佐久総合病院後腹膜科(泌尿器科) の診療活動報告

藤田 公生*

緒 言

筆者が佐久総合病院に赴任し、後腹膜科の別称のもとに泌尿器科診療を独立して担当するようになった1972年7月1日から1973年6月30日までの1年間に、1,110名の患者が当科を受診した。これらの患者をみると、泌尿器科の現状が住民たちにも他科の医師たちにも十分に理解されていないことが痛感される。ここに1年間の診療活動を報告するとともに、そのなかからいくつかの問題点をとりあげて述べてみたい。

対 象 と 方 法

当科が診療を開始した1972年7月1日から1973年6月30日までに当科を受診した新来患者を対象とした。

疾患分類はWHOの死因統計分類の第8回修正(1965年)¹⁾をもとにして厚生統計協議会第四部会で検討したものをを用いた。

疾患分類であるので、同一人に各々独立した疾患のあるときはそれぞれを別の疾患としてとりあげた。例えば前立腺肥大症と腎嚢胞といった場合である。このために疾患数は1,110より多くなっている。ふたつの疾患の間に多少でも因果関係のあることが考えられた場合は、原因疾患と思われる疾患のみをとりあげた。例えば尿管結石とそのための水腎症は尿管結石、腎杯憩室と憩室結石は腎杯憩室、前立腺肥大症と膀胱結石は前立腺肥大症といったぐあいである。

ただし泌尿器科的な観点からみた集計であるので、他科疾患が原因で泌尿器科的疾患をまねいたときは後者をとった。つまり子宮癌患者が放射線治療を受け、のちに放射線膀胱炎を起したときは放射線治療による障害であり、癌の尿管浸潤によって水腎症をまねいたときは続発性腫瘍というようになる。子宮癌患者が当科に紹介されて検索を行ない、泌尿器科的異常のみら

れなかった場合は、医療の必要のない所見、明示されたものに分類した。

なお、項目名は実際にあった症例に則して一部に変更を加えてある。

結 果

月別の新来患者数を図1に示した。女性の受診者は年間を通じてほぼ一定であるが、男性は農繁期である4月および9, 10, 11月に少ない。

図1 月別新来患者数

図2は年令別の分布である。10才未満の男子が多いのは停留睾丸、尿道下裂、包茎と包皮炎などの奇型が

図2 年令別分布

*長野県 佐久総合病院後腹膜科(泌尿器科)医長
受付:昭和48年7月28日

主であり、高令男性は大部分が前立腺肥大症ないしそれに準ずる疾患であり、20 から 50 才代の女性に多い疾患は膀胱炎である。

図 3 は受診者を地域別にわけ、さらに人口あたりの比をとったものである。当然佐久総合病院の診療圏とほぼ一致するが、それよりも多少拡がりをみせている。

図 3 地域別の受診者数

なお泌尿器科専門医のいる、当院にもっとも近い病院は、東は高崎市、西は長野市にある。

以下、疾患表に従って補足説明を行なう (表 1)。

表 1 疾患分類表

番号	疾患	男	女	計
I. 伝染病および寄生虫病				
結核				
016	尿性器系の結核	17	14	31
019.2	結核の後遺症, 尿性器系	8	5	13
梅毒				
091.0	第一期梅毒	9	9	18
092.0	早期梅毒治療後の血清反応陽性	5	1	6
097.1	詳細不明の潜伏梅毒	2	0	2
淋病				
098.0	急性性尿路細菌感染	1	0	1
		5	0	5

II. 新 生 物

悪性新生物		47	7	54
185	前立腺の悪性新生物	22	0	22
186	睾丸の "	3	0	3
188	膀胱の "	17	3	20
189.1	腎盂の "	3	0	3
198	泌尿器の続発性 "	2	4	6
良性ないし性質不詳の新生物		14	2	16
215	筋および結合組織の良性新生物	0	1	1
222.1	陰茎の "	6	0	6
2	副睾丸の "	1	0	1
223.0	腎の良性新生物	1	0	1
2	尿管の "	1	0	1
237.2	副睾丸の性質不詳の新生物	5	0	5
6	膀胱の "	0	1	1

