



宮崎県内科医会誌 創刊号(1970年10月)

宮崎県内科医会誌第62号

平成14年10月発行

宮崎県内科医会

特集

- I. 表紙の絵を
終わりにて
- II. 宮崎県下における
気管支喘息患者の
実態調査(第3報)

第62号
2002年10月

会誌



宮崎県内科医会

【巻頭言】

日本の医療のゆくえ

宮崎県内科医会長

志 多 武 彦

政府の経済財政諮問会議は平成13年6月26日に「経済財政運営と構造改革に関する基本」(骨太の方針)を閣議決定したが、丁度一年を経過した平成14年6月21日に「骨太の方針第2弾」を小泉首相に答申した。構造改革や経済活性化を中心に5章よりなるが、社会保障制度の構造改革は歳出構造の改革の柱にうたわれ、医療、年金等の更なる構造改革が強調されている。特に医療制度改革は、持続可能な医療保険制度に再構築のためとして保健医療システム、診療報酬体系、医療保険制度など全ての改革の継続が強調されている。基本方針には歳出改革について「歳出の削減、合理化を加速し、14年度の水準以下に抑制する」としており、今年に引き続き来年も医療界にとってはかかってない厳しさが予想される。

平成14年6月14日には、医療制度改革関連法案が衆院厚生労働部会で政府与党の強行採決により可決された。4月1日の診療報酬改悪と相まって、10月には老人の定率1割負担、外総診の廃止、6ヶ月超入院患者へのペナルティ、平成15年4月には健保本人の3割負担が施行されるが、その結果として想像以上の患者受診抑制と医療機関の収入減と経営悪化は目に見えている。果たしてどれだけの医療機関が生き残れるのであろうか。

小泉内閣の看板である「聖域なき構造改革」には大きな疑問を感じる。健康とこれを支える保健・医療・福祉分野は聖域ではないのか、健康は何時の時代でも、何人にとっても最高・最大の価値を有するものである。教育等もしかりではないのか。これらをしっかり守りつつ、社会の活性化を図るのが王道であろう。宇沢氏によれば社会的共通資本である医療は経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせるのが本筋とのことである。全く同感である。小泉首相を支える経済財政諮問会議や総合規制改革会議が志向するキーワードは<市場原理、競争、弱肉強食、サービス、効率化、営利>等である。アメリカンスタンダードがベストであると思い込んでる経済学者や企業経営者の手法と誘導は明らかに間違っている。市場万能主義には頑として反対すべきであろう。

国民に等しく健康と安心と安全が保障される社会を築くべく、医療人として診療の場で、又医師会や医政活動を通じて努力したいものである。10~20年後の将来、医療を担う人々にあの当時の医師はよく頑張った、良い伝統と制度を残してくれたと感謝されたいものである。

特集 [] 県内科医会誌の表紙について

県内科医会顧問 稲倉 正孝

本会誌の表紙は格調高く、手の温もり、目には親しみ、心の暖かみを感じられるとの評価を会員のみならず、他科の先生及び他県の内科医の先生からもいただき、私共は誇りにしてきました。単純なカットの中に、宮崎の名所、名跡が忽然として姿をあらわし、私共の心の奥深くははいりこんできました。座右の銘の「鬼手仏心」とは、まさにこの様な事を意味するのだろうと感心していました。若い会員の先生の中には御存知でない方がおられるかも知れませんが、私共の会誌の表紙はずっと、県展無鑑査の吉賀幸夫先生に描いていただきました。県医師会館の一階ホールにある「憩いのひととき」(F80号)及び四階のエレベーターを降りた所にある「韓国岳」(F80号)も先生から寄贈していただいたものです。

会誌の創刊から第62号まで31年間の長きにわたり、先生に描いていただいたスケッチが会誌の顔となってきました。‘お話しによりますと’先生は一枚一枚を現地に赴かれて、愛情をこめて描いてこられたとのことです。引き続いてお願いしたのですが、高齢を理由に固辞されました。

無理なお願いすることもできません。先生のこれまでの御協力に心より感謝申し上げますと共に、御健康および御多幸をお祈りいたします。

表紙の絵を終わりに

吉賀 幸夫

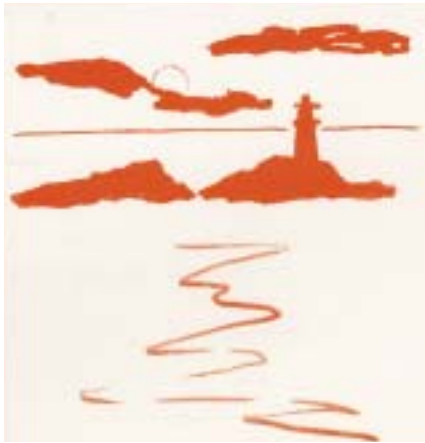
昭和45年の夏頃、綾部会長のもとに佐竹、木佐貫、林田、神戸の諸先生と小生が宮崎地区の委員で、何回かの委員会を重ねていよいよ内科医会の発足がきまり、そして会誌発行と、表紙の図案が議題になった。その当時、私事を申し上げますと、たまたま私の油絵が宮崎画壇で注目を浴びてデビューした時であった。ふとした奇縁で46才の中年で油絵を始めた私は、無我夢中で6年間描き続けた。当時えびの高原が開発され、それが私にとって素晴らしい魅力あるモチーフとなった。そして自分の絵の評価を受ける為に、県内で最大の宮崎県展(現在の宮日美展)にえびの赤松を応募したところ初出品で特選受賞、翌年又別構図の赤松が特選、三年目は奨励賞、四年目桜島で三度目の特選受賞で無鑑査の資格を与えられた。こうして宮崎画壇の注目を浴びた時が、たまたま会誌発行の時に当り、委員会のすすめで表紙の絵を担当することになった。そこで何を描くかで色々検討した結果、県内の見処、目玉風景をテーマにすることにした。休日を利用して県内各所をスケッチして廻り、ここぞという処を絵にしてみたのであるが、どれもこれも不満ばかりで、快心の作が出来なかったことが心残りである。長年に亘り諸先生方のお目をけがしながら今日迄継続させて頂いたことは私にとって一生の名誉と光栄であり、深甚なる感謝を申し上げたい。



S 45年10月号(創刊号)
S 50年6月号(第9号)



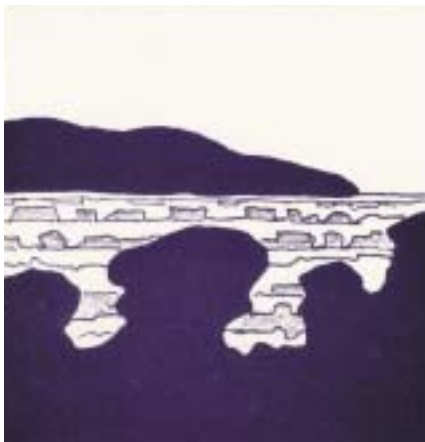
S 55年8月号(第18号)
S 57年2月号(第21号)



S 51年2月号(第10号)
S 53年1月号(第13号)



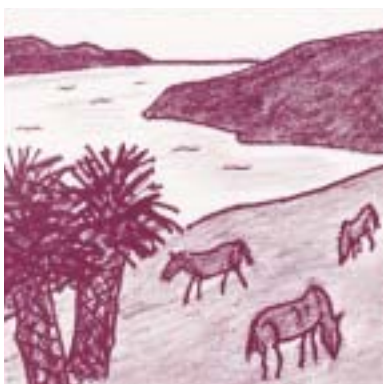
S 57年10月号(第22号)
S 59年3月号(第25号)



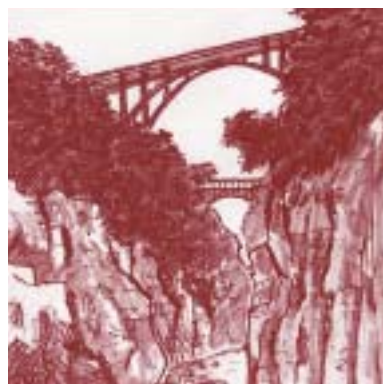
S 53年8月号(第14号)
S 55年1月号(第17号)



S 59年10月号(第26号)
S 61年3月号(第29号)



S 61年11月号(第30号)
S 63年3月号(第33号)



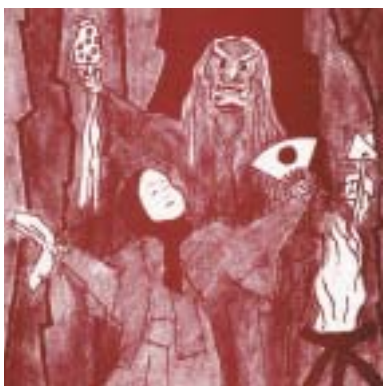
H 6年10月号(第46号)
H 8年3月号(第49号)



S 63年10月号(第34号)
H 2年3月号(第37号)



H 8年10月号(第50号)
H 10年3月号(第53号)



H 2年10月号(第38号)
H 4年3月号(第41号)



H 10年10月号(第54号)
H 12年3月号(第57号)



H 4年10月号(第42号)
H 6年3月号(第45号)



H 12年10月号(第58号)
H 14年3月号(第61号)

特集 []

宮崎県下における気管支喘息患者の実態調査 (第3報)

宮崎生協病院内科 関 良二
 宮崎県気管支喘息フォーラム
 代表世話人 松倉 茂 (前宮崎医科大学第3内科教授)
 幹 事 加藤 茂樹 (宮崎医科大学第3内科)
 山口 哲朗 (県立延岡病院内科)
 長友 安弘 (竹内病院内科)

はじめに

宮崎県気管支喘息フォーラムはガイドラインに沿った喘息の標準的治療¹⁾の普及を目的のひとつとして1998年に結成され、1999年から宮崎県下における気管支喘息患者の実態調査を毎年行ってきた。今回は2001年までの3年分の結果を報告する。

方 法

患者さんへのアンケート調査方式で行った。ここ2週間の喘息の調子を「すごく調子よい」「調子よい」「あまり変わらない」「少し調子悪い」「調子悪い」の5項目で自己評価してもらい、1日の中でどういうときに喘息症状が出ているかを34項目の中から該当する項目全てに印を付けてもらった。次に現在の治療に対する満足度を記載してもらい、最後に昨

年の今頃との喘息の調子を比較してもらった。

結 果

(表1)に示したように3年間で協力施設数、アンケート回収数は増加した。性別、平均年齢、平均罹病期間、喫煙歴に大きな変化はなかった。

(3回目の結果)アンケート34項目の内容とその症状出現頻度は(表2)の通りである。34項目のうち20%以上の患者さんに出現している項目は10項目あり、そのうち「たばこの煙で息苦しくなる」人が23.1%いたことは注目に値する。呼吸器科を専門とする医師と専門としない医師(他科の医師)との比較では昨年の今頃との比較で「調子よい」以上が専門の医師で有意に高かった(65.8% vs 50.7%)。使用薬剤(表3)で有意差が出たのは専門の

(表1)3年間の経過

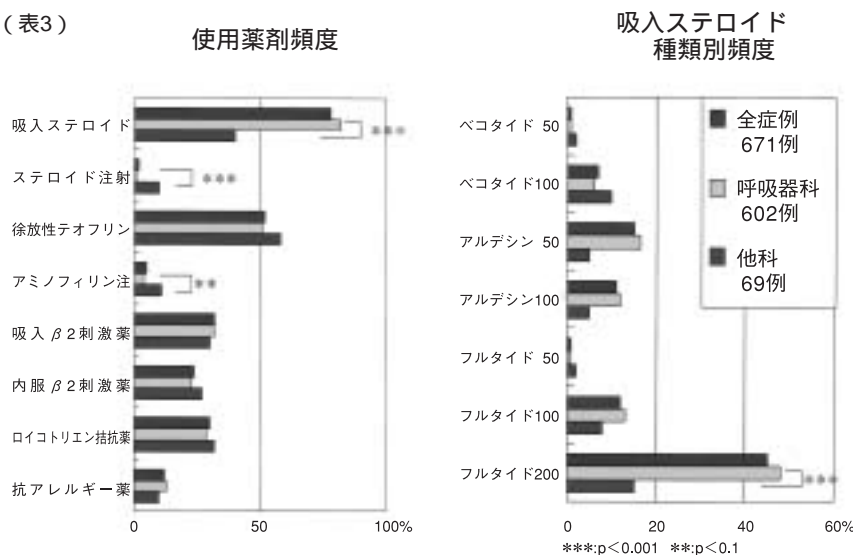
	調査期間	施設数	調査数	性別(男)	平均年齢(才)	平均罹病期間(年)	喫煙率(%)
1回	98.11~99.4	17	538	44.4%	54.6	12.6	13.6
2回	2000.3~5	39	586	42.2%	55.9	12.1	13.3
3回	2001.3~5	34	671	45.8%	56.2	12.1	14.2

(表2) 喘息患者さん用アンケートの内容と第3回の結果

あなたは現在、当院にて喘息の治療をしています。ここ2週間の症状について教えてください。

1. 全体では、次の5段階のいずれですか。当てはまるものに○印を付けて下さい。		
	例数n=671	割合%
・すごく調子が良い	137	20.4
・調子が良い	299	44.6
・あまり変わらない(まあまあの調子)	132	19.7
・ちょっと調子が悪い	74	11.1
・調子が悪い	21	3.1
・解答なし	8	1.1
2. ここ2週間であったことに○印を付けて下さい。(複数回答あり)		
	例数n=671	割合%
イ. 朝起きたとき		
1・咳が出る	195	29.1
2・痰が出る	242	36.1
3・ゼーゼーしている	94	14.0
4・ヒューヒューしている	60	8.9
5・何となく胸苦しい	131	19.5
6・ふとんの上げ下げがづらい	54	8.0
ロ. 外出したとき		
7・早足で歩くと息苦しい	137	20.4
8・階段の上り下りをすると息苦しい	171	25.5
9・長く歩くと息苦しくなってくる	121	18.0
10・雨や風の日には調子悪い	155	23.1
11・走ると息苦しい	252	37.6
ハ. 勤め先や学校、普段の生活で		
12・体育の授業に出ると息苦しい	6	0.9
13・ほこりっぽい所で息苦しくなる	210	31.3
14・大声で笑うと苦しくなる、せき込む	78	11.6
15・軽い体操をすると息苦しい	31	4.6
16・ストレスを感じると息苦しくなる	83	12.4
17・ゴミ捨てや重いものを持つとききぐるしくなる	118	17.6
18・たばこの煙で息苦しくなる	155	23.1
ニ. 自宅などで		
19・掃除、洗濯をすると息苦しい	62	9.2
20・満腹まで食べると息苦しくなる	135	20.1
21・子供を抱き上げたりしていると息苦しい	29	4.3
22・ベットと遊ぶと息苦しくなる	17	2.5
23・お風呂に入ると息苦しくなる	58	8.6
24・線香や花の匂い、香水などで息苦しくなる	111	16.5
25・お酒を飲むと息苦しくなる	80	11.9
ホ. 寝る前		
26・咳が出る	105	15.6
27・痰が出る	120	17.9
28・ゼーゼーしている	61	9.1
29・ヒューヒューしている	44	6.6
30・何となく胸苦しい	78	11.6
31・ふとんの上げ下げがづらい	47	7.0
ヘ. 睡眠時		
32・息苦しくてよく眠れないことがある	51	7.6
33・息苦しくて寝付けないことがある	47	7.0
34・息苦しくて夜中に目を覚ますことがある	107	15.9
3. 今の治療に対してどの程度満足ですか。○印を付けて下さい。		
1～10まで10段階評価		
4. 昨年の今頃と比べて調子はどうですか。	例数n=671(他科n=69)	割合%(他科)
・すごく調子が良い	174(9)	25.9(13.0)
・調子が良い	247(26)	36.8(37.7)
・あまり変わらない(まあまあの調子)	149(28)	22.2(40.6)
・ちょっと調子が悪い	41(3)	6.1(4.3)
・調子が悪い	18(0)	2.7(0)
・解答なし	42(3)	6.3(4.4)

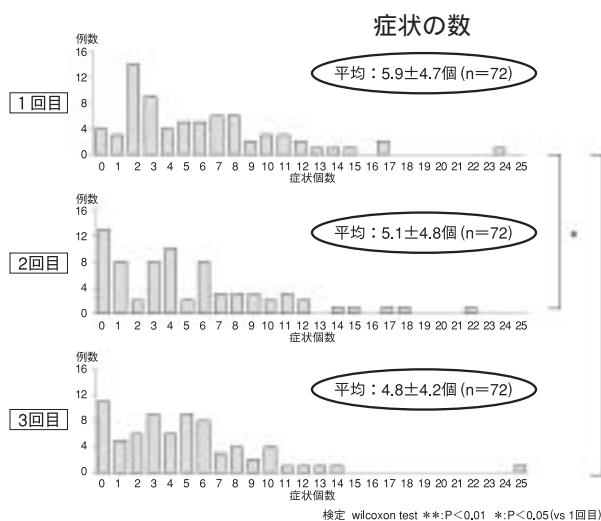
(表3)



