

地域医療連携室報

年頭挨拶 平成18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。

昨年は当院にとって記念すべき良き年となりました。昨年5月に、待望久しかった「地域医療支援病院」の名称使用の承認を加戸知事より受けました。地域医療連携室が平成9年11月に県下で初めて設置され実に7年半の長き道程でした。地域医療機関、かかりつけ医の先生方の暖かきご支援に改めまして深甚なる謝意を表します。地域医療支援病院の条件の一つであ

る登録医制度ですが、昨年末時点で、登録医療施設は331施設、登録医は460名となりました。この数の多さも地域医療機関の当院への信頼の現れと感謝しています。本年は診療報酬の大幅なマイナス改訂が決まっており厳しい病院経営になると思われますが、当院は従来からの方針を継続し、さらなる地域医療連携の推進に全力を傾注します。以下本年の新たな取り組みについて簡単に述べます。

共同診療制度の導入

かかりつけ医と当院との共同診療制度を取り入れます。逆紹介を推進するに当たっての最大の障害は日赤はその後診てくれないのではないかと患者さんの不安感です。共同診療とは、病状安定時にはかかりつけ医で診てもらい、悪化時には当院が何時でも診ますという制度です。共同診療カードを患者さんに発行することにより、患者さんの不安は払拭され逆紹介が進むと思います。この制度の導入につきましては、本年1月5日に開催された地域医療推進委員会で承認されましたので、院内で具体的な方法の検討を開始します。

地域連携クリニカルパスへの取り組み

登録医療施設との間で疾患ごとの地域連携パス作成を開

始します。このパスの導入により切れ目のない連携が可能になると思います。かかりつけ医の先生方と勉強会を重ね一つ一つ疾患パスを増やしていきたいと思っています。また、長期的な視野に立った生活習慣病の一次予防、疾病管理にかかりつけ医と連携して取り組みたいと思っています。

緩和ケア医療の充実

当院では緩和ケア研究会を以前より開催していますが、院内に正式な緩和ケアチームを作り質の向上に取り組みます。また、当

「地域医療支援病院を取得して」

（看護部長） 二宮 由美子



明けましておめでとうございます。

昨年は、地域の皆様のご協力のおかげで、当院が目指していた「地域医療支援病院」を取得することができました。皆様の御支援、御協力に心から御礼申し上げます。

昨年7月16日、第2回地域連携フォーラムを開催致しました。地域で命を支える「がんばらないけどあきらめない」と題して諏訪中央病院名誉院長の鎌田実先生の基調講演をはじめに、地域完結型医療への理解とシステムづくりを目的に、1人の患者様を通して、家族の絆、地域の絆がしつかり、大きな網で結ばれた支援の発表がありました。患者様、ご家族の方ももちろん、そこに関わって頂いて

院には緩和ケア病棟がありませんので、患者さんの希望、意志を尊重することが第一ですが、その機能を持つ病院または在宅緩和ケアができる医療機関との緊密な連携に取り組みもうと思っています。

当院の目指す方向は、地域医療機関と手を携えて地域住民に「松山（愛媛）は医療の面でも住みやすいまちだ」と言われるようにすることです。当院の方針をご理解の上益々のご支援宜しくお願い致します。

いるかかりつけ医、在宅ケアセンタリの皆様の御支援があつて成功することができたフォーラムでした。

地域支援病院を取得した今、改めてその役割を職員一同が充分に認識して、責任を果していかなければならないと思っています。

暮の読売新聞に、医療ルネサンス郡山フォーラム、命をつなぐ絆「患者と医師が信頼を築くために」というパネルディスカッションの記事が載っていました。

医療消費者ネットワークメイン代表の清水とよ子氏の次のような発言が載せられていました。

「…前略…現代では初対面の医師にかかることが多く、私達の不安の原点はそこにあると思います。医師としての技量も人柄も分からない人に命を預けなければならぬからです。知らない人同士が、信頼関係を築くために、一番大切なのは語り合うことです。…後略…」

又、信頼できる医師には、どうやって出会ったら良いでしょうか、の質問に対し、財団法人日本医療機能評価機構理事長の坪井栄

孝氏は「患者さんや、その家族をよく知り、信頼して話ができる『かかりつけ医』をもつことで、診てもらおうというより相談するような気持ちで行かれると良いでしょう」と。

この二人の発言は、地域完結型の医療の中での連携の在り方や、患者様の病院のかかり方を示して下さっていると感じました。

患者様が安心して病院にかかるには、患者様に常日頃から自分のことを良く知ってもらっているかかりつけ医を持つことの重要性を、よく理解して頂く事に始まると思います。そのために私達は、今の医療制度や各施設の役割を、時間をかけ、あらゆる機会を通して、理解して頂く努力をしなければなりません。

「患者様や地域の医療機関との信頼を築くには、語り合うこと」と清水氏は言われています。日々の外來の3分診察の現状の中では、大変な事はよく分かります。

入院の機会や健康大学、地域フォーラム等々、出来る限りの機会を活用し、地域住民の皆様に理解して頂くよう働きかけることが重要だと思っています。

紹介して頂いた患者様が「あつ、自分のことを分かってもらっている」と安心して受診出来、又、目的が達成出来、もとの地域で療養できるシステムが大切で、その形はできました。しかし、本当の信頼できる関係の第一歩は、不安で一杯の患者様の気持ちを思いやり、そこで最初の一こえから始まると思うのです。

当院を紹介して頂きました先生方に、「日赤に紹介して良かった」と思ってもらえる医療機関になるよう職員一同、尚一層努力してまいります。今後共、ご指導ご鞭撻の程宜しくお願い申し上げます。

