

京都市立病院 連携だより

vol.54
令和6年10月



- 変わる肥満症治療
- 第38回「地域医療フォーラム」報告
- 一般講演
「治療をあきらめない！
京都市立病院における
下肢病変に対する集学的治療」
- 特別講演
「諦めない在宅医療を目指して」

「秋の流れ」
奥入瀬溪流の秋。色とりどりの樹木と美しい溪流が織りなす
絶景は旅人を魅了します。

撮影：糖尿病・代謝内科部長 小暮 彰典

京都市立病院機構理念

京都市立病院機構は

- 市民のいのちと健康を守ります
- 患者中心の最適な医療を提供します
- 地域と一体となって
健康長寿のまちづくりに貢献します

京都市立病院憲章

- 1 質の高い安全な医療を提供するとともに、地域の医療水準の向上に貢献します。
- 2 患者の権利と尊厳を尊重し、心のこもった医療を提供します。
- 3 救急や災害時における地域に必要な医療を提供するとともに、
地域住民の健康の維持・増進に貢献します。
- 4 病院運営に参画する事業者等とのパートナーシップを強め、健全な病院経営に努めます。
- 5 職員の育成に努め、職員が自信と誇りを持ち、
全力で医療に従事できる職場環境を作ります。

変わる肥満症治療



肥満はかつて健康や富の象徴でした。しかし現代では、健康を損なう負の側面が問題となっています。日本肥満学会では2000年に、肥満者のうち医療の対象とすべき群の抽出のため、“肥満症”の概念を初めて提唱しました。以後、肥満症はエビデンスの集積とともに、診断基準や診療ガイドラインの修正を何度か経て今日に至っています。本年、肥満症の薬としては実に30年ぶりの新薬であるGLP1作動薬が使用可能となり、肥満症治療は新たな時代を迎えようとしています。そこで本稿では肥満症について考えてみます。



糖尿病・代謝内科 部長

小暮 彰典 先生

世界的に増加する肥満

肥満の判定基準は体格指数 (BMI, body mass index) が用いられます。WHOではBMI 25kg/m²以上を過体重、そのうちBMI 30kg/m²を肥満としています。2022年には、世界の18歳以上の成人のうち25億人 (43%) が過体重、うち8億9000万人が肥満となり、若年肥満者 (1億6000万人) を含むと世界の肥満人口が10億人を突破しました。

肥満と死亡リスク

肥満と健康障害の密接な関係は有名ですが、ここでは死亡リスクをお示しします。一般にBMI 20~25kg/m²が標準体重とされ、死亡リスクがもっとも低くなっています。肥満に伴う死亡率のメタアナリシス (Lancet 2016 ; 388 : 776-86) によりますと、BMIの上昇とともに死亡リスクも有意に上昇し、そのハザード比はBMI 30~35kg/m²で1.45、35~40kg/m²で1.94に達します (表1)。疾患別にみると、BMIが5kg/m²上昇するごとの死亡ハザード比は、冠動脈疾患1.42、脳卒中1.42、呼吸器疾患1.38、がん1.19となっています。また、東アジア人ではBMIが5kg/m²上昇するごとの死亡のハザード比は1.39 (全地域平均1.31) であり、軽度の肥満でも死亡のリスクが高まる可能性を示しています。さらに高齢者より若者、女性より男性のほうが、肥満の死亡リスクへの影響は強い傾向があります。その他、

肥満は死亡リスクだけではなく健康寿命や生活の質を損なう疾患であることが知られています。

日本では男性の肥満が増加

日本人はWHOの定義する過体重でも健康障害を発するリスクが高いため、肥満はBMI 25kg/m²以上と定義され、BMI 25kg/m²以上に加え肥満関連の健康障害を有する場合や、健康障害のリスクの高い内臓脂肪型肥満の場合には肥満症と診断します (表2)。令和4年の国民健康・栄養調査結果の概要では、肥満者の割合は男性31.7%、女性21.0%であり、男性では1970年代以降すべての年齢階級で2倍前後増加し、とりわけ、50歳代の男性では約4割がBMI > 25kg/m²、1割がBMI > 30kg/m²となっています。

