

目 次

アラベスク 関節疾患と寝たきり……………	山西 康仁	1
会員随想		
1. 思いつくままに……………	川崎 行彦	2
2. どさ回りツアー……………	池田 明彦	3
3. ハイキング日記。……………	土井 芳夫	5
4. 窓を開けて走りませんか……………	阪井 康仁	10
市民公開講座		
1. 胸痛からわかること ～かかりつけ医の立場で……………	和 中 佳生	11
2. 急性心筋梗塞・狭心症 ～手遅れにならない為に……………	羽野 卓三	11
日本臨床内科医会だより……………	澤 久	13
社保、国保だより……………	澤 久	15
平成22年度和歌山県医師会内科医会学術講演会		
第192回 1. 骨粗鬆症の骨折は予防できるのか……………	小池 達也	17
2. 骨粗鬆症の薬物療法に関する最新の知見……………	宗 圓 聰	18
第193回 1. 新しい炎症病性評価としての呼気NO測定法について……………	平野 綱彦	19
2. 気管支喘息治療における吸入ステロイドの使い分け……………	保澤 総一郎	20
第194回 1. 糖尿病患者の動脈硬化性疾患一次予防……………	小川 久雄	21
2. 心・腎・糖尿病-その相互関連……………	斎藤 能彦	22
3. 糖尿病診療-最近の話題から-……………	南條 輝志男	24
第195回 1. 鳥肌胃炎に合併した未分化型微小胃癌の一例……………	西川 泉	24
2. 消化器の様々な症状～診療を楽しくする工夫～……………	春間 賢	24
第196回 1. 頸動脈エコーで“診る”……………		
-ハイリスク患者のスクリーニングとより有効な抗動脈硬化療法を目指して-……………	片上 直人	25
2. 臨床現場における脳梗塞治療の最前線-CSPS II と合併症対策-……………	長尾 毅彦	25
第197回 1. 大規模臨床試験を読み解く……………	羽野 卓三	26
第198回 1. インフルエンザ感染と炎症制御……………	佐藤 圭創	27
2. 新型インフルエンザと社会防御～鳥インフルエンザへの備え～……………	朝野 和典	28
3. インフルエンザクライシスへの対応-感染症危機管理……………		
インテリジェントネットワーク構築の重要性とその意義……………	賀来 満夫	29
第199回 1. 呼吸器感染症の治療戦略……………		
マクロライド系およびレスピラトリーキノロン系抗菌薬の位置付けを再考する……………	門田 淳一	31
2. マクロライド療法の新たな展開-DPBからCOPD、インフルエンザまで……………	工藤 翔二	31
第200回 1. プライマリーで診るうつ～その診断と治療～……………	小山 敦子	31
第201回 1. マクロライド系抗生物質に関する最近の話題-インフルエンザ感染とクラリスロマイシンを中心に……………	東 冬彦	32
2. 外来診療での咳の診かた……………	那須 英紀	33
第202回 1. 保険診療における留意点……………	上林 雄史郎	35
2. 日常診療の「咳」に潜む抗酸菌症 ～特に、近年増加している肺MACについて～……………	鈴木 克洋	35
第203回 1. 冠動脈疾患の新リスクファクターとしてのEPA-JELISの結果をふまえて……………	武 俊介	36
第204回 1. 糖尿病をめぐる最近のTOPICS～糖尿病治療ガイド2010の変更点～……………	江川 公浩	36
2. 2型糖尿病治療の新展開～インクレチン関連薬とその問題点～……………	黒瀬 健	39
第205回 1. 化学療法の位置づけ……………	上田 弘樹	40
2. 放射線療法の立場から……………	岸 和史	41
3. 最新の外科治療……………	岩橋 誠	46

平成23年度（第42回）和歌山県医師会内科医会総会
和歌山県医師会医学会内科分科会会則

《アラベスク》

関節疾患と寝たきり

山西内科胃腸科眼科医院
山西 康 仁

私が開業してから約25年になります。鳥取大学を卒業後、同第2内科に入局、主に消化器疾患（肝臓）を教わった。その後、旧国立田辺病院院長 関勝忠先生のお計らいで消化器内科を担当させて戴いた。

開業してみると、一人の患者を長期間観察することが可能となり、いろんな事に問題点を感じられるようになった。元気な人が次第に寝たきり状態になる、内科的にはそんな状態ではないのに。そのような原因の多くは、腰痛症や膝関節痛の悪化により次第に運動量が低下し、筋力の低下、廃用萎縮が進み寝たきりとなってしまうことによる事に気づいた。

第2内科に入局してすぐに、アルバイトで山奥の診療所へ出張したとき、所長や看護婦から多くのことを教わった。膝関節への注射の仕方その一つであった。長イスに数人が膝を出して座っており順番に注射していく。うまく関節と関節の間に注射できれば痛みはないが骨に当たると大変痛いようだった。その人たちはその後どうなっているのだろうか。注射で痛みを止めて毎日農作業に従事していたのだろうか、仕事は出来ていた。一方、現在はヒアルロン酸の注射をして貰っているが痛みにはそれほど効果がないようで、消炎鎮痛剤の内服もしている。セレコックスのような消化性潰瘍を起こしにくいと言われている優れた薬を服用しているが、最近、深い出血性の胃潰瘍を生じ緊急入院を必要とした患者が続いて来院した。整形外科での治療に満足しない患者も多く、鍼灸や接骨院での治療を続けるが、効果が不十分なこともあり、テレビや新聞のコマーシャルを頼りに健康食品を渡り歩く。それでも痛みから解放されず、痛い痛いと言いつつこを引きながら暮らしている。そのうち痛みのため動くのが億劫になり筋力が低下し、寝たきりになってしまう。

介護認定審査委員を2年前から拝命しているが、寝たきりになる、あるいは要介護になる人の中で膝が悪い、腰が痛いなど整形外科的な疾患が大変多いように思われる。介護認定審査会資料を見ると、認定申請者40件のうち膝、腰が悪い人は18件、次いで脳血管障害、認知症の順であった。関節の痛みはなくても、肺炎や外傷で入院していると筋力低下が進み寝たきりになるパターンが多い。普段から筋力を蓄え、鍛えておくことで入院中の筋力低下はある程度予防可能であろうと思われ、入院中あるいは退院直後に筋力の衰えを予防するためのリハビリを積極的に行うことが必要ではないかと思われる。

実地医家にとっては、普段から筋力を増強するための簡単なプログラムがあればその指導をすることにより寝たきり防止の役に立てるかもしれない。

内科医は骨関節疾患にももっと目を向ける必要があるのではないかと、取り分け骨粗鬆症は実地医家にとって身近な疾患で、ある程度有効な治療薬があるにもかかわらず小生も含め真剣に関与していない場合があるものと思われまます。

思いつくままに

川崎行彦

最初に、東日本大震災で尊い命を失われた多くの人々に深く哀悼の意を表わすとともに被災地の一日も早い復興を願ってやみません。

夏至も近い父の日にペンをとりました。喋るのと違い、思いつくままに文章を書くのは大変なことだと、改めて考えさせられました。まあ小説家ではないんだし、格好つけないように近況について書いてみます。早いもので、父のあとを継いで今の紀三井寺で開業して28年が過ぎようとしています。生粋の名草っ子で、大学6年間以外は和歌山を離れたことは無い人生です。周りの景色は余り変っていませんが、空家と周辺の開業医の先生が増えたのが、頭痛の種で、ほとんど兵糧攻めにあっているかのようです。さて愚痴を言ってもしょうがないので、楽しい旅行の思い出について書かせてもらいます。

昨年、久し振りに大学時代の悪友？5人と旧交を暖めた鹿児島2泊3日の旅の話を可能な限り、記憶の糸をたぐりながら・・・5人といっても一人は地元の精神科病院の院長先生で、かなりの名士になっているらしい、N君である。努力家であるが、親の七光りが？今では頭頂部もかなりのものである。千葉で外科病院、老人保健施設を営っているH君は、ほとんど経営者風情で、ゴルフは上手いが少しセコイ感が否めないがいい奴である。奥さんがよく出来た医者で、留守を守ってくれているらしい。学生時代一番気の合った下関のH君は内科医で、趣味の絵は素人の域を越えている、毎年の年賀状を楽しみにしているぐらい。筆まめでペース溢れる文章は一読の価値がある。なかなか多才な奴である。最後の一人は大阪で内科、外科、小児科、オールマイティと言えは聞えが良いが、器用な医者である。念を押すのではないが、見た目はお

世辞にも同業には見えない。まあ人のことは言えないが、今では一番交際（つきあい）が多いI君の5人衆である。飛行機が鹿児島空港に無事ランディングしゲートを出ると、N君がにこやかにいささか緊張した面持で出迎えてくれた。なな何と、運転手付きのセンチューリーが待っていてくれた。後部座席に身を沈めるとくゆだねると、少し睡魔におそわれそうになったが、結局小一時間喋りっぱなしの車中となった。鹿児島市内でも眺めの良いことで知られる城山観光ホテルにチェックイン。逸る気持を抑えつつ（何が逸るのがわからないが）ホテルの大浴場に何と温泉も湧いているのである。桜島を一望できる錦江湾に浮んでいるようないい湯だった。今日の晚餐は、天文館近くの黒豚料理の名店だと案内してくれた。本当に気のつくいい友達を持ったものだと、一同顔を見合せた。ブランド中のブランド六白？豚のシャブシャブは、いくら食べても食べ飽きず灰汁も浮いてこない！勘定が怖い？グルメの真骨頂である。キビナゴは少し甘めの酢味噌で、サツマアゲも熱々で芋焼酎のお湯割りによく合うこと！薩摩焼きの杯は乾杯の衝撃によく耐えてくれたと思う。思い出すたびに唾液腺の分泌が多くなる。そこそこ酔った（ほとんどベロベロ）ところで、二次会のクラブへ薩摩オゴジョはヨカ！「オナゴタイ」。今では新幹線もついたことだし、時々、いや再々お邪魔したいと思ってしまった次第です。後髪をひかれる思いで、ほとんどホテルに連れ戻された夜でした。少しハングオーバー気味であったが、翌日は快晴。日頃の行いに感謝？しつつ、ゴルフ場へ。最近噴火して有名になった新燃岳のふもとの霧島高原のゴルフ場でおもしろ、おかしく楽しいラウンドであった。あえてスコ

アは明かさないが、大体ハーフ2時間少しのゴルフであった。素晴らしいゴルフ場で、またまたきたいと思う。ホールアウト後、ホテルで格式高い郷土料理のフルコースを頂いた後、ラウンジへ。お互いの近況について夜遅くまで話はずきなかつた。皆それぞれオヤジになっているが、まだまだ妙に若い気がした。ホルモンバランスが悪いのか？一病息災というが、持病があるか、入院歴も皆あるようだった。さて、2日目の朝も日頃のおこないの賜物か？快晴であった。今日は観光の予定。夕方の便なので指宿までは足はのばせなかつたが、特攻隊基地で有名な知覧まで案内して

もらった。20才前後の志願兵が家族に宛てた手紙など、多くの史料が展示されている。和歌山出身の兵の手紙を読んだ時、思わず目頭が熱くなった。ふっと横を見ると、大阪のIがウルウルしていた。オヤジは涙腺がゆるんでいるのだ！いくつになっても友達はいいいもんだ。特に気の許せる連中は最高だ。地元のN先生に感謝、感謝しながら空港をあとにしたのであった。どこかで聞いた様な文筆の句切り方はチビマルコチャン風でまとめてみました。つたない話を長々と書かせて頂きました。

どさ回りツアー

池田明彦

しばらく前から時々「どさ回り」の旅に出ている。どさ回りといっても、私が三味線を弾いて妻が着物を着て踊るというわけではない。海外旅行に出かけるヒマも金もない身としてはせめて一泊、二泊の国内旅行に出かけるのが関の山、まだ行ったことの無い場所に出かけて土地の名所名物名旅館や美味しいもの、あわよくば人情風俗に浸ってみようという、ありていに言えば昔のディスカバージャパンのようなもの、いやディスカバージャパンそのものだが、アンノン族（ご存知の諸輩もいらっしゃるでしょう）の真似をしていると思われるのもなんだかなア、ということで

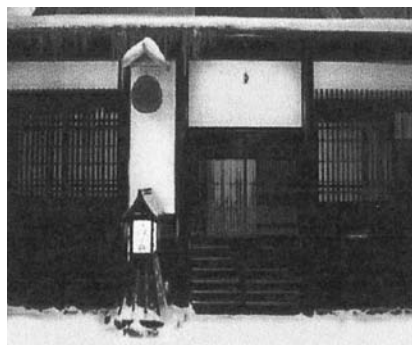
どさ回りツアーと洒落たつもりで銘打って、家内も私に負けず劣らず悪乗りするほうなので、それは面白いわねえ、ということで仲良く（…ない時もあるが）出かける仕儀と相成った次第。

さてあるとき木村伊兵衛の写真展が秋田市であると聞き、急に秋田行きを思い立った。

三月の彼岸に飛行機で秋田に着き、写真展を見て、夕食まで時間があつたのでタクシーを雇い、八郎潟から雪景色の男鹿半島に出かけ途中稲庭うどんやサザエの壺焼きを食べ、ゆっくり景色を楽しみながらドライブしてもらい、「なまはげ記念館」に立ち寄った。「な



なまはげ



酒盃



秋田おばこ

まはげ伝承館」でのなまはげショーはなかなか面白いもので、土地の青年扮するなまはげがあらわれて、子供たちには「親の言うことを聞くか」とか「勉強しねエか」とか言い、女の人には「旦那を大事にするか」とか問うのであるが、家内はなかなかうんと言わないので懲らしめられていた。

その夜は秋田市内の「酒盃」という店で夕食。ここは太田和彦さんの本でチェックして以来訪れてみたかった店で、期待にたがわずお酒もつまみも絶品であった。秋田の酒は辛いだけと思っていたが柔らかさもふくらみも余韻もあるとわかった。全くこの店に来るためだけに秋田を訪れる値打ちがある。あァ、また酒盃で刈穂や天の戸のうまい酒を飲みたい。

次に出かけたのは愛媛県の松山市で、その年の夏に日照りが続いて水不足ということで、松山に住む家内の恩師にミネラルウォーターをたんと送ったのだけれど、その後の様子が心配なのと、恩師もかなりお年なので一度会っておかないと二度とお会いすることも無いかも知れない、というのを口実にその年の暑い海の日連休に家内の運転する車で四国にトコトコと出かけた。

土曜の夜に神戸のポートピアホテルに泊ま



愚陀佛庵

翌日松山を観光する。松山の見どころは沢山あるがまず松山城、愚陀仏庵、萬翠荘、秋山好古と真之兄弟の生家跡などを見て回った。秋山兄弟生家跡では秋山好古像の前で背筋を

り、夕食の和食会場の片隅にポツンとある天ぷらコーナーで（意外と美味でした）土佐の「司牡丹」と但馬の「香住鶴」を堪能し、翌日は瀬戸内海を広島から今治へと渡るしまなみ海道をドライブした。今治での目的は名物アイスクリームで、和歌山に来る前に松山を担当していたT薬品のTさんに教えてもらったのだが、探し当てたそこはたかがアイスと思いきや、延々と並ぶ人と車にびっくり。肝心のアイスの味はといえば、美味しいことは美味しいのだが吞兵衛の身としてはまあ、こんなものかなという程度。

松山での夕食はやはりTさんお勧めの「梅檀」という料理旅館に行った。味は左程ではなく、まずは田舎料理で鯉の煮つけが印象に残る程度だったが、それよりも酒がうまく、伊予の「吹毛剣」と「七星剣」という日本酒が驚くほど美味しかった。旅館だけあって風呂が沸いていて、食事の後で女将がしきりに勧めるので家内と湯船に浸かったのだが、フルムーンのポスターを思い出して何となく可笑しかった。もっとも家内は高峰三枝子程ではない。

その夜は全日空ホテルのバーでキューバのトリオのラテン音楽を聞いて過ごす。「或る恋の物語」、「ソラメンテ・ウナ・ベス」をリクエストした。



萬翠荘

伸ばして敬礼して写真を撮っていると、係の人が近づいてきて「現役の方ですか？」と声を掛けられた。初めは何のことだかわからなかったが、どうやら現役の自衛官かと聞かれ

たらしい。余程凛々しく見えたんだと後で家内に威張っていた。その後砥部焼の窯元をみていくつか買い求めた。砥部焼は分厚くて安直だが壊れにくく、日常使いには持って来いの器である。

その他にも青森・十和田湖や新潟、松江・境港、唐津などいろいろな土地に出かけ、ツ

アーを楽しんでいる。北陸の「べにや無可有」の旅館から麓の温泉街に降りるトロッコみたいなエレベーターのことや、大都会東京にも探せば土地の匂いがあるもので、葛飾の寅さん記念館や吉川英治記念館、武相荘のことなども機会があれば書いてみたいがキリがないので一先この辺で。

ハイキング日記。

土井 芳夫

趣味と健康のため十数年来休日ハイキングをしております。和歌山市内にはたくさんハイキングクラブがありますが、私もそのうちのいくつかに入れてもらい、できる限り参加させていただいております。平成23年4月5月のハイキングを紹介させていただきます。

4月3日 曇天 白秋の会 参加者28名
3DAYS切符使用。(関西一円の私鉄バスが乗り放題)

行き先、神戸市北区山田衝原(つくはら湖呑吐ダム) 満願寺、和歌山市駅7時発→難波駅→近鉄阪神三宮駅→神戸電鉄、箕の谷駅下車、バスにて衝原終点。

衝原よりハイキング、小さな団地の中に箱木千年の家(つくはら湖呑吐ダムに沈むところを現在の所に移転した600年前の庄屋の屋敷)を訪れ、志染川の川沿いのサイクルロードを歩きました。桜並木がありましたが、六甲山の北に位置し肌寒く蕾硬く残念でした。途中、ウサギの耳の形のようなきれいな衝原橋を渡り、対岸の道を歩き満願寺に参拝し呑吐ダムにて昼食、そこで集合写真を撮りました。

志染川にかかるサイホン橋を渡り、ふるくから由緒ある御坂神社に参拝し恵比寿駅までバス乗車、帰路となりました。



<白秋の会>
神戸市北区山田町衝原 呑吐ダム

4月10日 晴天 高齢協ハイキングクラブ友
 の会 参加者18名
 行き先、吉野山
 J R和歌山駅東口7時半 マイクロバスにて
 出発。

→近鉄吉野駅

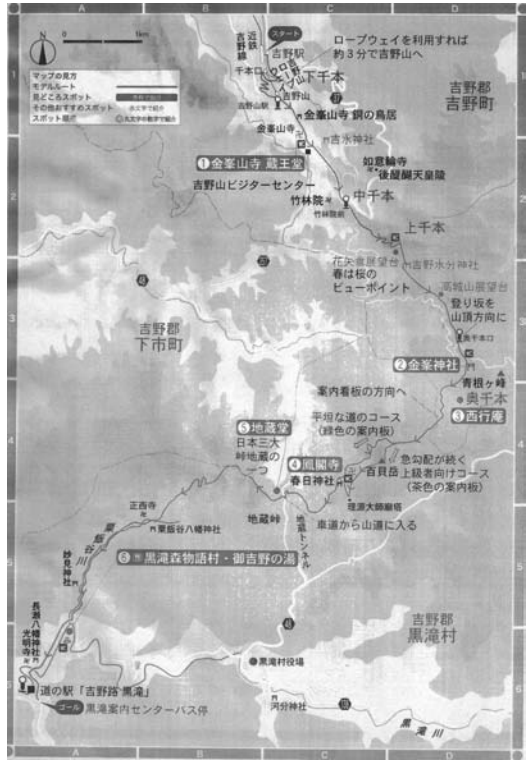
吉野山ロープウェイに隣接の山道を登り金峯
 山寺蔵王堂へ。

蔵王堂は吉野山のシンボルとして知られ、本
 尊は蔵王権現、木造建築では奈良の東大寺に
 つぐ大きさといわれ、現在の建物は室町時代
 のケ遠地区で、修験道の行者の聖地としても
 有名です。

旅館、お土産売店通りを抜け、吉水神社で参
 拝をしました。



中千本は、まだ桜は7分咲きでしたが、山全
 体は桜に覆われすばらしい景観でした。
 花矢倉展望台の茶店で昼食をとり集合写真。
 その後、吉野水分神社を参拝して奥千本まで
 行き、帰路へ向かいました。



4月17日 晴天 白秋会 参加者30名
 行き先 八坂神社、建仁寺、錦市場、本能寺、
 二条城。

和歌山市駅7時発→難波→(淀屋橋経由)京
 阪京都祇園四条
 四条駅よりハイキング。八坂神社にて参拝。



円山公園のしだれ桜は残念ながら散っていました。祇園を通り建仁寺まで。建仁寺は鎌倉時代に栄西が創立した寺で風神雷神字を鑑賞。鴨川沿いを通り四条まで行き、四条よりひとつ北の通りが京都の台所といわれる錦市場。錦市場で、みんなそれぞれお買いものを楽し

み京極へ。高瀬川沿いの料亭豆水楼にて豆腐、生湯葉をいただき本能寺にすすみしました。本能寺で恒例の集合写真。そこからは地下鉄二条城へ。二条城のしだれ桜は運よく満開！！そこから、帰路へ。



