

【巻頭言】

医業の社会的責任

宮崎県医師会 副会長

志多武彦

近年、日本有名企業の不祥事・失態が続いている。連日のようにテレビや新聞で役員がお詫びの平身低頭の光景が報道されており、又か、どうしようもないなと諦めの境地である。

余りの不祥事の多さに企業は真剣に対策をとり始めた。その核となるのが企業統治 (Corporate Governance : CG) と企業の社会的責任 (Corporate Social Responsibility : CSR) である。

企業統治とは急激に変化する社会・経済環境の中で、いかに企業を経営するかということであり、これと深く係るのはコンプライアンス (法令遵守)、内部統制、リスクマネジメント等である。実際にはステークホルダー (利害関係者) が経営を監視し、影響を与える仕組みとなる。

企業の社会的責任とは企業は単に利益のみを追求する組織ではなく、社会に対する責任が企業活動の基本であるとするものである。

企業の統治と社会的責任は医療界にも当てはまる。

医療の統治 (Hospital Governance : HG) においても重要な役割を果たすのはステークホルダーであり、具体的には患者と家族、更には医療従事者、取引関係者、保険組合、審査支払機関、行政、医師会と多岐にわたる。定義としては「医療に対する固有の要求の実現を権利として主張し得る個人又は集団」とされている。

医療の社会的責任 (Hospital Social Responsibility : HSR) を果たす上で重要なのは、治療成績の公開、クリニカルパスの導入、セカンドオピニオン、医療費効率化システム作り、予防医学推進、医療廃棄物対策、個人情報保護の徹底、医療過誤の公開、再発防止策の提示等である。加えて医師をはじめとする医療従事者のスキルアップと労働環境の改善も必要である。

企業ないし病院の統治と社会的責任はその重要性を増してくるが、それには ①経営理念と戦略をもつこと ②責任ある説明をすること ③透明かつ公平な情報公開がキーポイントとされている。

企業と医療は異質の面も多く、特に健康と生命に責任をもち、医療の不確実性を考えると企業原理とは異なるが、統治と社会的責任の面では共通した部分が多いのではなからうか。

企業不祥事は、反面教師であり、他山の石である。

特集

ACLSとAED－心肺蘇生法の実際と変遷－

宮崎善仁会病院 救急総合診療部

廣 兼 民 徳

はじめに

ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) とはアメリカ心臓病学会 (American Heart Association; AHA) が作成した心肺蘇生法のガイドラインで、2000年に大幅な改訂を受けた。これは、1999年に行われた国際蘇生法連絡会 (International Liaison Committee on Resuscitation; ILCOR) で心肺蘇生法のエビデンスを確認・見直した結果を反映したものである。そして日本をはじめ全世界で心肺蘇生法の改訂がされた。今回、この改定内容をふまえ、ACLSを紹介する。さらに、2004年7月1日より厚生労働省が非医療従事者にAED: Automated External Defibrillator (自動体外式除細動器) の使用を認めた事を受け、これを紹介する。

救命の連鎖chain of survival

心肺停止者の救命そして社会復帰を目指すため、システム作りが大切である。このシステムを表すものが「救命の連鎖」と言われるものである (図1)。



図1: 救命の連鎖: chain of survival

- ① early access: 早期の連絡; 蘇生のためには人と物がそろふ必要があり, 救急搬送システムの整備がされ, これへの連絡が大切である。日本では119番通報システムがあり, 救急車と救急隊が整備されている。
- ② early CPR: 早期の発見者による心肺蘇生; 脳血流の維持のため, 心肺停止後5分以内に蘇生が開始される必要がある。このため医療関係者のみならず, 一般市民への心肺蘇生法の啓蒙が必須となる。
- ③ early Defibrillation: 早期除細動が大切であることが判ってきた。このため救急救命士制度が確立された。さらに, 一般市民のAEDによる除細動が認められた。
- ④ early advanced care: 早期の高次救命救急が必要とされ, ACLSとして医師・看護師・救急救命士に共通の知識・技術として周知されねばならない。すなわち高度な心肺蘇生治療が標準化され, いつでもどこでも同じ治療が行われるべきとされる。

心肺蘇生CPR: Cardio Pulmonary Resuscitationにまつわる各種表現

- ① 基礎的救命処置 (1次救命処置) = BLS: Basic Life Support
心肺停止患者のすぐ側の者 (bystander)

が始めるべき蘇生行為。特別な道具を使用しないでできる。脳血流維持が主目的で、これを行うことが社会復帰率を高める。

②高度救命処置（2次救命処置）＝ALS： Advanced Life Support

病院（医師・看護師）もしくは救急隊（救急救命士）が行う、道具を使用する特別な蘇生行為をさす。心拍を再開させ、社会復帰を目的とする。これはBLSの存在が前提。

③ACLS：Advanced cardiovascular life support

特に、AHA（American Heart Association：アメリカ心臓病協会）が提唱するALSをACLSとする。現在、日本の心肺蘇生法はこのACLSを元に日本風にアレンジしたものである。なお、日本でもAHAのACLS講習会を受けることが可能となってきた。一方、日本医師会や日本救急医学会を中心に、ACLS基礎コース（ICLS）も開催されており受講可能である。

Primary ABCD Survey = BLSと除細動

（図2）

現場で道具がなく、一般市民でも行える処置がプライマリーABCDアプローチとされる。北米では覚えやすい蘇生法が工夫されており、このA・B・C・Dという頭文字で処置の順番をおぼえる。心肺蘇生講習の順番もこれに従うので理解が容易である。

A：Airway／気道確保

→頭部後屈あご先挙上と下顎挙上

B：Breathing／人工呼吸

→マウス-ツ-マウスとバッグ-バルブ-マスク

C：Circulation／心臓マッサージ

→胸骨圧迫式心臓マッサージ



図2

D：Defibrillation／除細動

→AED=全自動式除細動器

AHAでは、このABCDアプローチと気道異物除去をあわせて「BLSプロバイダーコース」として講習する。このBLSプロバイダーコースの合格者が次の「ACLSプロバイダーコース」に進める。このBLSコースは1日を要する。

Secondary ABCD Survey = より高度な処置

心肺蘇生に対する、医療従事者が行う高度なABCDアプローチをさす。

A：Airway／気道確保

→器具を用いた気道確保として気管内挿管を行う。

B：Breathing／人工呼吸

→確実な換気と酸素化のため、気管挿管し、さらに挿管確認と酸素化の確認を行う。

C：Circulation／循環管理

→静脈路確保（上肢の静脈を推薦）+輸液と薬剤の使用基準を提案してある。心臓マッサージも継続する。

D : Differential Diagnosis / 鑑別診断

→回復可能な10の病態を判断し処置を行う。
なお、実際のAHAが行うACLSコースでは、心肺停止にしないためのノウハウも講習する。すなわち、致命的な徐脈と頻脈の鑑別と治療も講習内容として追加される。さらに、心筋梗塞への応急処置と、脳梗塞への応急処置も講習される。このコースは2日間に及ぶ。

ユニバーサルアルゴリズム (図3)

国際蘇生法連絡会 (International Liaison Committee on Resuscitation ; ILCOR) で提唱されACLSで検討された心肺蘇生法の流れをさす。上記のPrimary ABCDやSecondary ABCDはこのアルゴリズム (治療の流れ) の中で表す事ができる。この流れでは、VF (心室細動) + pulseless VT (無脈左心室頻拍) と、それ以外に大きく治療法が分かれる。心停止時の心電図波形は4種類あり (図4)、それぞれのケースについてシミュレーションで蘇生法を講習してゆくのがACLSの講習会の教習方法である。

致命的不整脈=心停止の心電図モニター

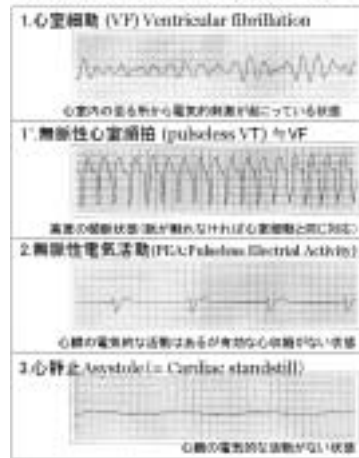


図4

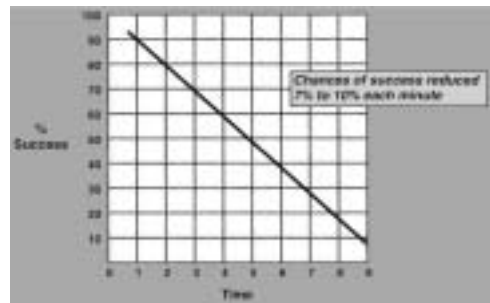


図5

除細動の必要性とAEDの普及

成人の目撃された心停止では、初期心電図は70-80%がVF (心室細動) または pulseless VT (無脈性心室頻拍) であると言われている。そして、これらに必須の治療が除細動である。一般に除細動が1分遅れるごとに、その成功率は10%近く減じる (図5)。そのため早期に通報し、人と物が現場に来ることが大切となる。さらに、AEDにより一般の人が、現場で除細動する事を欧米では認めた。日本でも厚生労働省が平成17年7月1日に都道府県知事宛にAEDの使用を認める通達を出した。ユニバーサルアルゴリズムでも除細動の大切さが



図3



図6

強調されている。今後、除細動を一般に普及させ、AEDが多くの場所に常備されると考えられる（図6）。実際、多くの日本の旅客機にAEDは搭載され、愛知県で開催された「愛地球博」会場にも約150ヶ所にAEDが設置され、救命例が報道された。

今後、ACLSの普及と共に、AEDの普及も進むと考えられ、医療関係者には必須の知識となります。宮崎県の内科医会のみならずにもAED実習を含めた心肺蘇生受講をお勧めします。

宮崎県で受講できる心肺蘇生コース

- ① アメリカ心臓病学会が日本で行う本格コース：BLSとACLSコースで、受講料はそれぞれ2万円と5万円程度。九州各県で受講が可能となってきた。平成17年11月26-27日には宮崎で初めてのBLSコースが開催予定である。
- ② ACLS基礎コース（ICLS）：日本救急医学会／日本医師会の認定コース。1日コース（8時間）で、受講料は一人5千円

から2万円程度になる。内容はBLS・AEDと心肺停止に特化したACLSの日本版講習。平成16年度に、宮崎で4回基礎コースが行われた。

- ③ 一般市民のためのAED講習会：各地区消防本部や日本赤十字社が行う厚生労働省が提案する3時間コース。宮崎県医師会も本コースを医療従事者向けに行っていく予定である。

以上、宮崎県内で行う講習会は宮崎ACLS普及委員会が宮崎県医師会と連携して取り扱っています。受講希望の方は下記にお問い合わせ下さい。ガイドラインや参考書など、ACLSは読んだだけでは内容の一部しか理解できないと言われていています。参加型の講習会ですので、是非とも講習されることをお勧めします。

廣兼民徳（ヒロカネ タミノリ）

宮崎ACLS普及委員会 事務局

メール：qqhiro@fc.miyazaki-u.ac.jp

〒880-0834 宮崎市新別府町江口950-1

宮崎善仁会病院 救急総合診療部

TEL：0985-26-1599 Fax：0985-26-1533

参考図書

- 1) 日本救急医療財団（監修）：[改訂版] 指導者のための救急蘇生法の指針，へるす出版，2001
- 2) 岡田和夫，その他（翻訳）：AHA心肺蘇生と救急心血管治療のための国際ガイドライン2000 日本語版，中山書店，2004
- 3) 岡田和夫，その他（翻訳）：ACLSプロバイダマニュアル日本語版，中山書店，2004
- 4) 岡田和夫，その他（翻訳）：BLSヘルス

- ケアプロバイダー日本語版，中山書店，
2004
- 5) 日本救急医学会ACLSコース企画運営委
員会／編：ICLS（ACLS基礎）コースガイ
ドブック，羊土社，2004
- 6) 日本救急医療財団（監修）：指導者のた
めのAEDを用いた救急蘇生法の指針，へ
るす出版，2004
-

[会員投稿論文]

気管気管支結核症の1例

*国立病院機構宮崎東病院呼吸器科, **同内科

伊井敏彦*, 飯干宏俊*, 隈本健司**

はじめに

克服されるかにみえた結核症が再び増加の兆しをみせ、1999年には結核緊急事態宣言が出され、再興感染症としての結核症に関する関心が高くなっている。しかし、受診や診断の遅れによる集団感染や、後遺障害、結核死は今でも後をたたず、特に医師の結核症に関する知識、経験の不足は問題と考える。今回、診断が困難で、集団感染や後遺障害の原因となりうる気管気管支結核症の1例を経験したので、当院における最近の経験も併せて報告する。

症 例

症 例：73歳，男性，無職。

主 訴：咳嗽，呼吸困難，微熱。

現病歴：2003年秋頃から咳嗽が持続し、2004年7月から微熱，盗汗，体重減少も自覚していた。近医にて気管支喘息として治療されたが改善しないため，同年9月他医を受診し、気管支鏡検査により気管気管支結核症と診断され、9月11日当院に紹介入院した。

既往歴：生来著患なし。

家族歴：結核性疾患なし。

生活歴：飲酒歴，喫煙歴なし。

現 症：身長157cm，体重55Kg。脈拍120/分。血圧128/66mmHg。体温36.6℃。貧血，黄疸，表在リンパ節腫大なし。両肺野に軽度の喘鳴があり，両側特に左側の呼吸音が減弱していた。神経学的異常なし。

検査成績：白血球8,380（好中球62%），CRP15.7mg/dl，赤沈89mm/hr，肝腎機能，電解質に異常はなく，肝炎ウイルス感染も認めなかった。喀痰抗酸菌塗抹はガフキー2号，結核菌PCRおよび培養陽性で，主要抗結核薬に全て感受性であった。

胸部画像所見：前医での胸部X線写真では肺野の陰影は明らかではなかった（図1）が，当科入院時には右上中肺野に斑状影と結節影を認めた（図2）。胸部CTでは，両肺尖部，右S⁶末梢，両下葉末梢に多発する斑状影と結節影があり，左主気管支の壁肥厚と

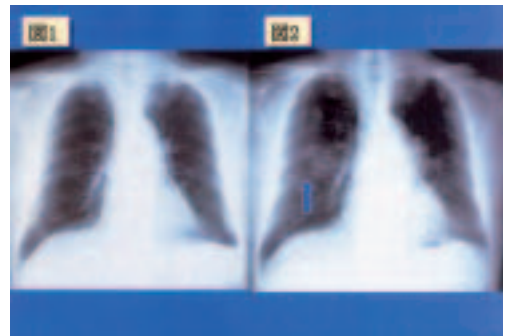


図1 図2

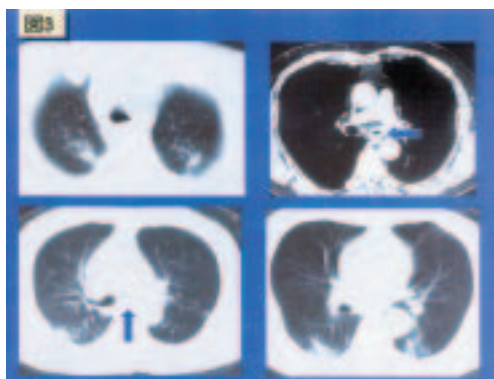


図3

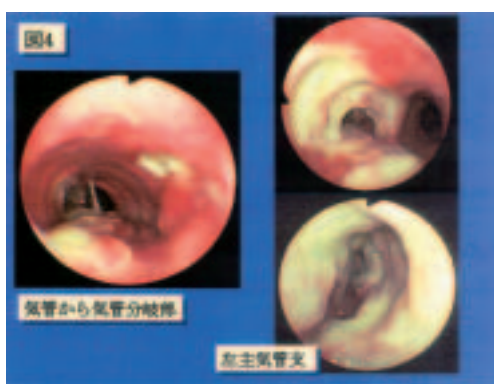


図4

狭窄を認めた(図3)。

気管支内視鏡所見(図4)：気管の膜様部と前壁，側壁の一部に白苔の付着した浅在性潰瘍病変があり，左主気管支は入口部から全て厚い白苔を伴う隆起性潰瘍病変に覆われ，末梢側に向けて次第に内腔が狭窄し，内視鏡の挿入は不可能であった。

経過：肺結核(bⅢ2)および気管気管支結核症と診断し，2004年9月14日からINH400mg，RFP450mg，PZA1,000mg，EB750mgの経口投与を開始した。明らかな副作用はなく症状は徐々に改善し，治療開始4週後から喀痰抗酸菌塗抹・培養ともに陰性化し，胸部X線の異常影も消失した。11月23日からHRE3剤で治療継続中である

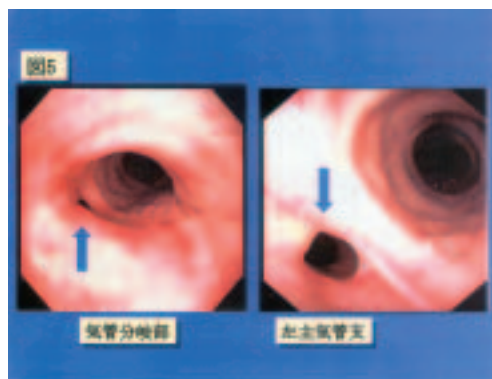


図5

が，左側の呼吸音減弱と労作時呼吸困難が残存しており，2005年2月の気管支鏡検査では，気管の病変は瘢痕を残して治癒していたが，左主気管支に入口部から数cmの範囲で高度の狭窄が残存していた(図5)。

考 察

肺の結核病巣の誘導気管支は，病巣の進展や治癒機転により，直接的あるいは間接的に影響を受けて拡張や狭窄をきたすことが知られているが，一般には区域気管支より中枢側の気管気管支の結核性病巣が気管気管支結核とされている。

気管支結核の病理学的検討から，その感染経路には①内腔からの経上皮感染，②気管支壁内連続性のリンパ行性進展，③気管支腺(導管)内へのimplantation，④血行性進展，⑤リンパ節結核病変からの連続性破壊性進展があるとされている^{1,2,3)}。

本症における気管支鏡所見については，病期と治療による予後を表す新しい分類として，荒井の改訂「気管気管支結核の気管支鏡所見分類」が提唱されている⁴⁾。潰瘍と肉芽形成は気管支の結核性病変の特徴所見であるが，内視鏡的には白苔が目立つため，

白苔を主体とするものを全て潰瘍型としてまとめ、この中で肉芽の増殖が少ないため白苔が隆起していないものを浅在性潰瘍型とし、肉芽の形成が著明となり隆起性白苔となったものを隆起性潰瘍型としている。気管支結核活動期の基本的所見は浅在性潰瘍型と隆起性潰瘍型であり、化学療法による治癒過程に潰瘍を伴わない肉芽としての肉芽型、治癒過程の最終段階に瘢痕型が認められる。瘢痕型のうち内腔の50%以上の狭窄をきたしたものが瘢痕狭窄型に分類される。本例の治療前には左主気管支に隆起性潰瘍型、気管に浅在性潰瘍型がみられ、化学療法による治癒が進む過程で、前者は瘢痕狭窄型となり、後者は瘢痕非狭窄型になったと考えられる。

排菌陽性患者における気管支結核の割合は男性で数%、女性は15%前後、男女比は1:2~3とされている^{5,6)}。当院では肺結核患者のうち診断困難例や気管支結核を強く疑う症例において気管支鏡検査を施行しているため、肺結核症全体における頻度は不明であるが、最近6年間の結核症患者468例のうち、本症を気管支鏡的に確認できたものは男性10例、平均年齢59.8歳、女性10例、平均年齢53.6歳であった。このうち19例は喀痰抗酸菌塗抹培養陽性、1例は培養のみ陽性、喀痰抗酸菌塗抹における平均ガフキー号数は3.9号、診断までの日数は平均73.5日であった。

自觉症状は主に咳嗽、喀痰、発熱などであり、診断までの経過が長くなるにつれて喘鳴や呼吸困難、嘔声、血痰、咯血などのより重篤な症状が発現する。胸部X線所見では、合併する肺結核の所見に加えて気管、

気管支透亮像の読影に注意が必要とされるが、肺癌を含めた中枢気道病変の早期発見を心がける必要からも、持続する咳嗽のある患者では胸部CTや気管支鏡検査を積極的に施行すべきである。ただし、気管支結核を疑う場合、N-95マスクを着用することなどの基本的な感染防止対策が不可欠である。臨床検査所見は疾患の重症度によりさまざまであるが、自験20例はすべて喀痰抗酸菌検査陽性であり、喀痰による結核菌の証明が重要と考える。

治療は排菌陽性肺結核に準じた化学療法が必要である。有効率は肺結核同様とされ、潰瘍と肉芽病巣はほぼ瘢痕治癒化するが、瘢痕線維化に伴う病巣気管支の狭窄や完全閉塞に伴う後遺症が問題となり、化学療法終了後に喘鳴や呼吸困難をきたす症例もある。後遺症の予防にINHやSMの吸入、副腎皮質ステロイド薬の併用が有効とした報告もある^{7,8)}が、コントロールトリアル報告はなく、早期の診断と治療により重症化させないことが肝要と考える。後遺症としての気管支の狭窄や閉塞、無気肺に関する治療法は根治的には外科的治療であるが、バルーンカテーテルやステントによる内視鏡的拡張術が試みられ、短期的には良好な治療効果が報告されている^{9,10)}。

長引く咳を契機として診断された気管支結核の1例を報告した。診断困難なため治療開始が遅れやすく、重篤な後遺症も残ることがあるので、咳の鑑別疾患として改めて注意を喚起したい。

謝 辞

症例の内視鏡、胸部画像所見を御提供い

ただいた古賀総合病院内科，作直彦先生に
深謝いたします。

文 献

- 1) 牧野 進. 結核性気管気管支炎の病理と臨床. 結核 1952; 27: 502-507
- 2) 小野 譲. 気管支結核. 日結 1952; 171-176
- 3) 粟田口省吾. 気管支結核: 日本結核全書 第9巻: 肺結核の特殊な諸問題, 283-312, 金原出版, 東京, 1959
- 4) 荒井他嘉司. 気管支結核の新しい気管支鏡所見分類の有用性について. 気管支学 2001; 23: 352-360
- 5) 人見滋樹, 桑原 修: 気管支の結核病変の診断と治療. 結核 1989; 64: 231-236
- 6) Kurasawa T, Kuze F, Kawai M et al: Diagnosis and management of endobronchial tuberculosis. Intern Med 31: 593-598, 1992.
- 7) 峯下昌道, 宮澤輝臣, 土井正男, ほか. 全身化学療法に加えINH吸入療法が有効と思われた気管支結核の4例. 気管支学 1996; 15: 42-48
- 8) 力丸 徹, 大泉耕太郎. 気管支狭窄に対するストレプトマイシンとステロイド併用吸入療法の検討. 結核 1999; 12: 879-883
- 9) 岩本康男, 宮澤輝臣, 宮津由香, ほか. 結核性気管・気管支狭窄に対してDumon Stentを留置して自覚症状の改善を得た2例. 気管支学 2001; 23: 607-611
- 10) 谷口浩和, 鈴木健介, 藤坂志帆, ほか. 胸部レントゲン所見の出現の遅れが集団感染の原因となったと思われる気管支結核の1例. 日呼吸会誌 2003; 41: 541-545

[会員投稿論文]

PEIT, RFA により 9 年間経過をみている 肝細胞癌の 1 例

串間市民病院 内科

黒木和男

はじめに

肝細胞癌 (Hepatocellular carcinoma : HCC) はかつては予後不良の疾患であり、6ヶ月程度でなくなるが多かった。B型慢性肝炎の経過中にHCCを発見し、経皮的エタノール注入療法 (percutaneous ethanol injection therapy : PEIT), 経皮的ラジオ波焼灼療法 (radiofrequency ablation : RFA) という局所療法にて9年間生存している1例を経験したので報告する。

