



地域医療連携室報

年頭挨拶 平成19年の当院の取り組み

地域医療連携室室長 (院長) 洲上 忠彦



新年明けましておめでとうございます。
旧年中は登録医療施設を始め地域医療機関の皆様方には一方ならぬご厚情を賜りありがとうございました。
さて、昨年は当院にとりましては苦渋の年でありました。平成17年5月に「地域医療支援病院」の名称使用の承認を受け、平成17年は逆紹介の推進に取り組み年末には急性期特定入院加算の要件である外来・入院比率1.5以下を達成しました。これで平成18年は順風満帆だと思っていたのですが、4月の診療報酬改訂は大きな逆風となりました。マイナス改訂になることは予想していたのですが、紹介率に関する加算の廃止は想定外でした。当院は白石名誉院長の時代から国が推進する地域完結型医療に賛同し、紹介患者主体の急性期入院医療に特化する道を進んできました。診療報酬面で政策誘導しおきながら突然梯子をはずすという国の無節操さには唖然といたしました。それでは自院完結型医療に戻せばとの発想もあるのです

が、当院の目指す方向は変えませんが、地域完結型医療は、患者の立場からみると病状、利便性に応じて適切な医療が受けられ、医療機関の視点からは機能分担し連携することにより、限られた人的、設備的な医療資源が有効に活用でき、共存共栄が図れます。場当たり的な国の医療政策により医療崩壊が急速に進んでいます。現実的に、当県でも医師不足、医師の偏在が起こり、当院でも一部の診療科で診療を制限せざるを得ない事態が生じています。国は財政再建という錦の御旗の下に医療費削減策は今後も続けると予想されます。この状態が続けば、医療機関は壊滅的打撃を受けることは確実で、何らかの自衛策を講じる必要があります。そういった意味でも医療連携の重要性はますます高まります。医療法上、地域医療支援病院は二次医療圏中心ですが、当院は愛媛大学病院を始めとして県下の基幹病院とも連携を図り、医師の適性配置、高額医療機器の共同利用に取り組みたいと思っております。

今年こそ良い年になりますようにと願った年明け、皆様も同じ想いで新年を迎えられたことと存じます。旧年中は、地域連携を通して、いろいろな方面から御指導、御鞭撻を頂きありがとうございました。
2006年は、皆様にとりましては、どのような「二年」だったのでしょうか。診療報酬の改定は、マイナス改定は予測されてはいたものの、どのような形で、どの程度になるのか、最大の関心事でスタートした一年でした。マイナス3・16%は大変な打撃でした。中で唯一、プラスの条件の「七対一入院基本料」の新設は、医療・看護の現場に、未だに大きな影響を及ぼしています。

「急性期の医療」を行う医療機関において、それに必要な看護を提供するための看護職員の配置が認められたということであり、看護職は、忙しい現場に対して納得のいく配置として評価しました。しかし現実は大変な結果を招いていることは御存知のことかと思えます。東京の某(元)国立大学病院の看護師確保対策は、「ウワサ」に尾ヒレがつき、有名な話となつてしまいました。このことは、都会や、大規模病院に看護師(だけではありません、医師もですが)が集中してしまい、地方の看護師不足をより深刻な問題としてしまつたのです。



看護部長 二宮 由美子

医療の機能分化が、国の方針として打ち出され、その役割を、それぞれの施設が果たすことで、地域住民に対する医療を担っているわけでは、一局集中になつては、本当の意味で住民の健康を保障していくことは出来ません。患者様の状態によって、生活しているその地域で、うまく医療機関を活用していくことができるよう支援することが本当の地域連携・支援であると思うのです。
私事ですが、昨年末(93才)が大股骨頸部骨折で入院しました。宇和島の某病院で大変お世話になりました。お産以外、全く入院の経験のない人でした。お決まりの肺炎、それによる40℃の高熱で幻覚・不穏です。鋼線牽引、点滴、バルーンカテーテル、酸素吸入とつながっている中で、トイレに起きようとするのです。私が誰かも解らない時もありました。ところが近所の人、親せきの者が次々と見舞いに来てくださいました。その時はきちつと受け答え出来るのです。(後では覚えてませんが)

は覚えてませんが)知っている顔があると安心したようでした。入院は初めてですが、まわりにはいつもの顔が見られたことが安心につながったのだと思えました。お陰様で、術後35日で退院することが出来ました。内科・整形の医師の方々、看護師さん達、リハビリの先生、配膳の方々、清掃の方々様本当に優しく声をかけて下さいました。その一声がどんなに心強く患者や家族の心に響くのかを実感することができました。医療サイドからばかり見て来た現実を、患者・家族の視点で経験できました。地域の中で、安心して医療にかかることが出来るこんなことが「あたりまえ」と思える、言える、感じられる医療を提供できたらどんなに素晴らしいことかと思えてきたのです。
地域の人々のために、その地で、自分たちの施設の役割を自覚して、着実に果たすことがその「あたりまえ」につながっていくのだと信じます。
今年も、このことを胸に頑張っていきたいと思っております。皆様様の御指導を重ねてよりよろしくお願い申し上げます。

事務部長 元岡 孝道



新年明けましておめでとうございます。
就任後、早くも二度目の新春を迎えることとなりました。事務部長の私としては、日頃診療連携でお世話になっている諸先生方に直接お目にかかる機会は減多に

ありませんが、日頃から何かとご支援、ご協力を賜っていること、本誌を借りてあらためて厚くお礼を申し上げます。
さて、ここで新春に相応しい夢と希望のある話題を提供したいと思えます。それは他ならぬ新病院建設のことです。平成15年10月、洲上院長は就任式で「院長就任に当たっての夢は新病院の建築です。今年が当院創立90周年で10年後には創立100周年になります。その記念式典は新病院で行いたいと言うのが私の夢です。」と、このように抱負を述べ

