

【巻頭言】

大学附属病院 — 医師派遣要請の狭間で —

宮崎大学長

住吉 昭 信

医学と医療に関する教育の総合的見直しが進行中であります。21世紀の医療のキーワードは、高度先進医療の開発と導入、高齢化社会への対応、EBMの実施、患者中心の医療の実践などで、そのために卒前教育、卒後臨床教育、生涯教育、さらには医療倫理の教育について、様々な提案がなされています。

大学の医学部、特に附属病院では、文部科学省と厚生労働省の2重支配を受けており、両者の思惑、利害は必ずしも一致しません。文科省や厚生省は、気安くチュートリアル教育、クリニカルク・ラークシップを充実せよ、CBT (computer based testing) 試験や客観的臨床能力試験 (OSCE: objective structured clinical examination) を導入せよ、感染対策室、辱創対策室、医療安全対策室を設置・充実せよ、患者相談室を設けよ、など命令します。どれも大切なことではありますが、医師も看護師も事務職も増やしてはくれず、そのために必要なスペースの確保、改造費、設備費等の予算も無く、現有の自助努力でやることになります。それでは十分なことが出来るはずもなく、特にヒトの配置に関しては問題で、それらのことにヒトを割くと、かえって医療実践の現場では人手不足になり、医療事故が増えてしまう、患者さんへの対応が不十分になる、ことが懸念されます。

平成16年度から卒後臨床研修が必修化されました。その立法化の過程では、立法化を推進する者として当然のことですが、研修医の給料は厚生労働省が用意すると言っていました。蓋を開けてみると厚生労働省の予算措置は十分なものではなく、「大学病院で研修する者については、文部科学省が予算措置するはず」というような無責任な態度で、省庁における縦割り制度、横の連絡の悪さの煽りをくって、私たちが苦勞させられるのは、真にもって重大な問題であります。大学が法人化されたことで、運営費交付金として支給される人件費には限りがあり、しかも平成17年度から「附属病院の収入を毎年2%ずつ増やせ」と要請されています。

卒後臨床研修医を確保し、良い研修を実施するには、良い指導医を確保し、魅力ある教育、研修体制を確立する必要がありますが、医師や医員の数には制限があり、医員、指導医の給与、超勤手当も十分なものではなく、法人化で、大学病院にも労働基準法に

よるルールが適応されるようになりました。大学病院で、今までの診療機能を維持しかつ指導医を確保しようとする、当直要員を含めてより多くの医師を確保しなければなりません。このような諸々のことが山積し、大学病院では人的資源に余裕が無くなりました。

これまでの医局制度に改善すべき点があることは指摘された通りであります。労働基準局などの指導等に加えて、メディアは医局制度の悪い点のみを針小棒大に報道し、世間の大方はその報道を鵜呑みにして、あたかも医局が諸悪の根源であると思ひこみ、批判するので、なす術もなく、医局の有用性を主張することもなく、医局解体を自ら宣言し、進めている大学もあります。そして教授や医局長は、いわゆる関連医療機関への医師の出張を命ずることが出来なくなりました。このような次第で、ことに僻地への医師の供給が滞る始末であります。17年度の研修医のマッチングを見ますと、大学病院とその他の病院での研修医の数が拮抗する状況になっております。向後の医師の供給に關しまして、2年後がどのような事態になるのかは予測できません。2年後卒後臨床研修を終えた医師達が、大学附属病院へ帰って来てくれるかどうかは不明であります。従って今後医師の供給源を大学附属病院に期待するのは、幻想かも知れません。

年明け早々明るい展望のない話になりました。先生方のご健勝とご健闘を祈るや切なるものがあります。

特 集

薬剤治療抵抗性関節リウマチ患者に対する 白血球除去療法

善仁会 市民の森病院 膠原病・リウマチセンター

日 高 利 彦

防衛医科大学校第1内科

鈴 木 王 洋

はじめに

関節リウマチ(rheumatoid Arthritis:RA)は、破壊性の滑膜炎や種々の免疫異常により特徴づけられ多関節炎を主症状とする慢性の炎症性疾患である。その病因は不明であるが、マクロファージ、T細胞、好中球、滑膜細胞など多くの細胞や、それらの細胞等より産生されるサイトカインや成長因子等が関与する免疫異常に起因すると考えられている。RAでは関節内に自己免疫応答が生じ、滑膜内の血管の増生と滑膜の増殖を起こし、やがて軟骨や骨破壊へと進展し、骨・関節の変形、機能不全に至る。

RAの治療原則は炎症の鎮静化と関節機能の回復であり、薬物療法を中心に、外科療法、リハビリテーションが組み合わせて行われる。このうち薬物療法は、かつては非ステロイド系消炎鎮痛薬、抗リウマチ薬、ステロイド薬が段階的に使用されていた(ピラミッド方式)。しかし、不可逆性の軟骨・骨の変化が発症後短期間で急速に進行する症例もあるため、近年では骨・関節の機能障害を防止することに主眼をおいて、発症早期から抗リウマチ薬やステロイド薬が積極的に用いられるようになってきている。

しかし、上述のような薬物治療を行っても、病勢が鎮静化しない患者は少なくない。また副作用発現(稀に致死的)のため特定の薬剤を使用できないこともある。このような症例に対しては、アフエレシス療法の併用も選択肢の一つである。

RA患者の炎症関節局所には活性化T細胞が集積しており、関節炎の惹起・進展に活性化T細胞が関与している可能性が示唆されている。近年、輸血時の副作用(GVHD)を防止する目的で白血球除去フィルターが臨床的に用いられている。このフィルターにはポリエチレンテレフタレート極細繊維の不織布が使用されている。この繊維を充填したカラム(旭メディカル社製:Cellsorba®)を使用して、血中から白血球を除去するアフエレシス療法(白血球除去療法, leukocytapheresis:LCAP)が開発されRAの治療に用いられている。本稿では薬剤治療抵抗性RA患者に対して無作為抽出プラセボコントロール二重盲検比較試験¹⁾を行ったので、治療効果および効果発現のメカニズムについて述べる。

対象患者

対象は、アメリカリウマチ協会(ARA,

現ACR)の改訂分類基準を満たし少なくとも一剤以上の抗リウマチ剤・免疫抑制剤にて治療抵抗性の活動期(①朝のこわばり持続時間;45分以上,②腫脹関節数;6関節以上,③疼痛関節数;6関節以上,④赤沈値;28mm/時以上,の4項目のうち3項目以上を満たす者)RA患者32例(男性6例,女性26例)である。事前に各患者に対し,本試験の目的および方法・予想される効果および危険性を詳細に説明し,文書で同意を得た。内服薬を含めた併用療法は,試験の少なくとも6ヵ月前から試験終了時まで変更しなかった。

方 法

白血球除去カラムを使用したLCAP群とシヤムカラムを使用したコントロール群の2群による二重盲検比較試験を実施した。5症例分を1組として,LCAP群4に対しコントロール群1の割合に割付し,無作為封筒法にて施行した。

LCAP群においてはCellsorba®カラム(CS-120)を,一方コントロール群においてはCellsorba®カラムと同容量の中空状のシヤムカラムを使用した。抗凝固剤はメシル酸ナファモスタット(フサン®)を使用し,ブラッドアクセスとして18G針(Happycath N,メディキット)を用いた「静脈採血-静脈返血」によるテンポラリーアクセスを用いた。吸着型血液浄化装置としてPlasauto iQ(旭メディカル)を用い,血流速度50ml/分,体外循環時間を60分で全血液処理量3,000mlにて治療を行った。各患者に対し週1回の間隔で連続3週間治療を実施し治療終了後8週間の観察期間を設けた。図1に回路図を示す。

臨床評価として治療前後において,握力,朝のこわばり持続時間の他,ACRコアセットに含まれる疼痛関節数,腫脹関節数,患者の疼痛評価,患者の全体評価,医師の全体評価,患者の身体機能評価および血沈値の7項目についてそれぞれ評価を行った。改善判定

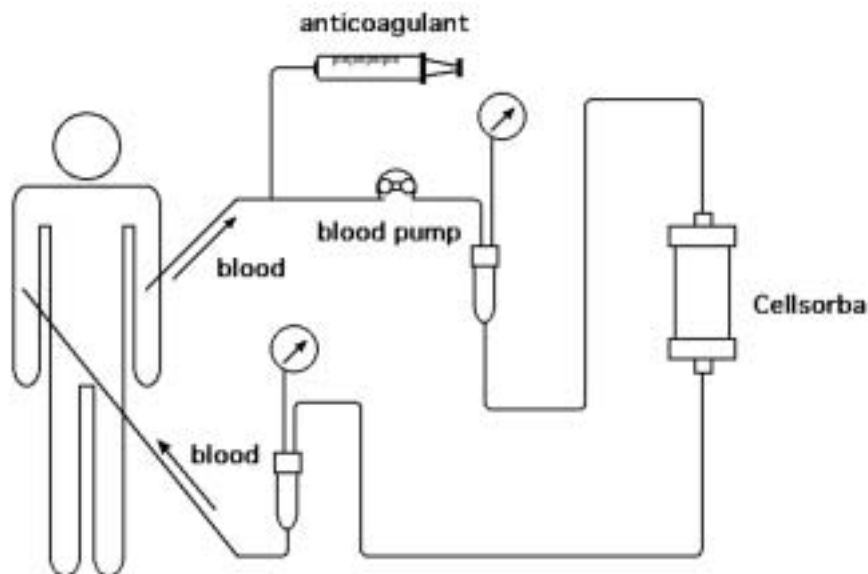


図1 白血球除去療法(フィルター法)回路図

はACRコアセット判定基準に従った。

Cellsorba®の性能

LCAP施行時、白血球除去カラム (CS-120) に流入した血中細胞分画の吸着除去率は、総白血球平均95.8%、好中球93.2%、単球100%、リンパ球98.6%であった。一回のLCAPにおいて、白血球除去カラムに吸着・除去された総白血球数は平均 1.2×10^{10} 個、好中球数 9.7×10^9 個、単球数 4.4×10^8 個、リンパ球数 1.9×10^9 個、血小板数 5.2×10^{11} 個 (いずれも計算値) であった。

薬剤抵抗性RAに対する治療効果

LCAP群において25例中、1例は薬剤違反 (自己判断で副腎皮質ステロイド薬内服増量) のため、臨床効果の評価より除外した。LCAP群において朝のこわばり持続時間および握力はいずれも改善し (それぞれ、施行前 $120 \pm$

192分から施行後 42 ± 88 分 ($P < 0.001$), 108.3 ± 49.4 mmHgから 138.0 ± 51.6 mmHg ($P < 0.001$), ACRコアセットに含まれる7項目中、血沈値を除く6項目について、有意な改善を認めしたが、コントロール群ではいずれの項目も改善を認めなかった (表1)。ACRコアセット判定基準に従った改善判定では、薬剤治療抵抗性RA患者の79%がACR20% responseに達しコントロール群に比し有意に改善した。治療効果は少なくとも2ヵ月持続した。LCAP終了3年間の腫脹関節数の推移をみると、LCAPの集中治療後、疼痛の再燃を認める患者はあったものの腫脹関節数は概ねコントロールされていた²⁾。

LCAPの副作用

全LCAP施行回数75回中2回低血圧、嘔気および眩暈を認めた。いずれも、ショック体位および生理食塩水の点滴静注により、症状

表1 LCAPの臨床効果*

評価項目	LCAP 群 (n=24)		Control 群 (n=7)		P†
	前	後	前	後	
圧痛関節数	11.9 ± 6.0	4.3 ± 2.9‡	11.0 ± 6.1	15.4 ± 6.7§	< 0.01
腫脹関節数	13.8 ± 10.3	4.9 ± 5.2‡	14.9 ± 7.8	19.6 ± 9.6§	< 0.01
患者による疼痛評価, VAS (0-100)	72.1 ± 18.4	48.4 ± 18.5‡	55.9 ± 15.9	58.0 ± 20.1	< 0.05
患者による活動性の全般的評価, VAS (0-100)	74.0 ± 18.8	49.3 ± 19.5‡	52.9 ± 19.6	58.0 ± 19.2	< 0.01
医師による活動性の全般的評価, VAS (0-100)	77.3 ± 13.2	48.5 ± 18.4‡	68.1 ± 14.1	71.3 ± 12.8	< 0.01
患者による身体機能判定 (HAQ DI)	1.45 ± 0.61	0.88 ± 0.53‡	1.20 ± 0.24	1.38 ± 0.46	< 0.01
血沈 (mm/時)	66.1 ± 34.7	64.7 ± 35.6	77.3 ± 31.0	70.4 ± 31.2	NS
リウマトイド因子 (units/ml)	479 ± 1,205	301 ± 639§	203 ± 271	207 ± 262	NS

* Changes within each group were analyzed using the Wilcoxon signed rank test for non-normally distributed or ordinal data, and Student's paired *t*-test for normally distributed continuous data. Values are the mean ± SD. NS = not significant. VAS = visual analog scale

† Significance of the difference between the LCAP-treated group and the control group, calculated by Mann-Whitney *U* test for non-normally distributed or ordinal data, and by 2-sample *t*-test for normally distributed continuous values.

‡ $P < 0.001$ versus before treatment. § $P < 0.05$ versus before treatment.

はすみやかに改善した。その他、出血傾向、感染などの重篤な副作用は認めなかった。

LCAPの効果発現のメカニズム

RA患者では、末梢血に比較して関節液中のCD4⁺DR⁺、CD4⁺CD25⁺、CD4⁺CD71⁺T細胞のような活性化T細胞やCD4⁺CD29⁺T細胞（ヘルパーインデューサー/メモリT細胞）が有意に増加している。LCAPを繰り返し施行することにより、この様な関節中に集積している活性化Tリンパ球やCD4⁺CD29⁺T細胞の末梢血液中の比率が増加してくる³⁾。LCAP群では、末梢血リンパ球数は、LCAP施行開始後45分までは減少し、以後上昇に転じたが、コントロール群では有意な変化を示さなかった¹⁾。末梢血リンパ球数は、第2回施行前（第1回LCAP治療の1週後）および第3回施行前（第1回LCAP治療の2週後）には、ほぼ治療開始前値に復する¹⁾。Cellsorba®カラムは、少なくとも血液処理量3,000mlまでは、流入したリンパ球をほぼ100%吸着できる。また抗凝固剤メシル酸ナファモスタット下では、カラムに充填されたポリエステル線維が、吸着されずにすり抜けたリンパ球を活性化することはなく、LCAP後に末梢血活性化T細胞およびCD4⁺CD29⁺T細胞比率は有意に増加した³⁾。一方、関節液中のこれらのマーカーを持つ細胞数はLCAP群で有意に低下した³⁾。このようなリンパ球の短時間における増加は、リンパ球の分裂・増殖による可能性は少なく、体内分布の変化によると考えられる。これらを総合すると、LCAPによって末梢血中のリンパ球が除去されることによって、最終的にはRA関節炎局所から血中にこれらのリンパ球

サブセットが流入してきた可能性が考えられる。

サイトカインに及ぼす影響を調べた研究では、LCAP群で末梢血において抗炎症性サイトカインIL-10が増加し、炎症性サイトカインであるTNF α やIL-15の減少および走化性因子のRANTESの減少が認められたが、コントロール群ではサイトカインに有意な変動は認めなかった⁴⁾。

以上から末梢血の白血球除去に伴って、(1)炎症局所である関節から炎症の主体である活性化白血球が末梢血中に移行（逆ホーミング）する、(2)炎症状態に偏っていた末梢血のサイトカインバランスを、病勢を抑制する方向に進める、などにより治療効果が発現している可能性が考えられる^{5,6)}。しかし、効果発現のメカニズムには、不明な点が多く、これからの更なる研究に期待したい。

おわりに

血漿成分の除去に比べ、白血球を除去する治療法は全血をカラムに通すだけのシンプルな治療法であり、施行は体外循環療法中最も容易である。この方法のRAに対する有効性を示唆するデータも積み上げられつつある。2004年4月にRAに対してLCAPが保険適応となった。今後、LCAPは薬剤治療抵抗性の重症RAに対する治療の選択肢の一つとして考慮に入れるべき治療法と考えられる。

現在本邦では、抗TNF α 抗体などの生物学的製剤や強力な免疫抑制薬などが脚光をあびているが、これらの薬剤も時には重篤な副作用を発現することがあり、またこれまでの薬剤に比べ、かなり高価である点も十分念頭におかなければならない。LCAPはRAの病

勢が相当激しい場合でもこれを抑制することは確実であり、重篤な副作用もほとんどない利点がある。一方、比較的高価であること、効果の持続が長くない症例も存在するなどの欠点もある。RA治療体系全体におけるLCAPの地位について、本邦でももう一度見直す時期に来ている。

参考文献

- 1) Hidaka T, Suzuki K, Matsuki Y, et al: Filtration leukocytapheresis therapy in rheumatoid arthritis; a randomized, double blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum* 1999 ; 42 : 431-437
- 2) 日高利彦, 山下良三, 篠原典夫, 他: 薬剤治療抵抗性関節リウマチ患者に対する白血球除去療法. *九州リウマチ* 2004 ; 24 : 38-48
- 3) Hidaka T, Suzuki K, Matsuki Y, et al: Changes in CD4⁺ T Lymphocyte Subsets in Circulating Blood and Synovial Fluid Following Filtration Leukocytapheresis Therapy in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Ther Apher* 1999 ; 3 : 178-185
- 4) Hidaka T, Suzuki K, Kawakami M, et al: Dynamic changes in cytokine levels in serum and synovial fluid following filtration leukocytapheresis therapy in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Apheresis* 2001 ; 16 : 74-81
- 5) Hidaka T, Suzuki K: The mechanism of the efficiency of leukocytapheresis on rheumatoid arthritis. *Ther Apher* 1997 ; 1 : 215-218
- 6) Hidaka T, Suzuki K: Leukocytapheresis for Rheumatic Disease. *Ther Apher & Dial* 2003 ; 7 : 161-164

[会員投稿論文]

平成14年度糖尿病患者実態調査報告

延岡市医師会生活習慣病委員会 委員
野 田 寛

厚生労働省は平成14年11月に実施した「2002年糖尿病実態調査」を、平成15年8月6日に発表しました。その報告によりますと、「糖尿病が強く疑われる」糖尿病有病者は推計約740万人に上り、「糖尿病の可能性を否定できない」糖尿病予備軍を含めると約1,620万人となり、全国の糖尿病有病者数6.1%、糖尿病予備軍7.3%となり、5年前と比較して、有病者は50万人増、予備軍は200万人増となった。歯止めのかからない糖尿病は毎年新患が増えており、しかも、自覚症状がなく、直接死につながらない為、受診率も低く、罹患年数も長くなり、重篤な合併症を引き起こす為、国民病と位置づけ「健康日本21」でも啓蒙活動をしていますが、思うような結果が出ていません。

ちなみに、10年前の実態調査では、有病者数600万人、有病率5%でした。

我々、延岡市医師会は、昭和55年より糖尿病に対して関心をもち、糖尿病調査委員会を設置し、昭和62年まで毎年糖尿病患者の実態調査を実施してきました(表1)。昭和55年には1,060人でしたが、昭和59年には1,482人と、年間100人の増加、また、昭和62年には2,001人となり年間120人の増加がみられています。

表1 昭和55年昭和62年までの患者数

	昭和55年	昭和56年	昭和57年	昭和58年	昭和59年	昭和62年
男	595	604	738	756	795	1,128
女	465	523	582	611	687	873
合計	1,060	1,127	1,320	1,367	1,482	2,001

