

## 【巻頭言】

## 社会保障制度 — その将来不安

志多内科胃腸科医院 志 多 武 彦

昨年8月小渕内閣が経済再生・景気回復をかかげて発足した。

8月7日の首相所信表明演説では、我が国は急速な少子高齢化、情報化、国際化という大きな変革期に直面し国民の間に経済社会の将来に対する不安が生じている。政治は国民の不安を払拭し、国民に夢と希望を与え信頼されるものでなければならない。自分はこの難局を打開し、安心できる社会を築くため、責任の所在を明確にし迅速に政策を実行していくとのべています。

より良い社会の実現と構造改革の推進として社会保障制度については、本制度が全ての国民の生活の拠となる極めて重要なものであることから、機能を明確に果たしながら将来の少子高齢化による負担増も視野にいれ、効率的、安定した制度の構築に向け改革を進める。医療・年金については国民皆保険・皆年金体制を維持できるよう、具体案を提示し国民的議論を尽くしながら制度全体の抜本的見直しを図るとしています。

こうして発足した小渕内閣ですが、11月27日の通常国会の所信表明演説では、社会保障とその費用負担の将来像については触れずじまいとなっています。その背景は自自連合に伴う自自協議の主要テーマの一つとなった消費税の福祉目的税化が唐突に出てきたためと考えられます。演説一般についても「諸施策を強力に推進する」という言葉が度々出てくるが空しく響くのは、年金等の国民の暮らしをめぐる不安へ答えていない為と不評でした。

今年の念頭所感では内閣の課題として「5つの安心と真の豊かさ」をうたっています。

1. 経済再生への安心, 2. 働く場の安心, 3. 環境の安心, 4. 国民生活に対する安心, 5. 育児と教育の安心であり, 国民生活に対する安心では21世紀の社会保障について国民的コンセンサスを築くと簡単に触れただけでした。

社会保障・医療の仕組が複雑で理解しにくいのは事実ですが基本的視点を欠いたままでの改革になるのではないかと心配です。日本特有とされる幻想, 独善, 泥縄的発想はご免です。

ところで日本の首相はこの25年間で16人も交代しています。

世界に類をみない在任期間の短い猫の目内閣の誕生となっておりますが, 裏返せばその本質はいいかげんな無責任体質の継続ではないでしょうか。日本の首相は派閥の論理, 順送りで決められておりトップリーダーとしての能力や資質によって決められるのではないことが常識となっております。明治時代にみられた気迫にみち, 政治に生命をかけた気骨, 胆力のある信念の人は現れません。

首相の所信表明や冒頭挨拶は耳に響きのよいその場しのぎのものであり, 心に訴えるものがありません。これでは政治に対する国民の信頼と支持は得られません。

政権交代や区切りに新鮮味と腹のすわった決意表明を期待するのですが, いつも裏切られ, 国民は不安と不信と不満をつのらせています。

昨年の流行語のトップは和歌山事件等での「毒」でしたが, 政治・経済・社会面でのトップは「怒」ではなかったでしょうか。

国民は政治・経済の混乱が長期化し, 先の見えない深刻な景気低迷に失望と不安を抱き続け, ついには怒りに変わったと思います。夜明け前は一番暗いと経済企画庁官の発言もありましたが明るい兆しはいつくるのでしょうか。

最近の世論調査によると将来が不安と感じる人が不況の深刻化と長期化とともに増え80%に達しています。最大の理由は年金, 医療介護等の社会保障不安です。これを国を頼りにしたい人は65%であるが, 一方国は頼れないとする人も63%もあり, 国や政治への評価は期待と失望が半々となっています。高福祉・高負担か低福祉, 低負担かの選択については48%と43%

とこれ又半々と分れています。

しかしながら、国への信頼が高まり税金や保険料―将来への貯金―必ず自分の生活保障に返ってくるという確信につながれば多くの人は納得して高福祉、高負担を選ぶことが十分考えられます。実績はスウェーデン等にありま

ります。貯金がなくても将来の生活不安がない手厚い諸施策があればタンス貯金も減るでしょう。

一方首相の諮問機関「経済戦略会議」の4つの作業部会が指摘した政策課題では、社会保障関係については年金・医療・介護で公的部門と民間部門の明確な区別がとりあげられ、福祉分野では政府や自治体など公的部門が最低限関与する部分と民間に任せる部分を明確に区別し将来の社会保障負担の急増に対する不安を取り除く必要があると強調しています。

この考え方は自由党の「税方式」とする社会保障改革見直しにつながっています。自由党は米国型の小さな政府と自己責任社会を志向し社会保障でも公的分野の縮小と税方式を主張しています。従来の社会保障の概念や保険方式とは異なった方向です。今後の協議やその他の流れへの十分な注意が必要でしょう。

社会保障制度は20世紀人類の最大の文化遺産とされています。破綻させることなく21世紀も機能を果たさねばなりません。しかしながら戦後50年で構築された日本の社会保障は各分野で矛盾が蓄積し機能不全に陥っています。将来のフレームを根本から変える再編成が必要でしょうが、当面の矛盾回避にのみ走るのではなく、歴史的分析を含めてあらゆる角度から十分に議論を深め、合意の得られることが必要と考えます。

小淵首相は本年度初閣議で経済再生など当面する政治課題に国民の英知を結集して取組み不況の環を断ち切って日本経済をプラス成長へ転換させたい。「21世紀の日本がどのような国であるべきか、その為には何をなすべきか」幅広い議論を行って絶え間ない努力を続けていくとのべています。

この言葉に期待し、推移を見守りたいと思います。

〔症例報告〕

## 腸管型赤痢アメーバ症の一例

宮崎県立宮崎病院内科 新谷 泰成, 西坂 浩明  
上田 章  
獅子目整形外科病院 獅子目 賢一郎  
こさい胃腸科外科 小佐井 就司

## はじめに

赤痢アメーバ症 (Amoebic dysentery) は, *Entamoeba histolytica* の経口感染によって, 主に大腸粘膜に潰瘍を生じ, 時に肝膿瘍などの腸管外症状を呈する輸入感染症で, 最近増加しつつある<sup>1)</sup>。今回, 赤痢アメーバ症の1例を経験したので報告する。

## 症 例

患 者: 40歳, 男性, パチンコ店の店員。

主 訴: 粘血便。

現病歴: 1998年9月27日より粘血便が出現したため, 10月5日近医の外科を受診し, 大腸内視鏡検査および生検組織検査で赤痢アメーバ症と診断され, 10月9日当院伝染病舎に入院となった。経過中, 発熱, 下痢などの症状は認めなかった。

なお, 10月1日から腰椎椎間板ヘルニアのために整形外科医院にて入院加療中であった。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 10歳頃に虫垂切除術を受けた。

生活歴: 喫煙は1日に約10本を22年間, 飲酒は焼酎1日3杯を約20年間。

海外渡航歴: 平成6年に韓国に旅行した。

生活歴: 同性愛については本人は否定した。

理学的所見: 全身状態は良好。身長163cm,

体重63kg, 体温35.9°C, 脈拍64/分, 整。血圧114/74mmHg。眼瞼結膜に貧血なく, 眼球結膜に黄疸なし。

胸部: 正常肺音, 心雑音なし。腹部: 平坦, 軟で, 肝, 脾を触知せず。上腹部に軽度の圧痛を認めた。下腿浮腫なく, 神経学的に特記所見認めず。

検査成績: 尿の蛋白, 糖および潜血反応は陰性で, 便では潜血反応陰性, 塗沫法および集卵法で虫卵および赤痢アメーバを認めなかった。末梢血では白血球数7000/ $\mu$ lで分類上異常なし。赤血球数465 $\times 10^4$ / $\mu$ l, Hb15.4g/dl, Ht44.9%, 血小板数20.0 $\times 10^4$ / $\mu$ lと正常範囲であった。血液生化学では, T.Bil 0.83mg/dl, GOT 33IU/l, GPT 59IU/l, LDH 254IU/l, ChE 555IU/l, CK 54IU/l, Na 144mEq/l, K 3.8mEq/l, Cl 109mEq/l, BUN 11.1mg/dl, Cr 0.77mg/dl, TP 6.6g/dlと軽度の肝機能障害を認めた。血清学では, CRP0.05mg/dlで赤痢アメーバ抗体はオククロニー法で陰性, またTPHA, HBs抗原, HCV抗体およびHIV抗体のいずれも陰性であった。腹部超音波検査では肝臓に膿瘍などの所見を認めなかった。

大腸内視鏡所見および生検組織像 (図1, 2および3): 大腸内視鏡検査で周囲粘膜の腫脹を伴った小潰瘍を回盲部に1個, 直腸に2

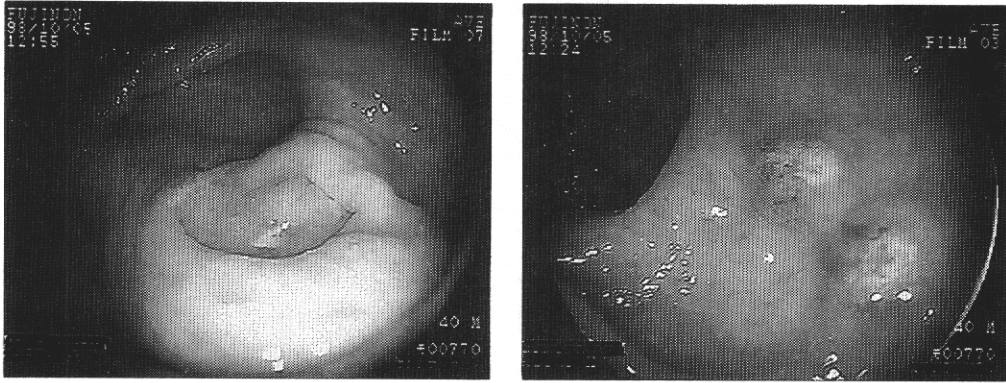


図1. 大腸内視鏡所見：左は盲腸，右は直腸の内視鏡像で，いずれも周囲粘膜の腫脹を伴った小潰瘍を示す。

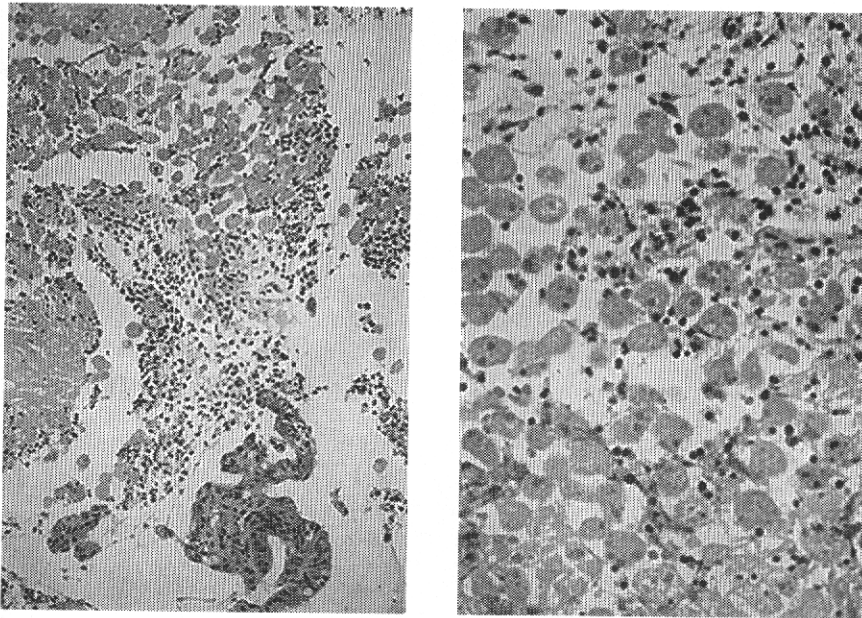


図2. 生検組織像：左は弱拡大で単核球の浸潤を伴った潰瘍をしめす。右は強拡大で赤血球を貪食した多数の栄養型アメーバ原虫を示す。

個認めた。同部の生検組織検査で，赤血球を貪食した栄養型アメーバ原虫を多数認めた。

臨床経過：図4に示すように，メトロニダゾール1500mg/日，4日間，1000mg/日，6日間とミノサイクリン400mg/日，4日間を経口投与し，症状の改善を認め，また便より赤痢アメーバを検出しなかった。今後，定期的の内視鏡検査を行って経過を見る必要がある。

#### 考案

WHOの調査によれば，赤痢アメーバの感染者は，発展途上国を中心に約4億8,000万人で，有症者は約4,000万人で，少なくとも年間4万人が死亡していると推定されている<sup>1)</sup>。我が国では，戦後，衛生状態が改善されるとともに感染者は減少し，1970年代には年間10人前後となった。しかしながら，1980年頃より，

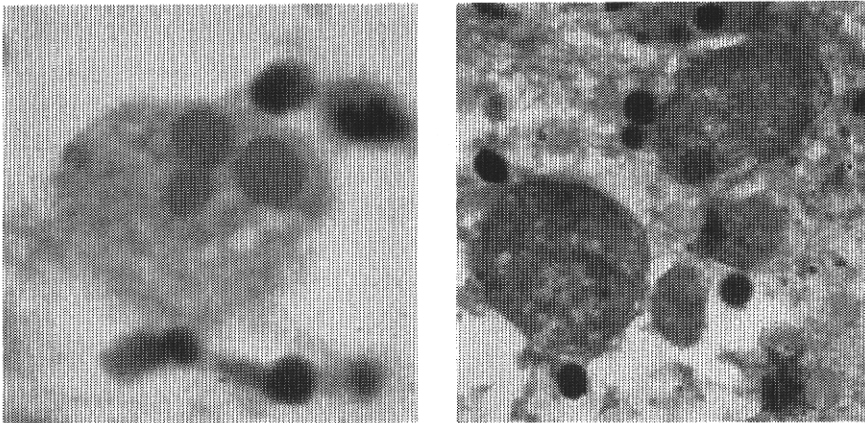


図3. 生検組織像：左は HE 染色で、右が PAS 染色。多数の円形の栄養型原虫を認め、虫体の中央部に核が1個と赤血球食食像を認めた。虫体は PAS 染色陽性であった。

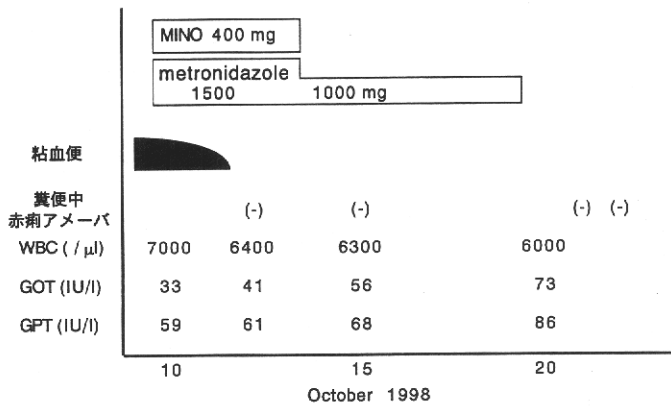


図4. 臨床経過を示す。

海外で飲食物を介して感染し、帰国後発症する輸入感染症の増加、また男性同性愛者間の性行為による感染<sup>2)-4)</sup>、知的障害者の集団収容施設における感染<sup>5-7)</sup>など感染様式の多様化によって、近年、患者数は年間100人に達している。

本症例は、粘血便を主訴に受診し、大腸内視鏡検査により、赤痢アメーバが証明された。発熱、腹痛、下痢などの症状を認めず、腹部超音波検査で肝臓病などの所見なく、腸管型

赤痢アメーバ症と診断した。海外渡航歴は4年前であり、同性愛でもないことから、感染経路は明らかでなかった。しかし、長年にわたり臨床症状を呈した例<sup>8,9)</sup>や、戦時中からの遺族感染した例<sup>10)</sup>が報告されていることにより、4年前の韓国旅行時に感染した可能性も否定できない。

男性同性愛者間での本症の感染が問題となっているが、性行為

で感染した ADIS 患者に赤痢アメーバ症が発症した例が我が国でも報告されている<sup>4)</sup>。副腎皮質ステロイド薬<sup>11,12)</sup>や抗癌剤<sup>13,14)</sup>の投与などを契機に発症した赤痢アメーバ症の報告もあり、本症は日和見感染症としても重要である。今回の症例では、本人の同意を得た上で HIV 抗体検査を行ない、陰性であったが、本症をみた場合には HIV 抗体検査を考慮する必要があると考えられる。

