

# 光市医師会報

No.423

(平成26年 春号)



## 平和の光

戦雲急を告げる昭和十五年十月一日、光海軍工廠はこの地に開庁、大戦中は建設と生産を平行して推進、従業員、動員学徒三万数千人は一丸となって辛苦の職域活動に挺身した。

しかるに終戦の前日、昭和二十年八月十四日の空襲により壊滅し、不幸にも犠牲者七三八名を数え、光海軍工廠の命運はここに尽きた。

星霜は移ること四十年、いま我ら工廠会の名の下に集い、戦中の日々を思いを馳せ、殉職者の冥福を祈るとき、万感惻々として胸に迫る。

ここに新たなる決意のもと、不戦の信念を堅持、恒久平和の礎たらんことを誓い、記念碑「平和の光」を建立する。

昭和五十九年五月二十日

工廠会

協賛者 一同

光市医師会

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

平成 25 年度 光市医師会臨時総会	1
第 14 回幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い 『園児のための色覚異常と弱視の知識』 総合病院社会保険徳山中央病院 眼科部長 新川邦圭先生	5
かかりつけ医通信 その 11「在宅医療について」 山口県医師会専務理事・光市医師会監事 河村循環器神経内科医院 院長 河村康明	10
『乳幼児の救急医療』 ～食物アレルギーを中心に エピペンって、どうやって使うの?～ 広田医院 廣田修先生	11
第 17 回光市医師会・光市立病院合同症例検討会 『大腸ステントの使用経験』 光市立光総合病院 谷川幸治 『肺炎治療後にジギタリス中毒を呈した高齢者大動脈弁狭窄症の 1 例』 光市立大和総合病院 松尾清弘 『咯血した肺癌の 1 例』 兼清外科 兼清照久 『異常高血糖で発症した腓頭部腫瘍の 2 例』 光市立光総合病院 折田雅彦	13
第 10 回光市医師会学術講演会 『大腸癌外科治療の現状 一薬物療法の進歩とともに』 山口大学大学院医学系研究科 器官病態外科学 准教授 榎忠彦先生	20
第 11 回光市医師会学術講演会 『抗凝固療法的重要性と第 Xa 因子阻害薬』 横浜市立大学医学部循環器腎臓内科学 准教授 石川利之先生	24
第 12 回光市医師会学術講演会 『糖尿病薬物治療の現状と将来』 川崎医科大学 特任教授 加来浩平先生	29
第 13 回光市医師会学術講演会 『日常生活の活動性を踏まえた COPD の治療』 松阪市民病院呼吸器センター センター長 畑地治先生	33
理事会報告	38
月例会報告	42
休日診療所	42
退会会員	42
緑友会	43
これからの行事予定	44
編集後記	45

平成 25 年 度

光市医師会臨時總會



平成 26 年 2 月 13 日 (木)  
午後 7 時 より

於 光商工会館 2 階研修室

光市医師会

## 会次第

- (1) 開会のことば
- (2) 会長挨拶
- (3) 議長挨拶
- (4) 総会成立宣言
- (5) 議事録署名委員指名 2名
- (6) 議事

### 《議決事項》

第1号議案 一般社団法人光市医師会定款一部改正案について

第2号議案 一般社団法人光市医師会定款施行細則案について

第3号議案 一般社団法人光市医師会経理規程案について

- (7) 閉会のことば

出席者 18名

前田、藤原(邦)、平岡(博)、丸岩、松村、佃、兼清、清水、廣田、多田、藤田、谷川、井上、横山、竹中(博)、猪口、板垣、平岡(い)

議決権行使書提出者 56名

近藤、田村(勝)、田村(健)、河内山(清)、河内山(敬)、河村、高橋(秀)、高橋(建)、市川(晃)、市川(淳)、松島、大石、山手、藤村、藤山、守友、田中、梅田、北川、大月、手嶋、池口、村田、光武、最所、倉光(せ)、河野、上田、冬野、後、守田、桑田、竹中(智)、折田、井本(勝)、平塚、山本(健)、北原、生田、藤井、中村(安)、松田、岡崎、岩本、弘中、松尾、原田、佐野、倉光(達)、福谷、大越、白石、藤原(大)、佐々田、中村(寛)、中村(琢)

# 議 事 録

丸岩副会長：

皆さんこんばんは。平成 25 年度光市医師会臨時総会を開催致します。平岡会長より挨拶をお願いします。

平岡会長：

こんばんは。寒い中、臨時総会にご出席いただきましてありがとうございます。本日の臨時総会は、昨年 4 月に一般社団法人に移行しまして、その中で役員選挙について、細則の変更、経理規程についてご審議していただく会となります。よろしくお願ひ致します。

前田議長：

それでは平成 25 年度光市医師会臨時総会を開催いたします。本日は前もって 3 つの議案が上程されております。順次、次第に沿って進行させていただきます。

最初に総会の成立に関しまして、会員総数 87 名、出席者 18 名、議決権行使書提出者 56 名、会員総数の過半数を達しておりますので、この会は成立致しました。次に議事録署名委員を指名します。理事の清水先生、兼清先生よろしくお願ひします。

では、早速議題に入ります。1 号議案から 3 号議案まで関連した議案ですので平岡会長から説明していただきます。

平岡会長：

1 号議案から 3 号議案まで説明させていただきます。1 号議案です。資料 1 をご覧ください。日本医師会及び山口県医師会の定款が変更になりましたので、郡市医師会

もそれに連携して光市医師会の役員選挙も役職ごとに選挙が出来るように規定するものです。定款第 27 条では、理事及び監事は、本会の会員の中から、総会の決議によって選任する。会長及び副会長は、総会の決議によって理事の中から選定する。となっておりますが、今回の改正により役員選挙を役職ごとに行って、あらかじめ役員候補者を選出できるように規定を加えたものです。具体的には 4 月に役員候補者を選挙で選出し、定時総会で承認を得るようになります。この改正規定は平成 26 年 2 月 13 日から施行です。

次に 2 号議案です。資料 2-1 をご覧ください。定款施行細則ですが新たに目次と総則を設けました。主に、一般社団法人光市医師会定款の条文にあわせた変更となっております。第 3 条は定款第 10 条に規定されており削除しました。役員、その他の選挙に於いて裁定委員は定款第 40 条により、理事会において選定し、総会の承認となっておりますので削除しました。この定款施行細則は定款附則 1 に規定する登記の日からの施行です。資料 2-2 をご覧ください。これは 1 号議案の定款第 27 条 5 の予め選挙を行い、候補者を選出することができる。について細則に定めたものです。これは 1 号議案での定款一部改正に伴う細則の改正ですので、平成 26 年 2 月 13 日からの施行となります。

次に 3 号議案です。資料 3 をご覧ください。社団法人光市医師会定款で第八章に経理について規定されていましたが、一般社団法人光市医師会定款では第 55 条に会

計の規程等は別に定めるとあり、新たに経理規程を設けることとなりました。別表1は光市医師会の会計体系です。事業毎に会計を分けています。実地事業と収益事業と法人会計に分けられています。別表2は収入の部、支出の部についての勘定科目です。非常に複雑になっています。この経理規程は定款附則1に規定する登記の日からの施行となります。

前田議長：

ただいま1号ご案から3号議案まで説明いただきましたが、それでは質疑に入ります。ご質問・ご意見はございますか。

佃先生：

選挙の順番があったと思いますが、以前のままの順番でよろしいですか？従来通りと言う事ですか？

平岡会長：

そういう事です。

前田議長：

他にございませんか。

佃先生：

もう一つ質問です。会計についてですが、20年会計基準のものは分かりづらいので、従来の形の会計も作って頂きたいのですが。

事務局：

20年会計基準のものは会計ソフトに入力して、税理士に管理してもらっています。従来の形のものについては、現在も参考資料として作成しておりますが、この二つは全く違ったものなので事務処理が大変複雑

になります。参考資料として従来の形のものとは暫くは作成しますが、いずれは先生方に20年会計基準に慣れていただきたいと思っております。よろしくお願い致します。

佃先生：

定款と細則の改正はこれからは無いのですか。定款と細則をまとめた冊子を作成して欲しいのですが。

平岡会長：

作成します。

前田議長：

他にご意見はございませんか。

1号議案2号議案3号議案の採決に移りたいと思っております。

賛成の方は挙手をお願いします。

一挙手全員一

全員賛成ということで、定款に則り1号議案から3号議案まで議決いたしました。

以上をもちまして、平成25年度光市医師会臨時総会を終了します。

終 了 午後7時25分

上記の通り相違ありません。

平成26年2月13日

一般社団法人光市医師会

会 長 平岡 博

議 長 前田 昇一

議事録署名委員 兼清 照久

議事録署名委員 清水 敏昭

議事録作成 光市医師会事務局

## 第14回幼稚園・保育園関係者と園・学校医の集い



光市医師会園・学校医の集いも今回で14回目を迎えることとなりました。皆さまの御支援により、この集いが長く続けてこられましたことを、心より感謝申し上げます。

本年は乳幼児の眼科的疾患の話題をお届け致します。色覚異常は男性では20人に1人、女性では500人に1人で発生し、決して稀な病気ではありません。本人、周囲が気づかないことで学習指導や就業の際に問題となっています。また弱視は就学までに治療を開始しないと手遅れとなることもあり、より早期の対応が必要です。両疾患への気づき、園での対応など、まとめて学ぶまたとない機会かと存じます。

新川先生は平成9年より14年間光市立大和総合病院の眼科に勤務されておられました。残念ながら平成23年4月から徳山中央病院眼科部長として栄転されました。光市といたしましても馴染みのある先生です。それでは先生よろしくお願ひします。

光市医師会長 平岡 博  
学校保健担当 広田 修

日時 平成26年2月19日(水)  
午後7時00分より  
場所 光市商工会議所2階大会議室にて  
「講師のための色覚異常と弱視の知識」  
講師 総合病院社会保険徳山中央病院  
眼科部長  
新川 邦圭 先生



小学校で義務付けられていた色覚検査が廃止されて10年。色覚異常の子供の約半数が異常に気づかないまま進学・就職に臨み、中には直前で進路を断念せざるを得ないケースもあることが、日本眼科医会の調査で明らかになりました。保護者の同意があれば今でも色覚検査はできますが、希望調査すら実施しない学校がほとんどです。幼稚園や保育園で色覚異常や弱視といわれてもぴんと来ないのが現状でしょう。

色覚で生死を分ける鳥や昆虫、は虫類は4色型色覚に進化しておりますが、犬や猫は2色型で色がわかりません。哺乳類は一般に視細胞の95%は明暗を感じるだけの杆体で、色覚に関する錐体は少ない。人は3色覚へと進化しましたが、一部1色型や2色型・4色型があります。その1色型と2色型を色覚異常としています。

平成14年3月に学校保健法が改正され色覚検査が廃止され、青少年局長通知で図1のようにその検査の留意点が通知されました。それ以来検査をせずに成人するひとが最近になって社会に出てきて、本人も周りの人もその事実を知らず、その対応さえも出来ずに社会問題となってきております。

色覚異常は三つに分けられております。1型色覚異常L錐体(赤R)の遺伝子変異、2型色覚異常M錐体(緑G)の遺伝子変異、3型色覚異常S錐体(青B)の遺伝子変異

三つの錐体は光の波長によって刺激値が異なり図2の上のように三つの曲線で反応して、色の弁別はその差で行われます。下の図は2色型色覚の曲線ですが波長の長いところでその弁別が難しくなっていま

**色覚の検査の必須項目からの削除に伴う留意事項について**

- 色覚に不安を覚える児童生徒及び保護者に対し、事前の同意を得て個別に検査できる体制を整えること。
- 教職員は、色覚異常について正確な知識を持ち、常に色覚異常を有する児童生徒がいることを意識して、色による識別に頼った表示方法をしないなど、学習指導、生徒指導、進路指導等において、色覚異常について配慮を行うとともに、適切な指導を行う必要があること。

図1

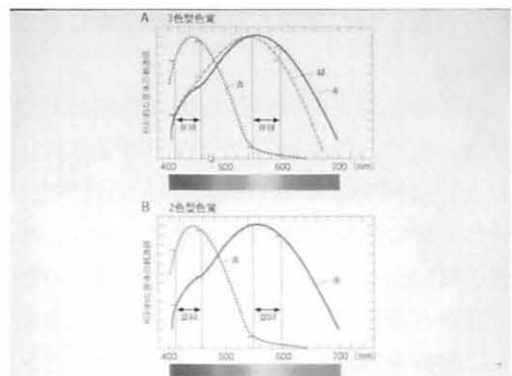


図2

**学校用色覚検査表(12表)**

12表からなり、スクリーニング用として作られている。検査は自然光下で行い標準時間は3秒以内。2005年に学術用語変更に伴い説明文の改定、5年を以て買い替え。

図3

**色の原理**

- 可視光線の赤から紫までの色と、赤と紫を混ぜた、マゼンダ(赤紫)を円環上に並べると、人間が知覚可能なすべての色をその内側に表現できる。
- 円環の対極は、補色関係にある。