毎年男女とも増加していることがわかります。

今回の調査期間は平成14年11月1日から11月30日までに、延岡市内の医療機関に受診した糖尿病患者について、調査をしてもらいました(表2)。

表2 平成14年度 延岡市糖尿病患者実態調査

調査期間	平成14年11月1日～平成14年11月30日
調査対象医療機関数	88件
	内科 50件
回答医療機関数	32件
回答率	36.4%

表3 調査項目の内容

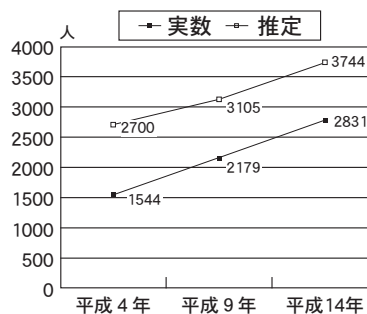
■患者氏名(実名)、性別、年齢、外来・入院別
■罹患年数(発見年月日)、家族歴
■病型(1型、2型、その他、妊娠)、不明
■血糖値(空腹時、朝食後2時間または随時)
■HbA1c(HbA1)
■治療法(食事、経口剤、インスリン療法)
■合併症(三大合併症、その他)

表4 年齢別・年度別患者数

	S55年度	S59年度	S62年度	H4年度	H9年度	H14年度
20歳未満	0	0	0	2	2	9
20～29歳	11	9	16	5	6	14
30～39歳	31	58	95	34	33	48
40～49歳	175	177	228	176	185	192
50～59歳	326	459	565	361	371	578
60～69歳	278	386	549	491	795	839
70～79歳	206	322	446	206	591	873
80歳以上	33	71	102	118	196	278
計	1,060	1,482	2,001	1,544	2,179	2,831

表5 患者実数と全国調査からの推定人数の比較

	平成4年	平成9年	平成14年
実数人	1,544	2,179	2,831
推定人	2,700	3,105	3,744
差	1,156	926	913



調査対象医療機関数88件，うち内科50件，回答医療機関32件，回答率36.4%でした。いったん中断していました実態調査を多少手直しして，平成4年から，平成9年，平成14年と5年毎に実施しました。それも11月の糖尿病週間に併せており，まさに厚生労働省の実施した期間と一致しておりました。

きしくも，延岡市の人口は12万4千から6千人で，ほとんど変わりなく，日本の人口の千分の一と全国との比率を計算するには，都合のよい割合となっています。

九州大学が久山町研究として色々発表しておりますが，市内の全ての医療機関が協力してくれれば久山町研究よりもはるかに有数のデータがそろうと思います。

調査項目としては（表3）患者の重複を避けるために実名を記入した氏名，性別，年齢，外来・入院の別，また，罹患年数，家族歴，変更になった病型分類，空腹時および随時の血糖値，HbA1c，治療法，また，三大合併症，その他の合併症について調査しました。

今回実施した結果と過去のデータを比較しながら，その結果をここにご報告したいと思います。

昭和55年から62年までの年度別・年齢別においては（表4），平成4年よりその内容について少し手直しをして，5年毎に再開した結果，平成4年から14年の10年間では毎年120人前後の増加が見られ，糖尿病患者の増加がこのことから判明していると思いま

表6 性別・年度別患者数

	S 55年度		S 59年度		S 62年度		H 4年度		H 9年度		H 14年度	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
20歳未満	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	6	3
20～29歳	4	7	5	4	9	7	4	1	2	4	5	9
30～39歳	20	11	38	20	63	32	23	11	20	13	31	17
40～49歳	123	52	112	65	177	51	113	63	126	59	133	59
50～59歳	207	119	291	168	365	200	236	125	222	149	349	229
60～69歳	129	149	182	204	271	278	263	228	458	337	461	378
70～79歳	93	113	140	182	200	246	153	204	260	331	388	485
80歳以上	19	14	27	44	43	59	46	72	68	128	108	170
計	595	465	795	687	1,128	873	839	705	1,157	1,022	1,481	1,350

表7 患者背景

	平成4年	平成9年	平成14年
患者数	1,544人	2,179人	2,831人
平均年齢	62.8歳	64.6歳	65.7歳
罹患年数	6.1年	7.9年	9.1年
家族歴 有	27.7%	30.2%	39.5%
無	72.3%	69.8%	60.5%
病型 1型	6.2%	3.4%	2.8%
2型	91.7%	93.8%	93.0%
その他	0.5%	1.7%	1.0%
不明	1.6%	1.1%	3.2%

す。年齢的には50歳から79歳までにピークがあります。さらに各年代ともにすべて増加しています。とくに平成14年度では80歳以上に278名も見られ、これからの超高齢化社会における糖尿病治療においても何らかの対策が必要となるでしょう。

平成4年、9年、14年の患者実数と全国調査からの推定人数の比較において(表5)は、平成4年で患者実数が他と比べ落ち込んでいますが、仮に平均950人前後の差だとすると、平成4年において差があと200人多ければ、つまり平成4年の実数が1,544人でなく、

1,744人だったらほぼ平行線が描けると思います。この差は延岡市における受診率の低さ、つまり、啓蒙活動を含めて医療レベルについても考えていかねばならないと思います。

性別で比較すると(表6)、各年度とも男性は40歳から、女性は50歳からの患者数の増加が見られます。また昭和時代には、男性50歳、女性60歳にピークが見られましたが、平成では男女共に60歳にピークが見られます。ただし、平成14年度は女性のピークが70～79歳に少しずつ来てきていますので今後の経過を見ていくことが必要です。また、全体に男性54%、女性46%とやや男性が多いようです。

患者背景(表7)において、3回のデータを比較すると、患者数、平均年齢、罹患年数ともに増加しています。

平成14年の平均年齢65.7歳で、罹患年数は、平均9.1年で、平成4年が6.1年と10年間に平均3年間もの罹病年数が増えたことにより、合併症への確率が増すと考えられます。家族歴では、有りが平均3割でした。病型では1型2.8%、2型93.0%、その他1.0%と家族歴、病型の割合はほぼ全国平均でした。

表8 罹患年数の推移

	平成4年	平成9年	平成14年	%
1年未満	40	104	70	2.6
1～5年	795	1,062	1,037	38.7
6～10年	343	543	698	26.1
11～15年	129	232	427	15.9
16～20年	46	129	228	8.5
20年以上	30	93	220	5.2
計	1,383	2,163	2,680	

罹患年数では（表8）1～5年目が多く、また、年とともに全ての数が増えています。あと10年も経過をみると脱落率や罹患率を計算出来るようになるでしょう。平成14年には20年以上に220人と多く、今後合併症が増えてくると思われます。

表9 調査結果

	平成4年	平成9年	平成14年
HbA1c	7.48%	7.22%	7.00%
空腹時血糖値	145.3	140.8	148.4
随時血糖値	187.7	181.1	191.1
治療 食事	81.1%	84.6%	63.7%
経口剤	48.3%	53.5%	54.5%
インスリン	8.9%	11.2%	11.4%

調査結果（表9）において、HbA1cについては統計上新患の絶対総数が増えたため、平均が低くなったと考えられます。早朝空腹時血糖値の平均148.4mg/dl、平成4年は145.3mg/dl、また、表9の随時血糖値は平均191.1mg/dl、平成4年は187.7mg/dl、なので罹患年数と共にコントロールの難しさがわかります。

治療法では食事・運動療法はベースにしているとして、経口剤54.5%、インスリン療法11.4%、平成4年はそれぞれ48.3%と8.9%で

表10 HbA1cの推移

	平成4年	平成9年	平成14年	%
6.0以下	238	505	671	29.4
6.1～7.0	241	526	673	29.4
7.1～8.0	171	356	449	19.6
8.1～9.0	102	165	248	10.8
9.1以上	178	243	247	10.8
平均	7.48	7.22	7.00	
計	930	1,795	2,288	

表11 集計結果－三大合併症

		平成4年	平成9年	平成14年
神経障害	末梢神経	11.7%	14.5%	15.3%
(15.6%)	自律神経	1.4%	2.7%	2.3%
網膜症	単純性	8.1%	8.2%	8.8%
(13.1%)	増殖性	3.6%	3.5%	5.9%
	失明	0.3%	0.4%	0.6%
腎症	蛋白尿	9.9%	13.2%	10.4%
(15.2%)	Cr1.2	2.3%	3.4%	3.1%
	透析	0.8%	0.5%	3.0%

表12 その他の合併症

	平成4年	平成9年	平成14年
高血圧症	49.3%	46.5%	45.7%
高脂血症	9.3%	24.2%	26.1%
心臓疾患	5.4%	13.5%	13.6%
胃腸障害	6.4%	14.9%	13.6%
脳血管障害	4.0%	2.2%	7.9%
肝疾患	6.4%	10.9%	10.1%
脾疾患	0.2%	1.2%	1.1%
皮膚疾患	0.7%	2.2%	2.0%
その他	18.4%	1.5%	2.3%

したので、罹患年数により食事・運動療法のみが困難となり、全国的にもインスリン10%、経口剤50%の平均的割合と思います。

HbA1cの推移について（表10）、HbA1cの平均は7.0%でしたが、8.0%以上が21.6%と

5人に1人が不良でした。特に、10%以上の127人については、入院してインスリン治療がぜひ必要と思われま

す。三大合併症について(表11)、厚生労働省の結果は、神経障害15.6%、網膜症13.1%、腎症15.2%、と発表されています。平成14年の結果を見ると、ほとんど同じ様なデータです。3回を比較すると、年々増加してきています。

その他の合併症について(表12)、高血圧、高脂血症、心臓・脳血管障害、肝疾患ともに全国平均的なデータでした。が、それぞれ増加しています。

ま と め

延岡市医師会は昭和55年より調査をした結

果、延岡市においても糖尿病患者数は毎年増加している。

全国の比率より延岡市には糖尿病患者が7,400人いると推定されるが、全国実態調査の受診率50.6%3,744人となり、今回の調査では、受診者2,831人で38.3%の受診率であり、約1,000人の脱落かアンケートの漏れがある。

男性は40歳から、女性は50歳から増加して、60歳台をピークとしているが、80歳以上の超高齢者も増えている。

調査年数とともに罹患年数も延びており合併症の実数の増加が見られる。

付 記 (表13)

平成14年延岡市年齢・性別人口における糖尿病患者推定

表13 平成14年年齢別人口

	人 口		糖尿病患者		推 定	
	男	女	男	女	男	女
20歳未満	14,132	13,326	6	3		
20～29歳	6,302	6,685	5	9		
30～39歳	6,728	7,314	31	17		
40～49歳	8,065	8,793	133	59	1.98	0.8
50～59歳	9,144	9,821	349	229	4.58	2.8
60～69歳	7,302	8,935	461	378	7.57	5.01
70～79歳	4,976	7,253	388	485	9.35	8.01
80歳以上	1,724	3,964	108	170	7.51	5.15
計	58,373	66,091	1,481	1,350	2.99	2.4

[会員投稿論文]

宮崎県下における気管支喘息患者の実態 調査6年間のまとめ

宮崎生協病院内科 関 良二
宮崎県気管支喘息フォーラム

幹事：長友 安弘（国民健康保険中部病院）
山口 哲朗（宮崎県立延岡病院）
世話人：芦谷 淳一（宮崎大学医学部第3内科）
伊井 敏彦（国立病院機構宮崎東病院）
上田 章（宮崎県立宮崎病院）
鬼塚 黎子（国立病院機構宮崎東病院）
河野 謙治（河野内科呼吸器科）
小室 康男（小室医院）
佐々木 隆（宮崎大学医学部第2内科）
坪内 博仁（宮崎大学医学部第2内科）
日高 利昭（古賀総合病院）
姫路 大輔（宮崎県立宮崎病院）
松本 紫朗（松本内科呼吸器科）
山下 秀一（堀川町山下内科呼吸器科）

五十音順

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気管支喘息の標準的治療¹⁾の普及を目的のひとつとして1998年に結成され、1999年以降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。2002年には3年間のまとめをこの宮崎県内科医会誌に発表し²⁾、1) 喘息の調子がすごくよいと感じている患者さんでもその7割近くは何らかの喘息症状を残している。2) プランルカスト（オノン[®]）は約6～7割の喘息患者に効果があり、かつ短期間で効果が現れる。3) 3年間続けて調査できた72例では、吸入ステロイドやロイコトリエン拮抗薬（LT拮抗薬）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る。4) 呼吸器の専門施設と非専門施設との比較では、吸入ステロイドの使用率に大きな差があり（82%VS41%）、これが専門施設のほうで喘息の調子よい患者が多かった（65.8%VSと50.7%）理由と考えられる、ことなどを報告した。今回は2004年までの6年間の調査のうち前回発表以降の3年間を中心に報告する。

方 法

調査は患者さんへのアンケート方式で6年間行った。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、さらに1日の中でどういふときに喘息症状が出ているかを34項目(表1)の中から該当する全ての項目に印を付けてもらった。また第4回(2002年)は喘息の重症度分類、第5回は飲酒歴と鼻炎合併の有無、第6回は鼻炎症状の詳しいアンケート項目の追加を行った。主治医には患者個々の治療薬と重症度を記載してもらい、重症度はJGL(日本のガイドライン)に準じて主治医に判定していただいた。

結 果

表2に示したように6年間で協力施設数、アンケート回収数は増加した。特に4回目以降は宮崎県内科医会に調査の協力をいただき、非専門施設の回収数が増加したため、第6回は1000例を越えた。性別、平均年齢、罹病期間には大きな変化はなかった。

アンケート34項目の内容とその症状出現頻度は表1の通りである。2004年に症状の発現率が高い順に列記したが、6年間に大きな変動はない。労作時(1 走る, 5 階段昇降, 6 早足歩き, 13 長く歩く)、吸入の刺激(3 ほこり, 7 タバコの煙, 12 線香・香水)、朝の時間帯や天候(2 朝の痰, 4 朝の咳, 8 風雨, 9 朝の胸苦しき)で喘息症状発現頻度が高かった。2003年の調査ではお酒を飲むと喘息症状がでる人は158人(全体の16.6%)であったが、飲酒歴の有る352人を対象にすると44.9%と高率になり飲酒は注意を要することが分かった。

使用薬剤の6年間の推移ではコントローラーである抗炎症薬のLT拮抗薬が増加(13.4, 25.3, 25.0, 30.8, 30.3, 34.0%)し、吸入ステロイドも高率(72.7, 76.6, 78.1, 80.7, 78.8,

75.3%)である。その一方でリリーバーである β 2刺激薬は吸入薬(42.9, 35.3, 30.7, 27.4, 22.3, 24.4%)、内服薬(26.6, 18.8, 22.1, 18.3, 未調査, 10.1%)ともに減少している。これは抗炎症治療が増えたことで喘息症状が安定し、いわゆる発作止め(リリーバー)の使用が減少したと思われる。治療の理想的な経過である。

2002年の重症度は軽症間欠型, 軽症持続型, 中等症持続型, 重症持続型の割合がそれぞれ24.5, 38.1, 33.8, 3.6%であった。重症度が高いほど平均症状個数も多かった(4.9, 5.4, 7.2, 9.2個)。

3年連続して調査できた150例

2002年から3年続けてアンケートに回答できた患者さんは152例あり、平均症状個数は2002年4.13個, 2003年4.01個, 2004年3.48個と有意差($P<0.05$)を持って減少していた。重症度別では軽症持続型(3.23, 2.73, 2.23個), 中等症持続型(5.35, 4.79, 3.81個)で有意($P<0.05$)に症状個数が減少していたが、軽症間欠型(3.05, 3.6, 3.84個)では増加し、重症持続型(8.5, 9.5, 8.0個)では有意差がなかった(表3)。軽症間欠型で症状個数の減少がみられなかったのは、症状が改善すると病院を受診しなくなるため、連続して調査することが軽症ほど困難になるためである。つまり喘息が良くなった患者さんはこの調査からはドロップアウトしてしまうので、喘息の改善は実際もっと良いものと思われる。

鼻炎の合併

喘息と鼻炎症状の合併は臨床によく経験する。今回の調査では鼻炎症状の合併は2003年48%, 2004年39%であった。鼻炎の有無で、

(表2)調査6年間の比較

実施年	1999	2000	2001	2002	2003	2004
協力施設数	17	39	34	56	51	69
アンケート回収数	538	586	671	900	952	1020
他科アンケート数	0	89	69	228	223	337
他科の比率(%)	0	15.2	10.3	25.3	23.4	34.1
男女比(男の割合)	45.9	42.2	44.4	41.6	43.2	43.3
平均年齢(歳)	54.6	55.9	56.2	54.3	54.3	55.7
平均罹病期間(年)	12.6	12.1	12.1	12.6	12.9	14.4
平均症状個数	5.5	5.17	5.13	5.11	5.01	4.84

(表3)喘息重症度別の3年間の症状個数の推移

		2002年	2003年	2004年	
全体	n=152	4.13	4.01	3.48	(p<0.05)
2002年の重症度					
軽症間欠型	n=43	3.05	3.6	3.84	
軽症持続型	n=48	3.23	2.73	2.23	(p<0.05)
中等持続型	n=52	5.35	4.79	3.81	(p<0.05)
重症持続型	n=6	8.5	9.5	8	

(表1)アンケート34項目の内容と症状発現率の推移(2004年に症状の発現率が高い順に列記した)

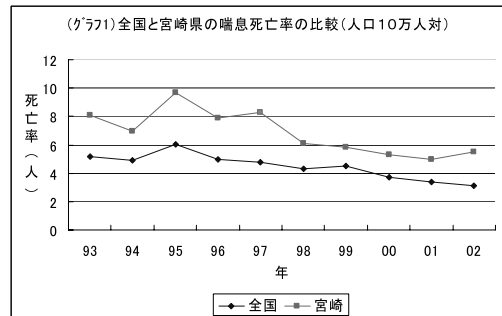
	症状の発現率	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年
		n=538	n=586	n=671	n=900	n=952	n=1020
1	走る	40.90%	40.60%	37.60%	37.70%	36.80%	36.60%
2	朝痰が出る	33.80%	34.10%	36.10%	31.30%	32.70%	32.40%
3	ほこりっぽい所で	36.20%	30.40%	31.30%	32.40%	28.30%	30.00%
4	朝せきが出る	28.80%	28.00%	29.10%	26.90%	27.60%	28.10%
5	階段の上り下り	26.80%	33.20%	25.50%	24.90%	24.40%	23.80%
6	早足で歩く	24.70%	22.40%	20.40%	21.00%	21.80%	21.50%
7	他人のタバコの煙	30.10%	23.00%	23.10%	24.70%	22.90%	20.20%
8	雨や風の日	21.60%	24.10%	23.10%	23.90%	20.40%	19.80%
9	朝何となく胸苦しい	24.20%	20.50%	19.50%	19.20%	19.10%	18.50%
10	寝る前咳が出る	14.50%	16.60%	15.60%	15.90%	17.80%	17.10%
11	満腹まで食べる	23.80%	20.00%	20.10%	18.70%	18.20%	16.90%
12	線香や花の匂い、香水	17.50%	17.10%	16.50%	17.70%	16.40%	16.70%
13	長く歩く	17.10%	17.40%	18.00%	16.90%	18.10%	16.30%
14	寝る前痰が出る	13.80%	16.20%	17.90%	15.30%	14.90%	16.00%
15	息苦しくて夜中に目を覚ます	22.30%	18.40%	15.90%	18.30%	16.00%	15.80%
16	寝る前何となく胸苦しい	12.50%	14.30%	11.60%	13.70%	13.40%	14.60%
17	朝ゼーゼーしている	16.00%	13.00%	14.00%	13.10%	12.20%	13.90%
18	ゴミ捨てや重いものを持つ	18.20%	16.20%	17.60%	15.00%	15.40%	13.80%
19	お酒を飲む	14.90%	13.10%	11.90%	14.70%	16.60%	13.70%
20	大声で笑う	11.90%	9.90%	11.60%	11.40%	10.40%	10.20%
21	寝る前ゼーゼーしている	8.40%	7.50%	9.10%	8.00%	7.00%	10.00%
22	ストレスを感じる	11.30%	12.60%	12.40%	12.20%	10.90%	9.80%
23	掃除、洗濯	9.30%	9.40%	9.20%	8.60%	9.50%	8.20%
24	朝ヒューヒューしている	12.60%	9.90%	8.90%	10.70%	11.40%	7.00%
25	お風呂に入る	8.40%	7.20%	8.60%	8.30%	7.70%	7.00%
26	息苦しくてよく眠れない	9.30%	8.00%	7.60%	6.10%	5.90%	6.90%
27	軽い運動をする	7.20%	6.30%	4.60%	7.00%	6.80%	6.90%
28	息苦しくて寝付けぬ	5.80%	7.80%	7.00%	8.40%	8.40%	6.90%
29	朝ふとんの上げ下げが辛い	5.90%	7.70%	8.00%	8.80%	6.70%	6.50%
30	寝る前ふとんの上げ下げが辛い	4.60%	6.70%	7.00%	6.80%	6.50%	5.80%
31	寝る前ヒューヒューしている	6.50%	4.90%	6.60%	6.10%	7.60%	4.50%
32	ペットと遊ぶ	3.00%	3.20%	2.50%	3.30%	3.00%	3.80%
33	子供を抱き上げる	7.10%	5.30%	4.30%	3.40%	4.60%	3.20%
34	体育の授業に出る	1.10%	1.70%	0.90%	0.90%	1.20%	1.50%

