

四季暖流

第6号

交通アクセス

●北部・中部からの患者さんの場合

◆市外線利用

- ①那覇バスターミナル下車
- ②糸満線に乗車
89番(琉球バス・沖縄バス)那覇西高まわり、航空隊経由
- ③新町入口にて降車

◆市内線利用

- 市内線9番大嶺線の通るバス停より乗車、新町入口にて降車

●南部からの患者さんの場合

- 89番那覇行きのバスに乗車、新町入口にて降車

●市内からの患者さんの場合

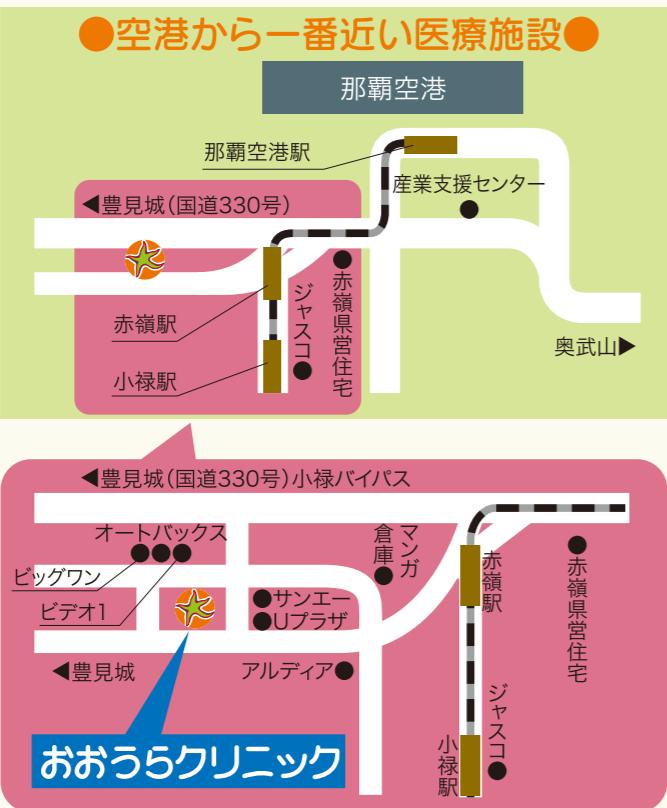
- 市内線9番大嶺線の通るバス停より乗車、新町入口にて降車

●モノレールからの患者さんの場合

- 赤嶺線より徒歩3分

●県外からの患者さんの場合

- モノレール那覇空港駅より乗車、赤嶺駅降車して徒歩3分



医療法人 十全会
おおうらクリニック
ホームページ <http://www.oura-cl.com>

那覇市高良3丁目5-22
TEL.098-859-1941 FAX.098-859-1933

緊急連絡先 090-8766-1571

診療時間 月～金曜日 9:00～12:00/14:00～18:00
土曜日 9:00～13:00
休診日 日曜・祝祭日・土曜日午後

四季暖流

第6号(通巻六号)

平成二十二年十二月二十八日発行(年四回発行)

編集／十全会

発行所／医療法人十全会(沖縄県那覇市高良二一五一二二一 電話〇九八一八五九一九四二)

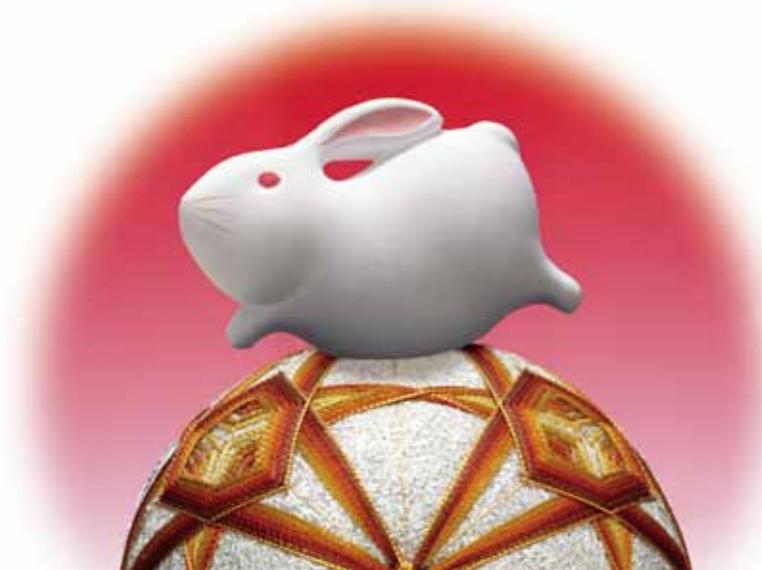
印刷／新星出版



医療法人 十全会
おおうらクリニック
ホームページ <http://www.oura-cl.com>

目 次

卷頭 内科受診の心得	1
学会出張 香港の景観を楽しむ	2
症例報告 転勤族のリウマチ治療	3
症例報告 統合失調症患者の透析導入	4
症例報告 シヤント部血管破裂時の救急対策	6
連載④ 透析への道のり -ある女性患者の物語-	7
琉球大学医学部医学科学生	8
膠原病と線維筋痛症との戦い	9
サッポロからの電話	10
線維筋痛症の新しい治療展開	11
事務局報告・本誌への原稿募集	20



卷頭

内科受診の心得

大浦 孝

刑事コロンボは話術が巧みで論理的です。その中にカミソリのような鋭い誘導尋問が挿入されていることにお気付きでしょうか。人物をよく研究しており、興味ある話題で関心を引き、自尊心をくすぐり、その間、巧妙に誘導尋問を仕掛けておき言質を拾い上げています。

他方、現場では必要最小限にして正確無比なる物証を提示すれば相手は、ぐうの音も出ないという筋書きです。

観客は犯行現場を見ていますし、刑事コロンボに誘導されその論理に共感し物証に納得し犯人逮捕に満足します。

病気の診断に至る過程も同様で問診、視診、聴診、触診、打診と六感を働かし、物証として検査も施行します。最も重要なものは問診で病気の80パーセントは問診で診断がつくといわれています。洗練された医師は問診が上手で、問診と視診だけで診断がつく場合もあります。問診により病気の履歴書が出来上がりります。

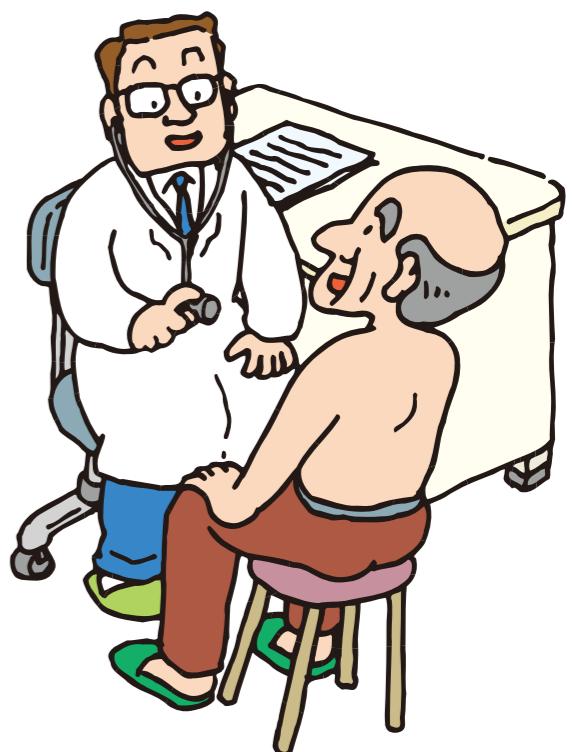
慢性疾患では長い病歴となります。誘導も必要ですが、正確で理路整然たる自己申告が必要です。面接の前に履歴書をご用意ください。病院に身を預けるのであれば御自身の情報を整理しておいてください。生の声が最も有力な情報なのです。そこで慢性疾患で内科受診時の注意事項を整理してみました。

1. 長い病歴を詳しく整理して申告してください。
2. 家族歴も申し述べてください。
3. 治療薬剤も確認しますので持参してください。
4. 今までの検査結果もありましたら持参してください。
5. 主なる訴え、その他の訴えを整理して述べてください。あらかじめメモして持参することをお勧めします。
6. 受診目的を明確にしてください。
7. 当然守秘義務は遂行します。
8. 必要なら他科、病院へ紹介します。
9. 救急時、様子がおかしい時、即病院へお電話下さい。直ちに指示を出します。
10. 看護師、薬剤師からも説明させます。

生の声の情報により、医師は職業人としての頭脳が活性化され論理の構築に働きます。ほぼ診断、病態、重症度、時期などが想定されます。これを確証するためには現場検証として丁寧に診察を行い、また物証として必要最小限にして正確無比なる臨床検査を選択します。血液検査、尿検査、レントゲン検査、心電図、超音波検査などが基本的な検査です。いきなり特種な検査は必要ありません。何事も基本が大切です。

診察室での真剣な対話により暗黙の契約が成立し、患者は自己責任も認識し医療人の義務が明確になって医療がスタートしますし、事故防止ともなり治療効果も期待できるものとなります。と同時に信頼関係も構築されることとなります。

かくして医療現場は交通整理され、流れもスムーズとなります。



学会出張

香港の景観を楽しむ

透析室:技士長 上原 和範

7月11日(日)~7月14日(水)の日程で「APLAR 2010:HONG KONG」第14回アジア太平洋リウマチ学会・香港に参加しました。

初めての海外渡航ということもあり私は大きな期待を持って飛行機に乗り込みました。

那覇から香港までは香港Express航空の直行便で約2時間半のフライトでした。時差が-1時間あります。飛行機に搭乗している時間は東京までとあまり変わりません。香港は意外と近いと思いました。

