

【巻頭言】

会長就任挨拶

志多 武彦

本年4月より稲倉前会長の後任として県内科医会長の大役を仰せつかりました。その役割を果たせるのか、浅学非才の身、甚だ不安ではありますが、お引き受けした以上誠心誠意、会務に傾注し、出来る限りの責務を果たしたいと考えますのでよろしくお願い致します。

役員改選に当たっては副会長以下、常任理事、理事、監事等に県内各地より秀逸の先生方に就任して頂き強力な布陣となり心強い限りです。必ずや会員の先生方のご期待に沿えるものと確信しております。

県内科医会の歴史を振り返ってみますと、創設は昭和37年であり、以後7名の歴代会長のもと、役員、並びに会員の先生方の御努力、御協力により輝かしい歴史と伝統が築き上げられてきております。改めて諸先生方に敬意を表し、感謝申し上げますと共に、これを大切に継承する決意です。

会務運営に当たっては、

- (1) 会員増強、組織強化—医療環境が厳しさを増すなか、21世紀の担い手となる若い先生方を中心に参加、協力を得る。
- (2) 魅力ある内科医会作り—活動の原点である学術、医療保険、会誌編集の3委員会の活性化。
- (3) 信頼される内科医会作り—全人的医療の実践とかかりつけ医機能発揮、情報の提供と共有化、医の倫理の向上（生涯研修、各種法規の遵守と法秩序の形成、医療事故対策）等々重点目標としたいと考えております。

今後の姿勢として、会員の先生方の目線と声に注意を払いながら共に歩み、信頼される内科医会形成を信条とし、活動のあとには飛躍があることを期待して会務に携わりたいと思います。医療冬の時代、先行不安で様々な困難が予想されますが真摯に課題に取り組む、会員の先生方の負託に出来る限り応える所存です。

今後のご指導、御鞭撻、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

特 集

基本健康診査における糖尿病
に関する検査について

長嶺内科クリニック 長 嶺 元 久

はじめに

糖尿病患者はわが国では年々増加し続け、平成9年の厚生省の実態調査¹⁾によれば、糖尿病が強く疑われる人の数は約690万人に及ぶとされている。しかも糖尿病の合併症である網膜症のため年間、約3,000名が失明し、腎症のため、年間約10,000名が新規人工透析導入を余儀なくされている²⁾。さらに糖尿病は、糖尿病自体の死因順位は第10位であるが、死因の上位にある脳血管疾患や心疾患の基礎疾患として重要な位置を占めている¹⁾。このため、糖尿病の予防、早期発見、早期治療を行うことにより、合併症の発症、進行を防止することが緊急の課題となっている。

糖尿病の大部分を占める2型糖尿病は、自覚症状がないことが多く、健診で初めて見つかることの多い疾患である。従って、早期発見、早期治療には健診が重要な役割を担っている。先に述べた厚生省の実態調査でも、糖尿病が強く疑われた人のうち、過去に健診を受けたことがある人は51.3%が治療に結びついていたのに対して、健診を受けたことのない人では8.1%しか治療を受けていなかったとされている。

本稿では、老人保健法による成人病検診基本健康診査のうち、糖尿病に関する検査（以下、糖尿病検診と記す）について、厚生省老

人保健福祉局老人保健課から示されているマニュアル^{3),4)}を中心に、私見を交えながら述べる。また最近、日本糖尿病学会での糖尿病の診断基準が改定された⁵⁾ので、このことにもふれる。

1. 検査項目の改正

平成8年の厚生省の通知に伴い、糖尿病検診での検査項目は、表1⁴⁾のように改正された。

表1：ヘモグロビンA_{1c}検査の導入に伴う
糖尿病検査の改正

	改正前	改正後
必須検査	問診および尿糖検査	問診、尿糖検査および血糖検査
選択検査	血糖検査 (原則として糖負荷試験)	ヘモグロビンA _{1c} 検査

改正前は必須検査として、問診及び尿糖検査を行い、糖尿病の自覚症状や既往歴、家族歴のある者、肥満している者、尿糖陽性者に選択的に血糖検査（原則として糖負荷試験）を行っていた。しかし、これでは潜在する糖尿病患者を見落とすことが多いので、問診、尿糖検査とともに血糖検査を必須検査として行い、選択検査としてHbA_{1c}を行うことと改正された。HbA_{1c}の選択基準を表2⁴⁾に示す。

表2：ヘモグロビンA_{1c}検査の選択基準

- 1 原則として、血糖検査の結果が次のいずれかに該当する者に対して実施すること。
 - (1) 空腹時血糖値が次に該当する者
110mg/dℓ以上140mg/dℓ未満（血漿又は血清）
95mg/dℓ以上120mg/dℓ未満（全血）
 - (2) 随時血糖値が次に該当する者
140mg/dℓ以上200mg/dℓ未満（血漿又は血清）
120mg/dℓ以上180mg/dℓ未満（全血）
- 2 上記基準に該当しないが、糖尿病の自覚症状、既往歴又は家族歴を有する者、肥満の認められる者及び尿糖陽性の者等医師が必要と認める者についても、ヘモグロビンA_{1c}検査を実施すること。

HbA_{1c}検査は糖負荷試験の代用にはならないという意見もあるが、疾病特に生活習慣病の早期発見と予防を目的としている基本健康診査では、精度、簡易性、安全性に加えて、費用効率、受検者の時間の損失などを考え、導入された。ただし、HbA_{1c}検査を採用するかどうかは各市町村に委ねられており、現在、宮崎県内でもHbA_{1c}検査を行っている市町村と行っていないところがあるのが実情である。

2. 検査の実施

① 対象者

40歳以上のすべての者とする。

② 問診

採血が空腹時か食後か、糖尿病の自覚症状、薬剤使用の有無、胃切除の有無、糖尿病の家族歴の事項に特に注意して問診する。問診票の例を表3⁴⁾に示す。

③ 尿糖検査

試験紙を用いて行う。尿糖の陽性・陰性は、血糖値が尿糖の出現する閾値を越えているか否かを示す。通常、尿糖排泄閾値は血糖170mg/dℓ前後であるが、尿糖排泄閾値

が低下する状態として腎性糖尿があり、一方、上昇する状態として加齢や腎機能低下があり、注意が必要である。

④ 血糖検査

検体の種類により、測定値に差が生じる。全血値は、血漿・血清値に比して10～15%低値を示し、毛細血管は静脈血に比して、空腹時でほぼ同じ値を示し、食後1時間目で約20mg/dℓ高値、食後2時間目で約10mg/dℓ高値とされている。以下、本稿での血糖値は、静脈血漿値で表示する。

測定法は酵素法などによるが、簡易血糖測定器を用いても差し支えないとされている。ただし、簡易血糖測定器は通常全血を検体とするが、実際の表示は機種により血漿値で行う者と全血値で行うものがあるので、この点の留意が必要である。例として、グルコカード、グルテストエース、メディセーフ、デキスターZ、アントセンスII、ノボアシストは血漿値で、これに対してアドバンテージ、エクザクテック2Aは全血値で表示されている。

表 3 : 糖 尿 病 検 診 問 診 票

糖 尿 病 検 診 問 診 票			
氏名	生年月日	明・大・昭	年 月 日 年齢 歳
住所	身長	cm	体重 kg
	採血時間	午前・午後	時 分
1. 朝食は食べましたか			
<input type="checkbox"/> 1. は い		<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
2. 朝食の量はどうか			
<input type="checkbox"/> 1. いつもと同じ		<input type="checkbox"/> 2. いつもより多い	<input type="checkbox"/> 3. いつもより少ない
3. 朝食を食べ始めてから採血までどのくらい時間がありましたか、			
<input type="checkbox"/> 1. 1時間以内		<input type="checkbox"/> 2. 1時間～2時間	<input type="checkbox"/> 3. 2時間～3時間
<input type="checkbox"/> 4. 3時間～4時間		<input type="checkbox"/> 5. 4時間～5時間	<input type="checkbox"/> 6. 5時間以上
4. 早朝から何も食べていませんか (牛乳やジュース等の飲み物も含めて)			
<input type="checkbox"/> 1. は い		<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
5. 何時間くらいものを食べていませんか、			
<input type="checkbox"/> 1. 5時間以内		<input type="checkbox"/> 2. 5時間～8時間	<input type="checkbox"/> 3. 8時間～10時間
<input type="checkbox"/> 4. 10時間～14時間		<input type="checkbox"/> 5. 14時間以上	
6. 昨夜はアルコールを飲みましたか、			
<input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 2. 少し (ビール小瓶1本, 日本酒8勺程度) 飲みました	
<input type="checkbox"/> 3. ビール大瓶1～2本程度飲みました		<input type="checkbox"/> 4. 深酒しました	
7. 今朝, 何か運動しましたか			
<input type="checkbox"/> 1. は い		<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
8. 次の自覚症状がありますか、			
<input type="checkbox"/> 1. 口 渴	<input type="checkbox"/> 2. 多 飲	<input type="checkbox"/> 3. 多 尿	<input type="checkbox"/> 4. 夜間頻尿
<input type="checkbox"/> 5. 尿異臭	<input type="checkbox"/> 6. 全身倦怠感		
9. 今、医療機関にかかっていますか、			
<input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 2. は い	
10. どんな病気で治療を受けていますが、			
<input type="checkbox"/> 1. 糖尿病	<input type="checkbox"/> 2. 肝臓病	<input type="checkbox"/> 3. 循環器の病気	<input type="checkbox"/> 4. 関節痛
<input type="checkbox"/> 5. その他 ()			
11. 治療中の病気に対する薬の名前がわかれば教えて下さい、			
<input type="checkbox"/> 1. わからない		<input type="checkbox"/> 2. 薬剤名 ()	
12. 胃の手術を受けたことがありますか、			
<input type="checkbox"/> 1. いいえ		<input type="checkbox"/> 2. は い	
13. 家族に糖尿病の人がいますか、			
<input type="checkbox"/> 1. はい (1.父 2.母 3.兄弟・姉妹 4.祖父母 5.子供 6.その他)			
<input type="checkbox"/> 2. いいえ			

⑤ HbA_{1c}検査

検体は静脈全血を用い、測定法は高速液体クロマトグラフィー法、免役法、アフィニティークロマトグラフィー法などによる。評価にあたって、赤血球寿命が短縮する溶血性貧血や進行した肝硬変症では低値、異常ヘモグロビン血症では低値あるいは高値

を示し、血糖値との間に乖離がみられるので、注意が必要である。

3. 判定

以上の検査結果を総合的に判定し、表4⁴⁾に示すように「異常認めず」、「要指導」、「要医療」と区分する。糖尿病検診の流れを図1⁴⁾に示す。空腹時血糖110mg/dℓ未満、あるいは随

表4：検査結果の区分

指導区分	検査結果
異常認めず	血糖検査値が次の場合 空腹時血糖値 血漿110mg/dℓ未満 (全血95mg/dℓ未満) 随時血糖値 血漿140mg/dℓ未満 (全血120mg/dℓ未満) または ヘモグロビンA _{1c} 検査値 5.6%未満
要指導	ヘモグロビンA _{1c} 検査値 5.6%以上6.0%未満
要医療	血糖検査値が次の場合 空腹時血糖値 血漿140mg/dℓ以上 (全血120mg/dℓ以上) 随時血糖値 血漿200mg/dℓ以上 (全血180mg/dℓ以上) または ヘモグロビンA _{1c} 検査値 6.0%以上

ただし、上記区分は一応の目安であり、対象者の年齢、既往歴、糖尿病の症状または尿糖の有無、肥満度、家族歴、検査実施時点の食後経過時間および受診者の食生活等の要因を考慮して区分を決定すること。

注) 血糖検査に用いる検体が静脈血清の場合の区分については、静脈血漿の場合の判定基準によること。

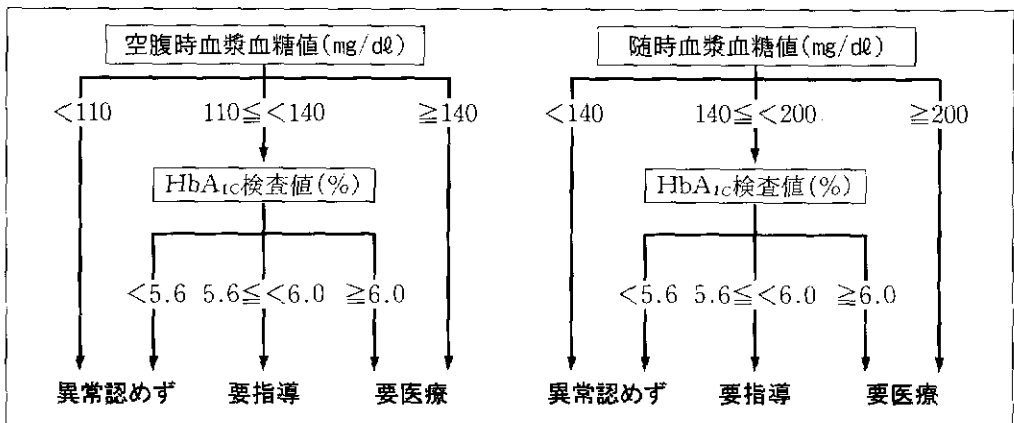


図1：糖尿病検診の流れ (数値は検査値)

時血糖値が140mg/dℓ未満の場合は「異常認めず」と判定する。また空腹時血糖値140mg/dℓ以上、あるいは随時血糖値が200mg/dℓ以上の場合は「要医療」とする。空腹時血糖値が110mg/dℓ以上140mg/dℓ未満、随時血糖値が140mg/dℓ以上200mg/dℓ未満の場合はHbA_{1c}検査を行う。

その結果、測定値が5.6%未満の場合は「異常認めず」、5.6%以上6.0%未満の場合は「要指導」、6.0%以上の場合は「要医療」と判定する。

HbA_{1c}検査を用いない場合は、表5のように判定する。

表5：ヘモグロビンA_{1c}検査を実施しない場合の検査結果区分

指導区分	検査結果
異常認めず	空腹時血糖値 血漿110mg/dℓ未満 (全血95mg/dℓ未満) 随時血糖値 血漿140mg/dℓ未満 (全血120mg/dℓ未満)
要指導	空腹時血糖値 血漿110以上140mg/dℓ未満 (全血95以上120mg/dℓ未満) 随時血糖値 血漿140以上200mg/dℓ未満 (全血120以上180mg/dℓ未満)
要医療	空腹時血糖値 血漿140mg/dℓ以上 (全血120mg/dℓ以上) 随時血糖値 血漿200mg/dℓ以上 (全血180mg/dℓ以上)

ただし、上記区分は一応の目安であり、対象者の年齢、既往歴、糖尿病の症状または尿糖の有無、肥満度、家族歴、検査実施時点の食後経過時間および受診者の食生活等の要因を考慮して区分を決定すること。

注) 血糖検査に用いる検体が静脈血清の場合の区分については、静脈血漿の場合の判定基準によること。

4. 事後指導

「要医療」と判定された場合は、医療機関に紹介する。「要指導」とされた場合は、直ちには精密検査の必要はないが、食生活指導などの事後指導と1年後に必ず検診を受けるよう指導し、経過を観察する必要がある。「要指導」は、臨床的には境界型にほぼ相当する。従って「要指導」とされた者は、境界型と同様に正常者に比して、糖尿病に移行する率、動脈硬化の発症する率が高く、生活習慣の改善を指導することが必要である。

5. 日本糖尿病学会の診断基準の改定

平成11年に日本糖尿病学会により、糖尿病の診断基準が改定された⁵⁾。表6に空腹時血糖

値および75g 糖負荷試験2時間値の判定基準、表7に糖尿病の診断手順を示す。従来は糖尿病型と判定する空腹時血糖の基準値は140mg/dℓであったが、今回の改定で126mg/dℓに引き下げられた。糖尿病検診の空腹時血糖の基準値は、従来の基準値140mg/dℓのまま設定されているが、今回の改定に今後対応していくものと思われる。また今回の診断基準では、HbA_{1c}が補助診断項目として採用され、血糖値が糖尿病型を示した上で、HbA_{1c}値が6.5%以上であれば、糖尿病と診断できるとされた。これに対して、糖尿病検診ではHbA_{1c}値が6.0%以上を「要医療」としており、両者のHbA_{1c}の基準値に隔たりがある。糖尿病学会の診断

基準のHbA_{1c}値は、臨床診断で特異性を重視する立場で設定され、一方、糖尿病検診では軽症者を広くとり上げることが目的として設定されており、その目的により基準値が異なる

のは理解できるが、整合性をはかるべきとの意見もあり、今後さらなる検討が必要であろう。

表6：空腹時血糖値および75g糖負荷試験（OGTT）2時間値の判定基準

（静脈血漿値，mg/dℓ，カッコ内はmmol/ℓ）

	正常域	糖尿病域
空腹時値	<110 (6.1)	≥126 (7.0)
75gOGTT 2時間値	<140 (7.8)	≥200 (11.1)
75gOGTT の判定	両者をみたすものを正常型とする。	いずれかをみたすものを糖尿病型とする。
	正常型にも糖尿病型にも属さないものを境界型とする。	

随時血糖値≥200mg/dℓ（≥11.1mmol/ℓ）の場合も糖尿病型とみなす。正常型であっても、1時間値が180mg/dℓ（10.0mmol/ℓ）以上の場合、180mg/dℓ未満のものに比べて糖尿病に悪化する危険が高いため、境界型に準じた取り扱い（経過観察など）が必要である。

附 全血を検体とする場合の75g糖負荷試験（OGTT）の判定基準は次のようになる
（mg/dℓ，カッコ内はmmol/ℓ）

	全血（静脈血）		全血（毛細管血）	
	正常域	糖尿病域	正常域	糖尿病域
空腹時	<100 (5.6)	≥110 (6.1)	<100 (5.6)	≥110 (6.1)
2時間値	<120 (6.7)	≥180 (10.0)	<140 (7.8)	≥200 (11.1)

静脈血漿1時間値>180mg/dℓに相当する静脈血全血値は>160mg/dℓ（8.9mmol/ℓ），毛細管血全血値は>180mg/dℓ（10.0mmol/ℓ）である。

（附）血糖値の換算式

$$\text{血糖値 (mg/dℓ)} \div 18 = \text{血糖値 (mmol/ℓ)}$$

表7：糖尿病の診断手順

臨床診断：

1. 空腹時血糖値 $\geq 126\text{mg/dl}$, 75g OGTT2時間値 $\geq 200\text{mg/dl}$, 随時血糖値 $\geq 200\text{mg/dl}$, のいずれか(静脈血漿値)が, 別の日に行った検査で2回以上確認できれば糖尿病と診断してよい*。これらの基準値を超えても, 1回の検査だけの場合には糖尿病型と呼ぶ。

2. 糖尿病型を示し, かつ次のいずれかの条件がみたされた場合は, 1回だけの検査でも糖尿病と診断できる。

①糖尿病の典型的症状(口渇, 多飲, 多尿, 体重減少)の存在

② $\text{HbA}_{1c} \geq 6.5\%$ **

③確実な糖尿病網膜症の存在

3. 過去において上記の1. ないし2. がみたされたことがあり, それが病歴などで確認できれば, 糖尿病と診断できる。

4. 以上の条件によって, 糖尿病の判定が困難な場合には, 患者を追跡し, 時期において再検査する。

5. 糖尿病の診断に当たっては, 糖尿病の有無のみならず, 分類(成因, 代謝異常の程度), 合併症などについても把握するように努める。

疫学調査：糖尿病の頻度推定を目的とする場合は, 1回の検査だけによる「糖尿病型」の判定を「糖尿病」と読み替えてもよい, なるべく75g OGTT2時間値 $\geq 200\text{mg/dl}$ の基準を用いる。

検診：糖尿病を見逃さないことが重要である。スクリーニングには血糖値の指標のみならず, 家族歴, 肥満などの臨床情報も参考にする。

*ストレスのない状態での高血糖の確認が必要である。

1回目と2回目の検査法は同じである必要はない。1回目の判定が随時血糖値 $\geq 200\text{mg/dl}$ で行われた場合は, 2回目は他の方法によることが望ましい。1回目の検査で空腹時血糖値が $126\sim 139\text{mg/dl}$ の場合には, 2回目にはOGTTを行うことを推奨する。

**日本糖尿病学会グリコヘモグロビン標準化委員会の標準検体で補正した値

おわりに

老人保健法による糖尿病検診について述べた。糖尿病の早期発見, 早期治療上, 糖尿病検診は重要な役割を担っており, 今後本検診の受診率の向上, 有効な活用が望まれる。ちなみに本県での基本健康診査の受診率は, 平成7年度35.6%, 8年度35.8%, 9年度40.0%と上昇していたが, 10年度は37.3%と低下している。本稿の内容は, 平成11年度宮崎県医師会成人病検診基本健康診査従事者研修会(平成12年2月18日, 宮崎市)において講演した。

〈参考文献〉

- 1) 厚生省の指標・臨時増刊-国民衛生の動向1999年, 厚生統計協会, 1999.
- 2) 日本透析医学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況, 日本透析医学会雑誌, 33巻, 1号, 1-27, 2000.
- 3) 老人保健法による健康診査マニュアル第2版 老人保健事業研究会編, 日本医事新報社, 1997.
- 4) 老人保健法による糖尿病検診マニュアル, 厚生省老人保健福祉局老人保健課監修, 日本医事新報社, 1996.
- 5) 葛谷健ほか：糖尿病の分類と診断基準に関する委員会報告, 糖尿病, 42巻5号, 385-404, 1999.

