

第 6 3 回  
埼 玉 県 医 学 会 総 会  
プ ロ グ ラ ム ・ 抄 録 集



日 時	令和8年2月22日(日) 午前8時50分開会
場 所	さいたま市浦和区仲町3-5-1 埼玉県県民健康センター TEL 048-824-4801

埼 玉 県 医 学 会

埼玉県医師会 業務課 業務Ⅲ担当  
〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1  
TEL 048-824-2611 FAX 048-822-8515  
E-mail igakukai@office.saitama.med.or.jp



## 挨拶



埼玉県医学会会長 金井 忠男

第63回埼玉県医学会総会の開催にあたりご挨拶申し上げます。今回も多くの発表演題の登録を頂き有難うございました。また、多くの先生方にご参加いただき感謝申し上げます。

埼玉県医学会総会は長い歴史を持ち、内容の充実した学術集会である事を誇りに思っております。これも偏に、埼玉県医学会そして医学会総会を立ち上げ、発展を遂げるためにご努力をされた先輩諸先生方のお陰であり、心からの敬意と感謝の意を表します。そして、本医学会総会が、埼玉県の医学発展と医療の充実に大いに役立ち続け、今後さらにその役割を大きくしていくものと確信しております。これまでご協力頂いた先生方や総会の発展にご尽力を頂いた先生方には、重ねて感謝申し上げます。

本年度には「新たな地域医療構想」が各地域で作成されます。急速に進む高齢化と働き手不足の中、従来の病床再編にとどまらず、外来医療、在宅医療、さらに介護との連携強化が求められます。2040年に向けて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上の増加が想定される中、限られた医療資源で、増加する高齢者救急・在宅医療需要等に対応するため、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化を推進しなければなりません。地域包括ケアシステムも「2040年問題」を見据えて深化と地域共生社会の実現を目指すことになります。一方、高度先進医療は急速な発展を遂げると思います。今後の医学会総会では、これらが議論されてくるのではないかと思います。多くの発表を期待しております。

結びに、伝統ある埼玉県医学会総会を更に充実、発展させるよう努力してまいりますので、皆様のご協力をお願い申し上げ、開催にあたっての挨拶といたします。

# 学会出席者へのお願い及びお知らせ

現地開催のみ ※Webでの参加はできません

## 1. 開会時間

開会は、8時50分に第1会場で行います。1Fで受付を済ませてから各会場へお越しください。発表は、9時より第1～4会場で開始いたします。

なお、14時30分から第1会場で総会、臨床研修医・医学生への表彰を行いますので、是非ご出席ください（14時50分より特別講演）。

## 2. 発表時間

一般演題および共通演題の発表は1題5分以内、質疑応答2分以内です。時間厳守をお願いいたします。

## 3. 発表者へのお願い

①当日は1F「演者受付」にて、受付を必ずお願いいたします。

※抄録の内容と発表内容（発表者、演題等）に変更がある方はお申し出ください。

②次演者はご自身の発表の15分前には、必ず次演者席にご着席ください。

③口演はPCプレゼンテーションのみといたします。

④**発表データはWebにて事前受付**します。原則、会場では発表データの受付はできませんので、**令和8年2月16日(月)までに**発表データをアップロードしてください（期限厳守）。

⑤発表データのアップロード方法は演題応募者に、別途お知らせいたします。

⑥主催者が用意する発表用PCのOSは、Windows11、最新状態に更新したPowerPointのバージョンをご用意いたします（主催者用意のPCにて口演いただきます）。

⑦発表用データはWindows、Macintoshで作成されたMicrosoft PowerPoint 2010以降のデータが再生可能です。なお画面解像度はワイド画面（16:9）、書体は標準フォントの使用を推奨します。

※発表時間を考慮し、アニメーションの多用はご遠慮ください。また、自動スライドショーの設定は予め解除してください。

※PowerPointの発表者専用の画面を表示する機能（発表者ツール）は使用できません。

⑧ファイル名は「会場番号（半角）」-「演題番号（半角）」-「筆頭演者氏名」としてください。

（例：第1会場 演題番号01 埼玉 太郎の場合は「1-01-埼玉太郎」となります）

⑨発表時には、ご発表データの1枚目をスライドショー状態でスクリーンに映写しますので、ご自身でデータの送り操作を演台上のマウス・キーボードで行ってください。

⑩ご発表のデータは、運営用サーバと会場のパソコンに一時保存いたしますが、これらのデータは本学会終了後、責任を持って廃棄します。

⑪なお、今回の研究発表の論文を**令和8年4月27日(月)(必着)**までに下記あてに提出してください。当日、投稿規程（令和7年改正版）をお渡しします。

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町3-5-1 埼玉県医師会医学会係あて

E-mail igakukai@office.saitama.med.or.jp

※論文提出の際は、ご連絡先を必ず明記してください。



#### 4. 昼食について

出席者のために昼食とお飲み物を用意してありますので、各自休憩室にてお召し上がりください  
(休憩室：3階小会議室，3階中会議室 ※昼休憩時は各会場内で昼食可)。

#### 5. 第63回埼玉県医学会総会を専門医更新の点数と認める学会等

- ・日本臨床内科医会認定医制度10単位の受講証明書を用意いたします。  
※こちらの単位申請は自己申請となりますので、受講証明書は大切に保管ください。
- ・日本泌尿器科学会研修単位取得用の参加証を用意いたします。

#### 6. その他

託児室のご利用をご希望の場合には、準備の都合上、令和8年2月6日(金)までに事務局までお知らせください(事前申込制)。

次回の開催は、令和9年2月28日(日)を予定しております。また、演題募集は令和8年夏頃、会員の皆様に通知し、埼玉県医師会ホームページよりご登録いただきます。ご応募をお待ちしております。

総会当日緊急連絡先 Tel 048-824-4801 (埼玉県県民健康センター)

埼玉県医学会事務局 (埼玉県医師会 業務課 業務Ⅲ担当) 担当：二敷

Tel 048-824-2611 Fax 048-822-8515

E-mail: igakukai@office.saitama.med.or.jp

運営事務局 有限会社トリプルアイ 担当：多田

Tel 03-5465-5091 Fax: 03-5465-5092

E-mail: igakukai@medical-meeting.jp

## 第63回 埼玉県医学会総会目次（プログラム）

### プ ロ グ ラ ム

次第 .....	1
臨床研修医・医学生への表彰名簿 .....	2
日程表 .....	3
会場案内図 .....	5

#### 【第1会場】

外科・救急医療 在宅医療・地域医療連携 .....	7
在宅医療・地域医療連携 脳神経外科 精神神経科 .....	9
総会 医学会会長挨拶 来賓祝辞 臨床研修医・医学生への表彰 特別講演 .....	10

#### 【第2会場】

内科（呼吸器 循環器 内分泌・代謝） .....	11
内科（神経・認知症 血液 アレルギー・膠原病） .....	12
内科（感染症 消化器） .....	13
消化器内視鏡 がん検診 .....	14

#### 【第3会場】

リハビリテーション 整形外科 .....	15
健康スポーツ 産業医 泌尿器科 .....	16
透析 放射線科 .....	17

#### 【第4会場】

産婦人科 臨床細胞 小児科 .....	18
共通演題（ITやAIを用いた診療） 耳鼻咽喉科 .....	19
皮膚科 眼科 .....	20

## 第63回 埼玉県医学会総会目次（抄録集）

### 抄 録

#### 【第1会場】

外科・救急医療 .....	24
在宅医療・地域医療連携 .....	31
脳神経外科 .....	33
精神神経科 .....	35
特別講演「医療DXとサイバーセキュリティ」 .....	36

#### 【第2会場】

内科(呼吸器 循環器 内分泌・代謝 神経・認知症 血液 アレルギー・膠原病 感染症 消化器) ..	42
消化器内視鏡 .....	53
がん検診 .....	56

#### 【第3会場】

リハビリテーション .....	60
整形外科 .....	61
健康スポーツ .....	65
産業医 .....	68
泌尿器科 .....	69
透析 .....	70
放射線科 .....	72

#### 【第4会場】

産婦人科 .....	76
臨床細胞 .....	78
小児科 .....	79
共通演題（ITやAIを用いた診療） .....	80
耳鼻咽喉科 .....	82
皮膚科 .....	85
眼科 .....	87

埼玉県医学会役員名簿 .....	90
------------------	----

### 第 6 3 回 埼 玉 県 医 学 会 総 会 次 第

日 時 令和 8 年 2 月 2 2 日 (日) 午前 8 時 5 0 分 ～  
場 所 埼玉県県民健康センター (現地のみ)

8 : 5 0 開 会 埼玉県医学会副会長 寺師 良樹

9 : 0 0 会員研究発表

1 0 : 0 6 共通演題 (ITやAIを用いた診療)

1 4 : 3 0 総 会

挨 拶 埼玉県医学会会長 金井 忠男

来賓祝辞 埼 玉 県 知 事 大野 元裕 様

日本医師会会長 松本 吉郎 様

臨床研修医・医学生への表彰

1 4 : 5 0 特別講演

座長 埼玉県医学会幹事 小室 保尚

「医療 D X とサイバーセキュリティ」

デジタル大臣 衆議院議員／日本医科大学特任教授

松本 尚 様

1 6 : 0 0 閉 会 埼玉県医学会副会長 丸木 雄一

## 臨床研修医・医学生への表彰名簿

郡市医師会順

被表彰者名	所属医師会／施設名
小林 亮太（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
塩谷 啓太（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
田添 智大（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
豊増 康太（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
久勝 康史（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
和根崎桃圭（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
増田 華蓮（研）	大宮／自治医科大学附属さいたま医療センター
山田 諒平（研）	上尾／上尾中央総合病院
國分 直人（研）	朝霞／国立病院機構埼玉病院
佐久間萌音（研）	朝霞／国立病院機構埼玉病院
篠田 瑠威（研）	朝霞／国立病院機構埼玉病院
澁谷 友梨（研）	朝霞／国立病院機構埼玉病院
関澤 克仁（研）	朝霞／国立病院機構埼玉病院
高橋 将真（研）	朝霞／国立病院機構埼玉病院
佐々木淳一（研）	南埼玉／新久喜総合病院
帰山 祥（研）	防衛医大／防衛医科大学校病院

(研)研修医・(学)医学生

第62回埼玉県医学会総会（令和6年2月23日）時点の情報に基づく

## 第63回埼玉県医学会総会 日程

	第1会場 (2F大ホール)	第2会場 (1F大会議室AB)
8:50	開会 8:50～9:00	
9:00	外科・救急医療 9:00～11:30	内科 (呼吸器 循環器 内分泌・代謝 神経・認知症 血液 アレルギー・膠原病 感染症) 9:00～12:16
9:30		
10:00		
10:30		
11:00	在宅医療・地域医療連携 11:31～12:14	
11:30		
12:00		
12:30	脳神経外科 12:30～13:05	内科 (消化器) 12:30～12:58
13:00	精神神経科 13:06～13:20	消化器内視鏡 12:59～13:48
13:30		がん検診 13:49～13:56
14:00		
14:30	総会・医学会会長挨拶 来賓祝辞 臨床研修医・医学生への表彰 14:30～14:50	
15:00	特別講演 『医療DXとサイバーセキュリティ』 14:50～15:50	
15:30		
16:00		
16:30		
17:00		

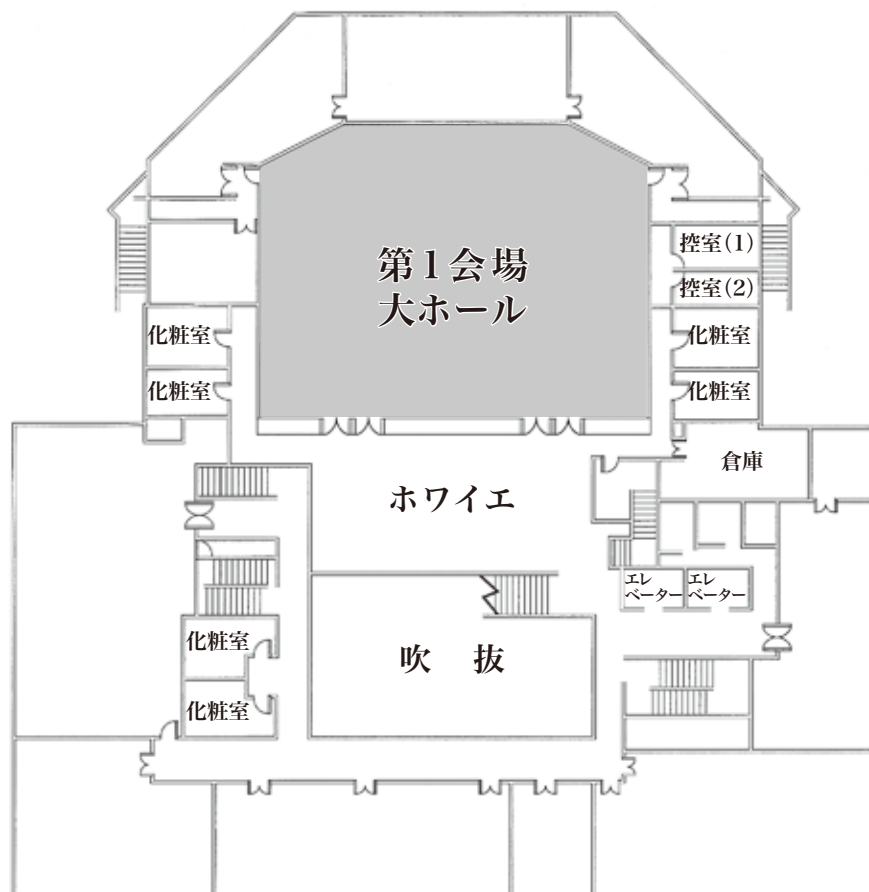
## 第63回埼玉県医学会総会 日程

	第3会場 (1F大会議室C)	第4会場 (5F大会議室)
8:50		
9:00		
9:30	リハビリテーション 9:00～9:14	産婦人科 9:00～9:42
10:00	整形外科 9:15～10:25	臨床細胞 9:43～9:50
10:30		小児科 9:51～10:05
11:00	健康スポーツ 10:26～11:22	共通演題 (ITやAIを用いた診療) 10:06～10:41
11:30	産業医 11:23～11:44	耳鼻咽喉科 10:42～11:45
12:00		
12:30		
13:00	泌尿器科 12:30～12:44	皮膚科 12:30～13:12
13:30	透析 12:45～13:20	眼科 13:13～13:41
	放射線科 13:21～13:42	
14:00		
14:30		
15:00		
15:30		
16:00		
16:30		
17:00		

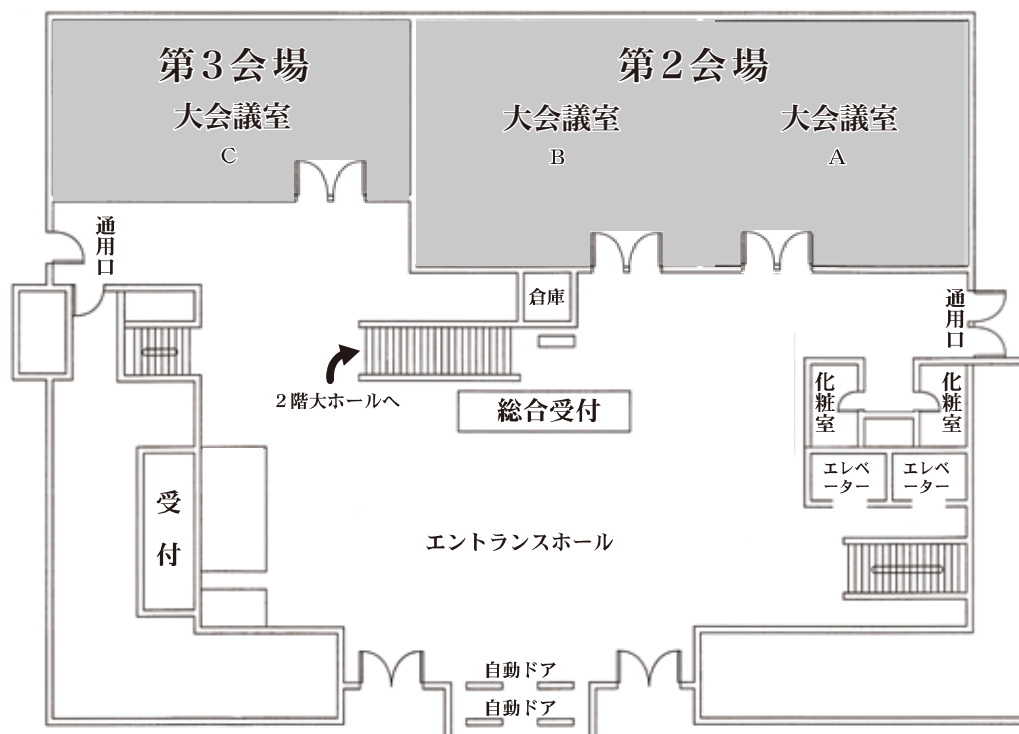
## 会場案内図

### 第1会場(2F大ホール)

2F



### 第2会場(1F大会議室AB)・第3会場(1F大会議室C) 1F

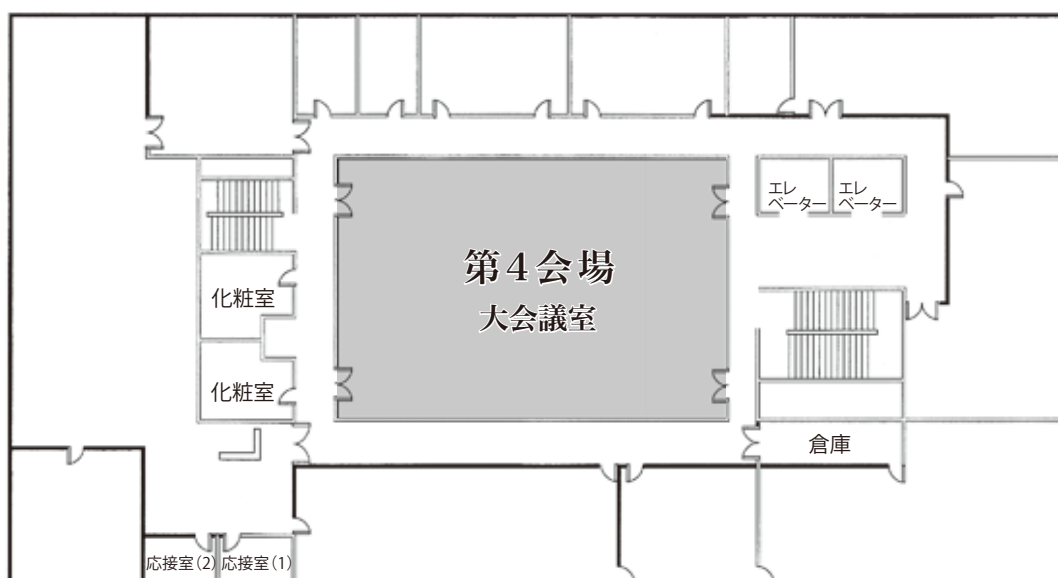




## 会場案内図

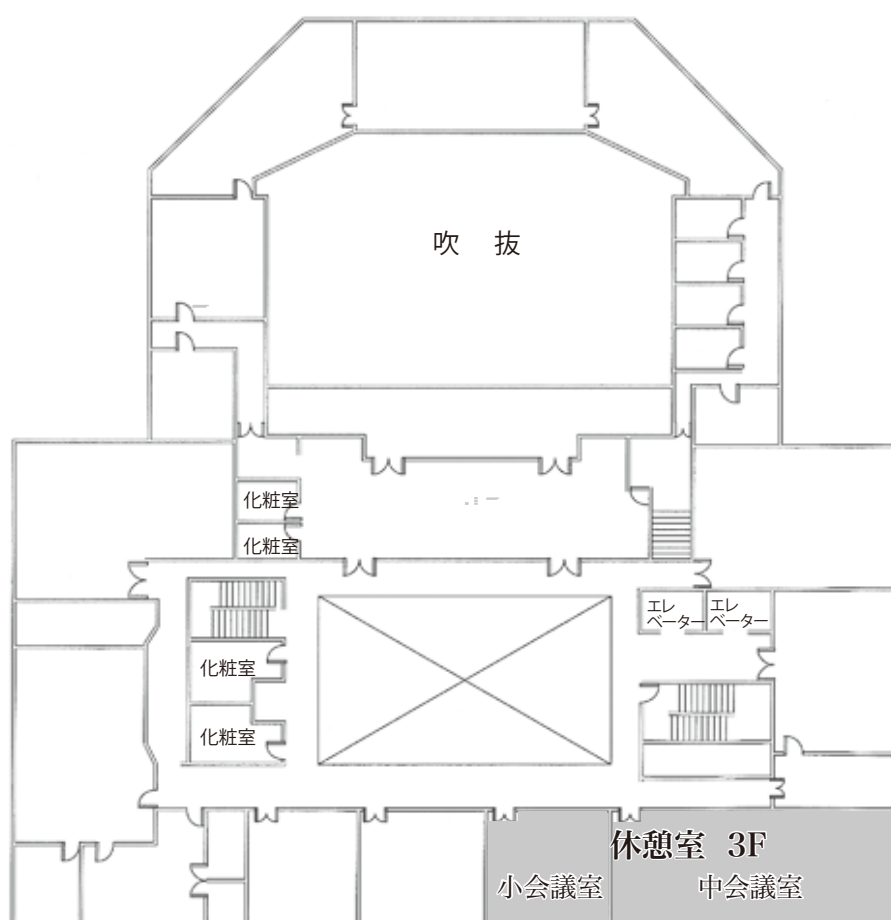
### 第4会場（5F大会議室）

5 F



### 休憩室（3F小・中会議室）

3 F



## 外科・救急医療

9:00～9:42

座長 窪地 淳 外科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
1	当院で乳房再建をおこなったAYA世代乳癌患者の検討	二見 紘史	北足立／埼玉県立がんセンター
2	緊張性気胸と重度肺気腫, 肺癌を伴う患者の胸腔鏡補助下肺部分切除術においてVV-ECMOで安全に管理できた麻酔経験	安 勇哲	越谷／獨協医科大学埼玉医療センター
3	胃原発胎児消化管類似癌の1例	津和野伸一	朝霞／国立病院機構埼玉病院
4	多発肝転移及びリンパ節転移を伴うHER2陽性胃癌に対してconversion surgery を施行し長期無再発生存している1例	木村友里花	狭山／埼玉石心会病院
5	胃癌, 腹膜播種に対しCapeOX+Zolbetuximab療法後にConversion手術を施行した一例	金 亨奎 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
6	Capecitabine+Cisplatin+Trastuzumab療法により長期間CRが維持された傍大動脈リンパ節再発胃癌の1例	小松申之介 (研)	防衛医大／防衛医科大学校病院

9:43～10:25

座長 伊藤 博 外科医会常任理事

No	演題名	発表者名	施設名
7	十二指腸乳頭部癌Stage IVに対してGCD療法が奏効しconversion surgeryを施行し得た1例	奥平 仁 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
8	メッケル憩室が偶発的に巻き込まれた絞扼性腸閉塞を経験した一例	木村 綾佑 (研)	南埼玉／新久喜総合病院
9	胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術による胆道損傷の2症例	青木 茂弘	狭山／社会医療法人入間川病院
10	進行癌が疑われた6cm大の高異形度胆嚢内乳頭状腫瘍の1例	梅原 菜摘 (研)	朝霞／国立病院機構埼玉病院
11	周囲臓器圧排と静脈浸潤を呈した巨大腭漿液性嚢胞腫瘍の1切除例	小島 芳月 (研)	朝霞／国立病院機構埼玉病院
12	当院における膵癌切除例に対する肝動脈再建の解析	濱畑 淳盛	北足立／埼玉県立がんセンター

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 外科・救急医療

10:26～11:08

座長 長谷 和生 外科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
13	義歯誤飲10年後に虫垂穿孔を来し外科的治療を要した1例	青山 稜 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
14	胃癌の転移と鑑別が困難であった大腸癌術後孤立性副腎転移の1切除例	山中 一誠	狭山／埼玉石心会病院
15	閉塞性大腸がん治療における大腸ステントの有用性	並木 晶寛 (研)	秩父／秩父病院
16	外科的切除を行った後腹膜由来巨大脂肪肉腫の1例	長寄 寿矢	北足立／埼玉県立がんセンター
17	巨大鼠径ヘルニア嵌頓に対し非観血的整復・観血的整復を行った2例	大内田優月 (研)	南埼玉／新久喜総合病院
18	大腸ヘルニア嵌頓により、胃壁壊死を伴わない胃壁内気腫及び門脈気腫を呈した一例	太田 尚哉 (研)	朝霞／国立病院機構埼玉病院

11:09～11:30

座長 土屋 長二 外科医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
19	正中弓状靱帯症候群を背景に内臓動脈瘤破裂を発症し血管塞栓術を施行した1例	浅沼 朋憲 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
20	急性喉頭蓋炎に対し、ドクターカー接触時での気管挿管により良好な経過が得られた一例	丸尾 陽子 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
21	喉頭腫瘍による気道狭窄に対し、venovenous ECMO導入下で気道確保した1例	中島 隆 (研)	狭山／埼玉石心会病院

## 在宅医療・地域医療連携

11:31～11:52

座長 小川 郁男 地域包括ケアシステム推進委員会委員長

No.	演題名	発表者名	施設名
22	ひとり親の看取りについて	小川 越史	坂戸鶴ヶ島／鶴ヶ島在宅医療診療所
23	地域連携救急車(D-ER)搬送患者の検討	松山 尚弘	南埼玉／白岡中央総合病院
24	高齢者てんかんの新たな展開 それは自律神経発作か	浅井 彰久	朝霞／TMGサテライトクリニック 朝霞台

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 在宅医療・地域医療連携

11:53～12:14

座長 廣澤 信作 医学会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
25	市移管後のACP普及啓発事業における熊谷市の取り組み	大塚 貴博	熊谷／大塚医院ファミリークリニック
26	自治医科大学附属さいたま医療センターにおける、多職種・多施設連携で行うリンパ浮腫診療	平山 貴浩	大宮／自治医科大学附属さいたま医療センター
27	レオカーナ®により創傷治癒を目指す地域医療連携の取り組み	大熊 慧	浦和／松弘会 三愛病院

## 脳神経外科

12:30～13:05

座長 古市 眞 脳神経外科医会会長

No	演題名	発表者名	施設名
28	小児頭部外傷の頭蓋形成術後に広範な脳浮腫をきたした一例	熊谷 なつき	越谷／獨協医科大学埼玉医療センター
29	精巣炎を契機にAspergillus fumigatusによる大脳硬膜下膿瘍を生じた1例	中村 凌輔	浦和／さいたま市立病院
30	未破裂脳動脈瘤に対する血管内治療直後に造影剤脳症を認めた1例	高瀬 彦宥	川口／川口市立医療センター
31	症状進行し手術を行なった脊髄海綿状血管腫の一例	槇谷 友貴 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
32	症候性頸部頸動脈狭窄症に対し内膜剥離術後に白質脳症を呈した維持透析患者の一例	志水 建斗 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター

## 精神神経科

13:06～13:20

座長 渡邊 宏治 精神神経科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
33	弟の急逝に起因する意識消失を呈した11歳男児の一例	平澤 俊之	所沢／平沢スリープ・メンタルクリニック
34	摂食障害を有する認知症患者の頻度と予後	窪山 泉	南埼玉／蓮田よつば病院

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 総 会

14:30～

医学会会長挨拶

来賓祝辞

臨床研修医・医学生への表彰

## 特別講演

14:50～

座 長                      埼玉県医学会幹事                      小室 保尚

## 『医療DXとサイバーセキュリティ』

デジタル大臣 衆議院議員／日本医科大学特任教授

松本 尚 様

## 内科

9:00～9:21 (呼吸器)

座長 木代 泉 内科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
1	免疫チェックポイント阻害薬関連サイトカイン放出症候群により致死的転帰を呈した肺腺癌の剖検的検討	山口 堯史 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
2	肺腺癌の頭蓋骨転移により片麻痺をきたし、放射線姑息照射と免疫療法により奏効がえられた症例	青鹿 愛弓 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
3	「禁煙後進県 埼玉」への提言 ～埼玉に無煙世代を育てよう 行田市医師会16年目の挑戦～	川島 治	行田／医療法人社団清幸会 行田中央総合病院

9:22～9:50 (循環器)

座長 丸山 泰幸 内科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
4	心筋生検による右室穿孔に対し外科的修復で救命した急性リンパ球性心筋炎の一例	金子乃羽良 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
5	若年成人発症の完全房室ブロックに対しリードレスペースメーカを留置し症状改善を得た1例	増田 秀輔 (研)	川口／川口市立医療センター
6	肺炎で入院中に肺血栓塞栓症で死亡し病理解剖をおこなった一例	和田 航汰 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
7	診断および治療選択に難渋した大動脈内血栓症の一例	小此木竜馬 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター

9:51～10:12 (循環器)

座長 中山 桂司 内科医会理事

No.	演題名	発表者名	施設名
8	妊娠を契機とした難治性高血圧の診断と治療に難渋した一例	新美 柚葉 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
9	重症心不全に対してNPPVと薬物治療により改善を得た後、重症3枝病変に冠動脈バイパス手術を施行して自宅退院を可能にした1例	島崎 翔 (研)	川口／埼玉協同病院
10	和温療法を併用し心不全治療を行った左室駆出率の軽度低下したうっ血性心不全の一例	宮澤 亮義	岩槻／岩槻南病院

10:13～10:27 (内分泌・代謝)

座長 嶋津 裕 内科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
11	多剤併用にてコントロール不良な2型糖尿病患者にイメグリミン塩酸塩投与の臨床検討	富永 一則	本庄児玉／富永クリニック
12	出血性胃潰瘍が誘因となった甲状腺クリーゼの一例	高松 優登 (研)	大宮／さいたま市民医療センター

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 内科

10:28～10:49 (神経・認知症)

座長 丸木 雄一 内科医会理事

No.	演題名	発表者名	施設名
13	広範な小脳病変を呈したWernicke脳症の一例	西浦 嵐 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
14	急速進行性認知症とMRI所見からCreutzfeldt-Jakob病と臨床診断した一例	原田美紗子 (研)	大宮／さいたま市民医療センター
15	嫌気性多菌性髄膜炎の1例	植木 慶 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター

10:50～11:04 (血液)

座長 松本 郷 内科医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
16	ibrutinibの少量持続単独投与にて寛解を維持しているhigh gradeマントル細胞リンパ腫の一例	室橋 郁生	入間／西武入間病院
17	プロテインS欠損症を背景に上腸間膜静脈血栓症で発症し術後HITを合併した1例	江頭 有美	朝霞／国立病院機構埼玉病院

11:05～11:47 (アレルギー・膠原病)

座長 廣瀬 恒 内科医会理事

No.	演題名	発表者名	施設名
18	“脈なし病”を呈していたが診断まで時間を要した高安動脈炎の1例	大畠 一人 (研)	川口／埼玉協同病院
19	心膜炎をきたしたIgG4関連疾患	堺 愛果 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
20	ステロイド治療中に血清フェリチン上昇と広範囲に非定型発疹を来した成人Still病の1例	林 里奈 (研)	越谷／越谷市立病院
21	抗GBM抗体およびMPO-ANCA二重陽性急速進行性糸球体腎炎の一例	前田竜之介 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
22	両肺多発GGNを契機に発見されたシェーグレン症候群の一例	平井 誠	春日部／春日部市立医療センター
23	寛解維持期の全身性エリテマトーデス患者に対するヒドロキシクロロキン開始の治療成績	竹中 健智	川口／仁愛医院

※(研) 研修医・(学) 医学生



## 内科

11:48～12:16 (感染症)

座長 公平 誠 内科医会理事

No.	演題名	発表者名	施設名
24	結腸憩室由来の菌血症によると推察される門脈炎の一例	時崎 航 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
25	扁桃炎による入院を契機に発見された伝染性単核球症の20歳男性の一例	小室 哲也	浦和／秋葉病院
26	無床診療所での呼吸器感染症診療におけるBioFireSpotFireRパネルの有用性	二村 貢	北足立／医療法人社団斐翔会ふたむら内科クリニック
27	5類移行後に埼玉県立がんセンターに入院したCOVID-19患者の解析	明貝 路子	北足立／埼玉県立がんセンター

12:30～12:58 (消化器)

座長 三好 和夫 内科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
28	症候性肝嚢胞に対する治療方針の検討 ―当院における11例の経験―	開原 英範	川口／埼玉協同病院
29	特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の潜在的救済対象者掘り起こしの取り組み	忍 哲也	川口／埼玉協同病院
30	異時性・異所性に液体貯留をきたした主腸管破綻症候群の一例	豊泉 嶺太 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
31	メサラジン(5-ASA)及びアザチオプリン(AZA)両薬剤に不耐症状を来した潰瘍性大腸炎の一例	石川 真夕 (研)	熊谷／熊谷総合病院

※(研) 研修医・(学) 医学生



## 消化器内視鏡

12:59～13:48

座長 眞嶋 浩聡 日本消化器内視鏡学会埼玉支部理事長

No.	演題名	発表者名	施設名
32	当院の上部消化管内視鏡検査で発見された胃癌症例の検討 ―有症状症例と検診症例との比較―	清水 喜徳	川口／はしもと内科クリニック 内視鏡センター
33	胃内視鏡的粘膜下層剥離術後出血のリスク低減のための簡易縫縮法	古江 康明	北足立／埼玉県立がんセンター
34	繰り返す血便を来し小腸内視鏡検査で出血源を特定できた小腸粘膜下腫瘍の一例	谷野菜々子 (研)	朝霞／国立病院機構埼玉病院
35	大腸内視鏡検査の前処置を契機に症候性低ナトリウム血症を呈した1例	伊東ななみ (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
36	空気圧を利用した管腔内自動推進装置,「もぐらカエル君(A mole-frog machine)」(自走式大腸内視鏡)作成の試み 第2報	松本 博成	岩槻／岩槻内科胃腸内科
37	Endoscopic gallbladder stenting(EGBS)を用いたfully-covered self-expandable metallic stent(FCSEMS)留置後胆嚢炎予防の有用性	池田 真志 (研)	埼玉医大／埼玉医科大学国際医療センター
38	Incomplete Pancreas Divisum(IPD)に対するRendezvou Pre-Cut(RPC)法とReverse Balloon Dilation(RBD)法の有用性について	辻 忠男	川口／埼玉協同病院

