

旭川市立病院医誌

第42巻 1号

平成22年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

当科における多発性骨髄腫に対するボルテゾミブの使用経験

内 科 千葉 広司

【症例報告】

人工弁機能不全の診断にreal time経食道3D心エコーが有用であった1例

胸部外科 増田 貴彦

多彩な精神身体症状を呈したクッシング症候群の1例

精 神 科 松尾 徳大

下腹部痛を契機に発見された骨盤内Castleman病の1例

内 科 下埜 城嗣

透析療法中に侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併した1例

内 科 児玉 暁

【看護研究】

抑制基準見直しへの取り組み

看 護 部 村上 路代

外来看護師の電話応対におけるストレスの分析

看 護 部 竹本久美子

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

旭市病誌

旭川市立病院医誌 第42巻1号

平成22年12月発行

目 次

【臨床研究】

当科における多発性骨髄腫に対するボルテゾミブの使用経験 内 科 千 葉 広 司 1

【症例報告】

人工弁機能不全の診断に real time 経食道 3D 心エコーが有用であった 1 例 ... 胸部外科 増 田 貴 彦 5

多彩な精神身体症状を呈したクッシング症候群の 1 例 精 神 科 松 尾 徳 大 9

下腹部痛を契機に発見された骨盤内 Castleman 病の 1 例 内 科 下 埜 城 嗣 13

透析療法中に侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併した 1 例 内 科 児 玉 暁 17

【看護研究】

抑制基準見直しへの取り組み 看 護 部 村 上 路 代 21

外来看護師の電話応対におけるストレスの分析 看 護 部 竹 本 久 美 子 25

【臨床病理検討会】

第 1 回 平成 21 年 6 月 30 日 内 科 笹 倉 勇 一 28

第 2 回 平成 21 年 8 月 25 日 胸部外科 増 田 貴 彦 29

第 3 回 平成 21 年 10 月 20 日 内 科 大 場 優 葉 30

第 4 回 平成 21 年 11 月 25 日 内 科 堂 腰 達 矢 32

第 5 回 平成 22 年 1 月 26 日 内 科 高 橋 佳 恵 33

第 6 回 平成 22 年 3 月 2 日 内 科 下 埜 城 嗣 35

【教育研修報告】

日本アイソトープ協会によるゼヴァリン取扱講習会参加について 薬 剤 科 寺 田 和 文 37

心臓外科手術後の理学療法を受講して 川 辺 心 臓 科 品 川 知 己 39

心筋梗塞の理学療法研修に参加して 川 辺 心 臓 科 松 野 弘 実 40

実習施設指導者等養成講習会に参加して 中 央 放 射 線 科 佐 々 木 雅 人 41

臓器移植コーディネーター養成研修を受講して 看 護 部 菅 野 祐 子 43

臨床実習指導者研修会を終えて 看 護 部 高 橋 剛 44

臨床実習指導者研修会に参加して	看護部	小田 浩美	46
放射線治療に関わる施設見学研修について	中央放射線科	畑 中康裕	48
第1種放射線取扱主任者講習への参加報告	中央放射線科	石澤 博	49
日機装透析装置保守管理技術研修に参加して	臨床器材科	田中 義範	50
院内感染対策講習会参加報告	薬剤科	沼野 達行	51

【医局抄読会記録】

薬剤過敏症症候群の1例	内科	山田 豊	53
アスピリンと消化管障害(小腸病変を中心に).....	内科	菊地 陽子	53
内臓脂肪測定CTを用いた肥満2型糖尿病患者の検討	内科	外川 征史	53
アイソトープ標識抗体治療薬(ゼヴァリン)による悪性リンパ腫の治療	内科	竹村 龍	53
透析治療中に侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併した1例	内科	谷野 洋子	54
鼠径ヘルニア手術症例の検討	外科	桑谷 俊彦	54
DVT(深部静脈血栓症)について	胸部外科	加藤 伸康	54
ステロイド鼓室内注入療法	耳鼻咽喉科	山本 潤	54
新型インフルエンザ入院症例の検討	小児科	中嶋 雅秀	55
最近の泌尿器科領域における鏡視下手術	泌尿器科	福澤 信之	55
HPVワクチン	産婦人科	澁谷 千英子	55
妄想状態を呈した甲状腺機能亢進症の1例	精神科	松尾 徳大	55
当院におけるNPPVについて	麻酔科	山岸 昭夫	55
先天性鼻涙管閉塞症の治療	眼科	菅野 晴美	55
皮膚結核	皮膚科	坂井 博之	56
腸骨動脈領域の出血性疾患に対するマニアな緊急対処法	放射線科	花輪 真	56
顔面部に発症したガス壊疽の1例	歯科口腔外科	谷 和俊	57
チーム緩和から学んだこと	緩和科	福原 敬	57
抗MRSA薬の適正使用に向けて	感染対策	小西 貴幸	58

【看護研究発表会記録】

婦人科手術創に関する意識調査	東3階	小檜山 睦	59
小児の転落防止に関する検討と取り組み	西3階	金森 久枝	59
服薬能力の判断基準の統一	東4階	山原 淑江	60
退院後のフットケアの現状調査と看護介入した1症例	西4階	有澤 比呂子	60
当院における看護職の職業性ストレスの分析	東5階	西崎 千夏	61

患者様のためのわかりやすい退院指導	西 5 階	藤 井 真美子	61
安心した入院生活を送るために	東 6 階	菱 沼 弥 生	62
術後創処置方法の改善に向けての取り組み	西 6 階	羽 柴 七 重	62
家族と看護師アンケートから終末看護を考える	東 7 階	成 瀬 愛 美	63
体動コール適応基準の検討	西 7 階	鈴 木 慎太郎	63
抑制最小化に向けて	北 第 1	黒 瀬 沙 織	64
長期入院患者様とその家族に対する退院支援を考える	北 第 2	佐 藤 真 美	64
抑制基準見直しへの取り組み	集中治療室	村 上 路 代	65
安全な術中体位の取り組み	手術室	菊 池 綾	65
外来看護師の電話対応におけるストレスの分析	外 来	竹 本 久美子	66
【平成 21 年度各科学会発表ならびに投稿論文】			67
【編集後記】			88

当科における多発性骨髄腫に対するボルテゾミブの使用経験*

血液内科 千葉 広 司** 竹 村 龍
 柿 木 康 孝 福 原 敬
 三 宅 高 義

はじめに

プロテアソーム阻害剤であるボルテゾミブ(商品名:ベルケイド)は、再発難治多発性骨髄腫に対して有効な薬であり、本邦でも2006年12月にその適応を取得し、徐々に使用例は増えつつある。今回われわれは2007年1月から2009年12月までに、再発または難治性の多発性骨髄腫の患者26例にボルテゾミブ投与を行い、治療効果および副作用について臨床的検討を行ったので報告する。

対象と方法

対象は再発または難治性の多発性骨髄腫26例中25例(男性12例/女性13例)、平均年齢69.2歳(54-85歳)。病型はIgG型16、IgA型7例、BJP型2例であった。病期分類では、Durie-Salmon分類で 期2例、期23例であった。自家末梢血幹細胞移植後の再発4例とサリドマイド投与歴13例を含んでいた(表1)。ボルテゾミブの投与方法は、ボルテゾミブ1.3mg/m²をday1, 4, 8, 11に静脈内投与し10日間休薬する3週間を1サイクルとして1~2サイクルを入院で行い、通院が可能であれば外来化学療法へ移行した。

なお、全例にボルテゾミブの副作用である急性肺障害の予防としてデキサメサゾン8mg/bodyをボルテゾミブ投与日と翌日に併用した。

治療効果判定基準はEBMTの基準¹⁾を用いたが、当院で免疫固定法が導入されていなかったため、血清M蛋白を指標に50%以上の減少をPR(partial response)、25~49%の減少をMR(minor response)、25%以上の増加をPD(progression disease)、MRおよびPDを満たさないものをNC(no change)とした。治療効果は初回治療から3ヵ月後で判定し、有害事象の評価は、NCI-CTC(National Cancer Institute-Common Toxicity Criteria) ver2.0を用いておこなった。

解析方法は、初回ボルテゾミブ+デキサメサゾン(BD)療法から死亡までの期間または2009年12月31日までの期間内に、無再発生存率(event-free survival, EFS)、全生存率(overall survival, OS)、無進行期間(time to progression, TTP)を Kaplan-Meier 法により求めた。なお、PFSはPR症例における増悪をカウント、増悪の定義は免疫グロブリンの正常値を超える(IgG > 1800mg/dl, IgA > 450mg/dl)あるいは最低値から25%以上の増加、TTPは進行するまでの期間と定義した。生存曲線の有意差検定はlog rank テストを用い解析した。

結 果

入院中のコース数は1~6コースであり平均2.2コースであった。治療効果は25例中PR10例(40%)、MR4例(16%)、NC5例(20%)、PD1例(4%)、評価不能5例(20%)であった。評価不能の内訳は経過が3ヵ月未満の症例3例、BJP型2例であった(表1)。

* : Bortezomib in combination with dexamethasone for relapsed or refractory myeloma.- A study of a single institute -

** : Kouji CHIBA, et al.

Key words : ボルテゾミブ, 多発性骨髄腫, 急性肺障害, 帯状疱疹

表 1 対象症例

全症例 (n=25)

症例	年齢/性別	病型	DS分類	BM染色体	治療歴	施行コース	3ヵ月後評価
1	69F	IgG-κ	ⅢA	正常	MCNU-VMP, VAD, Thal, Radi	2	MR
2	81M	IgA-λ	ⅢA	正常	MP	4	MR
3	54F	IgG-λ	ⅢB	正常	VAD, PBSCT, Thal, M2	2	MR
4	72M	IgA-κ	ⅢA	正常	ROAD-IN, VAD, M2, Thal	2	MR
5	71M	IgA-κ	ⅢB	正常	MP, Radi, VAD, Thal	3	NC
6	63M	IgG-κ	Ⅱ	正常	MP, VAD, PBSCT	1	NC
7	59M	IgG-κ	ⅢA	正常	VAD, PBSCT	1	NC
8	72F	IgG	ⅢB	13番欠失	MPT	4	NC
9	69F	IgG-λ	ⅢA	正常	MP, VAD, M2, Thal	1	NC
10	64M	IgA-λ	ⅢB	正常	VAD, PBSCT, VAD	3	PD
11	68F	IgA-λ	ⅢA	正常	Radi, MP, VAD, M2, Thal	2	PR
12	76M	IgA-κ	ⅢA	正常	MP, VAD, Thal	1	PR
13	82M	IgG-κ	Ⅱ	正常	MP, Thal+Dexa	1	PR
14	67F	IgA-λ	ⅢB	正常	MP, MPT, Thal	2	PR
15	77F	IgG-κ	ⅢB	13番欠失	MP, MPT	3	PR
16	59F	IgG-λ	ⅢA	正常	VAD	2	PR
17	72F	IgG-λ	ⅢA	正常	MP	4	PR
18	71M	IgG-λ	ⅢA	正常	MPT, Radi	4	PR
19	78M	IgG-κ	ⅢA	正常	MP	2	PR
20	61F	IgG-κ	ⅢB	正常	MP, MCNU-VMP, VAD, Thal, M2	6	評価不能
21	74M	IgG-λ	ⅢA	正常	MP, MCNU-VMP, VAD, Thal	1	評価不能
22	75M	BJP	ⅢB	正常	VAD	1	評価不能
23	61F	IgG-λ	ⅢA	正常	MP, MPT	1	評価不能
24	75F	BJP-κ	ⅢA	正常	MP	2	評価不能
25	73F	IgG-κ	ⅢA	正常	MP	1	評価不能

M: male, F: female

VAD: vincristine, adriamycin and dexamethasone

MP: melphalan and prednisolone

MPT: melphalan, prednisolone and thalidomide

Thal: thalidomide

Dexa: dexamethasone

MCNU-VMP: ranimustine, vincristine, melphalan, and prednisolone

M2: cyclophosphamide, nimustine hydrochloride, vincristine, melphalan and prednisolone

ROAD-IN: ranimustine, vincristine, melphalan, dexamethasone and interferon

Radi: radiation

PBSCT: auto peripheral blood stem cell transplantation

全生存率は (図 1a), 50%の各生存率では, OS (図 1b) は NC/MR/PR=161日 / 未到達 / 616日 であり PR 群と NC 群とで有意差を認めた (P=0.03)。PFS (図 1c) は MR/PR=45日 / 292日 であり 2群間で有意差を認めた (P=0.03)。TTP は NC/MR/PR= 未到達 / 45日 / 286日 (図 1d) であり PR 群と MR 群とで有意差を

認めた (P=0.005)。死亡症例は 10 例であり, 劇症肝炎 1 例, 慢性腎不全 2 例 (重複あり), 自殺 1 例, 腫瘍死 2 例 (重複あり), 転院のため不明 1 例, CNS 浸潤 1 例, イレウス 1 例, 間質性肺炎 1 例, 腫瘍崩壊症候群 1 例, カンジダ敗血症 1 例であった。有害事象については, 好中球減少 Grade1/2/3/4=0/0/1/0 例,

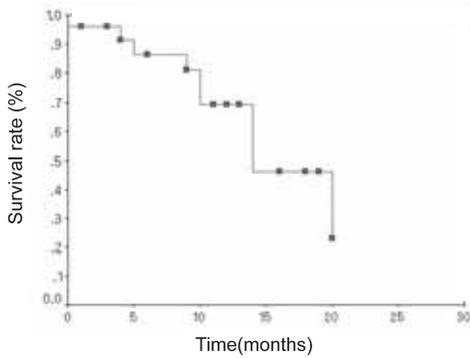


図 1a 全 25 症例の全生存率

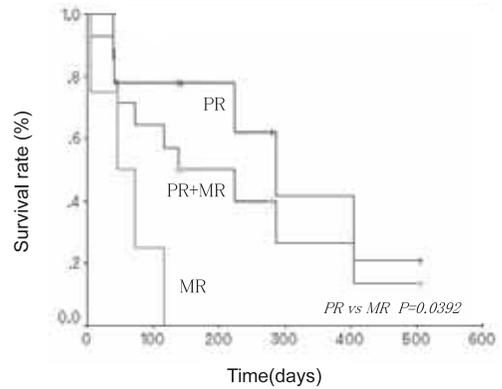


図 1c 無増悪生存率 (progression free survival, PFS)

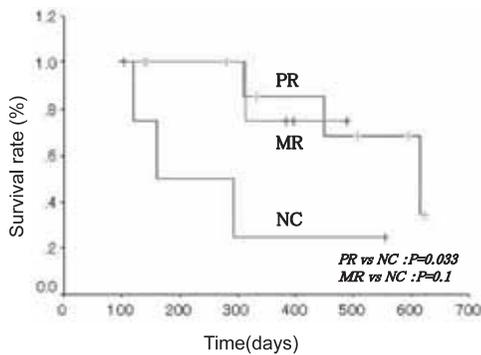


図 1b 3 群間の生存率

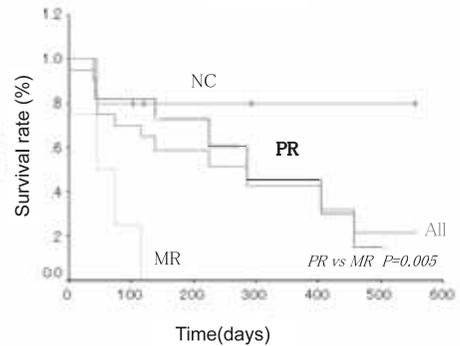


図 1d 無進行期間 (time to progression, TTP)

PR, partial response; MR, minor response; NC, no change.

血小板減少 Grade1/2/3/4=4/0/8/5 例, 末梢神経障害 Grade1/2/3/4=3/3/0/0 例, 肝機能障害 Grade5=1 例, なしが 5 例であった。

考 察

ボルテゾミブは選択的かつ可逆的なプロテアソーム阻害剤であり, 世界初の本作用機序を有する抗悪性腫瘍剤である。その機序は, 多発性骨髄腫において, NF- κ B の活性化を抑制し骨髄腫細胞と骨髄ストロマ細胞の接着阻害および骨髄腫細胞の増殖に必要なサイトカイン (IL-6 など) の分泌抑制など骨髄の微小環境に作用することで抗悪性腫瘍効果を発揮する。本邦では 2006 年 12 月に保険承認され, 今日までさまざまな成績が報告されている。

治療成績の国内報告では, 久村らは²⁾治療抵抗性多発性骨髄腫患者 15 例の検討において BD 療法の奏効率 46.7%, 平松ら³⁾14 例の検討では 64%であった

と報告されている。当院の奏効率は 40%で必ずしも良好ではなかった。その原因としては, 標準的な BD 療法のコース数が入院中平均 2.2 コースであり, 外来化学療法へ移行したケースが大半を占めたことにある。市内通院可能な患者 40%に対して市外患者は 60%の比率であったが, 通院距離が 50 ~ 100km と遠方のため通院困難症例が多くみられた。それゆえ, 週 1 回の BD 療法や 2 週毎の BD 療法の実施となったこともあり, 患者ごとに投与スケジュールを変更せざるえなかったことが要因であろう。

なお, 3 群間の OS と TTP を図 1b, d に示すが, NC 群 5 例は増悪死亡が 1 例と少なかったため OS と TTP が乖離したと考えられた。

多発性骨髄腫の予後不良因子の 1 つである 13 番染色体異常を有する症例に対する治療効果は, 2 例中 PR1 例, NC1 例であり, 症例数が少ないため明言できないが 13 番染色体異常を有していても治療効果に

差がないとする報告⁴⁾もされており、一般的には治療効果を期待して良いと考えられる。

海外の報告では、ボルテゾミブの第 相 (SUMMIT) 試験⁵⁾で 193 例の難治例に対して 27%の奏効率が報告され、PD または奏効が得られなかった症例に対してデキサメサゾン 20mg/日の追加投与したところ 18%の患者で奏効レベルの改善が認められた。またボルテゾミブ単独と高量デキサメサゾン療法とのランダム化第 相 (APEX) 試験⁶⁾では 669 例が登録され、奏効率 38% vs 18%, TTP においては 6.2 カ月 vs 3.5 カ月とあり、難治再発性多発性骨髄腫に対するボルテゾミブの優れた効果が報告されている。

一方で、自家末梢血幹細胞移植併用の超大量化学療法後の再発症例に対する BD 療法は、当科において 4 例中 MR1 例, NC2 例, PD1 例であり、全体的に効果が乏しい結果となったが、Richardson らの報告⁸⁾では high dose therapy を含む造血幹細胞移植のある / なしでの奏効率は 30% vs 24% (P=0.504) で有意差がなく、ボルテゾミブの反応性が悪い因子にはなっていない。

有害事象に関しては、一般的に好中球減少、血小板減少、末梢神経障害が主なものであるが、当院においてもその傾向は同じであり、特に grade3 以上の血小板減少が 25 例中 13 例, grade4 は 5 例に認められ、血小板輸血が必要であった。末梢神経障害は grade3 以上の症例は認められず、重篤な末梢神経障害による投与中止例はなかった。

また本邦においては、ボルテゾミブによる急性肺障害の報告⁷⁾がなされ、当院でも 1 例経験したが、ステロイドパルス療法により回復している。その 1 例は既往歴に肺気腫があり胸部 CT では軽度であったためボルテゾミブの投与をおこなった。本邦 500 例 2 サイクルデータを用いた中間集計結果では、肺障害・間質性肺炎の発現率は、それぞれ肺障害 0.57% (3/525 例)、間質性肺炎 3.62% (19/525 例) で、計 4.19% (22/525 例) であったが、背景要因は特定できていないものの、肺疾患の既往のある患者に対しての投与は今後も慎重を要すると考えられる。

また当科においては帯状疱疹の発生を 12% (3/25 例) に認め、比較的多い合併症と感じられた。帯状疱疹の誘因としてはデキサメサゾンの使用が考えられる他、当院ではアシクロビル予防投与 (保険適応外) をおこなっていないこともあげられるだろう。

また劇症肝炎にて死亡した 1 例は、BD 療法 5 コー

ス後、MR の評価で外来 BD 療法へ移行したが、遠方のため 4 週に 1 回の BD 療法となり、5 コース後の評価で PD のため再入院した症例であり、標準コースの BD 療法再開後に腫瘍崩壊症候群を続発し、腫瘍崩壊中に劇症肝炎を合併し死亡したが、BD 療法との因果関係ははっきりせず、ボルテゾミブによる薬剤性劇症肝炎の報告も文献的にはみられなかった。

ま と め

BD 療法は当院においても再発難治性多発性骨髄腫に対して優れた奏効率を示した。しかし高齢者で遠方からの通院患者が多く、外来化学療法へ移行してから如何に無理なく BD 療法を遂行できるか、適切な投与スケジュールが今後の課題と考えられた。

文 献

- 1) Durie BG, et al : International uniform response criteria for multiple myeloma. *Leukemia*. 2006; 20: 1467-1473.
- 2) 久村岳央 : 府中病院における治療抵抗性多発性骨髄腫に対するボルテゾミブ (ベルケイド) の使用経験について. *血液診療* 2009;6:56-61.
- 3) 平松靖史 : 当院におけるベルケイド使用経験. *姫路赤十字病院誌* 2009;33 : 39-42.
- 4) Richardson PG, et al : Clinical factors predictive of outcome with bortezomib in patients with relapsed, refractory multiple myeloma. *Blood*. 2005; 106: 2977-81.
- 5) Richardson PG, et al : A phase 2 study of bortezomib in relapsed, refractory myeloma. *N Engl J Med*. 2003; 348: 2609-17.
- 6) Richardson PG, et al : Bortezomib or high-dose dexamethasone for relapsed multiple myeloma. *N Engl J Med*. 2005; 352: 2487-98.
- 7) Miyakoshi S, et al : Sever pulmonary complications in Japanese patients after bortezomib treatment for refractory multiple myeloma. *Blood*. 2006;107: 3492-94.
- 8) Richardson PG, et al : Clinical factors predictive of outcome with bortezomib in patients with relapsed, refractory multiple myeloma. *Blood*. 2005;106: 2977-81.

人工弁機能不全の診断に real time経食道3D心エコーが有用であった1例*

胸部外科 増田 貴彦** 大場 淳一
宮 武 司 吉本 公洋
安達 昭 加藤 伸康
青木 秀俊

はじめに

2006年にドイツの Handke ら¹⁾のグループが real time 経食道 3D 心エコー (RT3D-TEE) の開発と臨床応用を報告し、2007年9月に Philips 社から、real time 経食道 3D 心エコー装置 (iE33 装置) が一般市場に販売され、同年末、わが国でも販売が開始された。real time 経食道 3D 心エコー装置では、real time の三次元動画にカラードップラー三次元血流が同時表示可能で、心臓手術において詳細な術式の決定ならびに、手術修復に対する術中術後の評価において有用性は極めて高く、今後手術成績の向上に貢献するものと考えられる。

今回、われわれは三尖弁生体弁置換術後に三尖弁逆流が残存し、弁尖の動き、および逆流の状態を把握するのに経食道 3D 心エコーが有用であった症例を経験したので報告する。

症 例

症 例：69歳、女性

主 訴：易疲労感

診 断：三尖弁閉鎖不全症 (三尖弁輪形成術後)、洞不全症候群、慢性心不全急性増悪

現病歴：2005年労作時に息切れを自覚し、僧帽弁狭窄、うっ血性心不全と診断され、当院循環器内科紹介。心エコーで severe TR も存在することから、当院胸部外科に転科し、僧帽弁置換術 (機械弁：SJM 27mm)、三尖弁輪形成術 (Cosgrove ring 30mm)、MAZE 手術を施行した。

2008年6月、利尿剤の自己中断による慢性心不全の増悪、徐脈を認め当院循環器内科紹介入院。利尿薬の投与により心不全症状は改善したが、心房細動や junctional rhythm、および、最大7秒の pause を認め、ペースメーカーの適応と考えられた。また、心エコーで severe TR を認めたため、胸部外科に転科し、三尖弁置換術、永久ペースメーカー埋込術を予定した。既往歴：65歳時、胃潰瘍。高血圧なし、糖尿病なし、脂質異常症なし、喫煙歴なし

現症 (当科転科時)：身長 148.5cm、体重 41.6kg、第3肋骨胸骨左縁を最強点とする収縮期雑音 (Lev /) を聴取。呼吸音に異常なし。

術 式：三尖弁置換術 (生体弁、Carpentier-Edwards 牛心のう膜僧帽弁 PERIMOUNT Plus 27mm (6900P-27)：Edwards lifesciences；USA-Irvine,CA) + 永久ペースメーカー埋込術 (心筋電極、本体：SymphonyDR2550、心

* : A case of prosthetic valve dysfunction detected by real time three-dimensional transesophageal echocardiography.

** : Takahiko MASUDA, et al.

Key words : real time経食道3D心エコー (RT3D-TEE)、三尖弁置換術、人工弁機能不全

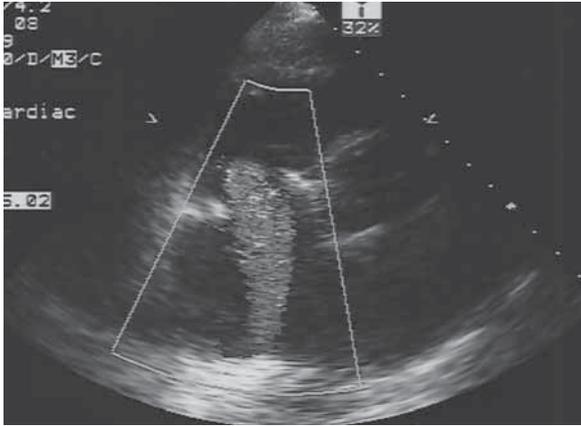


図1 術後7日目の経胸壁心エコー

三尖弁中央部から moderate-severe の三尖弁逆流を認める。

房リード：511211，心室リード：511211；日本ライフライン株式会社)

手術：上下大静脈脱血，上行大動脈送血で人工心肺を開始。冷却せず心拍動のまま操作を進めた。右房を切開。三尖弁は癒着，癒合，硬化なし。三尖弁前尖の弁輪近くに小さな穿孔を認めた。前回手術のリングを切除し，人工弁を everting mattress で縫着。三尖弁尖は切除せず，中隔尖は弁尖を折りたたむようにゴアテックスプレジエット付 2-0Wayorax をかけた。人工心肺離脱後，右室と右房に心筋電極を留置。左鎖骨下にジェネレーターを埋め込み，手術終了。モード DDD，rate 70ppm に設定した。

人工心肺時間 95 分，大動脈遮断時間 0 分，手術時間 7 時間 10 分。

術後経過：術後 ICU 入室。術翌日に抜管，術後 3 日目に ICU 退室となり，術後経過良好であった。術後 7 日目の経胸壁心エコーで，弁中央部から moderate-severe の三尖弁逆流を認めた（図 1）。術後 14 日の経胸壁心エコーでも術後 7 日目と同様の三尖弁逆流を認めた。軽度の倦怠感を認めたが，再手術の希望はなく，外来で経過観察する方針で術後 27 日目に退院となった。退院後は心不全症状なく経過。

三尖弁逆流の残存に対して，外来で，real time 経食道 3D 心エコー（iE33 装置：Philips）を施行した。心室中隔とは反対側の弁尖の 1 つが全く動いていなかった（図 2—5）。また，中央部は隙間が存在し，ドップラー画像で中央部から心室中隔側に向かう逆流を認めた（図 6）。



図2 経食道 3D 心エコー

右房側から見た三尖弁（人工弁）開放時。



図3 経食道 3D 心エコー

右房側から見た三尖弁（人工弁）閉鎖時。



図4 経食道 3D 心エコー

右室側から見た三尖弁（人工弁）開放時。



図5 経食道 3D 心エコー

右室側から見た三尖弁（人工弁）閉鎖時。中隔とは反対側の弁尖が動いていない。



図6 経食道3D心エコー

右房側から見た三尖弁(人工弁)。ドップラー画像。中央部より逆流を認める。

考 察

三尖弁位人工弁機能不全の原因として第1に考えられるのはステントポストへの縫合糸のからみ、いわゆるジャミングの可能性である。ジャミングとは人工弁の縫着時に、弁輪と人工弁のリングに縫合糸をかけた後、人工弁を弁輪までおろす際に、ステントポストに縫合糸が引っかかってしまうことである。このジャミングによって弁の動きが制限され逆流が残存したという可能性が考えられる。しかし、ジャミングでは人工弁の3つある弁尖の2尖の動きが制限されることが多く、典型的なジャミングによるエコー所見とは言い難いと思われる。さらに、今回使用した Carpentier-Edwards 牛心のう膜僧帽弁 Plus は、テンティングシステム(ホルダーとステントポストにジャミングを防止するための糸が張られている)が導入されており、ジャミングのリスクは低いと考えられる。

第2に、今回の手術では三尖弁尖を切除せず残しており、残した弁尖および弁下組織が人工弁の弁尖にからまり、弁尖の運動制限をきたした可能性も考えられる。

第3に、今回は三尖弁置換であり、右心系で低圧系であるため、人工弁が完全に閉鎖するための圧力が弁に十分にかからず、逆流が残存している可能性が考えられる。

第4に、生体弁による僧帽弁置換術後早期に弁機能

不全を認め、再弁置換を行った症例で、摘出弁は弁尖の1つが折りたたまれていて、開いたままで固定されていたという報告^{2,3)}や、摘出した人工弁の3つの交連部がそれぞれのステントからはがれており、2つの弁尖がひとまとめに分離していたという報告⁴⁾もあり、弁自体の問題があった可能性も否定できない。しかし、これらの報告はどれも僧帽弁置換であり、さらに使用された生体弁は以前使用されていた豚由来のものである。現在使用されている牛の心のう膜を使用した人工弁では同様の報告は存在せず、今回の症例では可能性は低いと考えられる。

経食道心エコーの特徴は、皮下組織、肺、肋骨などによる影響が少なく、高画質で高分解度の画質を得ることができる点である。また、人工弁置換術後では、人工弁によるアーチファクトにより経胸壁心エコーでは観察が不十分になる可能性があり、経食道心エコーが併用されることが多い。しかし、従来の2D経食道心エコー(2D-TEE)では、得られた断面像を頭の中で統合する必要があり、熟練した検者でなければ画像の意味を解釈することが難しく、さらに、病変の全体像を他者と共有することが難しかった。

real time 3D 経食道心エコー(RT3D-TEE)で得られる3次元画像は、病変の全体像を捉えるのに非常に有用である。手術中の外科医の目線から見た像とほぼ同様の画像である、僧帽弁を左房から見た像(Surgeon's view)では、僧帽弁の逸脱部位や断裂した腱索を推定するのに役立ち、2D-TEEと比較してより正確に部位診断が可能であったという報告^{5,6)}がある。さらに、人工弁も鮮明に描出でき、僧帽弁置換術後の人工弁機能不全の診断に有用であったという報告⁸⁾も見られる。

また、三尖弁は、大動脈弁や僧帽弁と違い、従来の経胸壁心エコー(2D-TTE)および、経食道心エコー(2D-TEE)などの二次元画像では、すべての弁尖を同時に描出することが難しく⁷⁾、3D経食道心エコーで得られる3次元画像は、右室や弁構造などの複雑な立体構造の評価に有用である。

ま と め

今回われわれは生体弁による三尖弁置換後に逆流が残存した症例を経験した。はっきりとした逆流の原因は不明のままであるが、弁尖の動き、逆流の状態を把握するのに real time 経食道3D心エコーは有用であっ

た。経食道 3D 心エコーの所見と手術所見の対比が可能であれば、経食道 3D 心エコーはさらに診断的意義を持つと思われる。また、手術結果の確認に術中経食道 3D 心エコー評価が可能になれば、手術精度が向上する可能性が期待できるであろう。

今回われわれが経験した症例のように、三尖弁位の人工弁機能不全に対して、real time 3D 経食道心エコーが有用であった報告はないが、今後は僧帽弁だけでなく、三尖弁位の病変にも、real time 3D 経食道心エコーが利用される機会が増える可能性があると考えられる。

文 献

- 1) Handke M, Heinrichs G, Moser U, et al : Transesophageal real-time three-dimensional echocardiography methods and initial in vitro and human in vivo studies. J Am Coll Cardiol 2006 ; 10 : 2070-2076.
- 2) Sarabu MR, Parker FB, et al : Unusual complication of porcine heterograft. Ann Thorac Surg 1983 ; 35 : 553-555.
- 3) Tolis GA, Michalis A, Pouliou A, et al : Unusual complication of a Carpentier-Edwards Porcine Valve. Texas Heart Institute Journal 1986 ; 13 : 337-339.
- 4) Terada Y, Wanibuchi Y, et al : Rapidly Deteriorated Failure of Carpentier-Edwards Porcine Bioprosthesis Caused by Three Detached Commissures: Report of a Case. Surg Today 1994 ; 24 : 823-825.
- 5) Manda J, Kesanolla SK, Hsuing MC, et al : Comparison of Real Time Two-dimensional with Live/Real Time Three-Dimensional Transesophageal Echocardiography in the Evaluation of Mitral Valve Prolapse and Chordae Rupture. Echocardiography 2008 ; 25 : 1131-1137.
- 6) Sugeng L, Weinert L, et al : Real-time 3-dimensional color Doppler flow of mitral and tricuspid regurgitation: feasibility and initial quantitative comparison with 2-dimensional methods. J Am Echocardiogr 2007 ; 20 : 1050-1057.
- 7) Anwar AM, Geleijnse ML, Soliman OI, et al : Assessment of normal tricuspid valve anatomy in adults by real-time three-dimensional echocardiography. Int J cardiovasc Imaging 2007 ; 23 : 717-724.
- 8) Fischer GW, Adams DH, et al : Real-time three dimensional TEE-guided repair of paravalvular leak after mitral valve replacement. Eur J Echocardiography 2008 ; 9 : 868-869.

多彩な精神身体症状を呈したクッシング症候群の1例*

精神科 松尾徳大(現メイプル病院)**
 武井明目良和彦
 天野瑞紀 佐藤 讓
 原岡陽一

はじめに

クッシング症候群は、コルチゾールの慢性的な過剰分泌によって引き起こされる一群の内分泌疾患であり、なかでも下垂体のACTH過剰産生に起因するクッシング症候群についてはクッシング病と呼ばれている。クッシング症候群の典型的な身体症状は、満月様顔貌や中心性肥満、高血圧、低カリウム血症などが挙げられるが、精神症状も高頻度に認められることが知られている¹⁾。

今回われわれは、多彩な精神身体症状を示し、当初は精神疾患が疑われたが、その後の精査でクッシング症候群が判明した症例を経験したので報告する。

症 例

症 例：66歳 女性

既往歴：特記すべきことなし

家族歴：母親がうつ病

生活歴：中学校卒業。結婚後に2児を出産し、現在は夫と二人暮らし

病前性格：生真面目

現病歴：X年5月中旬に趣味のサークル内で会の運営をめぐって、メンバー同士の対立が生じ、そのことをひどく悩むようになった。同年6月上旬から、顔面の腫脹および熱感、下肢浮腫、食欲低下がみられ、悲観的な言葉を時折口にするようになった。

同年6月16日、近医の循環器内科を受診したところ、高血圧、高血糖、低カリウム血症が指摘されて治療が開始された。しかし、その後、上記の症状に加えて、頭痛、めまい、動悸、胸痛、眼瞼浮腫、開眼困難、強い口渇感、四肢の脱力、腰痛などの多彩な身体症状とともに、抑うつ気分、強い不安焦燥感、自殺念慮、不眠などの精神症状が出現するようになった。そのため、近医の内科での入院加療が行われたが、症状の改善がみられないことから、同年7月29日に市立旭川病院循環器内科を受診した。多彩な身体症状の原因として精神疾患が疑われたため、当科に紹介されて同日入院した。

身体的現在症：身長は149.0cmで体重が58.4kg(BMI 26.3)である。血圧は148/86 mmHgで脈拍は86/minであった。身体所見としては、眼瞼周囲に顔面浮腫、腹部膨満、下腹部に皮膚線条、中心性肥満、両側前腕に多発性の皮下出血斑、両側下肢浮腫が認められた。

精神的現在症：疎通性は良好であるが、強い不安焦燥感、抑うつ気分、自殺念慮が認められ、感情は不安定であった。また、多彩な身体症状の訴え方はやや大袈裟で誇張的な印象を受けた。患者自身が症状の発現に心理的要因が強く関与していると述べていた。

入院後経過：入院時の検査において、低カリウム血症および高血糖が著明で、血清および尿中コルチゾー

* : A Case of Cushing Syndrome with Various Psychophysical Symptoms.

