

病診連携

病診連携が大切だと言われてから十数年になりますが、私の大学医局入局当初に、先輩が紹介された患者さまの結果を即刻報告されているのを見て感銘を受けました。私もこの地で開業後、患者さまの紹介には私製の用紙に処方薬品名や検査データを添えるようにしており、診療情報提供書が制度化されたときも何ら違和感を覚えませんでした。

開業時には人口も現在の3倍ほどで、まだ休日急病診療所はない上、病院の数も少なく子供の数が多かったため、休日も夜間もなく診療に当たっていました。診療科目は内科ですが、小児科も診ています。「内科医が小児を診るときには小児科専門医に相談あるいは紹介した方がよい」と言われていますから、幅広く深い知識をお持ちの小児科医に躊躇することなく紹介しております。

この地域も次第に高齢化が進み、独居老人や老夫婦だけの世帯が増え、介護保険制度ができるまでは医療は十分なことができず大変でした。療養型病床や介護老人保健施設などが多くの病院に開設され、また訪問看護支援センターもできて、ホームヘルパーさんや訪問看護師さんに委ねることで、私ども開業医の診療が充実するようになりありがたいと思っています。

自分の守備範囲はどこまでか、医療は今どこまで進んでいるかといったことへの認識を持つことは大切で、武田病院グループが主催されています。症例検討会や講演会は非常に勉強になり感謝しております。自分が診る患者さまを病院へ、そしてどの専門科へ紹介したらよいかの判断もつくようになります。



荒垣医院 院長
荒垣 展二

モットー：
あえて挙げるなら
誠心誠意でしょうか

紹介例

昨年、高血圧症で以前から私が診ていた患者さまが腰痛で某病院を受診し、腹部大動脈瘤切迫破裂と診断され、緊急にその病院から武田病院へ搬送されて、人工血管置換術を受けました。幸い良くなって退院され、再びまた私の方で経過観察することになりました。経過は良かったのですが、今年のある日の夕方急に背中が痛みを生じ冷や汗を出しているとの電話に再発を疑い、緊急に武田病院地域医療連携室に電話とFAX送信すると同時に、救急車を依頼するよう家族に伝えました。今回は前回より上部で保存的療法で回復されました。

入院中のその患者さまを見舞ったときには主治医の先生ともお会いし、CTスキャンほかたくさんデータを提示しながら懇切丁寧に説明をしていただきました。また看護師長さんに病室へ案内してもらいました。大変勉強になり、病院の方々のご尽力に感謝しつつ帰路につきました。

このほかにも何例も大変お世話になっておりますが、主治医の先生と面会の予約アポイントメントをとらずに患者さまを見舞ったときでも、主治医の先生がわざわざ時間を割いて駆けつけてくださり、詳しい説明の上、治療方針、予後のことについて

〒600-8854
京都市下京区梅小路
西中町1-2
TEL: 075(313)0471
診療科目：
内科・小児科



についても教示していただき大変恐縮したことがあります。

退院された患者さまの継続診療に大変参考になります。信頼し安心してすべてを委ねる体制が整っていることを実感しています。

地域医療 連携室から

現在、武田病院では医師・看護師など各専門職種によるクリティカルパスに関するプロジェクトチームを編成し、その内容充実とチーム医療の実現に向けての業務を推進いたしております。クリティカルパスは、ご承知の通り専門職種間の連携や医療内容の説明およびプロセスの一貫性が高く評価されており、しかし、開業医・紹介病院の諸先生方にクリティカルパスの効果を感じていただくには、まずその内容を提供させていただき、ご理解いただくことが前提条件であり、諸先生方に安心して患者さまをご紹介いただくためには、詳細な治療内容や治療計画といった情報提供と、それに伴う情報の共有が不可欠ではないかと思われまふ。ご紹介の諸先生方と当院担当医が、こうした情報を共有することにより、より緊密な連携体制が構築され、結果的に信頼関係のより一層の深化が実現されます。私も地域医療連携室は、クリティカルパスの効果的な活用により、諸先生方と当院との、信頼の架け橋でありたいと願っております。

なお、年末年始の期間中に患者さまの急変や、経過観察が必要な患者さまに対しては、いつでもご入院が可能な体制を維持いたしておりますので、遠慮なくご一報ください。

医療法人 財団 康生会 武田病院

(連絡先) 地域医療連携室

TEL 075(361)1352(直) / FAX 075(361)1268

E-mail renkei-e@takedahp.or.jp

URL http://www.takedahp.or.jp/

検査予約センター

TEL 075(351)1132(直) / FAX 075(361)1268

室長: 松山 則彦

お詫びと訂正: vol.7で、地域医療連携室のメールアドレスを誤ってお知らせしておりました。正しくはrenkei-e@takedahp.or.jpです。ご登録いただいている先生方には大変お手数ですが、ご訂正のほどお願いいたします。



