

かんろう.ねっと

2012-Nov.

No.9



Contents

P2-3

「進歩するウイルス性肝疾患
治療 ～C型肝炎～」

第三消化器内科部長

望 月 圭

P4-5

「腹部大動脈瘤に対する
ステントグラフト挿入術の実際
—腹部大動脈瘤は開腹するこ
となく治療できます!!—」

循環器内科

飯 田 修

P6-7

「23ゲージ硝子体手術」

眼科副部長

中 田 互

P8

「医療連携総合センターの
活動について」

医療連携課長

小 幡 光子



進歩する ウイルス性肝疾患治療 ～ C 型肝炎～

第三消化器内科部長 望 月 圭

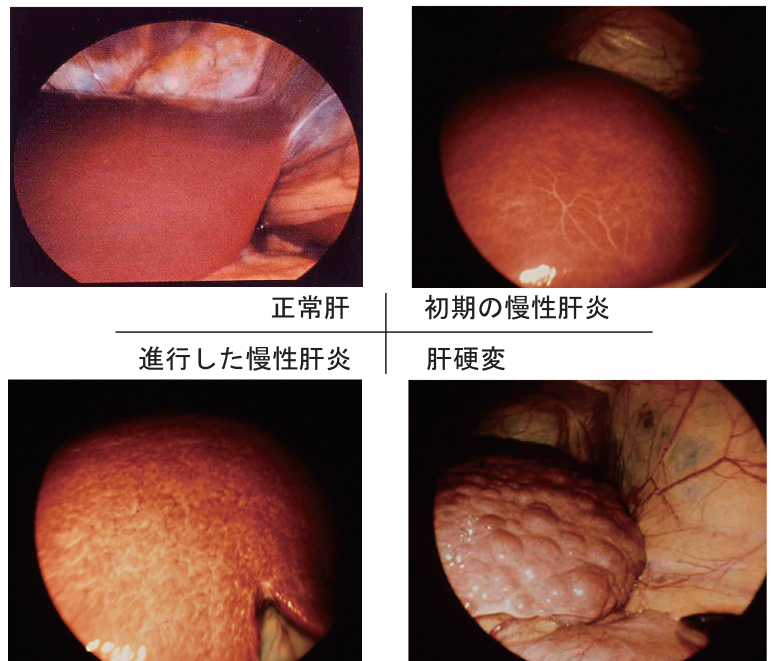


- 略歴
 - 昭和63年 大阪大学 卒業
 - 大阪大学医学部附属病院 第一内科
 - 平成元年 大阪労災病院 内科
 - 平成4年 大阪大学医学部 第一内科
 - 平成14年 米国国立衛生研究所(NIDDK)
肝疾患部門 研究員
 - 平成19年 大阪大学 消化器内科 助教
 - 平成23年 関西労災病院 内科 第10部長
 - 平成24年 同 消化器内科 第3部長 現在に至る
- 資格
 - 平成6年 日本肝臓学会 専門医
 - 平成7年 日本消化器内視鏡学会 専門医
 - 平成9年 医学博士(大阪大学)
 - 平成22年 日本内科学会 指導医
 - 日本消化器病学会 指導医

C型肝炎の現状

C型肝炎ウイルス(HCV)は、米国のChooらにより1989年に発見された一本鎖RNAウイルスです。現在、全世界でのHCVキャリア数は1億7千万人に上り、本邦では150～200万人の感染者がいますと言われています。一旦感染すると治癒するものは30%程度と言われており、約70%の方が慢性化するとされていますが、主な感染経路であった輸血による感染が、スクリーニング法の進歩により減少したため、ウイルスのキャリア率は順調に低下してきています。一方1.5～2%のキャリア率を保持する60歳代以上の年齢層の方々のなかには、ウイルスに感染されていることすらご存じないまま肝疾患が進行し、肝癌を発症してから、あるいは重篤な症状が出現してから、当院を受診される方も後をたちません。(図1)

図1：進行する肝病変(腹腔鏡写真から)



