

【巻 頭 言】

四つの内科が一体となって

宮崎大学医学部 内科学講座
循環体液制御学分野

北 村 和 雄

今年の四月から宮崎大学医学部の内科学では別々の講座であった内科学第一、第二、第三講座と臨床検査医学講座の4つの講座が廃止され、ひとつの内科学講座（大講座）となりました。そして、今までの講座は、循環体液制御学、消化器血液学、神経呼吸内分泌代謝学、免疫感染病態学の4つの分野となりました。実質的には、現在のところあまり大きな変化はありませんが、今後は4つの分野が力を合わせて内科学講座を充実させることで、宮崎大学の発展と地域医療の充実に貢献して行かなくてはならないと考えております。

宮崎大学医学部内科学講座のそれぞれの分野は、先代および先々代の教授の御指導と各教室員の努力により、研究・診療の面では高いレベルが維持され、かつ特色ある内科学教室として発展してきました。今後とも、いままで同様の高いレベルの研究や診療を維持し、さらに発展させることができるかどうかは、一つになった内科学講座に数多くの若い先生が集まってきてくれるかどうかにかかっていると思います。しかしながら、新臨床研修制度が開始され、また内科の各分野のいずれかの教授が不在であった時期が長かったこともあり、ここ数年の内科への入局者が少ない状態が続いております。10月に消化器血液学分野の教授に下田先生が赴任されることになり、久しぶりに内科学教授の全員が揃います。各分野には仕事の出来る有能な人材が育ってきておりますが、教授不在では教室の将来の方向性が見えてこないため、学生や研修医が入りにくい状況でした。今秋から内科の教授がすべて揃い、各分野とも今後10数年は安定した状況で仕事が推進できると考えられるので、これを機会に、どうしたら若い医師が宮崎大学医学部の内科学講座に集まってくれるかを考えなくてはならないと思います。内科医としての成功を目指す若い医師の希望や目標、価値観等は多彩です。それらに応じて各人の夢を最終的には実現するためのやりがいのある仕事と場所を提供できるシステムを構築する必要があると思います。

現在内科の4つの分野では月一回の打ち合わせ会を持つとともに、内科での合同カンファレンス等も行われており、4つの内科学教室が協調して仕事を推進できる素地はできております。今後とも4つの分野がそれぞれの役割をしっかりと果たすとともに、今まで以上に協調して内科学講座の使命である診療・研究・教育を推進し、多くの良医と優秀な研究者を育てることで、当大学と宮崎の地域医療の発展に貢献したいと思っております。内科医会の先生には今後とも益々お世話になることになると思いますが、倍旧のご指導・ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

特集

あるプロレスラーの死から学ぶ 慢性B型肝炎の診断法

宮崎大学医学部医学教育改革推進センター 教授

林 克 裕

はじめに

2000年5月14日、ジャンボ鶴田（J鶴田）、マニラにて死亡。翌日、『J鶴田はB型肝炎ウイルス（HBV）が原因で肝硬変・肝癌になり、肝臓移植の手術中に死亡したと報道されているが、流血戦が原因でB型肝炎になったのでしょうか?』というmailが、中学時代のプロレスマニアの友人から届いた。（J鶴田時代は、アブドラザ・ブッチャーやタイガー・ジェット・シンなど流血戦を売り物にした悪役レスラーが大活躍をしていた）早速、J鶴田のHPを開いてみた。21才、全日本プロレスに入団。41才、B型肝炎で長期欠場。49才、渡米後ポートランド大学教授。肝臓病を患い、帰国。50才、豪州の病院へ転院。肝臓移植中に、マニラで死亡。

“J鶴田は、何故B型肝炎に罹患し、肝臓移植中に死亡したか?”この私の友人の疑問に答えるようになることが、この総説の到達目標と考えます。では、J鶴田が41歳の時、流血戦で、B型肝炎に感染し、長期欠場したとすれば、急性B型肝炎（AH-B）から慢性肝炎、肝硬変、肝癌へ進行し、49歳時に肝硬変・肝癌を患い、肝臓移植を受けたという経過になりますが、どこがおかしいのでしょうか。

- 1) 成人における急性B型肝炎と慢性B型肝炎の自然史の違い

J鶴田は21歳の時に、プロレス界に入門したので、成人におけるAH-Bの自然史を知る必要があります（図1）。我が国において、AH-Bが慢性化するのは1%以下であり、AH-Bから慢性肝炎、肝硬変を経て肝癌に至ることはあり得ません。では、何故J鶴田は肝硬変・肝癌になったのか?そのためには、CH-Bの自然史を理解する必要があります。図2に示すように、HBVキャリア（この場合、肝疾患の有無は問題ではない）の母親からの垂直感染、あるいは6歳以下の幼少時に、HBVキャリアの家族から水平感染が起ると、免疫力が未熟なため、HBVを異物として認識ができません。その結果、HBVの排除が起きないため（逆の立場からいえば、肝炎は生じない）、持続感染が成立し、HBe抗原陽性の健康HBVキャリアとなります。免疫力が発達する思春期になると、HBVを異物として認識して、HBVを排除しようとして、肝炎（急性増悪）が起こります。この肝

図1. 成人におけるB型肝炎感染の自然史

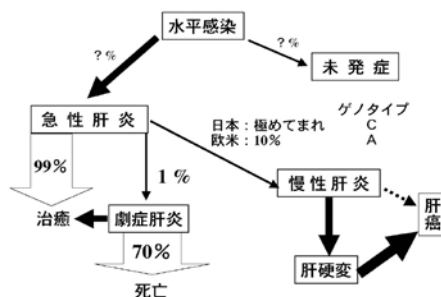
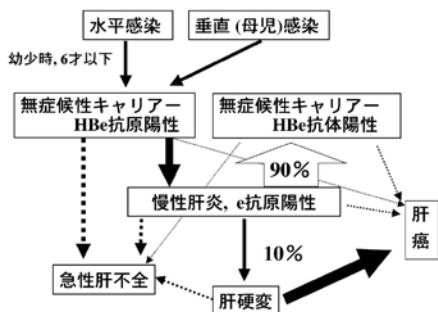


図2. B型慢性肝炎の自然史



炎をきっかけに、大半はHBc抗体陽性の健康HBVキャリアとなりますが、一部は肝炎が持続して、肝硬変・肝癌に至ります。

2) AH-BとHBVキャリアの急性増悪の鑑別方法

何故両者（AH-Bと急性増悪）を鑑別する必要があるのでしょうか？図1に示したように、AH-Bは劇症肝炎になる以外は自然治癒する、self limitingの疾患であります。一方、HBVキャリア（または慢性肝炎）の急性増悪はどんな肝臓の専門家が治療しても、始めから慢性化（持続感染）が運命付けられています。従って、診察した時点で、治癒するか慢性化するかを鑑別することは非常に重要な事になります。

では、どのようにしてAH-B（初感染）とCH-B（持続感染）の鑑別をすればよいのでしょうか？肝障害があるか否かは、黄疸やGOTやGPTなどの逸脱酵素の上昇ですぐ分かります。次に、HBs抗原陽性であれば、HBVによる肝障害であることが分かりますが、両者の鑑別には役に立ちません。HBV感染に限らず、初感染ではIgM型の抗体が上昇します。HBVに関連した検査の中で、IgMが付く検査はIgM HBc抗体しかありま

せん。一方、HBc抗体という検査項目がありますが、これはIgMとIgGを合計したものです。表1に示しますように、初感染ではIgM HBc抗体が、持続感染ではHBc抗体が高力価を示します。

* 欧米の標準的な教科書には、成人のAH-Bの10%が慢性化することが記載されました。我が国では慢性化が稀であるのに、どうしてか、疑問に思っていました。HCVではgenotypeにより、インターフェロンの効果が異なることが分かっています。HBVでもHCVと同じようにgenotypeが存在します。我が国ではgenotype Cが、欧米ではgenotype Aが大半であり、genotype Aでは成人の初感染の10%が慢性化する事が明らかとなりました。さらに、我が国のAH-Bにおけるgenotype Aが増えて来ていることが、問題となってきます。保険診療では、genotypeが測定できませんので、AH-Bは慢性化しないとの即断は禁物です。私は、患者さんに上記の事実を説明して、HBs抗原が陰性化するまでは通院をお願いしております。

表1. B型急性肝炎とB型慢性肝炎急性増悪の違い

	急性肝炎(初感染)	慢性肝炎急性増悪(持続感染)
HBs抗原	+	+
IgM HBc抗体	高力価	低力価
HBc抗体*	低力価	高力価

*HBc抗体=IgM+IgG

終わりに

J 鶴田が41歳時にB型肝炎で長期入院したのは、急性増悪によるCH-Bの肝不全に近い状態であり、その後も肝炎が持続して、肝硬変・肝癌になったものと思われます。このようなmailを友人に出した後、週刊誌でJ 鶴田のお母さんと弟さんがHBVキャリアとの記

事が出ていました。今回はCH-Bの治療については述べませんでしたが、もし、ラミブジンが使えていれば、J鶴田の急性増悪を乗り切れることができ、ジャイアント馬場が創設した全日本プロレスの運命も変わっていたのではないかと思います。ちなみに、私はアン

トニオ猪木ではなく、熱烈なジャイアント馬場ファンであります。

2000年6月18日、東京都青山斎場にて、J鶴田メモリアル献花式が執り行なわれました。ジャンピングニーパットよ永遠なれ！！

[会員投稿論文]

当院における循環器病患者 —開業後一年での検討—

日南市 えとう循環器科・内科クリニック

江 藤 琢 磨

要 約

日南市に無床診療所を開業し一年が経過した。限られた条件の中ではあるが、本院の患者を通して南那珂地区の循環器病患者動向を検討した。毎年6月より10月末まで同地区で実施される基本健康診査を本院で初めて行った結果、284名の住民が受診した。その中で高血圧症例を134名(47%)に認め、無治療例が56名(高血圧例の42%)であった。また、他施設に紹介し入院した165例の患者の中で85例(52%)は循環器疾患が原因であった。内訳は虚血性心疾患が最も多く53例、次いで不整脈12例だった。虚血性心疾患患者の中で冠動脈形成術を19例、冠動脈バイパス手術を10例に施行され、他に弁膜手術7例、大動脈手術4例、恒久的ペースメーカー植え込み10例であった。南那珂地区の人口を考慮すると虚血性心疾患が特に多い印象であった。今後地域住民に対する循環器疾患の啓蒙、予防と早期発見・治療に専念していきたい。

はじめに

近年、日本人のライフスタイルの変化に伴い、心血管疾患が年々増加傾向にある。宮崎県も同様と推察されるが、その発症率、診断率、治療戦略などには地域間格差が存在する

と思われる。以前より南那珂地区(日南市、串間市、南郷町、北郷町の二市二町)は循環器専門医が少ない地域であった。現在、この地区の住民が高度循環器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る。しかしながら同院のみでの対応は困難であり、このため循環器病患者を近隣の中核病院に紹介し、時には緊急搬送するのが現状である。私は南那珂地区住民の循環器疾患のケアを目的に、2004年10月に日南市に無床診療所を開業した。わずか一年の限られた条件の中ではあるが、本院の患者を通して南那珂地区の循環器疾患の動向を検討し、今後の問題点などについて考察した。

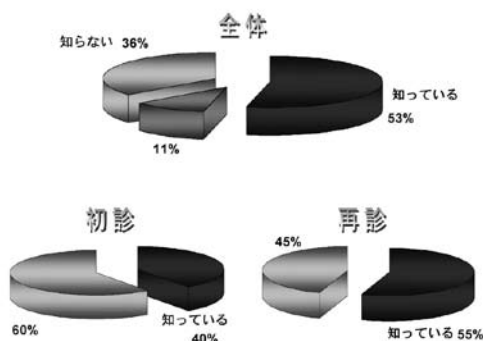
方 法

これまで南那珂地区には、循環器科を標榜している施設は限られていた。このため“循環器”あるいは“循環器科”という言葉が住民がどれだけ認知しているかを調べるために、開院後一年四ヶ月経った2006年2月末に外来患者、連続204名にアンケート調査を行った。次に、毎年6月より10月末まで日南市で実施される基本健康診査を本院で受けた住民を対象として、受診時の血圧値、高血圧治療の有無を調査した。また、本院からの紹介で

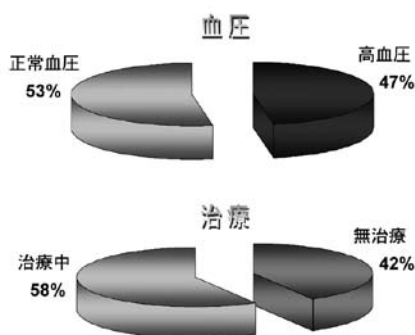
他の医療機関に入院した患者について、その原因疾患を検討し、特に循環器病患者においては、観血的治療について検討した。さらに、観血的治療を受けた患者については、紹介の有無、他の医療機関への通院の有無についても調べた。

結 果

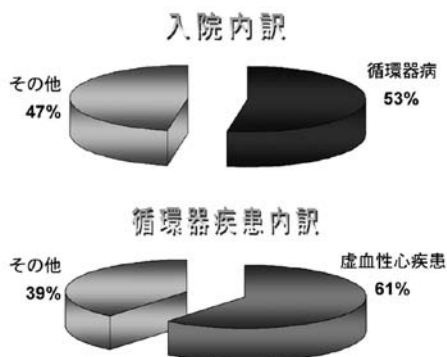
開院一年四ヶ月後の2006年2月末に外来患者、連続204名（初診25名、再診179名）にアンケート調査を行った。“循環器”あるいは“循環器科”という言葉を理解しているかどうかを質問したところ、理解していた方が53%、11%が曖昧で、36%が全く知らなかった。初診、再診別でみると、初診患者の40%は理解していたが、60%はわからなかった。また、再診患者では、55%が理解し、45%は知らなかった（図1）。次に日南市の基本健康診査を本院で受けた284名の住民の血圧を調べたところ、高血圧症例を134名（47%）に認め、その中で無治療例が56名（高血圧例の42%）だった（図2）。開業後一年四ヶ月の間に、本院からの紹介により他の医療機関に入院した患者は165名であった。その中で循環器疾患が原因で入院した患者は85例（52%）で、他の原因による患者は80例（48%）だった。循環器疾患の内訳は虚血性心疾患が最も多く53例で、次いで不整脈が12例だった（図3）。その中で観血的治療に関しては、冠動脈形成術（PCI）を19例、冠動脈バイパス手術（CABG）を10例に施行され、他に弁置換、弁形成など弁膜手術が7例、胸腹部大動脈瘤などに対する大動脈手術が4例、恒久的ペースメーカー植え込み（PMI）が10例で、上室性頻拍症などに対するカテーテル焼灼術



(図1) “循環器” の認知度調査



(図2) 基本健康診査での血圧調査



(図3) 入院患者内訳

(ablation) が3例であった（図4）。これら観血的治療を受けた40例は、全て本院に通院中の患者ではなく、他の医療機関からの紹介患者が16例（40%）、紹介なく患者自ら来院した患者が24例（60%）であった。紹介な

しの患者24例中、他の医療機関に通院中の患者が14例（58％）で、全くの無治療例は10例（42％）であった（図5）。

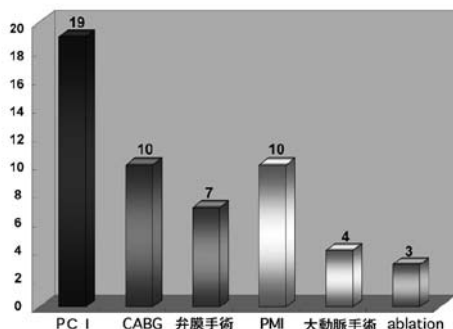
考 察

今回の“循環器”に関するアンケート調査の結果は、予想以上に住民に“循環器”という言葉が認知されていないことを表すものであった。開院当初ならまだしも、開院後一年四ヶ月も経った調査で、患者の半数以上が理解せずに来院していた。さらに既に何度か通院しているにもかかわらず再診患者の半数近くが意味を理解していなかったことは、驚きであり、また反省すべき点でもあった。これはまた、南那珂地区の住民が“循環器専門医”

