

地域医療連携室報



地域医療連携室スタッフ
(下段左から)
西野・中村・向井・加治木・永木
(上段左から)
好光・村田・谷岡・大西・高部・森・岡田



療養支援ナース
(左から)
土谷・久坂・岡本



地域医療連携室 副室長(看護副部長)

渡辺 八重子

地域医療連携室の

組織強化と「療養支援ナース」の配置

患者様の療養生活の質の向上を目指して

平成9年から地域医療連携室を
中心に実践してきました「地域医
療連携」の数々の取り組みは、地
域の前方・後方病院や診療所から
の支援、在宅医療・福祉サービ
ス
の支援、在宅医療・福祉サービ
ス
の成熟、さらに地域住民の信
頼と期待に後押しされ、地域医療
支援病院の認可、急性期病院とし

ての要件を整えるという成果に結
びついてまいりました。
ここにきて今後の医療連携の目
標が「患者の生活の質を考えた連
携」へと発展してきたことを改め
て確認しております。
看護部門においても病院の取り
組みにあわせ、平成10年から「適
時・適所で適切な療養生活を送る」
ことを目標に、
看護の連携に向
け組織・システ
ム作り、教育・
研修を行ってき
ました。

このような活
動を通し、我々
急性期の看護師
は「急性期看護
に責任を持つ専
門家である」と
同時に「医療
や生活の問題が
あっても、患者
家族がその人ら
しく、いきいき
とした療養生活
が送れる」こと
を目標に、必要
な医療・福祉サ
ービスと連携す
ることの責任
があることを認識
するに至り、果た

すべき役割と考えております。ま
た急性期の治療が終了した後、転
院や在宅でどのような療養生活を
望むのか、それはどのようにすれ
ば実現するのか。患者様やご家族
と共に考え支援するという「療養
生活の質」に重点を置いた支援が、
重要な看護活動と位置付けられて
きたように考えております。
当院の退院患者数は、H16年
度14,171名、H17年度1
5,204名、H18年度は15,
501名と増加しております。そ
の患者様のうち、退院後の療養生
活に問題を持つと考察される患者
様は、年々増え(連携室への相談
件数・H16年度・退院患者の約10
%、H17年度約15%)地域の人口
動態、年齢・家族構成、ADLな
どの特性をみても今後大幅に増
加すると予測されます。一方、患
者様・家族の方々の持つ問題は、
退院後に継続される医療や看護・
介護、教育さらに経済的側面など
複雑で多岐にわたり、解決の困難
なものが多くなっております。こ
れに対して地域連携室の専任看護
師と病棟・外来の現場看護師が協
働で問題解決に努めてきました。
しかし実際には、退院後の療養目
標を定め、それに向けて院内外の
医療・福祉サービス機関と連携し
支援するには、一人ひとりの看護
者また現場にとり、相当な時間と
労力、加えて技量が求められ、病
棟・外来の業務の中で解決するこ
とは、量的にも質的にも困難な現
状となってきております。

これを致しました。
また今回7月1日付けで、病棟
の臨床現場に配属している看護師
を、現場に配置したままで「療養
支援ナース」として地域医療連携
課へ「兼務」発令し、病棟看護業
務として「療養生活の支援」を担
当する仕組みをとりました。これ
は「専門領域の看護師」が「療養
生活支援に特化した業務」を担当
するものであり、これにより患者
様、ご家族の最も近くの看護師が
「より効果的・効率的な療養生活
の支援」を期待するものです。
まずは「成育医療領域」「整形
外科領域」「循環器領域」に、専
門性やキャリアの豊かな看護師
を任命いたしました。
「一人ひとりの患者・家族を尊
厳する(その人らしく、いき
いき生きる)療養生活の支援」
を、活動のビジョンとし、常に患
者様・ご家族の傍で、地域の多く
の諸機関やサービス担当者の方々
と協力・連携し、療養支援に取り
組みたいと考えております。
担当者の役割が、決して「退院
を促すこと」ではなく「たとえ病
気を通して、医療が継続されるに
しろ、また障害を持ったとしても、
患者本人やご家族の望む療養生活
の実現に向けての支援」であるこ
とを肝に銘じ「退院調整担当者」
という名称でなく、あえて「療養
支援ナース」と致しました。
医療環境の厳しい時代になって
おりますが、看護師・医療者・赤
十字の者として、一生懸命に努
力してまいりたいと考えておりま
す。
今後ともよろしくご指導ご鞭撻
の程お願い致します。

新任紹介

事務部長

青野 泰彦



地域医療連携医療機関の先生方には、日頃から当院の業務推進に格別のご協力、ご支援を賜りまことにありがとうございます。平成19年4月1日付けで、元岡事務部長の後任に着任いたしました青野でございます。

この3月までは、(財)えひめ地域政策研究センターという所で、地域を元気にする方法についていろいろ調査し、事業化のお手伝いをするといったことをやっておりました。生活環境の悪化、少子高齢化社会、財政構造改革、格差社会等、様々な課題が重く押し掛かっているなかで、少しはまちおこしのお役に立てたのではないかと思います。

少し前になりますが、病院勤務の経験があります。当時の病院で外来投薬の院外処方箋移行を実施したという記憶があります。こういったご縁で元岡部長の後任を仰せつかることになったのではと思っております。しかし松山赤十字病院は組織、規模、ともに大きい上に、医療環境の変化が急速で、

僅かな経験などあてにならないと思います。全く新しい業務に挑戦するという気持ちで頑張りますのでよろしくお願い致します。

医療機関も「選ばれる時代」といわれています。もちろん患者様から選ばれる病院を目指せということですが、そのためには院内の医師からも、スタッフからも、選ばれる病院であることが必要と思われれます。測上院長は、喫緊の課題として人材育成を掲げています。今年度、教育研修室を立ち上げ、医師、看護師をはじめとする医療スタッフのクオリティ向上をはかる計画を進めています。ひいては基幹病院として地域医療連携医療機関の先生方の信頼に応え、地域連携医療機関として「選ばれる」病院となることができると思っています。