いことの反映と思われる。

(3年連続して調査し得た72例)3年続けてアンケートに解答できた患者さんは72例あり平均症状個数は1回目5.9個,2回目5.1個,3回目4.8個と毎回有意差を持って減少

(表4) 3回アンケートを実施した72例について

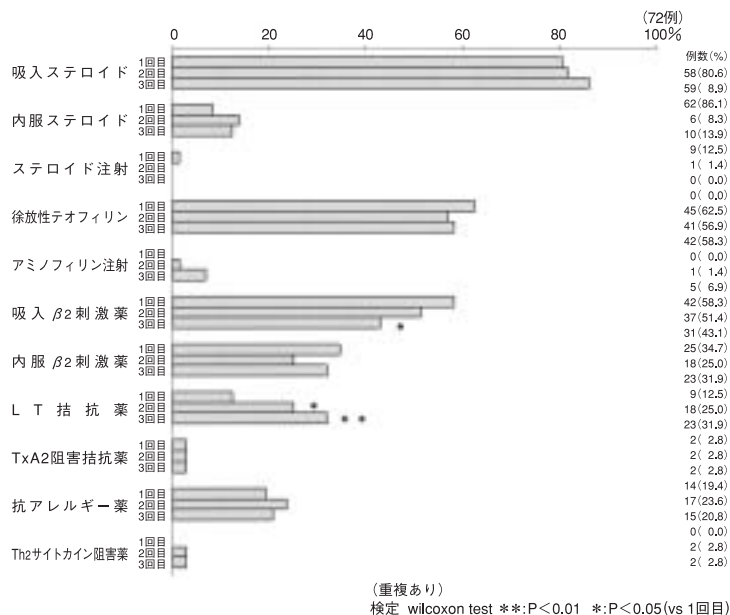


していた(表4)。3年間の使用薬剤で有意差を持って変化していたのは、ロイコトリエン(LT)拮抗薬の増加(1回目12.5%,2回目25.0%,3回目31.9%)と吸入β2刺激薬の減少(58.3%vs51.4%vs43.1%)であった(表5)。吸入ステロイドは毎回80%以上と高率に使用されているため有意差は出ていないが毎年増加している(80.6%vs81.9%vs86,1%)。長期に抗炎症治療(吸入ステロイド,LT拮抗薬)を続けることで症状が確実に改善し,その結果として吸入β2刺激薬の使用を減らすことが出来ていた。

医師で吸入ステロイドの使用頻度が高く(82%vs41%),ステロイド注とアミノフィリン注が低かった。吸入ステロイドの使用頻度の差が喘息の調子の差になっていると思われる。特にその中でもフルタイド200の使用頻度に有意差があり,専門の医師では高用量の吸入ステロイドから開始して,速やかに症状を改善させてから用量を減らす,いわゆるステップダウン方式をとっているところが多

(LT拮抗薬を投与した38例)3回目はLT拮抗薬の効果を調べることも目的とした。調査期間中にLT拮抗薬を初めて投与した患者のうちおよそ4週間後に同じアンケートを調査し得た38例を対象とした。なお現在日本では3種類のLT拮抗薬が発売されているが,調査当時はザフィルルカスト(アコレート)が発売された直後であり,投与されたLT拮

(表5) 3回アンケートを実施した72例について 使用薬剤頻度



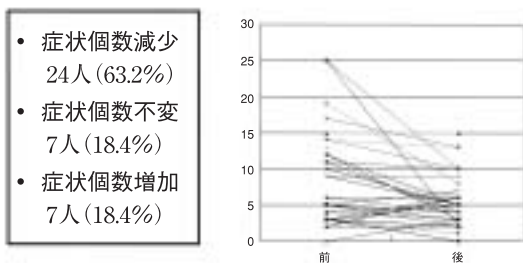
している人もいた。(表6)

考 察

今回は表を示せなかったが、第1回の調査で「すごく調子がい」と答えている人の中で全く症状のない患者さんは33%だけで、平均で2.9個の症状があった。つまり患者さんが診察室の中で「調子いいです」と言うのは、喘息の症状(発作)がないという意味では決していない。この数字はア

(表6) ロイコトリエン拮抗薬投与例38例について

症状個数変化
(ロイコトリエン拮抗薬1ヶ月内服前後)



抗薬は全例ブランルカスト(オノン)であった。LT拮抗薬投与前後で喘息の調子がいと答えた患者が42.1%から68.4%に有意に増加し、症状個数も平均で8.5個から5.7個に有意に改善した。特に睡眠中に症状のあった人が47.1%から10.5%と有意に減少し、喘息発作による深夜の覚醒や寝不足から患者を解放し、QOLを改善していた。LT拮抗薬投与前後で症状個数が減少した人は24人(63.2%)であった。最大で症状が25個から2個に改善

アンケートのオリジナルである東北6県の調査の結果²⁾とほぼ一致しており、全国の喘息患者さんに当てはまる事柄であると思われる。日常診療の中で肝に銘じておくべき事実である。「たばこの煙で息苦しくなる」患者さんが23.1%いる現実には、喫煙者が自分の意志とは無関係に公共の施設やレストランなど人の集まる場所で知らぬ間に喘息患者さんに発作を起こさせている可能性があるということである。この結果は宮医大第3内科加藤茂樹先生が第43回日本呼吸器学会九州地方会で報告され、会場の共感を呼んでいた。職場や人の集まる場所では禁煙やきちんとした分煙を今後も進めていかなければならない。LT拮抗薬は1ヶ月という短期投与でも63.2%の患者さんに効果が認められ、これはLT拮抗薬が喘息患者の6割に有効であると一般に言われていることと一致した。また吸入ステロイドやLT拮抗薬を中心とした抗炎症治療を

長期に行なうことで症状が改善することも示唆された。第3回気管支喘息フォーラムの調査の弱点として他科の医師のアンケートが全体の1割しかなく(671例中69例)、宮崎県下における喘息患者の実態を表しているとは言えないとの指摘があった。そのため2002年に行われた第4回の調査に先立って代表世話人の松倉茂教授(当時)から宮崎県内科医会にアンケート調査の協力をお願いしたところ、過去最高の56施設から900例のアンケートが回収され、そのうち他科の医師から228例(25.3%)が集まった。詳しい報告は別に譲るが、その中で他科の医師の吸入ステロイド使用が68%まで増加していたことは特筆すべきことである(第3回は41%)。ステロイド吸入の普及率について最近のデータはないが、第4回宮崎県気管支喘息フォーラムで特別講演していただいた久留米大学医学部相澤久道教授も宮崎県における吸入ステロイドの普及率に感心しておられた。今後もさらに協力施設とアンケート回収数が増え、宮崎県下の喘息患者実態調査を通してガイドラインに沿った喘息の標準治療が普及していくことは、宮崎県気管支喘息フォーラム結成の目的に照らして、よろこばしいことである。

まとめ

喘息の調子がよいと感じている患者さんの7割近くは何らかの喘息症状を残している。LT拮抗薬は約6割の喘息患者に効果が期待でき、かつ短期間で効果が現れる。吸入ステロイドやLT拮抗薬等の抗炎症治療を長期に続けることで確実に症状が改善していくことが示唆された。

最後に

過去第1～3回の調査にご協力いただいた県下48施設を下に列記し、厚くお礼申し上げますとともに、今後とも御協力下さいますようお願い申し上げます。

いわき医院 押領司内科医院 大岐医院 おおくぼクリニック 大森内科医院 押川内科医院 河野内科呼吸器科医院 岸医院 串間市立国民健康保険病院 黒松病院 桑原記念病院 古賀総合病院 国民健康保険中部病院 国立療養所日南病院 国立療養所宮崎東病院 国立療養所宮崎病院 小島医院 河野病院 きよひでクリニック このはな生協クリニック 小室医院 済生会日向病院 坂田病院 迫田病院 市民の森病院 城南病院 園田病院 高嶋病院 竹内病院 田中隆内科 たまきクリニック 寺師内科クリニック 戸嶋病院 富田医院 萩原眼科中尾内科 福永内科 小児科クリニック 藤元上町病院 堀川町山下内科呼吸器科医院 松本内科呼吸器科医院 宮崎医科大学第2内科 宮崎医科大学第3内科 宮崎県立日南病院 宮崎県立延岡病院 宮崎県立宮崎病院 宮崎生協病院 みやた病院 宮永病院 山本医院(以上五十音順)

太字は世話人をしていただいている施設です。なお、この調査結果は第3回気管支喘息フォーラム、宮崎県内科医会、第14回日本アレルギー学会春季臨床大会で発表させていただきました。

参考文献

- 1) 牧野荘平, 古庄巻史, 宮本昭正: 喘息予防・管理ガイドライン - 厚生省免疫・アレルギー研究班: 1998
- 2) 田村 弦: 気管支喘息対策協議会第5回記録集: 1997

〔 症例検討 〕

悪性腹膜中皮腫の1例

田中 穰弉 田中 昭彦¹⁾ 田中 彰人²⁾都城市 久保原田中医院 ¹⁾庄内田中医院 ²⁾あきと内科胃腸科

要約：症例は78歳女性1996年頃より動悸，呼吸苦を時々自覚し，数ヶ所の内科医院を受診，心臓病の治療を受けていた。1999年9月27日より呼吸苦，咳嗽出現，動悸も増悪するため10月1日当院を初診。軽度の喘鳴と左胸水を認め，うつ血性心不全の診断で入院治療を開始した。入院後，利尿剤等を使用し胸水減少，心不全症状も軽快したが胸水の細胞診でClass Adenocarcinoma is suspected の所見であったため入院を継続し原発巣検索行うも不明。その後，腹水貯留認め腹水穿刺し，細胞診検査行ったところClass Adenocarcinoma is suspected。市郡医師会病院，国立病院の協力により，CT，シンチ，上部下部内視鏡検査施行し，精査行うも原発巣不明のままであった。全身状態は，良好のまま経過し2度の腹水細胞診の再検査でも同様の結果であった。2001年2月頃より腹腔内に腫瘤を多数形成するようになり腹壁近くの腫瘤より生検による病理診断を施行したところClass Adenocarcinoma is suspected。原発巣不明のため腹膜由来の腫瘍を疑い血中ヒアルロン酸測定したところ著明高値であり，腹膜中皮腫と診断した。腹膜中皮腫では，腹水細胞診でClass の中皮腫細胞様の腫瘍細胞の存在診断が有用だがその正診率も12.5%と低い。

本症例もAdenocarcinomaの診断にこだわりすぎヒアルロン酸測定の時期が遅くなり診断が困難であった。

はじめに

悪性中皮腫は漿膜被覆細胞を起源とすると考えられ，そのほとんどが，胸膜と腹膜に発生し，胸膜の頻度が腹膜の3倍多く，胸膜中皮腫の約30%に腹膜中皮腫の合併がみられている。

中皮腫は，多彩な組織像を呈するため，病理組織学的な診断が困難な例が少なくない。

特に，上皮型の場合は，腺癌との鑑別が困難となる。今回，腺癌との鑑別が困難であった悪性腹膜中皮腫の1例の，1年9ヶ月にわたる自然経過を観察する機会を得たので報告する。

症例

患者：78歳，女性

主訴：動悸，呼吸困難

現病歴：1996年頃より，動悸，呼吸苦を時々自覚し，数ヶ所の内科医院を受診し，治療を受けているが，詳細は不明。1999年9月27日より，動悸，呼吸困難出現し憎悪するため10月1日当院受診。喘鳴と胸水貯留認め，うつ

血性心不全の診断で入院治療を開始した。

現症：体温36.5℃，血圧104/70mmHg，脈拍116/min，不整，呼吸24/min。心雑音なく不整脈あり，呼吸音で喘鳴を認めた。入院時は腹部に理学的所見を認めず，両下肢に軽度の浮腫を認めた。

入院時検査所見：軽度の耐糖能異常（食後2時間血糖値166mg/dl，HbA_{1c}6.8%）と炎症反応（CRP2.0mg/dl）認めるが，その他の血液一般，生化学検査に異常を認めなかった。またCEA，CA19-9は正常範囲内であった。

心電図では，上室性期外収縮散発し，胸部単純X線検査で心拡大，両側胸水（右>>左）を認めた。（図1）



図1

入院後経過：入院時より利尿剤投与し，喘鳴呼吸困難はすみやかに消失したが，左胸水が少量残在するため（図2）11月9日（入院後



図2

約1ヶ月）胸水穿刺行なったところClass adenocarcinoma is suspectedの診断をうけた。

原発巣検索のため，市郡医師会病院と協力し，上部，下部内視鏡検査，CT，シンチ等の画像診断行なうも，左胸膜炎以外に所見を認めなかった。状態も良く，年齢，QOLを考慮し，胸膜炎の経過観察を行なうという方針を選択した。全身状態良好のまま経過し胸水もほぼ消失したが，2000年3月22日，腹部膨満感の訴えあり腹部CT検査で腹水認められたため（図3）腹水穿刺したところ，細胞診で，- Class adenocarcinoma is suspected - の診断をうけた。

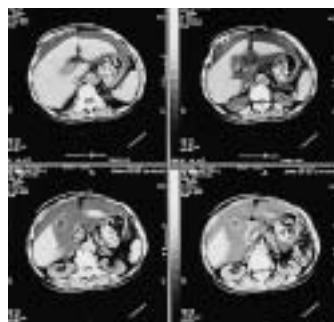


図3

その後も全身状態良好のまま経過し，婦人科領域も含めて検索行なうも，原発巣は不明のままであった。腹満時に5月，10月，12月と，3回腹水穿刺行なったが，3回の細胞診

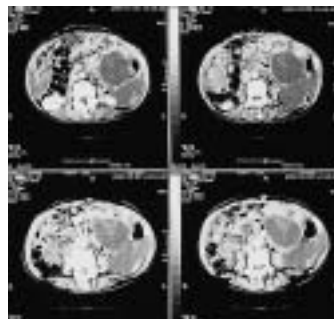


図4

でも同様に,Class adenocarcinoma is suspectedの診断であった。2001年2月頃より,腹腔内にう胞や腫瘤を形成するようになったが(図4)全身状態に変化なく,消化器症状の訴えも軽度の腹満程度であった。2001年2月9日,上腹部腹壁近くに腫瘤を触知出来るため,肝生検等に使用する針子で,組織を採取した。組織学的には,血管に乏しく,線維質に富んだ結合織と上皮性の部分を認め,乳頭状,腺管様の構造がみられた。(図5,6)

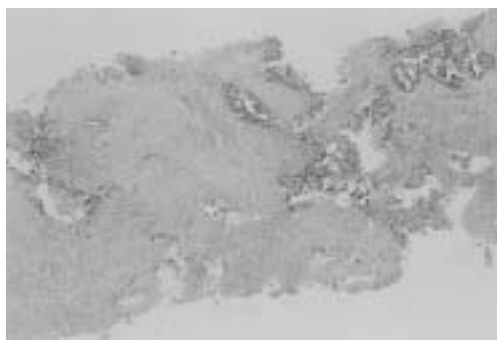


図5

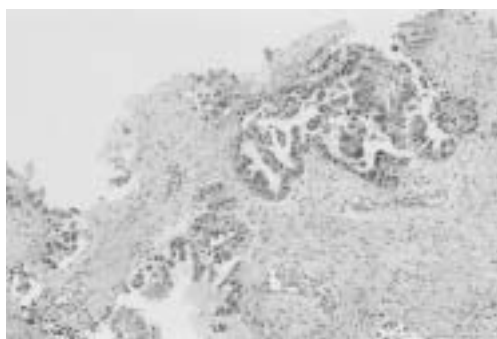


図6

強拡大で観察すると,異型性の強い上皮性の細胞が浸潤性に増殖していた。(図7)特殊染色は行なわなかったが,腹腔内のう胞の内容液が,粘稠度を増してきたので,血中ヒアルロン酸を測定したところ8200と異常高値(正常値50以下)を示し,悪性腹膜中皮腫と

診断した。その後も,2001年6月消化管出血を合併するまでは,直接臓器障害認めず全身状態も良好のままであった。末期には糞便中にもヒアルロン酸が多量に排出された。

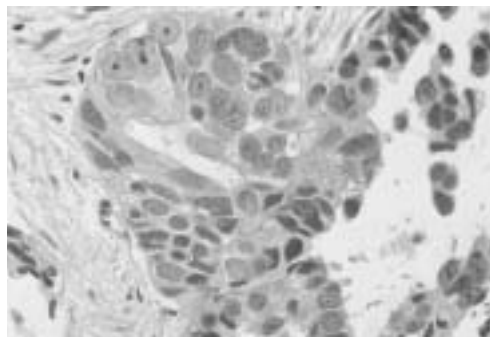


図7

考 察

1924年Zeckwerが胸膜,腹膜および心膜に原発する腫瘍に中皮腫という名称を用いて以来,かかる体腔漿膜表面の被覆細胞に由来する腫瘍は,一般に中皮腫と総称されてきた。発生母地に関しては,中皮細胞が上皮細胞と線維芽細胞の両方に分化することから,中皮細胞由来とする説¹⁾や間葉系細胞由来とする説²⁾があり一定した見解は得られていない。