喘息の調子や症状の発現率、重症度、治療の満足度に差はなかったが、喘息の調子が悪いほど鼻炎の調子も悪い患者が多く、両者には相関が疑われた。相澤らが2003年に実施した九州・沖縄地区気管支喘息患者実態調査³⁾ 2628例ではその54%に鼻炎症状の合併を認めており、喘息患者の約半数に鼻炎症状の合併があると考えらるべきであろう。九州・沖縄の調査では喘息と鼻炎の合併患者に対して両疾患に適応を持つLT拮抗薬プラナルカスト(オノン[®])の有効性が報告されている。

考 察

ガイドラインの第1選択治療薬である吸入ステロイドの使用率は今回の調査では専門医で84.6%、非専門医で56.6%であった。足立らが行った電話による成人全国調査⁴⁾では12%であり、宮崎県の使用率が非常に高率であることは、喜ばしいことである。しかし医療機関が行うアンケート調査の場合、喘息治療に関心のある施設の回答が多くなる傾向があり、非専門施設の回収数が少ないと実態からはかけ離れた結果が出てしまう可能性がある。このことは前回の3年間のまとめで指摘されていたため、4年目(2002年)以降は宮崎県内科医会の協力を得てアンケート回収数が飛躍的に増えた。特に呼吸器科以外の施設の割合が34.1%と増加し(2001年は10.3%)、宮崎県下における喘息患者の実態調査に近づいてきたと言える。その中で非専門施設の吸入ステロイド使用率が50~60%の高率を維持しているのは特筆すべきことである。

日本全国の喘息死は1998年頃から減少し始め2000年には5000人を、2002年には4000人を切り、喘息死数の減少速度を速めている。こ



の結果をうけて厚生労働省は喘息ガイドラインを医療上最も有効なガイドラインの一つであると認めている。しかし世界に目を向けると日本の吸入ステロイドの普及率はまだ不十分である。例えば日本とスウェーデンの若年者(5~34歳)の喘息死亡率を比較すると1995年前後では人口10万人対0.6人で同率であったが、1999年前後には0.4人VS0.06人とわずか4~5年で大きく差が開いた。これは両国の吸入ステロイドの普及率⁴⁾の差(日本成人12%、小児5%)(スウェーデン成人35%、小児42%)が要因の一つであると言われている。宮崎県の喘息死亡率も年々低下しているが残念ながら全国平均と比べるとまだ高率である(グラフ1)。宮崎県気管支喘息フォーラムではアンケート調査に参加していただくことでガイドラインに沿った吸入ステロイド治療の有効性を認識していただき、その使用率を高めることが患者さんのQOLと満足度を高め、喘息死を減らすことになると考えています。そのためにもさらに非専門の施設の参加を増やす必要があります。今後とも会員のみならずご協力を何とぞよろしくお願い致します。

ま と め

(第1回) すごく調子よいと答えた人でも、症状が全くない人は30%しかいない。(第3回) 抗

炎症作用をもつ薬を中心に、継続して治療を続けると、症状は改善していく。LT拮抗薬は60%以上の患者さんで症状を改善した。(第5回) 飲酒歴のある人の半数近くで、飲酒による発作を経験している。鼻炎の有無で、喘息の調子や症状、重症度、治療の満足度に差はなかった。(第6回) 喘息の重症度で軽症持続型と中等症持続型は3年の経過で有意に改善した。喘息と鼻症状の合併率は40~50%で、喘息の調子と鼻炎の調子は関連が疑われた。

最後に

過去第1~6回の調査にご協力いただいた県下116施設を下に列記し、厚くお礼申し上げますとともに先生方に感謝申し上げます。

伊井内科医院 医心内科 市来内科外科医院 いちはら医院 いわき医院 内田医院 押領司内科医院 大岐医院 おおくほクリニック 大森内科医院 おかどめ内科外科 押川病院 押川内科医院 仮屋医院 川名クリニック 河野病院 河野内科呼吸器科医院 木佐貫内科医院 岸医院 北方医院 木谷医院 共立医院 きよひでクリニック 串間市国民健康保険病院 楠元内科胃腸科医院 くろき胃腸科内科 黒瀬病院 黒松病院 桑原記念病院 宮崎県立日南病院 宮崎県立延岡病院 宮崎県立宮崎病院 古賀駅前クリニック 古賀総合病院 国民健康保険中部病院 旧国立日南病院 国立病院機構宮崎病院 国立病院機構宮崎東病院 小島医院 児玉小児科医院 このはな生協クリニック 小林市立市民病院 小室医院 済生会日向病院 坂田病院 迫田病院 志多内科胃腸科医院 島田内科胃腸科 市民の森病院 城南病院 伸和会共立病院 杉本病院 函師医院 瀬ノ口医院 瀬ノ口内科放射線科 早田病院 園田病院 高嶋病院 竹内病院 たなか内科 田中医院 田中病院 田中外科医院 田中隆内科 田上

医院内科 たまきクリニック 近間病院 千代田病院 寺師内科クリニック 土井外科医院 土居内科医院 徳田内科 とくだ小児科 戸嶋病院 富田医院 ともきよ内科 外山内科神経内科医院 長友胃腸科医院 長嶺内科クリニック 中山医院 南郷村国民健康保険病院 にしぞの内科 野崎東病院 野尻中央病院 のだ小児科医院 野津手内科医院 野村クリニック 萩原眼科 中尾内科 日高内科医院 平野消化器科 ふくとみ小児科内科医院 福永内科小児科クリニック 藤木内科外科クリニック 藤元上町病院 藤本内科小児科医院 平和台病院 ヘパトピア西高台内科 堀川町山下内科呼吸器科医院 前田内科医院 松本内科呼吸器科医院 三嶋内科 宮崎社会保険病院 宮崎循環器病院 宮崎生協病院 宮崎大学医学部第2内科 宮崎大学医学部第3内科 みやた病院 宮永病院 村田内科・胃腸科 山内小児科医院 山下医院 山本医院 吉見クリニック 吉森医院 理恵内科クリニック 若葉クリニック 和知川原生協クリニック (以上五十音順)

なお、この調査結果は2004年8月に第1回宮崎県 Airwayフォーラムで発表させていただきました。

参考文献

- 1) 牧野莊平, 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および2003
- 2) 関 良二, 松倉 茂, 加藤茂樹, 山口哲朗, 長友安弘, 他. 宮崎県下における気管支喘息患者の実態調査(第3報). 宮崎県内科医会誌 2002; 62: 5-9.
- 3) 相澤久道, 河野 茂, 興梠博次. 九州・沖縄地区気管支喘息患者実態調査. 2004
- 4) 足立 満, 森川昭廣. AIRJ・全国喘息患者電話調査. 2001
http://glaxosmithkline.co.jp/asthma/asthma_report/top.html

[会員投稿論文]

睡眠時無呼吸症候群の合併症について

仁和会竹内病院（宮崎市）

長友 安弘*, 竹内 茂, 竹内 三郎

*現在国民健康保険中部病院（日南市）

要 約

2000年6月から2004年1月までの間に、当院で睡眠時無呼吸症候群と診断した67症例（全例閉塞型）の合併症について検討した。内訳は男性60例，女性7例で，年齢は16～97歳。いびき（全体の86.6%），日中の眠気（77.6%），頭痛（20.9%），呼吸困難（9.0%），などの症状があり，他人から睡眠時の無呼吸を指摘されている人が多かった（83.6%）。基礎疾患では扁桃肥大が10例，アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎が5例あり，16例（23.9%）に何らかの呼吸器疾患が存在した。合併症として高血圧症32例（47.8%），高脂血症（37.3%），高尿酸血症（13.4%），糖尿病（10.4%）などが見られた。またbody mass index（BMI）25以上の肥満が40.3%存在した。経鼻持続陽圧呼吸療法を受けた高血圧合併患者16例において，降圧効果が7例にあった（改善率43.8%）。睡眠時無呼吸症候群は合併症が多岐にわたるため，横断的な病態把握が望まれる。

はじめに

睡眠時無呼吸症候群（sleep apnea syn-

drome:SAS）では睡眠中に生じる低酸素血症，覚醒反応などのために交感神経機能の亢進が起り，高血圧症，脳血管障害，虚血性心疾患，心不全などの独立した危険因子となることが，近年明らかになってきている¹⁾。

我々は今回，当院で経験したSAS患者の合併症を臨床的に検討したので報告する。

対象と方法

2000年6月から2004年1月までの3年8ヵ月間に当院でSASと診断した67例（全例閉塞型）を対象とした。男性60例，女性7例。年齢は50歳台にピークは見られるが，16～97歳と幅広く分布していた（図1）。夜間に睡眠ポリグラフないしは簡易型睡眠時無呼吸モニターを用いて，無呼吸低呼吸指数（apnea hypopnea index:AHI）が5以上の場合にSASと確定診断した。AHIが20未満の軽症は24例（全体の36.4%），20以上40未満の中等症は21例（31.8%），40以上の重症は21例（31.8%）であった。なお1例は，パルスオキシメーターで診断したため，AHIが不明である。

臨 床 像

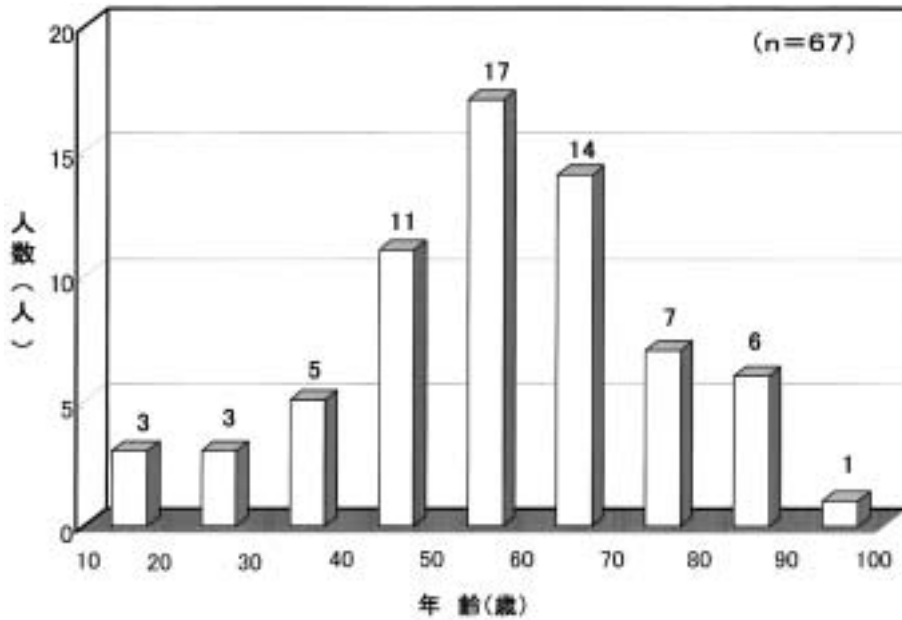


図1 SAS患者の年齢分布

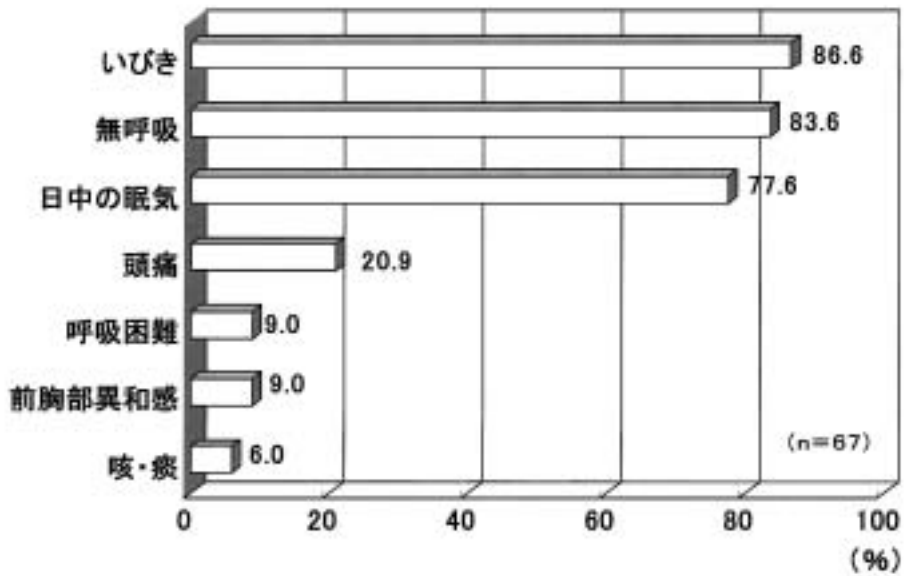


図2 SAS患者の症状

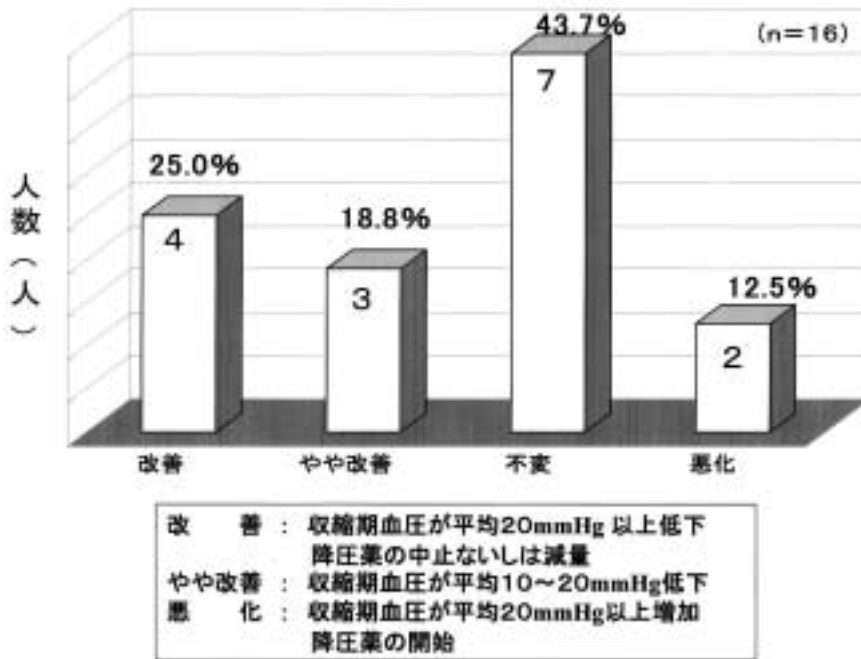


図3 nCPAPが高血圧合併患者の日中血圧に及ぼす影響



図4 SASと関連疾患

1) 臨床症状 (図2)

いびきが58例 (全体の86.6%), 日中の眠気 (77.6%), 頭痛 (20.9%) がよく見られ, 他人から睡眠時の無呼吸を指摘された人は83.6%もあった。

2) 基礎疾患 (表1)

扁桃肥大が10例, アレルギー性鼻炎・副鼻腔炎が5例, 気管支喘息が5例に見られ, 呼吸器疾患が16例 (全体の23.9%) に見られた。

3) 合併症 (表2)

高血圧症32例 (全体の47.8%), 高脂血症25例, 高尿酸血症9例, 糖尿病7例, 肝障害5例, などが見られた。またBMI25以上の肥満は全体の40.3%に存在した。

4) 高感度CRP

0.2mg/dl以上の高値を示すものが, 47例中13例 (27.7%) に見られた。

5) 経鼻持続陽圧呼吸療法 (nCPAP)

SAS患者の31例に導入した。そのうち6例が治療継続には至らなかった (80.6%のコンプライアンス)。高血圧合併患者16例を観察したところ (図3), nCPAPによって降圧効果が計7例に見られた (改善率43.8%)。

以下に, 我々が経験した興味ある2症例を呈示する。

症例1 : 71歳男性, BMI28.7。高血圧症, 高尿酸血症, 糖尿病のため近医で治療を受けていた。また肝障害 (GOT313IU/L, GPT155IU/L, γ -GTP246IU/L) と脂肪肝を指摘され, 2年間禁酒を続けていた。しかしGOT46IU/L, GPT44IU/L, γ -GTP88IU/Lまでしか肝機能が改善しないため肝生検を施行され, 非アルコール性脂肪性肝炎 (non-alcoholic steatohepatitis:NASH) と診断された。無呼吸を指摘されていたため睡眠ポリグ

ラフを当院で施行したところAHIは47.6回/時で, 重症のSASであった。

症例2 : 81歳男性, BMI19.4。30年前より睡眠中のいびきと無呼吸を指摘され, 日中の眠気があった。半年前より何をするのも億劫となった。抑うつ状態が強くなったため前医で抗不安薬のlorazepamを投与されたところ, 翌日に呼吸抑制が出現し, 意識レベルが低下。CO₂ナルコーシス (PCO₂121.7Torr) であり, 顔マスクによるNPPV療法を施行したところ, 意識レベルが改善した (PCO₂64.2Torr)。AHIは44.7回/時で重症のSASであった。

考 察

SASは従来, 肥満との関連が強調されていた。しかし近年, 欧米に比べ肥満の多くない日本人でもSASの有病率には差がなく, 2~4%であると言われるようになった。この原因として日本人の顔面形態 (上下顎が小さく後方に退縮しているため, 口腔が狭くなっている) が関与していることもわかってきた。今回の67症例の検討でも肥満者は40.3%であり, 小顎・下顎後退の人が2例, 耳鼻科疾患をもつ人が6例いたことは, やはり見逃してはいけない原因と言える。また, 肺胞低換気をきたす呼吸器疾患 (陳旧性肺結核, 肺気腫等) もSAS合併の危険因子と言える²⁾。

SASの合併症として, 高血圧症, 高脂血症, 糖尿病が多いのは生活習慣病の観点から納得のいくものであるが, 他にもNASH (症例1), 心不全³⁾, 逆流性食道炎⁴⁾ などの関連が言われるようになってきた。なお今回糖尿病を合併している症例は10.4%と少なかったが, これは空腹時血糖のみの評価であり, 食後血糖や75gOGTTを行なっていればさらに増え

表1 SAS患者の基礎疾患 (n=31)

扁桃肥大	10人
アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎	5人
気管支喘息	5人
陳旧性肺結核	4人
肺気腫	2人
肺非結核性抗酸菌症	2人
関節リウマチ(若年性を含む)	2人
慢性甲状腺炎	2人
小顎、下顎後退	2人
甲状腺機能亢進症	1人
鼻中隔彎曲症	1人
気管支拡張症	1人
陳旧性心筋梗塞	1人

表2 SAS患者の合併症 (n=52)

高血圧症	32人(47.8%)	急性膵炎	1人
肥満	27人(40.3%)	逆流性食道炎	1人
高脂血症	25人(37.3%)	胃炎	1人
高尿酸血症	9人(13.4%)	十二指腸潰瘍	1人
糖尿病	7人(10.4%)	閉塞性動脈硬化症	1人
肝障害	5人(7.5%)	インポテンス	1人
慢性心不全	3人		
不整脈	3人		
誤嚥性肺炎	2人		
うつ病	2人		

ていた可能性は否定できない。また症例2のように、抑うつ状態が前景に立つSASの場合、安易に呼吸抑制作用のある抗うつ薬、抗不安薬が投与されると、重篤なⅡ型呼吸不全に陥る可能性があるので注意したい。

高感度CRPは近年、動脈硬化性疾患の予知マーカーとしてその有用性が指摘されるようになった。今回測定した症例の27.7%が高値を示したことは、今後注意深い観察が必要と言えるであろう。

SASの基本的な治療は禁煙、減量、アルコールを控えるということであるが、生活習慣を変えることはなかなか容易ではなく、そのため現時点で最も効果の高い治療法としてnCPAP療法が第一選択として汎用されている。しかし無呼吸減少効果は劇的であるが、鼻腔マスク装着の不快感のため、そのコンプライアンスは50~70%との報告が多い。我々の症例では適切な症例を選択することと、その必要性を患者に十分に説明することで80.6%のコンプライアンスが得られた。

一方、nCPAP後に血圧が34%の症例で下がったという報告⁵⁾があるため我々の症例も検討したところ、43.8%に何らかの降圧効果が得られた。

SASと関連する疾患は非常に多く(図4)、

また歯科装具(マウスピース)治療が今回保険適応になったため、診療には他科との連携が必要であると思われる。

なお本論文の要旨は第2回宮崎県睡眠呼吸障害研究会で発表した。

参考文献

- 1) 金子泰之, 吉田浩幸, 黒崎幸子, 他. 睡眠時無呼吸の心血管系への影響. 呼吸 2004; 23: 91-7.
- 2) 武内浩一郎: 肺胞低換気症候群. 別冊・医学のあゆみ 呼吸器疾患 - state of arts 2003 - 2005: 634-7.
- 3) 篠山重威, 麻野井英次, 和泉 徹: 慢性心不全と睡眠呼吸障害 - 在宅酸素療法の新しい可能性 -. Therapeutic research 2003; 24: 313-20.
- 4) Gislason T, Janson C, Vermeire P, et al: Respiratory symptoms and nocturnal gastroesophageal reflux: A population-based study of young adults in three European countries. Chest 2002; 121: 158-63.
- 5) 中俣正美, 藤田七恵, 窪田由希子, 他. 鼻マスク持続陽圧呼吸 (CPAP) が閉塞性睡眠時無呼吸症候群の日中の血圧へ及ぼす影響. 日胸 2003; 62: 553-60.

