

熊本中央病院 広報誌

国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院 広報委員会編集発行 平成 24 年 11 月

ごあいさつ

広報委員会委員長
(循環器科部長) **野田 勝生**

この度、私ども熊本中央病院では先生方に広報誌を発行する運びとなりました。

日頃より病診連携でお世話になっております各病・医院の先生方へ、今まで以上に当病院をご理解頂けるよう様々な情報や当院の取り組み等を発信し、先生方との情報交流を図りつつ地域医療に少

しでも貢献できればと考えております。医療部門のみならず、看護師やコメディカルからも新しい話題を含め提示していく予定です。

本格的な発行は来年5月から「診療のご案内」を含め、年4回の予定になりますが、まずは循環器科の「心臓病カンファレンスだより」と2部構成で発行致します。

先生方のご診療に少しでもお役立て頂ければ幸いに存じます。

今後ともよろしくお願い申し上げます。



咳嗽に関するガイドライン 第2版の紹介

呼吸器内科部長 **平田 奈穂美**

咳を訴える患者さんは非常に多く、世界中で受診理由として最も頻度の高い症候の一つとされています。しかし、胸部レントゲンで異常がなく、聴診で明らかなラ音が聴取されない場合、原因疾患の確定診断が困難な場合も多く経験します。咳の原因は、自然治癒する急性の気道感染症（感冒）から生命に危険の及ぶ肺癌などの疾患まで多岐にわたり、診断確定のための検査方針を立てるためには、広範で系統だった知識が要求されることがあります。

日本呼吸器学会による咳嗽に関するガイドラインは 2005 年に初版が発刊され、日常診療で出会う咳の診断、治療の手がかりを提供しましたが、当時咳嗽に対する十分なエビデンスは乏しく、作成委員の経験に基づく記載が多くみられました。今回 2012 年に第2版が発刊され、最近の知見に基づいて、より実践的な内容となっています。第2版は代表的な咳の原因に関して、特殊な検査を要さない診断基準を主に記載しており、日常で応用しやすい内容となっています。

実際のガイドラインも本文は 101 ページ程度のコンパクトな内容ですので、実物を入手される方がよいでしょうが、以下に要点をご紹介します。

1. 咳嗽の分類と原因疾患

ガイドラインでは、咳嗽は持続期間により、3週間未満の急性咳嗽、3週間以上8週間未満の遷延性咳嗽、8週間以上の慢性咳嗽に分類されます。

急性咳嗽の原因の多くは感冒を含め気道の感染症であり、持続時間が長くなるにつれて感染そのものが原因となることはまれです。

また、喀痰の有無により乾性咳嗽と湿性咳嗽に分類しますが、乾性咳嗽の治療は咳嗽そのものであるのに対して、湿性咳嗽の治療対象は気道の過分泌の抑制になります。

急性咳嗽の原因で最も多いのはウイルス性の普通感冒ですが、遷延性慢性咳嗽の原因は国によってもかなり異なっています。咳喘息は欧米と我が国のどちらでも共通して頻度が高い疾患です。

2. 咳嗽診療・治療の原則

咳嗽患者に対する初期診療は重篤になりうる疾患を意識した病歴聴取、胸部レントゲンの読影と、喘息を除外するための病歴聴取、聴診がポイントになります。血液検査、喀痰検査、画像診断、スパイロメトリーなどを行い、なるべく可能性の高い治療前診断を行います。治療前診断を行ったら、各疾患に対する特異的な治療（例えば咳喘息なら気管支拡張薬や吸入ステロイド）を行い、有効性を検証します。原因が明らかでない場合は診断的治療を施行して、特異的な治療が有効であれば、その効果から原因を特定します。我が国で乾性咳嗽の原因として多いと報告されている咳喘息の場合、いったん咳が消失しても、喘息発症を予防するために吸入ステロイドの2年程度の維持療法が推奨されています。

3. 主要な原因疾患

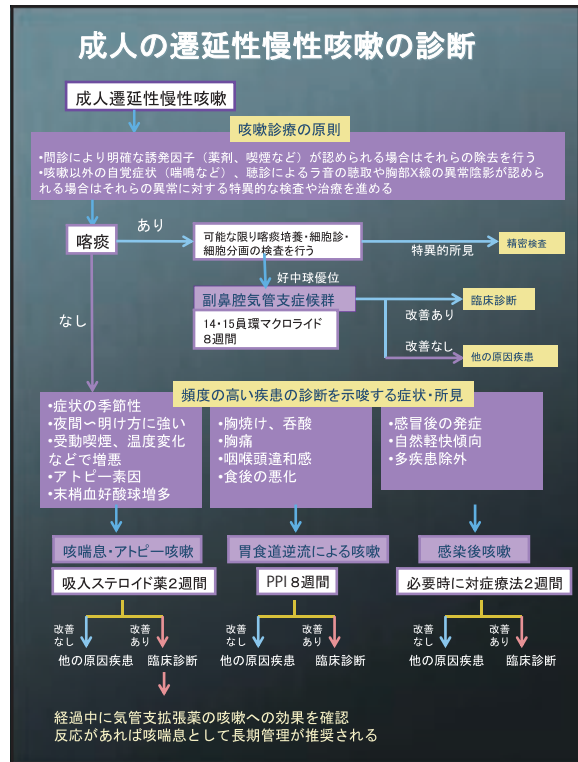
- A) 感染性咳嗽
- B) 副鼻腔気管支症候群 (SBS)
- C) 咳喘息
- D) アトピー咳嗽
- E) 胃食道逆流症
- F) 感染後咳嗽
- G) 慢性気管支炎
- H) 耳鼻科疾患
- I) 小児科疾患
- J) その他：高齢者、薬剤性、職業・環境因子による咳嗽などについて

