

【巻頭言】

地産地消—地域完結型がん診療システムの
構築を目指して宮崎大学医学部 内科学講座
消化器血液学分野

下田和哉

本邦では年間約60万人の患者さんが新たにがんと診断されています。入院や外来で診療を受けたがん患者数は年間約140万人にのぼり、年間のがん死亡者数は32万人に達しています。つまり日本人の2人に1人はがんになり、3人に1人はがんで亡くなっている状況です。このように、がんが国民病と認識される中、総合的で計画的ながん対策の推進を目的としたがん対策基本法が昨年制定され、本年4月から施行されます。がんの予防、診断、治療技術の向上と普及、居住地域にかかわらず適切ながん医療を提供する体制整備、がん患者の意向を尊重した治療法の選択を基本理念としており、国にはがん対策推進基本計画を策定し、患者や家族を加えたがん対策推進協議会を設置するよう求め、都道府県にはがん対策推進計画の策定を義務付けています。

従来わが国のがん治療は、外科治療、放射線治療が主体であり、主に外科、放射線科の先生方によって担われてきました。現在では60%の患者さんは、外科手術あるいは放射線局所療法で治る、または5年以上生存可能となってきました。残りの40%がいわゆる進行がんであり、白血病、小児がんなど、一部のがんを除いて治療成績は不良でした。がんに限らず病に苦しむ全ての患者さんは、治癒したい。治らないなら、延命したい。延命できないなら、痛み、苦しみがなく、良好なQOLを保ちたいと願っています。

がん治療成績の向上には、がんに対する薬物療法の進歩が不可欠ですが、がんの薬物療法には高い専門性が求められます。現に、抗がん剤に関連した医療事故が多発しています。民間シンクタンク「日本医療政策機構」の調査によると、53%のがん患者が治療説明時や治療方針決定時に不満を感じたり、納得ができておらず、このうち9割以上の方が日本のがん医療水準に不満を持ち、医療機関に対して「医師ごとの治療成績」などの情報開示を希望しているそうです。新規抗がん剤の開発がすすみ、進行がんに対し治療効果、延命効果を有する薬物療法が開発されつつある現在、がんの薬物療法専門医の育成が急務です。がんの薬物療法に関しては地域間格差が存在し、均てん化するだけでも年間4万人が救命できるという試算さえあります。鳥根県では、鳥根大学にがん治療の専門医を養成する「腫瘍専門医育成コース」を新設し、内科や外科など縦割りの枠を超えて、様々な部位のがんについて、化学療法などの臨床と研究をバランスよく経験させる取り組みを来年度から開始予定です。また薬物療法とならび、緩和医療も重要な課題となってきています。

宮崎在住のがん患者さんが、宮崎の地で標準的ながん治療をうけられる、地域完結型の医療を目指し、内科医会の先生方と共同で、がん治療専門医の育成、診療システムの構築などに一緒に取り組ませていただきたいと思います。

特集

拡張期心不全の臨床

独立行政法人・国立病院機構都城病院

小柳左門

はじめに

近年までは心不全といえば、心筋梗塞や拡張型心筋症などに代表されるように、心室の収縮不全に基づく病態を指すことが多かった。心不全の治療薬についても、最近の大規模スタディが対象としたものは、そのほとんどが収縮不全であり、心不全症例のエントリーの基準として左室駆出率の低下が必ず挙げられていた。

しかし、明らかに心不全による症状や徴候が示されているにもかかわらず、弁膜症などの器質的心疾患はなく、左室駆出率の低下もみられない症例が臨床的にはかなり多いことが、近年明らかとなった。そしてこれらの中の多くが、左室の拡張障害が原因と考えられるようになった。

調べてみれば、心不全の中で左室駆出率の低下がない症例は、全体のほぼ30%に上ると推定され、近年に至って心不全における拡張障害（拡張期心不全）がにわかになら注目されている。拡張学ともいえる”diastology”という言葉も生まれた。

本稿では、拡張障害による心不全の臨床像について最近の知見を中心に紹介する。

ある症例の呈示

症例 75歳、男性

主訴：呼吸困難

既往歴：約15年来の高血圧に対して降圧薬を服用中であった。

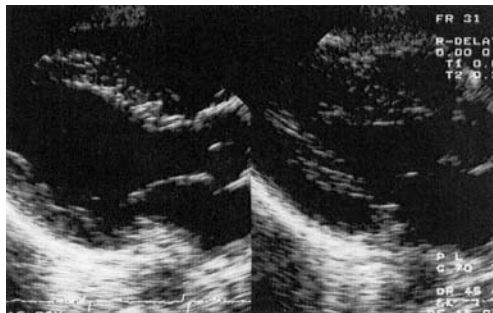
現病歴：約一年前から坂道などで息切れを感じるようになったが、このたび国内旅行から自宅に帰ったその日、夜間就寝中に呼吸困難を感じたため、翌朝来院。旅行中は過飲、過食が続き、あちらこちらを歩き回って疲れがあった。

来院時現症：体格中等度、脈拍98 /分、整、血圧165 / 98mmHg、心臓聴診IV音(+)、胸部聴診で軽い湿性ラ音聴取。

心電図：正常洞調律、ストレイン型左室肥大、左房負荷。

胸部X線写真：両肺野の血管陰影やや増強

図1. 症例における左室長軸像。(左) 拡張末期、(右) 収縮末期。



し、CTR55%。

心エコー図：びまん性左室肥大（壁厚約14mm）が見られたが、左室内径は正常範囲（拡張末期径49mm，収縮末期径28mm）で、左室駆出率は75%と正常で、壁運動異常はなかった（図1）。他に、弁膜疾患を始めとする器質的心疾患を認めなかった。

この症例をどう考えるか

患者には高血圧性心肥大があり、約一年前から労作時の息切れを訴えており、すでに心不全（NYHAⅡ度）の可能性があった。なお明らかな呼吸器疾患はなかった。その上、このたびの旅行では塩分および水分摂取量がかなり増え、体力的な消耗もあって心不全が増強し、夜間呼吸困難を呈したと考えられる。

しかし、心エコー図検査では左室径の拡大はなく、また左室駆出率は正常範囲であり、左室肥大以外には器質的心疾患はなかった。患者はその後、運動制限と塩分摂取の制限、一時的な降圧利尿薬の投与によって改善した。すなわちこの症例は、従来言われていたような収縮異常による心不全像とは異なっているにも拘らず、臨床的には心不全と診断される。つまり、収縮不全では説明できない心不全と考えられる。

高血圧性心不全では、このような型で心不全が発症することが珍しくない。ことに左室肥大をともなった症例では、左室の拡張能の低下をきたしやすいと考えられ、これが心不全の原因となることが明らかとなり、「拡張期心不全」の名でその臨床像が検討されてきた。

拡張期心不全の頻度

拡張期心不全の発症頻度は、その診断基準

と対象となった症例群によってかなり異なっているが、欧米からの報告では20%～50%まで分布し、平均すれば心不全のほぼ三人に一人が拡張期心不全と考えられる。ことに高齢者になるほどその頻度は高い。

以前、私どもも共同で調査した内容を筒井ら¹⁾が報告したが、入院患者を対象にした場合、心不全のうち左室駆出率50%以上の正常群が35%にみられ、左室駆出率40%以下の収縮低下群は43%であった。さらに外来患者を対象にすると、正常群は70%に達した。つまり心不全の急性期においても左室駆出率が正常を示すものが3分の1以上もあり、駆出率が低下していても、慢性期になると駆出率が正常化してくる症例が多いことを暗示している。

拡張期心不全の基礎疾患

かつて拡張不全といえば、収縮性心膜炎を始めとする心膜疾患や、心内膜線維症などの心筋症がその代表であった。しかし、これらの特徴的かつ稀な疾患に限らず、拡張不全は実はほとんどの心疾患に関与し、早期の心筋障害や心不全ではむしろ拡張不全が収縮不全に先行することも明らかとなっている。その代表が高血圧性心疾患であり、その約80%は拡張不全と考えられている。表1に、2000年にMayo Clinicから報告された拡張期心不全の基礎疾患の頻度を示す。

表1. 拡張不全の基礎疾患（重複あり）

| 基礎疾患 | 全体に占める割合（%） |
|--------|-------------|
| 高血圧 | 79 |
| 冠動脈疾患 | 46 |
| 弁膜症 | 20 |
| 糖尿病 | 18 |
| 肥大型心筋症 | 3 |

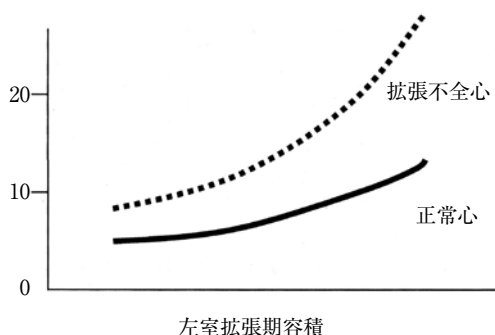
重要なことは、高齢者では拡張期心不全の頻度が急速に増大することである。我が国でも、高血圧性心疾患、虚血性心疾患が高齢化とともに増大するほど、拡張期心不全は今後ますます重要になることが予想されるのである。

拡張期心不全の病態

では、拡張期心不全とは基本的にどのような病態なのであろうか²⁾。心臓は全身からの静脈還流および肺循環からの還流を受け、拡張期にはそれぞれ右室、左室が拡張する。この時、心室の拡張が不十分であれば、これに続く収縮期に十分な心拍出量を保持できない。

左心室の拡張期容量と拡張末期圧との間には、図2に示すような関係があり、容量の増大とともに拡張期圧は増加する。左室の伸展性が失われると、図2のように両者の関係は上にシフトする。即ち同じように容量が増大したときに、拡張期圧は急速に増加し、その結果として左房圧、ひいては肺毛細管圧の上昇によって肺うっ血が生じる。同じように、右室の拡張障害では右心不全を呈するが、臨床的には左心不全の結果として2次的に右心

図2. 拡張期心不全における左室拡張期圧・容積関係
左室拡張末期圧 (mmHg)



不全を合併することが多い。

左室伸展性の低下はなぜ起こるか

左室の伸展性を低下させる原因には、心筋自体と心膜の疾患とがある。本稿では主に前者について述べているが、左室の拡張機能を傷害させる因子には、(1) 拡張早期における弛緩障害と、(2) 拡張中期ないし後期における左室コンプライアンスの低下、あるいはスティッフネスの増大とに分けることができる。前者はアクティブな心筋の弛緩に伴うもので、心筋エネルギー代謝との関連が深い。高血圧性肥大心や梗塞後心筋、高齢者における心筋線維化など多くの拡張障害は、これらの両者の因子を含んでいる。その要素として、肥大心筋、心筋の線維化などが重要であり、その進展過程にレニン・アンジオテンシン・アルドステロン系、さらには交感神経系の活性化との関連が注目されている。

また狭心症、急性心筋梗塞などの急性心筋虚血においては、左室局所の収縮能の低下に先立って、拡張早期の弛緩障害が起こることが明らかにされている。また拡張型心筋症などでは、左室の収縮、拡張の開始が局所的に遅れ、これが弛緩障害、ひいては心不全の増悪因子となる。最近しばしば行われている両心室ペーシングによるCRT（心臓再同期療法）は、これを是正する意義がある。

拡張期心不全の診断

拡張期心不全の診断は必ずしも容易ではない。まず心不全が存在することが確認されなければならないが、前提となるのは心不全の症状である。左房圧の上昇を反映する肺うっ血の症状ないし徴候や、全身のうっ血症状が

あり、類似の症状を呈する他の疾患が除外される必要がある。

拡張期心不全では収縮不全の除外診断が必要である。左室収縮機能は主に心エコー図によって診断されるが、その診断精度や診断基準は必ずしも信頼に足るものとはいえない。また厳密な意味で、純粋な拡張期心不全が存在するのかについては、疑問もある。収縮不全の診断自体が凡そのものであり、個々の症例でその有無を診断することは困難でもある。従って、報告者によって心エコー図による拡張期心不全の診断はある程度異なっている。著者としては、modified Simpson 法を用いた左室断層図の解析により、左室駆出率50%以上は正常、40%以下を明らかな収縮不全とし、その間は境界域とするのがよいのではないかと考える。つまり拡張期心不全と診断するためには、心不全の症状ないし徴候があり、少なくとも左室駆出率が50%以上の症例で、弁膜疾患を除外するのがよいと考える。

血中BNPの測定は心不全の重症度診断や経過観察に極めて有用である。拡張期心不全においてもBNPは高値を示すことが明らかとなったが、収縮不全に比べれば血中濃度は低いとの報告が多い。

左室拡張機能の診断

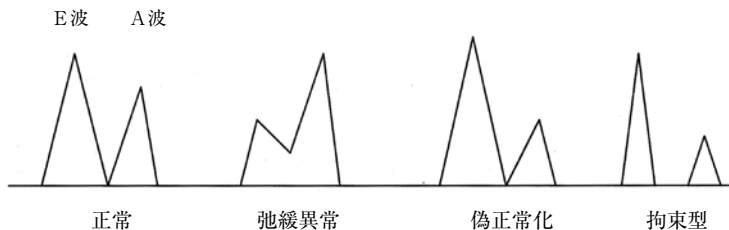
拡張機能の臨床的な診断は、左室造影法、

RI法、心エコー図法など様々な方法で試みられてきたが、信頼性や実用的な評価が低く一般に用いられることが少なかった。近年心エコードプラ法が発達し、左室流入（僧帽弁口血流）速波形をもとに診断する方法が試みられている³⁾。図3に示すように、正常では拡張早期（E波）と心房収縮期（A波）に二つのピークがあり、ピーク速度はE波の方が高い。しかし左室が固くなって弛緩能が低下するとE波高が低下し、E波の下降脚のスロープが低下する（弛緩異常）。この時、左室流入血流を保持するため、代償的にA波はむしろ増加する。この現象は加齢のみによっても認められ、60歳を過ぎると約半数に認められる。

