

関西ろうさい病院 連携通信

2016
Jun.

No.23

かんろう.ねつと

Contents

神経内科、診療再開

- C型肝炎 ―全員治癒の時代へ―
- 大動脈ステントグラフト治療
- 関節鏡視下前十字靱帯再建術・半月板手術
- 神経内科診療を再開しました!
- 就任のご挨拶



平成28年4月より神経内科診療を再開しました!



2006年から諸般の事情により常勤医が不在となっておりますが、この4/1より当院の神経内科再開にあたり、神経内科部長に依藤史郎、第二部長に野崎園子が着任いたしました。

従来、十分には対応できておりませんでした下記のような神経疾患の診療に力を注いでまいります。

対象疾患

◆ 神経難病

◆ 頭痛

◆ 摂食嚥下障害

・軽症の摂食嚥下障害からの積極的なケア

・重症の嚥下障害への対応

・摂食嚥下障害が初発症状である神経内科疾患の早期診断

◆ 症状はあるが、原因が特定できない患者さん

初診の患者さんには十分な時間を確保するようにしておりますので、どうしても1日に診察可能な人数が限られます。つきましては、お手数をお掛けいたしますが、是非とも当院地域医療室を介して予約を取っていただき、患者さんに対して予約時間から診察を開始するという段取りで病院にお越しいただくようご指導のほどよろしくお願い申し上げます。

スタッフ

神経内科部長 依藤 史郎



●専門分野
神経内科疾患の診断と治療
神経生理検査法

●資格
日本神経学会 専門医・指導医
日本神経治療学会 評議員
日本臨床神経生理学会
脳波認定医・筋電図認定医
日本リハビリテーション医学会 認定医
日本内科学会 指導医
日本頭痛学会 専門医
日本臨床検査医学会 功労会員

神経内科の再開という重要な使命を負って、阪大を定年後になりますが老体に鞭打って着任いたしました。当科は頭の頂から足の先に至るまでの様々な症状を糸口に、診断・治療を行う極めて間口の広い診療科で、多くの神経難病も対象です。当院で既に診療体制が出来ている疾患については引き続き各科にお願いし、対応できていなかった分野に力を注ぎたいと考えております。ゼロからの出発になりますが、ご理解ご支援を賜れば幸いです。

神経内科第二部長 野崎 園子



●専門分野
神経筋疾患の診断と治療
摂食嚥下障害の診断とリハビリテーション
神経疾患のリハビリテーション

●資格
日本神経学会 専門医・指導医・代議員
日本リハビリテーション医学会
専門医・指導医・代議員
日本摂食・嚥下リハビリテーション学会
認定士・評議員
日本嚥下医学会 評議員
日本神経筋疾患 摂食・嚥下・栄養研究会
世話人

このたび常勤体制で神経内科を再稼働させることとなりました。これまで築かれてきた神経内科をもう一度診療科として軌道に乗せるべく努力してまいりたいと思います。神経内科専門医・リハビリテーション専門医として、在宅医療を担ってられる先生方や医療スタッフの方々と緊密な連携をさせていただき、患者・家族を支える地域のチーム医療を目指したいと思います。特殊外来として嚥下外来も行っております。

診療日

	月	火	水	木	金
初 診	依 藤	野 崎	野 崎	依 藤	—
再 診	野 崎	依 藤	依 藤	野 崎	—
専門外来	頭 痛	摂食嚥下障害	特定疾患/ セカンドオピニオン	パーキンソン病	—

C型肝炎 — 全員治癒の時代へ —

消化器内科副部長 糸瀬 一陽



●略歴

平成9年 大阪大学医学部 卒業
大阪大学医学部附属病院 第一内科
平成10年 大阪南医療センター消化器科
平成14年 大阪大学 消化器内科 研究生を経て大学院生
平成19年 大阪大学 消化器内科医員
平成21年 関西労災病院 消化器内科
平成24年 同 消化器内科副部長

●資格

日本消化器病学会 専門医・指導医
日本肝臓学会 専門医
日本消化器内視鏡学会 専門医
日本内科学会 総合内科専門医・認定医
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
医学博士

