

Matsuyama Red Cross Hospital

地域医療連携室報

2023.8

No. **96**

基本理念

『人道』の赤十字精神に基づき、地域医療に貢献します。

基本方針

- 1 **安全文化**
安全な医療を最優先とし、医療の質向上に努めます。
- 2 **地域連携**
高度な急性期医療を実践し、地域の連携に努めます。
- 3 **災害医療**
災害医療に対応し、国際活動への貢献に努めます。
- 4 **人材育成**
職場環境を整備し、人材の確保と育成に努めます。
- 5 **健全経営**
安定した経営基盤を構築し、健全化に努めます。

第17回

地域医療連携フォーラム

『生活習慣病 ～診療と地域連携の最前線～』

日時／令和5年6月11日(日)

13時～15時30分

参加人数／来場 78名

オンライン 155名

開会挨拶

松山赤十字病院 院長 西崎 隆



2014年の起工式に始まった新病院の建築ですが、約8年間の歳月をかけ昨年12月グランド・オープンいたしました。この間、何かとご迷惑とご不便をおかけしましたが皆様のご協力により無事完成いたしました。改めて、ご協力とご支援に心より感謝申し上げます。新病院は、南海トラフ巨大地震に備えた免震構造であり、最新の医療機器と快適な療養環境を備え、省エネによるサステナブルな地球環境にも配慮した病院となりました。これらは、世界的にも高い評価を受け、ドバイで開催された国際病院学会で2022年度国際病院連盟賞のグリーンホスピタル部門で金賞を受賞いたしました。この部門での金賞は日本から初めてであり、松山市に国際賞を受賞した病院が誕生したことは当院の職員のみならず松山市民にとっても誇らしい出来事でした。

当院は 大正2年(1913年)に開設され、地域の皆さんに支えられ本年で創立110年を迎えました。この長い歴史の中で、26年前に1つの大きな転換点がありました。それまで当院は院内で「急性期」「回復期」「慢性期」「看取り」まですべての段階の医療を行う「病院完結型医療」を行っていましたが、地域の医療機関がそれぞれの得意分野を役割分担し連携して医療を行う「地域完結型医療」へと大きく舵を切ったのです。当院は「急性期」を中心とした医療を担い、「回復期」及び「慢性期」となった患者さんは連携により転院をお願いしてきました。その結果、1か月以上あった

入院待ち期間は大幅に短縮することができました。

この「地域医療連携フォーラム」は、当院の行っている連携の取組みについて市民の皆さんに広くご理解いただくことを目的に平成16年(2004年)から開催しています。今回のフォーラムのテーマは「生活習慣病：診療と地域連携の最前線」といたしました。生活習慣病は初期の段階で適切な治療を行えば、将来の重い合併症を予防できます。しかし、万が一合併症が生じた場合には、安心安全で最善の医療が迅速に提供されなければいけません。そのためには、医療者間の連携が欠かせません。今回は、当院で活躍している先生方から「最新の医療情報」と「医療連携の現状」に関してご解説いただきます。

最後に、本フォーラムが皆さんにとって有意義なものとなりますことを願ひまして開会のご挨拶とさせていただきます。

プログラム

《敬称略》

● 挨拶 13:00～

開会挨拶 松山赤十字病院 院長 西崎 隆
来賓挨拶 松山市医師会 会長 矢野 誠

● シンポジウム 13:10～

『生活習慣病～診療と地域連携の最前線～』

■座長 松山赤十字病院 副院長(患者支援センター所長) 蔵原 晃一
松山市医師会 会長(医療法人社団矢野内科院長) 矢野 誠

講演1 「糖尿病診療と地域連携の現状」 松山赤十字病院 糖尿病・内分泌内科部長 近藤しおり

講演2 「動脈硬化予防診療と地域連携」 松山赤十字病院 高血圧内科部長 福岡 富和

講演3 「地域連携で診る心臓血管病」 松山赤十字病院 第一循環器内科部長 盛重 邦雄

講演4 「脳卒中治療の進歩と地域連携」 松山赤十字病院 脳神経内科部長 池添 浩二

● 閉会挨拶 15:30

松山赤十字病院 副院長 蔵原 晃一



本日は松山赤十字病院の第17回地域医療連携フォーラムがこのような盛大に開催されますことを心からお慶び申し上げます。ご準備をいただきました西崎院長、蔵原副院長をはじめ、病院

