

## 2015年 医局カンファレンス

2015年2月20日 (金)

### 糖尿病と心血管疾患合併について

盛岡赤十字病院 循環器内科

長井 瑞祥

### MPA療法後に自然妊娠成立し挙児を得た若年子宮体癌の一例

盛岡赤十字病院 産婦人科

船越 真生

【緒言】子宮体癌1期の手術療法による予後は良好だが、若年子宮体癌では、妊孕性温存のため、ホルモン療法が適応となる機会が増えている。最近、MPA療法後に自然妊娠から分娩に至った若年子宮体癌を経験したので報告する。【症例】症例は、33歳の未婚女性で、2か月前からの経血違和感の主訴で精査し、子宮内膜全面搔爬で類内膜腺癌G1と診断され、MRIで1a期と推定された。子宮全摘および両側付属器切除の手術療法の適応と考えられたが、妊孕性温存の希望が強く、ホルモン療法が検討された。、酢酸メドロキシプロゲステロン(MPA)一日400mgを24週投与し、8週目、16週目、終了時に子宮内膜全面搔爬を行い、病変消失しない場合は、手術療法に切り換えるという治療方針でインフォームドコンセントを得て、MPA療法を行っ

た。8週目の子宮内膜全面搔爬で病巣の消失が確認され、16週目と終了時の子宮内膜全面搔爬でも病変をみとめず、病理学的寛解と判定された。直後から、クロミフェンクエン酸塩の内服により周期的消退出血を維持し、3カ月毎の子宮内膜細胞診と経膈超音波検査、6カ月毎の子宮内膜全面搔爬にて経過観察した。超音波所見、細胞診、全面搔爬とも、すべて異常なく経過し、MPA療法29ヶ月後、自然妊娠が成立した。妊娠経過は異常なく、妊娠41週で帝王切開にて分娩した。【結語】若年子宮体癌に対するホルモン療法は再発率が高く、卵巣温存に伴う卵巣転移等の問題があり、治療後早期の妊娠が望まれるが、未婚例や不妊症例も多く、寛解後の経過観察の方法や期間、最終的な子宮および卵巣摘出の必要性や時期など、今後のデータ集積が望まれる。

2015年4月17日 (金)

## 無熱性けいれんの2例

盛岡赤十字病院 小児科

田中健太郎

小児において無熱性けいれんはよくみられる症状の1つである。その中で反復するのは約30%といわれているため、初回の場合には経過観察になることが多い。

小児の無熱性けいれんはてんかん以外でもみられ、丁寧な診察と詳細な問診から診断を絞り込める

ことが可能である。よって、無熱性けいれん=てんかんと決めつけ無用な抗けいれん剤の長期使用は慎むべきである。

今回は無熱性けいれんのうち、問診と診察で診断し得た良性けいれん2例について述べた。

## 左後下小脳動脈瘤の一手術例

盛岡赤十字病院 脳神経外科

久保 直彦

2015年4月17日（金）

## 左後下小脳動脈瘤の一手術例

盛岡赤十字病院 脳神経外科

久保 直彦

症例：50代男性

主訴：頭痛，めまい，嘔吐

現病歴，経過：突然の頭痛，めまい，嘔吐にて発症。同日，当院を受診。CTにてくも膜下出血，脳室内出血を認め，3DCT血管撮影を行ったが脳動脈瘤は同定できなかった。保存的に経過をて14病日に脳血管撮影を行ったところ，左椎骨動脈造影にて左後下小脳動脈末梢部，小脳虫部に脳動脈瘤を認めた。右椎骨動脈造影にては動脈瘤が造影されなかった。第18病日に後頭下開頭にて手術を行った。左後下小脳動脈中枢部より末梢に辿って行ったが，動脈瘤は認めなかった。右後下小脳動脈を辿るとその末梢に動脈瘤を認め，ネッククリッピングを行った。術後再合成した3DCTA

