

長崎みなとメディカルセンター

MINAMOTO

Nagasaki Harbor Medical Center

2022.August

VOL.
03

「医療」と「暮らし」の架け橋に。

— みなとさぽーと —



CONTENTS

- 03 いのちに全速力
非癌疾患におけるACPについて一急性期病院の役割
- 04 がんフロンティア
大腸がんの薬物療法について
- 06 地域と、もつと。～循環器～ Case Report
うっ血性心不全を呈した原発性アルドステロン症の1例
- 07 地域と、もつと。～脳神経～ Case Report
脳梗塞に潜む”がん” “Three Territory Sign”
- 08 みなとの最前線
下肢閉塞性動脈硬化症に対する血管内治療
- 09 One Team Report
摂食嚥下支援チーム
- 10 支える人、寄り添う人
海外医療支援の経験を
国内の救急診療、医学教育に生かす
- 11 Specialty Journal
こんにちは！患者総合支援センターです
患者さんとご家族に寄り添い、
地域医療連携をつなぐ、みなとの玄関
- 11 MINATOPICS

MINAMOTO

VOL.03

2022.August



理事長 片峰 茂

ウクライナとコロナと地域医療と

コロナ禍の最中、ウクライナで戦争が勃発しました。かの地では、不条理な破壊と殺戮が続いています。影響は全世界に及び、食糧難に苦しむ人の数は16億人に上ります。平和と安全が当たり前だった戦後の日本人にとっては、想定外の事態です。歴史学者ユヴァル・ノア・ハラリは著書の中で、「飢餓、暴力、疫病は有史以来人類に課された3つの宿命である」と喝破していますが、改めて心に響きます。しかしハラリは、医学研究や平和運動など20世紀の人類の途方もない努力によって「もはや人類の理解と制御の及ばない不可避の悲劇ではなくなった」とも述べています。知恵を絞り努力することで、危機を最小化しうる時代にあるということなのです。

そんな危機の最前線には、何時でも何処でも、かけがえない生命を救うべく奮闘する医療者たちの姿があります。コロナ禍にあつて、長崎みなとメディカルセンターはそんな最前線の一つであり続けてきました。心身に過大な負荷がかかる中、スタッフはよく頑張ってきたと思います。

そして、改めて痛感したのは地域の医療者の連携・協働の大切さです。地域の基幹病院、民間病院そして開業医の先生方が連携しながら、それぞれが役割を果たすことで、長崎の地域医療はこの2年にわたる非常事態を何とか持ちこたえました。

コロナ禍の出口の仄かな光が見えてきた今こそ、持続可能な地域医療の連携・協働の仕組み作りに着手する必要があります。次なる危機を最小化するためにも。

いのちを 全速力!



ACPと言えば、癌領域における取組みをイメージされる方が多いかもしれませんが、ACPは癌に限った話ではありません。現在、我が国は超高齢社会を迎え、誤嚥性肺炎や慢性心不全、慢性腎不全、パーキンソン病といった緩徐進行性の疾病に罹患する高齢者が増加しています。近年、こういった非癌疾患におけるACP策定の重要性が議論されており、私たち急性期病院でも取り組まなくてはならない課題です。

ACPの策定をかりつけの先生方に任せてばかりではいけません。平時においてはなかなか現実感が湧かず、呼吸状態が悪くなったときや口から食事ができなくなったときなどが想像できないため、家族みんなで話し合う機会を設けることもなく、なかなか普及しないといった現状があります。私たち急性期病院では、救急搬送されたのちの入院経過中に、実際に呼吸状態が悪くなったり、食事が摂れないこともあり、これを大事なきっかけと捉え、積極的にACP策定に携わる必要があると考えています。

入院時あるいは病状を踏まえて随時本人あるいは家族と治療方針について協議するのが一般的ですが、入院時や病状悪化時には、患者本人の意識レベルが悪く、明確な意思表示ができないことも多いためACP策定は困難です。一方、退院直前であれば患者自身の意思表示が可能となり、入院経過を踏まえて、ある程度現実的なこととして、今後の計画を立てることが可能ですので、救急科では退院時にACP策定を実施する方針としています。

また、地域包括ケアの観点から、ACP策定にあたっては共通のフォーマットを使用するのが望ましいと言えます。当院では長崎市作成の『元気なうちから手帳』(写真)を使用する方針としています。

地域の高齢者が最期まで自分らしく生きることができるよう、少しでもそのお手伝いができればと思っています。

非癌疾患におけるACPについて

急性期病院の役割

早川航一

救命救急センター
センター長



▲元気なうちから手帳(長崎市作成)

