

# 診ます会

## トピックス

- ・ 当院での鏡視下悪性腫瘍手術の現状
- ・ 診ます会総会の開催報告
- ・ 慢性腎臓病連携パスについて
- ・ 診ます会「礼拝イカゴ」の開催報告
- ・ 保存的加療にて改善した高度十二指腸狭窄を伴う groove pancreatitis の1例
- ・ 診ます会講演会の開催報告
- ・ 診ます会総会、症例検討会のご案内
- ・ 診ます会総会のお知らせ

## 当院での鏡視下悪性腫瘍手術の現状

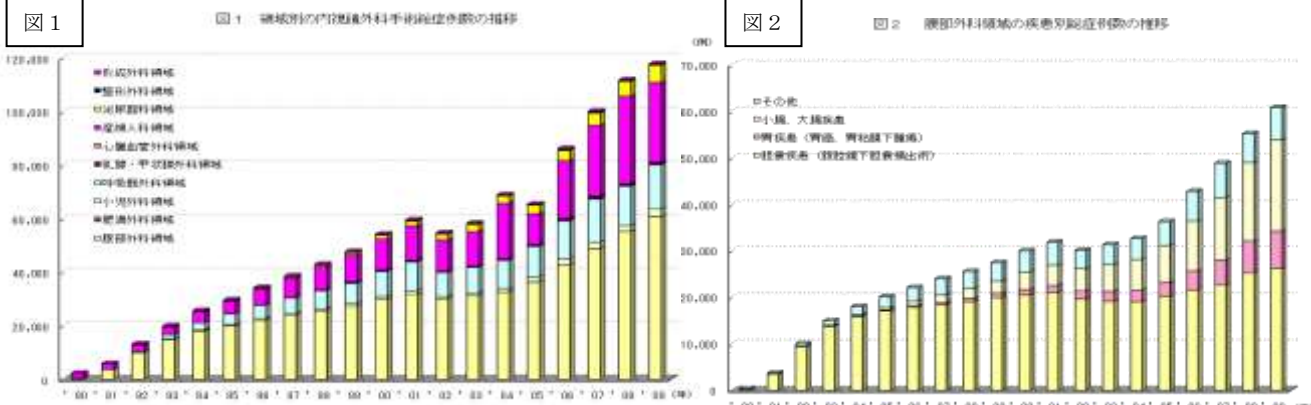


内視鏡外科 大西 啓祐

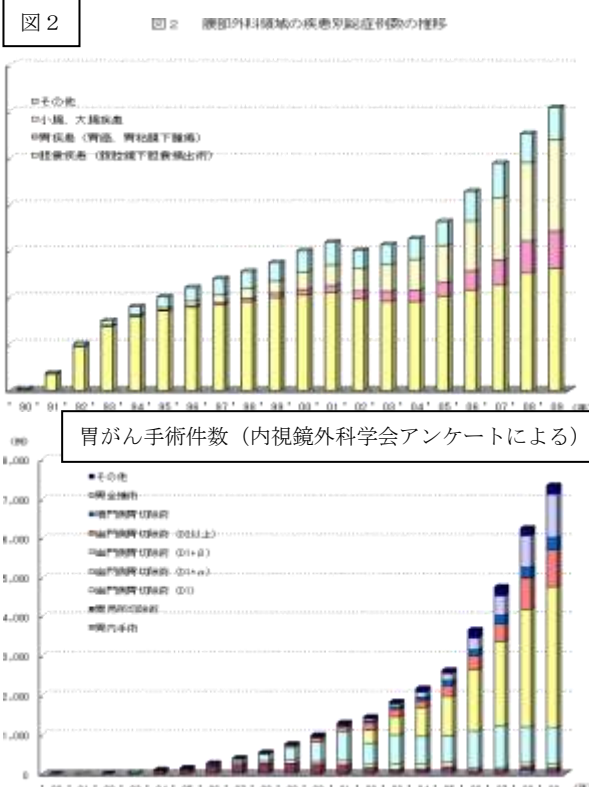
1990年に『腹腔鏡下手術』が日本に導入されました。創が非常に小さく整容性が高く、侵襲も小さいと考えられ、画期的な手術法として瞬く間に広まっていきました。胆のう摘出や婦人科疾患から始まり、当初は良性疾患する手術が主体でしたが現在では悪性疾患を含めてほとんどの外科手術に応用されてきています。

2009年に行われた内視鏡外科学会の大規模なアンケート調査による統計によると(図1)、近年では手術を要するほとんどの科で何等かの鏡視下手術が行われていることがわかります。

