



まねん

第55号

緊急事態宣言解除中

病院長 宮本 勝也

6月20日で広島における新型コロナウイルス感染症(コロナ)に対する緊急事態宣言は解除されました。ただし広島市における感染拡大防止集中対策は継続されており、まだまだ予断は許せません。ワクチンはまだ十分には接種されておらず、またデルタ株などの変異株の出現により、今後のリバウンドが心配です。

ワクチン接種に関しては、お陰様で、当院の職員は医療従事者ということで、希望者は全員接種させて頂きました。副反応も想定範囲内で安全に接種することが出来ました。7月5日現在のワクチン接種率は、日本全人口に対する1回目の接種は20.85%で、2回完了した人は10.42%と、まだまだ低い水準にあります。都道府県別にみると、広島県は1回目が21.04%、2回目が9.60%であり、2回目の接種がやや遅れています。当初は接種券の発送の遅れが指摘されていましたが、随分前倒しされた様です。今後はワクチンの供給の遅れが心配です。

当院はコロナに感染した患者さんの受け入れは行っていませんが、コロナの感染は治ったものの、すぐには退院が出来ない、いわゆるアフターコロナの患者さん、コロナの疑いのある疑似症例は受け入れています。その他に、コロナ軽症者のホテル療養に対するオンコール体制(医師)、大阪や沖縄などの医療逼迫地域への看護師派遣なども行っています。ワクチン

は当院にかかりつけの患者さんへの個別接種や大規模集団接種会場への出務にも参加しました。万が一、今後第5波が来て、感染爆発が起こるようであれば、当院でもコロナ感染者の受け入れざるを得ない状況になるかもしれません。ワクチンの効果が早く出ることを願っています。



明るい話題もあります。広島市出身の山縣亮太選手が、陸上男子100走において、9秒95の日本記録を樹立しました。彼は母校が私と一緒に、実は彼のお父さんも同じ高校で、私と同級生です。ここ2-3年、故障や病気で満足な走りが出来ていませんでしたが、新たなコーチとともにチームを作り、快挙を達成してくれました。先日テレビでドキュメンタリー番組をやっていましたが、早産による未熟児で生まれ、2カ月間病院で暮らしたそうです。その子が大きく育ち、日本新記録を作り、またオリンピックでは主将という大役を務める国民的ヒーローになったことは、両親にとってどれほどの喜びでしょうか。是非オリンピックでは頑張ってもらいたいと思います。

消化器センター便り

消化器センター長 村上 義昭

切除可能膵癌に対する術前治療は生存率を向上させるのか？

他の消化器癌と同様に、膵癌の治療戦略も、本邦、海外の様々な臨床試験の結果を受けて、年々、変化しております。その詳細は、「膵癌診療ガイドライン」に詳述されていますが、その治療戦略によると、数年前までは、遠隔転移が無く周囲の重要血管に接触を認めない切除可能膵癌に対しては、まず外科的切除を施行して術後補助化学療法を施行することが切除可能膵癌患者の予後を延長する最善の治療戦略とされていました。ところが、本邦で施行された術前ゲムシタピン+S-1(GS)化学療法の有用性を検証するPrep-02/JSAP-05試験の結果が2019年にアメリカ臨床腫瘍学会で発表され、最新の膵癌診療ガイドラインでは、切除可能膵癌に対しては術前にGS化学療法を施行後、外科的切除を施行し術後補助化学療法を行う治療戦略が提案されることとなりました。



Prep-02/JSAP-05試験は、切除可能膵癌に対し手術先行治療と術前GS化学療法後切除の治療戦略を比較する他施設無作為化比較第Ⅲ相試験で、全生存期間を主要評価項目とし、2013年1月から2016年1月までの期間に364例が登録され、術前GS化学療法群182例、手術先行群180例の計362例が解析対象となりました。術前GS化学療法群/手術先行群の主な患者背景は、65歳以上が66.5%/60.0%、performance status 0が96.7%/94.4%、臨床的T3が71.4%/73.3%、臨床的N1が21.4%/21.7%で背景因子に両群間に有意な差はありませんでした。外科的治療切除が行われたのは、術前GS化学療法群が140人(76.9%)、手術先行群が129人(71.7%)で、切除率にも差はありませんでした。主要評価項目である全生存期間中央値は、術前GS化学療法群が36.7ヵ月、手術先行群が26.7ヵ月であり、ハザード比は0.72(95%信頼区間:0.55-0.94、 $p = 0.015$)で、切除可能膵癌に対する術前GS補助化学療法は、手術先行治療に比べ、統計学的有意に生存期間の延長を示しました(論文は現在執筆中とのことです)。

以上が、本邦で施行された切除可能膵癌に対する術前GS化学療法の有用性を証明したPrep-02/JSAP-05試験の概略ですが、この臨床試験の結果を受けて、上述したように、膵癌診療ガイドラインでは、「切除可能膵癌の術前補助療法としてゲムシタピン+S-1併用療法を行うことを提案する」というステートメントが追加されました。現在、日本の多くの施設で、受診時切除可能膵癌であっても手術先行ではなく術前GS療法が施行されているのが現状となっています。

