

旭川市立病院医誌

第47巻 1号

平成27年12月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

当科における既治療FL・MCLに対する⁹⁰Y-ibritumomab tiuxetanの後方視的解析
血液内科 石尾 崇

【症例報告】

異所性平滑筋腫の2例と文献的考察
産婦人科 水無瀬 萌

MIBG心筋シンチグラフィーで有意な集積低下を認めなかった
probable DLBの1例
精神科 金子真一郎

【看護研究】

消化器内科病棟における看護課題の検討
看護部 小倉 佳奈

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

旭川市立病院 医誌47巻 1号

平成27年12月発行

目 次

【臨床研究】

当科における既治療FL・MCLに対する ⁹⁰ Y-ibritumomab tiuxetanの後方視的解析	血液内科 石 尾 崇	1
--	------------------	---

【症例報告】

異所性平滑筋腫の2例と文献的考察	産婦人科 水無瀬 萌	7
MIBG心筋シンチグラフィーで有意な集積低下を認めなかったprobable DLBの1例	精神科 金子 真一郎	17

【看護研究】

消化器内科病棟における看護課題の検討	看護部 小 倉 佳 奈	23
--------------------------	-------------------	----

【臨床病理検討会】

第1回 平成26年7月9日	内 科 今 本 鉄 平	29
第2回 平成26年9月16日	胸部外科 坂 入 あ い	30
第3回 平成26年11月11日	内 科 富 岡 健	33
第4回 平成27年1月20日	内 科 横 山 竜 也	35
第5回 平成27年3月3日	内 科 土 井 準	37

【教育研修報告】

第70回マンモグラフィ技術試験に参加して	中央放射線科 小 木 有 紗	40
第28回日本手術看護学会年次大会に参加して	看護部 原 井 絵 里	40
第53回全国自治体病院学会に参加して	看護部 川 田 美 穂	41
平成26年度院内感染対策講習会に参加して	中央検査科 藤 田 佳 奈	42

【医局抄読会記録】

心電図の自動解析診断は信用できる？	循環器内科	石井良直	44
当科における内視鏡的異物除去の現状	循環器内科	佐々木貴弘	44
SPIDDM（緩徐進行1型糖尿病）の1例	循環器内科	坂上英充	44
よくわかる血球貪食症候群	循環器内科	石尾崇	45
明らかな粉塵作業に従事したことの無い農夫に発症した塵肺の例	循環器内科	今本鉄平	45
当院における単径ヘルニア手術の現状	外科	栞原尚太	45
冠動脈疾患に対するCABGとPCI	胸部外科	奥山淳	46
嚥下障害に対する手術	耳鼻咽喉科	倉本倫之介	46
漢方薬を使ってみる：六君子湯	小児科	佐竹明	46
移植腎機能低下の危険因子の検討	泌尿器科	高田祐輔	47
出生前診断と医の倫理	産婦人科	小田切信介	47
当科に入院した発達障害患者について	精神科	目良和彦	48
体幹の神経ブロック～当院手術室での実際～	麻酔科	佐古澄子	48
乱視の矯正方法	眼科	菅野晴美	48
歯科金属除去で改善した全身型金属アレルギー	皮膚科	坂井博之	49
IMRT（強度変調放射線治療）の実際と新展開	放射線科	川島和之	49
造血幹細胞移植後に発症した慢性口腔GVHDの経過観察中に生じた上顎歯肉疣状癌の1例	歯科口腔外科	佐藤栄晃	49

【看護研究発表会記録】

分娩施設決定要因と分娩サービスの満足度調査	東3階	小檜山睦	51
小児科における看護師の服薬指導に対する意識と行動の変化	西3階	三浦友美	51
当院を就職先として選択した決定要因	西4階	吉本麻希	52
消灯時間を過ぎてのテレビ鑑賞について	東5階	高橋純子	52
術後せん妄患者への看護	西5階	川岸絵里香	53
消化器内科病棟における看護課題の検討	東6階	鈴木彩加	53
間欠的空気圧迫法実施に伴う苦痛症状軽減のための研究	西6階	川田朋枝	54
吸入手技習得を目指したアドヒアランス向上の試み	東7階	岩渕雄多	54
移植患者における運動療法の効果について	西7階	武田志織	55
総合病院の精神科閉鎖病棟に入院した注意欠陥多動性障害（ADHD）児の看護についての1考察	北1階	山口涼	55
精神科病棟における看護師のストレス要因	北2階	山口紗弓	56
CCUにおける急性心筋梗塞患者の指導時期の検証	集中治療室	柳瀬まどか	56

DVD教材を用いた固定チーム以外の看護師の不安尺度の変化 手術室 横井 彩乃 57

外来看護師の外来看護に対する認識調査 外来 竹本 久美子 57

【がん診療連携拠点病院関連研修会】 59

【平成26年度各科学会発表ならびに投稿論文】 61

【Medical Essay】 6, 22, 39, 50, 58, 60, 81

【編集後記】 83

当科における既治療FL・MCLに対する⁹⁰Y-ibritumomab tiuxetanの後方視的解析*

市立旭川病院・血液内科 石 尾 崇** 橋 口 淳 一
竹 村 龍 岩 崎 純 子
千 葉 広 司 柿 木 康 孝

はじめに

濾胞性リンパ腫 (Follicular lymphoma ; FL) およびマントル細胞リンパ腫 (Mantle cell lymphoma ; MCL) に対する治療は抗CD20キメラ抗体であるリツキシマブ (R) を併用するR-CHOP療法やR-HyperCVAD療法などが初回寛解導入療法として確立され、サルベージ療法としては他のregimenや大量化学療法を用いた自家末梢血幹細胞移植が検討されている。しかし、これらの治療では無増悪生存率 (Progression free survival ; PFS) および全生存率 (Overall survival ; OS) がplateauに到達しないのが現状である。

近年、ラジオアイソトープ (RI) を標識した抗体薬を用いる治療法として放射免疫療法 (radioimmunotherapy ; RIT) が注目されており、放射性感受性が高い悪性リンパ腫に対して開発が進んでいる。本邦ではβ線のみを放出するイットリウム-90 (⁹⁰Y) を標識した抗CD20抗体である⁹⁰Y-ibritumomab tiuxetan (商品名Zevalin[®], 以下

zevalin) が2008年に承認・発売され、低悪性度B細胞性非ホジキンリンパ腫、特にFLおよびMCLの治療薬として臨床応用されている。β線は5 mm程度の範囲に影響を及ぼすため、RITでは隣接腫瘍細胞へのRIによる殺細胞効果 (Cross Fire効果) を認める。リツキシマブよりも高い抗腫瘍効果が期待されているが、現時点では投与のタイミングが確立されていない。

今回、我々は2009年から2013年までに当科でzevalin投与を行ったFLおよびMCL計18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

2009年から2013年まで (観察期間中央値 : 40.5 ヶ月) に当科でzevalin投与を行ったFLおよびMCL計18例を対象とし、後方視的に解析した。

対象18例は、以下の6項目を全て満たしていた。

- ①フローサイトメトリー・免疫染色にてCD20陽性リンパ腫病変を確認
- ②ECOGにおけるPerformance Statusが0または1
- ③骨髓中のリンパ腫浸潤が25%未満
- ④直前の化学療法から4週間以上の無治療期間
- ⑤Rituximabを含めた化学療法歴
- ⑥¹¹¹In-Ibritumomab tiuxetanにより適格性ありと評価

zevalinは施行直前の血小板数に応じて投与した (血小板数15万/ μ l以上 : 14.8MBq/kg, 15万未満 : 11.1MBq/kg)。奏功率 (Overall response rate ; ORR) はzevalin投与12週後に判定した。

各データはSPSSを用いて解析した。ORRおよび有

* : Retrospective analysis of ⁹⁰Y-ibritumomab tiuxetan for pre-treated FL or MCL in Asahikawa City Hospital

** : Takashi ISHIO, et al.

Key words : ⁹⁰Y-ibritumomab tiuxetan (Zevalin[®]), Follicular lymphoma (FL), Mantle cell lymphoma (MCL), Overall survival (OS), Progression free survival (PFS)

害事象の割合に対してはFisherの正確確率検定を用い、有意水準を5%未満(両側検定)とした。また、PFSおよびOSに対してはKaplan-Meier法を用いた。

結 果

表1に18例の患者背景を示した。年齢は32歳から67歳(中央値:55歳)であった。臨床病期はⅠ/Ⅱ期が3例、Ⅲ/Ⅳ期が15例であった。病理組織型はFL13例、MCL5例であった。前regimen数は2以下(1-2)が10例、3以上(3-6)が8例であった。

表2では全症例のORR(=完全寛解率(CR)+部分寛解率(PR))の解析結果を示した。全体のORRは

表1 患者背景

		症例数 (%)
投与	¹¹¹ In投与	18 (100.0)
	⁹⁰ Y投与 (14.8MBq/kg)	10 (55.6)
	⁹⁰ Y投与 (11.1MBq/kg)	8 (44.4)
性別	Male	10 (55.6)
	Female	8 (44.4)
年齢 (Zevalin投与時)	中央値 (範囲)	59.5 (44-78)
臨床病期 (初診時)	Ⅰ/Ⅱ期	3 (16.7)
	Ⅲ/Ⅳ期	15 (83.3)
病理組織型(WHO分類)	FL	13 (72.2)
	MCL	5 (27.8)
治療歴	前 Regimen数: 1-2	10 (55.6)
	: 3-6	8 (44.4)
	移植歴 (自家移植)	3 (16.7)
	Bendamustine治療歴	4 (22.2)

77.8% (CR:55.6%+PR:22.2%)で、FL群84.6%(CR:53.8%+PR:30.8%),MCL群60.0%(CR:60.0%+PR:0%)であった。前治療Regimen数で比較したところ、2以下のORRが90.0%(CR:70.0%+PR:20.0%)で、3以上が62.5%(CR:37.5%+PR:25.0%)であった($p=0.2745$)。

図1に全症例のPFSとOSを示した。前Regimen数2以下の群(A群)と3以上の群(B群)で解析を行い、3年PFSおよび3年OSともに有意差を認めた(3年PFS:A群64.0% vs B群25.0% [$p=0.027$], 3年OS:A群87.5% vs B群28.6% [$p=0.031$])。

図2にFL症例のみ抽出した場合のPFSとOSを示した。前Regimen数2以下の群(C群)と3以上の群(D群)で解析を行い、全症例による解析と同様、3年PFSおよび3年OSともに有意差を認めた(3年PFS:C

表2:奏功率

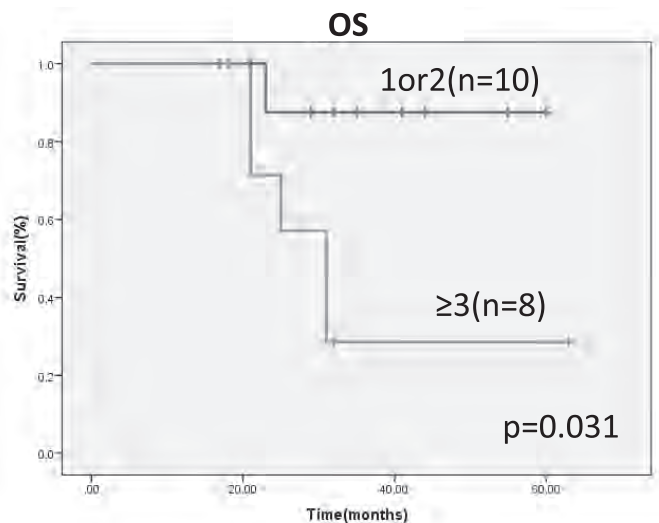
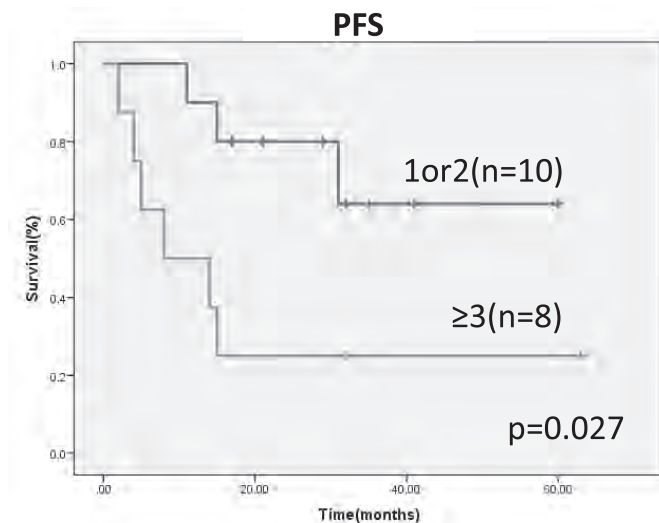
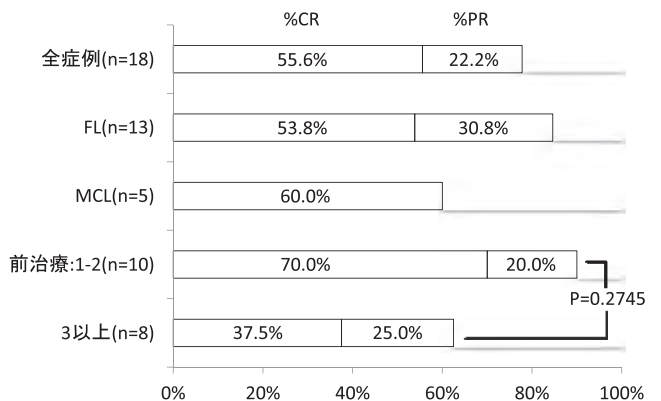


図1 全症例のPFS・OS

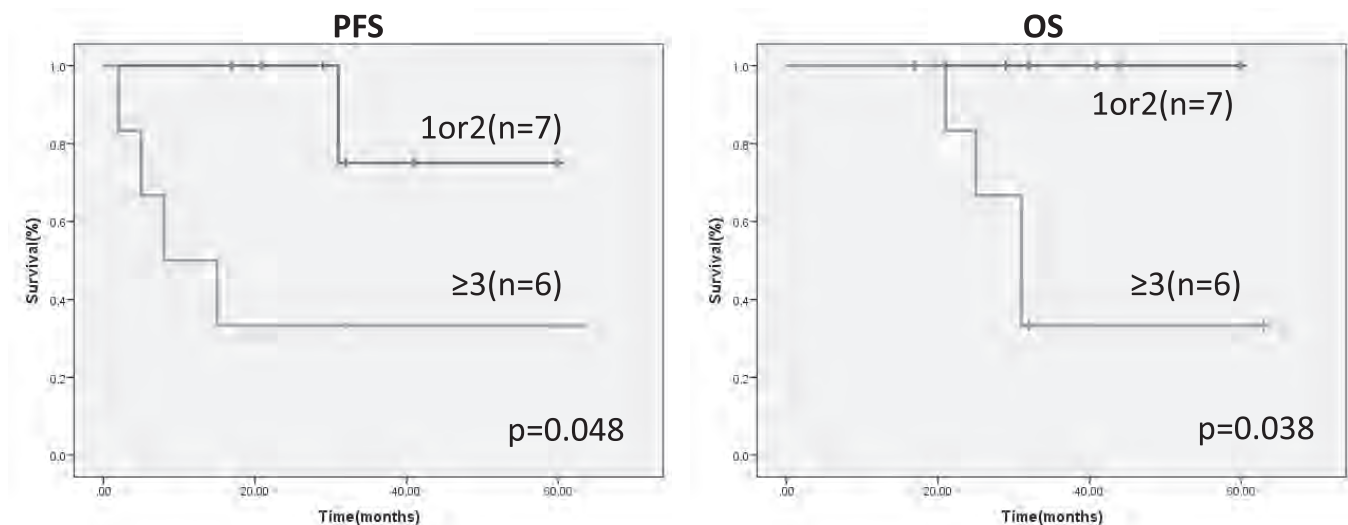


図2 FL症例のPFS・OS

群75.0% vs D群33.3% [p=0.048], 3年OS:C群100% vs D群33.3% [p=0.038]。

表3・表4・表5では全症例の血液毒性を検討した(NCI-CTC version4.0に準拠)。血小板減少(Grade 4)・ヘモグロビン減少(Grade 3)・好中球減少(Grade 4)はいずれも中央値で投与4週後に出現し、回復までに血小板・好中球は中央値で3週間、ヘモグロビンは中央値で1週間を要した。zevalin投与直前の血小板数で比較した場合(血小板数15万/ μ l以上 vs 15万/ μ l未満)、血小板減少(Grade 4)・ヘモグロビン減少(Grade 3)・好中球減少(Grade 4)にいずれも差は認められなかった。一方、前Regimen数で比較した場合(A群 vs B群)、B群の方が血小板減少(Grade 4)・ヘモグロビン減少(Grade 3)・好中球減少(Grade 4)が出現した割合がいずれも高く、ヘモグロビン減少(Grade 3)に関しては有意差を認めた(p=0.0229)。

非血液毒性に関しては、早期の有害事象は認められなかった。zevalin投与後1年以上経過した症例で慢性ITPを1例、tMDS/AML(7 monosomy)を2例認めたが、いずれも前Regimen数が多くzevalinとの因果関係は不明であった。FLからびまん性大細胞性B細胞性リンパ腫(Diffuse large B cell lymphoma; DLBCL)への形質転換はzevalin投与前に1例、投与後1年以上経過した症例で2例認めた。

考 察

今回の後方視的検討では、前Regimen数2以下の群

表3 血小板減少(Grade 4)

	例数	n (%)	p value
投与前血小板数			
150,000/ μ l以上	10	6 (60.0)	-
未満	8	5 (62.5)	
前Regimen数			
1 - 2	10	4 (40.0)	.0656
3 以上	8	7 (87.5)	

表4 ヘモグロビン減少(Grade 3)

	例数	n (%)	p value
投与前血小板数			
150,000/ μ l以上	10	1 (18.2)	.2745
未満	8	3 (25.0)	
前Regimen数			
1 - 2	10	0 (0.0)	.0229
3 以上	8	4 (50.0)	

表5 好中球減少(Grade 4)

	例数	n (%)	p value
投与前血小板数			
150,000/ μ l以上	10	8 (80.0)	-
未満	8	6 (75.0)	
前Regimen数			
1 - 2	10	6 (60.0)	.0915
3 以上	8	8 (100.0)	

と3以上の群との間にPFS・OSともに統計学的有意差を認め、FL症例のみを検討した場合も同様の結果であった。両群間の生命予後を比較する場合、患者背景に存在するlead time bias(早期診断された時間の分だけ

生存時間が見かけ上長くなる)とlength time bias (スクリーニングで発見された症例は緩徐に進行する)に留意する必要がある。今回の検討では、全症例の両群間(前Regimen数2以下の群 vs 3以上の群)において初診時からzevalin開始までの期間に統計学的有意差は認められず(9-94(中央値:32.5)ヵ月 vs 44-179(中央値:84.0)ヵ月 [p=0.13]), 初回治療時からzevalin開始までの期間とした場合も同様であった(9-94(中央値:24.5)ヵ月 vs 43-166(中央値:84.0)ヵ月 [p=0.13])。この結果から、両群間にlead time biasに相当する偏り(前Regimen数が多いほどzevalin開始までの期間が長い)がないことが示唆された。また、両群間の患者背景(年齢・性別・臨床病期など)に有意差がなく、これを両群間にlength time biasに相当する偏り(前Regimen数が少ないほど緩徐に進行する)がないと便宜的に解釈した。

再発難治低悪性度リンパ腫50例に対してzevalinを施行した報告¹⁾では、前Regimen数2以下の症例が3以上の症例と比較して2年PFSが有意に延長しており(63.0% vs 28.1% [p=0.0072]), 当科の治療成績とほぼ同等であった。再発難治非ホジキンリンパ腫211例に対してzevalinを施行した報告²⁾においても、平均PFSで同様の結果が得られている(前治療1回群:12.6ヵ月 vs 2回以上群:7.9ヵ月 [p<0.05])。

再発B細胞性非Hodgkinリンパ腫211例を対象としたzevalinによる臨床試験が実施され、zevalin投与後に増悪までの期間が12ヵ月以上(Long-Term Response; LTR)であった患者では5年以上の長期にわたり寛解を維持できる割合が高いと報告されている(全症例:53.0% vs LTR症例:80.6% [p値不明])³⁾。同報告で多変量解析を施行した結果、zevalinによるCR到達・維持の獲得、zevalin施行前の最大腫瘍径が5 cm未満(non-bulky病変)、zevalin施行前の臨床病期が早期(IまたはII期)の3項目をLTR達成の因子として挙げている。我々の今回の検討ではこの3項目を満たす症例は9例あり、長期寛解を期待できるかもしれない。一方、再発を繰り返し前Regimen数が多い症例ではCR到達が困難であり⁴⁾、LTR未達成の因子となることが示唆される。

zevalin投与のタイミングは確立されていないが、無治療FL患者に初回化学療法を施行した後PR以上に到達した患者409例をzevalinによる地固め療法群と経過観察群にランダム化して比較した臨床試験(FIT試験)

が報告されている⁵⁾。同報告では、zevalin施行群が経過観察群と比較して8年推定PFSに有意な延長を認めている(41% vs 22% [p<0.001])。これはzevalinによる地固め療法によりCR維持率が高くなり、PFSの延長に寄与していると考えられる。一方、OSに関しては両群ともに中央値に達しておらず、8年推定OSに有意差は認められなかった(84% vs 81% [p=0.466])。このFIT試験からは、初回の治療でCRまたはPRに達した患者にzevalinを地固め療法として使用するのが有用と考えられる。

RITの副作用の多くは血液毒性で占められ、平均で投与4週後に起こり数週間遷延する。今回の検討もGrade4の血小板減少(n=11)・好中球減少(n=14)ともに投与4週後に出現し、回復までに3週間を要した。加えて、前Regimen数が3以上の症例が2以下と比較して血液毒性が強い傾向にあった。Morschhauserらの報告⁶⁾ではGrade3-4の好中球減少症は67%の患者に出現したが、Grade3-4の感染症は8%の患者のみであった。この報告では抗生物質を予防投与する必要はなく、ほとんどが外来にて対応可能であったが、投与前の血球数に戻るまで週1回程度のモニタリングおよびG-CSF製剤や輸血の適宜投与が必要であるとしている。

一方、非血液毒性は比較的稀ではあるが、重要なものとして二次発がん和形質転換がある。二次発がんの中では治療関連骨髄異形成症候群/急性骨髄性白血病(t-MDS/AML)が最も多いが、Czuczmanらの報告⁷⁾ではzevalinを投与した患者のt-MDS/AML発症率は年率0.7%で、従来の化学療法の年率1.6%と比較して差を認めず、zevalinによるt-MDS/AMLの多くは5番あるいは7番染色体上の複数の遺伝子異常によって発症すると述べている。今回の検討ではzevalin施行後にtMDS/AMLを2例(11.1%)認め、いずれもzevalin施行後に7 monosomyが出現した。前Regimen数が多く因果関係は不明であるが、上述の報告からtMDS/AMLの発症にzevalinが寄与している可能性がある。形質転換に関しては、Burnetteらの報告⁸⁾でRITを施行した119例のうち36例(30%)に出現したと述べている。これらの症例の中でfludarabineを使用した群が形質転換を起こしたのは48%で、使用していない群は25%であった。したがって、RITを施行する前にfludarabineを使用すると形質転換のリスクが高まることが示唆されている。今回の検討ではzevalin施行前にfludarabineを使

用したのは3例あり、うち1例はzevalin施行前に、1例は施行後に形質転換を来した。

結 語

前Regimen数が少ない時点でzevalinを投与することが、PFS・OSおよび血球毒性の観点から重要であると考えられた。

文 献

- 1) Uike N, Choi I, Nakagawa M, et al: Factors associated with effects of ^{90}Y -ibritumomab tiuxetan in patients with relapsed or refractory low-grade B cell non-Hodgkin lymphoma: single-institution experience with 94 Japanese patients in rituximab era. *Int J Hematol* 2014 ; 100 : 386-392.
- 2) Emmanouilides C, Witzig TE, Molina A, et al: Treatment with yttrium 90 ibritumomab tiuxetan at early relapse is safe and effective in patients with previously treated B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *Leuk Lymphoma* 2006 ; 47 : 629-636.
- 3) Witzig TE, Molina A, Wiseman GA, et al: Long-term responses in patients with recurring or refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma treated with yttrium 90 ibritumomab tiuxetan. *Cancer*. 2007;109:1804-1810.
- 4) Davies AJ: Radioimmunotherapy for B-cell lymphoma: ^{90}Y -ibritumomab tiuxetan and ^{131}I -tositumomab. *Oncogene* 2007 ; 26 : 3614-3628.
- 5) Morschhauser F, Radford J, Hagenbeek A, et al: ^{90}Y trium-ibritumomab tiuxetan consolidation of first remission in advanced-stage follicular non-Hodgkin lymphoma: updated results after a median follow-up of 7.3 years from the International, Randomized, Phase 3 First-Line Indolent trial. *J Clin Oncol* 2013 ; 31 : 1977-1983.
- 6) Morschhauser F, Radford J, Hagenbeek A, et al: Phase 3 trial of consolidation therapy with yttrium-90-ibritumomab tiuxetan compared with no additional therapy after first remission in advanced follicular lymphoma. *J Clin Oncol* 2008 ; 26 : 5156-5164.
- 7) Czuczman MS, Emmanouilides C, Molina A, et al: Treatment-related myelodysplastic syndrome and acute myelogenous leukemia in patients treated with ibritumomab tiuxetan radioimmunotherapy. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 : 4285-4292.
- 8) Burnette BL, Wiseman G, Nowakowski GS, et al: Risk of Transformation of Follicular Lymphoma After Radioimmunotherapy: A prospective Observational Single Institutional Experience. *Blood* 2011 ; 118 : Abstract 1572.

Medical essay

モンスターペイシエント vs ドクターハラスメント

『喧嘩両成敗』～喧嘩をした者は双方とも悪いとして処罰するということであり、現代風に少しもじって“人間関係のトラブルはいずれか一方にのみ非があるわけではない、双方になんらかの問題がある”と理解して自戒としている言葉である。

モンスターペイシエントという言葉が世の中にすっかり定着している。“モンスターペイシエント”の定義は法律等で明確にされてはいないようだが、一般的には『不当要求、医師や看護師へのセクハラ、暴行、暴言といった問題行動を繰り返し、手に負えなくなった患者』をいう¹⁾。当院の廊下の壁にも“モンスター（患者）はお断り”というポスターを目にする。

しかしその一方で“ドクターハラスメント”という言葉もある。これはセクシュアルハラスメント sexual harassment（いわゆるセクハラ）に端を発した〇〇ハラスメントの一つで、『医師による患者への嫌がらせのことを揶揄する造語・和製英語。短縮して「ドクハラ」ともいう』（Wikipedia）。帝京大学出身の外科医 故・土屋繁裕氏が最初に使用し始めた、とのこと（ちなみに土屋先生はくも膜下出血のため平成17年10月に49歳でお亡くなりになったそうです）。

医療機関として患者側からの理不尽な要求や暴言・暴力に毅然と対応すべきであることは論を待たない。一部にそのようなモンスターペイシエントがいるのは確かでありマニュアルやガイドラインを作るといった対策は必要だが、ふだんはごく普通の人であっても病気を抱えて精神的・社会的に弱い立場になった際に医療者側の何気ない、心ない言葉に傷つき、通常であればトラブルに発展しないようなささいな出来事がきっかけでモンスター化する事例もあるであろう。全職員が基本的な接遇を心がけ、少なくとも普通の人のモンスター化は防がねばならない。病気だっていざ罹患してからの治療より予防の方が重要なだから。

1) 『病院・診療所経営の法律相談』田辺総合法律事務所 編（青林書院）

(T.K.)