## がん検診

13:49～13:56

座長 二宮 淳 がん検診医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
39	さいたま市薬剤師会との協働による市民検診(乳がん・子宮がん検診)啓発	甲斐 敏弘	大宮医師会乳がん検診委員会

※(研) 研修医・(学) 医学生

## リハビリテーション

9:00~9:14

座長 尼子 雅敏

リハビリテーション医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
1	脳卒中患者に対する股関節装具	鈴木 英二	岩槻／さいたま岩槻病院
2	回復期とそれに続く維持期外来心臓リハビリテーションを継続しフレイルを脱した心破裂合併高齢亜急性心筋梗塞患者の経験	深澤 高広	川口／川口きゅうぽりハビリテーション病院

## 整形外科

9:15~10:25

座長 工藤 太郎

整形外科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
3	両側手根管症候群の術時生検でアミロイドが検出され、心アミロイドーシスの可能性が示唆された1例	荒木 勇磨 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
4	上腕骨遠位部骨折の術後に発症した尺骨神経障害の2例	吉澤 貴弘	川越／赤心堂病院
5	両側上前腸骨棘裂離骨折の一例	青木満里奈 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
6	腰椎椎体骨折の診断にDual-Energy CT (DECT) を用いた1例	小林 亮太 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
7	保存療法選択後に再評価で後方要素損傷を認め、固定術を施行した腰椎Chance骨折の1例	古川 俊憲 (研)	朝霞／国立病院機構埼玉病院
8	股関節周囲の石灰沈着性腱炎をきたした2例	間 浩通	熊谷／藤間病院
9	Bosworth型脱臼骨折の一例	豊増 康太 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
10	MRIでは検出困難であったが、関節鏡より異常可動性外側半月と診断された一例	谷口 侑樹 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
11	内側半月板後根断裂 (MMPRT) に対してCircumferential fiber augmentation (CFA) 併用経脛骨pull-out修復術を行った1例	酒井 悠希 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
12	三段跳びにて生じた脛骨粗面裂離骨折の一例	飯田 隼平	坂戸鶴ヶ島／関越病院

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 健康スポーツ

10:26～11:22

座長 小林 洋一 健康スポーツ医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
13	食事療法及び運動療法はなぜ優先的に重要か？その理論を臨床症例で検証！	周東 寛	越谷／南越谷健身会クリニック
14	足の爪甲鉤彎症の分類法の検討	菱沢 利行	熊谷／藤間病院
15	多重爪に対する症例検討	今村恵一郎	熊谷／藤間病院
16	小児の膝離断性骨軟骨炎に対し自家軟骨培養移植術を行った2例	杉田 直樹	埼玉医大／埼玉医科大学病院
17	成長期腰椎疲労骨折の診断におけるCT-like MRIの有用性について	立花 陽明	熊谷／ワイルドナイツクリニック
18	ラグビーフットボールにおける傷害統計 ―コロナ禍前後での比較―	正田 健太	埼玉医大／埼玉医科大学病院
19	埼玉県における大規模野球肩肘検診の立ち上げと今後の展望	山田 唯一	浦和／さいたま市立病院 スポーツ医学総合センター
20	国際医療活動としてのカンボジア学童運動器検診と生活習慣調査	織田 徹也	北足立／こうのす共生病院

## 産業医

11:23～11:44

座長 岡崎 俊哉 産業医会理事

No.	演題名	発表者名	施設名
21	事業場における化学物質の取り扱いに関することの産業医の周知度	関谷 栄	南埼玉／新井病院
22	熱中症対策の義務化による事業場の取組状況について	松本 雅彦	大宮／松本医院
23	睡眠時無呼吸症候群対策の現状 ―令和6年度埼玉産業保健総合支援センターによるアンケート結果報告―	武石 容子	大宮／埼玉産業保健総合支援センター

## 泌尿器科

12:30～12:44

座長 上床 典康 泌尿器科医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
24	SGLT2阻害薬によりフルニエ壊疽を発症した一例	村岡 薫 (研)	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
25	当院における転移性ホルモン感受性前立腺癌に対するtriplet療法とdoublet療法の臨床的検討	後藤 慶大	北足立／埼玉県立がんセンター

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 透 析

12:45～13:20

座長 中里 優一 透析医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
26	血液透析を施行中に、銅欠乏症に対する銅補充により、ESA抵抗性貧血が改善した一例	岩崎 栞里 (研)	蕨戸田／戸田中央総合病院
27	緩和的腹膜透析への新たな手術アプローチ ～経皮的手技に腹腔鏡を補助観察することの有用性～	黒澤 明	東入間／さくら記念病院
28	災害時の透析医療確保に関する広域関東圏机上訓練	雨宮 守正	与野／さいたま赤十字病院
29	和温療法を継続し自覚症状の軽減が認められた重症下肢閉塞性動脈症を合併する透析患者の一例	丸山 泰幸	岩槻／岩槻南病院
30	埼玉県透析医会報告 埼玉県透析施設の現状2025	加藤 仁	大宮／友愛クリニック 埼玉県透析医会

## 放 射 線 科

13:21～13:42

座長 田中 修 放射線科医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
31	とろみ調整食品により酸化マグネシウム錠が食道内異物として発見された高齢患者の一例	大江 望友	南埼玉／新久喜総合病院
32	多発性骨髄腫における全身低線量CTの被ばく線量と有用性の検討	高橋 秀紀	上尾／上尾中央総合病院
33	当院における緩和的放射線治療の実績と有痛性骨転移に対する緩和照射の治療効果の検討	金森 信祐	春日部／春日部市立医療センター

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 産婦人科

9:00～9:42

座長 亀井 良政 産婦人科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
1	陰部の疣贅状病変から診断に至った14歳の梅毒の一例	宮本 優奈 (研)	朝霞／国立病院機構埼玉病院
2	MRI balanced SSFP シーケンスが診断に有用であった癒着胎盤の1例	吉水 千尋 (研)	防衛医大／防衛医科大学校病院
3	ジェノゲスト投与に伴う不正出血に対する芍婦膠艾湯の効果の検討	上原 紗穂	所沢／瀬戸病院
4	臍帯静脈血栓が原因と考えられた、微小急性期脳虚血性変化を伴う新生児仮死の1例	杉村 長洋	川口／川口市立医療センター
5	妊娠初期検査で判明した慢性骨髄性白血病(CML)合併妊娠の一例	石井明日香 (研)	大宮／自治医科大学附属さいたま医療センター
6	妊娠中期の頻回嘔吐で発見された腸回転異常症の一例	坂本野春来 (研)	大宮／自治医科大学附属さいたま医療センター

## 臨床細胞

9:43～9:50

座長 亀井 良政 産婦人科医会副会長

No.	演題名	発表者名	施設名
7	子宮内膜・尿細胞診から大腸癌の推定は可能か？ 診断に鑑別を要した進行盲腸癌の1例	笹 秀典	所沢／所沢美原総合病院

## 小児科

9:51～10:05

座長 小林 敏宏 小児科医会会長

	演題名	発表者名	施設名
8	起立試験でサブタイプに分類できなかった症例の末梢血管抵抗の検討	数間 紀夫	蕨戸田／かずまこどもクリニック
9	化膿性股関節炎との鑑別を要した化膿性筋炎・骨髄炎の1例	須磨 葉月	草加八潮／草加市立病院

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 共通演題（ITやAIを用いた診療）

10:06～10:41

座長 平田 善康 産婦人科医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
10	ベイズ統計学を利用した学童期卵白特異的IgE値と症状出現率に関する検討	秋本 憲一	吉川松伏／秋本小児科アレルギー科医院
11	機械学習と深層学習を用いた自作AIプログラムによる自験例トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦2,300例の胎内感染発生予測モデルの開発	小島 俊行	東入間／ミューズレディスクリニック
12	機械学習を用いたがん患者における骨粗鬆症性骨折予測と臨床応用の可能性	小柳 広高	北足立／埼玉県立がんセンター
13	埼玉県北部・西部地区における多施設での胎児心拍数陣痛図共同監視システムの導入	石亀明日香	埼玉医大／埼玉医科大学病院
14	性教育の新たなアプローチ チャットボットや動画教材を用いたオンライン性教育による、主体的学びへの提案	加藤恵利奈	浦和／加藤クリニック

## 耳鼻咽喉科

10:42～11:45

座長 登坂 薫 耳鼻咽喉科医会会長

No.	演題名	発表者名	施設名
15	嚥下障害ラットにおけるIVISを用いた誤嚥の定量化	捨田利 慧	防衛医大／防衛医科大学校
16	医療・介護・障害福祉のニーズに応じて	小川 郁男	坂戸鶴ヶ島／鶴ヶ島ほっこり村診療所
17	コロナ禍における埼玉県立がんセンター 歯科口腔外科の口腔癌治療についての検討	炭野 淳	北足立／埼玉県立がんセンター
18	咀嚼筋間隙膿瘍の一例	菅原 康平	北足立／埼玉県立がんセンター
19	中軽度難聴者に対する補聴器購入費助成制度の導入について	宮澤 哲夫	春日部／みやざわ耳鼻咽喉科
20	涙嚢鼻腔吻合術(鼻内法)における骨削開の工夫と術後再発因子の検討	吉田 尚弘	大宮／自治医科大学附属さいたま医療センター
21	頸部外切開により摘出し得た副咽頭間隙腫瘍の一例	柳橋 賢	北足立／埼玉県立がんセンター
22	当科での結核性リンパ節炎症例の検討	小出 暢章	北足立／埼玉県立がんセンター
23	甲状腺乳頭癌上縦隔リンパ節転移に対して胸骨切開を併用し切除した1例	梶野 晃雅	北足立／埼玉県立がんセンター

※(研) 研修医・(学) 医学生

## 皮膚科

12:30～13:12

座長 福田 知雄 皮膚科医会常任理事

No.	演題名	発表者名	施設名
24	左右小陰唇肥大の一例	深井 孝郎	熊谷／熊谷総合病院
25	皮下深部解離性血腫を生じた5例	和根崎桃圭（研）	大宮／彩の国東大宮メディカルセンター
26	ヒト羊膜使用組織治癒促進用材料を用いた難治性皮膚潰瘍の治療経験	羅田 政和	北足立／北里大学メディカルセンター
27	両側下腿の紫斑から診断に至った好酸球性血管炎性肉芽腫症の1例	三尾 紀香（研）	上尾／上尾中央総合病院
28	創傷治療のあらたな治療戦略～エピフィックス，オートロジェル	水原 章浩	南埼玉／東鷲宮病院
29	エトレチナート内服が奏効した汎発性膿疱性乾癬の一例	辻村 智也（研）	大宮／自治医科大学附属さいたま医療センター

## 眼科

13:13～13:41

座長 三戸岡克哉 眼科医会常任理事

	演題名	発表者名	施設名
30	強膜穿孔例に対してDuragen®人工硬膜によるパッチ修復を行った1例	甘利 達明	与野／さいたま赤十字病院
31	3D Heads-Up Systemと最新の白内障・硝子体手術装置を組み合わせた白内障同時硝子体手術	北川 順久	大宮／宮原眼科医院
32	眼サルコイドーシスを伴った網膜全剥離に対して硝子体手術を施行した1例	濱本 怜	埼玉医大／埼玉医科大学病院
33	大規模災害に対する埼玉県眼科医会の取り組み	竹内 智一	埼玉県眼科医会

※(研) 研修医・(学) 医学生



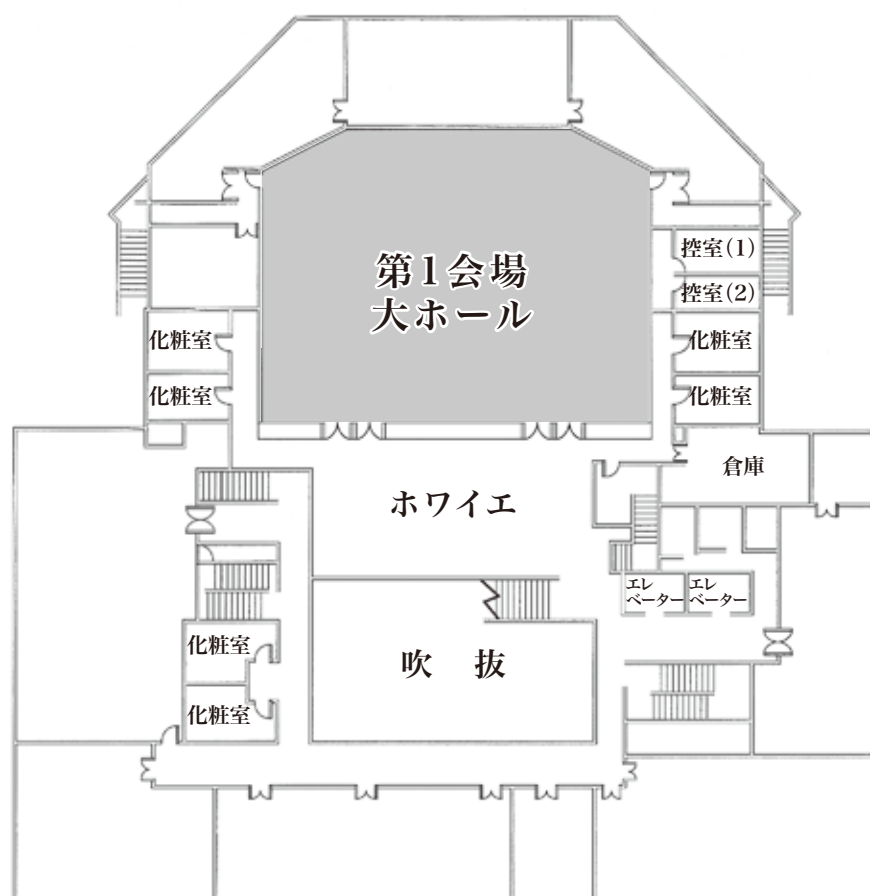


外科・救急医療	9:00～11:30
在宅医療・地域医療連携	11:31～12:14
脳神経外科	12:30～13:05
精神神経科	13:06～13:20
総会	14:30～14:50
特別講演	14:50～15:50

## 会場案内図

第1会場（2F大ホール）

2 F





## 外科・救急医療

### 1. 当院で乳房再建をおこなったAYA世代乳癌患者の検討

<北足立> 埼玉県立がんセンター 形成外科<sup>1)</sup>, 同 乳腺外科<sup>2)</sup>, 同 病院長<sup>3)</sup>

○二見 紘史<sup>1)</sup>

久保 和之<sup>1)2)</sup>, 田崎 愛理<sup>1)</sup>, 此枝 央人<sup>1)</sup>, 濱畑 淳盛<sup>1)</sup>, 影山 幸雄<sup>3)</sup>

【目的】AYA世代乳癌患者は全体の約5%と少数だが、就労や結婚・出産などのライフイベントを控えており、個別の治療選択が求められる。本研究では当院で乳房再建手術を施行したAYA世代乳癌患者について調査し報告する。

【方法】2015年1月～2025年3月に当院で乳癌と診断され、乳房再建を施行した40歳未満患者46例48側を対象とした。

【結果】年齢は28～39(中央値37)歳。再建方法はDIEP14例, PAP5例, LD8例, インプラント19例21側(両側2例)であった。BRCA遺伝学的検査は16例に施行され2例で陽性であったが、RRM施行は0例であった。また、挙児希望は未婚40%、既婚子なし50%、既婚子あり4%に認められ、3名に対し生殖医療が実施された。

【考察】AYA世代乳癌患者における乳房再建は、患者背景や乳癌治療によって多様な術式が選択されている。挙児希望を有する症例も一定数存在し、当院のように生殖医療部門を持たない施設では専門機関との連携が重要である。

### 2. 緊張性気胸と重度肺気腫、肺癌を伴う患者の胸腔鏡補助下肺部分切除術においてVV-ECMOで安全管理できた麻酔経験

<越谷> 獨協医科大学埼玉医療センター 麻酔科

○安 勇哲

岩崎 陸央, 齋藤 朋之, 奥田 泰久

ECMOはICUで重症心不全・呼吸不全に広く用いられるが、周術期の適応は確立していない。重度肺気腫・多発ブラを有する患者では、麻酔導入後の陽圧換気が圧損傷を起こし、換気不全や循環動態の大きな変動など重篤な合併症を引き起こす可能性がある。われわれは右緊張性気胸と重度肺気腫、肺癌を有する64歳男性の胸腔鏡補助下右肺部分切除・嚢胞切除(肺瘻縫縮)に対し、麻酔導入前にVV-ECMOを確立し、術中の酸素化・換気を管理し、リークテスト時のみダブルルーメンチューブ(DLT)で片肺換気を行った。術中低酸素血症のエピソードはなく手術終了となった。抜管による怒責や咳嗽による縫合部リークを抑えるため、深麻酔下に声門上器具を挿入しDLTを抜去した。覚醒時の咳嗽反射はなく声門上器具も抜去した。術後経過は良好でPOD16に退院となった。周術期に陽圧管理を回避したい脆弱肺の麻酔管理において、ECMOは有用な選択肢の一つになるかもしれない。

### 3. 胃原発胎児消化管類似癌の1例

<朝霞> 国立病院機構埼玉病院 外科

○津和野伸一

竹谷 健, 小桐 雅世, 池端 昭慶, 江頭 有美, 雨宮 隆介, 早津 成夫

症例は66歳男性。健診で貧血(Hb: 7.5 g/dl)を指摘、胃癌が疑われ当院を紹介受診された。上部消化管内視鏡検査で胃体下部から幽門輪まで小弯中心のType2腫瘍を認め、生検で中分化管状腺癌と診断された。CTで明らかなリンパ節腫大や遠隔転移を認めず、幽門側胃切除術、D2郭清、RY再建を施行した。組織学的には淡明な細胞質を有する管状構造の明確な腺癌で、AFP(+), Glypican-3(+), SALL4(-)であり、enteroblastic differentiationを伴う腺癌、pT4aN1M0 Stage IIIAと診断された。術後1年半経過し再発は認めていない。胃原発胎児消化管類似癌は、いわゆるAFP産生胃癌の一つとされ、胎児の消化管上皮に類似した形態を示す稀な腫瘍で、脈管侵襲が高度で予後不良とされている。

#### 4. 多発肝転移及びリンパ節転移を伴うHER2陽性胃癌に対してconversion surgery を施行し長期無再発生存している1例

＜狭山＞ 埼玉石心会病院 外科

○木村友里花

相馬 大介, 山中 一誠, 高野 祐樹, 加藤淳一郎, 岩崎 任, 渡邊 隆明,  
齋藤 洋之, 津嘉山博行, 落合 亮二, 松村 直樹, 荻野 健夫, 河村 正敏,  
菅野壮太郎

症例は77歳の男性で、上部内視鏡検査で胃体部から前庭部まで全周性2型腫瘍を認めた。腹部造影CTとPET-CTでS6, S7に多発肝転移と多発リンパ節転移を認めた。生検による病理検査でHER2 scoreは3+であり、Tri- HER/XELOX療法を開始した。原発巣、肝転移巣とリンパ節転移巣の著明な縮小を確認した。計23コース終了後、肝転移巣とリンパ節転移巣の著明な縮小を維持していたが原発巣の再増大を確認したため手術の方針となった。開腹幽門側胃切除D2郭清、肝部分（2カ所）切除を施行した。病理組織学的検査では、T3N1M0 pStageIIbであった。肝転移巣は硝子化、変性を認めたが癌細胞は認めなかった。術後S1単独投与を1年間施行。以降、術後5年間無再発生存中である。多発肝転移と多発リンパ節転移を伴う切除不能HER2陽性胃癌に対し、集学的治療で長期生存した1例を経験したので報告する。

#### 5. 胃癌、腹膜播種に対しCapeOX+Zolbetuximab療法後にConversion手術を施行した一例

＜蕨戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 東京医科大学 消化器・小児外科学分野<sup>3)</sup>

○金 亨奎（研修医）<sup>1)</sup>

下田 陽太<sup>2)</sup>, 林 くらら<sup>2)</sup>, 井坂 巴美<sup>2)</sup>, 西山 航平<sup>2)</sup>, 瀧下 智恵<sup>2)</sup>,  
榎本 正統<sup>2)</sup>, 立花 慎吾<sup>2)</sup>, 永川 裕一<sup>3)</sup>

緒言 今回我々は、HER2陰性・CLDN18陽性の切除不能進行胃癌症例に対しZolbetuximab併用CapeOX療法を導入し、部分奏効を得てConversion手術に移行した1例を報告する。

症例 80代男性。心窩部痛で前医受診し、上部消化管内視鏡で胃癌と診断され当院紹介となった。手術施行したところ腹膜播種および脾浸潤を認め切除不能と判断し、胃・空腸バイパス術施行した。S-1単剤療法を開始したが原発巣の増大、肝転移の出現があり中止した。S-1療法中にZolbetuximabが使用可能となり、CLDN18検査行ったところ陽性だったため、CapeOX+Zolbetuximabを開始した。4コース施行後のCTで原発巣の縮小と肝転移の消失を認めたため幽門側胃切除術を施行した。術後は順調に経過し術後13日目に退院した。

結論 化学療法が奏功し非治癒因子が消失したStageIV胃癌に対するConversion手術は根治が期待できる唯一の方法であり、非切除因子が消失した場合は検討すべきである。

#### 6. Capecitabine+Cisplatin+Trastuzumab療法により長期間CRが維持された傍大動脈リンパ節再発胃癌の1例

＜防衛医大＞ 防衛医科大学校病院<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>

○小松申之介（研修医）<sup>1)</sup>

矢口 義久<sup>2)</sup>, 辻本 広紀<sup>2)</sup>, 神津 慶多<sup>2)</sup>, 高畑 りさ<sup>2)</sup>, 伊藤 希<sup>2)</sup>,  
原田 学<sup>2)</sup>, 井出明日馬<sup>2)</sup>, 吉田 圭吾<sup>2)</sup>, 岸 庸二<sup>2)</sup>, 上野 秀樹<sup>2)</sup>

症例は70代男性。3型胃癌cT3N0M0 cStageIIBと診断し、腹腔鏡下幽門側胃切除術D2郭清を施行した。病理所見はpT3N3bM0 pStageIIICであった。S1による補助化学療法を開始したがGrade3の嘔吐のため1コースで中止した。術後3か月にCEA9.2 ng/mlと上昇し、腹部造影CT検査およびFDG-PET検査で傍大動脈リンパ節再発と診断された。切除標本にてHER2スコア3+であったため、Capecitabine+Cisplatin+Trastuzumab (XP+Tmab)療法を開始した。Cisplatinの減量を要したが3コース後にPR、11コース後にCRと診断した。その後Capecitabine+Tmabを16コースまで継続したがGrade2の手足症候群で中止し、以後治療なく9年間CRを維持し他病死した。

## 7. 十二指腸乳頭部癌Stage IVに対してGCD療法が奏効しconversion surgeryを施行し得た1例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 腫瘍内科<sup>3)</sup>, 同 院長<sup>4)</sup>

○奥平 仁 (研修医)<sup>1)</sup>

本多 正幸<sup>2)</sup>, 中山 博文<sup>3)</sup>, 山本 洋太<sup>2)</sup>, 石川 英樹<sup>2)</sup>, 岡本 知美<sup>2)</sup>,

小暮 亮太<sup>2)</sup>, 小林 雅裕<sup>2)</sup>, 里見龍太郎<sup>2)</sup>, 金 達浩<sup>2)</sup>, 藤岡 丞<sup>4)</sup>

症例は45歳, 女性. 心窩部痛と皮膚黄染で当院へ紹介となった. CTおよびMRCPで肝内胆管から総胆管に拡張があり, 上部消化管内視鏡で十二指腸乳頭部に露出型腫瘍を認めた. 病理組織学的に中分化型腺癌の浸潤性増殖を認め, 十二指腸乳頭部癌と診断した. 根治術を予定したが, 術中に血性腹水を認め, CY1であったため, 十二指腸乳頭部癌Stage IVとして, 胆摘のみで閉腹した. 術後ERBDで減黄し, GCD (Gemcitabine + Cisplatin + Durvalumab) 療法を6か月間施行したところ, 腹水は減少し新規遠隔転移も認めなかった. 亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行したところ, 腹水細胞診陰性でStage IIIA相当であった. GCD療法は切除不能胆道癌に対する一次化学療法としては確立されているが, 術前化学療法としての有効性は確立されていない. 今回, 十二指腸乳頭部癌Stage IVに対してGCD療法が奏効し, conversion surgeryを施行し得た1例を経験したため, 文献的考察を加え報告する.

## 8. メッケル憩室が偶発的に巻き込まれた絞扼性腸閉塞を経験した一例

＜南埼玉＞ 新久喜総合病院<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>

○木村 綾佑 (研修医)<sup>1)</sup>

高藤 康<sup>2)</sup>, 宮成 淳<sup>2)</sup>, 石川 達郎<sup>2)</sup>, 樋口 大空<sup>2)</sup>, 加藤 琢也<sup>2)</sup>,

秋元 寿文<sup>2)</sup>, 野田 和雅<sup>2)</sup>, 青笹 季文<sup>2)</sup>, 小野 聡<sup>2)</sup>

絞扼性腸閉塞は癒着やヘルニアが原因とされるが, 今回偶発的にメッケル憩室が切除標本に含まれた稀少例を経験した. 症例は71歳男性. 昼食後より腹痛が出現し当院救急外来を受診. 造影CTでclosed loopを伴う絞扼性腸閉塞と診断し, 同日緊急手術を施行した. 回盲部近傍から約30cmの回腸が壊死しており, 腸間膜癒着によるバンド形成が原因と考えられた. 病理組織検査では壊死腸管に加え, 固有筋層を有し異所性胃粘膜を伴う真性憩室が認められ, メッケル憩室と診断された. 憩室には炎症や穿孔はなく, 絞扼の直接原因ではなかったが, 病変腸管に偶発的に含まれていたと考えられた. 術後経過は良好で第8病日に退院した. メッケル憩室は消化管出血や穿孔の原因として知られるが, 本例のように絞扼性腸閉塞に合併して偶発的に切除されることもあり, 念頭に置くべきである.

## 9. 胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術による胆道損傷の2症例

＜狭山＞ 社会医療法人人間川病院 外科<sup>1)</sup>, 同 病院長<sup>2)</sup>

○青木 茂弘<sup>1)</sup>

貴島 章徳<sup>1)</sup>, 内田 剛史<sup>1)</sup>, 柴沼倫太郎<sup>1)</sup>, 松本 淳<sup>1)</sup>, 木内幸之助<sup>2)</sup>

我々は2025年8月, 83歳男性で急性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術 (以下Lap-C) を行った. 術後1日目にドレーンから胆汁流出が始まった. ドレナージが奏効していたので, 2週後内視鏡的胆管ステントを挿入した. その後ドレーンをクランプし挿入したまま退院. 9月下旬, ドレーンが抜けかかっていたので抜去した. 11月上旬ステント抜去・胆道造影施行. 胆汁瘻なし, 胆管内陰影欠損あり. 乳頭をバルーンで拡張し, 総胆管結石を摘出した. 2022年には, 82歳男性で急性壊疽性胆嚢炎に対するLap-Cで総胆管損傷を経験した. 胆嚢胆管と総胆管を誤認しクリッピング後, 約半周切離したところで胆管損傷に気付いてTチューブを挿入した症例であった. 思い当たるところで2例の経験である. 当院の症例数は年間30例～50例であるが, 高齢で併存疾患を有する患者が多く, 難易度の高い症例に遭遇することが多い. 症例を供覧するとともに検討し, 診療に役立てたいと考えている.



## 10. 進行癌が疑われた6cm大の高異形度胆嚢内乳頭状腫瘍の1例

＜朝霞＞ 独立行政法人国立病院機構埼玉病院<sup>1)</sup>，同 外科<sup>2)</sup>，同 病理診断科<sup>3)</sup>

○梅原 菜摘（研修医）<sup>1)</sup>

雨宮 隆介<sup>2)</sup>，竹谷 健<sup>2)</sup>，亀苔 昌平<sup>2)</sup>，小桐 雅世<sup>2)</sup>，池端 昭慶<sup>2)</sup>，

江頭 有美<sup>2)</sup>，津和野伸一<sup>2)</sup>，江本 桂<sup>3)</sup>，早津 成夫<sup>2)</sup>

症例は79歳女性。2024年11月、前医で肝機能障害の精査目的に施行された腹部超音波検査にて胆嚢腫瘍を指摘された。2025年3月、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。腹部造影CT検査では、胆嚢内に造影効果を伴う6cm大の乳頭状腫瘍を認め、胆嚢癌が強く疑われた。腫瘍マーカーは上昇を認めなかった。画像所見から胆嚢癌cT2N0M0cStageIIと診断し、腹腔鏡下胆嚢床切除術および所属リンパ節郭清を施行した。術後経過は良好で第8病日に退院となった。病理組織学的検査では、腫瘍は胆嚢内乳頭状腫瘍(ICPN)と診断され、明らかな浸潤癌の所見やリンパ節転移は認められなかった。胆嚢内乳頭状腫瘍はしばしば胆嚢癌を合併することが知られており、腫瘍径が大きいほどその頻度は高いと報告されている。本症例では腫瘍径が6cmと巨大であったにもかかわらず浸潤癌の成分を認めない稀な症例であり、術前に胆嚢癌との鑑別が困難であった。

## 11. 周囲臓器圧排と静脈浸潤を呈した巨大膵漿液性嚢胞腫瘍の1切除例

＜朝霞＞ 独立行政法人国立病院機構埼玉病院<sup>1)</sup>，同 外科<sup>2)</sup>，同 病理診断科<sup>3)</sup>

○小島 芳月（研修医）<sup>1)</sup>

雨宮 隆介<sup>2)</sup>，竹谷 健<sup>2)</sup>，亀苔 昌平<sup>2)</sup>，小桐 雅世<sup>2)</sup>，池端 昭慶<sup>2)</sup>，

江頭 有美<sup>2)</sup>，津和野伸一<sup>2)</sup>，辻川 華子<sup>3)</sup>，早津 成夫<sup>2)</sup>

症例は81歳女性。以前より膵尾部腫瘍を指摘されていた。漿液性嚢胞腫瘍が疑われ、経過観察されていた。2025年2月、食欲不振による脱水で搬送され、精査目的の造影CT検査で腫瘍は11cmに増大していた。腫瘍は境界明瞭で乏血性、静脈浸潤と胃の圧排を伴っていた。超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)では確定診断に至らなかったが悪性腫瘍を否定できず、圧排症状の改善を目的に開腹膵体尾部切除・脾摘・所属リンパ節郭清を施行した。切除標本は多房性嚢胞からなり、病理組織学的に静脈浸潤を伴う漿液性嚢胞腫瘍と診断され、悪性所見やリンパ節転移は認めなかった。術後は食事摂取良好で合併症なく術後19日目に退院した。

膵漿液性嚢胞腫瘍は多くが良性だが、本症例のように巨大化に伴い周囲臓器の圧排や浸潤様変化を呈することがあり、有症状例では外科的切除が適切と考えられる。

## 12. 当院における膵癌切除例に対する肝動脈再建の解析

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 形成外科<sup>1)</sup>，同 消化器外科<sup>2)</sup>，同 病院長<sup>3)</sup>

○濱畑 淳盛<sup>1)</sup>

小倉 俊郎<sup>2)</sup>，高橋 遍<sup>2)</sup>，二見 紘史<sup>1)</sup>，影山 幸雄<sup>3)</sup>

当院における膵頭部癌に対する肝動脈浸潤例の切除・再建の治療成績を後方視的に解析した。2012～2024年に肝動脈再建を伴う膵切除を施行した14例を対象とした。平均年齢は71.9歳、男女比は9:5で、多くが浸潤性膵管癌であった。肝動脈浸潤部位により固有肝動脈・総肝動脈群(6例)と置換右肝動脈群(8例)に分類した。短区域切除では端々吻合を、長区域切除では血管グラフトを用いた。1例では大腿外側回旋動脈が利用された。置換右肝動脈再建では主に胃十二指腸動脈に吻合が行われ、代替として第二空腸動脈なども選択された。再建血管の開存は全例で確認され、肝動脈血流不全に関連する合併症は認めなかった。生存期間中央値は1,046日で、9例が現在も生存している。近年の化学療法の進歩により従来は切除不能とされた症例でも手術が可能となり、肝動脈再建の重要性は一層高まっている。

### 13. 義歯誤飲10年後に虫垂穿孔を来し外科的治療を要した1例

＜蔵戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>

○青山 稜（研修医）<sup>1)</sup>

瀧下 智恵<sup>2)</sup>, 林 くらら<sup>2)</sup>, 井坂 巴美<sup>2)</sup>, 西山 航平<sup>2)</sup>, 下田 陽太<sup>2)</sup>,

榎本 正統<sup>2)</sup>, 立花 慎吾<sup>2)</sup>

【はじめに】義歯誤嚥は食道などの上部消化管での内視鏡的摘出や外科的治療が報告されている。今回われわれは義歯誤飲後10年を経過し消化管穿孔を来した症例を経験したので報告する。