【症例検討・会員発表】

肝血管筋脂肪腫の1例

三原 謙郎，鞍津輪優子，西田 倫子，川田 貴子
 荒武 智子，加藤久仁彦，佐藤勇一郎，林 透
 小牧 齋¹⁾，杜若 幸子²⁾，酒井 輝文³⁾，竹内 和男⁴⁾

県立宮崎病院臨床検査科（宮崎市）

1) こまき内科（宮崎市）

2) 市民の森病院放射線科（宮崎市）

3) 聖マリア病院消化器内科（久留米市）

4) 虎の門病院消化器科（東京都港区）

はじめに

肝に存在する血管筋脂肪腫(Angiomyolipoma, 以下 AML) は比較的珍しく, MEDLINE, 医学中央雑誌等で検索する限り本邦での報告は100例に満たず, 県内での発表はまだない。私たちは最近, AML を経験したので報告する。

症 例

症例は55歳の女性で, 平成11年秋の町検診の腹部超音波検査(Ultrasonography, 以下 US) で肝に占拠性病変(SOL)を指摘され, 平成12年2月精査希望で当院を受診した。自覚症状はなく肝機能検査成績は正常で, ウイルス学的には nonBnonC, 腫瘍マーカーの AFP と PIVKA-2は正常範囲であった。US では肝後下区域(S₆)に約3.6cmの境界明瞭でやや辺縁不整な類円形の, 内部エコーはほぼ均一な高エコー SOL が認められた(図1)。halo や lateral shadow, nodule in nodule などの所見はなく, エコービームの入射角度により程度が変化する音響陰影がみられた(図2)。パワードブラ US では腫瘍辺縁部にわずかな血流

がみられたが, 腫瘍内の血流はほとんど検出されなかった(図3)。超音波造影剤 Levovist を投与した造影 US では腫瘍内部の広範な血流が造影されたが(図4), 特異的な血流パターンではなかった。Levovist 静注直後から15分後までの間に腫瘍内の血流停滞はなかった。

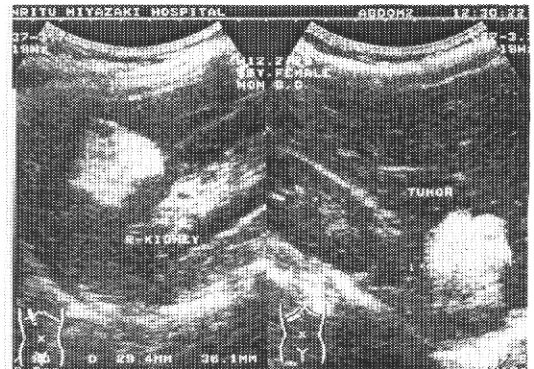


図1 BモードUS像

右腎に接する肝後下区域(S₆)に約3.6×2.9cmの境界明瞭でやや辺縁不整な類円形の腫瘍が認められる。内部はほぼ均一な高エコーを呈しているが, 一部に小さな低エコー域が存在した。音響陰影は認められない。

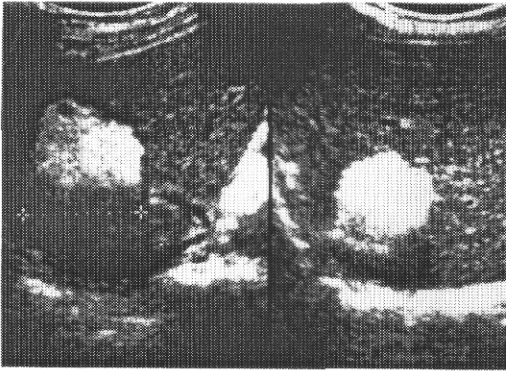


図2 Bモード US 像

エコービームの入射角度によっては腫瘍後方に音響陰影が明らかである。

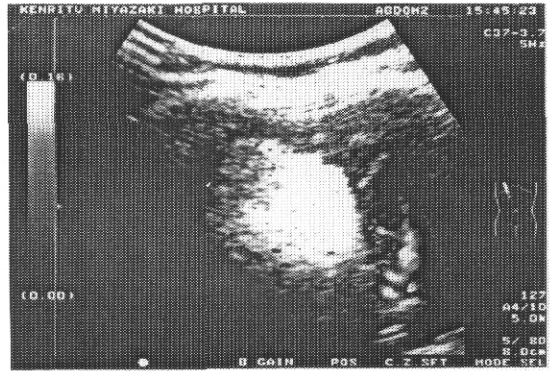


図3 パワードプラ US 像

腫瘍辺縁にわずかな血流がみられるが、内部の血流は検出されない。

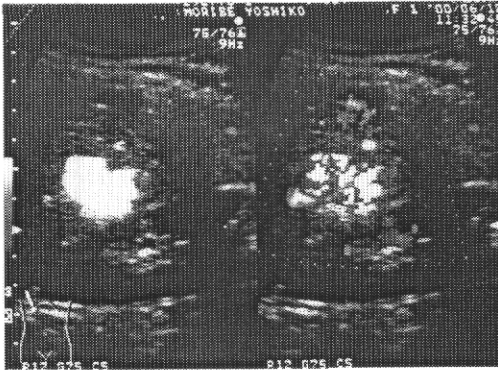


図4 造影 US 像 (左はBモード画像, 右が造影像)

周囲の肝実質とともに腫瘍内部の血流が造影されている。

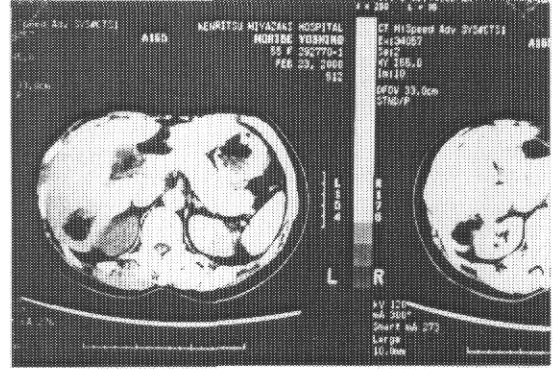


図5 腹部 CT (単純) 像

腫瘍は肝 S₆区域に低吸収域として描出されている。

単純 CT では低吸収域として(図5), MRI では T₁, T₂強調画像でともに高信号として描出された。造影 CT 早期相で腫瘍辺縁部に強い、内部に索状の淡い造影効果を認めたが、造影 MRI では明らかな造影効果は認められなかった(図6)。これらの画像所見から肝癌や血管腫を除外し脂肪性腫瘍と診断した。次に、脂肪性腫瘍のうちのどの疾患かをはっきりさせる目的で入院のうえエコーガイド下に腫瘍生検を行った。その結果、腫瘍組織は myogenic なマーカーの平滑筋アクチンとともにヒト抗

メラノーマ・モノクローナル抗体(HMB-45)という特殊染色で染まり AML と診断した(図7)。手術の必要性は否定されたため肝血管造影は行わなかった。なお、腎に AML 等の SOL はなく、結節性硬化症の合併もなかった。

現在、手術はせず外来にてフォローアップ中であるが、初診から7ヶ月経過した時点でサイズの増大などエコー所見の変化は認められていない。

考 察

AML は組織学的に血管内皮細胞, 平滑筋細

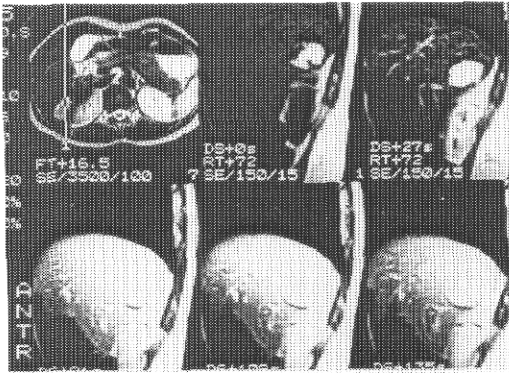


図6 造影MRI像

腫瘍は T₁, T₂強調画像で高信号として描出され、dynamic study で明らかな造影効果は認められない。

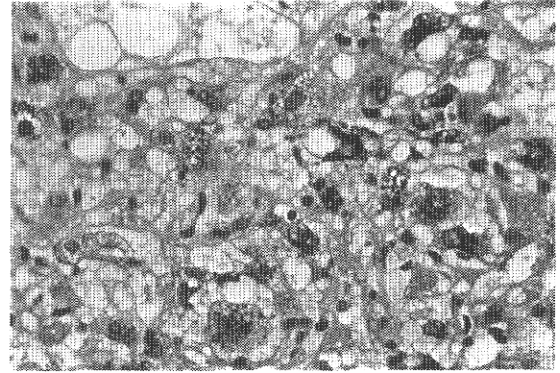


図7 腫瘍組織のHMB-45による染色

類平滑筋細胞の胞体内に粗大顆粒状の陽性所見を呈している。

胞、脂肪細胞の3成分からなる良性の腫瘍で、腎に発生することが比較的多いものに対して肝に発生することは稀で、1997年の角南らの集計によると肝AMLは84例が報告されている¹⁾。このように従来、肝AMLの報告は少なかったが、USの普及にともなって最近は無症候性に発見されることが多くなっており、自験例もUS検診にてわかった。なお、腎AMLには大脳皮質、小脳その他に硬結節が多発性に発生する遺伝的疾患である結節性硬化症を合併することが多いとされるが、肝AMLと結節性硬化症との合併は少なく²⁾自験例でも合併はなかった。

AMLは画像的にはその脂肪成分のためUSでは高輝度エコー、CTでは低吸収域、MRIではT₁, T₂強調画像で高信号として描出され、また血管成分のためhypervascularityを示すものが典型的とされ、自験例でもほぼ同様の所見であった。肝AMLと鑑別すべき高輝度エコーを示すSOLとしては脂肪化を伴った肝細胞癌、高エコー型の血管腫、脂肪腫や脂肪肉腫などの脂肪性腫瘍が挙げられる³⁾。腫瘍径が

3 cm以上の肝細胞癌で比較的均一な高エコーを呈することは稀であり、自験例で肝細胞癌と積極的に診断する nodule in nodule や halo, lateral shadow などのUS所見は認められなかったが、文献上では肝細胞癌を否定できず手術される場合も少なくないようである。血管・筋・脂肪の3つの構成成分の混在の程度が多様で内部に壊死を伴うと画像所見が複雑になると考えられるが、自験例では脂肪成分の割合が多いためかUS、CT、MRIとも特に複雑ではなかった。血管腫にしてはエコー輝度が高過ぎること、レボビスト造影USにて血流の停滞が認められなかったこと、音響陰影があることなどから血管腫は除外した。このうち音響陰影(acoustic shadow)は血管腫にはみられないことから鑑別上有力な所見とされているが、AMLにおける音響陰影の出現率は24%という⁵⁾。なお、肝細胞癌では腫瘍後方に音響増強 (posterior echo enhancement) を伴うことが多いが、脂肪化した肝細胞癌で時に音響陰影を伴うことが報告されているので鑑別上留意すべきである⁶⁾。

経皮的腫瘍生検は診断確定に最も有用と考えられるが、AML の場合は血管・筋・脂肪の全ての成分が一度の穿刺で採取できるとは限らないため、時に診断が困難なことがあると報告されており⁷⁾、自験例でも通常の染色による病理診断に必要な量の組織採取はできなかつた。一方、肝 AML の平滑筋細胞成分がヒト抗メラノーマ・モノクローナル抗体である HMB-45 に染まるのが 1991 年に報告された⁸⁾。この HMB-45 は現在のところほかに陽性を示す肝腫瘍は報告されていないところから肝 AML の鑑別診断にきわめて有用と考えられ、自験例では HMB-45 陽性であったことが他の脂肪性腫瘍を除外でき確定診断の決め手となった。なお、melanoma cell の染色に利用されていた HMB-45 がメラノーマと無関係の AML の平滑筋成分になぜ陽性となるかはまだわかっていないようだ。

腎 AML では平滑筋肉腫への悪性化がみられたり⁹⁾、破裂することがあるのに対して、肝 AML での悪性化の報告はなく破裂も稀である。本来、AML は良性腫瘍であるため手術を急ぐ必要はなく経過観察でよいと思われる。

まとめ

55 歳、女性の肝 AML を経験し、以下の所見を得た。

1. US では高エコーの類円形腫瘍(径は約 3.6 cm)で、音響陰影がみられた。

パワードブラ US で腫瘍内部の血流は検出できなかったが、造影 US にて内部血流が描出された。血流パターンは特異的でなかった。

2. 腫瘍は単純 CT では低吸収域として、MRI

では T₁、T₂強調画像で高信号として描出された。

3. 腫瘍組織は免疫染色 HMB-45 陽性であった。

(本症例は平成12年6月の第10回宮崎県腹部超音波懇話会、平成12年9月の日本超音波医学会第10回九州地方会にて報告した。)

参考文献

- 1) 角南俊也, 入江浩之ほか: 肝血管筋脂肪腫に対する各種画像診断法の比較. 臨放線42:599-604, 1997
- 2) Huber C, Treutner KH, et al: Ruptured Hepatic angioliipoma in Tuberosus Sclerosis complex. Langenbecks Arch Chir381:7-9, 1996
- 3) Weeks DA, Malott RL et al: Hepatic angiomyolipoma with striated granules and positivity with melanomaspecific antibody (HMB-45): A report of two cases. Ultrastruct Pathol 15:563-571, 1991
- 4) 岸本弘之, 本坊拓也ほか: 肝血管筋脂肪腫の1治験例. 外科61:1739-1742, 1999
- 5) 井利雅信, 竹内和男ほか: 肝血管筋脂肪腫の超音波像. Jpn J Med Ultrasonics22:721-728, 1995
- 6) 村島直哉, 竹内和男ほか: 音響陰影を伴う肝細胞癌の4例. 第61回日超医論文集71-72, 1992
- 7) 西土井英昭, 石黒稔ほか: 肺癌を合併した肝血管筋脂肪腫の1例. 胆と膵16:881-885, 1995
- 8) 山元章嗣, 竹内和男ほか: 正常肝に生じ高度の脂肪化を伴った肝細胞癌の2例. J Med Ultrasonics 27:791-797, 2000
- 9) Bruce AL: Malignant transformation of an angiomyolipoma. Urology147:1356, 1992

【症例検討・会員発表】

不明熱の経過中に偽膜性腸炎を合併した1例

県立宮崎病院内科

河野 徳明, 西坂 浩明, 中尾 紘一, 神宮 則彦
菊池 郁夫, 石川 恵美, 上田 章

要約: 31歳, 主婦。薬疹の既往あり。1999年10月10日より微熱, 上気道炎症状が出現し, 市販薬や種々の抗生物質の投与を受けるも高熱が続き近医に入院。皮疹, 白血球増多, 貧血, LDH高値を認めたために成人発症スチル病を疑われ, ステロイドパルス療法を行うも改善しないために11月12日当科へ紹介入院となった。40°C以上の発熱, 血小板減少, 関節痛, 筋肉痛, 四肢および体幹部にかゆみを伴う紅色皮疹, 血清フェリチン著増を認めるも, 骨髓検査上血球貧食像は認めなかった。血沈は1時間値43mm, 末梢白血球数は32,100/ μ l, 軽度の貧血, FDPの軽度増加, GOT, GPT, LDHの高値, CRPの増加(6.64mg/dl)を認めるも, リウマチ因子, 抗核抗体などの自己抗体は陰性であった。1日4~5回の下痢を認めるも腹痛はなかった。便潜血反応陰性, 便中CDトキシン陰性であったが, 大腸内視鏡検査において全大腸に偽膜を形成する大腸炎の所見を認めた。薬剤アレルギーあるいは成人発症スチル病に偽膜性腸炎を合併したものと考え, プレドニゾロンの継続投与に加えて, バンコマイシン1日2gの経口投与を併用し諸症状の改善をみた。原因不明の発熱がつづく場合には, 本症例のように抗生物質や

副腎皮質ステロイド剤など種々の薬剤を投与されることが多く, 病像が修飾あるいはマスクされ, 診断が困難になることが多い。不明熱の鑑別として, 薬剤の関与や偽膜性腸炎の合併を考えることが重要である。

はじめに

不明熱の原因疾患としては, 感染症, 膠原病, 悪性腫瘍が3大疾患として有名であるが, その他に薬剤アレルギー, 炎症性腸疾患, まれな代謝性疾患などがあげられる。今回, 薬剤アレルギーあるいは成人発症スチル病が疑われるも原因が明らかでなかった発熱患者の経過中に偽膜性腸炎を併発し, 抗生物質の中止, 副腎皮質ステロイド剤の継続投与およびバンコマイシンの投与によって軽快した一例を経験したので報告する。

症例

患者: 31歳, 主婦

主訴: 発熱, 皮疹, 筋肉痛および関節痛
家族歴: 特記事項なし。

既往歴: 薬疹の既往あり。

現病歴: 1999年10月10日より微熱, 上気道炎症状が出現, 市販薬で改善しないために21日近医A受診, トミロン等を処方された。10月22日に39°C台の発熱, 前腕の皮疹が出現し

ため、10月24日に近医Bを受診、蛋白尿、血尿、CRP陽性より急性腎盂腎炎と診断され、病院Cに紹介入院となった。クラビット、クラリシッド、スルペラゾンなどを投与されるも解熱せず、さらに白血球増多、貧血、LDH高値を認めたため、11月2日病院Dに紹介入院となった。薬疹を疑われ、ステロイドパルス療法を行い一時解熱したが11月5日より再び発熱、さらに血小板減少、発熱時に関節痛、筋肉痛、かゆみを伴う発赤疹、フェリチン著明高値を認めた。成人発症スチル病を疑われ11月12日当科へ紹介入院となった。前医の骨髓検査で血球貧食像は認めなかった。前医入院中に数回の下痢に気づいていたが腹痛はなかった。

入院時診察所見：意識は清明で、身長155.5cm、体重54.6kg、体温37.3℃、脈拍84/分、整、血圧115/64mmHg。四肢および体幹部に紅斑を認めた。頭頸部に貧血黄疸なく、表在リンパ節腫大や甲状腺腫大なし。心音および呼吸音に異常なし。腹部は平坦、軟で、圧痛なし、肝脾触知せず。神経学的に異常所見なし。

入院時検査所見(表1)：血沈は1時間値43mmと亢進、末梢白血球数は32,100/ μ lと増加し、好中球優位であった。軽度の貧血、FDPの軽度増加を認めた。生化学検査では、GOT、GPT、LDHの高値を認め、血清学検査では、CRPが6.64mg/dlと上昇し、IgE、IgGの軽度高値を認めた。リウマチ因子、抗核抗体、P-ANCA、C-ANCAなどの自己抗体は陰性であった。血清フェリチンは異常高値であった。便検査では潜血反応陰性で、便中CDトキシンも陰性であった。便培養では、*Citrobacter freundii* および *Klebsiella pneumoniae* が検出された。

大腸内視鏡検査(図1, 2)：1日4~5回

の黄色下痢のため11月18日大腸内視鏡検査を施行した。全大腸に偽膜を形成する大腸炎の所見を認めた。病理組織学的には、弱拡大で正常の腺管構造の上に偽膜が見られ、その偽膜は強拡大で好中球、フィブリン、壊死物質によって構成されていた。

臨床経過：前医で投与されたメチルプレドニゾロンパルス療法によって、一時的な解熱を得られたが、当院に転院後も高熱が続いた。大腸内視鏡検査によって、偽膜性腸炎と診断し、プレドニゾロンに加えて、バンコマイシン1日2gの経口投与を併用したところ、8日目より解熱および下痢の改善とともに、白血球、CRP、LDHも低下傾向を示した。バンコマイシンは2週間で中止し、プレドニゾロンは漸減し、退院した。外来にてプレドニゾロン5mg/日を投与している。12月20日の大腸内視鏡像で、偽膜の消失を示す。

考 察

成人発症スチル病について：前医ではまず発熱の原因として薬疹を疑われて、メチルプレドニゾロン・パルス療法を施行しいったん解熱したが、中止後すぐに高熱がみられ、成人発症スチル病の診断基準(表2)をみたすことから同疾患を疑われ当院に紹介された。本症例においては、成人発症スチル病の診断基準のうちの発熱、関節痛、白血球増多、肝機能異常、リウマトイド因子陰性および抗核抗体陰性の5項目と血清フェリチン値著増を認め、診断基準を満足した。しかし、成人発症スチル病にみられる定型的皮疹は高熱時にみられ、色はサーモンピンクで、痒みを伴わないのが一般的であるが、本症例にみられた皮疹は痒みを伴い、むしろ薬疹によるものが考えられた。成人発症スチル病は診断基準を

表1. 入院時検査所見

検尿		TP	6.4 g/dℓ
蛋白(-), 糖(-), 潜血(-)		Alb	46.1 %
検便		α1-g1	5.8 %
潜血	(-)	α2	15.1 %
赤沈	43 mm/hr	β	8.2 %
末梢血		γ	24.8 %
RBC	331×10 ⁴ /μℓ	Immunology	
Hb	9.9 g/dℓ	CRP	6.64 mg/dℓ
Ht	29.9 %	RPR	(-)
WBC	32,100 /μℓ	HBsAg	(-)
(Seg96%, Mo3%, Ly 1%)		HCV Ab	(-)
Plt	29.6×10 ⁴ /μℓ	HTLV-1 Ab	(-)
凝固系		CH50	47.6 U/ml
PT	41.3 %	C3	85 mg/dℓ
APTT	28.3 sec	C4	36 mg/dℓ
FBG	320 mg/dℓ	IgG	1782 mg/dℓ
FDP	15.9 μg/ml	IgA	331 mg/dℓ
FMtest	(-)	IgM	163 mg/dℓ
血液生化学		IgE	340 U/ml
T.Bil	0.51 mg/dℓ	IC (antiC3d)	<6.0μg/ml
GOT	43 IU/L	RF	(-)
GPT	205 IU/L	ANA	(-)
LDH	1241 IU/L	anti β2GPI	(-)
ALP	191 IU/L	p-ANCA	(-)
γ GTP	91 IU/L	c-ANCA	(-)
CK	36 IU/L	その他	
T.Chol	166 mg/dℓ	Ferritin	>3,000 ng/ml
TG	116 mg/dℓ	Aldorase	15.5 U/L/37°C
Glu	91 mg/dℓ	Thrombomodulin	47.6 U/ml
Na	138 mEq/ℓ	C.D.toxin	(-)
K	3.8 mEq/ℓ	Stool Culture	
Cl	100 mEq/ℓ	Citrobacter freundii	
Ca	8.7 mg/dℓ	Klebsiella pneumoniae	
BUN	12.3 mg/dℓ		
Cr	0.5 mg/dℓ		
UA	2.1 mg/dℓ		