** : Naruhiro MATSUO, et al.

Key words : クッシング症候群, 胸腺腫瘍, 症状
 精神病, 心因

表1 血液生化学・内分泌学的検査所見

WBC	11200 / μ l	TBIL	1.2 mg/dl	ACTH	122.9 pg/ml
Band	9.0 %	DBIL	0.6 gm/dl	Cortisol	64.2 μ g/dl
Seg	85.0 %	GOT	42 IU/l	Aldosterone	8.3 ng/dl
Eosino	0 %	GPT	114 IU/l	Cortisol (urine)	
Baso	0 %	LDH	484 IU/l		4993.2 μ g/day
Mono	0 %	CPK	241 IU/l	17-OHCS (urine)	
Lymph	1.0 %	CRP	3.14 mg/dl		50.6 mg/day
RBC	474×10^4 / μ l	BS	465 mg/dl	GH	0.16 ng/ml
Hb	14.4 g/dl	ALP	436 IU/l	LH	<0.1 mIU/ml
Plt	13.3×10^4 / μ l	CHE	135 IU/l	FSH	0.2 mIU/ml
Na	136 mEq/l	-GTP	502 IU/l	Prolactine	20.6 ng/ml
K	2.4 mEq/l	TCHO	282 mg/dl	ADH	0.5 pg/ml
Cl	85 mEq/l	HDL-CHO	78 mg/dl	TSH	0.27 μ IU/ml
Ca	3.9 mEq/l			FT4	0.70 ng/dl
BUN	15.8 mg/dl			FT3	<1.00 pg/ml
Cre	0.5 mg/dl				
UA	3.2 mg/dl				
TP	5.1 g/dl				
Alb	3.1 g/dl				

ルの高値が認められた。また、TSH、FT₃、FT₄の低下も認められ、甲状腺機能低下症が併存していた（表1）。さらに執拗に訴えていた腰痛については、整形外科を受診した結果、高度の骨粗鬆症に由来していることが判明した。

以上の検査結果と身体所見から、多彩な精神身体症状の原因としてクッシング症候群を疑い、1mg デキサメタゾン抑制試験を施行した。その結果、デキサメタゾン投与前後で血清コルチゾール値は高値のまま変化がなく、無抑制パターンであった。また、腹部造影CT検査では両側副腎過形成が認められた。脳下垂体造影MRI検査では、下垂体に腫瘍性病変は認められなかった。以上の検査所見から、本症例はクッシング症候群と診断され、甲状腺機能低下症の成因についてはクッシング症候群による二次的なものとして考えられた。

治療については、入院当初は適応障害と考えて、sulpiride 150mg/日およびlorazepam 1.5mg/日による薬物療法を開始した。その結果、抑うつ症状、不安焦燥感、不眠は一時的に改善されている。

入院後の一連の内分泌学的検査のなかで、デキサメタゾン抑制試験前後でACTHが高値のままであったことから、異所性ACTH産生腫瘍の存在が疑われ、さらに精査を行った。胸部造影CT検査を施行した結果、前縦隔に2cm × 3cm程度の胸腺腫瘍が認められた（図1）。その後、胸腺腫瘍摘出のために同年8月21日に他院に転院したが、カリニ肺炎を併発し、同年9月5日に死亡した。

考 察

1. クッシング症候群と甲状腺機能低下症の併存

本症例ではクッシング症候群に甲状腺機能低下症を伴っていたが、これまでの文献においても両疾患の併存例がいくつか報告されている^{2,4)}。両疾患の併存については、コルチゾールが下垂体からのTSH分泌に抑制的に作用することが指摘されていることから⁵⁾、松口ら³⁾は高コルチゾール血症によって二次的に甲状腺機能低下症がもたらされる可能性があることを述べており、本症例においても同様の機序が働いていたと推測される。

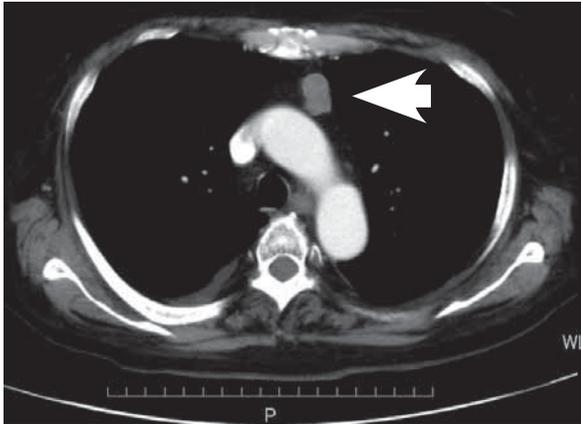


図1 胸部造影CT

矢印は前縦隔に認められた胸腺腫瘍を示す。

本症例で認められた精神身体症状の大部分は、クッシング症候群で多く認められる典型的な症状に合致しているため、クッシング症候群が症状出現の主要な原因になっていると考えられる。しかし、抑うつ症状などのように両疾患に共通して認められる精神症状もあるため、本症例では精神症状の症状形成に対して、甲状腺機能低下症が部分的に関与していた可能性は否定できない。

2. クッシング症候群における精神症状

クッシング症候群において精神症状が出現する割合は、軽症なものまで含めると約80～90%であると報告されており¹⁾、精神症状の出現率が極めて高い内分泌疾患であるということが出来る。クッシング症候群が示す精神症状は非常に多彩であり、抑うつ症状、統合失調症様症状、人格変化、せん妄、錯乱、意欲低下、易疲労性、不眠、性欲低下などが知られている¹⁾。本症例に認められた抑うつ気分、不安焦燥感、自殺念慮、不眠といった精神症状も、クッシング症候群による高コルチゾール血症が主要な原因であったと考えられる。また、本症例は入院後に施行された画像検査な

どの結果から、胸腺腫瘍に伴うクッシング症候群の可能性が高いと推定された。本症例のような胸腺腫瘍に伴うクッシング症候群は、異所性ACTH産生性のクッシング症候群の5～10%に認められることが報告されており⁶⁾、本症候群の正確な診断のためには、内分泌学的検査とともに各種の画像検査が不可欠であると考えられる。

3. クッシング症候群における心因の関与

本症例のようにクッシング症候群の発現に際して、心因が契機となっている症例がこれまでに比較的多く報告されている⁷⁻¹³⁾(表2)。心因として挙げられたものとして、育児に対する不安⁸⁾、人間関係上のトラブル⁹⁾、職場不適応¹⁰⁾、肉親の死亡¹¹⁾、生活変化¹²⁾、対人ストレス¹³⁾があり、心因となる出来事は非常に多様なものであることが示されている。

心因が契機となってクッシング症候群が発症するメカニズムについては、いまだに十分に解明されてはいないが、心因による精神的ストレスがCRF(Corticotropin-releasing factor)-ACTH系に作用することで、コルチゾール分泌が増大して身体症状の顕在化が促進され、その結果、心因によって本症が誘発されたような印象を与える可能性が示唆されている⁷⁾。また、中枢神経系が他の身体器官よりも高コルチゾールによる暴露に対して、より過敏性で脆弱性を有するために、精神症状が身体症状に先行する可能性があるという指摘もなされている¹⁴⁾。

以上のように、クッシング症候群では発症に心因が先行することがあるために、当初は精神疾患として治療されてしまい、本症の存在が長期間にわたって見逃されてしまう可能性がある¹⁾。今回の症例でも、症状出現に先行して心因が存在したため、内科から精神疾患の可能性が疑われて精神科に紹介されていた経緯があった。クッシング症候群は、未治療のまま放置されると、今回の症例のように高コルチゾール血症に起因

表2 心因が先行したクッシング症候群の報告例

報告者	年齢/性別	心因	原発部位	精神症状	治療	転帰
紺野ら(1989) ¹¹⁾	41歳/女性	肉親の死亡	副腎腫瘍	抑うつ感、不安	副腎摘出術	軽快
井形ら(1992) ⁹⁾	16歳/女性	人間関係のトラブル	副腎腫瘍	拒食・過食を伴う抑うつ状態	副腎摘出術	軽快
鈴木ら(1999) ¹³⁾	38歳/女性	対人ストレス	下垂体腺腫	感情不安定、对人的過敏性	下垂体腫瘍摘出術	軽快
土岐ら(2005) ¹⁰⁾	48歳/女性	職場不適応	副腎腫瘍	焦燥感、自殺企図、亜混迷状態	副腎腫瘍切除術	軽快
林ら(2005) ¹²⁾	30歳/女性	生活変化	下垂体腺腫	自殺念慮、不眠	下垂体腫瘍摘出術	軽快
河合ら(2007) ⁸⁾	34歳/女性	育児に対する不安	副腎腫瘍	自殺念慮	副腎摘出術	軽快

する易感染性から死の転帰に至ることもあるため、早期発見と早期治療が不可欠な内分泌疾患であると考えられる。

われわれ精神科医は、日常診療において患者の示す華々しい精神症状に目を奪われがちであるが、わずかな身体症状や検査値の異常にも常に注意を払うことが必要であり、身体科の医師であっても身体疾患を見逃す可能性があることも念頭に置くべきであろう。その上で、クッシング症候群のような内分泌疾患を見落とすことのないように慎重に診療を行う必要があることを本症例の経験を通して改めて認識した。

ま と め

症例は66歳の女性である。サークルのメンバー同士の対立を契機として、抑うつ気分、不安焦燥感、自殺念慮などの精神症状とともに、動悸、眼瞼浮腫、開眼困難、四肢の脱力感といった多彩な身体症状が出現した。内科的治療では改善されないため、当科に紹介されて入院加療が行われた。内分泌学的検査や画像検査の結果からクッシング症候群と診断され、多彩な精神身体症状はクッシング症候群による高コルチゾール血症が主要な原因であると考えられた。その後、胸腺腫の手術のために転院したが、カリニ肺炎を併発し死亡した。

クッシング症候群は稀な内分泌疾患であるが、多彩な精神身体症状を呈する患者の診察では、本症候群の存在も念頭に置いて診察を行う必要があると考えられた。

本論文の要旨は、北海道精神神経学会第115回例会(2009年7月、札幌市)において発表した。

文 献

- 1) 小山 司: クッシング症候群と精神障害. 医学と薬学 1993; 29: 863-869.
- 2) 川上昭雄, 坪井 靖, 六角久美子, ほか: 著明な低カリウム血症, 精神症状, 体重増加などから異所性 ACTH 産生腫瘍が強く疑われたクッシング病の1例. Acta Related Peptides 1998; 9: 97-105.
- 3) 松口直成, 井田能成, 中沢洋一: クッシング症候

群と甲状腺機能低下症を合併した症状精神病の1例. 精神医学 1990; 32: 1195-1199.

- 4) 瀬川利恵, 中村元行, 平盛勝彦: 特異的精神症状を呈して腺腫の局在診断が困難であった Cushing 病の1例. 確定まで5年余を要した症例. 内科 2003; 91: 388-391.
- 5) Wolfson WQ, Beierwaltes WH, Rebinson WD, et al: Corticogenic hypothyroidism: Its incidence, clinical significance and management during prolonged treatment with ACTH or cortisone. In: Mote JR, editor. Proceedings of the Second Clinical ACTH Conference, Therapeutics. Blakiston: New York, 1951: 95.
- 6) 服部良信, 入山 正, 渡邊浩次, ほか: ACTH 産生カルチノイドの2手術. 日呼外会誌 2001; 15: 117-129.
- 7) 遠藤みどり, 吉見輝也, 佐古伊康, ほか: Cushing 症候群における精神的要素について. 精神医学 1975; 17: 1179-1191.
- 8) 河合(二宮)恵子, 武智俊治, 壺内栄治, ほか: 精神症状が先行した Cushing 症候群の1例. 愛媛医学 2007; 26: 200-202.
- 9) 井形朋英, 宮本憲司朗, 村岡範優, ほか: 多彩な精神症状が身体症状に先行した Cushing 症候群の1症例. 臨床精神医学 1992; 21: 109-112.
- 10) 土岐 茂, 高見 浩, 淵上 学, ほか: 亜混迷状態を呈し, 大うつ病性障害とクッシング症候群との鑑別が困難であった1例. 精神医学 2005; 47: 1001-1008.
- 11) 紺野 潤, 魚住哲夫, 和泉 清, ほか: 精神症状で発症したクッシング症候群の1治験例. 道南医学会誌 1989; 24: 335-338.
- 12) 林 千雅, 沖 隆, 飯野和美, ほか: 著明な精神症状に苦慮した Cushing 症候群の1例. 日本内分泌学会雑誌 2005; 81: 71-74.
- 13) 鈴木一正, 栗田主一, 内ヶ崎じゅん, ほか: 急性錯乱状態を呈した Cushing 病の1症例. 臨床精神医学 1999; 28: 87-92.
- 14) 忠実園子, 村田 章, 若林隆子, ほか: 幻覚妄想状態の先行した Cushing 症候群の1例. 精神神経誌 1994; 96: 461-468.

下腹部痛を契機に発見された骨盤内Castleman病の1例*

内科 下 埜 城 嗣** 柿 木 康 孝
竹 村 龍 千 葉 広 司
福 原 敬 三 宅 高 義

はじめに

Castleman 病は胸腺腫に類似した縦隔リンパ節の過形成として 1954 年に Castleman らが初めて報告したリンパ増殖性疾患である¹⁾。

好発部位は胸腔内，特に縦隔に発生することが多く骨盤内に発生することは非常に稀といわれている。今回われわれは下腹部痛を契機に発見された骨盤内 Castleman 病の 1 例を経験したので報告する。

症 例

症 例：48 歳，男性

主 訴：左下腹部痛・背部痛（鈍痛）

既往歴：1988 年大動脈弁置換術施行（ワーファリン内服中）

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：2009 年 1 月頃より持続する左下腹部痛，背部痛を自覚し 3 月 18 日当院消化器内科受診となった。

現 症：身長 178cm，体重 68kg，血圧 122/70mmHg，脈拍 60/min，体温 36.4℃，意識清明，眼球結膜：貧血なし，眼瞼結膜：黄疸なし，心肺異常なし，腹部腫瘍触知せず，肝・脾腫なし，左下腹部に圧痛あり，表

在リンパ節触知せず

血液検査所見（表 1）：末梢血に異常なし，凝固系はワーファリン内服中のため延長を認めている。生化学検査では LDH 315IU/l と軽度上昇ありその他異常なし。尿検査，感染症，腫瘍マーカーに異常を認めなかった。

腹部造影 CT 検査（図 1）：骨盤内左背側に 37mm × 26mm 大の境界明瞭で辺縁平滑な類円形腫瘍を認めた。

腹部 MRI 検査：同部位に T1 強調像（図 2a）で低信号，T2 強調像（図 2b）で高信号を認め表面平滑な類円形腫瘍を認めた。

PET（図 3）：同部位に集積を認めた。

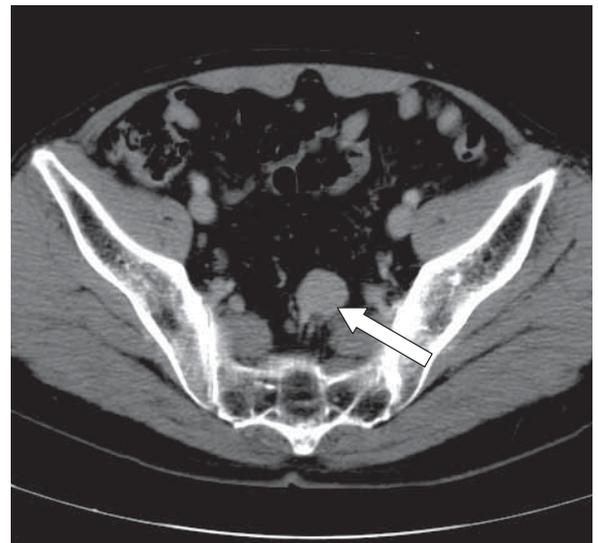


図 1 CT

骨盤内左背側に 37mm × 26mm 大の境界明瞭で辺縁平滑な類円形腫瘍を認め、強く造影されていた。

* : A case of pelvic Castleman disease presenting lower abdominal pain as an initial manifestation

** : Joji SHIMONO, et al.

Key words : Castleman 病，骨盤内腫瘍，Unicentric type，放射線療法

表 1 血液検査所見

< 末梢血 >		< 生化学 >		< 尿検査 >	
WBC	6220/ μ l	Na	141 mEq/l	尿比重	1.015
seg	60.9 %	K	4.6 mEq/l	PH	6.5
eos	4.7 %	Cl	105 mEq/l	糖	(-)
baso	1.1 %	Ca	9.6 mg/dl	蛋白	(-)
mon.	3.1 %	BUN	14.6 mg/dl	ケトン体	(-)
lym.	30.2 %	Cr	0.71 mg/dl	< 感染症 >	
RBC	503x10 ⁴ / μ l	TP	7.7 g/dl	HB s 抗原	(-)
Hb	15.2 g/dl	ALB	4.7 g/dl	HCV 抗体	(-)
Ht	46.3 %	T-Bil	0.6 mg/dl	TPLA	(-)
PLT	27.9x10 ⁴ / μ l	AST	20 IU/l	RPR	(-)
< 凝固系 >		ALT	17 IU/l	< 腫瘍マーカー >	
PT	21.0 秒	LDH	319 IU/l	s-IL2R	405 U/ml
PT-INR	2.06	-GTP	22 IU/l	CEA	< 0.50 ng/ml
PT	36.0 %	ALP	108 IU/l	SCC	1.8 ng/ml
APTT	37.2 秒	CRP	0.03 mg/dl	CA 19-9	2.6 ng/ml
Fib	225.0 mg/dl				



(a)



(b)

図 2 MRI

骨盤内左背側に 37mm x 26mm 大の類円形腫瘍を認めた。

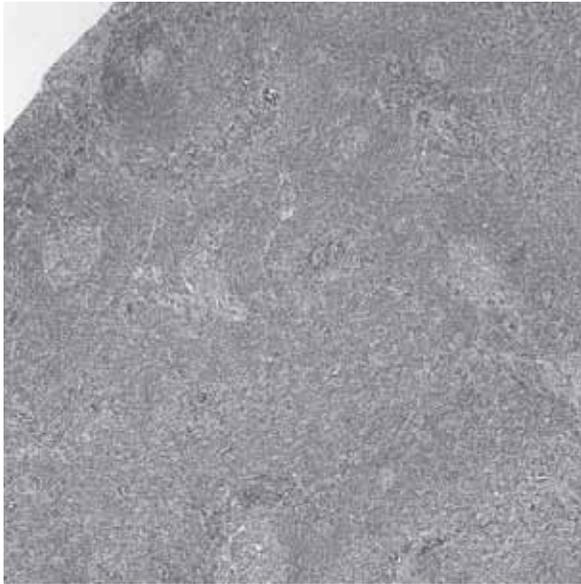
(a) T1 強調像では低信号

(b) T2 強調像では淡い高信号 (T1 に比べて) を認めた。

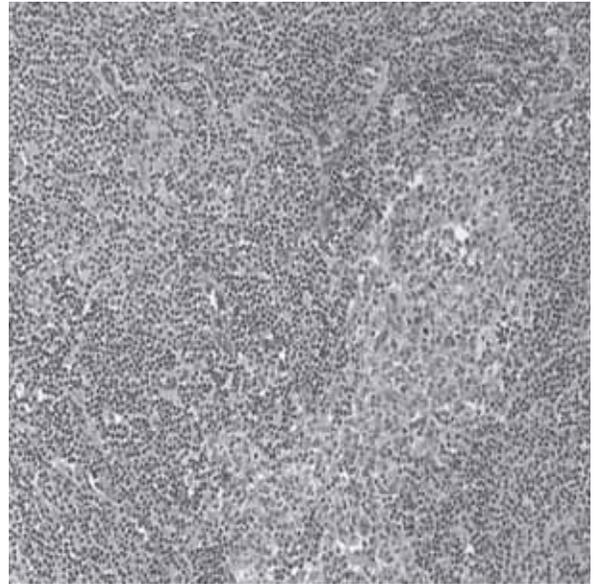


図 3 PET

骨盤内左背側に SUV4.1 の局所高集積を認めた。



(a) 対物 4 ×



(b) 対物 10 ×

図 4 病理

小型の胚中心を有するリンパ濾胞増生を示し硝子化した小血管が入り込んでいる像を認めた。

以上から骨盤内の腫瘍は後腹膜腫瘍あるいはS状結腸間膜腫瘍などの特殊な腫瘍の可能性が高く診断的治療を確定するため手術を行うこととなった。

手術所見：腫瘍全体が直腸間膜および直腸壁と強く癒着していたため、まず生検を施行した。迅速病理では悪性リンパ腫疑いであった。全摘するには人工肛門造設が必要と判断されたため、治療は悪性リンパ腫に対して効果が認められる化学療法あるいは放射線療法を選択したほうがよいと判断し、そのまま閉腹した。

病理組織所見(図4)：小型の胚中心を有するリンパ濾胞増生を示し硝子化した小血管が入り込んでいる像を認めた。病理診断はCastleman病 hyaline-vascular typeであった。

治療は、病変が骨盤内に局限していることから、放射線療法を選択し、骨盤内腫瘍に対して回転原体照射を40Gy, 16分割で4週間行った。

放射線照射1ヵ月後のCT(図5)において病変部は縮小傾向を認めている。

考 察

本症例では左下腹部痛、背部の鈍痛を訴え原因精査した結果、画像上、骨盤内左背側に腫瘍を認めた。一般的にCastleman病の画像所見として、CTでは辺縁平滑で比較的均一な内部構造をもつ軟部組織腫瘍とし



図 5 CT

骨盤内の腫瘍は 25mm × 18mm であり縮小傾向を認めた。

て見られ、DynamicCT や血管造影で vascularity が高いのが特徴で、石灰化を伴うことも稀ではないとされている。またMRIではT1強調像にて低信号、T2強調像にて高信号を示すことが多いとされている²⁾。

本症例においても同様の画像所見が得られたが、画像所見のみでの確定診断は難しいとされている。

本症例の腫瘍は骨盤内に限局したものであったため外科手術を選択したが、周囲との癒着がひどく腫瘍の完全切除は困難であった。迅速病理で悪性リンパ腫が疑われたため完全切除のための人工肛門造設よりは化学療法、放射線療法を選択するほうが患者にとって有益と判断した。病理の最終診断が Castleman 病 hyalin-vascular type であり臨床像から unicentric/localized Castleman disease (UCD) であったことより治療の選択肢として再手術、放射線療法、化学療法、無治療経過観察があったと思われる。有症状であること、再度の手術侵襲および完全切除不能であることを考慮し本症例では放射線療法を選択した。

1 ヶ月後の画像所見では病変の縮小を認めている。

Keller³⁾らは病理組織学的特徴によりリンパ濾胞の過形成と著しい血管増生を認める hyalin-vascular type (HV type) と形質細胞増生の強い plasma cell type (PC type), 両者が混在した mixed type の3型に分類した。また臨床的に限局性のもの unicentric/localized Castleman disease (UCD) と多発病変を呈する multicentric Castleman disease (MCD) に分けられ、病理組織所見では前者の場合 HV type, 後者の場合 PC type が多い。MCD に関しては HIV, カポジ肉腫関連ヘルペスウイルス KSHV/HHV-8 との関連が報告されている。

HV type は一般的に臨床症状、血液検査で異常を認めることが少なく、無症状で偶然発見されることが多く、PC type は発熱、貧血、高ガンマグロブリン血症、CRP 高値などの多彩な検査所見を呈することが多いとされている。

治療については UCD では組織型によらず多くの場合外科的切除によって長期生存が期待できるとされている。一方 MCD では外科的切除が困難なことが多く副腎皮質ステロイド剤、化学療法などが行われており、UCD に比べると予後不良と言われている。

近年では本疾患と IL-6 との関連が指摘されており、抗 IL-6 抗体である tocilizumab による有効性が報告されている⁴⁾。

本邦における 218 例の Castleman 病の検討⁵⁾によると、発症年齢は 10 ~ 40 歳の若年者に多く、男女比はほぼ 1 : 1 である。組織型は HV 型が約 7 割を占め、発生部位は胸部 45.4%、頭頸部 24.8%、後腹膜 11.0%、骨盤内 1.4% となっており本症例のように骨盤内発生は稀といえる。鎌田ら⁶⁾による骨盤内

Castleman 病 11 例の検討によると比較的若年者に発生し、発生率に男女差を認めなかった。症状としては、腫瘍による周囲臓器圧迫症状を認めた例が複数例あったが、その他には特異的な症状を認めなかった。術前の生検はいずれの症例でもなされておらず、術前に確定診断に至った報告はなかった。また全例で完全切除が施行されており、再発を認めた症例もなかった。筒井ら⁷⁾は外科的切除不能例における放射線療法を施行した Castleman 病 5 例を検討し、5 例とも有効性を示したと報告している。5 例の内訳は PC type 2 例、HV type 2 例、type 不明 1 例であった。したがって本症例では放射線療法の効果が期待できると考えまず単独で放射線療法を選択した。図 5 に示したように、照射 1 ヶ月後の病変部は縮小傾向を示したが、約 1 年半後の CT でも病変は依然として残存したままである。

結 語

下腹部痛を契機に発見された骨盤内 Castleman 病を経験した。Unicentric type で手術困難な症例に対しては放射線治療も有効と考えられた。

文 献

- 1) Castleman B, Iverson L, Menendez VP: Localized mediastinal lymph node hyperplasia resembling thymoma. *Cancer* 1956;9:822-830.
- 2) Onik G, Goodman PC: CT of Castleman disease. *AJR Am J Roentgenol* 1983;140:691-692.
- 3) Keller AR, Hochholzer L, Castleman B: Hyaline-vascular and plasma-cell types of giant lymph node hyperplasia of the mediastinum and the other locations. *Cancer* . 1972 ; 29 : 670-683
- 4) 西本憲弘：抗 IL-6 受容体抗体による Castleman 病の治療 . *医学のあゆみ* .2007 ; 220 : 713-718.
- 5) 浜田史洋, 西山宜孝, 藤原恒太郎他：後腹膜発生 Castleman lymphoma の 1 例 - 本邦報告 218 例の検討 - . *日臨外会誌* 1992 ; 53 : 2100-2103.
- 6) 鎌田嗣正, 服部憲史, 越川克己ほか：骨盤内 Castleman 病の 1 例 . *日臨外会誌* 2008 ; 69 : 2423-2428.
- 7) 筒井英明, 藤田穰, 垂水研一：放射線療法が奏効した切除不能の単発性 Castleman 病の 1 例 . *川崎医学会誌* 2007 ; 33 : 43-48.

透析療法中に侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併した1例*

内科 児玉 暁** 谷野 洋子
 福居 嘉信 澁谷 英子
 岡本 佳裕

はじめに

アスペルギルスは、土壌、空気中、水、腐敗植物、食品などに存在する真菌で、空気中の孢子の吸入により経気道的に体内に侵入するが、アスペルギルス感染症の発症は稀である。しかし、白血病などの血液疾患、膠原病、臓器移植後のような免疫低下状態や、糖尿病、肝不全、腎不全など、基礎疾患が存在する患者においては、アスペルギルス感染症を発症することがある。中でも侵襲性肺アスペルギルス症は、診断が遅れると予後不良の経過を辿ることが多い病態である。

今回われわれは、長期透析患者で、侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併し、急速に下肢麻痺の進行を認めた症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症 例：48 歳，男性
 主 訴：背部痛，腹痛，両下肢脱力感
 既往歴：7 歳 腎炎
 21 歳 透析導入
 生活歴：喫煙：10 本 / 日 × 28 年間（20 歳～48 歳）

* : A case of invasive pulmonary aspergillosis and epidural spinal abscess in a dialysis patient.

** : Satoru KODAMA, et al.

Key words : 侵襲性肺アスペルギルス症，硬膜外膿瘍，透析

現病歴：平成 20 年 4 月より感冒様症状と胸痛を自覚し、4 月 12 日に近医を受診した。胸部 X 線および CT にて、左上葉に腫瘤影が認められ、4 月 15 日当科外来へ紹介となった。精査のため 2 日後の入院予定として帰宅となったが、同日夜間に背部痛、腹痛、両下肢の脱力を自覚し、救急車で当院救急外来を受診した。胸腹部 X 線写真、胸腹部 CT 検査を施行し、背部痛は左肺腫瘍性病変によるものと思われた。両下肢脱力の原因は明らかではなく、精査加療目的に即日入院となった。

入院時現症：身長 162cm，体重 59.0kg

脈拍 76bpm・整，血圧 176/90mmHg（左右差なし），体温 36.7

胸部聴診上，ラ音を聴取せず

背部痛，腹痛，両下肢の不全麻痺を認める

入院時検査所見（表 1）：

表 1 入院時血液検査所見

WBC	4.19	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	Na	138	mEq/l
Hb	9.4	g/dl	K	5.1	mEq/l
Plt	163	$\times 10^3 / \mu\text{l}$	Cl	103	mEq/l
AST	21	IU/l	Glu	75	mg/dl
ALT	20	IU/l	アンモニア	31	$\mu\text{g/dl}$
LDH	127	IU/l	-D グルカン	17.1	pg/ml
BUN	52.1	mg/dl	アスペルギルス抗原		陰性
Cre	8.79	mg/dl	CEA	7.1	ng/ml
T.Bil	0.2	mg/dl	proGRP	104.5	pg/ml
Alb	3.2	g/dl	SCC 抗原	2.5	ng/ml
AMY	139	IU/l			
CRP	4.65	mg/dl			

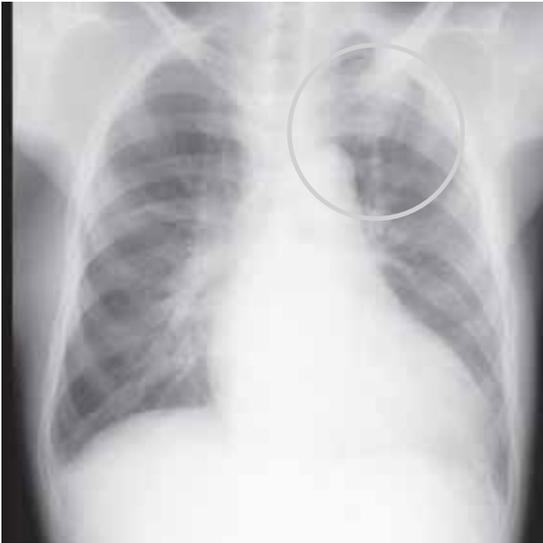


図 1A 入院時胸部 X 線写真

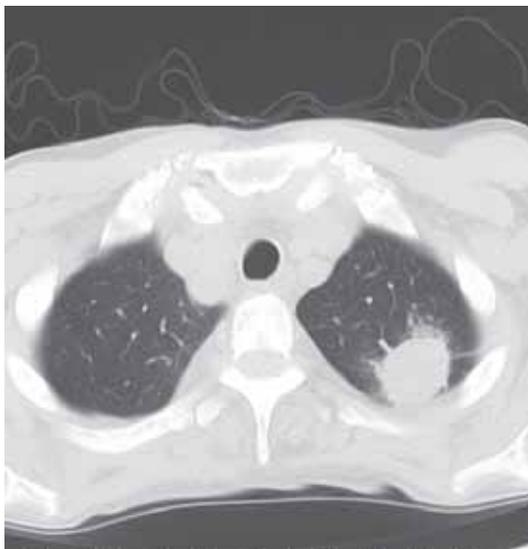


図 1B 入院時胸部 CT

血液検査では、CRP4.6mg/dl と炎症反応は軽度上昇していた。透析中のため、血清クレアチニンは高値であった。腫瘍マーカーは CEA 7.1 ng/ml, SCC 2.5 ng/ml, proGRP 104.5 pg/ml と上昇していた。-D グルカンは 17.1 pg/ml, アスペルギルス抗原は 0.2 ng/ml で上昇は認められなかった。

入院時胸部 X 線写真および CT 所見：胸部 X 線写真では、左上肺野に境界明瞭な腫瘤影が認められた（図 1A）。胸部 CT では左肺 S1+2 に 33 × 27 × 40mm の大きさの腫瘤影が認められ、周囲にすりガラス陰影を伴っており、halo sign を呈していた（図 1B）。

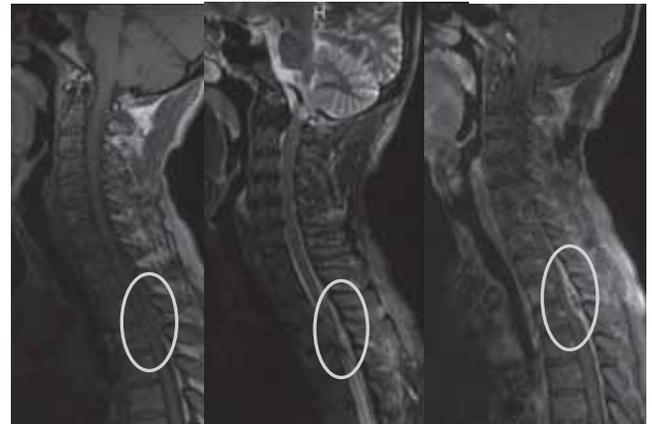


図 2 胸椎 MRI (第 2 病日)

左から T1 強調画像, T2 強調画像, ガドリニウム造影

入院後経過：入院時（第 1 病日）は自力で車椅子への移乗可能であったが、第 2 病日には両下肢麻痺は進行し自力で立位不可能となり、両下肢の筋の収縮がわずかに認められる程度となった。また心窩部から下肢までの感覚の減弱も認められた。同日、胸椎 MRI を施行したところ、第 3 ~ 第 5 胸椎レベルで T1 強調画像で低信号、T2 強調画像で高信号、ガドリニウムで辺縁が造影される、脊髄を後方から圧迫する紡錘形の病変が認められ、画像上硬膜外膿瘍が疑われた（図 2）。

腫瘍マーカーは軽度高値であったが、いずれも腎不全患者でみられる偽陽性の範囲と考えられること、前医で施行された 2 ヶ月前の胸部 X 線写真では病変を認めていないこと、halo sign が認められることより、肺病変については腫瘍性病変より感染症の可能性が高いと考え、アスペルギルスなどの深在性真菌症を強く疑った。第 3 病日、肺病変より生検と培養を施行した。硬膜外膿瘍の合併による下肢不全麻痺の進行のため、生検と培養の結果を待たずに、第 3 病日より、アムホテリシン B リポソーム製剤（300mg を連日）の投与を開始した。硬膜外膿瘍については、一元的に考え、真菌による可能性が高いと考えたが、同部位に対する細菌学的検索ができておらず、細菌性硬膜外膿瘍も否定できなかったため、メロペネム（0.5 g を週 3 回）を併用した。

生検の病理所見は線維性組織のみで悪性所見は認められなかった。第 10 病日、検体培養から *Aspergillus fumigatus* が検出され、肺病変は侵襲性肺アスペルギルス症と診断した。

第 8 病日よりベッド上でのリハビリを開始し、麻痺

は徐々に改善を認め、第 15 病日には両下肢挙上可能となり、背部痛も徐々に改善が認められた。

第 1 病日 (図 3A) と比較して、第 24 病日の胸部 CT (図 3B) では、左上葉腫瘤影の著明な縮小が認められ、第 2 病日 (図 3C) の MRI に比べ、第 32 病日の胸椎 MRI (図 3D) では、胸椎の硬膜外膿瘍は画像上ほぼ消失していた。

メロペナムは第 30 病日まで、アムホテリシン B リポソーム製剤は第 52 病日まで投与した。杖歩行可能となり、第 127 病日退院となった。

考 察

深在性アスペルギルス症は、アスペルギルス属真菌の吸入により発症するため、肺、副鼻腔、胸腔に病変を形成し、呼吸器が標的臓器となることが多い。同菌による深在性呼吸器感染症は、宿主の免疫反応の程度により、以下の三病型に大別される。一つ目は、compromized host に見られる侵襲性肺アスペルギルス症で、急性発症し、診断・治療に苦慮することが多い。二つ目は、肺気腫、陳旧性肺結核などの慢性呼吸器疾

患を背景に比較的緩徐に進行する、慢性壊死性肺アスペルギルス症・肺アスペルギローマである。三つ目は、アレルギー機序により発症するアレルギー性気管支肺アスペルギルス症である。

侵襲性肺アスペルギルス症は、白血病などの血液疾患、臓器移植後のような免疫低下状態に発症することが多く、基礎疾患のない発症例はまれである。また、免疫低下状態になくとも、肺の構造破壊のある患者において発症しやすい¹⁾。本症例は喫煙者ではあるが、画像上気腫病変や陳旧性肺結核など、背景に慢性呼吸器疾患は認めなかった。しかし、長期透析患者では、細胞性免疫や好中球機能に異常が認められ²⁾、腎不全患者では、末梢血中の T 細胞・B 細胞の減少や、好中球遊走能や殺菌能の低下が認められる³⁾とも言われている。透析患者ではやはり、アスペルギルス感染症を鑑別として考える必要がある。

本症例においては、入院時のみならず経過中においても -D グルカン、アスペルギルス抗原は陰性であった。一般的には深在性真菌症において、透析患者で -D グルカンやアスペルギルス抗原が偽陰性になる

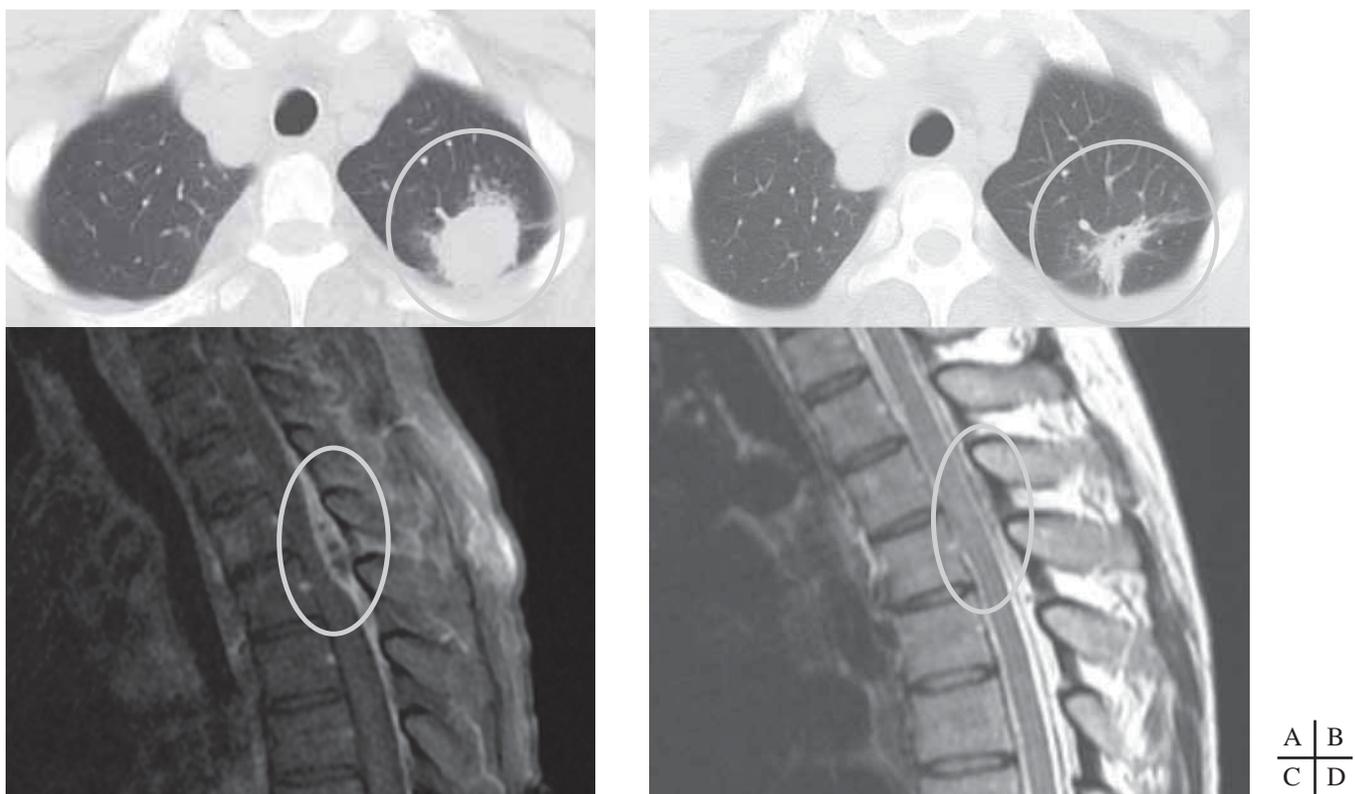


図 3 入院時の胸部 CT (A) と第 24 病日の胸部 CT (B), 第 2 病日の脊髄 MRI (ガドリニウム造影) (C) と第 32 病日の脊髄 MRI (ガドリニウム造影) (D)

ことはない。本症例のように、血清学的検査が陰性のアスペルギルス症も存在するので、血清学的検査はあくまで補助診断として使用すべきである。halo signは、肺の結節・腫瘤を取り囲むように存在するすりガラス陰影⁴⁾で、侵襲性肺アスペルギルス症では、血清学的検査より早期に見られる⁵⁾との報告もあり、今回真菌感染を疑う診断の一助になった。

本症例は、肺病変だけではなく、脊椎硬膜外膿瘍を伴っていた。硬膜外膿瘍の主な危険因子として、糖尿病やステロイド治療などによる免疫低下状態や、脊椎の外傷や手術後の他に、肺などの感染症からの血行性感染が挙げられている⁶⁾。本症例では脊椎硬膜外膿瘍について細菌学的検索は行っていないが、肺病変からアスペルギルスが血管内に侵襲し、血行性に硬膜外に病変を形成した可能性が高いと考えられた。

通常、硬膜外膿瘍の治療の第一選択は手術による除圧・吸引、ドレナージ⁷⁾である。本症例では、出血しやすい部位であること、さらに神経症状が悪化する可能性があること、慢性腎不全の基礎疾患があることを考え、手術は施行しなかった。脊椎硬膜外膿瘍の原因微生物としては、真菌は1.6%と非常に稀で⁸⁾、ブドウ球菌が約6割、大腸菌などのグラム陰性桿菌が1割程度であると報告されている⁸⁾。本症例では、硬膜外膿瘍に対する、細菌学的検索が行われておらず、われわれは治療開始時に抗真菌薬だけでなく、メロペネムを併用した。

腎不全、透析患者では、感染症が死因になることが多く、急速な進行を認める場合もあり⁹⁾、迅速な診断・治療は重要である。今回、長期透析患者に侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併し、急速に下肢麻痺の進行を認めた症例を経験した。画像所見よりアス

ペルギルス感染を強く疑い、早期に治療を開始することで、保存的治療にて自力歩行可能となり退院することができた。貴重な症例であると考え報告した。

文 献

- 1) Segal BH, Walsh TJ : Current approaches to diagnosis and treatment of invasive aspergillosis . Am J Respir Crit Care Med. 2006;173:707-17.
- 2) 小林 奨, 宮崎義継 : 透析患者における難治性感染症 - 最新の診断と治療 深在性真菌症 . 臨床透析 2006;22:195-201.
- 3) 榎本憲人, 前崎繁文 : 透析患者の呼吸器合併症 肺真菌症 . 臨床透析 2008;24 :1143-1150.
- 4) Pedro S.Pinto : The CT Halo Sign . Radiology 2004 ; 230:109-110.
- 5) Masahiro Kami , Takafumi Fukui , Seishi Ogawa et al : Use of Real-Time PCR on Blood Samples for Diagnosis of Invasive Aspergillosis . Clinical Infectious Diseases 2001;33:1504-12.
- 6) Grewal S , Hocking G , Wildsmith JAW : Epidural abscesses . British Journal of Anaesthesia 2006 ; 96:292-302.
- 7) Darouiche,RO : Spinal Epidural Abscess . New England Journal of Medicine . 2006;355:2012-20.
- 8) Sendi P , Bregenzer T , Zimmerli W : Spinal epidural abscess in clinical practice. Q J Med 2008;101:1-12.
- 9) Sarnak Mark J, Jaber Bertrand L : Pulmonary Infectious Mortality Among Patients With End-Stage Renal Disease . CHEST 2001;120:1883-1887.

抑制基準見直しへの取り組み* 抑制アセスメントスコアシートを使用して

看護部 集中治療室 村上路代** 本間香緒里
永田真衣子 坪崎春美

はじめに

当ICUでは、急性期領域で患者の安全・保護の目的で抑制が行われることがある。平成20年度、ICUで発生したインシデント・アクシデントの中でドレーン・チューブ類の管理が50%を占める。そのうち70%は事故抜去であった。ICUでは独自の抑制基準(表1)を作成していたが、抑制の開始解除基準がわかりづらく、個々の看護師の判断に任せられていた。そのため、今回抑制の判断基準に着目し、ICU看護師に意識調査を行い、抑制の判断基準として抑制アセスメントスコアシート(以下スコアシート)を作成した。そこで、今回作成したスコアシートが、抑制判断基準として有効であるかどうか検討したのでここに報告する。

研究目的

抑制に対する看護師の意識調査を行い、スコアシートを作成し、抑制の判断基準の見直しを図る。

* : Approach on suppression criterion review.