薬物治療の進歩

ウイルス肝炎の進行を阻止し、肝癌の発症を抑制する治療法としては1980年代後半から始まったインターフェロン(IFN)治療が重要な役割を果たしてきました。治療が導入された1990年代よりIFN治療の有効性に関する膨大なデータが集積され、治療後にHCVが排除されると、肝炎が鎮静化し、肝硬変への進行や肝癌の発症が抑制されることが示されてきました。一方でウイルスのサブタイプやウイルス量と治療効果との関係に関する検討から、当初日本において多くを占める1型高ウイルス量の罹患者の治癒率は非常に低く、わずか数%程度にも満たないことが示されていました。しかし、その後治療期間や投与量に関する工夫がなされた上、血中濃度が長時間維持されるペグインターフェロン(PEG-IFN)製剤やリバビリン(RBV)という抗ウイルス薬の開発により、治癒率は40～50%まで上昇するに至り、この2剤の併用療法による治療が2000年代に長らく続いてきたことになります。

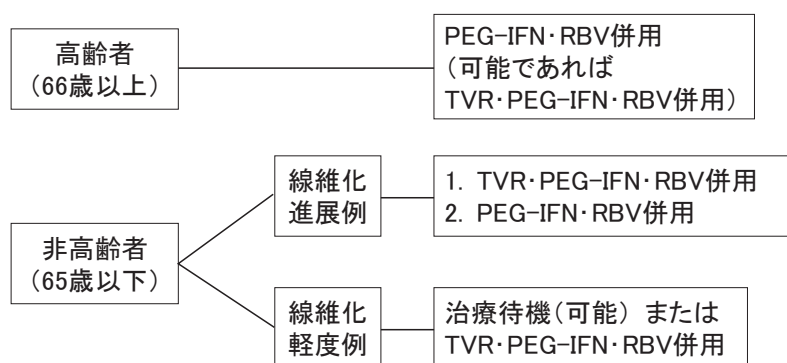
一方全世界における膨大な罹患者数を背景に、より強力な抗ウイルス薬に対する必要性が高まり、ついに第3の薬剤としての抗ウイルス薬が続々登場し、日本においてはその先陣をきって2011年11月、1型高ウイルス量症例に対するあらたな抗ウイルス薬としてテラプレビル(TVR)が認可されました。本薬剤は、HCV増殖に重要な役割を果たしているHCV遺伝子非構造蛋白の中のNS3/4Aプロテアーゼを直接阻害することにより、ウイルス増殖を強力に阻害することが知られています。

PEG-IFN+RBV併用療法にこの薬剤を加えた 3 剤併用療法により、初回治療の治癒率は約70%程度にまで向上していますが、来年以降に導入される新薬を用いた 3 剤併用療法による治癒率は80%から90%にまで到達する勢いになっています。また、IFNを用いない経口抗ウイルス剤のみの併用療法で治癒を目指す新たな治療法も開発されてきています。

C型肝炎治療ガイドラインについて

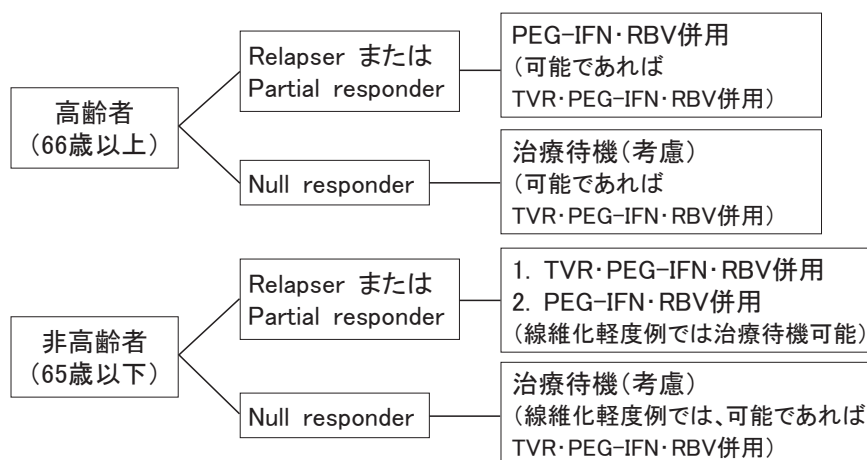
現時点における最強の治療法はTVRを加えた 3 剤併用療法ではありますが、この薬剤を併用することにより、高度な貧血の進行ならびに重篤な皮膚病変の出現などの副作用も増加することが知られ、副作用に対する懸念から治療効果のさらに高い次世代の薬剤の導入に向けて待機する患者様も現場では見受けられます。どの患者様に対してどの治療法を導入するべきか、あるいは導入するべきでないのかといった混乱をさけるため、日本肝臓学会は本年 5 月に C 型慢性肝炎の治療法に対するガイドラインを制定しました。図 2 および図 3 にその一部をお示しますように、本ガイドラインは年齢および肝病変の進行度、前治療の有無などによりフローチャートが生まれ、現時点での治療法の選択肢がわかりやすく示されています。

