

医院・診療所だより ~総合病院との連携について~

耳鼻咽喉科
たかきたクリニック

院長 高北晋一氏



難聴、めまいなどから、中耳炎、外耳炎、鼻のどの病気など、一般的な耳鼻科疾患についても、万全な診療を心がけています。処置や吸入一辺倒ではなく、できるだけ病状を理解頂き、いっしょに治療を進めていけるようにしたいと考えています。

言語聴覚士などスタッフの充実

看護師や専門の言語聴覚士(ST:Speech Therapist)、専門知識をもつ事務系スタッフ14名が在籍しています。

難聴や言葉の発達障害、脳卒中・頭部外傷などの失語症などの問題に対して、言語聴覚士が、訓練、指導、助言を行っています。

また、耳鼻科疾患に対する専門知識を磨いている事務系職員と、さらにより高度な専門的立場の看護師が、いろいろなご相談にお答えできるように体制を整えています。

花粉症などのアレルギー性疾患

ダニなどが原因の「通年性アレルギー性鼻炎」と、花粉症などの「季節性アレルギー性鼻炎」があります。薬による症状のコントロールが基本ですが、必要に応じて原因物質を調べての生活指導や、また鼻づまりの強い方に対しては高周波ラジオ波による外科的な治療も行っています。



▲画像を使ってわかりやすく

武田総合病院との強い連携

醍醐小、日野小、大塚小、醍醐中の校医を担当し、定期検診や就学時健診などに従事しています。

武田病院グループ、特に医仁会武田総合病院には、急性期の患者さんの受け入れでは突然のお願いも多く、恐縮するとともに非常に感謝しています。また、CTやMRIなど高度な画像診断にも対応いただきありがたく思っています。今後も、

さらに連携を密にして、お互いに地域医療に貢献できるよう努めてまいりたいと思っています。

診療受付(順番とり)のご案内

初診の方はまず当院受付で登録していただく必要がありますが、それ以降は診察の順番を自宅や外出先からあらかじめインターネットなどWEBで取っていただいています。なおWEBが使えない方にも対応しています。

その結果、順番とりのために当院まで足を運んで頂かなくてもよいですし、院内の待ち時間を短くしていただけるかと思えます。

ただ、シーズンによって朝の受付開始時は非常に混み合うこと、時間の予約はできない点をご容赦ください。

時間の予約はしていませんので、順番の進み具合をみてお越しいただくようお願いしています。順番が近づいたらお知らせすることもできます。重症な方も多く、その時々患者さんの病状によって進み具合が大きく変わります。そのため時間のお約束ができないことをどうかご理解ください。

耳鼻咽喉科 たかきたクリニック

〒601-1375
京都市伏見区醍醐高畑町30-1-2-22
パセオ・ダイゴロー西館1F
TEL:075(573)4133

診療科目
耳鼻咽喉科一般
甲状腺腫瘍 ほか 頭頸部腫瘍
言語障害・嚥下障害(言語聴覚士対応)
アレルギー



地域住民に支えられて開院5年半



▲院内の様子

パセオ・ダイゴローは京都市の施設でもあり、耳鼻咽喉科医院開設の打診があり、平成18年12月に開院しました。周辺は団

地なども多く、高齢から乳幼児まで幅広い年齢層の方々が通院されています。そういった地域の皆様のおかげで、無事5年半を迎えることができました。

甲状腺がんなどの診療に専門性

これまで、天理よろづ相談所病院、京都大学、京都医療センターでは、甲状腺腫瘍をはじめ、頸部、耳、鼻、のどの頭頸部腫瘍(がん)の診断・治療と、耳の手術などに携わってきました。その関係もあり、患者さんは、醍醐周辺だけではなく、近畿一円・北陸などからも来られており、現在も天理よろづ相談所病院に週1回手術に行っています。

頭頸部がんも、早期発見が重要で放置すると大変なことになるのですが、広く知られていないこともあり、首のしこりや、のどの違和感や声がれ、飲み込みにくいなどの症状があっても、そのまましておられる方も多々みうけられます。それらの症状があっても大病院まで行くのはちょっとためられる時、まずは気軽にご相談にきていただけたらと思います。

看護部が取り組んでいる「退院調整ナース会」についてご紹介させていただきます。

患者さまが退院後、よりよく在宅療養をして頂く為に在宅でどの様に生活をされていたか、介護保険の申請はされているのか、担当ケアマネジャーがいるのか、治療後在宅で生活するには何が必要となってくるかなど、早期から患者さま、ご家族様の意向を伺いながら退院に向けての支援に取り組んでいます。