を検討すると，動脈瘤の位置は正中を超えているように見え，右側に位置していたことが再確認した。術後経過は良好にて術後2週間で退院した。

後下小脳動脈瘤末梢の動脈瘤は稀であり，1%にも満たないと思われる。その手術は動脈瘤を確認できれば比較的簡単であるが，時に血管形成を行う必要がある。本症例は，術前左後下小脳動脈より発生したものと診断手術を行ったが，右より発生していた。Huangらによると後下小脳動脈の走行は大きく分けて6のバリエーションがあり，また上小脳動脈や前下小脳動脈と吻合していることもある。このような変化により対側の動脈が造影されていたものと推察される。

2015年5月15日 (金)

## 急性緑内障発作の診断, 加療

盛岡赤十字病院 眼科

濱端久仁子

緑内障とは、眼圧（眼の水圧）によって、視神経が圧迫され、視野狭窄を来す病気である。緑内障は、「急性」の閉塞隅角緑内障（急性緑内障発作）と「慢性」の開放隅角緑内障に二つに大別できる。隅角とは前房水の排水路のことで、二つの緑内障は機序も治療法が異なる。

ほとんどの緑内障は開放隅角緑内障（POAG）であり、有病率は40歳以上で6%である。

隅角が広いタイプだが、さらに奥の出口の部分のめづまりで眼圧が上昇することで、視神経障害が進行し、視野欠損していく。亜型として正常眼圧緑内障（NTG）があり、眼圧は正常範囲だが、視神経が脆弱なため障害が進行する。自覚症状がないので、数年～数十年後に視野欠損が進行してからでないと気が付かない。また、POAGに対して特に禁忌の薬剤はない。

一方、急性緑内障発作は、急性に隅角が閉塞し、急激な眼圧上昇を来たる。隅角、つまり角膜周辺部の裏側と虹彩周辺部のなす角が狭い（狭隅角眼）と、急性に隅角が閉塞瞳孔虹彩ブロックを来たすためである。

狭隅角眼は、女性に多く、遠視の人はよりなりやすい。また、加齢に伴ってリスクが高まり、一般に発作を起こしやすい狭隅角眼の頻度は0.6%、加齢とともに上昇して60歳以上では1%前後である。さらに発作を起こすのはこの中のごく一部で、40歳以上の有病率は全体で1.12%、男性0.62% < 女性1.57%、40歳代で0.13%、70歳<では3.36%である。

病気の本態は、4つの危険因子からなり、危険因子を回避することが予防になる。

- ①眼球の形状：：小さい遠視眼、女性
- ②散瞳：：散瞳すると虹彩の根元が膨らむので隅角が閉塞。抗コリン作用薬注意

③うつむき：：水晶体が上になり隅角を閉塞。

④白内障：：水晶体が加齢により混濁し、膨化し、隅角を閉塞

すなわち、白内障手術がされていれば、発作は基本的には生じない

急性緑内障発作の症状は急激な眼痛、軽度充血、中等度散瞳、視力低下、角膜浮腫、対光反応減弱で、両眼生じることは極めて稀である。診断ができたなら、直ぐに初期薬物療法で眼圧を下げる処置をする。薬物療法のみでは、ブロックを解除しただけで発作を起こす危険があるので、下がり次第緊急手術を行う。可能であれば、レーザー治療によって虹彩部分に穴をあけ房水の逃げ道をつくるか、レーザーが不可能な場合は緊急観血の手術が適応となる。

当直時の初期治療処方例（院内セット処方の予測指示あり）

1. 眼圧下降、角膜浮腫改善目的  
マンニトール300mlの急速全開点滴（腎機能不良例は、グリセオール400ml）  
緑内障点眼薬（βブロッカー、炭酸脱水素酵素阻害薬等）アゾルガ点眼 2回（合剤）
2. 縮瞳目的：サンピロ点眼液（副交感神経刺激）15分おき頻回点眼 5-6回

最後に、頭部疾患を見落とさない事。緑内障発作の症状は頭痛、嘔吐以外に必ず眼症状を伴うが、通常は両眼の発作は極めて稀なので、発熱による両眼充血は除外する。眼脂が出るような結膜炎も除外する。すでに通院歴があれば、予測指示通り点滴、サンピロ点眼を当直医にして頂きたい。発作が濃厚の時、眼科医が来院できない状況の際は、医大眼科当直医に依頼して頂きたい。

2015年5月15日 (金)