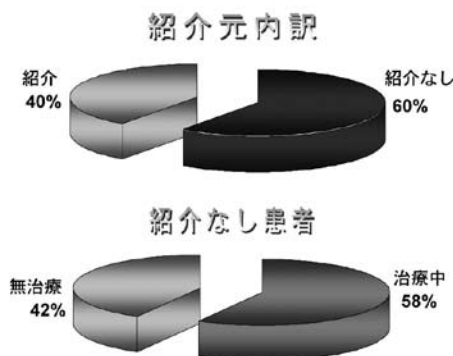
に接する機会の少なさを物語っているのかもしれない。

次に行った基本健康診査での血圧評価は、米国のNHANES IIIという疫学調査で報告されている“半分の法則”という高血圧患者動態に近似した結果であった。すなわち本院を受診した住民の半数近くが高血圧を示したが、その中で治療を受けている患者は、わずか4割にしかすぎなかった。今回は血圧だけに注目したが、印象として高脂血症に関しては、その罹患頻度、無治療者数とも高血圧患者を凌駕していると思われる。

次に、本院より紹介で他の医療機関に入院した患者についての検討では、一年四ヶ月の間に延べ165名の患者が入院した。これは毎月平均約10名の患者が入院したことになり、本院の外来患者数を考慮すると非常に高い入院率と思われた。入院患者の内訳では、半数以上が循環器疾患で、その中でも虚血性心疾患が6割を占めた。虚血性心疾患例で、救急搬送を要した急性冠症候群例は9名のみで、残りは外来での精査で狭心症が疑われた44名であり、すべて心臓カテーテル造影検査目的での入院であった。また、全入院患者の中で緊急のため救急車を利用した症例は、17名（10％）であった。循環器疾患が原因で入院した患者85例の中で、観血的治療を受けた症例が40例（47％）と半数を占めたが、これは重症例が多く含まれていたことを意味する。観血的治療の内訳では、冠動脈疾患に対する冠血行再建術（冠動脈形成術と冠動脈バイパス手術）が29例で、観血的治療を受けた患者の73％にもなった。観血的治療を受けた患者は全例、本院に通院中ではなく、他の医療機関からの紹介が4割で、大半は患者自ら来



（図4）観血的治療内訳



（図5）紹介患者状況

院した症例であった。しかも紹介なしの患者の中で、他の医療機関に通院中の患者は58%であった。これは入院による精査・治療を必要としたが、診断されずに通院していたことを示す結果であった。

今回の検討で明らかなのは、高度循環器医療を必要とする患者が、南那珂地区に数多くいたことである。幸いなことに、この一年四ヶ月の間に本院に通院中の患者で、急性心筋梗塞を発症した例はなかった。急性心筋梗塞と診断した5例は、他施設からの紹介と自ら来院した患者であった。今回の検討で、狭心症により冠血行再建術を受けた24例は、近い将来に心筋梗塞を発症していたかもしれない。特に冠動脈バイパス手術を受けた9例と左冠動脈前下行枝近位部に有意狭窄病変を認めた7例は突然死の可能性も否定できなかった。

南那珂地区で、住民が高度循環器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るが、同院には心臓血管外科はなく、このため心疾患に対する治療は限られている。しかもマンパワー不足は否めず、すべての循環器病患者を受け入れることは不可能である。現に今回の検討で観血的治療を受けた40例中37例(93%)は、宮崎市で治療された。この地区で夜間に急性心筋梗塞を発症しても、緊急で冠血行再建術を必要とする症例の多くは、県立日南病院を経由して宮崎市などに緊

急搬送される。発症後6時間以内のゴールデンタイムに緊急冠動脈造影検査を受け、治療により冠動脈の再開通を得られる患者が、果たしてどれだけ存在するのか。さらには日中でさえも、受け入れ先の医療機関の問題や救急車による患者搬送の問題など、地方ならではの多くの問題を抱えている。このような問題を踏まえた上で我々が出来ることは、早期発見、早期治療の大原則である。また、住民への啓蒙活動による予防に他ならない。今回の検討は、あくまでも本院において、限られた期間、限られた症例を通しての結果であり、この地区の現状をすべて表すものではない。しかしながら、多くの問題に直面しながらも地域住民の健康維持のために、日々の診療に携わっていかねばならない。喜ばしいことに、最近になり南那珂地区に数名の循環器専門医が開業された。住民にとっては非常に心強いことであり、今後も専門性を生かして、住民のニーズに十分に答えられるよう日々邁進したい。

謝 辞

県医師会の先生方には、病診連携、診診連携におきまして、大変お世話になりました。また、開業後は多くのご助言や励ましのお言葉を頂戴いたしました。この場を借りて深謝いたします。

[会員投稿論文]

人生の旅モデルとしての肝臓患者

宮崎市 大西医院

大西 雄二

はじめに

医師としての自分はどのように、患者や社会に関わり、その責務に応えられるのか？

医師と患者との関係性を考えてみたい。

医師と患者はさまざまな健康問題を介して、長期にわたり、継続的な関係を築いていくことがある。20年にわたり、肝臓疾患患者との関係が途切れることなく、終末まで見届けることができた開業医療の実践例を報告する。

症 例

症例：女性。昭和24年10月生れ。平成17年9月、肝臓にて55歳で死亡。

生活歴：飲酒家。手術歴・輸血歴 なし。

病 歴

昭和60年慢性肝炎（非A非B型）として診療を開始。昭和63年C型肝炎と診断。平成5年6月にインターフェロン療法が保険適応となり、肝生検施行。組織にて、炎症細胞浸潤を認め、中程度の活動性を示す慢性活動型肝炎と診断された。インターフェロンアルファを6カ月投与したが、奏効しなかった。肝硬変に進展。

平成14年9月、腹部超音波検査にて肝臓と診断した（図1）。同年10月、肝臓に対する肝



図1：腹部エコー平成14年9月17日 矢印：肝臓

動脈塞栓療法。平成15年3月、食道静脈瘤より吐血、硬化療法。平成16年6月、経皮的局所療法として肝動脈注入化学療法及びエタノール注入療法。同月リザーバー留置し、肝動脈注入化学療法。平成17年8月、宮崎市郡医師会病院緩和ケア後、宮崎医療センター病院に転院し9月10日死亡。施した治療を示す

表1：施した治療

インターフェロン療法
食道静脈瘤硬化療法
肝動脈塞栓療法
エタノール注入療法
リザーバー留置による肝動脈注入化学療法
ホスピス利用目的

表2：血液学・生化学検査成績

	血色素	血小板	アルブミン
平成5年 (肝生検、インターフェロン療法)	11.8g	6.1万	4.59g
平成14年	10.8g	2.6万	3.4g
平成15年 (食道静脈瘤破裂)	8.4g	1.9万	2.49g
平成17年8月20日 (当院での最後の検査)	9.3g	4.8万	2.7g
		総ビリルビン	4.3g

(表1)。

検査成績：血液学・生化学検査成績の経過を示す(表2)。

考 察

医師と患者は、さまざまな問題を介して、継続的な関係を築いていくことができる。そして医療は変化する病態に導かれて、展開されていく。

本例はC型慢性肝炎から肝硬変、そして肝癌が発症した例で、20年以上診療に携わった。

開業医は専門医とは異なったやりかたで患者の必要に応じ続ける。状況に対応して、円滑に医療を実践するためには、それを支えるシステムが必要である。開業医と専門医の両者が協力し、相補いながら医療を行う必要がある。変化する病態に応じ、その時点で可能な最善の治療を選択しなければならない。専



図2：病院との連携

門医への紹介が必要の場合は、より高度の医療が行われる施設へ紹介し、連携するチーム医療が求められる。主に個人的な努力によって築かれる専門医や病院とのネットワークが必要である(図2)。

人生の旅を続ける患者は、その過程で、さまざまな生活上の出来事に遭遇する。患者と生活上の接点を持つ医師は医療のみならず、生活上の問題や精神面にも向き合い、一緒に解決に努力しなければならない(図3)。

人生の旅モデルは、患者に身近で、協調的・継続的かつ包括的な説明責任を大切にする開業医にふさわしい。旅の目的遂行を見守り、助け、支え、目標をともにする全人的医療を目指す。まとめをのべる(表3)。



図3：人生の旅モデル(『開業医療の新パラダイム』の図を一部改変)

表3：まとめ

- ☆C型慢性肝炎→肝癌の患者を20年以上診療することができた。
- ☆変化する病態に応じて、その時点で出来る治療を選択することができた。
- ☆病院との継続的な連携が必要であった。
- ☆患者への生活上や精神面への配慮を必要とした。
- ☆患者の人生とともに歩み、終末まで見届ける開業医療を実践することができた。

(参考：『開業医療の新パラダイム[人生の旅モデル]』飯島克巳 日本医事新報社2004年)

[会員投稿論文]

自己免疫性膵炎の一例

宮崎市 県立宮崎病院臨床検査科超音波センター

石橋 峰嗣, 守屋 喜代, 松原 佳奈, 武田恵美子
 平松百合子, 野元 園恵, 三原 謙郎, 加藤久仁彦
 浦田 真吾¹⁾, 宮永 修¹⁾

¹⁾ 県立宮崎病院内科 (宮崎市)

はじめに

発生成因に何らかの自己免疫的機序が関連すると考えられる慢性膵炎が自己免疫性膵炎 (autoimmune pancreatitis: AIP) と称され、近年注目を集めている。AIPの病因や病態は十分に解明されておらず発生機序は不明であるが、画像上は比較的特徴的な所見を示す。

私達は最近、初めてAIPを経験したので画像を中心に報告する。

症 例

症例：81歳，男性

主訴：黄疸

既往歴，家族歴：特記事項なし。大酒家ではない。

現病歴と主な検査成績：数年来，高血圧にて近医でフォローされていた。平成18年5月に食欲不振と尿の濃染が出現，6月近医から当院へ紹介となった。初診時の生化学検査ではT-Bil 16 mg/dl，D-Bil 13 mg/dl，GOT 66 IU/L，GPT 73 IU/L，ALP 1225 IU/L， γ -GTP 807 IU/Lと閉塞性黄疸のパターンを示し，さらに血糖が高かった (表)。

腹部エコー (US) では膵全体が腫大し低エコーを呈し，膵管拡張はなかった (図1)。膵頭部は一部限局性に腫大し占拠性病変 (SOL) 様にみえ，総胆管を圧排し肝外ならびに肝内胆管の拡張がみられた。胆嚢腫大を認めたが胆石はなかった。SOL様所見の中を主膵管が通り抜ける像，すなわち膵管穿通

表 生化学血清検査

T-Bil	16.3 mg/dl	γ -グロブリン	2970 mg/dl
D-Bil	12.7 mg/dl		
GOT	66 IU/L	IgG	2470 mg/dl
GPT	73 IU/L	IgG サブクラス	
ALP	1225 IU/L	IgG1	1460 mg/dl (62%)
γ -GTP	807 IU/L	IgG2	640 mg/dl (27%)
AMY	125 IU/L	IgG3	57 mg/dl (2%)
CEA	3.8 ng/ml	IgG4	186 mg/dl (8%)
CA19-9	129 U/ml		
FBS	270 mg/dl	抗核抗体	160 倍



図1 US像

徴候 (duct-penetrating sign) や膵石もなかった。脾静脈や上腸間膜静脈はみえにくく、膵全体癌(疑い)による閉塞性黄疸と診断した。

腹部CTでは膵実質が全体的に腫大し、USと異なりSOLはなかった(図2)。

入院後の検査では抗核抗体160倍、 γ -グロブリン2970 mg/dl、IgG 2470 mg/dl、IgG4 186 mg/dl、CA19-9 129 U/mlなどの異常がみられた(表)。

以上の成績からAIPを疑いUSを再検。初回にSOLを疑った所見は腫大した膵頭部の一部であり、腫瘍ではなかった。主膵管の一部を膵体部の狭い範囲で記録できたが、径1 mm位と細かった(図3)。今回は脾静脈や上腸間膜静脈を同定できた。

MRIでも膵全体がソーセージ様に腫大しており、膵周囲には被膜様構造物(capsulelike



図2 CT像

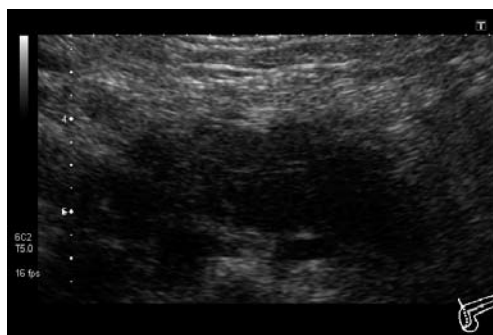


図3 US像

rim)と思われるT1W1、T2W1での低信号帯を伴っていた(図4)。MR膵胆管撮影(MRCP)では主膵管の不整な狭細像が描出され、拡張した総胆管は膵頭部で先細り状に狭小化していた(図5、矢印)。

結局、本症例はAIPで腫大した膵頭部により総胆管が圧排され、そのため生じた胆管狭窄による閉塞性黄疸であった。まず減黄目的



図4 MRI像

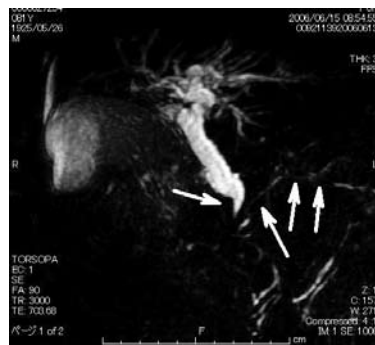


図5 MRCP像

で経皮的ドレナージ (PTGBD) を行い、ステロイド治療を開始し、現在、膵腫大は徐々に軽減しつつある。合併している糖尿病へはインスリンを投与中である。

考 察

AIPは膵腫大、膵管のびまん性狭細、自己抗体の存在、ステロイドが有効などを特徴とする慢性膵炎で、高齢の男性に多い、膵炎症状に乏しい、下部胆管狭窄による閉塞性黄疸、糖尿病の合併を認めることが多い、予後は悪くないなどの臨床の特徴を有する。日本膵臓学会から提唱されている診断基準は3項目で、①画像検査で主膵管狭細像を膵全体の1/3以上の範囲で認め、さらに膵腫大がある、②高 γ グロブリン血症、高IgG血症、自己抗体を認める、③病理所見異常となっている¹⁾。自験例で膵生検は行っていないが、①と②に該当する。

AIPのUS所見は膵全体のソーセージ様腫大 (sausage-like appearance)、膵管の狭細像、上流胆管の拡張と下部胆管の狭窄などがあり、膵癌、特に膵全体癌との鑑別が重要である^{2~5)}。膵全体癌では膵全体が腫大し低エコー腫瘤にみえ、不均一な内部エコーを示し、辺縁は凹凸がみられる。周囲組織への浸潤像、脾静脈の閉塞、上腸間膜静脈より門脈本幹にかけて腫瘤による圧排狭小化、所属リンパ節腫大等がみられる。これに対して自験例の膵はほぼ均一な低エコーで、また、脾静脈等は同定でき、周囲への浸潤所見はなかった。2回目のUSで全体癌を除外したが、USのみにてAIPと全体癌を鑑別するには困難なことも多く、他の画像検査や血液検査を組み合わせる必要がある。MRCPでは

腫大した領域の主膵管に狭小化を認めることが多く、膵癌に比し狭窄の範囲が比較的長く平滑であるのも鑑別点となる。なお、自験例でもみられた膵内胆管の狭窄・狭小化の原因は膵実質の炎症・腫大によるしめつけ狭窄と、胆管壁そのものの炎症性肥厚による狭窄の2つの機序が考えられている。自験例で胆管壁肥厚は描出されなかった。

