

# 光市医師会報

平成17年10月号

No.378



光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

平成17年9月4日(日)

あいぱーく光



### 先月の医師会長

- 9月 1日(木) 産業医出務  
高齢保健福祉等策定市民会議 (あいぱーく)
- 9月 4日(日) ふれあい健康フェスティバル (あいぱーく)
- 9月 7日(水) 医師連盟出務
- 9月 8日(木) 医師連盟出務  
郡市会長会議 (山口県医師会)
- 9月13日(火) 理事会 (事務局)
- 9月14日(水) 周南3市医師会保険研究会 (徳山医師会)
- 9月19日(月) 休日診療所 (あいぱーく)
- 9月22日(木) 介護認定審査会 (あいぱーく)
- 9月27日(火) 症例検討会 (光市立光総合病院)
- 9月28日(水) 予防接種研究会 (徳山医師会)
- 9月29日(木) メタボリックシンドローム研究会 (ホテルサンルート)



### 9月の医師会活動

- I. 4(日) ふれあい健康フェスティバル
- II. 13(火) 定例理事会 (医師会事務所)
- III. 27(火) 症例検討会 (光市立光総合病院)

### II. 定例理事会

日時:平成17年9月13日(火) 午後7時30分～

場所:光市医師会事務局

議題:

#### I. 報告事項

- 1. 休日診療所連絡協議会(8/11) (河村会長)
- 2. 郡市地域医療計画担当事務協議会(8/11) (光武理事)
- 3. 光市立病院ヒアリング(8/25) (河村会長)
- 4. 親睦旅行の件 10月16日 (丸岩理事)

- |  |        |
|--|--------|
| 5. 忘年会の件 12月9日の予定                                    | (丸岩理事) |
| 6. 学術講演会10月7日(金曜日)午後7:00より<br>光商工会館 2階 大会議室で開催の件に関して | (丸岩理事) |
| 7. 光市高齢者保健福祉計画等策定市民協議会                               | (河村会長) |
| 8. 都市医師会長会議(9/8)                                     | (河村会長) |

### 資料① 1. 休日診療所連絡協議会

日時:平成17年8月11日(木)

場所:あいば一光

1. 平成16年度利用状況  
内科系2044、外科系 680、計2687  
2次搬送 37(1.4%)1日平均 39名
2. 平成17年度4-7月報告
3. 平成16年救急出場状況  
3300件 3234名  
休日診療所 搬送 3件  
転送 4件
4. その他(検討項目)
  - ①外来窓口の円滑化の為、薬剤師用の窓口が欲しい。
  - ②処方箋のカーボン方式導入の検討。

### 資料② 2. 平成17年度都市地域医療計画担当理事協議会

日時:平成17年8月11日(木) 午後3時~

場所:山口県医師会6階

地域医療と一口でいうが、その間口は大変ひろい、医師会活動のほとんどがそれと関連があるといっても過言ではない。来年、第5次山口県保健医療計画が見直しされるに当たり、県医師会より郡市医師会へ同計画に対しての意見や要望を出すようにとの要請があり、それは、今回の協議会にて、下記の7項目のテーマに分けられてディスカッションされた。それは来年の保健医療計画の叩き台の一角に成る筈である。「テーマ」

1. 救急医療(災害医療含む)について
2. 小児医療(小児救急医療含む)について
3. 医療情報ネットワークと医療機関連携について
4. 在宅医療と地域医療連携について
5. 医療と介護の連携(在宅医療と地域包括ケア)について
6. 主要疾患別診療ネットワークについて(脳卒中、がん、虚血性心疾患、糖尿病)
7. 医師確保問題及び僻地医療について

上記の項目について郡市が抱える問題が提示され討議された。

その内各郡市医師会が共有すると思われる問題について挙げてみる。

1. の救急医療に関しては、市町村合併に伴い、行政区と医療圏が異なる郡市も出現してきたことが問題となってきた。合併に伴い、行政圏は拡大されるが、医療圏や救急消防圏は複雑に入り組み、同じ市民でありながら、各地域によって救急医療体制がまちまちで混乱を生じる可能性があり、早期の整備と状況に応じたマニュアル作りが必要である。
2. の小児医療に関しては、各地域とも二次救急、三次救急を扱う大病院でなく「医師会立」や「かかりつけ医」を重点にしてやっていきたいが会員相互の協力体制がなかなか出来てこない。患者さんにとっては一次も三次もないことなので、最初から大きな病院へいく傾向があり医療機関が片寄る、大病院が軽症患者で混む事態になる。
4. の在宅医療と地域医療連携に関しては、地域医療パス、連携パスを病院内だけでなく、院外の、地域の開業医も含めた形で作っていききたい。そうすると、退院した術後の患者のフォローも軽くなる。これからは、病院勤務医の往診医療や在宅医療への加担も欲しい。
6. の主要疾患別診療ネットワークに関しては、専門医体制が出来ていない地域が多い、たとえば脳出血は脳神経内科医が診たほうが予後が良いのに内科医が診たりする、県内にがん拠点病院らしき病院が見当たらないので、このような患者をどこに紹介したらよいかわからない。安心して送れる、がん拠点病院がほしい。
7. の僻地医療に関しては、山口県の薬剤師不足が指摘され、これは県内に薬学部がないことに原因があるので、山口大学か県立大学に薬学部の新設をお願いしたい(要望)。

