

西多摩医師会報

1982年11月1日

121号

発行所・社団法人 西多摩医師会 東京都青梅市西分3-103

編集委員・菅井 義久 TEL (0428) 23-2171(代)

栗原 琢磨 佐藤 義弘 斉藤 信幸 塩沢 三朗

高木 直 堀田 洋夫 道又 正達 村山 正昭

プライマリーケアの質的転換を

すでにお気づきのように医業経営の難かしさを叫ぶ声は医学情報誌、医療経営雑誌におさまりきれず、しだいに臨床医学雑誌の分野にも波及しつつある。これは臨床研究、教育を主たる任務とする大学病院、医育機関においても、臨床研究の一部が健保でまかなえる範囲でおこなわれてきたため、国の高額医療抑制の前に先端的臨床研究の抑制として現れはじめていることを物語っている。

従来また今後とも医療の進歩は健保の健全な運営なくしては保障しがたいことは衆目の一致するところであるから、われわれ開業医が担う第一次医療の立場から三次医療まで一貫した *Perspective* のもとに各医療機関の關係に深く注目することが必要になってきたといえる。

さて安定低成長期に入ったとされる80年代後半に向かって一次医療においてはより低廉な医療費が要求されている。市場の論理と同様な効率のよい需給關係を強いられることは避けがたい状況になったので、これを医療における合理化と捉え、より多くの患者を処理能力に応じてこなしていくか、あるいは自らの犠牲において重点的なあるいは個性的な医療を行うか選択をせまられると思う。

先日の会報臨時号には保険部よりの報告として保険審査におけるコンピューター導入についてのべられており、高点数請求を対象とする医療費の適正化をはかる姿勢が示されている。ここに医療の量と質のスケールに応じて点数を規制しようと

する意図が明らかであり、数字を示してガイドラインとするやり方は合理化そのものであることがよく認識できる。

また老人保健法の成立により事態はさらに明確になっており、いくら出来高払い死守を叫んでも国の施策が変りつつあるうねりのなかで、医師の正当な報酬がどこまで保障してもらえるのか、いや確保できるのか、まことに不安といわざるをえない。

医療費抑制の攻勢に抗して、開業医が対抗しうる道は自らの経営合理化であり、その内容は人員縮小、設備の軽減、医薬分業であろう。このような軽医療への転換は医療システム全体から見るとピラミッドの底辺において患者の受付、振りわけの任務しかないと考えかねないが、一方事態を深く洞察し予防医学の真の目的がどこにあるかを認識すれば *Primary care* の質的向上に必ずつながるものであり、開業医の地位低下とはなりえない。

しかし医療産業という言葉が耳障りでなくなつてすでに数年、医療をとりまく環境はさらに厳しくなり、より企業的合理化の渦の淵に立ったと言えようか。合理化の成果は結果をみて評価され、そのプロセスは無視されるがゆえ戦後社会に幾多の教訓を残してきたのは歴史的事実である。医療において許される合理化とは何であるかをきびしく反省しつつ守りを固める時期に至ったといえる。

(村山正昭 記)

昭和57年度第2回臨時総会報告

1982 (S 57) 年10月23日、西多摩医師会昭和57年度第2回臨時総会が午後2時より西多摩医師会館において開催された。委任状を含めた出席者数154名(会員数247名)により総会は成立。内田萬次議長はやむを得ぬ都合で欠席の為、定款の規定に従い、島田芳明副議長の議長代理、土田守一副議長、司会は大塚総務部長という形で議事が進められた。

箱崎淳先生、矢ヶ崎久雄先生(元会員)の二人の物故会員に対する黙禱の後、瀬戸岡会長のあいさつに続き、坂本保会員、斉藤信幸会員を議事録署名人に指名し議事に入った。

報告事項として、西多摩医師会職員就業規則制定について大塚総務部長より説明があり、昭和57年12月から施行する事に関して拍手多数により承認された。

審議案件の(1)西多摩医師会創立70周年記念事業については江本副会長より説明があり、昭和58年10月頃の実施をめどに実行委員会を組織するという案に全員が賛成し承認された。

審議案件の(2)は定款施行細則一部改正に関してであり、西村副会長より提案主旨説明があり、一部字句の修正を含め可決承認された。

以上につき慎重審議の末、全ての議事を終了し

議長団降壇、江本副会長の閉会のあいさつをもって全日程を終え、恒例の懇談会を行なった。

なお、この臨時総会の報告については下記の通り、10月25日付をもって全会員に送付してある。

会員各位

社団法人西多摩医師会
会長 瀬戸岡 進

昭和57年度第2回臨時総会報告

冠省 去る10月23日開催しました臨時総会議決事項を下記のとおり御報告申し上げます。

記

1. 報告事項

(1) 西多摩医師会職員就業規則の制定について 報告どおり異議なく了承される。

2. 審議案件

(1) 西多摩医師会創立70周年記念事業について 提出原案どおり可決承認。

(2) 西多摩医師会定款・施行細則の一部改正について 一部を修正して可決承認される。

— 以上 —

医療不信と医療費問題 — 一日医に対する期待 —

西 村 邦 康

去る7月30日第2次臨時行政調査会が答申した基本答申によって、政府の医療費抑制策は決定的なものとなった。

この第2次臨調の基本答申は、高度経済成長を

なしとげ先進資本主義国となった日本の突当った課題、即ち成熟社会の未知の世界への対応、新しい社会秩序作りの指針とも考えられる。又我々医学界にとっては、産業界がオイルショック以来、死