症例報告

異所性平滑筋腫の2例と文献的考察*

市立旭川病院・産婦人科 水無瀬 萌** 林 博 章

中 田 俊 之

市立旭川病院・外科 笹 村 祐 二

JA北海道厚生連遠軽厚生病院・産婦人科 木 村 広 幸

【概 要】 子宮筋腫は婦人科疾患の中でも頻度の高い疾患であり、子宮の平滑筋細胞から発生して腫瘤を形成する良性腫瘍である。稀に子宮由来の筋腫が子宮以外の場所に見つかる場合がある。そのような異所性発育筋腫としては、寄生筋腫、良性転移性平滑筋腫、静脈内平滑筋腫、腹膜播種性平滑筋腫が挙げられる。寄生筋腫は、子宮平滑筋腫が子宮本体から分離した状態で他から栄養血管を獲得し発育を継続したものである。また肺平滑子宮筋腫は子宮筋腫術後数年を経て肺などに転移性病変をみつける疾患で、病歴と転移病変の病理検査によって子宮原発と特定される。今回我々は、子宮外にみつかった異所性筋腫として寄生筋腫と良性転移性平滑筋腫の2症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

はじめに

子宮平滑筋腫は生殖年齢女性の約25%に起こり、病理学的検査では外科的切除された子宮の80%に存在したという報告がある^{1,2)}。しかし稀に子宮との連続性を持たない異所性の発育を示す平滑筋腫が存在し、静脈内平滑筋腫症 (intravenous leiomyoma: IVL)、腹膜播種性平滑筋腫 (disseminated peritoneal leiomyoma: DPL)、良性転移性平滑筋腫 (benign metastasizing leiomyoma: BML)、寄生筋腫 (parasitic leiomyoma: PL) として報告されている。

今回、妊娠経過中に漿膜下子宮筋腫が子宮から脱落し、大網から栄養血管をえていたと考えられる症例と、子宮筋腫に対する腹式子宮全摘術から16年後に転

移性肺腫瘍が見つかった良性転移性平滑筋腫症の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例 1

年 齢: 32歳

既往歴: 10歳時に虫垂炎手術。

妊娠分娩歴: 1経妊1経産。第1子早産・低出生体重児 (36週0日, 2354g)。

現 症: 147cm, 38kg (非妊時)。

月経歴: 周期28日整, 経血量は中等量。

現病歴: 妊娠7週5日に前医より里帰り分娩目的で当科紹介受診となった。初診時、経膈エコー上、子宮体部前壁底部より約40mm径の漿膜下筋腫が認められた (写真1-A)。妊娠26週3日に腹痛を訴えたため、塩酸リトドリン5mgを内服したが軽快せず、入院管理となった。入院時の経腹エコー上、子宮体部の漿膜下筋腫は径74×32mmに増大し (写真1-B)、腹部触診で臍下に可動性良好の筋腫を触知し、同部位に圧痛が認められた。入院時の血液検査ではWBC 13400/ μ l, CRP 2.13mg/dlと炎症反応の軽度上昇が認められた。また、

*: The case reports of ectopic leiomyoma

**: Moe MINASE, et al.

Key words: 子宮平滑筋腫, 寄生筋腫,
良性転移性平滑筋腫

経膈エコー上、子宮頸管長は25mmと短縮しており、切迫早産治療として塩酸リトドリンの点滴を150 μ g/minより開始した。治療開始後、腹痛は軽快し、妊娠27週2日には炎症反応も改善したため、妊娠27週5日に退院した。妊娠39週2日で陣痛が発来し、クリステレル等の処置をおこなわず経膈分娩に至った(2842g: 女児: Apg 9/9)。産褥5日目の診察では、経膈・経膈エコー上子宮体部に存在した漿膜下筋腫が認められなかった(写真1-C)。

産後1ヵ月検診で、直腸・尾骨付近の不定期な疼痛を訴え、経膈エコーでダグラス窩に石灰化を伴う内部不均一な充実性の腫瘍が認められた(写真1-D)。MRI検査でダグラス窩にT2強調画像で低信号を示す径42×51mm大の腫瘍を認めた(写真2-B)。診断確定のため産褥40日目に開腹術を行ったところ、ダグラス窩の腫瘍は表面に石灰化を伴った筋腫様の腫瘍で、子宮本体との連続性はなく、大網から栄養血管をえていた(写真2-A)。両側卵巣・卵管は正常大、子宮は産褥40日目相当の大きさで、漿膜面に異常を認めなかった。

術後経過は良好で現在のところ再発を認めていない。

【病理所見】

摘出した筋腫は硝子化変性を伴う平滑筋腫であり、肉腫を疑うような悪性所見を認めず、寄生筋腫と診断した。免疫染色ではER陰性、PgR陰性であった。

症 例 2

年 齢: 49歳

既往歴: 糖尿病, 肝機能障害, 高脂血症 (他院にて通院治療中)

手術歴: 33歳: 子宮全摘術・34歳: 左卵巣摘出術+癒着剥離・50歳: 膀胱腫瘍切除術

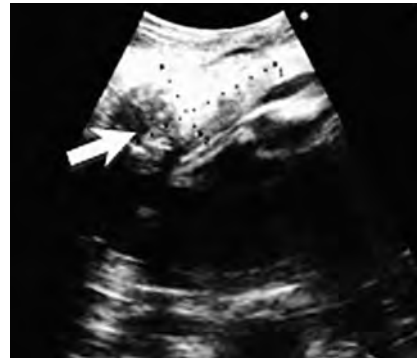
妊娠分娩歴: 0 経妊 0 経産。

現病歴: 33歳時に他院で子宮筋腫に対して腹式単純子宮全摘術を施行している。さらに、34歳時に子宮内膜症性の左卵巣嚢腫のため、再度開腹術を行い、左付属器摘出術を施行した。人間ドック検診で胸部異常影と高血糖を指摘されたため、当院呼吸器科と代謝内科を初診した。胸部CT撮影の際に両肺野に境界明瞭でき

A: 妊娠 9 週 5 日



B: 妊娠 26 週 3 日



C: 産褥 5 日目



D: 産褥 24 日目

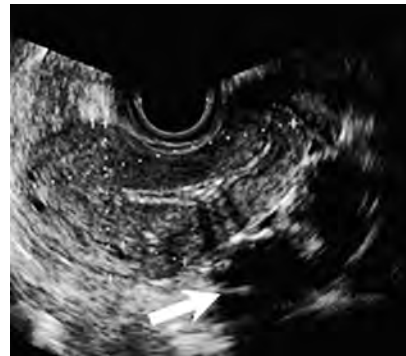
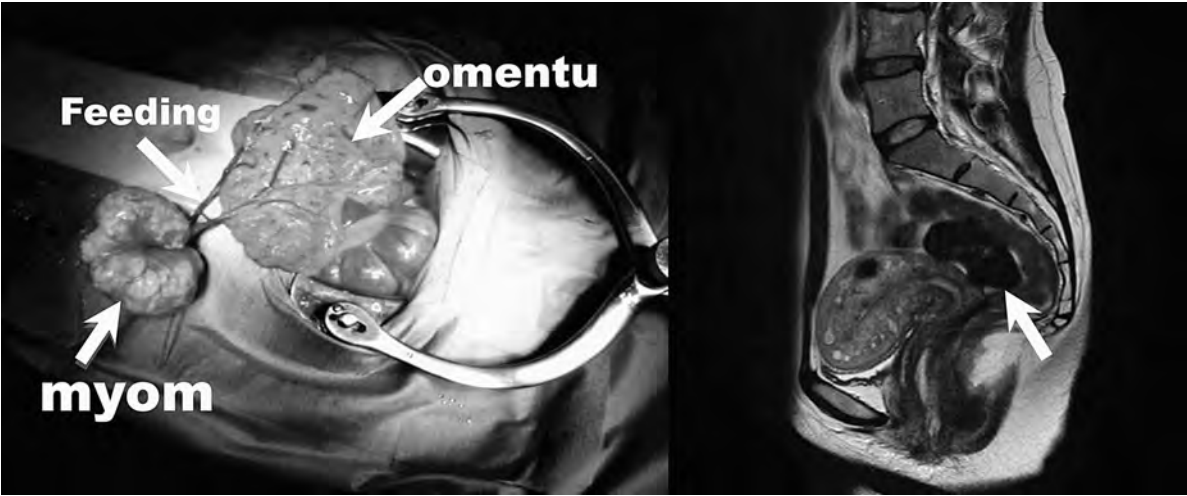


写真1 (症例1) 超音波診断像

れいな円形の結節影（写真 3 -A-D）を認め、転移性肺腫瘍が疑われたため、全身精査を実施した。原発部位検索では胸部所見以外の異常所見はなく、FDG-PETでの集積も認めなかった。子宮筋腫の多発肺転移が疑われ、当科を紹介受診したが骨盤内診察所見に異常なく、膣断端細胞診も陰性であった。その他採血検査で

はLDH 263U/L以外に腫瘍マーカー（CEA, CA19- 9 CA125, SCC）の上昇は認められなかった。当院外科にて胸腔鏡下肺部分切除術（左S 8 部分切除:写真 3 -E）を施行し、術後経過良好のため術後11日目に退院した。その後当科で半年毎の全身CT検査を行っているが、著変なく経過観察を実施している。



A：開腹時所見

B：術前造影MRI

写真 2（症例 1）産後 1 ヶ月目の術前MRIと開腹時所見

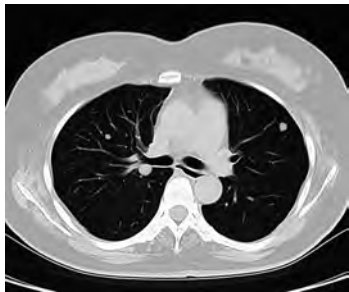
		
A：胸部CT肺野条件	B：胸部CT肺野条件	C：胸部CT肺野条件
		
D：胸部CT肺野条件	E：胸腔鏡所見	

写真 3（症例 2）胸部CT画像と胸腔鏡所見

【病理所見】（写真4）
 長径1.3cmの病変は良く分化した平滑筋細胞で、粗

な束状～渦状の交錯した配列をとり増殖し免疫染色ではER陽性、PgR陽性。核分裂像や核異型を含む悪性所

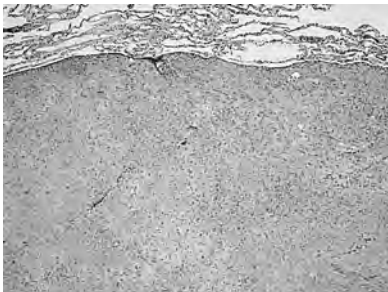
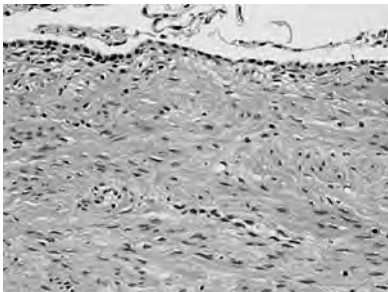
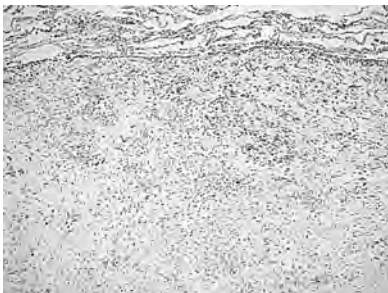
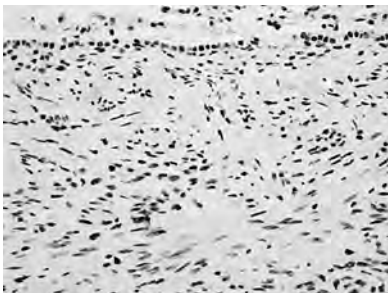
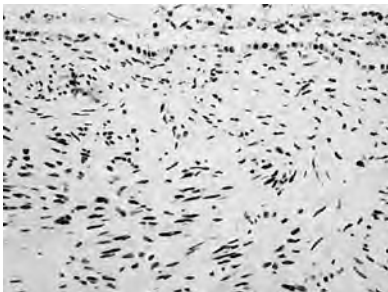
	
A：標本写真	
	
B：HE染色×4	C：HE染色×20
	
D：ER染色×4	E：ER染色×20
	
F：PgR染色×4	G：PgR染色×20

写真4（症例2） 病理画像

見を認めないためBenign metastasizing leiomyomaと診断した。

考 察

症例1においては、おそらく分娩後に子宮筋腫の自然脱落、または切迫早産として入院した頃に有茎性漿膜下筋腫の茎捻転により血行の途絶が起こり、筋腫茎が変性壊死した結果、腹腔内に遊離し、大網からの栄養血管を獲得したため大網に生着したのではないかと考えられた。病理組織所見においても硝子化変性を伴っており、変性子宮筋腫として矛盾しないと思われる。

症例2は子宮筋腫の既往とその後10年以上を経てからの多発肺腫瘍の出現という経過、さらには良性平滑筋腫の病理所見をあわせると、良性転移性平滑筋腫として典型的な例であると言える。

寄生筋腫(PL)は良性平滑筋腫であり3つの発生機序が挙げられる^{3,4)}。第一に、有茎性漿膜下筋腫の稀な異形であり、何らかの原因で有茎部の延長と消失により子宮本体から離脱し、ほかの組織から栄養血管を得るようになったという説。第二に、医原性の寄生筋腫

と言うべき、MRI下超音波集積治療、UAEやGnRHaによる部分的な虚血が誘発され子宮からの連続が断たれる場合や、第三の筋腫核出術や子宮摘出術の際におこなったモルセレーションの断片が栄養血管を得て寄生筋腫になる場合があると推定されている。鑑別診断として、充実性卵巣腫瘍、後腹膜腫瘍、子宮肉腫等が挙げられるが極めて術前診断は困難であり、術後の病理組織検査によりはじめて診断されることが多い。寄生筋腫自体による特記すべき症状はなく、S状結腸に筋腫が見つかった患者では便秘や排便障害、膀胱後部の筋腫が見つかった患者では頻尿、虫垂に筋腫があった患者では右下腹部痛といった付随症状が主体である⁵⁾。最近のモルセレーター使用による医原性寄生筋腫の報告が散見されるようになり、既往手術の有無により寄生筋腫も念頭に置いた診断が行われるようになった。

本邦文献検索で得られた寄生筋腫の症例一覧を表1に示した⁶⁻¹⁵⁾。本邦報告では、12件を検索することができた。このうち今回と同様に栄養血管を大網から得ていた症例は4例であった。更に妊娠と関係した症例報告は1例あり、腹腔鏡下筋腫核出術から2年後に膀

表1 本邦寄生筋腫報告一覧

文献	発表年	年齢	G/P	症状	既往手術	治療	場所	大きさ (cm)
6	2007	39	2/2	無し	LM (モ)	摘出術 (ラパロ)	骨盤壁	不明
7	2008	60	不明	腹部腫瘍	無し	摘出術 (開腹) + 結腸右半切除 + リンパ節郭清	後腹膜腔 (骨盤内)	13×10×10
8	2009	54	2/2	無し	無し	摘出術 (開腹)	前腹壁	8.5×6.5×6.5
9	2010	35	0/0	下腹部違和感	無し	摘出術 (ラパロ)	ダグラス窩	5
10	2012	31	0/0	なし	LM (モ)	摘出術 (C/S)	膀胱後部	7
11	2012	46	-/2	腹痛	myomectomy×2	摘出術 (開腹) + ATH + BSO	皮下組織 (手術創)	12
12	2012	31	0/0	排便時圧迫感	無し	摘出術 (ラパロ)	直腸前面	4.9×4.3×5.3
12	2012	35	1/1	頻尿	無し	摘出術 (ラパロ)	膀胱子宮窩腹膜	7.3×5.2×7.0
12	2012	28	1/1	無し	無し	摘出術 (ラパロ)	大網	6.8×5.6×7.6
13	2012	51	4/2	下腹部痛	無し	摘出術 (開腹) + 回腸合併切除	回腸、大網	7×7
14	2013	31	2/0	無し	LM (モ)	摘出術 (ラパロ)	1. ダグラス窩 2. 前腹壁 3. 大網	不明
15	2014	42	0/0	急性腹症	無し	摘出術 (開腹) + LSO	大網、左卵巣	8

略語：G/P 経妊/経産，LM laparoscopic myomectomy，(モ) モルセレーター使用，C/S 帝王切開，ATH 腹式子宮全摘術，BSO 両側付属器摘除術，LSO 左側付属器摘除術

表 2 良性転移性平滑筋腫の本邦報告一覧

番号	著者 (文献)	発表年	年齢	子宮腫瘍	間隔期間 (年)	肺腫瘍
1	Hayashi (25)	1960	49	leiomyoma	15	multiple leiomyoma
2	Kawabata (26)	1982	59	leiomyoma	23	multiple leiomyoma
3	Kondo (27)	1988	40	leiomyoma	10	multiple leiomyoma
4	Uyama (28)	1988	49	leiomyoma	20	multiple leiomyoma
5	Nakamura (29)	1989	41	leiomyoma	1	multiple leiomyoma
6	Hiroshima (30)	1991	61	leiomyoma	18	multiple leiomyoma
7	Kunitomo (31)	1991	41	leiomyoma	6	multiple leiomyoma
8	Kamiya (32)	1991	39	leiomyoma	4	multiple leiomyoma
9	Kamiya (32)	1991	37	leiomyoma	7	multiple leiomyoma
10	Shinohara (33)	1992	39	leiomyoma	19	multiple leiomyoma
11	Motegi (34)	1993	47	leiomyoma	14	multiple leiomyosarcoma
12	Nishida (35)	1994	51	leiomyoma	18	multiple leiomyoma
13	Hosino (36)	1994	47	leiomyoma	8	multiple leiomyoma
14	Kamiya (37)	1994	59	leiomyoma	15	multiple leiomyoma
15	Asaoka (38)	1995	59	leiomyoma	8	multiple leiomyoma
16	Matsumoto (39)	1995	48	leiomyoma	13	multiple leiomyoma
17	Gomyo (40)	1996	47	leiomyoma	14	multiple leiomyoma
18	Yamato (41)	1996	50	leiomyoma	21	multiple leiomyoma
19	Takemura (42)	1996	45	leiomyoma	4	multiple leiomyoma
20	Mikami (43)	1998	50	leiomyoma	17	multiple leiomyoma
21	Nakanishi (44)	1999	42	leiomyoma	21	multiple leiomyoma
22	Arai (45)	2000	52	leiomyoma	9	multiple leiomyoma
23	Kushima (46)	2001	48	leiomyoma	7	multiple leiomyoma
24	Tomita (47)	2002	50	leiomyoma	12	multiple leiomyoma
25	Kojima (48)	2002	39	leiomyomatosis	—	multiple leiomyoma
26	Kojima (48)	2002	41	leiomyoma	—	multiple leiomyoma
27	Nishimoto (49)	2003	48	leiomyoma	8	multiple leiomyosarcoma
28	Nagashima (50)	2003	39	leiomyoma	2	multiple leiomyoma
29	Senda (51)	2004	48	leiomyoma	12	multiple leiomyoma
30	Funakoshi (52)	2004	71	leiomyoma	12	multiple leiomyoma
31	Hashizume (53)	2004	53	leiomyoma	13	multiple leiomyoma
32	Ootsuka (54)	2005	36	leiomyoma	9	multiple leiomyoma
33	Nakamura (55)	2006	50	leiomyoma	6	multiple leiomyoma
34	Nakamura (55)	2006	53	leiomyoma	26	multiple leiomyoma
35	Ishibashi (56)	2006	46	leiomyoma	14	multiple leiomyoma
36	Yoshino (57)	2006	NA	leiomyoma	12	multiple leiomyoma
37	Fukui (58)	2008	71	leiomyoma	—	multiple leiomyoma
38	Inaba (59)	2009	42	leiomyoma	5	multiple leiomyoma
39	Tsunoda (60)	2009	51	leiomyoma	13	multiple leiomyoma
40	Sasai (61)	2009	53	leiomyoma	2	multiple leiomyoma
41	Fukui (62)	2010	50	leiomyoma	—	multiple leiomyoma
42	Fukushima (63)	2010	42	leiomyoma	—	multiple leiomyoma
43	Tokitou (64)	2011	46	leiomyoma	14	multiple leiomyoma
44	Hayama (65)	2011	42	leiomyoma	—	multiple leiomyoma
45	Kawasaki (66)	2011	49	leiomyoma	20	multiple leiomyoma
46	Obayashi (67)	2011	71	leiomyoma	18	multiple leiomyoma
47	Izumiyama (68)	2011	47	leiomyoma	7	multiple leiomyoma
48	Matsuda (69)	2011	34	leiomyoma	1	multiple leiomyoma
49	Hara (70)	2011	48	leiomyoma	7	multiple leiomyoma

臍後部に1.4cm大の腫瘤を認め、その後妊娠し、膀胱子宮窩腹膜より栄養血管を得ていた寄生筋腫を緊急帝王切開術中に確認した症例である。摘出した腫瘤の病理結果は平滑筋腫で、ER陰性、PgR陽性であった¹⁰⁾。

良性転移性平滑筋腫(BML)は通常、子宮筋腫の既往のある女性に、子宮以外の臓器に平滑筋腫瘍が多発する病態である¹⁶⁾。最初の報告は、子宮に多発性平滑筋腫があり、同時に肺の多発結節と縦隔リンパ節の腫脹を来した36歳の症例で、1938年にSteinerによって発表された。病理学的に両者が同一の組織所見であることから、metastasizing fibroleiomyoma of uterusと報告している¹⁷⁾。1960年にKeersらは同様の症例をfibroleiomyomatous hamartoma (FLH)と報告した¹⁸⁾。1979年には、Wolffらが¹⁹⁾、metastasizing fibroleiomyomaとFLHの両者は同一のものであるという見解を示したが、疾患の概念については未だ明確でない。肺への転移例が最も多くみられる²⁰⁾。組織学的には良性の子宮由来の平滑筋腫が、肺、リンパ節、上腹部といった場所に転移したもので、以下のような仮説が提唱されている。①血行性播種説は、BMLを発症した患者の大部分が子宮全摘術や子宮筋腫核出術の既往があるため、外科手術が血行性播種の誘因という考えである²⁰⁾。更に、遺伝子解析により、子宮と肺の腫瘍がともにモノクローナルな平滑筋の増殖により成ることが証明された^{21, 22)}。②低悪性度説は²³⁾、組織学的に明確に良性の平滑筋腫と悪性の平滑筋肉腫を分類することはしばしば困難であるという考えで、低悪性度という定義を設けている。③多源説は²⁴⁾、いかなる部位においても血管平滑筋より新たに平滑筋新生物が発生することは可能という考えである。

良性転移性平滑筋腫の本邦症例一覧を表2に示した。²⁵⁻⁷⁰⁾ 49例の報告を検索できた。転移病変発見時の平均年齢は48.6歳(34~71歳)であった。子宮筋腫に対する最終手術から転移病変発見までの平均年数は11.68年(1~26年)であり、56.5%の症例で10年以上の間隔期間があった。肺以外の転移部位としては、甲状腺、後腹膜、附属器が報告されている。

以上希な子宮筋腫を経験したので文献的考察を加えて報告した。

文 献

- 1) Buttram VC Jr, Reiter RC: Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981 ; 36 : 433-45.
- 2) Cramer SF, Patel A: The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990 ; 94 : 435-8.
- 3) Nezhat C, Kho K: Iatrogenic myomas: new class of myomas? *J Minim Invasive Gynecol*. 2010 ; 17 (5) : 544-50.
- 4) KhoKA, Nezhat C: Parasitic myomas. *Obstet Gynecol* 2009 ; 114 : 611-5.
- 5) Yeh HC, Kaplan M, Deligdisch L: Parasitic and pedunculated leiomyomas: ultrasonographic features. *J Ultrasound Med* 1999 ; 18 : 789-94.
- 6) Takeda A et al: Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electric tissue morcellation: report of a case and review of the literature ; *J Minim Invasive Gynecol* 2007 ; 14 : 770-5.
- 7) 鳥口 寛, ほか: Parasitic leiomyomaに転移した結腸癌の1例. *日臨外会誌* 2008 ; 69 : 1452-1455.
- 8) 内倉 友香, ほか: Parasitic Leiomyomaの一例. *現代産婦人科* 2009 ; 58 : 35-38.
- 9) 大川智実, ほか: 腹腔鏡下手術により判明した子宮との連続性のない石灰化筋腫の1例. *日産婦内視鏡学会* 2010 ; 26 : 388-391.
- 10) Akihiro Takeda, Sanae Imoto, Masahiko Mori, Junko Yamada, Hiromi Nakamura: Rapid growth of parasitic myoma in early pregnancy previously undescribed manifestation of a rare disorder after laparoscopic-assisted myomectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2012 ; 162 : 117-118.
- 11) Shintaro Yanazume et al: Large parasitic myomas in abdominal subcutaneous adipose tissue along a previous myomectomy scar. *J Obstet Gynaecol Res* 2012 ; 38 : 875-879.
- 12) 南 元人, ほか: 自然発生が疑われたparasitic myomaの3症例. *日産婦内視鏡学会* 2012 ; 28 : 346-352.
- 13) 石野 信一郎, ほか: 小腸合併切除を要したparasitic leiomyomaの1例. *日臨外会誌* 2012 73, 1808-1812.
- 14) Akihiro Takeda et al: Parasitic myomas after laparoscopic-assisted myomectomy in multiple endocrine neoplasia type 1. *J Obstet Gynaecol Res* 2013 ; 39 : 1098-1102.
- 15) 中川 侑子他: Parasitic leiomyomaが原因で左付属器を茎捻転させた急性腹症の一例 ; *関東産婦誌*

- 51 : 107-112, 2014.
- 16) Charles J. Zaloudek, Michael R: Hendrickson, Robert A. Soslow. Mesenchymal Tumors of the Uterus. In: Blaustein's Pathology of the female Genital Tract, sixth edition, Robert J. Kurman, Brigitte M. Ronnett ed. Springer New York Dodrecht Heifelberg London. New York ; 468-471.
 - 17) Steiner PE. Metastasizing fibroleiomyoma of the uterus Report of a case and review of the literature. Am J Pathol 1938 ; 15 : 8 -110.
 - 18) Keers RY, Smith FA: A case of multiple pulmonary "hamartoma" of unusual type. Br J Dis Chest 1960 ; 54 : 349-352.
 - 19) Wolff M, Silva F, Kaya G: Pulmonary metastases (with admixed epithelial elements) from smooth muscle neoplasms. Report of nine cases, including three males. Am J Surg Pathol 1979 ; 3 : 325-342.
 - 20) Rivera JA, Christopoulos S, Small D, et al: Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of two cases and review of the literature. J Clin Endocrinol Metab 2004 ; 89 : 3183-3188.
 - 21) Patton KT, Cheng L, Papavero V, et al: Benign metastasizing leiomyoma: clonality, telomere length and clinicopathologic analysis. Mod Pathol 2006 ; 19 : 130-140.
 - 22) Tietze L, Gunther K, Horbe A, et al: Benign metastasizing leiomyoma: a cytogenetically balanced but clonal disease. Hum Pathol 2000 ; 31 : 126-128.
 - 23) Cho KR, Woodruff JD, Epstein JI: Leiomyoma of the uterus with multiple extrauterine smooth muscle tumors: a case report suggesting multifocal origin. Hum Pathol 1989 ; 20 : 80-83.
 - 24) Horiuchi K, Yabe H, Mukai M, et al: Multiple smooth muscle tumors arising in deep soft tissue of lower limbs with uterine leiomyomas. Am J Surg Pathol 1998 ; 22 : 897-901.
 - 25) Lee HJ, Choi J et al: Pulmonary benign metastasizing leiomyoma associated with intravenous leiomyomatosis of the uterus: clinical behavior and genomic changes supporting a transportation theory. Int J Gynecol Pathol 2008 ; 27 : 340-345.
 - 26) Horstmann JP, Pietra GG et al: Spontaneous regression of pulmonary leiomyomas during pregnancy. Cancer 1997 ; 39 : 314-321.
 - 27) Abu-Rustum NR, Curtin JP et al: Regression of uterine low-grade smooth-muscle tumors metastatic to the lung after oophorectomy. Obstet Gynecol 1997 ; 89 : 850-852.
 - 28) 林周一, 湯浅昂, 亀森英明, 森碧, 黒沢孝夫: 肺平滑筋腫の1 治験例. 胸部外科. 1960 ; 13 : 290-293.
 - 29) 河端美則, 中島由規, 小山明, 猪又宏治, 岩井和郎: 低悪性度の子宮平滑筋肉腫の肺転移 (いわゆる metastasizing leiomyoma) が考えられた肺fibrous leiomyoma-肺多発性過誤腫との関連の考察-. 日胸疾会誌. 1982 ; 20 : 1230-1235.
 - 30) 近藤薫, 水野武郎, 丹羽宏, 谷脇聡, 関口一雄: 子宮筋腫手術10年後に発生した両側多発性肺平滑筋腫 (Benign metastasizing leiomyoma) の1 例. 日胸外会誌. 1988 ; 36 : 2131-2135.
 - 31) Uyama T, Monden Y, Harada K, Sumitomo M, Kimura S: Pulmonary leiomyomatosis showing endobronchial extension and giant cyst formation. Chest. 1988 ; 94 : 644-646.
 - 32) 中村秀範, 塚本東明, 佐々木秀樹, 青山克彦, 山田昌弘, 伊藤道生, 室月淳, 矢崎士郎, 高橋克朗: 卵巣摘出により肺転移巣が著明に縮小した転移性子宮平滑筋腫 (metastasizing fibroleiomyoma of the uterus) の1 例-肺胞領域に平滑筋増殖を示す病態の鑑別診断-. 呼吸. 1989 ; 8 : 1113-1119.
 - 33) 廣島健三, 滝澤弘隆, 小杉岳三郎, 飯島達生, 大和田英美, 山口豊: 子宮平滑筋腫瘍術後, 肺野に多発性陰影を呈した2 症例. 肺癌. 1991 ; 31 : 109-117.
 - 34) 國友忠義, 渡辺洋一, 小野監作, 田口考爾: 転移性平滑筋腫の1 例. 岡山外科病理研究会誌. 1991 ; 28 : 92-93.
 - 35) 神谷典男, 井崑一彦, 加納武夫, 友田豊, 横山栄二: Metastasizing leiomyomaが疑われた2 症例. 産婦人科の実際. 1991 ; 40 : 1437-1439.
 - 36) 篠原義智, 岩波洋, 斎藤誠, 成田久仁夫, 長谷川浩一, 坪井永孝, 北条洋: Pulmonary leiomyomatosis (いわゆる metastasizing leiomyoma) の1 例. 日本胸部臨床. 1992 ; 51 : 391-395.
 - 37) 茂木充, 高柳昇, 山洞善恒, 生方幹夫, 今井進, 鈴木忠, 中嶋孝, 吉田一郎: プロゲステロン投与で

- 肺腫瘍影の縮小をみたいわゆるBenign metastasizing leiomyomaの1例. 日胸疾会誌. 1993 ; 31 : 890-895.
- 38) 西田達, 井上清俊, 山本良二, 竹原繁芳, 加地政秀, 木下博明: 転移性肺平滑筋腫 (Benign metastasizing leiomyoma) の1手術例. 日胸外会誌. 1996 ; 44 : 182-187.
 - 39) 星野誠, 中村豊, 保坂洋夫, 井出研, 中村宣子: Benign metastasizing leiomyomaの1症例. 内科. 1994 ; 950-952.
 - 40) 神谷勲, 松崎正明, 堀尾静, 須田賢: 子宮筋腫手術後イレウスにて発症した多発転移性平滑筋腫の1手術例. 日臨外医会誌. 1994 ; 55 : 1275-1279.
 - 41) 浅岡峰雄, 佐々木通雄, 増本弘, 関章: 胸腔鏡で切除した子宮筋腫の肺転移の1例. 日臨外医会誌. 1995 ; 56 : 820-823.
 - 42) 松本勲, 斉藤裕, 安井正英, 増田信二: 子宮筋腫摘出後13年目に肺転移を発見された良性転移性平滑筋腫の1例. 肺癌. 1995 ; 35 : 809-814.
 - 43) 五明良二, 池田光之, 新田一豊, 福井甫, 池田貢, 中谷保, 安達博信, 井藤久雄: 子宮筋腫手術14年後に発生したいわゆる良性転移性平滑筋腫 (Benign metastasizing leiomyoma) の1例. 米子医誌. 1996 ; 47 : 35-41.
 - 44) 大和邦雄, 小林淳晃, 竹澤信治, 長谷島伸親, 藤野道夫, 門山周文, 兼子耕, 富田初男: 卵巣摘出術が有効であったbenign metastasizing leiomyomaの1例. 呼吸. 1997 ; 16 : 479-483.
 - 45) Takemura G, Takatsu Y, Kaitani K, Ono M, Ando F, Tanada S, Niwa H, Tankawa H, Fujiwara T, Yamabe H: Metastasizing uterine leiomyoma. A case with cardiac and pulmonary metastasis. Pathol Res Pract. 1996 ; 192 : 622-629.
 - 46) 三上巖, 山本光伸, 西村仁志, 小泉潔, 五味淵誠, 田中茂夫: 子宮筋腫術後17年目に発見された多発肺腫瘍 (いわゆるbenign metastasizing leiomyoma) の1例. 日胸外会誌. 1998 ; 46 : 634-638.
 - 47) 中西修平, 中野喜久雄, 平本雄彦, 清水雅宏, 中村憲二, 山根哲実: 骨転移を伴った肺のいわゆる良性転移性平滑筋腫 (Benign metastasizing leiomyoma) の1例. 日呼吸会誌. 1999;37:146-150.
 - 48) Arai T, Yasuda Y, Takaya T, Shibayama M: Natural decrease of benign metastasizing leiomyoma. Chest. 2000 ; 117 : 921-922.
 - 49) 九島巳樹, 国村利明, 藤澤英文, 櫛橋民夫, 山本滋, 門倉光隆, 福永真治: 子宮筋腫術後に発見された多発性肺平滑筋腫の1例. 診断病理. 2001 ; 18 : 32-34.
 - 50) 富田剛治, 野崎善成, 荒能義彦: 術後12年で発見された子宮筋腫多発肺転移の1例. 肺癌. 2002 ; 42 : 203-207.
 - 51) 小島謙二, 竹田英香, 曾根知, 高島桂子, 矢野樹里: 子宮外に平滑筋腫を認め, 性ステロイドホルモンに対して異なる影響が示唆された2症例. 日産婦学会誌. 2002 ; 54 : 837-841.
 - 52) 西本武司, 小西弘起, 新保雅也, 西野栄世: 子宮筋腫手術8年後に発生した良性肺平滑筋腫 (benign metastasizing leiomyoma) の1例. 呼吸. 2004 ; 23 : 61-66.
 - 53) 永島明, 川崎雅之, 綿屋洋, 吉松隆, 大崎敏弘: 診断後長期経過を観察し得たbenign metastasizing leiomyomaの1例. 肺癌. 2003 ; 43 : 729-733.
 - 54) 仙田一貴, 向井恵一, 石原裕, 小俣好作: いわゆる肺良性転移性平滑筋腫の1例. 山梨医学. 2004 ; 32 : 28-32.
 - 55) Funakoshi Y, Sawabata N, Takeda S, Hayakawa M, Okumura Y, Maeda H: Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma from the Uterus in a Postmenopausal Woman: Report of a Case Surgery Today. 2004 ; 34 : 55-57.
 - 56) 橋詰寿律, 藤本博行: CT検診で発見され胸腔鏡補助下に切除した多発性良性転移性平滑筋腫の1例. 胸部外科. 2004 ; 57 : 164-167.
 - 57) 大塚崇, 野守裕明, ほか: いわゆる肺良性転移性平滑筋腫 (benign metastasizing leiomyoma) の1例. 日呼吸会誌. 2005 ; 43 : 99-102.
 - 58) 中村孝人, 水野陽花, 山本佳史, 竹中英昭, 長澄人, 岩崎 靖, 河内秀幸, 橋本和明, 木村 弘: Benign metastasizing leiomyomaの2例. 日胸. 2006 ; 65 : 194-201.
 - 59) 石橋洋則, 太田伸一郎, 広瀬正秀, 仲田千穂, 新井一守, 江藤尚: 子宮筋腫手術14年後に診断しえた良性転移性肺平滑筋腫の1例. 胸部外科. 2006 ; 59 : 951-954.
 - 60) 吉野麗子, 湊浩一, 中里宜正, 田中良太, 飯島美砂, 廣島健三. 皮下転移、多発肺内転移を呈した

