

第20回 せんぽ医療感染講習会 開催報告

平成24年2月23日 大寒波の襲来とともに、急激に拡大しているインフルエンザ対策として急遽第20回医療感染講習会を開催することになりました。開催決定が2月はじめであり広報があわただしく皆様には大変ご迷惑をおかけしたと存じます。申し訳ありませんでした。

当日はまず院内感染防止対策委員会でICTリーダーである辻小児科部長による「当院における今シーズンのインフルエンザ患者発生状況」の講演がありました。続いて第18回にご講演いただきました愛知医科大学大学院医学研究科 感染制御学の三嶋廣繁教授に緊急依頼し「パンデミックから学ぶインフルエンザ診療 ～抗インフルエンザ薬もふくめて～」と題した講演を行っていただきました。大流行の最中ではありましたが外部16名を含む78名の方が参加されました。



これからのセミナー開催予定

- ・5月16日 第21回 せんぽ医療感染講習会
- ・5月予定 コミュニケーションセミナー
- ・5月予定 高輪・品川医療セミナー RI関連 循環器

24年度も基本的には前年度と同じような時期に各種セミナーを開催する予定です。詳細が決定しましたら本紙面や毎月の外来診療担当表送付時にお知らせします。テーマにつきましてはタイムリーな情報が提供できますよう企画してまいります。是非ご参加くださるようお願いしております。

アルバムから～コンサート特集

上 12月21日 Xmasスペシャルコンサート

出演：ヴァイオリン 中村ゆかり
シンセサイザー 富田有重



下左 12月23日 クリスマスコンサート

出演：頌栄女子学院
合唱団・ハンドベルクワイヤー



下右 2月21日 春待ちコンサート

出演：女声合唱 セントポーリア



編集後記



「ミック・ミニの難節り」看護部 季節行事部会の作品

1月は、インフルエンザの何年ぶりかの流行で診療に追われた先生も多いと思われます。2月に入り大寒波の停滞による記録的な大雪で地方の方々も大変でした。東日本大震災からもうすぐ1年が過ぎようとしています。言い尽くされたことですが自然はまさに驚異です。人間の英知の及ぶところではないということをつくづく思い知らされます。それでも「冬来たりなば春遠からじ」、もうじき桜の花便りが聞こえる季節になりました。新年度の準備でお忙しい先生もおられることと存じます。何があっても季節は必ずめぐって来ます。とくにこの時期には、いつものことですが心がほっとなごみ、気持ちも新たになってきます。

Contents

～院長室から～

非専門医のための肝臓病入門
その6「B型慢性肝炎の治療」
院長 与芝 真彰

ご紹介患者の症例報告

第21回 眼科 部長 吉筋 正雄

第22回 歯科口腔外科
部長 吉屋 誠

News&News

●第20回せんぽ医療感染講習会
開催報告

●これからのセミナー開催予定

●アルバムから～コンサート特集

vol.39
2012.3.1

せんぽだより
うえーぶ
Wave

せんぽ
東京高輪病院

地域医療・支援センター
地域医療連絡室

〒108-8606 東京都港区高輪3丁目10番11号
TEL: 03-3443-9576 FAX: 03-3440-9570
http://www.sempos.or.jp/tokyo

病院理念

心のもった医療を安全に提供します。

せんぽ東京高輪病院

非専門医のための肝臓病入門

その6 B型慢性 肝炎の治療



せんぽ東京高輪病院 院長 与芝 真彰

A型肝炎やE型肝炎と違い、B型肝炎とC型肝炎は慢性肝炎や肝硬変、肝癌の原因となるので日本人にとって重要な病気です。B型肝炎は二重鎖（一部一本鎖、増殖期に二重鎖となる）DNAを遺伝子とするのに対して、C型肝炎は一重鎖RNAを遺伝子とするので前者は変異が遅くワクチンが作り易いものに対し（現に実用化されている）、後者は変異が速くワクチンが作り難い（現在も実用化されていない）など基本的な差があります。

そのような基礎的な差はさておき、治療目標や治療方法にも大きな差があります。それはC型肝炎ウイルスは排除できるのに対し、ゲノタイプCとBjが大半を占める我国のB型肝炎ウイルスは基本的に排除できない事です（欧米に多いゲノタイプAは排除可能です）。ウイルス病の治療の目標はウイルスの排除ですから、B型肝炎は治らないのかと言えばそんな事はありません。

