



医療連携 つつじ

第15号
平成22年6月発行

社会保険中央総合病院 〒169-0073 新宿区百人町3-22-1

総合医療相談室 電話/FAX03-3364-0366 <http://www.shahochu.com>

- 内容
1. 医療連携講演会のご案内
 2. 診療のご案内
 3. あし（末梢血管外科）外来のご案内
心臓病センター心臓血管外科
 4. そけいヘルニアの手術 - 外科部長：柴崎正幸
 5. 小児疾患の注意すべき症状Q & A - 小児科部長：長尾芳朗

医療連携講演会開催のご案内

日時:平成22年7月15日(木) 19時～

場所:社会保険中央総合病院 4階講堂

1) 診療のトピックス

- a) 当院における Narrow band imaging (NBI) とその応用
演者: 畑田 康政 内科・消化器(消化管)部長
- b) C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療の進歩
演者: 三浦 英明 内科・消化器(肝臓)部長

2) 皮膚疾患診療のコツ

湿疹・蕁麻疹の種類と治療

～鑑別すべき他疾患、迷ったとき薬はどうする～

演者: 鳥居 秀嗣 皮膚科部長

ご案内

1. 泌尿器科: 常勤医が2名となり、より充実した診療が可能になりました。
2. 整形外科: 辰田医師木曜日午前の診察は予約制の脊椎専門外来となりました。つきましては、事前にご予約をおとりください。また、予約なく来院された場合はお待ちいただきます。脊椎以外の疾患の場合は他の外来日に受診をお願いいたします。
3. 外科、泌尿器科、眼科、産婦人科、内科(内分泌のみ): 予約診療をお受けできます。

あし（末梢血管外科）外来のご案内

あしの痛み、しびれ、むくみ、かゆみ、冷え、歩行障害、ムズムズなど
があればご相談下さい。

- ・食生活の欧米化、生活習慣病の増加、高齢化により、下肢の血管病は増え、歩行障害など日常生活に支障をきたします。
- ・脳梗塞や心筋梗塞など全身の動脈硬化症の一部分症として、下肢の血管病を専門医が早期に診断・治療を行うことが大切です。
- ・立ち仕事や肥満、下肢静脈瘤や深部静脈血栓症、リンパ浮腫などの静脈リンパ疾患は適切な時期に診断・治療方針を立てることが肝要です。

【対象疾患】

閉塞性動脈硬化症(ASO)
糖尿病性足病変(DM foot)
Buerger 病
下肢静脈瘤
深部静脈血栓症(DVT)
リンパ浮腫
むずむず足症候群

【外来日】 第 1,3,5 火曜日 14~16 時 針谷
第 2,4 水曜日 14~16 時 恵木

【検査】

痛みを伴わない、非侵襲的検査を優先し、
必要に応じて検査を行います

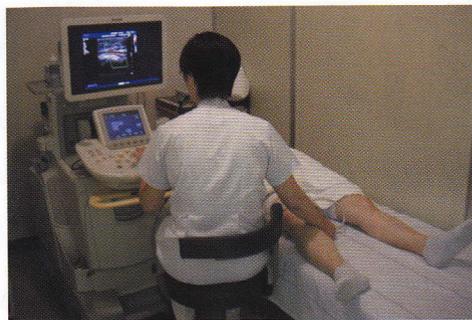
- ・CTA 検査、MRA 検査、血管造影
- ・血管（動・静脈）エコー検査
- ・足関節上腕血圧比、
脈波伝播速度 (ABI/PWV) 検査 など

【治療】

- ①運動療法、生活習慣指導（禁煙・食事療法など）
- ②薬物療法
- ③外科的治療
動脈疾患；バリエーション手術
静脈疾患；静脈瘤抜去術、硬化療法
- ④血管内（カテーテル）治療

完全予約制ですので、予め、ご予約をお願いいたします。

予約：総合医療相談室 ダイアルイン&Fax 03-3364-0366



〜〜〜そけいヘルニアの手術〜〜〜

外科部長 柴崎正幸

当科はそけいヘルニアの患者さまの手術を年間約100例おこなっております。ヘルニアの手術など昔からあるもので、そんな話題になるようなことなどないと思われがちですが、実際は現在もなおより再発が少なく、患者さまの体に優しい手術が模索され続けています。今回、我々がおこなっている術式を紹介させていただきたいと思います。