はじめに

平素より多くの患者さんをご紹介いただきありがとうございます。消化器内科の糸瀬一陽と申します。肝胆膵疾患を中心に診療しております。

さて、我が国のC型肝炎ウイルス(HCV)の感染者は約150万人存在するといわれており、患者の高齢化に伴い肝細胞癌の高危険群となっています。従来HCV感染に対する治療はインターフェロン(IFN)投与を中心としたものでした。IFNは感染者の免疫能に作用し、各種免疫担当細胞の機能を活性化することにより抗ウイルス効果を発揮する薬剤であったため様々な副作用が認められました。近年HCVに直接作用することで高い抗ウイルス作用を示し副作用も少ないdirect acting antivirals(DAA)が登場し、それらを組み合わせたIFNフリー治療によりC型肝炎治療は大きく変化してきています。

DAAとは

DAAとはHCVのウイルス蛋白を直接標的とした抗ウイルス薬です。HCVの非構造蛋白であるNS3、NS5A、NS5Bのいずれかを標的とした薬剤が現在使用されています。2016年3月現在、(NS3)プロテアーゼ阻害薬としてTelaprevir、Simeprevir、Asunaprevir、Vaniprevir、Paritaprevirの5種、NS5A阻害薬としてDaclatasvir、Ombitasvirの2種、(NS5B)ポリメラーゼ阻害薬としてSofosbuvirが承認されています(図1)。DAAは単剤では容易に耐性変異が生じるため、IFNと併用するかIFNを使用せずに複数のDAAを組み合わせて使用する必要があります。IFNを使用しないIFNフリー治療の登場により治療効果が向上しただけではなく、これまで副作用などによりIFNが使用できなかった高齢者や肝硬変患者、精神疾患や自己免疫疾患合併患者などにも治療対象が広がっています。

日本で使用可能なDAAの組み合わせ

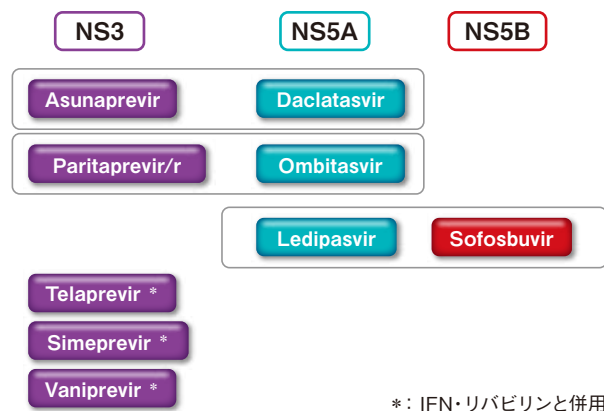


図1

IFNフリー治療

2014年7月に最初のIFNフリー治療であるDaclatasvir+Asunaprevir併用の24週治療が1型のC型慢性肝炎、代償性肝硬変を対象に承認されました。臨床試験でのウイルス排除率(SVR率)は初回治療例で89%、再治療例が96%と良好な治療効果を認めました。治療前にDaclatasvirの標的領域であるNS5Aに耐性変異をもつ症例でのSVR率は48%で、もたない症

例のSVR率98%と比べ低率でした。またSVRが得られなかった症例ではNS3領域に新たな耐性変異が出現し、多剤耐性ウイルスとなって以後の治療が困難となることから、治療前に耐性変異の有無を調べて変異のある症例には使用しないといった注意が必要でした。

次に登場した1型に対するIFNフリー治療はSofosbuvirとLedipasvirの合剤であるHarvoni(ハーボニー)の12週投与です。臨床試験でのSVR率は背景因子に関わらず100%と驚異的なものでした(図2)。副作用も少なく使いやすい薬ですが、注意すべき点がいくつかあります。腎機能障害(eGFR<30ml/min/1.73m²)の患者には使用できないこと、Aamiodarone(アミオダロン)との併用ができないこと、制酸剤と併用すると血中濃度が低下することです。

その後Paritaprevir,Ombitasvir,Ritonavirの合剤であるVIEKIRAX(ヴィキラックス)が承認されました。腎機能障害例にも使用できます。しかしParitaprevirの血中濃度を上げて効果を増強するためにRitonavirを加えており、他の薬剤の血中濃度にも影響を与えるため多くの薬剤が併用禁忌・併用注意となっています。またカルシウム拮抗薬との併用で浮腫が生じるため、高血圧患者では注意が必要です。治療効果(SVR率)はNS5A領域の耐性変異がない例では99.0%でしたが、耐性変異を有する例では83.0%でした。このため治療前に耐性変異の有無を調べ、変異例には投与を避ける必要があります。