に物狂いで体質改善を図ったとき、高度成長経済の残照に愉安の夢を貪り時代の変化への対応を怠った我々に対するショック療法と云える。

今日医界の置かれている厳しい冬の時代は以上の経緯をみれば自らがまねいたものといえる。

過去20数年に及ぶ武見日医は、1)検査ファッショ的保険指導の改善。2)制限診療の撤廃に大きな功績を残し、3)医療技術の評価。4)地域医療概念の確立で会員に一つの指標を与えた。しかし最後の頃は理想主義に淫し現実を軽視し会員の離反を招いたことは残念であった。同時に全国最大の東京都医師会は、本来ならば日医指導の欠陥を補充し理念と現実との溝を埋める漸進的政策の推進を図るべきであったが、その行動はあたかもヘゲモニー争奪に始終したかのようにみられ、内紛の当事者と国民、医師会員に受けとられたことは会員にとって不幸であった。

医界の団結なくしてこの難局は突破出来ないし又明るい展望も開けないのは論をまたない。今後日医執行部がどうであれ二度とこのような愚は繰返してはならない。

医療の不信は武見前会長のマスコミ嫌いで助長されたこと喧伝され「開かれた日医」が新執行部の一つの顔のようである。

しかし、「薬づけ検査づけ」に象徴される医療不信は現行医療のもつ医の原点である人間関係の欠如と閉鎖性に対する国民の苛立ちの現れであり、小手先のことで解消するものではない。

毎日医療不信を執拗に繰返すマスコミは反面、医療のハイテクノロジーの成果を賑かに同一紙面に飾り、巧妙に人間のもつ不老不朽の夢をハイテクノハジにオーバーラップさせて医療の担い手は此等ハイテクノロジーを駆使し高次医療を行う大病院にあるかのように錯覚させて、大病院指向を助長し、中小病院診療所の行う医療はプライマリーケアの美名のもとに低次医療として、医の原点無視・技術優先という誤った理念を含む医療体系の二重構造化を一部のものとして図っている。

医療不信・昭和20～30年始の「神風ドクター」の擲論から「医は算術・72%控除への羨望怨念・患者のたらいまわし→脱税(開業医の6割)と中小病院診療所蔑視とそのトーンは亢っている。しかしながら医療不信は……、先の高次医療を行う大病院の抱えている医療のソフト面の矛盾、即

ち医師看護婦と患者との人間関係・付添い問題・差額ベッド・ターミナルケア・また3時間待ち3分診療等々が根本的なものであり、それが種々のケースにより修飾されて医療不信が増幅されている。

一方低次医療を行うといわれる開業医の多くは或る先輩の言葉ではないが「患者は壇家」その人間的なつながりを大切に黙々と地の塩となっている。

昨今批判的となっている医師費増嵩は、新薬の高薬価基準設定等々国の薬事行政の失政もさりながら此等高次先端医療を行う大病院ならびに営利主義の老人病院の高額医療費請求が主因となっている。医療費問題と医療不信は表裏一体の問題と考えられる。

今後の医療費は当面我々にとってはマイナス成長かもしれない。しかし、臨調の基本的な考え方が国の経済成長率は社会不安(多くの失業者を出さない)を起こさない程度の成長率におくと云われているとすれば、医療費の伸びもそれに対応する程度のもものと予測される。

高名なある経済学者は、1)医療は技術進歩がコスト低下に結びつかない特殊分野である。2)医療費高騰の原因は乱診乱療は勿論注意しなければならないが高次医療によるものである。3)「現物給付出来高払い制度」は欠点もあるが、これにかわる完全な医療制度は今のところない。4)高次医療を手厚くするため「かせ」のような低次医療は自己負担を増すべきである。……と述べている(朝日7.24)。

我々が医療費値上げ問題で「現物給付出来高払い制度」を堅持し同時に適切な診療費値上げを期待するという姿勢をとるならば、医療費の問題は先ず医療不信からくる我々をとりまく状況の厳しさを認識し迂遠な道かもしれないが医療不信を払拭する必要がある。そして方法論的には、技術(医療側)と物(医療産業)の配分、医療内部にあっては、マスコミの所謂高次医療・低次医療の配分の問題となり、前述した突出する大病院・老人病院の医療費にメスを入れ医療費配分に公正を期さなければならない。

具体的には大病院の行っているハイテクノロジーケアの技術点数・入院・看護・点数の大幅な合理的アップ(検査処置点数のマルメ、補助看護婦

(4)

制度のみなおしを含めて)を行い、これら大病院の財政基盤の確立に配慮をし、医療のソフト面の改善と今後とも増大する無秩序とも思える現在のような医診費請求を是正し、場合によっては研究治療として別建の支払い体系を考える必要がある。そして中小病院・診療所との真の意味での役割り分担の確立を図るべきだと考える。

又ターミナル・ケアの一分野である所謂老人病院も『痛いだろうけれど我慢しましょうよ、点滴を断ると病院を追い出されるかもしれないよ』と非難されるような営利主義を排除する方策も考えるべきである。このターミナル・ケアの分野には医師会が積極的に関与(医師会立ホームの建設など)すべきではないか。

医療不信の原因の一つには医療の閉鎖性と云う体質があると前述したが、世は情報公開制度の時代に入りつつある。開かれた医療が国民の信頼を恢復する一つの道であるならば前日医執行部が積

極的に展開していた開放型病院の問題も経緯にこだわることなく検討する必要があると考える。

国民、マスコミのいわれなき我々への不信を払拭するためにも、国民の期待とニーズを半歩先取りする政策を打ち出しその実践を通して国民の信頼と好意を得る医師会を再生させていただきたい。