B型肝炎ウイルスは4歳以下で感染した場合に限って慢性化します。つまり、5歳以上で感染しても排除してしまい慢性化はしません。一方、C型肝炎は何歳で罹患しても大半は慢性化します。このように宿主の免疫学的関係がB型とC型では異なるのです。つまりB型はC型より宿主の免疫応答に鋭敏に反応すると言えます。B型の場合幼少時には宿主はウイルスを異物として認識しませんが、思春期頃から異物と認識して排除にかかります。具体的にはウイルス感染を受けた細

胞を自らのリンパ球が破壊して細胞内に巣食っているウイルスを追い出そうとするのです。これが肝炎です。そして一定期間肝炎が続いた後、HBe抗原系のセロコンバージョンという現象が起こり、ウイルスの増殖が急に弱まります。そしてウイルスが肝臓に居ても増殖を停止した状態を「臨床的治癒」と言います。血中にはウイルスが存在しなくなる事が理想ですが、永続的に 10^3 コピー/ml以下になれば病気の進行も発癌の可能性も著減するので、それが治療の目標になります。85%の人は肝炎を発症しても治療せずにこの状態になります。10%の人がウイルスの増殖が弱まらず肝炎も鎮静化せずに肝硬変、肝癌に進行します。この10%の人を85%の方に持っていくのが医者腕です。

ですから、逆説的ですがB型の治療は肝炎を悪化させる事です。その確実な方法はゼフィックスやバラクルードなどの核酸アナログでウイルスを減らしておいて突然薬を切ってウイルスを増やす事です。これが刺激となってGOT,GPTが上昇します（リバウンドと言います）。これは自ら肝炎を治そうとする反応ですから、その後にインターフェロンや抗ウイルス剤を投与する事が最も合理的であり、治癒し易いのです。大きなリバウンドが恐ければ計画的に抗ウイルス剤を2ヶ月投薬、1ヶ月休薬（on,off）して小さいリバウンドを続ける方法は安心して行えるし、時間はかかっても成功する事があります。私の患者で71歳の女性で核酸アナログのon,offを繰り返して目標を達成している人も居ます。

最近では核酸アナログの無期限長期投与（薬漬け）が推奨されていますが、薬漬けは製薬メーカーは喜ぶかもしれませんが、止めれば元に戻ってしまいますので根本解決にはなっていません。また強力ミノファージェンCの注射はむしろ治ろうとする肝炎反応を抑えてしまうので逆療法になってしまいます。

B型肝炎の治療にはB型肝炎の疾患論理の理解が不可欠です。今回はC型肝炎の治療を概説します。

第21回

ご紹介患者の 症例報告 **眼科**

眼科
部長 吉筋 正雄



いつも患者さんをご紹介いただき、誠にありがとうございます。今回は、昨年11月に閉塞隅角症急性発作の救急患者としてご紹介いただき、直ちに入院治療となった症例について、ご報告させていただきます。

この方も、遠視気味の目と白内障の進行が、閉塞隅角症の原因でした。認知症のためか、ご本人は、白内障による左眼視力低下にも、気付かなかったようです。

症例

症例：69歳 男性

主訴：左眼瞼腫脹、左視力低下

既往歴：アルツハイマー型認知症

11月12日頃からの左眼瞼腫脹を主訴に、11月16日クリニックを受診。左眼圧：51mmHg、左視力：手動弁。左眼の結膜浮腫・角膜浮腫・浅前房・膨隆白内障あり、左急性緑内障発作の診断で、当科へ救急紹介されました。

11月16日夕 当科初診時、右矯正視力1.2p、左視力手動弁、眼圧右8mmHg、左38mmHg。両眼共に前房浅く、白内障は膨隆傾向にありました。左眼は中等度散瞳して角膜浮腫強く、閉塞隅角症急性発作として、直ちに入院とし、治療を開始しました。

グリセオール400ml・ダイアモックス500mg点滴、サンピロ2%頻回点眼開始。点滴終了後、左眼圧26mmHgまで下がり、左虹彩光凝固術(LI)施行しました。

翌17日以降、左眼圧は30mmHg以上が続き、21日午後に白内障・緑内障同時手術を計画しましたが、角膜浮腫による透視性低下で困難が予想されました。

21日朝の診察で、左眼圧が7mmHgと下がり、角膜浮

腫改善で透視性向上しました。

同日午後、左緑内障手術(隅角形成)・水晶体再建術(眼内レンズ挿入)同時手術を施行しました。

22日以降、左眼圧は10mmHg未満と安定し、緑内障薬を全て中止しました。

29日、右虹彩光凝固術(LI)施行しました。

30日、右矯正視力1.0、左矯正視力0.3、右眼圧9mmHg、左眼圧4mmHg

病状が安定したので、12月2日軽快退院となりました。

平成24年1月25日、右矯正視力1.0p、左矯正視力0.6pと改善してきました。眼圧は、右11mmHg、左8mmHgで安定しています。右眼白内障については、進行すれば閉塞隅角症の原因となるため、早めに手術するのが望ましいと考えております。

