

春日井市民病院 5大疾病への 取り組み



院長 渡邊 有三

厚生労働省は、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾患として指定してきた、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の4大疾病に、新たに精神疾患を加えて「5大疾病」とする方針を決めました。これは、職場でのうつ病や高齢化に伴う認知症の患者数が年々増加し、国民に広く関わる重点疾患として国が判断した結果です。この増刊号では、厚生労働省が方針としている5大疾病に対して、当院がどのような取り組みを行っているかをお知らせいたします。

【がん(悪性腫瘍)の治療について】

外科部長 山口 竜三



愛知県がん診療拠点病院の指定を受け、消化器科、外科、産婦人科、泌尿器科、歯科口腔外科などの診療科医師と看護師などの医療従事者が治療や緩和ケアでチームを組んで最善の治療を行っています。

平成23年度当院は約1,300名のがん患者さんの入院治療を行いました。その中でも消化器系疾患と婦人科系疾患の治療件数は、約70%を占めています。これらの治療は手術による治療のみならず、化学療法、放射線療法など様々です。医師、看護師、薬剤師などがひとりひとりの患者さんに適切な治療を提供できるよう、サポートしております。

また、がんと闘病する患者さんやその家族に対してがん医療に関する相談支援及び情報提供を「がん相談支援センター(病棟7階)」で行っています。このがん相談支援センターは、がんそのものに対する知識を深めることはもちろん、治療法に対する疑問あるいは闘病生活に対する不安、薬や痛みに関すること、治療中の日常生活、治療費と介護、心理療法、かつらや下着について、入院に際してや退院後の生活、ふだん主治医にはなかなか言えないこと、聞けないこと、などご相談いただけます。当院で治療中の患者さんのみならず、誰でも利用できるのが特徴です。ご利用ください。

平成23年度がん(悪性腫瘍)の入院治療実績

*DPCデータ使用

がん(悪性腫瘍)の治療部位	治療件数	割合
小腸・大腸・肛門	291	22%
肝・胆管	242	19%
胃	213	16%
卵巣・子宮頸部・体部・膣	193	15%
腎・尿管・膀胱・前立腺・精巣	113	9%
脾臓	73	6%
乳房	64	5%
食道	36	3%
肺	31	2%
頭頸部	23	2%
甲状腺・皮膚・その他	15	1%

Q. 腹腔鏡を用いた胃がんや大腸がんの手術があると聞きましたが、誰でも受けられるのですか？

また、その手術のそのメリットとデメリットを教えてください。

A. 腹腔鏡手術は20年ほど前に胆嚢良性疾患に対する胆嚢摘出術において広まり、今では一部のがん手術に対しても適応となっています。利点は傷が小さいので、整容性にすぐれていること、傷の痛みも軽いこと、術後回復が早いことなどです。大きくおなかを開ける手術と違って、腹腔内臓器が大気にふれないため、腸管運動の回復もよく、早くから食事が始められます。したがって、早期退院、早期社会復帰が可能です。右の表のように、術後の平均入院日数が開腹術に比べ短くなっています。

このように腹腔鏡手術はメリットが非常に大きい治療ではありますが、どんな病気にも施行できるかというと、そうではありません。ここで、患者さんによく理解していただきたいことは、がん手術で最も重要なことは、がんの根治性を損なわず、かつ、合併症のない安全な治療を行うことです。胃がん、大腸がん治療には診療ガイドラインがあり、当院ではそれにのっとった治療を行っています。胃がん、大腸がんに対しての腹腔鏡手術は、分かりやすく言えば比較的早期のがんに対して適応となります。腫瘍が大きかったり、リンパ節転移が顕著な場合や、他の臓器へ浸潤しているような進行がんでは、腹腔鏡手術では対処できないため、従来の開腹手術が選択されます。また、腹腔鏡手術は開腹術に比べ、手術時間が長くかかることや、腹腔内を炭酸ガスによって膨らませて手術を行うため、呼吸・循環器系臓器に負担がかかるというデメリットもあります。したがって、がんの進行度以外にも、併存する内科的