られたため、県立中央病院の建替えとともに、当院の新築は松山市民の皆さんの間で、大きな関心事になり、また、大きな期待を寄せられているようです。ご承知のように、県立中央病院の新築は既に具体的スケジュールも設定され、奇しくも当院創立100周年の平成25年の完成予定と聞いています。

ところで、測上院長の抱負から3年余が経過した今、院長の夢は夢のままなのか、それとも正夢に近づきつつあるのか、その辺に少し、焦点を当ててみたいと思います。

当然ながら新病院建設には、莫大な経費を必要とします。日本赤十字社の事業活動の内、国際救援や救護活動は、社員が納める社費や国民のみなさんの寄付金によって賄われていますが、医療事業（病院経営）においては独立採算制を基本としているため、建設資金は病院自らが調達しなければなりません。

このため、白石前院長の改革路線を継承された測上院長は、強力な統率力を発揮され、地域医療支援病院認定、外来ダウンサイジング、診療科別原価計算に伴うヒヤリングやBSCの導入など、数々の改革方針を断行して経営改善に取り組みました。

そして、これが序々に結実し、平成15年度からは、3期連続で黒字決算となっています。今年度においても、診療報酬の大幅な引き下げがあったものの、職員が一丸となって、看護基準等の改定に素早く対応したため、黒字決算の見込みであるほか、懸案事項であった芸予地震の被災をも見込めることとなりました。このことは、資金調達における金融機関における信用度を増すことに繋がり、ひいては、将来の投資に備える預金を生み出すことも可能となります。

した。

国の医療費抑制政策の方向性などを考えると、若干早計との誇りはあるかも知れませんが、私は、新病院建設は、最早夢の段階などではなく、着実に正夢に近づきつつあるとの認識をもっています。

いうまでもなく、松山赤十字病院は、数多ある病院の中の単なる一病院と言う存在ではありません。医療法に規定する「公的医療機関」に指定され、赤十字の使命と合わせ、救急医療、高度医療など国の行う医療政策の一翼を受け持つ責務を有する、県立中央病院などと共に、正しく市、県民の輿望を担う中核病院であります。

その病院が大地震など自然災害に耐えうる近代的設備や機能、高度な医療器械など備えた新しい病院に一日も早く生まれ変わることを期待するのは、病院で働く職員ばかりではなく、連携病診の先生方、さらには患者の皆様方の齊しく望まれるところであろうかと思えます。

我々経営管理を実務的に支える事務職員一同は、測上院長を中心に、さらなる経営改善に取り組み、新病院建設の早期実現を図るべく、一層の努力を重ねる所存です。

連携病診の諸先生方に置かれましては、本年も引き続きご支援の程を、どうか宜しくお願い申し上げます。



新任部長のご挨拶

松山赤十字病院 産婦人科部長 妹尾 大作



平成18年9月の産婦人科部長就任以来、数多くの患者様をご紹介いただいておりますことを、この場をお借りして地域医療連携関連施設の諸先生方に厚く御礼申し上げます。

まずは略歴と専門領域などについて、自己紹介させていただきます。

【略歴】

- 昭和61年 高根医科大学卒業後、同産科婦人科学教室に入局
 - 平成5年 高根医科大学産科婦人科助手
 - 平成10年 香川医科大学母子科学講座産科婦人科学助手
 - 平成13年 ウィーン大学女性診療部出生前診断治療科に留学
 - 平成14年 香川県立医療短期大学助教授、香川医科大学非常勤講師
 - 平成16年 香川県立保健医療大学助教授
 - 平成17年 香川大学医学部臨床助教授、香川産婦人科内視鏡手術支援センター開設
 - 平成18年 現職
- 【資格】
- 日本超音波医学会認定超音波専門医・超音波指導医
 - 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
 - 日本産科婦人科学会専門医
 - 医学博士

【受賞】

- 日本超音波医学会第3回奨励賞 (平成14年)
- 「3D CINEを用いた胎児体表奇形の診断」
- 日本産科婦人科内視鏡学会第3回学会賞 (平成15年)
- 「皮下鋼線吊り上げ法による一孔式腹腔鏡下手術の低侵襲性と経済性」
- 香川婦人科腫瘍研究会第2回奨励賞 (平成16年)

【専門】

- 高周波細径プローブを用いた女性内性器の形態評価と診断
- 子宮腔内超音波法と腹腔鏡下骨盤内超音波法への応用
- 産婦人科超音波診断、成育周産期医療、婦人科内視鏡下手術

医療に従事するようになり、早いもので20年が経過いたしました。私が入局したのは、まさに現在のリアルタイム2D（二次元）超音波が全盛期を迎え、カラードプラが導入され、経腔超音波プローブが開発されつつあった頃で、腹腔鏡でもモニター画面を用いず、術者のみが直接スコープを覗いて腹腔内を観察しているような時代でした。それが今日では、子宮内の胎児を立体で描出できる3D（三次元）超音波が登場し、わずか15mm程度の皮切で新生児頭大の子宮を摘出する腹腔鏡下子宮全摘術が確立されています。思えばこの20年間、そんな二つの領域の急速な進歩のなかで、常に新しい情報と臨床データ、技術と手技を追い求めてきたような気がします。論文執筆（英文45編、和文53編）や学会発表（国際学会20題、国内学会178題）に対しても情熱的でありましたが、その基盤となるのはやはり地域に根ざした臨床で

あると考えています。幸いにも当院産婦人科は、成育周産期医療と婦人科内視鏡下手術を二本柱として掲げており、診療面で少しでも私の専門性を役立てることができればと思います。