5月1日 晴天 白秋会 参加者27名
行き先 京都伏見
和歌山市駅7時→難波→(淀屋橋経由)京阪
丹波橋駅

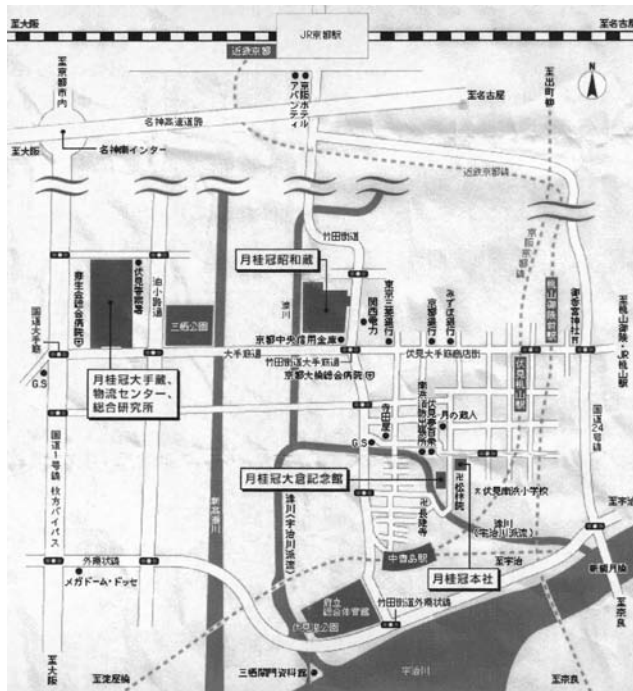
この日は、幕末散策路、坂本龍馬ゆかりの地を歩きました。龍馬が傷を負って避難した材木屋の納屋や、寺田屋の跡地、酒蔵風景を眺めながら、月桂



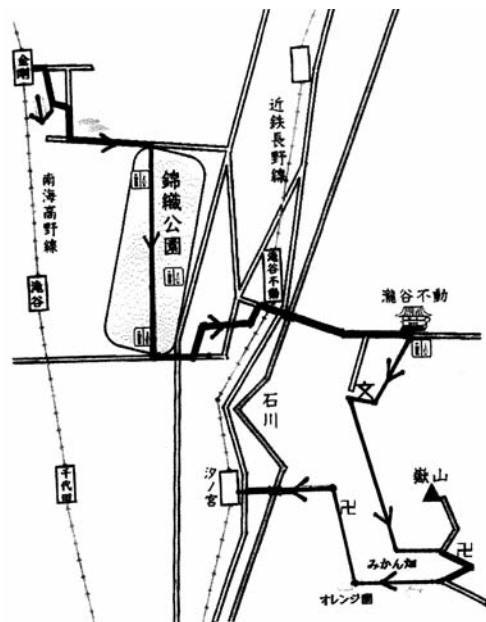
＜白秋の会 御香宮神社で＞
【京都伏見(幕末散策路)坂本龍馬ゆかりの地を歩く】

冠大倉記念館へとすすみました。
 大倉記念館というのは、鳥羽伏見の戦いの遺物がたくさん展示されています。
 記念館近くの鳥せいでしゃも鍋を食し、伏見

奉行所跡から日本百名水で有名な御香宮神社参拝をして（集合写真）京阪伏見桃山駅から帰路へ。



5月8日 晴天 和歌山ハイキングの会 参加者120名
 行き先 瀧谷不動
 和歌山市駅8時→（天下茶屋経由）金剛駅
 金剛駅から、新興住宅街を通り抜け錦織公園の中を通り、瀧谷不動へ。
 行者が修行をするという行者瀧で昼食。木立の生い茂る細い山道に入り、嶽山まで行き、オレンジ園経由近鉄長野線汐ノ宮駅までハイキング。
 汐ノ宮駅より、河内長野経由で帰路へ。



5月22日 雨天 高齢者ハイキング友の会
参加者12名
行き先 熊野古道滝尻から大坂本王子
JR和歌山駅東口7時半 マイクロバスにて
出発

熊野古道は平安時代から鎌倉時代にかけて上皇や貴族を中心に始められた巡礼で熊野詣と呼ばれました。京都から九十九王子に立ち寄りながら熊野三山へむかうこの巡礼は次第に武士や庶民にも広がり「蟻の熊野詣」と呼ばれる隆盛をみました。

1ヶ月近い長旅は交通の発達していない当時は難行苦行の旅だったと想像できます。しかし「浄不浄を問はず、貴賤を問はず、男女を問はず」という熊野大権現の慈悲が多くの人を熊野にひきつけたのでしょう。

この日のコースは熊野古道ハイキングで最も人気のあるところでした。

当時、古道中辺路の滝尻で水垢離をして身を清め「御山」熊野の神域に入ったと伝えられています。

滝尻到着時は雨足が強く、カッパ着用でのハイキングとなりました。

滝尻王子社を参拝し杉林の中を登っていくと乳岩胎内くぐりと呼ばれる岩があり、その岩窟は昔奥州藤原秀衡の室が熊野詣の途中に和泉三郎忠衡を産した所と伝えられています。坂道を100mほど登ると平坦な道となり古

道ヶ丘へ到着。さらに進むと、標高341mの飯盛山に着きます。頂上から下って又登っていくとNHKの電波塔があり、さらにすすむと楠の大樹の神木をもつ高原熊野神社があります。

その神社は室町時代の建築様式の春日造りの中辺路最古の神社です。

ここで昼食をとり恒例の集合写真となりました、

江戸時代からの旅籠数件の細い道を抜けなだらかな石畳を登ると大門王子跡に到着しました。さらに進むと十丈峠に達し、そこからさらに400mから500m行くと、飢えと疲労で小判をくわえて生き倒れて亡くなった旅人を弔ったといわれる小判地蔵があります。

もう少し、すすむと悪四郎屋敷跡があり、この悪は怪力無双という意味で、悪四郎はとんち好きのやさしい男であったとされています。

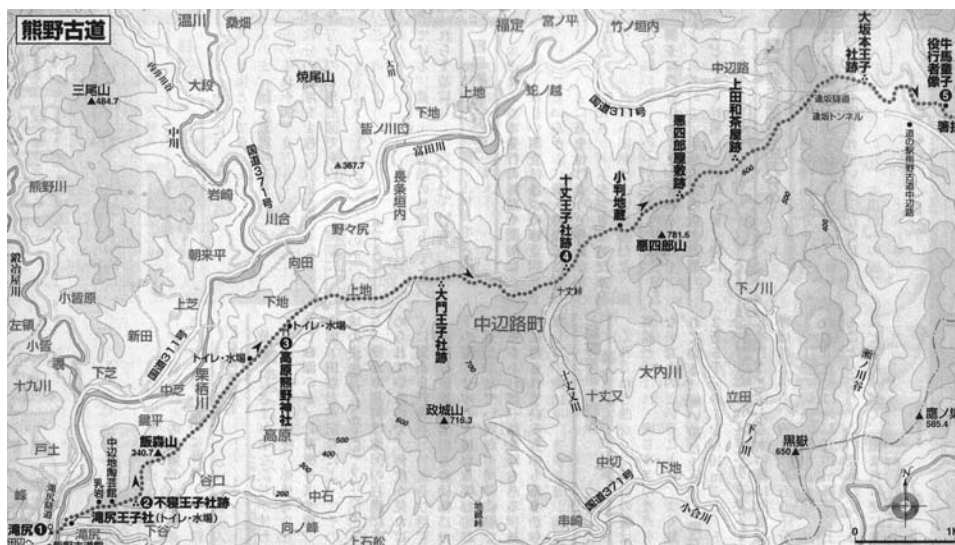
見晴らしの良い道をさらにすすんでいくと三体月の観測所があります。

三体月とは毎年旧暦11月23日の夜、昇る月が三体に見えるという伝説があります。

そこから細い道を下ると、大坂本王子にでます。

そこで、マイクロバスが待っていてくれ、美人湯温泉へ行き入浴して帰路につきました。





次回 6月19日は大坂本王子より牛馬童子像を

通過近露経由熊瀬川王子までの予定です。

窓を開けて走りませんか

阪井循環器内科医院 阪井 康 仁

私は車の運転をするとき、よく窓を全開にします。自然の風をうけながら走るのが心地良いからです。

5月中旬の晴れた日の夕方、いつものように窓を開けて車を走らせておりましたところ、反対車線を走る車の多くが窓を閉めて走っているのに気づきました。そこでその後対向車線の車を観察すると、商用車は比較的窓を開けていたのですが、自家用車と思われる車の4分の3は窓を閉めきっていました。けっこう日差しもあって閉めきると暑い感じでしたから、エアコンをつけていたのでしょう。近年は、気候のいい時季でも窓を閉め切って走る車が多いようです。喫煙者が減ったとか、花粉症の人が増えた、などの理由もあるかもしれませんが、ほとんどの自家用車にオートエアコンが普及して、温度さえ設定すれば自動的に空調を調節してくれるからではないでしょうか。

そんなことを感じた次の日、所用があって電車で大阪に行きました。行きは南海電車、帰りは南海とJRを利用したのですが、普通列車を含めどの車両も窓が開かない構造になっていてエアコンが入ってました。子供の頃、座席に後ろ向きに座って、電車の窓を開けて風を受けながら景色を眺めるのが好きでしたが、今の子供達はそういうことができないうんですね。

今の時代、電車も車も窓が開いていることが少ないようです。

みなさんはいかがでしょう？

この原稿が掲載されるのは8月ということで、さすがにこの時季は厳しいですが、朝夕が涼しくなってきたら、エアコンのスイッチを切って窓を大きく開けて走ってみられてはいかがでしょう。結構気持ちのいいものですよ。

《市民公開講座》

胸痛からわかること ～かかりつけ医の立場で

抄録（和中担当分）

かかりつけ医の立場から、胸痛を自覚した場合にどのように考え、行動するべきかという点について説明します。

胸痛を主訴として受診する代表的な疾患として、本日の主題である虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞）があげられます。その他の鑑別すべき疾患として大動脈解離や心筋、心膜炎など他の循環器疾患や消化器疾患、肺・胸膜疾患、神経・筋疾患、心因性疾患などがあります。この中でも、不安定狭心症や急性心筋梗塞、大動脈解離、肺血栓塞栓症は、症状も激しく、生命の危機が心配される病態で、救急受診をするべき疾患といえます。症状の持続が短く、自制できるような胸痛の場合はかかりつけ医を受診して、問診、診察、心電図検査などを受け、さらに専門的な検査や治療が必要かどうかを判断してもらう必要があります。医師に伝えるべき情報として胸痛の性状、虚血性心疾患の危険因子の有無（既往

歴、家族歴、高血圧症・糖尿病・脂質異常症の有無、喫煙、肥満、ストレスなどの生活習慣など）があり、診断の助けになります。

すでに、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症など）で通院中の場合は適切な治療を継続し、禁煙、減量、適度の運動などで生活習慣を改善し危険因子を減らすことが重要です。現在、かかりつけ医がない場合は、健康診断を受けてメタボリック症候群やその予備群に該当しないかどうかを把握しておくことを勧めます。早期から冠動脈疾患危険因子とも密接に関係したメタボリック症候群の状態を管理し是正することによって動脈硬化を予防し、虚血性心疾患や脳血管疾患を予防することが期待できます。

日頃から自分自身の体の状態を把握して、問題があれば適切な管理をすることがもっとも重要です。

急性心筋梗塞・狭心症 ～手遅れにならない為に

和歌山県立医科大学 医学教育・集団医療学

羽野卓三

和歌山県における心疾患の死亡率は常に全国の上位に位置しており、虚血性心疾患の予防は大きな課題となっている。一方で急性心筋梗塞による死亡率は低下しており、急性期の救急治療は定着しつつあるが、突然死の死亡原因の約半数が虚血性心疾患であり、冠動脈病変の早期の診断と治療が重要である。狭心症には冠動脈の器質的病変による労作狭心症と内皮障害など軽度の病変に伴う安静時狭心症がある。心筋梗塞の多くは冠動脈の粥状硬化病変の不安定化によるプラークの破綻に

伴う急性冠閉塞によると考えられている。虚血性心疾患の診断は、心電図、CT、MRI、心筋シンチなど非侵襲的検査と侵襲的検査である心臓カテーテル検査に分かれる。心電図には、安静時心電図と、運動（薬剤）負荷心電図、24時間（ホルター）心電図がある。運動負荷心電図は安定労作狭心症で行われるもので、不安定な時期には施行すべきでない。急性心筋梗塞の診断に心電図は有効であるが、超急性期の変化は通常的心筋梗塞とは異なっている。労作狭心症では運動（薬剤）負荷心

電図が有効であるが、偽陽性を示すことも多い。とくに高血圧や中年女性では偽陽性率が高くなる。安静時狭心症では24時間（ホルター）心電図が有効であるが、ホルター心電図の検査中に発作が起こることが必要であり、繰り返し検査が必要となる。冠動脈の病変を直接観察する方法としてMRIとCTがある。前者では造影剤が不要であり、冠動脈が石灰化した場合にも評価することが可能であるが、撮影時間が長く、画質もCTにやや劣る。CT（多列検出器コンピュータ断層撮影）では、撮影時間は短く、画質は良いが、造影剤や脈を遅くする β 遮断薬を使用する必要があり、石灰化病変がある場合は、病変の評価が困難

となる。CTやMRIでは心電図に同期させるため不整脈がある場合には画質が悪くなる。心筋シンチは、心臓核医学検査とも呼ばれ、運動負荷や薬剤負荷をした後、アイソトープを静脈内投与することにより、心筋の血流を評価する方法であり、同時に壁運動を評価することも出来る。虚血を評価するには優れた方法であるが、負荷時と安静時の2回の撮影が必要であり検査時間は長く、施行できる施設は限られている。虚血性心疾患の症状は様々であり、典型的なものは必ずしも多くない。症状があれば、まず、虚血性心疾患を疑い検査をすることが望ましい。

質疑応答のセッションでは、以下のような提案や質問がフロアーから寄せられ質問に対しては、演者の先生方より、丁寧で分かりやすい解説がなされました。

- 1) 私は「かかりつけ医」の受け付けでポスターをこの企画で見知りしましたが、このような公開講座は知らない人も大勢いるので自治会での回覧を利用されてはいかがでしょうか？
その他、宣伝をもっとして欲しいとの意見も多く出されました。
- 2) 肥満外来に通院中。体重は85kgから74kgまで減量。喫煙歴40年。アルコールは毎日2～3合の日本酒。心電図上では異常は無いと言われていますが、今後どの程度の頻度で検査を受けていけばいいのでしょうか？
- 3) 肩こりと狭心症の関連はあるのでしょうか？
- 4) 若い頃より、右脚ブロックといわれています。今後の注意点についてお聞かせください。
- 5) 冠動脈検査には色んな方法があるとお聞きいたしましたが、どの病院でどの検査

が受けられるのでしょうか？

- 6) 入浴時の、湯へのつきり方ですが、何か注意することはありますか？
- 7) 不整脈があり、24時間心電図をつけましたが異常はないと言われました。今後の対応はいかにするべきでしょうか？
- 8) 朝の血圧は正常なのですが、夕方には高血圧になります。薬物療法は必要なのでしょうか？
- 9) 3ヶ月前に突然目が見えなくなり、20分後には自然に治りました。MRIの結果、一時的に詰った血栓が溶解したのだらうと言われました。今後の対応について教えてください。
- 10) 心電図上で狭心症と言われ、MRIやカテーテル検査を受けましたが、太い血管に異常はなく、冠動脈のれん縮だらうといわれました。今後、どのように、管理していくべきなのでしょうか？
- 11) AEDはどこにおいてあるのでしょうか？
- 12) 心電図を受ける頻度はどのぐらいの間隔が適当でしょうか？
- 13) ニトロとはどんな薬なのか教えてください。

《日本臨床内科医会だより》

担当理事 澤 久

東日本大震災の影響により本年4月の第28回日本臨床内科医会総会は中止となりました。本誌の日臨内だよりは総会の議題、討論にもとづき書いていますので、今年の日臨内だよりは日臨内のホームページから抜粋して報告したいと思います。

1) 人事

後藤由夫会長の任期満了に伴い、郵送により会長選挙がおこなわれました。その結果、猿田享男先生が新会長に就任されました。副会長には大分県の嶋田丞先生、神奈川県の中佳一先生が任命されました。

常任理事には愛知県の安藤忠夫先生、青森県の和田一穂先生、石川県の近藤邦夫先生、東京都の神津仁先生、神奈川県の山本晴章先生が、新たに就任されました。岩城紀男先生はインフルエンザ研究特任理事に就任されました。

代議員会議長には大勝洋祐先生が留任され、副議長には山形淳先生が就任されました。

2) 決算、予算、事業計画

平成22年度収支決算、事業報告、平成23年度予算、事業計画が承認されました。

3) 地域医療功労賞

各都道府県から推薦のあった10名の先生が地域医療功労賞に選ばれました。和歌山県からは該当者はありませんでした。

4) 専門医、認定医の更新単位について

第28回日臨内総会の中止に伴い、専門医・認定医制度の特例として、今回は本総会に出席とみなし、出席件数1件、研修単位20単位が賦与されることになりました。

5) その他

医療制度改革については現在、「受診時定額負担制度」について検討されているようです。これは患者様が受診時に100円から200円程度を負担する制度のようです。政府は広く一般の人からお金を集め、高額医療の補助金としたいと考え、この制度を提唱しているものと思われます。

日本臨床内科医会、地区別ブロック会議（近畿ブロック会議）

平成23年8月7日(日)ホテルグランヴィア京都にて開催されました。和歌山県内科医会からは会長、副会長、理事の7名が参加しました。また、京都内科医会12名、大阪府内科医会11名、兵庫県内科医会7名、奈良内科医会4名、滋賀県内科医会2名、日本臨床内科医会本部より会長の猿田先生他2名が参加されました。

(1) 日本臨床内科医会の現状と今後について

報告のすべてを記載することはできませんが、興味のあるところでは、受診時定額負担制度、70～74歳は窓口負担2割、40歳未満も介護保険料、給与に応じ保険料、非正規労働

者を健保に、などの厚生省関連事項について報告された。

医療・介護保険委員会、内保連・中医協関連事項などが報告されましたが、詳しくは日本臨床内科医会ホームページをご覧ください。

(2) 日本臨床内科医学会・総会について

平成24年4月15日(日)

日本臨床内科医会総会

於：国立京都国際会館

平成24年10月7日(日)、8日(月)

日本臨床内科医学会 於：徳島県

上記、開催されますので、近畿圏より多数の参加をお願いします。

- (3) 平成23年度専門医・認定医申請スケジュールに関して
申請書請求期間
平成23年11月1日(火)～11月30日(水)
申請書提出期間
平成23年11月21日(月)～12月16日(金)
第1次審査期間
平成24年1月10日(火)～1月27日(金)
専門医筆記試験
平成24年1月18日(水)～1月24日(火)
第2次審査 平成24年2月12日(日)
合格発表 平成24年4月15日(日)
第29回日臨内総会にて

(4) 会員増強について

京都内科医会は同会に属するすべての会員が日本臨床内科医会に加入する規則になっているが、和歌山県内科医会は個々の会員の意思により日本臨床内科医会に加入するシステムになっており、和歌山県内科医会の会員の7割程度が日本臨床内科医会に加入している状態である。今後、葉書や電話により日本臨床内科医会への加入を勧めていきたい。

《社保、国保だより》

担当理事 澤 久

今回は近畿医務局の平成22年度のまとめを掲載します。医療機関への個別指導のまとめですので、今後の診療の参考になるものと思われます。また、レセプト請求に関する質問は社保や国保連合会、近畿医務局などで受け付けてもらえるようです。

和歌山県内科医会としても社保、国保審査員の申し合わせ事項などを公表して頂けるようお願いしていますが、一応公表する方向で検討するとの返事を頂いています。できれば来年度の県内科医会誌に掲載できればと考えています。

1 総論的事項

- ①「保険医療機関及び保険医療費担当規則」にて特殊療法等が禁止されているにもかかわらず行われた例が認められたので改めること。
- ②診療録は、保険請求の根拠となるものであるから、医師は診療の都度、遅滞なく必要事項を記載すること。
- ③請求事務について、誤請求が認められる。医師と事務員との十分な連携を図り適正な保険請求に努めること。

2 診療に係る事項

(1) 診療録

- ①保険診療の診療録と保険外診療（自由診療）の診療録とが区別されていない例が認められたので改めること。
- ②診療録において傷病名の転帰が記載されていない例が認められたので改めること。
- ③傷病名の整理を行うこと。
- ④複数の医師が一人の患者の診療にあたる場合において、署名等が診療の都度ないため、責任の所在が明らかでない診療録が認められたので改めること。

⑤診療録の余白には斜線を引くこと。

(2) 基本診療料等

外来管理加算について、診察所見の要点の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。

(3) 医学管理等

- ①特定疾患療養管理料について、管理内容の要点の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。
- ②特定薬剤治療管理料について、薬剤の血中濃度及び治療計画の要点の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。
- ③難病外来指導管理料について、治療計画及び診療内容の要点の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。
- ④薬剤情報提供料について、薬剤情報を提供した旨の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。

(4) 在宅医療

- ①在宅患者訪問診療料について、訪問診療計画及び診療内容の要点の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。
- ②在宅時医学総合管理料について、在宅療養計画及び説明の要点等の診療録への記載に乏しい例が認められたので改めること。
- ③在宅酸素療法指導管理料について、動脈血酸素分圧の測定を月1回程度実施し、その結果を診療報酬明細書に記載すること。

(5) リハビリテーション

- ①運動器リハビリテーション料について、従事者と患者が1対1で行われていない例が認められたので改めること。
- ②標準的算定日数を超えたりリハビリテ

ションについて、継続することとなった日の診療録への記載の無い例及び診療報酬明細書の摘要欄に継続することとなった理由の記載の無い例が認められたので改めること。

3 請求事務等に関する事項

(1) 医学管理等

- ①同一医師が当該診療所の標榜する他の診療科を併せ担当しているにもかかわらず皮膚科特定疾患指導管理料を算定している例が認められたので改めること。
- ②生活習慣病管理料の趣旨を理解の上、算定すること。
- ③医学管理等を算定した場合は、その旨を診療録に記載すること。

(2) 在宅医療

- ①同一患者の2人以上の患者を診療した場合について、2人目以降の患者には往診料ではなく初診料又は再診料を算定すること。
- ②在宅患者訪問診療料について、同一建物居住者であるにもかかわらず同一建物居住者以外として算定している例が認められたので改めること。
- ③在宅時医学総合管理料について、月2回以上の定期的な訪問診療を行っていないにもかかわらず算定している例が認められたので改めること。
- ④在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料の届け出があるにもかかわらず算定していない例が認