図4



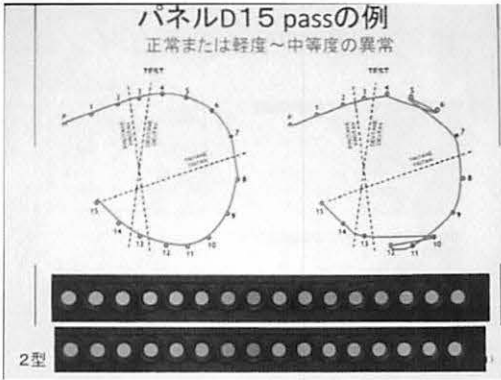


図 5

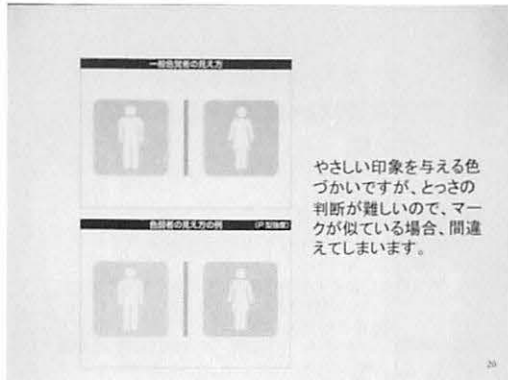


図 6

す。検査としては石原色覚検査表が有名です。図3は学校用です。可視光線の最も長いものが赤で、それから桃、黄、緑、青、紫と短くなります。それに赤紫を追加して環状に配したものを色相環といいます(図4)。対角線上にあるものが補色関係にあります。それらを順次並べる検査があります。Panel D-15 test といって3色覚(正常)が2色覚(色弱・色盲)を判定します(図5)。

では、日常生活でどのような影響があるのかを説明していきます。電気製品でLEDの色で今の状態を示すものがありますが橙色と黄緑とは区別が付きにくいようです。ボールペンの赤字と黒字、1型は赤が暗く見えますが、細い線で書かれるため、赤と黒の区別が困難なようです。同じように緑の黒板に書かれた赤のチョークの文字は見

えにくくなります。また、ピンクと水色の区別も付きにくいです。トイレのマークはやさしい印象を与える色使いですが濃さが同じ場合は色の区別は難しいです(図6)。ゴミ捨てのびんかんの区別も付きにくいようです(図7)。料理をしている場合、焼き肉の焼け具合は1型・2型ともに判定が困難です。微妙な肉の焼け具合が区別できません。しかし、日常生活のほとんどの場合で支障はなく、混同しやすい配色があっても明るさや彩度で区別できることが多いようです。しかも、色弱といってもほとんど正常に近い色覚の人が多いのです。ときに色覚誤認によるトラブルに出会ったり職業選択の際に困惑したりしますし、自分はどういう状況で間違えるのかを正しく知っておくべきで、ただしい色覚の検査・相談・



図 7

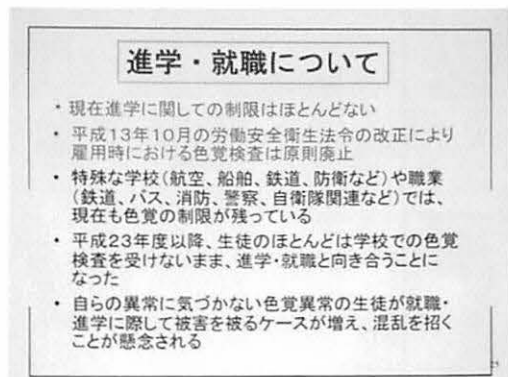


図 8

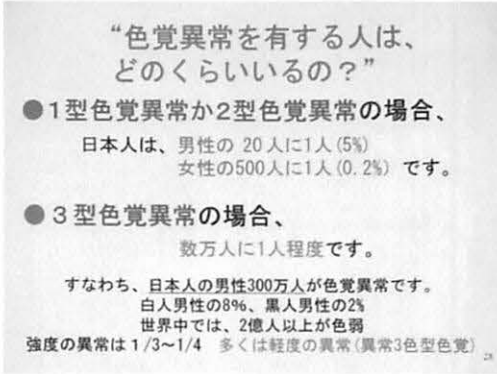


図 9

指導が大切な理由です。進学・就職についての留意点は図7のようになります(図8)。現在、大学進学や就職に関する制限はほとんどありません。特殊な学校(航空、船舶、鉄道、防衛など)や職業(鉄道、バス、消防、警察、自衛隊関連など)では現在も色覚の制限が残っています。配線コードの色や抵抗コードの様子は区別が付かないと仕事に差し障りがあります。

じゃあ、どのくらいのヒトに色覚異常が見られるかといいますと、図9に示すように日本人の男性約300万人が色覚異常です。世界中では白人に男性の8%、黒人に2%です。約2億人以上が色弱ですが、多くは軽度の異常です。

色覚バリアフリーを実現するにはどのような配慮が必要かを述べます。まずは色を



図 11



図 10

工夫して誰でも見える色相にすることで(図10)。つぎにその濃さに変化を付けることです(図11)。もう一つ、線を太くする(色の面積を広くする)ことで分かりやすくなります(図12)。その他にもシンボルマークを加えたり色名を加えて情報を加えることです。地図の書き方やカレンダー、電車の路線など、色や境界などを工夫して、色弱のひとにも分かりやすいようにすることがスタンダードとなっています。学校での色覚検査がどうあるべきかですが、小学校低学年のうちに強度の色盲の人は教育上の配慮が必要です。中学校ではおおよそその進路を決める時期であり、中学1年の希望者に実施し、振動指導に反映させるべきでしょう。幼稚園ではお絵かき、塗り絵などを通して教職員が該当の園児の一部を見

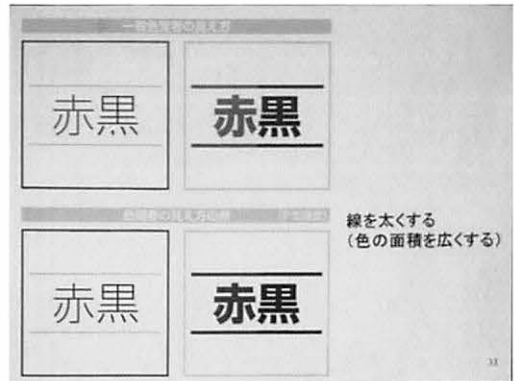


図 12

つけることが可能であることを留意して下さい。

次に屈折異常についてお話します。視力は1歳で0.2~0.25くらい、7歳でやっと1.0くらいになるといわれています。からどの発達とともに少しずつ発達を繰り返して十分な視力が発達していきます。幼少時から視力に問題があるとその発達が遅れます。十分な光が与えられなかった場合(視性刺激遮断弱視)や十分に焦点が合わせられなかった場合(斜視弱視)、その発達が妨げられることに注意して下さい。弱視は眼鏡等で矯正しても学校生活や社会生活に支障があるものをいい、矯正し

ても1.0未満のものは医学弱視といわれます。その原因は斜視・屈折異常・視性刺激遮断弱視があります(図13)。弱視治療において、3歳児健診は重要で、3歳児でようやく通常の視力表で測れるようになり、これを逃すと就学時健診でそれでは遅いです。斜視・眼瞼下垂・白内障は手術が必要です。遠視による弱視は視機能の発達が完成する6歳頃までの幼児期に適切な治療(コンタクトレンズ・アイパッチ)を行う必要があります。

色覚異常と弱視のまとめを図14に示しました。ご静聴ありがとうございます。

### 医学弱視amblyopiaの原因

- 1)斜視弱視  
斜視があつて片方の目があまり使われないことで視力発達していないもの。
- 2)屈折性弱視・不同視弱視  
強い遠視、乱視、近視などの屈折異常が原因となり、網膜にはっきりした像が結ばないことで視力発達していないもの。
- 3)視性刺激遮断弱視  
先天性眼瞼下垂、先天性白内障その他の疾患により、その目が使われずに、視力発達していないもの。

図 13

### 色覚異常と弱視のまとめ

- 色覚異常は、治らない先天異常であるが、本人と周りが、その色覚異常について理解・対処することにより、日常生活には支障をきたさなくなる。
- 弱視の治療は早期にすれば正常になる可能性が高い。それには早期に弱視を発見する必要があり、3歳児健診と園での治療への配慮が大切である。

図 14

# かかりつけ医確保 その11

## 「在宅医療について」

瀬戸内タイムス平成26年2月17日掲載

### (1) はじめに

2025年に団塊の世代が75才以上となることを念頭において、「地域包括ケア」という取り組みがなされています。これは中学校区程度の単位で住まいを基本として医療・看護、介護・リハビリテーション、福祉・生活施設、保健・予防を極力地域（コミュニティ）で解決しようという計画です。

この計画と同時進行で「在宅医療拠点事業」という計画が進行中です。住み慣れた我が家で医療をうけてもらうという国の方針です。勿論、動ける人は、近くにあるかかりつけ医を受診するのが大原則ですが、寝たきりのため、交通手段を利用できない人も多数いらっしゃいます。このような人を自宅で診ていこうということですが、山口県は全国より5～10年早目に高齢化が進んでおり、現在でも75才以上の人口は、ほとんどピークになっています。もう時間的余裕はないのです。

### (2) 往診と訪問診療

一昔前は「往診」という言葉だけでしたが、現在は突然の連絡で出向くのが往診といえます。「訪問診療」とは計画性を持って予定を立てて行うものです。緊急時はそれなりに重要なことですが、在宅医療では主として慢性期の寝たきりの患者さんや、終末期の看取りなどを行うことを言います。国が重きを置いているのは、この訪問診療が大きな役割を果たすからです。

### (3) 在宅療養支援診療所（病院）

現在は診療所と医師の住居が異なる場所

がある為、夜間や休日はどうすればいいのかと困られるでしょう。そこで、在宅医療を受ける方が、24時間365日連絡可能な施設を在宅療養支援診療所といいます。光市内にもございますので、かかりつけ医に聞いてみて下さい。もちろん、在宅支援診療所でなくても、かかりつけ医で「往診」や「訪問診療」をしてくださる先生もたくさんおられます。

とはいえ、一人の医者で24時間365日をすべて対応するのは、かなり困難があります。国では強化型在宅療養支援診療所という数施設が協力しながら訪問診療を維持することを考えております。

光市内にはまだありませんが、近い将来できあがることと思います。

### (4) 家族及び本人の心構え（覚悟）

これが一番重要なのですが、在宅で患者さんを看病される時は、一番負担を感じられるのは家族であり、本人でもあります。現在は、家族が疲労されないように（レスパイトケアと言います。）、ショートステイ（短期入所）などを上手に利用して長くこの制度を維持していくことが可能なので、御安心下さい。

万が一の場合でも、慌てることなく、十分に対応できる仕組み作りに取り組んでまいります。

詳しくは、かかりつけ医に御相談下さい。

山口県医師会専務理事・光市医師会監事  
河村循環器神経内科医院

院長 河村康明

## 「乳幼児の救急医療」

日時 平成26年3月8日(土) 午後1時～2時

場所 光市総合福祉センター(あいぱーく光) いきいきホール

光市医師会 会長 平岡 博

乳幼児保健担当理事 廣田 修

光市役所 子ども家庭課



～食物アレルギーを中心に

エピペンって、どうやって使うの?～

広田医院 廣田修 先生

今回は保育園や幼稚園の職員からエピペンについて知りたいという要望があり、健康増進課と医師会の協力により講習会が実現しました。小児科の専門医である廣田先生を講師にお願いしてお話を聞かせていただいた。保育園・幼稚園の保育士さん101名が参加されました。



一般向けイベントの選定（日本小児アレルギー学会）

イベントが協賛されている患者でアナフィラキシーショックを疑う場合、下記の症状が一つでもあれば使用すべきである。

舌に痺の感じ	・餅り直しを繰り返す	・持続する強いがまんできないうおなかの痛み
呼吸器の症状	・のどや喉が腫れ付られる	・声がかすれる
皮膚の症状	・顔や腕が青白い	・顔や腕にじんじん感
	・意識がもうろうとしている	・ぐっすりしている
		・尿や便を漏らす