今回の出張は3泊4日の日程で当院からは院長、赤嶺科長、私の3名が参加し、香港でアーサー氏(タイ国出身・クリニックアドバイザー)、正木氏(旭化成メディカル・国際事業部)、施薦様(旭化成メディカル・北京)の3名が合流しました。

空き時間を利用して香港の観光を行いました。買い物天国としての知名度も高い香港ですが、今回の私達のグループは幸い高級ブランド品等にはあまり関心はないようで、食べることと観光地めぐりにポイントを置くことになりました。



はじめに、香港でも有数な観光スポットでビクトリア・ピークという山へ向かいました。ビクトリア・ピークはガイドブックにも必ず紹介されており、香港の超高層ビル群を一望できる名所として知られています。標高552mのビクトリア・ピークへはピークトラムというケーブルカーで登りました。急勾配の坂を登る約10分程の道のりですが、途中、緑の木々の間から突如摩天楼が姿を現す瞬間があり思わず声をあげてしまいました。これは憎い演出なのでしょうか。これからどういう眺めが待ちうけているのか、ますます楽しみになります。

やがて終着駅に到着し、展望台へ向かいます。そして展望台からの眺めは…。これはもう「素晴らしい」の一言しかありません。とにかく素晴らしい。狭い土地にひしめきあうようにならび立つ香港のビル群。

そのひとつひとつはそれぞれ外観も高さもばらばらですが、ここからひとつの景色として眺めると見事に調和がとれているように感じます。なんとも不思議な気持ちになりました。多くの人々や車が行き交い混沌とした印象を受ける街中と、それを忘れさせるような対照的なこの素晴らしい光景。そのどちらも人々を惹きつける香港の魅力だと思いました。

次にスターフェリーという連絡船に乗り対岸の九龍地区へ渡りました。このスターフェリーという船が



レトロな香港を感じさせて風情があり楽しい乗り物でした。ゆっくりとしたスピードでの船旅ですが、潮風を受けながら船の中から眺める超高層ビル群の眺めも素晴らしい。ビクトリア・ピークとはまた違った景観が楽しめます。

さて、夜はいよいよ「100万ドルの夜景」です。私達は九龍地区の尖沙咀プロムナード(チムサアチョイ・プロ



ムナード)へ行きました。海辺の遊歩道です。もう既に多くの見物客でにぎわっていました。ここから対岸の香港島の夜景を楽しみました。それはまさに「100万ドルの夜景」です。美しい夜景でした。超高層ビルから放たれる白や赤や青などの無数の輝き。その輝きが海面にゆらゆら反射してさらに美しさを倍増させます。香港は昼も夜も景観が楽しめるところです。

世界でも有数の近代的な都市にかつての英國植民地としての歴史と中国の文化が複雑に混ざり合い独特の雰囲気が魅力の香港。日本では常に人気の旅行先に上げられます。私はまたいつか訪れたいと思いました。

症例報告

転勤族のリウマチ治療

看護部 神谷まり子

II. 生物学的製剤治療歴

2005年 5月 エタネルセプト開始 ①
7月 味覚障害出現、CRP(1.56mg/dl)
ESR(21/1h・51/2h)にて一時休薬。
同月 関節症状増悪あり再開。
8月 自己注射開始。CRP1.64

2008年 6月 関節症状改善なし。トシリズマブへ変更検討。CRP2.24
8月 トシリズマブ初回投与。②
9月 投与後、10日間程は関節痛改善見られたが、関節症状増悪し歩行困難あり、本人の強い希望にてエタネルセプト再開。CRP1.56

2009年10月 関節痛改善なし、他の生物学的製剤への変更検討。(インフリキシマブ・アダリムマブ)自己注射を行いたいと、本人の強い希望があり、アダリムマブへ変更となる。CRP3.11

2010年 1月 アダリムマブ投与開始。③ CRP0.91
2月 自己注射開始。
3月 夫の転勤にて、投与5回目で転院となる。

I. DMARDs内服歴

2003年 9月 PSL5mg/d同時にパルス療法施行
CRP4.46
足部皮膚潰瘍に対して、抗生素・プロスタグランジン製剤投与、皮膚潰瘍治療剤塗付にて対処。

2003年11月 PSL10mg/dへ增量 CRP4.12
同月 MTX6mg スタート

2003年12月 皮膚潰瘍改善目的にて二重膜濾過法(DFPP)1クール施行 CRP2.83

2004年 2月 PSL8mg/d漸減。
3月 PSL5mg/d・MTX4mgまで減量。
関節症状改善なし。

4月 関節症状改善目的にて白血球除去療法(L-CAP)5回施行

6月 L-CAP後、PSL10mg/d・MTX6mgへ增量。CRP2.78

2005年 7月 味覚障害出現した為MTX休薬しその後中止となる。

2008年 8月 サラゾスルファピリジン(500)2T/2×開始。

CRPの推移

CRP(mg/dl)

CRP(mg/dl)



症例報告

統合失調症患者の透析導入

— 地域における施設間連携の実際 —

透析科 高良 奏史

高齢化社会の到来による認知症をはじめとする精神疾患も増加している。精神疾患を合併する場合、自立での透析導入は困難を極める。

今回、統合失調症患者の外来通院透析導入を試みたので、その経緯を報告する。又、この地域における施設間連携の現状を紹介する。

氏名: T. K(男性)76歳

職業: 無職(生活保護者)

主訴: 全身のむくみ

家族歴: 身寄りなし(単身者)

既往歴:

1967年 (35歳時) 統合失調症
(精神病院長期入院・現在1回/M通院中)

2005年 甲状腺機能低下症 高血压症。

現病歴:

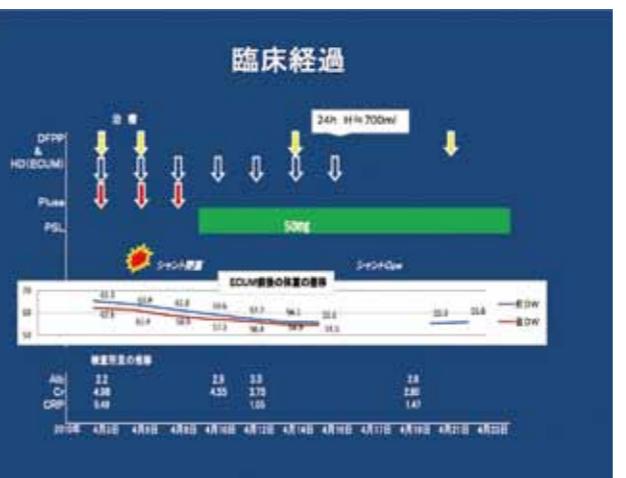
1967年 35歳頃より路上生活者で統合失調症として長期間に亘り精神病院入院、退院後は施設に入所し通院。

2009年 夏頃より全身のむくみが出現する。
某医院からの内服処方でしばらく様子を見ていたが、同年12月、発熱・乏尿からネフローゼ症候群、慢性腎不全を指摘され、某病院へ1ヶ月間の入院となる。アルブミン補充、ECUM(限外濾過法)全身のむくみは軽減。
利尿剤服用にて、尿量1日当たり1500mlまでに回復。
内シャント造設し数回の透析治療を行なった。
クレアチニンも5~6.0から3.0へと改善し退院。

その後は透析治療をやめて、他の施設へ入所。
2010年 4月再び全身のむくみが増強し当院にて再び透析治療となる。
当院で透析治療中の患者の様子は穏やかで大声や奇声、日常の会話を発する事は殆どなく喜怒哀楽も表現しないが、スタッフの指示には抵抗することなく介助にて動作は行えている。
一度だけ尿意を訴える意思表示が見られた。
ご本人との意思の疎通は不可能で施設長に説明と同意を得、又、役割と責任の分担を協約し治療を開始した。
車椅子通院から歩行通院までに回復し定期透析治療へ移行した。

生活歴:

2000年 精神病院へ入院。それ以前の生活歴不明。
一時退院するが、統合失調症による不穏症状増悪で再入院。
2005年 症状緩和・安定が見られNPO法人の宅老所入居。
2009年 12月他の某病院へ入院。
2010年 1月より、有料老人ホームへ入所。



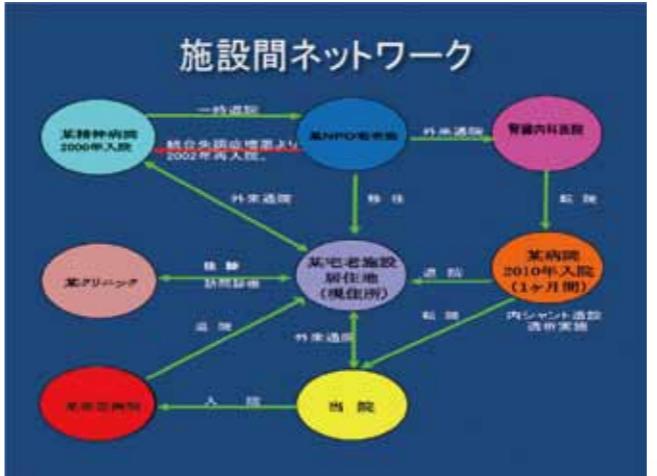
臨床経過:

ネフローゼ症候群の治療経過を示す。

2010年4月3日よりDEPPを計4回施行し、ECUM+HDと併用療養として計7回施行。

ステロイドパルス療法後、プレドニンは50mg開始した。ECUMにより体重減少約10kgで、全身浮腫は消失した。又、アルブミンも改善し、腎機能は回復し利尿をみた。炎症所見も消退した。

車椅子通院から自力歩行通院が可能になった。



本症例を取り囲む診療体制と生活環境を図示しました。

当初、精神病院へ長期入院し、退院後は近隣の施設で居住し、蛋白尿発見後は専門内科医院にも通院していました。全身浮腫でネフローゼ症候群、腎不全としてその後某病院入院し、内シャント増設、血液透析も導入され回復しております。

