

ウイルス性肝炎、肝硬変、 肝臓について

肝臓は腹部臓器では一番大きく、蛋白の合成、解毒機能、胆汁合成、腸内細菌に対する防御など多様な機能を持っています。ウイルス、薬剤や毒物により、障害を受けますが、回復力が高いことでも知られています。

代表的な肝炎ウイルスは、A型、B型、C型の3種類です。特に、B型、C型の肝炎は慢性化し、肝硬変、肝臓の合併がありうるので、重要です。

① A型肝炎ウイルス

1973年に便に発見された経口感染性のウイルスで、衛生環境の整備された国々では少なく、日本では、50才以上の70～80%は感染していますが、全員が発病する訳ではありません。また、発病しても通常は完全に回復し慢性化しません。発展途上国、例えば東南アジアなどの旅行で感染することがあります。予防法として、免疫グロブリンの注射があります。潜伏期間は15～45日位です。

② B型肝炎ウイルス

1964年に発見された血液感染性のウイルスです。最近遺伝子型が判明し、日本に多い遺伝子型B、Cでは、母から児に出産時に感染する場合、3才未満で感染した場合は持続感染、キャリアとなります。3才以後で感染した人の一部では、急性肝炎を発症して治癒します。

日本では少ないですが、遺伝子型Aでは、成人で感染しても持続感染することがしばしばみられます。発症した場合は軽度から重篤なものまで幅が広く、まれに劇症肝炎となり死亡することもあります。

B型肝炎の人血清から精製したHBs抗体は安全性が高く、母子間感染予防の目的で生後24時間以内に新生児に投与され、母子間感染を95%以上予防できます。また、HBs抗原のワクチンは、母子間感染の予防や、医療スタッフへの感染予防のために用いられ、大部分にHBs抗体ができます。潜伏期間は30～180日位です。慢性肝炎、肝硬変、肝臓の20%弱に関係します。

③ C型肝炎ウイルス

1989年血清中に発見された肝炎ウイルスで、慢性肝炎の80%強を占めます。このウイルスの特徴的なことは急性肝炎の症状(黄疸、全身倦怠感、食欲不振など)が乏しいことと、成人の初感染でも、高率に慢性化することです。現在の慢性肝炎、肝硬変、肝臓の原因の80%強を占めますが、残念ながら効果的な予防策はありません。

ウイルスには、I型(日本人ではI b型がほとんど)と、II型(II a型とII b型)があります。日本全体ではI型が約80%で、II型は約20%です。地域によってバラツキがあり、稲沢ではI b型が多く、大垣ではII型が多いようです。インターフェロン治療は、I b型には効果が少なく、II型には効果を発揮しやすい特徴があります。

(次のページに続きます)

(ウイルス性肝炎、肝硬変、肝臓癌について)

B型、C型肝炎では、かなりの割合で慢性肝炎→肝硬変→肝臓癌へ進展します。B型肝炎では、慢性肝炎→肝臓癌も起こります。完全に進行を止める方法は現在ありませんが、C型肝炎ではインターフェロン投与が有効で、ウイルスを除去できなくとも、GPT(ALT)などの検査値が正常になれば、発癌を抑制すると、報告されています。

肝臓癌は、ある時期に多発したり、時間的経過で何度も発生したりする特徴があり、他の臓器の癌とはかなり異なります。検査は、直径2cm以下で発見することを目標として、エコー、CT、MRIを、定期的に、繰り返して行っています。

不幸にして肝臓癌となった場合、治療の選択肢が多数あります。

①内科では、肝臓癌そのものを焼灼するラジオ波による治療をおこないます。多発する肝臓癌には肝動脈造影と抗癌剤の注入が有効です。

②単発で直径が3cm以上の肝臓癌は、外科で手術が行われます。

③単発で直径が5cm以下、あるいは多発でも直径3cm以下で3病変までならば、肝移植も一つの方法です。

肝硬変・肝臓癌では胃と食道の静脈瘤破裂が問題となりますが、内視鏡下の静脈瘤結紮術や、硬化剤を注入する静脈瘤硬化療法が普及し、予後の向上に大いに貢献しています。蛋白の代謝が十分に出来ずに血液中のアンモニアが上昇し、意識障害が出現することがあります。これに対しては分岐アミノ酸製剤の投与が極めて有効です。