平成23年度手術後から退院までの日数

手術	術式	手術から退院までの平均日数	件数
胃切除術	開腹	15日	78人
	腹腔鏡	9日	11人
結腸切除術	開腹	14日	40人
	腹腔鏡	10日	25人

疾患によって適応を慎重に考えます。当院では、腹腔鏡手術を積極的に行っていますが、外科のみでなく、消化器科、さらに麻酔科など、多くの医師で検討を重ね、安全確実な治療を目指しています。

【当院の脳卒中治療状況について】

神経内科部長 寺尾 心一

高齢化社会を迎え、脳卒中は年間約30万人が新たに発病し、その患者数は300万人を越え、介護保険の要介護対象者の最大原因です。当院では、脳の血管が詰まる脳梗塞は年間約500例あり、私ども神経内科で治療を行っています。また脳の血管が破れる脳出血や動脈の瘤が破裂するくも膜下出血が年間約200例あり、これらは脳神経外科で治療をしています。



脳梗塞には脳の動脈硬化に伴うアテローム血栓性脳梗塞や、心臓にできた血の塊(血栓)が脳に飛び血管を詰まらせる心原性脳塞栓症などがあります。一般的な治療は症状の進行を食い止めるために、脳の障害が完成された部分ではなく、その周辺部で不安定な領域を少しでも多く救うために、脳の血流を良くするための点滴、脳細胞を保護するための点滴、さらに初期からのリハビリテーションが中心です。特に発病まもない脳梗塞急性期の治療に関して、平成17年10月から発病3時間以内の患者に対して、脳の動脈に詰まった血栓を溶かす点滴治療、t-PA静注療法(t-PA:組織プラスミノゲンアクチベータ)が、脳卒中治療ガイドライン2009でグレードA(行うよう強く勧められる)といった最善の治療法です。さらに平成24年9月に発病から治療開始までの時間が延長され、発病後4時間30分以内まで認可されました。突然意識がなくなり、言葉を喋ることも手足も動かすこともできず救急搬送された患者が、t-PA治療により脳の血流が改善した結果、意識が回復し会話も可能となり、手足も思うように動かせるようになって、入院した日から座って食事をし、自ら歩いて自宅に退院する姿を見ると私ども医師の立場から見ても感動します。この治療には発病の時刻が重要で、とくに夜間はその同定が困難な場合が多いのも現状です。

このような時間制限の中で治療を受ける患者は少なく、全国的には脳梗塞全体の5%以下です。当院は平成21年1月から特に昼間の救急患者を中心にt-PA治療を行い、症例数では愛知県内では最多で、現在までに140例以上を経験しました(これは全ての脳梗塞入院患者の約10%以上に相当)。その結果、約50%の患者では症状がほぼ消失し歩いて自宅に退院し、約40%が後遺症のためリハビリテーション病院に転院されましたが、残りの約10%は重症脳梗塞のためにその効果が得られずに亡くなりました。

当院ではこのような超急性期治療を24時間体制で行うには、まだ環境整備が不十分です。決して担当する神経内科医師が一人で行える治療ではなく、熟練した看護師も含めたチーム医療が原則であり、特に現状の夜間の当直体制ではむしろ治療することが危険かもしれません。近隣の急性期病院に神経内科常勤医が不在であることも問題ではありますが、私どもは少ないスタッフの中で脳梗塞のみならず、頭痛やめまい、しびれなどを訴える患者の外来診療、さらには神経難病や認知症を含めた数多くの神経疾患に対しての外来診療や入院患者の対応に追われています。いくら立派な診療実績を努力して作っても、現状では脳梗塞超急性期治療の診療体制作りは思うように進まず、残念ながら完璧な治療をめざす脳卒中センターの設立にはまだ時間がかかりそうです。



