



# 地域医療連携 だより

第 11 号

平成 23 年 1 月発行

富山通信病院

地域連携・医療福祉相談室

## 病院長新年あいさつ

新年のご挨拶

皆様、明けましておめでとうございます。

昨年のクリスマスの頃から断続的な雪は一旦止みましたが、これから冬本番です。



(院長 高田 正信)

昨年 12 月には、念願の 64 列 MDC T が導入されました。冠動脈や腎血管が驚嘆するほど鮮明な立体的な血管像が構築されています。2 月には、血管連続撮影装置の導入も完了します。冠動脈や腎血管狭窄などのスクリーニングに加え、確定診断およびインターベンションが行われるようになります。心血管カテーテルに関係する各部門の担当者は、研修や見学を始めるなど準備を開始していますが、3 月から円滑に開始するため、島倉内科部長を中心に、万全を期して積極的に取り組みたいと思います。病棟では、トイレ・シャワー付きの個室、二人部屋 2 室の増築工事をしており、3 月には快適な部屋ができあがります。

昨年は本社から 2 月に高井副社長、8 月に佐々木専務、12 月に篠田常務が視察に来られました。45 年の永い富山通信病院の歴史の中で、本社トップクラスの重役が視察に来られた記録はありません。これは本社が富山通信病院の新しい取り組みに非常に期待しているメッセージです。職員全員を集めて富山通信病院が負け組にならぬように、本社としてあらゆる応援支援していくという力強い訓辞をいただきました。もとより、地域住民に最高の医療の提供を目指し、ファーストクラス・ホスピタルの気概を持って邁進していた当病院にとっては、鬼に金棒です。

個人的な目標としては、数年前の動脈硬化測定機器 CAVI に続いて、本物のコトコフ型自動血圧計 Vital-signature が完成しました。脱水銀・脱オシロメトリック（振動解析による推定式）の世界初の自動血圧計で、音ではなく血管のきしみから血圧値を正確に同定します。今年はこの新型自動血圧計を全世界に向けて発信します。

昨年度には地域連携・医療福祉相談室では、社会福祉士を採用し、目下大活躍です。また、ホームページを全面リニューアルし、2 月から富山市電では安野屋駅の案内時、富山通信病院の PR 放送が始まります。

今後、更なる充実を図り、皆様のお役に立つよう頑張りますので、何卒宜しく願いいたします。

# 開放病床症例検討会

## 第115回 開放病床症例検討会の報告(H22.10.19)

今回は、たまに遭遇する原因不明の $\gamma$ GTP高値の症例を取り上げ、ピットホールとなりうる疾患や、問題点について検討を試みました。

症例は現在80歳近くの通院中の男性で、高血圧症にて、1981年より当科で加療。1981年より当科で、降圧剤を処方されています。アルコールは飲めず、1987年頃より原因不明の $\gamma$ GTP上昇をみとめていましたが、搔痒感や倦怠感、黄疸AST、ALTの上昇がなく、経過観察しておりました。肝生検は87年時非特異的反応性変化のみであり、2007年になりALT、ASTの上昇も出現し、抗核抗体80倍や抗ミトコンドリア2抗体をみとめたため、肝生検を勧めましたが拒否されて現在も経過観察中の患者様です。

確定診断には、肝生検が重要ですが、サンプリングエラーの問題や本症例のように拒否された場合には、疑診のまま、治療を行ったりしなければいけないことは、多くあります。

この症例の場合、原発性胆汁性肝硬変(PBC)、原発性硬化性胆管炎(PSC)、自己免疫性肝炎(AIH)とのオーバーラップ疾患等の鑑別が問題となると考えられます。下記のAIHの診断基準では、範疇に達しておらず、AM2A陽性から、無症候性PBC疑診例が一番妥当と考えられました。薬物性やウイルス性、画像診断等により、閉塞性機転が否定的な場合、自己免疫性機序を想定して、粘り強く経過を見ていく必要があることを痛感させられました。(文責：老子 善康)

### 自己免疫性肝炎 簡易版国際診断基準スコアリングシステム(新基準)2008

項目	Cut off	点数
ANA or SMA	$\geq 1 : 40$	1
*1	$\geq 1 : 80$	2
ANA or SMA	$\geq 1 : 40$	2
or LKM	陽性	2
or SLA		
IgG	正常上限値以上	1
	正常上限値の1.1倍以上	2
肝組織所見*2 (肝炎の存在が必要)	AIHに矛盾しない	1
	典型的AIH	2
ウイルス性肝炎の 否定	ウイルスマーカー陰性	2
		確診例 $\geq 7$ 疑診例 $\geq 6$