現在、地域連携医療機関として登録いただいている医療機関数が351施設、医師数が482人で、松山圏域で言えばほとんどの先生方にご協力いただいているという事になります。また紹介率では一般病院紹介率で52・0%、地域医療支援病院紹介率では66・1%、となっており、逆紹介率につきましては66・9%となっております。数字の上からは平成9年の開始以来年々向上しており医療連携が充実してきていると思われれますが、なお一層質の向上に

努めたいと思っております。18年度の診療報酬マイナスイラス改定は、病院経営を一段と厳しくするもので、赤字を覚悟していたところですが、松山赤十字病院は、皆様のご協力のおかげをもちまして、18年度も何とか単年度黒字決

呼吸器外科部長 横山 秀樹



上田仁前部長の後任として平成19年4月1日より別府医療センターから当院呼吸器外科に赴任いたしました横山秀樹です。昭和63年に九州大学医学部を卒業し、同大後学第二外科に入局し、臨床研修の後大学・国立病院九州がんセンターとして別府医療センターと主に肺癌の外科治療を専門にやっております。

ご存じのように肺癌は部位別癌死亡のトップであり、年間32万人の癌死亡者のうち6万人以上を占めています。その数・割合とも増加の傾向にあります。この傾向は今後20年続くものと予想されています。しかし、米国や英国ではすでに男性肺癌の死亡者の減少が明らかとなっており、これは1960年代からの禁煙対策の効果が考えられています。我が国においては一次予防としての禁煙に関する医療・行政・民間の取り組みが立ち後れており、今後一層の

算を継続する事ができ、漸く累積赤字を解消する事ができました。今後とも、みなさまとの連携を密にして地域医療の充実に努めたいと思っておりますので一層のご指導ご協力をお願いいたします。

努力が必要です。

肺癌は悪性度の非常に高い癌であり、その治療成績は決して満足できるものではありませんでした。しかし、ここ十数年の肺癌治療における進歩により、少しずつではありますが治療成績の改善が見られるようになってきました。今回は肺癌治療に対するわれわれの取り組みについて手術療法を中心に紹介させていただきます。

【肺癌の手術療法】

臨床病期Ⅰ・Ⅱ期の肺癌は進展が局所にとどまっていると考えられるため、状況が許せば手術の対象になると考えられます。手術方法は肺葉切除+リンパ節郭清を標準術式としていますが低肺機能例や高齢者を中心に胸腔鏡を用いた部分切除や区域切除を行うこともあります(消極的縮小手術)。

近年、画像の質的診断法が飛躍的に向上し、末梢型の小型肺癌が多数見つかるようになってきました。その中にはすりガラス様陰影(ground glass opacity: GGO)を呈し、非浸潤癌と考えられる比較的予後が良好な一群の病変があり、積極的縮小手術の良い対象になることが知られる様になってきました。当科でもⅠ期症例で末梢

の2cm以下のものに対しては胸腔鏡を用いた縮小手術を行うことが多くなってきました。最近では異時性・同時性多発肺癌の頻度が増加しており、縮小手術の有用性はますます高まるものと考えられます。

局所進行したⅢ期肺癌については単発の縦隔転移を中心に肺葉切除+リンパ節郭清を行うようにしております。

【術前術後化学療法】

切除可能な肺癌に対して術前に化学療法を追加する意義については現在のところ肯定的な臨床試験はほとんどありません。したがって、肺癌診療ガイドラインでは標準治療として奨めるだけの根拠がない(グレードC)となっております。

しかしながら、肺尖部胸壁浸潤肺癌に関する日米の臨床試験を見ますと症例数が少ないものの術前の化学療法(正確には化学放射線療法)により完全切除率・5年生存率とも良好な成績が得られています。このような症例は症例数に制限があることや症状などが切迫していることを考えるとⅢ相試験には馴染まず、診療ガイドラインに記載できるような質の高いエビデンスは得難いと考えられます。当科では全身状態が良好な局所浸潤切除可能肺癌に対しては術前放射化学療法を考慮することとしております。

肺癌切除例の5年生存率は40%程度であり、比較的進行していないⅠ期症例に限っても3割近くが再発するのが実情です。再発の多くは遠隔転移であるため、これを制御する目的で術前導入療法や術後補助療法の検討が永らく行われ

てきました。1980～90年代に行われたこれらの検討ではその臨床的有用性は何ら見いだされず、実地医療での術前術後化学療法の役割は認められていませんでした。しかし、2003年にヨーロッパ・日本・アメリカそしてカナダと相次いで術後補助化学療法の有用性を示すデータが発表されました。その詳細については紙面の都合上省略いたしますがその結果は今年改訂される2007年度版肺癌診療ガイドラインに反映される予定です。このよう経緯から実地臨床において術後補助化学療法はすでに広く行われているのが現状です。

【おわりに】

以上、当科における肺癌に対する治療について手術を中心にご紹介いたしました。しかしながら、肺癌症例のうち手術の対象となるものはその3割にも満たないのが現状です。当科では手術不能例や再発症例に対する放射線療法・化学療法も積極的に行ってまいります。そのため、呼吸器科、放射線科をはじめ各科の先生のご協力が是非とも必要ですのでよろしくお願いたします。



心臓血管外科部長 梅末 正芳



りはなく非常に懐かしく思いました。現在松山が私にとつての第2のふるさととなりつつあります。下記に主な略歴と専門領域などについて紹介させていただきます。

略歴

この度平成19年4月1日付を持ちまして心臓血管外科診療部長を拝命しました。多くの患者様をご紹介いただきありがとうございます。この場をお借りして御礼申し上げますとともに、ご挨拶させていただきます。

昭和63年 九州大学医学部卒業、九州大学医学部卒業、同心臓血管外科に入局
 平成元年 松山赤十字病院研修医
 平成3年 九州厚生年金病院心臓外科医員
 平成4年 九州大学大学院博士課程入学
 平成8年 麻生飯塚病院心臓血管外科医長代理
 平成9年 産業医科大学第2外科助手
 平成11年 九州厚生年金病院心臓外科医員