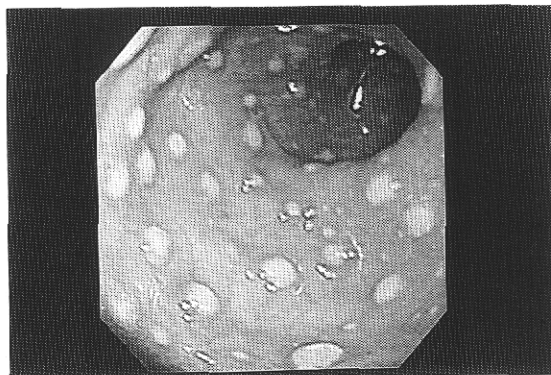


図1 治療前の大腸内視鏡検査所見（11月18日）：全大腸に偽膜を形成する大腸炎の所見を認めた。

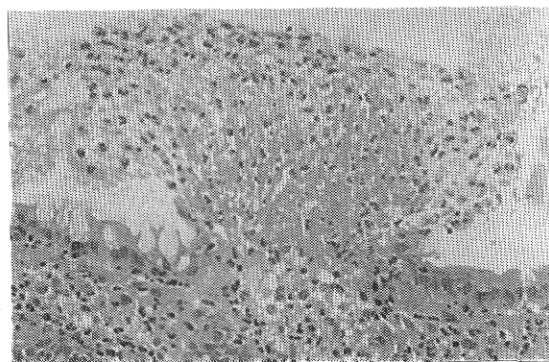


図2 大腸の病理組織像：弱拡大（左）で正常の腺管構造の上に偽膜を認め、強拡大（右）で偽膜が好中球，フィブリン，壊死物質によって構成されていることを示す。

表2. 成人発症スチル病の診断基準

大項目
1. 発熱（39℃以上，1週間以上持続）
2. 関節痛（2週間以上持続）
3. 定型的皮疹
4. 80%以上の好中球増加を含む白血球増加（10,000/ml以上）
小項目
1. 咽頭痛
2. リンパ節腫脹あるいは脾腫
3. 肝機能異常
4. リウマトイド因子陰性及び抗核抗体陰性
診 断
2項目以上の大項目を含む総項目数5項目以上で診断。ただし，除外項目を除く。
参考項目：血清フェリチン値著増（正常上限の5倍以上）は診断の参考とする。
除外診断
I 感染症（特に敗血症，伝染性単核症）
II 悪性腫瘍（特に悪性リンパ腫）
III 膠原病（特に結節性多発動脈炎，悪性関節リウマチ）

満たしても、除外診断が大切である。本症はしばしば再発を来すので、副腎皮質ステロイド剤を中止した後に再発すれば本症と診断される可能性も残された。

薬剤アレルギーについて：薬疹の既往があることおよび皮疹の性状からは、発熱の原因として、薬剤アレルギーが疑われた。薬剤アレルギーの診断のためには、薬剤リンパ球混合試験や再投与試験が有用とされるが、前者は副腎皮質ステロイド剤をすでに大量投与していることから、後者は危険性の高い検査であることから実施していない。

偽膜性腸炎の診断について：本症例では発熱の経過中に軽度の下痢の出現をみたが、発熱や関節痛・筋肉痛のために下痢の訴えは強くなく、また腹痛も認めず、CD トキシンも陰性であったことから診断が困難であったが、診断の決め手は内視鏡検査による偽膜の証明であった。偽膜性腸炎の診断がつかず、成人発症スチル病、薬剤アレルギーあるいは不明の細菌感染症と診断し続け、ステロイドパルス療法や抗生物質を追加投与していればさらに本症を悪化させた可能性が高い。偽膜性腸炎も重症化すると予後不良のことがあり、抗生物質投与中に軽度の下痢などの消化器症状のある場合には、本疾患を疑って、内視鏡検査をする必要がある。

偽膜性腸炎は、ほとんどの場合抗生物質投与後4～9日目に、下痢、発熱、腹痛、時に下血、まれにイレウス症状で発症するが、抗生物質中止後に発症することもある。本症は *Clostridium difficile* (以下 CD と略す) の異常増殖によって産生される毒素によって発症する。原因薬剤としては、ペニシリン系、セフェム系、リンコマイシン系などの抗生物質

によるものが多く、特に胆汁排泄性で腸管内で高濃度になるものが多い。まれに抗がん剤や非ステロイド抗炎症剤の投与後に発症するものもある。CD は偏性嫌気性グラム陽性桿菌で、健康人の5～50%の便中に検出(日本人では20～30%)されるが、通常は 10^2 /ml以下のため発症はしない。菌交代現象によって 10^5 /ml以上になると CD トキシンが大量に産生され発症に至るが、その発症には宿主の免疫力も関係している。われわれの症例の場合には発症前に多くのペニシリン系、セフェム系などの抗生物質の投与に加えて、副腎皮質ステロイド剤の投与も本症の発症に関与していることが考えられた。

偽膜性腸炎の診断は、①抗生物質の投与歴、②症状(下痢、発熱、腹痛)、③偽膜の証明、④原因菌 CD または CD トキシンの証明(培養による検出は困難であることも多い)の4項目がそろえば容易である。項目①②より偽膜性腸炎を疑い、大腸内視鏡にて偽膜を証明することが大切であり、偽膜は84%に、直腸病変は86%に認めると報告されている。軽症の場合には偽膜を伴わないこともあり、また④の菌の培養やトキシンの検出が陰性のこともあり、症状から本症を疑った場合には内視鏡検査を行うことが重要である。

偽膜性腸炎の治療は、軽症であれば原因薬剤である抗生物質の中止だけで治癒することもある。薬物療法としてはバンコマイシン(0.5～2.0g/日、分4、7～14日間)あるいはメトロニダゾール(1.2～1.5g/日)の経口投与が有効である。本症例の場合にははじめ副腎皮質ステロイド剤以外のすべての薬剤を中止し、経過をみたが39℃以上の発熱が持続した。大腸内視鏡検査によって偽膜性腸炎と診断し、

バンコマイシンの投与によって、解熱、下痢の消失、および白血球、CRP、LDHなどの検査成績の改善を認めた。皮疹や血清フェリチン値著増などは偽膜性腸炎だけでは説明困難であり、本症の発症前には成人発症スチル病あるいは薬剤アレルギー、特に後者があったと考えられる。

最後に、血清フェリチン値の著増は成人発症スチル病以外では、悪性組織球症や血球貧食症候群においてしばしば認められるが、臨床経過および骨髄所見などからいずれも否定された。薬剤アレルギーにおいて血清フェリチン値が著増を示すとの報告は明らかでない。本症例では偽膜性腸炎の寛解とともに血清フェリチン値が正常化したことから、偽膜性腸炎と関連があることが推察された。

〈参考文献〉

- 1) 星加和徳：偽膜性腸炎，別冊日本臨床感染症症候群 p 24-26, 1999.
- 2) 久志本孝一，長沢浩平，上田 章ほか：成人スチル病7例の臨床的研究，臨床と研究，66：179-184, 1989.
- 3) 上田 章，水野晋一，菊池郁夫ほか：成人発症スチル病の3例．宮崎医会誌14：238-242, 1990.



【Postgraduate Education】

臨床心電図講座 (8)

県立宮崎病院内科

中川 進, 福永 隆司, 福岡 周司
川野友里香, 阿部 太郎

(症例と心電図)

(症例1) 73才, 男性。60才時に広汎前壁心筋梗塞を発症し, 三枝病変で冠動脈バイパス手術を行ったが, 左心機能は著しく低下した。以後, 左心不全を繰り返し, 70才時から心房細動に固定した (図1 A)。

69才時から, BUN, 尿酸値の上昇と貧血が徐々に進行したが, Cr 上昇は軽度であった (表1)。71才時からはザイロリックを併用した。処方薬は利尿剤の他にレニベース0.5T, アルダクトンA1T, ワーファリン等である。身長152cm, 体重51kg, 血圧115/51mmHg。

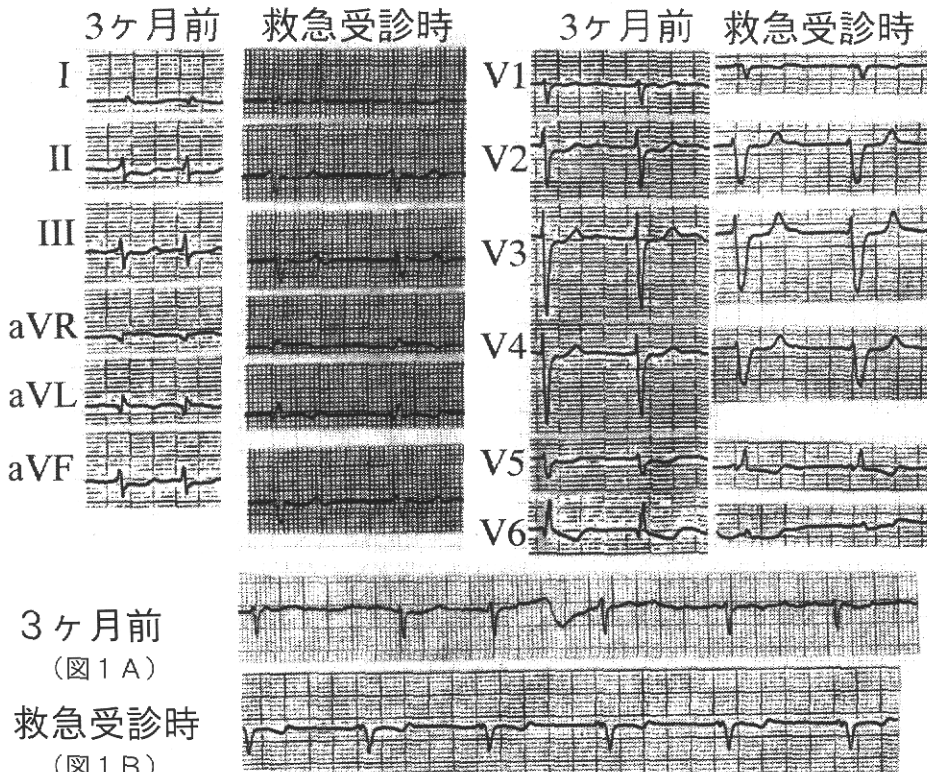


図1 症例1, 73才, 男性。

表1

	70才	71才	72才	73才 (3月)	(5月)	(7月)
BUN (mg/dℓ)	17.6	36.8	54.6	81.6	75.2	76.6
Cr (mg/dℓ)	1.4	1.3	1.5	1.9	1.9	1.8
尿酸 (mg/dℓ)	6.0	11.7	8.0	8.1	7.6	3.5
K (mEq/L)				4.63	4.23	4.88
Ht (%)	45.5	32.7	28		26.0	24.9

73才時、9月、抜歯の後、食事の摂取が困難になり、オレンジジュースばかり飲んでいました。5日後、午前中からうまく歩けない。午後7時頃、息苦しさを訴え、救急外来を受診。受診時心電図と3ヶ月前の心電図を図1に示す。診断と治療は。

(症例2) 70才、男。慢性腎不全で維持透析10年目の患者。朝、出勤途中、めまいがし体がきつくなり、救急搬送された。病院到着

時の心電図を示す(図2)。血圧86/45mmHg, 脈拍40/分。

診断と治療は。

(症例3) 68才、女性。10日前より坂道歩行時や軽労作で息切れ、胸苦しさを自覚して来院。診断と治療は。(図3)

(症例4) 56才、男。1年半前、心電図で右脚ブロックを指摘された。数日前から、1日に1~2回、1時間ないし半日続く動悸、

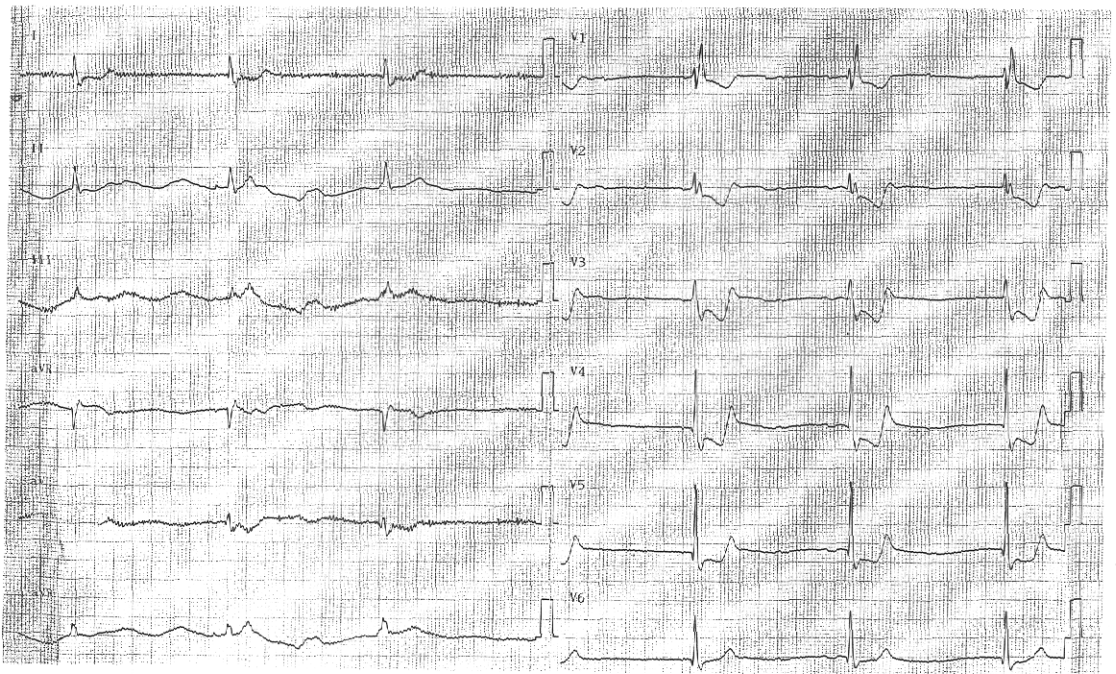


図2 症例2, 70才, 男性。

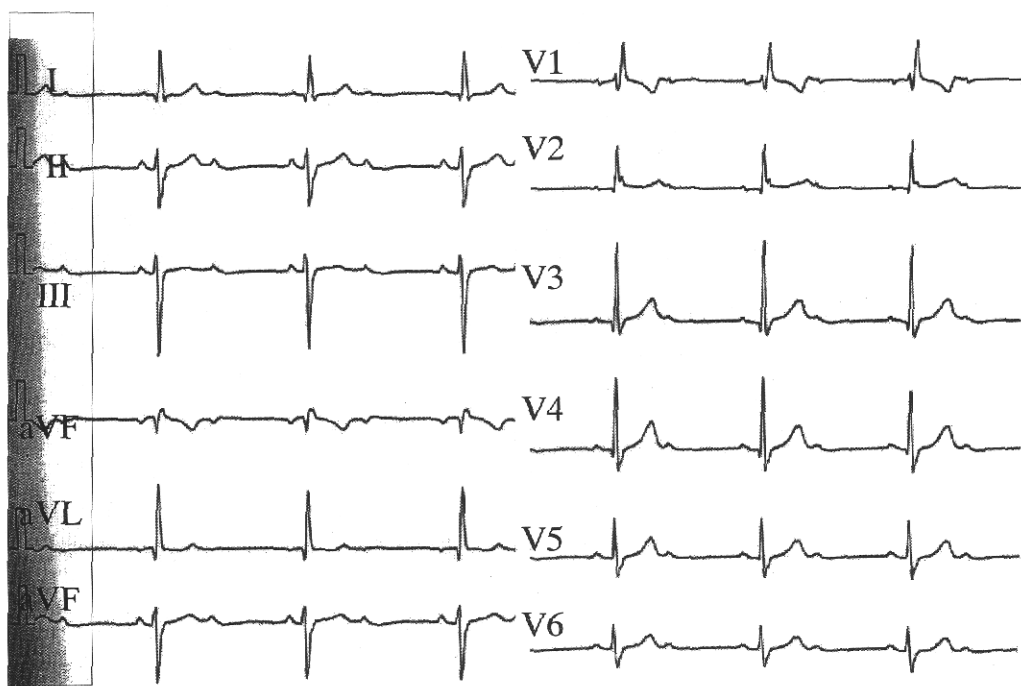


図3 症例3, 68才, 女性。

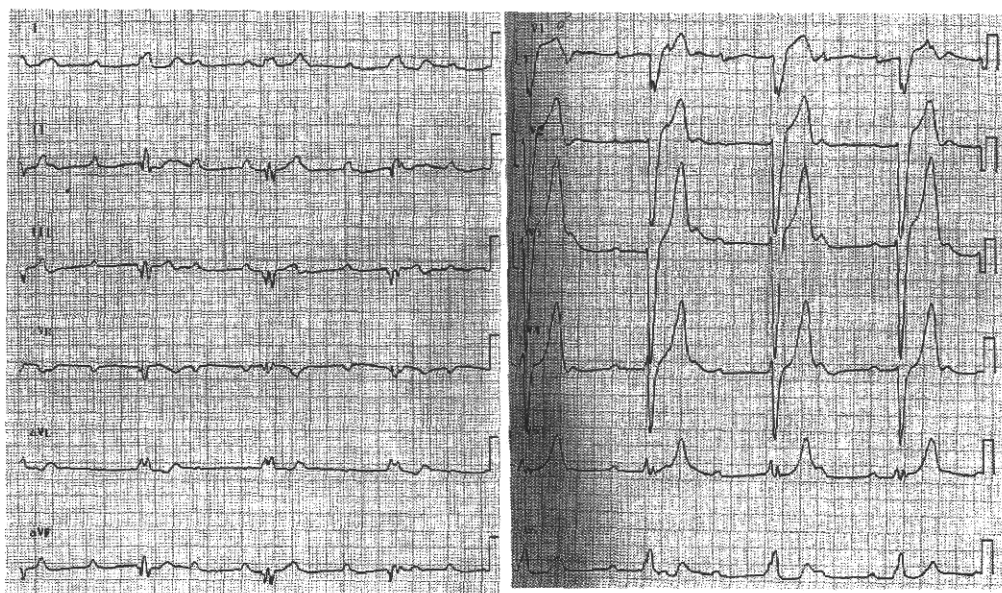


図4 症例4, 56才, 男性。

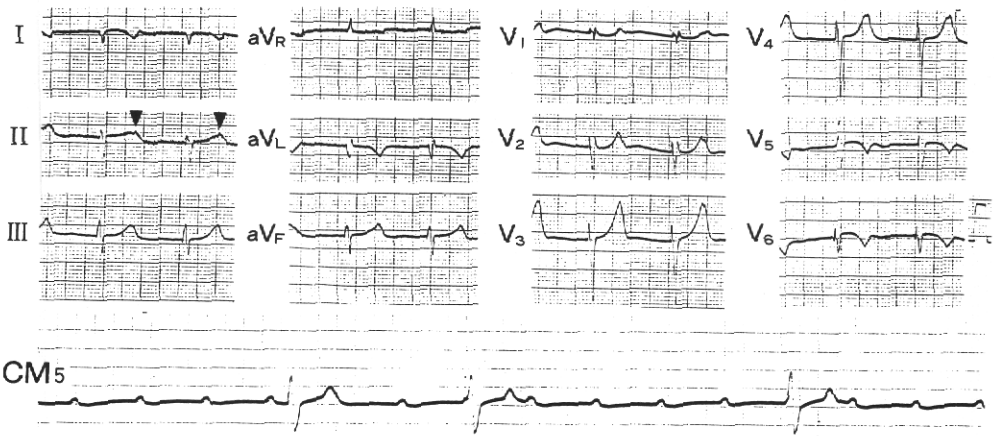


図5 症例5, 52才, 女性。12誘導心電図とモニター誘導を示す。

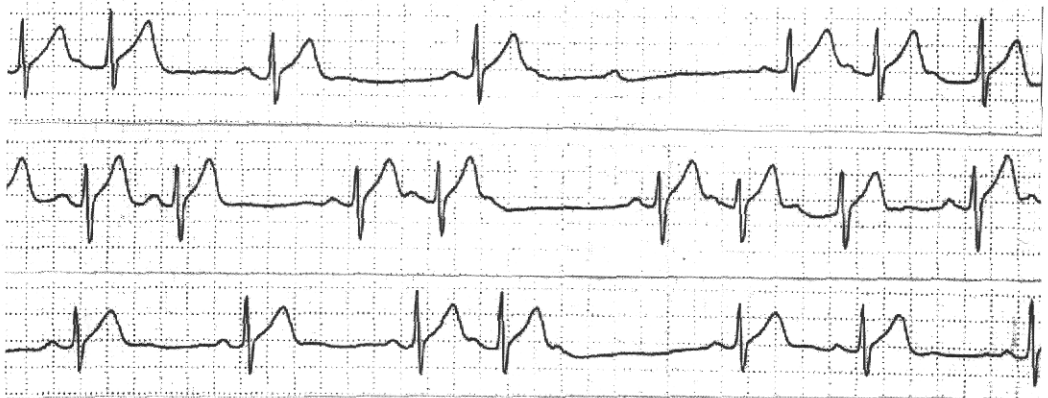


図6 症例6, 22才, 男性。

息切れを自覚して来院。診断と治療は。(図4)

(症例5) 52才, 女性。突然, 意識消失発作が出現。心電図にて高度房室ブロック(AVB)があり, I, aVL, V6にQ波が認められた。(図5) 恒久的ペースメーカー埋込みを行った。左室造影では前壁, 側壁, 心尖部の無収縮を認め, 心筋梗塞も考えられたが, 冠動脈造影では有意狭窄なし。眼底所見ではぶどう膜炎あり。頬の皮疹から原因疾患が診断できた。診断は。