められたので改めること。

- ⑤在宅患者訪問看護・指導料について、要介護認定を受けている患者に対し算定している例が認められたので改めること。

(3) リハビリテーション

リハビリテーション総合計画評価料について、定期的な医師の診察及び運動機能検査又は作業能力検査等の結果に基づき、算定していない例が認められたので改めること。(例：運動器リハビリテーション料(Ⅱ)の開始月にリハビリテーション総合計画評価料を算定しているもの。)

(4) 注射

点滴注射について、誤って算定している例が見られたので改めること。
(1日2回の算定)

(5) 処置

胃瘻カテーテル交換法の算定について、胃瘻カテーテル交換後の確認を画像診断又は内視鏡等を用いて行った場合に限り算定する。画像診断又は内視鏡等を用いていない胃瘻カテーテル交換法において使用した材料費について、算定されている例が認められたので改めること。

(6) 一部負担金等

一部負担金等の計算記録が不適切である。(診療録第1号(1)－3様式に準じていない。)

平成22年度和歌山県医師会内科医会学術講演会

和歌山県医師会整形外科部会・第192回内科医会・ 産婦人科医会 合同学術講演会

－骨粗鬆症治療セミナー 2010 in和歌山－

H22.4.10(土)16:00～ 於：アバローム紀の国2階「鳳凰の間」

出席者 118名

—— 特別講演 1 ——

座長 和歌山県医師会整形外科部会
副会長 岩橋 俊幸先生

骨粗鬆症の骨折は予防できるのか

大阪市立大学大学院医学研究科
リウマチ外科学准教授

小池 達也先生

はじめに

骨粗鬆症が骨折のみでなく生命予後にも悪影響を及ぼすことはよく知られるようになり、一般住民への疾患の認知度もかなり向上してきた。さらに、薬物療法による骨折予防効果に関するエビデンスの蓄積はめざましいものがある。にもかかわらず、我が国の骨粗鬆症に起因する骨折は減少傾向の気配さえ見えない。これは、骨粗鬆症患者が治療機会に恵まれていないか、最前線での治療戦略が誤っている可能性がある。

脊椎圧迫骨折既往者は治療対象として捉えるべきである

骨粗鬆症患者が治療対象となるためには、「診断」を受けなければならない。検診などにより骨量を測定され、骨粗鬆症と診断され、医療機関へ紹介されるのが理想的な流れであるが、検診システムが十分に機能しているとは言えないのが現状である。しかし、高齢者は様々な理由で医療機関を受診した際に、脊椎のX線写真を撮影する。脊椎圧迫骨折は非常に重要なリスク因子であり、無治療の脊椎圧迫骨折を発見した場合には治療開始を前提に検査を行うべきである。

転倒歴はすべてを包含したリスク因子である。骨粗鬆症にともなう骨折は、多くの場合に転倒と共に生じる。転倒を防止するためには、どのような人に転倒が多いかを明らかにし、そこで判明した危険因子を減らす努力が必要である。実に多くの研究から様々な転倒危険因子が明らかになっている。このうちで最も高い危険因子は転倒歴であり、骨粗鬆症の治療を行う際には必ず確認すべきである。その他に、セロトニンと骨折など、新しい知見も出てきている。

転倒防止は可能か？

転倒防止のための多くの運動療法が考案されているが、骨折抑制を証明したエビデンスレベルの高い研究はない。一方、最近ではビタミンDと転倒の関連が注目を集めており、我が国の地域住民を対象とした研究でもビタミンDレベルが低いと転倒が多いことが証明されている。

どの薬剤を使用するか

現在、我が国ではカルシウムを除いて8種類の薬剤（ビタミンD・ビタミンK・タンパク同化ホルモン・カルシトニン・ビスフォスフォネート・女性ホルモン・選択的エストロゲン受容体モジュレーター・イプリフラボン）に骨粗鬆症治療の適応が認められている。この中で、骨折抑制効果が証明されているのはビスフォスフォネート・ビタミンD・選択的エストロゲン受容体モジュレーターのみであり、大腿骨頸部骨折に限ればビスフォスフォネートでのみ抑制効果が証明されている。

ビスフォスフォネートは長期使用における骨量増加持続作用も報告されているが、逆に長期使用によって、顎骨壊死・大腿骨骨幹部骨折・心房細動・食道癌などのこれまで報告されてこなかった副作用が出現する可能性が最近になって指摘されている。

ヒッププロテクターには効果があるか

薬剤には程度の差はあれ、必ず副作用の問題が生じるし、服用を開始してすぐに効果が発揮されるわけではない。その点、大腿骨頸部骨折予防装具として開発されたヒッププロテクターには、大きな副作用はなく着用直後から効果を発揮するという利点があり、費用対効果から考えると薬物療法を実施しがたい高齢者には非常に有用な装具と考えられる。ところが、これまでのランダム化試験の結果は一定ではなく、効果に疑問が呈されている。ヒッププロテクターはさらに改良の余地がある。

おわりに

骨粗鬆症治療薬は現在も新しいものが開発されているが、現時点で利用可能な薬剤や装具であっても、的確に使用すれば、骨粗鬆症にともなう骨折を抑制することは可能である。治療対象者を見逃さないことと、最適な薬剤や装具をタイミングを誤ることなく処方することが何よりも重要である。さらに、いったん処方した薬剤も効果や副作用をモニターしながら、継続や中断を考えるべきである。骨粗鬆症治療は開発の時代が終焉し普及の時代に突入している。

—— 特別講演 2 ——

座長 和歌山県医師会整形外科部会
会長 寺下 浩彰先生

骨粗鬆症の薬物療法に関する最新の知見

近畿大学医学部奈良病院整形外科・
リウマチ科教授 宗圓 聰先生

骨粗鬆症の治療目標は骨折の予防により患

者のQOLの維持改善をはかることである。従来、わが国では、脆弱性骨折の有無ならびに骨密度低下（%YAM70未満）によって診断がなされてきたが、骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版では、診断基準とは別に薬物治療開始基準が提唱され、骨密度が%YAM80未満で、飲酒、喫煙、骨折家族歴のいずれか一つを有する閉経後女性と50歳以上の男性例も治療対象とされた。

薬物療法による骨折予防のエビデンスとして、閉経後骨粗鬆症における椎体骨折に対してはビスフォスフォネート製剤と塩酸ラロキシフェンが、大腿骨近位部骨折に対してはビスフォスフォネート製剤が確実なエビデンスを有する。海外ではビスフォスフォネート製剤の出現後に大腿骨近位部骨折の発生率の減少が明らかにされており、また、生命予後の改善効果も示されている。

ビスフォスフォネート製剤を用いた際の骨折予防効果は、骨代謝マーカーの抑制効果や大腿骨近位部の骨密度増加効果と関連することが示されているが、治療中止により、腰椎骨密度は維持されても、骨代謝マーカーや大腿骨近位部の骨密度は維持されないことが明らかとなっており、服薬中止には注意を要する。そして、ビスフォスフォネート製剤の服薬中止が90日で骨折リスクは1.2倍、9ヵ月を越すと3.1倍となることが示されている。

近年、ビスフォスフォネート製剤関連顎骨壊死（BRONJ）が注目されるようになった。日本骨代謝学会、日本骨粗鬆症学会、日本歯科放射線学会、日本歯周病学会、日本口腔外科学会の合同でポジションペーパーが近く発表される（Journal of Bone and Mineral Metabolism, 2010 in press）。骨粗鬆症例に対する経口ビスフォスフォネート製剤による顎骨壊死の発症は稀である一方先に述べたようにビスフォスフォネート製剤は優れた骨折予防効果を示し、有益性の観点からその使用をためらうべきではない。

第193回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22. 5. 15(土)14:30～ 於：和歌山ビッグ愛 4階大会議室

出席者 49名

講演 I

座長 日本赤十字社和歌山医療センター
呼吸器内科部長 西山 秀樹先生

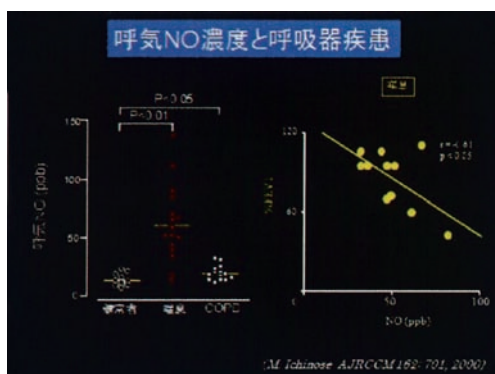
新しい炎症病性評価としての 呼気NO測定法について

和歌山県立医科大学
第三内科 平野 綱彦先生

気管支喘息について、気道・肺の炎症がその病態に関与している。ゆえに、その病態の正確な把握は疾患の診断や治療効果判定に重要と考えられ、中でも非侵襲的に気道の炎症を評価できる呼気一酸化窒素 (nitric oxide ; NO) 測定が近年注目されている。そこで本講演では呼気NO測定方法とその意義について①呼気NOの喘息の診断における有用性②呼気NOの喘息の管理における有用性③呼気NOの喘息における今後の展開の3つのパートに分けて概説した。

①気管支喘息の病態の本態は、様々な細胞やメディエーターにより惹起される気道炎症である。その中でも内因性のNOはその気道炎症に関与する可能性がin vitroで示されている。さらに喘息患者で呼気のNOを測定すると図1左のように喘息患者では健

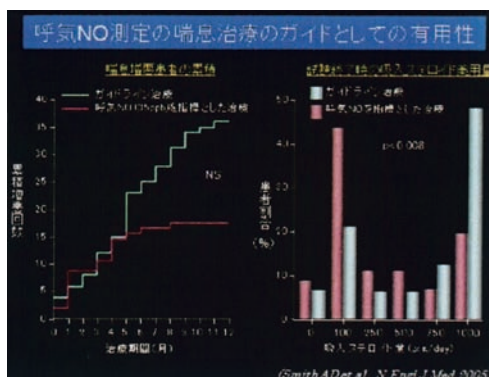
図1



常人やCOPDと比較して極めて高い値をとることは知られており、ステロイド未治療の患者では図1右に示すように気流制限の程度とも極めてよい相関を示すことから、その診断への有用性や病態への関与が示唆される。

②長期管理の点からも図2に示すように呼気NOを指標とした管理のほうがガイドラインに基づいた管理よりも有意に吸入ステロイド量を減少させることが示されている。

図2



③①、②のとおり優れた診断的価値と喘息管理の有用性をあわせもつ呼気NO測定法であるが、いくつかの問題点もある。最大の問題点として従来の測定装置が大がかりな点があげられ一般臨床医家にとって実際の

図3



でない。これに対して、図3で示すような携帯型の呼気NO測定装置が開発されてきている。従来のNO測定器と比較して、遜色ない測定精度をもっており、また非常に省スペースであり測定時間も2分と短時間で簡便に測定することが可能になっている。よって今後測定機器の簡素化により、呼気NO濃度測定は一般臨床でも使用可能となる。さらにACTスコア（喘息症状スコア）との併用による喘息管理の向上や難治性喘息、末梢気道病変の病態の機序解明にも呼気NOは応用可能であることが示唆される。

以上呼気NO濃度の測定方法とその意義について本講演で述べた。呼気NO測定は気管支喘息の診断法として非侵襲的であり、診断や管理において有用である。現在測定機器の簡素化により、呼気NO濃度測定は一般臨床でも使用可能となっており、気管支喘息の更なる診療効率の向上が期待される。

講演 II

座長 和歌山県立医科大学

第三内科准教授 南方 良章先生

気管支喘息治療における

吸入ステロイドの使い分け

広島アレルギー呼吸器クリニック

院長 保澤総一郎先生

現在のコンセンサスとして、気管支喘息（以下、喘息）長期管理のベース薬が吸入ステロイド薬（ICS）であるということは論を待たない。近年、喘息末梢気道病変が注目されており、重症喘息あるいは高齢者喘息でそ

の重要性が特に問題となることが指摘されている。このような患者では気道リモデリングが進んでおり、さらに複雑な末梢気道病変が構築されている。すなわち、末梢気道病変に対して、ICSをベースとした治療をいかに行うかが喘息長期管理のポイントの一つとなっている。

現在、臨床使用可能なICSは配合剤を含め多様であり、ドライパウダーインヘラー（DPI）製剤とエアロゾル加圧噴霧式定量吸入器（pMDI）製剤が存在する。どのICSをどう使うか迷うという声をよく聞くが、逆に、それぞれの患者の喘息病態を把握し、それにフィットしたICSを選択することが可能となってきているわけである。気道病変の評価において、クリニックレベルの実地臨床で可能な検査として、気道抵抗検査としてのImpulse Oscillometry（IOS）と、喘息気道炎症検査としての呼気一酸化窒素（FeNO）が最近注目されている。IOSにて気道病変の評価、すなわち、末梢気道病変と中枢気道病変のどちらが優位かを評価し、FeNOにて気道炎症の評価をすれば、患者ごとに喘息気道病変の状態が把握でき、その喘息気道病変を狙ったICSを選択することができる。

CIC-HFA（オルベスコ®）は、平均粒子径が $1\mu\text{m}$ 程度であり、肺内沈着率も50%超であることから、リモデリングの進んだ喘息末梢気道にも十分到達する。さらに1日1回吸入であることからアドヒアランスもよい。実際、CIC-HFAは、末梢気道病変に対してFP/SM（アドエア®）への上乗せ効果も発揮する。このようにCIC-HFAは、喘息治療において独特の有用性を発揮しうるICSとして今後その位置づけが評価されると考えられる。

三府県合同内科医会学術講演会

(第194回和歌山県医師会内科医会学術講演会)

H22.6.12(土)15:00～ 於：IMPホール(大阪ビジネスパーク内)

出席者 270名(内和歌山県15名)

講演Ⅰ 「心」の立場から

座長 大阪府内科医会副会長

樋口 徹先生

糖尿病患者の動脈硬化性疾患一次予防

熊本大学大学院生命科学研究部

循環器病態学教授 小川 久雄先生

糖尿病患者は糖尿病に罹患していない者よりも心血管イベントを発症するリスクが2～4倍高い。心筋梗塞および虚血性脳卒中は2型糖尿病患者における死亡の主要原因であり、世界的にも2型糖尿病患者数が急速に増加していることから冠動脈イベントおよび脳血管イベントの一次予防法の確立は重要な優先課題となっている。心血管疾患の危険性が高い患者には40歳以上の患者で冠動脈心疾患の家族歴を有する患者や、高血圧、喫煙、脂質異常症またはアルブミン尿のような他の危険因子を有する患者に対して米国糖尿病学会は一次予防としてアスピリンの投与を推奨している¹。そのような状況から2型糖尿病患者を対象にしてアテローム性動脈硬化イベントの一次予防法としての低用量アスピリン療法の有効性を検討するために、「2型糖尿病患者におけるアスピリンの動脈硬化性疾患一次予防効果に関する研究」Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes(JPAD)²試験を実施した。対象は心血管疾患、脳卒中および末梢血管疾患を含む動脈硬化性疾患の既往のない2型糖尿病患者2539例で、1262例の患者をアスピリン投与群、1277例の患者をアスピリン非投与群に無作為に割り付けた。JPAD試験での患者の登録は2002年12月から2005年5月までの期間に日本各地の163ヵ所の医療機関で実施し、2008年4月まで経過観察し、経過観察期間の

中央値は4.37年であった。主要評価項目である総動脈硬化性イベントが合計154件発生した。総動脈硬化性イベントの発生率に関して、アスピリン投与群(68件のイベント、5.4%)とアスピリン非投与群(86件のイベント、6.7%)では有意差は認められなかった(HR、0.80;95% CI、0.58-1.10;ログランク検定、 $P=0.16$)しかし、致死性の冠動脈イベントと致死性の脳血管イベントはアスピリン投与群で患者1例(脳卒中)、アスピリン非投与群で患者10例(5例は致死性の心筋梗塞、5例は致死性の脳卒中)で発生し、アスピリン投与群で有意な低下を認めた(HR、0.10;95% CI、0.01-0.79; $P=0.0037$)。また、65歳以上の年齢の患者1363例においては(アスピリン投与群が719例、アスピリン非投与群が644例)、総動脈硬化性イベントの発生率はアスピリン投与群(45件のイベント、6.3%)がアスピリン非投与群(59件のイベント、9.2%)よりも有意に低かった(HR、0.68;95% CI、0.46-0.99; $P=0.047$)。最近報告されたメタ解析でも糖尿病患者の心血管疾患一次予防に対するアスピリン療法は否定的な結果であった³。どのような症例にベネフィットがリスクを上回るかを検討していく必要があるが、日本人において65歳以上の糖尿病患者は1つのアスピリン投与の基準となり得ると思われる。

さらに、糖尿病患者における高血圧の意義を検討するためJPADサブ解析を行った。糖尿病患者を収縮期血圧 >140 mmHgかつ/あるいは拡張期血圧 >90 mmHgで判断した血圧コントロール良好A群と不良A群、収縮期血圧 >130 mmHgかつ/あるいは拡張期血圧 >80 mmHgで判断した血圧コントロール良好B群と不良B群について心血管イベントの発症を比較した。その結果、総動脈硬化性イベントは

血圧コントロール不良A群が良好A群に比して有意に多かった (HR、1.65;95%CI、1.20-2.27;P=0,0017)。冠動脈疾患イベントには有意差はなかったが、脳血管疾患イベントは血圧コントロール不良A群が良好A群に比較して発症が有意に多かった (HR、2.18;95%CI、1.37-3.50;P=0.0008)。この有意差はアスピリン非服用者のみでの比較でも認められるものの、アスピリン服用中の患者さんでは消失した点は興味深い。一方、血圧コントロール不良B群と良好B群の比較では冠動脈疾患においても脳血管疾患においても有意な差を認めなかった。糖尿病患者においては血圧管理が重要である事、またアスピリン療法は血圧コントロール不良の患者においてより有効に作用することが示唆された。

さらに心血管障害の二次予防において、最近、使用が可能になったプラビックスの有用性についても言及したい。

文献

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes? 2007. Diabetes Care 30:S4-S41, 2007
2. Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T, et al. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. JAMA 2008;300:2134-2141.
3. Antithrombotic Trialists' (ATT) Collaboration, Baigent C, Blackwell L, Collins R, et al. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Lancet. 2009; 373: 1849-1860.

講演Ⅱ 「腎」の立場から

座長 奈良県医師会内科部会長

土居 通明先生

心・腎・糖尿病—その相互関連

奈良県立医科大学第一内科学教室

教授

斎藤 能彦先生

背景 1

糖尿病は心血管病の強力なリスクファクターであり、慢性腎臓病も心血管病の強力なリスクファクターである。慢性腎臓病は病因に関係なく、eGFRで層別化されている。

背景 2

糖尿病症例における一次予防は確立していない。アスピリンは心血管病の二次予防として確立されているが、糖尿病症例におけるアスピリンの心血管イベントは確立していない。

背景 3

最近の2型糖尿病におけるアスピリンの心血管系予防効果を検討したメタ解析やコホート研究によると、アスピリンの一次予防効果は認められていない。

では、どのような症例でアスピリンの予防効果が期待できるのか？

糖尿病に合併する腎臓機能低下症例はアスピリン治療の良い候補になるのか？

このような背景から、JPAD研究をサブ解析することにより、低用量アスピリンが腎臓機能低下症例において心血管イベントを抑制するのに有用かを検討することとした。

JPAD研究に参加した症例の中からベースラインの血清クレアチニン値を測定していた2523症例を対象に、GFRの推参式を用いた推定GFRに基づいて、eGFR90ml/min/1.73m²以上、60以上かつ90未満、60未満の3群に分け、アスピリンの心血管予防抑制効果を検討した。一次エンドポイントは全ての動脈硬化性イベントとした (致死性、非致死性の脳卒中、心筋梗塞、大動脈疾患、末梢血管疾患)。その結果は次ページのようになり、以下のようまとめた。

1. 糖尿病症例においても動脈硬化性イベン

トの発生度がeGFRの低下に伴って上昇することが示された。

2. eGFR of 60 to 89ml/min/1.73m²の症例では低用量のアスピリン療法は動脈硬化性イベントを有意に減少させた。
3. 低用量のアスピリン両方はeGFRが

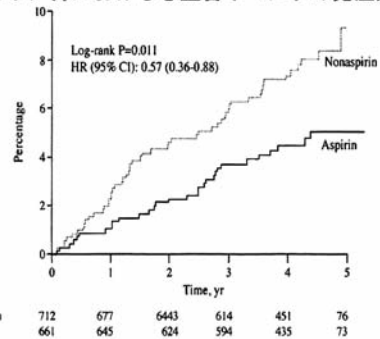
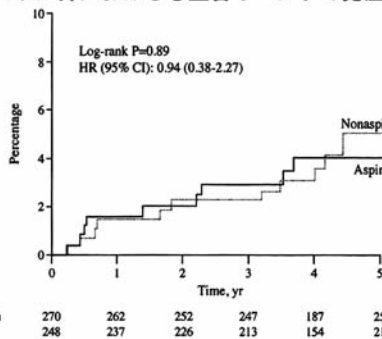
90ml/min/1.73m²以上もしくはeGFRが60ml/min/1.73m²未満の症例では無効であった。