資格

日本外科学会専門医
 日本胸部外科学会認定医
 心臓血管外科専門医
 米国ECFMG
 医学博士

専門

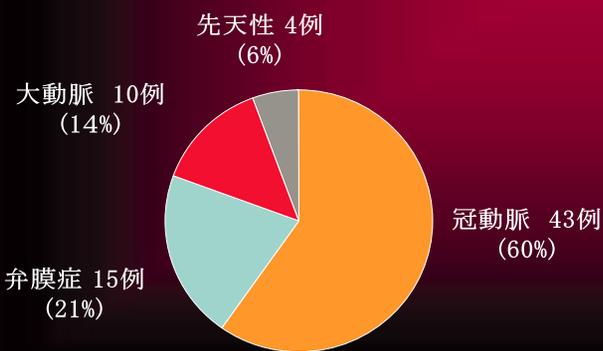
後天性心臓血管病の外科治療（虚血性心臓病、心臓弁膜症、大動脈疾患、ペースメーカー治療）
 医師となり19年が経過しましたがその間の医療の進歩はめざまし

いものがあります。心臓外科に入局したころは冠動脈バイパス術というと、全例人工心肺を用い心停止下手術を行い、手術成績も決して満足すべきものではありませんでした。現在では人工心肺を用いず、心臓を止めることなく行う心拍動下バイパス術が多くなり、当院で昨年行った単独冠動脈バイパス術43例中36例（88%）がこの心拍動下バイパス術でした。手術死亡（術後30日以内の死亡）、在院死亡（術後日数を問わず在院中の死亡）ともに無く、満足できる結果でした。弁膜症においても進歩はめざましく、僧帽弁閉鎖不全症では、以前であれば弁置換術になっていた症例が、自己弁を温存する弁形成術が盛んに行われるようになりました。当院でも僧帽弁閉鎖不全症においては弁形成術を第一選択とし、弁破壊の強い一部の症例のみ人工弁を用いた弁置換術を施行しています。心房細動に対しては洞調律への復帰を目指し、積極的にメイズ手術や肺静脈

隔離術を施行しています。大動脈疾患（大動脈瘤や大動脈解離）は患者様の高齢化や生活習慣の変化に伴い増加傾向にあります。手術成績はまだ満足すべきものではありません。更なる工夫が必要と考えています。2006年に当院で行った手術の疾患分類、術後在院日数ならびに手術成績を表1から3に示しています。詳しい内容につきましては当科ホームページ <http://www.natsuyama.jp/>にて公開し、患者様や医療関係者の皆様への情報提供を行っております。ぜひ一度ご覧ください。

高齡化および食生活を含めた生活習慣の変化により、今後ますます循環器疾患が増えることが予想されます。皆様から信頼され、大切な患者様の治療の一端を担わせていただけるよう努力をしていく所存です。今後ともご指導いただけますようよろしくお願い申し上げます。

2006年疾患分類



術後在院日数および転帰 (2006年)

疾患	n	術後平均在院日数	転帰			死亡 <30日	死亡 >30日
			自宅	転科	転院		
冠動脈	43	7.7 ± 4.9	2	40	1	0	0
弁膜症	15	14.9 ± 5.6	9	3	1	0	2
大動脈	10	54.3 ± 75	4	2	2	1	1
先天性	4	14.8 ± 3.0	2	0	2	0	0
計	72	16.1 ± 31	17	45	6	1	3

術後死亡および合併症 (n=72)

	冠動脈	弁膜症	大動脈	先天性	計
N	43	15	10	4	72
手術死亡(<30日)	0	0	1	0	1 (1.4%)
在院死亡	0	2	2	0	4 (5.6%)
脳神経障害	1	0	3	0	4 (5.6%)
創感染	0	0	1	0	1 (1.4%)
術後IABP	0	0	0	0	0 (0%)
気管切開	0	0	1	0	1 (1.4%)

第1回 4月19日

血小板と末梢循環

第一内科部長 藤崎 智明

日赤イブニングセミナー



本年度第1回目のイブニングセミナーでは、血小板と末梢循環と

題して血小板機能とその制御による末梢循環の抗加齢療法について概説させて頂きました。全身の血管の総延長10万kmの大部分を占めるのが末梢循環です。本来、血液は血管の中では血栓を形成することなく常に流動性を保ち、血管壁が損傷し血液が血管外へ漏出することにより初めて凝固します。こ

の非常に重要な止血機構を制御するのが血小板です。出血は生命にとって重大な危機ですので、血小板には、その凝集のためにいくつもの経路が存在します。動脈硬化などにより末梢循環系に老化が進行すると、血小板に備わる凝集のための経路が必要以上に活性化され、血管内で血栓が形成されやすくなります。その結果、種々の虚血性疾患を発症するのです。

末梢循環の加齢にプロスタノイドと呼ばれる細胞膜由来の活性物質が関与しています。なかでも、血小板凝集抑制作用のあるプロスタサイクリン(PGI₂)と逆に凝集促進作用を有するトロンボキサンA₂(TXA₂)のバランスが重要とされています。加齢や過度の肉食はTXA₂過剰状態を惹起し、血栓傾向を生じます。一方、最近健康食品としてよく見かけるDHAやEPAなど主に魚油に由来するn-3系脂肪酸の適量摂取はPGI₂と同様の作用を有するPGI₃および血小板凝集作用の弱いTXA₃を増加させ、結果的に血栓形成を抑制し、いわゆる末梢循環の抗加齢につながります。DHAには学習能力の向上作用もあると言われていますが、過剰摂取は魚油などの原料に由来する水銀の過剰摂取につながり、その毒性でせっかくの学習能力向上作用が相殺されるといわれています。また、n-3系脂肪酸の過剰摂取は出血傾向をきたすとされています。何でもほどほどが肝要なようです。

血小板凝集を適度に抑制することで末梢循環が維持され、虚血性疾患のリスクを低減できます。汎用されるアスピリンはTXA₂を産生する酵素シクロオキシゲナーゼ(COX)を抑制し血小板凝集

を抑制します。ただ、これは30〜300mg程度の低容量を投与した場合の話で、解熱鎮痛作用に必要な1g前後の大量投与では血管内皮のPGI₂産生も抑制し、逆に血小板凝集傾向を惹起するのです。また解熱鎮痛剤の多くを占めるNSAIDもアスピリン同様COXを阻害しますが、炎症部位のCOX(COX-2)を阻害し炎症の鎮静化に役立つ反面、胃粘膜のCOX(COX-1)をも阻害する結果、胃粘膜の血量低下による粘膜障害(胃潰瘍など)を高頻度に合併するため注意が必要です。胃に悪影響を与えないコキシブ系のCOX-2選択的阻害剤が開発され、胃粘膜障害は減少しましたが、今度は血管内皮に影響しPGI₂産生低下による血栓傾向のため心血管事故が増加し、一部の薬剤は販売中止に追い込まれました。近々本邦で発売される同効薬では心血管事故は増加しないとされています。

