

【巻頭言】

医療連携

宮崎県内科医会副会長

児玉英昭

いよいよ21世紀となりましたが、最近の経済界の状況はきびしく倒産する企業があいついでおります。医療界におきましても、前世紀の末より改革の波がおしよせ、今世紀にはさらなる大波がおしよせようとしております。このような状況の中で、医療経営も今後は従来のように器をつくって患者さんを待つという受け身の医療ではなく、市民、患者さんの要求に積極的にこたえていく医療を展開しなければ、競争に破れ経営も破綻するのではないかとわれています。こういう市民、患者さんの要求にいかにしてこたえていくかのキーワードの一つに医療連携があります。医療連携とは、単に急性期病院加算等の医療報酬上の利益を取得するだけの手段ではもちろんありません。医療連携の目的は、市民、患者さんの要求にこたえて、医療の効率化をはかり地域全体としての医療レベルの向上をはかることにあります。病院、診療所等を問わず全ての医療施設とかがわり合いがあるのです。

医療連携には、大病院、中小病院、診療所、療養型病床群との縦の連携と病院間、診療所間といった横の連携があります。連携をおこなううえで問題になる事はいろいろあるかと思いますが、紹介した患者さんが戻ってこない、他医療施設の先生をよく知らないといったことではないでしょうか。前者は現在、紹介された患者さんは紹介していただいた施設にお返しするという常識が滲透しつつあり、また診療報酬上の事もあり解消の方向に向かうであります。問題は後者でありこれを解消するためには、医療施設間の十分な情報開示とそれによるお互いの信頼関係を結ぶことがまず第一であると思っております。現在の医療は高度化、分化しており病院におけるいわゆる専門医を必要としております。また診療所においても、プライマリケア医とともに自分の得意とする分野（例えば消化器、循環器等）があります。こういう中で、或る患者さんをどこで診ていくのが一番適切かを選択する場面ができた時、その医師がどれだけの連携による選択肢をもっているかが、医師の医療上の実力の一つになるのではないのでしょうか。市民、患者さんの立場からいっても、経過によっては専門医のいる病院や胃カメラができる診療所への紹介を期待していると思えます。この時に連携

がないと現在のような情報化の時代、また現在の患者さんの気質から、しだいにその医療施設は信頼を失っていくであります。

医療連携は、このように一面では医療施設のすみわけ、共生ではありますが、しかしそれだけであってはならないと思います。各医療施設が、競争、努力をしてその連携にふさわしいだけの医療レベルの向上、患者サービスを日頃しておかなければなりません。それがなければその地域の医療レベルの向上にはつながりません。医療連携ということばの中には、共生とともに競争というきびしさが含まれていることを忘れてはならないと思っております。

一つの医療施設ができる事には限りがあります。医療連携にて地域の医療レベルが向上するとともに、全ての医療施設において正しい連携による医療経営の安定化ができればと願っております。

特 集

血液疾患の現況と今後

— 血液疾患における造血幹細胞移植の適応と今後の展開 —

はじめに

末梢血液中の白血球（好中球，好酸球，好塩基球，単球，リンパ球），赤血球や血小板は骨髓における多能性幹細胞から作り出される。自己複製能を有するこの幹細胞より骨髓系前駆細胞とリンパ系前駆細胞が生まれ，さらに骨髓系前駆細胞は赤芽球系，顆粒球・単球系および巨核球系の各前駆細胞へ分化し，成熟していく。血液疾患は，これらの血球の生成・分化のいずれかの段階で，免疫学的異常や腫瘍性変化を来し，正常の造血機能が失われた場合に発症すると考えられる（図1）。多くはモノクローナルな異常細胞の増殖に起因する。そのため，治療法としてはその異常クローンの排除を行なう必要がある。抗腫瘍剤による多剤併用化学療法，放射線療法，免疫療法，分化誘導療法，特異抗体療法などがある。また，大量の化学放射線療法を行ない，自己の造血機能を廃絶させ，正常の造血幹細胞を輸注し，骨髓機能を再構築する造血幹細胞移植術が，通常の治療法では治癒が期待できない疾患に行なわれている。造血幹細胞は，骨髓ばかりでなく，末梢血や臍帯血中にも存在することが知られ，造血幹細胞移植も多様化してきた。

今回，造血幹細胞移植の適応と考えられる代表的な疾患である再生不良性貧血，白血病，悪性リンパ腫について標準的治療を述べ，そ

宮崎市
県立宮崎病院内科 牧野茂義

の中での造血幹細胞移植の位置付けを平成12年度日本造血細胞移植学会(JSHCT; Japan Society for Hematopoietic Cell Transplantation)の成績¹⁾と過去11年間に県立宮崎病院で行なった造血幹細胞移植（同種骨髓移植50例，自家末梢血幹細胞移植27例）の成績を提示し（表1），現状と今後の展望を考えてみたい。

各疾患における治療法

I. 再生不良性貧血 (Aplastic anemia: AA)

末梢血でのすべての血球成分の減少と低形成骨髓を特徴とする再生不良性貧血は，造血幹細胞自身の質的異常とT細胞による造血幹細胞の傷害が原因と考えられている。後者の理由から治療として抗胸腺細胞グロブリン

(anti-thymocyte globulin; ATG) やシクロスポリン (CyA) などのTリンパ球に選択的に作用する免疫抑制剤がまず第一に使用され，40%以上の有効率が報告されている^{2),3)}。しかし，厚生省の基準⁴⁾による重症型再生不良性貧血患者においては，好中球減少による重症感染症や血小板減少に伴う出血のために早期に死亡する例もあるため，顆粒球コロニー刺激因子 (G-CSF) や抗生剤投与，および成分輸血など補助療法も非常に重要である。また，G-CSFを用いたATG + CyA + G-CSF併用療法にて80%以上の3年生存率が報告されるようになり，造血幹細胞移植の適応は難しくなった⁵⁾。ヒト組織適合抗原であるHLAの

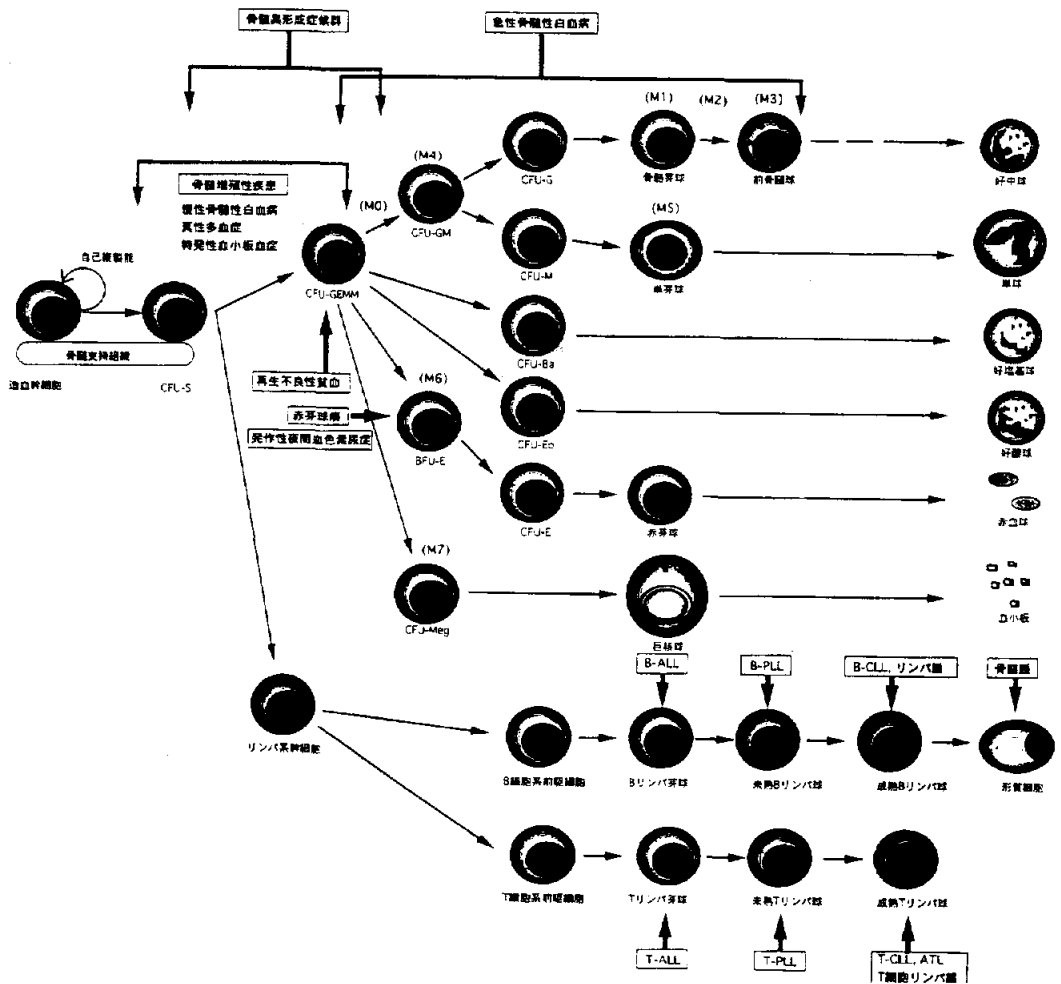


図1. 血球の分化と対応疾患

CFU - S; 多能性幹細胞, CFU - GEMM; 骨髄性造血幹細胞, CFU - GM; 好中球・マクロファージ系前駆細胞, CFU - G; 好中球系前駆細胞, CFU - M; 単球・マクロファージ系前駆細胞, CFU - Ba; 好塩基球系前駆細胞, CFU - Eo; 好酸球系前駆細胞, BFU - E; 赤芽球系前駆細胞, CFU - E; 幼弱赤芽球, CFU - Meg; 巨核球系前駆細胞, B - ALL; B細胞性急性リンパ性白血病, B - PLL; B細胞性前リンパ球性白血病, B - CLL; B細胞性慢性リンパ性白血病, T - ALL; T細胞性リンパ性白血病, T - PLL; T細胞性前リンパ性白血病, ATL; 成人T細胞白血病

一致した同胞間骨髄移植 (allo - BMT) であれば90%以上の無病生存率が得られ, 当科でも83%生存率と良好な成績である (図2 A)。しかし, 骨髄バンクからの非血縁者間骨髄移植 (Unrelated - BMT; U - BMT) や HLA 不

一致同胞間移植では拒絶や移植片対宿主病 (Graft versus Host disease; GVHD) などによる移植後早期死亡の頻度が多いため, 50%前後の生存率しか得られておらず, その適応は免疫抑制療法無効例に限られる。

表1. 同種骨髄移植成績

	移植症例数	生存者数	5年生存率(%)
再生不良性貧血	9 (3)	5 (0)	55.6%
慢性骨髄性白血病 慢性期	13 (1)	9 (0)	64.3%
急性転化期	5 (2)	0 (0)	0%
急性白血病 第一寛解期	18 (2)	6 (2)	53.7%
第二寛解期以降	8 (0)	2 (0)	14.2%
固形腫瘍	5 (0)	3 (0)	53.3%
	50 (8)	25 (2)	50.0%

* () 内は骨髄バンクからの非血縁者間移植症例数を示す

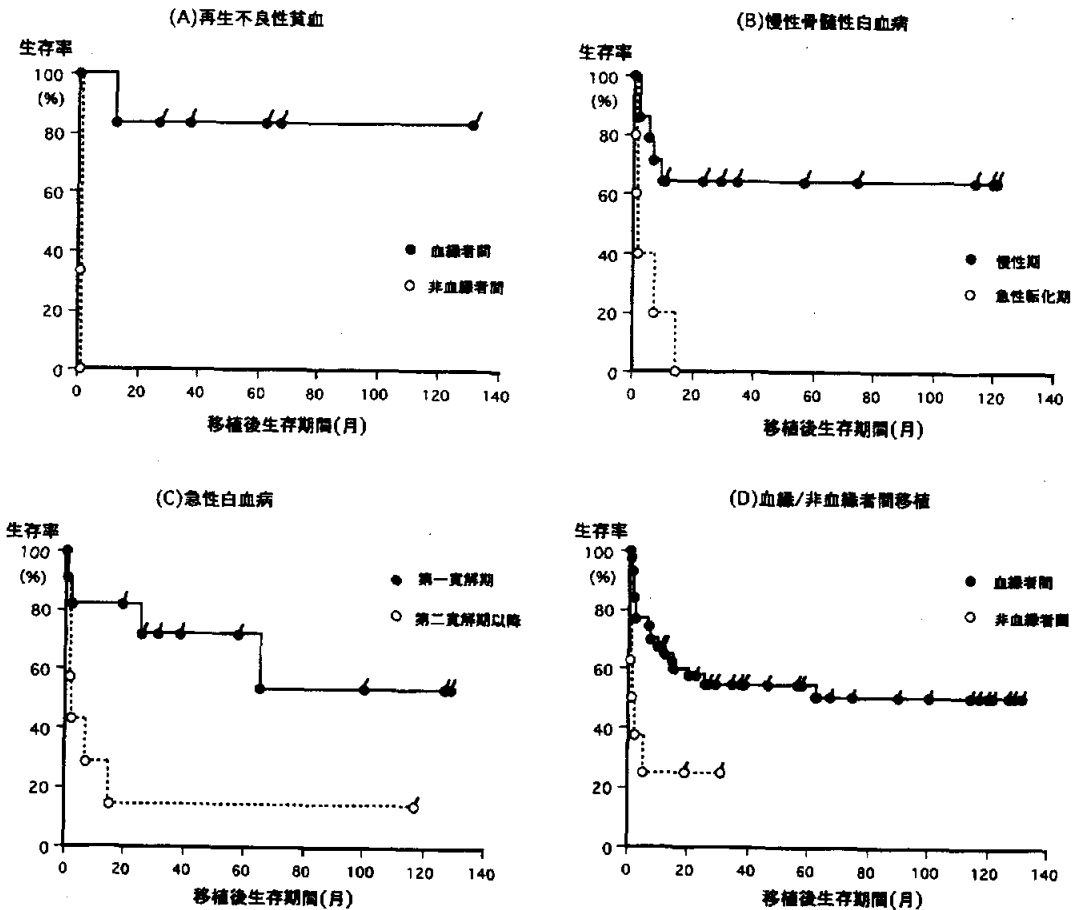


図2. 同種骨髄移植患者の生存曲線 (Kaplan - Meier 法)

A; 再生不良性貧血, B; 慢性骨髄性白血病

C; 急性白血病

D; 血縁, 非血縁者間移植

II. 慢性骨髄性白血病(Chronic myelogenous leukemia;CML)

CMLは多能性造血幹細胞で発生する Philadelphia (Ph) 染色体異常を有する腫瘍である。Ph染色体すなわち BCR-ABL 融合遺伝子は、第9番染色体上の ABL 遺伝子と第22番染色体上の BCR 遺伝子が染色体転座により融合した結果生じたもので、CMLと診断される患者の95%以上で検出される⁶⁾。また、マウス骨髄細胞にヒト BCR-ABL 遺伝子をレトロウイルスに挿入したものを transfection し、それを同型マウスに移植する実験系で、マウスに CML を生じることが観察されることから、この Ph 染色体 (BCR-ABL 融合遺伝子) が CML の原因遺伝子であると言える。臨床的には、好塩基球増加を伴う顆粒球増加と脾腫を主病変として発症し、3~4年の慢性期(chronic phase;CP)を経て、移行期 (accelerated phase;AP) を通過し、芽球の増加、貧血・血小板減少を認め、急性白血病類似の症状を呈する急性転化期 (blastic crisis;BC) となり、死の転帰をとる。

治療としては初期の白血球増加と脾腫のコントロールのためのアルキル化剤であるブスルファン (BUS)、カルボコン (CQ)、ラニムスチン (MCNU) か、最近では代謝拮抗剤のハイドロキシウレア (HU) が副作用も少なくよく使われている⁷⁾。しかし、これらの薬剤には治癒はもちろん、急性転化を遅らせることもできないため、50歳以下で適切な骨髄提供者 (ドナー) がいれば骨髄移植が第一選択となる。超大量 BUS と cyclophosphamide (CY) または全身放射線照射 (TBI) と CY の前処置後に、Allo-BMT あるいは U-BMT が行われている。当科で慢性期に行った13例中9例

(64.3%) が生存しており治癒が期待されるのに対し、移行期・急性転化期で行なった全例が早期に死亡している (図2B)。JSHCT の報告では慢性期 CML に対し Allo-BMT64.2%、U-BMT58.3%の長期生存率が報告されている。一方、適切なドナーが見つからない例や50歳以上の患者に対しては、Ph染色体を減少または消失させるインターフェロン (IFN) 療法が行なわれている^{8),9)}。細胞遺伝学的効果が認められる場合、長期生存が期待されるが、発熱・全身倦怠感やうつ状態などの副作用と長期間の自己注射の必要性のために中止・脱落する例も多く、長期生存が期待されるのは一部の症例に限られる。最近、BCR-ABL 遺伝子の作用を特異的に阻害するチロシンキナーゼ阻害剤である STI (signal transduction inhibitor) 571の臨床試験が行なわれ、細胞遺伝学的効果が得られており、安価な内服薬で副作用も軽微であることから、その臨床応用が期待されている¹⁰⁾。さらに50歳以上の患者や臓器障害のために、通常の造血幹細胞移植ができない場合、骨髄非破壊的移植 (mini-transplant) が行なわれるようになった。同種造血幹細胞移植の強力な前処置による腫瘍根絶には限界があり、また強力であるがために治療関連死も問題になる。同種移植の抗腫瘍効果はむしろ免疫的作用によることが示され、骨髄非破壊的移植の考えが生まれ、混合キメラを作ることで、残存腫瘍細胞を排除し、最終的に完全キメラを形成するものである。“細胞”による抗腫瘍効果であり、いわゆる“細胞療法”として、高齢者や臓器障害のある患者への移植適応が拡大し注目されている。とりわけ CML は良い適応疾患であり、“究極の移植”として確立されつつある¹¹⁾。

Ⅲ. 急性白血病 (Acute leukemia)

急性白血病は化学療法と造血幹細胞移植併用の大量化学・放射線療法により、治癒が望める疾患となった。その治療は白血病細胞の減少と正常造血の回復を目指す寛解導入療法と、完全寛解後にも残存する微量白血病細胞の根絶を目指す地固め療法と強化・維持療法である。急性骨髄性白血病 (Acute myeloid leukemia; AML) は、その白血病細胞の起源から FAB 分類で M 0～M 7 の 8 種類に分けられる。化学療法は本邦の多施設共同研究である JALSG (Japan Adult Leukemia Study Group) の統一プロトコールが用いられ、完全寛解率 70～80% と高く、5 年無病生存率は 35% であり¹²⁾、寛解に導入された 50 歳未満の患者だけでみると 47% である。第 1 寛解期で造血幹細胞移植施行患者でみると、allo-BMT 65.2%、U-BMT 66.4% の 5 年無病生存率が報告されており、50 歳未満の AML 患者の 50% 近くが治癒していることになる。特定の染色体を持つもの (t (8;21), t (15;17), inv (16)) は化学療法などの治療に反応が良く、予後良好なので第 1 寛解期に移植はせずに、再発後第 2 寛解期に移植を行なうことが多くなっている。特に t (15;17) 染色体異常を有する急性前骨髄性白血病 (Acute promyelocytic leukemia; APL) に対しては、PML-RAR α 融合蛋白を解離させる ATRA (all-trans retinoic acid) が報告され、飛躍的に APL の治療成績が向上し、80～90% の完全寛解率と 60% 以上の 5 年無病生存率が報告されている¹³⁾。移植ができない高齢者や予後不良群に対しては、昨年保険適応となった大量キロサイド療法¹⁴⁾を寛解後治療として用いることや、末梢血幹細胞移植を第 1 寛解期に行なうことで予後の改善が

