

第 71 回日本老年医学会関東甲信越地方会

会 長 安武 正弘

日本医科大学大学院 総合医療・健康科学分野大学院教授

日本医科大学付属病院 副院長・総合診療科部長

会 期 2020 年 3 月 7 日（土）

会 場 日本医科大学千駄木校舎教育棟

〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5

本 部 日本医科大学付属病院総合診療科

小原 俊彦

〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5

TEL 03-3822-2131 FAX 03-5814-6610

e-mail soushin@nms.ac.jp

CONTENTS

ご案内

御挨拶	2
交通のご案内	3
会場ご案内	4
参加者へのご案内・単位ご案内	5
座長・演者へのご案内	6
PC発表データ作成についてのお願い	7
演者発表時の利益相反	8
日程表	9

プログラム	10
-------	----

抄録

教育講演	14
ランチョンセミナー	16
特別講演	18
一般演題	20

協賛企業一覧	39
--------	----

ご挨拶

第 71 回日本老年医学会関東甲信越地方会 会長
日本医科大学大学院 総合医療・健康科学分野大学院 教授
日本医科大学付属病院 副院長・総合診療科部長

安武 正弘



この度、第 71 回日本老年医学会関東甲信越地方会の会長を仰せつかり、大変光栄に存じます。10 年前の第 51 回地方会と同様、日本医科大学千駄木校舎教育棟で開催させていただきます。今年の夏は、いよいよ東京オリンピック・パラオリンピックが開催されます。1964 年の東京大会の時と比べますと、医療技術が飛躍的に進歩した一方で、本邦の疾病構造も著明に変化し、超高齢化社会への対応が求められています。人生 100 年時代といわれる昨今、悪性腫瘍や脳心血管病への対策も重要ですが、終末期のマネージメントを含めた高齢者特有の問題に地域社会全体で包括的に取り組むことが求められ、老年医学会の果たす役割がますます大きくなることは間違いありません。

さて、今回の特別講演は、本学の得意分野である救急医療にスポットをあて、東京都医師会副会長の猪口正孝先生から「東京都における高齢者救急の現状と問題点」についてご講演いただきます。また、最近注目を浴びているオーラルフレイルに関連して、広島大学歯学部の中川浩樹先生に「高齢者の口腔疾患とオーラルケア」についての教育講演をお願いしました。さらに、ランチョンセミナーでは、本学消化器内科分野の岩切勝彦先生より、高齢者で度々問題になる慢性便秘症と GERD の関係についてお話しいただく予定です。

一般演題については、高齢者に関するクオリティーの高い演題を 35 題も応募いただき誠にありがとうございました。レベルの高い演題ばかりで、奨励賞候補演題の選考には大変苦勞致しました。公平を期するため応募規定に則り症例報告に限定して厳選させていただきました。年度末の忙しい時期ではありますが、この第 71 回地方会が、多くの参加者と実りあるディスカッションにより成功裏に終わることを心より祈念します。最後になりますが、ご寄付や広告掲載等でご協力いただきました、医療機関・製薬会社・個人の皆様に深謝申し上げます。

交通のご案内

日本医科大学千駄木校舎 教育棟 2階

<https://www.nms.ac.jp/college/introduction/access.html>

〒113-8602

東京都文京区千駄木 1-1-5

代表 03-3822-2131

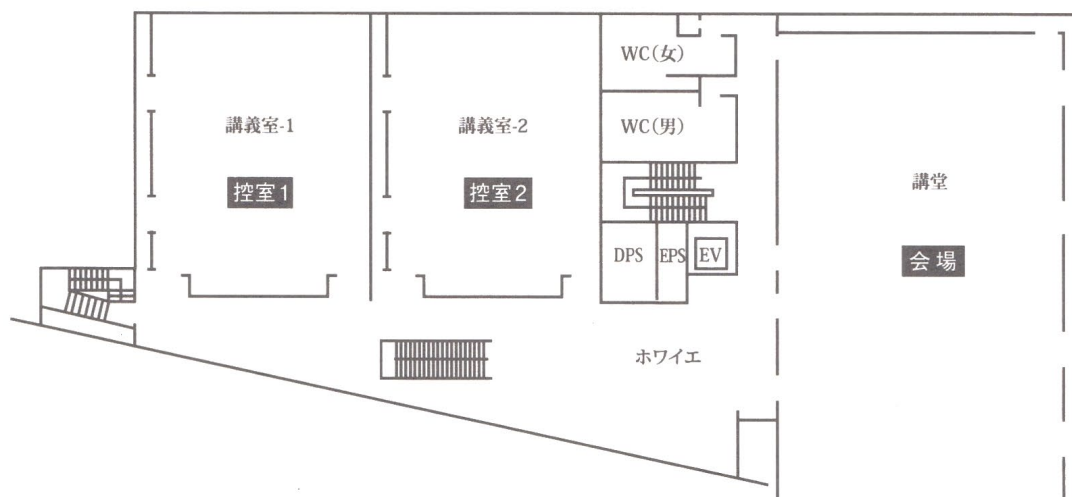


- 東京メトロ千代田線千駄木駅及び根津駅より徒歩 8 分
不忍通りを道なりに、千駄木 2 丁目交差点を右折（千駄木より）もしくは左折（根津より）、坂を上り 3 つめの交差点（日本医大前）を右折、向かって左側の建物
- 東京メトロ南北線東大前駅及び本駒込駅より徒歩 8 分
- 都営三田線白山駅より徒歩 10 分
白山上より本郷通り方向へ、本郷通りを右折、向ヶ丘 1 丁目信号を右折、日本医大前信号を左折

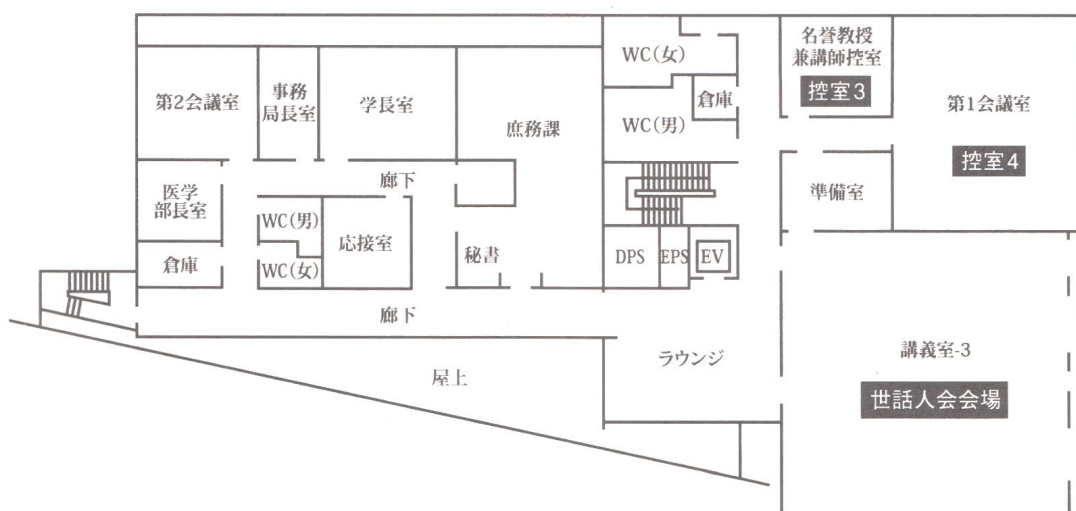


会場のご案内

日本医科大学医学部(教育棟)配置図(2階)



日本医科大学医学部(教育棟)配置図(3階)



参加者へのご案内・単位のご案内

- 参加受付** 参加受付は下記の場所・時間にて開設いたします。
場 所: 日本医科大学千駄木校舎 教育棟 2 階 ホワイエ
- 受付時間** 8 : 00 ~ 17 : 30
- 参加費** 2,000 円
- 参加証** 参加費と引き換えに参加証、ネームカードをお受け取りのうえ、各自で所属・氏名をご記入ください。会期中、会場では必ずご着用ください（着用がない場合、講演会場にはご入場いただけません）。
- 抄録集** 地方会参加者には、参加受付の際、1 部お渡しいたします。
また、別途購入をご希望される方に 1 部 1000 円で販売いたします。
- 単 位** 下記の聴講により、日本老年医学会専門医の資格更新のための研修単位が取得できます。
地方会一般演題の聴講・・・・・・7 単位
教育講演の聴講・・・・・・3 単位
座長・発表者・・・・・・2 単位
- 関連会議** 日本老年医学会関東甲信越支部 世話人会
場所：日本医科大学教育棟 3 階 講義室 3
時間：12:00 ~ 12:30
日本老年医学会関東甲信越支部総会
場所：日本医科大学教育棟 2 階 講堂
時間：12 : 40-13 : 00
- 参加者へのお願い**
- ＜撮影および録音について＞
講演会場内での撮影および録音は禁止させていただきます。
- ＜携帯電話のご使用について＞
講演会場内での携帯電話のご使用は禁上させていただきます。
会場内では電源 OFF にするかマナーモードに設定してください。
- ＜お呼び出しについて＞
講演会場内でのお呼び出しはいたしません。参加受付付近に掲示板・伝言順を設置しますので、総合案内までお声がけください。

座長・演者へのご案内

発表時間

1. 指定演題の発表時間は事前にご案内いたしました通りです
2. 一般演題の演者一人あたりの発表時間は下記の通りです。 **講演：7分 討論：3分**
3. **奨励賞選考会(奨励賞候補演題)**の演者一人あたりの発表時間は下記の通りです。 **講演：8分 討論：4分**
4. プログラムの進行に支障のないよう、発表時間は厳守してください。

座長の方へ

1. **御担当セッションの開始時間の30分前までに、座長受付（日本医科大学教育棟2階ホワイエ）にお越しいただき、御担当セッションの開始15分前までに会場前方の次座長席にお着きください。**
2. 発表順はプログラム記載の通りですが、進行ならびに追加発言・討論等に関しましては座長に一任いたします。演者お一人の発表時間を厳守し、セッションの終了時間の厳守にご協力をお願いいたします。活発な討論が行われますようご配慮をお願いいたします。
3. 前のセッションが早く終了した場合は、プログラムに記載されているご担当セッションの開始時間までお待ちください。

演者の方へ

1. 発表されるセッションの開始時間の30分前までに**PCセンターに（日本医科大学教育棟2階ホワイエ）**お越しいただき、受付と試写を行ってください。
2. すべてPCでの発表になります。スライド・OHPの使用は出来ませんのでご注意ください。
3. 発表データの受け付けについて
 - (1) 発表データは、CD-ROM、USBフラッシュメモリ等のメディアに記録してPCセンターに持参ください。メディアは、ウイルス定義データを最新のものに更新した状態のセキュリティソフトで、メディアにウイルスが感染していないことを確認した上でご持参ください。
 - (2) 対応OSはWindows10のみになります。Macintoshをご使用の場合は、コンピュータ本体を持参ください。
 - (3) PCセンターにて、試写・確認を必ず行ってください。
 - (4) PC本体をご持参の場合には、試写・動作確認後、発表の20分前までに会場内前方の機材卓へPC本体をご提
 - (5) 出いただき、接続チェックを行ってください。講演終了後、機材卓にてPC本体をご返却いたしますので、速やかにお引き取りください。
 - (6) 操作方法等、ご不明な点がございましたらPCセンタースタッフにお気軽にお問い合わせください。
 - (7) **御発表データに動画・音声が含まれる場合はPC本体のご持参を推奨いたします。**
4. 御発表時間の15分前までに会場内（左前方）の次演者席にお着きください。
5. 発表時間終了の1分前に黄色ランプ、発表時間終了時に赤ランプでお知らせします。時間厳守をお願いいたします。
6. ご登録いただきました抄録は、地方会開催後、日本老年医学会雑誌に「地方会記録」として掲載されます。また、J-STAGE、科学技術情報発信・流通総合システム上の<ジャーナル>ブロックに「日本老年医学会地方会記録」としてPDF形式で掲載されます。当日までに抄録の修正がございました場合には、Wordにて作成いただき、CD-ROM、USBフラッシュメモリ等のメディアに記録して、試写の際に、PCセンターにご提出ください。