### 資料③ 7. 平成17年度第1回光市高齢者保健福祉計画等策定市民協議会

日時:平成17年9月1日(木) 午後2時~4時

場所:あいば一光

内容:

介護保険

基準額 3,590

財政 市債借入 平成15年 1460万円  
平成16年 1860万円

第3期(平成18-平成20)介護保険事業計画の策定方針

1. 重症者(要介護④⑤)を施設で70%以上にする
2. 居住系サービス利用の10%減及び地域密着型にする
3. 地域包括支援センター及び運営協議会の立ち上げ
4. 日常生活圏の設定
5. 小規模多機能型施設の設置

資料④ 8. 都市医師会長会議

日時:平成17年9月8日(木) 午後3時～

場所:山口県医師会6階

1. 中央情勢報告  
都道府県医師会長協議会より  
地域完結型 → 日常医療圏構想。(都道府県が国保料を設定)
2. 中四国医師会連合医学会より  
医師会は地域包括支援センターに積極的関与を。  
新予防給与 要支援2の設定。(介護認定審査会で)  
ACLS研修会、AED研修会の就実。(徳山医師会のモデル)
3. 医療事故防止研修会  
Video Library 参照の事。
4. 特別講演  
医療保険制度改革と地域医療 慶応大学 田中 滋 先生  
来年度医療改革の特徴  
①予防(給付)  
②地域(完結)  
③診療報酬 → 高齢者医療制度の設定

II. 第5回合同症例検討会

日時:平成17年9月27日(火) 19:00～

場所:光市立光総合病院 2階会議室

司会進行:光総合病院院長 守田信義

1. 慢性腎不全;保存期から透析導入期における病診連携について  
光総合病院泌尿器科 井本勝彦、内山浩一
2. 早期インスリン導入により速やかにインスリン離脱が可能であった2型糖尿病の3例  
大和総合病院内分泌科 井上祐介
3. 幼少時より排便困難が続いている青年男性の一例  
光総合病院消化器内科 白石慶、矢川智仁  
同 外科 竹中博昭、折田雅彦、八木隆治、守田信義
4. クラミジア感染症により卵管閉塞をきたした症例  
大和総合病院産婦人科 猪口博臣
5. 膝関節腫脹の鑑別診断(自験例の供覧)  
光総合病院整形外科 斉藤良明、海永泰男、高野信一



1. 慢性腎不全:保存期から透析導入期における病診連携について

光総合病院泌尿器科 井本勝彦、内山浩一



慢性腎不全～慢性腎不全の患者さんをみたら～

2003年末のわが国の透析人口237,710人 昨年末に比べ8,172人(3.6%)増加  
人口100万人当たり患者数1,862.7人  
山口県人口1,496,702人(山口県の透析人口2,699人)  
光市の人口55,865人(光市の透析人口100.7人)

周南市の人口156,606人(周南市の透析人口282.4人)

下松市の人口55,192人(下松市の透析人口99.5人)

2002年末～2003年末の粗死亡率9.3%

透析導入症例平均年齢65.4歳、2003年末の透析人口平均年齢62.2歳

#### A) 成因:透析導入患者原疾患(透析患者原疾患)(いずれも2003年末)

糖尿病性腎症41.0%(29.2%)

慢性糸球体腎炎29.1%(46.6%)

その他29.9%(24.2%)

#### B) 診断

##### 1. 臨床症状

- 消化器症状:尿毒症性口臭(uremic fetor)、食不振、悪心、嘔吐、放置すれば脱水
- 神経筋症状:手足の筋攣縮(つり)、restless leg、灼熱感、頭痛、意識障害、放置すれば全身痙攣
- 呼吸器症状:呼吸困難、肺水腫、胸水、
- 高血圧
- 浮腫
- 多尿(夜間多尿が多い)、乏尿(脱水の場合)
- 皮膚掻痒感

