

診ます会

トピックス

- ・診ます会総会開催報告
- ・診ます会講演会報告
- ・連携室と RenkeiNET@
- ・ワルファリンの適正使用について
- ・3テスラMRIが稼動します
- ・今後の講演会、症例検討会のご案内

▶ 平成22年度“診ます会”総会が開催されました。

去る6月2日に、山形グランドホテルに於いて平成22年度診ます会総会が開催されました。来賓に山形県健康福祉部医療政策監(兼)次長 阿彦忠之様、村山保健所所長 山口一郎先生、山形市医師会会長 徳永正靱先生、上山市医師会会長 佐藤紀嗣先生をお迎えし、また、診ます会会員、地域医療連携推進協議会委員の60名を越す先生方のご出席を賜り、盛会の内に終了いたしました。これもひとえに諸先生方のご厚情の賜物と深く感謝を申し上げます。



本年は診ます会役員改正の年にあたり、会長に佐山雅映先生(佐山クリニック)、副会長に徳永正靱先生(とくなが整形外科医院)、根本元先生(ねもとクリニック)、平川秀紀済生館館長、顧問に青山新吾先生(青山医院)、幹事に門馬孝先生(もんま内科皮膚科医院)が再任されました。また、本年より新しく幹事として佐藤清先生(佐藤清医院)が就任されました。

▶ 診ます会講演会

総会に引き続き行われた講演会では、済生館の2名の先生よりそれぞれご講演いただきました。

済生館における内視鏡的粘膜切開剥離術(ESD)の現状

消化器内科医長 三浦 敦司



ESDは平成16年頃から標準化されてきており、適応疾患は早期の食道癌、胃癌、大腸癌等です。従来の内視鏡的粘膜切除術(EMR)と比較しますと、ESDは手技が煩雑で治療時間が長く合併症の頻度が比較的高いというデメリットがあります。しかし、切除範囲を任意に決めることができ大きな病変に対しても一括切除を可能とし、より正確な組織学的検索・根治度の評価ができます。

胃癌の内視鏡的切除の適応

2004年胃癌治療ガイドライン

絶対適応

大きさ2cm以下の肉眼的粘膜癌(cM)癌で、組織型が分化型(tub1 tub2 pap)・肉眼型は問わないが陥凹型ではUL(-)に限る

相対適応

- 1 分化型の深達度M癌でUL(-)
- 2 分化型の深達度M癌でUL(+) 3cm以下
- 3 未分化型の深達度M癌でUL(-)2cm以下

2009年日本胃癌学会総会

相対適応の2・3について適応拡大は時期尚早
JCOG 0607試験が進行中

当院では胃癌をメインに行っており、胃癌の内視鏡的切除の適応につきまして、2004年に胃癌治療ガイドラインが制定され絶対適応に加えて相対適応が盛り込まれました。相対適応の2・3については、2009年日本胃癌学会総会において、リンパ節転移の可能性も否定できず時期尚早であるとの見解が出されており、現在はこのコンセンサスになっております。当院では原則、絶対適応と相対適応の1までを適応としております。

当院におけるESD症例は全例パスを導入しており、治療前日に入院していただき患者の承諾を得て治療を施行し、治療後7日後に胃カメラで処置部の最終確認を行い問題がなければ退院としております。合併症の後出血は概ね7日以内におこりますので入院期間を7～8日に設定しております。

2008年から2009年までのESD症例数は103例・112病変で疾患の内訳は下表のとおりです。胃癌81症例のうち一括切除は74例、分割切除は7例で一括切除率は91.4%でした。胃癌以外の疾患は数が少ないので単純に比較はできませんが、すべて一括切除となりました。

病理学的完全切除率については、胃癌78症例に対して完全切除が67例、不完全切除が11例で完全切除率は85.9%でした。不完全切除11症例のうち4症例は外科的追加切除・1症例は内視鏡的APC焼灼術を施行し、残り6症例は経過観察としました。胃癌以外の疾患はすべて完全切除いたしました。約2年5ヶ月間の観察期間における胃癌81症例の遺残再発は2例(1.8%)に認め、そのうち1例は手術・もう1例は内視鏡的APC焼灼術を施行しました。全体として合併症の頻度は後出血13.4%、穿孔4.5%で、治療後合併症による手術を必要とした症例は認めませんでした。