PC発表データ作成についてお願い

本地方会では、口演発表を全てPCによるプレゼンテーションとさせていただきます。

下記の要領で作成したデータをCD—RまたはUSBフラッシュメモリに入れてご持参ください

会場設置PCの対応OSはWindowsのみとなりますので、Macintoshをご使用の場合には必ずPC本体を持参ください。

【ご発表データを御持参になる場合】

■ 使用OSとアプリケーション

OS : Windows 10 アプリケーション : PowerPoint

■ 画面サイズ(解像度)

XGA(1024× 768)となります。

※この環境で画面の全てが不具合無く表現される事を予めご確認ください。

■ バックアップデータ

可能な限りご用意ください(会場に携行願います)。

■ フォント Windows 10に標準搭載されているフォントのみ使用可能です。

【使用可能フォント】

MSゴシック・MS Pゴシック・MS明朝・MS P明朝・
Times New Roman・Arial・Arial Block・Arial
Narrow・Century・Century Gothic・Courier New・
Georgia

※上記以外のフォントを使用した場合、文字や段落のずれ、文字化け、文字が表示されない等のトラブルが起る可能性があります。

■ ファイル名 ファイル名は「演題番号_演者名 ppt(X)」としてください。

■ 動画について 動画をご使用される場合はご自身のPC本体のご持参を推奨いたします。

※動画ファイルの注意点

ご発表データの中に動画が含まれる場合、Windows 10およびWindows Media Player 12の初期状態に含まれるコーデックで再生できる動画ファイルをお持ちください(動画ファイルWMV形式推奨)。Macintoshをご使用の場合、そもそもPC本体持参のみとなります。

■ 音声について 音声の出力は可能です。データ登録際に必ずお知らせください。

■ リンクについてのご注意

ご発表データに、他のデータ(動画・音声・グラフ等)をリンクしている場合には、リンク切れにご注意ください。事前に他のPCでも同様に再生・表示できることをご確認ください。

■ データの消去について

サーバーにコピーさせていただいたデータは、本地方会終了後に責任を持って完全に消去いたします。

【PC本体を御持参になる場合】

■ 電源について

DCアダプターを必ず持参ください。バッテリーでの使用はトラブルの原因になります。

■ 液晶プロジェクター

液晶プロジェクターへの接続はミニD-sub15ピンおよびHDMIのみになります。ご持参のPCによっては専用のコネクタが必要になる場合がございます。変換ケーブルが必要な場合には必ずご持参ください。

■ バックアップデータご持参のお願い

ご持参のPCに保存されているご発表データの損失に備え、CD-R、USB等でのバックアップをご持参ください。また、当該バックアップは発表時にも携行してください。ご発表中、ご持参のPCにトラブルが生じた場合、バックアップデータを使用して対応いたします)。

【共通のご案内】

■ 会場での発表について

演台上には、液晶モニター、キーパッド、マウスが用意されております。登壇と同時にスライドショーの1枚目まで表示させて投映いたしますので、その後の操作は演者ご自身で行ってください。オペレーターによる操作をご希望の方は、受付の際にお申し出ください。

演題発表時の利益相反(COI)状態開示方法について

開示対象 本地方会で演題を発表する全ての筆頭演者は、利益相反の有無にかかわらず発表時その開示を行う必要があります。

開示方法 開示用スライドは、下記スライド見本に準じて作成してください。演題発表の際、作成した開示用のスライドを発表データ(スライド)の1枚目に入れて、利益相反について開示してください。

* 開示すべき利益相反(COI)状態のない場合のスライド見本

第71回日本老年医学会
関東甲信越地方会
COI開示

筆頭発表者 ○○ ○○

発表に関連し、開示すべきCOI関係
にある企業などはありません。

* 申告すべき利益相反(COI)状態がある場合のスライド見本

第71回日本老年医学会
関東甲信越地方会
COI開示

筆頭発表者 ○○ ○○

発表演題に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業などとして

① 顧問:	なし
② 株保有・利益:	なし
③ 特許使用料:	なし
④ 講演料:	なし
⑤ 原稿料:	なし
⑥ 委託研究・共同研究費:	○○製薬
⑦ 奨学寄附金:	○○製薬
⑧ 寄付講座所属:	あり(○○製薬)
⑨ 贈答品などの報酬:	なし

利益相反に関して 利益相反(COI)についての詳細は日本老年医学会ホームページ「利益相反」ページをご確認ください。

<http://www.jpn-beriat-soc.or.jp/coi/index.html>

日程表

2階 講堂		関連会議
8:30～8:40	開会式	
8:40～9:40 一般演題(1)	代謝・糖尿病・動脈硬化 (1-6) 座長 鈴木 達也(日本医科大学老年内科)	
9:40～10:40 一般演題 (2)	循環器 (7-12) 座長 小谷 英太郎(日本医大多摩永山病院 内科・循環器内科)	
10:50～11:40 教育講演	高齢者の口腔疾患とオーラルケア 演者 二川 浩樹(広島大学歯学部) 座長 小原 俊彦(日本医科大学総合診療科)	
11:50～12:40 ランチョン セミナー	GERD と慢性便秘症のオーバーラップ、その治療方策 演者 岩切 勝彦(日本医科大学消化器肝臓内科) 座長 塚田 弥生(日本医科大学武蔵小杉病院総合診療科) 共催: 持田製薬株式会社	12:00～12:30 3階 講義室 3 日本老年医学会 関東甲信越支部 世話人会
12:40～13:00	日本老年医学会関東甲信越支部総会	
13:00～13:50 特別講演	東京都における高齢者救急の現状と問題点 演者 猪口 正孝 (東京都医師会副会長) 座長 安武 正弘 (日本医科大学総合診療科)	
14:00～15:24 奨励賞選考会	奨励賞候補演題 (13-19) 座長 神崎 恒一 (杏林大学医学部高齢医学 教授) 浦野 友彦 (国際医療福祉大学 老年医学)	
15:30～16:20 一般演題(3)	神経・膠原病・腎臓 (20-24) 座長 佐々木 陽典 (東邦大学大森病院総合診療科)	
16:20～17:10 一般演題(4)	消化器・感染・悪性腫瘍 (25-29) 座長 岩切 理歌 (東京都健康長寿医療センター総合内科)	
17:10～18:10 一般演題(5)	口腔・多職種連携 (30-35) 座長 大内 基司 (獨協医科大学薬理学講座)	
18:10～	表彰式・閉会式	

プログラム

8 : 30~8 : 40 開会式

8 : 40~9 : 40 一般演題 (1) 代謝・糖尿病・動脈硬化

座長 鈴木 達也 (日本医科大学老年内科)

1 高齢者ではPWVよりCAVIが心血管病に関連する因子とより強く関連する

○渡邊 健太郎 1), 三枝 太郎 1), 亀田 亘 2), 諏佐 真治 2), 石澤 賢一 2), 安武 正弘 3), 石原 寿光 1)
1) 日本大学医学部内科学系糖尿病代謝内科学分野 2) 山形大学医学部内科学第三講座 3) 日本医科大学総合診療科

2 高齢者の頸動脈石灰化は動脈硬化進展と関連する

○三枝 太郎 1), 渡邊 健太郎 1), 亀田 亘 2), 諏佐 真治 2), 石澤 賢一 2), 石原 寿光 1)
1) 日本大学医学部内科学系糖尿病代謝内科学分野 2) 山形大学医学部内科学第三講座

3 糖尿病性心血管自律神経障害の重症度について

○加瀬 正人 1), 登丸 琢也 1), 飯嶋 寿江 1), 城島 輝雄 1), 大内 基司 2), 薄井 勲 1), 麻生 好正
1) 獨協医科大学内分分泌代謝内科 2) 獨協医科大学医学部薬理学講座

4 SGLT2 阻害薬が補助的に有効だった 2 型糖尿病合併高齢者慢性心不全の 1 例

○小谷 英太郎 1), 星加 優 1), 緒方 憲一 2), 清水 渉 3)
1) 日本医科大学多摩永山病院内科・循環器内科 2) 緒方内科循環器クリニック 3) 日本医科大学循環器内科

5 併存疾患がある高齢患者において診断に苦慮した crowned dens syndrome の一例

○上江田 優美 1), 片岡 愛 1), 大川 庭熙 1), 小金丸 博 2), 岩切 理歌 1)
1) 東京都健康長寿医療センター総合内科 2) 東京都健康長寿医療センター感染症内科

6 高齢者のリポ蛋白リパーゼ欠損症ホモ変異の一例

○南塚 拓也 1), 前澤 善朗 1), 多田 隼人 2), 石川 崇広 1), 小林 淳二 1), 横手 幸太郎 1)
1) 千葉大学大学院医学研究院 内分分泌代謝・血液・老年内科学 2) 金沢大学大学院 医学系研究科 循環器病態内科学

9 : 40~10 : 40 一般演題 (2) 循環器

座長 小谷 英太郎 (日本医科大学多摩永山病院内科・循環器内科)

7 トルバプタン投与中の慢性心不全増悪した虚血性心筋症に対して五苓散の追加投与が有用であった一例

○武久 佳央, 青山 里恵, 十菱 千尋, 村田 哲平, 石川 譲治, 坪光 雄介, 藤本 肇, 原田 和昌
東京都健康長寿医療センター循環器内科

8 当院におけるトルバプタン導入患者の暦年変化について

○関 俊樹, 久保田 芳明, 松田 淳也, 時田 祐吉, 岩崎 雄樹, 清水 渉
日本医科大学循環器内科

9 高齢難治性心不全に対して和温療法が著効した 1 例

○西川 理彦, 齋藤 史哉, 有川 拓男, 豊田 茂, 中島 敏明, 井上 晃男
獨協医科大学心臓・血管内科/循環器内科

10 心臓カテーテル検査を受けた高齢認知症患者の臨床経過と傾向について

○茂澤 幸右, 高野 仁司, 久保田 芳明, 中田 淳, 宮地 秀樹, 太良 修平, 時田 祐吉, 山本 剛, 清水 渉
日本医科大学循環器内科

11 3 回目の肺血栓塞栓症を契機に原発性抗リン脂質抗体症候群と診断された高齢男性の一例

○赤沼 幸史, 長田 正史, 船曳 茜, 宇宿 永史郎, 井上 慎一郎, 海老原 孝枝, 神崎 恒一
杏林大学医学部付属病院高齢診療科

12 労作時低酸素血症の鑑別に苦慮した高齢者の一例

○佐々木 慧, 寺本 麻菜美, 加藤 彩衣, 山西 智裕, 遠藤 康弘, 荒川 純子, 佐々木 誠, 池脇 克則
防衛医科大学校神経・抗加齢血管内科

10 : 50 ~ 11 : 40 教育講演

座長 小原 俊彦 (日本医科大学総合診療科)

EL 高齢者の口腔疾患とオーラルケア

○ 二川 浩樹 広島大学 歯学部

11 : 50 ~ 12 : 40 ランチョンセミナー

座長 塚田 弥生 (日本医科大学武蔵小杉病院総合診療科)

LS GERD と慢性便秘症のオーバーラップ、その治療方策

○ 岩切 勝彦 日本医科大学大学院日本医科大学消化器肝臓内科 主任教授

12 : 40 ~ 13 : 00 総会

13 : 00 ~ 13 : 50 特別講演

座長 安武 正弘 (日本医科大学総合診療科)

SL 東京都における高齢者救急の現状と問題点

○ 猪口 正孝 東京都医師会 副会長

14 : 00 ~ 15 : 24 奨励賞選考会

座長 神崎 恒一 (杏林大学医学部高齢医学)

浦野 友彦 (国際医療福祉大学 老年医学)

13 過度の血圧変動性亢進から将来の臨床的レビー小体型認知症の発症が予測された一例

○宮脇 正次, 青山 里恵, 鳥羽 梓弓, 石川 譲治, 原田 和昌
東京都健康長寿医療センター循環器内科

14 Parkinsonism を呈し、MRI で両側線条体・視床に限局する異常信号を認めた孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病の一例

○稲川 雄太, 平尾 健太郎, 竹野下 尚仁, 金高 秀和, 清水 聡一郎, 櫻井 博文, 羽生 春夫
東京医科大学 高齢総合医学分野

15 意識障害で発症したリチウムとバセドウ病による高カルシウム血症の1例

○松本 泰, 関 康史, 菅原 峻, 鈴木 紗弥, 並木 百合愛, 楠 和久, 水野 有三
公立学校共済組合関東中央病院代謝内分泌内科

16 Productive aging を目指した超高齢者への腹膜透析導入

○荒谷 紗絵, 酒井 行直, 住 祐一郎, 鶴岡 秀一
日本医科大学 腎臓内科

17 心不全を伴う完全房室ブロックに対して経静脈的ペースメーカー植込み後, 右室リードの micro perforation が疑われたが, 保存的に加療し得た超高齢患者の一例