しかし、切除可能膵癌に対する術前治療の有用性を証明した無作為化比較第Ⅲ相試験はPrep-02/JSAP-05試験のみで、海外からの報告も無く、アメリカのNCCN膵癌ガイドラインでは、切除可能膵癌に対する術前治療は、腫瘍径の大きな膵癌、腫瘍マーカーの高い膵癌、大きなリンパ節腫大を伴う膵癌に対しては考慮しても良いが、標準治療として推奨されていません。アメリカの施設からは、GS療法よりも腫瘍壊死効果の高いゲムシタピン+ナブパクリタキセル、FOLFIRINOXによる切除可能膵癌に対する術前治療は、切除可能膵癌の生存率の向上に寄与しなかったとする第Ⅱ相試験も報告されています。

いずれにしろ、ガイドライン上は、切除可能境界膵癌、切除不能膵癌を含めすべての膵癌で診断後の治療はまず化学療法が選択されることとなりました。しかし、切除可能膵癌に対する術前治療は、本邦の各施設で本格的に導入されるようになって未だ約2年というところです。本当に切除可能膵癌に対する術前治療が切除可能膵癌の生存率を延長させるのかは、今後実臨床での検討が必要です。

「痔核(いぼ痔)」に対する当科の「手術療法」

肛門外科 石田 裕

<痔核とは>

肛門の内側には、出口を閉じる役割をするクッション部分が誰にでもあり、排便時に息むと腫れ、また戻ることを繰り返しているのが、内痔核です。(図1)

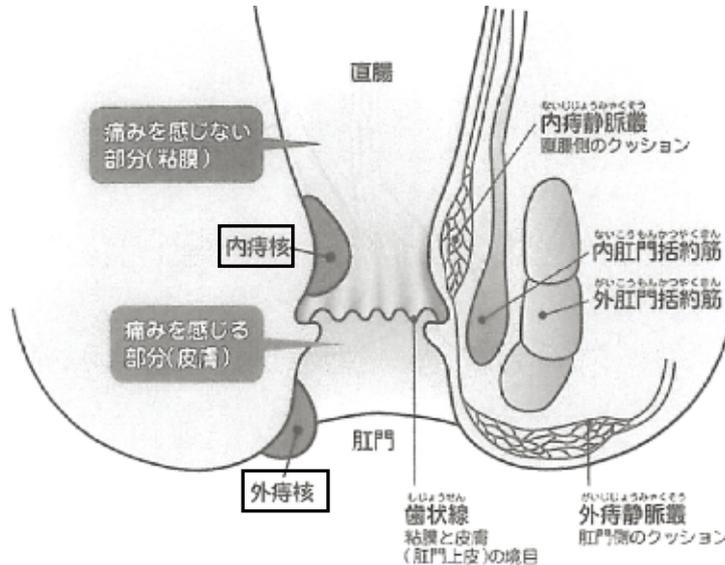


図1 肛門の構造

それが次第に緩んで大きくなり、肛門の外へ脱出し、初めは自然に戻りますが、さらに指で戻すようになって来るのが脱出性内痔核(脱肛)です。(図2)

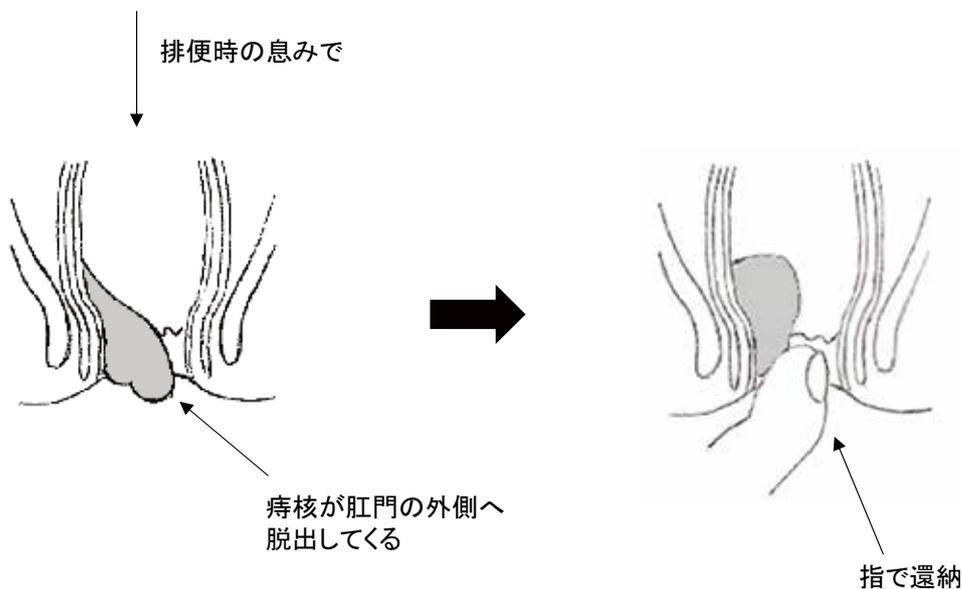


図2 脱出性内痔核(脱肛)

痔核は誰でも肛門の3カ所にあり、年と共に内痔核の外側にも膨らみが生じ、外痔核として発達してきます。(図1)