ただだメディカルニュース

Vol.9 発行日 平成15年12月1日

発行 武田病院グループ 京都市下京区塩小路通西洞院東入ル
発行人 武田 隆久 TEL 075-361-1351(代)

医療法人財団康生会 武田病院 症例検討会 特集

日本人糖尿病患者の特徴

糖尿病の代表的な合併症には神経障害、網膜症、腎症があり、現在1年間で新たに失明する人が4千人、人工透析を導入される人が1万1千人いらっしゃいます。また糖尿病は動脈硬化の促進因子でもあるので、脳血管障害や心筋梗塞など非常に大きな合併症を起こします。

糖尿病で死亡する人の原因として、心筋梗塞などの虚血性心疾患は、欧米に比べ日本では少ないのに対し、糖尿病性腎症は、日本は欧米の約3倍になっています。つまり小さな血管の病気が比較的に日本人に多いのが特徴です。また、欧

米は高インスリン血症、日本は低インスリン血症が死因を決定する一つの要因だと考えられます。日本人は比較的初期の段階でインスリン分泌障害が起き、血糖が上昇して、いわゆる糖毒性のようになり悪循環を引き起こし、2型糖尿病に進みます。



京都大学大学院医学研究科
糖尿病・栄養内科学
助教授 山田祐一郎

ヨーロッパでのDECODE STUDYと山形県・舟形町STUDY

日本人はインスリン分泌が低く、食後の血糖が高い、欧米人はインスリン分泌が多く、食前の血糖が高く、食後は比較的落ち着いているという特徴があります。これをもとに、空腹時血糖と2時間値血糖ではどちらが死亡に対する悪い影響があるかを調べると、食後2時間値の血糖は最終的に総死亡の危険度を2倍にするということがわかりました(DECODING STUDY)。

一方、山形県・舟形町での研究で心臓血管死からの累積生

存率を調べてみると、食後2時間の血糖が高い人は心血管死のリスクが高いということがわかりました。広島での調査で、細い血管の病気である網膜症と血糖の関連も2時間値が200を超える人はリスクが高くなっています。

このように食後の高血糖は細小血管、大血管いずれの合併症にもつながることがわかりました。

SU薬によるインスリン分泌

日本人はインスリン分泌が障害されていることが問題で、

これを改善させる薬が必要になります。現在、SU薬、ナテグリニドがあります。

分泌促進薬の使い分け

SU薬やナテグリニドはインスリン分泌を促進しますが、それぞれ違いがあり使い分けする必要があります。一つは作用時間、もう一つは作用部位による使い分けです。

作用時間が長い薬にグリベンクラミド、短いものにナテグリニドなどがあります。問題点として、作用時間の長い薬は次の食前や深夜に低血糖を来す可能性があり、逆に作用

が短い薬は夕食後から長く間隔が空く朝食前に非常に上昇する可能性があります。

食後の血糖だけが低い軽症の糖尿病では、強力なSU薬よりもナテグリニドなどの作用時間が短い薬が良いと考えられます。ただ、症例によって経過を見ながら薬の評価をしていくべきです。

作用部位について

SU薬はSU受容体という膜蛋白に作用します。SU受容体にはSUR1、SUR2があり、SUR1は脳の細胞を中心に発現しインスリン分泌を促進する役割を持っています。SUR2は心筋、骨格筋などに発現し、インスリン感受性を良くします。SUR1の結合箇所(部位B、部位S)が、1あるいは2カ所によって作用時間と肝外作用を決定しま

す。グリベンクラミド(オイグルコン、ダオニール)は基本的にはBとSに結合するので作用は強力で、肝外作用があると考えられています。ただ問題はSU薬による心筋に対する作用です。グリベンクラミドは心筋に対して強い作用を示しているため、心筋梗塞のリスクが高い人には、グリベンクラミドのような作用が長く強い薬は慎重に使うべきと考えています。

インスリン注射

糖尿病の治療として、正常なインスリン分泌のパターンに似たインスリンの使い方が求められています。そのためにインスリン製剤の問題点-速効型のインスリンでも、立ち上がりが遅い中間型では作用のピークがある作用時間が不足している食事の15分から30分前に注射する必要がある持続型ではペン型製剤での使用ができない-を解決する必要がありました。と に対しては超速効型のインスリンが

開発され1、2年前から市販されています。、 に対しては時効型溶解のインスリンが近々発売される予定です。

作用時間の長さがインスリン、内服薬にとって大きなファクターになってきますので、個々の症例に応じたオーダーメイド医療に向けて処方工夫をしていくことが今後の糖尿病治療の課題と考えております。



全 栄和(ぜん・えいわ)