○岡 英一郎, 林 洋史, 岩崎 雄樹, 藤本 雄飛, 萩原 かな子, 村田 広茂, 山本 哲平, 淀川 顕, 清水 渉
日本医科大学循環内科

18 貧血から顕微鏡的多発血管炎(MPA)の診断, 治療に至った高齢者の一例

○北郷 萌 1), 岩田 裕子 1), 加瀬 義高 1), 小島 太郎 1), 小川 純人 1), 秋下 雅弘 1), 諏訪 雄一 2), 土屋 遥香 2), 花田 徳大 2), 藤尾 圭志 2)
1) 東京大学医学部附属病院老年病科 2) 東京大学医学部附属病院アレルギー・リウマチ内科

19 巨大単純性肝嚢胞から呼吸困難症状をきたした一例

○高田 有沙, 内藤 俊夫, 後藤 研人
順天堂大学医学部附属順天堂医院

15 : 30~16 : 20 一般演題 (3) 神経・膠原病・腎臓

座長 佐々木 陽典 (東邦大学医療センター大森病院総合診療・急病センター)

20 Alzheimer 型認知症の進行と思われた Wernicke 脳症の 1 例

○上野 美咲 1), 出川 龍哉 2), 山方 俊弘 2), 上原 和幸 2), 須崎 真 2), 若栗 大朗 2), 小野寺 直子 2), 兵働 英也 2), 小原 俊彦 2), 安武 正弘 1)
1) 日本医科大学付属病院 初期研修医 2) 日本医科大学付属病院 総合診療科

21 高齢発症関節リウマチの至適な年齢カットオフについての検討

○内山 竣介 1), 岳野 光洋 2), 五野 貴久 1), 桑名 正隆 1)
1) 日本医科大学リウマチ膠原病内科 2) 日本医科大学武蔵小杉病院リウマチ膠原病内科

22 当院における高齢者腹膜透析への対策

○寺田 光佑, 酒井 行直, 住 祐一郎, 平間 章郎, 鶴岡 秀一
日本医科大学腎臓内科

23 高齢発症の IgA 血管炎とネフローゼ症候群を認めた 3 例

○杉本 光, 山口 靖子, 松野 志歩, 山中 法子, 板橋 美津世, 武井 卓
東京都健康長寿医療センター

24 半年にわたる不明熱・腰痛の一例

○後藤 研人, 内藤 俊夫
順天堂大学医学部総合診療科学講座

16 : 20~17 : 10 一般演題 (4) 悪性腫瘍・消化器・感染症

座長 岩切 理歌 (東京都健康長寿医療センター総合内科)

25 レンバチニブを投与した高齢者の未分化癌の 1 例

○岡村 律子 1), 齋藤 麻梨恵 2), 杉谷 厳 2), 塚田 弥生 1), 安武 正弘 3)
1) 日本医科大学武蔵小杉病院総合診療科 2) 日本医科大学内分分泌外科 3) 日本医科大学総合診療科

26 80 歳以上の高齢骨髄腫患者の治療と予後の解析

○小野寺 麻加 1), 田村 秀人 2), 半田 寛 3), 佐々木 純 4), 今井 陽一 5), 田中 紀奈 6), 伊藤 薫樹 7), 齊藤 明生 8), 猪口 孝一 2), 安武 正弘 1)
1) 日本医科大学総合診療科 2) 日本医科大学血液内科 3) 群馬大学医学部附属病院血液内科 4) 順天堂大学医学部順天堂医院血

液内科 5) 東京大学医科学研究所血液腫瘍内科 6) 東京女子医科大学血液内科 7) 岩手医科大学血液・腫瘍内科 8) 国立病院機構
川医療センター血液内科

27 高齢者の急性憩室炎での白血球増多等の臨床的特徴に関する検討

○佐々木 陽典, 小松 史哉, 鹿嶋 直康, 鈴木 健志, 竹内 泰三, 山田 篤史, 竹本 育聖, 貴島 祥, 前田 正, 瓜田 純久
東邦大学医療センター大森病院総合診療・急病センター

28 誤嚥性肺炎を疑うも臨床経過からレジオネラ肺炎の最終診断に至った 91 歳男性の一例

○小沢 麻実子 1), 山方 俊弘 2), 若栗 大郎 2), 小野寺 直子 2), 松田 直人 2), 兵働 英也 2), 小原 俊彦 2), 川井 真 2), 安武 正弘 2)
1) 日本医科大学付属病院 臨床研修センター 2) 日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター

29 DAPT 療法下で, シヤント手術中に大量出血した直腸の Deulafoy 潰瘍を一度で止血し得た 高齢透析患者の一例

○山口 靖子 1), 松川 美保 2), 松野 志歩 1), 山中 法子 1), 赤木 大輔 3), 板橋 美津世 1), 武井 卓 1)
1) 東京都健康長寿医療センター腎臓内科 2) 東京都健康長寿医療センター消化器内科 3) 東京都健康長寿医療センター血管外科

17 : 10 ~ 18 : 10 一般演題 (5) 口腔疾患・多職種連携

座長 大内 基司 (獨協医科大学薬理学教室)

30 85 歳以上の口腔扁平上皮癌患者の治療方針に関する後ろ向き検討

○田中 敏顕, 福本 正知, 谷 真志, 大島 遼, 澤谷 祐大, 長谷川 智則, 荻澤 翔平, 和久井 崇大, 川又 均
獨協医科大学医学部 口腔外科学講座

31 獨協医科大学病院全身麻酔下予定手術における周術期口腔ケア: 対象者における准高齢 者 (65 歳) 以上の占める割合の検討

○小出 雅代, 長谷川 智則, 志村 美智子, 俵藤 俊暉, 谷 真志, 澤谷 祐大, 福本 正知, 川又 均
獨協医科大学医学部 口腔外科学講座

32 前立腺癌多発骨転移に感染性動脈瘤を併発したが、高度急性期病院からすみやかに在宅 看取りへ退院調整した高齢者の一例

○吉原 花子, 高嶋 紗衣, 堀 博志, 渡辺 珠美, 菅原 斉
自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

33 治癒切除可能膵癌判明後のうつ状態を病診連携で支え、精神的フレイル状態を乗り越え た高齢者糖尿病の一例

○大石 華子 1), 藤田 寛子 1), 津村 哲郎 1), 白石 美江乃 1), 池田 吉昭 2)
1) 多摩北部医療センター内分泌代謝内科 2) 池田内科医院

34 直腸 GIST 術後に局所再発した認知症高齢者に対して緩和ケアを行った 1 例

○松本昇也, 北郷萌, 矢可部満隆, 小島太郎, 小川純人, 秋下雅弘
東京大学医学部附属病院老年病科

35 地域包括ケア病棟における入退院時の薬剤数および処方複雑性の変化

○瀧川 美和 1), 片原 憂斗 1), 小原 朋也 1), 島崎 良知 1), 森 淑子 1), 石川 譲治 2), 岩切 理歌 3)
1) 東京都健康長寿医療センター 薬剤科 2) 東京都健康長寿医療センター 循環器科 3) 東京都健康長寿医療センター 高齢診療科

18 : 10 ~ 表彰式・閉会式

「高齢者の口腔疾患とオーラルケア」

○ 二川 浩樹

広島大学 歯学部教授

周術期の口腔ケアが保険導入されてから口腔と全身との関わりが注目されてきています。例えば歯周病と2型の糖尿病、動脈硬化症の促進による脳血管障害や心筋梗塞のリスクの増加、歯周病菌による心内膜炎、さらに近年では歯周病菌の毒素による認知症やアルツハイマー病の進行との関連が示されています。

この一方で、高齢者では口腔機能低下症が問題となっており、唾液の分泌低下も含めた口腔機能の低下によるう蝕・歯周病の進行に伴うオーラルフレイルによって低栄養に陥ることや口腔内の微生物の誤嚥による誤嚥性肺炎が日本人の死因の第3位なったことなどからも注目されています。

本講演では、口腔内に形成される微生物のバイオフィルム、いわゆるデンタルプラークについて簡単にお話しし、歯周病と全身疾患との関わり、口腔機能低下症とは何かなどについてお話ししたいと思います。また、当教室で取り組んでいる口腔へのプロバイオティクスの応用についてもご紹介させていただきたいと思います。

学歴

昭和 36 年 12 月 広島市生まれ

昭和 61 年 広島大学歯学部 卒業 歯科医師

平成 2 年 広島大学大学院歯学研究科修了 歯学博士



履歴

平成 10 年 広島大学歯学部附属病院講師

平成 17 年 広島大学歯学部 教授

平成 21 年 4 月～ 広島大学大学院 教授

所属学会・役職

日本歯科技工学会 会長

日本歯科理工学会 評議員

日本口腔科学会 評議員

日本防菌防黴学会 評議員

日本歯科 CAD/CAM 学会 評議員

【専門医など】

日本歯科補綴学会指導医、専門医

日本口腔科学会専門医

日本歯科理工学会 Dental Material Senior Adviser、

その他の所属学会

日本細菌学会，日本歯周病学会，日本歯内療法学会，日本口腔検査学会，日本口腔インプラント学会，日本顎関節学会，日本歯科医学教育学会，日本骨代謝学会，日本矯正学会，日本小児歯科学会，Bacterial Adherence & Biofilm 研究会，International Association for Dental Research，International Society for Human and Animal Mycology

受賞歴

平成 25 年 4 月 16 日 平成 25 年度 文部科学大臣表彰 科学技術賞

平成 26 年 11 月 10 日 広島大学学長表彰

LS

「GERD と慢性便秘症のオーバーラップ、その治療方策」

○岩切 勝彦

日本医科大学大学院日本医科大学消化器肝臓内科 主任教授

平成 28 年国民生活基礎調査によれば、便秘の有訴者数は若い世代では女性が多いが、加齢に伴い男女ともに増加し 70 歳以上ではほぼ同じ率となっている。慢性便秘症は高齢者に多い疾患と考えれば、超高齢社会を迎えた本邦において、女性の病気ではなく、高齢者の疾患でもあることを念頭に置く必要がある。しかし、日常診療において頻繁に遭遇する慢性便秘症であるが、一般には“治療すべき”との認識は低い疾患である。加えて、慢性便秘は、欠勤や意欲低下による社会的損失、心血管や脳卒中のリスク、慢性腎臓病（CKD）リスクなどとの関連性が注目されている。すなわち、適切な治療が必要な疾患と考えられる。

現代は非常に複雑な社会環境にあり、ストレス過多社会である。精神的なストレスやうつ傾向は、消化管運動能にも影響を与え、機能性消化管障害や GERD の発症に関与すると考えられている。実地診療の現場では、NERD あるいは機能性 dyspepsia (FD) と機能性便秘のオーバーラップは少なくない。例えば、患者は胸やけあるいは胃もたれしか訴えていなくても、慢性便秘症が併存する可能性、または、便秘症を訴えていても、上部消化管症状の併存を確認する必要があり、消化管を一本の管と捉えた問診が重要となる。

今回の講演では、排便のメカニズム、慢性便秘症の診断・分類・病態・治療を述べるとともに、便秘症と GERD 合併の病態を酸逆流のメカニズムから解説したい。

1980 年 4 月	日本医科大学入学
1986 年 3 月	日本医科大学卒業
1986 年 6 月	日本医科大学第 3 内科入局
1993 年 12 月	学位取得 (Gastroesophageal reflux and esophageal motility in patients with esophageal varices, Gastroenterol Jpn, 1993)
1994 年 1 月	助手
1998 年 4 月	講師
2000 年 8 月	Royal Adelaide Hospital (Australia)、Department of Gastrointestinal Medicine に「GERD の病態」研究のため留学
2001 年 9 月	日本医科大学第 3 内科復帰
2004 年 10 月	助教授 (現准教授)
2005 年 4 月	日本医科大学付属病院内視鏡センター室長
2012 年 6 月	日本医科大学千葉北総病院消化器内科部長、内視鏡センター室長
2013 年 4 月	日本医科大千葉北総病院消化器内科、病院教授
2015 年 4 月	日本医科大学大学院医学研究科消化器内科学分野、主任教授