都合により住所変更、施設を移籍しております。その間、内科通院中断し、再度全身浮腫となり、ネフローゼ症候群、腎不全となり現住所の近隣の透析施設として当院初診しました。

これまで施設で往診を依頼し、2~3の透析施設へ治療を相談しましたが、満床とのことで断られております。(施設長の弁)

結語

- 統合失調症患者を外来通院で透析導入を試みた。
- 生活状況(介護士)と治療状況(看護師)を相互に文書で緊密に連絡した。
- 救急時の連絡網を整備し24時間ON CALLとした。
- 施設と透析クリニックと入院病院とで連携してバックアップ体制の構築が重要である。
- 今後ともいわゆる「複合疾患症候群」の透析治療継続が課題となる。



症例報告

シャント部血管破裂時の救急対策

透析科 澤村 直樹

目的：シャントトラブルでも血管破裂はしばしば致命的な結末となる。迅速な連携と救急対策が重要で、救命につながる。

今回、突発的に血管破裂が発生したが、同伴者の機転と救急センターでの応急処置により止血し、その後、シャント再建した症例を報告する。

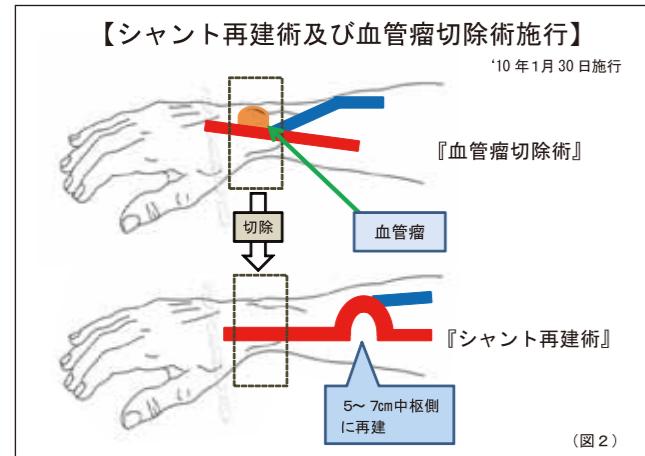
対象：症例は67歳の男性で透析歴は9年11ヶ月となった。家族歴、既往歴、現病歴は図1の如くである。

(図1)

症例	67歳 男性	職業	元バス運転手
原疾患	CGN	透析歴	9年11ヶ月
家族歴	特記なし		
既往歴			
'09年	膀胱腫瘍摘出術施行		
現病歴			
'83年頃	高血圧・痛風にて某病院通院		
'96年	某病院受診時、高血圧の指摘を受け、当院紹介される。		
'97年	徐々に腎機能悪化		
'03年(1/18)	K、Cr上昇のためHD導入		
'03年(1/25)	当院にて右前腕シャント造設術施行		
OPE終了後	シャントスリル良好 シャント音 咽合部 腱窩まで聴取可		

(図1)

シャント歴では、導入時に右前腕に内シャント造設。透析導入以降約6年間は穿刺トラブル等もなく経過していたが2009年3月頃より穿刺困難や脱血不良等もあり、血管造影で狭窄を指摘され、PTA(経皮的血管形成術)を施行。また、以前に同シャント部位の血管瘤に対しシャント再建及び、血管瘤切除術を施行した経歴もある。(図2)



その後はシャントトラブルなく経過したが、当日は透析開始前にシャント肢の腫脹、発赤、疼痛を認める。

シャント感染疑い、穿刺部を考慮し、透析を開始する。

通常の透析を終了し、一旦帰宅後、自宅にて悪寒戦慄、発熱があり、救急センター受診した。待合室にて待機中にシャント部に搔痒感あり、手指にて搔把した後、シャント部が破裂、大出血した。(御本人の供述)

結果：同伴者が駆け寄り、応急処置として4本の指で出血部及び、前後の血管ルートを圧迫止血。その後、外科医に委ねた。外科医はその場で止血、血管結紮を施行後、診察室へ移動し、出血部の縫合を行い、救急処置後、入院となる。後日、破裂したシャントの整復を試みるが、皮膚切開時に大量の膿瘍を認めたため、感染巣の除去のみ施行。9月29日、貧血に対し、RCC(赤血球濃厚液)2単位輸血を施行する。その後の精査(血培)により発熱、シャント部発赤の原因はシャント部からの黄色ブドウ球菌(MRSA)による感染と判明。抗生素の治療を行い治癒後、間を置いて左前腕に新シャント再建となった。(図3)

その後、穿刺困難や脱血不良はない。



(図3)

考察：皮下に深在する穿刺部感染巣(膿瘍)が拡張、浸透しつつ血管壁を浸蝕し、破裂し、大出血に至ったものと考える。

【シャント感染の予防と対策】

- 透析をしている人は、もともとの免疫力が低下しているので感染しやすい状況にあります。シャント感染を起こすと、シャント閉塞の原因になり、感染がひどくなると全身に感染が広がり敗血症を起こし生命に関わることになります。

- シャント感染のサイン
- 皮膚が赤くなっているか
 - 腫脹はないか
 - 発熱はないか
 - 疼痛はないか
 - 出血、膿はないか

- シャント感染の予防
- シャント肢は清潔に！
 - 穿刺部位の選択
 - かき傷などを作らないように！
 - 感染の症状を知っておき、異常があった場合には速やかに医師に連絡。

連載④

透析への道のり

ーある女性患者の物語ー

透析科 赤嶺 正樹

報われず、応えの出ないやり取りに不満が噴出するのであろうと考える。本人だけでは駄目だ、家族に相談してみようと思ふが娘さんに連絡した事がある。「病院の隣に引っ越しても、母の行動は変わらないと思います。体調が急変しても自己責任だと思っています。御迷惑でしょうが宜しく御願いします。」との返答だった。

しばしば透析施設では、検査値の悪い患者、体重増加の多い患者、きちんと規定時間透析出来ない患者、業務遂行の妨げになる患者を異端児扱いする事が見受けられる。統計・予防医学に沿って指導し、患者を生かす事を念頭に置いてきたが、ある患者に言われた事が私の胸に今も残っている。「言う通りにしたら、何歳まで生きられるの?…個人々々差があるっていい言葉、いい逃げ道だよね。僕は自分で責任持つから不良群でいい。」と。

今後は、型にはまつた透析室から、自己責任を強調して個人々々の治療スタイルをオーダーメイドする、生かす治療からサポートする医療に変わるかもしれません。

彼女は、異端児では無く、ある意味先駆者かもしれない。

結局、3年半ほど通院したクリニックからも、彼女は、転院する事になった。

草木が芽吹く初春、当院へと。



琉球大学医学部医学科学生

実習レポート①（抜粋）

平成22年3月16日

先日は1日間実習させていただき、どうもありがとうございました。普段大学で実習しているのとは違い、患者さんの生活環境のなかに入り込んでいくという貴重な体験ができました。

患者さんが先生の姿を見て、信頼されているのがとても印象的でした。地域に密着した医療を行う先生の姿がなんなく目に浮かびました。

地域医療では、患者さんを中心としてそれを取り巻く家族などにも目を向けることになると思います。それらに対して柔軟に対応していらっしゃる先生を見て、今後自分も患者さんを中心とした医療を行いたいと思いました。

正直1日間というのは短かったですけど、診療に対する先生たちの姿勢から得るものが多くありましたとおもいます。お忙しい中対応して下さり、本当にありがとうございました。また機会がございましたら、その際はどうぞよろしくお願ひいたします。

僕がおおうらクリニックで得たことは、病院が多くない地域やあまり大きな病院に行く機会のない人が多い地域では、一人の医師が自らの専門とする診療科だけでなく、外科・内科関係なく幅広く診る事ができる必要があり、それは将来、離島医療に従事しようとしている僕にとって、大浦先生が素晴らしいお手本となってくれたということでもあり、これから自分も先生のようになれるように頑張ろうと思えたことでした。お忙しい中で学生を温かく受け入れてくれた大浦先生はじめスタッフの方々にはとても感謝しています。

今回の実習中に学んだ中で一番印象に残ったのは、一人の医師としてどうあるべきか、ということです。大きな病院に籍を置いて、数々の医療機器を駆使して医療を行うのも、地域に根付いた医師として地域住民の健康を担うのも、医師会などで大きな役割を担い、県全体の医療のあり方について考え、行動していくことも、全てが正しい医師のあり方であると知ることができ、今後の自分の医師としてのあり方について考えさせてもらう良い機会になりました。僕自身、一人の医師として社会に何か貢献したいという気持ちが芽生えてきたと思います。

医学科6年生(Y.S.生)

実習レポート②（抜粋）

平成22年4月20日

この度の見学におきまして、琉球大学病院ではなかなか診ることのできない膠原病、線維筋痛症の診断、治療方針、また、透析、血漿交換も見学させていただき、大変勉強になりました。大学の実習では、腎臓内科を回る機会がなく、私の勉強不足もあり、透析に関する知識が乏しいところ、お忙しいにも関わらず、大浦先生をはじめ看護師さん、技士さんもとても熱心に教えていただき大変感謝しております。

チーム医療の大切さを感じました。大学でもチーム医療は大事だといいますが実際に看護師さんや技士さんと接する機会は少ないので、今回の実習で実際に看護師さんたちの仕事をみることができ、医師、看護師の連携がうまくいかないと病院はまわらないのだと思しました。

大学の外来は診断がついた患者さんが多いのですが、今回、患者さんの訴えから診断を導いていく方法を実際に学ぶことができました。特に膠原病は、外来での検査などもなかなかみることができないので良い経験となりました。また、線維筋痛症の診断方法、現在は治療薬でガバペンを使用することも初めて聞き勉強になりました。