減量は、肥満症治療の目的ではなく手段である

肥満症の治療の目的は、肥満に伴う健康障害の改善であり、食事・運動療法と行動療法により内臓脂肪の減少を達成することが基本となります。減量目標としては、3%の体重減少で血糖、血圧、脂質などで改善が見られることから、3から6ヶ月で3%の体重減少を目指します。方法は単純で、1日3食の適正なカロリー摂取と有酸素運動を中心とした適度な運動にてカロリーバランスを負にすることです。一見簡単そうですが、

表1 BMI 9区分と死亡率のハザード比

BMI (kg/m ²)	15.0 ~ <18.5	18.5 ~ <20.0	20.0 ~ <22.5	22.5 ~ <25.0	25.0 ~ <27.5	27.5 ~ <30.0	30.0 ~ <35.0	35.0 ~ <40.0	40.0 ~ <60.0
HR	1.51	1.13	1.00	1.00	1.07	1.20	1.45	1.94	2.76
95%CI	1.43-1.59	1.09-1.17	0.98-1.02	0.99-1.01	1.08-1.08	1.18-1.22	1.41-1.48	1.87-2.01	2.60-2.92

表2 肥満に起因ないし関連する健康障害

肥満症の診断に必要な健康障害

- ①耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など)
- ②脂質異常症
- ③高血圧
- ④高尿酸血症・痛風
- ⑤冠動脈疾患
- ⑥脳梗塞・一過性脳虚血発作
- ⑦非アルコール性脂肪性肝疾患
- ⑧月経異常・女性不妊
- ⑨閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群
- ⑩運動器疾患(変形性関節症:膝関節・股関節・手指関節、変形性脊椎症)
- ⑪肥満関連腎臓病

肥満症の診断には含めないが、 肥満に関連する健康障害

- ①悪性疾患:大腸がん・食道がん(腺がん)・子宮体がん・膵臓がん・腎臓がん・乳がん・肝臓がん
- ②胆石症
- ③静脈血栓症・肺塞栓症
- ④気管支喘息
- ⑤皮膚疾患:黒色表皮腫や摩擦疹など
- ⑥男性不妊
- ⑦胃食道逆流症
- ⑧精神疾患



食習慣や、運動・生活習慣は個々が生まれてからこれまでに積み上げてきたものですので、行動変容を起こすことは容易ではありません。当院では、医師・看護師・管理栄養士・理学療法士のチームで、食事や生活・運動習慣のききとりを行い、具体的な改善点や目標を提示し、体重や体脂肪の計測・達成度の評価を繰り返して行う肥満外来を開設し、患者の減量努力を強力にサポートしています。

難治症例には肥満入院

さらに、それでも改善しない難治例には、食事や生活習慣の認識のすれを再確認し、実際に減量を体験することを目的とする肥満入院を行います。入院管理による減量達成体験は、日々の減量治療の強いモチベーションとなります。複数回の入院で5%~10%程度の体重減少達成を目標としますが、わずか1回の入院だけで行動修正ができて減量できる方もいらっしゃいますので、難治症例にはおすすめです。

新しい肥満症治療薬

非薬物療法で有効な減量を得られない場合や、重篤性から急速な減量が必要な場合は薬物療法の適応となります。糖尿病を合併している場合であれば、糖尿病治療薬であるSGLT2阻害薬やGLP1作動薬に減量効果があることは知られていましたが、従来は肥満症に適応のある薬物はマジンドールのみであり、その適応も高度肥満のみで3ヶ月の使用制限がありました。

そんななか、本年2月より新しく使用可能となった肥満症治療薬が、セマグルチドです。適応はBMIが27kg/m²以上かつ、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有するか、BMIが35kg/m²以上となっています。週1回の自己注射薬で、第Ⅲ相の臨床試験では、日本人を含む東アジア人での68週投与で、ベースラインの平均体重87.5kgから13.2%の体重減少をみとめました。現在の最適使用推進ガイドラインでは、投与に諸条件があり、一般的な施設では使用がなかなか難しい状況ですが、当院は認定肥満症専門病院であり安心して使用することができます。

終わりに.....