赤痢アメーバ症は無症状のキャリアーが90%

以上を占めるが、この理由として病原株と非病原株が存在すると考えられており、Sargeant<sup>15)</sup>は赤痢アメーバのもつ4種類の酵素のアイソザイムパターンから病原性のある *Entamoeba histolytica* と非病原性の *Entamoeba dispar* に分けられるとした。本症例では、粘血便があり、大腸内視鏡で潰瘍形成が認められ、組織侵襲性があることより、アイソザイムの検索は行なっていないが、病原株による感染と考えられた。

治療は、メトロニダゾールとミノサイクリンの併用で開始し、5日目よりメトロニダゾール単独投与した。赤痢アメーバの組織侵入、発症に腸内細菌叢が関与しており、その破壊を目的としたミノサイクリンの投与が有効であったという報告もある<sup>10)</sup>。

赤痢アメーバ症は現在法定伝染病であるが、平成11年4月より伝染病予防法は廃止され、新しく施行される法律“感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律”では、4類感染症として位置づけられる可能性が大であり、届け出は必要であるが、隔離を必要とする疾患の中には挙げられていない。しかしながら、近年増加傾向にあり、集団発生することもあり、死に至ることも十分にあり得るため、大腸内視鏡検査でびらんを認めた場合、常に鑑別診断の一つとして念頭においておくべき疾患であると考えられる。

〈参考文献〉

- 1) Schofield, C. : Parasitology today : An ambitious project. *Parasitol Today* 1 : 2, 1985.
- 2) Takeuchi, T. , Okuzawa, E. et al : High seropositivity of Japanese homosexual men for amebic infection. *J Infect Dis* 159:808, 1989.
- 3) 高田季久:赤痢アメーバ症. *最新医学* 44:730-736, 1989.
- 4) Ohnishi, K. et al : Symptomatic amebic colitis in a Japanese homosexual AIDS patient. *Intern Med* 33:120-122, 1994.
- 5) Nagakura, K. , Tachibana, H. et al : An outbreak of amebiasis in an institution for the mentally retarded in Japan. *Jpn J Med Sci Biol* 42:63-76, 1989.
- 6) Nagakura, K. , Tachibana, H. et al : Amebiasis in institutions for the mentally retarded in kanagawa prefecture, Japan. *Jpn J Med Sci Biol* 43:123-131 1990.
- 7) 佐原啓二,堀 渉ほか:静岡県内の知的障害者施設における赤痢アメーバ症. *感染症学雑誌* 70:1-6, 1996.
- 8) 水野弘,三宅誠ほか:大腸生検により診断しえたアメーバ赤痢の1例. *日本消化器病学会雑誌* 77:1148, 1980.
- 9) 松田裕子,井上潔ほか:長年月にわたって臨床症状を呈したアメーバ赤痢の2例. *感染症学雑誌* 59:836-840, 1985.
- 10) 竹中英昭,古西満ほか:長期持続感染と考えられたアメーバ赤痢の1例. *感染症学雑誌* 70:247-250, 1996.
- 11) Kanai, S. R. , Knight, R. :Relapsing amoebic colitis of 12 years' standing exacerbated by corticosteroids. *Br Med J* 2:613-614, 1969.
- 12) Stuiiver, P. C. , Gould, J. T. : Corticosteroids and liver amoebiasis. *Br Med J* 2:394-395, 1978.
- 13) 増田剛太,根岸昌功ほか:日和見感染と考えられたアメーバ赤痢の2症例. *感染症学雑誌* 60:1352-1356, 1986.
- 14) 竹中章:制癌剤の長期服用により再発したアメーバ赤痢の1例. *感染症学雑誌* 63:163-165, 1989.
- 15) Sargeant, P. G. :The reliability of *Entamoeba histolytica* zymodeme in clinical diagnosis. *Parasitol Today* 3:40-43, 1987.

〈Postgraduate Education〉

## 臨床心電図講座 (6)

県立宮崎病院内科 中川 進, 福岡 周司, 福永 隆司  
西浦 亮介, 渡辺 望

(症例1) 55才, 女性。8年前から高血圧症の内服治療中。心電図や心エコー検査で左室肥大あり(左室壁厚: 拡張期 12mm, 収縮期 18mm)。冠動脈造影は正常。発作性心房細動があり, 発作時に頻拍, 低血圧を伴い自覚症状が強く, リスモダンや $\beta$ 遮断剤では効果不十分であった。IC群抗不整脈薬のサンリズム3 Cap(150mg)/日の投与で心房細動は失消した。投与開始8日目に退院したが, その夜, 突然意識消失し救急搬送された。病院到着時, 脈拍触知困難, 意識は半昏睡。

図1は(A)サンリズム投与前と(B)投与8日目の病院到着時の12誘導心電図を示す。

(C)は投与前, 投与2日目, 8日目のP, QRS波, PQ間隔を観察しやすい誘導を示す。肝, 腎障害はなく, 血清電解質も正常。診断と治療は。

(症例2) 67才, 女性。高血圧症のためサイアザイド剤を服用中。他に器質的心疾患はない。期外収縮の頻発のため, IA群抗不整脈薬のリスモダン3 Cap(300mg)/日を投与された。投与3日目よりめまい発作, 投与5日目よりチアノーゼ, 痙攣を伴う約1分間の失神発作を頻発。投与13日目に救急入院した。肝, 腎機能は異常なし。血清K $2.2\text{mEq/L}$ と著しい低K血症を認めた。

図2は(A)リスモダン投与前, (B)投与

4日目, (C)投与13日目の緊急入院時, (D)失神発作時の心電図を示す。診断と治療は。

### (心電図の解釈とコメント)

(症例1の心電図: 図1) IC群抗不整脈薬の催不整脈作用による心室頻拍(以下VT)である。本文(I)の(E)を参照されたい。

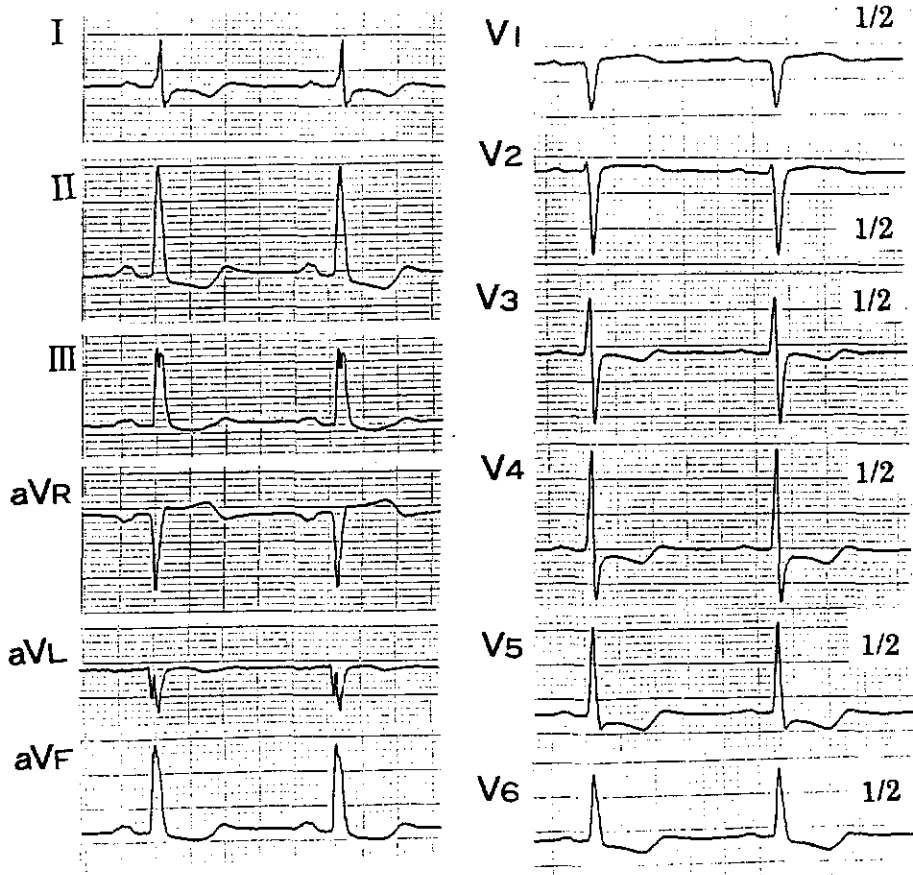
(A)投与前はストレインパターンを伴う左室肥大と軽度のPQ延長。(B)8日目の病院到着時には, QRS波形の区別が不明瞭なサインカーブ状のVT。心室粗動ともいえるが心拍数は150/分と速くないのが特徴である。幸い電氣的除細動一回でVTは停止した。(C)はサンリズムによる伝導遅延のためP幅やQRS幅が延長する経過を示す。血中濃度と相関し, 催不整脈の指標である。投与前と8日目を比べると, P幅は0.12から0.18秒, QRS幅は0.10から0.14秒, PQ間隔は0.22から0.30秒に延長した。

サンリズムは中止し, 以後VTは起こらない。心房細動はアミオダロン(アンカロン®)投与で洞調律に維持した。本症例は心機能は良好で催不整脈作用の危険因子は高血圧性心肥大のみであった。

(症例2の心電図: 図2) IA群抗不整脈薬の催不整脈作用によるtorsade de pointes(以下Tdp)と呼ばれるVTである。本文(I)の(D)を参照されたい。



# (A) 投与前



# (C)

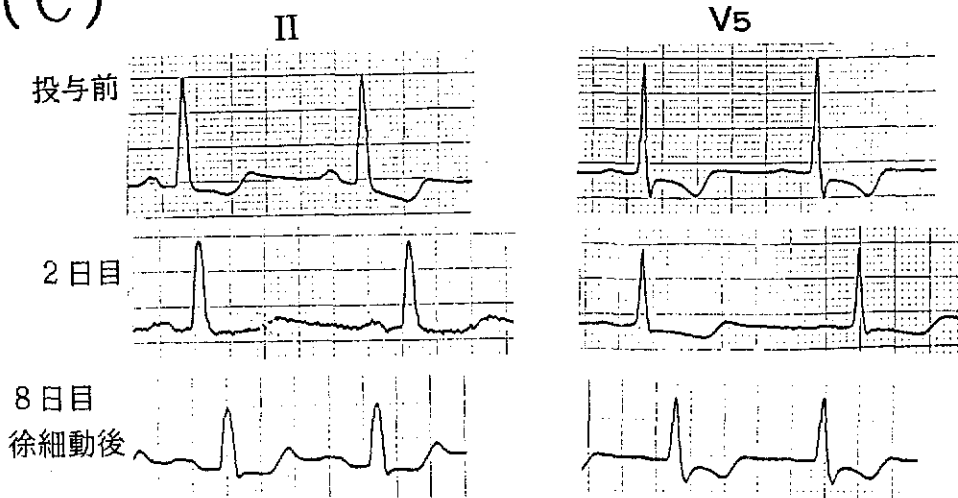


図1. 症例1の心電図経過

(B) 8日目

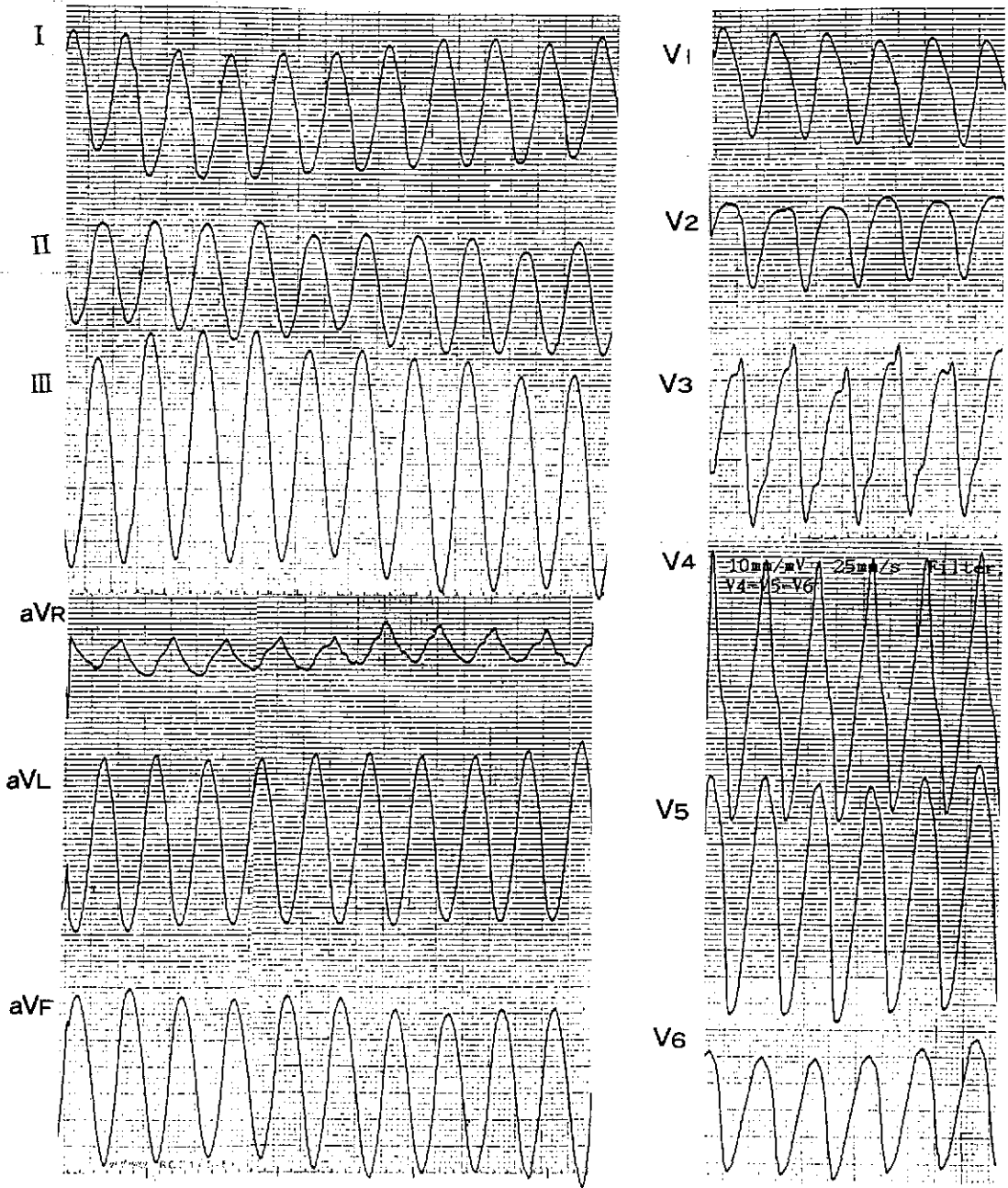


図1. 症例1の心電図経過

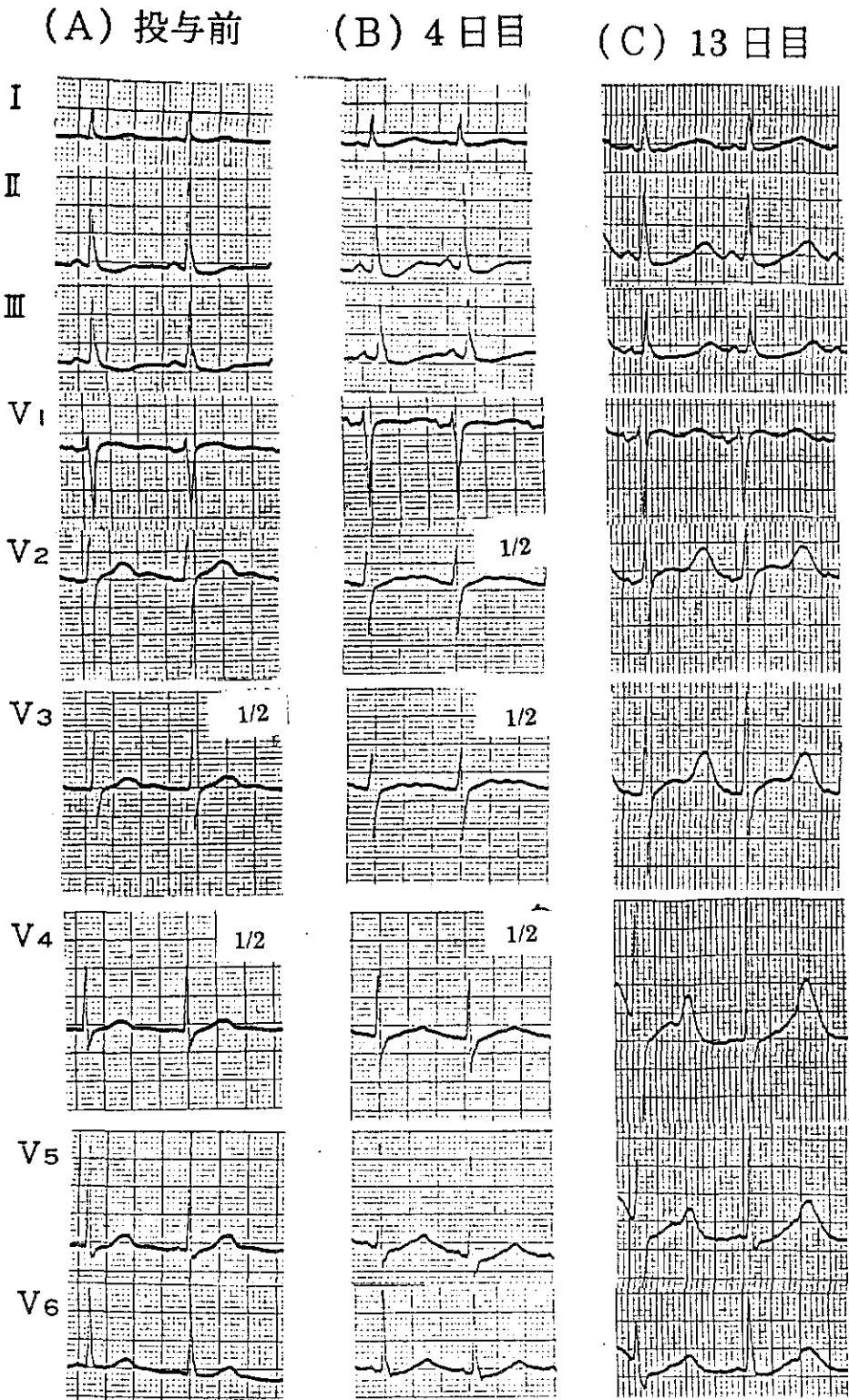


図2. 症例2の心電図経過

(D)