図 2：初回治療－ゲノタイプ 1 型・高ウイルス量症例 治療の原則



(C型肝炎治療ガイドライン(第1版) 日本肝臓学会 2012年5月より一部改変)

図 3：再治療－ゲノタイプ 1 型・高ウイルス量症例 治療の原則
＜前治療歴が判明している場合＞



(C型肝炎治療ガイドライン(第1版) 日本肝臓学会 2012年5月より一部改変)

肝臓専門医の果たす役割

より治療効果の高い新薬の導入は早ければ来年、遅くとも再来年と言われており、このガイドラインも次々導入される新薬を加味して、**renewal**を繰り返す必要が生じることになります。当院におきましても、より治療効果の高い薬剤を速やかに導入し、皆様のお役にたてるよう努力する所存ではありますが、治療効果と副作用、ご本人の肝病変の進行度などを厳密に検討した上で、最適の治療法を選択する必要があると考えています。

どのような患者様にどの治療をどのタイミングで行うかの決定には、新薬応用の状況も見極めて考える必要があります。C型肝炎の治療においては専門医の判断がますます重要となっています。当科は肝臓専門医 8 名が在籍しており、それぞれの方にとって最善最適な治療が提供できるものと考えています。また、新薬を用いる治療の実施施設となることが今後も予定されており、対象となる症例では、より有効性の高い治療をより早く受けていただくことも可能です。C型肝炎症例は是非当科までご紹介くださいますようお願い申し上げます。

腹部大動脈瘤に対する ステントグラフト挿入術の実際 —腹部大動脈瘤は 開腹することなく治療できます!!—

循環器内科 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 循環器科

●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 ステントグラフト 指導医

腹部大動脈瘤とは

腹部大動脈正常径は2 cm前後ですが、この1.5倍以上になった場合、大動脈瘤と定義されます。大動脈瘤発症の90%は動脈壁の動脈硬化性変化に起因します。大動脈瘤は一度拡張し始めると自然に縮小することはありません。大動脈壁にかかる張力は径に比例して増大するので、大動脈瘤径が増すほど拡張スピードは早くなります。瘤径の増加に反比例して動脈壁厚は薄くなり、最終的には血圧に抗しきれず破裂します。径4 cm以下の大動脈瘤の推定年間破裂率は0%と言われていたますが、直径5～6 cm台で年間約10%、7 cmを超えると年間約20%以上になります。破裂した場合の救命率は10～15%と言われています。破裂と関係の深いものとして女性、喫煙、高血圧、慢性閉塞性肺疾患(肺気腫など)、家族歴が挙げられています。また腸骨動脈瘤が併存している場合があります。腸骨動脈瘤は腹部大動脈瘤に比べて破裂しやすく、破裂した場合の手術リスクも高いので腸骨動脈径が3 cmを超えたら大動脈径に関係なく手術を行う必要があります。