【研究領域】 GERD の診断・病態・治療
アカラシア、その他の食道運動異常症の診断・治療

【委員】

2014 年 5 月～：日本消化管学会、食道運動障害診療指針作成委員
2016 年 9 月～：日本消化器内視鏡学会 POEM ガイドライン作成委員
2018 年 7 月～：日本消化器病学会 GERD ガイドライン (3 版) 作成委員会、委員長

【所属学会】

日本消化管学会 (理事)
日本食道学会 (理事、2021 年第 75 回日本食道学会学術集会会長)
日本消化器病学会 (執行評議員)、
日本消化器内視鏡学会 (社団評議員、2020 年第 110 回日本消化器内視鏡学会関東支部例会会長)、
日本高齢消化器病学会 (理事)
日本臨床生理学会 (理事)、
日本平滑筋学会 (理事)
日本医科大学医学会
日本内科学会

「東京都における高齢者救急の現状と問題点」

○猪口 正孝

東京都医師会 副会長

東京消防庁によると、平成 30 年の救急車出場件数は約 81,8 万件で、搬送人員は 72.6 万人でした。そのうち 65 歳以上高齢者は約 37.8 万人で、全体の 52.1%。75 歳以上は約 27.8 万人で 38.3%になりました。高齢者の救急利用率の高いことが分かります。また事故種別でみると、急病の割合は全体では 64.6%ですが、65 歳以上で 68.6%になり、高齢者は内因性疾患による救急要請が多くなっています。また、転倒などによる一般負傷も 15.2%から 21.2%に大幅に増加しており、高齢者のフレイルも救急要請の原因になっていることが分かります。

高齢化とともに救急搬送件数が増加するだけでなく、救急隊出動一件の活動時間が長くなり、救急要請から現場到着に時間がかかるなど、救急事業全体がひっ迫する事態となりました。そこで東京都では 2009 年に「救急医療の東京ルール」を定め、医療機関選定困難症例に対し地域救急医療センター病院の指定、二次医療圏ごとの地域救急会議の開催などの改善を行ってきました。さらに休日全夜間事業の指定枠組みの改定。電話による救急相談センターの開設など矢継ぎ早に施策を打ち出しました。

また、国全体の動きとして、地域包括ケアシステムを支えるために、救急から在宅に戻るまでの連携を強化する地域医療構想を 2015 年から進めています。連携を後押しするために、東京都では電子カルテの相互参照を行うための東京総合医療ネットワーク、入退院支援を目的とした多職種連携ポータルサイトを開設し、緊急性の少ない要医療下搬送患者のために、病院救急車を利用した高齢者搬送事業を区市町村単位で始めています。

さらに心肺蘇生を望まない患者に対し救急出動がなされた場合に、かかりつけ医の確認をとって、救急隊が心肺蘇生を行わない対応を全国に先駆けて開始しています。当日はこうした東京都の取り組みについてお話をしたいと考えています。

専門分野 外科、消化器外科、救急医療、災害時医療

紹介

昭和 59 年に日本医科大学医学部を卒業後、医学博士号を取得。

医療法人社団直和会、社会医療法人社団正志会の理事長として、複数の病院を開設。

また、東京都災害医療コーディネーターとして、災害時医療にも携わっている。



略歴

- 1984年 日本医科大学医学部卒業
- 1984年 日本医科大学外科学第二教室
- 1994年 日本医科大学大学院外科学第二卒業 医学博士号取得
- 2002年 医療法人直和会 平成立石病院開設 理事長・院長
- 2004年 医療法人正志会 南町田病院開設 理事長
- 2009年 医療法人正志会東京リバーサイド病院開設
- 2011年 東京都災害医療コーディネーター
- 2013年 社会医療法人社団正志会花と森の東京病院開設
- 2016年 社会医療法人社団正志会葛飾リハビリテーション病院開設

所属学会・資格・役職など

医学博士

日本外科学会専門医

日本消化器外科学会認定医

日本医師会認定産業医

【団体歴（現職のみ）】

全日本病院協会常任理事

日本医療法人協会常任理事

東京都病院協会副会長

東京都医師会副会長

1

高齢者では PWV より CAVI が心血管病に関連する因子とより強く関連する

○渡邊 健太郎 1), 三枝 太郎 1), 亀田 亘 2), 諏佐 真治 2), 石澤 賢一 2), 安武 正弘 3), 石原 寿光 1)

- 1) 日本大学医学部内科学系糖尿病代謝内科学分野
- 2) 山形大学医学部内科学第三講座
- 3) 日本医科大学総合診療科

【目的】高齢者における心血管病に関連する因子と PWV と CAVI の関連を検討【方法】対象は糖尿病 128 例を含む各種疾患で治療中の 169 例(平均年齢 73.4 ± 6.1 歳)。早朝空腹時の生化学データを含む背景因子を記録。さらに心血管病に関連する因子として頸動脈 IMT, 頸動脈プラークスコア(PLQS), 頸動脈拍動係数(PI), ABI および吹田スコアを記録。同時に PWV(82 例)あるいは CAVI(87 例)を記録し, 心血管病に関連する因子の関連性を検討。【結果】PWV は PLQS($r=0.227$), および吹田スコア($r=0.221$), CAVI は IMT($r=0.274$), PLQS($r=0.255$), PI($r=0.226$)および吹田スコア($r=0.334$)と有意な相関を示した。目的変数を PWV あるいは CAVI, 説明変数を背景因子で補正した吹田スコアとした線形回帰分析では吹田スコアは CAVI と有意な関連性を示した($\beta=0.059$, $t=3.268$; $P=0.002$)。【結論】高齢者では PWV より CAVI が心血管病に関連する因子とより強く関連する可能性が示唆された。

Key words:

CAVI, PWV

2

高齢者の頸動脈石灰化は動脈硬化進展と関連する

○三枝 太郎 1), 渡邊 健太郎 1), 亀田 亘 2), 諏佐 真治 2), 石澤 賢一 2), 石原 寿光 1)

- 1) 日本大学医学部内科学系糖尿病代謝内科学分野
- 2) 山形大学医学部内科学第三講座

【目的】高齢者の頸動脈石灰化と関連する因子を検討。【方法】対象は糖尿病 89 例を含む各種疾患で治療中の 111 例(平均年齢 72.7 ± 6.1 歳)。生化学データを含む背景因子を記録。動脈硬化指標として、頸動脈 IMT、頸動脈プラークスコア(PLQS)、頸動脈内中膜石灰化(IMT-S)の有無、PWV および ABI を記録。IMT-S と背景因子および動脈硬化指標の関連を検討。【結果】IMT-S 有無別の背景因子の検討では男性、喫煙歴、糖尿病合併、尿酸および eGFR が有意な差を認めた。また動脈硬化指標の同様の検討では IMT (1.54 ± 0.48 mm vs 2.82 ± 1.06 mm; $P<0.001$)、PLQS (6.48 ± 4.55 mm vs 16.37 ± 9.26 mm; $P<0.01$)で有意な差を認めた。目的変数を動脈硬化指標、説明変数を背景因子で補正した IMT-S とした線形回帰分析では、IMT ($\beta=0.979$, $t=6.040$; $P<0.001$)および PLQS ($\beta=8.048$, $t=4.085$; $P<0.001$)が有意な関連性を示した。【結論】高齢者の頸動脈石灰化は CKD と動脈硬化進展と関連することが示された。

Key words:

頸動脈石灰化

糖尿病性心血管自律神経障害の重症度について

○加瀬 正人 1), 登丸 琢也 1), 飯嶋 寿江 1), 城島 輝雄 1), 大内 基司 2), 薄井 勲 1), 麻生 好正 1)
 1) 獨協医科大学内分泌代謝内科
 2) 獨協医科大学医学部薬理学講座

糖尿病性心血管自律神経障害(CAN)は、心血管死、不整脈、無痛性心筋梗塞、心不全の独立した危険因子であり、早期診断および重症度の判定が重要となる。今回、糖尿病患者 91 人(平均年齢:60 歳、罹病期間の中央値:9 年)を対象とし、CAN の重症度について検討した。重症度の評価として、1)心拍変動(CVR-R)低下、2)安静時頻脈、3)起立性低血圧(OH)、その他、QT 間隔延長の有無を測定した。結果は CVR-R(安静時)2.0%未満は 42 名(46%)、CVR-R(深呼吸時)4.0%未満は 44 名(48%)、安静時頻脈は 11 名(12%)、OH は 18 名(20%)の頻度であった。QT 間隔延長は 26 名(29%)で認められた。尚、症例を OH あり群、OH なし群の 2 群に分け、各臨床指標について解析を行ったところ、年齢や罹病期間で有意差を認めなかったが、OH あり群で、OH なし群に比し、安静時 CVR-R の有意な低下、尿中アルブミン値の有意な増加を認め、これまでの報告に矛盾しないと考えられた。

Key words:

糖尿病性心血管自律神経障害

SGLT2 阻害薬が補助的に有効だった 2 型糖尿病合併高齢者慢性心不全の 1 例

○小谷 英太郎 1), 星加 優 1), 緒方 憲一 2), 清水 渉 3)
 1) 日本医科大学多摩永山病院内科・循環器内科
 2) 緒方内科循環器クリニック
 3) 日本医科大学循環器内科

症例は 89 歳女性。50 歳代に 2 型糖尿病、高血圧と診断され近医通院。6 年前から当科にてフォロー中。初診時より軽度の大動脈弁狭窄症と持続性心房細動あり。外来で内服調節していたが複数回の心不全入院歴あり。2 年前の入院時に、アゾセミドを 60mg から 30mg に減量、代替としてイプラグリフロジン 25mg が投与され退院(NTpro-BNP 2431pg/mL)。しかし、受診予定日前に労作時息切れが増悪し受診。カルベジロール 10mg、エナラプリル 2.5mg、アゾセミド 30mg、スピロラクトン 25mg、イプラグリフロジン 25mg 投与下で、心胸郭比 64%、心拍数 84/分、肺血管陰影やや増強、下肢浮腫あり、NTpro-BNP 再上昇(3707pg/mL)を認めた。ループ利尿薬の増量も考慮したが、SGLT2 阻害薬をエンパグリフロジン 10mg に変更したところ 3 ヶ月後に NTpro-BNP は 1793pg/mL に低下した。本例は、心不全に対する標準治療薬に加え、常用量の SGLT2 阻害薬を使用することによりループ利尿薬の増量なく心不全の改善を認めた。SGLT2 阻害薬は高齢者慢性心不全治療の補助薬として有用と考えられた。

Key words:

うつ血性心不全, SGLT2 阻害薬, 高齢者

5

併存疾患がある高齢患者において診断に苦慮した crowned dens syndrome の一例

○上江田 優美 1), 片岡 愛 1), 大川 庭熙 1), 小金丸 博 2), 岩切 理歌 1)

- 1) 東京都健康長寿医療センター総合内科
2) 東京都健康長寿医療センター感染症内科

【はじめに】Crowned dens syndrome(CDS)は高齢者に多く、軸椎歯突起周囲の靱帯にピロリン酸カルシウム結晶が沈着することで発症する。今回髄膜炎や膠原病を疑われた CDS の一例を経験したため報告する。【症例】94 歳男性。ADL 自立。RS3PE 症候群で膠原病内科通院中。入院 5 日前から後頸部痛を認め、体動困難となり救急搬送された。来院時 38 度の発熱と炎症反応(CRP12.3)を認め、胸部 CT で肺炎像を指摘された。頸部 CT で軸椎の亜脱臼を疑う所見と周囲の石灰化を指摘された。肺炎に対し抗生剤加療を、頸部痛に対し NSAIDs を開始した。一時的に解熱したが、炎症反応は改善せず、第 3 病日には再度の発熱と頸部痛増悪を認めた。髄膜炎を疑ったが、髄液所見より否定された。膠原病の増悪もしくは頸部痛は CDS の増悪によるものと判断し NSAIDs を増量したところ第 8 病日には症状、炎症反ともに改善した。【考察】高齢者の頸部痛において鑑別すべき疾患として、髄膜炎やリウマチ性多発筋痛症などと共に CDS を挙げる必要がある。CDS の診断には頸部 CT が有用であり、NSAIDs の投与で速やかに改善した。