- leiomyomaの1例. 肺癌. 2006 ; 46 : 379-380.
- 61) 福井章正, 蓮尾泰之: Benign Metastasizing Leiomyomaの一例. 日婦腫瘍学会誌. 2008 ; 26 : 166-169.
 - 62) 稲葉不知之, 深澤一雄, 稲葉未知世, 亀森哲, 香坂信明, 坂本尚徳, 林雅敏, 本間浩一, 稲葉憲之: 感冒様症状から診断された良性転移性平滑筋腫の1症例. 産婦人科の実際. 2009 ; 58 : 2067-2072.
 - 63) 角田佳彦, 田中浩一, 萩原優, 森雅樹, 斎藤司, 兼子聡: 原発性肺癌に合併した良性転移性肺平滑筋腫の1例. 肺癌. 2009 ; 49 : 445-449.
 - 64) 笠井由隆, 梶屋大輝, 松岡弘典, 吉松昭和, 鈴木雄二郎: 両側多発肺腫瘍性病変の鑑別にFDG-PETが有用であった良性転移性肺平滑筋腫の1例. 日呼吸外会誌. 2009 ; 23 : 871-874.
 - 65) 福井麻里子, 小池輝明, 大和靖, 吉谷克雄, 本間慶一, 廣島健三: 良性転移性平滑筋腫と子宮平滑筋肉腫の肺転移の鑑別が困難であった1症例. 肺癌. 2010 ; 50 : 377-378.
 - 66) Fukushima Y, Hirata H, Maezawa R, Yoshida N, Hayashi Y, Arai R, Fukushima F, Sugiyama K, Kurasawa K, Ishii Y, Fukuda T: A Case of Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma Occurring after Uterine Myomectomy. Dokkyo Journal of Medical Sciences. 2010 ; 37 : 119-124.
 - 67) Tokitou Y, Tsuji T, Yoshinaga M, Fukamachi N, Iwamoto I, Kitajima S, Yanagi M, Yoshioka T, Tanimoto A, Douchi T: Benign metastasizing leiomyoma in lung and retroperitoneum that occurred 14 years after hysterectomy. 鹿児島産婦会誌. 2011 ; 18-19 : 37-41.
 - 68) 葉山智工, 水島大一, 加藤有紀, 青木茂, 佐藤美紀子, 安藤紀子, 林宏行, 茂田博行: 骨転移を伴った良性転移性平滑筋腫の一例. 日婦腫瘍学会誌. 2011 ; 29 : 323-328.
 - 69) 河崎勉, 武岡慎二郎, 野島大輔, 松山俊一, 佐藤直子, 芝靖貴, 田ノ上雅彦, 福岡俊彦: 縮小過程にアロマターゼ阻害薬が投与された良性転移性肺平滑筋腫の1例. 治療. 2011 ; 93 : 1340-1342.
 - 70) 大林幸彦, 岩崎慶大, 大山由里子, 完山紘平, 野口靖之, 藪下廣光, 田中元也, 沼波宏樹, 羽生田正行, 佐野順司, 高橋恵美子, 横井豊治, 立山尚, 若槻明彦: 術後18年目に縦隔及び肺転移を来した子宮平滑筋腫瘍の1症例. 東海産婦会誌. 2011 ; 47 : 235-239.
 - 71) 泉山典子, 三木祐, 斎藤泰紀, 鈴木博義, 菊池喜博: 14年間にわたり治療経過を観察している肺良性転移性平滑筋腫の1例. 日呼吸会誌. 2011 ; 49 : 271-276.
 - 72) 松田佳也, 八柳英治, 佐藤啓介: 子宮筋腫多発肺転移の1例. 日胸臨床. 2011 ; 70 : 89-94.
 - 73) 原丈介, 西耕一, 常塚宣男, 車谷宏, 片柳和義, 藤村政樹: 肺良性転移性平滑筋腫 (Pulmonary Benign Metastasizing Leiomyoma) の1例. 日呼吸会誌. 2011 ; 49 : 658-662.

症例報告

MIBG心筋シンチグラフィーで有意な集積低下を認めなかった
probable DLBの1例*

市立旭川病院・精神科 金子 真一郎** 武井 明
土井 朋代 加藤 亜佳音
泉 将吾 目良 和彦
佐藤 譲 原岡 陽一

はじめに

レビー小体型認知症（dementia with Lewy bodies: DLB）は、1980年に小阪ら¹⁾によって提唱されたレビー小体病を基礎とする変性性認知症である。アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease: AD）に次いで頻度が高く、血管性認知症とあわせて3大認知症とされている。しかし、臨床現場ではDLBの診断は容易でなく他の認知症と誤診されている場合も多い。一方で^{123I} meta-iodobenzylguanidine（MIBG）心筋シンチグラフィーがDLBを診断する上で有用なことが多く、2005年の臨床診断基準改訂版では支持的特徴の1つに加えられた²⁾。

今回、DLBの臨床診断基準で、ほぼ確実例であるprobable DLBの基準を満たしながらも、MIBG心筋シンチグラフィーで有意な集積低下を認めなかった1例を経験したので報告する。

症 例

症 例：69歳女性

*：A case of probable DLB with no significant uptake of MIBG myocardial scintigraphy

**：Shinichiro KANEKO, et al.

Key words：レビー小体型認知症, MIBG,
心筋シンチグラフィー

既往歴：高血圧症、骨粗鬆症

家族歴：特記事項はない。

生活歴：高等学校卒業後に繊維会社に就職した。結婚を契機に退職し、以降夫と自営業を営んでいた。2児を出産し、55歳で夫と死別した後は独居での生活を送っていた。

内服歴：当科を初診時に、高血圧症に対してamlodipine besilate 2.5mg/日, candesartan cilexetil 2 mg/日が投与されていた。

現病歴：X-14年に夫との死別後から抑うつ気分や意欲低下が出現し、徐々に症状が悪化したため、X-3年にA精神科病院を初診し、うつ病と診断されてsulpiride 150mg/日が投薬された。

X年1月7日、足元がふらついて転倒した後から歩行できなくなり、翌8日にB総合病院へ救急搬送され、腰椎圧迫骨折と診断されて保存的治療を受けた。転倒した原因としてsulpirideによる薬剤性パーキンソニズムが疑われたが、入院時同院で施行されたMIBG心筋シンチグラフィーのM/H比は早期像で1.52と有意な低下がみられたことから、パーキンソン病も疑われた。Sulpirideを中止し、duloxetineを開始後にパーキンソニズムは改善された。

同年3月14日にリハビリの目的でC病院へ転院したが、転院直後から急激に物忘れがみられるようになって、自室の場所がわからなくなり病棟内を徘徊したり、病棟内で禁止されているにもかかわらず喫煙したりするなどの異常行動がみられるようになった。その

ため、同年5月9日に家人に付き添われ当科へ紹介され受診し、同年5月13日に当科に任意入院した。

入院後の経過：入院時の精神的現在症では、表情の変化は乏しく仮面様顔貌を呈していたが、疎通は良好で診察には協力的であった。明らかな抑うつ症状は認められないものの、軽度の知的機能低下がみられ、改訂版長谷川式簡易知能機能評価尺度（HDS-R）で25点であり、遅延再生および逆唱の障害が認められた。また、神経学的所見としては前傾姿勢での小刻み歩行や両側的手指に軽度の振戦がみられ、姿勢反射障害や四肢の筋強剛も認められたが左右差はなかった。また、

腱反射の亢進や減弱もなかった。血液生化学・内分泌学的検査では異常所見は認められなかった。入院後に施行された頭部MRIでは、左被殻から内包前脚部における散在性のラクナ梗塞および年齢相応の脳萎縮が認められた（図1）。入院後の薬物療法としては、前医から処方されていたduloxetineを中止し、認知機能障害に対してはgalantamine 8 mg/dayを開始した。

同年5月19日にMIBG心筋シンチグラフィーを施行した（図2）。この時はduloxetineの中止後6日目、amlodipine besilate, candesartan cilexetil内服中であった。その結果、H/M比は早期像2.8、後期像3.3、wash

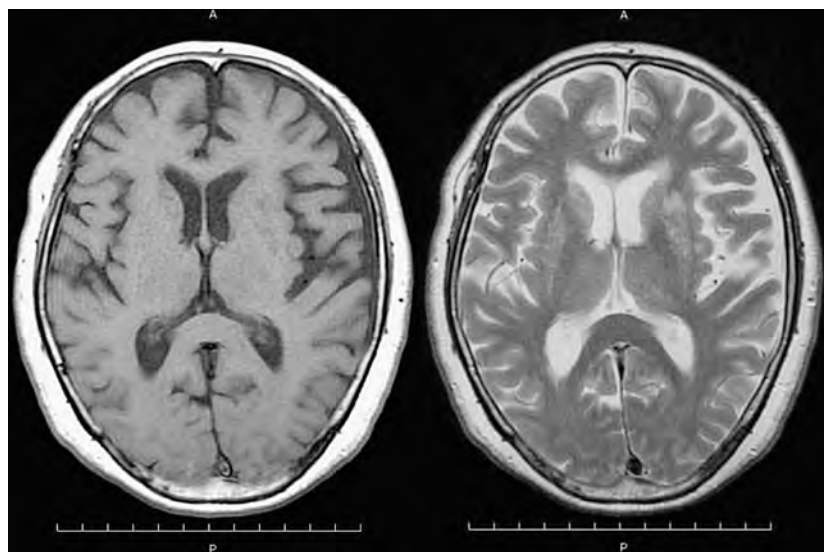


図1 頭部MRI

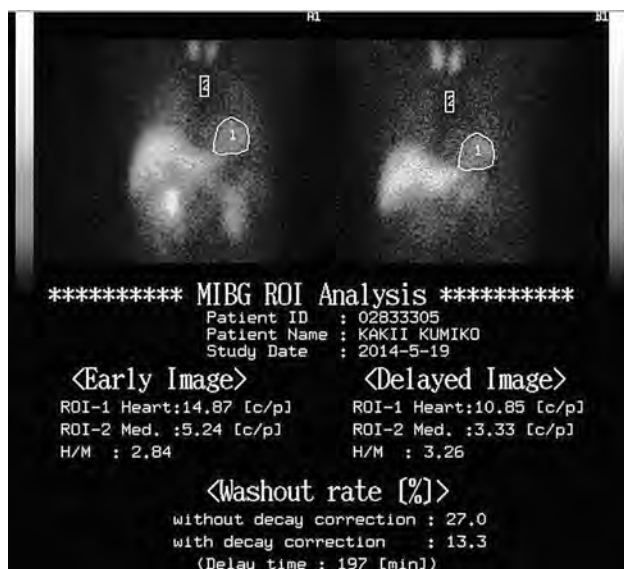


図2 123I-MIBG心筋シンチグラフィー

out rate 27%であり、有意な集積低下は認められなかった。

同年5月22日に実施した脳SPECTでは両側頭頂葉、両側後部帯状回・楔前部に軽度の相対的脳血流低下がみられたが、後頭部の血流低下は目立たなかった(図3)。

入院後の経過中には、会話の最中に突然茫洋とした表情になり、質問に対して適切な応答をしなくなることがたびたびみられたが、普段の疎通は良好であるから、短時間の認知機能の動揺が示唆された。また、「壁のシミがはっきりとしたネコの顔に見え、こちらをじっとみつめる」「窓枠の上に小さいネコがいる」「ネコを触ってみようとしたら消えた」など明瞭で反復する錯視および幻視が認められ、本人は幻視であることを理解していた。さらに、病室において「カーテンの向こうに誰かがいる気がする」といった実体的意識性や、毎夜睡眠中に誰かに話すように大声を出すREM睡眠行動障害を疑わせる睡眠障害もみられた。

同年5月24日から病棟内を無目的に徘徊するようになったため、抑肝散7.5g/日とquetiapine 25mg/日を開始した。quetiapineを75mg/日まで増量したが改善がみられなかったためrisperidone 1g/dayに変更したところ、徘徊はほとんどみられなくなり、錯視と幻視についても徐々に訴えることがなくなった。

同年6月10日にgalantamineを16mg/日に増量した後も精神的に落ち着いていたので、X年6月30日に退院した。退院時のHDS-Rは26点であり遅延再生の障害はやや改善されていた。

考 察

DLBの臨床診断基準は、中心的特徴の進行性の認知機能障害に加え、中核的特徴が2つ以上、もしくは中

核的特徴が1つと示唆的特徴が1つ以上存在する場合にほぼ確実例であるprobable DLBと診断される(表1)。本症例は進行性の認知機能障害の存在に加え、それが動揺性であり、明瞭で繰り返し現れる幻視、sulpiride中止後も続くパーキンソニズムが認められ、中核的特徴が2つ以上存在したためDLBと診断することができた。しかし、当科で施行した画像検査では、DLBに特徴的とされるMIBG心筋シンチグラフィーの有意な集積低下は認められなかった。

MIBGの集積低下は心臓における交感神経の脱落や交感神経終末のノルアドレナリントランスポーターの減少といった交感神経機能低下を反映しているといわれている^{3,4)}。DLBを含むレビー小体病では心臓交感神経の脱神経が認められるが、その他のパーキンソニズムやADではレビー小体は認められず、心臓交感神経の脱神経も認められない。したがって、レビー小体の存在と心臓交感神経の脱神経は密接に関連していると考えられ⁵⁾、MIBGの集積低下はDLBを含むレビー小体病が示唆される所見であるといえる。実際、Tregliaら⁶⁾によるMIBG心筋シンチグラフィーのDLB診断精度に関してのメタ解析では、感度98%、特異度94%であったことが報告されており、MIBG心筋シンチグラフィーはDLBの鑑別にきわめて有用であると考えられる。

本症例では、臨床的にはDLBの診断基準を満たしながらもMIBG心筋シンチグラフィーでは有意な集積低下を認めなかった。これまでに、臨床的にDLBと考えられたがMIBG心筋シンチグラフィーが正常であった症例が少数ながら報告されている⁷⁻¹⁰⁾(表2)。Probable DLBの診断基準を満たすにもかかわらず、MIBG心筋シンチグラフィーで集積低下を認めない理由として、臨床的にDLBと同様の症状を示すものの実

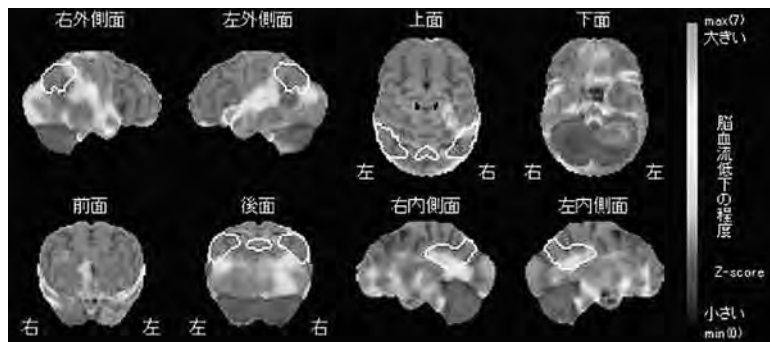


図3 脳SPECT

際は他の認知症性疾患である可能性や薬剤で修飾を受けた可能性が考えられるほか、レビー病理の伸展様式が影響を与えた可能性も考えられる。以下にそれぞれの可能性について考察を加えたい。

まず、他の認知症性疾患である可能性については、DLBとの鑑別で問題となるのはADである。錐体外路症状がはっきりしないDLBや錐体外路症状を伴うADが存在するため¹¹⁾、ADとDLBを鑑別するのは必ずしも容易でない。井関ら¹²⁻¹³⁾はDLBを複数の臨床・病理学的

亜型に分類し、レビー病理の側面から辺縁型（レビー病理が脳辺縁系に限られるタイプ）と新皮質型（レビー病理が脳新皮質に広範にみられるタイプ）に、AD病理の側面から純粋型（AD病理がほとんどみられないタイプ）、通常型（AD病理が年齢相応以上にみられるタイプ）、AD型（AD病理がADに相応する程度にみられるタイプ）に分類している。幻視はレビー病理における辺縁型と新皮質型でみられるが、AD病理におけるAD型は幻視が出現しにくいので、幻視の出現

表 1 レビー小体型認知症（DLB）の臨床診断基準改訂版（文献 2 より）

1. 中心的特徴 [DLBほぼ確実 (probable) あるいは疑い (possible) の診断に必要]
進行性の認知機能低障害
2. 中核的特徴 [2 つを満たせばDLBほぼ確実, 1 つではDLB疑い]
 - a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能
 - b. 具体的に詳細な内容の、繰り返し出現する幻視
 - c. 突発性パーキンソニズム
3. 示唆的特徴 [中核的特徴 1 つ以上に加え示唆的特徴 1 つ以上が存在する場合、DLBほぼ確実。中核的特徴がないが示唆的特徴が 1 つ以上あればDLB疑いとする]
 - a. REM睡眠行動障害
 - b. 抗精神病薬に対する感受性の亢進
 - c. SPECTあるいはPETイメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下
4. 支持的特徴 [通常存在するが診断的特異性は証明されていない]
 - a. 繰り返す転倒や失神
 - b. 一過性で原因不明の意識障害
 - c. 高度の自律神経障害
 - d. 幻視以外の幻覚
 - e. 系統的な妄想
 - f. 抑うつ状態
 - g. CT/MRIで内側側頭葉が比較的保たれる
 - h. 脳血流SPECT/PETで後頭葉に目立つ取り込み低下
 - i. MIBG心筋シンチグラフィーで取り込み低下
 - j. 脳波で徐波化および側頭葉の一過性鋭波
5. DLBの診断を支持しない特徴
 - a. 局在性神経徴候や脳画像上明らかな脳血管障害の存在
 - b. 臨床像の一部または全体を説明し得る他の身体的あるいは脳疾患の存在
 - c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合

表 2 臨床的にDLBと考えられたがMIBG心筋シンチグラフィーが正常であった報告例

報告者 (年)	年齢	性別	主な臨床症状	パーキンソン症状
北村ら (2010) ⁷⁾	64歳	M	幻聴, 妄想, 全身の寡動, 意識レベルの変動	薬剤性
北村ら (2010) ⁷⁾	76歳	F	身体不定愁訴, 妄想, 全身の寡動, 意識レベルの変動	薬剤性
野崎ら (2010) ⁸⁾	69歳	M	うつ, 四肢末梢の痺れ, 発汗, 下腹部痛, 下痢	なし
Yokokawaら (2010) ⁹⁾	70歳	M	認知機能低下, 動作緩慢, 起立性低血圧 (辺縁型, 剖検あり)	突発性
嶋田ら (2013) ¹⁰⁾	69歳	F	幻視, 幻聴, 妄想	突発性

がDLBとADの鑑別に有用であることが示唆される。本症例では脳SPECTにおいて、ADの診断に有用な所見である両側後部帯状回・楔前部での脳血流低下を認めたが、具体的で反復性のある幻視が出現し、sulpiride中止後も小刻み歩行や前傾姿勢、姿勢反射障害などパーキンソニズムを認め、DLBに疾患特異性の高い¹⁴⁻¹⁵⁾ REM睡眠行動障害もみられたことから、ADよりもDLBが強く疑われた。ただ、本症例で認められた左被殻から内包前脚にかけて散在性のラクナ梗塞が精神・神経症状を修飾していた可能性も十分に考えられる。

次に、薬剤による影響について考えたい。心筋のMIBG集積に影響を及ぼす薬剤として、抗うつ薬(三環系・四環系など)・Ca拮抗薬・交感神経刺激薬・交感神経緩和专业などの報告例がある¹⁶⁻¹⁸⁾。本症例では薬剤の投与開始時期は不明であるが初診時にはamlodipine besilate 2.5mg/日、candesartan cilexetil 2 mg/日が投与されていた。本症例で、当科入院前にB病院で試行されたMIBG心筋シンチグラフィーでは有意な集積低下を認めた。B病院受診以前にも投薬されていた場合は、MIBG心筋シンチグラフィーの結果に薬剤が影響を与えた可能性は否定できない。

最後に、レビー病理の伸展様式が画像診断に与えた影響について考えたい。パーキンソン病(Parkinson disease: PD)およびDLBともに比較的早期に心臓交感神経にレビー病理を認める¹⁹⁾。レビー病理の進展様式を示すものとしてPD Braakステージ²⁰⁾があるが、これはPDを想定して作成されたもので、レビー病理は脳幹部から大脳へ上行するとされている。一方、DLBでは、レビー病理が大脳優位に脳幹部に広がり、PDとは異なった進展様式が示されている²¹⁾。DLBの進展様式、臨床経過とMIBG集積の関連に関する報告は少ないが¹⁰⁾、本症例においては、レビー病理が現段階では心臓交感神経への出現がないか少数であり、経過とともにレビー病理が出現するか蓄積する可能性が考えられる。レビー小体の存在と心臓交感神経の脱神経は密接に関連していると考えられていることから、今後、本症例においてもレビー病理が蓄積されて、MIBG心筋シンチグラフィーの有意な集積低下を認める可能性が十分あると考えられる。

ま と め

ほぼ確実例であるprobable DLBの臨床診断基準を満たしながら、MIBG心筋シンチグラフィーで有意な集

積低下を認めなかったDLBの1例を報告した。本症例でMIBG心筋シンチグラフィーで有意な集積低下を認めなかった原因として、薬剤による影響やレビー病理が心臓交感神経まで十分に進展していない可能性が考えられた。今後、DLBの臨床経過と神経病理およびMIBGシンチ集積との関連に関する研究が必要であると考えられた。

文 献

- 1) 小阪憲司, 松下正明, 小柳新策, ほか. Lewy小体病の臨床病理学的研究. 精神神経誌 1980; 82: 292-311.
- 2) McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies; third report of the DLB consortium. Neurology 2005; 65: 1863-1872.
- 3) 吉田光宏, 山田正仁. 認知症性疾患と123I-MIBG心筋シンチグラフィー. 神経内科 2006; 64: 537.
- 4) Amino T, Orimo S, Itoh Y, et al. Profound cardiac sympathetic denervation occur in Parkinson disease. Brain Pathol 2005; 15: 29.
- 5) Orimo S. Decreased cardiac uptake of MIBG is a potential biomarker for the presence of Lewy bodies. J Neurol 2007; 254 (Suppl.4): 21-28.
- 6) Treglia G, Cason E, Giordano A. Diagnostic performance of myocardial innervation imaging using MIBG scintigraphy in differential diagnosis between dementia with Lewy bodies and other dementias: a systematic review and a meta-analysis. J Neuroimaging 2012; 22: 111-117.
- 7) 北村直也, 深井光浩. MIBG心筋シンチグラムが正常であったDLBの二例. 臨床神経学 2010; 50: 346.
- 8) 野崎博之, 木田耕太, 深江智明. 交感神経機能不全が示唆されたがMIBG心筋シンチで異常を認めなかったLewy小体病と考えられた一例. 自律神経 2011; 48: 154.
- 9) Yokokawa Y, Aiba I, Saito Y, et al. Dementia with Lewy body disease (DLB) with normal cardiac uptake of MIBG. Jpn Soc Neuropathol 2009; 2: 347.
- 10) 嶋田貴充, 紋川明和, 渡辺健一郎, ほか. レビー小体型認知症の臨床診断基準を満たしながらMIBG心筋シンチグラフィーでの集積低下を認め

- なかった1例. 精神科 2013 ; 22 : 333-340.
- 11) Geser F, Wenning GK, Poewe W, McKeith I. How to diagnose dementia with Lewy bodies; State of the art. Mov Disord 2005 ; 20 (Suppl 12) : 11-20.
 - 12) 井関栄三, 丸井和美. レビー小体病 ; 神経病理学的再評価. 神経研究の進歩 2004 ; 48 : 399-408.
 - 13) Marui W, Iseki E, Kato M, et al. Pathological entity of dementia with Lewy bodies and its differentiation from Alzheimer's disease. Acta Neuropathol 2004 ; 108 : 121-128.
 - 14) Fujishiro H, Ferman TJ, Boeve BF, et al. Validation of the neuropathologic criteria of the third consortium for dementia with Lewy bodies for prospectively diagnosed cases. J Neuropathol Exp Neurol 2008;67: 649-656.
 - 15) Ferman TJ, Boeve BF, Smith GE, et al. Inclusion of RBD improves the diagnostic classification of dementia with Lewy bodies. Neurology 2011 ; 77 : 875-882.
 - 16) 山下幸記, 宮田信司, 寺田整司, ほか. 123I-MIBG心筋シンチグラフィにおける薬物の影響. 精神医学 2007 ; 49 : 437.
 - 17) 大平雅之. パーキンソン病におけるMIBG心筋シンチグラフィ. Modern Physician 2005 ; 25 : 931-934.
 - 18) 山本光利. 神経疾患における123I-matiodobenzylguanidine (MIBG) 心筋シンチグラフィ. 柳澤信夫, 篠原幸人, 岩田誠, ほか編. Annual Review神経. 東京 : 中外医学社. 2003 ; 299-307.
 - 19) 村山繁雄. 加齢におけるパーキンソン病関連病理の発現: 高齢者連続剖検例を用いた全身病理検討. 山本光利編. パーキンソン病 : 病理学, 自律神経系研究の進歩. 東京 : 中学医学社. 2004 ; 34-45.
 - 20) Braak H, Del Tredici K, Rub U, et al. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease. Neurobiol Aging 2003 ; 24 : 197-211.
 - 21) Yamamoto R, Iseki E, Marui W, et al. Non-uniformity in the regional pattern of Lewy pathology in brains of dementia with Lewy bodies. Neuropathology 2006 ; 25 : 188-194.

Medical essay

漢方について思ったこと

先日、大先輩の医師が入院してきた。80歳を過ぎてもますますお元気だったのだが、咳が出て熱が出て息が苦しいとのこと。胸部X線写真では両側に淡い陰影があり、CTでは普通の細菌性肺炎ではなさそうで、担当医が内服薬や生活状況を詳しく聞いていた。なんと発症の3週間ぐらい前から他院で処方された漢方薬を飲み始めたことがわかった。微熱が続いていて「へんだなあ」と思っていたらしい。どうやら、薬剤性の間質性肺炎だった。大先輩は文献などの資料を希望されたので日本語の論文や総説をコピーして渡した。問題の漢方薬を中止し、ステロイドを投与したところみるみる肺炎は改善していった。そういえば、今から20数年前、今のように慢性肝炎に効く抗ウイルス薬がなかった頃、B型慢性肝炎の患者さんに小柴胡湯を処方したことがあった。先輩の診療の見よう見まねで「いい漢方があるよ」と言って処方したのだが、1ヶ月しないうちに肺炎で入院となった。CTをとってみると間質性肺炎。私はそれ以来小柴胡湯を処方することはなくなった。今回は柴苓湯という別の薬だったが、漢方薬も副作用がないわけではないと当たり前のことを再認識した。どちらの方も幸い助かったが、気がつくのが遅かったら助からなかっただろうと思うと背筋が寒くなる。漢方薬が良いか悪いかではなく、漢方薬も薬であり良いところと悪いところがあると理解して使うようにしたい。(Y.O.)