成人のそけいヘルニアの原因は加齢による筋膜の脆弱化です。そけい部は大腿動静脈の通過部位であり腹壁の中で最も弱く、腹圧に耐えきれず腹膜が嚢状に伸びだし(これをヘルニア嚢と呼びます)、この中に腸管、大網、卵巣などが脱出し足の付け根が膨隆します。この臓器の脱出により牽引痛や違和感を生じさせます。普段は安静や仰向けに寝ると腹圧が低下し臓器は戻り、膨らみはしぼみますが、時に通常より強い腹圧がかかった時などより大きく臓器が脱出し、お腹の中に戻らない状態が生じることがあり、これをヘルニア嵌頓と呼びます。腸管などが脱出している場合は腸管の血流が低下し、場合により壊死に至ることがあるため救急手術を必要とします。このように、そけいヘルニアは解剖学的な異常が生じているために起こる疾患であり、薬では治らないため原則的に治療は手術による修復が必要です。

そけいヘルニアの手術は嚢状に伸びだした腹膜(ヘルニア嚢)を周囲より剥離し元の場所に戻す手技と脆弱化した筋膜部分を補強する手技の2つ組み合わせからなります。補強の方法には前方から筋膜を補強する術式と後方(腹膜側)から補強する術式があり、大きく2つにわかれます。前者の代表的術式がメッシュプラグ法であり、後者のそれがクーゲル法です。メッシュプラグ法は円錐形のメッシュ(図1)を筋膜の脆弱部位にあてがい周囲の健常筋膜に固定する事(図2)により再発を防ぐ方法です。通常この上にさらにメッシュのシートを敷き詰め補強し、他部位からのヘルニアの新たな出現を防止します。これは従来からのメッシュを使わなかった時代の手術に基本的には同じ操作で手術を進めることができ、以前は周囲の健常な筋膜を寄せて補強していたものを、メッシュプラグに置き換えて塞ぐことにより、それまで再発の原因と考えられていたつっぱりが基本におきない手術(tension free)を実現しました。この術式は1995年頃より我が国で普及し、現在最も多く行われている手術です。この手術の利点は前述のように従来法から容易に術式を導入できること、手術が単純で誰がやっても同じ効果が得られることです。

一方欠点として、メッシュを固定する筋膜が広い範囲で脆弱だとメッシュ周囲から再発の危険があること、ヘルニア嚢を剥離する際の神経損傷により慢性疼痛を訴える患者さまが時にみられること、メッシュが比較的浅い位置に敷かれるため時に異物感を伴うことです。一方のクーゲル法は1999年にKugelが初めて発表した新しい術式で、そけい管の頭側より腹膜前腔にアプローチし、特殊な扁平メッシュ(Kugelパッチ)を用いてヘルニア門(筋膜の脆弱部)を背側から覆う修復法で、我が国では2006年頃から普及しつつある術式です。

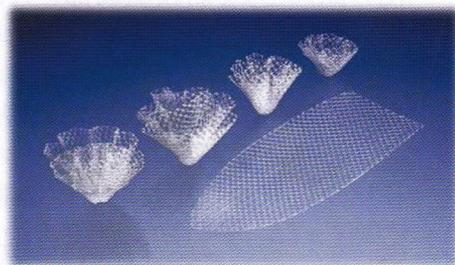


図1. メッシュプラグ
(そけいヘルニア修復術用メッシュ)