4. 低用量アスピリン療法はeGFR of 60 to 89ml/min/1.73m²の症例で重症の出血性副作用を増加させることはなかった。

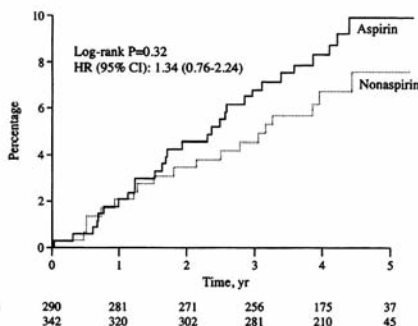
アスピリン/非アスピリン群の特徴

Characteristic	eGFR, ≥90		eGFR, 60-89		eGFR, <60				
	Aspirin	Nonaspirin	Aspirin	Nonaspirin	Aspirin	Nonaspirin			
Number, n	248	270	661	712	342	290			
Age, mean(SD)	61(9)	58(10)	65(10)	65(10)	68(9)	69(8)			
Male, n(%)	127(51)	130(10)	0.5	986(58)	398(56)	0.4	184(54)	150(52)	0.6
Hypertens, n(%)	120(48)	131(49)	0.97	376(57)	399(56)	0.8	242(71)	196(68)	0.5
Dyslipid, n(%)	140(56)	132(49)	0.09	362(51)	362(51)	0.9	195(57)	168(58)	0.8
HbA1C (%), mean(SD)	7.5(1.7)	7.4(1.4)	0.3	7.0(1.3)	6.9(1.2)	0.2	7.0(1.3)	6.9(1.1)	0.1
Scr(mg/dl), mean(SD)	0.5(0.09)	0.5(0.1)	0.2	0.7(0.1)	0.7(0.1)	0.8	1.1(0.5)	1.0(0.2)	0.2
Proteinuria, n(%)	32(13)	35(13)	0.96	68(10)	72(10)	0.9	76(23)	63(22)	0.9
SBP mmHg, mean(SD)	134(16)	134(16)	0.6	135(14)	134(14)	0.07	138(15)	136(15)	0.1
DBP mmHg, mean(SD)	77(10)	77(10)	0.9	77(9)	76(9)	0.01	77(9)	76(10)	0.1

90 ml/min/1.73 m²以上の症例におけるアスピリン、非アスピリン群における心血管イベントの発症頻度



60 ml/min/1.73 m²未満の症例におけるアスピリン、非アスピリン群における心血管イベントの発症頻度



サブ解析

Aspirin Group	Nonaspirin Group	Hazard Ratio, (95% CI)	
No/Total No.	No/Total No.		
Age ≥65 yr	45/719	59/644	0.68 (0.46-0.996)
Age <65 yr	23/543	27/633	0.99 (0.57-1.7)
eGFR, ≥90	9/248	11/270	0.94 (0.38-2.3)
eGFR, 60-89	30/661	55/712	0.57 (0.36-0.88)
eGFR, <60	29/342	19/290	1.3 (0.76-2.4)
Age ≥65 yr and eGFR, 60-89	19/375	39/383	0.48 (0.27-0.82)
Age ≥65 yr or eGFR, 60-89	56/997	74/971	0.73 (0.51-1.0)

講演Ⅲ 「糖尿病」の立場から

座長 和歌山県医師会内科医会理事
西谷 博先生

糖尿病診療－最近の話題から－

和歌山県立医科大学
前学長 南條輝志男先生

糖尿病患者数が世界的に増加の一途をたどっている中、昨年のヨーロッパ糖尿病学会（EASD）でのトピックスを紹介し、本年の日本糖尿病学会総会で承認された新しい糖尿病の診断基準とHbA1cの位置づけについて解説する。

パネルディスカッション

循環器疾患・糖尿病を合併する
患者の治療

司会

大阪府内科医会 名誉会長 山家 健一
大阪府内科医会 会長 福田 正博
大阪府内科医会 副会長 泉岡 利於

パネリスト

熊本大学大学院生命科学研究部
循環器病態学教授 小川 久雄先生
奈良県立医科大学第一内科学教室教授
斎藤 能彦先生
和歌山県立医科大学前学長
南條輝志男先生

第195回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.6.19(土)17:30～ 於：和歌山ビッグ愛2F201会議室

出席者 66名

———— 教育講演 ————

座長 和歌山県立医科大学
第二内科准教授 岡 政志先生

鳥肌胃炎に合併した 未分化型微小胃癌の一例

国保日高総合病院
第一内科医長 西川 泉先生

———— 特別講演 ————

座長 和歌山県立医科大学
第二内科教授 一瀬 雅夫先生

消化器の様々な症状 ～診療を楽しくする工夫～

川崎医科大学内科学
食道・胃腸科教授 春間 賢先生

原因となる器質的疾患を伴わない胃痛や胃

もたれ、胸焼けなどの上部消化器症状は、これまで不定愁訴症候群と呼ばれることが多かった。しかしながら、1980年代から、海外ではFunctional dyspepsia（機能性ディスぺプシア、FD）やNon-erosive reflux disease（非びらん性逆流症、NERD）と診断されるようになり、病態や治療法が検討されている。2006年RomeⅢ基準が作成され、FDは従来の3分類から、Postprandial Distress Syndrome（食後愁訴症候群）、Epigastric Pain Syndrome（心窩部痛症候群）の2つに分けられ、消化管運動異常や内臓知覚過敏（脳腸相関）がその原因として注目されている。

本邦でも、FDやNERDの病名は浸透しつつあるが、実地診療の場では、患者の愁訴の把握や診断に至る検査方法が乏しいのが現状である。われわれは、FDの病態を明らかにすること、治療効果の評価、さらに、医師と患者の満足度を高めることを目的とし、臨床の場で簡便に行なえる機能検査法を考案して

きた。講演では、私が行なっている機能検査法を紹介するとともに、FDやNERDに対す

る診療の工夫を紹介する。

第196回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.7.17(土)15:00～ 於：和歌山ビッグ愛 4F和歌山市医師会大会議室

出席者 51名

—— 特別講演 I ——

座長 阪井循環器内科医院

院長

阪井 康仁先生

頸動脈エコーで“診る”

—ハイリスク患者のスクリーニングと

より有効な抗動脈硬化療法を目指して—

大阪大学大学院医学系研究科

内分泌・代謝内科学 片上 直人先生

頸動脈はアテローム性動脈硬化の好発部位であり、脳血管障害や冠動脈疾患といった動脈硬化性疾患との関係も深い。頸動脈エコー検査は、頸動脈の壁内、表面、内腔の状態から動脈硬化を視覚的かつ定量的に評価するのに有用であるだけでなく、血管弾性、血流の評価にも有用であり、頸動脈病変の総合的な評価に適している。また、非侵襲的、簡便、低コストで施行可能なことはこの検査の大きな利点である。

頸動脈の内膜中膜複合体肥厚度 (intima-media thickness of carotid artery ; IMT) は、超音波検査のBモードで頸動脈の近位および遠位壁に認められる、2つの解剖学的な境界の前縁から成り立つ2つの平行なライン間の距離である。IMTは病理学的に評価した実際の内膜中膜複合体の厚さとよく相関し、再現性に優れた指標である。

1990年代以降に行われた多くの研究により、IMTは全身の動脈硬化性変化の指標となり、心血管イベントの予測因子になることが確認されており、現在、日常臨床における頸動脈

エコー検査の有用性は確立されている。また、IMTを代替指標に用いることで、種々の薬剤の抗動脈硬化作用を評価する試みも行われている。そこで、本講演では日常診療における頸動脈エコー検査の有用性について、IMTに関する知見を中心にお話しさせていただきたい。

—— 特別講演 II ——

座長 (医) 殿最会みながクリニック

院長

見永 武芳先生

臨床現場における脳梗塞治療の最前線 —CSPS II と合併症対策—

東京都保健医療公社荏原病院

総合脳卒中センター神経内科

医長

長尾 毅彦先生

ガイドラインは、日常診療において最も標準的な診療指針を解説したものであり、発刊時点での最新の情報を盛り込んである。「脳卒中治療ガイドライン2009」も昨年秋に改定された最新のものであるが、その後も続々と新しいエビデンスが発表されており、われわれ臨床医は常に新しい情報に耳を傾け、ガイドラインを肉付けする姿勢が望まれる。

その点で、わが国の脳卒中領域の最新のエビデンスとして、本年2月に米国で発表されたCSPS2研究 (Cilostazol Stroke Prevention Study 2) は大きなインパクトを持って迎えられ、今後の実地診療において「ガイドライン後」の不可欠のエビデンスと言える。

また今回の新しいガイドラインでも強調さ

れているように基礎疾患、合併症対策もきわめて重要である。近年の食生活の欧米化に伴い、わが国でも全身の大血管病変の進行が顕著となっている。一つの臓器の血栓症に留まらず、全身の動脈硬化を考慮した治療方針の策定が必要となる。

本講演では、世界的な大規模コホート研究から浮かび上がる現代日本人のアテローム血栓症の特性を解析し、見逃されがちな末梢動

脈疾患の重要性について言及したい。新しいガイドラインを解説した上で、新たに加わったCSPS2の本解析および5月に発表されたサブ解析を含めた全容を説明し、脳梗塞再発予防療法におけるシロスタゾールの優れた有用性、安全性について私見を述べる。

最後に、シロスタゾールの多面的効果の象徴ともいえる、誤嚥性肺炎の予防効果とその重要性についても触れてみたい。

第197回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.9.4(土)15:00～ 於：和歌山ビッグ愛4階和歌山市医師会大会議室

出席者 41名

特別講演

座長 和歌山県医師会内科医会
有本 重也先生

大規模臨床試験を読み解く

和歌山県立医科大学医学教育・
集団医療学教授 羽野 卓三先生

大規模臨床試験は、より信頼度の高いエビデンスを得るために行われているが、その結果を正しく理解するためには、集団の特徴や解析の方法などを理解する必要がある。今回は、大規模臨床試験に用いる解析方法・用語について解説する。

- 1) intension to treat解析(ITT)：治療中に副作用や本人の意思、主治医の判断で臨床治験から脱落したものを含めて解析する方法である。一方、最後まで治験による治療を継続したもののみを対象としたものはon treatment解析である。治療方針により得られる効果は、実際に受けた試験治療ではなく、被験者を治療しようとする意図(予定した試験治療規定)に基づくことにより評価できるとの考えに基づいている。
- 2) ランダム化比較試験(randomized con-

trolled trial：RCT)：無作為割付により比較試験参加者を無作為に予定している治療内容(薬)に割り付ける方法である。このうち、医師も患者もどちらに振り分けられたかわからない場合が二重盲検比較試験(DBT：Double Blind Test、Double Blind Study)であり、医師はどちらに振り分けたか分かっているが患者は分からないものが単盲検試験(SBT：Single Blind Test)である。医師も患者もその内容を知っているものをopen試験と呼ぶ。PROBE(prospective randomized open blinded endpoint)法と呼ばれるものがこれに該当する。

- 3) 並行群間比較試験とクロスオーバー法：薬剤を2種類に振り分けた時、その期間を通じて薬を変更しないのが、並行群間比較試験であり、途中で他の薬を服用するのがクロスオーバー法である。
- 4) Cox比例ハザードモデル：大規模臨床試験においてよく使われる統計手法であり、イベントの発症により終了する。この手法は、開始の期間を揃えて解析するため、経過中の登録症例数が減少していないか、すなわち、追跡率がよいか精度をみる上で重要である。また、1次エンドポイントが本来の解析の目的であり、2次エンドポイ

ントの重要性は1次エンドポイントに比べて低くなる。解析結果にあるハザード比はOdd比にほぼ等しく、イベント発症の頻度を示す。Confidence Interval(CI)は信頼区間を示す。

5) Number need to treat(治療必要人数：NNT)：1人の死亡率を下げるために何人

の治療を行う必要があるかを示すもので、少ない方が治療効果としては大きい。

6) メタ解析は、ランダム化比較試験を対象としたものは信頼度が高いとされる。しかし、有意差が出なかった試験は公表されないことがあるなど、使用したデータの内容について注意を払う必要がある。

三府県合同内科医会学術講演会

(第198回和歌山県医師会内科医会学術講演会)

H22.9.18(土)14:30～ 於：ホテルニューオータニ大阪2階「鳳凰の間」

出席者 340名(内和歌山県17名)

講演 I

座長 大阪府内科医会会長

福田 正博先生

インフルエンザ感染と炎症制御

九州保健福祉大学薬学部薬学科生化学
第一講座主任教授／感染症治療学教授
(併任) 佐藤 圭創先生

1. 序

2009年度、新型インフルエンザウイルスの大流行は、社会的な問題となっただけでなく、予防医学、感染症学、特に呼吸器ウイルス感染症の病態解析・予防・治療などに様々な教訓を残し、現在、最も注目される研究分野の一つとなった。しかし、インフルエンザウイルス感染症の治療に関しては、治療薬のノイラミニターゼ阻害薬の耐性や副作用、宿主の過剰な免疫反応による重篤化に対する治療法が確立されていないことなど多くの問題が残されており、一日も早い新たな治療法の発見・開発が望まれている。本発表では、新型インフルエンザウイルス大流行の経験をもとにインフルエンザウイルス感染症の病態・予防・治療などについて最新の知見をまじえて概説する。

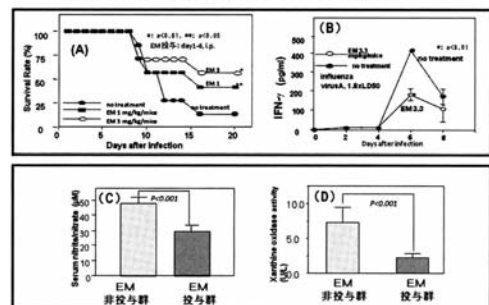
2. インフルエンザウイルス感染症の病態

インフルエンザウイルス感染症の病態は、1.ウイルスそのものによるもの、2.細菌性肺炎などの2次感染によるもの、3.ウイルス感染によって引き起こされる宿主の過剰な免疫反応によるもの、4.宿主を取り囲む環境因子によるものの4つの因子から形成されている。従って、インフルエンザウイルス感染症の予防・治療や重症化抑制などの問題に取り組むためには、この4つのファクターについての理解が不可欠である。

3. マクロライドの新作用(炎症制御作用)とインフルエンザ

14員環マクロライドは抗菌作用だけでなく新作用とよばれる様々な生物活性があり、慢性気道感染症をはじめとする各種疾患の治療薬として期待されている。このマクロライドの効果を、マウスのインフルエンザ肺炎モデル

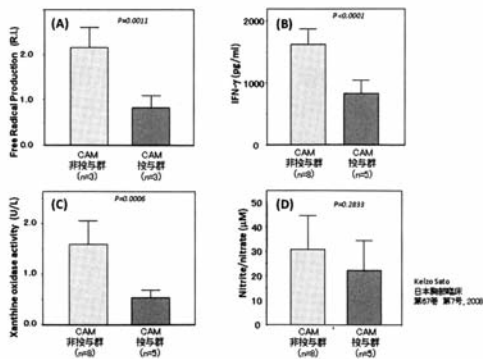
図1. BALF中IFN- γ (A)、血清中NO(B)、BALF中xanthine oxidase活性(C)に対するEMの効果



Sato K. et al. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 157, 853-857

ルを用いて検討したところ、有意なインフルエンザ感染マウスの生存率の改善が確認された(図1)。さらにそのメカニズムを検討した結果、フリーラジカル生成系の誘導を引き起こすIFN- γ の生成がマクロライドにより抑制され、NOの生成も減少させることが確認された(図1)。加えて、実際にヒトでのインフルエンザ感染での検討を行った結果でも、IFN- γ の低下を認めると同時にNO生成の減少傾向とsuperoxide生成系の抑制を認めた(図2)。以上の結果は、マクロライド療法の、ヒトにおいても宿主の過剰な免疫反応による重症化に対する治療につながると考えられた。

図2. インフルエンザ感染時のCAMの効果(ヒト)



4. まとめ

インフルエンザウイルス感染症は、今回のパンデミックの教訓から、非常に重要な疾患であると再認識された。COPD患者、慢性気道感染症患者、喘息患者などの呼吸器系の病気を有する者だけでなく、健常者がインフルエンザウイルス感染症に罹った場合でも、しっかりとした対応を考えることが必要で、そのためにはウイルスそのものの病原性と宿主・環境・2次感染などの要因の解明を行い、真の新型のインフルエンザパンデミック(鳥型からの変異)の襲来に備える意味でも対応策の発展が望まれる。

講演 II

座長 奈良県医師会内科部会副会長

堀江 浩章先生

新型インフルエンザと社会防衛

～鳥インフルエンザへの備え～

大阪大学医学部附属病院感染制御部

教授 朝野 和典先生

2009年に発生した新型インフルエンザウイルスH1N1pdmは多くの教訓を残しました。

1)情報収集：最も重要であったのは情報の収集でした。海外での流行状況、国内での流行状況をインターネットなどで観察しながら、毒力や、流行の経過予測などを独自に調査し、病院の対応に役立てました。日本における流行は、沖縄を除いて、北海道を先頭におおよそおなじように推移しました。北海道のピークが観察されてから、徐々に全国の流行も減少し、大阪はおよそ3週間遅れてピークが来ました。流行状況は国立感染症研究所の報告が一週間程度の遅れがあったため、国立感染症研究所の砂川富正先生の「MLインフルエンザ流行前線情報データベース」(<http://ml-flu.children.jp/>)を毎日チェックしました。毒性については厚生労働省のHPを参考としながら、また感染者の年齢分布からの流行予測は国立感染研究所のHPから情報を得ました。海外の情報もCDC、WHOなどの機関のHPや各国の疫学データを参考にし、それらのまとめを院内職員に臨時にニュースレターとして複数回配布し、病棟の診療体制も特別な対応はいらないと早期に判断できました。

2)職員の健康管理：医療従事者の健康管理なくして地域医療はできません。そのため、流行のごく初期には重症患者受け入れを表明していた部署においては、タミフルの予防投薬を実施しましたが、すぐに予防投薬は必要ないとわかり、中止しました。ワクチンの接種も厚生労働省の順番に従って接種しましたが、院内の意見の調整はそれほど困難ではありませんでした。

3)ワクチン接種：患者さんへのワクチン接

種も、外来患者さんを対象にブースを設けて3000名以上に実施し、大きな混乱もなく終了しました。問題はワクチンの供給と接種回数決定が遅れたことでした。

4) 地域医療連携：吹田市は早い段階で流行状態に入ったため、むしろ大きな混乱もなく、医療の提供が続けられました。初期の発熱外来から一般医療機関への変更も比較的スムーズに移行し、大学病院でも、当初より発熱患者を受け入れないなどの対応は不可能と考え、発熱患者のトリアージを行い、大きな混乱も起こりませんでした。

このような、新型インフルエンザウイルスH1N1pdmの経験から、医療機関は受動的に行動するよりも能動的に体制を整備する方が、自己防衛としては効果的であると考えました。国や自治体、保健所が何かをしてくれるのを待っていても、おそらく満足のできる体制を用意してくれるわけではありません。むしろ情報収集からその情報に基づく体制の整備まで主体的に動いた方が、有効な自己防衛が可能となると思いました。

それでは、このような反省をもとに次に高病原性の新型インフルエンザが襲来したら、どうすればいいのか？それに対する備えも必要です。まず前回の新型インフルエンザウイルスH1N1pdm流行時の状況と大きく異なるのは、新たに抗インフルエンザ薬が開発されている点です。これを利用すれば、前回よりはさらに積極的な医療が可能となるものと期待できます。「発熱外来」の機能は、症例定義が明確で、トリアージ可能な状況では有効でしょうが、症例定義が発熱、上気道症状などのいわゆるインフルエンザ様症状だけであれば、その時点で院内感染対策に留意しながら、全医療機関で発熱外来機能を備えた診療をせざるを得ない状況になるでしょう。すなわち、「発熱外来」は、症例定義によって特定の患者を鑑別できるか否かで有効性が決定することになり、状況に応じた「発熱外来」の設置の是非を判断すべきであると考えます。

また、情報収集も本来、行政や地域医師会

で行うべきことではありますが、適切な対策を実施するためには、できるだけタイムリーな情報が必要であり、自身で情報を収集する方法も訓練しておく方がより安全で有効な診療行為が可能となると思います。

高病原性新型インフルエンザが来たときに、医療の継続が、なによりも市民を守る最良の手段であり、そのためには、医療者自身が能動的に新型インフルエンザ対策を実施する準備をしておくことが、最も有効な防御手段につながると考えています。国や自治体に頼るのはむしろ準備が遅れる原因になるのではないのでしょうか？

講演Ⅲ

座長 和歌山県医師会内科医会会長

光定 和男先生

インフルエンザクライシスへの対応 ー感染症危機管理 インテリジェントネットワーク構築の重要性とその意義

東北大学大学院医学系研究科内科病態学
講座感染制御・検査診断学分野教授
賀来 満夫先生

公衆衛生の普及や優れた抗菌薬の登場などにより一見制圧できたかに見えた感染症は再び私たちの前に大きな脅威として蘇ってきており、今や“感染症危機管理”は世界中のすべての医療関連施設、そして社会全体における最重要課題となっている。特に、昨年6月、世界保健機関WHOが41年ぶりとなるパンデミック（世界的大流行）の発生を宣言した新型インフルエンザは、3月から4月にメキシコ・米国での集団感染事例を契機に、またたく間にヨーロッパ、アジア、南半球など世界中に感染が拡大し、世界的な危機：クライシスとして、世界各国で国を挙げて感染拡大防止の対応がとられることとなった。さらにその後も、この新型インフルエンザの感染拡大は続き、11～12月に流行の極期を迎えた以降、その流行は徐々におさまってきているものの、2010年7月12日の時点でWHOは感染者が確

認された国は世界で214カ国に上り、全世界で少なくとも1万8千人を超える死亡者が報告されたと発表している。

今回の新型インフルエンザの疫学的特徴としては、1)若年者の感染例が多く、高齢者での感染例は少ないこと、2)感染性・伝播性は通常のインフルエンザと同等もしくはやや高いこと、3)大多数のヒトは季節性と同程度で重症化しないこと、などが挙げられているが、基礎疾患を有する人が重症化した例があったことに加え、健常者での重症化例・死亡例も報告されるなど、いわゆる“新型”としての特殊性が問題となっている。また、一方、我が国においても、昨年5月に国内での感染事例が報告された後、8月に入っても学生など若年者を中心としたクラスターが発生し、秋以降、感染者数の急増に伴い各地で発熱外来が破綻し、医療体制ならびに社会体制の混乱が引き起こされる事態となるなど、初期対応の不十分さをはじめ、さまざまな問題点と多くの課題が浮き彫りとなっている。さらに、加えて、現時点で新型インフルエンザに罹患した人数は全人口の15～20%と推定されていることから、本年秋以降、新型インフルエンザの再度の感染拡大・流行が懸念されている。その意味からも、新型インフルエンザの感染伝播予防、重症化阻止、効率的かつ総合的な診療体制の維持など、新型インフルエンザにおける感染症診療マネジメント体制・危機管理体制の早急な構築、実践が切望される状況となっている。

