



# ただだメディカルニュース

Vol.39 発行 平成30年2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54回特別講演会



### 唾液腺

～腫脹と腫瘍の診断と対応～

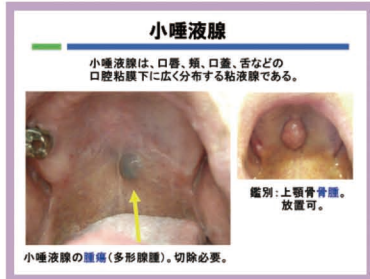
関西医科大学  
耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座  
岩井大 教授

## 耳鼻咽喉科の最新トピックス

耳鼻咽喉科領域のトピックスとして、まず、ヒトパピローマウイルス(タイプ16)があります。このウイルスに感染して発生した扁桃がんは、非感染例に比べて放射線や化学療法による治癒率が高いことが分かってきました。そのほかのトピックスとして、分子標的薬(頭頸部癌とアービタックス、甲状腺癌とレンパチニブなど)や免疫チェックポイント阻害剤(頭頸部癌とオプジーボ)の導入、アレルギー性鼻炎への舌下免疫療法の開始、好酸球性中耳炎・副鼻腔炎の増加と対策などがあります。今回は唾液腺領域におけるトピックスを中心に取り上げました。

### 小唾液腺の腫脹と腫瘍

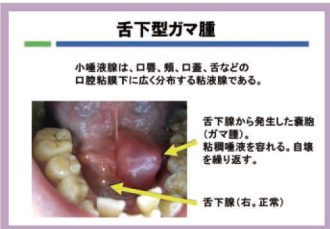
小唾液腺は、口腔、頬、口蓋、舌などの口腔粘膜下に広く分布する粘液腺です。硬口蓋や頬粘膜に腫瘍性増殖を示すことがあり、切除が必要です。一方、硬口蓋正中に発生する硬い腫瘍は骨腫といい、良性かつ発育緩慢であり、一般に切除せず経過観察が可能です。



**小唾液腺**  
小唾液腺は、口腔、頬、口蓋、舌などの口腔粘膜下に広く分布する粘液腺である。  
腫瘍: 上顎骨骨腫、放置可。  
小唾液腺の腫瘍(多形腺腫)、切除必要。

### 舌下腺の腫脹と腫瘍

大唾液腺には舌下腺、顎下腺、耳下腺の3つがあります。舌下腺から発生した嚢胞は薄い壁を持ち、中に粘稠な唾液を容れ、ガマ腫と呼ばれます。



#### 舌下型ガマ腫

小唾液腺は、口腔、頬、口蓋、舌などの口腔粘膜下に広く分布する粘液腺である。  
舌下腺から発生した嚢胞(ガマ腫)。粘り唾液を容れる。自壊を繰り返す。  
舌下腺(右、正常)

### A) 舌下型ガマ腫

舌下腺前方の浅い部分から発生したガマ腫は、舌の下(口腔底)が膨隆し、光をあてると壁を通して内腔に光が入ることが特徴です。舌下腺(右:正常、左:舌下型ガマ腫)

### B) 顎下型ガマ腫

舌下腺後方の深い部分から発生したガマ腫は口腔底に変化を示さず、顎や頸部の内

部(副咽頭間隙など)に進展します。

ガマ腫の治療として、昔は嚢胞部分の摘出や開創術を行いましたが効果は低いです。根治的治療として、ガマ腫の原因である舌下腺を摘出します。この際、嚢胞の摘出は不要です。硬化療法としてOK-432(ビシパニール)のガマ腫への注入があり、半数以上の症例に効果があります。

なお、舌下腺で嚢胞を作らず充実性の腫瘍を形成したとき、良性腫瘍である可能性は1割に満たず、多くは悪性(癌)と考えられます。

### 顎下腺の腫脹と腫瘍

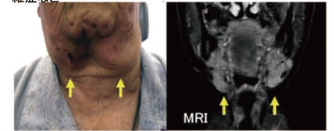
顎下腺においても腫瘍性疾患が発生しますが、舌下腺と違って嚢胞性疾患は少なく充実性疾患が主となり、その4割が悪性です。その他に、両側顎下腺が腫脹する自己免疫性疾患としてIgG4関連疾患があります。また、機能的腫脹として唾液腺症が好発します。