程度の軽い時は、薬で抑えますが、出血が続いて貧血になるとか、脱出を戻すのが辛くなった時には、根治手術が必要になります。

次ページへ続く

<今までの手術療法>

以前の手術は、内痔核の奥の支配血管を縛り、緩んだ痔核部分を奥まで切り取って、奥の方の傷だけを縫い合わせる半閉鎖式「結紮切除術」が標準的に行われてきました。(図3)

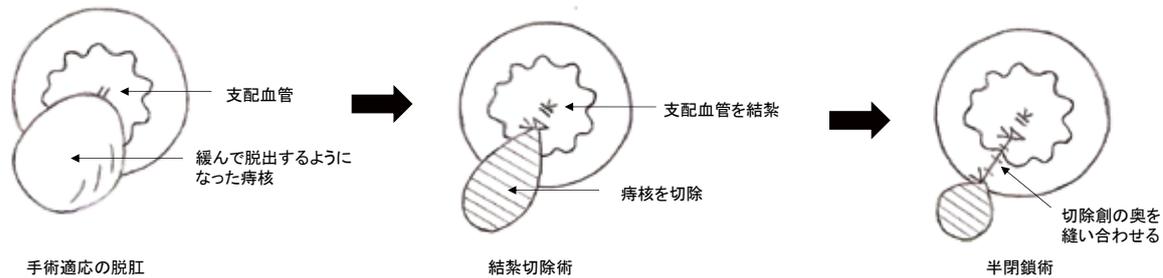


図3 半閉鎖式・結紮切除術

しかし、手術後10日目前後に、傷がもろくなる時期があり、息んで排便したりすると、奥の傷を刺激して大出血(晩期出血)を来すことがあります。

緊急手術となり、まだもろい傷の残る肛門を拵げ、奥の血管を処理するのに、大変苦勞します。

<ALTA療法>

中国で開発された注射療法が、日本でも2005年から使われ始め、注射で内痔核を縮めて固める「ALTA療法」の手術に匹敵するほどの有用性が認められて来ました。

注射だけですと、切り取りませんから、出血が少なく、術後の痛みも余りなく楽ですが、決して万能なものではありません。

それは、注射ができるのは内痔核に限られており、外側の外痔核も確かに一時的には治まりますが、やがて注射をしていない外痔核を主体に再発してくる欠点があります。(図4)

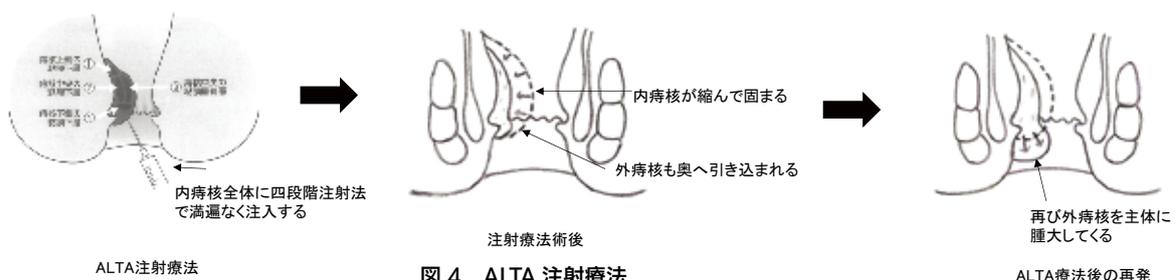


図4 ALTA 注射療法

<当科の手術療法>

そこで、当科では、手術と注射の双方の長所欠点を補い合う形で、両者の「併用療法」を始めております。

つまり、注射が出来ない外痔核部分は切除し、それより奥の内痔核は注射で縮めて固めることで、大抵の痔核に対応しております。(図5)

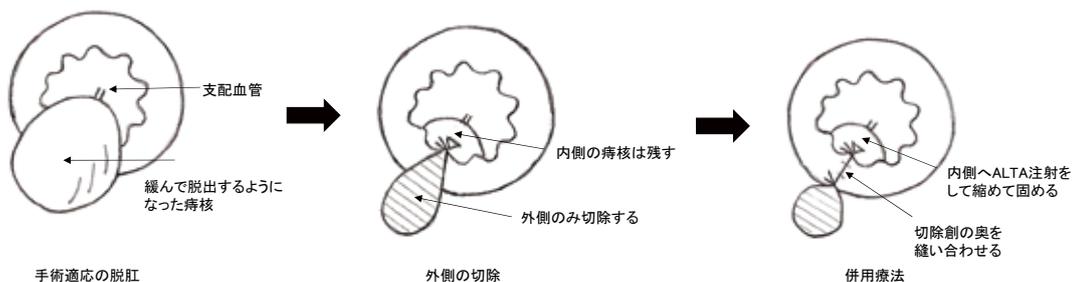


図5 併用療法

その結果、傷が少ない分、術後の痛みも軽く、肛門管の切除幅が減り、術後の肛門狭窄を来すこともなく、肛門の奥に傷がないため、後からの晩期出血もなくなり、外痔核主体の再発もしなくなりました。入院は必要ですが、程度により1泊から4泊くらいまでで帰って頂けるようになっております。