スタッフの皆さまにお礼を申し上げるとともに、お招きいただきましたことを心より感謝申し上げます。

複数の診療科や高度な医療機器を備え、地域医療の拠点としての役割を担う病院のことを中核病院と呼びますが、松山赤十字病院は34の診療科をそろえる愛媛県の中核病院であります。昨年、令和4年12月26日に新病院がグランドオープンを迎えました。新病院では、環境に優しい病院を目指して、省エネルギーや二酸化炭素の排出量削減を高める取り組みを行い、日本国内の平均的な病院に比べ25%以上の省エネを達成いたしました。その結果、新聞でも報道されましたのでご存知の方もおられると思いますが、国際病院連盟賞グリーンホスピタル部門で日本国内初となる金賞を受賞されております。松山市民、愛媛県民が世界に誇れる新病院となっております。金賞受賞、誠にめでたうございました。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけは、5月8日に、季節性インフルエンザなどと同じ「5類」に移行されました。医療提供体制について、行政の関与を前提とした限られた医療機関による特別な対応から、幅広い医療機関による自律的な通常の対応へ移行されました。松山赤十字病院は限られた医療機関の一つとして、長期にわたり、松山圏域の新型コロナ患者さんの診療にご尽力いただきました。松山市医師会を代表して心から感謝申し上げます。

この場を借りて皆さんに5類変更に伴い変更された内容についてお伝えしておきます。全数把握がなくなり感染者数の発表がなくなりました。それに伴い現在の感染状況は分からなくなりました。陽性者の行動制限や、濃厚接触者の特定がなくなりました。検査や診療費に自己負担額がかかるようになりました。ただし9月まで高額なコロナウイルスの治療薬は無料となっております。ワクチン接種についてですが、来年3月末まで今年度中は無料となっております。現在は令和5年春開始接種が行われており、高齢者、基礎疾患のある方、医療従事者が対象となっております。従来から言われております重症化予防に加え

て、後遺症を減らすと報告されておりますので対象者で未接種の方はワクチン接種を検討いただけたらと思います。3月13日よりマスクの着用は自己判断とされております。ただし医療機関では、高齢者や基礎疾患をお持ちの重症化リスクの高い方への感染防止のため、引き続きマスク着用をお願いしております。ご協力いただきますようお願いいたします。5類になってコロナウイルスがなくなったわけではありません。感染症専門医は、年末までに再度大きなパンデミックが起こる可能性があると言われております。基本的な感染対策を継続していただくようお願いいたします。

さて、本日は「生活習慣病～診療と地域連携の最前線～」との演題でシンポジウムが行われます。

生活習慣病とは食べ過ぎや偏食、運動不足や、お酒の飲みすぎなど生活習慣が主な原因となって起こってくる慢性疾患です。代表的な生活習慣病には高血圧、高脂血症、糖尿病、脳卒中などがあります。

生活習慣病の予防、治療においてかかりつけ医が重要です。「かかりつけ医」とは、日ごろから健康管理などについて相談できる、身近な医師のことです。診察以外にも、健康診断や病気の予防、生活指導などの相談ができますので、ぜひ自分や家族のかかりつけ医をもつようにしてください。専門的な診察や高度な検査が必要な場合には、松山赤十字病院のような専門の医療機関を紹介するようになります。また、介護や福祉への橋わたしもかかりつけ医の重要な役目となっております。

本日のフォーラムでは、各分野で愛媛県の医療をリードしておられる、ご高名な4名の先生に、糖尿病、動脈硬化、心臓血管病、脳卒中についてご講演していただきます。いずれの分野も日々進歩しており、最新の診断治療について、また医療連携の重要性についてご講演いただけたと思います。私もとても楽しみにしております。