2型に対してはSofosbuvirとRibavirinの併用12週間の治療が現在承認されている唯一のIFNフリー治療です。著効率は96%と非常に良好ですが、Harvoniと同様に腎機能障害例には使用できません。今後腎機能障害例でも使用できる薬剤の登場が望まれます。

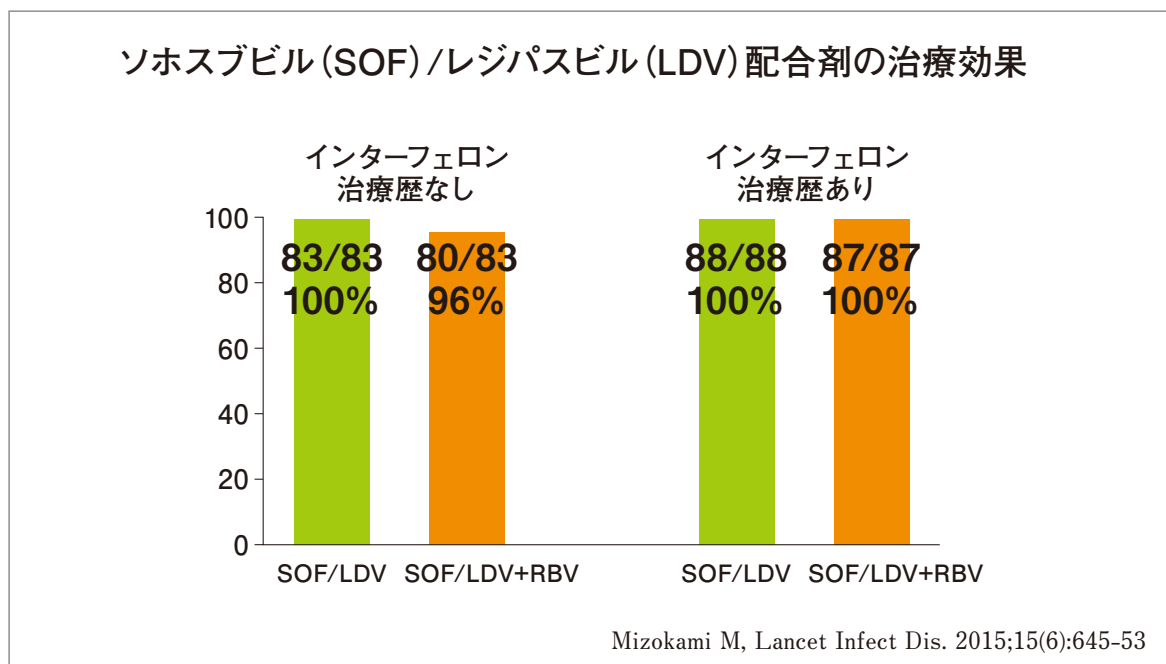


図2

おわりに

C型肝炎はほぼ100%治る時代になってきました。今後はさらに治療期間が短く、副作用の少ない薬が登場してくるものと考えられます。またウイルスが排除されても肝臓がんを発症する症例が存在するため、治療後も定期的な画像検査が必要です。

B型肝炎やC型肝炎に感染していることに気づいていない人がまだ多数いると思われます。HBs抗原やHCV抗体が陽性の方がいらっしゃいましたらご紹介よろしくお願い申し上げます。

大動脈ステントグラフト治療

循環器内科医師 南都 清範



●略歴

平成20年 大阪市立大学 卒業
平成22年 関西労災病院 循環器内科

●資格

日本内科学会認定内科医
日本心血管インターベンション治療学会認定医
腹部大動脈瘤ステントグラフト指導医

はじめに

平素より大切な患者様を多数ご紹介頂きまして、心より感謝申し上げます。2010年4月より、関西労災病院循環器内科に赴任し、大動脈・冠動脈・末梢血管の血管内治療を担当しております南都清範と申します。循環器領域では、冠動脈治療におけるカテーテル治療に代表されるように、患者様の肉体的・精神的負担の軽減につながる低侵襲治療が進んでおります。大動脈領域においては、大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術が、本邦で2007年より保険適応となりました。当院でも時期を同じくして、大動脈瘤ステントグラフト治療をいち早く取り入れてまいりました。更なる発展として、2016年1月よりハイブリッド手術室を導入、より安全に高い確実性をもって治療に望むことができる体制を整えております。