肝硬変合併症の治療について

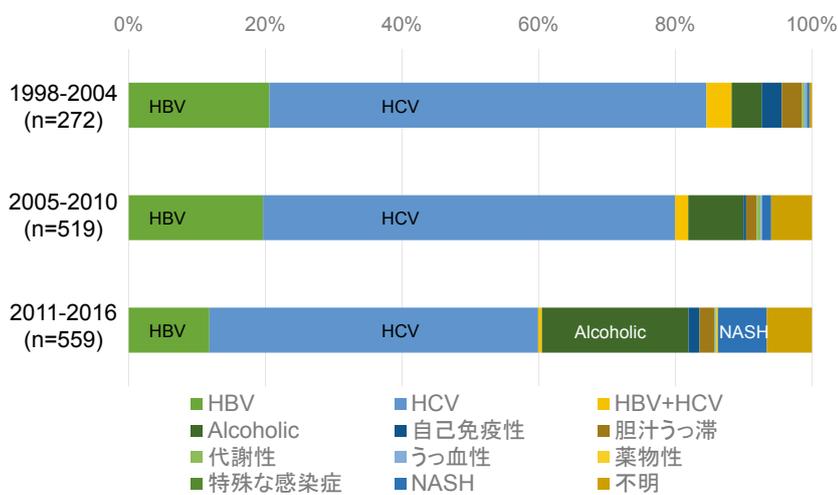
内科医長 平松 憲



<はじめに>

B型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルスに対する抗ウイルス治療の進歩に伴い、肝硬変の成因に占める肝炎ウイルスの割合は経時的に減少し、代わりにアルコール性や非アルコール性脂肪性肝炎（Nonalcoholic steatohepatitis: NASH）の割合が増加してきております（図1）。

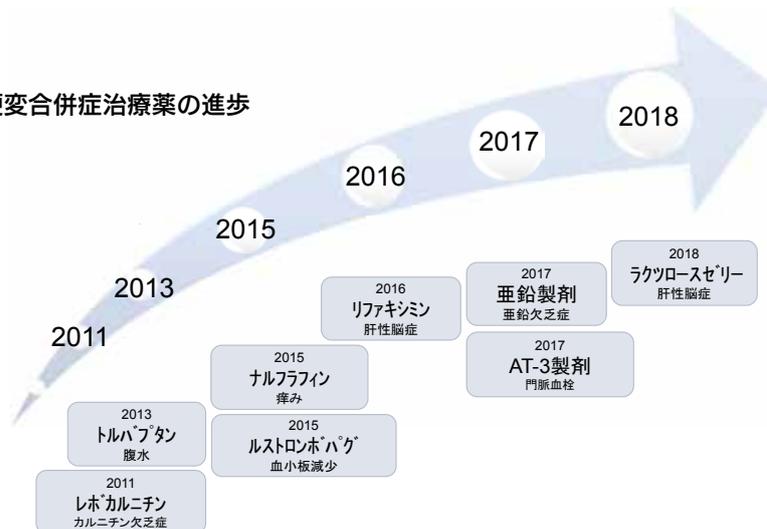
図1 広島大学病院における肝硬変の成因の推移



Aikata H, Chayama K. et al. The 54th Annual Meeting of Japan Society of Hepatology ; Poster Symposium Session

肝硬変が進行して非代償期に至ると、成因に関わらず種々の合併症が出現し、患者さんのQuality of life (QOL)を低下させ、予後不良となります。肝硬変に関わる治療薬として、以前より分岐鎖アミノ酸 (Branched chain amino acids: BCAA) や利尿剤、肝性脳症治療薬などが存在しますが、近年、肝硬変合併症に対する新しい治療薬が次々に開発され、治療の選択肢も増えて参りました（図2）。

図2 肝硬変合併症治療薬の進歩



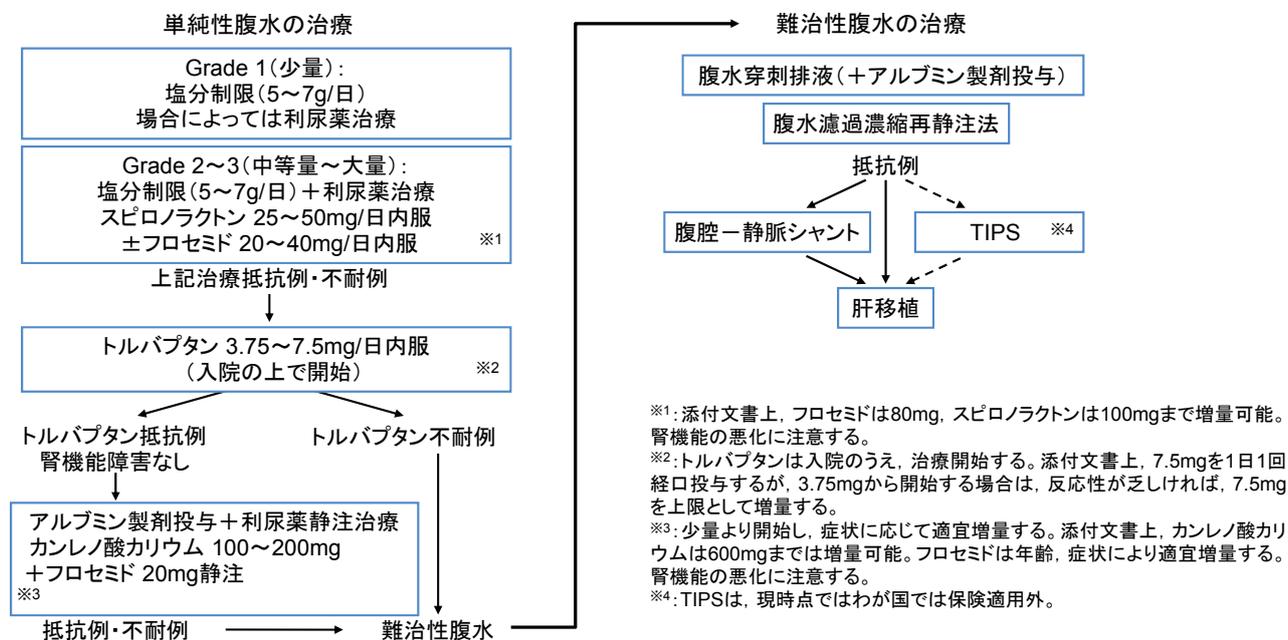
これらの治療薬を効果的に使用して、QOLや予後の改善を目指すことが重要と考えられます。本稿では肝硬変合併症治療の中の腹水治療とサルコペニア対策についてご紹介いたします。