医療連携は、松山市医師会でも以前から重要と考えており、医師会内に医療連携部を設置しております。来年4月から医師の働き方改革が施行されることもあり、病院機能継続のためにも、診療所やクリニック、中小の病院と中核病院のより良い連携を進めていくのが重要と考えております。

本日のフォーラムを通して、生活習慣病および地域連携について市民の皆さまにご理解を深めていただくことを祈りまして私の挨拶とさせていただきます。

講演1

糖尿病診療と地域連携の現状

松山赤十字病院 糖尿病・内分泌内科部長 近藤しおり



糖尿病の治療の目標は、糖尿病のない人とかわらない寿命とQOLです。そのためには通院を中断しないことが大切です。糖尿病はほとんど無症状であるため、血液検査をしなければ血糖コントロールの状況がわかりません。受診行動が負担になっては継続できませんので、仕事や生活に支障をきたさず上手く糖尿病の治療を継続するために、地域で連携して行う循環型の糖尿病診療連携がすすんできました。基幹病院の糖尿病専門外来にご紹介いただくのは、糖尿病の治療開始時や、糖尿病合併症や併存症の検査や治療時、血糖コントロールの悪化時などです。半年程の糖尿病専門外来(必要に応じて入院治療も含む)での治療後、かかりつけ医の先生へ逆紹介となります。糖尿病専門外来は年1, 2回の予約、普段の検査や処方のかかりつけクリニックに通院することになります。(図)

2型糖尿病治療薬はこの10年で著しく進歩しました。アメリカ糖尿病学会の2型糖尿病の薬物療法アルゴリズムでは、心血管合併症や心不全、慢性腎臓病の合併がある患者さんには、SGLT2阻害薬とGLP-1受容体作動薬が推奨されています。一方、

血糖値を下げる、体重を減らすという観点からも各薬剤が推奨の強さごとに挙げられており、現在日本で一番処方されているDPP-4阻害薬は低い位置づけとなっています。これは人種によって糖尿病の病態が大きく異なるためと考えられています。そこで、2022年日本糖尿病学会から始めて、2型糖尿病の薬物療法のアルゴリズムが発表されました。まずは、肥満があるかないかに注目し、肥満がない方は内因性インスリンが低下している、肥満者はインスリン抵抗性が主な病態と考えて薬物を選択していくというものです。次に低血糖リスクなどの安全性を考慮します。3つめに慢性腎臓病、心不全や心血管疾患の有無に応じて付加的メリットが期待できるSGLT2iやGLP-1受容体作動薬を考慮します。4つめには費用対効果など経済面も考えます。実際にはこの4つのステップは同時に考慮されています。

普段から患者さんを深く知って下さっているかかりつけ医の先生と、糖尿病専門外来の医師と、患者さんご自身の三者がよく相談し、患者さんお一人お一人に最も適した治療を選択していくことが大切です。当院では、糖尿病の放置や治療中断を根絶し、糖尿病があっても、ない人と変わらない健康寿命の確保のために、地域ぐるみの糖尿病診療連携をすすめていきたいと考えています。

糖尿病診療連携

年1,2回の予約：
薬物療法調整、
栄養相談、
合併症や併存症の
検査・治療、
足外来など



日常の健康管理、
定期検診

糖尿病専門外来ご紹介のタイミング：①初回診断時、②悪化時、③入院必要時

半年ほどで血糖値改善、合併症・併存症の評価・治療終了、
糖尿病診療連携開始。日常診療はかかりつけ医、専門外来は半年一回程度。



1. 動脈硬化の進展と疾患発症 (図1)

動脈硬化とは、加齢により、血管が硬くなる状態です。内腔にプラークが生じ、血液の通り道が狭くなり、臓器(脳・心臓)に十分な血液を供給することができなくなります。動脈硬化は、数十年をかけて進行してゆ

きますが、この間、症状はほとんどありません。プラークが破れ血栓を形成して血流が完全に遮断されると、初めて症状が出現します。プラーク破綻は突然発症し、重篤な健康被害(脳梗塞、心筋梗塞)をもたらすため、「動脈硬化症」は「沈黙の暗殺者」と呼ばれています。

2. 動脈硬化性疾患の発症予防 (図2)