がん フロンティア

FRONTIER OF CANCER

FEATURE

大腸がんの薬物療法について

今はこう呼びます

大腸がんに対する薬物療法は、以前は化学療法と呼ばれていました。殺細胞性抗悪性腫瘍薬での治療が主だったためでした。その後、特異的免疫抗体を用いる抗体薬、細胞内伝達シグナルを阻害するキナーゼ阻害薬による分子標的治療が加わり、今ではさらにがん免疫抑制を解除する免疫チェックポイント阻害剤が開発され、標準治療となっています。がん診療において、標準治療とは、有効性と安全性が確立され、現時点で患者に用いるべき治療法を指します。

大腸がん標準治療は、国内では大腸癌診療ガイドラインによって示されています。近年は、毎年のように改訂され、ときにはオンラインでの速報として発表されることも増えました。がん診療の領域が日進月歩で、これら最新の知見が速やかに診療に反映されていることの証左とも言えます。



がん薬物療法の出番

がん薬物療法の使い方には、①切除ができない進行がんに対するもの、②手術に持ってゆくために腫瘍を小さくするもの、③切除後に再発させないために行うもの、の3タイプがあります。

大腸がんでは、外科切除が最もパワフルで、切除できることが患者の生命および人生の質(Quality of Life)共に有用で、中心に置くべき治療法です。しかしながら、切除できない病状に至った方も多くおられます。これらの方においては、症状を軽くする、あるいは症状が出ないよう抑え、元気な時間を増やし、長く命を保つという役割をがん薬物療法が担っています。この場合、いかに患者の負担を少なくし、長く治療を続けるかの工夫が重要となります。

切除を容易にするための薬物療法では、より縮小効果が得られやすい薬剤選択を行い、毒性が強めでも十分量の薬剤が投与できるようにしてゆくに必要があります。

再発を予防するための薬物療法では、どの症例にどのような薬剤で、どの程度の期間実施するかが前から研究されてきました。最近の知見では、ステージ3および高リスクステージ2に対して、カペシタビン+オキサリプラチンを3か月行うことが勧められています。

新たな薬剤・治療が増えてゆく

これまでの薬物療法を振り返ると、2000年よりも前で確立されたといえる薬剤は5-FU+レポホリナートのみでした。5-FUは山崎豊子の「白い巨塔」にも登場したフツ化ビリミジン系薬剤ですが、経口薬も開発・改良され、現在も主力です。その後、プラチナ薬であるオキサリプラチン、国内メーカーが開発したのに、海外での承認が先行するという治験の国内外タイムラグが指摘されたイリノテカンが使用可能となりました。これらとともにCVポートを皮下埋設し、インフューザーポンプで注入する投与方法も確立されました。これらは殺細胞性抗がん剤と呼び、区別するようになってきましたが、それはその後開発されてきた分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害剤が臨床投入され、標準治療の地位を固めたためです。

新たな薬剤が登場する度に臨床効果と予後改善が得られてきました。高度進行で半年以内と予測された余命が、治療により著効し、数年を得ることが散見



臨床腫瘍科 主任診療部長 兼
がん診療統括センター センター長
峯 孝志

されるようになっていきます。ただし、薬剤毎に注意すべき副作用・有害反応がみられるので、それに応じた対策・対処が必要です。そのため、新規がん治療の施行にはそれぞれの薬剤で適正使用ガイドラインが発出され、実施施設、実施者、実施体制、報告体制などの基準が示されています。

個別化されてゆく薬剤選択

薬剤の有効性ががん細胞のバイオマーカー（遺伝子変異や増殖因子関連蛋白発現状態など）によって異なることが判明しており、薬物療法を開始する前にこれらを判別するバイオマーカーを調べて最適なものを準備します。多くのバイオマーカーは、がん細胞を病変から採取して調べるため、前号に記載しました内視鏡検査、前々号での外科手術で得られた検体が大変重要になります。勿論、これらを的確に処理、診断する病理診断科の存在が欠かせません。同じ施設内にこれらをすべて備えることが望ましいことから、どうしても最新薬物療法は集約化された施設が行い易く、地域における当院の責務も大きなものになります。最近ではバイオマーカー検索に血中に循環しているがん細胞あるいはがん細胞DNAを検出し、これを解析する手法も確立されてきました。リキッドバイオプシーと呼ばれる、病変生検が行えない症例での血液でのKRAS/NRAS遺伝子変異検査は保険適応となっており、当院でも活用しています。

実際の治療では薬物およびレジメンも重要ですが、本当に大事なのは治療を受ける患者自身の体力、

バイオマーカー	治療への影響
MSI-High : DNA ミスマッチ修復遺伝子欠損	免疫チェックポイント阻害剤の効果が期待できる
BRAF V600E 変異陽性	BRAF 阻害剤の効果が期待できる
KRAS / NRAS 変異陽性	抗 EGFR 抗体が無効
HER2 過剰発現	トラスツズマブ + ペルツズマブ療法が期待できる
UGT1A1 遺伝子多型	イリノテカン毒性が強い