次ページへ続く

<腹水>

2020年、消化器病学会と肝臓学会による「肝硬変診療ガイドライン」が5年ぶりに改訂されました。ガイドラインの腹水治療のフローチャートを図3にお示しします。

図3 肝硬変診療ガイドライン2020年版における腹水治療フローチャート



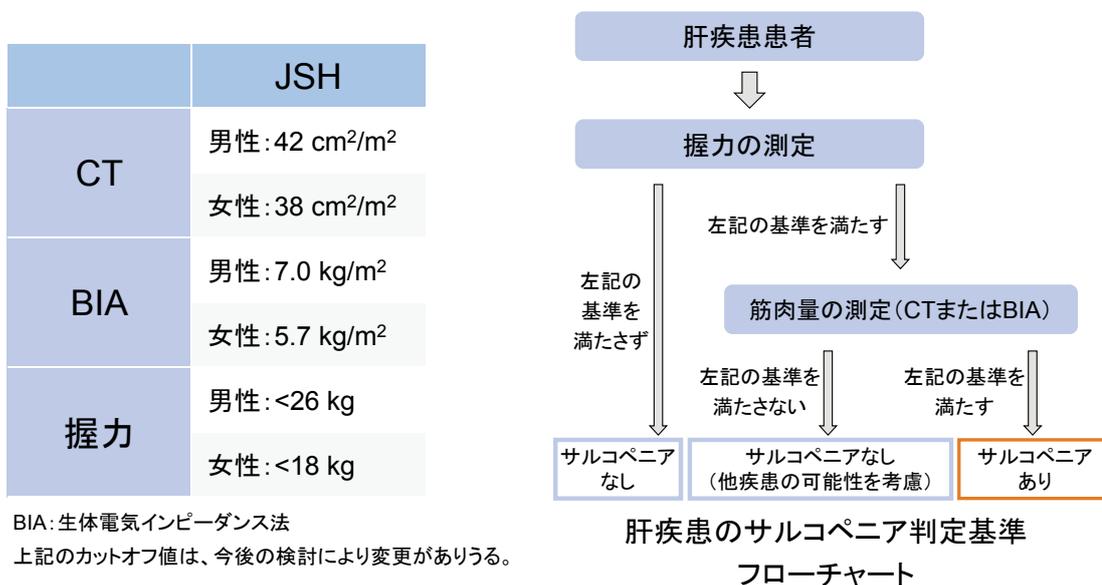
「日本消化器病学会・日本肝臓学会:肝硬変診療ガイドライン2020(南江堂)より抜粋

少量の腹水には、食塩摂取制限、場合によっては利尿薬治療を行います。過剰な塩分制限は食欲低下、低栄養を招く可能性があるため5～7g/日を目安にします。中等量～大量の腹水には、塩分制限のうえ、スピロノラクトン(25～50mg/日)を第一選択薬として投与します。これは肝硬変患者ではもともと低血症を伴うことが多いためです。効果不十分な場合にはフロセミド(20～40mg/日)を併用します。これらの既存の利尿剤で効果が得られない場合、トルバプタンの追加投与を行います。トルバプタンは急激な高Na血症をきたす可能性があることなどから、入院して導入する必要があります。トルバプタンは腎機能が悪い症例では効果が出にくいことが分かっており、フロセミドなど既存利尿剤を増量して腎機能が悪化してしまう前に早目にトルバプタンを導入することが推奨されています。トルバプタン抵抗例で腎機能障害がないものには、カンレノ酸カリウム100～200mgやフロセミド20mgの静注を行います。高度の低アルブミン血症(2.5g/dL未満)では、フロセミドやスピロノラクトンの効果が出にくいこともあり、アルブミン製剤投与を併用します。難治性腹水に対しては、腹水穿刺排液+アルブミン製剤投与、もしくは腹水濾過濃縮再静注法(Cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy; CART)を行います。不応例には、腹腔-静脈シャントやTransjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS)を考慮します。TIPSは門脈と肝静脈の間にシャントを作成して門脈圧を下げる治療ですが、現時点では保険適用外であり、大学病院等で倫理審査を経た後、自費にて行うことになります。上記治療が有効でない場合、可能な場合は肝移植を検討することになります。