** : Michiyo MURAKAMI, et al.

Key words : 抑制判断基準, 抑制アセスメントスコアシート

表1 集中治療室での抑制に関する基準

<抑制の適応>

下記のような状況が単独あるいは同時に生じ、多動、不穏により安静を保持できず、身体的治療が安全かつ十分に行えない場合に適応となる。

意識状態、興奮性があり自身では身体の危険をコントロールできない場合。アルコールの離脱申などもこれに含まれる。

- ・ 痴呆
- ・ 治療上の必要な体位が保てない場合<心臓カテーテル検査、術後など>
- ・ 鎮静などにより、無意識または不本意な体動が生じ、気管チューブ、点滴ルートなどの自己抜去が考えられる場合。
- ・ 抑制の希望があった場合。

<同意の方法と開始の手順>

原則的に必要な手続き

- ・ 抑制以外の方法をふくめ試み、うまくいかないことを確認した上で、家族や親権者に、抑制が必要と考えられる患者の状況を実際に見てもらう。
 - ・ 患者の状態の医学的説明(抑制の必要性の説明を含む)、抑制によるメリットとデメリットの説明。原則として書面で同意を得る。
 - ・ 医師は抑制の必要性と同意に基づき診療録に記録し、指示する。
 - ・ 看護師は抑制の実施を記録する。
- その他の場合の対応
- ・ 抑制の可能性が大きいと予測される症例では、検査、手術前などに患者本人および家族に十分な説明を行い、署名を診療録に保存する。
 - ・ 予測されない緊急事態が生じた場合には、同意などの手順が前後することがありうるが、この場合にも倫理基準にのっとり最小限の抑制に努め、可及的速やかに説明と同意を得るようにする。

研究方法

研究期間：平成 21 年 5 月～ 7 月

研究対象：ICU 看護師 20 名

研究方法：調査研究

事前アンケートを行い、既存の抑制基準に対する看護師の意識調査

スコアシートの作成（図 1）を周知

（抑制開始・解除の判断基準となる患者の状態を点数化したスコアシートを作成し、看護スタッフに説明した。また各ベッドのオーバーテーブルにスコアシートをラミネート加工したものを設置した。

スコアシート使用後の看護師の意識調査

倫理的配慮：研究対象者に今回の研究目的・趣旨を説明し、同意を得た。アンケートは個人が特定されないように無記名とし、回収は人目につかないよう回収袋を設置しプライバシーの保護に努めた。

スコアシート

1. 使用方法

ICU 看護師 20 名に対し、個別または書面にてスコアシートを説明。ICU 入室患者で抑制必要時に、スコアシートを使用し患者の状態を評価しアセスメント・カンファレンスを行い記録に残す取り決めをした。

- 1) スコアシートでは、患者の状態を把握し、せん妄の判断基準に従って評価（表 2）
- 2) ICU 鎮静スコア表を用いて評価
- 3) スコアシートを元にカンファレンスを行い、抑制を開始する。
- 4) イベント（抜管や鎮静剤を中止したときなど）が起きたとき、または日勤帯で 1 日 1 回は抑制患者に対するカンファレンスを行い、スコアシートに基づき抑制の解除・継続を検討する。

結 果

1. 抑制基準についての事前アンケート（表 3）

- ・既存の抑制基準に対する認識はあったが、実際の使用の程度には個人差があり、看護師の判断に委ねられている傾向があった（図 2）
- ・既存の抑制基準では抑制判断に不安を感じるという意見が多かった（図 3）
- ・自己抜管などの有害事象を防ぐために抑制を早めに開始する傾向にあった（図 4）

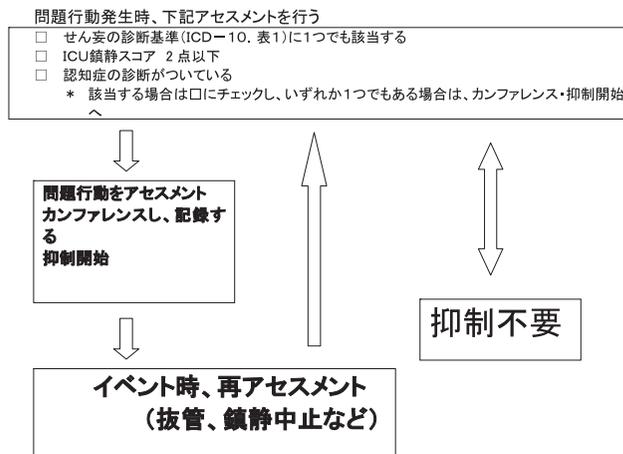


図 1 抑制アセスメントスコア

表 2 ICD-10 研究用診断基準 (DCR-10) における妄の診断基準

臨床症状

1. 覚醒が保てず、すぐにうとうとする。集中できず、1 つのことが持続してできない
2. (1) 最近の記憶があいまいである
 - ・ すぐに忘れてしまう
 - ・ 錯覚（模様「天井に虫がいる」と訴えるなど）
 - ・ 幻覚（誰もいないが「子供がいる」と訴えるなど）
- (2) 時間や場所人物が分からない、または違うように思っている
3. (1) 急に起きだす
 - (2) 話しかけても返答に時間がかかる
 - (3) 多弁
4. (1) 夜間眠れず、日中にうとうとする
 - (2) 夜間になると「呼吸が苦しい」「胸が苦しい」と訴える
 - (3) 幻覚や錯覚を現実のものとして確信して、不安や興奮を示す
5. 午前中は穏やかであったが、夕方から興奮し、点滴を引き抜いたりする
6. 患者背景に原因となる疾患や身体症状（脳疾患、薬剤の使用など）がない

ICU 鎮静スコア

1. 体動が激しい。自己抜管の恐れがある。
2. モソモソ体動があり、苦痛表情、イライラしている。
3. 処置以外も覚醒、協力的
4. 処置以外入眠、呼名、声掛けで覚醒
5. 声掛けに開眼するが、従命なし
6. 体をゆするなどの刺激で、やっと開眼する
7. 反応なし

表3 抑制基準についてのアンケート

<使用前>

1. 集中治療室独自の抑制に関する基準があることは知っていますか

はい なんとなく知っている どちらともいえない 知らない

2. 抑制開始，解除の判断に迷うことがありますか

ある 時々ある どちらともいえない あまりない ない

3. 自己抜管を防ぐために早めに抑制を開始することはありますか

ある 時々ある どちらともいえない あまりない ない

<使用后>

実際にスコアシートを使用してみてどうですか

よい
少し良い
どちらでもない
少し悪い
悪い

・既存の抑制基準では判断基準が不明確であるという意見もあった。

2. スコアシート使用后アンケート

1) 抑制判断に対する不安を感じるという意見が90%から60%に減少した。

2) 評価をスコア化することで従来の基準よりも評価が容易であるという意見が多かった(図5)。

3) 緊急時には確認できない，慣れるまでは時間がかかりそうなどの意見もあった。

考 察

患者の安全確保は医療者の責務であり，特にクリティカルな患者にはさまざまなルートや人工呼吸器などの生命維持装置が装着されており，その重要性は大きい。さらに安全を図るためには，患者の認識や理解力を把握することも重要である。またクリティカルな患者は思考が変化しやすいということも理解しておかなければならない。ICUでは，麻酔や鎮静剤の影響，疼痛などの身体的苦痛，環境の変化や不安から，せん妄・不穏を引き起こし抑制が必要となることがある。しか

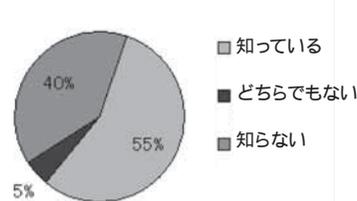


図2 抑制基準の認識度

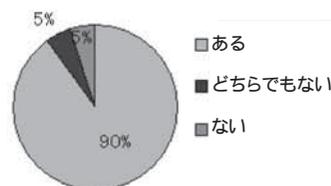


図3 抑制に対する不安

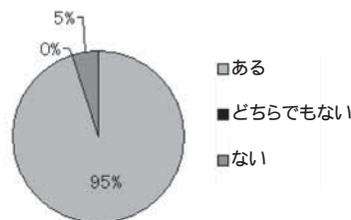


図4 早めの抑制開始度

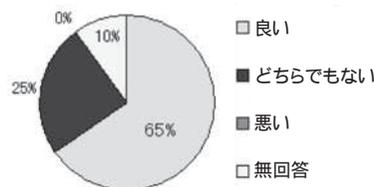


図5 スコアシート使用後の効果

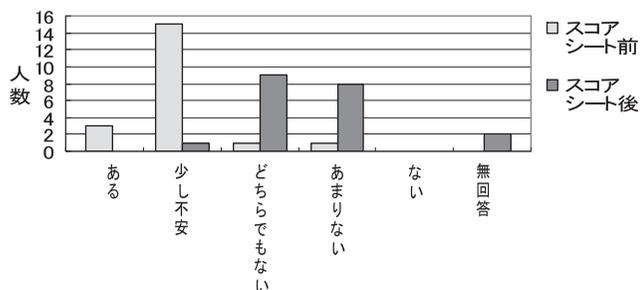


図6 抑制に対する不安度

し、患者にとって抑制は身体的・精神的に苦痛であり、不必要な抑制は避けなければならない、抑制の開始・解除には十分なアセスメントと継続的な評価が必要である。既存の抑制基準には、具体的な開始・解除の記述がないため判断しにくく、抑制基準の見直しが必要だと考えた。まず事前アンケートとして、既存の抑制基準に対する看護師の意識調査を行った。

事前アンケートの結果、既存の抑制基準は不明確であるため、抑制の開始や解除時に不安や戸惑いを感じるという意見が90%を占め、活用されていないことが明らかになった。抑制開始・解除の判断は、看護師によって異なり、個人の主観や過去の事故抜管などの経験が大きく影響していると考えられ、そのため適切な時期での抑制開始や解除が行われていなかった可能性があると思われる。このことから客観的に抑制の開始・解除を判断できる基準が必要だと考えた。急性期患者の状況は刻々と変化するため、患者状況をスコア化し、継続して評価できる抑制アセスメントスコアシートを作成し、抑制基準を一元化した。スコアシート使用後のアンケートでは、「抑制判断に対する不安度が軽減した。」と60%が回答した。原らは、「判断基準がなければ看護師は戸惑いとジレンマに陥るばかりである」¹⁾と述べている。スコアシートにより抑制開始・解除の根拠が明確になり、不安度が軽減したと考える。評価をスコア化することで従来の基準よりも評価が容易であるという意見が多かった。これはスコアシートが抑制基準と抑制手順の両方を含んでいるこ

とで、抑制の評価が容易となったと考えられる。スコアシートは、患者状態をスコア化することで前後の比較もしやすく、客観的に患者状態をアセスメント、評価できると考える。一方で、「緊急時には確認できない」、「慣れるまでは時間がかかりそう」などの意見があった。使用後のアンケートが、開始から1ヶ月後であり、期間が短かったことが背景にあったと考える。今後の課題として、再度スコアシートの周知の徹底と、より速やかな判断が可能な抑制基準の改訂を行っていく必要がある。さらに統一した抑制判断基準を用いることで安全で安心な看護が提供できるよう今後、症例を重ね検討していきたい。

結 論

スコアシートの使用により、抑制開始・解除の判断に対する不安度が軽減できた(図6)。

スコアシートにより抑制基準を一元化することができた。

今後は、より速やかな判断が可能な抑制基準の改訂が必要。

引 用 文 献

- 1) 原千鶴, 早坂百合子: 抑制ガイドラインの検討. 看護 1999; 51: 49-52.

参 考 文 献

- 1) 松尾友子: 重症患者の抑制, 鎮静, 鎮痛対策の実際. 重症集中ケア 2007; 6: 41-51.
- 2) 川上悦子: 鎮静状態の評価~スケールの有効性と問題点. 重症集中ケア 2009; 7: 18-26
- 3) 伊藤聡子, 吉永喜久恵: 心のケアの介入方法 せん妄のマネジメント. Emergency Care 2005; 夏季増刊: 96-105.
- 4) 八木橋智子: クリティカルケア領域でのアセスメント能力を向上させるための取り組み 救急患者と家族のための心のケア. 看護実践の科学 2005; 30: 40-43.
- 5) 伊藤聡子: ハイリスク患者の周術期看護. 鈴木敏行編. 東京. 学習研究所: 2009; 55-61

外来看護師の電話対応におけるストレスの分析*

看護部 外来 竹本 久美子 中原 るみ子

はじめに

外来看護業務の中には、患者様との電話対応がある。電話対応は、予約変更から病状相談、救急搬送依頼まで多岐にわたり、中にはクレーム対応を強いられることもある。大崎市民病院¹⁾が外来電話対応について内容や頻度について調べた結果、電話対応の40%が苦情電話であり、看護師のストレスが増大していると述べている。また、対応者は管理者が主で、職種によりストレスに差がみられたと述べている。当院外来でも同じような状況があることが予測された。外来スタッフの電話対応に対する抵抗感が減少し、対応しやすくなるために、電話対応におけるストレス内容と対処方法を明らかにした。

目的

電話対応に対するストレス度は、職種間による差があるのか。ストレス内容を明らかにし、スタッフの抵抗感を減少するための方法を探す。

方法

対象：外来職員（37名）ならびに臨時・嘱託職員（48名）の計85人（救急外来所属の看護師は除く）
調査期間：2009年7月13日～2009年7月24日
方法：アンケート調査

* : Study of stress for telephone correspondence in out patient unit nurses.

** : Kumiko TAKEMOTO, et al.

Key words : 電話対応 ストレス

「臨床看護者の仕事ストレス測定尺度(NJSS)」²⁾から、電話対応に関する項目15項目選択し、点数で記載した。同時に、その際の対処方法についても自由記載してもらった。点数尺度は、ストレスを「強く感じる」5点、「少し感じる」4点、「どちらともいえない」3点、「あまり感じない」2点、「感じない」1点で記入し、設問の状況に対し経験したことがない場合は斜線で記入してもらった。その結果を単純集計し各個人のストレス平均値を算出した。

分析方法：

NJSSは回答を点数化して、平均値を算出。統計解析としてマン・ホイットニー検定を行い、 $p < 0.05$ をもって有意差ありとした。また、NJSSを因子別に分類し比較した。

ストレス対処法については職場ストレス測定用コピーング尺度を参考に分類した。

倫理的配慮：アンケートは、匿名とし、プライバシーの保護・秘密は厳守することを約束し、院内の21年度の看護研究発表のみの使用とした。参加は自由意志で、拒否することで、不利益を被ることはないことを明示した。同意された方のみ回答とした。

結果

質問回収数80人（回収率93%）有効回答者数77人（96.2%）。項目ごとの点数を、正職と臨時・嘱託に分けて平均数を割り出した（表1）。

結果、 $p = 0.060$ で有意差は認められなかった。さらに質問項目をNJSSの因子別分類に当てはめ、どのカテゴリーのストレス得点が高いのか調べた。カテゴリーは5つに分けられた（表2）。対処方法をカテゴリー-5項目に当てはめ3項目に該当した（表3）。

表1 ストレス項目の平均値

項目	平均 / 正職	平均 / 臨嘱
自己中心的な態度の患者に対応した	4.56	4.26
患者からの不満苦情を聞いた	4.40	4.11
緊急時に医師と連絡が取れない	4.40	4.07
救急搬送の依頼を担当した	4.00	3.33
他部門とのトラブルについて	3.90	3.78
他のスタッフから仕事のミス指摘された	3.72	3.61
自分が思ったように患者とのコミュニケーションが取れなかった	3.72	3.54
緊急な処置を必要とする患者の対応をした	3.58	3.14
受付時間終了後に来院希望した患者の対応をした	3.52	3.30
電話対応可能な職員は自分のみで、他のスタッフの協力がえられなかった	3.36	3.40
頻回に患者や他の部門からの問い合わせに対応した	3.07	3.61
患者から金銭の相談をされた	3.00	2.64
自分の知らないことについて質問された（検査・処置など）	2.97	3.43
電話をもらったのに時間がなくてゆっくり対応できなかった	2.91	3.87
患者から予約変更や受付を依頼された	2.56	2.28

表2 N J S S 因子別ストレスの平均値

カテゴリー	ストレス度	ストレス項目
患者との人間関係	4.41	自己中心的な態度の患者に対応した
	4.25	患者から不満苦情を聞いた
	3.63	自分が思ったように患者とのコミュニケーションが取れない
	3.41	受付時間終了後に来院希望した患者の対応をした
	2.82	患者から金銭の相談をされた
仕事の質的負担	3.66	救急搬送の依頼に対応した
	3.36	緊急な処置を必要とする患者の対応をした
	3.20	自分の知らないことについて質問された（検査・処置など）
	2.42	患者から予約変更や受付依頼された
仕事の量的負担	3.84	他部門とのトラブルについて
	3.66	他のスタッフから仕事のミス指摘された
	3.38	電話対応可能な職員は自分のみで、他のスタッフの協力を得られなかった
	3.34	頻回に患者や他部門からの問い合わせに対応した
医師との関係	4.23	緊急時に医師と連絡が取れない
看護職者の役割	3.39	電話をもらったのに時間がなくてゆっくり話を聞けなかった

考 察

当院の電話対応におけるストレス内容は、患者との人間関係が最も高かった。中でも、自己中心的な態度の患者に対応するときが高く、患者のニーズを把握し、いかに声かけ、対応できるか、コミュニケーションの困難さがストレスの主体となっている。業務に携わる職員は、経験豊富な看護師ばかりが対応しているわけではない、配属数ヶ月でも業務をまかされ、中には一人で数科を兼務している者もいる。慣れない環境の中、自分で判断・決定しなければいけない状況はそれだけでストレス度が高い。医師との関係で、緊急時に連絡が取れない状況が高かったが、内容の専門性が高く、困難をきたしているあらわれと考える。仕事の質・量

表3 対処方法

カテゴリー	件数	具体的内容
他者からの援助を求める	50件	職場の上司、同僚に話す 一人の判断ではミスにつながる ので、医師・上司に相談する
	10件	他の専門部門に相談する (医療相談、専門科)
積極的な問題解決	15件	自分で対処する。方法を考える
	42件	傾聴する。相手方の要望を聞く
諦め	1件	自己反省する
	11件	謝る
逃避	0件	
抑制	0件	

的負担と、看護師の役割に関連したストレス度は、同じような値を示した。外来看護師を対象とした、柴田³⁾の研究では、患者との人間関係と仕事の質的負担が上位を占めている。病院全体を対象とした、横山⁴⁾の研究では、仕事の質・仕事の量的負担が上位となった。これは、外来看護師は、患者とのかかわりが一時的で、患者の状況を繊細に把握することは困難であり、さらに電話での見えない相手に対する理解を深めることは極めて困難である。即時性の高いニーズが中心で、専門的知識も必要となることも外来看護における独特なストレスと考える。見えない相手に対し対応することは、誤解をまねいたり、説明不足となってしまうがちで、苦情をあげられることもある。そのため、当院での電話対応に対するストレスが高いのも裏付けされる。

職種間によるストレス度においては有意差は認められなかった。下村⁵⁾は、外来業務の中で、共通して行う業務と責任者が主に行う電話対応の業務があるとして、管理者群に有意差があるとしていたが、当院においては有意差が認められず、電話対応が、一部の職種に限定された状況ではないことがわかった。

前田⁶⁾は「外来看護者にもとめられるコミュニケーション技法として、看護の役割の変化とともに求められるものが変化してきている。単に親切、丁寧に対応するだけではなく相手を尊重した対応を具体的に示してゆく必要がある。患者を気遣い、患者の“語り”に耳を傾け、解釈モデルの相違を埋めていくケアリングと述べている。このことから、患者の解釈モデルを短時間で見抜き、その解釈モデルに沿ったケアリングこそが、今外来看護に求められるコミュニケーション技法であると考え。看護師にとって、患者様とのコミュニケーションは看護する上で、信頼関係や、看護の質を左右するもっとも基本的な技術で、かつ困難を極める技術である。いつでも、どこでも、誰でも、一定の水準で電話対応できるようになるために必要な項目の検討や技術の習得が必要になってくる。さらに、看護師個々人でストレスの対処法も身につけていかなければならない。

今回の研究でのストレス対処方法は、ほとんどの人が他者からの援助を求めることで対処している。理解

しあえる同僚や上司がいて話を聞いてくれる、自分を受け入れてくれる環境がある、また、相談できる窓口があることはスタッフにとって支えとなっていることがわかった。

結 論

1. 電話対応のストレスが最も高いのは、「自己中心的な患者の対応をしたとき」。
2. 職種間による電話のストレス度に、有意差はなかった。
3. ストレスの対処法は、ほとんどの人が他者からの援助を求めることによって対処している。

引 用 文 献

- 1) 山内亜貴子, 渋谷美紀恵, 矢吹初恵, ほか: 救急外来電話対応における看護師のストレス. 大崎市民病院誌 2007; 11: 57-58.
- 2) 高倉智恵子, 岩元真美, 岩石優子, ほか: 外来業務におけるストレス分析 -NJSS 調査を通して 第38回日本看護学会論文集 看護総合 2007; 38: 481-483.
- 3) 柴田由美子: 外来業務における看護師のストレス現状を知る. 第35回日本看護学会論文集 精神看護 2004; 35: 77-79.
- 4) 横山美奈子: 勤務異動6ヶ月の看護師の職場適応状況. 第34回日本看護学会論文集 看護管理 2003; 34: 148-150.
- 5) 下村麻紀, 秋田わか, 福田佐知子, ほか: 救急外来勤務を行う看護師のストレス調査. 奈良県立三室病院看護学雑誌 2007; 23: 1-3.
- 6) 前田三枝子: 外来看護者に求められるコミュニケーション技法とクレーム対応. 看護技術 2008; 54(4増): 52-57.

参 考 文 献

- 廣川恵子, 大久保八重子, 植田喜久子: 看護実践から見出した外来看護師の能力. 日本赤十字広島看護大学紀要 2008; 8: 21-29.

臨床病理検討会

平成 21 年度第 1 回

【日 時】平成 21 年 6 月 30 日

【演 題】骨髄移植後、慢性 GVHD の経過中に死亡した 1 例

【発表者】笹倉勇一

【症例の臨床経過】

症例は 23 歳の男性。2003 年 1 月 9 日右飛蚊症を自覚し、1 月 14 日深川市立総合病院を受診、右網膜出血、硝子体出血を認め、WBC 143,000、LDH 1,524 と上昇、エコー検査にて脾腫を認め、慢性骨髄性白血病 (CML) 疑いにて当科を紹介受診、1 月 17 日初回入院となった。末梢血 FISH で BCR /ABL 91%、末梢血および骨髄でシリーズを通して顆粒球を認めたため、CML-CP (慢性期) の診断となった。1 月 25 日より Imatinib Mesilate 400 mg/day の治療を開始したが、肝機能障害や血小板減少などの副作用を認めたため、内服継続は困難と判断し、骨髄移植による治療を考慮するに至った。

患者は HTLV-1 キャリアで、HTLV-1 キャリアである姉との HLA タイピングでの完全一致を確認し、同年 8 月 1 日血縁者間同種骨髄移植を施行した。入院中の全経過で CMV、HSV などのウイルス感染は認めなかった。

2004 年 3 月、肝機能障害および体幹部に発疹を認め、肝生検および皮膚生検にて慢性 GVHD (extensive type) の診断となり、入院となった。免疫抑制剤を cyclosporine A (CyA) から Tacrolimus (FK506) へ変更後、肝機能の改善を認め退院となった。その後は FK506 0.5 mg/day まで漸減するも肝機能の悪化は認めず、2008 年 1 月からは中止となった。

2008 年 3 月、トランスアミナーゼ値の上昇を認め、4 月 2 日には AST 225 ALT 48 LDH 725 とさらに悪化、また微熱、関節痛、上肢・顔面の紅斑も認めたことから、慢性 GVHD の再燃との診断で 4 月 4 日入院となった。

入院直後より FK506 2 mg/day の投与を開始したが、皮膚の GVHD 症状が強いため、4 月 7 日より PSL 40 mg/day との併用を開始した。

4 月 11 日、38.0 の熱発および湿性咳嗽の出現を認めたため、肺への何らかの感染症を疑い MCFG 75 mg/day および CFPM 1 g/day の投与を開始した。肺病変精査目的の胸部 plain CT では、左下葉頭側にスリガラス影を認めた。

4 月 19 日には、咳嗽の増強、SpO₂ の著明な低下を認め、呼吸状態は急速に悪化した。胸部単純写真上は、CTR=59% と著明な心拡大、また右葉間胸水の出現を認め、うっ血性心不全および真菌性肺炎疑いと診断になった。同日 20 時頃には触診にて血圧 50 mmHg 台と急激に低下、SpO₂ は測定不能であり、また末梢冷感も強いことから shock 状態と判断し、カテコラミンの投与を開始するとともに、ICU へ緊急搬送となった。

4 月 20 日には、心エコーにて EF が 20% 以下で心原性ショックが疑われた。また血液検査データからは、循環不全が原因の多臓器不全が疑われたが、心拡大、EF が 20% 以下の所見および移植後の免疫不全状態であることから、心筋への cytomegalovirus (CMV) や HSV などのウイルス感染症の可能性も考慮し、Ganciclovir、Aciclovir の投与を開始した。カテコラミンの併用を継続するも、心機能の回復は認めず、同日 21:14 永眠された。

【臨床の問題点】

心不全の原因について、また心筋炎所見の有無に関して

慢性 GVHD による肝臓の状態に関して

真菌性肺炎の所見の有無に関して

心臓や肝臓への EBV 感染所見の有無に関して

【質 問】

慢性骨髄性白血病の慢性期の定義は何か。また顆粒球がシリーズで増えるとはどのような意味か。

慢性期では、各分化段階の顆粒球がシリーズに増殖している。分化障害をきたして芽球のみが増殖すると、急性転化となる。

肺のスリガラス影を真菌感染症と考えた根拠はあるのか。

経験的に真菌感染症を疑い、抗真菌剤を投与した。慢性 GVHD による肺病変であった可能性もある。

心筋への CMV や HSV などのウイルス感染症を疑

ったが、かぜ症候群の原因ウイルスによる感染症であった可能性はないか。

上気道炎症状も認めており、かぜ症候群の原因ウイルスに因る感染症の可能性も否定できないと考えられた。

今回入院時の肝機能障害は、慢性 GVHD の再燃が原因で良いのか。

FK506 漸減後に肝機能障害を認めており、慢性 GVHD が原因と考えられる。

心機能低下後の心電図所見には、虚血所見などの異常は認めなかったのか。

12 誘導は測定していなかったが、肢誘導では明らかな異常所見は認めなかった。

入院時のるいその原因は慢性 GVHD で良いのか。慢性 GVHD による消化管病変が原因で栄養障害がおこっていたと考えられる。

慢性 GVHD の一般的な予後は。

慢性 GVHD の症状が強い場合には、この症例のように 5 年以内に亡くなる場合も稀ではない。

【病理組織診断】

1. 慢性骨髄性白血病，骨髓移植後寛解状態
2. 両肺うっ血・水腫 (310/505 g)
3. 心右室拡張 (295 g) 虚血所見 (+) 炎症細胞浸潤 (-)
4. 肝 (低酸素性) 壊死 (1260 g)
5. 腔水症 胸水 (400/300 ml), 腹水 (300 ml) 黄色清

【まとめ】

心原性ショックの原因として、CMV や HSV などのウイルス感染症による心筋炎を疑った。しかしながら病理組織学的には心筋には炎症細胞浸潤は認められず、また血中ウイルスマーカーも陰性であったことから否定的と考えられた。

過去には慢性 GVHD の経過中に多発性筋炎を発症した症例も報告されており、その中には組織学的に筋組織の炎症細胞浸潤所見に乏しい多発性筋炎症例の報告もあった。本症例においても心筋への炎症細胞浸潤所見は認めなかったが、長期にわたる免疫抑制剤の使用により心筋炎の慢性期に移行していた可能性も否定できないと考えられる。すなわち慢性 GVHD による心筋炎の可能性は否定しきれないと考えられる。

平成 21 年度第 2 回

【日 時】平成 21 年 8 月 25 日

【演 題】僧帽弁置換術後に左室破裂をきたした 1 例

【発表者】増田貴彦

【症例の臨床経過】

2009 年 1 月 2 日から腰痛症で森山病院整形外科入院。入院中の採血で炎症反応の上昇を認めていた。1/26 から全身倦怠感を自覚。1/27 昼頃から呼吸困難も自覚するようになり、1/28 朝にはさらに症状増悪。胸部 X 線で肺うっ血を認め、うっ血性心不全の診断で当院循環器内科転院。心エコーで MR 度と僧帽弁後尖に vegetation を認めたため、感染性心内膜炎による僧帽弁閉鎖不全およびうっ血性心不全の診断で、同日 CCU 入室となった。

心エコーで MR 度と僧帽弁後尖 medial 側に 16mm 大の vegetation を認め、感染性心内膜炎による僧帽弁閉鎖不全症からうっ血性心不全を来したと考えられた (この時は感染源不明)。同日からペニシリン G 2400 万単位 / 日開始。入院時の血液培養では Streptococcus bovis+ で PCG sensitive であった。2/16 の炎症シッチでは下位腰椎に化膿性脊椎炎に矛盾しない所見で感染源の可能性が高いと考えられた。心不全はフロセミド (ラシックス), カルペリチド (ハンプ) で改善し内服へ移行した。その後 CRP の再上昇あり, PCG に加え IPM/CS1g/day を追加し, CRP 下降傾向となった。2/12, 2/20 の血液培養では Streptococcus bovis(-) であった。2/26 手術目的に胸部外科転科となった。

2/26 胸部外科転科。PCG 2400 万単位 / 日, IPM/CS 1g / 日継続。3/2 脊椎 MRI で化膿性脊椎炎の診断が確定。感染を完全にコントロールさせてから手術となった。3/10 L3/4 椎間板に CT 下生検施行。生検針洗浄液細胞診 Class 。穿刺液培養 negative であった。3/12, 4/3 の心エコーで Vegetation は縮小傾向であった。4/6 僧帽弁置換術を行った。

前尖は肥厚, 中央部に 2mm 大の穿孔を認めた。後尖 P3 に vegetation と思われる肥厚あり, P2 にも波及していた。前尖, 後尖 P2, P3 を弁輪部から 2-3mm 離して切除。前尖, 後尖ともに乳頭筋は温存, 腱索で切除した。生体弁 (CEP)27mm を左室心筋にかけないように 15 針の弁糸で縫着した。

4/6 (手術当日), 17 時 15 分, ICU 入室。18 時頃,

一時ドレーンより出血を認めたが血圧コントロールで収まった。4/7(手術翌日), 6時30分, バッキングを契機にドレーンから大量の出血。血圧低下あり心臓マッサージを開始。カテコラミンの増量, 輸血, 補液などの投与を開始。6時50分, ICUで再開胸。左室後壁の心筋に裂創があり, そこからの出血を認めた。7時43分, 経皮的心肺補助装置(PCPS)を作動。9時頃, 大動脈遮断し心停止下に手術部位の心外膜側からのパッチ閉鎖術を開始。完全な止血は得られなかった。14時頃, 止血術を終了。心浮腫が非常に強く閉胸は不可能であったため, 開胸のままドレープで手術部位を密閉。心停止下に心内腔からの止血術が必要と家族に説明するも家族は拒否。現在行っている治療を継続する方針とした。18時50分永眠された。

【臨床上的問題点】

左室破裂を認めた部位
感染性心内膜炎の所見について
脊椎に感染の所見はあるか

【病理組織診断】

1. 僧帽弁置換術後の左室後壁破裂 (Miller)
2. 右甲状腺乳頭癌, 微小癌, 転移なし
3. 腰椎陳旧性骨髄炎
4. 左腎梗塞
5. 大動脈粥状硬化症

【質疑応答】

発熱の経過について
入院後7日目までは発熱を認めていたが, それ以降は発熱なく経過した。
病理所見で僧帽弁後尖に菌塊はあるか。
病理所見上, 菌塊はないが, 炎症細胞の浸潤等, 感染があったと思われる病変はある。
裂創の部位と人工弁のストラットの位置は一致するか。
心臓マッサージなどを行っているのだから, はっきりとはわからないが, 一致していない可能性が高い。
前尖の穿孔は手術手技によるものの可能性はあるか。
僧帽弁に到達した時点ですぐに穿孔を認めており, 手術手技による可能性はない。

【まとめ】

裂創の位置から今回の症例は僧帽弁置換術後の左室後壁破裂 Miller 型と考えられる。
病理所見上, 菌塊はないが, 炎症細胞の浸潤等, 感染があったと思われる所見が前尖および後尖 P2, P3にも認めており, 切除範囲は適切であったと考

えられる。

脊椎にも陳旧性骨髄炎の所見があり, 化膿性脊椎炎と考えると矛盾しない。

平成21年度第3回

【日時】平成21年10月20日

【演題】原発不明小細胞癌の1例

【発表者】大場優葉

【症例の臨床経過】

症例は70歳代男性, 主訴は左頸部腫瘍。平成21年2月頃より腹部不快感, 食後の嘔吐, 左前胸部痛, 全身倦怠感を自覚し近医受診。左頸部腫瘍を指摘され, 2月16日当院血液内科紹介を受診した。当院初診時, 触診にて左頸部に多数の腫瘍を認め, 一塊となって径10cm以上の腫瘍を形成しており悪性リンパ腫疑いにて2月19日入院となった。

既往歴は, 昭和57年に出血性胃潰瘍にて胃切除・B-法再建, 平成15年に腹部大動脈瘤にて手術, その他高血圧, 気管支喘息, 肺気腫。家族歴では兄と弟がそれぞれ肺癌と肝臓癌で死亡しており, 生活歴に特記すべきことはなかった。入院時現症では左頸部に自発痛を伴う1~3cm大の腫瘍が多数あり, 一塊となって10cm以上の腫瘍を形成していた。また, 腹部臍周囲に弾性硬の腫瘍を触知した。入院時検査所見では軽度の貧血とBUN上昇, LDH上昇(LDH=1259IU/L)を認めた。sIL-2Rは651U/ml(正常値190~650)と正常上限であった。

【入院時画像所見】

胸部単純写真: 左肺尖部に頸部から連続する腫瘍陰影。
胸腹部CT:

- ・リンパ節腫大(左顎下~左鎖骨上窩, 左上頸部胸鎖乳突筋内側, 腹部大動脈周囲, 脾門部), 径1~3cm。いずれのリンパ節も造影CTにて淡く染まり, 大きさの割には動脈狭窄所見が乏しく, 画像上は悪性リンパ腫が疑われた。気管分枝部, 右肺門, 大動脈弓周囲のリンパ節腫大は1cm程度と目立たなかった。
- ・左肺S1+2に頸部リンパ節と連続する軟部組織陰影。
- ・左背部広背筋前方に造影CTで淡染を認める径42×30mmの腫瘍。
- ・左肺S9に19×13mm大の結節。
- ・小腸・腸管膜に境界明瞭, 不整形で造影効果に乏し

い（辺縁はわずかに造影されている）腫瘤。

Ga シンチ：CT の腫瘤・リンパ節腫大と一致した部位に集積あり。

【入院後経過】

2月19日入院。スクリーニング目的のGIFにて胃潰瘍術後吻合部より出血あり、内視鏡的止血を行った。

3月3日左頸部リンパ節より生検。病理組織学的診断の結果を待っていたところ、3月4日頻回の嘔吐と腹部膨満感が出現した。腹部単純写真にて胃から十二指腸にかけて腸内ガス貯留像あり、胃管挿入にて大量の胃液が流出したことからサブレウス状態と判断。また胸部単純写真で大量の胸水貯留も認め、緊急化学療法を施行することとなった。病理組織学的最終診断は未着であったが、病理部に緊急連絡しDLBCL（びまん性大細胞型悪性リンパ腫）疑いとのお返事をいただき3月5日より化学療法（THP-COP, 71～72% Dose）施行。

3月12日胃潰瘍出血あり、内視鏡的止血、絶飲食となった。またこの頃より黄疸出現していた。

3月16日、生検の病理組織診断が転移性小細胞癌と確定した（免疫染色にて神経内分泌マーカーであるCD56陽性、Ki-67 index=70～80%、B-CellマーカーであるCD20陰性、CD79陰性、T-CellマーカーCD3陰性）。入院後検査した腫瘍マーカーはCEA=12.9（正常値4.99）、ProGRP=136.8（正常値46）、NSE=492（正常値10）、SCC=1.2（正常値1.5）であり、原発部位としては肺が疑われた。しかし、気管支・縦隔リンパ節の腫大が目立たないこと、腸管・腹部大動脈周囲の腫瘤が大きいことより肺癌としては非典型的であり、この時点では原発不明小細胞癌と診断した。

前回化学療法の骨髄抑制からの回復を待ち、3月25日から27日にかけて肺小細胞癌に準じてアントラサイクリン系抗癌剤であるアムルピシン（カルセド®）50mg（66% Dose）投与。この頃より徐々に呼吸状態悪化し、インスピロンマスクで酸素9L投与にてSpO₂=95～100%程度、血圧も低く90台/50台であった。

4月2日頃より腹水増加、背部から下腿にかけて浮腫出現し、アルブミン投与するも著明な改善なく全身状態不良であった。また貧血も進行し3～4日に1回MAP輸血を行っていた。全身状態は悪化傾向にあり、4月10日にはSpO₂60台と低下、意識レベル低

下（JCS-300）。胸部聴診にて右肺呼吸音消失、胸部単純写真にて右下肺野に浸潤影がみられた。呼吸状態悪化とともに喀痰量増加していたため、喀痰による右無気肺と診断。その後一時的に意識レベル回復するもやはり呼吸状態はインスピロンマスクで酸素12L投与にてSpO₂=100%程度と非常に悪く、低血圧もあり、腎機能低下と尿量減少もみられた。腹水も増加し、4月14日腹水穿刺を行い腹水細胞診提出したがClassIIであった。

4月17日胸腹部CT撮影。入院時CTと比べ、左頸部・左肺・腹部大動脈周囲・腸管周囲の腫瘤は増大傾向にあり、新たに肝転移が出現、胸腹水著明であった。

その後も全身状態の悪化は続き、4月19日呼吸停止、瞳孔散大・対光反射消失、心停止。13時26分永眠された。

【臨床経過のまとめ】

本症例は当初悪性リンパ腫疑いにて化学療法を施行していたが、生検結果は小細胞癌であった。CEA、ProGRP、NSEの腫瘍マーカーも高値を示していたが、気管支・縦隔リンパ節の腫大が目立たないこと、腸管・腹部大動脈周囲の腫瘤が大きいことより肺癌としては非典型的であり、原発不明小細胞癌と診断。肺小細胞癌に準じて化学療法を施行したが全身状態は徐々に悪化し、亡くなる直前のCTでは腫瘍の著明な増悪を認め永眠された。

【臨床上の問題点】

頸部、肺、腸管、肝、腹部大動脈周囲の腫瘤はすべて同じ小細胞癌か

原発はどこか

【病理解剖組織学的診断】

1. 左肺小細胞癌（上葉，S1+2），化学療法後
2. 小細胞癌多発転移：左胸壁，後腹膜，肝，脾，副腎，左腎，脾
リンパ節転移：腹部大動脈周囲～腸間膜リンパ節，左頸部～鎖骨下リンパ節
3. 左肺扁平上皮癌（下葉，S9，中分化），転移なし
4. 右腎細胞癌（clear cell carcinoma，G1，pT1a），転移なし
5. 全身黄疸
6. 胃潰瘍による胃全摘後，腹部大動脈瘤グラフト置換術後
7. 腔水症，腹水9600ml，胸水1100/600ml，黄色清

【CPCでの討議内容】

- 1) 入院時の左頸部リンパ節腫脹は、触診上どのよう

な所見であったか。

回答：悪性リンパ腫の典型的な 弾性硬 よりはやや硬い印象はあったが 許容範囲内という印象。消化器癌の転移のような 板状硬 とは明らかに違った。

2) CT 上左頸部の腫瘍は若干造影効果があるようだが、これは悪性リンパ腫として矛盾ないか。

回答：若干の造影効果は悪性リンパ腫で十分にあり得る。多彩な画像所見を示すというのが悪性リンパ腫の特徴でもあり、むしろ均一に低吸収値となる悪性リンパ腫の方が少ない。

3) 入院時 CT を見た時点で、悪性リンパ腫以外の鑑別診断は何を挙げていたか。

回答：画像所見から一番に考えられたのは悪性リンパ腫。その他には消化器癌の Virchow 転移を疑った。しかし左頸部の腫瘍は 1 ~ 3cm 大の小さな結節が多数癒合して大きな腫瘍を形成していて、その点でも悪性リンパ腫が一番に疑われた。

4) 咳嗽などの症状はあったか。

回答：入院時、咳嗽、呼吸困難、血痰などの呼吸器症状はなかった。

5) THP-COP 療法後、効果はどのように感じていたか。

回答：触診上頸部腫瘍の大きさに変化がなく、ほとんど効果がないように感じた。悪性リンパ腫としては不自然なほど効果が小さく、その点からも悪性リンパ腫ではないかもしれないという印象を持ち、CEA、PreGRP、NSE といった腫瘍マーカーの検査を行った。

6) 本症例は肺門・縦隔リンパ節の腫大が軽度で、進展形式が非典型的だが、これはなぜか。

回答：本症例は末梢型（肺野発生）の小細胞癌であった。さらに腹部大動脈瘤のグラフト手術を行っており、腹部大動脈リンパ節に慢性炎症があっただろうと思われる。今回証明はされていないが、この末梢型小細胞癌は炎症性リンパ節に転移しやすい性質を持っていたらだろうと思われる。非典型的だがこのような進展形式もあり得る。

【問題点のまとめと症例の考察】

今回治療のターゲットとなっていた病変はすべて左肺上葉原発の小細胞癌であった。剖検によって左肺下葉の扁平上皮癌、右腎細胞癌が見つかったがこれらはどちらも転移がなく、死因となったのは左肺小細胞癌とその転移病変による多臓器不全と思われる。