1990年から2009年末までに延べ1,037,261例の手術症例がありました。国民の100人に一人が何等かの腹腔鏡下手術を受けていることとなります。(図2)

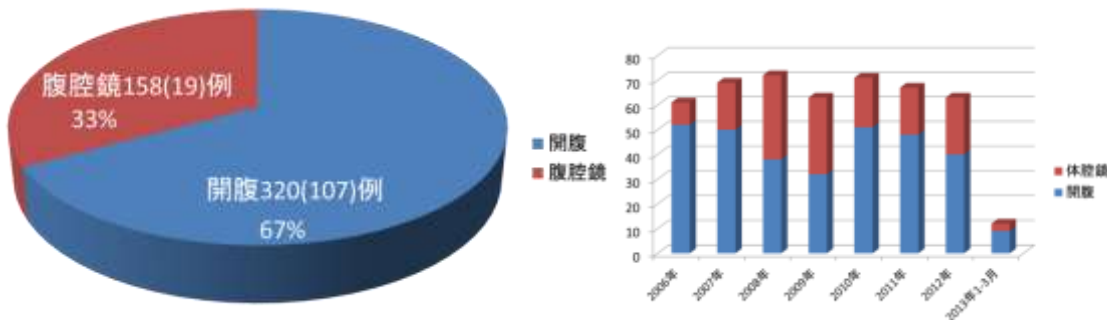


腹部外科領域では胆のうに始まり、徐々に小腸、大腸、胃、膵、肝などに応用されてきて現在ではほぼすべての腹部臓器に対して手術が施行されています。当院では良性疾患はもちろん悪性腫瘍に対しても積極的に腹腔鏡を応用しています。今回は胃がん、大腸がんについて集計したのでご報告させていただきます。



悪性疾患に対しては 1991 年には一部の機関で胃癌に対する内視鏡下手術が開始されていましたが、2002 年より保険収載されてから一般病院にも導入され、増加傾向にあります。現在では幽門側胃切除、噴門側胃切除、胃全摘術等、開腹手術にほぼ準じた手術が可能で、鏡視下の胃癌の切除は非常に整容性に優れ入院期間も短く低侵襲と考えていますが、手術時間は開腹に比べ 1.5~2 倍程度かかります。D1+廓清で根治性を損なわない早期胃癌には十分施行できるようになってきましたが、D2 廓清を完全に行うには時間がかかり、技術的にも高度なため、進行胃癌を積極的に適応にしている施設はまだ一部の high volume center に限られているようですが、手術成績が劣っているからという訳ではありません。

当院での胃切除手術症例数 (2006 年 1 月-2013 年 6 月)



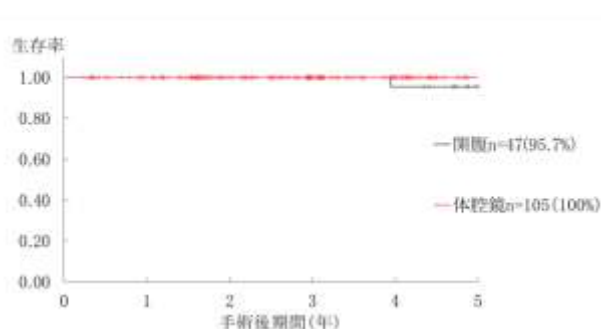
当院では胃癌に対しては基本的には内視鏡的粘膜切除 (ESD) の適応外の D1+廓清を要する早期がんを主たる適応としています。電子カルテを導入した 2006 年から 2013 年 3 月までの期間に行われた全胃癌手術は 478 例のうち 158 例を腹腔鏡で施行していました。

内訳は胃全摘術が 19 例で幽門側胃切除、噴門側胃切除が 139 例でした。再建は全摘、幽門側胃切除では原則として Rouxen-Y 法、噴門側胃切除では食道残胃吻合としています。当院での胃癌に対する鏡視下手術の割合は 33% でした。

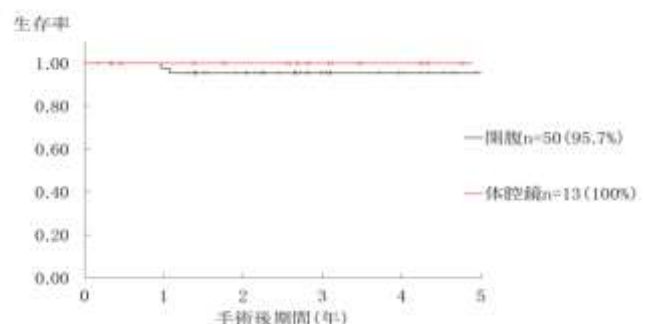
先ほどのアンケート結果によると 2009 年末までに腹腔鏡下胃切除を施行された症例数は 34645 例で当院ではこの統計の前に手術した症例が 200 例程度 (手術自体は 1999 年から導入) ありましたので当院での胃癌症例数は全国の 1% 近いものと思われます。