(症例6) 22才, 男性。高校時代はサッカーとバレーボールの選手であり, 現在もトレ

ニングを続けている。検診で心電図異常を指摘された。自覚症状はない。

診断と対策は。運動を続けてよいか。(図6)
(症例7) 48才, 男性。バスの運転手。食事の際にしばしばめまいがする。時に運転中にも起こる。安静時診断図, 負荷心電図など, 全く正常。ホルター心電図で図7 A, 発作誘発時のヒス束心電図で図7 Bの所見が得られた。PQの延長無く, 突然Pの後にQRSが続かなくなる。

鑑別診断と治療は。

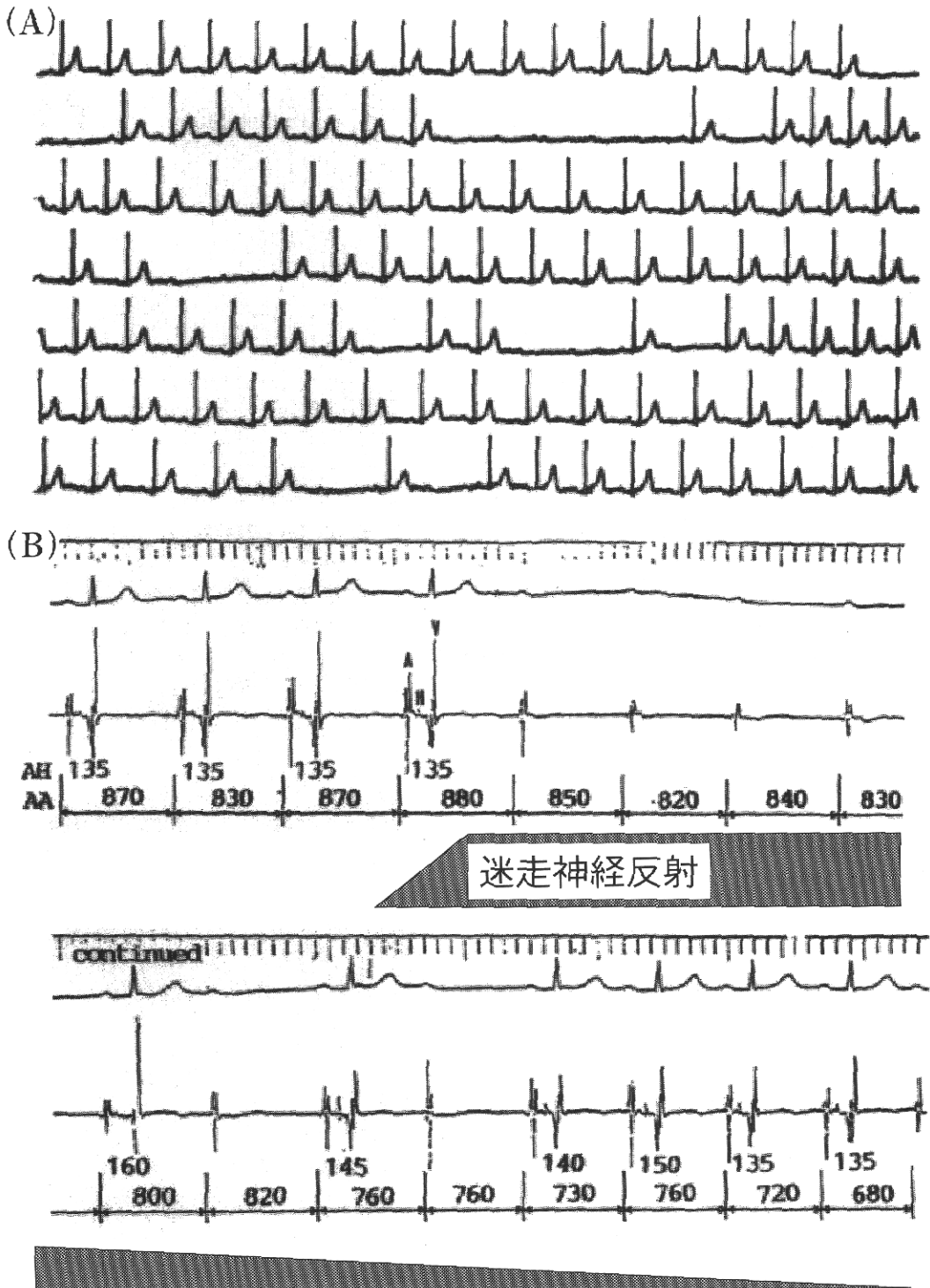


図7 症例7, 48才, 男性。(A)は食事時のホルター心電図記録, (B)は房室ブロック発生時のヒス束心電図記録を示す。

テーマ：房室ブロックの診断と治療

(a) 本稿では房室ブロック (AVB) の多様な症例を提示した。AVB はしばしば救急に治療を要する。

QRS 幅の広さ (脚ブロックの有無) が緊急度の目安になる。QRS 幅の狭い AVB は房室結節レベル (ヒス束より上位) の AVB であり、比較的症状が軽く、ベンケバツハ型 AVB を呈する。一方、QRS 幅の広い AVB は脚レベル (ヒス束より下位) の AVB で、下位の補充調律が出にくく、心停止を起こしやすい。Mobitz II 型 AVB を呈する。

例外はあり、脚ブロックにたまたま房室結節の AVB が合併したり、逆にヒス束内ブロックのために、QRS 幅はせまいが重篤な症状を来することもある。

(b) また、救急に対処を要する重篤な基疾患が隠れており、ペースメーカーを入れただけでは、不十分な場合がある。慎重な検討が必要である。

房室ブロックの病因

(A) 急性に起こる AVB (多くは一過性)

1. 薬剤 (ヘルベッサ、ジギタリス、 β 遮断剤、抗不整脈剤など)
電解質異常

2. 急性心筋梗塞症

3. 急性心筋炎、まれに膠原病

(B) 慢性に起こる AVB

1. 加齢による伝導系の変性

2. サルコイドーシス

65才以下の女性では 1/3 に見つかる?

(C) 迷走神経の関与した AVB

1. スポーツマン

2. 迷走神経反射による AVB

AVB をみたとき注意する点

- 1) 心拍数は、血行動態は。

アトロピン、プロタノールやペーシング等の救急処置が必要か。

- 2) QRS 幅 (房室伝導時、および補充収縮時の QRS 幅) が広い AVB はより重篤。電解質異常も考慮

- 3) 病因はなにか。

緊急処置を要する疾患はないか。

(A) 急性に起こる AVB

薬剤による AVB は、原因薬剤の中止で回復する。ヘルベッサ、ジギタリス、 β 遮断剤、抗不整脈剤などがある。

高K血症、急性心筋梗塞、異型狭心症の発作時、稀には急性心筋炎や膠原病で AVB が起こりうる。放置すれば急死に進展しうる疾患であり、除外診断する。

(症例 1) 高K血症の症例

(a) 症例 1 の経過と心電図の解釈

当直医がそのまま帰宅させたところ、翌朝、心肺停止の状態で見送られた。

3カ月前の心電図は (図 1 A) 基線の細かい揺れ (f 波) を認め、QRS は全く不規則で、心房細動である。軸は軽度の左軸偏位。陳旧性前壁梗塞による poor r progression を認める。

救急受診時の QRS 波形 (図 1 B) は規則正しい。一見、図 1 よりよい状態に見える (?). しかし心房細動の QRS 波形が、規則正しくなった時は、正常洞調律に回復したか、AVB や頻拍発作などの新たな不整脈の可能性もある。

良くみると、1) 左軸偏位が強くなると

ともに、QRS幅が著しく広い。心室内伝導障害である。2) 基線の揺れが全くなく、心房細動ではない。P波もない。Atrial standstillらしい。3) QRS波形は房室接合部、または心室性の補充収縮であろう。さらに、4) V2-3のT波が、上向きにとがっている。

以上の所見は、高K血症に一致する。

(b) 腎機能の評価

本症例ではBUNのみ上昇(76mg/dl)し、Crは微増にとどまった(1.8mg/dl)。一般には、脱水や消化管出血を示唆するデータであり、利尿剤による脱水も考えていた。剖検では消化管出血はなかった。

本症例は、心臓性のカヘキシーも加わってやせていた。Crは筋肉由来なので、筋肉がないと上がらない。やせた高齢者では、腎機能が悪化しても、BUNの上昇に比べてCrは微増にとどまり、Cr値からは診断困難なことがある。本症例の場合、Crは普通の人なら3~5mg/dl位はあるところであろう。

(c) 心不全の処方と高K血症

心不全の処方には、利尿剤に加えてACE阻害薬、アンジオテンシンⅡ拮抗薬、アルダクトンAなどが併用される。これらはKを上昇させる。アルダクトンAは1T(25mg)以下の使用とさせている。本症例では、基礎の腎機能障害に加えて、これらの薬剤のK保持作用、さらに、抜歯後の脱水による腎機能の悪化、オレンジジュースによるK摂取が加わって、Kが急上昇したのだろう。

本症例の教訓。

- a) 心不全治療薬のK保持性に注意
ACE阻害薬、AⅡ拮抗薬、アルダクトンA

- b) 心不全治療中は腎機能の変化に注意
高Kになりやすい
腎機能にあわせて薬剤を減量、中止
c) やせた高齢者ではCrが上がりにくい
BUN、尿酸値を指標とする。
d) 心房細動のQRSが急に規則正しくなれば洞調律回復か、新たな不整脈(AVBや頻拍症)の可能性がある。

(症例2) 下壁の急性心筋梗塞

(a) 症例2の経過と心電図の解釈

P波が判然とせず、洞停止かもしれない。AVBか房室接合部から補充調律が出ているらしい。

AVBを見たときは、基礎疾患の有無を検討する。心電図(図2)では前胸部誘導でST低下がある。これは後壁梗塞の所見で、後壁のST上昇が前胸部誘導ではST低下として現れている。

直ちに一時的ペースメーカーを挿入し、心拍数60/分とした。心エコー検査では壁運動異常は軽度で、心機能は悪くないと判断された。しかし、10分後には血圧低下、アシドーシスの進行から、心肺停止に至った。蘇生術の効なく、死亡した。

剖検で、右冠動脈の閉塞と中等度のサイズの後壁心筋梗塞を確認した。大梗塞でない割には急激な経過をとった。透析患者では、中等度の心筋梗塞でも、アシドーシスの進行などで急速な経過をとりうる。

(b) 急性心筋梗塞に合併するAVB

前壁梗塞と下壁梗塞で、AVBの予後が異なる。下壁梗塞には完全AVBは5%とよく合併する。房室結節レベルのAVBで、一過性であり、2週間でAVBはとれる。また再

灌流療法に成功すれば速やかに回復する。

前壁梗塞の AVB の合併は稀である。梗塞の経過中に右脚ブロックや左脚ブロックの発生を経て AVB に至る、3 枝ブロックである。心室中隔の広範な障害を意味し、重症例に多い。予後はきわめて悪い。

(B) 慢性の AVB

慢性の AVB で、伝導系の不可逆的な障害によっておこり、ペースメーカー植え込みが必要となる。多くは伝導系の加齢変性によるが、一部の症例に隠れているサルコイドーシスを見逃してはいけない。

(症例 3, 4) 三枝ブロック

(a) 症例 3, 4 の経過と心電図の解釈

症例 3 の心電図は、2 対 1 の房室伝導である (2 対 1 AVB)。QRS 波形は、右脚ブロック + 左脚前枝ブロック (高度左軸偏位) である。即ち、3 本の脚伝導路のうち、2 本が切れて、残りの左脚後枝のみで房室伝導が行われており、それも切れかけて 2 対 1 伝導をしているのである。

症例 4 は右脚ブロックから (新たに左脚も切れて) 完全 AVB に至った症例である。左脚ブロック型の補充収縮が出ており、房室伝導時の右脚ブロック波形とは波形が異なる。右脚の断端、ないしその末端から出る心室性補充収縮らしい。56 才と若いのでサルコイドーシスの除外診断を行ったが陰性であった。経過観察中である。

(症例 5) サルコイドーシス

(a) 症例 5 の経過と心電図の解釈

12 誘導心電図は、PR の著しく長い I 度 AVB である (矢印は、先行する T 波の上に重なった、P 波による notch を示す)。不完全右脚

ブロック、I, aVL, V6 の Q 波を認める。モニター心電図は補充収縮が不安定で、心停止時間の長い、高度 AVB である。伝導系の広範な障害を示す。

本症例は頬部の皮診の生検でサルコイドーシスの确诊を得た。心病変も心サルコイドーシスと考え、ステロイドの投与を開始し、漸減した。

1 年でステロイドを中止したところ、4 年後 (56 才) に、乳頭筋不全による僧帽弁閉鎖不全と左心不全を発生。6 年後 (58 才) には両心不全、心室頻拍を発生し、死亡した。ステロイドは終生維持投与すべきである。

(b) 特に 65 才以下の女性では積極的に除外診断を

慢性の AVB の病因では、a) 65~70 才以上の高齢者では伝導系の加齢性の変性が圧倒的に多い (サルコイドもあるが)。b) 65 才以下では、変性の頻度が減り、特に女性では 30% にサルコイドーシスが見つかる。サルコイドーシスであれば、心筋障害や心室性不整脈が進行して死亡する確率が高い。必ず除外診断する必要がある。ステロイドが有効で、終生少量のステロイドを続ける。

診断には 1) 眼科所見、2) 血液の ACE 活性、リゾチーム、3) Ga シンチグラム、などが有用である。心筋病変は慢性でなく、局在性で、心筋梗塞に類似した心電図所見を呈する。TI 心筋シンチで心筋病変の範囲を評価する。中隔基部に病変が好発するため AVB が多く、心エコーで心室中隔基部の菲薄化をみる。時にサルコイドーシスによる腎障害、肺病変などを伴うこともある。

注意すべきことに、サルコイドーシスの初期の所見である両側肺門リンパ節腫脹(BHL)は心サルコイドーシス発症時には稀である。心病変は全身に病変が広がったかなり後期の所見で、BHLは消失している。

(C) 迷走神経緊張が関与した AVB

伝導系には器質的な異常がなく、迷走神経系の過緊張によって、AVBを起こすことがある。迷走神経は心房から房室結節にかけて分布し、心室にはほとんどない。このため、AVB、洞停止などの心房性不整脈、稀に発作性上室性頻拍などが主な所見となる。

(症例6) スポーツマン心

(a) 症例6の経過と心電図の解釈

著名な洞性不整脈とベンケバツハ型Ⅱ度AVBを認める。

スポーツ選手は、安静時には迷走神経緊張状態を呈する。1) 徐脈、高度の呼吸性洞性不整脈、2) それに伴い2.5秒までの洞停止や、房室接合部性補充収縮、3) ベンケバツハ型のAVB、などが認められる。通常、運動を控える必要はない。

ただし、24時間心電図、心エコー図、運動負荷心電図、血液検査等をチェックし、1) 急性心筋炎など器質的心疾患の所見はない、2) 運動負荷により1:1伝導となり、AVBは消失する、3) Ⅱ度のAVB時にはベンケバツハ型である、などを確認する。

(症例7) 迷走神経反射による AVB

(a) 症例7の経過と心電図の解釈

ホルター心電図(図7A)で、食事中に集中して、突然高度のAVBが発生する。嚥下性失神の症例である。安静時心電図は正

常で、1日のごく一時期(嚥下時)にのみAVBが発生するのが特徴。

嚥下時に発生する食道スパズムに伴ってAVBが発生していた。房室伝導路の器質的な異常は確認できない。1) 食道内に迷走神経反射を起動する圧受容体(スイッチ)が存在し、2) 嚥下時に発生する食道スパズムによって、食道内圧が上昇し、スイッチが押される、3) この反射は、房室結節を選択的に抑制する(洞性徐脈を起こさない)、の3条件がそろっておこる発作性AVBであった。一見Moditz型AVBに見えるが、そうではない。即ち、図7Bに示す如く、迷走神経反射による房室結節抑制の立ち上がりが急速なために、PQ(AH)間隔が伸びる間もなくAVBがおこる。しかしAHブロックである。また、房室伝導が再開するときには、PQ(AH)の延長が認められ、ベンケバツハ型AVBが確認できる。房室伝導再開時には、心停止による交感神経緊張のために、PP間隔は若干短縮している。

失神などの症状があり、抗コリン剤では効果不確実と考えられたため、ペースメーカーを植え込んだ。

類似の心電図所見はホルター心電図などで稀ならずみられる。

【Postgraduate Education】

症候による漢方治療

IX 疲労・倦怠（その2）

木下内科医院

木下恒雄

3. 補中益気湯

本方は応用範囲が比較的広く、かつ重要な方剤と思われるので、少しく詳述することにする。方名は中（消化器）を補い、気（元気）を益すの意で、また「医王湯」の別名があるが、これは「弁惑論」や「脾胃論」の著者・李東垣の「脾は医の王道なり」の語によるものと言われている¹⁾。

原典の弁惑論には「内傷脾胃は、すなわちその気を傷り、外感風寒は、すなわちその形を傷る。外を傷るは有余たり、有余はこれを瀉す。内を傷るは不足たり、不足はこれを補う。これを汗し、これを下し、これを吐し、これを尅するは、皆瀉なり。これを温め、これを和し、これを調え、これを養うは皆補なり。内傷不足の病、いやしくも誤認し外感有余の病となして、かえってこれを瀉せば、すなわちその虚を虚すなり。……中略……ただまさに甘温の剤をもって、その中を補い、その陽を昇らせ、甘寒をもってその火を瀉せばすなわち癒ゆ。《内経》にいう、労はこれを温む、損はこれを益す、と。けだし温はよく大熱を除き、苦寒の薬にて胃土を瀉すを大いに忌む。今、補中益気湯を立つ。」と本方立方の意図が記載されている²⁾。

すなわち、「喜・怒・憂・思・悲・恐・驚など

七情のアンバランス、飲食不摂生、過労、房事過度などで消化器が障害される場合には、その機能障害が起こり、感染症による場合には、その実質が傷害される。後者ではウイルスなどの外邪が進入しているのであるからこれを発汗や瀉下などの治法によって除かなければならないが、前者では体力が虚しているので温補や和解などの治法によって補わなければならない。前者を後者と誤認して、かえってこれに発汗や瀉下を行なえばますます虚して病状が悪化する。……とにかく甘味の温める生薬で消化器を補い、その機能を回復させ、またこのような状態に炎症や病的な機能亢進を伴っている場合には甘味の冷やす性質をもった生薬でそれを治療すれば病状を回復させることができる。「黄帝内経」（現存する最古の中医学書で戦国時代に著されたといわれている）には、虚劳（体力の低下）はこれを温め、長期間にわたる体力低下ではこれを補益する治療を行う、とある。このような場合の体表の熱は虚熱であるから苦味でからだを冷やす生薬で消化器に対して瀉法を行ない弱らせてはいけない。このような立場から補中益気湯を創製した。」との意であろう。

本方は、黄耆（マメ科のキバナオウギやナイモウオウギの根）・人参（ウコギ科のオタネ

表1 補中益気湯〈弁惑論〉

構成生薬とその薬能

生薬名	性味	薬能
黄耆	甘, 温	補気昇陽, 補気摂血, 補気行滞, 固表止汗, 托瘡生肌, 利水消腫
人參	甘・微苦, 微温	補気固脱, 補脾気, 益肺気, 生津止渴, 安神益智
白朮	甘・苦, 温	健脾益気, 燥湿利水, 固表止汗, 安胎
当帰	甘・辛・苦, 温	補血調経, 活血行気・止痛, 潤腸通便
陳皮(橘皮)	甘・苦, 温	理気健脾, 燥湿化痰
大棗	甘, 微温	補脾和胃, 養宮安神, 緩和薬性
炙甘草	甘, 平	補中益気, 潤肺・祛痰止咳, 緩急止痛, 調和薬性
柴胡	苦・微辛, 凉	透表泄熱, 疏肝解鬱, 昇举陽気, 清胆截瘧
乾姜	大辛, 大熱	温中散寒, 回陽通脈, 温肺化痰・化飲
升麻	甘・辛, 凉	發表透疹, 清熱解毒, 昇举陽気

「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」より抜粋

ニンジン(根)・白朮(キク科のオケラの周皮を除いた根茎)・炙甘草(マメ科のウラルカンゾウなどの根や根茎を炙ったもの)・当帰(セリ科のニホントウキなどの根)・陳皮(橘皮。ミカン科のウンシュウミカンやコウジの成熟果皮)・升麻(キンポウゲ科のサラシナショウマやオオミツバショウマの根茎)・柴胡(セリ科のミシマサイコなどの根)・大棗(クロウモドキ科のナツメの果実)・生姜(ショウガ科のショウガの根茎)の10種の生薬で構成されている。本方の構成生薬の性味と薬能を表1, に示した。

本方の主薬は補気昇陽(元気をつけて機能低下を改善する)・固表(表虚を固め自汗や盗汗を治す)の黄耆で、筋緊張を高めて全身の代謝を促進するとともに体表の血管を拡張して循環を促進し、汗腺の機能を調整して異常発汗を緩解する。人參は中枢神経系の機能を亢進し、消化機能や呼吸機能を促進し全身の諸機能を改善する。白朮は消化機能の促進と

ともに消化管内の非生理的水分を利尿により排除する。炙甘草も全身の諸機能を亢進させるが、これらの生薬が協同して黄耆の効能を増強させる。柴胡と升麻は消炎の効能をもつとともに自律神経系を介して筋緊張を高めて升提(下垂したものを上につりあげる)に働く。当帰は滋養強壮や循環促進を目的に配合され、陳皮と生姜は胃液分泌と蠕動の促進によって他の生薬成分の吸収を強める。大棗は炙甘草とともに諸薬の薬効を調和し消化機能を亢進させる。したがって、方剤全体としては、消化機能を促進しつつ中枢神経系の機能を向上させ、筋肉や支持組織の緊張を強め、全身の機能や代謝を改善するものと思われる。なお、本方においても薬価収載のツムラエキス顆粒医療用では白朮の代りに蒼朮が配剤されているが、白朮を用いた場合よりも燥湿や鎮痛の効能は強められると考えられる。

