

旭川市立病院医誌

第45巻 1号

平成25年 9月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

当科における未治療成人急性骨髄性白血病症例の後方視的解析

内 科 竹村 龍

精神科思春期外来を受診した高校生の広汎性発達障害

精 神 科 武井 明

【症例報告】

16歳の卵管境界悪性腫瘍の1例

産 婦 人 科 岸 秀昭

ベンタミジンにより低血糖を来たしたニューモシスチス肺炎の1例

内 科 福田 直樹

梅毒性苔癬（Lichen Syphiliticus）の1例

皮 膚 科 須藤 学

【報 告】

ユジノ・サハリンスク市への公式訪問報告 2012

副 院 長 子野日政昭

【看護研究】

産婦人科手術後に間欠的空気圧迫装置と弾性ストッキングを併用した

患者の装着感調査

看 護 部 伊藤 美華

【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45巻 1号

平成25年 9月発行

目 次

【臨床研究】

当科における未治療成人急性骨髄性白血病症例の後方視的解析	内 科 竹 村 龍	1
精神科思春期外来を受診した高校生の広汎性発達障害	精 神 科 武 井 明	7

【症例報告】

16歳の卵管境界悪性腫瘍の1例	産婦人科 岸 秀 昭	12
ベンタミジンにより低血糖を来したニューモシスチス肺炎の1例 ..	内 科 福 田 直 樹	16
梅毒性苔癬 (Lichen Syphiliticus) の1例	皮 膚 科 須 藤 学	21

【報 告】

ユジノ・サハリンスク市への公式訪問報告 2012	副 院 長 子野日 政 昭	26
--------------------------------	---------------------	----

【看護研究】

産婦人科手術後に間欠的空気圧迫装置と弾性ストッキングを併用した患者の装着感の調査	看 護 部 伊 藤 美 華	29
--	---------------------	----

【臨床病理検討会】

第1回 平成24年6月28日	内 科 田 端 克 彦	33
第2回 平成24年9月11日	内 科 藤 山 朋 代	34
第3回 平成24年10月2日	内 科 福 田 直 樹	35
第4回 平成24年11月6日	内 科 岩 間 琢 哉	36
第5回 平成25年1月29日	胸部外科 松 居 祐 樹	38
第6回 平成25年3月6日	内 科 大 場 彩 音	39

【教育研修報告】

第13回日本クリニカルパス学会学術集会参加報告	看 護 部 太 田 智 美	42
第43回日本看護学会 成人看護 I 研修報告	看 護 部 馬 場 千 賀 子	43
日本看護学会 小児看護・学術集会に参加して	看 護 部 福 居 佑 香	44

出張報告	看護部	伊藤修平	46
放射線看護過程研修報告	看護部	田村加奈	47
第35回日本造血幹細胞移植学会総会に参加して	看護部	金子夏実	48
出張報告	看護部	原田恵美	49
人工心肺業務を中心とした施設研修の報告	臨床器材科	窪田將司	50
第3回がんのリハビリテーション研修ワークショップの参加報告	リハビリテーション科	阿部慎一	52
第3回がんのリハビリテーション研修ワークショップへの参加報告	リハビリテーション科	齋藤肇	53

【医局抄読会記録】

経口抗凝固療法の現状	内科	幸村近	55
当科における大腸憩室炎の臨床的特徴	内科	杉山隆治	55
有痛性糖尿病神経障害の治療	内科	宮本義博	55
ABO血液型の異なる血球が混在している症例	内科	柿木康孝	56
結核診療ガイドラインと当院での結核症例	内科	谷野洋子	56
緊急手術を行った上行結腸軸捻転の2例	外科	櫛引敏寛	56
収縮性心膜炎	胸部外科	村瀬亮太	56
顔面神経麻痺診療の手引きについて	耳鼻咽喉科	相澤寛志	57
RSウイルス感染症について	小児科	上田泰弘	57
当科における腹腔鏡下腎部分切除術について	泌尿器科	望月端吾	58
16歳の卵管腫瘍を経験して	産婦人科	岸秀昭	58
当科における児童青年期入院患者（20歳以下）の動向	精神科	泉将吾	58
術前経口補水の導入	麻酔科	山岸昭夫	58
ドライアイ	眼科	菅野晴美	59
飲食物に関連して発症したアナフィラキシーの3例	皮膚科	坂井博之	59
中心静脈（CV）ポート，なぜ，なに!? 依頼していただくにあたって	放射線科	花輪真	60
顎変形症の治療について	歯科口腔外科	谷和俊	60
感染対策委員会から	感染対策	小西貴幸	60

【看護研究発表会記録】

産婦人科手術後に間欠的空気圧迫装置と弾性ストッキングを併用した患者の装着感の調査	東3階	原真梨子	62
小児における体幹抑制帯内の環境温等についての調査	西3階	清野真由美	62
前立腺全摘術を受け退院された患者の排尿状況調査	西4階	山口琴美	63

旭川市内の看護学生が選ぶ就職先の条件とは	東 5 階	林 亜友未	63
コーチ 2 による術後呼吸訓練の指導と観察・評価方法の統一	西 5 階	土 井 なつき	64
排泄ケアにおける病室の臭気対策の検討	東 6 階	虻 川 美 樹	64
大腸癌手術後化学療法を行う患者の排便に関する実態調査	西 6 階	金 澤 絵 美	65
逝去時の看護の実態及び看護師の意識調査	東 7 階	栃 元 麻 里	65
同種造血幹細胞移植患者への看護の統一に向けての試み	西 7 階	金 子 夏 実	66
精神科急性期における深部静脈血栓症予防の有効性	北 1 階	江 藏 祥 平	66
急性期精神科病棟における身体拘束に対しての看護師の意識と今後の課題			
.....	北 2 階	宇 田 かおり	67
情報のニードに対する重要度と満足度の調査	集中治療室	柏 倉 沙也加	67
手術室看護師の新人支援とは	手術室	大 野 麻 希	68
当院における放射線治療に対する認識と看護の実際	放射線科外来	越 江 真 紀	68
【がん診療連携拠点病院関連研修会】			70
【平成24年度各科学会発表ならびに投稿論文】			73
【Medical Essay】			20, 25, 54, 61, 69, 92
【編集後記】			94

当科における未治療成人急性骨髄性白血病症例の後方視的解析*

内科 竹村 龍** 千葉 広司
橋口 淳一 松岡 里湖
柿木 康孝

はじめに

本邦における急性骨髄性白血病 (Acute myeloid leukemia: AML) に対する化学療法は日本成人白血病治療共同研究グループ (Japan Adult Leukemia Group: JALSG) による臨床研究が進められ、現在ではシタラビン + イダルビシン療法 (Idarubicin + cytarabine: IDR+Ara-C) もしくはシタラビン + ダウノルビシン療法 (Daunorubicin + cytarabine: DNR+Ara-C) による初回寛解導入療法が急性前骨髄性白血病を除くAMLに対して標準的治療法として確立している。JALSG AML97^{1,2)} 及びJALSG AML201 臨床研究³⁾ での治療成績では完全寛解 (complete remission: CR) 率はIDR+Ara-C群で78.2%, DNR+Ara-C群では77.5%と欧米のCR率50~75%^{4,5)}と比較して良好な成績を残している。しかし、本臨床研究は65歳未満の全身状態が比較的良好な初発症例に対する治療成績であり、高齢者や再発・治療抵抗例に対する寛解導入療法はいまだ確立された標準療法がなく、治療成績も不良であるのが現状である。

今回、われわれは、2005年4月から2010年3月まで

の5年間に当院に入院し加療を行った未治療AML58例を後方視的に解析し、その臨床像と治療成績を検討した。

対象と方法

2005年4月から2010年3月31日までの5年間に当科に初回入院した未治療AML症例58例を対象とし、後方視的に解析した。今回の検討では異形成を伴うAML (AML with multilineage dysplasia, n=2) を骨髄異形成症候群 (myelodysplastic syndrome: MDS) からの白血化症例 (MDS/AML) の中に含めた。急性前骨髄性白血病 (AML, M3) は除外とした。JALSG予後リスク分類は既報の基準^{1,2)}に従った。生存におけるEventとは再発あるいはあらゆる原因による死亡とした。

結 果

表1に58例の患者背景を示した。年齢は15歳から90歳で平均年齢62歳であった。FAB分類 (French-American-British classification) で分類可能なAML症例が41例で、MDS/AML症例は17例であった。FAB分類ではAML M0が5例 (11%), AML M1が14例 (34%), AML M2が12例 (29%), AML M4が9例 (22%), AML M5が1例 (2.4%)であった。AML M6症例およびAML M7症例はなかった。化学療法を①IDR+Ara-C療法 (Full dose), ②IDRもしくはAra-Cを70%以下に減量して投与した減量IDR+Ara-C療法 (Dose reduction), ③少量シタラビン療法を中心とした毒性軽減化学療法 (毒性軽減レジメン) の3群に分類して検討したが、それぞれの治療群での平均年齢は58歳, 76歳, 75歳であ

* : Retrospective clinical analysis of adult patients with previously untreated acute myeloid leukemia in Asahikawa City Hospital.

** : Ryo TAKEMURA, et al.

(現 北海道大学・血液内科)

Key words : 未治療急性骨髄性白血病,
シタラビン, イダルビシン, 寛解率

表 1 患者背景

	Total (n=58)	初回治療			
		IDR+Ara-C (n=40)		毒性軽減レジメン (n=11)	未治療 (n=7)
		Full dose (n=34)	Dose reduction (n=6)		
年齢 (歳)					
Median	62	58	76	75	81
Range	15-90	15-75	69-85	65-84	73-90
性別					
男	33	20	3	5	5
女	25	14	3	6	2
病型					
AML	41	32	4	4	1
M0	5	5	0	0	0
M1	14	9	2	3	0
M2	12	9	2	0	1
M4	9	8	0	1	0
M5	1	1	0	0	0
M6	0	0	0	0	0
M7	0	0	0	0	0
MDS overt Leukemia	17	2	2	7	6
JALSG予後risk分類					
(de novo AML)					
favorable	7	7	0	0	0
intermediate	22	14	4	3	1
unfavorable	11	10	0	1	0
undifferentiated	1	1	0	0	0
染色体 (G-band法)					
t (8 ; 21)	7	6	0	0	1
inv (16)	3	3	0	0	0
t (6 ; 9)	1	1	0	0	0
+ 8	3	2	0	1	0
- 7	2	0	0	2	0
正常核型	21	11	2	3	5
他の染色体異常	15	7	3	4	1
増殖細胞なし	6	4	0	1	1

った。

表 2 では化学療法を受けた51例の初回寛解導入療法による寛解率を解析した。全体の寛解率は57%で、IDR+Ara-C群56%、減量IDR+Ara-C群67%、毒性軽減レジメン群55%であった。FAB分類で分類可能なAML症例41例に限ると寛解率は60%であり、MDS/AML症例17例での寛解率は45%となっていた。

表 3 に初回寛解導入療法と 2 回目の寛解導入療法 (再寛解導入療法) を合わせた寛解率を示す。初回寛解

導入療法で非寛解であった22例中、18例に対して再寛解導入療法が行われ、8例が新たに寛解に到達し、計37例 (73%) の症例に寛解が得られた。初回寛解導入療法別にみると、初回IDR+Ara-C療法施行群で27例 (79%)、初回減量IDR+Ara-C療法群で4例 (67%)、毒性軽減化学療法群では6例 (55%) が再寛解導入療法後に寛解に到達していた。

表 5 に再寛解導入療法による寛解率を治療別に示す。初回寛解導入不応例22例中18例に再寛解導入療法が施行

表2 初回寛解率

	Total (n=51)	初回治療		
		IDR+Ara-C (n=40)		毒性軽減レジメン (n=11)
		Full dose (n=34)	Dose reduction (n=6)	
寛解	29 (57%)	19 (56%)	4 (67%)	6 (55%)
非寛解	22 (43%)	15 (44%)	2 (33%)	5 (45%)
病型別寛解				
AML	24/40 (60%)	18/32 (56%)	4/4 (100%)	2/4 (50%)
M0	0/5 (0%)	0/5 (0%)	0	0
M1	8/14 (57%)	5/9 (56%)	2/2 (100%)	1/3 (33%)
M2	8/11 (73%)	6/9 (67%)	2/2 (100%)	0
M4	7/9 (78%)	5/8 (62%)	0	1/1 (100%)
M5	1/1 (100%)	1/1 (100%)	0	0
M6	0	0	0	0
M7	0	0	0	0
MDS overt Leukemia	5/11 (45%)	1/2 (50%)	0/2 (0%)	4/7 (57%)
JALSG 予後risk分類 (de novo AML)				
favorable	7/7 (100%)	7/7 (100%)	0	0
intermediate	14/21 (67%)	8/14 (57%)	4/4 (100%)	2/3 (67%)
unfavorable	2/11 (18%)	2/10 (20%)	0	0/1 (0%)
undifferentiated	1/1 (100%)	1/1 (100%)	0	0
染色体 (G-band法)				
t (8 ; 21)	4/6 (67%)	4/6 (67%)	0	0
inv (16)	3/3 (100%)	3/3 (100%)	0	0
t (6 ; 9)	0/1 (0%)	0/1 (0%)	0	0
+ 8	2/3 (67%)	2/2 (100%)	0	0/1 (0%)
- 7	1/2 (50%)	0	0	1/2 (50%)
正常核型	11/16 (69%)	8/12 (67%)	2/2 (100%)	1/3 (33%)
他の染色体異常	5/14 (36%)	0/7 (0%)	2/3 (100%)	3/4 (75%)
増殖細胞なし	3/5 (60%)	2/4 (50%)	0	1/1 (100%)

表3 2回の寛解導入療法による寛解率

	Total (n=51)	初回IDR+Ara-C (n=34)	初回減量IDR+Ara-C (n=6)	毒性軽減レジメン (n=11)
CR	37 (73%)	27 (79%)	4 (67%)	6 (55%)
non-CR	10 (20%)	7 (21%)	1 (16.7%)	2 (18%)
2回目施行せず	4 (7%)	0 (0%)	1 (16.7%)	3 (27%)

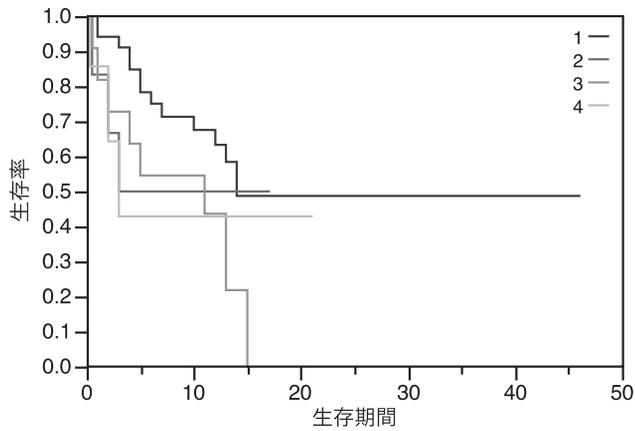
表4 早期死亡例

	Total (n=51)	IDR+Ara-C (n=34)	減量IDR+Ara-C (n=6)	毒性軽減レジメン (n=11)
死亡	4 (7.8%)	0 (0%)	1 (17%)	3 (27%)
死亡者年齢	82(79-84)		79	83(82-84)
治療患者年齢	60(15-85)	52(15-75)	76(69-85)	78(65-84)

表5 再寛解導入療法による寛解率（治療別）

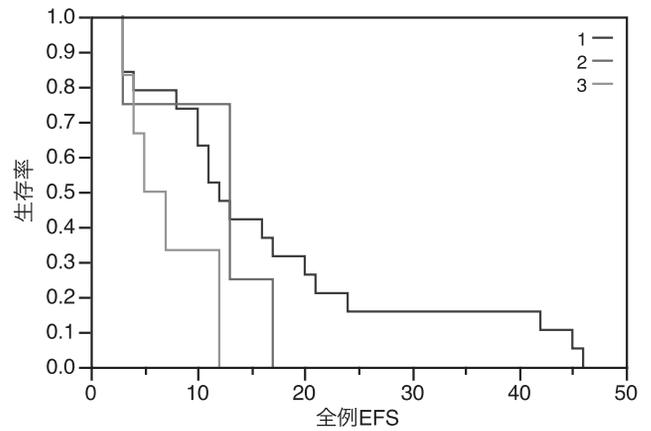
	Total (n=18)	FLAG (n=10)	MEC (n= 4)	A-tripleV (n= 2)	毒性軽減レジメン (n= 2)
寛解	8 (44%)	7 (70%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
非寛解	10(56%)	3 (30%)	3 (75%)	2 (100%)	2 (100%)

生存分析プロット



生存期間（全症例）

生存分析プロット

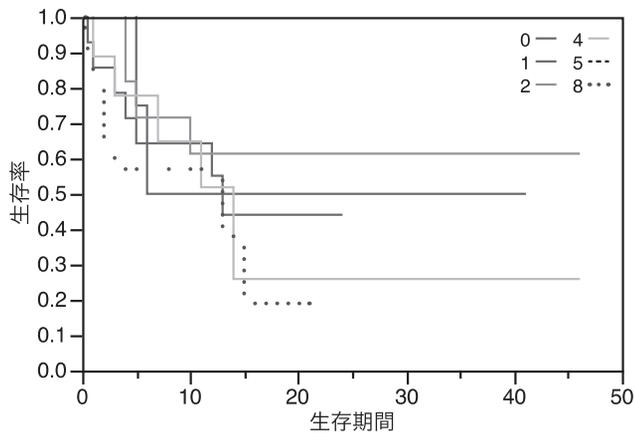


Event Free Survival（寛解例）

1: IDR+Ara-c群、2: 減量IDR+Ara-C群、3: 毒性軽減化学療法群、4: 無治療群

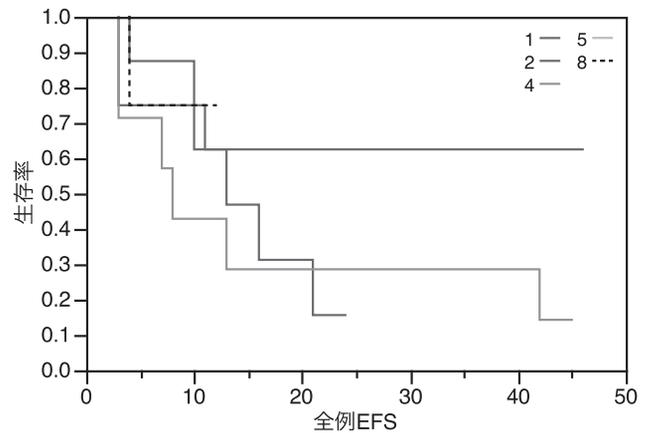
図1

生存分析プロット



生存期間（全症例）

生存分析プロット



Event Free Survival（寛解例）

0: M0, 1: M1, 2: M2, 4: M4, 5: M5, 8: MDS/AML

図2

された。化学療法のレジメンはFLAG療法 (fludarabine/high-dose cytarabine/G-CSF併用化学療法) が10例、MEC療法 (Mitoxantrone, etoposide, and intermediate-dose cytarabine) 4例、A-TripleV療法 (cytarabine, etoposide vincristine, and vindesine) 2例、毒性軽減療法2例であり、18例中8例 (44%) が寛解へ到達した。治療法別にみると、FLAG療法で10例中7例 (70%) が寛解になり、MEC療法では4例中1例 (25%) が寛解となった。A-tripleV療法の2例と毒性軽減化学療法の2例では寛解に到達した症例はなかった。

図1に全症例の生存期間と初回寛解達成例におけるEvent Free Survival (EFS) をKaplan-Meier法で示す。IDR+Ara-C群、減量IDR+Ara-C群、毒性軽減化学療法群、無治療群別に解析を行い、それぞれの群の1年生存率はIDR+Ara-C群63.29%、減量IDR+Ara-C群50%、毒性軽減化学療法群43.64%、無治療群42.86%であった。それぞれの群の1年EFSはIDR+Ara-C群47.37%、減量IDR+Ara-C群75%、毒性軽減化学療法群0%であった。

図2にFAB分類病型群別の生存期間とEFSを示す。それぞれの群の1年生存率はM0群50%、M1群55.1%、M2群61.36%、M4群51.85%、M5群100% (1症例)、MDS/AML群57.01%であった。1年EFSはM1群62.5%、M2群62.5%、M4群42.86%、M5群100% (1症例)、MDS/AML群75%であった。

表4に初回寛解導入療法後の早期死亡症例を治療法別で示す。早期死亡とは、初回寛解導入療法後2ヵ月以内の死亡とした。IDR+Ara-C群では死亡例はなく、減量IDR+Ara-C群では6例中1例、毒性軽減化学療法群では11例中3例に早期死亡を認めた。死因は減量IDR+Ara-C群で脳出血1例、毒性軽減療法群で肺出血1例、脳出血1例、肺炎1例であった。

考 察

今回の後方視的検討では、当科の症例は平均年齢62歳と比較的高齢者が多く認められており、65~85歳の症例で減量IDR+Ara-Cや毒性軽減化学療法が施行され、化学療法を施行しなかった7例は平均年齢81歳と超高齢であり、治療法選択に年齢が大きな要素の一つとなっていることが推察された (表1)。

また、当科では予後不良病型とされるAML M0が11%を占め、JALSG AML97の報告^{1,2)}ではAML M0の頻度6%であるのに対して高くなっていた。逆に予後

良好とされているAML M2症例が当科では29%と少なく、JALSG AML97のAML M2の頻度44%と比べて低かった (表1)。

JALSG AML97^{1,2)}での寛解率は初回寛解導入療法後では64.1%、再寛解導入療法後では寛解率78%であるが²⁾、当科のIDR+Ara-C療法での初回寛解率56%、IDR+Ara-Cによって非寛解であっても再寛解導入療法を施行しての寛解率は73%であり、JALSGの治療成績とほぼ同等であると考えられた (表3)。

FAB分類病型別の解析では、JALSG AML97の報告^{1,2)}でもM0nの寛解率は他の病型と比較して65.7%と低いが、当科の解析ではM0は5症例全て非寛解であり強い化学療法抵抗性を示していた。M0への治療は全例IDR+Ara-C療法であり、年齢も45~60歳とJALSGの報告と年齢・治療内容に差異はなかった。化学療法群毎による寛解率に大きな差異は認めないが、MDS/AML群では寛解率47%と寛解率が低い傾向であった (表2)。

生存期間と初回寛解達成例におけるEvent Free Survival (EFS) のKaplan-Meier曲線では治療強度が強いと生存期間も長期となる傾向を早期から示し、2年以上の長期生存を確認した症例はIDR+Ara-C治療群のみであった。それぞれの治療群において寛解率に大きな差異は認めなかったものの、寛解例に対するEFSを見ても、治療強度とEventは相関しており、IDR+Ara-C治療群で最も良い成績であった。長期予後を考えると初回寛解導入療法の強度を維持することの重要性を示したと考える。毒性軽減療法の多くを占めているCAG療法 (low-dose cytarabine + aclarubicin + G-CSF) の文献的報告をみても寛解率は63%と良好であるものの、寛解例のDisease Free Survivalは8.1ヵ月と短いものであった⁶⁾。しかし、IDR+Ara-C群においても長期生存例の半数以上が再発していることから化学療法単独での根治はごく一部の症例に限られている状況を示している (図1)。FAB分類病型群別の生存期間とEFSでは各病型別の症例数が少ないものの、M2が生存期間、EFSともに長期良好な傾向を認めている (図2)。

化学療法施行群の早期死亡はJALSGのIDR+Ara-C治療群による早期死亡率 (60日以内) は4.7%という報告であり⁷⁾、当科のIDR+Ara-C治療群では治療によると思われる早期死亡は認めなかった。しかし、減量IDR+Ara-C群や毒性軽減化学療法群においては出血や感染症による死亡を認めている (表4)。特に毒性軽減

療法で死亡した症例は全て80歳台であり、超高齢者に対する化学療法の危険性が反映されている。毒性軽減化学療法によるEFSは1年0%であり(図1)、寛解を得た場合でも予後不良であることも考えると超高齢者に対する化学療法は慎重に適応を判断する必要があると思われる。

FLAG療法は治療抵抗例や再発例に対して優れた寛解率が報告されており⁸⁻¹⁰⁾、当科においてもFLAG療法が比較的若年症例の難治例に対して行われ、他の治療と比較して良好な寛解率を示している(表5)。再寛解導入療法としてFLAG療法を施行したのは10例でその中、7例(70%)が寛解に到達した。

結 語

当科における初回寛解導入療法はIDR+Ara-C療法が標準療法として行われ、患者背景に応じて減量や、低用量シタラビン療法などの治療強度を軽減した治療が行われてきた。患者背景として高齢者が多く、病型もAML M0などの治療抵抗例が多く認められていることを踏まえると、当科で施行した化学療法による寛解率は初回寛解率57%、再寛解導入療法後の寛解率73%とJALSG AML97の65.1%、78.7% [2]と比較して大きな差はないと考えられ、標準的治療がなされていると考えられる。高齢者に対する治療強度軽減化学療法は長期予後が見込めない場合が多く、合併症による早期死亡も多いため、化学療法適応についての慎重な検討が求められる。

文 献

- 1) Wakui M, Kuriyama K, Miyazaki Y, et al: Diagnosis of acute myeloid leukemia according to the WHO classification in the Japan Adult Leukemia Study Group AML-97 protocol. *Int J Hematol* 2008 ; **87** : 144-151.
- 2) Miyawaki S, Sakamaki H, Ohtake S, et al: A randomized, postremission comparison of four courses of standard-dose consolidation therapy without maintenance therapy versus three courses of standard-dose consolidation with maintenance therapy in adults with acute myeloid leukemia: the Japan Adult Leukemia Study Group AML 97 Study. *Cancer* 2005 ; **104** : 2726-2734.
- 3) Ohtake S, Miyawaki S, Fujita H, et al: Randomized study of induction therapy comparing standard-dose idarubicin with high-dose daunorubicin in adult patients with previously untreated acute myeloid leukemia: the JALSG AML201 Study. *Blood* 2011 ; **117** : 2358-2365.
- 4) The AML Collaborative Group: A systematic collaborative overview of randomized trials comparing idarubicin with daunorubicin (or other anthracyclines) as induction therapy for acute myeloid leukaemia. *Br J Haematol* 1998 ; **103** : 100-109.
- 5) Berman E, Wiemik P, Vogler R, et al: Long-term follow-up of three randomized trials comparing idarubicin and daunorubicin as induction therapies for patients with untreated acute myeloid leukemia. *Cancer* 1997 ; **80** (11suppl) : 2181-2185.
- 6) Kalaycio M, Pohlman B, Elson P, et al: Chemotherapy for acute myelogenous leukemia in the elderly with cytarabine, mitoxantrone, and granulocyte-macrophage colony-stimulating factor. *Am J Clin Oncol* 2001 ; **24** : 58-63.
- 7) Okamoto T, Kanamaru A, Shimazaki C, et al: Combination chemotherapy with risk factor-adjusted dose attenuation for high-risk myelodysplastic syndrome and resulting leukemia in the multicenter study of the Japan Adult Leukemia Study Group (JALSG) : results of an interim analysis. *Int J Hematol* 2000 ; **72** : 200-205.
- 8) Ferrara F, Leoni F, Pinto A, et al: Fludarabine, cytarabine, and granulocyte-colony stimulating factor for the treatment of high risk myelodysplastic syndromes. *Cancer* 1999 ; **86** : 2006-2013.
- 9) Carella AM, Cascavilla N, Greco MM, et al: Treatment of "poor risk" acute myeloid leukemia with fludarabine, cytarabine and G-CSF (flag regimen) : a single center study. *Leuk Lymphoma* 2001 ; **40** : 295-303.
- 10) Jackson G, Taylor P, Smith GM, et al: A multicentre, open, non-comparative phase II study of a combination of fludarabine phosphate, cytarabine and granulocyte colony-stimulating factor in relapsed and refractory acute myeloid leukaemia and de novo refractory anaemia with excess of blasts in transformation. *Br J Haematol* 2001 ; **112** : 127-137.

精神科思春期外来を受診した高校生の広汎性発達障害*

市立旭川病院・精神科 武井 明** 目良和彦
 泉 将吾 佐藤 讓
 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

はじめに

近年、教育や福祉の現場における広汎性発達障害 (pervasive developmental disorder: 以下, PDD) の子どもたちに対する関心が高まるにつれて、児童精神科医療への期待がますます大きくなってきている。しかし、児童精神科を標榜する医療機関の多くは、15歳以下の子どもたちを対象にしており、高校生の年代の子どもたちは診療対象外に置かれている。一方、成人を対象とした一般の精神科医療では、自傷や過量服薬といった衝動的な行動が認められることが多い高校生患者は敬遠されがちである。このように、子どもから大人への移行期である高校生は、精神科医療の狭間に置かれており、専門的な支援を受けにくい年代であるといえる¹⁾。

今回われわれは、市立旭川病院精神科(以下当科)思春期外来を受診した高校生患者について臨床的な調査を行い、とくに増加の著しい高校生のPDD患者についてその特徴を検討したので報告する。

対象と方法

対象は、2006年1月から2010年12月までの5年間に、当科思春期外来を受診した高校生の初診患者である。高校生患者について、診療録に基づいて初診時年齢、性別、居住地域、紹介元、主症状、診断名を後方視的に調査した。なお、診断分類はICD-10²⁾を用いたが、PDDについてはDSM-IV-TR³⁾に基づいた下位分類を採用した。

結果

1. 高校生患者数の推移

2006年1月~2010年12月の5年間に思春期外来を初診した児童青年期患者の総数は968名であった。学年別の内訳では、小学生が164名(16.9%)、中学生が352名(36.4%)、高校生が452名(46.7%)で、高校生が占める割合が最も高かった。過去5年間の年次推移をみても、高校生患者の占める割合が43.5~49.3%で推移しており、いずれの年度においても高校生患者が最も高い割合であった(図1)。

高校生患者数の年次推移については、一時減少した年もあるが、ほぼ一定数で推移しており(図2)、2010年は96名であった。どの年度においても男子よりも女子が多いのが特徴であり、男女比はおおよそ2:3であった。

2. 診断の内訳と疾患構成の推移

過去5年間に初診した高校生患者の総数は452名(男

* : Clinical Characteristics of Senior High School Students with Pervasive Developmental Disorder Visiting an Adolescent Psychiatric Clinic.

** : Akira TAKEI, et al.

Key words : 思春期外来, 高校生,
広汎性発達障害, 不登校

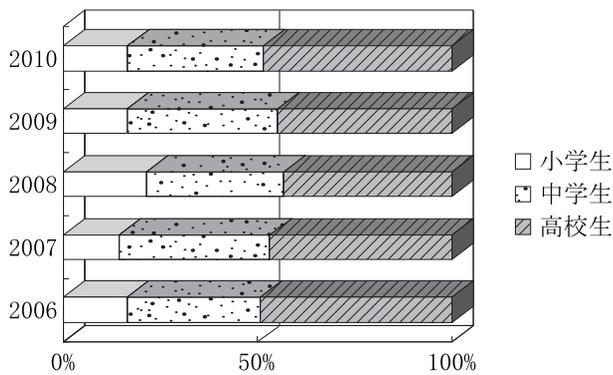


図1 学年別の患者数の割合の推移

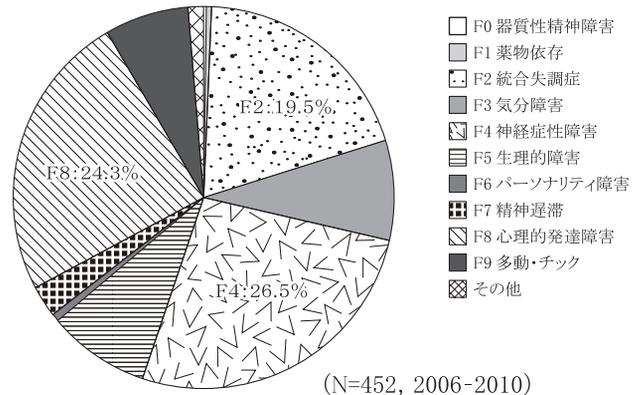


図3 高校生患者の診断的内訳

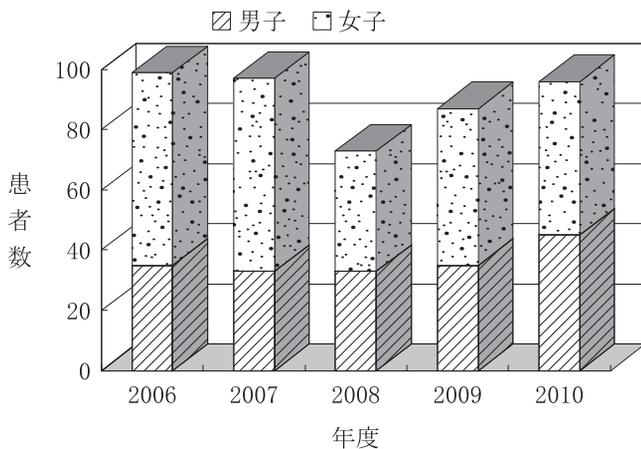


図2 高校生患者数の推移

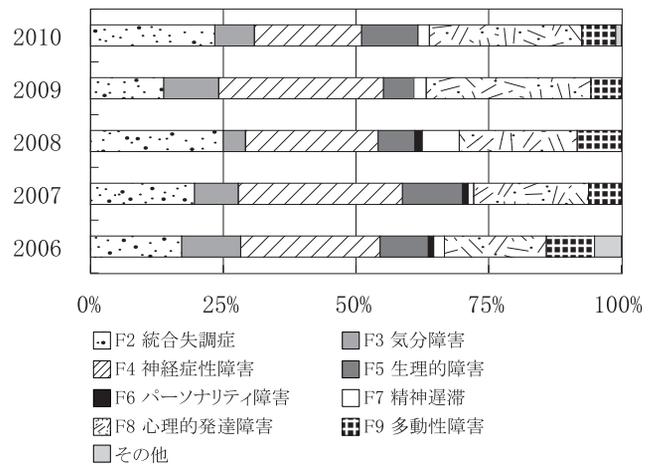


図4 高校生患者の疾患別の推移

子181名、女子271名)で、ICD-10²⁾による診断の内訳は統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 (F2) が88名 (19.5%)、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) が120名 (26.5%)、心理的発達障害 (F8) が110名 (24.3%) などであった (図3)。なお、心理的発達障害の内訳は全例がPDDであった。

高校生患者の疾患構成の年次推移をみると、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) の割合が徐々に低くなり、心理的発達障害 (F8) の割合が高くなっている傾向が示された (図4)。

3. 高校生のPDD

(1) PDD患者数と性別

過去5年間に初診した高校生のPDD患者数の合計は99名で、性別では男子66名 (66.7%)、女子33名 (33.3%) で男子が多かった。PDD患者数の年次推移をみると、

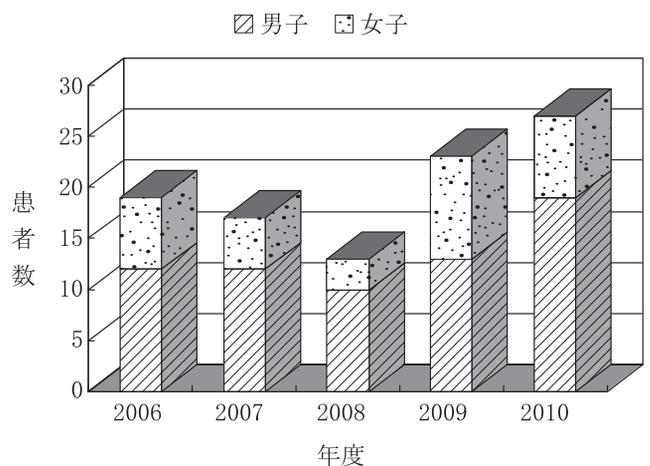


図5 高校生のPDD患者数の推移

2009年から急激に増加していることが明らかになった (図5)。

(2) 初診時学年と教育課程

初診時の学年は、高1が99名中42名(42.4%)、高2が40名(40.4%)、高3が17名(17.2%)であり、高1の学年が多かった。また、教育課程別にみると、全日制高校が76名(76.8%)、定時制高校が5名(5.1%)、通信制高校が8名(8.1%)、高等養護学校が10名(10.1%)であった。

(3) 居住地域と紹介元

患者の居住地域については、旭川市内が67名(69.7%)、次いで、旭川市以外の上川管内が16名(16.2%)、空知管内が7名(7.1%)、宗谷管内が4名(4.0%)、留萌管内が3名(3.0%)の順であった。

紹介患者は99名中46名(46.5%)で、紹介元は学校が46名中13名(28.3%)、児童相談所が12名(26.1%)、小児科が8名(17.4%)、精神科および内科がそれぞれ5名(10.9%)などの順であり、医療機関からの紹介よりも学校や児童相談所からの紹介が多かった。

(4) PDDの下位分類

PDD患者のDSM-IV-TR³⁾による下位分類については、自閉性障害が9名(9.1%)、アスペルガー障害が35名(35.4%)、高機能自閉症が12名(12.1%)、特定不能のPDDが43名(43.4%)であった。

(5) 症状出現の時期とPDDと初めて診断された時期

症状出現の時期は、99名中60名(60.6%)が高1であり、次いで、高2が12名(12.1%)、高3が10名(10.1%)、小学校が4名(4.0%)、中学校が3名(3.0%)などの順であった。

また、PDDと初めて診断された時期については、99名中83名(83.8%)が高校生になって思春期外来を初診した時点であり、それ以前にPDDの診断を受けていた者はきわめて少なかった。

(6) 主症状

受診理由となった主な症状は、不登校が最も多く46名(46.5%)に認められ、次いで、被害念慮26名(28.3%)、自傷18名(18.2%)などの順であった(表1)。

(7) 不登校といじめ、被害念慮

不登校を示したPDD患者の過去のいじめ被害について検討すると、46名中25名(54.3%)が過去にいじめを受けていた。また、不登校を示したPDD患者のうちで、19名(41.3%)が被害念慮を有しており、この19名中17名(89.5%)は過去にいじめに遭っていたことが明らかになった。

表1 主な症状・問題行動(上位20)

症 状	患者数	症 状	患者数
不登校	46 (46.5%)	パニック	5 (5.1%)
被害念慮	28 (28.3)	喫煙	5 (5.1)
自傷	18 (18.2)	同級生とのトラブル	4 (4.0)
抑うつ	12 (12.1)	自殺企図	4 (4.0)
暴力	12 (12.1)	孤立	4 (4.0)
頭痛・腹痛	10 (10.1)	強迫	3 (3.0)
盗癖	7 (7.1)	フラッシュバック	3 (3.0)
昼夜逆転	6 (6.1)	虚言	2 (2.0)
過呼吸	5 (5.1)	抜毛	2 (2.0)
過量服薬	5 (5.1)	性的逸脱行為	2 (2.0)
重複あり		(N=99, 2006-2010)	

考 察

1. 高校生患者の割合

児童精神科を標榜している医療機関の多くは、15歳以下の中学生までを診療対象としているため、高校生患者を取り上げた臨床的な研究は少ない⁴⁻⁶⁾。当科思春期外来では高校生患者が全体の46.7%を占めており、高校生が非常に重要な年代であることが示された。他の施設からの報告では、児童青年期患者に占める高校生の割合が26%~54%⁷⁻¹¹⁾と幅があるものの、40%台^{7,8,11)}とする報告が多く、今回の結果とほぼ同じ割合であった。このように、児童青年期患者に占める高校生患者の割合は、全国的にみても決して低くないが、これまで十分な検討をなされてきたとはいえない。

2. PDD患者の増加

今回の結果では、近年、高校生のPDD患者が急増し、小中学生と同様に高校生の年代においてもPDDが重要な疾患であることが示された。高校生のPDD患者の特徴として、今回明らかになったことは、①自閉性障害のような重度の障害を持ったPDDではなく、軽度の障害を持ったPDDが多いこと、②受診に直接つながった症状の出現時期が高1時である者が多いこと、③PDDと初めて診断されたのが高校生になって思春期外来を受診してからである者が多いということである。したがって、高校生のPDD患者は、障害の程度が軽度であるために小中学校では問題にされずにきた子どもたちであり、高校入学後にPDDに関連した症状が現れやすくなったと考えられる。

高校入学後に症状が現れやすくなる理由として、次のようなことが考えられる。①学級当りの生徒数が中学校よりも多く刺激が多いこと、②教科ごとの教室移動が中学校よりも多く戸惑いやすいこと、③時間割が毎週異なって規則性が乏しいこと、④教師や親が大人扱するようになり、中学校ほどこまめに世話をしてくれないこと、⑤授業内容が難しくなり、単に機械的な記憶だけでは対処できないこと、⑥成績不振や単位不足による留年に対する不安、⑦通学で利用するバスや列車が混んでいることなどが挙げられる。これらの要因が重なって、高校入学後にPDDに関連した症状が顕在化しやすくなり、思春期外来への受診に結びついたりと考えられる。

また、高校における特別支援のあり方も高校入学後の受診者の増加に関係していると思われる。小中学校ではすでに特別支援教育が実施され、発達障害の子どもたちに対する個別的な支援体制が整ってきている。一方、高校には入試による選抜があるので発達障害はいないという先入観がいまだに存在する学校もある¹²⁾。高校における特別支援教育はこれから整備されていく段階であり、高校入学後の発達障害の生徒に対する支援は中学校ほど十分ではないことから、高校入学後に症状が出現しやすくなったと考えることもできる。

3. PDDと不登校

不登校は、高校生のPDD患者の主症状のうちで最も頻度の高かった症状であった(46.5%)。また、不登校を示した高校生のPDD患者のうちで、54.3%がいじめに遭い、41.3%には被害念慮が認められた。

思春期は、他人の目をそれまで以上に気にして、他人の目に映る自分を強く意識する時期である。他人によく思われたい、悪く思われたくないと常に考えることで、教室といった同世代の集団の中に入ると「他人から見られている」「皆が自分のことを悪く思っているのではないか」と過剰に意識して同級生の態度、表情、話し声を自分に関係づけ勘ぐるようになりやすい。このような傾向は、もともとPDDに由来するコミュニケーション障害があり、いじめの被害を受けやすいPDDの子どもたちでは、深刻化し相手の言動に対して被害的な意味づけをして被害念慮に発展しやすくなると考えられる。

高橋は¹³⁾、PDD患者が学校でいじめに遭いやすく、いじめの発見が遅れる理由として、次のようなことが

らを示している。①機械的記憶に優れているという認知特性のため、いじめられ体験が恐怖感を伴った外傷体験になりやすいこと、②挑発に乗りやすくオーバーな反応を示しやすいので、発達障害の生徒の言動が、生徒のからかいの対象になりやすいこと、③いじめる相手に対する効果的な反撃ができないこと、④言語能力は高いが、他人に助けを求めるといった適切な対処方法を知らないことである。したがって、PDDの子どもたちがいじめの対象になりやすいというリスクを抱えていることを常に念頭に置きながら子どもたちを支援していくことが、不登校をはじめとするPDDの二次障害の発現を予防することにつながると考えられる。

4. 体験の場としての高校

社会のあり方が急速に変化して複雑化するなかで、大人になるまでの準備期間が長期化していることが指摘されている¹⁴⁾。今の社会は中学校までの義務教育を終えてもすぐに社会の枠組みにおさまることは難しく、大人になるためのさらなる学習やさまざまな経験を通しての試行錯誤を必要としている。そのような体験の場として高校は非常に重要な意味を持っていると考えられる。

高校生を悩ます問題のひとつに欠席による留年や退学の問題がある。高校生活でのつまずきによって学校を休むと義務教育とは違って即留年や退学につながってしまう。したがって、高校生は学校生活が過酷なものであっても休むことがなかなかできず、不安や葛藤で苦しむことになると考えられる。また、悩んだ高校生が利用できる相談窓口が乏しいことも高校生にとって学校生活を難しくさせる要因になっている可能性がある。不登校になった場合、義務教育ではすでに当たり前になっている適応指導教室や相談学級(不登校学級)は高校には存在せず、スクールカウンセラーの配置についても一部の学校だけである。したがって、高校の教育現場でいまだ十分な支援を受けられない高校生の子どもたちに対して、児童精神科医療はこれまでに以上に積極的に関わるのが求められ、そのためには、教師との密接な連携も不可欠であると考えられる。

ま と め

過去5年間に当科思春期外来を初診した高校生患者452名について臨床的な特徴を後方視的に検討した。

1) 過去5年間に当科思春期外来を初診した児童青年

期患者のうちで、高校生患者の占める割合は46.7%であった。

- 2) 診断の内訳では、神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F4) が26.5%、心理的発達障害 (F8) が24.3%、統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 (F2) が19.5%などであった。
- 3) 心理的発達障害 (F8) は全例がPDDであり、この数年で増加が著しかった。
- 4) PDD患者の主症状の出現時期は、高1である者が最も多かった (60.6%)。
- 5) 高校生になってPDDと初めて診断された者が83.8%を占めた。
- 6) PDD患者の主症状は、不登校が最も多く (46.5%)、次いで、被害念慮 (28.3%)、自傷 (18.2%) などの順であった。
- 7) 不登校を示したPDD患者の54.3%が過去にいじめを受けていた。

以上の結果から、特別支援教育が十分に整っていない環境に置かれている高校生患者にとって、児童精神科医療が果たす役割はきわめて大きいと考えられた。

文 献

- 1) 小野善郎, 保坂 亨 (編著): 移行支援としての高校教育－思春期の発達支援からみた高校教育改革への提言. 東京: 福村出版, 2012.
- 2) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical description and diagnostic guideline. Geneva: WHO, 1992 (融道男, 中根允文, 小見山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害－臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院, 1993)
- 3) American Psychiatry Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition Text Revised), Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染谷俊幸

訳: DSM-IV-TR精神障害の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院, 2003)

- 4) 武井 明, 目良和彦, 高田 泉, ほか: 精神科思春期外来を受診した高校生の不登校. 精神医学 2005; 47: 201-207.
- 5) 山口祐子, 山口日出彦, 原井宏明, ほか: 高校生における抑うつ群・推定うつ病有病率の3年間の縦断的研究. 臨床精神医学 2009; 38: 209-218.
- 6) 土岐 茂, 谷山純子, 衣笠隆幸: 精神保健福祉センターを受診した高校生の不登校. 精神医学 2012; 54: 611-619.
- 7) 山下 仰, 渡邊琢也, 森島宏子, ほか: 日生病院神経科を受診した児童期・思春期患者の現状. 日生医誌 2003; 31: 201-206.
- 8) 阿部多樹夫, 稲垣卓司, 野田恭仁子, ほか: 島根大学医学部精神科思春期外来状況について. 第45回日本児童青年精神医学会抄録集 2004; 45: 169.
- 9) 松井裕介, 内藤憲一, 岩本直子, ほか: 神戸大学医学部附属病院精神神経科における児童思春期外来－過去5年間の推移－. 第46回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2005; 46: 196.
- 10) 白尾直子: 県立広島病院精神神経科における児童・思春期患者の受診動向について. 第47回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2006; 47: 145.
- 11) 花房昌美, 市川佳代子, 宮口幸治, ほか: 大阪府立精神医療センターにおける思春期患者の外来統計. 第48回日本児童青年精神医学会総会抄録集 2007; 48: 284.
- 12) 木谷秀勝: 高機能広汎性発達障害の高校年代の支援. 児童青年精神医学とその近接領域 2009; 50: 113-121.
- 13) 高橋 脩: アスペルガー症候群・高機能自閉症: 思春期以降における問題行動と対応. 精神科治療学 2004; 19: 1077-1083.
- 14) 斎藤 環: 社会的ひきこもり－終わらない思春期. 東京: PHP研究所, 1998.