成育周産期医療に関しましては、超音波を用いた胎児の形態診断、循環動態評価、発育評価、胎児付属物異常の診断を中心に、妊娠24週以降の染色体分析を目的とした臍帯穿刺による胎児採血などを行っています。特に子宮内胎児発育遅延児（IUGR、SGA）における胎児中大脳動脈の血流動態評価では、胎児心拍数図（NST、CTG）に異常が現れる以前に、胎児低酸素症を診断あるいは予知できるため、嚴重な妊娠分娩管理を行うことが可能となります。また、来年度の導入が予定されている三次元超音波を用いることにより、胎児形態異常の診断精度がさらに向上するものと思われれます。ハイリスク妊娠・分娩といえは、近年、骨盤位分娩を行える産科医が少なくなってきたりしますが、私は以前より骨盤X線計測や超音波所見などを評価したうえで、骨盤位も基本的に経腔分娩としています。

一方、婦人科領域における超音波診断としまして、簡便な方法で高い正診率を誇るソノヒステログラフィーを用いた子宮腔内病変（子宮内膜ポリープ、粘膜下筋腫、子宮内膜増殖症、子宮腔内癒着症、初期の内臓癌など）の評価を手掛けている。これらは月経異常、不正性器出血、貧血などの原因となることが少なくなく、その治療として子宮鏡下手術（TCR）をこれまでに170例ほど施行しています。そのうち先駆的に行ってきた静脈麻酔による日帰りTCRが大半を占めますが、翌日から就労できるため大変喜んでいただいています。

最後に、現在、当科で最も診療業績を伸ばしているのが、横山部長によって推進されてきた腹腔鏡下手術です。TCRと合わせた内視鏡下手術件数は累積で1450例に上りますが、とりわけ昨年9月以降の4ヶ月間では88例と急速に増えており、名実ともに四国ではトップ、中四国でも第2位となっています。ひとえにこれも、地域医療連携で患者様をご紹介いただいているためと感謝いたしております。

これからも益々、日常診療における「診断と治療成績の向上」、「医療サービスの充実」を図りながら、地域医療連携室を通じて、地域の諸先生方との交流を深めてゆきたく思います。今後ともご指導ご鞭撻を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

日赤イブニングセミナー

脳卒中の診断と治療

第6回 9月28日

一脳卒中治療ガイドライン2004に準じて

松山赤十字病院 脳神経外科副部長 前田 仁史



我が国の死因でガン、心疾患に次いで、第三位を占める脳卒中は、第二位の心疾患とはほぼ同率であるが、心疾患の中には心不全など各種疾患の末期的状態も含まれるため、単一臓器の致死的疾患としては我が国でNo.1の疾患といえる。

実際に脳卒中は死亡率で心筋梗塞の2倍、発症率では3〜7倍となっており、非常に重要な疾患といえる。2004年に脳卒中治療ガイドラインが発表され、また診断機器の発達などにより、脳卒中の診断と治療も少しずつ変化しているように思われるため、ここに報告する。

脳卒中中の最大の危険因子は高血圧であり、一次予防でも二次予防でも高血圧のコントロールが重要であることが大規模試験で確認されており、ガイドラインにも明記されている。

様々な降圧剤が登場し、以前に比べてコントロールは容易になりつつあり、各々の薬の特徴を知って治療することが重要であろう。その他としては糖尿病、高脂血症、喫煙、非弁膜性心房細動、アルコールの多飲などが確認されている。今流行のメタボリックシンドロームに近づけないことが、予防の基本と考える。

まずは脳出血について述べる。1960年を境に、高血圧治療の普及や食生活の改善により、脳出血死亡率は劇的に低下し、1975年には脳梗塞死亡率よりも低くなった。1980年以降は横ばいである。しかしそれでも諸外国と比較して脳出血の頻度は2〜3倍と高い。脳卒中患者の48%

表1. 高血圧性脳内出血の治療

1. CTで位置、血腫量を確認。
2. 神経症状(特に麻痺の有無、程度)を確認。
3. 血圧の管理、点滴(止血剤、脳圧下降剤)、モニター、投薬(抗痙攣剤)
4. 経時的CTによる観察
5. 手術適応の決定。
6. 手術 or 保存的治療。
7. リハビリテーション。
8. 退院 or 転院。

表2. 脳梗塞の治療

1. 発症時間、症状などの問診。
2. CTで位置、梗塞範囲、出血の有無を確認。
3. Diffusionを含めたMRIを確認。
4. TPA静注 or 血栓溶解剤の適応を決定。
5. 病態に沿った点滴治療を選択。モニター。経過観察。
6. 投薬(抗血小板剤、ワーファリン、降圧剤)
7. リハビリテーション。
8. 慢性期(発症後1ヶ月以上)手術の必要性の有無。(CEA、ステント、バイパス術など)
9. 退院 or 転院

表3. くも膜下出血の治療

1. 「突然の激しい頭痛」の発症時間と神経症状の把握。(Hunt & Hess分類)
2. CTでくも膜下出血の確認。
3. 発症後6時間以内は降圧、鎮痛、鎮静(デュプリバン)。
4. 動脈瘤の位置の把握(DSA, 3D-CT, MRA)
5. 手術適応の決定(clipping, GDC塞栓術)、施行。
6. 術後2週間はスパズム予防の治療(輸血、輸液、血圧維持、髄液ドレナージ、薬剤投与など)
7. リハビリテーション、水頭症の観察。
8. 退院 or 転院。

が高血圧治療中に発症しており、厳格な血圧コントロールを行うことがその予防にも重要である。ガイドラインでは高血圧症に対して降圧薬治療が強く推奨される(拡張期血圧75〜90mmHg以下)。過度の食塩摂取、肥満、運動不足を解消し、バランスの取れた食事、多量の飲酒を控える。低総コレステロール血症の症例では、正常域を保つことが推奨されている。