1982年東京医科歯科大学医学部第二内科研修医。88年米国マイアミ大学留学。95年山口大学医学部第二内科助手。2000年から現職。日本内科学会認定内科医、日本循環器学会認定循環器専門医。
カテーテル・アブレーション、ペースメーカーや植え込み型除細動器(ICD)の植え込みを専門とする。武田病院赴任前に約600例、武田病院でも平成15年度現在、300例以上の頻脈カテーテル治療、ペースメーカー植え込みは約200例、ICD植え込みは20例実施。

第16回 症例検討会

平成15年11月13日(木)開催

於：ホテルグランヴィア京都 5階 竹取の間

共催：康生会武田病院 下京西部医師会 三共株式会社

采野 進(うねの・すすむ)

1980年京都大学医学部卒業。同年 同大学整形外科教室入局。天理よろづ相談所病院、岐阜市民病院勤務を経て87年～90年まで米国マサチューセッツ総合病院留学。帰国後、大津赤十字病院公立高島総合病院勤務を経て97年より武田病院整形外科医長。2003年より現職。
京都大学博士(医学)。日本整形外科学会認定専門医。



症例 『難治性心不全に対する非薬物療法の経験 - 両室ペーシングによる心室再同期療法 - 』 康生会武田病院 不整脈科 部長 全 栄和

心室再同期療法とは

心室内変行伝導(左脚ブロック)を伴う左室拡張があり、低左心機能に苦しむ心不全の患者さまに対する新しい治療法で Cardiac Resynchronization Therapy: CRTと呼ばれ、注目を集めています。これは心不全にたいしてさまざまな治療法を行っても、左脚ブロックに伴う左室収縮異常(側壁収縮の遅れ)が存在すると、僧帽弁からの逆流が生じ左心室から大動脈への有効な拍出が得られないことから、ペースメーカーを利用し左心室側壁を早期に刺激し心室中隔と同期した収縮をもた

らすという概念です。これには通常のペースメーカー植え込み手技に加えて冠静脈洞から大心静脈の左室側壁の分枝にペーシングリードを留置し、左室を挟むように刺激することによって左室収縮の再同期をもたらすものです。この治療法はまだ保険認定を受けておらず、武田病院グループでは2001年春の院内倫理委員会で認められ、各メーカーとタイアップしながらすでに10例にこの治療を行っています。

対象

症例はすべて重症の心不全を発症し改善後も左室拡張を伴う低左心機能例で男性8例、女性2例の10例です。心エコー上の左室拡張末期径は平均67±6mm(正常:40～55mm)

左室駆出率は23±9%(正常60%前後)で、心電図上のQRS幅は152±23ms(正常:120ms以下)でした。

結果

ペースメーカー植え込みに要する手技時間は第1例では約5時間必要でしたが、手技習熟と共に短縮され平均2.5時間でした。

1～2週間後のデータでは左室拡張末期径は平均67±6mmから59±8mmへ、左室

駆出率も23±9%から31±8%へ改善し、心電図上のQRS幅も105±14msまで短縮されました。

著効例

74歳の男性で、平成5年頃から左室拡張が出現し、それと一致して心不全を発症するようになってきました。(左室拡張末期径60mm、BNP300～600)

平成14年3月24日深夜に心不全による呼吸困難を引き起こし、入院時は心肺蘇生後でPO2 54と低酸素状態でした。著明な肺水腫を呈し(写真1) ICUに収容し集中治療を行いました。その後も心電図上、QRS幅180msの左脚ブロック(図1)と重症の僧帽弁逆流を伴い、心エコー上、左室拡張末期径73mmであり、両室ペーシングによる心臓再

同期療法(CRT)を行いました。左室刺激用リードをlateral cardiac veinに留置し通常のDDDペースメーカーの心室ポートを単極2本に分離し、左室刺激用リードを陰極、右心室刺激用リードを不感電極として、接続し植え込みを終了しました。僧帽弁の逆流は消失し、18カ月の経過観察で、胸部レントゲン写真上の心胸比は50%を切るまで改善し(写真2)心エコー上左室拡張末期径は57mm、にまで縮小しました。血中BNPは100以下となり、現在は山歩きもされ良好な経過を得ています。