日赤イブニングセミナー

第1回
4月28日

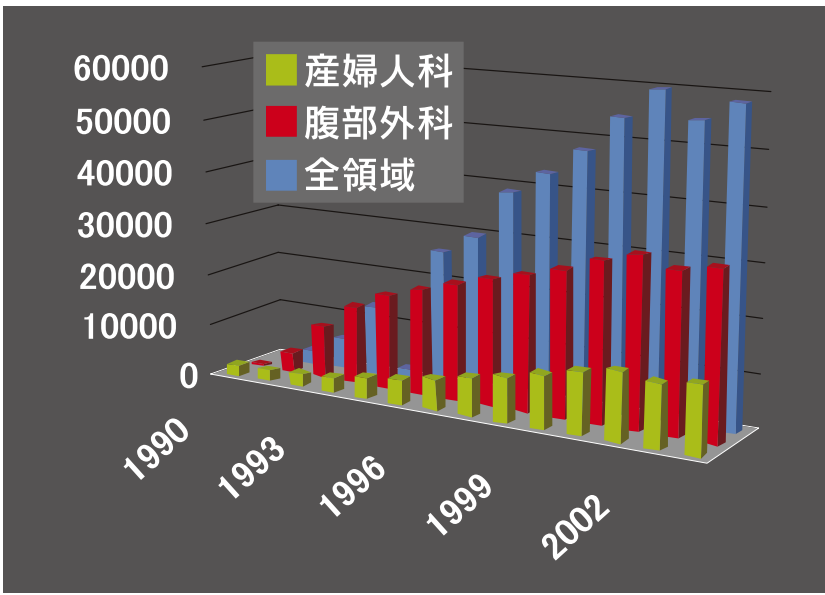
産婦人科内視鏡下手術の現状

～安心・安全な内視鏡下手術を目指して～

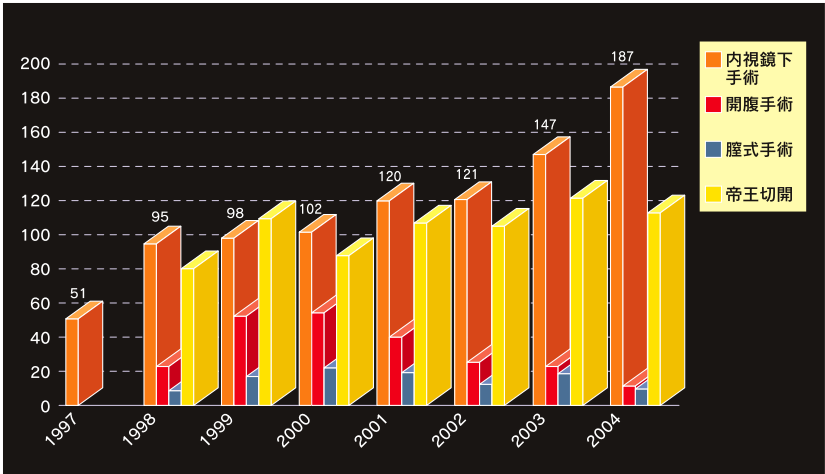
松山赤十字病院 産婦人科部長 横山 幹文



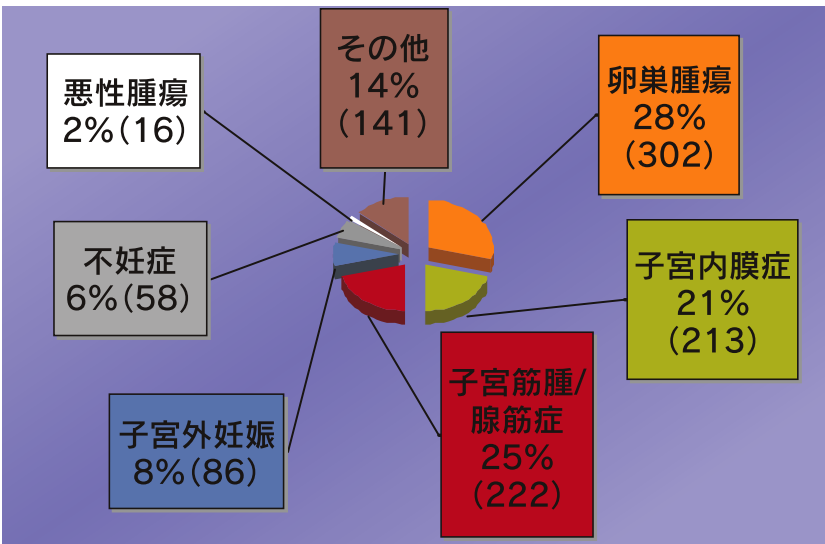
平成17年4月に日赤イブニングセミナーにおきまして、産婦人科内視鏡下手術の現状～安心・安全な内視鏡下手術を目指して～と題しまして、お話しする機会がありましたのでその内容を御報告します。



グラフ1：内視鏡外科手術総症例数の推移



グラフ2：当科での内視鏡下手術件数の推移



グラフ3：当科での内視鏡下手術の内訳(1995～2004: N=1034)

このように内視鏡手術の隆盛の中で、内視鏡下手術での事故報道も昨今のマスコミを賑わせたことは記憶に新しいこととされます。この背景にはあまりの急速な技術の進歩に人が追いつかない状況が指摘されています。内視鏡下手術と言う従来の概念と異なる技術を安心・安全に行うにあたり、確実なインフォームド・コンセント、クリニカルパスの活用、術式の標準化、内視鏡下手術トレーニングを充実させることが必要と考えられます。当科ではこれらのことを医局員の目標に掲げ実践しております。特に医局員の内視鏡下手術トレーニングは最重要課題と位置づけ、従来の

