

# 診ます会

## トピックス

- ・ ありがとう、済生館。やまがたで、生きてくじえ
- ・ 病診連携に感謝、そしてますます発展を
- ・ 膀胱癌の治療について
- ・ 発作性寒冷血色素尿症の1例
- ・ 新任医師紹介
- ・ 症例検討会のご案内
- ・ 連携室スタッフ紹介



**ありがとう、済生館。やまがたで、生きてくじえ**

**みさわクリニック  
三澤 裕之 先生**



この5月から、朝のテーマソングをQueenの「I was born to love you」から朝倉さやの「東京」へ変えました。朝倉さやの「東京」、これほど、声高らかに「やまがた」と歌ったヒトがいたでしょうか。二十歳の女の子が作った曲ですが、自分まで山形で生きていくことの喜びをしみじみと感じられるようになります。今日も「やまがたで、生きてくじえー（じえーは、こぶしをつけて伸ばす）」と歌いながら、胸を張ってクリニックまで歩いています。

これまで、自分の中で、曲「東京」と言えば、30年以上前に「マイペース」というグループが歌ったものでした。「東京へはもう何度も行きましたね。美し都、東京」という歌詞です。大学院を卒業し、市立函館病院で4年間、臨床研修をしました。着任早々、函館の飲み屋（オクトーバーという店で今もあります）で作ったラグビーチームに入ったのですが、そこに「マイペース」のボーカル「あきら」がいました。自分はフォワード・フランカー6番・あきは7番でした。チームの飲み会では、あきらを中心に、みんなで「東京」を歌うのが定番でした。「東京」という曲は思い出びっしりです。

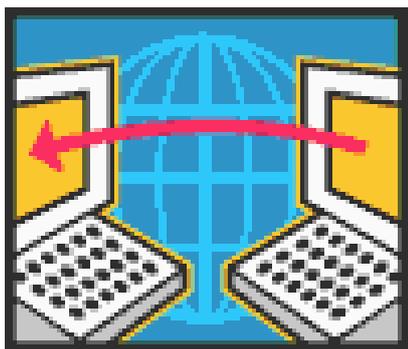
で、当時の市立函館病院は、救急患者はすべて引き受けるという方針だったので、6人部屋が一杯の時は、違法でしょうが、予備ベッド・予備予備ベッドと2つ入れて8人部屋にいました。ここで、臨床医として鍛えられました。鍛え、指導してくれたのは、お医者さんよりも、看護婦さん達でしたが。函病（かんびょう）の看護婦さん達には、今でも感謝しています。



前置きが長くなりました。済生館の先生方・看護師・職員の皆様、本当にお世話になっております。紹介状冒頭の常套句、「お世話になっております」は、済生館に対してだけは、本当にそう思っているのです。救急病院として夜昼働き、開業医からは年寄患者を押し付けられ、大変な状況であるにもかかわらず、紹介患者を断られたことは一度もありません。ありがとうございます。システムとして、地域医療連携室が十二分に機能しているのだと

と思いますが、病院で働く人々の意識・使命感が高いのでしょう。平川館長の思いが隅々まで行き渡っているのでしょう。

開業して10年になります。開業した当初、急な紹介をどうしたらいいか、悩みました。山大の消化器の医局を出たばかりだったので、消化器の患者なら、まず、医局のお局様に電話して、〇〇グループの医者にとりつないでもらい、患者さんを頼むという手順で何とかなりました。しかし、循環器など専門外ともなると、途方に暮れました。どうしよう。ただ、先に開業していた同級の後藤成治先生から「済生館の地域医療連携室は素晴らしい」と聞いていました。まず、最初に心胸の患者さんをお願いしました。自分で連携室に電話したのですが、実にスムーズに紹介できました。以来、何人の患者さんを紹介してきたことでしょうか。済生館の連携室の良い所は、電話で生のやりとりができること、そして職員の方々の「何とかしてあげたい」という思いが伝わってくることです。生きた連携ができていますと思います。当院の職員も同じ気持ちだと思います。そして、主治医の先生から、治療経過報告が、100%届きます。これも、すごい。