肥満外来というと高度肥満を対象とするような特殊なイメージを持たれるかもしれませんが、我々の肥満外来はすべての肥満症を対象としています。糖尿病や高血圧、脂質異常症など、あと少し減量できれば改善が期待できるのに治療が進まない方や、過体重による運動器疾患をお持ちの方など、お気軽にご紹介いただければ幸いです。

テーマ 足病変の診療と支援の最前線

第一部 一般講演

座長:京都市立病院 患者支援センター 家原 典之

治療をあきらめない！
京都市立病院における下肢病変に対する集学的治療

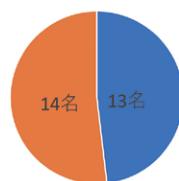
糖尿病代謝内科 医長 安威 徹也

日本の糖尿病患者数の推移ですが、「糖尿病の可能性を否定できない者」は2017年をピークに少し減少傾向に転じました。しかし、「糖尿病が強く疑われる者」の割合は増加傾向が続いています。2019年のデータによると両者合わせると約2千万人、国民の6人に1人が糖尿病に関係していると報告されています。その糖尿病患者で問題になるのが合併症です。糖尿病神経障害、糖尿病網膜症、糖尿病腎症を三大合併症と称しています。神経障害は約7年で壊疽、網膜症は約10年で失明、腎症は約15年で腎不全に陥ると報告されています。合併症予防には血糖コントロールが重要で、HbA1c7.0%未満にコントロールすることが重要です。



今回のメインテーマである糖尿病足病変は、「糖尿病またはその既往を有する患者の足に生じる、感染、潰瘍または足組織の破壊性病変であり、通常は下肢に神経障害かつ末梢動脈疾患に伴うもの」と定義されています。糖尿病足病変の原因は糖尿病性神経障害(60%)が最多となっています。治療は①代謝コントロール、②免荷、③抗菌薬治療、④局所治療、⑤移植、⑥末梢血流障害治療、⑦外科的治療があります。できるだけ保存的加療を目指していますが、重症の進行性の感染や広範囲な壊疽で、保存的加療で感染コントロールができないときは、救命のために下肢切断を行うことがあります。しかし、下肢切断後の幻視痛や精神的負担でQOLが著しく低下します。また、米国のデータでは下肢切断後の約70%が5年以内に死亡すると報告されています。そのため糖尿病足病変の予防が重要であり、定期的なフットケアやABI測定によるPADの早期発見・早期治療が重要と考えています。

右記は当院での糖尿病性足病変の症例(2022/4/1~2024/3/31)です。計27名で、下肢切断を余儀なくされた症例は13名で1年以内の死亡は1名となっています。

当院での糖尿病性足病変の症例
(2022年4月1日~2024年3月31日)

	年齢	転帰
下肢切断あり	70.8 ± 13.0歳	退院2名 転院10名 死亡1名
下肢切断なし	55.6 ± 12.4歳	退院9名 転院5名

循環器内科 副部長 松永 晋作

動脈硬化による下肢病変は下肢閉塞性動脈疾患(LEAD)と称されます。LEADの症候別分類として大きく3つに分けられます。①無症候性LEADは血行再建の適応はありませんが生命予後は症候性と変わらず不良です。また無症状ながら虚血が高度な潜在性重症下肢虚血が含まれます。②間歇性跛行は歩行により下肢痛を認め休息すれば症状が消えるというもので神経性疾患と鑑別診断が重要です。③包括的高度慢性下肢虚血(CLTI)は虚血による疼痛や潰瘍、壊死が少なくとも2週間以上改善せず持続するものです。LEAD患者の半数以上は他の血管にも病気があり、心血管イベント発生率が高く、生命予後も5年死亡率40%程度と不良です。機能検査にはABI(足関節上腕血圧比)とSPP(皮膚灌流圧)などがあります。画像検査としてはCT、MRA、超音波検査、血管造影などがあり腎機能などに応じて選択します。次に治療についてですが、跛行患者に対しては、①動脈硬化リスクファクターの是正、②薬物療法、③運動療法を行います。不十分であれば血行再建を考え、病変に応じて血管内治療か外科手術を選択します。CLTI患者に対しては、まずADLや年齢などから積極的治療か一次切断・緩和医療かを判断します。前者の場合は虚血の程度、感染の有無を評価し、創面環境調整と必要時に血行再建を行い、治癒を目指します。