症 例

症 例 : 59才 男性

主 訴 : 特になし

現病歴 : 1992年よりA病院にてB型慢性肝炎と診断され通院していた。特に自覚症状はなかった。HbeAg陽性であったがAST, ALTは正常で、AFPも正常だった。1995年3月15日、腹部エコーを施行されたが異常なしだった。1995年12月7日、腹部エコーで肝S5に26X17mmのmassを認め、肝生検でHCCと診断された。入院後PEITを施行された。1回に数ccずつ注入して1週間に1~2回施行された。計16回施行して注入量は合計79.5ccであった。その後、外来通院を続け経過は順調であった。2000年4月13日、S

8に20mmの腫瘍が発見された。HCCの再発と診断してRFAを3回施行された。2002年9月、当院に転院した。その頃S8にHCCが出現した。ドーム直下であり経皮的には治療不能であったので腹腔鏡下でRFAを施行した。その後は再発を認めていない。

一方、2001年2月1日よりHCCの再発予防のため、B型慢性肝炎に対してラミブジン100mg投与開始された。HBV-DNAは投与前6.1LOGコピー/mlであったが投与後は<2.6LOGコピー/mlとなっている。HbeAgは投与前(±)であったが、投与後は(-)となっている。HbeAb(+)とSeroconversionをおこしている。ラミブジンを一時中止したが再びウイルスが出現して肝機能が増悪したため再投与して現在に至っている。

初回入院時腹部エコー所見、(図1, 図2) 肝S5に経26mmの腫瘍を認めている。低エコーレベルでハローを伴っている。肝生検を施行してHCCと診断した。

初回入院時腹部CTスキャン像(ダイナミックスキャン)(図3), 肝S5に腫瘍を認める。ダイナミックスキャンでplain phaseでLow, early phaseでHigh, delayed phaseでLowとなっており、いわゆるLow, High, Lowパターンを示しておりHCCと考えられた。



図1：腹部エコー 1995年12月9日
S5に26X17mmのハローを伴う腫瘍を認める。

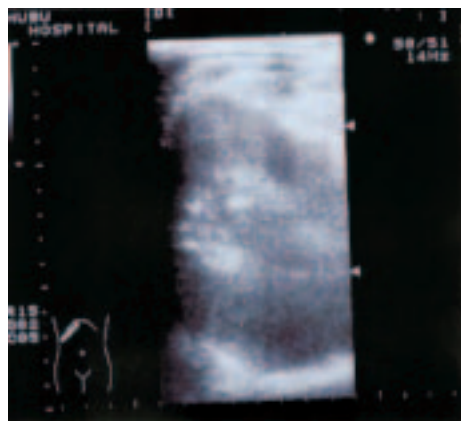
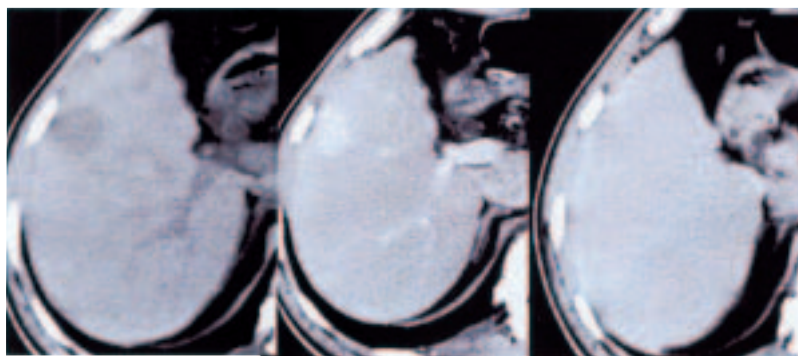


図2：腹部エコー 1995年12月26日
白くなっているのがPEITにより治療した部位である。



plain phase early phase delayed phase

図3：CT ダイナミックスキャン 1995年12月11日
Low, High, Lowパターンを示している。

全臨床経過を示す（図4）。

考 察

我が国におけるHCCのほとんどはウイルスが原因である。HCVが76%、HBVが16.6%といわれている。HBVの場合、B型慢性肝炎からの発癌率は0.5~0.65%、肝硬変からの発癌率は3.0~8.1%と報告されており肝硬変からの発癌率が高い。HbeAbからの発癌は15%にすぎず大半は発癌時期にHBV増殖と炎症を持續している。また発症時の平均年齢は52才であるという（1）。本例も発癌時50才でHbeAg陽性であった。小林らによると全国調査でのB型慢性肝炎からの死亡例118例のうち72%（85例）はHCCが原因であったという（2）。自験例でもHBVの死亡例43例のうち58.1%（25例）がHCCが原因であった。HCCの治療が奏効すれば、HBVによる死亡を減少させることができると思われる。

HCCの代表的な治療法として肝切除がある。肝切除は癌結節に対する最も確実で効果のある治療法である。しかし、HCCは肝硬変を合併することが多く、多中心性に発

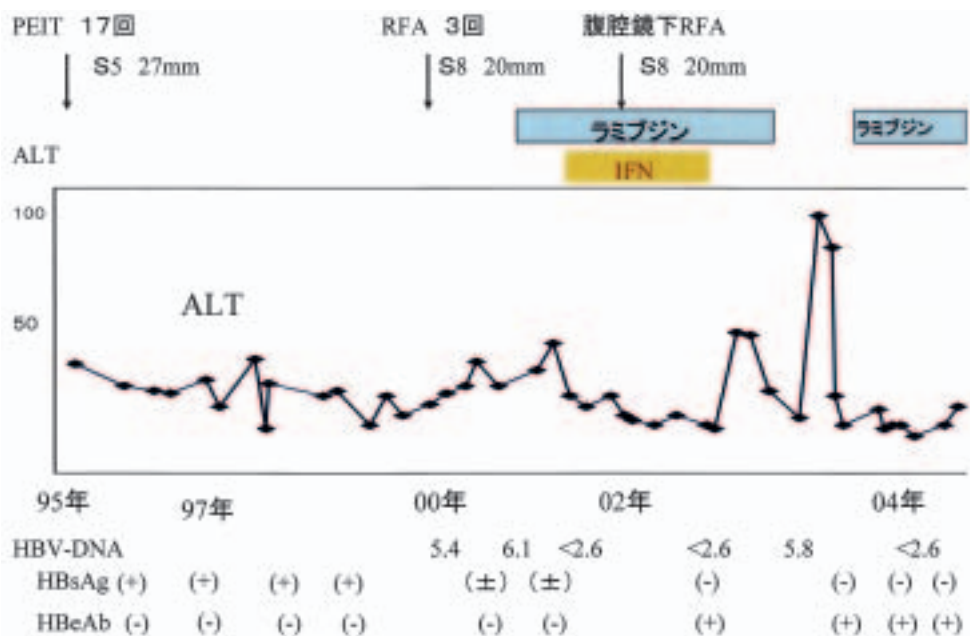


図4：臨床経過

生することも多い。そのため肝障害の程度によっては肝切除の適応にならないことが多く、術式も制限を受ける。また、術後合併症は決して少なくなく、胆汁漏や腹腔内感染、胸水貯留、腹水貯留などは依然として多い。手術死も1980年代後半で約2%にみられたという。

それに対して経皮的局所療法として薬剤注入療法と熱凝固療法がある。薬剤注入療法を代表するものとして1983年から千葉大学で経皮エタノール注入（percutaneous ethanol injection PEIT）がはじめられた（3）。PEITは非侵襲的で合併症が少なく高度の肝障害を合併する症例にも適応となるが腫瘍径の大きなものに対する有効性に問題があり局所制御率も肝切除に比べて低かった。「腫瘍径3cm以下、3個まで」と決められていた。また、1回ですべてを壊死させることは不可能であり数回以上が必要で

あり、本症例のように10回以上も必要なことが多く治療期間が長引き患者への負担が大きかった。そこで、局所制御率を上げるために1999年より我が国でも経皮的ラジオ波焼灼療法（radiofrequency ablation:RFA）が導入された。RFAとは病変に挿入した電極の周囲を450kHzのラジオ波により誘電加熱して、癌を壊死させる方法である。RFAはPEITに比べて腫瘍に対する壊死効果が確実である。また、少ない治療回数（平均1.2回）でその効果が得られるため、PEITに比べて優れた治療法である（4）。2004年5月より保険適応となっている。

HCCに対する治療成績は、手術例では5年生存率45%、10年生存率21%と言われている。江原らによるとPEITでは5年生存率55.5%、10年生存率18.6%ということである（3）。RFAではRossiらの最初の報告によると1年生存率94%、3年生存率68%、

5年生存率 40%であったという(5)。PEIT, RFAでも手術と同様の成績が認められている。本症例はB型慢性肝炎より発症したS5の26mmのHCCであった。本症例のようにB型慢性肝炎は肝機能が正常でもHCCが発症することが多いので腹部エコーなどの画像診断を定期的に行う必要がある。本人に「肝細胞癌」であることを告知のうえPEIT, RFAを施行した。またこのように再発を繰り返すHCCの再発予防のために2001年4月からはラミブジン投与を行っている。現在のところHBV-DNA<2.6LOGコピー/mlとなっている。B型慢性肝炎からHCCが発症した場合、多中心性に再発を繰り返すことが多く、治療方針として手術は選択しにくいと思われる。このような症例に対しては、手術同様の治療成績を上げているPEIT, RFAなどの局所療法が適応になるものと思われる。さらにこういった患者さんに対する治療においてはinformed consentが大切である。私は原則としてすべての患者さんに対して初診時、癌告知の有無を聞くことにしている。癌であることを本人に認識してもらったうえで治療を試みている。このように難治性だと考えられていたHCCに対し

て、さまざまな治療法を繰り返すことにより本症例のように長期生存が得られるので、さらなる工夫をしてゆきたいと思う。

おわりに

HBVが原因でHCCが発症してPEIT, RFAにより9年間生存した例を経験したので報告した。

- 1) 古賀満明ほか：B型慢性肝炎からの発癌。内科 88：611-614, 2001
- 2) 小林健一ほか：B型肝炎ウイルス(HBV)キャリアーに関するアンケート調査。B型肝炎の新しい展開－第22回犬山シンポジウム記録刊行会編 18-23, 2001
- 3) 江原正明：長期経過に基づく肝細胞癌に対するPEIの治療成績。肝胆膵 46(4) 441-447, 2003
- 4) 田中正俊：経皮的ラジオ波焼灼療法の適応と治療成績。肝胆膵 46(4), 455-459, 2003
- 5) Rossi S, Di Stasi M, Buscarini E et al: Percutaneous RF interstitial thermal ablation in the treatment of hepatic cancer. AJR 167: 759-768. 1996

[会員投稿論文]

神経内分泌腫瘍（十二指腸カルチノイド， 胃内分泌細胞癌）の2例

野辺医院

野邊 俊文

医療法人 同心会 古賀総合病院

外科

指宿 一彦

病理部

清山 和昭

内視鏡技師

弓削 政弘

要 旨

元来、カルチノイドは異型の低い細胞から構成され、特徴的な組織構造（胞巣配列）を呈し、しかも発育が緩徐で予後良好な内分泌細胞腫瘍群として用いられた概念であった。しかし、近年Rindiらは、新たなカルチノイド分類（Type I, II, III）と、それらと区別して、内分泌細胞癌（Type IV）を位置づけた。

今回我々は、低悪性度のいわゆるカルチノイド（Type III）と高悪性度の内分泌細胞癌（Type IV）の両者を経験したので報告する。

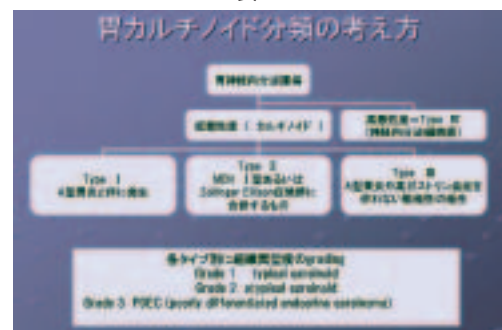
はじめに

胃カルチノイドは粘膜深層（粘膜固有層）に存在する内分泌細胞（基底顆粒細胞）に由来し、緩徐に発育・進展する上皮性腫瘍である。多くは、enterochromaffin-like cell：ECL細胞（腸クロム親和性細胞）に由来し、持続的な高ガストリン血症によるECL細胞の増殖が本腫瘍の発生に関与すると考えられている。

近年になりRindiらは、胃カルチノイドの大半を占めるECL細胞カルチノイドに対して、①Type I：A型胃炎に伴い発生するもの、②Type II：多発性内分泌腺腫症（multiple endocrine neoplasia：MEN）- 1型およびZollinger - Ellison症候群に合併するもの、③Type III：高ガストリン血症や特異的胃炎を背景とせず散発性に発生するもの、以上の3群に分類することを提唱している。

そして低分化型内分泌細胞癌（poorly differentiated endocrine carcinoma：PDEC）を高悪性度内分泌腫瘍として別個に

表 1



位置づけている。更に、彼らは各タイプ別に組織異型度のgradingを行い、Grade 1はtypical carcinoidに相当し、Grade 2はいわゆるatypical carcinoidに相当する。さらに、Grade 3はPDECに相当する（表1）。

今回我々は、Rindiらの言うTypeⅢ：grade 1の症例とTypeⅣ：PDECの症例を経験したので、ここに報告する。

症 例 1

患 者：61歳，男性。

主 訴：なし。健診目的。

既往歴：高血圧，慢性腎炎

現病歴：平成16年5月，健康診断目的で当院を受診。胃内視鏡検査を施行し，十二指腸球部に腫瘍を認め生検の結果，カルチノイド腫瘍と診断された。外科的切除目的で宮崎市古賀総合病院へ紹介となる。

身体所見：166cm，79kg，血圧148/80mmHg，肥満以外に異常所見なし。

血液検査：WBC4600，Hb12.8g/dl，Hct40.1%，plt21.1万，GOT23，GPT16，BUN25.9，Cre1.5，ガストリン60pg/ml

尿検査：蛋白（3+） 糖（-） 潜血（2+）

上部消化管内視鏡（図1）：十二指腸球部に腫瘍径8mmで山田Ⅱ型の立ち上がりを示す粘膜下腫瘍様形態の隆起性病変があり，中心部に陥凹を認めるもびらんを認めない。病理組織像：弱拡大（図2）では，粘膜筋板を超えず，固有層内に限局した充実結節状の腫瘍で索状配列構造がみられる。強拡大（図3）では，浅層に一部腺管構造がみられ，中層にロゼット様構造がみられる。核分裂像はみられなかった。グリメリウス

染色（図4）では，好銀性細胞が黄色く染まっている。さらにクロモグラニンA染色（図5）では，内分泌顆粒細胞が赤く染まり，カルチノイド腫瘍と診断できる。



図 1

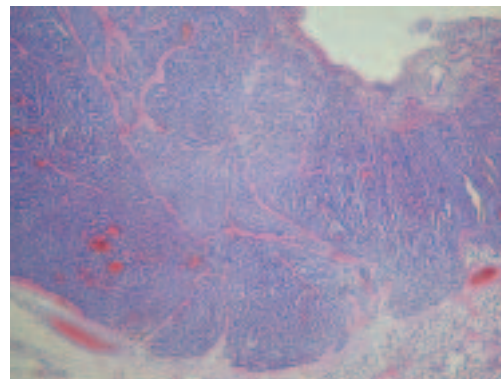


図 2

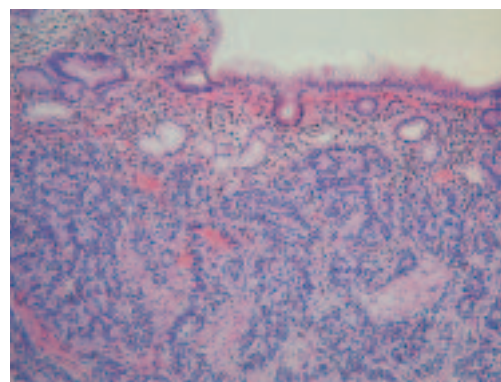


図 3

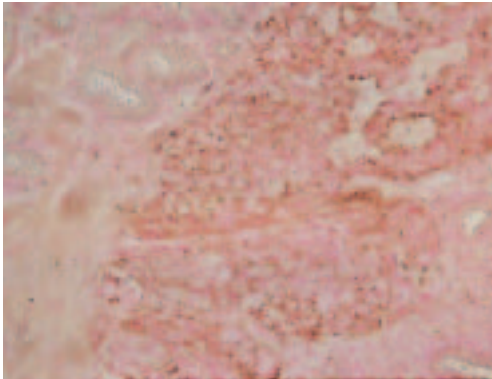


図4

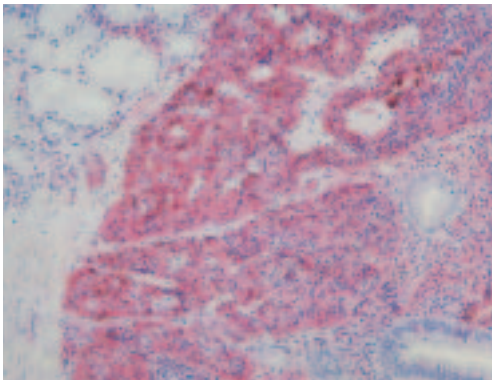


図5

症 例 2

患 者：21歳，女性。

主 訴：心窩部痛。

既往歴：特記すべき事項なし。

現病歴：平成9年9月，心窩部痛が出現し当院を受診。胃内視鏡検査を施行し，胃体下部に腫瘍を認め生検の結果，外科的切除が必要と判断し，宮崎市古賀総合病院へ紹介となる。

身体所見：152cm，46kg，血圧100/78mmHg，心窩部に圧痛を認める。

血液検査：WBC7000，Hb12.4g/dl，Hct38.0%，plt26.9万，GOT17，GPT15，Amy105，BUN7.1，Cre0.6，CEA1.9，ソマトスタチン28（1～12），セロトニン0.13

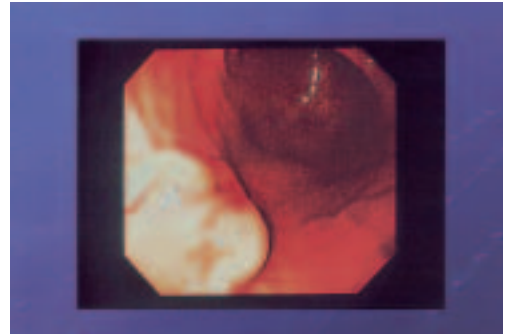


図6

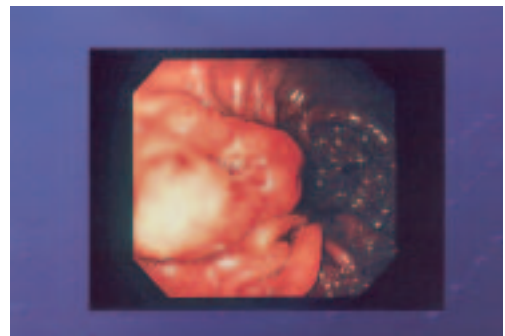


図7

(0.04～0.35)，グルカゴン59（40～180）

尿検査：蛋白（-） 糖（-） 潜血（-）

尿中5-HIAA3.9（1.6～6.0）

上部消化管内視鏡（図6，7）：胃体下部大弯側に腫瘍径約20mmでブリッジングフォールドを伴う立ち上がり急峻な隆起性病変を認める。腫瘍の中心部は陥凹し，一部びらんと発赤が観察される。

病理組織像：弱拡大像（図8）では，粘膜筋板を破壊して粘膜固有層から粘膜下層（sm）の深部まで浸潤した結節性病変がみられる。強拡大像（図9）では，充実した細胞が巣を作った様に形成され，ロゼット構造も所々にみられる。さらに，強拡大像（図10）では，不整な大型核と核分裂像が散見できる。高悪性度の低分化型内分泌細胞癌（PDEC）の所見である。

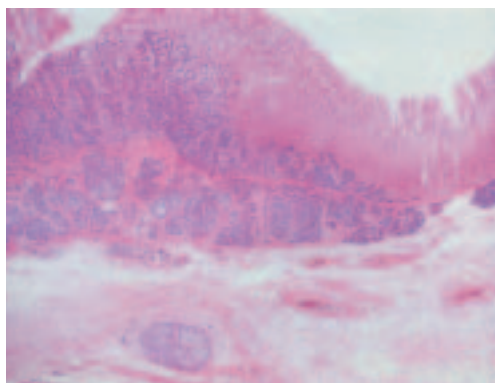


図8

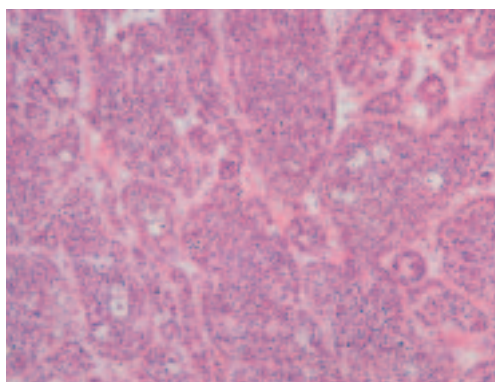


図9

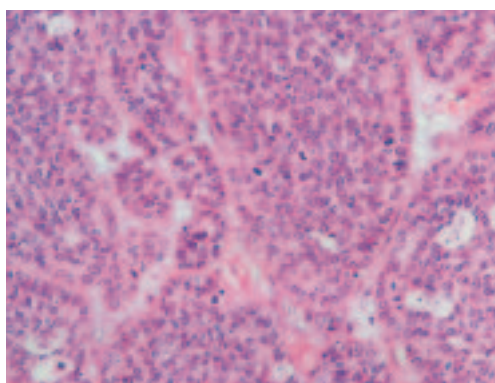


図10

腹部CT検査(図11)：肝内に腫瘍径2.0cm以上の多発性転移腫瘍がみられる。

手術後経過：症例1は、内視鏡的粘膜切除術(EMR)を試みたが、十二指腸穿孔の危険性が生じた為、開腹的に摘出し、予後良

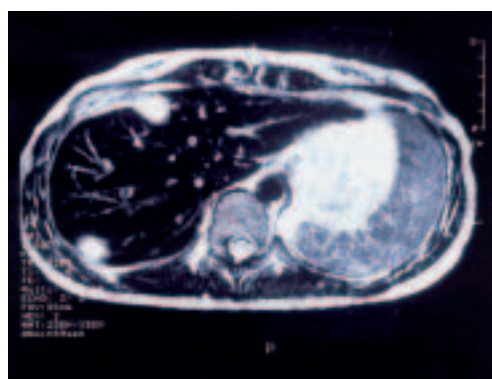


図11

好である。一方、症例2は、開腹手術で胃内内分泌細胞癌は摘出したものの転移性の多発性肝腫瘍に対し、肝部分切除や化学療法を行ったが、転移性の肝内腫瘍はさらに増え続け予後不良だった。

治療方針：①10mm以下で粘膜下層(sm)中層までにとどまる場合は、内視鏡的粘膜切除術(EMR)が適応とされる。②11mm以上でリンパ節転移を認めた場合、あるいは固有筋層(pm)以深の場合は、外科的切除を要する。

ま と め

神経内分泌腫瘍で低悪性度のいわゆるカルチノイド(TypeⅢ)と高悪性度の神経内分泌細胞癌(TypeⅣ)の症例を報告した。治療方針は、前述の通りだが、5mm以下のカルチノイドでもリンパ節転移のみられた症例報告もあり、慎重な態度が必要である。またヘリコバクターピロリの除菌でカルチノイドが改善・治癒したという報告はない。

今後問題とされるのは、病理組織診断でGrade 2、atypical carcinoidと診断された場合の治療法と分類が問われる。

[会員投稿論文]