【症例】65歳男性。4日前からの腹痛を主訴に当科受診となった。既往歴は特になし。来院時、腹部理学的所見では筋性防御は認めなかったが右下腹部に圧痛を認めた。腹部CTでは虫垂の腫大、虫垂根部にhigh densityを伴う異物を認めた。再度病歴を聴取すると10年前に義歯の誤飲あり。異物は義歯と考えられそれに伴う虫垂炎を来したと考えられ外科的切除の方針とした。

手術は腹腔鏡下虫垂切除術にて手術を開始した。手術所見では義歯周囲の炎症が強く開腹移行し回盲部切除術を行い義歯を摘出した。術後経過は良好で術後13日目に退院となった。

【結語】義歯誤飲後10年を経て虫垂炎を発症した一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

### 14. 胃癌の転移と鑑別が困難であった大腸癌術後孤立性副腎転移の1切除例

＜狭山＞ 埼玉石心会病院 外科

○山中 一誠

相馬 大介, 木村友里花, 野村 聡子, 渡邊 隆明, 斎藤 洋之, 津嘉山博行,

落合 亮二, 高野 祐樹, 松村 直樹, 荻野 健夫, 河村 正敏, 菅野壮太郎

症例は80歳男性。胃癌十二指腸浸潤、傍大動脈リンパ節転移、多発肝転移の診断で非切除となりHER-SOX療法を施行してnearly CRが得られた。化学療法開始後4年目の精査で上行結腸癌と診断され腹腔鏡下右結腸切除術を施行した(tub2 T3N0M0 Stage IIa)。術後半年目のCTで左副腎腫瘍を指摘された。胃癌副腎転移と考え、化学療法を継続も増大傾向であった。副腎以外には新出病変を認めなかったため切除の方針となり腹腔鏡下左副腎摘出術を施行した。術後の病理結果では大腸癌の転移と診断された。病期の進行度より胃癌からの転移を最も疑った。しかしながら大腸癌からの転移や原発癌も否定できず化学療法の選択も含めて診断的意味合いも含めて手術による切除を選択した。低侵襲性を考慮した腹腔鏡手術による局所療法で切除し得た大腸癌術後孤立性副腎転移の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

### 15. 閉塞性大腸がん治療における大腸ステントの有用性

＜秩父＞ 秩父病院 外科<sup>1)</sup>, 同 内科<sup>2)</sup>, 館林厚生病院<sup>3)</sup>

○並木 晶寛（研修医）<sup>1)3)</sup>

大野 哲郎<sup>1)</sup>, 守 麻理子<sup>1)</sup>, 山田 正巳<sup>1)</sup>, 福田 千晶<sup>2)</sup>, 小峯 弓子<sup>2)</sup>,

平原 和紀<sup>2)</sup>, 黒澤奈美江<sup>2)</sup>, 坂井 謙一<sup>2)</sup>, 花輪 峰夫<sup>1)</sup>

大腸がん腸閉塞に対する緊急手術では、縫合不全のリスクが高いことから、人工肛門を造設することが一般的である。また、緊急手術は前処置不良、全身状態不良で行うことになり、術後合併症の危険性が高い。

大腸ステントは2012年に保険が適用され、悪性疾患による狭窄解除目的（緩和治療）および、大腸がん腸閉塞での緊急手術回避目的（BTS: Bridge to Surgery）での使用が認められている。当院では2016年からこれまでに、100例の内視鏡的大腸ステント留置術（BTS 54例、緩和治療 46例）を施行した。BTS症例の手術までの平均日数は19.3日で、経口摂取が可能、通常前処置可能であるため良好な手術成績につながっている。また、緩和

症例のステント留置後平均生存日数は166.4日で、終末期がん患者のQOLを著明に向上させている。

合併症として、緩和症例の2例にステントの脱落を認めたが、致命的な合併症はなかった。大腸ステントの有用性について報告する。

## 16. 外科的切除を行った後腹膜由来巨大脂肪肉腫の1例

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 消化器外科<sup>1)</sup>, 同 泌尿器科<sup>2)</sup>

○長寄 寿矢<sup>1)</sup>

大野 吏輝<sup>1)</sup>, 大井 悠<sup>1)</sup>, 夏目壮一郎<sup>1)</sup>, 吉岡祐一郎<sup>1)</sup>, 川崎 一生<sup>1)</sup>,

高橋 遍<sup>1)</sup>, 江原 一尚<sup>1)</sup>, 福田 俊<sup>1)</sup>, 影山 幸雄<sup>2)</sup>

症例は69歳, 男性. 2024年9月頃から下腹部腫瘤を触知. 2025年4月, CTにて腹部腫瘤を指摘され当院紹介. 初診時, 着衣の状態でも腹部膨隆が視認された. 胸腹部造影CTにて左側背側を中心に35x25cm大, 周辺と内部が不均一に造影される巨大な腫瘍を認め, 左腎臓や左側結腸は頭側腹側へ圧排されていた. 両側肺に結節影を複数力所認め, 肺転移が疑われた. 症状緩和目的に開腹腫瘍切除の方針とした. 上下腹部正中切開と左側への横切開を加え, 周囲臓器から腫瘍を剥離した. 左腎尿管, 左側結腸, 大腿神経, 腸骨血管を温存, 重さ約8kgの腫瘍を摘出した. 手術時間8時間29分, 出血量4,657ml. 術後経過は良好で, 14日目に自宅退院となった. 切除検体の病理診断はhigh-gradeの高分化型脂肪肉腫で, 剥離面に脱分化型成分の露出はなかった. 今回われわれは, 巨大脂肪肉腫を安全に切除しえたので若干の文献的考察を加えて報告する.

## 17. 巨大鼠径ヘルニア嵌頓に対し非観血的整復・観血的整復を行った2例

＜南埼玉＞ 新久喜総合病院<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>

○大内田優月 (研修医) <sup>1)</sup>

宮成 淳<sup>2)</sup>, 石川 達郎<sup>2)</sup>, 高藤 康<sup>2)</sup>, 樋口 大空<sup>2)</sup>, 加藤 琢也<sup>2)</sup>,

野田 和雅<sup>2)</sup>, 青笹 季文<sup>2)</sup>, 小野 聡<sup>2)</sup>, 秋元 寿文<sup>2)</sup>

[症例1]84歳男性. 右鼠径部腫脹と右下腹部痛を主訴に受診した. 身体所見で右鼠径部に児頭大の膨隆を認めた. 造影CT検査にて右鼠径ヘルニア嵌頓の診断となり整復を試みたが困難であり同日緊急手術の方針となった. 前方到達法でヘルニア修復術を施行し, 虚血小腸の切除を行った. 術後経過は良好で術後12日目に軽快退院した.

[症例2]80歳男性. 当院にリハビリ入院中に右鼠径部腫脹と右下腹部痛自覚した. 身体所見で右鼠径部に児頭大の膨隆を認めた. 造影CT検査で右鼠径ヘルニア嵌頓の診断となり非観血的に整復した. 翌日には腹部症状改善し食事開始とした. 発症から8日後に待機的に前方到達法でヘルニア修復術を行った. 術後経過は良好で術後4日目に回復期病棟に転棟した.

[結語]巨大鼠径ヘルニア嵌頓に対し非観血的整復と観血的整復をそれぞれ行った2例を経験したため報告する.

## 18. 大腸ヘルニア嵌頓により, 胃壁壊死を伴わない胃壁内気腫及び門脈気腫を呈した一例

＜朝霞＞ 国立病院機構埼玉病院<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 消化器内科<sup>3)</sup>

○太田 尚哉 (研修医) <sup>1)</sup>

江頭 有美<sup>2)</sup>, 竹谷 健<sup>2)</sup>, 小桐 雅世<sup>2)</sup>, 池端 昭慶<sup>2)</sup>, 雨宮 隆介<sup>2)</sup>,

津和野伸一<sup>2)</sup>, 早津 成夫<sup>2)</sup>, 細田 泰雄<sup>3)</sup>

症例は84歳, 女性. 2日前からの上腹部痛と嘔吐のため前医受診され当院へ転院搬送された. 下腹部全体に強い圧痛を認め, 造影CTでは右大腿ヘルニアによる小腸の嵌頓, 閉塞と胃壁内及び門脈内にガス像を認めた. 胃壁自体の造影は良好であった. 嵌頓した小腸は壊死が疑われ, 大腿ヘルニア嵌頓解除目的に, 同日緊急手術施行した. 腹腔鏡にて観察すると, 胃壁の虚血性変化なく, 血流は良好と考えられた. 腹腔鏡で観察後, 嵌頓解除及び小腸部分切除を行った. 手術時間は1時間56分, 出血量は60gであった.

術後は経過良好であり, 術後11日目に退院としている.

胃壁内気腫及び門脈気腫は, 胃壁壊死を疑わせる所見である. 今回われわれは, 胃壁壊死の存在しない, 腸閉塞による胃内圧上昇によると思われる胃壁内気腫及び門脈気腫の症例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告する.



## 19. 正中弓状韧带症候群を背景に内臓動脈瘤破裂を発症し血管塞栓術を施行した1例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>、同 救命救急科<sup>2)</sup>

○浅沼 朋憲（研修医）<sup>1)</sup>

宮田 秀平<sup>2)</sup>、近江 光<sup>2)</sup>、小幡 雄三<sup>2)</sup>、小川 博史<sup>2)</sup>、大谷 義孝<sup>2)</sup>、

井上 孝隆<sup>2)</sup>、根本 学<sup>2)</sup>、加地 正人<sup>2)</sup>

【背景】正中弓状韧带症候群(MALS)は、正中弓状韧带によって腹腔動脈が圧迫され血流障害が生じる疾患である。症状は食事時の腹痛があるが、無症状で経過しながら緊急治療を要する病態となって発見されることがある。今回MALSを背景に内臓動脈瘤破裂を発症し血管塞栓術を施行した1例を報告する。

【症例】40代女性。突然の心窩部痛と背部痛が出現し救急要請された。来院時は意識清明でバイタルサインは安定しており右側腹部に圧痛があった。CTで脾頭部周囲に高吸収域を認め、後腹膜血腫と診断した。血管造影検査で前上臍頭十二指腸動脈から下臍頭十二指腸動脈の位置に動脈瘤形成を認めコイル塞栓術を施行した。術後経過は良好で動脈瘤の原因検索としてCTを再確認したところ腹腔動脈の狭窄所見がありMALSと診断した。

【結論】内臓動脈瘤の原因としてMALSは鑑別にあげることが必要である。CTでの腹腔動脈起始部の評価が必要である。

## 20. 急性喉頭蓋炎に対し、ドクターカー接触時での気管挿管により良好な経過が得られた一例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>、同 救命救急科<sup>2)</sup>

○丸尾 陽子（研修医）<sup>1)</sup>

小幡 雄三<sup>2)</sup>、近江 光<sup>2)</sup>、宮田 秀平<sup>2)</sup>、小川 博史<sup>2)</sup>、大谷 義孝<sup>2)</sup>、

井上 孝隆<sup>2)</sup>、根本 学<sup>2)</sup>、加地 正人<sup>2)</sup>

【背景】急性喉頭蓋炎は初期には上気道炎症状が出現するが、急速に進行して気道閉塞し窒息死する場合もあるため気道確保の判断が重要となる。今回、ドクターカー接触時での気管挿管により良好な経過が得られた一例を経験したため報告する。

【症例】50歳代男性。起床時から咽頭痛と全身倦怠感を自覚した。経過観察したが改善せず、呼吸苦と喘鳴も出現したため救急要請した。救急隊接触時は軽度の吸気性喘鳴が認められたが、搬送中に急激に増悪したためドクターカー要請となった。接触時は呼吸不全と意識障害を呈しており気道緊急と判断して気管挿管を行った。喉頭展開時、喉頭浮腫を認めた。入院後は気道管理を継続し第8病日に抜管した。その後の呼吸状態増悪なく第13病日に退院した。

【結論】急性喉頭蓋炎では身体所見での気道確保の適切な判断をすることが、良好な気道管理につながる。

## 21. 喉頭腫瘍による気道狭窄に対し、venovenous ECMO導入下で気道確保した1例

＜狭山＞ 埼玉石心会病院<sup>1)</sup>、同 救急外科<sup>2)</sup>、同 救急科<sup>3)</sup>、同 総合診療内科<sup>4)</sup>

○中島 隆（研修医）<sup>1)</sup>

岩崎 任<sup>2)</sup>、嵯野 柊<sup>3)</sup>、松下 俊介<sup>2)</sup>、加藤淳一郎<sup>2)</sup>、佐伯 有香<sup>3)</sup>、

渡邊 隆明<sup>2)</sup>、中島 有香<sup>3)</sup>、石井 耕士<sup>4)</sup>

【背景】換気困難、挿管困難が予想される症例でバックアップとしてvenovenous extracorporeal membrane oxygenation(以下V-V ECMO)を導入することは選択肢の1つである。

喉頭腫瘍による気道狭窄に対し、V-V ECMO導入下で気道確保を行った症例を報告する。

【臨床経過】70歳代男性。来院1ヶ月前から呼吸困難と嘔声を自覚し、2週間前に近医で喉頭腫瘍を指摘されていた。精査を予定していたが、呼吸困難の急激な増悪があり救急搬送された。来院時は会話可能であったが、吸気時に強い狭窄音があった。気管挿管を検討したが腫瘍の形態から非常に困難であると判断した。気管切開の可能性も念頭にバックアップとしてのV-V ECMOを導入した上で経口気管挿管を実施した。第2病日にV-V ECMOを離脱し、第3病日に気管切開を施行した。第5病日に合併症の発生なく、他院耳鼻咽喉科に転院した。

【結論】V-V ECMO下で気道確保を行い合併症なく管理できた1例を経験した。

## 在宅医療・地域医療連携

### 22. ひとり親の看取りについて

＜坂戸鶴ヶ島＞ 鶴ヶ島在宅医療診療所 訪問診療

○小川 越史

須賀原裕一、宇田川清司

当院は19床の入院・訪問・外来診療を駆使して地域完結型の医療を目指し日々診療している。今回は、ひとり親で障害をもつ子供の育児に奮闘する中、癌を発症し闘病のすえ看取りとなった症例を経験したので報告する。症例は52歳女性、病名は乳癌、子供は一人、11歳男でADHD・知的障害・反抗性挑戦障害と診断されている。術後より開始された化学療法が無効となりベストサポートケア(BSC)へ移行した段階で訪問診療目的に紹介となった。母親は子供と長く一緒に過ごすことが願いであった。児童相談所と協議し急変時の子供の安全を確保したうえで二人暮らしを継続した。限界まで在宅で過ごした後、当院入院し11病日で他界された。経過中に本人・息子に大きなトラブルはなかった。グリーフケアの評価は経時的な判断が必要であるが、看取りの際にトラブルなく経過したこと、不必要な警察介入などの社会的問題なく経過したことは適切な対応ができたと考えている。

### 23. 地域連携救急車(D-ER) 搬送患者の検討

＜南埼玉＞ 白岡中央総合病院 内科救急

○松山 尚弘

鎌田 太郎、橋本 視法、高野 嘉昭

【はじめに】当院では2019年より地域連携救急車(D-ER)を運用しており、高齢者施設からの入院搬送や高次医療機関からの下り搬送を担っている。D-ERは医師・看護師・救急救命士・運転士が同乗し、施設現場で初期対応を行いながら病院へ搬送する体制である。

【対象並びに結果】2025年7～8月にD-ERで搬送された44件を検討した結果、予後は、院内心停止6件、DPC期間内退院31件、非退院7件であった。急性期治療は平均22日間、日当点約6400点であった。比較対象として、同時期に救急搬送された215件では平均12日間、日当点約8300点であった。

【考察】D-ER搬送患者はADLが低く治療に時間を要したが、現場初期対応と医師同乗による判断支援により、不要な搬送や過剰入院を回避し、医療資源の適正配置に貢献した。費用対効果の観点からも、D-ERは地域医療の効率化と施設職員支援に寄与する実践モデルとして有用性が強く示唆された。

### 24. 高齢者てんかんの新たな展開 それは自律神経発作か

＜朝霞＞ TMGサテライトクリニック朝霞台 在宅医療部

○浅井 彰久

3年前から、発表してきた、高齢者てんかんであるが、2024年に新たな抗てんかん薬が本邦で発売されたことで、診断的治療の適応が拡大でき、臨床上新たな段階に入ったと考える。従来の意識消失や意識減損発作・脱力などの高齢者てんかんではなく、重篤な自律神経の失調が主な症状である症例、レビー小体型認知症との同一性を示唆する症例、従来の不定愁訴といわれる症状との関連を示唆する症例。これら症例を報告し、高齢者てんかんの理解を深め、その本質は自立神経発作と考えるべきとの理解を示したい。

## 25. 市移管後のACP普及啓発事業における熊谷市の取り組み

＜熊谷＞ 大塚医院ファミリークリニック 内科<sup>1)</sup>，熊谷市医師会 内科<sup>2)</sup>，熊谷生協病院 小児科<sup>3)</sup>，熊谷総合病院 外科<sup>4)</sup>

○大塚 貴博<sup>1)2)</sup>

小堀 勝充<sup>2)3)</sup>，平山 信男<sup>2)4)</sup>

令和3年度より埼玉県事業としてACP(アドバンス・ケア・プランニング)普及事業が開始された。熊谷市では、市担当部署と医師会が協働して対面の出前講座に注力した。参加者の事後アンケートを実施して、講演内容の改善や市報掲載・動画活用など啓発方法を工夫した。

令和6年度からは市へ事業が移管され、独自の取り組みとして、多職種(薬剤師、訪問看護師、ソーシャルワーカー)を講師に追加した。さらに、医療従事者向けの普及啓発として事例検討を開始した。また、対象を高齢者だけでなく幅広い世代に拡大し、令和7年度には中学校1校で授業としてACPを学ぶ機会を設けた。

今後の課題として、限られた予算と人員での事業の継続性が挙げられ、政策的な必要性を訴えつつ、事業のアウトカムを多角的に評価していく必要がある。これらの取り組みを通じ、市民が主体的にACPを考え、「対話としてのACP」が文化として根付くことを目指す。

## 26. 自治医科大学附属さいたま医療センターにおける、多職種・多施設連携で行うリンパ浮腫診療

＜大宮＞ 自治医科大学附属さいたま医療センター 形成外科<sup>1)</sup>，同 リハビリテーション部<sup>2)</sup>，同 オンコロジーセンター<sup>3)</sup>，同 栄養部<sup>4)</sup>

○平山 貴浩<sup>1)</sup>

坂本 幸恵<sup>2)</sup>，横山 直子<sup>3)</sup>，村越 美穂<sup>4)</sup>，細山田広人<sup>1)</sup>，桑原 征宏<sup>1)</sup>，

山本 直人<sup>1)</sup>

リンパ浮腫は主になが治療におけるリンパ節郭清や放射線治療、薬物療法などにより、リンパ液の流れが滞り生じる。基本的に命に関わる疾患ではないが、根治は難しく、適切な治療がなされないと患者の生活の質の低下は著しい。

リンパ浮腫の治療の中心は圧迫療法を中心とする保存療法(複合的治療)であり、専門のセラピスト(リンパ浮腫療法士)が行う。一方で形成外科でのリンパ管静脈吻合術に代表される外科的治療も存在する。複合的治療or外科的治療、ではなく、両者をいかにうまく組み合わせるかが治療の鍵となる。

演者は2023年に当院へ赴任し、リンパ浮腫診療を開始した。形成外科医であると同時にリンパ浮腫療法士であり、外科医・セラピスト双方の視点から診療にあたっている。院内他職種だけでなく院外セラピストの協力も得て、効果的な治療を提供するよう心がけている。当院におけるリンパ浮腫の治療体制について、症例を交えて報告する。

## 27. レオカーナ®により創傷治癒を目指す地域医療連携の取り組み

＜浦和＞ 松弘会 三愛病院 循環器内科

○大熊 慧

小山 修平，中田 晃孝，済陽 義久

当院は年間約170症例の末梢血管内治療(EVT)を行っており、包括的高度慢性下肢虚血(CLTI)症例も多く含まれている。EVTにより創傷治癒が進む症例も多いが、中にはEVTのみでは改善せず創傷治癒遅延を認める症例もある。その場合、新規の吸着型血液浄化療法であるレオカーナ®を補助療法として導入することがある。最大で3か月間に24回施行できるが急性期病院で継続的に行うには病床事情もあり難しい側面がある。また、透析施設によっては新規治療導入の閾値の高さなどの問題から導入できない場合がある。そのような問題を解決するために当院で初期導入を行い、レオカーナ®中のバイタルサインのトレンドを記録・共有することで、退院後はかかりつけで無理なく継続するシステムを構築した。このような地域連携を強固にすることで患者が快方に向かうことができるため実際の症例やデータなどを交えて報告することとする。



## 脳神経外科

### 28. 小児頭部外傷の頭蓋形成術後に広範な脳浮腫をきたした一例

＜越谷＞ 獨協医科大学埼玉医療センター 脳神経外科

○熊谷 なつき

杉浦 嘉樹, 中田 朱音, 松嶋 哲平, 松本 佳之, 藤井 淑子, 成合 康彦,  
鈴木 亮太郎, 高野 一成, 永石 雅也, 滝川 知司, 鈴木 謙介

【背景】頭蓋形成による頭蓋内圧変化により急激に脳浮腫をきたし、生命の危機となることがある。

【症例】14歳男性、交通外傷で前医に救急搬送され、左急性硬膜外血腫と診断された。同日当院で左開頭血腫除去術と外減圧術を行った。第4病日に右側の脳浮腫をきたしたため外減圧術が追加された。全身状態が改善したため、第40病日に右頭蓋形成術を実施した。40時間後両側の瞳孔が散大し、頭部CTで正中偏位を伴う左大脳半球の広範な脳浮腫を認めた。右の頭蓋骨を再度抜去したところ瞳孔径は改善を認めた。

【考察・結語】頭蓋形成術後の広範な脳浮腫はmassive brain swellingと表現され症例報告がある。頭蓋形成により大気圧が解除されたことによる頭蓋内圧変化が原因とされている。Sinking of skin flapおよび陰圧ドレーンが二大素因であり、術者は頭蓋形成による脳浮腫リスクを考慮する必要がある。

### 29. 精巣炎を契機にAspergillus fumigatusによる大脳硬膜下膿瘍を生じた1例

＜浦和＞ さいたま市立病院 脳神経外科

○中村 凌輔

嵯峨伊佐子, 福村麻里子, 小嶋 篤浩

症例は76歳男性、体幹部造影CTで偶発的に左精巣腫瘍が指摘され、X年3月に摘除術を施行した。病理検査でAspergillusによる膿瘍の診断になったが、全身状態良好で感染を示唆する臨床所見に乏しかったため、抗真菌薬は投与しなかった。X年6月に非痙攣性てんかん発作を主訴に来院し、頭部MRIで大脳鎌周囲に拡散強調画像高信号、T1強調画像低信号、T2強調画像高信号を呈する病変が見られた。血液透析患者であり造影MRIが施行できず、造影CTでリング状の造影効果を伴う、液体貯留様の病変が同部位に見られた。X年7月に精査目的で開頭生検術を施行したところ、培養検査、病理検査から、Aspergillus fumigatusによる大脳鎌硬膜下膿瘍の診断となり、抗真菌薬での治療が開始された。精巣炎に伴う硬膜下膿瘍、Aspergillusによる硬膜下膿瘍、大脳鎌に生じる硬膜下膿瘍はまれであり、文献的考察を加え報告する。

### 30. 未破裂脳動脈瘤に対する血管内治療直後に造影剤脳症を認めた1例

＜川口＞ 川口市立医療センター 脳神経外科<sup>1)</sup>, 日本大学医学部 脳神経外科学系神経外科学分野<sup>2)</sup>

○高瀬 彦宥<sup>1)2)</sup>

古市 眞<sup>1)</sup>, 福島 悠太<sup>1)2)</sup>, 落合 祐之<sup>1)</sup>, 加納 利和<sup>1)</sup>, 吉野 篤緒<sup>2)</sup>

【はじめに】造影剤脳症は脳血管内治療後に稀にみられるまれな合併症である。今回、未破裂脳動脈瘤に対してフローダイバーター(FD)留置術の直後に造影剤脳症を呈した1例を経験したので報告する。

【症例】45歳男性、偶然に発見された左IC-PC瘤に対しコイル併用FD留置術を施行した。術直後より失語と右片麻痺が生じた。術後の頭部CT、MRI検査で脳梗塞や脳出血を認めず、造影剤の皮質下poolingを認め、造影剤脳症と判断した。ステロイドと抗痙攣薬を投与し、不穏に対し様々な鎮静薬を使用するも効果が乏しかった。プロポフォール静注により不穏は鎮静したが、呼吸抑制と血圧低下を生じて昇圧剤と人工呼吸管理を必要とした。術翌日に抜管し、その後に神経症状は徐々に改善し、POD7に右手指の軽度しびれを残して自宅退院した。

【結語】血管内治療において原因不明の神経症状出現時は造影剤脳症の可能性を念頭に置くべきである。

### 31. 症状進行し手術を行った脊髄海綿状血管腫の一例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>，同 脳神経外科<sup>2)</sup>，同 院長<sup>3)</sup>

○楨谷 友貴（研修医）<sup>1)</sup>

久保 創<sup>2)</sup>，長田 秀夫<sup>2)</sup>，渡邊 定克<sup>2)</sup>，齋藤 浩史<sup>2)</sup>，藤岡 丞<sup>3)</sup>

海綿状血管腫は異常拡張した毛細血管の集簇からなる血管病変で、全人口の約0.5%に発生し、脳幹や脊髄では出血リスクが高い。45歳男性は頭痛、後頸部痛、嘔気、吃逆、左上肢のしびれを主訴に受診し、CTで頸髄に高吸収域を認めた。MRIでは低信号と高信号の混在と辺縁高信号帯を示し、造影効果に乏しく海綿状血管腫が疑われ、小脳や側頭葉にも多発病変を確認した。入院後に症状は四肢麻痺や直腸障害に進行し、発症後23日に血腫除去術を施行したところ、感覚障害を一部残すのみで麻痺や排便障害は著明に改善した。脊髄海綿状血管腫は保存的治療が選択されることも多いが、症候性増悪例では外科的介入が機能予後改善に寄与することが知られており、本症例はその有効性を示す一例と考えられた。

### 32. 症候性頸部頸動脈狭窄症に対し内膜剥離術後に白質脳症を呈した維持透析患者の一例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>，同 脳卒中外科<sup>2)</sup>

○志水 建斗（研修医）<sup>1)</sup>

寺西 亮雄<sup>2)</sup>，柳田 隼<sup>2)</sup>，酒井 紫帆<sup>2)</sup>，石野 昇<sup>2)</sup>，谷川 大介<sup>2)</sup>，

澤柳 文菜<sup>2)</sup>，武 裕士郎<sup>2)</sup>，栗田 浩樹<sup>2)</sup>

【症例】症例は80歳男性、慢性腎臓病に対して血液透析中の患者である。右頸部頸動脈の閉塞、左頸部頸動脈の高度狭窄を指摘されており、透析に際して意識消失発作が頻回であり、両側分水嶺領域の虚血巣も拡大傾向にあった為症候性高度狭窄として頸動脈内膜剥離術を施行した。術前に10000/ $\mu$ L程度の好酸球数が2ヶ月程度継続しており、前医で特発性好酸球増多として経過観察されていた。術中合併症なく終了し、新規の神経脱落症状は認めなかった。画像上新規虚血病変は認めず、狭窄部の良好な開存を確認した。術後1週で右上下肢の筋力低下を認め、左前頭葉白質の浮腫性病変を認めた。好酸球増多に伴う白質脳症と判断し、ステロイドパルス療法を施行した。症候は速やかに改善し画像上の白質病変も改善を示した。

【考察】特発性好酸球増加症候群は中枢神経合併症として分水嶺領域の脳梗塞、白質脳症を起こすことが知られている。文献的考察を交え症例報告する。

## 精神神経科

### 33. 弟の急逝に起因する意識消失を呈した11歳男児の一例

＜所沢＞ 医療法人秀仁会 平沢スリープ・メンタルクリニック 精神科, 心療内科

○平澤 俊之

平澤 秀人

症例は11歳男児, X-1年10月生後5ヶ月の弟が急逝し, その後意識消失が出現した。X年3月母親が第6子を妊娠後, 意識消失発作が増加, 同年7月睡眠障害が疑われ当院を受診。睡眠脳波検査を施行したが異常なかった。同年9月小児科でてんかんと診断されたが発作を繰り返した。同年10月弟の命日が近づくに従い発作が頻発したため解離性障害と診断。同年11月母親が第6子を出産後には無意識で外を歩き回る症状も出現。X+1年4月中学進学。学校での発作が頻発するため, 学校と連携し発作時は車椅子で保健室へ移動させる対応を指示。さらに本人との治療関係を構築し解離症状の評価とアプローチを行った。本人, 母親, 教師が発作のタイミングを概ね理解できるようになり発作時の対応もスムーズに行えるようになったことで発作の頻度は軽減した。本症例は, 周囲が安心感を保証しながら本人と関係者全員が解離症状を理解し, 適切な対応をとることで改善へと向かった症例である。

### 34. 摂食障害を有する認知症患者の頻度と予後

＜南埼玉＞ 蓮田よつば病院 精神科

○窪山 泉

脇山 善行, 丸山 規雄, 鈴木 如月

【背景】認知症は, 認知機能の低下と行動・心理症状(BPSD)で定義される。多様なBPSDのうち, 食に関する摂食障害は重要である。

【目的】進行した認知症患者のうち摂食障害を訴える者の割合とその予後を知る。

【方法】2024年1月から5月までに当院を退院した進行した認知症の患者(総数76人, 男34人/女42人, 平均年齢82歳)を対象者とし, 全てがBPSDを有した。当院の退院目標はBPSDの消失であった。摂食障害の定義は, 入院時の主訴に食思不振, 食欲不振あるいは拒食の記載があった場合とした。

【結果】対象患者のうち, 3人(3.9%)が摂食障害と判断された。予後では, 2人が摂食再開し生存退院, 1人が摂食再開なく死亡退院した。

【考察と結論】進行した認知症患者のうち, 3.9%に摂食障害が見られた。長期の摂食障害は低栄養のために予後不良と予測されるが, 長期の補液療法で摂食が再開し生存する場合もあった。

## 特別講演

座長 埼玉県医学会幹事 小室 保尚

第1会場

「医療DXとサイバーセキュリティ」

デジタル大臣 衆議院議員／  
日本医科大学特任教授

松本 尚 様

## 特別講演

### 『医療DXとサイバーセキュリティ』



デジタル大臣 衆議院議員／  
日本医科大学特任教授  
松本 尚

令和7年10月末現在でマイナンバーカードを健康保険証と紐付けている（マイナ保険証）人は8,730万人（国民の10人に7人）となっています。マイナ保険証は医療DXへの患者側からの“入り口”ですが、ここから先のデジタル化を進めないと、国民が医療DXのメリットを感じることができないでしょう。医療DXの抱える問題はいよいよ医療者側に移ってきているのです。

医療DXは紙カルテを電子カルテにするという単純な話ではありませんが、電子カルテ導入率が200床未満の病院（59%）や診療所（55%）であるなど、最前線にある医療機関での導入の伸び悩みがその進展を妨げている理由の一つです。電子カルテのカスタマイズに拘ってでは導入にも維持管理にも時間と費用がかかりすぎます。「システムを業務に合わせるのではなく、業務をシステムに合わせる」——を原則としなければ医療DXが前に進むことはないでしょう。

患者と医療者の情報共有は序の口で、オンライン診療、AIによる診断、治療方針の決定、処方や手術、そして患者と医療機関を結ぶ自動運転車などの移動ツールに到るまで、人口減少社会で医療の生産性を維持するにはDXの存在が必須です。医療の最前線に立つ医師や看護師、薬剤師は仕事の効率化によって空いた時間を患者ケアに充てることができるでしょう。そして、診療記録や検査結果、処方情報、健康データなどの大量の情報を活用することで、疾病研究、新薬開発、高市総理の言う「攻めの予防医療」などにも役立てることができます。医療DXとは斯くも広く深遠で、何を以て完成したかを語ることは現段階ではできません。ただ、その一端でも良いので、国民に医療DXの利便性を知ってもらうことが必要です。

経済安全保障の観点から基幹インフラに「医療」が追加されることは時間の問題です。全国医療情報プラットフォームが完成すればすべての医療機関がこの基幹インフラと接続することになります。つまり、一般の診療所・病院といえどもサイバーセキュリティ——仮想空間の防衛に無関心ではいられなくなります。この流れについていけない医療機関はデジタルシステムのみならず、患者からも忌避され淘汰されていくことになるでしょう。そうならないためにもこれから積極的に、自律的に対策を始めようではありませんか。



## 松 本 尚 略歴

昭和37年6月3日生, 石川県金沢市出身, 金沢大学医学部卒, 救急・外傷外科医。

第81回医師国家試験合格し, 金沢大学医学部第2外科学教室に入局し, 1995年3月まで金沢大学医学部付属病院所属。

その後, 黒部市民病院, 富山県立中央病院, 国立金沢病院で外科医として勤務。

日本医科大学付属病院高度救命救急センター助手, 金沢大学医学部付属病院救急部・集中治療部講師を経て, 平成12年4月日本医科大学救急医学入局。

以後, 日本医科大学救急医学講師, 同准教授, 同教授, 同大学千葉北総病院救急救命センター長, 同副院長を歴任。

JICA (国際協力機構) 緊急国際援助隊医療チーム隊員 (平成18年～平成29年) として活躍, また, DMAT (災害派遣医療チーム) 隊員として, 平成19年の新潟中越沖地震, 同23年の東日本大震災などにも出動。