腹部大動脈瘤と薬物治療

腹部大動脈瘤拡大にもっともエビデンスのある治療は、禁煙です(日本循環器学会class II a)。降圧薬はclass II b(ベータブロッカーはclass III)であり、内服加療での破裂予防・瘤径拡大を積極的に抑止することは困難です。内服加療・禁煙を継続しつつ定期的に受診して頂き、瘤がある一定の大きさ以上(class I: 男性5.5 cm以上/女性5 cm以上、class II a: 半年で5 mm以上の拡大/症状を呈する腹部大動脈瘤/5 cm以上)になれば手術を行います。手術には、外科的開腹術とステントグラフト挿入術(EVAR)があります。

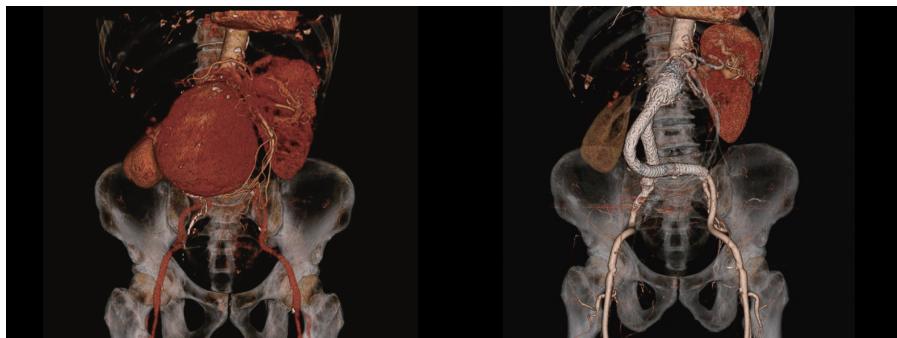
外科的開腹術とEVARの違い

開腹術は最も確立した手術です。1回の治療で効果は一生ものです。しかし、術直後のお腹の痛みと開腹によって引き起こされる慢性期の腸閉塞・ヘルニア等が問題です。高齢の患者様や合併症が多い(心臓や頭、腎臓、肺等)患者様には、全身麻酔下での開腹術が困難な場合があります。そのような開腹術の危険性が高い患者様には、患者様の負担が少ないEVARが適していると考えます。

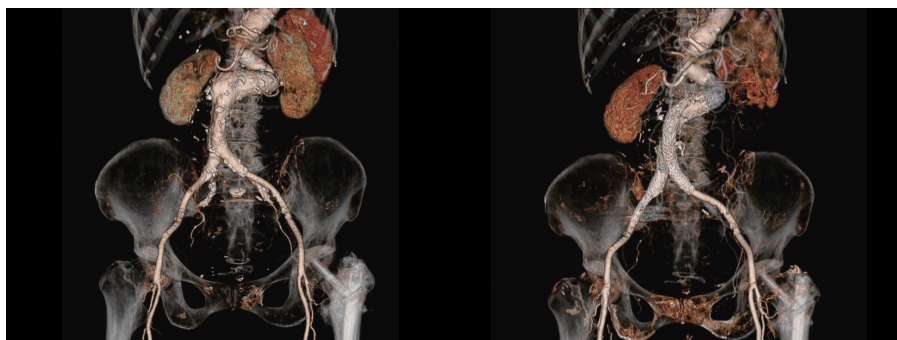
当院でのEVARの実際

足の付け根の小さな切開(5～8 cm前後)だけで治療ができ、他を切開する必要がありません。EVARとは、カテーテルの中から人工血管を動脈瘤部分で留置し、動脈瘤の前後を橋渡しすることで、動脈瘤内への血液を遮断する治療です。このEVARにて動脈瘤が破裂しない状態にします。当院では心臓血管外科と循環器内科の医師が協力して、局所麻酔下でEVARを行います。手術時間は、約2～3時間です。手術後帰室時より食事ができ、翌日から歩行もできます。入院期間は約7日前後であり、術後1週間でCT検査を行い問題なければ退院です。