動脈硬化を進行させる様々な危険因子が知られています。疾患としては、高血圧、脂質異常、糖尿病の3疾患(余分3兄弟)、また、生活習慣上の問題として、「肥満と喫煙」が重要な危険因子として挙げられています。アメリカ心臓病協会は、心血管の健康チェックリストとして、これらを含めた7項目を「実践が簡単な生活習慣7選(シンプル7)」として実施を推奨しています。特に、④運動をする、⑥標準体重を維持することは、薬物治療の効率も改善させます。

3. 動脈硬化の可視化 (図3)

動脈硬化は、脳梗塞、心筋梗塞を発症するまでは、自覚症状がほとんどありません(サイレントキラー)。無症状のため、動脈硬化の進行に気が付かず、無防備のまま発症するケースがほとんどです。動脈硬化の初期から治療を開始すれば梗塞の発症を防ぐことが可能です。危険因子(図2)を有する場合は、医療機関で検査を受け、動脈硬化の状態を把握することが勧められます。体の外から動脈硬化を観察する方法としては、①頸動脈エコー、②眼底検査、③造影CT、④MRI等があります。これらの検査は健診、人間ドックでも施行可能です。

4. 効果的な「健康管理」システム (図4)

動脈硬化症診療は、長期にわたる「患者と医療機関」の共同作業による健康管理であり、その実践には、多職種連携によるマルチファクターの相互作用が必要です。患者自身による「シンプル7」の実践、それを「かかりつけ医」を中心とした多職種連携にてサポートすることで持続性を持った健康管理が可能となります。また、治療効果の出やすい環境整備として、やはり「かかりつけ医」を基点とした「病診連携」による「動脈硬化症の重症度評価・治療効

果判定(動脈硬化の可視化)」も欠かせません。人生100年時代の、「動脈硬化診療」においては、「健康寿命延伸」を目指して、「病診連携・多職種連携」による相互補完的医療サービスの提供等、地域全体で担う「医療サービス提供システム」の構築が必要です。

図1 動脈硬化の進展と疾患発症

1. 動脈が硬くなって弾力性が失われた状態
2. 内腔にプラークが生じ、血管が詰まりやすくなる

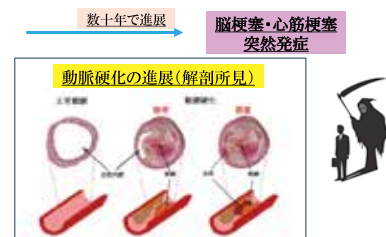


図2

動脈硬化性疾患(=梗塞)の発症予防

動脈硬化促進疾患の治療

7つのシンプルな生活習慣



1. 高血圧症
2. 脂質異常症
3. 糖代謝異常

- ①血圧を管理する
- ②コレステロールを管理する
- ③血糖値を下げる
- ④運動をする
- ⑤健康な食事
- ⑥標準体重を維持する
- ⑦タバコを吸わない

図3

動脈硬化の可視化

1. 動脈が硬くなって弾力性が失われた状態
2. 内腔にプラークが生じ、血管が詰まりやすくなる



見える化



図4

効果的な「健康管理」システム

(かかりつけ医中心の病診連携・多職種連携)

1. シンプルな生活習慣
 - ①血圧を管理する
 - ②コレステロールを管理する
 - ③血糖値を下げる
 - ④運動をする
 - ⑤健康な食事
 - ⑥標準体重を維持する
 - ⑦タバコを吸わない



2. 動脈硬化の可視化





今回のフォーラムでは、心臓血管病診療における地域医療連携の重要性に関して、循環器内科医の立場からお話させて頂きました。心臓血管病患者さんのQOL及び生命予後の改善のためには、急性期から安定期まで