続けて症例をご紹介します。症例①は70歳代の男性。約

半年前より左間歇性跛行を認めており、症状が増悪傾向のために当科を紹介受診されました。ABI低値で左総腸骨動脈から外腸骨動脈まで完全閉塞しておりました。血管内治療を行いステント留置し血行再建しました。ABIは改善し跛行も消失しました。症例②は80歳代の女性。2週間前から右5趾の潰瘍、疼痛を自覚し、近医皮膚科で治療されるも改善しないため当院を紹介受診。ABI低値で右外腸骨動脈と総大腿動脈に高度狭窄を認めました。カテーテルによる血行再建を行い、皮膚科にてフォロー。切断術は行わず5趾先端はミイラ化し、自然脱落。その後、治癒しました。

臨床工学科 臨床工学技士 古川 修

EVT+レオカーナ併用療法をご説明します。下肢閉塞性動脈疾患(LEAD)が重症化すると包括的高度慢性下肢虚血(CLTI)になります。下肢虚血、組織欠損、感染などの肢切断リスクがあり、治療介入が必要な下肢病変の総称です。当院の過去3年間の膝下のEVT実施人数は37人ですが、極めて予後が悪い状況でした。これに対する新たな治療として2020年8月からレオカーナが保険適応となりました。使用目的は血行再建術不適応な閉塞性動脈硬化症(ASO)における潰瘍の改善です。吸着式潰瘍治療法として3ヶ月・24回を限度として保険算定可能であります。対象患者は血行再建術不適応な潰瘍を有するASO(Fontaine IV)患者で、判断基準は①解剖学的困難(不適応)、②血行再建術が手技的に不成功(不応答)、③血行再建術が臨床的に不成功(不応答)です。LDL-Cとフィブリノーゲンを吸着し血液粘度を低下、毛細血管レベルの末梢循環を改善させる事で閉塞性動脈硬化症による虚血性潰瘍の改善を促します。注意点といたしまして、本治療による血流改善により感染が広範囲に広がる可能性が否定できないため、感染の管理には注意が必要です。

症例をご紹介します。症例①は80歳代男性、適応基準は血行再建術が臨床的に不成功。両足痛、潰瘍にてEVT、レオカーナ導入目的に受診。両足EVTを実施し、レオカーナ導入しましたが、患者希望にて10回施行で中止し、再度EVT治療を施しましたが、色調不良から足趾感染を発症し、下腿切断になりました。症例②は70歳代男性、適応基準は前例と同様。透析導入4カ月目に屋内で足を引っかけ左母趾切創にて当院を受診。創傷治療遷延による黒色壊死を認め、包括的高度慢性下肢虚血と診断。EVTを施し、左母趾切断後も創部壊死傾向が進んだために、再度EVTを実施するも改善せず、下腿での追加切断を提案されましたが希望されませんでしたのでレオカーナを導入しました。導入後もSPP値は低値を認めたため再々度EVTを実施し抹消までの良好な血流を確認。レオカーナにおいては段階的に血流を変更したことで血圧低下もなく21回実施し、SPP値の



低下もなく下腿切断を回避し退院となりました。

レオカーナだけでは、末梢微小動脈圧改善には繋がらないが、EVTによる血流改善後の創傷治癒遷延の早期改善には効果がある可能性がある。EVTによる血行再建後の潰瘍等による創傷治癒遷延症例には、補助療法としてレオカーナの導入を考慮して下さい。