##### 2. 検査所見

- 血清クレアチニン・尿素窒素の増加
- 貧血(正球性正色素性)
- 代謝性アシドーシス( $\text{HCO}_3^- < 20 \text{mEq/L}$ )
- 血清カリウム・リンの増加
- 血清カルシウムの減少

#### C) 保存期の治療

- 腎機能がすでに不可逆的に障害されていても、透析治療を要するまで漫然と観察するのではなく、腎機能を極力温存し、かつ通常の日常生活を持続させ、患者様のQOLを保つことが必要である。
- 保存期の治療の要点は、慢性腎炎、糖尿病など原疾患の治療を継続させるとともに、腎不全に伴う代謝異常をできるだけ是正することである。

##### 1) インフォームドコンセント

- ① 正しい病識:慢性腎不全、合併症、予後、増悪因子
- ② 食事指導:蛋白、食塩、カリウム、リンの制限と水分管理(脱水・溢水を防ぐ)
- ③ 生活指導
- ④ 服薬の意義、目的、作用

##### 2) 食事療法(図)

- 食事療法の目的は、蛋白代謝産物の蓄積を減少させ、水・電解質平衡および酸塩基平衡を維持して慢性腎不全の進行を抑制することである。

##### 3) 高血圧の管理

降圧目標:130/85mmHg未満

急激な降圧は好ましくない

尿蛋白1g/日以上の際は125/75mmHg未満を目標にするのがよい

##### ● 降圧薬

(ア)カルシウム拮抗薬(ジヒドロピリジン系)

- ① ノルバスク(5mg) 1錠 分1
- ② アダラートCR(40mg) 1錠 分1
- ③ ヒボカ(15mg) 1～3錠分1～3

(イ)アンギオテンシン変換酵素(ACE)阻害薬またはアンギオテンシンⅡ(AⅡ)受容体拮抗薬:血清クレアチニンが $2.5 \text{mg/dl}$ をこえる時は腎障害の進行に要注意

- ① レニベース(2.5～5mg) 1錠 分1
- ② プロプレス(4～8mg) 1錠 分1

##### ● 体液管理

食塩摂取制限(1日3～5g)またはループ利尿薬を投与する。

- 明らかな浮腫がなくても、腎不全患者の高血圧は体液依存性であることが多い。しかし、いたずらな利尿薬の使用は、脱水を誘発し腎機能低下を促進することがある。
- ネフローゼ症候群合併時には、日常生活に差し支えない軽度の末梢浮腫は放置してよい。

##### 4) 貧血の治療

血清クレアチニン $3 \text{mg/dl}$ 以上の腎不全における正球性正色素性貧血は、通常腎不全貧血と考えてよい。

① エリスロポエチン

- エポジンス注、エスポー注6000U 1~2週1回皮下注または静注。エポジンス注、エスポー注12000U、2週に1回皮下注または静注。
- 鉄欠乏の合併(フェリチン<50mg/mlまたは血清鉄/TIBC<0.2)があれば、鉄剤を静注あるいは経口投与する。
- フェロミア2錠 分1~2

治療目標 ヘマトクリット25~30%, またはヘモグロビン8.5~10.0g/dl、貧血による自覚症状がないこと

5) 活性炭

活性炭の経口投与により老廃物を消化管内で吸着し、血清クレアチニンの上昇を遅延あるいは減少させることができる。

- クレメジン細粒(2g/包)3包 分3 食間
- 21~30カプセル 分3 食間

吸着剤であるため他の薬剤との同時投与を避け、食間投与とする

6) リン・カルシウムの管理

腎不全に伴うリン排泄障害によって血清リンが上昇する。リン排泄障害は、糸球体濾過値が70%に低下した時点から生じる。リンの過剰負荷は腎機能の増悪を促進する。

高リン血症およびビタミンD活性化障害によって血清カルシウムが減少する。

① 高リン血症の管理

- リンの摂取制限が必要である。
- 蛋白質制限がリンの摂取制限にもなる。
- 肉類(とくに肉加工品)を控える。乳製品(チーズ、ミルク)、卵黄、大豆、豆腐は単位蛋白質あたりのリン含有量が高い。
- 魚類は骨のない切り身にする。
- 食品添加物はリン化合物が多い。全体に占める割合はわずかであるが、加工食品をとり過ぎないように注意する。

● 経口リン吸着薬

(ア)炭酸カルシウム1.5~6.0g/日 食直後

(イ)カルタン 3~12錠/日 食直後

食事のリンを吸着するのが目的なので、食直後または食中に内服する。

リン摂取量に応じて投与量を増減する。

水酸化アルミニウム(アルミゲル)は強力なリン吸着薬であるが、アルミニウム蓄積による副作用があるため、極力避ける。

② 低カルシウム血症の管理

●アルファロール、ワンアルファ 0.25~0.5μg/日分1

●ロカルトロール 0.25μg/日 分1

血清リンが高値の場合、活性ビタミンD投与は異所性石灰化を生じるおそれがあるため、血清リンの管理が重要である。

7) 尿酸の管理

1. 尿酸>7mg/dl

脱水の予防・尿量を十分に保つよう飲水を励行する(塩分は制限する)