症例報告

ペンタミジンにより低血糖を来たしたニューモシスチス肺炎の1例*

内科 福田直樹** 岡本佳裕
 谷野洋子 宮本義博
 福居嘉信

【要旨】 症例は68歳女性。呼吸困難、胸部異常影のため、かかりつけ医から当科を紹介受診となった。採血上 β -D-グルカン高値、胸部CT上両側びまん性のすりガラス影を認め、関節リウマチのため19年前よりステロイド、免疫抑制剤を内服していることから、ニューモシスチス肺炎 (Pneumocystis pneumonia : PCP) の診断となった。ST合剤内服により治療開始されたが、低Na血症、高K血症、薬疹が出現したため13日目にST合剤の投与を中止し、ペンタミジンの点滴を開始した。電解質は正常化し、薬疹も軽快したが、8日目に低血糖、腎機能障害が出現したためペンタミジンの投与も中止した。PCPは軽快したと考えられたが、低血糖が2週間持続したため、当院代謝内科紹介となった。血糖日内変動、インスリン分泌能検査が施行されたが、経過観察可能との診断で退院となった。ペンタミジンによる低血糖は比較的頻度が高く、治療中断の原因となる重要な副作用であることから、文献的考察を加えて報告する。

はじめに

ニューモシスチス肺炎の治療薬として、ペンタミジン(ペナンボックス®)は重要な選択肢の1つであるが、副作用に低血糖があり、治療中断の原因となり得る。今回われわれはペンタミジンによる低血糖の1例を経験したので、若干の文献的考察とともに報告する。

症 例

症 例：68歳、女性

主 訴：呼吸困難

既往歴：19年前より関節リウマチのためプレドニゾロ

ン、メトトレキサート、サラゾスルファピリジン内服中。
 生活歴：喫煙歴なし

現病歴：平成24年5月7日頃より微熱、呼吸困難を自覚したため、5月9日にかかりつけ医を受診した。SpO₂ 90%と低酸素血症を認め、胸部Xpにて右肺に異常影を認めたため、当科紹介となった。胸部CTにて両肺びまん性にすりガラス影を認め、関節リウマチの内服治療中であることからニューモシスチス肺炎が疑われたため、同日当科入院となった。

現 症：身長155cm、体重47.5kg、体温35.0℃、脈拍80回/分・整、呼吸回数20回/分、血圧110/84mmHg、SpO₂ 96% (経鼻2L/分)、胸部聴診上ラ音を聴取しない。

検査所見：(表1)

胸部X線写真：両肺野にびまん性のすりガラス影を認める(図1)。

胸部CT：両側びまん性に淡いすりガラス影を認める。右下葉には、軽度の浸潤影を伴う(図2)。

臨床診断：ニューモシスチス肺炎

入院後経過：本症例は、関節リウマチでステロイドお

* : Pentamidine-induced hypoglycemia in a patient with pneumocystis pneumonia: a case report.

** : Naoki FUKUDA, et al.

Key words : ペンタミジン, 低血糖,
 ニューモシスチス肺炎

表 1 入院時採血所見

WBC	8730/ μ l	T-bil	0.5mg/dl
seg	73%	AST	28IU/l
lymph	16%	ALT	9 IU/l
mono	8.00%	LDH	435IU/l
RBC	389 \times 10000/ μ l	CK	39IU/l
Hb	11.7g/dl	Glu	168mg/dl
Plt	26.9 \times 10000/ μ l	CRP	19.7mg/dl
Na	138mEq/l	ALP	209IU/l
K	4.1mEq/l	γ -GTP	18IU/l
Cl	104mEq/l	Ca	9.3mg/dl
BUN	15.5mg/dl	KL- 6	463U/l
Cr	0.64mg/dl	SP-D	100.1ng/ml
Alb	3.3g/dl	β -Dグルカン	1122.0pg/ml

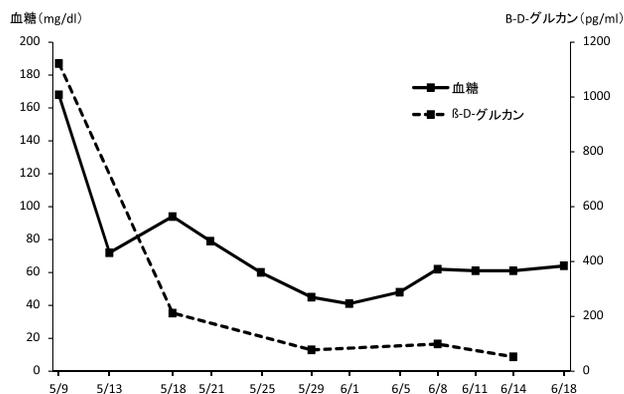


図 3 血糖と血中 β -D-グルカンの推移

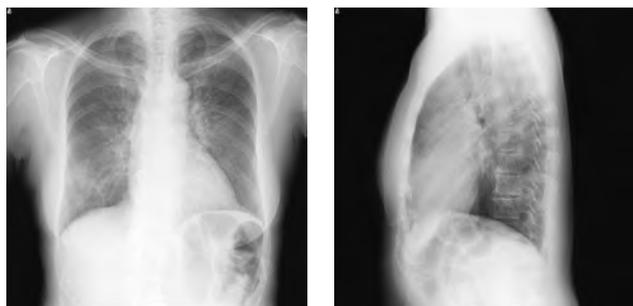


図 1 胸部X線写真



図 4 胸部X線写真



図 2 胸部CT

よび免疫抑制剤内服中の患者が呼吸困難と低酸素血症を来し、採血上 β -D-グルカンの高値、画像上両肺びまん性のすりガラス影を認めたことから、ニューモシスチス肺炎と診断された。ST合剤9錠/3x内服、メチルプレドニゾロン40mg点滴静注で治療開始となった。5月15日の採血で、Na 122mEq/l、K 5.8mEq/lとST合剤の副作用と考えられる電解質異常が出現し、嘔気も伴ったため、ST合剤を2錠/2xに減量となった。5

月20日、体幹に掻痒を伴う皮疹が出現し、電解質異常も続いていたため同日でST合剤を中止となり、ペンタミジン180mgの点滴静注を開始された。電解質異常、薬疹は軽快したが、5月29日の採血でBUN 32.3mg/dl、Cr 1.24mg/dl、Glu 45mg/dlと腎機能障害および低血糖が出現した。治療開始から2週間以上が経過しており、ニューモシスチス肺炎に対する治療は十分と考えられたため、ペンタミジンは同日で終了となった。6月5日の採血でもGlu 48mg/dlと低血糖が遷延していたため(図3)、6月8日に当院代謝内科を受診し、血糖日内変動、インスリン分泌能の検査が施行され、経過観察可能と判断された。画像上、すりガラス影も改善傾向であった(図4)ことから、6月20日退院となった。その後、再発は認めていない。

考 察

本症例は、ニューモシスチス肺炎(Pneumocystis pneumonia: PCP)に対してペンタミジンを使用し、低血糖の副作用を来した1症例である。

PCPは、*Pneumocystis jirovecii*の感染を原因とし、主

に細胞性免疫の低下により発症する日和見感染症である。AIDS患者に発生する日和見感染症として頻度が高いが、ステロイド、メトトレキサート、抗TNF α 抗体などの免疫抑制剤の使用、悪性腫瘍など、あらゆる免疫不全が発症のリスクとなる。発熱、呼吸困難、乾性咳嗽を三徴とし、採血データもLDHやCRPの上昇など非特異的な所見を呈する。胸部単純X線写真やCTでは、両側びまん性のすりガラス影を呈することが多い。血中 β -D-グルカンの高値は感度、特異度ともに高く診断に有用であり、これらの所見を認める時PCPを疑う。

治療の第一選択薬はST合剤（バクタ[®]）の経口投与で、体重60kg以上では1日12錠/3x、60kg未満では9錠/3xが基本となる。ST合剤の副作用として、発熱や発疹の他、消化器症状や肝障害、腎障害、骨髄抑制などが出現する場合があります。副作用の出現で内服継続困難になった場合は第二選択薬のペンタミジン（ペナンボックス[®]）に切り替えることが推奨されている。

ペンタミジンは、1940年代にトリパノソーマやリーシュマニアなどの寄生虫に対する治療薬として開発されたが、その後*Pneumocystis jirovecii*に有効であることが証明され、現在ではPCP治療において重要な薬剤の1つとなっている¹⁾。特に近年は、本邦におけるAIDS患者の増加²⁾や、関節リウマチに対する生物学的製剤の使用によるPCPの発生³⁾などにより、治療薬の重要性は高まっていると考えられる。

ペンタミジンが抗菌作用を発揮する機序は完全には明らかになっておらず、核酸やタンパク質合成阻害作用が主体と考えられていた⁴⁻⁵⁾が、近年、tRNAのアミノアシル化を非特異的に阻害することによる転写抑制が、タンパク合成阻害の機序であると報告⁶⁾されるなど、詳細な作用機序が明らかになりつつある。

ペンタミジンは、トリパノソーマやリーシュマニアなどの寄生虫や*Pneumocystis jirovecii*のみならず、*Candida albicans*にも抗菌活性を示す⁷⁾など、広域な抗菌活性を持つ薬剤であるが、副作用の発生が多く、投与中止となるケースが少なくない。添付文書の記載によると、市販後の調査で副作用は410例中184例（44.9%）に発現しており、内訳は、悪心7.3%、BUN上昇6.3%、腎機能障害6.1%、低血糖5.4%、肝機能障害5.1%、嘔吐4.6%、ALT上昇4.1%、AST上昇4.1%、クレアチニン上昇3.7%、ALP上昇2.9%、高カリウム血症2.9%、白血球減少2.7%となっている。海外では、ペンタミジンで治

療された106名の患者に174例の副作用が生じ、腎障害48%、低血糖24%、高カリウム血症19%、肝酵素上昇15%という報告⁸⁾や、21名のAIDS患者のうち5名に低血糖、膵炎、心停止などの重篤な副作用が生じたという報告⁹⁾がある。

このように低血糖はペンタミジンの副作用として比較的頻度が高く、高血糖も含めた血糖値の異常は、ペンタミジンの代表的な副作用として古くから知られている¹⁰⁻¹²⁾。低血糖が発生する機序としては、動物実験でペンタミジンが膵島 β 細胞を破壊したことから¹³⁾、 β 細胞の破壊に伴うインスリンの漏出が早期の低血糖の原因として最も考えられるが、低血糖は数ヶ月に渡って遷延する場合があります。必ずしも詳細な機序は明らかになってはいない。早期の高血糖の原因としては、エルゴタミン誘導体によって予防されたという報告があり、交感神経系の関与が指摘されている^{1,14)}。晩期の高血糖については、AIDS患者がペンタミジン使用によってインスリン依存性糖尿病を発症した報告があり、膵島 β 細胞の破壊によるインスリン分泌障害が原因であると述べられている¹⁵⁾。この高血糖に対しては、H2ブロッカーであるシメチジンが有効であるという動物実験での報告があり、ペンタミジンの忍容性向上を目指した今後の研究が期待される¹⁶⁾。

本年、副作用のため第一選択薬の使用が困難な場合のアトバコンの使用が承認された。アトバコンはミトコンドリア内において電子伝達系の阻害、ユビキノンのチトクロームbへの結合阻害^{17,18)}によって*Pneumocystis jirovecii*に対して抗菌活性を発揮する薬剤であり、海外においては1990年代から使用されている。治療成績ではST合剤やペンタミジンに劣る^{19,20)}が、主な有害事象は、悪心（24%）、発疹（22%）、下痢（21%）、頭痛（17%）、嘔吐（14%）、発熱（14%）であり²⁰⁾、投与中止が必要な重篤な副作用はST合剤やペンタミジンより少なく、忍容性は高いとされる。2001年のメタアナリシス²¹⁾では、第一選択薬投与中止後のサルベージ療法の比較が行われており、ペンタミジン、アトバコンの他にクリンダマイシン・プリマキンが有効とされているが、本邦においてはプリマキンのPCPに対する適応はなく、現在は使用できない。

本症例は、ST合剤が副作用のため中止となり、ペンタミジンによるサルベージ療法を行ったが、治療継続不能な低血糖が出現したPCPの1例である。退院時には低血糖は軽快していたが、関節リウマチのためステ

ロイド、免疫抑制剤を継続使用しており、今後のPCP再発のリスクは高い。さらなるペンタミジンの使用は、低血糖や高血糖、インスリン依存性糖尿病発症を引き起こす可能性があり、慎重な投与が必要となる。その際には、アトバコンの使用や、血糖を慎重にモニタリングしながらのペンタミジン使用などが検討され得る。

結 語

今回われわれは、ペンタミジンによる低血糖の1症例を経験し、文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Sands M, Kron MA, Brown RB: Pentamidine: a review. *Rev Infect Dis* 1985 ; 7 : 625-634.
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会「エイズ発生動向報告」.
- 3) Takeuchi T, Tatsuki Y, Nogami Y, et al: Postmarketing surveillance of the safety profile of infliximab in 5000 Japanese patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2008 ; 67 : 189-194.
- 4) Shapiro TA, Englund PT: Selective cleavage of kinetoplast DNA minicircles promoted by anti-trypanosomal drugs. *Proc Natl Acad Sci USA* 1990 ; 87 : 950-954.
- 5) Bornstein RS, Yarbrow JW: An evaluation of the mechanism of action of pentamidine isethionate. *J Surg Oncol* 1970 ; 2 : 393-398.
- 6) Sun T, Zhang Y: Pentamidine binds to tRNA through non-specific hydrophobic interactions and inhibits aminoacylation and translation. *Nucleic Acids Res* 2008 ; 36 : 1654-1664.
- 7) Miletti KE, Leibowitz MJ: Pentamidine inhibition of group I intron splicing in *Candida albicans* correlates with growth inhibition. *Antimicrob. Agents Chemother* 2000 ; 44 : 958-966.
- 8) O'Brien JG, Dong BJ, Coleman RL et al: A 5-year retrospective review of adverse drug reactions and their risk factors in human immunodeficiency virus-infected patients who were receiving intravenous pentamidine therapy for *Pneumocystis carinii* pneumonia. *Clin Infect Dis* 1997 ; 24 : 854-859.
- 9) Balslev U, Nielsen TL: Adverse effects associated with intravenous pentamidine isethionate as treatment of *Pneumocystis carinii* pneumonia in AIDS patients. *Dan Med Bull* 1992 ; 39 : 366-368.
- 10) Bouchard P, Sai P, Reach G et al: Diabetes mellitus following pentamidine-induced hypoglycemia in humans. *Diabetes* 1982 ; 31 : 40-45.
- 11) Herchline TE, Plouffe JF, Para MF: Diabetes mellitus presenting with ketoacidosis following pentamidine therapy in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *J Infect* 1991 ; 22 : 41-44.
- 12) Lu CP, Wu HP, Chuang LM et al: Pentamidine-induced hyperglycemia and ketosis in acquired immunodeficiency syndrome. *Pancreas* 1995 ; 11 : 315-316.
- 13) Shen M, Orwoff ES, Conte JE et al: Pentamidine-induced pancreatic beta-cell dysfunction. *Am J Med* 1989 ; 86 : 726-728.
- 14) Wien R, Freeman W, Scotcher NM: The metabolic effects produced by certain aromatic diamidines. *Ann. Trop Med Parasitol* 1943 ; 37 : 19-33.
- 15) Liegl U, Bogner JR, Goebel FD: Insulin-dependent diabetes mellitus following pentamidine therapy in a patient with AIDS. *Clin Investig* 1994 ; 72 : 1027-1029.
- 16) Arino T, Karakawa S, Ishiwata Y, et al: Effect of cimetidine on pentamidine induced hyperglycemia in rats. *Eur J Pharmacol* 2012 ; 693 : 72-79.
- 17) Srivastava IK, Vaidya AB: A Mechanism for the Synergistic Antimalarial Action of Atovaquone and Proguanil. *Antimicrob Agents Chemother* 1999 ; 43 : 1334-1339.
- 18) Fry M, Pudney M: Site of action of the antimalarial hydroxynaphthoquinone, 2-[trans-4-(4'-chlorophenyl)cyclohexyl]-3-hydroxy-1,4-naphthoquinone (566C80). *Biochem Pharmacol* 1992 ; 43 : 1545-53.
- 19) Hughes W, Leoung G, Kramer F et al: Comparison of atovaquone (566C80) with trimethoprim-sulfamethoxazole to treat *Pneumocystis carinii* pneumonia in patients with AIDS. *N Engl J Med* 1993 ; 328 : 1521-1527.
- 20) Safrin S, Finkelstein DM, Feinberg J et al: Comparison of three regimens for treatment of mild to moderate *Pneumocystis carinii* pneumonia in patients with

AIDS: a double-blind, randomized, trial of oral trimethoprim-sulfamethoxazole, dapsone-trimethoprim, and clindamycin-primaquine: ACTG 108 Study Group. Ann Intern Med 1996 ; 124 : 792-

802.

21) Smego RA Jr, Nagar S, Maloba B et al: A meta-analysis of salvage therapy for Pneumocystis carinii pneumonia. Arch Intern Med 2001 ; 161 : 1529-33.

Medical essay

総合診療専門医

今般「専門医のあり方に関する検討会」は、2年間・17回の議論を経て「総合診療医」を専門医とする結論を報告した。北海道医報、平成25年7月号に北海道医師会「小熊副会長」が概略を報告されているので、是非一読を願いたい。些かの感想を述べてみたい。

総合診療医は、19番目の基本領域専門医に位置付けられた。その役割は、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病・障害等について、わが国の医療提供の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められている。

これまでは各学会が中心になって「専門医」の資格を認定していたが、今後は専門医の資格は関連学会や医師会等が協力して作られる「第三者委員会」によって専門医の養成プログラムの評価・認定を統一的に行うことになる。またSubspecialty専門医や、基本領域で複数の専門医になることも可能である。

これらの具体的な内容は、平成27年の研修医から適用され2年間の臨床研修終了後（平成29年）、3年間で基本に各領域で実績に応じて実施するとしている。

従来から医師に格差ができることに対して、あまり賛意を表していなかった日医も時代の波に圧されてこの改革を受けとめざるを得なかった。一方厚生労働省は、今回の改革を医師免許制度の創設に並ぶ大きな改革と評価している。

この改革が定着するには今後10年を要するであろうが、その時代には自由標榜制の見直し、診療報酬との関係、フリーアクセスの是非、へき地医療や在宅医療の担い手など多くの問題点が浮上してくるに違いない。

このような流れを受けて「総合診療(内科)科」の新設、あるいは設置を検討している医療機関が増えてきているやに聞いている。しかし総合診療専門医の「育成プログラム」、「指導医の資格と役割」、「第三者委員会」のメンバー構成、役割などの詳細が明らかになっていない現状での「総合診療科」を新設することには慎重になるべきである。

かつて多くの医療機関につくられた総合内科が「不定愁訴外来」になってしまったこと、鳴り物入りで始まった「女性外来」がなんとなくその存在意義を失ってしまっていることなどを考えれば、あまり先物買いに走るべきではないと考えている。

初期研修医は、「魅力ある研修カリキュラム」と「良き指導医の存在」を研修の場を選ぶ最大の理由としていることを考えれば、後期研修での「総合診療専門医コース」選択にあっても同様のモチベーションが働くだらう。

「総合診療専門医」をみざす若者達の望みに応える十分な体制を準備をすることが、後期研修医を受け入れる医療機関の課題であろう。

(I.M.)

症例報告

梅毒性苔癬 (Lichen Syphiliticus) の1例*

前：市立旭川病院・皮膚科 須藤 学**
松尾皮膚科クリニック 松尾 忍

はじめに

梅毒は皮膚疾患の重要な1疾患である。しかし、その診断は必ずしも容易ではない。梅毒は皮膚疾患であり、また全身疾患でもある。その病態は多様で、皮膚と全身の関係を考える上での参考になる。

ここに梅毒の1例を経験し、その梅毒血清反応、およびその抗原とされるカルジオリピンについても考察したので報告する。

症 例

症 例：51歳，女性

初 診：平成2年7月23日

主 訴：軀幹などの発疹

現病歴：平成2年6月初旬，軀幹に発疹が出現し，増加してきた。

当時，頭痛があり内服していた。外科医などで，検査，治療を受けたが改善せず，当科を受診した。

既往歴：神経症で内服中

初診時現症：図1に皮疹の分布を示す。発疹は軀幹を中心とし，手掌，足底にも見られる。個疹は小豆大ほどまでで，褐色調を帯び，扁平に隆起した紅斑性丘疹である（図2）。

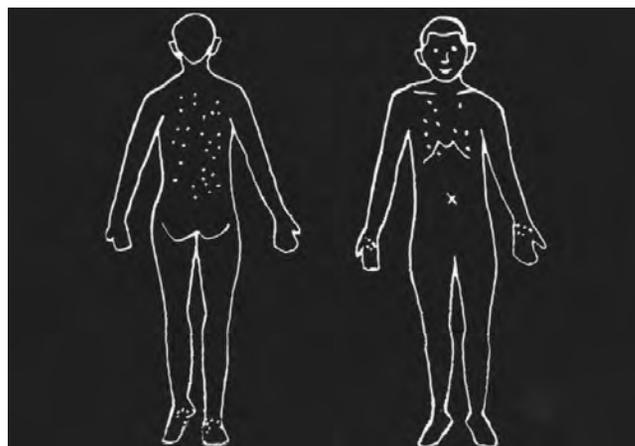


図1 皮疹の分布

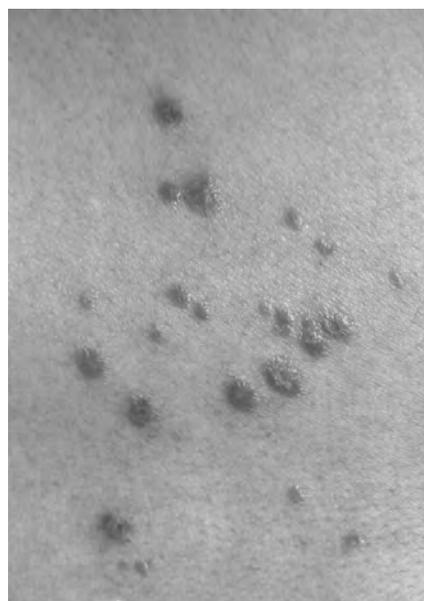


図2 背部の皮疹

* : A case of Lichen syphiliticus.

** : Manabu SUDOU, et al.

(現：旭川理容美容専門学校皮膚科講師)

Key words : Syphilis, Treponema pallidum, STS, cardiolipin

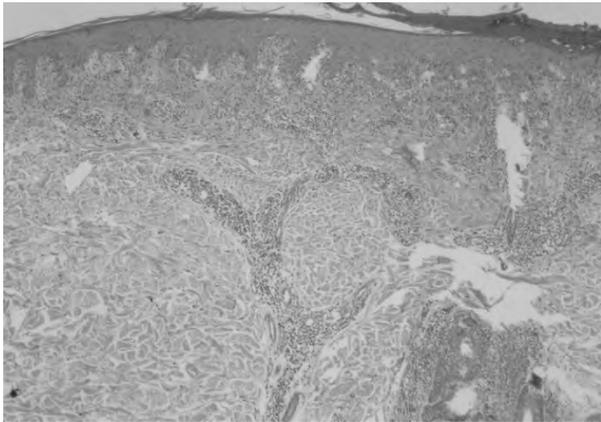


図3 病理組織像

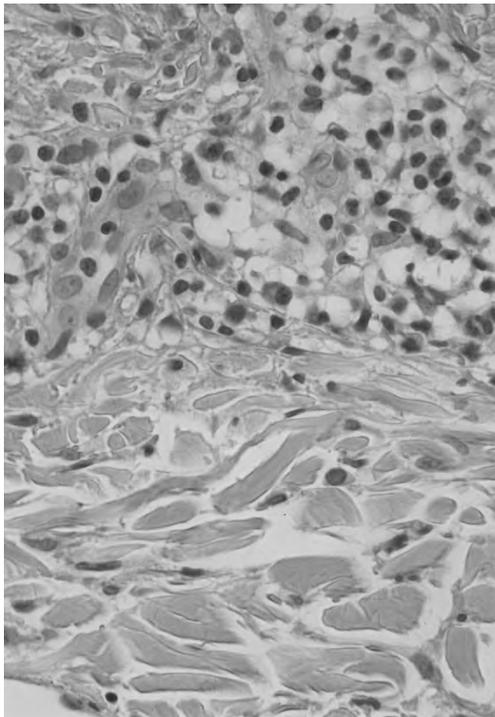


図4 拡大図

治療および経過：はじめ、湿疹，扁平苔癬，薬物性発疹を考え，ステロイド外用と抗ヒスタミン剤の処方を行った。しかし発疹の一部は痂皮化していくものの，なお新生がみられたため，8月13日，躯幹の発疹を生検した。

図3に病理組織所見を示す。角層は過角化があり，この状に表皮肥厚している。基底層の液状変性が見られる。真皮上層ではcoat sleeve状，また，毛包周囲への細胞浸潤も見られる（図3）。浸潤細胞はリンパ球様，

表1 梅毒血清反応

定性	
凝集法	++
RPR（カード法）	++
TPHA	++
FTA-ABS	++
定量	
凝集法	32倍
TPHA	5120倍

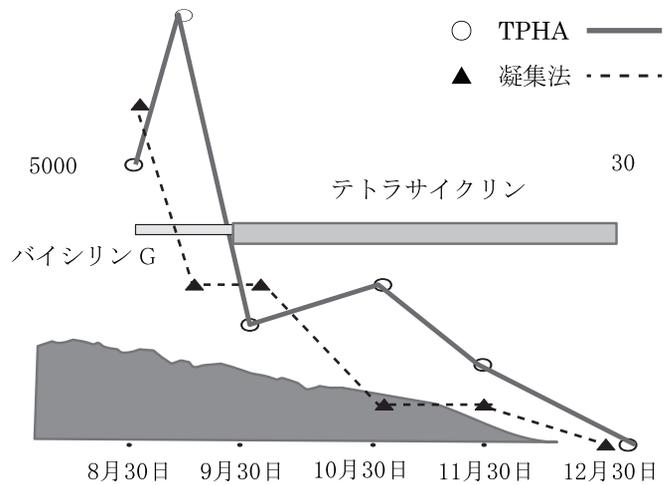


図5 治療および抗体価の推移

形質細胞，一部に類上皮細胞が見られる（図4）。ここで梅毒を考え，梅毒血清反応を行った（表1）。いずれも強陽性で，第2期梅毒と診断し，皮疹は梅毒性苔癬（lichen syphiliticus）と考えた。

そこで，梅毒治療として，まず8月30日から，1日量4グラムのバイシリンG経口投与を4週間行った。

しかし，上肢の熱感が強く，「心臓もつらい」との胸部不快感を訴えたため，テトラサイクリン1日2グラムの内服に変更した。症状は改善を示し，皮疹は12月30日ごろ消失した。抗体価は徐々に低下を続け，平成3年1月21日すべて陰性化した（図5）。

考 察

1. 診断

自験例は梅毒血清反応強陽性であり，皮疹も定型的であり，梅毒と診断して問題ない。皮疹は第2期梅毒の丘疹性梅毒に相当する。

ここで，梅毒性苔癬としたことについて述べる。苔

癬とはほぼ同じ大きさの小丘疹が多数集簇あるいは散在し、長くその状態を変えないものとされる¹⁾。従って自験例の発疹は矛盾しない¹⁻³⁾。

次に苔癬の病理組織像について考える。苔癬の病理組織の典型 (prototype) は扁平苔癬 (lichen planus) に求めることができるだろう。その特徴は、①角質増生②顆粒層肥厚③不規則な表皮肥厚④基底層の液状変性⑤乳頭、乳頭下層の細胞浸潤¹⁾と考えられる。自験例はこの状態をほぼ満たしている、これらを考えて梅毒性苔癬との診断とした。

一般的に扁平苔癬は多原因的とされている。たとえば、Hepatitis C virusや薬剤である。これは、表皮真皮境界部に種々の抗原が存在した場合、これに対する免疫反応の結果として扁平苔癬を生ずるのであろう。したがって、梅毒性苔癬はTreponema pallidumを抗原とした扁平苔癬と言えるのではないだろうか。

2. 梅毒血清反応について

梅毒血清反応はSerological test for syphilisと言われSTSと略されている。

この検査に用いられる抗原はどの方法でも、牛心筋から抽出されたカルジオリピンである。カルジオリピン (cardiolipin) とはcardio (心臓の) lipin (脂質) という意味であろう。つまり、心臓に多い脂質である。ではなぜSTSはカルジオリピンを抗原とするのであろうか。

ここではSTSとカルジオリピンとの関係について考えてみたい。

STSはWassermann反応 (補体結合反応)、凝集反応など、どの反応でも抗原は牛心筋脂質を用いる。これを精製するとカルジオリピンであった。Treponema pallidumとカルジオリピンとの接点はどこにあるのだろうか。ここでその接点について考察してみたい。そこで、以下の3点について考えてみる。

- ①病原体 (Treponema pallidum) の特性
- ②膜脂質
- ③免疫系 である。

3. T.pallidum (以下 T.p) の特性

T.pはスピロヘータ科の病原体であり、spiralな細く長い菌体である⁴⁾。spiralなのでスピロヘータなのであろう。直径0.1~0.4マイクロメートル。長さ5から20マイクロメートルである⁴⁾。軸糸を用いてドリルのような旋回運動、あるいは屈曲進展運動をする。成書で錐揉み運動と書かれているものもあるが、これは正し

くない。錐揉み運動は円柱軸の往復運動で推進力が出ない。ドリル状の運動と思われる。そして外層にエンベロープがある。これは「プロテアーゼで剥がされる」とあるので⁴⁾ おそらく蛋白と思われる。

その特徴をまとめると下記のようなになる。

- ①細く長い菌体
- ②廻旋性の運動
- ③表面にエンベロープ (複合蛋白らしい)

4. カルジオリピン

カルジオリピン (cardio-lipin : CL) であるから、心臓の脂質という意味であると考ええる。心臓は持続的運動で時に激しい運動をするので、十分なエネルギー供給を必要としている。このエネルギー需要に応えるにはTCA (tricarboxylic acid) 回路、酸化リン酸化経路によりATPが十分に供給される必要がある。心筋は解糖能力が低い。持続的、強い運動に対応してATPを産生するためには、心筋内にミトコンドリアが多量に存在している必要がある。このミトコンドリアの内膜にCLが多い⁵⁾。人の細胞においてCLはほとんどが、ミトコンドリア内膜にある (表2)⁶⁾。

CLはジホスファチジルグリセロール⁶⁾であり、ジハイドロキシアセトンリン酸、ホスファチジン酸などを中間体としている⁵⁾。

5. CLとT.p

ミトコンドリアは0.5から10マイクロメートルの大きさで⁷⁾、この内膜にCLが存在している⁶⁾。直径が0.1~0.2マイクロメートルのT.pが穿通していくには十分な大きさである。T.pはミトコンドリアを穿通、破碎

表2 各種膜構造の複合脂質とコレステロール組成 (全脂質中の重量%)
新版脂質の生化学初版第4刷 : 今井 陽, 坂上利夫 (1978) : p166による

脂質	ミエリン	赤血球	ミトコンドリア膜	マイクロソーム膜
ホスファチジル エタノールアミン	14	20	28	17
ホスファチジル セリン	7	11	0	0
ホスファチジル コリン	11	23	48	64
ホスファチジル イノシトール	0	2	8	11
ホスファチジル グリセロール	0	0	1	2
カルジオリピン	0	0	11	0
スフィンゴ ミエリン	6	18	0	0
セレブロシド	21	0	0	0
コレステロール	25	25	5	0

しながら活動を続けていく。

6. CLと免疫系

そしてTreponemaは細く長い体にCLを付けて細胞外に貫通してゆき、宿主の免疫系と遭遇する。CLを抗原決定基とし、Treponemaエンベロープをキャリア蛋白として、免疫系に捕捉され抗体が産生される。カルジオリピンはミトコンドリア内膜にあり、普通免疫系から隔絶している。トレポネマによる破砕により、隔絶自己抗原に対する反応と類似した反応を生じると思われる。

7. TPHA

STSはカルジオリピン+T.pエンベロープを抗原認識している。では、TPHAの認識抗原は何かを考えた。表3に梅毒診断基準表を示した。STSは早期に陽性化するが、TPHAは遅れる。これはSTSがカルジオリピン+エンベロープに対して反応するのに対し、TPHAは初期の免疫反応によりエンベロープが剥がされた後の菌体成分に対する反応であるため、抗体の上昇が遅れるのではないだろうか。したがって、TPHAは菌本体に対する抗体であると考えた。

そこで再度、自験例の抗体価の動きについて見てみる。図5をみると、抗生剤の投与により、菌体の増殖と動きは止まった。それで、STSはすぐ低下し始めた。しかし菌体の破壊によりその断面積は増加する。そのためにTPHAは一時的な上昇を示した。このように考えるとこの変化を理解できるのではないだろうか。

再び、梅毒診断基準表(表3)に戻ろう。なぜこのように反応に違いがあるのだろうか。例えば、血清学的癩痕はV、Ⅷのパターンである。Vのパターンが相当ある。TPHAは菌体そのものに対するものなので、

表3 梅毒診断基準表

	STS	TPHA	FTA-ABS	反応の読み方
I	-	-	-	非梅毒・血清陰性期
II	-	-	+	FTAの非特異反応・極めて古い梅毒
III	+	-	-	BFP・早期梅毒
IV	+	-	+	梅毒(早期)
V	-	+	-	治癒後の梅毒・TPHAの非特異反応
VI	-	+	+	梅毒(先天・治癒後・血清学的癩痕)
VII	+	+	+	梅毒
VIII	+	+	+	古い梅毒・血清学的癩痕

免疫原性が強いので、残りやすいと考えられる。

TPHAの血清反応の陽性化に時間がかかるのも、上記のような理由によるのではないだろうか。

8. BFP (biological false positive)

ここで、BFPについて考える。ミトコンドリアの破壊が起こり、カルジオリピンが露出することがSTSの基本的条件と考える。従って、膠原病、感染症などでミトコンドリアの破壊が起こると、STSが陽性化することは起こりうる。

特に、血管系、心筋等に障害を与える疾患においては、BFPは不思議ではない。

この時、carrier proteinは破砕された細胞であろうか。このようにして生ずる現象が、BFPとしてみられる事象ではないだろうか。

結 論

梅毒性苔癬の1例を報告した。発疹は丘疹性梅毒の中の苔癬型であると考えた。病理組織で形質細胞がみられたことから梅毒を疑い、血清学的に診断することができた。治療は主としてテトラサイクリンを用いた。臨床症状、血清反応ともに改善、治癒した。

次に、梅毒血清反応、特にSTSとその抗原であるカルジオリピンについて検討した。STSは宿主細胞のミトコンドリア内膜にあるカルジオリピンを抗原決定基とし、Treponema外被蛋白をcarrier proteinとした免疫反応と考えた。Treponemaがミトコンドリアを穿通することによって、カルジオリピンが細胞外に露出し免疫反応を起こす。また、STSはその増殖性、活動性を示していると考えた。BFPの意味についても言及した。

(本報告は、第300回日本皮膚科学会北海道地方会、第387回日本皮膚科学会北海道地方会、第76回日本皮膚科学会東日本学術集会において発表したものである。)

文 献

- 1) 上野賢一, 大塚藤男: Minor Dermatology皮膚科学. 京都: 金芳堂, 第8版, 2006: p815, p318.
- 2) 川崎 了, ほか: 苔癬状梅毒疹. 皮膚臨床 30: 314-315, 1988.
- 3) Mikhail GR, et al: Follicular Papulopustular Syphilid. Arch Derm 1969; 100: 471-473.
- 4) 山西弘一, 平松啓一編: 標準微生物学. 東京: 医学書院, 第8版, 2002: p226.

- 5) 上代淑人 他訳：ハーパー生化学原書. 東京：丸善, 25版, 2000：p149.
6) 今井 陽, 坂上利夫：脂質の生化学. 東京：朝倉

- 書店, 初版第4刷, 1978：p166.
7) 鈴木 恕, 毛利秀夫：解明新生物. 東京：文英堂, 1987：p20.

Medical essay

熊本宣言

～2013年5月に熊本で開催された第56回日本糖尿病学会年次学術集会にて「熊本宣言2013」が宣言されました。～



糖尿病となった方が健康で幸福な寿命を全うするためには、早期から良好な血糖値を維持することが重要です。そのための血糖管理目標値は、年齢、糖尿病であった期間、現在の健康状態、低血糖の危険性、サポート体制などを考慮して、患者さんごとに設定する必要があります。昭和62年から平成10年にかけて熊本県で行われた日本人の2型糖尿病患者さんを対象とした熊本スタディにおいて、過去1～2カ月の血糖の平均値を反映する臨床検査値であるHbA1c（ヘモグロビン・エイワンシー）が6.9%未満であれば細小血管合併症の出現する可能性が少ないことが報告されています。また諸外国においては、より大規模な臨床研究が行われ、その結果に基づいて合併症予防のための管理目標値として、HbA1c 7%未満を推奨しています。

ここに日本糖尿病学会は、合併症予防のために、多くの糖尿病患者さんにおける血糖管理目標値をHbA1c 7%未満とし、より良い血糖管理などを通じて糖尿病の合併症で悩む人々を減らすための努力を惜しまないことを宣言いたします。

あなたとあなたの大切な人のために。

STOP the DM -Diet & More Exercise-

そして、

Keep your A1c below 7%

(Y.M.)