診断については、CTがスタンダードで、必要かつ十分である。治療経過は表1のとおりである。血腫量と臨床症状から手術適応を決定する。基本的には、大脳で20ml以下であれば、保存的に加療する。生命の危険があるものについては、緊急で開頭手術を行う。特に小脳出血は注意を要する脳出血である。緊急を要しない中等度の出血量の場合には、機能予後を改善させる目的で、CT下定位血腫吸引術を行う。

次に脳梗塞であるが、脳に血液を送る血管に血栓が詰まったり、流れが悪くなったりして、その先の脳細胞が壊死し、神経障害や意識障害を起こすものである。完全に血流が遮断されると5分で脳細胞は死んでしまう。現在脳卒中のうち、脳梗塞が70%、脳出血が25%、くも膜下出血5%となっており、生活の欧米化、高齢化社会の

ために今後さらに増加が予想される重要な疾患である。脳梗塞の推定患者数は120万人、年間約8万人が死亡する。

その分類としては脳血栓症(アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞)と脳塞栓症(心原性脳塞栓症)、その他のもの(動脈の解離、もやもや病、大動脈炎、血液疾患)に分けられる。アテローム血栓性脳梗塞は大きな動脈が原因となる。ラクナ梗塞は小さな穿通枝が原因となる。心原性脳塞栓症は心臓の不整脈で血が固まり、それが流れてゆき脳血管を閉塞することで生じる。従来本邦ではラクナ梗塞が約半数と多かったが、高血圧治療の普及と食生活の欧米化で、大動脈のアテローム硬化を有する症例が増加し、ほぼ同数となってきた

おり、特に大都市で増加している。脳梗塞治療のトピックスとしては、Diffusion MRIの出現が挙げられる。虚血のために細胞膜が損傷を被ると、細胞内浮腫が生じ、正常な細胞よりも水分子の運動が低下する(拡散係数が低い)。これを画像化したものが拡散強調画像(Diffusion Image)である。DWIの出現は、急性期脳卒中診療に革命をもたらしたといえる。脳梗塞発症約40分後から病巣を高信号域として捉えることができるため、初期の脳梗塞が、だれでも

簡単に見分けられる。予後を早めるに想定でき、治療計画が立てやすくなった。また、新鮮な(発症後1〜2週間以内)梗塞のみ高信号として描出されるので、多発性脳梗塞患者における病巣同定も容易である。

もう一つのトピックスがTPA静注療法。認可が下りたことである。血栓に対して強い親和性を持つTPAは、静脈内注射のみでも、血栓溶解剤に勝るとも劣らぬ効果が得られるため、脳細胞が壊死する前に治療が効果をあげれば、症状が劇的に改善する可能性を秘めている。発症後3時間以内で、early CT signを呈していない心原性脳塞栓症が適応となることから、脳梗塞をBrain Attackと呼んで、できるだけ迅速な対応をしてゆこうという動きがでてきた。

表2に脳梗塞治療の流れを要約した。将来の脳梗塞を予防するため、リスクの高い内頸動脈狭窄症例に対して、血栓内膜剥離術や、まだ認可はされていないが、頸動脈ステント留置術が行われている。最後にくも膜下出血であるが、現在の医療水準でも重度障害以上の予後不良例が40%程度存在しており、重要な疾患である。予後とよく相関するのは、発症時の意識障害の程度であり、その正確な評価が重要である。発症後に予後を悪化させる因子としては、再出血と遅発性脳血管れん縮が重要である。どちらの予防にも、血圧管理が重要な役割を占めている。危険因子としては喫煙、高血圧、過度の飲酒が挙げられており、改善が望ましい。くも膜下出血の最大の原因である脳動脈瘤が発見された場合は、原則として出血予防処置を検討する。手術による動脈瘤ネッククリッピング術と、血管内治療で行う動脈瘤GDC塞栓術が行われている。部位、大きさ、形などから治療法が選択される。治療の流れは表3にまとめた。以上が

当科で行っている治療の実際である。

慢性期のリハビリテーションで残された機能を最大限に引き上げて家庭復帰、職場復帰をするこ

第7回
10月26日

IGA腎症の診断と治療

松山赤十字病院 腎センター 副部長 満生 浩司



現状

わが国の維持透析患者数はすでに26万人を超え、年間約1万人ずつ増加し続けています。図1に示すように以前は透析に至る原疾患は圧倒的に慢性糸球体腎炎でしたが、糖尿病患者さんの増加により今では逆転しています。しかしそれはあくまで比率の問題で、実数としては減少しているわけではなく、依然として年間約1万人の腎炎の患者さんが末期腎不全化しているのが現実です。そういった意味でもこの慢性糸球体腎炎を早期に的確に診断し治療することは大変重要なことです。

診断

中等度以上の腎不全を合併していない限りまず無症状で、ほとんどが検尿等の異常により発見されます。尿検査では顕微鏡的血尿がほぼ必発で(尿中赤血球5〜10以上)、しばしば蛋白尿を伴います。後述しますがこの蛋白尿の程度が重症度を表します。時々感染や疲労時に肉眼的血尿を認めますが、これは重症度とは無関係です。血液検査では約半数に血清IgAの上昇(315mg/dL)を認めますがあくまで参考所見です。

疫学

IgA腎症は慢性糸球体腎炎のうち30%以上を占める代表疾患です。日本をはじめとするアジア太平洋地域とフランスなどの南欧諸国で多くみられ、北欧や北米には少なく地域差を認めます。発症率は1万人あたり2〜5人で、15〜24歳と40歳代の二峰性にピークがあります。