診断が困難であった肝腫瘍の一例

宮崎市 県立宮崎病院臨床検査科超音波センター

平松百合子, 篠永まゆみ, 野元 園恵, 武田恵美子
 松原 佳奈, 守屋 喜代, 石橋 峰嗣, 吉田 治代
 吉松 智佳, 加藤久仁彦, 湯田 敏行, 三原 謙郎

はじめに

超音波検査（以下、US）機器の普及により検診にて肝占拠性病変が偶然に発見される症例が多くなった。今回、USで限局性結節性過形成（Focal Nodular Hyperplasia. 以下、FNH）と鑑別診断が困難であった肝腫瘍を経験したので報告する。

症 例

症 例：女性、36歳

主 訴：検診異常（肝腫瘍の精査）

現病歴：2004年1月、健康診断にて肝腫瘍を指摘される。精査目的で当院を受診、造影US、CT、MRIにて診断がつかず、血管造

影、肝腫瘍生検を施行した。

血液生化学検査成績（表1）：肝機能及び肝腫瘍マーカー等に異常値は認めなかった。なお、HBs抗原、HCV抗体はいずれも陰性であった。

腹部US所見：Bモードでは単発で肝右葉S8に約6cmの境界明瞭な楕円形の低エコー腫瘍を認めた。ほぼ均一な低エコー腫瘍で、モザイクパターンや辺縁低エコー帯等の肝細胞癌の所見及びbull's eye sign等の転移性肝癌の所見は認めなかった（図1）。カラードプラでの血流信号は腫瘍辺縁にモザイク状にみられ（図2）、多血性の腫瘍であることが判った。周囲肝実質も正常であったこ

表1：血液生化学検査成績

WBC	5600	T-Bil	0.9 g/dl	CEA	1.11ng/ml
RBC	438 ×10 ⁴	GOT	16 IU/L	AFP	3ng/dl
Plt	26 ×10 ⁴	GPT	21 IU/L	CA19-9	23u/ml
PT	11.8 秒	LDH	142 IU/L	PIVKA II	25 mAU/ml
PT%	84.8	CHE	206 IU/L	HBs-Ag	(-)
PT-INR	1.11	ALP	141 IU/L	HBs-A b	(+)
APTT	36.5 秒	γ-GTP	26 IU/L	HCV-Ab	(-)
		TP	7 g/dl		



図 1 : 腹部US Bモード像

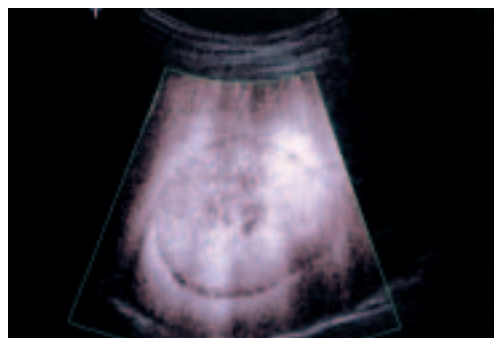


図 4 : 造影US 後期血管相

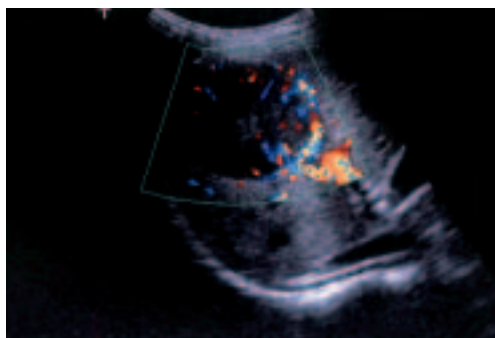


図 2 : 腹部US カラー Doppler 像

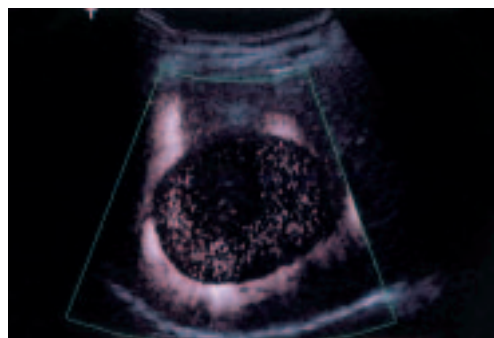


図 5 : 造影US 肝実質相

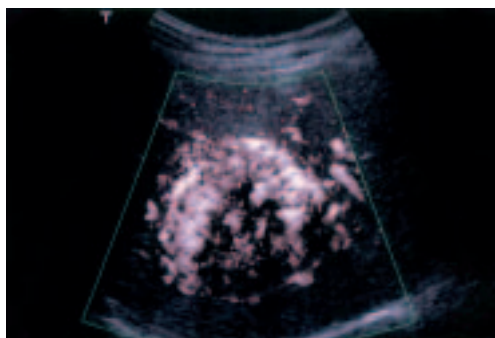


図 3 : 造影US 早期血管相

とからFNHを最も疑ったが、FNHに特徴的な腫瘍の中心から周囲に向かう車軸状の血流信号は得られず、確定診断には至らなかった。

造影US所見：造影剤静注10秒後より腫瘍辺縁から中心に向かって著明に綿花状に造影されたが中心まではいたらず（図3）、中心からの車軸状の血流信号も認めなかった。

後期血管相では肝実質と同程度に造影され（図4）、5分後の肝実質相では不完全欠損像を呈した（図5）。造影USでも車軸状の血流信号とそれに引き続く腫瘍濃染像は得られず確定診断はできなかったが、5分後の肝実質相で不完全欠損像であったことからFNHを否定し血管腫疑いとした。

CT所見：S8の腫瘍は辺縁平滑、境界明瞭で中心部に中心性瘢痕を疑わせる低濃度域を認めた。造影CTでは早期相で著明な造影効果を認め、中心部は辺縁より淡く造影された。後期相でも周囲実質より造影効果がみられた（図6）。中心部では早期相よりも造影効果が広がっていた。このことから放射線科医によりFNH疑いと診断された。

MRI所見：辺縁は平滑、境界は明瞭で内部は肝実質に比しT1強調像で低信号、T2強調像

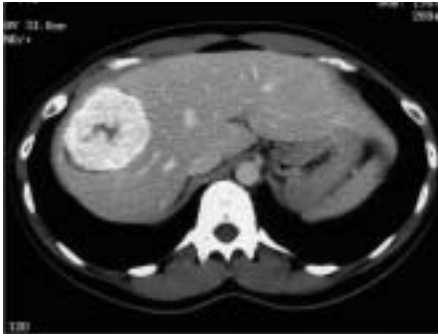


図6：腹腹部CT 後期相

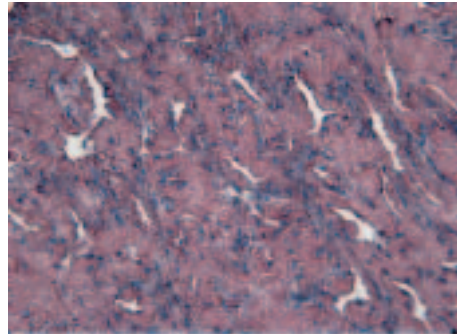


図9：Ag染色 強拡大

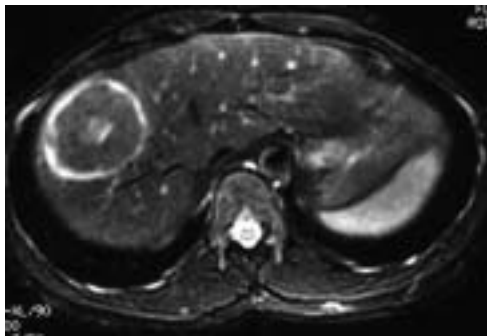


図7：MRI (FAT-SAT)

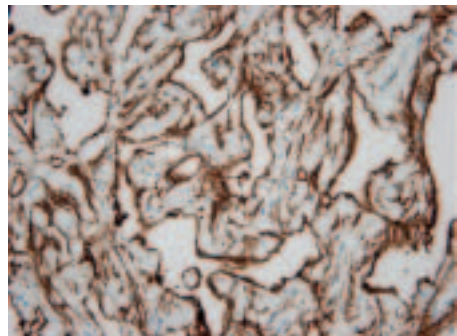


図10：CD34染色 強拡大

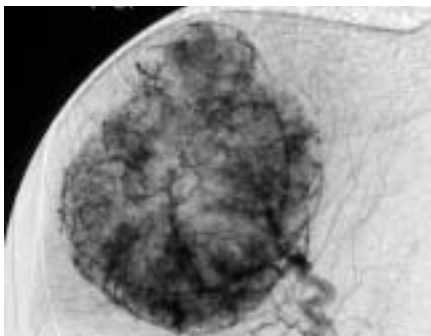


図8：血管造影

で高～等信号を呈していた。中心部はT1強調像で不整形の低信号がみられ中心性瘢痕と思われる所見であった(図7)。SPIO造影後には不均一ながら腫瘍内部の信号は低下していた。腫瘍内部にクッパー細胞が存在する¹⁾ことが示唆されたことからFNH疑いと診断された。

血管造影所見：辺縁から求心性に豊富な

血管の増生を認め、辺縁優位の強い腫瘍濃染を呈していた。腫瘍中心部には中心性瘢痕に相当すると思われる血流の乏しい領域を認めた(図8)。典型的なパターンではないがFNH疑いと診断された。

病理学的所見：通常の血管腫に比べ線維成分や紡錘細胞成分が多く確定診断には至らなかったが、血管の豊富な間葉系腫瘍で病理診断は血管腫疑いであった(図9, 10)。なお、FNHは否定された。

考 察

FNHは非硬変肝に合併する限局性の過形成疾患で、多血性であり、画像診断上肝細胞癌などの鑑別が必要となる²⁾。FNHの診断は超音波ガイド下の針生検のみでは確定診断に至らないこともあり、各種画像診断

でFNHの特徴とされる星芒状の中心性癥痕とその中心から周囲に放射状に広がる動脈を確認することが特に重要とされる²⁾。

当院では肝腫瘍の鑑別・質的診断のために造影USを行っている。FNHの場合はカラー Dopplerでは病変の内部や辺縁に血流シグナルが得られ多血性の腫瘍であることは分かっても確定的な所見まで得られることは多くない。その点、造影USを行うと高率にFNHに特徴的な所見を得られるようになる²⁾とあるが、本症例からは得られなかった。

CT, MRI, 血管造影ではいずれもFNH疑いと診断されたが、USでは造影USの早期血管相の綿花状パターンおよび5分後の肝実質相で血流シグナルが認められたことから、血液のプーリングと考え血管腫疑いと診断、FNHは否定した。他の画像診断で血管腫と

の診断が得られなかったのは病理組織学的にも稀な非典型的な血管腫であったことが原因と考えられた。

結 語

CT, MRI, 血管造影でFNHと診断されたにもかかわらず、USでは少なくともFNHを否定できた症例を経験した。比較的稀な症例なので報告した。

参 考 文 献

- 1) 福田和人ほか：肝腫瘍性病変の質的診断における造影超音波後期相の意義—SPIO造影MRI, 組織像との比較検討. 肝臓. 日本肝臓学会総会要旨40: A165, 2004
- 2) 小川真広：腹部エコーを視て・診る. 永井書店: 141-144, 2003

[会員投稿論文]

USにて診断した虚血性大腸炎の一例

宮崎市 県立宮崎病院臨床検査科超音波センター

篠永まゆみ, 平松百合子, 守屋 喜代, 武田恵美子
松原 佳奈, 野元 園恵, 吉田 治代, 吉松 智佳
石橋 峰嗣, 加藤久仁彦, 湯田 敏行, 三原 謙郎
小牧 斎¹⁾, 宮路重和²⁾¹⁾こまき内科 (宮崎市), ²⁾宮路病院 (宮崎市)

はじめに

最近の超音波検査 (以下, US) 機器の性能向上に伴い, 実質臓器だけでなく胃腸などの消化管疾患の診断に関してUSの有用性が注目されるようになってきている。私達はUSにて虚血性大腸炎と診断し得た症例を経験したので報告する。

症 例

症 例: 71歳、女性

主 訴: 血便、下腹部痛

現病歴と主な検査成績: 平成17年7月のある深夜, 突然の腹痛が出現。トイレに行くが便は出ず, 冷や汗と嘔気があった。その10分後に下腹部痛とともに, 血便がみられた。その後, 翌朝まで何度も硬い便と軟便, 血便が繰り返し続いたため, 当院を受診, US施行。初診時のHbは13g/dl, 白血球は9800/ μ l, CRPは2+であった。

USでは下行結腸全域とS状結腸にかけて, びまん性の壁肥厚がみられた (図1, 2, 3)。肥厚は主に粘膜と粘膜下層にみられ, 粘膜

と粘膜下層の境界は不明瞭であった。びらんと考えられる点状や線状の高エコーが所々に認められた。

以上の病歴とUS所見から虚血性大腸炎と

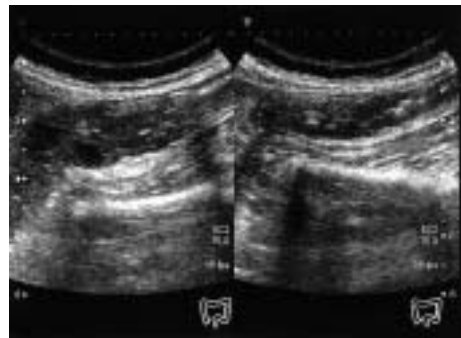


図1: 下行結腸US像 (縦断。コンベックス)

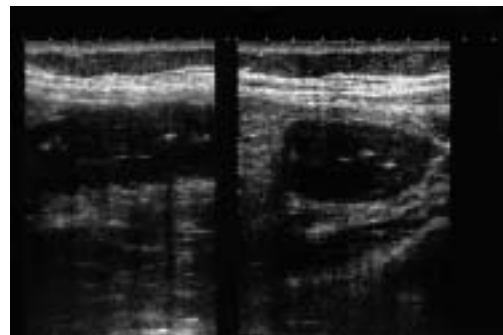


図2: 下行結腸US像 (縦断。高周波)



図3：下行結腸US像（横断。高周波）

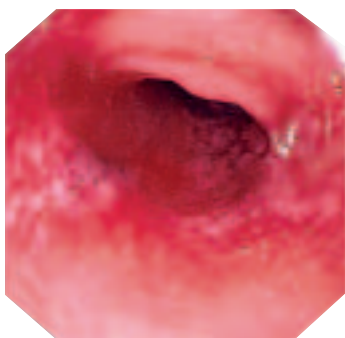


図4：下部消化管内視鏡像（下行結腸）

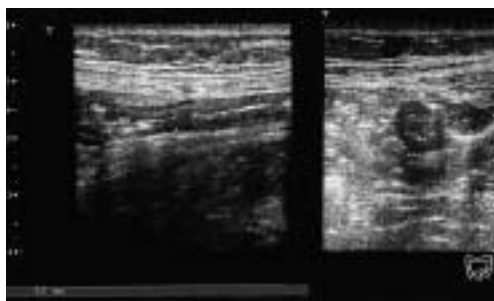


図5：下行結腸US像（寛解時。高周波）

診断し、下部消化管内視鏡検査をUS終了後に施行した。S状結腸から下行結腸には発赤が散在、白苔を伴ったびらんや小出血もあり、粘膜は粗造で浮腫状変化が認められ虚血性大腸炎の所見であった（図4）。

入院のうえ対症療法を行ったところ症状は徐々に軽減し、6日後のUSでは左側結腸の壁肥厚の改善がみられ軽快退院となった（図5）。この時点のHbは11g/dl、白血球は

4800/ μ l、CRPは±であった。さらに20日後の内視鏡検査、USでも異常所見はみられなかった。

考 察

虚血性大腸炎は腸間膜動脈の分枝である結腸動脈末梢枝の閉塞・狭窄による腸粘膜の虚血性壊死を示す炎症性病変である。多くは粘膜下層や粘膜固有層の細い血管の閉塞によって起こる。突然の腹痛、下痢、下血が3主徴である。左側結腸が好発部位（70%）であるが、左結腸曲（Griffith点）とS状結腸・直腸移行部（Sudeck点）は下腸間膜動脈流域で、交通枝の発達も良好でなく血流が少ないのが原因と考えられている。高血圧、動脈硬化、糖尿病などにより腸間膜動脈末梢の狭窄をきたしていることが多いが、この血管側因子と便秘時の腹圧、腸管内圧の上昇などの腸管側因子が発症に関与すると推測されている。臨床的には消炎後狭窄を残す狭窄型と障害を残さない一過性型に分類されるが、自験例は一過性型であった。

虚血性大腸炎のUS所見は比較的広範囲のびまん性壁肥厚が主体で、この肥厚は腸管壁の浮腫を反映していると考えられる。粘膜と粘膜下層の境界が不明瞭な肥厚、いわゆるsausage様肥厚パターンを示し、症状の軽快とともに肥厚は減少する^{1, 2, 3)}。自験例のUSではこれらの所見がみられ初診時に診断でき、症状の軽減とともにUS所見も改善した。

結 語

最近は虚血性大腸炎をとときどき経験する。

稀ではない。強い痛みや血便のため、下部消化管内視鏡検査を躊躇し診断が遅れることもある。一方、自験例のようにUSにて比較的簡単に診断できる場合もあり、胃腸疾患に対してもUSを触診代わりに活用したい。

本症例の要旨は、第44回宮崎県腹部超音波懇話会（平成17年7月，宮崎市）にて報

告した。

参 考 文 献

- 1) 湯浅 肇、井出 満：消化管エコーの診かた・考え方第2版. 医学書院2004
- 2) 長谷川雄一ほか：腹部画像診断アトラス Vol.3 消化管. ベクトル・コア 2000
- 3) 畠 二郎ほか：消化管超音波診断ビジュアルテキスト. 医学書院 2004

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療 XII 食欲不振（その2）

宮崎市 木下内科医院

木下 恒 雄

B. 虚実中間証向きの方劑

3. 平胃酸

出典は和劑局方（1078～1085）で蒼朮・厚朴・陳皮・炙甘草（炒めた甘草）・生姜・大棗の6種の生薬で構成される。

（1）使用目標：原典の和劑局方・一切氣門には、「脾胃和せず、飲食を思わず、心腹脇肋、脹満刺痛し、口苦くして味なく、胸満短気、嘔噦悪心、噫氣吞酸、面色萎黄、肌体瘦弱、怠惰嗜臥、体重く節痛するを治す。常に多く自利し、或は霍乱を發し、及び五噎八痞、膈氣、反（翻）胃並びに宜しくこれを服すべし。…常に服すれば、氣を調え、胃を暖め、宿食を化し、痰飲を消し、風寒冷湿、四時非節の氣を辟く。（消化機能が失調し、食欲がなくて、胸から上腹部にかけて脹って刺すような痛みがあり、口が苦くて食べても味がせず、胸がいっぱいになったようで呼吸が促進し、むかむかして吐いたりしゃっくりが出たり、げっぷや酸っぱい液が上ってきて、顔色は土色で体はやせてきて、ものうくて横になっていたようで、体が重たくて節々が痛むものを治す。よく下痢し、また急性吐瀉病を起こしたり、種々の原因で起こる咽喉や胸のつかえ感を起こす病態、嚥下障害、幽門狭窄などで食

後しばらくたって吐く病態にも服用させる」とよい。…毎日服用していると気の働きを調整し胃を暖め、胃腸に停滞している食物を消化し、消化機能低下により生じた胃内停水を排除し、風・寒・冷・湿などの病因や氣候の急変などに対する抵抗力ができてくる。）」と記載されている¹⁾。

本方は胃に食毒と水毒が停滞しているのを平らかにするという意味で平胃酸と名づけられたと言われる²⁾。

使用目標として重要なものは、胃に消化不十分の食物や余剰の水分が停滞して起こる心窩部の不快感やもたれ感、心下痞、食欲不振、胃内停水（心下振水音）、腹鳴、時に下痢すること、などであるが、悪心・嘔吐、四肢が重だるい、腹痛、口が粘るなどの症状を伴うこともある。舌質は概ね淡白で湿潤し、苔は白膩、脈は軟、緩などで一定しないが虚脈ではない。腹力は中等度で、振水音を認めることが多い。本方の適応症にみられることが多い症状・所見を図1. に示し、とくに重要なものに下線を付した。

（2）処方解説：本方は蒼朮（或は蒼朮・厚朴・陳皮）が主薬である。蒼朮はキク科のホソバオケラやシナオケラの根茎で、除湿・鎮痛・健胃などの効能をもつ。蒼朮・

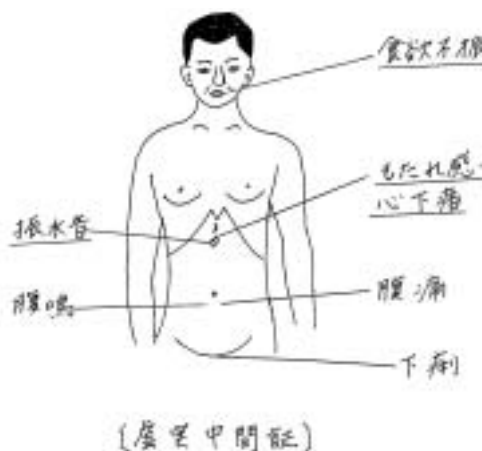


図1：平胃散

厚朴・陳皮は芳香を有し，食欲を増進させる。蒼朮は消化器管中の余剰の水分を血中に吸収して利尿により排除し，厚朴は消化管の痙攣を緩解し蠕動を調整して気の鬱滞を散じ，また利尿により水滯を除く。もし下痢があれば蒼朮と協力して止瀉する。陳皮は胃液分泌を促進し，制吐作用を有し，厚朴と協力して蠕動を促進する。甘草・生姜・大棗は消化吸収を助け消化機能を調整し，甘草・大棗は諸薬の薬効を調和させる。このように消化機能を調整し余剰の水分を除くことによって食欲不振などの症状を改善する。

4. 小柴胡湯

出典は傷寒論で柴胡・半夏・生姜・黄芩・大棗・人參・甘草の7種の生薬で構成される。

(1) 使用目標：原典の傷寒論・太陽病中篇には「傷寒五六日，中風往来寒熱，胸脇苦満，黙々として飲食を欲せず，心煩，喜嘔，或は胸中煩して嘔せず，或は渴し，或は腹中痛み，或は胸下痞硬し，或は心下悸して小便不利し，或は渴せず，身に微熱あり，

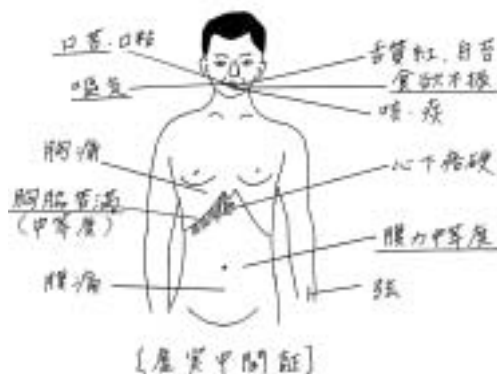


図2：小柴胡湯

或は欬する者は，小柴胡湯之を主る。(急性熱性疾患に罹患して五，六日たつと太陽病の際の悪寒発熱は弛張熱に変わり，季肋部が詰まったように苦しくなり，ものうくて食欲がなくなり，胸にもややした不快感が起こってたびたび吐くようになる。このような状態が小柴胡湯の適応症である。しかし，時には胸がもやもやしても吐かないことがあり，口渴があることもあり，腹痛があることもあり，肋骨弓の直下が硬くなることもあり，心窩部で腹大動脈の博動が亢進して，尿量が減少することもあり，また，口渴がなくて熱が内にこもっていることもあり<この際の微熱は37℃程度の発熱のことではない>，咳が出ることもある。)」と記載されている³⁾。