以上のような疾患・病態について診断の目安、治療法の解説があります。

ガイドラインに示された遷延性慢性咳嗽の診断に関するフローチャートを図 1 に掲載します。

季節柄、咳を主訴に受診される患者さんも多いことと存じます。是非御一読の上、先生方の日常診療の参考にしてください。

(図 1)



放射線科

診療放射線技師 川田 賢治

256 slice CT を活用した胸腔鏡下区域切除術 (VATS) 支援 3D 画像

胸腔鏡下区域切除は脈管と気管支を頼りに、不可視の区域間を切離する難度の高い手術手技です。そのため variation の多い肺動静脈の走行を術前に正確に把握することが重要です。特に左上葉において肺動静脈の variation は多く、術前の三次元的な把握が重要となります。今回は、呼吸器外科 Dr にも好評な VATS 支援 3D 画像を紹介します。肺動脈相と肺静脈相を分けて撮影可能（超高速撮影：全肺 2 秒以下）な為、より正確な肺動脈と肺静脈の分離が可能となり、更には気管支や腫瘍病変も色分けし、見やすい 3D 画像を提供しています。撮影線量にも配慮し、iDose と呼ばれる最新の画像再構成技術を用いて被ばくの低減に努めています（以前と比較して 40%被ばく低減）。高速撮影が可能のために造影剤の減量も可能です（VATS3D のみの場合 35ml）。





■ 丸塚 孝 呼吸器外科部長より一言

近年の肺がん手術は区域切除全盛の時代とも言えます。小型早期肺がんが見つかるようになり、肺機能がより温存できる区域切除が肺葉切除に対して治療効果に遜色がないことを示す報告が数多くなされています。当院も参加している全国規模の多施設共同研究も現在行われています。しかし、区域切除は肺葉切除よりも難易度は高く、胸腔鏡下ではさらにであります。3D 画像の登場により手術のイメージがより具体的になり、術者のストレスも軽減されてかなり助かっています。立体的な病変の把握が容易であり、より適切な術式の選択が可能となりました。患者も術者も恩恵に与ることができる非常に優れた検査と言えます。

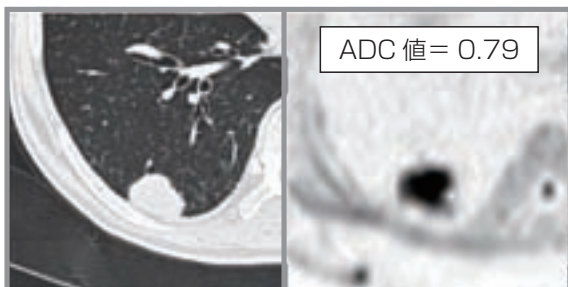
放射線科

MRI 拡散強調画像 (DWI) を用いた肺小細胞癌と肺過誤腫の判別

肺野の腫瘍に対して CT 検査を施行したが、良悪性がはっきりしない症例を経験したことはありませんか？ そんな時には MRI 検査の拡散強調画像 (DWI) が鑑別の一助になることがあります。拡散強調画像とは細胞周囲の水分子の動き易さを画像化したものです。良性な病変ほど動き易く (拡散し易い)、悪性が疑われる病変ほど動き難く (拡散し難い) 異常信号として画像化される傾向にあります。視覚的には拡散強調画像にて存在確認し、質的診断には見かけの拡散係数 (ADC 値) にて判断します。例えば水の ADC 値は 3.0、血腫が 1.7、悪性病変が 1.0 以下、膿瘍が 0.6 程度とされています。

今回、提示した症例 A・B では CT 画像上で酷似した境界明瞭な腫瘍を認めますが、良悪性の判断は難しいです。しかし、症例 A は拡散強調画像で異常信号を呈し、ADC 値が 0.79 であることから悪性腫瘍だと判断でき肺小細胞癌だと診断されました。また、症例 B においては拡散強調画像にて異常信号なし、ADC 値が 1.55 と高値なために良性の病変だと判断が可能で肺過誤腫と診断されました。非造影検査で判断可能ですので、是非ご利用してみても如何でしょうか。