【緊急時対応カード：全学団体の様目録参照！】

児童・生徒氏名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 組 \_\_\_\_\_ 課所属 \_\_\_\_\_  
 緊急時連絡先(氏名・フリガナ) 保護者1 氏名 \_\_\_\_\_ 保護者2 氏名 \_\_\_\_\_  
 主治医 診療機関名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ フリガナ \_\_\_\_\_  
 内服薬(薬名・剤形) \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )  
 吸入薬: 剤・書 (薬名) \_\_\_\_\_ )  
 その他(持病・病歴) (医察照) \_\_\_\_\_ )

\*Grade 2以上は採わず。過去に食歴が不明な場合はGrade 1でも採可。

1	飲食した時間	年 月 日 ( )	時 分
2	食べたもの		
3	食べた量		
4	処置	口の中のものを取り除く ・うがいをする ・手を洗う	時 分
		服の内服・吸入(内容): _____ ) _____ )	時 分
5	症状	エビベンの使用	時 分
		皮膚の赤み、腫れ、かゆみ、発疹的なじみ	時 分
		軽い息やまぶたの腫れ	時 分
		嘔吐、腹痛、けいれん、けいれん	時 分
		軽い頭痛、呼吸の停止	時 分
		なんともない	時 分
		意識不明、けいれん、けいれん、けいれん	時 分
		けいれん、けいれん、けいれん	時 分
		けいれん、けいれん、けいれん	時 分
		けいれん、けいれん、けいれん	時 分
Grade 3以上 (重症)	飲み込み辛い	時 分	
	しびれ、腫れ、かゆみ、じんじん、かゆみ、かゆみ、かゆみ	時 分	
	強い腹痛、けいれん、けいれん、けいれん	時 分	
	けいれん、けいれん、けいれん	時 分	

記録係: \_\_\_\_\_ 連絡係: \_\_\_\_\_ 観察係: \_\_\_\_\_  
※記録係はアレルギー対応カードを提出し、連絡係はアレルギー対応カードを提出し、観察係はアレルギー対応カードを提出し、



# 第17回光市医師会・光市立病院合同症例検討会

光市医師会会長 平岡 博  
学術担当理事 谷川 幸治

日時：平成26年3月4日（火）19：00～  
会場 光市立大和総合病院 6階 大会議室

## 演 題

大腸ステントの使用経験

光市立光総合病院 谷川 幸治

肺炎治療後にジギタリス中毒を呈した高齢者大動脈弁狭窄症の1例

光市立大和総合病院 松尾 清弘

喀血した肺癌の1例

兼清外科 兼清 照久

異常高血糖で発症した膵頭部腫瘍の2例

光市立光総合病院 折田 雅彦

## 大腸ステントの使用経験

光市立光総合病院

谷川 幸治

大腸がんによる腸閉塞に於いて、従来は緊急手術や一時的人工肛門増設、経肛門的イレウス管留置による減圧後の手術が行われてきました。当院でも、経肛門的イレウス管留置が可能な症例において積極的に留置を行ってきましたが、チューブ管理が必要で減圧に時間がかかり、QOLが低下していました。2012年大腸がんによる腸閉塞に対して、大腸ステントが保険適応となり、当院でも3例の症例に大腸ステントを挿入しています。今回、当院での大腸ステントの使用経験を報告します。

症例1は64歳女性(図1)、紹介時閉塞性イレウスの状態でした。大腸内視鏡で

大腸がんによる閉塞を認め大腸ステントを留置しました(図2)。挿入翌日には大量のガスは排出され(図3)大腸がんの一次的切除術が可能となりました。

症例2は90歳女性、来院時CT検査で大量のガスを認め(図4)、大腸ステントを留置(図5)、4日後にはイレウスがとれて(図6)一次的切除術にこぎつけました。

症例3は64歳男性で同様の腸閉塞症状で来院(図7)、大腸ステントを挿入しましたが、3日目には再びガスが貯まりだし、内視鏡でステントの逸脱が認められました(図8)。このまま手術を行い、開腹して内視鏡的にステントを取り出しました。この方法は患者さんのQOL改善に寄与し、管理が容易ではあるけど、ステントの逸脱や穿孔のリスクがあるため、適応について十分考慮する必要があると考えました。



図1

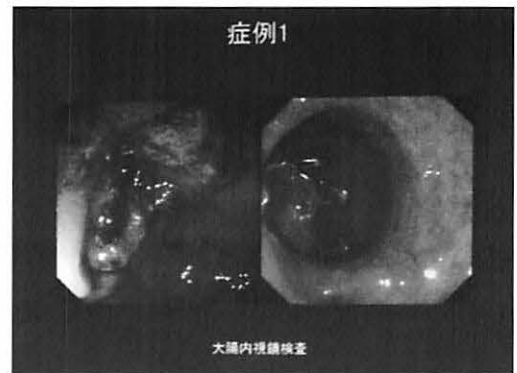


図2



図3



図4





図 5

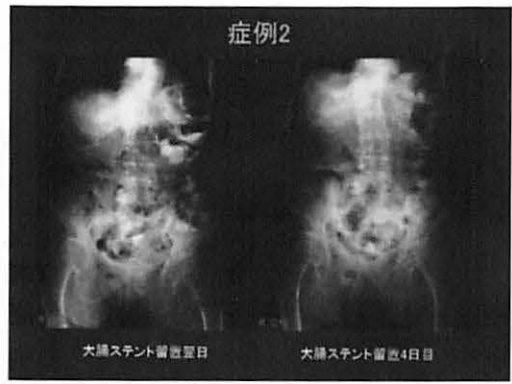


図 6

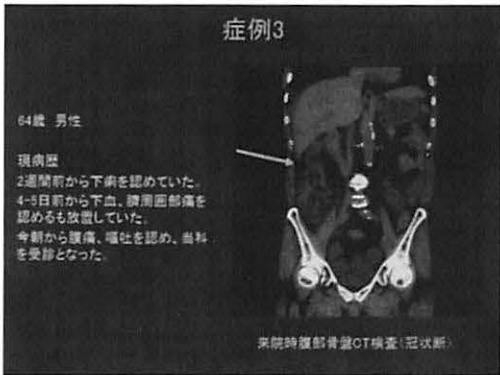


図 7



図 8



**肺炎治療後にジギタリス中毒を呈した  
高齢者大動脈弁狭窄症の1例**  
光市立大和総合病院  
松尾 清弘

92歳の女性です。慢性気管支炎・大動脈弁狭窄症などの病気をもち、肺炎で治療後リハビリ目的で入院した患者さんです(図1)。入院中吐き気と食思不振がありました。血液検査で軽い貧血とクレアチニン1.19mg/dl eGFR32.4Lと軽い腎機能不全でした。入院の内服薬です(図2)。入院時ジゴキシン血中濃度が7.4ng/ml(正常2.5以下)でその時の心電図です(図3)。脈拍は30から40でP波がみられません。3度の完全房室ブロックで心室調律になっています。図4はホルター心電図で約8秒の心停止です。典型的なジギタリス中毒を呈していました。ジギタリス中毒の誘因である高齢、低アルブミン血症、腎障害、クラリスロマイシン投与が同時に存在したためにジギタリスの血中濃度が著明に上昇したと思われる症例です。

【症例】92歳、女性  
【主訴】食思低下、嘔気  
【既往歴】肺炎で入院を繰り返す  
【生活習慣】喫煙なし、飲酒なし  
【家族歴】特記事項なし  
【現病歴】慢性気管支炎、大動脈弁狭窄症、逆流性食道炎で近隣の医療機関で加療中、肺炎に罹患し入院加療を受けたが、廃用症候群となりリハビリ目的で当院に転院となった。  
【入院時現症】血圧110/80、脈拍34/分、整、呼吸数18回/分、意識は今ひとつはつきりせず、四肢筋力低下あり寒たきり状態、吸気時に増強する収縮期心雑音聴取、胸部副雑音聴取、腹部は平坦かつ軟、圧痛なし、腸蠕動音聴取、四肢浮腫なし

図1

**入院時内服薬**

メチルジゴキシン0.05mg、	0.5錠、1×
ロサルタンカリウム25mg、	1錠、1×
アムロジピンOD錠5mg、	2錠、2×
モサプリドクエン酸錠5mg、	2錠、2×
サワドールL錠20mg、	2錠、2×
ランソプラゾールOD錠15mg、	1錠、1×
クラリスロマイシン錠200mg、	2錠、2×
ランドセン錠2mg、	0.25錠、1×
ザイザル錠5mg、	1錠、1×

図2

**ジゴキシン血中濃度7.4ng/ml時の心電図**

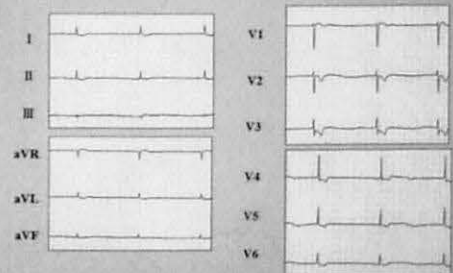


図3

**迷走ブロックのラダーグラム**

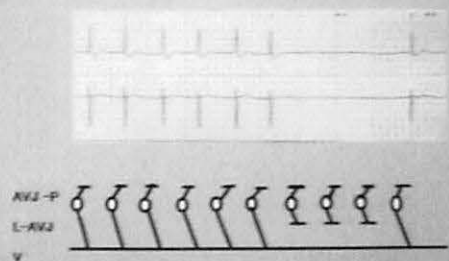


図4

咯血した肺がんの一例  
兼清外科

兼清照久

58歳の男性です。平成24年2月に右肺門部の肺がんと診断され周南記念病院に入院しました。平成25年2月に当院に転院となり療養しておりました。平成26年に入って咯血を来し徳山中央病院に戻り、その後大量咯血で亡くなったようです。写真1は当院入院時の写真です。右肺門部が突出しています。胸部CT写真では右肺門部右主気管支周囲に腫瘤陰影が見られ、その後部には肺炎様の所見があり、放射線照射の影響と考えられます。図3は右主気管支に露出した腫瘍が見られます。出血源と考えられます。

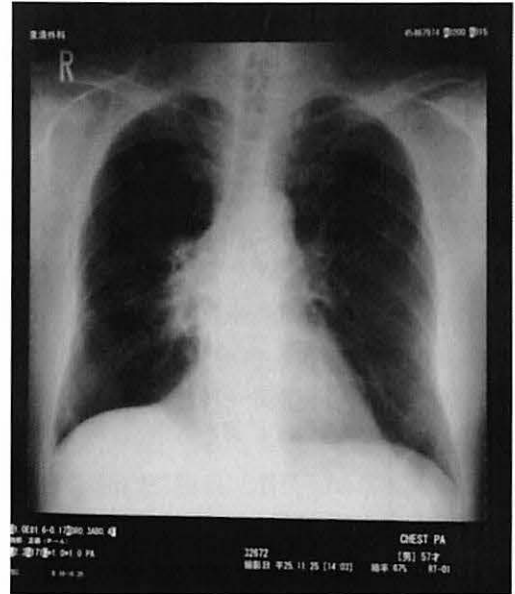


図1

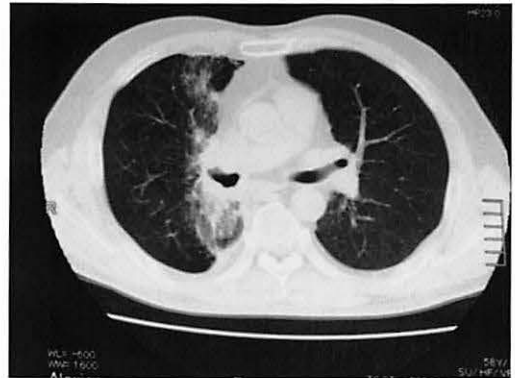


図2

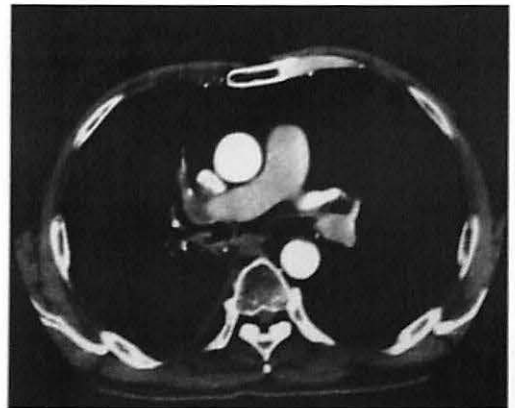


図3

異常高血糖で発症した  
膵頭部腫瘍の2例  
光市立光総合病院  
折田雅彦

膵頭部腫瘍の初発症状は黄疸が最も多いがまれに異常高血糖で発症することがあります。最近当科で、異常高血糖を契機に診断・治療に至った膵頭部腫瘍を2例経験したので報告します。併せて、PD（膵頭十二指腸切除術）症例、PK（膵がん）症例の概要を提示します。