以上は急性熱性疾患の少陽病期における小柴胡湯の適応症を述べているが，文中の「黙々として飲食を欲せず」をヒントにして慢性疾患や所謂雑病における食欲不振に本方が応用されるようになった。この際には虚実中間証で腹力は中等度，胸脇苦満（概ね中等度）があり，舌質は紅で湿潤し，舌苔は薄白，白，白膩などで，脈は概ね弦を

呈し、口苦（口が苦い）、口粘（口が粘る）、ゆううつ感、怒りっぽい、就眠障害、めまいや立ちくらみ、咳、喀痰、心下痞硬、腹痛、胸痛などの症状を伴うことも少なくない。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、とくに重要なものに下線を付した。

(2) 処方解説：主薬の柴胡はセリ科のミシマサイコの根で、解表・疏肝（肝気の鬱結を発散…自律神経系の異常緊張の緩和など）などの効能をもち、薬理的には解熱・抗炎症・抗アレルギー・肝障害改善・抗潰瘍・抗ストレスなどの作用があることが報告されている⁴⁾。柴胡は黄芩の協力により胸脇部ないし半表半裏の部位の消炎・解熱・気の疎通などに働く。半夏と生姜は胃内の停水を捌き、気滞を散じて悪心・嘔吐を鎮め、食欲を増進する。人参は甘草・大棗と組んで胃の働きを助け、心下の痞塞感を緩解する。また、柴胡・黄芩・甘草は肝機能を改善させ、柴胡・黄芩は利胆の効も有している。

本方は日本では急性熱性疾患以外にも頻用される方剤である。本方の適応となる半表半裏証は表証ではないので発汗法の適応ではなく、また裏実証でもないので瀉下法も不適である。したがって半表半裏の病因を和解によって除くとされている。しかし和解の意図は清熱と補益の配合や消化機能や呼吸機能の調整などであり、広い範囲に使っても安全という意味ではない。虚証の人や黄芩などの構成生薬にアレルギーを有するかその可能性のある人には使用すべきではない。

C. 虚証向きの方剤

5. 人参湯（理中湯）

出典は傷寒論と金匱要略で、人参・乾姜・白朮（または蒼朮）・炙甘草の4種の生薬で構成される。

(1) 使用目標：原典の傷寒論・霍乱病篇には「霍乱、頭痛、発熱し、身疼痛し、熱多く水を飲まんと欲する者は、五苓散これを主る。寒多く水を用いざる者は理中丸これを主る。（急性吐瀉病で、嘔吐や下痢のほか、頭痛、発熱、身体痛があつて、さらに口渴などの熱候もあり、水を飲みたがる場合は五苓散の適応症であるが、嘔吐や下痢があつても、裏に寒があつて、水を飲みたがらない場合は理中丸<人参湯の構成生薬を砕いて蜂蜜で和して丸にしたもの>の適応症である。）」と急性熱性疾患における五苓散と人参湯の使用目標が記載されている⁵⁾。また、同じく傷寒論の陰陽易差後労復病篇には「大病差えて後、喜唾、久しく了了たらざるは、胸上に寒あり、まさに丸薬をもつてこれを温むべし。理中丸によろし。（重い病気にかかり、ほぼ治つたが、気持の悪い生つばが次々に口にたまってきて、さっぱりしない場合は、胃が冷えているためだから理中丸でこれを温めてやるとよい。）」とも記載されている⁶⁾。

本方の適応症となる場合の一つは、脾胃虚寒、脾胃陽虚或は中焦虚寒と呼ばれる病態である。全身倦怠・食欲不振・食べ物の味が無い・腹満感などの脾胃気虚の症候と、冷えると増強し、暖めたり暖かい手でおさえると軽減する腹部の鈍痛・口渴はなく、飲食物は暖かいものを好む・吐き気・うすい生つばが口にたまってくる・色のうすい

尿が多量に出る・四肢や腹部が冷える・泥状ないし水様便など裏の虚寒の症候がある場合である。この際には舌質は概ね湿潤し、淡白ないし淡白で胖大、舌苔はないかまたは白滑、脈は沈で弱、細、遅などを呈する。これらの状態は慢性胃炎、胃アトニーないし下垂症、胃・十二指腸潰瘍、慢性腸炎などの慢性消化器疾患でみられることが多いと思う。

また、本方の適応症の他の一つは、脾胃実寒或は寒邪直中或は中寒と呼ばれる病態である。冷たい飲食物をとりすぎたり、他の原因で腹部を冷やしたような場合に急激に起こる。腹痛、嘔気・嘔吐、泥状ないし水様性の下痢、腹鳴などがあって、口渇はなくて四肢が冷えて、食欲はなく、顔面は蒼白になっているような場合である。この際は、舌質は淡白ないし青味がかかっている、舌苔はないか滑ないし白滑、脈は沈遅・沈緊で遅などを呈する。このような状態は感冒性胃腸炎或はその他の原因による急性胃腸炎などでみられる。

本方の適応症の腹証は、一つは腹部全体が軟弱無力で、心下に振水音を認めるタイプで、もう一つは腹部の表面が緊張して硬くなっているタイプであるが丁寧に腹診すると硬いのは表面だけで、腹壁も薄くペニア板を張ったような感触のものである。なお、人參湯が有効な症例で特徴的な腹証を認めない場合もある。この際は自覚症状や脈証・舌候などを斟酌して判断せざるを得ない。

図3. に本方の適応症にみられることが多い症状・所見を示し、とくに重要なものに下線を付した。



図3：人參湯

〔症 例〕

T. H. 14歳 男性 中学生

主 訴：腹痛

家族歴：父 62歳 高血圧症で通院中

既往歴：特記すべきものなし。ただし、日頃から度々全身倦怠、食欲不振、腹部膨満感、心下痞などがあり、寒がり、口の中に生つばがよくたまっていたが、口渇はほとんどなかった。

現病歴：平成9年5月15日の早朝から急に、主として痙攣性の腹痛が起こり、同日午前当院受診。

漢方医学的所見：顔面は蒼白でやせ型、舌質は淡白でわずかに滑苔あり。脈 沈やや遅。腹部 両側とも腹直筋が緊張（腹皮拘急）しているが、表面は薄く張っていて、心下振水音を聴取。腕や他の部位の筋肉は軟弱。

経過および治療：人參湯（ツムラエキス顆粒医療用）1回2.5g宛 1日3回 毎食前温服として2日分処方。1回分を飲むと間もなく腹痛が軽減し、約2時間後には消失した。

解 説：本症例の病態は前述の脾胃実寒

と思われた。このような状態は日頃は実証
と思われる人にも起こるが、脾胃気虚の傾
向を有する人にも起こりやすい。このよう
な状態は実寒とは言うものの虚実が挟雑し
た状態を呈する。

参 考 文 献

- 1) 宋 太平惠民和剂局：太平惠民和剂局方，
人民衛生出版社，P. 92, 1985.
 - 2) 矢数道明：臨床応用漢方処方解説，創元
社，P. 502, 1977.
 - 3) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論，東洋
学術出版社，P. 53, 1990.
 - 4) 米田該典・鈴木洋：漢方のくすりの事典，
医歯薬出版株式会社，P. 151, 1995.
 - 5) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論，東洋
学術出版社，P. 112, 1990.
 - 6) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論，東洋
学術出版社，P. 115, 1990.
-

[Postgraduate Education]

臨床に役立つ呼吸器病学（3） 閉塞性肺疾患－気管支喘息，COPDを中心として－

国民健康保険中部病院

長友 安弘

はじめに

気管支喘息の罹患率は成人で約4%（小児は7～8%）です。従来肺気腫や慢性気管支炎と呼ばれていたCOPD（chronic obstructive pulmonary disease：慢性閉塞性肺疾患）も40歳以上の8.5%に存在し、共に今後の増加が予想されます。両者は炎症性疾患の側面（前者は好酸球，後者は好中球の関与）を持ち、お互いの合併も10～20%に見られます。

気管支喘息

疫学：1998年にフルタイド®が登場して以降、ガイドラインによる吸入ステロイドの

推奨と相まって喘息コントロールは比較的に容易になりましたが、成人の寛解率は10%未満であります（対して小児は約70%）。さらに現在も年間3千7百人前後の死亡者があり、宮崎県の死亡率は全国平均を上回っています（図1）。

診断の指針（表1）：臨床的には繰り返して起こる咳，喘鳴，呼吸困難で特徴づけられます。病態としては可逆性の気道狭窄，気道炎症，気道構造の変化（リモデリング）による気道過敏性の亢進，が挙げられます。

診断上の問題点：咳だけが反復する症例や可逆性の気道制限（1秒量の変化）が軽

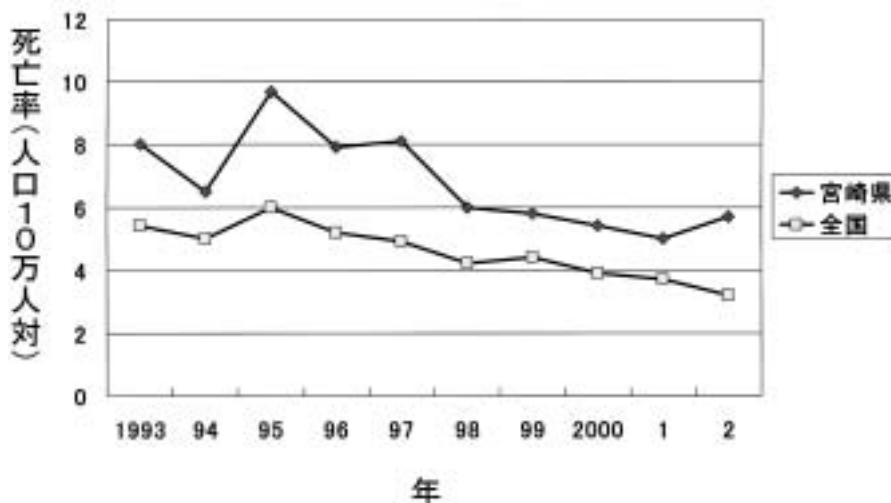


図1：全国と宮崎県の喘息死亡率の比較

表1：気管支喘息診断の指針

所見	臨床所見・検査	その他(ルーチンには行われないもの)
可逆性の気管支閉塞	身体所見(呼吸の延長、高音音) 呼吸機能検査 気道可逆性試験	
気道過敏性	気道過敏性試験	
気道の炎症	唾液中好酸球 末梢血中あるいは唾液中の分子マーカー (好酸球由来物質、サイトカイン・ケモカイン、メディエーター) 呼気ガス(一酸化窒素、一酸化炭素) 呼気濃縮液	気管支壁下粘膜生検 気管支鏡的洗浄液
リモデリング	副腎皮質ステロイド治療後の呼吸機能障害	気管支壁下粘膜生検 胸部CT検査での気道壁肥厚

表2：喘息の重症度分類(喘息予防・管理ガイドライン2003)

重症度	ステップ1 ¹⁾ 軽症 intermittent 型	ステップ2 ¹⁾ 軽症 persistent 型	ステップ3 ¹⁾ 中等症 persistent 型	ステップ4 ¹⁾ 重症 persistent 型
症状の特徴	- 症状が週1回未満 - 症状は軽度で短い - 夜間症状は月に1~2回	- 症状は週1回以上、しかし毎日ではない - 日常生活や睡眠が妨げられることがある：月1回以上 - 夜間症状が月2回以上	- 症状が毎日ある - 短時間作用性吸入薬 ₂ 刺激薬 ₂ の頻用がほとんど毎日必要 - 日常生活や睡眠が妨げられる：週1回以上 - 夜間症状が週1回以上	- 治療下でもしばしば増悪 - 症状が毎日 - 日常生活に制限 - しばしば夜間症状
PEF FEV ₁ ²⁾	予測値の80%以上 変動20%未満、あるいはPEF自己最良値の80%以上	予測値の80%以上 変動20~30%、あるいはPEF自己最良値の80%以上	予測値の60~80% 変動30%以上、あるいはPEF自己最良値の60~80%	予測値の60%未満 変動30%以上、あるいはPEF自己最良値の60%未満

- 1) 治療前の臨床所見による重症度。すでに治療を受けている場合は症状をほぼコントロールするのに(ステップ1程度)要する治療ステップでその重症度とする。症状がある場合はより高い重症度を考える。
- 2) いずれか1つが認められればそのステップを考慮する。これらの症状、肺機能は各ステップの概要を示したもので、各ステップの間のオーバーラップがありうる。重症度は肺機能、症状、現在の治療レベルから総合的に判定する。
- 3) 症状からの判断は重症例や長期罹患例で重症度を過小評価する場合がある。肺機能は気道閉塞の程度を客観的に示し、その変動性は気道過敏性と関連する。

度の症例は喘息と診断しにくいと思います。また気道過敏性の亢進を示唆する基準値はなく、アトピー素因の有無でも判断はできません。しかし最も大きな問題点は診断基準が存在しないことです。

特異的所見：1) 気道制限に伴う症状がステロイド以外の気管支拡張療法によって軽快する、2) β_2 刺激薬による1秒量

(FEV_{1.0})の増加率が20%以上、3) ピークフロー(PEF)の日内変動が15~20%を越える場合、は喘息が強く疑われます。

治療法：まず重症度を判定します(表2)。重度発作の簡単な指標は、冷や汗をかいて、一文をしっかりと話せない場合です。吸入ステロイドを使う場合、初回は中用量以上から開始します。3(~6)ヶ月間コントロ

ール良好であれば減量（ステップダウン）します。

治療目標：呼吸困難の消失，睡眠が正常，日常生活が正常，PEFが正常値（自己最良値の70%以上），SpO₂ 90%以上，を目指します。

治療上の注意点：1）長時間型β₂吸入薬（セレベント®）は吸入ステロイドと併用する，2）低酸素血症時，CO₂ナルコーシスを恐れて酸素投入を躊躇しない，3）発作時にアミノフィリンを点滴するときは半量を15分，残量を45分程度で投与する。ボスミン®0.1～0.3ml皮下注は20～30分おきに3回までで，禁忌を考えて心電図モニターをする，4）アトロベント®（抗コリン薬）は中等症～重症喘息に投与する場合，β₂刺激薬と併用する。

当院での慢性期の使用薬剤の頻度（図2）：ここでのLABAはセレベント®，SABAはメブチンエアー®を指しています。

新しい治療：重症発作時の硫酸マグネシウム（マグネゾール®）点滴の有効性や，非侵

襲的陽圧換気療法（NIPPV）による気管内挿管率低下が報告されています。難治性喘息にはインタール®吸入やサイクロスポリンが考慮されます。また今後セレタイド®（フルタイドとセレベントの合剤）が発売されれば，より期待できます。

以下，自験例を述べます。

Case 1

63歳，女性。肺結核後遺症のため在宅酸素療法（HOT）中。非アトピー型喘息（罹病期間15年）でホクナリンテープ®を常用しているが，喘息発作が起きる度にステロイドやネオフィリン®の点滴をうけていた。アルデシン®吸入は使用が繁雑で，フルタイド®吸入は咽頭刺激症状のため使用していなかった。

Case 2

68歳，女性。アレルギー性鼻炎を合併するアトピー型喘息（罹病期間8年）。フルタイド®200μg/日でPEF100～150L/分であった。400μg/日の増量でメブチン®吸入は行わなくなったが，PEFに変化なし。

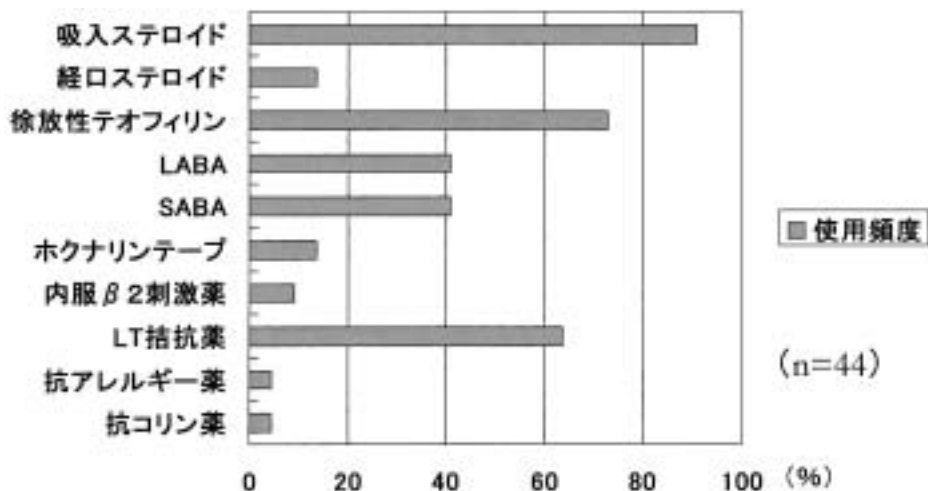


図2：当院での使用薬剤の頻度

Case 3

60歳，女性。セダス[®]，ボルタレン[®]，サクシゾン[®]が禁忌であるアスピリン喘息（罹病期間16年）。フルタイド[®]で口腔内違和感，ホクナリンテープ[®]でかゆみあり。オノン[®]，デオドル[®]，メプチン[®]錠，アルデシン[®]でも喘息発作が頻発し，プレドニン[®]内服やソルメドロール[®]注を頻回に行っていたため，キュバル[®]吸入に変更したところ，同日より発疹・喉頭浮腫が出現した。

Case 4

42歳，女性。スギ花粉症を合併するアトピー型喘息（罹病期間1年）。疲労を契機に発作が頻発し，紹介入院。キュバル[®]，セレベント[®]吸入，テオロング[®]，キプレス[®]，クリアナール[®]を投与し，デガドロン[®]注で症状は落ち着いたが，一秒率（FEV_{1.0%}）69%と充分ではなかった。また月に1回，胸が重くなっていた。

Case 5

46歳，女性。ピリン系で蕁麻疹を起こす気管支喘息（罹病期間1年）。WBC7,300（Eo 10.6%），IgE 414IU/ml（正常173以下）で喀痰中に好酸球が90%存在した。%VC124%，FEV_{1.0%} 89%と肺機能は正常域だったが，キュバル[®]，ホクナリンテープ[®]，ユニフィル[®]，キプレス[®]を投与するも喘鳴が時々見られた。

Case 6

59歳，男性。タバコ30～40本/日×30年。咳と痰が出現。WBC4,800（Eo 11%），IgE 725IU/mlで，気管支肺胞洗浄液中にCharcot-Leyden結晶が見られ，気管支喘息と診断。吸入ステロイドを拒否したため，ホクナリンテープ[®]，ユニフィル[®]を投与し



図3a：Case 8

たが乾性ラ音が続いた。

Case 7

42歳，男性。慢性副鼻腔炎を合併。175cm，97kg。鼻閉，咳，痰のため夜間に3～5回覚醒するとの訴え。WBC8,500（Eo 2.9%），IgE 480IU/mlで，喀痰中に好酸球が存在し，気管支喘息と診断。禁煙とキュバル[®]，ホクナリンテープ[®]で呼吸器症状は改善したが，やはり夜に2回覚醒する。

Case 8

22歳，男性。タバコ20本/日×4年。咳，痰が出現。%肺活量（%VC）73%，FEV_{1.0%}71%のため喘息治療をうけていたが改善なく，3ヶ月後に発熱や労作時の呼吸困難が見られるようになり，紹介入院。右肺の呼吸音低下があり，胸部X線（図3a）で右肺の著明な含気低下が見られた。

Case 1の経過

キュバル[®]に変更したところコンプライアンスが良くなり，点滴の回数が減った。

考察：吸入ステロイドはいくら効果があったとしても使用されなければ意味があり

ません。フルタイド®は吸入ステロイドの中では力価が一番強いのですが、副作用として嘔声があり、また素早い（2～3秒）吸入が必要です。一方、キュバル®は咽頭への沈着が少なく、ゆっくり（5～6秒）吸入できるため高齢者や小児向けと言えます。

Case 2 の経過

セレベント®を追加しPEFが最大240L/分になったが、咳や喘鳴が残った。フルタイド®をキュバル®400 μ g/日に変更したところ症状は消失し、PEFは280L/分に増加した。

考察：キュバル®は肺内送達率が40%と高いために、臨床効果が上がったものと思います。吸入ステロイドに上乘せする場合、肺機能改善効果が最も高いのは β_2 刺激薬、とのエビデンスがあります。

Case 3 の経過

キュバル®からパルミコート®吸入に変更したところ副作用は消失し、メプチン®錠からセレベント®に変更したことで併せて、喘息発作が著明に減少した。

考察：この患者さんはアルコール習慣がありませんでした。キュバル®の溶媒には無水エタノールが使用されており、これが過敏反応を起こしたと思います。パルミコート®は妊婦を含めた安全性が実証されています。長時間作用型 β_2 刺激薬は効果の点から選択すれば吸入（セレベント®）、貼付（ホクナリンテープ®）、内服（メプチン®等）の順となります。なおアスピリン喘息の場合は、ロイコトリエン（LT）拮抗薬（オノン®, キプレス®等）が予防に有効と言われます。またステロイドを発作時に使用する場合は、リンデロン®もしくはデカドロン®の点滴静注が無難です。

Case 4 の経過

生理中に痰がからみ、喘鳴、嘔吐、顔が腫れることが判明した。月経喘息と診断し、ラシックス®を生理2日前より4日間内服させることで、症状が軽減した。

考察：これ以外にも喘息悪化の要因として、感染、臭い、冷氣、低気圧、飲酒、ストレス等、様々あります。喘息の長期管理をする際、患者さんの生活様式やQOLを考慮する必要があります。

Case 5 の経過

病歴を取り直すと、3年前から子供がハムスターを2匹飼育していた。ハムスター上皮のIgE抗体価が0.66UA/ml（正常0.34以下）と高く、ハムスター喘息と診断。飼育をやめる様指導したが困難であり、度々発作が出現している。

考察：ハムスター喘息は飼育を始めて発症するまで1年未満であることが多いようです。しかしハムスターを手放すことで、症状が消失します。これに対してペットで最も喘息頻度の高い犬猫は、ダニなどの重複感作が多く、単に手放しても喘息は必ずしも寛解しません。

Case 6 の経過

シングレア®を追加したところ、数日後より症状が改善した。

考察：LT拮抗薬とテオフィリン製剤には抗炎症作用がありますので、軽症喘息には有効です。LT拮抗薬の有効率は60～70%で、特に鼻閉や運動誘発性喘息、月経喘息に有効です。喘息悪化の要因として喫煙は重要であり、また喫煙により血中テオフィリン濃度は低下します。

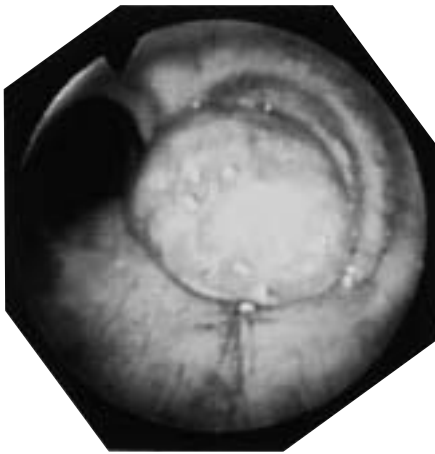


図3 b : Case 8の気管支鏡所見

Case 7の経過

肥満 (BMI 32) があり、夜間睡眠ポリグラフを施行したところ無呼吸低呼吸指数が43.8回/時で、重症の睡眠時無呼吸症候群 (SAS) であった。経鼻的持続陽圧呼吸 (nCPAP) 療法で不眠も改善した。