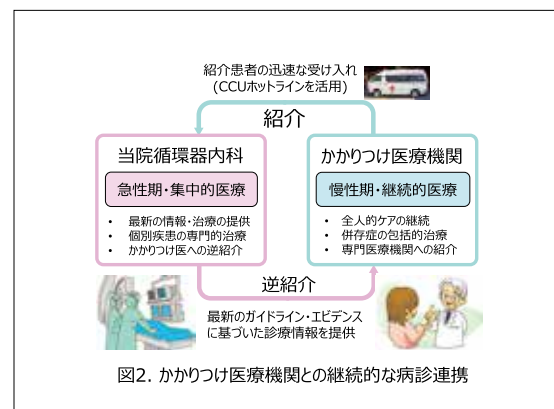
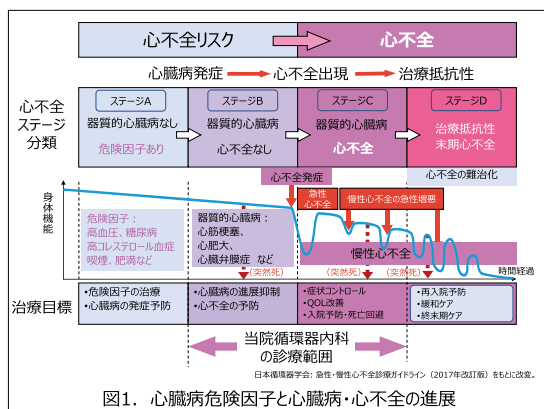
継続的に診療していくことが重要であり、地域医療連携が不可欠です。

循環器内科は、心臓及び血管を中心に全身の血液循環に関連する疾患を診療しています。心臓病が悪化するとしばしば心不全と呼ばれる状態に陥ります。血液循環に必要な心機能が不足した状態である心不全は、進行性であり生命予後を縮めます(図1)。心臓病の危険因子には、高血圧、糖尿病、高コレステロール血症などの生活習慣病があります。心臓病予防には、生活習慣病の管理が重要ですが、心臓病に罹っても、しっかりと治療すれば心不全への進展を阻止できます。残念ながら、心臓病・心不全が進展していく全ての過程において、当院循環器内科のみで診療することは物理的に困難であり、生活習慣病予防や一連の治療を終えて、安定期にある心不全患者さんの管理等は、継続的な病診連携を前提として、かかりつけの医療機関にお願いさせて頂いております(図2)。

予防期や安定期の診療を担わない代わりに、我々は、心臓血管病の高度専門治療や救急医療を担います。最近の心臓病治療は、高度に専門化・複雑化

しており、治療に要する医療資源や労力も膨大です。狭心症や心筋梗塞に対する冠動脈カテーテル治療(PCI)、不整脈に対するカテーテルアブレーションやデバイス植込み、大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈置換術(TAVI)等、心臓治療の種類・範囲は多岐に渡ります。我々は、当院に備わる医療リソースを総動員して心臓血管病の集中的治療を行い、患者さんを早期回復へと導きます。また、当科は、心臓血管外科と共に、循環器センターを構成し、24時間365日体制で、心臓血管病の急性期診療に対応しています。加えて、医療機関や救急隊に公開している直通電話(=CCUホットライン)があり、この番号を通じて年間300件以上の心臓病救急患者を受け入れています。急性心筋梗塞や急性心不全等、心臓病の救急患者には迅速な対応が求められます。私共は、地域医療を支えるために、断らない医療を実践していくことが重要であると考えています。

昨今の医療制度改革のもと、当院が、急性期高度専門医療へ特化することを求められる中で、循環器内科の診療も心臓血管病の急性期救急診療が中心となっています。一方、人的資源が限られる中で非専門領域や外来機能に関しては、限定的とならざるを得ません。高齢化社会の急激な進展の最中であって、心不全患者数は現在も増加し続けています。地域の患者さんを、地域の中で、継続的に診療していくために、地域医療連携を機能させることが必要不可欠です。ご理解ご協力を何卒よろしくお願い致します。



講演4

脳卒中治療の進歩と地域連携



脳卒中の中でも脳出血は
血圧管理により発症率が減
少してきましたが、脳梗塞
のそれは依然として高いま
まとなっています。ただ近
年脳梗塞の超急性期治療が
進歩し、ひと昔前では考え
られなかったような改善が
期待できるようになりました。