身体状態、意思です。さらにはそれを支える家族やかかりつけ医のサポート、経済的状況、本人の人生観も加味されるべきものです。最適な医療が実践されるため、今後も皆様のご協力をいただくと幸いです。

循環器 CASE REPORT



うっ血性心不全を呈した 原発性アルドステロン症の1例

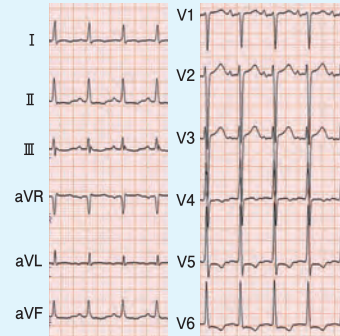
馬場 健翔

心臓血管内科 医師

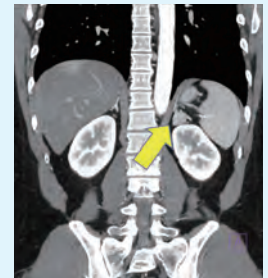
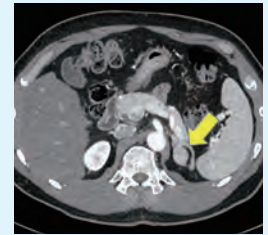


心不全の原因は多岐にわたります。高血圧性心疾患、虚血性心疾患、弁膜症が心不全の3大原因ですが、全身性の内分泌・代謝疾患、炎症性疾患など、心不全の根本原因が心臓以外に存在する場合もあるため注意が必要です。今回、原発性アルドステロン症 (PA) による二次性高血圧症により、急性心不全をきたした症例を経験しましたので報告します。

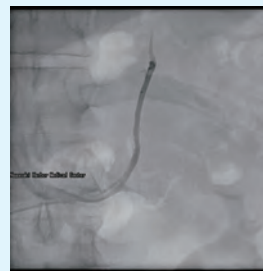
健診や定期的病院受診のない30代男性。両下腿浮腫と労作時呼吸困難感の精査目的に当科紹介となり、全身性体液貯留所見、NTproBNP 上昇 (1952pg/mL)、びまん性左室壁運動低下 (左室駆出率 (EF) 30%)より急性心不全と診断し、入院加療を行いました。各種検査より、虚血性心筋症、心筋炎、弁膜症は否定的でした。入院後も血圧高値が持続し、心エコーでの左室壁肥厚、心電図での左室高電位、V5-6 のストレイン型 ST 低下所見より、長期間にわたる高血圧の暴露による心筋障害が示唆されました (図1)。低カリウム血症持続および、左副腎結節の所見 (図2) から、血漿アルドステロン濃度 (PAC)、血漿レニン活性 (PRA) を測定したところ、PAC 171pg/mL、PRA 0.5ng/mL、アルドステロン / レニン比 (ARR) 340 と PA が疑われました (β 遮断薬、ミネラルコルチコイド (MRA)、アンジオテンシン阻害薬 (ARB) 内服下であり、確定診断には至りませんでした)。内服薬を継続し外来でフォローアップを行ったところ、10ヶ月後には EF 60% と改善し、NTproBNP も正常化しました。心不全および血圧コントロールが良好となったところで、 β 遮断薬、MRA を中止し、ARB のみ内服下で PAC、PRA を再測定したところ、PAC 172pg/mL、PRA 0.7ng/mL、ARR 245 であり、PA と診断しました (ARB 内服下での結果であり、機能的評価陽性と判断しました)。副腎静脈サンプリング検査 (図3) では、



▲図1.12 誘導心電図:左室高電位とV5/6のST低下を認める



▲図2.胸腹部造影CT:左副腎に19×11mmの結節を認める



◀図3.副腎静脈サンプリング検査:選択的左副腎静脈造形

左副腎静脈で有意に PAC が上昇しており (左副腎静脈 PAC 210674pg/mL, 右副腎静脈 PAC 2923pg/mL, 下大静脈 PAC 1324pg/mL)、左副腎の機能性腺腫と診断し、今後、泌尿器科で左副腎摘出術を検討する予定です。

PA は高血圧症患者の 5-15% を占め二次性高血圧症の代表的な原因疾患です。アルドステロンに長期間暴露されることで、心筋肥大やリモデリング、繊維化が促進され、心不全を呈するといわれています。本態性高血圧症と比較し、脳血管疾患や心不全、心筋梗塞、不整脈などの合併症が 3-5 倍多いことが報告されており、早期発見・早期介入が望まれます。若年の高血圧、低カリウム血症を伴う高血圧、難治性高血圧など PA が疑われる患者さんがいらっしゃいましたら、当院心臓血管内科にご相談いただくと幸いです。

いつでもお気軽にご相談ください。

心臓血管内科 主任診療部長 武野 正義 ☎095-822-3251