拡張障害によって左心房圧が高くなると、拡張早期の左室圧との圧較差が大きくなり、E波は再び増大するが、これを偽正常化と呼ぶ。さらに左房圧が上昇し、代償性の心房収縮力が低下するとE波はA波の2倍以上となり、左室のコンプライアンスの低下によって、E波の減衰速度が上昇する。

この方法は実用的で簡便ではあるが、その解釈は必ずしも容易ではなく、肺静脈血流を加味したり、最新の方法としては組織ドプラ法による拡張機能評価を加える、などの方法が提唱されている。

図3. ドプラ法による左室流入速波形による拡張期心不全の評価



拡張期心不全の予後

心血管事故による年間死亡率は、収縮不全心ではほぼ10～15%であるのに比べ、拡張期心不全ではほぼ5～8%と報告されている³⁾。しかし最近のカナダの研究グループの大規模な調査では、心不全による入院患者の予後では、左室収縮障害による心不全も拡張障害による心不全も、その年間死亡率には有意差がなかった⁴⁾。我が国における筒井らの報告でも、死亡率や心不全による入院率に有意差を認めていない。

以上述べてきた拡張期心不全を収縮不全と対比した表を参考として掲げる(表2)。

拡張期心不全の治療

拡張期心不全の治療指針として、いまだ明らかにされた大規模研究はなく、確立された方法はない。ただCHARM-Preserved 試験において、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬であるカンデサルタンが、心血管死の改善作

表2. 収縮不全心と拡張不全心の対比

| 各種指標 | 収縮不全 | 拡張不全 |
|-----------|------|------|
| 高血圧 | ++ | ++++ |
| 左室肥大 | ++ | ++++ |
| 心拡大(左室拡大) | ++++ | + |
| 心電図低電位 | +++ | - |
| Ⅲ音ギャロップ | +++ | + |
| Ⅳ音ギャロップ | + | +++ |
| 僧帽弁逆流 | +++ | + |
| 浮腫 | +++ | + |
| 予後不良 | +++ | ++ |

用はなかったが、心不全による入院の予防効果があったことを示している⁵⁾。従って、利尿薬をはじめとした一般的な対処に加えて、近い将来、アンジオテンシン変換酵素阻害薬やアンジオテンシン受容体拮抗薬などによる血管拡張療作用、ないしは心筋に対するリモデリング予防効果などが大規模研究によって明らかにされる可能性がある。

おわりに

高齢化社会を迎え、さらに栄養過多ともいえる生活習慣病を抱えている国民にとって、心不全の症例は今後ますます増加していく可能性があるが、そのなかで拡張期心不全への対処は重要さを増していくことが予想される。確かで簡明な診断法、治療法の確立が望まれている。

参考文献

- 1) Tsutsui H, et al.: Am J Cardiol. 2001;88:530-533.
- 2) 百村伸一:新・心臓病診療プラクティス「心不全に挑む・患者を救う」, 文光堂, 東京, 2005, 22-27.
- 3) Aurigemma GP, et al.: N Engl J Med. 2004;351:1097-1105.
- 4) Bhatia RS, et al.: N Engl J Med. 2006;355:260-269.
- 5) Yusuf S, et al.: Lancet. 2003;362:777-781.

[会員投稿論文]

肝転移を繰り返しているカルチノイドの1例

宮崎市 誠友会 南部病院

武田恵美子, 宮田 隆光, 八尋 克三, 小牧 斎¹⁾
石橋 峰嗣²⁾, 松原 佳奈²⁾, 三原 謙郎²⁾, 長谷川 潔³⁾
幕内 雅敏³⁾¹⁾ こまき内科 (宮崎市)²⁾ 県立宮崎病院臨床検査科超音波センター (宮崎市)³⁾ 東京大学肝胆膵外科 (文京区)

要約：症例は40歳代，男性。平成13年の人間ドックにて肝腫瘍および胃粘膜下腫瘍が認められたため，平成13年11月県立宮崎病院へ紹介。USにてS2/3に径約10cm，S4/8には径約8cmの境界がほぼ明瞭な高エコーのSOLを認めた。血液生化学検査の異常は γ -GTPの軽度上昇のみであった。平成13年12月の手術の結果，肝転移を伴った腫瘍径0.3cmの十二指腸カルチノイドであった（平成15年3月，本誌63号にて報告）。その後，経過観察中にS7に径0.8cm～1.3cmの高エコー斑を3ヶ所認めた。カルチノイドによる肝転移再発と考えられ，平成15年8月に摘出術を施行。その後もS4に径0.4cm大の高エコー斑出現。増大傾向を認めたため再発と考えられ，平成17年8月に3回目の摘出術を施行。今回，再発を繰り返している十二指腸カルチノイドの肝転移について経過を報告した。

はじめに

カルチノイド腫瘍は，通常の癌腫と比べて組織学的に低い細胞異型度と特徴的組織構築を有し，発育緩徐であることを特色としてい

る。本邦では，消化管カルチノイドは全カルチノイドの70%を占めており，直腸，胃，十二指腸の順に多いと報告されている¹⁾。血行性転移を特徴としており，肝，リンパ節では高率である。

症 例

【症 例】40歳代，男性。

【主 訴】人間ドックによる精査。

【既往歴】特記事項なし。

【家族歴】父母，祖父母，叔母が癌。母親が慢性関節リウマチ・血管炎。

【現病歴】毎年，職場の定期健康診断を受けていたが，特に異常を認めなかった。平成11年の人間ドックの超音波検査（以下，US）で肝嚢胞を指摘される。平成13年には別施設で人間ドックを受診。USにて肝腫瘍を認めたため，CT，GFを行った結果，多発性肝腫瘍及び胃粘膜下腫瘍と診断された。平成13年11月，県立宮崎病院へ紹介。なお，平成11年以降， γ -GTPの軽度上昇の他に，血液データにおいて異常所見は認められなかった。飲酒歴は付き合い程度である。

県立宮崎病院初診時の検査成績でも γ -GTP軽度上昇のみで生化学検査はほぼ正常であり、HCV抗体、HBs抗原も陰性であった。腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。USで肝S2/3に径約10cm, S4/8には径約8cmの境界がほぼ明瞭で中心部に嚢胞状の変化を伴う高エコーのSOLを認めた(図1)。CTにおいて肝両葉の腫瘍は辺縁索状で不整に造影されており、内部に壊死と思われる低吸収域を伴っていた(図2)。これはUS像の嚢胞状変化に一致する。経皮的肝腫瘍生検での免疫染色において腫瘍細胞はCytokeratin陽性で上皮性腫瘍であるといえる。Chromogranin Aで一部の細胞に反応産物が見られ陽性で



図1 US像

図左はS2/3に径約10cm, 図右はS4/8に径約8cmの境界がほぼ明瞭で中心部に嚢胞状の変化を伴う高エコーのSOLを認めた。

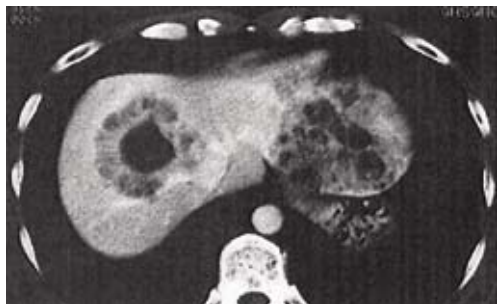


図2 造影CT像

索状配列している腫瘍の周辺部が比較的強く造影されている。腫瘍中心部には壊死と思われる低吸収域が認められた。

あった。以上の所見から確定診断を得ることはできなかったが、カルチノイド腫瘍が最も疑われた。なお、人間ドックにて胃粘膜下腫瘍と診断された所見は肝腫瘍(S2/3)による胃への圧排であり、胃には異常所見は認めなかった。

肝左葉の腫瘍が一部肝静脈に浸潤している可能性があり手術困難なため、東京大学肝胆膵外科へ紹介。術前検査にて上記SOLの他に、肝S4, S5にも腫瘍が認められた。なお、血中セロトニン、尿中5-HIAAは正常範囲内であった。

平成13年12月、上腹部正中切開で開腹。肝左葉切除および肝S4/8, S4, S5の部分切除を施行。術中の触診にて十二指腸前壁に径0.8cmの小結節を触知し、この時点で十二指腸原発カルチノイドによる肝転移と考えられた。

肝腫瘍の摘出標本は内圧の高い膨張性に発育した腫瘍で、USおよびCT像で見られた中心部の嚢胞状変化は、病理標本の剖面より出血壊死と考えられた(図3)。また、十二指腸の小結節においては、腫瘍細胞が0.3cm存在していた。その腫瘍細胞は固有筋層から粘膜下層に主座を置き、さらに粘膜固有筋層へ浸潤していた。類円形核と弱好酸性胞体を有する腫瘍細胞が巣状配列を示し、静脈侵襲が数ヶ所認められた。腫瘍細胞はGrimelius

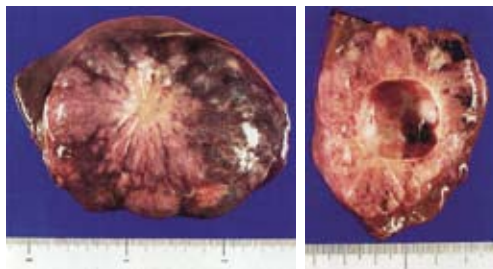


図3 摘出標本：左より、肝S2/3, 肝S4/8

染色にて、ごく一部の細胞が好銀性を呈し、免疫組織学的にはChromogranin A陽性、Synatophysin陽性を示した。以上のことから、十二指腸を原発巣とするカルチノイドによる肝転移と診断された。

その後、定期的にUSおよびCTにて経過観察を行ってきた。術後、1年半後のCTにて2ヶ所のLDAを指摘。USではS7に径0.8～1.3cmの高エコー斑を3ヶ所認めた(図4)。図4右側、径0.8cmの高エコー斑の中心部は低エコー像を呈していた。血液生化学検査に異常所見は認めなかった。カルチノイドによる肝転移再発と考えられた。術前のCTでは、早期濃染像を3ヶ所認めた。平成15年8月、東大にて2回目の手術を施行した。組織学的所見では、類円形核と弱好酸性胞体を有する腫瘍細胞がリボン状配列、あるいは充実性小胞巣状に増殖しており、硝子様間質によって分葉されている。個々の腫瘍細胞の異型性は比較的軽度であった。腫瘍は既往の十二指腸カルチノイドとほぼ同様の組織像であり、その転移として矛盾しない所見であった。その後も定期的にUSおよびCTでの経過観察を行っ

た。2回目の手術後、1年1ヶ月目のUSにて肝S4に径0.5cmの高エコー斑を認めた。術後1年10ヶ月目には、径0.9cmとサイズの増大を短期間で認め、中央には低エコー域を伴っていた。USにおける経時的変化を図5に示す。CTでは早期濃染像として認められた。今回も血液生化学検査に異常所見は認めなかった。カルチノイドによる肝転移再発と考えられ、平成17年8月、東大にて3回目の手術を施行した。術前検査にて肝S6にも径0.4cmの高エコー斑を認めており、2ヶ所の部分切除を施行した。組織学的には、既往の十二指腸カルチノイドと同様の組織像を呈する腫瘍であり、今回もカルチノイドによる肝転移再発と診断された。

現在、3回目の手術後1年4ヶ月経過したが再発の兆候は認めていない。

考 察

1907年Oberndorferにより初めて提唱されたカルチノイド腫瘍は癌腫に類似した特異な組織像を有し、異型性が低く緩徐に発育する腫瘍である²⁾。1930年にカルチノイド症候群



図4 US像

図左より肝S7に径1.3cm, 1.0cm, 0.8cmの高エコー斑を認めた。図右では、中央に低エコー域を伴っていた。

が発表され、1953年にLembeekが腫瘍中にセロトニンの含量が多いことを報告している。粘膜深層の内分泌細胞の原基細胞から発生し粘膜下層で発育するため、粘膜下腫瘍の様相を呈することが多い³⁾。よって、頻回の生検でも確定診断が得られないこともあり、術前に診断することが困難と言われている⁴⁾。

曾我らはカルチノイド腫瘍2504例の統計学的分析を報告している¹⁾。本邦での消化管カルチノイドは直腸(24%)、胃(19%)、十二指腸(10%)の順に多く認められる。十二指腸では球部(60%)に最も多く、下行部は25%の頻度である。全症例の平均転移率は27%であり、リンパ節、肝臓、肺、骨、膵臓の順に転移率が高いが、消化管カルチノイド

ではリンパ節(66%)、肝臓(59%)で高率である。腫瘍の大きさと転移との関係は腫瘍径10mm以下で5%、11~20mmでは26%と報告されている。肝臓に関しては10mm以下でも2%の転移率であり、小腫瘍でも無視できない。

カルチノイド腫瘍の肝転移におけるエコー像の特徴的所見はあまり報告されていないが、主に血管腫に類似した高エコー斑として描出されることが多いようである。サイズが増大していくと嚢胞性変化を伴い、腫瘍内に豊富な血流成分が観察される。これはカルチノイド腫瘍の特徴である、転移先で血管構築に富んだ膨張性発育の形態をとるため、内部に出血壊死を起こしたためと考えられる。しかしながら、低エコーを呈する腫瘍や、辺縁