期待される。

急性リンパ性白血病 (Acute lymphoblastic leukemia; ALL) の化学療法は JALSG プロトコールにて寛解率 69～83% と高いが、予後不良の Ph 染色体を有する例が多く、ほとんど再発し 5 年無病生存率はわずか 14% である。第 1 寛解期に行なった allo-BMT では 51.7%、U-BMT では 53.9% と有意差を認め、ALL に関しては、化学療法だけでは高い治癒率は期待できず、第 1 寛解期に造血幹細胞移植を行なうべきである。当科における急性白血病第 1 寛解期移植では 53.7% が治癒しており、移植の絶対的適応と考えられる (図 2 C)。

骨髄バンクには 2000 年 12 月末で 133,970 名のドナーが登録されており、3,083 例の非血縁者間骨髄移植が実施された。患者登録者数と移植数でみると 45% の移植率に相当する。今後ドナープールを広げていくことで移植率はさらに上昇するものと思われる。当科において今まで 8 例の U-BMT を行なってきたが、急性白血病の 2 例のみ生存しており、決してその成績は良くない (図 2 D)。当科の骨髄移植成績をみた場合、①年令 45 歳未満、②血縁者間移植、③急性白血病の第一寛解期、④慢性骨髄性白血病慢性期、⑤寛解期固形腫瘍を標準的危険因子群 (Standard risk group) とし、それ以外を高危険因子群 (High risk group) とした場合、前者は 68.3% の 5 年生存率であるのに対し、後者は 23.3% と有意差をもって低い (図 3)。このような High risk 群に対し、少しでも成績を上げることが今後の課題である。

Ⅳ. 悪性リンパ腫 (malignant lymphoma)

悪性リンパ腫はホジキン病 (HD) と非ホジキンリンパ腫 (NHL) に分類されるが、本邦

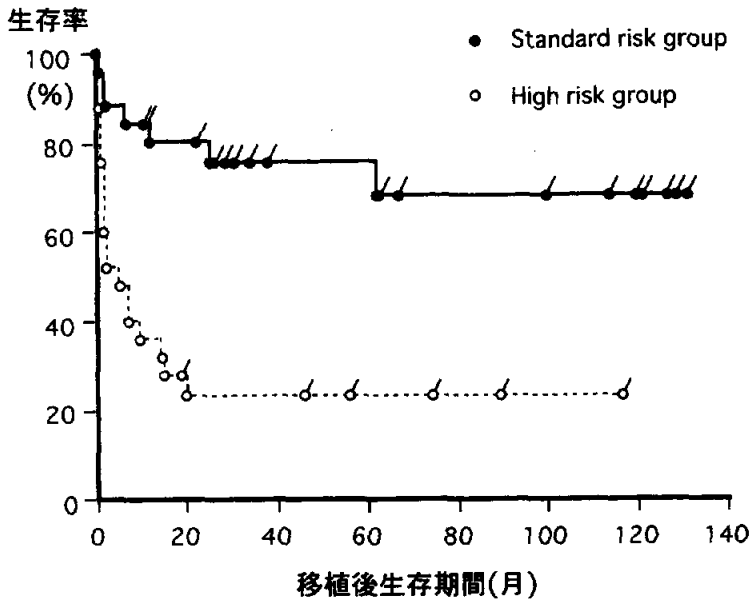


図3. 同種骨髄移植患者の危険因子別生存曲線

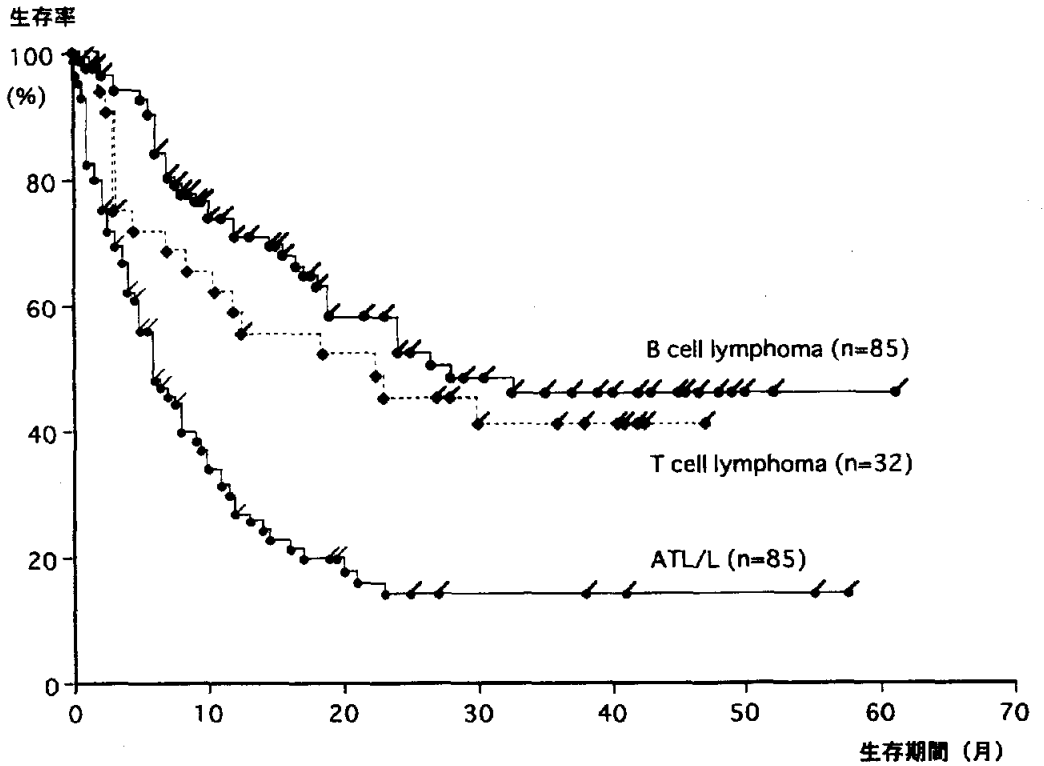


図4. 悪性リンパ腫のT/B分類別生存曲線

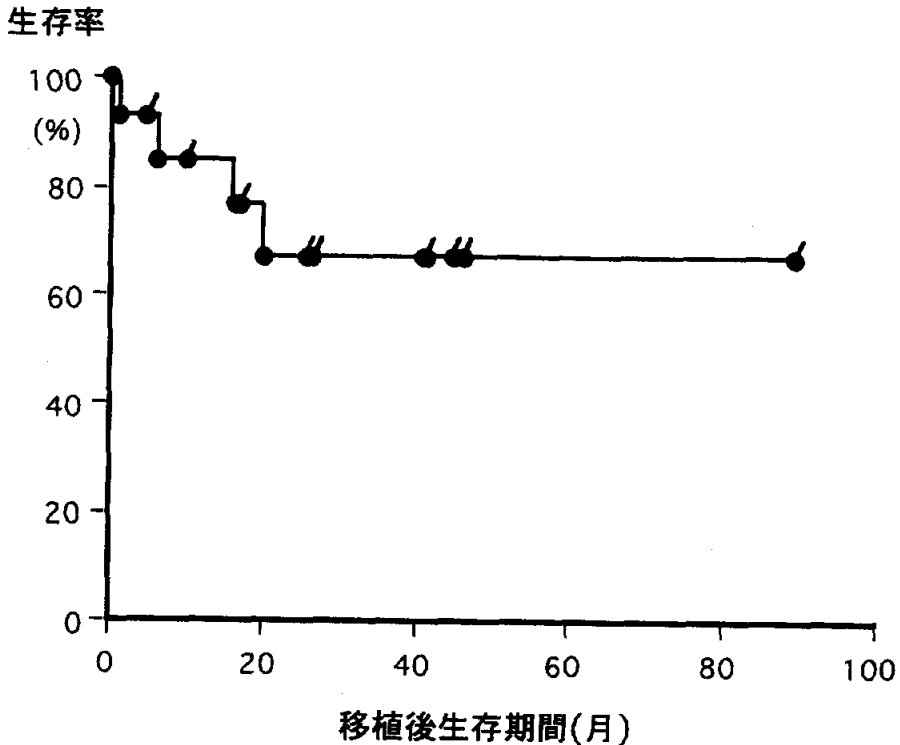


図5. 造血幹細胞移植を併用した超大量化学療法を行なった悪性リンパ腫患者の生存曲線

では大部分が NHL であり、過去5年間に当科に入院した悪性リンパ腫224例中に HD はわずか6例(2.7%)であった。NHL は組織型により、Working Formulation (WF) 分類が広く用いられ、low, intermediate, high grade に分け、その後 REAL (Revised European American Lymphoma Classification) 分類では大きく B 細胞系腫瘍と T / NK 細胞系腫瘍に分類した後に clinical grouping として中・高悪性度群 (aggressive type) と低悪性度群 (indolent type) に分けた¹⁵⁾。最近では REAL 分類の修正版である新 WHO 分類により、造血組織およびリンパ系腫瘍を含めた系統的分類が臨床所見・治療成績と照らし合わされ、その有用性が報告されつつある¹⁶⁾。さらに予

後因子としては International Prognostic Index (IPI) が広く用いられており、①年令 (≤ 60 歳 vs >60 歳)、②病期 (I / II vs III / IV)、③血清 LDH (正常 vs $>$ 正常)、④ Performance status (PS) (0.1 vs ≥ 2)、⑤節外病変数 (0.1 vs ≥ 2) の5つの因子により、0~1 を low risk, 2 を low - intermediate risk, 3 を high - intermediate risk, 4 を high risk group とすると予後がきれいに分かれ、臨床的には有用である¹⁷⁾。年令60歳以下の比較的若年者には上の病期、血清 LDH, PS の3因子を用いる。中・高悪性度リンパ腫に対しては、一般に CHOP 療法と局所放射線照射が行なわれるが、IPI で high risk 群では、さらに強力な化学療法や造血幹細胞移植併用の超大量化学療法が必要で

ある。過去5年間で当科で治療を行なった NHL 202例を B 細胞リンパ腫 (85例), T 細胞リンパ腫(32例), 成人 T 細胞白血病・リンパ腫(ATL/L;85例)の3群に分け生存曲線を見た場合, 3年以降の再発は少なく, 長期生存率はそれぞれ45.8%, 40.9%, 14.2%であった(図4)。aggressive NHL の high - intermediate および high risk 群においては初回化学療法後の完全寛解到達後に自家移植を併用した超大量化学療法を施行することが標準的化学療法に比べ, 有意に優れている。当科において high risk 群あるいは再発例に対して, 自家末梢血幹細胞移植(auto - PBSCT)あるいは allo - BMT を14例に行なったところ64.8%に長期生存が得られている(図5)。しかし, 悪性リンパ腫における造血幹細胞移植の適応は難しく, リンパ芽球性リンパ腫や化学療法感受性びまん性大細胞 B リンパ腫再発例など適応ははっきりしているものを除けば, 症例ごとにその適応を決めていくしかない。最近では ATL/L に対する allo - BMT 成功例が報告されるようになり, 期待されている¹⁸⁾。また, indolent lymphoma も確立された治療法がなかったが, 同種造血幹細胞移植の有用性が報告されるようになり, 同種免疫反応による腫瘍細胞の根絶

が重要であることから, mini - transplant の良い適応である。さらに, indolent lymphoma に対して注目される治療として B 細胞に特異的に発現する CD20 に対するキメラ型 CD20 抗体 (rituximab) が挙げられ, CHOP 療法との併用についての検討がなされ大いに期待されている¹⁹⁾。

おわりに

ここ10数年における血液疾患の病態解明や治療法の発展は目覚ましいものがあり, 治療成績も飛躍的に改善している。その重要なものとして造血幹細胞移植がある。自家骨髄移植, 同種骨髄移植から始まった移植の歴史は, 骨髄バンクからの非血縁者間骨髄移植, 自家末梢血幹細胞移植の導入, そして臍帯血バンクの設立で, 臍帯血幹細胞移植が可能となり, 同種末梢血幹細胞移植も2000年には保険適応となった。さらに骨髄非破壊的移植として mini - transplant が, 高齢者や臓器障害を有する例にも可能となり, いよいよ移植は“細胞療法”として今後適応が拡大していくものと考えられる。各患者ごとに最も適切な治療法は何か, 移植の適応であれば, どの移植を選択すべきかを考え, より高い治癒率を常に目指したい。

〈参考文献〉

- 1) 日本造血細胞移植学会:平成12年度 全国調査報告書, 2000.
- 2) 小島勢二, 他:抗胸腺リンパ球グロブリン(Lymphoser Berna)による再生不良性貧血の治療. 臨床血液43: 815-820, 1993.
- 3) 中尾真二, 他:再生不良性貧血に対するサイクロスポリン療法. 臨床血液31: 1450-1455, 1990
- 4) 高久史麿:再生不良性貧血分科会報告. 厚生省特定疾患特発性造血障害調査研究班 平成元年度研究業績報告書. pp57-58, 1990.
- 5) Bacigalupo A et al: Antilymphocyte globulin, cyclosporine, and granulocyte colony - stimulating factor in patients with acquired severe aplastic anemia (SAA):A pilot study of the EBMT SAA Working Party. Blood 85:1348-1353, 1995.
- 6) Cannistra S:Chronic myelogenous leukemia as a model for genetic basis for cancer. Hematol Oncol Clin North Am 4:337-357, 1990.

- 7) Hehlmann R et al: Randomized comparison of busulfan and hydroxyurea in chronic leukemia: Prolongation of survival by hydroxyurea. *Blood* 82:398-407, 1993.
- 8) Talpaz M et al: Hematologic remission and cytogenetic improvement induced recombinant human interferon alpha in chronic myelogenous leukemia. *N Engl J Med* 314:1065-1069, 1986.
- 9) Kantarjian HM et al: Prolonged survival in chronic myelogenous leukemia after cytogenetic response to interferon-therapy. *Ann Intern Med* 122:254-261, 1995.
- 10) Druker BJ et al: Clinical efficacy and safety of an ABL specific tyrosine kinase inhibitor as targeted therapy for chronic myelogenous leukemia. *Blood* 94 (Suppl 1) 368a, 1999.
- 11) Slavin S et al: Nonmyeloablative stem cell transplantation and cell therapy as an alternative to conventional bone marrow transplantation with lethal cytoreduction for the treatment of malignant and nonmalignant hematologic diseases. *Blood* 91:756-763, 1998.
- 12) Miyawaka S et al: No beneficial effect from addition of etoposide to daunorubicin, cytarabine, and 6-mercaptopurine in individualized induction therapy of adult acute myeloid leukemia: the JALSG - AML92 study. *Int J Hematol* 70:97-104, 1999.
- 13) Asou N et al: Analysis of prognostic factors in newly diagnosed acute promyelocytic leukemia treated with all-trans retinoic acid and chemotherapy. *J Clin Oncol* 16:78-85, 1998.
- 14) Mayer RJ et al: Intensive postremission chemotherapy in adults with acute myeloid leukemia. *N Engl J Med* 331:896-903, 1994.
- 15) Harris NL et al: A revised European - American classification of lymphoid neoplasms: A proposal from the International Lymphoma Study Group. *Blood* 84:1361-1392, 1994.
- 16) Harris NL et al: World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: Report of the clinical advisory committee meeting - Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol* 17:3835-3849, 1999.
- 17) The International Non-Hodgkin's Lymphoma Prognostic Factor Project: a predictive model for aggressive non-Hodgkin's lymphoma. *N Engl J Med* 329:987-994, 1993.
- 18) Tajima K et al: Adult T-cell leukemia successfully treated with allogeneic bone marrow transplantation. *Int J Hematol* 71:290-293, 2000.
- 19) Czuczman MS et al: Treatment of patients with low-grade B-cell lymphoma with the combination of chimeric Anti-CD20 monoclonal Antibody and CHOP chemotherapy. *J Clin Oncol* 17:268-276, 1999.

〔症例検討〕

一過性の心房細動により膝窩動脈塞栓症を きたしたバセドウ病の一例

日高 博之¹⁾，新名 洋美¹⁾，木原 康²⁾
年森 啓隆³⁾，栗林 忠信¹⁾

宮崎市

古賀総合病院内科¹⁾， 同放射線科²⁾， 古賀病院内科³⁾

はじめに

バセドウ病の心房細動合併頻度は2%前後で、70%は自然に洞調律化することが知られている¹⁾。一方、心房細動を合併したバセドウ病患者の塞栓症発症率は高頻度ではないが、一旦発症すると患者の quality of life は著しく損なわれ、生命予後にも関与しうる。

今回我々は、一過性の心房細動により膝窩動脈塞栓症をきたしたバセドウ病の一例を経験したので報告する。

症 例

患 者：55歳，女性。主婦

主 訴：右下腿の疼痛

現病歴：1985年，某医大内科でバセドウ病と診断された。メチマゾール (MMI) にて治療されたが約5年で通院を中断した。2000年3月7日，感冒症状のため近医受診時，甲状腺機能亢進症 (TSH (0.04 μ U/ml, fT₃ 5.3pg/ml, fT₄ 2.7ng/dl) を指摘された。3月21日から動悸，嘔吐が出現した。3月23日，当科初診時の心電図上，心房細動を指摘された。塩酸アロチノールを処方されたが咳こんだため3回のみ服用した。3月28日，歩行にて増

強する右下腿の疼痛が出現した。3月31日，バセドウ病の検査・治療の目的で入院した。生活歴：ビール1本/日，喫煙なし
既往歴：15，17歳時，右股関節手術
家族歴：同胞にバセドウ病，慢性関節リウマチ，再生不良性貧血，乳癌あり
入院時身体所見：身長136.2cm，体重58.9kg，BMI 31.8。血圧141/78mmHg，脈拍120/分，不整。意識清明。皮膚はやや湿潤。頭・頸部では結膜貧血・黄疸なく，前頸部に弾性で圧痛のないびまん性甲状腺腫を触知した。心音清，心雑音なく，正常肺胞音。腹部は平坦・軟で肝・腎・脾を触知せず。右下腿に冷感あり右足背動脈，右後脛骨動脈を触知しなかった。恥毛は女性型で神経学的には異常所見を認めなかった。

入院時検査成績(表1)：末梢血ではHb9.2g/dlと小球性低色素性貧血を認めた。血液生化学検査ではT-cho 115mg/dlと低値を示した。筋原性酵素，腎機能は正常であった。ECG上，心房細動の所見であった。