血小板は骨髄巨核球の細胞質の一部で完全な細胞ではないため、新たな蛋白合成は出来ないと言われています。このためアスピリンにより不活化されたCOXの補充が出来ず、その抑制効果は不可逆です。血小板寿命は10日前後のため、アスピリンを休薬しても、血小板凝集機能が正常化するためには1週間ほど必要です。パナルジンも同様で術前休薬期間は7〜10日必要とされています。可逆的作用の抗血小板剤の場合は、数日程度の休薬で済みます。高齢化に伴い、アスピリンなどの抗血小板薬服用機会が増加します。観血的処置が必要な場合、その服用の有無につき、是非一言お尋ねください。

第2回
5月24日

産婦人科救急疾患と急性腹痛 —画像診断と内視鏡下治療—

第二産婦人科部長 妹尾 大作



地域医療連携機関の先生方には、常日頃より多くの患者様をご紹介いただいております。産婦人科と他科領域で最も鑑別を要する症状といえば、やはり「下腹部痛」です。本セミナーでは、救急外来における急性腹痛のうち、特に婦人科領域の疾患について、当科で経験した症例をもとに、画像診断と最前線治療としての腹腔鏡下手

術を中心にお話しいたします。

産科領域で急性腹痛を呈する疾患には、子宮外妊娠、流早産、常位胎盤早期剥離、HELLP症候群、急性妊娠脂肪肝などがあり、妊娠の場合は産科病棟に直接搬送されますが、診断されていない子宮外妊娠例は救急外来受診となる可能性があります。一方、婦人科領域では、卵巣出血、卵巣腫瘍茎捻転、卵巣嚢腫破裂、付属器炎(骨盤内炎症性疾患)、月経困難症(子宮内膜症)、有茎性子宮筋腫の茎捻転、子宮筋腫の変性などがあげられ、いずれも救急外来受診の対象となります。今回は、そのうち頻度の高い子宮外妊娠、卵巣

出血、卵巣嚢腫茎捻転、付属器炎(骨盤内炎症性疾患)、月経困難症(子宮内膜症)の5疾患について概説いたします。

【子宮外妊娠】

妊娠反応陽性で、多くの場合、経陰超音波でダグラス窩の血液貯留像を認め、好発部位である卵管妊娠では卵巣の近傍に胎嚢あるいは凝血塊を伴った胎嚢様所見が認められます(図1)。腹腔鏡による診断確定後、腹腔鏡下卵管切開または卵管切除を行います(図2)。近年では本疾患の原因として、クラミジア卵管炎によるものが増加してきています。

【卵巣出血】

排卵に伴う卵巣からの出血で子宮外妊娠とよく似た所見を呈しますが、妊娠反応が陰性で、発症が排卵期であることより鑑別は容易です。子宮外妊娠に比べ骨盤内に多量の出血を生じることが多く、

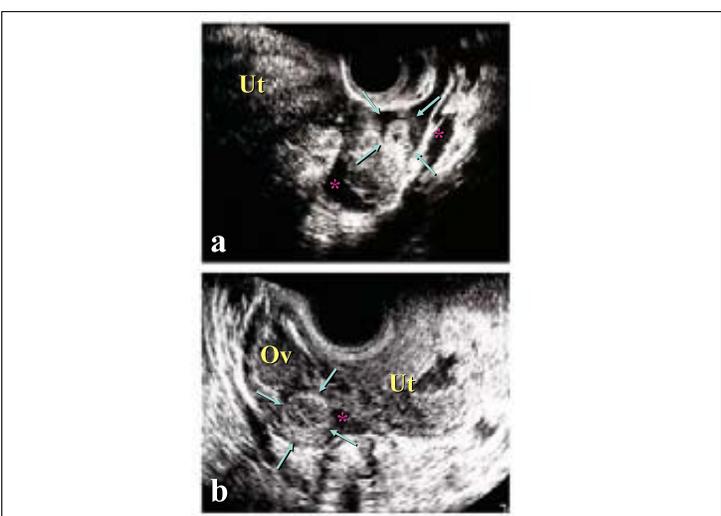


図1 卵管妊娠の経陰超音波断層図。a:左卵管峡部妊娠、b:右卵管膨大部妊娠。Ut:子宮、Ov:卵巣、*:骨盤内貯留血、矢印:卵管内病巣。

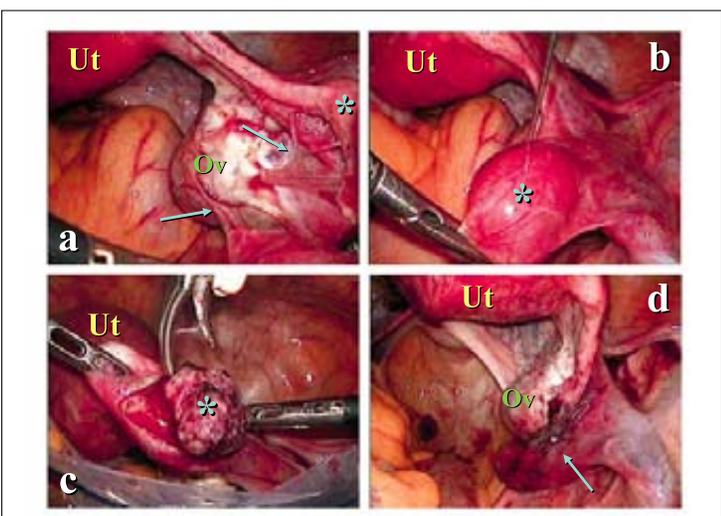


図2 右卵管膨大部妊娠の腹腔鏡下手術所見。a:右付属器。クラミジア特有の癒着(矢印)を認める。b:卵管着床部へのピトレスシンの局注。c:卵管切開後、脱落膜に被覆された絨毛組織。d:病変摘出後の右卵管(矢印)。Ut:子宮、Ov:卵巣、*:着床部病巣。