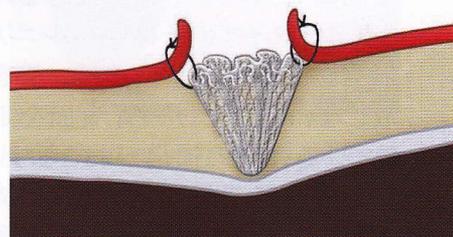


図2. メッシュプラグ挿入図

Kugel パッチは楕円形の形状記憶リングが2枚のメッシュシートでサンドウィッチされた構造となっており(図3)、腹膜前腔側からヘルニアの脱出の原因となる筋膜脆弱部を大きく覆いますが(図4)、この時メッシュがしわにならず形状記憶リングにより広く展開することが画期的な方法です。十分に腹膜前腔にスペースを作り、パッチを適正な位置に留置さえすれば後は腹圧により自然に筋膜脆弱部に密着し、再発を防ぎます。この手術の利点はヘルニアが起こりうる部位(Hesselbach3角、内そけい輪、大腿輪)を1つのパッチで同時にカバー、補強できるのであらゆるタイプのそけいヘルニアの再発防止になること、そけい管を解放しないのでそけい管表面を走行している神経の損傷がおこらないこと、メッシュが深部に留置されるので人工物による違和感が少ないことです。一方、欠点は視野が深くそけい部の解剖を十分に理解していないと適切な手技が行えないこと、従来法とアプローチが異なるため術式の導入のためには経験豊富な指導者の下でのトレーニングを受ける必要があることです。(図5)に両術式の補強終了後の模式図を示します。左がメッシュプラグ法でヘルニア門(筋肉の脆弱部、丸い点線)にプラグが挿入され、もう1枚のシートが前面(皮膚側)に敷かれているのが分かります。このような前面から補強する方法を on lay patch と呼びます。一方、右のクーゲル法ではヘルニア門の裏側(腹腔側)で筋膜と腹膜の間にシートが挿入され、広く筋膜脆弱部を覆っていることが分かります。このように筋膜脆弱部を後面から補強する方法を underlay patch と呼びます。腹圧がかかったとき on lay patch は補強部位が皮膚側に押し出される力が加わりますが、underlay patch では逆にシートが筋膜脆弱部に内側から密着する力となります。このように理論的には underlay patch による修復のほうが再発防止に有利とされています。当科では2010年からクーゲル法を本格的に導入し、とくに筋膜の脆弱部が広く再発が危惧される患者さまに対しておこなっております。まだ開始した当初ですが理論的で優れた術式との印象を持っています。患者さまにとって再発率が低く、体にも優しい手術となるよう、経験を積んでより確実な手技にしてゆきたいと考えております。



図3. クーゲル(Kugel)パッチ

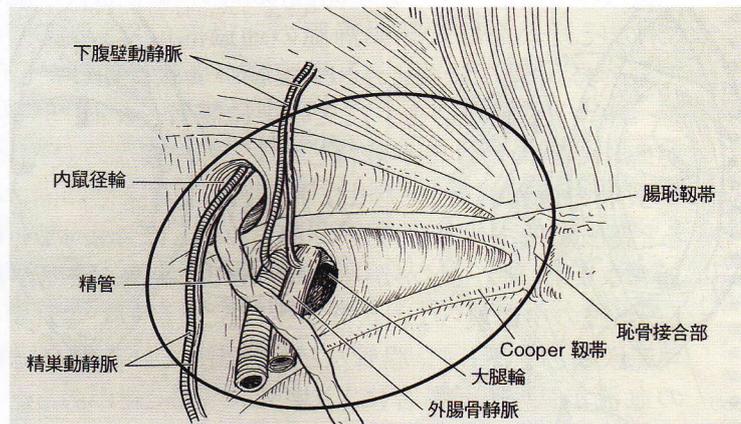


図4. そけい部ヘルニアの解剖

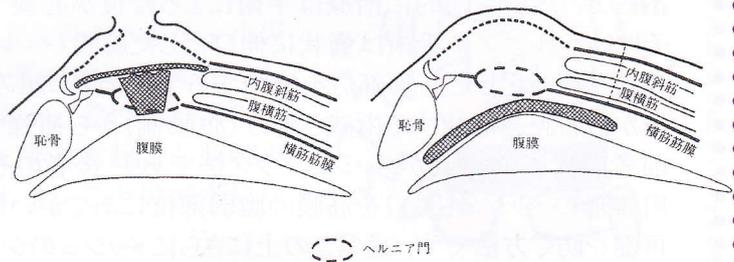


図5. 左:メッシュプラグ 右:クーゲル法

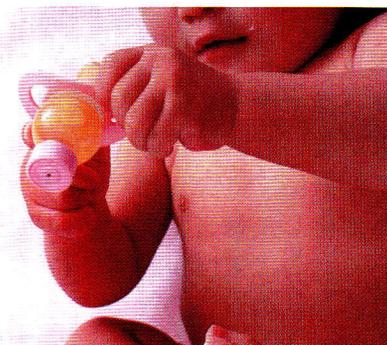
小児の注意すべき症状 (Q&A)