内分泌学的検査成績(表2)：甲状腺ホルモン関連基礎値では原発性甲状腺機能亢進症の所見であった。甲状腺自己抗体は陽性を示した。

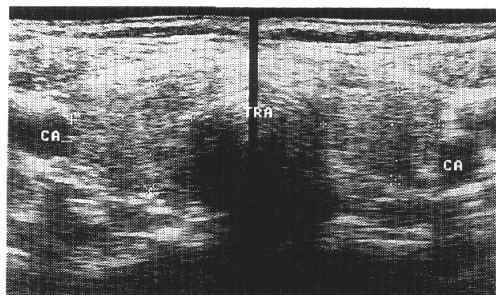
表1 入院時検査成績

尿： 比重	1.020	血液生化学：	TP	7.0	g/dℓ
pH	5.5	Alb	3.83	"	
Pro	(-)	T-cho	115	mg/dℓ	
Glu	(-)	TG	60	"	
Keton	(-)	HDL-cho	43	"	
潜血	(-)	FPG	88	"	
便： 潜血	(-)	T-bil	0.59	"	
末梢血：		GOT	20	IU/ℓ	
WBC	3,600 /μℓ	GPT	19	"	
RBC	377×10 ⁴ "	LDH	412	"	
Hb	9.2 g/dℓ	ALP	205	"	
Hct	30.1 %	BUN	11.1	mg/dℓ	
Plt	21.4×10 ⁴ /μℓ	Cr	0.4	"	
血清学：		CK	47	IU/ℓ	
CRP	0.2 mg/dℓ	Na	144	mEq/ℓ	
		K	3.9	"	
		Cl	108	"	
		Ca	9.0	mg/dℓ	
		P	3.0	"	

表2 甲状腺ホルモン関連基礎値

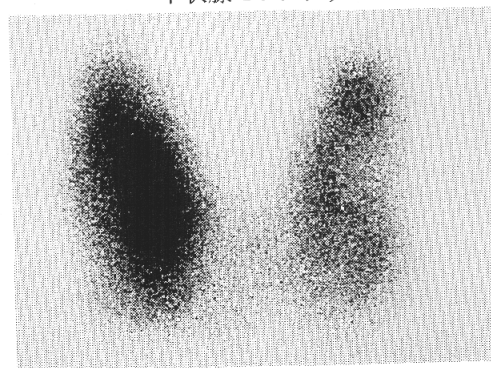
			基準値
TSH	<0.01	μU/ml	(0.27-4.20)
free T ₃	4.75	pg/ml	(2.4-4.5)
free T ₄	3.06	ng/dℓ	(0.9-1.8)
Tg - Ab	502	IU/ml	(<70)
TPO - Ab	217	"	(<18)
TBII	12.4	%	(≤15)
Tg	≤5.0	ng/ml	(≤35)

US：甲状腺短軸像



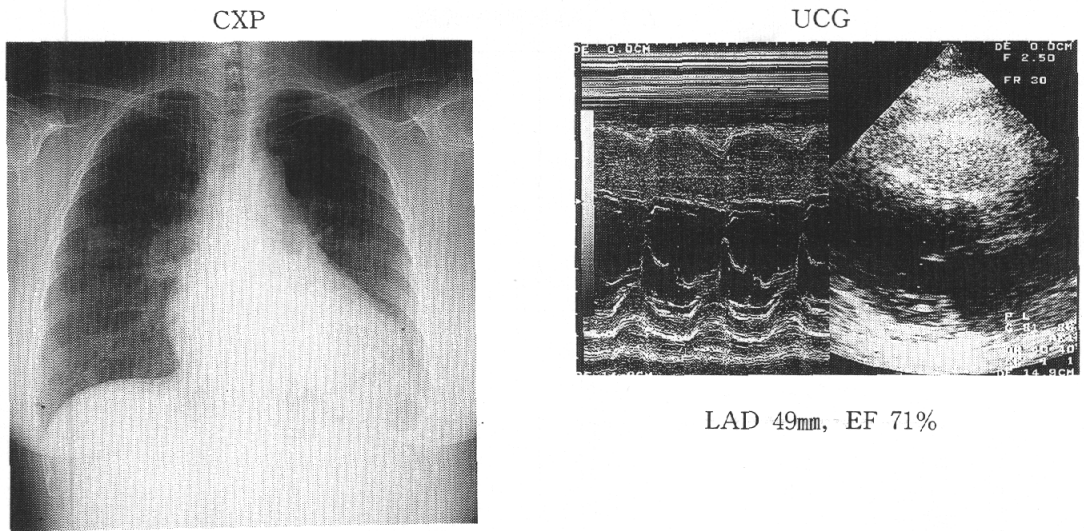
びまん性甲状腺腫

甲状腺 Tc シンチ



摂取率 3.2% (正常 0.3~3.0%)

図1 甲状腺画像所見



CTR 55.1%

LAD 49mm, EF 71%

図2 心臓画像所見

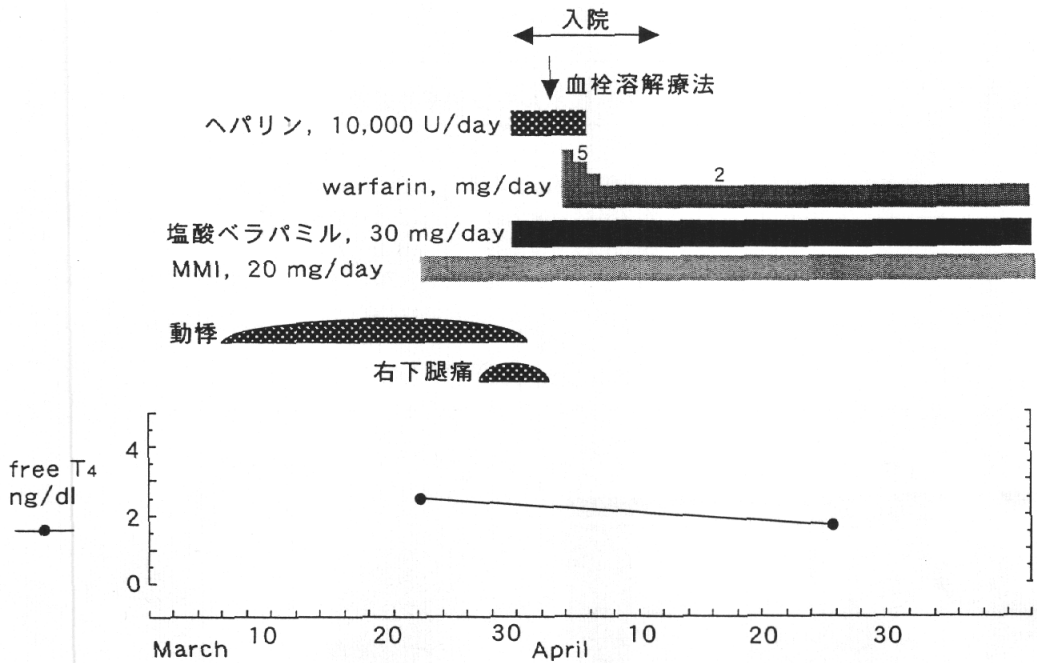
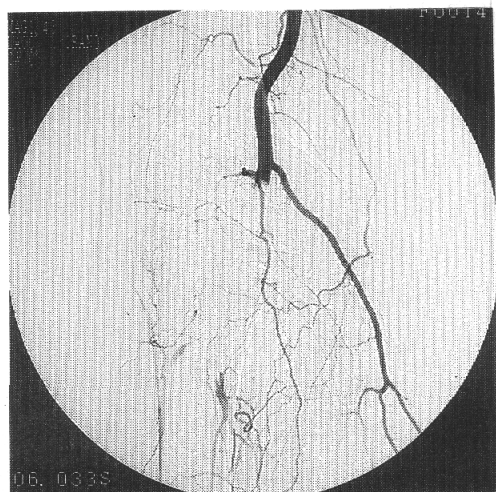


図3 臨床経過

TSH 結合阻害免疫グロブリン(TBII)は12.4%と正常を示した。

画像所見(図1, 2): 超音波検査ではびまん性甲状腺腫の所見で結節性病変を認めなかつ

た。甲状腺テクネシウム (Tc) シンチでは摂取率は3.2%と軽度高値を示した。胸部レントゲン写真ではCTR 55.1%と心陰影の拡大を認めた。心臓超音波検査では左房拡大 (LAD



血栓溶解療法前

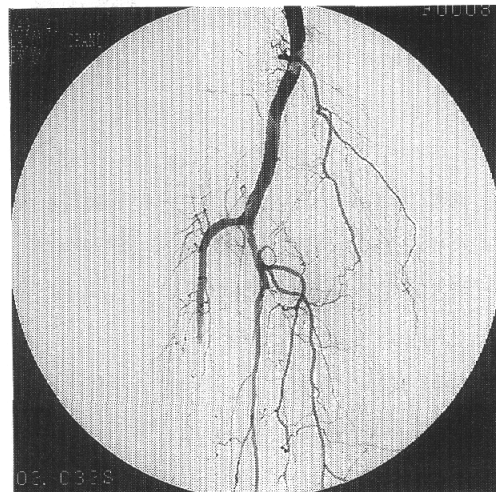
ウロキナーゼ
54万単位動注後

図4 右下肢動脈造影所見

49mm, 正常18-40mm) を示したが左房内血栓は描出されなかった。

入院後経過(図3)：以上の所見よりバセドウ病, 心房細動および右下肢動脈閉塞と診断した。入院後直ちにヘパリン3,000U 静注後, 同10,000U/dayの持続静注を行った。また塩酸ベラパミル30mg/day, MMI20mg/dayを開始した。4月1日には右下肢痛は軽減し, またECG上, 洞調律となった。4月3日, 下肢動脈造影検査を施行したところ右膝窩動脈の完全閉塞を認めたためウロキナーゼ54万単位動注による血栓溶解療法を行った(図4)。右膝窩動脈は再開通したが同動脈に狭窄部二カ所および右前脛骨動脈の閉塞残存を認めた。血栓溶解療法後, 右後脛骨動脈は触知可能となり右下肢痛は消失した。4月4日よりワルファリンを5mg/dayより開始し, 同2mg/dayにて4月10日のPT-INR1.91であった。ワルファリン, 塩酸ベラパミルおよびMMIを継続し, 4月12日, 退院した。

考 察

今回我々は, 一過性の心房細動により膝窩動脈塞栓症をきたしたバセドウ病の一例を経験した。

バセドウ病の心房細動合併の機序としては心臓刺激伝導系における伝導速度の上昇, 心筋細胞閾値の低下および心筋細胞の不応期短縮などがある¹⁾。またバセドウ病の心房細動合併頻度は2%前後で, 70%前後は自然に洞調律化する¹⁾とされる。本症例においては動悸を自覚後3日目のECGにて心房細動を示し, 12日目には脈拍整となりECGにて洞調律を確認した。心房細動を合併した12日間の8日目に右下腿痛が出現しており下肢塞栓症を合併したものと考えられた。

本邦での非弁膜症性心房細動の血栓塞栓症年間発症率は, 無投薬下にて発作性心房細動1.6~5.2%, 慢性心房細動2.1~8.0%²⁾であった。塞栓症の動脈部位別頻度では大腿動脈40%, 膝窩動脈20%と下肢動脈が60%を占める³⁾。杉

本らの報告では心房細動を合併したバセドウ病患者288例における塞栓症合併は6例(2.1%)で、閉塞部位は脳4例、上肢2例であった⁴⁾。本症例のように心房細動を合併したバセドウ病患者においては膝窩動脈などの下肢動脈閉塞の報告は今のところまれであるが、今後、症例の蓄積とともに下肢動脈閉塞の頻度は増加するものと考えられた。

本症例の治療については病歴と身体所見から下肢動脈閉塞と診断した後、直ちに抗凝固療法としてヘパリンの投与を開始した。下肢動脈造影にて閉塞部位を確認後、ウロキナーゼ動注による血栓溶解療法を行い、右膝窩動

脈は再開通した。その後、ワルファリンによる抗凝固療法を継続した。非弁膜症性心房細動1,330例を対象とした年間塞栓症発症率はワルファリン(PT-INR2.0~4.5)2.3%(67%減少効果)、アスピリン3.6%(44%減少効果)、プラセボ6.3%であった⁵⁾。バセドウ病の慢性心房細動においては徐細動の成功率が高いため徐細動を勧める報告⁶⁾もある。

心房細動を合併したバセドウ病患者においては抗凝固療法あるいは抗血小板療法を可及的早期に開始し、心房細動が慢性化した場合は循環器診療体制を整えた上で徐細動を考慮する必要があると考えられた。

文 献

- 1) 中澤博江：内分泌および代謝疾患、新心臓病学、医学書院、東京、1991、p506-518.
- 2) 小松 隆、他：心房細動の洞調律維持管理と塞栓症対策.最新医学55：973-979、2000.
- 3) 多田祐輔：急性動脈血栓症・塞栓症、外来診療のすべて、メジカルビュー社、東京、1999、p318-319.
- 4) 杉本高士、他：心房細動を伴うバセドウ病に合併する塞栓症.日本内科学会雑誌78：577-578、1989.
- 5) Atrial fibrillation investigators: Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch Intern Med154：1449-1457、1994.
- 6) Nakazawa H. K., et al: High maintenance rate of sinus rhythm after cardioversion in post-thyrototoxic chronic atrial fibrillation. Int J Cardiol16：47-55、1987.

〔症例検討〕

在宅酸素療法患者会活動6年間の経験と課題

宮崎市

松本内科呼吸器科医院 川崎 恵子 松本 紫朗

はじめに

慢性呼吸不全の患者は、日常生活行動範囲の縮小や長期療養から将来を悲観的に考える傾向に陥りやすい。その為、患者の家族や医療者側からの精神的なアプローチが大切となります。

当院で在宅酸素療法(以下HOTと称す)の患者会「ふれあい仲間」が結成され、今年で6年目を迎えます。当院での患者会活動の現状をまとめましたのでここに発表します。

当院の在宅酸素療法患者さんはこの10年間の延べ患者数は53名となっています。図1に示すように男女とも慢性肺気腫症が20名+6名の26名と最多数を占めています。現在の患者会会員数は20名となっています。

当院は入院設備が無いため、死亡や呼吸不全の悪化に伴う、入院後の自動的な転院などが多く、HOTの継続的治療が困難な面も見ら

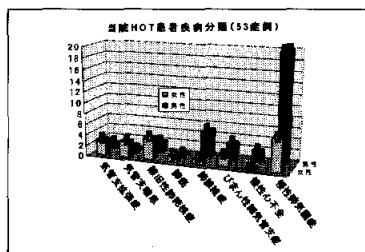


図1 HOT患者疾病分類

れ、HOT継続期間は図2に示すように3年以内が約65パーセントを占めています。

6年間の患者会活動

当院で治療中のHOTの患者さん自身から患者会が欲しいという声が出ました。同じ病気を持つ者同士励まし、助け合い、悩みを打ち

明けながら、病気を受け入れ、情報交換できる場としての患者会を結成しようという事になり呼びかけを行いました。

HOTの患者さんは、人前に出るのを嫌がる人が多く、賛同される患者さんは少ないのではないかとの思いがありましたが、結果的には全員のHOTの患者さん18名が加入されました。

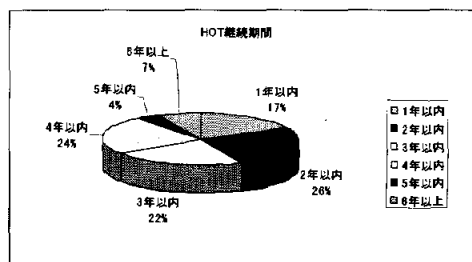


図2 当院のHOT継続期間

患者会結成では、情報交換の場として患者さん同士のネットワーク作りを一つの目標としてきました。患者さんが気軽に参加し、病気と前向きに向き合う事が出来るような会の流れにしたいとの希望で、会則、規約も特にありません。名称はアンケートの結果で、「ふれあい仲間」としました。

ふれあい仲間のつどいは毎年5月第三木曜日、午後1時から3時としました。第1回目から第3回目までは、院内で行いました。参加人数は患者、家族、スタッフ、他疾患で通院中の患者さんなど、総勢40名ほどで行いました。

4回目からのつどいは、行動範囲の拡大を目的として、院外を検討したところ花見や温泉に行きたいとの声がありましたが、天候や場所等を考慮した結果、屋外の公園で実施することとなりました。開始時間より早目に来

られる患者さんが多く、公園を散歩される人、塔の前で手を叩き合って微笑む姿、木陰でお喋りをする人と様々でした。

今年6回目のつどいでは、もっと自由に話しをしたり、聞いたりお互いを知りたい、又、カラオケもやってみたいとの声があり近隣の公民館を借りて行いました。



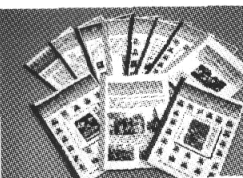
昼食をとりながら、お互いの毎日の生活状況や酸素吸入下での不安な事、HOT 治療を始めるまでの経過など聞くことができ、院内では見られない患者さんの情報を多数得ることができました。

又、HOT を受けるまでは大好きだったカラオケも息切れが強くなるのに伴い、もう歌うことは出来ないと思っていた患者さんが、次々とマイクを手に取りカラオケを楽しんでおられました。

しまい込んでいたカラオケ道具をもう一度出してみようとうれしそうに言われているのが印象的でした。



次に患者会活動の役割の一つとして、患者教育を考えて院長からの病気についての話、酸素機器メーカーの方からの機器の点検方法及び緊急時の連絡の説明等も行っています。特に医師による呼吸器疾患についての話は関心が深く、外来の限られた時間では聞けなかった多くの質問が患者さんや家族側から毎回出されています。又ビデオ等の分かり易い教材を利用した講義も実施しています。



もう一つの活動として、当院の患者会活動の特色と思えますが、患者さんから原稿を集め、継続的に年2回(夏、冬)の会報を発行しています。

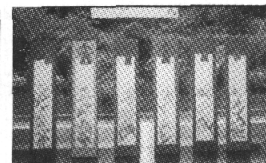
短歌や俳句、そして忘れられない若き日の

思い出や、日頃言葉に出来ない家族に対しての感謝の気持ちを託した文章が多く寄せられています。それと併せて、夏は暑中見舞い号としてつどいの報告と感想文、冬は年始号で新年を迎え、新たな決意で病気とうまく付き合い充実した生活を送れるようにとの決意が伺われる内容となっています。

患者会活動の成果

患者会を通し、同じ病気を持つ者同志交流が深まり、病気を前向きに受け止めていく姿勢が患者さんに生まれています。

女性患者の一人は、以前は表情も暗く精神的にも落ち込むことがあったのですが、患者会への参加をきっかけに、病気を受け止め今を楽しく生きていくことが大事なのだと言えるまでに明るくなり、1回目から6回目まで毎回つどいに出品する作品を1年間かけて取り組んでおられます。写真は患者さん達の作



品の一部です。

また、女性同志3~4名のミニネットワークができ、お互いに電話をかけては 悩みを打ち明けたり、励ましの言葉をかけたりと精神的にも明るくなってきています。

ここで教訓的な一症例を提示します。

55歳で肺気腫と診断をうけ、K病院で治療を受けていました。平成6年8月30日初診で在宅酸素療法開始となりました。当院受診以前より精神的不安定な状態であったようです。

HOT 開始になって不安が増強し、家の中に閉じこもる日々を送っていました。子供が優しくしてくれればくれる程、母親として何も出来ない自分がもどかしく少しでも前向きに生きなければ生きている甲斐がないと自問自答を繰り返すばかりで落ち込みが激しく、新

聞すら見る気にもなれない様な状況でした。

平成7年5月、第1回つどいに参加してもらい当日が誕生日だったこともあり職員手作りのケーキで祝いました。以前、生け花の先生をしていたこともあり生け花をいけてもらいました。スタッフが援助しながらも立派に生ける事が出来、本人もそれを見守る患者さん達にも前向きに取り組む姿勢の大切さが実感できた様でした。その年の会報に寄せた彼女の記事の一部を紹介します。