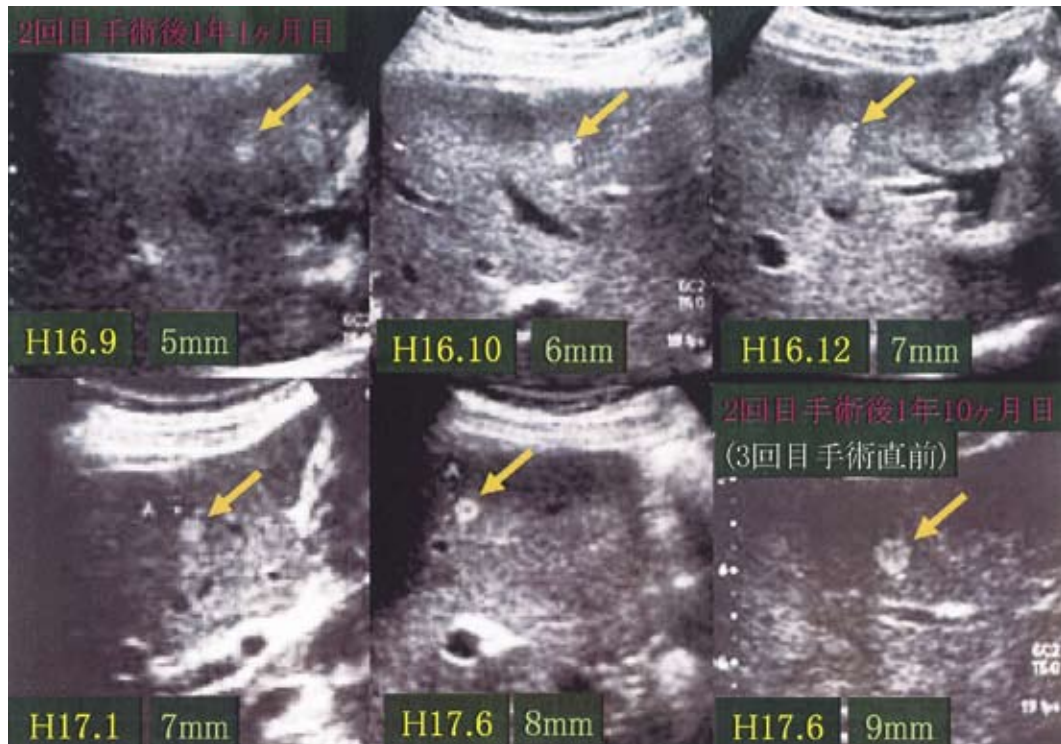


図5 US像 肝S4の高エコー斑。2回目手術後、1年1ヶ月～1年10ヶ月までの経時的変化。

低エコー帯を有する腫瘍も報告されているため⁵⁾、画像上診断に苦慮することが多い。また本症例のように、再発時のエコー像（高エコー斑）を初診で遭遇した場合、経過観察を通常の血管腫のようにしていたら、腫瘍は短期間で増大することもあり手遅れになるケースが考えられる。小病変の経過観察を行う上で課題が残る。

本症例は原発巣が十二指腸で0.3cmと小さいながらも、肝臓に最大径15cmの腫瘍を形成していた。その後も肝転移再発を繰り返し計3回の摘出術を施行しており、稀な症例であると思われる。肝転移している場合、セロトニンなどの産生物質が肝静脈を経由して直接大循環へ放出されるため、皮膚紅潮や下痢、喘息様発作などの症状を引き起こすとされている^{6,7)}。しかし、肝転移の腫瘍径が15cmであるにも拘らず本症例のセロトニンは正常範囲内であり臨床症状はなかった。血液データにおいても γ -GTPの軽度上昇以外に有意な所見もないため、経過観察はUSおよびCT検査の画像所見のみである。多彩なエコー像を呈するため、それらを念頭におき入念に観察する必要がある。

本腫瘍の5年生存率は55～58%と報告されている⁸⁾。遠隔転移のある症例においても5年生存率が36%と、一般の消化器癌と比べて良好である。しかしながら本腫瘍は発育進展が遅く、術後も再発や転移を認めるため、今後も長期にわたる慎重な全身の経過観察が必要である。

本論文の要旨は、日本超音波医学会第16回九州地方会（平成18年9月16日、宮崎市）において報告した。

文 献

- 1) 曾我 淳, 鈴木 力: カルチノイドとカルチノイド症候群. 日本臨牀 51 (増): 207-221, 1993
- 2) Oberndorfer S: Karzinoide Tumoren des Dunndarms. Frankfurt Z Path 1: 426, 1907
- 3) 石川栄世, 中島 宥: 外科病理学. 第2版. 文光堂, 東京, 426-428, 1989
- 4) 長谷川繁生, 鈴木 晃, 坂井庸祐ほか: 肝およびリンパ節転移を認めた十二指腸乳頭部カルチノイドの1手術例. 日消外会誌 33: 342-346, 2000
- 5) 善久里正躬, 斉藤明子, 宮崎英史ほか: カルチノイド腫瘍肝転移3例の超音波像. J Med Ultrasonics 27: 572, 2000
- 6) 牧本伸一郎, 新保雅也, 仲本 剛ほか: 腹腔内腫瘍として発見された回腸カルチノイドの1例. 日消外会誌 33: 1930-1934, 2000
- 7) 谷口正次, 古賀和美, 指宿一彦ほか: 肝およびリンパ節転移をきたした回腸カルチノイドの1例. 日消誌 91: 1967-1972, 1944
- 8) 高林直記, 米山さとみ, 中村光一ほか: 多発性回腸カルチノイド腫瘍の1例. 日消外会誌 34: 1547-1551, 2001

[会員投稿論文]

宮崎東病院における在宅酸素療法の現状

宮崎市 国立病院機構 宮崎東病院 呼吸器科

今津 善史, 伊井 敏彦, 井手口優美, 三好かほり
同内科

比嘉 利信

はじめに

在宅酸素療法 (HOT:Home Oxygen Therapy) は、1985年から保険適応となりその後急速に普及し、現在ではHOTを継続している慢性呼吸不全患者は10万人を超える¹⁾。対象はCOPD (肺気腫や慢性気管支炎など) や肺結核後遺症、間質性肺炎のような疾患のうち重症呼吸不全を来した症例である。これらの患者に対し酸素療法を行う目的は、まず呼吸困難などの症状軽減とこれに伴うQOLの向上が挙げられ、長期の酸素療法により、生命予後をも改善させることが明らかにされている²⁾。

HOTが保険適応となる以前は、状態が安定している慢性呼吸不全患者であっても、生命予後を延長するためには入院したまま酸素投与を継続しなければならなかった。HOTを導入することにより、症状が安定している慢性呼吸不全患者は在宅での日常生活が可能となった。当院では慢性呼吸不全患者に対しHOTの導入を行い、多くの症例は死亡に至るまでその経過を観察している。今回当院にて新たにHOTを導入した患者102例について、HOT導入時の年齢や基礎疾患、導入時の肺機能や血液ガス、HOT継続期間、急性増悪、死因を検討した。

対 象

国立病院機構宮崎東病院にて1996年から2006年6月の最近10年間に、新たにHOTを導入した慢性呼吸不全患者102例を対象にした。臨床検査値は、HOT導入前で最近の値とし、結果は平均±標準偏差で表示した。

結 果

対象患者102名の内訳は男性75名、女性27名であった。導入時の平均年齢は72.4歳 (男性72.7±8.6歳、女性71.4±7.5歳) であり、最年少が50歳、最高齢が92歳で、平均BMIは19.6±3.5であった。61.8%が導入時に呼吸リハビリテーションを併用されていた。導入前に施行した肺機能検査では、%VC 60.6±21.6%、FEV_{1.0} 61.4±21.9%であった。HOT導入時の室内気下における動脈血液ガス分析はPaO₂ 59.4±11.3torr、PaCO₂ 44.5±11.7torrであった。酸素投与量は安静時 0.84±0.67L、労作時 1.54±0.81Lであった。

基礎疾患の内訳としては、COPDが最も多く40例 (39.2%) を占め、肺結核後遺症や非結核性抗酸菌症に伴う呼吸不全が28例 (27.5%)、間質性肺炎が18例 (17.6%)、塵肺4例 (3.9%)、肺癌4例 (3.9%) であった (Fig. 1)。

年次毎の導入状況は、平均9.3人/年であ

りこの10年間に大きな増減は無かった (Fig. 2)。原因疾患については、COPDは毎年ある一定数 (3~5例) の症例に対し導入されている一方、肺抗酸菌症は近年減少傾向にある。間質性肺炎は、導入症例数が増加していく傾向にある。年次毎のHOT継続中の症例数は、2001年までは徐々に増加し、その後は50~57例で推移している (Fig. 3)。COPDは2002年以降20例を超えたところで経過していたが、2006年は20例とやや減少していた。肺抗酸菌症によるHOT継続症例は近年減少傾向である一方、間質性肺炎は近年増加傾向を認めている。

HOT導入後、急性増悪は平均して1.83回出現していた (Fig. 4)。原因としては呼吸器感染症が最も多く56.8%を占めていた。次いで多いのは明らかな感染徴候などはない呼吸不全の増悪で18.2%であった。その他には、気管支喘息発作が10.6%、心不全などの心疾患によるものが3.8%であった。

102症例のうち、14例が遠距離などの理由で別の医療機関へ転医し、4例が自覚症状の軽快により中止し、3例は理由不明で中止となっていた (Fig. 5)。

死亡症例42例 (66.7%) の平均生存期間は、約30ヶ月であった (Fig. 6)。中途離脱した症例を除いた各疾患における死亡症例の割合は、COPD 50% (平均生存期間約37ヶ月)、各種抗酸菌症に伴う呼吸不全では64% (平均生存期間は約26ヶ月)、IP 50% (平均生存期間は約22ヶ月) であった。死因は呼吸器感染症が13例 (30.9%) と最も多く、次いで呼吸不全増悪が12例 (28.6%)、肺癌5例 (11.9%)、心疾患3例 (7.1%)、脳血管障害3例 (7.1%) であった。

Fig.1 導入症例の基礎疾患

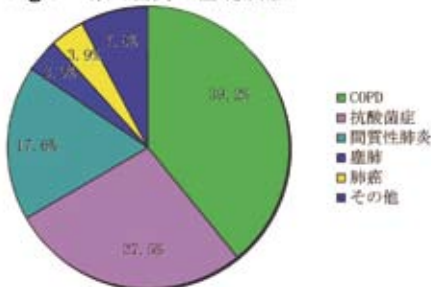


Fig.2 新規導入症例の基礎疾患

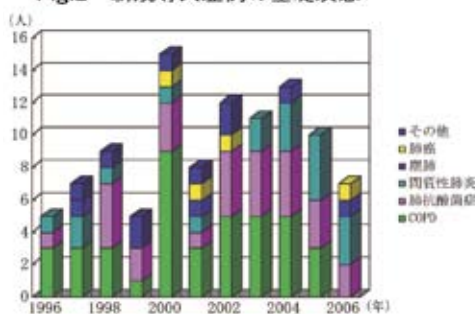


Fig.3 各年毎の症例数と基礎疾患

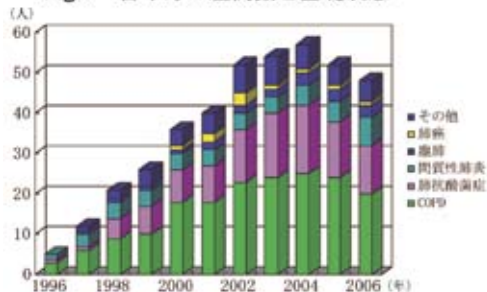


Fig.4 急性増悪の原因

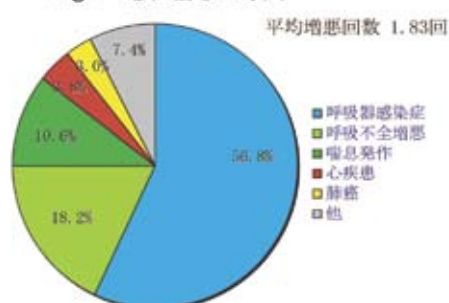


Fig.5 中止の理由

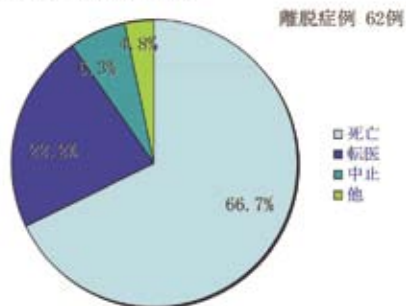
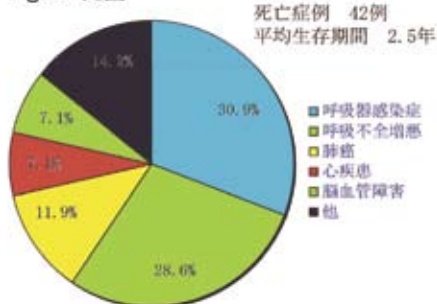


Fig.6 死因



考 察

COPDや肺結核後遺症、間質性肺炎等の患者では疾患自体の進行や加齢により次第に肺機能が低下していく。肺機能の低下に伴い初めは労作時に、次いで安静時にも低酸素血症をおこすようになり、呼吸困難が増強し次第にQOLが低下してゆく。また、低酸素血症状態が持続することにより患者の生命予後が低下する³⁾。HOTの保険適応以前は、慢性呼吸不全の患者で酸素療法が必要な場合、在宅へ転換することが困難であった。保険適応後はHOT導入目的で他医療機関から紹介を受ける症例がある一方、原疾患の治療を目的に当院に紹介されたが、治療過程において低酸素血症の改善が無く、HOTを導入した症例もあった。