## 鼠径部ヘルニアの話題～Kugel法からTAPP法まで～

盛岡赤十字病院 外科

川村 英伸・杉村 好彦・畠山 元・青木 毅一・武田雄一郎・松尾 鉄平・澤田健太郎

【目的】成人鼠径部ヘルニアに対し、我々はH15年より鼠径部切開法のKugel法を施行してきた。しかし、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術の保険点数の改正や腹腔鏡下手術の増加に伴い、H25年9月よりTAPP法を導入した。今回、研修医のために鼠径部ヘルニアの解剖や診断の基本を解説するとともに、Kugel法とTAPP法の手術成績について発表する。

【対象と方法】当院の鼠径部ヘルニアに対する治療方針は、内・外鼠径ヘルニアおよび大腿ヘルニアの発生部位である筋恥骨孔を全て塞ぐことができるunderlay法のKugel法やTAPP法を基本術式としている。鼠径管を開かない為、慢性疼痛が少なく、理論的に再発も少ないからである。嵌頓、再発例除く、連続する鼠径ヘルニア手術症例で、Kugel法：80病変、TAPP法：80病変で比較検討した。両法ともに全身麻酔に膨潤麻酔を併用し、膨潤麻酔剤

としてエピネフリン含有1%塩酸リドカインおよび0.75%ロビバカインを使用した。両法ともに前日入院、手術翌日以降の希望退院とする鼠径ヘルニアパスを使用した。【結果】患者背景に有意差は認めなかった。手術時間(分、平均±標準偏差)はKugel法：63±11、TAPP法：105±25とTAPP法で有意に長かった。出血量、術後在院期間の中央値および術後鎮痛剤の使用頻度では、両法に有意差を認めなかった。合併症では、TAPP法で創感染2例および外側大腿皮神経麻痺を1例認めた。再発は両法で認めていない。【結語】全身麻酔に膨潤麻酔を併用したKugel法およびTAPP法は、手術時間がTAPP法で有意に長かった他はほぼ同等の手術成績であった。今後、患者様の背景に応じたオーダーメイド治療の選択が可能になるとと思われる。

2015年7月17日（金）

## 外来化学療法室と皮膚疾患～当院における検討～

盛岡赤十字病院 皮膚科

馬場 由香

化学療法中に発現する皮膚障害は、抗癌剤の影響だけではなく、患者自身の全身状態やほかの有害事象、環境ケアなどの様々な要因も関係している。皮膚障害自体は生命を脅かすものではないため、対症療法を行いながら治療を継続することが多いが、その部位や程度によっては、QOLの低下や整容面での精神的苦痛は深刻な問題である。

今回、2013～2014年に当院外来化学療法室にて化学療法を受けている患者247人のうち、当科も同時受診している患者計72人の皮膚症状について検討した。男女比は27：45で女性の患者数が多かった。疾患では大腸癌45%、乳癌25%、胃癌9%、卵巣癌7%、それに膀胱癌、胆嚢・胆管癌などが続く。受診患者の皮膚疾患は化学療法に関連したものが35例と多く、皮膚感染症26例、湿疹・皮膚炎群15例が続く、その他に放射線性皮膚炎、蕁麻疹、外傷等があった。化学療法に関連したものは、大きく分けて、抗癌剤に伴う皮膚障害（痤瘡様皮疹、脂漏性皮膚炎、爪囲炎）と手足症候群の2つがあった。化学療法に伴う皮膚障害はパニツブマブとベバシ

ズマブに伴うものが多かった。21例中、grade1:14例、grade2:3例、grade3:4例であり、計7例が皮膚障害のため化学療法中止となった。手足症候群はテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤、ドセタキセル、フルオロウラシルにともなうものが多かった。14例中、grade1:6例、grade2:7例、grade3:1例であり、1例が手足症候群のため化学療法中止となった。化学療法中止後の平均生存日数は139.64日（43-315日）であった。

皮膚症状のに対する受け止め方はGradeによらず個人差が大きく、皮疹がごく軽症でも化学療法をやめたいと訴える人もいれば、皮疹が重篤でも化学療法を継続したいと願う人もおり、個人個人の思いに沿った対処をしていくことが重要と考えた。抗癌剤による皮膚障害は全身的な影響が少ないことから軽視されがちであるが、QOLの低下や外観的イメージを損なうことによる精神的苦痛は治療の継続に大きく影響する。皮膚科医と連携して、皮膚障害の予防と症状緩和が重要と考えた。