報 告

ユジノ・サハリンスク市への公式訪問報告 2012 - 医療交流部門*

市立旭川病院 副院長 子野日 政 昭** 大 場 淳 一

はじめに

2012年1月11日から14日までの4日間、旭川市公式訪問団の一員としてロシア連邦サハリン州ユジノ・サハリンスク市（以下ユジノ市）を訪問し、大場淳一副院長とともに医療交流を行ってきたので報告する。

今回の事業は旭川市とユジノ市（旧豊原）の友好都市提携45周年にあたり医療・スポーツ・観光分野での交流拡大に向け、西川将人市長を始め、総勢15名で訪問した（表1）。ユジノ市との医療交流は平成10年から始まり、市立旭川病院側からユジノ市を訪問するのは平成15年以來2回目とのことである。事前にサハリンの男性の平均寿命が58歳と聞き、医療交流を希望している背景を少し理解し出発した。

1日目：1月11日（水）

午前8時旭川市役所前を青木院長、西野局長らに今生の別れかもしれないと見送りを受け、マイクロバスで千歳空港に向け出発した。高速道路は吹雪のため視界不良で、われわれが通過した後、通行止めになったと後から知った。千歳空港ではニセコで休暇を楽しまれたユジノ市のロブキン市長、同ドミトリエフ市議会議員がユジノ市に帰られる途中で、西川市長初め同行した市の関係者との挨拶を交わされていた。

ロシアでは年明けのすぐ後にロシア正教会のクリスマスがあり、年末から年始にかけて長期間休暇を取れるようである。プロペラ機でユジノに向かう予定であったが、搭乗客が増えたため、ジェット機に変更され、

表1 公式訪問団名簿

		所 属	氏 名
1	団 長	旭川市長	西川 将人
2	団 員	旭川市議会議長	三井 幸雄
3	団 員	旭川商工会議所副会頭	山下 裕久
4	団 員	旭川日口親善協会会長	佐々木邦男
5	団 員	市立旭川病院副院長（外科医）	子野日政昭
6	団 員	市立旭川病院副院長（心臓血管外科医）	大場 淳一
7	団 員	旭川スキー連盟副会長	塩田 富治
8	団 員	旭川スキー連盟クロスカントリー専門委員	成田 知樹
9	団 員	旭川ケーブルテレビ㈱代表取締役社長	尾崎 吉一
10	団 員	経済観光部長	佐々木恵一
11	市長随員	総合政策部秘書課主査	今 賢太郎
12	事務局	市民生活部国際交流課長	山口 浩一
13	事務局	市民生活部国際交流課主査	尾藤 真紀
14	通 訳	ロシア語通訳・翻訳業	安木 和子
15	通 訳	㈱GIプラン	グループ・ジュニアスキ
合 計			15名

約1時間あまりでユジノ・サハリンスク空港に到着した。ユジノの空は青く透きとおりで、寒さは想像通りで、すぐに鼻の中が凍てついた。厳重な警備に迎えられ入国手続き後、チャーターバスでホテルに向かったが、パトカーの先導を受け、渋滞している道路は反対車線を通るなど、VIP待遇であった。このVIP待遇（監視？）は滞在期間中続き、どんなVIPがユジノに来ているのだろうかと市民は思ったかもしれない。宿泊先はガガーリンホテルという近代的ホテルで、バスルームの水栓の流量が少ないこと以外は快適であった。

到着後、サンガジェエフ副市長主催の夕食会が開

* : Report of public visit to Yuzhno-Sakhalinsk city
2012 - medical intercommunication -

** : Masaaki NENOHI, et al.

かれ、ロシアの宴会ルールに従い一人ひとり挨拶の度に、ウォッカで乾杯させられ、翌日は辛い一日となった。同副市長は親しみやすいドクターで、二次会と一緒にカラオケへ行き日露友好に貢献した。

2日目：1月12日（木）

−30℃を体感すべく朝5時に起床し屋外へ出たが、まだ暗かった上、残念ながら−20℃程度だったようだった。滞在中一日だけ−30℃を下回ったようであったが、通常午後になっても屋外は−20℃あると聞いた。

午前中ユジノ市市庁舎に市長を表敬訪問したのち記念撮影を行った。撮影用垂れ幕に友好都市でなく姉妹都市と誤って日本語で書かれていたが、問題にはなっていなかった。一行はそれぞれの関係部署に移動し、われわれはユジノ・サハリンスク市立アंकジノフ記念病院を訪問した（写真1）。

平成12年に医療交流事業で当院外科を見学されたシリャエフ副院長が出迎えてくれ、旧交を懐かしんだ。スロンセフ院長から紅茶とパンケーキなどで歓待を受け、当院から記念品として『市立旭川病院開院80周年記念誌』などをお贈りし、記念写真に納まった（写真2）。

その後筆者は突然腹腔鏡下胆嚢摘出術の助手を命じられ、シリャエフ先生と一緒に手術を行った。手洗いや、手術手技、手術器械に関しては日本の10年遅れくらいで追ってきていると思われたが、旭川で研修された医師が外科医として第一線で仕事をしている姿を見ることができ感激した。

その間大場副院長はICU見学など行ったが、比較的

最新の医療機器があるにもかかわらず使われていない（使えないのか？）ことを指摘していた。ユジノ市の病院には近年かなりの額の予算（年4億円程度）が国から下りてきているとのことであり、今後新しい医療機器の導入が見込まれるが、使いこなす人材も必要であろう。

見学終了後、立派な毛皮のコートを身に纏った若くて美人のシリャエフ先生夫人運転の車で送られてホテルで昼食後、午後にわれわれの今回のメインミッションである医療セミナーをイメリアナ小児科病院の講堂で行った。平日の午後3時頃という時間帯が悪かったのか、聴衆は予定の半数の10数名と、さびしい状況であった。パワーポイントでの講演で、事前に通訳のグレップさんにセミナー原稿を渡しておいたが、日本語で話してから、ロシア語に通訳となるので講演時間は倍以上かかった。最初に大場副院長の冠動脈の外科治療、続いて筆者が上腸間膜動脈（SMA）血栓塞栓症の診断と治療について講演した。セミナー後、聴衆者の一人がユジノの富裕層は韓国にまで検診に行く現状を話され、ユジノー旭川航空便ができれば札幌、函館よりも近いので旭川での検診を含め、医療交流はもっと深まるのではという意見をいただいた。

夜はロブキン市長主催の夕食会が開かれ、昨夜の反省からウォッカの一气飲みは控え体調が悪化せぬよう注意を払った。夕食会終了後ロシアの戦勝記念公園を含めた夜景観光に案内され、クリスマスが終わったばかりのこともあり、ライトアップされた飾りつけなどで目を楽しませてくれた。



写真1 アンクジノフ病院前で



写真2 アンクジノフ市立病院スロンセフ院長と

3日目：1月13日（金）

午前中ユジノ市議会を表敬訪問し形式的行事後、両市議会の友好を祈念してシャンパンで乾杯した。その後再びアंकジノフ市立病院の内視鏡室などを見学した。前出のシリャエフ先生と平成12年に一緒に旭川に見学にいらしたウラジミーロフ内視鏡外科部長に案内され、内視鏡的異物摘出を行ったコレクションを見せていただいた。内視鏡もオリンパス社製の最新の機種が導入されていたが、癌の診断能力などに関してはクエスチョンであった。

医療交流事業は午前中で終了し、場所を移して小池総領事公邸にて在ユジノ・サハリンスク日本国総領事館主催昼食交流会が開かれ、さらに総領事館を訪問し意見交換会を行った。内部は極秘のため撮影禁止であったが、昔の豊原の地図の写真撮影のみ許可された。戦前は日本の領土で、多くの日本人が暮らしていたことを思うと複雑な気分であった。樺太医専について尋ねると今は軍の施設となっていて撮影禁止で、入ることも許されないとのことであった。総領事館を後にして、ドミトリエフ議長の奥様が経営しているケーキ工場に向かった。工場内を案内していただいた後、おいしいケーキとお茶で歓待を受けた。最終日に日本へのお土産としてチョコレートを買ったが、大変おいしかったと評判で、スイーツ系は結構レベルが高いようだ。夕方自由時間を与えられ、ホテル近くの教会、公園を散策したが、特に歩道の除雪が悪く、バランス感覚の訓練になった。

ユジノ滞在最後の締めはドミトリエフ市議会議長主催の夕食会で、サハリン・サッポロというホテルのレストランで行われた。ユジノの市議会議員さんも多く出席され、和やかに進行した。また現在ユジノ市で日本料理店を営まれておられる宮西豊さんという方も出席され、ユジノ市の名誉市民として北海道との国際

交流に力を注いでおられるお話もお伺いした。

4日目：1月14日（土）

帰りのサハリンエアのジェット機で帰国できた。本当かどうか分からないが元軍人パイロットなので操縦はうまいという噂を機内で聞いた。帰国後も悪天候に見舞われ、一部高速道路が不通で時間がかかったが、夕刻旭川市役所に到着し、順次解散となった。一行のバッグを下ろし、帰ろうと思ったら小生のスーツケースがなく、某氏の秘書さんが間違えて持って行ってしまったという落ちがついたが、何とか何事もなく無事に旭川に戻ってこられた。サハリンもヨーロッパに属するとのことで、貴重(?)な3泊4日のヨーロッパ旅行の経験につき報告した。

ま と め

1. 市立旭川病院医師2名がユジノ・サハリンスク市において医療交流、医療セミナーを行ってきた。
2. 幸い大きなトラブルに遭遇しなかったが、厳寒の1月は時期的に厳しく、医療交流は春から秋が望ましいと考えられた。
3. 医療交流には逐一通訳が必要で、英語でコミュニケーションできるようユジノ側の努力が必要と思われた。
4. 医療交流事業で市立旭川病院を見学されたことのある2名の男性医師は要職につき活躍していた。
5. ユジノ市としてわれわれ訪問団を大いに歓待してくれた。

お世話になりました市民生活部国際交流課の皆さん、セミナーの資料集めにご協力いただいたドクター、放射線科技師さんなど市立旭川病院の職員の皆さんに感謝申し上げます。

産婦人科手術後に間欠的空気圧迫装置と 弾性ストッキングを併用した患者の装着感の調査*

看護部・東3階 伊藤 美華** 川上 恵
道井 智美 原 真梨子
多田 啓子

【要旨】 産婦人科手術後の患者に間欠的空気圧迫法と弾性ストッキングを併用した場合の、装着感の実態をアンケート調査で行った。結果として、7割以上が心地よい装着感があると回答し、不快感は約半数の患者が感じていた。不快感に対する援助として、間欠的空気圧迫装置・弾性ストッキングをはずしての清拭や、一時的な着脱による換気、間欠的空気圧迫装置・弾性ストッキングが適切に装着されているかの観察を行うことや事前に説明をすることで患者の理解がより得られることがわかった。

はじめに

産婦人科手術は、骨盤内腫瘍による圧迫や手術中の体位、悪性腫瘍による凝固異常などにより深部静脈血栓症 (Deep Vein Thrombosis : DVT) 発生リスクが高いといわれている¹⁾。そのため、当科でも2011年8月から静脈血栓塞栓症 (Venous Thromboembolism : VTE) 対策マニュアルに沿って、弾性ストッキング (Elastic Stocking : ES) や間欠的空気圧迫法 (Intermittent Pneumatic Compression : IPC) の装着を開始した。IPC・ESを装着した患者からは手術後に「暑い」「眠れない」など様々な感想が聞かれている。

IPC・ESに関する先行研究では、DVT予防におけるESやIPCの有用性について数多く報告がされている。

* : Survey of the patient's impression with the combined use of intermittent pneumatic compression and elastic stocking after gynecological operation.

** : Mika ITO, et al.

Key words : 弾性ストッキング,
間欠的空気圧迫法, 装着感

また、ES装着による皮膚のトラブルや搔痒感に関する研究^{2,3)}やIPC使用による褥瘡発生についてなどの報告⁴⁾されているが、IPC・ESを併用した際の患者の装着感や使用感に関する研究はほとんどない。掛田ら⁵⁾は「IPCはその性質上、昼夜を問わず作動させる。したがって、患者はIPCの圧迫や振動、アラーム音などによって安楽が保てなかったり、夜睡眠が障害されたりする。また、常時スリーブを装着しているために不快感や拘束感をいただくこともある」と述べており、IPCを使用した場合の患者へのケアの必要性を述べている。IPC・ESを併用して使用した患者への装着感の調査で一ノ瀬ら⁶⁾は「ESやIPC装着による不快感が生じていないか観察し、不快感を軽減するケアや患者への説明が必要である」と述べているが、具体的なケアの方法までは触れられていない。

そのため、本研究ではESとIPCを併用した場合の装着感の実態を調査したので報告する。

対象と方法

1. 調査対象

2012年4月1日から2012年7月28日までの期間に東3階産婦人科病棟に入院し、手術をうけた患者のうち

表 1 対象者の概要

例数	50例	
平均年齢	47.8歳	
平均BMI	23.72	
平均装着時間	20時間 2分	
術式	帝王切開術	8
	腹式	5
	子宮全摘出術+付属器摘出+リンパ節郭清	6
	子宮全摘出術+付属器摘出	5
	子宮付属器摘出	3
	子宮全摘出術	4
	広汎子宮全摘出術	2
	腹腔鏡下	4
	子宮付属器摘出	4
	腔式子宮全摘術+子宮付属器腫瘍核出	2
	診断的腹腔鏡	1
	卵巣腫瘍摘出	2
	腔式子宮全摘術	3
	子宮筋腫核出	1
	子宮外妊娠手術・子宮内容除去術	1
	子宮鏡下子宮筋腫摘出術	1
	腔壁形成術・腔式子宮全摘出術	5
	腔式子宮全摘出術	2
診断名 (帝王切開を除く)	子宮筋腫	14
	卵巣腫瘍	8
	卵巣癌	6
	子宮頸部異形成	4
	性器脱	3
	子宮頸癌	2
	子宮体癌	1
	子宮内膜ポリープ	1
	筋腫分娩	1
	子宮外妊娠	1
	不全子宮脱	1

ち、術後帰室から翌日歩行開始となるまでIPCおよびESを併用した女性患者50名を対象に行った(表1)。対象の概要は平均年齢が47.8歳、平均BMIは23.72、IPC・ESの平均装着時間は20時間2分であった。

2. 調査方法

対象者に対しては入院時に、研究目的・倫理的配慮について説明し書面にて同意を得た。同意を得られた対象に対し、手術後2日目に質問紙を配付記入後に看護師へ提出してもらうよう説明し回収。質問紙は10～

15分程度で回答できる内容とした。

質問紙の内容はES・IPCの装着感について、心地良さに関する質問を4項目、不快感に関する質問を12項目、「まったく感じなかった」「ほとんど感じなかった」「少し感じた」「感じた」の4段階でたずねた。また、装着による不快を感じた患者へ不快を感じたときに我慢をしたかを「とても我慢をした」「少し我慢をした」「ほとんど我慢をしていない」「我慢をしていない」の4段階で回答してもらった。さらに、「我慢をしていない」と回答した対象以外にのみ、IPC・ESの使用前に予想される不快感について説明をすることで我慢ができたかという内容を「説明があっても我慢できない」「説明があっても我慢はできないが、説明があった方がよかった」「説明があれば多少は我慢できた」「説明があれば我慢できた」の4段階でたずねた。最後に自由記載欄として不快感を感じた際に具体的にスタッフに求める対応があれば記載してもらうようにした。

3. 倫理的配慮

対象者へは、研究目的を説明し、研究参加の自由、いつでも中断できること、研究の協力を拒否した場合にも治療・看護における不利益はないこと、質問紙は無記名としプライバシーを保護などについて口頭および文章で説明し、同意を得た。

結 果

1. IPC・ESの装着感について

IPC・ES装着時の心地よい装着感に関する項目である「マッサージされている感じ」は「感じた」「少し感じた」を合わせると98%(49名)になり、「足が軽くな

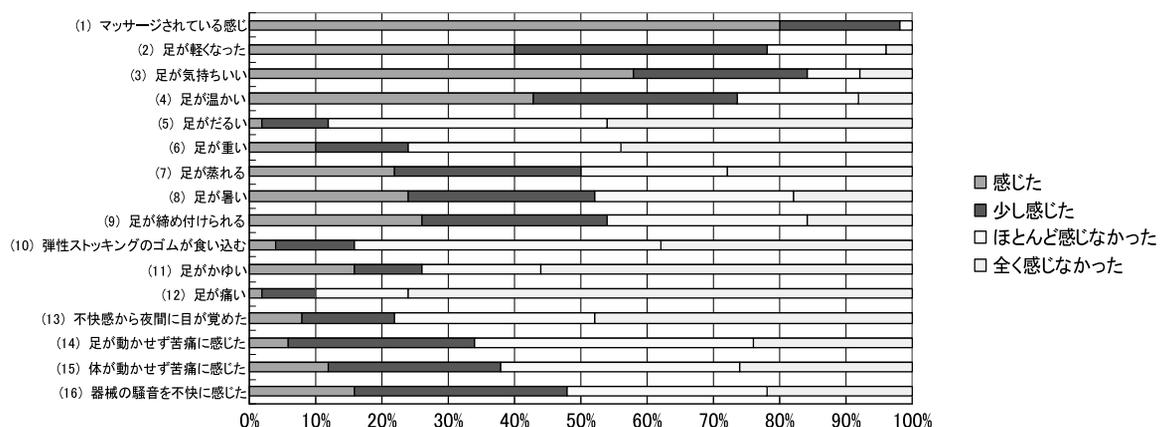


図 1 IPC・ESの装着感

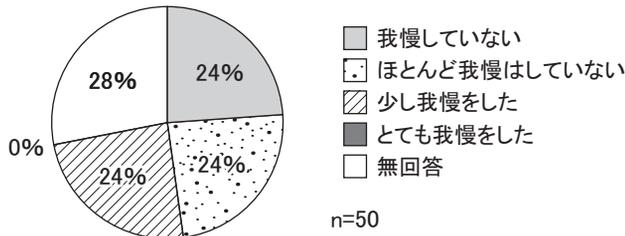


図2 不快感に対する我慢の程度

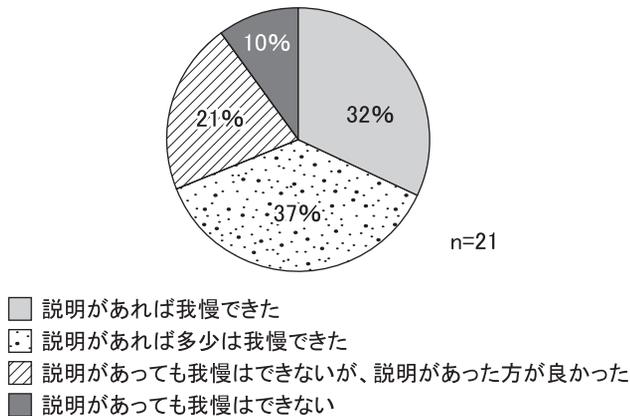


図3 不快感に関する説明について

った」は78% (39名), 「足が気持ちいい」は84% (42名), 「足が温かい」は72% (36名)であった。IPC・ES装着時の不快な装着感の項目で「感じた」「少し感じた」を合わせた割合をみると、1番多いものは「足が締め付けられる」の54% (27名)で、次に「足が暑い」の52% (26名), 「足が蒸れる」が50% (25名), 「器械の騒音を不快に感じた」は48% (24名)であった。反対に不快な装着感で最も「感じた」「少し感じた」の割合が少ないのは「足が痛い」の10% (5名)で、次に「足がだるい」の12% (6名), 「弾性ストッキングのゴムが食い込む」の16% (8名)という結果だった(図1)。

2. 不快感に対する我慢

装着による不快を感じた患者へ不快を感じたときに我慢をしたかに対しては「無回答」が28% (14名)いるが、「我慢していない」「ほとんど我慢はしていない」「少し我慢をした」の3項目が24% (12名)の割合であり, 「とても我慢をした」と回答したものはいなかった(図2)。

3. 不快感に対する説明の必要性

IPC・ESの使用前に予想される不快感について説明をすることで我慢ができたかという内容を前項で「我慢していない」と回答した以外の対象に調査した。該当者は38名だったが, そのうち回答したのは42% (21名)であった。結果は「説明があれば我慢できた」が32% (6名), 「説明があれば多少は我慢できた」が37% (7名), 「説明があっても我慢はできないが, 説明があった方がよかった」が21% (4名), 「説明があっても我慢できない」が10% (2名)となった(図3)。

考 察

1. ESおよびIPCの装着感と不快な装着感への対処

ESおよびIPCの装着感として, 「マッサージされている感じ」「足が軽くなった」「足が気持ちいい」「足が温かい」などの心地良い装着感については7割以上の多くの対象が感じていた。先行研究では不快感に関する調査がほとんどだが, 本研究では心地よい装着感を感じている対象も多くみられ, その理由としてIPC・ESの併用では, 下肢の静脈血の還流を促進でき, マッサージ効果が得られたのではないかと考える。また, 当院の産婦人科手術では装着時間が1日以内(本研究では平均20時間2分)と短時間であるため, 不快感よりも心地よい装着感を感じた人が多かったのではないかと考える。

「足が重い」「足が蒸れる」「足が暑い」「器械の騒音を不快に感じた」は約半数の患者が感じていた。一ノ瀬ら⁶⁾が行ったIPC・ESの装着感でも, 「足が暑い」「足が蒸れる」という不快感を感じている患者が半数程度おり, スリーブをはずして清拭をするなど暑さや蒸れの不快感を軽減するような対策が必要と述べられている。術後は発熱による発汗や動作の制限のため「暑い」や「蒸れる」の不快な状況になりやすい。回答では「一時的に空気の入替えをしてほしかった」という意見もあり, スリーブを一時的にはずしたりESを脱いで清拭をしたりするなどの援助が必要と考えられた。

器械の騒音に関しては約半数の患者が感じた・少し感じたと回答している。音への関心について, 原田ら⁷⁾は「術後患者は音よりも体の状況や, 回復に向かう時間を気にしており, 苦痛症状を排除していくための援助が最優先である」と述べている。今回の結果では騒音への不快を感じた患者は約半数であるが, 不快感から夜間に目が覚めたと回答しているのは2割程度

であり、器械の音に関しては術前に患者へ説明し協力を得ると共に、痛みなどの苦痛症状を緩和させることが必要と考える。また、自由記載欄より「周囲の人が音に不快感を感じたのではないかと思った」という意見もあり、同室者への説明も必要と考えた。

2. 装着時の説明

IPC・ESを装着した対象で不快感を我慢したと回答したものうち、説明があれば我慢できた・我慢はできないが説明があったほうが良かったと回答したのは全体の約半数であった。掛田ら⁵⁾は「患者のコンプライアンスの低下は、IPCの適切な実施に影響を及ぼすだけでなく、治療全体に影響することさえある。そのため、患者に対してIPCの意義を十分説明し、理解を得る必要がある。」としており、患者に対し、血栓症予防の意義を説明する必要性を述べている。当院では外来での術前説明時に血栓予防策のパンフレットを渡し説明を行っているが、IPC・ESに対する装着感については触れられていない。そのため、本研究で感じられていた「足が重い」「足が蒸れる」「足が暑い」「器械の騒音を不快に感じた」などの不快感についての説明や苦痛を感じた際にできる援助（清拭や一時的にIPC・ESをはずす）があることを説明する必要があると考える。

結 論

1. IPC・ESの併用では、「マッサージされている感じ」「足が軽くなった」「足が気持ちいい」「足が温かい」などの心地良い装着感を感じている。
2. IPC・ESの併用では、「足が重い」「足が蒸れる」「足が暑い」「器械の騒音を不快に感じた」という不快感を感じている。
3. 不快感に対する援助として、IPC・ESをはずして

の清拭や、一時的な着脱による換気、IPC・ESが適切に装着されているかの観察を行う必要がある。

4. IPC・ES装着時の不快感と対処法について、事前に説明をすることで患者の理解が得られる可能性が高い。

文 献

- 1) 日本循環器学会ほか2008年度合同研究班：肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン(2009年改訂版), p4-5, 2009.
- 2) 平岩真理子・山下 恵：整形外科における皮膚トラブルを引き起こす要因の検討－術後DVT予防の弾性ストッキングに注目して－. 日本看護学会論文集 成人看護Ⅰ 2009；40：184-186.
- 3) 前田美晴・東尾真理子：整形外科術後における弾性ストッキング着用によるトラブル発生の実態調査日本看護学会論文集 成人看護Ⅰ 2009；40：176-178.
- 4) 川端明子：静脈血栓症予防のための間欠的空気圧迫装置使用中に発生した褥瘡の症例. 日本褥瘡学会誌 2007；9：535-359.
- 5) 掛田崇寛・山勢博彰：間欠的空気圧迫法、静脈血栓塞栓症の予防. EB NURSING 2007；7（3）：320-327.
- 6) 一ノ瀬容子, 山口良恵, 大庭美保, ほか：術後患者に対する弾性ストッキングおよび間欠的空気圧迫装着併用時の装着感の調査. 看護技術 2007；53（4）：46-49.
- 7) 原田美穂・高木亜弥・綿貫のぞみ, ほか：時間経過で調査した術後患者の音への関心と看護援助の検討. 平成24年度北海道看護研究学会集録 2012；94.

臨床病理検討会

平成24年度第1回

【日時】平成24年6月28日

【演題】COPDによる呼吸不全で死亡した1剖検例

【発表者】田端 克彦

【症例】62歳 男性

【主訴】呼吸困難

【既往歴】H12/3月：高血圧

H21/4月：胃潰瘍

H23/4月：帯状疱疹

【生活歴】喫煙：30本/day×34年（15歳～48歳），喫煙指数1020

【現病歴】肺気腫，気管支喘息のため，H6/4/4（44歳）から四条はらだ医院に通院中だった。H11/6/24-7/14：喘息発作のため1回目の入院。その後，徐々に呼吸困難が増悪したため，H13/2/2から在宅酸素療法（1L/min）を開始した。

以後，②H16/5/2-5/25，③H17/6/1-6/21，④H17/7/29-8/10，⑤H17/8/22-11/30，⑥H17/12/20-H18/1/13，⑦H19/9/11-9/25，⑧H21/8/18-9/10，⑨H21/10/27-11/17，⑩H21/12/12-12/30，⑪H22/7/15-8/6，⑫H22/11/8-12/28に肺炎とCOPD増悪のため計11回入院した。その後酸素投与量は，⑤退院時のH17/11/30に2L/min，⑫退院時のH22/12/28に3L/minに増量された。その後呼吸状態の悪化に伴い5L/minまで増量された。

H23/9/26より呼吸困難を自覚し，プレドニン25mgを内服した。9/27朝にも25mgを内服した。同日16時頃より呼吸困難が増悪し，酸素7L/minでSpO₂ 53-70%となり，救急要請した。来院後胸部X線で右下肺野と左中下肺野に浸潤影を認め，酸素13L/min下でPaO₂ 77.5Torr，PaCO₂ 51.5TorrとⅡ型呼吸不全だったため，肺炎合併を契機としたCOPD増悪と診断され，同日当科入院となった。

【入院時現症】身長174.0cm，体重58.5kg，体温37.2℃，血圧110/83mmHg，SpO₂ 93%（O₂ 15L/min）。

胸部聴診所見：ラ音を聴取せず。

【入院時検査所見】

（血算）WBC 8560/ μ l（Seg 95.2%，Eosino 0.0%，Baso

0.1%，Mono 0.6%，Lymph 4.1%），RBC 476万/ μ l，Hb 12.4g/dl，Ht 40.5%，Plt 19.8万/ μ l

（生化学）Na 144mEq/L，K 4.7mEq/L，Cl 108mEq/L，BUN 19.6mg/dl，Cre 0.88mg/dl，ALB 3.5g/dl，T.Bil 0.7mg/dl，ALP 263IU/L，AST 18IU/L，ALT 13IU/L，CRP 4.17mg/dl（血ガス（O₂ 13L/min）），pH 7.35，PaO₂ 77.5Torr，PaCO₂ 51.5Torr，HCO₃-27.4mmol/L

【入院後経過】

9/27より酸素マスク12L/minとスルバシリン3g×2/day，ソルメドロール40mg/day，テオドリップ1A投与を開始した。呼吸苦と浸潤影は改善傾向となったため，酸素およびステロイド薬を漸減してゆき，10/6にはO₂ 6L/min，プレドニン20mg/day内服となった。

11/25HR150台の頻脈が出現し，当院循環器内科で心房細動と診断されたため，同日ワソラン，ジゴキシンを投与開始した。頻脈出現以降呼吸困難が増悪したため，酸素12L/minまで増加した。HRは90～100/minほどで安定し，12/1にはO₂ 10L/minとなった。

12/18呼吸困難が増悪し，黄色痰が増悪した。WBC 10100，CRP 2.31で細菌感染を疑い，プレドニン中止し，スルバシリン3g×2/day，ソルメドロール40mg/dayを開始した。SpO₂の低下に伴い酸素を増量し，12/20にはHiFO25L/minを使用開始した。炎症の改善につれて酸素を漸減し，12/29にはWBC 9160，CRP 0.53となったため，同日スルバシリンとソルメドロールを中止し，プレドニン20mg/day内服を開始した。

1/10呼吸状態悪化し，COPD増悪の診断で同日スルバシリン3g×2/day，ソルメドロール40mg/dayを開始した。酸素必要量は増大し，1/16にはHiFO 20L/minとなった。その後，呼吸状態は改善傾向だったが，1/25にBUN30，Cre 1.2と腎機能悪化が認められたため，同日スルバシリンを中止した。呼吸状態は改善を続け，1/30にO₂ 10L/minでSpO₂ 98%となったため，ソルメドロールを中止しプレドニン40mg内服を開始した。

2/12午後より呼吸困難が増悪したため，2/13よりプレドニン中止しスルバシリン3g×2/dayとソルメドロール40mg/dayを開始した。呼吸困難は改善せず，2/14よりO₂ HiFO 20L/minとなった。次第に呼吸状態安定し，2/28にはO₂ 10L/minまで改善した。

3/7より呼吸困難増悪し、同日スルバシリン投与開始した。必要酸素量は徐々に増加し、4/7にはHiFO35L/min+鼻10L/minとなったが、SpO₂は90%までしか上がらなかった。

4/11朝に呼吸困難がさらに増悪し、HiFO 35L/minでもSpO₂ 70%台まで低下した。病室移動時より意識が消失し、下顎呼吸となり、同日午前8時41分永眠された。

【結語】

- ・ COPDの増悪と軽快を繰り返しながら呼吸不全が次第に増悪し、死亡した1剖検例を経験した
- ・ 初回入院から死亡まで13年という長い経過であった
- ・ 経過中、肺の気腫性嚢胞の一部縮小により、一時的に閉塞性障害の軽快が認められた

【病理で明らかにして頂きたいこと】

- ・ 直接の死因は呼吸不全でよいのか
- ・ マクロ、ミクロの観点からの肺の状態はどうか
- ・ 若年発症のCOPDであることが病理にどう影響するのか

【病理解剖組織学的診断】

1. 小葉中心性肺気腫 (395g/375g)
2. 二次性肺高血圧
3. 右心肥大 (肺性心, 520g)
4. 左線維性癒着性胸膜炎

【質疑応答】

① II型呼吸不全とは何か

炭酸ガスが蓄積した病態である (PaCO₂>45Torr)。原因は1. 肺泡低換気, 2. 死腔換気量の増加で、COPDは2にあたる。

② ソル・メドロールを選択した根拠は何か

ソル・メドロールはミネラルコルチコイド作用が少なく、多量使用する際に電解質異常を引き起こしにくい。

③ 増悪のきっかけは何か

明らかではないが、増悪時のCRPが上昇していたことから気道感染が契機となったと考えられる。一般的には気道感染と大気汚染が主な原因であり、1/3が原因不明である。

【まとめ】

臨床・病理ともにCOPDで矛盾しなかった。よって死因はCOPDと考えられる。

平成24年度第2回

【日時】平成24年9月11日

【演題】著明な腹水で発症し、閉塞性黄疸、肝不全で死亡した1例

【発表者】藤山 朋代

【症例】80歳代女性

【臨床経過】平成24年初頭から腹部の違和感を自覚し、3月に近医にて上部内視鏡検査を施行し、胃潰瘍を指摘されていた。以来、食欲不振と頻回の嘔吐が続き、4月14日に黒色の嘔吐を認め、当院に救急搬送された。来院当初は出血性胃潰瘍が疑われたが、胃管からは何も引かず、CTにて著明な腹水が認められたため、精査加療の目的で同日消化器内科に入院となった。

入院翌日から37℃ 台後半の発熱があり、SpO₂ 95% (mask O₂ 10L/min) と急速に呼吸状態が悪化した。入院後の胸部単純写真の所見から、呼吸状態悪化の原因は来院直前の嘔吐による誤嚥性肺炎と考え、SBT/ABPC 6 g/dayを投与開始した。呼吸状態悪化のため、内視鏡などによる精査は困難であったが、血液検査でCEAやCA19-9などの腫瘍マーカーが高値を示したため、腹水の原因は癌性腹膜炎の可能性が高いと考えた。しかし腹水細胞診では悪性所見は認められなかった。第4病日から直接Bil優位の黄疸が急速に進行して全身状態が悪化し、抗菌薬をDRPM 1.5g/dayに変更した。その後も黄疸は進行したが、さらなる原因精査や減黄処置は困難だった。なお、各種細菌培養検査では有意な起炎菌は検出されなかった。

5月4日以降、肺炎の改善、および輸液減量に伴う胸水減少により、一時的に呼吸状態は改善したが、腹水はコントロール困難であった。黄疸の進行により意識状態も悪化していた。閉塞性黄疸の原因は画像上明らかではないが、肝内胆管が経時的に著明に拡張していることから、閉塞部位は下部胆管か膵頭部の可能性が高いと考えられた。肺炎は改善傾向だが胆道系酵素は低下しなかったため、腫瘍による閉塞性胆管炎の可能性を考え、胆道系にfocusを絞って抗菌薬をSBT/CPZ 2 g/dayに変更した。

5/14には凝固系の著しい低下を認め、メナテトレノン20mg/day投与の上抗菌薬を中止した。凝固系が回復した後に行った4回目の腹水細胞診にてadenocarcinomaが検出され、病理からは原発巣は胆管もしくは膵

臓の可能性があると報告された。その後意識レベルは回復せず、5月20日午前11時46分に死亡した。

【臨床の問題点】

- ①原発巣の部位
- ②転移の有無

【病理解剖組織学的診断】

1. 中部胆管癌：BmBiC, Panc3, Du3, PV3, A2
2. 臓器浸潤：脾臓, 十二指腸, 門脈, リンパ節転移：肝十二指腸間膜, 門脈周囲
3. 閉塞性黄疸, 黄疸腎
4. 腹水：6200ml 濃黄清
胸水：左/右=50/100ml 濃黄清

【質疑応答】

①浮腫の原因は判明したか。

肝不全によるアルブミン合成能低下が考えられるが、根本的な原因ははっきりしない。

②エコーなど、CT以外の検査は行わなかったのか。

もともと肥満があり、皮下脂肪と腹水のため、エコーでの描出は困難だった。

③門脈閉塞による側副血行路の発達はあったか。

解剖では側副血行路の発達を認めなかった。

【まとめ】

症例の最終的な診断は中部胆管癌だった。腹膜播腫はなく、腫瘍の門脈浸潤および閉塞が著明な腹水の原因であった。また側副血行路や静脈瘤の発達を認めなかったことから、短時間で急速に腫瘍が増大したと考えられる。

平成24年度第3回

【日時】平成24年10月2日

【演題】脾臓への直接浸潤を来した末梢型肺扁平上皮癌の1例

【発表者】福田 直樹

【患者】72歳, 男性

【主訴】血痰

【現病歴】H23年11月末より血痰を自覚しており、徐々に量が増加したため、H24年1月12日通院中の循環器内科から呼吸器内科に紹介となった。初診時、左胸部にfine crackleを聴取し、胸部単純写真で左下肺野に浸潤影、CTでは左下葉に浸潤影を認めた。真菌感染症が疑われ、同日は採血、喀痰検査で経過観察となって

いた。1月19日、喀痰細胞診から扁平上皮癌が検出され、肺癌が疑われたため、精査加療目的で1月31日呼吸器内科入院となった。

【既往歴】

- H16年 糖尿病（当院代謝内科通院中）
- H17年 心筋梗塞（DESステント留置。当院循環器内科通院中）
- H17年 脳梗塞
- H19年 肺胞出血, 気管気管支骨軟骨形成症（当院呼吸器内科）

【生活歴】喫煙：無 職業：公務員

【家族歴】特記事項なし

【入院時現症】

身長160.2cm, 体重47.9kg, 聴診上、左胸部でfine crackleを聴取する。

【採血】(H24/1/11)

[血算] WBC 8580/ μ l (seg 74%, baso 0.2%, mono 5.1%, eosino 1.6%), RBC 464 \times 10000/ μ l, Hb 14.5g/dl, Ht 42.7%, Plt 19.9 \times 10000/ μ l

[電解質] Na 139mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 104mEq/L, Ca 10.1mg/dl

[生化学] 血清総蛋白 7.0g/dl, アルブミン 3.6g/dl, T-bil 0.9mg/dl, D-bil 0.1mg/dl, AST 27U/l, ALT 16U/l, LDH 298U/l, γ -GTP 25U/l, Ch-E 219U/L, ALP 183U/l, CK 89U/l, BUN 9.4mg/dl, sCr 0.75mg/dl, 尿酸 3.9mg/dl, TG 89mg/dl, HDLコレステロール 46mg/dl, LDLコレステロール124mg/dl, CRP 0.84mg/dl, Glu 185mg/dl, HbA1c (JDS) 6.9%

【画像所見】

[胸部XP] (H24/1/12) 両肺野にびまん性の網状影を認める。左CPAはdull。左下肺野に浸潤影を認める。

[造影CT] (H24/2/3) 肺野条件で、両肺下葉を中心に嚢胞性変化、左下葉に広範なconsolidationを認める。縦隔条件では、気管の石灰化、気管分岐部リンパ節(#7)の腫大、左下葉から脾臓に掛けて腫瘍を認める。その他、明らかな遠隔転移の所見は認めない。

[MRI] (H24/2/2) 明らかな脳転移所見は認めない。

[骨シンチ] (H24/2/2) 明らかな骨転移所見は認めない。

[気管支鏡] (H24/2/1) 気管壁に凹凸を認め、石灰化病変が散在している。

【臨床診断】

肺扁平上皮癌, 脾浸潤, 縦隔リンパ節転移, T4N2

M0, cStageIIIB

【入院後経過】

1月31日呼吸器内科入院となり、気管支鏡、CT、MRI、骨シンチを施行され、上記診断となった。切除不能StageⅢB期肺扁平上皮癌のため、化学療法施行の方針となり、2月23日よりDocetaxel 60mg/m²、4週毎を開始した。

3月1日 (Day 8) 頃から38℃台の発熱を認め、3月2日 (Day 9) の採血でWBC 1190/ μ l (neu.285/ μ l)、CRP 14mg/dlと好中球減少を認め、発熱性好中球減少症の診断で同日よりCFPM 2gx 2/day点滴静注を開始した(～3月12日)。発熱性好中球減少症が改善したため、3月23日よりDocetaxel 60mg/m²の2コース目を開始した。

4月13日 (Day17) の評価CTで原発巣の増大を認め、PDの評価で薬剤変更の方針となった。4月19日よりTS-1 (100mg/day, 4投2休) の内服を開始した。全身状態が安定していたため、5月21日に退院となり、外来でTS-1内服継続となった。

6月21日頃より嘔気、嘔吐、黄色痰を自覚したため、呼吸器内科外来受診した。採血でWBC 9580、CRP 8.7と感染が疑われたが、本人の希望で輸液のみで帰宅となっていた。6月27日に38℃台の発熱があり、6月28日再度外来受診した。聴診上、左胸部にcoarse crackleを聴取し、胸部単純写真にて左下肺野に浸潤影、胸水を認めたため、肺炎の診断で入院となった。

入院後、肺炎に対しSBT/ABPC 3gx 2/day点滴静注を開始した。7月2日頃より低酸素血症を認め、7月3日にはO₂をマスク14Lで投与したが、SpO₂ 88%と著明な呼吸不全を認めた。呼吸苦が増悪したため、7月6日よりMorphineの持続静注も開始した。7月13日に眼球黄染を認め、採血上T-bil 4.4mg/dl、D-bil 2.7mg/dlと黄疸を認めたため、SBT/ABPCの投与を中止した。7月18日の採血でT-bil 5.9、D-Bil 3.8と黄疸の増悪を認め、閉塞性胆管炎などが疑われたが、全身状態不良で精査は行われなかった。

8月1日永眠された。

【病理診断】

- # 1 左下葉低分化型扁平上皮癌 化学療法後 左横隔膜浸潤 肺門リンパ節転移
- # 2 特発性間質性肺炎、気管支肺炎
- # 3 気管気管支骨軟骨形成症
- # 4 胆汁うっ滞型黄疸

【質疑応答】

・画像上左の横隔膜への直接浸潤があったとのことだが、左横隔膜の動きが悪くなるような所見は認められたか？

→聴診上ははっきりとは分からなかった。

・痛がっている様子はあったか？

→主な訴えは血痰で、それほど訴えは強くなかった。

・胆汁うっ滞はあったが、胆道に病変はなかったということは、薬剤性と考えてよいのか？

→恐らく薬剤性と考えられる。

平成24年度第4回

【日時】平成24年11月6日

【演題】悪性リンパ腫の経過中、縦隔原発線維肉腫を発症し原疾患の再発と鑑別が困難であった1例

【発表者】岩間 琢哉

【患者】71歳、男性

【主訴】胸部圧迫感

【現病歴】

平成13年、濾胞性リンパ腫発症し、R-CHOP療法にて完全寛解到達。以後、経過観察されていた。

平成22年、定期健診時に縦隔腫瘍指摘され、軽度の胸部圧迫感を自覚。

平成23年3月5日、胸部圧迫感が出現して近医受診。胸部CTにて縦隔腫瘍を指摘され、同日当院救急外来を紹介受診。精査加療目的で入院となった。

【既往歴】高血圧、脂質異常症、心房細動

【生活歴】喫煙歴：10本/日×44年間(21～65歳)、飲酒歴：週3回・焼酎1合程度、アレルギー：なし

【入院時現症】

身長164.9cm、体重71.35kg

意識清明、HR 90/分、血圧158/85mmHg、体温36.5℃、SpO₂ 94% (room air)

眼瞼結膜貧血(－)、眼球結膜黄疸(－)、表在リンパ節腫大(－)

肺音：清、ラ音(－) 心音：整、心雑音(－)

腹部：平坦、軟、腸蠕動音やや亢進、自発痛・圧痛(－)、肝脾腫(－)、浮腫(－)

【採血】(H23/3/5)

【血算】WBC 8610/ μ l、RBC 430×10⁴/ μ l、Hb 12.6g/dl、

Ht 38.4%, Plt 10.1×10⁴/μl

[凝固・線溶系] PT-INR 1.03, APTT 32.2秒, Fib 508.4 mg/dl, 血中FDP 2.8 μg/ml

[電解質] Na 141mEq/L, K 3.7mEq/L, Cl 104mEq/L, Ca 9.2mg/dl

[生化学] 血清総蛋白 7.0g/dl, アルブミン 3.9g/dl, T-bil 0.6mg/dl, AST 26U/L, ALT 16U/L, LDH 336 U/L, CK 105IU/L, AMY 68IU/L, ALP 169IU/L, CHE 269IU/L, γ GTP 24IU/L, BUN 16.5mg/dl, Cre 0.6mg/dl, 尿酸 5.6mg/dl, CRP 7.99mg/dl, Glu 173 mg/dl

【画像所見】

[胸部XP] (H23/3/5) CTR 53.4%, 肺野異常なし, 縦隔拡大(+)左CPAはdull。

[造影CT] (H23/3/2) 縦隔条件で, 40×70mm程度の腫瘤あり。

[Gaシンチ] (H23/4/15) 明らかな縦隔腫瘍への取り込みなし。

[PET-CT] (H23/7/21) 腫瘍の残存と壊死組織が混在していた。

【入院後経過】

2011年3月5日に入院となり, 濾胞性リンパ腫の再発と考え3月9日よりTHP-COP施行。しかし, 3月16日のCTでは腫瘍径に変化なくNC評価。確認のために3月22日にCTガイド下生検を施行したが, リンパ腫疑いであった。

3月31日, 4月1日にトレアキシン150mg div施行するも, 4月12日のCTでは腫瘍径に変化なくNC評価。また, 4月15日のGaシンチでは明らかな縦隔腫瘍への取り込みなく, 確実な病理診断が必要と考え, 4月19日にVATS下生検を行うため外科転科となった。

4月21日のVATS下生検施行。病理結果は, 壊死を伴う線維化・瘢痕(治癒過程)であり, リンパ腫の治療後として矛盾ない病理像であった。活動性を伴わないリンパ腫病変の遺残と考え, 化学療法を継続する方針となった。

術後, 全身状態の安定化を待ち, 5月2日に血液内科へ転科。5月9日, 10日にトレアキシン150mg div施行。5月30日のCTでは腫瘍sizeに著変なくNC評価のままであったが, 胸部症状, 不整脈, 心機能の軽快あり, 胸水減少を認めた。

6月9日, 10日にトレアキシン150mg div, 6月13日にリツキシマブ600mg div施行したが, 7月1日のCTではやはり腫瘍径に変化なく, NC評価であった。

他疾患との鑑別を含め病変を再評価する必要があると考え, PET-CT施行する方針となった。

7月12日に退院し, 7月21日にPET-CT(旭川厚生病院)施行したところ, 腫瘍の残存と壊死組織が混在しており, 治療継続する方針となった。

8月21日に嘔声, 嚥下障害出現した。腫瘍増大による左反回神経麻痺と考え, 8月22日に入院。

サルベージ療法として8月25日より病変に放射線照射(35Gy/14Fr)開始。

9月16日放射線照射し, CT施行したところ30~40%の縮小効果を認め, MR評価であった。嘔声, 胸部圧迫感, 嚥下障害も若干の改善みられた。

放射線照射の副作用の軽快をまって, 10月24~28日にEPOCH療法施行したが, 発熱性好中球減少症, 心不全を合併した。また, 11月10日のCTではNC評価であった。

本人と家族と相談し, 負担の少ない治療を継続する方針となり, 12月5日~7日にFCM療法施行。

しかし, 再び発熱性好中球減少症, 心不全, 深在性真菌症を合併し, 12月27日のCTではNC~PD評価であった。

リンパ腫に対する治療薬はほぼ全て投与したが無効であったこと, これ以上の治療は困難であることを説明し, BSCの方針となった。その後は衰弱がすすみ2012年1月12日4:40に永眠された。

【病理解剖で明らかにして頂きたいこと】

・縦隔腫瘍の最終診断は何だったのか

【結語】

- ・濾胞性リンパ腫を発症し10年後の再発をした1例を経験した。
- ・化学療法には反応性が乏しかった。
- ・CTガイド下生検, VATS下生検を施行したが診断が困難であった。

【質疑応答】

①初回化学療法で腫瘍径に変化なしの時点で, 侵襲の低いGaシンチやPET-CTではなく侵襲の高いCTガイド下生検を行った理由は。

初回化学療法が効かなかった時点でおかしいと強く思い生検が必要と考えたため。また, 濾胞性リンパ腫ではGa negativeが30%近くあるため。

②初発時にはR-CHOP療法で寛解したのに, 再発時になぜTHP-COP療法を施行したのか?