昨年のインフルエンザパンデミック発生時に、宮城県仙台市では、仙台市医師会、東北大学、仙台市の連携・協力により、いわゆる“仙台方式”とよばれた感染症危機管理体制が全国に先駆けて実践された。この“仙台方式”が生まれた背景としては、以前から感染制御・感染症診療に関する情報の共有化が積極的にはかられ、忌憚のない意見交換や密接な情報交換が図られていたこと、リアルタイ

ムに解析された情報（Intelligence）に基づいた判断により意思決定（決断）がなされ、連携・協力（Network）により、その計画が実践されたこと、などが挙げられる。すなわち“仙台方式”誕生は、仙台市医師会を中心として、新型インフルエンザに関してリアルタイムに解析された情報の共有化がはかられ、その解析された情報を基に意思決定を行うガバナンス体制が構築されていたこと、さらにネットワークを通じての連携・協力により、スムーズな計画の実行をはかるといった、いわゆる“感染症危機管理インテリジェントネットワーク”が構築されていたからに他ならない。

新型インフルエンザは個々の医療関連施設だけでなく地域医療全体における“クライシス：危機そのもの”であり、これまで以上に密接な感染症危機管理インテリジェントネットワークを構築し、情報の共有化・他の医療施設との連携・協力、相互支援につとめるとともに、患者や一般市民、メディア、行政などとも共同で、幅広くソーシャル（社会）ネットワークを構築し、一体となってこの危機を乗り切ることにつとめていかねばならない。

パネルディスカッション

正しく知って、正しく備えよう、 新型インフルエンザ

司会

大阪府内科医会 名誉会長 山家 健一
パネリスト

九州保健福祉大学薬学部薬学科生化学
第一講座主任教授／感染症治療学教授(併任)

佐藤 圭創先生

大阪大学医学部附属病院感染制御部

教授 朝野 和典先生

東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座
感染制御・検査診断学分野教授

賀来 満夫先生

第199回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.10.2(土)16:00～ 於：和歌山ビッグ愛4F 医師会会議室

出席者 42名

—— 特別講演 1 ——

座長 和歌山県立医科大学呼吸器・アレルギー内科講師 杉浦 久敏先生

呼吸器感染症の治療戦略；マクロライド系およびレスピラトリーキノロン系抗菌薬の位置付けを再考する

大分大学医学部総合内科学第2講座
呼吸器内科長 門田 淳一先生

—— 特別講演 2 ——

座長 和歌山県立医科大学呼吸器・アレルギー内科准教授 南方 良章先生

マクロライド療法の新たな展開
—DPBからCOPD, インフルエンザまで—

公益財団法人結核予防会
複十字病院院長 工藤 翔二先生

第200回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.10.30(土)16:00～ 於：和歌山ビッグ愛201号室

出席者 25名

—— 特別講演 ——

座長 松本メンタルクリニック
院長 松本 幸男先生

プライマリーで診るうつ
～その診断と治療～

近畿大学医学部堺病院心療内科
准教授 小山 敦子先生

ストレス社会といわれる現代の中で、年々、「うつ」の患者は増加し、ついに2008年には100万人を突破した。これは経済が停滞する中で、実際の患者数が増えていることもあるが、国民の中に徐々に認識が高まり、早期に受診、診断されるケースが増えてきたことも一因である。また、さまざまな努力が奏効してきて年間の交通事故が1万人を下回るようになったのに比べ、年間の自殺者は3万人を超える現実がある。いずれにせよ、多くの患

者は自分が「うつ」状態にあると自覚しないまま、さまざまな身体症状を訴えて、最初は内科をはじめとするプライマリーケア医を受診する。したがって、まずプライマリーケア医のもとで、「うつ」を正しく診断し、初期治療を適切に行うことが重要である。そのため、診断・治療に重点を置いたポイントを詳述する。

診断に関しては、「うつ」の概念を正しく理解し、患者の精神的・身体的訴えの中から根底にある「うつ」を見逃さないことが重要である。そのために、HAM-D、SDSなどの心理テストや、DSM-IV-TR、ICD-10、M.I.N.Iなどの診断基準をうまく利用することが必要であるが、最終的には医師の総合判断が重要であることには変わりない。

治療に関しては、休養、薬物療法、ライフスタイルの見直し、各種心理療法などを組み合わせるが行うが、患者、家族、職場環境、医

療者の総合的な理解と協力が不可欠である。このうち、薬物療法についてはファーストラインになっているSSRI、SNRIを使いこなすことが肝要である。従来の抗うつ剤に比べて、副作用が軽減されたとはいえ、それぞれの特徴を知って正しく投与し、患者教育を併用することが必要である。また、SSRIに関する

注意点-1)薬物相互作用、2)Activation syndrome、3)離脱症候群(withdrawal syndrome)、4)性機能障害についてよく知っておくことが重要である。

加えて、日本でも新しく使用できるようになった2種の抗うつ剤と、フルボキサミンの最近の知見について紹介する。

第201回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.11.7(日)10:30～ 於：ガーデンホテルハナヨ2階

出席者 13名

——— 講 演 1 ———

座長 伊藤内科院長 伊藤 周平先生

マクロライド系抗生物質に関する最近の話題—インフルエンザ感染とクラリスロマイシンを中心に

ひがし内科クリニック

院長 東 冬彦先生

2007年11月末、45歳男のインフルエンザの患者さんが来院した。当時はタミフルと異常行動の関連が疑われており、タミフルを希望しなかった。そこで細菌感染の予防も考えクラリスロマイシン(以下CAM)を投与したところ、翌日には解熱し農作業に出ているのを見て驚いた。

そこでCAMがインフルエンザに効くのではないかと考え、2008.12～2009.3シーズンにインフルエンザ迅速診断キットで確定した114例についてCAMを単独投与したところ、24時間で67.6%、48時間で87.7%が解熱した。平均解熱時間は28.5時間であった。

同時期に10例にタミフルを投与したが、平均解熱時間は31時間であった。2009.9～2010.2の新型インフルエンザ流行期には65例でタミフル群(30例)、CAM群(18例)、併用群(17例)に分けて検討した。期待通りに、新型インフルエンザにおいてもCAMの効果

が認められた。

平均解熱時間はそれぞれ22.8時間、25.1時間、24.5時間であり、ほとんど差がなかった。

では、CAMの抗菌作用から考えて、効くはずのないCAMが何故、インフルエンザに効いたのであろうか？

最近、14員環のマクロライドに抗菌力以外に種々の作用があることが解明され、『マクロライドの新作用novel action』として注目されている。最初にこの作用に気が付いたのは1984年、長野県松本市で開業していた宮沢博先生である。当時、予後不良とされていた、び慢性汎細気管支炎にエリスロマイシンを少量長期使用したところ、劇的な改善を認めた。東大の工藤翔二先生がこの事実注目し、追試して報告したことが『新作用』の歴史の始まりである。

以後、14員環マクロライドの少量長期投与は慢性副鼻腔炎にも有効であり、COPDの急性増悪の予防効果もあることが分かり、この分野の研究は日本が世界をリードしている。基礎研究では、14員環マクロライドは炎症性物質の合成・分泌抑制、ムチンの合成・分泌の促進、ライノウイルスの感染抑制、RSウイルス感染抑制、デフェンシン合成分泌促進などの種々の作用がある。マウスのインフルエンザ感染ではサイトカイン抑制により致死率の低下を来すなど、14員環マクロライド

は慢性の感染症のみならず、感染症の急性期においても効果があることが判明してきた。

さて、インフルエンザの病態は1)ウイルスの病原性、2)細菌感染の併発、3)宿主の過剰な生体防御反応（サイトカインが関与）から成り立っている。サイトカインストームを起こすと、インフルエンザ肺炎やインフルエンザ脳症で死亡することが多い。1)に対しては抗インフルエンザ薬を、2)に対しては適当な抗生物質を、3)に対しては、サイトカイン調整剤が必要である。

2010年の新型インフルエンザ流行で死亡例は全国で200人を超したが、世界各国との比較では患者10万人に対し1人の死亡でケタ違いに低い死亡率となっている。

これは、日本の医療制度のよさと、抗インフルエンザ薬を早期に投与し、ほぼ全員に行きわたったことによるとされている。しかし、小児を始め、40～50歳代の基礎疾患の無い患者にも死亡者が目立ち、これにはサイトカインストームが関与していることから、重症化予防にはCAMなどの14員環マクロライドのサイトカイン調整作用が注目され始めた。ハイリスク群はもちろん、リスク因子の無い患者でも危険な徴候が1つでもあれば併用療法を行いたい。抗インフルエンザ薬とCAMの併用基準を表に示した。

日本臨床内科医会編集のインフルエンザマニュアル（2010年版）には、新型インフルエンザの重症化には多くのサイトカインが関与していることを鑑みると、CAMには炎症抑制作用（抗サイトカイン作用）が認められており、その意義は大きいと記載されている。

間もなく新型インフルエンザの第二波が来るが、抗インフルエンザ薬とCAMの併用療法により、第一波よりも少ない死亡率になることを祈ってやまない。

インフルエンザの重症化予防

WHO・2009・8改変

リスク因子

- 1、年齢：5歳以下、50歳以上
- 2、ハイリスクグループ
- 3、妊婦：後3分の1

危険な徴候(リスク因子が無くても)

- 1、体温：39℃以上、頻呼吸、SPO₂ 95%以下
- 2、症状の強いもの：頭痛、反応が鈍い、目線が合わない、注意力散漫、遊びたがらない、嘔吐・下痢など

講演 2

座長 山西内科胃腸科院長

山西 康仁先生

外来診療での咳の診かた

那須内科消化器科医院

副院長

那須 英紀先生

外来における咳嗽症状は診療所における初診患者の愁訴としてもっとも頻度の多い症状の1つであるが、ありふれた症状とはいえ重篤な疾患が隠れていることがあること、咳嗽に対する診断体系がまだまだ不十分であることなどの諸問題のために、実地臨床では対応に苦慮する場面も多い。そこでおもに下記3点についての諸問題を挙げ概説した。

1. 見逃してはいけない疾患

見逃してはいけない咳嗽の2大疾患は肺がん、肺結核である。とくに肺がんはいちど見落とすと患者の予後は極めて限定されたものになってしまうため、リスク患者では胸部CTなどを積極的に実施すべきである。先行する上気道炎症なし・家族発生なし・血痰あり・重喫煙歴あり等が1つでも該当する中高年齢層の咳嗽はハイリスクと考えるべきである。結核症は、耐性結核でない限り治療法は確立されてはいるものの、公衆衛生的観点から見逃されるべきではない疾患である。陳旧性陰影等で漫然と経過観察されている咳嗽例で活動性肺結核であった例もあり、診断

には培養検査が必須である。その他、縦隔疾患や間質性肺疾患なども咳嗽の原因となるため、CTを主とした画像検査は重篤な咳嗽を除外するために必要な検査と考えたほうがよい。

2. 慢性咳嗽の診断と疾患

慢性咳嗽の定義は日本呼吸器学会のガイドラインでは、胸部レントゲンに異常陰影がみられず、喘鳴などの明らかな身体所見を示さずに、8週以上持続する咳嗽、と定義される。喘鳴症状を呈する疾患には喘息、COPDがありこれを見逃さないところからはじまる。肺機能検査により上記2疾患は除外することができ、診療所における肺機能検査は慢性咳嗽の診断に必須である。慢性咳嗽の定義は「8週以上続く」咳嗽と定義されているが、これは「8週以上であれば感染性疾患が原因になっていることがまず否定的である」という観点から定義されたものである。すなわち8週以上持続する咳嗽の場合は、感冒後咳嗽や感染が原因による気管支炎はいったん除外して鑑別を進めていく。鑑別の第1段階は湿性か乾性かを判断することである。湿性咳嗽であればUACS (UACS:Upper Airway Cough Syndrome 上気道炎後咳嗽症候群) といったん判断する。UACSは、副鼻腔気管支症候群や後鼻漏症候群の概念を一括し、上気道疾患が原因の咳嗽として考える観点からみた症候群名である。マクロライドが有効な例が多い。乾性咳嗽ではアトピー咳嗽と咳喘息の鑑別が必要となる。 β 2刺激剤が無効なこと、抗ヒスタミン剤が有効なこと、症状は一過性で長期治療が不要な点などがアトピー咳嗽に特徴的な点であり、咳喘息との鑑別点になる。GERDはアメリカでの報告が多いが、日本では上記3病態(UACS、咳喘息、アトピー咳)が慢性咳嗽の大勢を占める。

3. 急性～遷延性咳嗽

慢性咳嗽とことなり、急性～遷延性咳嗽で

は感染性疾患が咳嗽の原因の大半をしめる。診療所を受診する患者が、2か月以上の咳嗽を呈することは少なく、診療所で経験する咳嗽の多くは、感染後咳嗽であろうと推測される。最近の石田らの報告¹⁾では遷延性咳嗽のうちおよそ40%が原因不明、20%が咳喘息などの非感染性疾患、そして40%が感染にともなう咳嗽であり、うち普通感冒がその半数、残りの半数でマイコプラズマ・クラミドフィルラ・百日咳が関与した咳嗽であると報告している。マイコプラズマ感染症は75%が気管支炎のみを生じるため、画像上肺炎がなくともマイコプラズマ感染を否定するものでは決してない。小児では初感染が多く、近年よく用いられているIgM検出イムノカードは有効であることが多いが、成人では再感染が多いため疑陰性を呈してしまうことが多い。これらの状況をふまえ現在LAMP/PCRを用いた病原体検出手法が確立されつつあり、診断は抗体検査からシフトしていく可能性が高い。百日咳は近年成人の咳嗽において無視できない原因疾患となっている。小児期のDPTワクチン接種も5～10年をこえるとワクチン免疫が期待できなくなるため、成人での発症が急増しているためである。カタル期にしか検出できない培養法による診断は感度がきわめて低く、実用性に耐えなくなっている。抗体系のアッセイは検査手法としては確立しているが、ワクチン株による抗体価の上昇が感染にともなうものかの判断が不可能であり、シングル血清での診断は不可能と考えてよい。このため百日咳の診断には必ずペア血清を用いたものでないといけな。百日咳は飛沫感染による感染伝播力が麻疹に次いで高く、家族内小流行や集団での症状発生を問診で詳しく確認したうえで、抗体価の確認をまたずに感染防止対策を開始する姿勢が必要である。百日咳を疑うときは、日本では耐性報告のないマクロライドを用いるのがよい。

第202回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.11.20(土)15:30～ 於：和歌山ビッグ愛12階

出席者 60名

—— 一般講演 ——

保険診療における留意点

上林神経内科クリニック
院長 上林雄史郎先生

—— 特別講演 ——

座長 日本赤十字社和歌山医療センター
呼吸器内科部副院長 西山 秀樹先生

日常診療の「咳」に潜む抗酸菌症 ～特に、近年増加している 肺MACについて～

独立行政法人国立病院機構
近畿中央胸部疾患センター
統括診療部長 鈴木 克洋先生

非結核性抗酸菌 (NTM) とは、結核菌以外の培養可能な抗酸菌の総称である。NTMは土、ほこり、水周りなどを住処とする環境寄生菌であり、喀痰などから検出されても病気があるとは限らない。NTM症の診断には診断基準を満たすことが必須である。2008年に日本結核病学会と日本呼吸器学会合同の診断基準が作成され、現在広く用いられている。要点は、NTM症に合致する画像所見があり、喀痰なら2回、気管支洗浄液なら1回NTMが培養されるというものである。我が国で診断されるNTM症の原因菌の約8割は*M. avium*と*M. intracellulare*が占めている。両者の臨床像や治療法は全く同じなのでまとめて*M. avium* complex (MAC) と呼ぶ。次いで、*M. kansasii*が約10%を、*M. abscessus*が約3%を占めている。

肺MAC症は近年著明に増加し、根治が難しいため特に重要である。初期には症状が乏しくカゼが長引く程度であり、その後年余を

経て徐々に慢性的な咳や痰を訴えるようになる例が多い。喀痰は少量で粘性性であるのが一般的。症状がほとんどなく検診で発見され、結核疑いで精査した結果肺MAC症と診断される症例もある。初期・軽症でも血痰や咯血を生じやすいのも特徴である。

従来肺MAC症は陳旧性肺結核、塵肺、肺気腫などに合併し、結核類似の画像を示す男性に多い疾患であった。しかし1990年代より基礎疾患のない50代以降の女性例が急増し、現在全体の90%以上を占めるに至った。この様な例の画像所見は、中葉や舌区、またS²⁻³の気管支拡張と小結節を主体とするのが特徴である。前者を線維空洞型、後者を結節気管支拡張型と呼ぶ。線維空洞型は難治で特に予後が悪いため、最大限の化学療法を速やかに開始するとともに空洞が局限している場合積極的に外科切除を加える。一方結節・気管支拡張型の予後は一般に良好である。しかし中には化学療法に反応せず急速に進行する例もある。大方の例は化学療法にある程度反応するが根治には至らず、治療終了後年余に観察すると徐々に再悪化する。

肺MAC症の治療は、クラリスロマイシン+リファンピシン+エタンプトールの併用療法を1-2年間行うのが一般的である。重症例では初期2-3か月間ストレプトマイシンの筋注も加える。この治療でクラリスロマイシン感受性のある例であれば、8割程度喀痰培養の陰性化が達成できる。しかし、排菌陰性が治癒を意味するわけではなく、薬剤中止後長期に観察すると病状が再悪化する例が多い。またクラリスロマイシン耐性例では、最初から病状の改善が得られない事もある。治療を要しない軽症例も含めて症状や画像の差は大きいのが、全体に完治は難しく慢性的な経過をとる病気であると認識し、このような事情を診断時に患者に十分説明しておく事が大

切である。

第203回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H22.12.9(木)19:00～ 於：県民交流プラザ和歌山ビッグ愛4階

出席者 23名

講演

座長 済生会和歌山病院循環器内科
部長 大鹿 裕之先生

冠動脈疾患の新リスクファクターとしての
EPA-JELISの結果をふまえてー

済生会野江病院循環器内科
部長 武 俊介先生



第204回和歌山県医師会内科医会学術講演会

H23.1.29(土)16:00～ 於：和歌山東急イン4階「高砂」の間

出席者 102名

話題提供

座長:公立那賀病院院長 近藤 溪先生

糖尿病をめぐる最近のTOPICS
～糖尿病治療ガイド2010の変更点～

済生会和歌山病院糖尿病・代謝内科
部長 江川 公浩先生

一般医家向けの糖尿病治療ガイドラインとして1999年に初版が発行された糖尿病治療ガイドは、ほぼ2年ごとに改訂され、昨年2010年版が刊行された。その主な変更点について解説する。

①HbA1cの国際標準化

従来日本で測定されてきたHbA1c(JDS値)は、米国・欧州などのHbA1c(NGSP値)に比

べると約0.4%低く、世界的には日本のHbA1c値だけが異なっていた。このままでは国際的な検討ができないため、従来のHbA1c(JDS値)に0.4%を加えた「国際標準値」に表記法を変更することを決定した。海外論文などには既に国際標準値を使用しているが、日本国内での日常臨床・検診・健康診断などにおいては当面HbA1c(JDS値)を使用する。十分に周知徹底ができた時点で、国内表記についてもHbA1c(国際標準値)に変更する予定である。

②妊娠糖尿病の診断基準(疾患概念)の変更

「糖尿病の成因分類」が「糖尿病と糖代謝異常の成因分類」と変更され、妊娠糖尿病の疾患概念が変更となり「妊娠中に初めて発見または発症した糖尿病に至っていない糖代謝異常であり、明らかな糖尿病は含めない」と

定義された。診断基準も変更となり「75gOGTTにて空腹時血糖値 $\geq 92\text{mg/dl}$ 、1時間値 $\geq 180\text{mg/dl}$ 、2時間値 $\geq 153\text{mg/dl}$ のうち1つ以上を満たした場合」と血糖値の基準を下げ、軽度高血糖の妊婦にも治療を促すことにした。従来の診断基準による大阪府立母子センターでの追跡調査では、妊娠糖尿病と診断されたものが将来的に糖尿病に移行する頻度はかなり高いことが示された。

③糖尿病診断基準の変更

これまで補助的な位置づけであったHbA1cが診断基準に組み入れられ、HbA1c $\geq 6.1\%$ が追加された。このことによって、採血した日に空腹時または随時血糖値とHbA1cの両者が診断基準を満たせば、1回の採血で糖尿病の診断ができるようになった。ただしHbA1cのみが2回基準を満たしても「糖尿病型」とは診断できず、空腹時または随時血糖値の基準が必須となる。

④インクレチン関連薬の追加

食物摂取に伴い小腸から分泌されるGLP-1とGIPには血糖依存的インスリン分泌促進作用があり、さらにGLP-1にはグルカゴン分泌抑制作用がある。GLP-1分解酵素の作用を阻害するDPP-4阻害薬はGLP-1の血中濃度を上昇させる効果があり、さらにGLP-1受容体作動薬は直接GLP-1受容体を刺激することで効果を発揮する。血糖値に依存してインスリン分泌作用が期待できる薬剤であり、また亢進しているグルカゴンに対して分泌抑制効果が期待できる薬剤でもあり、今後糖尿病診療において新たな位置づけの期待できる薬剤である。

座長:和歌山県立医科大学第一内科講師
古田 浩人先生

症例から学ぶ (実地医家における グラクティブ使用経験)

①Report i

当院におけるグラクティブ使用経験 澳内科医院院長 澳 親人先生

当院において現在までにグラクティブを63例に投与した。そのうち3ヶ月以上経過した42例について解析した。いずれも投与量は50mg/日であり、低血糖を含め副作用発現症例や中止例はなかった。年齢は37歳から81歳で平均は62.3歳、罹病期間は6カ月から26年で平均11.7年、体重は43kgから103kgで平均66.8kg、HbA1cは7.1%から13.9%で平均9.4%、随時血糖値は平均237mg/dLであった。投与前の治療はSU薬+チアゾリジンを使用している患者が多かったが様々であった。グラクティブの投与方法は基本的に従来治療を変更せずに追加投与したが、一部 α GI、チアゾリジン、グリニドを中止した症例があった。