\*1自己抗体は最大2点まで。

\*2肝組織所見、

AIHに矛盾しない(compatible)：慢性肝炎の所見のあるもの。

典型的AIH(typical)：interface hepatitis, emperiplosis, 肝細胞のロゼット形成のいずれかがみられるもの。

Hennes EM et al Hepatology 48:169, 2008より引用

次回の開放病床症例検討会は

1月18日(火)、3月15日(火)です。

今回は、貧血にて発見された小腸腫瘍の 1 例を発表しました。

症例は 81 歳男性。2001 年 8 月、大腸癌にて S 状結腸切除術施行 (HOP0, ss, 1y1, v0, n(-))。2008 年 1 月以降外科外来に通院せず、高血圧症等にて当院内科に通院していた。2009 年 8 月喀痰・血痰が出現し、胸部 xp・CTにて右肺上葉に 6cm 大の腫瘤を認めた。他院に紹介し 10 月、胸腔鏡補助下右肺上葉切除を施行された (Poorly differentiated adenocarcinoma with cavity formation, pT3N0M0 stage IIB, 7.5x6.2x8.0cm)。以後外来通院中、2010 年 4 月中旬より倦怠感、歩行時息切れが出現。5 月内科を受診し高度貧血を認めた。胃内視鏡上問題なく外科に紹介された。大腸内視鏡、腹部 CT 検査では出血源は認めず、精査目的に他院を紹介した。カプセル内視鏡が施行され、十二指腸を越えてまもなくの上部空腸に発赤調の隆起性病変があり、同部位でカプセルが 8 時間近く停留していた。続いて施行された小腸内視鏡検査では、上部空腸に 8cm 大の腫瘍性病変があり、表面は比較的平滑で頂部の粘膜欠損している部位には白色調の腫瘍が露出しているようにみえた (図 1)。

小腸腫瘍 (癌、GIST、肉腫、リンパ腫、肺癌の転移) の診断にて 6 月手術を施行した。腹部大動脈周囲・小腸間膜に腫大したリンパ節を認め、上部空腸は拡張し手拳大の腫瘍 (腸重積状態) を触知した (図 2)。癒着を剥離し小腸を挙上後、小腸を部分切除し吻合した (図 3)。病理所見は、Type1(11x7.5x3.5cm), poorly differentiated adenocarcinoma, pSS, med, INFb, 1y1, v1, pPMO, pDMO、出血壊死が広がり極めて異型性の強い低分化 cancer cell が増生浸潤し、肺由来の転移性腫瘍として矛盾しない、であった。術後経過は順調であり 6 月下旬に退院された。

8 月下旬より全身倦怠感・経口摂取低下を認め 9 月入院。腹部 CT 上、右肺下葉に多発結節、肝に低吸収結節が多発し、さらに左腸間膜に 10cm 程度の腫瘤、ほか腹腔内に結節を多数認めた。徐々に状態が悪化し 10 月に永眠された (肺癌手術後 1 年)。(文責：外科 大上 英夫)

肺癌の小腸転移による腸重積症例 (42 例の報告)：日本臨床外科学会誌 70 (3)、772-777、2009

1) 原発巣の治療

手術 20 例 (47.6%)、化学療法 8 例 (19.0%)、放射線化学療法 6 例 (14.3%)、無治療 5 例 (11.9%)、放射線治療 2 例 (4.8%)、分子標的治療 1 例 (2.4%)

2) 組織型

大細胞癌 21 例 (50%)、腺癌 12 例 (23.8%)、扁平上皮癌 2 例 (4.8%)、小細胞癌 2 例 (4.8%)  
未分化癌 2 例 (4.8%)、癌肉腫 2 例 (4.8%)、多形癌 1 例 (2.4%)  
腺癌 12 例の分化度：低分化腺癌 10 例 (83.3%) と最多

3) 腸重積の初発症状

腸閉塞症状 (嘔気、嘔吐、腹痛) 35 例 (83.3%)、消化管出血 (貧血・下血) 4 例 (9.5%)、不明 3 例 (7.2%)

4) 原発巣治療開始から腸重積診断までの期間

7 日～2 年 10 ヶ月 (平均 5.9 ヶ月)

5) 腸重積の部位

空腸 31 例 (73.8%)、回腸 9 例 (21.4%)、不明 2 例 (4.8%)

6) 予後

死亡 31 例 (73.8%)、生存 10 例 (23.8%)、不明 1 例 (2.4%)  
死亡例での腸重積手術後の生存期間：13 日～13 ヶ月 (平均 84.6 日)

7) 治療

腸切除は姑息的手術。患者の QOL を維持し延命を図るためには意義がある。  
予後の大きな改善は困難。治療法の選択においては十分な IC が必要。

図 1: 小腸内視鏡



図 2: 術中写真



図 3: 標本写真



## 動脈硬化指標 CAVI は CKD 発症の予測因子として有用(H22.10.21)



(内科 島倉 淳泰)