今後、より一層学業に励んで参りますので、ご指導ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。

医学科5年生(K.S.生)



手記

膠原病と線維筋痛症との戦い



症例: G・K 39歳 女性
主訴: 発熱と激しい全身痛
家族歴: 叔母、弟(SLE)
既往歴: リウマチ熱(6歳)、盲腸(24歳)
現病歴: (自己申告)

発症入院

1995年5月突然の38度代の発熱、だが寝込むほどではなく買い物や家事もこなせていた。感冒薬を服用し床に就くが夜中、全身に今まで感じた事がないほどの激痛と肌が焼けただれるような灼熱感を感じ目が覚める。体温は40度まで上昇しあまりの激痛に混乱状態となる。

解熱鎮痛剤を服用するが全く効果が無く、県立病院救急へ受診そのまま入院となる。

39度から40度の発熱、激しい全身痛と頭痛、灼熱感それに伴い運動困難となり、倦怠感、食欲不振等、健康な働き盛りの人間が一夜にして自分の手も満足に持ち上げきれない重病人になってしまった。毎晩激痛と悔しさと情けなさで泣いていた。

入院当初は他者に体を触れられるだけで激痛が走ったが熱が下がり始めると体の症状もやや軽減し次第に壁づたいに歩けるようになった。食事も少しずつ摂れるようになったが、原因不明なので対症療法しかなく、全快しないまま退院。

大学病院へ入院

県立病院退院3日後再度、発熱、激しい全身痛、頭痛、灼熱感出現した為県立病院受診し、大学病院へ紹介してもらい、大学病院救急を受診。熱と通院の疲れ、食欲不振からの栄養状態の悪さからか、意識が朦朧とし始めていた。当直医が呼吸器グループだった事からそのまま内科へ入院。不明熱ということで同病院内の隔離病棟の個室へ、(約2週間)体の状態は以前と同様。回診の度、何度も同じことを質問され、特に住宅環境が水辺ではないかと聞かれた。何かの感染症を疑っているようでした。

私は「体のことは体に考えさせる」という経験則を持っているが、その時の症状にはいつも違和感を感じていた。やがて体は回復しあり、割合しっかりと歩けるようになっていったが、違和感は消える

ことなく加えて漠然とした不安感まで生じようになっていた。

小康状態まで快復した後退院。経過観察として2週間毎の外来通院(5月~6月)。

復学

予想もしていなかった「自己との戦い」が始まった。当時は仕事を辞め、実家を離れて資格取得の為大学に出戻っていた。教師を目指していたのである。朝から夕方まで講義を受け、その後図書館で復習し、帰宅途中で食料や日用品を買い、重い荷物を持ってアパートへ、着くとすぐに家事を始め、夕食後レポートと予習をし、その後入浴して床に就くというサイクルで生活していた。平均睡眠時間は4~5時間だった。

健康だったらこれくらいは平気だろう。私も「病気」はもう治ったものと考えていた。だが、そうではなかった。生活労働の負荷は即全身痛と倦怠感に変わった。私はもう元のサイクルで生活することは不可能だと悟った。症状にも変化が生じた。日光に当たると皮膚痛がひどくなり、関節が特にこわばった。急な傾斜の坂道を上れなくなるほどだった。

更に日光に当たっていると微熱が出て頭痛がした。症状は加速度的に悪化していき、私は通院の度に現状を訴えたが、血液検査に異常値はない為、様子見のまま時間が過ぎていった。

再入院

ある日とうとう起き上がりなくなり、大学受講へ行くどころか室内を歩くことすら出来なくなっていた。仕方なく家族を呼び、救急に飛び込む。再入院することとなった。(6月~12月)

私の体重は5月の発熱時から10kg近く落ちてしまっていた。

(以下中断し未完成)





サッポロからの電話

—透析者の観光旅行—

院長 大浦 孝

とある閑静な診療所の昼下り。突然、当クリニックへ札幌市から電話が入った。中年の女性の声で、来週の月曜日に透析治療を受けたいとの依頼であった。女性5人の療養仲間で、冬の札幌市から暖かい沖縄へ観光旅行へ出掛ける。3泊4日の滞在中、透析治療患者ため一日4時間の透析治療が必要となる。当クリニックへ5人の透析治療が依頼されたのである。時間帯を工面して、透析治療ベッドを確保して快諾した。

沖縄の自然、風土、人情が全国から注目され観光ブームとなっている。観光立県をキャッチフレーズに地元の企画・キャンペーン、受け入れ態勢も充実し、功を奏しているものと思われる。これを一時的なブームに終わらせない工夫も求められている。付加価値を付けて、癒し、保養地としての可能性を検討してはいかがなものだろうか。

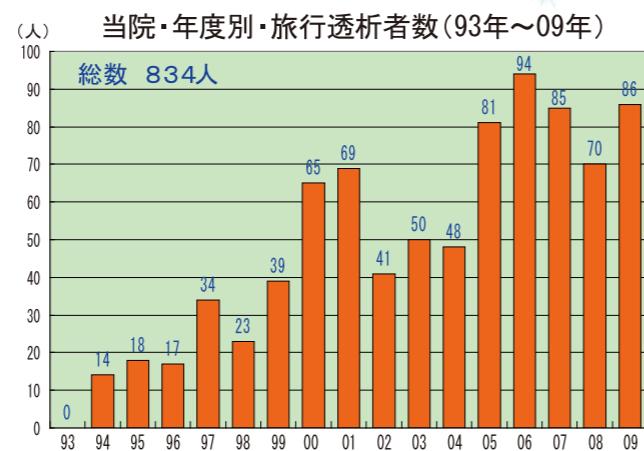
透析患者の旅行者(旅行透析者)の動向に注目したい。一般観光客と連動して旅行透析者も増加している。今回県下、全透析施設(68)へアンケート調査を実施し集計した結果、2008年一年間で1016名の旅行透

アンケート結果の比較(沖縄県内受入れ数の推移)

	1999年	2004年	2008年
北 部	69	74	134
中 部	136	224	263
那 霸	135	275	259
南 部	85	49	53
宮 古	44	43	58
八重山	100	198	239
久米島	0	6	10
総 計	569	869	1016

析者が来県している事が判明した。これは4年前にも同様な調査を実施したが、ほぼ倍増していることも判明した。特に石垣と本島の中部リゾート地近くの施設と那覇の施設で増加していた。10名以上の団体、3ヶ月以上の長期滞在、海外からの訪沖と今後も期待されるし、地元の受け入れ態勢の整備も急務である。

当院への旅行透析者も年々増加傾向にある。この3年間では毎年70名以上が来院し、この17年間では統計834名が来院している。北は北海道から、南は宮古、八重山からも来院されている。海外からは台湾、ハワイ、フランスからも来訪した。観光が大部分であるが、



ビジネス、里帰りの方もおられる。ゴルフを楽しむ方やダイビングに挑戦される猛者もおられる。透析者にとってすでに物理的にはバリアフリーとなっているが、今後は一般市民としての心のバリアフリーが必要かも知れない。

昭和47年から透析療法が普及して30余年、現在、透析患者人口は全国で29万人、沖縄県で4000人以上となった。医療技術の進歩により安定維持患者の延命と生活の質が向上し、これをささえる医療保険制度も充実してきた。これからは健康な透析者ならどこでもいつでも透析治療が受けられ、各国の旅行へ出掛けられることも夢ではなくなった。

3日後、木曜日の昼下り、再び札幌市から電話が入った。お礼の電話であった。「いつもの様に水曜日に透析治療を受け、旅の疲れもなく皆元気です。札幌市は吹雪です。」「暖かい沖縄へ今度はご家族でいらっしゃい。」冬の長い雪国、札幌市の吹雪の中を月、水、金と透析治療のため通院を続けていることであろう。

趣旨は琉球新報2005年(平成17年)11月27日(日)論壇へ掲載した。



一般公開
医療講演会

線維筋痛症の新しい治療展開

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター
副センター長 岡 寛

この数字は住民票による無作為に抽出した8,000人を対象にアンケートをとり、慢性疼痛が3ヶ月以上続くと答えた人をリウマチ専門医に診察してもらい、だした数字です。

線維筋痛症は本邦にどれくらいいますか？
欧米なみの疾患頻度ですか？

米国では、全人口の2.0% (リウマチ外来患者の20%)
カナダでは、全人口の2.7%

本邦では、全人口の1.66% (約200万人！)

都市部：2.2%，地方部：1.2%

欧米に匹敵する頻度であった！

厚生労働省・線維筋痛症研究班 全国疫学調査結果 (2004～2005)