腫瘍が縦隔にあるため心臓に影響を与えている可能

性、心房細動で心臓に負担がかかっている可能性を考え、より心毒性の低いTHP-COP療法を施行した。

③腫瘍径に変化がないのに治療効果ありと判定した理由は？

癒痕組織がみられたため、治癒過程と考えたから。

④平成13年の治療は当院か？

旭川厚生病院。

⑤初発の原発部位は？

頸部リンパ節。

⑥縦隔腫瘍の部位は？

上・中縦隔。

⑦悪性リンパ腫が10年後に再発する頻度は低いのか？

濾胞性リンパ腫は年単位で発生するため10年後の再発も考えられる。

【病理解剖・組織診断】

1. 後縦隔線維肉腫、低分化型、放射線療法後
2. 濾胞性リンパ腫、化学療法、寛解状態
3. 腸間膜脂肪織炎
4. 左肺圧迫性無気肺
5. 両腎嚢胞
6. 左胸水貯留2200ml

平成24年度第5回

【日時】平成25年1月29日

【演題】ステントグラフト内挿術後に動脈瘤が発生した1例

【発表者】松居 祐樹

【症例】81歳、男性

【主訴】左下肢痛

【既往歴】H13年 脳梗塞

H20年 左内頸動脈狭窄

H21年 前立腺肥大op (TUR-P)

【生活歴】喫煙：無 飲酒：以前は飲酒していた。

【入院時現症】

身長159.6cm、体重42.5kg、意識：両手従命あり (JCS II-10)

脈拍数131/分、体温37.2℃、血圧161/103mmHg (右上肢)、171/107mmHg (左上肢)

SpO₂ 100% (酸素1L経鼻) 呼吸数25回/分

左鼠径部硬く触れるが圧痛ははっきりしない。左鼠径部から大腿部まで腫脹 (+)

左下腿は腫脹軽度

動脈触知：異常なし

【採血】(H24.3.20)

[血算] WBC 18100/ μ l (seg 96.7%, baso 0.1%, mono 1.7%, eosino 0.1%, Lymph 1.4%), RBC 313 \times 10⁴/ μ l, Hb 10.4g/dl, Ht 32.3%, Plt 22.2 \times 10⁴/ μ l

[凝固・線溶系] TT-INR 0.99, APTT 37.1秒, Fib 603.6 mg/dl

[電解質] Na 140mEq/L, K 5.0mEq/L, Cl 105mEq/L, BUN 13.6mg/dl, Cre 0.98mg/dl, UA 6.2mg/dl, TP 8.0g/dl, Alb 2.6g/dl, T-Bil 0.4mg/dl, AST 19IU/L, ALT 11IU/L, LDH 232IU/L, CK 40IU/L, CK-MB 4IU/L, Glu 131mg/dL, AMY 43IU/L, CRP 21.87mg/dl, ALP 337 IU/L, CHE 161IU/L, γ GTP 42IU/L

【臨床経過】

H20年、頭痛、めまい出現。精査したところ、腹部大動脈瘤を認めた。

H21年7月30日に、腹部大動脈瘤増大傾向のため当院胸部外科初診。

【入院①】8月10日に精査目的で入院。腹部CTにてinfrarenal AAA (50 \times 60mm)、両側内腸骨動脈瘤を認めた。

【入院②】

9月11日に手術目的で再入院し、9月18日に腹部大動脈瘤切除、Y-graft replacement施行。(INTERVASCULAR Quadrifurcation16 \times 8 \times 8 mm, 右はEIA, 左はCIAに吻合, Rt.IIA 閉鎖, グラフトのIIA再建用の枝は閉鎖)

術中右腸骨静脈損傷し、大量出血。血圧50-60mm Hgに低下。術後麻酔覚醒やや悪く抜管せずにICU帰室。9月20日に抜管し、9月21日に西5病棟へ。

右下肢腫脹ありDVT疑いでヘパリン、ワーファリン開始。右下肢腫脹は徐々に改善するが術後CTで右腸骨静脈閉塞認めた。DSAでも同様の所見だが側副血行路が発達していた。9月22日から食事開始。当初は食欲旺盛であったが徐々に摂取量低下、胃管挿入し経管栄養開始。精神科、神経内科受診し、脳血流、脳MRI、脳波検査などから、左脳血流低下による症状と判断し、T病院脳神経外科に転院となった。

その後T病院で左頸動脈内膜剥離術施行。左STAMCAバイパス追加。術後呼吸状態悪く気管切開も施行。また起立歩行不能状態が続きリハビリを行っていた。H23年1月と2月にイレウス。

【入院③】

H23年10月27日に下腹部膨満、傾眠傾向みられたためCT施行したところ、骨盤腔に腫瘤像認め、左内腸骨動脈瘤破裂の診断で当院胸部外科へ転院。同科搬送後、ステントグラフト目的にDSAにて造影施行。左IIAA破裂の診断。左IIAカニューレション困難。

またIIA造影で流出動脈描出なかったので塞栓術は不要であり、左CIAからEIAにかけてカバースtentを留置した。11月17日に転院。

【入院④（今回入院）】

H24年3月20日に腹部膨満強くなってきたということで当院緊急転院。腹部CTでは左後腹膜血腫。左内腸骨動脈のステントグラフト末梢側のEIAからの出血。

ステントグラフト追加し出血は止まった。入院時はCEZ 1g×2/dayで開始したが来院時の血液培養から*Serratia marcescens*検出。IPM/CS 0.5g×2/dayに抗生剤変更した。その後CRP改善せず3月24日からCFPM 2g×2/dayに変更。3月27日、28日、30日の血液培養でも細菌認めず、30日からIPM/CS 0.5g×2/dayに変更した。4月2日下血出現。

消化器内科受診し憩室出血疑い。その後発熱継続し、4月5日にCFPM 1g×2/dayに変更。4月13日CTで後腹膜血腫内にエア認める。4月16日後腹膜ドレナージ(14Frサンプルーメン付きトラッカー)。生食で洗浄開始。ドレーン排液培養で*Serratia marcescens*, *MRSA*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus avium*検出。

4月21日からVCM 0.5g×2/dayで開始。発熱は治まった。ドレーン洗浄継続。

5月26日ドレーン洗浄液に血液混入。造影CTで後腹膜血腫増大も造影はされなかった。輸血を行い5月27日には血圧は安定したものの、5月28日血圧低下、ショック状態となり、13時16分永眠された。

【病理に明らかにしていただきたいこと】

・出血の原因は感染によるものなのか、動脈瘤の破裂か、あるいはステントグラフト関連のものなのか。

【病理解剖・組織診断】

1. 腹部大動脈瘤切除、Yグラフト置換術後、左内腸骨動脈瘤破裂、ステント留置状態
2. 良性腎硬化症 (95/100g)
3. 大動脈粥状硬化症
4. 気管切開後
5. 左胸水貯留 2200ml

【質疑応答】

・腸骨動脈の血流がなくなったが機能的に問題はないのか。

可能性はある。一気に詰まるとダメだが、段階的に起きると側副血行路ができる余裕があるので危険性は少ない。

・血腫ドレナージの培養で多彩な菌が出ているが、腸管穿孔以外でどのような感染経路が考えられるか。

腸管と仮性動脈瘤が接しておりバクテリアルトランスロケーションが起きたか、ステント留置時に既に感染していたか、留置する時に感染したか。また、元々虚血性腸炎となっていた所に憩室ができて、憩室炎となり微小穿孔がおきた可能性もある。

腹部大動脈瘤の手術で感染し、弱毒菌で問題なかったが、寝たきりとなり何ヵ月かたって、抗生物質を使って耐性菌ができたり、コンタミネーションもあり、何が原因であるかわからなくなっている。

・バンコマイシン投与時はバンコマイシン以外の抗生物質は投与していなかったのか。

していなかった。

・抗真菌剤は使っていたか。

使っていなかった。

平成24年度第6回

【日 時】平成25年3月6日

【演 題】CRT-D植込み・ASV導入するも、進行する心不全で死亡した1例

【発表者】大場 彩音

【症 例】61歳、女性

【主 訴】夜間呼吸困難、意識消失発作

【現病歴】

H7年6月 旭川医科大学第一内科にて拡張型心筋症 (Dilated Cardiomyopathy: 以下 DCM) と診断

(心筋生検施行したかどうかは資料なく不明)。セロケン® (メトプロロール) 導入

H8年4月～外来主治医の異動に伴い当科follow開始。CxP上CTR 49.8%, UCG上EF 24.8% (MOD)

H16年3/24～4/11 慢性心不全 (chronic heart failure: 以下 CHF) 増悪で入院①。

lasix® iv, 利尿剤内服開始で胸水・肺うっ血・自覚症状改善し退院。

H19年7/9～8/9 CHF増悪で入院②。

安静，塩分制限，lasix[®] ivで改善。

7/12 心カテ施行。coronary arteryには器質的狭窄（一）。

左室拡大著明，wall motion：diffuse severe hypokinesis，EF 16%と著明な左室機能低下あり。

H21年8/9 盆踊り中にcardiopulmonary arrest(CPA)となりbystander CPR (+)，救急車内で心拍・呼吸再開。

H21年8/9～10/27 入院③。意識障害遷延のため低体温療法行い，意識回復。後遺症なし。

10/16 Cardiac Resynchronization Therapy-Defibrillator (CRT-D) 植込み。

H22年2/18～3/30 CHF増悪で入院④。酸素，hANP civ，lasix[®] iv，ラシックス[®]内服増量で軽快。

3/19 睡眠呼吸検査でCheyne-Stokes respiration(+)，AHI（無呼吸低呼吸指数）28.8であり，adaptive servo-ventilation (ASV) 導入。

H23年10/5～10/29 CHF増悪で入院⑤。酸素，lasix[®] iv，hANP civで比較的速やかに肺うっ血改善。

労作時倦怠感が残存するも，BW 53kg台で安定しており，BP 80mmHg台のため，これ以上の体重減は困難と判断。

H23/10/29 退院

H23/10/30 退院翌朝，呼吸困難・冷汗あり，数秒間意識が遠のいた（電気ショックの衝撃は自覚せず）。

H23/10/31 夫が来院，主治医と相談し日中もASV装着したところ，呼吸困難は軽減。

H23/11/1 AM 2時頃，ASVを外しトイレ歩行後に呼吸苦増悪。寝室でASV再装着し安静にしていたが，呼吸困難さらに増悪したため，当院救外へ救急搬送される。

【medication】

- 1) セルベックス細粒[®] 150mg/3x
- 2) アーチスト[®] (2.5) 3T/3x
- 3) パナルジン[®] (100) 2T/2x
- 4) アルダクトンA[®] (25) 2T/2x
- 5) ラシックス[®] (20) 2T/2x
- 6) ソタコール[®] (40) 2T/2x
- 7) マグラックス[®] (330) 3T/3x
- 8) メバロチン[®] (10) 1T/1x
- 9) レニベース[®] (5) 0.5T/1x
- 10) センノシド[®] (12) 2T/1x
- 11) ファモチジンD[®] (20) 1T/1x

12) ワーファリン[®] (1) 3T/1x

ワルファリンカリウム[®] (0.5) 0.5T/1x

【既往歴】

H7年：甲状腺疾患（詳細不明，年1回旭医通院）

H7年6月～：DCMとしてfollow

H10年：子宮内膜増殖症

H11年：痔核ope

【家族歴】父：心疾患（詳細不明） 姉：狭心症，post CABG

【冠危険因子】HT（-），DM（-），DLp（+）：メバロチン10mg，閉経：48歳，喫煙：40本/日（24-40歳）

【嗜好】飲酒（-）

【アレルギー】なし

【現症（救外）】身長160cm，体重52.9kg（前回退院時H23/10/28 53.3kg），BP 93/45mmHg，HR 91bpm（不整），SpO₂：救急車内でリザーバマスク 8 L/min下 SpO₂ 100%→救外でO₂漸減し96%（room air）

顔面：ややedematous

胸部：no murmur，no rale→Killip I

腹部：soft，flat，no tenderness，bowel soundやや亢進，心窩部肝3横指

四肢：pretibial edema（-）

pulsation：両足背・後脛骨A触知せず

【L/D】WBC 8120/ μ l，RBC 526万/ μ l，Hb 14.9g/dl，Ht 44.8%，Plt 18万/ μ l，TT 17.4%↓，TT-INR 2.01↑，Na 134mEq/L↓，K 4.5mEq/L↑，Cl 99mEq/L，BUN 31.2mg/dl↑，Cr 1.29mg/dl↑，UA 7.9mg/dl↑，TP 6.8g/dl，Alb 4.0g/dl，Tbil 0.6mg/dl，Dbil 0.1mg/dl，AST 36IU/L，ALT 22IU/L，LDH 202IU/L，CK 47IU/L↓，CKMB 7 IU/L，BS 229mg/dl↑，AMY 98IU/L，CRP 0.03mg/dl，ALP 268IU/L， γ GTP 155IU/L↑ ChE 312IU/L，Ca 8.6mg/dl↓ BNP 1246pg/ml↑

【動脈血ガス】（room air）pH：7.45，pCO₂：31.1mmHg，pO₂：79.5mmHg，HCO₃：21.4mmol/l，SpO₂：96.1%

【ECG】HR 115bpm，irregular，wide QRS tachycardia⇒ Af+V pacing？

【CXp】CTR 62%，biCPA：sharp，明らかな肺うっ血なし

【心エコー】(11/2) IVS/PWT=8/8，LAD/AoD=50/21，LVDd/Ds=72/66，EF/FS=31 (MOD) /8.5，LVEDV=233ml (MOD)，LAV=131ml (MOD)，LV wall motion：diffuse hypokinesis，valve：MR III°，TR \angle P=32mmHg，心内Th（-），PE（-），IVC 9mm

CXp上は明らかな肺うっ血なく、酸素化もそれほど悪くなかったが、来院時ECG上PAFL/Afに伴う頻脈あり、それによる呼吸困難感があったと思われた。

H23/11/2, 経過観察目的に当科入院となる。

【入院経過】

明らかなCHF悪化の所見に乏しかったため、まずはciv等せずに安静+尿測指示とした。

ECG上、Afに自己QRSとpacingが追従した頻脈を認め、これが今回の症状の原因であった可能性があり、pacingの上限レートを下げて調節した。

H23/11/4よりAfは収束したが、時折PAfやnon sustained VTが散見され、PAf時は倦怠感や呼吸苦を強く自覚していた。

11/8よりソタコール[®]を80→120mgへ増量。11/10よりPAfはほとんど見られなくなり、症状・CXp・dataは落ち着いて経過していたため、H23/11/17より2泊の外泊へ出かけた。外泊中特に問題はなかったが、帰院時に体重が+1.85kg増加していた。

11月下旬からは再びPAfが散見されるようになり、11/30のエコーでは肝うっ血が出現、IVCが13mmとやや拡大していたため、同日よりピモベンダン[®] 2.5mg/dayで内服開始。

12/1からはラシックス[®]内服を40→60mgへ増量したが、体重が緩徐に増加していき、12/11からラシックス[®]内服を60→80mg/dayへさらに増量し、尿測指示も強化した。しかし体重が徐々に増加し続け、edemaや倦怠感も増悪していた。

12/28よりlasix[®]定期ivを開始し、体重はやや減少するもCXp上胸水や心拡大は増悪した。ただ、酸素化は比較的保たれており、夜間はASV装着するが、日中は基本的にroom airで過ごし、呼吸困難時のみASVを装着していた。

H24年になってからもCHFの改善は乏しく、H24/1月からlasix[®] iv増量し、1/5から0.1%ドブポン[®] 3 ml/h civ, nasal 1 Lで持続酸素投与を開始した。

その後もlasix[®] iv, ドブポン[®] civ, ピモベンダン[®]を増量していくも反応乏しく、高度に進行したDCMによる心不全末期状態と考えられ、1/19、緩和医療への

移行と急変時DNAR (do not attempt resuscitation) についてお話し、ご了承頂いた。

しかし翌日H24/1/20 14:44からsustained VTが出現、Vfに移行し、意識消失、呼吸停止、脈拍も触知しなくなった。CRT-D作動するも心拍再開せず、15:09に永眠された。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

・DCMとして矛盾しないマクロ・ミクロの所見だったのでしょか？

【病理解剖組織学的診断】

1. 拡張型心筋症
2. 鬱血肝
3. 体内式除細動器埋め込み

【質疑応答】

①初回の心カテ時に心筋生検はなされたのか。心筋生検はDCMの診断に必須なのか。

心筋生検は行われていない。DCMは基本的に、DCM様の病態をきたす他の疾患を除外することで診断できるので、心筋生検は必須ではなく、他疾患の除外の補助という位置付けでしかない。

②2回目の入院時、突然倒れて救急搬送されているが、これは致死性不整脈が原因と考えてよいのか。

DCMは心房性/心室性不整脈が起こりやすくなる疾患であり、こういった基礎疾患を有したうえで、突然倒れたというエピソードを考えると、やはり致死性心室性不整脈が起こったと考えるのが最も自然である。

③最後の入院時、呼吸困難感が強く、心機能はあまり変わらなかったようだが、心不全以外の原因は考えられたか。肺塞栓など。

何度も心不全増悪で入院を繰り返している方であり、BNPがやや上昇していることから、心不全が主な原因だと考えていた。入院時に全身CTを撮っており、確か肺塞栓を疑う所見はなかったと思う。

【まとめ】

臨床経過、病理所見ともにDCMとして矛盾しないものであった。よって死因はDCMによる心不全と考える。

第13回日本クリニカルパス学会学術集会参加報告

看護部 太田 智美

2012年12月7日から8日の2日間、岡山県コンベンションセンターで開催されたクリニカルパス学会学術集会に参加させていただきましたので報告します。

クリニカルパスが臨床の現場で医療の質を改善するための手段として、なくてはならない方法となり、これまで施設内・地域連携を問わず、実務を中心に数々の取り組みがなされ、様々な発表が行われてきました。既に膨大な臨床的経験・知識が蓄積される中で、ここ数年の間でクリニカルパスを学問化しようとする動きもみられています。そうした背景から、第13回学術テーマは「実務と学問の融合～企画と運営を通じた学問への誘い～」とされていました。

大会ではテーマにも掲げられていた企画を3部門に分けた発表形式がとられていました。第一には、これまでの学会の流れを止めることなくクリニカルパスの未来を切り開く基礎として、他の学会・団体との共同企画、アジア各国との国際交流、クリニカルパスに新たな価値を付与すると期待されるテーマと電子パスの機能標準化に向けた企画の取り組みへの発表。第二にはそれぞれの専門性の応じた手法の違いによる概念の整理と用語の統一化の取り組みへの発表。第三には口演・ポスターの一般演題の発表でした。どの講演においても活発な意見交換がされていました。その中でも電子カルテ導入に連動する電子パスに関してのテーマでは関心度は高く、多くの演題発表と活発な意見交換がされていました。

パスを電子化にする利点として挙げられる点として、当該部署でしか見ることができなかつたパスが、電子化を取り入れることにより患者状態を共有することができます。また、パスの標準化を図ることにより、今まで診療科ごとに項目や形式が異なっていることが多いため、今までは、診療科間の連携が難しいと

いう欠点がありましたが、電子化により言語、項目、表現が統一されることでスタッフ間の連携がスムーズになり、言語、項目が統一できパス作成、改訂が容易となり得ます。さらにBOM (Basic Outcome Master) ソフトの導入を取り入れることにより、医療活動や患者の状態などを示す言語情報の標準化や概念の整備を行うことができ、アウトカム (期待される結果) と観察項目を標準化できるといえます。さらにBOMソフトの利点として、バリエーションの収集・分析が容易となる。バリエーション分析の結果を基に治療内容の改善が促進される。クリニカルパスが進化していくという点が挙げられていました。全国的に統一されたソフトを使用することでエビデンスが得られる可能性があるとも論じられていました。

当院においても、2014年に電子カルテの導入が計画されています。電子カルテ導入と連動し電子パス導入も視野に入れた動きがあります。そこで、当院で早急に取り組む今後の課題として、用語の整理と標準化、運用基準の決定、記録の見直しと整理、他職種との情報共有をすすめていく必要があると実感しました。

今回日本クリニカルパス学会学術集会に参加させていただいたことで、パスについてさらに興味を持ったとともに、パスについての知識が深まりました。そしてパスについてまだまだ分かりえない部分もたくさんあるのだということを知り、様々な自己勉強の必要性を強く感じました。特にパスはチーム医療が重要といわれるように多職種との連携が大切なのだということも強く感じました。今後のパス活動にむけて、今学会で学んだことを活かせるよう日々努力していかなければならないと強く感じました。貴重な学会に参加させていただきありがとうございました。

第43回日本看護学会 成人看護 I 研修報告

看護部 馬場 千賀子

と き：2012年9月20日～21日

ところ：仙台

学術集会テーマ：生きる力を支える急性期看護

今回、日本看護学会に参加させていただきました。学会テーマが急性期看護であったため、外科系の演題がほとんどでした。群別では、せん妄、家族心理、患者教育、基礎継続教育、疼痛コントロール、周手術期看護、重症集中看護などがありました。その中で興味深かった演題について報告します。

がん終末期患者の家族のニーズに沿った看護介入「看取りのパンフレット」を導入しての演題では共感するものがありました。がん終末期患者の家族が死期が近づくにつれ患者に現われる症状への戸惑いや、不安に対して看護師の対応に統一できていず、家族が現状を受け止めることが困難であるケースが多く研究に至った演題です。

研究方法は、週単位で死を予測された患者の家族にOPTIMの看取りのパンフレットを説明し、数日後面接を実施、死亡退院1ヵ月後に再度面接を行うというものでした。

パンフレットを渡す面接時には、ターミナル期に出現する症状に対し理解を示し、不安の軽減に繋がったと考えられたが、死亡退院後の面接時では、説明の時期が遅かったという意見が多かったという結果でした。

核家族化進む現代社会では、家族が看取りに間に合わないケースも多いのが現状です。特に高齢者の場合は、老々看護である場合が多いため精神的不安に加えて、身体的負担も増強することは容易と考えられます。看取る家族の不安を軽減するためには、患者自身の人生のあり方や家族の思いを共感することが必要で、家族とのコミュニケーションの重要性を改めて実感しました。在宅支援が普及している中、患者自身の死に対する覚悟と家族の受とめ方は、全て一致はしないと思いますが、この病院で最期を迎えられて良かったと思われることが医療従事者として最高ではないか

と思いました。

患者の生前に家族にエンゼルケアの参加を事前に確認している病院が多い事実がわかりました。納棺師は生前の写真をできるだけ近づけることで遺族が安心して故人を見送れるよう努めているそうです。急性期、慢性期に関係なく家族と共にエンゼルケアを行うことは可能であり必要だと思います。患者、家族、医療者間で信頼関係が成り立っていれば容易であると考えられます。病院は命が誕生する場であり、命に終止符をうつ場でもあります。家族と共にエンゼルケアを実施することは自分達の看護を認められた証だと思います。生命の誕生、最期に立ち会うことができる看護師という職業を改めて誇りに思いました。

せん妄と抑制に関する演題では、自分自身日々の看護でジレンマを感じていたためとても参考になりました。

一般的に看護師がせん妄アセスメントシートを使用せず正確にせん妄を特定できる可能性は低いといわれているそうです。せん妄の早期発見、早期対処は看護における重要課題です。せん妄の発症因子は多数ありますが、予防的ケアは入院と同時にを行い介入方法はせん妄の予測が重要だそうです。

せん妄発症のため生命維持、治療、患者の安全確保を優先され、やむを得ず抑制という手段を選択することは多いのが現状です。その反面、過剰抑制も多いのではないかと思います。原因はせん妄に関して看護師の知識、患者の尊厳や家族への精神的配慮など看護の認識の相違によるものと考えられます。当院でもICUでは抑制アセスメントシートを活用しており、精神科は特殊ですが一般病棟でもせん妄・抑制アセスメントシートを作成し活用することが必要と考えられます。抑制方法では、体幹抑制、四肢抑制、手指抑制などがあり装具も抑制手段で異なります。抑制用具も状態に応じて多種多様のもあります。慢性期患者では特に抑制することでADLの低下や廃用性症候群など合併症が生じ、なにより患者と家族の精神的ストレスが生じます。抑制によりせん妄が増強されるケースも

少なくありません。患者の尊厳を根底に考え、家族から抑制の同意を得ているとはいえ患者の状態に応じた適切な抑制の選択が必要と考えられます。抑制カンファレンスを実施し少しでも抑制解除の時間を設けることやルート管理の工夫などを行うことで最小限の抑制に努める必要があり、せん妄や抑制に関する院内研修も必要であると思いました。

東日本大震災…2011年3月11日に、宮城県沖を震源としたマグニチュード9の巨大地震および津波が発生しました。

患者の命を守るべき医療従事者も被災者となりました。食料も電気も医療資機材もなくスタッフはみな自分の命を覚悟したそうです。自分を顧みることなく、職務を全うすることができない極限まで追い込まれ、自分の死を覚悟しながら最期の時まで医療者として患者の命を守りたいという気持ちが強く感じたのは、他ならぬ日々ともに看護しているスタッフの存在でした。専門看護師や認定看護師は、物資が不足している中でも最善の医療を提供するため活動をしました。多くの命を奪った災害の体験を無駄にせず現在では、精

神科患者の避難や手術続行または中断の判断など災害時のマニュアルが作成されています。

旭川は幸いにも自然災害はないに等しく、災害時の看護の経験ありませんが、災害時に貢献できるように専門看護師、認定看護師の育成や災害看護についての研修が必要と思います。また、マニュアル作成や周知の重要性を感じました。

普段の医療のなかで持っている思いが、震災のような極限の状況下でも顕れであり、「あきらめないで自分のできることを果たす。それが暗闇や絶望の中でも明日を生きる希望になる」という言葉がとても印象的でした。今回のテーマ：生きる力を支える急性期看護とは絶望の中でも明日を生きる希望になるという意味だと思います。災害で多くの命が奪われました。医療従事者として今後の課題は山ほどありますが、なくなった命を無駄にせず、看護師としての誇りをもち命の重さを考え社会に貢献していきたいと思いました。私自身、今後の看護に新たな知見を見出せるような2日間でした。

日本看護学会 小児看護・学術集会に参加して

看護部 福居 佑香・金野 陽子

平成24年9月13日から2日間、島根県の島根県民会館で開催された小児看護学会に参加させていただきました。

学会のメインテーマは「すべての子どもが笑顔でいるために～今・私たちにできる看護実践～」でした。東日本大震災後1年半経ち、「子どもの笑顔」や「たくましく生きる力」から元気をもらいながら、様々な困難を乗り越えて今日まで生きています。しかしながら、現在、子どもたちを取り巻く環境は多くの問題を抱えています。母親の就労事情と育児、人間関係の学びの乏しさなどいろいろな問題があります。そのような中、看護師には患児や親が安心して質の高いケアを提供することが求められています。今回の学会で特別講

演や発表演題では幅広い分野の発表がありましたので報告いたします。

子どもの痛みのケアについての講演では、看護を行う上でのポイントを学びました。「痛み」というのは、表現するのが難しい年齢の場合もあります。また本当に痛いのか、痛みの程度はどれくらいなのか、わかりづらく、看護をする上でも判断が難しいことがあります。その中で、私たちが押さえておくべきポイントは、看護師は痛みを過小評価しやすいということ（痛みを基本的に信じないことがある）。痛み緩和ケアはターミナルだけでなく、OP後なども含まれます。また遊べるからといって痛みがないわけではない、子どもは痛みを表現できる、ということです。「本当に痛

いのだろうか」という疑問があると、薬の使用を躊躇したりすることもあります。逆に、子どもの様子で痛みがありそうと分かっているのに、訴えがないために、痛みの緩和が遅れるという場合もあります。判断が難しい場合もありますが、治療を受けるような状況にある子どもにとっての痛みは我慢するべきものではなく、緩和されるべき苦痛であるので、きちんと観察して、上記のポイントを参考にしながら判断していかなければならないと感じました。

またクリニックラウン（臨床道化師）の講演もありました。クリニックラウンとは、優れた表現者であると同時に、子どもとの接し方、子どもの心理、保健衛生や病院の規則に精通した発達援助のスペシャリストです。病気の治療のために様々な制限の中で入院生活をしている子どもたちが、おもいきり笑い、主体的に遊ぶことができるように人間関係の調整や心からリラックスできる空間をつくることを目的として小児医療施設を定期的に訪問しています。入院生活が長い場合、子どもの成長に大切な出逢いや遊ぶ時間が制限されてしまいます。その中で、様々な遊びを駆使して、相互のコミュニケーションを円滑にし、子どもが笑顔になれる環境づくりをしていると知りました。クリニックラウンの方の話で印象に残っていることは、「何かをしに来てあげた」という気持ちで接していたら、子どももかしまってしまうということです。その時点で、子ども目線ではなくなってしまう。中心は子どもであり、子ども自身が人との関わりを積極的に楽しめるように、遊びを提供するということの大切さを学びました。そして、ただ遊んでいるだけでなく、子どもの病状等もきちんとカンファレンスで話し合いをしているとのことでした。寝たきりの子どもなど行動制限がある児もいるので、実際に関わる時は相手の観察もじっくり行いながら、恐怖を与えないよう、距離感、スピードを意識して関わりを持っているそうです。実際にクリニックラウンが行っている施設での効果としては、子どもたちが活き活きして子ども同士の結束が強化し、クリニックラウンが来る前に検査を早く終わらせて欲しいと、治療を積極的に求めて来たりする児もいるそうです。また病棟が明るくなり、スタッフの笑顔も増え、子どもと医療関係者の距離も縮まったり、子どもと家族と一緒に心を通わせる時間を持つことができるようになったりと、プラスの効果をもたらしています。医療者とはまた別の、治療とは異なる視点で子

どもに対する理解を深め、子どもの成長・発達を支えているスペシャリストについて学ぶことができました。看護師や医師という、処置をする立場からすると、「痛いことをする人、こわい人」と子どもに思われがちだと思います。私たちが、クリニックラウンのような存在になることは難しいと思いますが、参考にして関わっていきたいと思います。

また「病気が治らなきゃ何もできない」と夢をみることを諦めてしまう子どもたちの夢を叶えるお手伝いをしている「メイク・ア・ウィッシュ」という団体の方のセミナーがありました。夢を叶えた子どもの数は27万人を超える世界的なボランティア団体だそうです。今回のセミナーで初めてこの団体の活動を知りました。重い病気の子どものかわいそうだから活動していると思われがちだそうです。しかし実際には、夢を叶えることで、子どもたちが「病気でできる」という自信を持ち、誇らしく堂々とし、輝き始め、夢・笑顔・喜びというキーワードでたくさんの方が結ばれて、活動が広がっていったそうです。ビデオを見ましたが、末期で苦痛も強いはずの子どもも、「自分で描いた絵本を出版する」という自分の夢の実現のために、描いているときや相談しているときは苦痛も忘れ、キラキラと輝いた笑顔を見せていました。その子どもも「夢」のために、辛い治療も頑張ったのだと感じました。難病と闘う子どもは、実現したい夢があるけれど、できないからと諦めてしまうことが多いと思います。でも、夢が実現できるとわかったら、頑張れたり、希望を持ちながら生きることができると感じました。

一般演題の研究発表では、私たちが普段行っている看護に身近な問題をとりあげているものが多くあり、有意義な時間を過ごすことができましたのでいくつか紹介いたします。

手術室看護での「幼児が安心して手術を受けるための保護者同伴入室の効果」については、幼児の手術の際に保護者が同伴でも泣いたり、暴れたりする事例があったため、麻酔導入までの間、安心感を与えて行えるかを検討していました。術前訪問を行ってパンフレットを用いて説明したことで保護者もどのようなことをするのかイメージがついて落ち着いて対応できたことで児へも安心感を与えることができたとしており、それぞれの場面（帽子をかぶせる、モニターをつける、マスクをつける）に応じた検討が今後の課題としていました。当院でも手術の際は保護者同伴で行っていま

す。時々入室時に泣いたり暴れたりすることもあります。すがほとんどの児はスムーズに入室できています。前日に親に医師、麻酔科医、手術室の看護師からの説明があるので親もある程度は把握しており、スムーズに入室を行えるのだと思いました。検査や治療の際にも事前に親に十分な説明をすることが児への安心にもつながるのだと感じました。

「乳幼児前期の睡眠時における有効な酸素吸入法」については、呼吸器疾患の児で酸素マスク、カニューレの装着を嫌がってはずしてしまうことが多いため、有効に酸素療法ができないことを問題としていました。今までは、吹流しや口元におくことで対応していたようですが児や保護者の睡眠を妨げるケースが多いことがあげられていました。そのため、考案したスタイ型の吸入を固定したもの（吸入口のカップが上を向いている）を使用し有効性を調べており、スタイだと乳幼児も嫌がることもなく付けて使用する事ができ、また、酸素飽和度も低下することなく経過できたということでした。当病棟でも、同様に酸素装着が難しい状態があります。このように安全が証明された固定器具を使用すると夜間外れるたびに装着のするため起こしてしまったりすることも減り、児や親の負担も軽減するだろうと思いました。

点滴挿入部の固定の時にシーネを使用しないで行う方法の報告が3題ありました。これはどこの病院も興味がある報告なのか会場に多数参加していました。シーネがあることで発汗しやすく清潔が保てないことや

動きが活発で抜針の危険があること、遊びが制限されて児にストレスを与えてしまうことなどがあげられます。それらの問題についてシーネを使用しないことで検討していました。フィルムドレッシングを使用し弾力包帯やガーゼで固定をしますが、やはり問題となるのはトラブル抜針（閉塞、自己・自然抜去、液もれなど）で、動きの活発な児や手関節の動きで閉塞になってしまうなど問題のある場合と、治療薬剤を使用する場合はシーネをずらすとしていました。当病棟でも先生と相談し、シーネを使用しない方法を安全性を考慮をした上で取り入れていきたいと思いました。

プレパレーションについては、すでに完全実施されていることが前提で発表されていました。当病棟でも末梢ルート挿入や採血時にぬいぐるみを用いて児と親に説明をして処置を行ったりすることもあります。完全定着できていないのが現状です。発表では児の発達段階に合わせたプレパレーションが重要だとしていました。当病棟でも一つの方法だけでなく児に合わせたプレパレーションができるようにしていくことが必要であると思いました。

今回の研修では、小児看護師として日々の悩みや疑問点が解消されるヒントがたくさんありました。今回学んだことをスタッフへも伝えていき、これからの看護に活かしていきたいと思えます。

貴重な経験をさせていただきましたことに感謝いたします。

出張報告

看護部 伊藤 修平

H25年2月28日～3月2日の3日間、長野県松本市で開催された第40回日本集中治療医学会学術集会に参加させていただき、非侵襲的陽圧換気療法（NP PV）マスク装着時の褥瘡予防に対するポリエチレンジェルシートの効果の検討という演題で発表してきました。学会参加や演題発表ははじめてでしたが、他施設での

取り組みなどを聴くことができ大変勉強になりました。演題発表では大変緊張しましたが、たくさんの御質問もいただき貴重な体験ができました。

RASS、CAM-ICU導入による評価方法の統一やVAPケアハンドル使用によるVAP予防の効果など興味深い演題も多数ありました。

当施設でのせん妄評価は個人の判断によるものであり統一性がなく、経験年数や個人の性格などで大きく変化しているのが現状です。しかし、CAM-ICUを導入することで評価方法が統一され、処置に対しての迷いも軽減されるため、患者も適切な援助を受けられ、また看護師も安全で適切な援助が提供できると感じました。導入までの過程や導入後の評価など課題もたくさんありますが、今後当施設でも活用できれば良いと感じました。また、今後当院でも導入予定の電子カルテについての演題では、ほとんどの施設で、ペーパー

レスが困難であったり、重症患者に対応できていなかったりと、問題点が多いという発表が多くみられました。

カテコラミンシリンジ交換手技やプライミング方法、口腔ケアの統一化や安全で効果的な気管チューブの固定などすぐにでも実践できそうな演題も多く、当施設でも可能な限り活用していければ良いと感じました。

今後も機会があればこのような学会や研修・セミナーなど積極的に参加していき、知識を深めていきたいと思っています。

放射線看護過程研修報告

看護部 田村加奈

1月21日から1月25日の5日間で、放射線の原理・被ばくについて、治療・看護まで実習や施設見学を通して広い範囲の講習を受けてきました。

5日間で、放射線の基礎である原子や化学など、昔、学生の時に学習したときにも良くわからなかったと嫌悪がありましたが、やはり今回も理解するには難しいと感じました。しかし、実習では、放射線の性質により放射線の飛ぶ距離や時間が異なることを実際に目で確認し、遮蔽方法の違いを実感できました。

福島原発事故から医療関係者以外でも放射線についての関心が高まっていますが、誤った知識や、マイナス面だけが先行してしまい、日常生活でも過剰な反応がみられがちです。しかし、放射線は生活の中に数多く散乱しており、日常生活を便利にしているものもあります。放射線は特に、「放射線は諸刃の剣」といわれるように制御の重要性和困難さが強調されます。ゴミであれば燃やして量を減らしたり有害物質は物理的・化学処理で無害にすることも可能です。しかし、放射線は質や濃度を変えることはできても、放射能自

体は自然に減衰するのを待つこと以外に減らすことはできません。

今回の研修で正しい知識を学び、正しい判断をもつ必要があると感じました。また、スタッフへの知識提供が、患者さんへ日常生活に置いて放射線と上手につきあっていける方法の指導となり、安全な職場・安心な医療につながるのだと感じました。