ステージ別の 5 年生存率を Kaplan-Meier 法で算出したものです。術中に進行がんと判明したものは開腹手術に移行しているため、ステージ II までの症例しかありませんが、同時期に施行した開腹手術と比べても全く遜色ありませんでした。

胃癌 Stage IA (原死因のみ)

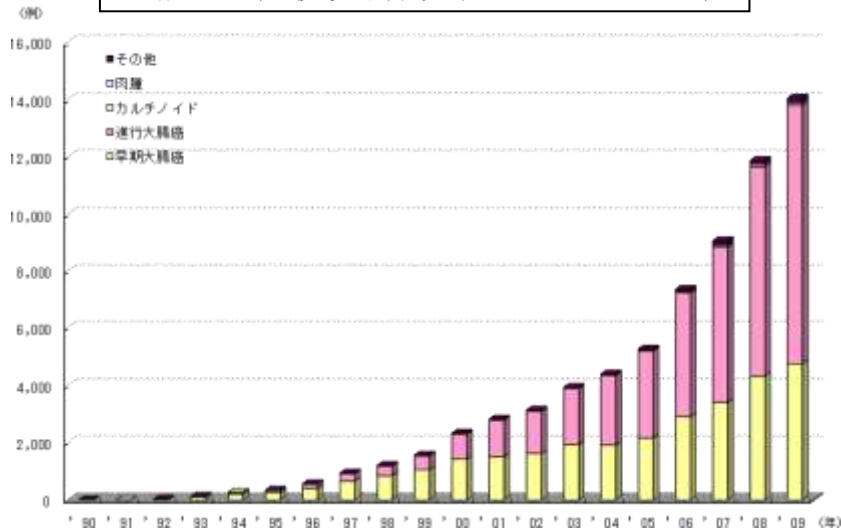


胃癌 Stage IB (原死因のみ)



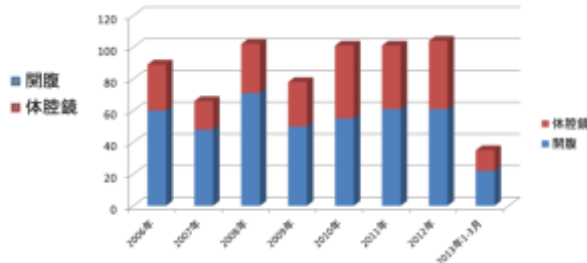
鏡視下手術特有の合併症としてはピーターセンヘルニアと呼ばれるR-Y再建に特有の再建腸管の背側に生じる間隙に腸管が入り込む病態を起こすことがあります。本来R-Y再建されたすべての症例に起こりうるはずですが、当院では鏡視下手術症例のみで経験しています。これは鏡視下手術の術後は腹腔内の癒着が起こりにくく腸管の可動性が高いことによると考えられています。間隙を縫縮するようにはしてからは経験していません。

大腸がん（内視鏡外科学会アンケートによる）



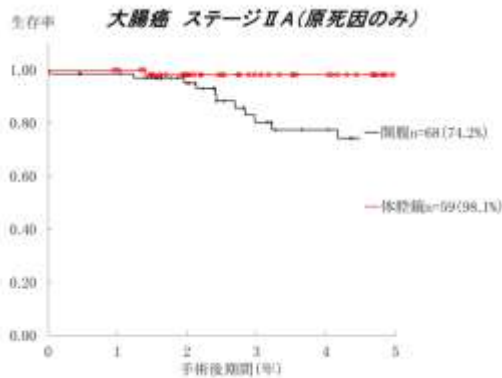
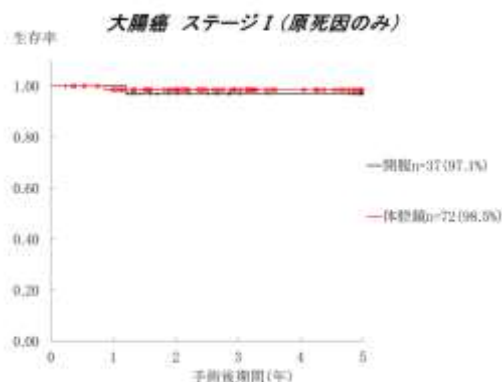
大腸がんも胃がんとほぼ同時期に開始されましたが、大腸は胃よりも解剖がわかりやすいこともあり導入する病院も多く、症例数はアンケートでは延べ69113例が施行されていました。また、大腸がん解剖学的にも廓清は比較的容易でD3廓清も開腹手術に遜色なく行うことができるので早期がんに限らず進行がんにも手術適応を拡げている施設が多くなっています。当院でも明らかな漿膜外浸潤がなければ積極的に腹腔鏡下手術を行っています。