『ただ漠然と生きる日々が一年程続きました。やっと一大決心をして散歩を始める事になりました。最初は屋外に踏み出すことがやっとで、10メートル位で引き返しました。次から少しずつ延ばして何とか今は150メートルを30分かけて歩けるようになりました。歩いていると家々に草花が見え、犬や猫の子まで寄って来ますし、すれ違う人も必ず声を掛けてくれます。知らない世界に飛び出した気分になりきつきさも和らぎます。

口にすれば自分の苦しい病気の事ばかり「なぜ私だけが!」という気持ちばかりでした。「こんな事ではいけない、みんな苦しいのだから」と思ってみるのですがなかなかです。でも自分で歩けるんです。口も利けますし、食事もとってもおいしく頂けます。こんな事ではいけないのです。散歩をきっかけにして、私は私なりに病氣とそして酸素ともっと気楽に仲良くして、付き合っていかなければという気持ちになりました。これからも、少しずつでも何か目的を見つけて勇気を出して立ち向かいたいと思います。』

この頃の彼女は、一年前と比べると行動範囲も広がり目標を持って力強く生きて行こうと一生懸命頑張っておられました。

その他にも会報においては、お互いの想いが記事として手元にあるため、いつでも繰り返し見ることが出来、時には気持ちが落ち込

んだとき等に広げて記事を読み返しては、気持ちを新たにすることが出来、明日への活力につながっているようです。私達医療者側も原稿が届く度に患者さんの心に触れ、感動し胸が熱くなるのを覚えます。なぜなら一人一人の思いが、自分一人だけのものではなく「ふれあい仲間」の皆と、共にあると感じられるからなのです。

問題点と今後の課題

- ①自主的な運営を目指しているが、高齢者が多く、疾病の性格上消極的になりがちである事や、元来予後不良の疾患のため、会員の異動が常にある為、医療者側の協力が不可欠となっている。
- ②情報交換や個別の交流を目的とした患者会独自のネットワーク作りを目指したが、呼吸困難が継続的な為、電話での会話が困難等の理由で実現していない。
- ③「集い」の機会を利用して患者教育を積極的に行ったが、世間体を重んじる世代が中心を占めるためか、外出、運動時の酸素吸入によるADLの拡大が実現できておらず、このためか最終目標のHOT患者さんの生活の質の向上へと結びついていない。

まとめ

患者会に加入されている全ての患者さんが病氣を前向きに受け止めて、生き生きと生活されているわけではありませんが、自主的な運営と積極的な患者会活動を行い、前に述べた問題点をHOTの患者さん自身が自分の物として受け止め積極的に立ち上がれる様、今後患者さんとその家族、そして医療従事者が一体になって考えていかなければならない課題だと思われま

(本研究は平成12年7月22日の第5回宮崎呼吸ケア研究会にて発表した。)

[Postgraduate Education]

臨床循環器病(心電図)講座(9)

宮崎市

県立宮崎病院内科 中川 進, 福永 隆司, 福岡 周司
 上園 繁弘, 川野友里香, 石村 春令

(症例1) 69才, 男性。

15年前(54才時)急性前壁心筋梗塞を発症。造影検査で左冠動脈前下降枝近位部の高度狭窄, 左浅大腿動脈狭窄あり。歩行時の左下腿のだるさを自覚していた。

5年前(64才時)から, 300m歩くと腰と両下肢がだるくなり, 立ち止まる。5~10分の休憩でまた歩けるが, また300mでだるくなる。徐々に歩ける距離が短縮し, 50m歩行で下肢痛がおこり始めた。

2年前からは, 夜間や安静時にも左下肢痛, 冷感, しびれを自覚。冬には左足第一足指の潰瘍が生じ, 完治に1ヶ月を要した。

3ヶ月前から, 左足部の潰瘍が再発し, 難治で, 鎮痛剤を毎日必要とするため, 当院に紹介された。

両下肢の大腿動脈以下の脈拍は触知不能。上肢の血圧は(右)139/70, (左)121/80, 下肢の収縮期血圧をドップラー血流計を用いて測ると(右)73(左)測定不能, であり, ABI(ankle-brachial index; 下肢/上肢収縮期圧)は(右)0.53, (左)測定不能, となる。T.chol 197mg/dℓ, LDL-chol 117mg/dℓ, HDL-chol 44mg/dℓ。タバコは以前40本/日, 最近は5本/日。

入院時心電図を図1Aに示す。

診断と治療方針は。

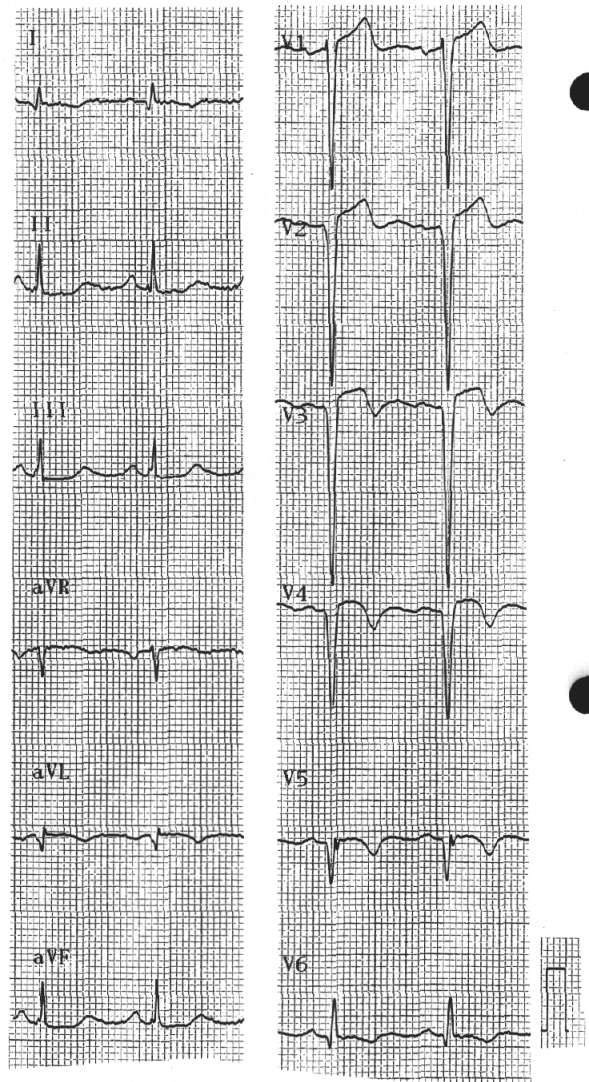


図1A. 入院時心電図。

(症例1の経過)

入院時心電図(図1A)は、V2-5のQSパターン、陰性T波を認め、陳旧性前壁梗塞の所見である。

心筋梗塞の患者には全身の動脈硬化が伴う。発症時すでに、冠動脈以外の血管閉塞が合併することもある。その後も、動脈硬化の進行による新たな血管閉塞のために、臓器合併症を発症する可能性は高い。

本症例は、下肢の閉塞性動脈硬化症(以下ASO)を発症した。Fontaine分類で、I度(無症状)からIIa度(200m以上の歩行で間欠性跛行)、IIb度(200m以内の歩行で間欠性跛行)、III度(安静時/夜間痛)、IV度(潰瘍/壊疽)と進行した。

両側の腸骨動脈閉塞、または大動脈閉塞を考え、インターベンション治療(以下PTA)の準備をして造影検査を行なった。大動脈下部で、下腸間膜動脈の分枝直後に完全閉塞し、両側腸骨動脈にかけて閉塞していた(図1B)。Leriche症候群である。加えて、遠位部で、左浅大腿動脈が完全閉塞していた。

いずれも古い慢性完全閉塞病変と考えた。手術適応と判断したが、念のため閉塞部にガイドワイヤ(以下ワイヤ)挿入を試みたところ、入っていった。造影剤注入時に腎動脈に血栓を飛ばさぬように注意しつつ、ウロキナーゼを閉塞部に注入しながら左大腿動脈にワイヤ通過させた。続いて、一晚ウロキナーゼを閉塞部に局注した所、左大腿動脈は器質的狭窄を残して開通した。後日、2本のステントを左右の大腿動脈から逆行性に閉塞部に挿入し、キッシング・ステント法で閉塞を解除した(図1C)。バルーン2本が2つの唇に見えるためこの名がある。

左浅大腿動脈の完全閉塞には、後日ウロキナーゼを併用したPTAで開通させた。

下肢の閉塞性動脈硬化症(ASO)のPTA

高齢化社会を迎えて、全身の高度な動脈硬化症を持つ患者が増加している。虚血性心臓病、ASO、脳梗塞、腎機能障害、腹部大動脈瘤など複数の合併症を呈する。内科医には、これらの合併症の予防と早期診断が求められている。各合併症を侵襲の軽いインターベンション治療などで応急手当をしたのち、長期的な危険因子の管理を行なう。

本稿では、ASOのPTA治療についての著者の経験と、動脈硬化症の内科的管理の最近の話題を紹介する。著者の学生時代にはASOは稀な外科の疾患と考えていた。しかし、最近では内科で経験する症例が増えており、PTAで簡単に治療可能となりつつある。

1) ASOの症状

間欠性跛行が主な症状である。進行すると下肢の潰瘍や壊疽を合併する。下肢の切断に至る例もある。病期についてはFontaine分類(前述)が用いられる。また、高度なASOの存在は生命予後の悪化につながる。

脊椎管狭窄症も間欠性跛行を呈し、鑑別診断を要する。両者が共存する症例も多く、どちらが主因かを評価して対処する。

患者は“最近足がめっきり弱くなった”程度の自覚で病氣と気づかぬことも多い。問診票を使ったり、看護婦や検査技師に下肢の血圧測定や聴診などスクリーニングをお願いできるとよいと思う。

2) ASOの理学所見

(1) 下肢の脈拍触知。大腿動脈は腹部の触診のついでに定期的に触診しておきたい。足

背動脈（正常でも10%の症例では触れない）と後脛骨動脈の触診も行なう。

詳しくは下肢の血圧を測定しABI（前述）を算出する。0.9以下は異常である。下腿中央にマンシェットを巻き、足背または後脛骨動脈で聴診器か触診で、脈の触れぬときはドップラー血流計で、収縮期血圧を測定する。

(2) 腹部から鼠径部の動脈の走行に沿った血管雑音の聴取。大動脈やその分枝の動脈硬化性病変、腸骨動脈や大腿動脈の狭窄のスクリーニングになる。完全閉塞では消失することが多い。頸動脈の雑音も診ておきたい。

3) ASO の検査

(1) 造影検査が診断面での gold standard だが、造影剤の腎毒性の問題があり最小限にする（特に腎機能低下のある時）。術前に血管エコーなどで閉塞部位を把握し、PTA や手術を

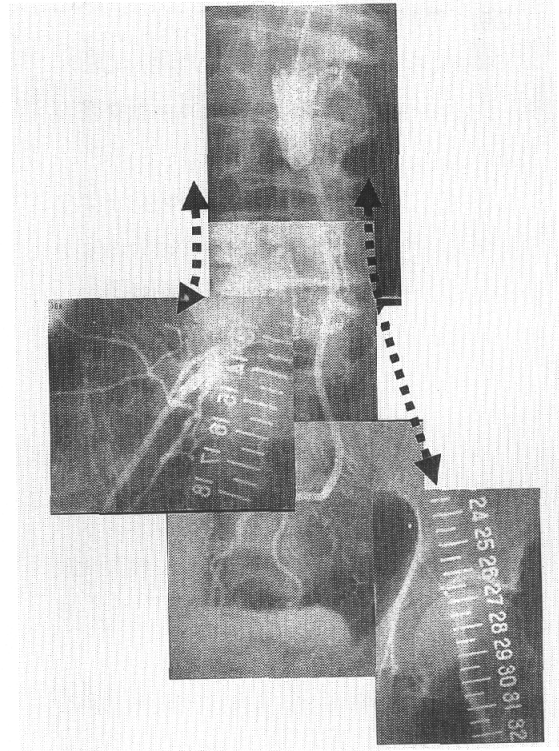


図1 B. 大動脈造影；大動脈が下腸間膜動脈の分枝直後に完全閉塞している。

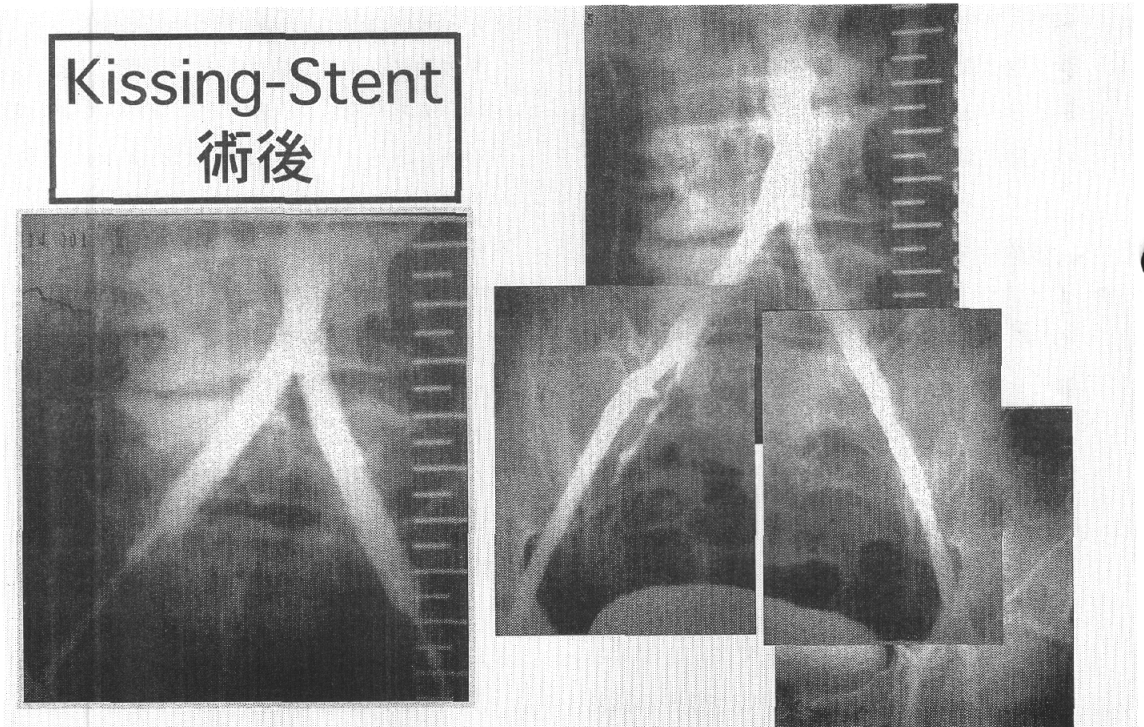


図1 C. 2本のス TENTバルーンを同時拡張（キッシング・バルーン）して、ス TENTを留置し良好な拡張を得た。

考えるときのみ造影し、必要ならそのままPTAを行なう。

(2) エコー、ドップラー検査。

我々はATL社の心血管診断用エコー機器を血管の画像診断に用いている。“動脈硬化”といっても今一つぴんとこなかったが、エコー画像で血管壁のプラークや閉塞を観察すると、よく理解できる。

色図1(P.28)は浅大腿動脈狭窄のエコー所見を示す。上段はカラーBモード。左が頭側で、カラーは均一な赤色を呈する。途中に狭窄があり、そこから末梢は流速が早く乱流になるため、多彩な彩色に変化している。下段はドップラー法で狭窄部の流速を示し、243cm/s(正常では100cm/s位)と早い。

(3) MR アンジオやCT。

最近のMR アンジオでは、血管の立体像が良く観察できる。CTもよいが造影剤を使うのが難点。

4) 急性閉塞の治療

急性閉塞では、血栓の関与が大である。急激に下肢の虚血症状が発生する時は、心房細動などからの心原性塞栓の場合もある。血管径の大きい腸骨動脈領域の急性閉塞では血栓が柔らかく量が多いため、血栓溶解のみでは塞栓が遠位に飛ぶ可能性がある(徹底的に追いかけて溶解する)。この時は、外科的にフオガティ・バルーンカテーテルで血栓量を減らす処置を併用する。

5) 慢性狭窄や閉塞のPTAの原則

(1) 下肢への血管は、近位部から順に、大動脈、総腸骨動脈と内腸骨動脈、総大腿動脈、浅大腿動脈と深大腿動脈(大腿部)、膝下動脈とそれ以下の3分枝(膝関節以下)、などである。原則として近位部の血管ほど、治療効果

が高く、治療後の予後もよい。

(2) 軽度の間欠性跛行は外科手術の適応ではないが、この時期からPTAは適応でき、合併症も少ない。米国でも外科手術の前にまずPTAを試みるらしい。

(3) 狭窄病変のPTAは容易である。

古い慢性完全閉塞はやや難しく、ワイヤ通過が手技の鍵である。病変が固くワイヤ通過が困難な時は難しい(慢性維持透析患者、石灰化の強い症例など)。困難な時は、順行性、逆行性の両アプローチを試みる。

6) 腸骨動脈のPTA

腸骨動脈領域のPTAは、ステントの使用で確実に行なえ、長期予後もよい。短い閉塞や狭窄がよい適応だが、長い完全閉塞でもワイヤさえ通過すれば、長いステントを使い、問題ない。症例を選ばなくても、80%の成功率である。外腸骨動脈領域では、やや血管破裂のリスクが高いとされ、注意する。

大腿動脈より近位の血管の開存を保つことで、将来の虚血性心疾患発生時のPTCAやIABP挿入のルートを確認できる。またPTAの技術があれば、緊急造影時に完全閉塞であってもワイヤ通過を試みる。結構成功し、そのままPTCAやIABP挿入を行なう。

症例2 腸骨動脈狭窄へのステント留意

(図2)。①狭窄病変に、②バルーンに載せたステントを挿入し、③バルーンごと拡張、④狭窄が解除された。ABIは0.82から1.06と改善した。

別の症例のステント留置前後の血管エコー所見を示す(色図2,P.28)。術前は、狭窄とその末梢の流速増加と乱流による多彩な着色を呈する。術後のBモードでは、狭窄は消失しステントの網目が見える。カラーでは血流は

均一色である。

症例3 総腸骨動脈起始部慢性完全閉塞のPTA
 (図3)。①大腿動脈から逆行性に閉塞部のワイヤ通過をはかる。柔らかい病変なら、多くは通過する。病変が硬く、ワイヤが血管壁内を進んで通過不能の場合は、上肢の血管からのアプローチに変え、大動脈側から順行性にワイヤ通過をはかる。②通過すれば、③ステントを留置し、④血流の改善を得る。

7) 浅大腿動脈のPTA

浅大腿動脈では、同側大腿動脈から、または対側の大腿動脈から逆行性に穿刺し腸骨動脈分岐部を経由して、順行性にアプローチする。ワイヤ通過不成功の時は膝下動脈からの逆行性アプローチを検討する。