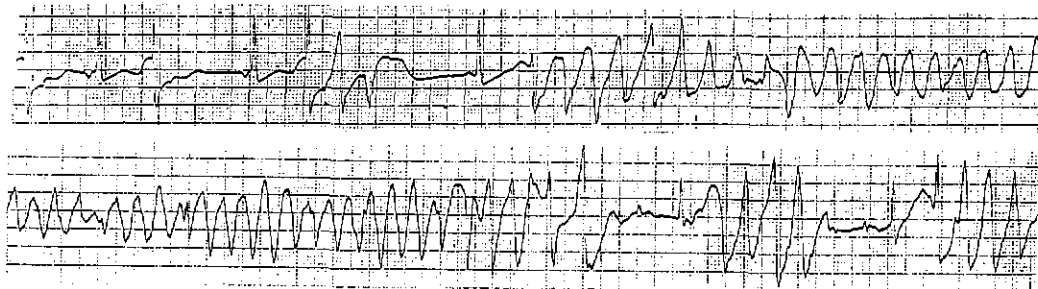


図2. 症例2の心電図経過

リスモダン投与開始後、QT時間が進行性に延長した。図1でQT (QTc) 時間は(A)投与前には0.36(0.42)秒と正常範囲だが、(B)4日目には0.48(0.60)秒、(C)14日目には0.60(0.71)秒と著明に延長した。(D)入院当日、リスモダン内服後にTdp発作が頻発した。リスモダン血中濃度は治療域以下であった。

Tdpは薬剤内服後にはのみ(血中濃度依存性)に発生したが、QT延長は血中濃度の低い時期にも持続して観察され、催不整脈作用の診断上有用である。

リスモダン中止後はTdpは消失、QT時間も14日目に前値に復した。低K血症は催不整脈作用の誘因であり、補正した。抗不整脈薬投与中は、利尿薬による電解質異常に注意が必要である。本例は16年前の症例である。現在では期外収縮はI群薬の適応ではない。

### 今回のテーマ；抗不整脈薬の催不整脈作用によるVT。

本稿では、抗不整脈薬の副作用である催不整脈作用により、重篤なVTが発生した典型例を呈示した。以下に考察を加える。

#### (I) 催不整脈作用によるVT。

##### (A) 催不整脈作用の定義。

薬剤のために、もとの治療対象の不整脈が増

悪したり、全く新しい不整脈を誘発したりすることを催不整脈作用(proarrhythmia)と呼ぶ。ジギタリスや抗不整脈剤をはじめ、様々な薬剤が原因となるし、VT以外にも、①徐脈性不整脈や、②上室性や心室性の頻拍性不整脈、など様々な不整脈が起こる。

##### (B) 催不整脈作用によるVTの予測と予防。

1) IA群薬、IC群薬に最も多い。IB群薬やアミオダロン(III群薬)でも起こる。IA群薬ではQT延長とTdp、IC群薬ではサインカーブ状のincessant VTが特徴である(表1)。

VT発生の危険因子を表2に示す。IA群薬とIC群薬では発生機序が異なり、危険因子も少し異なる。心室の肥大、拡張、虚血を伴う器質性心疾患があるとリスクが高い。ただし、僧帽弁狭窄症は左心室負荷が無く、危険因子に入れない? I群薬は心収縮力を落し、低左心機能例では、心不全を誘発したり循環動態を不安定にして、しばしば不整脈を増悪する。肝腎機能障害や高齢者では薬剤血中濃度が高くなり易い。適応を厳選する。

2) IA群薬(リスモダン等)の抗コリン作用は、房室伝導を促進して心房細動や粗動をより頻拍にするリスクがある。ジギタリス

表1. IA群薬とIC群薬の催不整脈によるVTの比較

原因薬剤	IA群薬など	IC群薬など
発生機序	Kチャンネル異常 先天性? 激発自動能	Naチャンネルblockerによる伝導遅延。 リエントリー頻拍
V T	Tdp	サインカーブ状VT incessant,150/分位
前兆	QT延長	QRS延長(頻拍で強調)
治療	Mg, K補充 頻拍化	循環補助で時間を稼ぐ 徐拍化? Na補充?
起こり方	過敏反応	血中濃度上昇
発生時期	投与開始 10~30日以内	投与初期が多いが後期催不整脈あり
危険因子	徐脈 低K血症 高齢, 女性	心室の器質的異常, 低左心機能 虚血, 既存のVT, F
発生頻度	1~3%	0.3~1.4%

表2. 催不整脈作用によるVT誘発の危険因子

(A) 器質的心疾患や不整脈
1) 左心機能低下(特にEF < 35%) 心不全の既往
2) 心筋虚血, 心筋梗塞の既往
3) VT, VF, 催不整脈の既往 QT延長. 徐脈
(B) 薬剤の血中濃度増加
1) 肝障害や腎障害
2) 高齢者
(C) 電解質異常
利尿剤, ジギタリスの使用

などに注意し, 薬効の範囲を越えれば中止する。血中濃度の測定も有用である。

長期投与中は催不整脈の危険因子の新規の発生や, 心, 肝, 腎機能の変動, 併用薬の薬物相互作用に注意する。利尿薬による低K血症の発生や, 心不全やシメチジン投与によるリスモダン血中濃度の上昇などである。

(C) 中等症の催不整脈作用。

心室性不整脈が5~30%の症例で増加する。より重篤なVTに移行する危険もあり, 薬剤を中止する。臨床経過の変動が催不整脈作用かの判定は必ずしも容易でない。危険因子や薬剤の血中濃度を検討して判定する。

やβ遮断剤で房室伝導を抑制しながら使う。また, I群薬の伝導系の抑制作用にも注意する。

- 3) I群薬を開始する際は(特に危険因子のある時)1週間程度の入院で催不整脈作用を監視する。QT延長, P幅やQRS幅拡大

- 1) VTの発生頻度や持続時間が増加する。またはVTの心拍数が速くなって投与前より血行動態を悪化させる。15%の症例で見られる。
- 2) 心室性期外収縮やshort-runの数が増加す

る。投薬前に比べ、前者が4倍、後者が10倍になれば有意である。

- 3) 今まで見られなかった形のVTが起こる。特に多形成VT (Tdp など) や、二方向性 (bi-directional) VT は催不整脈作用の確率が高い。

#### (D) QT 延長と torsade de pointes (Tdp)。

- 1) 原因薬剤。IA群薬投与で1~3%の症例に発生する。他の抗不整脈薬 (アミオダロン、ペブリジールなど) や、種々の薬剤 (トリルダン、アセナリン、エリスロシン、H2ブロッカー、三環系抗うつ剤、プロブコールなど多数)、脳血管障害、電解質異常、完全房室ブロックによる徐脈、先天性QT延長症候群等でも同様の不整脈が起こる。
- 2) 発生機序、発生時期。先天性QT延長症候群では、遺伝子異常に基づく細胞膜のKイオンチャンネルの異常がある (Tdpを起こすトリルダンはこの遺伝子を抑制する。) これに基づき、早期後脱分極 (心電図上のQT (U) 延長のT (U) 波を形成する) によるtriggerred activityが発生しTdpが起こる。IA群薬でTdpを起こす患者にも、軽症のKチャンネルの先天異常の存在が推測される。

即ち、Tdpの多くは薬剤に対する過敏反応 (先天異常) らしい。治療域以下の濃度で発生し、発生時期は薬剤投与開始10日以内が多く、80%は1ヶ月以内である。ただし、時に、腎不全や過量投与による血中濃度の上昇から起こる例もある。

- 3) 危険因子。徐脈、低K (Mg) 血症、女性、高齢者、高血圧や左室肥大、重篤な心筋障害などがある。
- 4) 心電図の特徴。QT時間の延長と、torsade

de pointes (Tdp) である。フランス語で、トルサード。ポアンと読み最後の-tesは発音しない。英語でtwisting of pointsの意。QRS波形が、等電位線の回りを回転するように速やかに変化し (twist)、全体が波打つ形となる。polymorphic VTとも呼ぶ。Tdpは自然停止し、頻発する。時に心室細動 (以下VF) に至る。失神発作が主な症状である。

QT延長はTdp発生の前兆所見である。QT (QTc) が600msec以上、または投与前より25 (~50) %以上延長すれば中止する。期外収縮後のR-R延長の後に著名な変形を伴うQT (U) 延長が起こる。しばしば、そのT (U) 波に短い連結期で期外収縮が乗ってTdpが発生する。long-short sequence (図2D) と呼ぶ。QTの形が一拍おきに変わるalternansにも注意する。III群薬ではQT延長がしばしば著明だがTdp発生はまれである。

- 5) 予防と治療。Tdp発生の多い投与初期の入院心電図監視が有効である。患者に失神やめまいに注意させる。

Tdp発生時の治療は、①原因薬剤の中止。透析患者では透析する。②マグネズウム1~2gをゆっくり静注し、続いて0.2~1.2g/hrで点滴静注する。作用時間は5分。急速静注の際は血圧低下に注意する。③低K血症の補正 (4.5~5.0mEq/Lにする)。④IA群薬は使わない。リドカインは有効な場合がある。⑤以上で不十分なら、ペーシングやイソプロテレノール、アトロピン頻拍にする。

#### (E) incessant (停止困難) なサインカーブ状のVT。

- 1) 原因薬剤。IC群薬投与中に0.3~1%に

見られる。タンボコール (flecainide)、プロノン、サンリズムなど。IA群薬やアミオダロンなどでは少ない。

- 2) 危険因子とIC群薬の適応。器質的心疾患の存在(特に虚血性心疾患、低左心機能やVT)は危険因子であり、IC群薬は禁忌である。心室性不整脈には原則として使わない。CAST研究では心筋梗塞後の症例で(EFは平均40%)IC群薬による突然死が年間4%に登った。

IC群薬のリスクは心疾患がなく心機能が良好なら低い。現在の適応は“器質的心疾患がない”条件付きで、心房細動の除細動目的の頓用や、徐細動後の洞調律維持に用いる。本稿の以下の記載はflecainide等についての経験に基づく。サンリズムは欧米のデータがなく。心室筋より心房筋に主に働きQRS波の延長作用が弱いなど若干異なる点がある。

- 3) 発生時期。VT発生は薬剤の血中濃度上昇による。薬剤投与開始直後や増量時に多い(前期催不整脈作用)。しかし、突然死のリスクは長期投与中にも常に存在し(後期催不整脈作用)、投与期間が長いほど大きい。
- 4) 心電図所見、前兆所見、発生機序。重症例では幅広いサインカーブ状の波形(図1B)または投与前に存在したVTの波形を呈する。

しばしば停止困難でincessant VTとよぶ。

電氣的除細動や頻拍ペーシングで停止不能か、停止後直ちに再発する。ショックに陥って死亡する例もある。

IC群薬はNaチャンネル遮断薬である。伝導遅延を生じて抗不整脈作用を発揮するが、かえってそれがリエントリーによるVT

を誘発する。伝導遅延のため、①VTの心拍数はわりに遅い(150/分位)。②P幅、QRS幅が血中濃度に比例して延長する。VT発生の前兆所見であるが、25~50%程度のQRS延長は問題ないという。血中濃度を測定する対策もある。③伝導遅延は頻拍時ほど著明(use-dependent block)である。運動負荷で頻拍にすると、QRS延長が増強し、時にVTが発生する。催不整脈の評価に使う。逆にβ遮断剤併用でVTの発生が減少する。

- 5) 鑑別診断。1対1伝導の心房粗動との鑑別を要する。薬剤治療中に心房細動が心房粗動に移行することがある。IC群薬の伝導遅延のため、心房粗動では粗動波の拍数が200/分位に下がり、房室伝導が通り易くなって2対1伝導が1対1伝導になり、変行伝導を伴ってQRS幅の広い頻拍になり、VTと紛らわしくなる。

- 6) 予防と治療。IC群薬のVTは重篤で発生予測や治療が困難である。適応を厳選する。

VT発生後の治療は、①原因薬剤の中止。②しばしば停止困難である。薬剤血中濃度が下がるまで昇圧剤、アオミダロン静注、IABPを含め、あらゆる手段でがんばる。③他に文献では、a)運動負荷で誘発されたときはβ遮断剤、b)メイロン、ラクテックの静注を行う。心拍数を下げ、Naを補充する理論だが、心不全があつて実際的でないかも。Naチャンネル遮断薬(リドカインなど)は禁忌。c)100/分以上のオーバードライブペーシングも有効という話もある。

## (II) 突然死の予防手段とIC群薬の評価。

- 1) 重篤な心疾患ではポンプ不全が進行して緩急に死に至る。その前に約半数は不整脈により突然死するとされ、これを予防し生

命予後を延長することが不整脈の大きな治療目標である。しかし、“不整脈をI群薬で消す”シンプルな作戦では突然死は減少しない。

即ち、I群薬は生命予後を改善せずむしろ悪化させ(ABC群とも)①突然死予防には無効である。I群薬の使用は②患者の症状をとり合併症を減らすこと、に限定される。安全域も狭く、煩雑な注意も必要で、使用前に慎重な検討を要する。

2) 突然死の発生机序は単純でなく、①不整脈に加え、②心室の器質的な異常や③心筋虚血、④心機能低下、⑤交感神経活性の亢進、⑥その他、の総合結果として、⑦VT、VFが誘発されて突然死に至る。これらを総合した対策が必要である。最近の視点を不整脈に限定せず、メガトライアルで生命予後の延長効果が証明された薬剤を不整脈にも使う戦略をとる。虚血性心疾患で、脂溶性β遮断剤(セロケン、アセタノール、アーチスト、プロプラノロール、プロガドレン)や、アミオダロン、ACE阻害薬、及び埋込み型除細動機(ICD)の突然死減少効果が確認されている。

### (Ⅲ) 我々の頻拍性不整脈治療手順。

(A) 原因心疾患や不整脈発生の誘因を検索し治療する。特に甲状腺機能亢進症や虚血性心疾患に注意する。運動負荷試験をしばしば実施する。外科手術やインターベンションの適応も検討する。