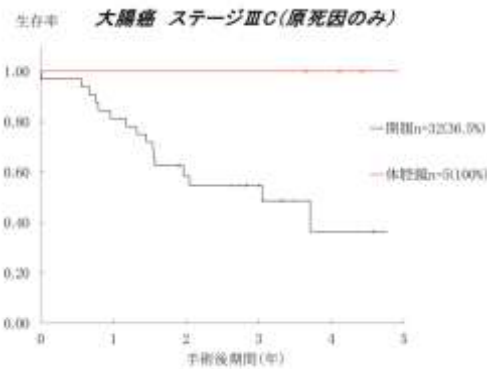
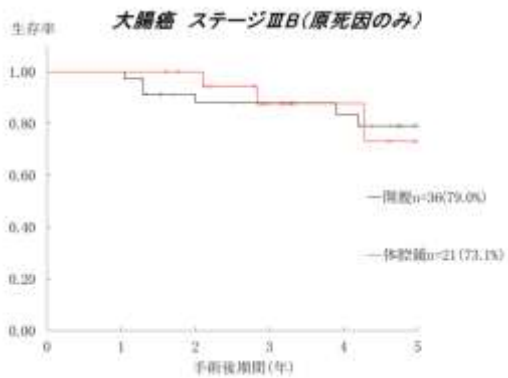
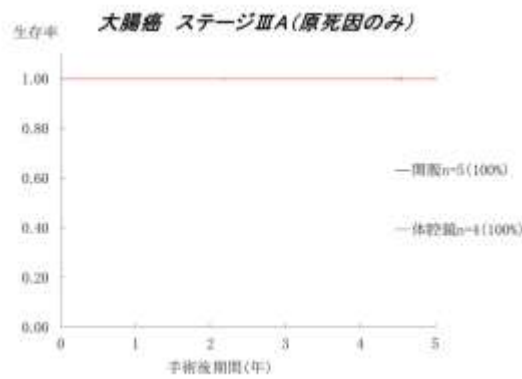
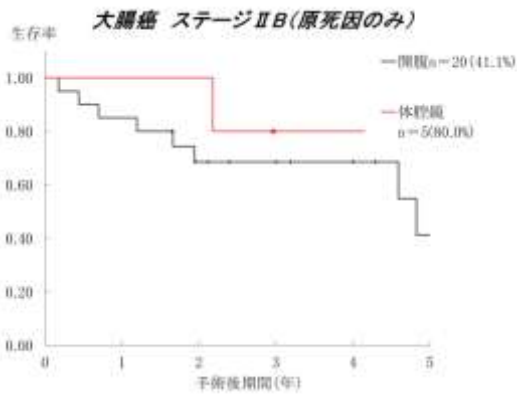
当院での同期間における大腸がん手術症例数（2006年1月-2013年6月）



676例中248例（37%）を鏡視下に施行していました。

Kaplan-Meier法によるステージ別の5年生存率です。





どのステージに関しても腹腔鏡手術の劣性はありませんでした。

胃がんに対しては術後 10-14 日程度、大腸がんは術後 7-10 日程度で退院となっており、開腹手術より短期間で退院可能です。縫合不全、創感染などの合併症も少ない傾向にあります。また、癒着性イレウスなども腹腔鏡下手術の術後ではほとんど経験ありません。現状では手術適応を誤らなければ開腹手術に対するデメリットは患者にとってはないものと考えています。

腹腔鏡下手術というと発達の歴史から良性疾患が主たる対象で、悪性疾患には向かない印象を持たれていることがいまだに多いように思われます。また、創が小さく整容性が高いことと侵襲が小さいことがメリットと考えられていますが、最大のメリットは通常の開腹では得られない深部の視野が得られることや拡大視効果による明確な解剖の把握にあると思います。当院では全身麻酔下の腹部手術件数の 43% (243/561 2010 年) に腹腔鏡を何らかの形で使用しています。今後も手術道具の一つと位置づけしてメリットを最大限に生かす様、積極的に様々な手術に応用していきたいと考えています。