脳の動脈に詰まった血栓を溶かすための点滴治療薬(t-PA静注療法)です。

Q. 脳卒中は予防できるのですか？ その方法を教えてください。

A. 年齢とともに体の病気は確実に増えてきます。脳の動脈硬化を防ぐためにも、以下のことが必要です。①高血圧症は、血管に対して常に高い圧がかかり血管壁が傷つくために、一般的に140/90mmHg以下の降圧治療が必要、②糖尿病は、長期間の高血糖状態で血管壁が傷つきいろいろな合併症だけでなく動脈硬化をもたらすので治療が必要、③心房細動(不整脈)は、年齢とともに増加し心臓の中に血栓ができ脳梗塞を起こす危険があるので治療が必要、④脂質異常症は、とくに悪玉コレステロール(LDL)増加が動脈硬化を進みやすくするので治療が必要、⑤喫煙は脳梗塞とくも膜下出血の危険因子であり止めるべき、⑥飲酒は毎日1合までなら良いのですが、大量摂取は脳出血の危険が高くなるので避ける、⑦メタボリックシンドロームは脳梗塞の危険因子であり、適切な減量と生活習慣の改善が必要です。さらに怠け過ぎない、働き過ぎない、食べ過ぎないことも大切です。

また脳梗塞の再発予防として、医師から処方されているアスピリンなどの抗血栓薬は必ず服用を継続すること、何らかの理由で中止する場合には担当医師に相談することが必要です。脱水状態になると、血液がドロドロになり血管が詰まりやすくなるので、十分な水分摂取が必要です。特に高齢者では口渇感が鈍くなるので、目安は毎日1リットル(500mlペットボトル2本)の水やお茶です。脱水状態は夏の暑い時期だけではなく、暖房の効いた冬でも生じます。就寝前や夜間のトイレ後の一杯も大切です。

日本脳卒中協会では、平成14年から毎年5月25日から31日を脳卒中週間と定め、脳卒中予防十か条にて啓蒙活動を推進しています。1)手始めに高血圧から治しましょう、2)糖尿病放っておいたら悔い残る、3)不整脈見つかれば次第すぐ受診、4)予防にはタバコを止める意志を持て、5)アルコール控えめは薬すぎれば毒、6)高すぎるコレステロールも見逃すな、7)お食事の塩分・脂肪控えめに、8)体力に合った運動続けよう、9)万病の引き金になる太りすぎ、10)脳卒中起きたらすぐに病院へ。

Q. 脳卒中を疑う症状はありますか？ あるとすればどのような症状ですか？

A. 脳卒中とは、卒然として(急に)脳が邪風(悪い風)に中る(当たる)という言葉が由来です。その症状は突然に起こるのが特徴で、脳の障害される部位によってそれぞれ異なります。①片側の顔面と手足が動かない(運動麻痺)、しびれる(感覚障害)、②言葉が出ない、人の話が理解できない(失語症)、呂律が回らない(構音障害)、③片眼が見えない、視野の半分が欠ける、物が二重に見える、④原因不明のめまいやふらつき、急な意識消失、⑤突然の激しい頭痛と嘔吐があります。これらに該当する症状が出れば、すぐに病院を受診することが必要です。

【心筋梗塞と狭心症の治療】

循環器科部長 寺沢 彰浩

① 心筋梗塞の症状と治療

心筋梗塞は、急に冠動脈が閉塞して起こるので、症状は急に始まる強い胸痛、胸苦しさです。強い胸痛が5分たっても治らない時は救急車で救急外来を受診してください(強い胸痛は、心筋梗塞をはじめ、生命にかかわる病気のことがしばしばありますので、救急車で救急外来受診してください)。

治療は、緊急経皮的冠動脈形成術(PCI；後述の狭心症の治療参照)による閉塞した冠動脈の再開通、拡張することです。冠動脈の再開通は心筋梗塞発症後早ければ早いほど、その後の経過が良好です。