HbA1cは9.4%から8.8%(1ヶ月)、8.3%(3ヶ月)と低下して6ヶ月には8.0%となり、平均で1.4%改善した。随時血糖値も237/dL(投与前)、211/dL(1ヶ月)、188/dL(3ヶ月)、173mg/dL(6ヶ月)と低下したが体重は横ばいであった。HbA1cが1%以上改善した著効例は6ヶ月経過症例40例中24例であり、著効例と有効例以下とを比較したところ、投与前のHbA1cやBMI及び併用薬等には両群間に差が無かったが、著効例は罹病期間が短い患者に多く認められた。

以下に症例を2例呈示する。

41歳、男性、初診。3-4年前より体重減少を認めた。最近は口渴、多尿などがあり、こむら返りもある。やせ型でHbA1cは13.8%、随時血糖値は314mg/dLであった。アマリール3mgとGLT50mgから開始したところ、HbA1cは13.8%(開始時)、7.0%(2ヶ月)、5.9%(6ヶ月)と順調に改善した。4ヶ月にはアマリールを1mgに減量できた。またキネダック

の投与でこむら返りも消失した。

41歳、男性、糖尿病治療歴あり、アマリール4mg+メデット500mgでHbA1c10~11%、がっちりタイプで単純性網膜症有。アマリール6mg+アクトス30mgで治療開始したが改善しないことからグラクティブ50mgを追加したところ、HbA1cは10.1%（開始時）、8.5%（1ヶ月）、6.7%（3ヶ月）、6.7%（6ヶ月）と改善した。血糖コントロールが不十分な患者にグラクティブ50mgを追加投与したところ血糖コントロールが改善した。あらゆる前治療に対しても同様の改善が認められた。体重はほぼ横ばいであった。罹病期間の短い症例に著効例が多かったことから、より早期から投与すべき薬剤であると推察された。

②Report ii

当院におけるグラクティブ錠の使用経験
～6ヶ月間の経過観察と症例報告～

小倉内科院長 小倉 良則先生

平成22年1月～12月に22例にグラクティブを投与した。50mgが13例、25mgが6例、25mgから50mgに増量したのが3例であった。そのうち50mgで6ヶ月間経過観察できた10例について解析した。これらの症例への他剤の併用はいずれも保険診療の範囲内で行った。開始前には7割の症例がHbA1c6.5%以上であったが、グラクティブ投与後全例で低下し、平均6.9（開始時）、6.5（4W）、6.2（12W）、6.0%（24W）と推移し、6カ月後には大半の症例がHbA1c6.5%未満になった。併用薬の有無にかかわらずHbA1cは改善していた。BMIには著変は認められなかった。

症例1は、食事が不規則であることから第一選択薬としてグラクティブを投与した症例である。50歳、女性、仕事は肉体労働で食事が不規則、日常活動も日によってばらつきがある。グラクティブ50mgを開始したところHbA1cは9.2から7.2%に改善したが、ここで横ばいとなった。グリクラジドを10mgを追加すると6.6%まで下がり再び横ばいとなった。さらにグリクラジドを20mgに増量すると

5.8%へと改善した。

症例2は、食事療法・運動療法が十分でない場合には効果がないことも経験した症例である。37歳、男性、教育入院もあまりやる気がなく、低血糖を避けるためにグリメピリドからグラクティブ25mgに変更した。低血糖はなくなったがコントロールはうまくいかず、50mgに増量しても食事療法・運動療法が不良ではHbA1cは悪化した。

症例3は、従来の薬剤で少しコントロールが不十分な症例に効果があることを経験した症例である。60歳、女性、グリグラジドで効果不十分なためにグラクティブ50mgを追加したところ、6.8%から6.0%へと改善した。食事療法・運動療法に変化のない症例でもHbA1cは改善した。

現在迄の使用経験から、グラクティブは食事療法・運動療法を行った上で血糖コントロールが不十分な症例や、従来薬でのコンプライアンスが不十分な症例にも有効であると思われる。

③Report iii

DPP4阻害剤を先行投与して

再コントロールを試みた25症例
にしたに内科院長 西谷 博先生

経口糖尿病薬で治療中の2型糖尿病患者にDPP4阻害薬を追加投与した場合に、重症低血糖を招いたとの報告があることから、DPP4阻害剤を先行投与し併用薬を後から追加投与する方法で再コントロールを試みた。

シタグリプチン投与希望の患者を対象に、糖尿病薬を全て中止し、シタグリプチン25mgから投与。2週間おきに再診、副作用の有無・血糖値を確認しながら、高血糖時はシタグリプチンを50mgや、症例に応じ100mgへ増量、併用薬を追加投与し再コントロールを行った。

その結果、観察期間が約3ヶ月あまりで短く、症例も25例と少ないので結論は得られていないが、シタグリプチンを投与する場合、 α -GIやビグアナイドの単独使用者等先行投

与薬が少ない症例では、血糖コントロールは維持できたが、高用量SU剤使用者や多剤併用者の場合は、切替え時、中止薬剤が多いのでコントロールの維持が困難な症例も認められた。このような場合の対策として、症例に応じて、適切な併用薬を一部残し、シタグリプチンと先行薬の組み合わせとし、受診サイクルを早め、血糖コントロールの維持に迅速に対応する等の対応が必要と思われた。

—— 特別講演 ——

座長:和歌山県立医科大学第一内科准教授
佐々木秀行先生

2型糖尿病治療の新展開 ～インクレチン関連薬とその問題点～

関西電力病院糖尿病・栄養内分泌内科
部長 黒瀬 健先生

2型糖尿病患者の多くは血糖コントロールが不良のままであり、関電病院入院患者の約6割はHbA1c8%を超えている。外来患者においてもHbA1cが8%以上が2割で、6.5%～8%は約50%に上る。HbA1cが6.5%～8%くらいの患者ではとくに食後の高血糖が顕著である。このような患者で全体的に血糖値を低下させようとすると、空腹時に低血糖を誘発しやすい。また、2型糖尿病は進行性の疾患で糖尿病と診断されたときには β 細胞数はおよそ50%にまで低下している。体重の増加も治療に伴う大きな問題である。さらに世界的にみても糖尿病患者は増加しており、最近では中国では糖尿病患者は9240万人という報告があり、特にアジア地域での糖尿病患者の増加が顕著である。アジア人型糖尿病は欧米白人に比べ、インスリン抵抗性は約半数と少なく、またインスリン分泌能が白人の約半分と低い。このような「アジア人型」の治療においては、 β 細胞機能低下、低血糖、体重増加がないことが望ましい。

インクレチンの研究は100年くらいの歴史があるが、1995年頃からGLP-1やGIPがDPP4

により不活化されることが明らかとなり、さらにはノックアウトマウスの研究から研究が飛躍的に発展し、DPP4阻害薬やGLP-1受容体作動薬の開発につながった。インクレチンは事前に血糖値が上がることを膵臓に伝えることで食後の血糖値を一定にするように働いている。インクレチンはグルコースセンサーであり β 細胞にシグナルを送っている。2型糖尿病では超初期のインスリン分泌が低下しており、この部分におけるインクレチンの役割が重要といえる。また2型糖尿病ではグルカゴン分泌が過剰になっている。GLP-1の作用の半分はインスリンを介した作用であるが残りの半分はグルカゴン分泌の抑制を介した作用であるという報告がある。そのグルカゴン分泌の抑制はインスリンやソマトスタチンを介したと考えられていたが、GLP-1が直接的に α 細胞に作用するという機構も最近報告されている。

インクレチン関連薬としてはDPP4阻害薬とGLP-1受容体作動薬が創薬されてきた。消化管で産生されたGLP-1のうち肝臓に到達するのは1/4程度で、全身循環されるのは1割程度であり、門脈にあるGLP-1受容体から迷走神経を介した作用(神経シグナル)も注目されている。DPP4阻害薬であるシタグリプチン投与により活性型GLP-1が増加し、血糖値が低下してインスリンが上昇しグルカゴンが低下する。GIPは空腹時血糖値が高いときには作用しないが、コントロールが改善して空腹時血糖値が ≤ 110 mg/dL前後以下になると作用が回復してくる。したがって高血糖のときにはGLP-1の作用が重要であり、血糖が改善してくるとGLP-1とGIPの両方が作用すると考えられている。

関電病院でシタグリプチンを使用した136例について解析するとHbA1cは改善していたがBMIはかわらなかった。シタグリプチンの効果に関与する因子を調べたところ活性型GLP-1の変化のみが血糖値の変化と相関し、HbA1c、BMI、空腹時インスリン、Cペプチドなどは相関しなかった。

GLP-1受容体作動薬(リラグルチド)は単独(0.9mg)でHbA1cを2%くらい、SU剤との併用で1.5%くらい低下させる。また、長期作用型のGLP-1アナログも開発されており、そのひとつであるアルビグルチドは1週または2週に1度の投与でHbA1cを0.8%程度低下させ、7%未満の目標達成率も50%を越えている。副作用の吐き気や嘔吐もエキセナチドに比べて少ない。

インクレチンの作用はcAMPを介した作用でありSU剤とは異なる。理論的にも両者の併用は有用である。しかし、シタグリプチンとSU剤の併用で低血糖が多く報告されたが、日本における低血糖の頻度は欧米に比べて多い。その細胞内機構についても現在いくつかの機構が推定されている。一方、膵炎に関してはエキセナチドやシタグリプチンは膵炎発生リスクを高めないというコホート研究が最近報告されている。

シタグリプチンとメトホルミンとの併用で

はそれぞれ単剤投与に比べて血糖値が低下し活性型GLP-1濃度が高い。メトホルミンにはGLP-1の分泌促進作用やインクレチン受容体の発現増加作用が報告されている。また、 α GI(アカルボース)は食後のGIP分泌を抑制し、GLP-1の分泌を促進する。DPP4と α GIの併用は肥満型の2型糖尿病でGIP作用を減らすことから有用かもしれない。

メタアナリシスによると、シタグリプチンやリラグルチドの効果は欧米白人に比べて日本人などのアジア人でより強力である。インクレチン関連薬は軽度肥満者、非肥満者にはDPP-4阻害薬、高度肥満者にはGLP-1受容体作動薬が有用である。シタグリプチンは罹病期間が短い患者に有用であり、HbA1cが6.5~8.0%であともう少し、という早期の軽度糖尿病患者がよい適応となる。インクレチン関連薬は低血糖、 β 細胞数減少、体重増加のないすぐれた薬剤と考えられる。

和歌山県医師会内科医会(第205回)外科部会 合同学術講演会

H23.2.12(土)15:00~ 於:和歌山ビッグ愛4階大会議室

出席者 22名

【テーマ】食道癌の集学的治療の現況

講演 1

座長 和歌山県医師会内科医会
会長 光定 和男先生

化学療法的位置づけ

和歌山県立医科大学腫瘍センター
化学療法部門長 上田 弘樹先生

食道癌診療は、内視鏡的切除術や手術療法、放射線療法に加え、他の消化器癌に比べ化学療法に対する感受性が良好であり、切除不能な高度進行癌や再発癌のみならず、切除可能な症例にも根治的放射線療法が施行されるようになり、食道癌の治療法が多様化して

いる。

術前術後補助療法

術後化学療法は本邦でのランダム化比較試験で無再発生存率が有意に向上し、その再発予防効果が明らかにされている。しかし最近の臨床試験において切除可能例(T1-3N0、M0)に対する術前化学療法の効果が証明され、標準的な治療法になりつつある。また術前化学放射線療法は、欧米では食道癌切除例の長期生存率を向上させよう併用療法であるが、本邦では局所進行例を対象に実施している施設が多い。しかし、本邦での高いレベルのエビデンスはなく、本邦において術前化学放射線療法を推奨するだけの十分な根拠はない。一方、Stage Iの初期においては手術療

講演 2

座長 和歌山県医師会内科医会
理事 澤 久先生

放射線療法の立場から

和歌山県立医科大学放射線医学教室准教授
腫瘍センター放射線治療部門長
岸 和史先生

法と匹敵する治療成績が示され、治療の選択肢の一つとなっている。

化学放射線療法

同時化学放射線療法は放射線照射単独に比し有意に生存率を向上させることが証明され、非外科的治療を行う場合の標準的治療として推奨している。同時化学放射線療法の適応症例は、T1-3N0、1M0の切除可能症例、切除不能局所進行例および一部の鎖骨上窩リンパ節転移を有する症例である。切除可能症例の外科手術との比較では後ろ向き研究で手術に匹敵するとの報告もあるが、現時点では治療選択肢の一つとして、手術に適さないあるいは食道温存を希望する症例を適応としている。しかし最近では化学放射線療法の前に強力な化学療法を施行し、功奏した例に化学放射線療法をおこなうことで根治性を高める導入化学療法の試みが始まっている。

化学療法

食道癌治療における化学療法単独の適応は遠隔転移を有する症例や術後の遠隔再発例に限られる。現在では一次治療として5-FU+シスプラチンが最も汎用され、2次治療としてドセタキセルが用いられることが多い。分子標的薬剤の開発も海外を中心に行われ、EGF受容体に対する抗体療法などが有望視されている。

はじめに

食道癌の治療で放射線治療に関する最近のトピックスは照射技術と評価技術の進歩、診療ガイドラインの進歩、SEER databaseを用いた新しい分析データの出現、欧米での腺癌の増加、術前照射の有用性の明確化、照射による合併症の明確化、ガイドライン遵守と照射技術の標準記載の遵守の必要性、遺伝子科学の進歩の反映の期待などが上げられます。この講演ではそれらを中心にレビューし、我々を患者・医師・ビジネス・あるいは行政の立場の方々から、我々の環境、特に和歌山でこの分野の環境に関して今何が必要か考え、提案までさせていただきましたので概略をまとめました。

1. 食道癌の放射線治療の位置づけと役割

食道癌の放射線治療には、細かく分けますと①根治を目的としたものでは 1) 術前照

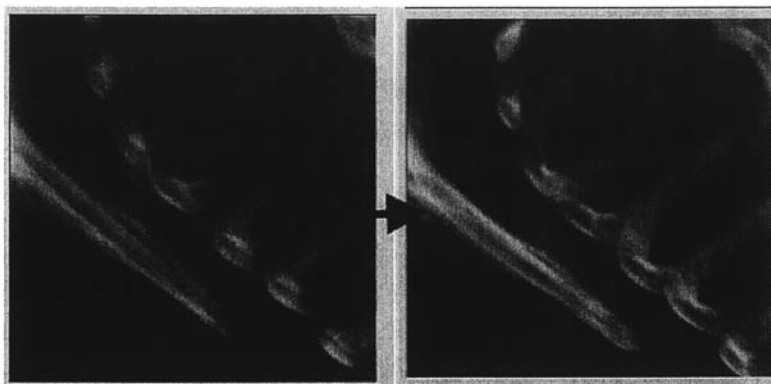


図1 IGRTの自動補正の例：例えばNovalisでは治療計画を立てたときの位置どおりに再現性の高い照射が行えるように治療計画を立てたときのイメージと現在のイメージのずれ(左図)に対してコンピューターはずれを認識、計算して、寝台位置を6軸自動補正して、この精度で照射してよいかどうか、数値も上げて術者に尋ねてきます。

射、2)術後照射、3)どちらかというところ姑息になりがちないわゆる根治照射、4)再発病巣に対する根治照射、および、②さまざまな複雑な状況に対する根治的な対処方法としての照射、③下咽頭痛・喉頭がん合併食道癌に対する照射などがあります。

さて一般的な放射線治療の方法には、①従来からの前後・斜入対向2門法、②3次元照射、③IMRT-IGRT、ほかに定位的照射があります。IGRT(Image-guided radiotherapy):画像誘導放射線治療)では照射ごとに画像を取りながらそれを寝台の自動計算補正によって的確な照射位置にもって行きます(図1)。さらに標的のカバー率・リスク臓器のDVH(線量・体積比率)を評価して急性・晩発性合併症を予測します。これらの技術は、正常組織の温存に大きな効果を発揮します。これらの技術の明確化によって、明確な記録、記載が可能なので、質の高さの多くがきちんとした標準的な記録方法で残ることになりました。

少し詳しく言いますとそれらは標的体積肉眼的腫瘍体積(gross tumor volume;GTV):臨床標的体積1(clinical target volume;CTV1)、臨床標的体積2(CTV2)、計画標的体積1(planning target volume;PTV1)、計画標的体積2(PTV2)、照射体積TV1、TV2に関する記述となり、これらはガイドラインの遵守項目となりました。それらは、正常組織合併症発生確率の計算を可能にしますので、照射の時に、予想される急性・晩発性の合併症の確率が計算され、明記されることのできるようになっていきます。きちんとした3次元以上の放射線治療をしているかどうかは、それらのデータが作成され、レポートされているかどうかで分かることとなります。どの食道癌の領域では、ほぼ必ず脊髄、肺の正常組織合併症発生確率が計算され、安全性を評価した治療ができるようになっていきます。

2. 日本の「食道癌がん診療ガイドライン」について

食道癌がん診療ガイドラインでは放射線治

療に関する文献引用は2005までと古く、また放射線治療の方法の基準については何も書かれていません。ですからこの講演では最新の文献のレビューを行いました。

3. 無作為対照試験とSEERデータベースについて

無作為対照試験は、帰無仮説の検定を無作為ランダム化臨床試験で行うもので、たいがい簡単明快な結論が出ます。これは今後も医学の重要な方法論のひとつですが、明快な結論が書いてあり、引用する側には楽ですが、参加者は参加中は治療手段を選択できない非人間的な側面があります。またガイドラインで、希少な疾患に“大規模なRCTが待たれる”と記載されていることが多いのに投げやりさを感じた方も多いと思います。一方で、夢のデータベースは、例えば全員登録していて、生涯追跡していて、束縛の結果ではないものです。SEERデータベースは全米の約3分の1の人口をカバーして、何十年という過去から積み上げている膨大なデータベースで、しかもオープンアクセスで、誰でも分析できます。この数年、SEERデータベースからたくさんの方が分かりました。

4. 食道癌の増加

SEERデータから、米国で食道癌の増加が分かりました。しかも扁平上皮癌は減っています。下部食道でのバレット食道からの腺癌が増加しています(図2a、b)。日本はそこまでは到達していませんが、この後をおうことは確実でしょう。

5. 放射線治療で根治をどのように狙うか

根治が期待できるのはいうまでもなく、術前照射です。術前なのでたくさん照射できませんが、40Gy-50Gyで、R0、病理学的な完全切除の状態を目指します。RCTでは40Gyの試験で3y OS 6% vs 32%と術前照射が有意に優れたことやR0、PFSが術前照射で有意に増加(線量の多い試験)したことが報告さ

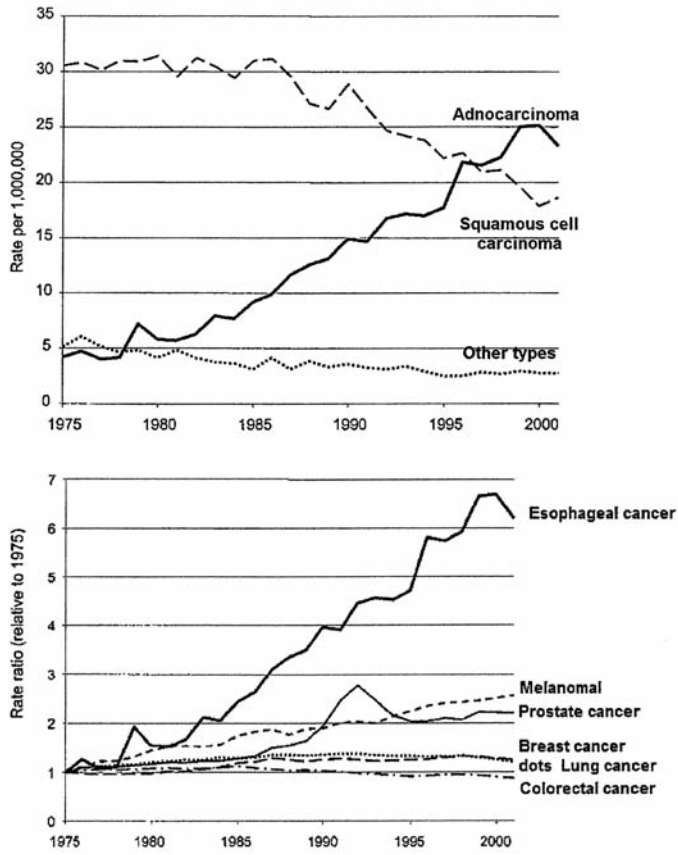


図 2. 食道癌の増加 食道癌全体、b. 腺癌の増加 (JNCI J Natl Cancer Inst(2005)97(2):142-146.)