大動脈瘤とは

大動脈瘤は‘Silent Killer’との異名をとる自覚症状がない疾患です。しかし、破裂した場合は、多量の出血により命を落としてしまう危険性が極めて高く、有効な予防薬がない現状としては、至適時期での予防的手術が必要となります。高齢者・男性・喫煙・高血圧症・家族歴は、動脈瘤発症の危険因子として報告されており、このような背景をお持ちの患者様に対しては、超音波やCT検査による画像検索が極めて重要となります。最大短径50mm以上(腹部)・60mm以上(胸部)・嚢状瘤・拡大傾向を認める大動脈瘤は破裂の危険性が高く、ステントグラフト内挿術や開腹・開胸下人工血管置換術といった根治術が必要となります。

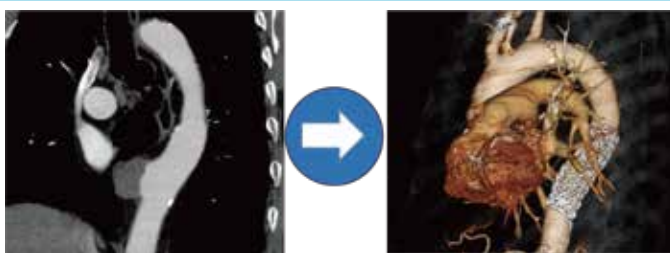


週に1度、心臓血管外科・放射線科・循環器内科で合同カンファレンスを行い、患者様に適切な術式を検討しています。

◆ 84 歳 男性 巨大腹部動脈瘤



◆ 72 歳 男性 嚢状胸部大動脈瘤



ステントグラフト治療

大動脈瘤の標準的な治療法は、動脈瘤を切除し人工血管に取り換える方法(人工血管置換術)であり、現在も本邦においては半数近くの患者様が人工血管置換術を受けられております。一方でこの手術は、広範囲にわたる創(開胸・開腹)、人工心肺装置の使用、手術中の輸血・低体温管理など患者様の体には大きな負担を強いることになり、脳血管や心臓の既往症を有する場合や、呼吸機能や腎機能低下を認める場合、高齢患者様には周術期リスクが高いという欠点がありました。そのため、開胸・開腹下での手術リスクが高い患者様に対する動脈瘤の低侵襲治療の開発は必要不可欠であり、このような背景のもと、ステントグラフト内挿術が新たな治療法として広く認知されるようになりました。ステントグラフト内挿術は、1990年にアルゼンチンの医師Parodiにより考案された術式で、開腹せずに動脈瘤を治療する方法です。ステントグラフトは文字通り金属製のステントと布でできた人工血管(グラフト)の組み合わせであり、細かく折りたたまれ鉛筆ほどの太さのカテーテルに装填された状態で使用します。このカテーテルを経皮的あるいは外科的に露出した大腿動脈からレントゲン透視下に挿入し、所定の位置でステントを広げ人工血管を大動脈に固定することで動脈瘤を空置し、動脈瘤と血流の交通を遮断します。欠点としては2次的処置の必要性が外科手術より高いことが報告されていますが、2回目の手術においても、ほとんどの場合が経皮的な低侵襲治療で対応可能です。

なお当院では、動脈瘤に対する術式選択に関して、毎週金曜日に循環器内科・心臓血管外科・放射線科による合同カンファレンスを行い、患者様にとって最良の治療が行えるよう取り組んでおります。

ハイブリッド手術室

ハイブリッド手術室とは、人工心肺装置や麻酔設備を有する手術室内に、3D撮影も可能とする高性能持続レントゲン照射撮影装置を兼ね備えた治療室です。狭心症カテーテル治療を行っている血管撮影室とは異なり、手術室の空気清浄度のもと、より清潔かつ安全な環境で治療が実施可能であり、血管内治療と同時に開胸・開腹手術までも対応を可能とする未来型の手術室となります。更には、術中にレントゲン透視装置を使用することで、血管や臓器画像をリアルタイムで作成することが可能であり、最新の周辺支援システムと検査画像を融合することにより、治療の確実性が高まり、新しい手術方法の可能性までもが広がります。今後は、カテーテルによる経皮的な大動脈弁置換術(TAVR)などの導入を検討しており、従来では身体へのダメージの大きさから治療が困難であった患者様にも、最適な治療を提供し活用されることが期待されます。