右の図にあるt-PA療法(血栓溶解療法)と血栓回
収療法がそうです。前者はt-PA(組織プラスミノ
ゲンアクチベーター)という血栓を溶解させる薬剤
を点滴することで血管に詰まった血栓を溶かす治療
で、後者は血管にカテーテルを挿入し、そこから特
殊な器具(ステント等のデバイス)を用いて血栓を回
収して血流を再開させます。いずれも従来の脳梗塞
治療よりも強力で効果も期待できますが、発症から
数時間以内での施行が必要なことと、施行できる施
設も限られてしまうため、その恩恵に与ることがで
きる患者さんも限られてしまいます。

そこで2018年に脳卒中・循環器病対策基本法が
策定されました。超急性期の患者さんに迅速な治療
を可能にする脳卒中センターの設置が提言され、当
院もこれらの治療が可能な脳卒中センターに指定さ
れております。また脳卒中の治療は当院のような急
性期病院だけで完結するものではなく、その

松山赤十字病院 脳神経内科部長 池添 浩二

後の回復期リハビリテーション、また地域のかかり
つけの先生のもとでの生活習慣病の管理等も重要で
す。普段はかかりつけの先生にみていただき、定期
的な画像検査や万一の再発の際には当院で治療する
という連携で今後も脳卒中患者さんを支えていきたく
存じます。

なお、このフォーラム当日は当方の不手際により
お粗末な発表になってしまったことをお詫び申し上
げます。

脳梗塞超急性期治療の進歩

- 1995 米国でt-PA開始
- 2005 厚労省 t-PA認可：3時間以内
- 2010 厚労省 血栓回収デバイス認可
Merci Retriever
- 2012 t-PA 4.5時間以内
厚労省 ステント型血栓回収デバイス認可
Solitaire
- 2014 厚労省 ステント型血栓回収デバイス認可
Trevo
- 2017 血栓回収療法がガイドラインでGrade AIに

脳卒中・循環器病対策基本法

2018年12月に「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本
法（脳卒中・循環器病対策基本法）」が制定



閉会挨拶



松山赤十字病院 副院長 蔵原 晃一

日赤イブニングセミナー

第1回
4月20日

上部消化管内視鏡診断のトピックス

(自己免疫性胃炎合併胃癌と非乳頭部十二指腸腺腫・癌について)

副院長兼第一消化内科部長 蔵原 晃一



近年、上部消化管疾患の中で自己免疫性胃炎と非乳頭部十二指腸腺腫・癌が注目され、両疾患に関する臨床研究論文が急増している。本セミナーでは、上部消化管内視鏡診断のトピックスとして、両疾患に関する最新知見と当科の診療データと示した。

自己免疫性胃炎 (Autoimmune gastritis : AIG) は、胃壁細胞のプロトンポンプに対する自己抗体である抗胃壁細胞抗体の出現により胃底腺の破壊が生じ、高度胃粘膜萎縮を引き起こす疾患と定義され、幽門線萎縮が軽度にとどまるのに対して胃底腺萎縮は高度で胃体部優位のいわゆる“逆萎縮”を示す。内視鏡診断は“逆萎縮”を認識することが重要であるがピロリ菌感染を合併している症例では不明確となるため、固着粘液、白点、残存胃底腺粘膜などのいわゆる副所見から本症を疑い、2点定点生検を施行することが重要である。本症の診断基準は確立されていないが、当科では定点生検で本症に合致する病理組織学的所見が得られた場合に自己抗体を調べ、血清抗胃壁細胞抗体陽性もしくは抗内因子抗体陽性例を確診例としている。現在までに当科でAIGと確診した症例は計161例でそのうち35例(21.7%)に胃癌(42病変)を認めている(スライド表参照)。本邦は、現在、「ピロリ胃炎の減少とAIGの増加」という「胃炎の過渡期」に入っていることが指摘されている。当科のデータでも示したようにAIGは高率に胃癌を合併することが報告され、ピロリ菌胃炎にかわる新たな胃癌の発生母地として重要視されつつある。当科においても更なる症例の集積に基づく臨床研究を継続する予定である。