### A) IgG4関連疾患

日本で確立した唾液腺分泌障害を来す疾患で、かつて耳鼻咽喉科ではミクリツ病あるいはキュッナー腫瘍と呼ばれていました。血中IgG4の高値(>135mg/dl。採血は2009年から保険適用)を示します。症例の20%で他部位に自己免疫性肺炎・自己免疫性下垂体炎・硬化性胆管炎・後腹膜線維症・間質性肺炎などのIgG4関連疾患が発生しますので、膠原病・消化器内科にもご診察をお願いする必要があります。

#### IgG4関連疾患(顎下腺)

- 全身の臓器に、IgG4陽性形質細胞が浸潤する疾患。
- 顎下腺・舌下腺・涙腺等が、両側性・無痛性に腫脹。
- かつて耳鼻科ではミクリツ病といわれた。
- 顎下腺生検と採血(IgG4>135mg/dl〜保険適用)で診断する。
- 症例の20%で他部位にIgG4関連疾患が発生:自己免疫性肺炎・自己免疫性下垂体炎・間質性肺炎・硬化性胆管炎・後腹膜線維症など



### B) 唾液腺症

若い女性でダイエットや拒食があると、両側顎下腺が腫脹する場合があります。一方、中年男性の美食家では両側の耳下腺が腫脹します。向精神薬や降圧剤の内服、アルコール依存症などでも生じます。食生活の改善や、内服の見直しが必要です。

## 耳下腺の腫脹と腫瘍

耳下腺では、感染症(細菌感染、ウイルス性感染)、自己免疫性疾患(シェーグレン症候群)、良性腫瘍(耳下腺由来の腫瘍や顔面神経神経鞘腫など)、悪性腫瘍(耳下腺癌や、MALTリンパ腫を含めた悪性リンパ腫など)が生じます。耳下腺腫瘍において癌である確率は1-2割です。耳下腺内部には顔面神経(運動神経)と耳介側頭神経(感覚神経と、耳下腺に唾液分泌を促す分泌神経とからなる)が存在し、耳下腺表面には耳垂や下顎の皮膚に至る大耳介神経(感覚神経)が走行しています。

### A) 流行性耳下腺炎

ムンプスウイルス(おたふく風邪ウイルス)は感染力が強く、飛沫感染によって流行性耳下腺炎を起こします。潜伏期は2〜3週間です。若年者では不顕性感染が多く(1歳で80%、4歳で10%)、発症しても10日前後で回復することが多いのに対し、青年期以降では重症化し2-3週かかることが多いです。我が国でのワクチンは任意接種であり、接種が必須の欧米諸国に比し、いまだ高い感染率を示しています。耳鼻咽喉科では特にムンプス性難聴(3,500人の患者に1人の割合で発症)が問題となっています。また、これまでワクチンや実際の感染で終生免疫が生じると考えられていましたが、1-2割の人で免疫ができず、再感染することが最近報告されています。

#### 流行性耳下腺炎は何度も罹患する!

感染すると終生免疫を獲得するとされてきたが、小児例の16.7%で再感染とされる。ムンプスワクチンによる抗体陽性率はワクチン1回目で88%、2回目で95%

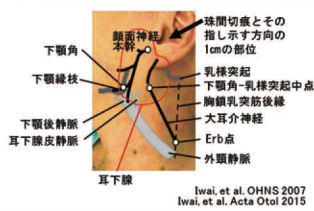
医療従事者のうち  
・既感染とされた者: 9.6%で抗体陰性  
・ワクチン済とされた者: 17.6%で抗体陰性  
→陰性の人にワクチン→17.1%は陰性のまま  
武重彰子ほか、環境感染誌2014

