



病院理念

私たちは、病に苦しむ人や障害に悩む人に科学的根拠に基づく最善の先進的医療を迅速かつ安全に提供するとともに、人権と個人情報の保護を心がけ、相互信頼に基づく快適な医療の実践に努めます。 せんぼ東京高輪病院

非専門医のための肝臓病入門 その3

せんぼ東京高輪病院
院長



よしば 真彰

日本の肝臓病—診断をめぐって—

私の書庫には欧米の肝臓病の教科書が何冊かあります。どれも上下2巻の大冊です。その中に記載されている肝臓病も多種類で、今まで私も経験したことがない病気もたくさんあります。外国で多種類である理由として、米国は特に多民族国家であり、それぞれの人種に特有な病気が存在することが挙げられます。たとえば肝癌の原因となるヘモクロマトーシス（鉄が各臓器に沈着する疾患）や肝硬変の原因となるαアンチトリプシン欠乏症（血清蛋白の1つであるαアンチトリプシンが欠乏する疾患）はヨーロッパ人に多い病気です。また世界は広く、風土病的な肝臓病が多いことなども大きい理由です。例えばAIDSに伴う肝障害、梅毒による肝炎、マラリア、ワイル病の肝障害、D型肝炎など我国ではほとんど見られません。我国にも以前は山梨県にツツガムシ病という肝硬変に至る風土病が、また北海道の礼文島を中心に肝包虫症という風土病がありました。絶滅したようです。

我国は単民族国家であり、アジア大陸の東端に位置するとの理由から病気の種類は限られており、その中心はウイルス肝炎です。一方、北欧諸国（英国を含めて）にはウイルス肝炎はほとんどありません。米国は多民族国家ですのでウイルス肝炎はありますが、多くはアジア人、ラテン系の移民の病気で、これらの人達と性的交渉を持つか、不潔な針を共有する麻薬常習者でない白人がかかる事は稀です。このように一口に肝臓病といっても国によって実情は異なります。一般に発展途上国は感染症が多く、先進国は人類に宿命的な飲酒、薬物が多い傾向があります。日本はその中

間といったところでしょうか？

私は我国の肝臓病は次のように分けると簡単だと思います。【Ⅰ】感染症【Ⅱ】生活習慣病【Ⅲ】自己免疫疾患【Ⅳ】先天性疾患。【Ⅰ】はウイルス肝炎（大半がBとCで、Aは絶滅危惧種、Dはなし、Eは北海道の風土病）、細菌感染（肝膿瘍）、原虫（稀、時にアメーバ）。【Ⅱ】はアルコール性と肥満〔最近ではNASH（非アルコール性脂肪性肝炎）が話題になっています〕が主ですが、薬剤性もこの中に入れてよいと思います。【Ⅲ】は自己免疫性肝炎、原発性胆汁性肝硬変、原発性硬化性胆管炎、【Ⅳ】はウイルソン病、ヘモクロマトーシスといったところでしょうか？ですから、GOT、GPTの異常値の患者を見たら、まず身長、体重をチェックし、飲酒歴（女性は言わない事もある）、薬物服用歴に注意し、【Ⅱ】であるか否かを診断します。次にHBs抗原、HCV抗体の有無をチェックし、【Ⅰ】であるか否かをチェック、次に抗核抗体と抗ミトコンドリア抗体をチェックして【Ⅲ】であるかを確認します。これでスクリーニング検査は終了です。この段階で日本人であれば大体どれかに引っ掛かります。ここまでで診断がつかなければ【Ⅳ】で血中セルロプラスミンとフェリチンを調べますが、私はウイルソン病は今までに3例のみ、ヘモクロマトーシスは1例も見ただけです。かなり稀です。それでも診断がつかないと肝生検という手があります。しかし、肝生検では病態はわかりませんが、診断までつける事は難しい場合があります。

以上のように我国の肝臓病は種類が限られていますので、欧米の教科書の一部しか必要がないのです。



平素より患者さんをご紹介いただき、まことにありがとうございます。
呼吸器内科の症例報告をさせていただきます。

【症例】

<症例1>

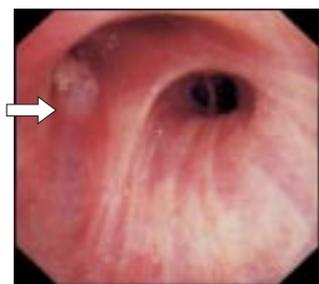


写真①

72歳の男性。発熱、咳、血痰を主訴に受診となりました。

胸部X線、CT所見では、右S3領域に4cm大の腫瘍性陰影を認め、同部位の末梢領域の含気の低下を認めました（写真①）。

また、左S1+2、S領域にそれぞれ2cm大の肺内転移を疑う腫瘍性陰影を認め、血液所見・血清生化学所見および理学所見と合わせて原発性肺癌、肺内多発転移と、その末梢領域の閉塞性肺炎の存在を強く疑い、閉塞性肺炎に対してSBT/ABPC6g/日による加療を開始しました。