近年、上部消化管内視鏡検査の普及を背景に十二指腸上皮性腫瘍に遭遇する機会が増加し、特に非乳頭部十二指腸腺腫・癌の早期診断と低侵襲治療の必要性が高まりつつある。非乳頭部腺腫・癌は、絨毛上皮由来でadenoma-carcinoma sequenceによって説明される腸型形質の管状腺腫・癌と、異所性胃型上皮を伴う腫瘍様病変に由来する胃型形質の管状腺腫・癌に大別される。腸型腺腫・癌は全十二

指腸にほぼ均一に分布して

いるのに対して胃型腺腫・癌は乳頭より口側に好発する。内視鏡所見は、腸型は平坦隆起型が多く高頻度に白色化を伴うのに対して、胃型はIIs様ないしSMT様が多く表面に胃腺窩上皮化生を認める。十二指腸近位側に隆起性病変を認めた場合、表面に腺窩上皮領域を認める症例は胃型腫瘍を念頭に置き、異所性胃粘膜やBrunner腺過形成などの腫瘍様病変との鑑別に生検を施行する。従来、十二指腸腺腫・癌の大部分は腸型形質とされてきたが、当科の検討では94病変中35病変(37.2%)が胃型形質であった(スライド表参照)。近年、腸型腺腫・癌と胃型腺腫・癌を比較すると、胃型腫瘍の方が腸型腫瘍よりも明らかに生物学的悪性度が高く予後不良であることが明らかにされつつある。更なる胃型腺腫・癌症例の蓄積に基づく検討を当科においても継続する予定である。

自験AIG 161症例の臨床的特徴

診断時年齢(中央値)	75歳(44~92)
男 / 女	63例 / 98例
HP感染状態	現感染 20例 (12.4%)
	既感染 50例 (31.1%)
	未感染 91例 (56.5%)
抗胃壁細胞抗体陽性	134例 (83.2%)
抗内因子抗体陽性	79例 (49.1%)
悪性貧血	46例 (28.6%)
自己免疫性甲状腺疾患	27例 (17.9%)
胃NET	9例 (5.6%)
胃腺腫	19例 20病変 (11.8%)
胃癌	35例 42病変 (21.7%)

原 裕一、蔵原 晃一、大城 由美、他、消化器内科3, 2021

非乳頭部十二指腸腺腫/腺癌の本邦報告例 切除例を対象として粘液形質を分類した検討

	報告年	腸型	胃腸混合型	胃型	計
Mitsuishi, et al	2017年	98病変 (89.1%)		12病変 (10.9%)	110病変
Toba, et al	2018年	64病変 (46.4%)	69病変 (50.0%)	5病変 (3.6%)	138病変
Yoshida, et al	2019年	97病変 (77.6%)		28病変 (22.4%)	125病変
Matsueda, et al	2021年	302病変 (93.0%)		23病変 (7.0%)	325病変
自験例※	2022年	39病変 (41.5%)	20病変 (21.3%)	35病変 (37.2%)	94病変

※ 清森亮祐、蔵原晃一、大城由美、他、胃と腸 57, 2022



内分泌疾患は、ホルモンを分泌する組織や器官の機能異常によって引き起こされる疾患群を指します。内分泌疾患は、とっつきにくい印象をもっているかもしれませんが、耐糖能異常を有する人が約2,000万人、高血圧患者は4,300万人いる中で、糖尿病患者の約3%に潜在性クッシング症候群が存在したり、また、高血圧症の約10%は二次性高血圧で、その中で約5%に原発性アルドステロン症が存在します。そして、内分泌疾患の中で最も頻度の多い甲状腺疾患は、40歳以上の女性10人に1人は甲状腺疾患を有するといわれています。つまり、疑われないと見過ごされてしまう可能性が高いといえます。