* うち 1 例は前立腺平滑筋肉腫

** 腎洞部に発生した angiomyolipoma

VII. 循環器系の疾患

		1	1	2
433.3	腎動脈塞栓	0	1	1
456.1	精索静脈瘤	1	0	1

X. 性尿器系の疾患

腎炎およびネフローゼ		5	5	10
580	急性腎炎	0	1	1
581	ネフローゼ症候群	2	0	2
582	慢性腎炎	2	4	6
584	性質不明の腎の萎縮	1	0	1
その他の泌尿器系の疾患		369	317	676
590.0	(膀胱尿管逆流による)慢性腎盂腎炎	0	3	3
1	その他の腎盂腎炎	7	8	15
591	水腎症	5	7	12
592	腎および尿管の結石	40	25	65
593.2	遊走腎	1	22	23
4	尿管管症	3	0	3
5	その他の尿管の疾患	1	1	2
594	膀胱結石	2	0	2
595	膀胱炎	21	23	253
596	膀胱憩室	0	3	3
	膀胱頸部狭窄	0	2	2
597	尿道炎 (非性病性)	3	6	9
598	尿道狭窄	5	0	5
599	尿道カルシクラ	0	7	7
600	前立腺肥大症	95	0	95
601	前立腺炎	34	0	34
602	前立腺症	4	0	4
	前立腺結石	8	0	8
	膀胱頸部硬化症	36	0	36
603	陰嚢水瘤	18	0	18
	精索水瘤	1	0	1
604	副睾丸炎	12	0	12

605	過長包皮および包茎	31	0	31
606	男性不妊症	9	0	9
607.0	陰茎硬結	2	0	2
2	〃 慢性潰瘍	2	0	2
3	亀頭包皮炎症	17	0	17
4	精囊炎	7	0	7
7	辜丸捻転	1	0	1
9	陰茎屈曲	1	0	1
	尖圭コンジローマ	3	0	3
623.2	尿道脱	0	1	1

* うち1例は間質性膀胱炎

** 他に前立腺肥大症に合併したもの8例

Ⅺ. 皮膚および皮下組織の疾患

		12	0	12
692.3	薬物による皮膚炎	4	0	4
9	原因不明の湿疹	6	0	6
697.0	扁平苔癬	1	0	1
709	白斑	1	0	1

XIV. 先天異常

		29	16	45
752.1	停留辜丸	12	0	12
2	尿道下裂	2	1	3
753.1	多発性嚢胞腎	0	5	5
	腎嚢胞	4	0	4
3	海綿腎	1	3	4
	腎杯憩室	0	1	1
	腎の回転異常	1	2	3
4	重複尿管	6	3	9
6	先天性尿道弁	1	0	1
759.5	性染色体異常	**2	***1	3

* 女子尿道下裂の病的意義が最近いわれている

** Klinefelter 症候群

*** Turner 症候群

NXVII. 不慮の事故、中毒および暴力

		27	6	33
N866	腎の損傷	0	1	1
N867	膀胱 〃	1	1	2
	尿道 〃	1	0	1
N878	陰茎 〃	4	0	4
	辜丸 〃	1	0	1
	陰嚢 〃	2	0	2
N939	会陰異物	1	0	1
	尿道 〃	1	0	1
N958.9	神経因性膀胱	16	2	18
N990	放射線による膀胱炎	0	1	1
N998.4	膀胱内にかかった絹糸	0	1	1