普段、深く物事を感じえず、目の前の仕事だけを片付けているものですから、医療・介護制度について高尚なことが書けず、すみません。ただ、この文章を書いて「やまがたの広い青空」のしたで、末端の町医者として「生きてくじょー」という気持ちがワクワクと湧いてきました。ありがとう、朝倉さやさん。ありがとう、済生館。



**病診連携に感謝、そしてますます発展を。**

**こまつ整形外科クリニック  
小松 芳之 先生**



平成14年5月より山形市富の中で整形外科を開業しております小松と申します。診ます会の発足とほぼ同じ時期に開業いたしましたのでこの春で11年が経ちました。曲がりなりにもこれまでなんとか乗り切ってきたことはひとえに周りの医療機関とそれにかかわる皆様のおかげとっております。とりわけ済生館スタッフの皆様や診ます会の方々にはひとかたならぬフォローを頂き、心より感謝と御礼を申し上げる次第です。このたび平川館長のお勧めにより診ます会の中でお手伝いをさせて頂く予定です。改めてよろしくお願いたします。

11年前となりますと日韓共催のサッカーワールドカップなどが行われた年ですから随分と前のこととなります。住民基本台帳ネットワークの開始や研修医制度問題など福祉や医療の環境も大きく様変わりした頃です。当時の三身一体の改革による現場での不安と戸惑いは今なお昨日のことにように思い出されます。勤務医時代には自ら使うことができた（備わっていた）検査や治療の手段が開業によって使えなくなる不安、さながら整形内科的な状況を強いられることにはやりづらさを感じました。

また、整形外科の範囲にとどまらない他科的な（あるいは多科的な）疾患にも戸惑いを覚えたものです。この不安と戸惑いを抱えて診療を行っていたさなか、当時進行中だった病診

連携室においては実に丁寧に対応してくださいました。今でこそ先生方の顔が少しは見えるようになってきましたが、当時面識のなかった先生方に対してはいかにしてお願いや依頼をすべきか、また病院のいかなる状況にもかかわらず患者さんが受診を希望する場合などにはどう対応したらよいか、困惑することが多々ありました。しかし、連携室を通しスムーズに対応して頂けたことは本当に安心できかつありがたいことでした。思い出だけでも、腹腔臓器損傷、頭蓋内疾患、悪性新生物による出血や転移、感染や外傷などなど、専門以外の症例も少なくありませんでしたので、担当科の先生にすぐ対応して頂けたことは非常に安心な点でした。まれには患者の自己都合ともとれるような症例や精査を行っていただくために無理なお願いをしたことなど、今思い起こせば恐縮することも多々ございました。この場をお借りしてお詫び申し上げます。

これまでの11年間は、後期高齢者医療制度や自己負担割合の変更、診療報酬の改定など大きな大きな変化がありました。病院も診療所も今まさに厳しい環境に置かれておりますが、これから先も消費税問題やTPP問題などまだまだ問題待ち構えています。これらの諸問題にも負けないようにして地域医療を進めていかなければなりません。病院と診療所との協調がさらに必要になってくるものと思いますし、また発展していくよう進めなければなりません。微力ながら力を尽くしてまいりたいと存じますので、今後ともなお一層のご指導をよろしくお願い申し上げます。