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療

XII 食欲不振（その1）

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

はじめに

食欲不振とは空腹状態でありながら食物を摂取したいという欲望が起こらない状態で、少量の食物摂取ですぐ満腹感が起こる所謂小（少）食（早期満腹）とは一応別の病態と思われるが、漢方では悪心・嘔吐とともに治療上は共通している点が多い。

食欲不振は消化器疾患に特有な症状ではなく、かぜ症候群などの感染症、悪性腫瘍、諸種の中毒や薬物の副作用、腎疾患、所謂夏ばて（暑気あたり）、鬱病や神経症・神経性食欲不振症 anorexia nervosa、精神的ストレスなどの精神的・心理的要因など多くの原因で生じ得るが、消化器疾患で認められることが最も多い。

食欲不振を訴える場合、とくに中年以上の人では、悪性腫瘍など重大な疾患に起因している可能性もあるので原因の精査が重要なことは論をまたない。精査で器質的疾患が認められ、原因治療を要する場合はそれを優先させるべきである。しかし、実際には精査で重篤な所見が認められず、胃下垂症や慢性胃炎と診断される例も多く、これらは漢方治療の適応となる場合が多い。

漢方医学的には、食欲不振は脾虚（消化機能の低下）によることが多いが、時には食傷

（飲食の不摂生）や胃熱（胃炎など）、肝脾不和（ストレスや肝・胆疾患により肝と脾の調和が乱れ消化機能に異常が起こること）でもみられる。したがって、虚証ばかりではなく、時には実証や虚実中間証にもみられる。

本稿では、食欲不振に用いる機会の多い方剤を実証向き、虚実中間証向き、虚証向きに分けて解説したいと思う。

A. 実証向きの方剤

1. 大柴胡湯

出典は傷寒論で柴胡・黄芩・枳実・白芍・半夏・大棗・生姜・大黃の8種の生薬で構成される。

（1）使用目標：原典の条文は急性熱性疾患における本方の使用目標を述べたもので食欲不振を直接述べた字句はないが、条文中の嘔心下急、鬱鬱微煩などは本方の運用に当たって重要な症候なので、これらを十分参酌して方剤を選定するとよい。

心下急は心窩部に物がつまった感じがあり、緊張して堅くなっている状態で、鬱鬱微煩は鬱陶しい気分があつて胸苦しさを伴っていることである。

本方の適応する人は実証で、概ね筋肉質のがっしりした体格で、腹力があつて上腹角が

広く、心窩部に厚みがあって堅く緊張し、胸脇苦満を認める。胸脇苦満は他覚的にもその範囲が広くて強く緊張しているか、また、その範囲はさほど広くなくても圧診すると抵抗の度合が極めて強い。ベルトや帯をしめることを嫌う場合が多い。なお、本方の適応症には便秘傾向がある。もし便秘傾向がない場合は本方中の大黃を去った大柴胡湯去大黃（薬価収載品）を用いてもよい。

舌質は概ね紅で、舌苔は白色や黄色で厚いことが多い。脈は概ね沈で力のある脈（実脈）を呈し、弦や弦数の傾向がある。

本方の適応症では体力が充実していて食欲も旺盛なことが少なくないが、時に食欲不振を訴えることがある。その機序を現代中医学的には、肝気鬱結による肝気犯胃と説明している¹⁾。

肝気鬱結は中医処方解説では「精神的な緊張・情緒の変動にともなう脳の興奮過程と抑制過程の平衡失調と、自律神経中枢および自律神経系の過緊張と失調状態のことで、さまざまな症候が精神的な要因とともに増強することが特徴である。とくに精神的負担の大きい立場の人やきちようめんな性格の人によく発生する。また、自律神経系の失調とともに内分泌系や肝臓の分泌機能などにも一定の影響があらわれる。…以下略…」と解説している²⁾。

肝気犯胃は肝気鬱結による刺激が胃をはじめとする消化管に悪影響を与えて食欲不振のほか悪心・嘔吐、腹満、噯氣（ゲップ）、吃逆、或は腹痛などの症状を惹起する状態と思われる。図1に本方の適応症にみられることが多い症状・所見を示した。

(2) 処方解説：柴胡は黄芩とともに消炎・

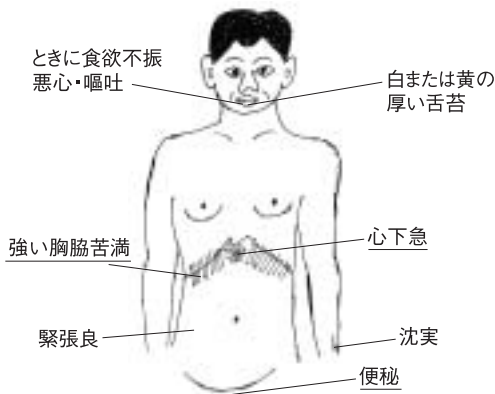
解熱・鎮静などの効能を有し、とくに胸脇部や心窩部の熱邪の鬱塞（頑固で遷延性の炎症など）を解し、枳実（ミカン科のダイダイなどの幼果）は腸管の蠕動を強め、ガス排出を促進して腹部膨満感を除く。白芍（ボタン科のシャクヤクのコルク皮を除去した根）は平滑筋痙攣を抑制して鎮痛する。大黃は瀉下とともに消炎作用によって消化管の炎症を緩解する。半夏と生姜は心窩部の緊張を緩和し、胃の機能を調整し、嘔気を鎮め、大棗は消化機能を促進し食欲を促し、また鎮静にも働き、諸薬の薬性を緩和する。これらの総合作用により消化機能を改善し、食欲を増進させ、悪心・嘔吐、腹満、腹痛などを緩解する。

2. 茵陳蒿湯

出典は傷寒論と金匱要略で、茵陳蒿・山梔子・大黃の3種の生薬で構成される。茵陳蒿はキク科のカワラヨモギの幼苗で、消炎・利尿のほか黄疸を治す効能ももっている。

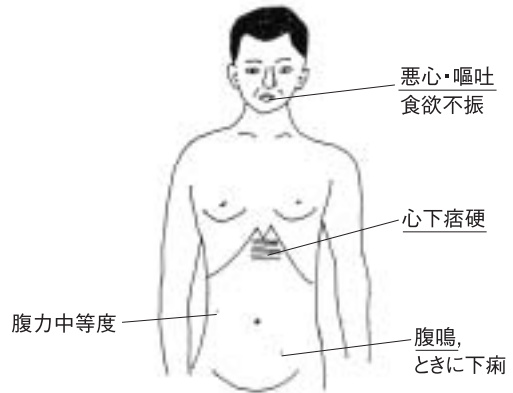
金匱要略には「穀疸の病たる、寒熱食せず、食すれば即ち頭眩し、心胸安からず、久久として黄を發するを穀疸と為す。茵陳蒿湯これを主る（穀疸の病というのは、悪寒と熱とがあって、食欲がない。食べるとめまいがして、胸が気持が悪くて気分が落ちつかず、それが長びくと黄疸になる。このような病態は茵陳蒿湯の適応症である。）」と記載されている³⁾。

(1) 使用目標：本方は黄疸に用いることが多い方剤であるが、黄疸がなくても上腹部が張って苦しく、心窩部から胸部にかけてつまのような不快感があり、食欲がなくて便秘傾向があり、利尿が減少する、というような状態に用いるとよい。この際、脈は概ね沈で滑



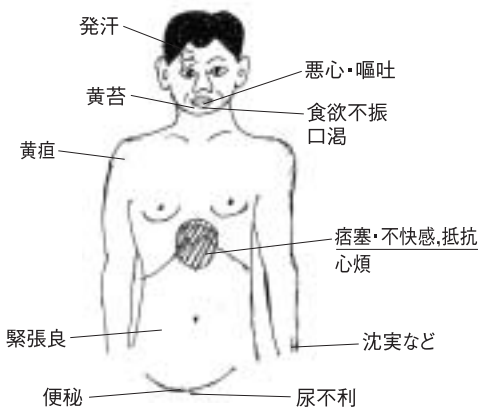
〔実証〕

図1 大柴胡湯



〔虚実中間性〕

図3 半夏瀉心湯



〔実証〕

図2 茵陳蒿湯

数, 弦滑数, 沈実などを呈する。舌質は紅で乾燥し, 苔は黄や黄膩を呈する。腹部は充実に心窩部から両側の季肋下にかけて抵抗を触れることが多い。この抵抗は大柴胡湯の適応症における胸脇苦満と鑑別を要することがあるが, その程度はそれほど強くはない。しかし, 上腹部から胸部にかけての膨満感や不快感は大柴胡湯の適応症より高度である。また本方の適応症では頭部や顔面のみに発汗傾向があったり, 悪心・嘔吐を伴っていたり,

口渴・口苦(口がにがい), 尿色が濃い, などの症候もしばしばみられる。本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図2に示し, 重要なものに下線を付した。

(2) 処方解説: 茵陳蒿は前記の効能のほか止血, 鎮静などの効もあり, 山梔子(アカネ科のクチナシの果実)も消炎, 利尿, 止血, 鎮静, 利胆の効ももっていて, とくに上腹部から胸部にかけての膨満感や不快感があって煩悶する状態を緩解させる。大黄は緩下のほか消炎の効も有し, この3者が協力して体の内部(裏)に鬱滞している熱(炎症)を緩解し, 利尿を図り, 便通をつけ, 黄疸があればそれも改善する。

B. 虚実中間証向きの方剤

1. 茵陳五苓散

出典は金匱要略で五苓散(沢瀉・白朮・猪苓・茯苓・桂枝)に茵陳蒿を加味した6種の生薬で構成される。

(1) 使用目標: 原典の現存の金匱要略には「黄疸の病は, 茵陳五苓散之を主る。」とのみ記載されているが⁴⁾, 恐らく欠文があるので

はないかと思う。これのみでは臨床応用の目標にはならない。五苓散の使用目標（口渴、尿不利、水逆〈水を飲むと吐く〉など）と茵陳蒿の薬能から使用目標を考慮する必要がある。すなわち、悪心・嘔吐、食欲不振、腹部膨満感、口渴・口がねばる、上腹部から胸部にかけての不快感、尿量減少、便秘はなくて泥状ないし水様便がある、甚だしい場合は黄疸を伴う、などの症状があり、舌質は紅、舌苔は微黄膩、脈は浮、浮滑などを目標とする。

(2) 処方解説：主薬の茵陳蒿は利胆、消炎に働き、五苓散は消化管や組織内の余剰の水分を利尿によって除き、口渴、尿不利、悪心・嘔吐、下痢を治し、両者で消化機能障害を緩解し、食欲不振を改善する。

2. 半夏瀉心湯

本方の出典は傷寒論と金匱要略で半夏・黄芩・黄連・甘草・乾姜・人参・大棗の7種の生薬で構成される。

(1) 使用目標：原典の傷寒論には、急性熱性疾患における少陽病で、小柴胡湯による和法で対処すべき時に、誤って瀉下した際に発生した病態に用いるように指示され、また金匱要略には、嘔気があって腹鳴があり、心窩部に痞塞感がある場合が適応であることを述べているが、実際には一般的な胃腸疾患等で発生する諸種の愁訴に幅広く応用されている。本方の適応症では心窩部に痞塞感があつて痛みはなく、腹診するとこの部にやや硬い抵抗（心下痞硬）を触知し、しばしば悪心・嘔吐、上腹部の膨満感、食欲不振、腹鳴、下痢などを伴う。舌は乾湿中間で、苔は厚白・白、微黄などを呈し、脈は沈やや緊、滑など

を呈する。本方は、人参・炙甘草などの補気薬が配合されているので消化機能の低下したものにも使用できるし、寒性・熱性の薬物が配合されているので寒熱にあまりとらわれずに用いてよい。本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図3に示し重要なものに下線を付した。

(2) 処方解説：半夏・乾姜は気滞や胃内停水を除き、胃平滑筋のトーンスを緩和して蠕動を調整し悪心・嘔吐を抑制する。人参は心窩部の痞塞感を緩和するとともに食欲を増進させ消化吸収を促進して全身の機能を高める。炙甘草・大棗は平滑筋緊張を緩め蠕動亢進を鎮め、乾姜と協力して腹鳴や下痢を治す。黄芩・黄連は消炎・鎮静・解熱作用とともに健胃・整腸作用を有し腹満感や痞塞感・下痢を緩解させる。

参考文献

- 1) 高山宏世：漢方の基礎と臨床，日本漢方振興会漢方三考塾，P. 256, 2004.
- 2) 神戸中医学研究会：中医処方解説，医菌薬出版株式会社，P. 210, 1982.
- 3) 日本漢方医学研究所：金匱要略講話，創元社，P. 388, 1992.
- 4) 日本漢方医学研究所：金匱要略講話，創元社，P. 394, 1992.

[Postgraduate Education]

臨床に役立つ呼吸器病学 (2) 抗菌薬無効の肺炎

日南市 国民健康保険中部病院

長友安弘

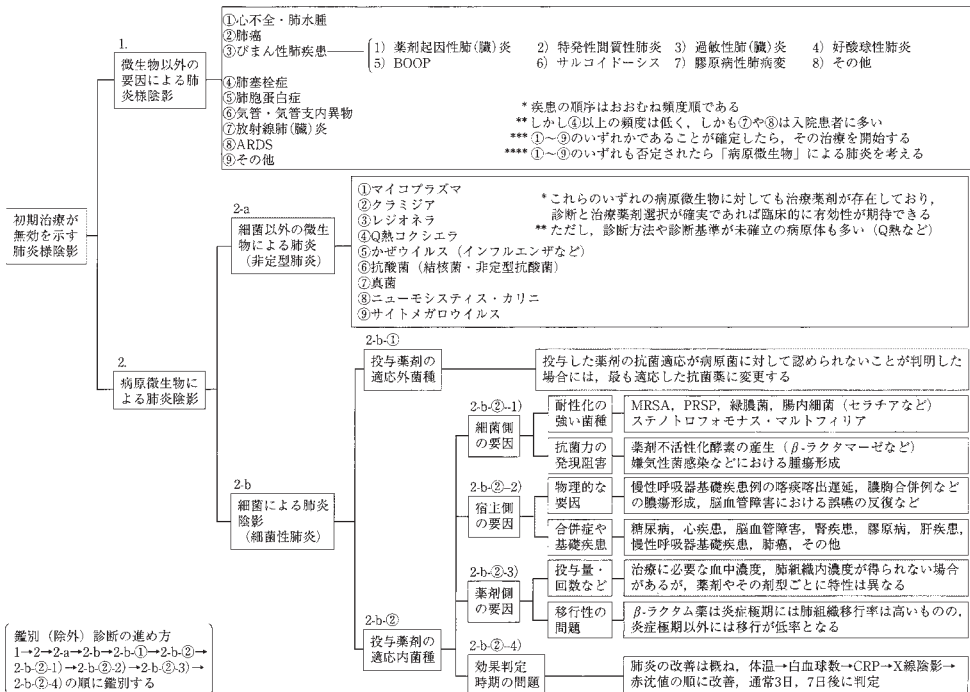
はじめに

前回は呼吸器感染症のガイドラインを概説し、肺炎に対して第1選択薬が無効の際の抗菌薬変更の考え方を述べました。今回取り上げる「抗菌薬無効の肺炎」とは、胸部X線で浸潤陰影を認め、初回判定として抗菌薬を開始したのち3日、長くとも5日経っても改善しない場合と定義し、その原因が多彩であることを、自験例を元に話しを進めたいと思

ます。

成人市中肺炎診療ガイドライン¹⁾

抗菌薬の効果判定は、体温、白血球数、CRP、胸部X線で行ないます。また、この項目の順に改善が見られる場合が多いと言えます。一方、ガイドラインの中には図1に示すフローチャートがあり、抗菌薬無効肺炎の診断に有用です。本稿でも、微生物以外の要因



鑑別(除外)診断の進め方
1→2→2-a→2-b→2-b-①→2-b-②→
2-b-②-1)→2-b-②-2)→2-b-②-3)→
2-b-②-4)の順に鑑別する

図1 抗菌薬無効の肺炎様陰影に対する鑑別診断のアプローチ



図 2 a Case1 (入院時)

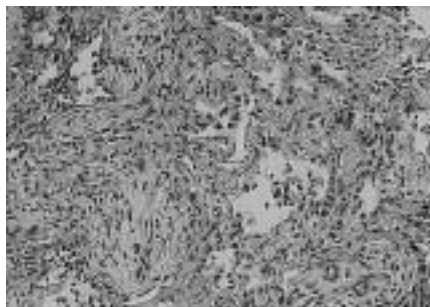


図 2 e Case1 (TBLB)



図 2 b Case1 (入院時)



図 3 a Case 2



図 2 c Case1 (入院時)

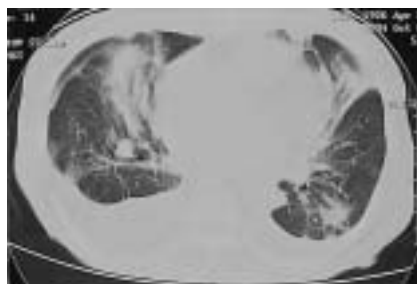


図 3 b Case 2



図 2 d Case1 (入院20日目)



図 4 Case 3

と、細菌以外の微生物による肺炎を分けて述べますが、実際の臨床では常に両者を考えていかなければいけません。

A. 微生物以外の要因による場合

頻度は心不全、肺癌、びまん性肺疾患の順に多く見られます。

Case 1

75歳、女性。鼻汁、咳、痰、発熱が出現したため紹介受診。胸部X線で右上肺野に浸潤影（図2a）、胸部CTでconsolidation（図2b）以外にスリガラス影（図2c）も同時に見られた。WBC 6,400/ μ l, CRP 12.1mg/dl。喀痰培養ではパラインフルエンザ菌を検出。入院後クラリス[®]、マキシピーム[®]、ガチフロ[®]を投与するも発熱が続き、入院20日目には陰影の増強が見られた（図2d）。

Case 2

78歳、女性。咳、呼吸困難のため受診。両肺野の浸潤影と両側胸水あり（図3a, b）。WBC 6,900/ μ l, CRP 0.5mg/dl, LDH 582 IU/l。