超音波、CTなどで明瞭な血液貯留所見が認められます(図3)。比較的少量の場合は、経過観察で止血、治療することもあります。700ml以上の出血量が予測される場合は、腹腔鏡下に卵巣縫合止血あるいは卵巣部分切除を行います(図4)。一方、腹腔内の貯留血はセルセーバーを用いて血管内に戻すことが可能で、これにより高度の貧血を改善あるいは予防することができるようになっています。

【卵巣嚢腫茎捻転】

CTや超音波で骨盤内に嚢胞性病変が認められ(図5)、膿瘍などの感染性疾患との鑑別を要することがありますが、捻転を生じる嚢胞は径5cm以上と比較的大きく、極めて強い圧痛を伴うのが特徴です。捻転による虚血のため、病変部は高度の炎症あるいは壊死を呈し、腹腔鏡下卵巣切除または付属器切除が適用されます(図6)。

【付属器炎(骨盤内炎症性疾患)】

急性期のものは抗生剤投与による保存療法が有効ですが、慢性に経過し膿瘍が形成されているものでは外科的治療が必要となります。癒着が軽度であれば腹腔鏡下手術が可能です。経過が長い場合は強固な癒着を生じ、開腹を余儀なくされることもあります(図7)。

【月経困難症(子宮内膜症)】

月経困難の多くは子宮内膜症によるもので、卵管を経由して腹腔内に逆流した月経血貯留に起因する骨盤腹膜炎を生じることがあります。鎮痛剤などを用いた対症療法で改善しますが、未治療の子

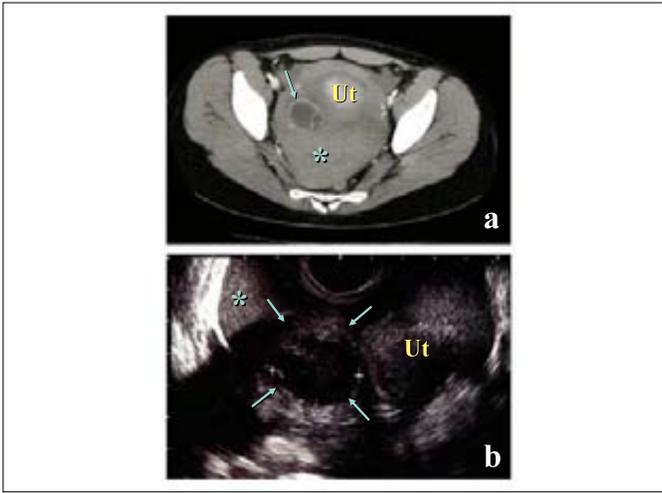


図3 卵巣出血の画像所見 (a:CT, b:経膈超音波)。Ut:子宮、*:骨盤内貯留血、矢印:出血性黄体を呈する右卵巣 (径4 cm)。

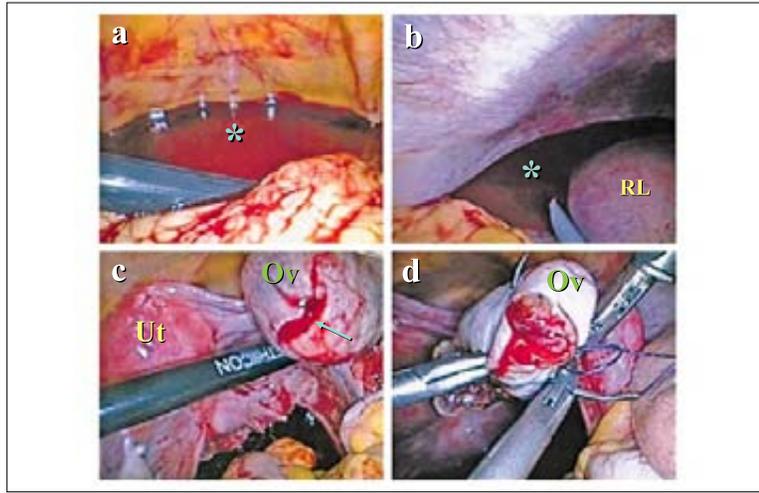


図4 卵巣出血の腹腔鏡下手術所見。a:吸引中の骨盤内大量貯留血 (*). b:肝周囲貯留血 (*), RL:肝右葉。c:排卵による卵巣裂創部 (矢印)。d:卵巣裂創部の腹腔内縫合。Ut:子宮、Ov:卵巣。

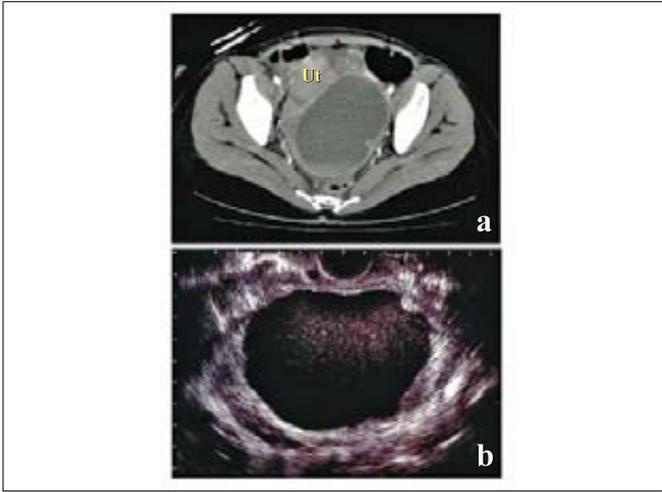


図5 卵巣嚢腫茎捻転の画像所見 (a:CT, b:経膈超音波)。Ut:子宮。嚢腫径は10 cmで嚢腫内容は血液成分と思われる。CTでは炎症を示唆するやや多めの腹水が認められる。