## 乳癌のホルモン療法について

盛岡赤十字病院 緩和ケア科

畠山 元

- ①約70%の乳癌は再発予防にホルモン療法が有効である。
- ②ホルモン療法剤は閉経前、閉経後で使い分ける必要がある。
- ③術前治療にも有効な場合がある。
- ④細胞毒性化学療法よりは、高齢者にも使用できる。
- ⑤進行再発乳癌ではQOLを維持しながら使用することができる。
- ⑥進行再発乳癌での化学療法は、その時点での、患者の全身状態、本人がどう生きたいかを踏まえた意思決定支援を行いつつ（Advance Care Planning）、治療できない癌とともに生きていくために治療の導入を決定する必要がある（Bevacizumab+Paclitaxel, Eribulin, TS-1（Docetaxelと非劣性）、Vinorelbine, GEM+Paclitaxel…etc）

2015年8月21日 (金)

## 血糖コントロールについて

盛岡赤十字病院 消化器科

小野 光隆

2012年に厚生労働省により行われた国民健康・栄養調査によると、日本の糖尿病人口は950万人、糖尿病予備軍は1100万人に達し、糖尿病・糖尿病予備軍の総数は2050万人にも上ることが明らかになった。

この事は糖尿病患者の多さもさることながら、糖尿病患者を診る側の機会が増えたことも意味してい

る。糖尿病治療は現在多くの種類の内服薬、注射剤が乱立しており、適正な使用方法や副作用等の情報が、実際現場で糖尿病を診ている糖尿病非専門医まで行き渡っているとは言えない状況である。

上記のため、糖尿病における内服、注射剤について使用するポイントや注意すべき事をガイドライン等を参考に発表させて頂いた。

## ソフトボール投手に生じた第1肋骨疲労骨折の1例

岩手県立二戸病院整形外科<sup>1)</sup>・岩手医科大学付属病院整形外科<sup>2)</sup>

村上 賢也<sup>1)</sup>・佐藤光太郎<sup>2)</sup>・土井田 稔<sup>2)</sup>

### 【はじめに】

ソフトボール投手に生じ、投球数過多が原因と考えられた第1肋骨疲労骨折の症例を経験したので報告する。

### 【症例】

17歳女性。高校3年生のソフトボール部投手で左投げ左打ち。部活動の休みは月に2日程度で、3月からは1日に150球の投球をしていた。3週間前から左肩痛が出現したが、部活動は続けていた。5月某日ソフトボールの試合で投球中にゴリッという轢音を左肩に自覚し左肩痛が増強。試合は途中交代し同日当科を受診した。左肩関節は疼痛のため挙上困難で、深吸気時に左上胸部に疼痛が誘発された。単純X線像で左第1肋骨中央部に骨折を認め、病歴より疲労骨折と診断した。スポーツを禁止とし保存加療を行った。初診後3週で仮骨が認められ、疼痛の軽減が得られた。初診後3か月の時点で疼痛は改善

し、日常生活動作にも支障は認めなかった。単純X線像で骨癒合は得られていなかったが、初診後1年の再来時に骨癒合が確認できた。

### 【考察】

第1肋骨疲労骨折は肋骨疲労骨折の中でも比較的稀であるが、スポーツを原因とすることが多く、中でも上肢を頻回に挙上する種目に生じやすいとされている。ソフトボール投手による第1肋骨疲労骨折の報告も散見され、機序としては投球動作時の前鋸筋や前・中斜角筋、内肋間筋の牽引力で肋骨中央部に歪みが生じ発症すると報告されている。本症例はほぼ連日150球の投球動作を繰り返しており、同機序による投球数過多が原因で発症したと思われる。野球においては成長期における肘・肩障害の予防として投球数制限を提唱する報告が多くなされているが、ソフトボール投手においても同様に選手や指導者への投球数制限の提唱が必要と考えられた。