原因

発症の原因はまだ明確には解

予後

IgA腎症はその自然経過から①予後良好群、②予後比較的良好群、

とが最終目標となる。ひいてはその後の再発予防が非常に重要である。地域連携を深めることで、初めて達成できるものと考えられる。

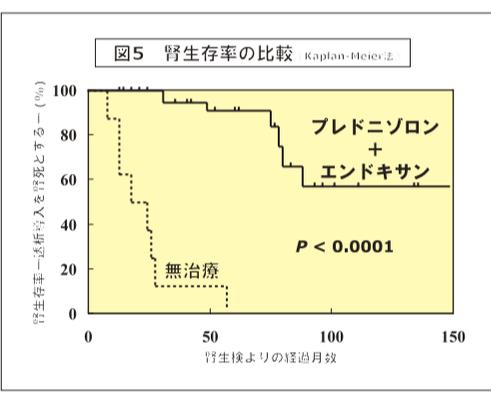
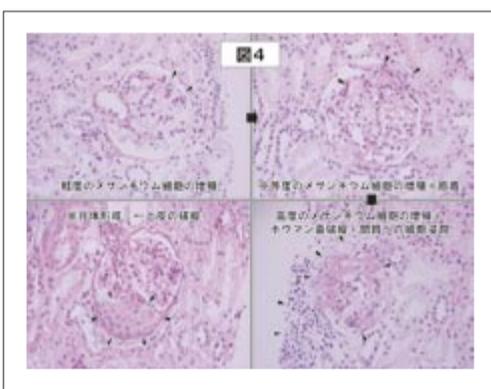
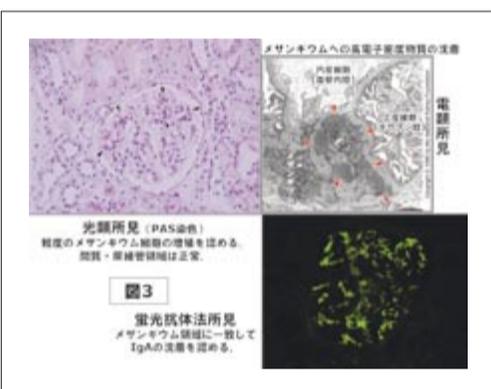
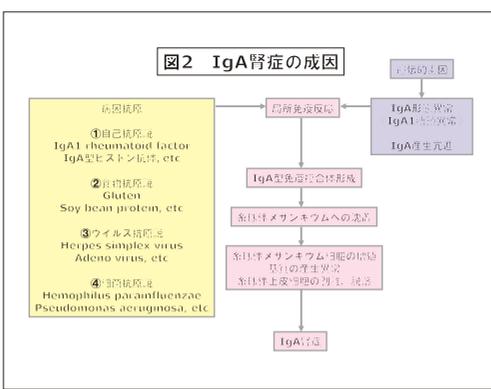
明されておらず、多くの仮説が提唱されています。図2に示すように何らかの病因抗原が、形態異常を呈したIgAと扁桃などで免疫複合体を形成し、最終的に糸球体メザンギウム領域へ沈着するというもので、病因抗原としてはHemophilus parainfluenzae が現在最有力視されています。

③ 予後比較的不良群、④ 予後不良群の4群に大別されます。①と②は将来的に透析療法へ至る可能性はなく、全体の約60%を占めます。組織所見は軽微で蛋白尿は1日0.5～1g以下と少なく、腎機能は正常です。高血圧を伴うこともありませぬ。しかし残りの40%ですが、③は20年以内、④は5年以内に透析療法に至ってしまう進行性の腎炎です。中等度～高度活動性の組織所見を呈し、蛋白尿は1日1g以上と多く、高血圧を高頻度に合併しています。①と②は無治療で経過観察できますが、③と④に関しては腎生検を施行して活動性を評価し、適切な治療を行う必要があります。

治療

治療に関しても病因論と同様、確立されていないのが現状です。前述したように予後良好/比較的良好群は無治療もしくは抗血小板薬を投与して定期的なフォローを行います。問題は予後比較的不良/不良群で、何らかの免疫抑制療法を要します。一般的には中等量のステロイドホルモンを中心として、ACE阻害薬やARB、抗血小板薬や抗凝固薬を併用する治療になります。血圧管理や低蛋白食といった基本的な腎保護療法も重要です。しかしこれだけでは高度活動性の症例に対しては、十分な進行抑制効果は得られないことがわかってきました。

そこで近年ではわれわれが実践している免疫抑制剤の併用や、全国的に広まりつつある扁桃腺摘出+ステロイドパルス療法といったより積極的な治療が効果を認めています。それをまとめたものが表1です。ステロイド単独投与では透析導入率が6割近くあるのに対し、免疫抑制剤の併用や扁桃摘出+パルスにより導入率は15%にまで低下しています。ちなみに2000年の松山のデータは当センターの報告であり、全国的世界的にも認めて頂いております。具体的にはプレドニゾン30mg+エンドキサ50mgより治療開始し、エンドキサンは漸減の後約6ヵ月で中止、プレドニゾンも漸次減量するものです。図5は当センターでの予後不良群に対する治療成績です。無治療群と比較して格段に予後



症例数	PSL (mg/d)	PSL + CPA (mg/d)	mPSL pulse (mg/d)	mPSL pulse + Tonsillectomy (mg/d)	PSL (mg/d)
1983-1985	ND	1.5±0.1	2.35	2.1±0.7	2.2±0.9
2000-2001	51±13	58±6	ND	45.0±15.1	44.4±14.9
2002-2003	3.1±1.0	3.1±0.3	2.57±1.12	2.2±1.9	1.9±1.3
2004-2005	47±19	39±4	39.1±18.9	68.1±29.9	70.4±37.7
死亡率 (%)	57.1	15.0	37.5	13.3	56.0

