD スコア ≥ 20 点では速やかに肝移植を計画すべき⁵⁾とされている。肝予備能が保たれている場合でも、スコアに反映されにくい臨床症状を考慮し適応となる症例もある⁶⁾。本症例は、来院時の時点で Child-Pugh 分類 11 点、MELD スコア 27 点であり、肝移植のため専門的施設に紹介したが、年齢から肝移植の適応はないと判断された。

また、本症例は PSC/肝硬変患者に急激な経過で呼吸不全が発症し呼吸不全で死亡退院となった。発症経過や急変後の精査からは心不全や肺感染症を来しているとは考えにくく、ARDS と考えた。ARDS は、基礎疾患や生体への強い侵襲に続発して急性に発症する非心原性

肺水腫であり、病院での死亡率は 35～46%⁷⁾ と報告されている。ベルリン定義では、(1) 1 週間以内の経過で急激に発症している、(2) 低酸素血症が明らかである、(3) 胸部単純 X 線写真や CT で両肺に異常な影がある、(4) 心不全が原因ではない、の 4 点を満たすものを ARDS と定義し、病理学的所見は DAD である⁸⁾。ARDS は感染症が誘因となる事があるが、末期肝硬変のように高度に肝機能低下を来している状態では重篤な感染症に陥りやすく²⁾、本症例では胆管炎や尿路感染症が ARDS を発症した原因となった可能性がある。また、gut-liver-lung axis は、肝臓、肺、その他の臓器損傷に関与する免疫応答の調節に関連していると考えられており、重症の肝機能障害がある患者では、ARDS の発症リスクが上昇する可能性がある²⁾。本症例はベルリン定義では ARDS の診断基準を満たしたが、病理組織学的には DAD pattern は認めなかった。ベルリン定義で ARDS と診断された 356 例の剖検肺の病理像を検討した報告では、典型的 DAD pattern を呈する症例は、重症例：56%、中等症例：40%、軽症例 12%⁹⁾ であり、ARDS と臨床的に診断した症例でも DAD の所見が得られない場合もある。本症例の肺の病理組織所見は気管支肺炎が主体であり ARDS よりも誤嚥性肺炎の可能性が高いと指摘されたが、本患者は ADL が自立した患者で誤嚥リスクは低く、さらに急性呼吸不全発症前の誤嚥のエピソードの目撃はなく、気管挿管時に食物残渣の嘔吐・誤嚥を認めたことから、誤嚥性肺炎は急性呼吸不全の原因ではなく、挿管中の誤嚥とその後の誤嚥性肺炎ではないかと考えた。

また、胸部単純 CT 検査では気管の膜様部がせりあがっていた所見から呼吸不全が急激に起きた原因として EDAC も鑑別となった。EDAC は、気管後壁の膜様部が弛緩することによって 50% 以上気道が狭窄するものと定義されている¹⁰⁾。本病態は病理組織学的に証明できるものではなく、気管支鏡検査または動的放射線画像検査によって脆弱性の証明を行うことで診断されるため、死後に確認することは困難であった。

非常に稀ではあるがEDACにより非心原性肺水腫(陰圧性肺水腫)を来した報告もある¹¹⁾が,人工呼吸器管理後も呼吸状態の改善が乏しかった点は本症例とは一致しないと考えた。

【結 語】

PSCの進行により肝硬変と腎不全をきたした患者が急激な経過で呼吸不全を来し死亡した一例を経験した。PSCの根本的治療は肝移植しかないが,本症例では年齢が適応外であったため原疾患に対しては保存的加療を行うほかなかった。また,非代償性肝硬変患者は感染症によりARDSを来す可能性があるため,肝機能や腹水以外にも呼吸状態にも注意する必要がある。

【参 考 文 献】

- 1) 蒲地正幸: 肝硬変と急性呼吸不全 肝は將軍の官. 日集中医誌21: 132-133, 2014.
- 2) Raquel H, Gema S, et al: Liver-lung interactions in acute respiratory distress syndrome. Intensive Care Med Exp 8: 48, 2020.
- 3) Nakazawa T, Notohara K, et al: The 2016 diagnostic criteria for primary sclerosing cholangitis. J Gastroenterol 52: 838-844, 2017.
- 4) 能登原憲司: 硬化性胆管炎の病理. 胆道34: 828-839, 2020.
- 5) 中村太郎, 長井俊志, ら: 原発性硬化性胆管炎の移植治療. 胆道22: 507-513, 2008.
- 6) 伊佐山浩通, 田中篤, ら: 原発性硬化性胆管炎ガイドラインについて. 日本消化器病学会雑誌 116: 631-638, 2019
- 7) ARDS Definition Task Force; V M Ranieri, et al: Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA 307: 2526-2533, 2012.
- 8) M Matthay, L Ware, et al: The acute respiratory distress syndrome. J Clin Invest 122: 2731-2740, 2012.
- 9) M Matthay, R Zemans,: The acute respiratory distress syndrome: pathogenesis and treatment. Annu Rev Pathol 6, 147-163, 2011.
- 10) 福田悠: 病態と病理形態. 日本内科学会雑誌100, 1536-1540, 2011.
- 11) A W Thille, A Esteban, et al: Comparison of the Berlin definition for acute respiratory distress syndrome with autopsy. Am J Respir Crit Care Med 187: 761-767, 2013.
- 12) Hatanaka R, Yagi K, et al: The Pathogenesis and Treatment of Tracheobronchomalacia. J Jpn Soc Bronchol 5: 19-24, 1983.
- 13) F Romaisa, Elamin M, Pulmonary Edema Secondary to Dynamic Tracheal Collapse. Journal of Bronchology 11: 118-121, 2004.

原発不明な巨大肝腫瘍の1例

谷 千尋¹・圓山 聡²・米原 修治³

I. はじめに

原発性肺癌の肝転移は比較的高頻度であるが、その一方で転移性肝癌の肝破裂は肝細胞癌に比べて稀である。今回、巨大肝腫瘍が原発巣として疑われ、肝破裂により急性の転帰を辿った症例について、病理解剖の解剖の結果を踏まえた上で考察を加えて報告する。

II. 症 例

患者：84歳 男性

主訴：右側腹部痛

現病歴：来院14日前に右側腹部痛にて前医受診し、鎮痛薬処方にて経過観察となっていた。その後も食思不振持続しているため前医を再診し、CEA 高値を認め大腸癌イレウス疑いで当院紹介受診した。

既往歴・併存症：十二指腸潰瘍（60年前手術）、陳旧性心筋梗塞、左足大腿骨骨折

内服歴：クロピドグレル75mg, エナラプリルマレイン酸2.5mg, アムロジピンベシル酸塩

2.5mg, ロスバスタチンカルシウム2.5mg, イコサペント酸エチル900mg, ドンペリドン10mg, ジメチコン40mg, 大建中湯エキス2.5g

生活歴：車椅子で来院され、飲酒歴はないが喫煙は20本/日×64年されていた。職業歴については詳細不明である。

アレルギー：食べ物、薬ともになし。

来院時現症：意識清明, 身長 160cm, 体重 57.8kg (元々60kg 程), BMI 22.5, 血圧: 100/69mmHg, 心拍 85回/分, 体温 36.3度, 呼吸数 18回/分, SpO₂ 96% (RA), 呼吸音: 両側 rhonchi(+), crackles(-), 腹部: 膨満(+), 心窩部で腫瘍触知, 右季肋部に軽度圧痛あり, 両下腿圧痕性浮腫あり

血液検査所見 (表1)：白血球正常値だが好中球上昇, CRP の上昇認めた。Hb, PLT の低下を認めた。肝胆道系酵素の上昇し, LDH は著増認めた。PT 活性の低下, APTT 時間の延長, D ダイマーの上昇を認めた。BUN/Cre 比は乖離認め, 電解質に異常はなく, TSH 上昇, freeT₄ 低下認めた。腫瘍マーカーは CEA の上昇を認めた。

表1 検査所見

▶ 血算		▶ 生化学		▶ 腫瘍マーカー			
WBC	5620 / μ L	TP	6.8 g/dL	Alb	3.5 g/dL	CEA	21.2 ng/mL
RBC	260 $\times 10^4$ / μ L	T-BIL	0.83 mg/dL	UN	42.6 mg/dL	CA19-9	29.6 U/mL
Hb	9.0 g/dL	AST	132 U/L	CRE	1.29 mg/dL	AFP	4.18 pg/mL
Ht	27.2 %	ALT	50 U/L	CRP	2.05 mg/dL	PIVKA-II	16 mAU/mL
PLT	15.0 $\times 10^4$ / μ L	ALP	150 U/L	Na	140 mEq/L	可溶性IL-2R	394 U/mL
%Ne	75.5 %	γ -GTP	93 U/L	K	4.4 mEq/L		
%Ly	16.5 %	LDH	1523 U/L	Cl	105 mEq/L		
%Mo	7.5 %	PT	55 %	TSH	65.9 μ IU/mL		
%Eo	0.1 %	PT-INR	1.38	FT ₄	0.53 ng/dL		
%Ba	0.5 %	APTT	21.2 秒	HBs抗原	(-)		
		D-dimer	35.0 μ g/mL	HCV抗体	(-)		

¹JA 尾道総合病院 初期研修医, ²JA 尾道総合病院 消化器内科, ³JA 尾道総合病院 病理研究検査科

全胸腹部造影 CT：腹部では肝内にほぼ占めるように腫瘤影を認め、単純 CT では低吸収、第 1 相では造影効果認めず、第 2 相では淡い造影効果を示した。中等度の腹水認め、肝内に明らかな extra は認めなかった。その他、腹部 CT で指摘されるような明らかな腫瘤影は認めなかった（図 1）。肺野条件では右下葉背側に境界比較的明瞭な 3.3cm 大の腫瘤影（図 2）、左右下葉に 1.4cm 大の結節影認めた。明らかな肺炎像はないが右肺優位に胸水貯留認めた。

入院後経過：原発性肝細胞癌、肝内胆管癌、原発不明の転移性肝腫瘍を疑い、精査加療目的に入院となり、食事摂取不良で ADL の低下を認めており、点滴加療開始した。入院後 1 日目に腹水穿刺、EGD 施行し、腹水穿刺では 20ml 採取し性状は血清で、細胞診の結果は class II であった。また肝腫瘍生検を検討したが、抗血小板薬内服しており、クロピドグレル 75mg をアスピリン 100mg に変更し延期となった。原発巣精査目的に行われた EGD では、一部びらんを

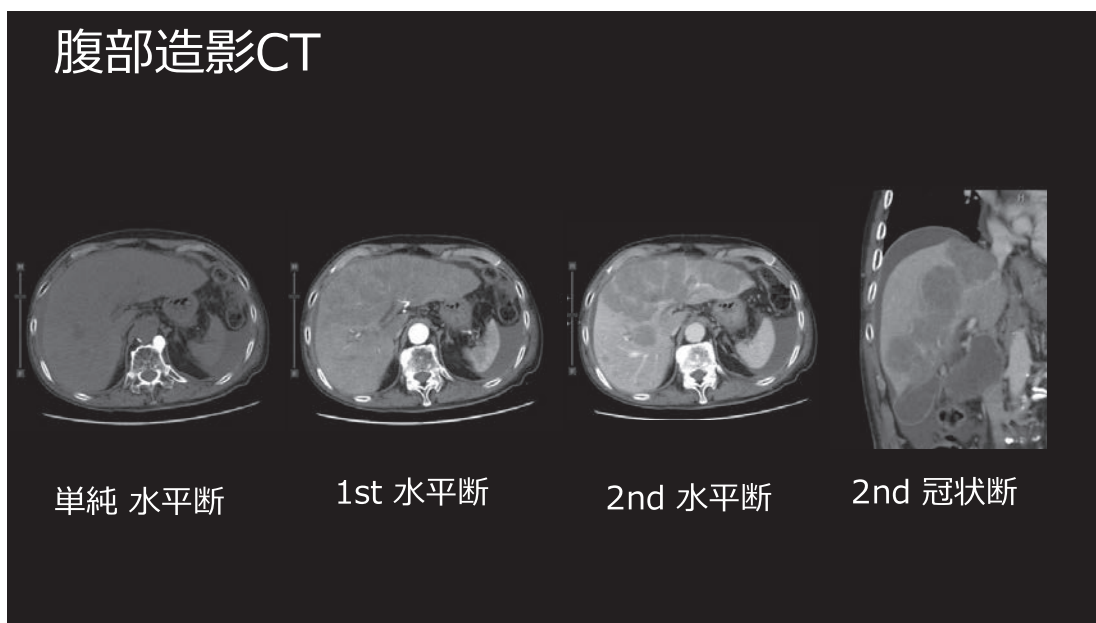


図 1

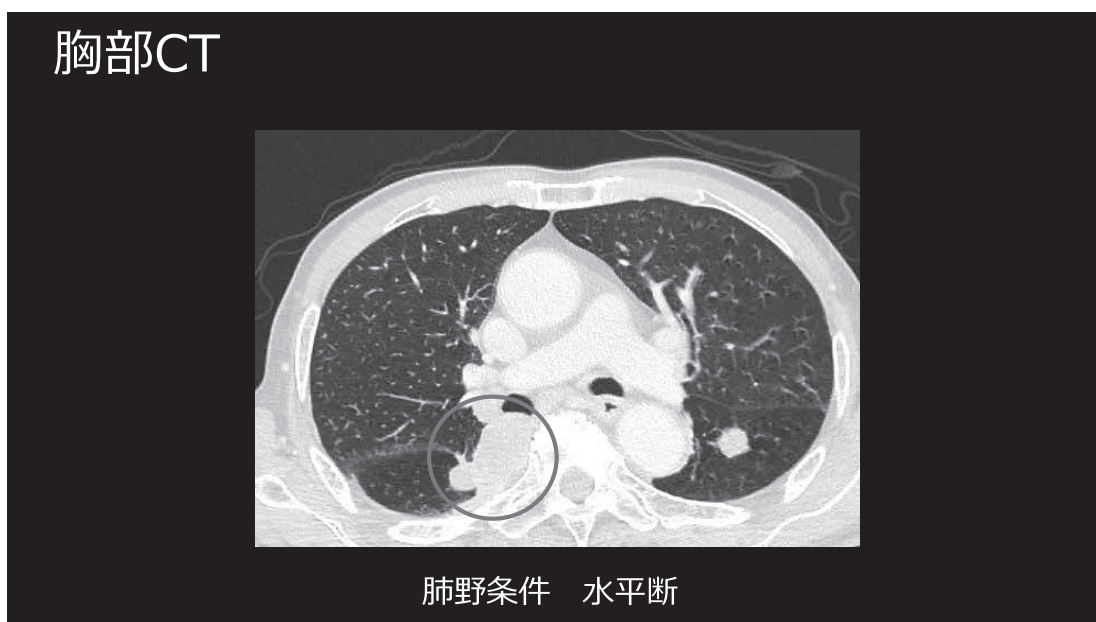


図 2

伴う陥凹王病変を認め、早期胃癌0-IIc病変が疑われ、(図3)生検施行し中分化型管状腺癌(tub2)の診断となった。入院後3日目、80%台後半の低酸素血症を認め、低栄養・肺腫瘍による胸水貯留を原因として疑った。急変の可能性があるので、DNAR取得した。入院後4日目よりNSAIDsを内服でコントロール不良な癌性疼痛の増悪を認めたため、当院緩和ケア内科に紹介し、オピオイドによる疼痛管理を開始した。入院後5日目、酸素化低下、血圧低下、意識障

害認め、心停止、呼吸停止に至った。ご家族と相談の上で死因究明のため病理解剖に至った。

Ⅲ. 病理学所見

病理解剖は死後44時間52分に行われ、発達・栄養は良好、皮膚は蒼白で両側前腕に斑状出血を認めた。肺は右肺530g、左肺370gで右下葉S6域に5.5×3.5×2cm大の灰白色腫瘍認め、肺実質から胸膜を肥えて胸腔内に露出していた(図4)。

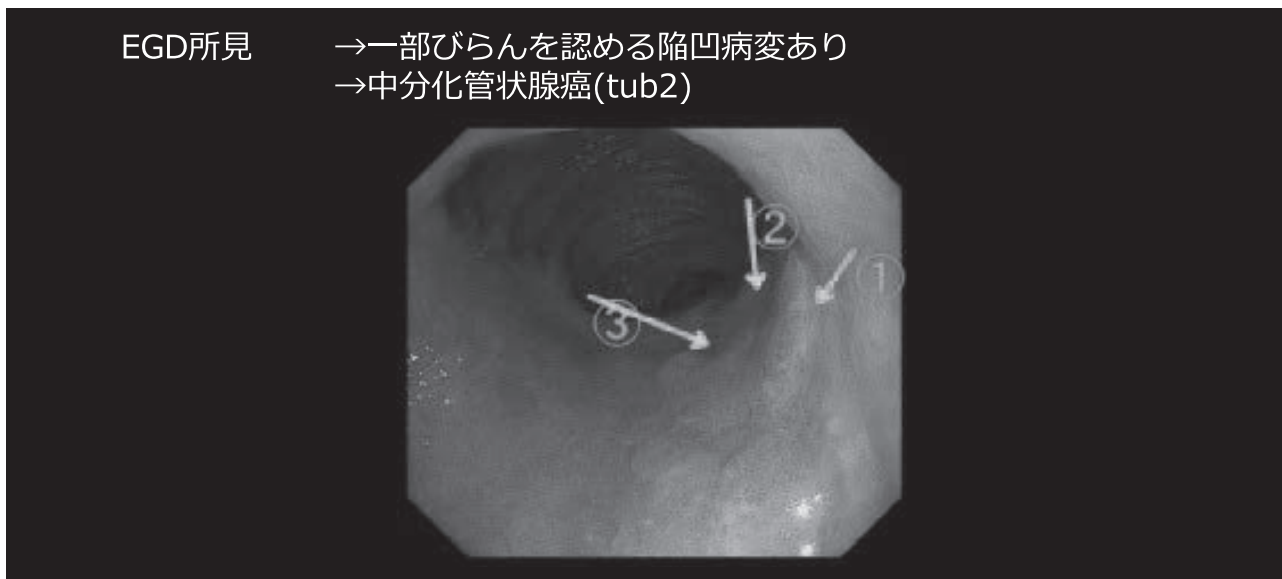
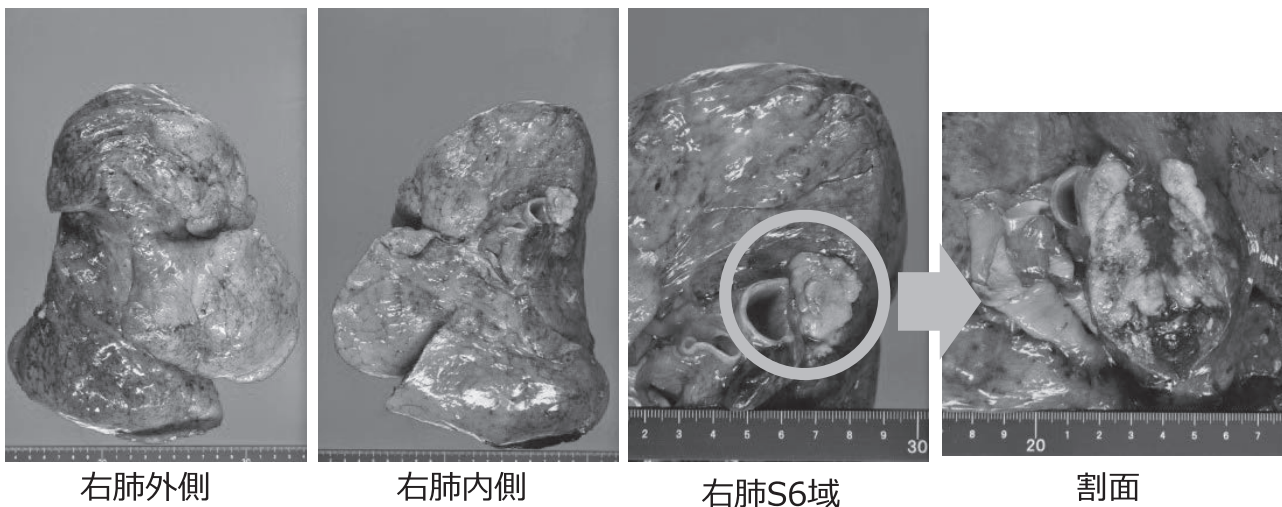


図3

肉眼的所見～肺～ 右：530g 左：370g



右下葉S6域に5.5×3.5×2cm大の灰白色腫瘍認め、肺実質から胸膜を肥えて胸腔内に露出している

図4

腫瘍部では充実胞巣を形成し、紡錘形細胞が密な増殖、ロゼット状構造を示し肺小細胞癌の所見認めた(図5)。他の箇所では一部の胞巣中心に癌真珠を伴い、角化傾向を示しており、扁平上皮癌を疑う所見認めた(図6)。免疫染色ではクロモグラフィンA、シナプトフィジン、NSE、CD56などの神経内分泌マーカーが広範に陽性示し、また、一部では腺系マーカーであるTTF-1、ナプシンAが陽性を示し、ある一部では扁平上皮マーカーであるCK5/6、p40が

陽性示した(図7)。以上の所見からは大部分で肺小細胞癌の病理像を示し、小細胞癌のマーカーである神経内分泌マーカー陽性、腺系マーカー/扁平上皮マーカーが一部陽性であることから部分的に腺癌、扁平上皮癌を伴う混合型肺小細胞癌が確認された(図7,8)。また、胸膜、横隔膜の転移結節部でも同様に肺小細胞癌疑う病理所見を認めた。

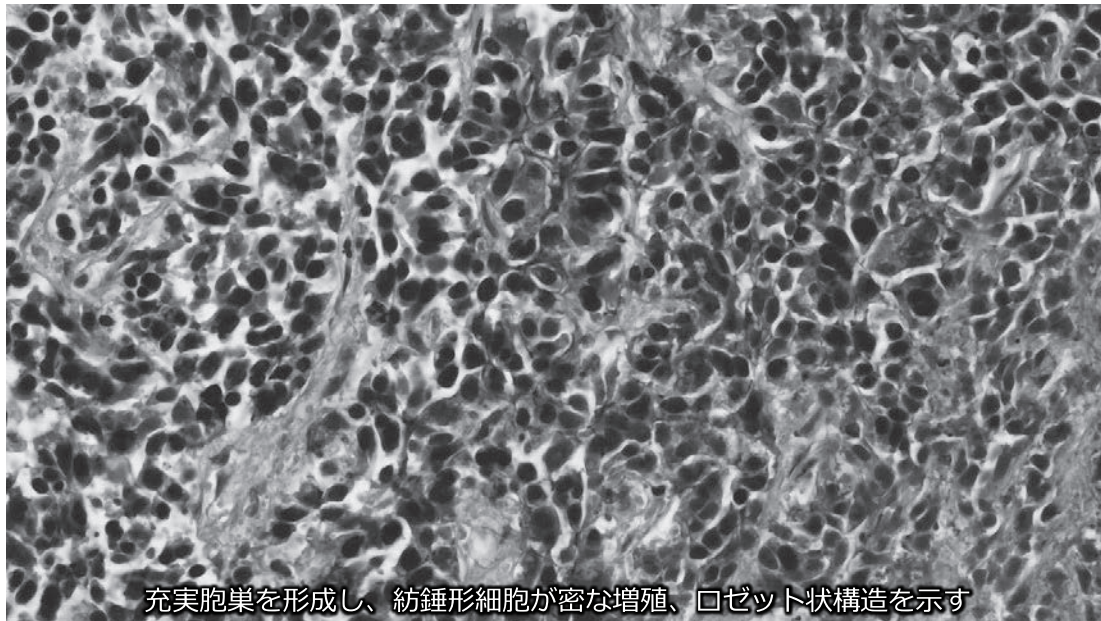


図5

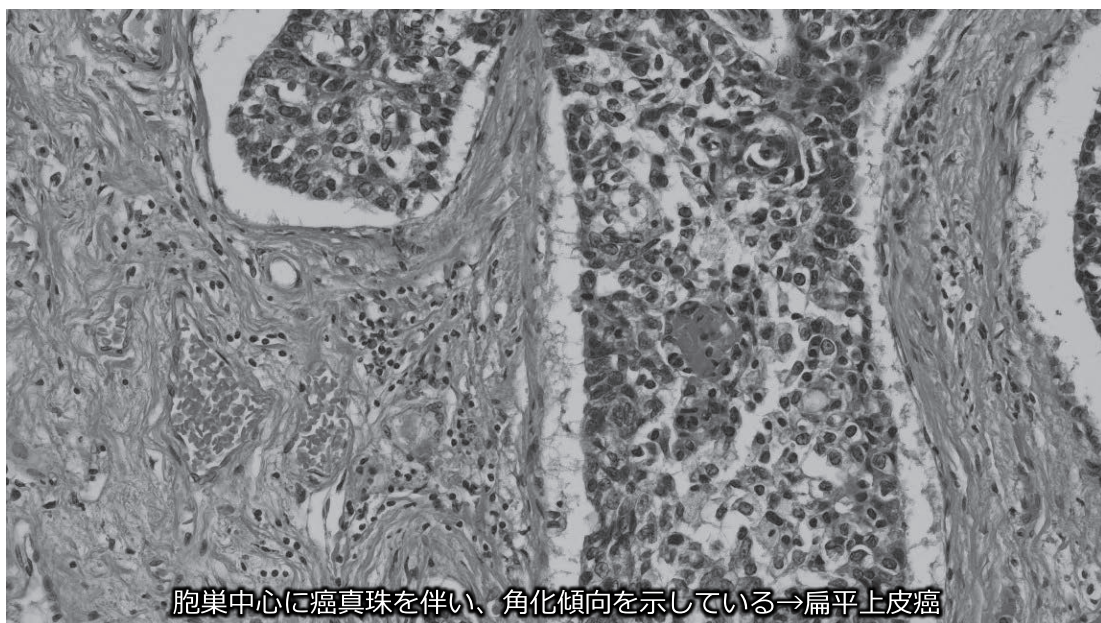


図6

免疫染色所見

神経内分泌マーカー 陽性

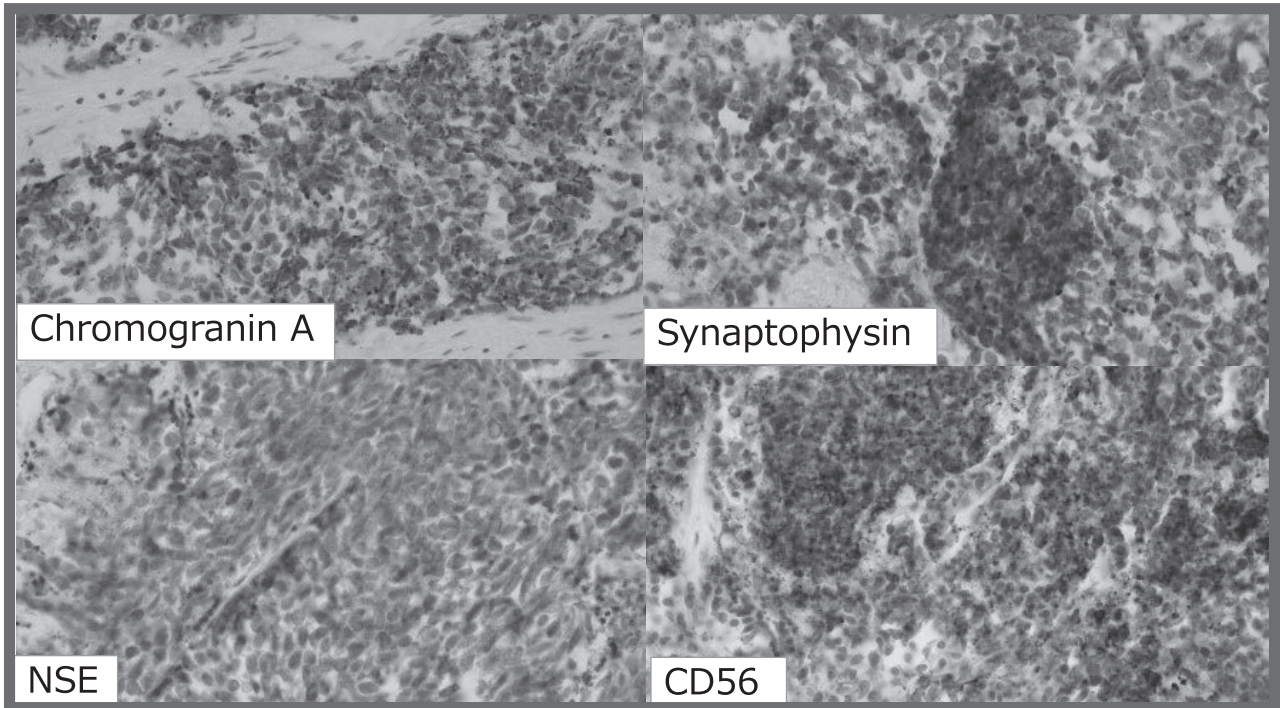


図7

免疫染色所見

線系マーカー/扁平上皮マーカー 一部陽性

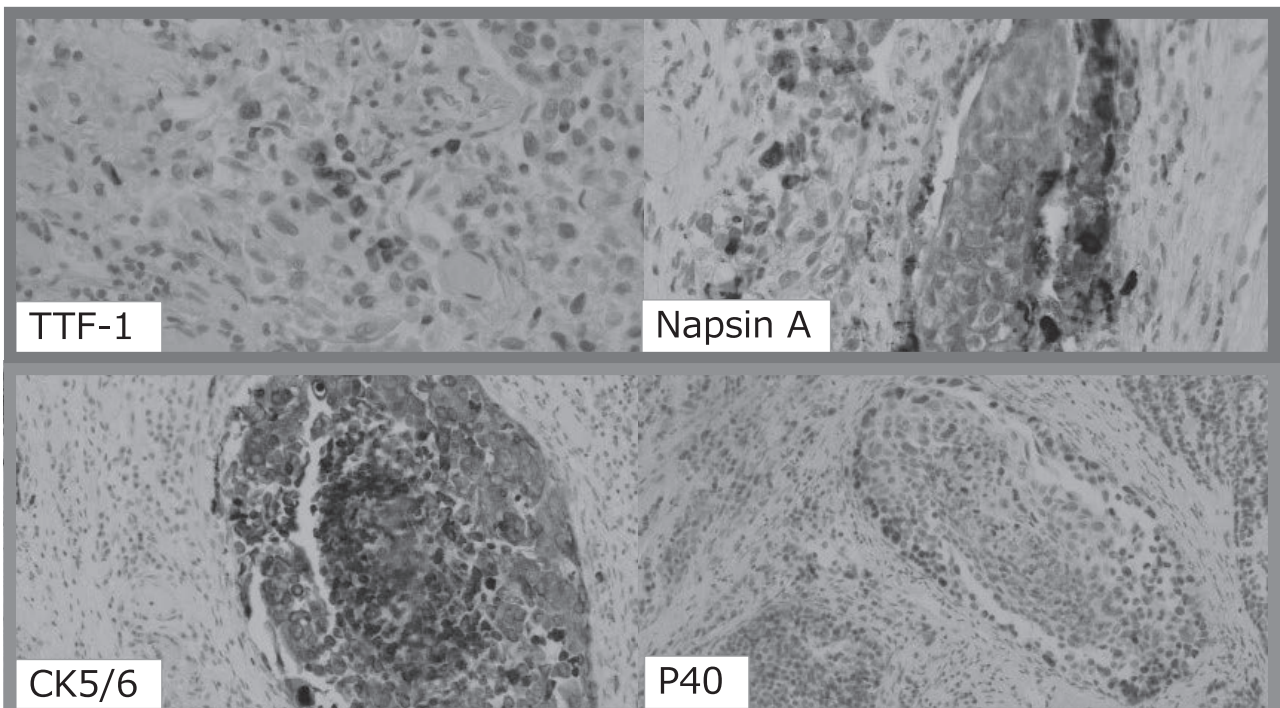


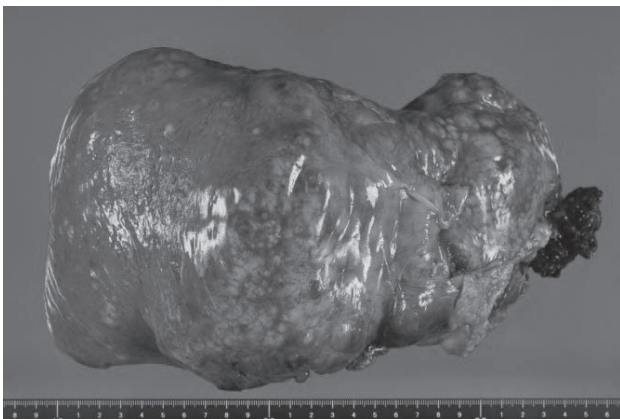
図8

胃は十二指腸潰瘍術後 Bilroth 1法にて再建行われており、生検時に認めた腫瘍所見はオートリシス、自己融解にて確認できなかった。生検時の病理では、異型上皮が癒合性の小型腺管を形成して増殖し、中分化管状腺癌 (tub 2) を示している。肝臓は1766g で左葉に15×15×8 cm 大の脂肪置換認め、腫瘤被膜の破綻、新鮮出血を認め、血性腹水が2000ml 確認された (図9)。組織所見では腫瘍部にて小型裸核状の紡錘形細

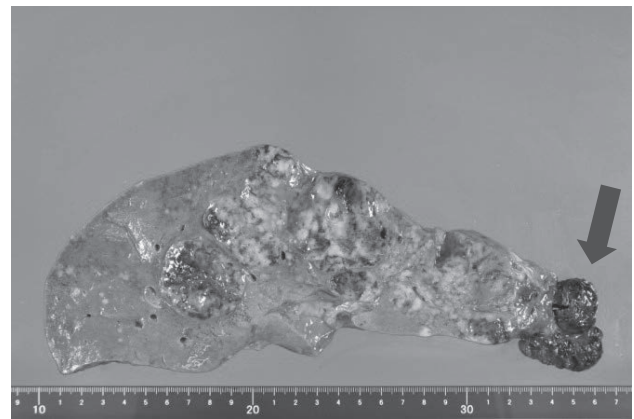
胞のびまん性増殖を認め、肺小細胞癌の肝転移が疑われた (図10)。臍頭部、総胆管背側に肝門部リンパ節転移を疑う8×5×4 cm 大の灰白色腫瘤を認め (図11)、病理像でも胸膜、横隔膜、肝臓と同様に肺小細胞癌の転移疑う所見を認めた。

以上の病理所見から右肺小細胞癌を原発とする両側肺、両側胸膜、両側横隔膜、肝臓、右肺門、肝門リンパ節への浸潤・転移、そして腹水

肉眼的所見～肝臓～ 1766g



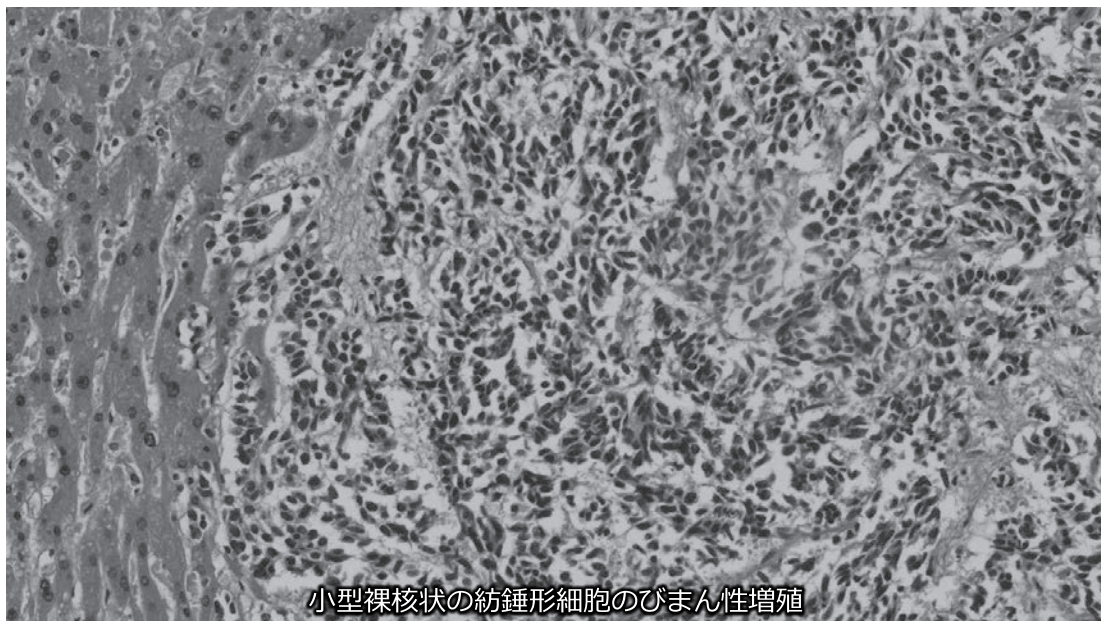
肝前面



剖面

左葉に15×15×8cm大の脂肪置換認める
腫瘤被膜の破綻、新鮮出血認める
血性腹水2000ml認める

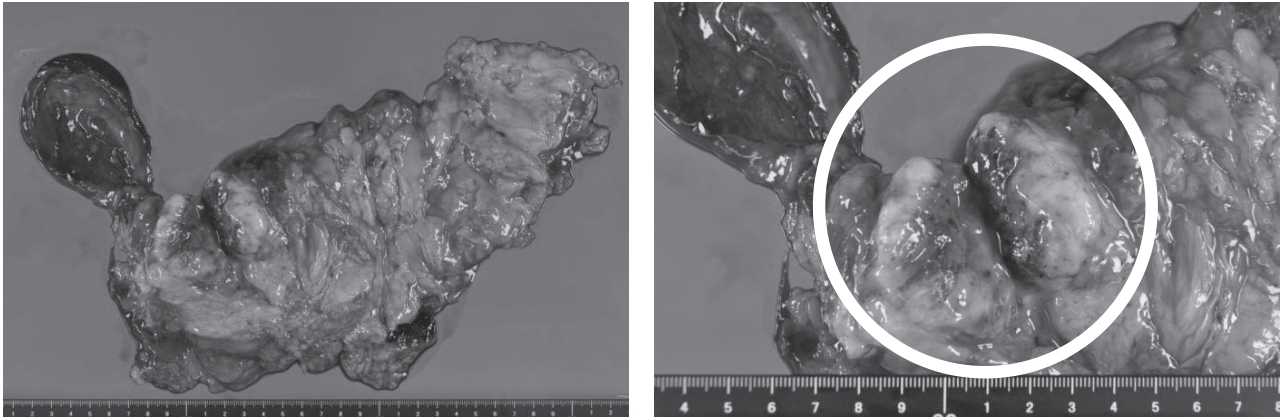
図9



小型裸核状の紡錘形細胞のびまん性増殖

図10

肉眼所見～肝門部リンパ節～



臍頭部、総胆管背側に肝門部リンパ節転移を疑う
8×5×4cm大の灰白色腫瘤を認める

図11

2000ml に及ぶ肝被膜の腫瘍性破裂を認め、混合型肺小細胞癌の肝転移による肝被膜出血を出血源とする腹腔内出血に伴う循環不全と考えられた。

Ⅳ. 考 察

原発性肺癌の肝転移は40.6%と肺癌の転移の中では頻度が高く、組織型は小細胞癌>扁平上皮癌・大細胞癌（報告による）>腺癌の順に発生率高いと報告されている。転移性肝癌は一般に乏血性で繊維性被膜を有するため肝細胞癌に比べて破裂で、後期踏まえると原発性肺癌の肝転移が起こりやすいが、肺癌の転移性肝腫瘤の破裂の報告数はわずかであった。また、転移性肝癌破裂の平均生存期間は6週間未満となっている¹⁾。本症例は原発性肺癌肝転移の中でも頻度の高い転移臓器・組織型を示し、肺癌原発の転移性肝腫瘤が破裂した症例として稀な症例であった。来院14日前の右側腹部痛を転移肝癌破裂と仮定した場合には、平均生存期間に矛盾しない急速な経過を辿っており、また、仮に肝破裂を疑ったとしても全身状態悪く、血管造影検査やTACE施行には至らなかった。混合型肺小細胞癌に関して、肺癌取り扱い規約の定義としては小細胞癌に加え、非小細胞癌の成分を含む癌とされている。発生頻度は小細胞癌の2

-28%で、男性が83%、平均年齢65歳、喫煙歴を94%に認めると報告されている。混合する組織型は大細胞癌（47-72%）、扁平上皮癌（11-32%）、腺癌（5-32%）の順に頻度が高かった²⁾。肺小細胞癌に加えて非小細胞癌の2成分を含む症例は医中誌で「混合型、肺、小細胞癌」で得られた18件の論文の中では自験例を含め10例のみであった。検査について、CSCLCの病変部位は辺縁発生が71%と多く、気管支鏡検査では十分な組織量を得られにくく内科的確定診断は困難な場合がある³⁾。血液検査ではLDHが低値傾向にあり、病勢の進行に腫瘍マーカーを繰り返し測定することが病態の把握に役立つと報告されている⁴⁾。その他、肺末梢SCLCでは中枢発生よりCEA高値となることがあり、末梢発生のCSCLCの可能性を示唆する報告もある⁵⁾。画像検査について、混合型肺小細胞癌に特記した所見はないが、CT検診の普及により、術前未確定で手術を行う症例が増加し混合型肺小細胞癌と診断される症例が増加する可能性が示唆されている⁶⁾。本症例は肝破裂の影響によるLDH著増のためLDHの正確な評価は不能であるが、CEA上昇は混合型肺小細胞癌の腺型を反映していることが考えられた。また仮に気管支鏡が行われた場合には右肺門部病変からは十分な組織得られ診断がついた可能性もあっ

た。予後について、予後因子としては腫瘍の大きさは6 cm、転移の存在、完全切除の有無が挙げられ、平均生存期間は8-16ヶ月であり、組織亜型による予後に差は認めない報告もあるが、Kimらは肺小細胞癌28例、混合型5例では約60ヶ月と予後に有意差はあったと報告している⁷⁾。治療後の第二肺癌発生は2~13%/年、治療後10~12年時点で約30%に発生するため、必要に応じて10年以上の長期的なフォローを行うこと推奨されている。本症例は転移が存在し切除困難例であり、発症日不明のため予後や生存期間は評価できなかった。PS 4で全身状態悪く、SCLCガイドライン上も薬物療法も行わないことが提案され、対処療法を行っていたところ心臓停止に至った。

V. 結 語

本症例は右側腹部痛を契機に発見された全身多発転移を伴い、3成分の組織型を含む稀有な混合性肺小細胞癌を経験した。

VI. 文 献

- 1) 西村秀紀, 花岡孝臣, ら: 肝動注化学療法で消失した原発性肺癌肝転移の1例. 肺癌 40 : 293-296, 2000.
- 2) Mangum MD, Greco FA, et al: Combined small-cell and non-small-cell lungcancer. J Clin Oncol 7 : 607-612, 1989.
- 3) Fellegara G, D'Adda T, et al: Genetics of a combined lung small cell carcinoma and large cell neuroendocrine carcinoma with adenocarcinoma. Virchows Arch 453 : 107-115, 2008.
- 4) Iezumi K, Masunaga A, et al: Combined small cell carcinoma with pulmonary blastoma and adenocarcinoma: case report and clonality analysis. Pathol Res Pract 202 : 895-899, 2006.
- 5) Tsubota Y, Kawaguchi T, et al: A combined small cell and spindle cell carcinoma of the lung. Report of a unique case with immunohistochemical and ultrastructural studies. Am J Surg Pathol 16 : 1108-1115, 1992.
- 6) Fukui T, Tsuta K, et al: Epidermal growth factor receptor mutation status and clinicopathological features of combined small cell carcinoma with adenocarcinoma of the lung. CancerSci. 98 : 1714-1719, 2007.
- 7) Nicholson S A, Beasley M B, et al: Small cell lung carcinoma (SCLC) : a clinicopathologic study of 100 cases with surgical specimens. Am J Surg Pathol 26 : 1184-1197, 2002.