皮膚科 医長 沢田 広子

糖尿病患者の下肢切断例の死亡率は1年後で30%、3年後で50%、5年後で70%と報告されており、下肢切断はQOLのみでなく、生命予後にも関わります。下肢切断の85%に足潰瘍が先行しており、足潰瘍の予防や治療が重要です。さらに糖尿病患者の約40%に爪の異常、足白癬、胼胝など潰瘍前の病変がみられ、これらは糖尿病性神経障害や足変形との関連があります。こういった要因のある患者でより積極的にスクリーニングを行い、病変の早期発見・治療をすることが、下肢切断の回避につながります。



糖尿病性足潰瘍は末梢神経障害、末梢血管障害、感染症が3大要因であり、病態を的確に把握し、治療において何を最優先にすべきか考える必要があります。2010年に発表された神戸分類では、Type Iは神経障害主体、Type IIは血管障害主体、Type IIIは感染主体、Type IVは感染を伴った血管障害と分類しており、それぞれの病態によって治療の骨格が変わってきます。

様々な要因に対して他科と連携して治療を行った症例を紹介します。48歳の男性で、2型糖尿病や下肢閉塞性動脈硬化症に対して当院糖尿病内科・循環器内科へ通院していましたが、半年前に通院が途切れていました。当科初診の5日前頃に左母趾の腫脹に気がつき、腫脹が悪化し、疼痛や排膿も認めたため当科を受診しました。高熱と倦怠感で歩行ができず、左母趾に紅斑・腫脹・熱感と一部壊疽して排膿があり、下腿にかけて紅斑を認めました。右第2趾にも黒色壊死潰瘍と足背にかけて紅斑を認めました。糖尿病の悪化と炎症反応高値を認め、局所のデブリードマンと洗浄処置、抗生剤治療を行いました。糖尿病内科で血糖コントロールと、感染が落ち着いたタイミングで、循環器内科で下肢血行再建を施行しました。持続灌流併用局所陰圧閉鎖療法(NPWT-id)を行った後に、全層植皮術を施行して、入院75日目に退院となりました。退院後2年以上経過し、現在も歩行しながら複数科への通院を続けています。糖尿病性足壊疽の治療には長期間の入院を要することも少なくないですが、近年登場したNPWT-idを早期から行うことで、治療期間の短縮につながると考えます。

整形外科 部長 鹿江 寛

日本の四肢切断の現状ですが、件数は年間22,000~23,000件。上肢切断の主な原因は外傷で、下肢切断の場合は虚血・感染となっています。糖尿病患者では非糖尿病患者に比べて性別年齢調整後の新規切断率が下肢大切断で9.5倍、上肢大切断で14.9倍高く、再切断を要する可能性も2倍、長期生存率も低くなっています。四肢切断術の手術適応は①重症虚血による壊死、②重篤な感染症、③四肢の悪性腫瘍、④外傷で再建不能な場合です。四肢では足関節より近位を大切断と称し、切断部位が近位になるほど手術成功率は上がりますが、失うものも大きくなります。虚血が進み感染を伴わない時にはミイラ化する場合があります、正常の皮膚のバリアーがないために、感染のリスクが高い状態です。

切断早期の合併症、創傷治癒の遅延の要因ですが、まず壊死。血行の悪い皮膚を残そうとした場合に起こります。感染を防ぐために良好な全身状態を確保し、適切な切断レベルと手術操作が求められます。血管の処理、血腫自体が感染につながります。また、筋肉のポンプ機能が働かない場合、浮腫が生じます。切断後の痛みですが、なくなった四肢に痛みを感じる幻肢痛、切断端局所に痛みを感じる断端痛、残存肢の痛みには装具装着の痛み、繊維化した筋肉の異常な収縮による痛みなど様々な種類があります。関節が硬くなる関節拘縮は早期のリハビリテーションで予防が可能です。義足装着は時間を要します。回復期の入院期間が大腿切断で3~4ヶ月、下腿切断で2~3ヶ月、血管原性切断は長期化します。