消化器内科病棟における看護課題の検討 ー 倫理カンファレンスの解析結果から ー *

看護部・東6階 小倉佳奈** 鈴木彩加
石河綾菜 小林るみ

はじめに

私たちは日々患者・家族が望む看護を提供できるように最大限の努力をしている。しかし、末期がん患者やその家族の心情はデリケートで、関わり方に悩むことも多く、要望そのものを把握することが困難なことも多い。また、治療方針やその決定のプロセスで患者・家族・医療者間のさまざまな思いに挟まれ悩みや葛藤を抱くことも多くなっている。そのような状況の中で、患者・家族が何を望んでいるのかを把握し、それに合った看護を提供できるように日々カンファレンスを行っている。その中で特に、倫理的要素の大きい事例を取り上げ、倫理カンファレンスとして毎月1事例検討を行っている。毎月倫理カンファレンスを行うことで、看護倫理に対する意識が向上していると感じている。しかしそれが、患者・家族が望む看護を提供することに結び付いているのかふと疑問に感じることがあった。そこで私たちは、これまでに行ってきた倫理カンファレンスを振り返り、当病棟の看護における倫理的な課題の傾向を明らかにし、問題を明確化することで患者・家族の望む看護を提供することに繋げようと考えた。

研究目的

倫理カンファレンスを行っている中で、患者・家族との関わり、医療者間での情報の共有不十分に関する内容が問題点として多くみられている印象があった。倫理カンファレンスで多くみられる、倫理的課題を検討、問題を明確化することで、看護すべての基盤にある看護倫理をより一層高め、患者に還元する。当病棟で話し合われた倫理的な課題の傾向と要因を明らかにし、看護の質を向上させることを目的とする。

用語の操作的定義

倫理的問題：患者の権利や尊厳を守る事項に関連して臨床現場での「何かおかしい、これでいいのか」と感じる問題。

倫理カンファレンス：個々の患者の看護について、当院で使用している倫理検討シートを用いて倫理的対応を検討するカンファレンス。表1に当院で使用されている倫理検討シートを示す。

研究方法（後向き研究）

1. 対象患者とデータの収集方法

平成24年2月から平成25年11月の2年間に東病棟6階ナースステーションに入院された患者のうち、患者とその家族への看護について特に倫理的問題に関連する検討が必要と考え、当病棟で、倫理カンファレンスを行った20名、21事例である。患者ごとに医療倫理学の原則と医療専門職の義務の基礎となる原則の6項目について詳細な記載を行った。

2. データの分析方法

* : Nursing challenges in Gastroenterology ward

-Of ethics conference analysis result from-

** : Kana OGURA, et al.

Key words : 倫理カンファレンス, 倫理的問題

表 1 倫理検討シート H22年 市立旭川病院看護部倫理WG

*検討内容：医療・看護を進める中で起こった問題，医療方針の決定或いは，過去の事例の振り返り

患者 _____ 歳

検討した理由

経過これまでの経過を病状・治療と医療者－患者間の関わりを中心に書く。

医学的情報と判断	
1. 考えられる治療方針，その一般的なメリット・デメリット 個人の情報を考慮せず，一般論として	2. 社会的視点 患者・家族が利用可能な資源は何か
3. 説明内容 患者に対して 1, 2を患者にどの程度説明したか。	家族に対して
患者・家族の意思と生活	
4. 患者の理解と意向 患者の意見を聞くことが出来ない場合はその理由。	5. 家族の理解と意向 治療についてどのような意向を表明しているか。要望はあるか。
6. 患者の個別的事情に関する特記事項 患者・家族の個別的事情，患者の人生観，価値観，人生計画などが表れている情報も重要。	
問題点の抽出	
7. 最善の方針：医療側の個別化した判断 1に6を加えて，検討。 医療者間相違のある場合は両方記載する。	8. 患者・家族，医療者間の一致・不一致の状況判断 7と4, 5を見て食い違っているか。 一致しているなら10へ，不一致は9へ
対応の検討	
9. 問題点の検討（不一致の要因）	10. 望ましい対応の流れ

倫理検討シート10項目について，検討を行い患者看護に関する問題点，課題の抽出を行った。

問題点，課題の抽出は，全15条からなる日本看護協会の看護倫理綱領¹⁾のうち，当病棟の倫理カンファレンスで話し合われる内容の中心となっている1～4条を基準に行った。

更に，抽出した問題点を医療倫理学の原則と医療専門職の義務の基礎となる原則の合わせて6つの原則，すなわち①自律尊重原則，②善行原則，③無危害原則，④正義原則，⑤誠実，⑥忠実を用いて分類し，当病棟の倫理カンファレンスで話し合われた事例の課題，問題点が6つの原則のどれに当てはまるかについて再検討を行った。これらを分類化することで，当病棟に多くみられている倫理的問題点を明確化し，その原因を明らかにし，問題解決への方策を検討した。医療倫理学の原則と医療専門職の義務の基礎となる原則を下記の表2に示す。

3. 倫理的配慮

プライバシーの保護に努め，匿名を守り，入院期間や病名を公表せずに個人が特定されないように配慮し

た。収集したデータや資料を厳重に管理し，秘密の保持に努めた。研究終了後は速やかにデータを破棄し，データや資料を外部に持ち出さないこととした。患者本人，または患者の家族から文章による同意を得て研究を行った。

結 果

1. 対象期間に当病棟に入院した患者数は延べ24754人であった。その中で患者とその家族への看護について特に倫理的問題に関連する検討が必要と考え倫理カンファレンスを行ったのは21件であり，入院患者全体のわずか0.85%とごくわずかであった。対象事例全21事例のうち，文書による同意が得られたのは12例であった。研究の意図を御理解していただかず，同意が得られなかったものが5例，連絡先不明が4例あった。同意が得られた事例に対して，倫理カンファレンスの内容を倫理原則の6つに当てはめた。
2. 同意が得られ倫理カンファレンスを行った患者の概要を表3に示した。

表 2

医療倫理学の原則	①自律尊重原則	「自由かつ独立して考え、決定する能力」であり、また「そのような考えや決定に基づいて行為する能力」です。
	②善行原則	「患者に対して善をなすこと」である。特に医療の文脈においてこの原則に従うことは、患者のために最善を尽くすことを要求していると言えます。
	③無危害原則	善行原則と連動した意味合いをもち、「人に対して害悪や危害を及ぼすべきではない」とされます。この原則から、1)「危害を引き起こすのを避ける」、2)「害悪や危害を及ぼすべきではない」という責務が導かれます。
	④正義原則	正当な持ち分を公平に各人に与える意思を言い、「社会的な利益や負担は正義の要求と一致するように配分されなければならない」ものを言います。
医療専門職の義務の基礎となる原則	⑤誠実	「真実を告げる、うそを言わない、あるいは他者をだまさない義務」というものである。
	⑥忠実	「人の専心したことに対して誠実であり続ける義務」というものです。

3. 同意が得られた12事例における検討内容を、研究方法の2で述べた医療倫理学の原則と医療専門職の義務の基礎となる原則の合わせて6つの倫理原則に当てはめ、以下の結果を得た。

- 1) 家族の希望により患者本人へ未告知になったものが1例であり、倫理原則の誠実の項目に当てはめることができた。
- 2) 終末期患者における患者・家族の希望や要望の確認が不十分であった5例は倫理原則の自律尊重原則に当てはめることができた。
- 3) 患者・家族と看護師・医師間、及び看護師と医師間の情報収集、情報の共有不足が問題点として挙げられた6例では倫理原則の善行原則に当てはめることができた。

4. それぞれの事例において再検討を行い当てはめた倫理原則の項目、例数、及び抽出された問題点を表4に示した。

考 察

本研究において、期間中の全入院患者における、患者とその家族への看護について特に倫理的問題に関連する検討が必要と考え倫理カンファレンスを行ったものは同期間の入院患者総数24754人中のわずか21件(0.85%)であり、倫理的問題に関連する検討が必要と考えられる患者は極めて少なく、倫理的問題に関連する検討が必要と考えられる患者の多くは、癌患者、終末期の患者であった。

癌患者や終末期患者では、家族の希望により患者へ

未告知のまま今後の方針を決定する場合がある。「自分のおかれている状況がわからなければ、患者さんはこれから先どうしていけばよいかわからない」と石垣⁴⁾は述べており、未告知の患者は自己決定するための十分な情報を得ていない。さらにエドワードL.デシ⁵⁾は、「自分で決定できるという感覚は人間にとって健康的な機能であり、その喪失は不適応や病気をもたらすものだと考えている。」このように、未告知患者では患者自身が病気や予後に対する意思の確認がしにくく、自己決定を求めることは難しい。そのため、患者が希望する状況が把握できず、看護師が未告知患者へのアプローチ方法に疑問・困惑を抱くことが多いのではないかと考える。また、未告知の場合では本人が知らない真実を医療者や家族は知っているという状況となり、そのような状況におかれた患者は孤独感を抱きやすく精神面においても好ましくない影響を及ぼすこともあると考えられる。これらのことから、未告知の患者は全ての情報を知り得ない状況ではあるが望む最期を迎えられる様に家族の同意の下に可能な限り情報を提供し、患者自身が方針を決定できるような環境を提供していくことが重要であると考えられる。

終末期にある患者・家族への対応については終末期にある患者・家族は死という問題に直面し、哀しみや不安な思いを抱いており、精神的にも不安定となっていることが考えられる。また、看護師も一人の人間であり患者・家族に対する思いや死への思い等様々な感情が存在している。患者・家族と看護師の両者にとって死と向き合うことはデリケートな問題であり、患

表 3

年齢	性別	疾患	転帰
76	男性	総胆管結石, 胆嚢炎, 脳梗塞後	転院
78	男性	膵頭部癌	転院
82	男性	スキルス胃癌	訪問看護導入し, 自宅退院
82	男性	膵体部癌	死亡
72	女性	胆石・胆嚢炎, 腹膜炎	転院し, その後当院にて手術
70	男性	胃癌	自宅退院
74	男性	膵体部癌	転院
67	男性	総胆管結石, 膵頭部癌疑い	セカンドオピニオン希望され自宅退院
64	女性	胃癌, 癌性腹膜炎	死亡
71	女性	上行結腸癌, 十二指腸浸潤	自宅退院
79	女性	膵体尾部癌	転院
77	男性	早期胃癌	自宅退院
64	男性	胃癌	死亡
71	男性	胃癌術後再発, 吻合部狭窄	転院
81	男性	胃癌, 多発肝転移	自宅退院
84	男性	胃癌転移性肝腫瘍	転院
81	男性	S状結腸癌, 肝転移	自宅退院
65	男性	貧血, 出血性胃潰瘍	自宅退院
83	女性	肝内胆管癌	自宅退院
78	女性	胃癌, 癌性腹膜炎 胸腹水貯留	転院
72	男性	肝細胞癌, 胆管細胞癌	死亡

表 4

倫理原則	事案件数 (件)	問題点
誠実の原則	1	家族の希望による患者本人への未告知
自律尊重原則	5	終末期患者における患者・家族の希望・要望の確認が不十分
善行の原則	6	患者・家族と看護師・医師間, 及び看護師と医師間の情報収集, 情報の共有不足

者・家族へ踏み込んだ関わりを持とうと働きかけるが、踏み込んだ話をしにくい場面もある。また、終末期の患者は意識状態が低下していることがあり、患者本人に意思を確認できないことも多い。このようなことが看護師と患者・家族の関わり合いの難しさや倫理的問題を生じさせることに一因になると考える。シシリー・ソンドース³⁾は「実際、他人を完全に理解する

のは不可能なこと。しかし、忘れないでほしいのは、彼らは自分をすべて理解してほしいとは思っていない。ただ、わかろうとしてくれることを望んでいるのだ」と述べている。また石垣⁴⁾は家族の位置づけとして「家族は多くの場合、患者さんの人生観・価値観を知っており、その意思を代行する第一候補である。」と述べている。看護師が患者・家族の思いを理解しよう

と努力しても、思いそのものを完璧に把握、理解することは難しい。しかし、患者や患者の家族とコミュニケーションを図り、患者の人生観や価値観を把握し、患者・家族と共に考える姿勢を持つことが患者の思いに寄り添うことに繋がり、患者の望む最期を迎えられることに役立つと考える。当病棟では、すでに当院の緩和チームや緩和認定看護師の介入も行われている。医師と病棟看護師、緩和認定看護師間での情報交換も患者の状態変化に合わせて適宜行っている。今後も早期に緩和チーム・薬剤師・退院支援・リハビリテーション科など他部門との連携を図ることや情報交換をこまめに行っていくことで、患者・家族の思いに沿った治療や看護を提供できることに繋がると考える。

患者・家族と看護師・医師間、及び看護師と医師間の情報収集、情報の共有不足については、情報が十分ではないことで患者・家族に必要なこと、求めていること等が把握できないために患者・家族にとっての最善の医療・看護を提供することは難しい。今回の事例において情報共有不足が生じているのは医師・看護師間のことが多かった。アニタ・タージアン⁶⁾は「医師は還元主義（還元主義とは「結果は原因より生じる」という一義的な因果関係で説明できるという考え。）による治療に焦点を置くように教育を受けている。看護の規範は、全体論であり、これによってケアリングに焦点を置くように教育されている。」と述べている。このことから、それぞれの焦点が異なれば患者・家族への働きかけも異なると考えられ、働きかけが異なれば得られる情報も双方で異なるものとなる。そのため、こまめに情報交換を行わなければ情報共有不足という事態に陥ってしまう。また、患者・家族と医療者との情報共有不足についての事例もあり、患者自身が家族にのみに思いを表出し、看護師からのアプローチには思いの表出はなく患者・家族が医療者に対して不信感を抱いてしまった事例があった。医療者は患者の全身状態のアセスメントを行い、最善の医療を行えるように働きかけているが、終末期の患者にとっては必ずしも積極的な治療を行うことが最善とは限らない。「患者さんと家族は「医療者は一体となって医療を提供してくれるはず」と思っているもの」と石垣⁴⁾は述べている。患者・家族の考える医療と医療者の考える医療に相違が生じる理由の1つとして、お互いに情報を発信はしているが、お互いに必要な情報を交換することができていないことが考えられる。このことにより患

者・家族の希望が把握できず、意図的な情報収集が不足し、患者・家族が満足できる援助が行いにくいという結果を生み出してしまう。患者・家族の満足度の高い援助を行うには、治療方針の決定や変更があった時など状況に変化が生じた場合、その都度、医療者と患者・家族で話し合い、お互いに必要な情報を交換し、患者・家族の希望を明確にしていかなければならないと考える。

本研究において、倫理的問題点を抽出した結果、「医師と看護師間での情報共有不足」が大きな問題であることが明らかとなった。以前から当病棟では週に1度主治医と看護師間で病状や治療方針について話し合い、医療者間での情報共有するためのDrカンファレンスという機会を設けて来た。しかし、前述したような情報共有不足が生じる場合があるため、Drカンファレンス以外でも情報交換を行う必要があることを感じていた。また、これまでは告知の行われる説明と同意（Informed consent：以下IC）に看護師が同席することはほとんどなく、病名や病状を告知された患者・家族がどのように受け止めているのか、今後について医師、患者・家族がどのように考えているのか、IC中の細かな反応を把握することが難しく、その後の関わる中で情報が不足していると感じる場面があった。今回の検討結果から、医師と看護師間で情報共有不足という問題点を解決するための方策の一つとして、告知の行われるICに看護師が同席することを提案し、実践を行った。その結果、IC中の患者・家族の様子やIC後の言動を知ること、患者・家族がどのように受け止めているのかを詳しく把握することができるようになった。また、医師の考える治療方針について患者・家族と同時に把握することができ、リアルタイムで必要な援助を提供できるようになってきている。今後は告知の行われるIC時の看護師同席による倫理的問題の改善効果を評価するために、施行前後でのスタッフの倫理的事項に関する問題意識の変化及び患者・家族の望む看護の提供に繋がっているのかを再評価する必要があると考えられる。

結 語

- I. 当病棟での倫理カンファレンスの課題は倫理原則の分類で①自律尊重原則（1例）②誠実の原則（5例）③善行原則（6例）の3つが多い。要因と改善策について、①患者・家族と看護師の両者に

とって死と向き合うことはデリケートな問題であり、踏み込んだ関わりが難しい。患者・家族と共に考え、早期に他部門との連携を図ることが必要である。②患者の希望が把握できずアプローチ方法に疑問、困惑が生じやすい。患者に可能な限り情報を提供し、看護師もICに同席する等、患者自身が方針を決定できる環境を提供していく。③患者、家族、医療者がお互いに情報を発信しているが必要な情報を交換することができていない。患者の状態、治療状況に変化が生じた場合、医療者と患者・家族で情報を交換し、今後の希望を明確にすることが必要であった。

II. 医師と看護師間での情報共有不足を補う目的で、告知の行われるICに看護師が同席することとなり、IC中の患者・家族の様子やIC後の言動を知ること、患者・家族がどのように受け止めているのかを詳しく把握することができるようになった。また、医師の考える治療方針について患者・家族と同時に把握することができ、リアルタイムに必要な援助の提供が可能となった。

文 献

- 1) 日本看護協会 看護者の倫理綱領引用 [2014 - 05 - 20]
Available from URL <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html>
- 2) 日本看護協会倫理原則：
<http://www.nurse.or.jp/rinri/basis/rule/>
- 3) シシリー・ソンドース、シシリー・ソンドースーホスピス運動の創始者、シャリー・ドゥブレイ、若林一美、日本、日本看護協会出版会、1989、P61
- 4) 石垣靖子、清水哲郎、身近な事例から倫理的問題を学ぶ臨床倫理ベーシックレッスン、日本、日本看護協会出版会、2012、P14、20、49
- 5) エドワードL. デシ、自己決定の心理学—内発的動機づけの鍵概念をめぐって、石田梅男、日本、誠信書房、1985、P 6
- 6) アニタJ. タージアン、看護実践で遭遇する倫理的問題点. インターナショナルナーシングレビュー、早野真佐子、日本、日本看護協会出版会、2001、103-108、24 (3)

臨床病理検討会

平成26年度第1回

【日時】平成26年7月9日

【演題】びまん性肺胞出血と考えられた1剖検例

【発表者】今本 鉄平

【症例】79歳，男性

【主訴】呼吸困難，発熱，血痰

【現病歴】H26/1月初旬より，月に2，3回，37℃台後半の発熱あり。3月下旬より息切れを自覚。4/6から発熱と息切れが増悪。4/14，深川市立病院を受診し，肺炎と診断され入院。酸素4L/分投与でSpO₂ 93%であった。入院後はユナシンSとプレドニン® 40mg/日の点滴で治療開始した。4/16より血痰生じ，その後，呼吸不全進行し，4/24にはSpO₂ 74%に低下。4/25，精査加療目的で当科に紹介入院となった。

【既往歴】甲状腺機能亢進症（69歳頃），高血圧（69歳頃），急性肝炎（50歳時），尿管結石（50歳代頃）

【生活歴】職業：自営業，飲酒歴：なし，喫煙歴：不明，アレルギー：なし

【内服薬】

メルカゾール®（5mg）1T/1x，ブロプレス®（8mg）1T/1x，アムロジピン®（5mg）1T/1x，アダラート®（5mg）3T/3x，カルボシステイン®（250mg）4T/2x，クラリス®（200mg）2T/2x，タケプロン®（30mg）1T/1x，柴苓湯®（4/14より中止）

【深川市立病院 入院時採血】（H26/4/14）

〔血算〕WBC 9000/ μ l（Neutro 75.7%，Eosino 1.3%，Baso 0.2%，Lympho 13.2%↓，Mono 8.3%↑）RBC 350万/ μ l↓，Hb 11.2g/dl↓，Plt 27.9万/ μ l，〔電解質〕Na 143mEq/L，K 2.9mEq/L↓，Ca 8.4mg/dl〔生化学〕BUN 15.1mg/dl，Cr 0.70mg/dl，TP 5.7g/dl↓，ALB 2.4g/dl↓，T-Bil 0.6mg/dl，AST 24IU/L，ALT 15IU/L，LDH 271IU/L↑，ALP 178IU/L， γ -GTP 76IU/L，CK 168IU/L，CRP 10.8mg/dl↑，KL-6 281IU/ml

【深川市立病院 入院時 画像所見】（H26/4/14）

〔胸部X線〕右中肺野，左上～下肺野に浸潤影を認める。

〔胸部CT〕左上肺野には小葉間隔壁の肥厚を伴うすり

ガラス陰影，左右中～下肺野に，気管支血管束に沿って，境界不明瞭なすりガラス～浸潤影を認める。

【当科 入院時現症】（H26/4/25）

体温 37.3℃，脈拍 95回/分，呼吸数 42回/分，血圧 161/75mmHg，酸素6L/分でSpO₂ 85%
胸部聴診上，両肺でfine crackles。

【当科 入院時採血】（H26/4/25）

〔血算〕WBC 17210/ μ l↑（Seg 93.0%↑，Band 2.0%↓，Eosino 1.0%，Baso 0.0%，Lympho 2.0%↓，Mono 2.0%↓），RBC 360万/ μ l↓，Hb 11.4g/dl↓，Plt 26.4万/ μ l

〔電解質〕Na 141mEq/L，K 3.3mEq/L↓

〔生化学〕BUN 18.8mg/dl，Cr 0.63mg/dl，TP 5.5g/dl↓，ALB 2.2g/dl↓，T-Bil 0.8mg/dl，AST 33IU/L，ALT 45IU/L↑，LDH 439IU/L↑，ALP 257IU/L， γ -GTP 93IU/L↑，CRP 10.5mg/dl↑， β -Dグルカン <6.0，アスペルギルス抗原（-），KL-6 696IU/ml↑，SP-D 339ng/ml↑，抗GBM抗体（-），P-ANCA（-），C-ANCA（-），抗核抗体（-），抗Jo-1抗体（-），Fib 592.9mg/dl↑，FDP 23.0 μ g/dl↑，D-dimer 10.8 μ g/dl↑

【当科 その他 検査】（H26/4/25）

〔尿検査〕尿蛋白3+，尿糖（-），白血球1/2-5視野，赤血球1-4/1視野

〔痰培養〕常在菌，Candida albicans

〔抗酸菌〕塗抹（-），PCR：M.tuberculosis（-），M.avium（-），M.intracellulare（-）

【当科X線所見】

（H26/4/25）：右中肺野，左上～下肺野に浸潤影を認める。

（H26/4/28）：両肺全野に浸潤影を認める。

【入院後経過】

H26/4/25当科入院。胸部CT所見と血痰から肺胞出血が最も考えられ，細菌性肺炎，間質性肺炎，肺胞出血を来す膠原病などを考慮し，mPSL 125mg/日，BIPM 600mg/日も開始。酸素14L/分から投与開始するも，SpO₂ 90-95%と十分な酸素飽和度確保できなかったため，HiFOに変更し，目標SpO₂ 90-96%とし，15L・50%から開始した。しかし，呼吸不全進行し，HiFO 20L・60%，25L・70%，35L・90%に変更が必要となった。内服薬はすべて中止した。

4/26, 症状の改善みられないため, LVFX 500mg/日を追加投与開始。

4/27, 血圧が180-200mmHgと上昇したため, ラシックス 20mg/Aを 1 A IV。HiFOを35L, 90% としてもSpO₂ 87%までしか上昇しないため, HiFO 35L, 98%に変更。呼吸苦軽減のため, モルヒネ®の持続皮下注を10mg/日のペースで開始。

4/28, SpO₂ 50%まで低下し, 全身にチアノーゼが出現。X線撮像したところ, 両肺の大部分は浸潤影が占めており, ほとんど含気は認められなかった。血圧227/102mmHgと上昇認め, ラシックス® 20mg/Aを 1 A IV。この日, 体温は36.7℃から38.2℃まで上昇した。

4/29, mPSLは40mg/日に変更。SpO₂ 70%まで改善するも頭打ちとなる。37.7~37.9℃の発熱あり。

4/30, 体温は38.5℃ まで上昇。その後, SpO₂ 50%まで低下。一時はSpO₂ 67%まで上昇するも, 呼吸状態改善せず, 21時45分, 永眠された。

【臨床診断】 びまん性肺胞出血

【臨床上的問題点】

- ・肺胞出血の有無（およびその原因疾患と血管炎の有無）
- ・呼吸不全の原因

【病理解剖・組織診断】

1. 急性間質性肺炎 または 特発性間質性肺炎・急性増悪
2. 播種性血管内凝固症候群（DIC）
3. 大腸管状腺腫
4. 胃びらん, 十二指腸びらん
5. 左室肥大（505g）
6. 胸水（300/200ml 淡黄清）

【質疑応答】

1. 前医で行ったステロイド40mgで改善しなかったのであればパルス療法は行わなかったのか？
→間質性肺炎の治療としてはステロイドのパルス療法と 2 mg/kg/dayの持続投与がある。今回は持続投与を採用した。
2. 肺胞出血でfine crackles聴取するものか？
→聴取することもあるが出血の程度にもよる。
3. サイトメガロウイルス感染の検査はしたか？
→当科では検査していない。
4. 胸部Xp上は心原性肺水腫にも見えるが, 心電図などは検査したか？
→当科では検査していない。胸部Xpでは胸水は

なく, butterfly shadowは明らかではなかった。

5. 79歳で甲状腺機能亢進症が初発ということはあるのか？

→分からない。

循環器内科 石井良直：高齢者の頻拍で甲状腺機能亢進症が初発のことは良くある。

6. 柴苓湯はどれくらい量・頻度で使用していたか？
→分からない。

7. 息切れの時点で肺胞出血はなかったのか？

→あったかもしれないが, 胸部Xpでは僅かにすりガラス陰影程度だった。

8. 血痰で肺胞出血によるものと癌などによるものを鑑別できるか？

→痰中に血液が塊であると癌性で, びまん性にあると肺胞出血が疑われる。

9. 薬剤性の間質性肺炎はの予後は？

→一概には言えないが, 胸部Xp上で充実性の陰影だと予後良好で, すりガラス陰影だと予後不良。

10. 前医でZTTはとったか？

→ZTTは4.1だった。

11. KL- 6 やSP-Dは何を反映しているか？

→間質の炎症の程度を反映している。

【まとめ】

胸部CT所見と血痰から臨床上記まん性肺胞出血が疑われた, 急性間質性肺炎または特発性間質性肺炎・急性増悪の1例を経験した。

平成26年度第2回

【日 時】 平成26年9月16日

【演 題】 僧帽弁逆流が悪化したMarfan症候群の1剖検例

【発表者】 坂入 あい

【症 例】 55歳, 男性

【主 訴】 労作時倦怠感

【現病歴】 家族歴, 臨床症状からMarfan症候群と診断されており, 1992年（35歳時）, 急性上行大動脈解離（StanfordA型+大動脈閉鎖不全症）に対して緊急でのBentall手術（大動脈基部置換術）+全弓部置換術を施行された。1997年（40歳時）には残存解離部が再解離, 大動脈径も増大し, これに対し翌年, 胸腹部大動脈置換術となった。2006年（49歳時）には, CT上, 腕頭動

脈瘤の疑いとなったが、実際には血腫であり血腫除去術となった。この際、人工血管自体からにじみ出るような出血があり、人工血管の劣化が指摘された。

53～55歳までで5回の心不全の急性増悪による入院歴があり、僧帽弁と三尖弁の逆流の増強を認めていた。僧帽弁閉鎖不全の増悪と繰り返す心不全から手術適応と判断され、2012年2月10日（55歳時）、手術目的に当院胸部外科入院となった。

【既往歴/手術歴】

大動脈解離Bentall術、弓部大動脈置換後（1992年）

胸部下行腹部大動脈置換後（1998年）

上行大動脈血腫除去術後（2006年）

両下肢静脈瘤手術（2009年）

【生活歴】職業：水産加工場勤務、飲酒歴：焼酎500ml/日、喫煙歴：10本/日39年間

【アレルギー】なし

【家族歴】姉、一番目の弟、姉の長女・長男、姉の長女の息子がMarfan症候群

【当科 入院時現症】（2012/2/10）

身長 177.5cm、体重 58.6kg、脈拍 81回/分、血圧 114/69mmHg、瞳孔左右差なし、対光反射あり

頸静脈怒脹（+）、4LSBを最強点とする汎収縮期雑音（Levine V/VI）、肝三横指触知

手術痕：胸部正中、左側胸部から左側腹部、右鎖骨下、両鼠径部ほか

【内服薬】

セルベックス[®]（50mg）3C/3x、メキシチール[®]（100mg）3C/3x、アーチスト[®]（2.5mg）2T/1x、ラシックス[®]（20mg）4T/2x、ルプラック[®]（4mg）1T/1x、ザイロリック[®]（100mg）3T/3x、ワーファリン[®]（2.5mg）1T/1x（2/16より休薬）、ヘパリン[®]civ（2/18より開始）

【入院時採血】（2012/2/13）

【血算】WBC 6620/ μ l、RBC 461万/ μ l、Hb 10.6g/dl、Hct 34.0%、Plt 16.3万/ μ l

【電解質】Na 137mEq/L、K 3.9mEq/L、Cl 98mEq/L、Ca 9.4mg/dl、P 3.5mEq/L

【生化学】BUN 32.9mg/dl、Cr 1.20mg/dl、eGFR 50ml/min/1.73m²、TP 7.3g/dl、ALB 3.9g/dl、UA 3.8mg/dl、T-Bil 0.8mg/dl、AST 18IU/L、ALT 9IU/L、LDH 326IU/L、ALP 351IU/L、HbA1c 5.3%、CRP 0.36mg/dl

【凝固】APTT 45.1秒、PT（INR）2.02、Fib 278.3mg/dl、FDP 30.6 μ g/dl

【尿検査】（2012/2/13）尿蛋白2+、尿糖-、潜血反

応1+、ウロビリノーゲン1+、ビリルビン-

【X線所見】（2012/1/10）CTR 65.0%、心陰影拡大、両側CPA sharp、左肋骨ワイヤー3本、胸骨ワイヤー10本

【呼吸機能】VC 64.4%、FEV_{1.0} 71.4%

【血液ガス】pH 7.416、PaCO₂ 45.1Torr、PaO₂ 85.6Torr、BE 3.8、Sat 96.8%

【術前心電図】（2012/1/5）RSR、PAC（+）、ST-T）V5-6 ST dep、I aVL negT

【術前心エコー】（2012/2/13）

PWT 10mm、IVS 10mm、LVDd 66mm、LVDs 35mm、LA 65mm、EF 64%、FS 46%、MRD 46mm

LV wall motion n.p.、MV：前尖prolapse（+）、腱索断裂（-）、A3-P3にてMR III～IV、A1よりMR I度

TV：mild-moderate TRPG 27mmHg、AV：Carbomedics 27AVA 2.73cm²、LV-Ao=6.7/3.8mmHg

【入院後経過①】

2012年2月20日、僧帽弁閉鎖不全・三尖弁閉鎖不全に対し、右開胸アプローチでの僧帽弁置換術+三尖弁形成術施行。前回手術で上行大動脈位の人工血管の劣化が指摘されており、剥離などの操作は困難と考えられたため、胸骨正中切開ではなく右開胸アプローチを選択し、また心停止方法として上行大動脈遮断ではなく、大腿動脈送血（逆行性）での全身カリウム投与による心停止下に行われた。人工弁はOn-X 31/33mmを使用し、術中経食道エコーにて僧帽弁周囲の逆流がないことを確認して手術は終了した。

術後、眼球上転、瞳孔散大（5mm）する痙攣様発作が2度あったがいずれも5分程度でおさまった。胸腔ドレーンからの出血があったため、再開胸したところ、肋間動脈からの出血を認め結紮止血となった。21日未明に再び左上下肢痙攣、左上への眼球上転が3度あり、頭部CT撮影で右中大脳動脈領域の広範な梗塞を認めた。グリセレブ[®]、ラジカット[®]、ステロイドなどで加療された。