胃腸という病気は、胃の最も内側の粘膜という層の正常粘膜細胞が癌細胞に変異し、異常に増殖し始めることから始まります。従って、非常に早期の段階であれば胃局所の病変であります。ただ、少し深い層に病変が進むと同時に胃壁の外にあるリンパ節という組織にも進展します。更に増殖が進むと胃の筋層、漿膜などに病変が拡大していき、リンパ節への転移も胃から更に離れたリンパ節まで進展していきます。もっと病状が進むと、肝臓、骨、肺などの他臓器にも病変が出現することとなります。

このような病気の性格を考える

胃腸は、依然として日本人にも多く発生する悪性腫瘍であります。松山赤十字病院外科は、胃癌患者さんに対する外科治療及び抗癌剤による化学療法を担当しており、本日はこの2つの治療についての最新の話題をお話いたします。

胃腸、大腸癌など悪性腫瘍の治療に関して最も重要なことは、治療後の癌の再発の危険度であります。新しい治療である腹腔鏡手術が従来の開腹手術よりも再発の危険度が高くなるようであれば、この手術はがんの治療として成立しないこととなります。しかし、この手術を先駆的に取り入れて来た施設から、対象疾患を適正に絞れば従来の開腹手術と腹腔鏡手術は術後の生存率(すなわちがんの再発の頻度)が変わらないという報告が、学会発表論文で報告ができております。従って、長期の成績が変わらないのであれば手術

胃腸治療でどのような治療法(手術、抗癌剤、放射線)が最適か決定する際、私共は日本胃癌学会という学術団体が出版している胃癌治療ガイドラインの内容に沿ってお話をいたします(日本胃癌学会のホームページで一般の方も見ることが可能ですし、書店の医学書コーナーでも販売してあります)。ガイドラインの記載によれば、「化学療法は、手術不能あるいは再発がん、非治療症例に対して第一に選択されるべき治療である」という位置付けですが、化学療法のみでは病変を完全に治癒させることは困難であり、治療の目的は、病変の進行を抑え症状をおくつてもらうことになってきます。

胃腸に対してどの抗癌剤を使用するのが最適か?、即ち胃癌

が良化しており、多くの患者さんが透析導入を免れています。最後に進行性を疑わせる「IgA腎症を早期発見、早期治療することは極めて重要です。そこで地域の諸先生方にご協力頂けると大変助かります。蛋白尿が多かったり、腎障害を伴うような腎炎らしき症例がございましたら、ご遠慮なくご紹介下さい。今後ともご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

と、極早期で診断された場合は、胃カメラで局所を切除、摘出することで治療は完了します。それ以外の病変については胃周囲のリンパ節も併せて一塊として摘出する胃切除が治療に向けて必須の治療となってきます。

胃切除の手法としては、従来はみぞおちから臍の横まで大きく腹部を開き切除する方法しかありませんでしたが、1990年代より腹腔鏡で臓器をモニター画面に映し出して手術操作の一部を行う腹腔鏡手術が取り入れられる様になりました。腹部を大きく切らなくてすむので術後の痛みも少なく回復が早い、出血も少なく済むので患者さんに対する負担が小さいということが最大の利点であります。

第8回
11月16日
最新の胃癌治療
松山赤十字病院 外科部長 高橋 郁雄



の標準治療はなにか?、という点に関しては、まだ決定的な結論はでていません。しかし、1990年代より胃癌に対して従来の薬剤に比較して有効性が高く副作用も少ない薬剤が登場してきています。具体的には、内服薬であるS-1(1999年3月)、注射薬であるイリノテカン(1994年3月)、パクリタキセル(2001年6月)、ドセタキセル(2000年4月)を指しますが、これにシスプラチンという薬剤を含めた5剤が治療の中心となります。これらの薬剤を単独あるいは組み合わせる実際の治療を進めて行っております。

第9回
12月21日

EBMに基づく白内障治療

薬物療法と手術療法

松山赤十字病院
眼科部長 児玉 俊夫



I はじめに
ヒトは50歳を過ぎると約50%に水晶体の混濁が生じ、60歳代では60%、70歳代では70%、80歳代では80%以上に混濁が見られ、白内障診療は眼科医療の中心であるといえます。しかし、他の眼疾患に比べると白内障の診療には大きな問題点があります。即ち、最近の白内障手術の進歩はめざましくほぼ完成された手術といっても過言ではありませんが、白内障の薬物治療は30年前と変わりなく、医学の進歩から取り残されているような印象があります。これは白内障の成因がまだ明らかではないため、現在のところ白内障の

療法を開始した1-2名の治療内容は、診断後の初回治療はS-1単独あるいはS-1+シスプラチンあるいはS-1+ドセタキセルが多くS-1を中心に薬剤が選択されておりました。また、初回治療の効きが悪くなったあとの2回目の治療はパクリタキセル或いはイリノテカンを中心に薬剤が選択されておりました。

今後数年の間に、薬剤の治療法どうしを比較した複数の臨床試験の結果が公表されることとなっており、これらの結果により、次回の治療ガイドラインの改訂(2008年4月予定)の頃には、標準治療としての記載がでてくるものと思います。