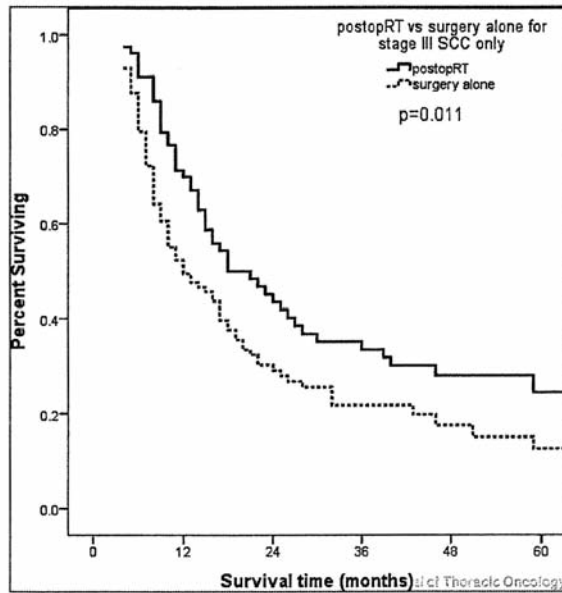


図 3. 術後照射の有用性：説明は本文。(Schreiber. Journal of Thoracic Oncology:2010 5.244-250)。

れています (Jabbour 2010, Journal of Gastrointestinal Oncology)。しかし明確な結論を出せるには今も至っていません。Sanghvi, P et alはASTRO'08の報告でSEERデータベースを用いて1988-2004にエントリーした術前照射2,005人と術後照射1,754人の3,759人を対象に調査し、術前照射率33% -1990、62% 2002とその近年の増加を指摘し、生存期間中央値が全体で18月(95% CI17-19)、術前照射25ヶ月(95% CI23-26)、術後照射14Moヶ月(95% CI 14-15)で有意な(p<0.0001)があったと報告しています。SEERデータの分析はこのように、RCTで垣間見たことの本質を推測することに役立ち、それは何よりも、我々の現在の行動指針に影響を与えます。

術後照射のRCTの結果は、5年粗生存率が照射無し13%に対して35%と術後照射が有意に優れたこと、Ⅲ期で3年粗生存率が18% vs 29%の利得があったが、St期では利得なしだったこと、リンパ節転移陽性例で5年粗生存率は38% vs 78%と術後照射有りに有意な利得があったことなどが述べられています。

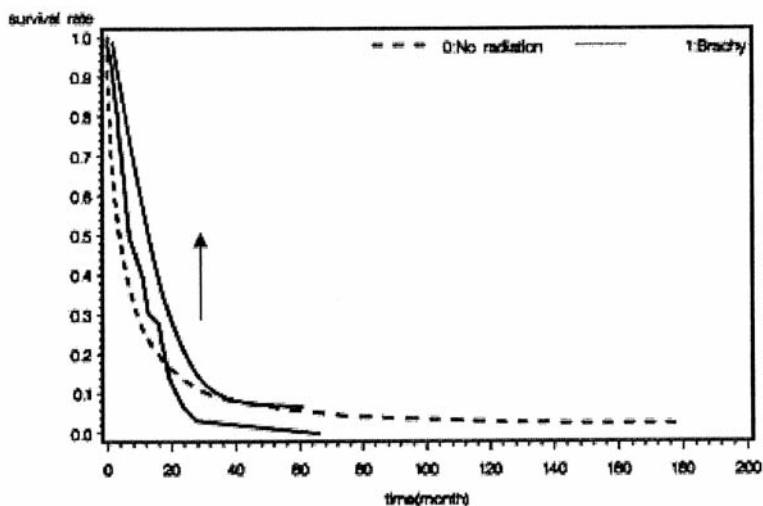
(Jabbour 2010, Journal of Gastrointestinal Oncology)

SEERリサーチもそれらを保障する結果を報告し、AJCCⅢ (T3N1M0/T4N0-1M0)での術後照射の追加が3年粗生存率と疾患特異的3年生存率は有意(p<0.001)な延長をもたらしたとしています。

6. 放射線の合併症の問題とその解決

食道癌の報告では明らかに浮き彫りにはされませんでした。放射線治療のデメリットがSEERデータベース分析で明らかになることがあります。胆管癌の空内照射後に長期に追跡すると放射線による損失が現れました(図4)。乳癌の放射線治療では食道癌の発生率の増加が報告されています。

しかし、これらのネガティブなデータこそ大切に、図4のように、正常組織に及ぼした合併症損失をリカバーすることによる、ポジティブな影響を積算した予測をたてることも可能です。これは決して夢ではなく、深刻で真剣な現実問題になります。なぜかという、SEERデータは、古い放射線治療で治療された患者さんのデータが多いこと、最新の放射線治療教育と機械は前述のように正常組織の合併症損失回避を可能にしていることです。



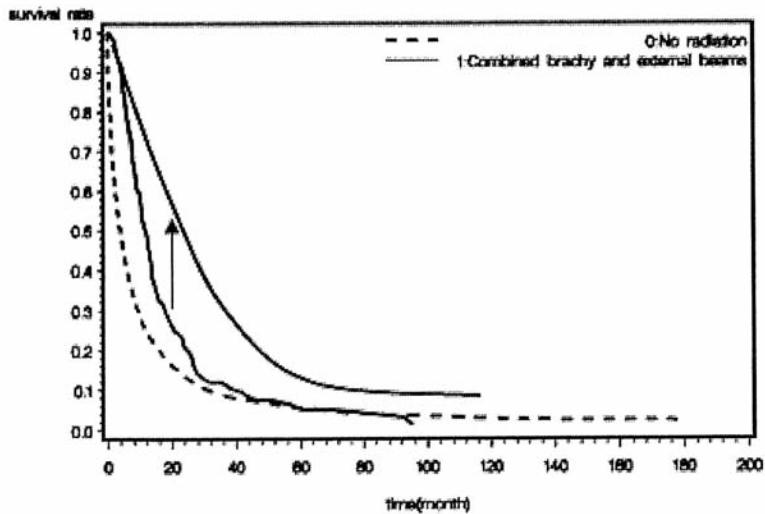


図4：胆道癌で腔内照射のみを受けた43人の粗生存率は18ヶ月あたりでクロスするまでは非照射群よりも優れていたがその後は逆に悪くなっている（上）。腔内照射+外部照射を受けた患者150人の生存率曲線は60ヶ月目あたりから重なるまで非照射群よりも優れているがその時点からはほぼ重なる（Shinohara, E.T., et al., *Brachytherapy in the treatment of cholangiocarcinoma*. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2010. 78(3): p.722-8.）放射線治療の晩発性障害は数ヶ月から始まり以後持続することを考えると、純粋な利得だった分の目減りはクロスの前から発生している。損失をもたらす要因の解決、つまりリスク臓器の救済は、相殺されていた利得を回復させる。損失分を埋め合わせるだけのベクトルシフトをクロス時点以前にも適応してイメージできる。

7. 安全な根治的照射の開発について

私たちは大線量照射のための危険臓器移動法を開発応用し、従来では危険性が高かった根治的な再照射が安全にできるような工夫を

体系化させることができました（図5）。これらは投稿中のものもありますがいくつかの雑誌に掲載されています（1-3）。

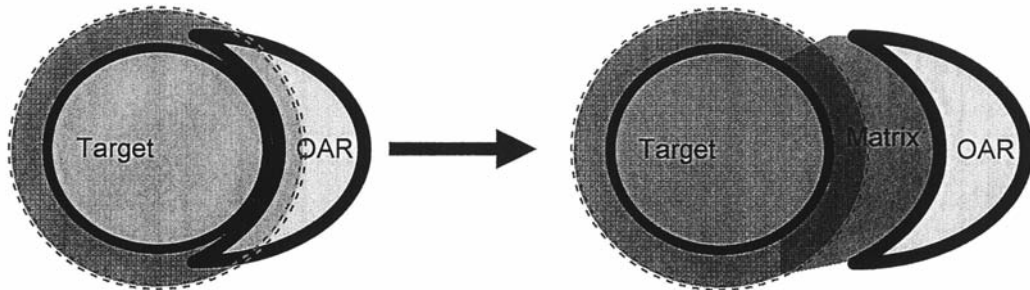


図5. 重要臓器が標的にくっついている場合には、根治的な照射を標的に加えることが難しいが、ゲルなどのマトリックスでシフトさせることで、安全に行えるように、組織の立体構造を非手術的な方法で変化させる。

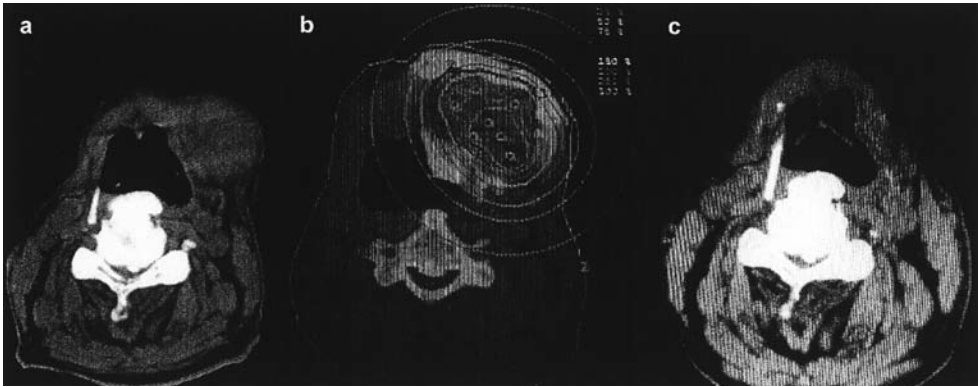


図6. 咽頭に発生した転移に対して、粘膜と皮膚を造影剤入りのゲルを注入して高線量領域から避難させて、一回20Gy（通常の方法であると76Gy相当になる）の高い線量率小線源治療を行った。照射は15分程度で、家で朝食の後、病院に9時に来ていただき午前中の枠で治療を終え、午後には帰っていただいた。6ヶ月後、粘膜・皮膚はきれいに温存され、腫瘍の消失を認めている。

終わりに

講演でお話したこの領域に関することで、最新の未発表データを除き、そのいくつかを述べました。私の本来の願いは、根治性を高めるための術前照射の高度な完成、正確で効率よい根治的な術前照射、毒性を少なくして多段階的に腫瘍制御の体系を積み上げていく根治的な“化学放射線”などの、腫瘍学の基礎に根ざした明確な目標を持った放射線治療の地域での実践と世界への提唱です。いま、和歌山でなによりも大切なことは、この合併症損失回避につながる現在の新しい規範を遵守して放射線治療がきちんと行える環境を整備することなので、これに対してもつねに最大の努力を続けていきたいと思っています。

1. Kishi K, Shirai S, Sato M, et al. Computer-Aided Preservation of Risk Organs in Critical Brachytherapy by Tissue Spacing with Percutaneous Injection of Hyaluronic Acid Solution *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 2007; 69: S568-S569.

2. Kishi K, Shirai S, Sato M, et al. Preservation of Risk Organs in Critical Brachytherapy by Tissue Spacing with Percutane-

ous Injection. The 5th Japan-US Cancer Therapy Symposium & The 5th S. Takahashi Memorial Joint Symposium. Sendai, Japan: The 5th Japan-US Cancer Therapy Symposium & The 5th S. Takahashi Memorial Joint Symposium Committee, 2007; p.10023(No.of presentation).

3. Kishi K, Shirai S, Sonomura T, et al. Selective conformal radiotherapy for arteriovenous malformation involving the spinal cord. *Br J Radiol* 2005; 78: 252-254.

講演 3

座長 和歌山県医師会外科部会

理事 森本 悟一先生

最新の外科治療

和歌山県立医科大学第二外科学教室

講師 岩橋 誠先生

(はじめに) 高齢化社会にともない食道癌罹患数が増加しており、年齢調整罹患率でも男性では増加傾向にある。様々な集学的治療が進歩しているとはいえ、食道癌治療における外科治療は従来と変わらず重要な役割を担っている。当料の手術症例も右肩上がりが増加し昨年は44例であった。本講演では食道癌手

術を中心とする集学的治療の現況と教室の取り組みについて紹介する。

(治療方針) 当科では食道学会食道癌治療ガイドラインを基本としてより詳細な治療ガイドラインを作成しそれに基づいた診療を行っている。リンパ節転移のない粘膜癌はendoscopic submucosal dissection (ESD)による内視鏡的治療を積極的に行っており、昨年は24例に施行した。一方、m3、sm1で脈管侵襲が陽性の場合およびsm2以深の表在癌はリンパ節転移の頻度が40%以上認められるため原則としてリンパ節郭清を伴う手術を行う必要がある。またStage II/III進行癌では3領域郭清をともなう手術を行っているが、JCOG9907により5-FU+CDDP (FP) 2コースによる術前化学療法の有用性が示され、現在では術前化学療法施行後に根治切除を行っている。気管、気管支、大動脈などの他臓器浸潤例 (T4) では手術の適応はなく局所進行と考えられれば放射線科と共同で化学放射線療法 (CRT) を施行している。また、それにより著明な腫瘍縮小が得られれば根治手術が可能となる場合もある。

(食道癌手術とその治療成績) 胸部食道癌手術においては両側反回神経周囲のリンパ節転移の頻度が高く、この部を含む上縦隔リンパ節郭清が極めて重要である。逆にこの郭清が不十分な食道癌手術はいわゆるpalliative surgery (症状緩和手術) の域を脱し得ない。当科では2001年より上縦隔徹底郭清をともなう3領域郭清を標準的に施行するようになった。現在の手術症例の5生率はstage II 76.8%、stage III 53.8%と良好な成績が得られている。しかしながらStage IIIでもリンパ節転移を多数認める症例は有意に予後不良であり、さらにStage IV切除例の5生率は19%と極めて予後不良である。このような進行癌に対しては現在の治療戦略では不十分といわざるを得ない。

(進行食道癌に対する治療戦略) 他臓器浸潤をともなう (T4) 局所進行食道癌に対しては、現在、放射線科の協力の下、3次元照射に

FPを組み合わせた化学放射線療法 (CRT) を施行している。他臓器浸潤程度の比較的軽い症例では本療法によりT4が解除されれば手術を行っている。またStage II、IIIにおける術前化学療法の標準regimenはJCOG9907で用いられたFPであるが、その効果は決して満足できるものではない。現在、docetaxel+cisplatin+5-FU (DCF) による術前化学療法の臨床試験を行っておりさらなる治療成績向上を目指している。

(食道癌術後合併症予防対策) 食道癌手術の問題として術後合併症の頻度が高いことがあげられる。ひとたび合併症が発生すると重篤化し易く手術関連死亡も1~5%と高率である。この対策として当科では食道手術治療を専門のチームで行っており、周術期管理として他科との連携、周術期リハビリテーション、高サイトカイン血症抑制、様々な手術手技の工夫を行っている。特に周術期のリハビリテーションは非常に重要である。当院ではリハビリテーション科の積極的な協力を得ており、術前から術後、退院まできめ細やかなスケジュールを作製し治療に介入してもらっている。手術手技の工夫としては迷走神経肺枝、心臓枝の温存、気管支動脈の温存、胸管の温存、vertical muscle-sparing incision、腹腔鏡補助下胃管作製など行ってきたが、最近では完全腹臥位胸腔鏡下食道切除を導入している。これにより術後合併症は呼吸器合併症8.5%、縫合不全5.6%、手術関連死亡0.9%と低下し安全な手術が可能となった。

(おわりに) 食道癌手術は豊富な経験と高度な技術があつて初めて成り立つ治療である。さらに手術担当科のみで成功させることは困難であり、他の多くの診療科の協力が必須である。和歌山県立医科大学は食道癌治療のハイボリュームセンターとしてさらなる治療成績の向上をめざしていきたい。

最後にこのような講演の機会をいただきました県医師の諸先輩先生方に厚く御礼申し上げます。

平成23年度(第42回)和歌山県医師会内科医会総会

H23.5.14(土)15:00～ 於：和歌山ビッグ愛 4F大会議室

出席者 57名

総 会

司会 西谷 博

1. 物故会員に黙祷

平成22年度 物故会員名簿 (敬称略)

松村 宗剛	有田 市	平成22年5月2日ご逝去 (享年82歳)
東森 友子	和歌山 市	平成22年7月1日ご逝去 (享年60歳)
根来 すまよ	有田 市	平成22年8月17日ご逝去 (享年101歳)
垣内 誠二	有田 市	平成22年8月26日ご逝去 (享年89歳)
池田 明世	新宮 市	平成22年10月25日ご逝去 (享年62歳)
藤本 忠夫	和歌山 市	平成22年10月28日ご逝去 (享年91歳)
廣鱈 但見	和歌山 市	平成22年11月2日ご逝去 (享年64歳)
上平 富男	日高 市	平成22年12月21日ご逝去 (享年82歳)
山口 稠夫	和歌山 市	平成22年12月29日ご逝去 (享年85歳)
小林 和雄	和歌山 市	平成23年1月13日ご逝去 (享年84歳)
沼 政博	和歌山 市	平成23年1月20日ご逝去 (享年83歳)
米良 至剛	新宮 市	平成23年2月8日ご逝去 (享年97歳)
角田 正一	海南 市	平成23年3月13日ご逝去 (享年98歳)

2. 会長挨拶 光定和男

皆様、こんにちは。

土曜日の午後、診療でお疲れの所、和歌山県内科医会総会に御列席頂きまして、誠に有難うございます。

さて、総会を始めるに当って、去る3月11日の東日本大震災で被災された方々に、心より御見舞申し上げます。未曾有の地震と津波により、多くの方々が犠牲となりました。

平成22年度は本会で13名の会員の先生方が逝去されました。

お亡くなりになられた方々に謹んで哀悼の意を表したいと存じます。

会場の皆様恐れ入りますが、御起立いただいて黙祷を御願います。

黙祷

御協力有難うございました。御着席下さい。

さて、本日の総会は通算42回目を迎えます。

平成22年度の講演会は、主催共催併せて16回開かれました。

内科医会主催は11回。共催は整形外科・婦人科との1回。大阪・奈良・和歌山の三府県合同講演会は2回。研究会は2回です。

出席者人数で見ますと、県内で聞かれた会では、13名から118名まで、かなり開きがあります。平均51名です。

三府県合同講演会は2回開かれ、それぞれ270名、340名の出席者がありました。

当然の事ですが、講演会の出席者数は、演者と講演内容によって大きく左右されます。

今後の予定の参考にしたいと思います。

会員の先生方から希望される講演内容・演者等を、私なり理事の先生方に、御声を掛けていただければと思います。また、日臨内へ

の入会も勧めていただきたく存じます。
この会が益々充実発展して、先生方の日常
診療にお役立ち出来ます様祈念して挨拶とさ

せていただきます。
有難うございました。

3. 庶務報告 西谷 博

1) 会員異動

新入会員 9名
物故会員 13名
退会会員 1名

平成23年3月31日現在の会員数564名

新入会 (敬称略)

辻 淳	西 牟 婁 郡	平成22年 4月15日
小 牧 克 守	伊 都	平成22年 5月10日
伊 藤 弘 直	西 牟 婁 郡	平成22年 6月23日
田 畑 宏 道	那 賀	平成22年 8月27日
間 生 孝	新 宮 市	平成22年 9月27日
土 山 恭 生	日 高	平成22年 9月30日
坂 頭 節 哉	那 賀	平成22年10月12日
乾 宏 行	海 南	平成23年 3月16日
中 村 成 宏	日 高	平成23年 3月26日

退 会 (敬称略)

増 田 稔	和 歌 山 市	平成22年 4月17日
-------	---------	-------------

4. 学術講演会報告 澤 久

平成22年度 和歌山県医師会内科医会学術講演会 (主催、共催)

実施日	会 場	演 題 ・ 講 師
平成22年 4月10日(土)	アバローム紀の国 出席者 118名	第192回学術講演会 (整形外科部会、産婦人科医会合同講演会) (特別講演1) 「骨粗鬆症の骨折は予防できるのか」 大阪市立大学大学院医学研究科 リウマチ外科学 准教授 小池 達也 先生 (特別講演2) 「骨粗鬆症の薬物療法に関する最新の知見」 近畿大学医学部奈良病院 整形外科、リウマチ科 教授 宗圓 聡 先生
平成22年 5月15日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 49名	第193回学術講演会 (特別講演1) 「新しい炎症病性評価としての呼気NO測定法について」 和歌山県立医科大学 第三内科 助教 平野 綱彦 先生 (特別講演2) 「気管支喘息治療における吸入ステロイドの使い分け」 広島アレルギー呼吸器クリニック 院長 保澤総一郎 先生

実施日	会場	演題・講師
平成22年 6月12日(土)	IMPホール 出席者 270名 (内和歌山県 15名)	第194回学術講演会 (三府県合同内科医会学術講演会) (メインテーマ)「循環器疾患・糖尿病を合併する患者の治療」 I 「心」の立場から 「糖尿病患者の動脈硬化性疾患一次予防」 熊本大学大学院 生命科学部 循環器病態学 教授 小川 久雄 先生 II 「腎」の立場から 「心・腎・糖尿病-その相互関連」 奈良県立医科大学 第一内科学教室 教授 斎藤 能彦 先生 III 「糖尿病」の立場から 「糖尿病診療 -最近の話題から-」 和歌山県立医科大学 前学長 南條輝志男 先生 IV パネルディスカッション
平成22年 6月19日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 66名	第195回学術講演会 (教育講演) 「鳥肌胃炎に合併した未分化型微小胃癌の一例」 国保日高総合病院 第一内科医長 西川 泉 先生 (特別講演) 「消化器の様々な症状 ~診療を楽しくする工夫~」 川崎医科大学 食道・胃腸科 教授 春間 賢 先生
平成22年 7月17日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 51名	第196回学術講演会 (特別講演 I) 「頸動脈エコーで“診る” -ハイリスク患者のスクリーニング より有効な抗動脈硬化療法を目指して-」 大阪大学大学院医学研究科 内分泌・代謝内科学 片山 直人 先生 (特別講演 II) 「臨床現場における脳梗塞治療の最前線 -CSPPS II と合併症対策-」 東京都保健医療公社荏原病院 総合脳卒中センター 神経内科 医長 長尾 毅彦 先生
平成22年 9月4日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 41名	第197回学術講演会 (特別講演) 「大規模臨床試験を読み解く」 和歌山県立医科大学医学教育・集団医療学 教授 羽野 卓三 先生
平成22年 9月18日(土)	ホテルニューオオ タニ大阪 出席者 340名 (内和歌山県 17名)	第198回学術講演会 (三府県合同内科医会学術講演会) 講演 I 「インフルエンザ感染と炎症制御」 九州保健福祉大学薬学部薬学科生化学 第一講座主任教授/感染症治療学教授 佐藤 圭創 先生 講演 II 「新型インフルエンザと社会防御 ~鳥インフルエンザへの備え~」 大阪大学医学部附属病院感染制御部 教授 朝野 和典 先生 講演 III 「インフルエンザクライシスへの対応 -感染症危機管理-」 (インテリジェントネットワーク構築の重要性とその意義) 東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座 感染制御・検査診断学分野 教授 賀来 満夫 先生
平成22年 10月2日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 42名	第199回学術講演会 (特別講演 1) 「呼吸器感染症の治療戦略：マクロライド系およびレスピラトリー キノロン系抗菌薬の位置付けを再考する」 大分大学医学部総合内科学第2講座 呼吸器内科長 門田 淳一 先生 (特別講演 2) 「マクロライド療法の新たな展開 -DPBからCOPD、インフルエンザまで-」 公益財団法人結核予防会 複十字病院 院長 工藤 翔二 先生