術後4日目（2月24日）の心エコーでは、術中の経食道エコーで認めなかったII～III度の僧帽弁周囲の逆流を認めた。

3月3日、開眼に伴い、眼球や非麻痺側の右上下肢の動きは戻り呼びかけに応じるようになった。3月7日、挿管が長期化していたため気管切開を施行。翌日には人工呼吸器外し人工鼻とした。CTでは右大脳半球の浮腫が軽減、リハビリテーションを進め、栄養は経管栄養に移行。しかし、3月11日には尿量減少あり

利尿剤を要し、次第に酸素化悪く呼吸器管理からの離脱が困難になっていった。心エコーでは弁周囲逆流は術後4日目と著変はなかった。3月下旬からは、心不全から血性痰喀出を繰り返すようになった。家族には病状説明の際に再手術も選択枝に上げるが希望はなかった。

4月9日、肺泡出血は治まり一般病棟へ転棟。呼吸器の離脱は試みるも困難であった。5月15日、カリウム値6.5mEq/Lまで上昇あり集中治療室にて透析を行った。この後、透析のため一般病棟と集中治療室への入退室を繰り返した。6月18日の心エコーではIV度の弁周囲逆流と前回より僧帽弁閉鎖不全症は悪化しており、さらに穿孔を疑う所見も指摘された。

透析は継続されていたが腎機能、乏尿はさらに悪化傾向となり、維持透析が必要と判断されたため、11月19日内シャント造設となった。

維持透析導入後、2013年前後からは、意識レベルは改善し、時に意思疎通が可能となったが、呼吸状態は改善なかった。週三回の維持透析では、血圧が50-60mmHgとなり透析困難な状態となっていた。僧帽弁輪近傍の穿孔に対する再手術を提案していたが家族の同意は得られず、本人の意思も明確でなかった。

6月下旬、弟と本人に僧帽弁輪近傍の穿孔に対する再手術の説明をし、手術を希望することを確認。

【再手術前現症】

身長 177.5cm, 体重 53.7kg, 脈拍 80回/分, 血圧 70/46mmHg, 瞳孔 2mm左右差なし, 対光反射あり, 頸静脈怒脹(+), 4, 5肋間前腋窩線上を最強点とする収縮期雑音(Levine V/VI), 肝三横指触知

左上下肢は麻痺と廃用性で関節動かせない, 右上下肢は動かすが関節可動域・筋力ともに低い

【内服薬】

ノルアドレナリン[®], イノバン[®], ドブポン[®]持続点滴中。
チラーヂン[®]S (50) 1.5T/1X, タケプロン[®]OD (15) 1T/1X, ピモベンダン[®] (2.5) 1T/1X, アレジオンドライシロップ[®] (10mg/g) 2g/2x, ムコダイン[®]DS 3g/3X, ニコランジス[®] (5) 3T/3X, アミオダロン塩酸塩 速崩錠[®] (50) 3T/3X

【再手術前採血】

[血算] WBC 11500/ μ l, RBC 264万/ μ l, Hb 8.8g/dl, Plt 25.8万/ μ l

[電解質] Na 126mEq/L, K 4.3mEq/L, Cl 84mEq/L, Ca10.3mEq/L

[生化学] BUN 42.7mg/dl, Cr 6.29mg/dl, eGFR 14ml/min/1.73m², TP8.1g/dl, ALB 3.3g/dl, T-Bil 0.5mg/dl, AST 36IU/L, ALT 17IU/L, LDH 296IU/L, ALP 483IU/L [凝固] APTT 50.0秒, PT (INR) 1.87, Fib 484.0mg/dl, FDP 10.9 μ g/dl

【術前心エコー】(2013/7/18)PWT 10, IVS 9, LVDd 68, LVDs 44, LA 60, EF 63%, FS 36%, LV wall motion n.p. 中隔側やや低下, M弁: sever MR 3箇所あり. ①前尖Lateral側より穿孔径12mm, ②Laterl側PVL, ③Medial側PVL, 僧帽弁輪動揺(+), A弁: low output LV-Ao=4.3/2.5mmHg, TRPG 43mmHg, IVC径18mm

【入院後経過②】

血圧低めでカテコラミンサポートを要すが、次第に要求量が増しノルアドレナリンも使用、カテコラミン依存状態となっていた。7月18日、排便後に血圧が40mmHgまで低下。強心剤で回復したが、心エコーで僧帽弁周囲の逆流箇所の増加が確認された。手術日まで、さらなる強心剤増量を要する中、2013年7月22日手術施行となった。

胸骨再々々切開にて再僧帽弁置換術を施行。右開胸は僧帽弁へのアプローチに有利であったが、2度目の施行は肺の癒着が予想され、肺を損傷した場合、人工弁が汚染される危険性があったため、3度目ではあったが胸骨正中切開アプローチが選択された。逆流箇所のうち穿孔部は周囲の組織の脆弱化していると考えられたため、人工弁の縫着輪の半周に牛心膜パッチをはかせ、穿孔部を覆うように配置し、さらに穿孔部周囲では穿孔部から少し離して左房壁を広く拾って人工弁が縫着された。手術は循環補助を要さず手術を終了し、集中治療室での加療を開始した。

術直後は肺動脈圧が低下し術前より強心剤の大幅な減量が可能となり、意識状態も改善した。しかし術後3日目透析で除水したのち、術後4日目夜間から血圧低下を認め強心剤増量、5日目も血圧が上がらず容量負荷を要した。血圧低下続くため、術後6日目にはIABP稼動開始、後負荷軽減で一旦血圧の回復があるも治療は奏功せず。また術後直後血小板は3.9万であったが、1.0万とさらに低下していった。動脈血、カテーテル先端の培養などでSerratia marcescens陽性が確認されている。DIC様となり、次第に酸素化も低下していき、術後8日目7月30日、午前4時25分永眠された。

【病理で明らかにしていただきたいこと】

1. Marfan症候群に特徴的な結合組織変化が心血管系に

認められたでしょうか。

①2012年7月20日に切除された僧帽弁に変性

②人工弁を縫着した僧帽弁輪に組織の変性

2. DICの鑑別として、以下のような所見は認められたでしょうか。

①残存解離部などでの血栓

②置換弁/弁輪組織に菌塊の付着などの感染性変化

③術前、カテコラミン高容量投与で危惧された腸管壊死

3. 直接死因の鑑別として、病的にはどちらがより考えられるでしょうか。

①敗血症による臓器不全

②僧帽弁閉鎖不全症を修復し、左室容量負荷に耐えられなくなったことによる心不全の増悪

【病理解剖所見】

1. Marfan症候群

2. 大動脈弁置換、僧帽弁置換術後

3. 鬱血性心不全

4. 胸腹部大動脈置換術後

5. 巣状分節性糸球体硬化症 (FSGS)

6. 脂肪肝 (2660g)

7. 腹水 200ml 淡黄清

【質疑応答】

①入院時の貧血や腎障害の原因としては何が考えられるか。

CKDIII期であるので、腎機能障害の影響で貧血が起きたと予想する。腎障害については当院初診時から腎機能低下を認めていたので、喫煙などから元来腎機能が悪かったようだ。それに加えて、今回入院前には5度の心不全の急性増悪を繰り返していたため、心不全による腎前性の腎障害もあったのではないか。

②MR修復後の左室容量負荷とは何か。

MRがあったときは、左房へ血流が逃げていたが、MRを修復すると僧帽弁から逃げ道なく直接大動脈の圧にさらされ、それに心筋が耐えられなかったのではないかということ。

③術後、敗血症が疑われたが、術前にはそのような徴候はなかったのか。

1回目の弁置換後、弁輪での穿孔が認められており、穿孔の原因として何らかの感染があったことも考えられるが、術前には血液培養などはとっておらず菌血症がもともとあったかは不明。

【まとめ】

僧帽弁閉鎖不全症に対する僧帽弁置換術後、心不全が増悪し死亡したMarfan症候群の1例を経験した。

平成26年度第3回

【日 時】平成26年11月11日

【演 題】切除不能で化学療法を行った胃癌の1部検例

【発表者】富岡 健

【症 例】70歳、男性

【主 訴】倦怠感、ふらつき

【現病歴】糖尿病、高血圧、アルコール性肝硬変で当院内科通院中。2012年8月末頃から食欲低下が出現しはじめたが、受診せずに様子をみていた。2012年10月5日の内科定期外来通院日に、貧血が急激に進行し (Hb 5.8g/dL) 胃内視鏡を施行。幽門部に3型の腫瘍が見られ、10月9日精査のため当科入院となった。

【既往歴】代謝性脳症で当院精神科通院中

【生活歴】職業：無職 (60歳まで飲食業)、飲酒歴：機会飲酒、喫煙歴：3本/日、50年間

【入院時現症】(2012年10月9日)

身長 160.1cm、体重 38.5kg、体温 37.5℃、脈拍 75回/分、血圧 109/70mmHg、SpO₂ 99% (room air)

【内服薬】

ラクツロース末・P[®] (6g) x3、ペレックス顆粒[®] (1g) x3、SM散[®] (1g) x3

ディオバン[®] (80mg) 1T/1x朝、ランソプラゾールOD[®] (30mg) 1T/1x夕 (2012.10.05処方)

【入院時採血】(2012年10月10日)

[血算] WBC 5530/ μ l (Seg 94.8%, Eosino 0.5%, Baso 0.2%, Mono 8.5%, Lymph 26.0%), RBC 306万/ μ l

Hb 7.4g/dl, Hct 24.3%, MCV 79.4fl, MCH 24.2pg, Plt 20.0万/ μ l

[電解質] Na 138mEq/L, K 3.0mEq/L, Cl 101mEq/L, Ca 7.5mg/dl

[生化学] BUN 9.5mg/dl, Cre 0.54mg/dl, TP 5.1g/dl, ALB 2.2g/dl, T-Bil 1.2mg/dl, AST 14IU/L, ALT 6IU/L, LDH 138IU/L, ALP 193IU/L, AMY 44IU/L, ChE 61IU/L, Glu 114mg/dL, HbA1c 6.0%

T-Chol 88mg/dl, CRP 2.61mg/dl, IgG 1180mg/dl, IgA 376mg/dl, IgM 55mg/dl

[凝固] APTT 33.4秒, PT-INR 1.15, Fib 278.7mg/dl

【尿検査】(2012年10月10日)

尿蛋白 (-), 尿糖 (-), 潜血反応 (-), ウロビリノーゲン (+/-), ビリルビン (-)

【胸腹部CT】

(2012年10月10日)胃壁肥厚。脾体部との境界はぎりぎり。遠隔転移なし。

(2012年11月5日)明らかな遠隔転移は出現していない。肝硬変の所見あり。

(2013年11月18日)右下肺野に肺炎の所見。胸腹水貯留。胃壁の肥厚と周囲への浸潤。縦隔リンパ節の腫大。

【胃ガストロ】

(2012年10月15日) Tumorにより小弯は短縮。嚢状に変形し、胃内容は残存。

【上部消化管内視鏡検査】

(2012年10月5日)小弯前庭部～体上部まで巨大な3型の腫瘍あり。幽門輪近くまで及び、幽門輪も変形している。

(2013年11月25日) ECJを越えて浸潤する易出血性の腫瘍。大弯側のバイパスは開存。胃内に残渣はあまりないが、食道内に残渣あり。ECJは狭小化し、スコープはようやく通過、擦れると腫瘍から出血する。

【骨シンチグラフィ】

(2013年12月3日) あきらかな異常集積なし。

【入院後経過①】

2012年10月10日に入院後、食事をしていたが腹満が著明となり絶食となった。

10月21日、手術のため外科へ転科。

10月22日、手術。広範囲（脾頭部～右横隔膜脚）の腫瘍浸潤、リンパ節浸潤を認めたため、腹腔鏡下胃空腸吻合術（modified Devine）施行した。胃内容の停滞が著明。

10月25日、ガストロ造影。通過は問題ないが、術前からの胃内容の停滞あり。水分開始。

10月30日、食事開始、内科受診。

11月2日、内科へ再転科。

本人・元妻とICしてTS 1[®]のみでの化学療法の方針。

11月13日からTS 1[®] 100mgで内服開始。Day10頃からWBC低下。Day13に発熱みられTS 1[®]は中止した。CTでは肺炎が疑われユナシン投与。5日間投与し解熱したため終了した。その後は微熱があるものの高い発熱はなく、食事摂取も良好。

12月12日からTS 1[®] 80mgで再開した。発熱・下痢などの症状はなかったが、day 7でWBC 2580と低下した

ため再度中止。外来でWBCの推移をみて再開を検討する方針となった。

12月20日、介護施設へ退院となった。

【退院後の経過】

退院後、外来でTS 1[®]継続した。6コースまで行ったが、高アンモニア血症による意識障害が出現し、2013年6月14日以後は積極的な治療を行わない方針となった。食欲不振、つかえ感の訴えあり、同年10月7日、上部消化管内視鏡検査を行うが、バイパスの狭窄・閉塞はなかった。徐々に食事摂取不良となり右肩痛の訴えも出現したため、介護施設職員が心配し元妻に連絡。元妻から病院へ連絡があり、同年11月15日に当科受診・入院となった。

【入院後経過②】

2013年11月15日、入院。流動食＋補液で食事摂取良好となり、3分粥摂取となった。右肩痛はあきらかな骨転移を認めなかった。

12年4日からトラマール25mg×4で処方したところ症状改善した。

全身状態は大きな変化なく経過した。元妻と相談し介護施設への退院は困難と考え、12月19日、沼崎病院へ転院となった。

しかし12月25日、転院先の沼崎病院で内服拒否や徘徊、点滴を抜去し窓から捨てる、暴言などの行為がみられ、12月26日、当科へ再転院となった。

2013年12月26日、再転院後の精神状態は安定して経過した。徐々に食事摂取不良となったため、CVポートを挿入し24時間補液とした。安定した経過であるため佐久間病院への転院を予定していたが、2014年1月22日より発熱、呼吸状態悪化。胸部X-pで肺炎像あり。酸素投与、抗生剤投与を行ったが、1月23日13時10分、永眠した。

【病理解剖で明らかにしたいこと】

- ・胃癌の周囲への浸潤、転移の所見
- ・死因となった肺病変の原因（感染？癌性リンパ管症？）

【病理解剖所見】

1. 胃癌，中分化管状腺癌，化学療法後浸潤] 食道，脾臓，後腹膜，横隔膜肝左葉，脾門部
転] 副腎，
り転] 胃周囲，食道中部，腹部大動脈周囲
2. アルコール性肝硬変（625g）
3. 肺水腫，気管支肺炎（625/550g）

4. 羸瘦 (BW = 41.6kg)

5. 胸水 1300/500ml, 腹水 2600ml 淡黄清

【質疑応答】

・腫瘍マーカーはどうだったか？

→2012年10月5日(入院4日前)の採血でCEA 3.7ng/ml, AFP 0.9ng/ml, CA 19-9 323U/mlとCA19-9の上昇を認めました。その後, CEAは4前後で推移し, AFPは測定しませんでした。CA19-9は2013年3月に50U/ml前後まで下がりました。しかし, 2013年5月31日にはCEA 6.1ng/ml, CA 19-9 83.9U/mlと上昇を認めました。

・貧血の治療はしたのか？

→2012年10月の入院時にRBC 2Uを3回輸血しました。手術時にも4U輸血し, その後はHb 10g/dL前後で推移しました。

・内科的にcStageは？

→cStageⅢと判断しました。

・肝予備能の評価は, 血液検査でどのようにしたか？ Child-Pugh分類は？

→ALB 2.2g/dl, ChE 61IU/Lと下がっているため肝機能が落ちていと考えられましたが, Child-Pugh分類は6/15でAでした。

・WBCはいくつまで低下したらTS1[®]を中止したのか？

→WBC 3000/ μ l未満を目安にしていました。

・胸部CTで縦隔リンパ節の腫大とあったが本当か？

→縦隔リンパ節ではなく, 食道周囲リンパ節への転移でした。

・本当に肺炎像なのか？

→分かりませんが, 免疫不全があればニューモシスチス肺炎と考えます。

・癌性リンパ管症として矛盾しないか？

→臨床的には癌性リンパ管症と考えて矛盾しないと思います。急性左心不全でもこのような胸部X-p像になります。

【まとめ】

・切除不能で化学療法を行った胃癌の症例を追っていただきました。

・意識障害がある患者を治療することの難しさと各科の連携が大切なことを感じました。

平成26年度第4回

【日時】平成27年1月20日

【演題】治療抵抗性Candida-parapsilosis敗血症の1例

【発表者】横山 竜也

【症例】75歳 女性

【主訴】発熱, 意識障害, 血小板減少

【現病歴】10年以上前からDM, DLp, GERD, HTで道北勤医協宗谷医院に通院中であった。2012年10月頃より労作時息切れを自覚していたが, 経過観察となっていた。

症状軽快しないため, 2103年2月27日に定期通院時に再度相談したところ, 心エコー施行され, ARと診断された。その後負荷のかかる労作を避けていたが, 徐々に呼吸苦は増悪した。同年秋頃には就寝中に胸部圧迫感で覚醒することもあった。

同年11月8日同院受診時に相談し, 心エコー施行されたところ, ARが急速に悪化していた。11月13日に当院循環器内科にコンサルト, 手術適応検討のため11月20日に入院となった。

【既往歴】

1997年右RCC術後(右腎部分切除, 旭川厚生病院)

2013年右上顎洞炎術後(旭川厚生病院)

【家族歴】妹: ARで手術。

母: ペースメーカー植え込み

【生活歴】obesity (-) smoking (-)

【内服薬】

HT(+): プロプレス[®] 8mg, アーチスト[®] 10mg DLp(+): リバロ[®] 1mg DM(+): ジャヌビア[®] 25mg, ヒューマログミックス25[®]注 (12-0-0-0)

【現症】

身長 151.7cm, 体重 45.4kg, 脈拍 63/min・整, 血圧 159/46mmHg, BT 36.6℃, SpO₂ 97% (room air), 意識: clear

頭頸部: 眼瞼結膜貧血 (-), 黄疸 (-), 頸動脈bruit (-/-)

胸部: S1・S2 (→) S3・S4 (-), 2LSBから心尖部にかけて拡張期雑音 (Ⅲ/Ⅵ), no rale.

腹部: soft, flat, tenderness (-), bowel sound (良好), 肝・脾・腎触知せず, abdominal bruit (+), thrill (+), 手術痕 (+): 腎部分切除, 虫垂切除

四肢: edema (-/-), femoral bruit (+/+), pulsation n.p.

【検査所見】

<ECG>

HR: 63/min, sinus, axis 50, PQ: 0.15, QRS: 0.88, QT: 0.38, SV1 + RV5 = 21 + 21mm

IIIqR, V1-2 rS, ST-T) V1-2 ST elev (V1 1mm), V3-6 ST dep (V4-6 -1mm)

【心エコー】

EF (MOD) 68%. wall motion: n.p. valve function: n.p. MR 1°, AR 3~4°, LVDd/Ds: 60/33

長軸にValsalva ≡ φ50mm大, 短軸に10~11時方向にValsalva拡大像。RVOT狭窄なし。

IVS/PW: 9/10, LAD/AoD: 39/34, FS: 45%, LVEDV (MOD): 150/109ml, TR ΔP = 23mmHg, IVC径: 12mm, Th (-), PE (-)

<心臓カテーテル検査>

HEM HR 63, Ao 210/50 (104), LV 200/0 EDP 14, LVG: LVEF 56.8%, C.O. 4.15L/min, C.I. 2.92L/min/m², PCWP 11mmHg, wall motion: n.p. CAG: 有意狭窄なし。

AoG: AR 3/4, 右Valsalva洞動脈瘤

<心MRI>

AR 3/4, 右Valsalva洞動脈瘤 (+), AAE (-), T2WI: 明らかなSI上昇 (-), Cine: 明らかなasynergy (-), AAE (-), 右バルサルバ洞動脈瘤 (+), AR 3/4, descAo back flow (+), Perfusion: 明らかなperfusion delay (-), LGE: 明らかなLGE (-), LV analysis: LVEDVI: 171.8ml/m², LVEF: 58%, C.O.: 8.4L/min, C.I.: 6.0L/min/m², HR: 61/min

<頸動脈エコー> プラークスコア: rt/lt 1.2/3.4, IMT (mean): rt/lt 0.93/0.91

<Tages> EC1400, ジャヌビア®25mg, ヒューマログ mix25® (12-0-0),

BS: 167/255-205/291-222/288

【入院後経過①】

入院時より精査を行い、上記検査所見を得た。2012年2月~11月の間に急速にARが進行、安静時の胸部圧迫感などの心不全症状出現したこと、心臓カテーテル検査で右Valsalvaの著明な拡大があり、ARの原因として考えられたこと、心拡大、AR III~IV°。LVDd/Ds 60/33mmと直近8Mで10mmの拡大があったことなどから、Valsalva洞の拡大は不可逆、破裂のriskがあり、Bentall術の適応と考えられた。そのため手術施行目的で12/8に胸部外科転科となった。

2013年12月16日Bentall術施行された。手術時間7時

間40分、人工心肺時間230分、大動脈遮断時間155分であった。Composite graftはGelweave Valsalva 24mm + Sorin Mitroflowの手作りであった。

術翌日の未明にVTとなりDC施行された。術後より黄疸を伴う急性肝機能障害を認めたが、自然にピークアウト。また、同時期より血小板減少が続いていた。

術後から発熱持続しており、2月5日の血液培養でCandida-parapsilosis陽性であったため、FLCZ100mg/日で治療開始されたが陰性化しなかった。また、血小板減少が持続するため、人工弁や大動脈解離部位での慢性DICを考慮され、血液内科紹介となった。

【血液内科紹介時検査所見】

<末梢血>

WBC 4540/μL, RBC 293万/μL, Hb 9.2/dl, Ht 36.7%, MCV 91.1fl, MCH 31.4pg, MCHC 34.5g/dl, PLT 5.1万/μL, 網状赤血球比率 46.0, 網状RBC 1348万/μL, Band 1.0%, Seg 69.0%, Eosino 0.0%, Baso 0.0%, Mono 7.0%, Lymph 23.0%

<凝固系>

PT秒 17.2sec, PT比 1.58, PT-INR 1.5, PT % 35.3, APTT対照 28.4sec, APTT秒 47.7sec, Fib 187.5mg/dl, FDP 10.7, FMテスト (-), アンチトロンビン 68, Dダイマー 4.1, PIC 1.0, TAT 10.5

<生化学>

Na 135mEq/L, K 3.6mEq/L, Cl 100mEq, BUN 10.7mg/dl, Cre 0.61mg/dl, eGFR 71.3ml/min/1.73m², T-Bil 1.7mg/dl, D-Bil 0.4mg/dl, AST 29IU/L, ALT 25IU/L, LDH 413IU/L, CRP 4.01, TG 153mg/dl, Fe 64, UIBC 85, フェリチン 1243.1ng/ml, β-Dグルカン 45.1

【入院後経過②】

血液内科紹介時、血小板減少、Candida-parapsilosis敗血症、進行する意識障害などがあった。敗血症、人工弁、大動脈解離によるDICは否定できずなかったが、フェリチン2000からHPSの可能性も考慮した。また、HIT抗体陽性の影響も否定できなかった。敗血症の感染巣不明であった。

2/7よりFLCZ 400mg/日に増量し治療を開始した。2/15からはVRCZ 200mgも追加した。2/28には血培でCandida-parapsilosisが陰性化したが、β-Dグルカンは依然として高値であり、意識状態の悪化も認めていた。また、3/3のBMAで血球貪食像あり、Candida-parapsilosis敗血症によるHPSと考えられたため、3/11に血液内科に転科となった。3/11の髄液所見は正常

であり髄膜炎は否定的であった。

3月上旬より皮膚色素沈着も認め、コルチゾールは正常下限であり、ACTH 700と上昇しており、相対的副腎皮質機能低下症の所見であった。もともと軽度副腎皮質機能低下あり、感染を契機に顕性化したと考えられた。

転科同日よりVRCZ 200mgをL-AMB 100mgに変更した。また、真菌以外の一般細菌をも標的に治療を行う必要性が高いと判断し、TEIC 40mg, TAZ/PIPC 4.5mgも追加で投与を開始した。しかし、意識状態は改善せず、 β -Dグルカンも陰性化しなかった。3/20にはCPAで発見され、ICU入室となったが、脳波測定では平坦脳波に近い波形であった。その後も状態が改善することなく経過し、4/3に永眠した。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・Candida-parapsilosis敗血症の感染巣
IEを強く疑うが、心エコー上は疣贅なし。
- ・副腎の所見
潜在的なAddison病を認めたことを疑っていた。
- ・その他の臓器（特に腎臓）に微小血栓があるか？

【主な質疑応答】

- ・Valsalva洞とはなにか？ Valsalva洞の拡張は何を意味しているのか？
→上行大動脈で、冠動脈の起始部の部分。Valsalva洞の拡張は、大動脈瘤があるということを意味している。
- ・本症例の患者のARの原因は何と考えられるのか？
→Valsalva洞の動脈瘤自体がARの原因となることがあり、本症例の患者もValsalva洞動脈瘤によるARの可能性が高いと考えられた。
- ・Bentall術とは何か？
→大動脈弁と上行大動脈の起始部を人工弁と人工血管に置換する手術である。
- ・HITとは何か？
→血小板顆粒から放出される糖タンパクとヘパリンが免疫複合体を形成し、凝固能を亢進させる。病状としては微小血栓を形成することによる症状が出現する。
- ・HITによって発熱や意識障害は生じうるのか？
→血栓形成はあるが、発熱が生じるかは不明。意識障害は微小血栓が脳梗塞などを惹起すれば生じる可能性はあるのではないか。
- ・3/20のCPAの原因は何か？

→意識障害が強くあり、そのため舌根沈下が生じてCPAとなった可能性が高いと考えられた。

【病理解剖の結果】

心エコーでは疣贅は認められなかったが、病理解剖にて大動脈弁に疣贅が認められ、グロコット染色と併せて真菌性心内膜炎の診断となった。胸部大動脈解離の所見も認めた。腎臓に微小血栓を認め、また低カリウム性腎症の所見も認めた。微小血栓は脾臓にも認められ、DICに矛盾しない所見であった。副腎は明らかな副腎不全の所見は認めなかった。

その他骨髄では血球貪食像、甲状腺では結節性甲状腺腫の所見を認めた。

【まとめ】

経過中には感染源は不明であったが、病理解剖によって真菌性心内膜炎の診断となり、その他DICなどの所見も認められ経過中に考えられていた病態に矛盾しない所見を得られた。

平成26年度第5回

【日 時】平成27年3月3日

【演 題】31年の経過で死亡したじん肺の1例

【発表者】土井 準

【症 例】78歳、男性

【主 訴】持続する微熱

【現病歴】

昭和57年にじん肺と診断され、岩見沢労災病院で定期健診を受けていた。平成4年にじん肺管理4の認定を受けて、当院呼吸器内科通院となった。

平成25年5月19日頃より37度台前半の微熱が続き、室内気SpO₂ 88-89%（普段91-92%）と低下した。5月22日呼吸器内科受診時、室内気SpO₂ 86-87%と更なる低下を認め、CRP 2 mg/dLと軽度上昇していた。じん肺に感染が合併した疑いで当院呼吸器内科に即日入院となった。

【既往歴】74歳 結核性胸膜炎（岩見沢労災病院にて入院加療）

【生活歴】喫煙：なし、アルコール：機会飲酒程度、職業：石材業

【入院時現症】体温36.7℃、脈拍85回/分、血圧100/63 mmHg、SpO₂ 93%（酸素0.5L/min）、胸部聴診上、両下肺野背側で軽度fine crackle聴取

【検査所見】

[L/D] (5/22)

WBC 8.05x10³/μL, RBC 4.22x10⁶/μL, Hb 12.6g/dL, Ht 39.3%, Plt 182x10³/μL, Seg 78%, Eosino 0.7%, Baso 0.1%, Mono 4.8%, Lymph 16.4%, Na 141mEq/L, K 4.4mEq/L, Cl 100mEq/L, BUN 33.7mg/dL, Cre 0.79mg/dL, UA 3.6mg/dL, ALB 3.2g/dL, T. Bil 0.4mg/dL, D. Bil 0mg/dL, AST 21IU/L, ALT 16IU/L, LDH 240IU/L, CPK 28IU/L, 血糖 134mg/dL, Amy 46IU/L, CRP 2.26mg/dL, ALP 256IU/L, γ-GTP 22IU/L, プロカルシトニン 0.06 ng/mL

[血液ガス検査 (O₂ nasal 0.5L/min)] (5/22)

pH 7.332, pCO₂ 65.1 torr, pO₂ 73.8 torr, HCO₃- 33.7mmol/L, BE 5.4mmol/L, K⁺ 4.2mmol/L, Na⁺ 141mmol/L, Cl 99mmol/L, AG 12.7mmol/L, Hb 15.6g/dL, sO₂ 94.3%, Glu 121mg/dL, Lac 13.5mg/dL

【画像所見】

[胸部Xp] (5/22)

心胸郭比50%, 右CPA dull, 両肺にびまん性の3mm大の粒状影が認められる。右中肺野に50×35mm, 右下肺野に40×30mm, 左下肺野に70×20mmの大陰影が認められる。

[胸部CT] (5/23)

左胸水が認められる。右中葉と左下葉に石灰化を伴う大陰影が認められる。

【入院後経過】

5/22, 酸素0.5L/minでPaO₂ 73.8torr, PaCO₂ 65.1 torrとⅡ型呼吸不全を認めた。ABPC/SBT 3gx2/day, PSL 20mgx1/day投与開始。自宅では流動食(1000-1500kcal)を摂取していたようだが、誤嚥の恐れあり、絶飲食とした。

5/23, 酸素0.5L/minでSpO₂ 96%あり、酸素投与を終了。飲水テストは不合格で、絶飲食を継続した。CTでは両肺びまん性粒状影, 右中葉・左下葉の大陰影, 左胸水を認めた。

5/27, 採血上, 炎症反応は改善しており, ABPC/SBT投与終了。PSL 10mg/dayへ減量。

5/28, SpO₂低下, 呼吸困難あり, 酸素0.5L/minの投与再開。PSL投与終了。5/24の喀痰よりMRSA(+)で感染予防策をすることとなった。

5/30, ご子息に病状説明。炎症反応の改善はあるものの、経口摂取はほとんどできず、全身状態は悪化していること、胃瘻による栄養管理をすることになった。

などについて検討していただくこととなった。胃瘻はご希望されなかった。

5/31, 背部から臀部にかけて表皮剥離あり。皮膚科受診。

6/3, 今後の治療について旭川厚生病院に転院できないかのご子息より希望あり, 旭川厚生病院に電話で相談したが、基本的に診療内容が変わることはないの転院治療の対象ではないこと確認した。