考察：SAS以外にも胃食道逆流症 (GERD) が喘息悪化因子のことがあります。

Case 8の経過

気管支鏡検査 (図3b) で右主気管支内腔に腫瘤を認めた。生検より気管支カルチノイドと診断。YAGレーザーにより腫瘍縮小を図った後、手術となった。

考察：気管支喘息の鑑別疾患として気管腫瘍・異物の他にうっ血性心不全、気胸、肺血栓塞栓症、声帯機能異常、気管気管支軟化症、等が挙げられます。

COPD

疫学：2003年の死者は本邦において1万3千人を越し、死因別では第10位です。

定義：有害な粒子やガスの吸入によって生じた肺の炎症反応に基づく進行性の気流制

限 (様々な可逆性) を呈する。経過が緩徐であり、労作性呼吸困難を生じる。

診断基準：気管支拡張薬投与後のスパイロメトリーでFEV_{1.0%}が70%未満で、他の気流制限を来しうる疾患を除外する。

Case 9

75歳、男性。労作性呼吸困難のためHOT中。胸部X線 (図4) でCOPDに典型的な肺野の過膨張と透過性亢進所見がある。テルシガン®吸入、ホクナリンテープ®、テオドール®で、FEV_{1.0%}が68.3%であった。



図4 : Case 9

Case10

77歳、男性。高血圧症、ATLを合併。呼吸困難、下腿浮腫で紹介入院。体温36.6℃、SpO₂ 75%、WBC 4500、CRP 7.7、BNP 225pg/mlで、胸部X線 (図5)、肺炎球菌尿中抗原陽性よりうっ血性心不全を合併した肺炎球菌性肺炎と診断。ロセフィン®、ラシックス®、酸素投与を開始したがCO₂ナルコーシス (PCO₂ 75.4 Torr) となった。

Case 9 の経過

テルシガン®をスピリーバ®（長時間作用型抗コリン剤）吸入に変更したところ、肺がふくらんだ気がする、1回の歩行距離が長くなった、との自覚あり。FEV_{1.0}%が93.9%（FEV_{1.0}は2,16Lから2,35L）に上昇した。

考察：スピリーバ®は症状及びFEV_{1.0}の改善



図5：Case10



図6：スモーカーライザー MICRO III®

のみならず急性増悪の減少が報告されているためCOPD慢性期の第1選択薬です。これに β_2 刺激薬とテオフィリン製剤を組み合わせます。しかし最も効果的で優先的な治療は禁煙です。医師の3分間のアドバイスで5%の禁煙が得られるとの報告ですが、私はパンフレットや患者さんの高解像度CT（HRCT）を見せ、呼気中CO濃度を測定（図6）することとニコチンパッチの処方でもう少し上げています。他の治療として、呼吸リハビリ（下肢による持久力トレーニング）、栄養管理（プルモケア®, 保険適応外のラコール®）、ワクチン接種（肺炎球菌とインフルエンザの併用）が挙げられます。

Case10の経過

NIPPVをすることでCO₂ナルコーシスは改善した。肺炎軽快後の胸部CTで、気腫性変化が見られた。

考察：COPD急性増悪時にはNIPPVが有効です。また%FEV₁が50%未満で増悪を繰り返す症例には吸入ステロイドの追加が有効とされます。

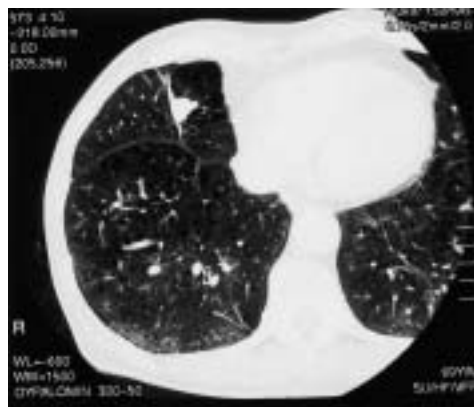


図7：COPDと肺泡出血合併例

COPDの肺癌合併頻度は4～5倍にもなりますが、肺癌と紛らわしい症例もあります。図7は手術で判明した肺胞出血合併例です。

その他の閉塞性肺疾患

Case11

55歳，女性。タバコ（-）。慢性副鼻腔炎あり。咳，白色痰，労作時呼吸困難が出現し，紹介受診。吸気時coarse crackleを聴取し，WBC 10,400，CRP 1.9，PO₂ 58.0Torr，%VC 67%，FEV_{1.0%} 65%。胸部X線は図8に示す。



図8：Case11

Case12

22歳，男性。慢性副鼻腔炎あり。鼻汁，咳，血痰のため当科受診。喀痰からは緑膿菌と肺炎球菌が検出された。胸部X線は図9a，胸部CTは図9bに示す。



図9a：Case12

Case11の経過

肺野過膨張所見と小粒状影からびまん性汎細気管支炎（DPB）と診断。エリスロシン[®]による胃腸障害のためクラリス[®]に変更したところ，PO₂ 66.3Torr，%VC 112%と改善し，小粒状影も減少した。

考察：DPB，気管支拡張症はマクロライド少量長期療法で喀痰量の減少が得られ，臨床効果が比較的得られます。

Case12の経過

慢性副鼻腔炎（3歳より），気管支拡張症，内臓逆位が揃い，Kartagener症候群と診断。クラリス[®]，アドナ[®]，トランサミン[®]を投与した。

考察：Kartagener症候群は原発性線毛運動不全症の一部であり，出生4～12万人に1人といわれています。マクロライド系抗生剤の効果はDPBや通常の気管支拡張症に

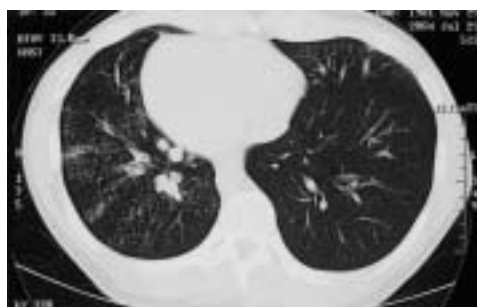


図9b：Case12

比べて弱い，と報告されています。本例の3年前の%VCは73%，FEV_{1.0}%は83.8%であり，今後の悪化が危惧されます。

最 後 に

気管支喘息に対するEBM (evidence based medicine) に基づいたガイドラインが普及したことで患者さんのQOLは高まりましたが，私のEBM (experience biased medicine) も御参考になれば幸いです。

[他科からの提言]

注意が必要な「かぜ」

宮崎市 まなび野耳鼻咽喉科

堀之内 謙 一

(1) はじめに

日常の診療では、患者がその自覚症状から「かぜをひいたので見てほしい。」と言って受診するが、診断の結果「かぜ症候群」ではないことは珍しくない。「かぜ」は、おそらく診療科を問わず、患者の要望に応える形などで診察と処方成されるのが最も多い疾患ではなからうか。特にその中でも、内科、小児科、耳鼻咽喉科は主訴としての受診に対応することが最も多い診療科と思われる。今回、「かぜ」についての基本的事項の再確認をし、内科、耳鼻咽喉科各々が患者さんの利益のために協力し合うという大前提のもとに、内科の先生方にとっては釈迦に説法かもしれないが、日頃の御診療にお役立て頂けそうな耳鼻咽喉科的エッセンスやどんな患者を早急に耳鼻咽喉科にお見せいただくとよいかを提示する。

(2) 定義・原因・症状

かぜ症候群は、急性に発症する上気道のカタル性炎症の総称を指す。カタルとは分泌の多い粘膜の炎症である。気道は声門を境に上気道と下気道に分けられるが、上気道は生命維持に必要な呼吸を介して、さまざまな外来抗原に常に暴露されている。そのため上気道には外来刺激から生体を守る

ために防御機構が備わっているが、ひとたびそれが破綻すると病原微生物の進入の後、感染症を引き起こす。かぜ症候群は、その8～9割とほとんどはウイルス感染が原因である。残りの1～2割がマイコプラズマ、クラミジア、一般細菌などが起炎菌となる。

かぜ症候群は、通常、くしゃみ、鼻漏、鼻閉、咽頭の不快感や痛み、咳嗽、喀痰などの急性上気道の症状を主体とし、しばしば急性上気道炎と一括されるが、気管・気管支に炎症が及び、咳嗽、喀痰、喘鳴などの症状を伴うこともある。発熱、悪寒、頭痛、全身倦怠感、食欲不振、腹痛、下痢などが随伴症状として見られることがある。

(3) 鑑別診断

普通感冒、急性咽頭炎、急性扁桃炎、咽頭結膜熱、ヘルパンギーナ、伝染性単核球症、A群溶連菌咽頭炎、インフルエンザなどシーズンや流行の度合いにもよるが比較的良好に認められるものの診断については周知のこととし、また合併症としてよく見られる耳、鼻疾患については、患者が発症後比較的早期に耳鼻咽喉科を受診し確認を受けている傾向があり今回は割愛する。注意が必要なのは、咳嗽やのどの症状である。たとえば後鼻漏があると咽頭喉頭以下の気道

に影響が出て咳嗽や違和感が出現することが多い。下気道障害はさほどないと言われながらも、長期間気管支拡張剤や去痰剤、鎮咳剤等でfollowされていたが、痰がらみの咳嗽が続いていると受診する症例で、鼻内所見には異常なものレ線にて副鼻腔炎所見が認められ、その後鼻漏からの症状であったということに時に遭遇する。

鑑別診断のための多くの情報が咽頭所見からは得られるが、咽頭反射の起こりやすい患者は概ね咽頭の診察を嫌う。しかし、特に小児や扁桃肥大のため咽頭が狭い場合、咽頭反射の瞬間に口蓋扁桃内側面や中咽頭後壁、前後口蓋弓などの状態を確認できることが少なくなく、多少の苦痛を伴うが丁寧な観察が必要である。口蓋扁桃は炎症があっても必ずしも腫脹していないので、萎縮型扁桃の場合は、口蓋扁桃を観察するために口蓋弓鉤などを用いて前口蓋弓を外側に押し上げなければ、その姿を見ることはできない。

(4) 治療：基本ならびに抗菌剤の適正使用とその際の症状、所見について

かぜ症候群の治療の基本は安静、保温、栄養補給、水分補給で、その8～9割は前述のごとくウイルスによるものであり、その場合、通常一週間程度でそのほとんどが自然治癒する。原因ウイルスに対して有効な抗ウイルス薬は現在のところ存在しないので、薬剤での治療は対症療法が主体となるが、抗菌剤はその症状に対する有効性も二次感染の予防効果もないことが確認されている。日本呼吸器学会のガイドラインや米国内科学会のポジションペーパーでも、抗菌剤は症状、所見から細菌感染が考えら

れる場合にのみ必要とされている。扁桃の膿栓付着、膿性痰、膿性鼻漏は一部の例外はあるが細菌感染の鑑別に非常に重要な所見であり、問診のみならず、鼻漏吸引や可能であれば喀痰の色など性状を見て判断する。「鼻漏は水性で透明」と言う患者の鼻腔内に水性のみならず膿性鼻漏の貯留を認めたり、吸引により出てくることは珍しくない。ただし膿性鼻漏はかぜ症候群の自然経過でのウイルス性副鼻腔炎であっても、その発症初期に副鼻腔の常在菌、多核白血球、剥離した粘膜上皮により形成され認められるため、治療対象とすることに否定的な意見もあり、受診の時期によっては抗菌剤使用の判断が難しい一面もある。

(5) 注意すべき“のどが痛い”鑑別疾患

“のどの痛み”の患者では、まずその部位がどこか、自発痛だけか嚥下痛が強いのか、嚥下困難や呼吸困難や牙関緊急を伴っていないかなどを聞くとともに、声の出方、喋り方がおかしくないかにも注意を払い、上・中・下咽頭、口蓋、喉頭、口腔底、頸部の異常の有無を確認することが重要である。以下に“のどの痛み”を主訴とし、時として症状の悪化が急速に進行し、短時間のうちに唾液も飲み込めないほどの嚥下困難や呼吸困難をきたすことがある疾患の主なものを挙げる。

1. 扁桃周囲炎、扁桃周囲膿瘍

前医での処方でも症状が不変として耳鼻咽喉科を受診する患者に比較的好く見られる疾患である。口蓋扁桃被膜と咽頭収縮筋膜の間隙に生じた炎症で、ときに膿瘍をつくるが、ほとんどが急性扁桃炎に続発して見られる。患側の咽頭痛（嫌気性感染が多

く針で刺すような独特の痛みである), 耳への放散痛, 激しい嚥下痛, 嚥下障害を訴え, 炎症が翼突筋に波及すると牙関緊急を伴う。臨床症状と, 一側の口蓋扁桃およびその周囲の軟口蓋の腫脹やそれによる口蓋垂の健側への偏位という特徴的所見から診断は容易である。起炎菌として嫌気性菌も踏まえた強力な抗生剤治療を行うことは勿論であるが, 早期に痛みを軽減し食事を可能とするためには, 穿刺排膿や切開ならびにドレナージを行うことが必要である。

2. 咽後膿瘍

強い咽頭痛があり, 咽頭後壁に波動性の膨隆が見られる。乳幼児に多いとされてきたが, 成人例の報告も増加している。穿刺によって膿汁を吸引すれば確定診断となる。

3. 口腔底蜂窩織炎、口腔底膿瘍

菌性感染, 舌や口腔底の外傷, 扁桃炎, 顎下腺炎, 舌下腺炎からの感染の波及による。頤(おとがい)下部の腫脹, 疼痛, 牙関緊急, 構音障害をきたす。

4. 急性喉頭蓋炎

開口により観察できる中咽頭の所見の乏しさのわりに, 咽頭痛や嚥下痛が強く, 声門上の腫脹のため発声は可能だが“含み声”となる。腫脹が高度になると呼吸困難をきたす。急速に進行するため呼吸困難から不幸な転帰に至る場合もある。中咽頭視診所見や胸部呼吸音に異常がないため見逃されやすい。

5. 急性声門下喉頭炎

仮性クレープとも呼ばれ, 小児に多い。犬吠様咳嗽, 吸気性喘鳴が特徴的で, 喉頭観察により声門下の発赤, 腫脹が認められ, 診断がつく。

これらはいずれも咽頭や喉頭の腫脹から呼吸困難を生じることがあり, その際は腫脹のため経口挿管が困難な場合が多く, 気管切開などでの気道確保が必要になる。副咽頭間隙に感染が進展すると深頸部膿瘍から気道狭窄, 頸動脈破裂, 縦隔炎, 心嚢炎, 敗血症などを併発し生命を脅かすことがある。これらの経過は比較的数日の間に進行するので, 視診のみならず頸部の聴診や触診が大事である。筆者も, 扁桃周囲膿瘍から深頸部を経て上縦隔まで膿瘍が波及した糖尿病症例を経験したことがあるが, 筆者が扁桃周囲ならびに深頸部全域を, 外科が縦隔をそれぞれ開放洗浄しドレナージを作成した上での全身的抗生剤投与で一命を取り留めた。このようなcompromised hostでは尚更であるが, その進展の早さには注意が必要である。

耳鼻咽喉科では“のどの痛み”を訴える症例では, ほぼルーチンに上咽頭や下咽頭, 喉頭までを鏡や内視鏡を使って観察するが, 開口により観察できる中咽頭に所見が乏しい症例で, 上咽頭や喉頭に限局する炎症, 喉頭浮腫や急性喉頭蓋炎, 下咽頭腫脹, 舌根扁桃炎, 膿性後鼻漏から連続する喉頭や下咽頭の痰貯留などが見つかることは少なくない。

症状に反して中咽頭所見の乏しい場合や, 重篤な上気道障害を認めたり, それが懸念される場合には, 早急に最寄の耳鼻咽喉科専門医にご紹介頂ければ, 確認のうえ必要な処置を行ったり, 高度な治療や入院が必要と思われた場合には基幹病院耳鼻咽喉科での対処へとスムーズな連携を取ることができると思われる。ただし, 呼吸障害や嚥下

障害が非常に強い場合には、前述のような疾患が起こっている可能性が高く、その進行が早いことから、当初から基幹病院耳鼻咽喉科への紹介が望ましいと思われる。

(6) さいごに

上気道と下気道は、口腔を挟むものの粘膜の構造や抗原特異性の面で共通する点が多く、近年、両者をunited airwayとしてとらえて併発する疾患を1つの疾患概念として認識しようとする「one way, one disease」の概念が急速に定着しつつあり、今後ますます気道をめぐっての内科と耳鼻咽喉科の連携が進んでいくことが期待される。

“かぜは万病のもと”と言われる。肝炎、Guillain - Barré症候群、麻疹などかぜ症状で発症する内科的疾患はきわめて多いと聞き、鑑別疾患の中には気管支炎、肺炎のみ

ならず肺癌、肺結核などほとんどの呼吸器疾患が挙げられている。われわれ耳鼻咽喉科医もかぜ症状で受診した目の前の患者を安易に上気道に限局した炎症と捉えていいものかの注意を怠らず、気になった場合には詳細な問診と、(その技術力や判断力は浅いものではあろうが)胸部聴診など医療人としての基本的診察を自ら行い、内科の先生方のご専門的判断が必要と思われた場合は逸機することなくご紹介できるよう心掛ける事こそ、患者の利益に繋がるものと思われる。

医学の世界は幅広く、耳鼻咽喉科も発展途上で、筆者もまだまだ研鑽が必要である。

ご高覧頂いた内科の先生方のご指導、ご鞭撻を賜れますと幸甚に存じます。

[会員からの質問]

** 質 問 **

保険診療報酬審査会へ：

最近、特に国保において、膠原病・リウマチ関連の検査が、かなり削られます。例えば、関節リウマチにおいては、リウマトイド因子（リウマチ因子；RF）や免疫グロブリン、MMP-3等を定期的にチェックします。何故ならば、関節リウマチに対しては、初診で活動性評価のため検査を行うことは当然ですが、現在では、より早期より、免疫系に直接作用する抗リウマチ薬（免疫抑制薬）を使用するため、初期には、これらの薬剤の薬効がしっかり出てきているかの指標として、また安定期には病気の活動性再燃の指標として、また、低γグロブリン血症等免疫不全状態に陥らないための副作用のモニタとして、更に、MMP-3は、今後の関節破壊と相関があると言われており、しっかりと抗リウマチ薬（免疫抑制薬）の効果がでているかの指標となるからです。ちなみにステロイド薬等の薬剤を使用して全身の炎症反応が下がっていてもMMP-3が高ければ、関節破壊は進行し、薬の効果は不十分ということになり、この場合しっかりした薬剤調整が必要です。したがって定期的に（実施する検査の種類により、また患者様の状態により検査を実施する間隔は異なりますが）RF値、免疫グロブリン、MMP-3等の検査が必須です。これらの事はどのリウマチ学の本にも書かれていることですし、日常リウマチの診療をやっている医師にとっては常識的なことと思っております。また、別の例を挙げれば、全身性エリ

テマトーデスで活動性や薬効の評価として抗DNA抗体や補体価を調べ、薬剤を調整（減量、増量）します。ところが、これらの検査（RF値、免疫グロブリン、MMP-3、抗DNA抗体）は、かなりの割合で削られます。しかも、以上に述べました検査が査定される場合、検査間隔に依存しません（毎月測定したから削られたというような問題でなく、例えば3ヶ月ごと、場合によっては6カ月ごとに検査を実施した場合にも削られます）。原則上は月に1回の検査は認められていると考えられます。患者様をより早く良い状態に持っていきその状態を維持するために、また再燃を出来るだけ早く察知し、増悪をきたす前に手を打つというように患者様の不利益にならないように定期的に測定しなければならない検査と考えられます。どのような基準でこれらの検査を削られているのか、この点について、保険診療報酬審査会（特に国保）の具体的な考え方を指し示していただけると幸いです。

【宮崎市郡】

** 回 答 **

ご質問の「保険診療報酬審査会」がいずれを指しているのかわかりませんが、宮崎県内科医会医療保険委員会の一委員としての個人的見解を述べさせていただきます。なお、国民健康保険および社会保険の審査会の回答ではないことをご理解ください。

質問者のご指摘のように、関節リウマチ（RA）の治療が単なる症状抑制のための非ステロイド系抗炎症剤、ステロイド剤、金

療法などマイルドな治療から、関節破壊防止としての生物学的製剤を含む強力な免疫療法に代わってきていること、また、膠原病各疾患の治療も従来のステロイド製剤に加えて、高容量の免疫抑制剤を用いた併用治療が主流になりつつあることなどから、検査の意義も大きく変化してきました。

ご質問のリウマトイド因子、免疫グロブリン、MMP-3、抗DNA抗体、血清補体価の検査に関して、保険診療上回数に関しての特別の制限はありません。病名や治療内容から、医学的に妥当か否かが問われるものと思われま

す。RAの治療経過をみるための検査について、メトトレキサートや生物学的製剤などの強い免疫抑制療法を行っている場合を考えてみます。薬剤の効果をみるために炎症反応、MMP-3、リウマチ因子を、副作用早期発見のために検尿、末梢血、肝腎機能などの生化学検査、免疫グロブリン検査は必要と考えます。リウマチ因子、MMP-3、免疫グロブリン検査は、薬剤投与開始時には4週間に1回程度、安定した効果が得られた場合には3ヶ月毎と間隔を延ばして検査をすることになると思います。副作用発見のための末梢血検査などは、薬剤投与開始時は2週毎、その後は4週毎に検査した方が安全です。マイルドな薬剤で治療している場合には、当然検査の回数は少なくてよいと思います。

全身性エリテマトーデス（SLE）の治療効果をみるための抗DNA抗体や補体価の検査頻度は、病態にもよりますが、入院中などの急性期の場合には1～2週に1回程度、通院治療など安定した場合には4週

に1回程度でよいと思います。さらに安定すれば3～6ヶ月に1回のケースもあります。以上はあくまでも目安であって、特にSLEの場合には症例ごとの差異が大きく、検査間隔が短くもなり長くもなります。

保険診療上重要なことは、1) 一律の検査は避け、症例ごとに検査の必要性を考える、2) 標準的な場合よりも検査頻度が多い場合には、その必要性をレセプトに記載する、3) 膠原病の病名の使用はできるだけ避け、初診時などで未だ診断がはっきりしていない場合やどうしても特定の疾患と診断できない場合などに限って使用する、4) 審査に疑問がある場合には再審査の制度があるので、検査の必要理由が審査員によくわかるように記載して再提出する、と考えます。

【宮崎県内科医会医療保険委員会】

＊ ＊ 質 問 ＊ ＊

ヘリコバクターピロリの除菌を自費で行う場合に、クスリ代のみ自費か、それともそれにかかわる費用（たとえば、胃カメラ、生検、呼気テスト、判定料など）も自費になるのか教えてください。

【南那珂】

＊ ＊ 回 答 ＊ ＊

なかなかお答えにくい質問です。

といいますのは、一連の診療行為のなかで、一部を保険診療、一部を自費というのは認められておりません。

除菌前の感染診断は、胃・十二指腸潰瘍

の確定診断の患者に、6項目の検査法のいずれかの1項目、ただし陰性の場合異なる検査法を1回に限り認めとなります。

除菌の実施は効能のある薬剤を薬事法承認事項に従い、3剤併用・7日間投与。

除菌後の感染診断は、終了後4週間経過した患者にいずれかの検査法1項目。ただ

し陰性の場合異なる検査法が1回に限り認められます。

再除菌の場合は、1回に限り係わる費用を算定できるとなっております。

以上の保険診療のルールに基づき、判断されますようお願い致します。

【宮崎県内科医会医療保険委員会】

[随筆]

遠い思い出

南郷町 春光会東病院 東 茂 光

終戦の年に医師免許証をとり約10年間の医局と研究室生活の後、診察生活に入り早や50年の歳月が過ぎました。病院勤務と開業医生活、その間大きな医療事故を起したことも無く（本人はそう思っています）無事に過ぎて来ました。その間における結果の良かった経験の1, 2例を御紹介します。