Key words:

crowned dense syndrome, 頸部痛, 偽痛風

6

高齢者のリポ蛋白リパーゼ欠損症ホモ変異の一例

○南塚 拓也 1), 前澤 善朗 1), 多田 隼人 2), 石川 崇広 1), 小林 淳二 1), 横手 幸太郎 1)

- 1) 千葉大学大学院医学研究院 内分泌代謝・血液・老年内科学
2) 金沢大学大学院 医学系研究科 循環器病態内科学

【症例】72 歳女性【経過】52 歳時に健診で

TG2000mg/dL 台を指摘され、57 歳時より近医でフィブラート内服を開始し、61 歳時に当院を受診しリポ蛋白リパーゼ(LPL)蛋白量が感度未満で、LPL 欠損症の診断となり、脂質制限食と内服にて TG1000mg/dL 台を維持した。65 歳時に急性膵炎のため入院加療となった。【家族歴】両親血族婚、脂質異常症なし【身体所見】BMI20.1kg/m²、血圧 122/72mmHg、黄色腫なし【検査検査】HbA1c5.4%、血糖 87 mg/dL で糖尿病は認めなかった。内服中止後、ヘパリン静注前の採血にて TC172mg/dL、HDL-C16mg/dL、LDL-C11mg/dL、TG1330mg/dL、LPL23ng/mL、静注後の採血で LPL20ng/dL、TG1246mg/dL と LPL の上昇はなく TG の低下は乏しかった。次世代シーケンスでは LPL 遺伝子のナンセンス変異(ホモ)が判明した。【考察】LPL 欠損症ホモ変異は 100 万人に 1 人の希少疾患であるが、脂質制限により膵炎の再発をきたすことなく良好な QOL を保つことが可能なため、診断の確定が重要と考えられた。

Key words

動脈硬化(MG-2)、糖尿病・代謝内分泌疾患(IG-5)

7

トルバプタン投与中の慢性心不全増悪した虚血性心筋症に対して五苓散の追加投与が有用であった一例

○武久 佳央, 青山 里恵, 十菱 千尋, 村田 哲平, 石川 譲治, 坪光 雄介, 藤本 肇, 原田 和昌
東京都健康長寿医療センター循環器内科

【症例】70 歳男性【現病歴】52 歳時に心筋梗塞を発症しその後心不全なく経過していたが、68 歳時頃から虚血性心筋症による低心機能から心不全を来すようになり、トルバプタン導入された。利尿剤の調整により外来フォローされていたが、X 年 2 月に慢性心不全増悪にて緊急入院となった。フロセミド及びハンプの投与にて肺うっ血・酸素化の改善を呈したが、胸水の改善に乏しく、点滴薬から内服薬に切り替える際に五苓散の導入を行った。トルバプタンの増量を行うことなく体液管理を施行できた。その後も五苓散の継続投与にて心不全増悪なく経過している。【考察】五苓散は各種アクアポリンを阻害あるいは活性化し、水毒状態を正常な状態に戻す作用があるといわれている。トルバプタンによるアクアポリン受容体を介した水利尿を、五苓散がさらに調整を加え、併用投与の有効性を得た一症例と考え、文献的考察を踏まえて報告する。

Key words:

心不全, 薬物療法

8

当院におけるトルバプタン導入患者の暦年変化について

○関 俊樹, 久保田 芳明, 松田 淳也, 時田 祐吉, 岩崎 雄樹, 清水 渉
日本医科大学付属病院 循環器内科

背景: 全世界的に心不全患者は急増している。心不全患者への適応病名を有する本邦から、トルバプタンがどのように実臨床で使用されているか発信していく必要がある。方法: 2011 年～2019 年の期間、当院に心不全を契機に入院した患者のうち、トルバプタンを導入した患者 700 名を対象とした。トルバプタンを導入したタイミングで前期群: 2011 年～2015 年、後期群: 2016 年～2019 年の 2 群に分類し、臨床背景を比較検討した。結果: 年間のトルバプタン導入数は、前期群: 33.5 人/年 (9.7%) に対して、後期群: 119.8 人/年 (29.7%) と有意に増加していた ($P < 0.01$)。導入時年齢は、前期群: 74.3 ± 11.9 歳と比較し、後期群: 76.3 ± 12.9 歳と有意に高齢であった ($P = 0.04$)。一方、性別、導入時容量は 2 群間で差を認めなかった (それぞれ、前期群: 男性 64.8%, 5.2 ± 2.4 mg, 後期群: 男性 57.6%, 5.3 ± 2.7 mg)。結論: 当院の心不全患者においてトルバプタンの導入率は年々増加し、高齢化している。高齢者における長期的な使用の有用性と安全性を踏まえ発表する。

Key words:

心不全, トルバプタン

高齢難治性心不全に対して和温療法が著効した1例

○西川 理香, 齋藤 史哉, 有川 拓男, 豊田 茂, 中島 敏明, 井上 晃男
獨協医科大学心臓・血管内科/循環器内科

症例: 79 歳, 男性. 主訴: 労作性呼吸困難. 既往歴: 拡張型心筋症, 心不全入院 (75 歳時), 慢性閉塞性肺疾患, 慢性腎不全. 家族歴: 特記事項なし. 前医で拡張型心筋症と診断され, 外来通院加療中であつた. 平成 29 年 5 月上旬より労作性呼吸困難を自覚し前医を受診し, 慢性心不全急性増悪の診断で 6 月 7 日に同院入院となった. 心不全加療を行うも改善は認められず, 難治性心不全に対する加療目的で 6 月 20 日に当院転院となった. 入院時血圧 71/41mmHg, SpO₂ 90%(鼻カニユレ 2L/分)であつた. 採血上 BNP1523pg/ml と高値であり, 心臓超音波検査では左室拡大, EF20%と低左心機能を認めた. 薬剤調節の他, カテコラミン持続静注を行ったが心不全の改善に乏しかった. 心臓に対する前負荷・後負荷の軽減目的に週 5 回の和温療法を導入したところ数日で自覚症状が改善し採血上 BNP420pg/ml と著明な改善を認めた. 心臓超音波検査でも左室縮小等改善を認めた. カテコラミンからも離脱し, 最終的に自宅退院となった. 本例は高齢の難治性心不全に対して和温療法が著効した1例であり, 臨床的に興味ある症例と思われる報告する.

Key words:

和温療法, 心不全, 高齢者

心臓カテーテル検査を受けた高齢認知症患者の臨床経過と傾向について

○茂澤 幸右, 高野 仁司, 久保田 芳明, 中田 淳, 宮地 秀樹, 太良 修平, 時田 祐吉, 山本 剛, 清水 渉
日本医科大学循環器内科

認知症患者において冠動脈疾患(CAD)が疑われた場合の転帰は知られていない. 本研究の目的は冠動脈造影検査(CAG)を受けた認知症患者の臨床経過を調査する事である. 方法: 当施設データベースから抗認知症薬を投与されていた患者を抽出し CAG を行った経緯を 1.急性冠症候群、2.安定した CAD 疑い、3.構造的な疾患(ACS、SCAD、SHD 群)の 3 群に分類した. 結果: CAG を受けた連続 8,932 人中(2011~2019 年)、該当したのは 41 人であつた(年齢: 83.4 ± 5.1 歳、男性 46.3%、ACS 群 9 人、SCAD 群 29 人、SHD 群 3 人). カテーテル治療に移行したのは ACS 群では 9 人全員であつたが、SCAD 群では 4 人のみであつた(100%対 13.8%、 $p < 0.001$). SCAD 群の残り 25 人の内訳は 1)開胸術を患者が拒否、2)機能的有意虚血なし 3)造影上有意狭窄なし、であつた. 周術期合併症はなく、全群で院内死亡率は 0%であつた. 平均 2.1 年の経過観察中に 4 人死亡した(2 人心臓死、2 人非心臓死). 結論: 認知症患者は ACS 時の CAG は必要であるが、SCAD の場合は不要な CAG を受ける傾向があつた.

Key words:

冠動脈疾患

3 回目の肺血栓塞栓症を契機に原発性抗リン脂質抗体症候群と診断された高齢男性の一例

○赤沼 幸史, 長田 正史, 船曳 茜, 宇宿 永史郎, 井上 慎一郎, 海老原 孝枝, 神崎 恒一
杏林大学医学部付属病院高齢診療科

79 歳男性。20 年前と 16 年前に肺血栓塞栓症を発症し、ワルファリンによる抗凝固療法を受けていた。半月前から労作時に呼吸困難を自覚し、様子をみていたが改善しなかった。今回、外出での歩行中に呼吸困難が悪化し、当院に救急搬送された。受診時は 100%酸素 6L/min 投与下で SpO₂ 93%と著明な低酸素血症を呈しており、D-ダイマーは軽度高値であったが、胸部 CT で両側肺動脈に多数の造影欠損を認め、肺血栓塞栓症の診断で緊急入院となった。入院後は未分画ヘパリンを投与し、血栓の縮小と呼吸状態の改善傾向と認めたため、ワルファリン内服に移行し、第 28 病日に退院した。入院中の検査で抗カルジオピリン抗体 IgG が中等度以上の力価であり、12 週以降でも同様の結果を確認した。全身性エリテマトーデスをはじめとする膠原病の自己抗体は陰性であり、原発性抗リン脂質抗体症候群と診断した。抗リン脂質抗体症候群は原発性・続発性いずれも女性に多くみられるが、本症例は男性かつ高齢であるため、ここに報告する。

Key words:

肺血栓塞栓症, 原発性抗リン脂質抗体症候群

労作時低酸素血症の鑑別に苦慮した高齢者の一例

○佐々木 慧, 寺本 麻菜美, 加藤 彩衣, 山西 智裕, 遠藤 康弘, 荒川 純子, 佐々木 誠, 池脇 克則
防衛医科大学校神経・抗加齢血管内科

71 歳女性。自己免疫性肝炎による肝硬変、深部静脈血栓症、非結核性抗酸菌症 (NTM)、全身性エリテマトーデスで当院通院中、労作時息切れを認めたため精査目的で当科入院となった。入院時バイタルサインに異常はなく、身体所見では軽度の心収縮期雑音、両下肢浮腫以外に異常所見を認めなかった。安静臥位時 (室内気) の SpO₂ は 96%と良好だが労作時に SpO₂ 88%と著明な低下を認めた。当初、労作時低酸素血症の原因として、心不全、肺高血圧症、NTM の増悪を疑い精査を行なったが、心エコー検査、胸部 CT 検査、肺換気血流シンチでそれらを示唆する所見を認めなかった。他の原因疾患として肝肺症候群を疑い体位変換 (仰臥位から座位) に伴う SpO₂ の変化を調べたところ、座位にて SpO₂ の著明な低下を認めた。さらに、コントラスト心エコーでマイクロバブルが左室に遅発的に確認されたため、肝肺症候群と診断した。治療として酸素療法を導入して労作時息切れは改善した。本症例のように複数の併存疾患がある高齢者では、低酸素血症の鑑別において代表的疾患以外に肝肺症候群も考慮することが重要である。文献的考察を加えて報告する。

Key words:

肝肺症候群, 労作時低酸素血症

13

過度の血圧変動性亢進から将来の臨床的レビー小体型認知症の発症が予測された一例

○宮脇 正次, 青山 里恵, 鳥羽 梓弓, 石川 譲治, 原田 和昌
東京都健康長寿医療センター循環器内科

症例は高血圧、糖尿病、脂質異常症でフォロー中の84歳男性。X-2年7月に食後に意識消失し当院紹介受診となった。ABPMでは24時間平均血圧は133/82mmHgであり、収縮期血圧の変動性は標準偏差30.3、標準誤差4.68mmHg、変動係数22.8%と亢進し、食後低血圧の関与が疑われた。他検査では意識消失を来す疾患は除外された。心拍変動係数(CVRR)は0.12%と低下し、自律神経機能低下が疑われた。MMSE 19点と認知障害も疑われたが、行動異常等なく、海馬の萎縮も軽度で、注意障害の診断で経過観察となった。X-1年11月、X年9月のABPMでも血圧変動性亢進を認め、血圧サージ、食後低血圧が認められた。経過中のMMSEは26、23と大きな変化はなかったが、X年5月になり夜間行動異常や徘徊が出現し、脳血流シンチグラフィー検査等からレビー小体型認知症(DLB)の診断に至った。ABPMでの過度の血圧変動性亢進は、自律神経機能障害を伴うPreclinical DLBの前駆症状である可能性があり、血圧サージだけでなく食後低血圧にも注意して治療する必要がある。