全国各地から来られた他病院の方との情報交換を行うことができました。その中で放射線を学習する場所や教科書が少なく、担当科に配属されなければ知識習得も後回しになってしまうという意見や、他部署のスタッフとの知識の差から看護の統一が図ることができないとの意見を多く聞きました。放射線の内容は難しく、教科書や参考資料を読んだだけでは、なかなか理解が困難です。今回の研修でも十分な知識を理解することはできませんでした。しかし、今後も放射線について知識を深め、自分にできることから少しずつ正しい情報を提供をしていきたいと思っています。

第35回日本造血幹細胞移植学会総会に参加して

看護部 金子夏実

とき：2013年3月7日～3月9日

ところ：金沢

今回、学会に参加して全国の血液内科での取り組みについて学ぶことができた。移植後長期フォローアップ（Long-term follow up：LTFU）外来の取り組みや現状・課題について発表している病院が多かった。富山県の病院では、入院中からLTFU外来まで健康手帳を継続して使用していた。そこでの課題としては、外来を担当している看護師は1人しかいないことや医師の診察の合間に外来をしているため時間にゆとりがないこと、LTFU外来の認識が低く、予約が入らないこと、LTFU外来を行う場所の確保ができないというものがあがっていた。他の病院では、LTFU外来に移植後何年経っても予約を入れてくれる患者がいて、患者さんにとって安心する場であると発表していた。

LTFU外来とは、主治医の通常の外来診察以外に、様々な移植関連合併症の早期発見・治療介入、ワクチン接種による感染予防、日常・社会生活のサポート等を行う患者のQOLを向上するための外来である。そのため、移植患者が退院する際に、慢性GVHDに対する知識や理解、長期管理の重要性を指導し、LTFU外来の必要性についても説明する必要がある。

慢性GVHDは生着後100日前後から発症したGVHDのことであり、患者が退院後に発症することの多い合併症の1つである。近年の移植形態の変化に伴い、慢性GVHDの発症は増加傾向にある。発症すると患者の

QOLの低下や社会復帰が遅れる。高齢者であればソーシャルサポート不足になることもあり、さまざまな問題点が上がってくる。そのため、症状が出現した際に、患者自身が適切に対応することが必要となる。

慢性GVHDのセルフケア支援として患者自身がGVHDに備え、予防し、向き合うことが重要であるといわれている。GVHDがどのようなものかを知り、自分の身体を観察できる眼を養う。出現した症状はすぐに医療者に伝えるべき症状なのか、次回外来受診まで待っていても良い症状なのかを自分で判断できる力を養う。症状が出現した際には、スキンケアや口腔ケア等のセルフケアを継続する事ができる。これらのことがGVHDと向き合いながら生きるために重要なことであると話されていた。

当院では、LTFU外来は行っていない。外来加算がとれるようになったため、全国的に注目されている分野である。移植患者が退院までにセルフケア能力を身につけ、自分の身体を観察や症状の把握、セルフケアの継続をできるよう入院中から関わる事が重要となる。そのため、当科でも患者自身が自己をアセスメントできるように、患者や家族に対して移植後どの時期からどのような症状が出現しやすく、症状出現時にはどのような対応が必要なのかを予め指導したり、移植患者へのパンフレットや退院指導の内容をより充実したものにしていって取り組んでいく必要があると感じた。

出張報告

魅力ある施設内教育の企画に参加して

看護部 原田恵美

日 時：11月13日～11月15日

場 所：北海道看護協会

主 催：北海道北海道看護協会

講 師：石垣 靖子氏 二井矢ひとみ氏

参加人数：104名

1日目の、講義で学んだことをもとに、2・3日目で1施設の事例をあげ、年間教育の企画をたてる演習(グループワーク)を行いました。

石垣靖子講師の講義で、施設内教育について・教育の在り方・なぜ教育が必要なのか・教育に必要なことなどを学びました。組織は人で成り立っているため、人(個人)の教育は重要である。施設内教育とは、個々の施設の理念や方針のもとに組立てるもの。施設の規模や専門性などによって投入される人的・物理的資源や資金、確保される教育時間や制約なども異なる。そのため、自施設の理念・教育目的にそって企画することが必要である。よその真似ではいけない。そして、集合教育と職場内教育(OJT)は連携し、集合教育後も現場でどうであるかの、評価する場が必要である。教育は、個人に対する支援が基本で、看護部が行う継続教育は、看護の専門職業人として臨床看護の実践能力や役割遂行能力・対人関係能力・教育・研究能力を培い、医療チームの中に看護独自の機能を発揮し、患者ケアの質の向上を図る目的で行われる。看護師に必要な臨床実践能力とは、Ⅰ. 看護職員として必要な基本姿勢と態度。Ⅱ. 技術的側面 Ⅲ. 管理的側面がある。実践能力の育成には、当院でも行われていますが、ラダーレベルで到達目標を設け、組織の価値観・理念をどのように組み込むかが必要となる。

新人の離職率を下げることや、1年目でも夜勤もすること・今後成長し指導者になることを考えると、新人から管理面などの実践能力育成の教育が必要となる。また、新人の時からきちんと教育を受けると、周囲からも認められ自信につながる。現在は、厚労省からのガイドラインに沿った新人教育の計画が立てられ、どこの施設でも実施されていますが、このことから講師の方は、新人教育が非常に重要なことであると強調していた。離職率を下げるためには、中途採用の研修やキャリア開発の研修も必要である。

自施設の継続プログラムを考える時、自施設の状況を客観的に知ることから始め、まずは組織分析をしていくことが必要である。分析方法には、3種類があげられていたが、SWOT分析というのが手短で、やりや

すいとのこと。分析することで、みんなが共通認識の下で組織を見直し新たな組織構築に取り組むことができる。そして、プログラムはその時で、入職する人数も違うため、毎年の見直しが必要であり、個別的・計画的・段階的にすすめていくことが必要である。

講師の方が、力をいれて話されていたのが、ナラティブ(語る。感情を分かち合う)を研修に取り入れることも大切だということ。看護師個々の体験は異なる。その体験を語り合うことで、語り手に新しい気づきがあり、聞く人が追体験をすることで、ケアの手立てを共有することができる。看護を語ることは、看護の体験を語り合う場の中で、自己を肯定し、相手を認め、看護の意味を見出すことができるため、それは、看護の質の向上につながり、ぜひ研修には取り入れた方がよいとのことでした。

当院での院内研修では、看護過程や事例研究など、看護を語る場はある。しかし、年数を重ねた方にそのような、看護を語るような研修はないのかと感じました(臨床では語っているとは思いますが)。

そして、研修を企画するには、「自発性」「運動性」「混合性」を取り入れ、医療・ケア・教育・研修もその基準は「コミュニケーション」にあるため、コミュニケーション能力もいかに高めるかの研修も必要となっている。

東札幌病院での院内教育プログラムについて、二井谷ひとみ講師より講義がありました。対象別に見た院内教育プログラム(経年別・能力別・役職別・全職員・免許別・その他)をみても当院では、すべて網羅されていた。病棟での教育プログラムがあり、集合教育と連携している。そのすべては、教育委員がプログラムを作成し、主任が講師をつとめているとのこと。これを聞き、自分の役割の重さ・大きさも実感しました。ただ単に、ここが不十分だから勉強会をしようではなく、なぜ学習会が必要であるか全体の問題をあげ、必要な学習会を毎月予定しているとのことでした。

研修に参加することは、行っている仕事の意味を確認できる・業務に流されているだけではない・組織の一員として確認できる・新たな知識が得られる・今後の課題が明確になり目標ができる・上司や・同僚から認められ自信になる。そういったことから、研修とは私達看護師にとって重要であることを再確認しました。

今回、研修参加での目標であった、教育の基本・ありかた・意義はほぼ理解できたかと思えます。そして、当院での教育計画はきちんとされていることもわかり

ました。また、グループワークでは、他病院との方とも話し合いができ、情報交換をもできました。

当院とは病院の役割も違うので比較にはなりません。大学病院での教育プログラムは細かく回数も多く、OJTとも連携していました。病棟内でも組織分析をし、勉強会の計画を立てているとのことでした。これも、教育委員の役割であると話されていました。

自分の教育に対する知識が全く不足していたことや、教育委員としての役割は十分に果たせていないと感じました。今後の自分の課題として、もっと教育に対する知識を深め、病棟スタッフと協力し合い、集合教育とOJTが連携できるような取り組みができたかと考えます。今回の研修は、大変勉強になりました。ありがとうございました。

人工心肺業務を中心とした施設研修の報告

臨床器材科 臨床工学室 窪田 将司

心大血管手術の多くは、患者の心臓を一時的に止めて遂行される。その際に用いられる人工心肺装置は、人工的に心臓と肺の働きを代行し、循環の維持を図る生命維持管理装置である。そのため、人工心肺操作は、患者生命に直結する重要な役割を担っており、操作をする臨床工学技士（CE）は、手術の安全と質の向上を図るためにも十分な教育や習熟が必要であると考えられる。そこで、人工心肺業務を中心とした施設研修へ行く機会をいただいたので報告する。

2012年11月12日から4日間、札幌で症例数の多い、手稲溪仁会病院、北海道大学病院、札幌医科大学病院、札幌心臓血管クリニックの4施設で研修を行った。

全体を通して感じたことは、使用機材が充実していることである。日本体外循環技術医学会から勧告されている人工心肺（CPB）における安全装置設置基準で、一項目に挙げられる「動脈血連続ガスモニターを推奨する」を、全ての施設で遵守されていた。実際には、リアルタイムに表示できるCPB用血液ガス分析装置CDI-500（テルモ社製）がこれにあたり、CPB中のpH管理にも大変有用で、質の向上と安全に繋がる機器である。また、CPB経過はパーソナルコンピューターを用いた自動記録装置を採用していた。本システムは情報収集を自動的に行い、イベント時にも手動で追加情報を入力することにより、詳細な情報を蓄積することができるため、施設におけるCPBの解析や使用物品の評価などに大変有用である。他にはCPB操作者専用の

心電図モニター、術野モニターがCPB装置、または近くに設置され、生体情報や手術の進行状況を把握しやすい環境であった。これらの機器は、当院でも今後採用したいと考える。

回路構成では、3施設で冷温水槽－ローラポンプ一体型の心筋保護専用装置を使用していた。同装置は、CPB装置本体と個別化されているため、ポンプ数を増やせるという利点を有するが、回路長が長くなり、全てのCPB操作を一人でしにくくなるという問題点もあり、一長一短である。CPB操作法では灌流量（患者へ送るCPB中の血液流量）は当院に比し、10～20%多く設定し、静脈リザーバーレベルも高くして実施されていた。その結果、CPBバランスはプラス傾向となり、術後管理で調整していた。

手稲溪仁会病院は大動脈弁置換術を見ることができた。CPB業務はメイン操作1名、心筋保護操作1名、記録や外回り係1名のCE3名で従事していた。CPBは上記した通りであるが、特徴として、麻酔導入後からCPB開始前までに、臨床検査技師が専用装置を用いて、患者血液を遠心分離しながら、成分別に自己血貯血を行っていた。それをCPB離脱後に輸注することで、出血量の減少や同種血輸血率、同種血輸血量の軽減に努めていた。

北海道大学病院は上行大動脈人工血管置換術を見ることができた。CPB業務はCE3名で従事していた。回路は2基のローラポンプが組み込まれた脳分離体外

循環回路であった。当初は選択的脳灌流を行う予定であったが、弓部大動脈人工血管置換術後の再手術症例であったため、直腸温28℃にて単純循環停止で施行していた。日本では本方法を用いることは稀で、用いたとしても直腸温を20℃前後まで低下させることが必要であるとされている。今回は末梢側吻合が人工血管であり、短時間の循環停止で吻合可能との判断で行われていた。CPBの特徴として、通常オクルーダーは脱血側に設置し、チューブの圧閉度を加減することにより脱血量を調節するが、送血側へも追加し、送血量も調節するダブルオクルーダーシステムを採用していた。本システムはCPB開始時・離脱時に鉗子を用いることなく容易に施行可能であった。その反面、送血側を圧閉するため、溶血量も若干増加する印象であるとのことであった。

札幌医科大学病院は上行弓部人工血管置換術を見ることができた。CPB業務はCE 3名で従事していた。回路は1基のローラポンプが組み込まれた脳分離体外循環で、選択的脳灌流時には3分枝先端圧を測定することで、灌流分布を確認していた。また、脳灌流専用の熱交換器を用い、復温時においても脳を局所的に冷却する手法を用いていた。心筋保護液の注入方法は、大動脈遮断～解除まで持続的逆行性冠灌流のみで行っ

ていた。逆行性冠灌流は下壁心筋の灌流分布が劣るとの報告が多いため、多くの施設では順行性／逆行性を併用する。しかし、本方法は手術手技に影響を与えることなく簡便に施行可能であり、CPB離脱困難症例もないとのことであった。その反面、持続注入するため、高カリウム血漿を発症し、血液浄化法を用いる症例も少なくないとのことであった。

札幌心臓血管クリニックは、2012年春に心臓血管外科がスタートし、最新機材ですべてが整えられていた。症例は慢性維持透析患者の大動脈弁置換術であった。CPB業務はCE 2～3名で従事していた。CPB中の血液浄化法は生理食塩液を付加しながら、ヘモコンセントレータで徐水するDUFを用いていた。本方法は血液浄化効率が血液透析よりも低いが、CPB時間は短く、そして、マンパワーを必要とすることなく、簡便に施行できるため取り入れていた。心筋保護液は薬剤微添加型のマイクロプレジアを導入していた。マイクロプレジアは長時間の心停止でも、心筋浮腫が軽減されるとの報告があり、大変興味深いものであった。

最後に、このような有意義な研修を行うことができ、大変身になり、刺激を受けました。今回の経験を今後の業務に役立つよう日々努力していきたいと考えております。

第3回がんのリハビリテーション研修 ワークショップの参加報告

リハビリテーション科 阿部 慎一

平成24年11月23日（金）、24日（土）に東京都清瀬市の国立看護大学校にて『第3回がんのリハビリテーション研修ワークショップ』に参加しましたので、報告します。

今回の研修はがん患者リハビリテーション料を算定するための必須の研修会で、参加が必要な職種は医師、看護師、リハビリテーション関連職種（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）となっております。また4名がチームとなって参加することが条件となっ

ています。当院からは医師1名、看護師1名、理学療法士2名が参加しました。

今回の研修会の対象施設は厚労省指定がん診療連携拠点病院、自治体指定がん拠点病院です。

昨年は、医師1名、看護師1名、理学療法士2名が研修に参加して、当院でがんのリハビリテーションがスタートしました。現在でもがんのリハビリテーションを算定できる理学療法士の数が不足している状態のため、今回研修に参加させていただくことになりました

た。

研修会の参加施設は大半が道外の施設で、道内からは当院を含め、2施設のみの参加でした。

また講師は慶應義塾大学、静岡県立静岡がんセンターの先生が大半でした。

講義の1日目は9時から18時40まで研修を行いました。主な講義等の内容は以下の通りです。

- ・概要
- ・周期リハビリテーション
- ・化学療法・放射線療法の副作用とリスク管理
- ・ADL・IADL障害に対する対応
- ・がん患者の摂食・嚥下障害・コミュニケーション障害
- ・リハゴール設定の考え方
- ・方針・目標設定の考え方

講義以外では、各病院における『がんリハビリテーションの問題点』について2施設合同（当院と道外の病院）でミニカンファレンスを行いました。

『がんリハビリテーションの問題点』では、主に以下のようなことが話にあげられました。

- ・時期に応じた目標設定が難しい
- ・リスクの把握が難しい
- ・病態が多岐にわたる
- ・リハビリテーションの開始時期
- ・合併症が多い
- ・病態に応じたリハビリテーションが困難
- ・いつまでリハビリテーションを続けるのか（終了時期）
- ・患者さんのモチベーション
- ・スタッフの知識不足



2施設合同でしたが、同じような問題点があがっていたことが、印象に残りました（一緒のグループの病院も歴史は浅いとのことでした）。また開始時期や目

標といった点が多くあがっていたことは、特にがん患者さんの特徴ではないのかなと感じました。

2日目は9時から15時半まで研修を行いました。内容は、以下のテーマでした。

- ・進行がん患者に対するリハビリテーションアプローチ
 - ・こころのケアとリハビリテーション
 - ・問題にどう対応するか？
 - ・がんのリハビリテーションにおける看護師の役割
- 講義以外ではがんリハビリテーションの問題点に対して、当院の今後の目標をグループ内で話し合いました。

目標は、院内におけるリハビリテーションの共有化です。この目標に対して、以下の対策をたてました。

- ・院内での啓蒙活動（院内での勉強会）
- ・医師・看護師・リハビリテーションスタッフの連携（カンファレンスの定期参加）
- ・科ごとの温度差改善（各科でのカンファレンス実施、他科情報共有）
- ・看護師による患者スクリーニング（スクリーニングシート作成）
- ・リハビリテーション意義のある患者の術前からの介入
- ・専門医とのつながり
- ・終了基準の明確化（患者、家族、医療者含め）

カンファレンスの定期参加については、元々行っていない病棟がありましたが、がんのリハビリテーション研修会の終了後から、行っています。

今後もう少しづつ他の項目についても改善していけるようにしていくことが必要だと思います。

当院では、がんのリハビリテーションは、昨年度からの開始ということもあり、職員の周知や、知識の向上が必要だと思います。また患者さんによりよい治療が提供できるよう、特に『がんのリハビリテーション



の問題点に対すること』を今回の研修を生かしていきたいと思えます。

最後に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。

第3回がんのリハビリテーション研修 ワークショップへの参加報告

リハビリテーション科 齋藤 肇

がんのリハビリテーション（以下リハ）は平成22年度の診療報酬改定から脳血管疾患、心大血管、呼吸器、運動器リハと並び診療報酬の算定が可能となりました。施設基準を取得するためには、がんのリハ研修への受講歴が算定要件とされており、これまでに多くのがん拠点病院が研修に参加しています。当院では平成23年に研修に初めて参加しており、同年9月より算定を開始しています。平成24年度には131件のがんのリハが新規に処方され、全体の処方件数の約1/4を占めています。当院におけるがんのリハ患者の処方件数は今後も増加することが見込まれ、リハ算定可能なリハスタッフの増員が望まれていました。そこで今回、第3回がんのリハビリテーション研修ワークショップ（日程、平成24年11月23日から24日）に参加させていただきましたので報告します。

本研修の目的は、「がん医療に携わっている医療職のすべてのスタッフを対象に、多職種チームによるがん医療のなかでリハビリを実践する際に必要な知識や技能を習得すること」とされており、全国のがん診療連携拠点病院が対象となっています。施設ごとに医師1名、看護師1名、リハビリテーション関連職種2名の4名一組での参加を条件としていることもがんのリハにおけるチーム医療の重要性を示しています。プログラムはグループワークによるワークショップを中心として構成されており、がんのリハ実施上の問題点抽出、講義による手がかりの取得、問題解決プランの提示という流れの中で進められました。

がんのリハの問題点では、2施設が合同で1枚のポスターを作成することになりました。施設の様子は異なっていますが問題として捉えられていることは類似し

ていました。大きく分類すると、患者の状態からリハ適応の判断と開始時期、入院期間と目標の設定、リハに臨む患者の心理・モチベーションの複雑さがあります。また患者を取り巻く環境としてのスタッフや施設、家族と退院支援に関する課題も多く挙げられました。特にがんのリハに関する知識不足や適応の理解不足から、リハが有用であっても処方されていない患者が存在する可能性はどの施設においても課題となっているようです。

講義においてはがんのリハに必要な基礎知識を習得していきました。周術期や治癒を目指した化学療法・放射線療法から進行がん・末期がんまでいずれの時期においてもリハの介入が役に立っている場合があります。基本的なリハの方針や内容は他の原因による障害と同様でも、原疾患の進行による機能障害や治療に伴う障害、また生命予後にも特別な配慮が必要となります。リハ介入には目標設定が必要となりますが、体制の整っている施設では職種間のコミュニケーションがしっかりと図られているというのが印象的でした。またリハの考え方や知識はリハ専門職のみならずすべての病院スタッフが取得して、その職種の観点から対応すべきものであると感じました。当院のリハ科では理学療法士のみでの関わりですが、作業療法士によるADL障害に対する対応や言語聴覚士による摂食・嚥下障害への考え方は我々が持ち合わせるべき知識であり、チームとして取り組みたい課題となっています。

問題解決のプランは当院の現状を踏まえて抽出し、目標は病院全体で行うがんのリハと考え、「院内におけるがんリハの共有化」と設定しました。そのために院内での勉強会を通じた啓蒙活動やスタッフ間連携を

充実させるためのカンファレンス参加の促進を計画しました。またリハの効果を最大限に発揮できるよう、リハが必要となる患者のスクリーニング、外科系では術前からの介入が挙げられました。これらは最初のがんリハの問題においても列挙されていた項目であり、適応と開始時期を適切に判断するためには日常的に患者の動作をみている看護師の協力とクリニカルパスへの組み込みが必要となります。またリスク管理の面から整形外科医や放射線医など専門医との連携も強化できることが望ましいと考えています。リハは明確な目標を立て、目的を持って実施することが重要です。患者の状態が悪化しているからリハを中止してください

という連絡がリハ科にはよくきますが、症状緩和のために行えるリハもあり、患者・家族と医療スタッフを含めてリハ継続の是非を検討していくことも必要であると考えます。

リハの共有化のためにはスタッフ間のコミュニケーションが必須であり、リハの効果が期待できる患者の抽出にはその効果のモニタリングと提示、症例報告等による病院全体の知識・理解の向上が必要であると考えます。当院が提供できる医療の質を向上させるために一役を担えるよう、患者へのリハ提供だけではなく、リハの環境整備やシステム作りにも努力していきます。

Medical essay

アニマル・セラピー

妻が無類の犬好きで、もう10年ほど犬を飼っている。ソファの上で仰向けにひっくり返って、しどけなく眠りこけている犬の姿を見ていると「すごく幸せそうで、私まで幸せな気持ちになる」と、いつも言っている。起きているときは、盗み食いをしたり、他人に吠えかかったりと悪さばかりのダメ犬だが、この寝姿を見るとすべて許せるようだ。

動物に触るという行為はヒトのストレスを軽くしてくれるらしい。アニマル・セラピーというやつだ。ほら、時々「イルカと一緒に泳いだら、心を閉ざしていた少年に笑顔が戻った」みたいなテレビ番組をやっているでしょう。イルカのような特別な動物じゃなくても、犬を撫でていると血圧が下がるといったきちんとした研究報告もある。

ほかにも猫、馬、兎などがセラピーに使われている。要はある程度意思疎通のできるほ乳類ならばたいていOKらしい。でも好きな動物じゃないとダメなんじゃないだろうか。先日僕は、我が家の犬の隣で昼寝をしていた。だらしなく眠る夫（これもある程度意思疎通のできるほ乳類だ）を見て、「幸せそうだったけど、私は幸せな気持ちになれなかった」と、ため息まじりに妻が言っていた。

(A.S.)

医局抄読会記録 (24年度)

経口抗凝固療法の現状

現在様々な血栓性疾患に抗血栓薬が用いられているが、最近の最も大きな動きのひとつは、心房細動における新規経口抗凝固薬(novel oral anticoagulants, NOAC)である。2011年に抗トロンビン薬であるダビガトラン(プラザキサ[®])が全世界的に発売され、次いで2012年に抗Xa薬であるリバーロキサバン(イグザレルト[®])が上市された。さらに発売が予定されているアピキサバンなどがある。新規経口抗凝固薬に共通する特長は、ワルファリンのように食事による影響を受けないこと、治療域・安全域が広いこと、モニタリングが不要であること、作用発現までの時間や半減期が短いことなどが挙げられる。塞栓症の予防効果はワルファリンと同等かより優れたものであり、脳出血の発生率は低い。一方、腎機能低下例においては用量を減量する必要があり、ワルファリンとは異なる注意点もある。

日本循環器学会は「心房細動治療(薬物)ガイドライン(2008年)」および「循環器疾患における抗凝固・抗血小板療法に関するガイドライン(2009年)」の中でワルファリン治療について記載しているが、ダビガトランの発売後まもなく緊急ステートメントを発表し、非弁膜症性心房細動における塞栓症予防にダビガトラン使用を取り入れ、特にCHADS₂スコア1点の低リスク患者ではダビガトラン推奨としている。また2012年のESC(欧州)ガイドラインupdateではNOACを第一選択と位置付けている。いずれの薬剤も発売前の大規模臨床研究(ダビガトランのRELY, リバーロキサバンのROCKET, アピキサバンのARISTOTLE)に日本人のデータが含まれているが、今後の症例蓄積でさらに有効性、安全性が確立され、使用が広まっていくことが予想される。ただし透析患者や弁置換症例などへの適応拡大は予定されておらず、ワルファリン適正使用の重要性は今後も変わらないであろう。

(内科 幸村 近)

当科における大腸憩室炎の臨床的特徴

大腸憩室とは、大腸粘膜が腸管壁の外部に突出し、嚢状になった状態を指す。それが多発した場合を大腸憩室症といい、憩室症に炎症を併発した場合を憩室炎

という。日本人の大腸憩室保有率は15~40%程度と報告されている。憩室が存在してもその多くは無症状であるが、穿孔、膿瘍、瘻孔、狭窄、出血などの比較的重篤な合併症が約15%で発症するといわれ、これらは憩室炎が引き金となって発症すると考えられている。

2005年4月から2011年4月までに市立旭川病院消化器病センターで診断・治療を行った大腸憩室炎の92例について臨床的に検討した。92例全例、腹部CT検査で診断されており、発症平均年齢は55.4歳で男女差を認めなかった。65歳未満の若年者で右側結腸の、65歳以上の高齢者では左側結腸での憩室炎発生が有意に多かった(P=0.03)。WBCのpeak値は、入院治療群での平均13,830±4616/mm³、外来治療群で8,557±2478/mm³であり、CRPのpeak値の平均値は入院治療群で14.86±10.37mg/dl、外来治療群で5.03±3.28mg/dlであった。両検査値のピーク値とも、入院治療例では外来治療例に比較して有意に高値であった(P=0.0001)。手術施行例は9例で、憩室炎患者全体の9.8%、入院加療例の13.4%であり、内訳は、膿瘍形成が7例、頻回再発例が1例、憩室炎に伴う狭窄によるイレウスが1例であった。また、手術例は左側結腸の憩室炎で多く行われていた(p=0.02)。憩室炎の診断に注腸X線、内視鏡検査の役割は少ないが、一方、手術例においては非手術例に比較して注腸X線が多く施行されており(p=0.003)、術前の憩室腸管の切除吻合部位の同定に有用であった。逆に内視鏡検査は他疾患との鑑別目的で非手術例に多く施行されていた(p=0.003)。各種検査の特徴を理解し、大腸憩室炎患者の治療方針の決定に用いることが有用である。(内科 杉山 隆治)

有痛性糖尿病神経障害の治療

有痛性糖尿病性神経障害painful diabetic neuro-pathy(PDN)は急性有痛性神経障害と慢性有痛性神経障害に大別される。

疼痛には、①じっとしていても痛む自発痛、②通常は痛みを起こさない触覚刺激などで痛みが起こる異痛(allodynia)、③通常なら痛みとしては感知されない刺激でも痛みを感じる痛覚過敏、の3つがある。

痛覚は危険からの回避をうながす重要な感覚であ

る。PDNは損傷のない組織に疼痛を生じる。原因として末梢神経内での異常放電、交感神経線維と痛覚線維あるいは大径有髄線維と痛覚線維との短絡などが考えられている。異常インパルス伝導にはNaチャンネルやCaチャンネルの活性化が関与すると考えられている。

痛覚を脳に伝達する上行性神経では、末梢の神経線維（一次ニューロン）が脊髄後角で中枢側（二次ニューロン）の神経線維とシナプスを介して結合していて、脊髄視床路を通り視床を経由して大脳皮質の感覚野に到達して痛みを感じる。

一方、脊髄二次ニューロンへは青斑核や中脳水道周囲灰白質、延髄吻側などから下行性疼痛抑制経路が投射して必要以上の痛みの伝達を抑える。これらの神経末端からはノルアドレナリンやセロトニンが分泌される。

痛みの治療は、上行路を抑制するか、あるいは下行性の抑制系を賦活する形で行われる。

プレガバリンは脊髄後角の末梢神経中枢側末端のCaチャンネルの $\alpha 2\delta$ サブユニットに結合して中枢側への神経伝達物質の放出を抑制する。

デュロキセチンは下行性抑制神経の脊髄後角神経末端に作用し、放出されたノルアドレナリンやセロトニンの再取り込みを抑制し、シナプスにおける濃度を高めることで一次ニューロンから二次ニューロンへの疼痛の伝達を抑制する。

両者の作用部位は異なるが、一次ニューロンから二次ニューロンへの伝達を抑制する点では同じである。

(内科 宮本 義博)

ABO血液型の異なる血球が混在している症例

今回、われわれはABO血液型検査において、A型とO型の混在する部分凝集反応を1人の多発性骨髄腫患者に認めた。さらに同胞（姉と弟）も検査したところ、同様の反応を認めた。血清学的検査、フローサイトメトリー法（FCM法）およびABO遺伝子検査等の精査を行い、血液型A型モザイク（Amos）の1家族例という極めて稀なケースと考えられた。

患者は70歳代男性で2008年に多発性骨髄腫と診断された。輸血時の血液型検査で、カラム遠心凝集法（Ortho Auto Vue）によるABO血液型表試験にて抗Aに対する反応が部分凝集（mixed-field agglutination, mf）を示した。FCM法による解析では、A型血球集団とO型血球集団にピークをもつ連続性で2峰性のモザイクパ

ターンを示した（A型血球72.6%、O型血球27.4%）。血清A型糖転移酵素活性は256倍（対照256倍）と正常であった。輸血歴はなく、双生児でもなかった。骨髄染色体も正常核型であった。これらの検査結果は治療により多発性骨髄腫が完全寛解となった後もほぼ変わらなかった。以上よりAmosと考えられた。患者の姉は70歳代女性で高血圧にて治療中、弟は70歳代男性で糖尿病にて治療を受けていた。どちらの症例もABO血液型検査は患者と同様のmfを示した。さらにFCM法でも同様のモザイクパターンを示し、姉弟もAmosと考えられた。同胞3人のABO遺伝子解析（Exon6, 7領域のDNAシークエンス）では、患者の遺伝子型はA101/O02 (A1/O) で、姉はA101/O02 (A1/O)、弟はA101/O01 (A1/O) であり、A遺伝子型に関しては3例とも共通のA101で、塩基配列の置換・欠失を認めなかった。

(内科 柿木 康孝)

結核診療ガイドラインと当院での結核症例

結核診療ガイドラインは、2009年に発行され、昨年改訂第2版が出版されました。当院で、喀痰検査などで、塗沫陽性が年に数人、結核菌が培養陽性となるのは、年に10人程度です。頻度は多くありませんが、診断が遅れると、感染の危険が増える疾患ですので、鑑別の一つとして常に念頭におくべき疾患と考えております。また、他疾患で入院し、肺結核であることが判明する例も、年に1、2件あります。

自覚症状のない検診発見例、血痰がみられる例、気管支鏡で診断がついた例、粟粒結核の例など最近3年間に当院で経験した症例を提示いたしました。

結核を疑ったら、喀痰検査をするわけですが、結核菌検査のオーダーで大切なことは、結核菌を含む抗酸菌検査は、一般細菌検査とは別項目であるということです。画像上肺炎像+咳嗽・喀痰などの症状がありましたら、少なくとも一度は、抗酸菌検査をオーダーしたほうがよいと思います。結核の疑いが強いときには、遺伝子検査も加えてください。

(内科 谷野 洋子)

緊急手術を行った上行結腸軸捻転の2例

(外科 櫛引 敏寛)

収縮性心膜炎

【目的】収縮性心膜炎は心膜の炎症性変化による心膜の

肥厚で、心室の圧迫あるいは拡張障害による症状を引き起こす疾患である。その外科的治療は広く行われているが、症状の改善が得られない例や再発例の報告も少なくない。今回当院において収縮性心膜炎の外科的治療を行った全14例を検討した。

【対象】2000年1月から2012年12月における、収縮性心膜炎の診断にて外科的治療を行った全14症例をretrospectiveに調査。症例は全14例（男性11例、女性3例）、平均年齢は68.5±10.1歳。全ての症例において浮腫・腹水等の右心不全症状を認めた。

【結果】13例は人工心肺非使用下で心膜剥皮術を施行。1例は人工心肺使用下で心膜剥皮術を施行し、同時に僧帽弁置換術および三尖弁輪縫縮術も行った。術後手術死亡は0例だったが、1例は呼吸不全にて術後65日目に病院死亡。その他13例は術後症状の改善を認めた。術前右心カテーテル検査にてdip and plateauの所見を13例で認め、1例はdip and plateauを認めなかったが、エコー所見上心膜の石灰化と拡張障害を認めた。術後13例中10例で右心カテーテル検査を行い、6例でdip and plateauは消失、4例で残存した。病態の原因は11例で不明、1例が開心術後、1例が放射線照射後、1例が感染（Staphylococcus aureus）であった。退院後全13例のフォローを行い、フォロー期間は6年11ヵ月±3年8ヵ月であった。術後フォローでは3例で死亡を認め、1例は術後10年3ヵ月に脳梗塞、1例は術後3年10ヵ月にうっ血性心不全、1例は術後2年2ヵ月にうっ血性心不全であった。その他11例は術前に比べADLの拡大を認め、自宅にて日常生活可能（NYHA class I～II）であった。

【結語】当科における収縮性心膜炎に対する外科的治療の成績は比較的良好であった。術前NYHAがclass III以上の例や、術後dip and plateauが消失しなかった例に術後死亡例を認めた。（胸部外科 村瀬 亮太）

顔面神経麻痺診療の手引きについて

日本顔面神経研究会より『顔面神経麻痺診療の手引き—Bell麻痺とHunt症候群—2011年版』が発行されたので、紹介する。

顔面神経麻痺は致死性の疾患ではないものの醜貌を来すため、患者の社会生活に大きな影響を与える。重症例は完治せず種々の後遺症を残すため早期の適切な治療が重要となる。

軽症例においては経過良好であるが、Hunt症候群に

おいては発症3日以内の治療で治癒率は75%なのに対し8日以降の治療開始では治癒率30%となるため、早期治療が肝要となる。

エビデンスレベルの高い治療は、急性期のステロイド治療（プレドニゾロン60mg/日）、Bell麻痺重症例でのステロイド大量療法（100～200mg/日）である。

逆に行わないことが推奨されているものに急性期の低周波電気刺激がある。骨格筋の神経再生そのものには有効であるものの、神経線維間での迷入再生を促し、病的共同運動の原因となり、かつ、顔面神経核の興奮性行進を促して筋短縮による顔面拘縮を助長するためである。

高いエビデンスレベルはないものの推奨されている治療には、Bell麻痺重症例やHunt症候群での抗ウイルス薬の併用、高度麻痺例での顔面神経減荷術、ステロイド療法困難例での星状神経節ブロック、後遺症軽減のための理学療法などが挙げられている。

（耳鼻咽喉科 相澤 寛志）

RSウイルス感染症について

RSウイルスは冬季に流行し気道感染の原因となるウイルスで発熱、咳嗽、鼻汁、喘鳴などを主症状とする。成人にも感染するが、小児科領域においては新生児期・乳児期早期・早産児・慢性呼吸器疾患のある児・先天性心疾患のある児などで重症化しやすいこと、また健康な乳幼児にも急性細気管支炎や肺炎をきたし入院加療を要することが多いなどの理由から重要な病原体となっている。RSウイルスは、中耳炎を合併することが多い、罹患後の反復性喘鳴や喘息の発症に関わる、まれに脳症を合併するなどの特徴を有する。RSウイルスの診断は臨床症状と鼻腔ぬぐい液を用いた迅速診断キットによってなされる。当科で2005年秋から2012年夏までに2日以上入院加療を要したRSウイルス感染症患者214人について検討した。各シーズンで入院患者数のピークは10月～1月だった。年齢ごとの入院を要したRSウイルス感染の病型は、月齢3未満では上気道炎の占める割合が他の年齢に比較して多かった。全年齢を通して細気管支炎、気管支炎による入院が多く、月齢6以降から肺炎の占める割合が上昇した。中耳炎を合併したのは78人（36%）で、そのうち耳鼻科で鼓膜切開を施行されたのは41人（全体の36%）だった。酸素投与を要したのは42人（19%）だった。

【症例1】月齢4、男児。発熱、咳嗽、喘鳴で発症。入

院後に右急性中耳炎の診断で右鼓膜切開施行，SBT/ABPC投与開始。入院3日目からSpO₂ 90%前後に低下し酸素投与開始。入院4日目に解熱し，入院6日目に酸素化良好となり退院。【症例2】月齢1，女児。哺乳不良，顔色不良，咳嗽あり。無呼吸もみられたためICU入室し気管挿管，人工呼吸管理を開始。血圧低下もありDOAも投与。Xpで右上肺野に無気肺あり，ABPC，CTX投与。mPSLも併用した。徐々に呼吸循環動態は安定し入院5日目に抜管し，9日目に退院。

(小児科 上田 泰弘)

当科における腹腔鏡下腎部分切除術について

(泌尿器科 望月 端吾)

16歳の卵管腫瘍を経験して—最近の卵巣癌の組織発生症例：16歳，女性

主訴：初経以降無月経

月経歴：初経15歳2ヵ月

最終月経：2010年12月6日～

既往歴：Fallot四徴症 心内修復術（1歳10ヵ月）左肺動脈ステント留置（7歳），川崎病（10歳）

現病歴：川崎病後のfollowで当院小児科に通院中。2012年1月5日，2度目の月経がこないことで当科受診した。経腹超音波検査にて，10cm大の卵巣腫瘍を認め，内容不整で卵巣癌が疑われた。1月22日手術目的で入院となった。

入院時所見：身長153.5cm，体重71.5kg，BMI：30.5，脈拍80回/分，体温37.0℃，血圧101/61mmHg

血液検査：LH 12.0mlU/ml，FSH 7.4mlU/ml，PRL 14.2ng/ml，E₂ 25.3pg/ml，プロゲステロン0.2ng/ml，テストステロン66.0ng/ml，SCC 1.2ng/ml，CA 125 170.8U/ml，CEA 1.3ng/ml，AFP 2.4ng/ml，CA19-9 7.9U/ml

MRI：左卵巣腹側に接して100×73×99mm大のcystic lesion，内腔に突出する充実成分を伴う。

入院後経過：1月23日手術施行。吊り上げ式腹腔鏡下子宮附属器腫瘍摘出術および腹式左附属器摘出術。手術時所見は，左附属器に10cm大の腫瘍を認めた。肉眼的には左卵巣は独立。腹腔内に明らかな播種や腹水なし。右卵管は浮腫状。左附属器および腫瘍を摘出した。迅速病理では，腹腔内洗浄細胞診はnegative。手術時間は1時間15分，出血量は少量であった。術後大きな合併症はなく，6日目に退院した。

病理所見：7×7cmの2房性嚢胞，内腔に乳頭状の腫

瘍増殖。微小乳頭状パターンを示し，間質浸潤は示さなかった。切り出した切片上，腫瘍と交通している部位は特定できず，原発巣は断定できなかった。摘出病理診断は境界悪性漿液性乳頭状嚢胞性腫瘍。

考察：原発卵管癌は非常に希少な症例であり，若年者に診断されることは更に稀である。最近の報告で，卵巣癌の発生母地は卵巣以外の可能性を示唆している。10歳代から卵管上皮の腫瘍化が開始し，所謂進行卵巣癌として30歳代で発見される癌化過程をとらえている可能性がある。

今回の症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

(産婦人科 岸 秀昭)

当科における児童青年期入院患者（20歳以下）の動向

2007年4月1日から2012年3月31日までの5年間に当科に入院した20歳以下の児童青年期患者について，診療録を基に後方視的な調査を行った。児童青年期入院患者の述べ数は262人（全入院患者の19.2%）で，実数は147人（男子33人，女子114人）であり，年々増加傾向を示していた。年齢は11～20歳（平均年齢16.7歳）で，診断は統合失調症が最も多く（36.7%），入院理由は自殺関連行動および自殺念慮が最多で，全体の52.2%を占めていた。児童青年期患者の自殺関連行動の再発を予防し，自殺への発展を防ぐためには，衝動的な自殺関連行動に至る前に患者が自ら受診し，精神科医に随時相談できるような診療体制を整え，安定した治療関係を早期に構築する必要があると考えられた。（精神科 泉 将吾）

術前経口補水の導入

近年，術後回復能力を強化し，包括的に合併症を減らそうとするプログラムが提案されている。特に北欧ではenhanced recovery after surgery（ERAS）プロトコールと呼ばれ，絶飲食期間の減少，緩下剤投与の軽減化，術前炭水化物投与などが推奨されている。また，2012年7月に日本麻酔科学会より術前絶飲食ガイドラインが発表され，清澄水は2時間前まで安全とされた。

術前経口補水療法の利点として，①絶飲食による患者さんの身体的・精神的ストレスを軽減する，②病棟での点滴が不要になることで，針をさされる苦痛がなくなり，看護業務が軽減される，③経口補水による脱水の予防により，循環動態が安定し，良好な麻酔管理が可能となる，④輸液によるコストの削減，手術当日

の食費の徴収による病院収益が増加する、などがあげられる。また、炭水化物や水分の術前経口摂取により、口渇感や空腹感を減弱させ、術後インスリン抵抗性を改善すると報告されている。

このたび、当院でも術前経口補水療法が10月より開始された。術前経口補水液として、午前中入室症例ではOS-1 1本（500ml）とアルジネードウォーター2本（250ml）、午後入室症例ではOS-1 1本（1000ml）とアルジネードウォーター2本（500ml）とし、入室2～3時間前まで摂取可とした。対象は13～79歳とし、糖尿病患者や透析患者などは除外した。

現在のところ、産婦人科、耳鼻科、歯科口腔外科、精神科（修正型電気痙攣療法）の症例で施行しており、12月末までに約50症例に実施した。その実際について、患者アンケートなどを含め紹介する予定である。