線維筋痛症の新しい治療展開

平成22年10月2日
一般公開医療講演会

聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター
副センター長
岡 寛

沖縄県那覇市医師会館 大ホール

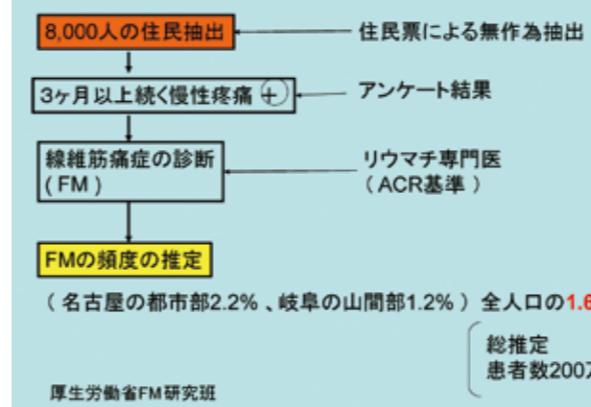
(1) 線維筋痛症の疫学

特に欧米と本邦の疾患頻度の差
がありますか？



日本と欧米の疾患頻度を比較すると、米国で全人口の2.0%、カナダで2.7%、日本で1.66%となっております。

本邦の疫学研究方法: Population based study

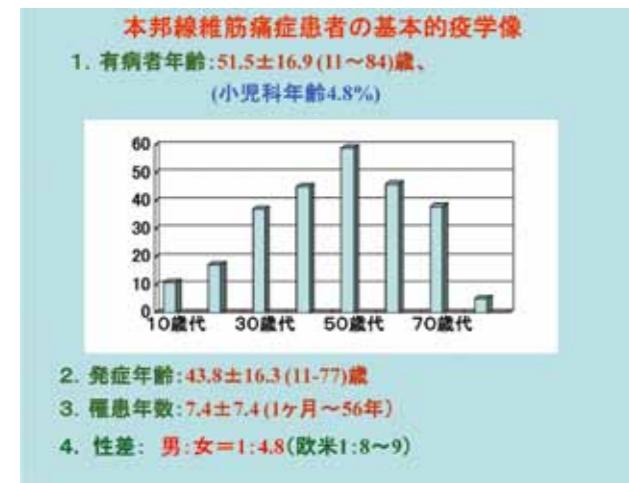


今何故
線維筋痛症が注目されているのか？

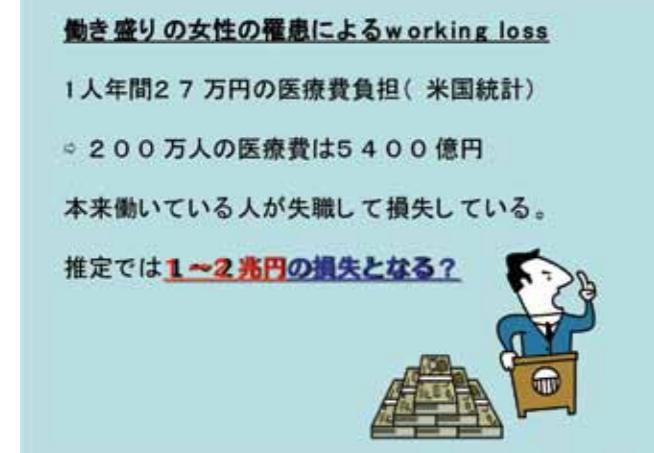
⇒

それは200万人の患者分布から考られます。





今何故、線維筋痛症が注目されているかを患者分布図から考えますと、小児の割合は約5%ですが早めの診断により比較的すぐにDrug Freeにまで回復します。発生年齢の平均は働き盛りの43.8歳で男女の割合は約5対1になります。



Working lossの観点から考えると日本における損失は推定で1~2兆円になります。

線維筋痛症の本年度の動き	
2008年4月	厚生労働省 線維筋痛症研究班は独立し、3年継続
2008年5月	線維筋痛症が医師国家試験の出題基準に採択上
2009年1月	線維筋痛症の治療(プレガバリン第3相)開始
2009年10月	第1回日本線維筋痛症学会開催
◆ 線維筋痛症の今後の動き	
2010年度	線維筋痛症の診療ガイドライン発刊
2011年~2012年	線維筋痛症の保険収載目標

線維筋痛症の近年の動きとしては、まず研究班が厚生省リウマチ班から独立し3年経過した事と、医師国家試験の問題に線維筋痛症が選出されたことです。これから、医者は線維筋痛症を知っているなければならぬということですね。そして現在実施している治験が今年中に終わる見込みです。これを厚生省に申請し、認可されれば線維筋通症が保険適用になります。

(2) 線維筋痛症の診断はどうするのか?

現在の診断基準は1つだけあります。



線維筋痛症の診断基準は1990年にアメリカのリウマチ学会がまとめた診断基準を基にしております。

線維筋痛症の分類基準

- 広範囲にわたる疼痛の病歴があること
定義: 痛みが次に示す部位すべてに認められる場合に、広範囲とみなす
 - 左半身にみられる痛み
 - 右半身にみられる痛み
 - 上半身にみられる痛み
 - 下半身にみられる痛み
 - 体幹骨骼の痛み(頸椎、前胸部、胸椎、あるいは腰部)本定義では、頭および顎関節は、罹患部位の別の疼痛とみなす。「腰椎」痛は、下半身の疼痛とみなす。
- 指を用いた触診により、18か所の圧痛点のうち11か所以上に疼痛を認めること
定義: 指を用いた触診により、以下の圧痛点 18か所中 11か所に疼痛が確認できること
 - 分類上、この両基準を満たしていれば、線維筋痛症と判断する。広範囲にわたる非疼痛が3か月以上持続しなければならない。第二の疾患が認められても、線維筋痛症の判断は可能である。
 - † 指を用いた触診は約4kgの圧力を実施すること。ある圧痛点で「陽性」と判断する場合、被験者がその圧痛点での触診に対して「疼痛」を訴える必要がある。

出典: Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. Arthritis Rheum 1990;33:160-172.



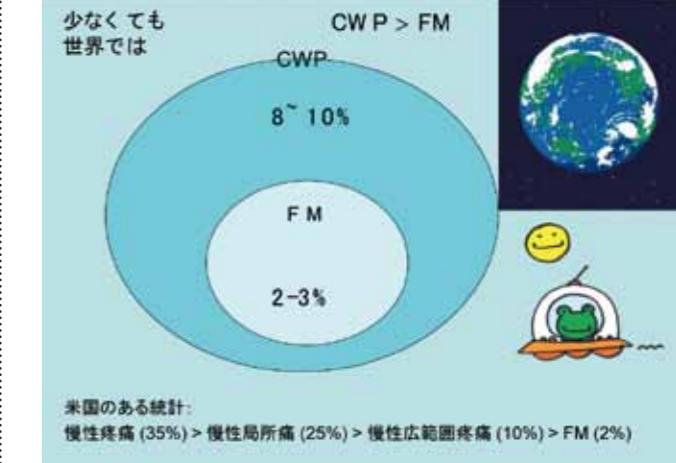
大きく分けて①広範囲な痛み②指を用いた触診により、18カ所の圧痛点のうち11カ所以上の疼痛が確認できたとき③3カ月以上続く慢性疼痛の三つの骨格があります。

11箇所を満たさない全身の痛みが有る例は何か?

目安として、6箇所以上を満たす例は、**慢性広範囲疼痛(CWP)**と考えられる。
ある意味で、FMはCWPの完成/進行型

11箇所を満たさない全身の痛みがある例を、目安として6カ所以上を満たす場合、慢性広範囲疼痛(CWP)と考え、全米では人口の約8~10%程いるといわれています。

これを日本に置き換えると600万人~800万人の治療対象者がいると考えられます。



2006年に医師を対象に線維筋痛症本邦認知度調査をしたところ、認知度は全体の32.2%で2009年には55%まで上昇しましたが、依然、認知度が低いことによるうつ病、詐病等の誤診がつくという傾向があります。

線維筋痛症に対する本邦認知度調査(2006)

1) 医師	リウマチ登録医 (N=3,987) 31.7% (2004)	プライマリーケア医 (N=2,977) (2006)	
地 域	疾患概念認識	病名認識	非認識
東 京	40.8%	33.3%	25.9%
名 古 屋	34.1	49.6	26.3
三 重	30.5	39.1	30.3
全 体	32.2	38.4	28.4
2) 一般住民 (N=1,117) 8.6% (95%信頼区間 5.5-10.3) (2006)			
名 古 屋	18.9% (95%信頼区間 12.6-25.2)		
三 重	2.4% (95%信頼区間 0.6-10.5)		

* 2009年の再調査では、疾患概念認識が55%に上昇した。

確定診断までの臨床診断名、疑診名 (N=149、厚生労働省全国疫学調査2004)	
うつ病、うつ反応	80.5% (120例)
筋膜障害	75.3% (112)
診断不明	64.4% (96)
骨粗しょう症	52.3% (78)
心身症・神経症	45.7% (68)
変形性関節症	42.3% (63)
リウマチ性多発筋痛症	39.6% (59)
身体表現障害(慢性的疼痛障害、身体化障害)	37.6% (56)
多発性筋炎	28.9% (43)
軽病	28.2% (42)
慢性疲労症候群	24.1% (36)
関節リウマチ	21.5% (32)
血清反応陰性脊椎関節症	10.1% (15)
反射性交感神経異常症候群(RSD)	8.1% (12)
アロディニア	6.4% (9)
その他	52.3% (78)

なぜ検査では「異常なし」なの?
こんなに痛いのに・・・誰か、わかつて!