(B) 低左心機能や心不全の治療を優先する。β遮断剤やAEC阻害薬、ないしジゴシン等を使い心機能を改善すれば、不整脈にも効果がある。β遮断剤(アーチストやセロケン)は適応を選び、極少量から漸増して使えば、心

機能を改善する。以下にはいちいち断らないが、β遮断剤の使用前には、気管支喘息、低血圧、徐脈、刺激伝導系の障害、心機能低下等の状況の検討が必要である。

抗不整脈薬は、低左心機能例にはアミオダロンを優先する。IC群は禁忌である。IA群も心機能抑制作用から、使いにくい。

(C) 生命予後に影響のない頻拍性不整脈は、症状や重症度に応じて、①経過観察、②β遮断剤やジゴキシリン、ワソラン、③カテーテルアブレーション、④最後にI群薬やアミオダロン、の順に治療法を検討する。

(1) 無症状で軽症の不整脈は、無害性の説明と誘因である生活習慣の矯正のみで、無投薬とする。高血圧など他の適応の合併時にはβ遮断剤を検討する。非持続性VTも含めて、無症状の心室性不整脈のI群薬による治療は禁忌である。

(2) 有症状でも軽症不整脈にはβ遮断剤やジゴキシリン、時にワソランを検討する。期外収縮、通常の非持続性VT、発作性上室性頻拍症、(発作性)心房細動など。β遮断剤(セロケン40~120mgやテノミン25~50mg)は、自覚症状を軽減し、不整脈を軽症化させ、重症の不整脈に移行するリスクを減らす。虚血性心臓病や慢性心不全にも効果がある。

たまに起こる頻拍発作は発作時にのみ対応する。不眠を伴い不安神経症的な側面があれば、一時的な抗不安投薬(メイラックスなど)も検討する。

(3) WPW症候群による不整脈、発作性上室性頻拍症、心房粗動、一部の特発性VTなどは、カテーテルアブレーションで若干のリスクで根治でき、抗不整脈薬も不要となる。



(4) 以上の手順で不十分なときに、I群薬、アオミダロンなどを検討する。使用時は、心筋梗塞症後の症例は一年間で再検討するなど、期間を限って使うよう努力する。

(D) 心房細動も同じ手順である。若年者の初回の発作性心房細動は、薬剤なしでも再発しないことがある。飲酒の翌朝誘発されるものがある。β遮断剤は心房細動の心拍数調節や、一部の発作性心房細動の洞調律維持に有効である。

a) 多くの持続性心房細動は、心拍数調節と塞栓症予防に徹する。I群薬は使わない。洞調律維持を試みて使っても、維持できねば中止する。

b) 心房細動には、①塞栓症のリスク（前回の本講座参照）があるため、一部の症例では徐細動して洞調律維持を試みる。IA群薬（リスモダン等）から使い、器質的心疾

患がなければIC群を検討する。しばしばβ遮断剤を併用する。この洞調律維持の方針では若干死亡率が増えるという。

c) 重篤な器質的心疾患、特に低左心機能の場合は、②心房細動による心拍出量の10～20%の低下が問題となる。アミオダロン（またはIA群薬）を検討する。

(E) 突然死の可能性の高いVT、VFには、埋込み型除細動機(ICD)ないしアミオダロンを考慮する。アミオダロンは、①低左心機能例や拡張型心筋症にも使え、②生命予後を改善し、③VT、VFや心房細動の洞調律維持にも著効を示す。肺線維症などの副作用のため、しばしば長期投与できないが、注意して使う。

(症例1を救命し、心電図を提供していただいた野本浩一先生はじめ小林市民病院内科の諸先生方に感謝します)



〔Postgraduate Education〕

## 症候による漢方治療

## VII 不 眠 (その3)

宮崎市 木下内科医院

木 下 恒 雄

前号と前々号で不眠を主題とした漢方治療について述べたが<sup>1),2)</sup>、本稿では先人並びに著者の治験例を呈示して少々解説を加えてみたい。

### 治験 1. 「大塚敬節著・漢方診療三十年」より

「…これより二週間ほど前（前述の症例の初診日が昭和26年12月5日なので、同年11月21日頃）に、ある会社の重役が軽い脳出血にかかり、脳出血の症状は軽快したが、どうしてもねむれなくて困るからとて、往診をたのまれた。この患者はペロナールをのんで、眼をつむっているのに、ねむれない。ねむくてたまらないのに、ねむれないという。患者は色の浅黒い肥満した五十歳あまりの男子で、腹は少し張り気味で、心下部は膨満しているが、抵抗や圧痛はない。大便是毎日一行ある。私は、この患者にも、三黄瀉心湯サンオウシヤウシントウに梔子シを加え、ダイオウ大黃を0.5にして与えたが、これで気持が落ついてねむれるようになった。三黄瀉心湯に梔子オウレンを加えると、黄連解毒湯オウレンの黄柏オウバクの代りに大黃を入れた方剤になる。これらの患者に、黄連解毒湯を用いても、もちろん効果はあったと思う。三黄瀉心湯は、顔面潮紅、のぼせ、めまい、気分のいらつき、不眠などのある患者で、便秘の傾向があり、みずおちにつかえる気分のあるものに用いる。そのため、諸種の

出血、高血圧症、神経症、常習便秘、胃炎、胃潰瘍、脳出血などに、しばしば用いられる<sup>3)</sup>。

〔（ ）内は著者注〕

解説：文中のペロナールは、バルビツール酸系催眠薬で、ベンゾジアゼピン系催眠薬の普及以前は非バルビツール酸系催眠薬のプロムワレリル尿素（プロバリン）とともに不眠に対して使用される機会が多かったが、REM催眠抑制が強く、その持続を防げ、かえって催眠障害の原因となることがあったり、依存性や耐性があり、中止時に禁断症状として脱力感や痙攣発作をみることもあるため、現在では催眠剤として用いられることはほとんどなくなった。近年では、REM催眠抑制が軽く、長期間にわたる使用の際にも効果減弱の程度が少なく、また、急に中止しても不眠、不安、痙攣などの離脱症状が少ないことなどからベンゾジアゼピン系薬剤が催眠薬の主流をなしている。

「心下」は古くは「しんげ」と読んだが、「しんか」でもよい。心窩部のことである。

三黄瀉心湯に関しては前々号で概説したが<sup>4)</sup>、黄芩オウゴン・黄連オウレン・大黃ダイオウの三味で構成され、不眠のほか、感情不安定、顔面潮紅、心下痞しんか(げ)ひ（心窩部の痞塞感）、心下濡なん しんか(げ)ひこう（心下痞硬より硬度の少ないごく軽い抵抗）、便秘傾向などの症候があり、六経（三陰三陽）並びに虚実は、少陽

の実に相当する場合は適応となる。

梔子は山梔子とも言い、アカネ科のクちなシの成熟果実で、黄連・黄芩・大黄と組んで清熱瀉火、すなわち、消炎、解熱とともに脳の充血や興奮性増大、自律神経系の緊張を緩和する効を發揮する。また梔子には除煩の効—心中懊憹(胸部から上腹部にかけての塞がったようで苦しい感じ)や心煩(前胸部の熱感を伴った苦しい感じ)を緩解する—がある。また、大黄に関しては、瀉下作用がよく知られているが、ほかに清熱瀉火や駆瘀血の効があり、便秘傾向がない場合も用いることがある。一般的には便秘の状況により適宜加減して用いる。本症例では、大便是一日一回なので瀉下作用が強くないように配慮し、鎮静の効能を期待する意味で一日0.5gとされたのではないかと思う。黄柏はミカン科のキハダの周皮を除いた樹皮で、黄連・黄芩・山梔子と同様、清熱瀉火や解毒の効がある。

## 治験 2. 「大塚敬節著・漢方診療三十年」より

「33歳の女、4年前にお産をした。その後、不眠がつづき、どうしても治らないという。どんなふうに眠れないかと問うに、手足がやけて、ほてって、それが苦しくて眠れない。手足の煩熱さえなければ、眠れるが、これがどうしても治らないという。その他には、別に苦しいところはない。

三物黄芩湯を与える。1週間分をのんで来院したときは、6～7時間、眠れるようになり、手足の煩熱もよくなったとよるこぶ。

尾台榕堂は、『三物黄芩湯は、夏になる毎にてのひらや足のうらが、気持ちわるくやけて、それが夜間はとくにひどく、そのために眠れないものを治す。』と言っている<sup>5)</sup>。

解説：三物黄芩湯については前々号で概説したので参照していただきたい<sup>6)</sup>。

煩熱は、熱感のために煩悶することである。尾台榕堂氏(1799～1870)は、信濃魚沼郡の医家の生まれで、幼時より祖父や父について医術を学び、16歳の時、江戸に出て、後に義父となった尾台浅嶽について吉益東洞流の古方を学んだ。榕堂の医術は、吉益東洞の系統をひき、その使用方剤はほとんど「傷寒論」「金匱要略」に記載されたものであった。著書に「類聚方広義」をはじめ「重校葉徼」「方伎雜誌」などがあり、これらの書は、現在でも漢方古典を学ぶ医師のテキストとして用いられることが多い。氏は儒者とも交遊があり、本県出身の安井息軒氏とも親しかったと伝えられている。

大塚敬節氏(1900年～1980)は高知県の医家の生まれで、1923年、熊本医専卒業後、漢方復興に多大の貢献をなした湯本求真氏に師事して漢方医学を学び、1931年より漢方専門で開業傍ら漢方復興の先駆的活動を続け、1950年、同志とともに日本東洋医学会を創立し、会長、理事長等を歴任し、また1974年北里研究所付属東洋医学総合研究所設立と共に初代所長に就任。1978年には幾多の功績により日本医師会最高有功賞を受賞された。著書に「漢方医学」「臨床応用傷寒論解説」「漢方診療医典(共著)」「症候による漢方治療の実際」などがある。

大塚氏は、随筆風のタッチで「漢方診療三十年」の中に多くの治験例を述べているが、病態に応じた漢方方剤の運用法、構成生薬の加減など私共の漢方臨床に寄与する点が少なくない。

次に、著者の治験例を述べることにする。

## 治験 3.

症例 S. N. 57歳 男 会社員

主訴：不眠

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：56歳 脳腫瘍にて手術(詳細不明)を受く。49歳から56歳まで慢性疲労症候群の診断で、東京の某大学病院の診療を受く。

現病歴：平成8年3月12日に脳腫瘍の手術を受け手術は成功したが、以後、頑固な不眠に悩まされるようになった。寝つきが悪いことが多いが、早目に寝ついても度々中途覚醒したり、早期に覚醒して、以後ほとんど眠れないという状態になった。以前に強い全身倦怠感のため苦しんだことがあるので睡眠薬の投与は受けたくないと思い、漢方治療を希望して平成8年7月1日、当院を訪れた。

初診時所見：身長167cm、体重69kg。舌質は湿潤しやや胖大、舌苔は薄白でやや膩。脈は沈やや弱。腹部はやや軟で、上腹部で両側に腹皮拘急、右側に軽度の胸脇苦満があり、少腹不仁も認めた。このほか、咽中炙癆・心下痞・抑うつ気分・不安感を伴っていた。

臨床診断：1) 不眠症 2) うつ状態。

経過および治療：竜骨湯合半夏厚朴湯(橋本天海堂の生薬による煎剤)を1日3回、毎食前内服とした。

同年9月まで軽度の就眠障害や中途覚醒があったが、10月中旬には約6時間持続して眠れるようになった。平成9年5月まで服薬を続け、ここで一旦休薬した。

平成10年4月14日、軽度の就眠障害を訴えて来院したので本方使用を再開したところ短時間で症状が軽減したが、8月末まで本方を継続した。

現在休薬中であるが、症状は軽快している。

考察および解説：本症例に使用した方剤は竜骨湯(竜骨3g・桂枝3g・遠志3g・麦門冬3g・牡蛎3g・茯苓4g・甘草1.5g・乾生姜1g)と半夏厚朴湯(半夏6g・茯苓5g・乾生姜1g・厚朴3g・紫蘇葉2g)を合方した煎剤である。構成生薬が重複する乾生姜は1gとし、茯苓は5gを用いた。

竜骨湯の出典は「外台秘要方(唐・王壽撰・752年)」で、本書には同名異方も収載されているが、本症例には巻十五の風狂及諸風下二十四門・風狂方九首中に記載された方剤を用いた。原典では桂枝は桂心(肉桂のホルク層を除いたもの)となっている。

本書には「竜骨湯は、宿驚、失志、忽々喜忘、悲傷染し、陽氣起たざるを療するの方」<sup>7)</sup>、すなわち、「竜骨湯は、日頃から神経過敏な状態であるとともに、希望を失って気分が落ち込みやすく、また、しばしば物忘れをすることがあり、病的悲哀と抑うつ気分があって元気が出ない状態を治療する方剤である。」と本方の使用目標が記載されている。したがって、本方がうつ状態の治療方剤であることを述べたものであろう。

表1. に本方の構成生薬とその性味、薬能を示した。性には基本的には寒・熱・温・涼の4種があり、これは薬物を人体に作用させた際の反応や治療効果に基づいて長年の経験から帰納された性質である。また、味には基本的には酸・苦・甘・辛・鹹の5種があり、概ね味覚により判断できる。たとえば、服用すると温熱感が起こったり、寒涼性の症候(冷えなど)に治療効果を示す薬物が温性や熱性で、口に入れるとピリッとした辛味がある薬物が辛に相当する。これらは、しばしば薬能と密接な関係を有し、また、それぞれの薬能

表1. 竜骨湯

— 構成生薬とその薬能 —

生薬名	性味	薬能*
竜骨	甘・渋，平	鎮心安神，平肝潜陽，収斂固脱，生肌斂瘡
桂枝	辛・甘，温	発汗解肌，温通経脈，通陽化氣，平衡降逆
遠志	苦・辛，温	安神益智・豁痰開竅，散鬱化痰
麦門冬	甘・微苦，涼	清熱潤肺・止咳，養胃生津，清心除煩，潤腸通便
牡蛎	鹹・渋，涼	鎮驚安神，益陰潜陽，収斂固脱，軟堅散結
茯苓	甘・淡，平	利水滲湿，健脾補中，寧心安神
甘草	甘，平	補中益氣，潤肺・祛痰止咳，緩急止痛，清熱解毒，調和藥性
生姜	辛，微温	散寒解表，温胃止嘔，化痰行水，解毒

\*「神戸中医学研究会：中医臨床のための中薬学，医歯薬出版株式会社，1993」による。

に関しても理解を助けるために少しく詳述したいが，本稿では紙面の関係で割愛する。

不眠治療の目的で本方を応用する際の主薬は竜骨と牡蛎で，いずれも鎮静作用があるが，両者は協力して，主に脳の興奮過程を抑制することにより不眠を改善するものと思われる。また，茯苓には利水作用とともに鎮静作用があり，主薬の効能を助ける。このほか，桂枝には「気の上衝を下す」と言われる興奮して眠れないような場合の鎮静効果があり，遠志には脳の思考過程の乱れを調整する効果も考えられるので，本薬を配合することにより，興奮を鎮めるというだけではなく，むしろ精神諸機能の維持・改善に寄与することも考えられる。また遠志には「鬱を散じる」効もあるのでうつ状態の改善にも有用であると思う。さらに，遠志と麦門冬の配合は，煩躁して（胸がもよもよして）眠れない場合に有効と考え

られる。生姜は胃内停水を除いて消化機能を調整し，甘草はこれら諸薬の効能を調和するとともに消化機能を向上させ強壮にも働くため，生薬のこのような配合による方剤は現代医薬の催眠薬と異なり，生体の全般的な機能を調整ないし向上させつつ不眠やその他のうつ状態による諸症候を改善するものと考えられる。

本方の適応症にみられる症候を図1. に示し，とくに重要なものに下線を付した。

なお，合方した半夏厚朴湯に関しては，前号や本誌50号を御参照いただきたいが<sup>8),9)</sup>，代表的症候の咽中炙轡のほか，舌質は湿潤しやや胖大，舌苔は薄白でやや膩などの所見により，さらに，うつ状態や不眠のより一層の改善を目指して合方した。

半夏厚朴湯の構成生薬とその性味，薬能を表2. に示した。

主薬は半夏と厚朴で、半夏は胃内停水を除き、心窩部の痞塞感を去り、厚朴は気めぐりを改善し、両者は協力して咽中炙癰を緩解させる。茯苓は半夏と協力して胃内停水を除くとともに、これ自身も鎮静作用をもっている。生姜は健胃とともに水毒を改善し、諸薬に協力して気めぐりを整えとともに半夏の毒性を緩和する。紫蘇葉は気の滞りを開き気分を明るくする。これら諸薬の協同作用によ