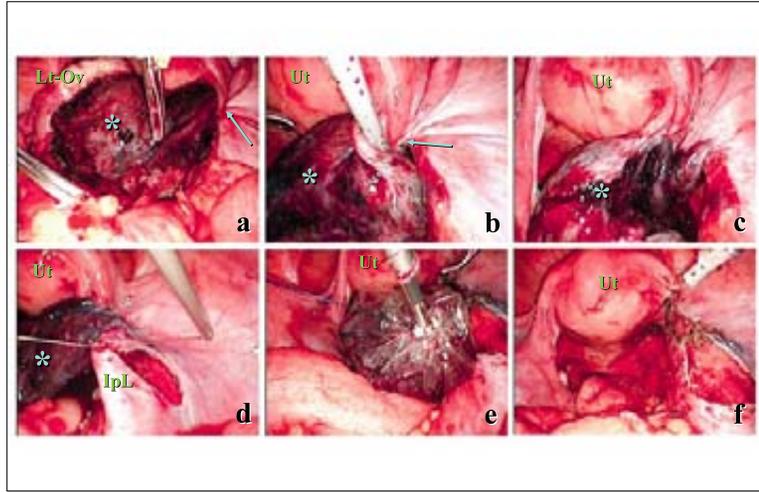


図6 卵巣嚢腫茎捻転の腹腔鏡下手術所見。a:高度の変性壊死を生じた右付属器と捻転部。b:捻転部の拡大図。時計回りに360度の捻転を生じている。c:捻転解除後の右付属器。捻転部を境界として変性壊死が認められる。d:右付属器切除における骨盤漏斗靱帯の結紮。e:回収袋へ収納した切除後の右付属器。f:右付属器切除後の内性器。Ut:子宮、矢印:捻転部、*:卵巣嚢腫、Ipl:骨盤漏斗靱帯。

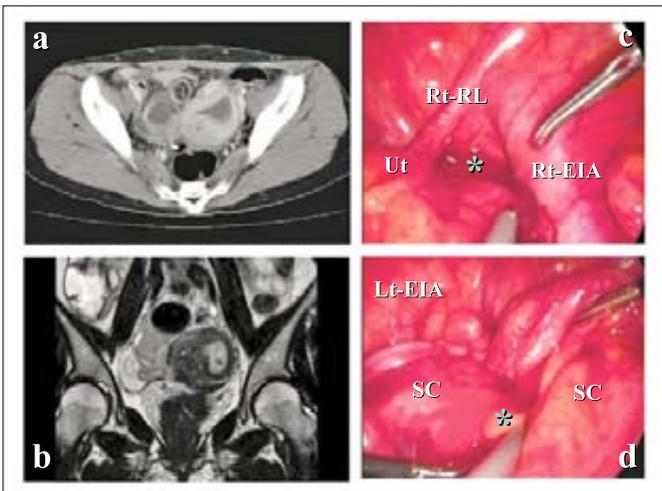


図7 両側付属器腫瘍の画像所見 (a:CT, b:MRI) と腹腔鏡所見 (c, d)。a, b:骨盤腔の左右両側に、肥厚した不整な壁を有する多房性病変が認められ、少量の腹水貯留を伴っている。c:右卵管留腫瘍の破裂後、流出した膿汁 (*). Ut:子宮、Rt-RL:右円靱帯、Rt-EIA:右外腸骨動脈。d:左卵管留腫瘍の破裂後、流出した膿汁 (*). SC:S状結腸、Lt-EIA:左外腸骨動脈。本症例では、慢性経過によって生じた強固な癒着のため、開腹移行にて卵管切除を行った。

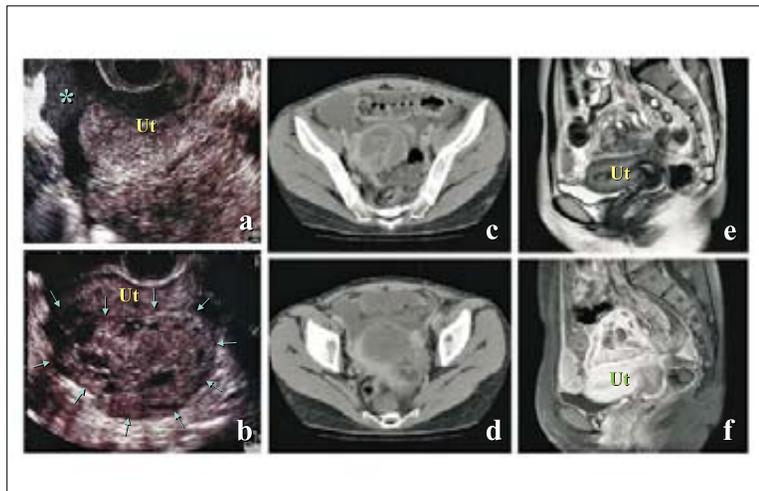


図8 汎発性腹膜炎を生じた骨盤内腫瘍の画像所見 (a:経膈超音波矢状断、b:経膈超音波前額断、c, d:造影CT, e:造影MRIT1強調、f:造影MRIT2強調)。膀胱子宮窩に中等量の血性様腹水貯留を生じ、ダグラス窩に径7 cmの嚢胞部と充実部の混在する腫瘍性病変が認められる。嚢胞内容は血液、高タンパク成分、カルシウム成分などが示唆され、充実部は造影により不均一に enhance されている。一方、下腹部から骨盤の腸管は壁が不整に肥厚し、部分的な変形、偏位を伴っている。また、骨盤内脂肪織には不整索状の混濁が拡がり、血液、タンパク成分を含む腹水貯留も認められる。本例では、複数の腫瘍マーカーが異常高値を示し、Krukenberg 腫瘍や Schnitzler 転移性腫瘍などが疑われた。Ut:子宮、矢印:腫瘍性病変。