免疫学的検査のうちIgG4はIgGサブクラス分画の一つで、疾患特異度が高く膵癌との鑑別に有用とされている。健常人では全IgG分画の4~6%だが、自験例では8%と上昇していた。消化器領域ではAIP以外の疾患で上昇することは稀だが、AIPでIgG4が上昇する機序は分からない点が多い。AIPでは腫瘍マーカーの上昇もしばしば観察され、CEAやCA19-9などの上昇が20~40%にみられるという。自験例でCEAは正常であったが、CA19-9は高かった。

一般にAIPはステロイド治療に良く反応し、多くの症例で予後は良好とされており、現在、ステロイドを投与しながら経過観察中である。AIPの合併症の一つに糖尿病があり、自験例でもみられた。膵線維化に伴う β 細胞減少のほか、Tリンパ球による直接的な β 細胞傷害が関与するとされている。

結 語

AIPは年々報告が増加しているが、その原因や発生機序はまだ不明な点が多い。一方、画像は特異的であり、USにて膵のびまん性腫大を認めたらAIPを念頭に置く必要がある。AIPを初めて経験したので報告した。

本症例の要旨は、日本超音波医学会第16回

九州地方会（平成18年9月，宮崎市）にて報告した。

参 考 文 献

- 1) 日本膵臓学会：日本膵臓学会自己免疫性膵炎診断基準2002. 膵臓17：585-587, 2002
- 2) 一二三倫郎ほか：臨床医のための超音

波診断アトラス. 総合臨床54：429-438, 2005

- 3) 山城正司ほか：膵充実性腫瘤性病変の鑑別診断. 臨床画像21, 646-663, 2005

- 4) 平野賢治：自己免疫性膵炎の本体と治療. 画像診断26：49-53, 2006

- 5) 藤永康成ほか：自己免疫性膵炎の画像診断. 画像診断26：54-63, 2006

[会員投稿論文]

甲状腺ホルモン値 (FT3, FT4) とTSHの間に乖離を認める場合の診断の進め方について (甲状腺ホルモン不応症の1症例を経験して)

宮崎市 宮永内科クリニック¹⁾, 古賀総合病院²⁾宮永 省三¹⁾, 栗林 忠信²⁾

はじめに

最近では遊離甲状腺ホルモン (FT3, FT4) とTSHを測定することにより甲状腺機能をほぼ評価できるようになっている。表1に示すように、一般的にバセドウ病ではFT4, FT3が高値, TSHは低値となり、慢性甲状腺炎 (機能低下症) ではFT4, FT3が低値, TSHは高値となる。しかし、時にはこのFT3, FT4とTSHとの間に乖離を認めるような症例に遭遇し、判断に苦慮することもある。例えば、FT3, FT4が高値にもかかわらずTSHが抑制されず、正常かあるいは高値を示すような場合である。このようにFT3, FT4とTSHの間に乖離が見られるような場合、まず測定値の見かけ上の異常がないかどうか検査する必要がある。例えば、抗甲状腺ホルモン抗体 (THAA)¹⁾ や異常アルブミンが存在する場合にはFT3, FT4の測定値に見

かけ上の異常が生じ²⁾、また血中に抗マウスIgG抗体が存在する場合にもTSH値は見かけ上異常高値となる³⁾。乖離の原因としてこれら測定系に影響を与える物質の存在が除外された後に、TSH産生腫瘍や甲状腺ホルモン不応症などのいわゆるTSH不適切分泌症候群 (SITSH) として精査を進めて行くことになる。今回、バセドウ病と診断され治療を受けるも症状の改善が見られず、FT3, FT4とTSHの乖離を認めた症例を経験した。最終的に甲状腺ホルモン不応症と診断されたが、この症例を通してFT3, FT4とTSHの乖離のある場合のアプローチの仕方について検討したい。

症 例

症 例：11歳、女性

主 訴：全身倦怠感

既往歴：なし

家族歴：母方祖父に肝疾患、母方祖母と父方祖父に高血圧、甲状腺疾患なし

現病歴：平成8年6月に学校の体育で水泳が始まり、きつそうにしていた。7月に近医を受診し、バセドウ病と診断されメルカゾール30mgの投与を開始された。その後徐々に

表1 一般的な甲状腺ホルモン値とTSH値の関係

	FT3	FT4	TSH
バセドウ病	↑	↑	↓
橋本病	↓	↓	↑
亜急性甲状腺炎	↑	↑	↓→
甲状腺腫	→	→	→
乖離のある場合	↑	↑	↑→

減量され15mgになった。しかし、全身倦怠感は改善せず、甲状腺ホルモン値も上昇してきたため再度20mgに増量された。その後も症状の改善が見られず、メルカゾールの増減を繰り返されていたが、その間も甲状腺ホルモン値とTSHは高値が続いていた。平成9年7月にはメルカゾールは10mgであったが、この頃も疲れやすく、また全身倦怠感が続くため精査加療目的で7月17日古賀総合病院を受診した。

身体所見：身長：153cm、体重：41kg、血圧：105/53mmHg、脈拍：92/分・整、体温：36.6℃、皮膚：正常、眼瞼結膜・眼球血膜：異常なし。頸部：甲状腺腫を触知。胸部：心音・呼吸音に異常なし。腹部：平坦、軟、肝・脾を触知せず。四肢：振戦、浮腫なし。

検査所見（表2）：一般検査ではALPの高値を認めるのみで他には異常なし。

内分泌学的検査所見（H 9年7月17日古賀総合病院初診時；メルカゾール10mg内服下）ではFT3が6.72pg/mlと高値にもかかわらず、TSHも30.88 μ U/mlと高値でありTSHが抑制されていない。甲状腺自己抗体（antiTg, AntiTPO）は陰性。TBII, TSABも正常範囲であった。エコーでは甲状腺はびまん性に腫大し、内部エコーはheterogenousで両葉ともにsmall noduleが散在していた。

臨床経過（表4）：平成8年7月1日近医初診時の甲状腺ホルモン値はT3, T4とも高値でTSHは1.6 μ U/mlと正常範囲であった。この時点でバセドウ病と診断されメルカゾール30mgが開始された。その後約1年間メルカゾールは10mg～20mgの範囲で増減が繰り返されていた。平成9年2月メルカゾール20mg投与下でT3は僅かに高値を示すもの

表2 検査所見

<Urinalysis>		<Chemistry>	
Pro (-)		TP	6.9 g/dl
Glu (-)		Alb	4.1 g/dl
OB(-)		GOT	16 IU/l
		GPT	13 IU/l
		LDH	353 IU/l
<CBC>		ALP	722 IU/l
WBC 9600 / μ l		T-cho	140mg/dl
RBC 494 $\times 10^4$ / μ l		Ca	9.2 mg/dl
Hb 13.6 g/dl		P	4.5 mg/dl
Plt 29.0 $\times 10^4$ / μ l			
内分泌学的検査所見			
FT3	6.72	pg/ml	(2.4 ~4.5)
FT4	1.3	ng/dl	(0.9 ~1.8)
TSH	30.88	μ U/ml	(0.27 ~4.2)
Tg	1095.8	ng/ml	(<36)
AntiTg	23.3	IU/ml	(<70)
AntiTPO	5.8	IU/ml	(<18)
TBII	7.9	%	(-15 ~15)
TSAB	130	%	(<180)
TBG	18	μ g/ml	(12~30)
抗T3抗体	2.2	%	(<6.5%)
抗T4抗体	3.3	%	(<6%)
抗TSH抗体	3.7	%	(<6.5%)

表4 臨床経過

	'96/7/1	10/5	'97/2/2	7/17	8/1	8/22	9/26	11/7
T3(ng/ml)	233	219	256					
T4(μ g/dl)	15.8	12.9	12.2					
FT3(pg/ml)				6.72	6.47	6.52	7.67	7.84
FT4(ng/dl)				1.3	1.4	1.7	2.7	2.9
TSH(μ U/ml)	1.6	10.7	17.0	30.8	28.7	10.7	1.94	1.81
MMI(mg)	30	15	20	10	5	-	-	-

の、TSHが更に上昇してきたため10mgに減量されていた。その間にも疲れやすく、全身倦怠感も改善しなかったため、同年7月17日古賀総合病院を紹介され受診した。同院初診時（メルカゾール10mg内服下）にはFT3 6.72pg/ml, TSH 30.8 μ U/mlとTSHは更に上昇していた。そのため更にメルカゾールを5mgに減量されたものの、1ヶ月後の8月の再検でもFT3 6.47, FT4 1.4, TSH 28.7と甲状腺ホルモン値とTSHの高値が持続しており、この時点でバセドウ病らしくないと判断されメルカゾールは中止された。中止後の9月にはFT3 7.67pg/ml, FT4 2.7ng/ml, TSH 1.8 μ U/mlと甲状腺ホルモン値は依然高値だが、TSHは正常化傾向にあり、TRH負荷試験（表3）ではTRH負荷によりTSHは正常反応を示した。

表3 TRH負荷試験

	0'	15'	30'	60'	90'	120'
FT3	9.32	8.85	9.58	11.71	14.94	16.96
TSH	1.86	18.19	19.23	13.33	10.34	7.59

ここで本症例の問題点を要約すると、1) 甲状腺ホルモン値はやや高値であるが、TSHも高値であり、いわゆる甲状腺ホルモン値とTSH値の乖離が見られる。2) 臨床症状からは甲状腺機能低下状態のようである。3) 一般的なバセドウ病らしくない、ということになる。そこでこれらの問題点を解決するために、まずTBG（サイロキシン結合グロブリン）異常症や抗甲状腺ホルモン抗体（THAA）、抗TSH自己抗体などの存在による測定系の見かけ上の異常の有無を確認し、その後TSH産生腫瘍や甲状腺ホルモン不応症について検討した。

結 果

表2に示すように、TBGは正常であり、また抗甲状腺ホルモン抗体（THAA）も抗T3抗体、抗T4抗体とも正常で、抗TSH抗体も正常であった。更に表3のTRH負荷試験ではTSHは正常反応を示しており、TSH産生腫瘍は否定的であった。結論として本症例は、TBG異常症、THAAや抗TSH抗体などの測定系に影響を与える物質の存在は認められず、更にTSH産生腫瘍も否定され、最終的に甲状腺ホルモン不応症と考えられた。

考 察

甲状腺ホルモン不応症とは、正常な状態であれば十分量と考えられる甲状腺ホルモンが存在しているにもかかわらず標的組織側の異常のためにホルモン濃度に見合ったホルモン作用が発揮されない病態である。全身型甲

状腺ホルモン不応症と下垂体型甲状腺ホルモン不応症に分類される。全身型は1967年にRefetoffら^{4,5)}により最初に報告された。この場合、1) 甲状腺ホルモン値は高値、TSHも高値か正常範囲、2) 臨床症状は甲状腺機能低下状態、3) 甲状腺ホルモンに対する全身の標的組織の反応性の低下が原因である。また、下垂体型は1975年にGershengornら⁶⁾により最初に報告されている。この場合には、1) 甲状腺ホルモン値は高値、TSHも高値か正常範囲、2) 臨床症状は甲状腺機能亢進状態を示し、3) バセドウ病の病態に似るが眼症状は認めない、4) 甲状腺ホルモンに対する下垂体の反応性の低下が原因である。全身型、下垂体型ともTBGは正常で、抗Tg抗体、抗TPO抗体、抗TSH抗体等は陰性。Tgは高値の場合が多く、甲状腺はびまん性に腫大し、放射性ヨード摂取率は高値で、他の内分泌系の異常は見られない。ほとんど常染色体優性遺伝である等が共通して認められる。本症例の場合、臨床症状から全身型甲状腺ホルモン不応症と考えられた。投薬を中止し、経過観察としたが、甲状腺ホルモン値はやや高値で推移し、TSHも軽度の高値を維持していた。全身型甲状腺ホルモン不応症はこれまで世界で約200例の報告があり、そのほとんどは家族性で、Refetoffの集計では⁷⁾ 家族性が181例、家系数は47家系で、弧発性は8例、家系数は8家系であった。不明が16例でこの中には養子の場合や調査なしの症例が含まれている。本邦では山下らの全国集計⁸⁾の結果、家族性が5家系14症例、不明が8症例であった。1986年に甲状腺ホルモン受容体（TR）がクローニングされ^{9,10)}、以来、本症候群の多くの例でTRの異常が見出された¹¹⁾。TR遺伝子

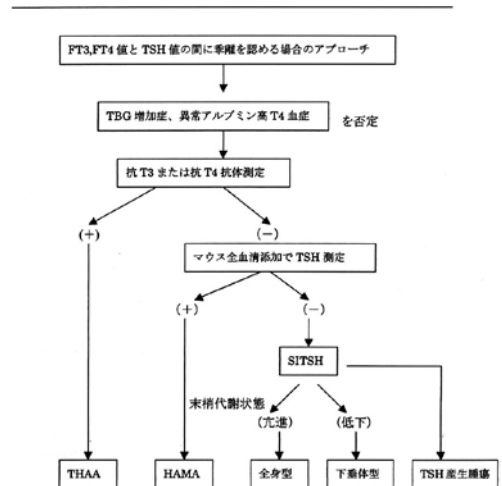
には α と β の 2 型があり, α は第17染色体に, β は第3染色体に存在する。全身型甲状腺ホルモン不応症に認められる遺伝子異常は Refetoff の最初の報告 (TR β 1 の欠失による) 以外はすべて TR β 1 遺伝子の点変異による常染色体優性遺伝または散发例である。点変異のほとんどすべては TR β 1 の T3 結合領域のエクソン 7, 8 に集中している¹²⁾。本症例でもこの TR β 1 遺伝子の解析を行ったが, エクソン 7, 8 点変異を認めなかった。

結 語

バセドウ病と考えられていたが, 最終的に甲状腺ホルモン不応症と診断された症例を経験した。本症例のように FT3, FT4 と TSH との間に乖離を認めるような症例に遭遇した場合, 様々な可能性を考えなければならないが, まず測定系に影響を与える物質の存在を考慮することで合理的に診断を進めていくことができる。どのようなアプローチで診断を進めるべきかまとめた (図 1)。

- 1) まずバセドウ病の診断を見なおすこ

図 1 FT3, FT4 と TSH の間に乖離を認める場合のアプローチ



と (バセドウ病との鑑別が非常に困難な場合がある)。2) TBG 増加症や異常アルブミン血症について検討し, それらが否定されれば, 3) 抗 TSH 抗体や抗甲状腺ホルモン抗体 (抗 T3 抗体, 抗 T4 抗体) の影響を検討する。4) 更に HAMA について検討し, それが否定されれば SITSH の可能性を考慮する。5) TSH 産生腫瘍がなければ甲状腺ホルモン不応症と診断され, 末梢の代謝状態により全身型と下垂体型に分類されることになる。

参考文献

- 1) Premachandra BN, Walfish PG. Effect and clinical significance of exogenous thyroxine therapy in patients with circulating thyroid hormone autoantibodies. Am J Clin Pathol 1982; 78: 63-68
- 2) Sakata S, Nakamura S, Miura K. Autoantibodies against thyroid hormone or iodothyronine. Ann Intern Med 1985; 103: 579-589
- 3) Zwing MH, Csako G, Reynolds JC, Carrasquillo JA. Interference by iatrogenically induced anti-mouse IgG antibodies in a two-site immunometric assay for thyrotropin. Arch Pathol Lab Med 1991; 114: 164-168
- 4) Refetoff S, DeWild LT, DeGroot LJ. Familial syndrome combining deafmutism, stippled epiphyses, goiter, and abnormally high PBI: possible target organ refractoriness to thyroid hormone. J Clin Endocrinol Metab. 1967; 27: 279-294