当科でのハイブリッド手術の風景

おわりに

高齢化社会、食生活の欧米化に伴い、大動脈疾患も増加傾向にあります。本領域の技術躍進には目を見張るものがあり、以前の冠動脈治療(狭心症、心筋梗塞)と同様に、侵襲的な外科的治療から低侵襲治療への移り変わり、全国的にも半数以上でステントグラフト治療が選択されています。さらに今後は、鼠径部の血管露出が不要となる経皮的な治療機器や、血管形態によりステントグラフト治療の恩恵が受けられなかった患者様にも使用可能となる治療機器が開発されてきます。当院では、これらの治療機器をいち早く取り入れることで患者様の治療選択を広げ、最良の治療を提供させていただけるように努めてまいります。今後とも何卒よろしくお願い致します。

このような方は
精査ください！

■ 高齢・男性
■ 高血圧

■ 喫煙歴
■ 家族歴

大動脈疾患
24時間体制で
対応しています！

大動脈瘤専門外来
毎週月曜日に
診療しています！

関節鏡視下前十字靱帯 再建術・半月板手術

スポーツ整形外科 草野 雅司



●略歴
平成16年 奈良県立医科大学 卒業
奈良県立医科大学附属病院
市立奈良病院 整形外科
平成21年 国保中央病院 整形外科
平成23年 大阪労災病院 スポーツ整形外科
平成24年 正風病院 整形外科
平成25年 関西労災病院 スポーツ整形外科

●資格
日本整形外科学会専門医
日本整形外科学会スポーツ医

はじめに

平素より多くの患者さんを整形外科・スポーツ整形外科にご紹介いただき誠にありがとうございます。当科では主に関節鏡を用いて下肢、特に膝と足関節の手術を中心に行っております。今回は関節鏡視下前十字靱帯(ACL)再建術と関節鏡視下半月板手術についてご紹介させていただきます。

前十字靱帯 (Anterior Cruciate Ligament: ACL)

前十字靱帯は大腿骨外顆内側壁から脛骨前方に向かって斜めに走行する靱帯(図1)で、脛骨の前方亜脱臼を抑制する事が主な役割であり、下腿の回旋制御にも二次的な安定機構として機能しています。スポーツで損傷することが多いですが、自転車での転倒や交通事故などスポーツ以外で損傷することも稀ではありません。

受傷機転の聴取、徒手検査、急性期であれば膝関節血腫の有無、そしてMRIなどの画像検査(図2)によってほぼ100%診断は可能ですが、単純レントゲン写真の所見には乏しいため見逃されることも稀ではありません。前十字靱帯が断裂したままスポーツ活動を継続すると、繰り返す膝崩れにより関節が早期に摩耗・変性し、日常生活に支障が出る危険性が高くなります。

関節内靱帯であるACLは内側側副靱帯のような関節外靱帯と比較して治癒能力が極めて低いいため手術療法が必要になります。サポーターの装着のみでは安定性の獲得効果は不確実で、ACLが治癒する見込みも高くはありません。過去に行われていた断裂部の縫合術の成績は安定したものではなく、現在は損傷されたACLを作り直す再建術が広く行われています。