## 診ます会総会 講演会 (平成 25 年 6 月 7 日)が開催されました



昨年、6月7日に診ます会総会が開催され、診療所の先生方を含め 177 名からご参加いただきました。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。

また、講演では当院大西啓祐先生から鏡視下悪性腫瘍手術の現状についてご講演いただきました。

※ ご報告が遅れましたこと大変申しわけございません。





# 慢性腎臓病連携パスについて

腎臓内科 出川 紀行



慢性腎臓病（CKD）は、日本の成人人口の13%、1330万人がCKD患者と言われており、糖尿病・高血圧などの生活習慣病が背景因子となって発症する 경우가多く、末期腎不全、心血管疾患のリスクが、高く、国民の健康を脅かしています。透析患者に至っては、30万人を超え、医療費に関しては、1兆5千億円ほどかかっています。2002年にCKDの概念が提唱されてから、10年が経ち、2012年に診療ガイド、2013年には、ガイドラインが改訂されました。大きく変更された点は、CKDを糸球体ろ過量（GFR）だけでなく、尿中蛋白量（アルブミン尿）で、重症度分類しました。（表1）

表 1

## CKD患者のフォローアップ（成人）-2

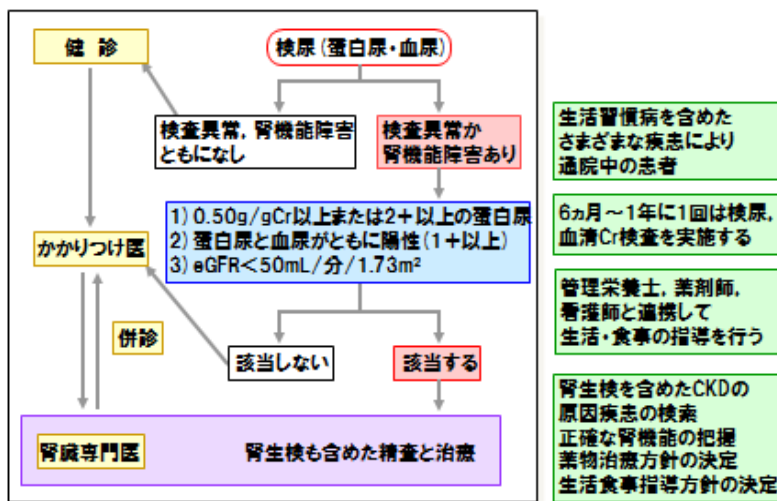
腎臓専門医への受診間隔（月）（かかりつけ医へは随時）

原疾患	蛋白尿区分	A1	A2	A3	
糖尿病	尿アルブミン定量 (mg/日) 尿アルブミン/Cr比 (mg/gCr)	正常	微量アルブミン尿	顕性アルブミン尿	
		30未満	30~299	300以上	
高血圧 糖尿病 多発性嚢胞腎 腎移植 不明 その他	尿蛋白定量 (g/日) 尿蛋白/Cr比 (g/gCr)	正常	軽度蛋白尿	高度蛋白尿	
		0.15未満	0.15~0.49	0.50以上	
GFR区分 (mL/分/1.73m <sup>2</sup> )	Q1 正常または高値	≧90	≧12	≧6	≧3
	Q2 正常または軽度低下	60~89	≧12	≧6	≧3
	Q3a 軽度~中等度低下	45~59	≧6	≧3	≧3
	Q3b 中等度~高度低下	30~44	≧3	≧3	≧3
	Q4 高度低下	15~29	≧3	≧3	1
Q5 末期腎不全	<15	1	1	1	

(KDIGO CKD guideline 2012 を日本人用に改定) CKD診療ガイド2012 p.45 表18

図 1

## CKD患者の専門医との連携体制案



CKD診療ガイド2012 p.42 図25

平成25年1月から8月までの連携患者を診てみますと表2のごとく、約140名（平均年齢 71歳、平均 eGFR25）の患者と連携しており、3か月から半年ごとのフォローで、低蛋白・減塩の食事指導、心血管疾患の評価、薬物療法にたいしてのアドバイスをを行い、CKDの進行を遅らせるように努力しております。

## 25年1月~8月の連携患者動向

表 2

総数	山形市	山形市以外7名	
	平均	最大	最少
eGFR	24.5	68	8
年齢	71.1	91	47

具体的には、図2のように、きめ細かい食事指導を行うことにより、4年間でも腎機能低下が進行しない患者さんがおります。さらに CKD をより精査・指導・学習されたい患者さんのために8日間のCKD教育入院を行っています。図3のような内容で、医師・看護師・