腹膜透析関連腹膜炎ののち腸閉塞をきたした1例

岡野 義也¹・江崎 隆²・心石 敬子²・米原 修治³

I. 症例提示

症例：88歳女性

主訴：嘔吐

既往歴：胃癌（手術後），左橈骨骨折，変形性脊椎症，左変形性膝関節症，右変形性膝関節症，高血圧，脂質異常症

臨床経過：X年1月より腎硬化症による末期腎不全に対して腹膜透析（以下PD）を導入した。X+4年7月にPD腹膜炎にて入院し抗生剤で加療した。X+4年10月に感染性腸炎（排液細胞数は陰性）に対して抗生剤加療し，症状改善するも食事量減少したためリハビリ目的に近医に転院した。X+4年11月，発熱と嘔吐，血性排液を認め，CAPD中止し，前医にて腹膜炎としてミノサイクリン投与し加療されたが，胆汁様の嘔吐が持続し腹痛も認めたため当院に紹介搬送された。

来院時現症：身長 154.0cm，体重 47.4kg，BMI 19.9kg/m²，意識 JCS I -1，血圧 124/63mmHg，

脈拍 103回/分，体温 37.0℃，SpO₂ 98%（室内気）。腹部は平坦，膨満なし，腹痛認めなかった。**検査所見**（表1）：CRPの高値を認め，低Na血症と腎機能低下を認めた。PD排液の細胞数は677/μLで，好中球優位に著名な上昇を認めた。

腹部造影CT：腹膜腔は被包化され，骨盤内に腹膜に包まれ一塊となった腸管を認めた（図1-a）。小腸は壁肥厚し拡張を認め，周囲の脂肪織は濃染し腹水貯留も認めた（図1-b）。

経過：造影CTでは腸管の被囊化を認め，胆汁様嘔吐もあり，腹膜透析に伴う被囊性腹膜硬化症とそれによるイレウス状態であった。絶食とし高カロリー輸液を行い，胃管挿入し減圧を行い，セフトジジム（CAZ）1g/day投与で保存的に治療開始した。炎症反応高値であったため，ステロイド投与は行わなかった。入院2日目に中心静脈カテーテルを挿入し，PDから血液透析（HD）に切り替えた。炎症改善目的にPDは洗浄のみ行うこととした。入院3日目の血液

表1 来院時検査所見

検査所見（当科受診時）					
●血算		●生化		●ホルモン関連	
WBC	5330 /μL	TP	5.4 g/dL	TSH	0.485 μIU/mL
%Ne	93.5 %	Alb	2.0 g/dL	F-T4	0.95 ng/mL
%Ly	3.6 %	AST	9 U/L	●PD排液	
%Mo	2.7 %	ALT	9 U/L	PD排液細胞数	677 /μL
%Eo	0.3 %	UN	98.8 mg/dL	PD排液分類	
RBC	278 万/μL	Cre	8.38 mg/dL	好中球	97 %
Hb	8.9 g/dL	UA	7.2 mg/dL	単核球	3 %
MCV	101.0 fl	CRP	22.4 mg/dL		
PLT	13.6 万/μL	Na	128 mEq/L		
		K	3.7 mEq/L		
		Cl	92 mEq/L		
		Ca	9.8 mg/dL		
		IP	4.7 mg/dL		
		Mg	2.1 mg/dL		

¹JA 尾道総合病院 初期臨床研修医，²JA 尾道総合病院 腎臓内科，³JA 尾道総合病院 病理診断科

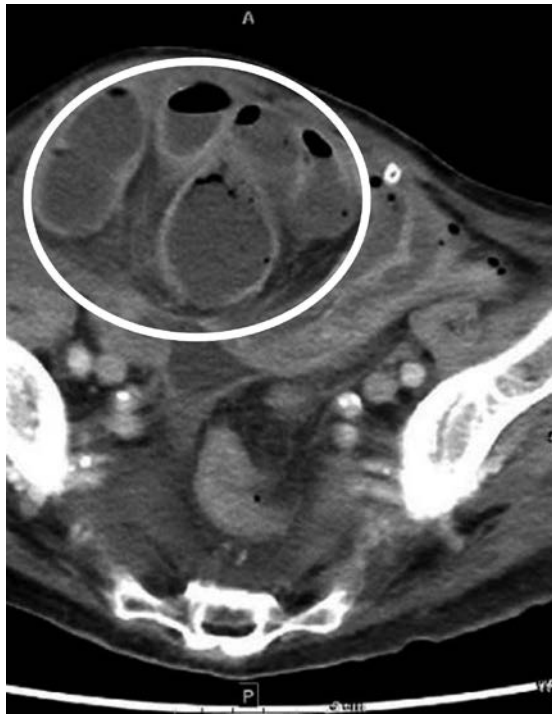


図 1-a 来院時腹部造影 CT
腹膜腔は被包化され、骨盤内に一塊となった腸管を認める。

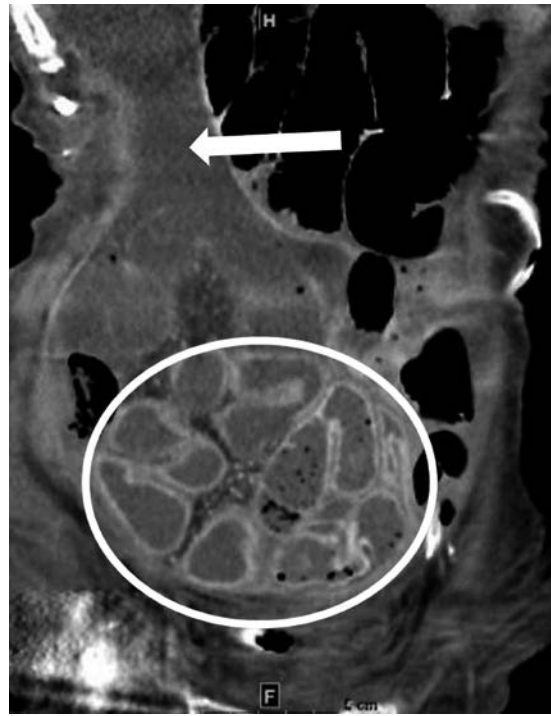
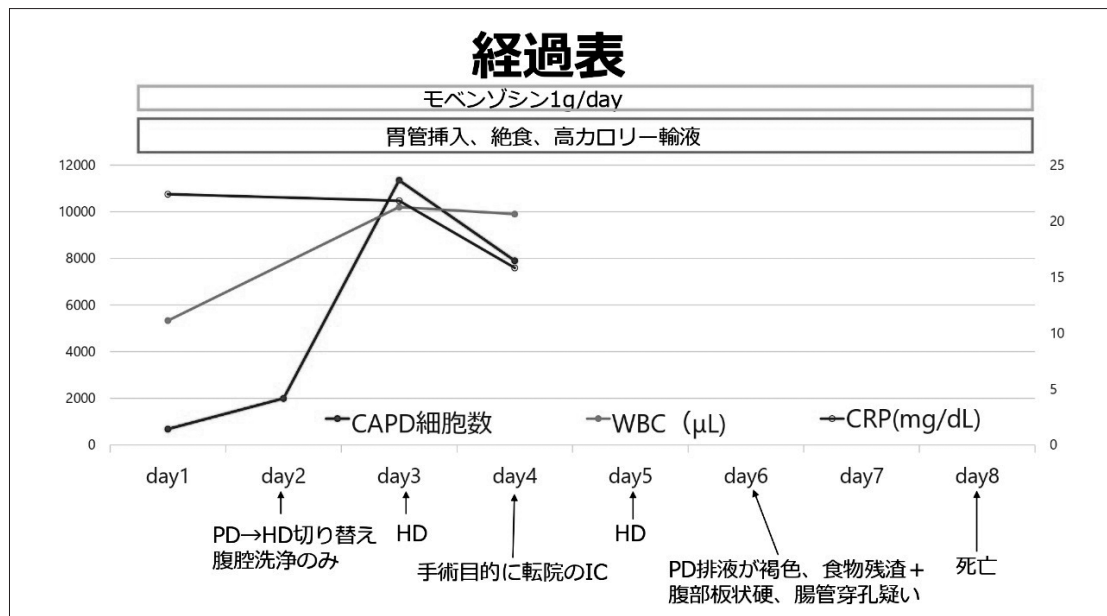


図 1-b
小腸は壁肥厚し拡張を認める。周囲の脂肪織は混濁し腹水貯留も認める。

検査では炎症反応は改善乏しく、PD 排液内の細胞も上昇を認め、保存的加療では改善は困難であり、手術適応であるとの判断した。入院4日目に家族にインフォームドコンセントを行った結果、全身状態の悪化と高齢のため家族は手術希望されず、Best Supportive Care の方針とした。入院6日目にはPD 排液が褐色に変化し、

排液内に食物残渣も認め、腹部は板状硬となっていたことから腸管穿孔が疑われた。鎮痛のため鎮静を行い、入院8日目に死亡した(表2)。死因・病態について医学的検討が必要と考えられたため、主治医よりご家族に病理解剖について説明、承諾が得られたため病理解剖が行われた。

表2



Ⅱ. 病理解剖所見

死後33分後に病理解剖が実施された。外観上は腹部に波動がみられ, 正中に10cmの手術痕とPDチューブを認め, 下肢には浮腫を認めた。

腹膜はびまん性, 線維性に肥厚し, 腸管は相互に癒着を認めた。右下腹部には650mlの膿様で腸管内容物の混入を認める腹水貯留を認めた。

肝臓の表面は平滑で臓側被膜は肥厚し, 癒着を認め, 腹膜炎による影響が示唆された(図3)。脾臓は臓側被膜の肥厚を認めた(図4)。

腎臓は右腎40g, 左腎50gと高度に委縮を認め, 腎盂脂肪織の拡大と菲薄化した皮質を認めた(図5)。腎臓のマクロ所見では80%程度の糸球体は硝子化し, 全節性硬化を認め, 末期腎不全の像と考えられた(図6-a)。間質は線維化し, 動脈硬化, 尿細管上皮内にシュウ酸カルシウムの沈着を認めた(図6-b)。

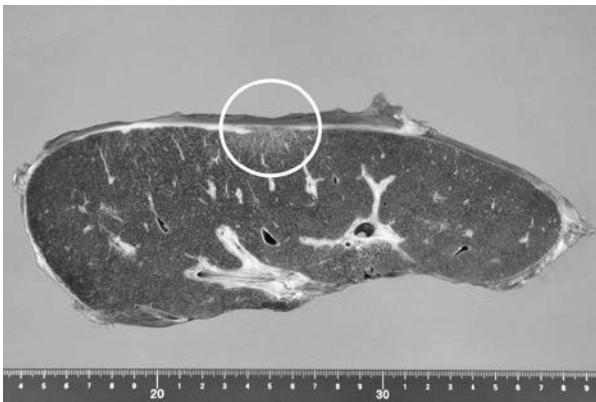


図3 肝臓の肉眼所見

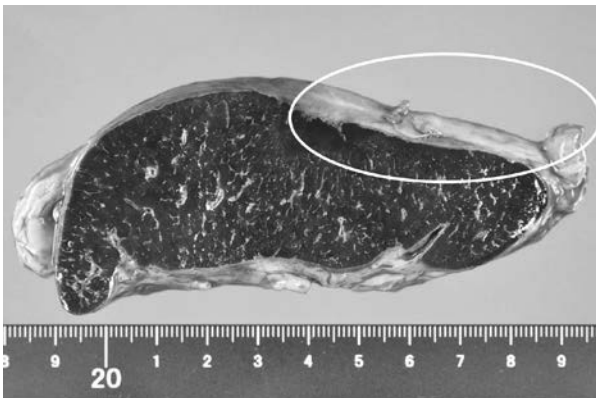


図4 脾臓の肉眼所見

回腸のマクロ所見ではHE染色において固有筋層の欠損を認め(図7-a), Desmin染色においても同部位の筋層の欠損を認めた(図7-b)。また回腸漿膜側にGram染色においてグラム陽性球菌を認めた(図8)。同部位が腸管穿孔の部位と示唆された。



図5 腎臓の肉眼所見

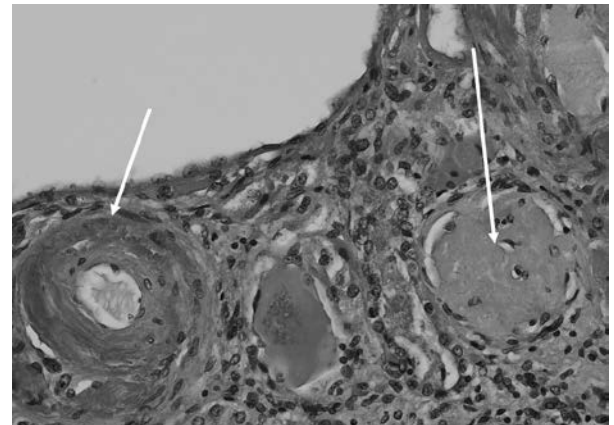


図6-a 腎臓の組織所見
血管は硝子化し, 糸球体の全節性硬化を認める

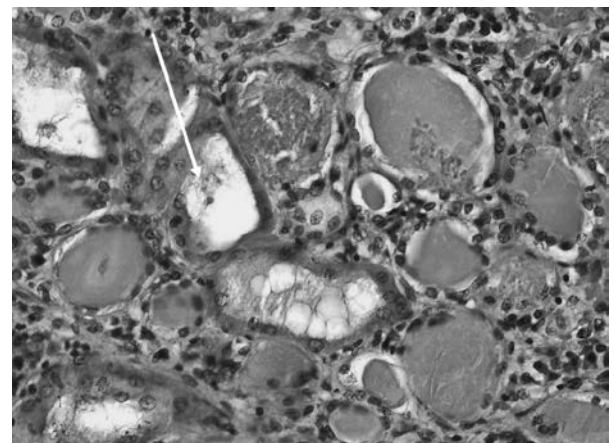


図6-b 腎臓の組織所見
間質の線維化, 動脈硬化, 尿細管上皮内にシュウ酸カルシウムの沈着を認める

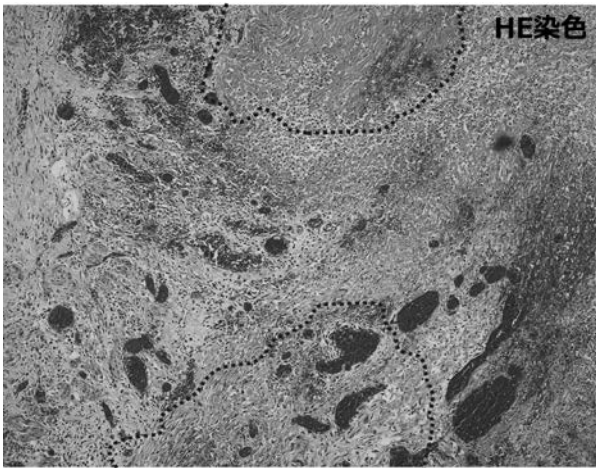


図7-a 回腸の組織所見 (HE 染色)
固有筋層の欠損部分を認め、穿孔部位が推察される

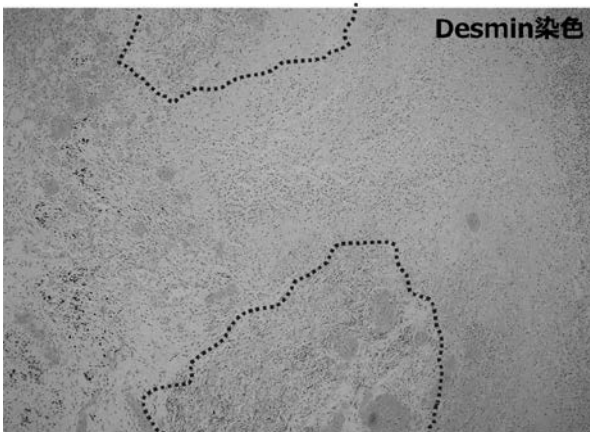


図7-b 回腸の組織所見 (Desmin 染色)
HE 染色と一致した固有筋層部に Desmin 染色で染色されない欠損部を認める

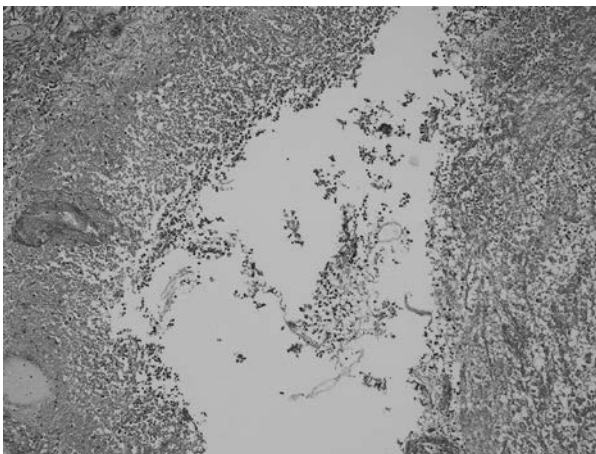


図8 回腸の組織所見 (HE 染色)
回腸漿膜側に Gram 染色においてグラム陽性球菌を認める

結腸のマクロ所見では HE 染色で漿膜は肥厚し、上層に好中球浸潤を認め、フィブリン析出も認めた。(図9) また中皮細胞は剥離し脱落

を認めた。Masson 染色では新生被膜に腹膜炎に伴う滲出液と炎症細胞認め、線維化も認めた。本来の漿膜も肥厚し線維化認め、masson で青染を認めた (図10)。被嚢性腹膜硬化症の状態が示唆された。

以上の病理解剖学的所見では両側腎臓の末期腎不全と被嚢性腹膜硬化症、上記を原因とした穿孔伴う急性回腸炎が診断された。



図9 結腸組織所見 (HE 染色)
漿膜は肥厚を認め、上層に好中球浸潤、フィブリン析出をとともなう

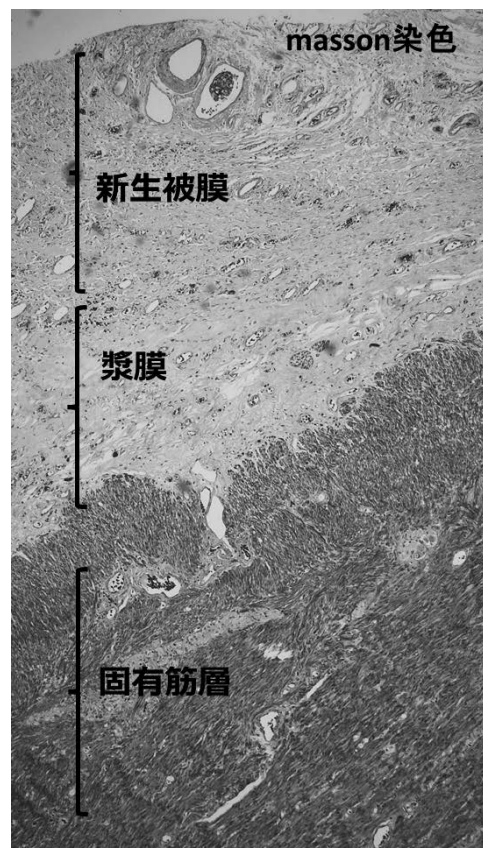


図10 結腸の組織所見 (masson 染色)
新生被膜には腹膜炎に伴う滲出液と炎症細胞認め、線維化も認める。本来の漿膜も肥厚し線維化を認める。

Ⅲ. 考 察

被嚢性腹膜硬化症 (encapsulating peritoneal sclerosis, 以下 EPS) とは腹膜透析のもっとも重篤な合併症であり, 劣化した腹膜表面に被膜が形成され, 腸管同士が癒着し腸閉塞をきたす, 死亡率30-60%と重篤な病態である¹⁾。本邦では腹膜透析患者の EPS 発症頻度は0.9-2.4%とされており, その発生機序は以下のように考えられている。長期に渡って腹膜透析液に晒されることにより腹膜中皮細胞が剥離や消失し, 線維化が進行, 腹膜が劣化し, さらに腹膜細血管の変性 (硝子化, 内腔狭小化) 起こり, 腹膜透過性亢進する。この状態に何らかの炎症 (多くは細菌性腹膜炎) が加わると腹膜細血管が新生, 増生し, さらに透過性亢進をもたらす, 透過したアルブミンやフィブリンといった大分子物質が肥厚線維化した腹膜表面にフィブリン膜形成する。この膜が変性硬化し腸管を圧迫して腸閉塞症状を起こすとされている²⁾。

リスクとしては長期腹膜透析の継続や腹膜透析液, 特に高張ブドウ糖透析液による腹膜の障害や, 腹膜炎の既往が考えられている。とくに腹膜透析8年以上継続した症例では EPS の発生率は5.9%-17.2%と発症リスクが増加する³⁾

EPS は腹満, 腹痛, 嘔吐といった持続的, 反復的なイレウス症状や腹膜透析の排液混濁, 血性排液の症状などで臨床的に診断される。血液検査では CRP など炎症マーカー上昇を認めるが, 感染性腹膜炎と区別は困難であり, 腹部 X 線や腹部 CT 検査といった画像検査は腸管拡張, 腹膜壁肥厚・石灰化の有無, 腹水貯留といった所見から病勢の評価には適しているも, ある程度進行した状態でないと診断は困難とされる。

治療としては対症療法としての絶食, 中心静脈栄養や腹膜休息や腹腔洗浄のほかに, 副腎皮質ステロイド投与が行われている。保存治療で腸閉塞症状が改善されない場合, 外科的手術 (腸管癒着剥離術) が行われている⁴⁾。

本症例では腹膜透析患者の持続する嘔吐, 炎症反応上昇, CT で腸管の拡張と被包化所見よ

り EPS と診断し, 保存的治療を行った。ステロイド投与による治療は腹膜炎の感染コントロールを優先したため困難であり, 外科的手術療法も検討されたが全身状態が悪化していることから困難であった。また腹膜劣化を継続的な腹膜平衡試験 (PET) を施行することで判断する, 腹膜透析導入後5-8年間で血液透析や腎移植に切り替えるといった方法が EPS の予防として知られているが⁵⁾, 本症例では高齢で ADL 低下し, 血液透析を提案されていたが, 週3回の通院は困難であり, 腹膜平衡試験 (PET) のための定期通院も困難な状況であった。

本症例は腹膜透析開始し, 4年と EPS 発症の時期としては比較的短期であり, 病理学的にも数日で完成する線維化ではなかった。その原因としては腹膜炎での入院の既往という EPS 発症のリスクが存在したことや, 胃癌術後であり腹部手術の影響で線維化の進行や腸管癒着が起きやすいという患者背景が考えられた。

腹膜の線維化, 硬化が進行したところに新たな感染による刺激にて (second attack) で EPS 発症し, 腸閉塞となり, 腸管穿孔し死亡したと考えられた。

Ⅳ. 結 語

腹膜透析によって発症した被嚢性腹膜硬化症にともなう腸管穿孔で死亡した1例を経験した。本症例のように腹膜透析開始後, 短期であっても腹部手術や腹膜炎の既往など EPS 発症のリスクの高い患者については EPS を疑うことが大切である。

Ⅴ. 参 考 文 献

- 1) Kawanishi H, Kawaguchi Y, et al: Encapsulating peritoneal sclerosis in Japan: A prospective, controlled multicenter study. *Am J Kidney Dis* 44: 729-37, 2004.
- 2) Nakayama M, Miyazaki M, et al: Peritoneal Biopsy Study Group of the Japanese Society for Peritoneal Dialysis. Pathophysiology of encapsulating peritoneal sclerosis: lessons from

findings of the past three decades in Japan. Clin Exp Nephrol 27 : 717-727, 2023.

- 3) Tseng CC, Chen JB, et al: Incidence and outcomes of encapsulating peritoneal sclerosis (EPS) and factors associated with severe EPS. PLOS one 13 : e0190079, 2018.
- 4) 渡辺浩志, 川西秀樹, ら : 被嚢性腹膜硬化症の画像診断. 臨床透析 20 : 1573-1576, 2004.
- 5) 濱田千江子 : 腹膜硬化症. 日本透析医学会雑誌 50 : 711-717, 2017.

市民のためのがん最前線 テーマ大腸がん 大腸がんの手術治療

倉 吉 学¹

I はじめに

大腸がんは現在、患者さんが最も多いがんです。高齢化の影響で、死亡数も多くなっていますが、適切な治療を受ければステージが進行していても治りやすいがんです。どこの病院でも安心して適切な治療が受けられるように治療ガイドラインがあり、大腸がんについての正しい知識や治療についての情報が記載されています。(図1)


II 大腸がんについての基礎知識

大腸がんのできる部位にはばらつきがあり、S状結腸がんと直腸がんが約7割をしめています。がんの広がり具合には、大腸の壁に直接入り込んでいく浸潤、腸の外のリンパ節に広がるリンパ節転移、肝臓や肺など大腸以外の臓器や腹膜へ広がる遠隔転移があります。そしてこれらのがんの広がり具合をあわせてステージで表します。ステージは、深達度、リンパ節転移の程度、遠隔転移の程度によって決まります。(図2) このステージをもとに実際の治療をすすめていきます。


■ 大腸がん治療ガイドライン

診断・治療の適切な進め方を指し示すもの


どこの病院でも安心して十分かつ適切な治療が受けられる



患者さん用
2022年度版



医師用



当院 田中信治 病院長は
ガイドライン委員会メンバーです

図1

¹JA 尾道総合病院 外科

大腸がんのステージ分類 (がんの広がり具合)

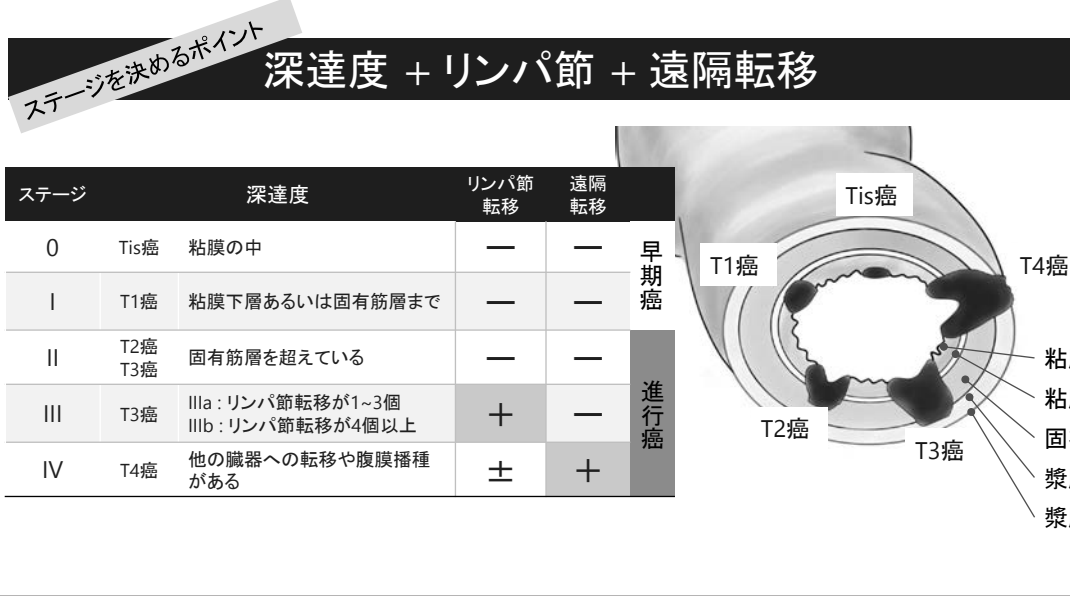


図2

Ⅲ 大腸がんの手術療法

手術治療は早期がんから転移のある進行がん
にいたるまで広い範囲を適応としており、大腸
がん治療の中心を占めています。(図3) 大腸
がんの手術では、がんが広がっている可能性の

ある腸とリンパ節をとり残しのないように切除
して、残った腸をつなぎます。リンパ節の切除
範囲は、がんの場所と進行度を考慮して決定し
ます。(図4)

大腸がんの手術方法には、開腹手術、腹腔鏡
下手術、ロボット支援下手術の3つの方法があ

大腸癌の治療方針

0期	がんが粘膜内にとどまる
I期	がんが固有筋層にとどまる
II期	がんが固有筋層の外まで浸潤している
III期	リンパ節転移がある
IV期	血行性転移(肝転移、肺転移)または腹膜播種がある



図3

大腸がんの手術

がんを含めた大腸とリンパ節を切り取って、残った腸をつなぎます

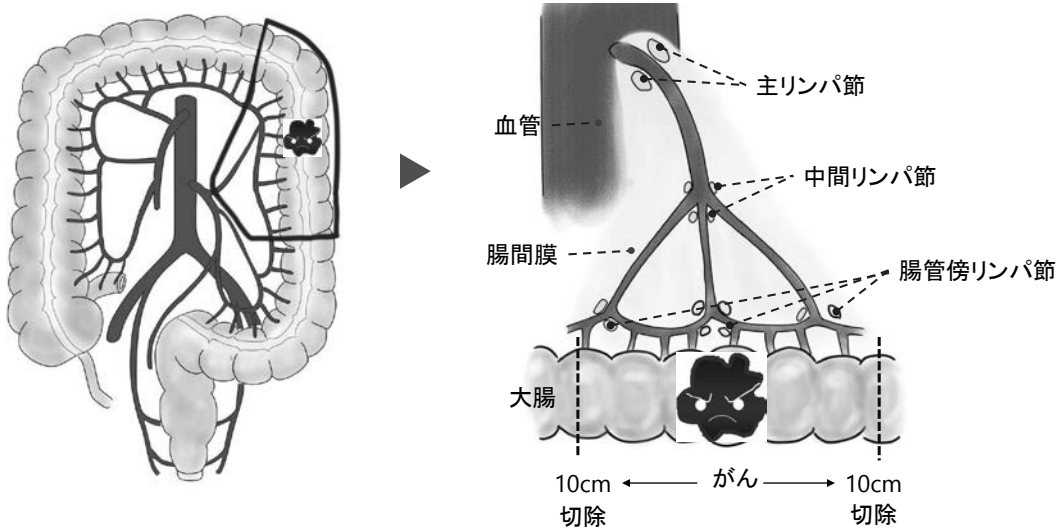
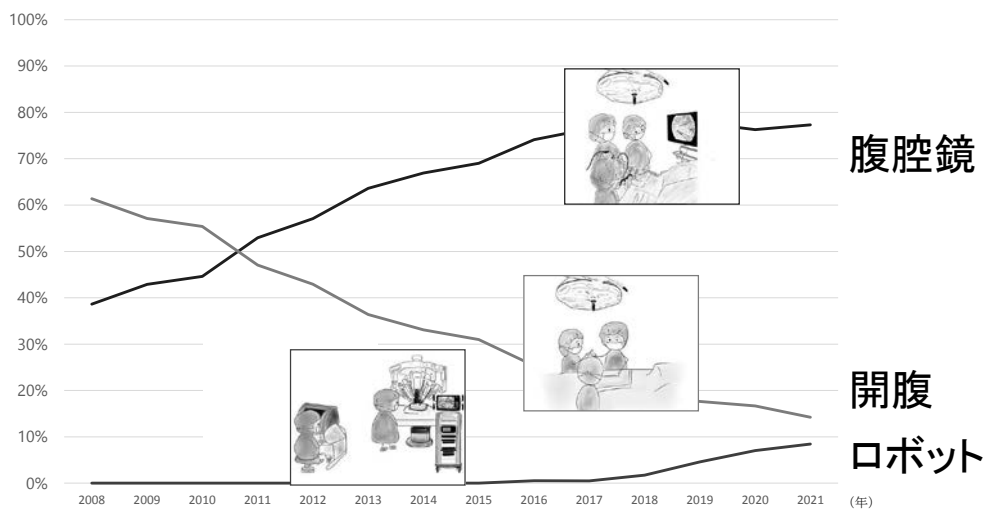


図4

大腸がん手術方法の推移



内視鏡手術に関するアンケート調査 内視鏡外科学会 2021より作図

図5

ります。従来は開腹手術のみでしたが、約30年前に腹腔鏡下手術が登場し、現在では大腸がん手術の主流となっています。また、約10年前にはロボット支援下手術が登場しました。近年、全国的に普及してきており、注目されています。(図5)

開腹手術は従来から広くおこなわれてきました。お腹を大きく開けて、直接臓器を手で触りながら手術をする方法です。(図6)

腹腔鏡下手術は、お腹に小さな穴をあけて、腹腔鏡というカメラでお腹の中を見ながら鉗子という特殊な器具を用いて手術をする方法で

す。カメラによる拡大視効果のため、繊細な手術が可能となりますが、開腹手術に比べて高度な技術が必要となります。患者さんにとっては傷が目立たず、痛みが少なく、手術後の回復も早いため利点の多い方法です。(図7) 開腹手術では20cm 前後の傷が必要となりますが、腹

腔鏡下手術では最大4-5cm の傷で済みます。

大腸がんの手術は場所で分けると、結腸がんの手術と直腸がんの手術に分けられます。

結腸がんの手術は、がんから10cm 離れた部位で腸とリンパ節を含んだ腸間膜を扇状に切除し、残った腸管をつなぎます(吻合といいま

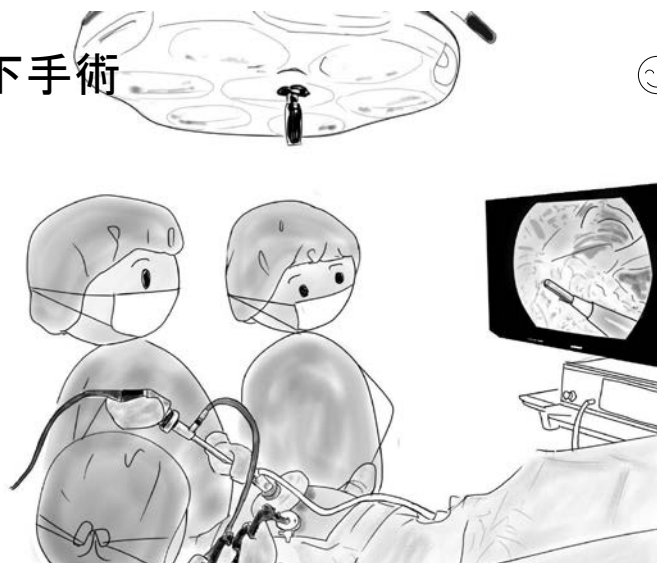
■ 開腹手術



お腹を大きく開けて、直接臓器を手で触りながら手術をします。昔からおこなわれてきた方法です。

図6

■ 腹腔鏡下手術



傷が目立たない

痛みが少ない

手術後の回復が早い

お腹に小さな穴をあけ、腹腔鏡でお腹の中を見ながら手術をします。

図7

す)。 (図8) がんの場所によって回盲部切除術, 結腸右半切除術, 結腸部分切除術, S状結腸切除術などがあり、それぞれ手術の難易度が違います。 (図9)

直腸はお腹から見ると遠く、特に下部直腸から肛門にかけては骨盤の脂肪の中にうまってい

るため、直腸がんの手術は肛門に近くなるほど手術が難しくなります。 (図10) 肛門に近い直腸の早期がんの場合、肛門からの操作でがんを切除し、リンパ節は切除しませんが、通常の直腸がんの手術は、がんを含めた腸とリンパ節を切除し、残った腸を吻合します。肛門側はがん