診ます会の先生方には、日頃より貴重な症例を多数紹介して頂きありがとうございます。さらなる診療レベルの向上を目指して取り組んでいく所存ですので、今後ともよろしくお願いたします。

当院ESD症例の患者背景 (2008～2009年)

103症例(男性71例 女性32例) 112病変 平均年齢 72.5歳

疾患の内訳

胃癌	81病変
胃腺腫	26病変
胃異型上皮	1病変
食道癌	2病変
直腸癌	1病変
直腸腺腫	1病変

Total 112病変

紹介患者



済生館外科における鏡視下手術の現況

外科医長 大西 啓祐



平成21年1月から12月までの済生館外科における全手術症例数は819例でした。全身麻酔を要した手術件数は561例で、うち内視鏡手術は243例となっています。手術適応としては、近年制定された内視鏡外科診療ガイドラインに概ね従っています。

食道アカラジア、虫垂炎、胆道結石、腸閉塞等の消化器良性疾患に関しては、85%以上の症例を鏡視下に手術を施行しております。消化器の悪性疾患につきましては食道癌 4/4

例、胃癌全摘 7/21 例、噴門側胃切除や幽門側胃切除は 22/39 例、結腸癌、直腸癌は 29/73 例となっています。

胸部の手術は良性縦隔腫瘍が 1/1 例、肺悪性腫瘍 1/15 例、肺良性疾患 12/13 例でした。

今後は肺悪性腫瘍の鏡視下手術症例も少しずつ導入して行きたいと考えております。

その他の疾患につきましては褐色細胞腫、アルドステロン症などの副腎腫瘍 3/3 例、鼠径ヘルニアは 8/116 例でした。ヘルニアに関しましては今後より積極的に導入して症例数を増やしていく予定です。

緊急手術（潰瘍穿孔、汎発性腹膜炎、急性胆嚢炎、急性虫垂炎等）におきましてもスタッフの努力により 24 時間体制で鏡視下手術に対応しており 90/140 例に施行しております。

胃癌の鏡視下手術は 2000 年頃から導入し、トータルするとこれまでに 200 例を超えています。手術法も安定し、合併症の発生もほとんどありません。術後は 1 病日から歩行可能で 3 病日から経口摂取を再開しております。クリニカルパスでは 10 日程度で退院としています。術後 3 ヶ月程度で GIF、CT、labo. data チェック等を施行して問題ないようでしたら逆紹介させていただいております。今後もますます手術症例を増やして行きたいと考えておりますので、是非ご紹介下さいますようお願い申し上げます。



連携室と RenkeiNET@

芳賀胃腸科内科クリニック
芳賀 陽一 先生



2001 年 9 月にあこや町で開業し、早 9 年が過ぎようとしています。生まれは白鷹町ですが、県外の大学勤務が長かったため山形に戻ったのは 1997 年でした。小白川至誠堂病院で 4 年半お世話になった後、現地に開業しました。当初は知人も少なく、急患や重症の方がいらしたらどうしようかと心細く感じていましたが、ほぼ時を同じくして済生館の連携室が立ち上がりその不安が払拭されました。

色んな意味で連携室は特別です。紹介したい患者さんについて電話をした時に「担当医に変わります」と言われない病院は、他にはあまり無いと思います。その場で即座に返答をいただくことができ、断られたことが一度もありません。これは先生方はじめ全スタッフの相当の負担のもとに成り立っているもので、ありがたいと思っております。

現在の医療は細分化され過ぎているとの指摘もありますが、最も信頼できるのはその道のスペシャリストだと思います。あの先生にお願いしたから大丈夫といえる方に、強くバックアップしていただけるのは頼もしいかぎりです。