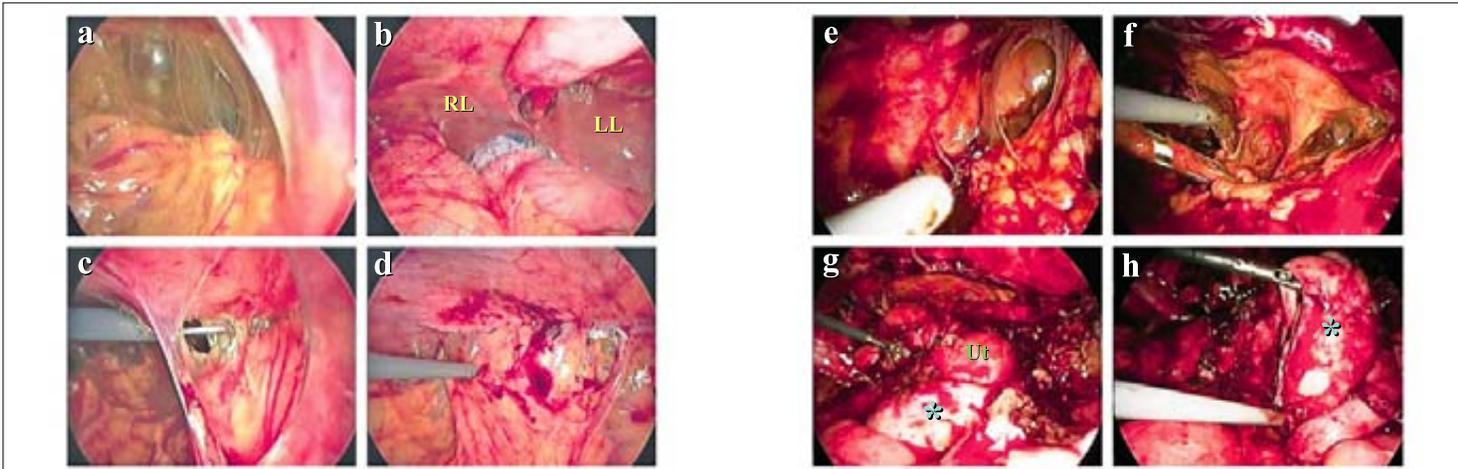


図9 臍部トロッカーより腹腔内を観察するに、その直下 (a) から上腹部 (b)、右側腹部、下腹部のほぼ全域に大網、腸管と腹膜との著明な癒着が認められた。モノポラによる癒着切離 (c) ならびに送水吸引管を用いた鈍的な癒着剥離 (d) を進めていくと、黄褐色の漿液成分を含む嚢胞性病変が散在性に現れ (e)、さらにそれらを開放しながら (f)、腹壁の癒着をすべて剥離したところ、一塊となった小腸の下から子宮底部と問題の腫瘍性病変が出現した (g)。その剥離の際、嚢胞被膜の破綻により流出した内容液の性状から、卵巣の子宮内膜症性嚢胞であることが判明し (g)、散在する嚢胞性病変や広範な癒着は子宮内膜症に由来し、その感染により汎発性腹膜炎を生じたものと判断された。

宮内膜症では、以後、GnRHアナログを用いた保存療法(偽閉経療法)を行うようになります。一方、径5〜7 cm以上の卵巣子宮内膜症性嚢胞を伴う場合は、腹腔鏡

下卵巣嚢腫摘出、内膜症病巣焼灼などの適応となります。稀ではありますが、汎発性腹膜炎を呈し、非典型的な画像所見、腫瘍マーカーの異常高値から、卵巣癌または

Krukenberg 腫瘍が疑われた例もあります(図8)。本例では、腹腔鏡下腫瘍生検を目的に腹腔鏡によるアプローチを行い、重度癒着剥離の末、卵巣子宮内膜症性嚢胞

と診断され、腹腔鏡下卵巣切除により開腹を回避することができました(図9)。近年、腹腔鏡下手術は悪性疾患へも応用されるようになり、開腹術と同等あるいはそ

れ以上の治療成績をもたらすという報告も認められています。以上、日常診療あるいは救急外来で遭遇する可能性の高い、急性腹症を呈する婦人科疾患につい

て概説いたしました。その多くは画像診断が有用で、現在では内視鏡下での治療が可能となつてい

外来診療担当医表

ホームページ上で随時更新しております。
http://www.matsuyama.jrc.or.jp/

H19.7.1現在

診療科目	室	月	火	水	木	金		
内科	総合内科 1	定永敦司	横田英介	藤崎	横田	横田		
	総合内科 2	詫間隆博	詫間	定永	詫間	岡田/徳山貴人		
	糖尿病 3	岡田貴典		岡田	和泉	和泉		
	糖尿病 5	和泉賢一	近藤しおり	近藤	近藤			
	高血圧 6		村上一雄	村上		村上		
	血液 7	牟田毅						
	血液 7	藤崎智明	上田陽子	上田	藤崎	牟田		
○糖尿病教室 毎週水・金曜日 10:00~12:00 (近藤・岡田・和泉)								
肝胆膵センター	午前	上甲康二 田中良憲 大野芳敬	上甲 小林雄一 渡辺崇夫	田中 竹下英次	田中 小林	上甲 竹下 大野		
	午後	田中	上甲 小林 渡辺	検査	検査	上甲 竹下 大野		
胃腸センター (消化器科)	外来部門	午前	新患 予約	小林広幸 砂原賢士	藏原晃一 青見賢明	吉野修郎 石橋	藏原 川崎	小林 藏原
		午後	新患 予約	石橋英樹 塚勇二	砂原 塚	担当医	青見 小林	川崎 吉野
	検査部門	午前	内視鏡 検査	藏原/塚 吉野/石橋 川崎啓祐	塚/小林 吉野/川崎 砂原	小林/藏原 砂原/青見	小林/塚 吉野/石橋 砂原	吉野/塚 石橋/川崎 青見
		午後	透視検査	青見	石橋	川崎	青見	砂原
	部門	午後	内視鏡 検査	小林/吉野 川崎/砂原 青見	藏原/吉野 石橋/川崎 青見		藏原/塚 石橋/砂原 川崎	小林/藏原 石橋/砂原 青見
		特殊検査	特殊検査	内視鏡治療		特殊検査	内視鏡治療	
	※内視鏡検査：午前は上部消化管およびS状結腸内視鏡検査、午後は全大腸内視鏡検査および特殊検査・治療。 ※院長外来：別枠で今まで同様(火・金の午前)診療いたします。							
	循環器センター	新患 予約	高橋 優 今村義浩	久保俊彦 荻原俊昭	塚浩二 荻原	今村 高橋	荻原 久保	
		院内新患 予約					船越	
		心外	梅末正芳 (初再診)		松井完治 (初再診)			
呼吸器センター	呼吸器科	山本昭彦	牧野英記 (再診のみ)	山本	牧野	山本 (再診のみ)		
	呼吸外科 検査手術	手術	隠土 薫	手術	横山英樹	横山		
☆呼吸器科：紹介状をお持ちの患者様のみ診察いたします。(月・水・木)								
腎センター	1	原田篤実	原田	原田	満生	江里口		
	2	満生浩司	江里口雅裕		上村太朗	上村		
脳神経センター	脳外	前田仁史 佐藤 斉	前田	曾我部貴士 大下純平	佐藤	曾我部 大下		
	神内	山下順章 志田憲彦	山下 志田	山下 志田	山下 志田	山下 志田		
小児科	午前	1 小谷信行 2 上田晃三 3 眞庭 聡 馬場健児	雀部 誠 須賀久美子 眞庭	小谷 西崎眞理 中野広輔 馬場	近藤陽一 片岡京子 眞庭	小谷 高岩正典 中野 馬場		
	午後	液	児	ア	分	未発		
産婦人科	午前	横山幹文 田中泰雅 坂口健一郎	田中 北出尚子	妹尾大作 坂口 北出	高木香津子	横山 妹尾 高木		
	午後	横山 田中 坂口	妹尾 坂口 北出	妹尾 坂口 北出		横山 妹尾 高木		
	手術	手術	手術	手術				

