

医院・診療所だより ～総合病院との連携について～



中山整形外科
クリニック
院長 中山治樹 氏

病院勤務医として

京都の総合病院で院長代行や副院長を務めさせていただいた後、この地で開業して12年になります。どの病院でも患者さんの信頼を得るために一生懸命努力してきたのが私の誇りです。私の外来には大勢の患者さんが来られ夕方まで手を休める暇がなかったほどです。開業してからも、勤務医時代の患者さんが多数来院されています。

整形外科と麻酔科のコラボレーション

整形外科の領域も単に外傷や骨折、腰痛、膝痛などの治療だけでなくペインクリニックとのコラボレーションが必要だと思っております。整形外科専門医および麻酔科標榜医としてペインクリニック外来も行っているのは非常に珍しいかもしれません。伏見の開業医では、麻酔科標榜医として外来で神経ブロックをされているのは、私以外にお一人だけです。患者さんにとっていかに苦痛をとり除いてあげられるかが治療のポイントとなります。他府県からも



患者さんが来られ、高校野球の大会で、岡山県投手が腰痛で神経ブロックを目的に来院されたり、多くの競馬の騎手も神経ブロックを目的に来院されます。

3診体制

外来は3診制と広くとってありますので、非常勤で整形外科専門医3名に応援してもらっております。そのほか、研修指定病院として年に3人ほど研修医が勉強に来ております。特に手術機械の発達で手術の適応が大きく変わってきており、最新の手術方法を教えてもらったりしております。

アメニティ

自分で言うのもなんですが、綺麗好きでして、院内の清掃には気を使っております。汚れてきたらリフォームもしており、最近開業されたのですかと言われるとうれしくなります。待合室には、健康雑誌よりも、各種新聞やスポーツ紙、週刊誌などを置いて待ち時間を過ごしてもらっております。BGMも自分で選んだ静かめのジャズやビートルズなどを流しております。



伏見医師会会長として

4月より48代目の伏見医師会会長に就任させていただきました。現在、開業医・医仁会武田総合病院などの勤務医をも含めまして700名弱の会員さまがおられ京都府内最大の地区医師会としてその役目は膨大な量になります。しかし、歴代会長や諸先輩の先生方が素晴らしい努力と伏見医師会のために身を粉にして貢献されましたお蔭で、確かな道を作っていた

きました。私は、諸先輩の教えを守りその道を外れないようにがんばってだけです。また、幸いにも、新執行部の理事の先生方も素晴らしい方ばかりで色々助けてもらっております。開業医は、開業するとそのまま知識が止まってしまう恐れがありますので、伏見医師会では積極的に学術講演会や市民公開講座を開催して皆様のお役に立てるよう努力しております。開業医には自分の専門以外の知識が必要です。それが地域医療に貢献する糧となると思っております。

武田病院グループに

武田病院グループには、地域の開業医は大変お世話になっておりますし、病診連携も積極的にしていただいております。もちろん伏見医師会もお世話になっております。医仁会武田総合病院にはレベルの高い素晴らしい先生がたくさんおられ、セミナーや講演会でも院長の森田先生、副院長の加藤先生、脳外科の川西先生はじめ、様々な科の先生方に講師をお願いいたしまして、最新の知識を色々教えていただいております。また、病診連携室の対応が良くて患者さんの紹介時でも大変助かっています。今回、伏見医師会新執行部に、副院長の橋本先生に理事に就任していただき益々心強いと感じています。今後も病診連携を密にしていき地域医療に貢献できるよう願っております。

中山整形外科

〒612-8083
京都市伏見区京町9-40
TEL:075(605)0180
休診日/日曜・祝日
診療科目
整形外科・麻酔科・
リハビリテーション科



地域医療 連携室から



がん患者サロン開催のお知らせ

9月より毎月一回「第2金曜日 10:00~14:00」ががん患者サロンを開催していくことが決定しました。がん患者さん本人、家族・遺族が集い、ガンの悩み(病状や治療について)・経済的悩み等について、患者自身で悩まず、お互いに悩みを分かち合い、理解し合い、病気と向き合う事が出来る様に相談し交流する場です。診察中にきけなかった事、医療者に聞きたいことを勉強会形式で講習会も予定しています。当院で治療された患者は勿論の事、当院以外の患者さんも参加可能です。

地域のがん患者さんに利用していただけるサロンとなれる様にと願っています。

問合せ窓口

がん支援相談室(地域医療連携室)
TEL:075-572-6530(直)

医療法人 医仁会 武田総合病院

<連絡先> 地域医療連携室
フリーダイヤル 0120-72-6530 / TEL 075-572-6530

[E-mail] renkei-i@takedahp.or.jp [URL] http://www.takedahp.or.jp/

担当: 大狩 光子 杉本 美和
(看護師) (相談員)
阿部 優子



たけだメディカルニュース

Vol.35 発行 平成23年10月

救急告示病院 臨床研修指定病院
医療法人 医仁会 武田総合病院 発行

京都市伏見区石田森南町28-1
TEL 075-572-6331(代)