Case 3

25歳、男性。約1ヵ月続く発熱と黄色痰。パンスポリン[®]、ファーストシン[®]、ミノマイシン[®]、メロペン[®]無効のため紹介受診。両肺野に結節影が散在性に見られる（図4）。WBC 9,900/ μ l, CRP 6.6mg/dl, 抗核抗体陽性。

Case 1の経過

経気管支肺生検（TBLB）を施行したところ、気腔内器質化所見が確認され（図2e）、器質化肺炎を伴う閉塞性細気管支炎（BOOP）と診断。プレドニン[®]内服で改善した。

考察：図2dで右肺野の含気が低下（横隔膜が挙上）しています。通常の細菌性肺炎で

はこの様な画像はとりません。今回のBOOPの原因はウイルスが契機と考えられますが、他にも真菌、RA等の膠原病、肺癌や乳癌の放射線療法後で起こります。

Case 2の経過

特徴的な画像に加えて、3.5kgの体重増加、下腿浮腫、心房細動の存在、血漿BNP 1,690pg/mlよりうっ血性心不全と診断。入院後ラシックス[®]、アルダクトンA[®]にて咳や呼吸困難が消失し、肺うっ血も消失した。

考察：感染症を契機に心不全を誘発することがありますが、心不全でも発熱することがあるため、抗菌薬の投与の是非は臨床所見から判断すべきと考えています。本例も経過中、1度熱発しましたが、抗菌薬を投与せずに解熱しました。急性心不全の診断において血漿BNP濃度は100pg/ml以上が目安と言われていいます。またBNP迅速測定が最近可能になりましたので²⁾、私を含めて循環器専門医以外の先生方にもより有用となるでしょう。

Case 3の経過

入院後抗菌薬を中止して経過観察したところ、解熱し肺炎像も消失したため、抗菌薬起因性肺臓炎と診断した。

考察：抗菌薬を中止した理由は、①発熱の割に見た目が元気であった、②一般的な病原微生物に有効な抗菌薬がすでに投与されていた、という2点です。本例は皮疹、好酸球増加や肝障害は見られませんでした。なお重症例ではステロイドが必要になります。

B. 細菌以外の微生物による肺炎による場合

Q熱やクラミジア肺炎などは、未だ診断方法や診断基準が未確定です。

Case 4

42歳、男性。咳、白色痰、発熱、体重減少



図 5 a Case 4

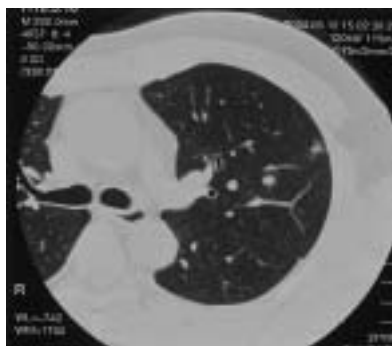


図 7 Case 6



図 5 b Case 4

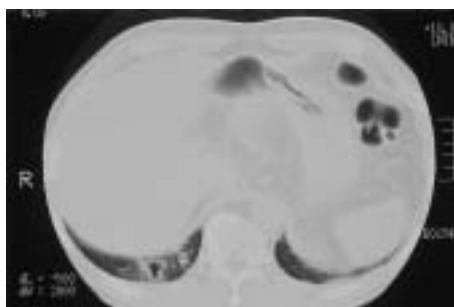


図 8 Case 7



図 6 a Case 5



図 9 a Case 8



図 6 b Case 5



図 9 b Case 8



図10 Case 9

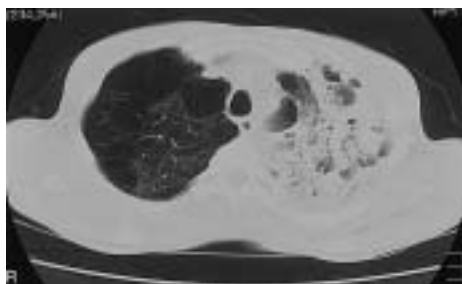


図12a Case11 (初診時)



図11a Case10

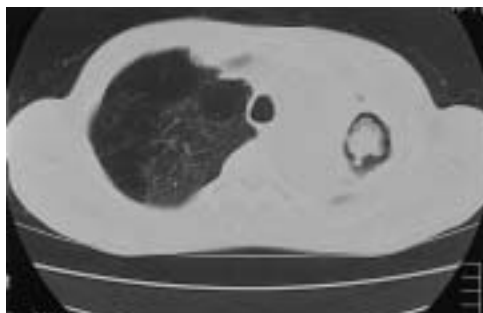


図12b Case11 (初診1ヵ月後)



図11b Case10

のため受診。両上葉にスリガラス影(図5 a), 舌区に浸潤影(図5 b)が見られた。WBC 4,100/ μ l (Eo12%), CRP0.8mg/dl, LDH 471IU/l, KL-6 811U/ml, β -Dグルカン 300pg/ml (基準値20以下)。

Case 5

79歳, 男性。1月に入って発熱, 咳嗽, 血痰が出現し, 呼吸困難のため発病5日目に受診。

両肺野のスリガラス影と両側胸水あり(図6 a, b)。WBC10,300/ μ l, CRP15.8mg/dl, LDH591IU/l。

Case 6

37歳, 男性。基礎疾患に気管支喘息。咽頭痛, 食欲不振, 高熱, 全身の皮疹, 乾性咳嗽のため紹介受診。両肺野に小粒状影あり(図7)。WBC5,200/ μ l (Eo0.1%), CRP2.0mg/dl。

Case 7

59歳, 男性。血痰のため受診。右S10に空洞性病変あり(図8)。血沈14mm/時, WBC5,800/ μ l (Eo2%), CRP0.2mg/dl。

Case 8

72歳, 女性。パンスポリン®, モダシン®, カルベニン®無効の発熱, 喀痰, 食欲低下と腰痛のため紹介受診。右中葉のair bronchogramを伴った浸潤影とびまん性小粒状あ

り (図9 a, b)。血沈42mm/時, WBC 4,100/ μ l, CRP 6.4mg/dl。

Case 9

48歳, 女性。乾性咳嗽が続き, 受診。右中葉に気管支拡張像および周囲の浸潤影あり (図10)。血沈54mm/時, WBC 4,800/ μ l, CRP 0.4mg/dl。

Case 10

76歳, 男性。基礎疾患に糖尿病, C型慢性肝炎。全身倦怠感, 食欲低下, 白色痰が出現。右下葉にconsolidationがあり (図11a, b) ハロスポア®が投与されるも, 無効のため紹介受診。WBC 6,000/ μ l, CRP 0.4mg/dl以下, BS 227mg/dl, HbA 1c 6.9%, GOT 35IU/l, GPT 48IU/l。

Case 11

53歳, 男性。基礎疾患に肺気腫, 糖尿病。咳, 発熱のため近医でクラビット®を投与されるも改善ないため紹介受診。左上葉の浸潤影があり (図12a), WBC 11,100/ μ l, CRP 10.5mg/dl。喀痰培養では有意菌は検出されず。オメガシン®, ジスロマック®, ガチフロ®を計2週間投与したところ解熱し, WBC 7,200/ μ l, CRP 2.7mg/dlと低下した。しかし抗菌薬中止3日目から高熱と血痰が出現。再投与したオメガシン®とパズクロス®は無効であった。

Case 4の経過

スリガラス陰影からは細菌性肺炎よりも非定型肺炎が疑われた。喀痰細胞診のグロコット染色を依頼したところ, カリニが検出されカリニ肺炎と診断。精査のため転院し, 後にHIV陽性が判明した。

考察: カリニ肺炎では間質性肺炎のマーカーであるLDH, KL-6と真菌細胞壁の構成成

分である β -Dグルカンがいずれも高値となります。診断方法としては, 呼吸器検体のグロコット染色ないしはギムザ染色を行います。またPCR法 (保険適応外) も参考になります。ちなみに日本での2003年のAIDS発症者は300人を越えています。

Case 5の経過

人工呼吸器を装着し, エラスポール®, ステロイドパルス療法を行ない, ARDSは改善した。後に血清抗体価 (H3N2) が2,048倍と上昇しているのが判明し, A型インフルエンザと診断した。

考察: 本例は気管支肺胞洗浄液 (BALF) 中に病原細菌はなく純ウイルス型肺炎でありました。ウイルス抗原検出キットは早期診断に有用ですが, 発病1日以内や4日以降では偽陰性のこともよくあるため, 診断には注意が必要です。タミフル®やリレンザ®, シンメトレル®の投与は発病48時間以内が原則で, それ以降の有効性は認められていません³⁾。感染性のARDSに対して, ステロイド投与は議論の余地が残りますが, 本例はエラスポール®との併用が有効であったと考えています⁴⁾。

Case 6の経過

典型的な水疱と水痘IgM抗体 (FA法) 20倍, 7日前に水痘患者への接触歴があり, 水痘肺炎と診断。個室隔離とし, ゴビラックス®の投与で3日目には解熱し, 7日目には水疱も消失。咳嗽も徐々に軽減した。なお本例は幼児期に水痘に罹患していた。

考察: 水痘は成人で15~50%に肺炎を合併しますが, ウイルス自体による原発性肺炎は1%にしか過ぎません。その際, 結節影の増大・癒合は重症化が予想されます。できるだけ早期にゴビラックス®やアラセナ®の点滴治

療を行ないます⁵⁾。他に成人のウイルス性肺炎で重症化するものとして、麻疹やアデノウイルスがあります。

Case 7 の経過

好酸球は2%であったが、IgEは640 IU/mlと上昇していた。喀痰細胞診でウエステルマン肺吸虫の虫卵が検出され、ビトリシド®内服で血痰は消失した。

考察：寄生虫感染症の診断には喀痰細胞診と、免疫血清学的検査（宮崎大学寄生虫学教室に依頼）が行われます。もちろん問診で、イノシシ、サワガニ、モクズガニの食歴（生食、加熱されていないカニ団子やおボロ汁）が重要となります。

Case 8 の経過

喀痰の抗酸菌塗抹陽性、PCR法で結核陽性から肺結核（粟粒結核合併）と診断。INH、RFP、EB、PZAの4剤併用で計6ヵ月間治療し、改善した。結核菌は後に培養され、薬剤感受性試験で耐性は見られなかった。

考察：画像上浸潤影を呈し、細菌性肺炎に似た結核性肺炎と呼ばれる症例があります。そのため読影の際は小粒状影や散布巣に常に注意を払う必要があります。しかし老人性肺炎（特に誤嚥性肺炎）との鑑別困難な症例が時に経験されます。肺炎を診た際は抗酸菌検査を忘れずに提出して下さい。肺炎治療のため安易にニューキノロン薬を投与すると肺結核が一時的に改善してしまい、診断を困難にすることがあるからです。

Case 9 の経過

BALFの抗酸菌塗抹陽性、PCR法で*Mycobacterium intracellulare*陽性から肺非結核性抗酸菌症と診断。RFP、EB、カナマイシン®、クラリス®の併用で陰影は改善し、約1

年間治療した。後に同菌が培養された。

考察：中年女性で中葉舌区に陰影がある場合、特に肺MAC症が考えられます。鑑別疾患としては副鼻腔気管支症候群が挙げられます。抗酸菌塗抹陽性の場合、隔離の問題からもMAC PCR法を追加検査してもらいたいと思います。

Case 10 の経過

肺癌を疑い、気管支鏡検査を施行。TBLBでクリプトコッカスが検出され、血清クリプトコッカス抗原が陽性であり、肺クリプトコッカス症と診断。ジフルカン®で改善した。

考察：本例は問診を取り直すと、自宅周囲にハトが存在していました。血清クリプトコッカス抗原は補助診断としては非常に有用であり、原因不明の肺炎の際には1度は提出してみして下さい。本症の画像所見は多発結節影や空洞が典型的であるため、本例の様な浸潤影は細菌性肺炎や肺腺癌と誤ってしまう可能性が高いと思います。ATLと本症との関連性が指摘されていますが、本例はHTLV-1抗体陰性でした。

Case 11 の経過

入院時の胸部CT（図12b）で、空洞内にfungus ballと思われる結節が見られた。喀痰細胞診でアスペルギルス菌糸は見られず、血清アスペルギルス抗原陰性、 β -Dグルカン14.3pg/mlであったが、血清アスペルギルス抗体（保険適応外）が陽性であり、肺アスペルギローマと診断。ファンガード®により解熱し、イトリゾール®に変更して1年以上が経過。Fungus ballは消失し、浸潤影も著明に縮小した。

考察：抗菌剤投与で一旦良くなった肺炎が再増悪した症例です。アスペルギルス感染症

を誘発した原因として、①気腫性ブラ、②糖尿病、③直前に使用した抗菌薬、が考えられます。真菌感染症の治療ガイドラインでは肺アスペルギローマには、手術が勧められています⁶⁾。しかし、手術困難な症例には抗真菌薬（ファンギゾン[®]、ファンガード[®]、イトリゾール[®]、今後ボリコナゾール）が投与されます。本例は手術を希望されなかったため内科的治療を継続しています。なお浸潤性肺アスペルギルス症では血清抗原、肺アスペルギローマでは血清抗体が陽性になる頻度が高くなります。

最後に

抗菌薬無効の肺炎に遭遇した時は、本当に抗菌薬が必要な肺炎であるかを常に考えて診療する必要があります。抗菌薬を次々に変更しても良くならないというピットフォールに

陥らないようにしたいものです。

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会市中肺炎診療ガイドライン作成委員会. 成人市中肺炎診療の基本的考え方. 日本呼吸器学会 2000.
- 2) 蔦本尚慶, 堀江稔. BNPをどのようにに利用するか. medicina 2004; 41: 1832-5.
- 3) 三田村敬子, 菅谷憲夫. インフルエンザウイルス: 呼吸器感染症 2005. 日本胸部臨床 2004; 63 (増): 56-60.
- 4) 小熊彩子, 小島武士, 姫路大輔, 他. ErythromycinとCiprofloxacinの静脈内投与に, ステロイドとSivelestat sodiumの同時投与が著効した急性呼吸促進症候群合併レジオネラ肺炎の1例. 日呼吸会誌 2004; 42: 956-60.
- 5) 小橋吉博. 水痘ウイルス: 呼吸器感染症 2005. 日本胸部臨床 2004; 63 (増): 77-9.
- 6) 深在性真菌症のガイドライン作成委員会. 深在性真菌症の診断・治療ガイドライン. 医歯薬出版 2003.

[他科からの提言]

内科で見つかる婦人科疾患

宮崎善仁会病院 婦人科

和田俊朗

教科書的に“婦人科救急”というと「子宮外妊娠(外妊)」「骨盤内感染症(PID)」「卵巣出血」「卵巣腫瘍茎捻転」の4つがあげられます。以前「産婦人科以外から紹介された婦人科疾患」について宮崎市郡医師会病院で検討したことがあります(表1), 多い順に卵巣腫瘍, 卵巣出血, 外妊, PID, 子宮筋腫, 卵巣癌で, まさに教科書どおりでした。またこのうち, 卵巣出血, PID, 卵巣癌は産婦人科以外から紹介される割合の方が高いという結果でした。今回は, これらの疾患について診断のポイントをお話したいと思います。

【子宮外妊娠】私が研修医のころには, 急激な腹痛・出血性ショック・救急搬送・緊急開腹手術・輸血という「外妊」が殆どでした。しかし妊娠反応の精度の上昇と簡易化, 陰式超音波検査の波及により外妊の診断が早期に行えるようになったため, このような症例はほとんど無くなりました。婦人科以外に腹痛を主訴とした外妊の患者さんが受診される場合, その多くは妊娠していることを自覚していないことが考えられます。腫大した卵管を腹式超音波で確認することはほぼ不可能なので, 下腹痛, ダグラス窩のEFS (Echo Free

表1 産婦人科以外からの紹介例の内訳

(宮崎市郡医師会病院 産婦人科 1998.1.1~2001.9.30)

疾患名	産婦人科以外から紹介症例	疾患の全症例数	全体に占める疾患の割合	多科紹介例数/全症例数
卵巣腫瘍	62 25.4%	199	7.8%	31.2%
卵巣出血	41 16.8%	66	2.6%	62.1%
子宮外妊娠	23 9.4%	105	4.1%	21.9%
子宮筋腫	14 5.7%	272	10.7%	5.1%
骨盤内感染症	18 7.4%	27	1.1%	66.7%
卵巣癌	10 4.1%	16	0.6%	62.5%
子宮頸癌	2 0.8%	12	0.5%	16.7%
子宮脱	7 2.9%	63	2.5%	11.1%
流産	16 6.6%	115	4.5%	13.9%
分娩関連	18 7.4%	-	-	-
切迫早産	7 2.9%	-	-	-
外傷	5 2.0%	-	-	-
月経困難症	3 1.2%	-	-	-
その他	18 7.4%	-	-	-
合計	244 100.0%	2551		9.6%

表2 卵巣出血と妊娠歴

(宮崎市郡医師会病院 産婦人科)

経妊経産	症例数	頻度	
0G0P	36	66.7%	
1G0P	7	13.0%	
2G0P	2	3.7%	
3G0P	1	46	1.9% 85.2%
2G1P	2	3.7%	
2G2P	1	1.9%	
3G2P	1	1.9%	
4G2P	2	3.7%	
5G2P	1	1.9%	
7G2P	1	8	1.9% 14.8%
54			

表3 卵巣出血発症と予定月経までの日数

日数	症例数
~-5	2
-4~0	1
1~5	8
6~10	11
11~15	6
16~20	2
21~25	1
26~30	1
8.3 ± 7.3	

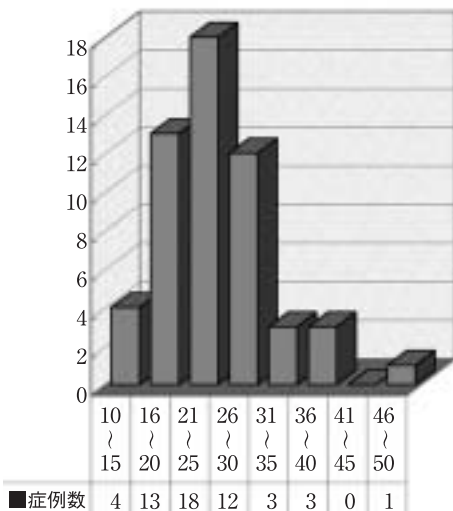


図1 卵巣出血の年齢分布



写真1



写真2



写真3

Space) と妊娠反応陽性 (妊娠 5-8 週程度) で疑います。予測されるとおり, PID の蔓延や不妊治療などの要因で外妊は増加していますが, 治療法も多様化してきました。妊娠週数と腫大した卵管のサイズ, 腹腔内出血の有無などにより①メソトレキセート (MTX) の筋注 (もしくは局注) のみ, ②腹腔鏡下に卵管切開 (卵管を温存: 写真1), ③腹腔鏡下に卵管切除, ④緊急開腹して卵管切除などが選択されます。子宮外妊娠は卵管による受精卵

移送障害が原因であるため、その再発率は一般に10-15%といわれていますが、文献的に②の場合も同様の再発率であるため可能なら②を選択しています。

【卵巣出血】欧米の教科書では総じて Leaking or Ruptured Functional cysts と表現されますが、その代表は排卵後に増大した黄体血腫が裂け、その裂け目から中等量～多量の腹腔内出血をした場合をいいます（写真2）。我々が検討した結果では10代が32%、20代が56%で未妊未産婦が全体の2/3と圧倒的に多く、予定月経の一週間程度前に発症のピークがありました（図1・表2・表3）。この疾患の診断のポイントは年齢と突然発症した腹腔内出血、妊娠反応陰性、時期（予定月経前）となります。性交中に発症することもよくあります。腹部エコー上はダグラス窩のみもしくは上腹部に及ぶEFSと、片側卵巣の血腫様所見が特徴で、注意すればかなり腹式超音波で診断できます。治療としては、全身状態が安定していれば、急変時の対応を確認した上の外来通院が可能です。統計では入院例で腹腔鏡や開腹などの止血手術を要したのは18%で、残りは平均5-6日の入院で軽快退院していました。ちなみに mittelschmerz として知られる排卵期の腹痛は卵胞の破裂により少量の出血と卵胞液内のプロスタグランジンが原因で腹痛を生じますが、もっと程度が軽くEFSがみられることは通常ありません。