動脈硬化度や高血圧が慢性腎臓病 (CKD) の発症や進展に関連することはよく知られているが、CKD 発症と動脈硬化との経時的な相互関係は明らかではない。そこで、富山通信病院(富山市)内科の島倉淳泰氏らは 1.5 万人の検診データを用いて、CKD 発症に及ぼす動脈硬化と高血圧の関連性を検討し、福岡市で 10 月 15 日から開催された第 33 回日本高血圧学会でその結果を発表した。

今回、検討対象としたのは日本労働文化協会恵比寿健診センター(東京都渋谷区)などにおいて、動脈硬化指標である CAVI (Cardio-Ankle Vascular Index) 測定を含む循環器健診および一般健診を 2 回以上経時的に受け、かつ初回健診時に CKD ではないと判定された 1 万 5278 人(男性 7304 人、女性 7974 人)。CKD は推算糸球体濾過量 (eGFR) が 60mL/min/1.73m<sup>2</sup> 未満あるいは蛋白尿陽性 (2+以上) と定義した。

初回健診時の対象者の背景は、年齢が 47 歳、血圧が 124/74mmHg、総コレステロールが 210mg/dL、HDL コレステロールが 67mg/dL、トリグリセリドが 107mg/dL、血中尿素窒素 (BUN) が 13.7mg/dL、尿酸が 5.1mg/dL、血清クレアチニン 0.69mg/dL、eGFR が 80.8mL/min/1.73m<sup>2</sup>、HbA1c が 5.2% で、CAVI が 7.50 であった。

平均追跡期間は 659 日で、その間に CKD 発症が確認されたのは 917 人 (6.0%)。なお、CKD の発症率は、高血圧、糖尿病、脂質異常症、55 歳以上、収縮期血圧 140mmHg 以上、拡張期血圧 90mmHg 以上の群ではそうでない群に比べ、それぞれ有意に高かった。また、対象者を CAVI 値で 3 分位したところ、CKD 発症率は第 1 分位 (低値群) が 3.1%、第 2 分位が 5.7%、第 3 分位 (高値群) が 9.3% であり、CAVI 値が高い群ほど CKD 発症率は有意に高かった。

また、高血圧治療を受けている者を高血圧群、受けていない者を高血圧未治療群として対象を 2 群に分けて検討したところ、CKD 発症の累積リスクは高血圧群で有意に高かった。次に、検討対象を初回健診時の収縮期血圧 140mmHg 以上と同未満、拡張期血圧 90mmHg 以上と同未満でそれぞれ 2 群に層別したところ、累積 CKD 発症リスクはいずれも高血圧高値群で有意に高かった。

Cox 比例ハザードモデルを用いた検討では、CKD 発症の有意なリスク因子として、男性 (ハザード比 1.70)、年齢 55 歳以上 (同 2.13)、高血圧 (同 1.22)、CAVI 高値群 (同 1.58) が抽出され、CAVI のハザード比は高血圧のそれより高かった。

このように、加齢や性別、高血圧とともに、CAVI で評価した動脈硬化度の上昇が CKD 発症に先行して観察されたことから、両者には密接な関連性があることが示唆された。こうした結果を踏まえて島倉氏は、「健診では一般検査に加えて血管機能検査を行うことで、CKD のハイリスク群を同定できるのではないかと締めくくった。

(日経メディカル別冊編集)

## 外来診療担当表

※は手術日

診療科		月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	
内科	午前	1 診	舟木	島倉	長澤	老子	舟木
		2 診	島倉	高田	舟木	高田	島倉
		3 診	長澤	長澤	島倉	長澤	長澤
	午後	1 診	老子	長澤	長澤	舟木	老子
		2 診	高田		高田		
外科	午前	大上/長	大上/長	大上/長	大上/長	大上/長	
	午後	大上/長	大上/長	※大上/長	大上/長	大上/長	
整形外科	午前	中山	中山	中山	中山	中山	
	午後	中山	※中山	中山	中山	中山	
婦人科	午前	井川	井川	井川	井川	井川	
	午後	※井川	井川	井川	井川	井川	
眼科	午前	坂井	坂井	坂井	坂井	坂井	
	午後	坂井	坂井	坂井	※坂井	坂井	

## 編集後記

地域連携室に勤務して 5 ヶ月が過ぎました。昨年は、初めての経験をたくさんさせていただきました。特に病院訪問では、各先生方、スタッフの方々の親切な対応に触れることができ、自分の励みにすることができました。

新しい年を迎え、スタッフ一同、気を引き締めて仕事に向かっていきますので、どうぞよろしく願いいたします。  
(地域連携・医療福祉相談室 堀江 美保)

富山通信病院地域連携・医療福祉相談室

電話番号 : 076-421-7819

F A X : 076-421-7829