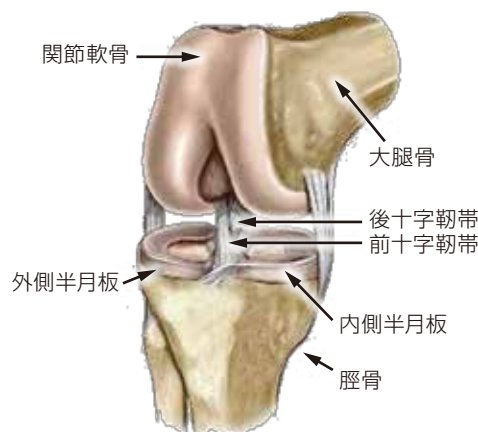


図1 膝関節内の解剖

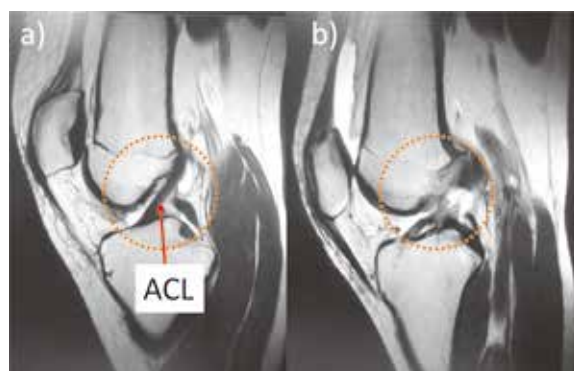


図2 MRI 画像
a)正常 ACL b)損傷 ACL
繊維の連続性が途絶している事が分かる。

前十字靱帯再建術

損傷を受けた靱帯を患者さん自身の腱を使って作り直します。当院では膝蓋腱または半腱様筋腱を使用します。人工靱帯は不良な成績が報告されており、使用しておりません。手術は関節鏡(図3)で関節内を観察しながら、脛骨・大腿骨の元々ACLが付着していた部分にそれぞれトンネルを作成します。移植腱をトンネルに通した後、チタン性の固定器具で固定します。皮膚切開は前方に約5cmのものとポータル作成の為に1cm程度のものが3カ所必要となります。また大腿外側にも約3cmの創を作成します(図4)。

術後は約2週間の装具固定の後、3週目より部分荷重、5週で全荷重歩行が可能となります。現在当院での入院は3週間程度であり、退院後は外来にてリハビリを継続していただいております。

近年のACL再建術手技は進歩を遂げ、安定した術後成績を獲得することが可能になっていますが、移植後における移植腱の治癒は決して早いものとはいえず、ランニングは術後約3ヶ月、元のスポーツへの復帰は術後約9ヶ月で許可しております。その間は段階的にリハビリを進めて行きますが、特に手術からの数ヶ月が重要と考えており、患者さんには理学療法士の指導の下、積極的にリハビリに努めてもらっています。



図3 ACL 関節鏡視所見
a)正常ACL b)再建術後1年
滑膜に被覆され、外観上正常ACLに近い。

半月板

半月板とは、膝関節内の脛骨関節面内側・外側の上を覆う様に存在するC型をした線維軟骨です。クッションとして荷重の分散や衝撃の吸収だけでなく、関節軟骨の保護や靱帯とともに膝関節の安定化を担っています。そのため、半月板が損傷を受けると、さまざまな障害をきたし、長期的には軟骨損傷から変形性膝関節症に至ることもあります。

半月板損傷の原因は、単独で損傷する場合と、靱帯損傷に合併して二次的に損傷する場合とに分類できます。単独損傷は膝を捻るなどの大きな力が加わることにより生じるもの、繰り返す微外傷により生じるもの、解剖学的破格を原因とするもの(日本を含む東アジア地域で高い有病率が報告されている円板状半月など)、加齢による変性に起因するものなどに分類できます。一方、靱帯損傷に合併するものでは前述したACL損傷に合併するものが最も多いです。

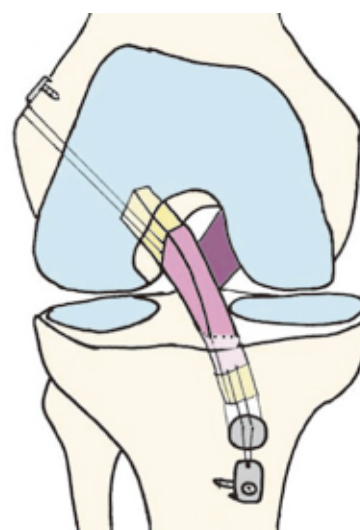


図4 骨付き膝蓋腱を移植腱とした際の
前十字靱帯再建術のシエーマ。

半月板手術

半月板手術は、断裂部を修復する縫合術と、損傷部を切除する切除術に大別でき、いずれも関節鏡視下に手術を行います。一度切除してしまうと半月板の再生は期待できず膝の機能は低下するため、可能な限り縫合術を選択します。近年、縫合手術手技の改善や向上、機器の改良により、縫合術の適応がひろがりつつあるものの、治癒には豊富な血行が重要となるため、断裂部位や断裂のタイプによっては縫合の適応とはならないこともあり、その場合は部分的に切除をせざるを得ません。

前述したACL損傷を放置していると、持続的な膝不安定性により半月板に負荷がかかり、広範囲に渡り半月板が断裂することで、あたかもバケツの柄のように半月板が中央部(顆間部)へ転位してしまうことがあります。その場合は膝が伸びなくなり(ロッキング)、緊急で処置が必要になることがあります。

最後に

今回は我々が手術する機会が多いACL損傷および半月板損傷について紹介させていただきました。近年ではMRIを比較的容易に撮影できるようになったとはいえ、診断および治療に難渋されることも少なくないと思います。先生方の日常診療におきまして、該当される患者さんや、診断・治療にお困りになられた患者さんがいらっしゃいましたらご紹介いただけますと幸いです。今後とも何卒よろしくお願い申し上げます。