症例1は75歳男性、異様な口渇感と高血糖（483mg/dl）・HbA1c 9.7%で、腹部エコーで膵頭部に不整形腫瘍を指摘され紹介となりました。造影CTで約30mmの乏血性腫瘍を認め、膵頭部癌の診断で1月28日に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術（SSPPD）を行いました。図1は造影CT検査です。腫瘍は比較的均一な染まりで「ベター」とした印象があり、膵実質の著明な萎縮を認めます。切除後の病理所見では腫瘍形成性膵炎との診断でした（図2）。これはIgG4関連自己免疫性膵炎で比較的まれな疾患です。

症例2は77歳女性、10年来の糖尿病があり平成26年1月上旬から倦怠感・食

思不振あり糖尿病性ケトosisの診断で入院となりました。同時に黄疸・肝胆道系酵素の上昇も認め造影CTで24mmの乏血性腫瘍を膵頭部に認め膵頭部癌と診断されました。術前検査にて門脈に一部浸潤しているように見え（図3）、門脈合併切除を行いました（図4）。病理所見では tubular adenocarcinoma でT4N1M0, stage IVでした。

当科における膵臓外科は図5に示すごとく9年間でPDを31例経験しました。今年の秋には1例、5年生存例を経験します。

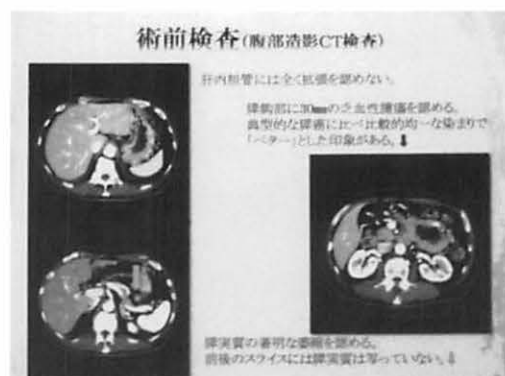


図1

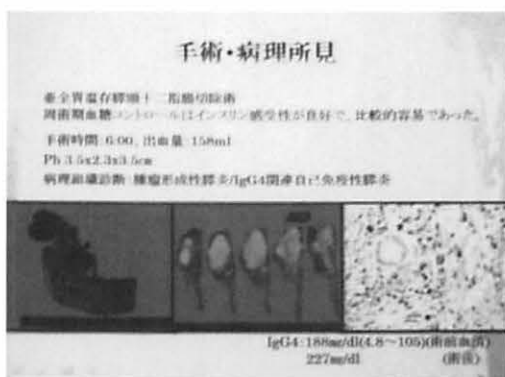


図2

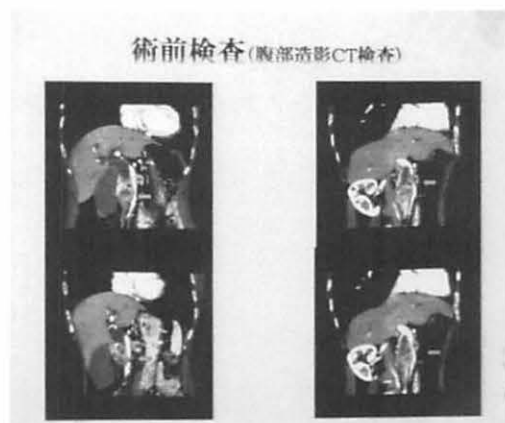


図3

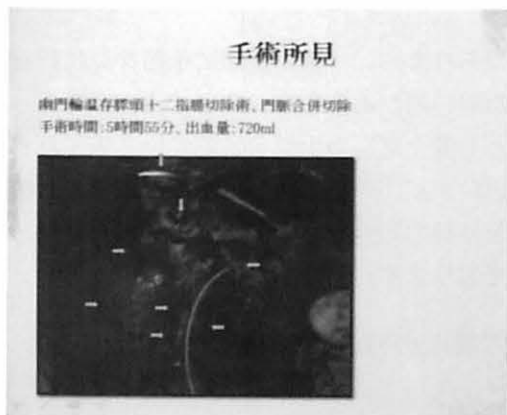


図 4

### 当科における膵臓外科

平成17年4月～

- この9年間に膵頭十二指腸切除術 (PD)を31例経験した。
- PDの術死亡率:0.0%、在院死亡率:1.8%と全国平均を大きく下回っており、安全に施行されている。
- PD以外にも膵体尾部切除、膵中央切除、Frey手術などを施行している。
- 膵頭部癌の成績も向上しており、今年秋には初めての5年生存が得られる予定 (stageII)。

□ PK	16
□ 膵頭部癌	7
□ 胆管癌	5
□ IPMA	1
□ ML	1
□ AIP	1

図 5



## 第10回 光市医師会学術講演会

日時：平成26年1月28日（火）

18：45～

場所：光商工会館2階 大会議室

【学術講演】18：45～19：00

口腔粘膜吸収抗癌性疼痛治療剤

「イーフェンバツカル錠」について

大鵬薬品工業株式会社

【特別講演】19：00～20：00

座長 医療法人社団 平岡医院

院長 平岡博



本日は山口大学、旧称第一外科の榎先生にお願いしまして、ごらんの演題で講演していただきます。最近の外科治療と薬物治療についてのお話をさせていただきたいと来ていただきました。昭和55年福岡県立京都（みやこ）高校を卒業されまして山大の医学部に入学されております。昭和61年に卒業されまして山大の第一外科に入局されました。榎先生とわたしは内視鏡手術の「さきがけ」として一緒にがんばった戦友

であります。一緒に愛媛に手術を見に行った思い出があります。今では山口県でもっとも多く胃腸の手術をされている先生だと思います。今日は新しい医療を踏まえた腹部外科の知見を教えてくださいと期待しております。

「大腸癌外科治療の現況

—薬物療法の進歩とともに—

山口大学大学院医学系研究科

器官病態外科学

准教授 榎 忠彦 先生



今日は大腸がんのお話しということなのですが、わたしが医者になった頃はがんといえば胃がんが一番多かったように思います。主要死因の統計を見ますと(図1)、最近では脳血管疾患が減少の一途、心疾患と肺炎が微増、悪性新生物が急増しております。部位別のがん死亡率を見ますと(図2)女性の乳がんは増加傾向が見られますが、総数では大腸がんがトップです。両性とも胃、肝がんは減少傾向です。大腸がんに関係する生活習慣には肉類の摂取増加や運動不足・飲酒などが危険因子としてあげられ、高繊維食品やニンニク・牛乳などがエビデンスと上げられております。ビタミンDの不足は大腸がんに関係していて予後が

悪いという統計があります。

大腸がんの治療ガイドラインが、2005年以降3回目の改正を経て、2014年版が先週の金曜日（1月31日）に発行されました。その治療のアウトラインを図3に示します。基本は外科切除ですが stage II Ⅲには補助化学療法、stage IVでは主に外科的切除以外の方法がとられます。

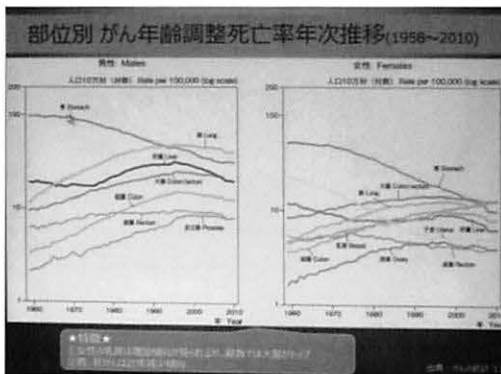


図2

次に大腸がんに対する腹腔鏡手術についてお話しします。ここ20年で大きく変わったことは手術創の低侵襲化ということです。26,7年前でしょうか、平岡先生と愛媛県まで内視鏡的胆のう摘出術を見学に行った時のことを思い出します。大腸がんに対する腹腔鏡下手術の歴史を図4に概略しました。腹腔鏡下大腸がんの切除をはじめて行ったのはアメリカですが、遅れること2年、慶応大学がその報告を行っております。2002年にこれが保険適応になりまして症例がうなぎ登りに増えて参りました。2005年のガイドラインでは stage I 以下の結腸から Rs 癌が適応でしたが、2010年ガイドラインでは適応範囲が拡大され、2014年のガイドラインでは「結腸癌と Rs 癌に対する安全性と長期成績は開腹手術と同等」という表現となっております。日本内視鏡学会でのアン

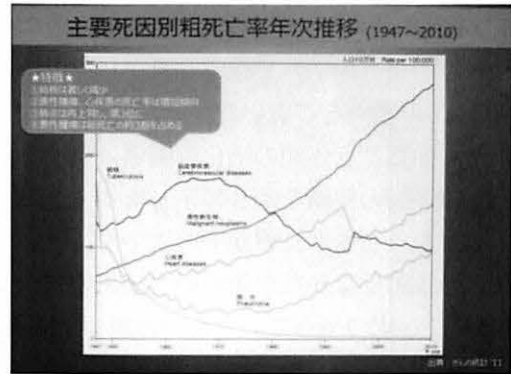


図1

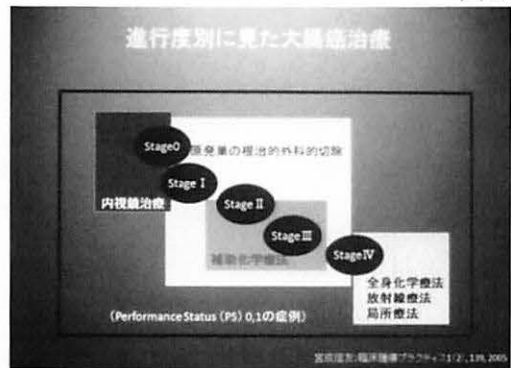


図3

ケートによれば大腸疾患の内視鏡下手術はここ10年で飛躍的に伸びております。大腸がんで2002年に保険適応になりまして年間100例から約5000例に増えております（図5）。腹腔鏡下大腸切除術の特徴といたしましてまとめますと図6のようになります。傷が小さい（8センチ以下）だけに痛みも少ないようで、早期離床、早期経口摂取、早期退院が期待できそうです。わたしたちは教育の現場で仕事をしていますので、内視鏡手術による視野拡大とその共有が教育におおいに役立っているように感じています。今後は更に低侵襲的で患者に負担のかからない治療法を模索したいと思っています。具体的な手法に入りますが、欧米では腸管吻合を体内で行うことが多いのですが日本では体外で操作を行うのが主流です。また吻合に関してはほとんど側々吻合ですが、われわれは体内に於い

て Modified book binding technique という手法 (図7) で端々吻合を試みています。その動画をご覧ください(図8)。わたしのここ5年間の消化管腫瘍に対する内視鏡手術の実績を図9に示します。結腸・直腸がもっとも多く胃がその次です。それ以外の手術はなかなか難しいとは思いますが、すこしずつやっていきたいと思っています。



図5

### 大腸癌に対する腹腔鏡下手術

- 1991年 Jacobsら(米国)が腹腔鏡下大腸切除を報告
- 1993年 渡邊、大上らが腹腔鏡下大腸切除を報告
- 2002年 大腸癌合併に佳績適応が拡大
- 2005年 大腸癌治療ガイドライン  
「Stage 0および1の結腸～Rs癌が適応」
- 2010年 大腸癌治療ガイドライン  
「結腸～Rs癌のD2以下の腸切除に適している」  
「cStage 0～cStage Iが良い適応」  
「横行結腸癌、高度肥満例、高度癌症例は高難度」  
「直腸癌に対する有効性と安全性は確立していない」
- 2014年大腸癌治療ガイドライン  
「結腸癌とRs癌に対する安全性と長期成績は開腹手術と同等」

図4

### 腹腔鏡下大腸切除術の特徴

- 低侵襲性(創長2.5～8cm)  
整容性の向上、術後疼痛の軽減
- 早期離床、蠕動の早期回復
- 早期経口摂取の開始
- 早期合併症の発生率の低下  
→医療費の削減が期待される

拡大視効果による手術精度の向上  
手術視野の共有

図6

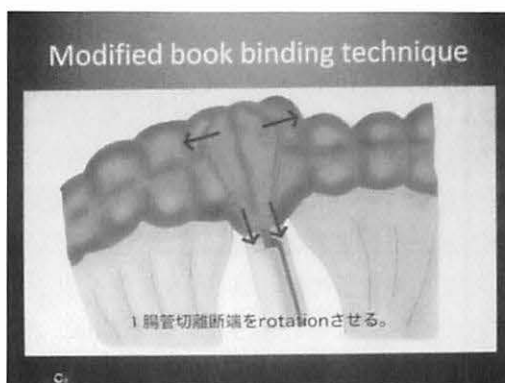


図7



図8

### 消化器腫瘍の内視鏡手術

・食道	17例
・胃	159例
・小腸	2例
・結腸・直腸	216例
・肝臓	4例
・胆嚢	1例
・膵臓	7例
・脾臓	1例

(平成21年4月～平成25年12月)