V. 精神障害 XVI. 症状および診断名不明確等の状態

		126	114	240
305.6	心因性と推定される性器障害	6	0	6
306.6	遺尿症	11	11	22

786.0	性尿器に関する疼痛	5	1	6
1	尿閉、排尿障害	3	0	3
2	尿失禁(急迫尿失禁をふくめ)	1	6	7
3	頻尿	12	7	19
5	乏尿、無尿	1	0	1
	陰萎	3	0	3
789.0	蛋白尿	2	0	2
3	血尿	14	7	21
4	ヘモグロビン尿	1	0	1
793.0	医療の必要のない所見、精神的なもの	20	15	35
8	明確な他科疾患をもつもの	7	31	38
	健康相談的なもの	*23	9	32
796	診断不明確な腰痛、腹痛	17	27	44

* うち精管結紮の相談5例

早期梅毒例は、筆者は10年近く東京で診療にたずさわっていて、1例もみることがなかった。淋疾をふくめて、ほとんどの例が農協組織の東南アジア方面への団体旅行の結果である。

前立腺肉腫の1例は、いくつかの問題点とともに原著として報告した。尿路の乳頭状腫瘍はGradeに関係なく悪性新生物に分類した。

腎炎およびネフローゼの症例には、腎生検を依頼されて受診したものも尿の異常を主訴として当科を受診したものもふくまれている。なお人工透析の患者は、筆者はその責任者になっているが、このなかにはふくまれていない。

水腎症や結石は、すでに述べたように、あきらかに他の原因の認められた例は除いてある。従って実際に水腎症や尿路結石のみられた症例はこれよりも多い。この12例の水腎症症例の多くは腎盂尿管移行部の狭窄であり、疾患の性格としては先天性異常に分類されるべきものである。膀胱炎もあきらかな基礎疾患のあるものは除いたので、男性の場合は急性出血性膀胱炎の占める割合が大きい。前立腺炎は広義に、prostatosisなどといわれているものもふくめてある。精囊炎も同様に、血精液症で腫瘍などの触れないものをすべてふくめた。

腎の嚢胞性疾患がすべて先天異常と解せられるかどうか疑問であるが、polycystic kidney 以外の腎嚢胞を、parapelvic cyst をふくめて、一括した。なお先天性陰嚢水腫という分類項目があったが、今回の集計では乳児例もすべて泌尿器疾患のなかの陰嚢水腫の項にふくめた。

神経因性膀胱を分類すべき項目がみあたらなかった。ので脊髄損傷の後遺症に一括したが、すべてが脊髄損傷によるものではない。

手術に伴う事故として、子宮手術の際に縫合に使用した絹糸が膀胱内腔にかかり、長い間慢性膀胱炎として治療を受けていた例があった。この例は内視鏡的に絹糸を除去した。

はっきりした疾患をもたない例については次のように分類した。以前膀胱炎を起したことがあるとか、蛋白尿があるといわれたという例、あるいは精管結紮の相談などは健康相談的なものという項を設けた。多彩かつ不定な症状を訴えるいわゆる syphilophobia 的なもので、1回ないし数回の説明で納得したものは精神的なものという項に分類し、それ以上のものは心因性と推定される障害に分類した。

表2に、患者数の多かった疾患を集めてみた。

表2 十大疾患一覽

疾 患	男	女	計
1. 膀胱炎	21	231	252
2. 前立腺肥大症	95	0	95
3. 上部尿路結石	40	25	65
4. 前立腺炎	34	0	34
5. 過長包皮および包茎	31	0	31
6. 結 核	17	14	31
7. 遊 走 腎	1	22	23
8. 遺 尿 症	11	11	22
9. 前立腺癌	21	0	21
10. 膀胱癌	17	3	20
全 患 者 数	628	482	1,110

考 按

当科のもっている性格は、院内他科からの紹介346例、31.2%、院外の医師の紹介71例、6.4%という数字に如実に示されている。当科を受診する患者の少なくとも3人に1人は他の医師に紹介されて受診しているのである。いわば2大疾患とでもいふべき男性の前立腺肥大症と女性の膀胱炎を除けば、この傾向はより顕著になる。つまり泌尿器科の患者は腹痛や発熱などの不定な症状をもって発症することが多く、泌尿器疾患だと最初から認識して受診してくることが少ないのである。また、他の疾患に尿路障害を合併する場合も多い。紹介されずに受診した患者のなかにも、他医で治療を続けて思わしくないので当科を受診してきた例が多い。