【卵巣腫瘍】卵巣腫瘍としての総論で述べれば、①80-85%は良性で2/3は20-44才に発症、②45才未満で悪性である可能性は1/15以下。③ほとんど無症状だが、腹部膨満、腹痛、圧痛、性器出血をしめすことあり、④茎捻転や破裂、腫瘍内出血で強い痛みを生じる。⑤片

側、嚢胞、可動性良、平滑が良性で、両側、充実性、固定、不整、腹水、ダグラス窩結節、早い発育が悪性といわれています。ただし卵巣は正常でも腫大することが多いため、非腫瘍性と腫瘍性という分け方をします。

「非腫瘍性卵巣腫瘍」：卵胞、黄体嚢胞などで通常症状が無く外科的処置を必要としないもので、1000人中5人くらいの頻度です。最も多いのは卵胞嚢胞ですが、8cm以上にはなりません。たまに自然破裂し、痛みや腹膜炎症状を示しますが通常4-8週で改善します。前述した卵巣出血や妊娠中のルテイン嚢胞もこの範疇に入ります。その他子宮内膜症によるチョコレート嚢腫も非腫瘍性ですが、これは経過を見ても縮小せず、腫瘍との鑑別が必要です。近年、晩婚化も影響し子宮内膜症の人が急増しており、月経困難症で来院した場合の多くにチョコレート嚢腫がみられます。この腫瘍は月経期前後に破裂することがありますが、この場合急性腹症に準じた非常に強い痛みを生じ腹腔鏡などの手術を要することがあります。またチョコレート嚢腫から明細胞癌や内膜様腺癌が発生することもまれながら散見されるようになり、フォローには注意を要します。

「腫瘍性卵巣腫瘍」：悪性腫瘍も含まれますが、一番多いものは成熟奇形腫（皮様嚢腫）でその80%以上は性成熟期に発症（30才が平均）します。30才以下で骨盤内腫瘍で開腹した人の1/3、40才以下のすべての卵巣腫瘍の62%が成熟奇形腫です。腫瘍内には多くの場合脂肪性分と毛髪や石灰化部分を含みます。この腫瘍の悪性転化は2%以下にしかおこりませんが、その3/4は40才以上で生じ発症後の予後はよくありません。また茎捻転の頻

度は15%といわれ骨盤内にfloatするからといわれています。10%は両側に発症します。この腫瘍は脂肪性分と石灰化を含むため、超音波検査で診断しにくいことがある反面、CTで容易に診断がつけられます。次に多いのが漿液性腫瘍で、通常良性ですが5-10%は境界悪性で20-25%は悪性です。ムチン性腫瘍は巨大になりやすいのが特徴で、5-10%は悪性です。この腫瘍は一般的に化学療法に抵抗性で予後が悪いものが多いです。その他充実性の良性腫瘍として線維腫（fibroma）、thecoma、Brenner腫瘍などがあります。

良性卵巣腫瘍やチョコレート嚢腫を、最近では腹腔鏡下に核出するようになってきました。臍の10mmトラカールと下腹部左右の5mmトラカール孔で腫瘍の核出、残存卵巣の縫合を行います。美容的というより、卵巣や卵管に対し低侵襲であることが本来の目的です。悪性が疑われる場合は開腹し両側付属器説も+子宮摘出、リンパ節生検も含めたStagingが必須です。

そこで卵巣腫大を見たときのポイントですが、内部エコーの性状、腹水の有無、年齢が重要です。CTやMRIが可能なら、血液成分（子宮内膜症や血腫）や脂肪成分、石灰化（皮様嚢腫）を認める場合や壁がスムーズで不整がない腫瘍は良性の場合が多いと考えられます。実際には画像診断に加えCA125、CA19-9、CEAなどの腫瘍マーカーを参考にして術前診断を行います。閉経をすぎると通常、卵巣は萎縮し腔式エコーでも認識しづらくなります。この時期の5cm以上の卵巣腫大は1/2の割合で悪性といわれています。逆に9才以前の卵巣腫瘍の90%は悪性ともいわれています。よって、性成熟期の卵巣腫大はまず経過を見て非腫瘍性のものを見分けるこ

とが多いのですが、老人や幼児の卵巣腫大は放っておくことはできません。

【PID】最近子宮外妊娠で当科で腹腔鏡下手術をした20代前半の女性の肝周囲の写真です（写真3）。腹痛の既往はあるけれど自制可であった程度ですが、このような肝周囲炎を起こしている女性を最近をよく見かけます。クラミジアは子宮頸管炎から始まり、卵管炎（子宮外妊娠や不妊の原因）、子宮周囲炎、骨盤腹膜炎（腹痛）、肝周囲炎と拡がります。近年の高校生・大学生などのクラミジア保菌者の増加は世界一といって良いくらい悲惨な状況で、現在の歪曲した社会環境や性道德の現状を物語っているのかもしれない。急性腹症で救急外来を受診した女性患者さんで、消化器症状に乏しく全身状態が比較的良好な場合は疑わしいことが多く、内診して疼痛部位が子宮周囲を中心としているかどうかチェックします。頸管から粘液をぬぐいPCRでクラミジア抗原の有無をチェックします。診断がついたらクラビットやクラリスの内服を2週間続けるか、最近ではアジスロマイシン1000mg一回服用のみで治療することも多くなりました。当然パートナーも泌尿器科などでチェックして治療することが必要です。そのほか薬剤耐性の淋菌感染症も増加傾向にあります。

最後に：以前より「女性を診たら妊娠を疑え」と言われていましたが、やはり女性には「妊娠」「卵巣」「子宮」がからんだ特有の病態があります。また構造上、膣と腹腔内は管腔で連続していますので、どうしても腹腔内感染症の危険性が高いと言わざるを得ません。女性の腹痛を診られた場合に、上述した疾患が紛れ込んでいることを心に留めて頂き、日常の内科診療の一助になれば幸甚です。

[随筆]

「仕事」さがし

都城市 瀬ノ口医院 瀬ノ口 洋 史

働くようになって10年が過ぎました。一応、専門分野もでき日々診療にあたっていますが、私の診療所の患者さんは比較的高齢な方が多く、大学病院や関連施設の病院に勤務していた時ほど緊急を要する患者さんや種々の検査を必要とする患者さんはそれほど多くありません。今の診療所で働くようになって4年余りが過ぎたので、今の患者さんとも4年のつきあいになります。当時80歳だった方は84歳になっているわけです。4年間とは短いようにもありますが、患者さん、ましては高齢な患者さんには少なからず変化が見られます。気弱になった患者さん、歩行が困難になった患者さん、腰が曲がってきた患者さん。

逆に若返った患者さん、運動を始めた患者さん。前者が多いのですが、後者も時々見受けられます。

両者とも身体的に差はないのですが、何が違うのかと考えると、後者の方は生活の中でちゃんと「仕事」を持っているのです。例えば毎日畑に行く、孫の世話、グランドゴルフ、このような方は診療中身体の話より「仕事」の話をしている時間が長く、話をしている姿は皆健康そのものです。当然「物忘れ」もみられず、上手に歳をとっているのだなと感じます。歳をとるのも楽じゃないと思いつつ、来年80歳となる父に「仕事」を探している毎日です。



48才の脳出血

都城市 あきと内科胃腸科 田 中 彰 人

2004年1月12日脳出血で倒れました。血管に奇形があり、わずかな血圧の上昇で脳出血を起こしたようです。最初、完全な右片麻痺で全く右は動かず、右顔面神経麻痺により、全く話せない程でした。入院時の採血異常はGPT 60のみでした。医院を開業してわずか3年…。『借金はどうする。保険金がなくて

は返せない。死なないのかな。どうにか死ねないものか』と動けない身体で考えました。

5月から一人で外来をしています。こんなに早く復帰するなんてやっぱり『借金はどうする。』が気になっていたのです。右顔面のしびれ感（歯科治療の麻酔がずっと効いている感じ）構音障害・嚥下障害があります。右

片麻痺があり、内視鏡、打診、舌圧子等は使用できません。右片麻痺といっても半分麻痺という感じではありません。すべてのバランスが悪く実際は右4/5麻痺と言っていいくらい不自由です。利き腕側が使えなくなり、何事も思うようにできません。ただ、優しい患者さんが多く、診察が終わると逆に患者さん

が「おだいじに」といって出て行かれます。右手をさすって「早よ良くなれ。早よ良くなれ。」と言うおばあちゃん。「早よ元気になってよ。先生が頼りじゃから。」

こんな身障者の僕から離れないで医院に来てくれる患者さんがいるんですよ。



私の時計遍歴

都城市 柏村内科 貴島 亨

旧制中学に入学した時に、初めて時計を買って貰ったように思う。当時の腕時計は日に10分20分違ったが、中学生の持ち物としては普通だったかもしれない。今のようにテレビの時報や117番サービスがある訳でなし、時刻合わせはせいぜい昼のサイレンに頼るぐらいだった。裏蓋を開け自分で調整してもみたがうまく行かなかった。

父は公務員で、当時は今と違い公務員は安月給だった筈だが、月給の何倍かで買ったという「ウォルサム」の金側懐中時計が唯一の自慢だった。多分、買ったのは結婚前だったのだろう。その金側も戦時中に供出させられクロム側に変わってしまった。

当時はどこの家も柱に掛ける振り時計があったようだ。父は時間に正確で少しの進み遅れも小まめに調整していた。夏は遅れ冬は進むのは温度により振子が伸び縮みするからで振子の長さを調整するんだということを小さい時に教わった。

そのようなことから私も正確な時計を持ち

たいというのが夢だった。医師になってからだが、セイコー、シチズン、シーマ、等々使ったが満足できるものは無かった。

先輩が復帰前の沖縄に夏季巡回診療に行くことになり、オメガコンステレーションを買ってきて貰ったが、これもあまり満足できなかった。そうこうするうちに電池時計やデジタル時計が出現、時間はほぼ正確になった。

60歳になり医師年金が貰えるようになり、それまで手が出なかった、ステータスのシンボルのようなロレックスを初回の給付金で買い、暫くは喜んでいたが、これがとんでもない代物で1日に数秒誤差があり、しょっちゅう腕を振っていないと、夜はずしておく翌朝は止まってしまうのだ。数箇所の取扱店で尋ねてみたが「1日数秒は当たり前」「毎朝ネジを巻いて時間を合わせるのが楽しみ」とのたまわった。冗談じゃない。

2、3年前セイコーのクレドールが自動巻きでネジをいっぱい巻いておくと日常数時間着けているだけで振る必要もなく時間は正確

とのセールストークだったが、まったくの外れで今はお蔵入りの状態。仕方なく10年も前のセイコーウォッチを使っていた。

次いでシチズン社が創業何十周年かの記念とか言う「The CITIZEN」を勧められた。十年間保障，電池は5年間は保ち，月末の日付け修正不要，月差1秒とのこと，今まで何回も騙されているので余り信用しなかった

が，使ってみると今までの時計の中では最も正確に時を刻んでいる。1年余りになるが，数ヶ月にセイゼイ0.5秒～1秒差と大満足の昨今である。数百万もする時計も数多くあるが，私はファッション性よりも正確性が時計の命と考える立場なのでこれで充分。11月に75歳になったので，私の時計遍歴もこれで終わりかと思っている。

ひとこと

VDT障碍

都城市 宇宿医院

宇宿 不二夫

VDTは職場に於いて広く普及し、一般においても家庭用ゲーム機、インターネット、電子メール等、年齢、場所を問わず利用されている。最近、受験や就職の診断書を書くに際して、その視力検査で、若い人達に裸眼視力が0.1或はそれ以下の極端に悪い人が数人にみられる。子供の頃、テレビゲームばかりしていたからでしょうか、と云う者もいる。現在一部の小学校でコンピューターを教えている所もあるようで、やがて全国の学校で使うであろう事を考えると、視力の悪い者が増えやしないかと懸念され、機器を使用に際しての注意も教える必要があるかと思われる。

ひとこと

宮崎大学医学部第一内科

石川 直人



はじめまして。この度宮崎県内科医会入会することとなりました石川直人と申します。宮崎医科大学医学部第一内科で病棟医長を経験し、現在外来医長として消化管疾患(特に炎症性腸疾患)を専門的に行っております。今までの臨床経験を地域住民のために役に立てたいと考え、平成17年3月上旬に宮崎市花ヶ島に石川クリニックとして開業する予定です。今後ともどうぞ宜しく御指導御鞭撻のほどお願い申し上げます。

ひとこと

入会のご挨拶

日南市 えとう循環器科・内科クリニック
江 藤 琢 磨

2004年10月1日に日南市で開業と同時に本会に入会いたしました。長崎県佐世保市出身で、第一期生で青雲学園高等学校を卒業し、東邦大学を卒業時に父の故郷の宮崎に行く決心をしました。宮崎医科大学第一内科（故田伸謙次郎教授）に入局後は主に循環器病学を中心に研修し、約18年間在籍後に父が生まれ育った日南市で開業いたしました。祖父母、父が生活した土地で、医療を行う喜びを感じながら日々診療に従事しております。残念ながら南那珂地区には循環器専門医が少なく、住民が循環器高度医療を受けることが可能な施設は、県立日南病院のみであります。しかしながら同院のみでの対応は不可能であり、しばしば患者さんを宮崎市や都城市に緊急搬送するのが現状であります。そこで私に与えられた使命は、南那珂地区住民の循環器疾患の予防、早期発見・治療に専念することと志を高く持ち、今後邁進していきたいと考えております。宮崎県内科医会の諸先生方には、今後共なお一層のご指導とご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

入会のご挨拶

串間市 串間市立病院
黒 木 和 男

私は平成14年9月から串間市立病院の院長として勤務しています。当院は築後40年近くたち建物は老朽化しており新館の建築計画があるということでやってきました。新館工事は平成15年11月着工して平成17年5月には完成します。MRI、電子カルテを導入します。ベッド数120床で、内科、外科、整形外科、泌尿器科、産婦人科の診療科を有しており、地域の中核病院としての役目を果たしてゆきたいと思っています。

入会のご挨拶

串間市 にいな内科・循環器科
新 名 洋 美

平成16年9月に出身地である串間市に診療所を開業し、これを期に宮崎県内科医会に入会させて頂きました。宮崎医大を卒業後、第一内科に入局し、循環器を専門に研鑽、平成8年からは古賀総合病院に勤務し循環器を担当しておりました。これまでの経験を生かし、微力ながらも地域医療に貢献したいと思っています。趣味は球技一般、音楽鑑賞です。今後とも宜しく願いたします。

ひとこと

ひとこと

宮崎市 宮永内科クリニック
宮永省三

私こと、この度宮崎県内科医会に入会させていただくことになりました。私は平成1年に宮医大を卒業後第三内科に入局し、内分泌・代謝（糖尿病）を専門に研修してまいりました。大学病院、県立宮崎病院、宮崎市郡医師会病院、古賀総合病院に勤務し、その間に呼吸器疾患や循環器、糖尿病、甲状腺などの内分泌疾患等を勉強する機会に恵まれました。平成15年3月に開業後も糖尿病や甲状腺疾患、呼吸器疾患を専門に診療しております。まだ何も分かりませんが今後とも宜しくお願い致します。

ひとこと

都城市 藤元上町病院
藤元千絵

今回内科医会に入会致しました。これといって、趣味も特技もない私ですが、手話を習ってみました。その時「聴覚障害者はあなたの手話は見ていません。むしろ口を大きくあけて話してください。」と教わりました。最近、聴覚障害者が診察にみえます。挨拶は手話で、その後は、少しの手話と筆談、ジェスチャーと大きく開ける口です。いつの日か手話外来と呼ばれる日が来るのでしょうか。

入会のご挨拶

佐土原町 くらもと医院
倉元光明

平成16年11月1日に佐土原町上田島に開業させていただきました。

平成7年宮崎医科大学（現宮崎大学）医学部を卒業し、消化器外科を中心とした一般外科を担当する同大学第1外科に入局後、消化器系のみでなく一般内科、脳外科系の救急医療に携わる病院にて診療する機会を頂き、その経験を地域の皆様に提供すべく開業を決意した次第です。

まだまだ若輩者のため、消化器系はもとより、他の内科系に関しましてもまだまだ勉強することが山積しております。この内科医会への入会をお許しいただいたことに感謝申し上げるとともに、今後のご指導、ご鞭撻を宜しくお願い申し上げます。



入会のご挨拶

宮崎市 さわの内科クリニック
澤野文俊

平成15年12月に宮崎市小松に開院し一年が経ったばかりです。今回、貴会への入会をお許し頂きましたのでご挨拶申し上げます。

宮崎医科大学医学部を卒業し、同大第一内科に入局しました。同大附属病院、都城市郡医師会病院に勤務後、宮崎医科大学医学部附属病院病院病理部にて腎臓を中心とした病理を学びました。その後信州大学の生理学教室で研究し、帰宮してからは、宮崎医科大学医学部附属病院第一内科、潤和会記念病院、社会保険宮崎江南病院、古賀総合病院、宮崎社会保険病院に勤務いたしました。腎臓グループにて、腎臓内科、透析療法に携わり、高血圧、循環器疾患、消化器疾患と幅広く勉強させていただきました。

これまでの経験を活かせればと一年前に開業しましたが、まだまだ未熟者で力不足であることを感じています。県内科医会の諸先生方にはこれまで以上にお世話になるかと思いますが、今後ご指導・ご鞭撻の程よろしく申し上げます。



「実りの秋」 宮崎市 平和台病院 中島知徳



「正月のえびの高原」 宮崎市 神宮医院 田中宏幸

短歌

台風多発

延岡市 藤本内科小児科医院
藤本 孝 一

十七号台風去りて十六号やうやく近し鹿児島
沖に

台風の勢十年ぶりといふ休診とする月曜なれど
暴風に窓硝子割れし処置室の心電計など運び
出しをり

常通るガード橋下水没し回り道して往診急ぐ
台風に弱りしならんわが庭のおはぐるとんぼ
寄れども逃げず

牧水忌

ほのぼのと酔ひし芙蓉や牧水忌

野の花を摘みて献花に牧水忌

牧水生家巡りて聴ける秋の声

秋深き牧水館の徳利かな

牧水の鮎釣りし瀬のいまも澄む

宮崎市 猪島医院
猪島 康公（蘇風）

[報告]

日本臨床内科医会理事会・評議員会 第18回日本臨床内科医学会（9/18～20 岡山）

宮崎県内科医会副会長 仮屋 純人

第18回日本臨床内科医学会が、9月19日20日の2日間、岡山県の担当で岡山市でおこなわれた。メインテーマは、

21世紀の理想の医療を目指して

～良質な医療提供とかかりつけ医の役割～ だった。

それに先立って9月18日評議委員会があり、議決事項として、中間法人設立に関する報告と質疑、議決があり、その後各種委員会から下記のような事が報告された。

中間法人設立に関して…

かねてからの懸案事項である法人化の件に関して、川上副会長より説明があり、いわゆる公益法人ではなく、中間法人移行への説明があり承認された。10月1日付けで「中間法人日本臨床内科医学会」となる。認定医制度に関しては、中間法人としての新しい制度を新設し、従来の認定医は移行措置をするということになった。この件に関しては日臨内ニュース（平成16年8月号）にくわしく書いてあるので参照して下さい。

総務委員会…

平成16年9月現在の会員は17,380人である。上半期の事業として、日臨内総会、北海道・東北ブロック会議、中国・四国ブロック会議、近畿ブロック会議が開催された。今後九州ブロック会議、中部ブロック会議が開催される予定である。

会員増強委員会…

- ・昨年に引き続き、会員減少が続いている。増加したのが8県、不変が2県、残り37都道府県で減少した。
- ・会員減少の原因は色々あると思われる。又、都道府県によって事情は異なると思うが、なんとか対策を考えてほしい。特に若い人の加入が望まれる。
- ・勤務医対策に重点をおいて会員増強をはかってほしい。又、準会員制度を活用してほしい。