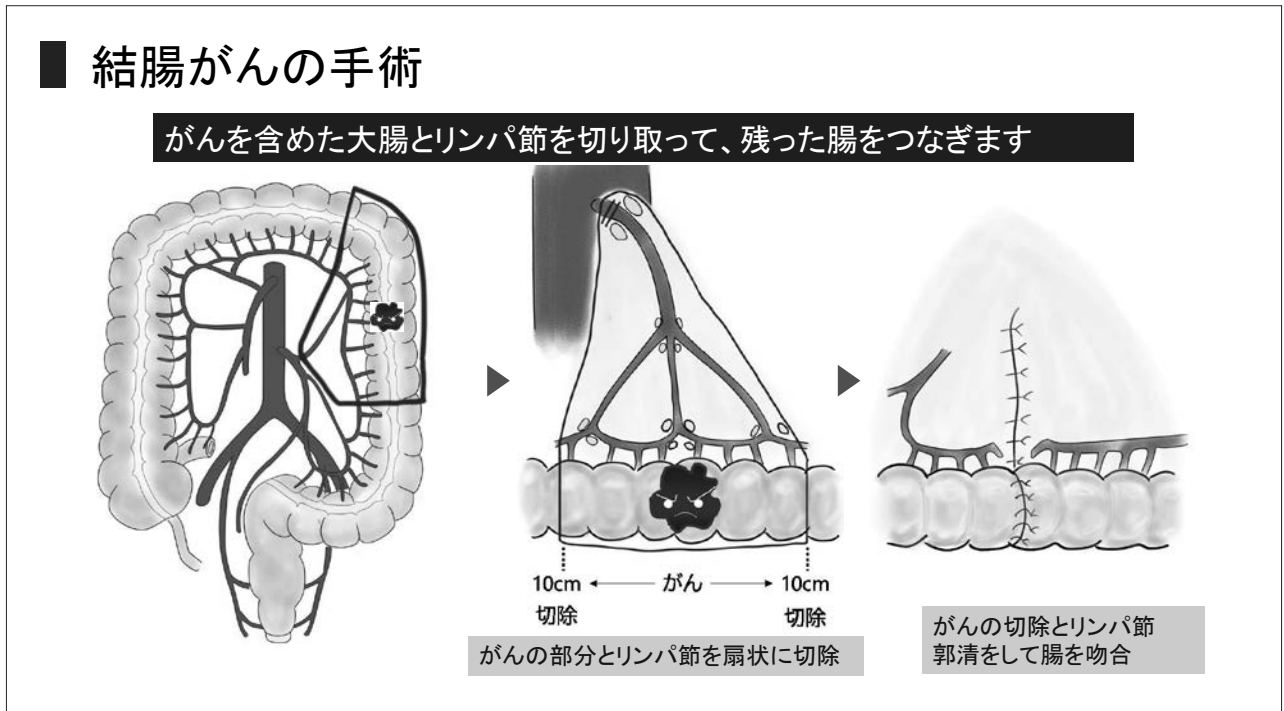


図8

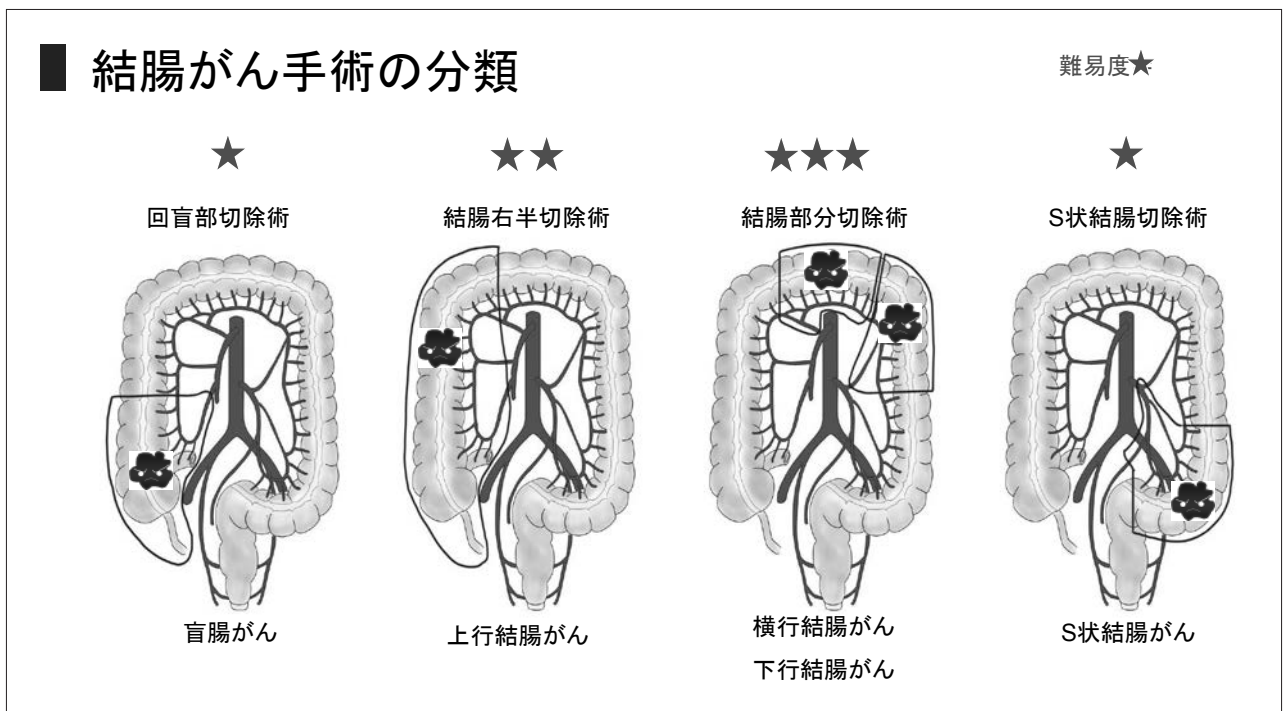


図9

から2～3cm離れた部位で直腸を切除します。お腹の中の終点である腹膜反転部より上で腸をつなぐのが高位前方切除術で、下で吻合するのが低位前方切除術です。腸の状態や血流が悪い場合や肛門機能や身体的活動度が低い場合、がんが肛門のきわめて近くにある場合は、腸を吻合せずに人工肛門をつくるハルトマン手術や直腸切断術をおこないます。

肛門に近いがんに対して、肛門の筋肉の一部を切除することで肛門をのこす括約筋間直腸切除術（ISR）という手術があります。高難度な手術ですが、通常はお腹側から3人で行うところを肛門側からも2人加わって同時に手術することによって効率的に手術が可能となります。（図11）

大腸がんでは、他の臓器に転移がある場合で

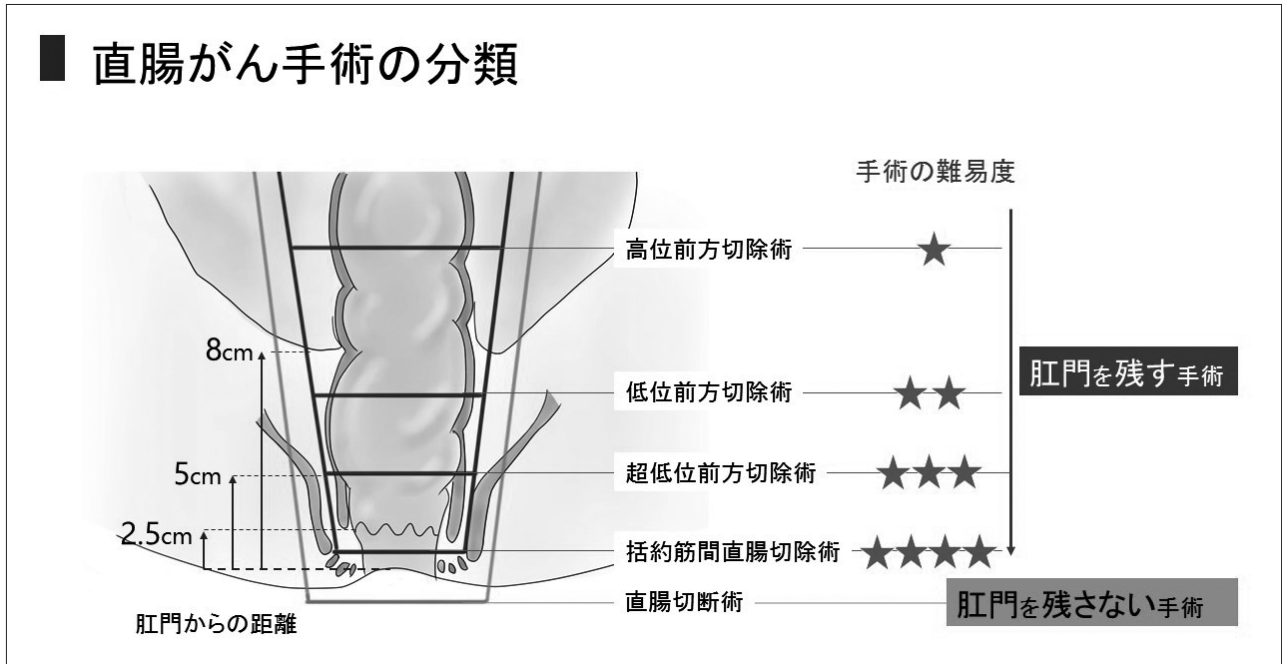


図10



図11

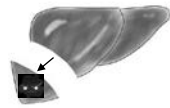
も、根治切除が可能であれば手術をおこないます。手術で取り切れない場合は化学療法や放射線治療などをおこないます。当院では、肝臓や肺などの転移巣の手術を年間10例程度おこなっています。(図12)

Ⅳ 当院での大腸がん手術療法の強みと今後の展望

当院では年間150~200件の大腸がんの手術実績があり、その95%以上は腹腔鏡下手術でおこなっています。(図13) 当院には厳しい審査を経て認定された内視鏡外科技術認定医が大腸領域で2人在籍しており(尾三地区では当院の

■ 当院での大腸がん転移巣の手術

肝転移切除症例数



2022年 7 (4)件

2023年 8 (4)件

(腹腔鏡下手術)

肺転移切除症例数



2022年 8 (5)件

2023年 2 (2)件

(胸腔鏡下手術)

図12

■ 当院での大腸がん手術件数

当院では年間約150~200件の大腸がんの手術をしています

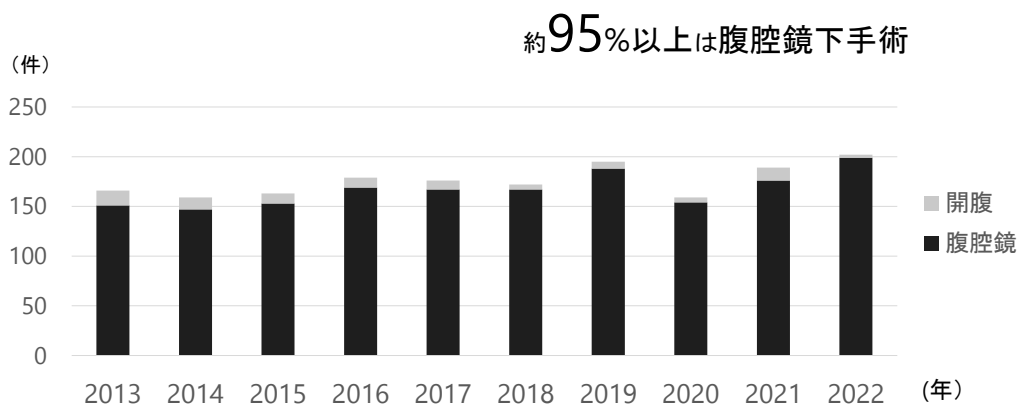
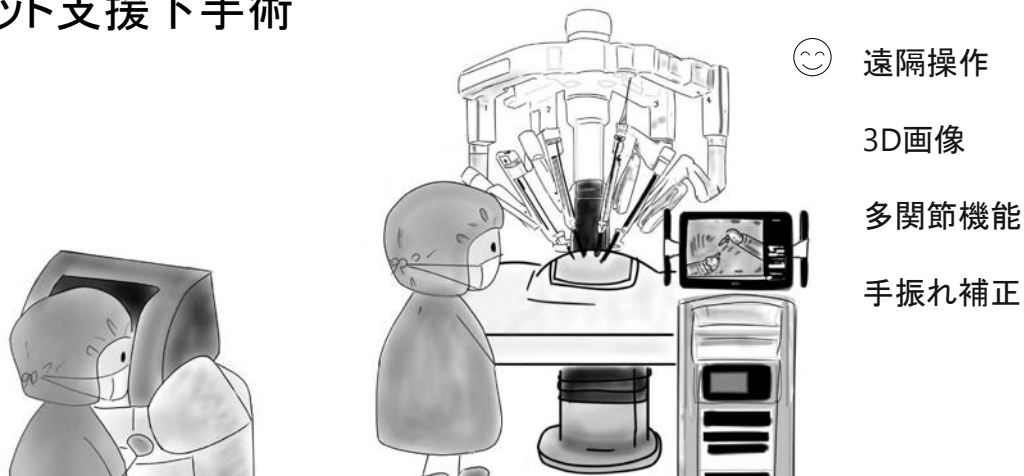


図13

■ ロボット支援下手術



腹腔鏡下手術の進化系です。

図14

み)、安全で高水準な腹腔鏡下外科手術を提供できる体制が整っています。

近年、急速に普及してきているロボット支援下手術は、手術支援ロボットを遠隔操作しておこなう次世代の腹腔鏡下手術です。三次元画像、手振れ防止機能、多関節機能などのテクノロジーにより腹腔鏡下手術をより繊細におこなうことができます。(図14) 2022年までにすべての大腸がん手術に保険適応となり、当院では2024年6月に大腸がん手術に対して運用開始予定となっています。

V おわりに

大腸がんについての基礎知識、具体的な大腸がん手術の方法についてなるべくわかりやすく解説させていただきました。大腸がんは適切な治療をおこなえば予後の良いがんです。今後も備三地区の患者さんに質の高い大腸がん治療を提供させていただきます。

著 書
論 文 発 表
学 会 発 表
メ デ ィ ア 情 報
学 術 表 彰
院 内 カ ン フ ェ レ ン ス

(令和5年4月から令和6年3月まで)

著 書

内 科

《消化器内科》

- 1) 田中信治. 序文. 田中信治編. アドバンスト大腸 ESD ～難渋・限界症例への対応とトラブルシューティング～. 日本医事新報社, 東京, 2024
- 2) 上垣内由季, 岡 志郎, 田中信治: 消化器内科診療 Controversy. 過形成性ポリープに対する適切な治療戦略は?. p309-314, 竹原徹郎編, 中外医学社, 東京, 2023.
- 3) 田中信治: 内視鏡切除術. 今日の治療指針. 私はこう治療している. p461, 福井次矢, 高木 誠, 小室一成編, 医学書院, 東京, 2023.
- 4) 壺井章克, 岡 志郎, 田中信治: 最新ガイドラインに基づく消化器疾患 診療指針2023-24. 原因不明消化管出血 (OGIB) および小腸腫瘍. p74-81, 中島 淳編, 総合医学社, 東京, 2023.
- 5) 山下 賢, 岡 志郎, 田中信治. 大腸内視鏡: 消化器内視鏡技師のためのハンドブック, 改訂第8版. II. 検査の実際 4. p153-161, 日本消化器内視鏡学会, 消化器内視鏡技師制度委員会監修: 赤松泰次, 植木敏晴, 岡 政志, 入澤篤志, 角森正信, 田村君英, 岡田修一編, 医学図書出版, 東京, 2023.
- 6) 山下 賢, 岡 志郎, 田中信治: レジデントのための消化器内視鏡ことはじめ. 4-1 病変を見つけた後の観察法 通常観察と拡大観察法. p187-19, 浦岡俊夫編, メジカルビュー, 東京, 2023.
- 7) 花田敬士: 膵疾患 (膵癌, 膵炎など) を見逃さないための診断ポイント (プライマリケア編). Viatris 製薬, 東京, 2023.
- 8) 花田敬士: 膵疾患 (膵癌, 膵炎など) を見逃さないための診断ポイント (中核施設編). Viatris 製薬, 東京, 2023.
- 9) 花田敬士: 患者市民のための膵がん診療ガイド. コラム1 病診連携を生かした膵癌早期診断プロジェクト. p46-49, 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会編, 金原出版, 東京, 2023.
- 10) 花田敬士: 患者市民のための膵がん診療ガイド 2023年版. コラム8 膵癌診療ガイドラインにおける患者・市民参画について. p175-176, 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会編, 金原出版, 東京, 2023.
- 11) 花田敬士: 患者市民のための膵がん診療ガイド 2023年版. 支持療法, スtent治療. p178-192. 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会編, 金原出版, 東京, 2023.
- 12) 花田敬士: 患者市民のための膵がん診療ガイド 2023年版. おわりに. p237-238, 日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会編, 金原出版, 東京, 2023.
- 13) 花田敬士: 命を守るすい臓がんの新常識. p1-218, 日経 BP 社, 東京, 2024.

病理研究検査科

- 1) 米原修治: 腫瘍病理鑑別診断アトラス 腎癌 第2版 VII 後腎性腺腫. 文光堂, 東京, 2023

薬 劑 科

- 1) 別所千枝:薬局 精神科のくすり一覧 (抗不安薬, 睡眠薬, 認知症治療薬, 中毒治療薬). 南山堂, 東京, 2024
- 2) 別所千枝:薬局 めまいを起こす薬・治す薬 抗うつ薬. 南山堂, 東京, 2024
- 3) 別所千枝:服薬指導・疑義照会・症例報告に役立つ精神科の手引き 症例報告の書き方・有害事象 (過鎮静)・有害事象 (肺炎). MEDICAL VIEW, 東京, 2024

論 文 発 表

内 科

《消化器内科》

【欧文】

- 1) Takigawa H, Yuge R, Miyamoto R, Otani R, Kadota H, Hiyama Y, Hayashi R, Urabe Y, Sentani K, Oue N, Kitadai Y, Oka S, Tanaka S: Comprehensive Analysis of Gene Expression Profiling to Explore Predictive Markers for Eradication Therapy Efficacy against Helicobacter pylori-Negative Gastric MALT Lymphoma. *Cancers(Basel)*, 15(4):1206, 2023
- 2) Otani R, Takigawa H, Yuge R, Shimizu D, Ariyoshi M, Miyamoto R, Kadota H, Hiyama Y, Hayashi R, Urabe Y, Ishikawa A, Oue N, Kitadai Y, Tanaka S: The Anti-Tumor Effect of the Newly Developed LAT1 Inhibitor JPH203 in Colorectal Carcinoma, According to a Comprehensive Analysis. *Cancers(Basel)*, 15(5):1383, 2023
- 3) Nagasaki N, Takigawa H, Ito M, Boda T, Kotachi T, Hayashi R, Yuge R, Urabe Y, Oka S, Tanaka S: Diagnostic performance of the normal range of gastrin calculated using strict criteria based on a combination of serum markers and pathological evaluation for detecting gastritis: a retrospective study. *BMC Gastroenterol*, 23(1):167, 2023
- 4) Tamari H, Oka S, Kotachi T, Teshima H, Mizuno J, Fukuhara M, Tanaka H, Tsuboi A, Yamashita K, Takigawa H, Yuge R, Urabe Y, Arihiro K, Tanaka S: Efficacy of the specialized scissor-type knife for gastric endoscopic submucosal dissection: a propensity score matched retrospective study. *Endosc Int Open*, 11(4):E315 – E321, 2023
- 5) Ishikawa H, Yamada M, Sato Y, Tanaka S, Akiko C, Tajika M, Doyama H, Takayama T, Ohda Y, Horimatsu T, Sano Y, Tanakaya K, Ikematsu H, Saida Y, Ishida H, Takeuchi Y, Kashida H, Kiriyama S, Hori S, Lee K, Tashiro J: Intensive endoscopic resection for downstaging of polyp burden in patients with familial adenomatous polyposis (J-FAPP Study III): a multicenter prospective interventional study. *Endoscopy*, 55(4):344 – 352, 2023
- 6) Kajiwara Y, Oka S, Tanaka S, Nakamura T, Saito S, Fukunaga Y, Takamatsu M, Kawachi H, Hotta K, Ikematsu H, Kojima M, Saito Y, Yamada M, Kanemitsu Y, Sekine S, Nagata S, Yamada K, Kobayashi N, Ishihara S, Saitoh Y, Matsuda K: Nomogram as a novel predictive tool for lymph node metastasis in T1 colorectal cancer treated with endoscopic resection: a nationwide, multicenter study. *Gastrointest Endosc*, 97(6):1119 – 1128, 2023
- 7) Katada C, Yokoyama T, Hirasawa D, Lizuka T, Kikuchi D, Yano T, Hombu T, Yoshio T, Yoshimizu S, Ono H, Yabuuchi Y, Terai S, Hashimoto S, Takahashi K, Tanaka S, Urabe Y, Arima M, Tanabe S, Wada T, Furue Y, Oyama T: Curative Management After Endoscopic Resection for Esophageal Squamous Cell Carcinoma Invading Muscularis Mucosa or Shallow Submucosal Layer-Multicenter Real-World Survey in Japan. *Am J Gastroenterol*, 118, 7, 1175 – 1183, 2023. 118(7):1175 – 1183, 2023
- 8) Ueda T, Yumii K, Urabe Y, Chikuie N, Takumida M, Taruya T, Kono T, Hamamoto T, Hattori M, Oka S, Tanaka S, Ishino T, Takeno S: Examination of micro-superficial lesions of up to 5 mm in size in the pharyngolaryngeal region. *J Laryngol Otol*, 137(7):749 – 756, 2023
- 9) Abudwaili M, Takigawa H, Yuge R, Teshima H, Kotachi T, Urabe Y, Ito M, Sentani K, Oue N, Oka S,

- Kitadai Y, Tanaka S: No significant association between non-Helicobacter pylori Helicobacter infection with gastritis-related indices and gastric cancer. *Am J Med Sci*, 366(6):421–429, 2023
- 10) Sakurai T, Omori T, Tanaka H, Ito T, Ando K, Yamamura T, Nanjjo S, Osawa S, Takeda T, Watanabe K, Hiraga H, Yamamoto S, Ozeki K, Tanaka S, Tajiri H, Saruta M, SPREAD-J group: Multicenter prospective registration study of efficacy and safety of capsule endoscopy in Crohn's disease in Japan (SPREAD-J study). *J Gastroenterol*, 58(10):1003–1014, 2023
 - 11) Kin T, Shimizu Y, Hijioka S, Hara K, Katanuma A, Nakamura M, Yamada R, Itoi T, Ueki T, Masamune A, Hirono S, Koshita S, Hanada K, Kamata K, Yanagisawa A, Takeyama Y: A comparative study between computed tomography and endoscopic ultrasound in the detection of a mural nodule in intraductal papillary mucinous neoplasm eMulticenter observational study in Japan. *Pancreatology*, 23(5):550–555, 2023
 - 12) Nakamura S, Ishii Y, Serikawa M, Hanada K, Eguchi N, Sasaki T, Fujimoto Y, Yamaguchi A, Sugiyama S, Noma B, Kamigaki M, Minami T, Okazaki A, Yukutake M, Mouri T, Tatsukawa Y, Ikemoto J, Arihiro K, Oka S: Diagnostic Ability and Safety of Repeated Pancreatic Juice Cytology Using an Endoscopic Nasopancreatic Drainage Catheter for Pancreatic Ductal Adenocarcinoma: A Multicenter Prospective Study. *Diagnostics*, 13(16):2696, 2023
 - 13) Nagayama R, Ueki T, Shimizu Y, Hijioka S, Nakamura M, Kitano M, Hara K, Masamune A, Kin T, Hanada K, Koshita S, Yamada R, Takenaka M, Itoi T, Yanagisawa A, Otuka T, Hirono S, Kanno A, Ideno N, Kuwahara T, Shimizu A, Kamata K, Asai Y, Takeyama Y: Is preoperative pancreatic juice cytology useful for determining therapeutic strategies for patients with intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas? *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 31(3):183–192, 2024
 - 14) Hozaka Y, Ohtsuka T, Nakamura M, Hijioka S, Unno M, Shimizu Y, Tanabe M, Nagakawa Y, Hatano E, Kawai M, Sano T, Koshita S, Katanuma A, Kita E, Hanada K, Nakai Y, Aoki T, Serikawa M, Okamoto K, Takeyama Y: Feasibility of Surveillance for Mucinous Cystic Neoplasm of the Pancreas: A Multi-Institutional Retrospective Study of 328 Patients by the Japanese Pancreatic Society. *Pancreas*, 52(5):e288–e292, 2023
 - 15) Kiyoshita Y, Ishii Y, Serikawa M, Hanada K, Sasaki T, Fujimoto Y, Yamaguchi A, Hirao K, Noma B, Minami T, Okazaki A, Yukutake M, Mouri T, Tsuboi T, Tatsukawa Y, Nakamura S, Hirano T, Ikemoto J, Saeki S, Tamura Y, Miyamoto S: Relapse rate and predictors of relapse after cessation of glucocorticoid maintenance therapy in type 1 autoimmune pancreatitis: a multicenter retrospective study. *BMC Gastroenterol*, 23(1):295, 2023
 - 16) Terashima T, Yamashita T, Takemura N, Inaki A, Shimizu A, Harada K, Yamashita T, Kinuya S, Hanada K: A case of frequent hypoglycemic attacks successfully controlled with capecitabine plus temozolomide and ¹⁷⁷Lu-DOTATATE peptide receptor radionuclide therapy in a patient with recurrent pancreatic insulinoma. *Clin J Gastroenterol*, 16(5):767–771, 2023
 - 17) Okusaka T, Nakamura M, Yoshida M, Kitano M, Ito Y, Mizuno N, Hanada K, Ozaka M, Morizane C, Takeyama Y: Committee for Revision of Clinical Guidelines for Pancreatic Cancer of the Japan Pancreas Society. *Clinical Practice Guidelines for Pancreatic Cancer 2022 from the Japan Pancreas Society: a synopsis*. *Int J Clin Oncol*, 28(4):493–511, 2023
 - 18) Okuda Y, Abe T, Ikeda M, Kurihara K, Shimizu A, Oshita A, Yonehara S, Hanada K: Curative surgery for primary squamous cell carcinoma of the liver: a rare case study. *Clin J Gastroenterol*, 16(2):263–269, 2023
 - 19) Tanaka H, Oka S, Kunihiro M, Nagata S, Kitamura S, Kuwai T, Hiraga Y, Furudo A, Tanaka S:

Endoscopic submucosal dissection for tumors involving the ileocecal valve with extension into the terminal ileum: a multicenter study from the Hiroshima GI Endoscopy Research Group. *Surg Endosc*, 37(2):958–966, 2023

- 20) Abe T, Oshita A, Fujikuni N, Hattori M, Kobayashi T, Hanada K, Noriyuki T, Ohdan H, Nakahara M: Efficacy of bailout surgery for preventing intraoperative biliary injury in acute cholecystitis. *Surg Endosc*, 37(4):2595–2603, 2023
- 21) Matsui R, Sagawa M, Sano A, Sakai M, Hiraoka S, Tabei I, Imai T, Matsumoto H, Onogawa S, Sono N, Nagata S, Ogawa R, Wakiyama S, Miyazaki Y, Kumagai K, Tsutsui R, Okabayashi T, Uneno Y, Higashibeppu N, Kotani J, Furukawa M, Nakamura K, Yamashita Y, Iijima N, Oka S: Impact of perioperative immunonutrition on postoperative outcomes for patients undergoing head and neck or gastrointestinal cancer surgeries. *Ann Surg*, 279(3):419–428, 2024

【和文】

- 1) 田中秀典, 岡 志郎, 田中信治: ESD vs hybrid ESD vs precutting EMR. *日本臨牀*, 81(5):460–465, 2023
- 2) 小刀崇弘, 田中信治, 伊藤公訓: 腸上皮化生の診断(組織). *臨牀消化器内科*, 38(4):467–470, 2023
- 3) 壺井章克, 岡 志郎, 田中信治: 小腸 Case 1. *胃と腸*, 58(4):496–499, 2023
- 4) 田中秀典, 岡 志郎, 田中信治: 内視鏡治療の進歩. *臨牀と研究 別冊*, 100(6):53–57, 2023
- 5) 田中秀典, 岡 志郎, 田中信治: 早期大腸癌の内視鏡診断. *診断と治療*, 111(7), 950–956, 2023
- 6) 卜部祐司, 岡 志郎, 田中信治: Serrated polyposis syndrome (SPS) の特徴と診断. *最新臨床大腸癌学 2023 –最新の診断・治療と病態–*, *日本臨牀*, 81, 増刊号 5, 437–442, 2023
- 7) 小刀崇弘, 岡 志郎, 田中信治: 早期胃癌の見落としとその対策. *広島医学*, 76(8):287–288, 2023
- 8) 山下 賢, 岡 志郎, 田中信治: Laterally spreading tumor (LST). *最新臨床大腸癌学 2023 –最新の診断・治療と病態–*, *日本臨牀*, 81, 増刊号 5, 443–447, 2023
- 9) 岡 志郎, 田中信治: 早期大腸癌に対する内視鏡治療の根治度判定・追加手術の適応. *最新臨床大腸癌学 2023 –最新の診断・治療と病態–*, *日本臨牀*, 81, 増刊号 5, 224–228, 2023
- 10) 上垣内由季, 岡 志郎, 有廣光司, 田中信治: 大腸 T1b 癌 ESD における深部断端確保予測指標として新しい術前 EUS 診断. *早期大腸癌に対する内視鏡治療の根治度判定・追加手術の適応*. *日本臨牀*, 81, 増刊号 5, 87–93, 2023
- 11) 田中信治: One Point Advise: カプセル内視鏡. *Medical Practice*, 40, p1926, 2023
- 12) 花田敬士, 清水晃典, 池田守登, 津島 健: 症例24. 臍体部の低吸収域はどのように読影すればよい?. *画像診断道場*, 35, 126–127, 2023
- 13) 小野川靖二, 宍戸孝好, 中土井鋼一, 花田敬士: 画像診断道場. 症例32. 繰り返す嘔吐の原因は?. *画像診断道場*, 43, 142–143, 2023
- 14) 花田敬士, 清水晃典, 栗原啓介, 池田守登, 山本卓哉, 奥田康博, 田妻 進: 高異型度臍上皮内

腫瘍性病変の診断における内視鏡的アプローチ. 日本消化器内視鏡学会雑誌, 65(4) : 393-404, 2023

- 15) 池田守登, 花田敬士, 津島 健, 清水晃典, 田中信治: 膵癌早期診断への取り組みの現状と今後. 消化器外科, 46(5) : 453-460, 2023
- 16) 花田敬士, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 平昭衣梨, 大下彰彦, 真島 聡, 米原修治, 田妻 進: 充実性偽乳頭腫瘍 (SPN) の診断と治療方針. 消化器内視鏡, 35(7) : 925-929, 2023
- 17) 花田敬士, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 平昭衣梨, 延藤大樹, 平野巨通, 圓山 聡, 片村嘉男, 若井雅貴, 北村正輔, 飯尾澄夫, 小野川靖二, 田中信治: 危険因子を考慮した膵癌早期発見への戦略. 胆と膵, 44(9) : 905-909, 2023
- 18) 花田敬士, 糸井隆夫, 加藤博也, 伊佐山浩通, 中井陽介. 膵癌診療ガイドライン2022改訂のポイント- ステント療法-. 膵臓, 38 : 133-137, 2023
- 19) 北野雅之, 花田敬士, 松林宏行, 菅野 敦, 鎌田 研, 祖父尼淳, 芹川正浩, 高山敬子, 井上 大, 川井 学: 膵癌診療ガイドライン2022改訂のポイント- 診断法-. 膵臓, 38 : 101-106, 2023
- 20) 奥坂拓志, 中村雅史, 吉田雅博, 北野雅之, 伊藤芳紀, 水野伸匡, 花田敬士, 尾阪将人, 森實千種, 竹山宜典: 膵癌診療ガイドライン改訂委員会. 膵癌診療ガイドライン2022改訂のポイント- 総論-. 膵臓, 38 : 94-100, 2023
- 21) 池本珠莉, 芹川正浩, 花田敬士, 石井康隆, 壺井智史, 中村真也, 古川善也, 岡 志郎: 広島県膵癌早期診断プロジェクト発足にむけて 二次医療圏と地域中核病院との連携体制の役割. 広島医学, 76 : 61-67, 2023
- 22) 飯尾澄夫: 当院における小腸カプセル内視鏡検査の現況. 厚生連尾道総合病院医報, 33 : 3-4, 2023
- 23) 石根正顕, 清水晃典, 小野川靖二, 平野巨通: 原発性硬化性胆管炎の経過中に慢性肝不全の進行をきたし死亡した1例. 厚生連尾道総合病院医報, 33 : 33-41, 2023
- 24) 片山大奨, 清水晃典, 池田守登, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治: 膵頭部癌の経過中に消化管出血を来した1例. 厚生連尾道総合病院医報, 33 : 43-52, 2023
- 25) 安部倉萌, 清水晃典, 西田賢司, 米原修治: 腹腔内出血による急激な転帰を辿った膵癌多発肝転移の1例. 厚生連尾道総合病院医報, 33 : 53-61, 2023
- 26) 中川哲志, 津島 健, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治: 膵頭部癌術後残膵再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例. 厚生連尾道総合病院医報, 33 : 63-73, 2023
- 27) 池田守登, 花田敬士, 清水晃典, 津島 健: 85歳以上の総胆管結石治療における胆管ステント定期交換および長期留置の有効性と長期経過. 胆道, 38(2) : 131-141, 2024

《呼吸器内科》

【欧文】

- 1) Masuda T, Miura S, Sato Y, Tachihara M, Bessho A, Nakamura A, Miyawaki T, Yoshimine K, Mori M, Shiraishi H, Hamai K, Haratani K, Maeda S, Tabata E, Kitagawa C, Tanizaki J, Imai T, Nogami S, Yamamoto N, Nakagawa K, Hattori N: Significance of micro-EGFR T790M mutations on EGFR-tyrosine kinase inhibitor efficacy in non-small cell lung cancer. Sci Rep, 13(1) : 19729, 2023

- 2) Hirakawa T, Doi M, Hamai K, Katsura R, Miyake S, Fujita S, Ueno S, Masuda K, Tanimoto T, Nishisaka T, Hinoi T, Hirasawa A, Ishikawa N: Comprehensive genomic profiling of Japanese patients with thoracic malignancies: A single-center retrospective study. *Respir Investig*, 61(6): 746–754, 2023
- 3) Hamai K, Miyake S, Tada S, Fujita S, Hirakawa T, Matsumura M, Ueno S, Tanimoto T, Ishikawa N: Dose reduction of docetaxel avoids the usage of pegfilgrastim in docetaxel plus ramucirumab therapy for recurrent nonsmall cell lung cancer. *Cancer Rep*, 6(4): e1793, 2023

【和文】

- 1) 角本慎治, 実綿 慶, 多田慎平, 北原良洋, 新谷貴洋, 高蓋寿朗: 肺の拡張障害を呈した胸膜アミロイドーシスの1例, *日本呼吸器学会誌*, 13: 83–87, 2024

《循環器内科》

- 1) 武市一輝, 重里侑甫, 木下弘喜, 大井邦臣, 大塚雅也, 森島信行: 病型診断に苦慮したアミロイドーシスの一例, *厚生連尾道総合病院医報*, 33: 13–16, 2023

外 科

【欧文】

- 1) Itamoto S, Fujikuni N, Tanabe K, Yanagawa S, Nakahara M, Noriyuki T: Hand-assisted laparoscopic surgery for an esophageal hiatal hernia with incarcerated transverse colon presenting after laparoscopic gastrectomy: a case report. *Surgical Case Reports*, 9(1): 40, 2023
- 2) Amioka J, Yanagawa S, Yamamoto Y, Nakahara M, Yonehara S, Noriyuki T: Hepatoid adenocarcinoma of the stomach effectively treated with capecitabine with oxaliplatin as adjuvant chemotherapy: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*, 112: 108963, 2023
- 3) Yanagawa S, Fujikuni N, Tanabe K, Nakahara M, Noriyuki T: The influence of partial gastrectomy for gastric cancer on the spontaneous disappearance of *Helicobacter pylori*: A single-center prospective study. *Cancer Rep (Hoboken)*, 6(12): e1903, 2023
- 4) Takei D, Kuroda S, Kobayashi T, Mashima H, Tahara H, Ohira M, Aikata H, Chosa K, Baba Y, Ohdan H: Prospective Exploratory Phase I Clinical Trial Assessing the Safety of Preoperative Marking for Small Liver Tumors. *Cureus*, 15(12): e50603, 2023

【和文】

- 1) 橋詰淳司, 角舎学行, 恵美純子, 有廣光司, 岡田守人: 術前化学療法を行った乳房悪性腺筋上皮腫の2例. *日本臨床外科学会雑誌*, 84(5): 20–26, 2023
- 2) 渡邊淳弘, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 仁科麻衣, 真島宏明, 寿美裕介, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: CY1胃癌の術後腹膜播種再発症例に対し Nab-PTX にて cCR が得られた1例. *癌と化学療法*, 50(13): 1884–1886, 2023
- 3) 福元 壮, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏明, 寿美裕介, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃癌術後の肝転移再発に対して二度の肝切除を行い5年間無再発中の1例. *癌と化学療法*, 50(13): 1895–1896, 2023
- 4) 中川哲志, 津島 健, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治: 膣頭部癌術後残膣再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例. *厚生連尾道総合病院医報*, 33: 63–73, 2023

- 5) 大下彰彦, 中原雅浩: 外科医のリクルート・教育への影響 一般病院における働き方改革に対応した手術教育. 手術, 78(1): 111-116, 2024
- 6) 田中信治, 中原雅浩, 岡本 渉: 大腸腫瘍の診断と治療. 日本消化器病学会雑誌, 121(3): 167-176, 2024

心臓血管外科

- 1) Okazaki T, Kobayashi T, Mochizuki S, Ozawa M, Maeda K, Inoue R, Futagami D, Tachibana H, Sato K, Hiraoka T, Tomota M, Emura S, Shimizu H, Takasaki T, Kodama H, Takahashi S: Clinical outcomes of common femoral thromboendarterectomy with bovine pericardium patch angioplasty. Annals of Vascular Surgery, 98: 194-200, 2024
- 2) 井上理沙, 高田善章, 奥迫 諒, 清水春奈, 江村尚悟, 呉 晟名, 片山桂次郎, 高崎泰一, 黒崎達也, 児玉裕司, 佐藤克敏, 高橋信也: 心臓外科手術中の合併症として経食道心エコーによる機械的損傷と考えられた6例. Cardiovascular Anesthesia, 27(1): 87-92, 2023

脳神経外科

- 1) Abiko M, Hashimoto Y, Mitsunobu M, Horie N: Flow alteration surgery using a radial artery graft for recurrent ruptured. Neurochirurgie, 70(5): 101574, 2024

泌尿器科

- 1) 角西雄一, 白根 聡, 岩本秀雄, 森山浩之, 米原修治, 倉吉 学, 中原雅浩: S状結腸癌の孤立性副腎転移に対して腹腔鏡下摘除術を行った1例. 厚生連尾道総合病院医報, 33: 9-12, 2023

耳鼻咽喉科

- 1) 高橋紗央里, 門田伸也, 青井二郎, 秋定直樹, 林 祐志, 森田慎也, 中村匡孝: 頭頸部に発生した成人の胞巣型横紋筋肉腫4症例. 頭頸部癌, 48(4): 330-337, 2022
- 2) 津田鮎子, 竹本浩太, 高原大輔, 石野岳志, 竹野幸夫: 甲状腺眼症による一側性眼球突出に対する内視鏡下経鼻腔眼窩減圧術施行例. 耳鼻咽喉科臨床, 116(9): 877-880, 2023
- 3) 藤田陸登, 宮原伸之, 松元聡一郎: 耳介血腫に対してステロイド局所注入法を施行した9例. 耳鼻咽喉科臨床, 117(2): 131-135, 2024

麻 酔 科

- 1) 半田 舞, 瀬浪正樹, 藤田良子, 片桐知明, 撰 圭司, 中布龍一: 栄養欠乏性およびアルコール性神経障害による下肢痛に対し 脊髄刺激療法が有効であった1例. 日本ペインクリニック学会誌, 31(2): 51-54, 2024

産 婦 人 科

- 1) 松島彩子, 野田 望, 張本 姿, 上田明子, 坂下知久: 子宮留膿症を契機に診断した子宮腺線維腫の一例. 現代産婦人科, 71(2): 299-304, 2023
- 2) 柴村奈月, 野田 望, 松島彩子, 張本 姿, 上田明子, 坂下知久: 多量の膣結石と膀胱・膣・直腸瘻を認めた1例. 広島医学, 77(3), 97-99, 2023