短い狭窄はPTAで予後はよい。び慢性の長い器質的狭窄は再狭窄の可能性が高い。

浅大腿動脈ではステントが保険適応外であ

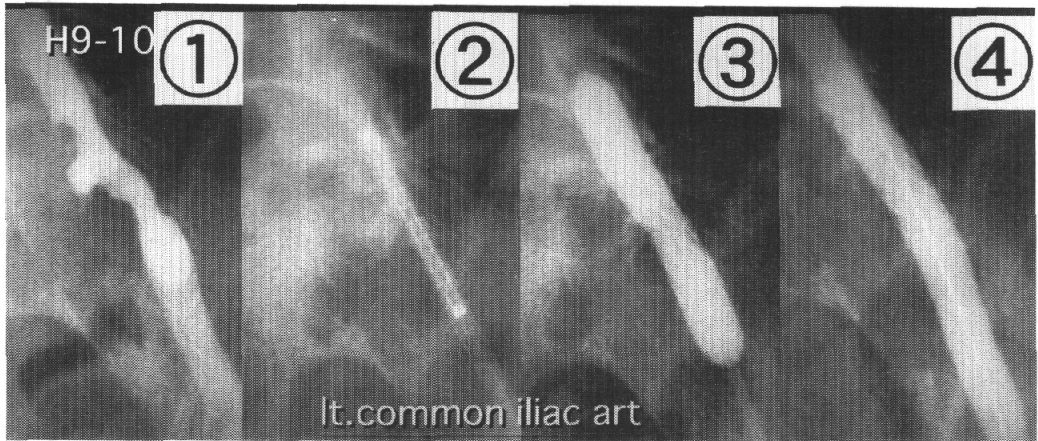


図2 (症例2)、腸骨動脈狭窄のPTA。

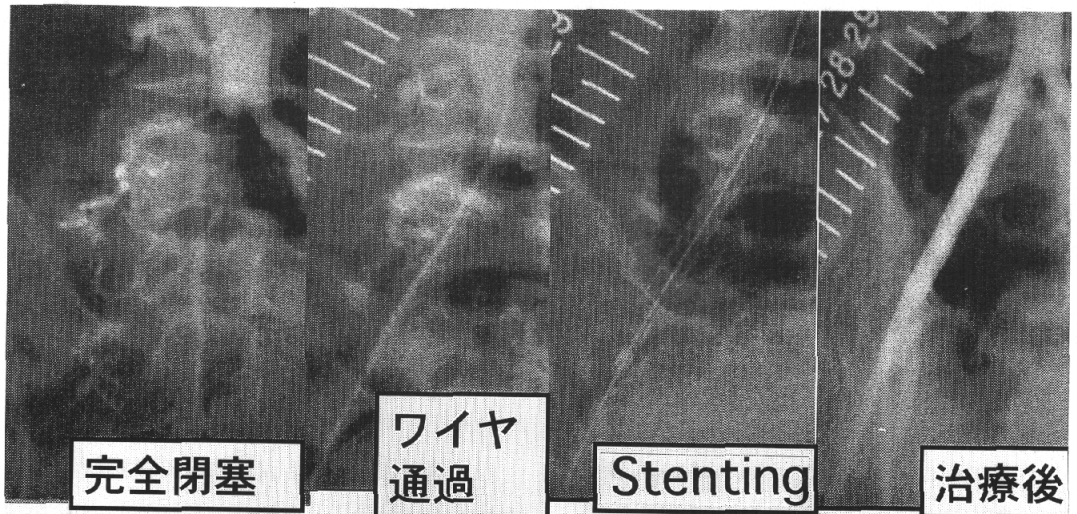
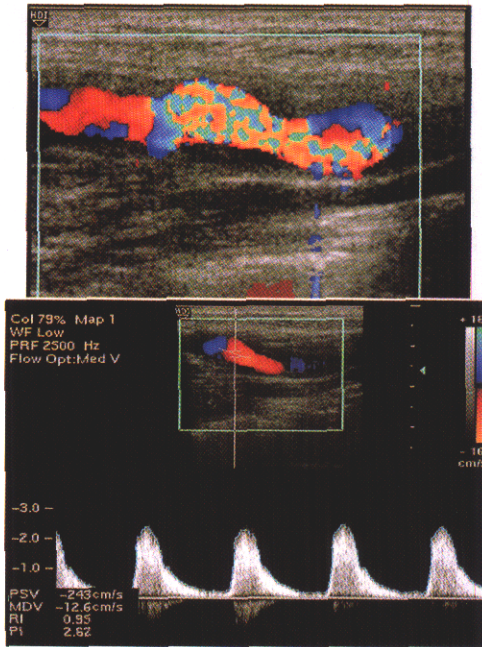
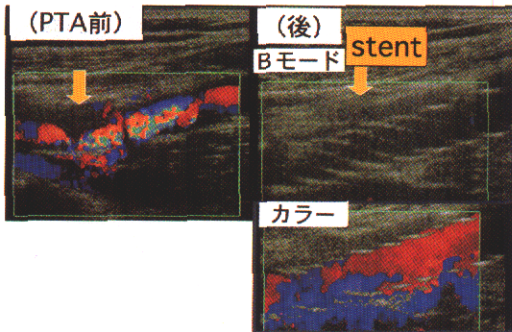


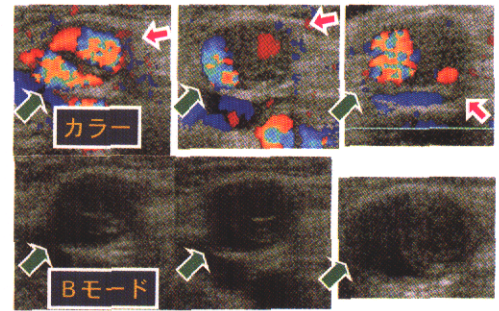
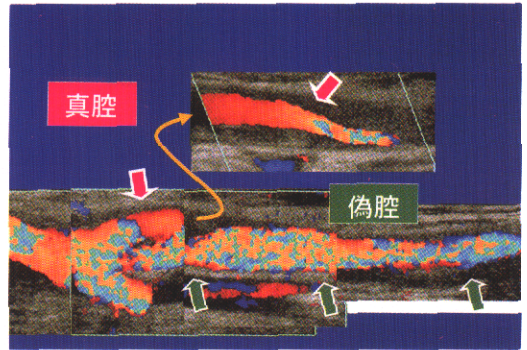
図3 (症例3)、腸骨動脈の慢性完全閉塞のPTA。



色図1. 浅大腿動脈狭窄のBモードカラー表示 (左が頭側) と狭窄部の血流速度のドップラー表示。(P.23参照)。



色図2 (症例2). 腸骨動脈狭窄 (↓) にステント留置前後のエコー所見。左が頭側。(P.23参照)



色図3 AB (症例6). 浅大腿動脈完全閉塞に膝下動脈経由のsubintimal angioplasty後のエコー所見。閉塞している真腔とPTAで作った偽腔が見える。(A)は縦断面,(B)は頭側から順に3スライスずつの横断面 (P.25参照)



図1 食道異物 (P.29参照)

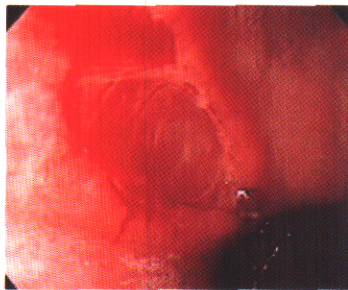


図2 食道裂創 (P.29参照)

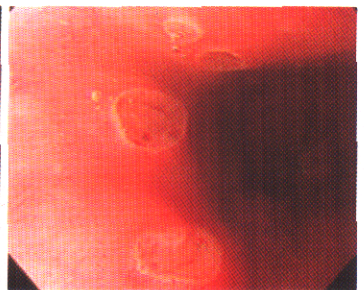


図3 薬剤性食道潰瘍 (P.30参照)

[Postgraduate Education]

消化管の急性病変

— その1 食道 —

宮崎市 福田胃腸科・内科クリニック

原 口 靖 昭

内科を標榜する一般診療所では時々しか遭遇しないが、忘れてはならない疾患が多くあります。今回は時に遭遇する消化管の急性病変を例示し、その対応について述べてみます。

① 食道異物 (図1, P.28)

症例呈示: 48歳の男性で3日前にビタミン剤を服用。その後から詰まったような感じが続き、当院受診。食道下端に18mmの乾燥剤が引っかかっており、バスケット鉗子で回収し、症状消失。

解説: 成人ではPTP (press through pack) 包装紙、骨、義歯、食物片などでみられる。PTPはいくつかの薬を同時に服用する人がうっかりそのまま口に入れてしまう事が多く、間違っただけで飲み込んだことを記憶していないこともある。高齢者が多いが、若い人も来る。異物によっては食道穿孔、縦隔炎や膿胸など重篤な合併症を起こす事があるので、経過に注意をする。また、辺縁が鋭利なものでは回収時に咽頭部を損傷することがあり、回収方法も適宜選ぶ必要がある。回収には鱈口鉗子、三脚鉗子、バスケット鉗子で間に合うことが多い。予め内視鏡先端に透明フードを着け、回収時には異物を

そのフード内に取り込んで回収すると、除去時の外傷の心配がない。紙片や食物の場合は胃内に落としこんでもよい。

② 食道裂創 (図2, P.28)

症例呈示: 44歳の男性で前夜に深酒をし、嘔吐を何度か繰り返しているうちに胸痛と吐物に血が混じるようになった。食道下部に縦走する大きな裂創があり、筋層が露出している。出血は少量で、制酸剤、粘膜保護剤、アルギン酸ナトリウムを内服し、一週間ほどで症状は消失した。

解説: 悪心嘔吐後に生じることが多いが、内視鏡検査、ゾンデ挿入など機械的刺激も原因になる。最近は大腸内視鏡検査の前処置に用いるポリエチレングリコールの服用でも報告されている。症状は胸痛、嚥下困難と出血で、裂創の深いものでは固有筋層まで達する。創は通常1本のことが多い。更にひどくなると食道破裂で縦隔炎や膿胸など重篤になるが、その頻度は少なく、著者も経験がない。出血する場合はMallory - Weiss症候群と重なるが、Mallory - Weiss症候群の2割程度が食道のみに見られ、多くは胃の病変である。出血に関しては、慢

性疾患ではないので組織がしっかりしており、エタノール局注やクリップなど内視鏡的止血が成功する事が多い。裂創自体の治療は禁酒と柔らかい食事、粘膜保護剤と念のため抗潰瘍剤や抗生剤を併用する。

③ 薬剤性食道潰瘍 (図3, P.28)

症例呈示: 35歳の男性で7日前から3日間感冒で消炎鎮痛剤とマクロライド系抗生剤を服用。3日前から食後に心窩部に鈍痛を自覚。検査後に水なしで薬を内服していたこ

とがわかった。H₂ブロッカーのみ投与。その後来院なし。

解説: 薬剤の服用後に中部食道に単発、多発する急性潰瘍で、薬を水で飲まなかったり、内服後すぐに横になっている事が多い。薬としてはテトラサイクリン系、マクロライド系、ペニシリン、カリウム製剤、消炎鎮痛剤などが挙げられる。逆流性食道炎よりも症状の消失には時間がかかるようだが経過は良好。

[Postgraduate Education]

症候による漢方治療 IX 疲労・倦怠(その3)

宮崎市 木下内科医院

木下恒雄

4. 十全大補湯

本方は宋・太医局編「太平惠民和劑局方」(略称は「和劑局方」で、1078~1085年に刊行。本邦の「日本薬局方」の名称はこの書名に由来する。)を出典とする方剤で、10種類の生薬が全うして大いによく虚を補うという意味で十全大補湯と名づけられた。また、気血、陰陽、表裏、内外、みな虚したものを大いに補うという十全の効があるのでこのように名づけられたとも言われる。

本書には本方の使用目標に関して「男子、婦人の諸虚不足、五勞七傷、飲食進まず、久病虚損、時に潮熱を發し、氣は骨脊を攻め、拘急疼痛、夜夢遺精、面色萎黃、脚膝力無く、一切の病後にて、氣は旧の如からず、憂愁思慮して氣血を傷動し、喘嗽中滿、脾腎の氣弱く、五心煩悶するを治す。並に皆之を治す。此の薬、性は温にして熱せず、平補にして効あり。氣を養い神を育み、脾を醒まし、渴を止め、正を順らし邪を碎く。脾胃を温暖して其の効、具に述ぶべからず。」と記載されている¹⁾。

文中の「諸虚不足、五勞七傷」は種々の原因で虚証となり、全身の衰弱が甚だしい状態、「久病虚損」は慢性疾患のために体力が消耗している状態、「潮熱」は海水が満ちてくるように毎日一定の時刻(主に午後)に全身に熱

感(体温上昇を伴うことが多い)が起こること、ここにある「氣」は臟腑機能の失調による氣の乱れ、「萎黃」は皮膚が黄色くつやがなく、乾燥していることが多いが、眼球結膜には黄疸を認めない状態、「喘嗽中滿」は息苦しさや咳嗽に上腹部の脹滿を伴う状態、「五心煩悶」は左右の手掌・足底や胸部にもやもやしたような不快感があり、不安感もあってもだえる状態をさしている。また、「この方剤の性質は体を温めるが熱するほどではなく、穏やかに体力を補う効があり、氣力をつけて思惟・意識活動も向上させ、消化管を温めて消化機能を改善し、渴きを止め、抵抗力を強めて病邪を排除する。その効能は詳しく述べるまでもない。」と述べている。

また、「万病回春」には「氣血俱に虚し、發熱惡寒し、自汗、盜汗、肢体倦怠、或は頭痛、眩暈、口乾き渴を作すを治す。又、久病虚損、口乾き食少なく、咳して下利(痢)し、驚悸發熱、或は寒熱往来、盜汗自汗、嘔熱、内熱、遺精白濁、或は二便血を見し、小腹痛みを作し、小便短少、大便乾澀、或は大便秘結、肛門下墜、小便頻數、陰茎癢痛等の症を治す。」と記載されている²⁾。

文中の「驚悸」は非常に驚いて心悸亢進が起こったり、心悸亢進が起こって驚きやすくなり、不安感が伴うこともあるような状態、「嘔

熱」は日晡熱にっぽわつともいい、日暮れ時（概ね午後4時頃）に発熱すること、「内熱」は陰液（血液・精液およびその他の生理的体液）を過度に損耗した時にあらわれる熱性の症候、「白濁」は尿道口から白色の濁った液状物が滴出し、排尿時に不快な痛みがあるような状態、「二便」は大便と小便で、「二便血」は下血と血尿をさし、「大便乾澇」は大便が水分を失いスムーズに排便できない状態、「滑泄」は下痢がなかなか止まらない状態、「癢痛」の「癢」は「痒」と同義である。

また、「名医方考」には「肉極にくきよくは肌肉きにく 消瘦しょうそうし、皮膚枯槁ここうす、此方之を主る。……」と記載されている³⁾。「肉極」には別の意味もあるが、この場合は肌肉つかさどを主る脾つみが傷られて、すなわち、消化吸収・水分や栄養物の輸送機能・血管壁の恒常性維持・止血因子の生成と供給

機能の障害によって多量の発汗・体液の喪失・体表の知覚障害などが現われる状態をさしている。「枯槁」は「乾燥」と同義で、皮膚に湿润や光沢がなくなり、瘦削することである。

また、「当莊庵家方口解」には「……按あんを好み、或いは熱手心を以って温むれば則ち快を覚ゆるを目当にする也。……」とあり⁴⁾、温かい手で腹を按ずることを好むことも本方の使用目標の一つとしている。

表1. に本方の構成生薬とその薬能を示した。人參・白朮ニンジン ヒヤクジュツ ソウジュツ（蒼朮を配合した薬価収載医療用漢方製剤もある）・茯苓フクリョウ・甘草カンゾウは気虚とくに脾気虚を補う四君子湯で、生津止渴・安神あんじん（精神安定）・利水・益肺気りすい えきはいき（呼吸機能の改善）などの効も有する。当帰トウキ・川芎センキョウ・白芍ヒヤクシヤク（時に赤芍を用いる）・熟地黄ジュクジヤウは血虚を補う四物湯で、補腎ほじん（腎虚を補う）・止痛れんいん・斂陰れんいん（生

表1 十全大補湯（和剤局方）

— 構成生薬とその薬能 —

生薬名	性 味	薬 能
人 参	甘・微苦, 微温	補気固脱, 補脾気, 益肺気, 生津止渴, 安神益智
黄 耆	甘 , 温	補気昇陽, 補気摂血, 補気行滯, 固表止汗, 托瘡生肌, 利水消腫
白 朮	甘・苦, 温	健脾益気, 燥湿利水, 固表止汗, 安胎
当 帰	甘・辛・苦, 温	補血調経, 活血行気・止痛, 潤腸通便
茯 苓	甘・淡, 平	利水滲湿, 健脾補中, 寧心安神
熟地黄	甘, 微温	補血調経, 滋腎益精
川 芎	辛, 温	活血行気, 祛風止痛
白 芍	苦・酸, 凉	補血斂陰, 柔肝止痛, 平肝斂陰
桂 枝	辛・甘, 温	発汗解肌, 温通経脈, 通陽化気, 平衡降逆
甘 草	甘, 平	補中益気, 潤肺・祛痰止咳, 緩急止痛, 清熱解毒, 調和薬性

「神戸中医学研究会：中医臨床のための中薬学，医歯薬出版株式会社，1993」より抜粋

理的体液の消耗を防ぐ)などの効ももつ。この両者の合方である八珍湯に、補気昇陽(氣を補い機能を向上させる)の黄耆オウギを加えて諸機能や代謝を増強させ、さらに桂枝ケイシを加えることにより腹腔内および末梢の血行を促進し、かつ、両者が加わることによって消化吸收機能が増強され、気血兩虚を補う効果がより強力かつ全面的なものとなる。

図1. に本方の適応症にみられることが多い症候を示し、とくに重要と思われるものに下線を付した。

本方の適応症となるのは虚証で、三陰三陽さんいんさんよう(六経弁証たいいんびんしょう しょういんびんしょう)では太陰病から少陰病にまたがった病態である。全身の衰弱が甚だしく疲労感や倦怠感があり、胃腸の働きも弱って貧血状となり、皮膚は乾燥して、脈にも腹部にも力がない状態である。時には発熱することもあるが虚熱で、普段は熱状はなく冷えがある。

諸種の貧血症、慢性肝・腎疾患、産後、術

後の衰弱、諸出血の後、諸熱性疾患後、肉芽形成不全などで気血兩虚を呈するものに応用される。また、慢性関節リウマチに多器官障害を合併した症例に有効なこともある⁵⁾。

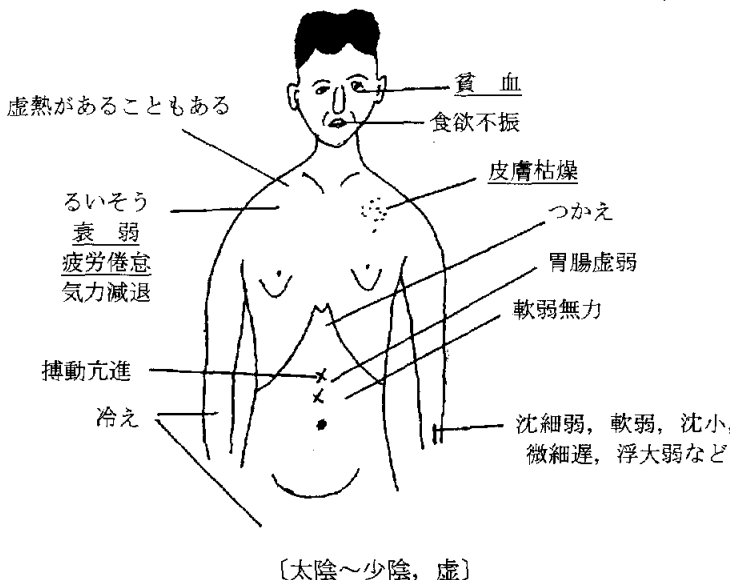
さて、ここで注意しておきたいのは構成生薬中の地黄の件である。地黄は、四君子湯の君薬くんやく(主薬)の人参、四物湯の君薬の当帰とともに本方では臣薬しんやく(主薬に協力援助し、或は主薬の効能を増強する生薬)として重要な構成生薬である。しかしながら性質が粘膩ねんじで、症例によっては消化機能を障害し、食欲不振、胃部のもたれ感や痛み、下痢などの症状を惹起することがある。この際、煎剤として用いる場合には砂仁シャニン(ショウガ科のヨウシュクシャの種子)と熟地黄(ゴマノハグサ科のジオウの肥大根を乾燥した後、酒で蒸したもの)をかきまぜて作った砂仁拌熟地シャニンハンジュクジを用いるか、地黄を減量するなどの方法があるが、医療用漢方エキス製剤の場合はまず不可能である。し