2. 著しい高尿酸血症(10mg/dl)、痛風の合併、腎結石を繰り返す症例

●アロプリノール 100mg/日 分1

腎不全患者では、容量は100mg/dlにとどめる。

尿酸排泄促進薬は用いない。

表5-1 保存期慢性腎不全の食事療法の基本

| 病期     | I 期                | II 期                          | III 期                         |
|--------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|        | 腎予備能の減少            | 代償不全                          | 非代償不全                         |
| 糸球体濾過値 | >50%               | 50~30%                        | 30~5%                         |
| 水分     | とくに制限なし            | 尿量が1,500~2,500ml/日を維持するようにする  | 尿量を参考にして決める                   |
| 付加食塩   | 浮腫、心不全、高血圧があれば制限する | 浮腫、心不全、高血圧の有無や尿中Na排泄量に応じて決定する | 浮腫、心不全、高血圧の有無や尿中Na排泄量に応じて決定する |
| 蛋白質    | とくに制限の必要なし         | 0.8~1.0g/kg 体重                | 0.5~0.6g/kg 体重                |
| エネルギー  | とくに制限なし            | 30~40kcal/kg                  | 30~40kcal/kg                  |
| カリウム   | とくに制限なし            | あまり問題とならない                    | 1日 2,000mg 以下                 |
| リン     | とくに制限なし            | あまり問題とならない                    | 1日 800~900mg 以下               |

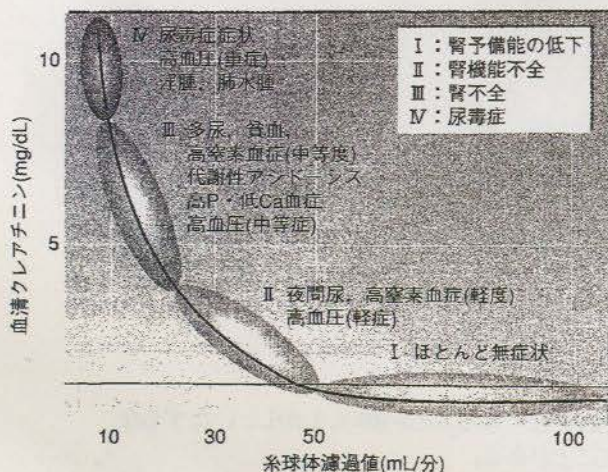


図1 慢性腎不全の病期分類(Seldin の分類)

8) アルカリ化剤

GFR30mL/min以下の腎不全ではアシドーシスに傾くため、アルカリ化剤による補正を必要とする。重炭酸イオン濃度を22mEq/L以上に維持する。アルカリ化薬(炭酸水素ナトリウム、乳酸カルシウムなど)を投与して、アシドーシスを改善することにより骨障害と筋肉の消耗を抑制する。

9) カリウム吸着薬

腎不全状態では、カリウムの排泄障害により高カリウム血症による不整脈による突然死を防ぐために経口カリウム吸着薬(イオン交換樹脂;アーガメイトゼリー、カリメート4, 5)による治療を行う。特に、アンジオテンシン・アルドステロン系を阻害する薬剤の使用により医原性にカリウムが上昇することが多い。軽度の高カリウム血症があるが、ACEIやARB、アルドステロン拮抗薬の使用が患者の利益に帰するところが大きいと判断した場合には、経口カリウム吸着薬の使用にて高カリウム血症を抑制する。

表5-2 慢性腎不全に対する長期透析適応基準

| 腎機能         | 血清クレアチニン (mg/dl)      | 点数 |
|-------------|-----------------------|----|
|             | クレアチニンクリアランス (ml/min) |    |
| I. 腎機能      | 8以上 [10未満]            | 30 |
|             | 5~8未満 [10~20未満]       | 20 |
|             | 3~5未満 [20~30未満]       | 10 |
| II. 臨床症状    | 程度                    | 点数 |
|             | 高度                    | 30 |
|             | 中等度                   | 20 |
| 軽度          | 10                    |    |
| III. 日常生活障害 | 程度                    | 点数 |
|             | 高度                    | 30 |
|             | 中等度                   | 20 |
| 軽度          | 10                    |    |