図9

### 大腸癌治療切除後のStage別再発率と5年生存率

Stage	再発率	5年生存率
Stage I	3.7%	90.0%
Stage II	12.5%	81.2%
Stage IIIa	24.1%	71.4%
Stage IIIb	40.8%	58.0%

1991-1996年    1991-1994年

→ 術後補助化学療法は必要なし  
→ 術後補助化学療法が必要?  
→ 術後補助化学療法が必要

図10



最後に大腸がんの薬物療法についてお話しします。1957年に5-FUという薬剤がネイチャーという雑誌に投稿され、いまでもいろんな悪性腫瘍に使われておまして、現在大腸がんでも基軸となっています。最近では癌の増殖などに関係する特定の分子を狙い撃ちする分子標的治療薬がたくさん出て参りました。図10に示しますように大腸がんの再発率と5年生存率です。化学療法が必要になるのはstage III以降になります。結腸癌術後補助化学療法の変遷を図11に示します。1990までは手術療法が中心でしたが、その後5-F

Uを中心とした化学療法が併用されるようになりました。ここ最近では分子標的治療薬がいくつか開発されその効果が5-FU/LVと比較されるようになりました。2014年1月改訂版の大腸がん治療ガイドラインでは推奨される療法として5-FU+LV, UFT/LV。カペシタビン、FOLFOX4にCapeOXが加わりました。

(以下に抗がん剤の詳細な説明がありましたが勝手ながら省略させていただきます) 静聴ありがとうございました。

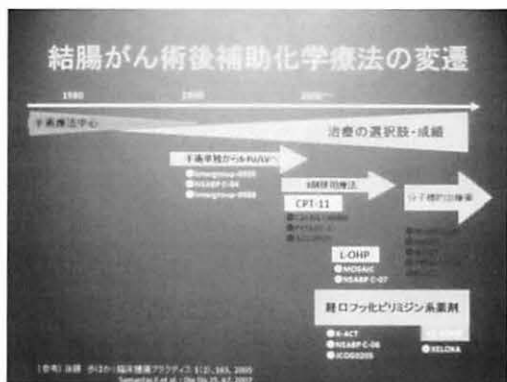


図 11

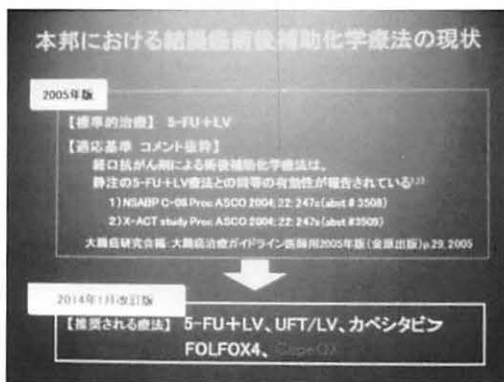


図 12

## 第 11 回

### 光市医師会学術講演会

日 時. 平成 26 年 2 月 4 日 (火)

19:00~20:30

場 所. 光商工会館 2 階第 1 研修室

【製品紹介】 19:00~19:10

新規抗凝固薬イグザレルト錠

【特別講演】 19:10~20:10

座長 光市立光総合病院

循環器内科部長 中村安真 先生



石川先生は横浜市立大学医学部の旧第二内科で不整脈研究グループを率いておられ、不整脈の分野では知らない人はいないくらいご高名な先生です。本日は日常によく見られる心房細動における抗凝固療法についてお話しいただけます。すぐにでも役立つことを教えていただければと思います。ではよろしくお祈りします。

『抗凝固療法の重要性と第 X a 因子阻害薬』

演者 横浜市立大学医学部

循環器腎臓内科学准教授

石川 利之先生



今日は心房細動のお話しです。心房細動では心臓の左心耳のところがけいれん状態になっておりましてその部分に血栓を形成しやすく、それが脳に飛ぶと脳梗塞となります(図 1)。他の脳梗塞と違ひまして大きな血栓が飛びますので、大きな血管が詰まったり多発性に詰まったりして重症になりやすい傾向があります。昔、問題にならなかったのは平均年齢が低かったからです。高齢化社会となり心房細動の人が増加し、それが原因の脳梗塞が増加して問題となりだしました。従来からその治療としてリズムを制御する方法と脈拍を抑える方法とがありましたが(図 2)、死亡率の低下にほとんど寄与していないことがエビデンスで明らかになりました。脳塞栓症の予防にアスピリンとワルファリンのどちらがいいのでしょうか? 2006年の J A S T

S T U D Y では心房細動患者にアスピリンは効かないという結果でした(図 3)。心房細動がありますと脳梗塞の年間発生頻度が 1%から 5%に高まります。ワルファ

リンで治療すると1~2%に低下させることが出来ます。それによる脳出血の発現率は0.15%から0.62%に上昇するだけです(図4)。それ以外にも消化管出血があります。治療効果と合併症の差し引きが治療による利益になります。ワルファリンの薬剤効果はINR(International Normalized Ratio)で評価することになっていますが、その至適値は2.0から3.0の間という国際的なコンセンサスがあります(図5)。このグラフを見ますと虚血性脳卒中の割合はINRが2.0あたりから横ばいでほとんど変化がありません。頭蓋内出血の割合はINRが3.0を超えたあたりから徐々に増加します。INRが4.

0を越えてやや上昇傾向になりますが、これを見ますとINRとしては4.0以上になることよりも2.0以下になることの方がリスクが高いことがわかります。弱めにコントロールするのは返って危険でさえあります。JCS2008心房細動治療(薬物)ガイドラインでは70歳以上INR1.6~2.6、70歳未満2.0~3.0が治療目標となっています。しかし、INRは測定基準もまばらで患者側の要因が様々でその値が非常に変動しやすいという欠点があります。図6にワルファリンの問題点をまとめました。ビタミンKを多く含む食物はいわゆる青物です。特に青汁やクロレラを常習的に飲んでいる人は要注意です。

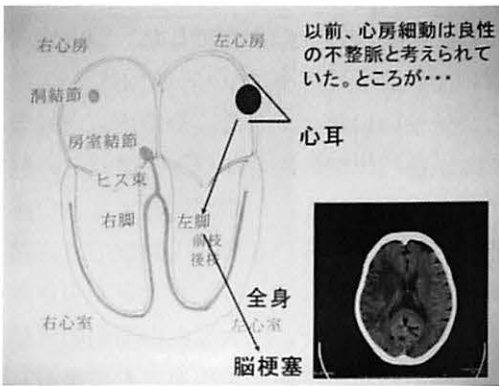


図1

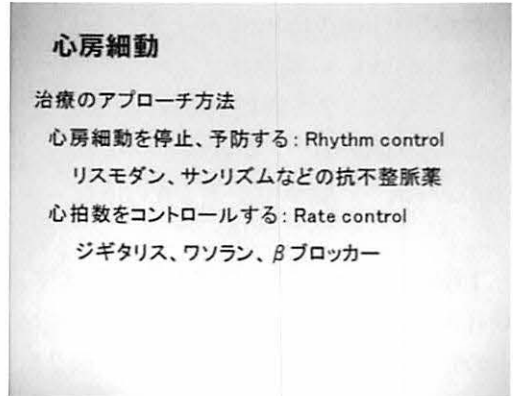


図2

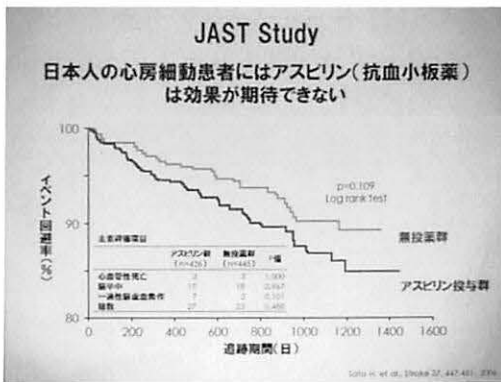


図3

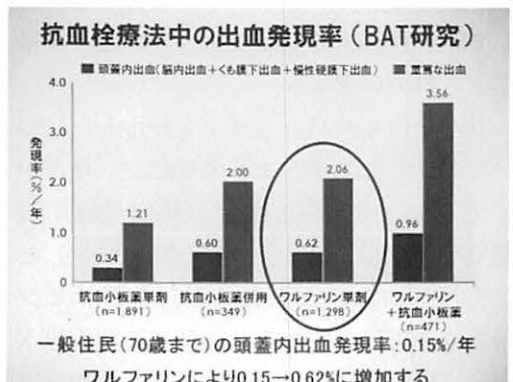


図4

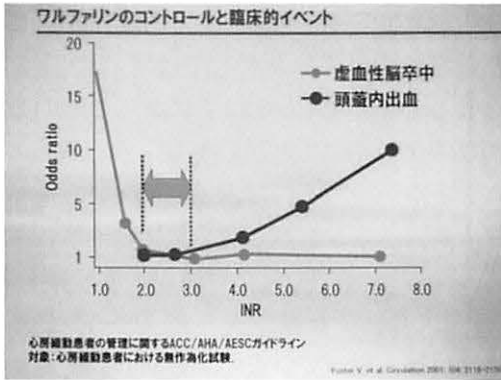


図5

心房細動患者における脳卒中発症リスクの評価指標でCHADS<sub>2</sub> SCOREがあります。

### CHADS<sub>2</sub> SCORE

- Congestive heart failure 心不全
- Hypertension 高血圧
- Age 年齢（75歳以上）
- Diabetes Mellitus 糖尿病
- Stroke/TIA 脳卒中、TIAの既往

1項目1点としてスコアを算定します。CHADS<sub>2</sub>スコアの増加とともに、脳卒中の発症率が一直線に増加します（図7）。脳卒中の重症度・病型と、スコアは相関しません。ガイドライン（2008年改訂版）では1点でワルファリンの投与を考慮して、2点以上でワルファリンの投与を推奨とされています。

リバーロキサバン（イグザレルト）についてお話しします。エドキサバン（リクシアナ）に次ぐ国内2番目の経口FXa阻害薬です。ワルファリン（ワーファリン）とは作用メカニズムが異なり、トロンビンの生成過程にかかわる活性型血液凝固第X因子（FXa）を阻害することで、血液を固まりにくくします。ワルファリンのように、

**ワルファリンの問題**

ワルファリンは循環血中で作用するのではなく、肝臓におけるビタミンK依存性凝固因子の生合成を抑制することにより抗凝固作用を示すため、作用点が複数あり複雑

チトクロームP450の代謝を受ける  
↓  
食物、薬物相互作用が大きい  
安全閾が狭く、安定性に乏しい  
↓  
出血性の事故が起こる危険性が高い  
定期的採血、PTのモニタリングが必要

図6

こまめに血液凝固能を検査したり、用量調節に神経をそそぐ必要もないのです。このようなメリットから、心原性脳塞栓症に対する主要薬として大いに期待されています（図8）。ワーファリンとの臨床試験が行われました。海外の成績であるROCKET試験の結果は図9のようでした。脳血管の累積イベント発症率はリバーロキサバンの方がややいい数字でした。その内訳を見ますと頭蓋内出血の割合がワーファリンの約半分と明らかに少ないのが特徴です。日本で行われたJ-ROCKET試験では累積事象発現率がワルファリンを大きく引き離す結果が出ました。重大な出血事象の累積でも頭蓋内出血、消化管出血ともに半減しております。ただ、鼻出血や歯肉出血は多いという報告でした。禁忌は図11に示しますように、注意すべきは腎不全（クレアチニンクリアランス15ml/min未満）の患者です。