2005年に報告された在宅呼吸ケア白書では

HOT導入に至る疾患の上位はCOPD (48%)、肺結核後遺症 (18%)、肺線維症など (5%)であった⁴⁾。当院ではCOPD (39.2%)、肺抗酸菌症 (27.5%)、間質性肺炎 (17.6%) の順に多かった。当院では肺抗酸菌症に伴う呼吸不全の割合が高いが、これは当院に結核病棟があるためと考える。

導入症例の年次変化については、COPDは毎年ある一定数の症例が導入されている。肺抗酸菌症も一定数で導入されているが、近年やや減少している。COPDは喫煙が原因であり、喫煙率の低下に20年以上遅れてCOPDの発症が減少すると考えられるため、今後も20年程度は喫煙を原因としたCOPDによりHOT導入に至る症例が増加してゆくと思われる。一方で、肺抗酸菌症は早期診断と有効な化学療法の確立により重症化する症例が減っているため、呼吸不全を来す症例は徐々に減少していくと考えられる。間質性肺炎は2000年前後では例年4例であったが、2006年では7例と増加している。これは間質性肺炎症例の増加であるのか、長期生存によりHOT導入が増加しているのか今のところ判断としない。

慢性呼吸不全患者は種々の原因により、容易に呼吸器症状の悪化や肺機能の低下を来す。この結果呼吸困難の増悪が起こり、治療方針の変更が必要となる。これを急性増悪と呼ぶ。当院の102症例では1症例あたり平均1.83回の急性増悪を認めている。急性増悪の主な原因は感染性と非感染性に分類されるが、感染性疾患によるものが大部分を占めるとされる。当院でも呼吸器感染症の割合が56.8%と過半数を占めていた。非感染性急性増悪の場合、原因としては環境刺激因子の吸

入や大気汚染物質、アレルギーや環境温度等が挙げられているが、確実な原因が見当たらないことも多い。当院では感染徴候無く呼吸不全が増悪した非感染性急性増悪が18.2%であった。

HOTを導入後当院で経過観察を行っている81例のうち死亡した症例は42例で、51.9%であった。死亡の原因としては、急性増悪の場合と同じく、呼吸器感染症によるものが最多で30.9%、原疾患の進行による呼吸不全増悪が28.6%であった。従ってHOT導入症例の生命予後を改善するには、呼吸器感染症の予防が最も重要であると考えられる。患者にうがいや手洗いを勧めたり、インフルエンザや肺炎球菌ワクチンの接種を行うことは感染症性の急性増悪を防ぐ有効な手段であり、HOT導入患者の大半は肺炎球菌ワクチンの接種を受けている。また、死因のなかで11.9%を占める肺癌は、基礎疾患が肺癌であった場合のみならず、COPD等に後から合併している症例もある。各種慢性呼吸不全患者に肺癌が発症した場合、画像上原疾患との判別が困難で発見までに時間がかかることがある。当院ではHOT導入にかかわらず肺疾患患者には、少なくとも年1回は胸部CTを施行し肺癌発症の有無を確認するようにしている。

COPDによる死亡は1995年以降1万人を超え、更に2005年の厚生労働省の報告では1.4万人を超えるなど近年ますます増加傾向にあり、死因順位においても10位と死亡数全体に占める割合も高い。欧米では1980年代と比較し、COPDの生命予後は近年では改善している⁵⁾。これはHOT導入のみならず有効な薬物療法（特に吸入薬）の進歩、呼吸法や日常生活

活動の指導という狭義の呼吸リハビリテーションの普及、喫煙患者に対しては禁煙指導を行うなど医療側の努力と患者側の理解や協力、公的支援の推進などにより達成されてきたと考えられる。我が国においても、今後の禁煙指導や有効な薬物療法の普及や開発等の努力により、欧米同様COPDの生命予後を改善することが出来るようになる。他の疾患による慢性呼吸不全症例においてもHOTの早期導入に加えてNIPPV（鼻マスクによる非侵襲的陽圧換気療法）や呼吸リハビリテーションの普及、有効な薬剤の更なる開発により、QOLと生命予後の改善がもたらされることを期待したい。

参考文献

- 1) 日本呼吸器学会・日本呼吸管理学会:酸素療法ガイドライン. メディカルレビュー社, 2006
- 2) 厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班:在宅酸素療法実施症例(全国)の調査結果について. 平成3年度研究報告書, 1992, 11-17
- 3) 廣谷淳, 前倉亮治, 長濱あかし, 他:在宅酸素療法導入症例における介護保険制度の問題点と対策. 日呼吸会誌, 2003, 41, 377-381
- 4) 在宅呼吸ケア白書. 日本呼吸器学会(編), 2005
- 5) Rennard S, Carrera M, Agusti AG: Management of chronic obstructive pulmonary disease: are we going anywhere? Eur Respir J 2000, 16, 1035-1036

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療

XIV 吃逆

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

はじめに

吃逆（しゃっくり）は横隔膜や補助呼吸筋の間代性攣縮とそれに伴う声門の反射的閉塞により特有の音を発生する現象である。

現時点で解明された吃逆発生のメカニズムは、鼻咽頭背側を支配する舌咽神経咽頭枝が求心路となり、延髄孤束核に入った刺激が延髄網様体にある中枢でのパターン形成を経て、横隔神経、迷走神経の遠心路へ出力され、それぞれ横隔膜、声門へ伝達され、吸気運動と声門閉鎖運動が協調して起こる結果、吃逆が発生すると言われている¹⁾。治療は民間療法的なものから外科的療法を含む現代医学的なものまで種々あるが、時には各種の治療に抵抗して数週或は年余にわたって続き患者や医師を悩ますこともある。

本稿では、柿蒂湯シテイトウが無効で橘皮竹筴湯キッピチクジョトウが奏効した1例について述べ²⁾、続いて薬価収載の医療用漢方エキス製剤のうち代表的と思われる方剤について解説したいと思う。

症 例：71歳，男性，無職。

主 訴：吃逆。

家族歴：妻 多汗症ほかで断続的に当院受診中。

既往歴：59歳 虫垂切除。

現病歴：1年以上前からしゃっくりがとま

らない。数日激しく続いて一旦軽減することもあるが、十数日激しく続くこともある。他医で消化管を中心とした各種検査を受け、種々の薬剤を処方してもらったが全く効果がなかった。主治医から「あまり気にせずしゃっくりと仲よく付き合いなさい」と言われたが、自分としてはとてもつらい。漢方なら治るかも知れないと思って受診したとのこと。

当院初診は平成16年1月23日。

初診時所見：身長154cm。体重52kg。

血圧150/80mm Hg。検尿 異常なし。

心音 純。呼吸音は肺泡性で副雑音は聴取せず。

漢方医学的所見：舌診…舌質は乾湿中間で淡紅，苔は微白。脈診…浮数でやや弦。

腹診…腹力中等度で、右側に軽度の胸脇苦満を認め、腹直筋は両側とも上部で緊張し、少腹不仁を認めた。また、上腹部正中に異物摘出による創痕あり。

経過：これまでに経験した吃逆症のほとんどの例で良効を得てきたということで、まず柿蒂湯シテイトウ（煎剤）を1日3回、毎食前内服として7日分を処方した。しかしながら、1週後の1月30日の再診時に症状は初診時と全く同様であったため証が適合していないと考え、

橘皮竹筴湯（煎剂），1日3回，毎食前内服に転方したところ，2月12日よりしゃっくりの回数が減り，2月末には消失したので，この時点で廃薬した。

以後，翌平成17年夏，妻の受診の際，「御主人のしゃっくりはその後如何ですか」と聞いてみたところ「あれから全く出ません」とのことであった。

考察と解説：柿蒂湯は柿蒂（カキノキ科のカキの果蒂〈へた〉）・丁香（フトモモ科のチョウジノキの花蕾）・生姜（ショウガ科のショウガの根茎）の3種の生薬で構成される。本方は吃逆に応用される機会の多い方剂で，時には柿蒂のみで奏効することもある。

『勿誤薬室方函口訣』には「此の方は後世噦逆（吃逆）の主方とす。蓋し（思うに），橘皮竹筴湯とは寒熱（寒証と熱証）の別あり。症（証）に随って撰用（使いわけ）すべし。……」と記載されている³⁾〔（ ）内は著者注〕。

本方は処方構成上から考えると，主薬は気の上逆を抑制して吃逆や嘔気，咳嗽を鎮める柿蒂と思われるが，消化管に温熱的に作用して吃逆を鎮める効のある丁香も重要な役割を担っている。柿蒂で上部消化管や横隔膜・補助呼吸筋の間代性攣縮を緩和し，丁香も消化管を温補しつつこれに協力し，生姜は消化管に温熱的に作用して機能低下を改善し，また胃のトーンスを調整して胃内停水（胃内に停留している非生理的水様物）を除く。このような構成生薬の協同作用により胃寒（感冒性胃腸炎や生冷の飲食物の過剰摂取による上部消化管の機能失調）による吃逆を緩解するものと思われる。

また，次に用いた橘皮竹筴湯は橘皮（ミカン科のウンシュウミカンなどの成熟果皮）・

竹筴（イネ科のハチクの甘皮）・大棗（クロウメドモドキ科のナツメの果実）・生姜・甘草・人参の6種の生薬で構成される。

原典の「金匱要略」には「噦逆の者は橘皮竹筴湯之を主る。」と記載されている⁴⁾だけで，使用目標に関する具体的な指示がない。有持桂里は吃逆であれば原因の如何に拘らず，また脈と腹の様子如何に拘らず，本方が奏効すると言ひ，病状の一段と激しいものは橘皮湯（橘皮・生姜）を用いると述べているが⁵⁾，勿誤薬室方函口訣には「橘皮の下気を主として竹筴の潤降（収斂）を兼ね。故に氣逆噦を發する者の主とす。……若し濁飲（胃内停水）上逆して噦する者は，陽（陽証）に在りては半夏瀉心湯，陰（陰証）に在りては呉茱萸湯の主なり。」と記載されている⁶⁾〔（ ）内は著者注〕。これらの点は漢方方剂を吃逆に応用する際に参考になるのではないかと思う。なお，この2方剂については少々後述することにする。

橘皮竹筴湯を処方構成上から考えると，主薬は方剂名の如く気の流通を改善し健胃作用も有する橘皮と炎症や上部消化管機能の異常亢進（胃熱）を緩和して吃逆を治す竹筴で，さらに人参で健胃を図り，生姜で胃内停水を除き，甘草と大棗で上部消化管機能を調整するとともに構成生薬の薬性を調和するものと思われる。また，甘草が比較的少量（1日量3g）に配剤され，大棗も配伍されていることから，甘草の鎮痙作用，大棗の精神安定作用も上部消化管のみならず補助呼吸筋や横隔膜の攣縮抑制に寄与している可能性がある。これらの生薬の協同作用によって上部消化管の機能を調整しつつ吃逆を緩解する効果が期待できるのではないかと思う。

したがって、柿蒂湯が奏効せず橘皮竹筴湯で症状消失をみた本症例は胃熱が関与した吃逆であったと思われる。なお、本症例では効を得るまでにやや日数を要したが、煎法や服用法など、より細やかに検討すれば短時間で奏効したかも知れない。

上記2方剤の成人1日分の用量、煎法並びに服用法は下記の如くである。

1. 柿蒂湯：柿蒂5.0g・丁香1.5g・生姜4.0g
2. 橘皮竹筴湯：橘皮4.0g・竹筴2.0g・大棗6.0g・生姜6.0g・甘草3.0g・人参1.5g

以上、各々に水600mlを加え、約1時間、細火にかけて300mlに煮詰め、これを100ml宛、毎食前に温服する。

薬価収載医療用漢方エキス製剤について

健康保険の薬価に収載されている医療用漢方エキス製剤のうち吃逆に应用される機会が比較的多い方剤は半夏瀉心湯と呉茱萸湯である。以下、この2方剤について要点を述べる。

1. 半夏瀉心湯

本方の使用目標や構成生薬については食欲不振の項でも述べたが⁷⁾、諸種の消化器疾患をはじめ幅広く应用される方剤である。重要な使用目標は心窩部に痞塞感があって腹診するとこの部位にやや硬い抵抗(心下痞硬)を触知するが、概ね自発痛や圧痛はなく、吃逆のほかに悪心・嘔吐、上腹部の膨満感、食欲不振、腹鳴、下痢などを伴うことがある。应用範囲の広い方剤ではあるが、前記の浅田宗伯の勿誤薬室方函口訣にも述べられているように、あくまでも陽証のものに用いるべきであり、陰証のものには不適である。傷寒論の三陰三陽では少陽の虚実問証に相当する。

2. 呉茱萸湯

本方に関しては頭痛の項⁸⁾や悪心・嘔吐の項⁹⁾でも述べたが、頭痛や悪心・嘔吐、冷え症¹⁰⁾などにも応用される機会の多い方剤である。

本方の適応症は裏寒(消化管の機能衰微があり温熱的に作用する方剤で治療すべき状態)によるもので、日頃から疲れやすく、食欲減退があり、四肢が冷え、脈が沈遅、腹部は軟弱で心窩部がやや膨満し、しばしば振水音を認める、などの症候を参酌して運用する。本方の適応症は前述の如く陰証で、傷寒論の三陰三陽では太陰の虚証に相当する。

このほか、吃逆に便秘を伴い、やや実証のものには調胃承気湯を用いることもある。

参考文献

- 1) 辻浩史・玉岡晃：吃逆の発生機序と治療，日本医事新報，No.*4302，P.91，2006.
- 2) 木下恒雄：柿蒂湯が無効で橘皮竹筴湯が奏効した吃逆症の1例，漢方の臨床，第52巻第10号，P.29～32，2005.
- 3) 長谷川弥人：勿誤薬室「方函」「口訣」積義，創元社，P.641，1985.
- 4) 日本漢方医学研究所：金匱要略講話，創元社，P.441，1992.
- 5) 大塚敬節ほか：漢方診療医典，南山堂，P.124，1977.
- 6) 長谷川弥人：勿誤薬室「方函」「口訣」積義，創元社，P.573，1985.
- 7) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.67，P.34，2005.
- 8) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.41，P.25～26，1992.
- 9) 木下恒雄：宮崎県内科医会誌，Vol.70，P.27，2006.