歯科口腔外科

【欧文】

- 1) Ishida Y, Shintani T, Nobumoto T, Sakurai S, Hamana T, Yanamoto S, Hayashido Y: Interaction of Integrin $\alpha v \beta 8$ With Type I Collagen Promotes Squamous Cell Carcinoma Cell Motility via RAC1 Activation. *Anticancer Research*, 43(11), 4833–4841, 2023
- 2) Sakurai S, Ishida Y, Shintani T, Yamasaki S, Hamana T, Nobumoto T, Yanamoto S, Hayashido Y: Clinical significance of integrin αV and β superfamily members and focal adhesion kinase activity in oral squamous cell carcinoma: a retrospective observational study. *Pathol. Oncol. Res*, 30:1611571. doi:10.3389/pore. 2024

病理研究検査科

- 1) Amioka J, Yanagawa S, Yamamoto Y, Nakahara M, Yonehara S, Noriyuki T: Hepatoid adenocarcinoma of the stomach effectively treated with capecitabine with oxaliplatin as adjuvant chemotherapy: A case report and literature review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 112:108963, 2023
- 2) Habara K, Nishikori A, Kiyama J, Nakashima M, Koda M, Sasaki K, Sakashita T, Tanaka N, Yonehara S: A case of coexistent poorly differentiated adenosquamous carcinoma (glassy cell carcinoma), usual-type adenocarcinoma, and squamous cell carcinoma in situ of the cervix. *Medical Molecular Morphology*, 56(3):217–224, 2023

臨床研修科

- 1) 福元 壮, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏明, 寿美裕介, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃癌術後の肝転移再発に対して二度の肝切除を行い5年間無再発中の1例. *癌と化学療法*, 50(13):1895–1896, 2023
- 2) 石根正顕, 清水晃典, 小野川靖二, 平野巨通: 原発性硬化性胆管炎の経過中に慢性肝不全の進行をきたし死亡した1例. *厚生連尾道総合病院医報*, 33:33–41, 2023
- 3) 片山大奨, 清水晃典, 池田守登, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治: 膵頭部癌の経過中に消化管出血を来した1例. *厚生連尾道総合病院医報*, 33:43–52, 2023
- 4) 安部倉 萌, 清水晃典, 西田賢司, 米原修治: 腹腔内出血による急激な転帰を辿った膵癌多発肝転移の1例. *厚生連尾道総合病院医報*, 33:53–61, 2023
- 5) 中川哲志, 津島 健, 花田敬士, 西田賢司, 米原修治: 膵頭部癌術後残膵再発から肝転移・腹膜播種をきたし死亡した1例. *厚生連尾道総合病院医報*, 33:63–73, 2023

看護科

- 1) 東舎見真, 小林雄一: 認定看護師の継続的教育による効果, *厚生連尾道総合病院医報*, 33:5–7, 2023

学 会 発 表

内 科

《消化器内科》

【国際学会】

- 1) Tanaka S. New techniques and device-assisted ESD: Current performance and future prospects. Workshop, IDEN 2023, 2023, June 9, Seoul, Korea
- 2) Takehara Y, Yamashita K, Morimoto S, Tanino F, Yamamoto N, Kamigaichi Y, Tanaka H, Oka S, Tanaka S. Usefulness and educational effect of a virtual scale endoscope in measuring colorectal polyp size. ESGE days 2023, May 20 – 23, Dublin, Ireland
- 3) Morimoto S, Tanaka H, Takehara Y, Yamamoto N, Tanino F, Kamigaichi Y, Yamashita K, Oka S, Tanaka S. Is salvage hybrid ESD effective when ESD is difficult to complete?. ESGE days 2023, May 20 – 23, Dublin, Ireland
- 4) Tanaka S. The best method for education about magnifying endoscopy. 3rd Tokyo Metropolitan International Live-demonstration 2023, October 9, Tokyo, Japan
- 5) Hanada K: Early detection of pancreatic cancer by ERCP, International Digestive Endoscopy Network 2023, Seoul, Korea, 2023.6.10
- 6) Hanada K, Shimizu A, Tsushima K, Ikeda M, Hiraaki E, Tanaka S: Image findings of EUS and CT that should be considered for pancreatic juice cytology in the diagnosis of the minute pancreatic cancer without mass lesions, United European Gastroenterology Week, Copenhagen, Denmark, 2023.10.17

【全国学会】

- 1) 田中信治. 特別発言. パネルディスカッション「Cold polypectomy の現状と課題」. 日本消化器病学会, 2023年4月8日, 長崎
- 2) 田中信治. 理事長講演「日本消化器内視鏡学会の課題と今後の展開」. 日本消化器内視鏡学会総会, 2023年5月26日, 東京
- 3) 田中信治. 特別発言. 「AI が変える未来の内視鏡診療」. 第20回日本消化管学会学術集会ンションセミナー. 2024年2月10日, 那覇
- 4) 田中信治. 理事長講演. 「日本カプセル内視鏡学会の現状と今後の展望」. 第17回日本カプセル内視鏡学会学術集会. 2024年2月11日, 那覇
- 5) 清水晃典, 花田敬士, 津島 健: 腫瘍を伴わず微小腺癌を疑う症例に対する SPACE の診断能と長期経過観察の成績, 第109回日本消化器病学会, 長崎, 2023.4.7
- 6) 津島 健, 花田敬士, 清水晃典: 高齢者 IPMN に対する EUS を用いた長期経過観察の成績, 第109回日本消化器病学会, 長崎, 2023.4.7
- 7) 貝原恵子, 中本智子, 村上美香, 藤本英子, 栗原大貴, 高橋謙吾, 下岡由紀, 松谷郁美, 吉岡佳奈子, 城谷千尋, 村上みなみ, 柏原佳子, 加藤貴子, 江崎 隆, 小野川靖二: 当院の胃内残留マニユアルの作成, 第38回日本臨床栄養代謝学会学術集会, 神戸, 2023.5.10

- 8) 花田敬士：HBOC 患者・血縁者のサーベイランスをどうするか, 第3回 JOHBOC 学術総会, 東京, 2023.5.20
- 9) 池田守登, 清水晃典, 花田敬士：当院での高齢者（85才以上）の総胆管結石治療における胆管ステント定期交換の有効性と長期経過, 第105回日本内視鏡学会総会, 東京, 2023.5.26
- 10) 平昭衣梨, 清水晃典, 花田敬士：腫瘍のない微小膵癌を疑い SPACE 介入を考慮すべき EUS・CT 所見についての検討, 第105回日本内視鏡学会総会, 東京, 2023.5.26
- 11) 花田敬士, 清水晃典, 津島 健, 池田守登, 田中信治：膵癌の早期診断をめざして, 第31回日本がん検診・診断学会総会, 福岡, 2023.6.25
- 12) 花田敬士, 岡庭信司：危険因子に着目した膵癌早期診断の取り組みの現状と課題, 第62回日本消化器がん検診学会総会, 仙台, 2023.7.1
- 13) 花田敬士：充実性偽乳頭腫瘍（SPN）の診断と治療, 第54回日本膵臓学会大会, 福岡, 2023.7.22
- 14) 花田敬士, 津島 健, 清水晃典：病診連携を生かした膵癌早期診断プロジェクトの現状, 第54回日本膵臓学会大会, 福岡, 2023.7.21
- 15) 清水晃典, 津島 健, 花田敬士：危険因子から拾い上げ, 第54回日本膵臓学会大会, 福岡, 2023.7.21
- 16) 津島 健, 花田敬士, 清水晃典, 池田守登：高齢者 IPMN の経過観察と治療介入, 第54回日本膵臓学会大会, 福岡, 2023.7.21
- 17) 清水陽一, 花田敬士, 中村雅史, 長田昭二, 古谷佐和子, 眞島喜幸, 藤森麻衣子, 森 雅紀, 木島優依子, 志真京子, 奥村晃子, 坂本康成, 奥坂拓志：膵癌診療ガイドラインにおける患者・市民参画と患者・市民向け膵がん診療ガイドの作成, 第54回日本膵臓学会大会, 福岡, 2023.7.21
- 18) 楠見朗子, 増田尚美, 村上直己, 高垣友則, 花田敬士：内視鏡室における臨床工学技士との業務協働と分業, 第33回日本臨床工学会, 広島, 2023.7.23
- 19) 池田守登, 清水晃典, 花田敬士：当院での超高齢者（90才以上）の総胆管結石治療における胆管ステント定期交換の長期経過, 第59回日本胆道学会学術集会, 札幌, 2023.7.14
- 20) 濱口智美, 光永修一, 上野 誠, 池田公史, 三木生也, 桑原崇通, 高山敬子, 花田敬士, 吉田 仁, 高橋賢治, 仲田興平, 岩間英明, 滝澤聡子：血清マイクロ RNA シグネチャーを用いた膵・胆道がん検出能の検討（Serum miRNA signature for detecting pancreatobiliary cancer）（英語）, 第82回日本癌学会総会, 横浜, 2023.9.21-23
- 21) 奥坂拓志, 中村雅史, 吉田雅博, 北野雅之, 伊藤 芳紀, 水野伸匡, 花田敬士, 尾阪将人, 森實千種, 竹山宜典：患者・市民参画の推進と『膵癌診療ガイドライン2022年版』改訂, 第61回日本癌治療学会学術集会, 横浜, 2023.10.19-21
- 22) 花田敬士：地域医療連携を生かした膵疾患の診断・治療, JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.4
- 23) 清水晃典, 花田敬士, 津島 健：当院における高齢者 Difficult stone に対する経口胆道鏡下 EHL による治療成績の検討, JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.4
- 24) 津島 健, 花田敬士, 清水晃典, 小林道元：アポリポ蛋白 A2（APOA2）アイソフォーム検査による 0, I 期膵癌の診断性能評価, JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.4
- 25) 豊田直之, 花田敬士：膵臓がんの早期発見プロジェクト～早期診断後を支える多職種連携～,

JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.3

- 26) 飯尾澄夫, 延藤大樹, 圓山 聡, 池田守登, 若井雅貴, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 田中信治:小腸カプセル内視鏡検査のオーバーナイトでの観察による有用性について, 第17回日本カプセル内視鏡学会学術集会, 東京・ハイブリッド, 2024.2.11
- 27) 坂本康成, 奥坂拓志, 花田敬士, 中村雅史, 森 雅紀, 藤森麻衣子, 清水陽一, 奥村晃子, 志真京子, 眞鳥喜幸, 古谷佐和子, 長田昭二, 吉田雅博, 竹山宣典:膵癌診療ガイドライン作成における患者・市民参画の現状と今後~医療者と患者・市民の融合~, 第21回日本臨床腫瘍学会学術集会, 名古屋・ハイブリッド, 2024.2.23

【学会地方会】

- 1) 田中信治. ランチョンセミナー特別発言. 「AI が変わる未来の内視鏡診療」. 日本消化器内視鏡学会中国支部例会, 2023年7月9日, 広島
- 2) 田中信治. 特別講演「大腸腫瘍内視鏡診療の最前線」. 第46回尾三医学会. 2023年9月3日, 尾道
- 3) 田中信治. 「内視鏡医学の国際展開と将来展望」. 第47回日本消化器内視鏡学会関東支部セミナーランチョンセミナー. 2024年1月14日, 東京
- 4) 佐々木澄子, 飯尾澄夫, 久保浩介, 圓山 聡, 池田守登, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典, 片村嘉男, 北村正輔, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 米原修治:空腸間膜原発 Castleman 病の1例, 第119回日本消化器病学会中国支部例会, 岡山, 2023.6.24
- 5) 小方智景, 清水晃典, 花田敬士, 津島 健, 池田守登, 久保浩介, 圓山 聡, 飯尾澄夫, 平昭衣梨, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 米原修治, 田妻 進:浸潤性膵管癌への移行像を経時的に捕捉できた限局性膵萎縮の一例, 第130回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 **研修医奨励賞 優秀賞受賞**, 広島, 2023.7.9
- 6) 飯尾澄夫, 延藤大樹, 圓山 聡, 池田守登, 若井雅貴, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 田中信治, 中原雅浩, 米原修治:術後約2年目に肺転移再発をきたした大腸 T1a 癌の1例, 120回日本消化器病学会中国支部例会, 松江, 2023.11.19
- 7) 延藤大樹, 清水晃典, 平昭衣梨, 津島 健, 池田守登, 花田敬士:高度溶血を呈し急速な経過で死亡に至った Clostridium perfringens 肝膿瘍の一例, 120回日本消化器病学会中国支部例会, 松江, 2023.11.18
- 8) 清水晃典, 花田敬士, 津島 健, 池田守登, 田中信治:切除不能高齢膵癌患者の遠位胆管狭窄に対するステント治療に関する検討, 第131回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 **ワークショップ部門賞受賞**, 松江, 2023.11.18
- 9) 加藤一輝, 若井雅貴, 延藤大樹, 池田守登, 圓山 聡, 飯尾澄夫, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 田中信治:胆嚢管癌術後に壊死性食道炎を発症した1例, 第131回日本消化器内視鏡学会中国支部例会, 松江, 2023.11.18
- 10) 堀紘太郎, 圓山 聡, 片村嘉男, 平野巨通: Sclerosing sngiomatoid nodular transformation の1例, 第129回日本内科学会中国支部例会, web, 2023.10.21
- 11) 花田敬士:膵癌の早期診断における内視鏡の役割とスクリーニングの現状, 第33回日本消化器内

視鏡学会中国支部セミナー, ハイブリッド, 2024.1.8

- 12) 清水晃典, 花田敬士, 田中信治, 則行敏生, 檀上典江, 正岡智子, 大田垣博文, 松本望, 河合良成, 胡子敦子, 山根一人, 佐々木伸孝: 尾道地区の Hi-PEACE プロジェクトについて, 第76回広島医学会総会, 広島, 2023.11.26

【全国研究会】

- 1) 田中信治. 特別発言. 消化器内視鏡推進連絡会. 2023年5月24日, 東京
- 2) 田中信治. 特別講演「大腸腫瘍内視鏡診療の現状と将来展望」. 木曜会. 2023年11月23日, 東京
- 3) 清水晃典: 胆嚢疾患診断に対する EUS-FNA の有用性, 第21回 FNA-club Japan, 東京, 2023.8.26
- 4) 平昭衣梨, 池田守登, 津島 健, 清水晃典, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 大下彰彦, 米原修治: EUS-FNA で診断可能であった主膵管狭窄を伴うセロトニン産生型神経内分泌腫瘍の1例, 第77回日本消化器画像診断研究会, 東京, 2023.9.16

【地方研究会】

- 1) 田中信治. 特別講演「大腸腫瘍内視鏡診療の最前線」. 新潟消化器内視鏡懇談会. 2023年7月3日, 新潟
- 2) 田中信治. 特別講演「日本消化器内視鏡学会の将来展望」. 神戸舞子消化器内視鏡ライブ (佐野ライブ). 2023年7月29日, 西明石
- 3) 田中信治. 特別講演「大腸腫瘍内視鏡診療の現状と将来展望」. 愛知県消化器内視鏡懇談会. 2023年8月5日, 名古屋
- 4) 田中信治. 特別講演「大腸 T1(SM) 癌診療の最前線」. ポリエチレングリコールを考える会. 2023年9月29日, 高崎
- 5) 田中信治. 特別講演「大腸腫瘍内視鏡診断と治療」. 富山大学第3内科同門会講演会. 2023年11月11日, 富山
- 6) 田中信治. 特別講演「大腸腫瘍内視鏡診療の現状と課題」. 第3回九州・沖縄消化器学術セミナー. 2023年11月28日, 大分
- 7) 田中信治. 特別講演「UC 関連大腸腫瘍の内視鏡診断と治療」. 第46回大腸病態・治療研究会. 2023年12月14日, 大阪
- 8) 小野川靖二: 視野確保困難例における内視鏡用視野確保ジェルの有用性, 第145回尾道消化器病同好会, 尾道, 2023.5.25
- 9) 花田敬士: 膵癌早期診断 UP-TO-DATE, 膵疾患医療連携フォーラム, 旭川, 2023.5.16
- 10) 圓山 聡: Atez/Bev を使用中, 様々な有害事象を認めた1例, Hepatocellular Carcinoma Expert Meeting in Hiroshima 2023, 広島, 2023.5.23
- 11) 花田敬士: 膵癌早期診断 UP-TO-DATE, 膵疾患医療連携フォーラム (福島・山形), web, 2023.6.5
- 12) 花田敬士: 膵癌早期診断 UP-TO-DATE, 第276回呉消化器病研究会, 呉, 2023.5.28
- 13) 津島 健: EUME-3 の使用経験, 第23回広島消化器内視鏡懇談会, 広島, 2023.7.20
- 14) 小野川靖二: PEG の概要, 広島 PDN セミナー, 広島, 2023.7.22

- 15) 小野川靖二：UC 非難治例における「5-ASA」「局所製剤」「副腎皮質ホルモン」「カログラ」適正使用に向けて 副腎皮質ホルモン カログラ発売1周年記念講演会，広島，2023.7.25
- 16) 花田敬士：浸潤性膵管癌への移行像を経時的に捕捉できた限局性膵萎縮の一例，第146回尾道消化器病同好会，尾道，2023.7.25
- 17) 北村正輔，胃内視鏡治療のトピックス，第146回尾道消化器病同好会，尾道，2023.7.25
- 18) 延藤大樹：第322回広島胃と腸疾患研究会，web，2023.8.22
- 19) 津島 健：膵疾患診断における EUS の役割，第166回備後内視鏡研究会，福山，2023.8.31
- 20) 花田敬士，膵癌早期診断 UP-TO-DATE，第12回長崎胆・膵研究会，長崎，2023.9.1
- 21) 清水晃典，花田敬士，則行敏生，田中信治，檀上典江，正岡智子，大田垣博文，松本 望，河合良成，胡子敦子，山根一人，佐々木伸孝：尾道地区の Hi-PEACE プロジェクトについて，第46回尾三医学会，尾道，2023.9.3
- 22) 若井雅貴：診断に苦慮した 5-ASA 不耐症例，第14回尾三炎症性腸疾患研究会，尾道，2023.9.22
- 23) 清水晃典：目的別で活かす ASAHI ガイドワイヤーの強み，ASAHI ENDO 瀬戸内 Webinar，web，2023.10.4
- 24) 花田敬士：がんを正しく知り，予防する ～今，中学生としてすべきこと～，尾道市立久保中学校 がん教育に係る講演会，尾道，2023.10.5
- 25) 小野川靖二：酸関連消化管疾患における最新の治療について，第355回世羅郡医師会講演会，世羅，2023.10.19
- 26) 花田敬士：がんとは 我が国の現状 予防 早期発見と検診，尾道市立向東中学校 がん教育に係る講演会，尾道，2023.10.25
- 27) 花田敬士：危険因子に着目した膵癌早期診断の現状と課題，令和5年度山口県消化器がん検診研究会，山口，2023.10.28
- 28) 花田敬士：膵臓がん早期診断プロジェクト『尾道方式』～スクリーニングにおける超音波検査の重要性～，クリクラライブ プレミアム ハンズオンセミナー，東京，2023.11.7
- 29) 清水晃典：ERCP および ERCP 関連手技について，第36回尾三因消化器内視鏡研究会，尾道，2023.11.10
- 30) 津島 健：当院での ERCP の取り組み，第36回尾三因消化器内視鏡研究会，尾道，2023.11.10
- 31) 花田敬士：がんを正しく知り予防する ～今，中学生としてすべきこと～，尾道市立高西中学校 がん教育に係る講演会，尾道，2023.11.14
- 32) 小野川靖二：がんとは，がんの予防，がんの経過と種類，がんの早期発見とがん検診，がんの治療，尾道市立吉和中学校 がん教育に係る講演会，尾道，2023.11.14
- 33) 花田敬士：膵癌早期診断 UP-TO-DATE，膵疾患と栄養療法を再考する会，米子/web，2023.11.20
- 34) 小野川靖二：内視鏡センター20年の歩み，JA 尾道総合病院内視鏡センター設立20周年記念講演会，尾道，2023.11.27
- 35) 小野川靖二：がんとは（がんの要因等），がん予防，広島県立三原特別支援学校 がん教育に係る講演会，三原，2023.12.1

第34号, 2024年

- 36) 花田敬士：もっと知ってほしい膵癌のお話, 糖尿病と膵癌を再考する, 岡山, 2023.12.12
- 37) 花田敬士：膵癌早期診断プロジェクト, 新東京病院学術講演会 (松戸市医師会学術講演会合同開催), 松戸, 2023.12.14
- 38) 花田敬士：AI を用いた血液生化学検査の異常検知, 第50回内分泌代謝研究会, 東京, 2023.12.16
- 39) 花田敬士：膵癌早期診断の最前線, 沖縄地区地域がん連携病院研修会, 石垣, 2023.12.22
- 40) 花田敬士：膵癌早期診断 UP-TO-DATE, 茨城膵疾患研究会, 水戸, 2024.1.17
- 41) 花田敬士：膵癌早期診断 UP-TO-DATE, 膵疾患フォーラム広島西, 廿日市, 2024.2.9
- 42) 若井雅貴：大腸がんの予防と早期発見の重要性, 第14回尾道総合病院市民公開講座, 尾道, 2024.3.3
- 43) 花田敬士：膵癌早期診断 UP-TO-DATE, 東広島地区医師会学術講演会, 東広島, 2024.3.21
- 44) 花田敬士：ハンズオンセミナー, 開業医のための超音波活用術, web, 2024.3.27

《腎臓内科》

【全国学会】

- 1) 貝原恵子, 中本智子, 村上美香, 藤本英子, 栗原大貴, 高橋謙吾, 下岡由紀, 松谷郁美, 城谷千尋, 村上みなみ, 柏原佳子, 吉岡佳奈子, 加藤貴子, 江崎 隆, 小野川靖二：当院の胃内残留マニユアルの作成, 第38回日本臨床栄養代謝学会学術集会, 神戸, 2023.5.9-10

【地方研究会】

- 1) 江崎 隆：腎臓内科が診る血圧管理とそのノウハウ, 因島医師会学術講演会, 尾道, 2023.7.20
- 2) 江崎 隆：腎臓内科が診る血圧管理とそのノウハウ, 世羅医師会学術講演会, 世羅, 2023.11.16

《呼吸器内科》

【国際学会】

- 1) Hamai K, Katsura R, Miyake S, Fujita S, Tada S, Hirakawa T, Ueno S, Tanimoto T, Ishikawa N: A retrospective analysis of the efficacy of oral dexamethasone in combination with docetaxel plus ramucirumab therapy for lung cancer. Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2023. Nara, 2023.6.22-24

【全国学会】

- 1) 露木佳弘, 中西 雄, 久保瑠那, 仁科麻衣, 山木 実, 濱井宏介：劇症型 MSSA 肺炎を発症し, 難治性の気胸を呈した一例, 第63回日本呼吸器学会学術講演会, 東京, 2023.4.28-30

【学会地方会】

- 1) 徳野友也, 露木佳弘, 中西 雄, 角本慎治, 阿部公亮, 濱井宏介：小細胞肺癌患者に細菌性心膜炎による心タンポナーデをきたした1例, 第68回日本呼吸器学会中国・四国地方会, 高松, 2023.7.15-16
- 2) 角本慎治, 中西 雄, 露木真子, 阿部公亮, 濱井宏介：EGFR-TKI 単剤治療耐性後の癌性胸膜炎に対してエルロチニブ+ラムシルマブが奏効した肺腺癌の1例, 第68回日本呼吸器学会中国・四

国地方会，高松，2023.7.15－16

- 3) 露木佳弘，中西 雄，角本慎治，阿部公亮，濱井宏介：肺腺癌術後に発症した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の1例，第69回日本呼吸器学会中国・四国地方会，徳島，2023.12.16－17
- 4) 濱井宏介，金地伸拓，渡邊直樹，石川暢久，上野沙弥香，藤高一慶，益田 武，山崎正弘，松本奈穂子，中西将元，藤本伸一，瀧川奈義夫，西井和也，堀田勝幸，木浦勝行：間質性肺炎合併肺癌に対する免疫チェックポイント阻害剤の有効性と安全性の検討（CS-Lung003ブランチ28），第69回日本呼吸器学会中国・四国地方会，徳島，2023.12.16－17
- 5) 角本慎治，実綿 慶，北原良洋，牛尾剛己，高山裕介，新谷貴洋，高蓋寿朗：肺の拡張障害を呈した胸膜アミロイドーシスの1例，第69回日本呼吸器学会中国・四国地方会，徳島，2023.12.16－17
- 6) 河野岳人，露木佳弘，中西 雄，中野美美，角本慎治，阿部公亮，宇根一暢，濱井宏介：DIC，多臓器不全をきたした日本紅斑熱の一例，第129回日本内科学会中国地方会，web，2023.10.21

【全国研究会】

- 1) 濱井宏介：Common mutation に対する治療戦略，Lung Cancer Meet the Expert，東京，2023.7.29

【地方研究会】

- 1) 濱井宏介：ガイドラインから学ぶ喘息診療 Up to Date ～喘息の咳メカニズムから見たLAMAの有用性～，テリルジー web 講演会 in 尾道，尾道，2023.3.13
- 2) 濱井宏介：免疫介在性有害事象への対処方法について，東広島・尾三地区肺がん講演会，web，2023.4.21
- 3) 阿部公亮：間質性肺疾患の実際，尾道息切れセミナー，尾道，2023.9.8
- 4) 濱井宏介：IV期非小細胞肺癌の新たな選択肢，東広島・尾三地区肺がん講演会，広島，2023.10.6
- 5) 濱井宏介：EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の治療戦略，びんご呼吸器セミナー，福山，2023.11.10
- 6) 濱井宏介：IV期非小細胞肺癌に対する新規免疫療法，Lung Cancer Seminar in Matsue，松江，2023.11.13
- 7) 濱井宏介：IV期非小細胞肺癌に対する新規免疫療法，肺がん免疫治療講演会，福山，2023.11.20
- 8) 濱井宏介：中外 e セミナー on Lung Cancer，尾道（web），2023.11.29
- 9) 中西 雄：ドライバー遺伝子変異の陽性率を上げるための工夫，広島東部肺がん病理講演会，web，2023.12.7
- 10) 濱井宏介：ドライバー遺伝子変異陽性肺がんにおける治療戦略，Lung Cancer Seminar in Hiroshima，福山，2024.3.21

《循環器内科》

【全国学会】

- 1) Juri Y, Ohashi N, Kimura Y, Yoshii K, Tomomori S, Higaki T, Oi K, Dai K, Kawase T, Sairaku A, Suenari K, Nishioka K, Masaoka Y, Shiode N: A case in which acute coronary syndrome and sub-acute thrombosis developed while hospitalization due to diverticular bleeding of colon, 第31回日本心血管インターベン

シオン治療学会学術総会, 福岡, 2023.8.4-6

- 2) 武市一輝, 重里侑甫, 木下弘喜, 大井邦臣, 大塚雅也, 森島信行, 宇根一暢: VA-ECMO 導入により救命し得た劇症型心筋炎の2例, 第51回日本集中治療医学会学術集会, 札幌, 2024.3.14
-16

【学会地方会】

- 1) 木下弘喜, 石橋直樹, 東儀浄孝, 網岡道孝, 大塚雅也, 森島信行: 血栓塞栓症を合併した好酸球性心筋炎の一例, 第122回日本循環器学会中国・四国合同地方会, 松山, 2023.6.3-4
- 2) 重里侑甫, 臺和興, 木村由香, 吉井奏, 友森俊介, 檜垣忠直, 大井邦臣, 川瀬共治, 大橋紀彦, 西樂顕典, 末成和義, 西岡健司, 正岡佳子, 塩出宣雄: 機械的合併症を発症した亜急性心筋梗塞の1例, 第122回日本循環器学会中国・四国合同地方会, 松山, 2023.6.3-4
- 3) 重里侑甫, 大井邦臣, 木村由香, 吉井奏, 友森俊介, 檜垣忠直, 臺和興, 川瀬共治, 大橋紀彦, 西樂顕典, 末成和義, 西岡健司, 正岡佳子, 塩出宣雄: PCI中に左室自由壁破裂を併発した急性心筋梗塞の1例, 第122回日本循環器学会中国・四国合同地方会, 松山, 2023.6.3-4
- 4) 木下弘喜, 武市一輝, 重里侑甫, 大井邦臣, 大塚雅也, 森島信行: Rotablatorのburr先端が断裂し回収に難渋した1例, 第29回CVIT中国四国地方会, 岡山, 2023.9.2-3
- 5) 武市一輝, 重里侑甫, 木下弘喜, 大井邦臣, 大塚雅也, 森島信行: 病型診断に苦慮したALアミロイドーシスの一例, 第129回日本内科学会中国地方会, web, 2023.10.21
- 6) 武市一輝, 重里侑甫, 木下弘喜, 大井邦臣, 大塚雅也, 森島信行: 新型コロナウイルスワクチン接種後に発症した劇症型心筋炎の一例, 第123回日本循環器学会中国地方会, 米子, 2023.11.18

外 科

【国際学会】

- 1) Oshita T: Evaluation for Surgical Educational Curriculum on Skin Suturing for the Junior Resident, Association for Surgical Education Annual Meeting, San Diego, USA, 2023.4.11-15
- 2) Nishina M: A case of resection of pulmonary spindle cell carcinoma with long-term recurrence-free survival, The 27th Congress of the Asian Pacific Society of Respiratory, Singapore, 2023.11.18

【全国学会】

- 1) 寿美裕介: 大腸手術における体腔内吻合について, 第145回尾道消化器病同好会, 尾道, 2023.2.25
- 2) 向井正一郎, 下村学, 池田聡, 中原雅浩, 安達智洋, 斎藤保文, 清水洋祐, 豊田和広, 石崎康代, 吉満政義, 高倉有二, 清水亘, 住谷大輔, 児玉真也, 中塚博文, 大枝守, 小林弘典, 大段秀樹: 高齢がん患者に対して術後補助化学療法を行うべきか? 80歳以上のリンパ節転移陽性大腸癌根治切除症例の前向き臨床研究から, 第123回日本外科学会定期学術集会, 東京, 2023.4.28
- 3) 三口真司, 恵木浩之, 清水亘, 下村学, 好中久晶, 安達智洋, 池田聡, 中原雅浩, 斎藤保文, 吉満政義, 豊田和広, 大段秀樹: 直腸切除術における縫合不全を予防するための再建腸管血流の客観的, 定量的評価法の確立—近赤外線光を用いた非侵襲的腸管組織酸素飽和度測定, 第123回日本外科学会定期学術集会, 東京, 2023.4.29

- 4) 大下彰彦, 中原雅浩, 安部智之, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏聡, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 吉山智幸, 山木 実, 倉吉 学, 則行敏生: 当科における働き方改革と連動した教育基盤型リクルートの現状, 第123回日本外科学会定期学術集会, 東京, 2023.4.28
- 5) 柳川泉一郎, 藤國宣明, 真島宏聡, 寿美裕介, 山本悠司, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃切除術がヘリコバクターピロリ菌感染に及ぼす影響の検討, 第123回日本外科学会定期学術集会, 東京, 2023.4.29
- 6) 山本悠司, 田邊和照, 佐伯吉弘, 徳本憲昭, 藤國宣明, 鈴木崇久, 杉山陽一, 志々田将幸, 岡野圭介, 堀田龍一, 福田敏勝, 今岡康博, 西原雅浩, 池田昌博: 80歳以上高齢者胃癌に対する腹腔鏡下胃切除術の短期成績: 後ろ向きコホート研究 (広島臨床腫瘍外科研究グループ HiSCO), 第123回日本外科学会定期学術集会, 東京, 2023.4.27
- 7) 倉吉 学, 中原雅浩, 中川哲志, 寿美裕介: TAPP を通しての内視鏡外科教育の取り組み, 第21回日本ヘルニア学会学術集会, 大阪, 2023.5.26
- 8) 中川哲志, 寿美裕介, 倉吉 学, 中原雅浩: 当院の閉鎖孔ヘルニア嵌頓の治療経験, 第21回日本ヘルニア学会学術集会, 大阪, 2023.5.27
- 9) 寿美裕介, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 柳川泉一郎, 山本悠司, 山木 実, 倉吉 学, 中原雅浩, 則行敏生: 下部消化管穿孔に対する HALS の有用性, 第35回日本小切開・鏡視外科学会, 東京, 2023.6.3
- 10) 倉吉 学, 中原雅浩, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 山木 実, 大下彰彦, 則行敏生: ロボット支援手術時代においても HALS と TaTME は有用である, 第35回日本小切開・鏡視外科学会, 東京, 2023.6.3
- 11) 橋詰淳司, 鈴木可南子, 池尻はるか, 木村優里, 末岡智志, 川又あゆみ, 平岡恵美子, 笹田伸介, 恵美純子, 角舎学行, 岡田守人: 当院で経験した男性乳癌22症例の検討, 第31回日本乳癌学会学術総会, 横浜, 2023.6.29-7.1
- 12) 吉山知幸, 鷹屋桃子, 金子佑妃, 米原修治: 巨細胞性心筋炎を合併する HER2陽性乳癌に対し術前化学療法を施行した1例, 第31回日本乳癌学会学術総会, 横浜, 2023.6.29-7.1
- 13) 鷹屋桃子, 吉山知幸, 金子佑妃, 米原修治: 血液透析患者におけるシャント患側腋窩副乳癌で手術を施行した1例, 第31回日本乳癌学会学術総会, 横浜, 2023.6.29-7.1
- 14) 則行敏生, 濱井宏介, 中布龍一, 高澤信好, 伊藤 翼, 中上小百合, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 豊田直之, 岡本尚子, 重廣奈緒子, 浜本悠香, 畝本由貴, 中村達也, 奥河知恵: がん患者の ADL 曲線を用いた advanced care planning ・意思決定支援に基づいた終末期後期の療養についての検討, 第28回日本緩和医療学会学術大会, 神戸, 2023.6.30
- 15) 柳川泉一郎, 山本悠司, 渡邊淳弘, (真島宏聡), 寿美裕介, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 腹膜転移を伴う胃癌に対する治療結果の後ろ向き検討, 第78回日本消化器外科学会総会, 函館, 2023.7.14
- 16) 竹井大祐, 小林 剛, 黒田慎太郎, 松原啓壮, 大下 航, 福原宗太郎, 難波洋介, 大段秀樹: 肝細胞癌での Glypican3 陽性 CTC のリキッドバイオプシーとしての意義, 第78回日本消化器外科学会総会, 函館, 2023.7.12
- 17) 小林 剛, 橋本昌和, 真島宏聡, 安部智之, 尾上隆司, 本明慈彦, 大石幸一, 竹井大祐, 黒田慎太郎, 大段秀樹: 再発形式から見た Intermediate-Stage 肝細胞癌切除適応の検討, 第78回日本消

化器外科学会総会, 函館, 2023.7.12

- 18) 望月哲矢, 清水 亘, 安達智洋, 三口真司, 吉満政義, 香山茂平, 中原雅浩, 池田 聡, 服部 稔, 大段秀樹: 併存症を有する (ASA3 以上) 高齢者大腸癌に対する外科手術の現状, 第78回日本消化器外科学会総会, 函館, 2023.7.14
- 19) 山木 実, 仁科麻衣, 則行敏生: 骨片が胸腔内に突出し摘出術を行った外傷性肋骨骨折の1例, 第40回日本呼吸器外科学会学術集会, 新潟, 2023.7.14
- 20) 仁科麻衣, 山木 実, 則行敏生: 赤芽球瘍を合併した胸腺腫の2例, 第40回日本呼吸器外科学会学術集会, 新潟, 2023.7.13
- 21) 山木 実, 仁科麻衣, 則行敏生: castleman 病の合併が疑われ診断に苦慮した小腸癌縦隔リンパ節転移の1例, 第64回日本肺癌学会学術集会, 千葉, 2023.11.2
- 22) 仁科麻衣: 原発性肺癌術後の副腎転移を疑った原発性副腎皮質癌の1例, 第64回日本肺癌学会学術集会, 千葉, 2023.11.3
- 23) 山本悠司, 柳川泉一郎, 仁科麻衣, 寿美裕介, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃癌手術における腹腔鏡補助下腸瘻造設術の工夫, JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.3
- 24) 柳川泉一郎, 山本悠司, 寿美裕介, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生, 藤國宣明: 肥満症を伴った胃癌症例に対する術前フォーミュラ食の導入の試み, JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.4
- 25) 別木智昭, 下村 学, 赤羽慎太郎, 清水 亘, 安達智洋, 三口真司, 池田 聡, 吉満政義, 香山茂平, 中原雅浩, 小林弘典, 豊田和広, 清水洋祐, 住谷大輔, 齊藤保文, 大段秀樹: 栄養指標・免疫学的指標から考える直腸癌術後縫合不全予測因子, JDDW 2023 KOBE, 神戸, 2023.11.4
- 26) 倉吉 学, 中原雅浩, 中川哲志, 塩崎翔平, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 竹井大祐, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 山木 実, 橋詰淳司, 大下彰彦, 則行敏生: 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置後の原発巣切除例の検討, 第78回日本大腸肛門病学会学術集会, 熊本, 2023.11.10
- 27) 中原雅浩: 大腸外科手術における新しいエネルギーデバイスの可能性, 第85回日本臨床外科学会総会, 岡山, 2023.11.17
- 28) 山木 実: テガフル・ウラシル配合剤による肺癌術後補助化学療法中に発症した間質性肺炎の1例, 第85回日本臨床外科学会総会, 岡山, 2023.11.16
- 29) 徳野友也: 出血が原因と考えられた感染性肝嚢胞の1例, 第85回日本臨床外科学会総会, 岡山, 2023.11.16
- 30) 山本悠司: 胃癌手術における腹腔鏡補助下腸瘻造設時の新規腸管腹壁固定法, 第36回日本内視鏡外科学会, 横浜, 2023.12.8
- 31) 寿美裕介: 大腸憩室穿孔に対する当科の治療方針, 第36回日本内視鏡外科学会, 横浜, 2023.12.9
- 32) 渡邊淳弘, 中原雅浩, 倉吉 学, 寿美裕介, 竹井大祐, 柳川泉一郎, 山本悠司, 大下彰彦: メックル憩室癌腹膜播種再発を腹腔鏡補助下に切除した1例, 第36回日本内視鏡外科学会, 横浜, 2023.12.7
- 33) 山本悠司, 柳川泉一郎, 中川哲志, 塩崎翔平, 竹井大祐, 寿美裕介, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 鏡視下胃切除における腹腔鏡補助下腸瘻造設時の腸管腹壁固定法の工夫, 第96回日本胃癌学会総会, 京都, 2024.2.28

- 34) 柳川泉一郎, 塩崎翔平, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 腹腔鏡下胃切除後の脾液瘻 関連合併症予防に対するネオバールの導入, 第96回日本胃癌学会総会, 京都, 2024.2.28
- 35) 塩崎翔平, 柳川泉一郎, 山本悠司, 中川哲志, 寿美裕介, 竹井大祐, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃多発肝転移をきたした胃肝様腺癌に対して Nivolumab+CapeOX 投与後に肝切除を施行した1例, 第96回日本胃癌学会総会, 京都, 2024.2.28

【学会地方会】

- 1) 柴村英真, 仁科麻衣, 山木 実, 倉吉 学, 中原雅浩, 岡田康平, 則行敏生: 複数科の介入により改善を得た Lemierre 症候群の1例, 第98回中国四国外科学会総会, 徳島, 2023.8.31

【全国研究会】

- 1) 渡邊淳弘, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 仁科麻衣, 真島宏聡, 寿美裕介, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: CY+胃癌の術後腹膜播種再発症例に対し, nabPTX にて cCR が得られた1例, 第45回日本癌局所療法研究会, 東京, 2023.6.2
- 2) 中川哲志, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏聡, 寿美裕介, 吉山知幸, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 多発肝転移を伴う StagIV 胃癌に対し化学療法後, 原発巣を切除し3年半無再発生存中の1例, 第45回日本癌局所療法研究会, 東京, 2023.6.2
- 3) 福元 壮, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏聡, 寿美裕介, 吉山知幸, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃癌術後の肝転移再発に対して2度の肝切除を行い5年無再発中の1例, 第45回日本癌局所療法研究会, 東京, 2023.6.2
- 4) 竹井大祐, 中原雅浩, 中川哲志, 塩崎翔平, 渡邊淳弘, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 倉吉学, 大下彰彦, 則行敏生: 後期研修医教育における単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術の効果, 第15回単孔式内視鏡手術研究会, 北九州市, 2023.8.19
- 5) 柳川泉一郎, 中川哲志, 塩崎翔平, 渡邊淳弘, 竹井大祐, 寿美裕介, 山本悠司, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 虫垂炎に対する腹腔鏡下手術の変遷, 第15回単孔式内視鏡手術研究会, 北九州市, 2023.8.19
- 6) 倉吉 学: cT4b 結腸癌に対する HALS の有用性, 第12回 HALS ミーティング, 東京, 2023.10.28