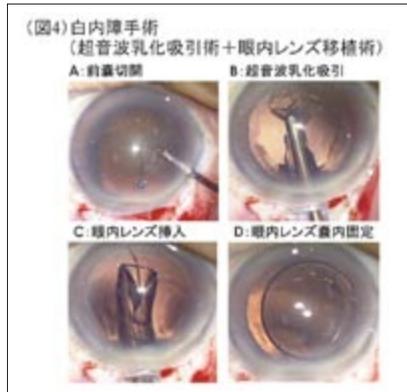
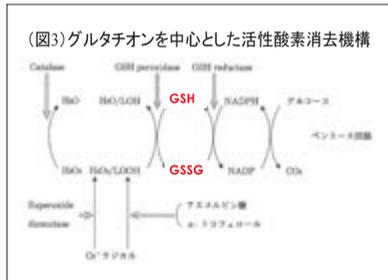
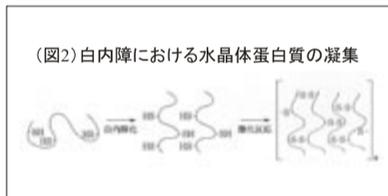
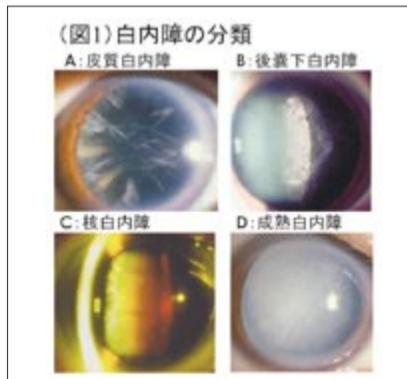
II 水晶体混濁の成因
白内障とは透明な水晶体が混濁するために光の透過性の減少と散乱を生じ、視機能障害をきたす疾患です。白内障は混濁部位の違いによって4種類に大別されます(図1A-D)。皮質白内障は水晶体赤道部に楔状の混濁が見られるもので、よくみられる白内障です。後囊下白内障は水晶体上皮の分化異常によって後囊に混濁が見られるものでステロイド白内障の特徴です。核白内障は水晶体核が混濁して茶褐色に着色するもので、水晶体の加齢性変化が進行したものと考えられています。成熟白内障は混濁が増強して光が網膜まで到達

III 白内障の薬物療法
水晶体混濁の成因を考えたとき、蛋白質凝集抑制作用あるいは抗酸化作用を有している薬剤は白内障の進行を予防することが可能になると思えます。現在、白内障治療薬としてわが国で認可されている点眼薬はピレノキシリンとグルタチオン点眼薬で、内服薬としてはチオプロニンとパロチン(唾液腺ホルモン)が挙げられます(表1)。

ピレノキシリン(商品名カリーユニ、カタリンK)はキノイド説に基づいて日本で開発された点眼薬です。キノイド説はトリプトファンなどの代謝異常で生じるキノイド物質(キサントレン酸など)によって水晶体クリスタリンが変性して不溶化するということです。トリプトファン代謝産物に構造が酷似しているピレノキシリンは、SH基に対して親和性が強いのでクリスタリン-ピレノキシリン複合体を形成することにより高分子量凝集蛋白質の生成を阻害すると考えられています。次にグルタチオンは代表的な抗酸化物質としてよく知られていますが、特に水晶体ではその透明性の維持に必須のものと考えられています。即ち、水晶体中のグルタチオン濃度を高濃度に保つことは白内障の予防になりうるわけですが、点眼液として用いても膜透過性が悪いので水晶体まで透過しにくいという報告もあります。

内服の白内障治療薬であるチオプロニンは日本で合成されたSH化合物で還元型グルタチオンに似た構造をしており、水銀中毒などの解毒剤として利用されています。ウシ耳下腺由来の唾液腺ホルモンはパロチンと命名され、血清カルシウムの低下作用を有することから水晶体蛋白質の凝集抑制作用を有すると考えられています。ただし最近では白内障の内服治療薬はほとんど処方されていないようです。

以上の白内障治療薬は評価された当時(約30年前)に「有効性がある」と判断された薬剤も、現在「十



(表1) 白内障の治療薬

投与方法	一般名	作用機序
点眼	ピレノキシリン	蛋白質不溶化の抑制
	グルタチオン	抗酸化作用(SH基保護)
内服	チオプロニン	抗酸化作用(SH基保護)
	パロチン(唾液腺ホルモン)	血清カルシウム低下 ↓ 蛋白質不溶化の抑制

IV 白内障の手術療法
白内障の手術療法については、以前は白内障全摘出が主で、術後の視力矯正は眼鏡あるいはコンタクトレンズによって行なわれていました。しかし眼内レンズ移植術が一般的となり、眼内レンズ支持のために水晶体後囊を残す白内障囊外摘出術に変わりました。現在では強角膜小切開による超音波乳白化吸引術と眼内レンズ移植術が主流となっております(図4)。

白内障の手術治療で問題となるのはいつ白内障の手術に踏み切るかです。これまでは白内障の混濁が増強して視力が低下すれば手術の時期でした。最近では視力の低下だけではなく、コントラスト感度の低下、グレア(蒙視)の進行、かすみ、昼盲などの自覚症状も考慮に入れて手術時期を考えています。

EBMのめぐるところはその時点で科学的に証明された根拠に基づき、患者にとっても受け入れることのできる間違いのない治療を施すということです。しかしながら、白内障治療薬には水晶体の混濁を改善し、その進行を完全に予防する薬剤はありません。白内障が進行すれば手術というのが、眼科医のみならず社会的にもコンセンサスが得られています。白内障の手術は今や安全で確実な手術となりましたが、依然として手術に踏み切れない患者がいることも事実です。いずれの白内障治療薬も白内障初期には効果があるとされているので、手術を希望しない患者にとって薬物治療は依然として重要な治療の選択肢のひとつといえます。