東京都医師会はその政策の強力なる推進力となって新生日医をバックアップして欲しい。

W・メイヨのアメリカ医師会会長就任の言葉を引用します。

『今こそ大衆と共に語る時が来ました。よりよき医療を望むならば、先ず社会の啓蒙こそ必要でありましょう。私共が耳を傾けるべき究極のものは彼等の言葉なのです』—メイヨの医師たち—

付記 去る9月都医師会に提出した原稿に若干加筆したものです。

ある老人科病院の1200日間

井 村 進 一

すべての入院患者につき、57年8月31日現在で統計をとってみた。秋川市(A)、その他の西多摩地区(B)、東京都下の市(C)、東京23区内(D)、他の道府県(E)と地域別に分類した。

死亡、転院、退院の割合は下記の通りである。

地区	退院(転院)	死亡	転退院	地区別
A	55.4(32.3)	44.6	30.4	} 46.7
B	36.7(18.2)	63.3	16.3	
C	37.0(40.7)	63.0	19.8	} 32.3
D	30.4(42.9)	69.6	12.5	
E	42.1(15.6)	57.9	20.7	20.7
全国計	42.7(29.3)	57.3	100%	100%

行路病者の死亡が0.3%で、0.00で四捨五入すると100%になる。

他の道府県20.7%の約半数は秋川在住の子供が老父母を呼びよせたものであり、秋川市を含む西多摩地域の患者が57%と過半数を占める。

転退院が42.7%で、死亡退院者が57.3%と過半数を占めるのは、非常に残念なことではあるが、

「現実」であった。

57年8月31日現在の入院患者の地域別は、A:19.8%、B:25.3%、C:12.1%、D:24.2%、E:18.7%(この内の約半数は秋川市在住の息娘の老父母)であり、A+B+Eの半数では、約55%になる。最年少者は37才(ハンチントン舞踏病)、最高齢者は94才、平均年齢は74.5才である。多かれすくなかれ、いわゆる老年痴呆を示すが、印象としては脳血管性痴呆が60%、アルツハイマー型痴呆が20%、その他は両者の合併と推論している。

以上の諸パーセンテージは、いろいろな角度から解釈できるであろう。高令化と地域医療の観点から、高齢化と痴呆老人とその家族との観点から、はたまた、ホスピスの観点からも、将来への対応を「今、ここで」どういう策を持つのがいいのかという問題について参考になると考える。

ただし、この1200日間の動きが、老人科病院一般に通用する平均的な在り方かどうかは別の問題で、埼玉、千葉、神奈川の各県で情報を交換し得

る三病院では、神奈川を除き、地域との関係が殆んどなく、広域型のパターンをとっている。同種病院の乱立と、不況による家族の医療外費用の負担能力の低下と、それにもなう病院側の「ダンピング競争」さえあるときく。

特老と病院との間に、リハビリテーション医学と看護とを中心とした長期医療看護施設を設定する必要があるのではないか。在宅老人のための訪問看護もこの中間施設の重要業務の一つであろう。家庭と直結する組織でなければ、医療効果も、社会経済効果も期待出来ないであろう。こうした中間的医療施設を作れば、医療法とはあまり関係のないナーシング・ホームも必要となるだろうが、「中間の中間」となる施設は無駄であり、現有の老人ホームを充当すべきだと考える。いずれにしても、当面の財政難を理由に医療費の削減を前面に押し出すのは短絡的思考である。

究極的には人間の尊厳性についてどう考えるのか、生命についてどう考えるのかという倫理の問題につきあたらざるを得ない。倫理的発想を基礎においた福祉と財政、医療と看護、への対応でなければ、国民的コンセンサスは得られない。

一昔前にエーリッヒ・フロムと彼の用語 *dialectic humanism* のあいまいさ、不適切さについて往復書簡を交わす機会があり、2回にわたって専門誌に発表したことがある。大変謙虚な先生で、それ以後の著作には *radical humanism* または副文つきの *humanism* を用語として選ばれるようになった。

当時脱稿されたのは、*The Anatomy of Human Destructiveness* で、このあと二巻がつづく筈であった。第二巻目の中途で遺稿となり、完結した最後の著作は、*To Have or To Be?* である。私には、先生が自らの健康状態から、まとめ易い形で後者の脱稿を優先されたように思えてならない。(両者ともスイスから寄贈される光栄に浴し、私は深く感動している)。後著「所有か存在か」の中で彼は味わい深い「無神論的な宗教性」とでも訳すべき用語 (*godless religiosity*) を示している。仏陀、エックハルト、マルクス、シュバイツァー、そしてキリストは、結局同じことを云っている。それは無神論的な宗教性であると云う。 *radical humanist* としての面目が躍動しており、私の感動をお伝え

したが(逝去される二年前)、これまた鄭重な御返事をいただいた。

独立した個別的宗教は必要でなくヒューマンイズムの宗教性をもって、たとえ可能性が1%以下であっても尽力すべきだ、という主張、祈りである。いかなる状態であれ、いのちは尊ばなければならない。雑草木石、惑星も含めた調和において、いのちを愛する基調低音を響かせ、その上に主題のメロディーを奏する *biophilia-oriented* な態度を宗教性と表現する(ヒットラーは *necrophilia-oriented* の症例としてとりあげられている)。

今もなおフロムが健在ならば、あるいは一昔前に痴呆老人の問題を切実に感じていたら、社会的枠組の中で現実はどう位置づけるのか先生の御意見を聞き出したであろうと残念に思う。

身体病によって惹起される痴呆は意外に多く、古典的な心身相互作用でも説明(解釈というべきでしょうが)出来そう。この可逆的痴呆とは別にアルツハイマー型痴呆の割合は、今後日本でも増加すると推定されている。そういうことはあり得ないが(回避すべきものという願望かもしれないと思う)、身体病のない痴呆老人施設を想像すると、まさに鬼気人に迫るのを感じる。