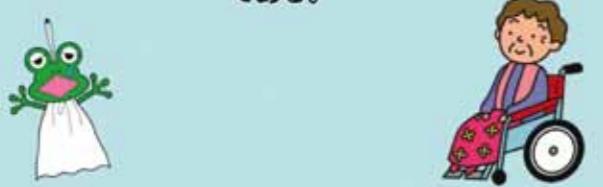


線維筋痛症は、器質的な異常ではなく、機能的な異常のため、通常の検査値異常はありません。

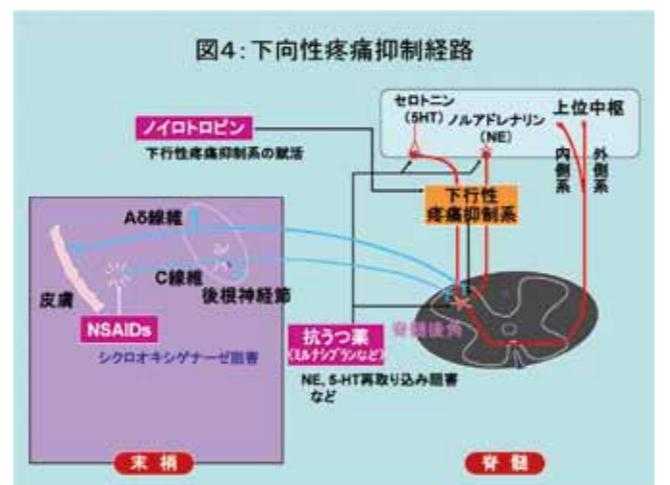
線維筋痛症は目に見える器質的な異常ではなく、目に見えない機能的な異常のため通常の検査値異常はありません。

FMの病因論

末梢性の疾患ではなく、
中枢(脳)の機能異常であることは確か
である。



病因論として末梢性の疾患ではなく、痛みの伝達経路つまり中枢(脳)機能の異常であることは確かであります。



厚生労働省が作成した重症度分類表を見てみると、ステージ1・2は押すと痛い、ステージ3・4・5は何もしなくても痛い、4・5になると痛みで寝たきりになる。重症度4・5が全体の10%ぐらいで、この人たちに介護保険が適用できればと考えています。

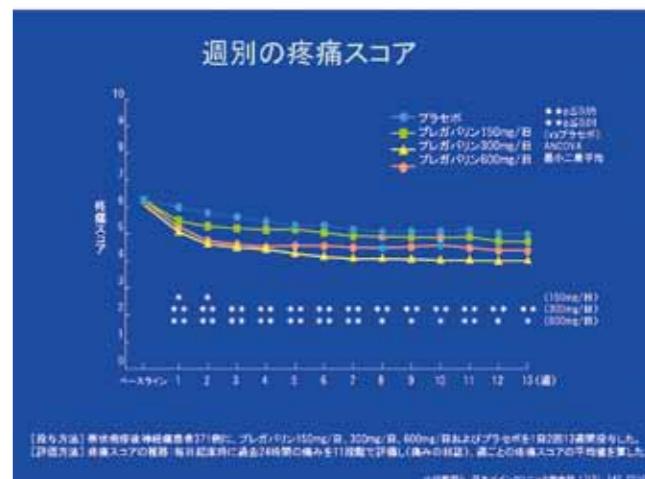
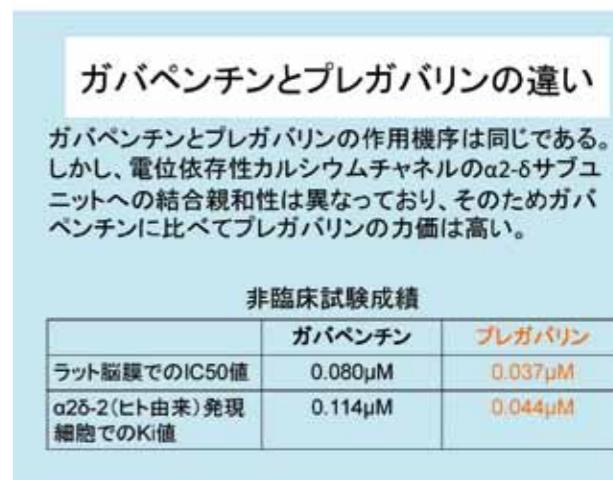
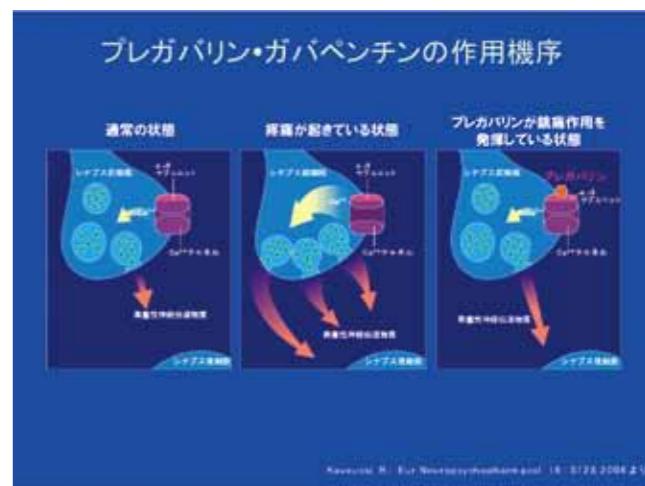
2004年から2005年にかけて厚生労働省が実施した疫学調査では治癒、症状改善した例が約53%です。

一般的に線維筋痛症は不治の病と考えられがちですが、実際に私が診ている患者さんでは80%が改善し、その内4人がDrag Freeになっています。比較的、若い人は症状改善が顕著ですが、年齢のいった人でも早期治療すればDrag Freeになった例はあります。

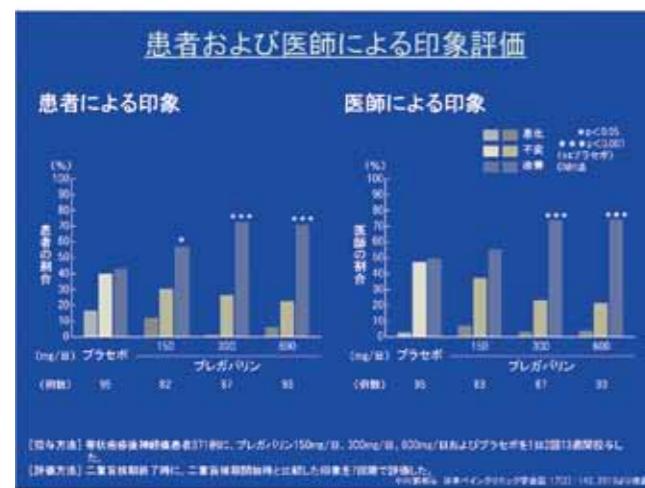
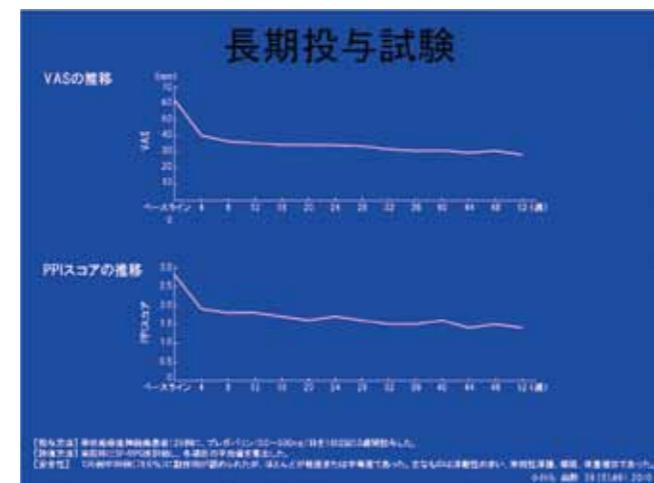
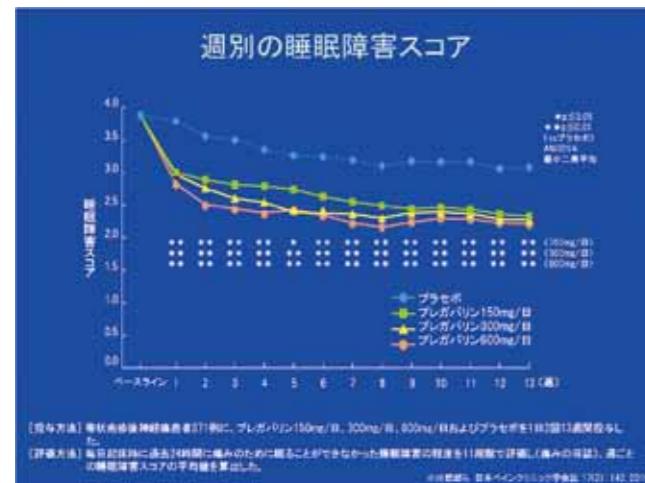
ポイントはやはり認識度上昇、早期診断だと思います。



線維筋痛症治療に使うプレガバリンとガバペンチンとは抗けいれん薬で、興奮した神経細胞を抑えるための薬を応用しています。現在治験中のリリカは前述の2つより少し強いです。今はガバペンチンが中心となっておりますが、将来的にはリリカが中心になってくると思います。



線維筋痛症と類似している帯状疱疹後疼痛症の患者さんを対象にリリカとプラセボで①疼痛 ②睡眠障害 ③患者・医師の印象のデータグラフを見てみますと、全てリリカの数値が上回っています。これを基に帯状疱疹への投与は保険適用になりました。



	プラセボ群 (n=58)	プレガバリン群 (mg/日) 150(n=87)	300(n=89)	600(n=97)	合計(n=273)
発現例数(%)	43(43.9)	50(57.5)	65(73.0)	80(82.5)	195(71.4)
浮動性めまい	6(6.1)	10(11.5)	27(30.3)	48(49.5)	85(31.1)
筋拘	7(12.1)	19(21.8)	22(24.7)	37(38.1)	76(28.8)
僵硬	3(5.1)	11(12.8)	10(11.2)	12(12.4)	39(12.1)
末梢性浮腫	1(1.8)	4(4.6)	11(12.4)	17(17.5)	32(11.7)
体重増加	0	1(1.1)	15(16.9)	13(13.4)	29(10.6)
口渴	3(5.2)	9(10.3)	6(6.7)	7(7.3)	16(5.9)
悪心	4(4.1)	1(1.1)	5(5.6)	7(7.2)	13(4.8)
顔面浮腫	0	4(4.6)	1(1.1)	6(6.2)	11(4.0)
筋拘	1(1.6)	2(2.3)	4(4.5)	3(3.1)	9(3.3)
痙攣	0	0	2(2.2)	6(6.2)	8(2.9)
筋力低下	3(3.1)	4(4.6)	1(1.1)	2(2.1)	7(2.6)
異常感	1(1.8)	2(2.3)	3(3.4)	2(2.1)	7(2.6)
頭痛	1(1.8)	0	1(1.1)	5(5.2)	5(1.8)
転倒	2(2.0)	1(1.1)	3(3.4)	0	4(1.5)