再感染では、IgMは低値、IgGは高値(正常上限の10倍以上)。耳下腺一側性腫脹が多い  
畑中憲生ほか、日耳鼻2012

### B) 耳下腺腫瘍手術と神経(顔面神経、大耳神経、耳介側頭神経)

当教室では耳下腺手術を専門分野の一つとしています。耳下腺腫瘍切除術では、腫瘍を完全に切除することは当然として、術後のQOL(quality of life)を左右する神経の温存や適切な処理を行っています。すなわち、術前から顔面神経の走行位置を診断し、手術でこれを活かして、高い顔面神経機能温存率(良性腫瘍で10%以下)を維持しています。また、耳垂や周囲の感覚麻痺(イヤリング、受話器や枕との接触時の違和感)を少なくするための大耳介神経の走行位置の診断と100%に迫る温存率(良性腫瘍で約96%)を保っています。また、術後に食事をする耳下腺部分の皮膚から汗が出るFrey症候群という耳下腺術後合併法があります。これは、耳下腺への分泌神経を入れている耳介側頭神経が、耳下腺から皮膚の汗腺に侵入して生じる疾患です。当科では腫瘍切除時、耳下腺被膜を再建してこの神経が皮膚に行かないよう予防処置をしています。

#### 顔面神経と大耳介神経の走行の推定



環筋切痕とその指し示す方向の1cmの部位  
乳様突起  
下顎角-乳様突起中点  
胸鎖乳突筋後縁  
大耳介神経  
Erb点  
外頸静脈  
耳下腺  
Iwai, et al. OHNS 2007  
Iwai, et al. Acta Otol 2015



# 当科における単孔式胸腔鏡手術の工夫

座長:辻クリニック 辻一弥 先生

呼吸器外科 副部長 北村 将司

## ●胸腔鏡下手術

### 胸腔鏡下肺部分切除術

症例により、操作ポートは増減し、1~3ポートによるアクセスを選択している。



### 手術風景



血管処理が必要な肺葉切除などは、3か所に皮切を加えてアプローチしている。皮切が増えるほど、複雑な手術操作にも容易に対応が可能となる。(安全に)

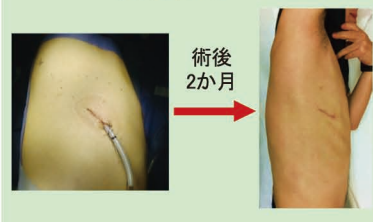
良好であれば、単孔式アプローチで切除可能と判断し、単孔式胸腔鏡下肺部分切除術を予定しました。術前カンファレンスで、切除病変の位置によって皮切位置の調整を行ったり、単孔式で完遂困難な場合に備えての手術術式を考えたりしています。手術は腋窩で1カ所の傷からカメラ、鉗子、自動縫合器が入ることになります。胸腔内にカメラが入ると

### 皮切など



切除病変の位置を術前CTから想定し、皮切の位置を調整する。結果的に、皮切が増えることも考慮している。

### 術後創部



## ●当院における単孔式胸腔鏡手術

1ポートアクセスによる手術症例: 14例  
平均手術時間 73分

2ポートアクセスによる手術症例: 53例  
平均手術時間 115分

3ポートアクセスによる手術症例: 10例  
平均手術時間 142分



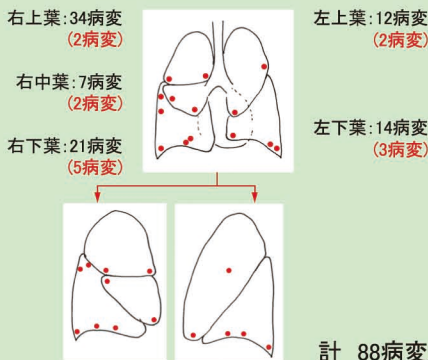
手術操作が困難な高度癒着症例などは最初から3ポートでアプローチしている。2ポートで完遂したものの手術時間が5時間を超える手術が存在した。3ポートアプローチの平均手術時間がもっとも長かった。

2013年より当科では、傷1カ所で行う単孔式胸腔鏡下肺部分切除術を行うようになりました。2013年1月から2016年12月までに行った胸腔鏡下肺部分切除術の症例は77例あります(気胸症例は除く)。