- 10) 木下恒雄:宮崎県内科医会誌, Vol.65, P.32 ~ 33, 2004.
-

[Postgraduate Education]

臨床に役立つ呼吸器病学 (6)

腫瘍性肺疾患

日南市 国民健康保険中部病院

長友安弘

はじめに

肺癌は日本人の癌死において男性で第1位、女性で第4位を占めます。2006年の喫煙率は26.3%と減少傾向にありますが、受動喫煙のリスクもあり肺癌は今後もしばらく増える予想されます。しかし肺癌患者の約70%が初診時に治癒できない病期にあります。肺癌診療ガイドラインが2003年と2005年¹⁾に出ましたが、エビデンスや推奨グレードが高くないものもあり、腫瘍内科医の必要性はさらに増えています。以下、肺癌を中心に現在の標準的治療法と将来の展望を、自験例を踏まえて述べます。

原発性肺癌

Case 1

61歳、女性。基礎疾患なし。喫煙歴なし。咳、痰、微熱に対しクラリス®を投与するも胸部異常影があるため、紹介受診。胸部CTを図1a, bに示す。CEA1.3ng/ml (正常5以下)。PET (陽電子放射断層撮影) は陰性。

Case 2

68歳、男性。基礎疾患は高血圧、糖尿病。タバコ20本/日×40年。呼吸器症状はないが、胸部X線で腫瘤影を指摘され、紹介受診。胸部CTを図2に示す。CEA4.7ng/ml、シフラ2.3ng/ml (正常3.5以下)。経気管支肺生検の

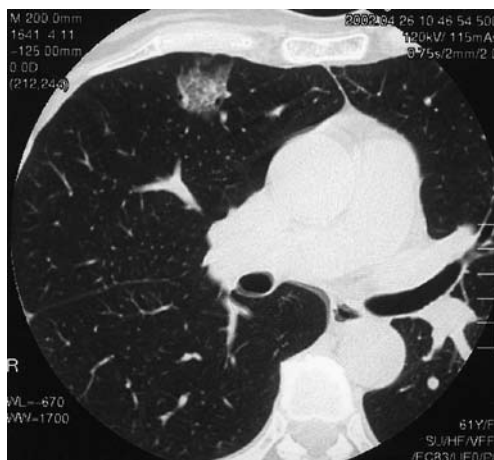


図1a : Case 1

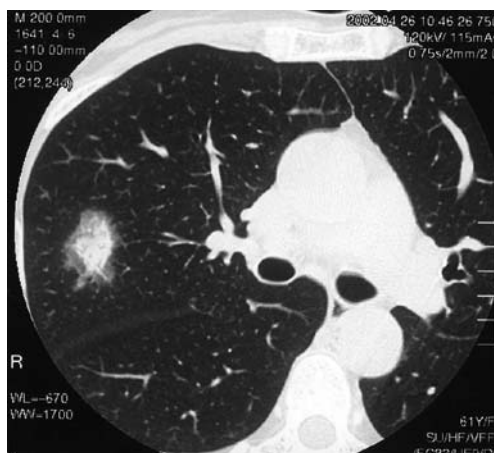


図1b : Case 1

病理像は慢性気管支炎だった。

Case 3

71歳、女性。基礎疾患は狭心症。喫煙歴なし

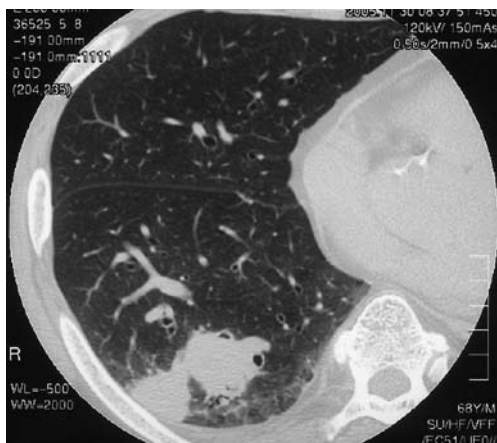


図2 : Case 2

し。右頸部のリンパ節が腫脹し、生検で腺癌と診断。当初胸部X線では異常を指摘できなかったが、胸部CTで多発性結節影が見られ、紹介受診。CEAは368ng/ml。

Case 4

79歳，女性。基礎疾患は高血圧。喫煙歴なし。乾性咳が4ヶ月続き，呼吸苦も出現したため胸部X線（図3）を撮影。舌区の無気肺と腫瘤影のため紹介受診。SpO2は95%。シフラ5.4ng/ml，CEA3.4ng/ml。

Case 5

76歳，男性。基礎疾患はCOPD，高血圧。タバコ10本/日×60年。喀痰あり。検診で胸部腫瘤影（図4）を指摘され，紹介受診。NSE46ng/ml（正常10以下），CEA7.2ng/ml。

Case 1の経過

症状は消失したが，5ヶ月後のCTでも図1aの陰影が残存していた。右上葉切除術を施行し，肺腺癌(stage I A)と確定。4年8ヶ月後の現在も生存中。

考察：異常陰影のフォローは非常に大事です。図5は2年6ヶ月経過する間に，嚢胞に発生した肺扁平上皮癌の51歳男性例です。健診での肺癌発見率は胸部X線で0.05%，CT



図3 : Case 4

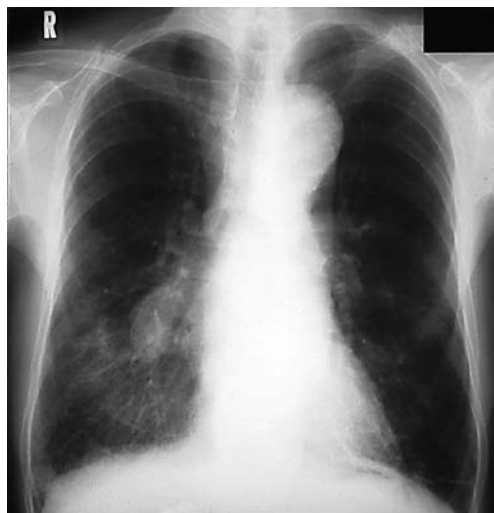


図4 : Case 5

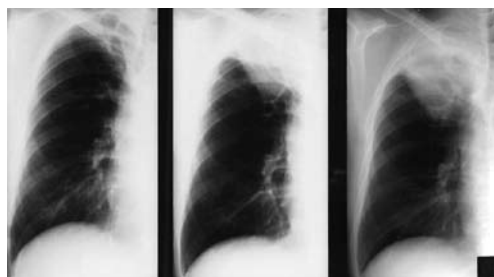


図5 : 肺扁平上皮癌

で0.44%と報告²⁾されており，県内でもCT健診の成果が出ています。血清CEA，シフラ，ProGRPが腫瘍マーカーのスクリーニングで使われますが，早期では上昇しません。ま

たPETの肺結節における診断能は感度89～100%、特異度67～100%³⁾ですが、淡い陰影の肺胞上皮癌や高分化型肺癌は偽陰性を呈します。

わが国の術後5年生存率は、病理病期IAで79%、II Bで42%と報告されています。

Case 2の経過

宮崎大学放射線科にCTガイド下肺生検を依頼し、肺扁平上皮癌と確定。右下葉切除後、Stage II BであったためUFT[®]が追加された。1年2ヶ月後の現在も生存中。

考察：小型結節や気管支鏡で到達困難な病変でも、CTガイド下肺生検は肺癌診断に有用です。気胸、咯血の合併症は起こりえますが、安全性の高い手技です。

最近stage I Aを中心に、低侵襲の胸腔鏡手術や縮小手術が選択されることがあります。Stage I B～III Aの非小細胞肺癌には術後化学療法が推奨されています¹⁾。Stage I Bに対するUFT[®]内服は、本邦でのエビデンスがあります。

Case 3の経過

肺腺癌stage IVであり、パラプラチン[®] (CBDCA) + タキソール[®] (PAC) 6コース、タキソテール[®] (DOC) 2コース、イレッサ[®]を投与したが、縮小・再発を繰り返し、全経過1年4ヶ月で死亡した。

考察：Stage III, IVの非小細胞肺癌に対する標準化学療法はプラチナ製剤（シスプラチン, CBDCA）+ 新規抗癌剤（PAC, DOC, ナベルピン[®], ジェムザール[®], 塩酸イリノテカン）¹⁾ですが（一般に3～6コース）、腫瘍が半分以下の大きさに縮小する奏率は20～30%でしかありません。この現状に対して、COX-2阻害薬の併用で抗腫瘍効果が

増幅するか検討した報告⁴⁾があります。女性、腺癌、非喫煙者、EGFR遺伝子変異あり（組織があれば検査可能ですが、保険未収載）の症例ではイレッサ[®]の奏率が高いのですが、間質性肺炎発症⁵⁾に注意が必要です。なお高齢者にはナベルピン[®], DOC, ジェムザール[®] (GEM)の単剤投与が推奨されます。

Case 4の経過

気管支鏡で腫瘍による左上・下葉枝の狭窄が見られ、生検で肺扁平上皮癌と診断（肺内転移もありstage IV）。1ヶ月後、左全肺の無気肺を呈し、左肺門部の放射線照射（計60Gy）で、無気肺は解除された。高Ca血症（補正Ca 15.9mg/dl）による意識障害が起きたがアレディア[®]で改善。ティーエスワン[®]内服を開始するも、全経過9ヶ月で死亡した。

考察：Stage IIIにおける化学療法+放射線療法の生存期間中央値は14～16ヶ月です。肺癌により気道狭窄が起こった場合、ステント挿入をすることもあります。図6は顔面浮腫で見つかった上大静脈症候群併肺腺癌の49歳男性例です（図矢印は狭窄した上大静脈を示します）。

Case 5の経過

経気管支針生検（TBNA）で肺小細胞癌進展型と診断。カルセド[®] (AMR)を9コー

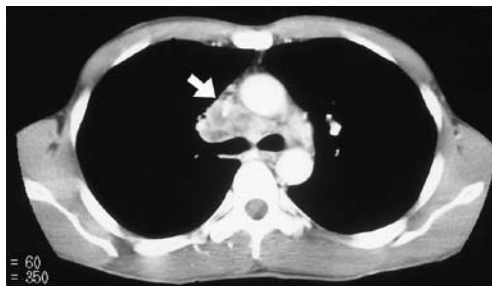


図6：上大静脈症候群

ス投与したが、胸水を伴う呼吸不全のため全経過1年8ヶ月で死亡した。

考察：肺小細胞癌の一部で手術や放射線療法が行われますが、多くはシスプラチン（CDDP）＋塩酸イリノテカン（CPT-11）もしくはVP-16、AMR等の化学療法が主体となります。CDDP＋CPT-11の生存期間中央値は12.8ヶ月と報告されています。

臨床に導入された肺癌の新しい治療法

①中心型早期肺癌に対する内視鏡治療（光線力学的治療：PDT）、②リンパ節転移や遠隔転移がない2.5cm以下の腫瘍に対するラジオ波熱凝固療法（RFA）、③5cm以下の肺癌、3個以内の転移性肺癌に対する定位放射線療法（SBRT）、④Stage Iの非小細胞肺癌に対する重粒子線治療。この他にも癌ワクチンや遺伝子治療などが臨床研究として進められています。

原発性肺癌以外の悪性肺腫瘍

Case 6

53歳、男性。農業。基礎疾患なし。タバコ30本/日×30年。主訴は右季肋部痛、咳。胸部CTを図7に示す。血性胸水であったが、細胞診はclass II。CEAは5.2ng/ml。

転移性肺癌

図8は胃癌による癌性リンパ管症（CTの

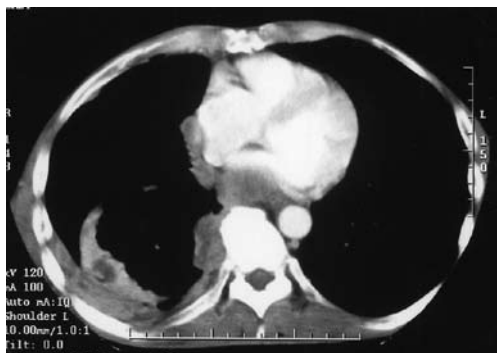


図7：Case 6

特徴は気管支血管周囲間質の不整肥厚や小葉間隔壁の肥厚）、図9は77歳男性の腎細胞癌（同 多発結節）、図10は56歳男性の血管肉腫（同 薄壁空洞）です。各々の主訴は呼吸困難、