日本でもすでに地方主義(?)は根つきつつあるという。一定規模の地域内で、一生の大部分を全うするに足る完結した社会の単位、と定義しうるであろう。尠くとも「地域医療」はこの単位を前提として成立している。医療および保健や健康増進ならびにそれらの教育活動については、地域主義(地方の時代)は自然体そのものである。

この1200日間をふりかえって、地区CDEは少々高率すぎるとの印象をうける。これには若干の理由もある。微力ながら御手伝いしている「痴呆老人を抱える家族の会」の支部が他県他市にあるからだと思う。出席したり、電話で相談にのったりしていると、お互いの傷をなめ合い、慰め、励まし合っている時期は過ぎたと痛感させられる。地域でおさまりがつかないので、外へあふれる。紹介した埼玉、千葉の病院側の事情で広域に求患するのは逆に、収まりがつかないので拡散的に求院するという現況もある。双方ともに不幸なことである。

文 芸

「生死の境地をさまよいて」

小 泉 新 策

生ありて 入院なしし 夜はあけぬ
お茶のめる我よ 感無量なり生と死は 紙一重なりと 人は云へど
明暗まさに 瞬間にきはまる来生に 托して物を 云はんより
生あるうちに 遺すことなり人はみな 窮極辿る 道なれど
あまりに生死は 須臾に極まる思索すも 言論なすも 喜怒なすも
生死の瞬間 すべて莫々老境の 我もなほ世は 必要か
神の召さざる 涙流るる目覚むれば 窓はほのぼの あかるみぬ
そぞろに覚ゆ 空腹の感夜明け前 空腹覚ゆる 感動は
いよよ「千日行」も 終りとなれるかこれよりは ひたすら体力 つくるのみ
又の会う日の あるを禱りて

学 術

学術研究会 第1回

気管支喘息の診断と治療

昭和医大 第一内科講師

中 島 広 昭 先生

慢性閉塞性呼吸器疾患

chronic obstructive lung Disease
(cold)chronic obstructive pulmonary
Disease (copd)

(1)慢性気管支炎(2)びまん性汎細気管支炎(3)肺気腫(4)気管支喘息の4疾患です。

(1)(3)(4)の3疾患が従来慢性閉塞性呼吸器疾患と言われていたが、最近になって我国では(2)びまん性汎細気管支炎を疾患として独立させ、4疾患に分けられているが、欧米では現在のところ未だ(2)びまん性汎細気管支炎は採用されていません。之等4疾患の特徴は呼吸の際呼気が呼き難く聴診上呼気の延長があります。肺胞の何処かで息を呼き

難くしている病変が起きていることです。(1)(2)(3)の3疾患では病変は不可逆的に進行しますが、(4)気管支喘息では呼吸困難は可逆的、元に戻り病変を胎することは無い。又、(1)(4)では中小の気管支を中心に呼吸困難病変が認められるが、肺気腫では気管支の最尖端、肺胞のところで瓦斯交換が難かしい。喘息の場合より末梢、肺胞には充分に行き届かない。その手前の辺りで呼吸困難の病変を示すのが、(2)びまん性汎細気管支炎です。又慢性気管支炎、気管支喘息では単なる気道での空気流通障害であるが、肺胞のところで瓦斯交換その物が邪げられるのは肺気腫です。びまん性汎細気管支炎は気道流通障害、瓦斯交換その物の障害双方共に認められます。

気管支喘息の定義 気道系の広汎な狭窄を伴う一過性呼吸困難で、その狭窄呼吸困難は自然に又は治療に依って改善、元に戻り、可逆性である。

気管支の周期的、拡張と縮小とを交互する気管支運動は交感、副交感両神経の自律神経司配の下にあり、それと横隔膜の上下昇降による機械的な機序とに依る。交感神経末端及び副腎髄質からのN.A.(noradrenalin)、A.(adrenalin)が気管支粘膜の β 受容体及び α 受容体に働く。 α 受容体は寧ろ心臓刺戟。 β 受容体は主に気管支拡張の働きがあります。全じN.A.及びA.により気管支と心臓循環器の態度は異なる訳です。N.A.又はA.で気管が拡がると、拡がったと云うその事を副交感神経が感知して、之を延髄に伝え、延髄から命令が出て、この副交感神経の末端でacetylcholinが出まして、之が拡がった気管支を細く狭くします。こうして肺の呼吸を営みます。気管支粘膜の β 受容体には β_1 と β_2 との2つの受容体があり、 β_1 は心刺戟、 β_2 は気管支拡張血管拡張の働きがあります。気管支拡張の働きを主とする、撰択的刺戟剤として β_2 刺戟のベラチン等が最近発売されています。 β 受容体を刺戟する力は α のそれよりも強く、従って β は主に気管支を、 α は心刺戟を通して血液を全身に送る働きが強い。

もう一つの気管支痙攣を起こす機序。I型の抗原抗体反応、アレルギー反応の機序が之であります。体腔の入口、即ち外界と身体が接触する入口；鼻粘膜、気管支粘膜、胃粘膜、腔粘膜、体表皮膚には沢山のmast-cellがあり、その中に、histaminやcerotoninがあり、それ等が肥胖細胞内にあるときは問題ありませんが、一旦之等が肥胖細胞外に出ますと、気管支では之を収縮して、異物の侵入を防ぎ邪げ、之を気管外に押し出そうとする。この働きが過剰に働き、histaminが出すぎると、何時迄も抗原抗体反応が除れずに、気管支の痙攣狭窄呼吸困難が起きます。何故、喘息患者ではhistaminが出易いか。血液免疫グロブリンの中にあるI.G.E.がmastcellの頂点その表面にくっつき、之は外界からの異物、抗原、ブタクサの侵入を待っています。ブタクサ抗原が侵入すると、2つのI.G.E.がブタクサ抗原をその中に置いて、之を通して2つのI.G.E.が手を繋ぐ。bridgingします。之により肥胖細胞膜の透過性が変化、その撰択的膜通過の統制が除れ、Caが肥