薬剤師・栄養士の指導あり、1週間の入院で、本人はもちろんご家族も巻き込んで、CKDの包括指導・精査しております。患者様からも好評価をいただき、多少自負しておりますが、さらに改善・改良をしていき、CKDの治療を前進させ、地域の患者さんの健康維持・質の高い医療を提供できるように、努力していきたいと思っております。今後ともよろしくお願いたします。

図 2

栄養相談

52歳 女性

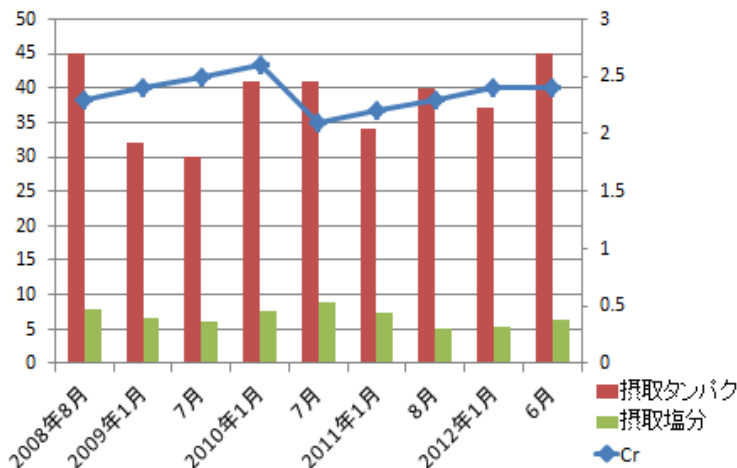


図 3

項目	1/1	1/2	1/3	1/4	1/5	1/6	1/7	1/8
年齢	52歳							
性別	女性							
病名	慢性腎臓病							
投薬	...							
検査	...							
経過	...							
食事	...							
生活	...							
家族	...							
その他	...							

7 ページに拡大表示

## 診ます会パネルディスカッション(平成 25 年 10 月 17 日)

が開催されました。

去る10月17日に診ます会パネルディスカッション「糖尿病と慢性腎臓病の地域医療連携- 病院医療チームをどう活かすか -」が開催されました。

いがらし内科循環器内科クリニック 五十嵐秀 先生、山口ハートクリニック 山口清司 先生、済生館 地域糖尿病センター長 五十嵐雅彦 先生、済生館 腎臓内科長 出川紀行 先生、済生館 糖尿病看護認定看護師 石山 由紀子 先生、済生館 慢性腎不全患者教育担当看護師 佐藤 真由美 先生をパネリストに迎え、糖尿病・慢性腎臓病における診療所と病院との連携について、意見交換を行いました。

当日は、診療所の先生を含め、44名のご参加がありました。



入院診療計画書 (様) [CKD (保存期教育)]

目標	腎不全の治療・合併症について学び、日常生活での注意点が理解でき、退院できる。							
1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	
注射	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
検査	採血・尿検査があります							
検査	生理検査	心臓超音波 ( / / ) 頸部血管超音波 ( / / ) 腹部超音波 ( / / )	PWV/ABI ( / / ) ABPM ( / / )					
加針線	胸のレントゲンがあります							
文書	入院診療計画書をお渡しします							退院薬計計画書を渡します
指導	薬師指導 必要に応じて、今まで内服していたお薬を確認させていただきます 薬剤師から服薬指導があります	11時30分 薬剤師から服薬指導があります	13時30分 8階学習室 集団栄養指導があります			薬剤師よりお薬の説明 があります (日時の変更 がある場合もあります)		
	栄養指導		13時30分 8階学習室 集団栄養指導があります			個別栄養指導があります 指導日の予定は後日 相談させていただきます		
	医師からの講義		午前11時より (30分 間) 2階地域糖尿病センター で腎臓内科医の先生より 学習会があります			午後2時より 2階地域糖尿病センター で腎臓内科医の先生より 学習会があります		主治医から説明があり ます
	看護師からの指導	血圧を1日3回 (起床時、日中、就寝前) に測定します。体温は日中1回測ります。 体重を測定します。 (毎朝、食前測定)	11時 透析室にて透析室看護師から説明 をします。			血圧をはかり方について説明します		
	安静度	安静制限はありません	血液検査の旨方について説明します			血圧を自己測定してみましよう。		
食事	低タンパクB食になります 入院中、食事以外のものは召し上がらないでください			低タンパクA食になります				
病棟処置	清潔 排泄							
	説明	病棟案内をさせていただきます。 入院中の予定を説明します パンフレットの記入方法を説明します。	14時 DVD学習があります 8階学習室 「保存期慢性腎不全の患者さんのために」	14時30分 DVD学習があります 8階学習室	14時30分 DVD学習があります 8階学習室 「CKD注意報」	午後3時に排泄していただき、 尿を検査提出します。	退院後の治療、生活について説明します	午前中に退院予定となります。 おつかれ様でした。