## 膀胱癌の治療について

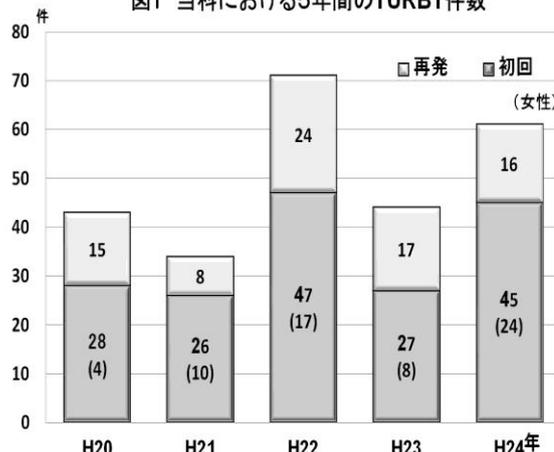
山形市立病院済生館  
泌尿器科 鈴木 仁 先生



膀胱癌の主な臨床症状は血尿と膀胱刺激症状です。膀胱癌の80%以上は肉眼的血尿を契機として発見されており、無症候性肉眼的血尿の13～28%に膀胱癌を認めています。また、膀胱刺激症状（頻尿、排尿時痛、残尿感など）は筋層浸潤症例やCIS症例に多く、治療に難渋する膀胱炎様症状は膀胱癌も考慮します。膀胱癌罹患の男女比は3：1で60歳代後半に好発し、50歳以上が全体の90%を占めます。膀胱癌は膀胱の尿路上皮粘膜から発生し、病理組織学的には90%以上が移行上皮癌です。

経腹的超音波検査、膀胱鏡検査、尿細胞診で診断は容易につきますが、治療方針を決めるため膀胱壁内深達度の評価をCTやMRIにて行い、粘膜下層までの浸潤にとどまる筋層非浸潤癌（Tis、Ta、T1）と筋層以上まで進展した筋層浸潤癌（T2、3、4）に分けられます。筋層非浸潤癌は未治療膀胱癌の約70%を占め、基本的には初期治療として膀胱の温存を目的に経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）がおこなわれます（図1）。

図1 当科における5年間のTURBT件数



筋層浸潤癌は遠隔転移がなければ膀胱全摘術が適応となります。筋層非浸潤癌の場合、リンパ節転移や遠隔転移はほとんどみられません。治療上大きな問題は、TURBT後の膀胱内再発が高頻度に見られることで、TURBTのみでは5年以内に約60%が再発し、10年以内には約80%が再発します。

その原因として1つは腫瘍の見落としであり、これをいかに回避するかは極めて重要な課題となっています。2つめは膀胱内に播種した腫瘍細胞が増殖して顕在化する場合があります。また腫瘍周辺や別の部位に存在していた可視化されない前癌病変が切除されずに残存し、その後遺伝子変異が起きて新たに腫瘍化するなどの再発メカニズムが考えられています。見落としをなくするため近年、狭帯域光観察内視鏡システム（NBI System）を用いた膀胱内視鏡が導入されています。当科でも2年前から使用していますが、ヘモグロビンに吸収されやすい狭帯域化された2つの波長の光を照射することにより、粘膜表面の毛細血管、粘膜微細模様の強調表示を実現する方法で、通常光では検出困難な小腫瘍や上皮内癌の検出率を高めます。また、臨床研究ですが、5-アミノレブリン酸を使用した蛍光膀胱鏡を用いて腫瘍部分を可視化させることにより、再発率の低下が報告されています。



切除をより完全にするために初回TURBTの病理結果により、1～8週後に2回目のTURBT（2nd TUR）を行うことが推奨されています。2nd TURにより20～70%の例で残存癌を認めたことや2～28%に筋層浸潤が認められたとの報告があります。

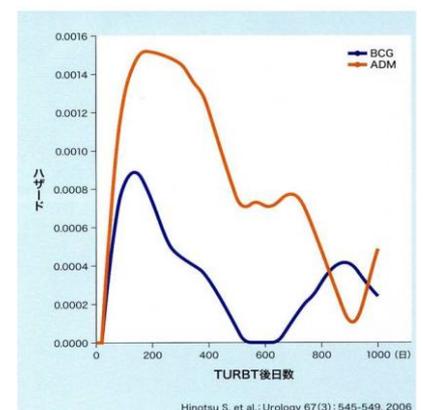
以上のように新しい技術を導入したTURBTにより、筋層非浸潤癌の診断および治療は著しく改善されてきましたが、TURBTだけでは膀胱内再発・進展を完全に防止できません。そこでTURBT施行後の再発を防止して不要な膀胱全摘術を回避するために、抗癌剤あるいはBCGの膀胱内注入療法が行われています。TURBTによって得られた病理学的深達度、異型度、併発CISの有無に加えて、臨床的因子である再発頻度、腫瘍数、腫瘍サイズによって再発と進展のリスク分類を行い、リスクに応じて膀胱内注入療法を行っています（表1）。