小細胞癌の遠隔転移について文献検索を行ったが、まとまった文献はなかった。Pulmonary Diseases and Disorders (Alfred P. Fishman 著) によると、診断時に既に遠隔転移があった小細胞癌症例の転移部位は骨、肝 (20 ~ 30%)、中枢神経 (8 ~ 15%)、皮下組織、膵・甲状腺・副腎などの内分泌組織 (少数) であった。また、小細胞癌に限らず原発性肺癌全体についてまとめた報告によると、原発性肺癌 423 例中消化管転移は 58 例 (14%) であった。消化管転移をきたした症例の病理組織像内訳は扁平上皮癌 (19 例, 33%)、大細胞癌 (17 例, 29%)、小細胞癌 (11 例, 19%) であり、転移先としては食道 (33 例)、小腸 (20 例) が多かった (Antler AS et al, Cancer 1982;49:170-172)。

平成 21 年度第 4 回

【日 時】平成 21 年 11 月 25 日

【演 題】全身サイトメガロウイルス感染の 1 例

【発表者】堂腰達矢

【症例の臨床経過】

症例は 71 歳男性。主訴は呼吸苦と喘鳴。

2009 年 4 月 11 日頃から体調不良を自覚していたが、自宅にて経過を見ていた。4/14 になって娘が帰宅したところ、横になって苦しそうにしている患者を発見し、救急車にて来院。到着時に SpO₂ 80% 台で、胸部聴診上 coarse crackle を聴取し、CXP にて butterfly shadow を認め、心筋逸脱酵素の上昇も認めため、急性冠症候群、慢性腎不全疑いで当院循環器内科 CCU に入院となった。

既往歴は HT、不整脈のため、近医通院中でニューロタン 25mg/1 x、ノルバスク 5mg/1 x で内服中であった。入院時現症では CXP で CTR45.7%、butterfly shadow、右葉間胸水を認め、BGA (リザーバー 15L) は pH7.528、PaO₂ 76.6、PCO₂ 30.5、BE-22.5、HCO₃ 6.0。心エコーでは EF73%、motion n.p. であった。

入院時に疑われた急性冠症候群については、CPK の上昇を認めたものの、CK-MB は正常内と乖離しており、心エコー、心電図所見からも否定的であった。また、肺水腫に対してはラシックス静注したが反応悪く、酸素状態悪化し、CCU にて挿管・人工呼吸器管理となった。また、Cre3.39 と腎不全をきたしていたため、CHDF を開始。しかし、徐々に血圧の低下を認め、

カテコラミンにて血圧維持の必要出てきたため CHDF は一時中止となった。さらに MOF, DIC となり, FOY, 低分子ヘパリン, AT 製剤で加療したが, 腎機能障害著しく, 血圧 70 台と低値ながら CHDF 再開。同時に SBT/CPZ + グロブリン製剤併用したが, CRP 29.93 と上昇し, 呼吸器内科コンサルトの後 MEPM + ステロイドパルス療法開始となった。

その後も精査を続け, 採血で抗 GBM 抗体陽性であったこと, 腎不全の合併から good-pasuture 症候群が疑われた。肺病変の検索のため, 4/22BF 施行し血性の肺胞洗浄液を回収し, 肺胞出血の合併を認め, ステロイド Div 継続となった。しかし, 肺陰影の改善認められず 4/28 には -D グルカンの上昇認められたため ST 内服も開始となった。4/24 から good-pasture 症候群に対して血漿交換療法開始した。抗 GBM 抗体は 5/7 には陰転化し, 呼吸状態の改善認めため同日抜管され, 5/12 に一般病棟へ転棟となった。

また 4/22 から多量の下血もみとめ 4/23 に CF 施行。回腸のびまん性びらんと潰瘍を認め, 小腸出血の合併認め MAP 輸血にて対応した。5/3 からは水様下痢多量になり, CD 陰性であったが, 培養で VCM 感受性であったため MEPM 中止し, VCM に変更した。しかし, その後も下血・下痢は持続していた。

5/16 からは腎機能の悪化が著しくなり, 5/18 には尿量減少と頻呼吸, 5/19 からは血圧低下し, 5/20 死亡確認された。

【病理解剖組織学的診断】

1. 特異的所見なし
2. 肺重量 (左 360g, 右 320g, 右肺下葉は縮小傾向だが優意な所見ではない)
3. 右肺は器質化, 繊維化を認める
4. 腎臓のうっ血所見を認める
5. 肝臓は 750 g と軽度縮小し, 門脈域に拡大と繊維化を認める
6. 結腸に CMV 感染

【CPC での討議内容】

カリニ肺炎のグロコット染色, PCR の結果はどうだったのか。

回答: グロコット染色は陰性だった。PCR は保険適応外なのでとっていない。

goodpasture 症候群の一般的な原因とは。

回答: ウイルス感染などが原因として言われているが, いまのところははっきりしていない。

71 歳という年齢は好発年齢なのか。

回答: 20 歳台, 60 歳台の男性に多いといわれており, 比較的好発年齢に近いと思われる。

入院時から肝障害が認められているが, その原因が goodpasture 症候群によるものではなくて, うっ血性肝障害などによる所見はないのか。

回答: エコーや CT でそのような所見は証明されなかった。

【問題点のまとめと症例の考察】

下痢, 下血の原因は CMV 感染であった。

肝機能障害の原因は特異的な所見はなく薬剤性肝障害の可能性が高いと考えられた。

-D グルカンの上昇と CPK の上昇の原因は不明。肺病変は病理学的には器質化肺炎像を呈しているが, その他特異的所見は認めなかった。

腎病変についても病理学的には糸球体腎炎を示唆する所見は認められなかった。

今回の症例は死亡時には goodpasture 症候群の疑いと考えたが, 病理解剖にて糸球体腎炎を証明されなかったため, 診断名としては抗 GBM 抗体関連肺胞出血であったと考えられた。CMV 感染については, 易感染性状態の患者の下痢, 下血の際には鑑別に上げるべき疾患であったと考えられた。

平成 21 年度第 5 回

【日 時】平成 22 年 1 月 26 日

【演 題】原発性肺癌の胃転移の 1 例

【発表者】高橋佳恵

【症例の臨床経過】

症例は 74 歳男性。平成 15 年 (68 歳時) より陳旧性心筋梗塞と特発性肺線維症のため当院に通院し, 半年毎の胸部 X 線と呼吸機能検査で両下肺野の粒状影と肺活量の緩徐な悪化が認められていた。

平成 21 年 4 月上旬から食事摂取量の減少を認め, 4 月 29 日より胃部不快感・心窩部痛が出現したため, 4 月 30 日近医を受診。上部消化管内視鏡検査で胃内に多量の食残と出血, 幽門部に腫瘍を疑う病変を認めため, 5 月 1 日当院消化器内科を紹介受診した。当院で施行した上部消化管内視鏡検査にて, 幽門部小弯側に Borrmann 分類 3 型の腫瘍を認めため, 胃癌の診断で同日当院消化器内科入院となった。

入院時の血液所見では、白血球 10230, Hb9.7, CRP2.51 で炎症反応の上昇と腫瘍からの出血による貧血を認め、CA19-9, NSE の血清腫瘍マーカーの上昇も認めた。KL-6 は 4306 と高値であったが、外来経過中の値から大きく増悪はしていなかった。身体所見は、室内気酸素飽和度が 88% と低下し、両下肺野に fine crackle を聴取した。

入院時の胸部単純写真では、両側下肺野、胸膜直下を中心に網状粒状影を認め、右肺門部が腫大し腫瘍影を認めた。胸部 CT では右側優位に胸水が貯留し、右 S10 に 48mm 大の腫瘍影と同側肺門・縦隔リンパ節の腫脹を認め、気管支を圧迫していた。両肺には 10mm 前後の多発結節影と下肺野背側胸膜下優位に honeycomb lung を認めた。腹部 CT では胃幽門部に腫瘍影を認め、#6 または #4d へのリンパ節転移および腹膜、左副腎、腸骨への転移も認めた。さらに、入院後より抗血小板薬を中止し、5 月 7 日に上部消化管内視鏡検査を再施行。幽門部小弯側から胃角部にかけて直径約 70mm の Borrmann 分類 3 型の腫瘍が存在し、幽門輪は腫瘍によって圧排変形していた。口側の境界は不明瞭で、中央に白苔を伴う深い潰瘍を形成。そのさらに口側後壁には、腫瘍と連続して粘膜下から隆起し、表面に小潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様の病変も認めた。生検の結果は低分化型腺癌であった。5 月 11 日には胃 X 線造影検査を施行。肛門側は十二指腸球部にまでおよび粘膜下腫瘍様の腫瘍により幽門輪付近が圧排狭窄し、その口側に深い潰瘍を伴う腫瘍を認めた。そのさらに口側には、粘膜下腫瘍様の隆起と粗造な粘膜像を認めた。これまでの検査所見を総合し、胃癌については UML, 3 型, T3, N1, H0, P1, M1 で c-stage と判断し、この時点では胃癌の多発肺転移または重複癌の可能性が考えられた。

今後については、手術や化学療法などの積極的な治療は行わず、食事摂取を可能とするため幽門部狭窄に対してステント留置術を行う方針となった。5 月 14 日、ステント留置術を施行し食事再開となったため、呼吸器症状の精査・加療目的に 5 月 19 日呼吸器内科へ転科した。

骨シンチグラフィと脳 MRI では、多発骨転移と多発脳転移が認められた。5 月 26 日、気管支鏡検査を施行。右中葉入口部以下は粘膜浮腫で全周性に狭窄し、右下幹はほぼ閉塞していた。同部位より擦過細胞診を行い、扁平上皮癌の結果であったため、この時点で肺癌についても T4, N2, M1 の c-stage と診断し、

重複癌と考えた。

しかし、5 月 27 日夕方より突然発熱と腹痛が出現し、腹部単純写真および CT にて free air が認められた。ステント留置部での消化管穿孔の可能性を考え、ステント抜去目的に緊急上部消化管内視鏡検査を施行したが、穿孔部位は造影でも確認できず、ステント抜去は行わずに終了し、消化器内科へ転科となった。

絶食と抗生剤にて保存的に経過をみたところ腹部症状は軽快したが、6 月 1 日より呼吸状態の悪化と右側胸水の増加を認めた。6 月 15 日、消化管再穿孔による free air の出現があり、消化管穿孔による腹膜炎、肺門部リンパ節転移巣が急速に増大して気管支を圧排したことによる閉塞性肺炎、癌性胸水による呼吸状態の悪化のため全身状態は急速に増悪し、6 月 17 日永眠された。

【臨床上の問題点】

原発の臓器はどこなのか

穿孔部位はどこなのか

なぜ肺腫瘍は扁平上皮癌、胃腫瘍は低分化型腺癌と診断され、最終病理診断と異なるのか

【病理解剖組織学的診断】

1. 肺癌（右肺下葉 S9+10, 大細胞癌）
転移：胃、両肺、小腸（多発）、肝（複数）、左副腎、両腎、骨髄（椎体）
リンパ節転移：両肺門・縦隔、脾周囲
2. 小腸穿孔（腫瘍転移による、Treitz より約 90cm 肛側）、化膿性腹膜炎
3. 肺線維症
4. 両腎乳頭壊死
5. 腹水貯留（275ml, 混濁）、胸水貯留（左 100ml 右 800ml, 血性）

【問題点のまとめと症例の考察】

右肺腫瘍は、1 個程度の核小体を示す大型類円型核と豊富な胞体を有する腫瘍細胞が、腺管形成を示さない充実性胞巣を作り増殖する大細胞癌の組織形態を示し、胃腫瘍を含め、転移巣はいずれも右肺腫瘍と同様の組織型を示した。原発巣の推定と重複癌か否かの確定のため、肺腫瘍と胃腫瘍に対して免疫染色を行ったところ、いずれも AE1/AE3 (+), CK7 (+), CK20 (-), TTF-1 (+), CA19-9 (+), CDX-2 (-) であったため、肺原発の大細胞癌の診断となった。

Treitz より約 90cm 肛側部位で直径約 45 × 30mm の腫瘍転移を認め、中心部に 15mm × 10mm の穿孔を認めた。また、肉眼的に計 13 箇所の小腸転移

を認めたが、穿孔は認めなかった。

気管支擦過細胞診では、角化傾向に乏しく分化度が低い腫瘍細胞が重畳性に出現し、1つ1つの細胞はN/C比が高かった。核は中心性、大小不同で粗顆粒状のクロマチンが濃染し、細胞質がライトグリーンに好染であったため、扁平上皮癌の診断となった。胃の生検では、核クロマチンが増加し、部分的に胞体に粘液を有する腫瘍細胞が腺管形成などの所見を示さずに充実性あるいは索状配列をとり増殖していたため、低分化型腺癌の診断となった。しかし、病理解剖後に再検討すると、通常の腫瘍細胞より大型で大細胞癌とも矛盾はしない所見であった。

肺癌の胃転移は肺癌剖検例の約3%と言われており、生前に診断されることは非常に稀である。典型的な転移性胃腫瘍は、bull's eye signと言われる中心陥凹を伴う粘膜下腫瘍様の形態をとることが多い。しかし、本症例では大部分が3型腫瘍の形態をとり潰瘍底が非常に深いこと、気管支擦過細胞診と胃の生検の結果が異なったことなどから、胃転移は否定的と考えられ、重複癌の診断となった。

生前に胃転移の可能性を指摘することは非常に困難な症例であったため、剖検の必要性を再認識した症例であった。

平成21年度第6回

【日時】平成22年3月2日

【演題】悪性リンパ腫の経過中に発症した粟粒結核の1例

【発表者】下埜城嗣

【症例】76歳男性

【主訴】発熱，全身倦怠感

【症例の臨床経過】

1996年両側頸部リンパ節腫大にて当院受診した。生検の結果、血管免疫芽球性T細胞リンパ腫 Stage Aの診断でVP-VEPA+G-CSF 9コース行いCRの判定となった。

その後維持療法としてVP16 50mg/隔日内服し、外来経過観察されていた。

2003年5月9日、持続する発熱，汎血球減少，LDH増加，骨髓穿刺で血球貪食像を認め、血球貪食症候群と診断した。CTでは肺，肝臓に多発結節影を

認めたが明らかなリンパ節の腫脹は認められなかった。肝臓の多発結節影の原因検索のため肝生検施行したが、特に異常は認められなかった。治療としてPSL60mg/日開始し徐々に減量していった。その後解熱し汎血球減少，肝機能も改善を認めた。CTでも肺，肝臓の多発結節影は消失していた。

2009年5月13日38.3の発熱を認め、軽度の汎血球減少，LDH増加，骨髓穿刺で血球貪食像を認め血球貪食症候群と診断した。治療は5月13日よりPSL30mg/日内服開始するも軽快せず6月12日よりVP-16 50mg追加し症状改善した。しかし血液検査では肝・胆道系酵素，LDH，sIL2Rの上昇を認めたため、7月13日より化学療法（THP-COP）施行した。

CTでは肝脾腫と多発性のLDA，腹部大動脈周囲のリンパ節腫脹を認め、発熱も再度出現したため9月4日入院となった。

【既往歴】20歳 肋膜炎で半年間治療
22歳 虫垂炎手術
45歳 声帯ポリープ手術

【入院時現症】

身長161cm 体重53.6Kg 血圧133/80mmHg 脈拍76回/分・整

体温36.8 SpO₂98% 意識清明 表在リンパ節触知せず，皮膚に黄疸あり，皮疹なし

眼瞼結膜貧血あり，眼球結膜黄染あり，心肺異常所見なし，肝2横指触知する

脾触知せず，下腿の浮腫なし，神経学的に異常なし

【入院時検査所見】（異常値のみ記載）

WBC 2120/μl RBC 327万/μl Hb 9.3 g/dl Ht 28.6%，PLT 3.0万/μl

Fib 353.0 mg/dl，FDP 92.2 μg/ml，T-Bil 5.7 mg/dl，D-Bil 4.2 mg/dl，AST 952 IU/l，ALT 960 IU/l，LDH 1243 IU/l，γ-GTP 710 IU/l，ALP 1995 IU/l，CRP 11.84 mg/dl，

フェリチン 37784 ng/ml，Fe 49 μg/dl，UIBC 145 μg/dl，s-IL2R 7766 U/ml

【入院時画像所見】

胸部単純写真；右上肺野に結節影を認めている。その他異常なし。

右上肺野の結節影は平成8年の検診時より指摘されており陳旧性肺結核の診断であった。

腹部CT；肝腫大と，肝内にLDAを認める。脾腫，脾内に散在性のLDAを認める。

腹部大動脈から総腸骨動脈周囲にかけてリンパ節の腫大を認めた。

【入院後経過】

2009年9月5日40の発熱，失禁を認めた。症状進行が急速であり，血液データの悪化も認めていることから直ちに化学療法が必要と判断した。そのため，lymphomaの再発によるHPSを疑い，9月5日よりDeVIC療法施行した。そのため肝機能障害，肝腫大の原因検索のための肝生検を施行することができなかった。

入院時よりCFPM，MCFGを開始し，DICの治療としてAT-，FOYの投与を行った。化学療法による骨髓抑制のためと思われる白血球減少を認め，9月11日よりG-CSFの投与を開始した。9月14日頃より発熱が出現し，白血球減少期であったこともあり発熱の原因はFebrile neutropeniaによるものと考え9月14日よりCFPMからMEPMに変更するもスパイク状の発熱の持続が見られた。化学療法開始してから肝・胆道系酵素の減少を認めた。LDHも化学療法後減少を認めていたが9月18日頃より再上昇していた。

そこで化学療法1コース終了後評価目的に9月30日CT撮影したところ肝腫大の増悪を認めた。また腹部大動脈周囲のリンパ節の腫大は入院時のCTと変化はなかった。

10月1日肝生検（1回目）施行。肝生検の結果，明らかなlymphoma cellの浸潤，血球貪食像はみられなかったがgranulomatous hepatitisの診断。抗酸菌感染症が強く疑われたため抗酸菌培養検査施行。抗酸菌培養検査として血液培養，胃液培養，喀痰培養，肝生検を行った。

10月9日，1回目の肝生検で抗酸菌染色陽性，抗BCG染色陰性であり非定型抗酸菌感染症による，播種性MAC症を疑いMACに準じた治療（CAM，SM，EB，RFP）を開始。

10月13日，2回目の肝生検の結果PCRよりM.tuberculosis検出されたため，結核の治療（EB，INH，RFP）を開始した。

10月19日，肝，胆道系酵素の上昇が続いたためRFP，INHをLVFX，SMに変更（EB続行）。

10月20日肝機能障害の進行が血球貪食症候群の増悪による可能性があるため骨髓穿刺を行ったところ血球を貪食する組織球を認めたため血球貪食症候群と診断した。原因として粟粒結核によるものが考えられた。

10月20日尿量低下が続き，腎機能低下認められたため

急性腎不全と診断。透析行う予定であったが10月21日夜より血圧低下を認めたため透析中止とし，DNARの方針となった。10月23日意識レベル低下し19時21分呼吸停止，19時39分死亡確認となった。

【臨床上の疑問点】

肝，脾腫大の原因は結核でよいのか
胆道系酵素の上昇の原因は
悪性リンパ腫の病変は存在していたのか
腎不全の原因は
肺，肝以外の結核の病巣はあったのか

【病理診断・組織診断】

- 1．悪性リンパ腫（AITL），寛解状態
- 2．粟粒結核（両肺，肝，脾，骨髓）
- 3．血球貪食症候群（骨髓，脾，肝）
- 4．全身黄疸，黄疸腎
- 5．腔水症 腹水 1050 ml，胸水 200/ 100 ml 清

【CPCでの討議内容】

- ・肝，脾腫大の原因は結核でよいのか
粟粒結核によるものと血球貪食症候群によるものが考えられた。
- ・胆道系酵素の上昇の原因は
粟粒結核，血球貪食症候群の肝臓への浸潤によるものと考えられた。
- ・悪性リンパ腫の病変は存在していたのか
悪性リンパ腫（AITL）は寛解状態であった。
- ・腎不全の原因は
肝機能障害による腎不全と考えられた。
- ・肺，肝以外の結核の病巣はあったのか
肺，肝臓の他に脾臓，骨髓があった。

【質疑，応答】

- ・2003年の血球貪食症候群の発症から2009年の血球貪食症候群の発症までの間にステロイドなど治療を行っていたのか
2003年から2009年までは外来で経過観察を行っていたのみで治療は一切行っていなかった。
最終的な病理診断も含め腹部大動脈周囲のリンパ節の腫脹の原因は何が原因であったのか
病理報告ではリンパ節は正常構造を残さずほとんどが壊死組織であった。以上の点から悪性リンパ腫の再発は否定的であり，結核によるリンパ節腫脹なら類上皮肉芽腫などの組織所見が見られるはずであり否定的であることからリンパ節の腫大に関しては原因不明である。

日本アイソトープ協会によるゼヴァリン取扱講習会参加について

薬剤科 寺田 和文

平成 21 年 6 月 7 日、日本アイソトープ協会（東京）にて「第 10 回 ^{90}Y （イットリウム）標識抗 CD20 抗体を用いた放射免疫療法の安全取扱講習会」が行われ、参加したので報告する。なお本講習会は、既に血液内科柿木医師および放射線科川島医師が受講されている。

2009 年、 ^{90}Y 標識抗 CD20 抗体のイブリツモマブ・チウキセタン（商品名：ゼヴァリン）を用いた RI 標識抗体療法が国内で承認された。近年、悪性リンパ腫における最前線の治療として注目を浴びている。

この RI 標識抗体療法に関して、日本アイソトープ協会医学・薬学部会アイソトープ内用療法専門委員会が適正マニュアル（ガイドライン）を作成した。本治療は一般病院の外来でも実施することは可能であるが、施設要件として「核医学施設であること」、「造血器悪性腫瘍の治療および放射線治療に対して十分な知識・経験をもつ医師が勤務していること」となっている。また、この治療を施行する場合、日本アイソトープ協会で行われる安全取扱講習会を受ける必要がある。本講習会は実習を伴うもので、医師および薬剤師

が対象である。

本剤の適応症は、「低悪性度 B 細胞性非ホジキンリンパ腫」および「マントル細胞リンパ腫」である。濾胞性リンパ腫を代表とする低悪性度 B 細胞リンパ腫の特徴として、全身化しやすく、診断時には約 80% 以上の患者が進行期となっている。進行期患者の化学療法による完全奏効率は約 30% であるが、大半の患者が再発・再燃し、中高悪性度 B 細胞リンパ腫への組織学的進展が起こる。濾胞性リンパ腫を中心とする低悪性度 B 細胞リンパ腫の治療は、および 期では放射線療法単独、および 期では化学療法となるが、無治療経過観察を選択する場合もある。この疾患は治癒を得ることは難しく、近年治療成績に大きな進歩をもたらしたのが「抗体療法」である。国内では、2001 年に B 細胞リンパ腫の CD20 に対するキメラ型抗体としてリツキシマブが登場した。リツキシマブは、適応となる悪性リンパ腫の治療成績を向上させた画期的な薬剤であるが、一定の限界も判明しつつある。今回、次世代抗体療法として「ゼヴァリン」が登場した。

悪性リンパ腫は、悪性腫瘍で最も放射線感受性が高いため、全ての腫瘍細胞が標的抗原を発現していなくても、RI 標識抗体療法ならば隣接腫瘍細胞への RI による殺細胞効果が期待できる。ゼヴァリンによる抗腫瘍効果の主体は β 線であるが、 ^{131}I に比べ ^{90}Y は β 線のエネルギー量が大きく飛程が長い。また ^{131}I が β 線を放出するのに対し、 ^{90}Y は β 線のみを放出するため、放射線防護の点で取り扱いは容易である。ゼヴァリンは、この ^{90}Y に対してキレート剤であるチウキセタンを用いたマウス型抗 CD20 抗体を標識した薬剤である（図 1）。

今回参加した日本アイソトープ協会によるゼヴァリン取扱講習会では、放射線安全管理、臨床応用、読

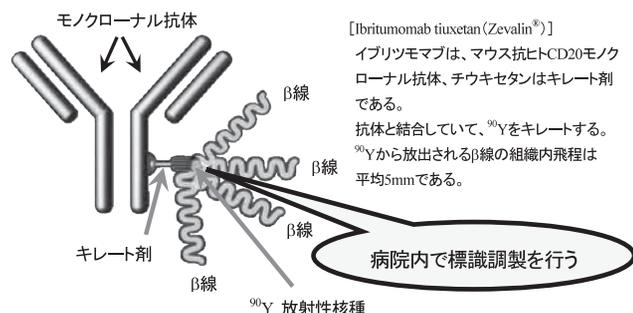
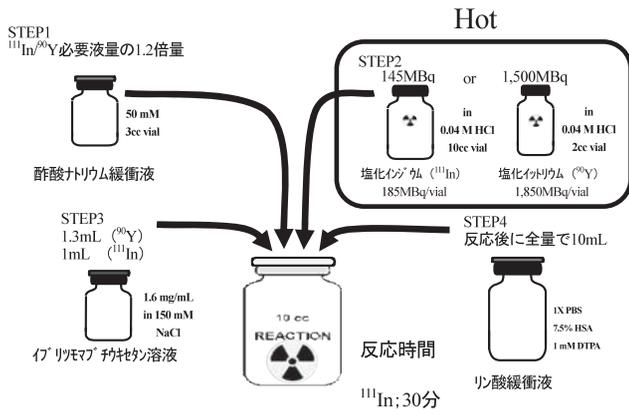


図 1 ^{90}Y 標識イブリツモマブ・チウキセタン（ゼヴァリン）を用いた RI 標識抗体療法

—調製方法(1)—



—調製方法(2)—

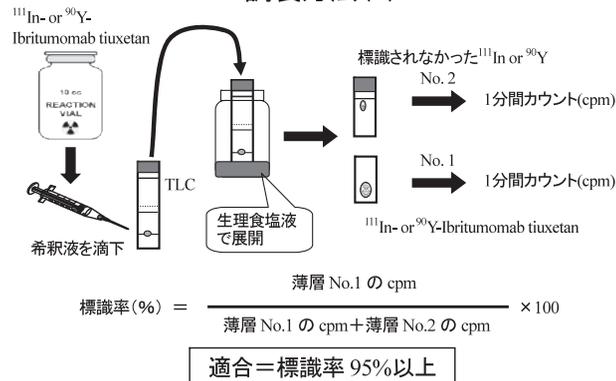


図2 ゼヴァリンの調製手順および¹¹¹In・⁹⁰Y 標識率の計算方法

影・判定，教育訓練および実習を行った。放射線安全管理については，法令や届出事項および退出規準，放射線測定や廃棄物の安全管理を学び，臨床応用では悪性リンパ腫の病態から治療方針の決定や治療成績に加え，今後の展望など広範囲にわたる講義であった。読影・判定は，治療に適合するか否かを判断するために，¹³¹In ゼヴァリン投与後の画像診断の見方について各症

例を用いて説明された。教育訓練は，放射線管理区域の入退室について説明があり，その後 cold run 用のゼヴァリン薬剤調製セットを用いて標識調製法，標識率の確認，放射性廃棄物の処理方法などの実習を行った。

この薬剤の調製は，安定性の問題から，治療当日に施行する施設で調製しなければならず，現時点では指定する講習会を受講した者が調製および投与を行うことになっている。本剤の調製方法は非常に煩雑であり（図2），また高価である（¹³¹In ゼヴァリン：約180万円，⁹⁰Y ゼヴァリン：約250万円）ことから，特に調製時においては慎重に取り扱わなければならない。従って調製ミス回避するため，複数のスタッフにより一工程ごとに調製手技を何度も確認しながら行っている。

当院では，調製および投与を RI 室で実施し，担当医師および薬剤師，診療放射線技師により対応している（図3）。2010年2月現在，既に5例の患者に投与されており，今後もこの治療法を適応する患者が増加するものと考えられる。



図3 市立旭川病院におけるゼヴァリン調製および投与担当チームスタッフ

心臓外科手術後の理学療法を受講して

リハビリテーション科 品川 知己

2009年11月28・29日の2日間、群馬県立心臓血管センターにおいて第38回循環器基礎講習会「心臓外科手術後の理学療法」を受講したので報告します。

当院では平成21年4月に心大血管リハビリテーションの施設基準を取得しました。これによりいわゆる心臓リハビリテーションが運用されることとなり、当科ではこれまで以上に心臓疾患の患者さんに関わることが多くなっています。当講習会を選んだ理由は、当科における心臓リハビリテーション症例の多くが心臓外科手術後の症例であること、群馬県立心臓血管センターは、心臓リハビリテーションを行っている日本の施設としては、学術、設備ともに国内トップレベルであることです（写真1,2）。この講習会は心臓リハビリテーションの基礎をマスターするのが目的ということなので、臨床経験の浅い私には有益なものになるという期待がありました。

当科における心臓リハビリテーションは手術後からの介入ですが、手術前からリハビリテーションを行っている理学療法士の講義がありました。手術前のリハビリテーションの目的は、オリエンテーションを通して、患者さんとの信頼関係を築き、術後のリハビリテーションの重要性を理解し協力してもらうことにあります。実際に、術後のリハビリテーションに対する受け入れが良く、モチベーションも上がることから効果があるとの話でした。評価項目は、頭部から四肢末端まで、筋骨格系から心臓・呼吸・血液データまでと幅広い領域にわたっています。これらの手術前データを整理、理解して、手術後のリハビリテーションに活用しなくてはなりません。

心臓手術後急性期のリハビリテーションは、まず患者さんの状態を把握することから始まります。状態の把握とは、十分な循環があるか、適切な呼吸か、安定した代謝かをさしています。「いきなりベットサイドにいて足を動かしたり、立てそうなら立たせたりというような乱暴なりハビリテーションをしている理学療法士はダメだ」と言われました。この言葉は私とし

ても過去に思い当たるところがあり恥ずかしい気持ちになりました。私としては、主治医がこの患者さんは大丈夫ということでリハビリテーションを処方するのだから、あまり細かいことは気にせずに動かしていいという安易な考えがあったのです。しかし、この考えでは手術後早期もしくは状態が不安定な患者さんのリハビリテーションを行うのはとても危険だと感じました。

患者さんの状態を適切に把握するためには、温度板が読めることが必要です。恥ずかしながら、今までは、温度板をじっくり見たことはありませんでした。温度板を見るときのおおまかな流れは、心肺補助装置の有無、血圧・心拍数、投薬、呼吸機能、腎機能となります。これらの項目がリハビリテーション可能なレベルになると、リハビリテーションが始まります。状態が悪いときには、「この患者さんは動かさないほうがいいのか？」と考えることはとても大事です。

術後早期リハビリテーションの最大の目的は、呼吸器合併症を少しでも減らすことです。呼吸器合併症というとまず呼吸リハビリテーションが思いつきますが、呼吸リハビリテーションは呼吸状態が悪ければとりあえずやるというものではありません。例えば、酸素化が悪いのなら、なぜ酸素化が悪いのかを考えなくてはなりません。無気肺によって酸素化が悪いのであれば呼吸理学療法手技を駆使して無気肺を改善させ、離床を進めていきます。心臓が元で酸素化が悪い場合は、手を出す前に肺うっ血の改善と利尿が先決です。次に考えることは重力を考慮し、呼吸しやすい姿勢にしていきます。水でグジュグジュになった肺に呼吸介助しても根本的な肺機能の改善にはなりません。呼吸器合併症を予防するという観点からも、早期のリハビリテーション介入が大事になります。

基礎のマスターと言うことで始まった講習会でしたが、ある程度、もしくは長年に渡り臨床を経験しないとわからないような内容も多く参考になりました。今後、わが国では、ますます入院期間が短縮されると予

想されます。心臓外科手術後の患者さんが、スムーズに次の環境に移動できるようにすることが、理学療法



写真1 外観

士の重要な役割の一つと考えます。今後の臨床に活かせるように努力したいと思います。



写真2 運動療法室

心筋梗塞の理学療法研修に参加して

リハビリテーション科 松野弘実

平成21年12月12日から13日にかけての2日間、聖マリアンヌ医科大学にて日本理学療法士協会主催の“心筋梗塞の理学療法”研修、プログラムに参加させていただきましたので報告します。

リハビリテーション科では、心臓リハビリ施設基準取得の方針がH21.2月に決定され、4月には施設基準を取得できたのち、あわただしく心臓リハ開始となりました。私の中では猛勉強し、私は関係各方面を総当たりし、なにから始められるだろうかを調整しました。結果、胸部外科から開始できることとなり、開始初期の不安をカバーしてもらいながら、現在では胸部外科詰所で常時10人以上がリハビリの対象となっています。7月の病院機能評価も取り組みを評価され無事におえることができました。心臓リハビリテーションというと、教科書では外科・内科を問わず“包括的リハビリテーション”と書いてあります、これは逆に理学療法士(PT)独自の役割をみつけにくいわけです。当院でもいままでDr.Ns.が退院までの活動の指導や教育を行ってきた経緯があります。理学療法士の参加した心臓リハビリテーションが診療報酬に組み込まれ

たのはH16年ということもあり全国的にまだ歴史が浅いのです。そんな中研修タイトルが“心筋梗塞の理学療法”ですから、本研修に参加するに当たり基本的な知識の習得に加えて、チーム内でのPTの独自性はなにかを知りたい、PTの立場としてできること・リハ運営を学ぶことを目的とし望みました。

参加者は全50名ほどですが、心リハ経験年数1年以内が半数以上を占めるようでした。しかし20歳台より30—40歳台が多くこれから施設基準を取得・または開設したばかりが多いとおもわれる様子でした。

研修の内容は“虚血性心疾患理学療法の入門コースとして、病態評価・急性期・回復期・維持期での留意点や特徴を理解し、症例に合わせた運動処方のできるように研修する。”とのタイトルで以下のプログラムでした。

- 1日目 1．心筋梗塞の理学療法介入
- 2．経皮的再灌流療法
- 3．薬物治療
- 4．評価と重傷度分類
- 5．心筋梗塞の急性期リハプログラム

- 6. 心臓リハビリテーション室見学
- 2日目 7. 心筋梗塞の回復期リハビリプログラム
- 8. 心筋梗塞の維持期リハビリプログラム
- 9. 症例検討会

1ではリハ責任者のPTが概要について、いまやインターベンション直後または6時間後には患者は歩けるなかで、PTのオリジナルである障害学・運動学をさらに運動の相互作用まで広げて考えるべきである、その発展こそ心疾患の運動療法に有用であろう。また聖マリではこの5年ほどで急に倍増とっていい高齢心疾患患者増でCPX（運動負荷テスト）が行えず、歩行のための筋力訓練・バランス訓練を行う患者が増えていると説明がありました。

2,3では循環器医師が講演されました、教科書の勉強ではみられない多くの動画を交じえ、経験を踏まえたお話で基礎、インターベンション、薬物について講義を受けました。

5,7,8では急性期から回復期、維持期へ、リスク管理から心疾患患者固有の身体的特徴、高齢化のなかで特に歩行に関する因子、モチベーション維持向上のためのかかわりかた、運動の相互作用についてエビデンスや研究を紹介されながら講義を受けました。この中でカナダでは2週間程度が理学療法士のかかわりであり、その後は健康運動指導士が運動の維持にかかわるという話があり、理学療法士は急性期のリスクと筋力・歩行にかかわる重要性を強調されました。一般に

心肺機能の向上という自転車、エルゴメーターがいわれるが、パス解析を行うと壮年者では心肺に関しては歩行とは別に筋力が独立してもっとも心肺系に関連する、老年者では歩行が関連するがその元として筋力とバランス能力が低下して歩行能力が落ちている、評価と訓練が重要であるそうです。聖マリでの心疾患患者の年代別標準的データを紹介されました。

9の症例検討会では、心筋梗塞急性期についてDrカルテから必要な情報を抽出してまとめるテスト問題がありました。

本研修では、題目どおり基礎研修のため、基礎の理解とリスク管理が中心でした。基礎についてはチームで共有すべき基礎知識や、勉強することでリスクについてはある程度予想できるものであり、運動療法を行う前に患者の状態がどう変化してきているのかをデータから理解・予測することが重要であると学びました。また“理学療法”という点についてずいぶん具体化することができました。PTはやはり歩行・基本動作に関連する評価・訓練を行うものであり、いままでの運動器の知識はもちろん役に立つ、さらにリスクと相互作用についてを知ることでであると納得できました。

12月時点の当リハビリテーション科では循環器内科から心リハの処方は少数であり、まだまだ勉強を要求されているのをひしひしと感じています。心筋梗塞について今後とも勉強し、多くの患者さんにリハビリを提供していきたいと思えます。本研修に参加させていただいたことを感謝し報告とさせていただきます。

実習施設指導者等養成講習会に参加して

中央放射線科 佐々木 雅 人

今回のカリキュラム（期間 平成21年11月27日～29日）

1日目	実習指導者としての心構えとあり方	9:30～12:00
	放射線関連機器の保守管理	13:00～14:30
	医用画像管理と個人情報管理	14:45～16:15
	患者急変時の対応について	16:30～18:00
2日目	診療放射線技師の将来とその教育について	9:00～10:30
	実習カリキュラムの作成とその意義	10:45～12:00

	実習カリキュラムの実践とその評価 (班別討議 班別発表)	13:00 ~ 16:15
3日目	医療被曝の現状とその低減に向けた取り組み	16:30 ~ 18:00
	放射線部門における医療安全の確保について	9:00 ~ 10:30
	患者心理の理解とその対応について	10:45 ~ 12:00
	医療人に必要なマナーとその指導法について	13:00 ~ 14:30
	医療経営における診療放射線技師の役割	14:45 ~ 16:15

このカリキュラムは、精神的、肉体的(腰痛など)に強行日程でしたが内容的には充実したものでした。3日間の出張ありがとうございます大変参考になりました。

大変長い時間の講義で月曜日、腰と肩のマッサージに行き 3500 円なり。

1. 実習カリキュラムの作成とその意義(2日目)では実習指導の理念についてふれてみます。

臨床実習は、学生がこれまで学習した知識や技術を基礎として、臨床の実地において患者と接することにより、その学問の活用を体験するとともに、患者の人格にもふれ、医療人としての自覚を養うことを目的としている。

また OSCE (オスキー): 患者取扱試験は 1993 年に伴信太郎 (川崎医科大学) によって基本的臨床の能力として導入された。

客観的臨床能力試験の導入によって学生は実習前に教官からいろいろなシミュレーションをもとに学内試験に合格し実習に挑んでいます。受け入れ側としてもなるべく学生には、声かけを十分に行うことが大切です。アンケートによると、学生にとって一番辛いことは実習現場で声をかけてもらえないことが一番辛いようです。また大学側としては実習での不合格は想定していないようで、問題のある学生にはレポートなどの提出で単位認定を希望しています(おそらく OSCE で問題のある学生は実習に来ていないと思われる)。

2. 客観的臨床能力試験の導入の背景

それまでの医学教育は知識重視の教育偏重
判断力、技能、態度、といった基本的な臨床能力が不十分
基本的臨床技能を評価する一般的な方法も確立されていない

ペーパーテストは、知識や理解力などの評価には適しているが情意領域(態度、習慣などの人間性)や診察、検査などの技能の評価には適していない

以上のことから 医師および医学生の臨床能力(実技)を客観的に評価するために開発された評価方法を今は医学部以外の大学も採用しています。

3. 患者心理の理解とその対応について

ムンテラとは、ムンは口、テラは治療という意味で、これは口先だけで患者を納得させて医療行為をしやすくように患者さんを説得させることで合意をとるための説明(患者を意のままに説明する)でありインフォームドコンセントとは全く違う意味です。

院内の職員間の隠語として使用は認められるが患者さんの前では控えたほうがよいそうです。

4. どれだけ待つのかの社会実験を行った(ただ座っているだけで声を掛けられる時間を調べる社会実験)

【場所; 和歌山 仙台 広島】

受付から見える正面の3列目の椅子に13時から必ず座る。

実験した会社

カーディラー	席につくまえに声をかけられる
銀行	1時間以内に声かけがある
役所	2時間以上は当たり前

病院【私立、市立】 2時間以上は当たり前で5時になったらシャッターを閉めて帰った公立病院があったようです(泉佐野市付近の公立病院)。

カーディラーは席につくまえに声かけされる。なぜかという来店されたお客様に対して声かけしているか、要件の確認をしているか、いないかは、コーヒーが席にあるかどうかで確認している。コーヒーはいらないというと、日本茶を必ずもってきて内部的に声かけをしていることの確認をしいるようです。待ち時間の長い患者さんには、職員からの声かけができることもサービス向上につながると思います。

5. 苦痛に対する心理量【過去の検査経験】

認知誘導

患者心理として前回の検査が辛かったですか?と質問すると、この検査は辛い検査だと刷り込まれてしま

う。それより楽でしたか？と質問すると楽な検査だと刷り込まれるため、このような質問をすると認知誘導しやすいため、CT、MR 検査もスムーズに行える。二次的心理量は、前回に比較して今回は楽に検査できますよ。
前回楽でしたか？ と患者に聞いてみる（レピーターに問いかける）
「今回の検査は前回検査よりきっと楽だと思いますよ」

と一言声かけすると順調に検査がすすむようです。

6. お辞儀の仕方

浅いお辞儀は後ろに人が居るときに浅いお辞儀をします。人にお尻を向けないため、深くとするお辞儀は後ろが壁で人が居ないときにするようです。キャビンアテンダントはそうにお辞儀をしているようです。決して偉い人だから深くとお辞儀をしている訳ではありません。
以上 老婆心