症例：A 肺小細胞癌

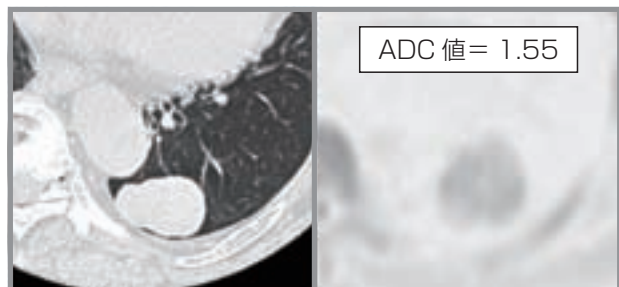


ADC 値 = 0.79

CT 画像

拡散強調画像

症例：B 肺過誤腫



ADC 値 = 1.55

CT 画像

拡散強調画像



■ 牛島 淳 化学療法室部長 (兼呼吸器内科医長) より一言

症例 A、症例 B の胸部 CT 像では、右下葉と左下葉の背側部にそれぞれ同様な性状の結節を認めます。診断は症例 A が肺小細胞癌で非常に悪性度の高い肺癌です。一方症例 B は肺過誤種の良性腫瘍です。両症例とも辺縁の性状が整で、胸部 CT だけで良悪性の判別は困難です。MRI では拡散強調画像 (DWI) を診る事で、良悪性を判別できる場合があります。MRI を併用すると画像診断で良悪性の判別が可能な場合もあります。

良悪性を判別する方法としては PET が有名です。悪性病変を判別する機序こそ異なりますが、MRI でも PET と同様な機能を持っています。それが拡散強調画像です。放射線も使用しませんので非侵襲的な検査でもあります。ここで提示された症例の様な場合には特に有用と考えます。



気管支喘息治療 シムビコート SMART 療法

薬剤師 橋本 未雷

2012年6月に「シムビコート SMART 療法」が適応承認されました。SMART 療法とは、維持・発作時治療法 (Symbicort Maintenance and Reliever Therapy) のことで、シムビコートを維持療法だけでなく発作時の治療にも使用できるようになりました。

「喘息予防・管理ガイドライン 2009」では、最も軽症のステップ 1 から吸入ステロイド (ICS) の使用が推奨され、軽症持続型のステップ 2 からは ICS と長時間作用型 β_2 刺激薬 (LABA) の配合剤が使用可能です。LABA はステロイドの抗炎症作用を増強し、ICS は β_2 受容体数を増加させるという相乗作用があり、配合剤であるアドエア[®] やシムビコート[®] は有用な薬剤です。これらの維持療法に加え、発作時治療には一般的に短時間作用型 β_2 刺激薬 (SABA) が使用されています。

しかし、シムビコート[®] に配合されている LABA のホルモテロールは、吸入 1 分後に作用が発現するため、SABA と同様に発作時に使用しても効果がみられます。さらに SMART 療法では、発作発現時に早いタイミングで ICS の追加も行うことで、優れたコントロールが期待できる場合があり、患者側にも 1 剤で治療できるというメリットがあります。1 日の吸入回数に制限があり、適応決定や患者指導は慎重に行う必要がありますが、SMART 療法の適応承認で喘息の更なるコントロールの向上を目指した治療の選択肢が広がりました。

SMART 療法による喘息治療

	薬剤	効果
維持治療	ICS+LABA シムビコート [®] アドエア [®]	炎症の改善 発作予防
	ICS フルタイド [®]	
発作時治療	SABA メプチンエアー [®] サルタノールインヘラー [®]	発作改善 発作改善 喘息悪化予防
	ICS+LABA シムビコート [®]	

ICS : inhaled corticosteroid
LABA : long-acting β agonist
SABA : short-acting α agonist

新任のご紹介



呼吸器外科
やまだ たつや
山田 竜也
平成 22 年卒

平成24年10月から呼吸器外科に着任しました山田竜也と申します。私は鹿児島大学卒業後、平成24年に熊本大学呼吸器外科に入局しました。半年間、大学で学ばせて頂き、この度、熊本中央病院にお世話になることになりました。

私の祖母も肺がんで入院していたこともあり、この病院に対し感慨深いものがあります。まだまだ医師としては3年目で未熟な私ですが、自分にできることを日々やっていきたいと考えています。よろしくお願い致します。

勉強会のご案内

呼吸器科の主催する勉強会

「熊本呼吸器病懇話会」

開催日時 ▶ 毎月第2金曜日 19時30分～21時
開催場所 ▶ 管理棟2階 大講堂
内 容 ▶ 基礎講座と症例検討



国家公務員共済組合連合会 熊本中央病院

〒862-0965 熊本市南区田井島 1-5-1
TEL (096) 370-3111 (代)
FAX (096) 214-8977 (地域医療連携室)
URL <http://www.kumachu.gr.jp>

- 受付時間 午前 8 時～午前 11 時
(ただし、急患はこの限りではありません)
- 休 診 日 土曜、日曜、祝祭日、年末年始、創立記念日 (4 月 10 日)