保存的治療では改善できない慢性腎機能障害、臨床症状、日常生活能の障害を呈し、以下のI~III項目の合計点数が原則として、60点以上になったときに長期透析療法への導入適応とする。

I. 腎機能

II. 臨床症状

1. 体液貯留 (全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫)
2. 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常)
3. 消化器症状 (悪心、嘔吐、食思不振、下痢など)
4. 循環器症状 (重篤な高血圧、心不全、心包炎)
5. 神経症状 (中枢・末梢神経障害、精神障害)
6. 血液異常 (高度の貧血症、出血傾向)
7. 視力障害 (尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症)

これら1~7小項目のうち3個以上のものを高度(30点)、2個を中等度(20点)、1個を軽度(10点)とする。

III. 日常生活障害

尿毒症症状のため起床できないものを高度(30点)、日常生活が著しく制限されるものを中等度(20点)、通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となった場合を軽度(10点)とする。

ただし、年少者(10歳以下)、高齢者(65歳以上)あるいは高度な全身性血管障害を合併する場合、全身状態が著しく障害された場合などはそれぞれ10点加算すること。

(川口良人他:透析導入ガイドラインの作成に関する研究.平成3年度厚生科学研究,腎不全医療研究事業報告書,p125,1992)

2 早期インスリン導入により速やかにインスリン離脱が可能であった2型糖尿病の3例

大和総合病院内分泌科 井上祐介



2型糖尿病におけるインスリン療法

- 従来、2型糖尿病患者に対するインスリン治療は内服治療でコントロール不良な場合に導入する“最終手段”であると考えられがちであった。
- その、いわば“守り”の治療から、早期に代謝異常を是正し、より軽い治療に切り替えていく手段としてのインスリン導入、いわば“攻め”の治療手段として認識されるようになっていく。

症例2

- 45歳、男性 H 177 W 69 BMI 22
- 15年6月以降の半年間で27kgの体重減少あり。12月10日ころから口渇、全身倦怠感、食思不振を認め16日内科受診。点滴施行され帰宅。症状増悪し17日当科に再診した。
- 健診歴 14年春の健診でFBS140台の高血糖を指摘されたが放置 家族歴 糖尿病なし
- 生活歴 飲酒ビール大瓶2本 タバコ30本

症例1

- 48歳、女性 H 162.5 W 69 BMI 21.6
- 15年4月初めから口渇を自覚、5月初めから2週間で3kgの体重減少あり、5月15日に当科を受診した。
- 既往歴 なし 家族歴 母糖尿病
- 健診歴 なし
- 生活歴 機会飲酒 タバコなし

症例3

- 59歳、男性 H 173 W 65 BMI 21.7
- 数ヶ月間に5kgの体重減少あり。16年2月23日から咽頭痛を自覚、25日に近医で感冒、糖尿病(随時血糖450mg/dl)と診断されインスリンを処方された。26日同医で右扁桃周囲膿瘍と診断され、加療目的にて当院耳鼻科紹介入院となった。
- 健診歴 15年春 FBS 130mg/dl HbA1c 6.2% 家族歴 糖尿病なし
- 生活歴 飲酒ビール2本/日 タバコなし

|            | 症例1           | 症例2                                  | 症例3     |
|------------|---------------|--------------------------------------|---------|
| 症状         | 口渴 体重減        | 口渴 体重減<br>倦怠感                        | 咽頭痛 体重減 |
| 血糖(mg/dl)  | 空腹時 294       | 随時 743                               | 随時 450  |
| HbA1c(%)   | 11.2          | 11.8                                 | 11.1    |
| ケトン体       | 尿陽性<br>血中増加なし | 尿陽性<br>アセト酢酸<br>3-ヒドロキシ酪酸<br>共に著明に増加 | 尿陰性     |
| 尿CPR(μg/日) | 41.5          | 102                                  | 81.9    |
| 抗GAD抗体     | 陰性            | 陰性                                   | 未検査     |

|                 | 症例1                 | 症例2                 | 症例3                 |
|-----------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 入院後治療           | 強化インスリン療法           | 強化インスリン療法           | 強化インスリン療法           |
| 入院期間            | 38日間                | 41日間                | 26日間                |
| インスリン最大投与量      | 28単位<br>(0.49単位/kg) | 50単位<br>(0.72単位/kg) | 40単位<br>(0.62単位/kg) |
| 退院時治療           | 30R 朝12             | 30R 朝14 夕6          | 30R 朝14 夕6          |
| インスリン総投与期間と変更薬剤 | 7ヶ月間<br>グリメピリド      | 7ヶ月間<br>ナテグリニド      | 4ヶ月間<br>ナテグリニド      |
| 現在の薬物治療         | なし(3ヶ月で中止)          | ナテグリニド<br>270mg     | なし(6ヶ月で中止)          |
| 食後BS/HbA1c      | 113 / 5.5           | 141 / 5.2           | 139 / 5.4           |