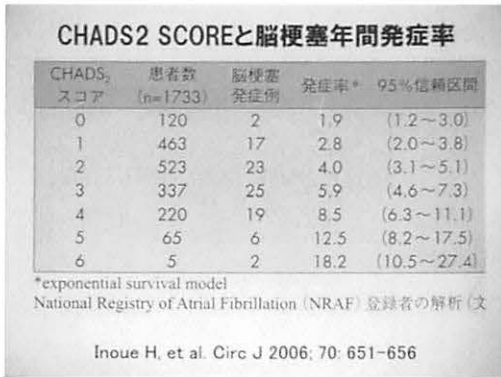


図7

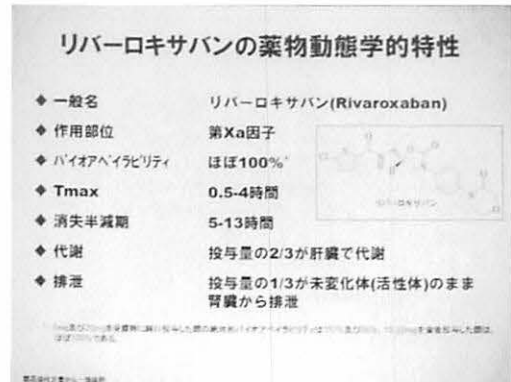


図8

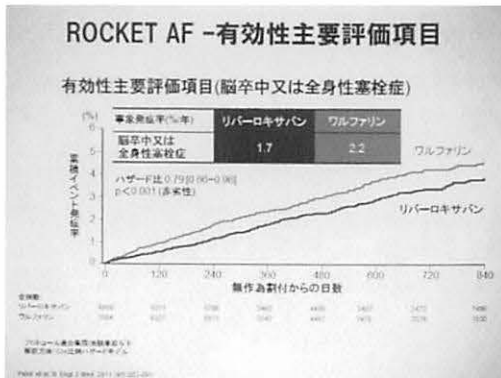


図9

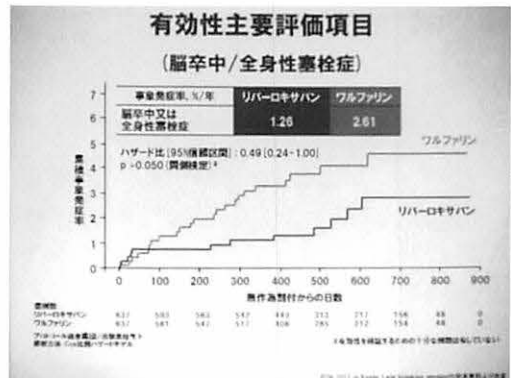


図10

ワルファリン服用者の手術時の対応がしばしば問題となります。現在ではなるべく中断しないこととなっています。抜歯や止血が容易な手術は休薬しません。止血が困難な手術や長時間を要する内視鏡治療や整形外科手術、循環器系形成術などでは手術の3~5日前までにワルファリンを中止してヘパリンに変更します。再開するときも治療域に達してからヘパリンを中止しますが、このヘパリン置換は面倒です。リバーロキサバンの場合は24時間前に中止し術後出血がないことを確認後に再開するだけで結構です。

最後に1000人の心房細動の患者さんを1年間観察して、抗凝固療法を行わないのを行うのとどのくらいの効果があるか、その概略を表現してみました。その中

で約50人の患者さんに脳梗塞が起こります。抗凝固療法をしておりますと20人以下に抑えられ、そのうち2~4人に脳出血が起こり、20人前後がいろいろな原因で死亡します。日本の心房細動患者は約100万人いるといわれます。無治療では一年間に5万人が脳梗塞を起こします。ワルファリン治療により脳梗塞の発症は約2%に減らすことが出来、脳出血の代償は0.4%に過ぎず、一年間に26000人の脳出血が予防できることを考えると積極的に抗凝固療法を行うべきことがわかります。是非こら辺を俯瞰され、診療に生かされることを切望します。ありがとうございました。

### 禁忌

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 出血している患者  
(頭蓋内出血、消化管出血等の臨床的に重大な出血)
3. 凝固障害を伴う肝疾患の患者
4. 中等度以上の肝障害(Child-Pugh分類)又はCに相当のある患者
5. 腎不全(クレアチニンクリアランス15ml/min未満)の患者
6. 妊婦又は妊娠している可能性のある女性
7. HIVプロテアーゼ阻害剤リトナビル、アタザナビル、インジナビル等投与中の患者
8. アゾール系抗真菌薬フルコナゾールを除く、イトラコナゾール、ボリコナゾール、クニコナゾール等の経口又は注射剤を投与中の患者
9. 急性細菌性心内膜炎の患者

図 11

1000人の心房細動患者さんを1年間診て、  
抗凝固療法を行わないと、50人に脳梗塞が起こる

	Warfarin	Rivaroxaban
脳梗塞	20 人	17 人
脳出血	4.4 人	2.6 人
死亡	22 人	19 人

図 12



## 第12回 光市医師会学術講演会

日時 平成26年2月25日(火)

19:00~20:30

場所 光商工会館2階 大会議室

【製品紹介】 19:00~19:15

選択的SGLT2阻害剤「スーグラ錠」  
アステラス製薬株式会社

【特別講演】 19:15~

司会 いのうえ内科クリニック  
院長 井上祐介 先生



加来先生は1973年に山口大学医学部を卒業なさり長い間山口大学医学部で教鞭を執っておられました。わたしの学生時代・研修時代の恩師でもあられます。1991年に内科学講座助教授に就任され1995年より海外のノボノルディスクファーマ(株)取締役開発本部長として大活躍されました。1998年に川崎医科大学内科学の教授に就任され現在に至っています。2010年に岡山市で行われた第53回日本糖尿病学会年次学術集会では会長を務め

られ、地方都市で行われる学会のレベルアップに貢献されました。2011年5月に糖尿病学会ではもっとも権威ある賞でありますハーゲドーン賞を受賞されました。それではよろしくお願ひします。

『糖尿病薬物治療の現状と将来』

演者 川崎医科大学 特任教授  
加来浩平 先生



糖尿病患者は大変増加しております。図1は最新の情報であります。厚労省は5年ごとに情報を公開しておりますが、これは最近発表された2012年のデータであります。2007年と比べますと2012年はやや低下しております。これは厚労省の推進しておりますメタボ健診の成果でありましようか？これを年代別に見ますと(図2)年齢が上がると糖尿病が増えるのは仕方ないにしても、30歳から60歳の層がほとんど治療されていないのは如何にも問題です。糖尿病の大きな問題点は推定950万人いる糖尿病患者の平均死亡時年齢が男性で10歳、女性で13歳短縮されるという数字です。認知症や癌になりやすいというエビデンスもあります。また、腎不全・網膜症・下肢切断という忌まわしい合併症も見られます。2型糖尿病にも二つ

の型がありまして、やせ形とメタボ型です。前者は日本に良くあるタイプで、インスリン分泌低下が主体です(図3)。後者は欧米に多く肥満によるインスリン抵抗性が主体です。その自然死を経年的にグラフにしますと(図4)糖尿病と診断される10年以上前から耐糖能障害が存在し、糖尿病と診断された時には膵臓のβ細胞機能はその半分程度に低下していることが分かります。診断される時にはインスリン抵抗性の上昇を補うことが出来なくなり糖代謝の破綻(Metabolic Crisis)をきたした状態です。少し前に行われた大規模長期介入試験(ACCORD,VADT,ADVANCE)では厳格な血糖管理を目標にしたが故に低血糖発作の頻度が上昇し、大血管のイベントが上昇したというショッキングな結果が得られ、その反省を踏まえて2013年熊本で

「熊本宣言」が決定されました(図5)。血糖を下げHbA1cを改善するだけではなく、低血糖を起こさず、血糖日内変動の平坦化や膵β細胞の負担軽減・肥満回避など統合的な治療を構築することが重要です(図6)。何よりもそのためには早期介入・早期治療で良質な血糖管理の達成と維持に心がけることが近道となります。



図1

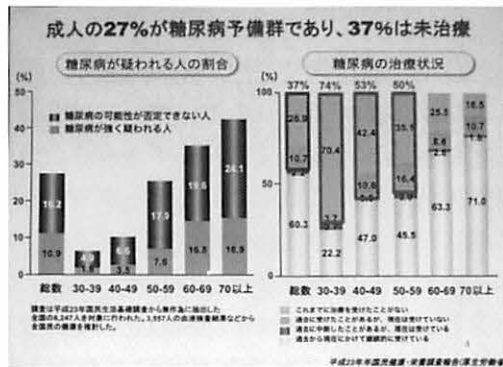


図2

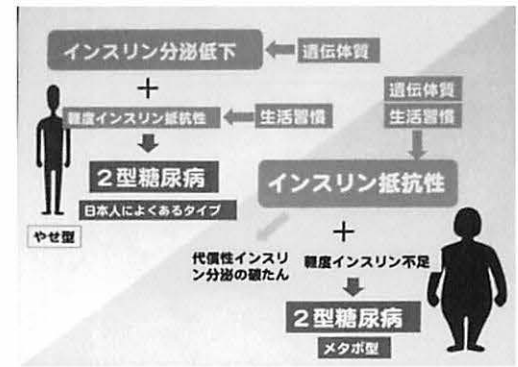


図3

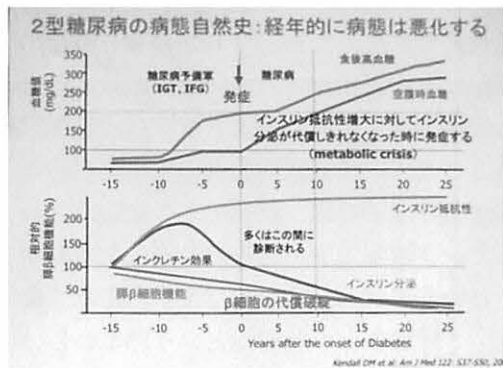


図4



図5



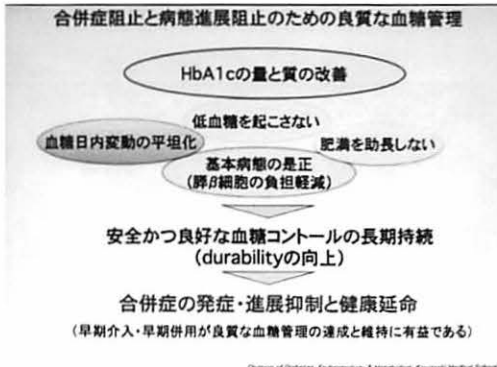


図 6



図 7

薬物治療の歴史を図7に示します。SU剤の歴史は古く、1957年のトルブタミドに始まります。最新はグリメピリド(アマリール)です。メトホルミンの歴史はもっと古いのですが紆余曲折の経過を経て、最近はまだ再評価されようとしています。21世紀になりましてピオグリタゾンやグリノド薬が出てきますが、四年前から消化管ホルモン薬が脚光を浴びまして、DPP4阻害薬が発売され糖尿病の治療が大きく様変わりしました。そして今年にSGLT-2阻害薬が6剤も出る予定です。処方シェアはDPP4阻害薬が6割に至ろうとしています。それは図8に示しますように実に使いやすい薬剤であるからです。さて、これから続々と出てまいりますSGLT-2阻害薬ですが、その作用点は近位尿細管でグルコースの再吸収を阻害して腎性糖尿の状態にすることです。SGLT-2が完全に阻害されると糸球体で濾過されるグルコース180g/日のうち120g/日がSGLT-1で再吸収され尿中に60g/日排出されます。結果として200~300kcal/日が体外に放出されます。それにより低血糖の危険を経ずに過剰なエネルギーを放出し血糖を下げる事が出来ます。その作用機序が故の留意点があります(図10)。エネルギーが放出されるわけで

すから痩せている人には適しません。低栄養をきたします。グルコースが不足すると脂質代謝が亢進してケトン体が血中に増えてきます。尿路感染症にかかりやすくなります。浸透圧利尿になりまして尿量も増えてきて、脱水になりやすくなります。尿中にカルシウムが排出されるために骨代謝への影響も懸念されます。腎機能が低下している患者には効果がありません。その利点と留意点をまとめました(図11)。最後に2型糖尿病の治療について新しい提言をさせていただきます。その管理目標である従来の血糖コントロールから、さらなる治療目標として肥満防止、糖尿病発症予防と病態進展素子へのパラダイムシフトを希望します。そのためには早期介入・早期治療とともに、新しい治療薬の活躍が期待されます。

ご静聴ありがとうございました。

## DPP-4阻害薬の特徴

- 1日1-2回服薬でより高い有効性と血糖プロファイルの改善
- HbA1c ~8.0% (NGSP値) の使用で目標達成率向上
- 有効性は長期間持続する
- すべての既存薬との併用効果が期待できる
- 低血糖への懸念が極めて少ない (SU薬との併用では注意)
- 体重増加がみられない
- 現時点で安全性への懸念が低い

早期からの介入に適し、良質な血糖コントロールが期待できる薬剤である

Division of Endocrinology, Endocrinology & Metabolism, Kawasaki Medical School

図 8

## 腎臓における糖再吸収系と再吸収阻害

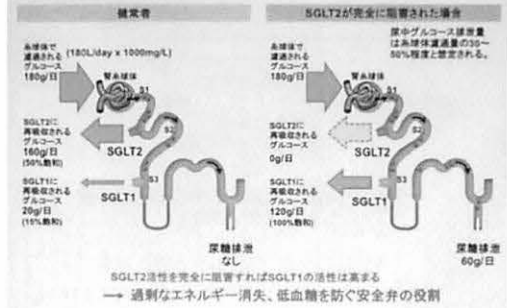


図 9

## SGLT2阻害薬使用時に想定される留意点

- 体液量減少
- 尿路感染症・性器感染症
- 低血糖症
- 栄養不良状態の悪化
- 血中・尿中ケトン体陽性
- 腎機能に及ぼす影響

図 10

## SGLT-2阻害薬の利点と留意点

- 利点**
- 1) インスリン作用に依存しない新規血糖降下作用
  - 2) 単独・併用で確実な血糖降下作用 (HbA1c: 0.5-1.5%低下)
  - 3) 体重減少 (肥満の改善)
  - 4) 脂質改善効果 (TG低下、HDL-C上昇)、血圧改善効果
  - 5) 尿酸値低下
  - 6) 肥満は正と糖毒性改善によるインスリン抵抗性改善、 $\beta$ 細胞機能改善