いずれかの群で発現率30%以上の副作用
平成22年12月28日 第6号

注意すべき点は、副作用の眠気がリリカはプラセボの約5倍になりますので、車の運転などは絶対にしてはいけないというところです。



帯状疱疹後疼痛症患者さんへの長期(52週)投与のデータグラフを見てもリリカは効果を表しています。

線維筋痛症に対するガバペンチンの効果

●岡 寛¹⁾、長田 賢一²⁾、山野嘉久¹⁾、阿座上 和子¹⁾、

臼井 千恵³⁾、西岡 久壽樹¹⁾、西岡 洋右⁴⁾
聖マリアンナ医科大学 難病治療研究センター、

虎の門会館が開アーバンクリニック¹⁾、
聖マリアンナ医科大学 精神神経科²⁾、
順天堂大学医学部 精神神経科³⁾

有効性の評価

★★ 有効: 50%以上改善

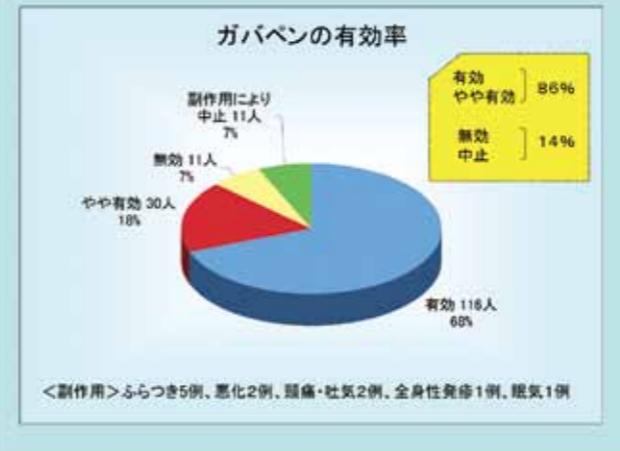
★ やや有効: 20%~50%改善

□無効: 20%未満の改善

□中止

By physician's global VAS scale (0~100mm)

167人の線維筋痛症患者さんでガバペンチンの有効データをみると有効・やや有効が86%で無効・中止が14%ですが、これはガバペンチン単独ではなく他の薬も併用している数字です。



ガバペンの処方例

てんかんでは

初期: 300 mg x2 ⇒ 2 日目: 600 mg x2
⇒ 維持量: 600 mg x 3 (1800~2400 mg/day)

FMSでは

初回: 200mgを半錠(100mg) ⇒ 1-2 週後: 200mg
⇒ 維持量: 200~1000 mg
* FMSでは、さらに少量で効果あり！

では、実際に患者さんへのガバペンチンの維持量ですが平均で935mg/1day てんかんでの維持量1800~2400mg/1dayと比較すると約半分の維持量です。



トレドミンの処方例

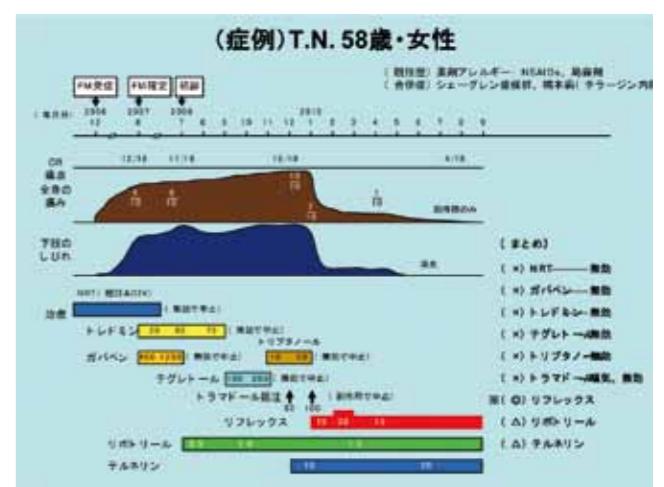
うつ病では

初期: 50 mg ⇒ 2 日目: 100 mg
⇒ 維持量: 100~200 mg

FMでは

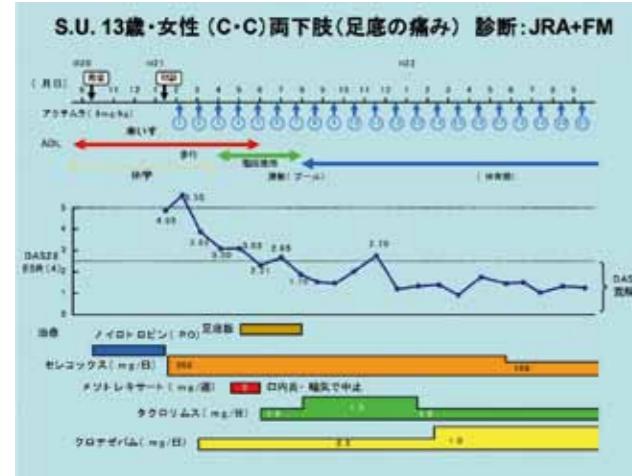
初回: 15mg ⇒ 2-4 週後: 30mg
⇒ 維持量: 30~60 mg

* FMSでは、少量で効果あり！



現在治験を行っている線維筋痛症治療薬リフレックスという薬がありますが、下肢のしびれ・全身の疼痛を訴える58歳女性に対し、唯一リフレックスのみ効果が表れたという症例がありました。

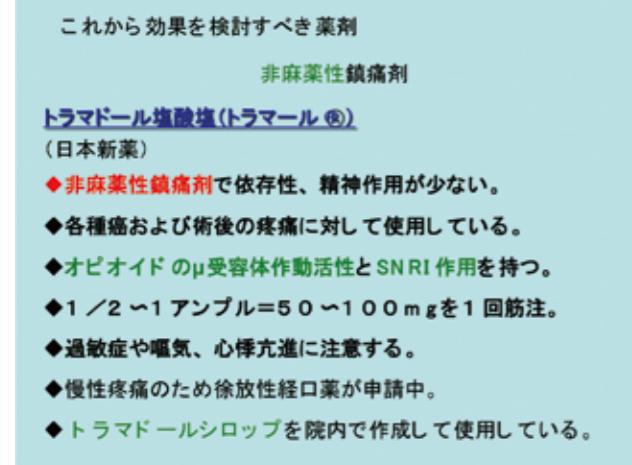




線維筋痛症で某病院から紹介で13歳女性、足底部の痛みの為自力歩行ができず車椅子の患者さんですが、検査値に異常はありませんが痛みを訴えている足底部にリウマチの症状である糜爛を確認した為リウマチと診断し、アクテムラを開始後、約半年で体育祭に参加できるほど回復しました。

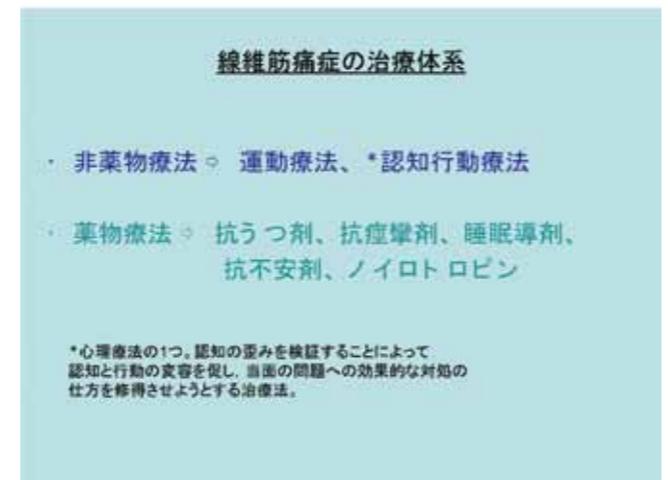
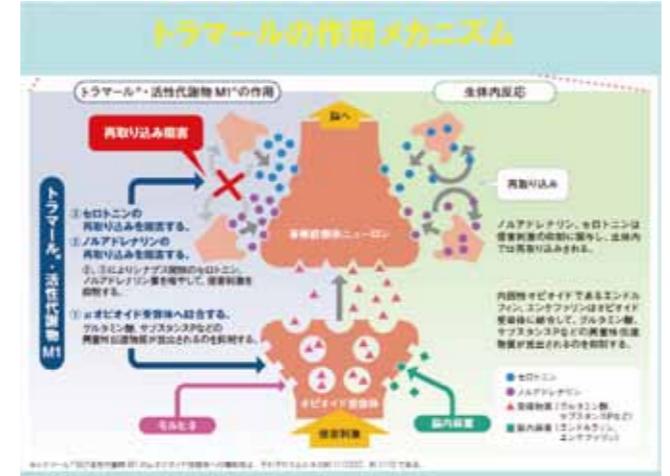
診断が早くついていれば更に回復は早かったでしょう。

どんな症状も見逃さず的確な診断をという教訓的な症例のように思います。

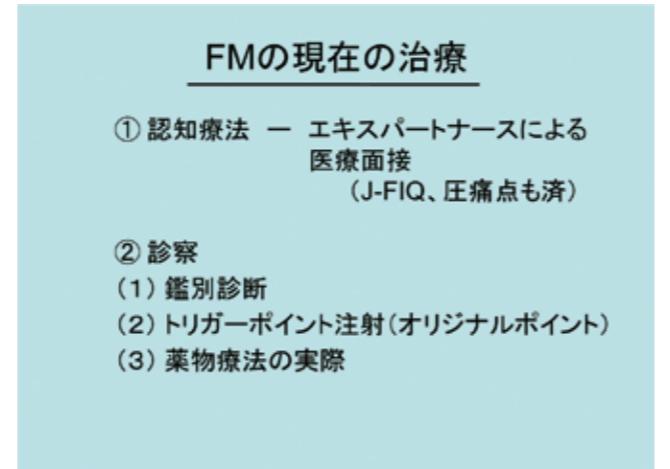


線維筋痛症患者さんの中には、10%の割合で、抗うつ剤、抗けいれん薬が効かない人がいます。

その人たちへの対応としてトラマールという薬があります。この薬はノルアドレナリンとセロトニンという2つの鎮痛物質を出す作用があり線維筋痛症への効果も期待できます。現在は、がん性疼痛にて保険収載されています。