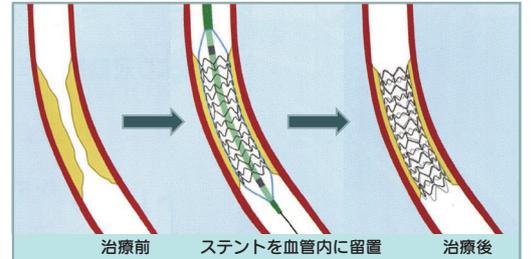
春日井市民病院では、平成4年9月から愛知県医師会の急性心筋梗塞システムに参加し、365日24時間いつでも心筋梗塞患者の受け入れを行い、緊急経皮的冠動脈形成術を施行しています。毎年約100例の急性心筋梗塞患者を受け入れ、緊急経皮的冠動脈形成術の初期成功率は97-100%、急性心筋梗塞患者の心臓が原因での入院中死亡率は5-7%と良好な結果を残しています。



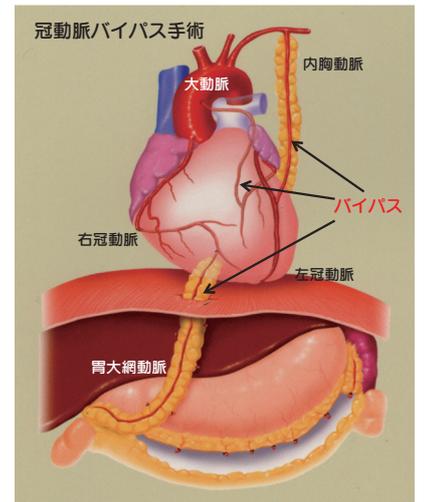
② 狭心症の症状と治療

狭心症の症状は、胸が締め付けられるような苦しさや痛みが、階段を登ったり、散歩などの労作時に発作性に出るものです。通常は、安静にすると数分から10分ぐらいで症状は消失します。症状が、肩の痛みであったり、胃のあたりの痛みであったりすること、また安静時に症状が出ることもあります。

狭心症の治療には、薬物療法、経皮的冠動脈形成術(PCI)、冠動脈バイパス手術があります。薬物療法は、狭心症の発作をおさえる薬物と狭心症の原因である冠動脈の動脈硬化の進行をおさえる薬物があります。薬物療法は狭心症治療の基礎です。PCIは、カテーテルを使って冠動脈の狭くなった部分を風船で冠動脈の内から広げたり、ステントという金属の網状の筒を冠動脈の内に留置し、冠動脈壁をうらうちするように広げる方法です。PCIは、入院も2-3日で患者さんへの負担が少なく十分な効果が得られる長所があります。しかし、6ヶ月から12ヶ月で広げた部分が再度狭くなり、再び治療が必要になることがあります(再狭窄といいます)。



冠動脈バイパス手術は、胸を開いて、自分の腕の動脈や足の静脈を使って、狭くなった冠動脈を超えて血流が心臓に送られるように迂回路を作る方法です(道路で使われるバイパスと同じことです)。大手術で患者さんの負担は大きいですが、成功すれば、その後の経過は良好です。各治療法には一長一短がありますので、春日井市民病院では循環器科と心臓血管外科が緊密に連携をとり、患者さんの状態にあわせて最良の治療法を選択します。