たがって、エキス製剤の場合は中止して次善の方剤を選択するなどの方策を講じざるを得ない。

本方は高齢化社会を迎え、多くの疾患を合併している症例が増えた現在、随証療法ずいじょうにより運用すれば甚だ有用な方剤ではないかと思う。

なお、前出の「当荘庵家方口解」には「四君子湯、益気湯エツキトウ ホチキウ エツキトウ(補中益気湯のこと)、六君子湯リククンシトウと用ゆる中に、どこやら血燥潤けつそううるおわせたきと思ふ様なるときに用ゆ〔()内は著者注。〕」という記述

図1 十全大補湯(和剂局方)



もある⁶⁾。文中の「血燥」は、熱が内より生じ、消化管の湿潤性が減じ、血液が熱のために濃縮傾向になることを言う。説明が不十分ではあるが、日常臨床上参考になるのではないかと思う。

5. 人参養栄湯

人参養栄湯には内容の異なる同名の方剤があるが、本稿では薬価収載の「和剂局方」を出典とするものについて述べる。

本書には「積勞虚損にて四肢沈滞，骨肉酸疼，吸吸として気少なく，行動喘噎，小腹拘急，腰背強痛，心虚驚悸，咽乾き唇燥き，飲食味無く，陰陽衰弱，悲憂惨戚，多臥少起，久しき者は積年，急なる者は百日，漸く瘦削に至り，五臓の気竭き，振復すべきこと難きを治

す。又肺と大腸が俱に虚し，咳嗽下痢，喘乏少氣，痰涎を嘔吐するを治す。」とその使用目標が記載されている⁷⁾。

文中の「積勞虚損」は過勞が重なり，陰陽・氣血・臟腑が損傷された状態，「酸疼」はうずく，重だるい痛み，「吸吸として気少なく」は吸気性呼吸困難，「喘噎」はあえいですすり泣くような呼吸，「惨戚」は気がめいていろいろと心配するさま，「瘦削」はやせこけること，「竭」はつきる，「喘乏少氣」は呼吸促迫，「振復」はもとのように行動すること，の意である。

表2. に本方の構成生薬とその薬能を示した。本方は十全大補湯から川芎を去り，五味子・遠志・陳皮を加えたものである。補気健

表2 人参養栄湯〈和剂局方〉

— 構成生薬とその薬能 —

生薬名	性 味	薬 能
熟地黄	甘，微温	補血調経，滋腎益精
当 帰	甘・辛・苦，温	補血調経，活血行気・止痛，潤腸通便
白 朮	甘・苦，温	健脾益気，燥湿利水，固表止汗，安胎
茯 苓	甘・淡，平	利水滲湿，健脾補中，寧心安神
桂 枝	辛・甘，温	発汗解肌，温通経脈，通陽化気，平衡降逆
白 芍	苦・酸，凉	補血斂陰，柔肝止痛，平肝斂陰
遠 志	苦・辛，温	安神益智・豁痰開竅，散鬱化痰
陳皮(橘皮)	辛・苦，温	理気健脾，燥湿化痰
黄 耆	甘，温	補気昇陽，補気摂血，補気行滞，固表止汗，托瘡生肌，利水消腫
人 参	甘・微苦，微温	補気固脱，補脾気，益肺気，生津止渴，安神益智
甘 草	甘，平	補中益気，潤肺・祛痰止咳，緩急止痛，清熱解毒，調和薬性
五 味 子	酸，温	斂肺止咳・定喘，固表斂汗，益腎固精，澀腸止瀉，益気生津・止渴

「神戸中医学研究会：中医臨床のための中薬学，医歯薬出版株式会社，1993」より抜粋

脾の四君子湯に黄耆を加えて諸機能や代謝を促進し、免疫能を高め、四物湯去川芎で滋養強壯を企る。川芎は昇散に働き、本方が目的の一つとしている精神安定、慢性の咳嗽・呼吸困難など肺気不降の改善には適さないので除去している。桂枝は血行を促進して虚寒を改善する。五味子は滋陰収澀補腎等に働き、かつ鎮咳・去痰、止汗の効も有し、遠志は精神安定、滋潤、去痰の効があり、陳皮は蠕動を促進して他の構成生薬の成分の吸収をよくし、去痰にも働く。以上の構成生薬の総合的作用によって気血兩虚や虚寒を改善し、さらに精神安定、鎮咳・去痰の効果も期待できる。

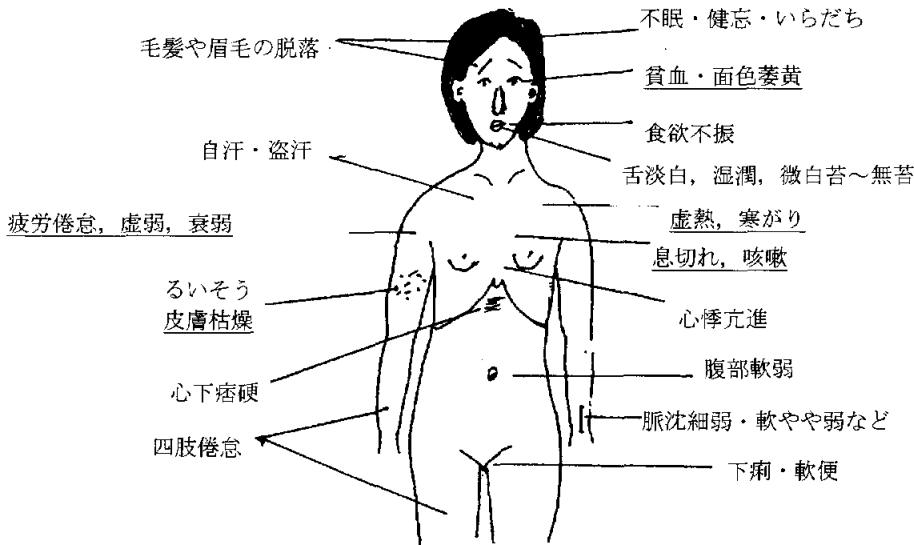
図2. に本方の適応症にみられることが多い症候を示し、とくに重要と思われるものに下線を付した。

本方の適応症では、脾胃気虚の症候として疲労倦怠、元気がない、食欲不振、下痢ない

し軟便、血虚の症候として貧血状、面色萎黄、皮膚乾燥、爪の色が悪くもろい、ふらつき、毛髪や眉毛の脱落、心血虚の症候として健忘、不眠～眠りが浅い、いらいら、心悸亢進、肺気虚の症候として自汗・盗汗、息切れないし呼吸困難、咳、喀痰、虚寒の症候として寒がり、四肢の冷えなどが出現しやすい。腹部は軟弱であるが心下痞硬をみることがある。脈は沈細弱、軟やや弱など虚脈を呈する。舌は湿潤し、概ね無苔であるが、時に微白苔がみられる。

なお、本方においても十全大補湯と同じく地黄が配剤されている。したがって、本方も脾胃気虚を一つの目標としてはいるが症例によっては食欲不振の増強、胃部のもたれ感や痛み、下痢などの症状が出現することがある。このような場合は十全大補湯の項で述べたような方策を講じざるを得ない。

図2 人参養榮湯（和剤局方）



〔太陰～少陰，虚〕

また、十全大補湯との類方鑑別に関しては、両方剤とも虚証で使用目標が類似しているが、十全大補湯には健忘・不眠などの心血虚の症候、咳嗽・息切れなどの肺気虚の症候は認めない。

津田玄仙は「……人参養榮湯は津液の枯竭（枯れてつきる）を目的にとるべし。十全大補湯は気血の虚寒を目的にとるべし。……此心得を以て諸病に臨むときはあたらすと云へども遠からず。（ ）内は著者注。」と述べている⁸⁾が、参考になるのではないかと思う。

本方は病後や産後・術後の衰弱、肺結核・慢性気管支炎・肺気腫、不眠症、貧血症、慢性肝炎、慢性腎炎などで気血両虚、心肺両虚、虚寒を呈するものに応用される。

〈文 献〉

- 1) 宋 太平惠民和剂局：太平惠民和剂局方，人民衛生出版社，P.179,1985.
- 2) 明 龔延賢：増補 万病回春上冊，大中国図書公司，P.190，中華民國七十年.
- 3) 矢数道明：漢方後世要方解説，医道の日本社，P.208,1976.
- 4) 矢数道明：漢方後世要方解説，医道の日本社，P.209,1976.
- 5) 木下恒雄：エイジングによる多器官障害の漢方治療，現代東洋医学 Vol. 9 No4,P.26-31,1988.
- 6) 矢数道明：漢方後世要方解説，医道の日本社，P.209,1976.
- 7) 宋 太平惠民和剂局：太平惠民和剂局方，人民衛生出版社，P.197,1985.
- 8) 矢数道明：漢方後世要方解説，医道の日本社，P.194,1976.

〔他科からの提言〕

「緑内障について」

宮崎市

宮崎中央眼科病院 大浦 福市

緑内障発作の患者さんが、しばしば頭痛や嘔気を訴えて、内科医を受診することも珍しくありません。

最初に、原発性閉塞隅角緑内障について述べさせていただきます。

まず症状ですが、前駆期緑内障とは視力の軽い低下に伴って、眼痛、偏頭痛、悪心、嘔気等を訴え、時に消化器疾患と間違われやすいこともあります。視力障害を伴うことが重要な鑑別点です。

これらの症状は時に、発作的におこり軽快していることも小発作を見逃す一因となります。

発作時には角膜浮腫、球結膜充血、散瞳等が軽くみられます。

眼科的には細隙燈顕微鏡検査を行いますと前房も浅く隅角はすでに狭くなっています。

そのまま放置すると、急激に急性炎性緑内障をおこします。

急性発作は冬期に多く、すなわち急激に高度の視力低下をひきおこし、眼圧は上昇し、眼痛、偏頭痛、嘔気、嘔吐がみられます。

眠瞼は浮腫が強く、球結膜は浮腫を伴った全充血を呈し、角膜は混濁し、前房は浅く、瞳孔は散大し、対光反応は鈍くなってきます。

このまま眼圧上昇が続けば失明します。この原因は前房隅角の房水流通障害です。老人

ことに更年期以後の女性に多く、心身過労や、精神的ショック、散瞳剤点眼、副交感神経遮断剤の内服等で誘発されます。

診断は、高眼圧と隅角検査により閉塞隅角の所見が得られれば診断は容易です。

診療はまず、縮瞳剤（2%ピロカルピン）の頻回点眼と房水産生抑制のため炭酸脱水酵素阻害剤（ダイアモックス）500mgの内服と浸透圧剤（20%マニトール）の点滴静注を行います。

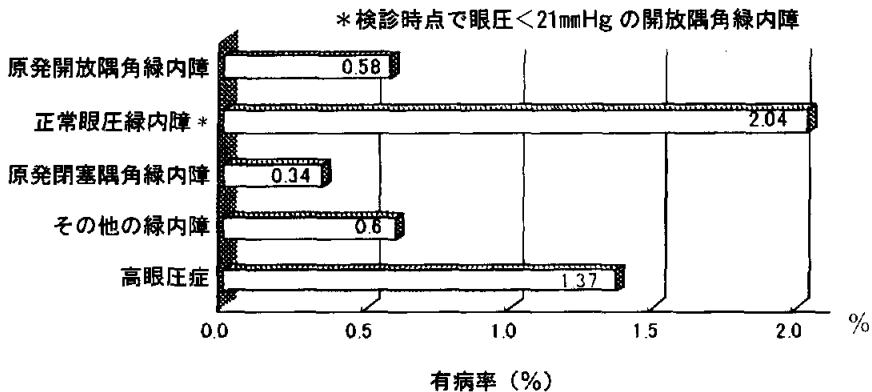
薬剤治療で眼圧が下降し、縮瞳がおこり角膜が透明となれば、レーザー虹彩切開術を行います。

これを行うことにより、後房から前房への房水の流れはよくなり前房は深くなり、隅角は閉塞からやや開放へとむかいます。

薬剤治療で眼圧が下降しないときは、外科的に前房穿刺をおこない、眼圧コントロールして、悪心、嘔吐、頭痛など全身状態を改善させたところで、緊急手術（周辺虹彩切除）を行います。

緑内障の治療を受けている患者さんで、閉塞隅角緑内障の治療で、レーザー虹彩切開術が行っており、かつ散瞳試験で眼圧上昇がみられない患者さんは、内科の先生方が処方される副交感神経遮断剤の投与は何ら問題ありません。

40歳以上人口の緑内障有病率（受診者8,126人）



もし内科の治療の必要上、緑内障という理由で使用できない薬剤があるとすれば、眼科医に相談をお願いします。

先にも述べましたように、小発作の段階では消化器症状と間違われやすいようですが、視覚障害の訴えが必ずないかどうか、問診されることをおすすめします。

そしてできれば眼の他覚症状、とくに瞳孔の異常（やや散大ぎみ、反応遅鈍）をみて頂くことをおすすめします。

近年、緑内障と診断されるもののうち、眼圧が正常であるのに乳頭陥凹を伴った視神経障害と視野欠損をきたす正常眼圧緑内障が増加してきています。このため、緑内障の診断の一つの指標としてきた眼圧だけでは発見できません。それでは、どのくらいが正常眼圧というのでしょうか。

正常眼圧とは、一般の正常者の眼圧値に基づいて設定され、その平均の眼圧は11~21mmHgの範囲に入っています。しかしこの値は、視神経の状態を正常に保つ値というわけではなく、つまり標準的な眼圧が個々の患者にとっ

て必ずしも安全であるとはいえないのです。

例えば、眼圧が25mmHg以上であっても緑内障とは関係のない人もいます。理由は不明ですが、それほどの高眼圧でもその人たちの視神経は圧力による障害を受けず、健常状態であることがあります。一方、正常眼圧の範囲であっても視神経の障害が進行する人がいます。これが正常眼圧緑内障で、初期には自覚症状がありません。これまで正常眼圧は、正常眼圧の統計値と臨床経験から21mmHg以下とされ、それを超えることを高眼圧と呼び、緑内障の疑いを持つと診断されたわけです。一方、健常眼圧とは、年齢、体重、身長、性別などの個体差によって異なることが報告されており、個人個人で異なり、その人にとって視機能障害を生ぜしめない眼圧をいいます。健常眼圧が17mmHgの人の目は、18mmHgの以上眼圧になると緑内障性視神経障害をきたすことから、眼圧をその人の健常眼圧(17mmHg)以下に下げなければなりません。健常眼圧値は、視神経・視野の状態を見ながら決められます。このような従来の緑内障の概念からは

低く、正常な眼圧値での緑内障が緑内障の中でも高眼圧緑内障より多いことが疫学調査より分かっています。

1988～89年に行われた全国の緑内障疫学共同調査結果によれば、40歳以上の受診者8,126人についての緑内障有病率は3.56%でした。40歳以上の人口が約6000万人ですので、全国の緑内障患者数は約200万人、40歳以上の約30人に1人が緑内障を有していることが推定されました。

視覚により得られる情報量は、8割とも9割とも言われますが、高度に発達した情報化社会の中で、ますます視覚情報の占める比率

は増大しつつあります。一方、高齢化社会を迎え、成人病をいかに予防するかが注目されています。高齢者が視覚を失うと、著しくQOLを損なうことになり、社会生活を営むことが困難となります。したがって緑内障を早期に発見する眼科検診を今後積極的にすすめる必要性があり、宮崎中央眼科病院では健診センターを開設して、緑内障検診も実施しているところです。

今回は、消化器疾患と間違われやすい原発性閉塞隅角緑内障と、初期には自覚症状のない正常眼圧緑内障について述べさせていただきました。

〔他科からの提言〕

睡眠薬の使い方

宮崎市

古賀病院 精神科 阿多京子

はじめに

精神科以外の診療科の先生方が不眠症についてどのような認識を持っておられるかわかりませんが、日頃より、睡眠薬を処方されることは、結構あるのではないのでしょうか。ハルシオン、アモバン、レンドルミンなど作用時間が短いと言われる睡眠薬が一般診療科の先生方に好まれるようです²⁾。これに対して精神科では、うつ病や精神分裂病など精神医学的疾患を呈する不眠症を対象とすることが多いために中間作用型のサイレースが断然多く処方されているようです²⁾。私自身、日頃確かにサイレースを多く処方していると思います。また、精神科でも神経症圏の患者には作用の短い睡眠薬を使うこともあります。さらに、精神科では、抗精神病薬や抗うつ剤を眠剤として処方することがありますが、このような処方はず一般診療科ではないことと思います。以上のように精神科と一般診療科とは、対象とする疾患が異なるせいか睡眠薬の処方傾向が異なるようです。

不眠症の診断・不眠症の型

次にどのようなことに注意して睡眠薬を処方したらいいかについて精神科医の立場からご説明致します。まず、なんとといっても大切なことは、不眠症の原因をはっきりさせるこ

とです。一般に不眠症の原因として表1のような5つがあげられます¹⁾。患者さんが「眠れません。」と訴えただけで「じゃあ、軽い睡眠薬でも差し上げましょう。」と安易に作用時間の短いハルシオンなどを処方することは、長い眼で見ればけっして賢明なやり方ではありません。むしろ、半減期の短い睡眠薬の方が反跳性不眠のために中止しにくいと言われています。お忙しい一般診療科の先生方は、「不眠症の原因を詳しく聞いている時間などない。」とおっしゃるかもしれません。しかし、不眠症の裏にうつ病や精神分裂病など深刻な精神疾患が潜んでいる可能性もありますので、何ヶ月にもわたって睡眠薬を同じ患者さんが希望し続ける場合は必ず精神科に行くように指導していただきたいと思います。たとえば、『自律神経失調症』と言われながら、色々な診療科や病院を転々とする患者の一群があります。精神科にきてようやく『仮面うつ病』と診断されることが結構あるわけですが、このようなケースにも睡眠薬が長期にわたって処方されています。根本的なうつ病が治療されないと不眠症も治らないのは言うまでもありません。まれに、希死念慮が見落とされて自殺してしまうこともあります。つまり、不眠症の原因をきちんと突き止めて睡眠薬を処方することがとても大切だということです。

表1 不眠症の原因(5つのP)(村崎¹⁾より)

1. 身体的原因 (physical)
 - 疼痛, 搔痒, 頻尿, 呼吸困難などをもたらす身体疾患
 - 熱性疾患
 - 腫瘍
 - 血管障害
 - 心疾患
 - 消化器疾患
 - 内分泌・代謝疾患
 - 喘息・慢性閉塞性肺疾患
 - 中枢神経疾患
2. 生理学的原因 (physiologic)
 - ジェット・時差
 - 交代制勤務
 - 短期間の入院
 - 不適切な睡眠衛生
3. 心理学的原因 (psychological)
 - 精神的ストレス
 - 重篤な疾患による精神的ショック
 - 生活状況の大きな変化
4. 精神医学的原因 (psychiatric)
 - アルコール依存症
 - 不安神経症
 - 恐慌障害
 - うつ病
 - 精神分裂病
5. 薬理学的原因 (pharmacologic)
 - アルコール
 - 抗癌薬
 - 降圧薬
 - 自律神経作用薬
 - カフェイン
 - 中枢神経作用薬
 - MAO阻害薬
 - ニコチン
 - ステロイド薬
 - テオフィリン
 - 甲状腺製剤