誘因としてアスベストとの関係が伝わっており,石綿工業関係者本人のみならずその家族も同様にハイリスクグループであるとされる。しかし,曝露から発症まで,20~50年を要することから曝露歴の証明は必ずしも容易でなく,中皮腫患者に占める有曝露歴者の率も5.5³⁾~70%⁴⁾までと,報告者により大きな幅がある。

今回報告した1例もアスベストとの関係は確認出来なかった。

臨床的には,限局性とびまん性とに分類さ

れるが、限局性は良性が多くびまん性は、ほとんど悪性とされ、頻度的にはびまん性が85%³⁾と大部分を占める。組織学的には、上皮型、混合型、線維型(肉腫型)に分類されるが、腹膜中皮腫としては、上皮型がもっとも多く、次いで混合型、線維型の順である。³⁾

本疾患の組織像は多彩であり、病理医にとっても通常の観察では、上皮型は腺癌との、線維型(肉腫型)では他の肉腫との鑑別が困難であるとされ、⁵⁾複数の特殊染色の組み合わせや電顕的検索が行なわれる。粘液組織化学的には組織中に、ヒアルロニダーゼで消化されるアルシャンブルー陽性粘液を認めることであり、逆にジアスターゼで消化されないPAS陽性粘液を認めれば、中皮腫は否定的であるとされている。免疫組織化学的には、CEA染色が腺癌との鑑別に有用であり、中皮腫では大部分が陰性である。Vimentinは肉腫型で、keratin, EMAは上皮型で高い染色陽性率を示す。電顕的には細く長いmicrovilliや細胞質内の豊富なfilamentが特徴とされている。⁵⁾⁶⁾治療は開腹による可能なかぎりの腫瘍除去であるが、全腫瘍を完全に切除することはまず不可能である。化学療法もわずかに生存期間の中央値を改善しているにすぎず放射線治療は単独では効果はないとされ、集学的治療が必要である。

予後はきわめて不良であり、2年生存率は20%以下⁷⁾で、平均生存期間は12.3ヶ月⁵⁾との報告がある。

本症例は、発症早期に腺癌疑いの診断をう

け、癌性腹膜炎の原因となる腺癌の中で鑑別診断を行なったため末期まで診断が困難で、未治療のまま1年9ヶ月の自然経過を観察することが出来た。周辺の疾患まで視野を広げて鑑別診断を行なうことが重要である。

参考文献

- 1) Stout AP, Murray MR: Localized Pleural mesothelioma: Investigation of its characteristics and histogenesis by the method of tissue culture Arch Pathol 34:951 - 964, 1942.
- 2) Briselli M, et al: Solitary fibrous tumors of the Pleura: Eigit new cases and review of 360 cases in the literature, Cancer 47:2678 - 2689 1981.
- 3) 北原健志, 尾上謙三, 高田美奈子, 富永修盛, 渡辺慶太, 中野陽典: 悪性腹膜中皮腫の1例と本邦報告例の検討。日臨外科会誌, 54: 1659 - 1663 1993.
- 4) 佐々木正道: 石綿と肺(特に悪性中皮腫について)日赤医学, 38: 1 ~ 15, 1986.
- 5) Duan, H. J. Itoh, N, Yamaguchi. O, Katsuyama. T, and Shigematsu. H.: Diffuse malignant Peritoneal mesothelioma in a young woman with a high serum level of CA 125, Acta Pathol, Japonica. 41:158 - 163 1991.
- 6) 佐々木正道: 石綿汚染と疾患: 悪性中皮腫の病理。病理と臨床, 7: 709 - 719, 1989.
- 7) Vogelzang, N. J., Schuch, S.M., Iannucci, A: M., et al.: Malignant mesothelioma. The University of Minnesota experience Cancer 53:377 - 383 1984.
- 8) 長谷川重夫: 悪性腹膜中皮腫の1例。Jpn J Me Ultrasonics. 16: 1989.

[症例検討]

急性腎盂腎炎類似の症状を呈し、
濃尿を伴わなかった2症例

宮崎市 誠友会 南部病院

荒木 康彦, 田中 雅之, 八尋 克三

日常診療上, 急性腎盂腎炎は頻度の多い疾患であるが, 悪寒, 戦慄を伴う高熱および背部の叩打痛に加え, 尿中に多数の白血球を見るため, 診断は比較的容易である。しかし, 症状が腎盂腎炎と一致しても, 尿所見に異常を認めない場合, どう解釈すべきか判断に苦しむ。

我々は, そのような女性症例を2例経験した。そして両症例ともCT検査にて, 非常に良く似た一過性の所見を認めたので報告する。

症例1 : 35歳 女性

主 訴 : 左上腹部痛, 発熱

現病歴 : 平成8年5月20日より悪寒, 戦慄を伴う39~40の発熱とともに, 左上腹部痛, 左背部痛, 悪心, 嘔吐, 食欲不振をきたし, 5月23日, かかりつけの整形外科を受診, 当院を紹介された。症状としては背部痛よりも左上腹部痛の方を強く自覚していた。なお, この間に市販の解熱剤と胃腸薬を服用していた。

既往歴, 家族歴 : 特記すべきことなし

現 症 : 体温38.8 意識は清明だが苦悶様顔貌 呼吸音, 心音に異常なし

左上腹部に著しい圧痛を認めるが筋性防御

はみられなかった 左背部に強い叩打痛を認めた 浮腫なし 神経学的異常なし

検査成績 (表1) : 末梢血白血球数は14100/ μ lと増加しており, CRPも11.2mg/dlと高値を示した。生化学検査では肝機能, 腎機能に異常を認めなかった。またアミラーゼも正常範囲内であった。

表1 : 症例1の検査所見

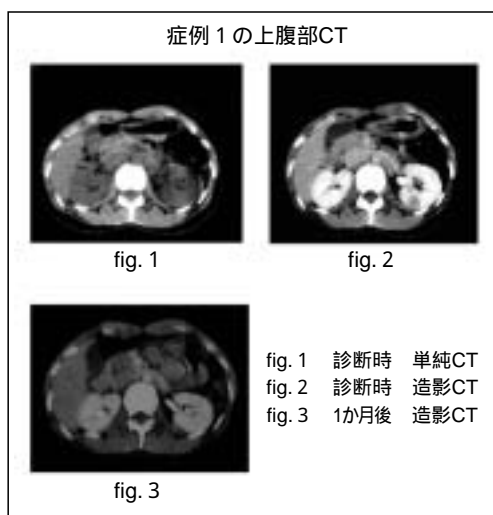
末梢血液		検尿	
WBC	14100	糖	(-)
RBC	455	蛋白	(1+)
Hb	12.3	潜血	(-)
Ht	38.1	ケトン	(3+)
Plt	18.1	ビリルビン	(-)
生化学		ウロビリ	(+)
BUN	10	尿沈渣	
Cr	0.9	赤血球	0~1/HPF
GOT	21	白血球	3~4/HPF
GPT	24	細菌	(-)
LDH	294	尿培養	陰性
s-Amy	107	超音波検査	腎の形態に異常なし
u-Amy	993		
CRP	11.2mg/dl		

検尿ではケトン体が(3+), 蛋白が(1+)であった。尿沈渣上, 白血球は毎視野3~4個程度みられるに過ぎず, 細菌塗沫は陰性であった。また後日判明した尿細菌培養も陰性だった。

高熱と背部の叩打痛は急性腎盂腎炎に矛盾

しない所見であった。しかしながら尿検査の結果は、尿路感染を積極的に示唆するものではなかった。また通常の腎盂腎炎に比し、左上腹部痛が強く、悪心、嘔吐、食欲不振等の消化器症状も著しかったため、大腸憩室炎あるいは腹腔内膿瘍等の鑑別が必要と考えた。

腹部単純X線写真に異常はみられなかった。腹部超音波検査でも上腹部臓器に有意な所見を認めなかった。続いて行った腹部CTスキャンでは、単純CTに異常所見はなかったものの (fig. 1), 造影を行った所、左腎の実質にエンハンスされにくい類円形の箇所が認められた (fig. 2)。



臨床経過：造影CTでみられた左腎の低吸収域は、超音波検査や単純CTでは周囲の実質と区別できなかった。つまり空洞形成および液体貯留などの典型的な膿瘍の所見とは異なっていた。しかしながら、ここを感染の焦点と考えれば症状をうまく説明できると思われるため、膿瘍に準じて治療計画を立てた。

全身症状が強かったため入院とし、持続点滴を行いつつ、フロモキシドール4gとゲンタマイシン120mgをいずれも分2で投与した。発

熱と腹痛にはケトプロフェンで対処した。

入院初日と翌日はスパイク状の発熱と腹痛、嘔吐、背部痛を繰り返したが、3日目より急に解熱した。これと共に疼痛は緩和し食思も改善した。5日目には腹部の圧痛、背部の叩打痛が消失し、6日目のCRPは0.8mg/dlまで低下。7日目に退院した。

1か月後に再検査した上腹部造影CTでは、初診時にみられた左腎の低吸収域は消失しており (fig. 3), 特に形態学的な異常は認められなかった。

症例2：22歳 女性

主 訴：左上腹部痛，発熱

現病歴：平成14年1月22日より悪寒，戦慄を伴う39 度の発熱，左上腹部痛，嘔吐，腰痛が始まり，翌23日に近医受診。ニューキノロン系の抗菌剤，解熱鎮痛剤等の投与を受けたが，症状が持続したため，24日に泌尿器科を受診した。腎盂腎炎の症状に類似するものの，尿所見に乏しく，腹部症状が強いため，当院を紹介され1月25日に初診した。食思不振が著しくほとんど食事がとれていなかった。

既往歴，家族歴：特記すべきことなし

現 症：体温38.4 意識は清明 呼吸音，心音に異常なし

左上腹部に圧痛著明だが筋性防御なし 左背部に強い叩打痛をあり 浮腫なし 神経学的異常なし

検査成績(表2)：末梢血白血球数は5700/ μ lと正常域にあったが，CRPは16.5mg/dlと著明に増加していた。肝機能や腎機能には異常は見られなかった。

検尿ではケトン体(3+)，蛋白(1+)，潜血(1+)で，尿沈渣上，白血球は毎視野

表1：症例1の検査所見

末梢血液		検尿	
WBC	5700	糖	
RBC	438	蛋白	(1+)
Hb	11.2	潜血	(1+)
Ht	35.4	ケトン	(3+)
Plt	14.3	ビリルビン	(-)
生化学		ウロビリ	(+)
BUN	10	尿沈渣	
Cr	0.7	赤血球	1~3/HPF
GOT	17	白血球	2~4/HPF
GPT	19	細菌	(-)
LDH	422	超音波検査	腎の形態に異常なし
CRP	16.5mg/dl		

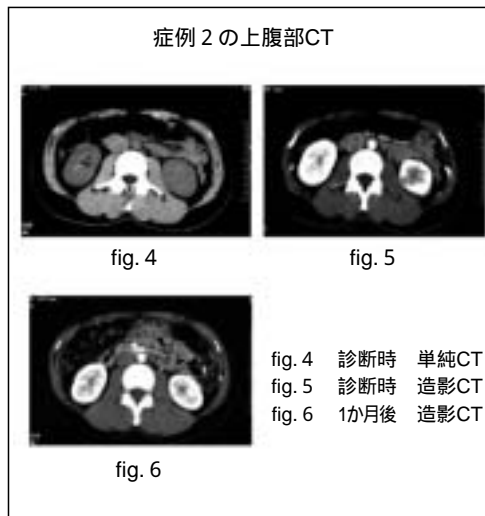
2~4個みられるのみだった。細菌塗沫も陰性だった。

この症例も高熱と背部の叩打痛の他に、左上腹部および嘔吐、食思不振が著明である点で、症例1と酷似していた。ただし本例の場合、既に前医でニューキノロンが開始されており、そのために尿所見が修飾されている可能性は充分考えられた。とはいえ、この尿所見で腎盂腎炎の診断はくだしにくく、他の疾患を鑑別する必要性は依然残っていたため、さらに検査を行った。

腹部単純X線写真、腹部超音波検査に著変なし。単純CTでも異常所見は見られなかった(fig.4)。しかし、造影CTでは症例1と同様の、エンハンスされにくい類円形の箇所が左腎に認められた(fig.5)。

臨床経過：症例1の経験から本例も腎膿瘍類似の感染症と考えた。入院を希望しなかったため、連日通院にて治療を行った。抗生物質は1日当たりイミペナム/シラスタチン0.5gとゲンタマイシン60mgを使用した。発熱は徐々に落ち着き4日目には平熱に復した。これと平行して腹痛も軽減し食思は回復

した。8日目にCRPは陰性化したため治療を終了した。本例も約1か月後にCTを再検したが、左腎の低吸収域は消失していた(fig.6)。



考 案

造影CTで両症例の左腎にみられた低吸収域が何であったのが正確な所は分からない。明らかな膿瘍とも思いにくい。しかし症状のある場所に一致して存在し、症状の改善と共に消失したことから、感染のフォーカスではなかったかと強く疑っている。腎盂腎炎の病理組織像は腎間質の微少膿瘍とされる。そのような変化が腎の一部に集中的に発生したため同部の血流が減少し、造影CTに反映された可能性を考えている。

膿尿は尿沈渣上、白血球数>5個/HPFと定義される。症例2では前医の抗菌剤の影響が無視できないが、症例1で何故膿尿が見られなかったのか、その理由も判然としない。しかしながら腎膿瘍の中でも感染経路が主に血行性で、皮質に発生する腎カルブンケルの場合、病変が腎盂に至らなければ、尿所見に異常はないとされる。あるいは我々の例も、

腎膿瘍が形成される途中の状態ではなかったかと考えている。

稿を終えるにあたり，類例の文献を提供して下さった日南市王子診療所の岡本将幸先生にお礼を申し上げます。

参考文献

- 1) 山辺英彰：感染性尿細管・間質性腎炎，日本内科学会雑誌 88：1435～1438，1999．
- 2) 高橋康一，松本哲朗：尿路系感染症のマネジメント，メディチーナ 38：1888～1890，2001．
- 3) 稲垣良子・他：腎盂腎炎様の症候を呈し尿所見に異常を認めない女性患者，JIM 11：989，2001．

〔 症例検討 〕

宮崎県の学校検尿の現状

延岡市 みやた内科医院

宮 田 純 一

要 約

宮崎県の学校検尿の検診結果を長期のデータ - としてまとめ、また、学校検尿システムについての各都市医師会へのアンケート結果をまとめた。検尿方式、受診率に地域差がみられ、今後改善していかなければならないと考えられる課題のいくつかを提示した。

はじめに

宮崎県の学校検尿の検診結果は毎年宮崎県医師会医学会誌に発表されている。しかし、その結果はその年1年分のまとめで長期のデータ - としては集計されていない。宮崎県の学校検尿の実態を把握する上である程度の期間の結果のまとめが必要と考えられる。また、検診システムに対する調査はほとんど行われていなかったが、平成13年度に九州学校検診協議会では宮崎県が担当して学校検尿システムについて九州の各都市医師会に対してアンケート調査を行った。そこで、そのデータを利用して宮崎県の学校検尿の現状についてまとめてみた。また、学校検尿の問題点について若干の考察を行った。

対象と方法

宮崎県医師会学校医部会学校検診委員会は小中学校で行われている学校検尿の検診結果

を毎年まとめている。そのデータを集計し直して腎疾患ごとの7年間のデータ - を調べた。また、宮崎県内の各都市医師会に対して学校検尿の検診システムに関するアンケート調査を平成13年度に行いその結果を集計した。医師会が行っている学校検診の生徒数を医師会の回答数に乗して計算することによりアンケートの結果を生徒数として表示できるためその計算結果も同時に示した。

結 果

宮崎県には9の都市医師会があるがその内8つの医師会では学校で行われる1次、2次検尿後の検診を各病医院で個別に行うB方式で検診が行われていた。残りの1つの医師会では1次、2次検尿後に集団検診で検診を行なうA方式で学校検尿が行なわれていた。従って表1 - Aに示すように集団検診で3次検尿が行なわれている小学生は13,164人と計算され、同じく中学生は7,348人であった。B方式で学校検尿が行なわれている8つの医師会の内医師会が管理して検診を行っているのは6つの医師会で、2つの医師会では医師会の管理はなく生徒や保護者の判断で受診して検診が行なわれていた(表1 - A)。表1 - Bに検診が行なわれている医療機関を示した。小中学生とも3次検尿は各病医院が最も多く、