産婦人科領域のみならず全ての外科領域におきまして、従来の非侵襲的保存療法と侵襲的なオープンサージェリーとの間に位置する低侵襲である内視鏡下手術がその治療法の選択肢として、新しく登場してきました。この内視鏡下手術はスコープ(光学視管)による視野の確保および鉗子等による手術操作により3次元の空間を2次元の画面上で認識しながら手術操作を行うという点で従来のオープンサージェリーとは大きくその概念を異にする手術であります。まず内視鏡下手術のメリットの

術はスコープを介した狭い視野環境でスタッフ全員が望遠鏡を覗きながら手術を行っているのと同じです。その特殊性故に想定外の状況が発生することがあります。その場合、低侵襲手術を期待する患者側とそれを提供する術者の技術の習熟度や的確な判断・対応が要求される医療者側でギャップが生じる場合があります。術前の十分な説明と同意がこれまでに必要となります。

女性性の社会進出、QOLに対する意識の変化などが挙げられます。当科でもグラフ2に示すように1997年に内視鏡下手術を導入し、その後徐々に増加し2004年には187件の内視鏡下手術を行いました。

一方、この間腔式手術、帝王切開の件数に大きな変化はなく、開腹手術は2000年より減少傾向にあり、現在全体の5%以下になっています。産婦人科内視鏡下手術の適応は良性卵巣腫瘍、子宮内膜症、子宮筋腫、子宮外妊娠、不妊症などほとんどの良性疾患を対象としており、最近では初期悪性腫瘍もその適応になりつつあります。

開腹手術とは異なる方法が必要と考え、以下のように教育に取り組んでいます。1) 当科で行われた手術のレビュー(毎週1回開催)、2) ブラックボックスを用いた縫合トレーニング、3) 豚を使用したトレーニングラボへの参加、4) 手術でのセットアップ、トロッカー挿入、スコーピング、トロッカー孔閉鎖の実際、5) 認定医の指導下での技術レベルに応じた術式の経験、6) 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の取得、この五つの条件をクリアすることを松山日赤産婦人科トレーニング方式としています。特に5)の日本産科婦人科内視鏡学会の技術認定制度は2003年から他領域より先駆けて発足し、以下のよう

- #1 日本産科婦人科認定医であること
 - #2 内視鏡学会に3年間以上入会していること
 - #3 執刀症例100例の報告
 - #4 論文5編(うち1編以上は筆頭であること)
 - #5 筆頭演者として学会発表5回
 - #6 無修正の内視鏡下手術ビデオ1本提出
- このような教育システムを通じて、安心・安全な内視鏡手術を行える術者を養成していきたいと考えています。
- Minimally invasive surgeryである内視鏡下手術はまさにこの21世紀の手術であることは疑いない事実であり、現在はオープンサージェリーから内視鏡手術への変革期であります。この時期に連携の先生方より御紹介をいただきました患者様に安心して安全な内視鏡手術をうけていただくために、医局員一同更なる研鑽を積む所存ですので、今年もよろしくお願ひ申し上げます。



日頃、病診連携でお世話になっております。本日はうつ病をテーマにお話しいたします。うつ病はうつ状態のみを呈するうつ病（単極性うつ病）と躁状態、うつ状態の両方を呈する躁うつ病（双極性障害）に大別できます。躁うつ病については、単極性うつ病に比し発生頻度が低く、躁状態の治療が非専門家には困難であるため、本日は省略いたします。うつ病の生涯有病率は統計によりかなり幅がありますが、最新の報告は10%台程度のものが多くなってきたというです。やはり大変沢山の方がかかる疾患と言えます。そのうち精神科治療を受けているのは1割程度との説があり、一般臨床でもうつ病患者に遭遇している可能性はかなり高いと思われます。

うつ病の症状は精神症状として抑うつ感、喜びの喪失（ものごとを楽しめない）、制止（おっくう）、思考面の制止（集中力が落ちる）、不安、焦燥、自責感、希死念慮などがあり、身体症状として睡眠障害、食欲低下、性欲低下など種々の症状がみられます。日内変動（朝方抑うつ）がみられる事もあります。精神症状の中でも抑うつ感と喜びの喪失は診断上大きな目安となります。それらがある程度の持続性をもって認められれば、かなり高い確率でうつ病を疑います。症状の程度はさまざまなので注意が必要です。食欲低下を例に挙げれば、摂食量が減っているようにな分りやすいケースばかりでなく、単に「美味しく感じられない」といった主観的な変化に留まっている場合もあります。仮面うつ病といわれるタイプは身体症状が前景に出て、精神症状が覆い隠される（マスクされる）ため、そう呼ばれます。問診すれば必ず精神症状もあり、本質的には軽症うつ病と考えられます。

治療はうつ症状が現れている時期には、充分病気・治療法について説明をした上で、抗うつ薬投与と休養が中心となります。配布のパンフレットのように製薬会社が患者や家族用の説明資料を作っているのも活用できると思います。うつ症状が改善した後、最低1年間は投薬を続け、再燃再発を防いでいきます。治療薬は、従来の抗うつ薬に比し抗コリン作用など継続服用のさまたげとなるような副作用が少ない、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）のフルボキサミン（商品名…デプロメール、ルボックス）、パロキセチン（商品名…パキシル）



や、SNRI（セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害薬）のミルナシプラン（商品名…トレドミン）が多く使われるようになってきております。薬物療法では充分な量がある程度の期間使ってみることが大切です。フルボキサミンなら1日量50mg、パロキセチンで同20mg、ミルナシプランで同50mg程度は使用し、最低でも2週間は様子をみるべきものと考えます。少量では、また短期間では効果を得られない場合が多々あります。服用後2週間を経て、主観的