図1 竜骨湯

[鎮心安神，散鬱益智]

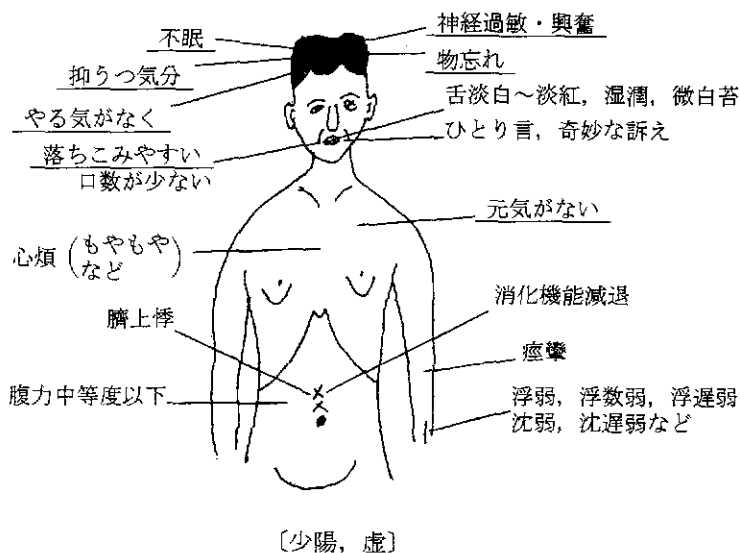


表2. 半夏厚朴湯

— 構成生薬とその薬能 —

生薬名	性味	薬能*1
半夏	辛，温・有毒*2	燥湿化痰，降逆止嘔，消痞散結，行湿通腸
茯苓	甘・淡，平	利水滲湿，健脾補中，寧心安神
生姜	辛，微温	散寒解表，温胃止嘔，化痰行水，解毒
厚朴	苦・辛，温	行氣化湿，下氣除滿，燥湿化痰・下氣降逆
紫蘇葉	辛，温	散寒解表，理氣寬中，行氣安胎，解魚蟹毒

\*1 「神戸中医学研究会：中医臨床のための中薬学，医歯薬出版株式会社，1993」による。

\*2 毒性を除くために必ず生姜と同煎する。

り、諸種の精神神経症状をはじめ、消化器症状や浮腫などの改善にも寄与する方剤である。ただし、本方は燥性が強いので水毒傾向を認めない症例には用いないよう注意すべきである。

おわりに

漢方方剤による不眠症の治療は、速効性が

ほとんど期待できないため、説得や適切な助言を行ないながら根気よく対処しなければならない。しかし、不眠の前に他の愁訴が改善されたり、証が適合していれば、やがて自然な眠りが得られるようになって気分も爽快になることが多い。

この領域の漢方治療も今後の医療に貢献す

る点が少なくないものと思っている。

〈文 献〉

- 1) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.53，  
P. 27-30，1998.
- 2) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.54，  
P. 20-23，1998.
- 3) 大塚敬節：漢方診療三十年，創元社，  
P. 191-192，1973.
- 4) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.53，  
P. 28，1998.
- 5) 大塚敬節：漢方診療三十年，創元社，  
P. 201，1973.
- 6) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.53，  
P. 30，1998.
- 7) 小曾戸洋ほか：外台秘要方（上），東洋医学研  
究会，P. 279，1981.
- 8) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.54，  
P. 21，1998.
- 9) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.50，  
P. 20-21.



〔会員発表〕

## 診断時より死亡に至るまで自宅において 緩和医療を継続した末期多発性骨髄腫の患者

宮崎県立延岡病院 高橋 弘 憲  
高橋医院 高橋 浩 太

### 要 約

診断時にすでに寝たきりであった IgA 型多発性骨髄腫の患者の意志を尊重し、死亡に至るまで自宅において疼痛管理などの緩和医療を行った。家族の介護の努力や開業医の往診と大病院の専門医との病診連携によって成果を得たので、貴重な経験として報告する。

【病歴】患者は72歳の男性。約5年前に腰椎の圧迫骨折の既往がある。その後も腰痛をかかえながら農業に従事していたが、1998年11月6日、腰痛が悪化し起きあがる事ができなくなったため、高橋医院に往診を依頼した。既に下肢の不全麻痺が認められ、臥床したまま寝返りもできず、激烈な腰痛を訴えていた。レントゲン撮影などの検査のため、医院への受診を勧めるも拒否、ジクロフェナクナトリ

ウムなどの処方により痛みは幾分改善したが運動能力は改善せず、布団に寝たきりとなった。

【検査所見】11月16日に自宅で採血したところ、表1のように、①赤血球連銭形成を伴った貧血、②Mピークを伴う高 $\gamma$ グロブリン血症、③ IgG および IgM の抑制を伴った高 IgA 血症、④腎不全、などの所見を示した。

骨髄穿刺は施行しなかったが、①～④を根拠に IgA 型多発性骨髄腫と診断した。腰痛と急激に発症した下肢の麻痺は、腰椎病変と脊髄の圧排によるものと考えられた。

【経過】11月17日、痛みのコントロールや輸血、栄養管理などの目的で入院治療を強く勧めたが、やはり拒否した。11月18日、原疾患の治療方針や予後を踏まえた上での本人と家

表1 主な検査所見

末梢血	WBC 5620 / $\mu$ l (Neu 67.0%, Ly 23.3%, Mo 7.8%, Eo 0.5%, Ba 1.4%), RBC $168 \times 10^4$ / $\mu$ l, Hb 5.2g /dl, Ht 16.4%, PLT $8.4 \times 10^4$ / $\mu$ l, ※赤血球連銭形成有り
生化学	T-P 9.3g /dl (Alb 28.0%, $\alpha_1$ 2.3%, $\alpha_2$ 3.7%, $\beta$ 0.6%, $\gamma$ 66.0%) ※電気泳動で $\gamma$ 領域にMピークを認める, LDH 172IU /l, ALP 9.3K-AU, BUN 42.7mg/dl, CR 3.0mg/dl, UA 12.7mg/ dl, T-C 56mg/dl, Ca 9.9mg/dl, IgG 182mg/dl, IgA 9341mg/dl, IgM < 27mg/dl,



族の意志決定のために県立延岡病院を紹介され、長男が来院した。

家族としては、「たとえ助からない病気でもできるだけ医療行為を行って欲しいが、本人がしっかりした考えを持った人物であり、最終的には本人の意思を尊重したい」との考えであったため、本人と直に会い、病名告知も含め十分なインフォームド・コンセントを行った上で、意志の確認をすることとした。

延岡病院には往診のシステムは無いため、夕方に高橋医院の往診に付き添って自宅を訪問した。

**【往診時の様子と意志表示】**患者は畳の上に敷いた布団に仰臥したまま下肢が弛緩し、身動きがとれない状態であったが、上肢は動かさず、食事を口元に運ぶ事はできた。皮膚や顔面は蒼白で、眼瞼結膜には貧血を認めた。胸部では肺雑音は聴こえないが、機能的収縮期雑音が聴かれた。腹部は平坦で、肝脾腫や消化管の拡張を示すような所見は認めなかった。意識は明瞭で会話も普通にでき、我々の説明も十分理解できるだけのインテリジェンスが感じられた。

そこで、①多発性骨髄腫であること、②貧血や栄養状態の改善のため、輸血や補液が必要なこと、③腰痛はますますひどくなり、痛みの除去も自宅では十分対応できないことなどを説明し、入院加療を勧めた。

患者からの生命予後に関する質問はなかったが、患者は永く生きられない状態であることを悟り、死に場所を自宅に決めている旨をはっきりと我々と家族に伝えた。

その後約30分程の間、患者との押し問答が続いたが、結局は自宅で家族が付き添い、できる範囲の医療行為を高橋医院の往診で対応

することとなった。

#### 【主な医療行為と効果および経過】

①原疾患の治療：11月26日よりメルファラン2mg/日とデキサメサゾン1mg/日を投与した。抗腫瘍効果や延命効果は得られなかったが、骨痛の軽減を認めた。

②疼痛対策：エルシトニンの筋注とジクロフェナクナトリウムの内服および座薬を使用した。ステロイドの併用によって除痛効果は増強したが、疼痛の強い時間帯もあり、モルヒネへの変更を予定したが、先に全身状態が悪化した。

③栄養管理：往診で維持液の補液を行った。

④血液製剤：アルブミン製剤による浮腫の軽減や、MAP輸血による貧血の改善は期待されたが、そのことで予後やQOLに有為な差が生じるとは考えられなかった。死に至るまでの苦痛の軽減が診療の目標であったため、経済的負担も考慮し、血液製剤は使用しなかった。

⑤介護：患者は当初畳の上に休むことを要望していたが、介護にあたる家族の勝手を優先することを了承した。介護用ベッドを支給してもらい、エアマットを敷いた上に寝かせた。食事や体位変換、排泄の介助などは妻と長男が中心となり、時間帯を手分けして終日世話をした。痛みが強くなった時には、ずっと身体をさすってやったりしたそうであるが、患者にとっての精神的救済となった。

その後、腎不全の憎悪に伴い浮腫や呼吸困難が出現したが、最期まで入院の意志はなく、自製のうちに意識が低下していった。12月14日に自宅で死亡した。

## 考 察

本症例では、骨髄穿刺や骨X線撮影などの検査は施行しなかったが、赤血球連鎖形成を伴う正球性貧血、Mピークを伴う高 $\gamma$ グロブリン血症、IgGおよびIgMの抑制を伴った高IgA血症などの所見から、IgA型多発性骨髄腫と診断することに問題はないと考えた。さらに、その臨床病期は、 $Hb < 8.5 g/dl$ ,  $IgA > 5.0 g/dl$ , 血清クレアチニン $> 2.0 mg/dl$ の検査結果から stage III Bと判定され、高齢者であること、貧血が強く血小板減少もみられること、performance statusが悪いことなども合わせても、すでに末期に進行しており、たとえ入院加療を行っても予後は永くないと判断した。このこともあり、患者本人の「死んでもいいから入院しない」という選択には、正当性があつた。

日本でも最近になってようやく「患者の知る権利」や「治療法を選択する権利」に関しての理解が高められつつある。癌・悪性疾患においても、これまでのように患者に事実を告げず医者と家族で治療まで決めてしまうようなやり方ではなく、患者本人に十分なインフォームド・コンセントを行った上で意志決定を問うことが望まれ、もし虚偽の説明を行ったことが患者の不利益となれば、法的にも責任を被ることとなる。

しかし一方、患者が治療や入院を拒否する背景には、恐怖心や医療不信などによる一時的な感情や原疾患による思考力の低下が存在することもあり、患者の本心をよくよく理解した上で対応することが肝要である。また、家族や医療施設にどれほどの事ができるかも考える必要があり、患者本人、家族（特に一緒に暮らしている家族）、医療側の3者の間で

役割や責任の分担に合意がえられていることが、実際に介護を行う上で非常に大切な事項となる。

今回の事例においては、①患者本人は普段からしっかりした人格で、我々との話し合いにおいても興奮した様子もみせず、最後まで話を聞いた上で自分の決意を示したこと、②家族にも「本人の気の済むようにさせてやりたい」といった気持ちがあり、介護に対しても熱意がみられたこと、③高橋医院が毎日でも往診することを引き受けられたこと、④専門的医療の決定や説明については血液専門医との連携が約束されたこと、などから自宅での医療・介護が可能と判断した。

本症例の診断時からの予後は1カ月余りと短かったが、入院加療を行っていてもほとんど予後に変わりはなかったと思われる。

緩和医療の成果としては、疼痛のコントロールや呼吸困難の除去が完全とはいかなかったが、患者が苦痛のため混乱に至ることはなかった。モルヒネの持続皮下注などの方法を採用できればさらに良好な効果が得られるものと考ええる。

精神的な面においては、自宅にいることの安心感は何物にも変えられず、死への恐怖も和らいでいたようである。最期は患者本人のみならず家族も満足した大往生であった。

癌患者の末期医療に日夜従事しながらも、今回のような経験は稀であり、今後の医療を展望する上でも貴重な症例として報告した。

### 〈参考文献〉

1. 血液病学第2版：三輪史朗，青木延雄，柴田 昭 編集，分光堂：1095～1108
2. 内科専門医会誌 Vol.10.3.1998, 335～354

## 〔会員発表〕

## 在宅終末医療への一考察

宮崎市 大西医院 大西 雄二

## はじめに

最近では病院死が80%に対し在宅死は20%でほとんどの人が病院等で死を迎え、一般の人が死を身近に体験することが少なくなった。しかしながら、病院医療が普遍化したのは、終戦後のわずか50年足らずにすぎず、それ以前は家庭の中で近親者の死はもっと身近であった。病院医療の結果として死を忌避してきたが、最近では避けられないものとしての終末期のありかたが国民的関心をよんでいる。同時に死をめぐる経済的考察も必要であろう。終末期医療を在宅で施した4症例を中心に保険診療の視点で検討した。

## 在宅医療に係わる制度の歩み(表. 1)

1969年に寝たきり老人という言葉が登場し、ホームヘルパーの派遣事業が開始された。1982年に老人保険法が成立し、1990年ゴールドプランがスタート。1992年に医療法改正があり、居室が医療の場と明示され、1994年に新ゴールドプランが始まっている。

## 保険上よりみた歴史的経緯(表. 2)

保険上での歴史的経緯をたどってみると、昭和63年までは医師の往診料がすべてであった。昭和63年に在宅患者訪問診療料等が新設され平成2年に在宅悪性腫瘍患者指導管理料等が、平成6年の診療報酬改定において、特

表1. 在宅医療に関する制度の歩み

1963年	老人福祉法の制定
1969年	厚生白書で「寝たきり老人」という言葉が登場 ホームヘルパー派遣開始
1982年	老人保健法成立
1983年	訪問介護開始
1990年	高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)スタート 「寝たきり老人ゼロ作戦」 老人福祉法等の改正。在宅福祉サービスの積極的推進
1991年	老人訪問看護制度の創設
1992年	医療法改正。居室が医療提供の場と明定 老人訪問看護ステーションが制度化。老人保険制度から報酬
1994年	高齢者保健福祉推進十か年戦略の見直し(新ゴールドプラン)医療保険法改正。 在宅医療の推進 老人訪問看護ステーションの充実と一般在宅患者の適用拡大
1995年	高齢社会対策基本法制定
1997年	介護保険法および施行法成立

表. 2 在宅医療の診療報酬上の変遷（一部抜粋）

## 一般診療報酬

在宅患者診療・指導料	評価点数の変遷										
	昭和 58	昭和 59	昭和 60	昭和 61	昭和 63	平成 2	平成 4	平成 6.4	平成 6.10	平成 8	平成 10
往診料	200	200	240	250	400	400	520	550	570	650	650
在宅患者訪問診療料					480	520	650	680	700	790	790
在宅時医学管理料								3000	3000	3000	3200
在宅末期医療総合診療料								1300	1300	1500	1500
在宅患者訪問看護・指導料					230	360	450	450	500	530	530
訪問看護指示料									300	300	300
在宅療養指導管理料											
在宅悪性腫瘍患者指導管理料						600	700	1200	1200	1400	1500
在宅寝たきり患者処置管理料						450	550	800	800	960	1050

## 老人診療報酬

	評価点数の変遷										
						平成 2	平成 4	平成 6.4	平成 6.10	平成 8	平成 10
寝たきり老人末期訪問診療料									700	790	790
在宅老人ターミナルケア加算									1000	1200	1200
在宅寝たきり老人末期訪問看護指導料									500	530	530
寝たきり老人処置指導管理料						520	600	850	850	960	1100

に在宅末期に重点を置いた項目の新設・組み替え等が行われた。平成2年には緩和ケア病院入院料が新設されている。

## 症例

症例1は77歳の女性。心不全を繰り返し、増悪時には入院治療を行った。本人は1人暮らしで、身寄りもないが、入院治療には強い拒否を示し在宅での終末医療を希望した。在宅訪問診療、訪問看護の他にホームヘルプ・サービスを受けていた。終末期に夜間1人になるということに、当時者間に不安があり、