また、地域医療連携室では「連携室通信」を院内向けに定期発行し福祉用具や回復期リハビリテーション・訪問看護などの情報を提供し看護師の退院支援業務に役立てていただいています。今後も病棟ナースと連携室相談員が連携を図りながら患者さま・家族様のよりよいサポートが出来ればと日々業務しています。

地域医療連携室から



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)



たけだメディカルニュース

Vol.37 発行 平成25年3月1日

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42回症例検討会

特別講演

前立腺癌の最新トピックス

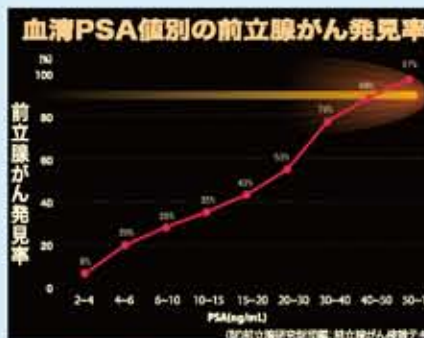
前立腺癌 罹患の実態

京都大学大学院医学研究科・泌尿器科学教授
小川 修 氏

2008年の世界の前立腺がん罹患率は、欧米で10万人に約100人、日本は約40人で、日本人は欧米人に比較して前立腺がんになりにくいと考えられます。しかし、最近では急増傾向にあり、05年では国内で4万3000人が罹患し、胃がんと肺がんに次ぐ3位となっています。男性のがん種別の死亡数の順位は6位です。将来予想としては、2020年には8万人が罹患して、肺がんに次いで男性では第2位のがんになり、死亡数は2万人になると予想されています。

前立腺がんによる死亡を減らす方法は、罹患率を低下させることや早期発見による予防しかありません。予防には一次から三次予防まで3つあります。一次予防は、がん発生に関連する因子を減らすことで罹患率を低下させることですが、現時点において、年齢や遺伝以外に前立腺がんを確実に減らすことが証明されている危険因子はありません。従って、いまの時点ではスクリーニング(二次予防)で死亡数を減らすしか道はありません。前立腺がんは、比較的ゆっくり進行するがんで、スクリーニングに適しており、侵襲の少ない血液検査(PSA検査)が発見に有用です。

有効なPSA



PSA検査では、PSAの値によって発見率が異なります。例えばPSAが4-10ng/mlでは20~30%の方のがんが見つかります。米国では1980年以降、PSA検査を導入しました。最近では米国人男性では50歳以上の75%がPSA検査を年1回受診しています。そして、95%が転移の無い早期がんとして発見されています。その結果かどうかは議論のあるところですが、死亡数は90年代からどんどん低下し、06年には死亡率が39ポイント減っています。日本では市町村の70%で検査を実施していますが、検査受診率は未だ5~10%で、見つかった時点で20~30%がすでに転移がんという状況になっています。

PSA検査が「有効」と判断されるには、検査の効果で前立腺がんによる死亡数が低下することを科学的に証明する必要があります。最近では、

わが国における前立腺がんの現状(罹患数、死亡数)

順位	がんの部位	罹患数(2005)	順位	がんの部位	死亡数(2009)
1	胃	80,102人 (30.9%)	1	肺・気管	49,035人 (23.8%)
2	肺・気管	58,254人 (22.4%)	2	胃	32,775人 (15.8%)
3	前立腺	42,997人 (16.4%)	3	肝臓	21,637人 (10.5%)
4	結腸	37,126人 (14.3%)	4	結腸	14,166人 (6.8%)
5	肝臓	28,729人 (11.1%)	5	膵臓	14,094人 (6.8%)
6	直腸	22,774人 (8.8%)	6	前立腺	10,036人 (4.8%)
7	食道	14,818人 (5.7%)	7	食道	9,908人 (4.8%)

【厚生労働省がん登録報告】がんの統計'10 p.68-61 p.74-77, 2010
【地域がん登録全県連携】 25人口動態統計



欧米でエビデンスが高い試験結果が出てきました。ERSPC、PLCOといわれるランダム化試験です。ERSPCでは50~74歳の男性が18万人リクルートされ、PSAスクリーニングが死亡率を20%減らすという結果が出ました。09年の追加報告では、試験結果を補正すると死亡率が31%も下がったと報告しています。泌尿器学会では、これらの結果を受け、08年と10年の検診ガイドラインを作って発表しPSA検診を強く推奨しています。