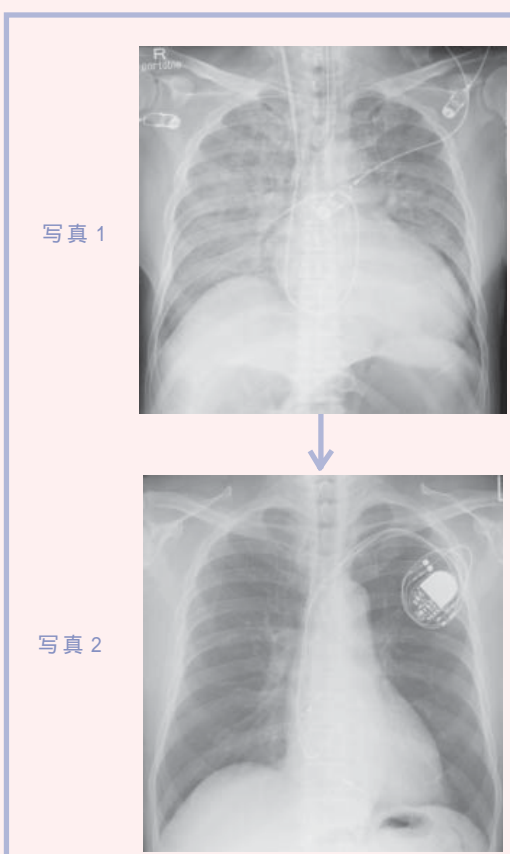
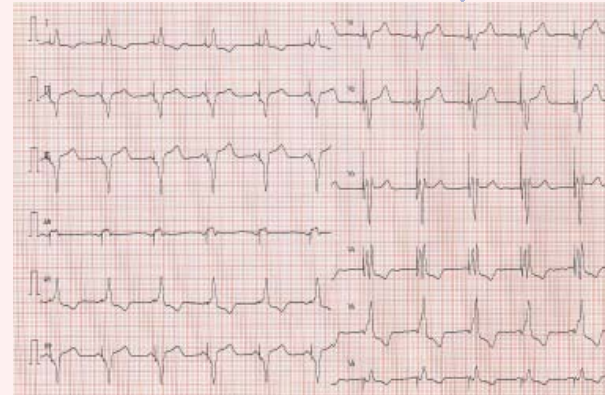


図1



図2



症例 『人工膝関節の感染によるリビジョンの一例』 康生会武田病院 整形外科 副部長 采野 進

症例

56歳、女性。主訴は左膝前面の瘻孔でした。平成14年6月にA病院に入院、デブリドマンなどの処置を受け、2カ月後に退院。同年8月17日に当院を訪れ、レントゲン検査の結果、膝の人工関節周辺に感染が疑われました。

治療

平成14年8月23日、感染が関節内に及んでいるかを確認するため、左膝前面の瘻孔切除術を行いました。骨表面は凹凸し、人工関節の膝蓋骨コンポーネントの一部が露出しており、感染は関節内に及んでいることは確実で、MRSAを含む混合感染であることがわかりました。

人工膝関節置換術(TKA) 感染治療

術後感染は人工膝関節置換術の最も重篤な合併症で、その頻度は報告では0.5%～15%とされます。この治療の目標は感染の鎮静化と膝関節機能をできるだけ温存することにあると考えます。

TKA術後感染治療には コンポーネント温存再置換(リビジョン)術 膝関節固定術 切除関節形成術 その他があります。

本症例

本症例では二次的リビジョンを行うことを決定し、同年8月30日に各コンポーネントを抜去、関節腔内にドレーン2本を留置して約3週間にわたり持続洗浄法を行いました。1本のドレーンから洗浄液を持続的に送り込み、他方から低圧吸引で排出することで、化膿性骨髄炎や化膿性関節炎に高い治療効果があります。同年12月末までは経口抗生物質を使用しました。平成15年3月まで感染の再燃は認めずリビジョンの時機と判断しました。

リビジョン

平成15年3月25日、前回手術から約7カ月待機後のリビジョンを行うことになりました。手技上の問題点は インプラント抜去後の骨欠損の補填方法 骨欠損部でのインプラント固定方法 膝蓋骨が翻転せず十分な手術野が得られない場合のアプローチ でした。リビジョン用のインプラントは、に対応するため、患者さまの状況に応じたモジュラー化されたコンポーネントで構成され、大腿骨コンポーネント、脛骨コンポーネントにそれぞれ厚さの異なるスペーサーおよび長さの異なるステムを使用できます。

膝関節の可動性が十分でない場合、脛骨粗面を骨切りして膝蓋骨を翻転させ、インプラント設置後に骨切り部分をワイヤーなどで固定する方法がありますが、本症例は膝の可動性がよかったため問題はありませんでした。

退院と問題点

術後5週でCRPは正常化し、術後9週で抗生剤中止、術後10週で退院されました。退院時、屈曲約120度と可動域良好、アラインメントも良好です。

本症例は数年来、多数回の手術で入院生活が続いたのですが、現在介護サービスを利用しながら自宅で生活ができています。QOLという観点からは現在の状態を維持できればよいと考えます。感染が完全に鎮静化していなければ抗生物質の中止で再燃する恐れが大きく、温存療法では抗生物質の使用が長期化することもあります。一方、手術的治療の場合には再び長期の入院治療を要します。今後も注意深い経過観察が必要と考えております。