従って、泌尿器科医は他科の医師に対してコンサルタントとしての立場をとる機会が多い。また逆の見方

をすれば、泌尿器疾患が一般医によって不十分な診断や不適切な治療を受けてしまわれていることが多いということになる。筆者が筆をとった理由はここにあるのであって、本稿は泌尿器科専門医ではなく、むしろ農村の第一線において診療を行なっている多くのひとびとに読んで頂きたいのである。

国際疾病分類について

泌尿器科領域においてはしばしば外来統計、入院統計ないし手術統計が行なわれているのであるが、各人各様の分類方式が行なわれている。

International Classification of Diseaseは疾患分類にも使えるように修正されたとはいえ、本来は死因統計から出発したものであり、とくに泌尿器科のように専門的に分化した領域においては、大分類の項目をみても個々の疾患に対する分析ないし認識をみても、ものたりない感がするのは事実である。しかし、たがいの意志を通じさせるには共通な言語が必要のように、相互の資料を比較するには共通な集計方法がとられなければならない。不備な部分は細分類で補足修正することにして、このような疾患統計には本分類法を有効に活用する努力がなされるべきであろう。

膀胱炎

単純な膀胱炎はほとんどがサルファ剤程度の内服で数日で治癒するものであり、もし治癒しなければ結石その他の器質的疾患を疑ったほうがよい。いたずらに強力な抗生物質や消炎剤の投与を重ねるのは有害無益というほかはない。

異常所見の判定もできない検査をみだりに行なうのも考えもので、他医で治療を受けていたがよくなりないといって受診する患者のなかには、腎盂造影や膀胱鏡検査が行なわれ、しかも大切な所見が見落されている例がときどきある。以前に検査してもらってなんともないといわれたからとか、検査が痛かったからという患者を納得させながら再検するのは、前医を非難するわけにもいかず困惑することが多い。このような投薬や検査はいたずらに医療費の増大をまねき、患者に直接に肉体的および経済的負担を与えて苦しめることになる。

事実、慢然と慢性膀胱炎として長期間治療されていた結核患者が数例あり、また、尿管カテーテル法を行ないながら結石の存在に気づかれなかった例、DIPまでやって腎盂の拡張を認めながらその原因である結石を見落して、半年後に当科を受診したときは該腎の機能廃絶寸前だったという類いの例は枚挙にいとまがない。

結 核

二次結核としての尿路結核は、全体的な結核患者の減少とともに減少し、昭和30年までは泌尿器科外来患者の約10%だったのが昭和40年頃は2~3%、そして昨今では1%前後に減少している。⁴⁾

減少の傾向をみせているとはいえ、今日においても結核が重要な疾患であることには変りないのであって、ここで特に注意を喚起したいことは、尿路結核は膀胱症状をもって発症するという古いことばである。前項に述べたように、きちんとした鑑別がなされないままにただの尿路感染症として治療されている例が、現在もなお多いのではないかということは、筆者の経験からも想像される。

尿 路 結 石

上部尿路結石が65例みられているが、このうち手術の行なわれたのは6例にすぎない。尿管結石のほとんどの例は自然排出を待ち、一部は内視鏡的なバスケットカテーテル操作で処理されている。痛い結石ほど手術の必要はないといえることができる。尿路結石は疾患の性質上、再発することが多いので、なるべく手術を行なわないことが望ましく、手術を行なう場合は再手術の可能性を考慮しながら行なうべきである。