経理委員会…

平成15年度収支決算報告があった。

学術委員会…

- ・ JATOSは順調に進んでいるが、最近やや脱落例が多い。
- ・ 処方集を編集中である。
- ・ 患者向け小冊子を25号まで出した。389万部売れた。

会誌編集委員会…

充実しており、読みごたえありと好評を頂いている。第19巻2号から、介護保険のページやITのページの設置を始め他の会誌では真似のできないユニークな企画を実現させる。

19巻2号の特別付録（秋田県の石岡先生作成）の指導管理料の算定条件メモ、在宅医療の算定条件メモを活用してほしい。

医療保険委員会…

今までの内保連は病院を中心としたものだったが、今回内科診療所委員会が設立され、初めて診療所の特性をふまえた要望ができるようになった。そして難易度及び時間等に関する調査が行われる予定。

混合診療が年内全面解禁の方向で進んでいる。内保連としても外保連とも相談し、同じ歩調をとりながら反対する意向である。

介護保険委員会…

新高齢者医療制度が設立されようとしている。これは前期高齢者と後期高齢者に分け、負担割合を決める制度であるが、どのように対処するか検討中である。

介護予防システムが導入されようとしている。これは脳卒中モデル、廃用症候群モデル、痴呆モデルの3つのモデルに分けて考えているようだ。大手による要介護者の掘りおこしに原因があるようだ。

公益事業委員会…

春の総会の時禁煙宣言をした。そして禁煙キャンペーンの具体策を検討中である。

昨シーズンのインフルエンザ調査研究の結果が出た。それによるとワクチンの効果が低下している。流行は一昨年は西日本から東日本へ広がり、昨年は東日本から西日本へ広がった。年によって流行のパターンが違う。抗インフルエンザ薬は内服開始後ほぼ30時間で解熱が得られるため解熱剤は不要。服用開始が早い程有熱時間は短縮した。解熱後のウイルス排泄は昨年は5日間、今期は3日間認められた。よって解熱後3日間くらいの登校停止が望ましいことが示唆された。

地域医療委員会…

健康長寿の10カ条を選定した。近々、ポスターを作成し発送する予定である。

ニュース編集委員会…

各県の近況を2人ずつ書いてもらっている。又会員の声は主に勤務医に書いてもらっている。更に「話の玉手箱」というコラム欄を計画しているので投稿してほしい。

研修推進委員会…

2月13日に審査会が開かれ、結果を4月9日大阪の総会で発表する。審査登録料は合算して1万円とする。

19, 20日は開会式の後、教育講演11題の他に、下記のような特別講演があった。

1. 学会長講演「医療経済学入門」

学会長 亀山 一郎

2. 会長講演「医師の偏在と過疎」

日臨内会長 後藤 由夫

3. 特別講演「今、医療に求められるもの」

日医会長 植松 治雄

更にシンポジウムとして、「医療保険制度改革と診療報酬体系」という遠藤久夫学習院大教授の基調講演の後シンポジウムⅠが、又「良質な医療提供とかかりつけ医の役割」という伴信太郎名大教授の基調講演の後シンポジウムⅡがあった。どの会場も非常に出席者が多く、盛会だった。又20日夜にあった懇親会は、日本三大名園の一つ後樂園を借り切り、園内にある鶴鳴館で奏でられる琴の音を聴きながらの屋外立食パーティだった。遠くにライトアップされた岡山城も美しく、又前庭での備中神楽は幻想的だった。

宮崎からは栗林、小牧、山村、仮屋が出席した。

[報 告]

第21回九州各県内科審査委員懇話会報告

宮崎県内科医会 医療保険委員会委員長 大西 雄二

平成16年11月7日（日）宮崎県内科医会担当にて開催されました。協議事項のうち日常診療に関係し、参考になる内容を主に宮崎県の回答を中心にお知らせします。

○薬剤・治療

【1】イミグラン錠の処方について

〈提案要旨〉

イミグラン錠は、頓服処方としておりますが（したがって10回分）、定期的に何度も起こる片頭痛発作の場合、頓服処方では患者さんの病状にはマッチしません。イミグラン錠は片頭痛発作時の内服になっておりますが、各県ではどのように取り扱っていますでしょうか？ 頓服処方のみか、内服処方も可能でしょうか。

その際、処方日数の制限を取り決めておりますか。

〔回 答〕

1. 片頭痛という疾患概念から頓服処方として認めている。
2. 1回1～2錠（最大4錠／日）、5～10回分を限度に、20錠まで。それ以上になる場合は注記を求める。

【2】イミグラン、ゾーミックなど片頭痛発作出現時に投与する薬剤の量について

〈提案要旨〉

頓服薬としては、1回6単位程度で、1ヵ月最高30錠（1日2錠15回分）位と考えている。

これを超えると頓服薬としての性質が薄れてしまうのではないかと？

〔回 答〕

イミグランに関しては用法が「頭痛発作時に経口投与」とあり、頓服薬としての処方が望ましいと考えるが、しかし、片頭痛の場合、比較的、定期的に発作をおこすケースがあり、従来の頓服処方の規定では不具合が生じる。内服処方薬の長期処方の緩和を鑑みた場合、イミグランに関しては頓服薬としての処方日数の制限を緩和してもいいのではないかと考える。

【3】高脂血症用剤（メバロチン，ロレルコ）の2剤併用を認めているか。**〈提案要旨〉**

社保ではケースバイケースの取扱いであるが、国保ではこの2剤は作用機序が若干異なる為併用は認めている。

〔回答〕

社保，国保とも薬理作用が異なり併用の有用性が合理的であれば認める基本方針である。併用の薬剤数は特に決めていないが3剤以上の請求例はない。

【4】高脂血症の治療薬の併用について**〈提案要旨〉**

高脂血症，高コレステロール血症治療薬の使用において，適用病名ならびに多剤併用時に何剤まで認めるのか基準を設けてあるか。組み合わせの種類に対する基準を設けてあるか。

〔回答〕

社保・国保とも基準は特に設けていない。審査委員の判断に委ねられている。

【5】高血圧患者への，ACE-1とARBの同時投与について**〈提案要旨〉**

共にレニン，アンジオテンシン系に作用する降圧剤であるが，作用機序が異なり，併用の効果もある。しかし，同時使用で査定する審査委員もいる。

糖尿病性腎症に対しての両剤の併用が，単独で使用するよりも腎不全の進行を抑制するという論文もあり，尿蛋白を減らす事が困難なケース，腎機能低下が進行するケースなどにおいては併用も必要と考える。高血圧の病名に加えて糖尿病性腎症もしくは慢性腎炎の病名が入っていれば認めていいと考える。

〔回答〕

ACE-1とARBの併用が傾向的にみられれば返戻又は査定の必要があろうが，現在のところそのような施設はみられない。

【6】強ミノCの肝疾患における適用について**〈提案要旨〉**

「慢性肝炎」による肝機能障害と「薬剤性肝炎」による肝機能障害での強ミノCの適用は認めているが，単なる「肝機能障害」では査定されている。

〔回答〕

社保，国保とも慢性肝炎疾患の病名を求めている。他県では単なる肝機能障害や薬剤性肝炎，脂肪肝では認めていない。単なる「肝機能障害」でも認めているが，注記を求めることもある。「肝硬変」では1日40mlまで認めている。

【7】 サイトテックを関節リウマチの非ステロイド性消炎鎮痛剤投与の佐薬としてみとめていますか。

〈提案要旨〉

関節リウマチに限り認めてほしいとの要望があります。

〔回答〕

社保・国保とも佐薬としては認めていない。NSAIDs潰瘍病名が必要である。

【8】 潰瘍性大腸炎・クローン病などへのイムラン（アザチオプリン）の投与について

〈提案要旨〉

適用ではないが、やむなく投与されているケースがある。審査員によっては査定する場合もある。

〔回答〕

栄養療法やサラゾピリン、ペンタサ、副腎皮質ステロイド剤などの薬物療法に反応しない難治性の症例、副腎皮質ステロイド剤の離脱困難例、骨粗鬆症などのために副腎皮質ステロイド剤が使用しがたい症例などの場合には、イムランなどの免疫抑制剤の使用はやむをえないものと考えられ、査定は行っていない。

【9】 抗ヘルペス剤の内服と点滴、または軟膏の併用は？

〈提案要旨〉

内服・点滴・軟膏のそれぞれ単独しか認めていない。軟膏と服薬または点滴との併用は認められておられるか？

〔回答〕

内服薬＋軟膏または注射＋軟膏の併用については、社保・国保とも認めている。点滴と内服の併用は不可、点滴から内服に変える場合は注記が必要。

【10】 経腸成分栄養剤の適用について

〈提案要旨〉

栄養補給のためと思われる例の請求を認めていますか。

〔回答〕

経口的食事摂取が不十分と思われる症状があれば、経管栄養でなくてもケースバイケースで認めている。

○検査

〔11〕実日数1日で薬剤感受性検査を行った場合の取り扱いについて

〈提案要旨〉

社保では理由の記載が必要としている。国保では基本的に実日数1日では感受性検査は算定できない。但し、培養陽性で後日感受性検査の成績を知ったときは例外として算定できる（この場合、注記を必要とする）。

〔回答〕

通常は算定は難しいと考えます、返戻で事情を聞く場合があります。施設によっては検体を保存し感受性検査を行う例があります。

培養陽性菌名と2度目に患者が来院しなかったことを付記し、認めている。月末検査で翌月請求の場合は実日数0として注記する。

〔12〕鼻腔内MRSA患者に対する術前検査について。

〈提案要旨〉

社保も国保も易感染患者については疑い病名あれば認めている。

〔回答〕

検出された黄色ブドウ球菌がMRSAであるか否かを知るための検査には、薬剤感受性検査、ペニシリン結合蛋白2（PBP2）、耐性遺伝子同定検査（ED-PCR法又はPCR法）等がある。これらの検査のどれかが易感染性患者に対して、術前検査として行われた場合の各県の対応についての提案と理解する。

宮崎県では事例がありません。一般に術前検査としては認められません。鼻腔内MRSA細菌検査の必要理由の注記があれば認められると考えます。

〔13〕インフルエンザ抗原検査を認める期間について。

〈提案要旨〉

社保では一般的に11月から翌年4月まで。流行期を勘案して判断する。国保では時期的なしばりはない。

〔回答〕

検査期間は11月から4月頃が妥当と考える。しかし、今のところ、宮崎県では夏などに検査をしている医療機関はないので、特にしばりを設けるなどの議論はでていない。もし、そのような場合には、返戻し、検査の医学的根拠を尋ねることになると思う。

〔14〕内視鏡検査時における経皮的動脈血酸素飽和度（SpO2）測定について。

〈提案要旨〉

平成16年4月の改定によりSpO2測定の対象に静脈麻酔が加えられたため、内視鏡検査時に使

用する鎮静剤（ホリゾン，サイレース等）を静脈麻酔剤としてSpO₂を算定する医療機関が出てきました。

〔回 答〕

内視鏡検査時に鎮静剤（ホリゾン，サイレース等）を用いても静脈麻酔には相当しないので認めていない。

【15】内視鏡時（上部・下部消化管）の点滴，モニター，酸素吸入について。

〈提案要旨〉

診療実日数1日で点滴が行われているケースが散見される。脱水などの病名がなければ，点滴手技料は査定し，薬剤料のみ認めている。

〔回 答〕

モニター，酸素吸入については原則査定しているが，病名があれば認めることもある。

但し，傾向的な場合は不可。

点滴は内容によりケースバイケース。点滴内に治療薬が入っていたり，適応病名があれば認めている。

【16】HbA_{1c}を同月に2回検査すると査定される。

〈提案要旨〉

通常HbA_{1c}の検査は，同一月に1回のみ認められています。

糖尿病の患者に対して，4週間～30日分投薬するケースが増えています。月の月初めに来院され，同一月の月末に再び来院される場合が生じ，この時本検査が認められないと検査感間隔が約2ヵ月となり，患者指導上問題となる。このような場合，原則通り査定されているのか，何らかの説明を加えることによって認められているのか。

〔回 答〕

宮崎県では原則通り査定している。提案要旨は理解できるが，規則上，認められない。患者指導上，検査が毎月どうしても必要であるならば，その旨を患者に説明して検査を行えばよいと思う。HbA_{1c}検査で問題は，200床以上の病院で外来診療料に包括されていることの方が重大である（尿中アルブミン定性，定量精密測定も包括されている）。

【17】「糖尿病」だけの病名と，「糖尿病性腎症」並びに「糖尿病性腎症の疑い」の病名のある時は，微量アルブミン検査（定性）はどこまで許されるか。

〈提案要旨〉

糖尿病の合併症早期発見のために，尿中アルブミン検査が必要である。「尿中一般定性判定量検査」では，ボーダーラインの検体は陰性になることが予想されるので，これを防ぐ為にも「アルブミン定性」を行って，合併症発見の効率を高めた方が糖尿病の合併症の早期発見につながり

ます。

〔回答〕

アルブミン定性に関してはしぼりはない。

- 1) 微量アルブミン精密検査に関しては、糖尿病性腎症（疑）の病名があれば、3ヵ月に1回の測定は認めている。尚、糖尿病性腎症の確定病名に関して確定した当月までは認めている。
- 2) 早期糖尿病性腎症という病名があれば、「医科点数表の解釈」のP193に記載があるように3ヵ月に1回の測定に限り認めている。

宮崎県では「糖尿病」だけの病名ではアルブミン定性検査は認めていない。必ず「腎症」あるいは「腎症疑い」病名を求めている。

〔18〕 同一月に行った複数の超音波診断は、2回以降、遁減で処理されていますか。

〈提案要旨〉

同一月に、異なった日、異なった部位の超音波診断を行った場合、2回目以降の超音波診断の査定解釈が不一致の点がありますので、各県の対応をお知らせ下さい。

〔回答〕

同一の方法による場合、2回目以降は所定点数の100分の90と遁減として算定します。異なる方法（Aモード、超音波断層法、UCG等）であれば、部位が違えばそれぞれの点数は認める。

〔19〕 適応でない癌での、ポジトロン断層撮影検査（PET）を認める場合がありますか。また経過観察に認めますか。

〈提案要旨〉

症例によってはPETでしか有用でない例があります。どのように扱っておられますか。

〔回答〕

医科点数表の解釈に記載されている要件を満たす適応疾患の診断は認めているが、それ以外は現在認めていない。従って経過観察にも認めていない。

○処置

〔20〕 ヘパリンロック・シリンジ算定の取り扱いについて。

〈提案要旨〉

静脈内留置ルート内の血液凝固防止のための、ヘパリンロック・シリンジの算定が増加傾向にあります。内視鏡検査、CT・MRI撮影時等での算定も目立ちます。

ヘパリンロック・シリンジの算定に際し、どのようなしぼりを設けて対応しておられるか。

〔回答〕

必要があれば認めます。宮崎県では内視鏡検査、CT・MRI撮影時等での算定例はありません。

[報 告]

第39回九州各県内科医会連絡協議会

宮崎県内科医会常任理事 小牧 齋

日 時：平成16年11月6日（土）

場 所：宮崎市

九州各県内科医会役員総勢61名の出席のもと、宮崎市で会議は開かれました。日本臨床内科医会の執行部を代表して川上忠志、多田 寛副会長のお二人の先生方と宮崎県医師会長秦 喜八郎先生が来賓として出席されました。宮崎県担当にて、当内科医会からは志多会長を始め栗林、仮屋、木下3副会長の先生方に加え、理事9人、監事2人、各郡市内科医会会長6人、評議員2人の先生方が参加されました。協議事項は以下のとおりです。

◇協議事項

○医療保険に関するもの

- 1) 一般内科における診療報酬の適正化について（長崎）
- 2) 生活習慣病指導管理料について（熊本）
- 3) 療養型病床に入院して患者が他の専門医療機関を受診した場合について（熊本）
- 4) 超音波検査、内視鏡検査等の外来で行っている検査について（佐賀）

○会員の増強対策について

- 5) 会員の入会促進の為に有効な方法について（沖縄）
- 6) 勤務医への入会のすすめについて（長崎）
- 7) 会員の増強について（鹿児島）

○医療保険外のもの

- 8) 医療法人が行うことのできる付帯業務について（大分）
- 9) 医療の「特区」構想について（熊本）
- 10) 九内協の新しいテーマを求める策について（福岡）
- 11) ブロック講演会の開催について（福岡）
- 12) 新臨床医師研修制度の実施による影響について（宮崎）

以下に協議事項に対する各県からの代表的な意見・回答を参考程度に掲載しておきます。

【1】一般内科における診療報酬の適正化について

- (1) 生活習慣指導管理料の70才以上への適用を。
- (2) 28日分以上の投与で月1回受診の場合には、特定疾患療養指導料が1回のみとなり、225点の減少となる。これに見合うように処方管理加算の45点を240点（15+225）とする。
- (3) 診療報酬点数制度の簡素化と改正の頻度を少なくする。

回 答

- (1) 同管理料は保険点数が高く、また本人の同意を得る必要がある等の縛りがあり、当県ではいまだ同管理料を算定している医療機関が少ないのが現状である。各科への保険点数のバランスにも考慮を払いながら、保険点数を下げ、縛りをなくし算定しやすいように変更したらどうでしょうか。（沖縄）
- (2) 28日～30日を限度とし、これは特殊な場合に限ると制限をつけ、14日を限度とするというのが日臨内の考えであり、九州からも要望している。（福岡）
- (3) 簡素化は望むことであるが、過度の包括やIT化をして簡素化することはレセプト審査や画一的な治療に結びつく危険性もはらんでいる。（大分）

【2】生活習慣病指導管理料について

生活習慣病で管理しているときに主病以外（例えば急性上気道炎）を発症した際の検査、投薬及び注射の費用は別途請求できるべきである。

回 答（提案県要旨）

生活習慣病は、長期に管理して、その進行を防ぐことを目標としている。この長期間にはしばしば急性疾患（例えば急性上気道炎など）を併発する。この際、同一月であっても指導日と別であれば行った医療行為の点数は認める必要がある。

【3】療養型病床に入院して患者が他の専門医療機関を受診した場合について**回 答（提案県要旨）**

療養型病床に入院している患者が、合併症（例えば眼科など）の診断を受ける必要はしばしば起こる。受診した専門医療機関が直接請求できるべきで、審査会を通過していなかったり、再審査に該当することも起こりうる。又、病院と他科受診機関とのトラブルを発生しないようなシステムが必要である。

【4】超音波検査、内視鏡検査等の外来で行っている検査について**回 答（提案県要旨）**

超音波検査と保険上同じ生体検査料に属する心電図及び負荷心電図は、外来管理加算の算定が可能であり、画像診断のCT、MRI、消化管造影検査は同じく算定可能である。

既存の制度上の不合理な点を見直し、失った物を正当な方法で少しでも取り戻す為に、日臨内、

内保連、日本医師会に働きかけをお願いしたい。

【5】会員の入会促進の為に有効な方法について

沖縄県内科医会では、会員数は今の所、毎年ほぼ一定数を維持しているが、準会員（若手医師会員）の入会は若手医師達との接点がない為、まだ入会者がいない状態である。以下の点につき、各県の状況、御意見をお聞かせ下さい。

- ①準会員の各県での入会状況はどうなっておりますか？
- ②準会員の各県内科医会での会費はどうなっておりますか？
- ③会員および準会員の入会促進の為に有効な具体的方法があればお教え下さい。

回 答

①準会員の入会状況

県内科医会として、準会員（研修医またはそれに準ずる医師）の会員の状況把握はできていないし、また入会の働きかけも積極的にはできていない。（宮崎）

②準会員の会費

特別設定してないし、特典もない。（宮崎）

③会員および準会員の入会促進の為に有効な具体的方法

内科診療第一線の立場から、医療制度・診療報酬・審査などへの提言、改善の活動を知ってもらう。会、会誌で情報を提供し、学術発表、親睦の機会があることのメリットをアピールする。（宮崎）

【6】勤務医への入会のすすめについて

回 答

開業時には医師会だけでなく内科医会の入会が望まれるが、地域医師会にも入会していない開業も増えているので、周辺医療機関との連携のためにも入会がメリットあることを知らせる等、その対策を考えていきたい。（大分）