以下に、日常診療でよく遭遇する内分泌疾患について説明します。

1. 耐糖能異常から疑う内分泌疾患には、クッシング症候群や先端巨大症が重要で、どちらも特徴的な身体所見が重要です。疑った場合はACTH、コルチゾールやGH、IGF-1の測定が有用です。また医原性クッシング症候群の原因となるステロイド治療歴の把握も重要です。
2. 高血圧症の中では頻度の高い原発性アルドステロン症を中心に2次性高血圧症を見逃さないように、全例でのスクリーニングが望ましいです。
3. 甲状腺疾患は、中毒症の動悸、手指振戦、体重減少などの症状や心房細動などを認めた場合は、TSH、FT4の確認が重要です。一方で、甲状腺機能低下症は、無気力や便秘、易疲労感など非特異的な症状が多く診断は困難になります。コレステロール高値や認知症などを疑った際にもTSH、FT4の確認が重要です。
4. 原発性副甲状腺機能亢進症は、尿路結石の既往を認める場合は、高Ca血症の存在を考え、

Ca、P値、intact-PTHの測定が必要です。

5. 骨粗鬆症の患者においては、内分泌疾患による続発性の可能性を考え原発性副甲状腺機能亢進症やバセドウ病、骨軟化症、クッシング症候群などのスクリーニングが必要です。
6. いろいろな疾患の主訴としても多い全身倦怠感を訴える患者では、内分泌疾患として、副腎不全や甲状腺機能低下症の除外が重要になります。

内分泌疾患の早期発見により、患者の生命予後と生活の質を向上させることが期待されます。内分泌疾患診断には、患者の症状や身体所見、電解質異常などの血液検査などから想起し、必要なホルモン検査などを行うことが重要です。症状や検査結果などで疑われる場合や検査値の解釈で悩まれる場合などをご紹介いただければ幸いです。

一般採血結果から内分泌疾患を想起する

検査項目	異常結果	想起される内分泌疾患
肝胆道系	AST高値	バセドウ病、甲状腺機能低下症、GH分泌不全症
	ALT高値	バセドウ病、甲状腺機能低下症、GH分泌不全症
	ALP高値	バセドウ病、副甲状腺機能亢進症
	LDH高値	バセドウ病、甲状腺機能低下症、クッシング症候群
脂質系	高コレステロール血症	甲状腺機能低下症、クッシング症候群、褐色細胞腫
	低コレステロール血症	バセドウ病
	高トリグリセライド血症	クッシング症候群、甲状腺機能低下症、先端巨大症
	低トリグリセライド血症	バセドウ病
その他	高CPK血症	甲状腺機能低下症、副甲状腺機能低下症

どのような症候から内分泌疾患を想起するか

症候	内分泌疾患・病態
耐糖能異常	クッシング症候群、先端巨大症、バセドウ病、褐色細胞腫
高血圧	アルドステロン症、クッシング症候群、褐色細胞腫
動悸	甲状腺中毒症、低血糖発作
暑がり・寒がり	甲状腺機能異常
発熱	亜急性甲状腺炎、橋本病急性増悪
尿管結石	原発性副甲状腺機能亢進症、MEN
骨粗鬆症	続発性骨粗鬆症(原発性副甲状腺機能亢進症、甲状腺機能亢進症、骨軟化症など)
全身倦怠感	甲状腺機能低下、副腎機能低下、低血糖
低血糖	原発性・続発性副腎機能低下、インスリンーマ

一般採血結果から内分泌疾患を想起する

検査項目	異常結果	想起される内分泌疾患
電解質異常	高Na血症	尿崩症
	低Na血症	SIADH、低アルドステロン症、副腎機能低下、甲状腺機能低下
	高K血症	Addison病、低アルドステロン症
	低K血症	(原発性、偽性)アルドステロン症、クッシング症候群、バセドウ病、Batter症候群、Gitelman症候群
	高Ca血症	副甲状腺機能亢進症、副腎皮質機能低下症、悪性腫瘍、バセドウ病
	低Ca血症	副甲状腺機能低下症、クッシング症候群
	高P血症	副甲状腺機能低下症、先端巨大症、甲状腺機能低下症
腎機能	低P血症	副甲状腺機能亢進症、バセドウ病、骨軟化症
	Cre上昇	甲状腺機能低下症
	Cre低下	バセドウ病

発行責任者 / 副院長(患者支援センター所長) 蔵原 晃一

編集 / 松山赤十字病院・患者支援センター 〒790-8524 松山市文京町1番地

TEL 089-926-9527 FAX 089-926-9547 <https://www.matsuyama.jrc.or.jp>