2015年 医局カンファランス

2015年10月16日（金）

## ビタミンB12欠乏症

盛岡赤十字病院 血液内科

峯 貴浩

## 最近の前立腺肥大症治療の話題

盛岡赤十字病院 泌尿器科

福田 孝

2015年11月20日（金）

## 当院における放射線療法の現況

盛岡赤十字病院 放射線科

角原 紀義・阿部 知博・廣瀬 敦男

高精度放射線治療（ライナック）が平成26年4月に導入され平成27年10月まで（約1年7ヶ月）の放射線治療の現況を報告する。

治療件数154名で疾患別割合は乳癌45%と最も多く、次いで悪性リンパ腫13%、子宮癌12%、前立腺癌7%、喉頭癌6%で転移性骨腫瘍、食道癌などである。

院外からの紹介率は30%、外来入院の比率は外来75%、入院25%である。

放射線治療は、日常生活を継続しながら充分通院可能な治療方法と考えられる。

又、独自のパンフレットを作成し、広報活動を展開している。

高精度放射線治療とは、高精度のマルチリーフコリメータ、画像誘導放射線治療（IGRT）、強度変調放射線治療（IMRT）、コンピュータ支援の治療計画装置などを総合的に用いた治療である。

放射線治療計画装置には、X線撮影装置、CT撮

影装置が内蔵されており毎回治療時にX線画像あるいはCTを撮像して治療計画時との空間的な誤差を補正し、正しい位置に放射線が照射される様にする。

強度変調放射線治療（IMRT）は直線加速器から発生する高エネルギーX線を利用、マルチリーフコリメータを精密に操作することで放射線の強度の変化を作成、不均一な強度のビームを腫瘍およびリスク臓器の形状に合わせて多方向から正確に照射し、正常組織への影響を最小限に保ちつつ、同時に腫瘍に対しては高線量照射が可能、頭頸部癌や前立腺癌など対象となる。

IMRTの開始が予定より遅れており1日も早く稼働出来る様に努力している。

IT技術を駆使し、正確で再現性が高く、患者さんに負担がより少ない放射線治療を提供する事が第一と考える。

2015年11月20日（金）

## 嚥下障害に対する耳鼻科的な診断と指導

盛岡赤十字病院 耳鼻咽喉科

佐藤 尚徳

耳鼻咽喉科一般外来を受診する誤嚥を疑う症例の症状は、食事時のムセ、咳ばらい、湿性嘔声などです。脳梗塞などの疾患の他に、体力低下や廃用症候群などによっても嚥下運動が遅くなり誤嚥を起こしやすくなります。

また高齢者は喉頭の知覚が低下しているので誤嚥のリスクが高く、しかもムセを認めない場合も多く見られます。

嚥下障害の診断と治療の手順ですがまず問診で原疾患や基礎疾患、既往歴、服薬内容、摂食状況などを確認します。ついで精神身体状況を確認。意識レベルや理解度を確認し嚥下検査が可能か判断します。口腔・咽頭・喉頭を観察し腫瘍や麻痺がないか観察し、嚥下機能検査が可能であれば病態を診断しそれにあつた治療法や治療環境を考えます。

嚥下機能検査としては嚥下造影検査と嚥下内視鏡検査がありますが現在当院では主に電子スコープを使用して嚥下運動を評価する嚥下内視鏡検査が行われています。

嚥下内視鏡検査の診断ポイントを説明し実際の観

察映像を示した。

具体的な症例を提示し、その嚥下運動の異常所見と主な対処法を説明した。

- ・咽頭早期流入：頸部前屈位、食事形態の工夫
- ・咽頭残留：複数回嚥下、うなずき嚥下
- ・喉頭知覚低下：アイスマッサージ
- ・鼻咽閉鎖不全：ブローイング法、鼻つまみ嚥下
- ・喉頭挙上障害：シャキア訓練、頸部前屈位、嚥下おでこ体操、頸部等尺性収縮手技、喉頭挙上術
- ・食道入口部開大不全：食道バルーン拡張法、頸部回旋位、シャキア法、輪状咽頭筋切除術
- ・声帯麻痺：息こらえ嚥下、プッシング法、声帯回旋位
- ・喉頭流入：頸部前屈位、息こらえ嚥下、食事形態工夫
- ・誤嚥：咳・排痰訓練、息こらえ嚥下、誤嚥防止術