Key words:

レビー小体型認知症, 自律神経障害, 血圧変動

14

Parkinsonismを呈し、MRIで両側線条体・視床に限局する異常信号を認めた孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病の一例

○稲川 雄太, 平尾 健太郎, 竹野下 尚仁, 金高 秀和, 清水 聡一郎, 櫻井 博文, 羽生 春夫
東京医科大学 高齢総合医学分野

症例は70歳男性。生来健康であったが、X年6月より手足の動かしにくさを自覚するようになり、近医にてParkinson病を疑われ紹介受診となった。症状はその後徐々に悪化し、10月に精査目的で入院となった。認知機能障害(MMSE 22点)、右上肢優位の四肢筋強剛、姿勢反射障害、突進歩行および易転倒性がみられ、頭部MRI(DWI)画像では両側の線条体・視床に限局する高信号を認めた。脳波検査ではPSDは認めなかった。その後の髄液検査で14-3-3蛋白陽性、Quick法で異常プリオン蛋白陽性、プリオン蛋白遺伝子解析では遺伝子型変異無く、codon129多型Met/Val、codon219多型Glu/Gluタイプ(MV1/MV2)であった。11月にはMMSE15点と認知機能低下が急速に進行し、さらに四肢ミオクロヌスが出現した。X+1年1月には、ほとんど無動性無言の状態となった。以上の臨床経過と検査結果を併せて、孤発性Creutzfeldt-Jakob病と診断した。本例では大脳皮質に異常信号は認めず、線条体・視床のみに限局しており、非典型的な所見を呈していたため、文献的考察を含めて報告する。

Key words:

孤発性クロイツフェルト・ヤコブ病, パーキンソニズム

意識障害で発症したりチウムとバセドウ病による高カルシウム血症の1例

○松本 泰, 関 康史, 菅原 峻, 鈴木 紗弥, 並木 百合
愛, 楠 和久, 水野 有三
公立学校共済組合関東中央病院代謝内分泌内科

【背景】高齢者の高 Ca 血症の原因は骨粗鬆症治療薬や臥床が多い。今回リチウム(Li)やバセドウ病(GD)による高 Ca 血症の1例を経験したため報告する。
【症例】71 歳女性【現病歴】双極性障害に対し向精神薬に加え数回入院加療していたが、1ヶ月前から食欲や思考力が低下し体重が 5kg 減少した。うつ状態と判断されリチウム(Li)と睡眠薬が開始されたが、内服や体動が困難となり入院した。【現症】意識傾眠、脈拍 113/分・整、甲状腺腫なし、ALP 130 U/L、補正 Ca 13.1 mg/dL、TSH 感度未満、遊離 T4 2.52 ng/dL、TRAb 7.7 IU/L、iPTH(10-65 pg/mL) 36 pg/mL、TRACP-5b(120-420mU/dL) 323 mU/dL【経過】Li の中止や補液、フロセミド、抗甲状腺薬投与により意識状態や甲状腺機能、Ca 値は正常化した。
【考察】Li は PTH 調節異常、GD は骨吸収を介し高 Ca 血症を起こす。本症例の PTH は抑制されておらず、GD や臥床の他に Li が高 Ca 血症に関与したと考えた。高齢者において複数の病態による高 Ca 血症に注意が必要である。

Key words:

甲状腺, 双極性障害, 電解質異常

Productive aging を目指した超高齢者への腹膜透析導入

○荒谷 紗絵, 酒井 行直, 住 祐一郎, 鶴岡 秀一
日本医科大学 腎臓内科

【背景】高齢化社会の到来で、高齢者が身体的・精神的健康を保持して生活する『Productive Aging』に則した腎不全管理が求められている。【症例】87 歳男性。75 歳時に薬剤性間質性腎炎による慢性腎臓病を発症した。外来で慢性腎臓病加療を行うも、84 歳時に末期腎不全に至り、腎代替療法が必要となった。患者の認知力や ADL は保たれ、以前は会社経営を行いマネージメント力に長けることから、在宅で患者自らが行う腹膜透析は良い適応と考え開始した。またこれを契機に訪問看護を導入した。現在 3 年が経過し、在宅での腹膜透析と月1回の外来で良好な腎不全管理が行えており、患者自身の満足感も高い。【考察】腹膜透析は緩徐な除水と溶質除去により循環動態の変動が少なく、高齢者への腎代替療法により選択と考える。腹膜透析の自己管理は患者自身の自信につながり、日常生活の自立や活動性維持につながると思われた。また患者・家族・医師・メディカルスタッフらがー丸となってケアに取り組む体制が整い、地域包括システムの一助となっている。【結語】高齢者の腎代替療法として当院腎臓内科が掲げる腹膜透析管理は、社会のニーズに応えるものである。

Key words:

腹膜透析, 訪問看護, 末期腎不全

心不全を伴う完全房室ブロックに対して経静脈的ペースメーカー植込み後、右室リードの micro perforation が疑われたが、保存的に加療し得た超高齢患者の一例

○岡 英一郎, 林 洋史, 岩崎 雄樹, 藤本 雄飛, 萩原 かな子, 村田 広茂, 山本 哲平, 淀川 顕司, 清水 渉
日本医科大学循環器内科

症例は 100 歳, 女性. 労作時呼吸困難の心不全徴候を伴う完全房室ブロックによる徐脈で入院した. 超高齢だが ADL は自立し, 本人・家族の希望もあり経静脈的ペースメーカー植込み術を施行した. 良好な波高とペーシング閾値が得られた右心耳及び右室心尖部にスクリーインリードを留置した. 術翌日に心室ペーシング不全が記録され, 心室リード抵抗値 ($1200\Omega \rightarrow 2216\Omega$) 及び閾値 ($0.4V/0.4ms \rightarrow 6.0V/0.4ms$) が植込み時と比して上昇していた. 心エコー図及び心臓 CT では心室リードの micro perforation が疑われたが, 心嚢液貯留はなく血行動態は保たれていた. 高出力設定 ($7.0V/1.0ms$) で心室ペーシングは可能であり, 第 10 病日には抵抗値も植込み時よりも低く落ち着いた. その後も心嚢液貯留はなく, リードによる臓器障害もなく, 100 歳という年齢も考慮するとリード抜去術の侵襲は高く予想され, 保存的経過観察の方針とした. 術後 10 ヶ月以上, 心室ペーシング率 100% で, 本人の ADL も変わらず経過している. 超高齢者におけるリード合併症の注意点及びその後の治療指針について文献的考察も加えて報告する.

Key words:

ペースメーカー, リード穿孔, 超高齢者

貧血から顕微鏡的多発血管炎 (MPA) の診断, 治療に至った高齢者の一例

○北郷 萌 1), 岩田 裕子 1), 加瀬 義高 1), 小島 太郎 1), 小川 純人 1), 秋下 雅弘 1), 諏訪 雄一 2), 土屋 遥香 2), 花田 徳大 2), 藤尾 圭志 2)

1) 東京大学医学部附属病院老年病科

2) 東京大学医学部附属病院アレルギー・リウマチ内科

【緒言】貧血は高齢者に多く, 加齢変化として見過ごされていることもある. 今回, 貧血から顕微鏡的多発血管炎 (MPA) の診断, 治療に至った一例を経験したので, 文献的考察を含め報告する. 【症例】86 歳, 男性. 近医受診時に Hb 8.8 g/dL と貧血を認めた. 当科初診時に貧血の進行を認めたため入院, 精査加療となった. 【経過】上下部消化管内視鏡検査では出血や腫瘍性病変を認めず, 血液疾患, ビタミン B12 や葉酸欠乏等の栄養障害, 腎性貧血は否定的であり, 血清鉄と TIBC の低下から慢性炎症による貧血を疑った. 軽度の体重減少と間質性肺炎はあるものの, 皮膚病変, 腎所見は認めず, 生検は行わずに MPO-ANCA 強陽性から probable MPA と診断した. プレドニゾロンの投与にて貧血は速やかに改善し, 第 37 病日に退院となった. 【結語】進行する貧血の鑑別診断から MPA の診断, 治療に至った高齢者の一例を経験した. 本邦の ANCA 関連血管炎は高齢者に多く, 特に MPA が多いことが知られており, 高齢者の進行性貧血の原因として, MPA を考慮する必要がある.

Key words:

貧血, 顕微鏡的多発血管炎, 高齢者

巨大単純性肝嚢胞から呼吸困難症状をきたした一例

○高田 有沙, 内藤 俊夫, 後藤 研人

順天堂大学医学部附属順天堂医院

【症例】67 歳女性【主訴】呼吸困難感、右季肋部痛
【既往歴】肝嚢胞【現病歴】数ヶ月にわたる労作時呼吸苦と受診日より出現した吸気時の右季肋部痛を主訴に救急外来を受診した。【身体所見】バイタルサイン、身体診察特記なし。【検査結果】腹部超音波検査: 20cm 大の肝嚢胞、血液検査: 肝胆道系軽度上昇。【経過】造影 CT および EOB-MRI で肝右葉に 16cm×14.7cm×21.3cm の巨大肝嚢胞を認め、上記診断で当院肝胆膵外科により手術が施行された。嚢胞内液細胞診検査および組織検査で悪性所見を認めず、単純性肝嚢胞の診断となった。術後経過に問題なく、第 8 病日に退院となった。【考察・結語】近年、画像診断の精度向上からも単純性肝嚢胞は偶発的に発見される一般的な疾患となった。ほとんどが無症候性であるが、巨大嚢胞ほど症状をきたしやすく、文献上は腹痛、腹部腫瘍、嘔気・嘔吐が主訴として挙げられることが多い。今回の一例は巨大肝嚢胞から心臓・肺を圧迫し、労作時呼吸苦をきたした特殊な一例であった。コモンな疾患にもかかわらず労作時呼吸苦の鑑別で考察されにくい症例を経験したため報告する。

Key words:

単純性肝嚢胞, 労作時呼吸苦

20

Alzheimer 型認知症の進行と思われた Wernicke 脳症の 1 例

○上野 美咲 1), 出川 龍哉 2), 山方 俊弘 2), 上原 和幸 2), 須崎 真 2), 若栗 大朗 2), 小野寺 直子 2), 兵働 英也 2), 小原 俊彦 2), 安武 正弘 2)

1) 日本医科大学付属病院 初期研修医

2) 日本医科大学付属病院 総合診療科

【症例】78 歳女性【主訴】体動困難 【既往歴】

Alzheimer 型認知症 【現病歴】20XX 年 8 月下旬体調不良で体動困難となり、屋内伝え歩き程度も独居生活していた。食事もほぼ食べられなかった。10/5 自宅内で倒れているのを家族が発見し当院搬送。低 K 血症を認め、補正目的に入院。【入院時現症】

JCS2、バイタル異常なし、身体所見で特記すべき異常なし【検査】K2.2mEq/L、P1.0mg/dL【経過】補液加療も第 2 病日から傾眠傾向。頭部 CT 異常なし。

VitB1 投与で意識改善し、後日血液中 VitB1 7ng/mL と低値。注視時水平性眼振も認め、Wernicke 脳症と診断。VitB1 投与で経口摂取も可能、第 26 病日転院。【考察】Alzheimer 型認知症を基礎疾患とした

Wernicke 脳症の 1 例を経験。意識障害は当初認知症の進行によるものと考えられたが実際は Wernicke 脳症を発症し、治療で可逆的な要素もみられ、安易に認知症の進行と判断せずに治療することができた。認知症既往の人の更なる意識低下を見た場合、可逆性の原因も考慮すべきであることが重要であり、文献的考察を加えて報告する。

Key words:

Alzheimer 型認知症, Wernicke 脳症, 認知症

21

高齢発症関節リウマチの至適な年齢カットオフに関する検討

○内山 竣介 1), 岳野 光洋 2), 五野 貴久 1), 桑名 正隆

1) 日本医科大学リウマチ膠原病内科

2) 日本医科大学武蔵小杉病院リウマチ膠原病内科

【症例】75 歳女性。XX 年 2 月より両側肩と膝の疼痛が出現。4 月に当院紹介受診し、左右対称の関節腫脹、6 週間以上の持続、CRP 6.39 mg/dL、関節エコーで滑膜増殖と血流シグナル増加から RA と診断した。なお、RF・抗 CCP 抗体陰性であった。メトトレキサート開始後も高疾患活動性が持続したため、トシリズマブ皮下注を開始、2 ヶ月後に寛解に至った。【考察】近年、亜急性～急性発症、大関節罹患、血清反応陰性の特徴とする高齢発症 RA(EORA)が増加しているが、従来の発症年齢 60 歳以上という EORA の定義は科学的根拠に乏しい。2014 年以降、当院を受診した 2010 年 ACR/EULAR 分類基準を満たす RA 192 例の発症年齢は 64 ± 16 歳で、65%が 60 歳以上であった。自験例を対象とした重回帰解析で急性発症、大関節炎主体、抗 CCP 抗体陰性が EORA と関連する因子として同定された。これら EORA 関連因子全てを有する例を抽出する至適カットオフ年齢は 74 歳と算出された。【結論】日本では RA 発症年齢の高齢化が顕著であり、EORA 特徴を有する例を規定する発症年齢のカットオフとして 74 歳が妥当と考えられた

Key words:

高齢発症関節リウマチ

当院における高齢者腹膜透析への対策

○寺田 光佑, 酒井 行直, 住 祐一郎, 平間 章郎, 鶴岡 秀一
日本医科大学腎臓内科

当院では 2019 年 4 月に 46 名の腹膜透析(PD)患者がおり、平均年齢 65.6 歳と日本の透析患者と同様に高齢であった。高齢化がさらに進む事で認知力や身体能力の低下により、心不全や腹膜炎の発症率が増加する可能性がある一方で、高齢化による通院困難などから血液透析よりも通院が少ない PD の利点を生かした PD ラストも脚光を浴びつつある。当院での腹膜透析診療の改善の為に PD ラストを選択肢として考える事は望ましいが、在宅医療である PD において認知力や身体能力の低下による自己管理の面での高齢者 PD に対する医療従事者の先入観があり、当院での高齢者の腎代替療法には医療従事者による選択バイアスが存在していた。高齢者 PD の診療改善の手段として assisted PD があり、家族による assist には利点もあるが、独居などにより家族が assist できない家庭環境も多々存在する。その場合は訪問看護の利用が有効策の一つであるが、2019 年 4 月では 10.9%と訪問看護の導入率は低かった。本研究では訪問看護の導入を含め、若年者と比した高齢者 PD の利点などに焦点を当て当院の高齢者 PD に対する取り組みについて報告する。

Key words:

腹膜透析, 高齢者, 訪問看護

高齢発症の IgA 血管炎とネフローゼ症候群を認めた 3 例

○杉本 光, 山口 靖子, 松野 志歩, 山中 法子, 板橋 美津世, 武井 卓
東京都健康長寿医療センター

【症例 1】89 歳女性。両下腿紫斑とネフローゼ症候群を認め入院となった。皮膚・腎生検より IgA 血管炎と診断し、PSL15mg/日と MZR100mg/日にて寛解が得られた。【症例 2】84 歳男性。両下腿紫斑と浮腫を認め入院となった。臨床経過と皮膚生検より IgA 血管炎と診断し、mPSL250mg パルス、後療法として PSL20mg/日にて加療するも腎機能改善に乏しく透析導入となった。感染リスクが高かったため PSL は漸減終了とした。現在維持透析にて安定して経過している。【症例 3】87 歳男性。皮膚限局の IgA 血管炎として PSL5mg/日で加療していたが、1 カ月後ネフローゼ症候群を来した。PSL25mg/日と AZA25mg/日で加療し寛解が得られた。【考察】高齢発症の IgA 血管炎を 3 例経験した。高齢者においては、認知症等により腎生検ができない場合があることや、併存疾患、鑑別疾患が多岐にわたる等により診断困難な場合がある。また、IgA 血管炎の症例数は少なく治療法にエビデンスが乏しいため、治療法の選択には苦慮することがある。各々に適したと推測される治療法を選択し、一定の治療結果が得られたため報告する。

Key words:

IgA 血管炎, ネフローゼ症候群, 高齢者

半年にわたる不明熱・腰痛の一例

○後藤 研人, 内藤 俊夫

順天堂大学医学部総合診療科学講座

【症例】79 歳男性【現病歴】近医で腰痛に対しトリガーポイント注射を頻回に行われていた。X-1 年 11 月より、連日の悪寒・発熱あり同院で抗生物質処方されるも改善認めず、A 病院紹介受診となったが原因不明のため B 病院に紹介も明らかな原因を同定できず、逆紹介され対症療法で経過を見ていたが、改善認めず C 病院に X 年 4 月下旬紹介受診され、再度各種精査施行も原因不明であり、同月 Y 日に不明熱で当院紹介受診となった。【既往歴】高血圧症、腹部大動脈瘤破裂術後(A 病院)【経過】バイタルサインは正常範囲内、身体所見では下位腰椎に叩打痛を認めた。採血上炎症反応の上昇、体幹部造影 CT で総腸骨動脈分岐部周囲に軟部濃度上昇を認め、グラフト内血栓を認めることから、感染性大動脈瘤の診断で同日緊急入院。巨大腹壁瘢痕ヘルニア認め手術加療困難のため MEPM+VCM 及び抗凝固療法で治療開始となった。【考察・結語】本症例では経過中、腰痛・発熱に対して長い経過にも関わらず漫然と対症療法で経過を見られており、後医は前医で診断困難な場合、より広い視野で診断に当たる必要があり、症状の持続を認める場合に安易に対症療法で経過を見てはならない。

Key words:

不明熱, 人工血管感染

25

レンバチニブを投与した高齢者の未分化癌の1例

○岡村 律子 1), 齋藤 麻梨恵 2), 杉谷 徹 2), 塚田 弥生 1), 安武 正弘 3)

- 1) 日本医科大学武蔵小杉病院総合診療科
2) 日本医科大学内分泌外科
3) 日本医科大学総合診療科

＜背景＞甲状腺未分化癌は、甲状腺癌全体の1?2%であり、高齢者に多い。進行性で極めて予後不良である。分子標的薬レンバチニブ(Len)は、2015年に保険適応となった。投与初期に高血圧、下痢、食欲減退などの有害事象を高頻度に認めるため注意が必要である。高齢者の未分化癌にLenを使用した1例を経験した。＜症例＞87歳男性。主訴：嚔声、咽頭痛。現病歴：近医より嚔声と咽頭痛のため当科紹介受診。甲状腺に腫瘍を認め、細胞診で未分化癌と診断した。腫瘍の位置から手術は不能と判断した。パクリタキセル療法を施行したが、食欲不振により中止となったため、Len24 mgを開始した。開始17日目、食欲不振のため10mgへ減量、21日目に軽快し20 mgへ増量した。高血圧(Grade II)はCa拮抗薬投与で管理可能であった。投与36日目、食欲不振、全身倦怠感、尿蛋白4+ (Grade III)のため休薬とした。甲状腺の腫瘍は増大を認めていない(SD: stable disease)。＜考察＞高齢者の未分化癌に対してレンバチニブ投与した1例を報告した。有害事象に対して速やかに減量、休薬を行い症状緩和が可能であった。

Key words:

未分化癌, 高齢者, 分子標的薬

26

80歳以上の高齢骨髄腫患者の治療と予後の解析

○小野寺 麻加 1), 田村 秀人 2), 半田 寛 3), 佐々木 純 4), 今井 陽一 5), 田中 紀奈 6), 伊藤 薫樹 7), 斉藤 明生 8), 猪口 孝一 2), 安武 正弘 1)

- 1) 日本医科大学総合診療科 2) 日本医科大学血液内科 3) 群馬大学医学部附属病院血液内科 4) 順天堂大学医学部順天堂医院血液内科 5) 東京大学医科学研究所血液腫瘍内科 6) 東京女子医科大学血液内科 7) 岩手医科大学血液・腫瘍内科 8) 国立病院機構 洪川医療センター血液内科

【緒言】多発性骨髄腫(MM)は形質細胞の腫瘍であり、ボルテゾミブ(BOR)+レナリドミド(LEN)+デキサメタゾン(DEX)の3剤併用が標準治療となっているが、フレイル(高齢者)の治療法は様々である。今回我々は、80歳以上のMM患者について検討した。【方法】2010年6月から2018年8月までに症候性MMと診断された80歳以上の患者における臨床的特徴、PS、治療法と予後などについて解析した。【結果】症例は男性31例、女性28例、年齢80歳～92歳(中央値83歳)。PS0 7例、PS1 15例、PS2 4例、PS3 13例、PS4 8例、不明 12例、ISS病期I期 7例、II期 16例、III期 34例であった。初診時の血液検査異常として貧血が多く(Hb中央値9.4g/dL)、25例は骨病変を有した。初期治療はBOR/DEX 26例、LEN/DEX 10例、MP 9例、ステロイド単剤 2例であった。生存期間中央値は14.2ヶ月であった。【考察】80歳以上のMM症例ではPSは高いもの、BORやLENとDEXの2剤併用療法が可能症例が多く、生存期間も5年以上と長い症例も認めた。

Key words:

多発性骨髄腫, 二剤併用療法, 予後

高齢者の急性憩室炎での白血球増多等の臨床的特徴に関する検討

○佐々木 陽典, 小松 史哉, 鹿嶋 直康, 鈴木 健志, 竹内 泰三, 山田 篤史, 竹本 育聖, 貴島 祥, 前田 正, 瓜田 純久

東邦大学医療センター大森病院総合診療・急病センター

【背景】 高齢者では免疫加齢に伴う反応性白血球増多減弱が指摘されており、敗血症では若年者より白血球数が少ないと報告されているが、憩室炎での研究は乏しい。白血球数を含めた後期高齢者の急性憩室炎の臨床的特徴について検討した。

【方法】 2012-16年に東邦大学大森病院に入院した16歳以上の急性憩室炎患者237名を対象に免疫抑制、部位、バイタルサイン、白血球数等を高齢者(≥75歳):14名と若年者(<75歳):223名で比較した。

【結果】 年齢中央値43歳(16-86歳)、男性=156/237人(65.8%)で、単変量解析では高齢者で白血球増多(>11000/ μ L)と男性が有意に少なく、左側結腸罹患と免疫抑制が有意に多かった。ロジスティック回帰では男性オッズ比(OR)0.24 ($p=0.029$)、右側結腸OR0.21 ($p=0.01$)、免疫抑制OR3.86 ($p=0.049$)と有意で、白血球増多はOR0.41 ($p=0.16$)と有意差はなかった。

【考察】 単変量分析では高齢者の憩室炎は白血球増多に乏しかったが、多変量解析では有意差なく、左側結腸憩室炎、女性、免疫抑制患者が多かった。

Key words:

憩室炎, 免疫加齢, 白血球数

誤嚥性肺炎を疑うも臨床経過からレジオネラ肺炎の最終診断に至った91歳男性の一例

○小沢 麻実子 1), 山方 俊弘 2), 若栗 大郎 2), 小野寺 直子 2), 松田 直人 2), 兵働 英也 2), 小原 俊彦 2), 川井 真 2), 安武 正弘 2)

1) 日本医科大学付属病院 臨床研修センター

2) 日本医科大学付属病院 救急・総合診療センター

【症例】91歳男性【主訴】脱力感 嘔吐【現病歴】X月6日起床時に転倒し全身脱力感のため近医に搬送となったが、異常所見乏しく一度帰宅した。その後、同日12時頃に嘔吐し当院総合診療科に救急搬送となった。胸部CTで右下肺野優位の肺炎像を認め、誤嚥性肺炎の疑いで同日入院。発熱、低酸素血症、WBC 11100/ μ L 好中球有意、CRP 16.53 mg/dlの血液検査と画像所見から誤嚥性肺炎を疑い加療を開始した。経過不良のため追加検査を行い、尿中レジオネラ抗原陽性を認め、レジオネラ肺炎の診断となった。第4病日にLVFXに抗生剤を変更し、第8病日には解熱をみとめた。経過良好のために第16病日に当科退院。【考察】高齢者のレジオネラ肺炎の1例を経験した。本症例では、経過不良のため非定型肺炎も鑑別に挙げ、追加精査にて上記診断となった。急速に進行・重症化する低ナトリウム血症や酸素化不良を伴う肺炎であれば、高齢者で多い誤嚥性肺炎以外にもレジオネラ肺炎を検討する必要がある。本症例は細菌性肺炎に対して初期治療開始したが、抗生剤治療に抵抗性の経過から非定型肺炎を鑑別に挙げ、正確な治療及び治療に結び付ける事ができた