理念

●思いやりの心

基本方針

- ブリッジ・ザ・ギャップス
- 患者さんの権利尊重
- 信頼の医療に向けて
- 地球にやさしい環境づくり

環境方針

- ①省資源・省エネルギー
- ②廃棄物の減量化
- ③リサイクルの推進
- ④安全性・快適性の推進
- ⑤環境広報活動の推進

第40回症例検討会

COPD診療の最前線

京都大学医学部附属病院
病院長

三嶋 理晃 氏



COPDの定義

第2版ガイドライン (2004年)

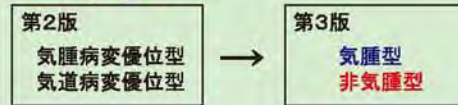
COPDとは有毒な粒子やガスの吸入によって生じた肺の炎症反応に基づく進行性の気流制限を呈する疾患である。この気流制限には様々な程度の変異性を認め、発症と経過が緩徐であり、労作性呼吸困難を生じる。

第3版ガイドライン (2009年)

タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である。呼吸機能検査で正常に復すことのない気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変が様々な割合で複合的に作用することにより起こり、進行性である。臨床的には徐々に生じる労作時の息切れと慢性的な咳、痰を特徴とする。

タバコ煙の有害性をより強調した定義

亜型分類 (phenotyping) の変更



診断基準

タバコ煙を主とする有害物質の長期にわたる吸入曝露を危険因子とし、慢性に咳、喀痰、体動時呼吸困難などがみられる患者に対してCOPDを疑います。気管支拡張薬吸入後のスパイロメトリーで1秒率が70%未満であればCOPDと診断します。

1. 気管支拡張薬投与後のスパイロメトリーで FEV1/FVC < 70%を満たすこと
2. 他の気流閉塞を来しうる疾患を除外すること

安定期COPDの管理

薬物療法

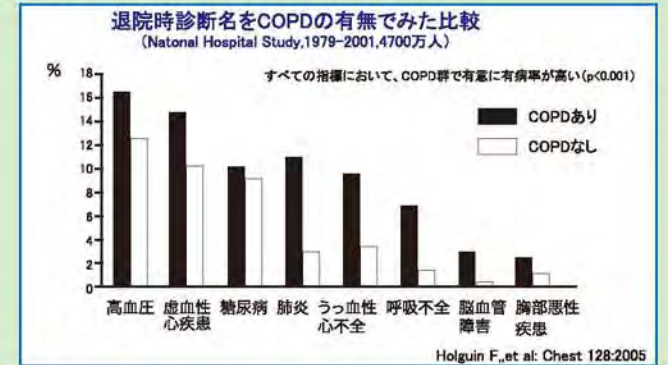
薬物療法はCOPD患者の症状の改善・増悪の予防・QOLや運動耐用力の改善に有用であります。しかし、長時間作用性抗コリン薬や長時間作用性β2刺激薬/吸入ステロイド配合薬は、気流閉塞の進行や死亡率を抑制する可能性があります。気管支拡張薬の治療効果が不十分な場合は単剤を増量するよりも多剤併用を勧めます。

喀痰調整薬はCOPDの増悪頻度と増悪回数を有意に減少させます(エビデンスB) (Poole PJ, BMJ, 322, 2001)。

N-アセチルシステイン(チヌスタン) (Hansen NC, Respir Med 88, 1994)
カルボシステイン (ムコダイン) (Zheng J-P, Lancet, 371, 2008)
アンブロキシール (ムコソール) (Meleba M, Pulm Pharm and Ther, 17, 2004)

マクロライドの長期投与がCOPDの増悪頻度を抑制することが報告されています (Yamaya M, J Am Geriatr Soc, 56, 2008)。長時間作用性気管支拡張薬や吸入ステロイドを使用中の患者にも同様の効果があるか、今後の課題です。

薬物療法



- COPDが引き起こす症状
1. 高次神経機能障害: 認知障害, QOL障害
 2. 消化器障害: 嚥下障害, 胃食道逆流, 消化性潰瘍
 3. 心血管障害: 高血圧症, 虚血性心疾患, 不整脈
 4. 睡眠障害
 5. 造血障害: 多血症, 貧血
 6. 睡眠障害
 7. 消耗性障害: 代謝障害, 骨粗鬆症, 体重減少, 糖尿病