図1. に本方の適応症にみられることが多い症候を示し、とくに重要と思われるものに

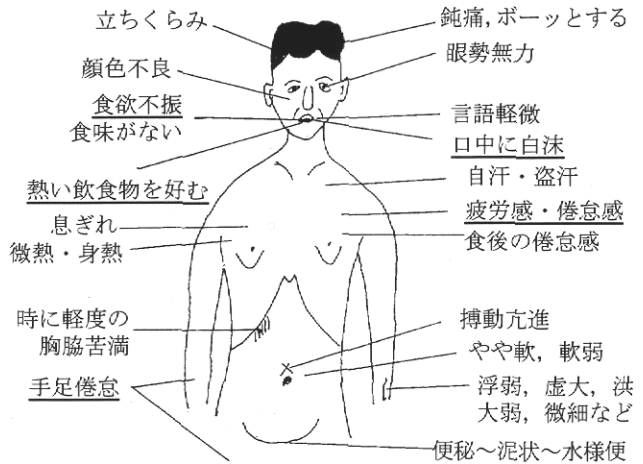
下線を付した。

津田玄仙 (1737~1809) は本方の使用目標について「此方ヲ広く諸病ニ用ユル目的ハ、第一手足倦怠、倦怠トハ手足ノ落ツル様ニカイダルクカナキヲ云フ。第二語言輕微、語言ノタヨタヨト如何ニモ力ナク、カルクカスカニシテ弱々ト聞ユル症ヲ云フナリ。第三眼勢無力、目ノ見張りグタリトシテ如何ニモ力ナクミユル。第四口中白沫、病人食ヲ中ニ入レテ嚙ムトキニロノアタリニ白沫生ズルヲ云フ。第五食失味、甘酸苦辛鹹五味ヲ弁ヘズ、皆糠ヲ嚙ム如クニテ不食スルヲ云フ。第六好熱湯、何程熱アリトモロニハ煮タルモノヲ好ム、附子ヲ加フ。第七当臍動氣脾虛ノ症ハ臍ノグルリヲ手ヲ以テ按シミルニ必ズ動氣甚シキモノナリ。第八脈散大而無力、散ハパット散リヒロガリテシマリノナキ脈、大ハフトク触ルル脈、指ヲ浮ベテハ散リヒロガリテ太クウテドモ、指ヲ沈メテミレバ力弱クウツテ散大而無力ト云フナリ。手足倦怠ノーツハ益氣湯ハツノ目的ノ中ニテモ肝要中ノ肝要ナリ。其ノ外ノ証倦怠ノ上ニーツニツモアラバ益氣湯正面ノ症ナリ。脾胃虛スルトキハ元氣ガ下ヘ下ヘトコケテ上ヘノボル勢ナキ故、氣ヲ手足ヘ配ルノ力ナキ故乃チ手足倦怠力ナクナルナリ。ソノ他ノ七症ミナ倦怠無力ノ現ハレナリ。」と述べている³⁾。

益氣湯は補中益氣湯のことである。第六の熱いものを飲食することを好む場合に附子を加えると述べているが、附子はキンボウゲ科のカラトリカブトなどの子根で熱薬である。回陽救逆、補陽益火、温陽利水、散寒止痛すな

図1 補中益氣湯〈弁惑論〉

補氣健脾・升陽挙陷・甘温除熱



〔太陰~少陽, 虚〕

わち温熱、抗衰弱、鎮痛、利尿などの効果をもつが、薬価収載のエキス製剤を使用する場合には修治ブシ末または加エブシ末を加えるといふ。

玄仙は、これら八つの症候のうち手足倦怠のほかの一つ以上の症候が揃えば補中益氣湯を用いてよいと言っている。

本方の適応症では氣虚 (全身的な機能低下)、そのうちでもとくに脾胃氣虚 (氣虚のうちでもとくに消化吸収機能が低下した状態) による症候が中心となる。すなわち疲労倦怠感 (とくに四肢の倦怠感)、食後に倦怠感が強くなって眠くなる、食欲不振、飲食物の味が無い、熱い飲食物を好む、口中に白沫を生じる、自汗や盗汗、便秘 (蠕動不足による) あいは泥状ないし水様便 (吸収障害による) などである。また、中氣下陷 (筋緊張低下による内蔵下垂や起立性失調、清陽不升 (末梢血管抵抗の減弱による脳) の虚血性症候) と呼ばれる病態に基づいた立ちくらみ、頭部の鈍痛、頭重

感、頭がボーッとする、目に勢いが無い、眠くなる、言語が軽微、息ぎれなどの症状が出現しやすい。このほか、脾胃気虚の病態に伴って少量ずつ間歇的に持続する出血がみられることがある。脾が順調に機能していれば気、血、津液（生理的な体液）が十分に生成され、気の固摂作用（血液を脈管外に漏らさないように、汗や尿が排出過多にならないように、精液が漏れ過ぎないように統制する作用）によって血液は血管外に漏れずに循環する。この機構がみだれた場合にこのような症状が出現する。下半身や皮下の出血が多く、女性では過多月経などからみられる。また、微熱や身熱がみられることがあるが、これは気虚の発熱と呼ばれ、慢性的・反復性のことが多い。頭痛、悪寒、口乾、自汗などを伴うこともある。

本方の適応症における舌候は、舌質は淡紅ないし淡白、概ね湿潤し、無苔か微白苔がみられ、脈は浮弱、虚大、洪大弱（大きく幅広い脈であるが力がない）、微細などがみられるが、特徴のない緩脈のこともある。腹部は軟弱かやや軟で時に軽度の胸脇苦満を認めることがある。傷寒論の三陰三陽では太陰から少陽に跨るものと思われるが、一般的に虚証である。著者も所謂夏ばてに本方を用いることが多い。虚実中間証かやや実証であれば小柴胡湯を用いたい虚証なので躊躇するというような場合は本方の適応症の可能性が高い。夏ばてのほか、慢性胃腸炎、慢性肝炎、自律神経失調症、病後の体力補強、低血圧症、内臓下垂症、多汗症などで脾胃気虚の症候を呈する場合に運用されることが多い。

類方鑑別

1) 小柴胡湯

より実証で虚実中間証かやや実証に用いられる。胸脇苦満があり、その程度は概ね中等度である。急性熱性疾患では往来寒熱（弛張熱）、口苦、悪心、嘔吐があり、脈は概ね弦である。

2) 清暑益気湯〈医学六要〉

胸脇苦満はなく、口渴・尿量減少・舌質は紅で乾燥など生理的体液の消耗（津虚）の症候や、発熱・軟便ないし下痢などの湿熱の症候を伴うことが多い。補中益気湯よりも応用範囲は狭く、所謂夏ばてを中心に応用される方剤である。

3) 十全大補湯

本方については次の機会に述べる予定であるが、全身倦怠が極めて強く、皮膚乾燥、貧血などの徴候があり、気血両虚に冷え（虚寒）を伴う場合に用いられる。

4) 加味逍遙散

多彩な不定愁訴があり、逍遙性灼熱や極く軽度の胸脇苦満を認める。

5) 柴胡桂枝乾姜湯

虚実ほぼ同程度であるが、頸部から頭部にかけての発汗傾向、動悸ないし腹大動脈の搏動亢進、ごく軽度の胸脇苦満、不眠ないし神経過敏などがみられる。

6) 帰脾湯

貧血傾向が強く、不安、不眠、健忘などの精神症状を伴うことが多い。

7) 小建中湯

同じく虚労の状態に用いるが、腹直筋の緊張亢進、痙攣性の腹痛など諸種の痙攣性症候が主体となる。補中益気湯では弛緩性の症候が主体である。

8) ^{ジインコウカトウ}滋陰降火湯

ややまぎらわしい点があるが、補中益気湯は陽虚（機能低下）で、この方は陰虚（滋潤性の低下）である。嗄声、乾咳、皮膚は浅黒く乾燥、去痰困難、便秘などがみられる。

9) ^{シンブトウ}真武湯

冷え症で、身体が重だるく、下痢がある場合は主として水様性で長びき、浮腫（とくに下半身）を伴うこともある。めまいがある場合は倒れそうになることが多い。虚証で少陰に属する。

使用上の注意と備考

この点に関しては各メーカーの医療用医薬品添付文書を参照していただきたいが、補中益気湯に関して少々補足しておく。

本方のように甘草を含有する製剤を長期投与する場合には、血清カリウム値や血圧の測定などを十分に行い、異常が認められた時は投与を中止するのが原則である。しかし、症例によっては本方の中止により本来の疾病の病状が悪化する場合もある。もしこのような懸念があれば前記注意を念頭において、

- 1) 煎剤の場合は一時甘草を去ってみるか、甘草を極く少量（1日量0.5g以下）とする。

2) エキス製剤の場合は、臨床検査値等を参酌の上

i) 減量する。

ii) 減量して、五苓散または四苓散（四苓湯ともいう。五苓散から桂枝を去ったもので、五苓散証に似るが悪風、微熱、頭痛などの表証がない場合に用いる。）を合方または兼用方とする。

iii) 普通量で五苓散か四苓散を合方または兼用方とする。

などの操作を行ってみては如何かと思う。

いずれにしても漢方治療を行うに当っては証を把握して方剤を運用することが大切である。的確に証を把握することが困難であっても、そのための努力を惜しまないようにしたいものである。

〈文 献〉

- 1) 矢数道明：漢方後世要方解説，医道の日本社，P.175，1976.
- 2) 李 東垣：東垣医集（内外傷弁惑論），人民衛生出版社，P.18，1996.
- 3) 矢数道明：漢方後世要方解説，医道の日本社，P.179，1976.

【他科からの提言】

「めまい」をきたす疾患について

脳神経外科

福井医院 福井 信介

はじめに

めまいは、「空間内で自分がどういう姿勢、または、どういう運動をしているのかを正しく認識できない状態」です。

一般的には、回転性めまい (vertigo)、非回転性めまい (dizziness) にわけられますが、非回転性めまいの一部に、いわゆる失神 (syncope) または、眼前暗黒感 (black out) が含まれます。

めまいは、日常の診療の際に、比較的遭遇する機会が多く、時に、診断等に難渋する事があると思われまます。

本稿では、主に、めまいの鑑別・診断の手順などにつき、脳神経外科の立場から述べさせて頂きます。

めまいの鑑別・診断

めまいにおいても、他の疾患と同様に、問診が極めて重要です。また、めまいが末梢性か中枢性かを区別する必要があります。

一般的には、末梢性の方が強いめまいを訴えますが、予後は比較的良好です。逆に、中枢性のものは、めまい症状は弱いですが、予後不良の可能性が高くなる事が多いです。

末梢性めまいは、通常は回転性（ぐるぐる回る）で、内耳～前庭神経、椎骨脳底動脈系の障害などで起こります。一方、中枢性めまいは非回転性（ふらふら感）であり、前庭神

経核より中枢の小脳～大脳の障害などでみられ、神経学的所見を伴います。

めまいの場合、眼振を伴う頻度が高く、Frenzelの眼鏡による眼振の有無のチェックが理想的ですが、眼球運動を注意深く観察する必要があります。

水平性で小打性の眼振の場合は、一般的には、末梢性と考えられ、逆に、垂直方向、時に変換性、大打性眼振は、中枢性障害と判断されます。

失神は、全身性疾患による一過性の脳虚血に由来し、通常は立位または坐位にて、起ります。

めまいの鑑別・診断に対する具体的手順

前述しました様に、鑑別・診断には、問診が極めて重要です。最後に、まとめのフローチャートがありますので、御参照下さい。

回転性めまいで、難聴があり、経過が急性の場合は、突発性難聴、内耳炎、さらに反復性の時は、Mènière病と判断され、耳鼻科的疾患と考えられますが、他の場合と同様に、中枢性疾患との鑑別には、頭部MRIなどの画像診断が必要となります。また、慢性の経過の場合には、アミノグリコシド系などの抗生物質等による薬物中毒も考えられ、進行性の経過の時には、小脳橋角部腫瘍などが疑われます。

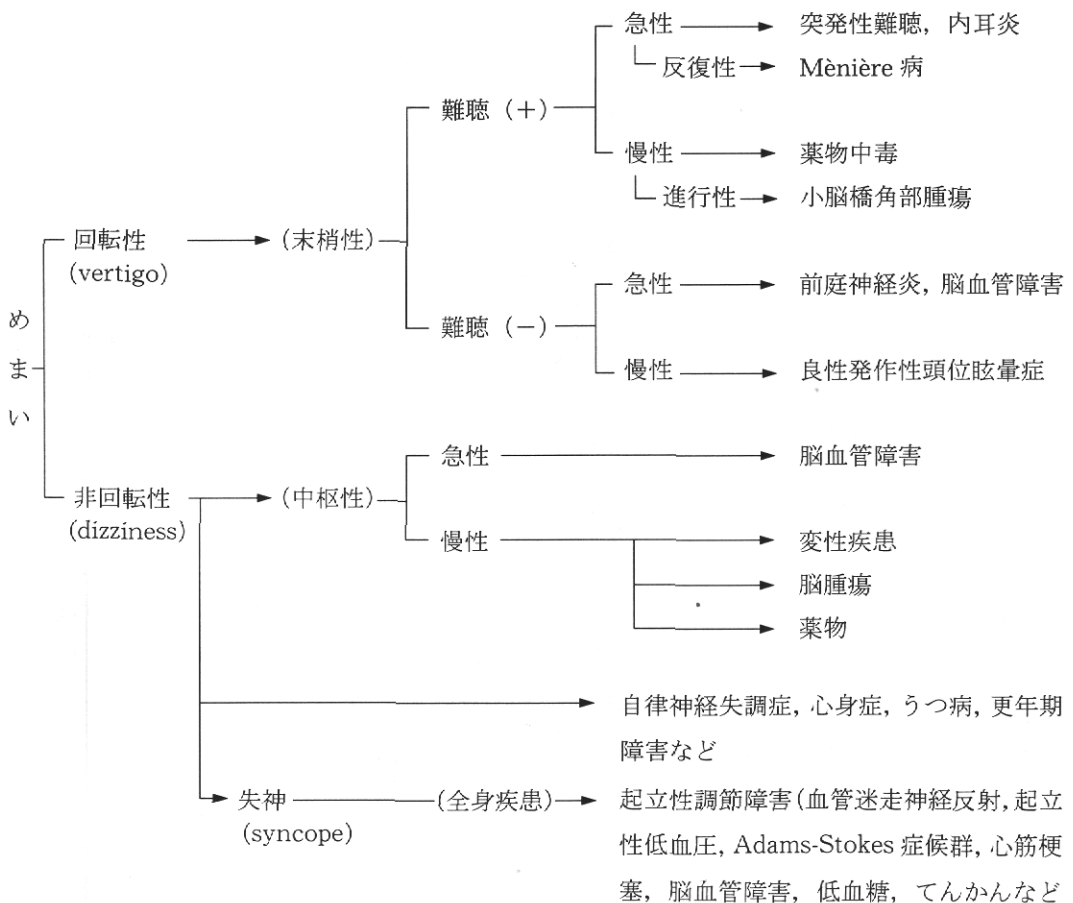
回転性めまいで、難聴がない場合、急性の経過であれば、前庭神経炎、脳血管障害等が考えられ、経過が慢性で、ある一定の頭位で起こり、反復性の時には、良性発作性頭位眩暈症の可能性があります。

非回転性めまいで、急性の経過の場合は、脳血管障害が考えられ、経過が慢性の場合は、変性疾患、脳腫瘍、薬剤性の可能性が高くなります。また、自律神経失調症、更年期障害、うつ病、心身症等でも、非回転性めまいを認めますが、これらの疾患は、問診にて、鑑別

は容易です。

失神または眼前暗黒感をきたす疾患は、血管逆走神経反射、起立性低血圧、排尿失神などの末梢管抵抗減少、脳血管障害、Adams Stokes 症候群、心筋梗塞などによる心原性脳血管障害、過換気症候群、低酸素血症、低血糖、てんかん、ヒステリー等があります。臥位から起立した際、20mmHg以上の血圧下降があれば、起立性調節障害と考えられます。また、これらの疾患は、ホルターを含む心電図、心エコー、頭部MRI、血液検査等にて、診断可能です。

めまいの診断に対するフローチャート



めまいをきたす疾患の頻度

小池によれば、めまいをきたす疾患の頻度は、末梢性めまい38.3% (メニエール病11.7%、慢性中耳炎5.9%、突発性難聴5.3%など)、中枢性めまい29.0% (小脳脳幹障害9%、脳循環不全8%など)、全身性の疾患によるもの11.1% (主に起立性調節障害)、その他6.9%、診断不明15.1%でした。

めまいの治療

全身性の原因となる疾患があれば、その治療を優先しますが、急性期のめまいの場合、バイタルサインの確認後、安静を保ち、ブドウ糖などの点滴、メイロンの静注、めまいに伴う嘔気等に対して、プリンペランの静注または筋注等を行います。強いめまいでも、多くは末梢性めまいのため、数日以内に改善するのが一般的です。

寛解期の場合、原因にもよりますが、セファドール、メリスロンなどの抗めまい剤の使用、アデホス、メチコパール等の投与を行う事になります。

おわりに

めまいをきたす疾患の少なくとも約4割は耳鼻科的なものですが、脳血管障害、心疾患等によるものも含まれており、日常診療において、問診および適切な検査を行い、見落とせない事が重要であると考えられます。

(参考文献)

- 1) 小池 吉郎：診断と治療 73:503, 1985
- 2) year note 内科・外科等編: J34-35, medic media, 1999
- 3) 今日の治療指針:867-869, 医学書院, 1999



【他科からの提言】

手のしびれと痛み

戸田整形外科医院

戸田 勝

手に何らかの症状のある患者さんは、直接、整形外科を受診する場合がありますが、かかりつけの先生（内科か外科）に相談されることが多いと思います。ここでは、手のしびれと痛みについて、患者さんの訴えるしびれを、知覚低下とこれを見とめないいわゆるしびれ感に区別して、話を進めます。

示指を中心に母指から環指の橈側にかけての知覚低下は手根管症候群（正中神経障害）で認められ、Phalen テスト（手関節屈曲試験）や手関節掌側部での Tinel 徴候が陽性となります。また、朝方に指先の疼痛があるのが特徴で他の似たような神経圧迫ではこの疼痛はあまり認めません。この疼痛のため、かなり高齢の患者さんでも手術を希望されます。知覚低下の範囲が手掌に及ぶ場合は、前腕より高位での正中神経障害を考えます。

小指の知覚低下は尺骨神経障害と頸椎からのものがあり、指だけの場合、尺骨神経管症候群を、手掌までなら肘部管症候群を、前腕にまで及ぶ場合は頸椎由来と考えます。尺骨神経管症候群は豆状骨と有鈎骨の間で尺骨神経が障害されるものでガングリオンによる圧迫が原因としてあげられます。知覚低下の程度は様々で、まったく知覚低下を認めない例もあります。これは尺骨神経がこのレベルでは運動枝と知覚枝に分かれているため運動枝のみの圧迫では小指球筋群、骨間筋、母指

内転筋の運動麻痺はありますが、知覚は正常です。発生頻度は、次の肘部管症候群に比較してまれな疾患です。肘部管症候群は、肘関節内側での尺骨神経の圧迫で発症するもので変形性肘関節症に合併する例が多く、小指と環指尺側にかけ手尺側掌背部の知覚低下と握力低下、巧緻性低下（ボタンかけなどの細かい動作が困難）が見られます。しかし、痛みの訴えはあまりないため、手の不自由さにも慣れてしまった高齢の患者さんは手術を希望されません。知覚低下が前腕尺側におよぶのは頸椎症性脊髄症でC5/6高位の圧迫で認められます。頸椎症性脊髄症は、様々な脊柱管狭窄因子によって、単一にあるいは重複して脊髄圧迫され、手指のしびれ、こわばり、巧緻性低下で発症し、頸椎伸展で放散痛を認め、進行すれば下肢および排尿障害も出現します。この疾患は通常進行性で、手術でも完全に回復する例は少なく、重症例ほど後遺障害が大きいので、早期、軽症の内の手術が望まれます。これまでは手掌側のしびれの話で、手背側は橈骨神経支配ですが、正中、尺骨神経のような圧迫症状は、橈骨神経浅枝（知覚枝）ではまれです。手背の知覚低下のないしびれ感は、上腕骨外上顆炎（テニス肘）でよく認めます。

手の痛みについては、自発痛と運動痛に分けて考えます。自発痛の代表的な疾患では、

反射性交感性ジストロフィー（以下RSD）が最も強く、次に石灰沈着性腱鞘炎と、爪囲炎や瘰癧をはじめとする感染症があげられ、慢性関節リウマチ（以下RA）、グロームス腫瘍、手根管症候群と続きます。RSDは、カウザルギーとよばれていた疾患で、何らかの外傷などの侵襲刺激に対して交感神経緊張状態が起これ、末梢血管が収縮されて局所の出血や炎症が沈静化される過程で交感神経が過剰に反応し、緊張が持続すると長期の血管収縮で局所の低酸素、低栄養が生じ、これが新たな刺激となって悪循環が形成され、発症すると考えられています。外傷の程度に不釣り合いに強い激烈な自発痛と、手の腫脹を、また時には不眠や不穏症状も認めます。このような例ではRSDを念頭においた診断が必要で、治療に難渋する慢性期になる前に、治療を開始することが大切です。石灰沈着性腱鞘炎は腱周囲にカルシウム塩が沈着して炎症症状を呈する疾患で豆状骨の部分に多くみられ、指の関節にも認めます。腫瘍、発赤、熱感、爪囲炎や瘰癧と同じ症状ですが、レ線では石灰沈着像