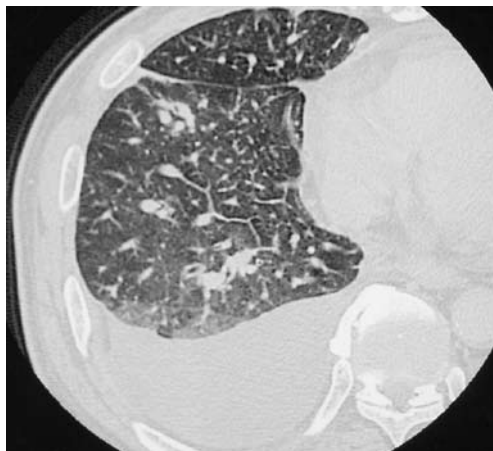


図8：胃癌の肺転移



図9：腎細胞癌の肺転移



図10：血管肉腫の肺転移

血尿，血痰でした。

Case 6の経過

胸水中のヒアルロン酸は37,100ng/ml（診断的値は100 μ g/ml以上）。胸腔鏡で胸膜にびまん性結節を認め（図11），胸膜生検より悪性胸膜中皮腫（上皮型）と診断。心臓，肝臓に浸潤があり，CDDP 2コース，CBDCA，VP-16を投与するも全経過1年で死亡した。なおアスベスト吸入歴は不明だった。

考察：血清診断ではシフラヤ可溶性メソテリン関連タンパク（MESOMARK[®]，保険未収載）が，画像ではPETが有用です。公的補助の対象ですので，確定すれば申請を行って下さい。

胸膜肺全摘術が可能でも，5年生存率は10～20%です。多くは化学療法（CDDP+CPT-11もしくはGEMもしくはアリムタ[®]）ですが，現状では生命予後の著明改善は期待できません。

肺癌と紛らわしい良性疾患

Case 7

54歳，女性。基礎疾患なし。喫煙歴なし。自覚症状なし。胸部異常陰影（図12）のため紹介受診。

Case 8

80歳，女性。基礎疾患なし。喫煙歴なし。咳，背部痛があり，胸部X線（図13）を撮影したところ，腫瘤影が見られたため紹介受診。

Case 7の経過

経気管支肺生検で珪肺結節の診断。患者の夫が家に作業服を持ち込んで，それを介して患者が珪肺を吸入したと思われる。

考察：家庭内（環境）暴露によって起こった経緯は，アスベストによる中皮腫発症と似

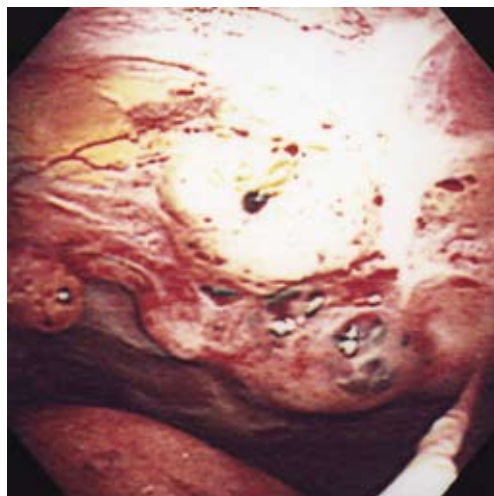


図11：胸腔鏡（Case 6）



図12：Case 7

ています。図14は62歳男性で，珪肺結節が数年から十数年の経過で癒合して形成されたPMF（Progressive massive fibrosis）です。

Case 8の経過

胸腹部MRI（図15）で腫瘤は腹腔内脂肪との連続性が確認され，Morgagniヘルニアと診断。腹部症状はなく，経過観察とした。なお背部痛の原因は胸椎圧迫骨折であった。

考察：Morgagniヘルニアでは心横膈膜角部に軟部陰影（脂肪や腸管）を形成します。図16は高齢女性で，心陰影の後方に陰影を呈



図13 : Case 8



図16 : 食道裂孔ヘルニア

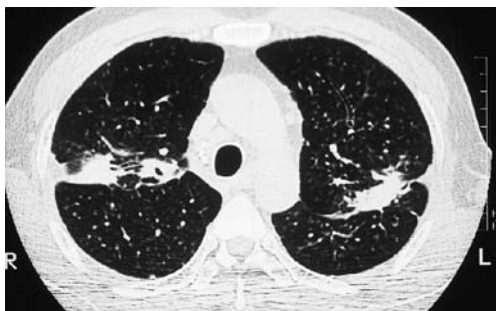


図14 : PMF



図17 : 肺過誤腫



図15 : Case 8



図18 : 肺血栓塞栓症

した食道裂孔ヘルニアです。

図17は43歳女性で検診発見の肺過誤腫（良性腫瘍）。結節内に骨軟骨・脂肪・ポップコーン様石灰化が存在するのが特徴的です。図18は胸痛を主訴とした63歳女性で、換気血流シ

ンチでミスマッチを認めた肺血栓塞栓症です。D-ダイマー高値も参考になります。

縦隔腫瘍

図19は64歳男性で、充実性腫瘍の内部に粗大な石灰化を有した胸腺腫（浸潤性）です。

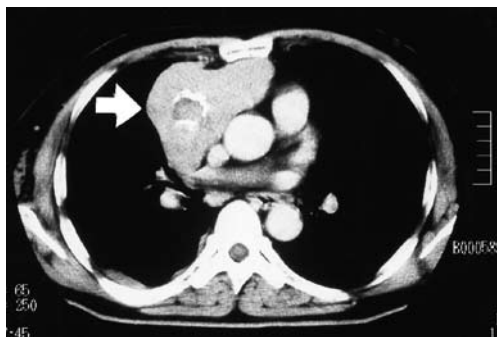


図19：胸腺腫



図20：非ホジキンリンパ腫

胸膜播種を認めました。図20は28歳男性で、非ホジキンリンパ腫（リンパ芽球性）です。塊状の腫瘍で、肺門部のリンパ節と連続しています。大きい割に血管や気管支が貫通しているのが特徴です。

図21 - 23は胸部X線検診発見例で、図21



図21：Castlemanリンパ腫



図22：神経節神経腫

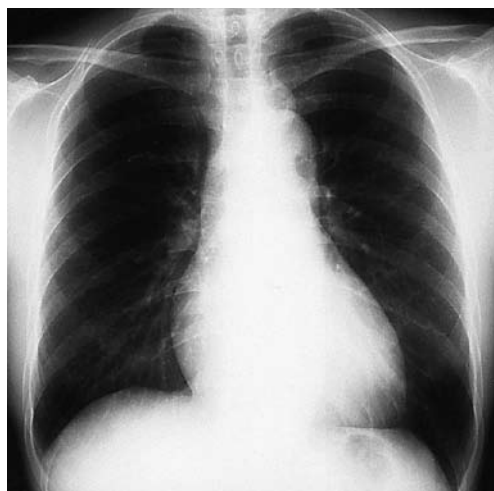


図23：気管支嚢胞

は40歳男性のCastlemanリンパ腫（hyaline-vascular型）、図22は55歳女性の神経節神経腫、図23は49歳女性の気管支嚢胞です。異常影がどこにあるか、胸部CT（図24～26）を見る前に指摘してみてください。

まとめ

今回をもって、本連載は終了とさせていただきます。簡略化した内容のために、わかりづらいところや不明な点があったことはご容赦下さい。自験例に限って述べ、また紙幅の



図24：Castlemanリンパ腫



図25：神経節神経腫



図26：気管支嚢胞

都合もあり呼吸器疾患を網羅できませんでしたが、皆様の診療の一助になれば望外の喜びです。最後に、執筆の機会を与えて頂いた松本紫朗前県内科医会誌編集長に深謝します。

参考文献

1) 日本肺癌学会, 編. EBMの手法による肺癌診療ガイドライン. 東京: 金原出版,

2005.

2) 中川徹. 低線量CTによる検診を普及させる方策はあるのか? 肺癌up-to-date. 日胸2006 (増): 65: 107-13.

3) 村上康二. PETの上手な使い方. 肺癌up-to-date. 日胸2006 (増): 65: 65-71.

4) 谷川吉政, 谷口博之, 西山理, 他. 進行非小細胞肺癌に対するCarboplatin + Weekly paclitaxel + COX阻害薬 (Meloxicam) 併用療法の有効性および安全性の検討. 肺癌2006; 46: 705-10.

5) 國枝良行, 竹内茂, 長友安弘, 他. ゲフィチニブによる薬剤性間質性肺炎の1例. 宮崎医会誌2003; 27: 62-5.

[他科からの提言]

宮崎県の自殺者を減らすために

宮崎県精神保健福祉センター

岩本直安

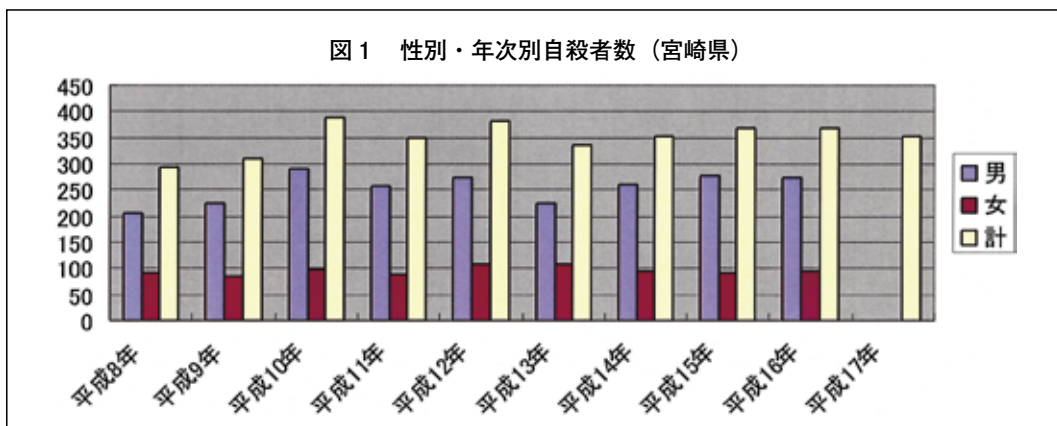
1 宮崎県の自殺の現状

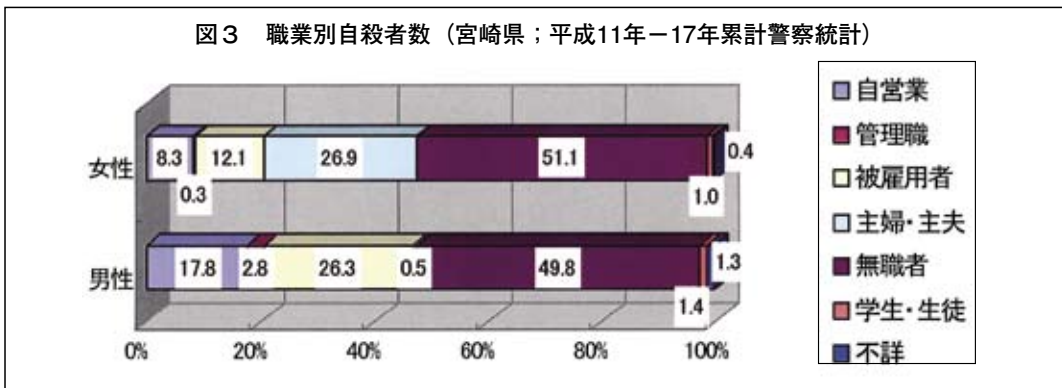
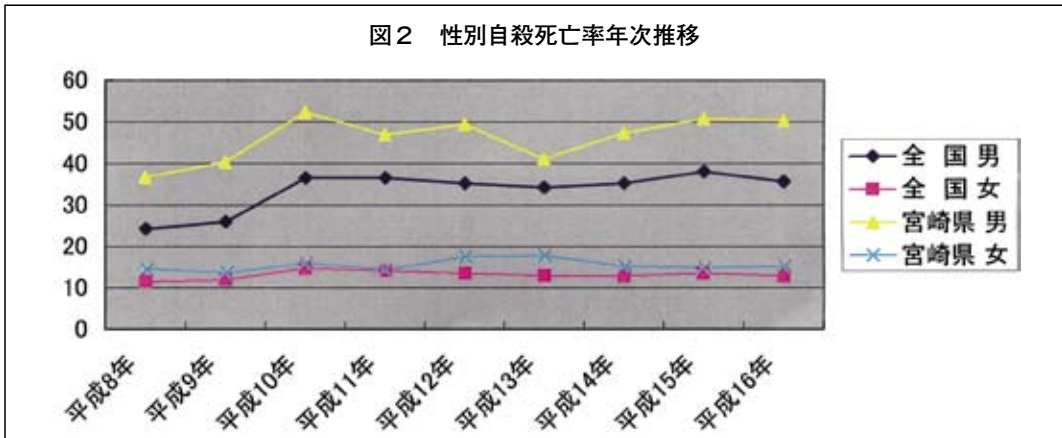
宮崎県の自殺死亡者数は、平成10年から全国と同様に急増し、350名前後で推移しており高水準が続いている。平成17年の自殺死亡者数は、352人（全国：30539人）となっており、これは交通事故による死亡者の実に4倍以上の数に上る（図1）。また宮崎県の自殺死亡率は、都道府県別でも、絶えず全国のワースト第3～7位の間を推移しており、平成10年以後、男性が人口10万人対50、女性が15前後の自殺死亡率となっており、全国と比較して男性の自殺者が目立つ（図2）。