① わずか30円で命拾い

病院、午後の診察がはじまり、3歳の男の子が腹痛と吐き気で来院、診察すると、お腹がパンパンにふくれ上り、直感してイレウスを予定して当時のグリセリン浣腸を実施。トイレから出て来た母親が沢山出ましたと、男児はおだやかな顔付きで安心致しました。うまくゆかなければ、高圧浣腸とか入院、イレウスのオペとか考えていましたが、ホッとしました。その当時1点単価10円で浣腸は3点ですから30円で済みました。

② ブドウ糖の静注で蘇生

数年後のこと外来に電話で子供が海に溺

れたので至急往診との依頼。大至急約2キロの海岸に直行、着いた時にはすでにムシロの上で人工呼吸が行なわれていました。すでに心肺停止の状態、どうしようかと考え20%ブドウ糖20ccの静注を開始した。開始後数秒で周囲の人が眼を開けたとさげんだ。私も顔を見るとバイタルサインもあり、よかったと思いきや色々質問しますと、岸から2, 3メートルのところに浮いていました。それを助けあげ水を吐かせたとのこと、但し水はあまり吐きませんでしたとのこと。私の推測、20%ブドウ糖が本当に心肺停止に奏功したのか、又ただの偶然の一致か皆さん如何でしょうか。その後溺れたあとの肺炎も無く元気になった様です。水を沢山吐かなかったのは溺れた瞬間に心肺停止し、水を飲まなかったのではないかと思います。その後肺炎を起こさなかったのがうなづけます。

今はうれしかった思い出の一つです。



[随筆]

私の失敗談：余計だった一言

小林市 医療法人養気会 池井病院 小原 健一

20年以上医師という仕事をやっていると、いろいろな失敗はつき物です。ただ自分としては、今でもそのときのベストを尽くしたと思っていることがほとんどです。そしてそのほとんどを忘れていきます。ただし今回書くことだけは、今でもその状況を鮮明に覚えています。

もう5年以上前のことです。生命保険会社の嘱託医として診査したときのことです。確か17歳だったと思いますが、母親同伴で一人の女の子が診察室に入ってきました。若いのもう生命保険に入るのだ、という思いと少し太りすぎているな、という思いがすぐわきました。診査上も肥満以外は特に問題ありませんでした。ここですんなり終わっていただければ問題なかったのですが、最後に一言、太りすぎだから少し体重を落としたほうがいいですよ、と言ったのです。その途端、急に女の子が泣き出してしまい、

看護婦はあわてるわ、母親は困惑顔で私の顔を見つめるわで、大変でした。私としては、糖尿病を専門にしている関係で、太っている人を見ると、ついつい体重を落とすように指導してしまうのが条件反射的になっていたのです。

今考えると、やはり傷つきやすい乙女の心を逆なでしたのかもしれない、と後悔しています。あのときから、一見明るくて物事に動じないように見えても、思春期の子供に対しては、特に女性にはよく考えて言動するようにしています。

今でも、あのときの泣き顔が忘れられません。あれから会っていませんが、現在は23歳ぐらいになっているでしょうが、元気にやってくれたらいいと思います。要らぬお世話かも知れませんが、スマートで美しい女性に成長していることを心より願っています。



『ある医師の気持ち』

日南市 王子診療所 岡本 将幸

「1, 2, 3, …」

私が大学4年生の春休みに、ある知的障害者の更生施設に2週間ほどボランティア

として、ほんの少しお手伝いをさせていただいていた時のことです。入浴介助をしていた時、A君（10歳くらい）が、なかなか浴

槽から上がってきません。そこで、「早く上がらないと手がしわだらけになっちゃうよ。」と言いましたが、ニコニコして浴槽につかったままです。少し時間がたち、「ゆでだこみたいになるよ。」と促しても、相変わらずニコニコしてこちらを向いて座っています。そうして、いよいよ本当にゆでだこみたいになってきたので、「さあ、上がるよ。」と言って、無理やりA君の手を引っ張って上げようとしてみました。しかし、頑として動きません。困り果てた私は、脱衣場にいた職員の方に助けを求めました。その職員の方は、浴槽の傍まで来られ、「A君、また上がらんねえ。」と言って、「1, 2, 3…」と数え始められました。するとA君も一緒に、「1, 2, 3…」と数え始め、一緒に10まで数えたところで、スッと立ち上がって脱衣場の方に歩いて行ったのです。あまりにもあっけないことでした。…結局A君を動かしたのも、A君が求めていたものは、優しい言葉でも、無理強いでもなく、ただ一緒に10数えることだったのです。このことを通して、私はA君からとても大切なことを教えてもらいました。…それまで、「患者さんの痛みをわかろうとする医師でありたい。」そして、「共に歩み、その人の気持ちや思いに寄り添っていきたい。」と思っていた私は、何もわかっていなかったことを痛感させられました。

医師になり、大阪で研修医として病棟で働いていた時のこと。小児科を回っていた時、急性脳症であつという間に脳死状態になってしまった、1歳1ヶ月の男の子の担当になりました。ベットの傍らには、1歳の誕生日の時に撮った、川原でお父さんと

元気に遊んでいる写真が置いてありました。僅か1ヶ月前とのあまりにも違い過ぎるむごい現実がそこにはありました。私が、診察や定期的な薬剤注入などのために、その病室（個室）に入る度、傍らに座っている御両親の痛みや悲しみが、その病室全体から突き刺すように伝わってきて、1週間、挨拶以外かける言葉が見つからず、結局、御両親にただの一言も声をかけられませんでした。最期の時には、オーベンの先生の心遣いで、男の子は人工呼吸器から外され、御家族一人一人に抱きしめられながら、天に召されていきました。…私にできることは、本当に何もなかったのか…。

…今、A君のプレゼントから15年が過ぎ、医師になって14年目を迎えました。これまでの歩みの中で、『患者さんや御家族の、その時々気持ちや思いにどれだけ寄り添えてこれただろうか…』と、時々振り返ります。脳死になった男の子や御両親に対してはどうすべきであったか…この十数年、どうしても答えがみつかりませんでした。先日、当診療所の保健師の文章を読んで、そして、A君の出来事を改めて振り返ってみて、急に一つの答えが見つかったような気がしています。…とにかく、会話はなくても、5分でも10分でもその場に座って、御両親の悲しみや痛みを共有する…こちらも非常につらいことですが、今なら、そうすることはできるかもしれないと…。そして、こちらから声をかけられなくても、男の子のからだに触れ、その温かみを感じながら、御両親が話しかけてくるのを待ったり、あるいは、その男の子の好きだった歌を御両親と一緒に静かに歌う…ようなことならで

きるかもしれない…そんな思いになりました。…そして今、外来で患者さんとお会いしている時、ちゃんと顔や表情を見ているのか、心的心声を十分聴いているか、気持ちに寄り添えているか、自分の都合や気持ちを優先していないか…等々、多々反省させられる次第です。『聴く』というは、“耳”と“十”と“目”と“心”からできていま

すが、これは、「耳と目と心を十分に使って相手の気持ちを感じとること」だと、ある研修会で聞きました。「1, 2, 3…」A君から教えていただいたものを胸に、少しでも心的心声を聴ける医師でありたい、しっかりと感じ、気持ちに寄り添える医師でありたい…そう思いを新たにしました次第です。



入会の挨拶

宮崎市 むらい内科クリニック
村井 幸一

昨年5月に宮崎市吉村町に内科クリニックを開設しましたのを機に、内科医会に入会させていただきました。1983年に宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）を卒業後、母校の第二内科に入局し、感染症・膠原病領域の研究・臨床に携わってまいりました。大学病院で膠原病の診療に携わるうちに、患者さんが気軽に受診できる施設の必要性を感じ、開業を決意しました。これからよろしくお願ひします。

入会の挨拶

宮崎市 善仁会 市民の森病院
膠原病・リウマチセンター
日高 利彦

昭和63年3月に防衛医科大を卒業し、第1内科医局に入局し、膠原病・リウマチの診療に携わってきました。平成15年4月には出身地である宮崎に帰宮し現勤務先である市民の森病院に就職し、現在センター所長として膠原病・リウマチの診療に明け暮れています。特に関節リウマチの治療には目を見張るものがあり、抗リウマチ薬の開発に加え、生物学的製剤の登場、白血球除去療法の治療応用と、ここ数年でかなり進歩しています。これらの治療を駆使し、リウマチ・膠原病の患者様に喜んでもらえるよう頑張る所存です。

県内科医師会の諸先生方には今後とも、ご指導の程よろしくお願ひします。

ひとこと

入会の挨拶

宮崎市 青木内科胃腸科
青木 敏浩

平成15年10月、旧青木内科医院から移転開院し、約2年が経過しました。

昭和61年に島根医科大学（現島根大学医学部）を卒業後、宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）第一内科へ入局し、その後臨床研修として済生会日向病院内科、南郷村立病院内科勤務。第一内科では消化器病研究室に所属し、平成6年大学院卒業後、約3年間米国ミシガン大学消化器内科と主任教授の異動に伴い、カリフォルニア大学サンディエゴ校消化器内科へ留学の機会をいただきました。留学中に私が何度か体調を崩した体験で、宮崎に来られている外国人の患者さんが受診されると、当時の自分と重なり不安な気持ちが身にしみて解るような気がします。帰国後は三股町立病院、大学病院（この間助手として第一内科外来医長、研究室主任）、野崎東病院内科勤務後、平成15年6月より父の診療所を手伝うようになりました。

父という開業医の手本をもとに少しずつ自分のカラーを出しながら、人と人との出会いを大切に、地域医療に少しでも貢献出来ればと思います。県内科医会の諸先生方には今後ともご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

入会の挨拶

宮崎市 名越内科
名越 敏郎

この度、宮崎県内科学会に入会させていただくことになりました。

昭和63年に宮崎医科大学（現宮崎大学医学部）第一内科に入局後、宮崎江南病院（現社会保険病院）、都城市郡医師会病院、古賀総合病院、九州厚生年金病院をへて、平成5年より宮崎大学医学部附属病院第一内科で勤務しております。第一内科では循環器病学、とくに不整脈学を担当し、カテーテルアブレーション術、植え込み型除細動器植え込み術などを行ってきました。今年の4月から、第一内科に在局したまま、名越内科を手伝うことになりました。今はあらゆる疾患に戸惑い、改めて内科全般にわたる勉強の必要性を痛感しております。諸先生方のご指導のほどよろしくお願い申し上げます。



入会の挨拶

宮崎市 (医) 上原内科
瀬野 晋吾

宮崎県内科医会，入会のご挨拶をさせていただきます。

H16年6月1日より宮崎市大島町の(医)上原内科の院長をやっています。出身は愛媛県今治市です。慶応大学経済学部中退，日本大学医学部卒業です。S55年岡山大学医学部第2外科(胸部，心臓血管外科)に入局し，岡大および中国，四国地方の岡山大学関連施設で臨床と研究を行いました。学位を得た後，H5年からは，医局の人事を離れて僻地医療に約10年間携わりました。

専門は内科(循環器)，外科(専門医)，人工透析(専門医)です。

上原内科では透析医療を中心にした地域医療を行っています。H17年2月には県内外の透析医療関係の先生方には，大変ご迷惑をおかけしたことをお詫び申し上げます。今後ともご指導ご鞭撻のほど，よろしくお願い申し上げます。

なお，趣味はゴルフ(下手)，旅行です。付き合ってください方を求めています。

入会の挨拶

宮崎市 医療法人健栄会影山内科医院
影山 均

私は宮崎西高校から福岡大学に進み，卒後宮崎医科大学第二内科に入局しました。血液疾患を専攻し，現在は，開設40年の当診療所を継承しています。介護療養病床にて，高齢者医療の難しさを実感しています。しかし生まれ育った鶴島町で，お世話になった方々の医療に従事できることは大きな喜びです。日々自省しながらの診療ですが，時間を作っては，庭球を楽しんでいます。運動不足であったため，体が言うことをきかず困っています。

**入会の挨拶**

宮崎市 宮崎社会保険病院
松尾 剛志

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。私は昭和59年に宮崎医科大学を卒業した後は第一内科に入局し、主に循環器疾患を勉強してまいりました。当院では循環器疾患以外の患者様も多く、患者様から教わることの多い日々が続いております。しかしながら、悲しいかな年のせいでしょうか、最近では記憶力の低下に悩まされております。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。

入会の挨拶

宮崎市 県立宮崎病院内科・輸血管理室
牧野 茂義

今回、宮崎県内科医会に入会致しました。私は、昭和59年に九州大学を卒業、第一内科に入局後、県立宮崎病院で研修し、以後、九州大学、豪州にて血液内科一般、造血幹細胞移植の基礎的・臨床的研究を行い、現在は県立宮崎病院内科で、造血器悪性疾患の診療にあたっています。また、輸血管理室の責任者として適正輸血の推進に努めています。今後ともご指導宜しくお願い申し上げます。



入会の挨拶

宮崎市 花山手内科クリニック
中間 哲文

はじめまして、お世話になります。
平成17年7月4日に宮崎市民文化ホール前にクリニックを開設させていただきました。この機会に宮崎県内科医会に入会させていただきました。宮崎医大を卒業後、第2内科に入局し、肝臓、消化器を専門に勉強してまいりました。大学病院、古賀総合病院、宮崎市郡医師会病院、国立都城病院では、肝臓病（肝臓癌、食道静脈瘤、非代償期の肝硬変）を専門に診てまいりました。この会に入会し、原点に戻って、もう一度、一から内科一般を勉強させていただく所存です。開業間もないため、右も左も分かりません。ご指導、ご鞭撻のほど宜しくお願いいたします。

小心者の独り言

南郷町 猿渡医院
猿渡 義彰

治承の乱時京都を逃れ相模国足柄郡猿渡邑に潜居。その後島津の薩摩入国に従う。出水にいた祖父が医師になり川内で開業、男子四人を軍人にした。長男：陸幼・陸士・陸大卒、初期の飛行機乗りで墜落した事あり、巢鴨収監。次男：北大医学部・軍医学校卒、ノモンハン従軍、公職追放あり。三男：海軍経理学校卒、空母赤城二回勤務、後はサラリーマン。四男：飛び級で陸士へ卒後シベリア戦線従軍抑留される。帰国後数年して自衛隊勤務。さてここまでいいが、祖父は食道癌、四人の息子は肺癌、膀胱癌（親父）大腸癌、肺癌で死亡、さて私の運命はいかに？

ひとこと

徐脈について

高千穂町 田原診療所

白石 達史

高校生の徐脈における症例

心電図検査で50/分以下の徐脈を対象に、房室ブロックや、心機能不全症候群など心電図所見で変化が認められなかった50/分以下の徐脈者80名を夏休みを利用し検査しました。

私の同期生で親友の当時鹿児島大学医学部付属病院分院霧島リハビリセンター教授田中先生（本年7月17日退官し名誉教授となる）に話したところ自律神経と徐脈についての因果関係を調べてみたいと協力の申し出があり早速お願いしました。日数もかかるので勉強に負担の少ない夏休みに約3週間かけ検査しました。まず問診で80名全員がクラブ活動などでスポーツをしていました。スポーツをして肉体的には健全なはずなのになぜ？と思いますます興味がわいてきました。不思議なようですが、スポーツで試合の前など緊張のため胃腸障害や口渇など唾液腺機能障害？又はアドレナリンが高まったり、そして試合が終わり緊張がほぐれほつとしたりのくり返しや、ストレスによるものか、いずれにしても原因は明確にできませんでしたが、自律神経障害と診断された生徒が2名でした。1名は観察で治療を要しないもの、他の1

名は立ちくらみやめまい、おもに午前中に調子が悪いなどの症状を訴えたりで自律神経失調症と診断され要医療となりました。通常自律神経系は視床下部、脊髄、末梢神経のネットワークからなる交感、副交感神経のバランスが保たれてなっているのですから。80名のスポーツマンが徐脈だったことでアドレナリンなどを使用しアメダス式にテストをして表にしたのですが今回は省略させていただきます。

これは学童検査の一例として日本循環器学会で講演させていただきました。

理事からひとこと

県内科医会の現状と問題点

宮崎県内科医会常任理事

小牧 齋

県内科医会の仕事をさせていただくようになって今年で6年目になります。平成12年、志多会長の就任とともにお手伝いするようになったわけですが、当初は内科医会の仕事そのものをよく知りませんでしたので暗中模索の状態が続きました。就任当時、事務局も人事異動で新人の方が担当されましたので仕事がかどらないことが度々あり、苦勞しながらいろんな準備をしたことを覚えております。

ところで、昨年（平成16年）は、各県の持ち回りで毎年1回開催される九州各県内科医会連絡協議会（以後九内協）ならびに九州各県内科審査委員懇話会（以後九内懇）の主催県となり、会長・副会長・理事一丸となり、無事に成功裏に開催運営できたことは喜ばしいことでした。しかしながら、毎年開催される会のためか協議題にややマンネリ化は否定できず、時間をかけエネルギーを費やした割に形式に流れ、この討議内容がいかほどまでに中央関係当局に届くのか疑問がわいたのも事実です。会議の開催時間や場所、方法など、思い切って新しいやり方を模索していくのがいい時期かもしれません。

さて、内科医会の仕事には大きく二つあります。一つは学術団体としての側面で、

医学の研鑽に努め、診療技術・診療内容の向上を図ること、もう一つは医療業務一特に医療保険審査などに関する情報提供による医業経営の改善に努めることです。前者に関しては、総会開催時における会員発表、講演会の企画、また年2回発行の会誌に於ける症例発表などがあります。一方後者では、毎年1回開催される九内懇での医療保険に関する討議内容を会誌へ掲載することで審査基準を開示すること、社保・国保での審査基準の標準化に向け内科審査委員間で討議する会を開催することなどがあります。現在両方の仕事は理事の先生方また各種委員会（学術・医療保険・会誌編集などの諸委員会）の先生方のご尽力をもって十分機能していると思います。

ところで、現在内科医会が抱えている問題点をいくつかあげながら意見を述べてみたいと思います。

1) 日本臨床内科医会との関わり

宮崎県内科医会の目的に、日本臨床内科医会（以後日臨内）との連携を語る事を謳っております。そもそも日臨内の活動方針を見ますと、「生涯研修の拡充」「内科系診療技能の向上」などを目標としている一方、内科保険診療の向上・改善に努めている組織で、その方向性におおむね賛同できるものとして宮崎県内科医会としても積極的に参加し、また会員にも入会を促しているところであります。日本内科学会が純粋に学

術団体であるのに対し、日臨内は学術的な要素を取り入れながら医療経営面でも会員に側面的な支援をしていこうとする、内科系唯一の全国的な組織であると理解しています。

日臨内の具体的な活動を拾ってみますと、①毎年春に総会，秋に学会の開催 ②会誌および日臨内ニュースの送付：会誌については特にメディカルトピックスの紹介，保険診療のページ，外来での説明力アップ講座など日常臨床に大いに役立つ記事が満載されております。③患者さん指導のための小冊子の発行：会員はいつでも無料で注文できます。④大規模調査：現在家庭血圧に関する調査，糖尿病神経障害に関する調査，冬季のインフルエンザの臨床調査などが進行中です。参加は自由です。⑤保険診療への取り組み：日臨内は内科系学会社会保険連合の重要メンバーとして内科保険診療報酬の向上に活発な活動を展開しています。

ところで日臨内に加入する魅力の一つに認定医（現在は指定研修医と言う）のことがよく話題に上ります。確かに日臨内の認定資格には現段階では不確定な面があります。ただ我々医師は資格の獲得・維持に執着するのではなく，“生涯研修を続けていく”という原点に戻ることが大事かと思えます。医師免許更新制についての一般社会における意識調査では約70%の人々が賛成しているとの厳しい現実があります。患者さんがたは、すでに見せかけだけの医療は見破る力を持ってきており本物志向になってきています。真に患者本位の医療をやるにはどうすべきか，日本の将来の医療はどうあるべきか，大局を見失わないような意識変革

が私たちにも求められてきていると思います。

2) 会員数の増強・維持について

現在県内科医会の会員数は開業医・勤務医あわせて約430名になっています。この数年会員数は高齢化や閉院のためやむなく退会される先生方は別として，事務局の努力もありゆっくりながら漸増しております。しかし連絡の手違いがいから，また連絡はしてもご理解いただけずに未加入の先生方もおられます。是非とも会の目的をご理解の上一人でも多くの先生方に参加いただければと願う次第です。例年2回行われる総会，その際の事業報告・会計報告・会員発表，年2回発行する会誌などは会員に対しご理解いただいているものと思っております。地道な活動ではありますが会員の増強につながるものと考えます。また会員増強のためには「会員に対してのメリットは何か」いつも考えながらのフィールド活動も重要と考えています。トップダウンのかけ声だけでなく，役員自らいわゆる草の根活動で会員への理解と会員維持に努めていく気概が必要と考えます。

ところで県内科医会にご加入の多くの先生方にはご理解の上日臨内へも同時に入会していただいております。その数は全国的に見て平均的なところになっています。しかしながら，全国的に見ると日臨内の会員数は減少傾向にあると聞いておりその対策は危急の課題として取り上げられているところです。このことでは二つの面からの対策が考えられます。まずは日臨内自体が魅力ある会になるように努力すること，次に

積極的な広報活動を通じて日臨内の業績・活動方針を未加入の先生方にもっと知ってもらうことではないかと思えます。前者では具体的に、法人化したことを契機に、中央官庁・日本医師会・内保連などへの発言権を増していくこと、また確固たる認定医制の確立などです。

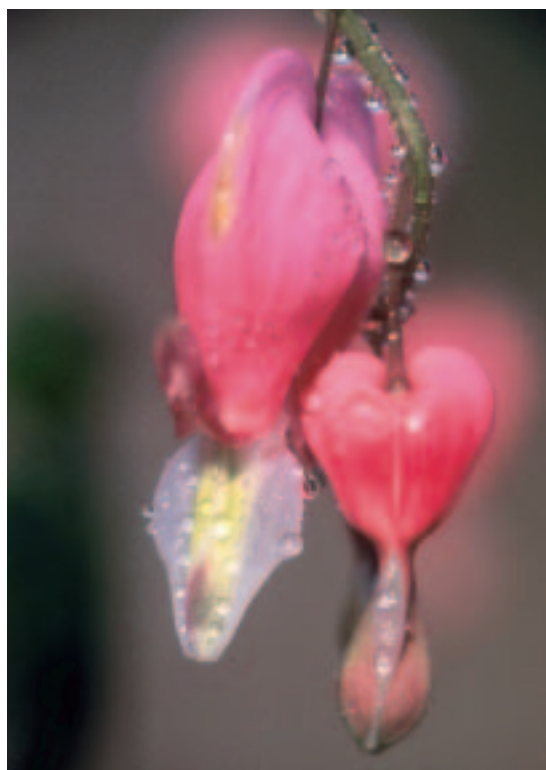
日臨内は、内科医を標榜している実地医家であれば勤務医を含めどなたでも加入でき、現在約18,000人の会員からなります。会員の意見を集約して中央省庁に届かせうる内科医の集まりとしては唯一の団体と考えてよさそうです。それゆえ会員の数は重要で、諸方面に内科医の現状・窮状を知っていただくにはやはり組織力を大きくして、声を大にして訴えていくことが重要と思われれます。内科医が一般診療を行っていくうえではさまざまな知識が要求されていきます。臨床内科学、患者さんとのコミュニケーション、医療経済、保険診療、診療連携、在宅診療、介護保険、医療訴訟、IT関連（日臨内パンフレットより引用）・・・などです。以上の事を考えますと、日臨内との関係を保ちながら県内科医会の組織を維持させていく重要性が理解できるのではないのでしょうか。