が見られます。RAでは、PIP関節やMP関節の腫脹が認められ、この症状がない場合、血液検査でRAテストが陽性だけでは必要以上に心配することはないと指導しています。グロームス腫瘍は、指尖、爪床部に最も多く、発作性疼痛、寒冷時痛、著名な圧痛を特徴とし、爪下淡紅色のスポットとして観察されます。次に運動痛ですが、骨折や捻挫などの外傷を除いて、ばね指、デケルバン病、ヘバーデン結節があげられます。ばね指は屈筋腱のMP関節レベルでの狭窄性腱鞘炎で同部に腫瘤を触知し、指の運動時に弾発現象を認めます。デケルバン病は、手関節橈背側部の腱鞘の狭窄性腱鞘炎で母指を使うときに痛みがありますが、弾発現象は認めません。ヘバーデン結節は、DIP関節の変形性関節症で腫脹と疼痛があり、RAではないかとよく患者さんから相談されます。

以上、外来で患者さんの手のしびれと痛みを診察するときに注意していることについて、簡単にまとめてみました。少しでも日常診療のお役に立てれば幸いです。



【他科からの提言】

漢方処方『副作用』について考えたこと

都城市 井上博水

今回、小柴胡湯の使用による副作用として間質性肺炎を惹起し、死亡の転帰に至った症例と、死亡には至らなかったものの、麦門冬湯による間質性肺炎を惹起した症例の報告があり、厚生省医薬安全局安全対策課長通知(以下、医薬安指示)により、小柴胡湯の添付文書の「禁忌」および「使用上の注意」の項に、次のような追加改訂が行われました。

(下線 医薬安指示による改訂)

【小柴胡湯】

〔禁忌(次の患者には投与しないこと)〕

1. インターフェロン製剤を投与中の患者
2. 肝硬変、肝癌の患者〔間質性肺炎が起こり死亡等の重篤な転帰に至ることがある〕
3. 慢性肝炎における肝機能障害で血小板数が10万/mm³以下の患者〔肝硬変が疑われる〕

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1) 著しく体力の衰えている患者〔副作用があらわれやすくなり、その症状が増強されるおそれがある。〕
 - (2) 慢性肝炎における肝機能障害で、血小板数が15万/mm³以下の患者〔肝硬変に移行している可能性がある。〕
2. 重要な基本的注意
 - (1) 慢性肝炎における肝機能障害で小柴胡

湯を投与中は、血小板数の変化に注意し、血小板数の減少が認められた場合には、投与を中止すること。

- (2) 本剤の使用にあたっては、患者の証(体質・症状)を考慮して投与すること。なお、経過を十分に観察し、症状・所見の改善が認められない場合には、継続投与を避けること。
- (3) 本剤にはカンゾウが含まれているので、血清カリウム値や血圧値等に充分留意し、異常が認められた場合には、投与を中止すること。
- (4) 他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。
3. 相互作用……………(以下、省略)

【麦門冬湯】

改訂後の使用上の注意(医薬安指示による追加改訂部分のみ掲載)

1. 重大な副作用
 - (1) 間質性肺炎：発熱、咳嗽、呼吸困難、肺音の異常(捻髪音)等があらわれた場合には、本剤の投与を中止し、速やかに胸部X線等の検査を実施するとともに副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。また、発熱、咳嗽、呼吸困難等があらわれた場合には、本剤の服用を中止し、ただちに連絡するよう患者に対し注意を行うこと。

今回の症例の報告内容です。

【症例の概要】

①小柴胡湯

〔症例1〕80歳代 女性

使用理由：肝硬変症（合併症：食道静脈瘤、
外傷性脳出血）

使用期間：1日量 7.5g 約1ヶ月

経過及び処置：

約11年前に肝硬変（食道静脈瘤を合併）と診断され、通院加療中であった。2年前に約1ヶ月、肝機能上昇に小柴胡湯を投与。

本年2月より肝機能異常に再度小柴胡湯の投与を始め、投与26日目より咳、白色痰、全身倦怠感等を自覚し、2日後（投与28日目）に来院。肺にラ音を聴取し、胸部X線の間質性肺炎像を認めたため、投与29日目に小柴胡湯を中止。ステロイドパルス療法施行し、入院となる。

翌日、胸部X線はやや改善傾向を認めるも、体動時呼吸困難強く、酸素投与を開始。入院3日後、プレドニゾロンの経口投与に変更し、感染性の併発を疑い抗生剤を変更。入院4日後、呼吸困難が増強したため挿管、人工呼吸管理とする。血液ガスは一時改善するも、間質陰影とともに憎悪。入院7日後、再度のステロイドパルス療法と抗生剤を変更し、酵素阻害剤も投与。入院11日後、尿量及び血圧低下、血清カリウム値の上昇(4.7mEq/L)、酸素分圧の低下を認め、その後、意識レベルが低下、死亡に至る。

併用薬：

酒石酸イフェンプロジル、テブレノン、タンニン酸ジフェンヒドラミン、メキタジン、臭化水素酸デキストロメトर्फアン、グリチルリチン、アミノ酢酸・L-システイン配合剤。

〔症例2〕80歳代 女性

使用理由：肝硬変症（合併症なし）

使用期間：1日量 7.5g 約2ヶ月

経過及び処置：

肝硬変に小柴胡湯を投与し、発熱(38℃台)と頭痛を認め、約2ヶ月後に小柴胡湯を中止。投与中止4日後に息切れと動悸を認めるため、抗生剤、NSAID_s等を処方した。投与中止5日後には解熱傾向を認めるも、呼吸困難と動悸を認めるため再受診。胸部X線にて右中下肺野に間質性陰影を認め、間質性肺炎の診断にて入院。酸素及びステロイド剤投与等にて治療開始した。入院翌日（投与中止6日後）、呼吸困難は増強し、入院2日後には胸部X線の陰影も右全肺野から左下肺野へ伸展し、夕方には泡沫状血痰も認めたことから、肺水腫の合併も考え利尿剤を併用した。入院3日後、間質性肺炎による急性呼吸不全として転院。転院時、胸部X線、CTより急性間質性肺炎と診断し、ステロイドパルス療法を開始。転院翌日（入院4日後）、呼吸状態が悪化したため、非侵襲的人工換気を開始するも、胸部X線の明らかな改善は認めず。入院5日後（転院3日目）、ステロイドパルス療法を終了するも、明らかな改善傾向はなし。入院10日後（転院8日目）、感染症としてカリニ肺炎も否定できないことから、ST合剤を投与した。入院11日後（転院9日目）、午前中より無尿となり、薬剤による急性腎不全が疑われたため、ST合剤を中止す。入院12日後（転院10日目）、さらに無尿が続き、血清カリウム値が上昇(K=6.0mEq/L)、入院13日後（転院11日目）には急性腎不全による高カリウム血症(K=7.6mEq/L)にて心停止となる。

併用薬：

ウルソデスオキシコール酸, グリチルリチン, アミノ酢酸・L-システイン配合剤。

②麦門冬湯 70歳代 女性

使用理由：気管支喘息（合併症：上気道炎）

使用期間：約3ヶ月

経過及び処置：

気管支喘息に対して柴朴湯を投与し、約2週間後に麦門冬湯の投与を開始され、投与82日後（柴朴湯投与96日目）には、37°C台の発熱を認め、6日後（柴朴湯投与102日目）に近医受診す。

頭痛、全身倦怠感より上気道炎と診断され、塩酸ミノサイクリン、補中益気湯を投与された。3日後（柴朴湯投与105日目）、解熱せず、呼吸困難等の症状がさらに悪化したため近医を再受診す。胸部X線上、びまん性の間質陰影と低酸素血症（ SaO_2 ：91%）を認め、間質性肺炎との診断にて当院入院となる。

入院時検査では、CRP7.9、動脈血酸素分圧56torr（room air）と低酸素血症のため、全薬剤を中止し、酸素投与（2 L/min）、副腎皮質ステロイド（mPSL500mg/day）、抗生剤の投与を開始した。7日後には動脈血酸素分圧が改善し、胸部X線の陰影も消失した。約1ヶ月後には全身状態が安定化したため、退院となる。

〔註〕（ ）内の柴朴湯投与日数は、報告書には記載はありませんでした。筆者が追加したものです。

併用薬：

補中益気湯、柴朴湯、塩酸ミノサイクリン、テオフィリン、ブランルカスト水和物、塩酸アンブロキシール。

以上について、漢方医学的に考察してみます。

文中の各処方の構成生薬の分量は、各メーカーによっては、微妙に異なる場合があるので、『漢方診療医典：大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎共著：南山堂』および『経験・漢方処方分量集：大塚敬節・矢数道明監修：気賀林一編：医道の日本社』に拠りました。

【小柴胡湯】

（柴胡7.0・半夏5.0・生姜4.0・黄芩3.0・大棗3.0・人参3.0・甘草2.0）

まず、小柴胡湯は何の薬、または何に効く薬でしょうか。ここで絶対に大事なことは、漢方医学的に考えるということです。

現代医学と東洋医学は、その考え方の出発点に重要な違いがあります。御承知のように、西洋医学は分析化学を基礎とし、漢方医学は東洋哲学を基盤としています。現代医学は、種々の臨床検査を駆使して病気の原因を突き止め、病名を診断し、その病名（診断名）に対応する治療を行いません。一方、漢方医学は、「四診」と呼ばれる漢方医学の診察・診断法と、理論的には「陰陽（寒熱）・虚実・表裏（内外）」、「三陰三陽」、「気血水論」などにより、病人の「証」を判断し、その「証」に対応する処方を選びます。言い替えると、現代医学は病名を診断し、漢方医学は処方を診断するとも言えます。

したがって、漢方処方を用いるときに、西洋医学的治療法、すなわち病名に対して漢方処方を用いる、いわゆる「病名漢方」を行なうと、不都合なことが起こります。

この「不都合なこと」というのは厳密にいうと「副作用」ではなく「誤治」と言います

(誤治については後述します)。

漢方処方への運用に際しては、西洋医学の考え方は、頭のすみに引っ込めて、漢方医学的に考える(証を判断する)ということが、必要不可欠のことです。

例えば、和服は着用しないときは「衣服はたたんで筆筒の引き出しの中に仕舞う」という考えに基づいて処理します。和服は折りたたんで半年や一年の間、筆筒の引き出しの中に仕舞っておいても、たたみ皺がよらないのでそのまま着用できますが、スーツを和服と同様に扱うと着用の際、引き出しから出したとき、たたみ皺がよっていて、アイロンをかけることが必要になります。スーツを仕舞うときには、「衣服はたたんで筆筒の引き出しの中に仕舞う」ということは頭の中から追い出して考え、和筆筒の引き出しの中ではなく、ハンガーにかけて洋筆筒にかけるなど、考え方の転換が必要です。

話を小柴胡湯にもどします。この処方は何の薬でしょうか。それは「少陽病の薬」です。

決して肝臓の薬ではないのです。肝臓疾患が、少陽病位にあれば、小柴胡湯を用いて、結果として肝機能の改善ができます。

漢方医学には、前述のように、三陰(3つの陰病)と三陽(3つの陽病)の考え方があります。太陽病・少陽病・陽明病(三陽)と、太陰病・少陰病・厥陰病(三陰)です。病が少陽病位にあり、次に述べるような体力・体質、自覚症状、脈証・腹証があれば、気管支炎、気管支喘息、胃腸病、肝臓疾患、腎臓疾患、腺病質の体質改善、その他の疾患に、小柴胡湯を用いて症状の改善をみることができます。少陽病であるということが、小柴胡湯

を使用する目標(証)の1つです。

次に体力・体質も「証」として大事です。小柴胡湯という処方では、体力中等度から、やや実証の人に用いるものです。虚弱な人には用いてはならないという約束が、2000年前からあります。ただし、体力・体質が虚弱でも、病邪が実している状態のとき、実証向きの薬方を用いることがあります。この場合は、できるだけ短期間の使用にとどめ、すぐに補剤を用いてフォローすることが必要です。「虚実」の判断が大切です。

このように、虚実中間証または、やや実証の人が、口が苦い、のどか渴く、胸苦しい感じ、めまい、微熱、疲労倦怠感、食欲不振、嘔気などを訴え、脈力は比較的しっかりしていて、肋骨弓下部に抵抗感(胸脇苦満)があって、腹力も中等度以上で弾力のある場合や、熱性疾患では、発熱と悪寒が交互に起こる、いわゆる往来寒熱などの所見があるということが、小柴胡湯を用いる目標、すなわち「小柴胡湯の証」ということになります。

このように考えますと、今回の医薬安指示による改訂における小柴胡湯の、[使用上の注意]の、1. 慎重投与の(1)は、「副作用があらわれやすい」のではなく、「証」が合わなかったための「誤治」です。また、2. 重要な基本的注意は、最初に(2)を(1)として「証」による治療を促し、その具体的な注意として、追加された(1)を2番目に記載するのが順当と考えます。

次に、医療用の小柴胡湯は21社から発売されていますが、各メーカーの小柴胡湯の「適応」の項をみてみます。(「日本医薬品集：1998-

99年版」から抜粋)

コタロー：

- ①胸や脇腹が重苦しく、疲れやすくて微熱があつたり熱感と寒感が交互にあつたりして、食欲少なく、時に舌苔があり、悪心、嘔吐、咳嗽を伴うなどの症状があるもの：感冒、気管支炎、気管支喘息、胸膜炎、胃腸病、胸部疾患、腎臓病、貧血症、腺病質
- ②慢性肝炎における肝機能障害の改善

三和：

- ①微熱があつて頭痛、頭重、疲労倦怠感を自覚するもの、また熱感や微熱がとれず、あるいは熱と悪寒が交互にあらわれ、咳を伴うものの次の諸症：感冒、気管支炎、気管支喘息、麻疹
- ②胸や脇腹に圧迫感を自覚し、悪心や嘔吐、腹痛などを伴い、舌に白苔があつて、胃部が重苦しく、食欲が減退するものの次の諸症：腎臓疾患、胃腸病、悪阻
- ③腺病体質で渡れやすく抵抗力が乏しく、体力の回復が長引くものの次の諸症：腺病質の体質改善
- ④慢性肝炎における肝機能障害の改善

ツムラ：

- ①体力中等度で上腹部がはって苦しく、舌苔を生じ、口中不快、食欲不振、ときにより微熱、悪心などのあるものの次の諸症：諸種の急性熱性病、肺炎、気管支炎、感冒、胸膜炎・肺結核などの結核性諸疾患の補助療法、リンパ節炎、慢性胃腸障害、産後回復不全
- ②慢性肝炎における肝機能障害の改善

その他のメーカー：

- ①吐き気、食欲不振、胃炎、胃腸虚弱、疲労感及びかぜの後期の症状
- ②慢性肝炎における肝機能障害の改善

コタロー、三和、ツムラ、その他のメーカーの「適応」の項で、病名の前に記述されている体力や体質、症状などが、いわゆる漢方医学的な「証」を述べていると思われまふ。病名によって処方を選ぶのではなく「証」にしたがって漢方処方を用いるための参考にしていただきたいと考えまふ。

「慢性肝炎における肝機能障害の改善」という項も、「慢性肝炎」という病名で小柴胡湯を用いるのではなく、やはり小柴胡湯の「証」を確かめて使用しなくてはなりません。

【麦門冬湯】

(麦門冬10.0・半夏5.0・粳米5.0・大棗3.0・人参2.0・甘草2.0)

麦門冬湯は、「潤燥剤」として、虚実中間証を中心に幅広く用いられる処方ですが、少陽病の虚証に使用されることが多い処方です。

具体的な使用目標は、咽喉乾燥感、激しい乾咳、嗄声、口渇、のぼせ、逆上感、疲労倦怠などです。

医療用の麦門冬湯は、6社から発売されています。小柴胡湯と同様に、日本医薬品集から、各社の「適応」の項をみてみまふ。

コタロー：

こみあげてくるような強い咳をして、顔が赤くなるもの、通常、喀痰は少量でねばく、喀出困難で、ときには喀痰に血滴のあるもの、

あるいは、のぼせて咽喉が乾き、咽喉に異物感があるもの（気管支炎、気管支喘息、胸部疾患の咳嗽）

その他のメーカー：

たんの切れにくい咳、気管支炎、気管支喘息

【生薬と間質性肺炎】

間質性肺炎を惹起する生薬は、最初は「柴胡」と言われますが、その後、「黄芩」であるとも言われています。この2つの生薬は、いずれも漢方医学的には「燥湿」という「乾かす作用」を有するもので、この性質が間質性肺炎の原因の1つであると言われています。小柴胡湯は、処方全体としても「乾かす作用」の強い処方の一つです。

【誤治】

漢方医学の原典や古典には、「副作用」という言葉は書いてありません。しかし、「誤治」という言葉は、しばしば記述されています。

これは、文字どおり、「治療の間違い」、すなわち「医療ミス」のことです。漢方治療を行なって、「証」に合わない処方を選び、そのことにより不都合なことが起こった場合、それは「副作用」ではなく、「誤治」です。「証」が合わない場合には、効果がないばかりか、間質性肺炎のみならず、いろいろな不都合（誤治）が発生します。

先生方には、既におわりのことと思いますが、今回の報告の、小柴胡湯で起こったことは「誤治」です。

80歳代の女性が、体力中等度とは、とても思えませんし、肝硬変症は少陽病ではなく陰病で、状態によっては厥陰の病になっている筈です。また、高齢者は身体の状態が「燥」、

すなわち「乾いた状態」になっている人が殆どであると思います。このような状態の人に、前述のような、「燥」の作用をもつ処方を投与することは、さらに乾かすことになり、このことが間質性肺炎の有力な誘因であると言えます。したがって、「証」に随って治療する「随証治療」という漢方医学の治療原則に拠れば、このような症例に小柴胡湯を用いることは、あり得ないことです。

今回のことは、小柴胡湯を肝臓の薬と考え、病名的に用いたために引き起こされた「誤治」であると考えます。

次に、麦門冬湯の症例と合方（漢方処方の併用）について述べます。

私は、この症例については、麦門冬湯の処方構成の内容から、間質性肺炎は起こりにくいと考え、併用薬について、電話で問い合わせたところ、入院して全薬剤が中止になるまでの期間（105日間）、柴朴湯・麦門冬湯・補中益気湯の3処方は、次々に追加処方されて併用されているとのことでした。すなわち、まず柴朴湯が投与され、2週間後に麦門冬湯が併用投与になり、柴朴湯の投与開始より102日後に、補中益気湯を3日間、追加服用しています。ここで問題になるのは、柴朴湯（柴胡7.0・半夏5.0・茯苓5.0・生姜4.0・黄芩3.0・大棗3.0・人參3.0・厚朴3.0・甘草2.0・蘇葉2.0）です。この処方、小柴胡湯と半夏厚朴湯との合方とみられる処方です。したがって、小柴胡湯証と半夏厚朴湯証を併せもつ症例に用いる薬方です。構成生薬の内容としては、両処方に重複する生薬は、単に合算するのではなく、方意に基づいて案配される……基本

的には多く含まれている処方分量を採ることが多い……ので、柴朴湯の内容は、小柴胡湯に、半夏厚朴湯の茯苓・厚朴・蘇葉を加味したものです。今回の報告によると、70歳代の女性に、小柴胡湯と、半夏厚朴湯の一部を105日の間服用させていたこととなります。私は、この症例の間質性肺炎は、麦門冬湯が原因ではなく、柴朴湯の中の小柴胡湯によって惹起されたものと考えます。

「柴胡」を主薬とする処方を「柴胡剤」と言います。小柴胡湯は、「柴胡剤」の中でも「柴胡」が最も多く配合されている処方の一つです。したがって、柴朴湯も「柴胡」が最多の処方の一つということになります。そして、「黄芩」も配合されています。

ただ、ここで注意すべきは、「半夏」です。この生薬も乾かす作用を持っていると言われています。麦門冬湯は「半夏」を含んでいますが、他の構成生薬が滋潤・滋養・強壯作用を有するもので、処方全体としては配合の妙を得て、滋潤の剤です。すなわち、麦門冬湯は、前述のように「潤燥剤」です。

しかし、麦門冬湯と柴朴湯とを併用すると、両処方の「半夏」が合わさり、さらに多すぎる結果を招くことも考えられます。

小柴胡湯の「誤治」による間質性肺炎の原因には、「柴胡」「黄芩」に加えて「半夏」の作用も考慮にいれなければならないと思います。同様に、柴朴湯中の「柴胡」「黄芩」「半夏」にも注意を払うべきと考えます。

また、3日間とはいえ、補中益気湯（黄耆4.0・人参4.0・朮4.0・当帰3.0・陳皮2.0・生姜2.0・大棗2.0・柴胡2.0・甘草1.5・升麻1.0）が併用されていますが、この処方にも、「柴胡」

が配合されています。補中益気湯と合方したために3日間は、さらに「柴胡」が増えたことになりました。

漢方処方では、「漢方薬」という一つの薬剤ではなく、その構成は、複数の、5種、6種、8種、ときには10数種の生薬が配合されています。無原則的な合方（併用）は、これらの含有生薬の重複により、効能に変化が生じたり、不都合なことを惹起したりするおそれが十分にあります。

麦門冬湯の症例の間質性肺炎は、麦門冬湯が原因ではなく、「証」が合わなかったための、柴朴湯の「柴胡」「黄芩」「半夏」が主犯で、これに、通常は虚証には補剤として用いられ、問題がない筈の麦門冬湯の「半夏」と、補中益気湯の「柴胡」が微妙に絡んで「柴朴湯の誤治」を助長し、引き起こされたものと考えます。

「病名漢方」により、「肝臓疾患」だからといって「証」を無視して「小柴胡湯」を投与することが、間質性肺炎の有力な誘因でありますが、「気管支喘息」という病名だけで「柴朴湯」を投与することも、同様に危険と言えるのではないのでしょうか。

日本東洋医学会総会などでも、演者が、「漢方処方を用いる場合は、証によって使用することになっているが、今回の我々のデータは、そのような証にとらわれなくて、まとめたものである。」などという発表が、とくに大学からの演題にしばしば見られます。このように、「証にとらわれなくて」という表現で「証を無視すること」は、小柴胡湯や、柴朴湯のみならず、多くの漢方処方で、今回のような「誤治」を招くもとであると思います。