あるいは客観的に、何らかの改善が少しでもみられれば継続の価値があると思います。

専門医に紹介するべきケースですが、希死念慮が強く「自殺をしない」という約束が出来ない場合や、なかなか改善がみられない場合、躁状態が出現する場合、すぐにあるいはしばしば再燃再発する場合などは精神科医の診療が望ましいと思われます。その他、「よくわからない」という直感を大事にして紹介してみても如何でしょうか？

乳癌は、白人女性に多く、イギリス女性では、7人にひとり、一生のうちで、乳癌に罹患するとされています。邦人女性では、現在、約30人にひとり、乳癌に罹患するとされていますが、その罹患率は、年々上昇してきています。

乳癌を取っても、血行性再発で患者が死亡するということや、残存乳房内に再発しても、再切除すれば患者は助かるというふたつの理由から、乳房温存術が行われるようになり、現在、乳癌手術の30〜50%が乳房温存手術となっております。乳房温存術後の残存乳房内に再発の一番の要因は、切除断端に癌細胞が残っていることで、当院では、切除断本を5mm間隔で全割し、正確な切除断端の検索を行っています。

乳癌に対する治療は、現在でも、手術が最も重要であるのは変わりません。19世紀末に、Halstedによって始められた定型的乳房切除は、手術による癌の根治を目指したものであり、現在の胃癌や大腸癌の手術の基本的な考え方のもとになっています。しかし、乳癌に対する手術は、1980年代から、乳癌が早期から血行性に転移するという米国のFisherらの新しい概念のもと、乳房温存術がひろまり、全身的な化学ホルモン療法を重視する治療へと変わってきました。手術でどんなに頑張つて

乳癌を手術した時点で、乳癌が局所病か、全身病かの正確な診断は、現在のところ不可能です。本当の結果が判明するのは、術後10年経って、再発が無かった場合のみ、初めて治療したということが出来ます。そのため、手術時の検体をを用いて、再発しやすい癌と再発しにくい癌、すなわち、たちの良い癌とたちの悪い癌に分類することが試みられています。癌細胞の核の異型が強いGrade IIIでは、予後が悪いことが知られています。また、乳癌は、乳腺細胞から生じたものですから、正常乳腺細胞と同様に、エストロゲンレセプターの支配を受けている乳癌細胞

は、たちがよく、エストロゲンレセプターの支配を逸脱した乳癌細胞はたちが悪くなっています。そのほかに、HER2の変異のあるものや、HER2が過剰発現している乳癌は、たちが悪く、術後再発が多くなっています。

力な化学療法を行うことになりました。

最近、テトラメイト治療という言葉をよく聴きます。テトラメイト治療とは、個々の患者に最適の治療であり、また、個々の乳癌細胞の生物学的因子に最適の治療という意味もあります。今までの制癌剤の機序では、癌細胞に効果があっても、生体内の正常細胞にも同様に機序で効果を及ぼすことは避けられませんでした。それに対し、乳癌細胞に特異的に発現するHER2に対するヒト化モノクローナル抗体を用いた治療が、乳癌では既に臨床応用され、テトラメイト治療の先駆とされています。

乳癌に対する治療は、手術だけでなく、全身的に行う化学ホルモン療法も重要です。全身的に行う化学ホルモン療法は、手術の直後に行う術後補助療法と、遠隔転移を生じた後に行う転移（再発）性乳癌に対する治療の二つに分けられます。この二つの治療は、その治療する目的が異なり、術後補助療法は治療を目指すのに対して、転移性乳癌に対する治療は、治療が目的ではなく、癌の進行を抑えることを目的として行います。このため、術後補助療法では、最も効果の期待できる薬剤を、最適の組み合わせで行うのに対し、転移性乳癌に対する治療は、副作用の軽いものから、つまり、ホルモン剤の適応があれば、ホルモン剤から使用することを原則とし、命に影響するような病態の場合に、強い

以上、イブニングセミナーの内容を簡単に紹介いたしました。乳癌に対する治療成績を上げるためには、他の癌腫と同様に、早期発見が一番ですので、何か乳房に症状のある患者は、当院の乳腺外科へ紹介していただければ、ありがたく思います。今後とも、ご指導、ご鞭撻のほどをよろしく、お願いいたします。



血管外科と言うとあまりなじみがないかもしれません。しかし人口の高齢化、生活様式の欧米化に伴って、動脈硬化性疾患は増加の一途をたどっています。動脈硬化性疾患が腹部や手足の血管に現れた場合、血管外科専門医による診断と治療が必要になってきます。

癌などの悪性疾患に比べ、良性疾患と思われるがちですが、時として急激に悪化して四肢または生命を奪ってしまう可能性もあります。

本日は血管外科で取り扱う代表的な疾患を以下の順番でお話ししたいと思います（図1）。

腹部大動脈瘤は、動脈硬化が原因となることがほとんどです。破裂すれば救命できないことが多く、また破裂を予防する有効な薬剤がないため、破裂前に外科的治療を行うことが重要です。動脈瘤の破裂の危険性は動脈瘤の直径と最もよく相関すると言われており、基本的には直径5cmを越え

血管外科で取り扱う疾患

本日のメニュー

- 1. 腹部大動脈瘤(AAA)
- 2. 閉塞性動脈硬化症(ASO)
- 3. 下肢静脈瘤
- 4. 深部静脈血栓症(DVT)