【地方研究会】

- 1) 柳川泉一郎: ヘリコバクターピロリ菌感染に対する胃切除術の影響, 第46回尾三医学会, 尾道, 2023.9.3
- 2) 倉吉 学: 大腸癌の手術治療, 第127回尾道外科系懇話会, 尾道, 2023.9.21
- 3) 塩崎翔平: 腹腔内腫瘍を合併した von Recklinghausen 病の1例, 第127回尾道外科系懇話会, 尾道, 2023.9.21
- 4) 寿美裕介: 技術認定医取得を目指す当院の S 状結腸切除術, 第17回備後大腸癌手術勉強会, 福山, 2023.9.30
- 5) 大下彰彦: がんの予防, 尾道市立御調中学校 がん教育, 尾道, 2023.10.4
- 6) 徳野友也, 大下彰彦, 竹井大祐, 中川哲志, 塩崎翔平, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 倉吉

- 学, 中原雅浩: 出血を契機に発症した感染性肝嚢胞の1例, 第76回広島医学会総会, 広島, 2023.11.26
- 7) 奥村美月, 竹井大祐, 大下彰彦, 中川哲志, 塩崎翔平, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 倉吉学, 中原雅浩: 神経線維腫症1型に合併した消化管腫瘍の1例, 第76回広島医学会総会, 広島, 2023.11.26
- 8) 倉吉学, 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置後の原発巣切除例の検討, 第147回尾道消化器病同好会, 尾道, 2023.12.5
- 9) 大下彰彦: がんの予防・がん患者への理解と共生, 尾道市立瀬戸田中学校 がん教育に係る講演会, 尾道, 2024.1.24
- 10) 塩崎翔平: 腹腔鏡下回盲部切除の1例, 第18回備後大腸癌手術勉強会, 福山, 2024. 2. 17
- 11) 大下彰彦: がんの経過とさまざまながんの種類, がんの予防, がんの早期発見とがん検診, 尾道市立重井中学校 がん教育に係る講演会, 尾道, 2024.2.21
- 12) 倉吉学: 大腸がんの手術治療, 第14回尾道総合病院 市民公開講座 2023, 尾道, 2024.3.3
- 13) 塩崎翔平, 倉吉学, 中川哲志, 仁科麻衣, 竹井大祐, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 山木実, 橋詰淳司, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 再発鼠径ヘルニアに対する TAPP, 第50回広島内視鏡下外科手術研究会, 広島, 2024.3.8
- 14) 竹井大祐: 術前診断に難渋した epithelial cyst in intrapancreatic accessory spleen の一例, 第128回尾道外科系懇話会, 尾道, 2024.3.14

心臓血管外科

【全国学会】

- 1) 佐藤克敏: Advance Care Planning (APC) を考慮して対応した高齢者大動脈瘤の3例, 第51回日本血管外科学会学術総会, 東京, 2023.5.31-6.2
- 2) 佐藤克敏: ユニタック社製ヴェノレーザー TR1470で治療した下肢静脈瘤症例の検討, 第64回日本脈管学会学術総会, 神奈川, 2023.10.26-28

【学会地方会】

- 1) 佐藤克敏: 皮下浅層に存在する下肢静脈瘤をユニタック社製ヴェノレーザー TR1470で治療した2症例の検討, 第53回日本血管外科学会中国四国地方会, 広島, 2023.7.29

【地方研究会】

- 1) 佐藤克敏: 心臓血管外科手術の進歩と問題点, 2023年度 広島県心不全患者在宅支援体制構築事業 JA 尾道総合病院 心臓いきいき市民公開講座, web, 2024.2.26-3.31

整形外科

【全国学会】

- 1) 清水 良, 盛谷和生: 内側半月板後角損傷の診断に至った初回 MRI の検討, 第1回日本膝関節学会, 横浜, 2023.12.8-9

【学会地方会】

- 1) 松浦正己, 盛谷和生, 数面義雄, 田中 恒, 清水 良, 岡田康平: 外国人労働者の骨・軟部組織結核3例の治療経験, 第140回中部日本整形外科災害外科学会, 奈良, 2023.4.7-8
- 2) 岡田康平, 盛谷和生, 田中 恒, 清水 良, 松浦正己: 2歳8か月で発症した若年性特発性関節炎の1例, 第141回中部日本整形外科災害外科学会, 神戸, 2023.10.6-7

【地方研究会】

- 1) 清水 良: 当院での膝関節診療 保存療法を中心に, 尾道総合病院オープンカンファレンス, 尾道, 2023.4.27
- 2) 清水 良: 人工膝関節置換術後の急性膝窩動脈閉塞の1例, 第14回TKAカンファレンス広島, 広島, 2023.6.10
- 3) 清水 良, 盛谷和生, 松浦正己: 当院で実施したUKAのReview, 第4回UKAセミナー, 広島, 2023.11.25
- 4) 清水 良, 盛谷和生, 松浦正己: 再手術を要した関節内外の滑膜性軟骨腫症の1例, 第36回関西関節鏡・膝研究会, 京都, 2024.3.6

脳神経外科

【国際学会】

- 1) Abiko M: Skull Base Technique in Vascular Surgery, Silk Road” & 7th Congress of International Society of Minimally Invasive Neurosurgery, Kazakhstan, 2023.9.15-17
- 2) Abiko M: High Flow and Low Flow Bypass Surgery, Annapurna Neurological Institute & Allied Sciences, Kathmandu, 2023.11.20

【全国学会】

- 1) 阿美古将, 山田直人, 大園伊織: くも膜下出血に対するクラブセンタンの初期使用経験, 第48回日本脳卒中学会学術集会, 横浜, 2023.3.16-18
- 2) 阿美古将, 橋本幸繁, 光延仁雄, 堀江信貴: クリップング術・コイル塞栓術での単独治療困難な複雑破裂脳動脈瘤, 日本脳神経外科学会第82回学術総会, 横浜, 2023.10.25-27
- 3) 光延仁雄, 阿美古将, 橋本幸繁: Medium vessel occlusion において有効再開通が得られた症例の臨床的特徴, 第39回日本脳神経血管内治療学会学術集会, 京都, 2023.11.23-25

【地方研究会】

- 1) 阿美古将, 橋本幸繁, 光延仁雄: 中脳 cavernous angioma に対して orbito-zygomatic approach を用いて摘出した一症例, 第四回山陰・山陽若手脳神経外科手術動画セミナー, 出雲, 2023.6.10
- 2) 光延仁雄, 阿美古将, 橋本幸繁: 側頭筋に発生した筋肉内血管腫の一手術例, 第37回中国四国脳腫瘍研究会, 松山, 2023.9.1
- 3) 阿美古将, 橋本幸繁, 光延仁雄: くも膜下出血にて発症した内頸動脈解離性動脈瘤破裂の手術計画の決定にMR vessel wall imaging が有効であった一例, 第25回中国四国脳卒中研究会, 松山, 2023.9.2

第34号, 2024年

- 4) 阿美古将, 橋本幸繁, 光延仁雄, 香川幸太: 当院における術後 NCSE の経験, 広島てんかん懇話会, 広島, 2023.9.9
- 5) 阿美古将, 橋本幸繁, 光延仁雄: 脳血栓回収術の有効性が確立した中での急性期バイパス術の意義, 第5回 山陰・山陽 若手脳神経外科手術動画セミナー, 宇部, 2023.10.21

泌尿器科

【全国学会】

- 1) 岩本秀雄, 白根 聡, 角西雄一: 進行性尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチンの臨床的検討, 第75回西日本泌尿器科学会総会, 松山, 2023.11.3

【学会地方会】

- 1) 白根 聡, 岩本秀雄, 角西雄一: 腎動脈瘤自然破裂の一例, 日本泌尿器科学会第170回広島地方会, 広島, 2023.7.1

【地方研究会】

- 1) 岩本秀雄: 当院における腹腔鏡下膀胱全摘術の治療成績, オプジーボ 尿路上皮癌術後補助療法適正使用推進 Seminar, 福山, 2023.4.7
- 2) 岩本秀雄: M0CRPC に対する当院の治療選択, 前立腺癌治療セミナー in Fukuyama, 福山, 2023.5.19
- 3) 白根 聡: 前立腺癌の薬剤治療, 前立腺癌オンラインセミナー, 尾道, 2023.11.8

耳鼻咽喉科

- 1) 高橋紗央里, 石井秀将, 三好綾子: 広範な皮膚欠損を生じた頸部壊死性筋膜炎の1例, 第84回耳鼻咽喉科臨床学会, 広島, 2022.7.8
- 2) 藤田陸登, 石井秀将: 耳介血腫に対してステロイド注入法を施行した6症例, 東部備後耳鼻咽喉科医会, 福山, 2023.7.29
- 3) 津田鮎子, 藤田陸登, 石井秀将: 術後横隔神経麻痺を来した甲状腺癌の1例, 第52回中国四国甲状腺外科研究会, 広島, 2024.2.7

麻 酔 科

【国際学会】

- 1) Urabe T, Ikejiri Y, Taguchi S, Nakao M: Ultrasonographic validation of supra-inguinal fascia iliaca block (FICB) at infra-inguinal level, Euroanaesthesia 2023, Glasgow, 2023.7.3-5

【全国学会】

- 1) 筒井華子, 中布龍一, 半田 舞, 瀬浪正樹: 下肢の複合性局所疼痛症候群 (CRPS) にステロイド併用静脈内局所ブロックが奏功した1例, 日本ペインクリニック学会第57回学術集会, 佐賀, 2023.7.15

【学会地方会】

- 1) 筒井華子, 中布龍一, 瀬浪正樹: 外傷性脊髄損傷に伴う上肢痛に対して星状神経節近傍レーザー照射が有効であった2例, 日本ペインクリニック学会第4回中国・四国支部学術集会, 高知, 2024.2.3

【地方研究会】

- 1) 堀紘太郎, 筒井華子, 平林勇人, 黒田皓二郎, 卜部智晶, 撰 圭司, 中布龍一, 瀬浪正樹: 帝王切開手術後にリトドリン関連性の肺水腫を発症した1例, 第68回広島麻酔医学会, 広島, 2024.1.27

眼 科

- 1) Sone T, Nikaido T, Hirota K: A New Continuous Two-point Traction Suture Technique for Glaucoma Filtration Surgery, 35th International congress of German Ophthalmic Surgery. Nuremberg, 2023.6.15-17

産 婦 人 科

【全国学会】

- 1) 野田 望: 帝王切開提言の取り組みとしての人工羊水注入療法の成績, 第75回日本産婦人科学会, 東京, 2023.5.13
- 2) 松島彩子, 野田 望, 張本 姿, 上田明子, 坂下知久: 切迫早産・早産既往がある妊婦に対する予防的頸管縫縮術による入院日数短縮効果の検討, 第59回日本周産期・新生児医学会, 名古屋, 2023.7.9
- 3) 上田明子, 坂下知久: IA期の漿液性表在性乳頭状腺癌(SSPC)の一例, 第65回日本婦人科腫瘍学会, 松江, 2023.7.15

【学会地方会】

- 1) 松島彩子, 柴村奈月, 野田 望, 上田明子, 坂下知久: 骨盤位に対する外回転術の成績と安全対策, 第74回広島産科婦人科学会, 広島, 2023.9.3
- 2) 柴村奈月, 上田明子, 野田 望, 松島彩子, 坂下知久: サルモネラ感染による付属器炎・骨盤腹膜炎の一例, 第75回中国四国産科婦人科学会, 松江, 2023.9.18

放 射 線 科

【地方研究会】

- 1) 森 浩希: 鎖骨病変の一例, 第440回広島大学放射線診断科 Web カンファレンス, 広島, 2023.7.13
- 2) 森 浩希: 画像ビューアと遠隔画像診断と例のあの問題と, 第456回広島大学放射線診断科 Web カンファレンス ミニレクチャー, 広島, 2024.1.18
- 3) 森 浩希: 画像診断がつなく整形外科疾患と全身疾患, 第74回尾道市整形外科医会, 尾道, 2024.2.8
- 4) 森 浩希: 遠隔画像診断の取り組み, 第46回広島県農村医学研究会, 広島, 2024.2.17

歯科口腔外科

【国際学会】

- 1) Ito N, Koizumi K, Shintani T, Asada Y, Fukutani T, Hamada A, Yamasaki S, Hamana T, Yoshioka Y, Yanamoto S: Investigation of Local Recurrence of Oral Cancer: Relationship with Anatomical Landmarks in Cases of Backward Progression, 9th World Congress of the International Academy of Oral Oncology 2023, Incheon, 2023.11.1-4
- 2) Higaki M, Koizumi K, Ando T, Obayashi T, Ito N, Shintani T, Hamana T, Yoshioka Y, Tani R, Yanamoto S: Clinical significance of extranodal extension of cervical lymph node metastasis in oral squamous cell carcinoma, 9th World Congress of the International Academy of Oral Oncology 2023, Incheon, 2023.11.1-4
- 3) Hamada A, Koizumi K, Fukutani T, Yamasaki E, Uehara T, Eboshida N, Nobumoto T, Higaki M, Obayashi F, Yamasaki S, Ito N, Ishida Y, Hamana T, Yoshioka Y, Tani R, Yanamoto S: Clinical analysis of the elderly patients with oral squamous cell carcinoma, 9th World Congress of the International Academy of Oral Oncology 2023, Incheon, 2023.11.1-4
- 4) Obayashi F, Koizumi K, Higaki M, Ito N, Nobumoto T, Fukutani T, Hamada A, Yamasaki S, Ishida Y, Ando T, Hamana T, Yoshioka Y, Shintani T, Tani R, Yanamoto S: A Retrospective Study of High-risk Factors for Metastasis in Patients with Resected T1-2N0 Tongue Cancer, 9th World Congress of the International Academy of Oral Oncology 2023, Incheon, 2023.11.1-4
- 5) Eboshida N, Hamada A, Asada Y, Ueda Y, Uehara T, Odawara A, Yamasaki E, Matsuyama T, Okamoto K, Fukutani T, Nobumoto T, Obayashi F, Ito N, Ishida Y, Higaki M, Yamasaki S, Hamana T, Koizumi K, Yoshioka Y, Tani R, Yanamoto S: Secular Changes of Circulating Tumor Cells and Cell-free DNA in Blood with Oral Squamous Cell Carcinoma, 9th World Congress of the International Academy of Oral Oncology 2023, Incheon, 2023.11.1-4

【全国学会】

- 1) 石田康隆, 小泉浩一, 檜垣美雷, 大林史誠, 伊藤奈七子, 山崎佐知子, 浜名智昭, 吉岡幸男, 谷亮治, 柳本惣市: 口腔癌N1症例に対する頸部郭清術の検討, 第68回日本口腔外科学会総会・学術集会, 大阪, 2023.11.10-12
- 2) 檜垣美雷, 小泉浩一, 安藤俊範, 上田結芽, 濱田充子, 山崎佐知子, 浜名智昭, 吉岡幸男, 谷亮治, 柳本惣市: 口腔扁平上皮癌における頸部リンパ節転移の節外浸潤進達度の臨床的意義, 第68回日本口腔外科学会総会・学術集会, 大阪, 2023.11.10-12
- 3) 伊藤奈七子, 小泉浩一, 新谷智昭, 麻田恭之, 烏帽子田夏希, 松山たかも, 岡本健人, 福谷多恵子, 大林史誠, 檜垣美雷, 濱田充子, 山崎佐知子, 浜名智昭, 吉岡幸男, 谷亮治, 柳本惣市: 口腔扁平上皮癌手術症例の局所再発に関する解剖学的構造について, 第68回日本口腔外科学会総会・学術集会, 大阪, 2023.11.10-12
- 4) 大林史誠, 小泉浩一, 檜垣美雷, 濱田充子, 伊藤奈七子, 山崎佐知子, 浜名智昭, 吉岡幸男, 谷亮治, 柳本惣市: T1-2N0舌癌切除症例におけるハイリスク因子に関する後方視的検討, 第68回日本口腔外科学会総会・学術集会, 大阪, 2023.11.10-12
- 5) 大町香衣, 寿賀野大志, 上田結芽, 伊藤翼, 松井健作, 河本遥, 新保慶輔, 桐山健, 神田拓: カスタムメイドシステムによる再建を行った下顎骨放射線性顎骨壊死の2例, 第68回日本口腔外科学会総会・学術大会, 大阪, 2023.11.10-12

- 6) 大鶴光信, 坂本由紀, 上田順宏, 近藤英司, 兒島由佳, 山村佳子, 六反田賢, 岩田英治, 上田眞道, 中原寛和, 長谷川巧実, 山崎佐知子, 明見能成, 小林雅史, 佐渡友浩, 神田 拓, 伊藤 翼, 石橋謙一郎, 五月女さき子, 鳴瀬智史, 梅田正博: 薬剤関連顎骨壊死 (MRONJ) の画像分類に関する多機関共同観察研究, 第68回日本口腔外科学会総会・学術大会, 大阪, 2023.11.10-12
- 7) 柳本惣市, 山川延宏, 山田慎一, 長谷川巧実, 武田大介, 鈴木崇嗣, 松山たまも, 大林史誠, 山崎佐知子, 福谷多恵子, 青木隆幸, 上田倫弘, 太田嘉英: 高齢口腔癌患者に対する手術療法: 手術 WG (切除), 第42回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会, 札幌, 2024.1.25-26
- 8) 濱田充子, 大林史誠, 烏帽子田夏希, 松山たまも, 林 靖也, 信本忠義, 檜垣美雷, 福谷 多恵子, 山崎佐知子, 伊藤奈七子, 石田康隆, 小泉浩一, 吉岡幸男, 谷 亮治, 柳本惣市: 口腔扁平上皮癌患者に対してがん遺伝子パネル検査を施行した4例, 第42回日本口腔腫瘍学会総会・学術大会, 札幌, 2024.1.25-26.

【学会地方会】

- 1) 上原 輝, 大林史誠, 伊藤奈七子, 浜名智昭, 小泉浩一, 柳本惣市: 小児に発症した Orofacial granulomatosis の2例, 第70回 NPO 法人日本口腔科学会中国・四国地方部会, 倉敷, 2023.10.7
- 2) 檜垣美雷, 小泉浩一, 安藤俊範, 濱田充子, 伊藤奈七子, 大林史誠, 麻田恭之, 上田結芽, 上原輝, 小田原愛里, 山崎恵里佳, 烏帽子田夏希, 松山たまも, 岡本健人, 福谷多恵子, 田口有紀, 山崎佐知子, 浜名智昭, 吉岡幸男, 谷 亮治, 柳本惣市: 口腔扁平上皮癌における頸部リンパ節転移の節外浸潤進達度の予後に及ぼす影響, 第62回広島県歯科医学会第107回広島大学歯学会例会, 広島, 2023.11.26

病理研究検査科

- 1) 羽原幸輝, 中嶋愛海, 神田真規, 佐々木健司, 米原修治, 西田賢司: 膀胱原発明細胞癌の尿中細胞所見, 第64回日本臨床細胞学会総会春期大会, 名古屋, 2023.6.9
- 2) 佐々木健司, 中嶋愛海, 羽原幸輝, 神田真規, 米原修治: 腭上皮内癌の腭液細胞像, 第62回日本臨床細胞学会秋期大会, 福岡, 2023.11.4

臨床研修科

【全国学会】

- 1) 徳野友也: 出血が原因と考えられた感染性肝嚢胞の1例, 第85回日本臨床外科学会総会, 岡山, 2023.11.16

【学会地方会】

- 1) 佐々木澄子, 飯尾澄夫, 久保浩介, 圓山 聡, 池田守登, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典, 片村嘉男, 北村正輔, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 米原修治: 空腸間膜原発 Castleman 病の1例, 第119回日本消化器病学会中国支部例会, 岡山, 2023.6.24
- 2) 小方智景, 清水晃典, 花田敬士, 津島 健, 池田守登, 久保浩介, 圓山 聡, 飯尾澄夫, 平昭衣梨, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 米原修治, 田妻 進: 浸潤性膵管癌への移行像を経時的に捕捉できた限局性膵萎縮の一例, 第130回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 **研修医奨励賞 優秀賞受賞**, 広島, 2023.7.9
- 3) 徳野友也, 露木佳弘, 中西 雄, 角本慎治, 阿部公亮, 濱井宏介: 小細胞肺癌患者に細菌性心膜

炎による心タンポナーデをきたした1例, 第68回日本呼吸器学会中国・四国地方会, 高松, 2023.7.15-16

- 4) 柴村英真, 仁科麻衣, 山木 実, 倉吉 学, 中原雅浩, 岡田康平, 則行敏生: 複数科の介入により改善を得た Lemierre 症候群の1例, 第98回中国四国外科学会総会, 徳島, 2023.8.31
- 5) 堀紘太郎, 圓山 聡, 片村嘉男, 平野巨通: Sclerosing sngiomatoid nodular transformation の1例, 第129回日本内科学会中国支部例会, web, 2023.10.21
- 6) 河野岳人, 露木佳弘, 中西 雄, 中野美美, 角本慎治, 阿部公亮, 宇根一暢, 濱井宏介: DIC、多臓器不全をきたした日本紅斑熱の一例, 第129回日本内科学会中国支部例会, web, 2023.10.21
- 7) 加藤一輝, 若井雅貴, 延藤大樹, 池田守登, 圓山 聡, 飯尾澄夫, 平昭衣梨, 津島 健, 清水晃典, 北村正輔, 片村嘉男, 小野川靖二, 平野巨通, 花田敬士, 田中信治: 胆嚢管癌術後に壊死性食道炎を発症した1例, 第131回日本消化器内視鏡学会 中国支部例会, 松江, 2023.11.18
- 8) 奥村美月, 富岡啓太, 横畑宏樹, 小林美咲, 市場啓嗣, 村上 光, 山岡尚平, 本村あい, 岩瀧真一郎: 先行感染を契機に歩行障害を認め、異なる経過をたどった2症例, 第180回日本小児科学会広島地方会, 広島, 2023.12.17

【全国研究会】

- 1) 福元 壮, 山本悠司, 柳川泉一郎, 鷹屋桃子, 網岡 潤, 金子佑妃, 渡邊淳弘, 仁科麻衣, 真島宏聡, 寿美裕介, 吉山知幸, 山木 実, 倉吉 学, 大下彰彦, 中原雅浩, 則行敏生: 胃癌術後の肝転移再発に対して2度の肝切除を行い5年無再発中の1例, 第45回日本癌局所療法研究会, 東京, 2023.6.2

【地方研究会】

- 1) 徳野友也, 大下彰彦, 竹井大祐, 中川哲志, 塩崎翔平, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 倉吉学, 中原雅浩: 出血を契機に発症した感染性肝嚢胞の1例, 第76回広島医学会総会, 広島, 2023.11.26
- 2) 奥村美月, 竹井大祐, 大下彰彦, 中川哲志, 塩崎翔平, 寿美裕介, 柳川泉一郎, 山本悠司, 倉吉学, 中原雅浩: 神経線維腫症1型に合併した消化管腫瘍の1例, 第76回広島医学会総会, 広島, 2023.11.26
- 3) 堀紘太郎, 筒井華子, 平林勇人, 黒田皓二郎, 卜部智晶, 撰 圭司, 中布龍一, 瀬浪正樹: 帝王切開手術後にリトドリン関連性の肺水腫を発症した1例, 第68回広島麻酔医学会, 広島, 2024.1.27

看 護 科

【全国学会】

- 1) 貝原恵子, 村上美香, 中本智子, 藤本英子, 栗原大貴, 高橋謙吾, 下岡由紀, 松谷郁美, 吉岡佳奈子, 城谷千尋, 村上みなみ, 柏原佳子, 加藤貴子, 江崎 隆, 小野川靖二: 当院の胃内残留マニュアルの作成, 第38回日本臨床栄養代謝学会学術集会, 神戸, 2023.5.9-10
- 2) 小田原めぐみ, 浅利千晴, 中上小百合, 藤原ちえみ, 重廣奈緒子, 豊田直之, 岡本尚子, 奥河知恵, 中村達也, 浜本悠香, 濱井宏介, 中布龍一, 高澤信好, 則行敏生: 緩和ケアセンターに相談のあった「がんと認知症」に関する相談内容の分析, 第28回日本緩和医療学会学術大会, 神戸,

2023.6.30

- 3) 植村瑞枝, 小林真由子, 三藤千波, 佐藤裕子: ICU メモリーツールとダイアリー併用による患者の体験と記憶, 第19回日本クリティカルケア看護学会学術集会, 東京, 2023.7.1-2
- 4) 楠見朗子, 増田尚美, 村上直己, 高垣友則, 花田敬士: 内視鏡室における臨床工学技士との業務協働と分業, 第33回日本臨床工学会, 広島, 2023.7.21-23

【学会地方会】

- 1) 石橋 操, 定時宏美, 小田原めぐみ, 藤原ちえみ, 中上小百合, 則行敏生: 外来看護における意思決定支援と緩和ケアの現状分析～アドバンスケアプランニングの概念を用いたアンケートを実施して～, 日本緩和医療学会 第5回中国・四国支部学術大会, 香川, 2023.8.26
- 2) 中上小百合, 藤原ちえみ, 小田原めぐみ, 金子佑妃, 吉山知幸, 橋詰淳司, 則行敏生: 当院の看護外来における乳がん患者へのカウンセリングの現状と課題, 第20回日本乳癌学会中四国地方会, 広島, 2023.9.22-23

【地方研究会】

- 1) 貞安妙美: 糖尿病を持つ人への療養支援～薬剤師さんに知ってもらいたいポイント～, 広島県病院薬剤師会東支部研修会, web, 2023.3.26
- 2) 東舎見真, 小林雄一: 認定看護師の継続的教育による効果, 第46回尾三医学会, 尾道, 2023.9.3

薬 劑 科

【全国学会】

- 1) 別所千枝: 患者エピソードを大切にしたい提案を考える～急性期病院薬剤師の立場から～, 第7回日本老年薬学会学術大会, 福岡, 2023.5.21
- 2) 別所千枝: 入退院時に主眼を置いたポリファーマシーへの薬学的介入, 医療薬学フォーラム 2023, 仙台, 2023.7.23
- 3) 栗原大貴, 岡崎華歩, 井上雄平, 別所千枝, 安原昌子, 小野川靖二: 抗菌薬適正使用支援チーム(AST)の取り組み, 第72回日本農村医学会学術総会, 仙台, 2023.10.19-20
- 4) 高橋謙吾, 別所千枝, 安原昌子, 阿美古将: 急性期病院におけるくも膜下出血術後の脳血管攣縮に対するクラゾセンタンの使用状況調査, 第33回日本医療薬学会年会, 仙台, 2023.11.3-5
- 5) 佐藤一求, 世良真愛子, 川原邦仁, 比良大輔, 栗原晋太郎, 別所千枝, 安原昌子, 本永正矩, 斎藤敦子, 橋詰淳司, 檜井孝夫: がんゲノム医療連携病院におけるがん遺伝子パネル検査の出検状況および薬剤師の関わりについて～現状と課題～, 第33回日本医療薬学会年会, 仙台, 2023.11.3-5

【学会地方会】

- 1) 畝本由貴, 萬光沙紀, 別所千枝, 安原昌子, 中上小百合, 木保正彦, 則行敏生: 終末期がん患者の不眠・せん妄に対するアセナピン舌下錠の使用経験, 日本緩和医療学会第5回中国・四国支部学術大会, 香川, 2023.8.26
- 2) 栗原晋太郎, 岡崎華歩, 世良真愛子, 井上雄平, 栗原大貴, 藤本雅宣, 別所千枝, 安原昌子, 中西雄, 清水晃典, 小野川靖二: 多剤耐性緑膿菌検出の急性胆管炎患者に対して抗菌薬併用療法を

行った一症例, 第62回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会, 高知, 2023.10.29

- 3) 世良真愛子, 佐藤一求, 川原邦仁, 比良大輔, 栗原晋太郎, 別所千枝, 安原昌子: 注射化学療法患者に対する病棟担当薬剤師の疑義照会および医師への提案内容に関する調査と課題検討, 第62回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会, 高知, 2023.10.29
- 4) 藤本雅宣, 久保田典子, 別所千枝, 栗原大貴, 川原邦仁, 松谷郁美, 三島基靖, 安原昌子, 浅利千晴, 心石敬子: 急性期病院の認知症ケアチームにおける薬剤師の処方提案状況について, 第62回日本薬学会・日本薬剤師会・日本病院薬剤師会中国四国支部学術大会, 高知, 2023.10.29

【全国研究会】

- 1) 比良大輔: 知っておきたい抗がん剤の副作用について, リレー・フォー・ライフ・ジャパン2023 広島, 広島, 2023.9.18
- 2) 別所千枝: 精神科薬物療法にも対応できる地域連携を目指して～“にも包括”を意識した薬剤師のかかわり, Live Symposium for Pharmacist Season4, 東京, 2023.10.23

【地方研究会】

- 1) 栗原大貴: 簡易懸濁法について, 第17回 PDN セミナー, 広島, 2023.7.22
- 2) 高橋謙吾: CKD と薬剤～腎臓病療養指導士の役割～, 広島西部薬業連携研修会, 廿日市, 2023.7.25
- 3) 別所千枝: 睡眠障害 患者さんの服薬支援～こんな時どうする?～, 第3回在宅のくすりについて考える多職種連携の会～in 府中～, 府中, 2023.9.27
- 4) 別所千枝: 向精神薬は Yes and No!? 患者背景から向精神薬に関わる秘訣, 最新薬学セミナー, 広島, 2023.11.17
- 5) 別所千枝: 医療安全の視点からの病態に対する関わり方・薬剤の選び方～睡眠障害・せん妄～, 静岡県医療安全セミナー in 中東遠, 静岡, 2023.11.28
- 6) 岡崎華歩: あなたならどうする? 心不全で入院した統合失調症ポリファーマシーの症例, 広島県病院薬剤師会東支部研修会精神科 WG, 福山, 2024.2.16
- 7) 佐藤一求: 胃がん化学療法における副作用モニタリングのポイント, 第5回しまなみオンコロジー薬剤師連携セミナー, 尾道, 2024.2.21
- 8) 藤本雅宣, 栗原晋太郎: 今, 求められている薬剤耐性菌 (AMR) 対策, 尾道市歯科医師会・尾道薬剤師会合同研修会, 尾道, 2024.3.27

臨床工学科

【全国学会】

- 1) 山田和典, 中村元彦, 鮎本隆宏, 川岡卓幸, 西内亮太, 大野みなみ, 村上直己, 吉原美穂, 高垣友則: Biosense Webster 社製 3DCT 作成 Module CARTOMERGE と CARTOSEG の比較検討, 第33回日本臨床工学会, 広島, 2023.7.22

臨床研究検査科

【地方研究会】

- 1) 今里美結：患者由来の冷式抗体により血液型判定に苦慮した一例. **最優秀賞受賞**, 第46回広島県農村医学研究会, 広島, 2024.2.17

栄 養 科

【全国学会】

- 1) 伊藤 栞, 富岡啓太, 重廣奈緒子, 小林美咲, 市場啓嗣, 横畑宏樹, 村上 光, 山岡尚平, 高橋志保, 本村あい, 岩瀧真一郎, 城谷千尋, 浜本悠香, 金子美樹, 吉岡佳奈子：当院における摂食障害に対する行動制限療法・食事対応マニュアルの活用, 第27回日本病態栄養学会年次学術集会, 京都, 2024.1.28

NST 運営委員会

【全国学会】

- 1) 貝原恵子, 中本智子, 村上美香, 藤本英子, 栗原大貴, 高橋謙吾, 下岡由紀, 松谷郁美, 城谷千尋, 村上みなみ, 柏原佳子, 吉岡佳奈子, 加藤貴子, 江崎 隆, 小野川靖二：当院の胃内残留マニュアルの作成, 第38回日本臨床栄養代謝学会, 神戸, 2023.5.10

【地方研究会】

- 1) 小野川靖二：胃瘻の概要と適応, 第17回広島 PDN セミナー, 広島, 2023.7.22
- 2) 小野川靖二：胃瘻造設, 第17回広島 PDN セミナー, 広島, 2023.7.22
- 3) 貝原恵子, 村上美香, 岡本奈緒：口腔ケア・スキンケア・VE, 第17回広島 PDN セミナー, 広島, 2023.7.22
- 4) 松谷郁美, 高橋謙吾, 栗原大貴, 城谷千尋：半固形栄養剤・簡易懸濁, 第17回広島 PDN セミナー, 広島, 2023.7.22

メディア情報

内科

《消化器内科》

- 1) 日経グッデイ. 2023.4.20. web コンテンツ. 急性膵炎の後に気を付けることは 膵臓がんの手術どんなもの. 花田敬士
- 2) 広島の国保. 2023.4.25. 2-5. 地域連携で膵臓がんに挑む. 花田敬士
- 3) 時事メディカル. 2023.7.16. 病診連携で生存率が向上 ～難治の膵がん～. 花田敬士
- 4) 日本経済新聞. 2023.8.12. 7. 大腸がんリスク, 早期に摘む. 田中信治, 小野川靖二
- 5) 朝日新聞. 2023.9.5. 保健文化賞10団体と3人に. 花田敬士
- 6) 文化連情報. 2023.9.28. 第75回保健文化賞を受賞して. 花田敬士
- 7) びんご経済レポート. 2023.10.20. この「人」に聞く. 花田敬士
- 8) 日テレ NEWS24. 2023.12.10. 天皇皇后両陛下「保健文化賞」受賞者と面会. 花田敬士
- 9) 厚生労働省. 2023.12.20. 第75回保健文化賞. 花田敬士
- 10) 広報おのみち. 2023.12. P13. もっと知ってほしい膵臓がんのこと 早期診断はとても大切です. 花田敬士
- 11) もっと！JA ひろしま. 2024.1. 14. 「膵のう胞」といわれたら. 花田敬士
- 12) 日経グッデイ. 2024.3.14. web コンテンツ. あなたの「膵臓」は大丈夫？ 膵炎やがんのリスクを見極める方法. 花田敬士
- 13) 日経ビジネス. 2024.3.21. 「幻のがん」といわれる超早期膵臓がんをつかまえる医師の苦悩. 花田敬士
- 14) 日経ビジネス. 2024.3.27. 「5年以上生きる患者をほぼ見たことがなかった」膵臓がんへの挑戦. 花田敬士

学 術 表 彰

内 科

《消化器内科》

- 1) 花田敬士. 第75回保健文化賞受賞 (厚生労働大臣表彰). 2023年12月
- 2) 花田敬士. JA 広島厚生連職員表彰. 2024年 2 月
- 3) 清水晃典. 第131回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 ワークショップ部門賞. 2023年11月
- 4) 清水晃典. JA 広島厚生連職員表彰. 2024年 2 月

《臨床研修科》

- 1) 小方智景. 第130回日本消化器内視鏡学会中国支部例会 研修医奨励賞. 2023年 7 月

院内カンファレンス

研修医 CPC (2023.4.26)

「原因不明の胆管狭窄から肝硬変に至り食道静脈瘤破裂、肝性昏睡で死亡した一例」

研修医：福元 壮 / 指導医：津島 健

第286回尾道総合病院オープンカンファレンス (2023.4.27)

「当院の膝関節治療～保存治療を中心に～」

JA 尾道総合病院 整形外科 部長 清水 良

第287回尾道総合病院オープンカンファレンス (2024.5.23)

「類型変更後の感染対策について」

広島大学病院 感染症科 教授 大毛宏喜

研修医 CPC (2024.5.24)

「原発性硬化性胆管炎の経過中に急性呼吸不全となり死亡した一例」

研修医：小方智景 / 指導医：津島 健・中西 雄

2023年度第1回地域連携パス勉強会 (2024.6.22)

「不眠やせん妄に使用する薬剤の特徴と注意点」

JA 尾道総合病院 精神科専門薬剤師 別所千枝

第288回尾道総合病院オープンカンファレンス (2024.6.29)

「喘息・COPDの最新治療について」

JA 尾道総合病院 呼吸器内科 部長 阿部公亮

2023地域医療連携のつどい (2024.7.13)

「大腸内視鏡診療の進歩と今後の展開」

JA 尾道総合病院 病院長 田中信治

研修医 CPC (2023.7.26)

「夜間救急受信後、半日の経過で心停止に至った2歳女兒」

研修医：佐々木澄子 / 指導医：岩瀧真一郎

研修医 CPC (2023.9.27)

「急性呼吸不全により死亡に至った一例」

研修医：谷本のりこ / 指導医：中西 雄

三原市消防・尾道総合病院 勉強会 (地域連携講演会) (2023.9.29)

「脳卒中治療における搬送の重要性と、当院における脳卒中治療」

JA 尾道総合病院 脳神経外科 主任部長 阿美古 将

「実際のデバイスによる脳血栓回収療法を実体験」

研修医 CPC (2023.10.25)

「原発不明な巨大肝腫瘍の一例」

研修医：谷 千尋 / 指導医：圓山 聡

2023年度第2回地域連携パス勉強会 (2023.10.26)

「認知症高齢者の転倒予防について」

尾道市立市民病院 認知症看護認定看護師 赤瀬千恵

福山西消防・尾道総合病院 勉強会 (地域連携講演会) (2023.11.2)

「急性心筋梗塞の診断と治療」

JA 尾道総合病院 循環器内科 主任部長 大塚雅也

「カテーテル治療の一連の流れの体験」

JA 尾道総合病院内視鏡センター設立20周年記念講演会

(第289回オープンカンファレンス) (2023.11.27)

「広島大学における内視鏡診療の現状と今後の展望」

広島大学病院 消化器内科 教授 岡 志郎

研修医 CPC (2023.11.29)

「腹膜透析関連腹膜炎ののち腸閉塞をきたした一例」

研修医：岡野義也 / 指導医：江崎 隆

第33回尾三地域がん連携フォーラム (2023.12.1)

「緩和ケア備忘録」

東京女子医科大学病院 がん緩和ケア室 室長 / 消化器内科 (胆・膵専門) 高山敬子

2023年度第3回地域連携パス勉強会 (2024.2.15)

「今からできる認知症ケア～基本のアプローチのあ・い・う・え・お～」

JA 尾道総合病院 認知症看護認定看護師 浅利千晴

2023年度広島県心不全患者在宅支援体制構築事業

第5回広島県心臓いきいき症例検討会・第13回心臓いきいきキャラバン研修 (2024.3.5)

「心臓いきいきキャラバン研修：LVADを織る

～植込み型補助人工心臓装着患者を地域で支えるために～」

広島大学大学院医系科学研究科 循環器内科学 高張 康介

「心臓いきいき症例検討会：症例検討 (グループワーク)」

JA 尾道総合病院 心不全看護認定看護師 西内結香

研修医 CPC (2024.3.28)

「心筋梗塞後の心不全に原因不明の発熱を合併した一例」

研修医：堀 紘太郎 / 指導医：武市一輝

職 場 だ よ り
委 員 会 報 告
院 内 主 要 行 事

職 場 だ よ り

消化器内科

主任部長 小野川 靖 二

2024年4月に医師の交代があり、院長以下12名の陣容で活動しております。当科は消化器内科の各分野である、肝臓、消化管、膵・胆道領域にそれぞれ経験豊かな指導医を配置しており、専門知識を活かしながら、日々の診療および研究に奮闘しています。