胖細胞内に入り込み、沢山のアラキドン酸の産生……。前駆物質Histamin、cerotoninが細胞外に出る。之が気管支痙攣の引金となります。最近発売されたインター、リザベン等の新しい薬はこの細胞膜の透過性の安定をはかります。

mastcellからhistaminが出ると、大体3つのことが起こります。①気管支痙攣、滑平筋の収縮、気道狭窄。高い音乾性ラ音喘鳴が起きます。空気を肺内に吸い込む力と空気を気管外に出す力とでは吸い込む力が強く、呼く力は弱い。喘息患者は10人が10人“空気が吸えない”と訴えるが、之は古い空気が既に肺に溜まって来ているため、新しい空気が吸えないから起こる患者の訴えである。吸うときは多少の狭窄があっても、そこを押し上げて流れ込み、呼く時はその力が弱く、狭いところをそのままに空気が流れるため、時間がかかり、呼吸延長乾性ラ音を聴取します。②気管支分泌液の貯溜。気管支壁の円柱細胞の分泌している粘っている粘液に細菌や異物がくっつく。顛毛がベルトコンベア式にこの喀痰を送り出し、痰を喀出或いは食道胃に落とします。ヒスタミンによって喘息患者では過度に粘液分泌が行われ、必要以上に気道に溜まり、之を狭小にします。③気管壁の浮腫。ヒスタミンが出て気管支の血管その透過性を亢進させ、血管(粘膜下)からの滲出、壁の浮腫が加わり、壁の肥厚狭小をこの方面からも招きます。mastcellからhistaminが出ると上述の3つのことが起こります。

気管支喘息の特徴(閉塞性呼吸器疾患としての)

①喘息発作の可逆性。②何回か発作を繰り返している人には夫々誘因がある。例えば、ほてり、花粉、黴その他冷氣、におい、満腹、大笑い等が誘因となる。室内で舞い上がっている埃だけでなく、空中に浮遊している、眼に見えない顕微鏡下でそれと判る埃。ダニ(コナヒョウダニ、ヤケヒョウダニ)、ブタクサ花粉、百合の花、杉花粉等が抗原。真菌、カンジダ、アスペルギス、アルテルナリア等も抗原。③季節性がある。秋に一番多く、春梅雨季などの季節の変わり目。④1日のうちでは温度の下がる夕方午前5時前後、同様に気温の下がる夕方等。⑤体動によって増悪するが、心臓の呼吸困難とは違って、四肢顔面の浮腫は見ない。

喘息の治療 ①対症療法 気管支拡張剤(内服、

(8)

吸入、静注など)、祛痰剤。気管支収縮を寛解、之を拡張す薬剤。プリカニル、イノリン、アロテック、メブチン、ベラチン；特にメブチン、ベラチンは前述した通り β_2 受容体の選択的刺戟剤で、作用時間も長く、心刺戟は弱く、ボスミン等とは違う。気管支を拡げる働きで知られるサイクリックMP、之の分解を防ぎ、何時迄もその働きを持続させる気管支拡張剤。之がキサンチン製剤ネオフィリン、テオコリン、テオナ等である。抗副交感神経剤アトロピン等も拡張の働きがある。L遮断剤フェントラミン、F64-3、②根治療法 減感作療法で抗原明白であれば、7割から7割5分の治ゆ率。ベクロメサゾン吸入。吸入丈であれば、血中濃度は上昇せず、副腎皮質機能の低下無し。大体7割の治ゆ率。気管支拡張剤の処方としては後述する如く β_2 刺戟剤とキサンチン製剤と一緒に組み込むことが奨められる。気管支浮腫にはキサンチン剤、ステロイド剤。分泌亢進には祛痰剤、補液、ステロイド、気管支洗滌吸引。脱水に対する補液としては5%ブドウ糖が良い。ブドウ糖などで水が供給されると、痰が切れ易くなり、粘稠な痰の咯出には効果がある。Naの混じているものは不可。但し、発汗強く、低塩症状強ければ、点滴にNaを適当に混ぜる。

酸素吸入 呼吸が苦しくなると、酸素を投与することになります。慢性閉塞性呼吸器疾患の場合、気管支喘息を含めて何れも共通していることは酸素を与え過ぎないこと。充分に与えると、最初は楽になりますが、呼吸を止めて了い、狭い気道からの呼気放出、不要なCO₂の放出は愈々出来なくなる。呼吸中枢の麻痺、意識喪失が起きる。投与酸素量は2ℓ/分以内に留めること。之を超えては不可。チアノーゼでも強ければ、最初の10~15分間位は4ℓ位まで宜いが、その後は2ℓ/分又はそれ以下に維持して行くことが大切。輸液について。中発作、話し談話は出来るが背臥横臥は出来ない中発作になると、最早内服では間に合わず、輸液が必要。背臥できる小発作の状態、横になっても苦しくない状態に回復するまで輸液が必要。輸液処方例次の如し。

- | | | |
|-----------|---|---------------------------------------|
| ① 5%ブドウ糖 | } | 100 ml + ネオフィリン
10 cc (250 mg) 15分 |
| ソリター-T 3号 | | |
| ② 5%ブドウ糖 | } | + ネオフィリン (500 mg)
2~3時間 |
| ソリター-T 3号 | | |