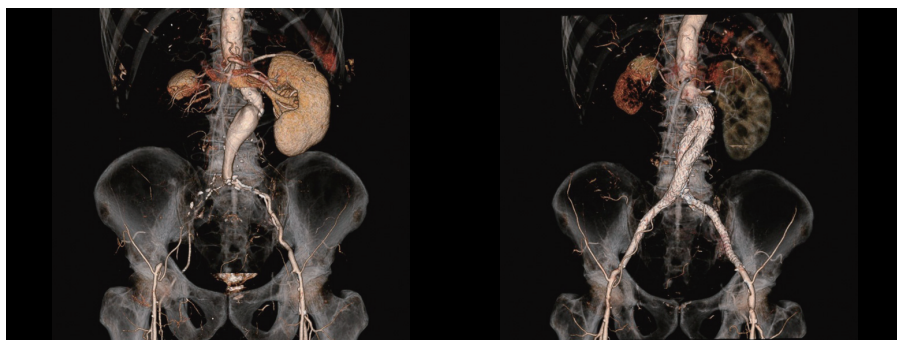
関西労災病院における腹部大動脈瘤に対するEVARの実際(いずれの症例も開腹せず、局所麻酔下で鼠径部の小切開のみでEVARを行ないました。)



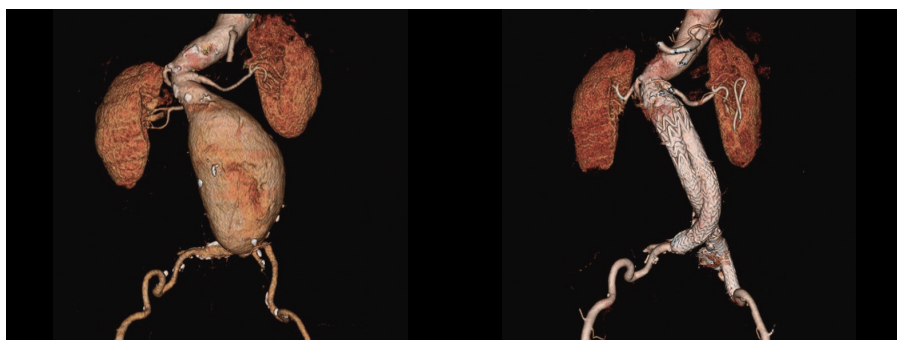
87歳男性
慢性呼吸不全合併の腹部大動脈瘤症例(瘤径が11cm!!)に対するEVAR



78歳女性
高度屈曲を合併した腹部大動脈瘤症例に対するEVAR



68歳男性
下肢閉塞性動脈硬化症(右腸骨動脈閉塞)を合併した腹部大動脈瘤症例に対するEVAR



77歳男性
短いネック(腎動脈下の正常血管長が6mm)を合併した腹部大動脈瘤に対しchimney法を併用したEVARを施行した1例

当院における腹部大動脈瘤症例に対するEVARの特色

当院では2007年12月に導入し、以後増加し、2012年10月時点で約200例となっています。当院では術前320列のCT検査にて、腹部大動脈瘤の評価に加えて冠動脈評価も同時に行っています。次に循環器内科・心臓血管外科・放射線科が月1回の合同カンファレンスを行い、個々の症例について検討しています。また本邦では全身麻酔で行う施設が多い中、当院では麻酔科・手術部の協力のもとに神経ブロックを導入し、鼠径部切開時の疼痛緩和に努めています。EVARは他のカテーテル治療と比べ、手術時間も長く合併症の重症度も高いため、患者様の不安も強く、それだけコメディカルの協力が不可欠です。このようにEVARは内科、外科、放射線科、看護師などチーム一丸となって積極的に取り組んでおります。腹部大動脈瘤症例がいらっしゃいましたらご紹介頂けましたら幸いです。

23ゲージ硝子体手術

眼科副部長 中 田 亙



●略歴

平成9年 大阪大学 卒業
大阪大学医学部附属病院 眼科
平成11年 八尾市立病院 眼科
平成13年 大阪大学 眼科学教室
平成14年 Cole Eye Institute, The Cleveland Clinic Foundation 研究員
平成17年 大阪医療センター 眼科
平成20年 関西労災病院 眼科
平成24年 同 眼科副部長