### 良かった点

- 3症例ともスライディングスケールを用いた強化インスリン療法で治療を開始した。このため比較的早く適切なインスリン量に到達し、代謝状態の早期改善が得られた。
- 3症例とも退院後の食事療法が遵守できた(症例1、3は元来の性格により、3は家族の協力が大きい。)
- 3症例とも自己血糖測定を導入し、日常生活の上で常に自身の血糖値を意識している。
- 比較的若年であり、合併症がなく、発症から治療開始までの期間が短い点も有利であった。

### まとめ

- 初診時にインスリンを導入し、早期にインスリン離脱が可能であった3症例を提示した。
- 初診時の代謝状態が悪くても、インスリンを用いて短期間に代謝異常を改善すればインスリン離脱が可能であり、患者QOLを高く保つことが出来ると考えられる。
- 患者側の条件が整っていれば、“攻め”のインスリン治療を積極的に選択するべきであろう。

## 3 幼少時より排便困難が続いている青年男性の一例

光総合病院消化器内科 白石慶、矢川智仁

同 外科 竹中博昭、折田雅彦、八木隆治、守田信義



### 症例

45歳、男性

主訴：肛門部違和感

現病歴：幼少時より直腸狭窄があり、普通便の排便の経験がない。

酸化マグネシウムなどの緩下剤服用で排便コントロールをしていた。7年程前、他院通院歴もある。

H14年6月より当院通院中。

既往歴：幼少時、痔瘻、鎖肛(詳細不明)との診断で手術歴あり。

直腸診は狭窄のため挿入不可能。疼痛あり。

Colonoscopy (CF-240AI)は狭窄のため挿入不可能であった。

・腹部X-P(H14/6/3)

・BaE (H14/6/17)

・MRI (H14/8/1)

・Colonoscopy (CF-240AI) (H14/6/17)

本年4月頃より肛門部違和感が出現、不眠が出現するようになった。また、体重減少も伴うようになった。療病緩和目的に他院で神経根ブロックを施行されたが一時的な除痛効果しか得られなかった。そのため、精査加療目的に7/12入院とし、絶食の上、中心静脈栄養法、抗生剤投与を開始した。しかし、肛門部違和感は改善せず、肛門近傍に圧痛を有する硬結あり、痔瘻が疑われたため7/21外科転科となった。痔瘻を切開排膿、洗浄された。肛門管からの生検でGroupIVが検出された。

入院時血液検査

T.P:6.3, Alb:3.4, CRP:9.4

RBC:415, Hb:12.6, WBC:15100, CEA:2.4, CA19-9:1.4

・CT(H17/6/30)

・MRI (H17/7/14)

・Colonoscopy (GIF-XP260) (H17/8/3)

幼少時より排便困難を来す可能性のある疾患

・Hirschsprung病(先天性巨大結腸症)

結腸壁のAuerbach, Meissner神経叢の先天性の欠如により、罹患部の狭窄化およびその口側の拡張を来す。

・鎖肛

8 直腸・肛門の発生における異常で、肛門ないし直腸の内腔に閉塞・狭窄を来す。直腸盲端の位置により低位型、



クラミジア感染症

わが国において最も患者の多い性感染症である。若い人に多く、特に女性では16～25歳までが圧倒的に多い。

(男性の倍以上に存在する)

(症状)

急性炎症

- 1. 子宮頸管炎:無症状のことが多いが、患者の1/3は帯下を主訴として来院している。しかし、症状に乏しいため見逃され放置される場合が多い。
- 2. 子宮付属器炎、骨盤腹膜炎(PID):腹腔内に拡がると、下腹部痛が発症する。激しい下腹部痛のこともあれば軽度のこともあり、ときには自発痛はなく、内診痛や性交痛程度のこともある。このときに骨盤内に癒着を形成する。
- 3. 肝周囲炎(Fitz-Hugh-Curtis症候群):骨盤内で増殖したクラミジアが、上腹部にまで拡がっていく。このとき、肝臓表面で増殖を始めると強い上腹部痛が発症する。多くはきわめて激症の急性腹症となり、救急外来へ搬送されることが少なくない。そのため、若年女性では注意が必要である。肝表面と周辺臓器との間に特徴的な癒着(Violin string like adhesion)が認められる。

慢性炎症

- 1. 卵管周囲癒着:隣接する臓器との癒着や卵管の蠕動運動の障害
- 2. 卵管内膜の損傷:卵管内腔の線毛細胞や分泌物細胞の変性
- 3. 卵管内腔の狭小化と閉塞:卵管筋層の膠原線維の増殖による内腔の狭小化、閉塞