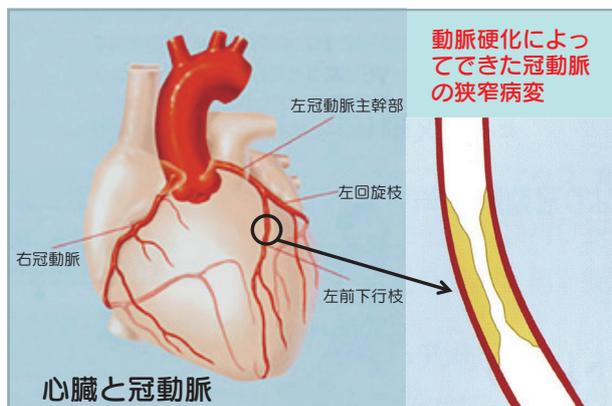


PCI、冠動脈バイパス手術の当院の実績を表に示します。

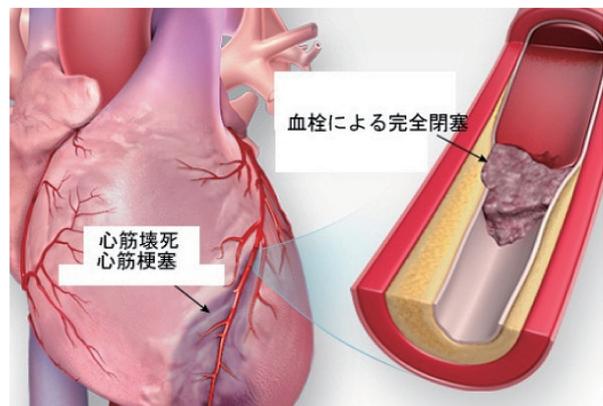
	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
全PCI(例)	326	351	293	355
全PCI初期成功率(%)	96	97	97	96
緊急PCI(例)	112	103	97	103
緊急PCI初期成功率(%)	98	100	99	97
冠動脈バイパス手術(例)	22	22	30	27
バイパス手術死亡率(例)	0	0	0	1

Q. 狭心症と心筋梗塞の違いを教えてください。

A. 心臓は全身に血液を送るポンプの動きをしています。心臓はまた、心臓自身にも冠動脈を通して血液を送っています。冠動脈が動脈硬化により狭くなり、血流が障害され、胸部圧迫感の発作を起こす病気を狭心症といいます。また、冠動脈が動脈硬化で閉塞して、血流が途絶え心筋が壊死する病気を心筋梗塞といいます。



狭心症



心筋梗塞

【糖尿病の治療について】

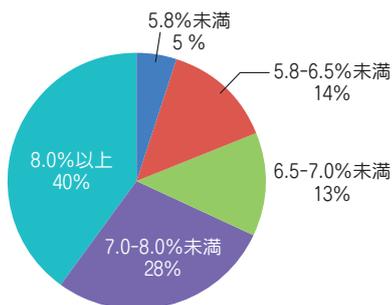
医務局長 佐々木 洋光

現在我が国では糖尿病の方は890万人、糖尿病予備軍の方を合わせると2210万人といわれており、その数は増加傾向にあります。当院においても糖尿病で外来に定期受診される患者さんは年間約2,000人、入院患者さんは年間約200人と多くの方が治療を受けています。その治療には、日本糖尿病学会認定の糖尿病専門医4名と糖尿病療養指導チームが対応しております。療養指導チームには、日本看護協会認定糖尿病看護認定看護師が1名、日本糖尿病療養指導士認定機構認定資格をもつコメディカル・スタッフ22名(看護師12名、薬剤師4名、管理栄養士3名、臨床検査技師2名、理学療法士1名)が、それぞれの専門職を生かし活動しています。

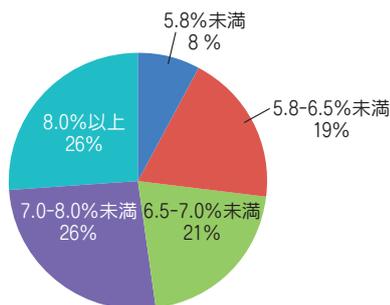


糖尿病は長期にわたり自己管理が必要な病気です。治療が不十分な糖尿病患者さんに対してより専門的な治療を行うため、平成21年7月から糖尿病センター(予約制)を開設し、診療と療養指導に当たっています。糖尿病センターでは、インスリンの外来導入とインクレチン注射薬などの専門的な糖尿病治療、糖尿病慢性合併症の評価と治療を行います。また糖尿病療養指導士や専門看護師による糖尿病教室(入院・外来)、看護師によるフットケア外来、管理栄養士による栄養指導、臨床心理士によるカウンセリングを行っています。