Key words:

レジオネラ肺炎

DAPT 療法下で、シャント手術中に大量出血した直腸の Deulafoy 潰瘍を一度で止血し得た高齢透析患者の一例

○山口 靖子 1), 松川 美保 2), 松野 志歩 1), 山中 法子

1), 赤木 大輔 3), 板橋 美津世 1), 武井 卓 1)

1) 東京都健康長寿医療センター腎臓内科

2) 東京都健康長寿医療センター消化器内科

3) 東京都健康長寿医療センター血管外科

【症例】79 歳男性. 18 年前に維持透析を導入された. X-3 月, 透析グラフト感染による敗血症のため当科を初診した. グラフト抜去, 新規の内シャント造設術を施行し退院した. X-2 月下旬に高血圧, 虚血性心疾患を伴う心不全を来し当院に再入院し, LAD #7 90% 狭窄に対して経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行し, 抗血小板薬併用療法(DAPT)を開始した. X 月にシャント閉塞, 大腿骨転子部骨折のため入院した. 内シャント造設術施行中に大量血便を認めショック状態となり, 緊急内視鏡を施行し直腸の Deulafoy 潰瘍に対して, 高張食塩水エピネフリン局注法(HSE), クリップを用いて止血した. バイタルは安定し, その後再出血はなく, DAPT を継続し, 骨折のリハビリを施行できるまで病状が回復した. 【まとめ】高齢透析患者では, 感染症, 心不全, 脳血管障害, 消化管出血, 骨折等が高リスクであり, 治療に難渋している. DAPT 療法下の透析患者の消化管出血は散見されるが, 今回直腸の Deulafoy 潰瘍から大量出血し, 一度で止血し得た貴重な症例を経験したので報告する.

Key words:

透析患者, DAPT, 消化管出血

30

85歳以上の口腔扁平上皮癌患者の治療方針に関する後ろ向き検討

○田中 敏顕, 福本 正知, 谷 真志, 大島 遼, 澤谷 祐大, 長谷川 智則, 荻澤 翔平, 和久井 崇大, 川又 均
獨協医科大学医学部 口腔外科学講座

【背景・目的】口腔癌の好発年齢は60歳代とされるが、近年80～90歳代の患者も増加傾向にある。今回われわれは平均寿命を目安に85歳を区切りとして、85歳以上の口腔扁平上皮癌患者における臨床的特徴および治療方針に関する後ろ向きの検討を行った。【対象と方法】対象は2005年1月～2018年12月に獨協医科大学病院口腔外科を受診し、初診時に遠隔転移を認めなかった口腔扁平上皮癌患者363例とした。初診時85歳以上の高齢患者28例を検討対象、84歳以下の患者335例を比較対象として解析した。【結果・考察】85歳以上の患者割合は増加傾向にあり、部位や進行度に臨床的特徴がみられた。85歳以上では非手術例が多く、基礎疾患や社会的背景が考慮されていた。手術・非手術症例ともに85歳以上でもそれ未満の患者と同程度の5年生存率を維持できていた。5年生存率は手術症例で高く、可能であれば手術療法が望ましいと考えられた。しかしながらごく少数例ではあるが周術期に致死的な合併症を起こした症例もあり、術前に定量的な評価を行ったうえで、各臓器内科あるいは老年内科と協議し適切な治療方針を決定することが望まれる。

Key words:

口腔癌, 扁平上皮癌

31

獨協医科大学病院全身麻酔下予定手術における周術期口腔ケア:対象者における准高齢者(65歳)以上の占める割合の検討

○小出 雅代, 長谷川 智則, 志村 美智子, 俵藤 俊暉,
谷 真志, 澤谷 祐大, 福本 正知, 川又 均
獨協医科大学医学部口腔外科学講座

当科では、2007年7月に口腔ケア外来を開設し周術期口腔機能管理を行っている。今回、全身麻酔下予定手術周術期口腔ケア対象者における准高齢者(65歳)以上の占める割合について検討を行った。対象は、2016年7月から2019年9月までで、全身麻酔下予定手術症例数、口腔ケア外来依頼患者の推移、依頼科別患者数、口腔ケア介入率を検討した。全身麻酔下予定手術数の平均は5,185例/年であり、65歳以上は2,002例/年(39%)であった。口腔ケア外来依頼患者数は2016年が291人(65歳以上:238人, 82%), 2017年は1272人(961人, 76%), 2018年は1721人(957人, 57%)であり、65歳以上の割合は低下した。口腔ケア外来受診は、随時依頼受診、依頼による全件介入、入院サポート室による全件予約(承諾者)とシステムを変え、介入率はそれぞれ10.4%(65歳以上:12.9%), 33.8%(47%), 71.8%(45%)と増加した。全件予約により、若年者の口腔ケアが増加し、65歳以上の患者に対する口腔ケア介入率も上昇した。今後、このシステムの高齢者に対するアウトカムを検証したい。

Key words:

全身麻酔, 周術期口腔ケア, 高齢者

前立腺癌多発骨転移に感染性動脈瘤を併発したが、高度急性期病院からすみやかに在宅看取りへ退院調整した高齢者の一例

○吉原 花子, 高嶋 紗衣, 堀 博志, 渡辺 珠美, 菅原 斉

自治医科大学さいたま医療センター総合診療科

【症例】87歳の男性【主訴】腰背部痛【既往歴】胸部大動脈解離術後【現病歴】入院1か月前から腰背部痛、1週間前からの両下腿浮腫が出現し増悪したため入院。【経過】PSA125 ng/mL、骨シンチグラフィーで全身骨に多発する異常集積を認め、前立腺癌多発骨転移と診断。第6病日、MSSAによるカテーテル関連血流感染を発症。第28病日、胸部仮性動脈瘤の拡大より感染性動脈瘤と診断。抗菌薬治療を継続するも動脈瘤増大と心不全悪化を認め救命困難と判断。本人の自宅退院希望を尊重し、退院調整を進め、第41病日自宅退院。在宅医によるオキシコドン持続点滴で症状緩和に努め、退院2日後に自宅で永眠。【考察】高度急性期病院は救命が主な役割のため、救命困難となった症例において患者・家族の意向に沿えないことも多い。一方で、高齢者では癌以外の疾患でも治療困難となる症例は多く経験され、高度急性期病院においてこそ Advance Care Planning の重要性が注目されるべきである。本例は治療困難な点を早期に見極め、患者・家族と密接なコミュニケーションをとり、在宅医療との連携を行い、患者の希望に沿った終末期ケアを実現できた。

Key words:

Advance Care Planning, 急性期病院, 在宅看取り

治癒切除可能膵癌判明後のうつ状態を病診連携で支え、精神的フレイル状態を乗り越えた高齢者糖尿病の一例

○大石 華子 1), 藤田 寛子 1), 津村 哲郎 1), 白石 美江 乃 1), 池田 吉昭 2)

1) 多摩北部医療センター内分泌代謝内科

2) 池田内科医院

【はじめに】医療の進歩・生活習慣病啓発推進により心血管イベントによる死亡は減少し結果として癌の割合が増加した。その中で高齢者糖尿病診療にもより包括性が求められている。高血糖精査で膵癌を検出し、完治可能だが精神的フレイルで難渋し、病診連携サポートが著効した一例を報告する。【症例】86歳男性。短期間での血糖悪化を認め当院へ紹介。膵尾部癌を検出した。ADLは良好で完治可能であり家族は手術を希望するが本人は長命にてこのまま死なせて欲しいといううつ状態・拒食となる。かかりつけ医と連携して血糖コントロールを行い、その後も地域・病院内で支えたが、術後うつで食事が進まず、意欲回復し食事摂取が十分に増えるまで多少の血糖上昇はあるもインスリンは再開せずに見守った。快活に戻った後、インスリンを再導入し良好コントロール状態とした。本人はもっと生きたいと元気に話し、協力を要するもののインスリン注射に前向きでフレイル状態脱却傾向を認めた。【考察】超高齢化社会において超高齢で癌を検出し加療を行う例も増えたが、精神的フレイル状態で難渋することもある。家族の協力や社会資源だけでなく病診連携の重要性を再認識した。

Key words:

精神的フレイル

直腸 GIST 術後に局所再発した認知症高齢者に対して緩和ケアを行った 1 例

○松本昇也, 北郷萌, 矢可部満隆, 小島太郎, 小川純人,
秋下雅弘
東京大学医学部附属病院老年病科

症例は 87 歳女性。約 2 年前に直腸の消化管間質腫瘍(GIST)に対して術前化学療法と直腸切断術を施行された既往がある。約 6 か月前に会陰部痛が出現し、外科医の精査では単純 CT で局所再発の所見はなかった。薬剤による疼痛コントロールが行われたが、徐々に疼痛は増強して、原因が判明しなかったため当科に紹介され入院となった。入院後の造影 CT と MRI からこれまで認められなかった GIST の直腸再発と判明した。高齢者総合機能評価では、軽度の認知症があり、基本的 ADL は保たれていたが、手段的 ADL はほとんど介助が必要で通院は困難と考えられた。ADL と予後より化学療法は適応外と考えられ、緩和ケアの方針とした。疼痛コントロールとしてオピオイド導入を行い、ベースの鎮痛薬はヒドロモルフォン 6 mg/日で退院した。退院後約 4 週間は訪問診療と訪問看護を導入して自宅療養できたが、その後在宅でのケアが困難となったため緩和ケア病棟に入院となった。原因不明の疼痛を有する認知症高齢者に対し、オピオイド以外の鎮痛薬や抗うつ薬で疼痛管理されていたところを、GIST と診断できたために速やかにオピオイド導入ができた点に意義があると考え

地域包括ケア病棟における入退院時の薬剤数および処方複雑性の変化

○瀧川 美和 1), 片原 憂斗 1), 小原 朋也 1), 島崎 良知
1), 森 淑子 1), 石川 譲治 2), 岩切 理歌 3)
1) 東京都健康長寿医療センター 薬剤科
2) 東京都健康長寿医療センター 循環器科
3) 東京都健康長寿医療センター 高齢診療科

【背景と方法】 高齢者のポリファーマシーが問題視される中、当院の地域包括ケア病棟においては、患者の認知・生活機能に応じた処方の見直しに力を入れている。今回、2019 年 11 月に地域包括ケア病棟に入院した 47 名の認知・生活機能(DASC-21 を使用)を評価し、入院前と退院時の処方複雑性(Medication Resimen Complex index (MRCI))の変化について後ろ向きに調査した。【結果】平均年齢は 82.8 ± 8.6 歳、平均内服数は入院前 6.5 ± 3.2 剤、退院時 5.7 ± 3.3 であった。MRCI 値は 55%の症例で減少していた。認知・生活機能低下のない症例(DASC 30 点以下)は 19 名で全員が内服自己管理可能、MRCI は $15.9 \rightarrow 15.7$ と入退院時で変化はなかった。認知・生活機能低下症例(DASC31 点以上)は 24 名、うち内服自己管理可能な 9 名に MRCI の大きな変化はなかったが($18.6 \rightarrow 17.8$)、自己管理困難な 15 名は MRCI の平均が $16.3 \rightarrow 12.4$ と低下していた。【考察】内服自己管理ができない患者において、処方内容の見直しが行われている傾向が明らかとなった。

Key words:

ポリファーマシー, 処方適正化

協賛企業一覧

第 71 回日本老年医学会関東甲信越地方会を開催するにあたり、多大なるご支援を賜りました。ここに心より厚く御礼申し上げます。

アステラス製薬株式会社
医療法人熊谷福島病院
医療法人福島病院
エーザイ株式会社
株式会社ツムラ
神田クリニック
グラクソ・スミスクライン株式会社
興和株式会社
第一三共株式会社
武田薬品株式会社
むらい内科・循環器クリニック
持田製薬株式会社
やよい在宅クリニック

日本医科大学同窓会
日本医科大学循環器内科 げんてん会

他 匿名御寄付

五十音順
2020 年 1 月 30 日現在