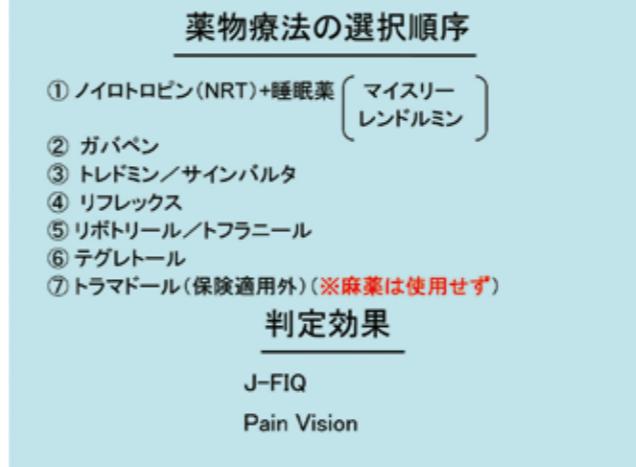


治療体系には薬物療法と非薬物療法があり、今日は薬物療法の話が中心になってしましましたが、非薬物療法もとても大事で、方法としてプール(常温)、バランスボール、太極拳などの運動療法と認知行動療法の二つがあります。



認知行動療法とは、ネガティブな考え方からポジティブな考えに認識を変えていくことで目標を作る、例えば、階段で1階から2階に上がれるようになった、そういうことで少しづつ回復に向かい、ステップアップしていく療法です。

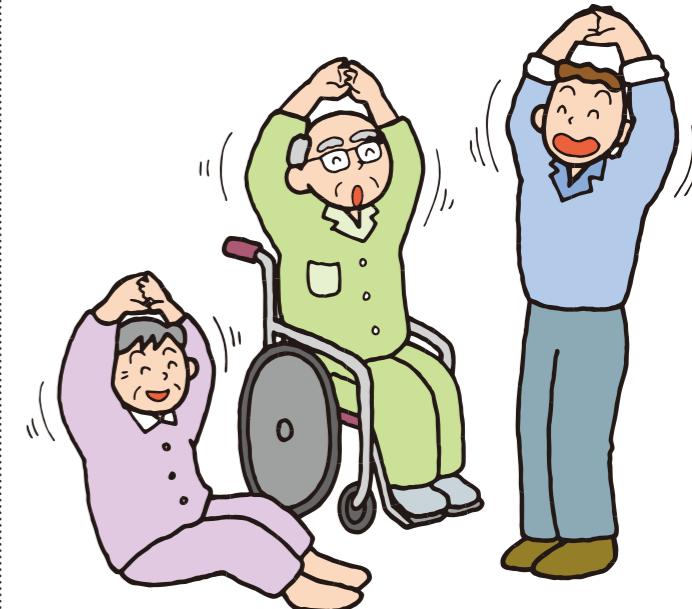
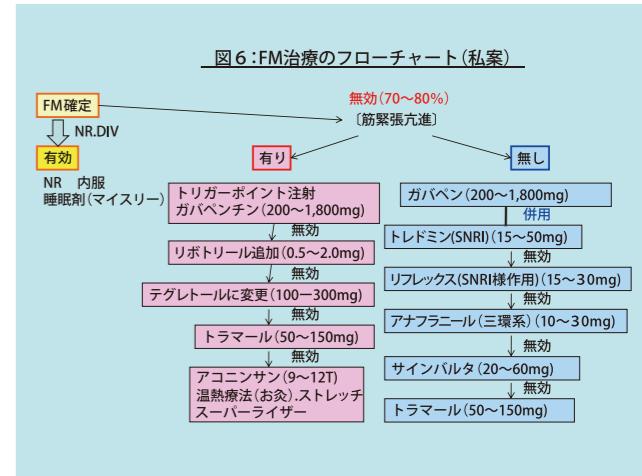
実際に、霞ヶ関アーバンクリニックでは、はじめにエキスパートナースによる30分～1時間ほどの医療面接をします。ここでは経過、症状を聞き、圧痛点も調べそれから診察をします。診察は識別診断をして、筋肉の硬い人にはトリガーポイント注射を打ちます。トリガーポイント注射を打つ理由としては脳への痛みのシグナルを和らげることにあります。



それから薬物療法、診断のついた人に私が初めにやるのは、副作用のほとんどないノイロトロピン点滴をし、効果があれば点滴とマイスリー、レンドルミンといった睡眠薬でコントロールしますが、効果のある人は全体の2～3割です。

ノイロトロピンが効かない場合、初めに筋肉の硬さをみて、硬い人にはトリガーポイント注射とガバペン、それからリボトリールを追加し、それでも効かない場合にはリボトリールに変更し、それでもダメならトラマールを使います。

筋肉が硬くない人には、ガバペンと抗うつ剤を併用し対処しますが、トレドミン、リフレックス、アナフランニール、サインバルダといった抗うつ剤に効果がなければ、最後にトラマールを使います。



事務局報告

(平成22年度の抜粋)

■平成22年6月
第55回日本透析医学会学術集会(神戸)発表

第110回沖縄県医師会医学会総会 発表

■平成22年7月
第14回アジア太平洋リウマチ学会(香港)発表

■平成22年8月
広報誌「四季暖流」第5号発刊

■平成22年9月
小松市民病院より研修医受け入れ

■平成22年10月
一般公開医療講演会開催
— 線維筋痛症の新しい治療展開 —
講師:聖マリアンナ医科大学
難病治療研究センター
副センター長 岡 寛 先生

■平成22年11月
第31回日本アュレシス学会学術集会(千葉)発表
第2回日本線維筋痛症学会学術集会(東京)発表

■平成22年12月
第43回九州人工透析研究会総会(鹿児島)発表
第111回県医師会医学会総会 発表

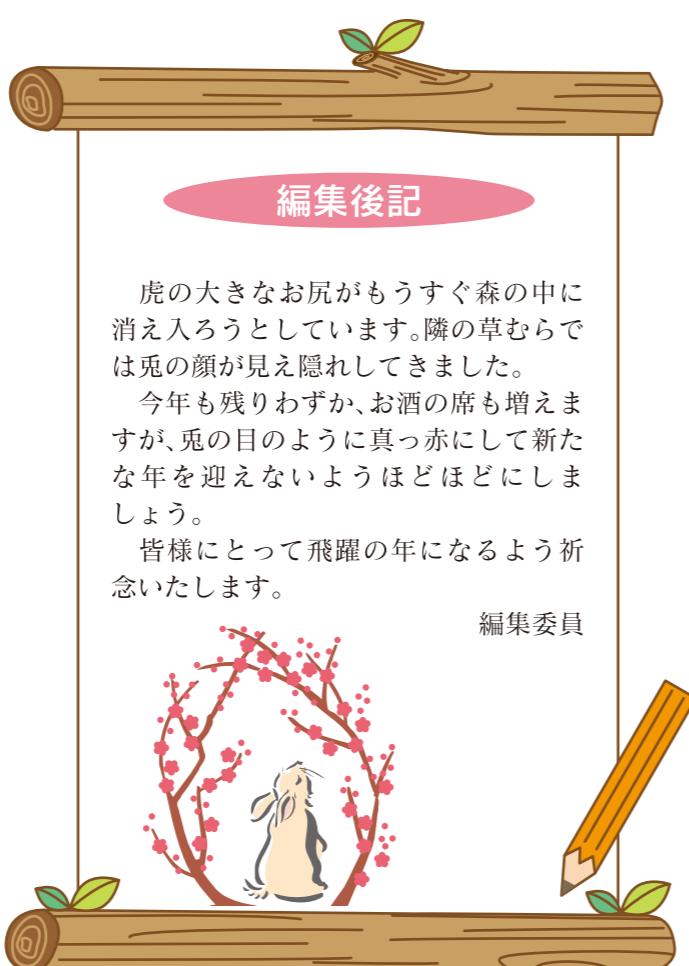
本誌への
原稿募集

この度編集委員会では、本誌を読んで頂いた院内外の皆様からの原稿を募集することに致しました。

- | | |
|---------------------|-----------------|
| ① 表紙のカラー写真 | ② オピニオン |
| ③ 医療情報(人物紹介、イベント案内) | ⑤ 新しい医療技術 |
| ④ 症例報告 | ⑥ 旅行記(学会・研修会報告) |
| ⑦ 論文記 | ⑧ エッセイ |
| ⑨ 思い出の記 | |
| ⑩ 医学生の実習報告 等 | |

尚、お寄せいただいた原稿の採否については、編集委員会に一任させて頂きますようお願い申し上げます。

採択の原稿には簿謝呈上致します。



編集後記

虎の大きなお尻がもうすぐ森の中に消え入ろうとしています。隣の草むらでは兎の顔が見え隠れしてきました。

今年も残りわずか、お酒の席も増えますが、兎の目のように真っ赤にして新たな年を迎えないようほどほどにしましょう。

皆様にとって飛躍の年になるよう祈念いたします。

編集委員



外来担当表

	月	火	水	木	金	土
午前	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	毎週 Dr.大浦
		胃腸外来(Dr.平田)				心・血管外来(Dr.當山)
午後	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	Dr.大浦	

診療受付時間 平日 午前(8:30~11:30) 午後(14:00~17:30)
土曜 午前(8:30~12:30)
毎週火曜日 午前 経鼻内視鏡・エコー検査をしております。(予約制)
毎月第2土曜日 午前 循環器エコー検査をしております。(予約制)