(診断)

核酸増幅法・抗原検出法:尿検体(男性)、子宮頸管・膣分泌物(女性)

抗クラミジア・トラコマティスIgA・IgG抗体測定:感染消失後も陽性が続くため、治療判定の指標にはならない。

原則として、抗体陽性の場合自覚症状があれば治接し、自覚症状なければ治療しない。

(治療)

子宮頸管炎、子宮付属器炎、骨盤腹膜炎:テトラサイクリン、ニューキノロン、マクロライド系を傾向4日間(例:クラリス200mg×2、ミノマイシン100mg×2など) 激症骨盤腹膜炎、肝周囲炎:ミノマイシン200mg×2 5日間点滴静注)

※性感染症治療では服薬遵守、再診、治療後抗原陰性化の保証が必ずしも得られないことから抗菌薬単回投与は有用であり、AZM(ジスロマック)は単回投与が成立する唯一の抗菌薬である。(1000mg1回投与)

5 膝関節腫脹の鑑別診断(自験例の供覧)

光総合病院整形外科 斉藤良明、海永泰男、高野信一



A. 外傷

①78才 女性 散歩中に転倒し左膝を地面で叩打して受傷され翌日来院。

歩行可能なるも跛行。

Swelling強陽性、rednessなし、localheat軽度。

関節液:血性(写真)、脂肪滴はごく少量。

X線を凝視すると・・・



②13才 女性 交通事故にて受傷。救急受診。

主訴、右膝痛、座位・荷重困難 膝はswelling (patellar ballotment強陽性)、rednessなし、local heatなし

X線:明らかな骨折なし  
関節液:血性かつ多量の脂肪滴を含む。  
鑑別診断と追加検査は



B. 非外傷性炎症性疾患

③67才 女性誘因なく右膝痛を来す。歩行開始時のstarting painが特徴。

Swelling中等度陽性、rednessなし、local heatなし。feverなし

関節液:黄色透明(写真)。



X線:内側joint spaceは狭小化しspurを伴う。関節面は不整で、大腿骨内側にはerosionを認める。



④35才 男性 右膝がむずむずしていた。その2日後より疼痛著しくなり来院。Swelling強陽性、reddness明らかではない、local heat陽性。low grade fever 関節液:黄色、透明感はなく若干混濁(写真)。X線:特記所見なし。関節液の培養は陰性であったが、鏡検では尿酸NA結晶。



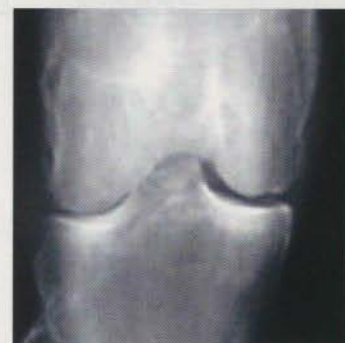
⑤67才 女性 左大腿骨頸部骨折にて人工骨頭挿入術をうけ運動療法中であつた。突発的に 38.7℃の発熱を来した。特に上気道症状はなく、尿検査も正常。左膝周囲の自発痛を訴えた。

Swelling強陽性、reddness明らかではない、local heat陽性。high grade fever 関節液:黄～乳白色し混濁(写真)。培養は陰性。結晶検査ではピロリン酸Ca結晶。X線: joint space, hneは正常。Spurなし。半月板に一致して石灰化像を伴う。偽痛風



⑥60才 男性 RAにてステロイド内服加療中であつた。通常よりも右膝痛が強く徐々に体動 困難となつた。発熱も38℃台であつた。

Swelling、reddness、local heatともに陽性。high grade fever 関節液:血性と褐色混濁の二層性。マール様(写真)。X線:両側joint spaceの均一な狭小化。培養にてS. aureus陽性