リハビリテーション科 理学療法士 岡田 あゆみ

病期に応じた理学療法ですが、まず発病予防期。足病変のリスク評価をします。足部の状態観察(創傷、胼胝、外傷、皮膚乾燥、白癬、爪病変、熱傷、しもやけ)、歩行状況(足底圧異常、立位バランス、転倒のリスク)を確認します。足底圧は足関節背屈可動域10°以下で上昇します。身体活動量の向上も必要であり、1日の歩数を1000歩(10分)増やし、最終的に1日1万歩を目指します。有酸素運動では中等度の運動強化で週150分以上、週3回以上を継続。運動は最大心拍数(220-年齢)の55~74%で実施。創傷治療期は足病変増悪予防(免荷、固定など患部の安静)とADL維持(関節可動域練習、筋力強化、免荷歩行練習、有酸素運動)も行います。再発予防期は足部の状態観察、可動域練習では足関節背屈10°以上、中足趾関節背屈45°以上。継続介入、セルフストレッチ指導も必要です。



切断後は車椅子での移動を目指します。義足作成する患者さんは大腿切断で1/10、下腿で1/3です。高齢大腿切断患者のリハビリテーション成功因子は少ない合併症、安定した片脚立位、最大酸素摂取量50%以上の運動が可能な体力、高い意欲です。拘縮予防のために良肢位指導、筋力強化も必要です。病例報告です。60歳代の女性。診断名は糖尿病足壊疽、糖尿病性腎症。入院8日目に理学療法を開始。目標をADL維持、足関節可動域改善、筋持久力改善に定め、運動療法を実施。多職種カンファレンスで問題点を見定め、フットケアの練習をするように誘導、糖尿病看護認定看護師と採寸と靴の購入を手配し、退院後の訪問看護師のサポート導入を図り、1ヶ月後の退院を目指しました。その結果、足病変は増悪せずADL維持し、多職種連携で長期入院を回避できました。

看護部 副看護師長

糖尿病看護認定看護師 山内 光子

糖尿病足病変は、神経障害や末梢血管障害が起きた足に皮膚の損傷、身体防衛機能の低下、さらに生活状況、全身状態、セルフケア状況など患者側のいくつかの要因が重なることによって発症します。フットケア外来では①足のスクリーニング(リスクのある足の選定、足を診る頻度)、②セルフケア指導、③フットケア(爪切り、胼胝・鶏眼処置、角質ケア、スキンケア)、④靴の選び方・履き方指導を行っています。重要なのは異常の早期発見、ケア(care)とキュア(cure)の判断、医師との連携です。フットケアの目的は発生予防と再発予防ですが、患者さんの意欲が大切です。自分で足のケアが出来ない患者さんが多いことから、患者家族や医療者への教育、訪問看護師との連携も欠かせません。フットケア指導の基本は①足を清潔に保つ、②正しい爪切り、③足に合った靴選びです。患者自身で行うフットケアも重視しています。足の異常を早期に発見できるのは患者自身だからです。また、足のケアは目に見える効果として実感でき、看護師が行うフットケアを通じて、「足を労わる気持ち」が伝わり、奇麗になった足を見て治療行動に対する自己効力感も高まります。フットケアで取り扱っている足や爪の症状を、足病変の初期症状として捉えたとフットケア介入の意義は大きいと考えています。



諦めない在宅医療を目指して

きむら心臓血管内科クリニック 院長
木村 雅喜 先生

私は昨年(2019)の4月にきむら心臓血管内科クリニックを開院し、現在訪問医療をメインに行っております。本日は「諦めない在宅医療」をテーマにお話しさせていただきます。現在、定期的に訪問診療させていただいている患者さんが130人ほどおられます。心不全症例が26%、足病変を含めた創傷ありの患者さんが25%、がんが9%、内科一般が39%となっております。一般的な訪問診療に加えて心不全に対する薬物治療やこの後ご紹介しします創傷治療にも力を注いでいます。開院するまでの私のキャリアですが、京都赤十字第一病院に17年間おりました後半の10年ぐらいいは特に足病変の診療に注力してまいりました。足病変CLTIの治療では血行再建(循環器内科、心臓血管外科、放射線科)と共に創部治療(皮膚科、形成外科、整形外科)が重要になります。透析では腎臓内科、糖尿病では糖尿病内科、感染症では感染症科など多くの診療科が密に連携しないと良い結果が得られない疾患です。患部の疼痛管理やリハビリテーションも欠かせません。