（麻酔科 山岸 昭夫）

ドライアイ

眼が疲れやすい、なんとなく眼に不快感を感じるという人が増えています。テレビ、パソコンなどにより眼が酷使される現代では、眼に不快感があると仕事だけではなく、日常生活でも大変不便に感じます。これらの原因としてドライアイが最近注目されています。涙腺から分泌された涙は、眼を潤し、その10%は眼の表面から蒸発し、残りの大部分は鼻へ抜けてゆきません。眼の表面で涙は、油層・液層・膜型ムチンの3層構造を作ります。油層は涙の蒸散を阻止します。液層は、涙の大部分を占め、水分で眼の表面を潤し、さらには病原微生物進入阻止や角膜創傷治癒促進などにも関与しています。涙の最下層の膜型ムチンは、本来疎水性の眼の表面に水層を保持する役割を担っています。ドライアイの症状は、眼が疲れる、眼が不快、眼が乾く、眼が重いほかいろいろな症状があり、多くの症状を持つ方が多いのも特徴です。涙は涙液の異常と角膜上皮障害で診断します。シルマーテストは、専用のろ紙をまぶたと目の間に挿入します。涙液層破壊時間は、涙液の角膜上での安定性をみる直接的検査で、上皮障害を測定できます。眼の表面の角膜上皮障害は、フルオレセイン染色、ローベンガル染色スコアで評価します。フルオレセイン染色は、角結膜上皮の欠損部や細胞間隙に染色液がたまりやすくなります。ローズベンガル染色は、膜型ムチンに覆われていない角結膜上皮を染色します。ドライアイの点眼薬には、水分を補う人

口涙液、水分を保持し、表面の傷を治すヒアルロン酸、最近になって涙の量を増やす薬も開発されています。点眼治療で不十分な場合には、涙点プラグという小さなシリコン製のプラグを涙点に挿入します。この方法は簡便で、涙液の貯留に高い効果があります。ドライアイかなと思ったら、検査を受けることをお勧めします。眼にあった点眼薬を使用することによっていろいろな症状が改善し、快適なVISIONを得ることも期待できます。（眼科 菅野 晴美）

飲食物に関連して発症したアナフィラキシーの3例

当科で経験した飲食物に関連して発症したアナフィラキシーの3症例を報告する。症例1は80歳女性。アレルギー性鼻炎の既往あり。夕食のため天ぷら粉を練っていたところ、アナフィラキシー症状が出現し他院入院。原因検索目的で紹介された。特異IgEはコナヒョウヒダニが42.10UA/ml（クラス4）、小麦、卵、米は陰性であった。持参天ぷら粉にコナヒョウヒダニの混入を認め、天ぷら粉のプリックテストで陽性所見を認めた。天ぷら粉に繁殖したコナヒョウヒダニによるアナフィラキシーと診断した。アレルギー吸入による発症と推測した。症例2は51歳女性。アレルギー性鼻炎の既往あり。過去2ヶ月間に原因不明のアナフィラキシーを呈したため当科に紹介された。問診上症状出現時に共通する事項は食事時の発泡性リキュール（第三のビール）のみであった。当該リキュールの材料に大豆たんぱくが含まれていることとシラカバ花粉症の既往から、花粉症患者が豆乳摂取によりOASやアナフィラキシーショックを起こすクラス2アレルギー類似の病態を疑い諸検査を行った。豆乳によるスクラッチテストで膨疹形成を認め、しらかんば（属）特異IgEが8.47UA/ml（クラス3）、で、rGly m 4に対する特異IgEが6.16UA/ml（クラス3）であった。内服負荷試験で誘発ができず診断確定には至らなかったが、リキュールに含まれる大豆たんぱくによるアナフィラキシーを疑った。症例3は38歳男性。某乳業会社で牛乳を試飲する品質管理業務に従事。仕事で中略全身に紅斑と呼吸困難が出現し当科を受診した。当日は牛乳を普段より多めに飲み、その後強く身体を動かした。特異IgEはミルク12.20IU/ml（クラス3）、カゼイン10.50IU/ml（クラス3）であった。内服負荷試験は未施工だがミルクによる食物依存性運動誘発アナフィラキシーと診断した。（皮膚科 坂井 博之）

中心静脈 (CV) ポート, なぜ, なに!? 依頼していた だくにあって

CVポートは化学療法, 栄養管理など患者の治療において重要な役割をにない, 静脈ルート確保の手段として頻用されている。当院では, 主に鎖骨下静脈を挿入ルートして用いている。挿入ルートは患者の病態, 背景, 使用目的により選択されるべきである。患者背景に制限がない場合, 基本的には鎖骨下静脈を用いているが内頸静脈, 上腕静脈, 前腕静脈, ソケイ部などからも挿入可能であり, その適応, 特徴を考慮して最適な留置方法を選択すべきである。適切な留置方法の選択にあたり, 各挿入方法の利点と欠点, 挿入時合併症を考慮した留置部位の決定方法を示し, それぞれの方法に即した管理方法のコツに関して概説する。また, 特殊な留置方法として肝静脈経由, 下大静脈経由の方法も紹介する。挿入ルートの選択理由を理解し, 患者への説明の一助としていただきたい。

(放射線科 花輪 真)

顎変形症の治療について

顎変形症とは, 上顎骨または下顎骨, その両方の大きさや形, 位置などの異常によって, 顔面の変形と咬合異常を起こしている状態をいう。治療は, 矯正治療単独では十分な治療効果が期待できないため, 顎骨を切断して移動させる外科的矯正手術も併用させて行う。(治療目的)

顎骨の異常に伴う顔貌および歯列の審美的な改善と咀嚼, 構音などの顎口腔機能を回復させる。またそれらに付随して存在する精神的・心理的障害も排除し, 社会性の向上を期待する。

(適応症)

骨格性の下顎前突症, 下顎後退症, 上顎前突症, 上顎後退症, 顔面非対称, 開咬症, 長顔症, 短顔症などである。また年齢については, 顎骨の成長が終了する16歳ぐらいから, 顎骨に対する手術侵襲を考えると40歳ぐらいまでが適応と考えられる。

(治療の流れ)

①診断: 顎口腔機能施設に認定されている矯正歯科で, 顔面写真分析, 頭部規格X線分析, 口腔模型分析, 顎運動・咀嚼機能検査, CTなどから診断を行う。

↓

②術前矯正治療(治療期間 1~2年): 手術後に良好な咬合状態が得られるように, 手術に先立って矯正

治療を行う。

↓

③外科的矯正手術(入院期間 2~3週間): 口腔外科に入院し, 全身麻酔下で外科的矯正手術を行う。口腔内から顎骨を切断し移動させ, 咬合や左右のバランスが整う位置で切断した顎骨を固定する。術後は, 咬合が安定するまで口が開かないよう顎間固定を行う。

↓

④術後矯正(治療期間 半年~1年): 手術後の不安定な咬合状態を改善し, 緻密な咬合関係を確立するため, 矯正治療を行う。

↓

⑤保定: 移動させた歯が後戻りしないように, 保定装置を使い経過観察を行う。

このように顎変形症の治療は, 矯正歯科と口腔外科のチーム医療によって行われる。

(歯科口腔外科 谷 和俊)

感染対策委員会から

・CD関連疾患治療法の変遷: 軽症~中等症のCD関連疾患の第一選択薬は, 欧米においては以前から安価なフラジール(メトロニダゾール)であった(1日当たりの薬剤費は約150~220円)。更にCD毒素が検出された場合, 2011年まで当院では全て経口バンコマイシン4バイアル, 分4で治療されていた。この薬剤費は1日で約8,000円, 10日で約8万円と高額であった。2012年2月にわが国でもフラジールのCDに対する保険適用が認められ, 2012年3月からは当院でもフラジールを大多数の医師が第一選択薬として使用するようになった。重症例や再発例では第一選択薬の経口VCMが使われているが, この場合も1日に1バイアル, 分4と適正な量で処方する医師が多い。これら治療法の変更によって, 今後は年間500万円前後の経費削減となる。

・抗MRSA薬の使用状況: 抗MRSA薬の年間薬剤費は2011年の1910万円から2012年の1640万円へと270万円減少した。これは, ①抗MRSA薬の年間消費量が前年の1割減となったことや, ②高額なLZD(ザイボックス)の使用量が前年の40%に減少したことによる。また, 2011年度末に採用された新しい抗MRSA薬のDAP(キュビシン)がVCMに次いで多く使用された。(キュビシンの薬剤費は, VCMの約2

倍、ABKの約3倍と高価)

- ・カルバペネム薬剤の使用状況：全注射抗生剤の中に占めるカルバペネム系薬剤の年間使用量は、21.9%で過去2年続いた24.9%から減少した。年間使用バイアル数は前年よりも約8%減少した。カルバペネム系薬の年間薬剤費は前年よりも約800万円少なかった。薬品別にみると、安価なメロペンの使用量が増えて、高価なおメガシン、フィニバックスの使用

量が減っていた。安価なチェナムの使用も減っていた。

- ・2012年は、多くの医師が経済効率面にも配慮しながら抗生剤を使用していたといえる。抗MRSA薬、カルバペネム系薬、CD関連疾患治療薬を合わせて年間約1500万円の経費削減となった。

(感染対策チーム 小西 貴幸)

Medical essay

科学の進歩と医療応用

東京大学と野村證券共同研究「未来プロデュース・プロジェクト」による『50年後の日本、三笠書房、2006年』と題する本がある。社会の様々な分野での未来像(夢物語)が述べられており、なかなか面白い一冊である。

リニアモーターカー、ロボット工学などなど、書かれてから7年が過ぎた現在すでに一部実現してきている現実を見ると「空想することは、実現するための第一歩である」という意見がもっともであることを感じる。

医学分野でもいくつかの夢物語が述べられているが「カプセル内視鏡」「立体画像描出」「ロボット手術」などのほか「血カメラ」などによる身体病変の可視化なども可能になりそうである。「自分の身体で自分をなおす」というテーマは、今般の「iPS細胞」による再生医学として実現しつつある。一方「ゲノム情報に基づく個別化した医療」というテーマもヒトゲノムの全塩基配列が特定され、多くの特定疾患リスクとの関係が明らかにされつつある。これらの成果として「分子標的薬」が次々と開発され、すでに30種類ほどの抗腫瘍効果を持つ治療薬が使用可能となっている。

さて、そんな折アメリカの女優(アンジェリーナ・ジョリー)が将来、乳癌を発症するリスク・87パーセント(BRCA 1, 2を保持している女性の乳癌発症リスクの最大値)のリスク・ダウンのために(正常?)な乳腺組織を全て除去する手術(preventative operation)を受けたというニュースが報じられたことには驚いてしまった。

これを「勇気ある選択」としたマスコミの評価に無論、賛否両論が巻き起こった。日本でも遺伝子診断・乳房切除は技術的には問題がないことから、今後行われる可能性は否定できない。この問題は、科学の進歩を広く享受することは一般論として間違っただけはおらず、たとえ正常に機能していても身体の一部(パーツ)を予防的に取り除いても問題がないという欧米人の論理に基づいているように感じられる。

これは、本質的には道徳観・倫理観・人生観・死生観といった問題と科学技術の医療応用という極めて「形而上学的」な命題である。「自分のものは自分のもの、だから自己責任で自己決定する」という近代の科学万能主義の論理が医療の世界にまかり通ることが果たして正しいのか、そんな疑問を持つのは自分だけであろうか。

「身体髪膚、これを親に発し毀傷せざるは孝の始まりなり」という言葉を心の隅に残している日本人の心理深層には、やはり違和感があると感じるのは、時代遅れの「老人のたわごと」なのであろうか。

(I.M.)

看護研究発表会記録 (24年度)

産婦人科手術後に間欠的空気圧迫装置と弾性ストッキングを併用した患者の装着感の調査

東 3階 ○原 真梨子, 伊藤 美華
川上 恵, 道井 智美
多田 啓子

【はじめに】当科では2011年8月から弾性ストッキングや間欠的空気圧迫法の装着を開始した。先行研究では、深部静脈血栓症(以下DVT)予防における間欠的空気圧迫法(以下IPC)・弾性ストッキング(以下ES)それぞれの有用性について数多く報告がされているが、IPC・ESを併用した際の患者の装着感や使用感に関する研究はほとんどないため、本研究ではIPCとESを併用した場合の装着感の実態を調査したので報告する。

【対象と方法】調査期間は2012年4月1日から2012年7月28日。調査対象は、当科に入院した患者で、術後帰室から翌日歩行開始となるまでIPCおよびESを併用した女性患者50名。手術後2日目に質問紙を配布し記入後に看護師へ提出してもらうよう説明し回収した。

【結果・考察】ESおよびIPCの装着感として、心地良い項目については7割以上の多くの対象が感じていた。その理由としてIPC・ESの併用では、マッサージ効果が得られたのではないかと考える。

不快感は「重い」「蒸れる」など4項目を約半数の患者が感じていた。スリーブを一時的にはずしたりESを脱いで清拭をしたりするなどの援助が必要と考えられた。

IPC・ESを装着した対象で不快感を我慢したと回答したものうち、説明があったほうが良かったと回答したのは全体の約半数であった。不快感についての説明や苦痛を感じた際にできる援助があることを説明する必要があると考える。

【結論】

- I. IPC・ESの併用では、「マッサージされている感じ」「足が軽くなった」「足が気持ちいい」「足が温かい」などの心地良い装着感や「足が重い」「足が蒸れる」「足が暑い」「器械の騒音を不快に感じた」という不快感を感じている。
- II. 不快感に対する援助として、IPC・ESをはずして

の清拭や、一時的な着脱による換気、IPC・ESが適切に装着されているかの観察を行う。

- III. IPC・ES装着時の不快感と対処法について、事前に説明をすることで患者の理解と協力がより得られる。

小児における体幹抑制帯内の環境温等についての調査

西 3階 ○清野真由美, 長内真由美
片桐 千春, 牧田 志穂
尾崎 由悦

【はじめに】当病棟では小児の処置の際、安全・確実に固定を行うために抑制帯を使用しているが、患児は啼泣し顔面紅潮、発汗が生じている。そのことから、熱が抑制帯内にこもることで抑制帯内の温度・湿度が上昇し、うつ熱が生じているのではないかと考え抑制帯内の環境調査を実施し、素材の検討をしたのでここに報告する。

【対象・方法】

調査期間：2012年3月16日～8月30日

対象：処置時抑制帯を使用する患児(熱発あるなしは問わない)、乳幼児～幼児期：生後4ヵ月～5歳
バスタオル(従来通り)50例、ネット16例、ジャージ素材17例(全83例)

素材別の抑制帯使用前後の環境を測定し、集約分析した。

【結果・考察】うつ熱とは発生された熱が放散された熱よりも大きくなった場合、熱の放散が小さくなると体内にこもってしまい体温が上昇することである。それぞれの素材を使用した抑制帯では、処置後に体温は下がっていた。これは啼泣することで一過性に体温が上昇し、発汗が促進され体温が低下(気化熱)したものと考えられ、うつ熱は生じていないということが分かった。素材をネットとジャージ素材に変えて処置を行ったがどの素材を使用しても処置後には温度と湿度が上昇した。しかし、安全面、環境面を考慮するとバスタオルが適していると改めて分かった。また、体温はどの素材を使用しても処置後は低下しているため、処置後に体温を再検し、解熱剤使用の検討する必要がある。

次に、抑制帯使用時間と温度、湿度の関係ではどの素材を使用しても湿度は時間に関係なく上昇し、温度は時間に比例して上昇した。このことから、温度は時間に密接に関係しており、処置は最小限の時間で行うことが必要であると考えた。

【結論】

1. 抑制帯使用でうつ熱は生じているとは言えない。
2. どの素材を使用しても抑制帯内の環境は悪化した。
3. 最小限の時間で処置を行うことが重要。
4. 処置前だけでなく、処置後も体温を測定し、解熱剤使用を検討する必要がある。
5. 今後も体幹抑制必要時はバスタオルを使用していく。

前立腺全摘術を受け退院された患者の排尿状況調査

西4階 ○山口 琴美, 佐々木直美
安藤 伸, 小田 浩美

【はじめに】当科では前立腺全摘術を年間平均25例実施しており、在院日数短縮化に伴い膀胱留置カテーテルを抜去後、平均して4日目で退院を迎える。尿失禁が消失しないまま退院をされるため、退院後の生活状況や苦痛を把握することが困難であった。今回退院後の排尿状況・尿失禁に対する思いを把握することを目的とし、患者・看護師にインタビュー・質問紙で調査を実施した結果、相違を抽出したので報告する。

【方法】

1. 研究期間：2012年6月～2012年8月
2. 対象：2006年から2011年に前立腺全摘術を行った患者12名と病棟看護師20名
3. 方法：対象患者に質問用紙を使用し、インタビュー方式で実施
病棟看護師に質問用紙を配布・回収

【結果・考察】対象患者の61.7%は術後1年以上経過しても尿漏れが続き、術後1年以上経過しても1日に1回尿取りパッドを交換していると回答している患者は75%となった。看護師への調査では退院後の日常生活への支障に対し、「外出が減る」「情けなさを抱く」などが挙げられた。これは入院中に患者から「いい歳をして情けない」、「いつまで続くのか心配」など悲観的な言動が聞かれていたためと考えられる。しかし、患者へインタビューを行って行く中で、尿取りパッドの使用方法や工夫など自身の対処法を自ら打ち明ける人や「癌と一緒にいるぐらいなら尿くらい漏れてもいい」など前向きな言動や姿勢がみられた。術後1年

以上経過すると患者の心境に変化が生じ、尿漏れはQOLに影響を及ぼすが、尿失禁が多い患者がみな悲観的に過ごしているわけではないことが分かった。尿漏れは時間の経過と共に適応へむかうが、受け入れるまでは不安に過ごしている時期があることも忘れてはならない。

【結論】この研究を通し、患者と看護師では退院後の排尿状況・尿失禁に対する思いに相違があった。

在院日数短縮化により患者は尿漏れが一番多い時期に退院されるが、年数とともに過去のことで捉えることができる。

旭川市内の看護学生が選ぶ就職先の条件とは

東5階 ○林 亜友未, 池田 諭敏
鍛冶川和加, 荒明 弘恵

【はじめに】養成機関は増加しているが、2011年の厚生労働省のデータによると看護職員は2011年で5万6000人不足している。また同年日本看護協会の調査では、常勤看護師で11.8%、新人看護師で8.1%と離職率が高い。大都市の一部の施設では安定的確保が可能ということもあるが、地方や地域の病院は人員不足に悩んでいるところが多いと考えられる。このような中で、学生が就職先を決めるための決定因子は何か、どのような病院に就職したいかを知り、選ばれる病院になるため何が必要か探求することを目的とした。その結果を報告する。

【方法】

1. 調査期間：2012年7月24日～2012年8月30日
2. 対象：旭川市内の看護専門学校および看護大学の卒業を控えた学生139名
3. 調査・分析方法：コンジョイント分析 5属性11水準を直交表に割り付け8枚のカードを作成、学生は就職したいと思う順にカードに順位付けし郵送で返信

【結果・考察】旭川市内の学生が選ぶ就職したい病院は、「大学病院」「旭川近郊で就職」「正規職員」「部署配属は拒否できる」「バックアップがある」だった。公務員という身分の保証やステータスを持てる、生まれ育った土地で就職したい、親元でサポートを受けたい、興味のない部署への配属がなく、就職時から専門性を目指すことができるなどが理由として示唆される。自治体病院である当院に目を向けてもらうためには教育プランの詳細や新卒の声をホームページで情報

発信するとともに、病院見学や看護体験の場を増やし、今以上に可視化する。部署やスタッフレベルでは、実習で好印象を持ってもらうような関わりや雰囲気作りをする。また、新人がこの病院に就職して良かったと思えるように育てることが大切であるとする。

【結論】

1. 学生が選ぶ就職したい病院は、「大学病院」「旭川近郊で就職」「正規職員」「部署配属は拒否できる」「バックアップがある」だった。
2. 病院の情報発信や可視化が必要。実習での学生への関わりや新人の教育、新人の就職後の意見が影響する。

コーチ2による術後呼吸訓練の指導と観察・評価方法の統一

西5階 ○土井なつき, 和田 有生
松村 芳枝, 山賀あゆみ
中川 恵子

【はじめに】胸部外科病棟において術後合併症は患者のQOL, ADLに大きな影響を与える。また、術後の重大な合併症として無気肺などの肺合併症があり、術前・術後の肺ケアが重要視されている。当科では、周術期患者の肺ケアにインセンティブ・スパイロメーター(以下コーチ2)を使用している。しかし、指導方法が統一されていない、観察・評価方法も曖昧であった。そこで効果的な肺ケアの実施を目指し、新たにコーチ2の指導・評価表を作成した。その結果、統一した指導・評価が行えるようになったので報告する。

【研究対象・方法】

- I. 対象：西5階病棟ナースステーション看護師25名
- II. 方法

1. コーチ2の取り扱いと指導方法に関する調査表作成と実施、実態把握
2. コーチ2指導・評価表の作成
3. 病棟看護師に対する勉強会開催(コーチ2と指導・評価表の周知)
4. 指導・評価表を使用して患者指導を実施
5. 指導実施後の調査表作成と実施、比較・検討

III. 分析方法

1. 前後調査表の集計を比較し、指導評価表の有効性について評価
2. 指導評価表の評価と今後の課題を検討

- IV. 研究期間：2011年12月21日～2012年9月19日

【結果・考察】前調査表では、目標吸気量の初期設定値・変更時期、フローインジケータ停滞時間について様々な回答が出たことにより問題点が明確になった。これらの結果を基に指導・評価表を作成・実施したところ、後調査表では同様の問いに対してほぼ全員から一致した回答が得られた。指導・評価表を使用したコーチ2の指導は統一されましたか、の問いに対して、25名中23名が「はい」と回答した。しかし、指導・評価表の「チェックリストがわかりづらい」、「患者自身にチェックさせるのは難しいのではないか」、などの意見もきかれ、今後の課題も明らかになった。

【結論】

1. 効果的な肺合併症の改善には統一した指導が重要である。
2. 指導マニュアルは、指導者全員が把握できる内容であることが求められる。

排泄ケアにおける病室の臭気対策の検討～カンファ水を活用して

東6階 ○虻川 美樹, 本間香緒里
仲野 勢子, 上田 瑞恵
小林 るみ

【はじめに】近年、患者の高齢化も進み、寝たきり患者の床上排泄や認知症患者のとする排泄関連の問題行動が増加している。また、急性期治療をうける患者では、治療上の制限により床上またはベッドサイドでの排泄を余儀なくされ、排泄臭が同室者の環境にも影響を及ぼしている。

当院には消臭目的にカンファ水が採用されている。しかし、当病棟ではスタッフ間に周知されておらず、今まで臭気対策を講じてこなかった。

そこで、臭気に対するカンファ水の効果を数値的・感覚的な側面から比較し、カンファ水の周知により臭気対策を行おうと考えた。また、湿度・温度による影響について検証し、病室環境の改善の一助となることを目的に対策を検討し報告する。

【対象と方法】

1. 調査期間：2012年7月3日～8月3日
2. 対象：上記期間に床上排泄・ポータブルトイレ使用46件、当病棟の看護師・助手スタッフ26名
3. 方法：
 - 1) 排泄時の部屋の湿度・気温を測定する。
 - 2) においセンサーで排泄後、カンファ水噴霧5分

後、10分後の病室中央の臭気を測定する。

- 3) カンファ水を使用前後でのスタッフの臭気強度・カンファ水使用についてアンケート調査を行う。

【結果・考察】個室・多床室ともに、カンファ水噴霧5分後に数値が減少したのは70%以上、10分後に数値がマイナス移行したのが60%以上だった。また、スタッフの感じる臭気強度は、カンファ水使用前レベル4であったが使用後はレベル2へ減少していた。このことから、数値的にも感覚的にもカンファ水によって臭気が減少しており、両者の差はなかった。また、スタッフへのアンケートでは、カンファ水がそばにあれば使いたいとの回答は100%であった。病棟でカンファ水を使用していく上で知りたいことは、作成方法・効果のある使用方法・作成後の使用期限との回答が多かった。これらの周知を行うことでさらに使用頻度があり、病室環境の改善につながると考えられる。使用に際しては、病室環境や周囲の状況を加味した対応が重要であることがわかった。

大腸癌手術後化学療法を行う患者の排便に関する実態調査

西6階 ○金澤 絵美, 国村 裕美
河田 由紀, 大西かおり

【はじめに】大腸切除術後に化学療法を行う患者は、抗癌剤の副作用、化学療法に伴う生活変化により排便困難の訴えが多い。今回当科で大腸癌手術後入院して化学療法を行っている患者に排便コントロールの状況や排便に対する意識について実態調査し、排便に関する支援について検討した。

【対象と方法】2010年から2012年3月までに当院において大腸癌で大腸切除術を受け、手術後入院して化学療法を施行している患者10名を対象に、質問用紙を用いた半構成的面接法にて調査し結果を分析した。研究期間は2012年3月～9月とした。

【結果】排便パターンについては手術前後で大きな変化はなかった。化学療法の副作用が改善されている状況では概ね排便コントロールは良好であったが、化学療法中は便秘傾向となる患者が大半であり、下剤の使用で調節していた。排便に対する意識の変化は特に自覚していないものが多かったが、何かしら日常生活の中で排便コントロールできるような行動をとっていた。便秘が身体に及ぼす影響については知らない人がほとんどであった。

【考察】本研究の調査結果から、当病棟で大腸切除後化学療法を行っている患者は、意図的に排便管理に取り組み、排便コントロールは概ね良好であったが、排便に対する必要性は知らないということが明らかになった。長谷川は「胆汁排泄が中心の抗癌剤は便秘により体外への排泄が遅延し副作用を増強する可能性があり、また便秘により腸閉塞に至ることもあり注意が必要である」と述べていることから便秘予防は重要である。より良い排便管理を行うために、患者の排便状況を把握し、便秘予防の必要性や方法を患者が理解できるように、具体的な対処方法を話し合い、実践できるように支援していく必要がある。

【結論】

1. 意図的に排便管理に取り組みコントロールは良好であったが、便秘が身体に及ぼす影響までは知らなかった。
2. 排便に対するセルフケア能力の向上のために、正しい排便コントロールの情報提供が必要である。

逝去時の看護の実態及び看護師の意識調査

東7階 ○栃元 麻里, 酒井 浩之
堀内実希子, 石坂 香織
太田 智美

【はじめに】当科では急性期から終末期まで幅広い呼吸器疾患患者を年間延べ450名ほど受け入れ、その中で60名ほどの看取りをしている。混雑した業務の中で処置が優先されていて十分な看取りの看護ができていないのではないかと、ご家族が十分な最後のお別れの時間をもつことができているのか疑問を生じていた。

今回実態調査を行うことで今までの現状を知り、今後の逝去時の看護の課題を明確にしたいと考えた。

【方法】2012年8月現在当科に勤務する看護師全18名を対象に、自作の質問紙を作成し回答を求めた。選択的
回答形式と一部自由記述形式とした。また2009年度当科の看護研究をふまえ比較評価するために、臨床経験年数5年で基準を設けた。研究期間は2012年4月下旬から8月下旬。

【結果・考察】有効回答数94%であり、臨床経験年数中央値は11年であった。経験年数が5年以上の看護師は52%であった。エンゼルケアの平均経験回数は22回であった。

エンゼルケアに関しての思いでは、実際の臨終場面でそれぞれの看護師が何らかの技術・知識不足を感

じていることがわかった。

実際のエンゼルケアでの戸惑いは容姿を整えられなかった・他の業務と並行して行うため、配慮に欠けてしまった・個室への入室時期について判断に迷った・どのように処置（声かけ・説明を含む）をしてよいか判断に迷ったについては、臨床経験年数5年未満の者の50%以上が戸惑いを表明していた。

逝去時の家族に対してのケアでは、対応が上手にできていないことが記述されていた。エンゼルケア、グリーンケア（死別による悲観を癒すケア）研修参加希望者は88%であった。実際の参加者は29%であった。実現可能なグリーンケアとは何かについての設問では、82%が医療者間での情報共有が必要であると認めているが、デスカンファレンス（死亡症例の検討会）の開催については52%に留まっていた。このことは今後当科でのデスカンファレンスの導入に際しては、勉強会および研修会参加の必要性を示すものと考えられる。

同種造血幹細胞移植患者への看護の統一に向けての試み

西7階 ○金子 夏実, 田上 恵子
増澤 真希, 坪崎 春美

【はじめに】当病棟の看護マニュアルは現状の同種造血幹細胞移植（以下 同種移植）に適切に対応していなかったため、同種移植患者の看護において統一性に欠け、処置・指導等にも差異が生じ、患者・看護師間で不安を感じることが多かった。今回、看護師にアンケート調査を行い、実態の把握と課題を明らかにした後、マニュアル改正を行い、看護の統一を試みた。

【対象と方法】当病棟の師長・1年目の看護師を除く看護師18名。マニュアル修正後の調査は移植看護に携わっていない看護師を除く13名、今後移植看護に携わる看護師2名に実施。倫理的配慮として、調査は無記名で行い、本研究以外には使用しないことを明記し、回答提出をもって同意を得た。

【結果】マニュアル修正前の調査では移植の種類や合併症、患者への無菌室の使用法の説明、輸注時の観察や看護に差が生じていた。免疫抑制剤の知識は、移植看護の経験年数により知識の差があった。口腔粘膜障害へのケアや感染症や輸血への知識には大きな差はなかった。患者の精神的負担はほぼ全員が同様の問題点を共有しており、患者の心理的ケアに対し関わりが困難であると感じていた。マニュアル修正後の調査で

は、今後もマニュアルを使用可能と肯定的な回答が得られた。しかし、新たに移植看護に携わる看護師の知識面の不安は軽減されたが、急変時の看護の不安の軽減は図れなかった。

【考察】マニュアルの改訂によって、新たに移植に携わる看護師への指導内容が統一されたとともに、患者への説明・指導内容も統一された。マニュアル修正を医師やコメディカルと協力して行ったことでチーム連携にも繋がった。移植患者の急変時の対応や無菌室担当の看護師が抱く不安に対し、カンファレンスで話し合い、個々の不安が軽減され、移植看護に関わる看護師が自信を持って患者に関わることができるよう、取り組んでいく必要がある。今後も、移植看護の質を保つためにチームの連携を図り、スタッフ全員が活用しやすいマニュアルを作成していく必要がある。

精神科急性期における深部静脈血栓症予防の有効性

北1階 ○江藏 祥平, 多田 環
眞籠 麻未, 福本きよみ

【はじめに】近年、日本における深部静脈血栓症（Deep Venous Thrombosis:以下 DVT）・肺血栓塞栓症（Pulmonary Embolism:以下 PE）の重大性が認識されるようになったが、精神科領域への言及はなかった。

2005年に精神科の特性に配慮した東京都立松沢病院のDVT予防ガイドラインが紹介され、2006年には日本総合病院精神医学会が精神科領域に特化した『静脈血栓塞栓症予防指針』を策定するなどの取り組みが始まっている。

今回、精神興奮状態で緊急入院した急性期の患者の事例を通して、当病棟で実施していたPE・DVT予防の有効性を考察し精神科における特性を明確にする。

【方法】事例検討として「肺血栓塞栓症／深部静脈血栓症（静脈血栓症）予防ガイドライン」を参考に、中村らによる『静脈血栓塞栓症予防のガイドライン』の「リスクレベル・リスク因子」「推奨される看護」と考察し比較した。

【考察】抗精神病薬については、重大な副作用の事項に「DVT・PE」が追記されていること、身体拘束による血流の停滞、拘束帯が静脈壁を損傷してしまう可能性から急性期精神疾患、身体拘束を行っている患者はDVT・PE発症のリスクは高いと考えられる。精神科においては、入院直前までの生活背景、薬物、身体拘束を考慮する必要がある。

推奨される看護との比較の結果、精神科領域においても早期離床、運動療法、弾性ストッキングの使用は、有効であると考えられる。

今後の課題として、平均的な患者を症例として挙げたが、当病棟の特色として身体合併症、手術、電気痙攣療法などが増えてきていることから高リスク時の対応についても考慮していく必要があると同時に慢性期における長期臥床患者についての対応も考慮していく必要がある。

【結論】DVT・PEのリスクレベル・リスク因子について精神科領域は身体拘束、薬物による鎮静など考慮する因子がある。DVTの予防策として早期離床、運動療法、弾性ストッキングは有効である。

急性期精神科病棟における身体拘束に対しての看護師の意識と今後の課題

北2階 ○宇田かおり、川村 知里
高橋 剛、大関 典子

【はじめに】地域の精神科病棟を持つ総合病院が閉鎖され、治療のために体内留置物が必要な患者が増加している。また、患者の安全面を重視し身体拘束を余儀なくされるケースも多い。身体拘束最小化への意識や技術が求められる中、看護師はどのような思いを抱いているのかを知り、今後の課題を明確にする。

【方法】自由記載法の質問紙を用いた。調査対象者は北2病棟看護師14名とした。質問紙を綿密に分析後コード化し、類似したものをサブカテゴリー化、カテゴリー化した。

【結果】分析の結果、102のコードが抽出され、17のサブカテゴリーと6のカテゴリーに分類された。カテゴリーは、【身体拘束最小化への意識】【身体拘束の必要性】【患者さまの人権侵害】【身体拘束の危険性】【身体拘束に対する戸惑い】【身体拘束への安心感】であった。

【考察】身体拘束は、突発的な行為を防ぐことができ、時には安全を確保でき、また心の自制への効力を発揮するため、看護師は安心感を感じていたことがわかった。その反面、身体面・精神面に苦痛やストレスを与え、個人の尊厳を奪うという思いから否定感、早期解除に対する思いを抱いていることがわかった。また、身体的な危険性の他、精神状態悪化の危険性や家族との信頼関係に支障が生じ、治療や援助の妨げになる危険性も感じていることもわかった。身体拘束は、医師の判断で行われるが、看護師も必要の有無を判断す

ることも多く、戸惑いを感じていることもわかった。看護師も、身体拘束の判断や妥当性を戸惑うことがあり、議論する機会が増えることで戸惑いやジレンマを緩和できると考えられる。また、情報の共有化・目的をもつことにより、最小化にすることができると考えられる。

【結論】身体的・精神的な二次障害を意識し、尊厳や家族との信頼関係を保ちながら、身体拘束を実施することが必要であることが示唆された。また、情報の共有の場を設け、個人の判断能力の育成を図ることで、戸惑いを緩和させ、身体拘束最小化への意識が強化されることが示唆された。

情報のニードに対する重要度と満足度の調査

集中治療室・CCU ○柏倉沙也加、坂井 亜衣
長田 勇樹、櫛引由美子

【はじめに】集中治療室に入院する患者は生命の危機状態に陥っており、家族も心理的、社会的に危機状態である場合が多い。面会時に家族から患者の容態を気にする言葉が聞かれることが多く、その都度質問に答えるなど対応をしている。その中で家族が何を求めているのか、満足のできる情報提供ができていないのか疑問に思い情報のニードに対する重要度と満足度を調査した。

【方法】

I. 研究期間：2012年5月7日～8月19日

II. 対象：1. 入院5日目以上の患者家族 19名
2. CCU勤務看護師 15名

III. 調査方法：

1. N.C.Molter重症患者家族のニード全45項目を参考に情報のニードに関する12項目を抽出した質問用紙とフリー記載の項目を作成し、家族に配付した。
2. CCUスタッフに家族看護に関する質問紙を配付した。

IV. 分析方法：

12項目をケア、経過、予後の3つに分類し、重要度・満足度の平均値を求め比較し、3点以上を高いとした。

【結果・考察】ケアについては重要度が高く満足度も高かったことから、家族の意向に添ったケアができていたことが考えられる。経過と予後については重要度が高く、満足度が低いという結果となった。スタッフに

調査したところ家族に関わらなくてはいけないことは理解しているが、実際に行えていないことが分かった。そのためスタッフに家族看護についての勉強会を開き、看護師が家族との関わりを増やすことで、医師と家族が今以上に話せる環境が作られ満足度を高めることができると考えた。さらに、フリー記載用紙は家族がスタッフに質問するタイミングを逃したときなどに医療者側が情報を共有し、対応できると考えたため今後使用していく。

【結論】

- ・ケアに対しては満足だが、経過と予後の情報を受けることに対しては満足していなかった。
- ・家族のニードを満たすには、チーム間で情報を共有できる環境作りが大事であると考えた。
- ・フリー記載用紙は、家族がスタッフに質問するタイミングを逃したときなどに使用することでニードを満たすことができると考えた。

手術室看護師の新人支援とは～支援状況の調査

手術室 ○大野 麻希, 杉野めぐみ
嶋澤 隆博, 戸松 利佳
飯野ちあき, 阿部 朝乃

【はじめに】手術室では全員で新人を育てるという目標がある。しかし私達は、スタッフ全体の新人支援とは何なのか、新人を支援するためには具体的にどのように行動することが必要なのか漠然として感じていると感じた。また、日頃私達は新人支援を行えているのかと疑問を感じ、この研究に取り組むことにした。

【研究目的】先行研究を参考に手術室での新人支援の具体的内容を検討し、スタッフへの調査から支援状況を明らかにする。

【研究方法】

- I. 先行研究を参考に新人の成長に必要なとされるカテゴリーをあげ、手術室での具体的場面を想定し、自作の質問紙を作成
- II. 対象 手術室看護師18名 手術室経験年数2～3年（以下若手）、4～7年（以下中堅）、8年目以上（以下ベテラン）で分類
- III. データの収集方法
 1. 昨年度の新卒看護師2名への関わりを振り返り、4段階評点法を行う
 2. 手術室経験年数の比較はクラスカル・ウォリス検定を使用（ $P<0.05$ ）

IV. 倫理的配慮 研究に同意した対象者に実施し、個人が特定できないように配慮した

【結果・考察】

- I. 9つのカテゴリー《患者関係》《社会人常識》《医師関係》《道徳・倫理》《先輩関係》《知識・技術》《新しい環境》《モチベーション維持》《プリセプター・プリセプティ関係》において（いつもしている・時々している）の回答数が全体の61～92%であり、新人支援を行えている傾向が示された。しかし《患者関係》においては61%であり、先輩看護師が新人と術前・術後訪問などの場面をフィードバックしながら、患者との関わりを学べる機会をもつ必要性が示唆された。
- II. 手術室経験年数と質問別の比較では《新人と医師との介入》《新人の進行状況を確認》《プリセプター・プリセプティ関係において話を聞くことや励ます》に有意差を認めた。また平均順位から中堅、ベテラン、若手の順に支援が行えている結果となった。これは中堅のスタッフが新人教育の中心となる役割であることが要因と考えられる。

当院における放射線治療に対する認識と看護の実際

放射線科外来 ○越江 真紀, 千田 郁美
山本 康子, 岡田いづみ

【はじめに】放射線治療看護では、根拠あるケア介入により有害事象を最小限におさえられ、より苦痛が少ない治療を患者に提供できると言われている。しかし、放射線治療を受ける患者の看護計画に「宿酔」が多く挙げられ、起こりうる有害事象に関する計画の立案が少ないことから、放射線治療の認識に疑問を感じた。そこで、放射線治療の有害事象に焦点をおき、実態調査を実施し今後の課題を得るため検討を行った。

【研究方法】病棟勤務の看護師179名を対象に無記名質問調査。放射線治療を受ける患者50名を対象に宿酔症状聞き取り調査。入院患者50名の看護計画を調査。研究期間 2012年3月12日～9月19日。

【結果・考察】計画立案状況では宿酔の計画が72%、そのうち34%は宿酔のみの計画であった。部位ごとの有害事象に関する項目においても、優先すべき有害事象を全て解答していた割合は低く、優先すべき症状より宿酔選択の割合が高かった。宿酔は出現頻度が少なく、長期化、重篤化することがないにも関わらず、注目が示されている結果となった。放射線治療患者の受

け持ち経験が96.7%と高い一方で、知識の不足を感じている看護師は全体の97.1%であった。治療に関して質問されて困る内容があるものは半数以上を占め、そのほとんどが基礎的知識に関する内容であった。知識習得機会について「あまりない」「全くない」が74.1%であり、理由として「機会がない」が77.6%と多く、「不要」としたものはいなかった。このことから、知識の不足を感じながら日々のケアを行っており、知識習

得の必要性を感じていることが示された。

当院では病棟、外来それぞれが看護計画立案や日々の記録を行っており、情報が共有されておらず、患者への継続した関わりが難しい状況である。患者の苦痛緩和や治療の完遂を目指すためには、情報交換や介入を依頼するなどの連携が必要である。また、放射線治療について情報や知識を積極的に普及させることの必要性が示唆された。

Medical essay

幸せですか？

皆さんは幸せですか？齊藤は幸せです。仕事で色々な（悩んだり、ストレスフルな）ことがあります。毎日幸せです。あたりまえのことかも知れませんが、幸せとは、個人がそれぞれの基準で感じるものです。全く同じ状況・環境でもある人は幸せと感じ、ある人は不幸と感じます。一生たった一度、決して戻ることのない（死に向っての）時間の流れの中で、同じ生きるなら、幸せ感じなければ損、損です（同じ阿呆なら踊らにゃ損、損、と同じ）。どうすれば幸せと感じられるか？齊藤は二つのことを提案します。一つは感謝の気持ちです。まず、自分が存在していること、それが奇跡的なことであり、両親に感謝です。今まで事故なく（病気はあったが）生きて来れたことに感謝。自分の遺伝子を受け継いで後生へと伝えてくれる（と思うが）子供達に感謝。そしてこれまで、今、これからも小生を支えてくれる職場の全ての方に感謝しています。感謝の心を持つと、自分も気持ちよく、幸せな気分になれます。皆で感謝の気持ちを言葉に出してお互い幸せになりましょう！そして二つ目は、今の時間を、一日・一日を大切に一生懸命生きることと思っています。一生懸命生きている人は、輝いており、その人自身が幸せを感じるだけでなく周りも幸せにします。周りの人も、一生懸命で輝いている人と一緒にいると楽しく、自然と幸せを感じるものです。この小さな輪が大きくなっていけば、当院の職員全員が幸せになれるはずと考えています。皆さん、今を、一日・一日を一生懸命生きましょう。今を努力することのみが、将来を良く変える方法です。小生は、年齢的には既に輝けなくなっていますが、感謝の気持ちを忘れず、一日・一日を大切に一生懸命に幸せでいたいと考えています。

(Y.S.)