表1 宮崎県の学校検尿システムの現状
(アンケート結果の集計)

A. 検尿の実施

	医師会数		小学生数		中学生数	
	3次検尿	精密検診	3次検尿	精密検診	3次検尿	精密検診
生徒や保護者の判断で個別に受診	2	2	6827 (9.2%)	6827 (9.2%)	8952 (19.3%)	8952 (19.3%)
医師会が管理し個別に受診	6	7	54382 (73.1%)	67546 (90.8%)	29999 (64.8%)	37347 (80.7%)
集団検診で検診し医師会が管理	1	0	13164 (17.7%)	0 (0 %)	7348 (15.9%)	0 (0 %)

B. 検診の実施医療機関

	医師会数		小学生数		中学生数	
	3次検尿	精密検診	3次検尿	精密検診	3次検尿	精密検診
医師会病院	1	0	2229 (3.0%)	0 (0%)	1275 (2.8%)	0 (0%)
医師会の検診センター	1	1	13164 (17.7%)	13164 (17.7%)	7348 (15.9%)	7348 (15.9%)
各病医院	6	3	50230 (67.5%)	9990 (13.4%)	32835 (70.9%)	5716 (12.3%)
指定医療機関	1	4	8750 (11.8%)	45655 (61.4%)	4841 (10.5%)	29977 (64.7%)
無回答	0	1	0 (0%)	5564 (7.5%)	0 (0%)	3258 (7.0%)

C. 検診の管理を医師会が行っている学校

	医師会数	
	3次検尿	精密検査
小学校・中学校	9	9
小学校・中学校・高校	0	0

D. 検診の結果治療や管理が必要な生徒の医師会の把握

	医師会数		小学生数		中学生数	
	3次検尿	精密検診	3次検尿	精密検診	3次検尿	精密検診
把握していない	2	4	6827 (9.2%)	15312 (20.6%)	8952 (19.3%)	13784 (29.8%)
把握している	7	4	67546 (90.8%)	53497 (71.9%)	37347 (80.7%)	29257 (63.2%)
無回答	0	1	0 (0%)	5564 (7.5%)	0 (0%)	3258 (7.0%)

精密検診は指定医療機関が最も多かった。高等学校の検診は表1 - Cに示すように医師会は管理していなかった。表1 - Dに示すように検診後の管理は小学生の3次検尿が90%以上、中学生は80%以上が医師会により管理されていた。3次検尿では9つの医師会で決まった検査成績表を使用し、精密検診では2つの医師会で決まった検査成績表を使用していた(表2)。また、5つの医師会では生化学所見を3次検尿の検査成績表に記入することになっていた(表3)。表4に3次検尿の検査項目を示した。医師会独自の検診手順で学

校検尿を受けている小学生は37.9%、中学生は34.0%であり、腎臓検診委員会で管理されて検診を受けている小学生は95.0%、中学生は95.3%であった。表6に3次検尿の受診率の推移を示した。また表7, 8に小中学生の地域別の未受診率を示した。表9, 10に年度別の学校検尿の診断名と頻度を示した。小中学生とも血尿群の頻度が高かった。図1に平成12年度の学校検尿の診断名の割合を示した。小学生に比べ中学生は血尿の頻度が減少し無症候性蛋白尿や慢性糸球体腎炎の頻度が高くなっていた。

表2 3次検尿の検査成績表

	医師会数
3次検尿のみ決まった検査成績表がある	7
3次検尿、精密検査とも決まった検査表を使用	2

表3 3次検尿の検査成績の記入

	医師会数
診断名、尿所見、生化学所見を記入する	5
診断名、尿所見を記入する	4

表4 3次検尿の検査項目

検査項目	医師会数	検査を受けている小学生数	検査を受けている中学生数
ASO, ASK	1	13164 (17.7%)	7348 (15.9%)
IgA	3	28170 (37.9%)	15746 (34.0%)
C3	1	13164 (17.7%)	7348 (15.9%)
クレアチニン	4	33492 (45.0%)	23814 (51.4%)
BUN	4	33492 (45.0%)	23814 (51.4%)

表5 宮崎県の各医師会の学校検尿の現状

	医師会数		検診を受けている小学生数	検診を受けている中学生数
	有り	無し		
医師会独自の検診手順	3	6	28170 (37.9%)	15746 (34.0%)
学校検尿を年間2回実施	1	8	6256 (8.4%)	3557 (7.7%)
1次2次検尿の緊急速報システム	2	7	21914 (29.5%)	12189 (26.3%)
腎臓検診委員会	7	2	70639 (95.0%)	44140 (95.3%)
尿中白血球数の測定	1	8	6256 (8.4%)	3557 (7.7%)

表6 宮崎県の3次検尿の受診率の推移

	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年
小学校	69.2	80.4	67.8	74.7	73.1	79.1	76.1	74.8
中学校	73.4	68.4	60.1	64.1	65.7	71.8	74.2	63.0

表7 小学生の3次検尿の未受診率

	8年	9年	10年	11年	12年
西臼杵	64.7	58.3	64.7	47.8	60.0
西諸	5.9	20.8	29.2	16.7	35.3
南那珂	8.2	0	9.1	16.4	0
西都	48.3	20.0	11.5	5.0	16.7
児湯	29.3	28.6	19.2	20.0	28.0
日向	25.6	32.0	32.1	29.3	35.6
延岡	11.3	20.4	9.3	10.9	30.4
都城	0	0	0	0	1.9
宮崎	46.5	47.1	42.1	46.2	38.2

表8 中学生の3次検尿の未受診率

	8年	9年	10年	11年	12年
西臼杵	33.3	66.7	80.0	66.7	62.5
西諸	11.3	10.0	12.0	22.6	54.2
南那珂	27.7	0	35.9	28.9	33.3
西都	12.5	5.0	22.2	25.0	50.0
児湯	45.0	25.0	29.3	21.4	42.1
日向	32.8	58.5	27.5	32.5	30.0
延岡	12.7	41.0	44.0	20.0	46.2
都城	3.9	0	2.4	4.9	4.2
宮崎	52.6	64.0	47.8	51.0	50.3

考 案

宮崎県内の腎炎のまとめとしてはこれまで宮崎医大の腎生検結果の集計¹⁾や、県立宮崎病院小児科の腎生検例のまとめ²⁾があり、また学校検尿のまとめとしては延岡市の学校検尿の集計³⁾がある。しかし、宮崎県全体の学校検尿の結果を長期のデータとしてまとめた報告は少ない。今回のまとめが今後の

学校検尿の実施において参考になれば幸いと考えている。

学校検尿は小児の腎疾患の早期発見、早期治療に貢献していると考えられるが、学校検尿を更に充実させ発展させるためには検尿システムを含め検討しなければならない点がある。問題点を列記すると 検尿の精度の問題点：検査は採尿後冷蔵保存し4時間以内に検査を行なう必要があるが時間内に検査できて

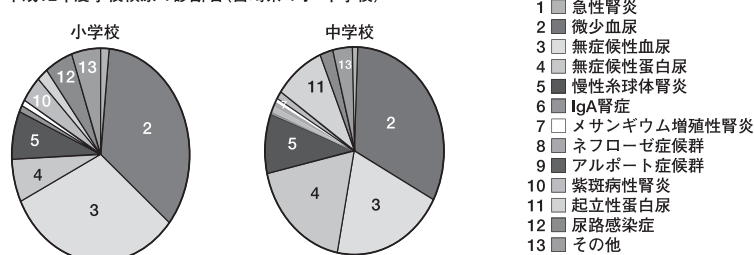
表9 学校検尿の年度別診断名(小学校)

	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年
急性腎炎	5	5	1	1	3	4	5	5
微少血尿	157	156	139	81	61	100	110	98
無症候性血尿	83	86	93	116	73	92	108	91
無症候性蛋白尿	6	9	4	8	4	17	17	18
慢性糸球体腎炎	9	26	16	22	13	38	13	21
IgA腎症	2	2	2	0	1	4	3	3
メサングウム増殖性腎炎	1	2	1	0	1	0	0	0
膜性増殖性腎炎	0	1	0	0	0	0	0	0
ネフローゼ症候群	2	2	0	2	3	1	1	2
良性家族性血尿	2	1	0	0	1	2	2	0
アルポート症候群	0	1	0	0	0	1	0	0
紫斑病性腎炎	3	4	8	9	4	10	13	12
起立性蛋白尿	6	7	8	5	1	2	3	6
尿路感染症	14	18	15	10	11	11	14	14
その他	23	15	5	4	5	3	4	15

表10 学校検尿の年度別診断名(中学校)

	5年	6年	7年	8年	9年	10年	11年	12年
急性腎炎	4	0	0	1	1	4	6	2
微少血尿	92	53	43	38	29	72	87	70
無症候性血尿	42	86	47	53	32	47	58	43
無症候性蛋白尿	18	9	26	18	24	48	34	40
慢性糸球体腎炎	7	20	14	21	11	32	19	21
IgA腎症	1	2	3	2	1	4	3	3
メサングウム増殖性腎炎	0	3	0	0	0	1	0	1
膜性増殖性腎炎	0	0	0	0	0	0	0	0
ネフローゼ症候群	1	2	1	1	2	2	0	0
良性家族性血尿	0	1	0	0	0	2	2	0
アルポート症候群	0	0	1	0	0	0	0	1
紫斑病性腎炎	0	4	2	4	2	4	4	3
起立性蛋白尿	7	7	11	4	5	11	22	20
尿路感染症	11	19	8	6	9	7	8	5
その他	1	6	6	7	3	7	9	8

図1 平成12年度学校検尿の診断名(宮崎県の小・中学校)



いるか。試験紙反応で潜血偽陽性となる薬剤(テオフィリン等)、潜血偽陰性となる薬剤(アスコルビン酸等)を除外できているか、尿所見は日により異なるため3回以上の検尿にて判定しているか、膀胱尿管逆流現象など

蛋白尿や血尿で発見できにくい疾患に対して尿中白血球検査等が行なわれているか。検尿システムの問題点:表1~5に示すように検診システムに地域差があること。表1-Cに示すように高校の検診の管理が行なわれて

いないこと。表7～8に示すように3次検尿の検診受診率の低下がみられること。治療や管理上の問題点：軽微な尿所見異常により生徒に過剰な病識を与えていないか。小児から成人へと移行する腎炎の治療が学校卒業後も続けられているか。以上の問題点を列記したがこれらの点について今後も検討し改善していかななくてはならないと考えられる。

(本論文の要旨は第14回宮崎小児保健学会にて発表した。)

参考文献

- 1) 宮田純一, 脇坂 治ほか: 宮崎医科大学第一内科及び関連病院における腎生検例の検討: 宮崎医会誌 11:209 - 212, 1987.
- 2) 清 保博, 黒川聡子ほか: 学校検尿有所見者に対する腎生検の適応 当科における腎生検例の検討より: 宮崎医会誌 18:184 - 187, 1994.
- 3) 宮田純一, 佐藤靖美: 学校検尿3次個別検診方式のシステム化と集団検尿方式との比較: 宮崎医会誌 26:88 - 96, 2002.

[Postgraduate Education]

臨床循環器病講座 (12)

宮崎市 県立宮崎病院内科

中川 進, 福永 隆司, 大坪 涼子

症例提示

4例提示する。診断, 治療は？

①②などは, 後の“経過と解説”を参照。

(症例1) 生来健康な69才, 男性。突然, 右側腹部鈍痛が発生, 持続した。4日後に近医で不整脈を指摘。その夜, 一睡もできぬ激痛となり, 嘔吐も合併した。

翌日, 当科受診。LDH1933, GOT106, GPT102, BUN25.5, Cr1.2, CRP3+, WBC10100, 尿RBC10-20/HPF。心電図は図1。

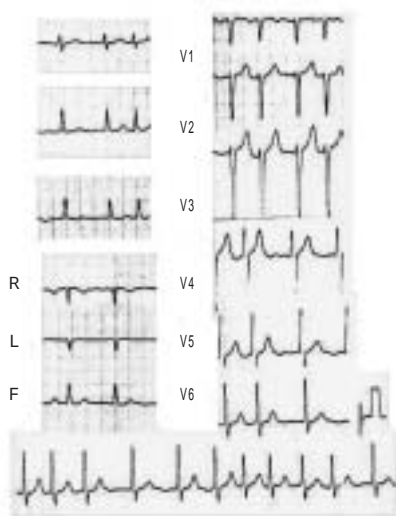


図1 症例1の心電図

腹部CT検査の後(①)入院とした。

17日後, 右下腿以下の冷感, 疼痛, 知覚鈍

磨が発生, 蒼白となる。脈拍触れず(②)。

1年後, 治療中断時, 軽い脳梗塞(構語障害, 右半身麻痺)が発生した(③)。

(症例2) 70才, 男性。10年来の心房細動以外, 生来健康で著患なし。

白内障手術前で入院中, 突然右前腕の疼痛, 知覚障害が生じ, 蒼白となった。右肘動脈が触れない。当科へ転入院し, 診断, 治療(①)を施行。

翌朝覚醒後, 起座すると右上肢脱力が発生。緊急手術施行(②)。

術後14日目に, 急に左前腕の疼痛, 冷感, 知覚鈍磨が発生し, 蒼白となった。橈骨動脈が触れない(③)。

(症例3) 73才, 男性。4年前から発作性心房細動あり。テノーミン, リスモダンRで無症状となる。

突然, めまい, ふらつき, 食思不振, 頭痛, 嘔吐が発生して歩行入院。正常洞調律だが, 発作性心房細動あり。

入院5日目, 頭痛, 嘔吐が増悪し, 意識障害出現。他に神経学的異常なし。意識障害が増悪し, 8日目, 緊急手術施行。

(症例4) 75才, 男性。17年前から発作性心房粗動あり。5日前からの心房粗動で入院。

入院翌日、洞調律に復し、以後、維持していた。入院5日目、突然の右下肢疼痛、知覚低下、蒼白が発生。右膝以下の脈拍触知不可であった。

症例の解説と経過

(症例1の経過)(図2)心電図(図1)は脈拍数120/分の心房細動(以下AF)。AFの発生時期は不明だが、細動波も大きく、最近の発生か?

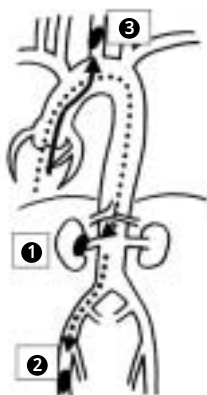


図2 症例1

①腹部CTで、右腎梗塞と診断。血管造影で腎動脈内に血栓像あり(塞栓子?)、再疎通していた。LDH上昇などは腎の臓器壊死による。典型的な塞栓症では突発完成型の経過をとるが、本症例は、塞栓発生と症状のピークの間に4-5日のずれがあった。

②ヘパリン, warfarin開始したが、17病日、右膝下動脈塞栓症を発症。以後、再発なし。

③1年後、抜歯前にwarfarin中止したところ、脳塞栓(右半身麻痺)を発生した。

高リスク症例では、抜歯時もwarfarinは中止しない、またはごく短期間に制限する。

(症例2の経過)(図3)①AFからの塞栓症を疑い、末梢血管エコー検査で右肘動脈閉塞を確認(図1右上)し、経カテーテル的血栓

溶解療法で開通させた。

②エコー検査時、たまたま右頸動脈に探触子をあてたところ、血栓性閉塞を認めた(図1右下)。頸動脈閉塞による脳虚血症状はなく、末梢血管エコーでのみ診断できた。ヘパリン点滴で経過を見たが、翌朝、起座にて症状出現のため、脳外科で頸動脈血栓摘除術を施行。

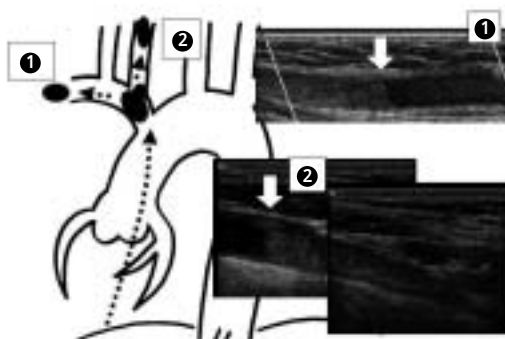


図3 症例2

二度塞栓が飛んだのではない。心臓からの塞栓子が血管分岐部(本例では内頸動脈と鎖骨下動脈の分岐部)で2つに別れ、2本の血管に塞栓を発生した。

③本症例は、手術後のためwarfarin開始を控えていたが、術後14日目に左肘動脈塞栓症を発生した。血栓溶解療法の後、早急にwarfarinを開始した。

無症状だったAFも10年目にして初めて塞栓を起こした。また、いったん起こすと反復するものらしい。

(症例3の経過)(図4)小脳塞栓を起こしていた。それに合併した出血性梗塞による血腫が中脳水道を圧迫して水頭症を呈していた。緊急に脳室ドレナージ手術施行した。

以後、Warfarin開始したが、軽い小脳失調があり、転倒の危険も考えてINRは低めとし、サンリズム3C、テノーミン1Tで洞調律維



図4 症例3

持も図っている。その後、3年になるが塞栓再発なし。ときに発作性AFは起こっている。

発作性AFも48時間持続すれば血栓のリスクが生じる。48時間以上のAFや粗動は、塞栓予防の点では、持続性AFと同じに扱う。本患者には年齢以外のリスクはなく、塞栓発生前には、warfarin投与の適応はなかった。