腎をはじめとする後腹膜臓器は身体の深部にあって前方は腹腔臓器、後方は脊柱と背筋群でおおわれており、どこからアプローチするにしても到達の困難な位置である。腰部斜切開による腹膜外からの腎への到達法は代表的なものであるが、筋層からの出血や術後の疼痛などの欠点があり、視野も必ずしも良好なものではなく、症例に応じて種々な到達法が選ばれる。腎盂ないし上部尿管結石に対しては最近上述のような理由で背部垂直切開が賞用されるようになり、⁵⁾ 筆者ももっぱらこれを用いている。

抗生物質の発達、手術手技の進歩によって腎切石、腎部分切除など腎実質に大胆にメスをいれる手術が行なわれるようになってきたが、他方では腎実質になるべく障害を与えないように、また再手術がやりやすいようにという目的で、腎盂腎杯切石術のような手技も発達してきている。⁵⁾

一般外科医が切石術を行なうと手術部位に狭窄をきたして水腎症になることが多い。尿管結石はなるべく手術をしないこと、手術を行なうときは剝離を最少限度にすること、切石部位に狭窄をきたさないことが基本方針であろう。

尿路閉塞性の腎不全

尿路閉塞による水腎症そして腎不全、別のことばでいえば腎後性腎不全について述べてみたい。これが意外に理解してもらえない概念なのである。

この典型的な例は子宮癌患者においてしばしばみられる。⁶⁾ まず1側の尿管に狭窄のきたとき側腹部に鈍痛がくるが、あまり気にされない。そのうち他腎にも狭窄がおよび水腎症が進行するが、この時期は、尿量はむしろ増加の傾向をみせる。血中尿素窒素値は徐々に上昇する。やがて急速な尿量の減少と尿毒症が起きて死亡する。

この病態が理解されないために、例えば1日500ml以上の尿量があるのになぜ閉塞性の疾患なのだと反問されることがある。本当に閉塞性の腎不全ならもっと尿量が減ってよいはずだというのである。しかし、これはまったく逆なのである。通常の腎ならば、尿量が500mlぐらいに低下したところで血中尿素窒素値が上昇するはずがない。これだけの尿があるにもかかわらず血中尿素窒素値が上昇してきているのは、その腎がまともでない証拠である。つまり長期にわたる尿路の閉塞が腎実質を圧迫して、薄い、低比重の尿しか出ていない証拠なのである。このような患者は閉塞を解除してやるのが最良かつ劇的な治療法になる、姑息的に人工透析などを行なって時を延ばせば回復すべき腎も回復しなくなる。

近年急速に進展をみせた水電解質および腎機能に関する知識も、透析に関係している医師など一部を除くと、まだ広く理解されていないように思われる。

経尿道的切除術

Transurethral resection (TUR) は切除鏡を用いて内視鏡的に電気切除および止血凝固を行なうもので、比較的近年、とくにアメリカにおいて大いに発展した。内視鏡的操作は他科においてもファイバースコープの開発をはじめとする工学分野の進歩とともに、最近かなりの進歩をみせているが、本法は内視鏡の歴史とともに歩んできた泌尿器科の到達したひとつの高峰といえるだろう。

本法はopen surgeryにくらべて手術侵襲が少なく、高令者に多い前立腺肥大症、あるいは前立腺肥大症様の症状を示しながら前立腺は肥大していない膀胱頸部硬化症には非常によい適応になる。その他にも浅筋層までの膀胱腫瘍、神経因性膀胱において頸部の抵抗を相対的に低下させるための切除など適応の範囲は広い。

穿孔、大出血、いわゆるTUR反応など合併症の起ることも多く、高度な技術が要求され、わが国においてはまだ十分にひろまっているとはいえないが、今後

広く普及していく方法であろう。Cryosurgeryも同様な内視鏡の手技を用いて試みられているが、いろいろ欠点があるために、電気切除の方が全体的にみたとき優れた方法のようである。