最先端のロボット治療

早期前立腺がんの治療法は多彩です。手術では従来の開腹手術から腹腔鏡手術、そしてロボット支援手術まであります。ロボット以外の最先端治療として、放射線治療では重粒子線治療、またHIFUや凍結療法などもあり、患者さんからは、「治療成績は? 痛さは? 後遺症は? 費用は?」などと、よく聞かれます。現時点では、早期がんの根治率に手術と放射線治療とは大きな違いはないと考えています。しかし、前立腺全摘出と放射線治療には利点と欠点があり、それぞれの欠点を補うための改良が進められています。

ロボット支援下の前立腺全摘術も手術の欠点を克服する新しい試み



北大病院での第1例目ロボット手術(2011.4.18)

です。痛みも出血も少なく、尿漏れの頻度も低く報告されています。術者は患者さんとは離れた場所(コンソール)に座って4本のロボットアームを操作します。介助者は患者さんの近くで手術を補助して手術が進行します。

このシステムを使うと、術者は3D画面で患部を立体視でき、また人間の手の操作感覚とよく似ているため、1時間くらい練習すると誰でも動かせるようになります。また、ロボットは、手の動きを繊細に手助けしてくれ、術者は座ってできるので長時間の手術でも疲れません。京大病院での第1例目の手術も3時間ほどで安全に終わりました。問題は経費です。機械本体が3億円、メンテナンスに年間3000万円かかり、また一回の手術のディスプレイ製品も約30万円必要です。京大ではロボット支援手術についてパンフレットもつくって、地域連携を進めながら理解を求めています。現時点では保険適用がないので手術費用は1件145万円頂いていますが、1週間程度で退院できますので患者さんには喜んでもらっています。



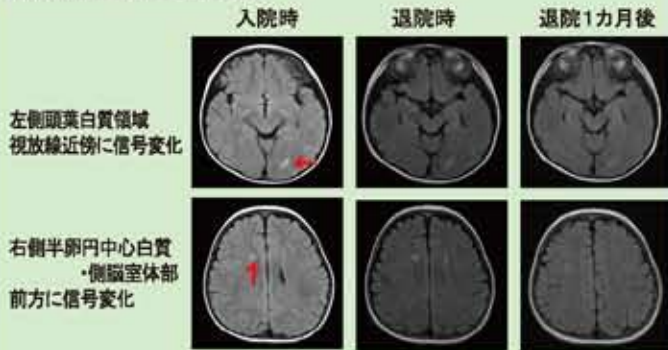
視力障害を認めた急性散在性脳脊髄炎(ADEM)の1小児例

小児科 医長 岡野 智恵

症例

症例は6歳6カ月の男児で、主訴は両下肢の不随意運動と感覚異常、視覚異常です。既往歴、家族歴とともに特別なものではありませんが、インフルエンザの予防接種後に一週間発熱したエピソードがあります。発症前に行った予防接種は、5月、6月の日本脳炎ワクチンです。7月27日に咳症状が出現し、31日に夜間膝下痛、下肢のかゆみを訴えました。8月1日から頭痛が出現し力コナールを内服、同日昼より数十秒おきに両足がふるえるため、近医に受診しましたがこのときにはふるえなどの症状は消失していました。帰宅後30分ほど白い斑点が見えるといい、2日起床後に膝が震え物が歪んで見ると訴えました。朝食後一回嘔吐があり、前日受診した医院に電話で相談したところ、当科受診をすすめられました。

MRI画像の推移



来院時血液検査では、白血球、CRPを含め、一般生化学検査では異常は認められませんでした。髄液検査でも、髄液細胞数の増加、髄液蛋白の上昇などは認められませんでした。髄液塩基性蛋白は異常高値を認め、脱髄疾患の存在が疑われますが、脳梗塞、脳炎、脳症でも上昇するため特異性があるわけではありません。院時のMRIでは左側頭葉の白質領域視放射近傍に信号変化を認めました。ステロイドパルス療法を行い、メチルプレドニンを体重あたり30mg点滴にて3日間投与した後、後療法としてプレドニンを体重あたり1mgを内服投与しました。1クール開始後、翌日より急激な視力低下を認めたほか、排尿障害、短期記憶の障害などを認めました。下肢の不随意運動とともに体幹保持、歩行困難も認め、強い頭痛も続きました。2日程度で症状の進行は止まり、排尿、記憶障害、頭痛などが消失しました。2クール目に入ると、症状は急速に改善傾向となりましたが、2回目終了時にはまだ軽い視力低下、色覚の異常、感覚・運動の低下が残りました。3クール終了後には症状はほぼ消失しました。