千葉県庁でのコロナ対応を契機に, 脆弱な国の危機管理を認識し政界への転身を決意, 令和3年の衆議院総選挙 (千葉県第13選挙区, 自由民主党公認) で初当選。令和6年総選挙で再選, 現在2期目。厚生労働委員会委員, 内閣委員会委員, 外務委員会委員等を務める。

岸田文雄内閣において防衛大臣政務官拝命。石破茂内閣では外務大臣政務官, 現在はデジタル大臣兼内閣府特命担当大臣 (サイバー安全保障担当)。医薬安全保障を確立する議員連盟事務局長, ドクターヘリ推進議員連盟事務局長, 日本医科大学特任教授, 千葉県医師会顧問, 産経新聞「正論」執筆メンバー等を務める。

医学博士, 英国 Anglia Ruskin大学 MBA取得。

ドクターヘリの第一人者であり, テレビドラマ「コード・ブルー」の医療監修等に従事。



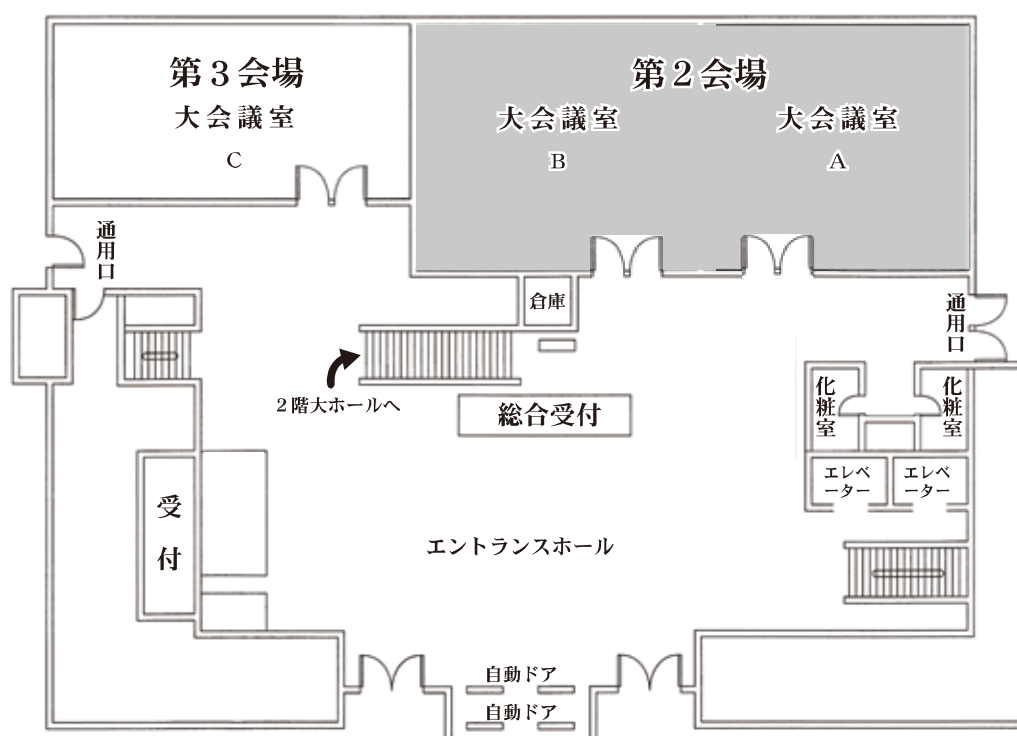
## 第2会場

内科（呼吸器）	9：00～9：21
内科（循環器）	9：22～10：12
内科（内分泌・代謝）	10：13～10：27
内科（神経・認知症）	10：28～10：49
内科（血液）	10：50～11：04
内科（アレルギー・膠原病）	11：05～11：47
内科（感染症）	11：48～12：16
内科（消化器）	12：30～12：58
消化器内視鏡	12：59～13：48
がん検診	13：49～13：56

## 会場案内図

第2会場（1F 大会議室 AB）

1 F





# 内科

## 1. 免疫チェックポイント阻害薬関連サイトカイン放出症候群により致命的転帰を呈した肺腺癌の剖検的検討

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>、同 呼吸器内科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>

○山口 堯史（研修医）<sup>1)</sup>

山口 央<sup>2)</sup>、石井 玲奈<sup>2)</sup>、森松 歩<sup>3)</sup>、美山 優<sup>3)</sup>、青鹿 愛弓<sup>1)</sup>、  
宇野 達彦<sup>2)</sup>、高原 雅和<sup>2)</sup>、橋本 康佑<sup>2)</sup>、毛利 篤人<sup>2)</sup>、今井 久雄<sup>2)</sup>、  
各務 博<sup>2)</sup>、解良 恭一<sup>2)</sup>

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) 関連サイトカイン放出症候群 (CRS) は稀だが致命的である。EGFR陽性 (exon19欠失) 肺腺癌 (cT4N3M1a) の60歳代男性。一次治療EGFR-TKI後に増悪し、二次治療としてカルボプラチン／パクリタキセル／ベバシズマブ／アテゾリズマブ (抗PD-L1抗体) 併用療法を開始した。投与11日目に全身性紅斑と高熱を認め、15日目には意識障害と血圧低下が出現。経過および血清フェリチン著増とIL-6高値の所見よりCRSと判断し、ICUで集学的治療を行ったが循環動態を維持できず死亡した。剖検では腫瘍残存に加え全身臓器の血管内皮障害が主要所見で、感染やDICは否定的でCRSに矛盾しない像と考えられた。ICI関連CRSは初期に非特異的症候で発症するが早期の判断と治療介入が重要である。本症例に基づき、病理学的考察を加え報告する。

## 2. 肺腺癌の頭蓋骨転移により片麻痺をきたし、放射線姑息照射と免疫療法により奏効がえられた症例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>、同 呼吸器内科<sup>2)</sup>

○青鹿 愛弓（研修医）<sup>1)</sup>

毛利 篤人<sup>2)</sup>、石井 玲奈<sup>2)</sup>、宇野 達彦<sup>2)</sup>、高原 雅和<sup>2)</sup>、橋本 康佑<sup>2)</sup>、  
山口 央<sup>2)</sup>、今井 久雄<sup>2)</sup>、各務 博<sup>2)</sup>、解良 恭一<sup>2)</sup>、小林 国彦<sup>2)</sup>

49歳男性。右肩甲部痛、下腹部痛、食欲不振、体重減少、右頸部皮下腫瘍、腰部正中の疼痛を自覚され、近医受診。腹腔内腫瘍、右頭頂部頭蓋骨転移を伴う肺腺癌 (cT1bN0M1c) と診断された。免疫チェックポイント阻害薬による1次治療導入前に、頭蓋骨転移の増大により脳実質が圧迫され、左上下肢不全麻痺を呈した。麻痺は進行性に増悪したが、放射線姑息照射と免疫療法 (ペムブロリズマブ (PD-1阻害薬)) により改善を認めた。頭蓋骨転移による片麻痺の発症は稀であり、治療反応性も含めて文献的考察を加えて報告する。

## 3. 「禁煙後進県 埼玉」への提言 ～埼玉に無煙世代を育てよう 行田市医師会16年目の挑戦～

＜行田＞ 医療法人社団清幸会 行田中央総合病院 内科 総合内科<sup>1)</sup>、  
河本耳鼻咽喉科 行田市医師会 会長 耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>

○川島 治<sup>1)</sup>

河本 英敏<sup>2)</sup>

【目的】本年の日本禁煙学会埼玉県開催を機に行田市医師会16年の活動を報告し県・他郡市医師会への喫煙防止活動の波及を期待する。

【方法】H21年より市内全小学生対象喫煙防止教室「行田市無煙世代を育てよう」を開始。

(16年間累計10397人) 早期防煙教育効果判定の為H30より成人式で防煙講演会と参加者即日実態調査開始 (8年間累計1828人) し関連性を判定した。

県議会議員対象受動喫煙防止条例勉強会開催 (県議会自民党・無所属県民会議)

禁煙助成金応援プラン・禁煙サポーター薬局・空気もおいしいお店・忍城ライトアップ・鉄剣マラソン参加者肺機能チェック・中学校職場体験学習登録企業敷地内禁煙要請・妊婦に対する疫学調査禁煙指導・一般企業・介護施設・寺院の敷地内禁煙支援

【結果】早期防煙教育の喫煙防止効果が有意差をもって証明され20歳喫煙率9.5%と低減を認めた。

【考察】県・他郡市医師会への喫煙防止活動の波及を期待し埼玉に無煙世代を育ててゆきたい。

#### 4. 心筋生検による右室穿孔に対し外科的修復で救命した急性リンパ球性心筋炎の一例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>，同 心臓内科<sup>2)</sup>，同 循環器内科<sup>3)</sup>，まつもと内科<sup>4)</sup>  
○金子乃羽良（研修医）<sup>1)</sup>

野本美智留<sup>2)</sup>，荒井 隆秀<sup>2)</sup>，中埜信太郎<sup>2)</sup>，加藤 律史<sup>3)</sup>，松本 和久<sup>4)</sup>

【背景】心筋生検は心筋炎診断に必須であるが，右室穿孔など稀ながら致死的な合併症を伴い，重症例ほど頻度が高いとされる．今回，心筋生検時に右室穿孔から心タンポナーデに至ったが，心臓血管外科との迅速な連携で外科的修復が奏功し救命できた症例を経験した．

【症例】68歳女性．発熱と消化器症状後に呼吸困難を呈し当院紹介．心エコーで左室駆出率30%と心不全を認め入院した．非侵襲的陽圧換気とカテコラミンで加療するも改善なく，第3病日に心臓カテーテル検査を施行．冠動脈に有意狭窄はなく，Impella CPを導入し右室心筋生検を行った．心室頻拍と穿孔による心タンポナーデを発症したが，緊急パッチ閉鎖術で救命した．病理診断はリンパ球性心筋炎であった．以降，集学的治療で循環動態は安定し，独歩退院となった．

【結語】心筋炎診療では生検の診断的価値とリスクを十分理解し，合併症発症時に即応できる体制整備も必要となる．

#### 5. 若年成人発症の完全房室ブロックに対しリードレスペースメーカを留置し症状改善を得た1例

＜川口＞ 川口市立医療センター<sup>1)</sup>，同 循環器内科<sup>2)</sup>  
○増田 秀輔（研修医）<sup>1)</sup>

磯 一貴<sup>2)</sup>，齋藤 彩芽<sup>2)</sup>，渡辺明日香<sup>2)</sup>，庄司 泰城<sup>2)</sup>，笹 優輔<sup>2)</sup>，  
宮川 真継<sup>2)</sup>，須貝昌之助<sup>2)</sup>，林田 啓<sup>2)</sup>，渥美 渉<sup>2)</sup>，立花 栄三<sup>2)</sup>，  
國本 聡<sup>2)</sup>

【症例】46歳，男性．

【主訴・現病歴】姿勢時にめまいを自覚し，その後失神したため救急要請．救急外来で完全房室ブロック(cAVB)および約8秒の心停止を認め，精査加療目的に入院．

【既往・家族歴】脂質異常症．心疾患の家族歴なし．

【内服薬】ピタバスタチン， $\omega$ -3脂肪酸エチル．

【身体所見】意識清明，体温 36.7℃，血圧 188/106 mmHg，脈拍数 57 回/分，その他自覚所見なし．

【検査所見】生化学検査では電解質異常や心筋逸脱酵素の上昇を認めなかった．心電図ではcAVBを認め，房室伝導回復時に完全左脚ブロックを認めた．心エコー検査で左室駆出率 64 %であり，心肥大や有意な弁膜症を認めなかった．

【経過・考察】右室にリードレスペースメーカ(LLPM)を留置し，失神なく経過している．本症例は，長期予後が予想されるcAVBでありPMの種類やモード選択に苦慮した．近年，若年患者におけるLLPMの有用性が再考されており，文献を踏まえて考察する．

#### 6. 肺炎で入院中に肺血栓塞栓症で死亡し病理解剖をおこなった一例

＜蕨戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>，同 一般内科<sup>2)</sup>  
○和田 航汰（研修医）<sup>1)</sup>

齋藤美歩乃<sup>2)</sup>，遠藤 嗣士<sup>2)</sup>，村松侑一郎<sup>2)</sup>，佐野 晃士<sup>2)</sup>，西條 天基<sup>2)</sup>，  
田中 彰彦<sup>2)</sup>

【症例】88歳男性．

【現病歴】第1病日に咳嗽，喀痰を自覚し近医を受診，肺炎と診断され，抗生剤処方の上帰宅した．第4病日に体動困難となり救急要請．右上葉肺炎の診断で緊急入院した．抗生剤加療を行い，経過良好につき第15病日に退院予定となった．しかし第14病日の明け方にトイレで倒れ，意識レベルⅢ-200，血圧 75/52 mmHg，HR 124 bpm，SpO<sub>2</sub> 89%とショックの状態だった．CTで肺動脈内に高濃度域を認め，肺血栓塞栓症が疑われ，ヘパリン1万単位/日が開始された．しかし午前7時56分に心停止，救命処置に反応せず，午前10時36分に死亡した．病理解剖では，肺血栓塞栓症に矛盾しない所見であった．

【考察】本症例は前立腺癌ホルモン療法中であり，血栓症のリスクが高かったと推察される．リスク因子を有する患者では対策を講じるとともに，バイタルサインに異常があれば積極的に検査を行うべきと考える．



## 7. 診断および治療選択に難渋した大動脈内血栓症の一例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>，同 心臓内科<sup>2)</sup>

○小此木竜馬（研修医）<sup>1)</sup>

永井 充伸<sup>2)</sup>，保谷 洋貴<sup>2)</sup>，中埜信太郎<sup>2)</sup>，加藤 律史<sup>2)</sup>

54歳女性，卵巣癌術後のフォロー中に施行した造影CTで大動脈弓遠位部に14×38mm大の構造物を偶発的に認めた，FDG-PETで腫瘍性病変は否定され大動脈内血栓症が疑われた．凝固機能に異常は認めず，経食道エコーで可動性を認め塞栓リスクが高いことから外科的治療が考慮されたが，大動脈弓部置換を要し高侵襲であること，無症状であることから内科的治療の方針とした．ヘパリン持続静注からワーファリン内服に移行し，抗凝固療法を継続した．入院中に血栓の縮小・増大や塞栓症の発症はなく，今後も抗凝固療法を継続しながら外来でフォローする方針とした．大動脈内血栓症は非常に稀な疾患で，診断法や治療方針について一定の見解はない．治療は抗凝固療法と外科的治療に大別されるが，血栓部位，可動性，症状，手術リスクを総合的に評価して選択する必要がある．本症例は無症候例における治療選択の一助となると考えられ，文献的考察を加えて報告する．

## 8. 妊娠を契機とした難治性高血圧の診断と治療に難渋した一例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>，同 心臓内科<sup>2)</sup>

○新美 柚葉（研修医）<sup>1)</sup>

織田 彩花<sup>2)</sup>，中島 大輝<sup>2)</sup>，松本 慧<sup>2)</sup>，永井 充伸<sup>2)</sup>，松尾 圭祐<sup>2)</sup>，

保谷 洋貴<sup>2)</sup>，潟手 庸道<sup>2)</sup>，荒井 隆秀<sup>2)</sup>，中埜信太郎<sup>2)</sup>

G5P1の44才女性．2015年加重型妊娠高血圧腎症に対して内服での血圧コントロールに難渋し，前医に紹介受診した．出産後アムロジピン，メチルドパ水合物，ラベタロール塩酸塩を内服されていたが，家庭血圧170mmHg前後とコントロール不良であった．2023年5月二次性高血圧の精査で行った血液検査，腹部エコー検査，造影CT検査にて血管炎症候群による両側腎動脈狭窄が疑われたため当科に紹介受診した．造影CT検査では腹部大動脈に限局的な高度石灰化，両側腎動脈狭窄を認めたが，十分に発達した側副血行路があり腎萎縮は認めなかった．FDG-PET/CT検査では病変部位に一致したFDGの集積は認めなかった．本症例は加重型妊娠高血圧腎症および，血管炎症候群に伴う両側腎動脈狭窄による難治性高血圧であり，その診断と治療方針の決定に難渋した1例であったため文献的考察を含めて報告する．

## 9. 重症心不全に対してNPPVと薬物治療により改善を得た後，重症3枝病変に冠動脈バイパス手術を施行して自宅退院を可能にした1例

＜川口＞ 埼玉協同病院<sup>1)</sup>，同 循環器内科<sup>2)</sup>，同 院長<sup>3)</sup>

○島崎 翔（研修医）<sup>1)</sup>

三友 悟<sup>2)</sup>，忍 哲也<sup>3)</sup>

症例は77歳男性で，1週間前から緩徐に進行した呼吸困難を主訴に当院へ救急搬入され，左室駆出率が高度に低下（EF 20%）した重症心不全（NYHA IV）の診断で緊急入院した．HCU入室後は非侵襲的陽圧換気（NPPV）による呼吸管理，利尿薬持続投与を継続した．標準薬物治療抵抗性であり，機械的循環補助を待機しながらPDE III阻害薬を併用した後，緩徐に循環不全の改善を得た．左室前壁中隔の高度壁運動低下と心電図所見より，虚血性心疾患の関与が強く疑われたため，第19病日に冠動脈造影を施行したところ慢性完全閉塞病変を含む重症3枝病変を認めた．多職種連携による治療方針検討の結果，冠動脈バイパス術の適応と判断し，他院へ転送の上，6枝バイパス術による完全血行再建が施行され，術後19日目に自宅退院した．重症心不全に対して，NPPVと薬物治療により改善を得た後，重症3枝病変を冠動脈バイパス手術で完全血行再建し，自宅退院を可能にした1例を報告する．

## 10. 和温療法を併用し心不全治療を行った左室駆出率の軽度低下したうつ血性心不全の一例

＜岩槻＞ 岩槻南病院 循環器科<sup>1)</sup>, 同 腎臓内科<sup>2)</sup>

○宮澤 亮義<sup>1)</sup>

丸山 泰幸<sup>1)</sup>, 飯野 立<sup>1)</sup>, 中谷 浩章<sup>1)</sup>, 荒井茉奈穂<sup>1)</sup>, 山下 正弘<sup>2)</sup>

症例は高血圧, 心房細動, 完全房室ブロック(ペースメーカー留置)を持ち, LVEF42%と軽度低下したうつ血性心不全と診断された. 78歳時心不全増悪のため入院, 利尿剤増量を行い改善したがADL低下のため心臓リハビリテーションのstep upが困難であり, 和温療法を導入した. 60°Cの全身加温を15分, その後30分の保温を行う設定で入院中は週3回隔日, 退院後週1回の頻度で継続した. NTproBNPは入院時13200pg/ml, 退院後7410pg/ml, 直近で5780pg/mlである. 心エコー上EF40%台で変化を認めず, 再入院せず自覚症状の悪化もなく経過している. 和温療法は心不全治療の中で補完療法として位置づけられ, 運動負荷が難しい時期に症状, 運動耐容能, QOL改善を狙って検討される. 長期的予後改善効果は未確立であるが自覚症状の改善, ADL向上を期待し導入が考慮されうると考えられる.

## 11. 多剤併用にてコントロール不良な2型糖尿病患者にイメグリミン塩酸塩投与の臨床検討

＜本庄児玉＞ 富永クリニック 内科, 小児科

○富永 一則

【目的】多剤併用にてコントロール不良な2型DM患者にミトコンドリア機能改善薬であるイメグリミンを投与し, 安全性, 有効性が認められたので報告する.

【対象と方法】2022年6月～2025年8月, コントロール不良な2型DM患者にイメグリミンが投与開始された25例を対象とした. 男/女15/10, 平均年齢69歳, 平均罹病期間17.6年, 平均BMI24.6であった. 開始時併用薬はインスリン1例, DPP4-I 21例, BG 19例, SGL-2I 23例, GLP-1 3例,  $\alpha$ -GI 5例, TZD 2例, グリニド2例であった.

【結果】開始時HbA1cは $8.1\% \pm 0.8$ , 投与1ヶ月 $7.7 \pm 0.8$  ( $p < 0.0001$ ), 3ヶ月 $7.3 \pm 0.7$ , 6ヶ月 $7.4 \pm 1.1$ , 12ヶ月 $7.1 \pm 1.0$ , 24ヶ月 $7.0 \pm 0.6$ であった. 副作用は1例を嘔気で中止したがその他は継続投与された.

【まとめ】コントロール不良2型DM患者にイメグリミン投与は有効であった. 副作用は1例に嘔気が出現し中止したが, その他は安全に投与し得た.

## 12. 出血性胃潰瘍が誘因となった甲状腺クリーゼの一例

＜大宮＞ さいたま市民医療センター<sup>1)</sup>, 同 内科<sup>2)</sup>

○高松 優登(研修医)<sup>1)</sup>

吉野 雄大<sup>2)</sup>, 木全 悠太<sup>2)</sup>, 坪井 謙<sup>2)</sup>

【症例】68歳女性

【主訴】吐血

【既往歴】特記なし

【現病歴】来院2ヶ月前に右膝蓋骨骨折をきたし, 1ヶ月間ロキソプロフェンを内服した. 来院1ヶ月前からは呼吸困難が持続し, 来院10日前から発熱した. 2日前から持続する黒色嘔吐のため, 当科へ救急搬送された.

【検査所見】搬送後, ショックバイタルを呈し, 挿管管理下で上部消化管内視鏡検査が施行された. 胃体上部小弯前壁寄りに露出血管を伴う潰瘍性病変を認め, 焼灼止血された.

【経過】第2病日には収縮期血圧は上昇したが, 心拍数150/分が持続した. 甲状腺ホルモン値は機能亢進パターンを示し, 意識障害も遷延したことから甲状腺クリーゼの診断に至った.

【考察】初療時は上部消化管出血による出血性ショックが疑われたが, 治療後も高度頻脈が持続した. 頻脈の原因検索が適切に行われ, 甲状腺クリーゼの治療に迅速に移行された. ショック離脱後のバイタル異常には慎重な対応と診断の再検討が求められる.



### 13. 広範な小脳病変を呈したWernicke脳症の一例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>、同 脳卒中内科<sup>2)</sup>

○西浦 嵐（研修医）<sup>1)</sup>

正田創太郎<sup>2)</sup>、中上 徹<sup>2)</sup>、高橋 慎一<sup>2)</sup>、加藤 裕司<sup>2)</sup>、林 健<sup>2)</sup>

75歳女性。アルコールの飲酒歴なし。2年前に夫が他界してから抑うつ傾向で摂食量が低下していたが、5ヶ月前に眩暈症に罹患してからさらに食べられなくなった。1ヶ月前から歩行時の不安定性を自覚し、次第に増悪、転倒を契機に体動困難となったため救急車で来院した。神経学的には、意識障害なし、眼球運動は正常範囲、終末眼振があった。著しい体幹失調に加え、四肢の失調、四肢腱反射消失を認めていた。血液検査では、ビタミンB1 11mg/dLと低値であった。頭部MRIでは中脳水道、乳頭体の他に小脳半球及び虫部にFLAIR高信号域を認めた。第3脳室周囲に病巣が確認できないことや小脳に病変があることなど、典型的ではないが、ビタミンB1低値などからWernicke脳症と診断し、プロスルチアミンの点滴による治療を開始したところ、画像所見は消失し、神経症状は改善した。Wernicke脳症には小脳に病変を呈する非典型例もあることが知られており、鑑別として重要と考えられた。

### 14. 急速進行性認知症とMRI所見からCreutzfeldt-Jakob病と臨床診断した一例

＜大宮＞ さいたま市民医療センター<sup>1)</sup>、同 内科<sup>2)</sup>

○原田美紗子（研修医）<sup>1)</sup>

齊藤 悠太<sup>2)</sup>、吉野 雄大<sup>2)</sup>、豊口 将<sup>2)</sup>、初瀬 慧<sup>2)</sup>、小田 彩<sup>2)</sup>、

坪井 謙<sup>2)</sup>

【現病歴と経過】70歳男性。来院1か月前から、自宅内の徘徊、洗濯機やスマートフォンの使用法がわからない生活機能障害、見当識障害が生じた。Treatable dementiaを想定した血液検査や頭部CT検査で異常はなく、頭部MRI検査拡散強調画像で、頭頂葉から後頭葉の皮質、および、左尾状核に高信号域を認めた。急性進行性認知症および特徴的MRI所見からCreutzfeldt-Jakob病(CJD)を疑った。脳波所見は高振幅徐波があり早期の所見として矛盾せず、他疾患が否定的であることからCJDと臨床診断した。経過中に易怒性や脱衣などの症状も伴い、自宅生活が困難となり精神症状管理のため転院した。

【考察】CJDのMRI拡散強調画像所見は感度91%・特異度97%とされ早期診断に有用とされる。本例はWHO診断基準では「疑い」例にとどまるが、MRI所見および他疾患の除外から総合的に診断できた。急速進行性認知症ではCJDを鑑別に挙げてMRI検査を行うことが診断に有用と考える。

### 15. 嫌気性多菌性髄膜炎の1例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>、同 脳神経内科・脳卒中内科<sup>2)</sup>、

同 感染症・感染制御科<sup>3)</sup>

○植木 慶（研修医）<sup>1)</sup>

志水 建斗<sup>1)</sup>、新井 徳子<sup>2)</sup>、尾立樹一郎<sup>2)</sup>、中上 徹<sup>2)</sup>、高橋 慎一<sup>2)</sup>、

加藤 裕司<sup>2)</sup>、関 雅文<sup>3)</sup>、光武耕太郎<sup>3)</sup>、林 健<sup>2)</sup>

41歳女性。入院5日前から頭痛があり、前日には嘔吐があった。入院日、意識レベルが低下しているのを夫が発見し、救急車で来院した。JCS III-100、項部硬直を認めた。血液検査ではWBC 16,720 / $\mu$ L、CRP 29.0 mg/dL、髄液検査は細胞数 2,459 / $\mu$ L(多核球 91%)、タンパク 423 mg/dL、糖 2 mg/dLであった。MRIで中脳周囲のFLAIR高信号域と脳室下角の膿貯留を認めた。MEPM、VCM、ステロイドで治療開始したが、髄液培養にてSlackia exiguaとSolobacterium mooreiが、血液培養にてSlackia exigua、Micorococcus luteus、Streptococcus anginosusが検出されたため、これら嫌気性菌による髄膜炎と考え、SBT/ABPC、MNZの治療に切り替えた。治療は奏功し、29日後に抗菌薬を中止した。無治療の齲歯と副鼻腔炎があり、それらからの感染が疑われた。嫌気性菌による髄膜炎は稀であり、検出感度が低いことも報告されているが、鑑別として重要である。

## 16. ibrutinibの少量持続単独投与にて寛解を維持しているhigh gradeマントル細胞リンパ腫の一例

＜入間＞ 西武入間病院 内科<sup>1)</sup>, 同 病理<sup>2)</sup>

○室橋 郁生<sup>1)</sup>

渡部 光宏<sup>1)</sup>, 山科 元章<sup>2)</sup>, 野中 晴彦<sup>1)</sup>

症例は78歳, 男性. 浮腫, 貧血を主訴にX年10月入院. 両側側頭部, 頸部に最大径4.5cmの弾性硬リンパ節を触知. CTで縦隔, 後腹膜, 腹腔内リンパ節腫大, 脾腫あり. 末梢血WBC 23,100/ul (顆粒の無い芽球44 %), Hb 8.8 g/dl, 芽球はCD 5, 19, 20, 24, 細胞表面陽性, CD 10陰性. 右頸部リンパ節生検でCyclin D1, Ki-67陽性の小～中型で僅かにくびれのある異型核を有するリンパ球のびまん性増殖を認めhigh gradeマントル細胞リンパ腫 (Stage IV A) と診断. 11月12日よりibrutinib (140 mg) 1C 朝1回経口少量持続単独投与開始. 12月13日リンパ節腫大ほぼ消失, WBC数は11月25日 91,100/ul (異型リンパ球86 %)と最大, 翌年7月 8,300/ul (異型リンパ球9 %). 副作用は軽度肝機能障害のみで緩解維持.

## 17. プロテインS欠損症を背景に上腸間膜静脈血栓症で発症し術後HITを合併した1例

＜朝霞＞ 独立行政法人国立病院機構埼玉病院 外科

○江頭 有美

竹谷 健, 小桐 雅代, 池端 昭慶, 雨宮 隆介, 津和野伸一, 早津 成夫

プロテインS欠損症は先天性凝固異常の一つで稀に門脈系血栓症を来す. 今回, 同疾患を背景に上腸間膜静脈血栓症 (SMVT) で発症し, 小腸切除および門脈血栓除去を要し, さらに術後ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) を合併した症例を経験した. 63歳, 男性. 強い腹痛で来院し造影CTで門脈血栓とSMVT, 小腸虚血を認め緊急手術を施行. 術後ヘパリン投与中に血小板減少と血栓進展を認め, 4Ts高値かつ抗PF4抗体陽性でHITと診断しアルガトロバンへ切替えた. 血小板数は回復し血栓の進展も抑制された. 凝固学的精査によりプロテインS欠損症と判明した. 若年者の門脈系血栓症では先天性凝固異常を念頭に置き, ヘパリン加療中の血小板減少ではHITを迅速に鑑別し適切に対応することが重要である.

## 18. “脈なし病”を呈していたが診断まで時間を要した高安動脈炎の1例

＜川口＞ 医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院<sup>1)</sup>,

同 膠原病・リウマチ内科/総合診療科<sup>2)</sup>,

日本赤十字社 さいたま赤十字病院 膠原病・リウマチ内科<sup>3)</sup>,

医療生協さいたま生活協同組合 埼玉協同病院 内科<sup>4)</sup>

○大畠 一人 (研修医) <sup>1)</sup>

松村 憲浩<sup>2)</sup>, 金井慶一郎<sup>3)</sup>, 高橋 香帆<sup>3)</sup>, 横澤 将宏<sup>3)</sup>, 堀越 正信<sup>3)</sup>,

忍 哲也<sup>4)</sup>

【背景】高安動脈炎(TAK)は20歳前後の女性に好発する大血管炎の1つで, その多彩な症状から診断が遅れ, 重大な合併症を引き起こし得る疾患である.

【症例】既往のない20歳女性

【主訴】失神

【現病歴】1年前から右上肢易疲労感あり. 5ヵ月前の健診で右上肢の血圧測定が出来なかった. 2ヵ月前から微熱, 体重減少, 前失神が出現した. 立位で失神したため当院へ搬送された.

【経過】エコーで左室収縮能の低下と両側頸動脈のびまん性壁肥厚・狭窄があり, CT・MRIで大動脈弓分枝での高度狭窄, 下行大動脈に至るまでの血管壁肥厚を確認した. 高次医療機関へ転医し寛解導入した.

【考察】TAKでは亜急性～慢性に大動脈およびその分枝に全周性の血管壁の炎症を生じて血管狭窄や閉塞・拡張を来すため, その前段階での治療介入が求められる. 若年女性での不明熱・不明炎症や複数の血管病変を示唆する症状が見られた場合には, 本疾患を想起することが必須である.

## 19. 心膜炎をきたしたIgG4関連疾患

<大宮> 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>, 同 リウマチ・膠原病科<sup>2)</sup>, 同 循環器内科<sup>3)</sup>,  
同 麻酔科<sup>4)</sup>

○堺 愛果 (研修医)<sup>1)</sup>

高木 賢治<sup>2)</sup>, 森 浩章<sup>2)</sup>, 岡島 清貴<sup>3)</sup>, 藤岡 丞<sup>4)</sup>

【症例】82歳, 男性.

【主訴】下腿浮腫, 呼吸困難.

【現病歴】1週間前からの両下腿浮腫, 呼吸困難を主訴に来院し, X月Y日右心不全によるうっ血性心不全の診断で入院となった. 右心不全精査目的にスワングンツカテーテル検査および冠動脈造影検査を施行したところ, 冠動脈に優位狭窄はなく右室拡張不全を認めた. また, 入院時の造影CTで心膜炎を指摘されており, IgG4 1082 mg/dLと高値であったためIgG4関連心膜炎疑いとしてY+12日よりプレドニゾロン30 mgの内服が開始された. 翌日より呼吸困難などの症状の改善がみられ, Y+25日に自宅退院となった.

【考察】IgG4関連疾患は全身ほぼすべての臓器に症状をきたすことが知られている. その中でも血管領域で頻度が高いとされており, 心膜疾患をきたす症例の報告は少ない. 私たちは心膜炎をきたしたIgG4関連疾患を経験したので文献的考察を含めて考察する.

## 20. ステロイド治療中に血清フェリチン上昇と広範囲に非定型発疹を来した成人Still病の1例

<越谷> 越谷市立病院<sup>1)</sup>, 同 内科<sup>2)</sup>

○林 里奈 (研修医)<sup>1)</sup>

本田 新<sup>2)</sup>, 縄田 益之<sup>2)</sup>, 山田 茂弘<sup>2)</sup>, 山中 貴博<sup>2)</sup>, 蒔田雄一郎<sup>2)</sup>

44歳女性. 初診8日前より39℃台の発熱・咽頭痛・関節痛が出現, 近医での血液検査でCRP22.9と高値を指摘され, その後体動困難で当院救急搬送となった. 入院後は細菌感染症を疑い抗菌薬で加療開始したが効果なく, 2日後に四肢から体幹部へ拡大する掻痒性紅斑が出現し, 血液検査で炎症反応は増悪していた. 各種自己抗体は陰性であり, 赤沈亢進を認めた. 治療10日目フェリチンは600台に軽度上昇しており, Yamaguchiの分類基準より, 成人Still病と確定診断し, PSL40mg/日を開始した. しかし, 治療2週間後にCRPの上昇, 肝機能障害, フェリチン10000と病態悪化を認めたため, ステロイド抵抗性と判断し, MTX6mg/週を追加した. その後は皮膚所見, 炎症反応, フェリチンが順調に改善した. 成人Still病では発熱時に一致して出現するサーモンピンク色の即時消退紅斑性皮疹が特徴的だが, 今回, 全身性の持続性紅斑を経験した.