- 5) Refetoff S, Weiss RE, Usala SJ. The syndromes of resistance to thyroid hormone. *Endocrine Rev.* 1993; 14: 348-399
- 6) Gershengorn MC, Weintaraub BD: Thyrotropin-induced hyperthyroidism caused by selective pituitary resistance to thyroid hormone: A new syndrome of inappropriate secretion of TSH. *J Clin Invest* 1975; 56: 633
- 7) Refetoff S: Resistance to thyroid hormone revisited. *Thyroid Today.* 1990; 13 (3) : 1
- 8) 山下俊一, 長瀧重信: 甲状腺ホルモン不応症. *日本臨床*65 (増刊号: 本邦臨床統計集下巻) 1993 ; 83
- 9) Sap J, Munoz A, Damm K, Goldberg Y, Ghysdeal J, leutz A, Beug H, Vennstrom B. The c-erb-A protein is a high-affinity receptor for thyroid hormone. *Nature*, 1986; 324: 635-640
- 10) Weinberger C, Thompson CC, Ong ES, Lebo R, Gruoul DJ, Evans RM. The c-erb-A gene encodes a thyroid hormone receptor. *Nature*. 1986; 324: 641-646
- 11) Sakurai A, Takeda K, Ain K, Ceccarelli P, Nakai A, Seino S, BellGI, Refetoff S, DeGroot LJ. Generalized resistance to thyroid hormone associated with a mutation in the ligand-binding domain of the human thyroid hormone receptor β . *Proc Natl Acad Sci USA*. 1989; 86: 8977-8981
- 12) 西山幸三, 中村浩淑, 甲状腺ホルモン受容体とその異常. *現代医療*. 2000 ; 32 : 134 - 141
- 13) Bock JL, Furgiuel J, Wenz B. False positive immunometric assays caused by anti-immunoglobulin antibodies: a case report. *Clin Chim Acta* 1985; 147: 241-246
- 14) 久岡俊彦, 飯野史郎, 斉藤一二三, 吉村弘, 石川直文, 百溪尚子, 伊藤国彦. 遊離甲状腺ホルモン濃度とTSH濃度間に解離を認める病態に関する検査方法と臨床について. *日本内分泌学会雑誌*. 1994 ; 70 : 563 - 572
- 15) 今井泰平, 細川記代, 岩崎裕明, 松下美加, 土居 賢, 七里真義, 平田結喜緒. 下垂体型甲状腺ホルモン不応症の1例. *日本内分泌学会雑誌*. 2000 ; 76 : 136 - 138

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療

XIII 悪心・嘔吐

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

はじめに

悪心とは心窩部から咽喉部にかけて自覚される不快感（はきけ・むかつき）を言い、嘔吐とは複数の器官の関与のもとに胃内容物を食道や口腔を経て吐出する現象を言う。悪心は嘔吐の前駆症状として自覚されることが多いが、脳圧亢進の際の如く悪心を伴わずに嘔吐をきたす場合もある。

嘔吐は延髄にある嘔吐中枢が刺激されて起こるが、その刺激伝導経路は迷走および交感神経求心路、高位の中枢神経路、化学受容体引き金帯（chemoreceptor trigger zone〈CTZ〉）を介する経路の三者が存在すると考えられる。

その治療は原因療法が最も重要であるが、薬物療法では制吐剤が用いられ、CTZに作用するもの、嘔吐中枢に作用するもの、抗ヒスタミン剤、抗コリン剤、精神安定剤などがある。

漢方では、ゲーゲーというような声が出て吐出物がないのを嘔とし、声がなくて吐出物があるのを吐とし、声があって吐出物もある場合を嘔吐と呼んだ。また、嘔に相当する症状を乾嘔（俗にからえずきとも言う）とも呼ぶが、現在では嘔と吐を区別せずに嘔吐と呼んでいる。

悪心・嘔吐に運用される機会のある漢方方は多数であるが、とくに前号まで3回に亘って述べてきた食欲不振に記載した方剤はいずれも悪心・嘔吐にも用いられる機会が少なくないと思うので御参照いただきたいと思っている^{1,2,3}。本稿では食欲不振の項に述べなかつた方剤のうち小半夏加茯苓湯、呉茱萸湯、五苓散を中心に述べることにする。

1. 小半夏加茯苓湯

出典は金匱要略で半夏・生姜・茯苓の3種の生薬で構成される。

（1）使用目標：原典の金匱要略・痰飲欬嗽病篇には「卒に嘔吐し、心下痞し、膈間に水ありて、眩悸する者は、小半夏加茯苓湯之を主る。」と記載されている⁴。すなわち「心窩部に痞塞感があって、胃内停水があり、めまいや動悸がある人が急に嘔吐する場合は小半夏加茯苓湯の適応症である。」の意と思われる。本文中の「膈間」の字句は胸廓内を指すことが多いが、本方の適応症の場合はその範囲を心窩部まで拡げて「膈間に水ありて」を胃内停水の意とした方が適切ではないかと思う。また、「卒」に関して大塚は『千金方では「卒」の字を「諸」にしてある。「諸」はもろもろと読むから、この方がよいと考える。卒では、突然の嘔吐だけに効があるよう

にとられるが、諸種の嘔吐に効があるので、千金方に従うのがよい。これで嘔吐がとまるばかりでなく、動悸もめまいも、いっしょによくなる。』と述べている⁵⁾。「千金方」は、唐代以前の医薬書を集成した唐・孫思邈の「備急千金要方」のことで、この書には本方について「治諸嘔噦心下堅痞脇間有水痰眩悸者。」と記載されている⁶⁾。

また金匱要略には「^{のち}先ず渴して後嘔するは、水心下に停まるとなす。此れ飲家に属す。小半夏茯苓湯之を主る。」とも記載されている⁷⁾。すなわち「のどが渴いて水分を摂取した後で嘔吐するものは水が心下（胃内）に停滞しているからで、痰飲（水分や電解質の代謝障害）のある人である。このような場合も小半夏加茯苓湯の適応症である。」の意と思われる。なお、原典の底本によっては「小」の字や「加」の字がないものもあるが、これらはいずれも本方を指している。

本方を運用するに際して重要な目標となる症候は、条文からも窺えるように比較的強い悪心・嘔吐、胃内停水（心下振水音として捉えられることが多い）、めまい、動悸、心窩部の痞塞感（心下痞硬を認めることもある）、利尿減少などであるが、このほか、痰飲による胃気上逆と呼ばれる症候として吃逆、少し口渴があつて飲むとすぐ吐く、などをみることもある。舌苔は白滑、白膩、脈は滑、沈で軟などを呈する。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、とくに重要と思われるものに下線を付した。

本方は、急性或は慢性胃炎、乗物酔い、妊娠嘔吐、神経性嘔吐などで痰飲に起因するものに用いられるが、とくに妊娠嘔吐には昔から好んで用いられる。悪心・嘔吐が強い時は

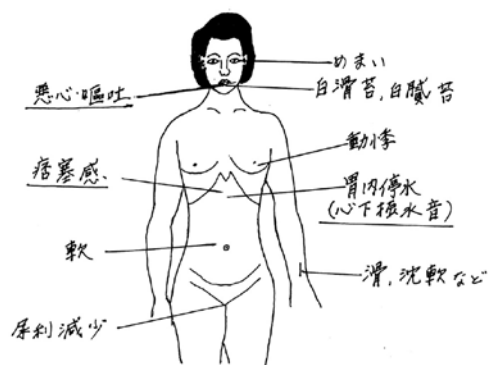


図1 小半夏加茯苓湯

少量ずつ冷服するのがよい。

(2) 処方解説: 本方中の半夏はカラスビシャクの塊茎の外皮を除去して乾燥したもので、中枢性嘔吐或は粘膜刺激による嘔吐を抑制し、生姜は末梢性の制吐作用があり、半夏の刺激性を緩和して制吐作用を強めるので、しばしば半夏に配合して用いられる。また、半夏、生姜ともに胃腸の蠕動を調整して健胃作用をあらわす。茯苓は胃内の停水を吸収して利尿によって排除し、また鎮静作用をもつので動悸を鎮める。

ただし、本方を構成する3生薬ともに燥性を有するので、使用は頓服とするか短期間にした方がよい。

次に妊娠嘔吐に本方が奏功した大塚敬節氏の症例を紹介する。

「一婦人、いつも、つわりがひどくて、母体がもたないので、3ヵ月か4ヵ月で搔爬していたが、この方（小半夏加茯苓湯）の錠剤で嘔吐がやみ、無事に分娩した⁸⁾。」

著者は、最近、妊娠嘔吐に本方を用いる機会に恵まれないが、昭和50年代、60年代には僅かながら用いる機会があった。その際は錠剤ではなく薬価収載のエキス顆粒剤を用いたが、とくに抵抗なく服用していただいた。

2. 呉茱萸湯

本方に関しては冷え症の項で述べたので参照していただきたいが⁹⁾、悪心・嘔吐に用いる際は、金匱要略の「嘔して胸滿する者は、シユユトウ茱萸湯之を主る¹⁰⁾。」を目標にするとよい。大塚は、「多くの場合に、嘔吐すれば、胸がすいて胸滿が減ずるのを常とするが、もし、吐いても胸滿が減せずますます胸が膨滿するのは、呉茱萸湯を用いる目標である。ここに胸滿というのは、俗にいうみずおちの部分の膨滿である。」と述べている¹¹⁾。

また、本方の悪心・嘔吐について述べた傷寒論の条文に「穀を食して嘔せんと欲する者は陽明に属するなり。呉茱萸湯之を主る。」との記載がある¹²⁾。これは「食事をしなければ嘔吐は起こらないが、食事をすると嘔吐したくなるものは、胃に病変があるからである。これも呉茱萸湯の適応症である。」の意と思われる。ここに陽明とあるのは、この嘔が胸脇苦滿があって悪心・嘔吐が起こる小柴胡湯の適応症などの少陽病のものでもなく、また太陽病の桂枝湯の適応症にみられる乾嘔でもないことを言わんとしたものであろう。またこの条文によると食べると嘔吐し、食べなければ嘔吐しないようにとれるが、実際には他の条文からも窺えるように食べなくても悪心・嘔吐を来すことがある。

また、類聚方広義には本方に関して「嘔して胸滿し、心下痞鞅する者を治す。」と記載されている¹³⁾。したがって、腹証上は半夏瀉心湯との鑑別を要する。半夏瀉心湯は少陽の虚実問証に相当し、呉茱萸湯は太陰の虚証に属する。また、前者では普通は頭痛を伴わないが、本方では激しい頭痛を伴うことが多い。また前者では暖気や腹鳴を伴うことがあり、

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、滑などで、本方の適応症では腹部は全般的に軟弱で心窩部がやや膨滿し、舌は淡白で湿潤し、苔は概ね白滑である。

症 例：28歳，男性，公務員。

主 訴：悪心・嘔吐，頭痛。

家族歴：母 子宮癌のため49歳で死亡。

既往歴：23歳 尿路結石。

現病歴：平成18年6月12日より悪心・嘔吐（悪心が強く吐物は唾液や粘液様のものごく少量）、頭痛が起こり、かぜ症候群ではないかと思ひ市販薬を服用したが症状が改善しないため同15日当院受診。

初診時所見：身長165cm，体重54kg。血圧124/80mmHg。心音 純，呼吸音は肺胞性で副雑音を聴取せず。咽頭発赤は認めず。舌質は淡紅で乾湿中間，苔は白。脈は沈やや緊。腹壁は軟で心窩部がやや膨滿し，胸脇苦滿や心下痞硬は認めず。日頃は熱がりの寒がり，下腿が冷える。心窩部に痞塞感や膨滿感がある。頭痛（主に前頭部）はやや強いがめまいはない。心下振水音は認めず。食欲不振あり。

臨床診断：急性胃炎，頭痛症。

漢方医学的診断：胃気上逆による悪心・嘔吐と寒飲上逆の頭痛。

経過および治療：初診日よりツムラ呉茱萸湯エキス顆粒（医療用）を1回2.5g宛，1日3回毎食前内服として5日分処方した。

第2診は同6月20日であったが，悪心・嘔吐は軽快し，食欲も改善した。頭痛はほとんど感じなくなったが，下腿の冷えはまだ残存していた。

第3診は6月27日で，悪心・嘔吐，頭痛の

消失，下腿の冷えの改善により廃棄す。

註：中医処方解説によると、『胃気上逆とは消化管とくに胃の機能が低下し，平滑筋トーンは上昇しているが蠕動が不十分で幽門の通過も悪く，ガス停滞・溜飲（胃内停水）などが生じ循環状態も悪い状況で，飲食物や寒冷刺激によって胃内圧が上昇することにより胃の過緊張・嘔吐・悪心・吃逆などが発生するものと考えられる〔（ ）内著者註。』と述べ、『寒飲上逆の頭痛』は疲労や月経前に発生しやすいところから全身的な機能低下や水分の吸収排泄障害にともない脳の循環低下・血管けいれん・軽度の浮腫などが発生し，嘔吐中枢の抑制低下あるいは興奮，ならびに自律神経の失調が随伴することによるものかと考えられる。』と述べている¹⁴⁾。

3. 五苓散

出典は傷寒論と金匱要略で沢瀉・白朮・猪苓・茯苓・桂枝の5種の生薬で構成される。本方に関してはめまいの項で要点を述べたが¹⁵⁾，本稿では原典の条文の解説も含めて述べることにする。

(1) 使用目標：本方の悪心・嘔吐に関する傷寒論の代表的な条文は太陽病中篇の「中風発熱六七日，解せずして煩し，表裏の証有り，渴して水を飲まんと欲し，水入れば則ち吐す者は，名ずけて水逆という。五苓散之を主る。」である¹⁶⁾。すなわち「かぜ症候群などの比較的軽症の急性熱性疾患に罹患し，発熱して六七日を経過しても病状は軽快せず胸や上腹部にもやもやした不快感があつて苦しく，この際，発熱，悪風や悪寒などの表証とともに，渴して水を飲んで吐くという裏証もあつて，もし水を飲めばすぐにどつと一度に吐いてしまう。このような状態を水逆と呼んでい

る。これは五苓散の適応症である。」の意である。また金匱要略には「脈浮にして小便利せず，微熱消渴の者は，宜しく小便を利し，汗を發すべし。五苓散之を主る¹⁷⁾。」と述べ，引き続いて「渴して…」以下の文が記載されている。すなわち「表在性の脈を呈していて，尿利が減少し，微熱（漢方では裏証の熱を意味することが多い）があつて口渴が激しい場合は尿利を改善して，ほどほどに発汗すべきである。このような病態も五苓散の適応症である。」の意である。

上記の水逆の嘔吐では口渴が激しくて水分をほしがり，水を飲むとしばらくして飲んだ水よりも多いと思われるほどの多量の水様液を一度にどつと吐く，というような状態を繰り返す。乳幼児がかぜ症候群に罹患した際にミルクを一度にどつと吐く，というような場合がこれに相当する。二日酔の際にもみられることがある。

以上は本方の適応症における典型的な症候である水逆の嘔吐を中心に述べたが，本方の使用目標のうち悪心・嘔吐の際に限らず最も重要な症候は口渴と尿利減少である。なお本方の適応症では嘔吐の際にも悪心を伴わないこともある。このほか水毒による症候としてめまい，頭重感，腹大動脈の搏動亢進，胃内停水（心下振水音），下痢（主に水様性），腹部のグル音，身体が重い感じ，浮腫などもみられることが多い。舌は概ね湿潤し，苔は白滑ないし白膩，脈は浮滑・浮滑数などを呈する。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，とくに重要なものに下線を付した。

(2) 処方解説：本方は利水の猪苓（サルノコシカケ科のチョレイマイタケの菌核）・沢



2 五苓散

瀉（オモダカ科のサジオモダカの塊茎）・茯苓（サルノコシカケ科のマツホドの菌核）・白朮（キク科のオケラの周皮を除いた根茎）と通陽（血管を拡張して血行を促進する）の桂枝で構成される。猪苓・沢瀉・茯苓・白朮は体内の水分・電解質の調整を行い、とくに消化管内の非生理的水分の停滞を去り、桂枝の協力を得て利尿作用が増強され、浮腫を去る。茯苓は桂枝との協同作用で鎮静作用を発揮し動悸を鎮める。以上のように本方は主として消化管内や組織に停滞した非生理的水分を血液中に吸収することによって利尿し、同時に口渇や悪心・嘔吐、下痢、浮腫などを緩解するものと思われる。

ここで追加しておきたいのは五苓散と小半夏加茯苓湯の鑑別である。小半夏加茯苓湯の適応症でも口渇があることがあるが、その程度は五苓散の適応症に比べると極めて軽い。また、五苓散の適応症では多量の水様物を一度に多量吐くが、小半夏加茯苓湯では少しずつ何回にも分けて吐く。

以上のほか、裏寒虚証で悪心・嘔吐のほかめまい・頭痛・易疲労などを伴う場合に半夏白朮天麻湯が用いられることもある。

参考文献

- 1) 木下恒雄：症候による漢方治療 XII 食欲不振（その1），宮崎県内科医会誌，Vol. 67. P. 31～34, 2005.
- 2) 木下恒雄：症候による漢方治療 XII 食欲不振（その2），宮崎県内科医会誌，Vol. 68. P. 35～39, 2005.
- 3) 木下恒雄：症候による漢方治療 XII 食欲不振（その3），宮崎県内科医会誌，Vol. 69. P. 33～36, 2006.
- 4) 日本漢方協会学術部：傷寒雜病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 226, 1990.
- 5) 大塚敬節：金匱要略の研究，日本漢方医学研究所，P. 173～174, 1980.
- 6) 孫思邈：備急千金要方，人民衛生出版社，P. 293, 1955.
- 7) 日本漢方協会学術部：傷寒雜病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 229, 1990.
- 8) 大塚敬節：漢方治療の実際，南山堂，P. 277, 1990.
- 9) 木下恒雄：症候による漢方治療 XI 冷え症（その2），宮崎県内科医会誌，Vol. 65. P. 32～33, 2004.
- 10) 日本漢方協会学術部：傷寒雜病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 244, 1990.
- 11) 大塚敬節：漢方治療の実際，南山堂，P. 282, 1990.
- 12) 日本漢方協会学術部：傷寒雜病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 87, 1990.
- 13) 西山英雄：〔和訓〕類聚方広義 重校薬徴，創元社，P. 157, 1978.