表1 筋層非浸潤性膀胱癌のリスク分類治療指針（膀胱癌診療ガイドライン2009年版を改変）

リスク	内容	治療
低リスク	初発、単発、3cm未満、Ta、低グレード かつ併発上皮内癌なし	抗癌剤即時単回注入
中リスク	低リスク・高リスク以外 (Ta・T1、低グレード、併発CISなく、多発性あるいはサイズが3cm以上)	抗癌剤あるいはBCGのいずれかの注入
高リスク	T1、高グレードまたはCIS（併発CIS含む）、 多発性、再発性	BCG注入あるいは膀胱全摘術

BCGは結核予防に使用されていますが、1976年BCGの膀胱内注入療法の有効性が初めて報告され、1997年日本株が膀胱注用として製品化されています。BCGは癌細胞に接着するとフィブロネクチンを介して細胞内に侵入し癌細胞の表面抗原を変化されて細胞性免疫を賦活化して抗腫瘍効果をもたらします。尿路上皮癌以外では抗腫瘍効果は認めません。BCGの膀胱注療法は抗癌剤よりも有意に再発率を減少させますが（図2）、副作用の頻度も有意に多くなっています。BCG膀胱注でも再発を起こした場合は、進展のリスクが高くなるため膀胱全摘術を考慮することになります。

図2 再発の平滑化ハザード分析





## 発作性寒冷血色素尿症の1例

山形市立病院済生館 小児科  
前田 勝子



発作性寒冷血色素尿症 (paroxysmal cold hemoglobinuria, PCH) は、自己の赤血球に対して溶血活性をもった二相性自己抗体 Donath-Landsteiner 抗体の出現により、血管内溶血とヘモグロビン尿をきたす自己免疫性溶血性貧血 (autoimmune hemolytic anemia, AIHA) の1病型です。今回我々は、急激な溶血性貧血をきたし、ステロイド療法に良好な反応を示した PCH の症例を経験しました。

症例は、11歳の男児。主訴は、発熱と嘔吐、腹痛、赤色尿です。現病歴は、2012年10月下旬に、咽頭痛、「声が出ない」との訴えがあり、近医で内服薬を処方されました。11月3日午後から発熱と嘔吐があり、尿が濃いオレンジ色から赤くなっていることに気づいたため、11月4日休日診療所を受診しました。白血球数 19,000 / $\mu$ l、CRP 21 mg/dl と高値を示したため、同日当院へ紹介され入院となりました。入院時検査所見は、白血球数 19,220 / $\mu$ l、血色素量 (Hb) 11.8 g/dl、LDH 840 IU、CRP 20.14 mg/dl、尿蛋白 (+)、尿ウロビリノーゲン (+)、尿潜血 (+) でした。入院後の経過を示します (図1)。