.....
がん診療連携拠点病院関連研修会

【平成21年度】

- ・ **がんに関する市民公開講座**（2009年9月26日）
 知って得する婦人科がんの診断と治療について 産婦人科 市川 英俊
- ・ **厚労省開催指針に準拠した緩和ケア研修会**（2009年10月17・18日）
 北海道緩和ケア研修会in市立旭川病院
- ・ **がんプロ多職種参加型インテシブプログラム**（2009年10月26日）
 がん診療におけるFDG-PET/CTの役割 旭川医科大学放射線医学講座 油野 民雄
 がんの症状マネジメントにおける看護師の役割 旭川医科大学看護学科 漬田 珠美
- ・ **第3回市民公開講座「アレルギーなんて怖くない」**（2009年11月7日）
 コーディネーター 副院長 武藤 英二
 成人ぜん息について 呼吸器内科 福居 嘉信
 鼻アレルギーと食物アレルギー 耳鼻咽喉科 佐藤 公輝
 アトピー性皮膚炎について 皮膚科 坂井 博之
 乳幼児のアレルギー Q&A 小児科 佐竹 明
- ・ **3病院共同開催 市民公開講座・第1回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座**（2009年11月14日）
 がん診療連携拠点病院とは 旭川医科大学病院腫瘍センター 鳥本 悦宏
 シンポジウム 座長 市立旭川病院血液内科 福原 敬
 セカンドオピニオンとは 市立旭川病院外科 子野日政昭
 医師にとってのセカンドオピニオン 旭川厚生病院 高橋 昌宏
 セカンドオピニオンの前に準備すること、注意すること 旭川厚生病院 小玉かおり
 セカンドオピニオンを受ける時 旭川医科大学病院 田中 理佳
 がん相談支援センターの紹介 市立旭川病院 佐藤千加子
- ・ **「市民のためのがん治療の会」講演会 からだにやさしいがん治療（患者団体共催）**（2009年12月12日）
 旭川市におけるがん検診の推進について 旭川市保健所健康推進課 高桑 智之
 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
 こんな治療もあるんですよー診断の進歩と負担の少ない治療ー
 市立旭川病院放射線科 花輪 真
 日本のがん医療の課題と今後 北海道がんセンター 西尾 正道
- ・ **医療従事者向け講演会 今日のがん診療（診断編）**（2010年2月18日）
 乳がんの現状と検査方法 外科 沼田 昭彦
 マンモグラフィー 中央放射線科 工藤 茜
 MRI 放射線科 鎌田 洋
- ・ **がん診療連携講演会**（共催 富良野医師会）（2010年3月3日）
 拠点病院の役割・利用の仕方 血液内科 福原 敬
 石綿と中皮腫と肺がん 呼吸器内科 岡本 佳裕

【平成22年度】

- ・ **第1回地域医療連携講演会・情報交換会**（2010年5月24日）
 早期消化器がんに対する内視鏡治療 消化器内科 斉藤 裕輔
 呼吸器疾患に対する胸腔鏡手術 外科 笹村 裕二
 放射線科が貢献できる病診連携 放射線科 花輪 真
- ・ **厚労省開催指針に準拠した緩和ケア研修会**（2010年7月31日、8月1日）
 2010年度市立旭川病院緩和ケア研修会
- ・ **3病院共同開催市民公開講座・第2回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座**（2010年11月6日）
 知って得するがんの地域連携 旭川厚生病院 中野 詩朗
 シンポジウム 座長

連携推進に向っているがん対策と拠点病院の役割	旭川医科大学病院腫瘍センター	鳥本 悦宏
がん化学療法の連携	くにもと病院	安部 達也
胃がん術後の連携パスについて	市立旭川病院外科	子野日政昭
在宅療養を支える連携	リバータウンクリニック	鈴木 康之

私たちがお手伝いします！がん相談支援センターの紹介

旭川厚生病院・市立旭川病院・旭川医科大学病院

- ・ **第4回市民公開講座 早ければ治る泌尿器科および産婦人科のがん** (2010年11月13日)
 コーディネーター 副院長 武藤 英二

腎臓・膀胱・前立腺のがん	泌尿器科	金川 匡一
子宮がんについて	産婦人科	中田 俊之
- ・ **がんに関する市民公開講座** (2010年12月4日)
 禁煙は最も効果的なガン予防
 深川市立病院内科 松崎 道幸
- ・ **がん診療連携講演会 一外来化学療法について** (共催富良野医師会, 富良野協会病院) (2011年2月23日)
 当院における外来化学療法センターの現状
 外来化学療法センターでの薬剤師の役割と問題点
 当院における化学療法の実際ー大腸がん化学療法最近の話題

外来化学療法センター	がん薬物療法認定薬剤師	半田 淑江
消化器内科		寺田 和文
		垂石 正樹

【平成23年度】

- ・ **化学療法委員会特別講演会** (2011年4月25日)
 がん薬物療法における悪心・嘔吐対策について
 旭川医科大学病院腫瘍センター 鳥本 悦宏
- ・ **第2回地域医療連携講演会・情報交換会** (2011年5月30日)
 糖尿病の治療で主にインクレチン関連薬について
 ST上昇心筋梗塞 (STEMI) の当院での治療成績
 当院胸部外科での血管疾患の診療～大動脈瘤・下肢閉塞性動脈硬化症

代謝内科	宮本 義博
循環器内科	石井 良直
胸部外科	大場 淳一
- ・ **厚労省開催指針に準拠した緩和ケア研修会** (2011年9月3日・4日)
 2011年度市立旭川病院緩和ケア研修会
- ・ **第5回市民公開講座 意外に大切な め・はな・みみ・くちの病気** (2011年10月29日)
 コーディネーター 副院長 武藤 英二

加齢性白内障	眼科	菅野 晴美
鼻血のおはなし耳垢や外傷による難聴	耳鼻咽喉科	佐藤 公輝
口腔がん～早期発見のためにこんな症状に要注意	歯科口腔外科	西村 泰一
- ・ **化学療法委員会研修会 免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎について** (2011年11月24日)
 座長 内科 垂石 正樹
 演者 ブリストル・マイヤーズ株式会社 三澤 圭介
- ・ **3病院共同開催市民公開講座・第3回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座** (2011年11月26日)
 知っておこうがんのこと 手術・抗がん剤・放射線治療

シンポジウム 座長	市立旭川病院外科	子野日政昭
知っておこう がんの手術	旭川厚生病院外科	柳田 尚之
知っておこう抗がん剤治療	旭川医科大学病院腫瘍センター	鳥本 悦宏
知っておこう 放射線治療	市立旭川病院放射線科	川島 和之
がんと診断されたとき、どのようにむきあえばよいのでしょうか	市立旭川病院看護師	永草麻由美
- ・ **がん市民講演会 メタボと肝がんのこわい関係** (2011年12月10日)
 肝がんとメタボリック症候群
 生活習慣病とがんについて

消化器内科	助川 隆士
代謝内科	外川 征史
- ・ **化学療法委員会研修会 抗がん剤投与に伴う悪心・嘔吐対策について** (2012年2月8日)
 座長 消化器内科 垂石 正樹
 講師 株式会社小野薬品学術部 坂口 博昭

- ・病棟主催 消化器内科勉強会 食道癌の病態と治療について (2012年2月27日)
講師 消化器内科 小沢賢一郎
- ・がん診療連携講演会 緩和ケアとがん放射線治療について (2012年3月8日)
やってみよう！緩和ケア 緩和ケア認定看護師 外川 仁美
がん放射線治療の実際と適応 放射線科 川島 和之

【平成24年度】

- ・第3回 地域医療連携のつどい (講演会, 情報交換会) (2012年5月30日)
血液がんばどこまで治るの? 血液内科 柿木 康孝
ガイドラインからみた最近の泌尿器科がん診療 泌尿器科 金川 匡一
次世代の放射線治療ーオーダーメイドから緩和まで 放射線科 川島 和之
- ・血液がんセミナー in旭川 (2012年7月20日)
コーディネーター 日本骨髄腫患者の会 上甲 恭子
旭川医科大学附属病院消化器・血液腫瘍制御内科 高後 裕
北大造血細胞治療センター 橋野 聡
白血病はどこまで治るの? 旭川医大附属病院消化器・血液腫瘍制御内科 生田 克義
骨髄異形成症候群ってなに 市立旭川病院血液内科 柿木 康孝
悪性リンパ腫の治療ーそのいろいろ 札幌医科大学附属病院第一内科 石田 禎夫
多発性骨髄腫って言われたら…
- ・厚生省開催指針に準拠した緩和ケア研修会 (2012年8月18, 19日)
2012年度 市立旭川病院 緩和ケア
- ・3病院共同開催市民公開講座・第4回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座 (2012年11月17日)
『知って安心! みんなで支える抗がん剤治療』
シンポジウム 司会 旭川医科大学病院腫瘍センター長 烏本 悦宏
医師が支える抗がん剤治療 市立旭川病院消化器内科 垂石 正樹
看護師が支える抗がん剤治療 旭川医科大学病院化学療法認定看護師 岩崎 真美
知って安心! 食事と栄養のヒント 旭川厚生病院栄養科 福岡 由紀
相談支援センターをご存知ですか 旭川医科大学病院腫瘍センター 田中 理佳
- ・第6回市民公開講座 肝臓・胆のう・すい臓痛の黄信号～黄疸～ (2012年12月2日)
コーディネーター 副院長 斉藤 裕輔
黄疸って何? ～診断と内科的治療 消化器内科 千葉 篤
胆石・胆のう炎に対する手術～腹腔鏡下手術って何? 外科 村上 慶洋
- ・がん診療連携講演会 外来化学療法について (2013年2月7日)
当科におけるGIST手術症例の検討 留萌市立病院外科 高松 昌史
4次治療としてのUFT-LV療法が奏効し長期生存が得られている回盲部癌の1例 留萌市立病院消化器内科 野田さや香
当院における外来化学療法センターの現状 市立旭川病院外来化学療法センター看護師 半田 淑江
外来化学療法センターでの薬剤師の役割と問題点 市立旭川病院がん専門薬剤師 寺田 和文

平成24年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

1) 心筋梗塞におけるMRI検査の意義

市立旭川病院・内科

奥山 淳, 石井 良直, 菅野 貴康, 井澤 和眞
井川 貴行

(第22回CCU症例検討会, 2012年2月, 旭川)

2) CRT-D, ASVを施行も不幸な転帰をたどった心不全の1例

市立旭川病院・内科

井川 貴行, 石井 良直, 井澤 和眞, 菅野 貴康
奥山 淳, 青沼 達也

(第61回市立・厚生CCUカンファレンス, 2012年2月, 旭川)

3) Initial Reduction of Oxidative Stress by Angiotensin II Receptor Blocker after Percutaneous Coronary Intervention Produces Beneficial Legacy Effects.

Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology
Division, Asahikawa Medical University

Tadanori Noro, Kazuhiro Sumitomo, Toshiharu Takeuchi
Naoyuki Hasebe

Department of Cardiovascular Medicine, Asahikawa City Hospital
Yoshinao Ishii

Department of Cardiovascular Medicine, Asahikawa Kousei
General Hospital

Junichi Katoh

Department of Cardiovascular Regeneration and Innovation,
Asahikawa Medical University

Naofumi Takehara, Junichi Kawabe

(第76回日本循環器学会総会, 2012年3月, 福岡)

4) Distant But Direct Transfer with Pre-hospital Thrombolysis is superior to Near but Indirect Transfer without Thrombolysis in Patients with AMI.

Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital

Yoshinao Ishii, Atsushi Okuyama, Kazuma Izawa
Takayuki Igawa, Takayuki Kanno, Yuuya Kitani
Ai Hirose

Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology
Division, Asahikawa Medical University

Naoyuki Hasebe

(第76回日本循環器学会総会, 2012年3月, 福岡)

5) A Conflict in Diagnosis of Coronary Spastic Angina -Potential Pitfalls of JCS Guideline-

Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital

Yoshinao Ishii, Atsushi Okuyama, Kazuma Izawa
Takayuki Igawa, Takayuki Kanno, Yuuya Kitani
Ai Hirose

Internal Medicine, Cardiovascular, Respiratory and Neurology
Division, Asahikawa Medical University

Naoyuki Hasebe

(第76回日本循環器学会総会, 2012年3月, 福岡)

6) 野球の試合中にCPAとなった陳旧性心筋梗塞の1例

市立旭川病院・内科

奥山 淳, 井川 貴行, 井澤 和眞, 菅野 貴康
石井 良直

(第12回救急医療症例研究会, 2012年4月, 旭川)

7) 急性大動脈解離による左冠動脈主幹部閉塞に対しPCIを施行した1例

市立旭川病院・内科

井澤 和眞, 井川 貴行, 菅野 貴康, 奥山 淳
石井 良直

(第12回救急医療症例研究会, 2012年4月, 旭川)

8) IB-IVUSの使用経験

市立旭川病院・内科

石井 良直
同 臨床工学室
田中 義範

(第12回大雪冠疾患治療フォーラム, 2012年5月, 旭川)

9) Prehospital thrombolysis後にドクターヘリにて搬送された急性心筋梗塞の1例

市立旭川病院・内科

木谷 祐也, 広瀬 愛, 井川 貴行, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直

(第8回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2012年6月, 旭川)

10) 心室頻拍を合併した急性心筋梗塞の1例

市立旭川病院・内科

井川 貴行, 木谷 祐也, 広瀬 愛, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直

(第8回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2012年6月, 旭川)

11) Prehospital thrombolysisがあまり有効ではなかった急性心筋梗塞の1例

市立旭川病院・内科

菅野 貴康, 井川 貴行, 木谷 祐也, 広瀬 愛
井澤 和眞, 石井 良直

(第8回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2012年6月, 旭川)

12) 1週間に異なる3部位の心筋梗塞を発症した若年女性の1例

市立旭川病院・内科

井澤 和眞, 石井 良直, 菅野 貴康, 井川 貴行
広瀬 愛, 木谷 祐也

旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野

長谷部直幸

(第107回日本循環器学会北海道地方会, 2012年6月, 札幌)

13) 内科領域の抗血栓療法－経口抗凝固薬を中心に－

- 市立旭川病院・内科
幸村 近
(旭川薬剤師会講演会, 2012年6月, 旭川)
- 14) 内科領域の経口抗凝固薬2012
市立旭川病院・内科
幸村 近
(第44回旭川循環器治療薬研究会, 2012年7月, 旭川)
- 15) 虚血を中心とした心電図診断について
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第2回心疾患医療連携勉強会, 2012年7月, 旭川)
- 16) 冠動脈起始異常の1例
市立旭川病院・内科
広瀬 愛, 木谷 祐也, 井川 貴行, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直
(第62回市立・厚生CCUカンファレンス, 2012年7月, 旭川)
- 17) 左前下行枝・回旋枝右冠動脈洞起始症の1例
市立旭川病院・内科
広瀬 愛, 木谷 祐也, 井川 貴行, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直
(第28回北海道心・冠血管イメージング研究会, 2012年7月, 旭川)
- 18) 冠攣縮性狭心症における運動負荷試験に関する検討ーガイドラインの盲点を探るVersion.2ー
市立旭川病院・内科
石井 良直, 井澤 和眞, 井川 貴行, 菅野 貴康
木谷 祐也, 広瀬 愛
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第60回日本心臓病学会, 2012年9月, 金沢)
- 19) 冠攣縮性狭心症における器質的狭窄部位のIB-IVUSによる病変性状の検討
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直, 井澤 和眞, 井川 貴行
木谷 祐也, 広瀬 愛
同 ・臨床工学室
田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第60回日本心臓病学会, 2012年9月, 金沢)
- 20) 冠攣縮ーガイドラインを見直すー
市立旭川病院・内科
石井 良直
(冠動脈疾患講演会, 2012年9月, 札幌)
- 21) 心不全の臨床検査と薬物治療
市立旭川病院・内科
幸村 近
(道北臨床検査技師会臨床生理談話会講演会, 2012年11月, 旭川)
- 22) 心房細動における抗凝固療法
市立旭川病院・内科
幸村 近
(抗凝固治療カンファレンス2012, 2012年11月, 旭川)
- 23) 心房細動の外来診療ー抗凝固療法を中心にー
市立旭川病院・内科
幸村 近
(留萌医師会学術講演会, 2012年11月, 留萌)
- 24) 狭心症・心筋梗塞の診断と治療
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第2回心疾患領域セミナー, 2012年11月, 旭川)
- 25) 左前下行枝・回旋枝右冠動脈洞起始症の1例
市立旭川病院・内科
広瀬 愛, 木谷 祐也, 井川 貴行, 菅野 貴康
井澤 和眞, 幸村 近, 石井 良直
(第108回日本循環器学会北海道地方会, 2012年11月, 札幌)
- 26) STEMIに対して緊急PCIを施行し, no-reflowからショックを呈した1例
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直
同 ・臨床工学室
田中 義範
(X-Per Forum 2012, 2012年11月, 旭川)
- 27) 炎症性腸疾患の内視鏡診断
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関東セミナー, 2012年1月, 東京)
- 28) 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
斉藤 裕輔
(第6回京都桂消化器フォーラム, 2012年2月, 京都)
- 29) 消化器がん検診従事者講習
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(2012年消化器がん検診従事者講習会, 2012年3月, 松山)
- 30) PD-5:日本消化器病診療ガイドライン(大腸ポリープ)を
目指してPD5-5:5mm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
杉原 健一, 武藤徹一郎
(第98回日本消化器病学会総会, 2012年4月, 東京)
- 31) 胃腫瘍に対する内視鏡治療後出血の検討
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 杉山 隆治, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
安藤 勝祥, 田中 一之, 堂腰 達矢, 坂谷 慧
野村 好紀, 嘉島 伸, 稲場 勇平, 伊藤 貴博

- 岡本耕太郎, 田邊 裕貴, 藤谷 幹浩, 高後 裕
(第98回日本消化器病学会総会, 2012年4月, 東京)
- 32) CC II-1症例呈示: 症例検討II この症例をどうする? (アンサーパット形式) - 大腸病変
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 斉藤 裕輔, 中嶋 駿介, 富永 素矢
小澤賢一郎, 垂石 正樹
(第83回日本消化器内視鏡学会総会, 2012年5月, 東京)
- 33) 当院における大腸憩室炎の臨床的特徴
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 中嶋 駿介
鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士, 小澤賢一郎
千葉 篤, 富永 素矢
同 ・放射線科
鎌田 洋, 花輪 真
同 ・外科
子野日政昭
同 ・病理
高田 明生
(第110回日本消化器病学会北海道支部例会, 2012年6月, 札幌)
- 34) 通常型脾癌との鑑別が困難であった多発脾悪性リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
中村 和正, 千葉 篤, 鈴木 聡, 助川 隆士
中嶋 駿介, 杉山 隆治, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第110回日本消化器病学会北海道支部例会, 2012年6月, 札幌)
- 35) 門脈ガス血症を生じたスピロヘータ症の1例
市立旭川病院・内科
中嶋 駿介, 杉山 隆治, 鈴木 聡, 中村 和正
助川 隆士, 小澤賢一郎, 千葉 篤, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第104回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2012年6月, 札幌)
- 36) 早期大腸癌の診断と治療 - 内視鏡治療の適応拡大を含めて
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第5回長崎消化管研究会, 2012年6月, 長崎)
- 37) 画像診断教育レクチャー: 注腸X線検査の撮影法 - 炎症性疾患を中心に -
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(早期胃癌研究会2012年6月度例会, 2012年6月, 東京)
- 38) 大腸EMR
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第29回北海道地区消化器内視鏡懇談会, 2012年8月, 札幌)
- 39) 十二指腸潰瘍性病変の1例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第22回浜名湖胃と腸フォーラム, 2012年9月, 浜松)
- 40) 小腸穿孔との鑑別を要した多発性空腸憩室症の1例
市立旭川病院・内科
中嶋 駿介, 杉山 隆治, 中村 和正, 鈴木 聡
助川 隆士, 小澤賢一郎, 千葉 篤, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第111回日本消化器病学会北海道支部例会, 2012年9月, 札幌)
- 41) 狭窄症状を契機に発見された十二指腸カルチノイドの1例 (研修医最優秀演題賞受賞)
市立旭川病院・内科
大場 彩音, 小澤賢一郎, 中嶋 駿介, 杉山 隆治
中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤
垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第105回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2012年9月, 札幌)
- 42) 当院における大腸癌化学療法法の検討
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(大腸癌化学療法講演会in旭川, 2012年9月, 旭川)
- 43) 大腸ESDの治療時間に影響する因子の解析 - 内視鏡観察時の病変描出範囲に注目して -
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
田中 一之, 富永 素矢, 安藤 勝祥, 堂腰 達矢
坂谷 慧, 野村 好紀, 嘉島 伸, 稲場 勇平
伊藤 貴博, 岡本耕太郎, 田邊 裕貴, 藤谷 幹浩
高後 裕
(第20回JDDW, 2012年10月, 神戸)
- 44) 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
(平成24年熊本県胃腸診推進協議会合同研修会, 2012年10月, 熊本)
- 45) 肝疾患患者のターミナルについて
市立旭川病院・内科
助川 隆士
(地域ケアネット旭川第6回症例検討会, 2012年10月, 旭川)
- 46) 炎症性腸疾患の鑑別診断 - 総論
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第155回旭川消化器病談話会特別講演会ミニレクチャー, 2012年11月, 旭川)
- 47) 早期大腸癌の深達度診断 - 内視鏡治療の適応拡大を含めて
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第5回下関消化器疾患研究会, 2012年11月, 下関)
- 48) 超音波内視鏡を用いた大腸SM癌に対する内視鏡治療適応拡大の可能性

- 市立旭川病院・内科
 杉山 隆治, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎
 中嶋 駿介, 中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士
 千葉 篤,
 同 ・病理
 高田 明生
 (第56回旭川市医師会学会, 2012年11月, 旭川)
- 49) 医師が支える抗がん剤治療
 市立旭川病院・内科
 垂石 正樹
 (知って安心! みんなで支える抗がん剤治療, 2012年11月, 旭川)
- 50) ランチョンセミナー「誰でもできる苦痛の少ない大腸内視鏡
 検査－内視鏡を用いた造影検査を含めて」
 市立旭川病院・内科
 斉藤 裕輔
 (第109回日本消化器内視鏡学会四国支部例会, 第98回日本消化器病学会四国支部例会, 2012年11月, 松山)
- 51) 当院における大腸憩室炎の臨床的特徴
 市立旭川病院・内科
 杉山 隆治, 垂石 正樹, 中嶋 駿介, 小澤賢一郎
 中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤
 斉藤 裕輔, 富永 素矢
 同 ・放射線科
 鎌田 洋, 花輪 真
 同 ・外科
 子野日政昭
 同 ・病理
 高田 明生
 (平成24年度旭川医師会賞受賞講演, 2012年11月, 旭川)
- 52) 肝臓・胆嚢・すい臓の黄信号－黄疸
 市立旭川病院・内科
 斉藤 裕輔
 (第6回市民公開講座, 2012年2月, 旭川)
- 53) 肝臓・胆嚢・すい臓の黄信号－黄疸
 市立旭川病院・内科
 千葉 篤
 (第6回市民公開講座, 2012年2月, 旭川)
- 54) インクレチン関連薬の効果について
 市立旭川病院・内科
 宮本 義博
 (第3回インクレチン勉強会, 2012年2月, 旭川)
- 55) 糖尿病治療におけるグルベス配合錠投与後の血糖コントロールとFMDの変化
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二
 (旭川代謝カレフェレンス, 2012年3月, 旭川)
- 56) 最近の糖尿病治療薬の使い方
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二
 (紋別医師会学術講演会, 2012年4月, 紋別)
- 57) 糖尿病患者における心血管イベントの危険因子としてのLDL-CとCRPの比較
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
 (第55回日本糖尿病学会年次学術集会, 2012年5月, 横浜)
- 58) 糖尿病精神障害に対するエパルレスタットの有効性
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
 (第55回日本糖尿病学会年次学術集会, 2012年5月, 横浜)
- 59) 糖尿病精神障害について
 市立旭川病院・内科
 宮本 義博
 (医師・看護師・栄養士のための糖尿病病診連携勉強会, 2012年6月, 旭川)
- 60) 食後高血糖管理を中心とした最近の経口糖尿病薬について
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二
 (根室糖尿病スモールミーティング, 2012年8月, 根室)
- 61) 最近の糖尿病治療薬の使い方－ビルダグリプチンの有用性について－
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二
 (士別・名寄糖尿病講演会, 2012年10月, 士別)
- 62) 2型糖尿病患者におけるグルベス投与後の血糖コントロールおよびFMD変化
 市立旭川病院・内科
 土屋 慶容, 武藤 英二, 宮本 義博
 旭川医大・総合診療部
 奥村 利勝
 (第46回日本糖尿病学会北海道地方会, 2012年11月, 旭川)
- 63) 白血球数と脳梗塞発症リスク－ボグリボースの白血球数減少効果と脳梗塞予防効果を含めて－
 東神楽町国民健康保険診療所
 相馬 光宏
 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46回日本糖尿病学会北海道地方会, 2012年11月, 旭川)
- 64) 糖尿病患者のコレステロール管理目標レベル達成のためのピタバスタチン投与の検討
 市立旭川病院・内科
 武藤 英二, 宮本 義博, 土屋 慶容
 (第46回日本糖尿病学会北海道地方会, 2012年11月, 旭川)
- 65) インスリン療法中2型糖尿病患者へのシタグリプチン併用療法の検討
 市立旭川病院・内科
 土屋 慶容, 武藤 英二, 宮本 義博

- 旭川医大・総合診療部
奥村 利勝
(第46回日本糖尿病学会北海道地方会, 2012年11月, 旭川)
- 66) DPP-4阻害薬投与による血糖コントロール・脂質・尿中アルブミンへの影響
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 土屋 慶容
(第46回日本糖尿病学会北海道地方会, 2012年11月, 旭川)
- 67) 脂質異常症の基礎と臨床
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(平成24年度在宅管理栄養士雇用促進研修, 2012年11月, 旭川)
- 68) DPP-4阻害薬シタグリプチンの有用性
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(留萌医師会学術講演会, 2012年11月, 留萌)
- 69) 2型糖尿病治療に関する最近の話題
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(オロロン地域連携勉強会, 2012年11月, 羽幌)
- 70) 最近の糖尿病治療薬の使い方ービルダグリプチンの有用性についてー
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(奈井江学術講演会, 2012年11月, 奈井江)
- 71) 低血糖についてー医師の立場からー
市立旭川病院・内科
土屋 慶容
(第44回糖尿病病診連携の会, 2012年11月, 旭川)
- 72) 糖尿病とHDL-C
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第1回EWTOPIA75/Kyusyu沖縄地区全体会議, 2012年11月, 那覇)
- 73) サリドマイド, ボルテゾミブ投与後に間質性肺炎を発症したが, レナリドマイド投与により間質性肺炎の発症なく経過している多発性骨髄腫の1例
市立旭川病院・内科
松岡 里湖, 柿木 康孝, 千葉 広司, 三宅 高義
(第262回日本内科学会北海道地方会, 2012年2月, 札幌)
- 74) 同種骨髄移植を施行した全身性EBV陽性T細胞リンパ増殖異常症の1例
市立旭川病院・内科
松岡 里湖, 柿木 康孝, 千葉 広司, 三宅 高義
(第34回日本造血細胞移植学会総会, 2012年2月, 大阪)
- 75) アザシチジンが著効しているCMMLの1例
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 松岡 里湖, 橋口 淳一, 千葉 広司
(第47回日本血液学会春季北海道地方会, 2012年4月, 札幌)
- 76) 歯肉原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
橋口 淳一, 千葉 広司, 松岡 里湖, 柿木 康孝
(第263回日本内科学会北海道地方会, 2012年6月, 札幌)
- 77) GVHDによりHTLV-1抗体が消失したと思われる臍帯血RTSTの1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 橋口 淳一, 松岡 里湖, 柿木 康孝
(第23回北海道造血細胞移植研究会, 2012年6月, 札幌)
- 78) Bortezomib抵抗性・Lenalidomide不耐容を示し, Thalidomide-based regimenが奏効している多発性骨髄腫の1例
市立旭川病院・内科
松岡 里湖, 橋口 淳一, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第264回日本内科学会北海道地方会, 2012年9月, 札幌)
- 79) CD13, CD33陽性Ph+ALLの1例
市立旭川病院・内科
橋口 淳一, 松岡 里湖, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第54回日本血液学会秋季北海道地方会, 2012年9月, 札幌)
- 80) Helicobacter cinaedi敗血症の1例
市立旭川病院・内科
橋口 淳一, 松岡 里湖, 千葉 広司, 柿木 康孝
同 胸部外科
安達 昭
(第265回日本内科学会北海道地方会, 2012年11月, 札幌)
- 81) 羽毛布団による慢性過敏性肺炎が疑われた1例
市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第2回北海道IPカンファランス症例検討会, 2012年2月, 旭川)
- 82) 若年発症肺気腫に合併し, 発症早期の画像所見が得られた肺ランゲルハンス組織球症の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
同 外科
笹村 裕二, 福永 亮朗
(第52回日本呼吸器学会学術講演会, 2012年4月, 神戸)
- 83) ぜんそくについて
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(旭川ケーブルテレビポテト「元気のミカタ教えて!ドクター」, 2012年7月~8月, 旭川)
- 84) 重症筋無力症によるII型呼吸不全を合併した胸腺腫の1例
市立旭川病院・内科
相馬 学, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第104回日本呼吸器学会北海道支部学術集会, 2012年9月, 札幌)
- 85) 羽毛ふとんによる慢性過敏性肺炎が疑われた1例
市立旭川病院・内科
岸 秀昭, 谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
北大・腫瘍病理学

谷野美智枝
旭川医療センター・臨床研究部

藤内 智
市立旭川病院・病理
高田 明生

(第104回日本呼吸器学会北海道支部学術集会, 2012年9月, 札幌)

86) 急性間質性肺炎の1部検例

市立旭川病院・内科
谷野 洋子, 福居 嘉信, 岡本 佳裕
(第4回北海道IPカンファレンス, 2012年10月, 旭川)

87) アレルギー性鼻炎合併喘息全国実態調査(SACRA)の当科における結果

市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第62回日本アレルギー学会秋季学術大会, 2012年11月~12月, 大阪)

88) 身近な先輩に学ぼう! ワークライフバランス

市立旭川病院・内科
谷野 洋子
(第9回医学部学生と女性医師の語る夕べ, 2012年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 当院における大腸憩室炎の臨床的特徴

市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 垂石 正樹, 中嶋 駿介, 小澤賢一郎
中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤
斉藤 裕輔

同 ・放射線科
鎌田 洋, 花輪 真
同 ・外科

子野日政昭
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
富永 素矢
(胃と腸 47:1083-1095, 2012)

2) 書評: 早期胃癌アトラス

市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(週刊医学会新聞 第2960号:13, 2012)

3) Autofluorescence imaging and the quantitative intensity of fluorescence for evaluating the dysplastic grade of colonic neoplasms.

市立旭川病院・内科
Saitoh Y
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Moriichi K, Fujiya M, Sato R, Nata T
Nomura Y, Ueno N, Ishikawa C, Inaba Y
Ito T, Okamoto K, Tanabe H, Mizukami Y

Watari J, Kohgo Y
(Int J Colorectal Diseases 27(3):325-330, 2012)

4) 大腸腫瘍・非腫瘍鑑別脳と比較-光デジタル内視鏡の有用性と問題点

市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
佐藤 龍, 藤谷 幹浩, 渡 二郎, 今野 陽高
上野 伸展, 盛一健太郎, 丹野 誠志, 高後 裕
(INTESTINE 16:83-86, 2012)

5) Back-to-Back Comparison of Auto-Fluorescence Imaging (AFI) versus High Resolution White Light Colonoscopy for Adenoma Detection.

市立旭川病院・内科
Saitoh Y
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Moriichi K, Fujiya M, Sato R, Watari J
Nomura Y, Nata T, Ueno N, Maeda S
Kashima S, Itabashi K, Ishikawa C, Inaba Y
Ito T, Okamoto K, Tanabe H, Mizukami Y
Kohgo Y
(BMC Gastroenterology 12(1):75, 2012)

6) 十二指腸follicular lymphoma.

市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 杉山 隆治
中嶋 駿介
旭川医大・第三内科
富永 素矢, 藤谷 幹浩
(胃と腸 47:272-276, 2012)

7) III. 大腸:②血便をきたす疾患の鑑別診断

市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
旭川医大・第三内科
富永 素矢
(赤松泰次, 長谷部修編:緊急内視鏡マニュアル, 東京, 南江堂, p133-144, 2012)

8) 超音波内視鏡を用いた大腸SM癌に対する深達度診断および内視鏡治療適応拡大の可能性

市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 中嶋 駿介
杉山 隆治, 中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士
千葉 篤
同 ・病理
高田 明生
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 渡 二郎, 富永 素矢
(胃と腸 47:491-502, 2012)

9) 超音波細径プローブ検査が深達度診断に有用であった小型S状結腸IIa類似進行癌の1例

- 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 助川 隆士, 中嶋 駿介
 杉山 隆治, 鈴木 聡, 中村 和正, 小澤賢一郎
 千葉 篤
 同 ・病理
 高田 明生
 旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
 富永 素矢
 (胃と腸 47:571-578, 2012)
- 10) 私の一冊:「炎症性腸疾患の鑑別診断(2)ー大腸病変を中心ー」25巻6号(1990年)
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (胃と腸 47:585, 2012)
- 11) 早期胃癌研究会2012年1月の例会から
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (胃と腸 47:594-596, 2012)
- 12) 内視鏡治療:ポリペクトミー, EMR, ESD
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎, 杉山 隆治
 中嶋 駿介
 旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
 富永 素矢, 藤谷 幹浩
 (カレントセラピー 30:23-30, 2012)
- 13) 図説 胃と腸用語集2012 注腸X線造影
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔, 垂石 正樹
 (胃と腸 47:642-644, 2012)
- 14) 図説 胃と腸用語集2012 パイエル板
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 旭川医大・第三内科
 富永 素矢
 (胃と腸 47:704-705, 2012)
- 15) 図説 胃と腸用語集2012 直腸粘膜脱症候群
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (胃と腸 47:779, 2012)
- 16) 大腸憩室疾患の画像診断と治療ー大腸憩室炎の臨床的特徴と注腸X線検査, 大腸内視鏡検査の役割
 市立旭川病院・内科
 杉山 隆治, 齊藤 裕輔, 垂石 正樹, 中嶋 駿介
 鈴木 聡, 中村 和正, 助川 龍士, 小澤賢一郎
 千葉 篤
 同 ・放射線科
 鎌田 洋, 花輪 真
 同 ・外科
 子野日政昭
- 同 ・病理
 高田 明生
 旭川医大・第三内科
 富永 素矢
 (胃と腸 47:1083-1094, 2012)
- 17) 第7章 挿入時における基本事項 III. 軸保持短縮法
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (永田信二, 岡 志郎編:見逃しのない大腸内視鏡の挿入・観察法. 東京 日本メディカルセンター, p70-78, 2012)
- 18) 第7章 挿入時における基本事項 VI. 2. 軟らかいスコープ(受動湾曲スコープ)
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (永田信二, 岡 志郎編:見逃しのない大腸内視鏡の挿入・観察法. 東京 日本メディカルセンター, p92-95, 2012)
- 19) 検査と診断V(大腸疾患と内視鏡検査)
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (赤松泰次編集:消化器内視鏡技師試験速攻マスター. 医学図書出版社, p74-89, 2012)
- 20) 挿入法の基本, 5. スコープの使い分けと硬度可変の使い方 3) 受動湾曲機能つきスコープ
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (樫田博史, 鶴田 修編:大腸内視鏡挿入の基本とトラブルシューティング. 羊土社, p41-43, 2012)
- 21) 被検者別攻略法 5. 高齢で腰が曲がっており, 体位変換も困難な被検者
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (樫田博史, 鶴田 修編:大腸内視鏡挿入の基本とトラブルシューティング. 羊土社, p115-119, 2012)
- 22) トラブルシューティング こんなときどうする? 1. RSJさえも越えない
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (樫田博史, 鶴田 修編:大腸内視鏡挿入の基本とトラブルシューティング. 羊土社, p123-125, 2012)
- 23) 大腸腫瘍のマネジメント Topic/最近の文献から:大型大腸腫瘍性病変に対する内視鏡的粘膜切除術後出血の危険因子と症例検討
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔
 (Next Magazine 6:10-11, 2012)
- 24) Adenoma-carcinoma sequenceとde novo発癌の病理と臨床
 市立旭川病院・内科
 齊藤 裕輔, 杉山 隆治, 中嶋 駿介, 小澤賢一郎
 鈴木 聡, 中村 和正, 助川 龍士, 千葉 篤

垂石 正樹
旭川医大・第三内科
富永 素矢, 藤谷 幹浩
(大腸癌FRONTIER 5:18-23, 2012)

25) 座談会 粘膜治癒を目指した潰瘍性大腸炎治療の実践

市立旭川病院・内科
垂石 正樹
旭川医大・第三内科
藤谷 幹浩, 桂田 武彦, 蘆田 知史
(Medical Tribune, 2012)

26) 75歳以上の高齢者糖尿病における糖尿病合併症発症リスクに関する検討

市立旭川病院・内科
武藤 英二
(日本老年医学会雑誌 49:597-601, 2012)

27) 座談会 気管支喘息のより良い治療とは

北大・内科
西村 正治
苫小牧市立病院・内科
中野 剛
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
北海道医療センター・内科
網島 優
(Medical Tribune 2012年2月23日特別企画)

28) 私のインシデント・ノート「普通の肺炎だと思ったのに……」

市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(MD Medical Doctor通巻98号VI-VII, 2012)

29) 旭川肺を診る会

市立旭川病院・内科
岡本 佳裕
(北海道医報第 1121:32, 2012)

外 科

[学会発表]

1) 上腸間膜動脈閉塞症の診断と治療

市立旭川病院・外科
子野日政昭
(旭川市ユジノサハリンスク交流事業医療セミナー, 2012年1月, ユジノサハリンスク)

2) がん診療地域連携クリティカルパスの概要とがん診療における地域連携の展望

市立旭川病院・外科
子野日政昭
(上川北部地域がん診療における地域連携研修会, 2012年3月, 名寄)

3) 腹腔鏡下に切除した腹腔内嚢胞性疾患の2例

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 加藤亜佳音, 櫛引 敏寛, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第102回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2012年11月, 札幌)

4) 急性胆嚢炎に対する治療戦略

市立旭川病院・外科
村上 慶洋, 櫛引 敏寛, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(旭川手術手技談話, 2012年11月, 旭川)

5) 肺癌に対する放射線化学療法後の遅発性乳糜胸に対して胸腔鏡下胸管結紮術を施行した1例

市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 村上 慶洋, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭
(第74回日本臨床外科学会総会, 2012年11月, 東京)

[投稿論文]

1) 虫垂悪性腫瘍の9例

市立旭川病院・外科
増田 貴彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭
(北海道外科雑誌 57:44-47, 2012)

2) 肺炎, 膿胸を合併し呼吸不全となった肺動静脈瘻に対し, 肺部分切除を行った遺伝性出血性末梢血管拡張症の1例

市立旭川病院・外科
福永 亮朗
旭川医大・呼吸器センター外科
北田 正博, 小澤 恵介, 佐藤 一博
(日本呼吸器外科学会雑誌 26:385-390)

3) 脾胃吻合部に再発した膵管内乳頭粘液性腺癌の1例

市立旭川病院・外科
和田 秀之, 沼田 昭彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 子野日政昭
(膵臓 27:206-211, 2012)

胸部外科

[学会発表]

1) 市立旭川病院における冠動脈疾患の外科治療

市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(医療講演会, 2012年1月, ユジノサハリンスク)

2) 術後放射線治療が奏効した心臓血管肉腫の1例

市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 増田 貴彦, 長谷川幸生
安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊
同 ・放射線科
川島 和之

- (第92回日本胸部外科学会北海道地方会, 2012年2月, 札幌)
- 3) 腕頭動脈分岐直後の右鎖骨下動脈瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 長谷川幸生, 青木 秀俊
(第92回日本胸部外科学会北海道地方会, 2012年2月, 札幌)
- 4) 開心術周術期におけるランジオロールの使用経験
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 増田 貴彦, 長谷川幸生
安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊
同 ・麻酔科
一宮 尚裕
(第12回北海道周術期管理研究会, 2012年3月, 札幌)
- 5) 原発性心臓腫瘍の手術例32例の検討
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 長谷川幸生, 青木 秀俊
(第42回日本心臓血管外科学会, 2012年4月, 秋田)
- 6) 「この傷病者(患者)は急性大動脈解離じゃないか?」いつ
思いつくか, どのように診断するか
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第12回旭川救急医療症例研究会, 2012年4月, 旭川)
- 7) Swan-Ganzカテーテルによる肺動脈穿孔の1例
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第15回北海道心臓外科フォーラム, 2012年6月, 札幌)
- 8) 大腸菌による感染性心内膜炎に対して僧帽弁形成術を行った
1例
市立旭川病院・胸部外科
村瀬 亮太
(第128回旭川心臓を診る会 (ACC), 2012年6月, 旭川)
- 9) 治療に難渋している連合弁膜症1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
増田 貴彦, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第107回日本循環器学会北海道地方会, 2012年6月, 札幌)
- 10) 多発性動脈瘤の手術症例の検討
市立旭川病院・胸部外科
奥山 淳, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 増田 貴彦, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第97回北海道外科学会, 2012年9月, 札幌)
- 11) 胸痛を主訴に発見された縦隔腫瘍の1例
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第93回日本胸部外科学会北海道地方会, 2012年9月, 札幌)
- 12) 内視鏡使用による膝下動脈への大伏在静脈in situバイパス術
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋
(第25回北大血管疾患研究会, 2012年9月, 札幌)
- 13) Endoscopically-assisted in situ greater saphenous vein grafting
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 村瀬 亮太, 奥山 淳
増田 貴彦, 安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊
(7th Meeting of the German-Japanese Society for Vascular
Surgery, 2012年9月, 淡路)
- 14) 大動脈弁置換術後の大動脈近位部拡大に対するRe-do手術
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 村瀬 亮太, 奥山 淳
増田 貴彦, 安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊
(第32回日本血管外科学会北海道地方会, 2012年10月, 札幌)
- 15) Churg-Strauss症候群に急性大動脈解離を合併した1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
増田 貴彦, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第32回日本血管外科学会北海道地方会, 2012年10月, 札幌)
- 16) 胸部大動脈-食道ろうの治療戦略
北大・循環器外科
南田 大朗, 久保田 卓, ほか
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第32回日本血管外科学会北海道地方会, 2012年10月, 札幌)
- 17) 完全房室ブロックを伴う修正大血管転位症に対し経静脈的ペ
ースメーカー移植を施行した1例
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
増田 貴彦, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第108回日本循環器学会北海道地方会, 2012年11月, 札幌)
- 18) 術後放射線治療が奏効した心臓血管肉腫の1例
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第129回旭川心臓を診る会 (ACC), 2012年11月, 旭川)
- 19) 大血管転位症・修正大血管転位症に対するペースメーカー植
え込みの工夫
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
増田 貴彦, 奥山 淳, 村瀬 亮太, 青木 秀俊
(第60回北大心臓疾患研究会, 2012年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 感染性胸腹部大動脈瘤3例の手術経験