●資格

平成14年 眼科 専門医
平成18年 PDT 認定医

はじめに

平素より多くの大切な患者様をご紹介いただき、誠にありがとうございます。当院眼科では、ドライアイや各種角膜疾患に対する角膜外来と、糖尿病網膜症や網膜剥離など網膜硝子体疾患に対する網膜外来を二つの柱として、地域の皆様のお役に立てますように努めております。今回は私が担当しております網膜硝子体手術についてご紹介させていただきます。

硝子体手術の概要

医療・医学の進歩はめざましく、かつては治療不可能とされた進行した糖尿病網膜症や黄斑円孔などの多くの疾患が今日では治療可能なものとなりました。眼科においては、硝子体手術の発明が網膜硝子体疾患の治療において大きな転機であったといえます。その後約40年の歴史を経て、硝子体手術は非常に安全性の高いものへと発展してまいりました。さらに近年ではde Juanらによって報告された25ゲージ経結膜硝子体手術をはじめとする小切開硝子体手術が主流となりつつあり、当初の危険極まりない硝子体手術の話が遠い過去の術式のように感じられる、洗練された術式へと進化してまいりました。

23ゲージ硝子体手術

従来の20ゲージ硝子体手術で用いられた器具の直径が約0.9mmであるのに対し、25ゲージでは約0.5mm、23ゲージでは約0.7mmとなり、小切開手術が可能となります。その結果、創の縫合が不要となり、手術時間の短縮、手術操作の簡略化、さらに術後の創傷治癒反応、炎症反応も軽微なものになります。当院では、硝子体切除効率や器具の剛性の点を考慮し、バランスのとれた23ゲージ硝子体手術を採用しております。

それでは術式に関して簡単に述べさせていただきます。まず23ゲージVランスにて結膜上から強膜へと斜めに穿刺し(写真1)、マイクロカニューレを設置します(写真2、3)。その際、結膜を少しずらして

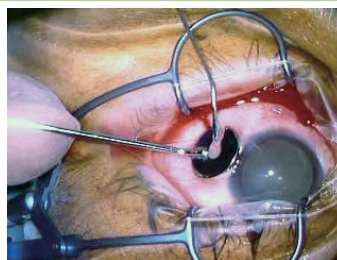


写真1

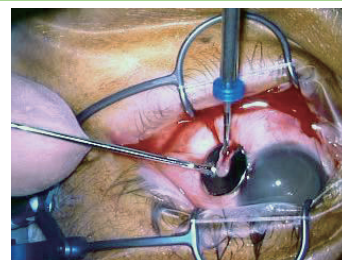


写真2

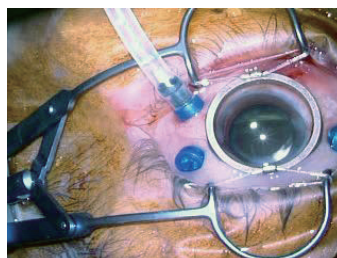


写真3

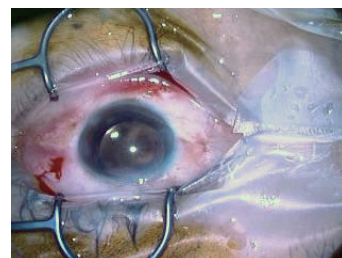


写真4

て穿刺することで、術後に結膜と強膜の創がずれますので術後眼内炎のリスクを減らすことが可能となり、斜めに刺入することで創が自己閉鎖しやすくなります。その後の手術操作は、従来の20ゲージ硝子体手術と大きく異なる点はありません。当初光源が暗い、器具の剛性が低いといった問題点が挙げられていましたが、次々に改良が行われ、問題は日々解決されてきています。手術終了時点ではマイクロカニューレを抜去するだけで創は閉鎖しますので、基本的に縫合は必要ありませんが、わずかでも漏出が疑われる場合には、術後合併症(低眼圧症や術後眼内炎など)のリスク軽減のため躊躇なく縫合をしております(写真4)。