3) 内科医会自体の活性化について

現在の県内科医会の活動を見ると、それなりに毎年同じパターンでの事業は確実にこなされていますが、なんとなくマンネリで勢いを感じさせなくなっております。総会開催時における参加者の数などは、内科医会に寄せられる関心度がわかるバロメーターの一つです。最近では総会時、会員430人中最大でも100人位集まる状況ですが、もう少し総会となれば人が集まる会にしなくてはと反省させられます。どうすれば魅力あるものにできるのか、それともこれぐらいが限界なのか、もう少し努力したいと思っております。毎年行っている事業にどのような新しい企画を加えるか、人的パワー、時間的余裕、限られた予算での活動に、今の時代はなかなか難しいのが現状です。

魅力ある内科医会にするのが役員者の使命ではありますが、会員から忌憚のないご意見、叱咤激励、新しいアイデアが大いに全体の活性化に結びつくものと考えます。会を元気づけられるのは会員一人一人のパワーにかかっているような気がします。

以上、内科医会の現状と問題点を、今まで会にかかわってきた経験をもとに書いてみました。ご批判は甘んじて受けたいと考えておりますのでご意見を内科医会事務局へお気軽にお寄せいただければ幸いです。



「たいつり草」 小林市 桑原皮膚科医院 桑原 淑子



「バレエ」 延岡市 松崎医院 松崎 武壽

短歌

宮崎の先達

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

宮崎に生れし益荒よ「海の声」「白い航跡」
「ポーツマスの旗」

父と祖父医師くやしにありし牧水は詠める歌もて
薬となせり

医の道を断ちたる十次幾千の親なき子等を
育みにけり

老いぬれどピアニッシモを聴きたしと音を
求めし池田鋼士郎

大淀の畔に佇ちてフェニックスいまも見つ
むる岩切翁よ

短歌

公園寸景

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

わが組は十二軒なり改めてわれの驚く児童
は一人

何時よりかブランコなども失くなりてこの
公園に子らの少し

公園に花見の客の幾組も連れ立つ幼ら駆け
回りけり

朝六時城山の鐘に公園の鴉鳴きたり応ずる
がごと

新設の防火水槽ものしく消防署など検
査始むる

[報告]

平成16年度 日本内科学会九州支部評議員会

宮崎県内科医会学術委員会委員長 上田 章

日 時：平成17年2月5日（土）17：00～18：00
場 所：九州大学医学部百年記念講堂 中ホール1
議 長：名和田 新（九州大学病態制御内科学）
出席者：36名（うち評議員35名） 委任状：93通（うち評議員60通）

議 事

1. 開会

議長の名和田新教授，支部長の原田実根教授より挨拶がなされた。

2. 各種委員会報告

1) 内科認定医審議会地区委員報告

朝長万左男教授（長崎大学原爆後遺障害医療研究施設）より資料に沿って報告がなされた。教育病院14病院・教育関連病院34病院の認定の件，平成17年度認定内科専門医試験受験資格緩和措置の件，についての内容説明がなされた。とくに質問，意見はなかった。

2) 学会在り方検討委員会地区委員報告

井林雪郎幹事（富田公夫教授代理）より資料に沿って報告がなされた。

「内科学の展望」の開催継続，年次講演会の開催地固定，医療事故に関する4学会ワーキンググループ活動の経緯，初期研修の在り方につき説明がなされたが，質問，意見はなかった。

3) 生涯教育委員会報告

長澤浩平教授（佐賀大学内科）より資料に沿って報告がなされた。

支部主催生涯教育講演会の開催基準が一部改訂され，生涯教育委員会です承された旨の報告があった。特に質問，意見はなかった。

4) 学術集会運営委員会報告

井林雪郎幹事（永武 毅教授代理）より資料に沿って報告がなされた。

第102回日本内科学会総会・講演会（会頭：松澤 佑次先生）と，第103回同学会総会・講演会（会期：平成18年4月14日～16日，会頭：池田 康夫先生）の準備状況，ならびに宿題報告の名称を含めた時代に即した形式変更についての説明がなされた。質問，意見はなかった。

3. 日本内科学会九州支部長報告

原田実根支部長より資料に基づいて理事会議での重要事項の報告がなされた。まず、支部規則の詳細の説明、本部より支部への助成金の金額（九州支部は年間¥9,500,000）、その算出方法、会計処理などについて詳しく説明があった。また今年度の助成金の支出予定について、各地方会開催地への補助金額などを中心に説明があった。続いて全国評議員の推薦に関する変更点として、一般教育病院からの全国評議員が11名から9名、また大学よりの全国評議員が5名から4名になったことが報告され、いずれも了解された。とくに質問、意見はなかった。

4. 平成17年度日本内科学会各種委員会地区委員選出の件

名和田新議長より、運営協議委員会で選出された以下の候補者が挙げられ、承認された。

1) 理事候補【2名】

(任期満了) 原田 実根 教授 (九州大学病態修復内科学)

(留 任) 矢野 捷介 教授 (長崎大学第三内科)

(新 任) 飯田 三雄 教授 (九州大学病態機能内科学)

2) 内科認定医制度審議会地区委員【3名】

・大学より (2名)

(任期満了) 朝長万左男 教授 (長崎大学原爆後遺障害医療研究施設)

(留 任) 瀧下 修一 教授 (琉球大学第三内科) ← 世話人

(新 任) 熊本 俊秀 教授 (大分大学第三内科)

・教育病院より (1名)

(任期満了) 浅井 貞宏 先生 (佐世保市立総合病院)

(新 任) 鈴木 伸 先生 (長崎市民病院)

3) 学会在り方検討委員会地区委員候補【1名】

(任期満了) 富田 公夫 教授 (熊本大学腎臓内科)

(新 任) 坪内 博仁 教授 (宮崎大学第二内科)

4) 生涯教育委員会地区委員候補【1名】

(留 任) 長澤 浩平 教授 (佐賀大学内科)

5) 支部代表=支部長【1名】

(任期満了) 原田 実根 教授 (九州大学病態修復内科学)

(新 任) 矢野 捷介 教授 (長崎大学第三内科)

5. 全国評議員ならびに地方会評議員の推薦について

1) 一般教育病院全国評議員【9名】(平成17年度より11名→9名になった)

名和田新議長より、運営協議委員会で選出された以下の候補者が挙げられ、承認された。

※推薦基準：会員歴…原則として10年以上、年齢…65歳未満

※内科学会規定では任期は1年間（再任を防げない）となっているが、九州支部では原則として2年間務めて頂いている。

※地域性も考慮して選出した。

- (留任) 壁村 哲平 先生 (済生会福岡総合病院)
- (留任) 土橋 卓也 先生 (国立病院九州医療センター)
- (留任) 坂本 茂 先生 (麻生セメント(株)飯塚病院)
- (留任) 東 大弼 先生 (熊本赤十字病院)
- (留任) 元倉 福雄 先生 (鹿児島生協病院)
- (留任) 松本 強 先生 (沖縄県立中部病院)
- (再任) 茨木 一夫 先生 (唐津赤十字病院)
- (再任) 上田 章 先生 (県立宮崎病院)
- (新任) 鈴木 伸 先生 (長崎市立病院)

2) 各大学からの全国評議員に関して (平成17年度より5名→4名になった)

名和田新議長より説明された。特記事項は以下の通りである。

※全国評議員は支部ではなく本部理事会において決定される。

※大学からの全国評議員候補は支部評議員会に関係なく大学の代表者より直接本部に推薦して頂く。

※各大学につき4名とする。現在5名の大学は退職者が出るまで現行の5名のまま。

※推薦基準は以下の通りである。

- 1) 内科学講座の常勤の主任教授であること
- 2) 内科の他講座の主任教授の合意があること
- 3) 次年度新規九州支部評議員の推薦に関して

名和田新議長より以下の候補者（新任教授）が挙げられ、承認された。

- 砂川 賢二 教授 (九州大学循環器内科学)
- 岡山 昭彦 教授 (宮崎大学膠原病・感染症内科)
- 乾 明夫 教授 (鹿児島大学心身医療学)

6. 日本内科学会九州地方会の開催時期、開催地、会長について

名和田新議長より以下の候補地が挙げられ、承認された。

- | | | | |
|----------|-------|------------|------------|
| 平成17年 8月 | 第270回 | 産業医科大学第一内科 | (田中 良哉 教授) |
| | 11月 | 琉球大学第二内科 | (高須 信行 教授) |
| 平成18年 1月 | 第272回 | 九州大学心療内科 | (久保 千春 教授) |
| | 5月 | 大分大学第一内科 | (吉松 博信 教授) |

7. 平成15年度・16年度会計報告

井林雪郎幹事より資料に沿って報告があった。また、支部より本部へ提出の各種推薦書ならびに会計決算報告書の提出期限が1月末日となったため、支部評議員会の開催がそれ以前に行われる必要がでてきた。そのため、従来2月に開催されてきた地方会を、平成18年からは1月（基本的には最終土曜日）に開催し、その日に開催の評議員会で書類の承認を得る旨（従って、地方会開催月は原則として、1月・5月・8月・11月の年4回となる）の説明が再度なされ、承認された。

8. 閉会

議長の名和田新教授より閉会の挨拶がなされ散会した。

[報告]

平成16年度 九州各県内科医会会長会議

宮崎県内科医会常任理事 小牧 齋

日 時：平成17年2月26日（土）
場 所：福岡市 担当県：宮崎
出席者：志多 武彦、小牧 齋

報 告

- 1) 混合診療反対決議文の日本臨床内科医会（以下日臨内）への提出
- 2) 第21回九州各県内科審査委員懇話会（以下九内懇）要望事項として以下のような事項を日臨内へ提出
 1. 生活習慣病指導管理料の70歳以上への適応
 2. 薬剤長期投与に伴う保険点数体系の適正化
 3. 超音波検査、内視鏡検査などに対する「外来管理加算」算定を可能にすること。
 4. 療養型病床入院患者が他医療機関受診時の保険点数の是正
- 3) 平成17～18年度日臨内代議員および理事などの推薦について
代議員の推薦：各県規定数での推薦は従来どおり
理事の推薦：九州ブロックでは8名の推薦枠があるということで、現在理事を出していない大分、鹿児島、沖縄県の各内科医会会長を3名推薦

協 議

- 1) 第39回九内協、第21回九内懇の開催について（沖縄）
「全会議を土曜日の午後に一括開催するという新しい試みを了承。期日は平成17年10月29日（土）予定」
- 2) 臨床内科医会の今後のあり方、存在意義ならびに非会員との接点のあり方について（長崎）
「組織としてトップダウン方式にこだわらず、草の根的行動で会員の掘り起こしに努めていくぐらいの気構えが必要。
現在の執行部による日臨内の活動方針には十分満足できるが、学会とは違う独自の魅力を今後も打ち出す必要がある。」
- 3) 日臨内指定研修講座の指定申請について（熊本）
「日臨内への指定研修講座の申請は3ヶ月前まで、となっているが、1ヶ月前までも可能

にしていただけよう働きかける。」

4) 日臨内の任期について (佐賀)

「日本医師会などの任期に準ずるよう要請する。」

[報告]

日本臨床内科医会医療保険委員会報告

宮崎県内科医会医療保険委員会委員長 大西 雄二

平成17年3月6日上記委員会が開催されました。「平成18年度診療報酬改定への要望」として九州ブロックの意見を踏まえ宮崎県内科医会から、医療保険委員会に次のように要望しました。

平成16年度4月診療報酬改定の不合理点、矛盾について

薬剤長期投与に伴う保険点数体系の適正化を要望します。

現保険は月数回受診を前提にした点数設定であり、指導料算定など矛盾点が改善されないまま運用されています。投薬日数加算の新設或いは指導料、処方料・調剤料・処方料アップなどの見直しを要望します。

現在の診療報酬における問題点について

生活習慣指導管理料の70歳以上への適用。重症化予防を目的として、高齢者も対象に含まれるように要望します。

超音波検査、内視鏡検査などを実施しても外来管理加算が算定できるように、外来管理加算の「厚生労働大臣の別に定める検査」のなかで超音波検査、内視鏡検査などの削除を要望します。生体検査の心電図及び負荷心電図、画像診断のCT、MRI、消化管造影検査は算定可能であり、矛盾があると考えます。

入院中患者を、当該医療施設にない科を受診させる際の診療情報提供料、初診時紹介加算が認められていません。

HbA1cの月1回の算定について：長期投与に伴い月初めと月末に来院の際、検査間隔が約2カ月となる場合が生じます。患者管理の点で問題です。

CT撮影は2つ以上を同時に行った場合は主たる撮影の点数のみとなっています：多発外傷や意識障害の場合、頭部や体幹で各々個別の疾患の診断のために検査を行っても算定できません。不合理と考えます。

16キロメートル以上の往診は患家の自己負担とされています。地方の郡部では実情に合いません。撤廃を要望します。

気管支喘息管理料を診療所でも算定可能であるように施設基準を「ピークフローメーター」と「パルスオキシメーター」があればよいとすべきと考えます。

病院と診療所の外来診療報酬の在り方

200床以上の病院で検査が外来診療料に包括されています（HbA1c、尿中アルブミン定性、定量精密測定など）不合理と考えます。

入院基本料に対する加算等への考え方

懲罰的な減算規則をやめるべきと考えます。

終末期医療の提供について

往診、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護は同一日の場合一つしか算定できません。終末期医療や状態の悪い患者の場合往診、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護を同日に複数回行うことがあります。そのような例に限って認めてほしい。医師が行き、看護師が行く場合があります。

患者の病状の急性増悪、終末期等の医療保険での訪問看護の限度が2週間となっています。2週間以内で軽快する例は少なく、4週間程度にしてもらいたい。

在宅患者訪問診療料の「7往診料を算定する往診の日の翌日までにを行った訪問診療の費用は算定しない」の撤廃。往診の翌日から訪問診療を行わなければならない例は多い。

介護保険施設（特養・老健・療養病床）への医療への提供について

療養型病床に入院中の患者が他の専門医療機関を受診した場合、入院している医療機関の負担となっており、是正を要望します

他医療機関において診療が行われた日数分を療養病棟入院の基本点数（日割り）から70%を控除した点数（100分の30）に減額査定されます。基本点数の30%しか算定できないことは問題です。算定率の増加を要望します。本来、他医療機関の算定に関わらず、受診した医療機関が全額算定できるべきであると考えます。

[報告]

第1回（通算22回）中間法人日本臨床内科医会 理事会・代議員会・総会に出席して

宮崎県内科医会副会長 栗林 忠信

平成17年4月9日、大阪国際会議場で全国から700名以上の会員が参集して中間法人日本臨床内科医会としての第1回総会が開催された。

総会に先立って理事会・代議員会が開催され、役員選挙が行われた。会の今後2年を託すべき会長として後藤由夫会長が再選され、中間法人日本臨床内科医会の舵取りを引き続きとることとなった。会長指名、代議員会で承認された副会長・常任理事は、副会長は4名全員留任、常任理事は12名、40歳代から60歳代までの若返った陣容となった。会長以下役員人事は午後から行なわれた総会において承認された。

各部の報告に続き、平成16年度収支決算、平成17年度事業計画案、平成17年度予算案が承認された。前会長である神津康雄先生が名誉会長に就任されることが決まり、総会において会長より委嘱された。また中間法人化に功績のあった上田治三郎顧問、川上忠志副会長を特別功労者として表彰することも決定され、総会において表彰状の授与が行われた。功労会員の表彰も昨年より行われているが、今年度は13名に授与された。

指定特別研修講座では、「医学教育の現在と将来」と題して奈良県立医科大学学長吉田 修先生の講演があり、その後、総会では総会会頭山家健一大阪府内科医会会長の挨拶の後、後藤由夫会長が「医療費の抑制が求められているが、それはスタッフの不足、医療事故へとつながりかねない危険性をはらんでいる。また医学教育も難しい状況になっているなど、問題は山積しているが、私たちは生涯自己研鑽を続けて社会に貢献する使命があることをもう一回改めて自覚していきたい。特に中間法人としてより一層、臨床内科学の発展のために尽力し、医療のために努力することが大切と考えている」と挨拶した。その他、植松日医会長の総会記念講演、そして総会特別講演、その間に総会式典と総会議事が行われるなど、13時30分から18時までギッシリのプログラムであったが、10階の総会会場全体が明るく開放的で、ゆったりとした広さがあり、参加者は思い思いに講演を聴講されていた。

[報告]

平成16年度宮崎県内科医会事業報告

会議名	日時・場所・出席者
【総 会】	<p>6月12日(土) 16:00～ 於. 宮崎観光ホテル <特別講演会> ①血管をターゲットとした高血圧の治療戦略 - A R Bの新しい展開 - 大阪大学医学部附属病院総合診療部 富田 奈留也 ②肥満症のメカニズムと生活習慣病/メタボリック症候群 宮崎大学医学部第3内科教授 中里 雅光 (出席者 99名)</p> <p>3月12日(土) 16:00～ 於. 県医師会館 <会員発表会> ①せきが出る病気-いろいろ- 国立病院機構宮崎東病院 伊井 敏彦, 隈本 健司 ②高血圧症で加療中に発見されたA C T H単独欠損症の2例 長嶺内科クリニック 長嶺 元久 古賀総合病院内科 榎木 誠一, 野村 郁夫, 栗林 忠信 宮崎大学医学部第三内科 山口 秀樹, 中里 雅光 ③P E I T, R F Aにより9年間経過をみている 肝細胞癌(H C C)の1例 串間市国民健康保険病院内科 黒木 和男 ④胃神経内分泌腫瘍 (カルチノイド、内分泌細胞癌)の2症例 野辺医院 野辺 俊文 ⑤ヘリコバクター・ピロリ除菌療法を施行した 小児消化性潰瘍の3例 平野消化器科 平野 雅弘 ⑥最近の薬物中毒患者の動向(入院患者を中心に) 西都救急病院 津留 俊臣, 福岡 周司, 野津原 勝 <保険診療についての講演> 社会保険事務局による指導について 県内科医会会長 志多 武彦 <特別講演会> 動脈硬化血栓症(Atherothrombosis)の発症メカニズム 宮崎大学医学部病理学第一講座教授 浅田 祐士郎 (出席者数 69名)</p>
【理 事 会】	5月24日(月) 7月26日(月) 8月23日(月) 10月8日(金) 2月21日(月)
【評 議 員 会】	5月31日(月) 2月28日(月)

会議名	日時・場所・出席者
【各郡市内科医会長会】	2月19日(土)
【会計監査】	4月26日(月)
【学術委員会】	5月10日(月) 9月6日(月) 1月14日(金)
【医療保険委員会】	7月23日(金) 8月16日(月) 9月29日(水)
	11月10日(水) 1月24日(月)
【宮崎県内科医会誌編集委員会】	6月18日(金) 8月24日(火) 11月15日(月)
	1月27日(月)
【九内協・九内懇準備委員会】	6月7日(月) 8月9日(月) 10月6日(水)
	10月22日(金) 10月27日(水)
【日本臨床内科医会 九州ブロック会議】	11月6日(土) 於. 宮崎観光ホテル (担当: 宮崎県内科医会)
【九州各県内科医会連絡協議会】	11月6日(土) 於. 宮崎観光ホテル (担当: 宮崎県内科医会)
【九州各県内科審査委員懇話会】	11月7日(日) 於. 宮崎観光ホテル (担当: 宮崎県内科医会)
【九州各県内科医会長会】	2月26日(土) 於. 福岡 志多会長, 小牧常任理事 (担当: 宮崎県内科医会)
【日本臨床内科医会理事会・ 評議員会・医学会】	9月18日(土), 19日(日), 20日(月) 於. 岡山 栗林・仮屋副会長, 小牧常任理事, 山村理事
【日本臨床内科医会医療保険委員会】	9月5日(日), 3月6日(日) 於. 東京 大西理事
【日本内科学会九州地方会評議員会】	2月5日(土) 於. 福岡 志多会長, 栗林副会長, 上田理事
【学術講演会】 ※は日本内科学会認定内科専門 医更新講座	① 4月2日(金) 18:30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 H.pyloriに関する最近の話題 - 特に胃がんと関連を中心に - 講師 国立国際医療センター内視鏡部長 上村 直実 (出席者 58名)
	② 4月2日(金) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 脳梗塞の治療と予防 講師 熊本市立熊本市市民病院神経内科部長 橋本 洋一郎 (出席者 34名)
	③ 5月21日(金) 18:30～ 於. 県医師会館 演題 僧帽弁逆流の心エコー図診断 講師 川崎医科大学循環器内科講師 渡邊 望 演題 脳血管障害における超音波検査 - 講師 熊本大学大学院医学薬学研究部神経内科学助手 平野 輝之 (出席者 46名)
	※④ 6月18日(金) 18:30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 糖尿病と降圧療法 講師 矢野内科クリニック院長 矢野 伸樹

会議名	日時・場所・出席者
<p>【学 術 講 演 会】 ※は日本内科学会認定内科専門 医更新講座</p>	<p>演題 EBMからみた虚血性心疾患の治療戦略 講師 大阪大学大学院医学系研究科病態情報内科学教授 堀 正二 (出席者 50名)</p> <p>⑤ 6月25日(金) 19:00～ 於. 県医師会館 演題 自殺予防マニュアルー一般医療機関における うつ状態・うつ病の早期発見とその対応への活用 講師 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 態解析制御学講座教授 小澤 寛樹 (出席者 72名)</p> <p>⑥ 7月15日(木) 18:30～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 免疫からみた呼吸器真菌感染症 講師 琉球大学大学院医学研究科感染症制御学講座 分子病態感染症学分野助教授 川上 和義 (出席者 42名)</p> <p>⑦ 7月22日(木) 19:00～於. 宮崎観光ホテル 演題 高齢者の神経障害ーボケ・寝たきりを防ぐため 講師 大分大学医学部脳・神経機能統御講座教授 熊本 俊秀 (出席者 27名)</p> <p>⑧ 7月23日(金) 19:00～ 於.宮崎観光ホテル 演題 肺炎の診断と治療ー嚥下性肺炎を中心にー 講師 長崎大学医学部・歯学部附属病院総合診療部講師 阿部 航 (出席者 26名)</p> <p>⑨ 7月24日(土) 18:30～ 於.ホテルスカイタワー 演題 コレステロール値の功罪 講師 県立日南病院内科医長 生島 一平 演題 Functional heterogeneity of microdomain of human apolipoprotein(a) 講師 シカゴ大学 Angel M.Scanu 教授 (出席者 15名)</p> <p>⑩ 8月28日(土) 16:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 喘息治療における抗ロイコトリエン薬の位置付け 講師 東京女子医科大学第1内科教授 玉置 淳 演題 アレルギー性鼻炎の病態とロイコトリエン 講師 (財)脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 アレルギー・頭頸部センター所長 今野 昭義</p>

会議名	日時・場所・出席者
【学術講演会】 ※は日本内科学会認定内科専門 医更新講座	<p style="text-align: right;">(出席者 62名)</p> <p>⑪ 9月28日(水) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 気管支喘息に関する最近の知見 講師 和歌山県立大学第3内科助手 松永 和人 (出席者 20名)</p> <p>⑫ 11月5日(金) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 患者満足度からみたGERD治療 -特に内視鏡陰性例について- 講師 鹿児島大学医学部付属病院光学医療診療部助教授 松元 淳 (出席者 55名)</p> <p>⑬ 11月22日(月) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 日本人における高脂血症治療戦略 講師 国際医療福祉大学大学院臨床試験研究分野教授 佐々木 淳 演題 Metabolic Syndromeと動脈効果 講師 京都大学大学院医学研究科循環器内科学教授 北 徹 (出席者 37名)</p> <p>⑭ 11月25日(木) 18:45～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 マクロライド新作用の新たな展開 講師 日本医科大学第4内科教授 工藤 翔二 (出席者 40名)</p> <p>⑮ 2月4日(金) 18:40～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 粘膜免疫:基礎から先端予防医療への展開 講師 東京大学医科学研究所感染免疫大部門 炎症免疫学教授 清野 宏 (出席者 38名)</p> <p>⑯ 3月25日(金) 19:00～ 於. 宮崎観光ホテル 演題 大腸sm癌の悪性度評価と治療方針 講師 九州大学大学院医学研究院形態機能病理学助教授 八尾 隆史 (出席者 60名)</p>