(症例4の経過) 右大腿動脈塞栓を発生していた。血栓溶解療法で治療した。

心房粗動でも塞栓予防はAFと同様に対処する (Circulation 2002;106:649)

心房粗動やAFから洞調律に回復後、心房の運動再開には数日かかる。本例では洞調律回復5日目に(心房が動き出して)塞栓を起こした。洞調律回復後も1週間程度は塞栓を警戒してwarfarinやheparinの使用を考える。

症例のまとめ

いずれの症例もAFや心房粗動のため、左房内に血栓ができ、遊離して塞栓症を起こしたらしい。warfarinでINRを1.5 - 2.0に維持して、以後の再発は予防できた。

内科医には、塞栓症はなじみが薄い。診断が困難、各科にまたがる症状のため、血管外科、脳外科などでばらばらに診ている、

頻度が少ない、ためだろうか。しかし、予防が有効な疾患であり、内科医の関与の重要性を強調したい。

発作性AFや粗動の治療方針

(1) 筆者は、遮断剤で頻拍抑制して症状を取る(軽い発作性AF抑制効果もある)方針を好んできた。塞栓リスクには、必要に応じwarfarinを追加する。

(2) 抗不整脈薬で洞調律を維持する方針もあるが、催不整脈作用と、AF予防の不確かさが問題となる。

(3) 心房粗動や発作性AFの一部は(特に粗動合併例)カテーテルアブレーションで根治できる。固定性AFには、まだ開発段階だ。県病院でも、もと済生会熊本病院の土谷健先生の手技で、発作性頻拍症(上室性、心室性とも)のカテーテル治療、重症心不全の両心室治療ペースング治療など、不整脈の最新治療を行っていく予定だ。

本稿のテーマ：AFからの心原性塞栓の治療

本稿では、非弁膜症性のAFに伴う塞栓症を取り上げる。高齢化社会の進行に伴い、AFと、AFによる脳塞栓は増加している。寝たきりの大きな一因であり、二人の元首相を倒した深刻な社会問題でもある。

() 脳梗塞の病因

日本人では虚血性心疾患より脳梗塞が多い ラクナ(40%) 高血圧がリスク因子 アテローム血栓性(30%) 動脈硬化 脳塞栓(20%) AF
--

日本人には、欧米に比べ脳梗塞が多く、その分、虚血性心疾患は少ない(5分の1)。内科医の手で、脳梗塞を減らしたい。

脳梗塞の病因には三種ある。StatinやAspirinは、LDL - C低下作用に加え、抗炎症作用を介して、三病因すべてに有効という。

ラクナ（40%）には高血圧管理が、アテローム血栓性（30%）には動脈硬化の進展予防が、塞栓性（20%）にはwarfarin, 抗血小板剤が有効だ。

脳塞栓症の最大の原因はAFである。AFを持つ患者の脳梗塞の80%は脳塞栓であり、残り20%のみが、並存する動脈硬化による他の型の脳梗塞だ。脳の防御がAFの最重要の治療目標である。

() AFの塞栓症

左心房（左心耳）で血栓形成
遊離して塞栓
塞栓先；全身の血管どこでも飛ぶ
上下肢血管も多い
しばしば反復。異なる場所に飛ぶ
意外と似た場所に飛ぶことも多い

左心房（左心耳）で血栓 = 塞栓子が形成され、遊離して、末梢血管に塞栓し、塞栓先の臓器の虚血、壊死を発生する。

塞栓先は全身の血管どこでもよい。脳（脳梗塞の36%）、頸動脈、上下肢、冠動脈、腎動脈、腸管膜動脈、肝動脈、脊髄動脈などさまざま。その結果、多彩な症状を呈する。塞栓はしばしば反復する。それぞれ異なる塞栓先に飛ぶが、同じ患者では、意外と近い場所に飛ぶ傾向がある。心臓からの拍出血流が層流になっているためらしい。

青天の霹靂のごとく、突然発症する（突発完成型）。時には、一見脈絡のない多彩な症状が続けて発生し、塞栓の診断に想不到しないと、わけがわからない。診断の鍵は、持続期間は様々だが、AFの存在である。

() AFの塞栓予防の原則

55才以下で低リスク投薬不要
高齢者:低リスク Aspirin
高リスク(+) warfarin
(高リスク群はAspirinの効果少)
一次予防が大切

AFでは血栓サイズが大きいので、大きな脳梗塞が多い。重度の後遺症を残して、以後のwarfarin治療も困難になる。従って、高リスク症例には、一次予防が大切だ。Warfarinの使用に習熟して、塞栓を予防して頂きたい。出血性合併症のリスクと使用上の煩雑さのため、今でもwarfarinの普及はまだ不十分だ。それに代わる新薬も開発中（抗トロンピン薬melagatranなど）だが、現在はwarfarinを使わざるを得ない。

大阪大学の堀教授の提唱したwarfarin使用基準を一部改変して示す（図6）。

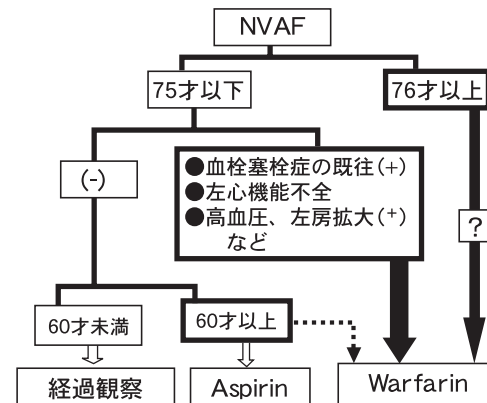


図6 心房細動の治療指針（大阪大、堀教授ら、より改変）。

(1) 若年者（55才以下）のAFは、過労時や、飲酒の翌朝に起こる一過性のもも多い。塞栓リスクは低く、心疾患など、特殊な症例以外はwarfarinの適応はない。

(2) 高齢者も低リスク（危険因子や心疾患

なし)なら Aspirin 投与でよい。

(3) 高齢者で高リスク群では、禁忌例を除いて warfarin を使う。

AFの脳梗塞発生は4.5%/年, warfarin で1.2%となる(ほぼ70%減少)。Aspirin は低リスク群なら40%減少だが, 高リスク群には効きにくく, 21%減少にとどまる。

() AFの塞栓発生の高リスク因子

動脈系塞栓(脳塞栓など)やTIAの既往
左心不全
加齢 55才<65才<75才
高血圧症の既往(160以上)
少し弱い, DM, 冠動脈疾患, 左房径が大
(筆者)家族歴
頭部CT, MRIで経時的に梗塞巣増加

(1) AFの二次予防

いったん塞栓発生後の再発率は高い。禁忌のない限り, warfarin の適応となる。

(2) 左房うっ血と血栓素因が高リスク

①左心房の血液うっ滞があり, ②個々人の血栓形成素因が強いと, 凝固系の活性化, フィブリン形成, ひいては血栓形成にいたる。

左心房は, 心室の補助ポンプとして収縮拡張している。左心室の機能(収縮能でも拡張能でも)が低下すると, 左心房収縮の心拍出量維持への関与が大きくなる(20%から50%へ)=左房圧が高くなる。このための,

左房圧上昇, 左房拡張が持続すると, 心房がこれに耐えられなくなりAFになる。AFになると, 補助ポンプ作用が消失し, 血行動態が悪化すると同時に, 心房の規則的収縮が失われ, 細かく震える状態になる。

このような経過で, 左心房内の血液うっ滞が増悪し, 血栓ができ易くなる。とりわけAF発生が塞栓の引き金である(図5)。

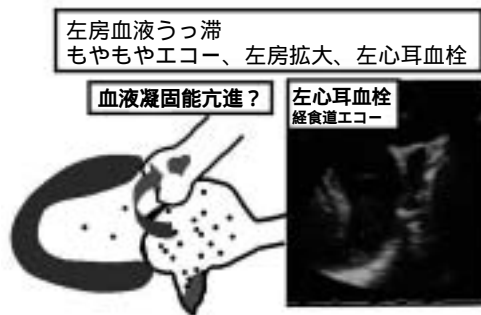


図5 左心耳の血栓形成と経食道エコーで見た左心耳血栓。

(3) AFの塞栓症の高リスクの疾患

従って, 弁膜症などの心疾患, 左心機能(収縮能や拡張能)低下や, 心不全など, 左房圧の高い疾患では高リスクだ。

1) 僧帽弁膜症は, 狭窄も閉鎖不全もAFになれば warfarin 投与の対象となる。

2) 心筋症では, うっ血型心筋症は収縮能が, 肥大型心筋症では拡張能が主に低下する。AF発生は深刻な心機能低下と塞栓のリスクにつながる。アミオダロンを含め, あらゆる手段で洞調律を維持する。だめなら warfarin を考慮する。

3) 高血圧や糖尿病, 加齢はなぜ高リスクなのか。AFは60才頃から急速に増加する(前々回の本講座参照)。高度な動脈硬化に伴う, 高血圧や糖尿病に伴う左心室の肥大=拡張能低下からの左房圧上昇の結果, AFが発生する。高血圧はAFの重要な原因疾患である。時に, AF時の頻拍から心不全を起こす。これらは, みな塞栓症の危険因子である。DMでは凝固能亢進もある。

想像半分だが, こう説明すると, わかりやすい。

家族歴も凝固系や心疾患の遺伝素因を反映するかもしれない。

() AFに伴う塞栓症の診断

AFがある
 左房血栓；TEE，心エコー，CT
 塞栓子；血管エコー，血管造影
 軽症の塞栓を見逃さずに二次予防する

(1) 塞栓症の診断。

AFがある（発作性も含め）ことが，診断の鍵である。

塞栓先で，末梢血管エコー，血管造影で塞栓子を確認する。

左房血栓（左心耳に好発）を確認する。左房血栓の診断率は経食道エコー（TEE）（35%），CT（26%），心エコー（11%）という。塞栓直後には，左心耳はもぬけの殻のこともある。経食道エコーで，左心耳内の血栓，もやもやエコー，左心耳内の血流速度などを検討する。

(2) 軽症の塞栓を見逃さずに warfarin。

無症状でも，頭部CT，MRIでの多発性脳梗塞の存在や，経過で梗塞巣の増加があれば warfarin を検討する。

低リスクで，aspirinで経過観察中でも，軽症の塞栓を見逃さずに診断し，warfarinを開始することが特に大切だ。

上下肢血管は虚血に強いので，末梢の壊死がなければ，血管造影で診断の後，血栓溶解，血栓吸引などのカテーテル治療を行う。血栓量が多ければ外科的に Fogarty カテーテルで血栓除去を併用する。

脳，腎，腸間膜動脈などは虚血に弱い。腸間膜動脈など内臓動脈の塞栓では，腸管壊死を起こして重篤になる。急性期には循内に来ないので経験がないが，CTなどで早期診断しないと治療が困難だ。

() Warfarin治療の実際

Warfarinの使い方や，患者指導，何かの手術前後の中止の仕方などには，エーザイの患者向け，医師向けの冊子があり，まことにわかりやすい。ぜひ利用されたい。

(1) warfarinの始めかた。

禁忌：確実な内服が困難な患者
 出血性疾患，最近の脳イベント
 治療不十分な重症高血圧
 重篤な肝，腎疾患，など
 維持量の個人差が大 1-7 mg

- 1) 患者には，“脳出血のリスクもあり，外傷や胃潰瘍の時には出血が多くなる。副作用や薬物相互作用が多く，食事内容や薬の併用上の注意が必要な面倒な薬だ”，“しかし，あなたは高リスクなので，脳卒中や塞栓症を防ぐためにのむほうがよい”旨の説明をする。エーザイの患者用パンフレットを使い，薬剤師や栄養士の協力も得て指導する。
- 2) 薬剤服用の自己管理ができぬ（能力，性格，疾患などの理由で）患者には禁忌である。重篤な肝，腎疾患は効果を増強することがあり，慎重投与ないし禁忌。
- 3) Warfarinの維持量は個人差が大きい。1 mgで効く人から7 mg必要な人まで，幅があり，投与してみないとわからない。

Warfarin開始時には，初日に10-15mgを単回投与し，一日休薬して5 mg/日から開始する，または 単回投与なしで1 - 5mg/日から開始する（時間がかかる）。2日おきにINRをチェックし，量を増減して維持量を決めていく。

(2) warfarin投与中の経過観察。

食事，併用薬で変動
 月に一回INRチェック 1.5-2.0に
 出血に注意，便の色，胃カメラ，便潜血

1) 日本人では、外国のように2.0-3.0の維持量では出血性合併症が増える。月に一回INRをチェックして、1.5-2.0の間に調節する。このさい、維持量が少ない症例では、1.3mgとか、粉末になって薬局の負担が大きい。

リスクが特に高い症例(弁置換術後や治療中の再発など)では、それに応じてINRの目標値をあげて、厳しくする。

2) WarfarinはビタミンK阻害薬であり、効果が食事中のビタミンKの量で変動する。摂取が多いと効果が低下し、少ないと効きすぎて出血のリスクが増える。

納豆、青汁、クロレラは影響が大きく禁止。

緑色野菜(ほうれん草など)や海藻類は摂取量をなるべく一定にする。旬だからといって多量摂取しない。

体調が悪いなどで、食事摂取量が低下すると利きすぎる危険がある。

3) 薬剤相互作用も多い。アミオダロン、リファンピシンなど、テキストを参照されたい。

4) Warfarin投与中は定期的に出血源をチェックする。便潜血を半年毎、胃の検診を

年一回。皮下出血、黒色便などに注意させる。

5) 出血時や、INRが5以上で、急速にwarfarinの効果を消す時は、新鮮凍結血漿の輸注で凝固止血因子を補給し、ビタミンKを静注する。

() 特殊な塞栓症

(1) 洞機能不全症候群では心房の変性疾患が基礎にあるため塞栓が多い。ペースメーカー植込み後も、AFにはwarfarinを積極的に使う。以前の、VVIに比べてDDDペースングが塞栓予防に有効という説は、やや強調しすぎらしい。

(2) AFがなく正常洞調律でも、さまざまな原因で塞栓症が起こる。心エコーや経食道エコーが診断に有用だ。奇異性塞栓(卵円孔開存や心房中隔欠損症があり、静脈系血栓が右心房から左心房へ入り、動脈系に塞栓する)、心房中隔瘤にできた血栓、左室壁在血栓(うっ血性心筋症や前壁梗塞)、細菌性心内膜炎の疣贅、アテローマ塞栓症、などである。

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療 X 咳嗽 (その2)

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

症例 4

29歳，女性。

主訴：咳。

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：幼児期より気管支喘息のため断続的に医療機関を受診。

現病歴：平成7年の2月8日の夕刻から悪寒発熱，頭痛，関節痛，咳が出現し，

翌9日午前に当院を受診した。

所見：身長153cm，体重58kg。顔面は蒼白であるが，眼瞼結膜には貧血を認めず，咽頭発赤あり。舌質は紅で，微白苔があり，脈は浮緊数。自汗はなく，腹力中等度で，右側に軽度の胸脇苦満を認めた。体温37.1℃。

臨床診断：かぜ症候群。

経過および治療：麻黄湯（ツムラエキス顆粒医療用）を1回2.5g宛，1日3回，朝昼食間・昼夕食間・就寝前内服とした。

2日後の11日には，ほかの症状は軽快したが，咳が次第に増強し，12日には激しい咳が頻発して，就眠を妨げるようになった。

喀痰量は少ないが，粘稠で切れにくく，粘液性であった。13日の受診時も症状の軽減はみられず，脈はやや沈で弦となり，胸脇苦満は増強して中等度となっていた。そこで，頓嗽湯（新妻方・橋本天海堂の生薬による煎

劑・以下，本方）に転方したところ，咳は次第に軽減し，16日には軽快した。

考察と解説：本方は京都の新妻家の家方で，大塚敬節氏が京都の細野史郎氏よりの伝授で百日咳に用い，しばしば効顕をみた述べている方剤である¹⁾。

昭和56年夏，当院に通院加療の祖父に連れられて，9歳の男児が来院した。1週間前から痙攣性の激しい咳が頻発して，他医で治療を受けているが全く症状が改善しないとのことであった。この症例に本方を用いて著効を得て以来，著者は本方を用いる機会が多くなった。