サルコペニア

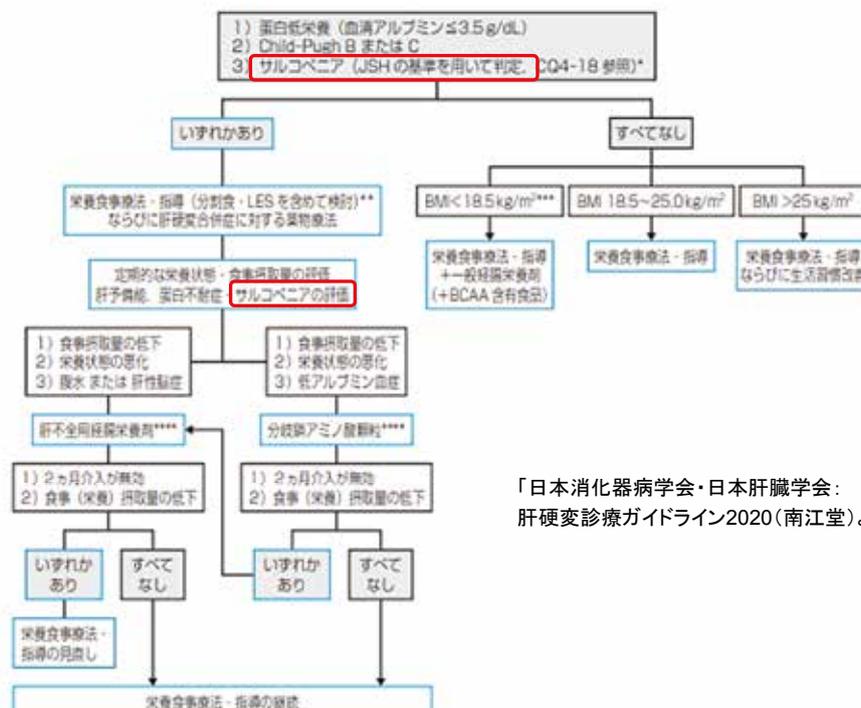
サルコペニアとは、ギリシア語で筋肉を意味する Sarco と、減少を意味する Penia を組み合わせた造語で、1989年に Rosenberg により初めて提唱されました。進行性の全身の筋肉量の減少とそれに伴う筋肉機能の低下を意味しています。加齢以外に原因がない一次性サルコペニアと、それ以外の原因が明らかな二次性サルコペニアに分類されますが、肝硬変は二次性サルコペニアをきたす主要な疾患の一つとされています。肝硬変患者においては、年率2.2%で骨格筋が減少し、Child-Pugh Aで年率1.3%、Child-Pugh Bで年率3.5%、Child-Pugh Cで年率6.1%と、肝予備能の低下とともにその減少率も悪化すると報告されています。また最近では、サルコペニアを合併する慢性肝疾患患者は予後不良であるというエビデンスが集積されてきたこともあり、肝疾患診療におけるサルコペニア診断の重要性は増しています。2016年には日本肝臓学会によって、「肝疾患におけるサルコペニアの判定基準」が作成され(図4)、2020年の肝硬変診療ガイドラインでも、栄養療法のフローチャートでサルコペニアの評価が重要視されています(図5)。

図4 日本肝臓学会によるサルコペニアの判定基準(第1版)



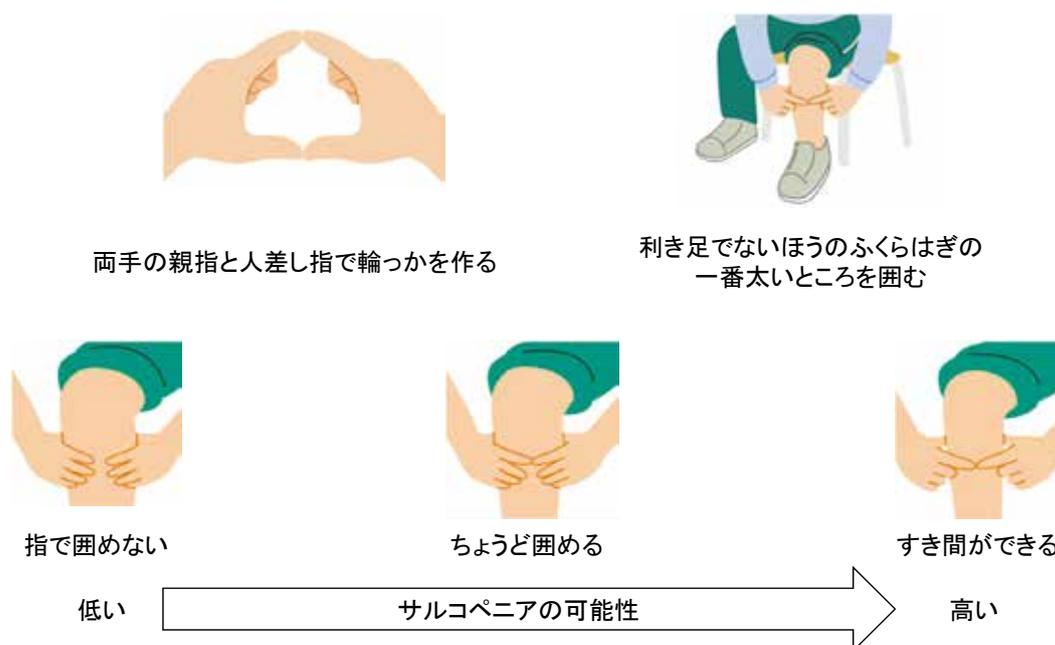
Nishikawa H, Shiraki M, Hiramatsu A, et al. Hepatol Res. 2016 Sep;46(10):951-63. より(一部改変)