平成16年度宮崎県内科医会歳入歳出決算書

歳入合計	12,678,514
歳出合計	9,879,686
差引残高	2,798,828 (平成17年度会計へ繰越)

歳入

(単位：円)

款	項	予算額	取納済額	予算額と取納済額との比較	備考
					(平成17年3月31日現在)
1	会費	63,68,400	6,606,000	237,600	< A 会員 > @18,000 × 307名= 5,526,000 会員異動に伴うもの= 108,000 B→A +108,000 A→B -108,000 退会 +27,000 新免除 +81,000 < B 会員 > @ 7,200 × 124名= 892,800 会員異動に伴うもの= 79,200 A→B -21,600 B→A +43,200 退会 +36,000 新免除 +21,600 < 免除 > A 20名 B 25名
2	県医補助金	240,000	240,000	0	
	1 学会補助金	120,000	120,000	0	
	2 保険研究会補助金	120,000	120,000	0	
3	繰越金	4,380,635	4,380,635	0	
4	雑収入	1,200,000	1,451,879	251,879	内科医会誌広告料等
	歳入合計	12,189,035	12,678,514	489,479	

歳出

(単位：円)

款	項	予算額	予備費 流用額	予算現額	支出済額	残 額	備 考
1	事務費	529,000	96,321	625,321	616,654	8,667	
	1 旅 費	24,000		24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	25,000		25,000	20,650	4,350	事務用品代
	3 役 務 費	200,000		200,000	195,683	4,317	切手代、郵送料、電報・電話使用料等
	4 使用料及び賃借料	280,000	96,321	376,321	376,321	0	会館使用料 職員時間外手当
2	会議費	1,820,000	2,095	1,822,095	1,552,920	269,175	
	1 総 会 費	120,000	2,095	122,095	122,095	0	案内ハガキ代、案内FAX代等
	2 評 議 員 会 費	500,000		500,000	467,160	32,840	(2回)
	3 理 事 会 費	1,200,000		1,200,000	963,665	236,335	(5回)
3	事業費	8,755,000	8,300	8,763,300	7,710,112	1,053,188	
	1 学 会 費	200,000		200,000	0	200,000	
	2 諸委員会活動費	1,000,000		1,000,000	905,635	94,365	学術委員会 251,520 (3回), 医療保険委員会 399,210 (5回) 九内協九内懇準備委員会 242,905 (5回) 医事紛争対策研修会 12,000
	3 地区保険研究会助成費	595,000		595,000	595,000	0	補助金 @70,000×8, 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	950,000		950,000	950,000	0	補助金 @100,000 ×7 宮崎 200,000 西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並び に編集委員会費	2,350,000		2,350,000	2,217,699	132,301	編集委員会 372,545 (4回), 印刷代 1,680,000 (2回), 執筆料 155,554 会誌送料 9,600
	6 名 簿 刊 行 費	400,000		400,000	400,000	0	550冊
	7 地区内科医会連絡会	350,000	2,300	352,300	352,300	0	各郡市内科医会長会 (1回)
	8 九州各県内科 医会連絡協議会	1,200,000		1,200,000	1,017,642	182,358	九内協会費 (宮崎21名) 210,000 会長会旅費 (福岡3名) 274,500 各県負担金 50,000 開催地負担金 483,142
	9 九州各県内科 審査委員懇話会	250,000		250,000	0	250,000	
	10 日本臨床内科医会	1,000,000		1,000,000	897,560	102,440	医学会・理事会・評議員会旅費 (岡山4名) 486,560 総会費 (東京2名) 259,200 医療保険委員会旅費 (2回※日臨 内より一部旅費支給) 131,800 団体会費 20,000
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	300,000		300,000	300,000	0	福岡 (3名) 300,000
	12 慶 弔 費	150,000		150,000	58,276	91,724	花環、香典
	13 諸 費	10,000	6,000	16,000	16,000	0	コンベンションビデオ代
4	予備費	1,085,035	△106,716	978,319	0	978,319	
	歳 出 合 計	12,189,035	106,716 △106,716	12,189,035	9,879,686	2,309,349	

[報 告]

平成17年度宮崎県内科医会事業計画

- (1) 宮崎県内科医会総会並びに学会開催
- (2) 各郡市内科医会活動の推進と援助（学会補助金支出、保険研究会補助金支出、各郡市内科医会会長会開催）
- (3) 学術委員会（学術講演会、研修会、セミナー等の開催）、医療保険委員会（保険研究会の開催、社保・国保審査委員との懇談会）及びその他委員会活動の推進
- (4) 県内科医会誌発行及び県内科医会ホームページへの掲載、FAXニュース発行
- (5) 県・郡市医師会の行う活動への緊密な協力とその推進
- (6) 各種学会、研修会、懇話会等への参加と協力
- (7) 九州各県内科医会連絡協議会、九州各県内科審査委員懇話会への積極的参加
- (8) 日本臨床内科医会への積極的参加
- (9) 日本内科学会九州地方会評議員会への参加と連繫
- (10) その他内科医会発展のために必要と思われる事業

平成17年度宮崎県内科医会歳入歳出予算書

歳 入

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1 会 費	1 会 費	6,422,400	6,368,400	54,000	(平成16年12月末日現在) < A 会員 > @ 18,000 × 306名 = 5,508,000 < B 会員 > @ 7,200 × 127名 = 914,400 < 免 除 > A 21名、B 24名
2 県医補助金		240,000	240,000	0	
	1 学会補助金	120,000	120,000	0	
	2 保険研究会補助金	120,000	120,000	0	
3 繰 越 金	1 繰 越 金	2,647,494	4,380,635	△1,733,141	
4 雑 収 入	1 雑 収 入	1,200,000	1,200,000	0	内科医会誌広告料 等
歳 入 合 計		10,509,894	12,189,035	△1,679,141	

歳 出

(単位：円)

款	項	予算額	前年度予算額	増 減	備 考
1 事務費		529,000	529,000	0	
	1 旅 費	24,000	24,000	0	会計監査旅費
	2 需 用 費	25,000	25,000	0	事務用品代
	3 役 務 費	200,000	200,000	0	切手代, 送料, 振込手数料
	4 使用料及び賃借料	280,000	280,000	0	会館使用料(冷暖房・光熱水費), 職員時間外手当
2 会議費		1,820,000	1,820,000	0	
	1 総 会 費	120,000	120,000	0	案内ハガキ代, 案内FAX代
	2 評 議 員 会 費	500,000	500,000	0	2 回(旅費, その他)
	3 理 事 会 費	1,200,000	1,200,000	0	5 回(旅費, その他)
3 事業費		7,856,000	8,755,000	△899,000	
	1 学 会 費	200,000	200,000	0	総会時学会, 学術講演会, 研修会
	2 諸委員会活動費	850,000	1,000,000	△150,000	学術委員会, 医療保険委員会, 県内科社保・国保審査委員合同協議会
	3 地区保険研究会助成費	595,000	595,000	0	各地区内科医会 560,000 (@70,000×8), 西臼杵 35,000
	4 地区医学会助成費	950,000	950,000	0	各地区内科医会 700,000 (@100,000×7), 宮崎 200,000、西臼杵 50,000
	5 会誌発行費並びに 編集委員会費	2,400,000	2,350,000	50,000	編集委員会, 会誌印刷代, 執筆料, 原稿送料
	6 名 簿 刊 行 費	1,000	400,000	△399,000	
	7 地区内科医会連絡会	350,000	350,000	0	各郡市内科医会長会(1回)
	8 九州各県内科医会 連絡協議会	650,000	1,200,000	△550,000	九内協各県負担金 50,000 九内協旅費(沖繩3名) 400,000 九州各県内科医会長会(福岡2名) 200,000
	9 九州各県内科審査 委員懇話会	400,000	250,000	150,000	九内懇旅費(沖繩3名)
	10 日本臨床内科医会	1,000,000	1,000,000	0	大阪(2名), 奈良(4名), 東京(1名), 東京(1名×3回※日臨内より一部旅費支給有) 団体会費他
	11 日本内科学会九州 地方会評議員会	300,000	300,000	0	福岡(3名)
	12 慶 弔 費	150,000	150,000	0	
	13 諸 費	10,000	10,000	0	
4 予備費	1 予 備 費	304,894	1,085,035	△780,141	
	歳 出 合 計	10,509,894	12,189,035	△1,679,141	

[報 告]

宮崎県内科医会総会並びに学術講演会 (平成17年6月) 報告

日時 平成17年6月11日(土)
場所 宮崎観光ホテル東館3F 緋耀の間

- I 製品紹介 武田薬品工業株式会社 16:00~16:15
「プロプレス錠 最近の話題について」
- II 総 会 16:15~16:30
1) 物故会員黙祷
2) 会長挨拶
3) 議 事
イ. 平成16年度事業報告について
ロ. 平成16年度歳入歳出決算について
- III 学 会 17:00~18:30
特別講演①
〈座長 宮崎県内科医会副会長 栗林 忠信〉
『日本高血圧学会家庭血圧測定の指針とHOMED-BP研究』
東北大学大学院薬学・医学系(併)研究科臨床薬学 教授 今井 潤 先生
- 特別講演②
〈座長 宮崎県内科医会会長 志多 武彦〉
『造血幹細胞移植から再生医療へ』
九州大学大学院医学研究院 病態修復内科学 教授 原田 実根 先生
- IV 懇親会(翠耀の間) 18:30~
(出席者数 100名)

各都市だより



宮崎市郡内科医会だより

残暑お見舞い申し上げます。夏らしい暑さの日々、会員の先生方には忙しい日々が続いているものとお察し申し上げます。台風が来ないのは幸いです。お盆が過ぎたら、また各種講演会や学会など診療以外の行事も目白押しです。暑い夏を乗り切ってご活躍下さいますようお願い致します。

この夏現在、当会の会員数は188名です。平成17年6月23日(木曜日)には、宮崎市郡内科医会総会が開催され、平成16年度の決算報告と平成17年度の予算案も審議了承されました。新年度に入って開催された講演会・勉強会は次の通りでした。

・平成17年4月22日(金)

【講演1】

演題「高血圧治療マーカーとしての脈波伝播速度(PWV)」

講師 宮崎大学医学部 第一内科 助手
北 俊弘 先生

【講演2】

演題「狭心症治療：最新の知見」

講師 九州大学大学院医学研究院 循環器内科学 助教授 下川 宏明 先生

・平成17年6月23日(木)

演題「ステロイド骨粗鬆症の予防と治療」

－特に喘息の吸入療法における注意点－

講師 大分大学医学部 臨床教授

おかもと内科

院長 岡本 純明 先生

今後いくつかの講演会が予定されております。(文責：中村 周治)

都城市北諸県郡内科医会だより

当内科医会は、会員数平成16年度103名、平成17年度96名であります。内科医会員の中、日本臨床内科医会に未加入の会員が数名おられますので、現在、日本臨床内科医会にぜひ入会されるようお願いしております。

7月1日当内科医会役員会を開催しました

- (1) 平成16年度収支決算報告について
- (2) 平成17年度収支予算案について
- (3) 平成16年度事業実績報告

以上の審議をしていただきました。

7月26日、内科医会講演会の日総会開催予定しておりましたが、講師・鳥取大学教授 久留一郎先生が、台風の影響にて来都不能となり総会も延期しました。

8月23日、開催予定です。

(文責：田中 毅一)

延岡内科医会だより

平成17年4月より、それまで土、日の週2日であった小児科の準夜帯(午後7時30分から午後11時)の救急医療が、365日施行されることになりました。日向地区を含め

た県北を、延岡市夜間急病センターで、宮崎大学小児科の御支援のもと行われております。これで、準夜帯は内科・小児科・外科の救急医療が整備され、さらに内科、外科は金曜日の深夜帯（午後11時から翌朝午前7時）も行われており、県北地区の救急医療は大きく前進しました。今後も順調に維持、発展されることを願ってやみません。

平成16年11月6日以降開催されました講演会は以下のとおりです。

○平成16年11月6日（土）延岡医学会総会
『日本高血圧学会の新しいガイドラインについて』他10題

宮崎大学医学部附属病院

病院長 第一内科 教授

江藤 胤尚 先生他

○平成16年11月12日（金）

『心臓弁膜症と動脈硬化の最近の話題』

川崎医科大学 胸部心臓血管外科 教授

種本 和雄 先生

○平成16年11月24日（水）

『股関節疾患の診断と治療』

宮崎大学医学部 整形外科講座 教授

帖佐 悦男 先生

○平成17年1月27日（木）

『小児の共通する症状と対処法 - 年齢別のアプローチ -』

宮崎県医師会 常任理事

宮崎県健康づくり協会 嘱託医

浜田 恵亮 先生

○平成17年1月28日（金）

『日本人における急性冠症候群のエビデンス』

熊本大学大学院 医学薬学研究部循環器病

態学 教授

小川 久雄 先生

○平成17年2月18日（金）

『リンパ浮腫の診察と治療』他2題

リズム徳島クリニック 院長

小川 佳宏 先生他

○平成17年2月23日（水）

『高齢者肺炎の予防 嚥下障害への包括的アプローチ』

恒昭会 藍野病院 内科 副部長

清水 隆雄 先生

○平成17年3月4日（金）

『心臓病の最新治療』

東京女子医科大学 循環器内科 講師

松田 直樹 先生

○平成17年4月22日（金）

①『県立延岡病院におけるPCI（経皮的冠動脈形成術）の現状』

県立延岡病院 循環器内科 医長

森山 泰 先生

②『弁膜症の最新治療』

県立延岡病院 心臓血管外科 部長

桑原 正知 先生

○平成17年5月20日（金）

『輸液・栄養管理におけるリスクマネジメント』

医療法人川崎病院 外科 部長

井上 善文 先生

○平成17年6月18日（土）

『膝関節疾患における漢方治療』他

岩尾整形外科病院 東洋医学担当部長

首藤 孝夫 先生他

○平成17年7月8日（金）

『動脈硬化の進展予防におけるスタチンの役割』他

県立宮崎病院 内科循環器科 医長

中川 進 先生他

○平成17年7月22日（金）

『専門医が痛風になって - 患者の立場からみた痛風治療戦略-』

鹿児島大学大学院 医歯学総合研究科
神経病学講座 教授 納 光弘 先生

○平成17年7月29日（金）

『消化器癌治療のこれからの展望』

熊本大学大学院 医学薬学研究部
消化器内科学 教授 佐々木 裕 先生
(文責：木下 義美)

日向市東臼杵郡内科医会だより

平成17年冬のインフルエンザ（B型）が日向地域では猛威を振るい、患者から移されたドクターが今までになく多かったと聞いています。心せねばなりません。

平成17年1月から6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17年2月21日（月）

第4回「日向地区急性期医療連携検討会」
「急性腹症について」

県立延岡病院救命救急センター
武智 義臣 先生

○平成17年3月25日（金）

日向市東臼杵郡内科医会学術講演会
「血管をターゲットとした高血圧の治療戦略-ARBの新しい展開-」

大阪大学大学院医学系研究科
臨床遺伝子治療学教授
森下 竜一 先生

○平成17年6月21日（木）

第5回「日向地区急性期医療連携検討会」
「県立延岡病院におけるPCI（経皮的冠動脈インターベンション）の現状」

県立延岡病院心臓血管センター
副センター長 森山 泰 先生
(文責：古賀 正広)

児湯内科医会だより

平成17年前半の当内科医会主催・共催・後援の学術講演会は以下の通りです。

なお、3月より独立行政法人国立病院機構宮崎病院医療セミナーが新しく発足し後援しています。

○平成17年1月18日（火）

第66回児湯カンファランス

1. 一腰痛一

そのさまざまな原因と診断・治療

国立病院機構宮崎病院

整形外科 安藤 徹先生

2. 胸水中のADAが高値を示した3症例

国立病院機構宮崎病院

呼吸器内科 鳥羽聡史先生

○平成17年3月10日（木）

第1回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
糖尿病はなぜ起こる？～糖尿病の成因と治療～

熊本大学大学院医学薬学研究部代謝内科学
教授 荒木 栄一先生

○平成17年3月15日（火）

第67回児湯カンファランス

1. 小児の漢方治療

国立病院機構宮崎病院

小児科 加藤 直哉先生

2. 頭痛の診断と治療

国立病院機構宮崎病院

神経内科 内野 克尚先生

○平成17年4月26日(火)

第2回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
実地医家における血液疾患診療のポイント
国立病院機構熊本医療センター

副院長 河野 文夫先生

○平成17年5月24日(火)

第3回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
クリティカルパスについて
国立病院機構熊本医療センター

研究部長 清川 哲志先生

○平成17年6月28日(火)

第4回国立病院機構宮崎病院医療セミナー
肺癌の話
国立病院機構宮崎病院

副院長 楠元志都生先生

(文責：寺本 仁郎)

西都市・西児湯内科医会だより

西都市・西児湯内科医会は児玉健二先生
を会長に、現在会員数17名です。

平成8年に発足依頼10年目を迎え、この
間に多くの講演会と症例検討会を開催し、
日々の診療に役立ててまいりました。

講演会終了後の意見交換会でも毎回講師
の先生方を囲んで、飲みながら、食べなが
らいろいろな話題で盛り上がっております。

多人数の会ではないだけにそれぞれの先
生方のお顔が近く、ざっくばらんに話がで
きるのがこの会の大きな魅力の一つだと思
っています

(文責：黒木 重晶)

南那珂内科会だより

梅雨も終わり、連日猛暑が続いて体力を
消耗しています。医療界をみますと、来年
の診療報酬改正を前に、“嵐の前の静けさ”
のように感じられます。今に思えば、当地
でも何人かの先生がたが近年開業されたが、
大変だろうと思います。私が開業したころ
は、診療報酬はプラス(増加)で返済計画
がやり易かった。しかし最近マイナス改
定である。頑張ってもらいたい。

南那珂内科会は9~10月頃に総会を開く
予定である。講演会は南那珂医師会主体で
開催しているが、以下の通りである。

○平成17年1月12日(水)

高血圧症診療と研究における最新の話
宮崎大学医学部 第1内科 講師

北村 和雄先生

○平成17年1月28日(金)

かかりつけ医として注意したい耳鼻咽喉科
疾患

県立日南病院 耳鼻咽喉科 医長

竹中 美香先生

○平成17年2月10日(木)

明日から使える漢方~身近な疾患を中心に~
恒心館クリニック 院長 井上 博水先生

○平成17年2月25日(金)

「C型慢性肝炎-最新の治療-」

宮崎大学医学部 第2内科 助手

永田 賢治先生

○平成17年3月18日(金)

「健やかに生き安らかに尊厳死を」

九州がんセンター名誉院長日本尊厳死協会
九州支部長 大田 満夫先生

○平成17年3月25日（金）

（文責：中島 昌文）

「日本人のエビデンスを基にしたスタチン
の使い分け」

昭和大学医学部第三内科客員教授

国際医療福祉大学大学院臨床試験研究分野
教授 佐々木 淳先生

○平成17年4月15日（金）

「高血圧治療の最前線」

福岡大学医学部内科学第二教授

朔 啓二郎先生

○平成17年6月23日（木）

①一般演題

1. 『人工呼吸管理にて救命し得たクラミ
ジア肺炎を合併したじん肺症の一例』
－シベスタットナトリウムの使用経験－

県立日南病院 内科，同 麻酔科

今津 善史，平塚 雄聡，西園 隆三，
深江 裕子，石原 旅人，藤浦 芳丈，
生島 一平，石崎 淳，三上田正人，
長田 直人

2. 『集中治療により救命し得た胆汁性腹
膜炎の1例』

県立日南病院 外科

松田俊太郎，大平 洋明，山口 由美，
河野 文彰，小谷 幸生，市成 秀樹，
峯 一彦，柴田 紘一郎

②特別講演

「敗血症における臓器障害メカニズムと治
療戦略」鹿児島大学病院

集中治療部 講師 垣花 泰之 先生

○平成17年6月30日（木）

「キレイはビョーキだ－アレルギー疾患と
その意外な背景－」

東京医科歯科大学名誉教授 人間総合科学
大学教授 藤田 紘一郎 先生

西諸内科医会だより

平成17年度の前期の講演会の内容を報告
いたします。内科以外の講演会を3回視野
を広げるために行いました。特に21世紀を
感じさせるコンピューターによる遠隔手術
は医学の創造性，若さ，スピードを感じさ
せ，機械の名前も「ダビンチ」というもの
で，1億5000万円とのことでした。人の手
を使うより，画面を見ながら韓国から九大
の手術室で行われた手術には，医療の未来
の姿を感じさせられました。西諸地区内科
医会の発展と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申
し上げます。

平成17年1月から6月までの講演会の内
容は以下の通りでした。

○平成17年1月27日（木）

「痴呆性疾患の薬物療法」

宮崎大学医学部精神科教授

石田 康 先生

○平成17年2月4日（金）

「臨床に必要な単純X線評価法（特に下肢
を中心に）」

宮崎大学医学部整形外科教授

帖佐 悦夫 先生

○平成17年2月25日（金）

「喘息の最新診療の実際（抗ロイコトリエ
ン薬を含めて）」

東北大学感染症・呼吸器内科 副科長

田村 弦 先生

○平成17年4月19日（火）

「高血圧治療ガイドライン－2004年のポイ

ントー」

宮崎大学医学部附属病院病院長

江藤 胤尚 先生

○平成17年 5月19日（木）

「実地医科における糖尿病治療（インスリン抵抗性と脂質代謝）」

平和台病院院長 中村 周治 先生

○平成17年 6月10日（金）

「ロボット手術の現状」

九州大学大学院災害救急医学教授

橋爪 誠 先生

（文責：平塚 正伸）

原稿募集

次の原稿締切は平成17年12月22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 ひとつこと
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
採択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。著者をお願いして誌上で回答
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

今夏の終盤は小泉旋風と台風の猛威にさらされました。特に台風14号の爪痕は大きく、幹線道路や高速道路を寸断、宮崎市では完全断水で長期間にわたりライフラインを途絶させるなど、大災害をもたらしました。医療や福祉の要である医療機関にも大きな損害を与え、患者さんの不利益に直結する非常事態となっています。心からのお見舞いと一日も早い復興を祈念申し上げます。また郵政改革論議に端を発した衆議院解散・選挙は自民党の歴史的な圧勝に終わり、再び「医療の質」そのものが問われる医療改善の大波が押し寄せてくるのではないかと案じられます。

第68号巻頭言では志多先生が「医業の社会的責任」と題して医療を取り巻く環境の変化と医療従事者のスキルアップの必要性を掲げられています。特集では2004年7月、厚労省が非医療従事者にAED(自動体外式除細動器)の使用を認めたことを背景に、救命のための初動としてAEDがいかに大切かを心肺蘇生法の解説と宮崎ACLS普及委員会の活動状況から紹介していただきました。「会員投稿論文」には結核症の再興に対する警鐘、肝癌に対する経皮的ラジオ波焼灼術RFAの有用性とその治療成績、これまで比較的困難とされてきた消化管に対する超音波検査の有用性についての論文などが寄せられており、早速明日からの診療に役立つものばかりです。また今回は「会員からの質問」欄が設けられ、レセプト審査で査定される理由について宮崎県内科医会医療保険委員会の先生方に回答をいただいています。同会委員長の太西先生には報告の中で「診療報酬改定への要望」として、現在の診療報酬の不合理的な点と改善案を示していただいております。たいへん興味深いものとなっています。宮崎県内科医会常任理事の小牧先生は、学術団体としての側面をもつ県内科医会は会員の皆さんが日頃悩まれることが多い医療保険審査内容などの情報交換の場としての存在意義を力説されています。これからも本誌が先生方の情報共有の場になれば幸いです。

(牛谷義秀)

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