本方は，急性熱性疾患における小陽病の病態を改善する柴胡，解熱作用とともに鎮静・鎮痙・消炎・止汗的作用をもつ石膏，気道の消炎とともに去痰作用をもつ桔梗，消炎，鎮静的作用をもつ黄芩，気道の機能を改善し呼吸困難を緩和する桑白皮（クワ科のカラグワのコルク層を除去した根皮），解熱・消炎作用とともに除煩（もやもやして気持が悪い状態を改善する）作用をもつ山梔子（アカネ科のクチナシの成熟果実），気道を潤し，鎮咳去痰に働くとともに構成諸薬を調和する甘草で構成され，これらの構成生薬の協同作用によって気道の炎症を鎮め，鎮咳・去痰・呼吸困難の改善に寄与するものと思われる。

本症例での使用量は、柴胡・石膏各5g、桔梗・黄芩・桑白皮各2.5g、山梔子・甘草各1gを1日分とし、これに水600mlを加えて、約1時間ほど細火にかけて300mlに煮つめ、これを100ml宛、1日3回、朝昼食間・昼夕食間・就寝前内服とした。

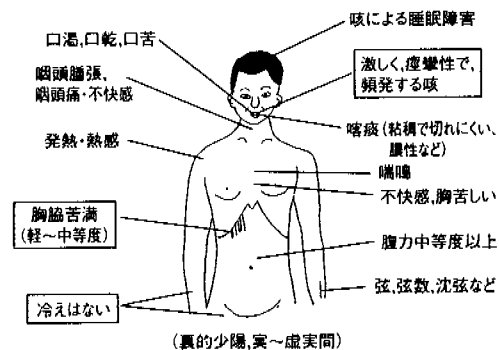
本方は、裏熱を清解する大寒（体を冷やす作用が強い）の石膏をはじめ、主として寒涼薬（冷やす傾向をもつ生薬）で構成され、胸脇苦満オウソウイカンネツや往来寒熱（弛張熱）を治す柴胡が重要な役割を担っていると考えられるので、急性熱性疾患における少陽病のうち陽明経証ようめいけいしょう（白虎湯や白虎加入参湯の適応）近くに位置する、実証ないし虚実中間証向きの方剤ではないかと思っている。

本方の使用目標として著者は、1. 激しく、痙攣性で頻発する咳、2. 咳による睡眠障害、3. 軽ないし中等度の胸脇苦満、4. 四肢の冷えなどの寒性の症候を伴わない、5. 虚実中間ないし実証、の5項目を提唱した²⁾が、4. はやや流動的である。

本症例においては、当初、脈浮緊数、悪寒発熱、頭痛、関節痛、無自汗の症状により、まず、麻黄湯で対処し、咳が増強し脈状が弦となり胸脇苦満が高度化した時点で本方に転方するという治法を行ったが、不適切ではなかったと思っている。ただ当初、麻黄湯を3日分処方し、継続服用させたが、2日後に咳が増強し始めた時点で本方に転方していれば、より早期に軽快させることができたかも知れない。

図1. に本方の適応症に出現しやすいと思われる症状・所見を示した。弦はピンと張った楽器の弦に触れる感觸の脈で、口乾は口中に乾燥感があるが、多飲はない。

図1 頓嗽湯（新妻方）



症例5.

73歳、女性。

主訴：咳、咯痰。

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：平成4年11月24日より虚血性心疾患、高血圧症、さらに同8年11月6日より脳梗塞にて診療中で、肩こりや腰痛もあり、塩酸ジルチアゼム（ヘルベッサ）・釣藤散および桂枝茯苓丸加薏苡仁（ツムラエキス顆粒医療用）を使用中。血圧はほぼ正常範囲内にコントロールされており、心電図は左側胸部誘導でT平低、心エコーでは大動脈弁の石灰沈着、腹部エコーでは軽度の脂肪肝と右腎の石灰沈着、頭部MRIでは多発性脳梗塞を認め、血液化学検査ではGPTや総コレステロールの軽度上昇が見られる。

現病歴：平成10年7月31日から軽度の咳、少量の咯痰と鼻漏があったが、同8月9日より咳が増強・頻発するようになり、去痰困難もあるとのことで翌10日受診。

所見：身長152cm、体重65kg。肥満した老婦人で、顔面に比較的広汎に色素沈着があり、咽頭発赤軽度。舌質は淡紅でやや胖大、舌苔は薄白、舌裏に軽度の静脈怒張があり、脈はやや浮で緩、腹部は軟で胸脇苦満は認めない。

が、左下腹部に軽度の抵抗を認めた。このほか、熱感や悪風感はないが、咽喉不快感があり、喀痰は時に微黄色を呈し、体温は35.8℃。臨床診断：かぜ症候群。

経過および治療：まず頓嗽湯（栃本天海堂の生薬による煎剤）を朝昼食間・昼夕食間・就寝前内服として経過をみたところ、2日後（12日）の再診時に、咳は全然軽減せず、出始めたらしばらくは止まらず息苦しくなると訴えた。肺感染症を疑って胸部X線単純撮影正面像を検討したが、心陰影の拡大（CTR 53%）は認められたものの、肺野に異常陰影は認められなかった。

そこで、止嗽散（「医学心悟」・同煎剤）に転方したところ咳は次第に軽減し、5日後にはほぼ軽快した。

考察と解説：本症例は、咳が激しく頻発するという点では頓嗽湯の適応症に似ているが、咳が睡眠を妨げるほどではなく、胸膈苦満も認めない。咳が約10日間にわたって遷延してはいるが、脈はやや浮で緩、舌質淡紅で苔は薄白であり風寒の邪（主にウイルス）によって気道の炎症やそれに伴う機能障害が続いているものと思うが、病位は頓嗽湯の適応症の場合より表位にあるものと思う。

次に用いた止嗽散（以下、本方）は気道の消炎や去痰作用をもつ桔梗、適度に発汗させて病邪を除き、鎮痙作用をもつ荊芥、気道を潤し、去痰し、鎮咳する紫菀・百部、気の上衝をおさえて鎮咳・去痰する白前、気めぐりをよくして健胃にも働き、去痰作用もある陳皮、気道を潤し、鎮咳・去痰するとともに構成諸薬を調和する甘草の7味で構成されている。

そのほとんどは馴染みの薄いものと思う

が、荊芥はシソ科のケイガイの花穂をつけた莖枝あるいは花穂、紫菀はキク科のシオンの地下部、百部はヒヤクブ科のツルビヤクブなどの肥大根、白前はガガイモ科のイケマ属植物の地下部である。

1日の常用量は、桔梗・荊芥・紫菀・白前各9g、百部12g、陳皮6g、甘草3gで、前述の頓嗽湯の場合と同様に煎じて1日3回空腹時に内服する。

原典には「諸般の咳嗽を治す」と記載されていて³⁾、比較的広範囲に応用可能な方剤ではないかと思うが、著者が本症例に用いる前に5症例ほど本方を用いてみて、証の把握が不備であれば期待した効果は得られないと思った。

本方の構成生薬の薬性は桔梗・甘草が平（温めも冷やしもしない）、百部・白前が微温、荊芥・紫菀・陳皮が温であるから、程度は強くないものの方剤全体としては温熱的に働くものと考えられる。したがって、頓嗽湯とは方剤の薬性も異なっている。

本方の適応症として「中医処方解説」には、風寒の咳嗽（感冒などに伴う咳嗽で、軽度の悪寒・頭痛が見られることもある）⁴⁾、また「中医臨床のための方剤学」では、主治として風邪犯肺（咳嗽・喀痰・咽の痒み・微悪風寒・発熱・舌苔は薄白など）が記載されていて⁵⁾、頓嗽湯の適応症の場合よりも病位は軽浅ではないかと思われる。

症例6. 79歳。女性。

主訴：咳。

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：15歳頃、胸膜炎、40歳 虫垂切除。

現病歴：平成元年から咳が頻発するようになったため多数の医療機関を受診したが軽減せ

ず、平成9年からは度々痙攣性の激しい咳が出て、その際、しばしば尿が漏れるようになったと訴えて平成11年11月25日に当院受診。所見：身長142.7cm、体重49.5kg。舌質は紅で微白苔あり。脈は沈やや弦。両側中下肺野で粗糞性呼吸音を聴取。腹部は軟で、右側に軽度の胸脇苦満を認めた。喀痰は少量で、時々去痰困難あり。

胸写 CTR 56%、左第1弓石灰沈着。
スパイログラフィー混合性換気障害。
喀痰 抗酸菌 塗抹(-)、培養(-)。
細胞診(-)。

臨床診断：慢性気管支炎（典型的ではない）。

経過および治療：初診日から、激しく痙攣性で頻発する咳を目標に、頓嗽湯の煎剤を用いたところ同29日から咳の軽減とともに尿の漏れも稀となった。しかし、喘鳴も加わり咳も軽快には至らなかったため、柴胡桂枝湯や五虎湯ほかの医療用漢方エキス製剤や他の煎剤も含めて種々の方剤を試みていた。

平成12年6月19日よりかぜ症候群に罹患し、翌20日、悪風があり、脈浮緩を呈した際、止嗽散（煎剤）に転方したところ同22日には咳が顕著に軽減し、以後は咳がほとんど出ない日が多くなった。平成12年8月24日から虚血性疾患治療のためノルバスク錠を投与しながら止嗽散を中止して経過をみているが、スパイログラムの所見も改善された⁶⁾。

考察：慢性気管支炎などの慢性あるいは遷延性の呼吸器疾患で、長期間咳が続く人がかぜ症候群に罹患した際、もし中医学的に風寒の咳嗽（前述）と考えられる症候を認めた場合には本方の運用により持続的に病状を軽快ないし改善させうる可能性があることを本症例は示唆するものではないかと思う。

図2 止嗽散（医学心悟）

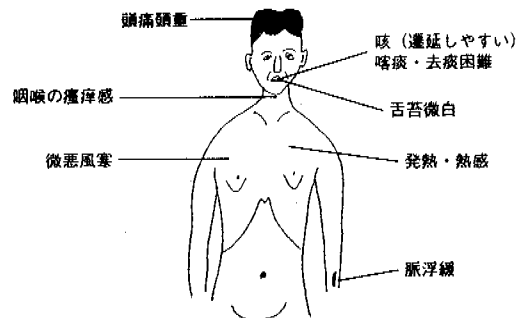


図2. に本方の適応症に出現しやすいと思われる症状・所見を示した。微悪風寒は悪寒や悪風（風に吹かれたり、外気に触れたりした時だけ不快な違和感がある）が僅かにある状態、浮緩の脈は表在性でゆったりした平常の脈である。

本稿で述べた方剤は馴染みのないものであったかと思うが、記載内容には御参考になる点があるものと思う。

次の機会には小青竜湯、麦門冬湯、麻杏甘石湯、清肺湯、柴陷湯など薬価収載の医療用漢方エキス製剤を含めて述べてみたいと思っている。

参考文献

- 1) 大塚敬節・矢数道明・清水藤太郎：漢方診療医典，南山堂，P181，1977。
- 2) 木下恒雄；頓嗽湯（新妻方）に関する一考察，漢方の臨床，Vol. 43，No11，P40-48，1996。
- 3) 清・程国彰；医学心悟，科学技術文献出版社，P117，1996。
- 4) 神戸中医学研究会；中医処方解説，医歯薬出版株式会社，P178，1982。
- 5) 神戸中医学研究会；中医臨床のための方剤学，医歯薬出版株式会社，P504，1996。
- 6) 木下恒雄；止嗽散の使用経験，第52回日本東洋医学会学術総会，札幌，2001年6月16日。

[Postgraduate Education]

消化管の急性病変 - その4 小腸 -

宮崎市 福田胃腸科・内科クリニック
原 口 靖 昭

小腸は消化管では最長の臓器ですが、周知のごとく病変の極めて少ないところであります。また、検査を行う場合には時間と手間を必要としますので、検査は後回しになるところでもあります。クローン病の小腸病変にはよく遭遇しますが、消化器内科を標榜していても小腸単独の病変を診察することはそれほど多くはありません。そうは申しても全くないわけではないので困ったものです。今回は発生頻度の低いものが多いのですが、経験した症例を提示してみます。

虚血性小腸炎

症例：66歳男性。基礎疾患なし。二日前から上腹部に鈍痛があり、前日から黒色便を認め、腹痛も増強し、受診。発症後7日目の経口小腸造影ではTreitz靱帯から20cm付近に拇指圧痕像を伴う潰瘍性変化とその口側の拡張を認めました（図1）。虚血性腸炎と診断し、絶食と中心静脈栄養で保存的に治療したが2ヶ月後には同部が輪状狭窄となり（図2）、通過障害のため結局は部分切除となってしまいました。

解説：虚血性大腸炎は年に数例は経験しますが、虚血性小腸炎はまれな疾患で、小腸炎の頻度は随分低いようです。虚血性小腸炎では

糖尿病、高血圧症、虚血性心疾患など血管病変を来す基礎疾患をあらかじめ指摘されている場合が半数以上です。また、高齢者や男性に多く、部位では下部小腸に多いようです。症状は虚血性大腸炎と同じ様に急激に生じる腹痛ですが、大腸炎と異なるのは下血を確認できないことが多い事です。一過性型では粘膜表層のみの障害で、治癒機転が開始されても、変形や狭窄を生じないので晩期症状はありませんが、狭窄型ではイレウス症状を起すことがあり、狭窄は約一ヶ月ほどで完成するので、通過障害を思わせる症状が続く場合には、狭窄を疑って検査をする必要があります。狭窄型では多くの場合が3ヶ月以内に手術をされているので、その後に狭窄が進行することはないものと思われれます。発症初期の時点で狭窄を起こすかどうかを見分けるのは難しいことですが、初期の症状所見の著明なものほど狭窄がおきやすいと考えられますし、また、虚血性大腸炎で言われているように高齢者で、狭窄を起ししやすいものと思われれます。

薬剤性回腸潰瘍

症例：64歳男性。生来健康。肩こりと筋肉痛のために6日前からロキソプロフェンナトリ



図 1



図 2

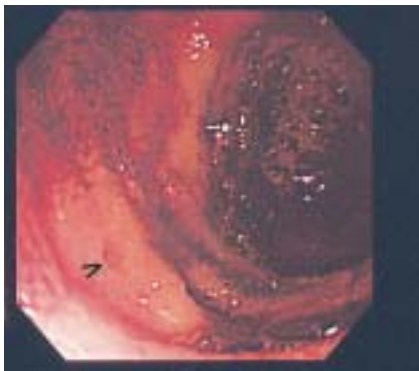


図 3



図 4



図 5



図 6

ウム（商品名ロキソニン）120mg/day，塩酸チザニジン（商品名テルネリン）2 mg/dayを服用していました。当日早朝から波状の腹痛と新鮮血を伴う下血があり，受診。前処置なしでそのまま大腸内視鏡検査を施行。大腸は血液で充満していたが，病変はなく，回腸末端に小さく浅い潰瘍が多発していました（図3）。さらに奥に内視鏡を入れると出血は見られなくなりました。内視鏡所見だけでは非特異性多発性小腸潰瘍を思わせるが，病歴より薬剤性小腸潰瘍と考え，内服していた薬を中止し，2日間の絶食と整腸剤のみで，普通便になり，その後の小腸造影でも異常は見られませんでした。

解説：薬剤性の腸炎としては抗生物質に起因する偽膜性腸炎や出血性腸炎のほうが多く遭遇し，NSAIDs 起因性腸炎の頻度は少ない。しかしNSAIDs による潰瘍をはじめとする上部消化管障害はかなりの数で経験します。一方，小腸大腸病変はわかっていないことが多いようです。NSAIDsの腸管障害は一般に短期間の内服で診断されたものでは下血を主症状にして，病変は回盲弁や終末回腸に多く，浅い円形潰瘍が多発するが多いとの事です。3日間の内服後に発症したケースや噴出性出血を認めたケースも報告されています。一方，一ヶ月以上の長期投与の場合には上部消化管に病変を伴い，腹痛や下痢，出血を繰り返しているが診断されなかったものが多く，円形潰瘍のほか狭窄などもみられます。また，大腸にも病変が診られるが，盲腸，回盲弁，上行結腸など深部大腸に多い。治療は該当するNSAIDsを中止し，腸管の安静で改善するものが多い。今後COX-2阻害薬が使用されるようになり，消化管への悪影響も改善され