臓器移植コーディネーター養成研修を受講して

看護部 菅野 祐子

2009年11月30日からの5日間、東京都清瀬市日本看護協会看護教育研究センターで「臓器移植コーディネーター養成研修」を受講させていただきました。当科では腎移植、献腎移植を行っており、移植コーディネーターは外来と病棟でそれぞれ活動されています。私たち病棟看護師は、その移植コーディネーターの役割を具体的に理解しておらず、病棟看護師はどのような看護を努めるべきなのか曖昧なまま腎移植が行われておりました。そこで、移植コーディネーターの役割、病棟看護師の役割の違いを理解し、病棟看護師はどのような看護を行うべきなのか改めて認識する必要があると考えました。また、ドナーとレシピエントの情報を積極的に提供しあい、継続看護につなげるための移植コーディネーターと病棟看護師の連携の重要性について学ぶことができたので、ここに報告いたします。

研修の目的は「臓器移植コーディネーターの役割と活動を理解し、その任務において必要な知識を得る」となっておりました。研修期間の5日間のうち3日間は東京、埼玉、富山で実際活動されている臓器移植コーディネーターが講師であり「臓器移植コーディネーターの役割と実際」についての講義、その他には臓器移植医療の現状と動向、ドナー候補者発生施設での対応、移植と免疫・薬剤、倫理的理論の講義がありました。

まず、移植コーディネーターの分類はドナーコーディネーター（臓器提供側）とレシピエントコーディネ

ーター（臓器移植側）に分類されております。当科の移植コーディネーターはレシピエント側に趣をおいています。そのレシピエント移植コーディネーターの役割は「移植医療に関する全過程において移植医療が円滑に行われるようチーム内の連絡、調整の中心的役割を果たす」とされています。ドナーとレシピエントが初めて外来を受診した日からコーディネーターの活動が始まっております。腎不全であるレシピエントは治療選択を行うために、まずは外来を受診します。透析療法（血液透析・腹膜透析）を行うか、もしくは、既に透析療法を導入していれば透析療法を継続するか、または、腎臓移植（生体腎移植・献腎移植）を行うかの選択が必要となります。その選択が移植学会倫理指針によって正しく行えるよう移植コーディネーターは患者様への情報提供を行います。それは、腎臓移植そのものの情報、移植医療の現状、移植の欠点・利点、免疫抑制剤の作用・副作用、拒絶反応・感染症、移植後の生活の変化、移植後の自己管理、費用・社会保障システムなど移植において全ての情報を提供します。レシピエントは移植を受ける権利、受けない権利、ドナーは臓器を提供する権利、提供しない権利があります。コーディネーターは両者に多くの情報を提供し、ドナーとレシピエントがお互いに十分理解し、納得した上で治療法を決定していただくための支援を行います。すなわち「意思決定への支援」が重要とされています。腎移植は選ぶことができる医療であり、腎移植

を受けなくても透析という代替療法があるので生きてはゆける、または移植を受けることでレシピエントは透析療法から開放され、時間的・物理的拘束から開放され、その結果生活の質が向上することになります。しかし、移植医療はレシピエント一人では受けられません。そのドナーが負うリスクも多く、残された腎臓に異常が起きた場合はドナーが透析になることを覚悟しなければならない、移植した腎臓が拒絶反応により機能しない場合もありドナーが身近な存在であることから精神的苦痛は大きい、あくまでも善意での提供であり、保険や入院給付金は対象外になること、保障制度がないこと、これらのことを十分理解していただくなくてはなりません。あらゆる情報を提供し、その上で、ドナーとレシピエントが自発的に意思決定できるよう支援します。

そして、ドナーとレシピエントが入院し、手術前手術後も支援は続きます。さらに、退院後も、その後の外来受診でもずっと支援は続くのです。これが患者様との深い信頼関係にもつながり、移植コーディネーターの役割として最も重要な「継続支援」のあり方であるといわれております。継続支援を行うのがコーディネーターであるため、患者様の直接的看護は行いません。直接的看護は病棟看護師が行えるからです。

そこで、病棟看護師の役割は入院から退院までの間、ドナー、レシピエントが安全に移植医療を受けることができるよう看護を行います。術前の患者様、家族は多くの不安と期待を抱いており、精神的ストレスの増強が生じるため、看護師は手術に対する不安の表出ができるように働きかけ、精神的安定を維持できるよう援助します。また、手術前の教育内容は手術後の自己管理に大きな影響を及ぼし、治療への積極的参加

につながるため、術前から自己管理指導を行います。そのためには、病棟看護師はドナーとレシピエントが意思決定に至るまでの経過を理解していなくては有効な指導は行えません。コーディネーターは個別的な情報を病棟看護師に提供し、それを受けた病棟看護師はその情報を生かした有効な指導を行わなくてはなりません。十分な指導を行い、退院後もレシピエントが継続して自己管理が行えるよう、入院中に習慣化させる必要があります。病棟看護師はドナーとレシピエントに関わる期間は入院から退院までに限られてしまうため、その中で十分な指導を行うのは実際に難しさを感じておりました。しかし、術前の情報を引き継ぎ、個別的な指導を日々アセスメントしながら指導にあたり、そして、指導内容でレシピエントの不十分な理解や誤った認識を改善しようと看護目標を立て、実施し評価することで、これまでよりも有効な看護、指導ができるのではと考えました。また、そのように努めたけれども指導不十分、改善不十分であった項目に関しては、退院後も継続してコーディネーターが指導できるよう、この入院期間の情報をコーディネーターに提供する必要がありますを強く感じました。

今回の研修を受講させていただいたことで、移植コーディネーターと病棟看護師の役割が明確になりました。上記に述べたような役割を互いに果たすためには、これまでのような断続的な看護ではなく、チームとして情報を提供しあい、継続して看護を行うという姿勢が必要ではないかと感じました。また、チームとして医師の協力も必要となります。あらゆることをふまえると今後の課題は多くありますが、研修で得た知識を生かして一つでも課題を解決していきたいと思っております。この研修を受講させていただき、心より感謝いたします。

全国自治体病院協議会臨床実習指導者研修会を終えて

看護部 高橋 剛

期間 平成21年9月28日(月)～29日(火)の二日間
場所 東京都市センターホテル

日程表

9月28日(月) AM 演題

若者理解の問題 - 「メディア」社会のなかの「人間」

講師 東京大学大学院 人文社会系研究科教授 佐藤 健二

PM シンポジウム

テーマ 「質を高める臨床実習指導」 座長 川口市立看護専門学校 副校長 小林 薫
シンポジスト 日本医科大学付属病院 病棟主任 篠崎 真弓
広島市立看護専門学校 看護教員 木村 公佳
青森県立保健大学 学生 杉目 真梨

9月29日(火) AM 演題

看護実践力の育成 - 発想の転換

講師 山梨県立大学 看護教育学准教授 吉田 文子

PM 演題

「守・破・離の考え方をういた実習指導」

講師 東京医療保健大学 医療保健学部学科長 坂本 すが

報告内容

1)若者理解の問題 - 「メディア」社会のなかの「人間」

メディアとは媒介するもの、仲立ちをするものでありその一つとしてことばがある。そのことばには様々な道具として活用でき、集団内では共通理解のもとで変わった使い方をする場合もある。集団内で共通理解されたことばは、他の者には間違った捉え方をさせてしまうこともあるので注意が必要である。ことばの道具としての力を豊かに考えることが必要であり、自分のものとして使うことが、学生を導くきっかけとなる。よって若者たち自身が持っているメディアを使いこなせる能力を認めた上で、ことばという基本的なメディアを豊かにするように関わり、またその背後にある様々なやり方を気付かせていくことが大切であると述べられた。

2)シンポジウム「質を高める臨床実習指導」

篠崎真弓講師は臨床ナースの立場として、看護学生を尊重し主体性を引き出しながら、患者の細かな言動の意味を深く考えるという看護の基本と感性をみがいけるような関わりが必要である。また個々のレディネスに応じた指導を行い看護学生が将来像を見出せるように関わることも必要であるが、医療におけるルールも知らなくてはならないため、その厳しさも時には伝えながら看護過程を学ぶ環境作りが必要である。実習計画の尊重、看護教員との連携など個々のレディネスに応じた対応が必要であると述べられた。

木村公佳講師は学生が力を発揮できる環境を創る～ラベルを手がかりにした意見交換～と題して話され、教員としての立場から、テーマを提供しそのテーマに沿った答えをラベルに書かせ、そしてそれをもとにカンファレンスを行う手法を用いた経過報告である。結果、同じテーマを用いたことにより、看護学生間で意見交換ができるようになった、参加意欲の向上、テーマにそった自分の意見が整理されており、戸惑いなく主体的に進められると述べられた。

杉目真梨講師は看護学生の視点での“良い”指導とはと題して話され、嬉しかった経験としては患者・家族から暖かい言葉をかけられたこと、スタッフと連携がとれたこと、良い評価をしてくれたこと、医療の一員として認識されたことを話され、辛かった経験では、無力感を感じたこと、臨床スタッフの態度、指導不足であると話された。判断能力不足や緊張、不安、そして相談のタイミングがつかめないなどの看護学生の心理状態の理解を求められた。また、環境調整や対応の統一、看護学生の技術理解、そして看護学生だったころの初心の気持ちを指導者に求めたい等、看護学生の立場からの本音を述べられた。

3)看護実践力の育成 - 発想の転換

吉田文子講師は大学における看護学生教育についてアメリカ、ウガンダでの留学の話を変えながら、基礎看護の重要性を述べられた。何を教えたいのかではなく、何を学ぶ必要があるのかという看護学生の視点か

ら考察し、どのような入学生か、期待する卒業時の看護学生像のその過程をカリキュラムで作り上げ、プリセブタード実習、プライマリー実習という制度を構築している。また実習そのものを講義としてとらえ、受け持ち患者像など絶対的統一状況ではない実習評価においても、ルーブリック評価はアンフェアという概念のもと、合否のみの評価にしたことが述べられた。指導内容については看護に集中できる環境の重要性、それを阻害する要因の追及が大切であると述べられた。

4)「守・破・離の考え方をういた実習指導」

坂本すが講師は看護学生には考える型を教える必要があり、実行できる力は就職してからでよい、たくさん教える必要もないし答えをあげる必要もないと述べられた。守・破・離は歌舞伎など伝統芸術の継承が技術を修練する場合のプロセスだが、これは看護学生に対しても同じで原理原則とした守、次にやっぱり違う、なぜだろうと考える破、新しい方法や手段を見つける離、これを看護学生のうちに身につかせなければならない。また環境でも看護学生にとってここにいてもいいんだ、役に立ったんだ、チームの仲間なんだと思えるようにすること、できたということの評価すること

で、次もできる、またやりたいという次につなげられるように関わることが重要である。患者さまが何を思っているのか知るといって教育ではなく、何を思っているのか知ろうとする姿勢を育成していく必要があると述べられた。

5) 今回の研修を通して

今回の研修では、時代に伴って人は何を求めているのか、何を望んでいるのかという観点で、医療界、看護界の動向を知りつつ、その中で看護学生の育成をしていかなくてはならないと改めて実感しました。現代に生きる看護学生にあわせた援助、介入、そして環境作りを当院においても重要視し、看護学生にとって重要なフィールドとして変化させていかなくてはならないと感じます。また看護学生だけでなく、私たち有資格者も、求められる看護学生を育成するだけではなく、現代に求められている看護師を担わなければ、看護学生指導もおろそか患者さま本来持つ要求には答えられないと思います。日々変化する医療情勢、患者像など、アンテナを常に伸ばしながら、今求められていることは何かという観点をベースに繰り込み、看護学生指導とともに私自身にも追及していきたいと思いました。

全国自治体病院臨床実習指導者研修会に参加して

看護部 小田 浩美

平成21年9月28日から9月29日の2日間、全国自治体病院協議会主催の臨床実習指導者研修会が東京、都市センターホテルで行われ受講したので報告します。

1. シンポジウム 「質を高める臨床実習指導」

シンポジストに臨床指導者の病棟主任、看護学校の教員、3月に卒業した保健大学の学生、三側面からの発表がありました。

臨床指導者から「質を高める臨床指導」

・臨床の知を教える

学生は看護を経験する場であることを十分に心にためておくことが大切であり、患者の言葉・行動には意味があることを考えてもらう。患者のために心を砕く

(=ケア)看護の基本と感性を磨いていけるような関わりを大切に、教科書には載らない言葉掛けやタイミング臨床だから学べることを肌で感じてもらうことが必要である。

- ・「生命と向き合う」ことの困難さや素晴らしさは臨床地だから体験できる
- ・学生の思いに寄り添い、学生のレベルに歩み寄り信頼する
- ・実習する現場の環境を整える
- ・現場での厳しさを感じてもらう
- ・看護教員との連携
- ・学生の『患者に対する純粋な思い』から思い起こされ学ぶこともある

看護教員からは「学生が力を発揮できる環境を創る」

3枚複写のラベルを使用し、カンファレンス前に記入することで意見思いが集約され、学生自身が実習を見直し活性化されている。また学生の力を引き出すには学生の力を知りどのように取り組みたいか考える機会が必要であると述べられていました。

看護学生から「質を高める臨床指導」

実習とは

- ・患者さまとの出会い
- ・知識や技術の習得
- ・人間性や感性の成長
- ・達成感や充実感を得る
- ・看護観を得る

学生が思う質の高い臨床指導とは

- ・実習しやすい環境を整えるために事前の病棟内の説明や十分なカンファレンスを行う
- ・指導者間での対応を一律にする
- ・学生の知識や技術を知るために、学生が学んだ方法や内容を踏まえて指導し根拠を持って適切な方法を一緒に考える
- ・学生だった頃の気持ちを忘れない

また発表後の討論で学生は第一印象で病棟の印象を決めることが多く病棟の学生を受け入れようという雰囲気づくりが必要で、夢を持ってきている学生を支援するモデル、笑顔の素敵なスタッフになってほしいと意見が出ていました。

2. 守・破・離の考え方をういた実習指導

東京医療保健大学 医療保健学部学科長

看護師の仕事は何か？

看護はADLの介助注射だけではなく、『間隙手・コントローラー』である。「24時間ケアしながら、医師の説明の補充、患者の心配事を説明、家族との話し合い・相談、テレフォンメディシン・トリアージ、ケアギバー」をしている。患者に起こっていることを査定、見抜くことも看護師の能力である。看護学生には、原理原則を教えながらもっと違う方法があるのではないかと思案することを教え新しいことを考える力を付けさせて、看護はすごい仕事だと思わせることが大切で

ある。つなぐ教育をするために何が起きているのかを考え、優先順位を付ける力、どうすればいいのかを考えさせることで、「教えられる辛さ」ではなく、「わかる楽しさ」を自分で経験し結果を確かめできたという感覚を持たせ、学生もチームの一員・仲間という経験させることが大切だと述べられていました。

「守・破・離」を教え経験させる。

「守」とは指導者の方法を見習い自分のものにしていく。学生は、すべてを習得できたと感じるまでは指導通りの行動をする。

「破」とは指導者の教えを守るだけではなく、破る行為をする。自分独自に工夫して、指導者の教えになかった方法を試して学生なりの方法を発展する。

「離」とは最終段階では、学んだ内容を発展させ、標準看護計画を実施し、あわない・できない考えを（カンファレンス等で検討）工夫し新しい方法を見出す、このような過程を経験する環境を作ることが必要である。

臨地実習の極意は「考える型を持たせる」「学生の能力を引き出す力」「ワンパターン教育ではダメ（個性を見る）」「教える側と教えられる側が対等であるべき」で、看護は自分中心ではなく患者中心であることを経験させる。現象学的・エビデンスに基づいた教育、他者に何が起きているのかを知り、患者の心の思いはわからないで終わることもあることを知り、観察力を付けるように導いていく。一步一步着実に成長するために自分ではできるんだという感覚を味あわせることが、ちょっとした一步に繋がっていくという発表がありました。

3. まとめ

当病棟でも学生を受け入れようという雰囲気・風土造りが大切にしていきたいと思います。学生と指導者の連携を図り患者様への「安全で安心」な看護ができるようにする。“良い”指導者の姿は受け継がれるように、良い看護師モデル・あこがれの存在になれるように笑顔のすてきな看護師になれるよう日々看護ケア・自己啓発の姿勢を示していけるよう努力していきたいと思います。

放射線治療に関わる施設見学研修について

中央放射線科 畑 中 康 裕

平成 22 年 2 月 2 日、3 日の日程で王子総合病院（苫小牧市）と手稲溪仁会病院（札幌市）に、最新の放射線治療装置ならびに治療方法について、施設見学研修に派遣された。

平成 21 年 4 月より、当院は地域がん診療拠点病院に指定され、がん診療への地域貢献がますます求められる。

私が従事する放射線治療は、手術療法、化学療法とならぶ今日のがん治療における大きな柱となる治療方法である。

当院の放射線治療装置は、平成 8 年 2 月に、旧コバルト治療装置から医療用直線加速器（リニアック）に更新され、以来多くの患者さまの治療を行ってきた。

しかし、設置から 14 年を経過し機器本体の老朽化と科学技術の進歩による時代の要望に対応するため更新時期を模索する段階に入ったと考え、現在北海道で最新機器を購入した前述 2 施設への研修を行った。

2 施設ともリニアック本体に X 線透視と CT の撮影できる機器を搭載されたものであり、いわゆる画像誘導放射線治療（Image Guided Radiotherapy:IGRT）がルーチンで可能な最新機器である。

2 月 2 日に訪問した王子総合病院（以下 王子病院）は、平成 21 年 7 月稼働で、1 日平均 40 人以上の患者さまを治療している苫小牧地域のがん拠点病院である。

王子病院では、主に画像誘導放射線治療の方法について、研修させていただいた。

放射線治療用のメガボルト（MV）X 線を利用した画像と診断用のキロボルト（KV）X 線を利用した画像の双方を用いて、放射線治療の位置照合を行っていた。

当院では、X 線フィルムを使用して行う作業であるが、これらのシステムでは、すべてデジタル技術により、位置ずれもソフトウェア上で 0.1mm 単位で合わせることが可能となる。

時間的にも当院よりも早く照合作業を終えることができ、有用な方法であると思われた。

また、肺に対する呼吸同期放射線治療も行っており、その有用性や実務面での問題点を教えていただいた。

翌 2 月 3 日には、場所を手稲溪仁会病院（溪仁会病院）に移し研修を行った。

溪仁会病院では、放射線治療機器の始業前点検や、治療計画の品質管理について研修した。

始業前点検は当院も行っているが、最新式の治療装置では、確認すべき点検項目も多く、朝 1 時間ほど掛ける作業であった。

しかし、機器全体が、デジタル装置の固まりであるため、以外に効率よく行っていた印象を持った。

また、午後からは溪仁会病院で 1 月から始めた前立



王子総合病院 放射線治療室



手稲溪仁会 放射線治療操作室

腺に対する強度変調放射線治療(IMRT)を見学した。

IMRTを行うために必要な膨大な事前検証の説明を受け、実際の治療を目の当たりにしてみると、さらなる経験と研究の蓄積が必要であると思われた。

今回研修では、普段学会などの発表では得られない、

実際的な多くの経験ができ、大変貴重な機会を与えていただいた。今後の当院の放射線治療に対して、少しでも還元できるようにしていきたいと考える。

最後に、この場を借りて、研修を受け入れていただいた施設に感謝申し上げます。

第1種放射線取扱主任者講習への参加報告

中央放射線科 石澤 博

はじめに

平成22年2月15日から2月19日までの5日間、日本アイソトープ協会において第1種放射線取扱主任者資格講習を受講してきました。この講習は第1種放射線取扱主任者の資格を取得するために必要な法定講習であり、放射線安全管理等の講習、非密封放射性同位元素の安全取扱い、各種放射線測定実習などを行ってきたので報告します。

【第1種放射線取扱主任者について】

放射線取扱主任者免状は、文部科学大臣登録資格講習機関が行う第1種放射線取扱主任者試験に合格し、かつ資格講習を修了した者に対して交付される。放射線取扱主任者は、放射線障害の防止について監督を行い、放射線障害予防規定の整備や業務従事者への教育・訓練や安全管理などを行う。

【講義と実習内容について】

今回の講習には、全国各地から32名の参加がありました。講義の内容は、放射線安全取扱いの基本、各種放射性同位元素の安全取扱い、除染法や廃棄法について、各種放射線の測定法や線量評価、放射線発生装置の安全取扱いなど多岐にわたっており、充実した内

容でした。特に放射線測定における計算法や考え方などを再確認できたことや、放射線管理業務の具体例、事故が起こった際の対応などは非常に勉強になりました。また、5日間の講習のうち半分が実習であり、各種線量計の使用方法や校正方法、水中および空気中の放射性物質濃度の測定、表面汚染密度の測定などを行いました。これらの実習においても普段ではあまり携わることのない様々な線量計や測定器について学ぶことができ、とても貴重な経験でした。しかし、実習では非常に複雑な測定値の計算が山ほどあり、かつ難しい考察課題などもあり非常に苦労しました。また、毎日9:30から18:00程度までびっしりと講義や実習が行われ、昼休み中や実習終了後に実習レポートの整理を行わなければならない、ほとんど休み時間がない状態が続く非常に過酷な5日間でした。さらに、最終日には修了試験があり、気の休まらない日々が続きましたが、無事に参加者全員合格することができ、放射線取扱主任者資格を得ることができました。今後は今回の講習で学んだことを普段の業務に活かし、放射線取扱主任者に選任された際に、着実に業務をこなせるよう努力していきたいと考えています。

日機装透析装置保守管理技術研修に参加して

臨床器材科 田中義範

1. はじめに

今日、病院内では診療科を問わず、あらゆる場所で医療機器が使用されています。しかし、こうした医療機器の発展の裏で、医療機器に関連した事故が後を絶たないのが現状です。これに伴い、医療機器の保守管理に対する関心が高まり、その重要性が指摘されています。中でも人工透析装置・人工呼吸器・人工心肺装置を代表とする生命維持管理装置のトラブルは、直接患者様の命にかかわるため、日頃からのメンテナンスが極めて重要となります。ただし、不用意な点検・修理は逆に患者様の危険につながるため、適切なメンテナンス技術の習得が必要となります。このような背景を受け、今回人工透析装置の保守管理技術習得を目指し、日機装社より行われている「透析装置保守管理技術研修」に参加しましたので報告します。

2. 研修概要

研修は3月9日より3月12日までの4日間、日機装メディカル事業本部・工場のある静岡県牧之原市にて行われました。参加者は合計24名で、内訳は看護師2名、臨床工学技士20名、無資格者2名でした。

ここで、人工透析は、腎機能の低下した患者様に対して行われ、本来腎臓にて行われる体液量・電解質バランスの是正、終末代謝産物の排泄を、体外循環の技術を利用して人工的に代替する治療法です。実際には、患者血液をポンプより体外へ取り出し、ダイアライザ

と呼ばれる血液浄化器で血液と透析液を膜を介して接触させます。この操作により、浄化した血液を患者体内へ返すことで腎機能を代替するものです。

この治療では、患者様と直接つながり血液を浄化、透析中の安全を監視する患者監視装置をはじめ、透析液を作製する透析液作製装置、透析液を患者監視装置へ供給する透析液供給装置といった大掛かりな装置が連携して行われます。よって、メンテナンスにおいても十分な知識を必要とします。本研修では、患者監視装置と透析液供給装置の保守管理についての研修を受けました。

3. 研修内容と成果

研修内容を図1に示します。研修は前半2日間で透析液供給装置、後半2日間で患者監視装置の研修を受けました。研修は両者とも座学により機械の内部構造・動作原理の説明を受けた後、実機を用いた実習を行いました。

透析装置の内部は透析液の送排液用ポンプ、透析液の脱気ポンプ、除水ポンプなど、複数のポンプ類が収められ、さらにこれらをつなぐ配管、そして各種安全装置が複雑に入り組んでいます(図2)。これらは全てフローシートどおりに接続されています。装置のメンテナンスを的確に行うには、装置の構造と各部件の役割を理解することが必要です。研修前半の座学では、フローシートに従って、各部件の構造・役割を一つ一

多人数用透析液供給装置

1. 多人数用透析液供給装置仕様
2. 構造説明
配管部の各機能と部件の働き
各工程の動作と液の流れ
1. 分解組立実習：
水計量シリンダー、原液注入ポンプ等
1. 消耗部品交換後の調整と点検
2. 緊急時の対応
3. 保守管理の全般

透析用監視装置

8. 透析用監視装置仕様
9. 構造説明：配管部の各機能と部件の働き
各工程の動作と液の流れ
10. 分解組立実習：複式ポンプ、除水ポンプ、脱気ポンプ等
11. 消耗部品交換後の調整と点検
12. その他の調整
13. 安全機能(TMP自動追従について)
14. 電気的安全性試験
15. 保守管理の全般

図1 研修内容

つ学習していきます。ここで、装置内にどのような部品が組み込まれ、それぞれがどのように接続されるかを理解します。

次に、実習に移り、実機と先に得た知識と照らし合わせることでさらに理解を深めていく流れでした。実習ではさらに、構成装置の分解・組み立ても行い、このとき破損しやすい部品やその交換方法も学んでいきました。実際の臨床現場では学習のために機械を分解することは難しいため、非常に貴重な体験でした。

この他、各種安全装置の調整方法や部品交換後のテスト方法、そして緊急時における装置の操作方法も実機を用いて体験することができ、これから私自身が透析治療に携わるうえで必要となる多くの技術を得ることができました。

また、保守管理技術とは別に、本研修に参加したことで得ることができたものも多く、以下に述べます。

他施設のスタッフとの情報交換

本研修にはキャリアを問わず、多くの透析スタッフが参加しており、メンテナンス以外の内容についても多くの情報交換ができました。

メーカースタッフとの情報交換

研修では、メーカーの方々と参加者の距離感が非常に近く、休憩時間等においても多くの情報を交換することができました。機械を扱う私たちにとってメーカーサ

イドからの情報は貴重なものであり、有意義な時間を過ごすことができました。

4. おわりに

今回人工透析装置の保守管理技術習得を目指し、透析装置保守管理技術研修に参加しました。本研修で得た知識を生かし、当院の透析治療における安全を確保すべく働いていきたいと思えます。また、医療機器に関する事故では、医療機器の複雑化に伴う使用者側の操作ミスによるものも多く報告されており、装置の保守管理とともに、安全な操作方法の周知に対しても努めていきたいと考えます。

最後に、私の本研修への参加に対してご援助いただいた教育研修科の方々に心から感謝致します。



図2 透析装置内部

左：透析液供給装置，右：患者監視装置

平成21年度 院内感染対策講習会参加報告

薬剤科 沼野達行

2009年12月15・16日の2日間、東京都千代田区にある日本教育会館で行われた「平成21年度院内感染対策講習会」に参加の機会を与えられ受講してきたので報告する。

この講習会は、厚生労働省医政局政策医療課が企画し社団法人日本感染症学会の主催で毎年実施する講習会で実施要領には目的が次のように示されている。

目的：近年、MRSA、VREおよびノロウイルスをは

じめとした各種の病原体に起因する院内感染の発生や、医療技術の高度化による感染症に対する抵抗力が比較的低い患者の増加などから、医療機関においては、最新の科学的知見に基づいた適切な院内感染対策の実施が求められているところである。院内感染対策については、個々の医療従事者ごとに対策を行うのではなく医療機関全体として取り組むことが重要であることから、全ての職員に対する組織的な対応方針の支持や教

育等を行うことが重要である。

これらの状況を踏まえ

院内感染対策に関して、地域において指導的立場を担うことが期待される病院等の従事者を対象とした院内感染対策に関する講習会を実施すること。

の受講対象となる医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進を図ることを目的とした講習会を実施すること。

高度な医療を提供する特定医療機関と連携し、各医療機関の院内感染対策の推進および近隣医療機関への指導助言体制の充実を図ることを目的とした講習会を実施すること、

により、最新の科学的知見に基づいた適切な知識を伝達することで、わが国における院内感染対策をより一層推進することを目的とする。

受講対象者は、目的に記された については、院内感染に関し地域において指導的立場を担うことが期待される病院に勤務する医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師であって、院内感染対策について指導的立場を担う者。 では、地域の医療連携体制が求められる病院、診療所（有床、無床）、助産所等の医療提供施設に勤務する医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師。については、特定機能病院等において院内感染対策を実施する者。となっている。当院は地域の中核病院として上記の対象 に該当する。

今回参加した に該当する講習会は東日本の施設を対象に行われ、各地の病院病床数を基に医師 93 名、薬剤師 95 名、看護師 143 名、臨床検査技師 98 名と

職種毎に募集定員が定められている。

講習内容は表に示すように感染対策の基本となるような内容から新型インフルエンザ対策など最新の話題と多岐に渡る。とくに「医療機関における感染制御『洗浄・消毒・滅菌の基本と実際』などの講演内容は感染制御における ICC・ICT の重要性、標準予防策・感染経路別予防策の意義や方法、手指衛生の重要性、各種ワクチン接種の重要性などが強調され ICD 小西医師、ICN 桐看護師を中心に活動する当院の ICT 活動の的確性を再確認することができた。また、適切な院内感染対策を施すことは患者およびわれわれ医療従事者を感染症から守るといった医療安全の観点から重要なことでは当然であり、院内感染の発生による入院期間の延長やその治療に伴う薬剤費の増加など医療経済の観点からも重要であることも再認識することができた有意義な講習会だった。しかし、両日ともスケジュールの最後にパネルディスカッションが設けられ受講者の質問に答えるプログラムとなっていたものの、それ以外は全て講義形式で一方通行の情報伝達といった感が否めなかった。感染制御という一つの目標を持った同じような性質の医療機関に勤務する四つの職種が集まった機会でもあり、会場の問題などはあろうかと思うがグループディスカッションなど参加者同士の情報交換を行えるプログラムがあればより効果的な講習会になったと思う。

最後に、今回の研修の機会を北海道病院薬剤師会推薦として与えてくださった、北海道病院薬剤師会会長（札幌医科大学教授）宮本篤先生に感謝申し上げます。

講 義 内 容	講 師
院内感染関連微生物	館田 一博（東邦大学医学部微生物・感染症学）
医療機関における感染制御	岩田 敏（国立病院機構東京医療センター小児科）
院内感染対策のシステム化・連携	小野寺昭一（東京慈恵会医科大学感染制御部）
新型インフルエンザ対策	川名 明彦（防衛医科大学校感染症科）
血液媒介感染対策	岡 慎一（国立病院機構東京医療センター エイズ治療・研究開発センター）
周術期感染対策	大久保 憲（東京医療保健大学大学院感染制御学）
医療器材関連感染	菅原えりさ（日本赤十字医療センター）
洗浄・消毒・滅菌の基本と実際	白石 正（山形大学医学部附属病院薬剤部）
呼吸器感染対策	松本 哲哉（東京医科大学微生物学講座）
院内・施設内感染関連法令	清 哲朗（厚生労働省医政局指導課）
抗菌薬の適正使用 （薬剤の選択と投与計画）	砂原 康（NTT東日本関東病院）
院内感染対策に関連する環境整備	大友 陽子（東京女子医科大学感染対策部）
高齢者介護施設における感染制御	辻 明良（東邦大学）

医局抄読会記録(21年度)

薬剤過敏症症候群の1例

症例は60歳台女性，高血圧，肺気腫にて近医通院中。膀胱炎に対して，ミノマイシンを2009年5月1日から服用し，5日に全身紅色皮疹出現。他院皮膚科を受診するも改善なく，18日当院皮膚科紹介。外来治療にて改善せず25日入院。右脚ブロックの出現，心嚢液貯留があり，26日当科受診し心筋炎が疑われた。28日から β -gl開始。29日午前9時10分，突然の心室細動(VF)を起こし，CPR開始。CCU収容し，人工呼吸器，PCPS，IABP装着，ステロイド治療開始。VFを繰り返したが，徐々に安定。6月4日に冠動脈造影施行と右鎖骨下静脈より，S-Gカテ挿入。7日にPCPS抜去。10日にIABP抜去。16日に抜管。HHV-6陽性の典型DIHSの確定診断を得た。本症例は，ヘルペスウイルス科の各種ウイルス陽性であり，病態の重症化に關与した可能性も考えられ，DIHSに伴う心筋炎は稀な病態であり救命できた症例を経験したので報告する。(内科 山田 豊)

アスピリンと消化管障害(小腸病変を中心に)

心・血管疾患イベントに対するアスピリンの予防効果が証明され，近年その使用頻度が急増している。一方，薬剤による消化管障害はカプセル内視鏡(CE)やダブルバルーン・シングルバルーン小腸内視鏡(DBE，SBE)といった小腸検査の新しいmodalityの普及により，特に小腸出血のリスクについての報告が増加している。われわれは当科で経験した下血症例から，小腸出血，特に薬剤に起因する出血について臨床的検討を行った。2004年1月から2009年12月まで当科で経験した下血症例726例のうち，小腸出血は31例(6.7%)であった。この31例の内訳は男女比22:9，発症年齢は平均60.2歳であった。このうち薬剤に起因するものが20例(64.5%)を占め，20例中13例が腸溶解型低用量アスピリン(バイアスピリン)を服用していた。薬剤性の小腸出血20例の検討では症状はショックを呈したものが3例あり，9例に輸血を必要とした。治療は15例は保存的に止血されたが，4例は内視鏡的止血を必要とし，1例は外科的切除となった。13例のバイアスピリンによる小腸

出血例の経過では止血後7例に同薬が再開されたが，そのうち5例が再出血を来した。20例の基礎疾患は心血管系疾患が70%を占めた。

症状や上下部内視鏡検査で小腸出血を疑った場合，CEによる診断や，DBE，SBEによる診断治療を検討するが，その過程において常に原因として薬剤の存在を念頭に置くことが重要である。薬剤性小腸粘膜障害の予防薬としては，ミソプロストール(サイトテック)やレバパミド(ムコスタ)がその効果を検討されているが，いまだ予防効果を証明された薬剤はない。

バイアスピリンは近年使用頻度が急増しており，今後ますます小腸出血の原因薬剤として注意が必要である。(内科 菊地 陽子)

内臓脂肪測定CTを用いた肥満2型糖尿病患者の検討
当院に通院する2型糖尿病患者で肥満(BMI25以上)を有する29例に内臓脂肪測定CTを施行し検討した。CTはPhilips社のBrilliance64，使用ワークステーションはAZE社のVirtual Place Serverの体脂肪測定ソフトウェアfat analysisで，臍周囲3スライスをscanすることで測定した。BMIの平均は 29.2 ± 3.3 で，そのうち腹部肥満の割合は25例/29例(86.2%)であった。しかし実際に測定してみると，9例/25例(36%)で内臓脂肪面積が 100 cm^2 以下であった。9例の内訳は男性4例，女性5例であった。原因として皮下脂肪型肥満が多数含まれていることが原因であった。(内科 外川 征史)

アイソトープ標識抗体治療薬(ゼヴァリン)による悪性リンパ腫の治療

悪性リンパ腫はリンパ球由来の悪性腫瘍で，病理組織型によって大きく予後や治療方針が異なる。ホジキンリンパ腫，非ホジキンリンパ腫に大別され，発生数は世界的に増加傾向となっている。

非ホジキンリンパ腫は悪性リンパ腫全体の80%程度を占め，その中でも最も多い病理組織型はびまん性大細胞型リンパ腫であり，濾胞性リンパ腫が次に続く。通常びまん性大細胞型リンパ腫へはR-CHOPなどの多剤併用化学療法を行い，予後因子によって50~90%

の5年生存率が見込めている。濾胞性リンパ腫の生存期間は、10年生存率で70%前後と比較的長期の生存が見込めるが、化学療法を行っても治癒を得ることは困難で年数を経る毎に生存期間は下降傾向を示している。

アイソトープ標識抗体治療薬であるゼヴァリンは、再発・難治性の濾胞性リンパ腫などの低悪性度リンパ腫やマントル細胞リンパ腫に対して2008年に薬価収載された。CD20抗原に対するモノクローナル抗体であるイブリツモマブとキレート剤を結合させた修飾抗体であるイブリツモマブ チウキセタンに 線を放出する放射性同位元素であるイットリウムで標識することにより、CD20抗原を発現した腫瘍細胞に対して選択的に放射線照射を行う。従来の抗体療法と異なり、抗体が結合した細胞のみならず隣接する他の細胞にも放射線を照射することができるため、血管に乏しい腫瘍や付近の腫瘍細胞に治療効果を得ることができる。

実際に奏効率や奏効持続期間は通常の抗体療法であるリツキサンと比較して優れた成績を得ており、治療の適格条件も、腫瘍の骨髄浸潤が軽度かつ骨髄機能が保たれていれば多くの場合安全に投与でき、高齢者にも投与可能な薬剤である。主な副作用は骨髄抑制で、通常の化学療法よりも遅い2ヵ月ほど経過したところにピークとなる。

現時点で当院では4症例に対して投与を行っており、今後も治療件数を増やしていく予定である。

(内科 竹村 龍)

透析治療中に侵襲性肺アスペルギルス症と硬膜外膿瘍を合併した1例

症例、透析中の48歳男性。左上葉の結節影で入院予約中、両下肢脱力で緊急入院。胸椎MRI上硬膜外膿瘍が疑われた。肺病変より培養でアスペルギルスが検出され、侵襲性肺アスペルギルス症と診断した。肺真菌薬投与したところ、肺病変と硬膜外膿瘍の改善が得られた。長期透析患者で、侵襲性肺アスペルギルス症に硬膜外膿瘍を合併し、急速に下肢麻痺の進行を認めしたが、早期に治療を開始することで麻痺を残さず退院することができた症例を経験したので報告した。

(内科 谷野 洋子)

鼠径ヘルニア手術症例の検討

前回の報告では平成9年よりMeshを用いた修復

術を導入、平成15年は成人例の90%がMesh使用、Plug・PHS・Kugel・TAPP(腹腔鏡下手術)が並立、平成15年はPHSが主流、鼠径管を破壊しないKugelが増えると予測、両側例や再発例にはTAPPが有効と推測していた。

今回2004年4月1日～2009年10月31日に当院外科で手術され、術後に鼠径および大腿ヘルニアと診断された447症例(478病変)について検討した。

検討項目は男女比、年齢分布、左右別、ヘルニア分類頻度、併存症、同時施行手術、術式での比較、常勤医と研修医での手術時間の比較、SSIサーベイランス、在院日数、再発例、再手術例に対する手術等であった。

メッシュ使用例が約76.3%、非使用例が24.3%で、腹腔鏡下の症例は18.5%であった。メッシュの内訳は3D patch、PHS、Direct Kugelが多く、Plugの症例は少数であった。遅発性のメッシュの感染例を1例認めたが、SSIの発生はサーベイランス開始後は認めていない。

再発症例は手術症例全体の約5%であった。再発症例への術式はTAPPが過半数を占めた。

再手術例は感染、イレウス、血腫合併の3例であった

(外科 桑谷 俊彦)

DVT(深部静脈血栓症)について

DVT(深部静脈血栓症)は血栓による静脈閉塞により下肢の腫脹、発赤といった症状を呈するが、最も大きな合併症としてPTE肺血栓塞栓症がある。PTEは突然死となるケースも多くその予防が重要となってくる。過去日本においてはPTEによる死亡報告は非常に少なくDVT・PTEに対する認識が薄かったが、臨床診断率の向上や食生活の欧米化などに伴いPTE発症例が考えられていた数よりも多かったことから、2004年日本人でのデータを基にガイドラインが制定され「肺血栓塞栓症予防管理料」として診療報酬が加算された。当科での最近3年間におけるDVT急性発症・増悪による総入院数は15例、IVCフィルター留置が9例、ワーファリン導入例が9例となっている。2004年のガイドライン制定を受けての今後の動向、ならびに当科での治療方針に関して検討・報告する。

(胸部外科 加藤 伸康)

ステロイド鼓室内注入療法

～突発性難聴に対する新たな治療法の可能性～

当科ではこれまで突発性難聴を代表とする急性感音難聴に対し、主にステロイドホルモン全身療法（内服または点滴注射）を施行してきた。近年その有効性が示されつつある「ステロイド鼓室内注入療法」であるが、当科ではステロイド全身療法後に難聴・耳鳴が残存する症例に対し、サルベージ療法として同注入療法を施行した。同注入療法の詳細および当科で同療法を施行した8症例を検討した。

（耳鼻咽喉科 山本 潤）

新型インフルエンザ入院症例の検討

新型インフルエンザの世界的な流行に伴って、旭川市内でも新型インフルエンザの大規模な流行を経験した。この流行期間中（2009年8月～12月）に、当科に入院したインフルエンザ症例52例に関して検討した。

入院症例では、肺炎を24/52例、低酸素血症を23/52例で認め、例年の季節性インフルエンザ症例（肺炎6/72例、8%、低酸素血症0/72例、0%）との大きな違いがあった。また、SpO₂ 89%以下が13/23例（57%）であり、低酸素血症の程度も重かった。呼吸障害・低酸素血症は、15/23例（63%）で発熱後12時間までに出現しており、発症後早期に、呼吸障害が進行する例が多かった。人工呼吸管理例はなく、酸素投与期間平均3.5日、入院期間平均4.5日と、回復はすみやかであった。

迅速検査は、全体での陽性率72.6%（37/51）、12時間以内に施行した場合は陽性率59.1%（13/22）で感度に問題があり、特に早期診断に有用とはいえない結果であった。PCRは診断に有用であった。