ADEMとは

ADEMは、予防接種、ウイルス感染後などの数日から4週間以内に発症する単相性免疫疾患で中枢神経の多巣性炎症性脱髄性疾患のことで、発熱、意識障害、髄膜刺激症状、運動麻痺、けいれん、膀胱障害、運動失調、構音障害、視力障害など多巣性脳神経症状があります。経過は、急性に発症して数日で極期となり、治療や自然経過で徐々に改善します。ADEMの診断は、血液検査で軽い白血球・CRPの上昇を認めるぐらいで疾患に特異的なものではありません。髄液検査でもリンパ球優位の細胞増多、蛋白上昇

を認めることはありますが特異的なものではありません。脳波では、意識障害出現時に高振幅除波を認めることはありますが、本症例では高振幅除波は認められませんでした。画像では、MRIのT2強調画像、FLAIRで高信号となる病変が左右非対称に散在します。診断は臨床経過、髄液所見、MRI所見で相対的に判断し、特異的

小児ADEMの発症頻度

15歳以下のADEMおよびその類縁疾患 (MSを除く)	
年間	約60例
小児人口10万人あたり	0.32人
発症平均年齢	6歳11カ月

- * 発症1カ月以内にワクチン接種 (先行感染ありを含む) 15%
- * 日本脳炎ワクチン後の報告 25%

ADEMの症状のなかで 今回の症例でみられた症状の頻度

運動麻痺	75%	2001〜2003年に報告された4文献 計180例での検討
視力障害	18%	
知覚異常	14%	
膀胱直腸障害	14%	
頭痛	36%	

な生物学的指標がなく一貫した診断基準がありませんでした。今までADEMについては明確な診断基準がなかったのですが、2007年に新しく提唱された定義では、炎症や脱髄が推測され急性から亜急性に発症し、病理学的に中枢神経系の多巣性の場所が障害される初回のエピソードで**錯乱、過度の易刺激性といった行動変化や傾眠、昏睡といった脳症症状を含むもの**としています。今までMSと初回発作との判別が曖昧でしたが、今回の定義では脳症症状がなければclinically isolated syndrome(CIS)としています。もし再発でもADEMの診断基準を満たせば再発性ADEM、多相性ADEMとしています。

分類

IPMSSG定義案による小児脱髄性疾患の分類

急性〜亜急性脱髄事象で脳症症状を伴うもの	ADEM
+ 時間的に多発	再発性・多相性ADEM
脳症症状を含まない脱髄事象	CIS
炎症性脱髄と考えられる急性視神経炎・脊髄炎	CIS
+ 時間的に多発し診断基準をみたす	MS
	(MS: 多発性硬化症)
急性視神経炎と脊髄炎の合併	
+ 抗アクアポリン4抗体陽性	NMO
+ 3椎体以上の脊髄長大病変	NMO
	(NMO: 視神経脊髄炎)

小児脱髄性疾患の分類は、急性、亜急性脱髄性事象で脳症症状を伴うものをADEMとし、ADEMが時間的に多発するとき再発性ADEM、多相性ADEMとしています。脳症症状を含まない脱髄事象についてはCISと定義し、炎症性脱髄と考えられる急性視神経炎、脊髄炎などもCISとしております。CISが時間的に多発し基準を満たせば多発性硬化症としています。



単孔式腹腔鏡下手術について

外科 専攻医 大塚 一雄

当院の症例統計

平成23年1月から8月中旬までの、当院での手術件数の統計です。虫垂切除術47件中、腹腔鏡下手術が38件、全体のうちの81%を占めています。腹腔鏡手術のうちの68%、26件が単孔式の手術を行っています。それ以外の32%、12件が従来の方法であるスリーポートを行っています。また、炎症のきつい症例などは最初から開腹手術を行っており、9件で全体の19%になります。続いて、胆のう摘出手術です。全115件のうち、腹腔鏡手術は96件、実に84%にのぼります。そのうちの単孔式は22%で21件です。75件が78%で従来の方法であるフォーポートです。こちらの場合も炎症がきつい場合、開腹手術を行い、19件で全体の16%です。虫垂切除における入院期間を、開腹手術と腹腔鏡下手術と比較して平均した結果です。腹腔鏡下手術では3.1日、開腹手術では5.5日、60歳以上の開腹症例では8.8日、やはり高齢の方だと入院期間は長引きますが、これを見る限りでは腹腔鏡下での手術では入院期間を縮小させられるのではないかと考えられます。今までの累計では、単孔式の腹腔鏡下虫垂手術は全体の28%で行っています。そのうち炎症などがきつい症例の場合は2孔式に移行した例が2件あります。胆のう摘出手術の場合は、73件行っていますが、2孔式に移行したのは4件です。1例のみ大腸切除術を行っています。