る事が期待されます。

ソケイヘルニアによる腸閉塞

症例：84歳女性。数日前から発熱があり，前日から頻回の嘔吐があり，受診。前日までは軟便が出ていたと言われる。高齢で発語もままならず，排便もあり，腹単ではniveauもなく，最初は感染性胃腸炎を考え，抗生剤や補液を行っていた。翌日になっても症状が改善せず，翌日の診察時に右鼠径部にヘルニアがあることに気付いた。この時点から外科的疾患であることを認識したが，振り返ると前日の腹部超音波検査ですでに拡張はないもののkey board signが見られていた（図4）ので，腸閉塞の初期であることも念頭に入れるべき所見もあったと反省させられました。

解説：腸閉塞には致命的なものもあり，腹痛を診察する時には常に考慮して，診察をしているつもりですが，非典型的な症例では判断を先送りしてしまうことも時々あります。この症例でもそうでしたが，腸閉塞の診断には超音波検査が診断に非常に役に立ちます。腸閉塞時には拡張した腸管に液体が貯留し，小腸ではケルクリング襞が内腔に索状に飛び出しいわゆるkeyboard signの像をみます。また機械的腸閉塞の場合には腸管内の内容物が行き戻りするのが観察されます（to and fro sign）。また，しばらく腸管の動きを観察すれば，麻痺性なのか絞扼や単純性イレウスかも識別できます。また，場合によっては狭窄部位の描出，腹水の有無もわかるので，腸閉塞を疑う患者では腹単と併に超音波検査を是非やってほしいものです。

回腸末端炎

症例：16歳男性。二日前から臍周囲のジワジ

ワする痛みと38℃の発熱があり、近医で虫垂炎疑いで処方されるも改善がなく、受診。受診当日早朝に水様便が一度あったが、症状改善せず。腹部超音波検査では腫大した虫垂を描出しなかったが、典型的な圧痛と白血球増加(10300/ μ l)を認め、虫垂炎として外科へ紹介。外科でも上記疑いで開腹したが、結局、虫垂炎はなく、回腸末端炎であった。

解説：急性回腸末端炎はpseudoappendicitisとしても知られるように虫垂炎との鑑別が難しい。起炎菌のエルシニア菌が回盲部のリンパ組織に侵入し、びらんや潰瘍を生じるが、自然治癒傾向の強い疾患です。従って虫垂炎と回腸末端炎の鑑別は重要ですが、いずれも若い人に多く、症状も似ています。虫垂炎では排便がなくなることが多いわけですが、それとて絶対的な鑑別にはなりません。筋性防御があったり、腹部超音波検査で虫垂の腫大を指摘できれば、虫垂炎と言えるでしょうが、このような所見がある場合はむしろ少ないので、注意深い経過観察が必要です。最近超音波検査で回腸末端部の腫大を指摘する記載も多くなっていますので、試みる価値はあるようですが、なかなかわかりません。

盲腸周囲膿瘍の回腸末端への穿破

症例：84歳男性。腹部手術歴なし。4～5日

前から腹痛があり、食事が摂れないと受診され、触診で右下腹部に大人の手拳大の圧痛を伴う腫瘤を触知。大腸癌を念頭に全大腸内視鏡検査をしましたが、右結腸では盲腸に圧排像のみで、異常を認めませんでした。ところが回盲弁から3cmの回腸末端に白苔または分泌物の貯留した深い陥凹があり(図5)、陥凹の前後の回腸にはミルク色の膿汁様の液が貯留していました(図6)。その後の注腸、CT等も合わせて、盲腸周囲膿瘍の穿破と診断し、2週間の抗生剤の内服のみで、症状も消失し画像検査で腫瘤も消失しています。盲腸周囲膿瘍の原因は、他にないので虫垂炎だろうと考えています。

解説：高齢者の虫垂炎で、症状に乏しいままに膿瘍を形成し、回腸末端と瘻孔を形成し、排膿された時期にたまたま内視鏡検査をしたものと思われます。虫垂炎による膿瘍の消化管との瘻孔を形成する部位は盲腸が最も多いのですが、S状結腸に開口することも報告されています。膿瘍を切除しない場合、膿瘍は消化管への瘻孔から排膿されても存続し、また多数の膿瘍を形成していることがあることに注意を必要とします。

[他科からの提言]

「顎関節症」 構造医学的考察を加えて

宮崎市 沼田歯科医院

沼田 誠 一

近年顎関節症が増えてきており、一般的にも知られるようになってきました。歯科では、う蝕・歯周病に次ぐ第三の病気といわれています。これまで顎関節症は、顎関節の痛み・開口障害・顎関節部で「ガクッ」「ザラッ」というような雑音があるというのが主症状でした。最近では、それ以外に頭痛（偏頭痛）・肩こり・首の痛み・手のしびれ・めまい・吐き気・耳鳴り・難聴・鼻づまり・動悸・息切れ・不整脈・呼吸困難といった症状のほか、イライラ・不眠・気力の減退・集中力の低下といった精神症状も現れます。

歯科では、最初の三大症状から咬合の問題としてとらえ咬合調整による下顎の安定化から大規模な咬合再構成による顎位の変更まで行われました。その後顎関節内部の問題として、顎関節内障の概念が1980年代初期にアメリカから持ち込まれ、顎関節円板転位に対する治療として下顎前方型スプリントによる保存療法と、関節開放術及び顎関節鏡視下手術による外科療法の2つに分かれるようになりました。しかしながら画像審査により、外科療法・保存療法にかかわらず円板整位が重大な症状の変化をもたらさないことが示されるようになりました。これによって顎関節内障の最終的治療目標は、転位円板を整位するこ

とから転位した円板に対して顎運動を適応させ、疼痛がなく円滑に機能を獲得することへと変わってきました。

日本顎関節学会が出している顎関節症の定義は、「顎関節や咀嚼筋の疼痛、関節（雑）音、開口障害ないし、顎運動異常を主症候とする慢性疾患群の総括的診断名であり、その病態には咀嚼筋障害、関節包・靭帯障害、関節円板障害、変形性関節症などが含まれている。」となっていますが、実際にはそういった症状の患者さんは少なく、頭痛、肩こり、首すじの痛み、耳鳴り、吐き気、手のしびれといった不定愁訴を訴える患者さんのほうが多いようです。重症の場合は、歩行困難になったり、精神障害がでたりして日常生活に支障をきたすようになってきます。また「耳の中に水が溜まっている感じがする」とか「首すじに空気が通り抜けていく感じがする」という人もおられます。

十数年前より私も取り組んできましたが、咬合治療で治っていく人と治っていかない人が出てきました。そこで、日本構造医学を勉強するようになりました。この日本構造医学は、熊本の吉田勤持先生という方が考案された学問です。吉田先生はアメリカのNASAまでいかれた物理学者です。ある事から「生命」

というものに興味を持ち始め、人体の研究をはじめられました。地球の誕生以来変わることのない「重力」を基軸として演繹的手法で人体構造のあるべき姿を解明した学問です。構造医学では、顎関節症の患者さんはすべて頸椎に問題を持っておりますので、「顎頸部症候群」と呼んでおります。

なぜ顎関節症が起こるか一言でいえば「咬み合わせのひずみをはじめとする全身のひずみ」が原因です。ですから「咬合が原因」であったり「咬合以外のものが原因」であったりするのは。咬合が原因の場合は咬合治療で良くなっていきます。咬合以外のものが原因の場合は、いくら咬合治療をしても良くなっていきません。顎関節症の患者さんの治療を始める時、「咬合が原因か」「咬合以外のものが原因か」を見極める必要があります。どちらも、咬み合わせのひずみ、頸椎のひずみがあり、症状も同じように開口障害であったり、頭痛、肩こり、首すじのこりや痛みがあります。

下顎はつり上げられた状態で、どこにでも変化していくものなのです。(構造医学では下顎を重鐘と呼んでいます。)

顎関節症の患者さんは、ほとんどの人が咬合高径が低くなっていますし、下顎がどちらかに偏位しています。また、下顎頭は後方に位置しています。顔貌にも変化が見られます。口元がどちらかに傾き、目と口角との距離が左右違ってきます。短く口元の上った方が患(偏位)側です。又、鼻尖も曲がってきます。口腔内は、舌の傾きと口蓋垂の傾きが見られます。

開口障害の人と閉口障害の人では違ってきますが、閉口障害の人は非常に少なく開口障

害の人がほとんどですので、開口障害の人を対象に話をすすめていきます。

構造医学的な話をすれば、顎関節症のことを顎頸部症候群といい下顎と頸椎は連動するものと考えています。顎運動と頸椎が協調する顎関節頸椎協調支点は第三頸椎にあります。顎関節症の人は、第二頸椎と第三頸椎の滑走性支持不全がおこります。下顎骨と第三頸椎が同調してずれをおこします。もっと正確に言えば、舌骨と第三頸椎は同位レベルにあり舌骨と下顎骨は同体なので、下顎骨がずれを起こせば第三頸椎もずれを起こします。逆に第三頸椎がずれを起こせば下顎骨もずれを起こします。ですから、咬合以外のものが原因でも下顎のずれを起こすのです。第一頸椎(環椎)は第三頸椎と同側のずれを起こし、第二頸椎(軸椎)は逆側のずれを起こします。この時舌骨は動滑車の役目をはたします。三叉神経の脊髄路核が解剖学的に第三頸椎レベルまで下降していて、眼枝は第一頸椎レベル、上顎枝は第二頸椎レベルというように骨節レベルが一致しています。このうち第三頸椎レベルが顎関節頸椎協調支点である為、偏位側の第三枝が索引性に障害された結果同側栄養血管系に悪影響を及ぼし、異栄養性萎縮を起こすのです。パノラマX線写真でもわかりますが、患側いわゆる偏位側の下顎頭の方が小さく写ります。

では、実際にどういった時に顎関節症は起きのでしょうか。「咬合が原因」の場合、人体には許容量があり咬合の低下や下顎のずれをおこせばすぐ発病するのではなく、ある限度を超えた時に発病するのです。その限度に近い人に、例えば6のブリッジを作る時咬合が低いブリッジを装着したら、顎関節

症が発病する可能性があります。上顎側切歯が舌側（内側）に入り込んだ咬み合わせの人は、一方向にしか顎が動かないため偏側咬みが続き下顎の偏位が起こります。下顎の第三大臼歯（智歯）が挺出してきたら、これを避けようとして下顎の偏位が起こります。

次に治療ですが、「咬合が原因」の場合は咬合治療で治っていきます。普通行われるのは、スプリント療法です。その結果咬合の再構成が必要な場合もできます。頸椎のひずみも引き起こしていますから、咬合治療と同時に構造医学的な頸椎の治療を行うと早く治ります。「咬合以外のものが原因」の場合ですが、先程下顎のずれが起これば第三頸椎がずれる、逆に第三頸椎がずれれば下顎もずれるとお話ししました。一番解かりやすいのが「ムチ打ち症」です。直接頸椎に外力がかかり頸椎のひずみを引き起こすことはよく理解できると思います。

ヒトは、1Gの重力の中で直立二足歩行をしています。悪い姿勢のままで生活をしていきますと体にひずみが起こります。重力の場では、骨盤でバランスをとりここにひずみが起

きると全身にひずみが起こってきます。特に仙骨と腸骨の仙腸関節が重要になってきます。仙腸関節に外力がかかってもひずみが起こります。解りやすいのは「尻もち」です。たかが「尻もち」とあなどってははいけません。尻もちが原因で立ち上がれなくなったり、歯科では開口障害を引き起こすこともあります。顎関節症と同じ様な症状が出てきます。このような患者さんに、咬合治療を行っても良くなっていきません。構造医学的な処置が先に必要です。

最後に、顎関節症は、「咬合が原因か」「咬合以外のものが原因か」を見極めることが重要となります。

参考文献

- 1) 吉田勤持 構造医学の原理 エンタプライズ
- 2) 吉田勤持 構造医学の臨床 エンタプライズ
- 3) 吉田勤持 構造医学の解析
エンタプライズ
- 4) 續 肇彦 顎関節症の臨床 永末書店
- 5) 續 肇彦 続顎関節症の臨床 永末書店
- 6) 續 肇彦 咬合, この変りゆくもの
医歯薬出版

[随筆]

60の手習い

延岡市 日e胃腸科内科医院 日高 芳 則

私の趣味はテニス、ウォーキング、将棋だが、これに思いもかけない新たな趣味が出来た。かな書道である。字が下手で手紙の最後に常に「乱筆にて失礼」と書き、年賀状はこの20年来、印刷物が嫌い手作りしているが、自分の住所氏名はゴム印で、本文はなるべく文字の少ない木版画にしている。5～6年前から年齢相応の字を書きたいと思い、診療の合間に診察室の机に座って出来る通信教育による書道を始めた。漢字とかながあるが、手紙にも通じるかな書道を選んだ。全くの初歩からだが、決められた課題を練習し、通信添削指導を受ける。約2年かけて全課程を終了し、練習、努力すれば少しずつだが上達するし、書の面白さ、奥の深さに魅力を感じるようになった。終了時に八級から九段までの段級位取得コースを勧められ、挑戦する事にした。与えられた課題を1～3ヵ月掛けて練習し清書して提出する。審査は幾分か甘い気もするが、不合格が一度あったが何とか六段ま

で行き、七段挑戦中である。「弘法、筆を選ばず」と言うが、多少値が張る方が筆は長持ちするし、書き易いし、墨は擦る時の香りが良い上に、出来ばえにも大いに影響する事が分かった。合格作品は有料で軸装、額装してもらえる。それによって作品が見違える程に見ばえが良くなる。四、五、六段の作品を軸装にした。五段の作品を恥ずかしい気がするが、参加する事に意義がある事として本年度の県医師会芸術展に出品する事にした。九段まで達すると、次はかな臨書部門の準初段から九段、漢字部門がある。気長に楽しく続けたいものである。肝腎の字の上達だが、ペン字と毛筆による書とはやや別物の様で、ペン字は癖字が正され、丁寧に書く様になった分、少しは良くなった様である。尚、子供達への便りは練習がてら毛筆にしているが、ペン字より見ばえがよい気がする。今のパソコン時代に逆行している様だが。

DD

最初の受持ち患者さんのこと

高千穂町 和敬会 国見ヶ丘病院 土 持 隆 彦

医師免許を取得してから、既に46年が経過した。その間、何人の患者さんを受け持ったか

今となっては算える術もないが、多くの患者さんの中には、いつまでも忘れ難い人もあれば、

時に「昔、先生に診てもらったことがあります」と云われても、まことに申し訳ないことながら、どうも記憶がおぼろげな方もある。世の中には、自分が主治医となった患者について、克明に記録を残しているドクターもおられるようであるが、過去を振り返るような年齢に達した現在、私が今になって記録をとって置けばよかったと思っても後悔先に立たず、である。しかし、さすがに最初の患者さんのことは、比較的よく記憶に残っているようである。

私の内科医としてのスタートは熊本大学医学部附属病院九品寺病棟第一内科においてであった。入局後、しばらくして最初に受け持たされた患者は、I.Hさんという20歳代後半か30歳代前半の女性で、Kimmelstiel-Wilson症候群という診断がついていた。初めのうちは2年先輩のT.H先生の指導の下に、診察・検査に従事していたが、しばらくして、T.H先生は衛生学教室へ移られたのでそれ以後は私一人で担当することになった。(ここで、ちょっと故司馬遼太郎氏の真似をすると、これは余談だが、私の指導医であったT.H先生は現在どうしておられるであろうかと、同窓会名簿を調べてみたら、そのお名前は逝去者の欄にあった。謹んでご冥福をお祈りします。)

当時は現在のような中央検査室システムや臨床検査を業務とする民間機関などはなく、臨床検査は各科の病棟の一画にある検査室で各主治医がそれぞれ行うのが普通であった。私は先輩の手ほどきを受けてこの患者さんの尿蛋白定量をEsbach法で、また尿糖定量をPavy-隈川法と云われる方法で実施するのが日課であった。そのうちに私は水俣市立病院へ派遣されることになった。そして大学病院での最後の当直の夜、I.Hさんと、もう一

人私の受持ちであったTさんという心筋梗塞回復期の老人から「これが私達の送別会です」といって、かき氷をご馳走になった。現在の規制管理の徹底したシステムの下では、患者と主治医が、しかも病棟の一角で、まして夜に間食をしているなど、思いもよらぬことも知れないが、その当時はまだ、そういう牧歌的？なことも許されていたのであろう。その約八年後、当時済生会日向病院に勤務していた私は、異常筋緊張、痙攣、強迫泣などの症状を示す子供(のちにWilson病と診断される)を熊本大学医学部附属病院第一内科まで連れていき、病室でナースやその子供の母親と話していると、一隅から「あら、土持先生ですね」と声をかけられた。それがI.Hさんで、その頃は全く視力を失っておられると聞いていたので、「よくわかりましたね」と答えると、「声でわかったんですよ」という返事が返ってきた。八年も前の、しかもごく短期間の主治医のことをよく覚えてもらったと、私は嬉しく思った。声が個人識別の決め手になることは、松本清張の小説「声」に描かれているばかりでなく、もう十年くらい前になるであろうか、甲府信用金庫女子職員誘拐殺害事件の犯人逮捕の実例もある。(これも余話だが、現在ではKimmelstiel-Wilson症候群という病名を見たり聞いたりすることは、ほとんどなくなった。それは1936年、最初に発表された当時では、糖尿病歴が明らかで、高血圧、著明な浮腫、高度の蛋白尿といった臨床像を示すものをK.W症候群と呼び、さらにこの呼び名で結節性病変の併存を含める傾向が広がったが、臨床像と結節性病変の存否とは必ずしも関連しないという理由で、糖尿病性腎症という大枠の中に