もし、「この不眠症はややしそうだ。」と思われましたらぜひ遠慮なく精神科にご相談下さい。

次にどんなタイプの不眠症か患者さんによく聞いてから処方されるとより適切な処方ができます。寝付きが悪いのか、夜中に途中で目がさめるのか、朝早く目がさめるのか、それぞれの症状によって処方する睡眠薬の種類も違ってきます。寝付きが悪ければ作用時間の短いもの、途中覚醒や早朝覚醒なら作用時間の長いものを処方するのが一般的です。現在、ペンゾジアゼピン系睡眠薬が主流であり、どの専門書にも記載されておりますが、表2をご参照下さい¹⁾。

睡眠薬の副作用・依存性

さて、よく患者さんからの質問で「副作用がありますか。くせになりませんかね。」と聞かれることがあります。絶対に副作用のない、かつ、くせにならない睡眠薬なんて厳密に言えばありません。睡眠薬の副作用については、一般診療科の先生方のほうが精神科医よりはるかに、日頃から注意しておられることと思いますが、たとえば高齢者や重症の身体合併症を持っていて代謝排泄力が低下している患者さんなら当然のこと、持ち越し効果などの副作用も出やすいわけです⁴⁾⁵⁾。詳細は表3をご覧ください¹⁾³⁾。また妊婦3カ月までは睡眠薬は処方しないのが原則です¹⁾⁵⁾、アルコールと睡眠薬を併用して健忘症をきたすことなどはよく知られた事実です。しかし、それでもなお、患者さんが眠れなくて苦しい思いをしておられれば、データを見ながら患者さんやご家族の同意のもとで睡眠薬を処方せざるを得ないこともあります。

表2 benzodiazepine 受容体作動薬系睡眠薬（村崎¹⁾より）

商 品 名	臨床用量 (mg)	作用時間 (半減期)	
Benzodiazepines			
flurazepam	ダルメート, ベノジール, インスミン	10~30	長 (65)
haloxazolam	ソメリン	5~10	長 (85)
nitrazepam	ネルボン, ベンザリン	5~10	中 (28)
nimetazepam	エリミン	3~5	中 (21)
flunitrazepam	サイレース, ロヒプノール	0.5~2	中 (9~25)
estazolam	ユーロジン	1~4	中 (24)
triazolam	ハルシオン	0.125~0.5	超短 (2~4)
midazolam	ドルミカム (5% 2 ml 注)	0.15~0.3/ kg	超短 (2~3)
rilmazafone	リスミー	1~2	短 (10)
lormetazepam	エバミール, ロラメット	1	短 (10)
guazepam	ドラール	15~20	長 (36)
Thienodiazepines			
etizolam	デパス	1~3	短 (6)
brotizolam	レンドルミン	0.25~0.5	短 (3~6)
Cyclopyrrolones			
zopiclone	アモバン	7.5~10	超短 (4)

『くせになる』, すなわち『依存性』についてですが, 一般的見解は専門書にゆだねるとして, 精神科医の立場からひとこと申し上げます。いつまでも睡眠薬が切れないことにはらだって「くせになった。くせになった。」と言いながら, 睡眠薬をもらいに來る患者さんがいます。睡眠薬に依存して乱用しているケースもあるかもしれません。また, 睡眠薬が必要なのに不安がってきちんと飲もうとしないケースもあります。こんな場合には一度きちんと不眠症の精査をし直すことがなにより大切です。そして, その人にとって本当に必要な薬かどうかを見定めたくて必要と判断された睡眠薬はむしろ積極的に使うべきだと考えます。必要がなければ, どうすれば睡眠薬をやめられるかを検討し, やめ方を指導することも大切です。頭の薬はなにかに人格でも変

えるかのごとき錯覚を起こし, ますます不安が強くなり眠れなくなるという悪循環に陥っている患者さんが多いようです。このところが治療者と患者さんの受け取り方の違いであり, 患者さんが不安がることでもありますので, きちんとした説明, 指導, 教育が必要です。

おわりに

このストレス社会ですから, 不眠症は起こりやすい状況にあります。なぜ不眠症が怖いかという点, 様々な精神神経疾患の初期のサインとして, 重要な手掛かりになることと, 不眠症によって個人の社会的機能が低下して, 事故や災害など様々な社会問題を引き起こすからです。不眠症を馬鹿にはできません。ですから, 精神科医としては, 不眠症の患者さ

表3 Benzodiazepine系睡眠薬に特徴的な副作用(村崎¹⁾より)

1. 持ち越し効果
翌朝まで眠気, ふらつき, めまい, 頭痛, 頭重, 倦怠感, 脱力感, 構音障害などが残る。作用時間の長い薬物ほど, 高用量ほど出やすい。高齢者にも出やすい。
2. 精神運動機能への影響
熟練・習熟を要する精神作業能力を低下させ, 注意・集中力の低下, 反射運動能力の低下をきたす。作用時間の短いものにこの影響が少ない。
3. 健忘作用
前向性健忘で, 高用量・アルコールとの併用時に出やすい。すべてのBZ系睡眠薬に認められるが, 作用時間の短いものほど報告が多い。
4. 早朝不眠
作用時間の短いものでは, 早朝に作用が切れて早く目が覚めてしまう。
5. 日中不安
作用時間の短いほど, 日中に作用がきれて, 反跳性に不安が増大する。
6. 反跳性不眠
服用を突然中断すると, 以前よりもっと強い不眠が出現する。作用時間の短いものは早期から強く, 長いものは数日後から弱く出現する。
7. 退薬症候
突然の退薬時に不安, 不眠, 振戦, 発汗, ごくまれにせん妄, けいれんなどの症状が一過性に出現。作用時間の短いものほど早期から強く出現する。高い用量連用ほど出やすい。
8. 臨床用量依存
反跳性不眠と退薬症候のためにやめるにやめられないで, 長期にわたって臨床用量の服薬を続け, 依存状態となる。飲んでいるとよく眠れるが, やめるととたんに眠れなくて再び連用する。
9. 筋弛緩作用と転倒・骨折
高齢者が夜間覚醒時にトイレに立った際, ふらつきから転倒し, 大腿骨骨頭を中心とする骨折 hipfracture をきたす。筋弛緩作用の弱く, 作用時間の短いものはこの危険性が少ない。
10. 奇異反応
ごくまれに易刺激性, 不安, 多動, 攻撃性など, 本来の薬理作用とは反対の症状がみられる。
11. 呼吸抑制
閉塞性肺疾患を有する患者で, 特に高齢者にみられやすい。
12. 催奇性
危険性は少ないが, 妊娠期前1/3には使用しない。
13. アルコールとの相互作用
作用, 副作用とも強く出現する。BZ健忘の報告例は多くがアルコールとの併用による。

んに対しては, 不眠症と睡眠薬の正しい知識を提供し, 睡眠薬を上手に使うことによって快適な生活を送ること, すなわちQOLを高めることを勧めていくことが重要ではないかと考えています。

日頃, 多くの不眠症患者を相手にしている精神科医の一人として, 思うところを述べてみました。一般診療科の先生方に少しでもお役に立てれば幸いです。

(参考文献)

- 1) 村崎光邦: 基本的な薬の使い方. 睡眠薬, 鎮静薬. 診断と治療: 88(4): 383-389, 2000
- 2) 村崎光邦: 睡眠薬の使い方. 臨床精神医学: 24(7): 975-984, 1995
- 3) 井澤志名野: 睡眠薬とその使い方. 最新精神医学: 4(4): 389-398, 1999
- 4) 内村直尚, 中村 純: 薬剤別薬物療法の留意点. 睡眠薬. 精神科治療学: 13(5): 243-247, 1998
- 5) 内海光朝: 睡眠薬の副作用と対処法. 臨床と薬物治療: 17(3): 265-269, 1998

〔随筆〕

『日々の楽しみ』

宮崎市 福田医院 福田 陽一郎

先日、テレビ番組『アンビリバーボー』で、視力障害のアメリカ人アスリートを紹介していました。全く目が見えないのに、マラソン・ロッククライミング・ダイビング・トライアスロンなどに挑戦している姿が放映されていました。人間の能力について、ある方が人間の本当の能力というのは、集中力・直感力・想念力・創造力だと語ってくれました。日本では能力と言え、エンサイクロペディア的知識やその習得技術のようです。この4、5年、人間の能力は単なる学力ではなく、この4つの能力と考え始めたら、随分見えてくる世界が変わりました。確かにこれらの能力は、知的障害・身体障害があっても、十分に発揮できます。このアスリートには驚きながらも、人間、視力障害があっても十分スポーツはできるかなとも思っています。身体障害者といえば、乙武君がいます。『五体不満足』の表紙の写真を初めてみたときはびっくりしました。エッ、どうなってるの？って感じでした。『五体不満足』を読んでみると、こちらが羨ましくなるくらい実に生き活きとした姿がありました。幸・不幸っていったいなんだろうと改めて考え直す機会になりました。

乙武君が登場する前後に、別の身体障害者の方々に会いました。彼らの生き方を見ると、人間らしさが見えてきました。一人

は、宮崎在住の方です。4年程前、私の娘が中学校でこの方の講演を聞いて、「すげーちゃが」と言って帰ってきました。彼女の生い立ち話自体感動だったそうですが、職員が寒いからと膝掛けを持ってきたら、私の話を聞いている生徒さんも同じ思いですからいいですよといって断ったことや日頃集会で騒いだり、話を無視している生徒たちが全く私語もせず一心に聞いていたことにもっと感激していました。それで、私たちも聞きたいと思い、その方に我が家に来ていただき、近所の方々と聞きました。その方は小学校入学時既に手足が不自由で言葉も全く聞き取れない状態でした。その方が成長して、どうしても自力で生活したいと、実家を車椅子で飛び出し宮崎に出てきます。言葉がうまく話せませんので、先ず駅で切符を買うのに駅員さんとの会話からトラブルです。どうにか宮崎にやってきて、早速住居探しです。身体障害者のための住宅を確保するため、3ヶ月間毎日雨の日も車椅子で独りで市役所に通った話やどうにか職員が提供してくれた家に喜び勇んでいってみると、台所の床板は外れ床下の地面から家の中にまで草が生えていて惨めになった話、またそこでしばらく市役所と交渉してどうにか人の住める家になった話、そして自分ひとりで生活できる喜びなどでした。その喜びという

のはどんなものか皆さん想像できますか？生まれて初めて自分独りで家に住み、その家の蛇口をひねったら本当に水が出てきたことだそうです。その水に手をやり、一人で「やった、やった」と水の感触を楽しみ、初めて自分で雑巾がけや洗濯をしたことが最高の喜びだったそうです。また車椅子で自宅近所を散歩して近道を見つけて感動したことだったそうです。障害のない私には想像もできないことでしたが、彼女の嬉しそうな表情を目の当たりにすると、鈍い私も十分共感できました。その当時はまだ会話も不自由だったのですが、生活すべてが喜びと感謝の気持ちに包まれてスタートしたら、不思議なことに、どんどん会話ができるようになったそうです。今ではぺらぺらです。歩行も手を引いてもらえばできるようになりました。宮崎大学で講義もしたそうです。ハワイでダイビングをしたこともあるそうです。一般の医学常識では考えられない変化です。

もう1人は、神奈川県在住のルナ君という12歳の重度脳障害児です。1480gの極小未熟児で先天性腹壁破裂。誕生直後から3回の手術で水頭症を起こし重度脳障害からてんかんを起こしその薬物の副作用で白内障の手術を受けた方です。思わしい回復がなく、絶望状態でした。両親は絶望の中で、2歳のときドーマン法という訓練法を見つけ、アメリカに出かけます。そこで確かな手ごたえを感じ、以後今日までその訓練を続けています。その訓練は1日24時間5分刻みでいろいろなメニューをこなしていきます。とても両親だけではできません。ですから、自宅は開放され、約50人のボランティアがそれぞれ担当の時間になるとやってきて、ルナ君を他動的に動かして

います。これもテレビに放映され、ビデオで見ました。家庭のプライバシーはなく、親が転寝している横で、ボランティアがルナ君の面倒を見ている。気の遠くなる話です。発声できないルナ君はコミュニケーションが大問題です。その指導は、お母さんがルナ君を抱き、視力の弱いルナ君の目の前に大きな文字盤を準備して、ルナ君の腕を動かし文字盤を指していきます。始めは何の反応もありませんでした。根気よく毎日それを続けていたら、5歳のとき文字盤の前に自分から腕を動かそうとしたそうです。生まれて初めての言葉が、「わ・た・す・さ・か・な」。お母さんは、はじめ何の意味か分からなかったそうです。しかしその日の夕食はお魚で、そのお魚が美味しかったので、「やがて帰ってくるお父さんにこの魚を食べてほしい」という気持ちをお母さんに伝えたくて、「(おとうさんに) 渡すさかな」と書いたそうです。それからは、ルナ君も文字盤を使ってどんどんまわりと意思疎通を始めます。重度脳障害者ですが、数学が大好きで、8歳時、お母さんの大学時代のテキストで微分を学んでいました。仏教の経典、相対性理論も読んでいました。また、その頃から多くの著作があります。出版されたものやホームページ(<http://www2.odn.ne.jp/luna>)にたくさん掲載されています。どれを読んでも、その感性の豊かさに驚かされます。通常の8歳児、いや今の私にも書けないような高度な味わい深い内容です。宇宙意識や人間愛の話です。重度脳障害はありますが、宇宙意識から湧き出すメッセージには感動です。

私はこれらの障害者に会おう前に、筑波大学の村上和雄氏(レニンの分子構造を解明)の『生命の暗号』を読んでいました。そこに

は、人間の遺伝子は眠っているものが大半であり、何らかの刺激が入るとその遺伝子がONになり、それが作動すると今までにない能力が出てくることが遺伝子のつくる蛋白質(酵素)の動的変化を通して分かりやすく書いてありました。その何らかの刺激というのは、村上氏の推測では、おおもとは、今の科学では解決できないもっと大きな力“something great”がこの宇宙には存在していて、きっと“something great”に自分の存在を感謝することや愛だと述べていました。彼ら障害者の話は、村上氏の推測を裏付ける1つの事実のように思えました。障害者をかわいそうとか、助けてやらねばとか、面倒を見てやらなければと単なる社会的弱者として対応していたら、人間として大きなものを見落としてしまいそうです。むしろ障害者の方々からたくさん気づかせてもらえます。障害者がいるからこそ健康な人々は自分の気づかないことに気づかせてもらえるのであり、私は障害者の存在に最近感謝していますし障害を抱えながら生きていることに敬意を払っています。障害者から頂いた気づきから必然的に私自身の意識が変化してきました。そうなるとう行動も変わってきました。ですから、4、5年前までの私には、今このような随筆を書いている私への変貌ぶりは全く想像できませんでした。このように考えると、障害者は大きな使命を持ってこの世に生まれてきたのではないかと、障害者が存在すること自体大きな価値があるのではないかと私は考えています。ですから、障害者の不自由さを手助けすることは当たり前ですが、健常な方も障害の方も自分の人生を歩む点では全く対等ということに気づきまし

た。そう思って、私のまわりを眺めてみますと、極端に言えば皆障害者です。彼らのような先天的な知的・身体的障害ではありませんが、人生の途中から、不十分な働きしかできない心臓を持った人、肝臓の働きが十分でない人、酸素ポンペを傍らにおかねば生きていけない人、人工透析がないと生きていけない人、インスリンを打たないと生きていけない人、半身麻痺した人、難聴の人、それから一見健康そうな独居老人でも買い物・炊事がままならず日頃の食事にも困っている人、最近老眼鏡がないと書物の読めない私・・・皆、障害者で、医者のお得意様ばかりです。ですから、最近私はどちらかと言うと職業的立場、つまり医者-患者の関係とは別に、患者さんを患者さんと思わず何らかの障害者と思って世間話に時間をかけながら“対等”にお付き合いをしています。これらの方々の中には、いろいろな気づきをされ障害があっても生き活きた人生を送ったり、逆にそれができなくて悩みを抱えて医者通りの人生を送ったりですので、私は彼らから実に多くの貴重な生きるヒントをいただけます。むしろ私のほうが、患者さん方に励まされることがよくあります。これが最近2、3年、私の仕事上の楽しみになっています。

こんなふうに眺めていきますと、人間の本来の能力はいくら障害があっても発揮させようと思えば十分発揮できるものです。ですから、患者さんには、自分が医者であることをすっかり忘れて、『医者から回復不能といわれても、早々あきらめるものではないよ』と話しています。そして、眠っている遺伝子をONにする方法を話し合っています。

〔随筆〕

しじゅうから

宮崎市

早稲田内科精神科医院 早稲田 芳 男

ある委員会の懇親会が宝寿司の2階で開かれた。早く着いた私は担当事務方と談笑しながら他の委員の到着を待った。ビルの中の殺風景を和らげるためなのか、インテリアの一部に自然を演出した木立ちと鳥の巣が置いてあった。

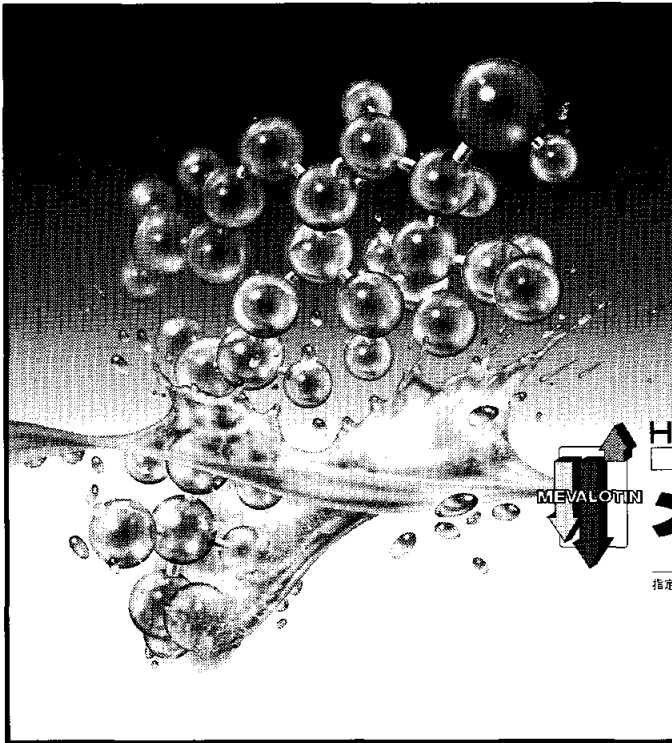
ふと、ラジオでどこかの漫才師が鳥の全く来ない巣の話をしていたのを思い出した。これはしじゅうからの巣だと言う。すると相手方が四十雀の巣である証拠があるはずだからむ。するとそんな理屈はいらぬ話じゃと言うが、しきりにからむのを見て、そいじゃこの巣はカラスじゃと話を切る。そこで皆が笑うのだが、実は私にとって何故かあんまり笑える話じゃなかった。