### 問題点

- 1) 腎機能障害進行例で有効性が低下
- 2) 脱水に伴う諸問題: 循環不全
- 3) 尿路感染症、性器感染症
- 4) 体重減少 (やせの患者でのlean body mass減少)
- 5) ケトン体上昇

図 11



## 第13回 光市医師会学術講演会

日時. 平成26年3月25日(火)  
19:00~  
場所. 光商工会館2階 大会議室

【学術講演】19:00~19:15  
「長時間作用性吸入気管支拡張配合剤  
ウルティプロについて」  
ノバルティスファーマ製薬株式会社



畑地先生は松坂市民病院に呼吸器センターを設立された有名な先生です。赤字で存続さえ危ぶまれた病院が平成21年より黒字に転換し、復活から「センター化」への発展に変貌する原動力となった評判の「すごい先生」です。今日はその病院の紹介を兼ねて呼吸器疾患のお話しをお願いします。よろしくお祈いします。

【特別講演】19:15~20:30

「日常生活の活動性を踏まえた  
COPDの治療」

松坂市民病院呼吸器センター  
センター長 畑地 治 先生



本日は次のメニューで話をさせていただきます。

1. COPDの疫学認知度
2. GOLDガイドライン
3. COPDの治療—呼吸器ガイドラインを踏まえて
4. 日常生活の活動性とCOPD
5. オンプレスと日常生活の活動性
6. 吸入アドヒアランス・方法
7. 本日の Special トーク

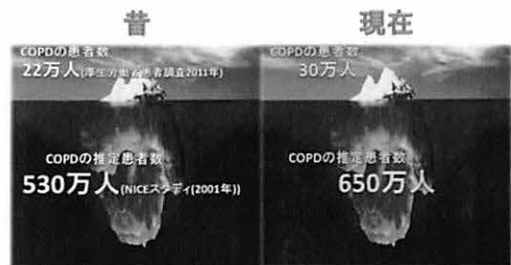


図1

COPDという名前はなかなか認知しにくいですね。肺気腫という名前が一般的です。年々COPD患者は増加しています(図1)がその認知度はアンケートでは約25%といわれています。松坂市民病院での術前検査でCOPDとされたもののうち既に診断が付いているものは8.7%でした(図2)。これから認知度をどんどん上げるよう活動し、市中の患者を拾い上げる努力が必要でしょう。

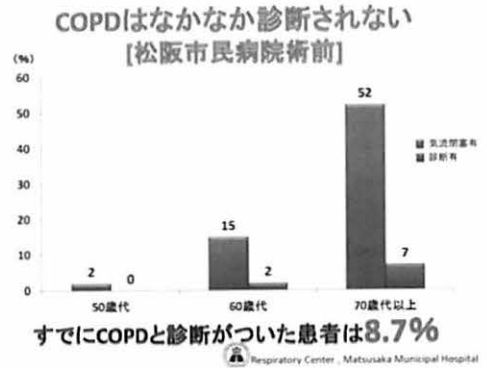


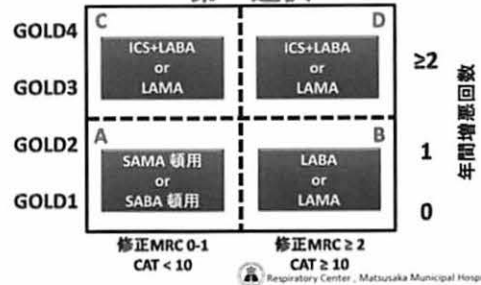
図2



Respiratory Center, Matsusaka Municipal Hospital

図3

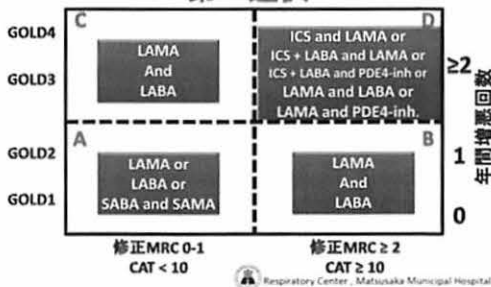
COPDの診断・管理・予防のためのグローバルストラテジー  
安定期COPD管理・薬物療法  
第一選択



Respiratory Center, Matsusaka Municipal Hospital

図4

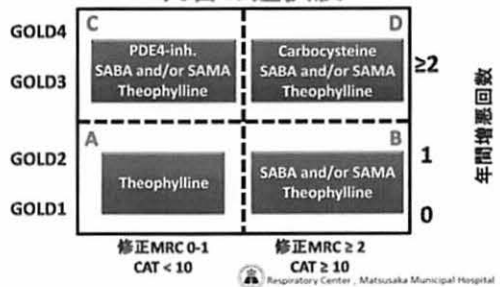
COPDの診断・管理・予防のためのグローバルストラテジー  
安定期COPD管理・薬物療法  
第二選択



Respiratory Center, Matsusaka Municipal Hospital

図5

COPDの診断・管理・予防のためのグローバルストラテジー  
安定期COPD管理・薬物療法  
代替の選択肢



Respiratory Center, Matsusaka Municipal Hospital

図6

GOLDのガイドライ、GOLDは図3の略です。症状の評価はCAT (COPD Assesment Test) と修正MRCで行われます。ネットで調べればすぐ出てきます。治療方針には気流制限の検査が重要で1秒率が50%以下は重症となります。その検査の前には気管支拡張薬 (サルタノール2噴

霧) を吸入させます。それは喘息因子を除去するためです。気流制限を縦軸に症状評価を横軸に治療方針を図4のように設定されています。また、第二選択・代替の選択肢として図5・図6があげられています。レセプトデータから治療薬を割り出すとCOPDと診断がついた患者で40%以上に

去痰薬、20%以上に鎮咳薬が処方されています。 $\beta$ 2刺激薬（吸入・長時間性）・吸入用抗コリン薬が処方されているのは両方とも10%未満でした。去痰剤や鎮咳薬は効果が期待できず、吸入薬を使えば呼吸困難などの症状が取れ、日常生活の活動性が向上します。是非吸入薬を使用して下さい。吸入ステロイドは喘息が合併している場合に使用して下さい。単純なCOPDに使用していると重症肺炎の合併に繋がることがありますので注意が必要です。

COPDの治療に一番重要なことは禁煙です。しかし、禁煙外来で懸命に禁煙を勧めても禁煙率は半分くらいでしかありません。どうしても禁煙できない人がいますが、その時は次善の策として吸入治療薬や

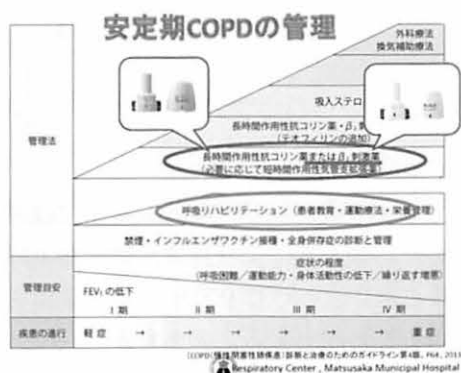


図7

インフルエンザワクチンの投与、呼吸リハビリテーションなどを進めて下さい。是非諦めないでいただきたいと思います。図7は2013年のガイドラインです。吸入薬剤に「長時間作用性抗コリン薬または $\beta$ 2刺激薬」と二つが並列で書かれています。治療薬としては抗コリン薬の方が歴史が古く、データの蓄積があり使いやすいのですが、最近 $\beta$ 2刺激薬で効果のいいものが出てまいりまして、治療効果として

インフルエンザワクチンの投与、呼吸リハビリテーションなどを進めて下さい。是非諦めないでいただきたいと思います。図7は2013年のガイドラインです。吸入薬剤に「長時間作用性抗コリン薬または $\beta$ 2刺激薬」と二つが並列で書かれています。治療薬としては抗コリン薬の方が歴史が古く、データの蓄積があり使いやすいのですが、最近 $\beta$ 2刺激薬で効果のいいものが出てまいりまして、治療効果としてほぼ同等と考えられます。図8はそのアルゴリズムを図示しています。中等症以上にテオフィリンの追加もいいでしょう。薬物治療によって活動性を高め、呼吸リハビリテーション(教育、運動、栄養)を進めていくことも重要です。

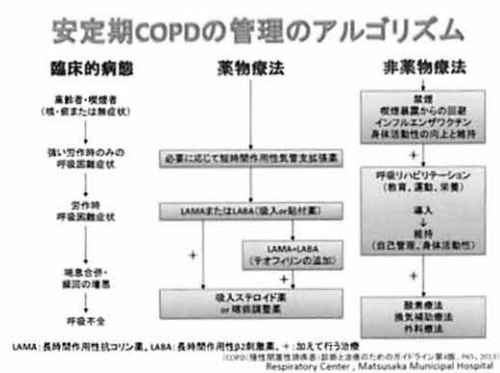


図8

ほぼ同等と考えられます。図8はそのアルゴリズムを図示しています。中等症以上にテオフィリンの追加もいいでしょう。薬物治療によって活動性を高め、呼吸リハビリテーション(教育、運動、栄養)を進めていくことも重要です。

## 慢性呼吸器疾患患者の悪循環

-呼吸困難とdeconditioning-



図 9

## COPD患者は、軽症から活動性が低下する

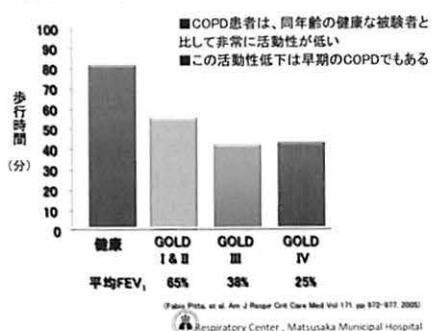


図 10

### 対象・方法及び検討項目

#### 【対象・方法】

- オープン試験 (非盲検、非無作為化)
- 外来通院中<sup>※1</sup>のCOPD患者23例を対象に、最初4週間はインダカテロールの非投与下、その後4週間はインダカテロール 150µgの投与下で生活習慣記録機<sup>※2</sup>を携帯させた

#### 【検討項目】

- 肺機能 (FEV<sub>1</sub>)
- 6分間歩行テスト (6MWT)
- COPDアセスメントテスト (CATスコア)
- 身体活動パラメータ (総歩行数、中程度以上の身体活動時間、エネルギー消費量、代謝当量ごとの身体活動時間)

※1 転院時実施し、1日のエネルギー消費量、運動量、歩数を記録する機器、身体活動状況の違い(強度・時間・頻度)は加速度センサーの振幅と頻度から推定する。 Hatjii et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2013; 8: 1-5. Respiratory Center, Matsusaka Municipal Hospital

図 11

### 生活習慣記録機(ライフコーダー)



Hatjii et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2013; 8: 1-5. Respiratory Center, Matsusaka Municipal Hospital

図 12

慢性呼吸器疾患の場合日常生活の活動性が低下して運動機能低下から更に呼吸困難が増大するという負のスパイラルが起きている (図 9)。COPD患者は、軽症から活動性が低下しています (図 10)。スポーツやレクリエーションだけでなく社会活動や睡眠・家事・性生活など日常生活の様々な場面で制限を受けています。

オンブレスはCOPD患者における日常身体活動能を改善させます。外来通院中のCOPD患者23例を対象にオープン試験を行いました (図 11)。最初4週間はオンブレスなしで、次の4週間にありにして生活習慣記録器を携帯させました (図 12)。呼吸機能としての一秒量と最大呼吸量は有意に改善しました (図 13)。その他6分間歩行テスト・CATスコア・総

歩行数・消費カロリーなども有意に改善しました。吸入薬により身体活動能を上昇させることによりCOPD患者の悪循環を断ち切ることが出来ると思います。

さて、吸入薬は果たしてちゃんと吸入しているでしょうか？ わたしのところでアンケートをとって調べたところによりますと、100%指示どおりにやっていると思えたひとでも実際には約80%しか吸入していないことがわかりました。一日一回タイプでも二回タイプでも大きな違いはありませんでした。ただ、エアゾル式よりもカプセルタイプの方がアドヒアランスはいいという結果でした。