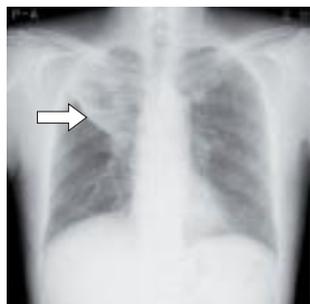


写真②

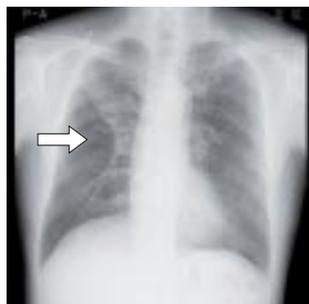
閉塞性肺炎加療後の気管内視鏡検査所見（写真②）では、右B3気管支を全周性にほぼ完全に閉塞する隆起性病変を認め、同部位の経気管支肺胞洗浄液の細胞診の検査結果、およびその後の全身検索の結果より、進行肺扁平上皮癌（cT2N0M1a、Stage IV）と診断しました。

本症例は、腫瘍細胞から肺癌分子標的治療薬に対する感受性遺伝子変異と耐性遺伝子変異が同時に検出された比較的稀な症例でしたが、幸運にも初回化学療法（nedaplatin80mg/m²+Gemcitabine800mg/m²）にて腫瘍を著名に縮小させることができました（治療前写真③、治療後写真④）。

その後一年以上が経過していますが、現在も再発がなく無症状で外来通院中です。



写真③



写真④

<症例2>

57歳女性。乾性咳嗽を主訴に受診しました。胸部X線・CT所見では左肺の一部癒着を伴う著名な虚脱を認め、左肺気胸と診断しました。本来であれば緊急胸腔ドレナージの適応ですが、ほぼ無症状で全身状態および酸素化も安定していたため、患者さんの希望も考慮し、本症例では例外的に保存的経過観察としました。

その結果、肺虚脱はほぼ完全に回復しました（入院時写真⑤、退院後写真⑥）。



写真⑤



写真⑥

<症例3>

41歳男性の患者さんです。家族に睡眠時の無呼吸を指摘され受診しました。初診時は最近日中の眠気がひどく、熟眠感が乏しいと訴えておられました。PSG（写真⑦）にて、AHI:無呼吸低呼吸指数=59.7であり、重症閉塞型睡眠時無呼吸症候群と診断しました。nasal CPAP（写真⑧）治療を開始したところ、日中の眠気はほぼ完全に消失し、AHIは正常範囲内に改善しました。患者さんは、社会生活にまったく支障がなくなったと、たいへん喜んでおられました。

睡眠時無呼吸症候群を疑う患者さんの紹介に関しては、ホームページ上に紹介状のフォーマットがあり、簡便に紹介状作成が可能ですので必要時ご利用いただければ幸いです（写真⑦、⑧はイメージです）。



写真⑦



写真⑧

今後とも先生方からのご紹介をお待ち申し上げます。

診療協力部門紹介vol.6 リハビリテーション室

患者さんの心に寄り添うリハビリテーション室



技師長 かなやま えいくん 金山 永勲
 専門理学療法士(内部障害)
 3学会合同呼吸療法認定士
 認知症ケア専門士

当院リハビリテーション室の動向

理学療法部門では骨折を始めとした外傷のほか、整形外科領域での疾患はもとより、脳神経外科や内科・外科からの症例も増加傾向にあります。また、地域の患者家族の皆様に移乗介助技術の指導を行うトランスポジション研究会を始め、NST、RST(呼吸サポートチーム)、褥創委員会、糖尿病教室等、チーム医療の一員としての役割を担っております。さらに嚥下領域や足底挿板等、個々の専門性を高めるべく研鑽を積んでいます。

作業療法部門におきましては、手の外科領域の疾患に対する治療・訓練(ハンドセラピー)を主体として取り組んでいます。特に腕神経叢損傷等の末梢神経疾患に対しては医師とともに急性期から対応し、障害された上肢が再度“使える手(useful hand)”として回復するよう努めており、各医療機関や養成大学より高い評価をいただいています。