6/6, 朝から本人が点滴やサクシオンを拒否するため、家族ももうしないで欲しいとのことで、意思を確認した。DNARとした。

6/6, 23:44呼吸不全で死亡した。

【病理解剖で明らかにしていただきたいこと】

- ・じん肺の病変の程度はどうであったか。
- ・じん肺以外に死亡の原因となる病変はあったか。
- ・慢性の胸水があったが、結核や中皮腫などの病変はあったか。

【病理解剖組織学的診断】

1. 塵肺症：塵肺結節形成
(1) 両側肺：700/900g。(2) リンパ節：気管周囲-肺門部, 大動脈周囲(胸部)
2. チアノーシス：口唇, 消化管, 爪床(バチ状爪)
3. 臓器のうっ血：肺臓, 肝臓, 脾臓, 腎臓, 副腎, 消化管, 副腎
4. 線維性胸膜炎：両側, 全体的な癒着
5. るいそう
6. 右心肥大・拡張：280g
7. 老人性腎萎縮：115/120g
8. 前立腺切除：TUR後

【質疑応答】

①じん肺管理4とはどのようなものか。

じん肺管理区分は胸部レントゲン分類と著しい呼吸機能障害の有無で決まる。本症例では、胸部レントゲン分類は各大陰影の最大径の和が5cmを超えて、大陰影の面積の和が1側肺野の1/3以下のため第4型Bとなる。また%VCが60%未満のため著しい呼吸機能障害が有ることになる。以上からじん肺管理4となる。

②入院後経過でPSLを10mg/dayに減量した途端に呼吸状態が悪化したのではないか。

CRPが低下したためABPC/SBTとPSLを減量していいと考えた。また悪液質で嚥下機能も悪く、末期状態であったため、無理に内服させることはしなか

った。

③経時的に陰影が大きくなっているが、肺癌を疑って腫瘍マーカーは検査したのか。

74歳時に胸水の精査のため当院呼吸器内科入院し結核性胸膜炎の診断となったが、その入院時に検査

している。その後は検査していない。

【まとめ】

臨床経過、病理所見ともにじん肺として矛盾しないものであった。よって死因はじん肺による呼吸不全と考える。

Medical essay

Troubles in travels

旭川は観光地なので、時として旅行者の診療に当たることがある。韓国人女性が急性扁桃炎で入院した時など、言葉は通じず、1泊したら急に帰ると言いだし、初めて英語で紹介状まで書くはめになった。その上、看護師長が駅まで送っていくという異例の対応までした。旅先で医療機関を受診する患者は、えてして無理難題を医者持ちかけるものだ。

「コレラかもしれない」

と本気で心配したのは、キルギスの湖畔に佇む小さな町で、民泊していた時のことだ。夜通し水様下痢でトイレに通い詰めだった。3日前にやってきた旅行者が、みるみる顔色不良になるのを見かねたこの家の娘が、ぼくを医者連れて行った。英語を全く解さない、おばあさんに近い医者だった。娘が通訳してくれるが、訴えがちゃんと伝わっているのかどうか怪しい。それに医者説明している時間より、たどたどしい英訳の方が短いとはどういうことだ？

どうやら点滴をするらしい。一旦クリニックを出て道端の薬局に入った。なんと輸液ボトルと点滴ラインを買うようだ。

「インド製と中国製とドイツ製があるが、どれがいいか？」

こういう国で物を購入する時には値段の比較をするのが常だが、命には代えられん、迷わずドイツ製を選んだ。

「2時間」と言っていたが、点滴は1時間くらいで終わった。「3時のバスでビシュケクに戻る」とごねたからかもしれない。海外旅行保険の診断書も書いてもらわねば。ロシア語でもやむをえまい。ポカリスウェットの粉みたいなものを処方してくれたが、これはしょっぱいばかりでまずかった。抗菌薬は出なかった。かかった料金は千円足らずだった。

振り返ってみると、いわゆる旅行者下痢症だったろう。経口補水液（の素）だけが処方されたわけだ。フルオロキノロンは病悩期間を数日短くすると言われるが、症状の程度にもよる。本症例の場合、処方しても良かったのではないかと感じてしまう。しかし旅行者下痢症の原因は感染症ばかりではない。実際、旅の途中で同じような下痢をあと3回経験した。1週間ほど、連日長距離バスでの移動を繰り返した後に発症し、3日程度で治まった。ストレスだろう。キルギスの老婆医師の処方が適切な診断に基づくものだったのか、話が通じなかったせいなのか、今となっては良くわからない。ただ確実に言えるのは、老婆医師もまた、相当困っていたであろうということだ。（S.S.）

第70回マンモグラフィ技術試験に参加して

中央放射線科 小 木 有 紗

平成26年7月26日に札幌の対がん検診センターにて行われた、第70回マンモグラフィ技術試験を受験させていただきましたので報告します。

マンモグラフィ技術試験とは、乳がん検診のマンモグラフィの質を高めるために、NPO法人日本乳がん検診精度管理中央機構（以下、精中機構）という日本乳癌検診学会を中心とした9つの関連学会から推薦された委員から構成される組織により行われる講習会を受講して、初めて受験できる試験です。この講習では、マンモグラフィの撮影技術はもちろんですが、品質管理、乳腺疾患の病理、画像所見についても詳しく講習を受けます。

乳腺構造を知ることによって疾患の成り立ちを理解することができ、さらに画像所見の理解へとつながりました。また、マンモグラフィは濃度差の少ないところを乳房圧迫や撮影条件の適正化によってコントラストをつける繊細な画像なので撮影技術や品質管理次第では病変がうまく描出できない場合や無駄な被曝の増加な

どが生じます。これを防ぐためにも適切な品質管理によって、微妙な誤差がないか、正しい撮影条件が出力できるようにする必要があります。この講習では正しい管理方法だけでなく簡易的に行える方法なども教えてもらえました。

この精中機構の主催または共催の講習会を受講した後の認定試験では筆記試験と読影試験が行われます。両方の試験の点数の合計によって試験評価をA～Dとつけられます。AとBの評価を受けた人は検診マンモグラフィ撮影診療放射線技師と呼ばれます。A評価を得るためには8割以上、B評価は7割以上の点数が必要となります。今回の試験では無事A判定を取る事が出来ました。これからは認定技師としての自覚を持ち、より一層責任を持って撮影、品質管理をして、マンモグラフィの施設認定も維持していきたいと思っています。

このような機会を与えてくれた教育研修課の皆様や、試験対策に協力してくださった科の先輩たちに感謝いたします。ありがとうございました。

第28回日本手術看護学会年次大会に参加して

看護部 原 井 絵 里

平成26年10月10日（金）11日（土）の2日間、福岡国際会議場にて開催された第28回日本手術看護学会年次大会に参加しましたので報告します。

この大会は第4回アジア周術期看護学会（ASIORNA）

会議との同時開催でした。メインテーマは「周術期のチーム医療」、それぞれのサブテーマは年次大会が「いのちに寄り添う手術看護」、ASIORNAが「多職種との協働」でした。開会のあいさつでは、在院日数が短縮

されるなかで、病院から暮らしの場へ医療・看護をつなぐためには多職種との連携が重要であり、看護職の果たす役割は大きいこと、チーム医療の最大の目的である安全で安心な医療を提供するために、手術室看護師は専門的な知識と技術・倫理観をもって患者に寄り添い、多職種と協働していくことが求められると話されていました。

「患者安全の最優先事項」と題して、AORN（米国周術期看護師協会）会長が米国の周術期看護師が最優先課題とする上位10項目について話されていました。①間違っただ部位／手順／患者の手術防止、②手術器具の遺残防止、③投薬過誤の防止、④器械の再生処理の不備防止、⑤圧損傷の防止、⑥検体管理ミスの防止、⑦手術火災の防止、⑧周術期低体温の予防、⑨エネルギー装置による熱傷への予防、⑩挿管困難または気道緊急への対応の10項目があげられていました。手術には医療機器・デバイス・医療材料が多く使用されます。予測されるリスクを最小限に抑え、急変時には素早く対応できるよう日々準備しておくことが大切であると思いました。手術は侵襲的な治療であり、多くの患者さんは不安を抱えながら手術の決断をしています。手術室看護師は患者さんの代弁者となり、手術創以外の傷を作らないこと、専門的な知識と技術をもって安全で安心な環境を整えることが大きな役割だと考えます。

演題や講演では、WHOが提唱している手術安全チェックリストについて興味深く聞くことができました。手術安全チェックリストは、コミュニケーション

ツールであり、安全な周術期医療を行うために実践すべきチーム医療の具体的な行動目標が示されています。チェックリストにチェックを入れることが目的ではなく、チーム全体で情報交換をし、情報の共有を図るツールです。各施設で使用しやすいようにしても良いとされていますが、手術安全チェックリストの内容を必要以上に削減することや、多くの内容を追加することは望ましくないとされています。当院手術室においても運用に向けた活動を行っていくところであり、効果と課題や、電子化への取り組みなど参考にしたいと思いました。

一般演題では、手術看護業務の実態調査として、外部委託による「術式別セット化」導入に向けた取り組みについての発表がありました。当院でも看護助手による手術物品準備や器械展開を行っており、看護師が行っていた業務を看護助手に一部移譲したことで、看護実践の時間が漠然と増えたように感じています。発表では手術準備、器械・材料の片付け、部屋の片付けといった間接業務の短縮が、器械出し、術前訪問、教育・指導といった直接業務に時間が移行でき、手術看護の充実を図れることが示唆されていました。

そのほか、術前・術中・術後訪問、新人教育、体温管理、皮膚・神経障害の予防・DVT対策、感染対策、看護倫理などの演題発表を聞くことができました。今回の学会で学んだことをスタッフと共有し、看護実践で活かしていきたいと思います。

第53回全国自治体病院学会に参加して

看護部 川 田 美 穂

平成26年10月30日、31日の2日間宮崎県フェニックス・シーガイア・リゾートにて第53回全国自治体病院学会に参加、発表したので報告します。

まず1点目は抗がん剤についてです。暴露による症状は1、接触皮膚炎2、やけど3、蕁麻疹様発疹4、角膜損傷5、喘息があるといわれています。抗がん剤

の調整は薬局で安全キャビネットを使用して行うことがほとんどですが、調整時に安全キャビネット作業面や手袋の抗がん剤汚染などを介して、表面に抗がん剤が付着した輸液バックなどが被曝の暴露源になることもあるそうです。抗がん剤汚染は目に見えないため、手袋を着用せず輸液バックに触れたスタッフが抗がん

剤に被曝し、病棟内に汚染が広がる危険性があります。このような事態を防ぐためには抗がん剤治療に関わる全医療従事者が被曝に関する知識や意識を持つことが大切であり、私たち看護師は抗がん剤作成時、投与時、投与後の後始末などに保護メガネ、マスク、ガウン、手袋などの個人防護具を徹底して使用していかねばならないと改めて感じることができました。

また、ほとんどの抗がん剤投与48時間以内は尿・便・汗・唾液などの排泄物に抗がん剤が検出されるとの報告もあることから抗がん剤投与患者さんへの指導・対応として、排尿時は和式だと尿が飛び散るため洋式トイレの使用を進めたり、排泄後はトイレの水を2回流し無駄な蓄尿はしない。また、手すりからも検出されたことがあるとのことで手洗いの励行も必要であるとわかりました。

抗がん剤を使用する機会は多々ありますが、暴露した経験が今までなかったため、マニュアルの存在は知っていてもほとんど知識が頭には入っていませんでした。今回の抗がん剤使用においての注意点、暴露時の対処法を再度振り返り今後の業務に活かすのが今後の課題だと思いました。

2点目はポスターセッションで発表されていた経腸

栄養患者の誤嚥性肺炎予防についてです。胃瘻・経鼻経管栄養患者で研究前に誤嚥性肺炎症状があった方が対象で、注入方法は栄養中の体位を頭側30度拳上し、水分を10分間に100ml注入。その後約30分注入を待ち、栄養剤を1時間300mlで注入するというものでした。水分先行注入は、胃の蠕動が促進、停滞時間、粘度が調整され嘔吐や逆流による誤嚥性肺炎が予防できると報告されています。この研究結果でも、37.5℃を超える発熱頻度が減少し、喀痰吸引の回数や量が減少していました。微熱があっても栄養注入を中止することなく、抗生剤の内服治療で症状が軽快したということでした。また、他病院の発表では、胃瘻からの内服注入時、白湯にとろみをつけるという研究もありました。とろみ使用の白湯注入を行うと喀痰量が減少し吸引回数が減少したとのことでした。経管栄養は当科でも多いですが今回学んだことを他のスタッフと共有し、より安全・安楽な看護が行えるようにしていきたいと思いました。

今回の学会発表に参加して、新たな発見や改めて感じたこと学んだことが多くありました。学んだことを活かし、より質の高い看護を実践できるようにしたいと思います。

平成26年度院内感染対策講習会に参加して

中央検査科 藤 田 佳 奈

私は、平成27年2月26・27日に東京で行われた、一般社団法人日本感染症学会主催の平成26年度院内感染対策講習会①に参加した。地域において指導的立場を担うことが期待される病院などの従事者を対象にした講習会で、東日本の各地より、医師100名、看護師200名、薬剤師110名、臨床検査技師100名の合計510名が集まった。1項目40分の講義を15項目分、2日間で講習を受けた。日々の活動の基本的なことを再確認でき、また活動内容を見直し、改善して数段階上の院内感染対策を院内全体で実施できるように働きかけていくことが必要だと感じた。特に細菌検査室として実施して

いきたいことは、アンチバイオグラムの作製を従来よりも細かい条件で作成し（検体種別など）情報として蓄積すること、必要であれば積極的に臨床へフィードバックする、各種薬剤耐性菌の検出精度の向上、インフルエンザやノロウイルスなどの流行する感染症のサーベイランスを週ごとに集計して、流行を早期に察知することである。今回の講習会の内容の一部を以下に記す。

・院内感染関連微生物

院内で問題となりやすい微生物の特徴は、薬が効かない、伝播しやすい、日和見感染を起こす、院内環境

に生息しているものである。院内感染で代表的な耐性菌は、MRSA（院内感染型）、緑膿菌及びMDRP, VRE, ESBL産生菌・AmpC産生菌（肺炎桿菌、大腸菌等）、メタロβ-ラクタマーゼ産生菌（緑膿菌、セラチア菌など）、多剤耐性アシネトバクター、CREで、耐性菌感染を考慮すべき例は、長期入院、抗菌薬の1週間以上の長期投与、過去に耐性菌が分離されたことがある、抗菌薬が無効、基礎疾患を持つ、各種カテーテル・ドレーン留置例などが上がる。耐性菌以外で注意すべきは、結核、C.difficile、各種ウイルス（インフルエンザ、ノロ、サイトメガロなど）がある。

・血液媒介感染対策

血液媒介感染とは、皮膚や粘膜の損傷により、血液（血漿・血球）や体液に存在する病原微生物が体内侵入して起こす感染のことで、医療の場においては、医療従事者が病原微生物の曝露を起こす場合（針刺しや粘膜曝露など）、患者では血液製剤の投与によるもの、体内に挿入され血液あるいは体液に触れた医療器材が消毒不十分なまま別の患者に使用されたことによる感染がある。職業感染のリスクが最も高いのはHBV感染症であるため、HBVへの曝露対策が職業感染対策の基本である。HBVの感染力は強く、HBe抗原陽性患者の血液に曝露した場合37～62%が感染する。また環境中でも1週間は感染性を保つことが報告されている。従って、医療従事者はHBワクチンを接種し、免疫をつけておくことが必須である。

・医療器材関連感染

医療関連感染症（Health care-Associated-Infection：

HAI）の起こる上位5つの部位は、肺、創部、腸管、尿路、血流である。手指衛生だけでなく、環境清掃のクオリティの維持もHAIを減少させることができる。尿や血管カテーテル使用については、使用すべきかの検討、適切な器具を選び、適切な手技、挿入後の適切な管理、適切な抜去のタイミングを考慮（挿入ではなく抜去までが責任）、教育と知識の維持が基本のプロセスである。手指衛生はどのプロセスにも必須である。

・院内感染対策のシステム化・連携

院内のどの部署でも質の高い一貫した感染防止技術を展開する。ICTが院内の種々の部署と情報共有し、院内感染防止に努める。地域の医療機関、行政機関と情報共有を行い、地域での感染対策を行う。耐性菌サーベイランスやアンチバイオグラム作成は、他施設との相互チェックの時に便利である。職業感染曝露防止に関連して、職員個人の抗体価、ワクチン接種を記録したカードをネームカードに携帯させ、個人で認識しておくべき。

耐性菌対策は地域共通の課題である。連携施設の血液培養の複数セット採取率や陽性率などのデータを集積し比較してみると傾向が見えてくる。血液培養陽性率が15%を超えるとコンタミネーションの可能性があるので、該当施設の採取方法を再確認する。血液培養陽性例に対するICT介入前後の比較で、特にMRSAの検出例で30日以内の死亡率は有意に減少した（抗菌薬投与期間が短いなど、十分な治療が行われていなかった例が多かった）。

医局抄読会記録（26年度）

心電図の自動解析診断は信用できる？

最近の心電計は心電図の自動解析診断機能を有しているものが多くかなり普及してきているが、診断の信頼性に関しては一定の見解は得られていなく、まだまだ進歩の余地が残されていると考える。

実際当科で経験した症例において、心電図の自動解析診断の正しいと思われる例と誤っていると思われる例を提示して概説した。

PQ時間、QRS幅、QT時間といった横の長さの計測は比較的信用できると思われる。また、SV1 + RV5などの高さ（ボルテージ）も比較的正確なので、左室肥大などは信頼性が高い。ST低下や上昇、QRSの形から診断する虚血の診断には弱い印象で、細かいF波がでる心房細動なども誤診しやすい傾向があった。

また、急性冠症候群（ACS）では診断の遅れが予後の悪化に繋がり、見逃しによる訴訟率も高いので、当直医や初療医の先生方は遠慮せずに循環器当直医にコールして頂くことが重要であることを強調した。

（循環器内科 石井 良直）

当科における内視鏡的異物除去の現状

【背景】消化管異物は経口的に侵入したものと経肛門的に挿入したものがある。消化管異物は内視鏡的に摘出できれば完治するため、内視鏡的異物除去は大きな意義がある。そこで、当院における異物除去の現状を明らかにするため、過去3年間に当科で施行した内視鏡的異物除去について検討した。

【対象】2012年1月から2014年12月の間に当科で内視鏡的異物除去を施行した50人58症例。

【方法】内視鏡異物除去を施行した患者の年齢、異物の種類と停留部位、除去に使用したスコープと内視鏡的除去の成否について後ろ向きに検討した。

【結果】男女比は25：25。平均年齢は66.78±18.6歳。基礎疾患は食道癌が9人（18%）と最も多かったが、全体の60%の患者には基礎疾患を認めなかった。停留部位の約3/4は食道であり、異物の種類は食物残渣が25例（43%）と最も多かった。ただし、食残例のほとんどが消化器疾患を背景に持つ患者であり、基礎疾患のない患者に限ると約半数がPTPの誤飲であった。

PTP誤飲は60歳代以下の患者が約1/3を占めていた。消化管異物のほとんどが内視鏡的除去が可能であったが、3例（5%）では内視鏡的除去不成功のため外科的処置を要した。内視鏡的除去不成功例3例のうち2例が下部小腸以深に異物が停留した症例であった。内視鏡的除去に伴う合併症は今回の症例では1例も認めなかった。

【考察】当科において消化管異物のほとんどが内視鏡的に安全に除去可能であった。一方で下部小腸以降の異物に対しては内視鏡的除去が困難な症例が多く、異物により腸閉塞を発症した症例も認めた。そのため、消化管異物を認めた際には早期の対応が重要と考えられた。（消化器内科 佐々木 貴弘）

SPIDDM（緩徐進行1型糖尿病）の1例

症例は71歳女性、2001年頃より健康診断にて耐糖能異常を指摘、2002年に健康診断にて糖尿病を指摘、半年後に2型糖尿病の診断にて旭川市内の内科医院に入院、インスリン療法が開始となった。

2012年頃より低血糖頻回となり、菓子類の間食が多くなり、HbA1c 10%程度で経過していた。2013年頃は二相性インスリンアスパルト28-0-16の2回打ちとしたが、同年11月に低血糖発作にて市内総合病院に入院、強化インスリン療法が導入され退院となった。

2014年2月に当科紹介初診、血糖コントロール不良で入院を勧められていた。

同年3月30日より嘔吐が出現し食事摂取困難となり、ブドウ糖などの糖質を摂取していたが、インスリンは中断、4/1姉が自宅を訪ねたところ意識障害を認め、当院に救急搬送、血糖値1211mg/dl、糖尿病性ケトアシドーシスの診断にて当科入院となった。

生理食塩水の補液とインスリン持続静脈投与により意識状態や血糖値は改善を認め第3病日より皮下注によるインスリン投与を開始、良好な血糖コントロールが得られた。入院時の検査にて膵島自己抗体であるGAD抗体の高力価陽性を認め、また内因性インスリン分泌はほぼ枯渇状態であることが確認された。

以上より本症例は当初2型糖尿病として発症し、経過中いずれかの時点で膵島自己抗体が陽性となり、1

型糖尿病を発症、インスリン自己中断を契機にインスリン依存状態が顕在化した症例と考えられた。

血糖コントロールが不良である症例やインスリン分泌が低下している2型糖尿病の症例では、緩徐進行1型糖尿病の存在を疑い、膵島自己抗体の検索をするべきと考えられた。(代謝内科 坂上 英充)

よくわかる血球貪食症候群

【総論】血球貪食症候群(HPS/HLH)は、抗原提示細胞のマクロファージ・組織球とCD8陽性T細胞が過剰に活性化し高サイトカイン血症が出現した結果、組織障害・汎血球減少・凝固異常などが生じる病態と考えられている。本邦では年間80万人に発症し、基礎疾患はEBウイルス等の感染症、悪性リンパ腫等の悪性疾患、自己免疫疾患が多くを占める。HPS/HLHの診断には、A項目(発熱・脾腫・2系統以上の血球減少・肝炎様所見)のうち3項目以上、かつ、B項目(血球貪食像・フェリチン上昇・可溶性IL-2R上昇・NK細胞活性の低下)のうち1項目以上を満たす必要がある。治療適応の場合は、活性化したマクロファージと組織球に対してエトポシド・ステロイド・大量グロブリン製剤を、活性化したCD8T細胞に対して免疫抑制剤・ステロイド・抗胸腺細胞グロブリンを使用することが多い。

【症例】患者は44歳男性。2013年2月に急性骨髄性白血病と診断された。寛解導入療法後から完全寛解を維持し、地固め療法3コースまで施行した。予後良好型により移植はせずに経過をみていたが、2014年1月に再発し再寛解導入療法を開始した。治療開始後7日目に骨髄抑制が出現し、10日目にMRSA肺炎が出現した。アルベカシンを投与するも改善せず、発熱・骨髄抑制は遷延した。治療開始22日目の血液検査で肝機能障害・フェリチン上昇を認め、同日の骨髄検査で血球貪食像を確認した。臨床経過からHPS/HLHの診断となり、バンコマイシン追加のもとメチルプレドニゾロン(500mg/day×3日)・エトポシド(50mg/m²×1日)を開始した。その後、1週間程度でHPS/HLH・MRSA肺炎ともに改善し、以降も再燃なく経過した。

(血液内科 石尾 崇)

明らかな粉塵作業に従事したことの無い農夫に発症した塵肺の例

明らかな粉塵作業に従事したことの無い農夫に発症

した塵肺の3例を経験した。3例とも旭川市西神楽の南部に居住していた。居住地の環境や農作業に伴う砂埃などが塵肺発症の原因である可能性が考えられた。症例に若干の文献的考察も交えて報告する。

症例1は68歳(発症時)、男性。無症状。昭和62年に心筋梗塞を発症。15本/日×約40年の喫煙歴がある。畑作(ビート、芋、キャベツ)に従事。平成6年までの胸部X線では異常を指摘されなかったが、平成9年の胸部X線で両側上中肺野にびまん性の粒状影が認められた。10年以上の経過で陰影が少しずつ悪化しており、塵肺と考えられた。

症例2は68歳(発症時)、男性。無症状。高脂血症の既往と、30本/日×33年の喫煙歴がある。畑作と稲作に従事し、冬期間にトラックによる石炭配達を5-6年行っていた。平成19年の住民結核健康診断で両側上肺野の粒状影が認められ、同年当科を受診した。呼吸機能検査は正常範囲内であったが、胸部CTスキャンでは両上葉優位のびまん性小粒状影が認められたこと、特定はできなかったが何らかの鉱物の結晶が経気管支肺生検で認められたことから、塵肺と診断した。

症例3は79歳(発症時)、男性。無症状。心房細動の既往がある。農業に従事。平成23年の住民結核健康診断で両上肺野に粒状影と結節影が認められ、同年当科を受診した。胸部CTスキャンで両上葉に大陰影とびまん性小粒状影が認められた。経気管支肺生検で肺胞隔壁の虚脱・線維化が認められ、塵肺と診断した。

(呼吸器内科 今本 鉄平)

当院における鼠径ヘルニア手術の現状

腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(経腹腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術:Transabdominal preperitoneal repair 以下TAPP)は腹腔内からの鼠径ヘルニアの確実な診断、確実な修復が可能であり、腹腔鏡下手術の普及と共に、最近では特に北海道で急速な広がりを見せている。当科においても、全身麻酔可能な症例に関しては本術式を積極的に行っている。

TAPPは神経や脈管を覆う膜構造を温存して剥離可能な為、確実な修復に加え、周術期の疼痛および慢性疼痛も少ないとされている。また、腹腔内からの修復である為、腹圧がかかることが治癒を促進する為、早期社会復帰が可能である。

最近では小児鼠径ヘルニアに対しても腹腔鏡下での高位結紮術(LPEC法)を導入した。創部は臍部の5mm

と側腹部の3mmのポートのみであり、確実な修復、および対側の鼠径ヘルニアの確認も可能で有用な術式である。

今回、当科における本術式の施行状況及び手術手技のビデオも含め供覧し報告した。

(外科 栗原 尚太)

冠動脈疾患に対するCABGとPCI

従来より左主幹部病変や、多枝病変などの重症冠動脈病変は冠動脈バイパス術(CABG)が選択されてきた。特に左主幹部病変(LMT病変)はPCIの禁忌とされてきた病変である。しかし、カテーテル治療(経皮的冠動脈インターベンション:PCI)の進歩、薬物溶出性ステントの出現によって、それらの治療法、適応も変わりつつある。今回大規模臨床試験の結果と当院での状況を省みて考察を加えた。

LMT病変ではMACEE, mortalityでCABGとPCIに差はなかった。しかし、3枝病変ではCABGにMACEE, mortalityで優位性がみられた。冠血行再建ではLMT病変でも3枝病変でもPCIで再血行再建が多かった。全体としてみるとMACCE, mortalityなど、CABGに有意性がみられている。しかし、SYNTAXscore(冠動脈病変の重症度のスコア)が32より低ければ予後に差は認められず、その場合には低侵襲性を考慮するとPCIの享受できる結果であった。SYNTAXscoreが33より高い例ではCABGが予後良好である。

当院での傾向は3枝病変に対しては病変、全身状態に応じてPCIを選択。LMTに関してはおおむねCABGを行っている。ただ、LMTのAMIに関してはongoingで生じている心筋壊死を考慮し、早期の再灌流が可能なPCIを選択することで救命し得た症例もある。

医療の進歩に伴い、治療方法、適応は変化していく。複雑病変に対しては依然CABGの優位性はあるが、画一的な判断を行うのみでは不十分な時代である。病変の状態並びに全身状態を考慮し、血行再建の方法を個々の症例で考慮していく必要がある。そのためにはハートチームの存在、連携を良好にし、強化していくのが必要であり、学会レベルでもハートチームの存在が重要視される傾向にある。

(胸部外科 奥山 淳)

嚥下障害に対する手術

高齢化、脳血管障害患者の増加に伴い嚥下障害患者

は増加傾向にあり、当科への嚥下機能評価の依頼も増加している。今回、嚥下障害に対する評価法と手術療法について、経験した症例を含めて発表する。嚥下機能を評価する検査は、主に嚥下内視鏡検査(VE)と嚥下造影検査(VF)の2つがある。それぞれに利点と欠点があり、それぞれを目的に応じて選択、あるいはともに検査を行っている。誤嚥を防ぐために喉頭は嚥下時に頭側へ挙上し喉頭閉鎖が起こり、咽頭内圧が上昇し食道入口部が拡大することで、食塊は咽頭から食道へと誤嚥なくスムーズに送り込まれている。嚥下障害に対する手術は、喉頭機能を温存して経口摂取改善を目的とした「嚥下機能改善手術」と喉頭機能を犠牲に誤嚥防止を目的とした「誤嚥防止手術」に分かれる。嚥下機能改善手術には輪状咽頭筋切断術や喉頭挙上術などがある。誤嚥防止手術には喉頭気管分離術や喉頭全摘出術などがあり、誤嚥防止手術を施行した場合は永久気管孔を作成し、発声は不可能となる。それぞれ適応に応じて術式を検討している。

(耳鼻咽喉科 倉本倫之介)

漢方薬を使ってみる：六君子湯

六君子湯には、胃排出能促進や食欲亢進などの作用があり、臨床的には機能性ディスペプシア・胃食道逆流症・抗がん剤による悪心、食欲不振などに用いられている。しかしながら本来の(漢方医学的な)効能は「補気健脾」であり、消化機能を高めて元気を取り戻す方剤である。この場合、食欲不振、みぞおちのつかえ、易疲労感、手足が冷えやすい、などの症状を目標に用いる。

《症例1》31才、男性。11才時に発症した亜急性硬化性全脳炎のため、寝たきりとなる。25才時に胃瘻を造設した頃から頻繁に発熱を繰り返すようになり、胃食道逆流症による誤嚥が原因と考え、六君子湯7.5g分3を投与したところ、発熱の回数が半減した。

《症例2》16才、女性。ループス腎炎にて通院中。立ちくらみ・めまいがしばらく前からあると訴える。朝起きられない、疲れやすい、食欲不振、乗り物酔いしやすい、起立時の血圧低下も認め、起立性調節障害と診断。昇圧剤を投与したが改善なし。六君子湯7.5g分3に変更したところ、3ヵ月後に改善傾向を認め、4ヵ月目には症状消失、5ヵ月目に休薬した。その4ヵ月後に再び立ちくらみが出たため再投薬したところ、2ヵ月で症状が消失した。

《症例3》12才、男性。発達障害で他院通院中。中学1年の6月頃から立ちくらみが出現。だんだんひどくなって学校を休むことも多くなり、8月に来院。めまい、朝起きられない、頭痛や腹痛が時々ある、疲れやすいなどから起立性調節障害と診断。昇圧剤と六君子湯5g分2を開始。翌月から症状の軽減が見られ、4ヵ月後には学校を休むこともなくなった。