深夜にもホールヘルプ・サービスが必要となった。

死亡確認は早朝時訪問したホールヘルプ・サービス員の通報により医師がかけつけ確認した。独居死は本人が希望とは言え、周囲の人間には心理的抵抗があった。

症例2は80歳の男性。慢性腎不全・胸部大動脈瘤で定期的に通院していたが、腎機能徐々に悪化し通院が困難となり在宅診療を開始した。死亡は腎不全急変によるものと考えた。家庭内では息子夫婦と同居し、その面倒は息

子嫁がみていた。本人も入院を希望せず、家庭内の協力が得られた例であった。

症例3は75歳の男性。悪性腫瘍の全身転移であったが、原発は不明であった。本人には告知せず在宅診療を希望した。家族は息子・娘が1人ずつで生計の主体は娘であった。末期まで家族の介助により通院されたが、終末期は家庭でむかえ、全身の疼痛が強く疼痛管理が必要であった。患者を息子がみており、患者をみる家族がいたため在宅終末医療が可能であった。

症例4は80歳の男性。胃癌手術を受けたが、根治手術ではなく退院後自宅療養となり、本人及び家族の希望にて在宅医療となった。当初抗癌剤や免疫賦活剤投与したが、副作用のため在宅医療の時点で中止した。在宅末期診療は4カ月と15日に及んだ。疼痛管理が必要であり、鎮痛剤投与のための連日の訪問診療・看護が必要であった。家族は妻と2人暮しであり、妻が介護の主体であった。

### 医療費からみた在宅終末医療

1カ月の総点数を診療に係わる部分、投薬注射に係わる部分、検査に係わる部分、その他(指導料等)に係わる部分に分け検討した(表. 3)。

症例1は保険点数は死亡月の17日の診療日

のすべてに訪問診療を行い、同月の総点数は20,796点で、それ以前は協同利用施設型病院に入院であった。

症例2は在宅医療にはいり1カ月の平均点数は10,117点であった。在宅医療に変わる直前3カ月の通院医療の1カ月の平均点数は4,662点であった。

症例3は死亡月に在宅医療にはいり当月の17日間の点数は12,814点であった。在宅医療以前の8日間の通院医療の場合は7,167点であった。

症例4は在宅医療の死亡前5カ月の総点数の平均は24,570点であった。それ以前の通院医療の平均点数は12,309点であった。投薬注射の高点数は抗癌剤・免疫賦活剤によるものであり、在宅医療になり中止している。

悪性腫瘍外の疾患で比較的急死を遂げた第2症例と腫瘍死で連日の診療が必要であった第4症例を診療費を中心に検討した。

症例2は在宅診療が定期的に週1回で月4回であり医療費は通院診療に比べ約2.2倍となっている。症例4は外来通院中は抗癌剤・免疫賦活剤投与で薬剤費高額となっているが、在宅となってからは中止し疼痛管理が主となった。そのため連日の訪問診療が必要となり1カ月の総点数が24,570点と高額で、その内訳

表3. 医療費内訳の比較 (%)

	通 院 治 療				在 宅 医 療			
	診 療 費	投薬・注射	検 査	そ の 他	診 療 費	投薬・注射	検 査	そ の 他
症例1	33	55	5	7	71	11	3	10
症例2	6	68	17	9	53	34	6	7
症例3	33	39	8	20	73	15	0	12
症例4	13	72	8	7	81	12	3	3

は人的サービスが殆どを占めている。症例2に比べ医療費は約2.43倍であり、悪性腫瘍の場合は疼痛管理のため連日の訪問診療が必要となり医療費の増嵩をまねくと考えられる。

1カ月の医療費は症例によって差がでるが金額にして101,170円～245,700円と通常の外來患者よりかなりの高額となる。訪問診療に係わる医療費の割合が53%～81%と殆どを占めるようになる。

それでは入院医療では医療費の動向はどうかであろうか。死亡4カ月前から医療費が増嵩し、死亡月に最高に達し、死亡月の入院医療費は疾患によって差があるが、1日あたり44,500円から56,500円の報告がある<sup>1)</sup>。当院の自験例の1日あたりは、連日の診療が必要であった症例4においても8,190円であり入院医療に比べ顕著に低いといえるであろう。在宅の場合、病院における高額な延命治療とは無縁であるため低額におさえられる。

長寿社会開発センターの高齢者の終末医療費の報告では<sup>2)</sup>、平成6年70歳以上で亡くなった者の終末医療費（医療費及び措置費）は1兆4千億であり、70歳代の在宅死亡者と比べると、長期入院者は約6.2倍、短期入院は2.7倍、福祉施設は3.5倍もの格差があるとしている。死亡者の増加によって医療費が増大することが予想され終末期医療の導入により医療機関中心主義を改める必要を試算のかたちで述べている。

### 考 察

在宅末期医療は本人にとってはどうかであろう。家族や周囲に気を使うとの指摘があるが、むしろ施設例の方がその傾向は大きいのではないか。

家族の視点ではどうかであろう。患者を家庭

で介護する場合は介護者の負担が無視できない程大きい。在宅事情が悪化し、女性の労働参加率が増加したためもあって、家庭における介護能力が社会全体として低下傾向にある。社会生活の維持を多少とも可能にし、亡くなるまで継続的にケアするためにはケアしてくれる社会資源（医療・介護・福祉・ボランティア）の活用が必要となり、様々な系統図が考えられている。一方病院との連携は不可欠であり、訪問診療の限界もあきらかにしておかねばならない。特に悪性腫瘍の場合疼痛管理よりも全身状態の悪化と家族の不安が中断の理由となりやすい<sup>3)</sup>。本人への対応よりも家族への精神的援助をより多く必要とする場合も多い。しかし家族は自分達が悩んだほど、患者の死後、十分看てあげたという満足感を持たれることが多い。

医療上のコストの点からであるが、在宅型においては医療・看護・介護などの人的サービスが中心となり、投薬や検査は減少し入院医療に比し医療費を低くおさえられる。しかしながら家族の犠牲の点は含んでいない。それによって評価も変わる可能性がある。そのためにも家族介護力の低下を支援するシステムが必要である。死は医療者のものではなく、患者・家族のものという点では在宅の場合の方が心残りが少ないといえよう。

### おわりに

専門家の間ではキューブラー・ロスの著作が読まれ、一般では山崎彰夫氏の「病院で死ぬこと」がベストセラーになる。終末期医療の導入は医療費のコスト削減からの政策誘導という皮肉な見方がないわけではないが、そればかりとは思えない。マスコミもこの問題をさかんにとりあげている。各種ケアの実践

を現在の財政事情により困難視するみかたがあるが、硬直的考えである。要は国民・市民の選択である。様々な選択肢のある方が、人生の最期にとっては幸せだといえよう。

〈文 献〉

- 1) 日野泰彦, 武山恒男ほか: 終末医療費の動向—医師国保組合7年間の実態から—, 日本医師会雑誌 113: 1937~1943, 1995.
- 2) 国保新聞 12月1日, 1997.
- 3) 中津守人, 大原昌樹ほか: 訪問診療中断の理由, プライマリケア雑誌 21: 342~346, 1998.

## 経口用セフェム系抗生物質製剤

指定医薬品, 要指示医薬品<sup>※1)</sup>

# フロモックス®

錠 75mg・100mg, 小児用細粒 100mg

日抗基 塩酸セフカペンピボキシル錠/粒 略号CFPN-PI

注1) 注意—医師等の処方せん・指示により使用すること



■ 薬価基準収載

■ 「効能・効果」, 「用法・用量」, 「禁忌」, 「原則禁忌」, 「使用上の注意」等については, 添付文書をご参照下さい。

〔資料請求先〕塩野義製薬株式会社 医薬情報本部 〒553-0002 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

’98.9作成 ©:登録商標



**シオノギ製薬**

大阪市中央区道徳町3-1-8 〒541-0045

## 〔会員発表〕

## 最近経験した噴門部早期胃癌の5例

福田胃腸科・内科クリニック

原口靖昭

## はじめに

胃癌のなかで噴門部癌は比較的頻度が低く、食道浸潤を伴う進行癌で発見されることが多かったが、高齢化と検査法の進歩により最近では早期癌が発見されるようになってきた。この2年間に噴門部早期胃癌を5例経験したので、早期癌として発見されるきっかけ、その所見と治療法を提示する。

## 対象および方法

噴門部早期胃癌は食道胃接合部より2 cm以内に病巣の中心があり、病理学的に検索され、早期癌であることを前提にした。1997年1月から1998年12月に当院を受診し、上部消化管検査で噴門部早期胃癌と診断されたのは5例であった。また同時期に発見された食道浸潤を伴う進行胃癌は3例あるので、これと比較した。

## 成績および結果

5例は男女比3:2、年齢は59歳から86歳(平均67.8歳)で、症状がなく検診を目的に受診したもの3例、他の2例は軽い自覚症状があり、心窩部痛と膨満感のため受診している。なお症例2はまず地域検診で異常を指摘されている。当院での診断のきっかけとなった検査は全て内視鏡検査であった。診断時以前の検査歴は内視鏡検査を17ヶ月前に1例、

12ヶ月前に2例が受けていた。前回の内視鏡写真を入手出来た2例再検討しても、病変は指摘できなかった。他には前年の集団検診を受けているものの1例、検査歴不詳1例であった。検査時の発見のきっかけは、挿入時の食道下部からの順視での発赤1例、退色および小出血1例と胃内挿入後のJターンでの逆視での発赤を伴う隆起2例、発赤1例であった。病変の大きさは最長径34mm~8mmで、径5mm以下の微少胃癌は見られなかった。肉眼形態は全例が隆起を主体とする病変であり、IまたはII a症例が4例で、II a + II cが1例であった。組織はいずれも分化型腺癌で、未分化癌はなかった。深達度はm癌3例、sm<sub>1</sub>癌1例、sm<sub>2</sub>癌1例であった。治療をお願いした外科は3施設に分かれているが、sm<sub>2</sub>浸潤の症例1がproximal gastrectomy + jejunal interpositionをなされ、他の3例は部分切除 + リンパ節郭清、1例は内視鏡的粘膜切除(EMR)を受けている。術後の化学療法はEMRの症例4のみに行われている(表1)。

これに対して同時期に明らかに食道浸潤を認めた進行胃癌の3例は全て男で、年齢は平均71.0歳、いずれもある程度の症状を有していた。この3例も内視鏡検査で診断されていた。組織は3例とも全て未分化癌であった。治療は1例でtotal gastrectomy + distal pancreateo-splenectomyがなされ、他の2例は



表1. 噴門部早期胃癌5例の内訳

	症例 1	症例 2	症例 3	症例 4	症例 5
性別	M	M	M	F	F
年齢	59	86	63	61	70
症状	—	—	心窩部痛	—	腹部膨満
発見検査	内視鏡	内視鏡	内視鏡	内視鏡	内視鏡
最長径 (mm)	32	34	10	8	10
形態	II a + II c	I	II a	II a	II a
深達度	sm <sub>2</sub>	m	m	m	sm <sub>1</sub>
組織	高分化腺癌	高分化腺癌	高分化腺癌	高分化腺癌	高分化腺癌
リンパ管浸潤	1	0	0	0	1
血管浸潤	0	0	0	0	2
リンパ節転移	—	—	—	—	不明
治療法	a	部分切除	部分切除	部分切除	EMR
術後治療	—	—	—	—	UFT300mg

a : proxymal gastrectomy (jejunal interposition) + splenectomy

保存的治療のみに終始した。

#### 症例呈示

70歳女性。食道胃接合部の上方に発赤の目

立つ丈の低い隆起があり、表面に粘液が付着している(図1)が、水洗した後は隆起のみで、EMRを紹介先で施行された(図2;宮崎医科大学第一外科提供)。

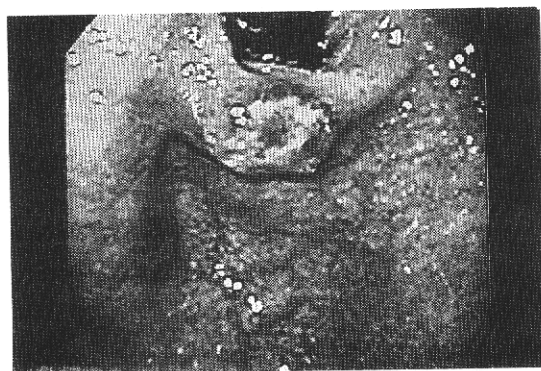


図1. 症例5の初回内視鏡写真

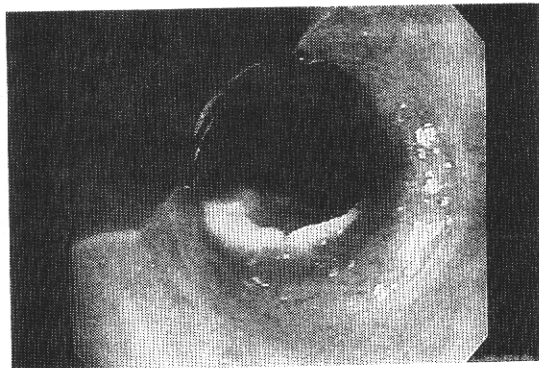


図2. 症例5のEMR直後の内視鏡写真

## 考 察

胃癌取扱い規約には“噴門部とは厳密には噴門腺の潜在する領域を指すのであるが、肉眼的観察からこれを判断することは困難であるし、またこの部分が癌組織に置換されている場合には判断が難しい。したがって食道胃境界線から上下それぞれ20mm範囲の領域を、噴門部と称することに規定する。”と記載されており<sup>1)</sup>、習慣的にこの領域に病巣の中心を置くものは噴門部領域の癌として扱っている。

噴門部領域の癌は比較的にまれであるが、最近では診断技術の進歩や高齢者の増加により、症例も増加したように思われる。特に内視鏡検査の普及により、従来のX線検査では一部の施設で高度な技術でしか発見できなかった早期癌が、ルーチンの内視鏡検査で容易に発見しうる現状になっていると思われる。

食道癌や噴門部以外の胃癌と比較では、文献的には性別は従来噴門部癌は男性の頻度が高い。年齢分布では噴門部領域癌は高齢者が多いと報告されており、辻らの報告では噴門部領域癌は70歳以上例が30%を占める。また肉眼型は、早期癌では隆起型、進行癌では2型が多く、これは分化型癌が多いことを反映するとしている。m癌とsm癌の割合では胃MA領域よりはsm癌の比率は高く、噴門部領域では表層拡大傾向を示さない癌、すなわち横方向よりは縦方向に隆起あるいは深く浸潤する癌が多いことが特徴としている。リンパ節転移に関しては噴門部ではCMA領域よりリンパ節転移率がかなり高く、比較的深達の浅いところからリンパ節転移を来しやすいと指摘している<sup>2)</sup>。

発見の動機をみると、従来X線が多く行われているにもかかわらず、バリウムの付着の

悪い部位なので描出には細心の注意が必要であり、なかなか病変としてチェックされず、内視鏡によって発見されたものが大部分であり、X線検査によるものは極めて少ない。内視鏡像についてみると、異常出血斑、小発赤、不整形の陥凹性変化などが挙げられている<sup>3)</sup>。内視鏡は小回りのきく細径の直視式による食道側からの見おろしと、胃内の噴門部でのJターンの観察が適していると考えている。しかし、小弯線より前後の壁に偏在して病巣がある場合には正面視と生検狙撃が困難となり、側視型など機種を変えての検査も必要である。

一方、噴門部早期癌のX線診断について、西俣らはルーチンX線検査時に半立位の腹臥位第1位、仰臥位第2斜位および立位正面での撮影が良いと報告している<sup>4)</sup>。

症例の積み重ねにより胃癌の手術は縮小化、腹腔鏡下手術やEMRなど内視鏡的切除へと進んで行く中で噴門部癌についてはproximal gastrectomy + jejunal interpositionを基本として治療がなされてきたが、診断精度が高ければ、EMRをもっと積極的に検討してもよいのではないかと感じている。しかし、文献的にはm癌では分化型が多く潰瘍形成型はまれで、リンパ節転移も認められないので内視鏡的切除の対象となるが、sm癌では比較的小さくても深達の深い例が多く、sm癌のリンパ節転移率は高率であるため、sm癌については内視鏡的治療は慎重であるべきとしている<sup>5)</sup>。

最後に治療を担当していただき、資料の提供に快く協力していただきました県立宮崎病院岩村威志先生、宮崎医科大学第一外科北村洋先生、古賀総合病院谷口正次先生に深謝申し上げます。