## 21. 抗GBM抗体およびMPO-ANCA二重陽性急速進行性糸球体腎炎の一例

<大宮> 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>, 同 膠原病リウマチ内科<sup>2)</sup>, 同 腎臓内科<sup>3)</sup>,  
同 病院長<sup>4)</sup>

○前田竜之介 (研修医)<sup>1)</sup>

高木 賢治<sup>2)</sup>, 森 浩章<sup>2)</sup>, 海野 幸紀<sup>2)</sup>, 浦辻 洋平<sup>3)</sup>, 藤岡 丞<sup>4)</sup>

抗糸球体基底膜(GBM)抗体とMPO-ANCAのダブル陽性となる腎炎は, 比較的稀な病態である. 診断後, 速やかに集学的治療を行ったが, 長期的には維持透析に移行した一例を報告する. 症例87歳女性. 発熱後の体動困難を主訴に救急搬送. 高度の急性腎不全と高カリウム血症が認められ入院となった. 抗GBM抗体とMPO-ANCAのダブル陽性による急速進行性糸球体腎炎と診断し, 緊急血液透析を導入. 血漿交換, ステロイドパルス療法, 免疫抑制薬による集学的治療を開始したが, 腎機能の回復は得られず維持透析へ移行した. 抗GBM抗体とMPO-ANCAのダブル陽性例は, 抗GBM抗体が腎予後を規定し不良である一方, ANCAによる再発リスクも考慮する必要がある. 迅速な診断と治療介入と共に, 長期的な再発予防が重要である.



## 22. 両肺多発GGNを契機に発見されたシェーグレン症候群の一例

＜春日部＞ 春日部市立医療センター 呼吸器外科

○平井 誠

苗代 絢子, 石田 輝明, 関 秋明, 青山 克彦, 田川 公平

症例は75歳女性。右乳癌術前精査で偶発的に両肺に多発するGGNを指摘された。画像からはEGFR遺伝子変異陽性の同時性多発肺腺癌が第一に疑われた。その内、右上葉の2箇所はpart solid GGNであり、その他はpure GGNであった。診断的治療目的に右上葉切除+ND2a-1が行われた。術後病理組織学的検査では、リンパ球浸潤が目立つが細胞異形に乏しく、肺癌やリンパ腫等の悪性疾患は否定的であった。リンパ球性間質性肺炎疑いと診断され、背景に膠原病や自己免疫疾患の関連が示唆された。術後の自己抗体検査で抗SS-A抗体、抗SS-B抗体ともに陽性であった。ガムテスト、口唇生検の結果、シェーグレン症候群と診断された。無症状であり、現在は無治療経過観察中である。

両肺多発GGNを契機に発見されたシェーグレン症候群の一例を経験したので、画像を供覧しつつ報告する。

## 23. 寛解維持期の全身性エリテマトーデス患者に対するヒドロキシクロロキン開始の治療成績

＜川口＞ 仁愛医院 リウマチ科

○竹中 健智

南 朋子, 吉橋 洋子

【目的】全身性エリテマトーデス(SLE)の標準治療薬であるヒドロキシクロロキン(HCQ)は、日本における承認が遅れた経緯もあり、導入されないまま寛解維持期に至った患者が存在する。現在ではSLE診断初期からのHCQ導入は一般的であるが、寛解維持期に新規にHCQを導入した報告は少ない。本研究では、このような患者にHCQを開始した際の治療成績を明らかにする。

【方法】HCQ投与開始後のSLE再燃の有無、グルココルチコイド(GC)用量、血清学的指標の推移を解析した。

【成績】SLE寛解維持期の6例(全例女性、平均年齢47.7歳)にHCQを開始した。投与後、SLEの再燃は認められず、GCは全例で減量または中止可能となり(平均プレドニゾロン量4.6mg/day→1.0mg/day)、血清学的異常を認めた2例ではいずれも正常化が得られた。

【結論】寛解維持期であってもHCQを追加することで、SLEの再燃なく、GCの減量・中止や血清学的指標の改善が得られることが期待できる。

## 24. 結腸憩室由来の菌血症によると推察される門脈炎の一例

＜蕨戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>、同 一般内科<sup>2)</sup>

○時崎 航(研修医)<sup>1)</sup>

村松侑一郎<sup>2)</sup>、遠藤 嗣士<sup>2)</sup>、大瀧美歩乃<sup>2)</sup>、佐野 晃士<sup>2)</sup>、西條 天基<sup>2)</sup>

田中 彰彦<sup>2)</sup>

【症例】53歳男性。X-4日から発熱を認めたため、X日に熱源精査目的に入院となった。CRP 35.39mg/dLと高値であったが単純CTで明らかな感染巣を認めなかった。肉類加工業に従事していたため皮膚軟部組織感染や動物由来感染を想定し、セフトリアキソンとテイコプラニンの併用を開始した。しかしX+5日まで発熱およびCRP高値が続いた。従って再度血液培養と造影CTを施行したところ、門脈左枝に血栓を認め、血液培養から大腸菌が検出されたため門脈炎と診断した。抗菌薬はセフメタゾールへ変更し、抗凝固療法としてヘパリン持続静注を開始した。その後徐々に解熱し、血栓縮小と炎症鎮静化も確認した。第39病日に退院となった。

【考察】門脈炎は稀な感染性血栓性疾患で、多くは憩室炎や虫垂炎を原因とする。本症例でも憩室を認め、憩室由来の菌血症が原因と推察された。門脈炎における抗凝固療法の明確な基準はないが、本症例のような炎症持続例での使用は妥当と考える。

## 25. 扁桃炎による入院を契機に発見された伝染性単核球症の20歳男性の一例

＜浦和＞ 秋葉病院 内科  
○小室 哲也  
秋葉 洋一

患者は20歳の男性であり、入院5日前の微熱及び腹痛、頭痛を認め、入院1日前に当院受診しCOVID-19 PCR検査を施行し陰性であった。その翌日呼吸困難と経口摂取困難がみられ当院に入院となった。入院時の身体所見で両側に白苔を伴った扁桃の発赤と腫大があり当初細菌性扁桃炎としてABPC/SBT投与を行った。入院時の血液検査にて肝機能異常が分かり、また皮疹も認められたことから伝染性単核球症が考えられ、EBV抗VCA-IGM抗体及びEBV抗VCA-IgG抗体が陽性、EBNA抗体が陰性であることから、EBウイルス初感染による伝染性単核球症と確定診断をした。抗菌薬は直ちに中止し、補液と安静にて発熱や肝機能異常、皮疹は改善し、経口摂取も可能となり入院20日で退院となった。扁桃の発赤や白苔は伝染性単核球症や細菌性扁桃炎でも見られるものであり、適切な治療をすすめていくためにもその他の所見や病歴情報なども併せて鑑別していくことが重要であると考えられる。

## 26. 無床診療所での呼吸器感染症診療におけるBioFireSpotFireRパネルの有用性

＜北足立＞ 医療法人社団斐翔会 ふたむら内科クリニック 内科  
○二村 貢

目的：BioFireSpotFireRパネル（以下BFSF）による同時多項目PCR検査の無床診療所での実施の現況を明らかにし、その有用性について検討する。

対象：2024年11月から2025年8月までの発熱・感染症外来受診患者中、BFSFで検査した326例。

結果：BFSFの陽性者209例（64.1%）。1病原体検出184例（56.4%）、2病原体24例（7.3%）、3病原体1例（0.3%）で、病原体検出数235例。SARS-COV-2 54、インフルエンザ25（うちA/H1-2009 22）、ヒトライノ/エンテロ47、パラインフルエンザ33、ヒトメタニューモ21、季節性コロナ17、RSI2、アデノ1、百日咳16、マイコプラズマ9。夫々の流行時期が異なっており地域的なepidemicを表現している可能性が示された。百日咳やマイコプラズマは多くが発症の早期に確定診断され適切な抗菌剤使用が可能であった。

結論：BFSFは、無床診療所での呼吸器感染症診断に極めて有用であり、その普及が将来パラダイムシフトを想起すると推定された。

## 27. 5類移行後に埼玉県立がんセンターに入院したCOVID-19患者の解析

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 総合内科<sup>1)</sup>、同 消化器外科<sup>2)</sup>、同 臨床検査科<sup>3)</sup>、同 泌尿器科<sup>4)</sup>  
○明貝 路子<sup>1)</sup>  
松居 一悠<sup>1)</sup>、福田 俊<sup>2)</sup>、川村眞智子<sup>3)</sup>、岡 亨<sup>1)</sup>、影山 幸雄<sup>4)</sup>

5類移行後に当院に入院したCOVID-19患者について、電子カルテを後方視的に調査した。2023年5月～2025年4月の2年間に160例が入院した。男性117例、年齢中央値72歳、担がん患者が157例、入院期間中央値は9日であった。97例が軽症であった一方で3例が高流量鼻カヌー（HFNC）を要した。14例が死亡、4例が高次病院に転院した。がん部位別では血液腫瘍（38例）と肺（35例）が多く、死亡例のうち6例は肺がんであった。自宅療養を経て入院した23例のうち12例は抗ウイルス薬が処方されておらず、処方されていた群と比べて入院時の重症度が高い傾向にあった。ワクチン歴が聴取できた例のうち、HFNC例、死亡例は全て未接種もしくは最終接種から半年以上経過していた。がん患者にとってCOVID-19は今も疾病負荷の高い疾患である。早期の抗ウイルス薬処方やワクチン接種の継続が重要と思われた。

## 28. 症候性肝嚢胞に対する治療方針の検討 ―当院における11例の経験―

＜川口＞ 埼玉協同病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>

○開原 英範<sup>1)</sup>

忍 哲也<sup>1)</sup>, 青砥 航介<sup>1)</sup>, 守谷 能和<sup>1)</sup>, 辻 忠男<sup>1)</sup>, 栗原 唯生<sup>2)</sup>

症候性肝嚢胞に対する治療方針を明確にするため、2018年4月～2025年5月に当院にて入院加療を行った症候性肝嚢胞11例を対象に治療内容を検討した。対象患者の年齢は55～91歳で、主訴は疼痛が最多（7例）であった。治療は、ミノサイクリンによる硬化療法を実施した症例が6例と最多であった。感染を合併した3例に対しては、抗菌薬加療に加えて、可能な症例では経皮的嚢胞ドレナージを実施して改善を得た。その他、単回の経皮的穿刺排液のみが1例、外科的治療例が1例であった。硬化療法に伴う有害事象として中毒診が疑われた症例を1例認めたが、硬化療法を実施した全例で嚢胞縮小効果が得られた。ミノサイクリンによる硬化療法は本邦では保険未収載であるものの、比較的安全かつ有効であることが示唆され、症候性肝嚢胞に対する治療選択肢の1つとなり得る。適切なインフォームドコンセントが不可欠であるが、積極的に施行を検討し得る治療と考えられる。

## 29. 特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法の潜在的救済対象者掘り起こしの取り組み

＜川口＞ 埼玉協同病院 内科

○忍 哲也

増田 剛

2017年B型肝炎特措法の請求申請期限を前にして、対象者の多くが救済されていないと考えられるため制度を知らせることと適切な医療管理に繋げることを目的に対象者の掘り起こしを行った。2004年4月以降の電子カルテからHBs抗原等陽性者806名を抽出し、そこから感染経路が予防接種以外であることが確かな症例を除いた444名を抽出した。この対象者に「医療講演と給付金相談会」の案内を送付し、合計74名の参加者を得て同会を開催した。申請期限はその後延長が重ねられ、当院で把握できている給付金申請者は2024年6月時点で188名であった。申請者の病態はキャリア105名、慢性肝炎47名、肝硬変9名、肝臓18名、不明9名であった。申請を契機に通院を始めた者は42名であった。申請の結果が追えた108名のうち82名で国との和解が成立していた。

## 30. 異時性・異所性に液体貯留をきたした主膵管破綻症候群の一例

＜蕨戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>

○豊泉 嶺太（研修医）<sup>1)</sup>

本間 俊裕<sup>2)</sup>, 井上 恵輔<sup>2)</sup>, 大本 真由<sup>2)</sup>, 山本 悠貴<sup>2)</sup>, 麦島 悠司<sup>2)</sup>,

清水 亮祐<sup>2)</sup>, 中尾 充宏<sup>2)</sup>, 田所 健一<sup>2)</sup>, 吉益 悠<sup>2)</sup>, 土屋 貴愛<sup>2)</sup>,

堀部 俊哉<sup>2)</sup>, 原田 容治<sup>2)</sup>

症例は50歳代男性。20XX年10月、左胸水精査目的で当院呼吸器内科を受診した。胸部CTでは明らかな腫瘍性性病変は認めず、胸腔ドレナージおよび胸水細胞診を含む各種精査を施行したが診断には至らなかった。以降再発なく経過していたが、20XX+1年3月に肝左葉や後縦隔に嚢胞性病変の出現を認めた。炎症反応上昇も伴い、抗菌薬治療に加え肝左葉の嚢胞に対し経皮的嚢胞ドレナージを施行した。嚢胞内容液中アミラーゼ上昇が認められたことから膵仮性嚢胞が疑われた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影を施行したところ膵体部主膵管の破綻を認め、主膵管破綻症候群および膵仮性嚢胞と診断した。内視鏡的経鼻膵管ドレナージで全ての嚢胞の縮小が認められ、第16病日に膵管ステントを留置し第20病日に退院した。異時性に複数の箇所へ起きた液体貯留から主膵管破綻症候群の診断に至り、内視鏡的ドレナージによって治癒が得られた症例を経験したため報告する。

**31. メサラジン (5-ASA) 及びアザチオプリン (AZA) 両薬剤に不耐症状を来した潰瘍性大腸炎の一例**

＜熊谷＞ 熊谷総合病院<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 同 内科<sup>3)</sup>

○石川 真夕 (研修医) <sup>1)</sup>

石川 武志<sup>2)</sup>, 渡邊 吉明<sup>2)</sup>, 柏嶋 由希<sup>2)</sup>, 比留間晴彦<sup>2)</sup>, 岡本四季子<sup>2)</sup>,

米田 修平<sup>3)</sup>, 松井真理子<sup>2)</sup>, 門野源一郎<sup>2)</sup>, 土合 克巳<sup>2)</sup>, 斎藤 雅彦<sup>2)</sup>

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)の基本治療は5-ASA製剤だが, 近年不耐症例が増加しており, その場合寛解維持目的にAZAが用いられる. 今回5-ASA及びAZA両薬剤に不耐を示した症例を経験した為報告する.

【症例】30代男性

【主訴】血便, 腹痛

【既往歴】特記事項なし

【病歴】X-1年初旬より下痢・軟便・血便を自覚. 11月に症状増悪し, 12月当院受診. 精査の結果UC(Mayo内視鏡分類 Grade2)と診断され, 整腸剤と5-ASAを開始. その後乾性咳嗽が出現. 発症経過等より5-ASA起因性薬剤性肺炎と診断. 内服中止で速やかに改善した. その後症状再燃し, X年8月よりAZAを開始したが, 直後より発熱・倦怠感・関節痛・下痢・CRP上昇等出現. 副作用を疑い中止し, 速やかに症状改善した.

【結語】5-ASA及びAZA両薬剤に不耐を示したUCの一例を経験した. 近年AZAに対しては副作用リスク予測因子も用いられているが, どの薬剤に於いても投与後の副作用の出現には慎重な経過観察が必要である.



## 消化器内視鏡

### 32. 当院の上部消化管内視鏡検査で発見された胃癌症例の検討 ―有症状症例と検診症例との比較―

＜川口＞ はしもと内科クリニック 内視鏡センター

○清水 喜徳

橋本 幹生, 橋本佐知子

【背景】当院で施行された上部消化管内視鏡検査(GIE)のうち胃癌が観察された症例について、有症状例(症状群)と検診例(検診群)とに分けて比較検討を行った。

【対象と方法】2021年1月から2024年12月の4年間に施行されたGIEは3487例(症状群1675例, 検診群1812例)で、胃癌症例は12例(0.344%)であった。症状群と検診群の2群間で、発見率、年齢、性別、初回/複数回、部位、萎縮、ピロリ検査歴、ピロリ感染、除菌歴、除菌後期間、組織型、早期/進行癌について比較した。

【結果(症状群vs検診群)】発見率(数)は0.418%(7例)vs0.276%(5例)であった。今回の検討では有意差がみられた項目はなかったが、症状群で初回例、ピロリ未検査、進行癌が多い傾向であった。

【結語】有症状例では進行癌が多い傾向であり、GIE未経験者は無症状時に検診などを利用して積極的にGIEを受検することが望まれ、萎縮併存例ではピロリ菌検査も併せて施行すべきであると思われる。

### 33. 胃内視鏡的粘膜下層剥離術後出血のリスク低減のための簡易縫縮法

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 内視鏡科<sup>1)</sup>, 同 泌尿器科<sup>2)</sup>

○古江 康明<sup>1)</sup>

依田 雄介<sup>1)</sup>, 田中 健丈<sup>1)</sup>, 鈴木 統大<sup>1)</sup>, 笹部真亜沙<sup>1)</sup>, 中條恵一郎<sup>1)</sup>,

影山 幸雄<sup>2)</sup>

【目的】近年、胃内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)後出血のリスク低減目的に粘膜欠損を縫縮する新たな手技が報告されているが、効果の反面で費用や技術的難易度などから確立には至っていない。当院では、トラクションバンド付シュアクリップと通常のシュアクリップを各2-数本を用いた簡易的な縫縮を行っている。今回我々は、手技の動画と予防効果の後方視的検討の結果を提示する。

【方法】2022年1月-2023年12月に当院で実施された胃ESD症例を対象とし、2022年1月-2023年4月を補強なし群、2023年6月-12月を補強あり群として、両群の胃ESD後出血の頻度を比較した。

【成績】補強なし群は164例、補強あり群は101例で、ESD後出血は、補強なし群11例(7%)、補強あり群1例(1%)であり、有意に補強あり群の後出血が少なかった( $p=0.03$ )。補強に要した時間の中央値は7(範囲: 2-24)分と短時間であった。

【結語】簡易縫縮法により胃ESD後出血のリスクを低減する可能性がある。

### 34. 繰り返す血便を来し小腸内視鏡検査で出血源を特定できた小腸粘膜下腫瘍の一例

＜朝霞＞ 国立病院機構埼玉病院<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>

○谷野菜々子(研修医)<sup>1)</sup>

恩村真梨子<sup>2)</sup>, 高鳥 真吾<sup>2)</sup>, 先崎 光<sup>2)</sup>, 馬場 遼<sup>2)</sup>, 内田 直洋<sup>2)</sup>,

榊原 亮哉<sup>2)</sup>, 松原 佑太<sup>2)</sup>, 池田 未緒<sup>2)</sup>, 萩原 裕也<sup>2)</sup>, 三上 修治<sup>3)</sup>,

倉持みずき<sup>2)</sup>, 細田 泰雄<sup>2)</sup>

【症例】82歳男性。X年7月に血便を主訴に紹介受診し、下部消化管内視鏡検査を実施した。大腸憩室を認め、活動性の出血は認められなかった。翌月に黒色便が出現し、再度当科受診され、精査加療目的に入院となり、血液検査ではBUN/Cr比の上昇とHb低下、ダイナミックCTでは骨盤右傍正中の小腸に隆起性腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡検査では明らかな所見は認めなかった。経肛門小腸内視鏡検査では観察範囲に異常なく、経口小腸内視鏡検査にて回腸にdelleを伴う4cm大の粘膜下腫瘍様隆起を認め、小腸GIST等が疑われた。出血源として考えられ、外科的切除となった。

【考察】消化管出血の鑑別診断において小腸病変は検査の盲点となることが多い。出血源特定が困難な消化管出血は約5%程度と報告され、そのうち75%が小腸出血とされている。本症例もOGIB診断アルゴリズムに沿って出血源を特定することが可能であった一例である。若干の文献的考察を加え報告する。



### 35. 大腸内視鏡検査の前処置を契機に症候性低ナトリウム血症を呈した1例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>, 同 循環器内科<sup>2)</sup>, 同 院長<sup>3)</sup>

○伊東ななみ (研修医) <sup>1)</sup>

菊池 朋子<sup>2)</sup>, 森本 晋平<sup>2)</sup>, 松田 晶子<sup>2)</sup>, 川辺 正之<sup>2)</sup>, 下倉 和修<sup>2)</sup>,

岡島 清貴<sup>2)</sup>, 藤岡 丞<sup>3)</sup>

【症例】83歳男性. 慢性心不全, 高血圧, 糖尿病のため当院通院加療中であった. 便潜血精査の大腸内視鏡検査目的に自ら車を運転して来院. 検査前, 経口腸管洗浄液による前処置が不良であったため追加の飲水を指導され, 約8Lの飲水を行った. その後トイレで痙攣を伴う意識障害を来し, 血液検査でNa 112 mmol/Lと著明な低ナトリウム血症を認めた.

【考察】大腸内視鏡検査の前処置に伴う偶発症発生率は0.072%と低いが, まれに重篤な電解質異常をきたすことがある. 検査の前処置により起こる低Na血症は, ADHの過剰分泌による病態と考えられてきたが, 他にも様々な要因が関与するとの報告がある. 本症例では, 食事制限による溶質摂取不足, 短時間の多量の飲水, 高齢などの複数の因子が関連して起こった可能性がある. 大腸内視鏡検査の有効性には適切な前処置が不可欠であるが, 安全性にも十分配慮し患者背景やリスク因子を考慮しながら処置を行うことが重要である.

### 36. 空気圧を利用した管腔内自動推進装置, 「もぐらカエル君 (A mole-frog machine)」 (自走式大腸内視鏡) 作成の試み 第2報

＜岩槻＞ 岩槻内科胃腸内科 内科・消化器内科・糖尿病・代謝内科・肛門科・呼吸器内科・循環器内科・アレルギー科<sup>1)</sup>, 自治医大さいたま医療センター 一般消化器外科<sup>2)</sup>,

あずま通りクリニック 内科・小児科・皮膚科・血液内科・小児外科・訪問診療<sup>3)</sup>

○松本 博成<sup>1)</sup>

桑野 嘉法<sup>1)</sup>, 前澤 義隆<sup>1)</sup>, 勝俣 悠<sup>1)</sup>, 高梨 幹夫<sup>1)</sup>, 木村 恭彰<sup>2)</sup>,

久保 信彦<sup>3)</sup>

前回2025年第62回埼玉県医学会総会で筆者らは, 表題名「空気圧を利用した管腔内自動推進装置, もぐらカエル君 (A mole-frog machine) (自走式大腸内視鏡) 作成の試み」で, 我々の開発した管腔への自動挿入可能な装置を実際の走行動画の提示とともに報告した. 最近では年30例ほどの “Robotic Colonoscopy” の報告がある. 実際に製品化された例もあるが, 殆どが製造中止となり筆者らも寡聞ではあるが日本国内で全く目にしていない. 我々の装置は特許取得中であり現在試作品を製造中である. 今回第2報として, その駆動方法, 実験の詳細, 腸管の「アイデアル7(セブン)」 「アイデアル? (クエスチョンマーク)」への成形法詳細についても報告する.

### 37. Endoscopic gallbladder stenting (EGBS) を用いた fully-covered self-expandable metallic stent (FCSEMS) 留置後胆嚢炎予防の有用性

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学国際医療センター<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>

○池田 真志 (研修医) <sup>1)</sup>

水出 雅文<sup>2)</sup>, 渡邊 隆一<sup>2)</sup>, 藤本 冠慶<sup>2)</sup>, 濱村 亮輔<sup>2)</sup>, 藤田 曜<sup>2)</sup>,

谷坂 優樹<sup>2)</sup>, 良沢 昭銘<sup>2)</sup>

【背景】fully-covered self-expandable metallic stent (FCSEMS) 留置後の偶発症として胆嚢炎が存在する. Endoscopic gallbladder stenting (EGBS) 併用 FCSEMS 留置による胆嚢炎予防の有用性について検証した.

【対象と方法】2023年1月～2025年8月に悪性遠位胆道狭窄に対してEGBS併用FCSEMS留置を試みた20症例を対象とし, 手技成功率, 胆嚢炎の発症率, 偶発症等について後方視的に検討した.

【結果】手技成功率 90% (18/20). 偶発症は膵炎1例 5.0% (1/20), FCSEMS逸脱1例 5.0% (1/20). EGBS併用留置を完遂した18例全例で胆嚢炎発症は認めなかった.

【考察】悪性遠位胆道狭窄に対するEGBS併用FCSEMS留置は胆嚢炎予防に有用であり, 偶発症も許容範囲内であった.

### 38. Incomplete Pancreas Divisum (IPD) に対する Rendezvous Pre-Cut (RPC) 法と Reverse Balloon Dilation (RBD) 法の有用性について

＜川口＞ 埼玉協同病院 消化器科

○辻 忠男

開原 英範, 青砥 航介, 守谷 能和, 大石 克巳, 忍 哲也, 小野未来代,

増田 剛

＜はじめに＞ IPDは胎生7週頃に生ずるW-管, S-管の不完全癒合に依って生ずる病態である. 61回本会で, その治療法としてのRPC法, RBD法に付き報告した. 以後の症例を含め報告する.

＜対象及び方法＞ 経験したIPDは80例で, 「修正広岡分類」で型分類した. 狭窄癒合型1,2(sf1,sf2)9例, 分枝癒合型1,2,3(bf1,2,3)70例, ansa pancreatica型0例, 分類不能1例であった. RPC法, RBD法施行例に付き報告する.

＜結果＞ RPC施行は12例で全例で副乳頭経由の治療を完遂できた. RBD施行は5例で, 4例は治療完遂, 1例で造影カテによる十二指腸穿孔を生じたが, 保存的治療で軽快した.

＜症例＞ RPC例:56歳男bf3 主乳頭から挿入したガイドワイヤー (GW)が副乳頭を経て十二指腸内腔に到達した. このGWに沿って副乳頭を切開後, カテを挿入し臍管ステントを留置した. RBD例:48歳男bf3 ERP時主乳頭から挿入したGWが交通枝を経て, S-管から副乳頭経由で十二指腸内腔に到達した. このGWに沿って拡張バルーンを十二指腸内腔に挿入し, 副乳頭を通常の逆方向から拡張後臍石を除去しEPSを留置した.

＜結論＞ IPDに対するRPC法とRBD法は有用な治療法である.

## がん検診

### 39. さいたま市薬剤師会との協働による市民検診（乳がん・子宮がん検診）啓発

＜大宮＞ 大宮医師会乳がん検診委員会 外科<sup>1)</sup>，大宮医師会子宮がん検診委員会 婦人科<sup>2)</sup>，  
さいたま市薬剤師会 薬局<sup>3)</sup>，新都心レディースクリニック 外科<sup>4)</sup>，  
マンモエクスサス菅又クリニック 外科<sup>5)</sup>，自治医大附属さいたま医療センター 臨床検査<sup>6)</sup>，  
さいたまセントラルクリニック 放射線科<sup>7)</sup>，大宮林医院 産婦人科<sup>8)</sup>，  
彩の国東大宮メディカルセンター 婦人科<sup>9)</sup>，なのはなレディースクリニック 婦人科<sup>10)</sup>  
○甲斐 敏弘<sup>1)4)</sup>  
菅又 徳孝<sup>1)5)</sup>，齊藤 毅<sup>1)4)</sup>，尾本きよか<sup>1)6)</sup>，柴田 裕史<sup>1)7)</sup>，林 正敏<sup>2)8)</sup>，  
上森 照代<sup>2)9)</sup>，安部まさき<sup>2)10)</sup>，野田 政充<sup>3)</sup>，長谷部忠史<sup>3)</sup>，桐生 寛一<sup>3)</sup>

大宮医師会乳がん検診委員会と子宮がん検診委員会は、2024年度から協働して相互のがん検診啓発を行なっている。検診結果の説明時に、乳がん検診受診者に子宮がん検診を、子宮がん検診受診者に乳がん検診を勧めている。その資料として両面印刷のチラシ、解説のためのホームページ作成、Google map を使った検診施設紹介、YouTube動画による解説等を行っている。これらの試みには一定の効果があると考えているが、検診に無関心な人達への啓発には限界がある。そのため2025年度はさいたま市薬剤師会の協力のもと、薬局内へのチラシ貼付、薬品提供時に新規作成のチラシ配布を行っている。さらに市民祭りなど医療機関の枠を超えた啓発活動への協力をいただいている。これらの啓発活動の最終的な評価にはさらに数年の時間を要するが、今後の啓発活動の基礎になるものと考えている。過去二年間の活動の評価と今後のあり方について検討した。



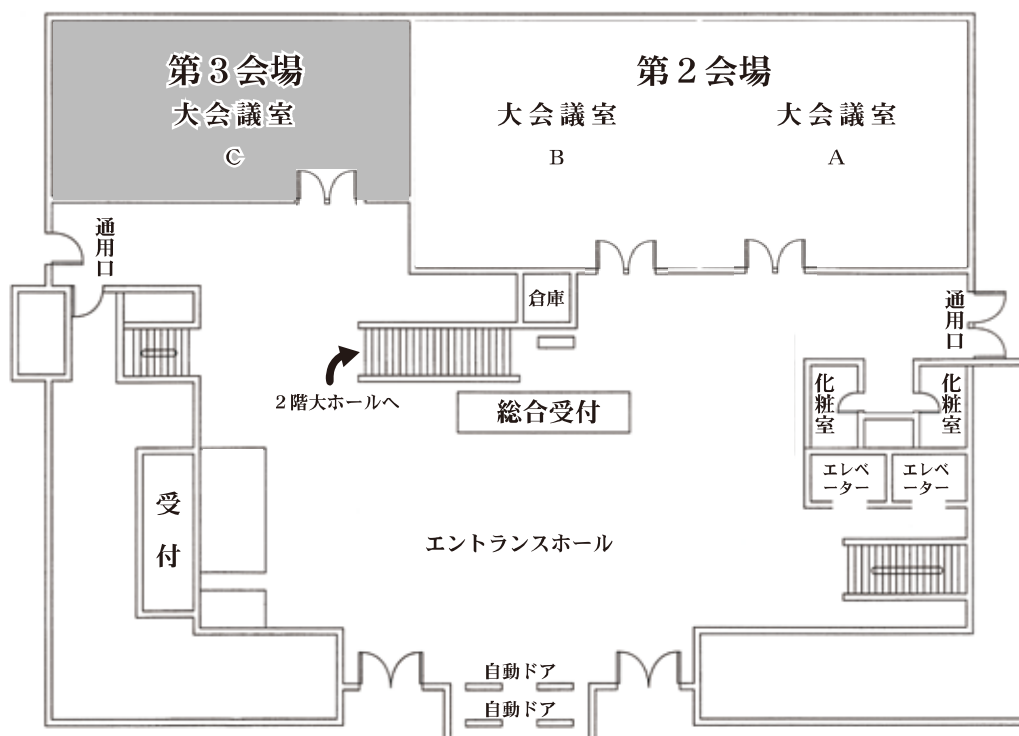
## 第3会場

リハビリテーション	9:00～9:14
整形外科	9:15～10:25
健康スポーツ	10:26～11:22
産業医	11:23～11:44
泌尿器科	12:30～12:44
透析	12:45～13:20
放射線科	13:21～13:42

## 会場案内図

第3会場(1F 大会議室 C)

1 F





# リハビリテーション

## 1. 脳卒中患者に対する股関節装具

＜岩槻＞ さいたま岩槻病院 リハビリテーション科

○鈴木 英二

【はじめに】脳卒中重症例や発症直後は下肢近位部の弱さが目立つ、しかし症状は浮動的であり、長期間使用するかは不確定であり、その時点の病態に即した装具作成はためらわれる。訓練室備品として、障害、体格にあわせて股関節の屈曲伸展補助、外転内転補助、失調の制動が可能な装具を開発した。

【対象,方法】対象は当院回復期病棟へ入院した脳卒中患者である。股関節補助装具は体幹partと大腿partがある。ともに全外側面に面ファスナー雌の機能がある。両者を面ファスナー雄が両端に縫着された帯ゴムで連結させる構造である。

【結果】帯ゴムの枚数、取り付け位置、伸展の度合いを調整することで歩行練習時の股関節周囲筋の補助、失調の制御が可能であった。

【考察】簡単な機構で脳卒中患者の股関節機能を補助できる装具を開発できた。

## 2. 回復期とそれに続く維持期外来心臓リハビリテーションを継続しフレイルを脱した心破裂合併高齢亜急性心筋梗塞患者の経験

＜川口＞ 川口きゅうぽらリハビリテーション病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>,

日本大学医学部リハビリテーション医学分野 リハビリテーション科<sup>2)</sup>,

かわぐち心臓呼吸器病院 循環器内科<sup>3)</sup>, 同 心臓血管外科<sup>4)</sup>,

川口きゅうぽらリハビリテーション病院 循環器内科<sup>5)</sup>

○深澤 高広<sup>1)2)</sup>

牧田 茂<sup>1)</sup>, 石塚 敦史<sup>3)</sup>, 金森 太郎<sup>4)</sup>, 佐藤 直樹<sup>3)</sup>, 新見 昌央<sup>2)</sup>,

船崎 俊一<sup>5)</sup>

(症例)82歳女性

(診断)亜急性心筋梗塞, 心破裂修復術後

(現病歴)X年5月亜急性心筋梗塞(#7 完全閉塞)でステントを留置したが、翌日心破裂にて緊急修復術を実施した。7月に当院リハビリテーション(リハ)目的に転院し、9月退院、10月より外来心リハを開始した。