V おわりに

最近では、患者の社会的活動も重要で、QoV (Quality of Vision) を考慮に入れて手術時期を決めています。

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/

H19.1.1現在

診療科目	室	月	火	水	木	金	
内科	総合内科 1	横田英介	横田	横田	横田	横田	
	総合内科 2	詫間隆博	岡田/詫間	詫間	詫間	岡田	
	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		牟田毅				
	血液	7	藤崎智明	上田陽子	上田	藤崎	牟田
	肝胆膵センター	午前	上甲康二	上甲	田中	小林	上甲下
		午後	田中良憲	小林雄一	竹下英次	小林	上甲下
	◎糖尿病教室 毎週水・金曜日 10:00~12:00 (近藤・岡田・和泉)						
胃腸センター (消化器科)	外来	午前	小林広幸	藏原晃一	塚	小田	小林
		午後	渡邊 隆	吉野修郎	当番医	砂原	浦岡
	予約再診	午前	砂原賢士	小田秀也	渡邊	浦岡	藏原
		午後	塚 勇二	塚		小林	吉野
	専門外来	午前	炎症性腸疾患		炎症性腸疾患		炎症性腸疾患
		午後					
	内視鏡検査	午前	藏原・塚・小田・吉野・渡邊	小林・塚・砂原・吉野・浦岡	藏原・小林・小田・吉野・浦岡	塚・小林・藏原・砂原・渡邊	小田・塚・吉野・渡邊・浦岡
		午後	小田・小林・藏原・砂原・吉野・浦岡	小林・小田・藏原・砂原・渡邊・浦岡	病棟総回診	藏原・塚・小田・吉野・渡邊・浦岡	塚・小林・小田・藏原・砂原・渡邊
	透視検査	午前	浦岡尚平	渡邊	砂原	吉野	砂原
		午後					
特殊検査	午前						
	午後	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	午前	高橋 優	久保俊彦	塩見哲也	今村	芦原
	予約		今村義浩	芦原俊昭	芦原	高橋	久保
	院内新患						塚
	予約	午後		塚 浩二	久保	塩見	今村
心外	午前	松崎浩史 (初再診)		松井完治 (初再診)			
	午後						
呼吸器センター	呼吸器科		山本昭彦	本淨晃史 (再診のみ)	山本	本淨	山本 (再診のみ)
	呼吸外科			隠土 薫		上田 仁	上田
	検査手術		手術	気	手術		気
☆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		上村太朗	上村	
脳神経センター	脳外	前田仁史	前田	曾我部貴士	佐藤	曾我部	
		佐藤 育		大下純平		大下	
	神内	山下順章	山下	山下	山下	山下	
小児科	午前	1	小谷信行	雀部 誠	小谷	近藤陽一	小谷
		2	上田晃三	須賀久美子	西崎真理	片岡京子	宮井貴之
	神経循環器	眞庭 聡	眞庭	中野広輔	眞庭	中野	
	午後	馬場健児	馬場	馬場		馬場	
産婦人科	午前	1	横山幹文	村田将春	妹尾	濱地	横山
		3	濱地勝弘	妹尾大作	坂口		村田
	7	坂口健一郎		高木香津子		高木	
	午後	横山 不手術	村田 不手術	坂口 不手術		横山 不手術	
※婦人科新患は月・水・金の15:00迄受付・初再診とも予約制							

診療科目	室	月	火	水	木	金	
外科	午前	1	山岡輝年 血	和田寛也	大賀	西崎 隆 (肝・胆・膵)	高橋
		2				山岡 血	
		3	大賀丈史		高橋郁雄		堤 敬文
	午後	7	筒井信一 乳	筒井 乳	筒井 乳		筒井 乳
		2	財前善雄 小		村守克己 小	財前 小	村守 小
				スト-マ外来	外来手術		
整形外科	1	中城二郎	山本 進 手	山本	中城 股	野田	
	2	安本正徳	中城 股	菊川和彦	野田 脊	菊川 肩	
	3	森 直樹	野田慎之 脊	田中 恒 脊	安本 膝	田中	
リハビリテーション科	1	田口浩之	森	田口	森	田口	
	2	森 孝久	田口	森	田口	森	
リウマチセンター	午前	1	仲田三平	仲田	仲田	水木	重栖
	2	水木伸一	山田一人	重栖 孝	山田	山田	
午後 (予約)	1	手術	仲田	手術	水木	重栖	
	2		山田		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	井上	矢野	岡
	午後	6	井上省吾	荒木		岡 清貴	
				第2・4スト-マ外来	失禁外来	ED外来(要予約)	
耳鼻咽喉科	午前	1	有友 宏	丸山 純	丸山	丸山 (新患のみ)	
		2	西窪加緒里	篠 森	有友	手術	
	3	篠森裕介	上田哲平	西窪			
午後	予約		検査 (透視)	手術	検査 (透視)	手術	
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	鄭 暁東	島村	金子	西谷	
午後	1	児玉		石川		石川	
2	金子明生		鄭		鄭		
皮膚科	午前		南 満芳	南	南	南	
	午後						
形成外科	午前		庄野佳孝	庄野	手術	庄野	
	午後		手術	手術	褥創回診	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	
					(再診のみ)		
放射線科	新患		村田繁利	村田	村田	村田	
	予約		落合浩一朗	落合	落合	落合	
歯科 口腔外科	口外	1	寺門永顕	寺門	寺門	寺門	
		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							
※新患担当医は、1ヶ月毎に交替します。							

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1月1日現在、当院の登録施設は349、登録医は480名です。今後も随時、受付し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・祝祭日を除く)

○午後3時まで受付可能な診療科(毎日)

内 科	脳神経外科	循環器科	放射線科
外 科	小児科	心臓血管外科	リハビリテーション科
消化器科	腎臓内科	歯科口腔外科	

○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	

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、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。

※各診療日の担当医師につきましては、学会等により代診、休診とさせていただきますのでご了承ください。