診療部門として、内視鏡センター、IBD（炎症性腸疾患）センター、肝臓病センターを展開しており、最新かつ高度な医療を実践しています。特に内視鏡センターは看護科との協働で24時間の対応が可能で、2023年は合計11655件の内視鏡検査を行いました。特に緊急内視鏡検査の増加は著しく、当地区の消化器急性期医療に貢献しております。

医師スタッフ一同、地域の皆様方の御期待に沿えるよう今後とも全力で頑張ります。何卒よろしくお願ひ申し上げます。

腎臓内科

部 長 江 崎 隆

腎臓内科の仕事は、腎不全の進行を抑制し、透析や移植といった腎代替療法を受けなくする、ないしはそれまでの期間を引き延ばしていくことです。実際には腎機能低下した患者さんの日常管理を、生活指導・食事指導・投薬を通して行っていくこととなります。

今まで腎不全の進行を抑制する薬というものはなく、血圧や脂質・血糖・尿酸値などの管理を通して、腎機能悪化を抑制していました。このたび慢性腎臓病にたいして、直接腎保護が認められ保険適応となった薬が登場しました。それはSGLT2阻害薬の一部で、もともと糖尿病の治療薬でしたが、心不全や腎不全の抑制など様々なエビデンスが登場し、糖尿病に遅れて保険収載されました。適応には腎機能や糖尿病合併など一部の薬に制限があるため、導入の際にはちょっと注意が必要ですが、実際投与を行ってみても大きなトラブルがなく導入できています。

腎臓病の治療では、eGFRとアルブミン尿がサロゲートエンドポイントとして利用されます。これは疾患の進行が緩やかで、臨床判定をハードエンドポイント（死亡・腎死・CVDイベント）などに置いていると膨大な時間を要するため、短期で臨床的な有用性を判断できる目安になります。慢性糸球体腎炎（IgA腎症）での活動性の指標としては組織診断が最も重要とされていますが、腎生検は侵襲も大きく気軽に行うことができません。そのため次の指標として、尿蛋白定量（g/gCr）を利用しており、0.5g/gCr以下に持ち込むことが一つの管理目標にもなっています。慢性糸球体腎炎以外にも、ネフローゼ症候群やループス腎炎なども、尿蛋白定量は参考となり、尿蛋白抑制ができなければステロイドや免疫抑制剤などの追加を検討することになります。

この尿蛋白抑制が、SGLT2阻害薬で報告が上がってきており、当院でも新規のCKD患者で尿蛋白陽性の症例に投与してみました。

目的：

CKD 患者にエンパグリフロジンを導入しその臨床評価を行った

方法：

エンパグリフロジンの CKD 適応を受けて、2024年3月から nonDM の CKD 患者にエンパグリフロジンを導入した。そのうち4月までに再診があり、検尿・採血を施行している患者12名でエンパグリフロジン投与開始前後の尿蛋白 (g/gCr) の推移を確認した。

この中で、ネフローゼ症候群の再発や、PSL 治療を調整した血管炎患者の二名を除外し、10名 (IgA 腎4名、腎硬化症2名、ADPKD 1名、FSGN 1名、ORG 1名、膜性腎症1名) で評価を行った。

結果：

尿蛋白は、投与前 1.96 ± 2.42 g/gCr から投与後 1.24 ± 1.41 g/gCr と減少した。符号付順位和検定 $P=0.014$ であった。尿量の増加が2例あった他は大きなトラブルはなかった。

考察：

大規模臨床試験のサブ解析でも報告があるように、糖尿病のない CKD 患者に、エンパグリフロジンを投与すると尿蛋白を有意に抑えることができた。

これらの症例は継続フォロー中で、長期投与での効果を見ていこうと思っています。今後症例が増えれば、活動性が高くステロイドの適応がなくなった IgA 腎症や、もともと治療反応性が悪い FSGN などの上乗せ治療に使えるのではないかと期待しています。

呼吸器内科

主任部長 濱 井 宏 介

呼吸器内科は現在、主任部長の濱井を筆頭に、阿部公亮部長、露木真子医師、勝良遼医師、古月七海医師の計5人体制で診療に当たっています。

2022年に濱井が赴任した際にメンバーが全員代わり、その後も毎年約半数が入れ替わっていますが、近隣の先生方からは年々多くの患者さんをご紹介いただいています。

2023年度の新患は肺がんが127名。肺がん以外の胸部悪性腫瘍として悪性胸膜中皮腫 4名、胸腺癌 3名を紹介いただきました。さらに間質性肺炎は52名を紹介いただきました。気管支鏡検査の件数も2023年度は226件で年々増加しています。

このように呼吸器難病を多く受け入れる一方で、呼吸器疾患以外の併存症をお持ちの患者さんの処方等はできる限り自宅近くにかかりつけ医を作り、そこで処方を継続していただくように説明していますので、その折にはお引き受けいただければ幸いです。

当科は2022年度以降多くの臨床試験に参加し、県外に尾道総合病院の名前をアピールしています。現在も西日本がん研究機構 (West Japan Oncology Group = WJOG)、North East Japan Study Group (NEJSG)、中国・四国呼吸器疾患関連事業包括的支援機構 (CS-Lung) などの複数の臨床試験に参加し、県内外の多くの専門医とも交流を持っています。

現在進行中の試験、または今後参加予定・開始予定の試験を以下に記載しますので、今後とも多くの患者さんのご紹介をよろしくお願いいたします。

- ALK 遺伝子転座陽性非扁平上皮非小細胞肺癌に対する、初回治療としての Brigatinib + Carboplatin + Pemetrexed と Brigatinib の非盲検化ランダム化第Ⅱ相試験 (WJOG14720L 試験)

- TTF-1 陰性の進行再発非扁平上皮非小細胞肺癌に対するカルボプラチン+ nab- パクリタキセル+ トレメリムマブ+デュルバルマブ併用療法 phase II study (WJOG17223試験)
- 切除不能局所進行非小細胞肺癌に対する化学放射線療法後のデュルバルマブ投与中もしくは投与後早期に病勢進行した患者に対する化学療法+デュルバルマブ+トレメリムマブの第II相試験 (NEJ062試験)
- PD-L1 発現50%以上の非扁平上皮非小細胞肺癌に対するペムブロリズマブ単剤とペムブロリズマブ+カルボプラチン+ペメトレキセド併用療法のランダム化第3相試験 (NHO-Pembro NSCLC (LAPLACE-50) 試験)
- 希少な呼吸器疾患の診療実態及び治療の有用性を明らかにするための前向き観察研究 (CS-Lung Rare)
- オシメルチニブ後に再発した EGFR 遺伝子変異陽性肺癌に対するエルロチニブ+ラムシルマブ療法の有効性を real world data を用いて検証する後ろ向き観察研究 (CS-Lung006)
- 高齢肺癌患者の薬物療法における有害事象を老年症候群の観点から評価する前向き観察研究 (CS-Lung007)
- 日本人の進行肺癌患者における静脈血栓塞栓症の予測スコアに関する前向き観察研究 (CS-Lung008)
- 脳転移を有する未治療進行・再発非小細胞肺癌に対するラムシルマブとエルロチニブ併用療法の有効性と安全性に関する第II相試験 (SPIRAL-BRAIN 試験)

〈既に終了したもの〉

- 非小細胞肺癌に対する根治的放射線治療後のデュルバルマブ療法における間質性肺炎発症リスク因子の検討 (VALUE 試験)
- 免疫チェックポイント阻害剤とプラチナを含む化学療法の併用療法による初回治療が無効もしくは治療後に再燃した切除不能な進行・再発の肺扁平上皮癌患者を対象としたシスプラチン, ゲムシタビン, ネシツムマブの3剤併用療法の多施設共同第II相試験 (WJOG14120L 試験)
- COVID-19 ワクチン接種後の進行・再発肺癌患者における免疫チェックポイント阻害剤の安全性及び有効性を評価する多施設後ろ向き観察研究 (NEJ061試験)

循環器内科

個々の患者さんに適したデバイス選択を

主任部長 大塚 雅也

当院循環器内科は、スタッフ6人体制で診療しています。虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈インターベンション、頻脈性不整脈に対するカテーテルアブレーション、徐脈性不整脈に対するペースメーカ込みなど日々行なっています。2023年よりリードレスペースメーカ植え込みを開始しました。リードレスのためリード感染がなく、術後は早期に日常動作を行うことができ、早期に退院できます。美容上も利点があります。前世代製品は主に高齢（80歳以上）の徐脈性心房細動と一部の房室ブロック患者さんを想定していましたが、次世代製品は推定電池寿命の延長（15年程度）や房室同期機能の改善が行われています。このため70歳代後半の患者さんについても想定できるようになりました。適応につきましては相談して頂ければと思います。引き続きスタッフ一同力を合わせて頑張らせて参ります。

外科・内視鏡外科

腹腔鏡手術は新たなステージに…，ロボット支援手術元年。

主任部長 中 原 雅 浩

ついに・・・， やっと・・・， ようやく・・・， という言葉が必要なくらい2024年4月に当院でも待ちに待ったロボット支援手術が導入されました。それに伴い， 5月30日に泌尿器科の前立腺癌， 6月14日に消化器外科の大腸癌， 6月24日に消化器外科の胃癌に対してロボット支援腹腔鏡下手術が開始されました。この2年間， 医報でロボット支援手術機器の有用性， 必要性を述べてきた私には， 尾道総合病院 外科・内視鏡外科の腹腔鏡手術が新たなステージに入った記念すべき年度になりました。現時点（2024年8月10日現在）で大腸癌に対しては17例， 胃癌に対しては5例のロボット支援腹腔鏡下手術を行っており， 全例ロボット支援手術に伴う合併症は認めていません。消化器外科領域のロボット支援手術は順調に滑り出した， と言えます。今後は， 8月14日に膵癌に対して導入され， 以降は肝癌， 肺癌に対しても導入予定です。当科の通常の腹腔鏡手術は十分に成熟された感がありますが， ロボット支援手術は， まだまだハイハイを始めた幼児の様な状況なので， 適切な適応症例を選び， 無理せず安全に油断する事なく慎重に症例を積み重ねていかないとはいけません。

ロボット支援腹腔鏡下手術は， 2年前の医報でも述べましたが， 以下の様な大きなメリットがあります。1) アームの多関節機能；アームの先端を曲げたり伸ばしたり回転させたりと， 自由に動かすことができるため， 限られた空間で細かい作業を行い易くなる。2) 手ぶれ防止機能；非常に細かい作業を行う際に， コントローラーを動かす医師の手元が震えても， 手ぶれ防止機能によりロボットアームにつけた器具は震えない。3) 手の動きを縮小する機能；医師の手元の動きを縮小しアームに伝える機能があるため， 縫合などの繊細な作業も容易になる。4) 三次元立体映像の内視鏡カメラ；ロボット支援手術の内視鏡カメラは， フルハイビジョンの高画質で三次元立体画像を映し出すため臓器を立体的にイメージすることが出来て， 手術をより容易に行える。

その結果， ロボット支援腹腔鏡下手術は従来の腹腔鏡手術に比べよりクオリティの高い手術が行えると思われまます。

一方で， デメリットもあります。現時点で当院で最もロボット支援手術を経験している私を感じたロボット支援腹腔鏡下手術に対するデメリットを3点述べたいと思います。

第一に， 通常の腹腔鏡手術に比べ把握できる視野が狭い事です。開腹手術から腹腔鏡手術に移行した際に感じた印象と同様です。ロボット支援手術は， 3Dカメラが局所をより鮮明に映すことができ繊細で精緻な手術が行える事の裏返しで， カメラの視野外の状況は把握しにくくなっています。また術者は， 機器の特性から手術手技が（不謹慎かもしれませんが）ゲーム感覚となり， さらに視野が狭いため手術に没入してしまいがちです。そのためロボット鉗子の動きが把握できず視野外で臓器損傷を起こす可能性があり， 視野外の状況には十分な注意が必要です。またコンソールは患者から離れた場所にあるため， 患者の腹腔内でのロボット鉗子の方向がイメージしにくく（これはロボット支援手術に対する慣れの問題かもしれませんが・・・）， 常に鉗子動作の制限， 鉗子同士の干渉に注意する必要があります。

第二に， 人間にとって対象物の性状を認識するために必要な触覚， 圧覚が無い事です。ロボット支援手術では術者はコンソールの鉗子で手術操作を行うため， 患者内のロボット鉗子の触覚， 圧覚が， 当然ですが全くありません。そのため， 術者は視覚のみで鉗子の把持力， 牽引力， 組織の性状をイメージする必要があります。そのイメージに差異があるとロボット鉗子の把持による組織損傷が起こります。また組織の硬さも視覚で判断するしかありません。これはかなり大きなデメリットです。開腹手

術から腹腔鏡手術への移行期でも当初は触覚, 圧覚の欠如が危惧されましたが, 術者は鉗子を直接把し操作するため, 腹腔鏡手術に熟練してくると鉗子越しの触覚, 圧覚により組織の性状が把握できるようになりました。将来的にはコンソールでの操作でも鉗子の触覚, 圧覚が把握できるようにロボット支援機器も進歩すると思いますが, 現時点では視覚のみで組織の性状を把握し組織損傷に注意しながら手術を進めるのは結構なストレスです。

第三に, 腹腔鏡手術に比べエネルギー・デバイスがまだまだプアな事です。ロボット支援手術で使用できるエネルギー・デバイスは電気メスが主です。電気メスとハサミによる組織の剥離, 血管の同定, 処理などの操作では出血, 組織の熱損傷に対して非常に気を使い, 疲れます。そのためロボット支援手術では手術時間が長くなります。他のエネルギー・デバイスも有るのはありますが, サイズ, 形状からアメリカ人に比べ, より精緻で繊細な手術を行っている日本人には, ……㊦のような道具で, まだまだ進歩が必要な状況と思われます。

現時点では私にとってロボット支援手術は, デメリットがメリットを凌駕していると思われロボットに使われながら手術を行っている感じがしますが, 一層精進して(症例を重ねて)早くロボットを自在に使用して, 通常の腹腔鏡手術よりクオリティの高いロボット支援腹腔鏡下手術が行えるようにならないといけない, と思っています。

最後に, 2024年度の外科・内視鏡外科のスタッフを紹介します。消化器外科: 上部消化管(山本, 柳川), 下部消化管(中原, 倉吉, 小野), 肝胆膵(大下, 竹井, 大塚), 乳腺外科: 橋詰, 呼吸器外科: 則行, 山木, 仁科, 後期研修医: 塩崎, 山口, 中川, です。下部消化管スタッフが寿美から小野, 後期研修医が渡邊から山口に交代して若いスタッフによるパワーが更に加わりました。また, 肝胆膵スタッフに大塚が加わり, 肝胆膵が一人増員となりこの領域に対する外科治療の充実が期待できると思います。これからも医療の質を落とすことなく, 更なる高みを目指し切磋琢磨して, 引き続き地方の病院でも中央と同等レベル以上の医療の提供を行っていきたいと思っています。

外科・内視鏡外科年間手術症例数 (2023.4-2024.3)

	手術件数	うち鏡視下手術件数
消化器;		
上部消化管(食道, 胃, 十二指腸)	127	111
下部消化管(小腸, 大腸, 肛門)	408	301
肝, 胆, 膵, 脾	324	264
その他(鼠経ヘルニアなど)	214	146
乳腺;	164	2
呼吸器;	146	138
末梢血管(CAPD 関連);	134	0
頭頸部, 体表, 内分泌;	4	0
小児外科;	7	7
外傷;	4	0
合計	1532	969

呼吸器外科

不適切にもほどがある

主任部長 山 木 実

『不適切にもほどがある』は、NHK 連続テレビ小説『あまちゃん』や、NHK 大河ドラマ『いだてん』の脚本家、宮藤官九郎氏がオリジナル脚本を手掛けたヒューマンコメディです。主人公は1986年（昭和61年）から2024年（令和6年）にタイムスリップしてしまった“昭和のダメおやじ”体育教師の小川市郎。彼の“不適切”な言動がコンプライアンスで縛られた令和の人々に考えるヒントを与えたテレビドラマです。毎回、昭和と令和のギャップなどを小ネタにして爆笑を誘いながら、「多様性」「働き方改革」「セクハラ」「分類」「寛容」などの社会的なテーマをミュージカルシーンに昇華し、コンプライアンス社会に一石を投じた話題のテレビドラマでした。

1986年に中学生だった私も、楽しく見させてもらいました。通学していたのは、地方の公立中学校でしたので、『スクールウォーズ』や『今日から俺は』に出てくるような恰好をした同級生もいました。多くの生徒が自転車通学でしたが、なぜ自転車のハンドルを上げるのか、よくわかりませんでした。不適切な出来事はたくさんありましたが、今思えば、様々な人たちと接したのもいい経験になりました。

肺癌外科治療に関しては、平成から令和となり大きな変化がありました。区域切除の臨床試験の結果が示され¹⁾、右肺下葉の末梢に存在する1.2cmの肺腺癌に対し右下葉切除を行うと、今や『不適切にもほどがある』と言われるかもしれません。また、免疫チェックポイント阻害剤などの登場により、肺癌の薬物療法は大きく進歩しています。切除を試みるも胸膜播種のため切除できなかった肺癌症例が、免疫チェックポイント阻害剤で病変が消失し5年以上の長期生存を認めた症例も経験しました。半面、免疫チェックポイント阻害剤特有の有害事象で、非常に難渋した症例もありました。肺癌の薬物療法は、従来の抗癌剤と分子標的薬、免疫チェックポイント阻害剤の併用、使い分けがますます複雑となっています。今後は、薬物療法の進歩により、切除不能であった進行肺癌に対し、薬物療法・放射線治療を組み合わせた治療により切除可能となる症例も増加してくるのではないかと予想されます。さらに、術前術後補助療法の適応症例も増加してくると予想されます。速やかに補助療法に移行できるよう、今まで以上に、術後合併症を少なくする安全な手術が必要とされると思います。

呼吸器外科は則行、山木、仁科の3人体制で診療しています。手術の多くは、山木、仁科で対応しています。地域の先生方からの紹介で、2023年度は、118例の呼吸器外科手術を施行、そのうち原発性肺癌の手術は49例でした。呼吸器内科、放射線科の先生方とも協力し、尾三地域の医療に引き続き貢献できるよう頑張っていきたいと思っています。

1) Saji H, Okada M, Tsuboi M, et al. Segmentectomy versus lobectomy in small-sized peripheral non-small-cell lung cancer (JCOG0802/WJOG4607L) : a multicentre, open-label, phase 3, randomised, controlled, non-inferiority trial. Lancet. 2022 ; 399 (10335) : 1607 - 17.

整形外科

主任部長 盛 谷 和 生

整形外科のスタッフは現在、田中先生、清水先生、松浦先生、岡田先生、そして私の5人体制で診療をおこなっています。2023年度の手術症例は876例と前年度より増加していますが、2024年度からの働きかた改革により、当直後の代替休暇や時間外の月80時間以内という規制があるため、これ以上の増加は困難かもしれません。

当院では2023年11月からロボットを使用して人工膝関節置換術を行っています。手術時間は少し長くなり、傷が少し増えますが、より正確に骨切りができ、軟部組織バランスがよりよくなることで、短期であります術後成績は良好です。また、人工股関節置換術をこれまで当科で施行していませんでしたが、松浦先生が海外での研修を終え、2024年3月から手術を開始しています。術後成績も良好です。今後とも宜しくお願いします。

脳神経外科

主任部長 阿 美 古 将

医療圏の特性上、脳卒中・頭部外傷などの救急医療を中心に診療をおこなうとともに、未破裂脳動脈瘤に対する開頭手術・血管内手術、血行再建術などの脳卒中予防のための治療に力を入れています。また地域の中核病院として脳神経外科手術全般に対応していますので、脳腫瘍手術や頭蓋底手術、三叉神経痛・顔面けいれんなどに関する治療を積極的におこなっております。また、小児科と連携し、小児神経外科にも対応しております。特殊外来として、第一金曜日午後には広島大学脳神経外科のてんかん外科専門医によるてんかん外来もおこなっております。日本脳神経外科医3名（うち、日本脳神経血管内治療学会専門医2名）に増員となり、365日24時間体制で脳神経外科診療をおこなっています。脳外科医師・病棟看護師・リハビリスタッフ・放射線技師・臨床工学技士・MSW（医療ソーシャルワーカー）など多職種と連携したチーム医療にて、日々努力邁進しております。

主な症状・対象疾患

脳卒中（くも膜下出血・脳梗塞・脳出血）全般

（脳動脈瘤に関しては開頭クリッピング術・血管内手術ともに対応。脳梗塞に関してはtPA静注療法、急性期血行再建術（カテーテル治療）にも対応。脳出血に対しては神経内視鏡を用いた低侵襲での血腫除去術にも対応。）

未破裂脳動脈瘤（脳動脈瘤クリッピング術・コイル塞栓術・フローダイバーター治療）

内頸動脈狭窄症（血栓内膜剥離術・ステント留置術）

頭蓋内主幹動脈閉塞・モヤモヤ病（バイパス術）

脳動静脈奇形・硬膜動静脈瘻（脳血管内手術・開頭手術）

脳腫瘍（良性・悪性脳腫瘍に対する開頭腫瘍摘出術、頭蓋底手術など）

頭部外傷（慢性硬膜下血腫・急性硬膜下血腫・硬膜外血腫）

顔面けいれん、三叉神経痛に対する神経血管減圧術、水頭症

専門分野

血行再建術（バイパス術・内頸動脈血栓内膜剥離術）をはじめ、頭蓋底手術、三叉神経痛や顔面けいれんに対する微小血管減圧術も積極的におこなっております。また、脳血管内手術についても積極的に行っております。術中モニタリング（SEP MEP VEP ABR AMR）、蛍光血管撮影、ナビゲーションシステム、超音波血流計などを備え、安全かつ低侵襲な手術を心がけております。

診療実績：年間手術件数494件（うち、脳血管内手術170件）

医師資格

阿美古 将

- ✓日本脳神経外科学会 専門医・指導医
- ✓脳卒中の外科学会 技術認定医・指導医
- ✓日本脳神経血管内治療学会 専門医・指導医
- ✓日本脳卒中学会 専門医・指導医
- ✓日本神経内視鏡学会 技術認定医

橋本 幸繁

- ✓日本脳神経外科学会 専門医・指導医
- ✓日本脳神経血管内治療学会 専門医

土江 遼平

泌尿器科

主任部長 角 西 雄 一

泌尿器科は、2022年度と同様に2023年度も角西雄一、岩本秀雄、白根 聡の常勤医3人体制で診療を行いました。ただこの間に当院で初期研修を行った柴村英真が2024年4月から加わり念願の増員、4人体制となっております。

2023年度の手術件数（ESWLを除く）は395件で、前年より増加しておりました。主な手術内容は経尿道的膀胱腫瘍切除術114件、腹腔鏡下前立腺全摘術35件、腹腔鏡下膀胱全摘術9例、腹腔鏡下腎摘除術9例、腹腔鏡下腎部分切除術14例、腹腔鏡下尿管全摘術15例などです。泌尿器科領域の手術においては、より患者様に負担が少なく、安全、細やかな手術である腹腔鏡手術を精力的に行っております。2002年から現在まで約1000例施行しており、2023年度は89例に行いました。少数ですが腎盂形成術、精索静脈瘤手術なども腹腔鏡下に行い、それぞれ術後経過は良好です。2013年に導入した前立腺癌に対する腹腔鏡手術は現在330例を超えましたが、いよいよ2024年5月からは手術支援ロボット ダヴィンチによるロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺全摘術を導入いたします。ロボット支援腹腔鏡下手術は、患者様の負担が少なく、手術成績や合併症に優れた手術方法です。腹腔鏡で体腔内の様子を見ながらロボットアームを操作して緻密で正確な手術を行います。日本では2012年にダヴィンチによるロボット支援腹腔鏡下根治的前立腺全摘術が保険適応となり、それ以降急速に普及してきました。現在では前立腺全摘除術の80%以上がこの手術方法で行われ、安全性が確立された標準的な手術となっております。

尿管結石にたいしては外来でEDAP社のSonolith i-moveによる体外衝撃波結成破碎術（ESWL）

を行っています。2023年度の新規 ESWL 患者は31例であり, ESWL 困難症例にたいしては短期入院での経尿道的レーザー碎石術を施行しております。

手術のみならず, 限局性前立腺癌に対するホルモン併用放射線療法, 去勢抵抗性前立腺癌に対する新規ホルモン薬やドセタキセル・カバジタキセルによる化学療法, 進行腎癌や尿路上皮癌に対する免疫チェックポイント阻害薬での治療も積極的に行っています。2023年からは前立腺癌にたいする放射線治療時の直腸被爆を軽減させる直腸ハイドロゲルスパーサー注入や, 膀胱癌にたいする経尿道的手術時にアミノレブリン酸を用いた光力学的診断も開始いたしました。

常に最新の医療を提供できますよう, これからも日々努力し, 尾三地区の医療に貢献したいと考えておりますので今後とも宜しくお願い申し上げます。

耳鼻咽喉科

主任部長 石 井 秀 将

まず耳鼻咽喉科医師の異動ですが, 高橋紗央里, 渡部真, 藤田陸登が退職し, 新たに津田鮎子, 白杵直人が着任しました。最近の若手医師は短期間で異動することが多くなっています。言語聴覚士は2名のうち1名が退職した後に欠員の補充が無く, 現在当院の言語聴覚士は山根利予子一人のみとなっています。従来, 嚥下機能検査は耳鼻咽喉科医と言語聴覚士で行っていたのですが, 言語聴覚士が多忙で検査の介助に就くことが出来ない状態が続いています。広島県では小児難聴の専門医療機関が広島市内に偏在しており, 当院が県東部の拠点となることが期待されていますが, 言語聴覚士が増員されないことには対応は不可能です。

2023年の耳鼻咽喉科の入院患者数はのべ536名, 頭頸部がんの新規登録患者数は82名, 手術件数は330件でした。小児の扁桃摘出術の件数は年々減少しており, 尾三地区の少子化の影響と考えられます(私の母校である土堂小学校もついに長江小, 久保小と統合されることになってしまいました)。一方で好酸球性副鼻腔炎の患者が増加しています。好酸球性副鼻腔炎は両側多発性の鼻茸を特徴とし, 早期から嗅覚障害を呈し, 気管支喘息(特にアスピリン喘息)を合併することが多い難治性の副鼻腔炎です。ステロイド以外の薬物療法には抵抗性で, 多くの場合は内視鏡下副鼻腔手術の適応となります。マイクロデブリッターを用いて鼻茸を全て切除し, 手術用ナビゲーションシステムを駆使しながら両側上顎洞・篩骨洞・前頭洞・蝶形骨洞を全て開放する“汎副鼻腔手術”を行うこととなり, 全身麻酔下に2時間から3時間かけて行う手術となります。手術後の鼻茸再発の頻度も高く, 複数回の再手術や抗体製剤(デュピルマブ)が必要となることも少なくありません。今後さらに病態が解明され, 新しい治療法が開発されることが期待されます。

2023年 耳鼻咽喉科手術件数 : 330件

(主な手術内容)

内視鏡下鼻副鼻腔手術	107件
口蓋扁桃摘出術・アデノイド切除術	67件
耳下腺・顎下腺手術	26件
気管切開術	25件
鼓膜形成術・鼓室形成術	16件
甲状腺手術	16件
頸部郭清術	14件
顕微鏡下喉頭微細手術	12件
先天性耳瘻管摘出術	8件
顎顔面骨折観血的手術	5件
口腔悪性腫瘍手術	4件
咽頭・喉頭悪性腫瘍手術	3件
涙嚢鼻腔吻合術	3件
甲状舌管嚢胞摘出術	2件
鼻副鼻腔悪性腫瘍手術	1件

『着任医師』

津田 鮎子 2019年3月川崎医科大学卒

2023年8月着任(前任地: 広島赤十字原爆病院)

白杵 直人 2015年3月広島大学卒
2024年4月着任（前任地：広島赤十字原爆病院）

『退職医師』

高橋 紗央里 2013年3月愛媛大学卒
2023年3月退職（移動先：広島赤十字原爆病院）

渡部 真 2019年3月高知大学卒
2023年7月退職（移動先：中国労災病院）

藤田 陸登 2016年3月広島大学卒
2024年3月退職（移動先：広島大学大学院）

麻 酔 科

主任部長 中 布 龍 一

麻酔科は主に手術麻酔業務に携わっています。当院でのR5年度の年間全手術症例は5247件で、コロナの影響で手術制限をせざるを得なかった前年度と比べて約7.1%増となりました。R5年度の麻酔科関与症例は3200件で、こちらは約6.5%増となりました。R5年4月からト部智晶先生と平林勇人先生が、R6年2月から志水悌先生が赴任となりました。前年度と比べるとマンパワーは一時的にUPしましたが、産休もあり約半年間で元の人数に戻ってしまいました。手術件数は増えており、限られた人員でやりくりするには依然厳しい状況が続いています。ローテーションの初期研修を含め麻酔科医全員で凌いで頑張っています。手術麻酔において硬膜外ブロックは勿論のこと、最近では末梢神経ブロックを数多く行っています。高齢患者の場合、抗血小板薬や抗凝固薬を内服しているため硬膜外麻酔が禁忌となる症例が多く、そのような症例に対しては積極的に末梢神経ブロックを併用しております。末梢神経ブロックの種類としては、腹横筋膜面ブロックや前胸壁ブロック、腕神経叢ブロックなどをよく施行しています。近年は高齢化に伴い、麻酔リスクの高い症例がたくさんありますが、患者様の安全第一を念頭に置いて、麻酔科医全員で引き続き頑張っていきたいと思っております。

ペインクリニック外来はこれまで通り平日の午前中に行っています。帯状疱疹後神経痛や腰下肢痛などの慢性痛を診療しています。近年は薬物療法の比重が高まっているものの、星状神経節ブロックをはじめ様々な神経ブロックを行ったり、レーザーなどの非侵襲的鎮痛療法を行ったりと様々な鎮痛機序の治療法を組み合わせることで疼痛管理を行っています。慢性痛をコントロールすることの困難さを日々痛感していますが、疼痛を緩和させることで日常生活のQOLの改善・維持に貢献できるよう頑張っております。

産 婦 人 科

父子家庭（続編）

主任部長 坂 下 知 久

産婦人科は2023年4月からも5名体制を維持しています。坂下知久（父）、上田明子、松島彩子、野田 望、柴村奈月（娘たち）で相変わらず父子家庭でした。10月には松島彩子が異動になり、後任として豊田祐里子が赴任しました（変わらず父子家庭）。

父は中年男性であるため、娘たちからは「キモい」「臭い（加齢臭）」「鬱陶しい」ときつと思われているはずですが、なんとか付いて来てくれています。余談ながら、NHKの「チョコちゃんに叱られる」によると、中年になると、前頭葉の抑制が低下し、つまらないことを自慢げに話す、駄洒落を言う、セクハラなどの行動が目立つようになるそうです。これを自覚して父は、「要らぬことは言わず（世代間ギャップは超えられない）」、「冗談もほどほどに（面白くなくても愛想笑いをしてくれる）」、「飲み会は、誘われたら行くが（お金だけ出してさっさと引き上げる）こちらからは誘わない（誘われたら断れないだろう）」を心に念じて嫌われぬよう、目立たぬように過ごしています。

2023年度も婦人科手術（産科手術を除く）は379件に増加（2022年度は303件）していました。内訳は悪性腫瘍手術が75件、腹腔鏡下子宮全摘75件、腹腔鏡下付属器腫瘍切除58例などを含めた腹腔鏡手術は147件でありいずれも増加していました。特に腹腔鏡下子宮全摘は広島大学産婦人科関連病院で最多でした。尾三地区の人口は減少傾向ですが、手術が増加しているのは不思議です。一方、分娩数は333件で、過去10年間で最少でした。全国的に出生数が減少していますが、地方ほど減少傾向が顕著です。しかし、2024年4月から近隣のクリニックが分娩取り扱いを終了するため、分娩取り扱い施設は尾道2施設、三原1施設のみとなります。当院の分娩数増加が確実であり、その対応を急いでいます。

地域の産婦人科医療を維持するため、5名の医師が力を合わせて頑張ります。

放射線科

主任部長 森 浩 希

放射線に関連した仕事を長く続けているので、とうとう放射線が眼に見えるようになりました。というのは冗談ですが、放射線が見えるようになれば便利ですよ。

放射線は大別すると2種類あります。ひとつは質量を持つ小さな粒子からなる粒子線。 α 線はヘリウムの原子核、 β 線は電子がその正体です。これらは物質の根源である原子やその構成要素なので、小さすぎて見ることはできません。もうひとつは質量を持たない電磁波で、 γ 線とX線が相当します。これらの正体は電磁波なので光と同一です。眼に見える光よりは波長が短く、高いエネルギーを有していますが、光と何ら違いはありません。ヒトの眼は可視光の領域で、波長の違いを色として識別できるように進化しています。ということは進化の方向が違っていれば、電磁波の放射線を識別できるような眼になっていた可能性もあります。

地球上の生物が今のような眼を持つようになったのはおよそ5億年前のカンブリア紀とされています。アンドリュー・パーカー著の「眼の誕生」によれば、単純な光受容細胞から複雑な眼に進化するまでわずか百万年しかかからなかったそうです。最初に眼を獲得した生物は原始三葉虫と考えられています。そしてひとたびこのような生物が出てくると、捕食する側とされる側に劇的な変化が生じます。眼を有する捕食者は獲物に近づいて確実に捕まえることができます。それまでは偶然近くに漂ってきた餌しか食べられませんでした。眼による視覚を使って能動的に獲物を得ることができるようになったのです。敵無し状態で、大繁栄を遂げるでしょう。しかし食べられる側もそれに対抗して進化します。同じように眼を獲得したもの、硬い殻で被われたもの、逃げ足速く巧みに隠れるもの、擬態や保護色で姿をくらますもの、など多彩な対抗戦略で生き残っていきます。パーカーはこれを「光スイッチ説」と名付けています。つまり眼による視覚を得ることにより、その後の生物のあり方が根本的に変わった生物史の一大転機と考えているのです。そしてこれこそがカンブリア紀に多様な生物種が出現したカンブリア爆発の開始のスイッチだったのです。

眼を持つ生物はすべて海の中で生まれました。海の中には自然放射線は届きにくいとされています。従って放射線を網膜で捉えて識別する必然性はなく、そのようには進化しなかったものと考えられます。地表ならば様々な自然放射線が飛び交っていますので、放射線が眼に見える生物が生まれていたかもしれません。

アンディ・ウィアー著「プロジェクト・ヘイル・メアリー」は「SFが読みたい！（2023年版）」で2位以下を大きく引き離して年間1位に輝いた傑作SF小説です（以下ネタバレあり）。地球を救う使命を託されて宇宙を旅する主人公は異星人の宇宙船と遭遇します。異星人（作中ではエリダニ星のエリディアンという設定）との最初の接触を成功させたのち、ふたりで共通の目的に立ち向かうという話です。エリダニ星は重力が強く、濃い大気に被われているため太陽の光が届きません。その環境で進化したエリディアンは眼を持っておらず、音波や反響振動を体で感じて周りを知覚しています。エリディアンの宇宙船には最初は大勢のクルーがいましたが、主人公と遭遇したときには一人しか生き残っていませんでした。星間旅行の途中でほぼ全員が死んでしまったのです。主人公ははたと思いつきます、ひょっとして放射線のことを知らないのではと。その通り、エリディアンは視覚を持たないので放射線の存在に気付かず、宇宙が生物にとって危険な空間であることを知りませんでした。彼らの宇宙船には放射線防護のための遮蔽処置が施されていなかったのです。生き残った一人は偶然放射線が届かない区画に住んでいたのです、難を逃れたのです。

人類が放射線の存在を認識したのは、1895年です。レントゲンが放電管の実験中に未知の光が放出されていることを発見して、その光にX線と名付けたのが最初です。レントゲンはX線が見える特別な眼を持っていたわけではありません。近くの蛍光板が光っているのを見て、放電管から見えない光が飛び出していることに気付いたのです。そしてその光は体を通り抜け、自分の手の骨を写し出します。見えないはずのものが見えた瞬間です。X線は眼には見えないけれど、やはりこれは眼がなければ知り得ない、人類の偉大な発見のひとつといえるでしょう。この発見がなされたのは、わずか130年ほど前のことです。これがのちに原子物理学、量子物理学の扉を開いたことはもちろん、現代医学にも多大な貢献をもたらすことになるのです。

さて最後にもうひとつSF小説を紹介しておきましょう。アイザック・アシモフの「夜来たる」という短編です。1941年に書かれたいささか古めかしい小説ですが、SFならではのセンス・オブ・ワンダーに溢れた古典的名作です。惑星ラガッシュはヒト型の生物が暮らすありふれた星ですが、なんと六つの太陽に囲まれた惑星という設定です。そのためこの星には夜がありません。常にどれかの太陽に照らされており、暗くなることがない星なのです。ところが二千年に一度、一夜だけ太陽と月の配列による蝕が起これ、夜が訪れます。暗闇に耐性のないラガッシュ人は徐々に暗くなる夜に正気を失い、狂乱状態に陥ります。そして本能的に明かりを求めて方々に火を放ちます。その結果二千年に一度、築き上げた文明がすべて焼き尽くされ、灰燼に帰するという周期を繰り返すのです。正気を失う寸前に、夜空に夥しい数の星が輝いていることを知ります。六つの太陽しか見たことのない彼らは、宇宙には無数の星があり、自分たちはそのごく一部でしかないことを終末に至って初めて気付くのです。眼が見えてはいても、知らないものや見ようとしなないものは見えないのです。

私たち地球人は、放射線を知らなかったエリディアンや宇宙の広がりには無知だったラガッシュの人々を笑うことができるのでしょうか。この世には私たちが知らないことがまだまだたくさんあるはずです。

参考図書、参考文献

アンドリュー・パーカー 「眼の誕生 カンブリア紀大進化の謎を解く」 草思社 2006年
アンディ・ウィアー 「プロジェクト・ヘイル・メアリー上下」 早川書房 2021年

歯科口腔外科

主任部長 浜 名 智 昭

昨年9月より広島大学 口腔腫瘍制御学よりまいりました。

私は、2005年4月～2007年3月の間、当時、古浜に病院があったときに、JA 尾道総合病院に赴任しておりました。その当時、お世話になった先生や看護師さんが今も勤務されており、大変心強く感じています。前任の伊藤翼先生は、退職後、松永で歯科医院を開業されており、現在もいろいろ相談に乗ってもらっています。

歯科口腔外科では、歯科医師2名、歯科衛生士3名、外来看護師、歯科技工士、受付各1名の計8名で診療を行い、尾三地区および福山市の広範囲な医療圏の医科・歯科医院と連携し、地域医療の一翼を担っています。

当科の診療は

- 地域の医療機関からの紹介患者さんの治療
- 医科歯科連携患者さんの口腔管理（周術期口腔機能管理等）

の2つの柱に基づいて行っています。

地域の医療機関からは顎口腔外科疾患や一般の歯科医院では対応が難しい疾患を有する患者さんをご紹介いただいています。赴任直後の昨年10月～12月に尾道市 61件、三原市 48件、松永 19件、沼隈 7件、世羅 5件、御調 3件、因島 13件、瀬戸田 3件の計139のクリニックに挨拶回りに伺い、紹介医との Face to Face の交流を大切にしながら診療に当たっています。

医科歯科連携は、医科各科および地域の歯科医院との連携に基づき、当院の入院患者さんの周術期における肺炎予防や口腔内のトラブルの予防・改善に取り組んでいます。

【対象疾患・治療】

〈地域の医療機関からの紹介〉

- 埋伏歯（埋伏智歯、埋伏過剰歯、萌出困難歯など）
- 歯性感染症（歯や顎骨周囲の炎症、歯性上顎洞炎など）
- 顎骨骨髓炎・骨壊死（細菌性、放射線性、薬剤性）
- 顎口腔の嚢胞（顎骨嚢胞、軟組織嚢胞など）
- 顎顔面の外傷（顎骨骨折、歯の脱臼など）
- 口腔粘膜疾患（口内炎、扁平苔癬、白板症、ウイルス性疾患、水疱性疾患など）
- 顎関節疾患（顎関節症、顎関節脱臼など）
- 顎変形症
- 良性腫瘍・腫瘍性病変
- 悪性腫瘍
- 唾液腺疾患（唾石症、嚢胞、腫瘍など）
- 口腔顎顔面の神経疾患

- その他（舌小帯短縮症，骨隆起，舌痛症，口腔カンジダ症，口腔乾燥症，味覚異常など）
- 全身疾患を有する患者さんの口腔外科治療

〈医科歯科連携〉

- 周術期口腔機能管理
- ICU や ER での入院患者さんの口腔ケア

医科各科および地域の歯科医院と協力し，周術期の口腔衛生状態を適正に管理することで，術後合併症を予防し，患者さんの早期回復を支援しています。また，緩和ケアや化学療法・放射線療法中の患者さんの口腔内有害事象の症状緩和や経口摂取の支援に努めています。さらに，ICU や ER に入院中の患者さんの口腔ケアも実施しており，誤嚥性肺炎の予防を行っています。

当科は紹介患者さんの治療や周術期口腔機能管理に重点を置いており，一般的な歯科治療（虫歯，歯周炎，義歯等）については地域の歯科医院へご紹介させていただいています。

現在，来年度に日本口腔外科学会の准研修施設の認定が受けれるよう準備を進めています。今後とも歯科口腔外科を宜しく願います。

総合診療科

裁判員裁判に参加してきました

主任部長 平 野 巨 通

令和5年8月1日から総合診療科と救急科はそれぞれ独立した科として再スタートする運びとなりました。引き続きよろしく願い致します。私は総合診療科の専従となり，月曜日から金曜日までのすべてを担当しています。水曜日，木曜日の午前中のみ広島大学から非常勤医師の宮森大輔が担当しています。

今回は令和6年1月末から2月にかけて裁判員裁判に裁判員として参加してきましたので，そのことを紹介したいと思います。裁判員制度は国民から無作為に選ばれた裁判員6名（+ 補充裁判員2名）が実際に刑事裁判に参加する制度で2009年5月21日から導入されました。国民の意見を反映させることで裁判の理解を広げ身近なものとして感じさせることを目指したものです。裁判の開始1年前に最高裁判所から裁判員の候補者には選ばれたという通知が送られてきます。裁判員を辞退することは基本的にはできませんが，70歳以上の高齢者，学生，妊婦，家族の介護などが辞退理由として認められています。最終的に50名程度に絞られた候補者が地方裁判所に呼び出され，そこでくじで裁判員6名と補充裁判員2名が選出されます。選ばれる確率は8700人に1人程度（約0.01%）です。

このようにして裁判員に選出されたわけですが，裁判に参加するにあたり前もって外来患者の予約を変更するなどの処理をおこなうなどの苦労がありました。私が参加した事件は殺人事件であり，犯人が犯行を否定するなどの難しいケースであったので審理が8回ほどと多めでしたが無事に終審の運びとなりました。詳細な内容をお話しすることはできませんが，被害者家族の無念さを思いやりきれない気持ちになります。また，被告人の身勝手な言動は全く理解ができませんが，このような人間が世の中に存在している現実を受け止めなくてはなりません。

裁判員制度に参加した人のアンケートでは97%がやってもよかったと答えていますし，私も参加前と今では物の考え方や精神面など何かが変わったように感じています。皆様も候補者に選出された場合

は辞退せずに是非参加していただきたいと思います。

臨床研修科

主任部長 小野川 靖 二

2024年4月に初期臨床研修医6名(当院枠4名, 広島大学とのたすきがけ2名)が着任いたしました。2年目の初期臨床研修医7名と合わせて合計13名が当院での研修を行なっています。

当院の初期臨床研修は1年次に内科24週・救急12週・外科12週を, 2年次に精神科・麻酔科・緩和・地域医療を各4週研修し, 残り32週は自由選択枠となっており, 自主性を持って積極的に研修に携わっています。

当直も月5回を目安に救急診療にも従事し, 地域医療にも貢献しています。

学術活動も盛んで, 2023年には合計9題の学会発表もおこなっています。

また, 2023年秋には研修医旅行で2泊3日で沖縄に出かけるなど, 福利厚生も充実した毎日を送っています。

研修を通じて地域の皆様方の御期待に沿えるよう今後とも全力で頑張ります。何卒よろしくお願ひ申し上げます。

看護部

県内2番目に導入いたしました!