今回の症例は、閉塞隅角症急性発作に対する、「点滴・点眼・レーザー手術」の外来処置だけでは改善しない難治症例でしたが、入院手術による治療が奏功したと思われれます。今後とも、ご紹介のほどよろしくお願ひ申し上げます。

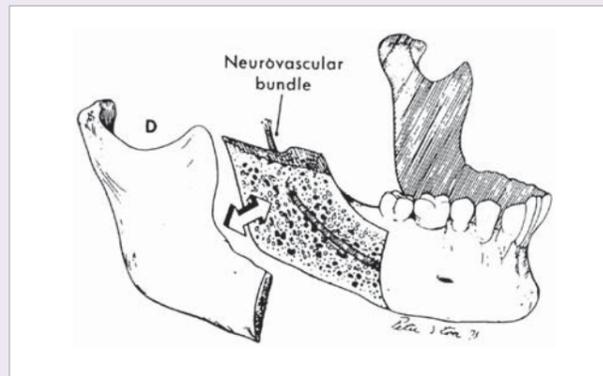


図3 下顎枝矢状分割術

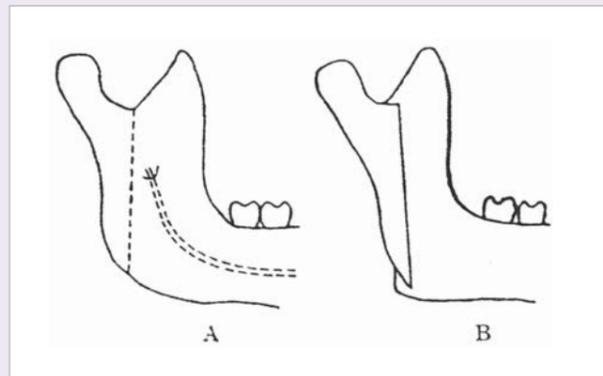


図4 下顎枝垂直骨切り術

第22回

ご紹介患者の 症例報告 **歯科口腔外科**

歯科口腔外科
部長 吉屋 誠



平素より多くの患者様をご紹介していただき誠にありがとうございます。今回は顔面の非対称の為にご紹介いただいた顎変形症の1例をご報告させていただきます。

症例



写真1

21歳女性で2010年11月13日に某矯正歯科から紹介来院されました。主訴はオトガイの左方偏位で、咬合も正中線が左側にずれて交叉咬合を呈しておりました(写真1,2)。患者さんは専門学校生で春休み中の手術を希望されておりましたので、

早速紹介元の歯科矯正医とカンファレンスを行いました。通常の下顎前突症の手術は骨切り後に下顎を両側とも後方移動させて骨接合しますが、本例は顎が左方に偏位しておりますので右側は4mm後方移動し左側は2mm前方移動する事になりました。



写真2

その場合、骨片を強固に接合しますと顎関節に歪みが生じ障害を来す事が予想されます。そこで右側はプレート固定する下顎枝矢状分割術(図3)を、左側は骨片がフリーな下顎枝垂直骨切り術(図4)のコンビネーション手術をプランニングして、患者さん並びに母親に説明し治療方針が決定されました。

手術に間に合う様に紹介元で術前矯正治療を継続させて、2011年2月12日に自己血輸血の為に400g貯血しました。3月1日に入院し、3月2日に経鼻挿管全身麻酔下に口腔内から右側は下顎枝矢状分割術を施行し、生体内で吸収するメッシュプレートと螺子で骨接合しました。左側

は下顎枝垂直骨切り術を施行して、緊急時に解放できる様にゴムチェーンで顎間固定を行いました。手術時間は3時間で、出血量は300mlでしたが自己血を返血しました。翌日から経管栄養を開始し、3月14日に顎間固定を解放して流動食を摂取させました。食事を徐々にupさせ、3月19日に軽快退院されました。退院後の顔貌は左右対称になり咬合も正中線が一致して(写真5)、懸念されていた顎関節障害も認められませんでした。写真6は術直後のパントモX線で、予定通り骨切りが施行されております。手術後1年が経過し、後戻りはなく患者さんは満足しております。



写真5

顎変形症の手術はとても気を遣い、顎間固定の危険性とストレスも考えられます。十分なカンファレンスと細心の注意で対応して行く所存でおりますので、今後とも宜しくお願ひ申し上げます。



写真6