ところで、間質性肺炎の検査に用いられている DLST に、麦門冬湯をかけたところ、陽性の反応を示したのも事実です。このために、今回の症例の間質性肺炎が麦門冬湯に因るとされました。しかし、一方では、この検査には漢方処方、その処方構成には関係なく、かなりの処方が陽性を示すということもあります。「生薬」が過敏に反応するのだらうと言われています。DLST の結果だけに拠るのではなく、処方の方意や、処方を構成する生薬について考察することが大事であると思います。

今回の症例報告について私は、DLST 陽性ということ考慮に入れながらも、漢方医学的に「証」を正しく適応させることで、このような不幸な事件は、ほとんど防止できると考えます。

前述のように、「随証治療」が漢方医学の基本原則ですから、治療を始めるにあたっては、「証」によって薬方を選択し、治療中でも常に「証」に注意を払い、病状が不変のときは、再度「証」を取り直すということも必要ですし、経過良好のときも、病状が悪化しても、「証」の変化により、処方を変更することが漢方治療の基本原則と考えます。

今回の件について、厚生省は、いち早く「小柴胡湯の副作用」と発表していますが、小柴胡湯証がないにもかかわらず本方が使用され、死亡例が2例発生したということは、実際は、漢方処方の運用のミスですから、「業務上過失致死」に相当すると言われても仕方のないことと思います。

もう一度、申し上げます。「証」を無視しての漢方治療（病名漢方）は間違いということ

本稿を終わるにあたり、蛇足ですが、もう一言。

それは、漢方治療を臨床にとり入れようと思われるならば、漢方医学の診断法を全てマスターしてから……、などと申しませんが、漢方処方の運用に際しては、陰陽と虚実について、せめて、病人の体力・体質が実証か虚証か、そして用いる薬方が実証に用いるものか、虚証に用いるものかについて考慮を払っていただきたいと考えます。

医師であるということだけで、漢方医学の基礎的事項を全く無視して漢方処方を運用することは、和食の板前が調理師であるということだけで、例えば、イタリア料理の基本を無視したイタリア料理をメニュー載せ、客に代金を要求することと大差ない、と考えるのは「乱暴」な考えでしょうか。

元日本東洋医学会会長：松田邦夫先生の言葉を御紹介します。

山は、見る方向によって、その形を変える。病人もまた同様である。西側のみならず、東側からも光をあてる時、思いがけぬ治療の道が開けることがある。他方、病人の治療に注ぐ熱意の深さにおいては、東も西もありえない。

このような認識に基づく東西両医学の真の融和と治療医学の確立とを願う！

現代医療の中で、東洋医学的治療も、その一翼を担っていると信じています。東洋医学を日常診療にとり入れ、漢方処方を正しく適用することで、それなりの役割を果たすべく研鑽を続けている者の一人として、御叱責を覚悟の上でペンを取りました。私の意のある

ところを、お汲み取りいただけるならば、幸甚に存じます。

(本稿は、都北医師会報・2000年1月号に掲載したものに、加筆したものです。)

「この原稿は、日州医事に投稿したもので

すが、日州医事の編集の御都合で同誌への掲載ができなかったため、宮崎県内科医会誌編集委員会が、同会の会誌への転載をお送り下さったものです。御高配まことに有り難うございました。井上博水」



Cefzon[®]
(略号:CFDN)

経口用セフェム系製剤

薬価基準収載

セフゾン[®] 細粒小児用
カプセル 100mg / 50mg

CFDN

(日抗基:セフジニル) 指定医薬品、要指示医薬品^{注)}

注) 注意-医師等の処方せん・指示により使用すること

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意等につきましては、製品
添付文書をご参照下さい。

製造発売元

フジサワ
大阪市中央区道修町3-4-7 〒541-8514
資料請求先: 藤沢薬品工業(株) 医薬事業部

作成年月1999年9月

B52

【随 筆】

バ ッ タ

高千穂町 奥野庸徳

玄関の前のポーチに昆虫が一匹いる。うすねずみ色に黒い斑点、婦女子の喜ぶ色彩ではないシネクタイの柄にとり入れても売れないだろう。イナゴより小さいバッタだ。右脚を引きずり、太陽の昇りつつある方向へ少しづつ動いている。朝の散歩なのかも知れないし、体をあたためているのかも知れない。さて私はといえば、これから朝刊一部を買いに駅前の新聞店へ出かけるところだ。

前後左右を草たちに囲まれた一軒の家に住んでいるのだが、妖怪の出そうな原野の一軒屋の住人ではない。拙宅のみ申し訳ないが、草ぶかいというわけだ。公務員の役得ほどではないが、ちょっとした役得がある。小動物たちが一人住まいの私をなぐさめてくれる。この役得は市民の訴証の対象外にあるはずだ。

ともかくバッタは偉いぞとおもった。

片脚を故障しているのに、声も出さずに動きつづけている。その昔、県道でひっくりかえり、水たまりにひたりつつ、救急車の音はと耳をそば立てていたのは私だ。あの時、水たまりからはなれ、車道から歩道へと心は行ったものの肉体は駄目だった。少しでも左足を動かそうものなら、ぞっとする疼痛が全身を凍らせた。だから集合して来た人々に対して、この世での別れのつもりで、バイバイの挨拶の手をふって時間をかせいだりしたものだ。

右手がさっとバッタに近づこうとするや、

パタパタと草むらへ飛び消えてしまった。欲しかったのではないが触れてみたかった。バッタにはもう一つの移動器官があった。私の方ではなく反対へと判断さえ出来る小さい生物はとても偉いのではないだろうか。ふと、一人の未亡人の面影がしのばれた。彼女は交通事故に会い今なお入院中なのだ。キュウリ、トマト、ジャガイモなど自作の野菜を持ってきてくれた。喜んでいただき、料理して食事へのせたが彼女の心もちが香辛料になって、おいしくいただいた。そうだ。仕事を終えたら見舞いに行こうと決めるやマイカーに飛びのり駅前へと運転した。

それにしても、彼女の入院さきへは四回行ったが、面会できたのは二回。転院したあとへのこのこ行ったというわけ。三ヶ月間で三回の転院、見舞い客も振りまわされる。ごく最近、未亡人の友達に出合い、またもや彼女が近くの病院へ再入院と教えてもらった。遠方の病院から地元へとツバメのように戻ってきた。その日の午後、まだ夕食に間のある時間帯にマイカーを病院の裏門から進入させて葉の茂る櫻の大木の下に停車した。裏口なるものはすぐわかった。タオルが干してあり、その近くにざら板があつてブルーのスリッパが遊魚のように目に入った。どら猫のような素早さで近づき、ブルーの魚を二匹足にひっかけるやドアを押してみてもすりりと入った。左右は病室だったから、忍び足で廊下を最短の

コースで歩み詰所の前に立った。ガラスばりの所から内部に白衣の人達がいると確認し、ドアをドンドンたたき廊下の中央に戻って出てくる人を待った。やはり出てきた。

「どなた。何のようですか。」「面会にきました。」

「どなたに。」「中村さんです。」

「中村さんなら三人いるけど。中村なんというの。」

「それが、ええと、ええと、ときだったかな。ああ違った。とり、とめでもなくて、とととと、とてってしゃん。忘れた。」学生時代、グループ口頭試問で、ほとんどそっくりさんをやった同級生がいた。激怒した教授に部屋からつまみ出され結局は退学になってしまった。あの開業医の子息は今いずこと思い出し、うら若い血色のよい女性の返答を待った。教授とは異なり、にっこり笑いながら「ああ、とわさんだ。いるけどこの病棟ではないよ。となりのケアハイツよ」と言いながら不思議な動作をするではないか。彼女の右人さし指は頭をさしていた。すぐにそれが何を意味するかはわかったががてんいかない。私はあの時の教授のような大声で「違う。違うたら。そのとわさんは外傷だけだ。腰の骨が折れたんだ。」とわめきつつ後づさりしつづけ、詰所の前の病室のドアに背もたれた。彼女はさっと私に近づき、肩に手をあてた。ふうと力が抜けていくのがわかり、私の頭は茎がおれたヒマワリの花のようになってしまった。慈母のような声にはっと顔をあげた。「私についてくるのよ。入口までご案内します」ゆっくりと歩行する彼女のあとに、その歩行に合わせて行進し、ケアハイツの入口にきた。二人は平行して立ち止まった。「左に行くとな女のルー

ムがあります。詰所もそちら。右はリハビリルームです」と説明してくれた。

「左ですね。左左、わかりました。」

「それでは」「ありがとう」

私は頭をさげ、ついで、これから行くぞと気をひきしめた。

入口へ入るとすぐに右へ歩きだし、病院の教育よろしい女性の方をむいてみた。彼女はさもおかしそうに口に手をおいていた。で私も口に手をおいて笑うふりをして、彼女との別れのしるしとした。

リハビリルームには多くの男女がいた。車椅子のままの人も三人いる。皆んな黒板の方に向かいとても楽しそう。私は素早く彼女がいらないか見渡したがいない。どうして楽しいのかが心残りだったがすぐルームを出ると、問題の左病棟へと直進した。広い待合室を通り越すと右側に詰所があった。その前のルームのドアが開放されている。チョコチョコと腰をかがめた小柄な女性が出て来た。おお何ととわさんだ。「中村さん。僕です。元気だね。」と声をかけた。「あんれまあ、お久しぶり。あなたも元気。」「元氣さ。」彼女はやはりチョコチョコとベットにもどり腰かけた。私はゆっくり近づき、「またこちらへ来たんだね。前の病院は良かった。特に食事はどうだった」ときいた。彼女はポカンとした顔つきで私を見つめ、「さてあなたは誰でしたっけ」と言うのだった。「何言うてんの。僕さ」と言いながら色濃い黒めがねをはずした。「ほれ、わかった。」「先生じゃないの。学校の先生でしたね」「うーん、まあいいや、これ食べて」と持参した駄菓子二種類入っている紙袋をさし出した。うれしそうな笑顔が目の前にあった。「私一銭も持たしてくれないの」

【随 筆】

サロマ湖100Kマラソン

宮崎市 木佐貫 博 人

サロマ湖がどこにあるか皆さんは知っていますか？

北海道の東側の網走、紋別の近くで、一部オホーツク海とつながっている湖です。

平成12年6月25日に私にとって3回目の参加となる、サロマ湖周囲を走るサロマ湖100Kマラソンが開催されました。約12時間かかってなんとか無事ゴールしました。今でこそ100Kマラソンに参加出来る様になりましたが、平成5年に健康のことを考えてジョギングを始めたころは、500mを走ると息が切れて立ち止まらねばならないような状態でした。体重も80kg前後ありました。

平成5年の12月の青島太平洋マラソンで初のフルマラソンを4時間かかって何とか完走しました。そしてしばらくは体重も減り、体調も良かったのですが、最近は走る目標がなくなりなんとなくマンネリになっていました。そこで、3年前に一発奮起して100Kマラソンに挑戦しようと練習を始めました。

今では芸能人にもマラソンをしている人が多く見られます。実は私は上岡龍太郎の100Kマラソン完走記事を参考にして、練習計画を立てました。それによると、大会3ヶ月前より1日平均10K走る、つまり1ヶ月約300K走るということです。

平日は7~8K前後しか走れないので、週末に20K走程度の長距離走を行います。私の好きなコースは大淀川の堤防を橘橋~有田橋

まで往復するというものです。途中市役所近くのトイレや河川敷のゴルフ場の受付で給水も行います。走る時は、やはりよだきいという気持ちもありますが、マラソンシューズに履き替えジョギングスタイルに着替えると気持ちに乗ってきます。走り終えた後の爽快感がすばらしく、もちろんビールの味も増します。

話をマラソン大会に戻します。

マラソン大会参加料は普通3,000円程度ですがこの大会は14,000円と高目になっています。福岡出発の団体ツアーを申し込みました。これが13万円かかりました。勿論最小期間2泊3日のコースです。

6月24日出発で翌日約12時間かけて100Kを走りその翌日帰ってくるというハードスケジュールです。6月25日マラソン大会当日、ホテルを朝3時にバスで出発しました。スタートは5時です。北海道の朝は早く、4時には明るくなります。

スタート時の気温は10度でした。ひんやりと寒く、長袖のランニングウェアに防寒用に用意したゴミ袋をかぶっていざ出発です。

今年は全国より約2000名の参加がありました。宮崎からは6名の参加です。その中には、旭化成の安部友恵選手も招待選手で含まれていました。(安部選手は6時間33分で完走し世界新記録を樹立しました)

スタート後2時間経ったところで日が射してきました。雲一つない快晴です。気温も上

昇してきました。まずはゴミ袋を脱ぎ捨てました。まずまずの調子です。朝排便がなかったのが少々気になりますが！

マラソンをしている方はよくわかると思うのですが、走っていると排便を催すことがあります。トイレはコース上に用意はしてありますが間に合わないこともありますのでそんな心配をしなくていいように私は裏技を使っております。当日朝食後にタガメット、タブマック、ロペミンを内服する。スタート30分前に再度同じ物を内服。中間地点でもう一度内服する、これで排便に関しては心配ありません。また膝の痛みの対策としてスタート30分前と中間地点でボルタレンを内服することも忘れずに行きます。嫁さんはドーピングだと言って非難しますが、私なりの完走するための作戦です。

10Kをほぼ1時間ペースで42.195Kまで来ました。4時間10分を経過しています。ここまでは計画通りです。しかし、今年は暑いせいか(当日は最高29度まで上昇しました)徐々に疲労度が増してくる感じがします。

2.5K毎の給水では頭から水をかぶったりしました。

走っていると脳内物質エンドルフィンが分泌され快感に浸ることが出来ると言われていますが、それも70Kが限度でした。73Kの給水ポイントでポリバケツに入っているはずの水が無かったのが分かった瞬間走る気力が萎えてしまいました。それ以降は時間制限内(13時間)のゴールを目標にしてひたすら歩き続けることにしました。いよいよ80Kポイントです。疲れもピークに達していますが、ここからがサロマ湖マラソンの一番の景色のすばらしいところです。右にコバルトブルーのオ

ホーツク海、左にサロマ湖を分けるように細長く陸続きになったワッカ原生花園を10K先まで行き、そこでUターンするのです。原生花園にはエゾスカシユリ、ハマナスが所々に可憐な花を咲かせています。道幅も車一台がやっと通れるほどしかないところです。この景色を見る度に参加して良かったと思います。

足の裏に大きなまめが出来ていたのですが、90Kで破けて歩くのも困難になってきていますが、ゆっくり歩いて何とかゴール出来そうなのでこのまま頑張ることにしました。ゴール手前500mからは沿道に観客の数が増えて、大会参加名簿を見た人が宮崎の木佐貫さんもう少しでゴールよ！とか、完走万歳！と選手と一緒にやってくれています。ゴールが視野に入った時点で痛い足に最後の鞭をいれて走り出し、何とか12時間15分かかってゴールしました。

過去2回の大会より記録は悪かったのですが、ゴール出来た喜びは今年の方が大きかったようです。ゴールするといままでのきつさがうそのように無くなってしまい、足に残った筋肉痛も快感様のものとなり、なんともいえない満足感を味わうことができます。この感動があるので皆さんマラソン中毒になるのだと思います。完走パーティーでは近くにいた人に積極的に声を掛け色んな話が出来とても有意義でした。もちろんビールの味が格別なものであったことは想像していただけたと思います。この原稿を書いている7月17日の計測では、100K完走時より体重が早もう5kg増えています。

健康とスリムに見える？体型維持のために来年も一丁頑張るか、と思っている今日この頃です。

【随 筆】

F M を 聴 い て の 想 い

高鍋町 大森 史彦

ある日の午後、いつものように車に乗りカーラジオをつけると、FM局からきれいなヴァイオリンの音が聴こえてきた。曲はメンデルスゾーンのヴァイオリン協奏曲ホ短調で、私のために用意されたのかと思うくらい、ちょうど第一楽章が始まったところだった。仕事と雑用に追われ、大好きなクラシック音楽を聴けるのは車の中だけという毎日の私にとって、まさにラッキーなことだ。この曲は有名な主題から始まり、随所に流麗な旋律がちりばめられていて、その美しさのため息をつきたくなる名曲だと思う。

しばらく聴いているうちに、同乗していた家族の誰からともなく、ヴァイオリンの演奏者は誰だろうかという話になった。FMで流すのだからプロの演奏家に違いはないだろうけれど、何かちょっと安心して聴けない感じがしたものだから、消去法で演奏者を当ててみようということになった。

まずはハイフェッツか？今聴こえてくる演奏は技巧的にはまずまずよく弾けているが、「一応聴かせどころは無難にクリアしました」のレベルで、とてもハイフェッツの超絶技巧には及ばない演奏だ。じゃあシェリングは。彼の演奏は教科書的のととえられるごとく、音程、指使いなどの技巧的な要素は完璧で、曲の様式や構成を完全に自分のものにしていて。バッハの無伴奏ヴァイオリンソナタとパルティータのCDは、何回聴いても飽きない名演奏だ。

しかし、今聴こえてくる演奏にはそこまでの完璧さはない。オISTRAフの演奏もシェリングと同様、完璧な技巧としっかりした構成力で聴かせるものだから違う。アイザック・スターンは宮崎国際室内楽音楽祭のゲストとして毎年ヴァイオリンを聴かせてくれるが、その情熱的で深い音色がこの演奏にはない。ムターでは？妻と娘はアンネ・ゾフィー・ムターの大ファンで、一昨年には実際にその演奏を聴き、つややかな音色に深く心を奪われたようだ。ムターは、曲に対する深い洞察力と確かな技巧、彼女独特のヴィブラートによる美しい音色と、ヴァイオリン奏者として申し分ない資質を備えている。ムターからするとFMで聴こえる演奏はかなり格落ちだ。この後もパールマン、クレメル等いろんなヴァイオリニストの名をあげて、けんけんがくがく議論が続いた。そうこうするうち、曲は二楽章に進み、ますます演奏者が誰なのか知りたくなってきた。

こんな話をしているときに、ふとある思いが私の脳裏をかすめた。私自身はヴァイオリンはぜんぜん弾けないし、妻や娘にしても弦楽器を少し習ったことはあるが、音楽のことをそう深く理解しているわけではない。プロの奏者から見たら何にも知らない素人が、あだこうだとまくしたてているだけだ。それでも、素人なりに理解して聴く耳を持っているので、音楽に関して言っていることが的外

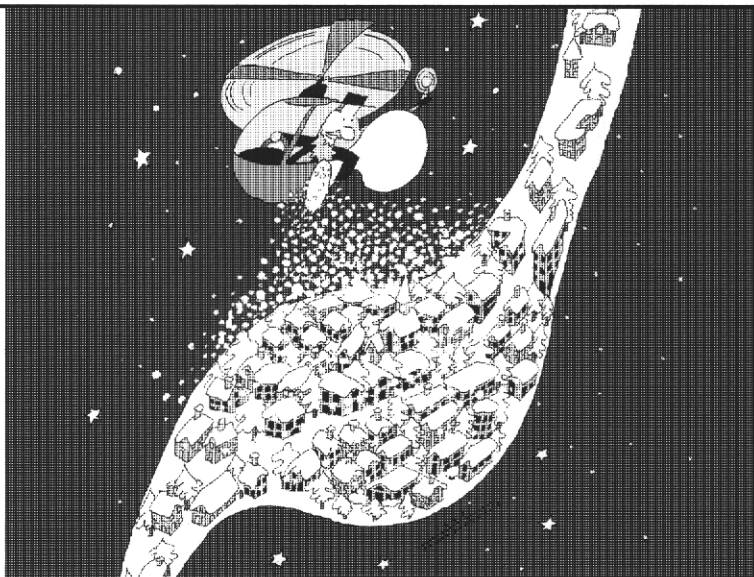
れではない。むしろあたっている場合が多い。

ところで、患者が病気になり医者にかかろうとすると、何を基準にして受診する医療機関を決めているのだろうか。建物の造り、人づての評判、待合室にみなぎる活気、従業員の服装や言葉づかい、町で見かける看板からの情報、通院の便利さ、たまたま近くにあったから飛び込んだだけなどいろいろあるだろう。でも、私たちが先ほどの演奏者のレベルを判断したように、実は、患者さんは医者の方をちゃんと知っていて、選んでいるのではないか。医学の専門的知識がなくても、いろいろな情報や直感から、一番肝心な、医者の方の技量を押し量り、見抜いているのではないか。そんな気がしてきた。そうであるなら、医者や看護婦は常に謙虚な姿勢で、自分の仕

事に確固たる自信を持ち、誠意を尽くさなければならぬ。患者が安心して治療を受けてくれるよう、常に新しい医学知識、技量の習得に励み、自身の感性を研ぎ澄ませておきたい。それに加えて、患者に接する態度、応答の端々、診察や検査の際の仕草、薬の説明など、ていねいにやっつけよう。

そこまで考えたところで、ちょうどメンデルスゾーンが終わった。満場の拍手をバックに解説者が演奏者を教えてくれた。演奏家の登竜門であるコンクールの一位受賞者だった。ちょっとおとなしいが、ていねいなメンデルスゾーンが聴けたし、演奏者当てクイズは当たったし、よかったよかったとホッとしたところで、車はちょうど宮崎についた。

おおって守って、直接なおす。



■効能・効果/胃潰瘍

下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善
急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

- 用法・用量が通常、成人には本剤を1回1.5g(エカベトナトリウムとして1g)、1日2回(朝食後、就寝前)経口投与する。
なお、年齢、症状により適宜増減する。

- 使用上の注意は製品添付文書をご覧ください。
- 使用上の注意の改訂には十分ご注意ください。



胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

ガストローム® 顆粒

Gastrom® (エカベトナトリウム製剤)

指定医薬品

<資料請求先>



田辺製薬株式会社
大阪市中央区道修町3丁目2番10号
<http://www.tanabe.co.jp/>

そのようにつぶやきつつ私をみつめた。私が彼女の自作の野菜をもらった時、私ははたして笑顔だったろうか。私には相手がどう思ったかは不明だ。

今でもいい。この場でいいのだ。感謝の笑顔だ。「あんたのくれたトマトやキュウリはなつかしいなあ。また作ってよ。おいしかったなあ。」とそれこそ笑顔で彼女に正面した。

彼女はじっと私をみつめる。そして声を出

した。「ああ、あんたととても嬉しそうね。彼女でも出来たの。」私は後ずさりしつつ色めがねをかけた。「中村さん。また来るよ。必ず。」

彼女はすわったまま手を振ってくれた。後ずさりしながら、彼女に顔をむけつつドアに近づいた。バツタとは違いこの場合、とてもとても、ゆっくりゆっくり去るんだと思いつつ私はさらに後ずさりし続けたのだった。

少子化の時

延岡市 藤本孝一

小児科の医師たる娘三人の子を成すまさに
少子化の時

日曜の診察室に一人居て死亡診断書くは空
しき

予科練の夢潰えたり終戦の玉音聞きし十才
の夏

妻は今山越え車走らすか冬の雨降り最早暗
きに

妻居ねば佛のおはぎ夕餉にす出前頼むも面
倒くさく

【随 筆】

梨下に冠りを整さず……というが

延岡市 平 野 宏

30年も昔の口惜しさが未だに忘れられないことがある。毎年「若年者心疾患対策協議会」は京都タワーホテルで開催された。

そのことは寝台特急「彗星」の食堂車でおこった。同行4人、列車中程のテーブルで食事中、がくん!!と列車が大きく揺れた。通路側に居た私は、たまたま料理を捧げ持って通行中のウェイトレスの安全のために咄嗟に右手を横に出して彼女を支えようとしたところに後ろへよろめいて来た彼女が突然怒り出した。

お客さん、やめて下さい!!……みたいなことだったと思う。とんでもない誤解である。

……善良な市民の善良な行為に……云っちゃ済まんがお世辞にもスタイリストの部類ではないのに……当方としては尚、腹の虫が治まらないではないか、ボーイ長を呼んでこの次第を説明し、謝罪はさせたものの釈然としない。

痴漢・セクハラ・ストーカーとワイドショウ的话题があとを絶たないご時世、男性の反論が通りにくいこの種の事件では、しばしば決定的要素となるのが女性の証言である。告白された件数の2割が無実を係争中と云う。平均1件の弁護士費用は100万円と云うから、無念、憤満、やるかたない男性諸氏も少くはないらしい。

……事例の一つ

電車の中で携帯の長電話を注意された女の子、“判ったわよ”と相手を睨みつける。改札口を出ようとしたところで老紳士は鉄道警察に肩をたたかれ呼び止められる。……痴漢行為の疑いという。件の女の子の復讐と判かるまでの名誉と時間と労力たるや……余人も気を付けられよ!!