③ β 刺戟剤の吸入

ネオフィリン過剰投与時の所見症状は悪心、手足の振顫を指標とする。ネオフィリンは6~8 mg/Kg。4 mg/Kgでは効果期待されず。その1日投与量は1800~1500 mg/24h。ネオフィリン250 mg 4~5管です。唯今述べました輸液丈では駄目で、速効を期待してハイドロコトンの点滴或いはユックリ為される灌注又はソルコテフの全様な灌注(ソルコテフの点滴は駄目。早期に分解するため)は役立つ。1回量200~500 mg; 1回量3000 mg迄。両ステロイドはショックを起こすこともあるので、予め10秒ユックリ灌注。暫らくの間悪心気持悪さ発来の有無を確かめれば宜い。両ステロイドは製造会社が異なり、溶解液に対する過敏性も夫々違い、ステロイド其ものにはショック性は無いので、一方の薬で前述の不快感あれば、他のステロイドを更に試みるべきです。ハイドロコトン、ソルコテフ何れも吸収排泄共に速い。プレドニンやリンデロンでは唯今の様なことは無く、プレドニン1回20 mg、リンデロン1回2 mg、点滴に使う。横臥できる迄3~4回プレドニン40~50 mg、リンデロン4~6 mg迄投与支障なし。少量頻回よりも大量を少ない頻度で使う方がbetter。3~4日経って横臥できる程度に回復して来たら、使用量を遽減。20 mg或いは2 mgとして行き、副腎皮質の萎縮不全に備える。之等の治療で満足できる効果を認めなければ、補液する。補液では血管確保が大切。補液量1日2000~4000 cc; 尿量1000 ml。尿中Na 30~40 mg/l。患者は呼吸困難の余り無意識の裡に操狂錯乱を示したりするので、前腕屈側中央に翼状針刺入固定して、ここに血管を確保することが大切な要件となる。点滴前患者をして便所迄排尿に赴かしめることは危険ですから、中等発作以上の患者では点滴の前に床上で尿瓶に採尿のこと。喘息死。之は無いと云われますが、左様でも無く時々死亡報告を見聞します。死亡の原因は痰塊の閉塞(比較的大きな気管支)による窒息死と副腎不全死であります。殆どの場合窒息死であります。窒息死の危険が予感されるときは気管内挿管、粘稠な痰塊の吸引、気管支洗滌します。呼吸音の喘鳴 pfeifen giemenが大きく増強している場合は治療の効果成功を意味しますが、呼吸音ラ音の微弱化四肢厥冷は危険の逼迫を意味します。この様な場合脈拍の乱れも強く、大

小入り乱れる奇異脈も屢々触知されます。

常用処方

(1)ベラチン
テオナ } 各1錠 朝夕2回

テオナは腸溶錠で、有効濃度に達するに時間がかかり、就眠前服用で暁方有効濃度に対するので、之が良い。

(2)ネオフィリン

100mg/錠 6錠(4錠)

塩酸エフェドリン

0.06 (エフェドリン10 倍散 0.6
エフェドリン25 mg/錠 2~2.5錠)

フェノバノール

0.06 (全10 倍散 0.6 Gm)

アレルギー散(抗ヒスタミン)

0.015 (1%アレルギー散 1.5 Gm)

カ.マ. 0.3

胃散ユモール 2.0 Gm

以上 1日量 分3 投与

△ 塩酸エフェドリンの代りにベラチン2錠又は3錠、メブチン2乃至3錠でも可。但し、3割自己負担額は相当高額になる。

△ 祛痰剤としてピソルボン3錠；ダーゼン；ノイチーム；カイモラル6錠を使う。患者により薬嗜好あり、いろいろ使って試るのが宜しい。

△ フェノバル；アレルギーは鎮静効果、呼吸中枢の興奮抑制を目的とするが、催眠作用あり。

△ 牛乳或いはビスケット等を副えて、服用するも可。

尚、びまん性汎細気管支炎については12月14日(火)“最近注目されるびまん性汎細気管支炎について”というテーマで、昭和医科大学第一内科講師足立満先生による講演の予定。

(文責 窪田)

— 協賛 東京田辺製薬K.K.(57. 10. 14) —

東京都医師会学術講演会

と き 昭和57年11月26日(金) 13:00~16:00
 ところ 新宿西口 安田生命ホール TEL 03-342-6705
 学術映画 細胞壁への新たな攻撃
 (13:30~13:55) 帝京大学医学部 藤井 良知教授 監修
 講演 抗生物質の現状
 (14:00~16:00) 司会 東京都医師会理事 寺沢 正夫
 ① 変貌する抗生物質への対処
 帝京大学医学部教授 藤井 良知
 ② 抗生物質による薬診の臨床
 東京医科大学教授 徳田 安章
 ……質疑応答……

東京都医師会・明治製菓株式会社 共催

* * * * *

と き 昭和57年12月4日(火) 18:00~20:30
 ところ 安田生命ホール (新宿西口・安田生命ビル B1F) TEL 03-342-6705
 学術映画 本態性高血圧とカルシウム拮抗剤
 (18:00~18:22) 国立循環器病センター副院長 池田 正男 監修
 講演 不安定狭心症の診断と治療
 司会 東京都医師会理事 寺沢 正夫
 診断について