-
- 14) 神戸中医学研究会：中医処方解説，医歯薬出版株式会社，P. 76, 1982.
- 15) 木下恒雄：症候による漢方治療 III めまい，宮崎県内科医会誌，Vol. 46. P. 29, 1994.
- 16) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 49, 1990.
- 17) 日本漢方協会学術部：傷寒雑病論（「傷寒論」「金匱要略」），東洋学術出版社，P. 229, 1990.
-

[Postgraduate Education]

臨床に役立つ呼吸器病学 (5)

免疫・アレルギー疾患

日南市 国民健康保険中部病院

長友安弘

はじめに

免疫・アレルギー疾患の多くはその発症原因がまだ十分にわかっていません。そのため、今回お話しする疾患を病因論から分類することは難しく、どうか軽い気持ちで読み進めて下さい。以下、自験例を述べます。

原因や機序が不明な疾患

Case 1

51歳、女性。肺野結節影(図1)の精査依頼。自覚症状はなく、血液検査でも異常はなかった。Gaシンチで異常陰影部位にのみ集積像あり。気管支鏡検査で両主気管支壁に血管の怒張が見られた。気管支肺胞洗浄液(BALF)中のリンパ球が48%と上昇し、CD 4/8比が5.6(正常0.8~2.2)と高値であった。

Case 2

37歳、女性。基礎疾患に悪性リンパ腫。末梢血幹細胞移植を施行後、54日目に乾性

咳、呼吸困難が出現。WBC 6,800, Plt 9.9万, CRP 2.0, LDH 368, PO₂ 34.8 Torr。血液中のサイトメガロウイルスpp65抗原陰性、単純ヘルペスウイルス抗体価の上昇なし。胸部CTは図2に示すが、両側胸水も存在していた。

Case 1の経過

本例は36歳時に眼病変と両側肺門部リンパ節腫大(BHL)があったが、ステロイド未投与でBHLは消失していた。今回、結節影の経気管支肺生検(TBLB)で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、同時に結核菌の発育がなく、肺サルコイドーシスと診断。視力障害・心病変・肺線維化病変・中枢神経病変がなかったため、経過観察とした。

考察:サルコイドーシスの発症機序として、一部*Propionibacterium acnes*菌の関与¹⁾が言われています。血清ACEやリゾチーム(保



図1 : Case 1

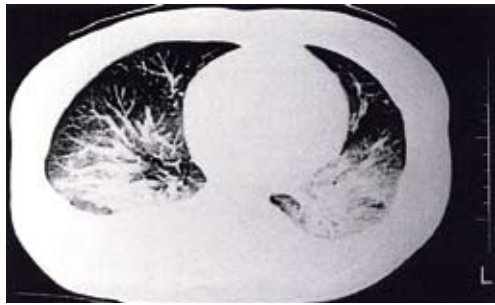


図2 : Case 2

険適応外) 高値をとりますが, 本例は正常域でした。サルコイドーシスの肺病変は, 本例の所見以外にも①小粒状影, ②気管支血管束の腫大, ③嚢胞形成など多彩です。本例では既往歴聴取の重要性を再認識しました。

Case 2の経過

BALF中のリンパ球が75%と上昇していたが, サイトメガロウイルスや*Pneumocystis jiroveci* (カリニ) 及び, 細菌は検出されず。ソルメドロール® の点滴とラシックス® で軽快した。

考察: 間質性肺炎として治療しましたが, 結局原因は不明でした。考えうる原因は, ①サイメリン® (MCNU), シクロフォスファミド等の抗癌剤, ②G-CSF製剤, ③Capillary leak syndrome (いわゆる肺水腫) です。骨髄移植後には閉塞性細気管支炎(BO)や肺血栓症なども合併症として起こります。
気管支喘息関連疾患

Case 3

26歳, 女性。基礎疾患にアレルギー性鼻炎(中学生より)。羽毛・カビ・ダニにアレルギー。喫煙歴なし。2ヶ月以上続く乾性咳, 発熱があり, クラリス® 無効であった。喘鳴のためフルタイド® やセレベント® 吸入を行うも右胸痛も出現し, 紹介受診。WBC 3,300 (Eo 8.9%), CRP 3.6, LDH 539 (正常450以下), IgE 500IU/ml (正常173以下)。胸部X線は図3a, 胸部CTは図3bに示す。

Case 4

52歳, 男性。基礎疾患に気管支喘息(小学2年生より), 狭心症。タバコ20本以上/日×32年。喘息に対してセレスタミン® (プレドニン® 換算5mg) 内服中であったが, 咳, 黄色痰, 呼吸苦を自覚。喘鳴と胸部異常影

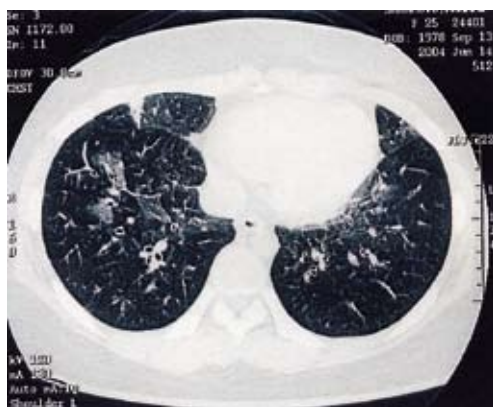
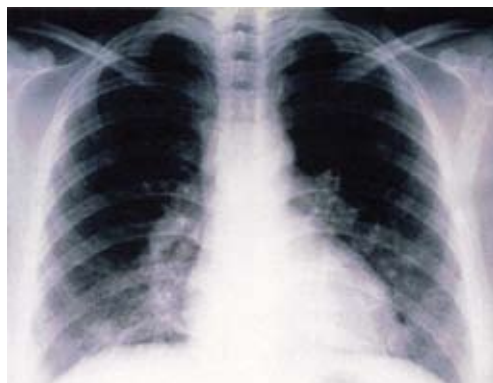


図3a,b : Case 3

(図4)があるため, 紹介受診。WBC 14,300 (Eo 17.8%), CRP 11.6, IgE 2,000IU/ml以上, PaO₂ 70.5Torr。% VC 88.4%, FEV1.0% 54.9%と閉塞性換気障害あり。

Case 5

28歳, 女性。喫煙歴なし。労作時の呼吸苦が出現。気管支喘息の治療は改善に乏しかった。1年後に発熱と肺炎像を認め, 抗生剤とステロイドの内服を行った。その3ヶ月後に皮疹, 右足背・左外踝部の腫脹, 筋肉痛が出現し紹介入院。WBC 22,600 (Eo 75%), CRP 4.2, IgE 5,048IU/ml, CPK 192, アルドラーゼ63.6と高値。胸部CTでは気管支壁の肥厚と縦隔リンパ節腫大, 心嚢水貯留が見



図4 : Case 4

られた。BALF中の好酸球は3%で、TBLBでは線維化と好中球浸潤が見られた。

Case 3の経過

気管支鏡検査を施行したが、気管支内に痰の貯留はなかった。BALF中の好酸球が著増(25%以上)しており、細菌や真菌感染症が除外されたため慢性好酸球性肺炎(CEP)と診断。プレドニン® 30mg内服を開始したところ速やかに、症状と陰影の消失を見た。しかしプレドニン® 中止1週間後に再び乾性咳が出現。気管支喘息の治療を再開し、状態は安定した。2年後、右上肺野にCEPが再発したが、プレドニン® の2週間投与で軽快した。

考察：CEPは中年女性の頻度が高いと言われますが、性別・年齢に関わらず発症します。気管支喘息が約半数に見られますが、初めての喘息症状はほとんど、CEP発症の近くで起きます²⁾。胸部CTの典型像は末梢側優位の斑状影、すりガラス影です。再発に注意しながらステロイドを減量しますが、ステロイド抵抗性の場合にはサイクロスポリンやロイコトリエン拮抗薬も投与されます。

Case 4の経過

喀痰からアスペルギルスが培養され、血清

アスペルギルス抗体陽性、肺浸潤影の移動、胸部CTで中枢性気管支拡張像が見られるため、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症(ABPA)と診断。血漿β-Dグルカンが29.3pg/ml(正常10以下)と上昇してきたため、プレドニン® に加えてイトリゾール® を併用した。治療を自己中断したので転帰は不明。

考察：アレルギー発症の原因真菌は主に*Aspergillus fumigatus*ですが、他のアスペルギルス属やカンジダ、ペニシリウム、スエヒロタケなどの報告もあります²⁾。真菌感染症の一面もあるため、ステロイド抵抗性やβ-Dグルカン高値例にはイトリゾール® が投与されます。なお気管支喘息患者の約1%にABPAが発症する、という報告があります。

Case 5の経過

気管支喘息が先行し、末梢血好酸球増加、皮膚病変、心病変、筋炎が存在することから、アレルギー性肉芽腫性血管炎(AGA)もしくはChurg-Strauss症候群と診断。プレドニン® 50mg内服で、症状や検査成績が改善した。

考察：一般に気管支喘息が血管炎に先行し、3年以内のAGA発症が最も多いと言われています。しかし同時発症や、喘息症状がAGA初期に出ないこともあります³⁾。肺野には末梢で浸潤影が見られます。他にも、多発性単神経炎が多く(60~70%)起こります。ANCA(特にMPO-ANCAもしくはP-ANCA)陽性が約半数に見られます。ステロイド治療に反応がない場合、シクロフォスファミドや免疫グロブリン大量静注療法が行われます。なお、図5は結節性多発動脈炎(PN)症例に見られた器質化肺炎の胸部CTです。



図5：結節性多発動脈炎（PN）症例

抗体測定が診断に有用であった疾患

Case 6

20歳，男性。タバコ20本/日×3年。咳，血痰，労作時呼吸困難が出現。両中下肺野ですりガラス影，浸潤影が見られ（図6 a），紹介入院。WBC 9,000（Eo 7%），Hb 8.9，Plt 41.4万，CRP 1.0，BUN 10.8，Cre 0.7，KL-6は200 U/ml（正常500未満），PaO₂ 60.5Torr，MPO-ANCA陰性。尿潜血（3+），尿蛋白3.4g/日。胸部CTは図6 bに示す。

Case 7

45歳，男性。喫煙歴なし。36歳時に抗生剤無効の発熱，咳が出現。難治性の鼻出血のために，耳鼻科でプレドニン® とシクロフォスファミド内服が開始された。一旦は落ち着いたが，その後徐々に呼吸困難が出現し，紹介入院。WBC 6,800，Hb 14.9，CRP 0.4，BUN 12.2，Cre 0.9，PaO₂ 85.6Torr。気管支鏡で，左主気管支や両上葉入口部の狭窄が見られた。図7は胸部MRIで，気管支の狭窄が見られる。

Case 6の経過

BALFは淡褐色で，肺胞出血を起こしていた。PR 3-ANCA（もしくはC-ANCA）も陰性であったが，抗糸球体基底膜抗体



図6a,b：Case 6



図7：Case 7

が74EU/ml（正常10未満）と高値を示し，Goodpasture症候群と診断。ステロイドパルス療法を行い，肺病変は軽快した。なおネフローゼ症候群と半月体形成性糸球体腎炎を併発していた。

考察：本症は性差や年齢差がなく，約1,000

万人に1例と言われています²⁾。非常にまれですが、肺胞出血に腎病変を合併した場合は考慮すべきです。治療はステロイド以外に、シクロフォスファミドや血漿交換療法が積極的に行われています。

Case 7の経過

既に耳鼻科で鼻粘膜生検からWegener肉芽腫症と診断されていた。PR3-ANCAは34EU（正常10未満）と高値であった。肉芽形成による気管支狭窄が呼吸困難の原因であったが、気道ステント留置の適応はなく、経過観察。シクロフォスファミドによる出血性膀胱炎と膀胱癌（投与18年後）を併発した。

考察：Wegener肉芽腫症は30～50歳台に発症する壊死性肉芽腫を呈する難治性血管炎です。感染を契機に発症することが多く、好中球の活性化が関与しています²⁾。治療はステロイドとシクロフォスファミドの併用以外に、バクタ[®]やシクロスポリン、血漿交換療法、最近ではinfiximabが検討されています。なお、図8は空洞を形成した別のWegener肉芽腫症例です。

問診が重要であった疾患

Case 8

49歳、女性。基礎疾患にSjogren症候群、慢性甲状腺炎。サバ・カニにアレルギー。既往歴に副鼻腔炎。喫煙歴なし。1年前に胸



図8：Case 7とは別症例

部圧迫感と、びまん性すりガラス影が出現。KL-6が2,384、BALF中のリンパ球が74%と上昇しており、膠原病肺が疑われてプレドニン[®]を投与。一旦軽快したが、薬剤中止後に労作時の呼吸困難を自覚したため紹介受診。鼻汁、喀痰はあったが、発熱、関節痛、皮疹はなし。SpO₂ 98%、WBC 6,000、CRP 0.5以下、LDH 390、KL-6が3,990、抗核抗体320倍。HRCTを図9に示す。クラリス[®]を1週間投与したが改善なし。痰培養ではパラインフルエンザ菌のみ。

Case 9

63歳、女性。喫煙歴なし。基礎疾患に狭心症。右胸痛と2回目の右気胸発症のため紹介入院。痰なし。WBC 10,000 (Eo 13.5%)、CRP 0.1、IgE 61。

Case 10

26歳、男性。タバコ15本/日。乾性咳、発熱が出現。翌日呼吸困難に陥り紹介入院。WBC 21,400 (N 94%、Eo 0%)、CRP 17.3、LDH 409、IgE 639、PaO₂ 77.9 Torr (O₂ 10L/分吸入)。胸部X線は図10に示す。すりガラス影を認める。