就任のご挨拶

第二循環器内科部長 第二健診部長

藤田 雅史



- 略歴
平成8年 大阪大学 卒業
大阪大学医学部附属病院
関西労災病院 内科
平成14年 大阪大学大学院 医学系研究科
病態情報内科学
平成21年 関西労災病院 内科
平成23年 同 循環器内科副部長
平成28年 同 第二循環器内科部長
第二健診部長
- 資格 医学博士(大阪大学)
日本内科学会 認定医
日本循環器学会 専門医
日本内科学会 指導医
植込み型除細動器(ICD)/ペースングによる
心不全治療(CRT)研修終了
日本内科学会 総合内科専門医

循環器内科にて不整脈・心不全画像診断チームを統括しております。心不全はあらゆる循環器疾患の終末像であり、循環器診療に携わる医師は専門にかかわらず診ねなければならないものと思っております。その中でも、よりの確で迅速な診断治療ということを心がけて日々取り組んでおりますので、今後ともご指導、ご鞭撻のほど何卒よろしくお願いいたします。

循環器内科副部長

飯田 修



- 略歴
平成13年 兵庫医科大学 卒業
大阪大学医学部附属病院
関西労災病院 循環器内科
平成28年 関西労災病院 循環器内科副部長
- 資格 日本内科学会認定内科医
日本循環器学会専門医
日本心血管インターベンション治療学会指導医
同 ステンタグラフト指導医

平成13年の赴任から地域医療機関の皆様にはお世話になっております。この場を借りて御礼申し上げます。

現在、循環器内科の中でも、冠血管大動脈末梢血管治療チーム統括責任者として日々心血を注ぎ、診療に携っておりますが、昨今、心血管疾患に対する低侵襲治療の進歩には目まぐるしいものがあります。このような背景の中、当院における心血管疾患治療は、単一診療科に偏ることなく、複数科との協議により、患者様に最も良い治療を提供できるよう日々研鑽を積んでおります。今後は副部長として一層気を引き締めて、診療を行う所存であります。今後ともご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い致します。

第二小児科部長

指原 淳志



- 略歴
平成8年 大阪大学 卒業
平成9年 大手前病院
平成14年 大阪大学医学部附属病院
平成17年 米国立保健衛生研究所
平成21年 関西労災病院 小児科
平成23年 同 小児科副部長
平成28年 同 第二小児科部長
- 資格 インフェクションコントロールドクター(ICD)
医学博士

4月より第二小児科部長として就任いたしました。専門はウイルス感染症およびワクチンで、その関係から昨今重要性を増している感染対策にも携わっております。平成21年に当院へ赴任して以来7年の間、急性糸球体腎炎や川崎病など一般小児科を中心に診療に取り組んでまいりました。地域医療機関の先生方のお力添えを頂きながら、いっそうお役に立てるよう微力ながら精進する所存です。今後とも引き続きご指導、ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

第三放射線診断科部長

岸本 陽督



- 略歴
昭和63年 大阪大学 卒業
大阪大学医学部附属病院
平成元年 関西労災病院
平成4年 大阪通信病院(現NTT西日本大阪病院)
平成13年 大阪労災病院 放射線科
平成28年 関西労災病院 第三放射線診断科部長
- 資格 日本医学放射線学会 放射線診断専門医

このたび第三放射線診断科部長に就任しました。医学部を卒業し医学部附属病院で一年間研修ののちは、一貫して市中病院の放射線科で画像診断とIVRの一般診療業務に従事して参りました。今後も同じスタンスで日々の業務に誠実に取り組んでゆく所存です。地域の先生方との接点は病診連携画像検査になるかと思われまので、画像レポートの内容等でお気付きの点などあれば御教示、御指導いただければと存じます。よろしくお願い致します。



独立行政法人 労働者健康安全機構
関西労災病院
地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院

〒660-8511 尼崎市稲葉荘3丁目1番69号
URL <http://www.kansai.johas.go.jp>
発行人: 林 紀夫 編集人: 田中 陽子

地域医療室

受付時間 月曜日～金曜日 8時15分から19時
(土・日・祝日は業務しておりません)

TEL 06-6416-1785(直通)
06-6416-1221(内線7080)
FAX 06-6416-8016(直通)

連携通信第23号 平成28年6月