(入院時所見)血圧90/67mmHg,心拍数82bpm,身長153cm,体重50.4kg,心エコー EF50.5%,心尖部-前壁 無収縮

(入院時身体機能)SPPB(Short Physical Performance Battery)9点,日本版フレイル基準(J-CHS)では3項目が該当しフレイルと診断された。

(リハ)入院中モニター心電図監視下でPTを実施した。退院時SPPBは12点と改善した。退院後外来にてCPX(心肺運動負荷試験)を施行し,AT(嫌気性代謝閾値)処方週2回運動療法を継続した。退院5ヶ月でJ-CHSで握力低下のみ,プレフレイルとなった。

(まとめ)高齢心臓術後患者に回復期・維持期外来心リハを実施して運動耐容能が改善しフレイルを脱することができた。



## 整形外科

### 3. 両側手根管症候群の術時生検でアミロイドが検出され、心アミロイドーシスの可能性が示唆された1例

＜蔵戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>、同 整形外科<sup>2)</sup>

○荒木 勇磨（研修医）<sup>1)</sup>

村田 えみ<sup>2)</sup>、鈴木 章正<sup>2)</sup>、小林 昂之<sup>2)</sup>、林 英佑<sup>2)</sup>、穴戸 孝明<sup>2)</sup>、  
永井 太郎<sup>2)</sup>、香取 庸一<sup>2)</sup>

【はじめに】手根管症候群の術時生検でアミロイド沈着が確認され、心アミロイドーシスの可能性が示唆された1例を報告する。

【症例】51歳女性。既往は糖尿病、高血圧、喘息、両肩腱板損傷、脊柱管狭窄症術後、右膝人工関節置換術。2025年X月、右手根管症候群に対し手術施行し、横手根靱帯からアミロイドを検出。X+3月には左手根管症候群の手術時に滑膜からアミロイドを検出。心アミロイドーシスの可能性を考え循環器内科にコンサルト。ピロリン酸シンチグラフィで心筋に集積を認め、現在遺伝子検査中である。

【考察】近年、手根管症候群など整形外科疾患の術中検体からアミロイドが検出され心アミロイドーシスとの関連が報告されている。特に自験例のような両側手根管症候群や多発整形外科病変を有する症例ではアミロイド沈着の可能性が高く、術中に靱帯や滑膜を採取し病理学的検索を行うことで、心アミロイドーシスの早期診断に貢献できると考える。

### 4. 上腕骨遠位部骨折の術後に発症した尺骨神経障害の2例

＜川越＞ 社会医療法人社団尚篤会赤心堂病院 整形外科

○吉澤 貴弘

関谷 繁樹、山本 邦彦

上腕骨遠位部骨折の手術時に、尺骨神経が十分に前方移行されていないために発症したと考えられる尺骨神経障害の2例を経験した。2例とも他院で上腕骨遠位部骨折に対し、骨接合術が施行された。1例は、術後の肘関節可動域制限と環指小指の痺れの改善を目的に、1例は抜釘後から尺骨神経障害が発生したため当科紹介となった。2例とも初回手術時に尺骨神経の前方移行術を行ったとの診療情報提供があったが、当科での手術時の所見としてOsborne靱帯が切離されておらず、同部位での明らかな尺骨神経の絞扼所見が確認された。2例ともに尺骨神経剥離術と尺骨神経皮下前方移行術を施行した。術後6ヵ月経過し、2例とも症状は改善した。上腕骨遠位端骨折の観血的整復内固定術において、同時に尺骨神経剥離・皮下前方移行術を行うことによる神経の血流障害を懸念する意見もあるが、靱帯を切開し尺骨神経の皮下前方移行を確実に行うことが重要であると考えられた。

### 5. 両側上前腸骨棘裂離骨折の一例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>、同 整形外科<sup>2)</sup>、同 院長<sup>3)</sup>

○青木満里奈（研修医）<sup>1)</sup>

香川 亮介<sup>2)</sup>、岡田 恒作<sup>2)</sup>、米本 直史<sup>2)</sup>、神田 圭大<sup>2)</sup>、吉田 理<sup>2)</sup>、  
倉茂 秀星<sup>2)</sup>、藤岡 丞<sup>3)</sup>

症例は14歳男性。既往歴なし。バスケットボール大会後より右股関節痛を自覚したが、その後も運動を継続したところ両側股関節痛が出現し体動困難となり救急搬送された。身体所見では自動拳上困難で、他動運動でも疼痛を認めた。骨盤Xpおよび3D-CTにて両側上前腸骨棘裂離骨折と診断した。骨片が比較的小さく転位15mm未満であったため治療は保存的治療を選択し、2週間の安静後に歩行訓練を開始した。受傷後10週で仮骨形成を認め、可動域制限なく独歩可能となった。両側の上前腸骨棘裂離骨折は極めて稀であり、我々の渉猟し得た限りでは3例のみの報告であったが両側性に裂離骨折が生じた原因については明記されておらず特徴的な素因も見つからなかった。本症例では右側に裂離不全骨折を生じた後に運動を継続したことで、右側をかばう動作による負荷が左側に加わった結果、左側にも同時期に裂離骨折を生じ両側性に至った可能性が考えられた。

## 6. 腰椎椎体骨折の診断にDual-Energy CT(DECT)を用いた1例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>，同 整形外科<sup>2)</sup>，同 院長<sup>3)</sup>

○小林 亮太（研修医）<sup>1)</sup>

米本 直史<sup>2)</sup>，倉重 秀星<sup>2)</sup>，神田 圭大<sup>2)</sup>，香川 亮介<sup>2)</sup>，吉田 理<sup>2)</sup>，

岡田 恒作<sup>2)</sup>，藤岡 丞<sup>3)</sup>

【背景】胸腰椎椎体骨折の診断では一般的にX線画像とMRIが用いられている。

しかし、X線画像のみでは新鮮骨折と陳旧性骨折の判別が難しく、診断できない骨折もある。

また、MRIは通常予約が必要な検査で待機時間があり、撮影時間も長く、体内金属等の禁忌で撮影困難な場合もある。

これらの問題を解決するDECTを用いて、迅速に診断できた腰椎椎体骨折を経験したので報告する

【症例】83歳女性。腰痛を主訴に近医受診し、X線画像にて複数の椎体骨折を指摘された。当院紹介受診となり、即日DECTにて第4腰椎新鮮椎体骨折、第1,3腰椎陳旧性椎体骨折と診断した。

【考察】DECTとは2つの異なるエネルギーのX線を用いて画像を収集するCT撮影技術であり、従来形態評価しかできなかったCTに質的評価が付与され、椎体骨折の新旧判別が可能である。感度・特異度ともに高い有用な検査と報告されており、当院でも活用していきたい。

## 7. 保存療法選択後に再評価で後方要素損傷を認め、固定術を施行した腰椎Chance骨折の1例

＜朝霞＞ 独立行政法人国立病院機構 埼玉病院<sup>1)</sup>，同 副院長<sup>2)</sup>

○古川 俊憲（研修医）<sup>1)</sup>

安田 明正<sup>1)</sup>，石濱 寛子<sup>1)</sup>，仲尾 捷<sup>1)</sup>，有井 大倫<sup>1)</sup>，山本 将大<sup>1)</sup>，

増本 奈々<sup>1)</sup>，竹島健一郎<sup>1)</sup>，上牧 勇<sup>2)</sup>，榎木 弘和<sup>1)</sup>

【はじめに】腰椎Chance骨折は転位が軽度で後方靱帯複合体の損傷を伴わない場合には、保存療法が考慮される。一方、後方要素損傷を伴う場合は不安定骨折とされ、手術適応となり得る。今回初期診断で保存療法を選択されたが、再評価で後方要素損傷が明らかとなり手術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】28歳男性。スノボ滑走中に転倒し受傷、スキー場近くの病院に搬送された。CTでL3椎体に水平骨折を認め、明らかな転位なく神経症状も認めなかったため、ジュエツト装具での保存療法が開始された。3週後に当院を受診し、CTでL2棘突起骨折の転位を認めたため不安定骨折と判断し、第1-5腰椎までの後方固定術を施行した。術後1日目より離床し、経過は良好だった。

【考察】本症例は当初保存療法が選択されたが、再評価で後方要素損傷が判明し手術を施行した。Chance骨折の治療方針決定には、不安定性の有無の慎重な評価が重要であることを再認識した。

## 8. 股関節周囲の石灰沈着性腱炎をきたした2例

＜熊谷＞ 藤間病院 整形外科

○間 浩通

菱沢 利行，今村恵一郎，菱沢 亨，福島 友記

石灰沈着性腱炎は関節周囲の腱および腱付着部で発生し腱にリン酸カルシウム塩が沈着し、急性もしくは慢性の炎症を生じている状態である。主訴は可動域制限、安静時・運動時痛が多い。部位別発生頻度は、肩関節が主であり股関節周囲は比較的稀である。股関節周囲の石灰沈着性腱炎では、中殿筋腱大転子付着部の報告が多く、ほかに大殿筋腱、大腿直筋腱があり、治療としては、NSAIDs、副腎皮質ホルモン製剤注入、超音波ガイド下石灰穿刺、石灰除去術などがある。また、鑑別診断として、異所性骨化、腫瘍、カルシウム代謝異常がある。今回、我々は股関節周囲の石灰沈着性腱炎の2例を経験したので報告する。

## 9. Bosworth型脱臼骨折の一例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>，同 整形外科<sup>2)</sup>，同 院長<sup>3)</sup>

○豊増 康太（研修医）<sup>1)</sup>

香川 亮介<sup>2)</sup>，岡田 恒作<sup>2)</sup>，吉田 理<sup>2)</sup>，米本 直史<sup>2)</sup>，神田 圭大<sup>2)</sup>，

倉茂 秀星<sup>2)</sup>，藤岡 丞<sup>3)</sup>

症例は17歳，男性．サッカーの授業中に，右足をつくように転倒し受傷した．右足関節の疼痛と変形を認めたため救急搬送された．来院時，右足関節は90°外旋した状態でロックされていた．足背動脈は触知可能で，感覚障害は認めなかった．単純X線像において，距腿関節の後方脱臼と腓骨遠位部の骨折を認めた．3D-CTにおいては腓骨近位骨片が脛骨後方隆起の後方に転位した状態で嵌まり込んでいた．画像所見よりBosworth型脱臼骨折と診断した．右足関節の腫脹と疼痛は非常に強く，受傷当日に脱臼整復と創外固定術を施行した．軟部組織の改善を待ち，受傷8日目に内固定術を行った．術後4週は免荷とし，その後から部分荷重をかけていき慎重にリハビリテーションを行った．術後3か月で，骨癒合を認め，自立歩行可能となり良好な治療経過を得ることができた．Bosworth型脱臼骨折は非観血的整復が困難なことが多く，CTで正確に診断し，合併症を防ぐため早期に治療することが大切である．

## 10. MRIでは検出困難であったが，関節鏡より異常可動性外側半月と診断された一例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>，同 整形外科<sup>2)</sup>，同 病院長<sup>3)</sup>

○谷口 侑樹（研修医）<sup>1)</sup>

倉茂 秀星<sup>2)</sup>，神田 圭大<sup>2)</sup>，米本 直史<sup>2)</sup>，吉田 理<sup>2)</sup>，香川 亮介<sup>2)</sup>，

岡田 恒作<sup>2)</sup>，藤岡 丞<sup>3)</sup>

異常可動性外側半月（hypermobility lateral meniscus:HLM）とは外側半月板に損傷や形態異常がないにもかかわらず後節部分が異常な可動性を示す病態である．症例は21歳男性．主訴は痛みを伴うロッキング症状と膝崩れ．既往歴は左前十字靭帯再建術後．身体所見として腫脹なし，可動域0～135度，膝蓋大腿関節の両側に圧痛が見られLachmantest,McMurraytestはどちらも陰性であった．MRIで前十字靭帯の膨隆を認め単純X線写真で異常を認めなかった．関節鏡検査の方針とし外側半月板後節を引き出すと大腿骨外側顆部の最下点を超えて移動しHLMと診断し半月板縫合術を行った．考察としてHLMは痛みを伴うキャッチングやロッキングといった半月板損傷に類似した臨床症状を呈するものもMRI等の画像検査では明らかな異常所見が見られないことがある．そのため画像上異常所見が見られなくても半月縫合術の準備をしたうえで関節鏡を行うことが重要と考えられる．

## 11. 内側半月板後根断裂(MMPRT)に対してCircumferential fiber augmentation(CFA)併用経脛骨pull-out修復術を行った1例

＜蕨戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>，同 整形外科<sup>2)</sup>

○酒井 悠希（研修医）<sup>1)</sup>

鈴木 章正<sup>2)</sup>，村田 絵充<sup>2)</sup>，小林 昂之<sup>2)</sup>，林 英佑<sup>2)</sup>，穴戸 孝明<sup>2)</sup>，

永井 太朗<sup>2)</sup>，香取 庸一<sup>2)</sup>

MMPRTに対して，従来の経脛骨pull-out修復術に加え，半月板辺縁部円周線維方向に人工靭帯テープをかけ半月板逸脱を抑制するCFAを併用した半月板制動術を行った1例を経験したので報告する．

本症例はMMPRTに伴い半月板の逸脱および内反アライメントを認め，内側開大式楔状高位脛骨骨切り術(MOWHTO)の併用が望まれたが，本人の希望のためMOWHTOは施行せず，CFA併用経脛骨pull-out修復術のみ行った．

修復術は逸脱内側半月板後角にMinitape (Smith&Nephew)をcinch stitch sutureにて2箇所につけ，解剖学的付着部に作成した骨孔を通した．さらにCFAはM BRAID (Stryker)を内側半月板の円周方向に沿って前中節移行部から後角部まで通し，前方は半月板直下脛骨近位前面にSwive Lock (Arthrex)にて固定した後，後方はpull-out骨孔を通してTapeとともに脛骨近位前面で膝屈曲60°，張力はmanual maxにて同様に固定した．

術後6ヶ月を経過し，経過は良好である．

## 12. 三段跳びにて生じた脛骨粗面裂離骨折の一例

＜坂戸鶴ヶ島＞ 関越病院 整形外科

○飯田 隼平

石井 正明, 小林 史明, 酒枝 和俊

症例は16歳男性。陸上記録会で三段跳びの着地時に左膝の疼痛が著明となり、救急要請となった。単純X線にてWatson-Jones分類Ⅲ型の脛骨粗面裂離骨折を認めた。受傷5日後に骨折観血的手術を施行、術中徒手整復が困難であり、骨折部下縁を展開、骨膜の嵌頓が整復阻害因子となっており、それらを除去しC C Sで固定した。関節鏡で関節内病変がないことを確認し、手術終了としている。小児における脛骨粗面裂離骨折は稀であり、発生率は全骨端線損傷の0.4-2.7%とされている。受傷起点としてジャンプ時の膝進展に伴う大腿四頭筋の収縮や着地時の急速な膝屈曲が想定される。多くの場合は観血的整復固定が推奨されており、スクリュー固定の報告が多い印象であった。また、随伴損傷として半月板損傷、靱帯損傷、膝蓋腱、大腿四頭筋腱の断裂が報告されており、術前M R I評価、術中関節鏡評価の必要性も示唆されている。



## 健康スポーツ

### 13. 食事療法及び運動療法はなぜ優先的に重要か？ その理論を臨床症例で検証！

＜越谷＞ 医療法人健身会 南越谷健身会クリニック 内科

○周東 寛

糖尿病疾患を始め、すべての疾患において、1.食事療法、2.運動療法が推奨され、その後に3.薬物療法となる。

治療とは細胞の細胞質の働きを高めながら、ミトコンドリアの活性及び核との連携を良好に「細胞内環境」を整え、「細胞の健康」をもたらす。食事療法と運動療法を臨床に応用し、症例を検証した。

食事療法がミトコンドリアの活性は、まずは十分な酸素の取り込み及び適量の水分摂取は、ミトコンドリアにとってはエネルギーATP産生するための加水分解に必要条件である。

栄養の摂取は、エネルギー産生に必要なエネルギー源となり、細胞に取り込まれ代謝されATP産生に至る。これを促進しているのは、実はホルモンである。

近年、腸管ホルモン「インクレチン」は、ミトコンドリアの働きに補助的にATPをcyclic AMPに変換し、その細胞でホルモン産生する。インクレチンによる治療及び運動療法の重要性とその理論を臨床症例が得られた数症例を考察し報告する。

### 14. 足の爪甲鉤彎症の分類法の検討

＜熊谷＞ 藤間病院 整形外科<sup>1)</sup>、同 放射線科<sup>2)</sup>

○菱沢 利行<sup>1)</sup>

今村恵一郎<sup>1)</sup>、間 浩通<sup>1)</sup>、菱沢 亨<sup>1)</sup>、福島 友紀<sup>1)</sup>、宮下 次廣<sup>2)</sup>

【目的】足の爪甲鉤彎症の分類法を検討すること。

【対象と方法】対象は藤間病院整形外科の外来と入院患者の爪甲鉤彎症の157症例である。診察時に撮影した前足部の写真で調査した。項目は、爪甲鉤彎症の①年代・性別、②患趾と爪数、③爪床剥離の状態、④併存爪変形(長爪・短爪、巻き爪、肥厚爪、多重爪、内・外側カーリー、上向き・前弯爪)、⑤爪の変色(爪白癬を含む)、⑥趾の形態特徴(ギリシャ趾・エジプト趾・スクエア趾)、⑦趾の変形(外反母趾・IP外反・1趾回内・ハンマー趾・槌趾・鉤爪趾・内反小趾・5趾回外・趾交差・趾尖部背側隆起)である。

【結果と考察】爪甲鉤彎症は高齢者に多く、爪切り・足洗い・趾の運動が適せずにできず、移動機能が低下する。爪甲鉤彎症は多様な爪変形を包含するため、爪甲鉤彎症の爪切りを念頭に置いた分類はフットケアに役立つと考える。

### 15. 多重爪に対する症例検討

＜上尾＞ 藤間病院 整形外科<sup>1)</sup>、同 放射線科<sup>2)</sup>、今村整形外科・外科 整形外科<sup>3)</sup>

○今村恵一郎<sup>1)3)</sup>

菱沢 利行<sup>1)</sup>、間 浩通<sup>1)</sup>、菱沢 亨<sup>1)</sup>、福島 友紀<sup>1)</sup>、宮下 次廣<sup>2)</sup>

〔はじめに〕 多重爪は爪甲が二重、三重に重なって生えてくる状態で母趾に多くみられる。

〔目的〕 足の多重爪の実態について調査を行い、治療や予防について検討を行うこと。

〔対象と方法〕 当院で診療を行った多重爪患者を対象として、前足部の形態(エジプト型、ギリシャ型、スクエア型)と足部変形(外反母趾、内反小趾等)との関連について検討を行った。

〔結果と考察〕 多重爪患者155例の内訳は男性38例(平均年齢75.0歳)、女性117例(平均年齢74.9歳)で、男性に比べて女性に多くみられた。原因は不明であるが、繰り返される何らかの外力によって変形が生じてくると考えられている。好発部位は母趾であるが、自験例では母趾以外の例も少なくなかった。治療法は保存療法が中心で、爪切りや履き方の指導、テーピング固定が有効であった。高齢者のみならず若年者にも発症がみられたことより、日常生活の指導などによる足部の健康管理が大切であると考ええる。

## 16. 小児の膝離断性骨軟骨炎に対し自家軟骨培養移植術を行った2例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学病院 整形外科

○杉田 直樹

坂口 勝信, 正田 健太, 伊藤賢太郎, 門野 夕峰

【はじめに】小児の膝離断性骨軟骨炎(OCD)に対し自家軟骨培養移植術(ACI)を行った2例を経験したので報告する。

【症例1】11歳, 男児. 半年ほど前から左膝に違和感を自覚していたが, ドッチボール中に誘引なく左膝痛と腫脹が出現し, 当院紹介受診. 左大腿骨外側顆部のOCDの診断でACIを行った. 術後経過問題なく1年9ヵ月経過した現在, バasketボールに完全復帰している.

【症例2】14歳, 男児. 3ヵ月前から誘引なく左膝痛を自覚したため, 当院紹介受診. 左大腿骨外側顆のOCDの診断でACIを行った. 術後6ヵ月間, 水腫が持続したが, その後経過問題なく2年2ヵ月経過した現在, サッカーに完全復帰している.

【考察】小児ACIの国内報告例はわれわれが渉猟し得た限り3例のみであった. ACIは若年ほど軟骨修復が早く, 特に30歳以下で治療成績は良好であると報告されている. 自験例でも良好な治療成績が得られ, 小児のOCDにおいても有用であると考えられた.

## 17. 成長期腰椎疲労骨折の診断におけるCT-like MRIの有用性について

＜熊谷＞ ワイルドナイツクリニック 整形外科

○立花 陽明

成長期に腰痛をきたす代表的疾患として腰椎疲労骨折がある. しかし, レントゲン検査では早期診断は困難でMRIが必須である. さらに, 病期診断や骨癒合の評価にはCTが必要となるが, 繰り返し行うことによる被爆の問題がある. 一方, MRIの撮像法の進化に伴い, CTに類似した骨形態を描出できるCT-like MRIが開発され, 近年, その有用性に関する報告が散見される. しかし, CT-like MRIは偽陰性率が高く, 骨折の状態を過小評価しやすいといった欠点が指摘されている. 当院では, キヤノンメディカルシステムズ社Vantage Orion1.5Tを使用し腰椎疲労骨折を中心にCT-like MRIを利用しているが, 適応や撮像のタイミングを考慮すればCTと同様に評価することが可能で, 被爆の低減に役立つと思われる. 今回, 腰椎疲労骨折の診断における当院でのCT-like MRIの小経験を踏まえその有用性について報告する.

## 18. ラグビーフットボールにおける傷害統計ーコロナ禍前後での比較ー

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学病院 整形外科・脊椎外科<sup>1)</sup>, ワイルドナイツクリニック 整形外科<sup>2)</sup>

○正田 健太<sup>1)</sup>

立花 陽明<sup>2)</sup>

県ラグビー協会からマッチDRを派遣依頼された大会における傷害状況について, 2011年から16年をコロナ禍前, 22年以降をコロナ禍後とし比較・検討した. 受傷者カテゴリー別ではコロナ禍前後とも高校生が最多で, 受傷機序はタックル関連が多く, コロナ禍前はタックル「して」が「されて」より多かったが, 22年はタックル「されて」が「して」を上回った. 頭頸部・顔面外傷はコロナ禍前タックル「して」が「されて」の3倍で, 22年のみ「されて」の割合が増加したが23年以後はコロナ禍前と同様になった. 脳振盪の受傷機序は, コロナ禍前はタックル「して」が「されて」の5.8倍だったが, 22年は同程度になった. 一方, 23年以後はタックル「して」が多いものの, コロナ禍前よりタックル「されて」受傷する頻度が高い傾向にある. これらの変化は近年のラグビー競技における戦術の変化によるものか, あるいは新型コロナ感染に伴う影響なのか今後も注視する必要がある.

## 19. 埼玉県における大規模野球肩肘検診の立ち上げと今後の展望

＜浦和＞ さいたま市立病院 スポーツ医学総合センター<sup>1)</sup>, ワイルドナイツクリニック 整形外科<sup>2)</sup>, 東京大学医学部附属病院 整形外科<sup>3)</sup>, レイクタウン整形外科病院 整形外科<sup>4)</sup>, 八潮中央総合病院 整形外科<sup>5)</sup>, 埼玉医科大学総合医療センター 整形外科<sup>6)</sup>, ライオンズ整形外科クリニック 整形外科<sup>7)</sup>, こうのす共生病院 整形外科<sup>8)</sup>  
○山田 唯一<sup>1)</sup>  
立花 陽明<sup>2)</sup>, 金 容大<sup>3)</sup>, 藤井 達也<sup>4)</sup>, 浅井 秀明<sup>5)</sup>, 島田 憲明<sup>6)</sup>, 増田 裕也<sup>7)</sup>, 織田 徹也<sup>8)</sup>

近年, 少年野球における「野球肘」は増加傾向にあり, 早期発見と予防の重要性が強調されている. 1990年代より全国で野球肘検診が展開され, 学会活動を通じて科学的根拠に基づく事業として発展してきた. 県内においても有志医師による個別の検診は行われてきたが, 組織的な検診は実施されていなかった. 今回, 埼玉県野球協議会医科学部会が発足し, 大規模な野球肩肘検診を実施する運びとなった. 本検診は青少年の健全な育成を目的とし, 整形外科のみならず内科, 小児科, 精神科など多職種との連携を必要とするため, 県医師会健康スポーツ医会との協力体制も重要である. 本発表では, これまでの県内における肩肘検診の実績を整理し, 今後の展望と課題について報告する.

## 20. 国際医療活動としてのカンボジア学童運動器検診と生活習慣調査

＜北足立＞ こうのす共生病院 整形外科<sup>1)</sup>, 同 理事長室<sup>2)</sup>, 同 リハビリ科<sup>3)</sup>, 同 看護部<sup>4)</sup>  
○織田 徹也<sup>1)</sup>  
小西 健治<sup>2)</sup>, 本田 大翔<sup>3)</sup>, 三浦 万実<sup>4)</sup>, 二瓶 美穂<sup>4)</sup>, 中里 仰志<sup>3)</sup>

【目的】日本では学童期の運動器検診が制度化され, 子どもロコモ予防や発育期障害の早期発見に寄与している. 一方, 途上国では整備されていないと考えられる. 今回, 国際医療活動の一環としてカンボジア小中学生に運動器検診と生活習慣調査を行い, 現状を明らかにすることを目的とした.

【対象と方法】2024年および2025年に小中学生760名を対象とし, 性・年齢に加え, 運動器検診に準じ評価した. また1年分のスマホなど余暇活動等の生活習慣アンケートを施行した.

【結果】しゃがみ込みが出来ない児童は両年とも低率であった. 前回は制服の生地による制限のため評価が困難であった. 生活習慣調査からは睡眠時間や運動習慣に多様性が確認された.

【考察】本活動によりカンボジア学童の運動器機能と生活習慣の一端が明らかとなった. 評価項目の一部は服装条件の影響を受け, 改善が必要であった. 既存文献との考察をし, 今後の検診体制の構築に向けた示唆を得たい.



## 産 業 医

### 21. 事業場における化学物質の取り扱いに関することの産業医の周知度

＜南埼＞ 新井病院 内科<sup>1)</sup>, 埼玉県医師会 産業保健委員会<sup>2)</sup>

○関谷 栄<sup>1)</sup>

松本 雅彦<sup>2)</sup>, 武石 容子<sup>2)</sup>, 土屋 崇<sup>2)</sup>, 内田 治<sup>2)</sup>, 草薨 博昭<sup>2)</sup>,  
岡崎 俊哉<sup>2)</sup>, 原 直<sup>2)</sup>, 井上 達夫<sup>2)</sup>, 田中洋次郎<sup>2)</sup>, 足立 雅樹<sup>2)</sup>,  
亀井美登里<sup>2)</sup>, 寺師 良樹<sup>2)</sup>, 廣澤 信作<sup>2)</sup>, 松本 吉郎<sup>2)</sup>

【緒言】厚生労働省は化学物質による労働災害防止のため、令和6年4月に新たな規制制度を導入した。本研究では産業医の制度周知度を調査した。

【方法】令和7年7月、埼玉県医師会産業医会会員に質問票を郵送した。

【結果】1,117名に送付し447名から回答を得た(回答率40.0%)。制度を「良く知っている・ある程度知っている」は32.9%, 「少し知っている」15.7%, 「聞いたことがある・全く知らない」50.8%であった。産業医活動を行う者は72.3%で、そのうち周知している割合は37.8%であった。化学物質を扱う事業場の産業医は29.7%で、この群では周知度が62.5%に上昇した。

【結論】新制度に関する産業医の周知度は十分ではなく、非関連事業場の産業医では支障は少ないが、本来知っておくべき事項である。今後は制度に関する研修の充実が求められる。

### 22. 熱中症対策の義務化による事業場の取組状況について

＜大宮＞ 松本医院 内科<sup>1)</sup>, 埼玉県医師会 産業医<sup>2)</sup>, 埼玉産業保健総合支援センター 運営主幹<sup>3)</sup>,  
同 専門職<sup>4)</sup>, 同 副所長<sup>5)</sup>, 同 所長<sup>6)</sup>

○松本 雅彦<sup>1)2)3)</sup>

川崎 聡子<sup>4)</sup>, 武田 昌代<sup>5)</sup>, 金井 忠男<sup>6)</sup>

温暖化や高齢化が進む中、熱中症による労働災害が年々増加し、熱中症に起因する死亡事故に至る事例が後を絶えない状況に、2025年6月から企業における熱中症対策が法的に義務化された。これにより、職場での熱中症の早期発見と重篤化防止につながるものと期待されている。事業場を預かる産業医にとっても、夏場の熱中症対策は、事業場における最も重要な課題であり業務であることから、義務化後の事業場の対応に関心を寄せている。そこで本調査では、埼玉産業保健総合支援センターが、定期的に産業保健情報を提供(配信)しているメールマガジン(以下;メルマガ)の登録者1)3,004名を対象に、熱中症対策の義務化による事業場の取組状況について、アンケート調査を行ったので結果を報告する。

1)メルマガ登録者 内訳

産業看護職929名, 衛生管理者472名, 人事労務担当者383名, 事業主117名, 安全衛生担当者190名, 産業医は除く, その他913名

### 23. 睡眠時無呼吸症候群対策の現状 ―令和6年度埼玉産業保健総合支援センターによるアンケート結果報告―

＜大宮＞ 埼玉産業保健総合支援センター 産業保健

○武石 容子

松本 雅彦, 金井 忠男

近年、運輸業を中心に睡眠時無呼吸症候群(以下SAS)への取組が進められているが、治療継続へつながらない事例が散見されている。そこで今回、事業場におけるSAS対策の取組状況を把握し、周知活動に生かすため、埼玉産業保健総合支援センターにおいてアンケートを実施したので報告する。方法は、2025年3月5日～19日の期間に、当センターメールマガジン登録者を対象にGoogleFoamアンケートを実施した。回答者408名(回収率10%)のうち、取組を実施している48名(12%, 以下%ベース)を解析対象とした。その結果、スクリーニング実施率31%(15名)、確定診断された事例を有する69%(33名, 以下%ベース)であった。その代表的事例は50歳代48%(6例)、男性91%(30名)、CPAP治療中29名であった。通常勤務91%(30名)であったことより、各事業場のSAS対策は概ね機能しているが、今後両立支援のあり方を検討していく必要があると思われた。

## 泌尿器科

### 24. SGLT2阻害薬によりフルニエ壊疽を発症した一例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>，同 泌尿器科<sup>2)</sup>

○村岡 薫（研修医）<sup>1)</sup>

伊藤亜希子<sup>2)</sup>，佐藤 克彦<sup>2)</sup>，岡田 栄子<sup>2)</sup>，五十嵐智博<sup>2)</sup>，眞弓翔三朗<sup>2)</sup>，  
加羽澤梨紗子<sup>2)</sup>

【症例】64歳 男性

【主訴】発熱 両側陰嚢の疼痛・腫脹

【現病歴】糖尿病で他院通院中の患者，SGLT2阻害薬とDPP4阻害薬の配合剤を内服していた．X年6月下旬から両側陰嚢の疼痛と腫脹を自覚，38.3度の発熱を認め当院を受診．CTで両側陰嚢内にガス像を認めフルニエ壊疽疑いで泌尿器科へ入院．陰嚢切開による排膿および抗菌薬投与で治療するも全身状態が増悪したため緊急で陰嚢デブリードメント手術を施行．壊死組織を全て除去し両側精巣は温存した．術後全身状態が安定するまでICU管理とし連日陰部洗浄施行，被疑薬であるSGLT2阻害薬は中止した．その後，炎症反応改善し肉芽増生良好のため陰嚢皮膚欠損部への植皮手術を受けるため他院形成外科へ転院．

【考察】SGLT2阻害薬は尿路感染症や性器感染症を引き起こす可能性が示唆されている．その中でもフルニエ壊疽は非常に重篤な感染症であり早期発見と迅速な対応が必要である．

### 25. 当院における転移性ホルモン感受性前立腺癌に対するtriplet療法とdoublet療法の臨床的検討

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 泌尿器科

○後藤 慶大

松岡 陽，松岡将太郎，佐野 裕大，中村 祐基，福井 直隆，影山 幸雄

当院でmHSPCに対してtriplet療法を施行した18例と2020年よりdoublet療法を施行した36例（アパルタミド13例，エンザルタミド23例）の臨床的特徴と転帰を後ろ向きに検討した．

triple療法とdoublet療法群の患者背景は以下の通り．年齢（中央値）：70.5歳と72.5歳，iPSA：337.5 ng/mLと149.8 ng/mL，CHAARTED high volume/low volume：14/4と18/18，観察期間：13.0カ月と24.0カ月．全体の1年制癌成績は以下の通り．全生存率：92.9%/100%（ $p=0.14$ ），CRPC-FS：100%/86.3%（ $p=0.13$ ），3か月以内にPSA0.2 ng/mL以下への低下達成率：50%/62.5%（ $p=0.52$ ）．high volume症例の成績は以下の通り．全生存率：100%/100%（ $p=1.00$ ），CRPC-FS：100%/78.6%（ $p=0.09$ ），3か月以内にPSA0.2ng/mL以下への低下達成率：36.4%/57.1%（ $p=0.43$ ）．

両群の全体比較で制癌成績に有意差を認めなかったが，high volume群においてはtriplet療法のCRPC-FSが延長する傾向があった．

## 透 析

### 26. 血液透析を施行中に、銅欠乏症に対する銅補充により、ESA抵抗性貧血が改善した一例

＜蔵戸田＞ 戸田中央総合病院<sup>1)</sup>，同 腎臓内科<sup>2)</sup>

○岩崎 栞里（研修医）<sup>1)</sup>

兼重 彩夏<sup>2)</sup>，蛭名 俊介<sup>2)</sup>，笠間 江莉<sup>2)</sup>，岩崎 千尋<sup>2)</sup>，江泉 仁人<sup>2)</sup>，  
井野 純<sup>2)</sup>