小児科部長 長尾 芳朗

社会保険中央総合病院で小児科部長を務めている長尾と申します。いつも患者さんを紹介していただきありがとうございます。本稿では当院の小児科について簡単に紹介し、次に小児の注意すべき症状についてお話ししたいと思います。

1. 当院小児科の紹介

社会保険中央総合病院の小児科は常勤2人で診療を行っており、規模は決して大きくありません。一般外来は予約不要で月曜日から金曜日の午前中に行っています。午後は乳児健診、予防接種、専門外来を行っておりますが、随時時間外受診を受け付けております。午後の診療は原則として予約制で、専門外来は当院の常勤医と大学からの派遣医師が担当しており、神経、アレルギー、心臓、内分泌、遺伝の各専門外来についてそれぞれの専門医が診療にあたっております。



神経外来ではてんかん、熱性けいれん、発達の遅れ、頭痛、夜尿などを、アレルギー外来では喘息、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーなどの診療を行います。心臓外来では先天性の心疾患、不整脈、川崎病などを、内分泌外来では低身長、肥満、思春期早発症、甲状腺疾患などの診療を行っております。また遺伝外来では遺伝に関するご相談に応じております。専門外来の医師は、常勤医にとって診断や治療に苦慮するケースについて随時相談できる専門家であり、科の診療レベルを示すものになっています。

当院には小児科の入院施設があります。入院患者さんの疾患は肺炎、気管支炎、気管支喘息などの呼吸器疾患、急性胃腸炎、乳児嘔吐下痢症などの消化器疾患が多く、概ね軽症な患者さんが中心ですが、時に髄膜炎、川崎病など比較的重症な患者さんも入院します。入院は自院外来からよりも、先生方からの紹介や他の病院からの紹介入院が多くなっております。その意味で当院小児科にとって先生方との医療連携は大切ですので、この場を借りて日頃のご紹介を感謝致しますとともに、今後も当院との連携強化をお願い致したく存じます。

2. 小児の注意すべき症状

小児の診療の難しさは、成人と違って症状を表現できないこと、症状が急変しやすいことだと昔から言われています。小児科は旧来あまり患者さんや患者さんの家族から訴えられることの少ない科ではありましたが、昨今の医療訴訟の増加に伴い、小児科医や病院が患者さんの家族から訴えられるケースも増えて参りました。訴訟を防ぐという目的ではなく、訴訟に至ったケースを他山の石とし自戒の念も込める意味で、以下に自験例を交えながら、小児の症状で注意を要する点を2, 3お話ししたいと思います。



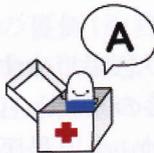
腹痛・嘔吐の場合は？



腹痛や嘔吐を主訴に外来を受診されるお子さんは多いと思います。小児の腹痛・嘔吐の原因の大部分は感染症であり、更に下痢を伴っていればウイルスや細菌による急性胃腸炎が主と考えてよいと思います。しかし、小児の腹痛や嘔吐は成人の急性腹症と同様に鑑別が難しく、中には急を要する疾患が混在していることがあります。中でも常に念頭に置いておかねばいけないのは腸重積やイレウス、急性虫垂炎といった外科処置を要する疾患です。腸重積は6カ月くらいの乳児から1歳半くらいの幼児に多く、間歇的腹痛・血便・嘔吐が三徴ですが、親の訴えは嘔吐のみという場合があります。訴えとして多いのは、時々火が着いた様に泣き、しばらくすると機嫌が良くなるというものです。胃腸炎と誤診して輸液にて軽快したため、帰宅させた後に死亡したケースなど、以前より診断が遅れて重症化した報告が大変多い疾患です。またポイツ=イェーガー症候群という基礎疾患があったのに気付かれず、12歳で腸重積を発症した男児の診断が遅れて死亡したケースは訴訟になっています。私もごく普通の便に少量の粘血が付着していたケースで半信半疑で小児外科に送ったところ腸重積であったという経験があります。イレウスは腹痛・胆汁性嘔吐・腹部膨満などの症状を呈しますが、腹部単純撮影が診断に有効です。5-6年前に葛飾区の病院で絞扼性イレウスにより死亡した5歳の男児のケースは皆さまの記憶にも新しいと思います。日常の診療でも急性胃腸炎で受診した患者さんの腹部単純撮影を行うとサブイレウスと言えるようなガス像が見られることがあります。小児のイレウスの多くは外科的処置の必要のない単純性イレウスですが、入院治療が必要とまります。急性虫垂炎はよく疑われる疾患ですが、診断が遅れて穿孔を起し腹膜炎を発症したケースでも生命に関わるようなことは滅多にないようです。