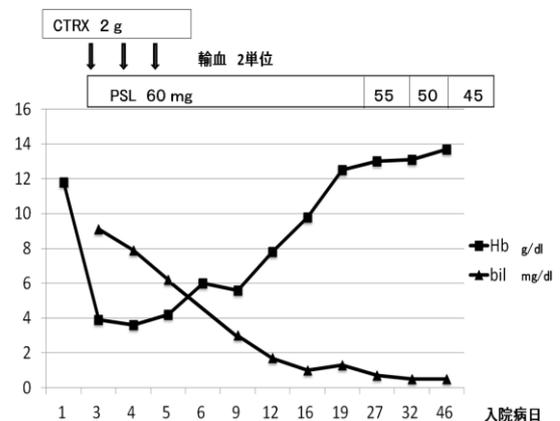


図1 入院経過

表1 入院3病日の検査所見

WBC	28,350	/ $\mu$ l	直接クームス試験 (+)
RBC	136	$\times 10^3$ / $\mu$ l	抗IgG (-)
Hb	3.9	g/dl	抗C3d (+) 抗C3b,C3d (+)
MCV	85.3	fl	間接クームス試験 (-)
MCH	28.7	pg	Donath-Landsteiner試験
PLT	34.3	$\times 10^3$ / $\mu$ l	直接法 (-)
Ret	52.6	%	間接法 (+)
T-bil	9.1	mg/dl	ハプトグロビン
D-bil	2.1	mg/dl	型不明 <10 mg/dl
AST	42	IU	補体価 <12 CH50/ml
ALT	19	IU	C3 114 mg/dl
LDH	1271	IU	C4 <1 mg/dl
CRP	7.71	mg/dl	抗核抗体(ELISA) 38.9 (+)
			抗DS-DNA IgG <10 IU/mL

感染性腸炎と考慮して、抗生物質 (CTRX) の投与を行いました。入院3病日の早朝にトイレで起立した時、顔面蒼白、眼球結膜黄染がみられました。血液検査 (表1) で、Hb 3.9 g/dl と急激な貧血を認めました。網赤血球高値、LDH 高値、総ビリルビン高値、直接クームス試験陽性、ハプトグロビン低値、Donath-Landsteiner (D-L) 試験陽性であったことから、PCH と診断しました。また、末梢血像において PCH の特徴である連鎖形成した赤血球や、単球と思われるやや大型の細胞に赤血球貪食像を認めました。

プレドニゾロン (PSL) 60 mg/日 (1 mg/kg/day) の投与を開始しました。貧血による神経症状がみられたため、白血球除去洗浄赤血球 2 単位を輸血しました。輸血による新たな溶血が引き起こされることはなく、副反応もみられませんでした。輸血は3日間で合計6単位を行いました。血色素量は、以後増加しそれに伴い、総ビリルビン値は徐々に低下し16病日には基準値以下となりました。直接クームス試験も陰性となりました。26病日から PSL を 55 mg に減量しましたが貧血の再燃はなく、27病日に退院となりました。退院後は、

PSL を1週間で5 mg ずつ減量し、2013年2月5日に終了し、その後も寛解状態を維持しています。

PCH の原因としては、以前は梅毒性疾患に続発するものが主でしたが、現在では梅毒性疾患そのものが減少し代わって非梅毒性疾患に続発する症例が多くなったとされています。自己抗体の出現には、個体の免疫応答系の失調と抗原刺激側の要因が考えられますが、詳細はなお不明です。また、非梅毒性のPCHは、10歳以下特に5歳以下の小児に発症するものがほとんどで、男児に優位で、季節性、集簇性を認めることがあります。発症が急激で溶血は激しく、腹痛、四肢痛、悪寒戦慄、ショック状態や心不全に至ったり、ヘモグロビン尿に伴って急性腎不全をきたすこともあります。

小児にみられるPCHは、感冒、上気道感染をはじめ水痘や流行性耳下腺炎などのウィルス性感染症に続発するものがほとんどであると報告されています。治療は、寒冷暴露の回避や保温などにより溶血発作を予防するほかに、副腎皮質ステロイドが広く用いられ、小児のPCHでは有効性が高いです。溶血の進行は、症例によって違いがあり、中には保温に努めて経過を観察し、自然軽快を見るものもあります。本症例では、年齢もやや高く急激な貧血があり、重症例と考えステロイド療法を行いました。



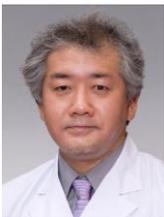
## 済生館に新しい医師が加わりました。 (平成25年4月1日から)



### 麻酔科

医師	氏名	所属学会	履歴
	とうごう 東郷 ひろみ	日本麻酔科学会（専門医） 日本臨床麻酔学会 日本小児麻酔学会 日本産科麻酔学会 日本ペインクリニック学会	S52年 北海道大学卒

長く在籍した整形外科専門病院では脊椎、関節、骨折の麻酔、また宮城県立こども病院では小児麻酔及び産科麻酔を多く経験いたしました。今回出身地(山形東高卒業)に戻って来ました。どうぞよろしくお願いいたします。