図 1

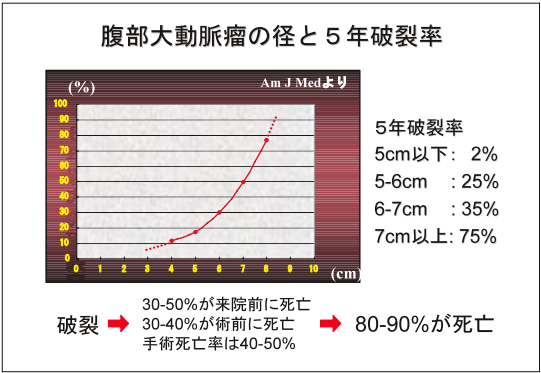
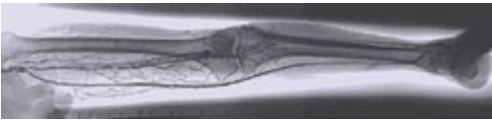


図 2

大腿一足背動脈バイパス



大腿一足関節部後脛骨動脈バイパス



図 3



図 4

る動脈瘤は手術の対象となります(図2)。それ以外にも形態や性別、年齢など、破裂の危険性に影響を与える重要な因子がありますので、血管外科専門医に相談をしてください。

次は閉塞性動脈硬化症です。閉塞性動脈硬化症では初期はほとんど無症状ですが、徐々に間歇性跛行(長時間の歩行でふくらはぎや太股の後面に倦怠感や疼痛が出現し、休むと改善する)という症状が出てきます。この段階では薬物療法や運動療法が功を奏することが多いのですが、病気がさらに進行し安静時疼痛(夜間足が痛くて眠れない)が出現すると、何らかの外科的治療を行わなければ、潰瘍・壊死に進行し下肢の切断に至る可能性が大となります。我々は可能な限り救肢(肢切断を避けること)をめざし足関節レベルまでのバイパス術も積極的に行っています(図3)。また、最近ではカテーテルによる血管内治療も進歩してきており、治療法の選択の幅が広

がってきていますが、いずれの治療を受けるにせよ、血管外科専門医の適切な診断とアドバイスが不可欠です。

次は静脈疾患に移ります。まず下肢静脈瘤は血管外科が扱う疾患の中では最も良性といっている疾患です。基本的に無症状の下肢静脈瘤は手術の必要はありません。それから、最近では下肢静脈瘤がエコノミークラス症候群の原因であると誤解されて、静脈瘤の治療を希望される方が多いようですが、このような心配も無用です。しかし下肢静脈瘤による症状がある場合は、静脈逆流の重症度に応じた治療が必要となります。症状がある下肢静脈瘤を無治療で放置した場合、静脈性潰瘍に到る可能性が20%ほどあると言われています(図4)。また静脈瘤による症状は専門医による問診でなければ聞き出せないこともあるため、注意が必要です。治療を急ぐ病気ではありませんので、血管外科医に相談し時間的余裕のある時に治療を受

けるようにして下さい。

最後は下肢深部静脈血栓症です。下肢深部静脈血栓症は、近年は外科的治療の対象となることが少なくなりましたが、エコノミークラス症候群や旅行者血栓症などの名前で、一般の方々には広く知られるようになりました。放置した場合、肺塞栓という致命的合併

第5回
8月25日

胆石症の治療

松山赤十字病院 外科部長 西崎 隆



平成17年8月25日の日赤イブニングセミナーにおいて、「胆石症の治療」に関し、お話しさせてい

症を生じますので、診断がつき次第入院治療が必要です。治療はヘパリン、ワーファリンによる抗凝固療法が中心です。以上、血管外科で取り扱う代表的疾患をお話させて頂きました。現在血管外科新患外来は月曜と木曜に行っておりますので、何でもお気軽にご相談ください。

ただきましたので、その内容を御報告させていただきます。

日本人の胆石保有率は約10%で無症候性胆石が圧倒的に多く、有症状化は年率2%です。70歳以上では胆石保有率は約20%になります。男女比は日本人では1.12、1.14でやや女性に多い傾向があります。胆嚢結石が80%で、残りの大部分は胆管内結石で肝内結石はごくわずかです。胆石による、いわゆる胆石症痛発作は、脂肪に

富んだ食事、飲酒、過労、ストレスの後に突然生じる激しく刺すような右季肋部、心窩部痛を言います。右背部への放散痛も60〜70%に認めます。痛痛発作は胆石が胆嚢頸部、十二指腸乳頭部に侵入した時に生じます。胆石が胆嚢内に戻るか、胆管内または十二指腸内へ排出されると痛みはおさまります。発作時以外には症状に乏しいのも特徴の一つです。痛みが長期間続く場合、圧痛が右上腹部にある場合、発熱、白血球数の上昇がある場合には急性胆嚢炎の併発を考えます。急性胆嚢炎の3〜10%に胆嚢周囲膿瘍、胆嚢穿孔、瘻孔形成といった重篤な合併症を生じます。この中で、胆嚢穿孔は最も重篤な合併症で腹膜炎を生じ死亡率は20%にもなります。

当院では胆石患者は通常肝胆脾センター外来に、手術適応症例に関しては外科外来に紹介いただいています。外来では、必要な検査をできる限り来院日1日で終えるようにし、その日のうちに治療方針を説明できるようにしています。検査は、エコー、MRCP、CT、血液検査(WBC、CRP、Amylase、GGTP、ALP、GOT、GPTなど)です。画像検査にて、胆嚢結石、胆管結石、胆嚢+胆管結石の鑑別を行います。胆嚢癌、胆管癌の疑いがある場合や肝内結石といった特殊な症例には入院の上ERCP、EUS、腫瘍マーカー測定といった2次検査を行います。胆嚢結石の場合、有症例で、経口的胆石溶解療法、体外衝撃波破砕療法(合併症が多く現在ほとんど行われていない)の適応がないと判断されれば、胆嚢摘出術を行います。胆管胆石は症状の発現率が高く一旦胆管炎、脾炎を生じると重篤となることも多く無症状でも治療が必要です。胆管結石はESWL又はERCPにて排石し、胆嚢結石併存例は胆嚢摘出術を追加します。内視鏡的に胆管結石を排石できない