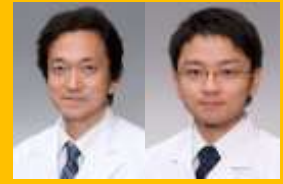
6 ページ図 3 拡大 CKD 保存期教育パス



# 保存的加療にて改善した、高度十二指腸狭窄を伴う

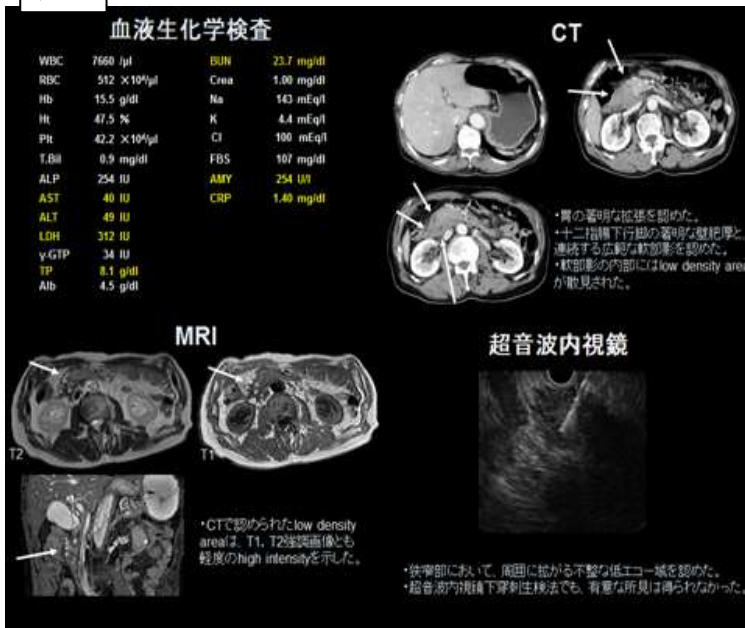
## groove pancreatitis の 1 例

消化器内科 黒木 実智雄 善如寺 暖



保存的加療にて改善した、高度十二指腸狭窄を伴う groove pancreatitis の 1 例を経験しましたので、ご報告させていただきます。

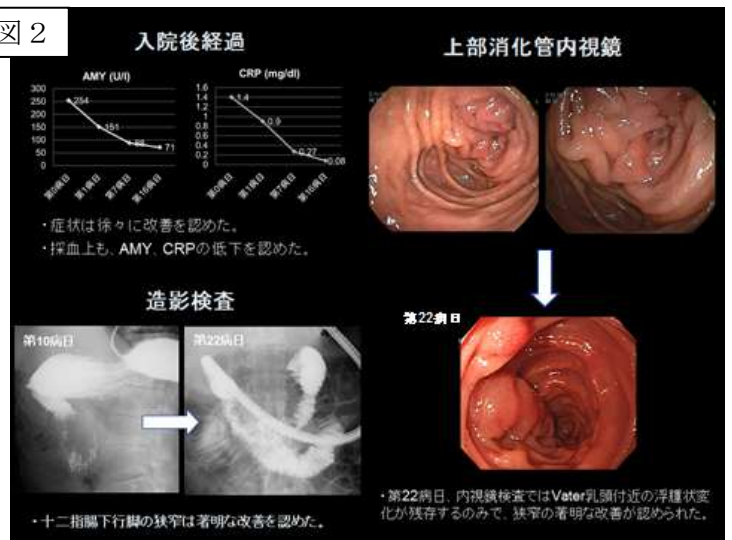
図 1



症例は、70 歳代男性で、飲酒に関しては機会飲酒程度とのことでした。現病歴ですが、来院 2 週間前より発熱、食欲不振、倦怠感が出現しました。近医で抗菌薬等の投薬を受けましたが症状の改善はなく、腹部膨満、嘔吐も出現してきたために、当科へ紹介受診となりました。現症では、上腹部の軽度膨満を認めました。採血データでは、アミラーゼ 254U/l、CRP 1.40mg/dl と軽度上昇を認めました。腫瘍マーカーや免疫学的検査はすべて正常範囲内でした。CT では胃の著明な拡張および、十二指腸下行脚の著明な壁肥厚と、それに連続する広範な軟部影が認められました。軟部影の内部には low density area が散見されました。MRI では、CT で認められた low density area と一致して、T1, T2 強調画像とも軽度の high intensity を示しました。MRCP では描出される範囲では、明らかな膵管の異常所見は認めませんでした。上部消化管内視鏡所見では十二指腸下行脚での狭窄を認めましたが、上皮性変化はみられず、同部位からの生検では有意な所見は得られませんでした。超音波内視鏡では、狭窄部において、周囲に拡がる不整な低エコー域を認めました。超音波内視鏡下穿刺生検法も施行しましたが、有意な所見はありませんでした。造影検査では十二指腸下行脚に高度の狭窄を認めました。(図 1)

入院後経過ですが、画像所見等より groove pancreatitis と考えられ、悪性疾患の可能性も念頭に置きながら、保存的加療を行うこととしました。経鼻胃管挿入の上で、中心静脈栄養管理を継続しました。入院後、症状は徐々に改善を認め、また採血上も、アミラーゼ、CRP の低下を認めました。第 22 病日に施行した造影検査では、十二指腸下行脚の狭窄は著明に改善し、内視鏡検査でも、Vater 乳頭付近の浮腫状変化が残存するのみで、狭窄の著明な改善が

図 2



・症状は徐々に改善を認めた。  
 ・採血上も、AMY、CRP の低下を認めた。

・第22病日、内視鏡検査でVater乳頭付近の浮腫状変化が残存するのみで、狭窄の著明な改善が認められた。

・十二指腸下行脚の狭窄は著明な改善を認めた。




認められました。その後、症状や炎症所見の再燃を認めず、第37病日、退院となりました。  