実施日	会 場	演 題 ・ 講 師
平成22年 10月30日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 25名	第200回学術講演会 (特別講演) 「プライマリーで診るうつ ～その診断と治療～」 近畿大学医学部堺病院 心療内科 准教授 小山 敦子 先生
平成22年 11月7日(日)	ガーデンホテルハ ナヨ 出席者 13名	第201回学術講演会 (講演1) 「マクロライド系抗生物質に関する最近の話題」 ひがし内科クリニック 院長 東 冬彦 先生 (講演2) 「外来診療での咳の診かた」 那須医院 副院長 那須 英紀 先生
平成22年 11月20日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 60名	第202回学術講演会 (一般講演) 「保険診療における留意点」 上林神経内科クリニック 院長 上林雄史郎 先生 (特別講演) 『日常診療の「咳」に潜む抗酸菌症 ～特に、最近増加している肺MACについて～』 独立行政法人国立病院機構 近畿中央胸部疾患センター 診療統括部長 鈴木 克洋 先生
平成22年 12月9日(木)	和歌山ビッグ愛 出席者 23名	第203回学術講演会 (特別講演) 「冠動脈疾患の新リスクファクターとしてのEPA ～JELISの結果をふまえて～」 済生会野江病院 循環器内科部長 武 俊介 先生
平成23年 1月29日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 100名	第204回学術講演会 (話題提供) 「糖尿病をめぐる最近のTOPIDS」 済生会和歌山病院 糖尿病・代謝内科 部長 江川 公浩 先生 (特別講演) 「2型糖尿病治療の新展開 ～インクレチン関連薬とその問題点」 関西電力病院 糖尿病・栄養内分泌内科 部長 黒瀬 健 先生
平成23年 2月12日(土)	和歌山ビッグ愛 出席者 25名	第205回学術講演会 (外科部会合同学術講演会) 「テーマ」 食道癌の集学的治療の現況 (講演1) 『化学療法的位置づけ』 和歌山県立医科大学 腫瘍センター化学療法部門長 上田 弘樹 先生 (講演2) 『放射線療法の立場から』 和歌山県立医科大学 放射線医学教室 准教授 腫瘍センター放射線治療部門長 岸 和史 先生 (講演3) 『最新の外科治療』 和歌山県立医科大学 第二外科学教室 講師 岩橋 誠 先生
平成23年 3月12日(土)	和歌山ビッグ愛	第206回学術講演会 (東日本大震災のため中止)

平成22年度 和歌山県医師会内科医会学術講演会予定（後援、共催）

実施日	会 場	演 題 ・ 講 師
平成22年 9月22日(木)	和歌山県立医科大学 高度医療人育成 センター	第63回和歌山内分泌代謝研究会 (特別講演) 「CGMから見た糖尿病治療」 東京慈恵会医科大学 糖尿病・代謝・内分泌科 講師 西村 理明 先生
平成23年 2月10日(木)	和歌山東急イン	第64回和歌山内分泌代謝研究会 (特別講演) 「エストロゲンと血管」 山形大学医学部 産婦人科学講座 教授 倉智 博久 先生

5. 会務報告 西谷 博

1) 評議員会、総会

平成22年5月15日

2) 理事会

平成22年5月15日

平成22年11月27日

3) 学術企画

南條（輝久）、光定、有本、山西（康）、西谷、澤、見永、島（基）、井関（富）

今後の学術企画の方針

平成22年4月10日第1回

平成22年5月15日第2回

平成22年6月12日第3回

平成22年8月1日第4回

平成22年9月4日第5回

平成22年10月9日第6回

平成22年12月9日第7回

平成23年2月12日第8回

4) 会誌編集委員会

寒川、上江洲、井関（富）、西谷、澤、光定

第24号（平成22年度）編集委員会

平成22年4月7日第2回 平成21年8月2日 校正

平成22年10月1日 会誌送付

発行部数 900部

配布先

1、会員、内科標榜医療機関、767部

2、和歌山県医師会各部会 16部

3、都道府県内科医会 48部

4、広告掲載各社 20部

5、その他 2部

計853部

第25号（平成23年度）編集委員会

平成23年2月28日第1回

5) 和歌山県医師会関連

平成22年6月19日 和歌山県医師会分科会：光定

平成22年12月12日 和歌山医学会・評議員会：光定、南條（輝久）

6) 日本臨床内科医会関連

平成22年4月10日 第27回日本臨床内科医会総会（東京）

理事会：光定（代理出席）・代議員会：光定、南條（輝久）、西谷

平成22年8月1日 日本臨床内科医会近畿ブロック代表者会議

シェラトン都ホテル大阪

光定、南條（輝久）、山西（康）、田中（章）、澤、西谷

平成22年10月9～11日 第24回日本臨床内科医学会（石川）

理事会：伊藤・代議員会：光定、南條（輝久）、西谷

7) インターネット関係

平成22年10月 和歌山県医師会内科医会ホームページ更新：西谷

6. 会計報告 見永 武芳

和歌山県医師会内科医会会計報告(平成23年5月14日)

自 平成22年4月1日 至 平成23年3月31日

年 月 日	摘 要	収 入	支 出
平成22. 4. 1	平成22年度 新宮市・東牟婁郡医師会内科関係講演会補助金		100,000
5. 31	内科医会会費（基金引き：363名分）	691,700	
6. 16	理事・評議員会 交通費（15名分）		30,000
6. 16	原稿料（幸田・西・尾寄先生）：市民公開講座		30,000
6. 16	印刷代（理事・評議員会案内ハガキ印刷代・往復ハガキ立替代などを含む）		105,450
7. 5 ） 12. 20	内科医会会誌広告料 19社分	380,000	
7. 28	現金出費用（仮払い金）		30,000
7. 28	印刷代（役職員名簿・分担表・送料など）		42,500
8. 9	利息	2,550	
10. 25	印刷代（内科医会誌印刷代など）		958,100
平成23. 1. 5	講演料（上林先生）		30,000
1. 5	交通費（8名分）		24,000
2. 14	利息	2,777	
3. 10	県医師会（分科会：656名分）	806,000	
	総 計	1,883,027	1,350,050

7. 監査報告

前 期 繰 越 金 6,596,547円
 収 入 金 額 1,883,027円
 支 出 金 額 1,350,050円

銀行残高（小計） 7,129,524円
 現金出費用（仮払い金） 30,000円

差 し 引 き 残 高 7,159,524円

上記適当と認めます
 平成23年5月14日

監事 戸 田 叡 吾



監事 渡 邊 謙



和歌山県医師会医学会内科分科会会則

- 第1条 本会は和歌山県医師会内科医会と呼称する。
- 第2条 本会は内科学の研究、会員相互の親睦、医道の高揚を目的とする。
- 第3条 本会は前条の目的を達成するため、次の事業を行う
1. 医学会の開催
 2. その他本会の目的を達成するために必要な事業
- 第4条 本会の事務所は和歌山県医師会内に置く。
- 第5条 本会は上記目的に賛同する和歌山県医師会会員を以って組織する。但し、役員会が認めた場合和歌山県医師会に入会していない医師もその入会を認める。
- 第6条 入会または退会しようとする者は、本会に申し出るものとする。
- 第7条 会員は所定の会費及び負担金を本会に納入しなければならない。但し特別な事情がある者に対しては役員会の議決を経て、その額を減免する事ができる。
- 第8条 本会の経理は会費ならびに県医師会からの交付金による。
- 第9条 本会に次の役員を置く。
- | | |
|-----|--------------|
| 会長 | 1名 |
| 副会長 | 3名 |
| 理事 | 若干名（評議員をかねる） |
| 評議員 | 若干名 |
| 監事 | 2名 |
- 第10条 本会に名誉会長及び顧問を置くことができる。これらは役員会の議を経て会長之を委嘱する。
- 第11条 会長は評議員会に置いて推薦し、総会の議決により決定する。
- 第12条 役員の任期は2年とする。
- 第13条 副会長、理事、評議員および監事は会長之を委嘱する。
- 第14条 会長は本会を総理し、理事会、評議員会において、議長となる。
- 第15条 副会長は会長が事故あるとき、その職務を代理する。
- 第16条 副会長、理事は会長を補佐し、本会の運営を行う。監事は本会の会計を監査する。評議員は本会要の事項を評議する。
- 第17条 総会は年1回行う。その他必要に応じ、会長が臨時に開くことができる。
- 第18条 理事会、評議員会は必要に応じて会長が招集する。
- 第19条 会議の議決は出席役員の過半数により決定する。可否同数のときは会長が決定する。
- 第20条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終わる。
- 第21条 会則の変更その他重要事項は、総会の議決を必要とする。

（内規）この内規は平成9年5月17日から施行する。内規の変更は評議員会の承認を受けるものとする。

1. 本会に功労会員を置くことができる。
 - （1）役員として在任10年以上で退任したもの。
 - （2）本医会の発展、事業の推進に著しい功績のあったもの。
 - （3）会長は役員会の議を経て功労会員に記念品を贈ることができる。
2. 本会会員が本会に関係する会務のため県外に出張するときは和歌山県医師会旅費規定に準じて旅費を支給することができる。
3. 会費は年額2,000円とする。
4. 満80歳を越えた会員に対しては会費を免除する。

昭和43年5月制定
昭和59年6月一部改訂
平成3年5月一部改訂
平成6年9月一部改訂
平成9年5月一部改訂
平成15年7月一部改訂
平成16年1月一部改訂
平成17年4月一部改訂
平成18年5月一部改訂

編集後記

3月11日午後、つけっ放しのテレビを何気なく見たとたん呆然となってしまいました。真っ黒なスライムのような巨大な物体は家や車などすべてを呑みこみ、堤防を越えて船を押し流す。大きな悲鳴が聞こえてくる。白煙を吹き上げ、爆発する原子力発電所。地震、津波、原発事故による東日本大震災は東北3県を破壊し尽してしまっただ。

震災後4ヶ月を過ぎたが、まだ不明者が5千人を超える。仮設住宅にも入れない、体育館などで避難生活を送っている人々が今なお多数必死に耐えています。延べ60万人の方々や、多数のNPO、個人団体がボランティア活動に参加し、多くの世界の国々も支援してきました。

復旧、復興が遅れているのは、政治的な混乱が原因のひとつに挙げられています。国会のテレビ中継では震災の処理とは関係のない、揚げ足取りの議論が大真面目にやり取りされています。今の緊急事態ではそれどころでは無いと思います。

原発事故に関しては関係者や作業員の必死の努力にもかかわらず今だに収束の目途が立っていません。人体への放射線被爆や、牛肉などへの放射線汚染の影響は全国に波及し、世界的にも日本からの農産物などの輸入禁止や日本への旅行が制限されています。

科学者は核エネルギーを作りだし、政治家

は核爆弾を使用した。長崎、広島原爆と今回の福島原発事故を含め日本は核の恐怖を2度も体験した。

原発事故は早期に処理、収束出来るのか。はたして原子力は人類が思いのままに自由にコントロールできるものなのか。

しかしながら人類の知恵は計り知れません。“はやぶさ”は小惑星イトカワの資料を持ち帰り、ニュートリノが補足され、反物質の閉じ込めに成功、ヒトゲノム計画は達成され、移植医療を進めるiPS細胞の作製、など科学の著しい進歩が頻繁に報じられ、夢はふくらんできます。原子力を完全にコントロールでき、自然災害にも十分に対処できる時期が早く来ることを期待します。

今回も多くの先生方のご協力、ご指導により本会誌を発行する事が出来ました。興味深い原稿をお寄せくださった先生方に感謝いたします。また特に気になっていたことですが、女性会員の先生方の“随想欄”への投稿がまったくありませんでした。診療、家事等で忙しいと考えられますが、積極的に投稿していただければ幸いです。

おわりに、大震災の犠牲者のご冥福を祈るとともに被災地の早い復旧・復興と原発事故の収束を祈ります。

上江洲



高親和性ARB/持続性Ca拮抗薬配合剤 薬価基準収載

レザルタス® 配合錠LD

Rezaltas 処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること
オルメサルタン メドキシミル/アゼルニジピン配合錠

レザルタス配合錠LD：
オルメサルタン メドキシミル10mg/アゼルニジピン8mg

レザルタス配合錠HD：
オルメサルタン メドキシミル20mg/アゼルニジピン16mg

◆ 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
Chugai Sangyo 東京都中央区日本橋本町3-5-1

2011年4月作成（1106）



選択的β₁アンタゴニスト 薬価基準収載

メインテート® 錠 0.625
2.5
5

MAINTATE® Tablets 0.625・Tablets 2.5・Tablets 5
(日本薬局方 ビンプロロール fumarate 塩錠)

〔処方せん医薬品〕（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）
田辺三菱製薬株式会社
大阪府中央区北浜2-6-18

2011年6月作成



選択的DPP-4阻害剤〔2型糖尿病治療剤〕
処方せん医薬品[※] 薬価基準収載

ネシーナ® 錠 25mg
12.5mg
6.25mg

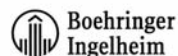
（アログリプチン安息香酸塩錠）注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

● 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

（資料請求先）
▲ **武田薬品工業株式会社** 〒540-8645 大阪府中央区道修町四丁目1番1号
<http://www.takeda.co.jp/>

2011年7月作成（T）

直接トロンビン阻害剤 薬価基準収載
プラザキサ® 75mg
 カプセル110mg



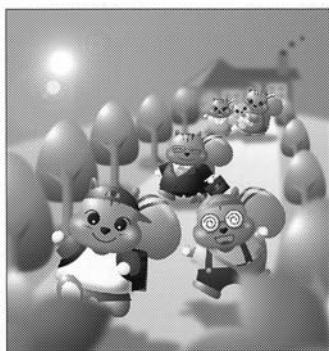
ダビガトランエテキシラートメタンスルホン酸塩製剤

処方せん医薬品（注意・医師等の処方せんにより使用すること） **Prazaxa® Capsules 75mg・110mg**

「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」「用法・用量に関連する使用上の注意」につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 日本ベリンガーインゲルハム株式会社 〒141-6017 東京都品川区大崎2丁目1番1号 資料請求先：DIセンター

2011年3月作成



マクロライド系抗生物質製剤（薬価基準収載）

処方せん医薬品^注 クラリスロマイシン製剤

日本薬局方 クラリスロマイシン錠 日本薬局方 クラリスロマイシン錠

クラリス錠200 **クラリス錠50小児用**

クラリスドライシロップ
10%小児用

注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」は 添付文書をご参照ください。



発売【資料請求先】
大正富山医薬品株式会社
 〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



製造販売
大正製薬株式会社
 〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

CLB54 2009.7

希望を WITH ONE WISH
 チカラに。

あなたが選ぶ、ジェネリック



日医工株式会社 富山市総曲輪一丁目6-21 <http://www.nichiiko.co.jp>

NICHIKO お客様サポートセンター ☎(0120)-517-215 (受付時間 平日 9:00~17:00)



Global

世界の最先端技術をもとに日本でも
医薬品開発に努め実績を築いていきます。

医療の「A」から「Z」まで。

AstraZeneca

アストラゼネカ

●弊社についてもっと知りたい方は <http://www.astrazeneca.co.jp/> 〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号

アストラゼネカ株式会社



長時間作用型ARB

薬価基準収載

イルベタン錠 100mg
50mg

イルベサルタン錠

処方せん医薬品^{※1)}

IRBETAN®

注1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書等をご参照下さい。

販売 **sanofi aventis**

製造販売元 [資料請求先]



シオノギ製薬

Metabolic & CV

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045 電話 0120-956-734 (医薬情報センター) <http://www.shionogi.co.jp/med/> ©: サノフィ・アベンティスグループ登録商標 2010年4月作成 B54



新発売



アルツハイマー型認知症治療剤

薬価基準収載

リバスタッチパッチ 4.5mg・9mg
13.5mg・18mg

リバスチグミン経皮吸収型製剤

Rivastigmine transdermal patch

創薬、処方せん医薬品^{※1)}

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

110701

骨粗鬆症治療剤(活性型ビタミンD₃製剤)
創薬 処方せん医薬品²⁾

[薬価基準収載]

エディロール[®]カプセル 0.5 μ g
0.75 μ g
EDIROL[®]

エルデカルシトールカプセル
注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

©中外製薬株式会社登録商標

※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」
等詳細については、添付文書をご参照ください。

新発売

製造販売元 (資料請求先)



中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュグループ

発売 (資料請求先)



大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1

2011年5月作成



アレルギー性疾患治療剤

処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

アレグラ[®]錠 30mg
60mg

フェキソフェナジン塩酸塩製剤 ●薬価基準収載

アレルギー性疾患治療剤

処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

アレグラOD[®]錠 60mg

フェキソフェナジン塩酸塩製剤 ●薬価基準収載

製造販売元: サノフィ・アベンティス株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

★効能又は効果、用法及び
用量、禁忌を含む使用上の
注意等については、現品
添付文書をご参照ください。

★資料は当社医薬情報担当者
にご請求ください。

2011年7月作成
JP.FEX.11.07.02

sanofi aventis
Because health matters



「長谷川式聴覚知能
評価スケール(HDS-R)」開発者
精神科医 長谷川和夫 先生

※小児用剤ではありません

創薬・処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

アルツハイマー型認知症治療剤 [薬価基準収載]

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩錠
アリセプト[®] 錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg

日本薬局方 ドネペジル塩酸塩細粒
アリセプト[®] 細粒0.5%

アリセプト[®]-D 錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg
(ドネペジル塩酸塩口腔内崩壊錠)

アリセプト[®] 錠 3mg
錠 5mg
錠 10mg
(ドネペジル塩酸塩製剤)

www.aricept.jp

製造販売元



エーザイ株式会社
東京都文京区小石川4-6-10

販売提携



ファイザー株式会社
東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先:

エーザイ株式会社 お客様ホットライン
ファイザー株式会社 製品情報センター

●効能・効果、用法・用量及び禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

ART1102M04

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

日本薬局方 レバミピド錠

ムコスタ錠100mg

Mucosta® tablets 100mg

胃炎・胃潰瘍治療剤

薬価基準収載

レバミピド顆粒

ムコスタ顆粒20%

Mucosta® granules 20%

◇効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。

製造販売元
大塚製薬株式会社
Otsuka 東京都千代田区神田司町2-9

資料請求先
大塚製薬株式会社 信頼性保証本部 医薬情報センター
〒108-8242 東京都港区港南2-16-4 品川グランドセントラルタワー

(09.11作成)



胃腸の弱いもので、食欲がなく、みぞおちがつかえ、
疲れやすく、貧血性で手足が冷えやすいものの

**食欲不振、胃炎、
消化不良に**

リククンシトウ
ツムラ六君子湯
エキス顆粒(医療用) 43 薬価基準収載

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、製品添付文書
をご参照下さい。

株式会社 **ツムラ**

<http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970

(2009年8月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。HV-0431

喘息・COPD治療配合剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること) 薬価基準収載

アドエア® 250ディスク 28・60吸入用
125エアソール 120吸入用
Adoair® Diskus/Aerosol
サルメテロールキシナホ酸塩・
フルチカゾンプロピオン酸エステル
ドライバウダーインヘラー・エアソール

喘息治療配合剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること) 薬価基準収載

アドエア® 100ディスク 28・60吸入用
500ディスク 28・60吸入用
50エアソール 120吸入用
Adoair® Diskus/Aerosol 250エアソール 120吸入用
サルメテロールキシナホ酸塩・フルチカゾンプロピオン酸エステル
ドライバウダーインヘラー・エアソール

gsk

GlaxoSmithKline
生きる喜びを、もっと



※「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、
「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌・原則禁忌を含む
使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

製造販売元

グラクソ・スミスクライン株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-6-15 GSKビル

TEL: 0120-561-007(9:00~18:00/土日祝日および当社休業日を除く)

FAX: 0120-561-047(24時間受付)

2011.2



KYOWA KIRIN

Twentyeth Anniversary
Thank you for twenty great years

高血圧症・狭心症治療剤(持続性Ca拮抗薬)
製薬/処方せん医薬品* (薬価基準収載)

日本薬局方 ベニジピン塩酸塩錠

コニール錠 2・4・8

CONIEL® Tablets 2mg・4mg・8mg錠
*注意-医師等の処方せんにより使用すること

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は製品添付文書をご参照ください。

製造販売元 [資料請求先]
協和発酵キリン株式会社
東京都千代田区大手町一丁目6番1号 千100-8185
www.kksmile.com

2011年2月作成
®登録商標



大日本住友製薬



長時間作用型 ARB (薬価基準収載)

アバプロ錠 50mg 100mg

一般名 イルベサルタン錠 AVAPRO

処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
大日本住友製薬株式会社
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8


(製品に関するお問い合わせ先)
くすり情報センター
TEL 0120-034-389
受付時間/月-金 9:00-18:30(夜、土日祝除く)
【医療情報サイト】http://ds-pharma.jp/

2011.6作成




3rd Anniversary

まだないくすりを
創るしごと。



www.astellas.com/jp/

明日は変えられる。



astellas
Leading Light for Life
アステラス製薬



高脂血症治療剤

薬価基準収載 処方せん医薬品^(注)

トライコア[®] カプセル ^{67mg}
^{100mg}

微粉化フェノフィブラート

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌・原則禁忌を含む
使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

2009年6月作成 TCC204(LS) 0906改4

販売 **TEIJIN** 帝人ファーマ株式会社
資料請求先：帝人ファーマ株式会社 学術情報部
〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号
提携 Laboratoires FOURNIER S.A.(France)

編集委員

寒川 明宣、上江洲朝洋、井関富美子、
西谷 博、澤 久、光定 和男

和歌山県内科医会会誌 第25号
平成23年10月発行
発行所 和歌山県内科医会
和歌山市小松原通1丁目1
和歌山県医師会内
発行人 光定和男
印刷所 (株)和歌山印刷所