平成15年度治療実績



平成23年度治療実績



当院で継続して糖尿病薬物療法を受けている患者さん治療の成績

平成15年度から平成23年度にかけて継続して糖尿病薬物療法を受けている患者さん(818人)では、HbA1c(JDS値)7%以上の割合が14%減少しました。糖尿病は長期間にわたり高血糖状態が続くことで、様々な合併症を併発しますので、HbA1cを低く管理することが重要になります。

Q. 糖尿病のお薬でインクレチンというお薬ができたと聞きましたが、どんなお薬ですか？ また、インスリン注射とは何が違うのですか？

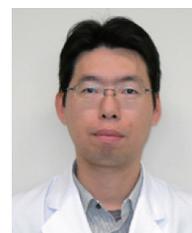
A. インクレチン関連薬は新しい糖尿病治療薬です。1932年にLa Barreらは、動物の腸から抽出した物質に血糖を下げる作用があることを発見し、この物質に“インテスティン セクレーション インスリン(腸管が分泌するインスリン)”という意味の造語であるインクレチンという名前を付けました。この物質は“腸管が分泌するインスリン”と名付けられましたが、インスリンとは全く別の物質で、インスリンの分泌を増やす物でした。その存在が知られたのは早かったのですが、その実体がGLP-1とGIPという2つの物質である事が確認されるまでその後約40年かかり、薬として販売されるまでに更に40年以上かかりました。1921年に発見されたインスリンがその翌年に治療に使用されたのと対照的です。

インクレチン薬にはインクレチンエンハンサー(インクレチンの作用を増強させる薬)である内服薬のDPP4阻害薬とインクレチンミメティクス(インクレチンの作用を模倣する薬)である注射薬のGLP-1作動薬がありますが、今回はインスリンミメティクスであるGLP-1作動薬についてお話しします。この薬はインスリンの様に皮下注射で投与されます。患者さんに投与されたこの薬は、血糖値が上がった時だけ、インスリンを分泌させて血糖値を下げます。既存の糖尿病治療薬は、血糖値が下がっている時にも、インスリンの効き目が強く出てしまい、低血糖を起こしたり、食欲が増す事で体重が増えてしまいインスリンの効き目を落としてしまう欠点がありましたが、インクレチン薬では低血糖が起こりにくく、食欲を抑え体重の増加が起こりにくいという利点があり、特に食欲が抑えられない肥満がある2型糖尿病の方に最適な薬剤です。

【当院のうつ病の診療体制について】

メンタルヘルス科 関谷 隆宏

当院では、メンタルヘルス科(精神科)常勤医2名が中心となってうつ病の診療にあたっています。総合病院の一部門としての利便性(受診のしやすさ)、各身体科との連携、臨床心理士(カウンセリング部門)の存在、などが当院の特徴になります。“ゆううつ”な気分は、程度の差こそあれ誰しも経験するものですから、病院で相談したほうがいいのかどうか分かりにくい、という声をよく聞きます。現在の一般的なうつ病の診断基準では、“ゆううつな気分”または“興味または喜びの喪失”が、ほぼ毎日、2週間以上続き、日常生活(家事・仕事など)に支障をきたしている場合には、うつ病の疑いがあると考えています。このほかにも、不眠や食欲不振(まれに過眠・過食)、さまざまな自律神経症状(頭痛・動悸・めまいなど、検査では異常のない身体症状)も出現することが多く、心身ともに調子が悪い状態がうつ病のイメージになります。うつ病自体は治る病気です。今までと違う“ゆううつ”、“心身の調子の悪さ”などが続き、回復が思わしくない場合には、一度メンタルヘルス科にご相談ください。



編集後記：本臨時増刊号では、5大疾病に対する当院の取り組みについて、各診療科の専門医が原稿を執筆しました。この臨時増刊を手にした皆様、病気とその治療に対する知識を深めていただき、病気の予防や治療の選択にお役立ていただければ幸いです。今後も年一回程度、臨時増刊号を発行する予定です。是非ご利用ください。