場合、手術的に胆管切開、排石、胆嚢摘出術を行います。

1990年代前半に小切開創で痛みの少ない腹腔鏡下胆嚢摘出術が広まり、現在、胆嚢摘出術の約80%は腹腔鏡下に行われています。しかし出血、胆管損傷、他臓器損傷などの合併症が4〜5%あります。しかも開腹手術に比べ腹腔鏡下手術は胆管損傷の発生頻度が高いことが報告されています。技術の未熟な外科医が腹腔鏡下手術を行うことで、合併症が多発していることが社会的問題となり、日本内視鏡外科学会では技術認定制を開始しました。これは筆記試験と異なり、実際の手術技量を検証するものです。平成17年12月現在、消化器・一般外科分野の合格者は全国で212名、愛媛県下では当院の私のみが認定を受けております。松山赤十字病院外科での胆石症の手術症例数は昨年約150例でした。胆嚢結石の約80%は腹腔鏡下に行っています。

痛みの少ない腹腔鏡下手術が始まり胆石は無症状でもほとんど手術をすべきという意見があります。しかし、この考えは一般的ではありません。なぜなら腹腔鏡下胆嚢摘は開腹手術より胆管損傷など重篤な合併症が多く、適応拡大に対して疑問視した意見が多いのです。しかし一旦胆石症で症状を呈した時には、重篤な合併症も起こりうることを患者に十分説明すべきです。また、胆嚢癌の合併頻度は1%程度あります。胆嚢壁に異常のない無症状結石保有者は、年に1〜2回の超音波検査にて胆石の状態とともに、胆嚢ポリープなどの小隆起病変や胆嚢壁の変化の有無に注意しながらの経過観察が必要となります。胆石の治療に当たっては経過観察と手術の利点と欠点を常に考え、個々の患者にとって最良の治療法を選択する必要があります。

裂孔原性網膜剥離について

松山赤十字病院 第二眼科部長 石川 明邦



網膜剥離は、数名の有名人が近年罹患したこともあり、一般の方々にも広く知られている眼科疾患の1つです。しかし、その病態や治療法になると、眼科医以外には詳しくは理解されていないのが実情です。今回のイブニングセミナーでは、特に裂孔原性網膜剥離に焦点をあててお話しさせて頂きましたので、その内容をご報告させて頂きます。

網膜剥離は、進行性の疾患であり、放置すると失明にも至る疾患です。眼科疾患の中でも比較的早期に治療を必要とする疾患の一つです。網膜剥離を原因別に分類すると、裂孔原性、牽引性、滲出性の3つに分けられます。一般的に網膜剥離と言えば、裂孔原性網膜剥離を指します。これは網膜に何らかの原因で裂孔や円孔が生じ、そこから液化硝子体が網膜下腔（網膜の裏側）に流入して網膜が脈絡膜側から剥離するものです。正確には、網膜を光学顕微鏡切片で見ると10層の層構造をとりますが、硝子体側（内側）9層の感覚網膜と脈絡膜側（外側）の色素上皮層との間での分離を言います。感覚網膜と色素上皮層とは発生が異なることやグリアなどの結合組織が無いことが下地になっています。感覚網膜の外層は網膜血管で支配されているわけではなく、網膜色素上皮や脈絡膜から栄養さ

れています。このため、網膜剥離が生じると、しだいに視細胞などが栄養障害を起こして失明してしまいます。網膜剥離の頻度は、人口10万人あたり年間約10～15人です。どの年齢層にも生じますが、20歳頃と50歳頃に発生のピークがあります。原因がそれぞれ異なり、若年者では近視眼の網膜格子状変性巣内の萎縮円孔が、中・高齢者では後部硝子体膜剥離により硝子体（しようしたい）が網膜を牽引して生じる網膜裂孔が、大半を占めます。症状は、視力低下、視野欠損、黒い虫のようなものが飛んで見える飛蚊症、稲光のような光を感じる光視症などがあります。しかし、はつきりした症状がなく偶然に発見されるものも少なくありません。特に若年者にこの傾向があり注意が必要です。診断には、眼底検査を行います。特に網膜の周辺部に孔（あな）が開くことが多いため、散瞳して周辺部網膜まで観察することが肝心です（散瞳すると羞明や調節障害が数時間生じるため検査当日は自動車等の運転は避けることが必要です）。治療には観血的手術が必要です。原因裂孔を冷凍凝固や光凝固で閉鎖させます。眼球の外側からシリコーンのバンドをあてて治療する方法（強膜バックリング法）と眼球の内側から硝子体を切除してガスを入れて治療する方法（硝子体手術）があります。若年者には強膜バックリング法を基本的に行いますが、中・高齢者では孔が開いた原因、位置、数、大きさやその分布、水晶体や硝子体の状態、年齢、全身状態などを考慮して手術方法を決定します。硝子体手術では、