ウルティプロはオンブレス (LABA) とシープリ (LAMA) の合剤です。これを使って思うのは他の何よりも効果の立ち

上がりが早いということです。外来の現場で実際に吸入させ、患者さんにその効果を実感させることにより治療継続の動機が生まれます。60週以上の投与期間中、その増悪はシーブリ単独や抗コリン薬単独よりも有意にその増悪を抑えるというエビデンスが得られました(図14)。

### まとめ

1. COPD患者はまだまだ水面下でたくさん存在する。
2. COPDの患者に対する治療介入は早ければ早いほどよい。
3. 気管支拡張薬を吸入させることにより、COPD患者の日常生活の質が改善する可能性がある。
4. 吸入薬を用いて治療する場合、患者の自己申告は割り引いて考える必要があり、繰り返しての吸入指導が大切である。

ご静聴ありがとうございました。

### 結果(1)-呼吸機能改善効果-

インダカテロール吸入開始4週後のFEV<sub>1</sub>、ICは、吸入前に比べ、有意な改善を示した。

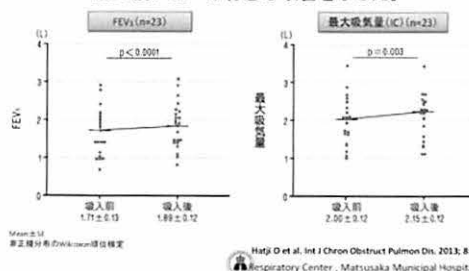


図 13

### 投与期間中(64~76週)の増悪回数

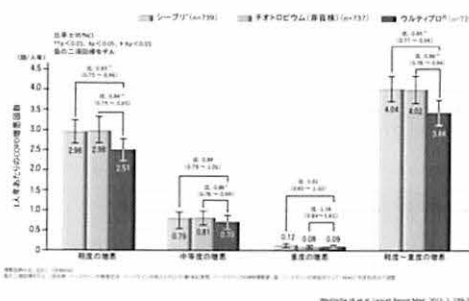


図 14



## 理事会報告

日 時：平成26年1月14日（火）午後7時30分より10時

場 所：「小蜂」

出 席：平岡博会長、丸岩昌文副会長、兼清照久理事、廣田修理事、佃邦夫理事、  
谷川幸治理事、清水敏昭理事、多田良和理事、藤田敏明理事、  
松村壽太郎監事、河村康明監事

欠 席：なし

議 題

### I. 報告事項

1. 光市立光総合病院事務局より新病院移転について説明があった。

平成31年、光ヶ丘に移転完了の予定。

2. 県医師会情勢報告（河村県医師会専務理事）

以上を報告した

### II. 新春座談会



平成26年1月度理事会  
平成26年1月14日（火） 小蜂にて



日 時. 平成26年2月13日(木) 午後8時00分より9時30分まで

場 所. 光市医師会事務局

出 席: 平岡博会長、丸岩昌文副会長、兼清照久理事、廣田修理事、佃邦夫理事  
谷川幸治理事、清水敏昭理事、多田良和理事、藤田敏明理事、松村壽太郎監事、

欠 席: 河村康明監事

## 議 題

### I. 報告事項

1. 山口県医師会「在宅医療の研修会」(1/12) (平岡会長)
2. 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく特定接種に関する協議会  
(兼清理事)
3. 平成25年度在宅医療を担う人材育成事業地域リーダー研修(1/26)  
(平岡会長)
4. AED普及促進協議会・郡市担当理事合同会議(1/30) (多田理事)
5. 周南地域救急医療対策協議会(1/30) (丸岩副会長)
6. 平成25年度光市国民健康保険運営協議会(2/6) (清水理事)
7. 県医師会情勢報告 (書面にて報告) (河村県医師会専務理事)

以上を報告した

### II. 協議・承認事項

1. 光市医師会定時総会について  
70周年記念パーティーを今年是一緒に・表彰などについて(平岡会長)
2. 臨時総会日程の確認について (平岡会長)  
4月8日に予定
3. 在宅看取り患者の救急対応について (丸岩副会長)  
迷ったときには警察に連絡して下さい
4. 70周年記念誌進捗状況について (佃理事)  
3月には印刷会社との折衝に入ります
5. 25年4月～26年5月会計報告 (佃理事)
6. 平成26年度予算(案)について (佃理事)
7. 河内山清先生会費減免申請について  
C会員相当と決定する

以上を協議・承認した。

日 時. 平成26年3月11日(火) 午後7時30分より午後9時30分

場 所. 光市医師会事務局

出 席: 平岡博会長、兼清照久理事、廣田修理事、佃邦夫理事、谷川幸治理事  
多田良和理事、藤田敏明理事、松村壽太郎監事、

欠 席: 丸岩昌文副会長、清水敏昭理事、河村康明監事

## 議 題

### I. 報告事項

1. 光市医師会臨時総会(2/13) (平岡会長)  
役員選挙の方法と法人会計の変更について成立した。
2. 幼稚園保育園関係者と園医学校医の集い(2/19) (広田理事)  
「園児のための色覚異常と弱視の知識」  
講師 総合病院社会保険徳山中央病院 眼科部長  
新川 邦圭 先生
3. 医師国保組合平成25年度第2回通常組合会(2/20) (平岡会長)  
医師国保組合員の保険料が値上げされる。
4. 山口県医師会郡市医師会会長会議(2/20) (平岡会長)  
都道府県医師会会長会議について、  
中四国医師会連合総会各種分科会について  
特定接種に関する医療機関の登録について、  
JMAT山口活動マニュアル案について、  
日医認証局地域受付審査局(LRA)設置について、  
診療報酬説明会について  
郡市医師会からの意見についての7項目の説明、討論がなされた。
5. 山口県医師連盟執行委員会(2/20) (平岡会長)
6. 郡市特定健診・特定保健指導担当理事協議会(3/6) (兼清理事)  
平成24年度特定健診受診率は光市28.1%で上位である。  
共済組合は85.1%と非常に高い。  
後期高齢者は光市で21%と高い数字となっている。
7. 県医師会情勢報告(書面にて報告) (河村県医師会専務理事)

以上を報告した

### II. 協議・承認事項

1. 平成26年度事業計画について
2. 平成25年度予算について (佃理事)
3. 産業医部会下松支部支部長の医師会毎持ち回りの件 (平岡会長)

4. 光市による大和地区での開業（泌尿器、眼科）の誘致活動容認の件  
（平岡会長）

5. 今後の日程の確認

4月8日（火） 臨時総会 商工会館 午後7時半 役員選挙  
5月22日（木） 定時総会 兼 70周年記念パーティー 松原屋  
6月8日（日） 山口県医学会総会 防府  
7月17日（木） 予定 認知症講演会  
7月24日（木） 納涼懇親会  
9月2日（火） 第18回光市医師会・光市立病院合同症例検討会  
9月18日（木） 予定 第2回在宅医療研修会

以上を協議・承認した

# 月例会報告

平成 26 年 1 月 28 日 (火)

1. 臨時総会スケジュールについて  
2月13日(木)午後7時より
2. 70周年記念誌 進捗状況とお願い
3. 特定接種の登録について

平成 26 年 2 月 25 日 (火)

1. 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく特定接種の登録について
2. 臨時総会 (2/13) における決議について
3. 4月8日臨時総会開催のお知らせ (役員選挙)
4. 3月4日(火)光市立病院との合同症例検討会

平成 26 年 3 月 25 日 (火)

1. 臨時総会について
2. 定時総会について (70周年記念パーティーを兼ねる)

## 1月休日診療所当番医報告

1月		内科系	外科系	
	1(水)	49	16	65
2(木)	64	17	81	
3(金)	43	23	66	
5(日)	47	4	51	
12(日)	22	3	25	
13(月)	31	7	38	
19(日)	17	6	23	
26(日)	35	3	38	
計	308	79	387	

## 2月休日診療所当番医報告

2月		内科系	外科系	
	2(日)	17	16	33
9(日)	31	6	37	
11(火)	15	12	27	
16(日)	17	6	23	
23(日)	34	3	37	
計	114	43	157	

## 3月休日診療所当番医報告

3月		内科系	外科系	
	2(日)	22	3	25
9(日)	37	4	41	
16(日)	50	5	55	
21(金)	34	20	54	
23(日)	47	12	59	
30(日)	27	1	28	
計	217	45	262	

## 退会会員

3月31日付

B会員

光市立光総合病院

弘中秀治 済生会 山口総合病院へ

平塚淳史 徳山中央病院へ

## 緑友会ゴルフコンペ成績

平成 26 年 3 月 2 日

順位	名前	IN	OUT	GR	HDCP	NET
優勝	森本 博士	40	43	83	-1	84
準優勝	平田 万三志	47	47	94	8	86
3	兼清 照久	48	44	92	5	87
4	守田 忠正	46	48	94	6	88
5	光武 達夫	48	53	101	12	89
6	藤村 朴	54	48	102	10	92
7	赤崎 信正	53	48	101	9	92
8	横山 宏	49	48	97	4	93
9	田中 博幸	50	50	100	7	93
10	前田 昇一	55	51	106	10	96
11	國近 豊	52	52	104	8	96
12	南 典文	57	54	111	14	97
13	守友 康則	54	58	112	9	103

DC ⑥ ⑰守田

NP ④田中 ⑪ ⑮横山

ドラ短 光武



☆ これからの行事予定 ☆

4月	1日(火)	学術講演会
	8日(火)	臨時総会(役員選挙) 於：光商工会館2階大会議室 19:30～ 理事会
	22日(火)	月例会・学術講演会
5月	13日(火)	理事会
	22日(木)	定時総会・創立70周年記念パーティー 於：ホテル松原屋 17:00～
	27日(火)	月例会・学術講演会
6月	10日(火)	理事会
	24日(火)	月例会・学術講演会



## 編集後記

表紙ですが、前回は回天の碑でしたので、今回は平和の光にしました。武田薬品光工場正門にあります。とても立派なものなのですが、実物を見たのは初めてでした。よくとおるジョギングのコースにありながら気がつきませんでした。その姿は如何にも控えめで木陰に閑かに鎮座しているように見えます。「不戦の信念を堅持、恒久平和の礎たらんことを誓い、記念碑—平和の光—を建立する」とあります。正義の戦いと信じ銃後に挺身しながら終戦、14年後に不戦を誓わざるを得なかった彼らの言葉、わたしたちはこれを重いものとして受け止める必要があると思います。光廠会編の「回想の譜 光海軍工廠」という本が手元にあります。初版が昭和五十九年十月三十一日、発行は光廠会（東京都千代田区）、代表：中西一 編集責任者：太田隆美。発行・代表・執筆ともに、光市在住の人は見あたらず、関東や関西で事業をしていたひとが多いようです。巻頭言には水木英夫（当時光市長）、松岡満寿男（当時前市長）の言葉があります。「虹の花びら」という火野葦平の小説が学徒動員の靈にささげられています。世の中の風潮が右に流れている中、何が本当で何が嘘なのかを歴史を勉強しながら見分けていく努力が必要だろうとつらつら考えています。

今季は役員選挙の方法と法人会計のことで定款や細則の改定が必要だったために臨時総会が開かれました。園医の集いはもう14回目になります。今回は色覚異常という内容でしたが、眼科領域は知らないことが多くとても新鮮でした。かかりつけ医通信は11回目、河村先生に在宅医療について書いていただきました。3月8日に

は保母さんたちの強い要望からエピペンについて廣田先生が講習会を開きました。101名が参加され、とっても好評でした。市立病院との合同症例検討会も17回目となりました。やや低調気味、一工夫必要な時期かもしれません。

平成26年4月より診療報酬改定です。消費税が8%になりますが、ついに診療報酬と消費税の分離はかなわず、その改定によって今回の消費税を入れれば実質マイナス改定となりました（政府の発表では全体0.1%プラス改定とされていますが仕入れコスト増の補填分を除けばマイナス1.26%となる）。医療機関にかかる仕入れの消費税について診療報酬で手当をするというが、それは役所の胸先三寸でどうにでもなるもので、これから消費税10%となるとどうしても不安をぬぐえません。本来あるべき姿は社会保険診療ゼロ課税、仕入れに要した消費税分は還付する制度を設けるべきでしょう。税金と医療保険がごっちゃまぜになるなんて税務署と厚生局が一緒に仕事をするのと同じで強い違和感を感じます。

七十周年記念誌について最後の仕上げをやっております。みんなが参加した冊子ができあがります。詳細な医師会の記録誌でもあります。何十年か先には価値のある記念誌となるだろうと考えます。今ひとつ修正の必要のあるところがありますのでご協力をよろしくお願いします（K. T.）。

発行所 光市医師会  
TEL(0833)72-2234  
発行日 平成26年4月21日  
発行者 平岡 博  
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