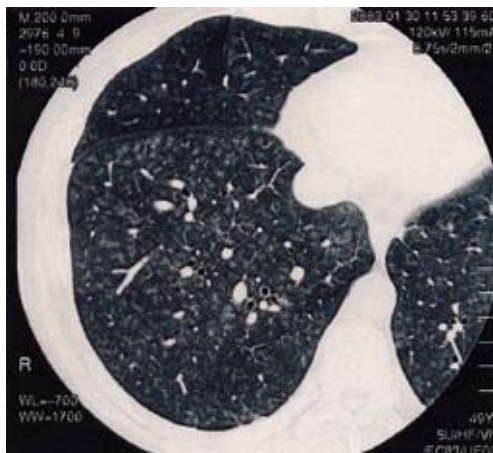


図9：Case 8

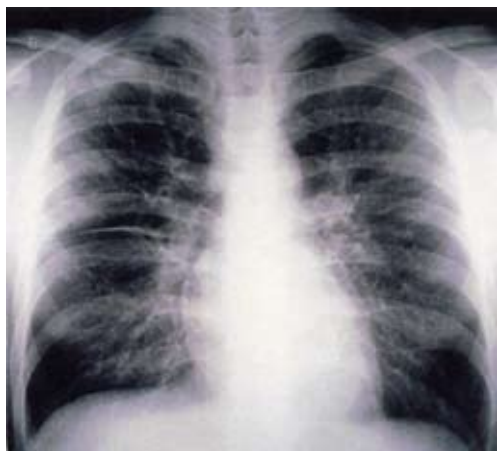


図10：Case10

Case 8の経過

HRCTでは小葉中心性に淡い小粒状影が多数存在し、何らかの過敏性肺炎をようやく疑った。ペット飼育歴を確認すると、2年半前より鳩を2羽飼育中であった。大分大学第3内科に検査を依頼。患者血清は鳩血清・鳩糞抗原に対してのみ沈降抗体陽性で（表1）、鳥飼病と確定した。鳩との接触を避けてもらうことで、ステロイドの投与なしで軽快した。しかしその後症状が再燃。1ヶ月前から羽毛布団を使用していたことが判明し、その使用を中止することで症状消失。最終的にKL-6は303と正常域まで低下した。

考察：特発性間質性肺炎と診断された患者の中に、鳥飼病が一部含まれていることが近年わかってきました⁴⁾。画像所見だけでは鑑別困難で、診断には十分な問診（鳥の剥製や近所に鳥の糞があるだけでも発症の可能性あり）と血清診断（東京医科歯科大学呼吸器科が精力的に研究）が必要です。抗原を隔離しても改善しない場合ステロイドを投与しますが、にも関わらず致死的になることがあります。なお日本における過敏性肺炎の約7割

	沈降線
1. Aspergillus fumigatus	(-)
2. Cephalosporium acremonium	(-)
3. Cryptosporium corticale	(-)
4. Micropolyspora faeni	(-)
5. Pigeon dropping	(+)
6. Pigeon serum	(+)
7. Sitophilus granarius	(-)
8. Trichoderma viride	(-)
9. Parakeet	(-)
10. Cladosporium clad	(-)
11. Trichosporon cutaneum	(N. D.)
12. positive control (抗ヒトIgG)	(+)

表1：血清沈降抗体検査結果

は夏型過敏性肺炎ですが、最近では9～10月の発症が多くなっています。この診断には *Trichosporon (T.) asahii* 及び *T.mucooides* の血清抗体価測定（保険適応外）が有用です。

Case 9の経過

本例はやせ型若年男性といった自然気胸の典型像を呈していなかった。血中の好酸球が増加しており食歴を聴取してみると、サワガニをカニ汁にしたり、猪肉を炊いて食べていた。宮崎大学寄生虫学教室に血清診断を依頼したところ、multiple-dot ELISA法でウエステルマン肺吸虫症と診断された。ビルトリシド®（プラジカンテル）内服で気胸は消失。治療4ヶ月後から血清抗体価は低下した。

考察：喀痰細胞診で虫卵が発見できない状況下でも、血清診断は非常に有用です。また治療効果判定にも使えます。

Case 10の経過

若年者に起こった急性呼吸不全であるため急性好酸球性肺炎（AEP）を強く疑い病歴を聴取してみると、発病10日前から喫煙を始めていた。胸水中の好酸球は85%と著増し、BALF中の好酸球も15%存在した。感染症を除外しつつ、ステロイドパルス療法を行った

ところ呼吸不全は改善。その後第15病日に血中の好酸球増加（WBC 10,700, Eo 10.9%）を確認して、AEPと診断した。

考察：AEP発症時、好酸球は肺に集積し、治療後に血中に戻ってきます。そのため、発症直後の血中では好酸球よりむしろ好中球が目立ちます。本疾患の場合、数週間以内に喫煙を始めた（もしくは再開した）という病歴が大事になってきます²⁾。なおアレルギー疾患との関連はないとされています。

最 後 に

免疫疾患と聞くと‘アレルギー’を起こしそうですが、診断の基本は注意深い問診と、疾患を想起するキーワードをいかに導くこと

ができるかにかかっています。

参 考 文 献

- 1) 江石義信. サルコイドーシスとプロピオニバクテリウム. 呼吸器科 2002;1:45-53.
- 2) 工藤翔二, 中田紘一郎, 貫和敏博. 呼吸器疾患最新の治療 2004-2006. 南江堂 2004.
- 3) 佐々木信人, 山内広平. Churg-Strauss 症候群. 呼吸 2006;25:137-44.
- 4) 吉澤靖之, 宮崎泰成, 稲瀬直彦, 他. 慢性過敏性肺炎. 日内会誌 2006;95:1004-12.

[他科からの提言]

「一筋縄ではいかない頭痛」

誠友会 南部病院 脳神経外科

上 田 孝

1. はじめに

典型的な片頭痛、群発頭痛、緊張型頭痛などの一次性頭痛は、臨床症状や過去の経過から診断し、くも膜下出血や脳腫瘍、水頭症、慢性硬膜下血腫などの二次性頭痛は、CTやMRIなどで容易に診断できるので、頭痛の日常診療に苦慮したことがないという医師はおそらくいないでしょう。ではどのような患者さんが診断に苦慮し一筋縄ではいかないのか、具体的な症例を呈示しながら話を進めたいと思います。

2. 歩いて外来を受診してくるくも膜下出血

症例は41歳の男性（症例1）、後頭部痛、めまい、嘔気、冷汗を訴えて外来を歩いて受診して来た。臨床的には、頸部椎間板ヘルニアか頸性めまいを疑った。頭部X線CTでは、脳底槽や中脳周辺のくも膜下腔に出血はなく（図-1）、くも膜下出血は否定的であった。しかし、後頭蓋窩レベルのスライスは通常でも骨のアーチファクトが多く、高吸収域の陰影が放射状に写るため読影が困難であるが、小脳虫部と第4脳室内が高吸収に見えた（図-2）。そこで念の為に入院し腰椎穿刺を行ったところ、血性髄液であった。脳血管造影の結果は、後下小脳動脈の動脈瘤とその末梢の動静脈奇形の合併であった（図-3）。手術を

施行、動脈瘤の破裂を確認しneck clippingを行った。軽症のくも膜下出血患者は「かかりつけ医」を独歩受診するが多い。軽症のまま経過し早期に根治手術がなされれば大変予後は良好であるが、再破裂を繰り返すと極めて予後は不良となる。初診医は頭痛発症時の注意深い問診から危険な頭痛をきたすくも膜下出血を念頭におき、適切なmodalityを用いてくも膜下出血の有無を確認する必要がある。

3. 老人で認知症のくも膜下出血

75歳の女性（症例2）、認知症と胸・腰椎圧迫骨折の為に老人ホームに入所中であった。2日前に後頭部痛が有り、当日朝から、両下肢筋力低下が出現したとして、娘さんが車椅子に乗せて患者さんと共に外来を受診して来た。開口一番娘さんは、主治医にこちらの病院に入院できますかと尋ねられた。患者は高齢で認知症があり、老人ホーム入所中であることを考え、一応娘さんには、とり合えず頭部CTを撮ってから考えましようかと答えた。CTは案の定、特に異常がないような所見であった（図-4）。そこで診断は、胸・腰椎圧迫骨折と変形性頸椎症としてそのまま帰っていただいた。ところがその5日後に救急隊員より緊急搬送の要請があった。来院時

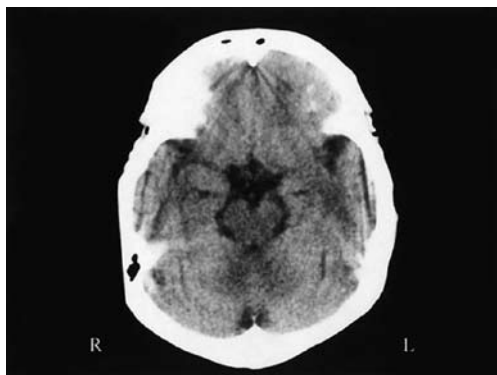


図-1 頭部 CT (症例1)

41歳の男性。後頭部痛とめまい、嘔吐を訴え来院した。脳底槽レベルのCTでは、特に異常はなかった。

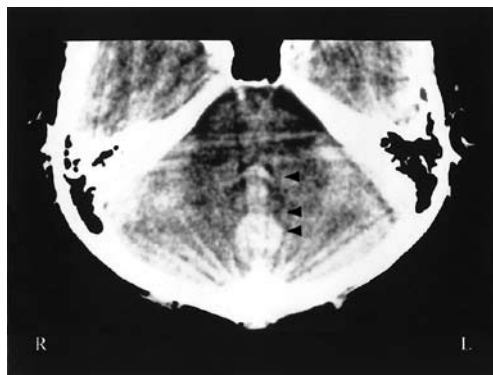


図-2 頭部 CT (症例1)

後頭蓋窩レベルのCTではアーチファクトが多く判読が難しいが、小脳虫部と第4脳室内が高吸収域のように見える(▲で示す)。

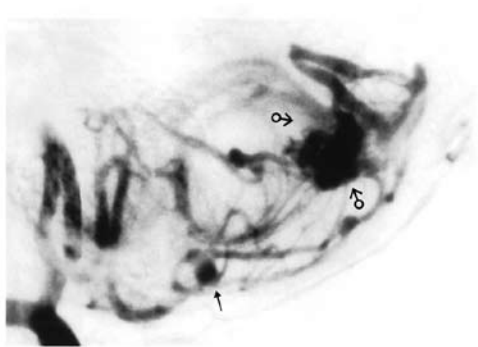


図-3 左椎骨動脈造影側面像 (症例1)

後下小脳動脈に動脈瘤(↑)とその末梢に脳動静脈奇形(♂)を認めた。

意識は昏睡で瞳孔は散大していた。緊急CTの結果、くも膜下出血、脳内出血、脳室内穿裂を呈し(図-5)、Helical 3D-CTアンギオグラフィーで末梢性前大脳動脈瘤を認めた(図-6)。小さな動脈瘤ではあるが周辺の血管は血管攣縮のため狭小化している。この動脈瘤の破裂で出血が少ない場合は、しばしばCTでも見逃され易い。しかし後頭部痛と両下肢麻痺は、前大脳動脈領域の動脈瘤破裂としては教科書的に有名な事実である。年齢、風貌、認知症、老人ホーム入所中などの重なり合った偏見の目はなくさない大変な失敗をするという苦い経験であった。

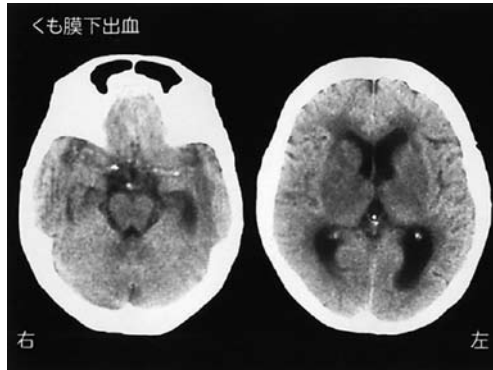


図-4 頭部 CT (症例2)

頭痛翌日のCTでは明らかな異常は認められない。

4. 片頭痛と思われた脳動静脈奇形をもつ少年

16歳の高校一年生の男子(症例3)。中学時代から月に一度位の激しい頭痛と目の前に光る物がチラチラ見える発作を繰り返していた。近くの医院を受診、片頭痛と診断され放置されていた。今回は、高校下校途中道路上で倒れている所を発見され、救急車で搬送されて来た。意識は覚醒していたが頭痛を訴えていた。頭部CTでは一見正常のようであったが(図-7)、左後頭葉に一部高吸収域の索状物があるようにも見えた。臨床経過、症状から片頭痛ではなく、後頭葉の脳動脈奇形

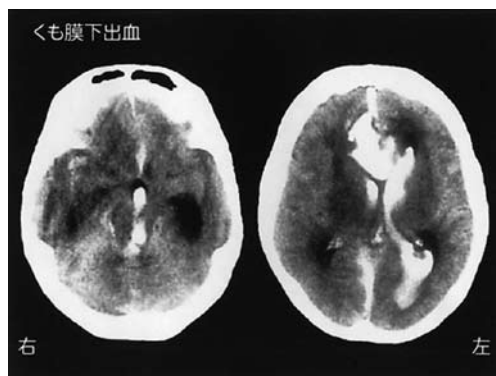


図-5 頭部CT (症例2)

頭痛発症7日目で突然意識消失をきたし緊急搬送された直後のCT。多量のくも膜下出血，脳内出血，脳室内穿破を認めた。

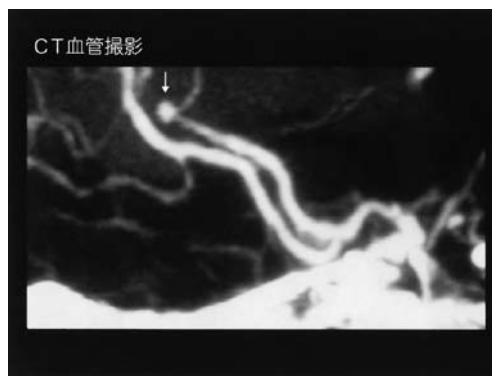


図-6 ヘリカル脳血管撮影側面像 (症例2)

前大脳動脈末梢部に小さな動脈瘤を認める(↑)。その周辺の血管は狭小化していた。

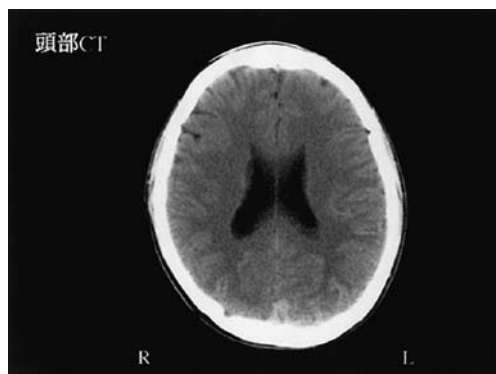


図-7 頭部CT (症例3)

左後頭葉に索状物が淡く見えるが，ほぼ正常と読影すると思われる。

に基づく症候性てんかんを疑った。MRI (図-8)，MRA (図-9)にて診断は確定した。抗てんかん剤の投与により突発性の頭痛，閃輝性暗点様の視野異常，意識消失発作などは消失した。この症例のように後頭葉周辺の脳動静脈奇形，脳腫瘍，脳形成先天異常などは，片頭痛の症状と極めて類似する場合があります。特に長期に亘り繰り返す頭痛は，脳動静脈奇形を念頭に入れねばならない。