そのうち、1カ所の傷だけで行った症例が14例、平均手術時間が73分、我々が通常行っている2カ所の傷で行った症例は、53例で平均手術時間は115分、

3カ所の傷で行った症例及び、2カ所で手術を始めたがもう1カ所傷を増やすことになった症例が10例で平均手術時間は142分です。最初から手術が難しいと判断した場合は3カ所の傷でアプローチしています。2カ所の傷で完遂したものの手術時間が5時間を超える手術も存在していますが、概ね手術時間が短く済むようなものほど、少ない傷で手術ができます。実際に1カ所の傷だけで行った14例は、良性病変や転移性病変などの小さい病変に対して手術を行っています。胸腔鏡下手術が進歩することによって出血量は激減しており、明らかに侵襲度が下がっていると考えられます。

### 病変の占拠部位



## ●手術の長所

この単孔式胸腔鏡下肺部分切除術の長所は整容性に優れており、胸腔ドレナージを受けたのと同じ程度の小さな傷しか残らないことです。複数肋間の疼痛がないため、術直後に肋間神経ブロックを行うことで、疼痛のコントロールは非常に良好になると考えられます。習熟した術者であれば、小さい傷からもアプローチの工夫でさまざまな複雑な操作が可能です。カメラや鉗子の先端は曲がるようになっているので、一つの穴からカメラの位置、自動縫合器の位置を工夫して安全に周囲臓器を損傷しないように手術を行います。

現在では、小さい傷1カ所から肺動静脈を処理する肺葉切除を行っている施設も存在しています。短所としては、カメラと鉗子が干渉するなどの操作制限が加わり、経験の浅い術者にとって難しい手術となります。特に胸腔内の三次元的な展開が難しくなりますので、腫瘍のマーージンを確保することなどに十分な注意が必要です。

### 長所

- 整容性に優れ、胸腔ドレナージを受けたのと同じ程度の皮切痕しか残らない。
- 複数の肋間による疼痛がなく、単部位の疼痛のみとなり、侵襲度も低いと考えられる。
- 慣れた術者であれば、創のエッジを利用するなど、アプローチの工夫次第で複雑な操作も可能であると思われる。(肺葉切除を行っている施設もある)

### 短所

- 予想される通り、カメラと鉗子が干渉するなど操作に制限が加わる。
- 経験の浅い術者には、胸腔内の三次元的な術野展開が困難で、十分な切除マーージンが確保できない可能性がある。
- 病変が視認できない場合などに、触診を併用することは困難である。

## 症例

### 症例供覧

68歳 男性

大腸がん手術加療後の外来通院観察中に胸部CTで、右肺結節陰影を指摘された。



68歳男性、大腸がん手術後の経過観察中に胸部CTで小結節を指摘され、結節が消失することなく経過していたため、転移性病変を疑い、手術による診断加療予定となりました。病巣は右肺下葉で上下葉間に接しているため、葉間分葉が

## ●まとめ

症例を選択することで、単孔式胸腔鏡下肺部分切除術はこれまでのアプローチと比べても、遜色のない切除範囲で安全に施行可能と考えております。整容性や侵襲性からも有用な術式と考えられます。今後も技術の研鑽を積み、単孔式胸腔鏡下手術などの低侵襲な手術術式を進めていこうと考えております。



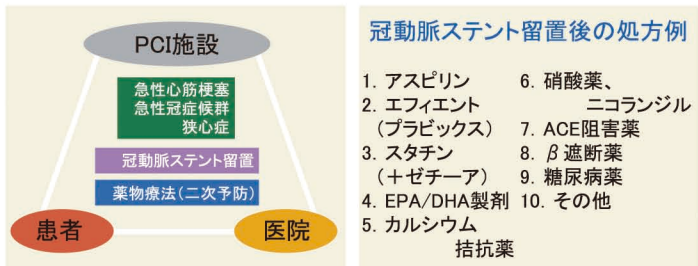
# 冠インターベンション後の 心血管イベント抑制のための処方箋

座長: 内科・循環器内科 やの医院 矢野 豊 先生

循環器内科 副部長 大屋 秀文

## はじめに

今回は症例提示ではなく、処方箋ということで薬剤の話をしていただきます。病診連携をするにあたって、武田総合病院で心筋梗塞、狭心症のカテーテル治療後に様々な薬物が処方されますが、基本的には二次予防の処方となります。どのような意味で処方されているのか、ぜひ情報共有していただければと思います。