本日の朝刊にも「痴漢」で懲戒免職の元検事が容疑否認で人事院に不服申し立てしている由。

そのようにつぶやきつつ私をみつめた。私が彼女の自作の野菜をもらった時、私ははたして笑顔だったろうか。私には相手がどう思ったかは不明だ。

今でもいい。この場でいいのだ。感謝の笑顔だ。「あんたのくれたトマトやキュウリはなつかしいなあ。また作ってよ。おいしかったなあ。」とそれこそ笑顔で彼女に直面した。

彼女はじっと私をみつめる。そして声を出

した。「ああ、あんたととても嬉しそうね。彼女でも出来たの。」私は後ずさりしつつ色めがねをかけた。「中村さん。また来るよ。必ず。」

彼女はすわったまま手を振ってくれた。後ずさりしながら、彼女に顔をむけつつドアに近づいた。バツタとは違いこの場合、とてもとても、ゆっくりゆっくり去るんだと思いつつ私はさらに後ずさりし続けたのだった。

少子化の時

延岡市 藤本孝一

小児科の医師たる娘三人の子を成すまさに
少子化の時

日曜の診察室に一人居て死亡診断書くは空
しき

予科練の夢潰えたり終戦の玉音聞きし十才
の夏

妻は今山越え車走らすか冬の雨降り最早暗
きに

妻居ねば佛のおはぎ夕餉にす出前頼むも面
倒くさく

ひとこと

入会のご挨拶

野崎東病院 清田正司



この4月から野崎東病院に勤務(院長)しています。前任地は大分市(大分赤十字病院)で、病院経営に関わって(垣間見たというのが正確です)きました。いかに目標に近づくかというのが問題点です。

さらにその前任地が宮崎市(県立宮崎病院)で、昭和53年から平成3年まで一般内科医として勤務していました。古い先生方は知己の方が多く、皆さまには暖かく接していただき、大変嬉しく存じています。今後ともよろしく願います。

時代が変わり、内科も専門化して来ていますが、基本は一つ、最終的には総合的視野にたつての診療が必要との考えは変わりません。関心をもつ主な病気は、むかし「成人病」、いまは「生活習慣病」でしょうか。国内月刊誌5冊とNEJMおよびLANCETを購入し、新知見に触れるようにしています。

入会のご挨拶

市来内科・外科医院

市来能成

平成11年5月31日付けで12年間お世話になった宮崎医科大学医学部第一内科医局を退局しました。在局中は医大付属病院、県立宮崎病院、西都救急病院そして野崎東病院で臨床研修をさせていただきました。同年7月16日より市来内科・外科医院と診療所名を変更し、父と二人で診療に当たっています。どうぞよろしく願い申し上げます。

入会のご挨拶

県立宮崎病院神経内科

中原啓一

今回、新しく県内科医会に参加させていただくことになりました。平成7年に鹿児島大学医学部第3内科から県立宮崎病院神経内科に赴任して、そろそろ足かけ5年になろうとしています。

福岡県大牟田市の出身で、周りは田圃と掘り割りばかりという片田舎で生まれ育ちました。小さいときは稲刈りのすんだ田圃をパンツ一つで泥だらけになって遊んでばかりいたと記憶しています。鹿児島に行って気候風土

【ひとこと】

の違いが鮮烈でした。更には、卒業後の最初の出張が沖縄で、あまりの異国情緒ゆえに「ここは東南アジアだ!」と強烈なカルチャーショックを覚えたものでした。ということで、ヘンボンと広がる国富町付近の田園風景に、私の原風景に近いものがあると親近感を抱いております。

神経内科一筋でやってきました。「神経内科は内科か?」という命題を抱えながらの診療ですが、整形外科に近いものもあり、脳外科のごく端っこも担い、精神科的患者さんも来て下さったりして、「神経内科ってハザマの領域ネ」と言われることもあります。本人は、神経内科は「クロス・オーバーよ」「フュージョンよ」とホザいておりますが、今後とも宜しくお願いいたします。

入会のご挨拶

小林市 内村病院

今和泉 薫

今回、宮崎県内科医会に入会させていただき、誠にありがとうございます。

私は、鹿児島大学を昭和53年に卒業し、鹿大第二内科に入局し肝臓病学を学ばせていただきました。機会があり小林市の内村病院に勤務させていただいております。

現在、本業である内科、当院が精神科である為精神科、若い頃より興味のあった漢方、これらの良書を読むのが趣味となっております。今後共よろしく願い申し上げます。

入会のご挨拶

野尻中央病院

園 田 泰 三

この度、宮崎県内科医会に入会させていただくにあたり、ひとことご挨拶させていただきます。

平成5年に宮崎医科大学第一内科に入局し江藤胤尚教授の御指導の元、勉強させていただき、この度平成12年4月より郷里の野尻町にて診療しています。少子高齢化のすすむこの町で4ヶ月がすぎ、ようやく落ち着きつつありますが、反面診療の難しさも実感しています。今後は腰をすえて地域医療に頑張っていこうと思います。

入会のご挨拶

宮崎市 野崎病院

田 中 善 久

このたび、医師会入会と同時に内科医会にも入会させて頂きました。現在、野崎病院画像診断センターで主に上・下部消化管内視鏡や胃透視などの検診に従事しています(週1回、病棟の当直もあります)。家ではパソコンで娘(7歳)とハムスターや金魚の育成ソフトで楽しんだり、ネットサーフィンをしています。このため、最近また太ってきました。

このような者ですが諸先生方の御指導の程、よろしく申し上げます。

入会のご挨拶

阿波岐ヶ原病院

濱田 稔

この度、県内科医会に入会させていただいたところ、編集委員会より入会の挨拶を依頼された次第です。昭和37年に医学部を卒業し、1年間の実地修練を経て、神経学、内分泌学、循環器学、消化器学などを標榜された母校の内科学教室に入局させていただきました。大学院初年度の副科目履修を優先して、半年後に専攻の生化学に行く積もりが、1年半も経て、基礎医学に移行しました。生化学においても学位の取得が済めば臨床に戻る予定が、遂に内科に帰ることはありませんでした。しかし、one gene, one enzyme が唱えられる時代に代謝性疾患関連の酵素化学を主とした研究室でしたので、臨床とのつながりは切れることなく続けることができました。そんな中、溶血性貧血や先天性肝疾患の酵素欠損の証明など日本全国に試薬を手配するなどして比較的早期に関わることができました。生化学の時の恩師が常に自分でも臨床は解ると言うのが口癖でしたことに反発して、自分は臨床ができる基礎の研究者を目指そうなど大それたことも考えた時代でした。院生、さらには助手の8年間はアルバイトが禁じられていたのですが、時折、友人に頼まれて夜の当直にこっそり逃げ出すこともあり、学園紛争の嵐りで、講義も実習もできなくなって、さらには、原爆被爆者の後障害の研究施設に居て、被爆者を対象とした研究も避けられず、部分的には臨床との提携を分担したりしました。研究の上でも、精神科の病院こそは代謝性疾患の宝庫であろうと考えて、毎週日曜日の午前中を

精神科の患者さんを内科的に診ることを引き受けたりもしました。勿論、経済的にも生活できるほどのゆとりがなかったこともその動機ではありました。内科に居ました際に、院生は授業料を払ってるので受け持ち患者数はそうでない方の倍を持たせられてましたので、入局してました期間の倍に相当する3年間分のtrainingを受けていたことも幸いしたように思います。内科時代は病院内が棲家となり、月に2度も下宿に帰れたらいい方でした。基礎での酵素タンパク質の研究は、兎に角、分離精製、そして、その酵素化学的な諸性質の解明に明け暮れておりましたが、ものの本態を究めれば全てが判るといわれた時代のこと、臨床以上に打ち込まねばならず、1日平均16時間は研究室にいて、日曜、祭日もありませんでした。これに耐えれば、臨床に戻ってもやっつけられるのではと思ったほどです。助教授になって、暫くして、内科に助教授でとのお誘いがありましたが、米国留学を目前にしましたので、丁重にお断りして、さらに基礎研究にのめりこむ結果になったのです。しかし、3年後に帰国しても、生活はできずで、定期的に臨床に片手を突っ込むことを許して頂いておりました。この地に参りしても、諸先生方のご好意にすがって、そのような機会に恵まれ、ご迷惑をかけてまいりました。現在の内科学を、昔取った杵柄でやるなどとはこれっぽちも考えておりませんが、退官後に再度、臨床への取り組みの機会に恵まれたのを機会に、少しでも新しい内科の臨床を学びたいものと考えております。勿論、この年齢、つまり、介護保険の第一種対象者にもなったことでもありますので、これまで比較的になおざりにされてきたヒトの加齢や老年医学を見直す絶好の機会、人間丸ごとを

【ひとこと】

見ることによって、加齢の本態や、それに伴う合併症の予防についても研究を重ねて行きたいと考えて、この内科医会に入会を決意した次第でございます。これまでの経験を生かして、分子レベルから細胞や組織、器官、曳いては生体丸ごとの生命を支える仕組みをじっくりと見直すべきかと考えております。どうか今後とも宜しく御指導、ご協力の程をお願いして、入会のご挨拶ご替えさせて頂きたく存じます。

(July 4th 2000)

宮崎県腹部超音波懇話会のご案内

代表世話人（日本超音波医学会評議員）

三原謙郎

本会は本県における腹部エコー検査のレベルアップを主な目的として平成9年秋にスタート、これまで年3～4回のペースで開催し平成12年7月には第11回を数えました。講師の先生へはできるだけ臨床に役立つテーマの演題をお願いし、また、わかりやすく話していただくよう前もって依頼してきた結果、聴講された先生方には好評のようで毎回50～70名の参加をいただいています。これまで腹部エコー検査に接する機会の少なかった年代の先生方にもご理解いただけるような内容を心がけてきました。なお、本会では講演だけで

なく、原則として講演終了後に実技指導も講師へお願いしております。講師の方々の“名人芸”、“匠の技”に触れていただくこともこの会のメインテーマと位置づけ、初心者の方々の教育的なプログラムも常にそのなかに組み込んでおります。

今後、エコーは診断能力という点において聴診器に匹敵する存在でなく、はるかに凌駕していくものと予想され、内科医にとって好むと好まざるとにかかわらず必携のものとなっています。例えば、長年フォローされていたC型肝炎にエコー検査がなされず肝癌が5cmとなって発見され治療できなかった事例で、注意義務違反として主治医へ賠償金支払いの判決がでる時代です。専門医はもちろん、エコーは一般内科医にとってもある一定レベルの技術を収得しておかなくてはならない診療手段となっております。

最後に、内科医会の先生方が本会へ奮ってご参加いただくようお願いし、次回(第12回)の予定をご案内いたします。

日時：平成12年11月18日(土)午後2時半
場所：宮崎観光ホテル西館10階「大淀の間」

講演①：肝疾患におけるCTの基本的読影法 — エコーと対比して —

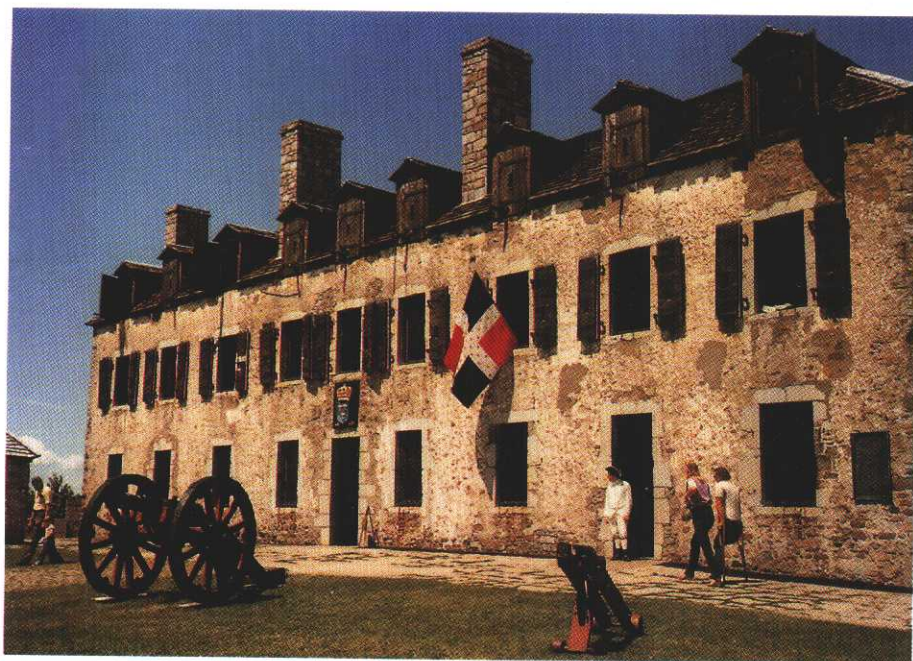
講師：市民の森病院放射線科

杜若幸子先生

講演②：知っておきたい腹部超音波解剖

講師：日本大学第三外科講師

加藤高明先生



Old Fort Niagara 延岡市 宮田純一



ナイアガラの滝の近くにある小さな砦で当時の服を着た人々が集まりお祭りをしていました。ヨーロッパから引き継いだ建国当時のアメリカの歴史を大切に守っている人々の気持ちが伝わります。

延岡市 宮田純一

理事からひとこと

医療保険委員会

委員長 大西 雄二

4月からスタートした介護保険によって保険診療は2本立てとなりましたが、診療行為での医師の裁量権が制限されてきたとの指摘があります。

療養担当規則は修正や追加が加えられフォローするのも容易ではありません。色んな矛盾をかかえながらの中で、医療経営が年々厳しくなっているというのが実感でしょう。

内科医会の医療保険委員会は内科の専門分科医会として、診療で惹起される問題を話し合い会員にお知らせするのが目的です。

8人の委員で構成され、社保、国保の審査に従事している委員が多く含まれています。また県での地域性や、依拠する立場での違い即ち開業、民間病院、官・公立病院それぞれの立場から委員になって頂いています。

対内的には内科保険診療及び審査の情報の広報活動、そのために他県と比較し充実している会誌の利用を考えなければならないでしょう。疑問への問い合わせを行ないます。

社保と国保の審査基準の格差の統一化に努力し、必要の際は合同の協議会の開催を考えます。

委員会の協議事項で必要なものは内科医会理事会上に申し協議します。

対外的には九州・沖縄管内で内科審査委員懇話会が年に1度開催されます。開催県に集まり、各県から議題を出し協議し、意見の擦

り合わせをしたり、各県の事情を伺ったりしております。今後はその中で必要な議題は日本臨床内科医会医療保険部会にあげ、できれば内科系学会社会保険連合にて保険適用の実現をはかっていかなければなりません。

臨床内科医会は実地診療の問題が中心です。必要な情報を開示して会員の声をよくお聞きし、会員に資することがその使命と考えています。

自己紹介と近況

福永 隆幸

私は昭和23年宮崎市の現在地で生まれ、宮大附属中、東京の両国高校から東京医科大学を昭和49年に卒業しました。その後東京女子医科大学総合内科で研修後、内分泌内科を専攻していましたが、2年間の日通東京病院勤務後、昭和59年から5年半宮崎市郡医師会病院に勤務しました。平成元年に現在地で開業し現在内科と小児科の診療を行っております。

趣味はスポーツ、旅行、読書などです。スポーツは大学でヨット部その後テニス部に所属しておりましたが、最近はおっぱら子どもの相手でサッカー、ソフトボール、水泳などをすることが多くなっています。大淀小学校時代は全校リレー、マラソンなど、中学でも市、県大会入賞など足には結構自信がありま

したが、昨年役員をしている関係で出場した大淀地区の体育祭のリレーでは思うように足が動かず筋力や体力の低下を痛感しました。最近では健康維持をかねてのジョギングなどの運動を毎日心がけております。

開業後早いもので10年が過ぎ、年齢も50代となりました。毎日の診療でも医学、医療の進歩に遅れない様に努力し、地域の医療に少しでも役立ちたいと考えているこの頃です。

自己紹介

鮫島 仁彦

県内科医会の理事をさせていただいております。日向の鮫島と申します。小牧先生の指示により自己紹介をさせていただきます。

名前：鮫島仁彦（まさひこと、読みます）

生年月日：昭和35年6月11日

出身地：鹿児島県鹿児島市

経歴：日向学院高校→福岡大学→宮崎医科大学付属病院放射線科→鮫島病院

現住所：日向市大字富高6424-80

家族構成：妻、長女（中1）、次女（小5）、三女（小3）、長男（小1）、犬

専門：放射線科では血管造影を主として画像診断全般を勉強しましたが現在は消化

管をメインにやっているつもりです。しかし精神病院として名が通っているためかそちら方面の患者さんはなかなか増えません。はじめの頃こそそのことを気に病んだりもしましたが、近所のお年寄りの保健室のような今の状態にやりがいも感じているところです。重大な病気を見逃さないことをいつも自分に言い聞かせて日々の診療を行っております。

趣味：父親が無類の音楽好きだったためか、自分も自然と音楽を趣味とすようになりました。主にジャズ鑑賞と、へたくそですが兄弟でバンドを組んでベースを担当しています。それと、バスケットボール。一寸激しいスポーツなので、むしろ体に悪いのではないかと、そのうち大けがをするのでは？と思いつつやめられません。

ひとこと：放射線科出身の私にまさかこんな役が回ってくるとは夢にも思わず、2年前、内科医会の役員改選に傍観者のような顔をして出席しましたところ、何となく雲行きが怪しくなって参りましたので身を固くして顔を上げないようにしていたのですが、その努力の甲斐なく県の理事をやる様に言い渡されました。正直なところ再選を固辞なされた、故安部重喜先生に対して「そんなこと言わんでやってくれたらいいのに・・・」等とまことに身勝手なことを思いましたが、それから間もなく先生が病に倒れられたとお聞きして、もっと気軽にお引き受けすればよかったなあ、と胸が詰まる思いがしま

した。判らないことばかりで今のところ何の役にも立っていませんが、天国の安部先生に怒られないように努めて行きたいと思っておりますので、どうぞよろしく申し上げます。

ふるさと

島田雅弘

私の住んでいる油津は昔は遠洋漁業で栄え、週末ともなると近郊の町から買い物客が押し寄せ活気のある町であった。魚屋で10円のアジを一匹買い、港にいき、その身をちぎり友人たちとアジを釣ったり、遠浅の浜では、帰宅途中で帽子一杯アサリをとり、夕餉には貢献したものの帽子はだめになり、母にあきれられた。小学生時代には楽しい思い出がたくさんある。中学進学と同時に故郷をはなれ、4年前に大学病院を辞し、父といっしょにな

かよく内科を開業している。帰ってきたとき友人にいわれた。“まず自転車で散策してみるといい”。市営住宅、商店街があ頃と変わってなく、私の前に立ちはだかっていた市営住宅の階段もさほど高いとも思えず、30年という時間を感じさせられた。もちろん町も好んで原型をとどめているわけではなく、構造的な不況等調べ尽くされた要因がそこにはあるのだろう。人口も1万人程減少し、日中通りを歩いても人に会わずに目的地にたどり着くこともよくある。欲しい物はなかなか手に入らない。“住めば都”。皆この状態に慣れているんだらうな。時間が私をなくさめてくれるんだらうな。だが、こうも思う。私もここではこの程度の医者でがまんせにゃと思われているのではないだらうか。

現状に迎合した方が楽だし、自分を周囲にadjustさせた方が適切な友好関係を結べるのも本当だらう。人間関係はそれでいい。だが、医療の質だけは落とすまい。これが私を育ててくれた町に対する恩返しのような気がする。