(18:30 ~ 19:10) 昭和大学藤ヶ丘病院内科 春見 建一 教授
 ……質疑応答……

治療について
 (19:20 ~ 20:00) 心臓血管研究所附属病院 加藤 和三 院長
 ……質疑応答……

東京都医師会・明治製菓株式会社 共催

* * * * *

と き 昭和58年1月19日(水) 13:30 ~ 16:00
 と ち 安田生命ホール 新宿西口・安田生命ビルB1F TEL 03-342-6705

学術映画 『脳卒中は予防できるか』 (13:30 ~ 13:59)
 (シネサイエンス製作 家森 幸男・島根医大病理学教授 監督)

講 演 今日の高血压治療
 (14:00 ~ 16:00) 司 会 東京都医師会理事 寺沢 正夫

① 患者管理のすすめ方

日本大学医学部内科 梶原 長雄 教授

② 薬物治療のすすめ方

慶応義塾大学医学部内科 猿田 享男 講師

……質疑応答……

東京都医師会・三共株式会社 共催

特別寄稿

海上幕僚監部 衛生部 医務班長
 医学博士 大 岩 弘 典

酒井三千生

大正14年8月1日生れ
 享年 57才

東京都墨田区寺島町4-225に生まれ、現両国高校(府立六中)を卒業後、戦時下の昭和19年東京医専に進まれ、昭和25年に同校を卒業されました。

海上自衛隊には昭和34年に入隊され、主として潜水艦部隊に勤務され、昭和38年から39年にかけて米海軍潜水艦医学校(ニューロンドン・コネチカット州)及び潜水医学校(ワシントン・DC)に留学、海上自衛隊における戦後初の潜水艦建造と潜水艦救難艦のために、潜水医学の導入をすすめたパイオニアであります。

昭和41年家庭の事情で海上自衛隊を退職、広島 の病院で外科医として勤務されましたが、海上自

衛隊とくに潜水艦に対する思慕の念やみがたく、引き続き講師として呉の潜水艦基地隊や江田島の潜水学校に非常勤で勤務され、外科診療のかたわら、雑誌「世界の艦船」の常連執筆者として、毎月号に世界の潜水艦についての記事を連載され、その記事は潜水艦医師の領域を越えて、我が国の潜水艦研究の第一人者として評価される秀れた研究論文でありました。ご存知のように潜水艦は海底深く潜るため環境空気の清浄化は重要な問題で、生理学、衛生学、人間工学の各分野にまたがる医学であります。特に潜水艦が潜っているときは、原子力潜水艦では酸素発生機を搭載していますが、在来のディーゼル推進の潜水艦ではときに富士山の頂上まで一分位で登るほどの速さで、潜水艦内が低圧に曝らされることとなります。

酒井先生は、広島の救急病院の副院長及び外科医長として夜遅くまでの診療と原稿執筆とお好き

なお酒で、超人的なハードスケジュールをこなされてきました。福生に移られてからも、若いときに鍛えた体力にものをいわせて、新しい地域医療にとり組まれたのですが、不幸にも帰らぬ人となりました。生前の先生は医師であることと同時

に、潜水艦を通して大好きな海に限りない愛着をもって仕事をされました。悔いのない人生であったと思っております。

先生のごめいふくを祈りあげます。

(なお、位階「正六位」を叙位されました。)

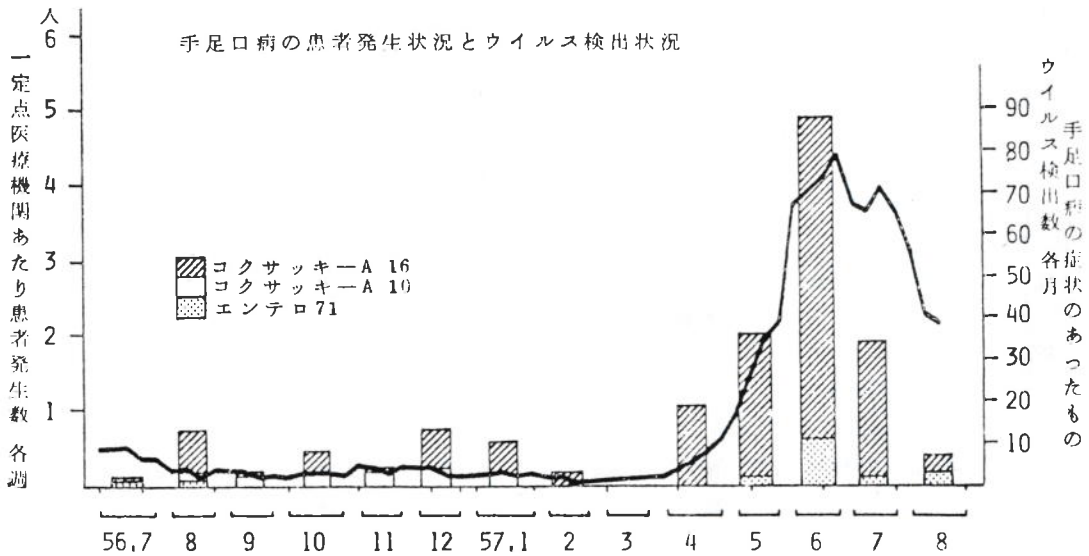
公衆衛生だより

松原 貞一

手足口病の流行

今年春当りより手足口病が流行しているという話があり、特に九州や関西で流行し漸時北上して

来るのではないかと予測されていたが、夏頃から西多摩地区でも発見されるようになった。



(病原微生物検出情報より転載)

しかし当地区では一般に言われている程の流行はなかったように思えるが、都の定点観測の集計をみると、10月に入っても峠を少し越えたばかりで、未だ可成りの患者発生が報告されている。手足口病の流行が始まると、常には今回はコクサッキーAかエンテロ72かということが話題になるが、今回は春にはコクサッキーA群が圧倒的に多く北上するにつれてエンテロ72が見つかるようになり、目下は混合流行中のようなのである。コクサッキーA群による手足口病は、比較的年少児にみられ症状も軽