（小児科 中嶋 雅秀）

最近の泌尿器科領域における鏡視下手術

（泌尿器科 福澤 信之）

HPV ワクチン

子宮頸癌は癌の中でも比較的若年女性に好発し、妊娠機能の維持、予後に大きくかわる。

ヒトパピローマウイルス（HPV）が子宮頸部の異型性を引き起こす原因として考えられているが、HPVは極めてありふれた感染症で、全女性のうち8割が性交渉などを通じて一生に一度は感染すると言われてい

る。一部の女性がHPVを排除できず、持続感染状態となり、やがて子宮頸部異型性につながる。この点が

ら近年、HPV感染予防目的にワクチンの開発が始まった。海外で良好な成績が次々に報告され2009年10月、日本でもようやく承認された。

（産婦人科 澁谷千英子）

妄想状態を呈した甲状腺機能亢進症の1例

（精神神経科 松尾 徳大）

当院におけるNPPVについて

NPPVとは、Non-Invasive Positive Pressure Ventilation（非侵襲的陽圧換気）の略で、鼻マスクやフェイスマスクを用いて陽圧換気を行うことをいいます。従来の酸素マスクと気管挿管の中間的な換気ということになります。利点として、気管挿管なしに呼吸補助が可能であり、酸素化が改善する、意識を保ち、会話や食事が可能、などがあります。当院には、BiPAP Vision というNPPVを行うことができる専用機があります。専用のフェイスマスクを装着し、呼吸を補助します。呼吸モードとしてはCPAP、S/T、PAVの3つがあり、気管挿管時の人工呼吸器と同様に患者さんにあわせて設定します。ICUでは2009年度16件使用しており、内訳は抜管後呼吸不全患者5例、肺炎7例、その他4例となっております。論文などの報告では、急性心原性肺水腫やCOPD急性増悪患者などで有用とされており、これから需要がますます増加していくものと考えられる呼吸管理方法です。実際に有用であった症例を提示しながら、当院におけるNPPVについて報告したいと思います。

（麻酔科 山岸 昭夫）

先天性鼻涙管閉塞症の治療

先天性鼻涙管閉塞症は、新生児の6から20%にみられるとされています。ほとんどが片眼に見つかり、涙が多く目脂が多いとのことで、小児科から紹介されたり、そのまま眼科に初診される方もいます。治療方法は、6ヵ月間のうちは、涙嚢マッサージと抗生剤の点眼を行います。半数の患者さんはこの治療で改善します。改善しない場合は、三宅のブジーを用いて、プロービングを行います。プロービングの実際のビデオを3つ供覧します。

はじめに涙嚢を洗浄し、涙点拡張針をもちいてブジーが入りやすいように涙点を広げます。次に涙点からブジーを挿入し、先端が涙嚢鼻側の骨にあたるのを確

認します。そしてここを支点にしてブジーを立てて鼻涙管にブジーを挿入します。ビデオでは、下鼻道にブジーが穿破することがわかります。その後生理食塩水で通過を確認できます。1回のプロービングで95%の患者さんが治癒します。1回のプロービングで治癒しない場合は1月ほどおいて2回目のプロービングを行います。ほとんどの患者さんがこれで治癒しますが、もし治癒しない場合は、鼻涙管にシリコン製のチューブを挿入することもあります。

当院の1年間の症例は毎年約10例程度です。無治療で紹介された患者さんは、生後6月前後までは点眼とマッサージで経過を見ますが、1度ブジーを行ってから紹介される方もいます。（眼科 菅野 晴美）

皮膚結核

皮膚結核は真正皮膚結核と結核疹に大別される。前者は皮膚病巣で結核菌が増殖しており病変からの結核菌分離培養が比較的容易である。代表的な臨床型に尋常性狼瘡、皮膚腺病などがある。後者は、結核に免疫を有する状態において結核菌またはその代謝物により皮膚アレルギー性病変をきたしたものであり、バザン硬結性紅斑などが含まれる。肺などの臓器あるいはリンパ節で結核菌が非活性化した状態で潜伏し、そこから血行性に菌あるいは菌由来抗原が撒布されたと考えられる。病変からの結核菌分離培養は略不可能だが、PCRで結核菌DNAの証明は可能である。

今回われわれは、2003年から2009年までに旭川厚生病院と市立旭川病院で経験した皮膚結核の5例を報告する。症例1;52歳,女性。左鎖骨上部の皮膚腺病。症例2;69歳,女性。鼻尖部の尋常性狼瘡。症例3;71歳,女性。下顎部の皮膚腺病。症例4;75歳,男性。左こめかみ部と右大腿後面の尋常性狼瘡の併発例。症例5;54歳,男性。左大腿と右下腿のバザン硬結性紅斑。症例1,3,4で結核菌培養が陽性。PCRは症例1のみで陽性であった。症例2は培養およびPCRも陰性であったが、ツベルクリン反応陽性で病理組織学的に類上皮細胞肉芽腫を認め、抗結核薬内服で治癒した。胸部レントゲン写真は症例4で陳旧性肺結核が疑われる所見を認めたが、他症例では異常を認めなかった。胸部CTにおいて症例1は左鎖骨上、副神経領域リンパ節の腫脹、症例3は両側顎下、両側上内神経、頤下リンパ節の腫脹、症例5は右肺門リンパ節の石灰化を認めた。全症例が抗結核薬の内服による治療に反応し

た。

本邦の全結核患者は減少傾向にあるが、皮膚結核は年間100例前後で推移し、高齢者の割合が増加している。皮膚結核は高齢者にみられる皮膚病変の鑑別疾患として益々重要となっていくものと考えられる。

（皮膚科 坂井 博之）

腸骨動脈領域の出血性疾患に対するマニアな緊急対処法

腹部大動脈瘤に対するステントグラフト治療が本邦では2007年4月より薬事承認され、ようやく数社の製品が使用可能となった。しかしながら、腸骨動脈を含めた末梢動脈領域に単独で使用できるステントグラフトは未だ薬事承認された製品はない¹⁾。真性および仮性動脈瘤、医原性動脈穿孔など緊急症例を含め末梢血管領域に関して現在はoff label useとなるが胆管領域で認可されたcovered stentあるいはhome made covered stentを使用することとなる。

腹部動脈瘤に対して薬事承認されたステントグラフトの腸骨動脈レッグはZenithでは直径8~24mm,長さ37~122mm,デリバリーシースは14~16Fr,Excluderでは直径12~14.5mm,長さ70~140mm,デリバリーシースは12Frである。血管内留置が認められたdeviceであるが、あくまでbifurcated aorto-biiliac repairとしてセットで用いるdeviceであり、単独のdeviceとしての使用は認められていない。

胆管用のcovered stentとして認可されたdeviceとして、以前は血管用として使用可能なカバー素材を用いたPASSAGER,NT stentがあったが製造中止となった。現在、PTFEをカバー素材として用いたもの(NiTi-S,Gorestent)もあるが血管内留置可能な材質として情報公開されたものではなく、その点で使用可能なdeviceは現在はない。冠動脈用にはJOSTENT GraftMasterがあるが直径3~5mm,長さ9~26mm,で、冠動脈穿孔以外に保険適応はない。

home made stent graftとしては,Z stentをbaseにUBE woven graftなどを被覆して作成するが、この場合、デリバリーシースも16Fr,全行程を滅菌下で作成しても2~3時間を要し、緊急時には適さない。ePTFE製の人工血管であるIMPRAと末梢血管用の各種bare stentを用いたhome made stent graft^{2,3)}は径、長さも調整可能、デリバリーシースも9~12Frと、経皮的挿入が可能で緊急時にも対応することができ、

あくまで十分なICのもとでの off label use となるが、製品として使用可能な device がない現状では、血管系 IVR を行う IVRist が習得すべき非常に有用な手段である。その作成方法、留置手技、留意点などについても解説する。

【文献】

- 1) 加藤雅明:ステントグラフト内挿術の適応と将来. Cardiac Practice 2008 ; 19 : 289-298.
- 2) Akira Sano , Yasumasa Kuroda , Yoshinobu Akasaka , et al : Percutaneous endovascular exclusion of isolated iliac artery aneurysm with an ePTFE-covered stent-graft : A report of three cases.TenriMedical Bulletin 1999 ; 2 : 86-95.
- 3) Noriyuki Kato , Daniel Y. Sze , Charles P.Semba , et al:Custam-made Stent-Graft of Polytetrafluoroethylene-covered Wallstents : Technique and Application. JVIR 1999 ; 10 : 9-16.

(放射線科 花輪 真)

顔面部に発症したガス壊疽の1例

ガス壊疽とは急速に進行する軟部組織感染症で、ガス産生菌により引き起こされる。早急に適切な治療がなされなければ、致死的な経過をたどる予後不良な疾患である。今回、乳癌末期という易感染性の状態を背景に顔面部に発症したガス壊疽を経験したので報告する。

【患者】61歳女性

【初診日】2009年11月11日

【既往歴】乳癌 (stage) 多発骨転移に対して、2008年5月よりゾレドロン酸 4mg (1回 /4週) を投与

【現病歴】4日前より右頬部の腫脹を自覚し、徐々に増大傾向を認めたため、開業医院を受診したところ、当科紹介され来院した。

【初診時所見】右の側頭部から顎下部にかけて著しい腫脹を認め、側頭皮下に握雪感を触知した。また開口障害を認め、右上第2大臼歯歯肉部に軽度の炎症を認めた。血液検査では、WBC18200、CRP40.2の高度炎症所見を示した。

【画像所見】CTにて右の顎下隙から翼突下顎隙、側頭下窩を経て側頭部に至る炎症の波及と連続した広範囲なガス像を認めた。

【臨床診断】顔面部ガス壊疽

【経過】直ちに口腔内より切開を加え、腐敗臭を伴

う膿汁を多量に排出させドレーンを留置し、原因として疑われた右上第2大臼歯を抜歯した。抗生剤はCLDMとMEPMの併用投与を開始し、徹底した開創部の洗浄とデブリードメントを繰り返し行った。膿汁の細菌培養から、非クロストリジウム感染と診断された。その後、顔面の腫脹は徐々に消退し、血液検査においてWBC5300、CRP3.43まで改善を認めた。入院12日目に、ほぼ消炎したため、某総合病院に乳癌加療のため転院した。

【考察】発症の原因として、歯性感染を疑ったが、抜歯した右上第2大臼歯は炎症を引き起こすような悪い状態の歯ではなかった。乳癌の多発骨転移に対して、投与されているゾレドロン酸が骨髄炎を引き起こし、炎症が拡大した可能性も考えられた。

(歯科口腔外科 谷 和俊)

チーム緩和から学んだこと

がん対策基本法案の成立により全国にがん拠点病院が整備されることとなり、当院も拠点病院の認可を目指すために2008年8月より緩和ケアチーム設立の準備を開始した。当院においては、従来旭川緩和医療研究会に福原、松本が幹事として参加し症例検討会、講演会など開催していたが、今回は福原が中心となり11月に緩和ケアチーム(PCT)を発足させた。初期チームとしては、コアメンバー:福原、永草、寺田と、協力者メンバー:原岡、一宮、川島、垂石、沼田、小川を設定した。2009年3月に「緩和ケア研修会 in 富良野」に参加し、実働を開始した。6月には福原が「緩和ケア指導者講習会」を修了した。

2009年3月～12月までに延べ患者20人の相談を受けた。死亡退院は14人、自宅退院は4人(5回)あった。退院者のフォローは在宅支援診療所で1人、当院外来で3人だった。麻酔科とコラボレーションした患者が2人、精神科とのコラボレーションは3人だった。原疾患の内訳は、胃4名、食道2名、大腸3名、膵3名、胆管1名、乳房1名、咽頭1名、舌1名、尿管1名、腎1名、卵巣1名、ATL1名と各科にまたがっていた。相談の理由は、疼痛コントロール不良、フェンタニルパッチ耐性、オピオイド量不足、アロデニニア、オピオイド副作用、呼吸困難、精神的不安、イレウス、アカシジアなどであった。緩和ケアチームはそのほか、緩和ケア講習会(12回)、定期リンクナーズ会議、緩和ケア研修会(2009年10月17、18日)

などを主催した。

この1年間でいくつか気付いたことや学習したことがあった。0.5ml/hの持続皮下注は簡便、負担少なく、持続点滴とほぼ同等の効果を示した。PCA付インフューザー（ポータブル）は在宅療養への移行に欠かせないツールである。つつい制吐剤をDo処方しているとアカシジア（錐体外路副作用）をおこしやすい（プリンペランやナウゼリンを併用している場合にはとくに注意）。制吐剤の内服不能の場合、ジブレキササイデイス（口腔内崩壊型）やノパミンの点滴など有用であった。ミソプロストール（サイトテック）の副作用を逆に利用して便通をよくできる可能性がある。フェンタニルパッチの半減期は $T_{1/2}=17$ 時間で剥がしてもすぐには血中濃度が高いので他のオピオイドにローテーションする際には注意が必要（呼吸抑制をきたした例あり）。オピオイドの量が多い場合は分割ローテーションが必要ですので是非PCTに相談してください。終末期の輸液は浮腫と気道分泌物量を考えてなるべく減量する。鎮静：モルヒネを鎮静に使うような誤解がみられます。モルヒネの目的は鎮痛！鎮静は、間歇的鎮静（ロヒプノール、ドルミカム）持続的鎮静（ドルミカム+ケタラル）などを用いるのがよいでしょう。主治医との意見交換が十分でない場合があったと反省している。兼任での業務には限界があり、緩和ケア専従医師の確保が必要であり、緩和ケア病棟についても検討していかなければならない。

以上のように、PCTは第一に患者、第二に主治医を大事に考えながら苦痛除去のお手伝いをしていきたいと考えていますのでよろしくご利用ください。

（緩和科 福原 敬）

抗MRSA薬の適正使用に向けて

当院の抗MRSA薬の使用状況を、2008～2009年の2年間について検討した。

【TDM（薬物血中濃度モニタリング）】

TDMの実施回数は2008年が90回、2009年が115回と、増加傾向が見られた。

血中濃度を測りながら抗MRSA薬を使用していたのは（TDM実施率）、46%とまだ少なかった。TDMの実施時期については、76%が投与開始3日前後の適切な時期に行われていた。薬剤別のTDM測定結果を見ると、トラフ値が至適範囲であったのは、TEIC75%、ABK54%、VCM52%であった。

【抗MRSA薬の使用状況】

抗MRSA薬の年間消費量（単位はvial数）は全注射剤の5～6%を占め、年間薬剤費は同じく15～23%を占めた。抗MRSA薬は他の抗生剤よりも明らかに高価であった。抗MRSA薬の1日当たりの標準的薬剤費は、おおよそABK6,600円、VCM7,800円、TEIC14,800円、LZD35,700円であった。

【結論】

- ・抗MRSA薬を使用する場合には、腎機能を評価した上で初期投与量を考え、3日目の血中濃度測定により投与方法の再評価をする、という基本が大切である。
- ・LZDは使用すれば確実に赤字になる薬剤なので、第1選択の薬剤ではない（例え腎機能が悪くても）。
- ・保菌を治療しないなど、適応に関する検討がさらに望まれる。（感染対策委員会 小西 貴幸）

看護研究発表会記録(21年度)

婦人科手術創に関する意識調査

～創部の充実したケアを目指して～

東3階 小檜山 睦, 針谷 祐佳, 尾崎久美子
酒井紀予子, 荒明 弘恵

【はじめに】婦人科手術で手術創痕ができるものには、大きく分けて開腹手術と腹腔鏡下手術がある。当科では美容面を含めた患者のQOLへの配慮として、手術創にステリーテープを貼用し、創痕を目立たなくするケアを行っている。退院時には、ステリーテープの使用方法についてのパンフレットを使用し説明を行ってきた。今回、当科で手術を受けた患者は、手術創に対してどのような理解や思いがあるのかを明確にし、創部のケアを充実させたいと考え調査することにした。

【研究方法】

・質問紙調査 自己式調査

退院が決定した時点で、アンケート用紙を配布し調査を行った。

・調査期間：平成21年6月1日～7月31日

・調査対象：東3階病棟に入院中で、婦人科領域の開腹手術か内視鏡的腹腔鏡下手術を受けた患者のうち、協力の同意を得られた32名。

【結果】

・創に関心がある人は57%、少しある人は34%、ない人は9%

・絶対創がきれいになりたい人は3%、できるだけきれいな創になりたい人は69%、病気が治るなら目立ってもよい人は25%

・創の管理について関心のある人は81%、関心がない人は3%、どちらでもない人は3%

・ステリーテープを使用したいと思っている人は91%、いいえと答えた人は0%、どちらでもない人は9%

・手術前からステリーテープの情報を必要としている人は47%、必要でないと答えた人は19%、どちらでもない人は31%

・創を見て良いイメージを持った人は50%、悪いイメージを持った人は9%、創を見ていない人は28%、創を見たくない人は13%

【結論】

手術内容だけではなく創に対する説明も必要である。ステリーテープを使用した創の管理の説明は今後も続けていく必要がある。

ステリーテープの情報提供は、外来と連携し手術前に行い、具体的な説明は創への関心が高まる術後に行うのが効果的と思われる。

創の管理の説明は、患者の精神面を配慮していく必要がある。

小児の転落防止に関する検討と取り組み

西3階 金森 久枝, 五十嵐由佳, 渡部 里美
住本 誠一, 尾崎 由悦

【はじめに】当小児科病棟は、今年に入り家族の付き添い中にベッドからの転落事例が4件発生した。再発防止に向け小児の転倒転落予防策の見直しを行ったので報告する。

【研究方法】既存の転倒転落予防計画用紙に小児へ活用できる内容を追加し、付き添い家族へアンケートを実施した。また、他4病院への転倒転落防止アンケート調査を実施した。

【結果・考察】既存の転倒転落アセスメントスコアシートでは、乳幼児の転倒転落危険度は必ずになり、児の年齢や発達などが考慮されていない。そこで、転倒転落予防計画用紙を新たに作成することで、スタッフの説明の統一を図るとともに、付き添い家族に対してもよりイメージ化しやすくなると考える。そして新・転倒転落予防計画用紙を作成・使用することで、小児の転落防止に対して有用であると考えた。

当病棟のサークルベッドの保有率は29%、他4病院は91%、43%、69%、88%となっている。今回転落事例の1件はサークルベッドを使用していたがベッド柵を使用していなかったこと、他3件はサークルベッドの空きがなく標準ベッドを使用し、かつベッド柵をあげていたにもかかわらず発生した。サークルベッドが使用できていれば、転落を防止できたと考えた。4台のサークルベッドで調整していくには限界があり、台数を増やすことが望まれる。付き添い家族のアンケート結果からも同様の意見が7件あった。また、小児科病床は3人部屋を使用している場合が多く、威圧感・

閉鎖感があり、荷物や輸液ポンプもあるため、移動時の転倒事故も増大する可能性がある。そのため、児の安全を確保するには、サークルベッドの増数と2人部屋への移行が望ましいと考える。

【結論】

- ・入院時に新・転倒転落予防計画用紙（小児用）を用いて、スタッフ間の説明を統一する。
- ・可能な限りベッドの選択を統一する。
- ・サークルベッドの台数を早急に増やす。
- ・実際の転落事例を説明し、危険箇所を付き添い家族に伝える。
- ・患児の回復期に再度説明し観察を強化する。患者参加型の計画を実践する。

服薬能力の判断基準の統一

～内服管理チェックリストを作成して

東4階 山原 淑江, 安瀬 真紀
菅原あゆみ, 橋内 幸子

【はじめに】薬物療法は医師の指示通りに確実に服用することが重要である。しかし、当病棟では内服自己管理をしている患者の服薬間違いが少なくない。その理由の一つとして、入院時の患者の服薬能力の判断に問題があるのではないかと考えた。そこで、患者の自己管理能力を適切かつ客観的に判断できるよう、内服管理チェックリストを作成したのでここに報告する。

【対象】平成21年6月3日から7月31日までに当病棟に入院した患者43名

【方法】看護師へのアンケート調査とIAレポートの分析を行い、内服管理チェックリストを作成した。使用後再度アンケート調査を行った。

【倫理的配慮】看護師へのアンケートは無記名方式で、研究以外には使用しないことを伝え、了承を得た。配薬方法の決定については、患者様に説明して同意を得た場合にのみ行った。

【結果】アンケート結果では服薬能力は「年齢」「薬の種類」「ADL」「既往歴」で判断する回答が多かった。また、IAレポート分析では年齢は70歳代以上が54%、新しい薬が処方されたときの服薬間違いが約14%あった。これらの結果を元に内服管理チェックリストを作成し、フローシート形式で看護師管理、完全自己管理、1日分を自己セットする一日トレーの3方法にした。使用後アンケートの結果、内服能力の判断基準は統一され、自己管理に関するIA件数はなか

った。

【考察】内服管理チェックリストは、アンケート結果から経験年数や個人差がある具体的な判断根拠等から基準を作成したことで、患者の服薬能力を客観的かつ具体的に項目化できたと考える。このため内服管理チェックリストは、判断基準の統一に有効であった。また、服薬能力と年齢は個人差があるため、年齢だけで完全に看護師管理にするのではなく、チェックリストのフローチャート中に一日トレーでの自己管理方法も選択枝に入れたことで、本人の意欲を損なわず安全に服薬できたと考える。

【結論】入院時の内服管理チェックリストの使用は服薬能力の判断基準の統一に有効であり、服薬間違い減少にもつながった。

退院後のフットケアの現状調査と看護介入した1症例

西4階 有澤比呂子, 河田 由紀
中塚 桂子, 岡田いづみ

【はじめに】当病棟における糖尿病教育入院カリキュラムでは、合併症による足病変の教育、フットケア指導が組み込まれている。しかし、指導を行っているにも関わらず皮膚科病棟に糖尿病性足病変で入院してくる患者が多い。退院後のフットケアを継続して行っているのだろうかという疑問が生じた。そこで、退院後どの程度足への関心をもち、日常生活を送っているのか調査した。

【研究方法】

対象期間：平成21年2月から4月

対象者：当院に通院中の糖尿病疾患患者20名（教育入院を経験したことがあり白癬などで皮膚科受診をしたことがある30代から80代の男性8人女性12人）

方法：質問形式でアンケート調査

【結果】毎日足を洗っている患者は35%、洗っていない患者は65%。日常生活におけるフットケアについて質問したところ、正しい爪の切り方を理解していた患者は94%、実践していた患者は30%。三大合併症のうち神経障害を答えられたのは全体の15%。白癬などで皮膚科を受診、あるいは継続して通院している患者は55%、通院していない患者は45%であった。足病変と糖尿病には関連があると答えた患者は80%、関連がないと答えた患者は20%であった。退院後は足への関心が低くなり、セルフケアの実践につながっていない。

【考察】今回のアンケート結果からセルフケアの優先順位においてフットケアの位置づけが低いと考える。また、患者の足病変に対する意識の低さや自覚症状が現れにくいことから退院後のフットケアの実践につながらず、蜂巣織炎などによって入院となる患者が多いと考えた。入院中より生活環境から患者個人の問題点をみつけ、退院後の生活に視点を向けた介入が必要である。統一したケアを行うために、看護師の知識やスキルの格差を埋め、今後は外来との継続看護が必要である。今回の考察をもとに指導を行った結果、明らかに行動変容が見られた患者がいた。今回の調査ではフットケアが十分に行われていない症例が多く見受けられ、個別的な継続看護の重要性を再認識した。

当院における看護職の職業性ストレスの分析

東 5階 西崎 千夏, 佐藤 由美
越江 真紀, 福本きよみ

【はじめに】当科では受け持ち制への体制変更や異動により、スタッフが少なからず身体的・精神的ストレスを抱えた状態である。生命の危機や死に直面することも少なくなく、ミスの許されない複雑な仕事と不規則な勤務など、ストレスフルな状況にある。今回ストレスマネジメントを考えるきっかけとして、当院における病棟勤務の看護師が感じているストレスや、ストレスの偏りについて分析する。

【方法】当院病棟勤務、日勤・夜勤に従事する正職看護師（H21年度新規採用者・師長は除く）229名に質問用紙を配布し回収する。結果（回答有効180名）を職業性ストレス簡易調査票簡易判定法に基づき得点化し、比較・分析する。

【結果・考察】当院では、対人関係・職場支援要チェックとなったものに心理・身体ストレスが認められる割合が高く、項目間に有意差が認められた。職場の支援・対人関係がストレスに影響していた。また仕事負担度において、年齢、既婚・未婚、経験年数に関わらず、各々の病棟が高い割合で仕事負担に対するストレスを抱えていた。しかし、仕事負担感を感じる割合が高いにも関わらず、心理・身体ストレスを感じる割合が低かった。当院としては対人関係、職場支援体制の早急な改善が必要な状態とは考えにくく、むしろ対人関係・職場支援が得られているため、仕事負担感が軽減されていると考える。しかし、心理ストレスで要チェックとなる割合がICUで高く、心身反応要チェックが2割、

抑うつ感を感じている者が全体の4割、疲労感を感じている者が5割以上を占めた。ネガティブな感情の持続が心身に影響を与え、バーンアウト等の心身症状をきたす者も多く、看護師が支援されていると感じられる職場環境は重要となる。

また、生活習慣とストレスの関連は休養・喫煙・欠食において有意差が認められ、規則正しい生活習慣を心がけることがストレス軽減につながるとわかった。

本研究で看護師自身の健康を維持するためには、自分の仕事に満足し、仕事や自分自身を肯定的に認識し、自身の力を発揮しながら働くことのできる職場環境・人間関係を整えることが必要であると考えられる。

患者様のためのわかりやすい退院指導

～パンフレットの見直しとビデオ作成～

西 5階 藤井真美子, 橋本 律子, 原田 恵美
森 由紀子, 中川 恵子

【はじめに】現在、当科では外来出向を行っているが、退院患者と関わっている中で、日常生活での注意点について理解されていないことがわかった。それは、従来の退院指導では、患者が知りたい内容が不足していたことと、スタッフ間の指導内容の統一性がなかったためであると考えた。高齢者の手術患者の増加に伴い、さらに手術後、家族のサポートが必要とされる患者が多くなっている。今回退院後の生活についてどのような疑問や不安を持っているのかを把握し、それをもとにパンフレットを作成した。また、わかりやすいように目で見てわかる映像での退院指導も必要であると考えた。そのため、パンフレットを見直し、新たにビデオも作成して、家族を含めた退院指導を実施した。その結果、退院後の生活がイメージでき、不安を軽減するために有効的であり、スタッフ間の認識の統一も図ることができたので、報告する。

【研究方法】

研究期間：平成21年3月～8月

対象：心臓大血管手術を受けた患者（16名実施）

方法： アンケート調査

パンフレットとビデオの作成

退院指導の実施

退院2週間後の電話の聞き取り調査

倫理的配慮（同意書）

【結果】

複数回答で仕事 53% 家事 26% 運動 33% 旅行 29%

内服 36% 通院 43% 傷 40% 食事 46% 入浴 26% その他 51%。

ビデオ視聴後，退院後の生活がイメージできた 94%，退院後の不安はないと答えたのは 100%。

退院後の聞き取り調査では，93% が役に立ち，満足していると回答があった。

【考察】パンフレットのみでなく，今回映像を取り入れた退院指導は，退院後の生活がイメージでき，不安の軽減につながる事が明らかとなった。また，患者，家族にとって関心もちやすく，日常生活を具体的にイメージすることにつながったと考える。さらに，スタッフ間においても統一した指導内容を認識し，実施することができた。今後，高齢化が進む中，家族やメディカルのサポートが重要となってくる。家族を含めた退院指導を充実させ，より一層地域医療連携室との情報交換を深め協力体制をとりサポートしたいと考える。

安心した入院生活を送るために

～入院オリエンテーションを見直して～

東 6 階 菱沼 弥生，野原佑実子，須貝 敦子
向井 啓子，森 倫子

【はじめに】すべての患者様は納得できるまで説明を受ける権利があり，安心した入院生活を送るために十分な入院オリエンテーションを行うことは必要不可欠である。入院オリエンテーション用紙の見直しを行い，看護師用手引きも作成しオリエンテーションの改善をはかった。改善後のアンケートから，有効なオリエンテーション用紙が作成されたと評価でき，スタッフの意識を高めることもできたのでここに報告する。

【研究目的】

入院オリエンテーション用紙の改善とオリエンテーションの手引きを作成する
より良いオリエンテーションのための今後の課題・改善方法を考察する

【研究方法】

1. 研究期間：平成 21 年 4 月 3 日～ 9 月 20 日
2. 調査対象・調査方法：東 6 階病棟入院患者様と看護師にアンケートを実施

【結果】

用紙を改善した結果，患者様から「わかりやすかった」との回答が多かった。
病棟地図を作成したが利用率は 34% と低かった。

患者様用オリエンテーション用紙に沿った手引きを作成し，新人指導にも活用した。

緊急入院などにより十分に説明できなかった患者様については，指示連絡簿にその旨を入力し不足部分のオリエンテーションも行われるようになってきた。

【考察】入院オリエンテーションは患者様が早期に入院生活に適應できるための第一歩であり統一したオリエンテーションは患者様の安心感につながる。その上で，より患者様に近づいたケアを行うために個性性は重要であり，今後の課題でもある。例え小さく，少数と思える訴えにも耳を傾け，問題点として捉えていくことの重要性を学んだ。問題点として捉えることができ初めて看護師全体の意識も変わる。私たちは，日々患者様と触れ合う中で患者様の訴えを見落とさないように努め，援助の中に活かしていく必要がある。

【結論】患者様は様々な不安を抱え入院してくる。患者様の言葉に耳を傾け，訴えを聞き流すことなく，問題点として捉えていくことの重要性。問題点として捉えることができ初めて看護師全体の意識が向上し，患者様本位のケアができる。

術後創処置方法の改善に向けての取り組み

～患者様と看護師の意識を通して～

西 6 階 羽柴 七重，宮下 絵理，松田 奈巳
工藤 清美，大西かおり

【はじめに】CDC ガイドラインによると，手術創は 48 時間で閉鎖するといわれており，その間は滅菌したドレッシング剤で被覆している。それ以降の創に対しては消毒やドレッシング剤の貼付は必要なく，早期のシャワー浴が可能となった。

当科でも平成 20 年 7 月以降，新しい創傷管理を行っている。そこで，創処置方法の改善に対する看護師の意識と，患者様の不安をどのように受け止めているか知りたいと考え，アンケートを行い意識調査を行った。

【研究方法】

対象：外科手術を受けた患者様 59 名

配属年数 2 年目以上の当科看護師 18 名

期間：平成 21 年 3 月 23 日から平成 21 年 6 月 30 日

データの収集：患者様・看護師へのアンケート調査

【結果】看護師アンケートでは業務の合理化が図れたと答えた人は 100% であり，清潔援助や廻診介助，衛生材料の使用が減ったと答えた人は 70% 以上であった。患者様アンケートでは新しい処置方法に対し，不

安がなかった人は約 80% であった。

【考察】創処置法の改善により、シャワー浴による創洗浄をする患者様が増えた。早期のシャワー浴により自力で清潔を保てるようになり、術後リハビリにもつながった。患者様は、不安なく新しい創処置を受け入れ、爽快感や満足感を得ることに繋がった。

看護師としては、創の観察が容易になり、異常の早期発見ができるようになった。また廻診時間が短縮されたため、医師との情報交換の時間が増え、さらに患者様とのコミュニケーションの時間や記録、その他の患者ケアに費やす時間が増えた。廻診時の苦痛の軽減により、本来その人が持っている回復力を促進することができ、リハビリや退院に向けてのケアが進めやすくなった。今後、また新しい取り組みを行う際、患者様は不安を抱くことが考えられる。看護師は患者様の気持ちを理解した上で十分な説明をし、不安軽減に努めるように関わる必要がある。

【結論】創処置の変化により、看護師の業務の合理化が図れた。患者様は、新しい創処置を受け入れ、早期のシャワー浴も行うことができた。不安のある患者様も、十分な説明や援助をすることで受け入れることができた。

家族と看護師アンケートから終末期看護を考える
塩酸モルヒネや鎮静剤使用から亡くなるまでの看護を振り返って

東 7 階 成瀬 愛美, 石坂 香織, 佐藤 麻美
近江谷律子, 佐藤 志織

【はじめに】当科入院患者は年間約 450 名のうち約 60 名が亡くなっている。死亡患者の主な疾患は、肺癌が約 5 割を占めている。私たちは終末期を迎える患者の看護を行っている中、患者や家族の気持ちをどれだけ理解しているか、家族にとって納得のいく最後が迎えられるのだろうかと常に疑問を抱きながら看護を行っている。今回、終末期の中でも塩酸モルヒネ・鎮静剤の使用開始から亡くなるまでの期間を対象に、家族の思いやスタッフの悩みを明らかにするためにアンケート調査を行った。その結果、鎮痛、鎮静剤についての検討と情報共有の重要性が明らかになったので報告する。

【方法】2007 年 1 月～2008 年 12 月までに当科病棟で死亡退院された患者の家族 101 名に対してアンケートを郵送。当科勤務の看護師 19 名にアンケートを行った。

【結果・考察】アンケート結果から薬剤未使用の 49% の家族が見ているのが辛かったという結果と看護師アンケートでも年齢・経験年数に関係なく、状況により薬剤使用の判断に迷いが多い結果がで、その内訳として患者・家族の希望がわからないときに 7 割以上の者がジレンマを感じていた。そこには患者・家族の思いや意向の情報が不十分であること、情報共有と検討されていないことが原因と考えられ、これらを解決するためにはスタッフ間の話し合いが必要と考える。医師の説明に対して患者・家族の受け止め方の違いを 63% の看護師が感じ、十分に病状を受け止めきれないと考えられる。また、患者の意向は 49% であり、さらに病名告知はされているが余命告知はされていない、どのような最後を迎えたいかという話し合いをするのは難しい状況と考える。患者の状態悪化時に家族がどのような意向を持たれているかを聴けているのは 52% に留まっていた。経験年数が 5 年未満の者が対応に悩んでいた結果からも個人での情報収集には限度があり、終末期の苦痛の軽減に対しての判断・決定に対して検討が必要である。今後は終末期カンファレンスを通して情報共有の場を増やし検討して看護していく必要があると考える。

体動コール適応基準の検討

～血液疾患患者の特性をふまえた適応基準の作成～

西 7 階 鈴木慎太郎, 上楽 千晴, 田上 恵子
作田 春枝, 大沼 茂子

【はじめに】当病棟での入院患者は 70 歳以上の高齢者が 50% 前後を占め、血液疾患や治療により貧血の進行、白血球の減少に伴う発熱があり転倒・転落しやすい状況である。過去の転倒・転落者の転倒状況や体動コール（以下ウーゴ）の使用状況の実態を明らかにし、当病棟独自のウーゴの適応基準を作成・使用し評価した。

【対象】転倒した患者 23 名 (H19/4/1～H21/3/31)、ウーゴ使用患者 23 名 (H20/8/29～H21/7/31)、ウーゴ適応基準作成後カンファレンスを実施した患者 13 名

【方法】過去の転倒・転落者の IA レポートから転倒・転落時の状況、ウーゴ装着者もウーゴ装着時の状況を把握し、さらに化学療法との関連性を調査し適応基準を作成した。

【結果】集計結果を基にウーゴ適応基準を作成し、運用方法を決めてカンファレンスで使用した。カンファ

レンズを実施した13名のうちウーゴを装着した患者は2名。そのうち、1名は転倒・転落することなく転院し、もう1名はウーゴの適応基準を基にカンファレンスを行った結果、ナースコールを押すようになりウーゴを外すことができた。また、夜勤帯で発熱・不明言動があった患者のカンファレンスを翌日行い、ウーゴを部屋に設置することになったが、発熱・不明言動が落ち着きウーゴを実際には使用しなかった患者が1名いた。

【考察】ウーゴ適応基準導入後、転倒転落のリスクのある患者を複数の看護師で把握することに繋がった。しかし、チェック項目を点数化しなかったため、どの項目が重要でどの項目にチェックがついたらウーゴを優先するのかが明確になっていない。また、適応基準を基に13名のカンファレンスを行ったが、これらの多くが化学療法後や不明言動の患者が対象となり発熱者が見落とされることが多かった。今後、運用方法を別紙に詳しく記載する等して運用方法を周知していく必要がある。

抑制最小化に向けて～抑制実体験を通して～

北第1 黒瀬 沙織，渡辺 文
千田 宏宣，井田あつ子

【はじめに】看護師の倫理規定では、「看護師は人間の生命を尊重し、また、人間としての尊厳および権利を尊重する」とある。看護の現場での倫理的課題の1つに抑制がある。抑制は患者様の生命と安全を守る反面、尊厳を奪う行為でもある。そこで当科医師と看護師が抑制をどう感じているか知るために抑制実体験と実体験前後の抑制に対する意識についてアンケート調査を行った。今後の課題と抑制最小化に向けた目標が明らかにされたため報告する。

【研究方法】

期間：平成21年6月～9月

方法：アンケート調査，抑制の実施

対象：看護師16名 医師6名 計22名

【研究目的】抑制を実体験することで、患者様の苦痛を理解し、抑制最小化に向けた課題とする。

【結果】

1. 全員が抑制は必要と回答した。
2. 抑制は安静が必要だからという理由が多かった。
3. 抑制に対して安心感があるは増加，安心感はあまりないも増加した。

4. 抑制を最小化するにはカンファレンスを行うが多かった。

5. 抑制に対しての意識は身体的苦痛が多かった。

【考察】1の質問で実体験前後に変化がなかったことから、全員が抑制を必要と感じて行っていることが示唆された。2の質問では、実体験前後とも患者様の安静が過半数を超えていることから、スタッフは、患者様に安静を重視することが示唆された。3の質問では、安心感と非安心感がともに増加傾向にあるのは、時間が限定された中で実体験した結果であるため、安心感という度合いは両極に分かれた。4の質問では、スタッフが抑制最小化に向け話し合う姿勢が最も強調され、カンファレンスを行い、情報の共有が最も重要であることが示唆された。5の質問では、スタッフと患者様との抑制に対する捉え方の違いを知り不安を軽減する関わりが必要であることが示唆された。

【結論】抑制を実体験することにより患者様の身体的・精神的苦痛などを理解した。また、抑制は最小化にしなければならぬと意識が高まった。

【おわりに】抑制を最小化するためには医師，看護師間で抑制に対して同一意識を持ちカンファレンスしていく必要がある。

長期入院患者様とその家族に対する退院支援を考える

北第2 佐藤 真美，井口 絵美，岩田 照枝
大関 典子，佐野 良子

【はじめに】病状は落ち着いているが退院後の生活の場の確保の難しさから、長期入院を余儀なくされていた患者様で、同じ疾患の母の入院を契機に、退院の可能性が出てきた患者様に対して退院支援を行っているため報告する。

【研究期間】2009年3月10日～9月5日

【研究方法】

北2病棟に入院している患者様とその家族に退院に対する意識確認

患者様，家族，医師，看護師の話し合いで外泊調整外泊を繰り返すことで生じる問題解決

他部門スタッフと情報の共有で社会資源の提供

【研究結果】患者様は確認行為が頻回で、そのためか夜間尿失禁することがある。母から受ける影響が大きく、入院後5年近く外泊は控えていた。母が入院したことで患者様，家族に退院希望を確認し、3月より1泊の外泊を開始した。途中父の体調不良や、母の病状

が不安定であり父から不安が表出された。家族の語ることに耳を傾ける時間を作ることで父自らスタッフに声を掛けてくるようになった。体力の低下が見られていたが、体操やレクリエーション等の参加で横になっていることが少なくなってきている。7月から3泊の外泊になったが頻回の確認行為は見られていない。退院後の社会資源は患者様、家族の希望の違いでなかなか決まらずにいたが、送迎付の支援センターを紹介し9月に父が見学に行く予定となる。

【考察】家族との情報の共有と提供そして意思確認、他部門スタッフと情報交換をすることで問題解決に繋がっている。現在、支援センター通所の働きかけをしている所で近日中に見学予定であるが、決定すれば父への負担の軽減に繋がると思われる。当病棟では、これまでの長期入院患者様に対して退院に向けての取り組みは不十分であった。長期入院患者様は病院という保護された環境の中で暮らし、管理された生活をしてきているため、社会性が低下し退院阻害要因が多くなるのが現状である。今後の課題は、入院患者様の症状が軽減すればできるだけ早く地域での生活を促し、個別性に合わせた援助を行うことで、退院支援に繋がれると考える。

抑制基準見直しへの取り組み

～抑制アセスメントスコアシートを使用して～

集中治療室 村上 路代, 本間香緒里
永田真衣子, 坪崎 春美

【はじめに】当ICUでは、急性期領域で患者の安全・保護の目的で抑制が行われることがある。ICU独自の抑制基準を作成していたが、抑制の開始解除基準がわかりづらく、個々の看護師の判断に任せられていた。そのため、今回抑制の判断基準に着目し、抑制についてICU看護師の意識調査を行い、抑制の判断基準として抑制アセスメントスコアシート(以下スコアシートとする)を作成した。そこで、今回作成したスコアシートが、抑制判断基準として有用であるかどうか検討したのでここに報告する。