症例1では胃食道逆流症に対して六君子湯が効いたため、誤嚥が減り、発熱の頻度が減った。症例2、3は思春期の起立性調節障害の例で、主訴は消化器症状ではないが、食欲不振や疲れやすさをキーワードに六君子湯を用い、有効であった。

(小児科 佐竹 明)

移植腎機能低下の危険因子の検討

【目的】移植腎機能の低下に影響を与える危険因子を検討する。

【対象と方法】対象は1995年から2014年に腎移植術を施行した76例（生体腎66例/献腎10例）。男性54例。移植時年齢41歳（8-74）。観察期間90ヵ月（5-229）。腎機能を移植手術入院中と現在値を推算糸球体濾過量（eGFR）で比較し25%以上悪化した症例を移植腎機能低下例として、レシピエント因子（R因子）・ドナー因子（D因子）・手術因子・その他の因子について検討した。統計解析はeGFRが25%以上低下しそれ以上改善しない日を最終転帰として、Kaplan-Meier解析により行った。

【結果】生着率は5年93%/10年88%だった。腎機能低下例は22例（29%）であった。単変量解析で、R因子では高血圧・高尿酸血症・尿蛋白1g/日以上出現・自己管理能力・移植後IgA腎症発症の有無で有意差を認めた。D因子および手術因子では有意差がある項目はなかった。その他の因子では急性拒絶反応（AR）および慢性移植腎腎症（CAN）の有無で有意差があった。多変量解析では尿蛋白・自己管理能力・AR・CANで有意差を認めた。

【結語】尿蛋白は腎機能低下のマーカーとして有用である。医師によるAR/CANのコントロールも重要だが、患者自身の自己管理も重要と考える。

(泌尿器科 高田 祐輔)

出生前診断と医の倫理

出生前のエコー検査などで先天性四肢欠損の症例が

発見されうるが、もし四肢欠損の胎児を見た母親が中絶を決意した場合、五体不満足の著者である乙武洋匡氏の現在の活躍はなかったことになる。また、ターナー症候群は性染色体異常であり、出生前の染色体診断で正確に診断され、母親が流産を選択する可能性があるが、ターナー症候群の知能は通常は正常であり、医師として活躍している女性もいる。出生前診断は、優秀な人材となりうる胎児が中絶に至る可能性をもっている。

新生児の3.5%は先天性疾患を持って生まれてくる。原因内訳は、多因子遺伝が半分を占め、染色体疾患は25%に上る。染色体疾患には、ダウン症候群などトリソミーの疾患が多くを占める。

主として、出生前診断は、先天性疾患を診断するために行われる。検査の種類としては、画像診断だけでも胎児鏡、胎児撮影3D超音波など様々ある。従来行われていた遺伝子・染色体異常の着床後の出生前診断は、エコーや採血での非侵襲的検査を行い、スクリーニング陽性例に羊水穿刺や絨毛検査などの侵襲的な検査を行い、診断に至る。また、新しい着床前診断として、NIPT（non invasive prenatal test）が注目されている。母胎血清中の胎児由来のcell-freeDNAをカウントすることにより、母胎採血のみで高い精度で染色体診断を行うことができるというものである。また、着床前診断も行われており、体外受精胚の細胞の遺伝子・染色体検査を行い、正常胚のみを選んで胚移植を行うというものである。

妊娠開始が着床であるとすれば、着床前診断は倫理的な問題を解決する可能性をもつものと言える。しかし、着床前診断も含め、出生前診断は倫理的な問題を含む分野である。本邦でNIPTが行われた妊婦の転帰を調査した研究では、染色体異常の確定診断を得た胎児の97%が中絶を選ばれていた。中絶は、刑法上堕胎罪になるが、母体保護法で例外が認められている。特に経済的理由という項目の拡大解釈で中絶が広く行われている。

出生前診断の精度は向上を続けている。しかし、診断と名のついているものではあるが、その主な目的は胎児の治療ではなく、中絶という治療と相反するものになっている。一方で、イグジスト遺伝子というものを利用したダウン症候群の治療法など、出生前治療の研究も行われており、今後発展していく可能性はある。その中で、生命の選別という問題は、今後も重要

な論点になると思われる。

(産婦人科 小田切信介)

当科に入院した発達障害患者について

平成19年から26年に当科に入院した発達障害と思われる患者は合計76人(男性43人,女性33人)であった。なお、発達障害の定義は法律に沿って、ICD-10における広汎性発達障害、注意欠如・多動性障害、学習障害、運動機能の特異的発達障害としている。

入院時の年齢は20代が最も多いが、10代から40代まで分散していた。

入院時の診断は広汎性発達障害が圧倒的に多く、学習障害及び運動機能の特異的発達障害はいなかった。しかし、学習や運動機能の困難さが認められ、教育上の配慮を要する症例は存在した。

入院回数は1回が最も多いが、入退院をくり返す症例が無視できない程度に認められた。

広汎性発達障害の入院が圧倒的に多い理由は今後の検討課題であった。

また、繰り返しの入退院は医療的介入の限界を思わせるが、異なる側面から観察すると、本人には安全基地、家族にはレスパイトケアになっている側面もあり、一概に悪く捉えられない。

(精神神経科 目良 和彦)

体幹の神経ブロック～当院手術室での実際～

従来、術後鎮痛法として硬膜外麻酔が中心であったが、動脈硬化病変の治療や深部静脈血栓症予防のため抗血小板・抗凝固療法を受ける患者数が増加しており、硬膜外血腫の懸念から硬膜外麻酔が適応外となる症例が増加している。そこで、代替法として末梢神経ブロックが注目を集めている。

末梢神経ブロックは、中枢神経レベルに作用する硬膜外麻酔と比較して効果範囲が狭い。例として体幹のブロックの場合は体性痛には効果的であるが内臓痛には効果がない。しかし、効果範囲が狭い分、硬膜外麻酔で起きる尿閉や下肢のしびれといった有害事象は起こらない。脊椎の近傍のブロック以外では硬膜穿刺後頭痛、硬膜外血腫・膿瘍、髄膜炎などの重篤な合併症は起きず、交感神経を遮断しないため循環動態への影響が少ない、といった特徴と利点を持つ。

当院手術室でも2013年より周術期に末梢神経ブロックを取り入れており、上記の末梢神経ブロックの特徴

を踏まえて①抗血小板薬や抗凝固薬使用などのため硬膜外麻酔が適応外の症例、②術創が小さく体制痛が主な症例、③全身状態が悪く循環動態への影響を最小限にしたい症例、などで利用している。

今回、ブロック時の写真や動画をまじえて、当院手術室での末梢神経ブロックの利用法と2014年1年間でのブロック施行件数をまとめて報告した。

(麻酔科 佐古 澄子)

乱視の矯正方法

今回は乱視を矯正する眼内レンズを中心に話し致します。乱視の種類は主に角膜の正乱視を対象に進めます。まず、乱視の見え方を示します。スライドのように文字がダブって見え、夜間に顕著となります。乱視の治療は、非外科的には眼鏡とコンタクトレンズ、外科的には、角膜切開、レーザー角膜切除それにトーリック眼内レンズがあります。2012年より眼内レンズに乱視矯正レンズが使えるようになりました。このレンズは、普通に使われる球面レンズと同じ保険点数で使用することができます。レンズの表面には乱視の軸を示すマークが入っており、術前に測定した角膜の強主経線にこのマークが一致するように挿入します。全国的にはこのレンズは47%の病院で使用されております。

推奨される患者さんの角膜乱視は1.0D以上ですが、手術患者さんの40%以上がこの基準に当てはまります。実際の使用手順は、患者さんの選択、眼内レンズ度数計算、乱視度数計算、角膜にマーキング、IOL固定軸の調整からなります。眼内レンズ度数計算までは今まで行っている検査で、それ以降が、追加が必要な検査となります。乱視度数計算は、メーカーより配布されているカリキュレーターに数値を入力すると推奨する眼内レンズが示されます。次に、角膜マーキングを手術操作とともにビデオで示します。角膜マーキングは、手術直前に行います。最初に6時方向の角膜にマーキングしそれを基準としてマーカーを角膜に当て、サージカルマーカーを用いて乱視軸をマークします。他施設の術後結果では、術後乱視は87%が1.0以内に収まり、94%で遠方視力0.5以上でした。乱視矯正レンズのメリットは、遠方視における眼鏡依存率を減少させます。デメリットは検査手術手技が増えること、レンズが球面レンズよりやや高額なことです。患者さんにとってメリットはかなりあるレンズなので、できれば

今年には導入したいと考えております。

(眼科 菅野 晴美)

歯科金属除去で改善した全身型金属アレルギー

歯科治療により金属製修復材が口腔内に装着された場合、全身型金属アレルギーの反応病変が、修復材が直接接触する粘膜ではなく皮膚に出現することがある。今回、歯科金属除去により皮膚病変が改善し、全身型金属アレルギーと診断した2症例を報告する。

症例1は70歳、食事摂取が困難なため中心静脈栄養中。初診の約2ヵ月前から体幹四肢に円形ないし環状の孤立性あるいは融合した軽度滲出傾向のある淡紅色紅斑が多発してきた。皮膚生検で表皮基底細胞層の空胞変性、真皮では多数の好酸球を混じたリンパ球様細胞浸潤を認めた。原因検索のパッチテストで、塩化ノミラジウムと四塩化イリジウムに対する陽性反応を認めた。全身型の歯科金属アレルギーの可能性を疑い歯科金属製修復材を全て除去した。その後、皮疹の再燃はみられなくなった。

症例2は76歳、男性。初診の15年前から慢性湿疹の診断で、近医皮膚科クリニックで加療中。初診の10日程前から両足に水痘が多発してきたため、当科を紹介受診した。初診時、四肢および腰臀部に紅斑性局面および丘疹が散在し、両足の足底および趾間には緊満性あるいは弛緩性の水痘を多数認めた。病理組織学的には表皮内多房性水痘の形成を認め、蛍光抗体直接法では免疫グロブリンおよび補体の沈着は認めず湿疹型の反応であった。原因検索のためパッチテストを施行したところ、塩化第二スズ、塩化第二鉄、塩化亜鉛に対する陽性反応、塩化白金酸、塩化パラジウム、四塩化イリジウム、塩化第二水銀に対して陽性反応の疑いであった。歯科金属による全身性接触皮膚炎の可能性が疑われた。歯科金属を全て除去した後は、足底の水痘は出現が止まり四肢の湿疹病変も掻痒が消失し、色素沈着の状態となり改善を認めた。

(皮膚科 坂井 博之)

IMRT（強度変調放射線治療）の実践と新展開

当院では、新型リニアックを導入し4年が経過し、3年前より最新のIMRT（強度変調放射線治療）を開始している。第2世代といえる回転照射によるIMRTを実施している。同時にリニアックに搭載されている画像照合用の簡易CTにて、画像誘導放射線治療もおこ

なってきた。

回転治療を行うことで、これまで不可能であった不整形の腫瘍への限局した高線量の照射が可能になった。また、複数個の病変への同時治療や胸壁のみ、頭蓋骨のみなどへの治療も可能となっている。この技術により、腫瘍のみへの高線量の照射、周囲組織への有害事象の低減が可能で高精度で低侵襲な治療に移行してきている。

現在、IMRTが実施可能なのは、札幌圏、函館地区、旭川地区のみであり、旭川の受持つ範囲は稚内－留萌－富良野－オホーツク沿岸の一部で広範である。IMRTによる治療の需要、期待は大きく3年で176例を実施してきた。収益は年5000万ほどの黒字になってきたが、その業務量は3倍ほどになりIMRTを継続していくことにはマンパワーの点で限界にきている。しかし、当院での受入れに制限があるとIMRTの受けるためには札幌圏または、首都圏へ行かなければ標準治療を受けられなくなり、IMRTを諦めざるを得ない患者がでてくることが危惧される。医師個人、当院のみでは解決できない問題を抱えた状態で、状況が好転することを期待している。

分布改善した高精度治療の症例として、

1. 前立腺癌（T2）の根治照射例
2. 前立腺癌精嚢浸潤（T3）の根治照射例
3. 前立腺癌、骨転移、リンパ節転移の2 Arc同時治療例
4. 上咽頭癌、耳下腺と視神経線量の制限例
5. 腎癌、脳転移の2 Arc IMRTでの3病変の同時定位放射線治療例
6. 膀胱癌、巨大骨転移の腸管線量を限界まで低下させた症例
7. 乳癌、髄膜播種へのIMRT症例
8. 大腸癌、両側肺門リンパ節への個別同時照射例
9. 膀胱癌、リンパ節転移へ、領域低線量とリンパ節への高線量を線量勾配例

以上、提示した。

(放射線科 川島 和之)

造血幹細胞移植後に発症した慢性口腔GVHDの経過観察中に生じた上顎歯肉疣状癌の1例

【緒言】造血器悪性腫瘍や難治性血液疾患に対する治療法として、造血幹細胞移植（hematopoietic stem cell transplantation:以下HSCT）が行われている。治療後の合併症として移植片対宿主病（graft versus host disease:

以下GVHD)が問題となるが、近年、HSCT後の晩期合併症として慢性GVHDに続発する二次性固形腫瘍の発生が問題視されている。今回われわれは、HSCT後に発症した上顎歯肉疣状癌の1例を経験したので報告する。

【症例】患者：44歳，女性。主訴：口の中がピリピリする。既往歴：急性リンパ性白血病。現病歴：2013年11月，口腔内に乾燥感とピリピリとした疼痛が出現してきたため，当院血液内科でアズレン[®]軟膏を処方されていたが症状は改善せず，当科を紹介され受診した。口腔外所見：顔面と四肢の皮膚に慢性GVHDによる皮疹を認めた。顔貌は満月様を呈しており，皮膚硬化による開口制限を認めた。口腔内所見：両側頬粘膜，上唇粘膜に網状の白斑を認めた。

【臨床診断】慢性口腔GVHD

【処置および経過】デキサメタゾン軟膏とアズレン[®]含嗽液を処方し，経過観察していたが，慢性GVHDによるネフローゼ症候群を発症し，近医腎臓内科に入院した。退院後に口内炎が治らないとの訴えがあり，再度当科を受診した。左側上顎45部歯肉から歯肉頬移行部，頬粘膜にかけて境界明瞭，表面乳頭状に隆起した腫瘤を認め，MR画像で境界明瞭なGd造影効果を伴うT1高信号を認めた。生検の結果，VCとの病理組織学的診断を得た。上顎歯肉疣状癌の診断の下，上顎部分切除術を施行した。術後3ヵ月を経過した現在，再発や転移は認めていない。HSCT後の口腔癌症例において，再発や口腔内重複癌の発生も報告されているため，今後も慎重な経過観察を行っていく予定である。

(歯科口腔外科 佐藤 栄晃)

Medical essay

じんましの犯人は？

とある春の夜の救急外来での出来事です。

1歳の子が発疹が出たと言って来院した。かわいそうに，じんましんで全身真っ赤になってかゆがっている。アレルギーの既往なし。夕食を食べ始めてまもなく症状が出てきたらしいが，家族で具合が悪くなった人はいない。その日は鍋料理で，中身は豚肉，毛ガニ，白菜，しいたけ，などなど。カニは今まで食べさせたことがないそうなので，おそらく犯人はこいつで間違いなし，と私は確信した。

私「じんましの原因はカニの可能性が高そうですね」

母「でもこの子にはごはんを野菜を中心にあげて，カニはほとんど食べさせてません」

私「少量でもアレルギーは起こりますし，鍋だと成分が汁にでますから」

母「え？」

私「何か？」

母「いえ，何でも…」

その時，診察室の隅で退屈そうにしていた患児の姉（7歳くらい）がニコニコしながらうれしそうな声で叫んだ。

姉「鍋の汁がおいしいからって，ごはんにいっぱいかけてたよね～」

私「…」

母「…」

私「…お母さん，それは…」

母「はい，私がやりました」

7歳の子が解決した，とある春の夜の事件簿です。

(A.S.)

看護研究発表会記録（26年度）

分娩施設決定要因と分娩サービスの満足度調査～ケアの質の向上に向けて～

東 3 階 ○小檜山 睦, 針谷 祐佳
中塚 佳子, 吉村里加子
多田 啓子

【はじめに】本研究では、当院で出産された方の意見をもとに、当院での分娩を選択した理由を調査した。環境や妊産褥婦へのケアを振り返り、改善すべき点が明らかになった。

【方法】H26年4月～7月に当院で分娩（経膣、帝王切開）する全褥婦に対し、分娩施設決定要因と分娩サービスの満足度に関するアンケート調査を実施した。

【結果】当院を選択した理由は、『他科受診』が最も多く、次いで『総合病院』、『費用が安い』が多かった。『食事』と『環境』は『あまり良くない』との回答もあった。『スタッフの対応』『分娩時のケア』『授乳指導とケア』『育児指導』は良い回答が大半を占めていた。さらに、次回も当院での出産を望む人は、『思う』と『やや思う』で100%だった。

【考察】当院を選択した理由で多かった回答は『他科受診』『総合病院』『費用が安い』であったが、ケアの質や環境について良いためなどの記述がないことから当院を選択した理由はケアや施設環境ではないことが明らかになった。

ハード面では改善点が明らかになったので、少しでも良いサービスが提供できるように検討していく必要がある。分娩・授乳指導・育児指導は良い評価だったので、ソフト面での強みがある。当院を選択して分娩した人はソフト面での良さを求めて選択してはいないが、分娩してみてソフト面が良いと評価している。つまり、それが当院の強みである。環境や食事は普通でも、親切丁寧なケアがあるなら施設選択の理由になるのではないかと。今後はケアが充実していることや改善できた部分の情報を更新し、常に進化してより良い入院生活が送れるように努力していることを広報していくことも大切である。

【結論】

・ハード面の改善点

夏期は、アイスノンや冷風機で室温環境を整える。

面会の制限を拡大する。食事内容を見直す。

・ソフト面はケアの質の向上に努め、個別にあったケアを継続する。

一対一の時間を大切にする。助産師が一定の知識と技術を習得する。情報を更新し、広報する。

小児科における看護師の服薬指導に対する意識と行動の変化

西 3 階 ○三浦 友美, 福島 彩香
栗柄 未央, 長内真由美
中川 恵子

【はじめに】小児には確実に内服できるという方法はなく、指導する側の看護師も悩むことがある。20歳代の経験の浅い看護師が多く、服薬指導に消極的な面も見られた。そこで、内服指導に消極的な要因を分析し、勉強会を実施した結果、内服に対する意識と行動に変容がみられたので報告する。

【対象・方法】小児科病棟勤務の看護師20名。

方法：勉強会実施前に意識調査アンケートを実施。服薬指導パンフレットを作成し勉強会を実施し服薬指導実施記録票を記載してもらう。再度意識調査アンケートを実施し意識・行動の変化を比較する。

【考察・結果】勉強会実施前後で服薬指導に関する意識・行動の変化を比較した結果、内服困難な事例に対する介入について、「積極的に取り組む」は、2年目未満・3～4年目で各16%増加。5年目以上は50%増加した。勉強会後、服薬指導を経験できた2年目未満と3～4年目の看護師からは、「薬の種類に合わせた働きかけ方や、使用物品について詳しく説明できた」「母から相談がなくても自分から内服状況について情報収集できるようになった」などの意見が聞かれ、患者個々に合わせた介入方法を習得できた。5年目以上の看護師のうち、最も多い意見である「薬の内容によって積極性に差がある」については勉強会実施後減少がみられた。このことから、勉強会により経験年数に関わらず服薬指導の学習と再確認ができ意識変化がもたらされた。実施記録票を活用した1ヵ月間は、入院患者数が19名と前年度の31名より大幅に減少しており実際に指導にあたった看護師が少なく、個人単位での行

動の変化にとどまる結果となった。したがって、個人が実践経験を積み重ね、病棟単位でより積極的な指導へと行動を変化させることが課題である。

【結論】

- ・勉強会で、根拠ある知識を身につけ、患者個々に合わせた介入の意欲を向上させることができた。
- ・経験年数に関わらず服薬指導の学習と再確認ができ、意識変化がもたらされた。
- ・対象数が少なく、個人単位での行動の変化にとどまる結果となった。

当院を就職先として選択した決定要因～当院に在籍している看護師を対象として～

西4階 ○吉本 麻希、野田 美紀
魚住 恭華、小田 浩美

【はじめに】看護職員総数自体は増加しているが、看護師不足は慢性的な課題であり、需要と供給の均衡を目指した対策が進められている。原らは「就職後、職場に適応していくためには、就職前にできるだけ良質な情報を確保することが重要である。」と述べている。新卒者と経験者で就職活動時に着目する要因が異なれば、双方へ当院を効果的にPRすることが出来るのではないかと考えた。

【研究対象・方法】

目的：当院を就職先として選んだ決定要因を把握すること

調査期間：2014年7月14日～2014年7月28日

対象：当院の1年から4年目までの新卒者・経験者を含む看護職員117名

調査方法：無記名質問紙調査方法

【結果・考察】新卒者・経験者共に公務員という身分を取得できるという項目をあげた職員が多かったため、今後は公務員の魅力とは何かを明確にしていくことが課題としてあげられる。新卒者の中では、実習を通し複数の病院で実習を行った結果、当院を就職先として決定している者が多く、実習が与える病院選びへの影響は大きいと言える。インターネットが多様化し、就職活動時に欠かせない情報源となっているが、当院の場合は、インターネットを使用している職員は少なかった。ホームページ内容に力を入れることや見直しが必要ではないかと考える。増田ら大井らの研究結果では給与も就職先を決定する決定要因の一つとしての回答率が高いが、当院の場合は給与を着目している職員

は約1%と少ない傾向だった。今回の研究を通して、当院を就職先として決定する要因の一部を把握することが出来た。今後は旭川市の他病院の就職決定要因と比較することが出来れば、当院の決定要因が明確になるのではないかと考えるため今後の課題としていく。

【結論】

- I. 公務員の魅力は何かを明確にしていくことが課題である。
- II. 新卒者は実習経験から当院を選択している人が多く、指導方法をよりよくしていくことが必要。
- III. ホームページの見直し・更新をし、情報発信をしていくことが必要。

消灯時間を過ぎてのテレビ鑑賞について～患者満足と統一された看護師の対応をめざして～

東5階 ○高橋 純子、斉藤 香織
高山 美里、荒明 弘恵
佐々木真佐代

【はじめに】NHK放送文化研究所の調査によると現代の生活習慣は夜型化が進んでいる。東病棟5階（以下当科）の患者の多くも例外ではない。消灯後のテレビ鑑賞の実態とその際の看護師の対応について調査し、患者満足と統一された看護師の対応方法について検討した。

【方法】当科に入院中の、認知症や意識障害、不穏のない患者50人と、院内の病棟看護師（夜勤をしていない看護師、精神科、ICU、CCU除く）を対象にアンケート調査を実施。調査期間は平成26年5月から6月とした。

【結果】実際にテレビをつけていた患者は20%だったが、消灯後もテレビ鑑賞を続けたいと考えている患者は81%、21時に眠れないと答えた患者は70%だった。看護師アンケートでは、消灯後テレビを見ている患者への対応について、30%が注意をすることにストレスを感じると回答した。消灯後のテレビ鑑賞に関して他患の迷惑にならなければよいと考えている看護師は87%であった。

【考察】消灯後もテレビ鑑賞を続けたいと考えている患者は80%を超えている。HCRM研究会の調査でも、「消灯が早い。せめて22時くらいにしてほしい」などの声が寄せられている。看護師アンケートでも87%が条件次第では消灯後もテレビ鑑賞を続けてもよいと考えている事がわかった。今後は消灯時間やテレビ鑑賞の

時間の見直しが望まれる。瀬戸らは、医療サービスでは、患者の望むすべてのことが行われるわけではないが、患者の生活を制限する以上、その根拠を患者に対して説明することが必要である、と述べている。今後は病棟オリエンテーションを再度見直し、理解を得られるよう声かけを行っていく必要がある。

【結論】

1. 消灯後もテレビ鑑賞を希望する患者は80%以上であり、イヤホンを使用することでテレビ鑑賞の許可は可能と考える。同室患者への配慮は必要である。
2. オリエンテーション、消灯時間、テレビ鑑賞の時間の見直しが必要である。
3. 条件が整えば看護師の統一された対応は可能であるが、現状では困難である。

術後せん妄患者への看護～家族付き添いの効果～

西5階 ○川岸絵里香、矢田 由美
本間 英晃、原田 友美
尾崎 由悦

【はじめに】高齢者の術後合併症の中では、術後せん妄がもっとも多いと言われている。私達は家族の協力を得て、せん妄状態が安定して経過する患者さんを多く経験してきた。家族の付き添いにより、患者は精神面の安定が図られ、せん妄状態から早期に回復できているのではないかと考えられた。今回、せん妄状態になった患者の看護を通して、家族の付き添いがどのような効果をもたらしたのか症例検討したので報告する。

【事例紹介】

A氏 男性 73歳

病名：僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症、心房細動

キーパーソンは妻（過去に当院にて心臓手術の既往あり）

【研究方法】術後、ICDSCで評価し、合計4点以上の場合かつ抑制が必要な場合、家族に付き添いを依頼する。入院時にICDSCで評価し、術後せん妄発症後から回復までの点数を比較し検証する。（合計4点以上をせん妄状態と評価する）

【結果・考察】A氏は、術後出血があり再開胸となり術後7日目でICUより退室。退室後、ICDSCで計5点とせん妄状態があり、妻の協力を得た。妻の付き添い後も頻回に訪室し、またモニターで行動を観察していた

が危険行動は見られずA氏は入眠することが出来た。妻の付き添いにより精神面が安定し、せん妄状態が落ち着いたと考えられる。ICUから退室し家族の面会が多くなる事で、危険行動の防止やストレスの軽減にも繋がったと思われ、家族に協力を依頼し付き添っていただくことは安心感を得るということで効果があった。しかし、付き添いは家族の疲労が出現することから、労いの言葉をかけたり休息の時間を確保出来るよう配慮する必要がある。

付き添いを依頼する際には、術前から患者の家族背景や協力体制、家族の理解度を十分把握する必要がある。夜間付き添いが出来ないときには日中の面会時間を多く持てるよう配慮し、面会中はできるだけ安楽に過ごせるよう環境調整することが大切である。また、家族の協力が得られない時は私達が自ら安心感を与えられる存在となるべく早期に信頼関係を構築することが大切であると分かった。

消化器内科病棟における看護課題の検討ー倫理カンファレンスの分析結果からー

東6階 ○鈴木 彩加、石河 綾菜
小倉 佳奈、小林 るみ

【はじめに】日常看護において末期がん患者やその家族との関わりに悩むことも多く、治療方針やその決定プロセスで患者・家族・医療者間のさまざまな思いに挟まれ悩みや葛藤を抱くことが多くなっている。当病棟の倫理問題の傾向、問題を明確化することで、患者・家族の望む看護を提供できると考えられる。

【研究目的】倫理カンファレンスを振り返ることで、看護すべての基盤にある看護倫理を一層深め、患者・家族の望む看護を提供するため、当病棟の倫理的問題の傾向と要因を明らかにすることで、患者・家族の望む看護を提供することに役立てる。

【研究方法】平成24年2月から平成25年11月に当病棟で行われた倫理カンファレンスの検討から、日本看護協会の看護倫理綱領1～4条を基準に患者看護に関する課題を抽出した。また、医療倫理学の原則と医療専門職の義務との基礎となる原則を合わせた6つの原則に分類した。さらに、倫理的問題点を抽出し、その方策を考え、実践した。

【結果】

1. 対象期間の入院延べ患者24754人中、倫理カンファレンスが行われた事例は癌患者や終末期患者が

多く、全体の0.85%とごくわずかであった。

2. 倫理原則の自律尊重原則と善行原則に当てはまる事例が多くみられた。
3. 倫理的問題点として「医師と看護師間の情報共有不足」が抽出され解決の方策として「告知の行われる説明と同意に看護師が同席する」ことで情報共有不足は改善された。

【考察】癌患者や終末期患者の患者本人・家族と踏み込んだ関わりは難しいが、患者・家族と共に考える姿勢を持つことや他部門と連携し情報交換をすることで、患者・家族が望む看護を提供できることに繋がる。

【結論】

1. 当病棟での倫理課題は倫理原則で①自律尊重原則②善行原則の2つが多かった。
2. 看護師が説明と同意に同席することで、患者・家族の理解、考えが把握でき、リアルタイムに必要な援助の提供が可能となり、倫理的問題解決に有用と考えられた。

間欠的空気圧迫法実施に伴う苦痛症状軽減のための研究

西 6 階 ○川田 朋枝, 安井 睦
牧野美和子, 辻 愛花
葛西佳代子

【はじめに】当科では深部静脈血栓症（以下DVT）予防として、手術患者に対し医師の指示のもと間欠的空気圧迫法（以下IPC）を行っている。IPCは身体的な不快や苦痛が生じ、中止せざるを得ない場面があった。そこで、身体的な不快に対する看護介入によってIPCを指示まで実施できる方法を明らかにしたいと考えた。

【方法】

- I. 対象期間：2014年5月～8月
- II. 対 象：手術後病棟へ帰室し、IPCに不快を感じた患者
- III. 研究方法：奇数月はフットポンプのまき直し、偶数月は下肢清拭を行い、不快感の軽減の有無と、IPCを指示まで実施できているかを調査した。

【結果】今回看護介入を行ったのは全16名であり、そのうちフットポンプをまき直したのが7名、うち1名がやむなくIPCを中断している。下肢清拭を行ったのは9名であった。術後の帰室時間は午後（12：00～16：29）が最も多く、介入時間帯は夜間（18：30～5：59）が最も多かった。IPC装着後看護介入をするまでの平

均装着時間は7.5時間で、最短時間が2時間、最長時間が19.5時間であった。フットポンプまき直し群で、不快感が軽減したのは71.4%、変わらないは28.5%であった。下肢清拭群で、不快感が消失した割合は22.2%で、軽減した割合は77.7%で、変わらない割合は0%であった。

【考察】IPC実施による不快の出現は、装着時間の長さに関わらず、87%の人が夕方から夜間にかけて不快を訴えていた。フットポンプまき直し群は、不快感の消失はなかったが、IPCを継続して装着することができている。IPCを中断した1件は、まき直しをしたときは不快感が軽減されたものの、再装着により「暑い、蒸れる」の不快感が生じたためであった。下肢清拭群は、爽快感が得られ、不快感を軽減することができおり全員がIPCを継続することは可能であった。このことから、下肢清拭を行うことがIPCを継続するために有効であると考えた。

【結論】

- I. IPCの不快感はフットポンプを一時的に外すだけでも有効である。
- II. 下肢清拭を行うことは、爽快感を得ることができするため、継続的にフットポンプを装着するための有効な手段となる。