5. 限局した激しい痛み

49歳の女性 (症例4)，左後頭部の限局した激しい痛みを訴え来院した。発熱 (-)，中耳炎 (-)，嘔吐 (-)，頭部CT，MRIも正常。

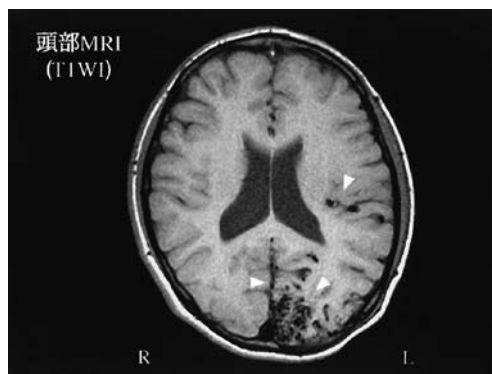


図-8 頭部MRI (症例3)

左後頭葉と頭頂葉に多数の flow void (血流による無信号)が密集し，脳動静脈奇形が疑われる(▲で示す)。

髄液も水様透明で髄膜炎もなかった。頸椎の異常もなかった。鎮痛剤を投与して経過を観察していたが，発症13日目に突然左半身の脱力と知覚異常を訴えた。入院の上，脳血管造影を試行すると左椎骨動脈の解離性動脈瘤であった (図-10)。脳動脈解離 (解離性動脈瘤)の診断はCT，MRI，時にMRAでも異常が描出され難いために非常に困難である。加えてその病態生理が複雑で認知度が低いために診断されることが少ないが，実際はもっと多く発生しているものと思われる。診断のポイントは限局した激しい痛み (動脈解離に伴う痛み)とその後の脳虚血症状の出現である。最

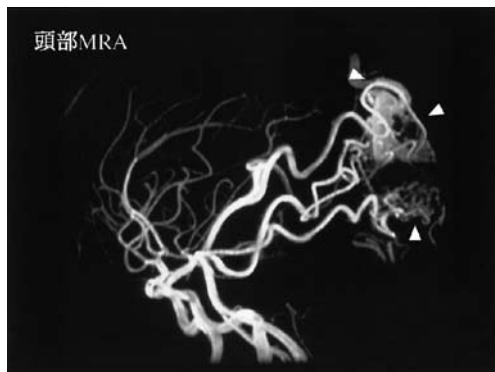


図-9 頭部 MRA (症例3)
MRA で脳動静脈奇形が明らかとなった (▲で示す)。

も頻度の高い頭蓋内椎骨動脈の解離は、耳介の後下方数cmの所に限局した痛みを生じる。自然寛解の多い疾患であるが、高血圧の管理は重要である。抗凝固剤や抗血小板剤の投与で症状が悪化すること（解離の進行）もあるので注意を要する。

6. うつ病と言われる脳脊髄液減少症

転倒して後頭部や背部、腰部を打った。車を運転中に後方車から追突された。1ヶ月経ち、2ヶ月経ち頭痛や頸部痛はおさまるどころか倦怠感、めまい、視力障害、聴力障害、記憶力低下、睡眠障害なども出現してくる。最初は、医者も軽く考えて鞭打ちか、外傷性頸部症候群と考えて鎮痛剤や安定剤を投与するが一向に良くならない。益々訴えが強く頻回になるため、主治医はうつ病か、はたまた保険金目あての作病とまで考えてしまう。実の所は脳脊髄液減少症であったという症例が散見されるようになってきた。外傷性、非外傷性に脊髄くも膜が小さく破れ、そこから脳脊髄液が漏出することにより本症が発生し、以前は低髄圧症候群と呼ばれていた。体位、MRI、RIシステルノグラフィーなどで診断がなされ、くも膜下腔に自己血液を注入（ブ



図-10 左椎骨動脈造影正面像 (症例4)
左頭蓋内椎骨動脈は異常に拡張し、解離性動脈瘤と診断できる (▲で示す)。

ラッドパッチ) することで臨床上的効果が得られる。

7. わかりづらい蝶形骨洞炎

症例は23歳の女性（症例5）、高校の時から激しい頭痛と嘔気を繰り返し片頭痛と診断されていた。トリプタン製剤を投与されても頭痛が治らないので耳鼻科を紹介され受診したが、特に異常なしと言われた。精査加療目的で、当院外来を受診。頭痛は年に数回の頻度であるが数日間続くこともあった。痛みは眼の奥、左側頭部から左後頭部へとつき抜ける様であるという。ルーチンの頭部CT（図-11, a）ではわかりづらいが、副鼻腔にターゲットをあてたCTを試行すると左蝶形骨洞内に貯留物が充満している様子がわかる（図-11, b）。蝶形骨洞炎と診断し、抗生物質（テリシロマイシン、ケテック®）を5日間投与すると痛みは消失し、画像上も貯留物は消失した（図-12, a, b）。上顎洞や前頭洞の副鼻腔炎は、痛みの部位や圧痛、皮膚の発赤などから比較的診断は容易であるが、この症例のように蝶形骨洞や篩骨洞に限局した副鼻腔炎は症状が片頭痛に類似し、画像上も見出しづらいので注意を要する。

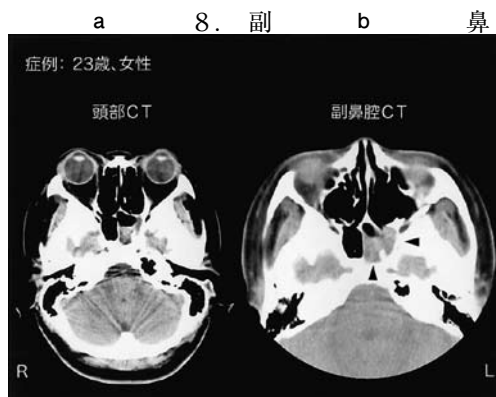


図-11, a ルーチン頭部CT (症例5)
b 副鼻腔CT (症例5)
左蝶形骨洞内に貯留物が充満している様子がよくわかる (▲で示す)。

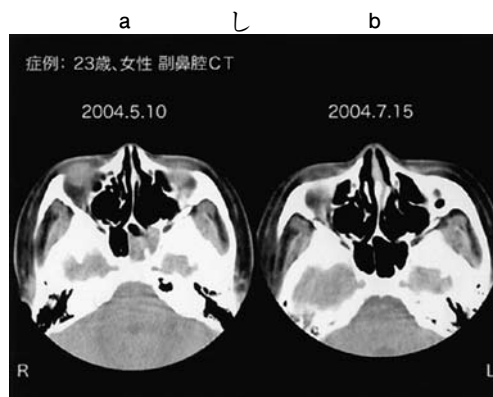


図-12, a (症例5) 治療前
b (症例5) 治療後
抗生物質の投与により副鼻腔炎は軽快した。

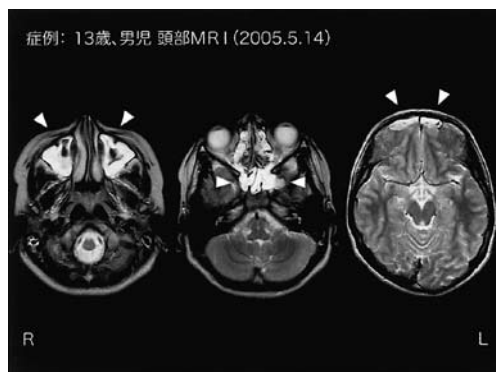


図-13 頭部MRI (症例6)
両側上顎洞, 蝶形骨洞, 前頭洞に及び副鼻腔炎を認める (▲で示す)。

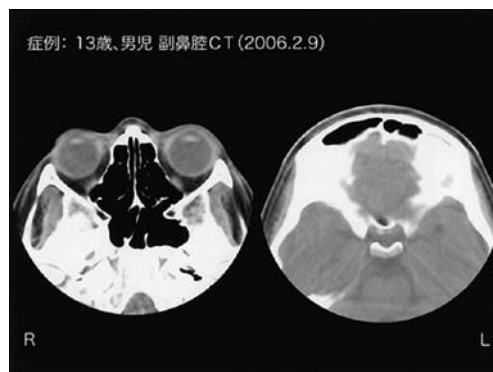


図-14 頭部CT (症例6)
耳鼻科的治療により副鼻腔炎の所見は消失したが、頭痛は消失しなかった。

腔炎と片頭痛の合併

13歳の中学生男児 (症例6), 2005年4月激しい頭痛で近医を受診。頭部CTを施行されたが異常なしと言われた。その後も頭痛発作は繰り返し起こり, 頭痛と同時に目の前に変な物が見えると訴えて眼科を受診したが, 眼科的には異常なしと言われた。5月に再び激しい頭痛と嘔吐があり, MRIを施行された所, 両側上顎洞, 蝶形骨洞, 前頭洞に広がる副鼻腔炎が認められた。直ちに耳鼻科に紹介され治療を受け, 2006年2月9日の頭部CTでは副鼻腔炎は画像上は軽快した (図-14)。

しかし頭痛の症状は消失せずとその後も繰り返して出現するため, 当院外来を受診した。本症を前兆のある片頭痛と診断し, トリプタンの内服薬を投与した所, 頭痛嘔吐の症状は消失した。小児の慢性反復性頭痛は, これ以外にも心因反応や精神疾患が合併しているものがあり, 本人及び両親の精神ケアや協力が治療には必須である。

9. おわりに

以上, 一筋縄にはいかない頭痛を上げましたが, 上記以外にも私達を悩ませる頭痛には, 心因性頭痛, 慢性連日性頭痛, 薬剤乱用性頭

痛, 妊娠中の片頭痛, 顎関節症による頭痛, 様々の化学物質, 内分泌かく乱物質, 電磁波, 音波などによる頭痛など多岐に及びます。頭痛の診察は, 脳神経外科, 神経内科の域にと

どまることなく, 一般内科, 眼科, 耳鼻咽喉科, 歯科, 精神科, 小児科, 産婦人科などの先生方と密に連携をとりながら互いに助け合っ
て行うべきです。

[随 筆]

恐竜の足指の数

日向市 松岡内科医院

松 岡 弘

2年位前、小学生の孫が持っていた恐竜図鑑を眺めていた。時代の古い型の4本脚の巨大恐竜、これがプラキオサウルスというのか、ティプロサウルスというのかは定かではないが、この恐竜の巨大脚にはその指が5本ある様に描かれている。その後の何億年かの時代を経て進化したと思われる、獷猛そうな顔付きと鉤爪を持った肉食性と思われる、短い前足とやや長い後足を持った、二足走行型の恐竜の後足の指（趾）は、3本指に描かれたり4本指に描かれたりしていて一定していなかった。3本指が正しいか4本指が正しいのか、色々と疑問の雲が漂っていた。素人の挿絵画家が適当に大雑把に描いたのかと、大変失礼な事も考えていた。実際恐竜博2002の表紙絵のティラノサウルスらしい恐竜の前脚の指は3本に描かれ、恐竜博2005の表紙絵のティラノサウルスの前脚の指は2本に描かれている。平成18年1月、北九州市の恐竜展を見に行く機会があった。ティラノサウルス・スーの完全骨格模型の展示がその目玉であった。

後で気が付く何とか病の、晩発の好奇心型の小生には面白い見ものであった。しかしその模型や挿絵を見てアレと思ったのは、その前脚の極端な短さだった。その前肢はあまり

に短く、己の口に届きそうにもない、後ろ足で押さえた獲物への前足での処理は出来そうにもない短さだった。サリドマイド奇形同様である。

早速、展示会学芸員の方に質問状を送った。丁寧な返事を頂いた。その要点は以下の通りである。ティラノサウルスの前脚は多分口に届かなかったと思われます。その前脚が何に使われたのかは謎です。次の説がありますが、どれにも反論があります。①子供の世話をした。②起き上がる時に使った。③互いの体に触れて会話をした。多分、子供の時には何らかの役に立っていただろうが、成獣になってからは役立つことは無かったでしょうと。次に、恐竜類の指の数は前後肢ともに5本が基本です。古い時代の多くの恐竜には5本の指が見られます。生活の形が限定されてくると、指の本数の減少がみられます。後ろ足の指は外側（親指側か小指側）から退化します。後脚の後ろ側には退化した第1指の短いのが付いています。ティラノサウルスの前足の指は2本に退化しています。との返事だった。なるほど、その祖先が一緒であるとされる鶏の足指は、その前後に4本の指と退化した第5番目の蹴爪が付いている。

恐竜の本を読んでみると、地質学の勉強が

必要になる。以下は恐縮ながら書物からの書き写しである。岩石の生成というのは噴火による火成岩と、堆積岩とが主な原因であるらしい。その他に温度や圧力によって作られる変成岩がある。堆積岩の重なりを地層と言うそうだ。書物や辞書の中を拾い集めてみると、地球の誕生は46億年前とある。45億年前?～5億7,000万年前の40億年間を先カンブリア紀(始世代, 原生代)と言い、原始生命としての細菌や藻類の化石が見られると。5億7000万年～5億年前をカンブリア紀といい、三葉虫・オウム貝が発生する。オルドビス紀は5億～4億3,600万年前、筆石(ふでいし)・三葉虫・腕足類(貝)・直角貝が栄える。シルル紀(又はゴトランド紀)の4億3000万～4億年前には、サンゴ・腕足類・三葉虫・原始的魚類・最初の陸上植物が見られる。デボン紀: 4億～3億6000万年前、甲冑魚類を多産しサンゴ礁が発達する。甲冑魚は淡水魚。石炭紀: この地層には石炭を多く含む。3億6000万年～2億8000万年前。シダ植物・爬虫類・昆虫を多産する。

二畳紀(別名ベルム紀): 2億8000万～2億4000万年前、地層は二層から成る。パンゲア大陸が形成される。初期の恐竜が現れる。その頃三葉虫・紡錘虫などの古生物の大絶滅が起る。この前期大絶滅はシベリアで起った火山の大活動によると考えられる。三畳紀:

2億4000万年～2億年前、地層は三層より成る。アンモナイト貝・恐竜などの爬虫類が栄え、シダ・ソテツ類が繁茂した。ジュラ紀: 2億～1億4000万年前、ソテツ・イチヨウなどの裸子植物、アンモナイト・恐竜・始祖鳥などが栄える。その名はフランス東部・スイスとの境のジュラ山脈に由来する。ステゴサウルス・プラキオサウルス等の大型恐竜。パンゲア大陸の分裂が始まる。白亜紀: 1億4000万～6000万年前、海進と大海退を特徴とする。その地層は藻類の石灰分が主成分で、イングランド東南海岸が典型的。イグアノドン・プラキオサウルス・トリケラプトス・ティラノサウルスが栄え、被子植物が出現し現在も繁茂している。白亜紀末期に恐竜やアンモナイト貝は絶滅する。この第二の生物絶滅の原因は地球への隕石の衝突ではないかとされる。

6000万年前以後現在迄の時代を新生代と言い、哺乳類・鳥類・硬骨魚類・被子植物が繁茂している。

私は、ティラノサウルスが転んだら、尻尾を使わなければ、二本の後肢だけでは起き上がれなかったのではと考える。

追記: Cambriaはウェルズ北西部の地名。Ordovicesはウェルズ土着民の名。ゴトランドはバルト海の島名。Devonは英国南西デボン州。



[随 筆]

自転車健康法を支持する「健康食品」講座に通う お年寄りの集団

宮崎市 赤嶺クリニック

赤 嶺 俊 彦

ビル開業して10年が過ぎた。ビルの隣に継続して営業する業者が現れない。結果として健康食品業者のいいターゲットとなった。

ほぼ1年に1度の割で判を押したように約2カ月間営業していく健康食品業者とそこに通うお客さん達を観察することになった。

それにしても不動産屋さんも意地悪である。そちら健康な人、こちら神経難病と闘っている人である。ゆっくり観察できたこちらの暇さを報告するようで、痛いところではある。それでも、このような環境で開院している診療所も極めてまれと思われるので、意を決して報告することにした。

そこに来るお客さん、出席するお客さんのなんと健康的な事か。皆さん年をとっているのだが背筋が伸び姿勢が良いのである。

どうして隣のお客のことが気になるのかというと、そのほぼ90%は自転車に乗って出勤して来るのである。そして、そのままにしていると我がクリニックの入り口に大量の自転車が整然と並び、我がクリニックの患者の入り口を塞いでしまう。営業妨害にも近いこのような状態も健康に自信のあられる隣のお客さんにとってはまるで他人事である。