また RenkeiNET@は画期的なシステムです。以前、平川館長が RenkeiNET@の構想を話したことがありましたが、本当にこのように実現できるとは思いませんでした。色々な面でハードルが高すぎると感じたためです。個人情報保護、セキュリティ、セットアップの手間隙、メンテナンスなど様々な問題をクリアしてここまで成し遂げられたのはすごいと思います。

当院は胃腸科ですから上部・下部の内視鏡を受ける方が多いという特徴があります。画像が大切ですから RenkeiNET@の活用は非常に助かります。内視鏡写真、手術標本の写真、

病理組織像までネットで見られるシステムはそうはないと思います。まるで詳しい症例報告を見ているようでとても勉強になります。またカルテの記載まで見ることができるため、自分の勤務医時代を考えると記入に際しては緊張するだろうと思って拝見しています。連携室ができてから紹介状に対する返事が届かないことはほとんどありませんが、たまに詳細が不明な症例があっても RenkeiNET@ですぐに確認することができます。紹介した方がどうなったかを知りたくても、なかなか聞くに聞けないストレスが解消されました。IT に詳しい必要は全くなく、関連のありそうな項目をクリックすれば次から次へと知りたい情報を閲覧可能です。

画像が取り込めたらと感ずることもありますが、これからの課題と
思います。将来的には病診間での画像のやり取りも容易にできるようになるでしょう。

これからも連携室と RenkeiNET@が益々発展し、身近で頼もしい済生館であり続けて欲しいと願っております。



ワルファリンの適正使用について

循環器内科長（兼）主任医長 宮脇 洋



心原性脳梗塞は、非心原性脳梗塞（アテローム性脳梗塞やラクナ梗塞）より重篤であり、患者の QOL は著しく低下し一年生存率 50%ともいわれているため、その予知と予防が大変重要です。心原性脳梗塞の主な原因と考えられているのが非弁膜症性心房細動（NVAF）による左房内血栓です。したがってハイリスク NVAF 患者の脳梗塞の予防には抗血栓療法が必須ですが、抗血小板薬アスピリンの有効性は JAST 研究などにより否定的であり、大規模研究のメタアナリシスから抗凝固薬＝ワルファリンの有効性が確立しています。NVAF は加齢とともに増加するため、高齢化社会においてワルファリン療法の適応・コントロール目標の周知徹底が叫ばれています。

ワルファリンの適応に関して 2008 年の日本循環器学会のガイドラインでは CHADS2（チャズ）スコアを推奨しています。これは、AF 患者の心原性脳梗塞発症リスクを推定するためのもので、

Cogestive heart failure（うっ血性心不全 1 点）

Hypertension（高血圧 1 点）

Age 75 歳以上（加齢 1 点）

DM（糖尿病 1 点）

Stroke/TIA（脳梗塞/TIA の既往 2 点）

といったリスクごとに点数がついています。2 点の AF 患者では脳梗塞発症率が 1 年で 4%、5 年で 20%であることから、ワルファリン療法は 2 点以上で推奨されており 1 点でも考慮してよいとされています。

ワルファリンを処方している患者では定期的な採血でプロトロンビン時間の国際標準比（PT-INR）をモニタリングする必要があります。INR のコントロール目標は、70 歳未満で 2.0-3.0、70 歳以上で 1.6-2.6 です。INR 1.5 未満では血栓予防効果はないといわれています。ワルファリン療法の際に留意しなければならないのは当然のことながら出血性合併症であり、投与前に出血性疾患が隠れていないかを問診や検査（便潜血など）でチェック

するのもよいかと思われます。未治療の高血圧はリスクを高めるため、収縮期血圧 130mmHg 程度まで治療してからワルファリン療法を開始した方が安全です。出血性合併症は、INR が 3.0 を超えると増加していくといわれています。高齢者では投与開始一ヶ月以内の出血が多いといわれており、1mg の低用量で開始し一週間毎に採血しワルファリン量を調節し INR 2.0 前後にコントロールしていきます。CHADS2 2点程度でしたら外来で2ヶ月程度かけてゆっくりコントロールするのもよいでしょう。INR が安定した後でも、できれば1ヶ月に一回は採血で INR をモニタリングし、INR が不安定な患者さんでは、服薬コンプライアンス不良や禁止食品（納豆・クロレラ・青汁）の不遵守・NSAIDs など新たな併用薬の有無、について検討しなければなりません。問題がある場合は患者さん本人や家族への継続的な指導が必要です。