私は血行再建・創傷治療などの大半を自ら行いながら、他科・多職種との連携を重視しながら治療に取り組ませていただきました。外来で創部加療が可能になるまで入院が長期化するケースが多く、一旦他院に再転院してもらうなどの工夫を行っていました。しかし、そのような長期入院中にADL低下したり、合併症が起こり、病状が悪化する患者さんもおられました。この経験を踏まえて可能な限り短期入院で早期に在宅医療ができないかと考えるようになりました。現時点ではエビデンスを出すような状況ではありませんが、短期入院にすることでADLが維持でき、合併症も少なくなる印象もっております。また、急性期病院に紹介されない人、急性期病院で侵襲的治療適応外といわれた人もおられます。在宅医療に取り組み、さらに連携を促すような役割を少しでも担えればと願い開院を決意しました。

在宅医療の一例をご紹介します。症例①は60歳代の男性。高度肥満・糖尿病。左第5足趾の感染性壊疽、伏在静脈に沿って鼠径部までの疼痛。デブリ・開放創に抗菌薬投与を開始、訪問看護師による連日の洗浄、在宅で局所閉鎖陰圧療法を行い、長期入院を避け、約2ヶ月で治癒しました。症例②は踵部の感染性壊死(非虚血)、疼痛あり。その場で切開し、坐骨神経ブロックを施し、抗生剤を投与。訪問看護師の

協力を得て切断をせずに済み、歩けるようになり、通院中です。このように諦めない在宅医療を目指しているわけですが、どこまで治療を行うかという悩ましい課題もあります。このような方にきわめて重要なのが疼痛コントロールです。この場合、無痛状態にしてあげるという処置をとっています。坐骨神経破壊の2例をご紹介します。症例①は80歳代の女性。強皮症・右足部壊疽で1ヶ月前から寝たきり状態でした。ご説明を尽くし、大切断か、共存かを熟考していただき、坐骨神経破壊を選択。半年後に痛みもなく他界されました。症例②70代の女性。透析中止後、在宅看取りで紹介。激痛を緩和するために坐骨神経破壊を施し、鎮痛剤オプでコミュニケーションも再開できたのですが、5日後に他界されました。もう少し早く介入できればと思われたケースです。次に京都市立病院からご紹介の3症例。症例①は70歳代の男性。末期腎不全、包括性高度慢性下肢虚血、糖尿病、右前足部壊疽。緩和医療を希望された患者さんです。初診時に足底腱膜に感染が波及しており、外科的介入をしないと約1週間以内に敗血症で死亡する可能性が大きいと判断し在宅で前足部切断など外科的治療・抗生剤点滴治療を実施しました。その後一旦は落ち着いたのですが、約3ヶ月後に再度感染が増悪し永眠されました。突然のことでしたが、それまでの対応にご家族からは感謝の言葉をいただきました。症例②は70歳代の男性。ANCA関連血管炎、冠動脈疾患、包括性高度慢性下肢虚血、左大腿切断、右足部難治性皮膚潰瘍。今年4月に通院困難で訪問診療を希望。在宅で骨搔爬を含めた処置を継続し、経過中に血流低下の再燃が疑われ京都市立病院循環器内科にご紹介し、カテーテルによる血行再建を実施いただいております。その後創部は順調に縮小しており、現在治癒間近となっております。症例③は90歳代の女性。皮膚型結節性多発動脈炎、包括性高度慢性下肢虚血、右前足部壊疽。病院内各診療科、ご本人、ご家族とよく話し合わせ、看取り看護も含めた在宅医療を選択された症例です。広範囲の前足部がすでに壊疽しておりましたが、本人は非常に元気な患者さんでした。治療方針を再度ご自宅で話し合い、治癒を目指して治療する方針となりました。ご自宅で前足部切断・抗生剤加療を行い、現在植皮しほぼ創部は治癒しております。