整理されたということらしい。)

日本内科学雑誌91(5); p.1402より。

DD

L 会 便 り (続 報)

宮崎市 中山医院 中山 健

先にL会についてご紹介致しました。今回は憂い事のみ多い昨今ですので、我が会員の身の処し方を暴露し、もって皆様のご一興に供したいと存じます。

教祖様：只今、他の分野へも事業拡張中です。その一つとしてナントカXという万能薬を取り扱い、癌患者さんなどに評判だそうです。薬理はと問うと、現代医学では説明困難だが強いていえばNK細胞がナンタラコンタラとのことです。やはりプラス力か？

その信奉者：保険診療にはなかなか厳しく、診療者から嫌われているようです。でも鈴虫を愛し、孵化させて宿つき餌つきで会員へ届けるという優しい心の持ち主でもあります。

巨人狂い：何の間違いか、巨人の白星が続いたため人から相手にされず、自らも「勝ちすぎ」とぼやく毎日です。仕方なくシンポジストなどを引き受けてお茶を濁しています。

軽い人：いやいや参加したゴルフでホールインワンが出ました。ただセルフプレーだったので、偽装工作も徒労に終わって保険はおりず、目下お返しのための金策に大奮闘です。ちなみに、お祝いは豪華な外国製クリスタルガラスの帆船でした。この人のお尻に帆がかかると軽さが増して困るのですが…。

寡黙な人：みんなの叱咤激励で、会の開催中ひとことふたことの声は聞けるようになりました。前々回はパソコン学を拝聴しましたが(この時は立板に水)、その難解さに一同ポカーンでした。

慎重居士：どうしたことが、最近では学問に夢中。論文を物するのが生き甲斐になったかのようで、例会へもしぶしぶ出てくる始末です。近く、除名の緊急動議が全員協議会に上程される予定です。

サツマハヤト：ワールドサッカーで昔とつ杵柄の血が騒ぎました。夜な夜な庭でボールにじゃれていたところ、蹴った筈のボールの上に足を下ろして見事転倒、ナントカ骨を折り杖をつく身とは相成りました。この時世に県外はおろか韓国まで試合を観に出掛けたことは露顕しており、周りの視る眼は白く冷たいです。

仕切屋：皆がパソコンを駆使しているのに唯我不能者でした(別の意味でもとの陰の声あり)。侮蔑のまなざしに耐えられず、漸くウン歳の手習いを始めました。案の定たちまち画像の検索に夢中となり、先達に無料のサイトを教えてくれと五月蠅く迫り、響盛を買っております。

妄言多罪

ひとこと

宮崎市 竹内病院

長 友 安 弘

平成12年6月から竹内病院に勤務しています。それまでは宮崎医科大学第2内科で呼吸器疾患や膠原病患者さんの外来診療を担当していました。大学病院の時とは違い、病棟も受け持つようになり、あらためて疾患の多様性と患者さんの高齢化を実感しています。介護保険の主治医意見書も最初は苦痛でしたが、最近ようやく要領がわかってきました。宮崎県内科医会に入会したことをきっかけに、専門分野外のことにも興味を持っていくと考えています。どうか宜しく願い申し上げます。

入会のご挨拶

えびの市 えびの第一病院

新 添 謙 一

この度、宮崎県内科医会に入会させて頂くことになりました。

昭和49年名古屋大学を卒業して、岐阜県厚生連昭和総合病院で勤務したのち、平成元年より鹿児島市南風病院をへて、平成11年より当地のえびの第一病院で、循環器科と一般内科を担当しております。

風光明媚なえびの市は、空気と水が澄んでおり、大変気に入っております。往診すると畑の作物が旬の野菜を教えてください、杉林で深呼吸すると、気分が良くなり、頭がすっきりします。

患者さんに禁煙を指導するより、中学生、高校生に煙草の恐ろしさを教える事が、将来喫煙率を下げるはずだと考えて、学校などでたばこの害について講演しております。

諸先生がたの御指導の程、よろしく願い致します。

理事からひとこと

理事からひとこと

宮崎市 長嶺内科クリニック
長嶺元久

志多会長から、理事を命じられ、2期目になります。理事として、大したことはできませんので、理事会に皆勤出席し、一内科医としての率直な意見を述べることを心がけています。

本年4月の診療報酬改訂には、怒りがおさまらない方が多いかと存じます。私はその内容ですが、改訂がいつも準備期間を置かず、ぎりぎりの日程で実施され、医療機関はただその対応に追われ、混乱させられる手法に憤りを覚えます。今回の改訂に関連して、主病名、副病名のレセプト記載の件は、その最たるものです。この件は、当初、医師会からは情報が欠如し、卸及びレセコンの業者経由でしか入手できない有様で、実に歯がゆい思いをしました。今後、このようなことのないよう強く望みます。

昨今、日々の診療で感じるのは、糖尿病の重要性です。わが国の糖尿病患者は、年々増加し、これに伴い、腎症、網膜症、大血管障害など合併症の増加は加速しています。私自身、多数の糖尿病患者を診療し、指導に精力を傾けていますが、残念ながら、多くのコントロール不良の患者さんが合併症に苦しむのを目の当たりにしています。なお一層の努力・工夫が必要と自分を叱咤激励する一方、患者さん及び一般医家の方にもっと糖尿病に関心を、せめて高血圧症と同程度、向けてい

ただきたいと切に願うものです。

444444444444444444444444444444

近況報告(電子カルテ導入記)

宮崎市 矢野内科クリニック
矢野伸樹

平成10年に開業後はや4年が過ぎ、この10月で5年目に入ります。原稿をいただき何について書こうかと考えましたが、当クリニックでは開院当初より電子カルテ(プロフェッショナルドクター以下プロドク)を使用しておりますのでこれについて簡単に導入記を書かせていただきます。

このソフトはOSのウィンドウズ上で動くために、まず10年9月よりコンピューターをマックよりウインドウズに乗り換え、ウインドウズNTを買い込んで少し勉強をいたしました。

次にプロドクをチームで動かすために必要となる院内LAN(ローカルエリアネットワーク)は業者をお願いし敷設しました(クリニック設計図の段階でLANをひくことを想定し配線)。とりあえずスタートは受け付けと診察室、処置室に1台ずつのコンピューターを配置し、それぞれにプロドクをインストールし、LANで使えるようにしました。このソフトは電子カルテ・レセプト統合システムのため日頃の診療を入力していれば自動的にレセプトのデータも出来上がるようにできており便利です。しかし、いろいろなトラブルには自分で対処しなければならず、不安を抱えながらのスタートでした。(業者に頼

むとハード（コンピューター）も指定されたものを購入しなければならず、またLANの台数にもよりますが、上記のような構成とバックアップサーバーも含め、当時400数十万円くらいと言われたような記憶があります。これに業者によるメンテナンス料として毎月数万円がかかります。私の場合は新規開業のため初期投資が膨らんでしまいますので業者に頼むことは断念し、ソフトのみを購入しメンテナンスは自分でやることといたしました。

次に開院数日前より職員に使用法を説明し（と言っても、マニュアルを読んでもらい、あるいは読みながら）それぞれの部署で仮想患者をもとに診療の流れに沿って入力していく練習を行いました。

さあ開業日です。この日は開業を待ちわびていてくれた以前より私の診ていた27人の患者さんが来てくれました。当日のカルテをみてみると、一番目の方は午前7時56分20秒に受け付けられており、最後の方は午後3時21分16秒に受け付けられています。しかし一日が終了したのは午後6時半を過ぎていました。まだ私自身も職員も使用法に慣れていないこともあり、長かった人は4時間半くらい待っていただいたようです。後日受付で聞くと、最初だからしょうがないよと笑いながら和気あいあいと待っていただいていたようです。今から考えると誠にありがたく申し訳なく思っています。

その翌日からは幸か不幸か患者さんが激減し、1日数名のこともあり、この時期に運良く？プロドクの使い方がまずかったりでコンピューターがフリーズしたり、LANのエラーが出たり、プリンターにエラーが出て処方

箋を出せなくなったりなどいろいろな経験をする事になりました。しかし患者さんが少ないため大事に至らず、そのたびに対処法を学習でき今日にいたっています。

電子カルテ導入をお考えの先生方が多いかと思いますが、今後開発されるソフトも含めいろいろな先生のお話を伺いながら慎重に選んで導入していかれると良いのではないかと考えております。

最後になりましたが、内科医会の先生方にはいつもいろいろお世話になりありがとうございます。今後ともよろしく願い申し上げます。

44444444444444444444444444444444

理事からひとこと

宮崎市 宮崎社会保険病院

石川 正

この度、2002年4月より宮崎県内科医会の理事に加えさせて頂きました。

初めての寄稿ですので、少し自己紹介させて頂きます。私は1955年生まれで、大阪市出身です。高校生までは大阪で過ごし、1974年4月、宮崎医科大学の開学時に第一期生として入学したのを縁に、卒業後も宮崎に住み着き、宮崎医科大学付属病院、県立宮崎病院、古賀総合病院などで内科医として仕事をさせて頂いたのち、1994年に現在の勤務先である宮崎社会保険病院（当時は社会保険宮崎江南病院という名称でした）に内科医として赴任し、2001年4月より同院の病院長として勤務しています。卒業してすぐに宮崎医科大学第一内科に入局したこともあり、医師になってから現在まで、内科については、循環器を中心に、腎臓、消化器、高血圧等について勉強

をしてきました。

現在は、病院管理学の二年目の研修医であると同時に、一般内科を広く勉強することが必要な立場で、日々の仕事をしています。このような立場になって思うことですが、今までは内科医であるといいながらも、自分の専門領域のことばかりに関心が向かい、そうでないことについては、どちらかといえば避けて通っていた事も多く、実際のところ知識的には、研修医の方が上回っていることが多いのが、偽らざる事実です。そういった自分の姿が見透かされているのかと思うくらい、製薬会社主催の勉強会や地元の研究会からの案内の場面でも、専門領域に関係するテーマの時には、しつこいくらい積極的にお誘いを受けのですが、そうでないことに関しては、場合によっては案内すら廻ってこないのが実情です。

医師会報に載っている勉強会の案内の中から、興味を引く研究会を見つけて参加すると、勉強にはなるのですが、少し場違いな雰囲気もあって、座り心地が悪いというか、気が引ける気分になるときもあります。こんな中でこの度、県内科医会の理事に推薦して頂いたので、これを機会に、いろいろな内科の領域の研究会、に大手を振って参加できると思い、ありがたく受けさせて頂きました。自分の専門領域以外のことを勉強したい、あるいは気軽に参加できるような研究会が沢山あるといいのに、と思っているのは私だけではなく、臨床の第一線で働いておられる、多くの先生方の共通の思いではないかと推察しています。むしろ、自分の専門だけを奥深く研究、実践していれば良いという、ある意味では恵まれた環境で、医師としての一生を全うでき

るの方が、希な存在ではないでしょうか。

現在、研修医の初期教育に、プライマリーケアを取り入れるべきであるという議論がなされていますが、不幸にして研修医の時代にプライマリーケアを十分勉強できなかった多くの第一線で働いている内科医のために、この内科医会の活動が役に立てると良いと考えています。そういった気持ちで、理事を務めさせて頂こうと考えていますので、よろしくお引き立ての程、お願い申し上げます。

44444444444444444444444444444444

理事からひとこと

山之口町 志々目医院

志々目 栄 一

本年4月から理事に就任しました志々目です。役に立たないと思いますが、どうぞよろしくお願いします。平成3年より父の後を継いで山之口町で開業していますが、私の苦手なコンピューター中心の世の中になって、すべての分野で大きく変わっていくのを肌で感じています。世間でおおいに議論はされていますが、今後は住民基本台帳ネットワークを中心に完全な情報管理社会になっていくでしょう。医療界では現在、電子カルテとレセプトの導入が本格的に行われようとしており、県内では富田理事や宮医大の荒木先生が普及させるため一生懸命活動されています。とくに電子カルテは診療内容の公開、診療の迅速な対応、治療の標準化により医療費の無駄をなくす、私の書くような汚い字を見ないで済むなどのメリットは、すぐに頭に浮かびます。しかし、気持ちの切り替えのなかなかできない私には抵抗があります。おそらく一部の先生は教科書に載っていないような独自の治療

(神経痛から末期治療を含めて)や生活指導をしたり、患者、家庭の希望をなるべく取り入れて、検査、処方することもあると思いますが、その好意が裏目になり結末が芳しくなかった時は、治療内容だけを見た第三者はどういう目でみるでしょうか。電子カルテのテクニック上の問題でトラブルが生じた時には責任は誰がとるのか、患者のプライバシーが完全に守られるのか、病院や診療所が中傷を受けやすくなるのではないかといろいろ不安です。いつも自分の医療行為が後ろで監視されている気がしてストレスが今以上に貯まりそうです。おそらく現在、診療や検査内容を全部入力する必要があるのかどうか、診療に支障がないように簡単に入力できるのかどうか、事務側にどこまでまかしているのか等の議論もされているでしょう。具体的に問題点を挙げて広く意見を聴取し患者側だけでなく、多くの医療従事者がプラスになると実感できる日が早く来るのを期待しています。なんでも新しく事業を始める時は大変です。富田先生はじめ担当の先生方ご苦労様です。

私みたいに古い歌ばかり聞いて、多くのじいさん、ばあさんと毎日話しているような生活をしていると、20世紀に取り残されそうです。愚痴ばかり書きましたが、世の中の動きにいつまでも背を向けても惨めですし、現状のままでは医療だけでなくすべての財政が破綻の方向にあり、小泉総理の言う制度の改革の実行が必要であることはある程度理解できます。(実際影響を受けてみると大変です。)中身は別にして現役真っ最中と思っている私としては、新しい時代の波に乗りおくれられないようについていくつもりです。(歌だけはどうしてもついていけません!)

自己紹介と近況

えびの市 平塚医院

平塚 正伸

私は、昭和26年に佐賀県多久市に生まれ、5才の時に、現在のえびの市に父の開業に伴いまいりました。小林高校から金沢医科大学に学び、その後宮崎医科大学第一内科(消化器内科専攻)で研修後、延岡医師会病院を最後に、平成3年現在地に、父の診療所を引き継ぎました。現在は、内科、小児科、心療内科の診療を行っております。第一内科では、消化器を主として勉強しましたが、開業した直後、この地で、患者さんから必要とされたのは、呼吸器感染症と糖尿病の治療でした。開業後、早いもので、10年が過ぎ、現在ではこれらに加え、不眠症、不安障害、うつ病の治療を求められています。そのために、この道の専門家に接する機会を多く持ち、日常の診療に必要な治療法を学んでおります。

毎日の診療で思うことは、現代の患者さんの要求に応じた地域医療を行い、医学の進歩に遅れないように努力し、自分を育てた地に少しでも役立ちたいと考えております。

趣味は、第一に、読書で、あらゆる分野から、時代にとり残されないよう、特に新刊書を読みあさることです。

第二に、音楽鑑賞で、主にクラシックで学生時代は、同じ作品を演奏者別に何回も聴き、表現の違いを楽しんでおりました。今は時間がなく、通勤の車の中で聴く程度です。

今年度、西諸内科医会会長 押川達巳先生より、県内科医会理事の任を受け、お引き受けすることになりました。わからないことが多く、何のお役にも立っておりませんが、諸

先輩方のお知恵を拝借しながら，務めて行き 上げます。
たいと思いますので，どうぞ宜しくお願い申



日田の夕暮れ 都城市 折津 達



鵜飼いを待つ鵜（日田） 都城市 折津 達

短歌

山道

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本孝一

嘔気あるを堪へつつ往診に登り行く病後の山
道われは寂しも
卒中に死を逸れて九年余生き居る証か賞を頂
く
閉じたりし医院の患者二三診るわれの医院も
かくなるらんか
唐突に閉店するとふ百貨店子らと来し日を偲
びてめぐる
並び立つ百貨店共に閉店しめぐり歩めば寒き
風吹く

短歌

潘陽総領事館事件

西都市 水田内科医院

水田雅久

館扉より引き出されゆく亡命者
服のピンクの起伏はげしく
国の威権に関はることか北京より
ソウルにひと夜かけて着きたり
暖味のままの解決もあるといふ
頑固さも首相の取柄のひとつ