まとめ

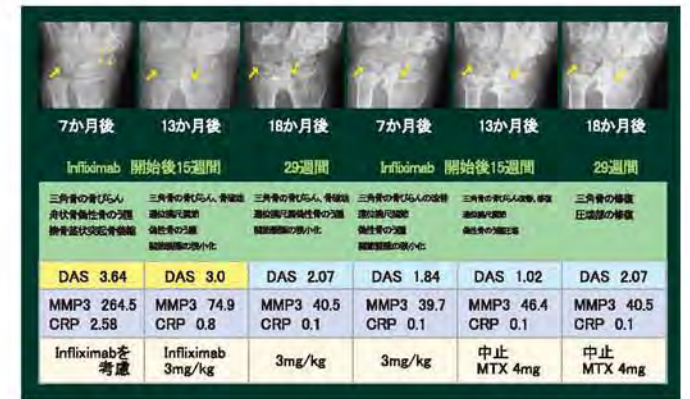
2009年の日本呼吸器学会では、COPDは全身疾患と提唱されました。循環器をはじめとする一般内科疾患患者にCOPD患者が多く潜んでいます。早期発見・早期治療のためにも、日頃の管理と健康診断を怠らないようにしましょう。



生物学的製剤投与による骨関節修復の可能性

整形外科 副部長 重富 博之

症例1 71歳、女性
 【主訴】朝のこわばり、左手関節、両足の痛みを自覚、レントゲンでは明らかな異常を指摘されませんでした。
 【現病歴】WBC/7700、CRP/1.84、RF/10、抗CCP抗体/70.4。活動性の関節リウマチと診断し、初診後4週からMTXとPSLの投与を開始しました。罹病期間は2か月で、生物学的製剤を開始したのは9か月後です。



症例2 52歳、女性
 【主訴】8か月前から朝のこわばり、多関節痛を自覚、11月中旬から右手関節部痛、腫脹(右示指-環指伸筋腱周囲の疼痛)出現。レントゲン上は明らかな異常は認めませんでした。
 【現病歴】WBC 7700 CRP 3.86 RF25 ESR 84/125 MMP-3 105。腱鞘炎と診断しましたが、念のため採血施行しました。3週間後、活動性の関節リウマチを疑いMTXとPSLを開始しました。罹病期間は9か月で、生物学的製剤を開始したのは12か月後です。



症例3 29歳、女性
 ◆1997年11月14日初診(17歳)
 【主訴】30分以上の朝のこわばり、右手関節痛、両膝痛、右顎関節、頸部痛を認めました。
 【現病歴】WBC 9000 CRP 2.06 RA25 ESR25/54。カルテ記載上、レントゲンでは手関節の変形はなく骨萎縮を軽度認めるとありました。関節リウマチを疑っていましたが他院へ転院されました。

◆2006年3月25日転居のため再診。
 【主訴】両手関節痛(子供を抱くとき)両手指、両膝の腫脹と痛みはない。他院で若年性関節リウマチの診断でモーバ、リマチルの処方を受けていたが妊娠出産(平成17年8月31日)を機に内服を中止しプレドニン5mgとロキソニンの内服に変更され当院を紹介受診されました。
 【現病歴】WBC 7400 CRP 1.77 RF 4 ESR 20/57 MMP-3 112。引き続きNSAIDsとPSLの投与を行ったが炎症反応が高く、母指の関節痛も新たに出現したためMTX投与が開始された。罹病期間は8年と9か月後。生物学的製剤を開始したのは11年3か月後です。



症例4 53歳、女性
 ◆2000年6月20日初診(43歳)
 【主訴】両足のむくみ。
 レントゲン:両手関節の変化、両足、右肘関節の変形を認めました。これらは小児期から異常があったとのこと若年性関節リウマチと診断されました。その後、NSAIDのみで経過観察されました。
 【現病歴】WBC 7700 CRP 3.86 RF25 ESR 84/125 MMP-3 105。腱鞘炎と診断しましたが、念のため採血施行しました。3週間後、活動性の関節リウマチを疑いMTXとPSLを開始しました。罹病期間は9か月で、生物学的製剤を開始したのは12か月後です。



結語
 ●生物学的製剤の使用により関節破壊の進行を制限し関節修復が可能であった症例を経験しました。
 ●今後は発症早期のリウマチの診断の必要性があると思います。
 ●関節破壊が出現する前に生物学的製剤の投与が重要と思われる。