発疹の場合は？



発疹も小児科を受診される患者さんの主訴に多い症状です。小児の発疹の多くの原因はウイルス感染症ですが、細菌感染症もまた発疹の原因になります。発疹の特徴と臨床経過から、一般的に診断は難しい場合が多いですが、川崎病、伝染性単核球症、溶連菌感染症などは診断に苦慮することもあり、検査によって確定診断されることの多い疾患です。その他、薬疹、ブドウ球菌性熱傷様症候群（SSSS）なども発疹を主訴として受診することが多く、鑑別すべき疾患は多岐に渡ります。

厳密には発疹ではありませんが、発疹と区別が難しい場合があるのが出血班です。頻度的には血管性紫班病（シェーンライン=ヘノッホ紫班病）が多いのですが、

この疾患は激しい腹痛を伴うことがあり、虫垂炎と誤診されて開腹されたケースもある程です。以前に当院に紹介していただいた紫斑と腹痛を主訴とした8歳の男児のケースは、当初血管性紫斑病として入院とさせていただきましたが、入院時の血液検査で血小板減少、尿素窒素上昇が判明し、入院後に溶血性尿毒症症候群と診断されました。このケースは大学へ転送となり、幸い軽症で済みましたが、診断が遅れていたら重篤化していたかも知れません。その他出血斑を有するケースでは血液疾患の鑑別が必要となりますが、他に鼻出血、歯肉出血などを伴っていることが多く、皮下出血のみというケースは稀です。不自然な出血斑は虐待を疑えと申しますが、今迄に当院で虐待と確診したケースはありません。

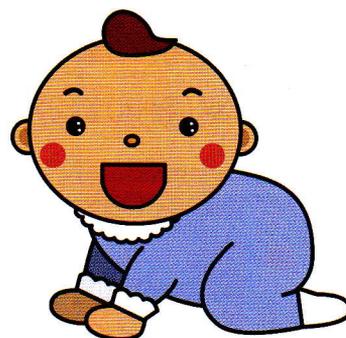


黄疸の場合は？



小児科でごく普通に遭遇する黄疸は乳児にみられる母乳性黄疸です。母乳性黄疸は母乳栄養児の20-30%にみられるとされておりますが、1か月健診を行っている私の印象としてはもっと多い気が致します。1か月健診時に黄疸が観察された場合に鑑別しなければならない疾患は先天性甲状腺機能低下症と先天性胆道閉鎖症です。治療が遅れると前者は精神発達の予後が、後者は生命予後が不良になります。両疾患とも他の症状から鑑別は容易と思われがちですが、血液検査で初めて診断がつく場合も多いのが実際です。特に先天性胆道閉鎖症は2カ月までに診断しなければ予後不良という時間的制約があり、決して見逃してはいけない疾患です。本疾患の児は灰白色便を排出すると言われますが、実際は明るいレモン色程度とも言われます。

最近先天性胆道閉鎖で亡くなった乳児の家族が2か月時に誤診したとして医師を訴えた裁判がありました。この乳児は2か月の時に灰白色便を主訴にある医院に受診しましたが、ロタウイルス感染症と診断されたとのことでした。しかしこの乳児は後に他の医療機関で先天性胆道閉鎖症と診断され手術を受けましたが、診断が遅れたため亡くなってしまい、両親が最初の医師を訴えたのです。この裁判が報道される以前から、当院では1か月健診に受診した乳児のうち黄疸の強いケースは念のため血液検査を施行しておりましたが、時に直接ビリルビンが4 mg/dlを超えるような値を示すことがあります。当然そのようなケースは精査を進めますが、幸い先天性胆道閉鎖症と診断されたケースはまだありません。



3. おわりに

小児科に限らず、ごありふれた主訴で受診された患者さんが実は重篤な疾患であったということは医師であるならばどなたでも経験のあることと思います。先生方との連携の中で多くのことを学び、ひいては地域の医療に貢献することが私達に与えられた使命だと思っております。

今後ともどうぞ宜しくお願い申し上げます。