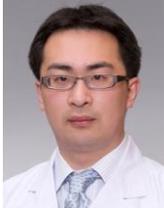
	しのざき 篠崎 克洋	日本麻酔科学会（指導医） 日本救急医学会 (ICLS ワークショップディレクター) 日本集中治療医学会 アメリカ心臓協会 ACLS-BLS インストラクター	H4年 山形大学卒 H15年 山形大学医学博士
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------

小児から御高齢の方まで、安心して手術が受けられますよう、麻酔科医として支援していきますので、よろしくお願いいたします。心肺蘇生法のインストラクターもしておりますので、微力ながらもお役にたてることを願っております。

## 耳鼻いんこう科

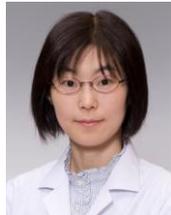
医師	氏名	所属学会	履歴
	いとう つかさ 伊藤 吏	日本耳鼻咽喉科学会（専門医・補聴器相談医） 日本耳科学会 日本聴覚医学会 日本鼻科学会 日本頭頸部外科学会 日本頭頸部癌学会 耳鼻咽喉科臨床学会	H8年 山形大学卒 H14年 山形大学大学院修了（医学博士）

専門は耳科学、聴覚医学で昨年度まで勤務していた山形大学では真珠腫性中耳炎を中心とした中耳手術、突発性難聴に対する治療、小児難聴などを担当しておりました。難聴で困っている方や難治性の中耳炎など、困った症例がいましたら御気軽に相談いただければ幸いです。

	まつい ひろあき 松井 祐興	日本耳鼻咽喉科学会 日本頭頸部外科学会 耳鼻咽喉科臨床学会	H18年 山形大学卒 H25年 山形大学大学院修了（医学博士）
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------	-------------------------------------	------------------------------------

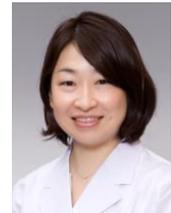
済生館が私自身 4 施設目の病院となり、光栄に思います。耳鼻咽喉・頭頸部外科学を全般的にがんばりますのでよろしくお願いいたします。

## 小児科

医師	氏名	所属学会	履歴
	あべ あきこ 阿部 暁子	日本小児科学会 日本小児神経学会	H10年 山形大学卒 H22年 山形大学大学院修了（医学博士）

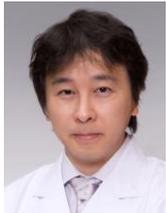
山形大学大学院修了後、篠田総合病院小児科に勤務しておりました。このたび、市立病院済生館小児科に赴任いたしました。地域の小児科診療と子育て支援に少しでも貢献できたらと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

## 腎臓内科

医師	氏名	所属学会	履歴
	ながさわ あみ 永澤 亜美	日本内科学会（認定医） 日本腎臓学会 日本透析医学会 日本リウマチ学会	H12年 山形大学卒 H21年 山形大学大学院修了（医学博士）

この度山形大学第一内科より済生館に異動となりました。腎臓内科、透析を担当しています。診ます会の先生方とのより一層の連携をめざし治療にあたりたいと思います。ご指導のほどよろしくお願い致します。

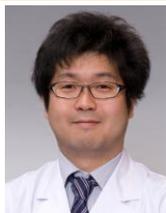
## 神経内科

医師	氏名	所属学会	履歴
	みずの ひでき 水野 秀紀	日本内科学会（認定医） 日本神経学会（専門医）	H13年 東北大学卒 H20年 東北大学大学院修了（医学博士）

## 泌尿器科

医師	氏名	所属学会	履歴
	さくらい としひこ 櫻井 俊彦	日本泌尿器科学会（専門医） 日本泌尿器内視鏡学会 日本癌治療学会 日本癌学会 日本がん治療認定医機構がん治療認定医	H15年 山形大学卒 H24年 山形大学大学院修了（医学博士）