職業別に見ると、（平成11年～17年累計）男性では「無職者」が975人（49.8%）と約半数を占めて一番多く、次いで「被雇用者」

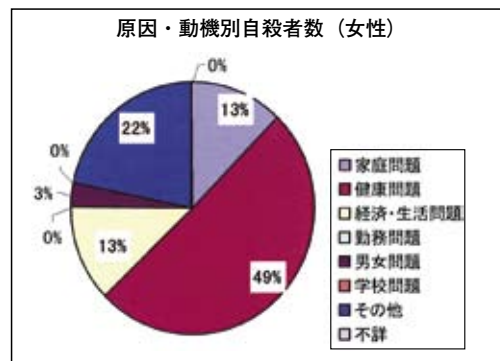
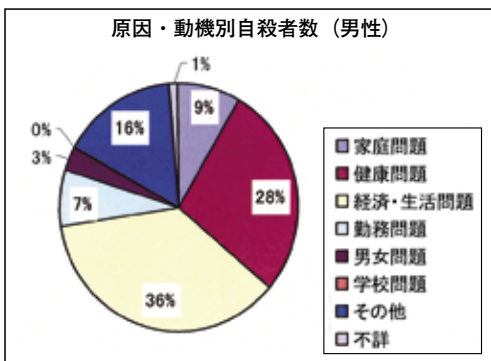
515人（26.3%）、「自営業」349人（17.8%）の順となっている。女性では自殺者の年齢層が高いことを反映して、「無職者」が364人（51.1%）と一番多く、「主婦」192人（26.9%）とあわせると約8割を占めている（図3）。

自殺の動機・原因としては、男性では「経済・生活問題」が36%と全体の3分の1を占めてもっとも多く、職業別自殺者数で「無職者」が多い状況が反映しているものと思われる。次いで精神障害・病苦等を合わせた「健康問題」が28%となっている。女性では精神障害・病苦等を合わせた「健康問題」が49%と約半数を占めてもっとも多くなっており、次いで「家庭問題」「経済・生活問題」が13%となっている。





宮崎県における自殺原因 (平成17年)



2 自殺者を一人でも減らすために

自殺既遂者の多くは、何らかの精神疾患にかかっており「追いこまれての死」であるこ

とが多い。なかでもうつ状態やうつ病が強く関係している。うつ状態になって医療機関を受診する場合、多くは内科など「かかりつけ医」を受診している。またうつ状態になって

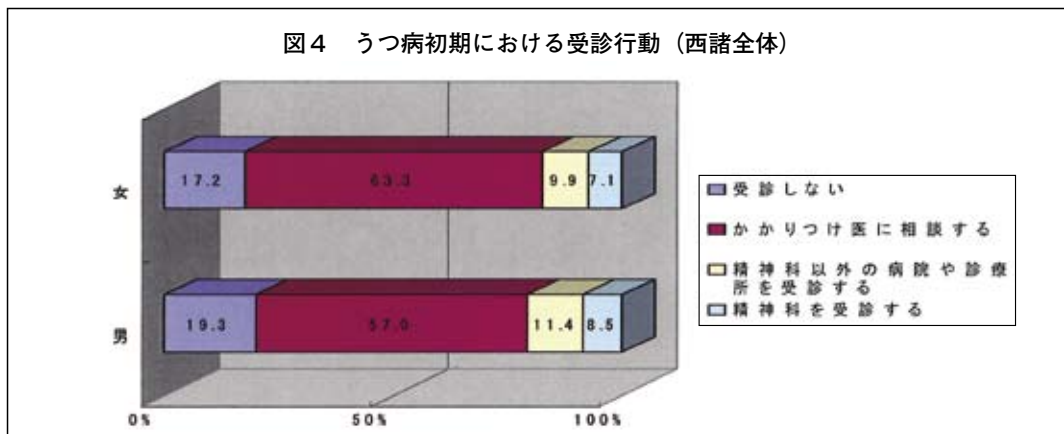
も医療機関を受診しない方も少なくない。精神保健福祉センターが昨年度西諸県地区で実施した「こころの健康調査」では、住民の「自殺願望」や「医療機関への受診行動」に影響を与える要因として、「家族内ストレス」、「自殺に対する寛容さ」、「助けを求めることの恥ずかしさ」、「経済的不安感」および「仕事のストレス」などが関係していることが明らかになっている。またうつ病の初期症状がある場合の受診行動について、住民の5～6割の男女が「かかりつけ医に相談する」と回答し、かかりつけ医と精神科以外の医療機関への受診を合わせると7割にのぼり、一般診療科への期待が高いことが示唆された。一方で「受診しない」と答えた人の割合が男女とも約2割存在した（図4）。

プライマリー外来の約1割がうつ病など気分障害であるという報告もあり、多くの身体疾患にうつ病が合併していることも臨床的によく経験することである。かかりつけ医の協力（うつ病などの早期発見、治療を目指す啓発教育）や地域のgatekeeper（キーパーソン）への啓発教育などは、自殺予防に非常に効果的といわれている。平成18年12月8日には、

自殺予防対策の一環として、西諸医師会（大森会長）で会員向けのうつ病専門研修会を実施していただいた。このような地域の医療機関の協力やネットワークの構築が、自殺者を減らす大きな力になる。自殺のハイリスク層として中高年男性や高齢者があげられるが、高齢化にともなう身体疾患や喪失体験の増加やアルコール、脳血管疾患などはうつ状態と密接に関連しており、医学的なアプローチで予防可能なものも多い。センターでは、今年度、全県的に就労者を対象にこころの健康アンケート調査を実施し現在分析中である（参考）。

自殺の原因は多様でさまざまな要因が背景にある。自殺を減らすためには、普及啓発活動や自殺未遂者、遺族に対する支援、健康的な地域づくりなど総合的な対策を地道に長期的に実施する必要がある。宮崎県でも自殺対策協議会の設置や小林保健所と西諸市町を主体としたモデル事業の実施など自殺対策で自分たちが「できることをいますぐ」をモットーに取り組みを始めている。医療人として、さまざまな社会的要因から命が失われていくことの残念さを痛感している。先進国の中で

図4 うつ病初期における受診行動（西諸全体）



日本は、自殺大国であり、日本より自殺死亡率の高い国は、政情不安な国がほとんどである。社会的な絆が保たれている国では自殺者が少なく、社会体制が急激に変動している国では自殺者が多くなるといわれている。日本では、特に男性の自殺率と完全失業率に相関がみられるが、社会経済面でもまた地域コミュニティの面でも安心して生活できるセーフティネットの脆さが自殺者の増加の背景にあるように思う。

3 さいごに

宮崎県は「安全で安心して暮らせるみやざき」の実現をめざしている。そのために行政がより効果的・効率的な施策の展開に努めるとともに、県民が「元気のいいみやざきは自

分たちで築く」という意識を持って、主体的・積極的に活動をするなど県民との協働を基本として、県づくりを行っている。キャッチフレーズは、「きっと、元気。ほっと、みやざき」であるが、「きっと、元気。」は、県と県民が手を携えて一緒に元気な宮崎をつくっていこう、必ずつくることのできるという決意を、「ほっと、みやざき」は、「ほっとする」と英語の「HOT」にかけて、宮崎が、その温暖な気候や豊かな自然・風土、温かくやさしい県民性によって「癒し」を提供してくれる場所であることを表現している。

地域の重要な支え手である内科医会の先生方には、精神科、心療内科医等との連携を図っていただき、自殺予防のネットワークの一員（メンタルヘルス相談医等）としての協力をお願いします。

ひとこと

入会の挨拶

延岡市 北方医院

日高 孝紀

はじめまして。以前より延岡内科医会には入会していましたが、今回宮崎県内科医会／臨床内科医会に改めて入会させて頂く事になりました。

私は平成3年に自治医科大学を卒業し、県立宮崎病院にて2年間多科ローテートにて研修後、自治医科大学消化器内科や県立延岡病院内科での後期研修も行いずっと消化器内科を極めようと思った時期もありましたが、北浦、東郷、椎葉などの僻地医療を行って来た縁もあり延岡市北方町が一時無医町になるとのことで、消化器内科はサブスペシャリティとし総合医、家庭医としての僻地医療を

行う気持ちも捨てきれず現在は一人有床診療所としてこの北方町で開業しております。

医学の常識もぼんぼんと変わる中、多種メーリングリスト、インターネットや衛星医療専門チャンネル、雑誌などで勉強しようとそれなりに努力はしていますがなかなか最先端の知識も含め消化、整理が困難です。多々ある不勉強な部分を補いこれを機に臨床内科医として少しでも前進できればと考えております。経験を積まれた諸先生方のご指導にいつも敬服しておりますが、今後とも本会の諸先生方のご指導、ご鞭撻の程をどうぞよろしくお願い申し上げます。

ひとこと

透析患者におけるインターベンション治療

日南市 日南春光会病院 透析室長

松村 仁

愛知から日南にきて6年が過ぎた。大学の教授選のごたごたに嫌気がさし、同僚3人でやってきた。なぜ宮崎？趣味のサーフィンと釣りがすぐに行ける。それだけの理由。

他の2人はどこでもよかった。大学では膠原病内科に在籍していたが、尊敬する上司に言われ、救急医療や透析療法も積極的に学習した。休みなどほとんどなかった。今はそれが自分の自信になっている。尊敬していた上司も今は教授になり、年2回は宮崎を訪問してくれる。宮崎の医療の愚痴を聞いてもらっている。施設間の連携が少ないのはなぜ？

会に出席すれば医大の先生方がかたまり……。もっと地域で協力すべきじゃないだろうか？

現在の病院に来て2年が過ぎた。内科を9年やってみて限界を感じ、外科の知識・手技を勉強する為だった。しかし、色んな事情から透析室も担当する事となった。まあ大学病院時代にHDやCAPDを多少なりやっていたので抵抗はあまりなかった。が、シャントの手術やトラブルに対する治療は経験がほとんどなかった。経験するにも当院では症例も少なかった。そこで知り合いを通じて、熊本赤十字病院の腎センターの宮田昭先生のもので

研修する事にした。はじめは、誰も知らない病院に研修に行く恐怖（当然宮田先生の顔も知らない・・・）で行く気がしなかった。しかし、シャントトラブルに対するPTA（経皮的血管形成術）の症例数は九州一であり、研修するにはもってこいの病院であった。週に1回熊本に行くようにした。あれからシャントの手術（自己血管・人工血管）の症例は100例を越え、PTA症例は当院の症例数と合わせると250例は越えた。今や非常勤医師としてシャント外来を担当し、研修医の先生と2人で手術やPTAをすることも多い。

また日南地区でCAPD（腹膜透析）を積極的に導入した。現在3名の患者さんがいる。

他施設からの紹介がないのが残念だが……。少なくとも愛知県でCAPDは、一般的であり積極的に導入され普及している。宮崎県のCAPD普及率は全国的にも低く、九州でも特に佐賀県と宮崎県が低い。なぜだろうか？医大がやってなかったから？患者さんにCAPDについて説明しても→いい治療ならどうして医大でやってないの？と言われ……。これからの時代は在宅医療にも力を注がなくてはいけないと思う。それにはもっと施設間の協力が必要ではないだろうか？ 日南では・・・。

現在当院ではASO（閉塞性動脈硬化症）や急性動脈閉塞に対するインターベンション治療も行っている。特にASOを合併している透析患者さんは非常に多い。透析患者さんだけではなく、糖尿病患者さんにも多い。インターベンション治療は成功すると劇的に症状が改善する。先月のQPIC（九州ペリフェラルインターベンションカンファレンス）では市郡医師会病院の柴田剛徳先生や藤元早鈴病院の剣田昌伸先生も積極的に参加され、私自身もっとがんばらねばいけないと感じた。日南では下肢PTAはされている施設は少ないにもかかわらず、紹介患者数はほぼゼロである。違う疾患で紹介された患者さんが重度のASOでPTAを施行したことはあるが……。シャントについても同様に、日南の他施設ではPTAはあまりされていない様子。シャントは透析患者さんのライフラインであり、可能な限り温存しなければならない。PTAは患者さんの負担が少なく理想的な治療である。透析医学会のガイドラインにおいてもPTAを第一選択としている。しかし紹介患者数は、ほぼゼロである。なぜ？ 宮崎県の独自の血管吻合があるのだろうか？ 当院以外の施設に送っている？→ 十分ありうる。金にならないからしない？ などなど色々理由は考えられるが……。現実的には宮崎県のシャントトラブルに対するPTA治療は、全国的にみて非常に遅れていると言わざるを得ない。熊本日赤では大部分が近隣の透析施設か

らの紹介患者さんである。

1日に4～7名のシャントトラブルに対してのPTA治療を行っている。熊本と宮崎の何が違うのだろうか？

県内の透析施設にアンケート調査を試みたが、大部分の透析施設ではPTAは有用であると考えられている。

ではなぜあまり行われぬのか？理由はわからない。

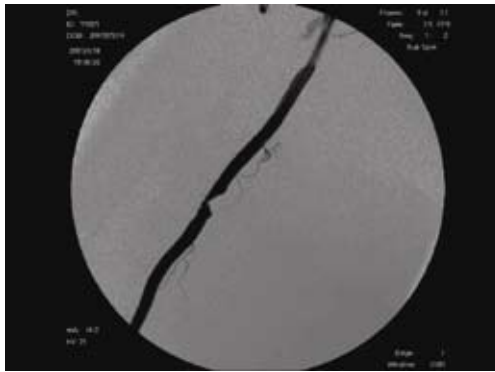
最後に日南地区の先生方へ、当院では積極的にインターベンション治療を行っています。日南のASOの患者さんの下肢を守りましょう。内服治療に限界を感じられたら、いつでも紹介して下さい。また透析施設の先生方へ、バスキュラーアクセス・トラブルに対する治療や作製の場合でお困りになられた際やCAPD導入の際は、いつでも紹介して下さい。

宜しくお願い致します。

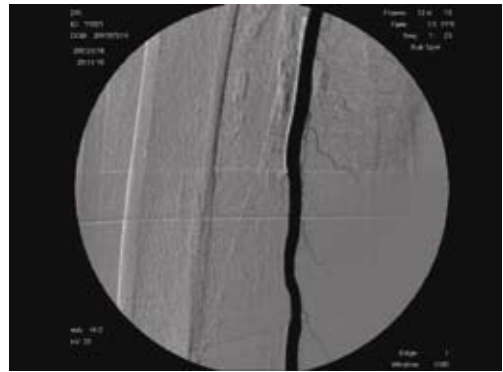
私に外科の基本や手技を日頃からアドバイスして下さる宮路重和理事長、桐村泰廣院長。