## 抗血小板薬併用 (DAPT)

DAPTとはアスピリンとエフィエント(あるいはプラビックス)の併用療法のことです。一番注意すべきはDAPT中断によるステント血栓症です。開業医の先生方

### ステント血栓症予測因子

- 分岐部病変
- 石灰化病変
- 血栓量
- 長いステント留置例
- ステント拡張不良病変
- 添付文書に記載されていない適応病変での使用
- 糖尿病
- ACS(急性冠症候群)
- 低左心機能
- 慢性腎不全
- 早期の抗血小板薬の中止

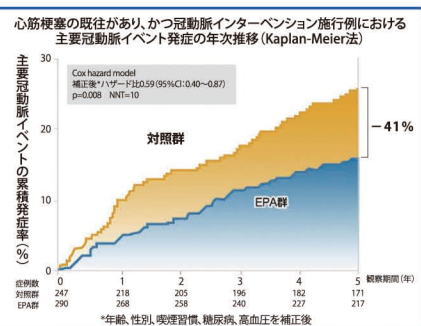
安定狭心症疾患における待機的PCIのガイドライン (2011年改訂版)

まず出血リスクを評価し、出血リスクが高い患者さんには短期DAPTを考慮し、出血リスクが高くなければ虚血リスクに応じて長期DAPTも可能だと考えられています。

## EPA製剤

心筋梗塞の既往があつてカテーテル治療を行った患者さんのサブ解析になりますが、冠動脈イベントが41%も減少しています。

こちらはメイヨークリニックが出した最新のメタ解析です。18のRCTと16のコホート研究を解析すると全体では有意なリスク減少は認めませんが、効果が認められた患者群を見てみるとトリグリセリドが150以上の患者さんでリスクが0.84に低下し、LDLコレステロールが130以上の患者さんで0.86に低下しております。



又、二次予防の投与では冠動脈死亡が0.8に低下していることからハイリスクの患者さんに関してはEPAの効果がある可能性が高いと考えられます。



オメガ3脂肪酸と冠動脈イベントに関するメタ解析 (18のRCTと16のコホート研究)

TABLE 3. Randomized Controlled Trials—Summary of Meta-Analysis Results: EPA+DHA and CHD End Points<sup>a,b</sup>