経テノン球後麻酔

硝子体手術において、通常は経皮球後麻酔もしくはテノン嚢下麻酔が行われると思います。経皮球後麻酔に関しては、「眼球穿孔や球後出血のリスクがある」、「麻酔施行時の疼痛が大きい」などの問題があり、テノン嚢下麻酔では、「眼球運動の制御ができない」、「結膜下に麻酔薬がまわるとその後の操作が面倒になる」などの問題点があります。

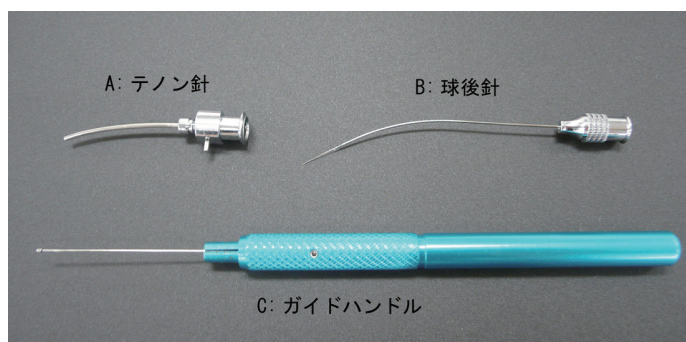


写真 5

現在当院にて使用している「経テノン球後麻酔(写真5)」では上記の問題点を解決することができます。まず結膜に小切開を加え、先端が鈍なガイドハンドル(先端丸状)を通したテノン針をテノン嚢へ挿入します(写真6)。ガイドハンドルが強膜とテノンの強く癒着した部位まで到達したらガイドハンドルを抜去し、代わりに球後針を挿入します(写真7)。球後針によりテノンを破り、筋紡錘のなかへ麻酔薬を注入することができます(写真8)。鋭利な球後針がテノン針の内腔を進むため、経皮球後麻酔とくらべ、眼球穿孔のリスクは少なく、患者様の疼痛が極めて少なくなる上に、知覚・運動の麻酔を確実に得ることができます。

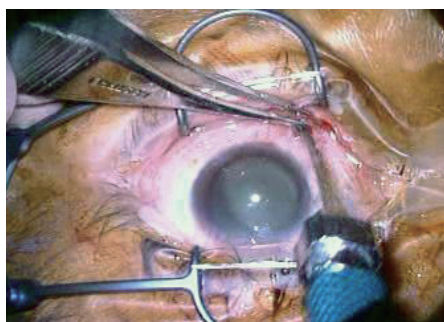


写真 6



写真 7



写真 8

最後に

以上、簡単に述べてまいりましたが、「23ゲージ硝子体手術」及び「経テノン球後麻酔」は合併症が少なく、早期離床、早期視力回復を可能とし、患者様の術後の不快感が少ない、と大きな利点を重ね持っています。「失明を回避することができれば、それ以外の点は多少犠牲になってもかまわない」という考えは時代遅れとなり、術中の患者様への負担減や術後のQOLも大きな問題であると考えられる時代になっています。この小切開硝子体手術は以上のニーズに合致するものといえます。

今回紹介させていただいた硝子体手術の対象となる主な疾患として、糖尿病網膜症や網膜剥離などがあげられますが、これらは病状が進行してから治療を始めたのでは十分な視力回復を得ることが難しい疾患です。ただ糖尿病網膜症は初期にはゆっくり進行するため、症状が出現する前から定期検査を行うことで適切な時期に適切な治療を開始することができます。一方、網膜剥離に関しては、症状が発生する前に病気を発見することが難しいため、定期検査はそれほど重要ではありません。すなわち、糖尿病網膜症は「症状がないうちからお近くの眼科で定期検査を受けること」、一方、網膜剥離は「症状が出現したらできるだけ早期に眼科を受診すること」が重要となります。