病床管理担当 副部長 田中 千枝子

少子高齢化が進み, 超高齢化社会を迎えることで, 看護師にとっての負担もますます増えることが予想されます。

入院される患者さんも高齢者の方が多く, より安心・安全な療養環境への取り組みが必要となります。

当院では, 2023年看護業務の効率化と安全性の向上を目的に, スマートベッドシステムを導入しました。導入当初は, Wi-Fi環境がなかなか整わず, システム誤作動が起こることもあり, 混乱する場面もありました。しかし, 現在はシステム環境にも慣れ, 当初の目的にもある業務の効率化と安全性の向上にもつながりつつあります。

スマートベッドシステム導入によつての効果は, 大きく2点あります。

まず1点目は, 電子カルテシステムの患者情報との連動です。患者さんの状態に合わせて電子カルテに入力した情報がそのままタイムリーにタブレットに表示されます。他職種間でもベッドサイドで情報共有できることで, 安心してケアが実施できます。

2点目は, 離床センサーの新たな設置方法です。今までは必要な患者さんにナースコールと連動させるためコードを取り付け, 必要がなくなれば取り外すといった手間が, 現在は床頭台との差し込みだけで, 取付完了となりました。また, 起き上がりや見守りといった機能の時間設定も, 患者状態に



合わせて即切り替えが可能となります。看護師だけでなく、看護補助者や理学療法士も離床センサーが鳴った時に停止できる権限を持ち、多職種で取り扱えるように工夫しました。

スマートベッドシステム導入後、約半年が経ちますが、今後もより安心・安全な療養生活・療養環境に視点を当て、取り組んでいきたいと思っています。

看護科（5A病棟）

多職種協働と意思決定支援

看護師長 小林 雄 一

5A病棟は、脳神経外科・泌尿器科・歯科口腔外科疾患患者を主に担当しています。

私たちは質の高い医療を提供するため、医師・看護師・療法士・社会福祉士・薬剤師・栄養士など、多職種スタッフでの協働を推進しています。発展する急性期医療の持続的な提供と、安全・安心な療養生活提供の両立を目指し、クリニカルパスの作成と改訂・定期的な勉強会の開催・多職種カンファレンスの推進に取り組んでいます。

近年平均在院日数は一層短縮し、患者・家族とは限られた時間での関わりになりますが、意思決定支援の視点を持ち誠実な説明を心がけています。また医療者同士でも相手との合意形成を目指すことに取り組み、風通しのよい職場づくりを推し進めています。

私たちは、患者さんやご家族が安心して医療を受けていただけるよう、すべてのスタッフがチームワークを大切に、医療を提供していきます。

看護科（外来検査部門）

看護力，チーム力，パワーアップしました！！

師長 増田 尚美

外来検査部門は、2018年10月1日、内視鏡センター、X線TV室、アンギオ室、CT室で施行される検査・治療の介助を担う部署として新しく編成され5年経過しました。師長1名、師長補佐1名、現在スタッフは17名、熟練のスタッフが揃い内視鏡技師は8名います。

当部署における5年間の主なトピックス5つをご紹介します。その1、みなさんもお存じの通り、2020年から猛威を振った新型コロナウイルス、内視鏡検査・治療においては飛沫による感染が問題とされ、知識が無いがゆえに不安も大きく対応に苦慮しました。常に学会等の最新の情報を得、当部署独自の対応策をタイムリーに変更し感染管理を徹底しました。一人ひとりが知恵をだし、限られた資源のなかで様々な工夫を行い、クラスターを起こすことなく乗りきることが出来ました。

その2、大腸内視鏡検査を受ける患者さんの処方確認に時間を要し、待ち時間が苦情に繋がっていました。医療安全室担当者のサポートを受け、薬のプロフェッショナルである薬剤部の介入の交渉が成立しました。2021年7月より薬剤部が介入していただくことで患者の待ち時間が短縮され苦情はなくなりました。

その3、当部署は精密機器を取り扱う機会が多い部署です。機器の取り扱いが苦手なスタッフも多く勉強会だけでは対応しきれない状況が発生していました。2023年4月より兼ねてより熱望していた臨床工学科の介入が実現し、これまで看護師が対応していた器機の点検、メンテナンス、業者とのやりとりを協働して行っています。より安全な検査・治療が施行でき、また経費削減にも繋がっています。

その4, 2024年3月, 新アンギオ室が造設され器機も刷新されました。これまでより鮮明な画像で検査・治療が行えるようになり, 収納スペースも広がりました。現在, 放射線科と運用整備に取り組んでいます。

その5, 2024年4月, 医師の働き方改革が始動となりました。近隣の医療縮小の影響を受け, 重症患者や高度医療を必要とする患者さんが当院へ押し寄せています。医療スタッフの労働時間の増大が問題です。医師, メディカルスタッフとの合同ミーティングを重ねながら現在, 業務改善に取り組んでいます。

看護師一人ひとりのスキルも上がり柔軟に対応できるスタッフが増えました。看護力, チーム力はパワーアップし頼もしい部署になっています。スタッフ一人ひとりがやり甲斐と誇りをもてるような魅力のある外来検査部門にしていきたいと思います。これからも地域の人々に信頼される医療・看護をめざし, 安心な検査・治療が提供できるよう多職種と日々, 連携・協働し取り組んでいきます。

薬 剤 科

主 任 高 橋 謙 吾

薬剤科は, 昨年度に退職者もありましたが, 今年度4月には新しいスタッフを迎え業務に取り組んでいます。人員が十分でないことに加え, 医薬品の供給が不安定な中ではありますが, 医薬品の供給や調剤, 患者さんの薬学的ケア, 院内の各種チーム医療への参加など, 患者さんの薬物療法が安全に行われるよう頑張っています。

近年, 地域包括ケアシステムの構築が進められる中で, 外来から入院へ, 入院から外来・在宅へと切れ目なく薬学的管理をつなぐために, 薬薬連携が重要といわれています。更に診療報酬の評価でも, 薬薬連携に対する評価が新設されており, 当院においても, 昨年よりかかりつけ薬局から入院予定の患者さんの残薬を整理したうえで, 持参薬情報, アレルギー情報, コンプライアンス等の情報を病院へ提供いただく事例が増えてきました。

また, 当院薬剤科では, 入院中に使用した医薬品によるアレルギー・副作用情報, 入院中変更になった処方内容と理由, 薬学的管理上の問題点, 調剤方法, 検査値などの情報を保険薬局や他の病院などに提供しております。薬薬連携の連絡手段となるのは, 主にお薬手帳や薬剤管理サマリーです。しかし, 患者さんが保険薬局や病院にお薬手帳の持参を忘れる, 記載漏れがあるなど, 正確さに欠けるといった問題点があります。スムーズな薬薬連携を実現するには, ICT活用による情報共有が今後必要と考えられますが, 一番大切なことは, 病院薬剤師と薬局薬剤師がお互いに意思疎通ができてきていることだと思います。そのため, 日頃から連絡が取りやすいよう, 病院薬剤師と薬局薬剤師が顔を合わせる場を設けることが必要だと考え, 昨年度当薬剤科主催にて近隣の病院薬剤師と薬局薬剤師が対面でおこなう研修会(通称:ネコヤナギの会)を開催いたしました。今後も継続して開催し, 意思疎通を図っていこうと考えています。

また, 高齢者は生理機能の低下, 複数の併存疾患を治療するための多剤服用等により, 薬物相互作用などの薬物関連有害事象が生じやすい状態にあります。薬剤師には有効性・安全性などの様々な視点で患者の薬物療法を適切に支援し, 多職種連携の下でポリファーマシー対策を実施することが求められています。ポリファーマシーを解消するには, 薬剤師間および医療関係者間の連携だけではなく, 患者さんや介護者が正しく薬を理解する必要があります。今後も薬剤師からの情報提供などを通して, 適切な薬物療法の提供に寄与していきたいと思えます。

電子処方箋, 薬局のDX化, 薬の供給不足など薬局を取り巻く環境が日々変化しておりますが新し

い時代、変化に対応できる部署を目指していきます。これからもよろしく申し上げます。

臨床工学科

臨床工学科 山 田 和 典

当院の臨床工学科は20年目を迎え、当科も晴れて成人の仲間入りをしました。これからはより謙虚な姿勢で一生懸命頑張りたいと思っております。また、2023年度はスクラブの変更でブルーからブラックへ変更し、尾道のオールブラックスになっております。オールブラックスといえばラグビーニュージーランド代表ですが、様々な人種の個性を生かし、プレーで表現しているといわれております。我々尾道のオールブラックスも個性豊かなメンバーがそろっており、個々の特色を活かして活動しております。

今回は2023年度に新しく行ってきた取り組みを紹介していきたいと思っております。

○内視鏡センターへの介入

主に機器保守管理業務と感染管理業務を重点的に取り組んで参りました。機器保守管理業務として総合生理検査システム NEXUS へ機器の登録、スコープの洗浄/消毒履歴管理、高周波機器の点検、検査前の自動洗浄機の立ち上げや消毒液・フィルターの交換を行っております。感染管理業務として自動洗浄機の消毒濃度管理を始めました。消毒液濃度管理を行うことで、メーカー推奨交換回数以下でも消毒液濃度が低下している現状が浮き彫りとなりました。現在は消毒液濃度が低下していると判断した場合は、消毒液の交換を行い一定水準の洗浄効果が担保された消毒液で洗浄されたスコープを提供し、安全で安心な医療を提供できる環境を整えられるように活動しております。

○手術室業務の拡大

手術室での医療機器トラブル時に迅速に対応できるように連絡先を決めてほしいと要望があり、医療機器に関するトラブル対応専用の窓口 PHS (7503) を設けております。手術室の医療機器のトラブルに迅速に対応し、手術室の円滑な運営に繋がるように業務拡大を行っております。

○デバイスジェネリックの取り組み

デバイスジェネリックとは、単回使用医療機器 (SUD) 収集し、専門業者にて洗浄、組み立て、滅菌した上再度販売されているものを新品よりも安価に仕入れ使用する取り組みのことです。心臓アブレーション業務にて、我々が SUD の回収を行い再製造医療機器 (R-SUD) の提供を行っております。我々は限られた医療資源を有効に活用し、さらにコストの削減につながるデバイスジェネリックに力を入れています。

○学会発表にもチャレンジ

第18回広島県消化器内視鏡技師研究会、第33回日本臨床工学技士会にて演題発表を行い、院外にも当院臨床工学科の名をアピールしてまいりました。

2024年度の臨床工学科はより安全で安心な医療を提供できる環境を整えられるように活動していきたいと思っております。これからもよろしく願いいたします。

臨床研究検査科・生理研究検査科

科 長 金 本 隆 司

令和5年度から臨床研究検査科の体制が変更となり臨床研究検査科と生理研究検査科に細分化され平野巨通臨床・生理研究検査科主任部長, 和田知久検査医, 金本隆司臨床研究検査科長が医療技術部長を新たに兼任し, 生理研究検査科科長に鍋田真由美主任が就任しました。また, 本田智洋主任を臨床研究検査科長補佐に吉廣一寿, 青山奈央子を臨床研究検査科主任, 牧瀬涼子を生理研究検査科主任に任命し合計35名のスタッフで検査室を運営してきました。令和5年度も新型コロナウイルス感染症に始まりましたが, 令和4年度末ごろには2類相当から5類に移行するのではないかとのニュースが全国を駆け巡り, 令和5年5月に5類に移行されました。これにより生理検査室で制限されていた肺機能検査も感染対策をしっかりと行い徐々に再開していきました。

今年度は延期となっていた病院機能評価受審が令和6年1月に行われ, 検査科においては大きな指摘はありませんでした。

令和5年度, 検査室においては生化学・免疫装置の更新が決まり令和5年の年度末ごろから測定機器の入れ替えを行ってきました。しかし, その他の測定機器に関しては病院移転当初から使用しているものも多く10年以上が経過し, 検査機器の老朽化が進んできています。修理対応不能な測定機器も年々増加しており機器の入れ替えが今後発生してくると思われれます。その時にはご迷惑をおかけすることがあるかもしれませんがよろしくお祈いします。また, 機器更新等がある場合には診療の先生方にもご相談することもあろうかと思ひますのでよろしくお祈いします。

令和5年度の広島県農村医学研修会において当科で発表した演題「患者由来の冷式抗体により血液型判定に苦慮した一例」にて最優秀賞を受賞しました。今回の受賞を機に検査室内の学習意欲向上が図れればと思ひます。

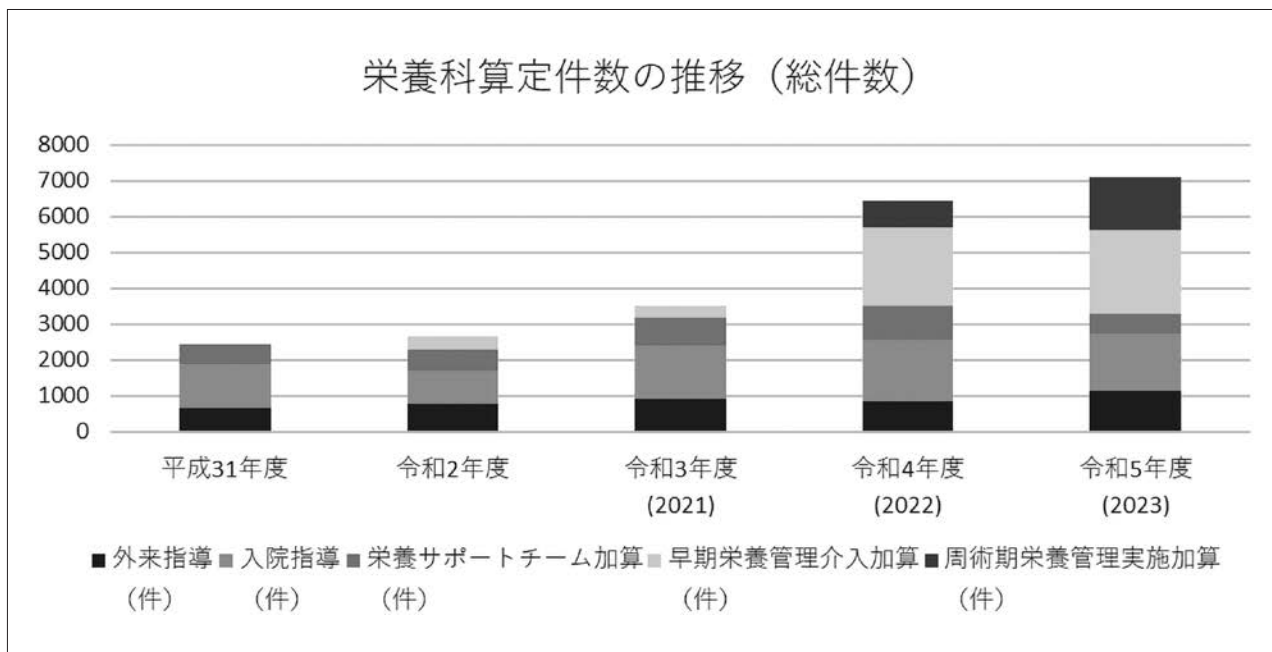
検査科では信頼性のある正確なデータを迅速に報告するよう努力していますので今後ともご指導, ご鞭撻のほどを賜りますようお願い申し上げます。

栄 養 科

科 長 吉 岡 佳 奈 子

病院における栄養科の役割は, 入院患者さんの栄養管理と給食管理, 入院外来における栄養指導に大別されるようになってきました。その中で栄養管理に従事する時間が増え, チーム活動に参加しています。さまざまな職種から刺激を受けながら, 栄養サポートチームの専従管理栄養士, ICU/ERでの早期栄養管理, 各診療科における周術期栄養管理, などに奮闘しています。さらに栄養指導では質的向上を図りたいと考え, 外来・入院中・退院後での栄養指導のつながりに力を入れています。

■栄養科 業績



【栄養指導の例】 専門性のある栄養指導を目指しています

内 科：糖尿病や慢性腎不全に対して栄養指導を2～3回継続したプログラムで行います。

化学療法の食欲不振に対応するため導入時や外来化学療法時の相談を行います。

循環器科：心不全の再入院の予防に対し退院後の食事について継続した指導を行います。

外 科：術前の体重減少や周術期から術後1年間の体重減少や化学療法などの困りごとの相談を行います。

小 児 科：摂食障害、肥満のある児とその家族に対し継続した指導を行います。

地域周産期母子医療センター

センター長 坂 下 知 久

全国的な少子化はこの地域でも急速に進んでいます。尾道総合病院として少しでも少子化を鈍化させるための取り組みを行なっています。2022年度には妊婦さんへのアンケートを実施し、要望の多かった駐車場問題の解決のため、妊婦さん優先の駐車場を設けました。2023年度も様々な対策を講じました。まず、産後のお祝い膳の質を改善し、満足度向上を図りました。概ね好評を頂いています。分娩取り扱い施設の減少により妊婦さんの選択肢が減っていることに対する施策として、妊娠初診の妊婦さんには選定療養費の算定を行わない方針としました。こちらは病院ホームページにも、妊娠反応が陽性になり受診される場合は紹介状不要という案内を掲載していますが、まだまだ周知が徹底されていないようです。今後は母子医療センターとしてSNSを利用した広報活動も開始し、若い世代にも「尾道総合病院の良さ」をアピールしていきます。

分娩施設へのアクセス（物理的もしくは心理的）が悪いため、「子供を諦める」ということが無いよう努力は惜しまないつもりです。

医療福祉支援センター（地域医療連携室・入退院支援室）

副センター長 箱 崎 弘 美
入退院支援室科長 西 田 朋 美

医療福祉支援センターでは盛谷センター長を中心に、看護師12名、医療ソーシャルワーカー4名、事務職7名のスタッフで構成されています。急性期病院である当院の特徴を踏まえ、医療依存度の高い患者およびその家族が、安心して療養を継続できるよう、地域の医療機関や介護・福祉・行政機関等と連携を図り、早期より支援をしています。

【地域医療連携室】

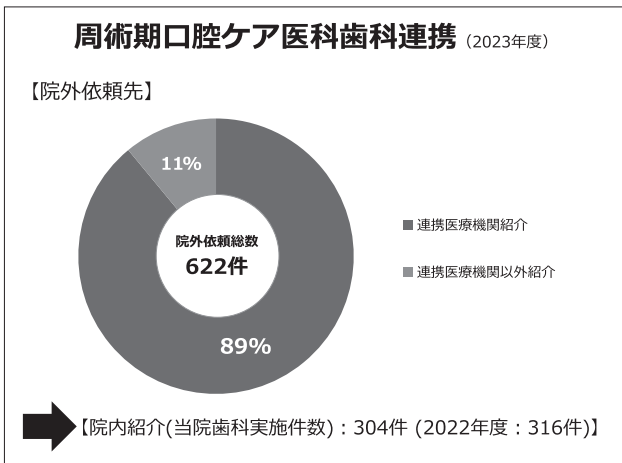
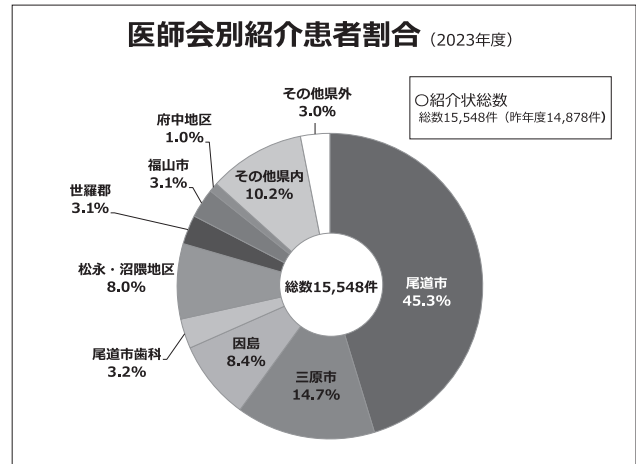
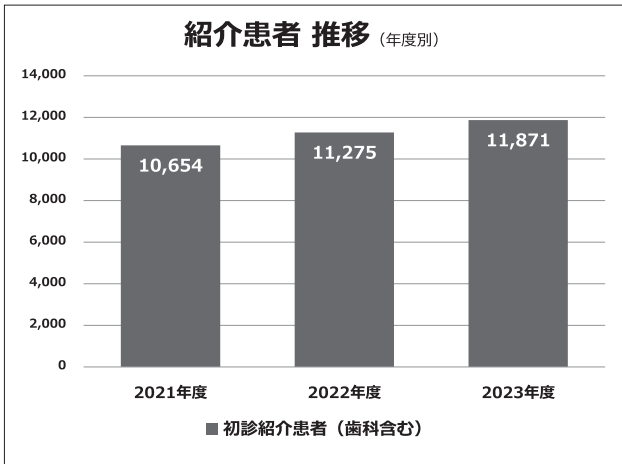
令和5年度は、尾道国際ホテルで「2023地域連携のつどい」を開催いたしました。コロナ禍から3年が経過し、4年ぶりとなりましたが、地域の連携機関の方々150名、当院70名の総勢220名の参加となりました。まず、尾道市医師会長から来賓のご挨拶をいただき、当院の地域医療連携実績報告、その後病院長田中信治から「大腸内視鏡診療の進歩と今後の課題」と題して講演を行いました。懇親会では、各医療機関の医師、事務、地域連携担当等との意見交換が行われ、それぞれの立場で協力しあえることや課題などが見えてきました。今後もこのような顔の見える連携を大切にすることにより、各医療機関、介護、福祉、行政機関等とより一層協力し、地域の皆様に安心、信頼をしていただける病院を目指します。また開催を見合わせておりました患者・家族向けの「ふれあいサロン」「すいがん教室」「糖尿病教室」も再開することができました。そして3月にはしまなみ交流館での市民公開講座「市民のためのがん最前線」を約170名の方のご参加をいただきました。今回のテーマは「大腸がん」で尾道市の健康推進課から検診の重要性について報告され、社会保険労務士より病気に対する休業制度や企業への要望等の情報提供をいただきました。その後は当院の内科・外科医師による予防・早期発見・治療および臨床心理士の役割に関する講演を行い、会場にこられた多くの方々に情報が発信できたと思います。

今後も院内・院外の連携を大切にして患者・家族が安心して治療ができるよう支援していきたいと思います。

【入退院支援室】

入退院支援室では、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援を行っています。患者が安心・納得して入院治療をうけ、退院後住み慣れた地域での療養や生活が継続できるように情報収集の強化に取り組んでいます。また、患者の元々の生活状況を把握したうえで入院治療が受けられるよう、病院、施設や在宅医療者と入院前から情報を共有しています。地域で患者を支える在宅支援者の情報をもとに、退院後の生活を見据え、入院病棟と情報共有を行なうことで治療、入院生活が円滑にすすみ退院できるよう取り組んでいます。入院時には患者、家族と面談を行い、入退院支援加算に貢献できるようになりました。同時に周術期医科歯科連携の説明対応も行っており、合併症なく予定通り治療を受け退院できるようにかかわっています。

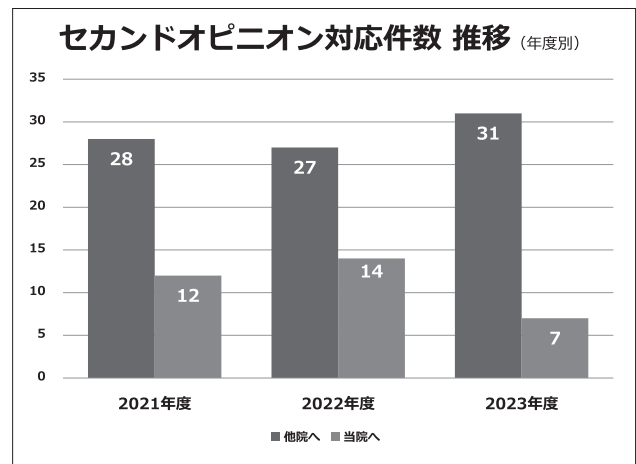
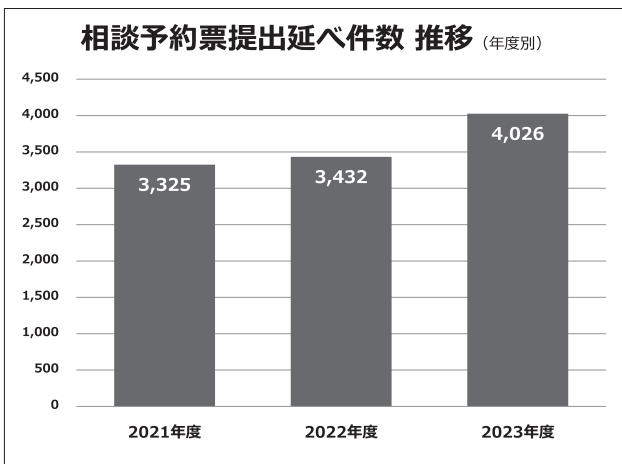
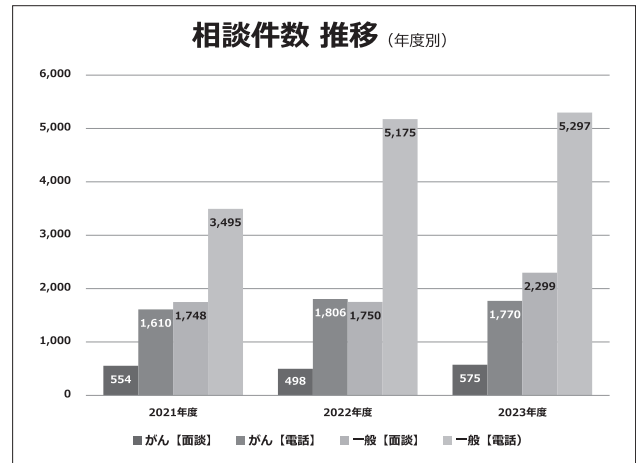
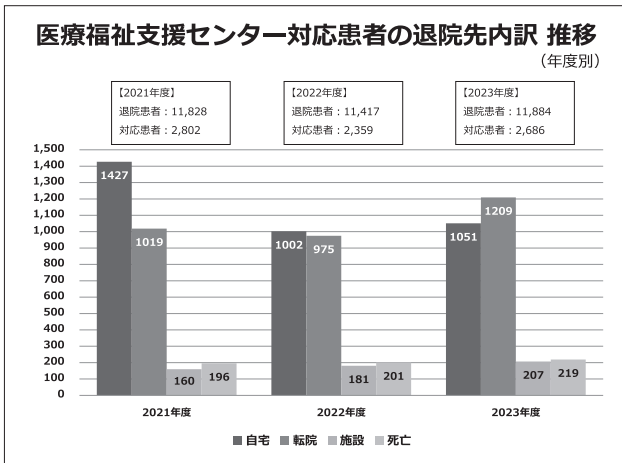
これからも患者さんが住み慣れた地域での生活が送れるよう、退院後の生活を見据えた退院支援を病棟と連携しながら、継続していきたいと思います。



病床管理 (2023年度)

- 平均在院日数: 平均9.3日
- 病床稼働率: 平均86.9%
- 在宅復帰率: 平均92.8%

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
平均在院日数	8.6	9.2	8.9	9.1	9.0	9.3	9.5	9.7	9.3	10.3	9.5	9.5	9.3
病床稼働率	80.2	86.2	87.4	86.4	87.1	86.5	88.9	91.0	87.2	83.8	89.2	88.5	86.9
在宅復帰率	94.3	92.2	92.3	92.4	92.2	93.1	92.9	94.0	92.6	92.8	91.6	93.6	92.8



医療安全管理室

医療安全管理者 光 吉 直 子

医療安全管理室の業務は、医療の質向上、安全確保のため必要な決定を行い、各部門において安全で確実な医療が実践できるよう連携を図ることが求められています。医療安全管理室では院内職員や院外薬局からのインシデント報告を受け、分析・集計し、医療安全管理委員会や診療部長会議、主任部長会議、部門間会議で毎月報告しています。

2023年度インシデント・アクシデント件数は1597件の報告がありました。インシデントの内訳の一部としてドレーン・チューブ管理 154件、療養上の世話 481件、薬剤関係577件発生し、それらの原因は主に確認不足が多いです。また、高齢者社会と言われる現代、入院患者の半数以上は高齢者であり認知症の方も多く入院されています。そのため、ドレーン・チューブ自己抜去や転倒転落も夜間日中問わず発生しています。転倒転落では骨折を生じたため手術となり、入院期間の延長となります。

医療安全加算の条件として全職員対象の医療安全研修を年2回開催しています。令和5年度の1回目は「救急医療の ACP・DNAR について」広島大学病院高度救命救急センター 田邊優子先生、2回目は「RRS について」済生会福岡総合病院 クリティカルケア認定看護師 三山麻弓師長にご講演頂きました。ACP について一般社会では「人生会議」とも言われ、患者・家族と院内外の多職種を含めたカンファレンスが必要であることが改めてわかりました。そして、当院の RRS（院内迅速対応システム）は令和4年に発足し令和5年には29件の要請がありました。3か月ごとに RRS の現状と課題について話し合っています。患者さんの様子を見て「何かおかしいな」と思ったときに要請できるよう「こんなとき RRS 要請を」のポスターを直接患者さんに係る部署に配布しました。また、2月には「入院拒否をする患者への対応を多方面から考えよう」というテーマでシンポジウム形式の研修を行い、当院顧問弁護士、尾道警察署、尾道市役所からシンポジストとして参加頂き、それぞれの立場から大変参考になるご意見をいただきました。これからも、安全な医療の実践ができるよう励んでいきたいと思っております。御協力よろしくお願いたします。

健康管理課

課 長 山 根 保 博

健康管理課では、がんドック・2日ドック・1日ドック・健康保険組合健診・協会けんぽ健診を中心とした『施設内健診』を実施しています。

施設内健診では、2013年4月に「がんドック」がスタートして10年が経過しました。専門チームによる診断と高性能医療機器を使用し、がんの早期発見による更なる受診率の向上に取り組んでいます。また、JA 組合員・役職員を対象とした人間ドックやレディース検診を実施しており、各 JA のニーズに対応した健診に取り組んでいます。

院外では JA 組合員・役職員を中心とした生活習慣病予防健診・職員健診を『巡回健診』にて実施しています。

2023年度の健診活動においては、新型コロナウイルス感染症の拡大による健診延期・中止はなく、受診者の受入れを行うことができました。職員は感染防止対策を徹底して健診業務に励みました。その他にも、巡回健診後の事後指導・健康教育・農業祭への参加・出前講座等、厚生連の病院にふさわしい保健予防活動を展開しています。

近年は新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、健診控え、人が集まる行事は中止となっていました。少しずつではありますが、従来の保健予防活動に戻ってきていると感じています。

今後も JA 尾道総合病院の中の健康管理センターとしての強みを生かし、健康情報の発信や、安全で体にやさしい健診を皆さんの協力を頂きながら実施していきます。

施設内健診	2022年度	2023年度
	受診者数	受診者数
がんドック	209	202
1日ドック	3,505	3,680
2日ドック	99	90
協会けんぽ健診	1,902	1,828
被爆者健診	2	3
子宮がん検診（単独）	780	702
乳がん検診（単独）	1,107	1,066
脳ドック	719	737
特定健診（単独）	373	367
計	8,696	8,675

施設内活動	2022年度	2023年度
	受診者数	受診者数
特定保健指導	87	90
保健指導	2,228	1,925
計	2,315	2,015

施設外活動	2022年度	2023年度
	受診者数	受診者数
保健事後指導	168	160
健康教育	65	90
健康祭・農業祭	0	13
計	233	263

巡回健診	2022年度	2023年度
	受診者数	受診者数
巡回健診	4,215	4,087
大腸がん健診	3,752	3,631
前立腺がん検査	336	433
その他	497	638
計	8,800	8,789

施設内検査	2022年度	2023年度
	受診者数	受診者数
胃内視鏡検査	4,303	4,295
胃X線検査	1,235	1,140
腹部エコー	4,716	4,886
大腸 CTC	90	76
頭部 MRI	721	737
MRCP	47	42
肺 CT	454	520
(PET-CT)	12	12
乳がん MMG	2,256	2,296
乳腺エコー	992	923
子宮頸がん検査	2,504	2,187
子宮体がん検査	124	98
子宮エコー	265	249
頸動脈エコー	277	276
DXA	198	239
計	18,194	17,976

広島県厚生連尾道看護専門学校

教務課長 濱 川 英 子

本校は令和9年3月をもって閉校となります。50年以上にわたり約1500人の卒業生を医療現場に送り出し、地域で活躍する人材育成を行ってきました。

私たちは限られた時間、看護基礎教育に携わった経験を JA 広島厚生連に還元できるように努めていきたいと思っています……そのような考え方をするための1年でした。

閉校の決定が私たちに知らされたのは、看護師国家試験と農村医学会の発表が終わり少しほっとした2023年2月です。前年に看護基礎教育におけるカリキュラム第5次改正が決定していたため、それまでの約3年間はカリキュラムについて検討を繰り返し、やっとの思いでカリキュラムを構築しました。その後も施行錯誤しながら2年目が過ぎ、いよいよ仕上げの3年目に入る直前でした。

そのような状況で、閉校の決定を知る教員の動揺や戸惑いは大きく、私たちは、目指してきた方向

第34号, 2024年

を見失いました。ただ理屈で説明されたとしても感情はついていかず、皆が受け入れることが難しいのは当然だと思いました。

それでも新体制で新年度が始まり、現実には学生は登校し、授業や実習、さまざまな行事は進みます。当然国家試験対策や最後の入学生の受け入れなど今までと変わらない業務は続きます。

ただ、昨年まで必死に取り組んだオープンキャンパスは必要がなくなりましたが・・・

2023年は看護学校にとって大きく変化し、戸惑い迷った1年です。この経験がそれぞれの教員にとって何かの糧になることを願ってやみません。

私たち教員は、最後まで1人ひとりの学生を大切に育てていきたいと思います。

委員会報告

臓器提供対応委員会

臓器提供対応委員会の活動状況

麻酔科 中 布 龍 一

厚労省の示す「臓器の移植に関する法律の運用に関する指針」のなかで、脳死下での臓器提供施設として「救命救急センターに認定された施設」が挙げられている。当院に臓器移植提供対応委員会が設置されているのはそのためである。

ここ数年は日本臓器移植ネットワークが実施する「院内体制整備支援事業」に応募し、その支援を受けて臓器提供に関する院内整備をさらに進めて行きつつ、臓器提供者が発生した場合に少しでも多くの委員が関わるができるよう、様々な院内シミュレーションや研修会への参加を計画していた。残念ながらコロナの影響で達成することはできなかった。R5年度は、臓器提供者が出た場合の手術室での手順をシミュレーションを通じて確認しただけで、ここ数年と同様目立った活動はできないまま次年度に突入してしまった。今後、日本臓器移植ネットワークホームページに掲載されている「脳死下臓器提供における手術室対応」や「法的脳死判定の手順」といった映像ギャラリーや臓器移植に関する様々なマニュアルを活用し、院内整備をさらに進めることができたらと考えている。

委員会の真の目的は、「院内で臓器提供の事例が生じた場合、その妥当性について審議を行い、臓器提供時の対応を円滑に進めること」である。当院は未だ脳死下臓器提供の経験はないが、県下の相当数の病院が臓器提供を経験している状況である。ドナー候補者が発生したときには、臓器提供の妥当性を審議し、法的脳死判定、臓器摘出と滞りなく粛々と事が運べるように引き続き整備をすすめていきたい。

輸血療法委員会

(委員長 佐藤 克敏)

委 員 金 本 隆 司

輸血はヒト由来の血液または血液成分で補う治療法です。輸血で補うことができる成分は主に赤血球・血漿成分および凝固因子・血小板です。医療にとって不可欠ではありますが、一定のリスクを伴うことから安全かつ適正に使用する必要があります。

輸血療法委員会では、「輸血療法の実施に関する指針」(厚生労働省医薬食品局血液対策課)に基づき血液製剤の使用状況調査、輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握と対策、適正使用の推進、血液製剤の安全性に関する情報収集などを行っています。