EBMによるリハビリテーションと心理面への働きかけ

近年、リハビリ分野においてもEBMに基づいて行なわれるようになり、各種疾患のガイドライン上にもリハビリテーションの項目が多くみられるようになりました。たとえば、日本脳卒中学会によるガイドラインでは、十

分なリスク管理のもとに可能な限り早期から積極的なリハビリを行うことが、グレードAのエビデンスによって強く推奨されています。このような急性期からのリハビリにより廃用性障害を予防し、早期のADL向上と在院日数の短縮化を図ることが可能となります。

しかしながら、実際の臨床場面においては発症後、自分の身体の状態を受容することが難しい患者さんも多く、いかにエビデンスに基づき推奨されるプログラムとはいっても、取り組んでいただけない場合も多々ございます。私たちはこのような患者さん一人ひとりの心に寄り添い、ともに悩み、工夫して練習を行うことを最重要事項として心がけています。

退院から地域へ

終わりに私たちは急性期病院として、入院から退院までの一連のリハビリを通し、個々の患者さんのQOLを少しでも向上させるために、復職・趣味活動・社会参加を常に考慮に入れ、生命に時間を継ぎ足すのではなく、時間に生命を与えられるような援助をめざしています。この目標を達成するには、地域の先生方との連携を深め、ご指導を賜ることが不可欠かと存じます。今後とも、どうぞよろしくお願い申し上げます。



ハンドセラピー(スプリント作成)



急性期での呼吸リハビリテーション

TOPICS

12月下旬から機器更新のため休止となり、ご不便をおかけしておりましたRI検査が工事終了に伴い、1月11日から新機器により再開しています。新システムでは撮影時間の短縮・診断精度の向上が図られたほか結果報告もMRI・CTと同様にキー画像を添付したレポートとなりました。お気軽にご依頼くださるようお願いいたします。

更新を記念してRI検査による診断を多用する脳と心臓に関連する講習会を2月・3月に「高輪・品川医療セミナー」として企画しました。2月に行われたセミナーは本誌でご報告しております。3月のセミナーにつきましてはまだ間に合いますのでぜひご参加くださるようお願いいたします。



RI機器

News&News

第16回

せんぽ医療感染講習会 開催報告

2月4日、午後7時から開催しました。今シーズンのインフルエンザの動向がテーマでした。流行のさなかの開催となり院外からも含め、55名の方が参加されました。今年の傾向と新型インフルエンザに対する感染対策についての講演でした。講師はすっかりお馴染みになった森兼啓太先生で、最新情報を交えた講演でした。



講師・森兼先生

第7回

高輪・品川医療セミナー 開催報告

トピックスでお知らせしたRI設備の更新を記念しての2、3月の連続開催になります。2月は脳をテーマにして16日（水）に開催しました。東京医科大学老年病科 羽生春夫教授を講師にお迎えして「認知症診療における画像診断の実践」と題した講演が行われました。49名の参加でした。



講師・羽生教授

第8回

高輪・品川医療セミナー 開催のお知らせ

日時 平成23年3月23日（月） 午後7時30分～

場所 外来ホール

テーマ CKD 診療に心筋シンチグラムが必要なわけ

講師 東邦大学医療センター大橋病院 腎臓内科准教授 常喜信彦先生

第7回

コミュニケーションセミナー 開催のお知らせ

例年この時期に開催しているセミナーも第7回目となりました。今回はコミュニケーションを中心に下記の要領で開催します。

日時 3月23日（水） 午後7時～8時45分

場所 外来ホール

テーマ 患者さんと医療者のコミュニケーション

講師 慶應義塾大学看護医療学部教授 杉本なおみ先生

新任医師のご紹介



えもりはるか
江守 永
整形外科医師



おかやまたかひさ
岡山尚久
心臓血管外科医長



なかのりか
中野利香
内科医師

編集後記



玄關脇の紅梅

「暑かった年の冬は厳しい」との予想どおり、年末から1月にかけては交通機関までもがマヒ状態となる記録的大雪や極寒の冬でした。連日テレビの報道や特集を見るたびに、北国にお住まいの方々特にお年寄りには日々の生活に大きな影響があり、不幸にしてお亡くなりになる方も多く出るなど例年の数倍厳しい寒さではなかったかと推察いたします。都心部でも雨がまったく降らず乾燥した日が続き、いつまでもインフルエンザが衰えず、先生方も神経が休まらずお疲れになったのではないのでしょうか。報道によれば猛暑の影響は今年の花粉症にも影響があり、飛散量が昨年の5～8倍にも上るとのことです。いまさらながら自然に対する人間の力の限界を思い知らされる陽気が続いております。ご自愛ください。