【研究目的】抑制に対する看護師の意識調査を行い、スコアシートを使用することで抑制の判断基準の見直しを図る。

【研究方法】

〔研究期間〕

対象：平成21年5月～7月、当ICU看護師20名

〔研究方法〕

- 1) 事前アンケートを行い既存の抑制基準に対する看護師の意識調査
- 2) スコアシート作成と周知
- 3) スコアシート使用後の看護師の意識調査

【結果】

《事前アンケート》

1. 既存の抑制基準に対する認識はあったが、実際の使用の程度には個人差があり、看護師の判断に委ねられている傾向があった。
2. 既存の抑制基準では抑制判断に不安を感じるという意見が多かった。
3. 自己抜管などの有害事象を防ぐために抑制を早めに開始する傾向にあった。
4. 既存の抑制基準では、判断基準が不明確であるという意見もあった。

《スコアシート使用後アンケート》

1. 抑制判断に対する不安を感じるという意見が90%から60%に減少した。
2. 評価をスコア化することで既存の基準よりも評価が容易であるという意見が多かった。
3. 緊急時には確認できない、慣れるまでは時間がかかりそうなどの意見もあった。

【結論】従来、抑制判断は個々の看護師の主観や経験に任せられていた。しかし、抑制判断を一元化することで、抑制判断に対する不安を軽減できた。また、患者状態をスコア化することで客観的に評価しやすくなった。今後の課題として、夜間入院や緊急時でも速やかな抑制判断ができるよう改訂し、実践に生かして行く必要がある。

安全な術中体位の取り組み

～体位チェックリスト導入の効果～

手術室 菊池 綾, 米澤久美子
川村つぐみ, 阿部 朝乃

【はじめに】昨年、手術後に神経麻痺を生じたりスクアの症例があった。そのため、安全な手術体位を再確認し、整形外科医の指導のもと体位チェックリストを見直した。新体位チェックリストは、手術室運営会議にて承認を得、平成20年11月より導入となった。体位チェックリスト導入前後の意識調査を行い、術中体位の取り組みに対する意識・行動の変容がみられたので報告する。

【研究目的】

新体位チェックリスト導入に伴い、看護師の意識や行動の変容を明らかにする。

体位固定についての正しい知識・技術の向上を図る。

【研究方法】

対象：手術室看護師 20名

方法：アンケート調査

倫理的配慮：用紙は無記名とし、得られた情報は個人が特定できないよう配慮した。

【結果】新体位チェックリストはスタッフで共有できているか？の質問に、「体位確認の際は、チェックリストに沿ってスタッフ皆の目で確認できている。」しかし、「記録に挟むだけで共有できていない。」という意見が聞かれた。新体位チェックリスト導入前と導入後では、体位固定や術中体位の観察に取り組む姿勢に変化があったか？という質問には、「観察の基準が分かりやすく誰が行っても同一の視点で確認できる。」「体位固定のときのみだけでなく、術中体位の観察に対しても“気をつける”という意識が高まった。」「体位チェックの際、声に出して確認するだけでなく、その部分に実際に触れて確認することが身についた。」という意見が聞かれた。新体位チェックリストについての改善点や疑問点では、「下肢の角度の表現が難しい。」「体位チェックの評価方法を考えてフィードバックすると良い。」という意見が聞かれた。

【結論】

1. 同一の視点で体位固定ができるようになったことで、スタッフの体位固定に対する意識が高まった。
2. 今後、新体位チェックリストの評価方法を検討していく必要がある。

外来看護師の電話対応におけるストレスの分析

耳鼻咽喉科外来 竹本久美子，柳原 礼子
中原るみ子

【はじめに】外来看護業務の中には、患者様との電話対応がある。山内氏は、電話対応による看護師のストレスがあると述べている。電話対応への抵抗感が減少し対応しやすくするために、電話対応におけるストレス内容と対処方法を明らかにした。

【研究方法】

対象：当院外来看護師（救急外来を除く）85名

調査期間：2009年7月13日～2009年7月24日

方法：アンケート調査

「臨床看護師の仕事ストレス測定尺度（NJSS）」から、15項目選択し、点数記載。同時にその対処方法についても自由記載。

分析方法：

NJSSは回答を点数化し、平均値を算出。統計解析としてマン・ホイットニー検定を行い、 $p < 0.05$ をもって有意差ありとした。また、NJSSを因子別に分類し比較。

ストレス対処法は職場ストレス測定用コーピング尺度を用いて分類。

倫理的配慮：アンケートは、匿名としプライバシーの保護・秘密は厳守する。院内の看護研究発表のみの使用。参加は自由意志。拒否することで、不利益はないことを明示し、同意された方のみ回答とした。

【結果】職員間のストレス度の平均を統計学的に比較した結果、 $p = 0.060$ で有意差は認められなかった。因子別ストレス度が高かったのは「患者との人間関係」。対処方法は3カテゴリーに分類できた。

【考察】外来看護師は、患者とのかかわりが一時的で、電話での見えない相手に対する理解を深めることは困難なことが多い。電話対応は、即時性の高いニーズが中心で、専門的知識も必要となり、外来看護における独特なストレスと考える。患者様とのコミュニケーションは援助をする上で最も基本的な技術であり、信頼関係や看護の質を左右する。どのような言葉がけをできるかが、安心、信頼できる看護につながる。誰でも一定の水準で電話対応ができるように、技術の習得や検討が必要。

【結論】

1. 職種間による電話のストレス度に、有意差はなかった。
2. 電話対応のストレスが最も高いのは、「自己中心的な患者の対応をしたとき」。
3. ストレスの対処法は、ほとんどの人が他者からの援助によって対処している。

平成 21 年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

- 1) ST 上昇型急性心筋梗塞に対する血栓溶解および血栓吸引療法を用いた Facilitated - PCI の有用性
市立旭川病院・内科
石井 良直
(Nanakamado Winter Conference 2009, 2009 年 1 月, 旭川)
- 2) 循環器病のとらえかた～眼で見るベッドサイドの病態生理～
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 5 回リフレッシュ循環器病学, 2009 年 1 月, 旭川)
- 3) J - RHYTHM 試験
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 6 回心電図異常と不整脈のカンファランス, 2009 年 1 月, 旭川)
- 4) 抗凝固薬と薬物相互作用
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 22 回ゆったり臨床セミナー, 2009 年 2 月, 旭川)
- 5) 症例検討
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第 7 回病診連携の会, 2009 年 2 月, 旭川)
- 6) ワーファリン一時中止の要領
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(旭川ワーファリンセミナー, 2009 年 3 月, 旭川)
- 7) Sirolimus Eluting Stent(SES) 留置後 very late stent thrombosis (VLST) にて AMI を発症した 3 例
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 石井 良直, 西浦 猛, 奥山 淳
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
(第 28 回日本心血管インターベンション学会北海道地方会, 2009 年 3 月, 札幌)
- 8) 循環器病のとらえかた～眼で見るベッドサイドの病態生理～
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 6 回リフレッシュ循環器病学, 2009 年 3 月, 旭川)
- 9) 実地医家における心不全患者の診断と治療
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(循環器内科学術講演会パネルディスカッション, 2009 年 4 月, 旭川)
- 10) B 型 WPW 症候群に発症した急性心筋梗塞
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 17 回心血管領域の症例カンファレンス, 2009 年 4 月, 旭川)
- 11) 薬剤溶出性ステント留置後に very late stent thrombosis を来した 3 例
市立旭川病院・内科
井澤 和真, 石井 良直, 西浦 猛, 奥山 淳
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
(第 7 回大雪冠疾患治療フォーラム, 2009 年 5 月, 旭川)
- 12) 循環器病のとらえかた～眼で見るベッドサイドの病態生理～
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 7 回リフレッシュ循環器病学, 2009 年 5 月, 旭川)
- 13) 脚ブロック, ヘミブロック
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 7 回心電図異常と不整脈のカンファランス, 2009 年 5 月, 旭川)
- 14) 動脈硬化症とスタチン
市立旭川病院・循環器内科
平澤 邦彦
(薬剤師リフレッシュ講演会, 2009 年 6 月, 旭川)
- 15) 循環器病のとらえかた～眼で見るベッドサイドの病態生理～
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 8 回リフレッシュ循環器病学, 2009 年 7 月, 旭川)
- 16) ブロッカーは使いやすいか? 前編
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第 23 回ゆったり臨床セミナー, 2009 年 7 月, 旭川)
- 17) レニン・アンジオテンシン系の話
市立旭川病院・内科
山田 豊
(第 9 回循環器病診連携勉強会, 2009 年 7 月, 旭川)
- 18) 薬剤性過敏症症候群の一例
市立旭川病院・内科
山田 豊, 正木 芳宏, 丹 通直, 石井 良直
平澤 邦彦
(第 122 回旭川心臓を診る会, 2009 年 8 月, 旭川)
- 19) 劇症型心筋炎の 1 例

- 市立旭川病院・内科
山田 豊, 正木 芳宏, 丹 通直, 高橋慶太郎
伊達 歩, 井澤 和眞, 大蔵美奈子, 西浦 猛
奥山 淳, 石井 良直, 平澤 邦彦
(第55回市立・厚生CCUカンファレンス, 2009年8月, 旭川)
- 20) WPW 症候群
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第8回心電図異常と不整脈のカンファレンス, 2009年9月, 旭川)
- 21) 循環器病のとらえかた～眼で見るベッドサイドの病態生理～
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第9回リフレッシュ循環器病学, 2009年9月, 旭川)
- 22) 右室梗塞診断における心MRIの有用性
市立旭川病院・内科
西浦 猛, 石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和眞
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
北海道社会事業協会富良野病院・循環器内科
名取 俊介
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第57回日本心臓病学会, 2009年9月, 札幌)
- 23) 僧帽弁前尖に付着した粘液腫からの塞栓により急性心筋梗塞を発症した1例
市立旭川病院・内科
西浦 猛, 石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和眞
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
同 ・胸部外科
大場 淳一, 青木 秀俊
旭川厚生病院・循環器科
小川 裕二
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第57回日本心臓病学会, 2009年9月, 札幌)
- 24) Sirolimus-Eluting Stent 留置後 very late stent thrombosis にて急性心筋梗塞を発症した3例
市立旭川病院・内科
井澤 和眞, 石井 良直, 奥山 淳, 西浦 猛
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第57回日本心臓病学会, 2009年9月, 札幌)
- 25) ST 上昇型急性心筋梗塞 (STEMI) に対する血栓吸引療法に先行する血栓溶解薬投与は意義があるか?
市立旭川病院・内科
石井 良直, 奥山 淳, 西浦 猛, 井澤 和眞
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第57回日本心臓病学会, 2009年9月, 札幌)
- 26) 急性心筋梗塞 (AMI) 患者における心臓MRIと心臓核医学検査の関連性についての検討
市立旭川病院・内科
奥山 淳, 石井 良直, 西浦 猛, 井澤 和眞
伊達 歩, 山田 豊, 平澤 邦彦
北海道社会事業協会富良野病院・循環器内科
名取 俊介
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第57回日本心臓病学会, 2009年9月, 札幌)
- 27) IVCT 施行後に長距離搬送し準緊急 CABG を行った重症三枝病変を有するAMIの1例
北海道立羽幌病院・内科
曾田 誠, 高橋 文彦
市立旭川病院・内科
井澤 和眞, 西浦 猛, 石井 良直
同 ・胸部外科
大場 淳一, 青木 秀俊
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学
長谷部直幸
(第102回日本循環器学会北海道地方会, 2009年10月, 札幌)
- 28) 薬剤過敏症候群 (DIHS) に伴う劇症型心筋炎の1例
市立旭川病院・内科
山田 豊, 丹 通直, 正木 芳宏, 伊達 歩
井澤 和眞, 大蔵美奈子, 奥山 淳, 石井 良直
平澤 邦彦
(第102回日本循環器学会北海道地方会, 2009年10月, 札幌)
- 29) 旭川市を中心とした急性心筋梗塞診療の変遷と, 医療連携の現状および今後の展望
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(平成21年度急性心筋梗塞学習会, 2009年10月, 旭川)
- 30) 循環器病のとらえかた～眼で見るベッドサイドの病態生理～
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第10回リフレッシュ循環器病学, 2009年11月, 旭川)
- 31) 二次予防としての脂質管理
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(循環器内科学術講演会, 2009年11月, 旭川)
- 32) 最近のprehospital thrombolysisの症例
市立旭川病院・内科
伊達 歩, 石井 良直, 井澤 和眞, 大蔵美奈子
奥山 淳, 山田 豊, 平澤 邦彦

- (第56回市立・厚生CCUカンファレンス 2009年11月 旭川)
- 33) 画像所見から見た炎症性腸疾患の鑑別
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第20回日本消化器内視鏡学会甲信越支部セミナー, 2009年1月, 松本)
- 34) Lansoprazole associated collagenous colitis の1例
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(早期胃癌研究会 2009年1月度例会, 2009年1月, 東京)
- 35) 小腸造影で疑い小腸内視鏡検査で確診した小腸出血の1例
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 菊地 陽子
鈴木 聡, 助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤
齊藤 裕輔
(第1回北海道小腸疾患研究会, 2009年1月, 札幌)
- 36) 症例検討セッション「下部消化管」: 小腸内視鏡検査で確診し得た小腸出血の1例
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第5回日本消化管学会総会学術集会, 2009年2月, 東京)
- 37) 炎症性腸疾患の診断・治療における内視鏡の役割
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第11回関西腸疾患セミナー, 2009年2月, 大阪)
- 38) 原因不明の門脈圧亢進症の1例
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(肝臓をみる会, 2009年2月, 旭川)
- 39) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(苫小牧消化器病談話会特別講演会, 2009年2月, 苫小牧)
- 40) 大腸腫瘍に対する内視鏡治療の選択
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(日本消化器病学会北海道支部第11回教育講演会, 2009年3月, 札幌)
- 41) 潰瘍性大腸炎の診断治療における内視鏡の役割
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第216回木曜会例会, 2009年3月, 東京)
- 42) 小腸 ML (DLBCL) の1例
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(腸を診る会 2009年4月度例会, 2009年4月, 旭川)
- 43) 当院における大腸ポリペクトミー・EMR後の出血症例の検討
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 小澤賢一郎, 菊地 陽子, 下埜 城嗣
高橋 佳恵, 中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士
千葉 篤, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
(第104回日本消化器病学会北海道支部例会, 2009年6月, 札幌)
- 44) 当院における経肛門イレウス管挿入例の検討
市立旭川病院・内科
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 鈴木 聡, 中村 和正
助川 隆士, 富永 素矢, 菊地 陽子, 千葉 篤
齊藤 裕輔
(第104回日本消化器病学会北海道支部例会, 2009年6月, 札幌)
- 45) 門脈圧亢進症の難治性腹水に対する Denver shunt 造設術の当院における経験
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 中村 和正
富永 素矢, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹, 齊藤 裕輔
同 ・放射線科
花輪 真
(第104回日本消化器病学会北海道支部例会, 2009年6月, 札幌)
- 46) Wire-guided cannulation (WGC) を用いた十二指腸内視鏡視野角の差異による多施設共同無作為比較試験1
河上 洋, 真口 宏介, 久居 弘幸, 網塚 久人
林 毅, 柳川 伸幸
市立旭川病院・内科
千葉 篤
(第98回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会プレナリーセッション, 2009年6月, 札幌)
- 47) Steroid 投与が著効した Lansoprazole associated collagenous colitis の1例
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 小澤賢一郎, 富永 素矢, 菊地 陽子
高橋 佳恵, 下埜 城嗣, 助川 隆士, 中村 和正
千葉 篤, 垂石 正樹, 齊藤 裕輔
同 ・病理
高田 明生
(第98回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 2009年6月, 札幌)
- 48) PCI の1例
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(第141回旭川消化器病談話会, 2009年6月, 旭川)
- 49) Usefulness of Narrow Band Imaging System as a optical chromoendoscopy in the diagnosis of colorectal neoplasia .
Asahikawa City Hospital, Department of Internal Medicine
Yusuke Saitoh .
(Lecture in St. Marks hospital . 2009.6.23 . London ,UK .)

- 50) Colonoscopic procedure using PCF-PQ260 (PCF-Y0005-L).
Asahikawa City Hospital, Department of Internal Medicine
Yusuke Saitoh
(Lecture in St. Marks hospital. 2009.6.23. London, UK.)
- 51) Endoscopic Mucosal resection for early colorectal carcinomas
-including indication of Endoscopic submucosal dissection-.
Asahikawa City Hospital, Department of Internal Medicine
Yusuke Saitoh
(Lecture in St. Marks hospital. 2009.6.23. London, UK.)
- 52) 入院患者の下痢への対応
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(第3回北海道市町村立病院臨床検査技師会研修会特別講演,
2009年6月, 旭川)
- 53) 全身疾患と消化管病変
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第10回長野県大腸疾患研究会, 2009年6月, 松本)
- 54) 早期大腸癌の診断と治療 - 大腸 ESD の適応も含めて -
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第25回関西早期大腸癌勉強会, 2009年9月, 大阪)
- 55) 腹部単純X線検査で疑った特発性腸間膜静脈硬化症
Idiopathic mesenteric phlebosclerosis の1例
市立旭川病院・内科
高後 裕子, 富永 素矢, 菊地 陽子, 小澤賢一郎
大場 優葉, 鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士
千葉 篤, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第105回日本消化器病学会北海道支部例会 2009年9月,
札幌)
- 56) 巨大な分枝型 IPMN に合併した通常型膵癌の1例
市立旭川病院・内科
中村 和正, 千葉 篤, 鈴木 聡, 助川 隆士
富永 素矢, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第99回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2009年9
月, 札幌)
- 57) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第19回首都圏大腸内視鏡研究会, 2009年9月, 東京)
- 58) 吐下血の緊急内視鏡
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(内視鏡技師会北海道地方会, 2009年9月, 旭川)
- 59) PCI の1例
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(第142回旭川消化器病談話会, 2009年10月, 旭川)
- 60) IBD (UC/CD) 診断学の全て
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第26回日本消化器内視鏡学会卒後重点セミナー, 2009年
11月, 東京)
- 61) 元気のミカタ 教えて! ドクター: 大腸がん 早期大腸がん
の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(旭川ケーブルテレビ(6回放送), 2009年10月, 旭川)
- 62) 上部消化管異物除去の実際
市立旭川病院・内科
菊地 陽子
(旭川GI研究会, 2009年11月, 旭川)
- 63) 挿入困難例に対する新大腸内視鏡 PCF-Y0005 の有用性
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第143回旭川消化器病談話会特別講演会, 2009年11月,
旭川)
- 64) 胃癌なんか怖くない - 早期胃癌の診断と治療 -
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(旭川信金がん&資産運用セミナー, 2009年11月, 旭川)
- 65) 早期大腸癌の内視鏡診断と治療 - 現状と問題点 -
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 渡 二郎
(平成21年度旭川市医師会賞受賞者記念講演, 2009年11月,
旭川)
- 66) 当科における早期大腸癌に対する内視鏡治療成績
市立旭川病院・内科
堂腰 達矢, 斉藤 裕輔, 富永 素矢, 笹倉 勇一
鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士, 菊地 陽子
小澤賢一郎, 千葉 篤, 垂石 正樹
同 ・病理
高田 明生
(第53回旭川市医師会学会, 2009年11月, 旭川)
- 67) 大腸腫瘍の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第23回日本消化器内視鏡学会北海道セミナー, 2009年12
月, 札幌)
- 68) 腹部肥満を有する糖尿病患者における腹囲と血清脂質の関
係
市立旭川病院・内科
外川 征史
(第14回旭川中性脂肪研究会, 2008年2月, 旭川)
- 69) 食後高血糖へのアプローチ

- 市立旭川病院・内科
武藤 英二
(美瑛市医師会学術講演会, 2009年4月, 美瑛)
- 70) 連携パスにおけるアクトス使用の意義
市立旭川病院・内科
外川 征史
(糖尿病病診連携パス使用に関する検討会 2009年5月 旭川)
- 71) 連携パスについて
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(糖尿病病診連携パス使用に関する検討会 2009年5月 旭川)
- 72) 糖尿病患者におけるピタバスタチン, ベザフィブラート投与後のCRP変化
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第52回日本糖尿病学会年次学術集会, 2009年5月, 大阪)
- 73) 糖尿病患者における電気生理学的検査の検討
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第52回日本糖尿病学会年次学術集会, 2009年5月, 大阪)
- 74) 経口血糖降下剤併用療法~ナテグリニドを中心に~
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第9回旭川ナテグリニド検討会, 2009年7月, 旭川)
- 75) Comparison of the waist circumference and existence of metabolic syndrome in the diabetic patients with visceral obesity
Asahikawa City Hospital, Diabetic Center
Masasi Sotokawa, Eiji Muto, Yoshihiro Miyamoto
(The 41st Annual Scientific Meeting of the Japan Atherosclerosis Society, 2009, 7)
- 76) 糖尿病合併高血圧に対する降圧剤の選択
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Asahikawa Expert Meeting, 2009年7月, 旭川)
- 77) 糖尿病フットケアの実際と経口糖尿病薬の使い方
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(留萌医師会学術講演会, 2009年10月, 留萌)
- 78) 糖尿病患者におけるコレステロール境界域(LDL-C 120~139mg/dl)症例の検討
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)
- 79) 糖尿病患者における腹部肥満と肝機能の関連に関する検討
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)
- 80) 内臓脂肪測定CTを用いた肥満2型糖尿病患者の検討
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)
- 81) 糖尿病神経障害に対するエパルレスタットの有用性
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)
- 82) HbA1c値と脳梗塞発症リスク~HbA1c5.5~6.0%は脳梗塞発症の独立した危険因子である~
東神楽町国民健康保険診療所・内科
相馬 光弘
市立旭川病院・内科
武藤 英二
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
高後 裕
(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)
- 83) 食後高血糖へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第12回道東SDM研究会, 2009年10月, 帯広)
- 84) 脂質異常症合併糖尿病患者へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第229回あけぼの会, 2009年11月, 旭川)
- 85) 動脈硬化予防のための糖尿病治療
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第8回旭川生活習慣病研究会, 2009年11月, 旭川)
- 86) 2型糖尿病におけるインクレチンの重要性
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(インクレチン勉強会, 2009年11月, 旭川)
- 87) 2型糖尿病における肝機能・腹部肥満・血清脂質との関係について
市立旭川病院・内科
外川 征史
(第60回旭川脂質談話会, 2009年11月, 旭川)
- 88) 非血縁者間同種骨髄移植後の再発に対しドナーリンパ球輸注療法が奏効したMDS-RAEB2の1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 澁谷 英子, 岩崎 純子, 柿木 康孝
三宅 高義, 福原 敬
(第31回日本造血細胞移植学会総会, 2009年2月, 札幌)
- 89) 甲状腺原発末梢性T細胞リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
岩崎 純子, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第250回日本内科学会北海道地方会, 2009年2月, 札幌)
- 90) CLL表現型単クローン性Bリンパ球増多症

- 市立旭川病院・内科
竹村 龍, 福原 敬, 千葉 広司, 柿木 康孝
三宅 高義
(第44回日本血液学会春季北海道地方会, 2009年4月, 旭川)
- 91) Hirschsprung病を合併した再発フィラデルフィア染色体陽性急性リンパ性白血病に対して臍帯血ミニ移植が奏効した1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 岩崎 純子, 柿木 康孝, 三宅 高義
福原 敬
(第20回北海道造血細胞研究会, 2009年5月, 札幌)
- 92) Rosai-Dorfman病の1例
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第251回日本内科学会北海道地方会, 2009年6月, 札幌)
- 93) ボルテゾミブによる間質性肺炎と考えられた多発性骨髄腫の1例
市立旭川病院・内科
大場 優葉, 小林 慶子, 千葉 広司, 竹村 龍
柿木 康孝, 三宅 高義, 福原 敬
(第252回日本内科学会北海道地方会, 2009年9月, 旭川)
- 94) 無治療で indolent な経過をたどっている進行期マントル細胞リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第51回日本血液学会秋期北海道地方会, 2009年10月, 札幌)
- 95) AMLの初回寛解導入療法後に約1年間持続的に経過する難治性HPSを発症した1例
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 竹村 龍, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第71回日本血液学会学術集会, 2009年10月, 京都)
- 96) ATLLに対する臍帯血ミニ移植後, F K脳症に引き続きCyA脳症を来した1例
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第15回北海道レジデントカンファレンス, 2009年11月, 札幌)
- 97) 下腹部痛を契機に発見された骨盤内 Castleman病の1例
市立旭川病院・内科
下埜 城嗣, 柿木 康孝, 竹村 龍, 千葉 広司
福原 敬, 三宅 高義
(第253回日本内科学会北海道地方会, 2009年11月, 札幌)
- 98) 慢性骨髄性白血病に合併した副鼻腔気管支症候群の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第375回旭川肺を診る会, 2009年1月, 旭川)
- 99) クロウン病に対してインフリキシマブを投与中に発症したサルコイドーシスの1例
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第376回旭川肺を診る会, 2009年2月, 旭川)
- 100) 胸部CTで花びら型の陰影を呈した扁平上皮癌の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第377回旭川肺を診る会, 2009年3月, 旭川)
- 101) 不明熱を主訴に受診したP-ANCA陽性血管炎の1例
市立旭川病院・内科
堂腰 達矢, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第378回旭川肺を診る会, 2009年4月, 旭川)
- 102) 肺炎治療後の退院翌日に症状が再燃した, 過敏性肺炎や薬剤性肺炎が疑われた1例
市立旭川病院・内科
堂腰 達矢, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第379回旭川肺を診る会, 2009年5月, 旭川)
- 103) インフルエンザA型と喫煙による急性好酸球性肺炎を合併した1例
市立旭川病院・内科
堂腰 達矢, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第379回旭川肺を診る会, 2009年5月, 旭川)
- 104) 急性に発症したリンパ球性間質性肺炎の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第49回日本呼吸器学会学術講演会, 2009年6月, 東京)
- 105) 喘鳴・呼吸困難が先行したびまん性肺胞出血の2例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
佐野病院・内科
佐野 彰彦, 大坪 力
(第49回日本呼吸器学会学術講演会, 2009年6月, 東京)
- 106) クロウン病にインフリキシマブ投与中に発症したサルコイドーシスの1例
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕, 垂石 正樹
同 ・病理
高田 明生
(第251回日本内科学会北海道地方会, 2009年6月, 札幌)
- 107) 気管支拡張症に肺炎を合併した1例
市立旭川病院・内科
児玉 暁, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第381回旭川肺を診る会, 2009年7月, 旭川)
- 108) 自然消退を反復した両側浸潤影の1例
市立旭川病院・内科
児玉 暁, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第382回旭川肺を診る会, 2009年8月, 旭川)
- 109) ステロイド薬とバクタの投与が有効であった右中葉のすり

- ガラス様陰影の1例
市立旭川病院・内科
児玉 暁, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第382回旭川肺を診る会, 2009年8月, 旭川)
- 110) 原因不明の両側胸水と不可逆性の両肺縮小を呈した1例
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第383回旭川肺を診る会, 2009年9月, 旭川)
- 111) 成人ぜん息について
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(市立旭川病院市民公開講座アレルギーなんて怖くない, 2009年11月, 旭川)
- 112) 定期検診で発見された胸膜中皮腫の1例
市立旭川病院・内科
泉 将吾, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第385回旭川肺を診る会, 2009年11月, 旭川)
- 113) 平成16年の北海道の喘息通院患者の疫学データと, 市立旭川病院における4年後の変化
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
北海道大学・第一内科
今野 哲, 西村 正治
筑波大学臨床医学系・内科
檜澤 伸之
旭川医大・呼吸器センター
大崎 能伸
(第19回北海道喘息研究会, 2009年11月, 札幌)
- 114) 当科における平成19年度の肺炎入院症例の検討
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第53回旭川市医師会医学会, 2009年11月, 旭川)
- [投稿論文]
- 1) 緊急検査法: 心エコー法
市立旭川病院・循環器内科
平澤 邦彦
(ガイドラインに基づくCCU実践マニュアル 田中啓治編集, 羊土社, 東京, 2009, p255-64)
- 2) 画像所見から見た炎症性腸疾患の鑑別
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第20回日本消化器内視鏡学会甲信越支部セミナーテキストP1-4, 2009)
- 3) 多発性分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍に合併した同時多発浸潤性膵管癌の1例
市立旭川病院・内科
小泉 一也, 藤井 常志, 松本 昭範, 杉山 隆治
鈴木 聡, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 折居 史佳
垂石 正樹, 斉藤 裕輔, 外川 征史, 高田 明生
(日本消化器病学会雑誌 106: 98-105, 2009)
- 4) 吸収不良症候群
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(今日の治療指針; 山口徹, 北原光夫, 福井次矢編集 医学書院, 東京, p366-367, 2009)
- 5) 腸の急性疾患
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹
(新臨床内科学 第9版, 監修: 高久史麿, 尾形悦郎, 黒川 清, 矢崎義雄, 医学書院, 東京, p447-452, 2009)
- 6) 潰瘍性大腸炎
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 蘆田 知史
(新臨床内科学 第9版, 監修: 高久史麿, 尾形悦郎, 黒川 清, 矢崎義雄, 医学書院, 東京, p452-456, 2009)
- 7) 高齢者虚血性大腸炎 - その特徴と診断の注意点 -
市立旭川病院・内科
鈴木 聡, 垂石 正樹, 富永 素矢, 菊地 陽子
小澤賢一郎, 助川 隆士, 小泉 一也, 千葉 篤
斉藤 裕輔
(老年消化器病 20: 167-172, 2009)
- 8) 潰瘍性大腸炎を合併した特発性腸間膜静脈硬化症の1例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 富永 素矢, 小澤賢一郎
鈴木 聡, 助川 隆士, 小泉 一也, 菊地 陽子
千葉 篤
同 ・病理
高田 明生
(胃と腸 44: 238-247, 2009)
- 9) 癌や炎症と鑑別が困難な消化管悪性リンパ腫
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 44: 787-790, 2009)
- 10) レジレントノート - 大腸癌の内視鏡治療時の, 抗血小板薬・抗凝固薬の取り扱いについて教えて下さい
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢
(大腸癌 FRONTIER 2: 76-78, 2009)
- 11) 直腸下部反転の重要性
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔, 助川 隆士, 鈴木 聡
(消化器内視鏡 41: 630-632, 2009)
- 12) 大腸癌研究会「微小大腸病変の取り扱い」プロジェクト研究班結果報告 - 5mm以下の大腸微小病変の内視鏡治療指針
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔

- 大腸癌研究会
岩下 明德, 工藤 進英, 小林 広幸, 清水 誠治
多田 正大, 田中 信治, 鶴田 修, 津田 純郎
平田 一郎, 藤谷 幹浩, 杉原 健一, 武藤徹一郎
(胃と腸 44:6: 1047-1051, 2009)
- 13) 腫瘍径 6.5mm の進行大腸癌の 1 例
釧路市医師会病院 消化器内科
佐藤 龍, 渡 二郎, 前田 重明, 嘉島 伸
下田 忠和
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 44: 1058-1061, 2009)
- 14) 切除不能進行痔瘻に対する S-1/GEM および UFT/GEM 併用療法の検討
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
笹島 順平, 丹野 誠志, 中野 靖弘, ほか
市立旭川病院・内科
小泉 一也, 千葉 篤
(癌と化学療法 36: 1657-1661, 2009)
- 15) 内視鏡摘除大腸 SM 癌の取り扱い - 大腸癌治療ガイドライン第 2 版から
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 田中 信治, 固武健二郎, 渡邊 聡明
味岡 洋一, 杉原 健一
(胃と腸 44: 1213-1218, 2009)
- 16) 大腸癌研究会「内視鏡治療後の至適サーベイランス」プロジェクト研究班アンケート調査から
大腸癌研究会
岡 志郎, 田中 信治, 金尾 浩幸, 五十嵐正広
小林 清典, 佐野 寧, 斉藤 裕輔, ほか
(胃と腸 44: 1286-1294, 2009)
- 17) 座談会: 内視鏡的摘除大腸 SM 癌の取り扱いをめぐって
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 味岡 洋一
出席者: 田中 信治, 上野 秀樹, 榎田 博史,
渡邊 聡明, 八尾 隆史, 池上 雅博
(胃と腸 44: 1295-1312, 2009)
- 18) 表面型病変に対する一括切除のコツとピットフォール
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔, 中村 和正, 鈴木 聡
助川 隆士, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹
(外科治療 101: 450-461, 2009)
- 19) 潰瘍性大腸炎の初期病変 - 直腸病変の口側伸展
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
伊藤 貴博, 岡本耕太郎, 藤谷 幹浩, ほか
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 44: 1541 - 1548, 2009)
- 20) IBD (UC/CD) 診断学の全て
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第 26 回日本消化器内視鏡学会卒後重点セミナーテキスト;
P2-7, 2009)
- 21) A prospective randomized controlled multicenter trial of duodenoscopes with 5 degree and 15 degrees backward-oblique angle using wire guided cannulation effects on selective cannulation of the common bile duct in endoscopic retrograde cholangiopancreatography
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Kawakami H, Maguchi H, Hayashi T, Yanagawa N,
Hisai H, Amizuka H
市立旭川病院・内科
Chiba A
(J Gastroenterol; 44:1140-1146, 2009)
- 22) 偽浸潤と鑑別を要した S 状結腸粘液癌の 1 例
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
渡 二郎, 下田忠和, 佐藤 龍, 前田重明, ほか
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 44: 1922-1932, 2009)
- 23) Endoscopic piecemeal resection is a practical option to cure colorectal tumors
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Fujiya M, Moriichi K, Saitoh Y, Watari J and Kohgo Y
(Digestive Endoscopy 21: S28-30, 2009)
- 24) 大腸腫瘍の診断と治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第 23 回 日本消化器内視鏡学会北海道セミナーテキスト,
日本消化器内視鏡学会北海道セミナー実行委員会編 P10-21,
2009)
- 25) ステロイド投与が必要であった lansoprazole-associated collagenous colitis の 1 例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 小澤賢一郎, 富永 素矢, 鈴木 聡
助川 隆士, 中村 和正, 菊地 陽子, 千葉 篤
垂石 正樹, 高田 明生
(胃と腸 44: 2057-2066, 2009)
- 26) 平成 21 年度旭川市医師会賞受賞者業績要旨: 早期大腸癌の内視鏡診断と治療 - 現状と問題点
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(旭医だより: 121; 63-65, 2009)
- 27) 通常内視鏡による深達度診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢, 藤谷 幹浩
(大腸癌 FRONTIER 2; 316-321, 2009)

- 28) 糖尿病患者における高感度 CRP と脳・心血管イベント (CVD) の関係 - 5 年間の follow-up study -
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(Diabetes Frontier 20:731-73, 2009)
- 29) 糖尿病患者における高脂血症治療薬投与後の CRP 変化
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Clinical Lipid Research Group 研究会誌 7:390-400, 2009)
- 30) 糖尿病患者におけるピタバスタチン投与後の高感度 CRP 変化
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Prog.Med 29:2503-2506, 2009)
- 31) 糖尿病患者におけるベザフィブラート投与後の高感度 CRP 変化に関する検討
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Ther. Res 30:1647-1650, 2009)
- 32) 呼吸器内科における平成 19 年度の肺炎入院症例の検討
市立旭川病院・内科
澁谷 英子, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 杉山 隆治
松尾 徳大, 阿部 二郎, 西 真智子, 本橋 健司
岡本 修平, 岡本 佳裕
(旭市病誌 41:1-6, 2009)
- 外 科
[学会発表]
- 1) 診断に苦慮した lymphoepithelioma like carcinoma の 1 例
市立旭川病院・外科
田畑佑季子, 水上 泰, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
同 ・病理
高田 明生
(第 88 回北海道外科学会, 2008 年 2 月, 札幌)
- 2) 術前原発性肺癌と診断された子宮癌肺転移の 1 例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 白石 学, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭
(日本臨床外科学会北海道支部例会, 2008 年 7 月, 函館)
- 3) A 型胃炎に合併した胃多発カルチノイドの 1 例
市立旭川病院・外科
白石 学, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭
(第 89 回北海道外科学会, 2008 年 10 月, 札幌)
- 4) 当科における S S I サーベイランスの現状
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 桑谷 俊彦, 白石 学, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(SSI 研究会, 2008 年 11 月, 旭川)
- 5) 脾多血性腫瘍の 1 例
市立旭川病院・外科
白石 学, 沼田 昭彦
(第 84 回旭川血管造影研究会, 2008 年 12 月, 旭川)
- 6) 1 歳 8 カ月で嘔吐を契機に発症した特発性胃穿孔の 1 例
市立旭川病院・外科
桑谷 俊彦, 白石 学, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(日本臨床外科学会北海道支部例会, 2008 年 12 月, 札幌)
- 7) 当科で現在行っている SSI 対策
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 桑谷 俊彦, 白石 学, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(旭川手術手技談話会, 2009 年 1 月, 旭川)
- 8) 肺類上皮血管内皮腫の 1 例
市立旭川病院・外科
桑谷 俊彦, 白石 学, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第 90 回北海道外科学会, 2009 年 2 月, 札幌)
- 9) 胆管癌に Castleman 病を合併した 1 例
市立旭川病院・外科
桑谷 俊彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭
(日本臨床外科学会北海道支部例会, 2009 年 7 月, 札幌)
- 10) 遺伝性非ポリポーシス大腸癌 (HNPCC) の 1 例
市立旭川病院・外科
桑谷 俊彦, 沼田 昭彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 子野日政昭
(第 91 回北海道外科学会, 2009 年 10 月, 札幌)
- 11) 術後に後天性血友病を発症し出血による再手術を繰り返した Vater 乳頭部癌の 1 例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦
子野日政昭
(日本臨床外科学会総会, 2009 年 11 月, 京都)
- 12) 9 年の経過観察後に胸腔鏡下肺切除を行った類血管内皮上皮腫の 1 例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦
子野日政昭
(日本臨床外科学会総会, 2009 年 11 月, 京都)
- 13) 術前化学療法が奏効し治癒切除しえた直腸癌転移性肺腫瘍の 1 例
市立旭川病院・外科
高橋慶太郎, 大場 優葉, 桑谷 俊彦, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(旭川市医師会医学会, 2009 年 11 月, 旭川)

- 14) 当院外科におけるヘルニア手術症例の検討
市立旭川病院・外科
沼田 昭彦, 桑谷 俊彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 子野日政昭
(旭川手術手技談話会, 2009年11月, 旭川)
- 15) 低グロブリン血症に発生した膿胸に対し胸膜剥皮術を行った1例
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 桑谷 俊彦, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭
(日本臨床外科学会北海道支部例会, 2009年12月, 札幌)
- 胸部外科
[学会発表]
- 1) 日常診療で遭遇する外科的静脈疾患
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭
(循環器病診連携勉強会, 2009年2月, 旭川)
- 2) 急性心筋梗塞による心破裂に対する手術
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 大久保祐樹, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊
(第86回日本胸部外科学会北海道地方会, 2009年3月, 札幌)
- 3) 感染性胸腹部大動脈瘤3手術症例
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
大久保祐樹, 青木 秀俊
(第86回日本胸部外科学会北海道地方会, 2009年3月, 札幌)
- 4) 腹部大動脈瘤ステントグラフトの適応拡大は必要か
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
大久保祐樹, 青木 秀俊
(第109回日本外科学会定期学術集会, 2009年4月, 福岡)
- 5) 下腿動脈へ大伏在静脈 in situ バイパス: 内視鏡的処理による精度向上と創合併症の軽減
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 大久保祐樹, 安達 昭
宮武 司, 青木 秀俊
(第39回日本心臓血管外科学会, 2009年4月, 富山)
- 6) 急性大動脈解離の救命率を上げるために
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
大久保祐樹, 青木 秀俊
(第37回日本血管外科学会総会, 2009年5月, 名古屋)
- 7) 三尖弁の生体弁置換術後に三尖弁逆流が残存した1例
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦
(第121回旭川心臓を診る会 (ACC), 2009年5月, 旭川)
- 8) 左室におよぶ高度の弁輪石灰化を伴うAS, MSR 症例に対し弁輪再建とともに弁置換術を行った1治験例
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 増田 貴彦, 加藤 伸康, 安達 昭
宮武 司, 大場 淳一, 青木 秀俊
(第12回北海道心臓外科フォーラム, 2009年5月, 札幌)
- 9) 当科における術前ステロイド使用症例の検討
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭, 加藤 伸康, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊
(第87回日本胸部外科学会北海道地方会, 2009年6月, 札幌)
- 10) 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) 合併症例の心臓または大血管手術経験
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
加藤 伸康, 青木 秀俊
(第87回日本胸部外科学会北海道地方会, 2009年6月, 札幌)
- 11) 左室心筋緻密化障害を有する成人に対する僧帽弁形成術の経験
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 加藤 伸康
(第87回日本胸部外科学会北海道地方会, 2009年6月, 札幌)
- 12) 大動脈弁置換術におけるカーペーターエドワーズ牛心のう膜生体弁マグナの使用経験
市立旭川病院・胸部外科
澁谷千英子, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 加藤 伸康, 青木 秀俊
(第87回日本胸部外科学会北海道地方会, 2009年6月, 札幌)
- 13) 三尖弁位生体弁機能不全3Dエコー所見
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦
(第53回北大心臓疾患研究会, 2009年6月, 札幌)
- 14) 下腿動脈への in situ バイパスにおける内視鏡を用いた大伏在静脈グラフト処理
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 澁谷千英子, 加藤 伸康
安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊
(第29回日本血管外科学会北海道地方会, 2009年9月, 札幌)
- 15) 大動脈食道口ウの1救命例
市立旭川病院・胸部外科
加藤 伸康, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊
(第29回日本血管外科学会北海道地方会, 2009年9月, 札幌)
- 16) 腹部大動脈瘤破裂の救命率を上げるために: 転院搬送時に行うべき処置はなにか?
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 加藤 伸康

(北海道プライマリ・ケア研究会第50回学術集会, 2009年9月, 札幌)

[投稿論文]

17) 部分心膜欠損症の1手術例

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 加藤 伸康

(第91回北海道外科学会, 2009年10月, 札幌)

18) 10年の経過で心筋緻密化障害類似の像を呈した成人の1例

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 加藤 伸康

(第102回日本循環器学会北海道地方会 2009年10月, 札幌)

19) 大動脈弁置換術および上行大動脈置換術同時手術症例の検討

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
加藤 伸康, 青木 秀俊

(第102回日本循環器学会北海道地方会 2009年10月 札幌)

20) 急性心筋梗塞発症後21日を経過して発症した乳頭筋断裂の1例

北見赤十字病院・循環器内科

工藤 雅人, 中川 雄太, 野口 圭士, 勝山 亮一
及川 達也, 齋藤 高彦

(第102回日本循環器学会北海道地方会 2009年10月 札幌)

21) IVCT施行後に長距離搬送し準緊急CABGを行った重症三枝病変を有するAMIの1例

北海道立羽幌病院・内科

会田 誠, 高橋 文彦

(第102回日本循環器学会北海道地方会 2009年10月 札幌)

22) 腹部大動脈瘤破裂の治療成績: 長距離長時間搬送の影響と課題: 搬送前・搬送中に何ができるのか?