血管外科の基本や手技・インターベンションについて指導して下さる熊本赤十字病院の宮田昭先生。当院がCAPD導入を導入する事にあたり、スタッフの研修を快く引き受けて頂いた古賀総合病院の久永修一先生。いつも心配し指導して下さる大島久二教授。

皆様に心より感謝致します。



SFA Stenosis



Afeter PTA



SFA Stenosis



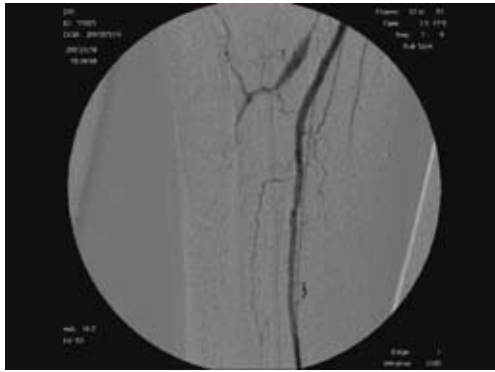
Afeter PTA



C.iliac Stenosis



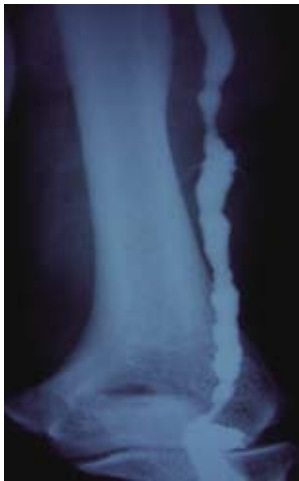
Afeter PTA



BK CTO



Afeter PTA



AVG Stenosis



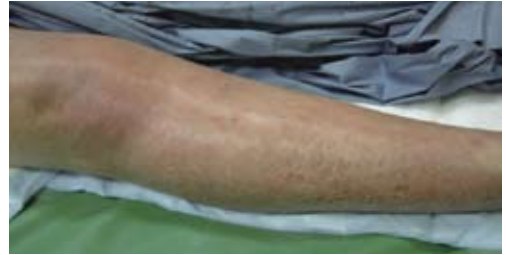
Afeter PTA



Acute Thromboembolism



Afeter embolectomy



理事からひとこと

内科医として思うこと

宮崎市 原口胃腸科・内科クリニック
原口 靖昭

遅ればせながらまず自己紹介からさせていただきます。宮崎市内の10年目の開業医です。出身も宮崎で、受験勉強を市内の高校でやり、鹿児島大学を卒業後、すぐに当時の宮崎医科大学第一内科に入局、その後20年は県内の医療機関に勤務して参りましたので、県内の医療事情を肌で感じてきました。現在は開業医としてやっていますが、病気を診るという医療ではなく、重篤な疾患の否定やエイジングに対する不安の解消・軽減に多くの時間・労力をさいている毎日です。それでも消化器を専門にしていますので、内視鏡検査や消化管造影検査、腹部超音波検査などもしますので、見落としの危険にさらされ、はたまた処置後の出血穿孔などの危険も常に心配しながら、私自身も不安な日々をおくっている状況です。

常々思うのですが、内科医とは何を求められる職業なのでしょう。内科医であるまゝに医師として基本的なことは身につけていなければなりません。医療の高度化、専門化にともなって、期待されていることをすべて一人でまかなうことはとうに不可能な時代にあつて、内科医には「内科専門医」のように内科的疾患に広くかつ深く知識のある specialist から「町医者」と自嘲的に言われるようなありふれた診療に従事している家庭

医・僻地医までさまざまな形態をとりながら診療にたずさわっております。もちろん、それぞれに健康に寄与しているのですから、両者には軽重はありません。内科医会の会則には医道の高揚・学術の研鑽を目的の一つに上げており、これはまさに時代と民意が望んでいる内科医の方向性を示すものだと思います。内科医会に所属し、内科医会の講演会に参加することで、町医者である私も日進月歩の医療界の中でなんとか勉強をしていると自負できています。しかし残念ながら、内科医（専門医）が標榜できるのは県内では1割程度ですから、「内科学会認定医制度」は多くのものには勉強を継続する励みにはなっていないのではないのでしょうか。内科の制度でありながら多くの内科医には研鑽の励みにならない制度では内科医のレベルを向上させなければならない内科医会としては機能不全と非難されても仕方がないのではないかと思います。多くの内科医が少なくとも内科医としてを誇りをもって仕事ができるように制度の再検討をして欲しいものです。「内科認定医」の公称化や「臨床内科医」の格上げなど工夫が必要だと考えています。欧米の制度を参考にしながらでも、日本は長寿国として、皆保険の国としてすでに誇れる制度を持っているのですから独自の制度を構築すればいいのではないかと考えています。

微力ながら、お手伝いができればいいと思っておりますので、叱咤激励の程を宜しく願います。

理事からひとこと

理事就任のご挨拶

宮崎市 ともきよ内科

友清 義彦

先輩医師の代役として突然理事に就任することとなりました。微力ではございますが、就任したからには何らかのお役に立つ働きをしたいと考えております。

無床診療所を開業し、8年前からデイケア（後にデイサービス）も開設。それ以来、施設・訪問系の医療・介護で高齢者医療に携わってきました。

日ごろから、当会発行の会誌記事内容を拝見させていただき、実地臨床上、役に立つ論文が多く参考にさせていただいています。

当会の市民に近い立場で的確な診断能力と治療技術を持ち、さらに温かい医療を提供する医師の育成を目指すという活動基本方針に基づき、高齢者に特化した部分を担当できればと念ずる次第です。

介護保険制度は、2000年（平成12年）に老後最大の不安である介護問題の解消と介護を社会全体で支えていくことを目的としてスタートしました。そして施行後6年をへて定着してきつつあります。それに伴い、介護給付やサービスを利用する人の増加により、介護保険にかかる費用は年に10%を超える伸びを続け、2005年度（平成17年）の予算では6.8兆円にものほりました。また、要介護者数もこの6年間で約191万人増えました。

今後ますます高齢化が進み、寝たきりや認

知症の高齢者が増え、介護期間の長期化や介護する家族の高齢化も進むことで、家族による介護はますます困難となっていくことが予想されます。こうした中で、介護保険制度の財源は切迫しつつあります。そのような厳しい財政事情の中今回の改正は行なわれました。

今回導入された介護予防は決して悪いものではないと思われます。しかしパワーリハビリテーションが実際、利用者のためになるのかは疑問に思われます。

また施設介護にも大きな変化が見られます。従来、施設入所の場合に要していた費用（利用料と食事費程度）に光熱費、水道代、部屋代などが上乗せされ、ホテルコストが大幅に上がりました。加えて、今後新設される特別養護老人施設は原則全室個室の新型特養（ユニットケア）であることが義務付けられています。

在宅介護での大きな変化は、訪問介護員の家事援助に対する制限です。今まで、ヘルパーが利用者の代わりに家事を行っていたことで軽度利用者の自立が阻害されたと考えられています。今回の改正は、介護度が進んでしまうのを防ぐという狙いがあります。

2009年の見直しでは、介護保険料徴収年齢の拡大や、介護専門職の基本資格を介護福祉士に統一（ヘルパー資格の廃止）すること、支援費制度と介護保険制度の統合についてなどが焦点となり、改正の動きを見せられると思われます。医療保険、介護保険についても今後大

きな変革の時代になるであろうと感じています。

このような厳しい医療情勢ではあります

が、高齢者医療の向上を目指してまいりたい
と思います。皆さまのご指導をよろしくお願
い致します。

理事からひとこと

いじめ問題は複雑

都城市 志々目医院

志々目栄一

連日のように学校での「いじめ」が報道され自殺する子供が次から次といるが、マスコミの取材法に首を傾げるところがある。事情を把握できなかった学校責任者、教育委員会側が自殺した子供の親に謝罪し、テレビカメラの前で深々と頭を下げるシーンが繰り返される。一部の有識者はこのような報道パターンが苦しんでいる子供たちに連鎖反応を起こさせると警告している。昔より学校では「いじめ」の現象はあり、露骨に身体的特徴や貧困、親の悪口等を言う子、いつも泣かされている子がいた。私自身はデブ、スローとよくからかわれていたので小学校当時は「いじめられっ子」と思っていたが、今年初めに同級生が受診して「貴方は私をいじめていたがね」と真顔で言われた。「被害者意識が強かったんだね」と笑って対応したが、遠い昔の話と流し聞れず「いじめ」について考えるところ

があった。自分を含めて人を傷つけていることには鈍感で、被害には敏感に感じる人が多いのも事実で複雑である。

学校だけでなく一般社会でも犯罪に相当するような明らかな「いじめ」は論外として、第三者は気づかないような静かな「いじめ」は無数にある。働き盛り年代者のいわゆるストレス病は「静かないじめ」も主要原因の一つになっている。一般内科でも年々ストレス病の患者さんは増加しているが、受診しても病状の対処、抗精神薬投与や気分転換のための行動の指示をするだけで、病因の解消策ではないことは皆わかっている。

学校での「いじめ対策」も国レベルで論議されているが、露骨な事件の加害者の嚴重指導、処罰等だけの対応しかできないだろう。どの人間社会でも「静かないじめ」は常時ありえることを子供たちに理解させ、あらゆるストレスに耐えられる精神訓練を受けさせることが課題になると思う。校長先生、担任の先生たちにストレスが重くのしかかり、教育現場がおかしくなっていくのが一番怖い。

理事からひとこと

近況報告

日南市 山口内科クリニック

山口 幹生

早いもので私が県内科医会理事を拝命させていただき5年の月日が経ちました。これと言って皆様に大した仕事はできませんでしたが、諸先輩の先生方に大変迷惑をおかけいたしながら、なんとかやってこれました。

理事からの一言ということで原稿を依頼されました。文章の苦手な小生ですので何を書こうかと迷いましたが、近況報告ということで御了承いただきたいと思えます。

平成7年6月に日南市で開業させていただき早や12年になろうとしています。この間、多数の先生方が御開業され周囲の環境も大分変化してきました。専門性も細分化し、私のような広く浅い人間には非常に心強いかぎりでございます。医師会の先生方も病診連携に御力を入れてくださり入院施設の無いクリニックとしましては、大変ありがたい事と思っています。これも県立日南病院、中部病院、串間市立病院をはじめ多くの先生方のお陰様と感謝しております。

開業当時は体力的にも自信がありましたので、かなりの無茶も平気でしたがさすがに年齢にはかないません。もともと体を動かすのが大の苦手でしたので何か運動でもして体力をつけようと思っはいるのですが。

さて臨床をはじめましてははや20年以上の歳月が過ぎてしまいました。いつも診ている患者さんはお互い歳をとっていますし、あまり変化も無いものですからほとんど気にはなりません、20年ぶりに診察するような患者さんは“お互い歳をとったなあ”と考えさせられるものです。

最近はこの患者さんもおられました。10年間ほどずっと診ていた患者さんですが、毎回“いつもどおりでとくに変わりはないなあ”と思っていたら、なんと、かなり認知症が進んでいたのです。診察の時はいつも“正常”に見えるのですが、家に帰ると症状が出るのです。

また、こんな患者さんもおられました。薬を処方していてデータはほとんど安定していたので安心していたら、実際はなんと本人が“夜の薬は飲んでいない”と言われるのです。結局コレステロールの薬は飲む必要は無かったのです（袋にたくさん残っていました）。

やはり、一人で診察に来られる方は、たまには家族からの情報を聴くこともとても大切なことだと思いました。

これからも医療業界はなにかと“改革、改革”で現状不利な情勢が続くと思われませんが、あと一年間県内科医会理事として微力ながら頑張っていきたいと思えます。

以上“近況報告”ということで筆を執らせて頂きました。



「海南島」

都城市 折津 達



「阿蘇の宿にて」

都城市 山田医院 山田孝俊

短歌

転倒入院

延岡市 藤本内科小児科医院

藤本 孝一

萎えし身に往診済みし玄関に倒れ腰打ち失神し
たり
転倒の音に驚く往診の翁らの声かすかに聞こゆ
玄関に倒れしままに呻くわれサイレンの音次第
に近づく
腰椎の圧迫骨折CT像主治医示すを朦朧と見る
病室にトイレに行ける嬉しさよ腰椎骨折麻痺と
はならず
一夜寝ね痛み増さねば予後は良し主治医言ひし
を思ひ出でをり
退院後歩きで外出初めてぞ馴染の床屋の玄関に
立つ

狂歌

医療狂歌

宮崎市 山村内科

山村 善教

今日もまたどこぞの医師がマスコミに
取材を受ける明日は我が身か
七割が必要経費それがため
割を食うのは我等が世代
上ぐことの絶えてしなくは中々に
病みも国をもうらみざらまし
国はいさ心も知らず制度変え
医師は昔の患者本位ぞ
今日もまた戯れ歌詠んで気を晴らす
君は文学僕はポリシー

短歌

妻

線

宮崎市 長嶺内科クリニック

長嶺 元久

地図見れば日豊本線ゆ西北へ伸びて走りき
わが妻線は

広瀬駅発ちて佐土原さどはら、黒生野くらうのに妻、穂北ほきた過ぎ
杉安すぎやすに着く

米良山地越えて杉安、湯前ゆのまへを繋ぐ路線の
計画ありし

妻駅の入場券は新婦等へ妻に入るとて
贈られにけり

幼き日妻線走りしこの道をまくら木踏みし
ごとくに歩む