図5 肝硬変診療ガイドライン2020年版における栄養療法のフローチャート



このように、肝硬変患者の診療に際してサルコペニアの診断は重要ですが、サルコペニアの判定基準を見てみると、握力測定を行った後、筋肉量の測定を行う流れになっており、その筋肉量の測定には、体組成計やCT用の画像解析ソフトが必要となっております。しかしながら、そのような機械やソフトはどの病院にもある訳ではありません。日常診療において、握力測定は手軽にできる反面、筋肉量測定は困難です。そこで、指輪っか法と呼ばれる簡便な方法がありますのでご紹介いたします(図6)。

図6 指輪っかテスト



Tanaka T. et al.:Geriatr Gerontol Int 2018; 18: 224-232

両手の親指と人差し指で輪っかを作り、利き足でないほうのふくらはぎの一番太いところを囲みます。輪っかとふくらはぎに隙間ができる場合はサルコペニアの可能性が高いとするものです。これなら、簡単に診察室でも実践可能ですので、肝硬変の患者さんを診察される際には一度試してみられることをお勧めいたします。

肝硬変患者に対するサルコペニア対策としては、BCAAを主体とした栄養療法や運動が有効です。また、肝硬変患者でしばしばみられる高アンモニア血症は、サルコペニアの進行を助長することが知られており、その対策も重要です。最近、高容量のプロセミド投与が肝硬変患者のサルコペニア進行に関与しているとする報告がなされており、そのような観点からも、プロセミドの量はあまり高容量にならないようにするべきと考えられます。

おわりに

肝硬変の合併症は多岐にわたり、お互いに関連する部分もあるため、バランスを取りながらコントロールする必要があります。本稿では腹水とサルコペニアに焦点をあててご紹介いたしましたが、当院ではその他の合併症についても総合的に治療しております。また、当院には腹水治療センター(センター長:外科 坂下吉弘先生)があり、CARTも施行可能です。肝硬変の合併症で困っている患者さんがおられましたら、お気軽にご相談ください。

2021年度5月 地域医療従事者研修会報告

日時：2021年5月25日(火) 18:30～19:30

場所：広島記念病院 3階 講義室

演題：摂食嚥下障害者との関わり方と当院での対応
～誤嚥のリスクを減らそう～

講師：広島記念病院 言語聴覚士
島村 勇輝

参加数：院内 22名 院内Web 8名 院外Web 13名 計 43名

5月の地域医療従事者研修会は当院リハビリテーション科の島村勇輝言語聴覚士を講師とし、摂食嚥下障害のメカニズムから障害者への介入、機能評価や嚥下訓練についてオンライン形式で開催しました。

摂食嚥下障害のメカニズムでは味覚の変化や、視覚・聴覚・嗅覚および噛む力や飲み込む力の低下、認知症によって食事がとれなくなる等、加齢に伴う変化によって摂食嚥下障害が生じることがわかりました。また、口から食べることの重要性や嚥下障害を疑うポイントについても説明されました。

嚥下障害の予防においては座位やベッド上での姿勢、テレビを消すことや適切な自助具の選定など、よりよい食事の環境を整えることの重要性を認識しました。

摂食嚥下障害者への基本的な介助位置や適切な一口量についても詳細に説明され、今後実際の現場で活用していきたいと思います。最後に質疑応答では、発熱や肺炎を起こしている患者に対しての摂食嚥下療法の開始時期や摂食嚥下の5期モデルの頻度について質問があり、活発なディスカッションが行われ大変有意義な研修会となりました。



2021年度6月 地域医療従事者研修会報告

日 時：2021年6月29日(火) 18:30～19:30

場 所：広島記念病院 3階 講義室

演 題：肝硬変のトータルマネジメント

講 師：広島記念病院 内科 平松 憲

参加数：院外(Web)12名 院内 28名(Web)13名 計53名

6月の地域医療従事者研修会は、広島記念病院消化器センター・内科医長平松憲医師に「肝硬変のトータルマネジメント」をテーマに講演した。

研修会では、肝硬変の治療について幅広く説明され、治療薬・栄養療法・運動療法・サルコペニアとの関連性など資料をもとに分かりやすく説明された。栄養療法では、分岐鎖アミノ酸(BCAA)製剤投与が重篤な肝硬変合併症を抑制することや、夜間に肝臓がエネルギー不足となるのを予防するために夜食療法が有効であることを説明された。なかでも驚いたのが、肝硬変患者は低栄養のイメージがありましたが、肥満が増えていることを知り、患者ごとに適切な栄養管理を行なうことが重要であることが分かった。