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 加藤 伸康

(第33回北海道救急医学会学術総会, 2009年10月, 函館)

23) 弓部大動脈瘤パッチ修復後出血に対してオープンステント療法が有効であった1例

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
加藤 伸康, 青木 秀俊

(第53回旭川医師会医学会, 2009年11月, 旭川)

24) 弓部大動脈瘤パッチ修復後出血に対してオープンステントが有効であった1例

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一

(第54回北大心臓疾患研究会, 2009年12月, 札幌)

1) 狭窄性総肺静脈還流異常症を伴う右側心房相同の治療

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(日本小児循環器学会雑誌)

小児科

[学会発表]

1) 特発性胃穿孔の1例

市立旭川病院・小児科

阿部 二郎, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸
(第29回道北小児科懇話会, 2008年12月, 旭川)

2) 川崎病ガンマグロブリン大量療法(IVIG)不応例についての検討

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 金田 宣子, 阿部 二郎, 佐竹 明
小西 貴幸

(日本小児科学会北海道地方会第274回例会, 2008年2月, 旭川)

3) 摂食障害の経験から(特別講演)

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(第30回道北小児科懇話会, 2009年12月, 旭川)

4) 新型インフルエンザについて

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(旭川市医師会学校医・園医部会講演会, 2009年10月, 旭川)

5) 小児初期救急医療における留意事項と症例検討

市立旭川病院・小児科

小西 貴幸

(北海道小児救急地域医師研修会, 2009年11月, 富良野)

6) 子どものアレルギー

市立旭川病院・小児科

佐竹 明

(市立旭川病院市民公開講座, 2009年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 日本人の摂食障害姉妹発症例における生涯病型, 代償行動, ならびに体重の関連性の有無について

市立旭川病院・小児科

後藤 直子, 小牧 元, 小西 貴幸ほか

(心身医学 49: 373-381, 2009)

2) マイコプラズマ肺炎に続発した川崎病の1例

市立旭川病院・小児科

金田 宣子, 中嶋 雅秀, 阿部 二郎, 佐竹 明
小西 貴幸

(旭市病誌 41:13-16, 2009)

産婦人科
[投稿論文]

- 1) 非産褥性子宮内反症の1例
市立旭川病院・産婦人科
岡本 修平, 林 博章, 大隈 大介, 中田 俊之
(臨婦産 63: 1337-1340, 2009)

精神神経科
[学会発表]

- 1) 思春期外来から見えるひきこもりの姿
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成20年度ひきこもり講演会, 2009年2月, 滝川)
- 2) 多彩な精神身体症状を呈したクッシング症候群の1例
市立旭川病院・精神科
松尾 徳大, 武井 明, 目良 和彦, 天野 瑞紀
佐藤 譲, 原岡 陽一
(北海道精神神経学会第115回例会, 2009年7月, 札幌)
- 3) Child-Rearing Anxiety and Autism-Spectrum Quotient of Mothers Using Childcare Facilities.
Asahikawa City Public Health Center
Y. Matsunogo
Department of Psychiatry, Asahikawa City Hospital
A. Takei
Asahikawa Medical College
Y. Mochizuki
(The first Asia-Pacific Conference on Health Promotion and Education, Chiba, July 18, 2009)
- 4) 児童虐待とドメスティックバイオレンス
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話第31回電話相談員養成講座 2009年7月, 旭川)
- 5) 心の病気2
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話第31回電話相談員養成講座 2009年9月, 旭川)
- 6) 発達障害と思春期
市立旭川病院・精神科
武井 明
(東神楽町・東川町子ども発達支援センター療育部会講演会, 2009年10月, 東神楽)
- 7) 発達障害の二次障害
市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成21年度旭川市特別支援センター研修事業, 2009年10月, 旭川)

- 8) 思春期の自傷行為
市立旭川病院・精神科
武井 明
(2009年度明治安田こころの健康財団東北集中講座, 2009年11月, 仙台)
- 9) 思春期外来の実態と治療
市立旭川病院・精神科
武井 明
(EM ネット上川第3回学習会, 2009年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 不登校を呈した高機能広汎性発達障害の臨床的検討
市立旭川病院・精神科
武井 明, 宮崎 健祐, 目良 和彦, 松尾 徳大
佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎
旭川福祉専門学校
平間 千絵
(精神医学 51: 289-294, 2009)
- 2) 神経性無食欲症を呈した男子高校生の治療経過 「粹」の意味を考える
市立旭川病院・精神科
武井 明
(箱庭療法学研究 21: 35-46, 2008)
- 3) 内臓や殺人場面といったグロテスクな描写に興味を示すアスペルガー症候群の男子例に対する非言語的治療
市立旭川病院・精神科
宮崎 健祐, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
(精神科治療学 24: 601-608, 2009)
- 4) 統合失調症様症状を呈したアスペルガー症候群の1例
名寄市立総合病院・精神科
山口 一豪, 野口 剛志
市立旭川病院・精神科
武井 明
美唄病院・精神科
石本 隆広
(名寄市立病院医誌 17: 21-24, 2009)
- 5) 子どもの芸術療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(児童青年精神医学とその近接領域 50: 242-246, 2009)
- 6) 子どもの芸術療法
市立旭川病院・精神科

武井 明

(児童青年精神医学セミナー . 日本児童青年精神医学会監修 : 45-62, 金剛出版, 東京, 2009)

- 7) ピミヨーな子どもたち 思春期外来ノート (1) 先生, 頼りないね

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 148 : 132-138, 2009)

- 8) アセトアミノフェンを過量服薬した 3 症例

市立旭川病院・精神科

松尾 徳大, 武井 明, 天野 瑞紀, 目良 和彦

佐藤 譲, 原岡 陽一

(旭市病誌 41:17-20, 2009)

麻酔科

[学会発表]

- 1) ガバペンチンにより歩行障害を生じた 1 症例

旭川医科大学・麻酔科

上野 恵, 鈴木 昭広, 原田 修人, 間宮 敬子

高畑 治, 岩崎 寛

(日本ペインクリニック学会, 2009 年 7 月, 名古屋)

- 2) 腹部大動脈 - 大腿動脈人工血管置換術における SVV を指標とした循環管理の有用性

- 大動脈遮断解除前後の SVV 変動と循環動態の検討 -

旭川医科大学・麻酔科

山岸 昭夫, 国沢 卓之, 笹川 智貴, 黒澤 温

高畑 治, 岩崎 寛

(日本麻酔科学会第 56 回学術集会, 2009 年 8 月, 神戸)

- 3) プロタミン含有インスリン使用中の糖尿病患者において開心術中にプロタミンショックを起こした 1 症例

市立旭川病院・麻酔科

田中 清高, 山岸 昭大, 上野 恵, 丸山 大介

一宮 尚裕

(第 23 回旭川全身管理研究会, 2009 年 12 月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 腹部大動脈 - 大腿動脈人工血管置換術における大動脈遮断解除前後の SVV 変動と循環動態の検討

旭川医科大学・麻酔科

山岸 昭夫, 国沢 卓之, 黒澤 温, 笹川 智貴,
上野 恵, 高畑 治, 岩崎 寛

(麻酔 2009 年 2 月掲載予定)

皮膚科

[学会発表]

- 1) 皮膚結核の 4 例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

(第 377 回日本皮膚科学会北海道地方会, 2009 年 2 月, 札幌)

- 2) 反応性関節炎に多発性膿疱が見られた 1 例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之, 田村 俊哉

(第 8 回旭川関節疾患カンファレンス, 2009 年 3 月, 旭川)

- 3) 皮膚結核の 4 例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

(第 108 回日本皮膚科学会総会, 2009 年 4 月, 福岡市)

- 4) 妊婦に発症した川崎病の 1 例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

(第 378 回日本皮膚科学会北海道地方会, 2009 年 6 月, 旭川)

- 5) 水痘に生じたアセトアミノフェンによる Stevens- Johnson 症候群の 1 例

旭川医大・皮膚科

岸部 麻里

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

(第 13 回北海道アレルギー研究会, 2009 年 6 月, 札幌)

- 6) Benign lymphangioma の 2 例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

旭川医大・皮膚科

山本 明美

旭川厚生病院・皮膚科

橋本 喜夫

(第 379 回日本皮膚科学会北海道地方会, 2009 年 10 月, 札幌)

- 7) 皮膚結核の 5 例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

(第 53 回旭川医師会医学会, 2009 年 11 月, 旭川)

- 8) 免疫抑制患者に生じる herpes simplex

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

(第 3 回道北皮膚科臨床研究会, 2009 年 11 月, 旭川)

- 9) 当科で施行した drug lymphocyte stimulation test (DLST) のまとめ

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

旭川医大・皮膚科

岸部 麻里

(第 380 回日本皮膚科学会北海道地方会, 2009 年 12 月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 複数の血清サイトカインが高値を示した成人 Still 病の 2 例
旭川厚生病院・皮膚科

井川 哲子, 橋本 喜夫, 水元 俊裕

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

旭川医科大学・皮膚科

飯塚 一

(皮膚科の臨床 51:1145-1148, 2009)

- 2) Acute edema/cutaneous distention syndrome associated with refeeding in a patient with anorexia nervosa

Asahikawa Medical College

Mari Kishibe, Hajime Iizuka

Asahikawa City Hospital

Hiroyuki Sakai

(Archives of Dermatology 145:1202-1203, 2009)

放射線科

[学会発表]

- 1) 脳転移を含め4臓器転移を伴った4年11ヵ月経過観察中の左乳癌非手術症例

旭川赤十字病院・外科

椎名 伸行, 菱山 豊平, 平 康二, 中村 豊

真名瀬博人, 福田 直也

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(第84回北海道外科学会, 2006年2月, 札幌)

- 2) 末梢神経浸潤をきたした悪性リンパ腫の2例

北海道大学・核医学科

平田 健司, 鐘ヶ江香久子, 森田 浩一, 玉木 長良

市立旭川病院・放射線科

川島 和之, 鎌田 洋, 花輪 真

同 ・内科

柿木 康孝

(第21回日本核医学会北海道地方会, 2006年5月, 札幌)

- 3) ショートレクチャー乳癌骨転移の画像診断と放射線治療

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(旭川乳癌疾患研究会・症例検討会, 2007年11月, 旭川)

- 4) マイクロカテーテルの逸脱を起こしたCo-axial system 肝動注リザーバーの一例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 ・内科

藤井 常志, 斉藤 裕輔

(第49回北海道血管造影IVR研究会, 2008年2月, 札幌)

- 5) スtentよるず相談室「レクチャーからハンスオンまで(末梢血管)」~破裂性腸骨動脈病変に対するカバードstentなど~

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

鳴海病院

野田 浩

奈良県立医科大学

東浦 涉

(第26回日本Metallic Stent & Graft研究会, 2008年5月)

- 6) シンポジウム肝癌の治療 この症例をどうするか

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第50回北海道血管造影IVR研究会, 2008年8月, 室蘭)

- 7) Stent-graft 留置にて止血しえた尿管総腸骨動脈瘤の2例

旭川厚生病院・放射線科

千葉 充将, 齋藤 博哉, 鉾立 博文, 武内 周平

旭川厚生病院・泌尿器科

森 達也

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(日本医学放射線学会臨床秋季大会, 2008年10月, 福島)

- 8) マイクロバルーンカテーテルを用いた術前CHA segment TAEの経験

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

(第51回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2009年2月, 札幌)

- 9) TAEに難渋したPIPD動脈瘤の1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 ・内科

小泉 一也, 鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤

斉藤 裕輔

(第51回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2009年2月, 札幌)

- 10) Stent-Graft 留置にて緊急止血しえた尿管総腸骨動脈瘤の2例

旭川厚生病院・放射線科

鉾立 博文, 齋藤 博哉, 武内 周平, 堀川 雅弘

高邑 明夫

旭川厚生病院・泌尿器科

森 達也

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第51回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2009年2月, 札幌)

- 11) 骨転移後の診断と治療

市立旭川病院・放射線科

川島 和之

(地域がん拠点病院・第1回がんセミナー, 2009年3月, 旭川)

- 12) DBOEにて止血しえた12指腸静脈瘤出血の1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

- 同 ・内科
 小泉 一也, 中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士
 千葉 篤, 齊藤 裕輔
 (第52回北海道血管造影・Interventional Radiology 研究会
 2009年7月, 札幌)
- 13) 教育セミナー「胸部ステントグラフトのインフォームドコン
 セント」
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (第38回日本IVR学会総会 第27回日本MS&G研究会
 2009年8月, 大阪)
- 14) レクチャー「ベーシックセミナー」
 塞栓物質の基礎: 作り方から使い方まで 2. 金属コイル
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (日本IVR学会北日本地方会, 2009年8月, 山形)
- 15) 尿管皮膚瘻造設後に生じた尿管動脈婁に対して covered
 stent にて治療した3例
 旭川厚生病院・放射線科
 堀川 雅弘, 齋藤 博哉, 銚立 博文, 武内 周平
 高邑 明夫
 旭川厚生病院・泌尿器科
 森 達也
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (日本IVR学会北日本地方会, 2009年8月, 山形)
- 16) アプリケーター留置が困難であった症例と困難が予想される
 子宮頸がん症例の検討
 市立旭川病院 放射線科
 川島 和之
 (multisource ユーザーズミーティング, 2009年9月, 京都)
- 17) 緩和医療での放射線治療の適応
 市立旭川病院 放射線科
 川島 和之
 (北海道緩和ケア研修会 in 市立旭川病院, 2009年9月, 旭川)
- 18) 前立腺がんの放射線治療 ~骨転移を中心に~
 市立旭川病院・放射線科
 川島 和之
 (旭川前立腺がん市民公開講座, 2009年10月, 旭川)
- 20) からだにやさしい放射線治療
 市立旭川病院・放射線科
 川島 和之
 (2009年度・第8回「市民のためのがん治療の会」講演会,
 2009年12月, 旭川)
- 21) C Vポートを極める 5. その他の方法とルート選択の一考
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (第11回北海道IVR談話会, 2009年12月, 札幌)
- 22) 特別講演「末梢動脈疾患のIVR」
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (第1回道北頸部血管内治療研究会, 2009年8月, 旭川)
- 23) ショートレクチャー「腸骨動脈領域の出血性・破裂性疾患
 に対する緊急対処法」
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (旭川血管造影研究会, 2009年12月, 旭川)
- 24) こんな治療もあるんですよ~診断の進歩と負担の少ない治療
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 (第8回「市民のためのがん治療の会」講演会 2009年12月,
 旭川)
- [投稿論文]
- 1) スtentよるず相談室「レクチャーからハンズオンまで(末
 梢血管)」~破裂性腸骨動脈病変に対するカバードステント
 など~
 市立旭川病院・放射線科
 花輪 真
 IVR 24 (suppl): 34-35, 2009)
- 2) Co-60 HDR 装置導入と治療の現状
 市立旭川病院・放射線科
 川島 和之
 同 ・中央放射線科
 後藤 隆明, 畑中 康裕, 有路 智行
 (北海道放射線治療研究会雑誌 17: 1-6, 2009)
- 3) 地域がん医療の担い手として
 市立旭川病院・放射線科
 川島 和之
 (市民のためのがん治療の会誌 6(4): 10-11, 2009)
- 歯科口腔外科
 [学会発表]
- 1) 抗凝固療法施行患者における抜歯後出血に関する臨床的検討
 - 当院循環器病センター医師へのアンケート結果も含めて -
 市立旭川病院・歯科口腔外科
 藤盛 真樹, 西村 泰一
 (第35回日本口腔外科学会北日本地方会 2009年6月 旭川)
- 2) 多数歯抜歯後に長期にわたり止血処置が必要であったアルコ
 ール性肝硬変患者の1例
 市立旭川病院・歯科口腔外科
 藤盛 真樹, 西村 泰一
 (第35回日本口腔外科学会北日本地方会 2009年6月 旭川)
- 3) 下顎智歯抜歯後の合併症の発生率と危険因子に関する多施設
 共同前向き研究
 市立旭川病院・歯科口腔外科

- 西村 泰一
 (北海道病院歯科医会第40回学術講演会, 2009年9月, 釧路)
- 4) 同一プロトコルを用いた抗血栓療法施行患者の抜歯に関する多施設共同研究
 帯広徳州会病院 藤盛 真樹
 市立旭川病院 西村 泰一
 旭川医科大学 松田 光悦, 竹川 政憲, 吉田 将亜
 旭川赤十字病院 池畑 正宏, 嶋津 真史
 回生会大西病院 鳥谷部純行
 釧路労災病院 大坪 誠治
 臨生会吉田病院 末次 博
 帯広徳州会病院 佐藤 泰祥
 (第54回日本口腔外科学会総会, 2009年10月, 札幌)
- 5) 下顎歯抜歯後の合併症の発生率と危険因子に関する多施設共同前向き研究
 市立旭川病院・歯科口腔外科
 西村 泰一
 (第54回日本口腔外科学会総会, 2009年10月, 札幌)

薬剤科
 [学会発表]

- 1) がん専門薬剤師研修の成果報告
 市立旭川病院・薬剤科
 寺田 和文, ほか
 (第3回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2009年2月, 旭川)
- 2) 腎移植患者と薬剤師の係わり
 市立旭川病院・薬剤科
 栗栖 幹典, 岡崎 邦俊, 山下 光久
 (第3回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2009年2月, 旭川)
- 3) がん化学療法処方監査基準の設定とその有用性
 市立旭川病院・薬剤科
 寺田 和文, ほか
 (日本薬学会第129年会, 2009年3月, 京都)
- 4) - 腎移植患者さんが来院したら - 免疫抑制剤とその注意点
 市立旭川病院・薬剤科
 栗栖 幹典
 (道北腎移植セミナー(日本医師会生涯教育講座), 2009年5月, 旭川)
- 5) 旭川薬剤師会における国際交流(タイ王国からの薬局実務実習受入)についての報告
 旭川薬剤師会
 野田 敏宏, 大友 英行, 澤田 郁子, ほか
 市立旭川病院・薬剤科
 沼野 達行
 (北海道薬学大会, 2009年5月, 札幌)
- 6) 薬物療法の安全対策

- 市立旭川病院・薬剤科
 沼野 達行
 (旭川薬剤師会医療安全研修会, 2009年11月, 旭川)
- 7) 自宅での薬の保管に関する患者アンケート調査とパンフレットによる指導効果の検討
 市立旭川病院・薬剤科
 山口 純子, 沼野 達行, 兼近 順子, 岡崎 邦俊
 山下 光久
 同 ・看護部
 福本きよみ
 (第48回全国自治体病院学会, 2009年11月, 川崎)
- [投稿論文]
- 1) 循環器病棟患者における抗血栓薬の理解度に関するアンケート調査
 市立旭川病院・薬剤科
 山口 純子, 沼野 達行, 岡崎 邦俊, 山下 光久
 北海道医療大学・分子生命科学講座
 箭原 妙実
 (旭市病誌 41:7-12, 2009)

- 中央放射線科
 [学会発表]
- 1) シンポジウム テーマ「モダリティーは主張する - 激動の日本医療に挑む放射線技術」
 DPC 制度下におけるMRI検査 - 上腹部領域を中心に
 市立旭川病院・中央放射線科
 川崎 伸一
 (日本放射線技術学会第65回北海道部会春季大会, 2009年4月, 札幌)
- 2) How to EOB 当院のDynamic Study
 市立旭川病院・中央放射線科
 川崎 伸一
 (第2回肝腫瘍画像診断検討会, 2009年7月, 札幌)
- 3) 肝区域自動セグメンテーションソフトウェアの使用経験
 市立旭川病院・中央放射線科
 大野 肇, 石澤 博, 竹内 顕宏, 福田 泰之
 (北海道ヘリカルCT研究会, 2009年7月, 札幌)
- 4) 当院におけるMRI検査
 市立旭川病院・中央放射線科
 川崎 伸一
 (士別市立病院勉強会, 2009年8月, 士別)
- 5) VSRADの概要と当院における医療機器共同利用について
 市立旭川病院・中央放射線科
 川崎 伸一
 (第2回認知症CSS, 2009年10月, 旭川)
- 6) 3D-CT Angiographyにおける新しい再構成関数の検討

市立旭川病院・中央放射線科

石澤 博, 大野 肇, 福田 泰之

(第65回日本放射線技術学会北海道部会秋季大会, 2009年11月, 苫小牧)

7) 当院における Whole Heart Coronary MRA (WHCA) の検討

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之, 川崎 伸一, 三ツ井貴博, 石澤 博

有路 智行, 工藤 茜, 大塩 良輔

(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2009年11月, 旭川)

8) IVR における術者の手指被ばくの低減について

市立旭川病院・中央放射線科

有路 智行, 平子 哲也, 三ツ井貴博

(第48回全国自治体病院学会, 2009年11月, 川崎)

9) 散乱線低減に向けた透視方法の検討

市立旭川病院・中央放射線科

大塩 良輔, 平子 哲也, 三ツ井貴博

(旭川放射線技師会会員研究発表会, 2009年11月, 旭川)

10) パルス透視による被ばく低減の検討

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博, 平子 哲也, 有路 智行, 大塩 良輔

同 ・放射線科

花輪 真

(第11回北海道 IVR 談話会, 2009年12月, 札幌)

11) 当院作成のオリジナル防護具による被ばく低減の検討

市立旭川病院・中央放射線科

有路 智行, 平子 哲也, 三ツ井貴博

同 ・放射線科

花輪 真

(第11回北海道 IVR 談話会, 2009年12月, 川崎)

[投稿論文]

1) 心臓 CT による冠動脈起始部異常について

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之, 大野 肇, 石澤 博

(旭川放射線技師会会誌 31:46-48, 2009)

2) 3D-CT 像が有用であった胸骨骨折の一例

市立旭川病院・中央放射線科

石澤 博, 竹内 顕宏, 三ツ井貴博, 大野 肇

(旭川放射線技師会会誌 31:52-54, 2009)

中央検査科

[学会発表]

1) スキルアップセッション 僧帽弁口血流速波形を読む僧帽

弁疾患, 人工弁の左室流入血液 ~ 有用性と限界 ~

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(第20回日本心エコー図学会, 2008年4月, 高松)

2) 弁形成術後のMR所見 ~ 術中経食道エコーとの比較 ~

市立旭川病院・中央検査科生理機能

長瀬 雅彦

(日本超音波検査学会北海道第10回地方会, 2009年2月, 札幌)

3) 保管検体の遡及調査にても原因特定には至らなかった急性B型肝炎の1例

市立旭川病院・中央検査科

高木 奈央, 長瀬 政子, 高田 明生

同 ・内科

柿木 康孝, 三宅 高義

(第89回北海道医学大会輸血分科会第53回日本輸血・細胞治療学会北海道支部会例会, 2009年10月, 札幌)

リハビリテーション科

[学会発表]

1) 腕神経叢損傷の理学療法

市立旭川病院・リハビリテーション科

齋藤 肇

(北海道理学療法士会道北支部整形外科疾患勉強会・症例検討会, 2009年10月, 旭川)

2) 病院のリハビリから地域のリハビリへ (講演)

市立旭川病院・リハビリテーション科

山内 敦

(平成21年度精神障がい者地域生活移行推進事業医療従事者研修会, 2009年11月, 旭川)

臨床器材料

[学会発表]

1) DES 留置後 very late thrombosis による AMI 発症の経験 - AMI における IVUS の有効性 -

市立旭川病院・臨床器材料

山口 和也, 田中 義範, 澤崎 史明, 堂野 隆史

窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

同 ・内科

伊達 歩, 井澤 和真, 西浦 猛, 奥山 淳

石井 良直

(第18回日本心血管インターベンション治療学会, 2009年6月, 札幌)

2) STENT の中枢側に新規病変を発生した1症例 - IVUS 画像を振り返ってみて -

市立旭川病院・臨床器材料

澤崎 史明, 田中 義範, 山口 和也, 堂野 隆史

窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第18回日本心血管インターベンション治療学会, 2009年6月, 札幌)

3) RCA Ostium から Aorta にかけて高度石灰化を伴った病変に

対し PTCRA を施行した 1 例

市立旭川病院・臨床器材料

山口 和也, 田中 義範, 澤崎 史明, 堂野 隆史
窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

同 ・内科

伊達 歩, 井澤 和真, 西浦 猛, 奥山 淳
石井 良直

(第 57 回日本心臓病学会学術集会, 2009 年 9 月, 札幌)

4) 体外循環の科学的根拠の準拠と実践 - Kenneth G.Shann らの報告と比較して -

市立旭川病院・臨床器材料

窪田 将司, 鷹橋 浩, 河田 修一, 堂野 隆史
澤崎 史明, 山口 和也, 田中 義範

同 ・胸部外科

南田 大朗, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊

(第 35 回日本体外循環技術医学会大会, 2009 年 10 月, 大阪)

5) 開放回路と半閉鎖回路の体外循環法

市立旭川病院・臨床器材料

窪田 将司, 鷹橋 浩, 河田 修一, 堂野 隆史
澤崎 史明, 山口 和也, 田中 義範

同 ・胸部外科

加藤 伸康, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊

(第 35 回日本体外循環技術医学会大会, 2009 年 10 月, 大阪)

6) TERUMO 社 IVUS システム VISIWAVE の操作性評価

市立旭川病院・臨床器材料

田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史
窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第 20 回北海道臨床工学会大会, 2009 年 11 月, 札幌)

7) SES 留置後 very late thrombosis による AMI 発症の経験 - AMI における IVUS の有効性 -

市立旭川病院・臨床器材料

山口 和也, 田中 義範, 澤崎 史明, 堂野 隆史
窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩

同 ・内科

伊達 歩, 井澤 和真, 西浦 猛, 奥山 淳
石井 良直

(第 20 回北海道臨床工学会大会, 2009 年 11 月, 札幌)

8) 医療監視および病院機能評価 Ver.6 取得に向けた ME 機器管理の取り組み

市立旭川病院・臨床器材料

鷹橋 浩, 河田 修一, 窪田 将司, 堂野 隆史
澤崎 史明, 山口 和也, 田中 義範, 米坂 直子

(第 20 回北海道臨床工学会大会, 2009 年 11 月, 札幌)

9) 薬剤過敏症候群 (DIHS) により劇症型心筋炎を呈した 1 例

市立旭川病院・臨床器材料

窪田 将司, 鷹橋 浩, 河田 修一, 堂野 隆史
澤崎 史明, 山口 和也, 田中 義範

同 ・内科

正木 芳宏, 丹 通直, 山田 豊

(第 16 回日本体外循環技術医学会北海道地方会大会, 2009 年 12 月, 札幌)

10) ヘパリン起因性血小板減少症に対してアルガトロバンを使用して体外循環を行った 1 症例

市立旭川病院・臨床器材料

河田 修一, 鷹橋 浩, 窪田 将司, 堂野 隆史
澤崎 史明, 山口 和也, 田中 義範

(第 16 回日本体外循環技術医学会北海道地方会大会, 2009 年 12 月, 札幌)

11) 各施設における体外循環新人教育...うちはこうして新人を育てているよ

市立旭川病院・臨床器材料

河田 修一, 鷹橋 浩, 窪田 将司, 堂野 隆史
澤崎 史明, 山口 和也, 田中 義範

(第 16 回日本体外循環技術医学会北海道地方会大会, 2009 年 12 月, 札幌)

[投稿論文]

1) 人工心肺トラブルシューティングマニュアルの作成

- 院内ウエットラボの経験から -

市立旭川病院・臨床器材料

山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史, 窪田 将司
河田 修一, 鷹橋 浩, 黒田 廣

同 ・胸部外科

大久保祐樹, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊

(日本体外循環技術医学会北海道地方会会誌 7: 13-20, 2009)

2) トラブルシミュレーションの検討

- 院内ウエットラボを開催して -

市立旭川病院・臨床器材料

河田 修一, 山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史
窪田 将司, 鷹橋 浩, 黒田 廣

同 ・胸部外科

大久保祐樹, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司
大場 淳一, 青木 秀俊

(体外循環技術, 36; 38-43, 2009)

看護部

[学会発表]

1) ICU 見学型オリエンテーションの調査・検討 ~写真導入によるイメージ化を図って~

市立旭川病院・集中治療室

栗谷川直美, 服部 恵美, 三井 恵理, 坪崎 春美

(第 36 回日本集中治療医学会学術集会, 2009 年 2 月, 大阪)

- 2) インスリン治療患者の血糖コントロールに関する要因の検討
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第28回道北インスリン療法研究会, 2009年3月, 旭川)
- 3) 良質な医療を提案するための組織的共同について医療安全と感染対策の連携
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
同 ・看護部
古川 美砂, 一條 明美, 渡辺和佳子
(平成21年度北海道看護協会上川南支部看護研究発表会, 2009年6月, 旭川)
- 4) 透析室における感染対策「針刺し・切創・粘膜曝露対策ここがポイント」
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(第13回北海道器材・感染対策研究会, 2009年7月, 札幌)
- 5) TCNが行うSSIサーベイランスの実際 データフィードバックから改善まで
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(札幌感染管理研究会, 2009年8月, 札幌)
- 6) 退院後のフットケアの現状調査
市立旭川病院・西病棟4階
河田 由紀, 有澤比呂子, 中塚 桂子
(第13回道北地区糖尿病教育・看護研究プログラム, 2009年8月, 旭川)
- 7) 透析室における感染管理「あなたにも出来る感染対策のKey Word」
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(第4回医療安全セミナー, 2009年9月, 札幌)
- 8) 循環器内科病棟における患者満足度調査の検討
市立旭川病院・東病棟5階
鍛冶川和加, 畑山しのぶ, 福本きよみ
同 ・内科
石井 良直
(第57回日本心臓病学会, 2009年9月, 札幌)
- 9) 専従リスクマネージャーと感染管理認定看護師の連携
市立旭川病院・看護部
古川 美砂, 桐 則行, 一條 明美, 渡辺和佳子
同 ・医局
子野日政昭
(日本医療マネジメント学会第9回北海道支部学術集会, 2009年10月, 札幌)
- 9) よりよい術後訪問を実施するための具体策
市立旭川病院・手術室
森谷 有希
(第40回日本看護協会学術集会成人看護, 2009年10月, 大宮)
- 10) 実際から学ぶ手術部位感染対策の基礎
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
(第6回道北感染対策研究会, 2009年10月, 旭川)
- 11) 拘束感の少ない点滴自己抜去予防用具を目指して
市立旭川病院・東病棟6階
小倉 佳奈
同 ・西病棟6階
吉田 篤子
同 ・東病棟5階
斉藤 成美
同 ・看護部
橘内 幸子
(全国自治体病院学会, 2009年11月, 川崎)
- 12) 中材業務における組織的共同の重要性
市立旭川病院・感染対策室
桐 則行
同 ・看護部
一條 明美
同 ・臨床器材科
鷹橋 浩, 本郷 文枝
(第30回北海道中材業務研究会, 2009年11月, 札幌)
- 13) 長期入院患者に対する退院支援
～退院に対する意識調査とそれにもとづいた支援～
市立旭川病院・北病棟2階
三浦 睦子, 平出 浩子, 佐野 良子
(平成21年度日本精神科看護学会第16回専門学会, 2009年11月, 熊本)
- 14) 糖尿病入院患者の感情状態や負担の評価・検討
市立旭川病院・西病棟4階
牧田 志穂, 佐藤 菜津, 堀内実希子, 岡田いづみ
同 ・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)
- 15) 病棟におけるCVポートの管理(困った時のトラブルシューティング)
市立旭川病院・看護部放射線科外来
山本 康子, 植平久仁絵, 千田 郁美, 原井 絵里
桶屋美恵子, 東 恵子
(第11回北海道IVR談話会, 2009年12月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) ストーマを造った患者へのパスの導入
市立旭川病院・西病棟6階
永草麻由美, 鹿瀬 美保, 嶋田 愛, 佐々木智恵
塩谷 博子
(旭市病誌 41:21-26, 2008)

栄養給食科
[学会発表]

1) 糖尿病教育入院患者の栄養指導の評価と検討

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 阿蘇 和恵, 坪山 淳子, 植本 啓子

大里 寿江

同 ・糖尿病センター

外川 征史, 宮本 義博, 武藤 英二

(第52回日本糖尿病学会年次学術集会, 2009年5月, 大阪)

2) 2型糖尿病を有する肥満患者への食行動質問表を通しての
アプローチ

市立旭川病院・栄養給食科

大里 寿江, 小川美弥子, 平子 舞, 坪山 淳子
阿蘇 和恵

同 ・糖尿病センター

外川 征史, 宮本 義博, 武藤 英二

(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)

3) 糖質調整栄養剤の種類による血糖変動の比較について

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 阿蘇 和恵, 平子 舞, 坪山 淳子

大里 寿江

同 ・糖尿病センター

外川 征史, 宮本 義博, 武藤 英二

(第43回日本糖尿病学会北海道地方会, 2009年11月, 旭川)

「旭川市立病院医誌」投稿規程

1. 本誌は市立旭川病院の機関誌として年1回以上発行する。
2. 本誌に掲載する論文は、市立旭川病院の職員およびその関係者などの投稿による。
3. 本誌は綜説、臨床研究、症例報告、医学研究に関する論文で未発表のもの、年報（学会発表および雑誌掲載論文記録など）、その他各科、各部局の活動内容などからなる。
4. 掲載論文の採否および順位は編集委員で決定する。
5. 編集の都合により原文の論旨を変えない範囲内で著者に訂正を求めることがある。
また文の体裁、述語、かなづかいなどを編集者が訂正することがある。
6. 校正は原則として初校だけを著者が行うことにする。校正は誤植の訂正程度にとどめる。
7. 原稿は原則として邦文とし、ワープロ・パソコンを使用してA4用紙に1ページ24字×43行で作成する。専門用語以外はひらがな、当用漢字、現代仮名づかいを用いる。数字は算用数字、度量衡単位はmm, cm, mg, %, などをを用いる。
8. 論文には英字タイトルおよびローマ字による著者名（例 Hidetoshi AOKI et al）を併記する。
9. 5語以内のKey Wordsを付記する。
10. 論文は本文8,000字以内を原則とする（図表を含む）。
11. 図表は原稿そのものから写真製版できるような明確なものとし、原稿とは別に1枚ずつ添付する。標題および簡単な説明をつける（図・写真は下、表は上）。
12. 写真は原則として白黒とし、キャビネまたは手札大とし、台紙に貼ること。
13. 図・表・写真とも本文中に挿入箇所を明記する。
14. 薬品の商品名（欧文）は大文字、一般名は小文字で記載する。（例 Endoxan, cyclophosphamide）
15. 論文の体裁は、はじめに。成績ほか。考察。おわりに。とする。
16. 引用論文は主要論文のみとし最大10以内にとどめる。

文献の書き方は次の形式による。

- 1) 記載順序は、引用順とし本文中に引用した箇所の右肩に^{1,2)}のように番号を付し本文の末に一括して掲げ1)2)とする。
 - 2) 雑誌は著者名、論文名、雑誌名、年号（西暦）、巻数、頁数の順で記載する。欧文雑誌名は「Index medicus」、邦文誌は「医学中央雑誌」の省略名に準拠する。省略名にピリオドを打たない。著者名は3名までとし、それ以上は「ほか」または「et al」とする。欧文著者はカンマ、ピリオドを打たない。
「例」糸島達也、田中良治、安東正晴、ほか：電子スコープ周辺機器としての画像処理装置。日本臨床 1987；45：1174-1179。
Gallagher JJ et al：The preexcitation syndrome. Prog Cardiovasc Dis 1978；20：285-289。
 - 3) 単行本の場合は和書、洋書とも著者名、題名、編集者、発行地名、発行所名、版数、発行年号（西暦）、巻数、頁数の順で記載する。
「例」Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In：Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology：mechanisms of disease. Philadelphia：Saunders. 1974：457-472。
 - 4) 電子媒体からの引用については引用月日、URLを記載する。
「例」PubMed Tutorial 引用 [2008-2-16] Available from URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmed.html>
上記以外については、「生物医学雑誌への統一投稿規定」に準ずる。
17. 年報への投稿は以下の書式による。
- 1) 学会発表の場合（総会、地方会、その他の研究会など）：演題名、所属発表者（全員 Full name）発表学会名（第回も必ず）、発表年、月、開催地
 - 2) 掲載論文の場合：発表者（Full name）、論文題名、発表雑誌、巻：頁～頁、西暦発行年
 - 3) 他施設との共同発表または共著の場合には、筆頭者、ほかとしても良い。

編集後記

ことしもようやく院内誌完成の運びとなりました。多くの論文をご投稿頂きありがとうございます。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部、薬剤科、リハビリテーション科、中央放射線科の多くの先生方、スタッフの皆様、また、期間の非常に短い中、査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方、編集協力委員の方々のご苦勞に深い敬意を表します。

毎日の超多忙かつ激務の中で、それぞれの分野に置いて学問的な面からある事項に興味や疑問を持って仕事することは極めて重要であります。ただ、漫然と duty をこなし、一日が終わり、その繰り返しで1ヵ月、1年が終わる。それでは、仕事はただの生活するためのだけの労働であり、何も生まれません。私たちの行っている、関わっている医療の全ての分野には、science と art という側面があります。自分たちの行っていることが科学的に正しいのかに疑問を持って検証すること、自分たちの行っている仕事の skill を上げ、さらに高度な内容にする努力を継続する、市立旭川病院にはそのことが義務づけられていると私は思います。そのためには、普段、行っている仕事の中でやりがいのある事項、疑問に思われる事項について勉強し、仲間とその点について話し合い、疑問を解決するためにどのような action を起こせばよいかについて考えてまた仲間と相談し合う。これら一連の行動が、臨床研究に繋がります。それをまとめて学会、研究会で発表し、それを論文化することで、疑問は解決し、さらに一段高いステップへと向上できると考えます。疑問、興味が最終形態である論文となった時、より多くの職員に影響を与えることが可能となります。職員全員が一年に一つ以上、仕事上で興味のあることや疑問点について、深め、研究し、発表、論文作成を行う意識を持てば、当院はもっとすばらしい病院になって行くと考えます。研究発表、論文作成を行って、市立旭川病院をもっとアカデミックにしよう!! 来年以降、より多くの職員からの投稿をお待ちしております。

編集委員長 齊藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	齊藤 裕輔	事務局	井須 史朗
編集委員	佐藤 公輝		直江 理子
	武井 明		馬場 進
	佐竹 明		
	千葉 篤		
	菅野 晴美		
	小澤賢一郎		
	福居 嘉信		

《基本理念》

患者さま本位の医療を行い，市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

- 1 高度・特殊・先進医療を担い，地域の医療水準の向上に努めます。
- 2 安全な医療を提供できるよう職員の安全教育に努めます。
- 3 地域の医療機関や行政機関と連携し，公平・公正な医療の提供に努めます。
- 4 公共性を確保し，効率的で健全な病院経営に努めます。
- 5 教育研修機能の充実に努めます。
- 6 救急医療を積極的に推進し，市民に安心な医療を提供するよう努めます。

旭川市立病院医誌〔第42巻1号〕

平成22年12月29日 印刷
平成22年12月29日 発行

〔非売品〕

編集発行人 旭川市金星町1丁目1番65号

青木 秀俊

発行所 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

印刷所 旭川市10条通23丁目

中村印刷 株式会社

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.42 No.1
December 2010

【Original Articles】

Bortezomib in combination with dexamethasone for relapsed or refractory myeloma.

..... Kouji CHIBA

【Case Reports】

A case of prosthetic valve dysfunction detected by real time three-dimensional

transesophageal echocardiography. Takahiko MASUDA

A case of cushing syndrome with various psychophysical symptoms. Naruhiro MATSUO

A case of pelvic Castleman disease presenting lower abdominal pain as an initial manifestation Joji SIMONO

A case of invasive pulmonary aspergillosis and epidural spinal abscess in a dialysis patient. Akira KODAMA

【Nursing Reports】

Approach on suppression criterion review. Michiyo MURAKAMI

Study of stress for telephone correspondence in out patient unit nurses. Kumiko TAKEMOTO