足の潰瘍・壊疽の患者さんは全身性の動脈硬化性疾患や自己免疫疾患などを有することが多く、創部の治療経過中に全身性の合併症を生じることもあります。それに対応しながら創部加療を積極的に実施し、傷を治癒させて再度元気に歩行してもらう。これを長期入院ではなく、短期入院と在宅医療で今後も目指して行きたいと思います。

紹介患者さん診療・検査事前予約ご利用のご案内

医療機関用 外来診療・検査事前予約 FAX予約

待ち時間を短く患者さんが円滑に診療・検査を受けられるように、病院及び診療所の先生から『事前予約』をお受けしております。

●予約方法

①「紹介患者さん事前予約申込FAX用紙」に必要事項を記入し、地域連携室までFAXで送信してください。

②直ちに、予約をお取りし、「予約受付票」をFAXで送信します。ただし、受付時間外のFAXについては、翌営業日の朝にご連絡いたします。

③患者さんに以下をお渡しください。

- ・予約受付票
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・フィルム等

④ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただきます。

■先生から受取ったもの

- ・予約受付票
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・フィルム等

■別に必要なもの

- ・健康保険証又はマイナ保険証
- ・お薬手帳又はお薬のわかるもの
- ・診察券



予約受付先

●京都市立病院地域連携室

TEL (075)311-5311(代) (内線2113)

FAX **(075)311-9862(専用)**

●事前予約医療機関専用電話

(075)311-6348

事前予約受付時間(土日祝日を除く)

平 日/8:30~19:00(木曜日は17:00まで)

FAXは、24時間お受けしています。

地域連携相談業務

平 日/8:30~17:00(月曜日~金曜日)

患者さん用 紹介患者さん事前予約センター 電話予約

先生からの紹介状があれば、患者さんからのお電話で、ご自身のスケジュールに合わせた予約をお取りいただくことができます。(※担当医師の指定、検査の予約はできません)

●予約方法

①お電話をされる前に、患者さんには以下をお手元にご用意いただきます。

- ・事前予約申込票(必要事項記入済みのもの)
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・診察券 ※初診でもご予約可能です。

②患者さんから『事前予約センター』へお電話いただきます。

専用電話番号 **(075)311-6361**



受付時間/月~金(9:00~17:00)

※土・日・祝・年末年始(12/29~1/3)を除く

●ご予約は前日17:00まで受付しております。

▶電話予約時に確認させていただく内容

- ・患者さんのお名前(漢字・ヨミガナ)
- ・生年月日・性別
- ・ご連絡先(電話番号等)
- ・紹介元医療機関名・予約診療科

③ご来院時、患者さんには以下をお持ちいただきます。

■先生から受け取ったもの

- ・事前予約受付票(必要事項記入済みのもの)
- ・診療情報提供書(紹介状)
- ・フィルム等

■別に必要なもの

- ・健康保険証又はマイナ保険証
- ・お薬手帳又はお薬のわかるもの
- ・診察券

健康診断や人間ドック、各種検診で「要精密検査」となった場合でも、上記と同様の手続きで事前予約が可能です(初診でも予約可)。ぜひご利用ください。

※ただし、市立病院で人間ドックを受けられた場合は、健診センターでの予約となります。

専用の申込用紙は、京都市立病院のホームページからダウンロードが可能ですので、ぜひご利用ください。



京都市立病院
LINE公式アカウント
開設しました！

お友だち追加はこちらから！

QRコードからお友だち追加

右のQRコードを読み取り追加してください。

ID検索からお友だち追加

LINEアプリの「友だち追加」→「友だち検索」

→「ID/電話番号」より右のIDを入力し追加してください。▶ID: @433bwxjh



当院のイベントに関する最新情報を月2~3回配信しています！



地方独立行政法人 京都市立病院機構

京都市立病院
地域連携室

〒604-8845 京都市中京区壬生東高田町1-2

TEL 075-311-5311(内線2113) FAX 075-311-9862

事前予約医療機関専用電話(地域連携室直通) 075-311-6348

<https://www.kch-org.jp/>