2023年度は6回の委員会を開催しました。その協議事項について報告します。

1. 血液製剤の使用状況

2023年度に使用した血液製剤は、赤血球液(以後RBC)2997単位(前年度2661単位)、新鮮凍結血漿(以後FFP)730単位(前年度1040単位)、濃厚血小板(以後PC)1495単位(前年度1710単位)、自己血6単位(前年度16単位)で、洗浄赤血球は使用がありませんでした(前年も使用なし)。

RBC・FFP比は0.24（昨年0.37〔基準値0.54未満〕）でした。血漿交換はありませんでした。RBCを除くすべての製剤で前年度より使用が減少していました。これは心臓外科の手術の減少が原因と考えられます。

廃棄血はRBC10単位（前年度26単位）、FFP40単位（前年度18単位）、PC0単位（前年度10単位）、自己血14単位（前年度15単位）で、廃棄率はそれぞれRBC0.33%（前年度0.98%）、FFP5.48%（前年度1.73%）、PC0.00%（前年度0.58%）であり、廃棄製剤の合計金額は493,744円（前年度482,358円）となりました。全体としての廃棄率は前年度を上回り1.94%（前年度1.10%）と高くなったため、今年度廃棄が多かったFFPの在庫についても委員会で検討しましたが、緊急輸血の際に使用するAB型の廃棄が多いため、それを削ることは難しく現状のままの在庫で様子を見ています。予約製剤である血小板は確実にご使用していただいております。

2. 輸血副作用報告

輸血副作用の報告は計40件でしたが、輸血による感染が疑われ「詳細調査」を行った症例はありませんでした。

報告回収率は2023年度も100%でした。今後ご協力よろしくお願い致します。

3. 協議事項

- 輸血・血漿分画製剤・自己血の説明と同意書について

病院機能評価にむけて協議し変更しました。血液製剤において同意書は概ね一週間有効であり、製剤使用の目的が変わるたびに患者様へ説明が必要となります。血漿分画製剤においては入院時では1入院ごと、外来では一連の疾患の治療が終了するまで有効です。単位数の欄に「未定」と書かれる先生もおられますが実数での記載が必要ですのでご協力をお願い致します。

- 輸血マニュアルに緊急輸血のフローチャート、ABO不適合輸血の対処法を掲載

緊急時や危機的出血・産科危機的出血へのフローチャート、ABO不適合輸血の対処法を院内輸血療法マニュアルに掲載しました。ぜひご活用下さい。

- 製剤搬送用バックについて

製剤搬送用バックの清潔・不潔を分けるためにそれぞれ出庫用と返却用のバックを準備し、各病棟に返却の仕方をレクチャーしました。

- 血漿分画製剤（アルブミン）の緊急対応について

機能評価でアルブミン製剤の緊急対応についてのマニュアル掲載がないと指摘があり、マニュアルの追加を行いました。

- 遡及調査について

病原体の存在が疑われた血液製剤に関する情報および当該製剤が投与された患者感染に係る情報などを血液センターに提出し分析・評価されます。病原体に関してはHBV・HCV・HIVおよびHEVが対象となります。

今年度はHEV関連検査で1件の遡及調査があり、その後の検査で患者さんへの感染は確認されませんでした。

4. その他事項

少子高齢化が進む現代において献血率の低下があり、特に濃厚血小板製剤については当日中の確保困難なこともあり先生方にはご迷惑をおかけしましたが、予約にご協力下さりありがとうございます。今後ますます高齢化が進む中、血液製剤を確保することが難しくなってくると予想されます。また、免疫性、感染性などの副作用や合併症が生じる危険性や、致命的な転機をとることもまれにあることから、血液製剤が本来的に有する危険性を改めて認識し、より適正で安全な医療を行っていただけるように今後も情報を発信しながら活動していきたいと思えます。

血液製剤は善意によって献血された大変貴重なものであり、引き続き血液製剤の適正使用のご協力をよろしくお願ひします。

臨床検査適正化委員会

(委員長 平野 巨通)

事務局 金 本 隆 司

令和5年度の検体数は昨年度同様新型コロナウイルスの流行は治まることはなかったですが、5月に新型コロナウイルスが2類相当から5類に移行されました。

令和5年度冬季は季節性インフルエンザが新型コロナウイルスの感染拡大が始まって以来の全国的な流行となり、当院においても大規模な流行となりました。また、インフルエンザウイルスA型のみならずB型の流行もありました。

令5年度外部精度管理では日本臨床検査会精度管理調査263点中259点で、輸血検査で1件、生理検査で1件のD評価がありました。原因として設問の解釈を誤ったり、結果判定を誤っており、是正として設問内容を正しく理解する事を徹底しました。また、POCT精度管理調査では当院で使用している迅速キットを使用し調査を行いました。すべてA評価でした。日本医師会精度管理調査655点中650点（総合評点99.2点）でD評価はなく良好な結果となりました。広島県臨床検査精度管理調査115点中115点となり満点を取ることができました。令和5年度の外部精度管理全体ではD評価が2件ありましたが、良好な結果が得られたと思えます。また、令和4年度末から日臨技品質保証施設認証の更新手続きを行ってきましたが無事施設認証の更新が終了しました。これにより検査値の品質保証が増すのと考えます。今後も正確で迅速な結果報告に努めていきたいと思えます。

早朝緊急検査は非常に多い状態が続いています。検体が多い時には電話対応もできない場合もあり、本来の緊急検査が遅れる事例も発生しています。早朝検査は最小限、必要な検体だけを提出していただきますようご協力を願ひします。

【協議事項】

1. パニック値について（その1）

今年度当院でも病院機能評価の受審があり、臨床検査科ではパニック値の報告箇所が医師が不在の場合の伝達方法に問題があると思われた。そこで今まで使用していたパニック値の項目よりより緊急報告が必要な項目を絞り、対象項目に関しては主治医に確実に伝えるようにする。また、時間外等で院内に主治医や検査提出医が不在の場合には当直医に連絡し対応してもらえるような仕組みを確立していく必要があり次回の検討課題となった。

2. パニック値について（その2）

前回の適正化委員会での協議事項の続きで、現在パニック値マニュアルでは依頼医に直接電話連

絡するようにしているが、依頼医につながらない場合、担当の看護科長または主任看に連絡し依頼医または主治医に連絡してもらうようになっている。他施設においても検査技師がパニック値を医師以外に報告し医師にパニック値が伝わらず患者へなんらかの影響を与えた事例が発生している。当院においても現行手順書では依頼医伝わらない場合医師以外に伝えるようになっており患者への影響を未然に防ぐためにも最終的に医師へ必ず伝わるような仕組みが必要と考えており、病院機能評価でも要求されている。委員会において時間外の医師としてまず依頼医に連絡し不在であった場合ICU当直医に連絡をして対応してもらう案があり、パニック値手順書を変更し確認をお願いした。また、報告項目についてももう少し緊急度が高い項目のみに絞れるか今後の課題とした。

また、血液培養が陽性になった場合も直接主治医か担当医に電話連絡しているが、薬の変更等があると思うので、休日においても外線で主治医または担当医に連絡していくこととなった。

パニック値の運用については後日主任部長会議で報告し依頼医不在時の連絡をICU担当医から各科の待機医へ変更となった。

3. 病院機能評価について

病院機能評価受審の中間報告で病院全体でのC評価はなかった。病理検査において多少課題があったがおおむね良好な結果となった。また、パニック値報告の電子カルテへの記載率は生化学、血液検査で70~80%、細菌で50%前後であった。今後も継続してパニック値が発生した場合には医師へ直接連絡していくこととした。

4. 生化学・免疫装置更新について

更新に伴い新採用基準値への変更が必要な項目があることを資料で説明した。

後日主任部長会議でも報告し承認をいただいた。

(令和4年度)

委員長	平野 巨通 (検査科主任部長)		
委員	和田 知久 (検査医)	橋詰 淳司 (外科)	濱井 宏介 (内科)
	岩瀧真一郎 (小児科)	阿美古 将 (脳外科)	巴 宣人 (医事課)
	中村 明彦 (総務課)	桑原みち子 (5B)	小林 雄一 (5A)
	佐々木健司 (病理検査科)	鍋田真由美 (生理検査科)	事務局 金本 隆司 (検査科)

診療情報管理委員会・クリニカルパス委員会

委員長 森 浩 希

診療情報管理委員会では引き続き退院時サマリー作成状況の把握に努めています。「退院後14日以内でのサマリー作成率が90%以上」が診療録管理体制加算の必要条件ですが、2023年度の当初はこれを大きく下回る作成率でした。幸い先生方のご協力により、年度末までには回復して例年並みの作成率に戻りました。入院中の診療行為を振り返って評価・記録・公表することは医師の責務で医療の根幹です。退院後の速やかな作成にご協力お願いいたします。

クリニカルパス委員会では運用中のパスについての見直しや再評価に取り組んでいます。入院期間の適正化や使用薬剤の変更などで、より効率的な入院が可能かどうか検討しています。パスは一度軌道に乗ればそのまま使用されることが多いですが、さらなる改善を求めて検討していきたいと考えて

います。

院内感染対策委員会

(委員長 宇根 一暢)

医療安全管理室 感染管理科 棒 田 静 香

院内感染対策委員会は、病院長をはじめ各部門の責任者及び感染管理科を構成員として組織し、毎月1回、定期的な会議を行い下記事項について審議しています。

- ①院内感染対策の検討・推進
- ②院内感染防止の対応お飛び原因究明
- ③院内感染防止等の情報収集及び分析
- ④院内感染防止等に関する職員の教育・研修
- ⑤その他院内感染対策に関する事項

令和5年度の院内感染対策研修会では、新型コロナウイルス感染症の5類感染症移行に伴い、田中病院長のご尽力のもと広島大学病院感染症科 大毛宏喜教授を講師に招き、「類型変更後の感染対策について」オープンカンファレンスを開催しました。院内では5類感染症移行と同時に感染対策の変更ができるよう、マニュアル作成を行い周知に至るよう取り組みました。

トピックスとして今年度診療報酬の改定があり、これまでの「感染対策向上加算」要件に、高齢者介護施設や障害者施設へも感染に関する教育・支援体制が求められるようになりました。これは、新型コロナウイルス感染症蔓延期に高齢者介護施設などの対応が脆弱だったことから、平時より自施設で対応できるよう地域の体制を構築することが目的とされています。また、施設基準に都道府県知事の指定を受けた第一種協定指定医療機関であることが加算1施設に求められるようになりました。当院は、この「加算1施設」として承認を受けており、地域全体の感染対応を牽引していく責務があります。

次に、抗菌薬適正使用の強化を図るためこちらも新たな加算が新設されました。抗菌薬適正使用がここまで強調されるようになった大きな理由は薬剤耐性菌の増加です。抗菌薬を適正に使っていくこと、すなわち不必要な使用は行わず、使うのであれば適切に使うことが求められています。これは入院設備を持つ医療機関だけでなく、抗菌薬を処方するクリニックにも求められる内容です。当院では、抗菌薬適正支援チーム（AST）を構成し、毎週1回、院内の抗菌薬の使用状況について協議・介入しています。令和5年度では、管理抗菌薬の使用状況報告数939件、うち介入数208件でした。

以上のように、様々な感染対策が求められるようになると同時に、円滑に取り組むため診療報酬に結び付けられる傾向にあります。当院は加算1施設として多くの施設と連携を図っています。感染対策でも地域の基幹病院として役割を遂行できるよう活動してまいります。

化学療法運営・レジメン委員会

委員長 濱 井 宏 介

がん化学療法を安全に行うにあたり、レジメンの有効性、安全性および化学療法運用について検証するためキャンサーボード運営会議の下部組織として設置された委員会です。事務局を薬剤部、化学療法センター長を委員長として複数診療科の医師、薬剤師、看護師、栄養士からなっています。

近年は免疫チェックポイント阻害剤の適応が多くの癌腫に適応されたことで長期に化学療法を継続する患者が増えています。当院も多分に漏れず化学療法件数が右肩上がりに増えており、化学療法センターの運用に関しても今後議論が必要です。

またそのように増えていく免疫チェックポイント阻害剤の使用に関して、免疫関連有害事象に関する情報を共有し、院内マニュアルを整備する目的で irAE 対策小委員会も設置されています。PD-1/PD-L1, CTLA-4 に続いて今後は TIGIT や LAG3 の阻害剤、二重特異性 T 細胞誘導抗体 (BiTE), CAR-T 療法などが実臨床に応用されることが予想されます。常に変化している化学療法の分野で適切な管理が徹底できるように今後も活動を継続したいと思います。

手術部運営委員会

手術部運営委員会の活動状況

麻 酔 科 中 布 龍 一

手術部運営委員会は毎月第3水曜日に開催している。委員は手術に関わる外科系の部長を中心に看護師長、臨床工学科長、施設資材課長など18名で構成されている。委員会では、手術室全体・診療科別の手術件数、手術室の稼働状況、手術室全体の収支データを月毎に示し、前年度の平均値や前年度の同時期の数値と比較をしながら供覧している。そのほか、手術部における運営上の問題点があれば取り上げて協議したり、連絡事項があればそれを伝達したりしている。

令和5年度は、コロナ感染症が5月から5類へ移行し、その感染症の影響を受けることなく通常の手術室運営をほぼ一年間続けることができた。最終的に年間手術件数は5247件(前年比約7.1%増)で、過去最高の手術件数となった。患者在室時間も延べ11890時間で過去最高であった。日勤帯のうちに少しでも多くの手術が終了できるよう努め、日勤帯の手術室稼働率は過去最高となったが、残念ながら17時以降の手術室稼働率も過去最高となってしまった。手術室の遣り繰りに苦心した1年間であった。今後も高い手術ニーズが続く中で、R6年度は働き方改革が義務化されて時間外業務の削減を進めていくという難題と向き合わないといけない。例年一年を通して月毎の準緊急・緊急の手術件数は全手術件数の35%前後で推移している。これら準緊急・緊急手術の件数をコントロールすることはなかなか困難であるので、定期手術を日勤帯中に終了できるよう各診療科にお願いし続けるほかないのが現状である。さらにR6年度はロボット支援下手術が導入されることになっており、これまで以上に手術室の遣り繰りに苦戦を強いられることになりそうである。さいわい看護師のマンパワーを確保できる目処が立ったことから、手術室増設など新たな対策を検討しているところである。

地域医療を支える重要な一部門として機能を維持できるよう努めていきたい。引き続き各診療科のご協力をよろしくお願いします。

図書委員会

昨年における委員会の活動状況 図書委員会からの提言

放 射 線 科 目 崎 一 成

現在の図書関連の状況につき報告させていただきます。

図書室も移転によりコンパクトになっています。利便性の高い電子図書を活用し、臨床に活用いただければ幸いです。

紙媒体の書籍は減少傾向ですが、例年のお願いとして、貸し出された図書が返却されず、製本時に欠けてしまう問題があります。お手元に長期借りている図書があれば返却をお願いいたします。特に異動される前には私物に紛れていないかご確認をお願いします。

図書について何かありましたら総務の図書担当あるいは目崎にご連絡戴ければ対応しますのでよろしくをお願いします。

NST 運営委員会

(委員長 小野川靖二)

NST 専従 城 谷 千 尋

令和5年度は主に以下の活動を行いました。

1. NST 回診

令和5年度は合計191名の患者に対して栄養学的な助言を行いました。対象患者の入院診療科は合計10診療科にわたっています。

2. 栄養サポートチーム加算

平成22年度より NST 回診に対して保険点数が認められるようになり、当院では平成22年7月より栄養サポートチーム加算を取得しています。令和5年度は合計で448件の加算を取得しています。1週間あたり平均11.7件です。

3. 胃内残留マニュアルの作成

注入による経腸栄養を施行している患者さんに対して、胃内残留マニュアルを作成しました。胃残が引けた時の対応方法について記載しています。

今後も必要なプロトコルやマニュアルの整備を行い、標準的な栄養管理が行えるようにしていきたいと考えています。

4. NST 教育・資格

当院は、日本栄養治療学会認定の「栄養サポートチーム（NST）専門療法士認定教育施設」であり、NST 専門療法士資格取得をめざす看護師・薬剤師・管理栄養士・臨床検査技師などの教育を行っています。令和5年度は12名の NST 専門療法士研修（40時間）を受け入れ、研修を行いました。

また、当院の NST 専門療法士の資格保有者は管理栄養士3名、看護師3名、薬剤師4名の計10名です。資格取得の希望がある方は、是非お声がけください。

5. NST 勉強会

令和5年度は合計6回の勉強会を行いました。令和4年度より2ヶ月に1回、偶数月に開催しています。適切な栄養療法を実施していくための知識や技術の習得を目的として、栄養に関する基礎知識から最新の話題まで幅広い内容を取り入れて実施しています。

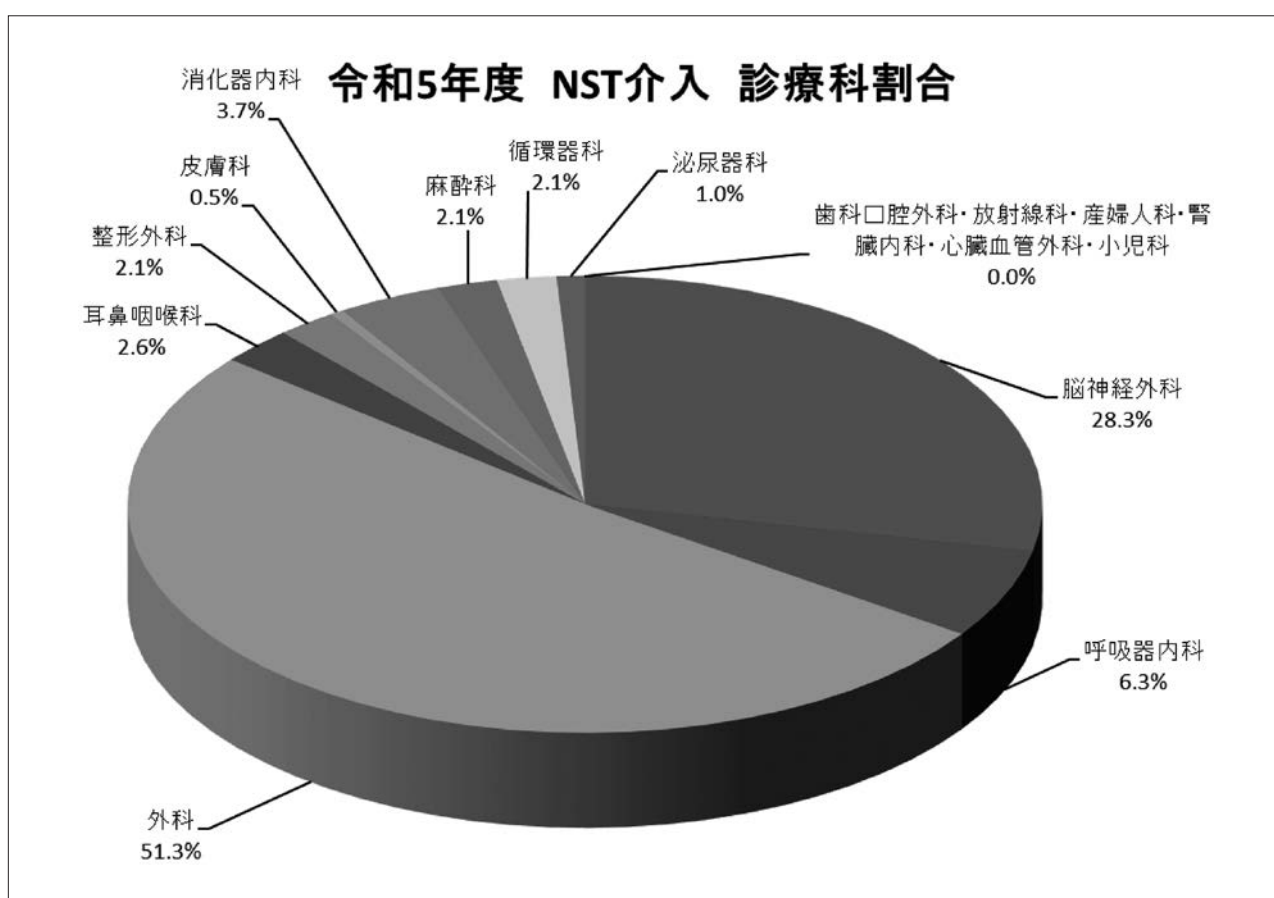
6. 学会・研究会活動

令和5年7月22日に第17回広島 PDN セミナーが開催され、当番病院として当院 NST 運営委員会が

企画・運営を行いました。その会の中で当院より、ワークショップの講師として複数名参加しました。上記以外にも NST に関する様々な学会・勉強会に参加し、新しい知識の習得に努めました。今後も院内・院外ともに活発な委員会活動を行っていきます。

令和5年度 NST 介入 診療科別割合

診療科	脳神経外科	外科	呼吸器内科	消化器内科	皮膚科	腎臓内科	泌尿器科	整形外科	耳鼻咽喉科	循環器科	小児科	麻酔科	心臓血管外科	合計
人数 (人)	54	98	12	7	1	0	2	4	5	4	0	4	0	191
割合 (%)	28.3	51.3	6.3	3.7	0.5	0	1.0	2.1	2.6	2.1	0	2.1	0	100



広報委員会

委員長 森 浩 希

広報委員会ではさまざまな媒体を通じて、病院の活動内容の周知に努めています。従来の紙運用での広報（かけはし、こうせい、医報）やホームページでの情報提供に加えて、最近では SNS での発信にも力を入れています。

Facebook では臨床研修科と臨床科から日々の活動を伝えています。臨床研修科では若い研修医たちの奮闘の様子や真剣なまなざしを見ることができます。臨床科では各科、各部署が競い合って学術活動の内容や余暇の楽しいひとときの写真を挙げています。

今年から Instagram での発信も開始しました。日々の診療、真摯な治療、スタッフ紹介、リクルート情報、学会活動、院外での楽しい活動などを伝えていきます。ぜひご覧ください。

アドレス

Facebook

<https://www.facebook.com/OnomichiGeneralHospital>

<https://www.facebook.com/profile.php?id=61552209263589>

Instagram

https://www.instagram.com/ja_onomichi_general_hospital/



院内主要行事

令和5年度（令和5年4月1日～令和6年3月31日）

年月日	行 事	年月日	行 事
5.4.3	辞令交付式（新採用医師及び昇進・異動者）	5.10.12	内部監査
4.3	研修医オリエンテーション（～7日）	10.13	アピランスケア相談会
4.4	辞令交付式（新採用職員）	10.20	出前講座
4.4	新採用職員オリエンテーション	10.26	研修医 CPC
4.4	広島県議会議員一般選挙不在者投票	11.2	出前講座
4.5	看護科新採用者研修（～7日）	11.9	予備監査
4.18	尾道市長・市議会議員選挙不在者投票	11.14	ふれあいサロン・心臓いきいき教室
4.26	研修医 CPC	11.20	令和5年度第2・四半期末監事監査
4.27	オープンカンファレンス	11.27	オープンカンファレンス
5.10	予備監査	11.29	研修医 CPC
5.12	令和4年度期末監事監査	12.12	ふれあいサロン・心臓いきいき教室
5.23	オープンカンファレンス	12.28	病院忘年会
5.24	研修医 CPC	6.1.4	新年互礼会
6.6	献血	1.9	内部監査
6.13	ふれあいサロン	1.9	ふれあいサロン・心臓いきいき教室
6.19	アピランスケア相談会	1.15	病院機能評価受審（～16日）
6.29	オープンカンファレンス	1.17	出前講座
7.4	出前講座	1.22	献血
7.7	内部監査	1.24	みのり監査法人期中監査Ⅱ（～26日）
7.11	ふれあいサロン	2.1	令和5年度第3・四半期末監事監査
7.13	地域医療連携のつどい	2.6	医療安全研修会
7.19	出前講座	2.7	新人職員メンタルヘルス研修会
7.26	研修医 CPC	2.8	アピランスケア相談会
8.7	令和5年度第1・四半期末監事監査	2.13	ふれあいサロン・心臓いきいき教室
8.8	ふれあいサロン・ふれあい看護体験	2.13	院内感染対策研修会
8.14	臨床研修医採用試験（14日・21日）	3.3	市民公開講座
9.19	BCP 机上訓練	3.5	内部監査
9.26	みのり監査法人期中監査Ⅰ（～28日）	3.6	新人職員メンタルヘルス研修会
9.27	研修医 CPC	3.14	地域医療支援病院諮問委員会
9.28	出前講座	3.18	研修医修了式
10.10	心臓いきいき教室	3.28	研修医 CPC
10.11	東部保健所立入検査	3.29	みのり監査法人棚卸立会

地域医療連携のつどい



医療安全研修会



ふれあい看護体験



市民公開講座



新年互例会



臨床研修修了式



「厚生連尾道総合病院医報」 投稿規定

1. 投稿者は、本院職員あるいは関係者とする。
2. 原稿の種類は、図説、原著、総説、CPC、看護研究、論文発表、学会発表、各科紹介、その他とする。
3. 原稿の採否については、編集委員会に一任のこと。
4. 原稿は、オリジナルの他、データ（ワードもしくはテキスト形式で保存し、図表はパワーポイントに保存されているものでも可）を保存したメディア（USBもしくはCD-R）もあわせて直接持参するか下記へ送付する。

送付先 〒722-8508 尾道市平原1-10-23 尾道総合病院内 医報編集委員会
原著、総説、CPC、看護研究の原稿は、原則として400字詰原稿用紙15~20枚程度（刷り上がり4~5頁）とする。図表の1枚は原稿用紙1枚と換算して、原稿枚数に含める。

5. 図・表・写真は、本文中に貼り付けしないで、必ず1枚ずつA4判の別紙に貼り付けること。
本文の欄外に挿入箇所を指示すること。
*パワーポイント等で発表したスライドでの提出も可、その際プリントした図表を添付のこと。
6. 図・表・写真は、図1、表2のように記載し、第1図、第2表などとはしない。
なお、写真は図とする。
7. 本文中に引用した文献は、引用順に番号をつけ、本文中に1)、2)として引用箇所を明示すること。

・雑誌は

著者名：標題、雑誌名 巻：頁-頁、西暦年とする。

例) 1) 富嶋享, 福岡泰斗, ら: IgG4 関連硬化性胆管炎と原発性硬化性胆管炎との鑑別。胆と膵 43: 1211-1217, 2022.

2) Grines CL, Browne KF, et al: A comparison of immediate coronary angioplasty with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med 328: 673-679, 1993.

・著者（単行本）は

著者（編集者）名：書名、版数、所在地、発行所、引用頁、西年暦とする。

例) 1) 呉 建, 沖中重雄: 自律神経系総論。6版, 東京, 金原出版, 355-393, 1965.

2) Scher AM: Physiology and Biophysics. 19th Ed, Philadelphia, Saunders, 365-599, 1965.

・単行本にある論文の引用については

例) 1) 鳥飼龍生: 甲状腺機能低下症。甲状腺叢書第2巻 甲状腺の臨床。久保政次ほか編, 東京, 協同医書出版社, 82-103, 1957.

2) Furth J, Lorens E: Carcinogenesis by ionizing radiations. In Radiation Biology, ed by Hollaender A, New York, McGraw-Hill, Vol 1, pt 2, 1145-1201, 1954.

註) 1. 著者名は姓名の順とする。

2. 著者名は2名まで記載し、3人目以降は省略して“ら”または“et al”とする。

3. コンマ、ピリオドに十分注意すること。

8. 「論文発表」に関しては前項の引用論文の書式と同一とする。著者名は全ての姓名を記載。
9. 「学会発表」に関しては，発表者：演題，学会名，開催地，西暦年月日の順に記載する。
例] 1) 尾道太郎：尾道総合病院について，第1回尾道医師会総会，尾道，2024.4.1
10. 「各科紹介」に関しては，各科の現況，動き，話題などについて記載してください。
記載者の職名を必ず記載してください。
11. 執筆された原稿のコピーを1部お手元にお置きください。
12. 投稿規定をよく読んで，規定にしたがってご執筆くださるようお願いします。

編 集 後 記

編集委員長 森 浩 希

『死因の人類史』という本を読んだ（アンドリュー・ドイグ著，秋山勝訳，草思社，2024年）。帯には「人はどのように死んできたのか？」とあるように，さまざまな死因とそれをめぐる社会情勢を辿ることにより，人類の歴史を浮かび上がらせる大著だ。

狩猟採集時代の主な死因は事故死であった。野生動物に襲われたり，狩猟の際の怪我がもとで多くの方が死んだ。個人間の殺人や部族間の集団殺戮も頻発していたと推察されている。時を経て農耕による定住生活が広まると感染症が死因の多くを占めるようになる。ペスト，天然痘，チフス，コレラといった伝染病がたびたび流行して，多くの人の命を奪った。家畜由来の病原菌が人の生活に入り込むようになり，密集して住む人々の間で容易に広まるようになったのだ。

ところで人類はこういった伝染病をどうやって克服してきたのであろうか。それはいずれも科学的な方法であったと著者は言う。例えば，ペストが蔓延していた十四世紀のイタリアではその被害を食い止めようと「検疫」というシステムが生み出された。細菌の存在がまだ全く知られていない時代ではあったが，疫病は感染者を介して非感染者へとうつると考えられた。そこで町に入る人は隔離区域に一定期間留めて，感染がないことを確認してから入場が許可された。また汚染された水，患者由来の体液や汚物，ネズミやノミ，シラミ等の小動物，これらを介して病気が広がるのが経験的にわかってきた。浄水場できれいな水を作り，汚水は速やかに下水道に流す。小動物を駆除して，清潔な区画に住む。定期的に体を洗い，衣服や寝具も頻繁に洗濯する。これらの清潔習慣を徹底することで感染症は激減させることができる。たとえ細菌の存在を知らなくとも，身の回りをきれいにするだけで疫病は防ぐことができる。たたりや呪いによって病気が広がると考えられた古い時代からみれば，充分科学的な手法であろう。

本書ではデータの収集と分析が重要であることも謳われる。十九世紀のロンドンでコレラの大流行が起こり，数百名の犠牲者がでた。一人の医師が被害地域の家々を回り，どこで死亡者が出たか，丹念にデータを集め地図上に書き込んだ。そして分布の中心にある共同給水場のポンプが汚染源であることを突きとめた。コレラという細菌の正体を知らないまま，感染した水が原因であることを立証した偉大な発見である。

このような知識はあらゆる者に対して開かれていなければならない。その発見は利用，検証され，さらに知識が積み重ねられていく。これこそが科学で人類が健康で豊かな時代に生きている大きな理由である，と本書は説く。

『厚生連尾道総合病院医報』もその一端に加わることができれば幸いである。

『死因の人類史』の原題は“THIS MORTAL COIL”といい，シェイクスピアの『ハムレット』から引用されている。「空蟬の世」と訳され，“shuffled off this mortal coil”の台詞は「騒々しいこの世を捨てる＝死ぬ」ことを意味している。シェイクスピアが生きた十六世紀のロンドンにはペストが蔓延しており，彼の弟妹と息子はペストで亡くなっている。彼の諸作品はペスト禍の影響を強く受けているとされる（『ペスト時代を生きたシェイクスピア』川上重人著，本の泉社，2021年）。

【編集委員会】

委員長：森 浩希	診療部長		
委員：花田 敬士	副院長	谷川 裕子	看護学校副学校長
中原 雅浩	診療部長	三口 顕介	事務次長
小野川靖二	診療部長	村上啓一郎	総務課長
別所 千枝	薬剤部長	榊田 侑希	総務課員
田中千枝子	看護部副部長	竹内 礼子	総務課員
金本 隆司	臨床研究検査科長		



世界中の人々の
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

守るとは、挑むこと。

大切なものは、何ですか。

見つめる。支える。寄り添う。誓う。
大切なもののために、できることのすべてを。

私たちMeiji Seika ファルマは、
ワクチンによる予防から抗菌薬による治療まで
幅広いラインアップで、世界の感染症に挑み続けます。
これからも、ずっと。

健康にアイデアを
meiji



Meiji Seika ファルマ株式会社

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

AstraZeneca 

What science can do

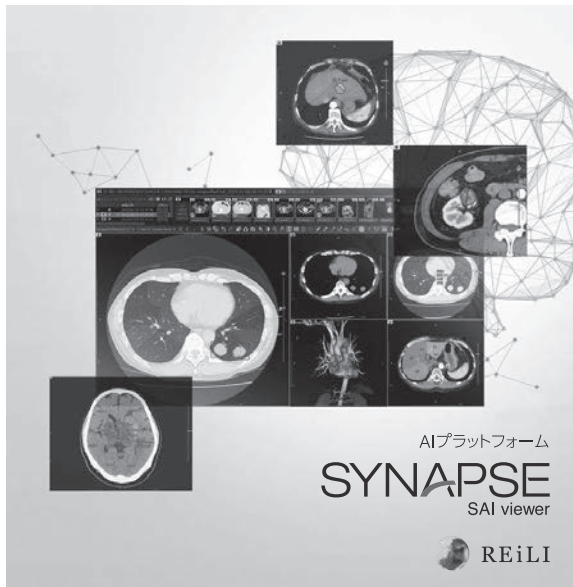
オンコロジー併用療法

アストラゼネカは、バイオ医薬品と低分子医薬品を併用することで、がん細胞を直接攻撃すると同時に、身体の自己免疫システムを活性化することにより、がん細胞の細胞死を誘発する治療法の開発に取り組んでいます。

免疫細胞への腫瘍の抑制シグナルを阻害することで抗腫瘍免疫を増強する抗体

アストラゼネカ株式会社

〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号 グランフロント大阪タワーB
www.astrazeneca.co.jp/



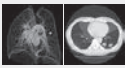
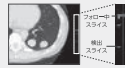
AIプラットフォーム
SYNAPSE
SAI viewer
REiLi

AI in Workflow, AI for Solution.

読影ビューワ機能

読影基本機能が強化	3D表示機能がさらに充実	所見文作成支援機能を搭載
画像配置を伴うレイアウトニング、異なる検査の比較読影など、日ごころ行う操作をシームレスに利用できるように進化しました。	サジタル、コロンアル断面、ボリュームレンダリングやMIP画像など2D、3D表示を組み合わせた読影が可能になりました。	計測結果や臓器認識結果を融合した新しい定型文機能の利用が可能となりました。

画像解析オプション All-In-one 3つの技術アプローチがここに結実

臓器セグメンテーション	コンピュータ支援診断	ワークフローの効率化
解剖学的構造を認識 臓器セグメンテーションでコンピュータ支援診断、性状分析の対象領域を決定します。	病変の検出を支援 コンピュータ支援診断で肺結節の候補を推定。フォロー対象のスライスをオレンジ色、検出したスライスを緑色に表示します。	レポート作成を支援 SAI viewerで抽出した領域に対して、所見文に記載する性状を推定し、複数の所見文候補を提示します。
 販売名：画像処理プログラム FS-AI683 型	 販売名：肺結節検出プログラム FS-AI688 型	 販売名：画像診断ワークフロー用プログラム FS-V686 型

■ 製造販売業者：富士フイルム株式会社 販売業者：富士フイルムメディカル株式会社 ■ [SYNAPSE SAI viewer] は以下の医療機器を含む製品の総称です。
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 画像表示プログラム (販売名：画像診断ワークステーション用プログラム FS-V686 型 承認番号：231ABBZX00028000)
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 肺結節検出プログラム (販売名：肺結節検出プログラム FS-AI688 型 承認番号：30200BZX00150000)
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 肋骨骨折検出プログラム (販売名：肋骨骨折検出プログラム FS-AI691 型 承認番号：30300BZX00244000)
 ・ SYNAPSE SAI viewer 用 画像処理プログラム (販売名：画像処理プログラム FS-AI683 型 承認番号：231ABBZX00029000)



SYNAPSE SAI viewer の
画像解析オプションはこちら

富士フイルム メディカル株式会社 〒106-0031 東京都港区西麻布2丁目26番30号 富士フイルム西麻布ビル Tel.03-6419-8040 <https://fujifilm.com/fms/>



より多くの、必要としている患者さんに届けたい。

日本化薬のバイオシミラー製品ラインナップ 薬価基準収載



製造販売元

日本化薬株式会社
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先
日本化薬 医薬品情報センター
0120-505-282

日本化薬 医療関係者向け情報サイト
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

ヒト型抗TNF α モノクローナル抗体製剤 生物由来製品・創薬・処方箋医薬品*

アダリムマブ (遺伝子組換え) [アダリムマブ後続4] 製剤

アダリムマブ[®] BS皮下注

20mg シリンジ 0.2mL・40mg シリンジ 0.4mL・80mg シリンジ 0.8mL [CTNK]
40mg ペン 0.4mL・80mg ペン 0.8mL [CTNK]

Adalimumab BS Subcutaneous Injection
20mg Syringe 0.2mL・40mg Syringe 0.4mL・80mg Syringe 0.8mL [CTNK],
40mg Pen 0.4mL・80mg Pen 0.8mL [CTNK]

提携先

セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社
東京都中央区新川一丁目16番3号住友不動産茅場町ビル3階

抗悪性腫瘍剤/抗VEGFヒトモノクローナル抗体 生物由来製品・創薬・処方箋医薬品*

ベバシズマブ (遺伝子組換え) [ベバシズマブ後続4] 製剤

ベバシズマブ[®] BS点滴静注

100mg・400mg [CTNK]

Bevacizumab BS for I.V. Infusion 100mg・400mg [CTNK]

提携先

セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社
東京都中央区新川一丁目16番3号住友不動産茅場町ビル3階

抗HER2ヒトモノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤 生物由来製品・創薬・処方箋医薬品*

トラズツズマブ (遺伝子組換え) [トラズツズマブ後続1] 製剤

トラズツズマブ[®] BS点滴静注用

60mg・150mg [NK]

Trastuzumab BS for I.V. Infusion 60mg・150mg [NK]

抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 生物由来製品・創薬・処方箋医薬品*

インフリキシマブ (遺伝子組換え) [インフリキシマブ後続1] 製剤

インフリキシマブ[®] BS点滴静注用 100mg [NK]

Infliximab BS for I.V. Infusion 100mg [NK]

G-CSF製剤 処方箋医薬品*

フィルグラスチム (遺伝子組換え) [フィルグラスチム後続2] 製剤

フィルグラスチム BS注

75 μ g・150 μ g・300 μ g シリンジ [NK]

Filgrastim BS Inj, 75 μ g・150 μ g・300 μ g Syringe [NK]

*注意—医師等の処方箋により使用すること



'23.12 作成

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご参照ください。

MANTIS™ Closure Device

マンティス クロージャーデバイス

穿孔・粘膜/粘膜下層組織欠損部の
閉鎖を目的として開発された
Closure Device



販売名：Mantis クリップ
医療機器承認番号：30500BZX00015000

製品の詳細に関しては添付文書等でご確認いただくか、弊社営業担当へご確認ください。
© 2023 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp
ENDO-1653301-AA

たった一度の
いのちと
歩く。

協和キリン株式会社



KYOWA KIRIN

私たちの志 検索

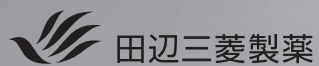
2019年7月作成

選択肢をつくる。 希望をつくる。

なんでも選べるこの時代に、
まだ選択肢が足りない世界があります。
そこでは、たったひとつの選択肢が生まれることが、
たくさんの希望につながります。
だから、田辺三菱製薬はつくります。

病と向き合うすべての人に、希望ある選択肢を。

この国でいちばん長く培ってきた
薬づくりの力を生かして、
さまざまな分野で、挑みつけていきます。
そこに待っている人がいるかぎり。



<https://www.mt-pharma.co.jp/>



理 念

- ・私たちは生命の尊さと人間愛を基調に、力を合わせて病める人々を守ります。
- ・私たちは、地域の基幹病院としての自覚を持ち、常に新しくより高い知識の習得と技術の研鑽に励みます。

基 本 方 針

農業協同組合員によって創設されたJA尾道総合病院は、その組合員及び地域すべての住民のための保健・医療・福祉・介護活動を通じて、医師会と連携し地域に貢献します。

JA 尾道総合病院