これまで、去勢抵抗性前立腺癌の治療を中心に勉強、診療してまいりました。済生館では尿路結石の加療が盛んですので、これから多くのことを学びながら地域の医療に貢献していければと考えております。

	ながaura ちから 長浦 主税		H20年 山形大学卒
-------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	--	------------

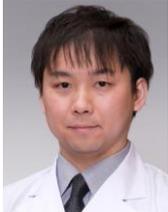
## 血液内科

医師	氏名	所属学会	履歴
	こばやし まさひろ 小林 匡洋	日本内科学会（認定医）	H17年 東北大学卒 H25年 東北大学医学博士

私は東北大学卒業後、初期研修医として新庄病院で2年間、その後、仙台医療センターの血液内科で2年間勤務し、東北大学血液免疫科に入局しました。血液疾患が専門です。免疫疾患は専門外です。よろしくお願い申し上げます。



## 整形外科

医師	氏名	所属学会	履歴
	おがさわら まさのり 小笠原 将教	日本整形外科学会（専門医） 日本関節鏡・膝・スポーツ整形外科学会 東北整形災害外科学会	H18年 帝京大学卒
	いずみやま たくや 泉山 拓也	日本整形外科学会 日本リウマチ学会 東北整形災害外科学会	H21年 山形大学卒

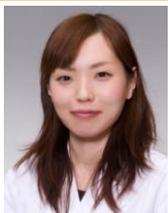
山形大学を卒業して以来、4年ぶりに山形に戻っての勤務となりました。整形外科全般にわたり、幅広く診療したいと考えております。まだまだ未熟な部分も多々ありますが、山形市の医療に貢献できるように頑張りたいと思います。宜しくお願い致します。

## 外科

医師	氏名	所属学会	履歴
	おかざき しんじ 岡崎 慎史	日本外科学会（専門医） 日本消化器外科学会 日本臨床外科学会 日本内視鏡外科学会 日本腹部救急医学会 日本胆道学会 日本 Acute Care Surgery 学会	H19年 山形大学卒

置賜総合病院で初期臨床研修を受け、山形大学病院、日本海総合病院で外科医として研鑽を積んで来ました。消化器一般外科、急性腹症の診療などを中心に、地域医療へ貢献したいと考えておりますので宜しくお願い致します。

## 皮膚科

医師	氏名	所属学会	履歴
	おおなみ ちひろ 大浪 千尋	日本皮膚科学会	H20年 山形大学卒

山形大学を卒業し、山形大学医学部付属病院で初期研修後、山形大学皮膚科医局に入局しました。一般的な皮膚科治療を行います。皮膚疾患は内臓疾患と関連することもあるので、お気軽にご相談ください。よろしくお願いいたします。

よろしくお願いいたします。

## ◆ 今後の講演会・症例検討会などのご案内

### ☆ 済生館 内科系症例検討会（第149回 平成25年度第2回）

日時：平成25年7月10日（水）午後6時30分～

場所：済生館 4階中会議室

症例呈示診療科：糖尿病・内分泌、腎臓内科、循環器内科、神経内科

### ☆ 済生館 がん治療症例検討会（第32回 平成25年度第3回）

日時：平成25年9月11日（水）午後6時45分～

場所：済生館 4階大会議室

症例呈示診療科：血液内科、産婦人科、消化器内科

※ 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。



## 地域医療連携室スタッフ紹介

人事異動により4月から地域医療連携室のスタッフが一部変更になりました。

今後とも、御支援、御指導のほどをよろしくお願い申し上げます。

室長	野村 隆（副館長・内科）	クラーク	高野 夕佳
副室長	鈴木 仁（泌尿器科長）	〃	加藤 亜希子
副室長	出川 紀行（腎臓内科長）（新任）	〃	小鹿 恵子
副室長	高橋 孝子（看護師長）	〃	石井 稚織
主査看護師長	渡邊 和美（新任）	〃	川村 さなえ
主任看護師	太田 恵子		

### 事務局

副室長	高橋 等（医事経営課副参事）
主幹	高橋 裕子（医事経営課医事係長）
主査	朝井 剛（医事経営課医事係主査）