以上、最近経験した噴門部早期胃癌について

て報告した。

〈参考文献〉

- 1) 早期胃癌研究会(編). 胃癌取り扱い規約, 12版. 金原出版, 1993
- 2) 辻 直子, 石黒 信吾, 真能 正幸, 他. 噴門部領域の癌の病理診断. 胃と腸 32: 1073-80, 1997
- 3) 白根 昭男, 望月 福治, 池田 卓, 他. 18歳の若年者にみられた食道胃境界領域の早期小胃癌の1例. 胃と腸 24: 70-4, 1989
- 4) 西俣 寛人, 政信 太郎, 西俣 嘉人, 他. 噴門部癌のX線診断に関する研究—陥凹性早期胃癌を中心に—. 胃と腸 17: 1035-44

# 世界初「選択的セロトニン5-HT<sub>4</sub>アゴニスト」

**新発売**



消化管運動促進剤  
指定医薬品

**ガスモチン<sup>®</sup>** 錠5mg  
散 錠2.5mg

(クエン酸モサブリド製剤)  
**GASMOTIN<sup>®</sup>**

■効能・効果

慢性胃炎に伴う消化器症状(胸やけ, 悪心・嘔吐)

■用法・用量

通常, 成人には, クエン酸モサブリド無水物として1日15mgを3回に分けて食前または食後に経口投与する。

■薬価基準収載

※詳細は添付文書をご参照ください。  
使用上の注意の改訂に十分ご注意ください。



(資料請求先)  
**P 大日本製薬**  
〒541-0045 大阪市中央区道徳町2-6-8

9809

〔他科からの提言〕

## 内科診療とペインクリニック

南 院 院 南 洋 介

### はじめに

ペインクリニックとは、神経ブロック療法を中心に種々の痛みを伴う疾患や難治性疼痛などの治療を行うもので、その他薬物療法、刺激鎮痛法、理学療法、心理療法、また針治療や漢方などの東洋医学的手法も取り入れ、扱う疾患は疼痛性のもの以外にも神経ブロックの効果がある様々なものに及びます。

ここでは通常の内科診療でも経験する疾患等について、ペインクリニック的手法を中心に述べてみます。

### 2大ブロックについて

ペインクリニックでよく用いられる神経ブロック法は、星状神経節ブロック (SGB) と硬膜外ブロック (Epi) です。

SGB では交感神経をブロックする事により支配領域の頭部、顔面、上胸部、上肢の血流増加などをもたらします。適応疾患は片頭痛、帯状疱疹痛、顔面神経麻痺、多汗症、頸肩上肢の痛み、上肢血行障害 (レイノー症状)、メニエール病などの他、網膜血栓症、突発性難聴、耳鳴り、月経痛など数多くあります。またアレルギー性鼻炎にも有効であると言われています。特に発症早期の帯状疱疹と顔面神経麻痺には薬物療法に SGB を併用する事が効果的であると考えます。

Epi は硬膜外腔に局所麻酔薬を注入して神経ブロックをしますが、麻酔薬の濃度によって交感神経、知覚神経、運動神経を選択的にブロック出来ます。低濃度の交感神経ブロックで血流改善が得られます。内科的適応は帯状疱疹痛、癌性疼痛、膵炎の痛み、尿管結石、四肢血行障害、神経痛などがあります。

### トリガーポイント注射 (TPI) について

日常診療で肩こりや腰痛を訴える患者さんも多いでしょうが、筋々膜性の疼痛には TPI が効果的です。比較的簡単に安全な治療なので内科の先生方にもお勧めします。

トリガーポイント (TP) の概念には種々の説がありますが、とにかく患者さんが指摘する最も凝りの強い部位、ないしは痛みが存在する部位で、かつ圧迫により痛みが放散する部位と考えてよいでしょう。TP の多くは東洋医学で言う経穴と一致します。TP を見つけて、刺入部位の近傍を指で強く圧迫しておくこと刺入痛を軽減できます。使用する針は25Gくらいの細いものを用います。注入薬液は1%リドカイン (キシロカイン)、1%メピバカイン (カルボカイン)、ジブカイン配合剤 (ネオビタカイン) などを1~3ml程度用います。またステロイドを添加する場合があります。抜針はゆっくり行います。

注意する事は血管穿刺，気胸，ショックなどです。頸部や肩，特にツボの肩井附近を深く刺して気胸になった症例もあります。またごく稀ですが局麻薬によるアナフィラキシーショックの報告もあります。局注自体の痛みで神経性ショックを起こす場合もあります。注射後は10分程度様子を見て下さい。

### 帯状疱疹後神経痛（PHN）について

PHNは難治性慢性疼痛の代表格でわが国のペインクリニックでの外来数・入院患者数が第一位の疾患です。PHNの定義はまちまちですが、帯状疱疹の皮疹治癒後も残存する痛みで、神経障害の結果に起こるニューロパシクパインの一つと言われています。電撃様の痛み、焼けるような痛み、針で刺されるような痛みで、皮疹部表面に感覚低下が認められます。急性帯状疱疹の治療が長引く症例や高齢発症、また三叉神経領域のものでは高率でPHNに移行すると言われています。

このPHNを予防する為には早期に帯状疱疹の治療を開始する事が重要です。一般的に帯状疱疹では皮疹よりも疼痛が先に出現する場合があります。そこで患者さんは内科を受診すると考えられます。神経支配領域に一致する疼痛（片側性が多い）を訴える患者さんでは、皮疹が無くても帯状疱疹を疑って下さい。疼痛が軽い場合はNSAIDsだけでも十分ですが、内服療法だけで無効な時は神経ブロックが適応になります。重症の場合は入院し持続硬膜外ブロックが必要になります。また、患部が三叉神経領域ならば、軽症でも早期からの星状神経節ブロックが効果的であると考えます。交感神経ブロックは鎮痛のみならず、皮疹の治癒も早め、またPHNへの移行

を予防するとの報告もあります。

いったんPHNになってしまうと、治療には難渋し神経ブロックが無効な症例も多々みられます。内服療法としては三環系抗うつ薬のアミトリプチンは有効で、漢方薬も好んで処方されます。また最近ではドラッグチャレンジテストを行ないます。これはNMDA受容体拮抗薬であるケタミンや、損傷された神経線維における異所性発火を抑制する作用のあるリドカインを少量ずつ静脈投与して、疼痛の消長を観察し、それで除痛が得られたら陽性とするものですが、ケタミンテスト陽性例ではケタミン類似作用のあるデキストロメトルフエン（メジコン）を、リドカインテスト陽性例ではメキシレチン（メキシチール）の内服投与を行ないます。PHNにおける神経損傷の機序からみてもこれらの薬剤の効果は期待できるものと考えます。

### 進行病期癌患者の疼痛対策について

在宅医療で癌の進行病期の患者さんを診ていく先生方もこれから増えるものと思いますが、その患者さんにとっては、痛みそのものが治療の対象になる事があると考えます。

WHO方式癌疼痛治療法が発表されてから我が国でも地域差はありますが、モルヒネの使用量は飛躍的に増加しました。モルヒネの投与方法については割愛しますが、WHOによれば、モルヒネにより癌の痛みは90%まで除ける様になったと言われます。それでもモルヒネに抵抗する痛みは存在します。筋の攣縮によるもの、痛覚求心路遮断によるもの、神経圧迫によるもの、骨転移によるもの、交感神経が関与した痛みなどがそれです。そういった痛みに対しては鎮痛補助薬の併用、神経ブ

ロック、ドラッグチャレンジテストによる投与薬の決定、ステロイドの投与、放射線療法などがあり、また TPI が即効したり、温めたり針やマッサージが効果的であったりと治療法も様々にあります。

#### おわりに

高齢社会を迎え、ますます増えるであろう痛みを抱える患者さんの QOL を向上させるためにも、今後内科医とペインクリニック医が連携していく機会が多くなると考えます。

#### 〈引用文献〉

伊藤樹史：ペインクリニックの現況，臨床外科48巻3号別刷，1993.



## 〔他科からの提言〕

## 薬の相互作用について

財宮崎県公衆衛生センター 吉 富 堅一郎  
宮崎県薬事情報センター 祐 徳 香 織

今回、特に注意が必要な内科系内用薬剤の薬物間相互作用に焦点を絞って、関係文献を整理してみました。

治療の現場でお役に立てば幸いです。

生体に投与された薬物の薬効あるいは副作用は、その薬物の持つ吸収、代謝の特性と、組織の受容体などの作用部位への親和性に大きく依存します。

その他薬剤の分布や排泄の特性によっても起こりますが、ここでは割愛します。

従って、相互作用は主として以下に区分されます。

- ①吸収過程における相互作用
- ②代謝過程における相互作用
- ③組織の受容体レベルでの相互作用

それぞれについて例示しながらお話をしますと、まず吸収過程における相互作用としてはニューキノロン系抗菌剤、テトラサイクリン系抗生物質と胃腸薬などに含まれている制酸を目的とするアルミニウムやマグネシウム、または牛乳などに多く含まれているカルシウムとの間で起こる水に不溶性の金属キレートによる吸収阻害があげられます。

ニューキノロン剤－水酸化アルミニウムでは薬剤により3%～83%の空腹時吸収率になりますが、食後服用によってある程度低下を抑えることができます。この場合の服薬指導としては一つを2～3時間ずらして服用する

よう指導されることがよいでしょう。

次に代謝過程における相互作用は抗ウイルス剤ソリブジンと抗癌剤5-フルオロウラシルとの相互作用に代表されます。

多くの薬物は、肝臓の薬物代謝酵素を介して一連の代謝反応によって分解され、水に溶け易い代謝物となって排泄されます。

この代謝はチトクロームP-450やグロクロン酸転移酵素など種々の酵素が関与していますが、中でもチトクロームP-450は代謝過程の薬物相互作用の症例における原因の大部分を占めると言われます。

代謝過程において2つの薬物が同じ酵素の働きを受けるような場合には、代謝が競合するため、代謝阻害という現象により、単独使用に比べてはるかに高い血中薬物濃度になります。

抗アレルギー剤のテルフェナジンは99%以上が肝臓のチトクロームP-450によって代謝され、血液中ではカルボン酸タイプの代謝物となり抗アレルギー効果を発現します。この時テルフェナジンと同じ酵素で代謝をうけるエリスロマイシンやクラリスロマイシンなどのマクロライド系抗生物質や、イトラコナゾールなどのアゾール系の抗真菌剤と併用すると、代謝阻害により、通常は循環血中に現れない未変化体のテルフェナジンの血中濃度が上昇して心室性不整脈などの副作用を発現するこ

とになります。

最後に、組織の受容体レベルでの相互作用であります。これは薬物が作用発現部位に到達した以降の相互作用です。従って前二者と異なり、血中の薬物濃度変化を伴わないのが特徴です。この相互作用は一般的には薬理学的に協力作用、あるいは拮抗作用を有する薬物同士の組み合わせで発現する相互作用と考えることができます。

アゴニストとアンタゴニスト、アゴニスト同士、アンタゴニスト同士の場合があります。

例えばβ刺激薬である気管支拡張剤とβ遮断薬の降圧剤、ビタミンKとワルファリンがそうであります。

この他、薬物の受容体への結合を増強させるものがあります。ニューキノロン系抗菌剤と非ステロイド性消炎鎮痛剤との併用であり、中枢痙攣の発現があります。

以上、例示をし、総論的にお話をしましたが、以下常用薬剤について、紙面の許す限り同効薬に一覧表にしておきます。

〈引用文献〉

- 1) ラジオたんぼ 薬剤師生涯研修講座テキスト 5 (1998)
- 2) 杉山 正康：第2版薬の相互作用としくみ、医歯薬出版 (1998)
- 3) 月刊薬事 38(3), 885-897 (1996)

薬物間相互作用一覧表 (内科薬)

●催眠導入剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
トリアゾラム ハルシオン	イトラコナゾール イトリゾール コルコナゾール ジフルカン	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性	併用禁忌
	ミコナゾール フロリード エリスロマイシン エリスロシン アイロタイシン シメチジン タガメット	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性	なるべく併用を避ける

●抗不安薬

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
ベンゾアゼピン系 ジアゼパム セルシン ホリゾン セレンジン ニトラゼパム ネルボン ベンザリン	リファンピシン リファジン リマクタン	A薬血中濃度の低下による作用減弱 (B薬の薬物代謝誘導酵素による)	適宜A薬の増量
ベンゾアゼピン系(酸化代謝を受けるもの)	シメチジン タガメット	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性	適宜A薬の減量

●非ステロイド性消炎鎮痛剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
非ステロイド性消炎鎮痛剤	プロベネド ベネシッド プロベネミド	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性	なるべく併用を避ける

●抗不整脈薬

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
キニジン 硫酸キニジン	ベラパミル ワゾラン	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性、両剤の房室伝導抑制作用の増強	キニジン中毒に注意。 適宜A薬減量
	アミオダロン アンカロン	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性(代謝阻害)	キニジン中毒に注意。 適宜A薬減量
プロカインアミド アミサリン フレカイニド タンボコール	アミオダロン アンカロン	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性(代謝阻害)	適宜A薬減量
ジソピラミド リスモダン ノルベース	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱と、抗コリン作用の増強による副作用の発現(代謝促進)	適宜A薬の用量を調節
メクレチン メキシチール	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱(代謝促進)	適宜A薬増量



## ●強心配糖体

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
ジゴキシシン ジゴシン ジゴキシンサ ンド	チアジド系利尿剤 フルイトラン ダイクロライド	A薬の作用増強による不整脈発現の危険性 (B薬による血中K濃度低下によるA薬の心筋への感受性の増大)	不整脈の発現に注意。必要であればKを補給
	ループ系利尿剤 ラジックス ダイアート	A薬の血中濃度上昇によるジゴキシシン中毒の危険性	ジゴキシシン中毒の発現に注意。適宜減量
	カルシウム拮抗剤 ベラパミル ワゾラン ベプリジル ベプリコール	A薬の血中濃度上昇によるジゴキシシン中毒の危険性	ジゴキシシン中毒の発現に注意。適宜減量
	キニジン 硫酸キニジン	A薬の血中濃度上昇によるジゴキシシン中毒の危険性	なるべく併用を避ける
ジギトキシシン ジギトキシシン	アミオダロン アンカロン プロバフェノン プロノン イトラコナゾール イトリゾール エリスロマイシン エリスロニン	A薬の血中濃度上昇によるジゴキシシン中毒の危険性	ジゴキシシン中毒の発現に注意。適宜A薬減量
	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱 (B薬の薬物代謝誘導酵素による)	適宜A薬の増量

## ●利尿剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
カリウム保持性利尿剤 アルダクトン トリテレン	カリウム製剤 スローケー アスバラK	高カリウム血症による不整脈および心停止の危険性(排泄阻害)	高カリウム血症に注意
チアジド系利尿剤 フルイトラン ダイクロライド	コレステラミン クエストラン	A薬の作用減弱 (呼吸阻害)	服用間隔を2~4時間以上あける

## ●血圧降下剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
クロニジン カタプレス	β-遮断薬	使用後のクロニジン中止時のリバウンド現象の増大	中止する際は、B薬を中止後2~3日からA薬を徐々に中止
ブラゾシン ミニプレス	インドメタシン イドメシン インテパン	A薬の作用減弱	適宜A薬を増量

β-遮断薬 (脂溶性) インデラル カルビスケン プルサン	シメチジン タガメット	A薬の血中濃度上昇による副作用 (徐脈等) の危険性 (代謝阻害)	適宜A薬の減量
β-遮断薬 テノーミン アセタノール ロブレゾール	非ステロイド性 消炎鎮痛剤	A薬の作用減弱	適宜A薬を増量
β-遮断薬 (脂溶性) インデラル カルビスケン プルサン	ベラパミル ワゾラン ジルチアゼム ヘルベッサ プロバフェノン プロノン	A薬の血中濃度上昇による作用増強	適宜A薬の減量
	キニジン	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性	適宜A薬の減量
カプトプリル カプトリル	アロプリノール ザイロリック	発疹等の過敏症を起こし易くする	副作用発現時には両剤の中止
ACE 阻害剤 カプトリル レニベース セタプリル ロンゲス タナトリル エースコール チバセン	インドメタシン イドメシン インテパン	A薬の作用減弱 (プロスタグランディン合成促進作用に拮抗)	適宜A薬を増量
	カリウム保持性利尿剤 アルダクトン トリテレン	高カリウム血症の危険性	適宜A薬の減量 特に腎機能障害患者に注意
ニフェジピン アダラート	シメチジン タガメット	A薬の血中濃度上昇による副作用の危険性 (代謝阻害)	適宜A薬の減量
	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱 (代謝酵素誘導)	適宜A薬を増量