詳しくは消化器専門医に相談してください。



(内科部長 栗木潤介)

3病棟3階の紹介

当病棟は主に消化器疾患の患者さんが入院され、院内でも予約入院が多い病棟です。消化器疾患の原因検索に内視鏡はかかせない検査となっています。

内視鏡での診断・治療件数は、胃カメラ264件、大腸内視鏡検査117件、膵胆管造影他27件でした。(平成15年4月～16年1月までの10ヶ月間)

入院患者数は、647名(平成15年4月～16年1月までの10ヶ月間)で、内訳は、予約入院231名(36%)、予約外の入院388名(60%)、他の病棟より転棟28名(4%)でした。手術目的で外科病棟に転科・転棟した患者さんは、80名(12%)でした。

★ 看護について

内視鏡での検査や治療が、安全に行われるよう手順書を作成し、看護師全員が、同じように援助できるように取り組んでいます。担当の看護師が入院から退院まで受け持ちます。検査や治療に対する不安は、いつでもご相談ください。

肝疾患では、再入院される患者さんが多く、定期的な受診や自己管理を継続していくために、家族の方の協力が必要です。食事は塩分をさけ、うす味にするといいです。特に肝硬変にとって、便秘は要注意で、規則正しく排便があるか、に注目してください。異常を感じたら、早く受診するようにしましょう。

手術目的で外科に転科された患者さんは、手術に伴う肺合併症予防のために、禁煙が必要ですが、禁煙が出来ないために手術が延期になることもあります。タバコに含まれる有害物質(ニコチン・一酸化炭素)は、動脈硬化の促進、血栓の形成や心臓への負担などを招きます。禁煙できるようにお手伝いしています。

時間外・休日の小児科診療について

昨今の医療の専門分化に伴い、「小児は小児科専門医に診てもらいたい」という傾向が年々強まってきております。新聞等でも、「小児科医が不在のため十分な診療が受けられず死亡云々・・・」という記事を時々目にします。しかし、そのような患者様側の要望とは裏腹に小児科医の数は増えず、特に時間外・休日の小児救急診療を担当する小児科医が非常に足りなくなってきたのが現状です。小児救急の問題は今に始まったことではありません。昭和50年代にいわゆる「救急患者のたらい回し」が大きな社会問題となり、日本各地に救命救急センターが設置されました。しかし、重視されたのは「成人救急」であり、小児救急に関しては現在までずっと放置されてきたのです。そのつけが今、大きな問題となってマスコミ等でも取り上げられるようになってきているのです。

当院におきましても平成16年3月までは、小児科医3人で診療して参りましたが、4月からは医師確保の目途がたたず、2名に減員となりました。時間外・休日の小児救急対応を完全には行なうことができなくなり、小児救急対応を縮小せざるを得なくなりました。

市民病院がこのような患者サービスの低下を行なってよいのか、というお叱りは十分承知の上ですけれども、このような方策しかないのが現状です。小児科を専門としない医師が、専門知識を必要とする乳児や、重症の小児救急患者に対応した場合には、先の新聞記事のような事態になってしまう危険性があるからです。混沌とした現状の中で、私達も試行錯誤の毎日です。市民の皆様からの忌憚のない御意見を頂きながら、最善の方法を見つけていきたいと考えております。宜しく御支援をお願い申し上げます。

小児科医長 柳瀬陽一郎

- ① 小児科医が当直する時間帯は、
土曜日 午前10時 ～ 午後5時30分
日曜日 午前10時 ～ 午前12時 までです。
平日の夜間と、祝日、年末年始の休診日は、当直しておりません。
なお、祝日、年末年始の休診日の、土曜日、日曜日は、当直をしております。
- ② 上記の小児科医が当直する時間帯以外の時間外診療では、1歳未満の乳児の受診依頼と、救急車での小児救急患者は、原則として、受け付ける事ができません。

※1歳未満のお子様で夜間・休日に容態が悪くなられた場合には、まず
愛知県救急医療情報センター（0586-72-1133）へお問い合わせ下さい。



稲沢市民病院ニュース 第10号

発行日 平成16年7月1日発行
発行元 稲沢市民病院
〒492-8510 稲沢市御供所町1-1

※ ご意見をお待ちしています

電話 0587(32)2111
ファックス 0587(32)2151
電子メール hospital@city.inazawa.aichi.jp