Model	Studies (n)	Relative Risk (95% CI)	Lower 95% CI	Upper 95% CI	Cochran's Q Heterogeneity test
Any CHD event—All RCTs <sup>18</sup>	18	0.94 (0.85, 1.05)	0.85	1.05	P=.07
Any CHD event—Primary prevention <sup>15,11</sup>	2	0.92 (0.80, 1.05)	0.80	1.05	P=.41
Any CHD event—Secondary prevention <sup>4,15,19,20,25,27,29-31,33</sup>	10	0.92 (0.76, 1.11)	0.76	1.11	P=.03
Any CHD event—0 <1 g <sup>3,15,17,20,24,25,27,28,30,32</sup>	11	0.99 (0.91, 1.07)	0.91	1.07	P=.34
Any CHD event—1+ g <sup>6,19,22,26,29,31,33</sup>	7	0.83 (0.61, 1.14)	0.61	1.14	P=.23
Any CHD event—Triglycerides <150 <sup>7,20,32,33</sup>	4	1.04 (0.86, 1.13)	0.86	1.13	P=.74
Any CHD event—LDL 150+ <sup>4,14,25,28-31</sup>	6	0.84 (0.72, 0.98)	0.72	0.98	P=.21
Any CHD event—LDL <130 <sup>17,20,27,29</sup>	3	1.03 (0.95, 1.12)	0.95	1.12	P=.83
Any CHD event—LDL 130+ <sup>4,14,25,28,30,31</sup>	5	0.86 (0.76, 0.98)	0.76	0.98	P=.30
Any CHD event—<25% of population taking diabetes medication <sup>13,16,19,20,24-26,31,33</sup>	11	0.93 (0.80, 1.09)	0.80	1.09	P=.12
Any Fatal CHD event—0 <1 g <sup>4,15,20,24,25,27,28,32</sup>	7	0.97 (0.81, 1.17)	0.81	1.17	P=.003
Any fatal CHD event—1+ g <sup>6,19,22,26,29,31</sup>	7	0.89 (0.58, 1.37)	0.58	1.37	P=.68
Any nonfatal CHD event—0 <1 g <sup>13,14,17,25,30,32</sup>	6	0.97 (0.80, 1.19)	0.80	1.19	P=.06
Any nonfatal CHD event—1+ g <sup>27,31,33</sup>	3	0.80 (0.59, 1.10)	0.59	1.10	P=.25
Coronary death—All RCTs <sup>4,14,19,25,28,31</sup>	5	0.81 (0.65, 1.00)	0.65	1.00	P=.17
Coronary death—Primary prevention <sup>6,21</sup>	2	1.09 (0.81, 1.46)	0.81	1.46	P=.98
Coronary death—Secondary prevention <sup>4,14,19,23,31</sup>	4	0.80 (0.64, 0.99)	0.64	0.99	P=.20

## 冠拡張薬

薬物溶出ステント (DES) 留置後に冠攣縮が起こることが結構ありますが、DES留置後の冠攣縮のメカニズムは薬剤による内皮機能障害と考えられています。最近の報告ではRhoキナーゼの活性化が冠攣縮における中心的役割を担っており、薬物、ポリマー過敏症や炎症によってRhoキナーゼが活性化して血管平滑筋の収縮、冠攣縮が起こるとされ、ニフェジピン徐放剤を投与することによってRhoキナーゼの活性化を抑制するということが報告されています。意外と知られていないのが、急性心筋梗塞の患者さんに冠攣縮の誘発試験を行うと結構な頻度で誘発されるということです。日本人は特に冠攣縮が起こりやすく、欧米人と比べて2~3倍の誘発率があります。心筋梗塞後の患者さんでDES留置後は、常に冠攣縮の関与を考えなければいけません。

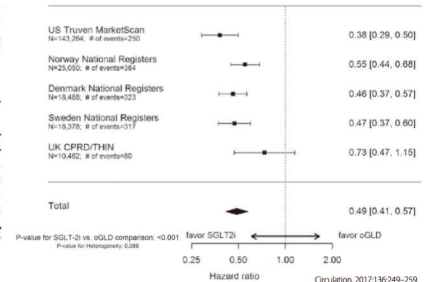
### 急性心筋梗塞における冠攣縮誘発陽性率

発症後	日本人	欧米
2週	80%	37%
3-4週	37%	20%
1ヶ月以降	22%	6%

冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン(2013年改訂版)

## SGLT2阻害薬 (糖尿病薬)

最近の安全性確認試験でDPP-4阻害薬が安全性は確認されていますが、心血管イベント抑制への優位性は認めませんでした。SGLT2阻害薬に関しては、心血管イベントを短期間で14%抑制しており、総死亡も減らしたということで我々循環器医も積極的に使うようになりました。今年発表された研究ですが、欧米での実臨床試験において、他の糖尿病薬と比較すると驚くべきことに0.49と、約50%死亡率が低下しています。

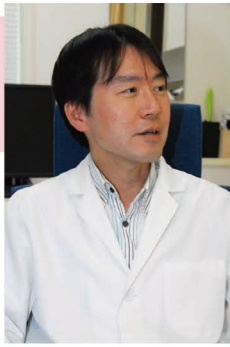


## まとめ

心血管イベント抑制のために多くの薬がありますが、基本的には二次予防のエビデンスに基づいた処方なので、できれば一生服用していただきたいです。ただ、患者さんの食事や運動次第では減量可能であり、患者さんの frailtyやQOLに応じて調整していただければと思います。