手術の最後に眼内にガスをいれて網膜をタンポナーデします。網膜は眼球の後方に位置するため、術後の体位は腹臥位が基本になります。ガスは自然に吸収されますが約10日間程度は腹臥位が必要となります。適切な手術により、かつては難治疾患の1つであった裂孔原性網膜剥離でも90%以上で復位（網膜が解剖学的に脈絡膜側と接着すること）が得られるようになっていきます。しかし、復位が得られても、網膜で一番感度の良い黄斑部まで剥離が及んだ症例では、視力低下、変視症、小視症、視野欠損などの後遺症が残ることが多く、早期発見・早期治療が重要です。網膜剥離の前段階である網膜裂孔や円孔の状態で見えてくれば、レーザー光線を使って孔を閉鎖する治療（光凝固）が可能で

す。光凝固はメスで眼組織を切開するわけではなく外来で治療が可能です。網膜に孔が開いたときに飛蚊症や光視症を自覚することが多く、中・高齢者の飛蚊症の約6%で網膜裂孔が診られたという報告もありますので、これらの症状を見逃さないことが重要です。飛蚊症や光視症を急に自覚するようになったり、変化する患者さんを診察される機会がありましたら、患者さんに眼科で眼底検査を受けられることをお勧め頂きたく思います。この点で、病診連携は非常に重要であると思います。松山赤十字病院眼科でも、石川、吉岡、西谷が網膜外来を担当させて頂いておりますので、ご紹介頂ければ幸いです。今後とも何卒宜しくお願い致します。

腎癌の手術療法について

松山赤十字病院 泌尿器科副部長 矢野 明



今回 Blush Up Seminar では腎細胞癌（以下、腎癌）に対する手術療法をテーマにお話しさせて頂いたいただきました。腎腫瘍と称する場合、通常は腎実質に発生するものをさし、腎盂・尿管に発生する尿路上皮癌とは区別されます。腎腫瘍のうち、腎癌とは成熟腎の近位尿管から発生すると考えられている悪性腫瘍です。これに対して胎生期の後腎芽組織から発生するものとしてウィルムス腫瘍がよく知ら

ても局所症状を呈さず、貧血・発熱・体重減少や浮腫などの尿路外症状を契機に発見されることが多かったからです。最初に診断するのが内科医であったことから、啓蒙も含めて『腎癌は内科医の癌である』と呼称されたのです。私個人としては決して内科の先生を啓蒙するなどという大胆なことは考へたこともありません。では、近年の偶発腎癌はどのように発見されたかということを見てみると、併存疾患がない症例は約40%であり、残りの60%は腎疾患（透析患者を含む）、循環器疾患、糖尿病、消化器疾患の順に何らかの併存疾患を有しています。実際、当科において年間約30例の腎癌（新患）に対して外科的治療を行っておりますが、ほとんどが院内他科、他院からのご紹介による患者さんです。『腎癌は内科医の癌である』は、健在のようです。引き続き、ご紹介をよろしくお願い致します。

TJCCによる腎癌のTNM分類を示しますと、Ⅰが7cm以下、Ⅱが7.0cmを越え腎に局限する腫瘍と定義され、Ⅲは腎静脈内、副腎、腎周囲脂肪組織のいずれかに浸潤するもの、ⅣはGerota筋膜を越えて浸潤する腫瘍です。これらに所属リンパ節転移、遠隔転移の有無により病期分類がなされます。これらの5年生存率はⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳでそれぞれ96.9%、77.6%、59.1%、0%となっています。Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ症例ではいずれも20%程度です。腎癌は放射線治療や化学療法に対して感受性がなく、手術療法が唯一の根治的治療法です。原発巣に対する治療としては従来より根治的腎摘除術が標準術式であり、下大静脈内腫瘍血栓を有する症例から、周辺臓器への浸潤が疑われる症例を含むすべての腎癌がこの術式の適応となります。本術式のポイントは、①腎茎部で腎動脈、腎静脈の順に結紮断し、術中の

転移を予防すること、②尿管を切断し、副腎を含むGerota筋膜ごと一塊として摘除することです。近年、内視鏡手術手技の進歩により腫瘍の大きさによらず、腎静脈内の腫瘍血栓のない症例、周辺臓器に浸潤のない症例においては腹腔鏡下手術が行われるようになりました。開腹手術と比較すると、手術時間は3～4時間とほぼ同等、出血量は開腹術では300～400mlであるのに対し、内視鏡では0～100mlと非常に少なくなりました。創部が小さいために術翌日から無理なく歩行が可能で、飲水・食事術後1～2日から開始されます。総じて術後の回復が早いことが特徴といえます。また、拡大視野での手術・DVD録画により、若手医師の解剖理解や手技の向上においても有用と考えています。このような理由から腹腔鏡下根治的腎摘除術が選択される機会が増え、本年の集計でも両側腎癌の2例、静脈浸潤の1例、隣接臓器に浸潤が疑われた1例を除いて27例において本術式が施行されています。開腹術への移行や輸血症例はなく、全例術翌日に歩行されています。中には87歳の高齢者も含まれています。セミナーでは、手術時の体位やトロカールの位置、実際の手術手技をビデオで供覧していただきました。また、腎癌の手術成績は画像診断とともに進歩してきましたが、腹腔鏡手術におきましても術前の3DCTによる腎血管のバリエーションの把握は手術を円滑に行うために不可欠なものであることも解説いたしました。

腎癌に対する腹腔鏡下根治的腎摘除術は安全かつ低侵襲であり、今や標準術式といえるようになりました。ご聴講いただきました皆さまにおきまして、少しでも腎癌ならびにその治療法にご理解を深めていただけますようにと願っております。