## ●高脂血症治療剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
HMG-CoA 還元酵素阻害剤 メバロチン リボパス	フィブラート系 薬剤 アルフィブート コレソルピン ベザトール	腎機能悪化を伴う横紋筋融解症の危険性の増大	慎重投与
	コレステラミン クエストラン	A薬の作用減弱 (呼吸阻害)	服用間隔を2~4時間以上あける

●気管支拡張剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
テオフィリン テオドール テオロング スロービッド ユニフィル ユニコン	フェニトイン アレピアチン ヒダントール	A薬の作用減弱 (代謝促進)	適宜両剤の 増量
	メキシレチン メキシチール	A薬の血中濃度 上昇による中毒 の危険性(代謝 阻害)	テオフィリン 中毒に注意。適宜A 薬の減量
	甲状腺ホルモン剤 チラージン チロナミン サイロニン	A薬の作用減弱 (クリアランス の増大)	適宜A薬の 増量
	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱 (代謝促進)	適宜A薬の 増量
	ニューキノロン系 抗菌剤 バクシダール フルマーク タリビッド クラビッド シプロキサ ン ロメバクト オゼックス スバラ エリスロマイシ ン エリスロシ ン シメチジン タガメット チクロピジン パナルジン	A薬の血中濃度 上昇による中毒 の危険性(代謝 阻害)	適宜A薬の 減量

●副腎皮質ステロイド

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
副腎皮質ステロ イド剤 コर्टン プレドニゾン メドロール レダコート リンデロン ベトネラン フロリネフ	コレステラミン クェストラン	A薬の作用減弱 (吸収阻害)	投与間隔を 2~4時間 以上開ける
	パビルツレート フェノバル ワコビタール リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱 (薬物代謝酵素 誘導)	適宜A薬の 増量
	メチルプレドニ ロン メドロール	A薬の血中濃度 上昇による副作 用の危険性	適宜A薬の 減量

●抗凝固剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
ワルファリン ワーファリン	非ステロイド性消 炎鎮痛剤	A薬の作用増強 による出血(特 に消化管)の危 険性	適宜A薬の 減量
	アミオダロン アンカロン プロバフェン プロノン	A薬の血中濃度 上昇による出血 の危険性	適宜A薬の 減量
	抗甲状腺剤 チウラジール プロバジール メルカゾール	A薬の作用減弱 (甲状腺機能充 進の改善に伴う ビタミンK依存 性凝固因子の異 化低下)	適宜A薬減 量
	ビタミンK ケーワン ケイツー グラケー	A薬の作用減弱 (ビタミンK依 存性の凝固因子 の合成促進)	併用禁忌
	エリスロマイシ ン エリスロシ ン	A薬の血中濃度 上昇, ビタミン 産生抑制による 出血の危険性	適宜A薬減 量
	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の作用減弱 (薬物代謝酵素 誘導)	適宜A薬の 増量
	副腎皮質ステ ロイド	A薬の作用減弱 と出血の危険性 (血液凝固能の 増大, 消化性潰 瘍の増大)	A薬の投与 量調節
	SI 合剤 ウロサイダル シノミン サラゾピリン アザルフロジン シメチジン タガメット	A薬の血中濃度 の上昇による出 血の危険性(代 謝阻害)	適宜A薬の 減量

●消化器官用剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
アルミニウム含有 製剤 ノルモザン アルミゲル マーロックス コランチル	クエン酸製剤	アルミニウム脳 症の危険性	なるべく併 用を避ける
メトクロプラミド プリンペラン	塩酸アブプリド グラマリール スルピリド ドグマチール ミラドール	錘体外路系副作 用の危険性の増 大(ドパミンD 2レセプター遮 断作用)	慎重投与。 錘体外路症 状の発現に 十分注意。
シサプリド アセナリン リサモール	イトロコナゾール イトリゾール ミコナゾール フロリード フルコナゾール ジフルカン エリスロマイシ ン エリスロシ ン クラリスロマイシ ン クラリス	副作用(心毒性) の危険性(代謝 阻害)	なるべく併 用を避ける

ワルファリン	クロフィブラート アルフィブレート コレソルピン ベザトール	A薬の作用増強による出血の危険性	適宜A薬の減量
--------	---	------------------	---------

●経口血糖降下剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
スルホニル尿素剤 ジアベン オイグルコン グリミクロン デアメリン ジメリン ダイヤビニーズ ダオニール	β-遮断薬 (特に非選択性)	インスリンによる低血糖症状からの回復の遅延, 低血糖症状の発現	適宜A薬の減量
	サリチル酸製剤 アスピリン バファリン ドロビッド	A薬の血糖降下作用の増強による低血糖症状の危険性	適宜A薬の減量
	リファンピシン リマクタン リファジン	A薬の血糖降下作用の減弱によるコントロールの悪化	適宜A薬の減量
	クロフィブラート アルフィブレート コレソルピン ベザトール	A薬の血糖降下作用増強による低血糖症状の危険性 (尿中排泄の減少)	適宜A薬の減量
	シメチジン タガメット	A薬の血糖降下作用の増強による副作用の危険性	適宜A薬の減量
	アカルボース グルコバイ	相互の作用増強による低血糖症状の危険性	原則併用注意。両剤の用量調節
クロプロパミド ダイヤビニーズ	プロベネシド アプロキノール ザイロリック	A薬の血中濃度上昇による低血糖症状の危険性 (尿細管分泌阻害)	適宜A薬の減量

●抗アレルギー剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
テルフェナジン トリルダン	イトラコナゾール イトリゾール ミコナゾール フロリード	副作用(心毒性)の危険性 (代謝阻害)	併用禁忌
	エリスロマイシン エリスロシン クラリスロマイシン クラリス	副作用(心毒性)の危険性 (代謝阻害)	併用禁忌
	フルコナゾール ジフルカン	副作用(心毒性)の危険性 (代謝阻害)	なるべく併用を避ける

●抗菌剤

薬物 A	薬物 B	相互作用	対処法
テトラサイクリン系 アクロマイシン テラマイシン ミノマイシン	金属カチオン含有製剤(Al, Mg, Fe等)	A薬の作用減弱 (キレート形成による吸収阻害)	服用間隔を2~4時間あける
セフジニル セフゾン	鉄剤 フェロミア スローフィー フェログラデュ メット	A薬の作用減弱, 赤色便 (キレート形成による吸収阻害)	服用間隔を3時間あける
ニューキノロン系 パクシダール フルマータ タリビッド クラビッド シプロキササン	非ステロイド性 消炎鎮痛剤	けいれん発現の危険性 (脳内作用部位における両剤の相乗効果)	併用禁忌(各薬物毎に危険性は異なる)
	金属カチオン含有製剤(Al, Mg, Fe等)	A薬の作用減弱 (吸収阻害)	服用間隔を2~4時間あける

※文献3) 一部改変

注) 表中太字は成分名 (または総称名), 細字は商品名の一部

【随筆】

## 医科大学音楽部卒

森山光一

あるTVのトーク番組で、プロ野球の大沢元監督が、「俺は立教大学を卒業した訳ではなく、立教大学の野球部を卒業したんだ。」と言っているのを聞き、なるほどと思った事がある。私も大学生生活を振り返ってみると、日本医科大学医学部を卒業したというよりも、日本医科大学音楽部を卒業したような感じがするからである。

本来、部活動というものは、日常本務とする厳しい医学の勉強と研修の中でつくり出す余暇を捉えてのものではないのだが、どうもそうではなかったようである。

私の学生生活の中心となった音楽部は、日本医科大学音楽部ミッドナイトサウンズジャズオーケストラといいジャズ演奏を中心とするビッグバンドである。学内ではミッドナイトと呼ばれていた。昭和31年に音楽部器楽合奏部として発足し昭和42年来は毎年定期演奏会を開いており、現在現役メンバー20数名、OBメンバー約170名のクラブである。

中学時代ブラスバンドでトランペットを吹いていた私は、大学入学の日、ミッドナイトの存在を知った時の喜び、感激は今でも忘れられない。すぐにミッドナイトの門を叩き入部した。医学部レベルと鷹をくくっていたのだが、とんでもないことだと気付くのにそう長い時間は要さなかった。慶応、早稲田等の名門バンドと同じ土俵で活動していたのである。

そんな訳で私の学生生活の座標軸は最初から微妙にズレ始め、ミッドナイト中心の生活になったのである。進学課程は神奈川の新丸子校舎、専門課程は文京区の千駄木校舎に通学するのであるが、一年生の時から部室のある千駄木へ通学していた私は新丸子の思い出はあまりない。朝、まず部屋に顔を出してから授業に出席。休み時間も部室、夕食後9時頃まで練習、そして練習後の酒宴が毎日の生

活パターンであった。先輩の「とりあえずビール5本」で始まり最後までビールであった飲み会であるが、ビールを注ぎ合い、本音をぶちまけながら結束を固めていったのも、ミッドナイトの重要な活動の一つであった。医学部のクラブ活動としては精力的に活動しており、この辺がミッドナイトの「文化部体育学系」と言われる由縁であった。

活動の中心は定期演奏会と山野ビッグバンドコンテスト（銀座山野音楽主催）、それに向けての春、夏の合宿、活動費調達のためのダンスパーティー、コンサート等であった。マネージャーをしていた私にとっては、いかに合理的に資金調達し運用するかが問題であったが、当時、女子大の学園祭では必ずといっていい程ダンスパーティーが催され、盛んな時代であった。1ステージ30分、1晩3ステージで5～8万円の演奏料で、シーズンには週に3～4日続いた時もあった。部員に金銭的負担をかける事なく活動できたのは幸いであった。一見華やかにみえる仕事ではあったが、チークタイムでカップルができあがっていくのを見ながら演奏するのは、辛いものがあった。最近では、時代の流れとともにダンスパーティーもほとんどなくなり、後輩達は苦勞しているのであるが、逆に演奏の方は、確実に腕を上げているようである。ビッグバンドの甲子園ともいわれる、山野ビッグバンドテストでは毎年のように上位入賞を果しており、我々の先輩が初めて参加したTBS大学対抗バンド合戦での「雑音の集合体」との評価から考えてみると隔世の感がある。

様々な人間関係、歓喜、落胆を飲み込みながら、このクラブが胎動していく様を眼のあたりにすると、ミッドナイトの一員になれた事に感謝したい気持ちである。

【随筆】

## 学生時代からの趣味

押川 達 巳

学生時代に、特に打込んだ趣味と言って、格別取り立てては無いが、中学時代から日本刀の鑑定に興味を持ち、今もしばしば鑑定の師を訪ねては教えを受けたり、名刀を手にとって勉強させて頂いている。

何故、私が日本刀に興味を持ったかと言うと、まず

第一に、子供の頃からチャンバラ遊びが好きだったと言う事

第二に、父親が日本刀に興味を持って一緒に勉強したと言うか、勉強させられたと言った処である。

中学1年になって、宮崎市内に下宿した頃の事である。当時の山形屋を借りて日本美術刀剣保存協会の鑑定会が催された。当時私の父も名刀と自負する刀剣を三振持っていた。自慢気に鑑定会に出品したが、全て偽物との鑑定を受け伝家の宝刀が一転ナマクラと化した。その時のショックは父だけでなく、私にとっても子供心に相当なものだった。その時の審査員の一人が、県立宮崎病院の裏手に住んでおられて、若い時に東京で勉強された中央でも有名な鑑定家だった。

引退同様にして宮崎に帰って来ているとの事で、父は、ナマクラを全て処分してその先生を訪ねて、日本刀の鑑定を一から教えを受ける事になった。その時何故かいつも私の下宿に寄り私を連れて行く事が慣例になった。当時、70才位の御高齢にも拘らず、その先生

は優しく丁寧に教えて下さった。

いま思い出しても、よくもあの様な名刀が手に取って見れたものだと思うくらいの刀を何本も鑑せられた。

今では博物館に行かないと、とても見れないし、手に取って鑑る事など、とうていできない。その様な重要文化財、重要美術品級の刀を、あちらこちらから借りてきて教えて貰ったのを覚えている。その先生の教えの最初の言葉は「いくらナマクラを見ても鑑定眼は磨けない、名刀と言われるものを数多く鑑ていると理屈がからなくても自然に名刀がどういふものか解かって来ますよ」と言われた事で、今も心に深く残っている。言われた通り、備前や山城、大和、関、相州の名刀を数多く鑑せられるうちに、それぞれの特徴はあっても名刀と言われるものには共通した出来栄のある事がわかった。それは鍛えられた鉄の地肌であり美しい刃紋である。

それから十数年後に、その先生が亡くなられるまで教えを受けた。

父はかなりのレベルまで上達したが、私は受験などで日本刀に集中できず、さっぱり上達出来なかった。それでも日本刀が好きなお事には変わりなく、日本刀の美しさを鑑る事で心がリフレッシュされる様な気がして、父親が亡くなった今でもあっちこっちの博物館に、刀を鑑に行っている。

平成11年1月



里の朝 都城市 假屋壽生



黎明 都城市 假屋壽生

## ひとこと

### 県内科医会入会に際して

大 岐 照 彦

遅ればせながら、県内科医会に入会させていただきありがとうございました。これまでも多くの本会の講演を聴講することにより基礎を振り返り、また最先端の医療現場の情報を生の声として聞ける貴重な場だと思います。中には医学雑誌では得られない部分もあり、今後もできるだけ聴講させていただきたいと思います。そして日々の診療に十分活かせるよう努力していきたいと思います。



### ご挨拶

宮崎市 矢野内科クリニック

矢 野 伸 樹

医師生活 20 年の節目にあたる昨年 10 月、心機一転、宮崎市原町において内科クリニックを開院いたしました。開院後早 6 ヶ月、皆様に支えられながら何とか無事に新たなスタートを切ることができ、深く感謝申し上げます。

今後は、生活習慣病に力をそそぐとともに地域医療にも尽力していきたいと願っております。

今後ともよろしく御指導のほどお願い申し上げます。

【ひとこと】

## はじめまして

へパトピア西高台内科

石野田 吉 弘

宮崎市生まれで、昭和 58 年地元の宮崎医科大学を卒業し、そのまま同大学第 2 内科教室に入局、平成 10 年 5 月に宮崎市北川内町乱橋に内科医院（無床）を開業いたしました。頑固で神経質、本人は地味な性格だと思っておりますが、やることは結構派手です。趣味はカラオケ（命かけてます）やスイミング、野球、サイクリングです。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。





由。

- ③ 来年度日本臨床内科医学会は平成11年10月10日から岐阜県で行われる。
- ④ ロングスの長期投与調査は4000例（1症例2年間）の検討を経て終了した、この症例数の内46%の1842例が日臨内会員からのものであった、なおこの結果は第18回日本臨床薬理学会、第12回日本臨床内科医学会等で報告され本会会誌にも記載予定とのこと。
- ⑤ ロングスの調査が終了したため引き続きACE阻害薬ペリンドプリル（＝コバシル）の大規模臨床試験を本会が協力して行うことになった、目的は「高血圧患者に対しコ

バシルを長期間投与しこの薬剤による治療が心血管系合併症の発生率を低下させるか否かを検討する事」にある、原則としてこの試験は5年間の長期継続投与とする。

- ⑥ NMC（日本メディカルチャンネル）については平成3年11月以来三井物産の協力でCS放送の実現に努力してきたが、諸事情により実現できなかった。今般会員へのアンケート調査により43%（3500名）が実現を期待しておられることがわかったので産経メディックの協力を得て実現できるよう努力している。
- ⑦ 最後に総額129,261,134円の平成9年度収支決算が承認され評議員会は終了した。

## 花 火

延岡市 藤本孝一

窓震ふ川辺の花火聞きながら急病センター  
重患を診る

空調のものうき音の響きゐて救急サイレン  
急患近づく

卒中後再発ありと思ひつつ身辺整理未だ果  
さず

義務の如くりハビリの為近辺を毎日歩く医  
師なるわれは

病得て俯きがちになるわれの歩むをりをり  
背すじを伸ばす