急速な転帰をとり剖検にて診断された胃癌合併膵癌の1例

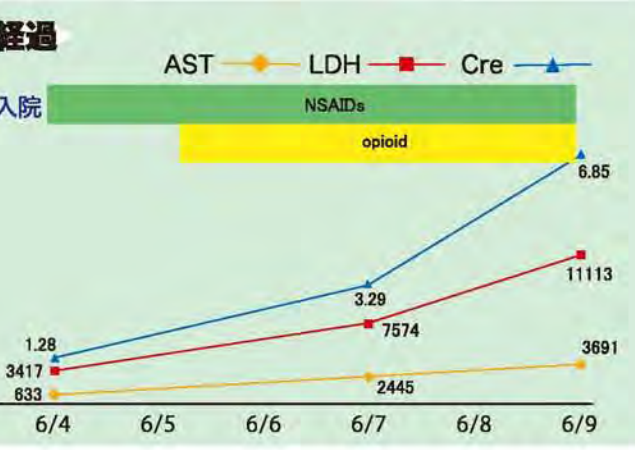
消化器センター 専攻医 上田 智大

【症例】
 病歴: 79歳 男性
 主訴: 心窩部痛
 現病歴: 平成22年6月1日から出現した心窩部痛が持続するため小川クリニックを受診した。
 同医にて施行された血液検査にて肝胆系酵素の異常、上部消化管内視鏡検査にて胃に潰瘍性病変を認めたため、精査加療目的にて6月4日に当院紹介受診となった。
 既往歴: 肺炎、くも膜下出血、高血圧
 家族歴: 特記事項なし

初診時現症
 意識清明 脈拍102bpm、血圧159/94mmHg
 SpO2 98%(room air)
 眼瞼結膜に貧血なし 眼球結膜に黄疸なし
 心音や呼吸音に異常は認めない
 腹部:心窩部から右季肋部にかけて腫瘍触知

来院時血液検査

CBC	T-bil 1.3 mg/dl	ChE 161 U/l
WBC 15300 /μl	AST 633 U/l	CPK 678 U/l
neut 89.4%	ALT 354 U/l	HBs (-)
lymph. 6.1%	LDH 3417 U/l	HCV ab (-)
mono. 4.4%	γ-GTP 409 U/l	
RBC 430 × 10 ⁴ /μl	ALP 2440 U/l	Coagulation
Hb. 13.8g/dl	UA 9.3 mg/dl	PT活性 76.3%
Hct 38.7%	BUN 19 mg/dl	APTT 40.8sec
Plt. 37.4 × 10 ⁴ /μl	Crea 1.28 mg/dl	Fib 480 mg/dl
	Na 131 mEq/l	Tumor marker
Biochemistry	K 5.4 mEq/l	CEA 2.0 ng/ml
TP 7.1 g/dl	Cl 95 mEq/l	CA19-9 46000 < U/ml
Alb 3.3 g/dl	CRP 10.80 mg/dl	αFP 11.5 ng/ml
		PIVKA II 180 mAU/ml



問題点

1. 胃がんの大きさと広範囲な転移の不一致
2. 急激な肝逸脱酵素の上昇の原因
3. 急速な転帰をたどった原因

病理解剖診断

- ・重複癌
- ・膵臓癌(膵体部癌 8×4×3cm大 200g 浸潤性膵管癌:中分化型管状腺癌)
- 同転移ならびに浸潤
 - 1.肝(ほぼ肝全体に浸潤 3000g)
 - 2.リンパ節(多数、肝門部、傍腹部大動脈) 腹水はあったが明らかな腹膜転移巣は認めず
- ・胃癌(幽門部、径20mm、低分化癌、充実型)
- ・嚥下性肺炎(両肺全葉 300,400g)
- ・求心性心肥大(450g)ならびに心嚢水(10ml)
- ・急性脾鬱血(90g)
- ・慢性腎盂腎炎ならびに浸透性ネフローゼ(150g)
- ・全身黄疸

原発不明癌

- ◆転移性病変で発症ないしは発見され、積極的な検査によっても原発巣が発見できない状態。
- ◆成人の癌の0.5~4%を占めるとされる。
- ◆剖検例では膵癌の占める割合は6.5%と報告。症状が出現しにくく、発見時には著明な進行癌臓器が小さく画像でとらえにくい病理組織学的検索が困難である
- ◆原発不明癌診断には全身の画像検査(CT, MRI), FDG-PET+CT, 腫瘍マーカー、病理学的検索、細胞診(原発不明がん診療ガイドラインによる)

1. 胃がんの大きさと広範囲な転移の不一致
⇒腫瘍を形成せずに膵組織にびまん性に浸潤し、進行した膵癌が主病巣であった。
2. 急激な肝逸脱酵素の上昇の原因
⇒門脈二次分岐以降に播種性に腫瘍塞栓が起こり、肝梗塞状態を引き起こした。
3. 急速な転帰をたどった原因
⇒急速な肝不全から急性腎不全を含む多臓器不全をきたしたため。

結語
 びまん性に膵組織に浸潤した膵癌により急速に多臓器不全を起し死亡した一例を経験した。本症例では画像上膵癌をとらえられず、生前に診断することができなかった。原発巣と腫瘍の進展に不一致が見られる場合、びまん浸潤型膵癌の可能性も念頭に置き、診断を進めることが必要であると考えられた。