当院での手術件数 (平成23年1月〜8月中旬)

- 虫垂切除術: 47件
- 腹腔鏡下手術: 38件 (81%)
- 単孔式: 26件 (うち68%)
- 3ports (従来): 12件 (うち32%)
- 開腹手術: 9件 (19%)

当院での手術件数 (平成23年1月〜8月中旬)

- 胆嚢摘出術: 115件
- 腹腔鏡下手術: 96件 (84%)
- 単孔式: 21件 (うち22%)
- 4ports (従来): 75件 (うち78%)
- 開腹手術: 19件 (16%)

単孔式の手術法

単孔式の手術は、へその切開から始まります。約2cmの切開を施し、筋膜に気腹針を刺して気腹法を行います。

<パラレル法>

主に胆のう摘出手術の場合に行われていた手術法です。へその切開層にトロカールを3つほど挿入します。

手術① (パラレル法: トロカール設置後)



<グローブ法>

へそから開腹を行い、傷口からの感染を

手術② (グローブ法)



予防するための保護剤を装着します。その後、手袋をはめ込み、その手袋の指の部分にトロカールを固定して気腹を行い、ここから操作を行います。先ほどの保護剤によって感染を防ぐことができますので、虫垂がへその部分の層から体外に出せる場合というのは、層外で従来の方法のように虫垂切除の処置ができます。術後の比較では、単孔式の場合、傷口が小さく分かりにくい。従来のフォーポートの場合、4つの傷口ができてしまい、美容面では単孔式が有用ではないかと思えます。

<E-Zアクセス>

これも単孔式の一つで、最近では虫垂切除の際にラッププロテクターとその上に装着するE-Zアクセスというデバイスをよく用います。これをへその層に装着して気腹チューブをつけて気腹します。

E-Zアクセス3



虫垂手術の症例数

現在のところパラレル法が10例、グローブ法が4例、E-Zアクセスが11例、層外の処置が3例です。そのうちの9例が男性、19例が女性で、計28例行っています。そのうちの2例にぼうとう?を一本追加して手術を遂行している症例があります。また、単孔式を行うことによって重篤な合併症などは特にありませんでした。ちなみに、胆のう摘出手術の場合は、全例パラレル法で施行しております。

単孔式の腹腔鏡下胆のう摘出手術

胆のうを把持し、胆汁を吸引しているところです。続いて胆のうの漿膜(しょうまく)を剥離しているところです。これは電気メス、かつ、吸引が行える鉗子です。電気メスを用いて肝臓を離しています。ある程度、肝床部からの剥離が行えたら、次は肝床部を把持鉗子で持ってテンションをかけてさらに剥離を進めていきます。胆のう動脈と胆のう管にクリップをかけて確認し、胆のうが離れたら、エンドキャッチゴールドをへその層から入れ、胆のうを袋に入れて回収します。



虫垂の切除術

E-Zアクセスを取り付け、この状態で気腹して中を見ます。この症例では、虫垂の炎症がきつくて先端部分が穿孔していました。虫垂の根部から処理を行います。根部の虫垂間膜と腹膜との癒着を剥がし、超音波凝固切開装置を用いて血管や脂肪組織などを凝固して処理していきま。最終的に炎症のきつかった先端部分を超音波凝固切開装置で剥離しました。虫垂が受動できるようになれば根部にエンドループという糸でくくり、根部処理を行います。二重に行った後、超音波凝固切開装置で虫垂を切除します。切除された虫垂はE-Zアクセスを外す際に一緒に取り出します。



今までご紹介したパラレル法、グローブ法、E-Zアクセス、そして従来のスリーポートとの比較です。操作のしやすさという面では、やはりグローブ法はほかの3つより劣ります。断然スリーポートが施行しやすいのですが、パラレル法やE-Zアクセスでも問題はあります。コスト面などで問題はありますが、最近よく施されているのはE-Zアクセスが行われています。

結語

当院での虫垂切除術は単孔式が主流となりつつあります。美容面や入院日数においても、過去の開腹手術に比べてメリットがあると考えます。しかしながら、炎症がきつい症例など開腹にすべき症例をしっかりと術前に見極めて症例を選ぶことも大事だと考えます。