## 連絡事項

| 受付 |    | 発送番号         | 通達文書名   |
|----|----|--------------|---|
| 月  | 日  |              |   |
| 9  | 1  | 山医発350       | 平成17年度健康スポーツ医学実地研修会の開催について  |
|    |    | 山医発332       | 小児救急医療電話相談のポスター等の送付について   |
|    |    | 山医発349       | やまぐち健康フェスタの開催について   |
|    | 7  | 山医発355       | ORCA講演会の開催について  |
|    |    | 山医発356       | 平成17年度日本医師会医療情報システム協議会の開催について   |
|    |    | 山医発358       | 平成17年「老人の日・老人週間」の実施について   |
|    |    | 山口県市町村職員共済組合 | メンタルヘルス相談事業の実施に係る相談機関一覧表の送付について   |
|    |    | 山口県医師会       | 総務省取りまとめによる「各種電波利用機器の電波が植え込み型医療機器へ及ぼす影響を防止するための指針」の送付について                                 |
|    |    | 山口県医師会       | 磁気共鳴画像診断装置に係る使用上の注意の改訂指示等について   |
|    |    | 山口県医師会       | ディートを含む医薬品及び医薬部外品に関する安全対策について   |
| 8  | 13 | 山医発363       | 山口県医学会誌第40号の原稿募集について  |
|    |    | 医務805        | 災害・救急医療情報システムに関する調査結果について   |
|    |    | 山医発365       | 「山口県へき地医療対策費補助金交付要綱」及び「山口県救急医療施設運営費等補助金交付要綱」の改正について                                       |
|    |    | 山医発370       | 新規第一号会員研修会の開催について   |
| 14 |    | 事務連絡         | 山口県救急医療情報システムの運用状況月報(平成17年8月)について   |
| 16 |    | 日本医学会        | 日本医学会シンポジウム開催について   |
|    |    | 山口県医師会       | 使用薬剤の薬価(薬価基準)等の一部改正について   |
|    |    | 山医発374       | 下関市の中核市移行に伴う身体障害児育成医療給付事業の取扱について  |
| 17 |    | 山医発372       | 山口県医師会館運営協力拠出金の返礼対象者について  |
|    |    | 山医発376       | 下関市の中核市移行に伴う小児慢性特定疾患治療研究事業の取扱について   |
|    |    | 山医発375       | 「介護保健施設等における住居費(滞在費)・食費の保険外負担に伴う介護報酬等の改訂(10月1日施行)」に係る法令・通知及び「全国介護保険指定基準・監査担当者会議」資料の送付について |

|    |        |  |
|----|--------|--|
|    | 山口県医師会 | 療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱について                 |
|    | 山口県医師会 | 資格関係誤りレセプトの発生防止について（リーフレット送付）            |
| 22 | 山医発380 | 日本医師会認定健康スポーツ医制度による再研修のご案内               |
|    | 山医発382 | 山口県子ども会安全会事業への援助についてのご案内                 |
|    | 山医発381 | 平成17年度都市医師会妊産婦・乳幼児保健担当理事協議会の開催について       |
| 26 | 山医発384 | 産業廃棄物処理施設における作業環境管理研修会について               |
|    | 山口県医師会 | 特定承認保健医療期間の取扱について                        |
|    | 山口県医師会 | 第3回山口マンモグラフィ読影講習会の開催について                 |
| 27 | 山医発385 | 在宅医療に伴い家庭から排出される廃棄物の適正処理について             |
|    | 山医発386 | 「労災診療費算定実務研修会」の開催について                    |
|    | 山医発388 | 医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について |
| 28 | 山医発387 | 山口県患者調査報告書及び山口県医療機関実態・意識調査報告書の送付について     |
|    | 周健1889 | 平成17年度10月分診療所立入検査の実施について                 |
| 29 | 山医発398 | 平成16年度日本医師会生涯教育終了証の送付について                |
|    | 山医発402 | 「がん県民講座」の開催について                          |
|    | 山医発391 | 「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の改定について      |
|    | 山医発401 | 平成17年度食生活改善普及運動に対する協力依頼について              |
|    | 山医発399 | 平成17年度日本医師会認定産業医制度基礎研修会の開催について           |
|    | 医務878  | 臨床研修費等補助金交付要綱の改正について                     |

## 9月休日当番医報告

|        | 内科系 | 外科系 |
|--------|-----|-----|
| 9/4(日) | 12  | 9   |
| 11(日)  | 12  | 4   |
| 18(日)  | 16  | 3   |
| 19(月)  | 15  | 9   |
| 23(金)  | 11  | 9   |
| 25(日)  | 9   | 6   |
| 計      | 75  | 40  |

あ と が き

少々涼しくなってきました。風邪の患者さんもちらほら見られます。アメリカのハリケーン、パキスタンの大地震、ヨーロッパの洪水、今年も地上は穏やかではありません。診療報酬の引き下げが行われ、増税が待っている？本当に明るい未来はみえてきません。やられっぱなし、云われっぱなしに、はがゆい思いです。

今月は症例検討会に頁を割いてしまいましたので、エッセーは休みました。明るい記事も載せたいと思います。何かいいもの、いい話でもありましたら、事務局にご一報下さい。飛んでいきます。

発行所 光医師会  
 TEL(0833) 72-2234  
 発行日 平成17年 10月10日  
 発行者 河村康明  
 編集者 広報担当  
 印刷所 光市光井一丁目15番20号  
 中村印刷株式会社