また、肝硬変診療ガイドライン2020における栄養療法では、サルコペニアの有無をチェックする「指輪っかテスト」を紹介された。サルコペニアを有する場合、肝疾患患者の予後は不良であり、早期発見し治療にあたることを重要であることを説明され、腹水コントロール・アンモニアのコントロールがサルコペニア進行を抑制する可能性があることが分かった。

平松医師が研究された貴重な資料をもとに、最先端の肝不全治療について知ることができ、たいへん勉強になった。



2021年度7月 地域医療従事者研修会報告

日時：2021年7月6日(火)18:30～19:30

場所：広島記念病院 3階 講義室

演題：ハラスメント

講師：株式会社メディカルプラウド代表取締役

諏訪市医療介護アドバイザー 垂水 謙太郎 氏

参加数：講義室 26名、Web 18名(院外12名、院内6名) 計 44名

7月の地域医療従事者研修会は、株式会社メディカルプラウド代表取締役、諏訪市医療介護アドバイザーの垂水謙太郎先生をお招きし、「働きやすい職場づくり ～あなたの言動、ハラスメントになっていませんか?～」をテーマにご講演いただきました。

講演冒頭に、「いつの時代も『最近の若い者は・・・』と聞かれるものですが、世の中の変化に対応しなければならないのは、老若男女皆一緒である」と話され、最初から気持ちを引き締めて聞き入りました。

講演ではパワーハラスメントの定義から、ハラスメントの内訳、予防にはコミュニケーションと「報連相」が欠かせないと、今まで仕事をしてきた中で、必ずどこかで絶対聞いた事があるのに、頭の片隅に追いやってしまっていた内容を再確認させてもらうとともに、いつも行動の真ん中に置いて仕事に向かわなければならないのだと襟を正す思いがしました。また、「報連相」は、するのにも義務・受けるのにも義務と、双方の努力を持って成立させるものだと聞き、今までの自分の怠惰を反省しました。

アンケートでも

今後も他人事ではなく、ハラスメントの加害者にも被害者にもならないために、職場全体でコミュニケーションを取りながら仕事に励みたいと思いました。



広島記念病院「理念」及び「基本方針」

理 念

患者の皆様が安心して受診できるやすらぎの環境と、満足や信頼の得られる最良の医療サービスを提供すること。

基本方針

1. 安全で良質な医療を安定的かつ恒常的に提供します。
2. 地域における機能分担と連携の確保を図りながら地域医療に貢献します。
3. 情報の共有化と効率化を目指し医療のIT化を促進します。

地域医療連携室

TEL 082(503)0730

FAX 082(503)1010

代表 広島記念病院

TEL 082(292)1271

FAX 082(292)8175

内科・外科

FAX 082(503)0722

婦人科・小児科

FAX 082(503)0723

耳鼻科・皮膚科・泌尿器科

FAX 082(503)1010

合庁(合同庁舎診療所)

TEL 082(221)9411

FAX 082(223)6204

歯科診療所

TEL 082(294)7858

外来診療担当表 2021年4月1日より、下記のとおり診療いたします。 赤字が変更箇所です。

診療科	受付時間	区分	月	火	水	木	金
内科	8:30~11:00	一診	赤木	阿座上	赤木	赤木	城戸
		二診	江口	保田	城戸	江口	平松
		三診	影本	山田	平松	阿座上	松本
		四診	佐倉		影本	佐倉	保田
総合診療科	8:30~11:00			横崎		石田(亮)	
外科	8:30~11:00	一診	宮本	橋本	坂下	宮本	坂下
		二診	豊田	小林	横山	橋本	小林
	13:00~14:30	三診	角舎	村上	豊田	村上	矢野
		一診	宮本	橋本	坂下	宮本	坂下
		二診	小林	矢野	橋本	小林	
排便機能外来	13:00~15:00 完全予約制※					矢野	
肛門外科	8:30~11:00			石田(裕)	石田(裕)		手術
	13:00~14:30		石田(裕)	手術			石田(裕)
婦人科	8:30~11:00	一診	横田	横田	横田	横田	横田
耳鼻咽喉科	8:30~11:00	一診	森	森	森	森	森
	13:00~14:30		森			森	特殊検査
皮膚科	8:30~11:00		玉理				柳田
泌尿器科	9:00~11:00			井上		池田	林
眼科	8:30~11:00	一診		藤東		藤東	皆本
広島記念診療所 歯科	8:30~11:00		山田	山田	山田	山田	山田
	13:00~16:00		山田	山田	山田	山田	山田
ストーマ外来	8:30~11:00			森本/山本(由)	森本/山本(由)	森本/山本(由)	森本/山本(由)

※歯科を除く各診療科の再診受付は8:00よりおこなっております。

※排便機能外来は完全予約制です。受診をご希望の方は、地域連携室へお問い合わせください。

■部分は女性医師です。※8月1日は開院記念日のため、休診になりますのでご了承ください。

広島記念病院案内図



交通のご案内

JR 広島駅より市内電車宮島行き・己斐行・江波行にて、
本川町電停下車、南へ100メートル徒歩1分
広島バス商工センター行き・祇園大橋行きにて
本川町電停下車、南へ100メートル徒歩1分
広島駅前よりタクシーで約10分

駐車場

立体駐車場62台

身障者専用駐車場5台

詳細は病院ホームページをご覧ください