糖尿病が認められた患者様、急激に進行する飛蚊症や視野障害(網膜剥離の症状)を訴えられた患者様がいらっしゃいましたら、ぜひ眼科受診をお勧めしていただくことをお願いいたします。

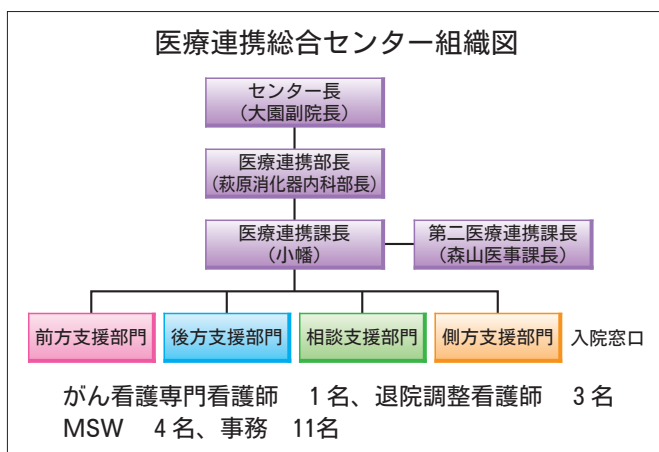
医療連携総合センターの活動について

医療連携課長 小幡 光子

平素より先生方には大変お世話になり、誠にありがとうございます。

当院では、先生方との連携を強化し、患者様の来院から転院・退院までの流れを切れ目なくトータルサポートできる体制を目指し、2011年4月1日に従来の「患者様よろず相談プラザ」を改編し、「医療連携総合センター」として発足させました。右図のようにセンターとして組織を再編し、看護副部長・外来師長を経験した私が医療連携課長として、センター業務を統括しております。

医療連携総合センターは4つの部門から成り立っております。2年目に入りましたセンターの業務についてご紹介させていただきます。



前方支援部門(地域医療室)

先生方からのご紹介に対応して、診察や検査の予約を行うこと及び逆紹介も含め、適切な診療情報を先生方にご提供するよう努めております。紹介患者様の来院・入院・手術に関わる簡易な報告(第一報)は、タイムリーに情報提供ができるように地域医療室から発信しております。なお紹介患者様の優先診療を実施するための取り組みを行っております。

後方支援部門(退院支援)

入院患者様の在宅療養への意向や転院への橋渡しのサポートを退院調整看護師・MSWが行なっています。入院時から病棟看護師と連携して支援にあたり、退院後も患者様が安心して社会復帰や療養生活が送れるよう、地域で働く看護師の方々と「看護連携の会」や、当院認定看護師による研修会を開催するなどして、地域の保健・医療・福祉サービス機関との連携を強化しております。

相談支援部門

各種医療相談、介護福祉相談の他に、がん患者様とご家族の治療上の悩みや不安に対応するために、「がん相談窓口」を設置し、がん患者様が集う「がんサロン」を毎月開催しております。

側方支援部門

地域がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院として、地域の医療従事者を対象とした研修会やセミナーを開催する他、地域連携パスのネットワーク拡大のための取り組みを行っております。

【研修会、セミナーの予定】

- ・阪神南がんカンファレンス(仮称) 平成25年1月17日(木)
- ・がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会
平成25年2月24日(日)、3月3日(日)

患者様が安心して地域で生活できるよう、医師・看護師・多職種の医療従事者の方々と、垣根のない医療連携を築いていきたいとの思いで日々業務にあたっております。今後とも関西労災病院 医療連携総合センターをご支援のほど、よろしくお願い申し上げます。



医療連携総合センタースタッフ



独立行政法人 労働者健康福祉機構

関西ろうさい病院

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.kanrou.net/>

発行人 林 紀夫 編集人 堤 圭介

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・祝日は業務していません)

TEL 06-6416-1785(直通)

06-6416-1221(内線7080)

FAX 06-6416-8016(直通)

連携通信第9号 平成24年11月



イメージキャラクター
かんろうこ