

「当院における胃・食道の内視鏡手術について」

外科副部長 福永 浩紀



当院における上部消化管領域の腹腔鏡下手術のこれまでの報告と最近の取り組みについて報告した。

当科では2005年より、腹腔鏡下の胃癌手術を導入し、現在まで約140例に手術を施行している。当初は縮小手術(D1+βまでのリンパ節郭清)が適応

となる早期胃癌を対象としていたが、症例の集積とともに現在は一部進行胃癌にも適応を拡大している。再発症例は5例だが、局所やリンパ節に局限した再発は認めず、局所制御は標準治療と比較して遜色ない。

最近では、食道良性疾患(アカラシア、逆流性食道炎)への適応拡大、完全鏡視下手術(体腔内再建)、噴門側胃切除などに取り組んでいる。

逆流性食道炎は、保存的治療に抵抗性のものや、呼吸器症状を伴うもの、巨大ヘルニアを有するものを適応としている。愁訴改善の効果は高く、また重篤な合併症を認めていない。

完全鏡視下手術は整容性の向上と術後疼痛の改善を目的として導入した。従来の体腔外再建法と比較して、時間は30分程度余分に要するものの、出血や術後回復期間に差はなく、また、体腔内再建変更後に縫合不全は経験していない。



「歯に由来しない“歯痛”疾患」

歯科・口腔外科医長 今井 智章



多くの患者は「歯の痛み」を訴えて、歯科を受診する。しかし、歯に由来しないにもかかわらず「歯の痛み」を訴えて、歯科を受診する場合もある。よって、患者の訴える「歯痛」を歯原性かどうか鑑別する必要がある。歯原性であれば、通常の歯科治療を開始する一方、

非歯原性ならば、必要に応じて病院歯科や関連診療科へ紹介・連携治療を行うことが求められる。今回は、当科で経験した、歯痛を初発症状とした非歯原性疾患の3症例を提示した。



症例1：30代男性、症状→上顎歯痛から始まる頭痛、診断→歯痛を前駆症状とした群発頭痛、対応→歯原性疼痛、悪性腫瘍、炎症性疾患、顎関節症・三叉神経痛等の可能性を除外し、臨床症状(流涙、鼻汁などの随伴症状、眼深部痛、飲酒時の夜間痛増悪等)より群発頭痛として神経内科へ紹介し、投薬により症状軽快した。

症例2：70代男性、症状→上顎歯痛に対する歯科治療後の口内炎/顔面腫脹、診断→帯状疱疹、対応→口腔ケアと抗ウイルス薬投与し、疱疹後神経痛もなく治癒した。

症例3：80代女性、症状→上顎歯痛/歯肉痛に対する抜歯後の遷延する頬部痛、診断→BP製剤関連性顎骨壊死(BRONJ)、対応→消炎後、分離した腐骨に対して全身麻酔下で腐骨除去手術を施行した。

お知らせ News

医療関係者の方々への研修会や講演会の予定を、ホームページに掲載いたしました。開催時期、開催場所、開催内容などを事前にお知らせいたします。是非、ご活用下さい。

開催予告

第6回吹田糖尿病連携ネットワーク

開催日 平成24年11月10日(土)  
時間 午後5時45分～午後7時00分  
場所 ホテルニューオータニ大阪 B1F

整形臨床カンファレンス

開催日 平成24年11月15日(木)  
時間 午後7時00分～午後8時30分  
場所 済生会千里病院 東館3F

千里臨床カンファレンス

開催日 平成24年11月17日(土)  
時間 午後2時30分～午後4時00分  
場所 済生会千里病院 東館B1F



大阪府済生会千里病院

地域支援センター

第36号  
2012.10

地域医療連絡室だより

編集/発行

済生会千里病院 地域支援センター  
地域医療連絡室

〒565-0862 吹田市津雲台1-1-6

TEL 0120-115-031 (登録医専用)

FAX 06-6871-5915



「重症大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療」

大阪大学大学院医学系研究科  
先進心血管治療学寄付講座

教授 南都 伸介 先生

大動脈弁狭窄症の原因は大きく分けて、①リウマチ性変性 ②先天性二尖弁 ③加齢変性(動脈硬化)である。リウマチ熱の減少に伴いリウマチ性大動脈弁狭窄症症例は減少しつつあるが、高齢化社会とともに加齢変性に伴う大動脈弁狭窄症症例が年々増加している。現在、大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療の対象となるのは、加齢変性による大動脈弁狭窄症がほとんどである。

大動脈弁狭窄症は心不全、狭心痛、失神などの典型的な症状が出現しはじめるのももちろんであるが、無症状でも心臓超音波検査などで重症の大動脈弁狭窄と診断される場合には極めて予後不良になることがわかっている。重症と判断されると治療介入が必要となり、これまでの治療では開胸手術による大動脈弁置換術が選択されていた。

カテーテルによる大動脈弁狭窄症の治療は、2002年にはじめてAlain Cribier医師が人において成功をおさめ、カテーテルによる大動脈弁治療は一気に現実のものとなってきた。現在、欧米では臨床治験が行われ、臨床応用され、短期的な成績は良好である。日本においても一昨年よりEdwards lifescience社のSapien valve開始された臨床試験が終了した。また昨年には、Medtronic社のCorevalveの臨床試験が開始されている。

これらの治療は画期的な治療であるが、あくまでも現時点では外科的な大動脈弁置換術を施行するにはリスクが高すぎると考えられる症例が本治療の適応である。なぜなら、このカテーテル治療においても30日死亡は8-10%と報告されており、リスクの少ない症例においては、決して外科的開胸手術である大動脈弁置換術より優れているわけではないからである。また、この弁自体の長期成績は十分に明らかになっておらず若年者などのリスクの低い症例については現時点ではAVRが選択されるべきで、TAVIは適応がないと考えられている。



「心臓救急最前線」

心臓血管センター長

伊藤 賀敏

2012年4月、従来からの循環器内科、救命救急センターと協同して2009年4月に新設された心血管内治療室、2012年2月に新設された心大血管疾患リハビリテーション科がひとつになり、更なる充実したチーム医療を目的に心臓血管センターが開設されました。我々は日常臨床だけではなく、『医学は広まってこそ意義がある』と信じ、種々の臨床報告も実施しておりますので、本日は2点についてお話しいたします。

急性心筋梗塞に対しては、AHAガイドライン2010において患者接触から再灌流までの時間を90分以内とするよう強調されていますが、当院においては救命センターの充実したドクターカーや当直体制もあり、来院～再灌流までを平均30分(最短では12分)に出来ており

ます。さらに、我々はスピードだけでなく、急性期にpressure wireを用いて冠微小循環障害を定量評価し、薬物や非薬物的補助療法を充実させることで、慢性期の心機能回復まで考えております。これらは、論文や国際学会にて多々報告しております。

また、我々は、院外心停止患者に対する脳モニタリングの重要性を、無侵襲脳局所酸素飽和度(rSO2)を用いて、世界で初めて提唱し注目を浴びております。当院での単施設研究の成果に賛同して下さった全国的に有名な14施設が、ご協力して下さり多施設共同研究『J-POP registry(心停止患者の脳蘇生モニタリングの有用性検討)』が2011年から始動しております(約1年で2,000名を超える症例登録、文部科学省からの基盤B科学研究費も取得)。

最後に、狭心症や慢性閉塞性動脈硬化症・心不全・失神含めた不整脈など慢性的な循環器疾患も充実した治療を、チーム一丸となって対応しておりますので、是非ともご紹介のほどよろしくお願いたします。