終りに

ひとつのクリニックとして年間の新患者が1,110名というのは特に多いわけではないが、ひとりの泌尿器科医が本当にひとりで診察し診断し治療したという経験は少ないことであろう。これは一方では筆者に課せられた責任が重いことを意味し、しばしば陥りがちな独善に注意しなければならない。疾患内容としては東京をはじめ都市部の病院における集計とほぼ同一である。

当科を受診した患者は一連番号で登録され、10年、20年という長い観点から治療方針が決められる。大学病院や、大学から派遣された医師によって運営されるいわゆる関連病院においては、患者の長い一生が考慮されるというよりは、一時的などちらかといえば派手な手術が行なわれる傾向がある。しかし、当院のように閉鎖された地方で長く診療活動が続けていくつもりであれば、一時を糊塗するような治療は許されない。

この1年間の診療をふりかえると、いかに泌尿器科疾患に対する一般の認識が少ないかということが痛感される。これを解決するには一般住民に対しては啓蒙活動と積極的なスクリーニング、他の医療従事者に対しては個々の症例を通じての説明とともに、機会をとらえてはこのように理解を深めて頂く努力をすることが必要と思われたので、この1年間の総括を報告した。

結 語

佐久総合病院後腹膜科(泌尿器科)を1972年7月から1973年6月までの1年間に受診した患者の集計を行なった。

男性628名、女性482名、計1,110名が受診した。男性の受診者は農繁期に減少する傾向がみられた。

膀胱炎、前立腺肥大症、尿路結石が三大疾患であった。前立腺癌、膀胱癌もかなりの数を占めた。これは都会における疾患像とほぼ同一である。

農村医療の第一線に立つひとびとに理解してもらいたいいくつかの問題点をとりあげて述べた。

稿を終えるにあたり、理想的なチームワークのもとにこの1年間の診療活動をともした深海澄子、糊沢百子両ナースに感謝する。

また、ただひとりの泌尿器科医を陰に陽に扶けて協力してくれた外科の諸先生はじめ佐久総合病院の全従業員に謝意を表する。

文 献

- 1) 厚生省編：死亡診断書、死産証書、出生証明書の書きかた。疾病、傷害、死因統計分類。厚生統計協会、東京、1968。
- 2) 藤田公生：前立腺平滑筋肉腫。日泌尿会誌、64：408—411、1973。
- 3) 藤田公生：Parapelvic space occupying lesion。臨放、投稿中。
- 4) 仁平寛巳：尿路結核の現況。西日泌尿、34：110—112、1972。
- 5) 堀内誠三：腎結石に関する手術：腎盂切石術と腎切石術。臨泌、27：453—464、1973。
- 6) 藤田公生、中内浩二、松本恵一：腎瘻ないし尿管瘻術を行なった子宮頸癌患者65例の経験。外科、32：1247—1250、1970。
- 7) 藤田公生、中内浩二、松本恵一：骨盤腔内腫瘍患者に対する腎瘻および尿管瘻術：術前臨床検査値からみた適応の限界。日泌尿会誌、62：58—63、1971。

Report from an Urologic Clinic in Rural Area

Kimio Fujita, M.D.*

In a year, from the beginning of my clinic on July 1972 until June 1973, 1,110 patients have visited; 628 were male and 482 were female. Males showed the tendency to retain hospital visit in spring and autumn when they are busy with farming. Out of 1,110 patients 71 were referred from doctors outside of the hospital, 346 were from other clinics in the hospital.

Diseases were classified following the International Classification of Disease. Simple cystitis, benign prostatic hypertrophy and upper urinary tract calculi were most frequent.

Their, and also doctors who concerned, misunderstanding and ignorance of recent progress in urological management stimulated me to survey my experience and explain modern trends in the field. Urinary tract tuberculosis were sometimes considered as nonspecific chronic cystitis; ureteral stones were not recognized on x-ray film; postrenal uremic state were confused with renal parenchymal failure. The value of pyelolithotomy in situ and transurethral resection were also stressed.

* Chief, Urological Division, Saku Central Hospital, Minamisaku Usuda, Nagano, Japan