市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
増田 貴彦, 青木 秀俊

耳鼻咽喉科
[学会発表]

- 1) 風邪を1日で治す～葛根湯の使い方
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤 公輝
(札幌市耳鼻咽喉科38回勉強会, 2012年3月, 札幌)
- 2) 明日から使えるめまいの漢方
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
佐藤 公輝
(札幌市耳鼻咽喉科38回勉強会, 2012年9月, 札幌)
- 3) 口腔底神経節細胞腫の1例
市立旭川病院・耳鼻咽喉科
北尾 恭子, 相澤 寛志, 佐藤 公輝
(日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会 第206回学術講演会, 2012年10月, 札幌)

小児科
[学会発表]

- 1) 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, 2012年1月, 旭川)
- 2) 当科におけるウイルス性胃腸炎のミニアウトブレイクと感染対策
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸
北大・医学部小児科
宮越 祥子
(日本小児科学会北海道地方会第283回例会, 2012年3月, 旭川)
- 3) BCG後結核疹の1例
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 上田 泰弘, 佐竹 明, 小西 貴幸
同・皮膚科
坂井 博之
北大・小児科
宮越 祥子
(第33回道北小児科懇話会, 2012年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 小児突発性胃穿孔の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
福永 亮朗, 子野日政昭
(小児内科 44:1910-1913, 2012)

- 1) 前立腺癌病期Aについての臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
鈴木 英孝, 岩見 大基, 望月 端吾, 金川 匡一
(第385回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2012年1月, 札幌)
- 2) 進行性精巣腫瘍の2例～導入化学療法後の残存腫瘍～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 西村 陽子, 村橋 範浩, 金川 匡一
(第7回道北泌尿器談話会, 2012年3月, 旭川)
- 3) 知って治そう, 身近な泌尿器疾患: 腎移植について
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一
(市民公開講座日本泌尿器科学会100周年記念事業, 2012年4月, 旭川)
- 4) ガイドラインからみた最近の泌尿器科がん診療
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一
(市立旭川病院地域医療連携講演会, 2012年5月, 旭川)
- 5) 当科におけるABO血液型不適合腎臓移植の成績
市立旭川病院・泌尿器科
鈴木 英孝, 岩見 大基, 望月 端吾, 金川 匡一
(第28回腎臓移植・血管外科研究会, 2012年7月, 箱根)
- 6) 旭川での献腎移植成績
市立旭川病院・泌尿器科
村橋 範浩, 西村 陽子, 望月 端吾, 金川 匡一
(道北腎がんサミット, 2012年8月, 旭川)
- 7) 家族で聞こう～前立腺がんの話～: 薬物療法の進歩
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(市民公開講座旭川前立腺がんフォーラム2012, 2012年9月, 旭川)
- 8) 当院における転移性腎癌に対するスニチニブの使用経験
市立旭川病院・泌尿器科
西村 陽子, 村橋 範浩, 望月 端吾, 金川 匡一
(第387回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2012年10月, 札幌)
- 9) 腹腔鏡下腎部分切除術症例の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 西村 陽子, 村橋 範浩, 金川 匡一
(第387回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2012年10月, 札幌)
- 10) 旭川での腎移植
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一
(講演会第9回腎移植ってなんだろう?, 2012年10月, 旭川)
- 11) 腹腔鏡下腎部分切除術症例の検討
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 西村 陽子, 村橋 範浩, 金川 匡一
(第26回日本泌尿器内視鏡学会総会, 2012年11月, 仙台)

- 12) 当院における生体腎臓移植の臨床的検討
市立旭川病院・泌尿器科
村橋 範浩, 西村 陽子, 望月 端吾, 金川 匡一
(第32回北海道腎移植談話会, 2012年11月, 札幌)
- 13) ワークショップ「献腎移植報告と諸問題」
市立旭川病院・泌尿器科
村橋 範浩, 西村 陽子, 望月 端吾, 金川 匡一
(第32回北海道腎移植談話会, 2012年11月, 札幌)
- 14) シンポジウム「ABO血液型不適合腎臓移植における免疫制御レジメンと成績」: ABO血液型不適合腎臓移植のレジメンと成績
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一, 村橋 範浩, 西村 陽子, 望月 端吾
(第32回北海道腎移植談話会, 2012年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) スニチニブ投与にて手術侵襲が低減した下大静脈腫瘍塞栓を伴う腎癌の1例
市立旭川病院・泌尿器科
千葉 博基, 広瀬 貴行, 下田 直彦, 金川 匡一
(日本泌尿器科学会雑誌 103: 623-626, 2012)

産婦人科

[投稿論文]

- 1) 初回Paclitaxel, Carboplatin療法後に発症したSIDAHの1例
市立旭川病院・産婦人科
石破光咲子, 林 博章, 中田 俊之, 北 香
(旭川市立病院医誌 44: 4-7, 2012)

精神神経科

[学会発表]

- 1) 思春期外来を訪れるビミョーな子どもたち
市立旭川病院・精神科
武井 明
(小児健康フォーラム, 2012年6月, 北見)
- 2) 児童思春期の心の病気
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話第34回電話相談員養成講座, 2012年6月, 旭川)
- 3) 当科における児童青年期入院患者(20歳以下)の動向
市立旭川病院・精神科
泉 将吾, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
(北海道精神神経学会第121回例会, 2012年7月, 旭川)
- 4) 不登校傾向を示す児童生徒の理解と対応
市立旭川病院・精神科

- 武井 明
(平成24年度旭川市特別支援教育センター研修事業, 2012年9月, 旭川)
- 5) 児童青年期精神科領域における連携
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第11回北海道精神科リハビリテーション研究会, 2012年10月, 名寄)
- 6) 思春期外来からみた最近の子どもたち
市立旭川病院・精神科
武井 明
(障がい福祉・医療・教育・地域住民の連携事業, 2012年11月, 北見)
- 7) ひきこもりの理解と対応
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成24年度北海道精神保健福祉センター専門研修「思春期・青年期の精神保健課題研修」, 2012年11月, 札幌)
- 8) 思春期の子どもたちのビミョーな気持ち
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成24年度東川町特別支援教育講演会, 2012年12月, 東川)

[投稿論文]

- 1) 総合病院に開設された精神科思春期外来の現状－昼の顔と夜の顔－
市立旭川病院・精神科
武井 明
(北海道児童青年精神保健学会誌 25: 36-37, 2011)
- 2) 抜毛症(抜毛癖)
市立旭川病院・精神科
武井 明
(臨床精神医学 40(増刊): 298-300, 2012)
- 3) ビミョーな子どもたち－精神科思春期外来
市立旭川病院・精神科
武井 明
(日本評論社 2012)
- 4) ビミョーな子どもたち－思春期の子どもと繋がるために
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話 114: 2012)
- 5) 母親を支えることの大切さ
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話 115: 2012)
- 6) 書評:「移行支援としての高校教育－思春期の発達支援からみた高校教育改革への提言」小野善郎, 保坂 亨(編著), 福村出版

市立旭川病院・精神科

武井 明

(日本児童青年精神医学とその近接領域 53:652-653, 2012)

7) 塚本先生と「生きる時間」を共有して

市立旭川病院・精神科

原岡 陽一

(塚本隆三遺稿集 光は北方より:295-299, 2012)

8) 思春期の精神療法

市立旭川病院・精神科

武井 明

(臨床精神医学 41 (増刊):313-318, 2012)

麻酔科

[学会発表]

1) 高度徐脈に対し、ペーシング電極付きスワンガンツカテーテルが有用であった1症例

市立旭川病院・麻酔科

山岸 昭夫, 飛世 史則, 一宮 尚裕

旭川医大・麻酔・蘇生学講座

遠山 裕樹, 関 慶子

市立釧路総合病院・麻酔科

長谷川宙希

(第28回旭川全身管理研究会, 2012年5月, 旭川)

2) 当院における周術期脳梗塞発症症例の検討～頭部CT像は周術期脳梗塞のリスク評価となりうるか～

市立旭川病院・麻酔科

大槻 郁人

北見赤十字病院・麻酔科

佐藤 順一, 佐藤 通子, 高桑 一登, 高橋 広巳

荒川 穰二

(日本麻酔科学会第59回大会, 2012年6月, 神戸)

3) The risk factor for postoperative brain stroke; brain CT imaging study

市立旭川病院・麻酔科

Otsuki I

北見赤十字病院・麻酔科

Sato J, Sato M, Takakuwa K, Takahashi H

Arakawa J, Yamakage M

(The annual meeting of the American Society of Anesthesiologists, Oct. 2012, Washington, DC, USA)

4) 人工股関節置換術の術後鎮痛としての腰神経叢ブロックと大腿神経・外側大腿皮神経ブロックの比較

市立旭川病院・麻酔科

高橋 桂哉

旭川医大・麻酔・蘇生学講座

和泉 裕己, 小野寺美子, 飯田 高史, 大友 重明

国澤 卓之, 岩崎 寛

名寄市立病院・麻酔科

佐藤 慎

(日本臨床麻酔学会第32回大会, 2012年11月, 郡山)

5) 当院における術前経口補水の導入

市立旭川病院・麻酔科

山岸 昭夫, 高橋 桂哉, 大槻 郁人, 飛世 史則

一宮 尚裕

(第29回旭川全身管理研究会, 2012年12月, 旭川)

[投稿論文]

1) 人工心肺使用手術における非接触型持続鼓膜温測定器(ニプロCEサーモTM)の有用性

市立旭川病院・麻酔科

山岸 昭夫, 飛世 史則, 一宮 尚裕

旭川医大・麻酔・蘇生学講座

遠山 裕樹, 岩崎 寛

(麻酔 61:896-900, 2012)

2) 巨大卵巣腫瘍症例の麻酔経験

市立旭川病院・麻酔科

関 慶子, 山岸 昭夫, 飛世 史則, 遠山 裕樹

長谷川宙希, 一宮 尚裕

(旭川市立病院医誌 44:1-3, 2012)

皮膚科

[学会発表]

1) 「茶のしずく石鹸」に含まれた加水分解小麦による即時型コムギアレルギーのまとめ

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

(第39回日本皮膚科学会北海道地方会, 2012年6月, 旭川)

2) 抗てんかん薬による薬疹と薬疹疑い例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

(第42回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2012年7月, 軽井沢)

3) アトピー性皮膚炎の実践的治療

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(旭川薬剤師学術講演会, 2012年8月, 旭川)

5) 抗てんかん薬による皮膚障害

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(ラミクタール錠に対する安全性情報講演会, 2012年9月, 旭川)

6) ライム病の1例

市立旭川病院・皮膚科

野村和加奈

(第6回道北皮膚科臨床研究会, 2012年11月, 旭川)

7) 飲食物に関連した蕁麻疹(アナフィラキシー)の3例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(第6回道北皮膚科臨床研究会, 2012年11月, 旭川)

8) 抗てんかん薬による皮膚アレルギー

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(旭川皮膚科医勉強会, 2012年12月, 旭川)

9) ライム病の1例

市立旭川病院・皮膚科

野村和加奈, 坂井 博之

(第392回地方会日本皮膚科学会北海道地方会, 2012年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 消化管病変を合併したStevens-Johnson症候群様薬疹の1例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

旭川医大・皮膚科

岸部 麻里, 飯塚 一

(臨床皮膚科 66:485-489, 2012)

2) 開口障害を呈した側頭動脈炎の1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

飯塚 一

(臨床皮膚科 66:1038-1042, 2012)

放射線科

[学会発表]

1) 門脈切SSPPD術後門脈閉塞に対してTIPSルートより血管形成を施行した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

中村 和正, 千葉 篤, 助川 隆士, 鈴木 聡

斉藤 裕輔

(日本MS&G研究会, 2012年5月, 神戸)

2) TAEにて止血した径6mmの破裂前下腔12指腸動脈瘤の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

杉山 隆治, 中島 駿介, 小澤賢一郎, 垂石 正樹

斉藤 裕輔

(第58回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2012年8月, 札幌)

3) ステントグラフトにて緊急止血を行った尿管腸骨動脈瘤の1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 ・泌尿器科

西村 陽子, 村橋 範浩, 望月 端吾, 金川 匡一

(第25回日本IVR学会北日本地方会, 2012年9月, 弘前)

[投稿論文]

1) ステント治療のエビデンス 治療成績と合併症 大動脈ステントグラフト Evidence of Aortic Stent-graft (EVAR, TEVAR)

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(IVR学会誌 27suppl (Metallic Stentの現況と進歩XIV): 2012)

歯科口腔外科

[学会発表]

1) 解離性大動脈瘤に起因する慢性DICにより舌咬傷止血に難渋した1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 泰一

(第63回旭川歯科医師会学術大会, 2012年11月, 旭川)

薬剤科

[学会発表]

1) 退院及び退院後初回外来受診のトロンボテストとワルファリン量についての比較と検討

市立旭川病院・薬剤科

吉田 稔, 山口 純子, 岡崎 邦俊

(第6回旭川薬剤師会・旭川病院薬剤師会合同会員研究発表会, 2012年1月, 旭川)

2) 腎移植患者の服薬アドヒアランス向上への取り組み

市立旭川病院・薬剤科

栗柄 幹典, 岡崎 邦俊

同 ・泌尿器科

金川 匡一

同 ・看護部

安藤 伸, 小田 浩美

(第45回日本臨床腎移植学会, 2012年2月, 軽井沢)

3) スニチニブリンゴ酸塩にて食道炎を発症し疼痛緩和を行った1症例

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文

同 ・緩和ケアチーム

外川 仁美, 子野日政昭, 垂石 正樹

(第6回日本緩和医療学会, 2012年10月, 兵庫)

4) 産婦人科病棟における薬剤師の取り組みについて

市立旭川病院・薬剤科

平野 真弓, 寺田 和文, 岡崎 邦俊
同 ・産婦人科
北 香, 中田 俊之, 林 博章
(第51回全国自治体病院学会, 2012年11月, 高松)

[投稿論文]

1) 腎移植患者の服薬アドヒアランス向上への取り組み

市立旭川病院・薬剤科
栗柄 幹典, 岡崎 邦俊
同 ・泌尿器科
金川 匡一
同 ・看護部
安藤 伸, 小田 浩美
(第45回日本臨床腎移植学会記録集 腎移植症例集 2012: 340-342, 2012)

中央放射線科
[学会発表]

1) CUBE法による手指関節側副韌帯描出に関する検討

市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 三ツ井貴博, 有路 智之
同 ・放射線科
鎌田 洋
北里大学病院・放射線部
尾崎 正則
勤医協苫小牧病院・放射線部
小松 伸好
整形外科内科吉田病院
吉田 英次
(第40回日本磁気共鳴医学会大会, 2012年9月, 京都)

2) 肝動脈描出を目的としたInhance 3D Inflow IRの至摘撮像条件の検討

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, 大塩 良輔, 西田 純, 西館 文博
(第40回日本磁気共鳴医学会大会, 2012年9月, 札幌)

3) 「Cardiac Imagingを語る」－MRI編－

市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(平成24年度苫小牧放射線技師会学術研究会特別講演, 2012年10月, 苫小牧)

4) 当院におけるさらなる散乱線被ばく低減にむけた試み

市立旭川病院・中央放射線科
西館 文博, 三ツ井貴博, 菅野 聡美, 平子 哲也
(平成24年度公益社団法人日本診療放射線技師会北海道地域学術大会, 2012年10月, 札幌)

5) 手指関節側腹韌帯抽出におけるCUBE法の検討

市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 三ツ井貴博, 有路 智之
同 ・放射線科
鎌田 洋
北里大学病院・放射線部
尾崎 正則
勤医協苫小牧病院・放射線部
小松 伸好
整形外科内科吉田病院
吉田 英次
(北海道放射線技師会平成24年度北海道地域学術大会, 2012年10月, 札幌)

6) 当院におけるCT検査での被曝線量についての検討

市立旭川病院・中央放射線科
西田 純, 大野 肇
(第51回全国自治体病院学会, 2012年11月, 高松)

7) 脂肪抑制パーフェクトガイド後編 腹部・骨盤腔

市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之
(日本放射線技術学会北海道部会学術大会第68回秋季大会, 2012年11月, 札幌)

8) CBCTにおける至摘造影剤注入タイミングの検討

市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博, 平子 哲也, 大野 肇, 川崎 伸一
福田 泰之, 西田 純
(放射線技術学会北海道部会平成24年度秋季学術大会, 2012年11月, 札幌)

9) 基礎講習MRI検査－MRI装置－

市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(平成24年度日本診療放射線技師会基礎講習「MRI検査」, 2012年11月, 帯広)

10) 基礎講習MRI検査－MRIの安全管理－

市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(平成24年度日本診療放射線技師会基礎講習「MRI検査」, 2012年11月, 帯広)

11) CTにおける低管電圧撮影の画質評価

市立旭川病院・中央放射線科
小木 有紗, 石澤 博, 福田 泰之, 西田 純
大野 肇
(平成24年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2012年12月, 旭川)

12) CRからFPDへの装置更新時に行った基礎的検討

市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 竹内 顕宏
(平成24年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2012年12月, 旭川)

[投稿論文]

1) マンモグラフィ撮影時における安全対策の検討

市立旭川病院・中央放射線科

小木 有紗, 竹内 顕宏

(旭川放射線技師会誌 34:21-24, 2012)

2) 当院におけるさらなる散乱線被ばく低減にむけた試み

市立旭川病院・中央放射線科

西館 文博, 三ツ井貴博, 菅野 聡美, 平子 哲也

(北海道放射線技師会会報 1:25-27, 2013)

3) 3D Cardiac Imaging: Reduce Exam Slot From 43 Minutes to 30 Minutes

Department of Central Radiological Technology, Asahikawa City Hospital

Shinichi Kawasaki

Cardiovascular Center, Asahikawa City Hospital

Ishii Yoshinao

MR Research Project Manager GE Healthcare Japan

Mitsuhiro Uike

(SIGNA Pulse of MR Spring 2012 ISMRM Edition Vol.12:40-42)

4) Signa HDxt 1.5T Optima Edition Customer's VOICE

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一, 福田 泰之, 大野 肇

同 ・内科

石井 良直

(GEToday January 2012 GEHC USA)

5) Non-Contrast Peripheral MRA in ASO Enhance 3D Deltaflow

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

同 ・放射線科

花輪 真

(Clinical Case Study 2012 GEHC USA)

6) 3D Cardiac Imaging: Reduce Exam Slot From 43 Minutes to 30 Minutes

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

同 ・内科

石井 良直

GEヘルスケア・ジャパン株式会社

鶴池 充宏

(Economic Case Study 2012 GEHC USA)

7) 虚血性心疾患MR検査時間短縮の試み

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

同 ・内科

石井 良直

(MRtoday 2012 GEHC USA)

8) 3D Delta Flowの有用性

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

同 ・放射線科

花輪 真

(GEToday 2012 GEHC USA)

中央検査科

[学会発表]

1) 心室中隔欠損症に感染性心内膜炎を伴った4症例の超音波像

市立旭川病院・中央検査科

小野寺英里, 永森 祐衣, 三浦 美里, 長瀬 雅彦

同 ・胸部外科

宮武 司, 吉本 公洋, 安達 昭, 大場 淳一

青木 秀俊

同 ・小児科

小西 貴幸

(第10回北海道心血管エコー研究会, 2012年3月, 札幌)

2) エデュケーショナルセミナー: 緊急疾患における心エコー検査の視点

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(第37回日本超音波検査学会, 2012年6月, 札幌)

3) 高アンモニア血症を認めた多発性骨髄腫の1症例

市立旭川病院・中央検査科

八重樫 直, 越高 正広

(第13回日本検査血液学会学術集会, 2012年7月, 大阪)

4) 肺がんにおける気管支洗浄細胞診の迅速診断の有用性

市立旭川病院・中央検査科

山田 和明, 荃田 力, 勝見 友則, 二郷 元彦

中野 成紀, 高田 明生

同 ・内科

谷野 洋子, 岡本 佳裕

(第87回北海道医学検査学会, 2012年9月, 旭川)

5) 当院における輸血製剤使用状況について

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 政子

(第87回北海道医学検査学会, 2012年9月, 旭川)

6) 異なる経過をたどった心原性悪性腫瘍の2例

市立旭川病院・中央検査科

小野寺英里, 永森 祐衣, 三浦 美里, 長瀬 雅彦

同 ・胸部外科

大場 淳一

(第43回旭川心エコー勉強会, 2012年10月, 旭川)

7) 右心系狭窄疾患の超音波像

市立旭川病院・中央検査科

長瀬 雅彦

(第11回北海道心血管エコー研究会, 2012年11月, 札幌)

リハビリテーション科

[学会発表]

- 1) 不整脈により遅延した弁膜症術後リハ患者の1例
市立旭川病院・リハビリテーション科
濱岸 弦生
(第3回旭川方面呼吸循環系勉強会, 2012年10月, 旭川)
- 2) 「糖尿病の運動:正しい運動していますか?」
市立旭川病院・リハビリテーション科
品川 知己
(糖尿病講演会, 2012年11月, 新十津川)

臨床器材料

[学会発表]

- 1) 血液透析療法における「AESCULON mini®」の有用性
市立旭川病院・臨床工学室
堂野 隆史, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩
(第22回日本臨床工学会, 2012年5月, 富山)
- 2) 血栓閉塞を伴う急性A型大動脈解離によりLMT閉塞を呈し
PCIを施行した1症例
市立旭川病院・臨床工学室
山口 和也, 田中 義範, 澤崎 史明, 堂野 隆史
米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩
(CVIT2012 第21回日本心血管インターベンション治療学
会, 2012年7月, 新潟)
- 3) 体外循環施行時の温度管理 -現状と工夫-
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
同 ・臨床工学室
田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明, 堂野 隆史
河田 修一, 鷹橋 浩
同 ・麻酔科
山岸 昭夫, 一宮 尚裕
(第27回日本臨床体温研究会, 2012年8月, 札幌)
- 4) 透析患者に対してMUFは有効であるか
市立旭川病院・臨床工学室
澤崎 史明, 田中 義範, 山口 和也, 堂野 隆史
米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一, 鷹橋 浩
(第19回日本体外循環技術医学会 北海道地方会大会, 2012
年9月, 札幌)
- 5) 僧帽弁運動速度による左室充満圧の推定精度は左房径と左
室駆出率に影響される
国立病院機構函館病院・循環器科
小室 薫, 安在 貞祐
同 ・臨床検査科
横山 典子, 寺井 正美
同 ・臨床研究部

- 米澤 一也
北大大学院・循環病態内科学
山田 聡, 岩野 弘幸, 筒井 裕之
北大・保健科学研究院
三神 大世
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦
同 ・臨床工学室
山口 和也
同 ・内科
石井 良直
(第42回北海道超音波医学会北海道地方会, 2012年10月, 札幌)
- 6) An Attitude Survey for the Development of a Perfusion Data-
base in Japan, and a Survey on its Implementation Status
藤田保健衛生大学・医療科学部
日比谷 信, 亀井 哲也
大阪労災病院・臨床工学室
吉田 清
東京女子医科大学病院・臨床工学部
南 茂
国立病院機構名古屋医療センター・臨床工学室
高井 浩司
名古屋大学医学部付属病院・医療技術部臨床工学部門
中村 智裕
神戸大学医学部付属病院・手術部
加納 寛也
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
埼玉医科大学国際医療センター・MEサービス部
関口 敦
自治医科大学付属さいたま医療センター・臨床工学部
百瀬 直樹
埼玉医科大学・保健医療学部
見目 恭一
(ICEBP, 2012年10月, アメリカ・サンディエゴ)
 - 7) 冠動脈バイパス術の異なる補助手段が生体に与える影響-3
種類の補助手段での検討-
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一, 鷹橋 浩
同 ・胸部外科
吉本 公洋, 宮武 司, 大場 淳一, 青木 秀俊
(第38回日本体外循環医学会学術大会, 2012年11月, 千葉)
 - 8) 急性心筋梗塞に対するPCI施行中, no-reflowとなりショック
となった1症例 -IVUSから得られた反省点-
市立旭川病院・臨床工学室
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
同 ・内科

広瀬 愛, 木谷 裕也, 井川 貴行, 井澤 和眞
菅野 貴康, 石井 良直

(第23回北海道臨床工学会, 2012年11月, 札幌)

9) 血栓閉塞を伴うスタンフォードA型急性大動脈解離により
LMT閉塞を呈しPCIを施行した1症例

市立旭川病院・臨床工学会

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

(第23回北海道臨床工学会, 2012年11月, 札幌)

10) 「AESCULON mini®」を用いたCRT設定の試み

市立旭川病院・臨床工学会

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

同 ・内科

石井 良直, 井澤 和眞, 菅野 貴康

(第23回北海道臨床工学会, 2012年11月, 札幌)

11) STEAMIで緊急PCIを行いPTCA後にno-reflow, ショックとな
った1例

市立旭川病院・内科

菅野 貴康

同 ・臨床工学会

田中 義範

(abbott X-pert Forum, 2012年11月, 旭川)

12) 人工心肺使用時におけるATⅢ測定の有効性の検討

市立旭川病院・臨床工学会

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

(第38回日本体外循環医学会学術大会, 2012年11月, 千葉)

13) 血液透析について

市立旭川病院・臨床工学会

鷹橋 浩

(糖尿病について考える会, 2012年11月, 旭川)

14) 心臓カテーテル室業務の現状

市立旭川病院・臨床工学会

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

(第2回旭川IVUS Basic Seminar, 2012年12月, 旭川)

[投稿論文]

1) 非観血式血圧計チェッカ「AccuSim-BP Handheld®」の使用
経験

市立旭川病院・臨床工学会

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

(公益社団法人 北海道臨床工学技士会誌 第22回学術大
会研究発表論文 22号: 24-27, 2012)

2) PMI患者の開心術後, crosstalkにより血行動態が破綻した1
症例-経験を踏まえた今後の術後管理-

市立旭川病院・臨床工学会

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

(日本体外循環技術医学会 北海道地方会誌10:28-32, 2012)

3) 慢性維持透析患者に対する人工心肺症例の検討

市立旭川病院・臨床工学会

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

(体外循環技術 vol. 39 (1): 70-74, 2012)

4) エポエチンアルファ BS注JCRとエポエチンベータとの比較
検討

市立旭川病院・臨床工学会

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

同 ・透析室

佐々木夏美子, 桐 則行

同 ・泌尿器科

金川 匡一

(公益社団法人 北海道臨床工学技士会誌 第22回学術大
会研究発表論文 22号: 103-105, 2012)

5) 非侵襲的心拍出量モニター AESCULON mini (エスクロン)
の使用経験

市立旭川病院・臨床工学会

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

(日本体外循環技術医学会 北海道地方会誌 10: 33-
37, 2012)

看護部

[学会発表]

1) 1%クロルヘキシジングルコン酸塩含有手指消毒剤と0.2%
製剤との比較検討

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(第27回日本環境感染学会, 2012年2月, 福岡)

2) 精神発達遅延の腎移植看護を振り返って

市立旭川病院・西病棟4階

安藤 伸

同 ・泌尿器科外来

難波 幸一

同 ・東病棟5階

矢嶋 桂子

同 ・西病棟4階

小田 浩美

同 ・薬剤科

栗栖 幹典

同 ・泌尿器科

下田 直彦, 金川 匡一

- (第45回日本臨床腎移植学会, 2012年2月, 長野)
- 3) ひきこもりのある移植患者の心理的支援を試みて-POMSの活用ー
市立旭川病院・看護部
難波 幸一, 安藤 伸, 岡田いづみ
同 ・泌尿器科
下田 直彦, 金川 匡一
同 ・精神神経科
武井 明
(第45回日本臨床腎移植学会, 2012年2月, 長野)
- 4) 上肢リンパ浮腫のある患者への関わり～弾性着衣の使用困難事例における筒状包帯の工夫～
市立旭川病院・看護部
外川 仁美
(第26回日本がん看護学会学術集会, 2012年2月, 鳥取)
- 5) DVDによる造血幹細胞移植オリエンテーションの試み
市立旭川病院・西病棟7階
栗原亜沙美, 上山 圭子
(第34回日本造血細胞移植学会総会, 2012年2月, 大阪)
- 6) 電極交換による皮膚トラブル軽減を目的としたセキュラML保湿ローションの有有用性
市立旭川病院・東病棟5階
西田 佳代, 辻 久美, 坂上 祐理, 矢嶋 桂子
(第76回日本循環器科学会学術集会, 2012年3月, 福岡)
- 7) 緊急カテーテル検査・治療における看護師指導方法の検討
市立旭川病院・CCU
岡 由香理, 山本 みき, 石井 麻貴, 櫛引由美子
同 ・内科
石井 良直
(日本循環器学会, 2012年3月, 福岡)
- 8) 新人向けの感染対策
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(道北地区理学療法士会, 2012年5月, 旭川)
- 9) 低血糖患者における低血糖時対処方法の特徴と影響する因子の検討
市立旭川病院・西病棟4階
有澤比呂子, 水沢 幸枝
同 ・外来
増田 千絵
同 ・内科
武藤 英二
(第55回日本糖尿病学会年次学術集会, 2012年5月, 横浜)
- 10) シャワー時における末梢静脈輸液カテーテルの保護カバーの工夫
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
同 ・西病棟3階
木元 史子
(第1回日本感染管理ネットワーク学術集会, 2012年5月, 神奈川)
- 11) MRSAが出たらどうする？
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第3回後志感染管理研修会, 2012年6月, 倶知安)
- 12) シンポジウム：感染管理の視点から見た医療機器管理の現状と課題
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第87回日本医療機器学会大会, 2012年6月, 札幌)
- 13) 糖尿病のフットケア：ターゲットは足だけじゃない！
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(糖尿病・病診連携勉強会, 2012年6月, 旭川)
- 14) レスキューにて使用する内服オピオイド製剤の自己管理基準作成について
市立旭川病院・緩和ケア外来
外川 仁美
同 ・薬剤科
寺田 和文
同 ・内科
垂石 正樹
同 ・外科
沼田 昭彦, 子野日政昭
(第17回日本緩和医療学術学会, 2012年6月, 神戸)
- 15) 院内外泊の施行により在宅療養が可能となった1症例～在宅療養のイメージをつかむために～
市立旭川病院・東病棟7階
大坪 聡織
旭川医療センター
伊藤 洋子, 油川 陽子, 長尾 明香
旭川医大病院
阿部 泰之
(日本緩和医療学会, 2012年6月, 神戸)
- 16) 糖尿病看護ナースのお仕事～インスリン導入時編～
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(Treat to Target in Asahikaawa 2012, 2012年7月, 旭川)
- 17) フットケア技術について
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(第2回ステップアップフットケア, 2012年7月, 札幌)
- 18) 暴力行為に関するインシデント・アクシデントレポートからの考察
市立旭川病院・北病棟1階
村山 正貴, 小林 誠, 佐藤 志乃, 福本きよみ
(第19回日本精神科看護学術集会専門I, 2012年8月・9月, 秋田)

- 19) **こっそり聞きたい感染対策の落とし穴**
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(旭川感染教育セミナー 2012, 2012年9月, 旭川)
- 20) **糖尿病患者の心理と行動**
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(第13回日本糖尿病療養指導士受験者用講習会, 2012年10月, 札幌)
- 21) **糖尿病透析予防指導管理料算定に係わる活動**
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(糖尿病透析予防勉強会, 2012年10月, 旭川)
- 22) **中心静脈ポート管理におけるアクシデント回避に向けての検討**
市立旭川病院・感染対策チーム
桐 則行, 小西 貴幸
同 ・医療安全管理課
橋内 幸子
同 ・西病棟3階
木元 史子
(日本医療マネジメント学会第12回北海道支部学術集会, 2012年10月, 函館)
- 23) **在宅酸素療法導入となり一人暮らしが困難と思われた患者の退院支援**
市立旭川病院・東病棟7階
山口奈津希, 木村 朱江
(第51回全国自治体病院学会, 2012年11月, 高松)
- 24) **外科病棟における感染予防行動の実態調査と問題点の検討**
市立旭川病院・西病棟6階
曳地 光恵, 金田 美和, 大西かおり
(第51回全国自治体病院学会, 2012年11月, 高松)
- 25) **上手に付き合う糖尿病～渡る世間は鬼ばかりじゃない!**
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(糖尿病講演会～知っておきたい糖尿病の予防と治療～, 2012年11月, 新十津川)
- 26) **道北地域における腎移植講演会でのアンケート調査**
市立旭川病院・看護部
難波 幸一, 岡田いづみ
(第32回北海道腎移植談話会, 2012年11月, 札幌)
- 27) **多発性骨髄腫と診断されて～病棟看護師から見た看護のポイント～**
市立旭川病院・西病棟7階
鈴木慎太郎
同 ・薬剤師
寺田 和文
(コメディカルのための四液勉強会あさひかわ, 2012年11月, 旭川)
- 28) **セルフケア支援と糖尿病看護**
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(第1回旭川糖尿病看護研究会, 2012年11月, 旭川)
- 29) **外科開腹手術における周手術期の体温測定方法の検証**
市立旭川病院・手術室
橋本 佳奈, 川島 優子, 豊島置和子, 長井 香織
阿部 朝乃
(第26回日本手術看護学会年次大会, 2012年11月, 横浜)
- 30) **1%クロルヘキジングルコン酸塩含有手指消毒剤導入に向けた手術後手指消毒効果の検討**
市立旭川病院・手術室
長井 香織
(第26回日本手術看護学会年次大会, 2012年11月, 横浜)
- 31) **男子看護学生が臨地実習で感じる困難と支援方法**
市立旭川病院・北病棟2階
高橋 剛
国立病院機構八雲病院
工藤 千恵
名寄市立大学
工藤 恭子
(日本看護科学学術集会, 2012年11月, 東京)
- 32) **患者さんの体験を聴いて「低血糖」の支援をしましょう**
市立旭川病院・外来
増田 千絵
(第44回糖尿病病診連携の研究会, 2012年11月, 旭川)
- 33) **中央材料室の歩き方～感染管理から見た管理・評価～**
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第66回中部地区中央材料研究会, 2012年12月, 名古屋)
- 34) **急性薬物中毒クリニカルパス, バリエーションの減少をめざして**
市立旭川病院・北病棟2階
谷口 誠子
(第13回日本クリニカルパス学会学術集会, 2012年12月, 岡山)

[投稿論文]

- 1) **点滴処置時の幼児に対するプレパレーションの試み**
市立旭川病院・西病棟3階
坂口 夏美, 安瀬 真紀, 栗柄 未央, 金野 陽子
尾崎 由悦
(旭川市立病院医誌 44: 18~21, 2012)
- 2) **手術室患者申し送りの実態調査**
市立旭川病院・看護部手術室
眞鍋美和子, 遠藤真衣子, 長井 香織, 阿部 朝乃
(旭川市立病院医誌 44: 22~24, 2012)

栄養給食科

[学会発表]

- 1) 高TG血症を有する2型糖尿病患者の食事傾向及び介入
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子, 阿部 望, 澤田 幸佳, 坪山 淳子
平子 舞, 古田 千尋
同 内科
武藤 英二
(第15回日本病態栄養学会年次学術集会, 2012年1月, 京都)
- 2) 高TG血症を有する糖尿病患者の栄養指導介入に関する検討
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子, 阿部 望, 澤田 幸佳
同 内科
武藤 英二
(第55回日本糖尿病学会年次学術集会, 2012年5月, 横浜)
- 3) 栄養指導介入の意義～管理栄養士の立場から～
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子
(糖尿病病診連携勉強会, 2012年6月, 旭川)
- 4) Effect Of Nutrition Education on Type2 Diabetic Patients with Hyper triglyceridemia
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子
同 内科
武藤 英二
(第44回日本動脈硬化学会総会学術集会, 2012年7月, 福岡)
- 5) 糖尿病患者における食事療法の意義～管理栄養士が行うべきこと～
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子
(士別・名寄糖尿病講演会, 2012年10月, 士別)
- 6) 腎移植後の食事～これをおさえておこう～
市立旭川病院・栄養給食科
阿部 望
(市民向講演会第9回腎移植ってなんだろう?, 2012年10月, 旭川)
- 7) 糖尿病性腎症の食事について
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子
(市民向講演会第14回糖尿病について考える会, 2012年11月, 旭川)
- 8) 糖尿病食事療法のはてな
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子
(市民向講演会新十津川町糖尿病講演会, 2012年11月, 新十津川)
- 9) 糖尿病透析予防指導管理科とチーム医療について
市立旭川病院・栄養給食科
小川美弥子
(第18回北海道CKDスキルアップセミナー, 2012年11月, 旭川)
- 10) 身近なスイーツ：実はこんなエネルギーだった
市立旭川病院・栄養給食科
澤田 幸佳
(医師・看護師・栄養士のための糖尿病・病診連携勉強会, 2012年11月, 旭川)

Medical essay

発達障害ブーム

最近、発達障害がブームになっており、子どもばかりではなく、大人でも自分は発達障害ではないかと疑って精神科外来を受診する人たちも増えている。発達障害は、年齢相応の社会常識が身についていなかったり、相手との気持ちのやり取りが上手にできなかったりするのが特徴である。その一方で、機械的な暗記が得意であったり、ユニークな視点で物事をとらえたりする。書店では発達障害のこのような特徴を詳しく述べた書物がうず高く積まれている。ある発達障害の青年が、「健常者(定型発達者)が発達障害を理解するための本はあるのに、発達障害の僕らが健常者を理解する本はどうしてないのか」と述べていた。確かにそうである。われわれとは異なった感覚や着眼点を持った発達障害者から見た健常者と言われる人たちの理解できない言動を、発達障害者の目を通して見るとどう写るのか、もっと分析してもらいたい。そこには、われわれが普段気づかなかつたり、忘れていたりしている大切なことが隠されているのかもしれない。(A.T.)

「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、各部署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, %, °Cなどを用いる。
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。筆署名は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/distd/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

病院誌45巻完成の運びに当たりまして、本年も多くの研究論文、報告を投稿頂きありがとうございました。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部、中央放射線科、臨床器材科、リハビリテーション科、栄養給食科の多くの先生方、スタッフの皆様、また、御多忙の中、短い期間の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に心から感謝致します。

本号は、研究論文2編、症例報告3編、看護研究1編の他、ユジノサハリンスクへの公式訪問報告が主論文として掲載されている。竹村論文では、当院での未治療急性白血病58例について、病型、寛解導入療法の成績、長期生存率などについて詳細に分析がなされ、全国成績に比較して予後不良の病型の頻度が高く、また高齢者が多いため、合併症による早期死亡が多いことが当院での問題点として挙げられており、さらなる成績の向上への取り組みへの強い意欲が感じられる。武井論文では当院精神科思春期外来を受診した968例中、高校生が47%と最も多かった。このうち、広汎性発達障害の高校生の頻度が2009年以降急速に増加しており、その背景に“いじめ”が重要な問題として存在しており、医療・社会で支援してゆくことの重要性が強調されている。伊藤論文では産婦人科手術後の血栓症予防のための間欠的空気圧迫装置と弾性ストッキングの装着感について、50例を対象にアンケート調査を行い、その約半数で、多少以上の不快感を感じており、事前の説明、適切な着脱・清拭などが必要が不快防止に重要であることが報告されている。症例報告では、研修医、ベテランが貴重な症例について、深い考察を行いながら、報告されている。ユジノサハリンスク訪問記では、子野日先生と大場先生の極寒ユジノ（見栄でヨーロッパ、と記載されてはいるが）弥次喜多道中記が綴られており、どうも、「若くて綺麗な女性」と「食べ物、飲み物（酒）」がこの旅のキーワードだったようであります。その他、例年通りのCPC報告、教育研修報告、医局抄読会、看護研究発表会の記録が掲載されており、当院における、2012-13年の学術面の集大成が綴られています。

毎年、書かせて頂いておりますが、どうか市立旭川病院の職員全員が一年に一つ以上、仕事上感じる疑問点や問題点について、調べ、研究し、その結果を学会または論文で発表して下さい。多忙な日常業務の合間に、各部署で問題点を抽出、解析、解決に向けての方策を立て、それを実践する、という医学・看護研究が全病院的な規模で行われることは大変素晴らしいことと考え、市内の他病院に負けない、という職員一人一人の自負それを裏付ける実績が必要と考えます。

来年以降も、本年よりもさらに多くの職員の方々からの投稿をお待ちしております。いつ研究するの？ 今でしょ！！（本が出ることには古くなってますね。とほほ）

2013年9月

教育研修課長 齊藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	齊藤 裕輔	編集協力委員	岡崎 邦俊
編集委員	佐藤 公輝		古川 美砂
	武井 明		大野 肇
	佐竹 明		武田 晃典
	岡本 佳裕		
	千葉 篤	事務局	尾藤 真紀
	宮本 義博		長岡 伸治
	望月 端吾		直江 理子
	助川 隆士		

《基本理念》

患者さん中心の医療を行い、市民から信頼される病院を目指します。

《基本方針》

1. 高度医療を担い、安全で質の高い医療を提供します。
2. 地域の病院・診療所と連携し、地域医療の向上に努めます。
3. 救急医療を担い、市民に安心な医療を提供します。
4. 公共性を確保し、健全な病院経営に努めます。
5. 教育研修を充実し、人材育成に努めます。

《患者さんの権利》

～私たちは患者さんの権利を尊重します～

1. 患者さんの人権は、守られます。
2. 患者さんは、十分に納得できるまで説明を受けることができます。
3. 患者さんは、治療方法を選択することができます。
4. 患者さんは、平等で適切な医療を受けることができます。
5. 患者さんの医療上の個人情報を守られます。

旭川市立病院医誌 [第45巻1号]

平成25年9月30日 印刷
平成25年9月30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3条通4丁目右1号

(株)あいわプリント

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.45 No.1
September 2013

[Original Articles]

- Retrospective clinical analysis of adult patients with previously untreated acute myeloid leukemia in Asahikawa City Hospital.
..... Ryo TAKEMURA
- Clinical characteristics of senior high school students with pervasive developmental disorder visiting an adolescent psychiatric
clinic. Akira TAKEI

[Case Reports]

- Borderline tumor of the fallopian tube in 16 years old woman. Hideaki KISHI
- Pentamidine-induced hypoglycemia in a patient with pneumocystis pneumonia:a case report. Naoki FUKUDA
- A case of Lichen syphiliticus. Manabu SUDOU

[Reports]

- Report of public visit to Yuzhno-Sakhalinsk city 2012. Masaaki NENOHI

[Nursing Reports]

- Survey of the patient's impression with the combined use of intermittent pneumatic compression and elastic stocking after
gynecological operation. Mika ITO
-
-