【7】会員の増強について

回 答（提案県要旨）

例えば、本県における鹿児島市内科医会の活動は毎月1回のペースで、日常の身近な臨床に直結した問題をテーマにした講演会・症例検討会、C P C等を頻回に開催することにより会員の確保（会員数280人）に貢献していると考えている。このように各支部活動の活性化によることも会員増強の方策としてよいのではないかと考えている。

【8】医療法人が行うことの出来る付帯業務について

回 答

医療法人の付帯業務の中に、③疾病予防のために有酸素運動を行わせる施設の設置、④疾病予防のために温泉を利用させる施設の設置（医療法第42条第1項）が挙げられており、福岡県内では「疾病予防施設～メディカルフィットネスセンター」を開設している医療機関がある。（福岡）

【9】医療法人が行うことのできる付帯業務について

医療の分野で「特区」構想が進められているが、株式会社的な医療と他の医療機関との病診連携が展開される時に、ミスマッチングが起きるような気がするが日医、日臨内で充分検討する必要はないか。

回答

特区であっても、通常の医療への株式会社の参加には反対をしつづけるしかないが、我々が理論武装することや、政治的にサポートをしてくれる体制作りが必要である。（大分）

【10】九内協の新しいテーマを求める策について

九内協は、全国から注目されている協議会ですが、常に新しいテーマを求めて行動するには、何か策はあるか？

回答

検討に値する提案と思います。各県が別々のテーマを宿題にするのではなく共通のテーマを宿題とし、協議を行う方が深く掘り下げることができるのではないかと。ただ、誰が、何時、何処でテーマを決めるかが問題である。（沖縄）

【11】ブロック講演会の開催について

回答

本県では、ほぼ連日生涯教育の講演会が開催されており、開業医としては、休診をしてまで出席できるか、検討の余地がある。（長崎）

【12】新臨床医師研修制度の実施による影響について

回答

大分県医師会が調整する大学や関係医療機関との間の協議の機会は、未だもたれていない。しかし、大分県医師会においては、新研修制度の発足に伴う医師不足に関して県内の実態調査を行った。又、勤務医不足を改善する目的でドクターバンクの設立を検討している。

一方、本県においては行政指導で「地域医療対策協議会」が平成16年7月に設置され、地域医療を担う医師の確保、医療機関への医師配置の在り方等協議されている。（大分）

[報 告]

平成16年度日臨内九州ブロック会議

宮崎県内科医会常任理事 小牧 齋

日臨内九州ブロック会議は、平成16年11月6日（土）、第19回九州各県内科医会連絡協議会に先立って開催されました。宮崎県内科医会が主催県となったため、志多会長をはじめ3副会長と小牧が出席しました。日本臨床内科医会副会長 川上忠志先生のご挨拶の後、執行部からの現況報告がありました。その後九州ブロックから執行部に対し前もって用意してあった要望につき協議しました。

[執行部からの現況報告の要旨]

- 1) 今回中間法人を取得し10月1日よりスタートしているが、そのことについての経緯報告
現段階では社団法人の設立は不可能に近い。
今までの学会活動は休会とし、今後認定医制の復活、再構築を検討する。
- 2) 日本臨床内科医会のさらなる認知のために会誌の充実を目指す。現段階でも会誌の評判はすこぶるよい。
- 3) 内科系保険団体連合会との関係強化。診療報酬改定時の要望を強化できるようにしていく。
- 4) 混合診療反対運動を日本医師会と連携し押し進める。

[執行部に対する要望]

- 1) 日臨内研修指定医の申請案内について
入会后3年を経過した会員に対し、日臨内の責務として研修指定医の申請案内を周知徹底する。
- 2) 会員数の増加を目指す対策について
 - ①勤務医への入会のすすめ
各方面に働きかける。
 - ②日臨内研修指定医制度を生かす
診療報酬上のメリットを得る時代ではない。指定医はあくまで医師の生涯研鑽の評価としての付加価値と見るべき。
- 3) 薬品などの消費税取り扱いについて
小委員会を立ち上げ対策を練っていく方針

4) 次期診療報酬改定に際しての日臨内の要望方針について

日臨内としては各地区からの要望をいただきながら、内保連を通じ請願する。

各郡市だより



宮崎市郡内科医会だより

明けましておめでとうございます。会員の先生方、すでに日常の多忙に戻っておられることとお察し申し上げます。国内で、海外で、災害が多発した旧年でした。会員の先生方から正月前に頂く便りに、喪中欠礼が多数ありました。これもまた悲しい出来事です。しかしながら、世代交代といえますか、世の中は確実に時を刻んで進んでいることの証なのでしょう。

ところで、昨年夏に比べて、宮崎市郡内科医会会員数は一人ふえて185名になりました。新年も仕事と研鑽に取り組まなければならないことでしょう。平成4年の宮崎市郡内科医会が主催共催した講演会は次のとおりでした。

○平成16年2月26日(木)

「インスリン抵抗性とメタボリック症候群」
京都大学大学院医学研究科臨床病態学内
分泌・代謝内科学助手

益崎 裕章 先生

○平成16年3月5日(金)

「凝固・線溶系の制御と心血管イベント」
熊本大学循環器内科講師

坂本 知浩 先生

○平成16年3月11日(木)

「骨粗鬆症の治療」
大阪大学老年科・神経内科

三木 隆己 先生

○平成16年3月19日(金)

「スポーツ選手および中高年の為のメディカルチェックおよび運動指導の最近の知見」

慶應義塾大学 スポーツ医学研究所助教授
大西 祥平 先生

○平成16年5月21日(金)

①「僧帽弁逆流の心エコー図診断」

川崎医科大学循環器内科講師

渡邊 望 先生

②「脳血管障害における超音波検査」

熊本大学大学院医学薬学研究部 神経内
科学助手

平野 照之 先生

○平成16年7月22日(木)

「医師会病院での虚血性心疾患の診断と治療」

宮崎市郡医師会病院 循環器科医長

柴田 剛 先生

○平成16年11月25日(木)

「生活習慣病に併発する高尿酸血症」

～ガイドラインに基づく心血管リスクマネ
ージメント～

鳥取大学大学院医学系研究科再生医療学分
野教授

久留 一浪 先生

○平成16年12月2日(木)

「インフルエンザウイルス感染症の実際と最近の知見」

－ 診療における Tips と疑問 －

久留米大学医学部付属病院医療センター

リウマチ・膠原病センター講師

加地 正英 先生

○平成16年12月17日（金）

「市中感染症の薬剤耐性を考慮した抗菌薬療法」

埼玉医科大学 感染科・感染制御科教授

前崎 繁文 先生

（文責：中村 周治）

都城市北諸県郡内科医会だより

当医師会では、内科医会の講演会の他に最近、各種の懇話会や研修会など多くの講演会などあり、しかも医師会自体が内科医会に属する演題の講演会の開催もあり、当会の会員出席者数が、減少傾向にありますが、内科医会は内科医会の独自性のもとに開催していくつもりです。

平成16年度前半の内科医会講演会は次のとおり開催しました。

○平成16年5月21日（金）

「レジオネラ肺炎の診断と治療」

宮崎大学臨床検査医学講座教授

岡山 昭彦 先生

○平成16年6月3日（木）

「新しい心臓病の治療作戦」

福岡大学第二内科教授

朔 啓二郎 先生

○平成16年6月24日（木）

「高齢者の循環器疾患とARBへの期待」

県立宮崎病院内科・循環器科医長

中川 進 先生

○平成16年7月23日（金）

「生活習慣病の治療と今後の展望」

宮崎大学第三内科教授

中里 雅光 先生

○平成16年8月19日（木）

「市中感染症における耐性菌の動向」

福岡大学小児科講師

山口 覚 先生

○平成16年9月24日（金）

「睡眠時無呼吸症候群と生活習慣病」

聖心会高岡病院内科副院長

高岡 俊夫 先生

（文責：田中 毅一）

延岡内科医会だより

例年の如く、月2回の割合で講演会を開催し、各界の権威の先生方による実地に即した内容の講演を拝聴し、大変有意義な時を過ごしております。

会自体としては、特にお知らせすることもなく、平穏無事に経過しており、これも偏に会員の先生方の御協力のたまものと深く感謝しています。

平成16年7月23日以降の講演会は以下の通りです。

○平成16年7月23日（金）

「生活習慣病における腎障害の意義と降圧療法のあり方」

川崎医科大学腎臓内科学教授

柏原 直樹 先生

○平成16年7月30日（金）

「うつ病の早期発見とその対応」

宮崎大学医学部精神医学講座教授

石田 康 先生

○平成16年8月5日（木）

①「内視鏡的粘膜切開剥離法について」

県立延岡病院内科

田井 博 先生

②「炎症性腸疾患の最新の治療について」

県立延岡病院内科

山本章二郎 先生

○平成16年8月27日(金)

「肺動脈血栓症に対する治療」他2題
独立行政法人国立病院機構千葉医療センター
一副院长

増田 政久 先生 他

○平成16年8月20日(金)

「早期大腸癌の治療戦略」
久留米大学第二内科講師

鶴田 修 先生

○平成16年9月17日(金)

「侵襲と好中球エラスターゼ」他
県立延岡病院院長

小川 道雄 先生

○平成16年9月24日(金)

「骨粗鬆症治療とQOL評価」
京都女子大学家政学部食物栄養学科教授

田中 清 先生

○平成16年10月1日(金)

「小児の発熱の見方・考え方」
北九州市八幡病院小児科部長

西見 寿博 先生

○平成16年10月15日(金)

「腰痛疾患に対する治療戦略」
久留米大学医学部整形外科教授

永田 見生 先生

(文責：木下 義美)

日向市東臼杵郡内科医会だより

平成16年夏8月末から、4度の大型台風の襲来で診療に、研修会に多少なりと影響がありました。新潟県の地震災害もあり、「災害に備えた対応も」と考えを廻らせました。

平成16年7月から12月までに行われました

当内科医会主催、共催の学術講演会及び研究会は次のとおりです。なお、延岡市と県北心臓血管懇話会、画像診断研究会等にも、参加しています。

○平成16年7月16日(金)

日向市東臼杵郡医師会学術講演会
「心臓血管外科手術1000例の検討会」
県立延岡病院心臓血管外科部長

桑原 正知 先生

「循環器疾患の治療について」

県立延岡病院循環器科医長

森山 泰 先生

○平成16年8月26日(木)

日向市東臼杵郡医師会学術講演会
「糖尿病の新しい治療戦略～一次・二次予防について～」
古賀総合病院院長

栗林 忠信 先生

○平成16年9月22日(水)

第3回「日向地区急性期医療連携検討会」
「循環器 ここを逃さず 医療連携」
県立延岡病院心臓血管外科部長

桑原 正知 先生

○平成16年11月4日(木)

日向市東臼杵郡医師会学術講演会
「インスリン療法の新時代」
古賀総合病院院長

栗林 忠信 先生

協力した研修会

○平成16年10月15日(金)

日向市東臼杵郡医師会 学校医研修会
「小児生活習慣病健診について」
元県立宮崎病院副院长

浜田 恵亮 先生

「児童生徒の結核健診について」

日向保健所所長

和田 陽市 先生

(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

暖かい年末を迎え、冬とはとても感じられないような今日この頃です。

今年は特別講演会は施行せず、停滞の一年でした。

平成16年後半の当内科医会主催・共催の学術講演会は以下の通りです。

○平成16年7月20日(火)

第63回児湯カンファランス

1. 小児の良性てんかん

国立病院機構 宮崎病院小児科

高野 智幸 先生

2. 血糖コントロール不良患者の薬物療法

国立病院機構 宮崎病院内科

堤 厚之 先生

○平成16年9月21日(火)

第64回児湯カンファランス

「最近の抗生剤の使い方 - 最近の感染症の動向 -」

国立病院機構 宮崎病院呼吸器内科

佐藤 圭創 先生

○平成16年11月30日(火)

第65回児湯カンファランス

1. 特発性縦隔気腫の3例

国立病院機構 宮崎病院呼吸器内科

佐伯 祥 先生

2. 紫斑病について

国立病院機構 宮崎病院小児科

高志 真希 先生

(文責：寺本 仁郎)

西都市・西児湯内科医会だより

この一年、当内科医会においては特記するような行事や出来事はなかった。ただ、今年度から始まった医学部新卒者に対する「新臨床研修制度」のため、宮崎大学医学部からの医師会立西都救急病院の夜間・休日当直の医師派遣が困難になり(外科は常勤医師引き上げのため病棟閉鎖)、内科医会に属する医師会員による分担担当の比重が大きくなってきている。地域住民の要望に応えるべく、なんとか協力して夜間・休日の診療に穴があかないように頑張っている現状である。

一方、例年通り下記のような講演会(勉強会)を開くことが出来た。今後もこの講演会等により、日進月歩の最新医学にたいする研鑽を積んでいく予定である。

『講演会・症例検討会(平成16年内の分)』

○平成16年2月27日

「糖尿病の処方一提案」

平和台病院院長

中村 周治 先生

○平成16年5月28日

「日常呼吸器診療における気流障害の考え方」

宮崎大学医学部第三内科助手

芦谷 淳一 先生

○平成16年8月26日

「スタチンの効かない症例」

県立日南病院内科部長

上田 正人 先生

○平成16年9月22日

「最近のMRI導入とその後についての話題」

医師会立西都救急病院脳外科医長

小濱 祐博 先生

○平成16年11月30日

「頭部MRI First Step」

宮崎大学医学部放射線医学講座助教授

小玉 隆男 先生

(文責：児玉 健二)

南那珂内科会だより

今日は12月23日、今年も残りわずかとなりました。

国内的には台風や地震で被災者には大変お気の毒でした。12月も暖冬で最近の異常気象は気になるところです。

我々医療に身をおく者にとっては、7月の参議院選挙で西島先生の当選および11月の混合診療反対の結果は、不満は残るものの、一応の成果は得られたと思います。県医師会では10月に8年ぶりに九州医学会が盛大に行われました。

そのような中、南那珂医師会では、4月に新執行部がスタートして、今は小玉色がでてきて、軌道に乗りました。

内科医会では10月に総会が開催され、理事を2名増員し、今後いろいろな面で対応がとれると思います。

昨年は11月、12月はインフルエンザワクチンで各医療機関は大変でしたが、今年は今のところ落ち着いています。今冬、流行しないことを祈るばかりです。

平成16年度の医師会の学術講演会は以下のとおりです。

○平成16年6月10日(木)

「新しい体系的先進胃癌治療戦略」

熊本大学大学院消化器外科講師

鳥田 信也 先生

○平成16年6月18日(金)

「更年期障害、不定愁訴に対する漢方」

恒心館クリニック院長

井上 博水 先生

○平成16年6月28日(月)

「地方における病診連携」

鹿児島県鹿屋医療センター院長

中尾正一郎 先生

○平成16年7月15日(木)

「パラダイムシフトの主役はARBか?」

埼玉医科大学腎臓内科教授

鈴木 洋通 先生

○平成16年7月26日(月)

「骨粗鬆症治療薬についての最近の知見」

宮崎大学整形外科教授

帖佐 悦男 先生

○平成16年8月4日(水)

「画像診断とIVR、放射線治療」

県立日南病院放射線科

清水 勅君 先生

○平成16年8月20日(金)

「抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬の使い方」

県立富養園 精神科医長

小川 泰洋 先生

○平成16年10月7日(木)

「インスリン治療の新時代」

古賀総合病院院長

栗林 忠信 先生

(文責：中島 昌文)

西諸内科医会だより

平成16年は暑く長い夏、たび重なる台風や長い秋、遅い冬の突然の訪れと異常気象の年となりました。このような年こそストレスが心身に溜まりやすく病気の発現、病気の悪化が起きやすくなります。

私たち医師も自然環境に生かされているわけですから、せめて、心は爽やかに、不安を感じない人生を生きる知恵をもって診療を続けたいものです。

以下に西諸地区の住民の健康と病気で苦しんでいる患者さんのために、わざわざ、忙しい合間に、遠くから私たち、西諸の地域で診療している先生方に、新しい風を吹き込んで下さった講師の先生方に、この場をかりて感謝を申し上げます。これからも、西諸地区内科医会の発展のため、宜しく願いいたします。

平成16年8月から12月までの講演会の内容は以下の通りでした。

○平成16年8月16日（月）

「生活習慣病実地診療のポイント」

佐賀大学医学部循環器・腎臓内科教授

野出 孝一 先生

○平成16年10月15日（金）

「診療所診療におけるこころのケア」

東邦大学医学部教授

卒後臨床研修／生涯教育センター長

中野 弘一 先生

○平成16年11月18日（木）

「日常診療に役立つ形成外科の手技」

吉井クリニック院長

吉井 満寛 先生

○平成16年12月6日（月）

「心房細動の臨床と治療」

宮崎大学医学部第一内科講師

今村 卓郎 先生

（文責：平塚 正伸）

原稿募集

次の原稿締切は平成17年7月31日頃の予定です。

下記により原稿を募集致します。

記

- 1 原著，学会発表抄録，経験症例等
400字詰原稿用紙12枚以内
(図表を含む)
- 2 随筆，意見，所感等タイトルを含めて
400字詰原稿用紙4枚以内
- 3 ひとこと
タイトルを含めて200字以内
- 4 各郡市内科医会だより
(毎号提出のこと)400字詰原稿用紙
4枚以内
- 5 短歌，俳句，詩
- 6 芸術写真
- 7 質疑応答
採扱は編集委員会へおまかせ下さい。
- 8 保険診療報酬審査会への質問
編集委員会から審査会へ質問しますので，不明の点，日常診察で疑問を感じられている事項など，ご質問をおよせください。
- 9 用語は新かなづかいによること。
- 10 本誌に掲載された発表内容について御質問があれば質問趣旨を御送付下さい。著者において誌上で回答致します。
カラー写真については，投稿された先生方の写真をまとめて掲載させていただきます。

編集委員

松本 紫朗	三原 謙郎	立元 祐保
山下 政紀	年森 啓隆	木佐貫博人
牛谷 義秀	折津 達	大森 史彦
長友 安弘		

編集後記

今回の第67号巻頭言（大学付属病院－医師派遣要請の狭間で－）は宮崎大学長の住吉先生にお願いしました。この中で住吉先生は，行政と医療現場とのギャップ，その間に介在するメディアの一方的報道を嘆かれています。本年2月，宮崎市内の透析施設でのC型肝炎ウイルスの集団感染事例がメディアにより報じられました。同時に保健所から各透析施設に，厚生労働省が出している『透析医療における感染予防マニュアル』を遵守しているかどうかの調査表が送られてきました。この感染予防マニュアルは透析医療現場にいる者にとっては，とても完全に遂行することは不可能に近い究極のマニュアルであります。確かにマニュアルの内容は大切なことが書かれていますが，それを完全遂行するには人手の増員，施設改造，設備機材投資を要し，さらに透析操作時間の大幅な延長を要します。各施設はそれなりにマニュアルを踏まえようと十分な感染予防対策をとっていますが，マスメディアは，まだ原因調査中にもかかわらず，今回の集団感染はマニュアル通りやっていたことが原因であるかのように糾弾しています。保健所からの調査表には，「なお調査結果を踏まえ，今後医療法第25条第1項の規定に基づく立ち入り検査を実施することがあり得ることを念のため申し添えます」とまるで脅し文句の様な文面が添えられていました。さらに最近の新聞にて，宮崎市保健所が市内の全透析施設の立ち入り検査をすると報道されました。その結果が公表された時のマスメディアによる糾弾が危惧されます。住吉先生の巻頭言を読みながら今回の行政，メディアの対応を考えるに，理想（行政）と現実（医療現場）の乖離を，さらにマスメディアの介入による問題の複雑化を感じます。

(山下政紀)

発行所

宮崎市和知川原1丁目101番地
宮崎県医師会館内
宮崎県内科医会
http://www.miyazaki.med.or.jp/naikaikai/
TEL 0985-22-5118 FAX 0985-27-6550
E-mail: chihara-staff@miyazaki.med.or.jp
発行人 志多武彦
編集人 松本紫朗
印刷所 愛文社印刷所