たまたま、失調の強い患者が受診した時間と隣の自転車出席者達の時間が重なった。

隣の出席者のなかの説得のできそうな「生徒代表」を選んで、話を聞いていただいた。クリニックの前で患者が転倒して救急車の出動を要請しなければならないとしたら、それこそ本末転倒だから、自転車の駐輪場所については配慮していただくように、と説明した。何とか納得していただいた。そして、「同級生」にも伝達され、自転車は常識的な所へ移動していった。

それにしても、我がクリニックの患者と比較すると、隣のお客さん方は皆さん年をとっているのかかわらず、重い荷物を前後の荷台に乗せ、安定した自転車の運転ができています。これが健康でなくて、何を健康と呼ぶのであろうか。

自転車と健康について考えた。

こちらクリニックに通うかくしゃく老人も圧倒的に自転車派が多い。

そうだ。十分に自転車に乗らなかったばかりに、我がクリニックの方に通院することになった患者もいるのだ。

そうなのだ。「健康食品」は自転車を力強く踏んで運転するための動機づけであっても、本当は自転車を踏む運動の方が健康に良いのだ。

あちこちの健康商品の売り場を嗅ぎ付け、

自転車を使って活性化した脳は食品業者より役者が上かもしれない。無駄な買い物もせず健康にいい自転車踏み続けているのだ。

こちらが心配することも無いのだ。

ドイツのことわざに「トラック1台分の薬より1台の自転車」がある。「荷台一杯の健康食品より1台の自転車」である。

そういう視点から世の中を観察すると、あるわ、あるわ、世は自転車ブームなのだ。

そして、これを牽引しているのが宮崎出身の疋田智さんである。TBSのディレターで自転車通勤を実践し、ツーキニストという造語を提唱し、この世界のオピニオンリーダーである。

3月27日、誇れる橋が開通した。仕事を終え、自宅でテレビを見ていると地元局が天満橋の開通を紹介している。早速自転車で渡初めをした。夕方のかげが気持ちいい。

ウォーキングに快適と紹介されているし、歩いているひが多い。日頃から、歩くのは、ALookに通じ目に入る情報が健康に良いと患者に説明している。自転車健康法も目に入る情報と強く関係しているようである。

宮日で安井息軒の「瓦全」という言葉を知った。「玉碎」と対になる言葉と紹介されている。

早速、清武の生家への天満橋経由のサイクリングを決行した。俄然、元気が出てきた。

ひ と こ と

入会の挨拶

日南市 福岡医院

福岡 周司

本年2月3日、日南市油津に内科・循環器科を標榜して無床診療所を開院致しました。亡き父が40年余り「福岡内科医院」として診療を行ってきた場所で3年半のブランクの後に新たなスタートを切ることが出来ました。今後は父が長年行ってきた地域医療を継承すべく努力・精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、今後共何卒よろしくお願い致します。

入会の挨拶

宮崎市 若草病院

中村 政人

初めまして。私は、平成7年の宮医大卒業生です。以前は、医療生協に勤めていました。当院では、昭和57年から2年間の間、無資格で働いた事があり、因縁浅からぬものを感じております。

「人間」に興味があります。キリストの受苦、ナチスの残酷、荘子の不思議、バッハの美、禅の機峰等々。実に興味深い生きものだと思います。

今後ともよろしくお願い致します。

ひ と こ と

入会の挨拶

延岡市 延岡市医師会病院内科

後田 義彦

この度、宮崎県内科医会／臨床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62年に宮崎医科大学(現宮崎大学医学部)を卒業し、同第3内科(現神経呼吸内分泌代謝内科)に入局致しました。内分泌代謝を専攻し、各関連病院勤務、大学院卒業後、平成7年より延岡市医師会病院に勤務させていただき現在に至っております。

小生は医師となって今年20年目の節目を迎えることになり、また、内分泌代謝は広く内科一般の知識が必要で、臨床内科医としての知識や技術をさらに研鑽し続けていく必要性を感じ、本会がその絶好の場であることを知り入会させていただきました。

今後とも本会の諸先輩方には御指導のほど、よろしくお願い申し上げます。

入会の挨拶

宮崎市 古賀総合病院 内科

佐藤 秀一

宮崎に来て一年が経ちました

今回、当会に入会させて頂くに当ってご挨拶させていただきます。

祖父の死を機に、久留米大学の生理学、内分泌代謝内科を離れて、臨床に初心に帰って専念出来る場を求めて、宮崎(人生で一度は働きたかったんです!!)に赴任し、早いこと一年が経ちました。栗林先生をはじめ多くの優秀な内分泌代謝内科の先生の下で、もう一度しっかり基礎を固めて、臨床医として宮崎県内で少しでも貢献できるようにまだまだ奮闘中です。

しかし、学ぶ環境としては想像していた以上に吸収することが多くて吸収しきれないくらいです。そのような意味では、病院、先生方そして、内科医会の諸先生方の御協力、御指導あつてのものと考えております。これからも一員として臨床だけでなく、宮崎の楽しいところ、面白いところ、美味しいところ等々御教授の程よろしく願いいたします。

理事からひとこと

“informed consent “

宮崎市 古賀総合病院

松岡 均

informed consentはすでに医療界に定着した言葉ですが、我々は「説明と同意」と訳していますが、直訳すれば「情報を提供された上での同意」と患者側の発想になり、同意を得るといふ医療者側の発想とは異なります。

informed consentには患者自身の決定（自律性）が必要ですが、この自律には患者も医療従事者も肯定的・発展的に「患者の自己決定を支援する」という視点でとらえる「患者支援型自律」と、原理主義的に「自己決定なのだから患者一人で決め、医療従事者は関わらない」という「原理主義的自律」の考え方があり、日本に入る情報はアメリカの倫理学者の「原理主義自立」だそうです。これに従

えば「患者と医師が共同で医療にあたる」ことも不適切になるようで、我々医師は病名告知を希望する末期癌患者患者に「あなたは末期癌です。有効な治療法はありません。余命は9-12週です。後はあなたが自由に決めてください」と説明のみ行う事になります。私には非常に違和感があります。やはり、アメリカでも医療界は「患者支援型自立」を大事にしているようで、臨床医として当然のことだろうと少し安心しました。

先般の福島県の産婦人科医が逮捕された時に異状死の定義について法医学者と医師との間で解釈の乖離があることがわかりました。医療者以外の意見は大切ですが、臨床医の意見を取り入れた法改正がのぞまれます。その際には我々医療従事者はinformed consentする側になりますが、十分に論議を尽くして欲しいものです。

理事からひとこと

新理事就任のごあいさつ

宮崎市 ひろの内科クリニック

弘野 修一

本年4月より宮崎県内科医会の理事を仰せつかりました弘野修一です。宮崎の出身ではなく、また大学以外県内での勤務歴もないので、ご存じのない先生方も多いかと思えます。

私は昭和31年に鹿児島県の沖永良部島で生まれ、小、中、高を神戸で過ごしました。昭和56年に帝京大学医学部を卒業後、鹿児島大学医学部第二内科に入局しました。平成4年からの英国留学中に恩師である坪内博仁先生（現鹿児島大学教授）が宮崎医大（現宮崎大学医学部）の第二内科教授に就任されたのを機に、帰国後一年間の病院勤務を経て、研究および臨床の勉強をするために平成7年から宮崎医大第二内科に勤務しました。鹿児島、宮崎の大学生活を通じての研究のテーマは「肝再生」でした。若い先生方に囲まれ教育・研究に携わることは刺激的でしたが、もともと開業希望でしたので、仕事の一区切りをつけ平成13年10月に宮崎市内で内科医院を開業しました。肝臓が専門ですので内科および消化器科を標榜しております。もちろん内視鏡検査も行っていますが、胃腸科ではないので患者さんには内視鏡検査をすることをなかなか認知してもらえないようです。

開業して思ったことは労務管理、経営の大変さはもちろんのこと、自分自身の健康管理が大事だということです。車で通勤し、ほとんどを診察室で過ごしているのですが、一日何歩歩いているのでしょうか？はじめの数ヶ月で3-4kg太りました。そこでまず自転車に乗り始め、ついでフットサル、最近ではゴルフで体力維持に努めています。おかげでゴルフ練習場の常連になってしまいました。（といっても練習量にくらべて腕前はよくありませんが…。）また少しでも勉強しなくては世の中の流れにおくれてしまうと思い、患者教育と自分の勉強も兼ねて二ヶ月に一度健康教室なるものを開催し院内で講演しています。はじめは肝臓や消化器関係の話ばかりでしたが、だんだんと生活習慣病やほかの領域の話が多くなってきました。前は自分自身が悩まされている慢性蕁麻疹を勉強して話しましたが、結局原因不明なことがほとんどであるという結論に終わってしまいました…。

大学在学中および開業以来、ほとんど本会に貢献することもないまま理事に就任することになり、恐縮しております。これからは県内科医会の一員としてがんばれという叱咤激励と受け止め、浅学非才ではありますが自分なりに務めさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

理 事 从 ら ひ と こ と

理事就任のご挨拶

都城市 おおくほクリニック

大窪 利隆

このたび宮崎県内科医会の理事を拝命致しました都城の大窪です。光栄ではありますが、還暦を迎えた年になって、「何でこれから？」と言う気持でしたが、都城のS. K先生の推薦では致し方ありませんでした。

独立行政法人機構都城病院の一番近くで、循環器・内科を標榜して開業15年になろうとしています。心カテもR Iも有りませんので、気持だけで頑張っ参りました。平成10年から都城市郡医師会の理事（医師会病院担当）

を8年、その前に同病院の管理委員を4年担当させていただきましたので、殆ど医師会病院と共の毎日でした。

私が外来で感じる事。中高生の子供達は「どうあるの？」と聞きましても大半の子は自分で返事をしないで、後に立っている親の顔を見ます、そしてやや太め。怒鳴りたいのを飲みこんで対応しています。

医療界の将来も不安ですが、これほど物が豊かな時代の新世代の育成はもっと大変な事ではないかを感じる今日この頃です。

内科医会にどれ程お役にたつか分かりませんが頑張りますのでどうぞよろしくお願い致します。

理事からひとこと

自己紹介

小林市 宮崎医院

宮崎 裕三

今年の4月より、県内科医会の理事に就任致しました、西諸医師会の宮崎裕三です。県内科医会では評議員を平成14年から二期の4年間しておりましたが、当地区医師会の理事の兼任もありましたので、本内科医会の組織及び運営と本会の趣意を十分に把握しないまま任期を終え、周りの諸先生方にご迷惑を多少なりともおかけした事と存じます。今回初めての寄稿ですので、簡略ではありますが自己紹介を致します。

私は昭和25年宮崎市で出生しました、戦後生まれのいわゆる団塊の世代です。小学校から、この小林市に移り少年時代を過ごして来ましたので、小林市がやはり故郷でしょう。父が当地で皮膚科医院を開業しておりましたので、周囲は当然ながら私も高校卒業後、医学の道を志してくれるものと期待をしていましたが、当時の私は医学分野以外に他の文系に興味があり、東洋の文学や中国語に多少興味を惹かれていました。しかしながら、周りの環境にも影響されまして数年程よそ道に沿いながらその後、帝京大学医学部に進学しました。

昭和58年卒業後、同大学医学部第一内科で研修医終了後、入局しました。その後、消化器内科を専攻し特に肝臓疾患を専門に修練いたしました。関東地区の、埼玉上尾中央総

合病院内科、社会保険中野総合病院消化器内科、善仁会市民の森病院内科に派遣勤務後、平成3年小林市に帰省しまして、父の皮膚科医院に内科、消化器科を併設し開業しました。今年の11月でやがて15年目を迎えます。

当初の診療は、父の皮膚科の患者の方が圧倒的に多く、たまに内科系の患者が来ますと、ほっとする様な安堵感がありました。そんな日々が半年ぐらい続き、何だか父のもとで皮膚科の研修をしている様な毎日でしたが、かような父も平成11年10月、病魔に襲われ他界しました。父が生前に皮膚科の患者を診ながら、よく口にしていました言葉がありました。目に見えている疾患ほど、慎重に診断し、また治療しなくてはいけない。今でも皮膚科の患者を診ながら思います。時々父のあの言葉を思い出し、皮膚科学の原点らしきものを少しだけ私に教えてくれた様な気がいたします。

そんな所以もありまして、現在内科、消化器科、皮膚科を標榜し内科皮膚科の患者を問わず診療しています。これから先、少しでも地域住民の医療に貢献できます様にまた、かかりつけ医として十分信頼される様、日々診療に専念して行く所存であります。

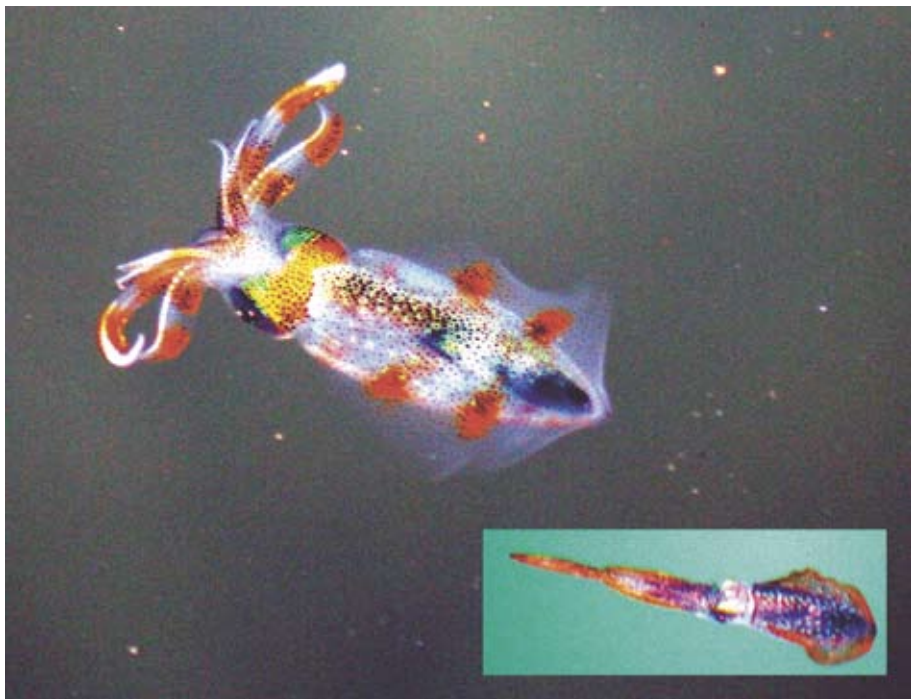
本内科医会の理事としましては、まだ非力な1年生ですので、これから少しずつ視野を広げ努力して行きたいと思っております。

今後益々の宮崎県内科医会のご発展をお祈りしますと同時に、本会の諸先生方々のご支援ご鞭撻を賜ります様宜しくお願い致します。



「琵琶湖」

都城市 折津 達



マリーナの海面に浮かぶアオリイカ。全長7cm, 同一個体

「アオリイカの幼体」

宮崎市 神宮医院 田中宏幸

短歌

内科医

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

診療のはじめに交はす「こんにちは」

そこに病む人の塩梅を知る

―丁化いかに進めどひとりづつ五感をすまし

病人を診る

メス持たぬ内科医なれば葉もて

病切り裂く気概を持ってり

インスリン注射を病める人達に勧むるわが身に

針打ちてみる

古びたる厚きカルテを繰りながら

ひとりひとりの半生を読む

俳句

海 堂

宮崎市 猪島医院

猪島 蘇風

海堂燃えて蠟座頭をもたぐ

稲びかり鬼の洗濯岩照らす

岩に坐す吾を舟虫遠巻きに

星は恋鬼は洗濯はじめけり

青島の椰子の葉さやぐ星祭

海堂涼しき波をきらめかす

ぶちまけて銀河の如し海堂