尚、適応がありながら、さまざまな理由でワルファリン療法が適用できない場合には、患者・家族と相談の上ワルファリン療法を行わないことを決定した旨をカルテに記載すべきであるといわれています。



3テスラMRIが稼働します

中央診療部長（兼）脳神経外科長 齋藤 伸二郎



済生館では平成22年度の医療機器整備として、3テスラMRIと脳・腹部三次元血管撮影装置の増設、ガンマカメラの更新を行います。このうち、3テスラMRIは既に機種選定が終わり、9月中旬の稼働に向け準備中です。



磁場強度が3テスラに上昇するのに伴いS/N比が上がり、分解能が向上します。例えば、脳領域では超急性期の梗塞巣の評価に有用な拡散強調像で、病変が境界鮮明に捉えられますし、MRアンギオグラフィーの画質も向上し、病態診断の精度が上がります。また、1.5テスラMRIでは限界があった頸部頸動脈のプラークの性状評価も可能となります。更に、病変の質的診断に有用なMRspectroscopyや神経繊維の走行がわかるDiffusion Tensor Imageなどの新たな診断ツールも加わります。胸腹部領域でも新しい造影剤使用下に小さな病変の描出ができ、脈管領域や関節領域の画像も一段と鮮明になります。

加えて、脳梗塞急性期の脳血流動態を測定できるソフトが入り、これまでのような核医学検査や造影剤が必要な還流MRIに比べ、より迅速かつ非侵襲的に脳血流動態が判ることになります。このソフトはまだ開発途上であり、急性期脳梗塞の豊富な症例数を持つパワーユーザーとして、メーカーとの共同研究の形でデータの集積とソフトの開発を行う予定で、済生館から国際的レベルの新知見の発信ができるものと期待されます。

3テスラMRIの稼働に伴い済生館のMRIは1.5テスラの2台と合わせ3台となります。マシンタイムの問題が解消されますので、より迅速な検査が可能となり、時間との戦いである脳梗塞の超急性期治療が素早くできると期待されます。また、診ます会の先生方のMRI共同利用もあまりお待たせすることなくご利用頂けるなど利便性も向上することになります。これまで以上のご利用を是非お願い致します。

◆ 今後の講演会・症例検討会などのご案内



☆ 済生館 がん治療症例検討会（第17回 平成22年度第3回）

呼吸内科・緩和ケア・耳鼻科・外科

日 時： 平成22年9月8日（水） 午後7時～午後8時30分まで

場 所： 済生館 4階大会議室

☆ 済生館 症例検討会（第136回 平成22年度第3回）

日 時： 平成22年10月13日（水） 午後7時～午後8時30分まで

場 所： 済生館 4階中会議室

※ いずれも「日本医師会生涯教育制度指定講習会（1.5単位）」になります。

※ 検討したい症例がございましたら、ご一報ください。

☆ 「診ます会」講演会

日 時： 平成22年9月29日（水） 午後6時30～午後8時まで

場 所： 済生館 4階大会議室

内 容： 「理想のCKD病診連携システムを求めて

～聖隷浜松病院 11年間の経験～」

聖隷浜松病院 腎センター長 磯崎 泰介 先生

日本医師会生涯教育制度指定講習会（1.5単位）



介護に関わる済生館市民講座の開催

日 時： 平成22年9月4日（土） 午後2時～午後3時30分まで

場 所： 済生館 4階大会議室

内 容： 「プロが伝える在宅介護の秘訣

—訪問看護、口腔ケアと床ずれの予防—」

講 師： 訪問看護ステーションベにばな 所長 徳田喜恵子氏

済生館 歯科・歯科口腔外科 井上右子医師

済生館 皮膚・排泄ケア認定看護師 高橋真理子