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/

H18.1.1現在

診療科目		室	月	火	水	木	金
内科	総合内科	1	詫間隆博	横田英介	詫 間	横 田	横 田
	総合内科	2	越智俊元	長尾知明	藤崎/木村	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		木村丹香子				
	血 液	7	藤崎智明	源 陽子	源	藤 崎	木 村
	肝・胆・膵	8	田中良憲	小林雄一	竹下英次	小 林	濱田麻穂
	肝・胆・膵	10	上甲康二	上 甲	田 中		上 甲
	○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)	新患外来	午前	小林広幸	藏原晃一	堺	小 田	小 林
	新患外来	午後	渡邊 隆	吉野修郎	当番医	別 府	浦 岡
	予約再来	午前	別府孝浩	小田秀也	渡 邊	浦 岡	藏 原
	予約再来	午後	堺 勇二	堺		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
	専門外来	午後					
	内視鏡検査	午前	藏原・堺・小田・吉野・渡邊	小林・別府・吉野・浦岡	藏原・小林・小田・吉野・別府	堺・小林・藏原・別府・渡邊	小田・堺・吉野・渡邊・浦岡
	内視鏡検査	午後	小田・小林・藏原・別府・吉野・浦岡	小林・小田・藏原・別府・渡邊・浦岡	病棟総回診	藏原・堺・小田・吉野・渡邊・浦岡	堺・小林・小田・藏原・別府・渡邊
	透視検査	午前	浦岡尚平	渡 邊	浦 岡	吉 野	別 府
	透視検査	午後					
循環器センター	特殊検査	午前					
	特殊検査	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。						
	0 初診		久保俊彦	難 波	塩見哲也	今 村	芦 原
	1 診	午前				難 波	石橋(院内新患)
	2 診	午後	難波隆志	石橋美奈子	久 保		
	2 診	午前	今村義浩	芦原俊昭	芦 原		久 保
	3 診	午後				塩 見	
	3 診	午前	松崎浩史 心外外来 (初再診)		松井完治 心外外来 (初再診)		今 村
呼吸器センター	内科部門		山本昭彦	西久保直樹	山 本	西久保	山 本
	外科部門		後東久嗣	後 東	後 東		
	検査手術		手 術	隠土 薫 氣	手 術	上田 仁	上 田 氣
	☆喘息教室 第1水曜日13:30～14:30 (西久保)						
	1		原田篤実	原 田	原 田	満 生	江里口
	2		満生浩司	江里口雅裕			
	脳 外		前田仁史 佐藤 育	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 萩原綱一	山 下 志 田 城戸美和子	山 下 志 田 萩 原	山 下 志 田 城 戸	山 下 志 田 萩 原
	午 前	1	小谷信行	雀部 誠	小 谷	近藤陽一	小 谷
	午 前	2	上田晃三	西崎眞理	須賀久美子	片岡京子	雀 部
小児科	神 経		眞庭 聡	眞 庭	中野広輔	眞 庭	中 野
	循環器		馬場健児		馬 場		馬 場
	午 後		液	児	ア	分	未発
	午 前	1	横山幹文	村田将春	高 木	濱 地	横 山
	午 前	3	高木恵美		濱 地		小金丸
	午 前	7	濱地勝弘	小金丸泰子	小金丸		村 田
	午 後		横 山 不	手 術	村 田 不	手 術	横 山 不
	午 後		高 木 不		高 木		村 田 不
	※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	江口大彦 血	和田寛也	小島康知	西崎 隆 (肝・胆・膵)	高 橋
		2				江 口 血	
		3	大賀文史		高橋郁雄		石崎康代
		7	筒井信一 乳	筒 井 乳	筒 井 乳		筒 井 乳
	午 後	2	財前善雄 小		村守克己 小	財 前 小	村 守 小
				ストーマ外来	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	1	手 術	仲 田	手 術	水 木	重 栖
		2		山 田		山 田	山 田
泌尿器科		1	藤井元廣	藤 井	藤 井	藤 井	田 丁
		2	田丁貴俊	田 丁	矢 野	田 丁	矢 野
		3	林哲太郎	矢野 明	井上省吾	矢 野	瀬野康之
	午 後			第2・4ストーマ外来	失禁外来	ED外来(要予約)	
耳鼻咽喉科	午 前	1	有友 宏	丸山 純	担当医	丸 山	担当医
		2	表原慶典	清水義貴	手 術	有 友	手 術
	午 後	予 約		検 査 (透視)	手 術	検 査 (透視)	手 術
眼 科	午 前	1	石川明邦	吉岡龍治	吉 岡	児玉俊夫	児 玉
		2	島村一郎	西谷元宏	西 谷	島 村	石 川
	午 後	1	石 川		吉 岡		児 玉
		2	金子明生		担当医		担当医
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	褥創回診	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 (再診のみ)	竹 尾	竹 尾
放射線科	新 患 旧 患		村田繁利 落合浩一朗	村 田 落 合	村 田 落 合	村 田 落 合	村 田 落 合
歯 科		口外 1	寺門永頭	寺 門	寺 門	寺 門	寺 門
		2	兵頭正秀	兵 頭	兵 頭	兵 頭	兵 頭
		3	中川雅博	中 川	中 川	中 川	中 川
	※		初診担当は歯科まで問い合わせ下さい。 午前：月～金 11時まで初診受付（口腔外科含む）				
※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 児児健診 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18年1月1日現在、当院の登録施設は331、登録医は460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・祝祭日を除く)

○午後3時まで受付可能な診療科(毎日)

内 科	科 科	脳 神 経 外 科	循 環 器 科	放 射 線 科
外 科	科	小 児 外 科	心 臓 血 管 外 科	リハビリテーション科
消 化 器 科	科	腎 臓 内 科	歯	

○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	金
小 児 外 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	呼 吸 器 科	月 ・ 水	
眼 科	月 ・ 水 ・ 金	産 婦 人 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
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。

※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下さい。