【症例】65歳男性。維持透析導入後よりESA抵抗性の貧血を認め、近医で骨髓異形成症候群と診断され輸血加療を受けていた。同時期に四肢のしびれも進行していた。当院での精査にて血清銅が著明低値であり、銅欠乏症によるESA抵抗性貧血および末梢神経障害と診断した。その後、亜鉛欠乏症に対して亜鉛製剤を長期内服していた既往と、血清銅低値が判明し、同剤が銅吸収を阻害していた可能性が示唆された。銅補充目的でココア摂取を指導し、亜鉛製剤を中止したところ血清Hbは徐々に上昇し、ESAを中止できるまでに改善、末梢神経障害も軽快した。

【結語】ESA抵抗性貧血の鑑別として銅欠乏症ならびに銅欠乏を引き起こす亜鉛製剤の投与には注意を要する。

### 27. 緩和的腹膜透析への新たな手術アプローチ ～経皮的手技に腹腔鏡を補助観察することの有用性～

＜東入間＞ さくら記念病院 腎臓内科

○黒澤 明

檜原 美希，高野 敬佑，黒澤 誠，久保 英二，富安 朋宏，今村専太郎，  
倉林 裕一，中村 雅将

血液透析困難、全身麻酔困難の高齢者の増加に伴い、緩和的腹膜透析の導入機会が増加している。これに伴い、低侵襲な経皮的腹膜透析カテーテル挿入術(PPAP)の導入施設も増えつつある。しかし、経皮的手技であるがゆえに腹腔内の状況が把握できず、癒着や出血の確認が困難であり、カテーテル操作で難渋する症例が散見される。今回、PDカテーテル挿入前に16Frシースを利用し、腹腔鏡で腹腔内を観察した症例を報告する。症例は81歳男性。既往に食道癌術後、気管切開後、低心機能を有し、ADLは寝たきりであった。全身麻酔は困難であり、PPAPを選択した。ミダゾラムとペンタゾシン静注、1%リドカイン局所麻酔下に手技を施行した。腹直筋前哨をリフティングし、自然気腹後に腹腔内を観察したところ、癒着や出血を認めず、安全にガイドワイヤーをダグラス窩に誘導しPDカテーテルを留置できた。他5症例に同様の術式で行ったが、適切な位置へのカテーテル留置ができた。

### 28. 災害時の透析医療確保に関する広域関東圏机上訓練

＜与野＞ さいたま赤十字病院 腎臓内科<sup>1)</sup>，埼玉県透析医会 透析科<sup>2)</sup>

○雨宮 守正<sup>1)</sup>

黒澤 明<sup>2)</sup>，加藤 仁<sup>2)</sup>，齋藤 卓<sup>2)</sup>，丸山 泰幸<sup>2)</sup>，池田 直史<sup>2)</sup>，  
松本 郷<sup>2)</sup>，大島 譲二<sup>2)</sup>，中里 優一<sup>2)</sup>

はじめに：令和7年9月1日、三浦半島地震を想定した災害訓練を実施したので報告する。

参加：埼玉、群馬、栃木、東京、新潟、神奈川、茨城、山梨、千葉の透析医会・臨床工学技士会・行政の災害対策担当者。

災害想定：三浦半島断層群地震(M7.0)。

透析不可地域：横浜市・横須賀市・逗子市・葉山町。

情報交換：日本透析医会災害情報ネットワーク、DIEMAS。

訓練内容：透析不可地域の透析施設は、受け持ち患者の受け入れ要請。その他の地域は受け入れ可能人数を申告。神奈川県内で割り振りを行い、対応できなければ他の都県へ受け入れを依頼。

結果：神奈川県の支援透析要請は2994名。県内割り振りののち1715名を県外に要請。埼玉県では534人の入院受け入れを承諾、さいたまスーパーアリーナまでバスで搬送とした。

考察：自立患者の入院受け入れとした。今後は複数の搬送場所の選定や搬送後の振り分けが課題となる。

## 29. 和温療法を継続し自覚症状の軽減が認められた重症下肢閉塞性動脈症を合併する透析患者の一例

＜岩槻＞ 岩槻南病院 循環器科<sup>1)</sup>，同 腎臓内科<sup>2)</sup>

○丸山 泰幸<sup>1)</sup>

山下 正弘<sup>2)</sup>，飯野 立<sup>1)</sup>，中谷 浩章<sup>1)</sup>，荒井茉奈穂<sup>1)</sup>

症例は糖尿病性腎症を基礎疾患とする維持透析を施行している。74歳時右足第3～5指の壊疽を発症，糖尿病性壊疽と下肢動脈閉塞症(LEAD)と診断，右浅大腿動脈，前脛骨動脈の血管形成術後，右足第3～5指の中足骨切断術を施行しマゴット療法とLDL吸着療法を併用した。本人の自覚症状が強く和温療法を導入した。60度の全身加温を15分，その後30分の保温を行い，非透析日，週2回の頻度で開始，20回終了時ABI(0.66→0.80)，SPP(58→29)の経過であった。和温療法後冷感，疼痛症状の改善から精神的にも安定し，和温治療を継続した。その後右浅大腿動脈の再閉塞のため下肢浅大腿動脈-腓骨脛骨動脈幹バイパス術を施行し経過観察中である。和温療法をLEADに対する支持療法として導入，症状の改善があり継続施行した症例を報告する。透析患者は自覚症状がADL低下につながる事も多く和温療法は支持療法の一つとして考慮されうると考える。

## 30. 埼玉県透析医会報告 埼玉県透析施設の現状 2025

＜大宮＞ 博友会 友愛クリニック 腎臓内科<sup>1)</sup>，埼玉県透析医会 内科<sup>2)</sup>

○加藤 仁<sup>1)2)</sup>

雨宮 守正<sup>2)</sup>，黒澤 明<sup>2)</sup>，齋藤 卓<sup>2)</sup>，丸山 泰幸<sup>2)</sup>，池田 直史<sup>2)</sup>，

松本 郷<sup>2)</sup>，大島 譲二<sup>2)</sup>，中里 優一<sup>2)</sup>

【目的】県内の透析医療の現状把握および非常時対応のための日常連携。

【方法】県透析医会所属施設を対象に，緊急時透析情報共有マッピングシステム「DIEMAS」を用いて，アンケート調査を実施。

【結果】アンケート回収率は，53.7%(109/203施設)であった。夜間透析は，42%の施設で実施され，うち26%は連日実施であった。1日3クール透析実施は，19%の施設で実施され，うち86%は夜間透析併設だった。5時間以上の長時間透析は，57%の施設，平均5人実施されていた。

在宅HDは，6%の施設，平均3人で実施されていた。腹膜透析は，25%の施設で実施され，うちPD単独は37%，平均7人，HDハイブリッドは78%，平均3人で実施されていた。

【考察】夜間透析は，患者の高齢化・スタッフ管理などより半数弱のみで実施されていた。3クール透析は，その多くが夜間透析を併設しており労働環境の整備が課題である。

【結語】多様化に適応した労働環境の整備が必要と考えられた。



## 放射線科

### 31. ころみ調整食品により酸化マグネシウム錠が食道内異物として発見された高齢患者の一例

＜南埼＞ 新久喜総合病院 放射線科<sup>1)</sup>，産業医科大学病院 放射線治療科<sup>2)</sup>，  
公立昭和病院 放射線科<sup>3)</sup>，新久喜総合病院 医療技術部放射線科<sup>4)</sup>，同 薬剤科<sup>5)</sup>，  
同 臨床検査科<sup>6)</sup>，同 看護部<sup>7)</sup>，同 乳腺外科<sup>8)</sup>

○大江 望友<sup>1)2)</sup>

牧野 壮壱<sup>1)</sup>，宮澤 一成<sup>3)</sup>，茅野 将吾<sup>4)</sup>，小湊 彩佳<sup>5)</sup>，齊藤 義徳<sup>5)</sup>，

尋田 諒平<sup>6)</sup>，渡部真由美<sup>7)</sup>，早野 史子<sup>8)</sup>，大栗 隆行<sup>2)</sup>

【背景】ころみ調整食品は服薬補助に用いられるが，薬剤の崩壊や溶出に影響し，予期せぬ臨床問題を引き起こすことがある。

【症例】81歳男性，食道癌による食道閉塞解除目的に，緩和的放射線治療が予定された．放射線治療計画用CT検査にて，食道内に円柱状の高吸収域が認められ，複数回の画像でも所見は不変であった．上部消化管内視鏡検査で，ゼラチン質に覆われた茶褐色で錠剤様の食道内異物が摘出された．

【考察】食道内異物は内服歴，CT値，化学的性質から酸化マグネシウム錠と判断された．ゼラチン質は嚥下補助目的のキシタンガム系ころみ調整食品と考えられた．ころみ調整食品は薬剤効果の減弱や食道内異物の原因となり得るが，食品に分類され医薬品との相互作用に関する情報が不足している．

【結論】ころみ調整食品により酸化マグネシウム錠が崩壊せず，食道内に停滞した症例を経験した．薬剤投与時は，薬剤毎にその使用を検討する必要がある．

### 32. 多発性骨髄腫における全身低線量CTの被ばく線量と有用性の検討

＜上尾＞ 上尾中央総合病院 放射線診断科

○高橋 秀紀

大河内知久，田中 修

【目的】多発性骨髄腫の骨病変の診断では，全身低線量CT(WBLDCT)の使用が推奨されている．当院におけるWBLDCTの被曝線量と有用性について検討した．

【方法】2021年以降に当院でWBLDCTを施行した多発性骨髄腫83件を対象に，被曝線量(CTDIvolとDLP)および有用性について，従来のCTと比較し，検討した．

【結果】WBLDCTのCTDIvolは平均 0.62mGy(最低値0.48，最高値0.98，中央値0.59)，DLPは平均110.58 mGy cm(最低値73.52，最高値174.64，中央値104.83)であった．従来のプロトコールのCTと比較し，骨病変の検出能において有意差は認められなかった．

【結論】多発性骨髄腫の骨病変の診断において，当院のWBLDCTは低被曝で，診断能についても従来のCTに劣るものではなかった．

### 33. 当院における緩和的放射線治療の実績と有痛性骨転移に対する緩和照射の治療効果の検討

＜春日部＞ 春日部市立医療センター 放射線科<sup>1)</sup>，日本大学附属板橋病院 放射線科<sup>2)</sup>，  
埼玉県済生会川口総合病院 放射線科<sup>3)</sup>

○金森 信祐<sup>1)</sup>

田中 良明<sup>1)</sup>，前林 俊也<sup>2)</sup>，相澤 拓也<sup>3)</sup>，佐藤 赤彦<sup>2)</sup>

近年のがん診療においては，治療開始時からの緩和ケア介入の必要性が唱えられ，その中でも緩和的放射線治療の必要性，重要性も増加していると言える．そこで当院で2022年から2024年の3年間に放射線治療を行った1,004例の適応内容について調べた結果，257例が緩和的放射線治療であった．その治療実績について対象症例，照射方法などの実態を解析した結果を報告する．さらに，257例のうち124例が有痛性骨転移に対する緩和照射であった．有痛性骨転移に対する緩和照射は，緩和的放射線治療の代表例と言え，多様性に富み，多くのエビデンスが得られている．当院における有痛性骨転移に対する緩和照射の実績について述べるとともに，この124例に対し後方視的に解析を行い，その治療効果について検討したので，文献的考察を加えて結果を報告する．





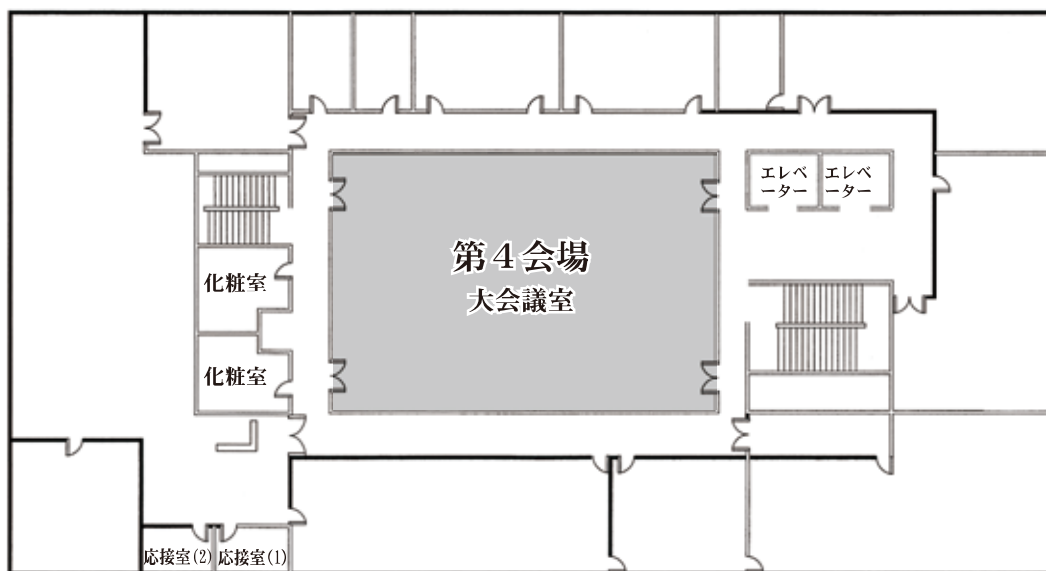
## 第4会場

産婦人科	9:00 ~ 9:42
臨床細胞	9:43 ~ 9:50
小児科	9:51 ~ 10:05
共通演題 (ITやAIを用いた診療)	10:06 ~ 10:41
耳鼻咽喉科	10:42 ~ 11:45
皮膚科	12:30 ~ 13:12
眼科	13:13 ~ 13:41

## 会場案内図

第4会場 (5F 大会議室)

5 F



第4会場



# 産婦人科

## 1. 陰部の疣贅状病変から診断に至った14歳の梅毒の一例

＜朝霞＞ 独立行政法人国立病院機構埼玉病院<sup>1)</sup>, 同 産婦人科<sup>2)</sup>, 同 皮膚科<sup>3)</sup>

○宮本 優奈 (研修医)<sup>1)</sup>

藤岡 陽子<sup>2)</sup>, 清水 智子<sup>3)</sup>, 赤尾 愛美<sup>2)</sup>, 高辻 典子<sup>2)</sup>, 白根 照見<sup>2)</sup>,  
永井 晋平<sup>2)</sup>, 世良亜紗子<sup>2)</sup>, 河村 佑<sup>2)</sup>, 境 委美<sup>2)</sup>, 樋野 牧子<sup>2)</sup>,  
服部 純尚<sup>2)</sup>, 中捨 克輝<sup>3)</sup>, 倉橋 崇<sup>2)</sup>

【緒言】近年、若年者の梅毒感染が急激に増加している。

【症例】14歳女性、未婚、外陰部の違和感を自覚し近医産婦人科を受診した。陰部に皮疹があることから尖圭コンジローマが疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。初診時、無痛性の右大陰唇に2cm大の扁平隆起する丘疹を認めた。性交渉歴の申告はなかった。陰部以外に有意な皮疹なく、皮膚生検に先立って術前検査にて梅毒血清反応検査が陽性、RPR定量が64倍であった。生検は行わず、梅毒感染による扁平コンジローマの診断で、ベンジルペニシリンベンザチン筋注を施行した。その他の性感染症検査はすべて陰性であった。4か月後に皮疹は消退し、RPR定量は8倍に低下した。

【考察】梅毒は近年若年者を中心に増加しているが、疑わなければ診断は困難である。年齢や性交渉歴の申告に関わらず、性感染症の可能性を念頭に置いた対応が重要である。

## 2. MRI balanced SSFP シーケンスが診断に有用であった癒着胎盤の1例

＜防衛医大＞ 防衛医科大学校病院<sup>1)</sup>, 同 産婦人科<sup>2)</sup>

○吉水 千尋 (研修医)<sup>1)</sup>

田邊 利砂<sup>2)</sup>, 曾山 浩明<sup>2)</sup>, 杉山 正乙<sup>2)</sup>, 三宅真友子<sup>2)</sup>, 田岡 拓輔<sup>2)</sup>,  
西村 想子<sup>2)</sup>, 伊藤 翼<sup>2)</sup>, 角倉 仁<sup>2)</sup>, 岸本 直久<sup>2)</sup>, 羽田 平<sup>2)</sup>,  
加藤 顕人<sup>2)</sup>, 宮本 守員<sup>2)</sup>, 濱田 佳伸<sup>2)</sup>, 高野 政志<sup>2)</sup>

【緒言】癒着胎盤の診断にMRIの有用性が報告されている。今回MRI balanced Steady-State Free Precession (bSSFP) シーケンスが診断に有用であった癒着胎盤の1例を経験した。

【症例】40歳G1P0、子宮内膜異型増殖症に対しMPA療法とD&Cを4回施行された既往があり体外受精で妊娠した。妊娠30週の骨盤MRI bSSFPシーケンスで癒着胎盤が疑われた。妊娠37週2日に誘発分娩で3070gの女児を娩出した。胎盤剥離困難で徒手剥離実施し胎盤娩出したが大量出血をきたし、子宮動脈塞栓術(UAE)を行い止血を得た。その後、RPOCを2か所認めRPOCの感染と再出血あり、再UAEと腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。

【考察】MRI bSSFPシーケンスで認めた癒着胎盤所見は、分娩後の造影CT検査で指摘された出血部位と一致し癒着部位の同定に有用であった。

【結語】MRI bSSFPは癒着胎盤の診断に有用な撮像シーケンスとなりうる。

## 3. ジエノゲスト投与に伴う不正出血に対する芍婦膠艾湯の効果の検討

＜所沢＞ 瀬戸病院 産婦人科<sup>1)</sup>, 東京大学医学部附属病院 産婦人科<sup>2)</sup>

○上原 紗穂<sup>1)2)</sup>

白戸 智洋<sup>1)</sup>, 瀬戸 裕<sup>1)</sup>, 瀬戸 理玄<sup>1)</sup>, 林 崇<sup>1)</sup>, 木村 周平<sup>1)</sup>,  
川邊 絢香<sup>1)</sup>, 古田 紗季<sup>1)</sup>, 司馬 正浩<sup>1)</sup>, 堀 慎一<sup>1)</sup>, 新美とき葉<sup>1)</sup>

【目的】芍婦膠艾湯は止血及び補血剤である。今回ジェノゲスト投与による不正出血への対応として芍婦膠艾湯投与が有効かを検討することを目的とした。

【方法】対象は、当院で2025年11月から翌4月までの半年間のジェノゲスト内服者(860例)のうち、不正出血を認める215例に対して、経過観察する群と芍婦膠艾湯を投与する群を比較検討した。

【成績】芍婦膠艾湯投与群の35例中21例で止血を認め、経過観察群の160例のうち39例で止血を認めた。止血率は芍婦膠艾湯投与群で有意に高く、約2.5倍の止血効果がある。また、症状改善率(軽快+止血)は芍婦膠艾湯投与群35例中32例認め、経過観察群160例中65例認めた。症状改善率も芍婦膠艾湯投与群で有意に高く、経過観察よりも約2.2倍の症状改善効果がある。芍婦膠艾湯群でも多量出血時は出血量が変わらなかった。

【考察】ジェノゲストによる不正出血が多量でなければ、芍婦膠艾湯投与による改善が期待できる。

#### 4. 臍帯静脈血栓が原因と考えられた、微小急性期脳虚血性変化を伴う新生児仮死の1例

＜川口＞ 川口市立医療センター 小児科<sup>1)</sup>、同 産婦人科<sup>2)</sup>

○杉村 長洋<sup>1)</sup>

木島 英美<sup>1)</sup>、市川 知則<sup>1)</sup>、樗木 幹久<sup>1)</sup>、清水 亮汰<sup>1)</sup>、東條 真有<sup>1)</sup>、  
杉 俊洸<sup>2)</sup>、深間 英輔<sup>1)</sup>、青木 龍<sup>1)</sup>、千島 史尚<sup>2)</sup>、箕面崎至宏<sup>1)</sup>

【緒言】臍帯血栓は稀な妊娠合併症で、胎児死亡や新生児仮死など新生児予後不良の原因となる。今回、臍帯静脈血栓が原因と考えられた、微小急性期脳虚血性変化を伴う新生児仮死の例を経験した。

【症例】32歳女性、3妊1産、既往歴なし。在胎37週0日に、胎動減少を契機に胎児機能不全の適応で、緊急帝王切開を施行した。出生体重2679g、男児、臍帯血pH6.95、Apgar score 4/4/7点で蘇生に気管挿管、胸骨圧迫を要した。臍帯は捻転しており、臍帯静脈の大部分に血栓を認めた。母児の凝固系検査で特記異常はなかった。Sarnat分類より低体温療法の適応はなく、生後3日間は体温36℃台で管理した。臨床所見およびaEEGで明らかなけいれんはなかった。新生児遷延性肺高血圧症に対しNO吸入療法を行い、日齢0に抜管した。日齢4に施行した頭部MRI検査で、左大脳半球深部白質に微小急性期脳虚血性変化を認めた。明らかな神経症状はなく、日齢20に退院し外来で経過観察とした。

#### 5. 妊娠初期検査で判明した慢性骨髄性白血病 (CML) 合併妊娠の一例

＜大宮＞ 自治医科大学附属さいたま医療センター<sup>1)</sup>、同 産婦人科<sup>2)</sup>

○石井明日香（研修医）<sup>1)</sup>

藤森 玲<sup>2)</sup>、坂本野春来<sup>2)</sup>、牧野 文香<sup>2)</sup>、市川 知佳<sup>2)</sup>、横田 美帆<sup>2)</sup>、  
牛嶋 順子<sup>2)</sup>、今井 賢<sup>2)</sup>、近澤 研郎<sup>2)</sup>、桑田 知之<sup>2)</sup>

28歳の初産婦。自然妊娠。特記すべき既往はない。妊娠10週に施行した妊娠初期検査でWBC31万、Hb7.8、Plt44万と血球増多を認めたため、精査目的に当院血液内科受診し、慢性骨髄性白血病と診断された。産科と血液内科で妊娠管理とし、妊娠14週よりインターフェロン(IFN)による加療を開始、貧血に対しては適宜輸血で対応した。妊娠31週、IFN治療により血球は減少傾向であるが、急性転化の指標となるIS値が依然高値であり、CML急性転化が懸念された。妊娠中の急性転化は母子ともに予後不良のため、早急なチロシンキナーゼ阻害薬(TKI)での加療が望ましいと判断された。TKIの副作用による汎血球減少出現時の陣痛対応への影響を懸念し、両科で協議し、リンデロン投与後、妊娠33週4日、選択的帝王切開を施行した。児はNICU入院した。術後、TKIによる治療が開始された。CMLの妊娠管理では急性転化の可能性に注意し、妊娠週数に応じた対応が必要となることが示唆された。

#### 6. 妊娠中期の頻回嘔吐で発見された腸回転異常症の一例

＜大宮＞ 自治医科大学附属さいたま医療センター<sup>1)</sup>、同 産婦人科<sup>2)</sup>

○坂本野春来（研修医）<sup>1)</sup>

藤森 玲<sup>2)</sup>、石井明日香<sup>2)</sup>、牧野 文香<sup>2)</sup>、市川 知佳<sup>2)</sup>、横田 美帆<sup>2)</sup>、  
石黒 彩<sup>2)</sup>、牛嶋 順子<sup>2)</sup>、今井 賢<sup>2)</sup>、近澤 研郎<sup>2)</sup>、桑田 知之<sup>2)</sup>

39歳の初産婦。妊娠22週頃から嘔吐出現し、徐々に頻度が増加した。頸管長22mmと切迫早産も認め、血液検査異常、体重減少も認めたため妊娠30週に当院紹介受診した。初診時、頸管長13mm、AST153、ALT258、Na127、K2.5のため原因精査と切迫早産の管理目的で入院した。入院後内科と併診し、電解質補正とMgSO<sub>4</sub>によるtocolysisを行った。嘔吐持続したため31週4日に造影CT検査したところ、中腸回転異常によるイレウスと診断された。妊娠契機に発症した腸回転異常症によるイレウスであれば産後自然回復する可能性を考慮し、出産まで絶食、中心静脈栄養(IVH)管理、胃管留置を継続した。妊娠33週、胃管排液減少したため胃管抜去し流動食開始したが、嘔吐再燃したため35週4日、再度絶食IVH管理した。36週3日に破水し、2176g女児を経膣分娩した。イレウスは自然に改善し、産褥13日で退院した。妊娠契機に発症した腸回転異常症によるイレウスは産後自然回復する可能性がある。

## 臨床細胞

### 7. 子宮内膜・尿細胞診から大腸癌の推定は可能か？ 診断に鑑別を要した進行盲腸癌の1例

＜所沢＞ 埼玉巨樹の会 所沢美原総合病院 婦人科<sup>1)</sup>，同 病理診断科<sup>2)</sup>，同 外科<sup>3)</sup>，  
同 泌尿器科<sup>4)</sup>，埼玉巨樹の会 新久喜総合病院 病理診断科<sup>5)</sup>

○笹 秀典<sup>1)</sup>

寺田佐和子<sup>2)</sup>，栢森 恵子<sup>2)</sup>，宇野美恵子<sup>2)</sup>，上野 陽介<sup>3)</sup>，床鍋 繁喜<sup>4)</sup>，  
市村 隆也<sup>5)</sup>，中野 盛夫<sup>2)</sup>

盲腸癌は症状に乏しく早期診断が困難である。子宮内膜・尿細胞診に出現した細胞像が診断の一助となった盲腸癌の症例を経験した。症例は76歳女性，血尿を主訴に来院，尿細胞診で異常細胞が認められ，膀胱鏡で乳頭状腫瘍からの生検では腸型の形態の腺癌細胞であった。子宮内膜細胞診では，核の大小不同，異常の核小体，核異型を呈する由来不明の腺癌細胞を認め，内膜組織診は，一部扁平上皮分化を伴う好酸性細胞質を有する腫瘍細胞は大腸癌由来と思われた。盲腸の潰瘍限局型腫瘍の内視鏡下生検で，管状異型腺管を呈する腺癌細胞を認め，大腸癌として開腹手術を行い，右結腸切除に加え子宮・膀胱を合併切除した。最終組織診断は，盲腸部原発の管状腺癌で，扁平上皮化生を伴う高分化型，膀胱と子宮に浸潤していた。本例の初発症状は腫瘍の膀胱浸潤による血尿であったが，尿細胞診や子宮内膜細胞診に非特異的な，大腸型に類似した細胞像が鑑別診断に有用であった。

## 小児科

### 8. 起立試験でサブタイプに分類できなかった症例の末梢血管抵抗の検討

＜蕨戸田＞ かずまこどもクリニック 小児科

○数間 紀夫

数間 雅子

起立性調節障害(OD)の症状が明らかにあるにもかかわらず、起立試験ではサブタイプに分類できずODと診断できない症例がある。このような症例に対する起立試験における起立直後の末梢血管抵抗の回復時間(TPRt)について検討した。当院で起立試験を行い「異常なし」の80例(8歳—17歳)を対象とした。起立直後の平均血圧回復時間(MAPt)とTPRtとの回復時間の差を非観血的連続血圧計(フィナプレス MIDI)を用いて検討した。MAPt>TPRt 26例, MAPt=TPRt 31例, MAPt<TPRt 23例であり一定の傾向はなかった。症状で立ちくらみの「ある」67例と「ない」13例でのMAPtとTPRtの回復時間の差について $\chi^2$ 検定をおこなったが有意差はなかった( $\chi^2=5.12$ ,  $p=0.27$ )。1回目の起立試験で「異常なし」と判定されたが2回目でODと診断された例もある。しかし、今回検討したMAPtとTPRtの差は、初回の起立試験からのOD診断としては有用ではなかった。

### 9. 化膿性股関節炎との鑑別を要した化膿性筋炎・骨髄炎の1例

＜草加＞ 草加市立病院 小児科<sup>1)</sup>, 同 整形外科<sup>2)</sup>

○須磨 葉月<sup>1)</sup>

佐藤 健<sup>1)</sup>, 鈴木 聡<sup>2)</sup>, 小柳 太一<sup>1)</sup>, 黒岩 尚之<sup>1)</sup>, 瀧澤千絵子<sup>1)</sup>,

一木 洋祐<sup>1)</sup>, 成 健史<sup>1)</sup>, 松田 希<sup>1)</sup>, 石橋奈保子<sup>1)</sup>, 滝島 茂<sup>1)</sup>,

長谷川 毅<sup>1)</sup>

8歳女児。5日前からの右股関節痛の増悪、4日前からの発熱を主訴に受診した。跛行を認め、右股関節に自発痛、圧痛および運動時痛を認めた。血液検査では炎症反応高値(CRP: 9.47mg/dL)・血沈上昇(ESR: 79 mm/h)を認め、化膿性股関節炎を疑い、股関節MRIを撮像した。脂肪抑制法(STIR)で右内転筋と恥骨・坐骨の骨髄に高信号を認めた。右股関節の関節液貯留は僅かであり、関節腔の穿刺でも関節液は吸引できなかった。右内転筋化膿性筋炎、右恥骨座骨部骨髄炎と診断し、セファゾリン(CEZ)高用量(150 mg/kg/day)を経静脈的に投与した。入院2日目に解熱し、入院5日目に右股関節痛は消失した。入院14日目にケフレックス(CEX)内服に変更し退院、合計6週間の抗菌薬治療とした。MRIで所見の正常化を確認した。小児の化膿性筋炎・骨髄炎は多くが保存加療で軽快するが、手術療法(関節切開排膿)を必要とする化膿性股関節炎の臨床症状と類似するため、鑑別が重要である。



## 共通演題 (ITやAIを用いた診療)

### 10. ベイズ統計学を利用した学童期卵白特異的IgE値と症状出現率に関する検討

＜吉川松伏＞ 秋本小児科アレルギー科医院 小児科, アレルギー科

○秋本 憲一

卵アレルギーの診断には卵白特異的IgEの測定がおこなわれるが、年齢別の正常値が存在しないのが現状である。学童期の小児において「卵白IgEがこの程度の数値であれば、おおよそ何パーセントの確率で卵アレルギーの症状が出現するのか」という問いに答えるため、統計モデルに基づき、ベイズ統計学を利用して卵白特異的IgE値と卵アレルギーの症状出現率に関する検討をおこなった。

【方法】学童期(6～12歳)の卵アレルギー群およびコントロール群の計238例について卵白IgEをCLEIA法で測定した。シグモイド曲線をモデルとして、その係数をベイズ統計学の手法を用いて推定し、その数値を当てはめることによって卵白IgE値による症状出現率の推定をおこなった。

【結果】卵白IgEが定性2+下限のときの症状出現率2.7%であったが、定性2.5+(定性2+と3+の中間値)で46.5%と急激に上昇し、定性3+下限で96.6%とプラトーに近づいた。

### 11. 機械学習と深層学習を用いた自作AIプログラムによる自験例トキソプラズマIgM抗体陽性妊婦2,300例の胎内感染発生予測モデルの開発

＜東入間＞ ミューズレディースクリニック 産婦人科<sup>1)</sup>, 吉田産科婦人科 産婦人科<sup>2)</sup>,

さくらレディースクリニック 産婦人科<sup>3)</sup>

○小島 俊行<sup>1)</sup>

吉田 良一<sup>2)</sup>, 吉田 智子<sup>3)</sup>, 五味淵秀人<sup>2)</sup>

【目的】機械学習と深層学習を用いた自作AIモデルにより、トキソプラズマ(以下T)IgM抗体陽性妊婦の胎内感染発生の有無を予測する。

【方法】自験例T-IgM抗体陽性妊婦2,300例のT抗体値、演者が全て測定したアビディティ値、母体治療薬、胎内感染の9項目を指標とした。AIコードの作成には、Python 3/ PyTorch Lightning, ベイズ最適化の為Optunaを実装し、損失関数に交差エントロピー、最適化手法に確率的勾配降下法、評価指標にAccuracy(A), F1-score(F), Precision(P), Recall(R)を用いた。

【成績】(1)ロジスティック回帰, サポートベクターマシン, 決定木, ランダムフォレスト, 勾配ブースティング, 深層学習モデルでタスクを実行したが、深層学習が最高精度であった。(2)評価指標は、A=F=P=R=0.917で偽陰性のない臨床実装可能なモデルが作成された。

【結論】自作AIモデルを作成し、妊婦のT諸抗体値・治療内容から胎内感染の有無を予測可能なことが示唆された。

### 12. 機械学習を用いたがん患者における骨粗鬆症性骨折予測と臨床応用の可能性

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター リハビリテーション科<sup>1)</sup>, 同 整形外科<sup>2)</sup>, 同 泌尿器科<sup>3)</sup>

○小柳 広高<sup>1)</sup>

五木田茶舞<sup>2)</sup>, 澤村 千草<sup>2)</sup>, 影山 幸雄<sup>3)</sup>

【背景】がん患者は治療や加齢の影響で骨粗鬆症性骨折リスクが高く、骨折はADL低下や治療継続困難の要因となる。従来の指標には限界があり、より精度の高い予測法が求められている。

【目的】機械学習を用いたがん患者における骨折予測モデルを構築し、臨床応用の可能性を検討する。

【方法】2022年1月～2024年12月に当院骨粗鬆症外来を受診したがん患者215例を対象とした後ろ向き研究。アウトカムはMajor骨折発生。年齢、原発がん、BMI、骨代謝マーカー、骨密度指標などを説明変数とし、機械学習で予測モデルを構築し、AUCやAccuracyで性能を評価した。

【結果】モデルはAUC 65.5%, Accuracy 84.7%と標準的精度を示し、寄与度解析では原発がん、年齢、BMIが主要因子として抽出された。

【結論】機械学習により、がん患者の骨折リスクを多因子から予測できた。今後、がんロコモ検診患者への応用により、骨折予防やリハビリ介入の最適化に寄与する可能性がある。

### 13. 埼玉県北部・西部地区における多施設での胎児心拍数陣痛図共同監視システムの導入

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学病院 産婦人科<sup>1)</sup>, 平田クリニック 産婦人科<sup>2)</sup>

○石亀明日香<sup>1)</sup>

田丸 俊輔<sup>1)</sup>, 鷹野 夏子<sup>1)</sup>, 高村 将司<sup>1)</sup>, 難波 聡<sup>1)</sup>, 平田 善康<sup>2)</sup>,

梶原 健<sup>1)</sup>, 亀井 良政<sup>1)</sup>

埼玉県北部・西部地区では、県から「ICTを活用した産科医師不足地域に対する妊産婦モニタリング支援事業」に対する予算を獲得し、2023年度より胎児心拍数陣痛図（以下CTG）を用いた多施設でのCTG共同監視システムの運用が開始された。

このシステムは、地区内で分娩を取り扱う1次医療施設10か所のCTGを、インターネットVPNで地域周産期母子医療センター2か所（埼玉医科大学病院、深谷赤十字病院）に接続し、双方でCTGデータをリアルタイムに確認することを可能とした。これにより、1次医療施設から高次医療機関への医療相談の利便性が格段に向上した。

システム運用開始後2年経過し、CTG共同監視の実施回数は月平均390回程度を数えるまでになった。この間、常位胎盤早期剥離などの産科救急疾患に対する活用事例も複数あった。本発表では、システム導入後の県北部・西部地区における周産期医療体制の現状について報告する。

### 14. 性教育の新たなアプローチ チャットボットや動画教材を用いたオンライン性教育による、主体的学びへの提案

＜浦和＞ 加藤クリニック 産婦人科<sup>1)</sup>, さいたま市立病院 産婦人科<sup>2)</sup>, 平田クリニック 産婦人科<sup>3)</sup>,

国際医療福祉大学 産婦人科<sup>4)</sup>, 石渡産婦人科医院 産婦人科<sup>5)</sup>

○加藤恵利奈<sup>1)</sup>

中川 博之<sup>2)</sup>, 平田 善康<sup>3)</sup>, 藤井 知行<sup>4)</sup>, 石渡 勇<sup>5)</sup>

目的 若年層はSNS等から性情報を得る一方、誤情報や学校性教育の制約が課題である。本研究ではAI動画教材とチャットボットを用いたオンライン性教育の有効性を検証する。

方法 ①AIを用いて作成した動画教材を中学校で配信し、アンケートを実施。②日本産婦人科医会等のHPに匿名質問可能なチャットボットを設置し、シナリオ型とAI識別型を段階的に運用し利用状況を分析した。

結果 生徒からは「避妊や性暴力の理解が深まった」「自分の体を知る機会」と肯定的意見が多く、教員からも「伝えにくい内容を淡々と伝えられる」と評価された。一方で動画の長さや専門用語、双方向性不足が課題であった。チャットボットはAI識別型移行後に満足度が上昇し、自然な会話体験が有効であることが示された。

結論 オンライン性教育はアクセス格差の是正、匿名性・自主性・継続性の確保に有用であり、教育DXの一環として新たな学習モデルとなり得ると考える。

## 耳鼻咽喉科

### 15. 嚥下障害ラットにおけるIVISを用いた誤嚥の定量化

＜防衛医大＞ 防衛医科大学校 耳鼻咽喉科学講座

○捨田利 慧

宇野 光祐, 荒木 幸仁, 塩谷 彰浩

嚥下障害は高齢化社会において肺炎発症の主要因となり, 生活の質の著しい低下や医療・介護費用の増大を招く深刻な社会的課題である. これに対し, 基礎研究に裏づけられた新たな評価・治療戦略の開発が急務とされる.