(図2)

groove pancreatitis についてですが、十二指腸下行脚と膵頭部、総胆管との間隙を groove と呼び、膵炎がこの領域に発生すると groove pancreatitis と診断されます。大酒家の男性に好発する傾向があります。原因として、十二指腸内異所性の膵組織や副膵管の障害などが考えられています。CT や MRI での所見が膵癌に類似し、また炎症の波及により十二指腸狭窄や総胆管の狭窄を生じることがあるため、膵頭部癌、胆管癌、十二指腸癌との鑑別に苦慮する場合がございます。膵癌との鑑別点としては、groove pancreatitis では腫瘍内の嚢胞性病変の存在する頻度が高いこと、また同領域を走行する脈管の閉塞や口径不整の程度が膵癌ほど高度ではない点があげられます。



groove pancreatitis は稀な疾患であり、症例報告の多くは、膵癌との鑑別に苦慮し、手術が施行されています。膵癌の可能性を念頭に置きつつ、慎重に保存的加療を行うことが肝要であると考えられました。

## 済生館に新しい医師が加わりました。 (平成25年11月)

### 皮膚科

医師	氏名	所属学会	履歴
	佐藤 文子	日本皮膚科学会(専門医)	H14年 岩手医科大学卒

### 耳鼻咽喉科

医師	氏名	所属学会	履歴
	鈴木 祐輔	日本耳鼻咽喉科学会(専門医・補聴器相談医)	H15年 山形大学卒
	小泉 優		H21年 弘前大卒

よろしくお願いたします。



## ◆ 診ます会講演会(平成 25 年 11 月 14 日)が開催されました

去る 11 月 14 日(木)「病院感染対策 -抗菌薬適正使用を中心に-」と題して群馬大学医学部附属病院 感染制御部 診療教授 徳江 豊 先生よりご講演いただきました。実際に徳江先生が対応された事例を中心に講演を拝聴いたしました。感染対策の重要性が増すなか、大変有意義なものでした。当日は、診療所の先生方も含む 43 名からご参加いただきました。



## ◆ 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34回 平成 25 年度第 5 回) 呼吸内科・緩和ケア・耳鼻科・外科

日 時： 平成 26 年 2 月 12 日 (水) 午後 6 時 30 分～  
場 所： 済生館 4 階大会議室

### ☆ 済生館 症例検討会 (第153回 平成 22 年度第 5 回)

日 時： 平成 26 年 3 月 12 日 (水) 午後 6 時 30 分～  
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。

## ☆平成 26 年度 診ます会総会のお知らせ

平成 26 年度の「診ます会総会」は日程は、例年と異なり 5 月末の開催となります。4 月に入りましたら、正式にご案内申し上げます。

日 時： 平成 26 年 5 月 29 日 (木) 午後 6 時 30 分～  
場 所： 山形グランドホテル