話はもとにもどるが、談笑のついでに事務方が私に聞いた。「この鳥の巣はなんの鳥ですかね?」と。鳥のことなど知るはずもない私に聞くのだから適当に答えるしかない。先の漫才を思い出して皆を笑わせようと答えた「これはしじゅうからですよ」と。事務方はその即答にえらく感心したようで、いわんでよいのにそこらにいた人にこの巣は四十雀の巣だと言って廻った。めぐりまわって私にもこの巣の説明があったので、「そうですね、ビルの

中の巣ですからね」と答えておいた。

ところが、全員そろって懇親会が始まってからが大変なことになった。倉岡先生はしじゅうからの巣と聞いて「四十雀は雀くらいの大きさですからあんな大きな巣は作りませんよ」ときっぱり。これでその場の雰囲気ガラリとかわって、ウソつきという非難の視線を全身に感じるようになった。言おうか言うまいか考える間もなく、つい「それじゃあの巣はカラスです」と言ってしまった。自然に詳しい先生はこれも「からす(鳥)はあんな巣は作りません」と。話をしている間にしじゅうから(始終空)の巣でカラス(空巣)という意味はわかってもらえたが、とても笑ってもらえる話の流れじゃなかった。漫才師たる者は絶えず話の流れをきちんと押さえ、しかもタイミングをはずさない、いわば気を抜けない話芸なんだなと感心してしまった。

池ノ上克教授にこの話をしたら思いきり高笑いをした後、実は医大と看護大で、同じ内容の笑い話を講義に混ぜている。看護大の学生は大きく笑って反応してくれるが、医大の学生は全く無反応なんです。真面目すぎるのかどうか知らんけど反応の少ない講義はしばらくですと。



効能又は効果、用法及び用量、
禁忌を含む使用上の注意は添付
文書をご覧ください。

HMG-CoA還元酵素阻害剤
高脂血症治療剤



メバロチン[®]
錠・錠10・細粒・細粒1%

指定医薬品 一般名/プラバスタチンナトリウム(東信基準収載)

資料請求先
三井株式会社
〒103-8426 東京都中央区日本橋本町3-5-1

99.10

**急性感染症に
1日1回3日間**

*呼吸器、耳鼻咽喉、皮膚、歯性感染症



■禁忌 (次の患者には投与しないこと)
本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

■効能・効果
アシスロマイシン感受性のブドウ球菌属、レンパ球菌属、肺炎球菌、モラクセラ(ブランハメラ)、カタラリス、インフラエング菌、ペプトストリプトコッカス属¹⁾、マイコプラズマ属、クラミジア、ニューモニエによる下記感染症
・肺炎、膿胸症、よう、丹毒²⁾、蜂巣炎、リン(管・節)炎³⁾、膿瘍⁴⁾、化膿性爪菌炎⁵⁾、咽頭炎(咽頭膿瘍)、急性気管支炎、扁桃炎(扁桃炎、扁桃周囲膿瘍)、慢性気管支炎⁶⁾、気管支拡張症(感染時)⁷⁾、慢性呼吸器疾患の二次感染⁸⁾、肺炎、肺化膿症⁹⁾、副鼻腔炎¹⁰⁾、中耳炎(含、乳様突起炎、錐体炎)¹¹⁾、歯周組織炎¹²⁾、冠肺炎¹³⁾、顎炎¹⁴⁾
【錠250mgのみ、b) 細粒小児用、カプセル小児用100mgのみ】

■用法・用量
【シスロマック錠250mg】
成人にはアシスロマイシンとして、500mg(1錠)を1日1回、3日間合計1.5g(1.5錠)を経口投与する。
【シスロマック細粒小児用、カプセル小児用100mg】
小児には、体重1kgあたり0.10g(1錠)を1日1回、3日間経口投与する。ただし、1日量は成人の最大投与量500mg(1錠)を超えないものとする。

〔用法、用量に関連する使用上の注意〕
(1) 本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認すること。
(2) 外野の臨床における体内動態試験の結果から、本剤500mg(1錠)を1日1回3日間経口投与することにより、感受性菌に対して有効な組織内濃度が約7日間持続することが予測されているので、治療に必要な投与期間は3日間とする。
(3) 4日目以降においても臨床症状が不変もしくは悪化の場合には、医師の判断で適切な他の薬剤に変更すること(相互作用(3)の項参照)。

2000年8月作成

■使用上の注意

- 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)**
 - 他のマクロライド系薬剤に対し過敏症の既往歴のある患者
 - 高度な肝機能障害のある患者
- 重要な基本的注意**
 - アレルギーショックがあらわれるおそれがあるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分な問診を行うこと。
 - アレルギー反応が認められた場合には本剤の投与を中止し、適切な処置を行うこと。本剤は組織内半減期が長いことから、対症療法を中止した時にアレルギー症状が再発する可能性があることに注意すること。
 - 本剤の組織内半減期が長いことと投与終了後発現する副作用との因果関係は明らかではないが、投与4日目以降においてもアレルギー反応等の副作用が発現する可能性があるため、観察を十分に行うなど注意すること。
- 相互作用**
 - 併用注意(併用に注意すること)**
 - 制酸剤(水酸化ナトリウム、水酸化アルミニウム)、フルオラン、シクロスポリン
 - 他のマクロライド系薬剤において、下記薬剤による相互作用が報告されている。**なお、本剤のチクロロームP450による代謝は確認されていない。**
 - テラフルオニン、アステミール、リサアクト
 - テオフィリン、ミダゾラム、トリアゾラム、カルバマゼピン、ヘキサリ、ピタール、フェニトイン
 - ニコチン含有製剤
 - ジゴキシン
 - 他の抗菌剤との相互作用
本剤と他の抗菌剤との相互作用に関しては、これまでの国内又は外国における臨床試験成績から、マクロライド系、ペニシリン系、キノロン系、テトラサイクリン系、セフェム系及びカルバペム系抗菌剤との間で相互作用によると考えられる有害事象の報告はない。しかしながら、本剤の組織内濃度持続時間は長く、投与終了後も他の抗菌剤との間に相加作用又は相乗作用の可能性は否定できないので、本剤投与後に行われる場合には観察を十分に行うなど注意すること。
 - 副作用**
 - 重大な副作用(頻度不詳)**
 - ショック、アナフィラキシーショック(血管浮腫を含む)をおこすことがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
 - 皮膚発疹・膿疱疹(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)、中毒性表皮壊死症(Lyell症候群)が主に投与開始日から翌日、投与終了翌日にも発現したとの報告があるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。
※2000年6月改訂(第2版)

■その他の使用上の注意
注意については添付文書をご参照ください。

— Life is our life's work
ファイザー製薬株式会社
東京都港区西船場2-1-1 〒163-0461
資料請求先：マーケティングサービス部



TLM-B

ひとこと

内科医会入会のご挨拶

宮崎市

小田内科・循環器科

小田 弥生

長崎大学薬学部・宮崎医科大学を経て、日本赤十字社医療センターで循環器を専攻、漸く宮崎に戻って参りました。

東京のだ真ん中での、それも General Hospital での仕事は、内科医としては VIP から浮浪者まで、怪しげなコギャルから日本語・英語も操れない外国人まで、様々な人種を相手に様々の病気にぶち当たり、まさに人間の坩堝の様な所での仕事でした。また、湾岸戦争・阪神淡路大震災・地下鉄サリン・コンボ難民など赤十字社の救援活動を身近に感じ、全く息を着く間の無い中で揉まれ、お蔭様で人生少々の事では驚かない位の肝は据わったのではないかと思っています。

循環器医としては、24時間365日、大都会の大病院が犇めく熾烈な競争の中、心臓病を相手にカテコールアミンが全身の血管を進る快感(?)を、年も考えずに真剣に且つ嬉々として味わい、心臓病に対する厳しさと優しさを知りました。“全くの臨床心臓病学”とも申しませうか、心臓病との末永い付き合いを General Cardiologist という立場で、今後も続けていきたいと思っています。宜しく願い申し上げます。

入会のご挨拶

宮崎市

外山内科神経内科医院

外山 博一



この度、鹿児島県内科医会から宮崎県内科医会に移動、入会させて頂きました。これまで鹿児島大学医学部第3内科で、神経内科を勉

強させて頂き電気生理(筋電図)を専門にやってまいりました。今後、筋電図は県立宮崎病院等を中心にお手伝いをさせて頂きながら、当院では神経難病及び老人の在宅医療とホームドクターとして宮崎の地域医療に貢献していきたいと思ひます。御指導の程、宜しく願ひいたします。

ご挨拶

延岡市

平野消化器科

平野 雅 弘



昨年4月より延岡市にて開業させていただきました。

前任地の大分県では勤務医として専門科の診療だけでしたので開業してから広

く内科全般を診療していくのにストレスを感じています。しかしながら逆に新鮮さもあり、ストレスを楽しみながら勉強しています。

久しぶりの故郷延岡も大きく変貌していますが、懐かしい風景や人々に会おうと帰郷したという実感が湧いてきます。

どうぞ今後とも宜しく願い致します。

入会のご挨拶

日向市

くろき胃腸科内科

黒 木 文 敏



平成12年5月に日向市で新規開業し、この度宮崎県内科医会に入会させていただきました。

昭和61年群馬大学卒業後、九州大学第2内科に入局し、これまで消化器内科の臨床に携わってきました。専門分野は、炎症性腸疾患と内視鏡的治療です。

昨年は前厄で、今年は本厄となりました。

日向市は地区ごとに祭りなどに参加して厄払いをする習慣があり、私も昨年より子丑会という会に入会しています。先日、子丑会の新年会があり、数年ぶりにお酒の一气飲みをしてみたいと体の調子に戻るのに数日かかりました。まだまだ若いつもりなのですが、体は40代となっており無理は禁物とつくづく感じました。

まだまだ未熟者ですので諸先輩方に御迷惑をかけることもあるとは思いますがよろしく願い致します。

入会のごあいさつ

小林市

沖内科小児科医院

沖 浩一郎

住 所：小林市大字細野59-8

勤 務：沖内科小児科医院

家族構成：妻、長女（4歳）、長男（2歳）

略 歴：

昭和57年 宮崎県立小林高校卒

平成2年 福岡大学医学部卒

平成2年 宮崎医大附属病院小児科入局

平成6年 福岡大学病院第1内科入局

平成9年 宮崎医大附属病院第2内科入局

平成12年 沖内科小児科医院勤務

趣 味：読書、音楽鑑賞、ダイエー戦観戦

抱 負：今回、小林の実家に戻ったのを機に、内科医会に入会させて頂きました。内科医会の諸先輩方の御指導を賜り、地域医療に少しでも貢献することができまよう努力していく所存です。

理事からひとこと

「6年間で振り返って」

綾町

綾立元診療所

立元祐保

私は昨年まで宮崎県内科医会の常任理事として稲倉前会長を補佐してまいりました。現在は一理事としてまた編集委員として関与しておりますがここで稲倉会長時代の6年間で振り返ってみたいと思います。

就任当時の県内科医会は以下のような諸問題を抱えていました。①会員数の低迷、②その為の予算不足、③日本臨床内科医会（日臨内）との関係が明確でない事、④会長の選出方法が曖昧でどのように次期会長が決まるかはっきりして無い事等です。

稲倉会長はこれらの問題点を改善するよう取り組みました。会員不足についてはちょうど日臨内認定内科医制度が始った事も有りそれをアピールし会員獲得キャンペーンを行いました。県医師会員で本来は外科や産婦人科であっても今は内科を主に診療されている先生にまで対象を広げ入会案内をしました。これが奏功しそれまで390名だった会員数が平成8年には475名位に増えました。これは予算規模で100万円以上の増収になりました。日臨内との関係については九州のどの県の会則を見ても日臨内の下に県内科医会が有ると書いてありますが本県だけは日臨内との関係が明記してありません。これは宮崎県内科医会が先に（昭和37年）作られ日臨内はずっと後（昭

和60年）に出来たと言う経過からすると無理もありませんがこれでは医療保険や認定内科医の問題等全国レベルの活動をするのに支障をきたします。そこで平成11年に会則検討委員会（委員長＝大西雄二理事）を設け日臨内との関係を検討してまいりました。その結果第2条に「本会は日臨内との連繫をはかる」第3条に「本会の会員は日臨内に入会する事が望ましい」と言う文言を入れ現在の規定にまとめたものです。

また会長の選出方法もこの委員会で検討しました。退任する会長が何となく後任を指名して行くというこれまでの方法は曖昧で公正でなかったので、立候補制にし立候補者の中から評議員会で選挙する事にしました。これで公正な会長選挙が保証されました。

以上のように前稲倉体制では幾つかの改革をしてまいりましたが、まだまだ取り組むべき多くの問題が残っております。とりわけ若い会員の獲得は大きな課題です、B会員の先生や医大の内科の先生の入会について対策が必要です。それ以前の問題として県内科医会や日臨内が若い世代にもっと魅力有るものにならないといけないと思います。

これからも会員の皆様のご協力をお願いします。

ひとこと

宮崎市 山村内科

山村善教

この度、会長の志多先生から内科医会の理事にとのお話があり、不肖私如き者に重責が務まるものかと危惧致しましたが、ほかならぬ志多先生の御依頼ならばお受けすべきと考え、就任させて頂きました。

日本の医療・福祉の現状を鑑みます時、今程、医療が政治に翻弄され、悪しき方へ流されんとする時はなかったと考えています。その様な時に、内科医会は一致団結して悪しき流れに立ち向かわねば、我国の医療人の心は荒廃していくのではないかと心より懸念しております。

ところで自己紹介を簡単にさせて頂きます。

仕事は佐土原町梅野地区で内科、神経内科、リハ科を標榜して日夜励んでおります。住居は医院の三階にあります。開業当初に近くの先生からの「先生も座敷牢に住んでおられるのですね」の言葉に「したり！」と思ったこともあります。家族は妻、娘三人、オス犬一匹です。ちなみに本院でのオスは私と犬のみです。趣味はゴルフとカラオケと音楽鑑賞並びに美術鑑賞です。最近はバイオリニストの川井郁子、歌手の今井美樹、倉木麻衣などの新作CDを堪能しております。絵画ではノネ藤沢画伯の幻想的世界、ガラス工芸では日向市の橋口正道先生の暖かみのある作品などに潤いを求めています。

さて、個人的な事はこれ位に致しまして、医療福祉政策に話題を戻させて頂きます。

現場の声を無視した机上の空論、金の計算（医療経済学とは言い難い小手先の）から繰

り出される、およそ理念の感じられない数年来の医療保険制度の改悪の数々や昨年来の介護保険制度の矛盾の責任は誰に問うべきでしょうか。日本の政治家、官僚の中に真の気骨のある、日本国民の健康を本当に考えて政策の立案・実行する気概のある人達は如何ほどおられるのでしょうか。名乗り出て欲しいものです。命を懸けて頑張っていますという人は手を上げて欲しいものです。本年1月に98歳になられる初代国連大使をされた加瀬俊一先生も1997年に出版された著書「日本外交を叱る」の中で政策の論争ではなく政権の争奪に没頭する政治家（屋）と事なかれ主義の官僚が幅を利かしている日本の現状を憂えておられます。氏は1945年9月2日、戦艦ミズーリ号において重光葵外務大臣らが降伏文書に署名するのに立ち会われた方です。縁あって氏と知遇を得ましたが、私は心から氏に敬服し、今求められる官僚は氏のような方ではないかと思っている次第です。氏は昭和26年に「Journey to the Missouri」なる著作を米国で出版され、邦訳も県立図書館に所蔵されており、興味深く一昨年は読みふけりました。日本が外交政策において米国、中国、北朝鮮等にながしろにされている現状をみると全く情けなく思います。加瀬先生と同じく、謝罪外交はもうたくさんだという気持ちです。医療福祉政策もしかりです。

長くなりましたので筆をおきますが現状の日本の政策をよしとする国民は如何ほどいるものなのでしょうか。安心して受けられる医療を構築する為には我々はstray sheepの集団であってはならないと考えるこの頃です。今後共よろしく御指導、御鞭撻をお願い申し上げます。

雪

都城市 いづみ内科医院

出水善文

1月13日、朝、子供たちのけたたましい騒ぎ声で目がさめた。

今日は第2土曜日で学校は休みだったはずなのにと思ひながら窓の外をみると雪が降っていた。子供たちの歓声は雪を見たせいだった。この冬の初雪、しかも間断なく、次から次に降っている。雲は低く厚く重なっておりもっと降りそうだった。診療所に隣接する私の住居は鹿児島県境近くで、市街地よりすこし高台になっていて日ごろでも気温は低いのだが、ここ数年まとまって雪の降ったことはなく、1年に1～2回、ほんの申し訳程度に降るだけだった。毎日見ている霧島山も以前ほど雪をかぶっているのを見なくなって久しい。南国に育った私は雪が大好きだ。音も無くフワフワと白い雪が空から降ってくるのは神秘的ですらある。朝食も簡単に済ませ家の外に出てみると、車の屋根にはすでに1 cm 近く積もっていた。診療が始まって相変わらず大粒のボタン雪が降っていた。外来は閑散としていて患者さんは少なく、積もってくれよと期待しながら、少しうきうきした気分で雪の降り続く外を見ていると、ふと数十年前の雪山での怖かった体験を思い出した。

昭和42年12月末、私達で最後となったインターン研修中の私は、冬休みになって暇を持て余し、同じ下宿の小児科医を目指していた友達と阿蘇山に登ることにした。

前の晩、近くのおでんやさんでおにぎりを作ってもらい、翌朝早起きして近くの水前寺

駅から豊肥線で内牧駅に向かった。寒い朝だったが、列車内は暖房で暖かく、天気も快晴で気持ち良い一日になりそうな予感がした。内牧駅からバスで火口の下まで行き、そのあとはロープウェイに沿った登山道を登って火口についた。そのころの阿蘇山は最近のように活動していなく静かで、火口付近は年末のせいかな人影もまばらだった。いつ来ても周囲の景色は雄大で、外輪山もくっきりと見えて心が洗われるようだった。少し雲が出てきたが、晴れていて、まだ昼には間があった。私も友人も少し動いただけなので疲れてもいなかったからそのまま奥の高岳に登ることにした。高岳への登山ルートは火口の縁を約半周回っていくとほぼそのまま峰続きになっている。火口と高岳の標高差は300m近くでなだらかに高くなっていて、学生時代何回も来たことがあり、楽に登ることができた。ところが、頂上に近づいたころから急に雲が増えて頂上に着いたころには周りはガスがかかり視界が悪くなり、そのうちに雪まで降り出した。頂上付近はほぼ平らになっていて目標になるものではなく、周囲はガスで数メートル先も見えなくなり、そして足元は雪で白くなって登山道も消え方角が全くわからなくなった。気温が急に下がって寒くなってきた。二人とも初めてのことで気持ちが動転して、このまま遭難するかも知れないと心細くなった。しばらくじっとして視界の開けるのを待ってみたが、ガスと雪の弱まる気配は無かった。仕方なく、今来たと思われる方向へゆっくり引き返した。登りの何倍もかけて降りていくと少しずつ雪が薄くなり視界も開けてきた。運良く登山道をそのまま降りていたようだった。その後は大急ぎで下山してロープウェイの駅までたど



阿蘇山噴火口 都城市 折津 達



高千穂峽 都城市 折津 達

短歌

クラス会

延岡市 藤本孝一

医学部を卒業してより四十年十名の友
逝きたる哀し

椎の実をわれに持ちこし患者あり遠く
の孫に急ぎ送らん

わが医院の前に捨てられし目の開かぬ
子猫三匹拾はれ行けり

始業時に靴下ごしに肌を刺す蚊の診察
室を飛び廻るなり

スナックを閉じ子のもとに遠く去る主
囲みて鮎やなに飲む