我々は臨床応用を視野に入れた誤嚥定量モデルの構築を目的とし, 上喉頭神経(咽喉頭の知覚に関与)を両側切断したラットを作製した. 術後, 肺を摘出してIn Vivo Imaging System (IVIS)を用い蛍光標識物の分布を解析した結果, 肺組織の病理学的に炎症を示した病変部位と一致して蛍光シグナルが確認された. すなわち, IVISによる蛍光イメージングは実際の誤嚥やその結果としての炎症性病態を可視化する有効な定量的指標であることが示唆された.

本モデルは誤嚥の病態生理をより精緻に再現し, 誤嚥量の客観的評価を可能とすることから, 今後の嚥下リハビリテーション研究や新規治療法・薬剤の探索において有用な基盤技術となることが期待される.

### 16. 医療・介護・障害福祉のニーズに応えて

＜坂戸鶴ヶ島＞ 鶴ヶ島ほっこり村診療所 耳鼻咽喉科

○小川 郁男

1970年に高齢化社会に突入した我が国は世界でも例を見ない勢いで高齢化が進み, 1995年に高齢社会となり, 2000年介護保険制度が開始された.

1982年から耳鼻咽喉科医として地域医療に携わるなか高齢者介護の支援に駆られ, 1993年介護老人保健施設, 2003年有床診療所を開設し地域の様々な医療・介護ニーズに携わってきた.

こうした状況下, 医療的ケアを必要とする重症心身障害児(者)の家族からの支援要望があり, 2015年から2施設を基に埼玉県知事指定医療型短期入所事業所(空床利用)の活用を実施してきた. この取り組みで医療的ケア児の抱えている症状や障害などの他に家族が直面する課題に遭遇し, 2023年医療型特定短期入所を謳う新たな診療所を開設した. 医学・医療の進歩充実により医療的ケア児の発生数は増加しておりそれに伴う課題も山積している.

地域共生社会が問われる今日, これまでの歩みを振り返り更なる弱者への支援活動に努めていく所存である.

### 17. コロナ禍における埼玉県立がんセンター歯科口腔外科の口腔癌治療についての検討

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 歯科口腔外科<sup>1)</sup>, 同 感染管理室<sup>2)</sup>, 同 総合内科<sup>3)</sup>,  
同 頭頸部外科<sup>4)</sup>, 同 病院長<sup>5)</sup>

○炭野 淳<sup>1)</sup>

八木原一博<sup>1)</sup>, 田中 茂男<sup>1)</sup>, 桂野 美貴<sup>1)</sup>, 石井 純一<sup>1)</sup>, 吉田 国弘<sup>1)</sup>,  
益田 洋輝<sup>1)</sup>, 下拾石雄大<sup>1)</sup>, 福田 俊<sup>2)</sup>, 明貝 路子<sup>3)</sup>, 別府 武<sup>4)</sup>,  
影山 幸雄<sup>5)</sup>

本邦におけるCOVID-19は, 2020年1月に初の感染者が確認されて以来, 2023年5月に5類感染症に分類されるまで, 第8波の感染ピークと, 4回の緊急事態宣言が発出された.

感染を回避するために受診を控えることにより, がん診療に効果があったと報告されている.

当科での口腔癌の診察は, 口腔内診察時, 唾液の飛沫による感染のリスクが高いが, 問診, 検温, PCR検査, 防護服等の適切な感染管理は行いながら診療制限をせず, 診療を継続した.

当科における口腔癌の新患数は, コロナ前の2017年96人, 2018年81人, 2019年105人, コロナ禍の2020年112人, 2021年111人, 2022年105人, 第5類移行後の2023年138人, 2024年110人であった.

当科ではCOVID-19流行前後で患者数の大きな変化を認めず, 口腔癌の診療を継続ができた. 学術的考察を含め, コロナ禍の診療について報告をする.

## 18. 咀嚼筋間隙膿瘍の一例

＜北足立＞ 埼玉県立がんセンター 頭頸部外科

○菅原 康平

野島 誠, 水野 雄介, 梶野 晃雅, 柳橋 賢, 小出 暢章, 白倉 聡  
別府 武, 影山 幸雄

咀嚼筋間隙は咀嚼筋とそれを取り囲む深頸筋膜浅葉により形成される。咀嚼筋間隙膿瘍は、解剖学的理由から菌性感染症からの波及が主と言われているが、今回我々は菌性感染症を伴わない咀嚼筋間隙膿瘍の一例を経験したため、感染源や進展経路に関して文献的考察を含めて報告する。

症例は86歳男性。左下歯肉癌に対して下顎区域切除術、両側肩甲舌骨筋上郭清術、腓骨皮弁再建術施行後、12年再発なく経過していた。来院8日前より右歯痛が出現、近医歯科を受診したが、口腔内に異常を認めず経過観察されていた。その後、開口障害が出現したため、近医歯科より当科を紹介受診された。右顔面の腫脹と右頬粘膜に波動を伴う腫脹があり、1.5横指の開口制限を認めた。頸胸部造影CT検査で右咀嚼筋間隙に膿瘍を認め、緊急入院の上、外切開による排膿術を施行し、抗菌薬投与を開始した。連日排膿処置と抗菌薬投与を行い、症状は著明に改善し、第7病日に自宅退院とした。

## 19. 中軽度難聴者に対する補聴器購入費助成制度の導入について

＜春日部＞ 医療法人月うさぎ みやざわ耳鼻咽喉科 耳鼻咽喉科 アレルギー科

○宮澤 哲夫

わが国は世界に類を見ない速度で高齢化が進み、軽中等度難聴を有する高齢者が増加しています。難聴はコミュニケーション障害を通じて認知機能低下、フレイル進行、抑うつ、転倒リスク増加など多面的な健康問題を引き起こします。その有効な対策である補聴器は、適切に装用することで生活の質(QOL)の向上や認知症予防に寄与しますが、費用の高さや助成制度の不備から装用率は先進諸国に比べ著しく低いのが現状です。これに対し、全国の自治体で軽中等度難聴者を対象とした補聴器購入費助成制度が広がりつつあり、新潟県では全自治体で導入、東京都港区では高額助成が行われています。埼玉県内でも25自治体が導入済みであり、今後さらなる普及が期待されます。本講演では、制度の概要と医学的意義、導入事例を紹介するとともに、すべての診療科の先生方に対して、難聴患者への気づきと耳鼻科への紹介、制度の周知にご協力をお願いしたいと思います。

## 20. 涙嚢鼻腔吻合術(鼻内法)における骨削開の工夫と術後再発因子の検討

＜大宮＞ 自治医科大学附属さいたま医療センター 耳鼻咽喉・頭頸部外科

○吉田 尚弘

澤 允洋, 島崎 幹夫

涙道閉塞に対する涙嚢鼻腔吻合術(鼻内法)(以下DCR)の術後患者満足度は高い。涙骨、上顎骨前頭突起の削開にはpowered instruments (DCR bur)が主として用いられる。しかし涙嚢の位置が高い、上顎骨前頭突起の骨肥厚が強い症例では、DCR burでの骨削開は難渋する。また、単回使用のDCR burは病院経営の側面からも使用法の検討が必要となっている。

2012年1月より2024年12月までに当センターで行ったDCR症例231名325例について実際の手術手技を供覧し、DCR burを用いたDCR(124例)と反りノミを用いたDCR(201例)を比較し、その利点、欠点、術後再発因子の検討結果を報告する。

DCR burを用いたDCRよりも、反りノミを用いたDCRが有意な削開時間の短縮が見られた。術後再発をきたす要因として、涙小管閉塞、内総涙点狭窄・閉塞、涙嚢炎症の程度などが挙げられた。



## 21. 頸部外切開により摘出し得た副咽頭間隙腫瘍の一例

<北足立> 埼玉県立がんセンター 頭頸部外科

○柳橋 賢

野島 誠, 菅原 康平, 水野 雄介, 梶野 晃雅, 小出 暢章, 白倉 聡,  
別府 武, 影山 幸雄

副咽頭間隙腫瘍は頭頸部腫瘍の約0.5%と比較的稀な疾患である。治療の基本は摘出術であるが、解剖学的に主要血管・神経との近接が多く、視野も制限されるため、安全な手術には腫瘍へのアプローチ法の適切な選択を要する。今回われわれは、頸部外切開により合併症なく摘出し得た一例を経験した。症例は60歳女性。増大傾向を示す副咽頭間隙腫瘍にて当科紹介となった。画像検査で最大径6cmの腫瘍を認め、茎突前区に局在していた。術中、顎下腺摘出後に腫瘍被膜を同定し、主要血管・神経を損傷することなく一塊に摘出可能であった。術後経過は良好で、後遺症や合併症なく退院となった。本症例は、大型の副咽頭間隙腫瘍に対しても下顎骨の処理を行わない外切開アプローチが有用であることを示唆する結果であった。

## 22. 当科での結核性リンパ節炎症例の検討

<北足立> 埼玉県立がんセンター 頭頸部外科<sup>1)</sup>, 同 泌尿器科<sup>2)</sup>

○小出 暢章<sup>1)</sup>

野島 誠<sup>1)</sup>, 菅原 康平<sup>1)</sup>, 水野 雄介<sup>1)</sup>, 梶野 晃雅<sup>1)</sup>, 柳橋 賢<sup>1)</sup>,  
白倉 聡<sup>1)</sup>, 別府 武<sup>1)</sup>, 影山 幸雄<sup>2)</sup>

【はじめに】当科では診断の段階でご紹介頂く症例も多く、腫瘍性病変と非腫瘍性病変の鑑別を求められる場合がある。その様な疾患の一つとして結核性リンパ節炎が挙げられ、今回検討を行なったので報告する。

【対象と方法】2016年1月から2025年7月までに当科で診断した結核性リンパ節炎症例を対象とし、診療情報を後方視的に抽出し検討した。

【結果】症例は全8例で、年齢は22～82歳(中央値:59.5歳)であった。20～30歳代の若年発症者は3例でその全例が海外からの技能実習生であった。T-SPOTは全例で陽性であったものの、穿刺液の培養またはPCR検査で診断に至ったのは4例で、残りの4例では生検を要した。

【まとめ】近年国際化が進む中で結核性リンパ節炎が増えていくとされる。特に若年者、海外出身者の頸部リンパ節腫脹を見た際に鑑別の一つとして考えることが必要である。また、穿刺液の検査で診断がつかない場合にも結核が否定できないことに注意を要する。

## 23. 甲状腺乳頭癌上縦隔リンパ節転移に対して胸骨切開を併用し切除した1例

<北足立> 埼玉県立がんセンター 頭頸部外科

○梶野 晃雅

白倉 聡, 小出 暢章, 柳橋 賢, 水野 雄介, 菅原 康平, 野島 誠,  
別府 武, 影山 幸雄

甲状腺乳頭癌は切除可能であれば手術治療が第一選択となる。気管傍や外側頸部リンパ節転移が多いが、上縦隔リンパ節転移も稀ではなく所属リンパ節の一つとして定義される。今回、遠隔転移を伴わない甲状腺乳頭癌に対し胸骨切開を併施し上縦隔郭清を行った症例を経験した。症例は41歳女性。甲状腺左葉に20mm大の乳頭癌があり、両側外側頸部・気管前傍・左咽頭後部・上縦隔リンパ節転移を認めた。遠隔転移はなく切除可能と判断し、甲状腺全摘、両側頸部郭清、左咽頭後部郭清、胸骨切開および上縦隔郭清、気管切開を施行した。左反回神経および咽頭収縮筋に浸潤を認め合併切除を要した。胸骨正中切開により十分な視野が得られ上縦隔郭清が可能であった。胸骨切開を要する上縦隔転移例について文献的考察を加え報告する。

## 皮膚科

### 24. 左右小陰唇肥大の一例

＜熊谷＞ 社団法人 熊谷総合病院 形成外科  
○深井 孝郎

目的)小陰唇は外的刺激,ホルモンバランスの変動,加齢などで肥大化する.日常生活に不便を生じた症例を,手術により改善できたので報告する.

方法(現病歴))14歳女性.12歳時より,左右の小陰唇肥大を自覚.通学時に自転車サドルで違和感,排尿後に下着が汚れることを主訴に当科受診.陰唇は左右とも懸垂状に肥大していた.無月経,多毛や声低音化など男性化症状はなかった.

結果)諸検査にて内分泌系疾患を除外した後,手術施行.文献を参考に幅が約10ミリとなるように左右の小陰唇を切除,縫縮した.病理組織検査では乳頭状細胞と膠原線維増殖を認めた.後約1年3ヶ月を経過し再発を認めない.

考察)外陰部は大きさや色調,形状に左右差や個人差があるので,小陰唇肥大を一様に定義するのは難しく,整容的観点から手術が行われることが多い.症例は手術で著効を得たが,陰唇肥大は副腎性器症候群の一症状の可能性があるので,その検索も必要である.

### 25. 皮下深部解離性血腫を生じた5例

＜大宮＞ 彩の国東大宮メディカルセンター<sup>1)</sup>, 同 皮膚科<sup>2)</sup>, 同 整形外科<sup>3)</sup>  
○和根崎桃圭 (研修医)<sup>1)</sup>  
江藤 洋子<sup>2)</sup>, 大谷 和雄<sup>3)</sup>

皮下深部解離性血腫は軽微な外傷を契機に発症する広範な血腫で,下肢に好発することが知られている.皮膚脆弱性や抗凝固薬・抗血小板薬内服がリスク因子であり,いったん形成されると治癒に長期間を要するため予防が重要である.当院では5年間に5例を経験した.症例1は89歳男性で,大腿部に典型的な皮下深部解離性血腫を生じ,被覆皮膚の壊死を伴い早期にデブリを行ったが,治癒まで数か月を要した.症例2は84歳男性で,せん妄による転倒を契機に下肢に血腫を形成しデブリを行ったが,その後上肢にも血腫を生じた.上肢の血腫は小さく保存的に経過をみた.

### 26. ヒト羊膜使用組織治癒促進用材料を用いた難治性皮膚潰瘍の治療経験

＜北足立＞ 北里大学メディカルセンター 形成外科  
○羅田 政和  
松尾 裕美, 馬場 香子

【緒言】既存療法で改善しない糖尿病性足潰瘍(DFU)や静脈性下肢潰瘍(VLU)に対し,2022年にヒト羊膜使用組織治癒促進用材料(dHACM;EPI-FIX®)の保険償還が新設された.我々はEPI-FIX®を用いた治療を経験したため報告する.

【症例】症例1:78歳女性.68年間治癒しない足底踵部VLU. dHACMの使用開始前は3.5x1.0cm大,12週間7回の使用で潰瘍面積は約50%減少した.

症例2:77歳男性.9ヶ月間治癒しない踵部DFU. dHACMの使用開始前は2.0x2.0x0.7cm大,12週間11回の使用で潰瘍面積は約50%減少した.

症例3:77歳男性.約40年間治癒しない4.5x3.0cm大の下腿遠位VLU. 12週間12回の使用で潰瘍面積は約50%減少した.

【考察】EPI-FIX®は創傷治癒を促進する多様な因子を含む.自験例では全例で改善し,その有用性が示された.一方,課題も認知された.加えてWound Bed PreparationのためのTIMERSに基づく創傷ケアの重要性が再認識された.



## 27. 両側下腿の紫斑から診断に至った好酸球性血管炎性肉芽腫症の1例

<上尾> 上尾中央総合病院<sup>1)</sup>, 同 皮膚科<sup>2)</sup>, 同 脳神経内科<sup>3)</sup>

○三尾 紀香 (研修医)<sup>1)</sup>

平澤 真澄<sup>2)</sup>, 高橋 文<sup>2)</sup>, 柴山 理沙<sup>2)</sup>, 吉田 雅絵<sup>2)</sup>, 徳永 恵子<sup>3)</sup>,

鈴木 直仁<sup>2)</sup>, 出光 俊郎<sup>2)</sup>

80歳男性. 好酸球性副鼻腔炎, 気管支喘息の既往あり. 初診の4日前に両側下腿に紫斑と血疱, 右下腿の痺れを自覚した. 近医で蜂窩織炎が疑われ抗菌薬の内服を行ったが症状が改善せず, 精査目的に当院皮膚科を受診した. 初診時, 両側下腿に紫斑と血疱が散在し浮腫も認めたが, 発赤, 腫脹, 熱感はなかった. また両側下腿, 右前腕に痺れを認めた. 血液検査では白血球20,700/ $\mu$ g(好酸球67%), IgE 2239 IU/ml, MPO-ANCA 100 IU/mlであった. 病理組織学的所見では, 真皮浅層から中層の血管周囲性に好酸球主体でリンパ球を混じる炎症細胞浸潤を認め, 一部に赤血球の血管外漏出も認めた. 神経伝導速度検査では多発単神経炎に合致する軸索変性型ニューロパチーの所見であった. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断し, プレドニゾロン60mg/日で加療を開始した. その後両側下腿の紫斑は消退傾向を示したが, 痺れは残存しベンラズマブ皮下注射を追加し治療を継続している.

## 28. 創傷治療のあらたな治療戦略～エピフィックス, オートロジェル

<南埼玉> 東鷲宮病院 循環器・血管外科 褥瘡・創傷ケアセンター<sup>1)</sup>, 同 透析科<sup>2)</sup>

○水原 章浩<sup>1)</sup>

池田 克介<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では新しい創傷治療としてエピフィックスおよびオートロジェルを導入しているので, その有用性を報告する.

【方法】1) エピフィックスはヒト胎盤の羊膜・絨毛膜を加工, 乾燥したもので創傷治癒を促進する多くの細胞外基質タンパク質, 増殖因子, サイトカイン, コラーゲン等を含有している生体材料である.

うつ滞性皮膚潰瘍および糖尿病性足潰瘍の各々2症例に使用した.

2) オートロジェルは患者本人から得られたPRPをゲル化したものを患者の創傷部位に塗布することで創傷治療を促す方法である.

褥瘡10例にオートロジェルを使用した.

【結果】1) エピフィックス使用4例とも比較的すみやかに創治癒に至った.

2) 褥瘡症例は創の縮小が早いことのみならず, 肉芽組織が瑞々しくきれいな印象があった.

【考察】エピフィックスおよびオートロジェルの導入は創傷治療における大きな手段になりうる.

## 29. エトレチナート内服が奏効した汎発性膿疱性乾癬の一例

<大宮> 自治医科大学附属さいたま医療センター<sup>1)</sup>, 同 皮膚科<sup>2)</sup>

○辻村 智也 (研修医)<sup>1)</sup>

岸本 恵美<sup>2)</sup>, 長久 大介<sup>2)</sup>, 福本 孔明<sup>2)</sup>, 新井 優希<sup>2)</sup>, 梅本 尚可<sup>2)</sup>,

前川 武雄<sup>2)</sup>

40代男性. X-14年に尋常性乾癬と診断され, ステロイド・活性型ビタミンD3合剤の外用と光線療法で治療されていた. X-2年にCOVID-19感染症を契機として紅皮症となった. その後も改善と増悪を繰り返し, X-1年に当院紹介となりアプレミラストを導入した. X年に感冒後から39°Cの発熱と全身に鱗屑を伴う浸潤性紅斑, さらに耳介後部や上腕に多発する膿疱が出現した. 細菌培養は陰性であり, 生検にてKogoj海綿状膿疱を認め, 汎発性膿疱性乾癬 (generalized pustular psoriasis: GPP) と診断した. 重症度分類では合計10点で, 中等症に該当した. スベソリマブ投与も検討したが, 膿疱が少数であったため, エトレチナート内服およびNB-UVB療法を選択した. その後, 速やかに全身状態と皮膚症状の改善を認めた. 本症例と最近経験した他の2症例と比較し, GPPの治療戦略について考察する.

## 眼科

### 30. 強膜穿孔例に対してDuragen®人工硬膜によるパッチ修復を行った1例

＜与野＞ さいたま赤十字病院 眼科

○甘利 達明

沖永 貴美子, 神田 怜, 大久保 篤, 高橋 重文, 秋山 拓也, 清水 柁之,  
石井 清

【目的】裂孔原性網膜剥離手術中に生じた強膜穿孔に対し, 人工硬膜材Duragen®(Integra Japan)をパッチ材として使用した症例の経過と有用性を報告する.

【症例】55歳男性, 2年前に右硝子体・白内障手術歴あり, 新規裂孔による網膜剥離再発により硝子体手術・輪状締結術を施行した. 手術中, 角膜輪部より12mm後方に約2mmの強膜穿孔を認めた. 縫合困難であったため, 8mm×8mmに調整したDuragen®を9-0 vicrylで縫着し, 漏出なく眼圧が安定した.

【結果】術後, 炎症および感染等の合併症はみられず, 3か月後前眼部OCTで人工硬膜は吸収消失し, 穿孔部は安定, 良好な視機能が維持された.

【結論】Duragen®人工硬膜は多孔質マトリックス素材であり, 湿潤すると柔軟性を持ちフィブリン塊を形成し, 耐水性と早期組織補強を実現する. また線維芽細胞の浸潤で自家組織に置換されるため安全・有用な強膜穿孔修復の治療選択肢となる可能性が示唆された.

### 31. 3D Heads-Up Systemと最新の白内障・硝子体手術装置を組み合わせた白内障同時硝子体手術

＜大宮＞ 宮原眼科医院 眼科<sup>1)</sup>, 日本大学医学部附属板橋病院 眼科<sup>2)</sup>

○北川 順久<sup>1)2)</sup>

島田 宏之<sup>1)</sup>, 渡邊 慶<sup>1)</sup>, 成瀬 才源<sup>1)</sup>

3D Heads-Up可視化システムNgenuityと最新の白内障・硝子体手術装置Unityを併用した白内障同時硝子体手術の有用性を検討した.

【方法】白内障手術単独および硝子体手術併用症例に本システムを適用し, 術中視認性, 照明設定, 手術能率, チーム共有性, 術者姿勢を評価した.

【結果】低照度下でも網膜・前囊のコントラストが高く, 術中の微細操作の確実性が向上した. 大型3D画面によりスタッフ間の視野共有が容易で, 術中コミュニケーションと教育効果が高かった. ワークフローの一体化により白内障から硝子体への移行が滑らかで, 術者の頸肩負担軽減も示唆された.

【結論】Ngenuity+Unityを用いた白内障同時硝子体手術は安全性と手術効率, スタッフ教育を同時に高める実践的プラットフォームであり, 白内障・硝子体手術の質が向上することが考えられる.

### 32. 眼サルコイドーシスを伴った網膜全剥離に対して硝子体手術を施行した1例

＜埼玉医大＞ 埼玉医科大学病院 眼科

○濱本 怜

國見 洋光, 林 勇海, 篠田 啓, 根岸 一乃

症例: 64才男性, 右眼耳側視野異常を主訴に近医を受診し網膜血管炎の診断にて当科を紹介受診した. 初診時視力は両眼矯正(1.2), 両眼に広範な網膜血管炎を認め血管閉塞が顕著で, 周辺部に増殖性変化を認めた. 眼および全身検査所見からOSと診断し副腎皮質ステロイドの点眼および内服治療を開始した. 右眼は徐々に網膜全剥離へ進行し矯正視力(0.07)と視力低下を認めた. 裂孔原性も否定できず, 原因検索と治療目的で硝子体手術を行った. 術中明らかな裂孔は発見できず, 意図的裂孔より排液し網膜復位を図った. 術後19日目に再剥離を生じ, 再手術を施行しシリコンオイル(SO)置換を行った. 術後経過良好で, SO抜去後も網膜復位を得た.

考察: 内因性ぶどう膜炎に伴い遷延するSRDは, 通常の裂孔原性網膜剥離より網膜光凝固の癒着が不十分な可能性があり, 本症例では初回手術からSO使用を考慮しえた.

### 33. 大規模災害に対する埼玉県眼科医会の取り組み

埼玉県眼科医会 眼科

○竹内 智一

蒔田 潤, 江口万裕子, 小関 信之, 正田政一郎, 高野 俊之

【目的】埼玉県眼科医会(県眼科医会)が大規模災害対策として取り組んでいるネットワーク(NW)システムの構築とシミュレーション訓練(訓練), 視覚障害者支援対策について報告する.

【方法と結果】NWシステムは, まず県眼科医会と会員間のメーリングリスト(ML)にて, 県内眼科医療機関の被災状況について情報収集し, 誰もが閲覧可能な県眼科医会ホームページ上で情報提供する. 次に, 支援が必要な場合, その内容や程度を確認し手段を検討した上で協力して行う, というものである. 2025年3月10日, このNWシステムを利用して訓練を行い問題点について検討した. 会員ML登録率は42%, そのうち訓練参加率は44%であった. また県福祉部障害者福祉課および県内主要4当事者団体と連携を図り, 視覚障害者支援に必須である被災視覚障害者個人情報の適切な活用実現に取り組んでいる.

【結論】大規模災害対策は, 平時からの準備と様々な方面との協力体制が重要である.



## 埼玉県医学会役員名簿

任期：令和6年6月13日～令和8年定例代議員会の終結の時まで

### 会 長

金井 忠男

### 副 会 長

丸木 雄一

水谷 元雄

廣澤 信作

寺師 良樹

### 幹 事

桃木 茂

松本 眞彦

松山眞記子

長又 則之

鹿嶋 広久

小室 保尚

登坂 英明

高木 学

内田 治

岸 昌哉

### 運 営 委 員

犬飼 敏彦

落合 卓

須田 淳

大河原 晋

甲斐 敏弘

鈴木 英彦

島田 啓史

河津 千絵

上平 晶一

小暮 太郎

斎木 徳祐

竹田 広樹

小山 勇

古谷 健一

高野 俊之

土屋 長二

登坂 薫

鮫島 弘武

林 文明

瀬川 豊

古市 眞

松本 雅彦

平田 善康

松本 郷

仲 弥

上床 典康

清水 謙

尼子 雅敏

小林 敏宏

立花 陽明

眞嶋 浩聡

関 博之

田中 修

中里 優一

児玉 隆夫

## 埼玉県医学会雑誌編集委員会からのお知らせ

埼玉県医学会では、平成28年度より、第34巻から本雑誌まで学術専門電子書籍サービス「カリブ」を導入しましたので、埼玉県医師会のホームページ会員サイトの埼玉県医学会雑誌コーナーに「カリブ」のバナーを設置しました。そこから先生方のお持ちのタブレットやパソコンにアプリをインストールするといつでもどこでも医学会雑誌を閲覧することが可能となりますので、是非、ご活用ください。

※公開範囲は埼玉県医師会会員に限定されます。一般への公開ではございません。

検索性や文字サイズの変更など、利点も多く、会員の皆様に本誌をこれまで以上に利用していただけるものと考えます。

電子書籍 KaLib による閲覧までの手順

→次ページの「アプリのインストール～電子書籍閲覧までの手順」をご確認ください。

【重要】埼玉県医学会雑誌ダウンロードに必要なユーザー名・パスワードについて

埼玉県医学会雑誌のダウンロードに際し、ユーザー名とパスワードの入力を求められます。  
埼玉県医師会ホームページ会員専用ページへのログインと同じユーザー名とパスワードを入力してください。

詳しいアプリのインストール方法は埼玉県医師会の会員専用ページでもご案内しております。

[http://www.saitama.med.or.jp/kaiin/igakukai\\_zasshi/index.html](http://www.saitama.med.or.jp/kaiin/igakukai_zasshi/index.html)



※KaLib のユーザー名/パスワードと、埼玉県医学会雑誌ダウンロード用のユーザー名/パスワードは別の認証です。



# アプリのインストール～電子書籍閲覧までの手順

## 1 KaLib サイトにアクセス



インストールできる端末 iPad、iPad mini、iPhone、iPod touch、Android、PC (Windows、Macintosh)

インストールしたい端末で  
KaLibのWebサイトにアクセス

→ <http://www.kalib.jp/>

🔍 kalib

検索

## 2 アプリをインストール



インストールしたい端末のアイコンから  
インストールページに進み、手順に従って  
「KaLibリーダー」(無料)をインストール

※Macに関しては別途設定が必要になります。  
詳しくはダウンロードページをご覧ください。

## 3 新規会員登録 → ログイン



インストールされた  を起動し、  
新規会員登録をしてログイン

- ① 起動するとログイン画面が表示されるので、「**KaLib会員登録**」または「**登録画面へ**」をタップし、必要事項を入力して会員登録をします。
- ② 上記で登録いただいた**ユーザー名**と**パスワード**を入力しログインします。

この登録情報がKaLib IDになります

※大切な情報ですので、ご自身で控えてください。

## 4 ダウンロードして閲覧



KaLib TOP



KaLib Store



分野別検索



検索結果

KaLibTOP画面からStoreへアクセスし  
お探しの刊行物を検索 → ダウンロードして閲覧

ログインするとKaLib TOP画面が表示されるので、

- ① 左上のどちらかのStoreボタンをタップしKaLibStoreへアクセス。
- ② 画面下部のメニューから「分野別検索」をタップし、
- ③ 左側の一覧からお探しの分野を選択すると対象の刊行物が表示されます。  
「睚臍」をダウンロードする際に、  
前頁に記載されているID・パスワードをご入力ください。  
ダウンロード完了後、書棚に表示され閲覧可能になります。  
(KaLibのID・パスワードではありません)

E-mail [support@kalib.jp](mailto:support@kalib.jp)  
URL <http://www.kalib.jp/>

KaLibは学術に関する電子書籍を取り扱うサービスです。ご利用いただくにあたってのサービス利用料はかかりません。(電子書籍の購入費用は書籍により必要になる場合があります)

~ Memo ~

~ Memo ~

~ Memo ~

現地開催のみ ※Webでの参加はできません

## 埼玉県県民健康センター案内図

〒330-0062 埼玉県さいたま市浦和区仲町3-5-1

TEL:048-824-4801

埼玉県医師会連絡先 TEL:048-824-2611

JR浦和駅西口から徒歩15分、タクシー5分

自家用車でのご来館はご遠慮下さい