いが、エンテロ72によるものは5~6才児当りが多く、無菌性髄膜炎を起こすことが多いので警戒を要するといわれている。妊婦に感染したとの報告もあるが、奇型が生まれるという話はない。流産をした胎児に当該ビールスが見つかったという報告もある由。学童・園児の場合は、発病後2~3日より有熱期間および口内炎のある期間は感染可能とされているので、熱が下り口内炎が治った時期をもって通園(登校)許可証を出すことになる。

西多摩医師会

診療報酬明細書返戻状況

7月分

返 戻 理 由	医科(乙科) 件 数
1 保険者番号、記号・番号、 公費負担者番号、公費受給 者番号の不備又は保険者番 号と記号の不一致	94
2 旧証の記号・番号	15
3 患者名、生年又は生年月、 転記のもれ	14
4 傷病名のもれ	2
5 診療月分、診療開始日、診 療実日数のもれ	15
6 診察料(初診、再診、往診、 指導日又は時間外等の表示) のもれ	12
7 診療月と診療開始日及び初 診料の不一致	6
8 診療実日数と診察回数又は 処方回数の不一致	27
9 投薬・注射(薬名、規格単 位、用量、回数)の不備	43
10 処置・手術・検査・X線(薬 名、回数、内訳)の不備	12
11 入院料の不備	2
12 点数欄記入もれ又は点数算 出根拠不明	2
13 契約外(国保、国鉄、公費)	5
14 症状詳記(診療内容及び方 針の説明等付せん参照)	12
15 申し出によるもの	3
16 その他	4
計	268

＊ あとがき ＊

◆大国の核武装競争はとどまるところを知らず、急ピッチで進む政治と経済の変動は世界をゆるがし、世紀末の様相を見せ始めています。核弾頭ミサイルは世界の全ての地域をその射程内に入れ、互いに相手を壊滅させ得ると強弁しています。まさに韓非子の故事にある矛盾であります。

◆かつて政治家達は自らの失政を戦争という形で国民の目を外へ向けることで糊塗しようと考え、ある国では成功し、ある国では失敗しました。

歴史に教訓を学ばない政治家集団が政府を私し、外に対しては仮想敵国を妄想し再び軍備に狂奔、内には国民に対する増税と収奪をもつてのぞもうとするのでしょうか。国民の生命と健康の保持を基本的任務とする医療をスケープ・ゴートにする行財政改革や軍備増強など、インチキも甚だしいと言わねばなりません。

◆今月は西多摩医師会の内外から貴重な御寄稿を多数頂きました。ありがとうございました。

その1、御病気療養中にも拘らず、小泉新策先生から「いつも通り」短歌を頂戴しました。御発病直後の生死のはざまの心境を医師として患者として、透徹した哲学的眼を通し表現されております。編集委員一同、深い感動を覚えざるを得ませんでした。御回復を心待ちにしております。

その2、西村副会長からは医療不信と医療費問題というテーマで、国民の期待とニーズを先取りし、開かれた医療の推進による医師会の再生をという問題提起を頂きました。「私達が耳を傾けるべき究極のものは大衆の言葉なのだ」というメイヨーの医師達の言葉の引用は、厳しい現状の中で、私達の進むべき道を照らす一条の光として「もって銘すべき」でありましょう。

その3、井村進一先生からは、「地域医療」の視点に立って、老人医療のもつ基本的な問題点について御自身の日頃の診療活動から得られたデータをもとにした御指摘、御意見を頂きました。

その4、海上幕僚監部、大岩弘典氏(医学博士)より、故酒井三千生先生の生前のプロフィールを描写された追悼文が届けられました。

◆波乱含みのまゝ1982年も閉じようとしています。1983年こそ、医療危機突破の年にしなければなりません。それを保証する鍵は国民の信頼回復と会員の強固な団結。
(堀田 記)



関東医学検査研究所

埼玉県所沢市岩岡町281-58

TEL. (0429) 23-7272(代表)

特殊検査のルーチン化を目指す

関東医学研究会グループ

関東医学検査研究所 埼玉県所沢市岩岡町281-58
 埼玉臨床検査研究所 埼玉県鴻巣市天神三丁目673
 群馬臨床検査センター 群馬県前橋市六供町1360-1
 東京臨床検査研究所 東京都板橋区徳丸4-14-18
 インターナショナルサイエンスラボ 東京都板橋区成増5-1-2
 セントラル・ラボラトリー 東京都中央区日本橋兜町12-7

主要検査項目

内分泌機能検査
 生化学検査
 薬物検査
 微量金属代謝検査
 免疫血清学検査
 ウイルス検査
 血液学的検査

臨床検査センターの雄 保健科学研究所

横浜市保土ヶ谷区神戸町106
 電話 045 (333) 1661 (大代表)
 八王子市子安町3-17
 電話 0426 (26) 2203・2204



- 総合臨床検査センターとして20余年間地域医療に貢献し、絶大な信頼を頂いています。
- 完全オンラインシステム化を実現致しました。(データ通信システム)
- 関係医療機関 約 3,500ヶ所
- 広範囲な検査内容
 - 内分泌学検査 ● 免疫学検査 ● ウイルス検査 ● 生化学検査 ● 血清学検査 ● 血液学検査
 - 病理組織検査 ● 細胞診検査 ● 重金属検査 ● 水質検査

！都川県の御得意先を毎日定期的集配致します。御一報を御待ち致しています。