診療科目	室	月	火	水	木	金	
外科	午前	1	白石 猛	和田寛也	高橋郁雄	西崎 隆 (肝・胆・膵)	高橋
		2	郡谷篤史	寺師貴啓	白石	伊地知英樹	宮崎充啓
		3	山岡輝年			山岡	
	午後	7	井上博道	井上	井上		井上
		2	財前善雄		村守克己	財前	村守
		ストーマ外来		外来手術			
		※水・金曜日の診療はありません。緊急の方はご連絡ください。					
整形外科	1	中城二郎	山本 進	山本	中城 股	野田	
	2	安本正徳	野田慎之	菊川和彦	安本 膝	菊川 肩	
	3	高沢皓文	新本誠一郎	高沢	住吉範彦	竹内実知子	
リハビリテーション科	1		田口浩之	田口		田口	
リウマチセンター	午前	1	仲田三平	仲田	仲田	水木	山田
	午後(予約)	1	水木伸一	山田一人	重栖 孝	山田	山田
泌尿器科	午前	1	藤井元廣	藤井	藤井	藤井	矢野
		2	田丁貴俊	田丁	荒木	田丁	荒木
		5	荒木映雄	矢野 明	宮本克利	矢野	
	午後	予約検査			予約検査	第13ストーマ外来	
		※水・金曜日の診療はありません。緊急の方はご連絡ください。					
耳鼻咽喉科	午前	1	有友 宏	篠森裕介		篠森	
		2	藤田健介	藤田	手術	有友	手術
	午後	3	上田哲平	上田		上田	
※水・金曜日の診療はありません。緊急の方はご連絡ください。							
眼科	午前	1	児玉俊夫	西谷元宏	石川明邦	児玉	石川
		2	島村一郎	石川和郎	島村	金子	西谷
		3	金子明生		鄭 曉東		鄭
午後	1	児玉		石川		石川	
	2	島村	手術	島村	手術	西谷	
	3	金子		鄭		鄭	
皮膚科		南 満芳	南	南	南	南	
形成外科	午前	庄野佳孝	庄野	手術	庄野	庄野	
	午後	手術	手術	榑創回診	手術	手術	
麻酔科	1	安部俊吾		津野信輔		安部	
心療内科・精神科		竹尾重紀	竹尾	竹尾		竹尾	
放射線科	新患 予約	村田繁利 落合浩一朗	村田	村田	村田	村田	
	口腔外科	1	寺門永頭	寺門	寺門	寺門	
歯科 口腔外科	歯科	2	兵頭正秀	兵頭	兵頭	兵頭	
		3	中川雅博	中川	中川	中川	
		※ 初診担当は歯科口腔外科まで問い合わせください。 午前：月～金 11時まで初診受付					

茶色文字は前回から変更があった所です。

血 血管外科 小 小児外科 乳 乳腺外科 手 手の外科 股 股関節外科 脊 脊椎外科 膝 膝の外科 肩 肩・膝の外科 気 気管支ファイバー 再 予約再診 液 血液 腎 腎臓
ア アレルギー 児 乳児健診 喘 喘息外来 代 代謝外来 分 内分泌 夜 夜尿外来 未 未熟児健診 発 発達外来 不 不妊外来 更 更年期外来 移 腎移植

お知らせ

松山赤十字病院登録医制度について

平成19年7月1日現在、当院の登録施設は351、登録医は482名です。今後も随時、受付けておりますので当院地域医療連携室までお問い合わせください。TEL(089)926-9516

FAXによる受診予約について

地域医療連携室では、従来より地域のかかりつけ医の先生方からFAXによる紹介患者様の受診予約を承っております。これによって紹介初診患者様を、来院日にはお待たせすることなく、受診される診療科へご案内することが可能になり、患者様にも好評です。

是非、FAXによる受診予約をご利用頂きますようお願い申し上げます。

FAX(089)926-9547(24時間受付)

TEL(089)926-9527(平日8:30~17:10)

紹介状の有る患者様に係る診療受付時間(土曜・日曜・祝祭日・創立記念日(5/1)を除く)

○紹介状を持参で午後3時まで受付可能な診療科(毎日)

内外科	脳神経外科	循環器科	放射線科
小児科	小児科	心臓血管外科	
消化器科	腎臓内科	歯科口腔外科	

○紹介状を持参で午後3時まで受付可能な診療科(曜日限定)

整形外科	火・木	泌尿器科	火・木
小児科	月・水・木	リウマチ科	火・木・金
耳鼻咽喉科	月・火・木	呼吸器科	火・木・金
皮膚科	月・火・木・金	産婦人科	月・水・金
眼科	月・水・金		

※眼科については連携室経由の患者のみ

○午前11時までの診療科

心療内科(精神科)	形成外科	呼吸器科(月・水・木)
神経内科	麻酔科	リハビリテーション科

注：いずれの診療科も緊急を要し地域医療連携室を通した患者様に限ります。

緊急を要しない患者様の受付は従来通り午前11時までです。