# 医院・診療所だより ～総合病院との連携について～

渡辺内科クリニック  
院長 渡邊 亨氏



## 生まれ育った街で地域医療

京都医療センターでは消化器内科を、京都通信病院では一般内科と消化器内科を担当していました。平成26年5月に当クリニックを開院し、一般内科と消化器内科の外来だけでなく、胃カメラやエコー検査、大腸内視鏡検査・ポリープ切除にも対応しています。

私は、現在兄が運営している「醍醐渡辺クリニック」のある地で生まれ育ち、醍醐西小学校に通っていました。実家は今も醍醐にあるので、地域の事情は比較的 Understanding している方だと思います。これからも地域医療の充実のため、些細な相談にも応じながら住民の皆さんとコミュニケーションを図って行きたいと思っています。



開放感ある待合室

## 患者さんの負担を緩和

胃カメラでは経鼻内視鏡検査だけでなく、最近増えつつある鎮静剤を使用した内視鏡検査にも対応しています。経鼻内視鏡検査は口からの内視鏡検査に比べて苦痛はかなり軽減されますが、それでも痛みや気持ち悪さを訴える患者さんは少なくありません。そのような方には鎮静剤を使用した内視鏡検査

を説明しており、現在では8割近くの患者さんが選択されます。実際、鎮静剤を使って検査を受けた方の半数以上が検査中のことをほとんど覚えておられず、次からも鎮静剤の使用を希望されます。



NBIを搭載した内視鏡システム

他にも、迅速ウレアーゼ・テストによるピロリ菌の感染診断から除菌治療、尿素呼気試験を用いた除菌判定に至るまでを、院内で実施できるようにしています。尿素呼気試験では、検査を行った数分後に結果を説明できるので、結果説明のためだけに後日来院していただくことはありません。



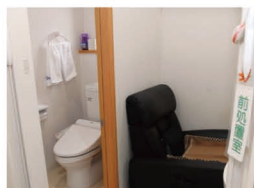
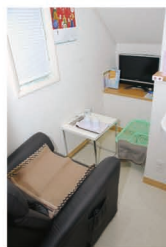
尿素呼気試験

高周波焼灼電源装置



## 大腸検査はトイレ付き個室で安心

当院でも大腸内視鏡検査を行っており、前処置(下剤の内服)から大腸内視鏡検査、大腸ポリープ切除までを院内で実施できるようにしています。前処置室はトイレを併設した個室で、テレビやソファーを設置しているので、リラックスした状態で検査に備えていただけます。



前処置室にはテレビやトイレが設置

## 土曜日にも内視鏡検査を実施

午前の早い時間帯に胃カメラやエコー検査を行い、午前の外来のあと午後から大腸内視鏡検査を実施しています。月・水・金曜日は夜診も行っています。土曜日にも胃カメラや大腸内視鏡検査を行っているため、働き盛りの世代からは助かるという声も聞かれます。

診療時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
検査 9:00~10:00	○	○	○	/	○	○	/
午前診察 10:00~12:00	○	○	○	/	○	○	/
検査 13:30~16:00	○	/	○	/	○	○	/
午後診察 16:30~19:00	○	/	○	/	○	/	/

## 武田総合病院との連携

医仁会武田総合病院が近くにあることで、安心して検査や治療が実施できます。土日祝日や夜間の患者さんの受け入れもよく、総合病院ならではの安心感があり、とても感謝しています。今後、国の方針で地域医療連携の緊密化が要請されますので、お互いに協力させていただければと考えています。

## 内科・消化器内科 渡辺内科クリニック

〒601-1375

京都市伏見区醍醐高畑町21-6

TEL:075(634)8315

診療科目 内科・消化器内科(胃腸内科・内視鏡内科)、胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関



# 医療法人 医仁会 武田総合病院

<連絡先> 地域医療連携室

受付時間 8時30分~19時00分(月~金曜日)、8時30分~17時00分(土曜日)

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/