吸入手技習得を目指したアドヒアランス向上の試み

東 7 階 ○岩渕 雄多, 栗谷川直美
大住 円, 得能 寿子
太田 智美

【はじめに】喘息や慢性閉塞性肺疾患にとって、吸入ステロイド・吸入気管支拡張薬は有効な治療薬である。入院中の吸入開始時、スタッフ間での統一した吸入指導が確立されていない。そこで入院中に統一した指導のもと手技習得をめざすことで、指導前後に患者のアドヒアランスが向上したか検証したいと考えた。

【方法】パンフレット・動画を用いて指導を行い、チェックリストを用いて手技を確認。指導前後に聞き取り調査を行う。期間は平成26年5月～平成26年8月。

【対象・結果】男女15名。平均年齢75.4歳。吸入剤を使用している患者を対象に調査を行った。吸入を使用しながら手技確認や修正・指導はほとんどの患者に行われてないことがわかった。動画視聴による吸入指導後、デバイス操作が理解できた患者は87%であった。吸入指導後に必要性についても96%の患者が理解できた。

【考察】吸入剤には説明用紙が添付されているが、静止画では動かして使用するデバイスのイメージ化は難しい。動画を使用し吸入指導することで、イメージ化でき、操作方法の理解にも繋がり、アドヒアランス向上に有効なことが示唆された。デバイスの種類の増加や複雑化により、看護師間で統一した吸入指導が確立されていなかった。患者も看護師もチェックシートを確認することで、注意点が明確化され手技習得につながる。また、手技が困難と判断した場合はデバイスの変更が提案できる。アドヒアランス向上のためにも患者が使用しやすいデバイス選択も重要となる。

入院中は反復的・継続的に吸入指導を行えるため、間違った使用をしていたら、修正できる機会がある。入院中に吸入指導・吸入手技習得をしっかりと行うことが重要である。今回の研究で、定期的なデバイス使用の確認が必要ながわかった。しかし、現在は外来通院中に手技の確認・修正は業務上の都合により実際行われていない。今後は外来と情報を共有し、吸入手技の確認を行い、退院後も正しく吸入が継続できるよう援助していくことが課題である。

移植患者における運動療法の効果について

西7階 ○武田 志織, 作田 春枝
松倉 優弥, 坪崎 春美

【はじめに】移植を受ける患者は、前処置による副作用、好中球減少による感染症、倦怠感増悪等の身体症状、無菌室内での制限された活動量に伴う廃用症候群の進行により、筋力低下が出現する。無菌室管理中も運動療法が患者の倦怠感軽減、ADL低下予防、退院という将来的な目標に繋がると考え無菌管理中の運動療法について検討した。

【方法】対象患者は移植を受け無菌管理となる患者（四肢運動機能に関して問題や拘縮のない方を対象とする）。理学療法士による運動療法のみを行う患者と理学療法士の運動療法の他にパンフレットを使用し、自主的に運動療法を行う患者を無作為に分け実施。運動効果について機能的自立度（FIM）で評価、また患者に聞き取り調査をする。

【結果】無菌管理中も運動療法を継続することによって、大きな筋力低下は見られなかった。聞き取り調査では、5名共看護師や医師以外と話ができ、気分転換になったこと、さらに運動意欲が湧いてくるという返答があった。

【考察】無菌管理中も運動療法を継続することで移植前、移植後の筋力低下について大きな差がみられなかったが、性別、年齢、病状、患者の体力の個人差でバイアスがかかっていると考えられる。移植前と移植後で大きな筋力低下やADL低下は見られておらず、限られた環境の中でも運動療法を継続することは有効なものであったと考える。聞き取り調査では、無菌管理中も運動療法を継続したことに対して良かったという回答が多く、限られた環境、面会制限の中で医師や看護師以外の医療従事者と接することは気分転換にもなること、一緒に運動を実施する人が側にいるだけで運動に対する意識が高まったという声もある。無菌管理中の運動療法継続という初の試みは患者にとって気分転換になったのではないかと考えられる。

【結論】無菌管理中も理学療法士による運動療法継続は筋力、ADL低下を予防すると共に限られた環境の中ではあるが気分転換にもつながり、移植前後、無菌管理中も運動療法は筋力低下予防に有効であった。

総合病院の精神科閉鎖病棟に入院した注意欠陥多動性障害（ADHD）児の看護についての1考察

北1階 ○山口 涼, 山田 愛未
山口 敬史, 福本きよみ

【はじめに】近年、ADHDを含む広汎性発達障害（PDD）の児童が増加している。通常それらの児童は児童精神科領域にあり、同年代の子供達の多い児童を専門とした病棟への入院が一般的であるといわれている。しかし、本症例は年齢も疾患も様々な総合病院の精神科閉鎖病棟へ入院し、治療・看護を行うこととなった。他患とのトラブルや衝動的な行為などあったが、徐々に病棟での生活に慣れ、状態も落ち着き、退院へ導くことができた。現在まで、総合病院の精神科閉鎖病棟で広汎性発達障害の児童が入院治療を行った症例がないため、今回の症例を通して、総合病院の精神科閉鎖病棟での入院生活が対象に及ぼす影響を考察し、メリットを明らかにしたため、ここに報告する。

【事例紹介】

A氏 10歳代前半 男性

病名：広汎性発達障害（PDD）、注意欠陥多動性障害（ADHD）、てんかん、反抗挑戦性障害、被虐待児
入院期間：200X年Y月Z日～200X年Y+2月Z-2日

【考察・結果】

・不注意、多動、衝動性といった病的症状から問題行

動が多く、周囲の人々から叱責、非難され劣等感を抱き自尊心を失っているA氏にとって、大人がいることで対象を理解し受け入れてくれる場合があり、その結果、自己肯定感が強まり暴言や暴力といった問題行動の減少につながった。

- ・視覚、聴覚的な刺激に敏感で興味の引くものには衝動的に行動してしまうA氏にとって、閉鎖的な空間であるため環境による刺激が少なく落ち着いて過ごすことができた。また、癇癪を起しても病棟を離れる心配がなく危険物が管理されているため、精神的に不安定になっているA氏に対してスタッフが余裕をもって対応することができ、行動変容の一つのきっかけとなった。
- ・同年代の子供と上手くコミュニケーションがとれないA氏にとって、衝動性、易刺激性の高い子供がいない環境は静かで落ち着いて入院治療が行え、干渉的でパーソナルスペースへの侵入など容易に境界を越えて接近してくることが少ないためトラブルを避けることができた。

精神科病棟における看護師のストレス要因

北2階 ○山口 紗弓、渡辺智恵子
菅原美智子、大関 典子

【はじめに】現在の精神科病棟では精神状態の悪い患者に合わせ、身体合併症を持つ患者が増加している。入院する患者の多様化に伴ってストレスは増強することが予想され、そのストレスに柔軟に対応する力が必要になる。そこで、精神科病棟に勤務する看護師はどのような患者への関わりにストレスを感じているのかを調査することとした。

【対象と方法】

研究期間：2014年6月1日～同年8月31日

調査対象：北第1・2ナースステーション看護師 計31名

調査方法：アンケートを配布し回収した

倫理的配慮と同意：対象者には研究の趣旨・方法・匿名性・不参加による不利益性は受けないことを文書にて説明し、同意書を取得した後に、アンケートの回収をした。

【結果】調査用紙の回収率は31名中27名であり87%であった。どのようなことにストレスを感じるかという質問に対し、「常にそう思う」と「まあまあそう思う」の回答率を合わせると1位が暴言、暴力行為、2位が不

穏状態、3位が緊急入院という結果になった。その他ストレスを感じることにについての自由記載では、「一般状態が悪い患者が多い」、「内科的治療が多い」などがあった。

【考察】精神症状に関するものだけではなく、身体合併症の患者が多いことでのストレスも多く聞かれていることがわかる。ストレスを避けて通ることは出来ないため、スタッフ個々が感じているストレスを共有することで、解決の糸口を見いだすことができ、チームワークの向上、よりよいケアへの動機づけがなされると考える。合併症のある患者が今後も増加することが予想されるため、スタッフ間での問題状況の共有をし、チームで仕事をしていくことでストレスを軽減させて、より良い看護を提供していくことが必要である。

【結論】

1. 現在の精神科病棟では精神症状に関するものだけではなく、身体合併症の患者が多いことでのストレスが増加している。
2. ストレスを抱えて仕事をすることで看護の質が低下する恐れがあるため、スタッフ間で問題状況を共有し、ストレスを軽減させることが大切である。

CCUにおける急性心筋梗塞患者の指導時期の検証

集中治療室・CCU ○柳瀬まどか、山岸 美緒
山口 明子、大西かおり

【はじめに】当CCUでは急性冠症候群（以下、ACS）と診断され、緊急カテーテル検査を行った患者に、入室2～3日目に指導（以下AMI指導）を実施しているが、緊急カテーテル後は、安静臥床が強いられ十分な休息が図れていないことや、様々な症状により安楽な状況ではないといえる。また、急性期における患者指導時期における先行研究がなかった。これらのことから、指導を受けた時の状況を調査し、患者の望む指導時期と合致していたか検討した。

【対象と方法】

期間：2014年4月～8月末

対象：CCUに入室され、ACSで緊急経皮的冠動脈形成術クリニカルパス対象患者

方法：入室2日目にAMI指導を実施。対象者に意見調査用紙を記載してもらい回収箱内に投函してもらう。

【結果】期間中の対象者は14名、回収率100%。意見調査の結果、14%の方は指導時期が早い、21%の方は安

静の必要性を早く知りたくなかったと回答されている。その背景として「腰痛・胸痛・背部痛・心窩部痛・嘔気・腹部不快」などの身体的な不安・苦痛、「家族、仕事、金銭、予後」など精神的・社会的な問題を抱えているということがわかった。一方、79%の患者は指導時期について「ちょうど良い」という回答であり、CCUにおける現在の指導時期は適切であることが明らかとなった。

【考察】調査結果で21%の方は指導時期が早いと回答している。この時期は、フィックの危機理論による衝撃の段階であり、身体的・心理的苦痛を伴っていたことにより時期が不適切であったといえる。

79%以上の方は指導時期が適切であると回答されている。外界から遮断されたCCUという特殊な環境では、自己の疾患についての理解、今後の生活への見通しについて知りたいという欲求が出現してくると先行研究でもいわれていたが、本研究においても同様の結果が得られた。早期に指導を実施することで、苦痛や不安の軽減につながる。身体的・心理的側面の相違はあるものの、現在実施している時期が適切であるといえる。

DVD教材を用いた固定チーム以外の看護師の不安尺度の変化

手術室 ○横井 彩乃, 山中 貴子
長井 香織, 阿部 朝乃

【はじめに】固定チーム制導入により、担当科以外の手術に対して不安を感じる看護師が多い。文章のみのマニュアルと比較し、DVD教材などで可視化することはより手術のイメージが付きやすいことが文献で知られている。そのため当手術室においてもDVD教材によってイメージ化をして手術に臨むことで、チーム以外の看護師の不安を軽減できるのかを科学的な尺度を使用し検証した。

【研究方法】研究チーム、外科チーム中心メンバー以外の手術室看護師にDVD教材視聴前後で腹腔鏡下結腸切除の器械だし看護師を経験してもらい、各器械だし終了後にSTAIを用いた質問紙調査法を実施した。質問紙回収後、STAIの状態不安についてウィルコクソンの検定を実施した。(倫理的配慮) DVD教材作成時に使用する画像の患者と、質問紙調査を実施する看護師の個人が特定されないように配慮した。

【結果】DVD視聴前後とも高不安よりも低不安が多い

結果となった。しかしDVD視聴前後の状態不安を比較した結果、高不安が減少し低不安が増加する結果となった。DVD視聴前後の変化をウィルコクソン検定により比較したところ、 $P=0.753$ で有意差は認められなかった。

【考察】紙面や口頭のみ学習よりも、DVDを視聴することで手術を疑似体験することが出来、手術への自信となり不安が減少したのだと考える。固定チーム制により、専門外の手術に不安を感じる看護師がDVD教材を活用して自らの経験を振り返ることが出来ることから、研究では有意差が出なかったものの、手術を疑似体験するのに視聴覚教材は有用であり、手術への不安を軽減できると考える。

【結論】

- I. DVD教材視聴による不安尺度の変化について有意差は出なかった。
- II. DVDを視聴することで手術を疑似体験することが出来、自らの経験を振り返ることが出来るため、手術への不安を軽減させる。

固定チーム制により専門外の手術に入る看護師の不安軽減に利用できる。

外来看護師の外来看護に対する認識調査

内科外来 ○竹本久美子, 坂口伊津美
冬至加奈子, 岡田いづみ

【はじめに】外来での関わりが多様化、機能の拡大がみられ、質の高い看護が期待されている。期待される外来看護を提供するために、看護師の認識を把握する必要があると考えた。当院の外来看護職員は、正職員と臨時並びに嘱託職員で構成され、臨床経験や社会的背景も様々な看護師が業務についている。そのため、個々の外来看護への認識も様々である。そこで、質の高い外来看護を提供するための方策を見いだすために、雇用形態別の看護への認識差について明らかにすることを目的とし、取り組んだ。

【対象・方法】

対 象：外来勤務している正職員、臨時職員、嘱託職員

研究方法：質問紙調査法。

研究期間：H26年3月30日から4月30日

分析方法：正職員群と臨時嘱託群の2者で比較。カイ二乗検定にて分析。記載された内容はカテゴリごと分析し雇用形態別で比較する。

【結果】75名配布中67名回収（正職34人，臨時嘱託33人）で回収率89%。有効回答率98%であった。有意水準は5%未満とした。

【考察】雇用形態間で有意差があった背景は，臨時嘱託職員は，仕事や自分の関わったケアに対しての評価を期待している。また，仕事自体には興味，関心があるが，その他のことに関しては関心が薄い結果だった。さらに，医師の要望が増え，把握しづらい現状があり，内容も複雑化し知識が伴っていない結果だった。正職員は業務量の違いから不満が生じている。そのため，業務内容の見直しや教育環境の整備が必要と考える。

【結論】

- ①雇用形態による看護の認識に有意差がみられたのは「外来看護師としての自負」「時代の変化に伴う外来看護の特徴」「外来における看護の専門性」「外来看護の現状と課題」においてであった。
- ②看護に対する考え方は，雇用形態間では差が見られなかった。
- ③看護本来の業務に専念できるように業務内容の見直しが必要である。
- ④教育環境の改善を図るために，正職員はマニュアルの整備，業務の委譲が必要である。臨時嘱託職員には，勤務時間内での学習会の検討が必要と考える。

Medical essay

「解離」と女優

先日，テレビで女優の宮沢りえさんとマルチタレントのリリー・フランキーさんの対談を偶然に観る機会があった。そのなかで，リリー・フランキーさんが宮沢りえさんに女優としての演技についての質問したところ，彼女は「演じていて自分が自分じゃなくなる瞬間を生きてる時に，一番深く呼吸ができていような気がする」と答え，演技を通して新たな境地に至ることを述べていた。そんな彼女に対して，リリー・フランキーさんは「現実に満足せず，挑戦する生き方が素晴らしい」と称賛していた。

女優という仕事は，一過性に現実の自分とは異なる人格に入れ替わり，役柄の人格に没頭することによりリアルな演技ができると思われる。それは，ある意味では「解離」といわれる精神状態に似ているかもしれない。「解離」とは意識，記憶，同一性などの統一が失われる状態で，ある一定期間の記憶が消失したり，重篤な場合には人格が入れ代わったりすることがある。「解離」は正常人でも起きるといわれており，ライブやスポーツ観戦に熱狂している時や，映画やテレビに夢中になっている時にも一過性で浅い「解離」が起きる。女優の演技もこのような状態に近いかもしれない。

われわれ精神科医は「解離」という精神状態を困難な現状との直面を避けて，現実とは異なる次元に逃避することで，精神的な苦痛を軽くしたり消失したりしようとする病的な現象とつい考えやすい。「解離」に対してネガティブな側面からとらえようとしてしまうのである。しかし，今回の宮沢りえさんとリリー・フランキーさんとの対談を通して，ある役柄を演じる時に生まれる「解離」が，その女優が現実の自分を肯定的に受け入れられないために逃避しているという意味ではなく，現実に満足せずより高みの自分を目指すというポジティブな意味があることを知ることができた。これからは，患者さんが示す「解離」を診ても創造的で挑戦的なポジティブな意味を探り，それを治療に生かしたいと思う。

(A.T.)

がん診療連携拠点病院関連研修会【平成26年度】

・第5回地域医療連携のつどい「消化器癌治療の最前線」（5月26日）

座長 副院長 斉藤 裕輔

・内視鏡治療の最前線

消化器内科

富永 素矢

・外科手術の最前線

外科

村上 慶洋

・消化器癌治療の最前線

外来化学療法センター長

垂石 正樹

・がん診療連携講演会（10月3日）

座長 副院長 子野日 政昭

・当院における外来化学療法の現況について

留萌市立病院 消化器内科

中村 元

・最新の前立腺がんの手術治療について

泌尿器科

望月 端吾

・がん相談支援センターの概要について

がん相談支援センター相談員

永草麻由美

・3病院共同開催 第6回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座 ゼロからわかるがん治療 大腸がんガイド（11月1日）

座長 副院長 子野日 政昭

・なぜ大腸がんは増えているのか 大腸がんの検査と内科の治療

旭川医科大学 内科学講座准教授

藤谷 幹浩

・大腸がんの外科治療～腹腔鏡手術を中心に～

外科

村上 慶洋

・ここまで進んだ 大腸がんの化学療法

旭川厚生病院 消化器科医長

伊藤 貴博

・放射線治療と緩和ケア

旭川厚生病院 副院長

中野 詩朗

・市民公開講座 泌尿器疾患の最前線～あなたのおしっこは大丈夫？～（11月22日）

座長 副院長 子野日 政昭

・腎臓の働きと病気～腎臓の検査数値のみかた

泌尿器科

金川 匡一

・頻尿と尿失禁～近いおしっこ尿漏れ

泌尿器科

河津 隆文

・前立腺がん最新の手術～ロボット支援手術を含めて

泌尿器科

望月 端吾

・厚生労働省指針に準拠した緩和ケア研修会（9月27日・9月28日） 2014年度市立旭川病院緩和ケア研修会

・ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム（H27年1月24日・1月25日）

温かくして寝なさい

身体を温かくして早く寝なさい。

風邪気味の時に、誰しも一度は言われたことがあると思う。とくに壮年以降ではご自身でも周囲に言っているという方が多いのではなかろうか。昔から、世間では、風邪の時は身体を温めろ、と言われているのだ。

さて一方、風邪患者に対して外来では解熱剤を処方するし、本人も解熱剤を希望することが多い。そんなの当たり前だと考える方が多いと思う。だがちょっと考えていただきたい。解熱剤を使うということは、身体を冷やすということである。つまり、風邪で発熱した時は身体を冷やしなさい、というのが風邪への対応ということだが…さて、前述の世間の言い伝え：風邪の時は身体を温めろ、と真逆の治療方向だとは思いませんか？

風邪を引いたとき、身体を温めるのが良いのか、身体を冷やすのが良いのか？

私自身、ずっとわからずじまいでモヤモヤしていた問題だった。

が、漢方医学に手を出してから、やっとわかった（と思う）。私の結論を先に言ってしまうと、東洋医学の考え方と西洋医学の考え方の違いで、風邪の初期治療がまったく逆の方向になっているのだ。当然ながら、身体を温めろというのが東洋医学で、発熱は冷ませというのが西洋医学である。これは発熱に対する考え方が根本的に異なることからくる。東洋医学では（こと発熱初期の）発熱は身体の抗病反応と考えるのに対し、西洋医学では発熱を異常状態ととらえているのである。発熱は病気に抵抗する身体側の抗病反応であるから解熱させてはならず返って身体を温めて体温上昇を助けてやるとするのが漢方医学、身体の異常現象である発熱を解熱させて通常状態に戻さなければならないと考えるのが西洋医学である。このへんは、洋の東西での哲学思考の差が医療にも出ていて面白い。身体の反応の邪魔をせずにそれを助けて補助することで病気を乗り越えようという東洋に対し、異常の原因を見極めその病因を徹底的に叩きつぶして病気から自由になろうという西洋の図式である。

風邪のときどちらが正解か？と言えば、どちらでも、好きな方をお選びくださいとなるが、私個人としては、少なくとも風邪に対する加療態度としては東洋医学を選ぶ。解熱させることが重要なのではなく、解熱後に風邪病態から脱しているか？、という点こそが問題なのであって、平熱＝正常ではなかろうと思うからだ。実際、風邪初期に漢方的治療を試みると、少なくとも「軽く」済むし、風邪症状の沼地に陥らずにスルーして抜け出せた感がわかる。というわけで、私が風邪気味のときは、鍋焼きうどんを食べ、布団にくるまって、身体を温め、何度か汗をかき、翌日には通常に戻っているという漢方的風邪治療を実践するのである。

(K.S.)

平成26年度学会発表ならびに投稿論文

内 科

[学会発表]

1) Prehospital thrombolysisが有効であったACSの2例

市立旭川病院・内科

木谷 祐也, 石井 良直, 菅野 貴康, 井川 貴行
浅野目 晃, 平山 康高

(第5回旭川ACS研究会, 2014年1月, 旭川)

2) 左室4極リードを用いたCRT-D植込みの経験

市立旭川病院・内科

菅野 貴康, 石井 良直, 木谷 祐也, 浅野目 晃
平山 康高, 井川 貴行

(第31回北海道心・冠血管イメージング研究会, 2014年1月, 旭川)

3) 心膜中皮腫の1例

市立旭川病院・内科

浅野目 晃, 木谷 祐也, 菅野 貴康, 平山 康高
井川 貴行, 石井 良直

(第64回市立・厚生CCUカンファレンス, 2014年2月, 旭川)

4) Functional Discrepancy over Systemic Vascular Reactivity- Impacts of Complicated Organic Coronary Lesions in Coronary Spastic Angina

Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital

Takayuki Igawa, Yoshinao Ishii, Takayuki Kanno

Yuya Kitani, Akira Asanome, Yasutaka Hirayama

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

Naoyuki Hasebe

(第78回日本循環器学会総会, 2014年3月, 東京)

5) 抗血小板薬とダビガトランの併用経験

市立旭川病院・内科

木谷 祐也, 石井 良直, 井川 貴行, 浅野目 晃
平山 康高, 菅野 貴康

(Asahikawa Cardiovascular Seminar, 2014年4月, 旭川)

6) 冠CT時代の冠攣縮の診断および冠疾患に対する薬物療法

市立旭川病院・内科

石井 良直

(Coronary Heart Forum 2014 in Sapporo, 2014年4月, 札幌)

7) 心原性ショックを合併しVfを繰り返したAMIの1例

市立旭川病院・内科

木谷 祐也, 菅野 貴康, 浅野目 晃, 平山 康高
井川 貴行, 石井 良直

(第10回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2014年6月, 旭川)

8) 脳出血の既往のためtPAを使用せず搬送されたAMIの1例

市立旭川病院・内科

浅野目 晃, 木谷 祐也, 菅野 貴康, 平山 康高

井川 貴行, 石井 良直

(第10回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2014年6月, 旭川)

9) 発症1時間以内にtPAを使用され小梗塞ですんだAMIの1例

市立旭川病院・内科

井川 貴行, 平山 康高, 浅野目 晃, 木谷 祐也
菅野 貴康, 石井 良直

(第10回心筋梗塞ネットワーク勉強会, 2014年6月, 旭川)

10) 虚血性心疾患における抗血栓療法

市立旭川病院・内科

幸村 近

(Network Meeting~Appropriate Anticoagulant Therapy for patients~, 2014年8月, 旭川)

11) 冠動脈狭窄の評価にFractional Flow Reserve (FFR) が必要か?

市立旭川病院・内科

石井 良直, 木谷 祐也, 浅野目 晃, 井川 貴行
平山 康高, 菅野 貴康

旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野

長谷部直幸

(第62回日本心臓病学会, 2014年9月, 仙台)

12) ST上昇型心筋梗塞 (STEMI) におけるMRIによる冠微小循環障害とIVUS所見の関連性の検討

市立旭川病院・内科

木谷 祐也, 石井 良直, 菅野 貴康, 井川 貴行
浅野目 晃, 平山 康高

同・臨床工学会

田中 義範

同・中央放射線科

川崎 伸一

旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野

長谷部直幸

(第62回日本心臓病学会, 2014年9月, 仙台)

13) 循環器バイオマーカーの考え方・使い方

市立旭川病院・内科

幸村 近

(アボットフェア, 2014年11月, 旭川)

14) 心電図を診かた〜自動解析診断の落とし穴も含めて〜

市立旭川病院・内科

石井 良直

(留萌学術講演会, 2014年11月, 留萌)

15) 急性心不全診療のポイント

市立旭川病院・内科

石井 良直

(心血管領域セミナー 2014, 2014年11月, 旭川)

16) たこつぼ型心筋症からの回復後に心尖部肥大型と判明した1

- 例
市立旭川病院・内科
浅野目 晃, 木谷 祐也, 井川 貴行, 平山 康高
菅野 貴康, 石井 良直
(第112回日本循環器学会北海道地方会, 2014年11月, 札幌)
- 17) 腸重積を契機に発見されたPeutz Jegars症候群の1例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 杉山 隆治, 川内 宏仁, 垂石 正樹
小澤賢一郎
(第10回日本消化管学会総会学術集会ー下部消化管症例検討セッション, 2014年2月, 福島)
- 18) 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
(松山胃腸疾患研究会・特別講演, 2014年2月, 松山)
- 19) クロウン病に合併したColitic cancer (直腸腔瘻部癌) の1例
市立旭川病院・内科
岩間 琢哉, 垂石 正樹, 杉山 隆治, 川内 宏仁
小澤賢一郎, 中村 和正, 助川 隆士, 千葉 篤
斉藤 裕輔
同 ・放射線科
川島 和之
同 ・外科
福永 亮朗
(第114回日本消化器病学会北海道支部例会, 2014年3月, 札幌)
- 20) 潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブ投与症例の検討
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 垂石 正樹, 川内 宏仁, 中村 和正
助川 隆士, 小澤賢一郎, 千葉 篤, 斉藤 裕輔
(第114回日本消化器病学会北海道支部例会, 2014年3月, 札幌)
- 21) 大腸癌撲滅のための気遣いの大腸内視鏡検査
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第4回地域医療連携懇話会ーがん撲滅を目指してー, 2014年3月, 旭川)
- 22) IBD病診連携ネットワークの現状について
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(北海道IBD病診連携特別講演会, 2014年4月, 札幌)
- 23) 完成間近のガイドライン改訂と新ガイドラインの作成状況の現状 大腸ポリプ診療ガイドライン
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
広島大学病院・内視鏡診療科
田中 信治
(第100回 日本消化器病学会総会, 2014年4月, 東京)
- 24) レミケード増量を要するクローン病の予測因子の検討
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
稲場 勇平, 藤谷 幹浩, 高後 裕
(第100回日本消化器病学会総会, 2014年4月, 東京)
- 25) 気遣いの内視鏡 細径軟性scopeを用いた気遣いの大腸内視鏡 (指定)
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
(第87回日本消化器内視鏡学会総会, 2014年5月, 福岡)
- 26) 消化器癌化学療法の最前線
市立旭川病院・内科
垂石 正樹
(市立旭川病院地域医療連携のつどい, 2014年5月, 旭川)
- 27) The study of risk factors for postoperative anastomotic ulcers in Crohn's disease
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
Yuhei Inaba, Mikihiro Fujiya, Yutaka Kohgo
(2014 2nd AOCC, 2014年6月, Seoul, Korea)
- 28) 日本消化器病学会 大腸ポリプガイドラインについて
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第87回北海道腸疾患研究会, 2014年6月, 札幌)
- 29) 狭窄を来す大腸疾患ー診断のプロセスを含めて
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第15回臨床消化器病研究会, 2014年7月, 東京)
- 30) 大腸閉塞に対する経肛門のイレウス管留置と自己拡張型金属ステント (SEMS) 検討
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 佐々木貴弘, 富永 素矢, 助川 隆士
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第109回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2014年9月, 札幌)
- 31) リドカイン粘膜下局注併用内視鏡的大腸粘膜下層剥離術 (ESD) の検討
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 富永 素矢, 斉藤 裕輔
(第115回日本消化器病学会北海道支部例会・第109回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会合同ビデオシンポジウム, 2014年9月, 札幌)
- 32) 子宮広間膜裂孔ヘルニアの2例
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 杉山 隆治, 助川 隆士, 富永 素矢
小澤賢一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第115回日本消化器病学会北海道支部例会, 2014年9月, 札幌)
- 33) 直腸MALTリンパ腫の1例
市立旭川病院・内科

- 齊藤 裕輔
(第26回浜名湖胃と腸フォーラム, 2014年9月, 浜松)
- 34) 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
齊藤 裕輔
(IBD Clinical Seminar, 2014年9月, 広島)
- 35) 難治性潰瘍性大腸炎の新規治療の検討
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(インフリキシマブ研究会, 2014年10月, 旭川)
- 36) 難治性クローン病に対する生物学的製剤使用に関する検討
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 高後 裕
(JDDW 2014, 2014年10月, 神戸)
- 37) 細径軟性scopeを用いた気遣いの大腸内視鏡検査
市立旭川病院・内科
佐々木貴弘, 齊藤 裕輔, 富永 素矢, 稲場 勇平
杉山 隆治, 鈴木 聡, 助川 隆士, 小澤賢一郎
垂石 正樹
(平成26年度旭川市医師会学会, 2014年10月, 旭川)
- 38) 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
齊藤 裕輔
(遠軽医師会学術講演会, 2014年11月, 遠軽)
- 39) 内視鏡摘除後大腸SM癌の転移・再発に関する多施設共同研究
—大腸癌研究会プロジェクト研究の結果から—
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第163回旭川消化器病談話会特別講演会ミニレクチャー,
2014年11月, 旭川)
- 40) 大腸病変の取り扱いについて—最新の研究結果を含めて—
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
(第12回釧路胃と腸を診る会特別講演会, 2014年11月, 釧路)
- 41) 難治性潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスおよびインフリキシマブの有効性
市立旭川病院・内科
稲場 勇平
(第6回日本炎症性腸疾患研究会, 2014年12月, 東京)
- 42) 糖尿病と合併症
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(第292回あけぼの会, 2014年4月, 旭川)
- 43) 糖尿病と合併症
市立旭川病院・内科
宮本 義博
- (スーグラ学術講演会, 2014年4月, 羽幌)
- 44) 糖尿病と合併症
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(上川北部医師会学術講演会, 2014年5月, 士別)
- 45) 身近な糖尿病症例
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(旭川糖尿病ネットワーク, 2014年5月, 旭川)
- 46) 2型糖尿病として通院中に糖尿病ケトアシドーシスを発症したSPIDDMの1例
市立旭川病院・内科
坂上 英充
(旭川糖尿病ネットワーク, 2014年5月, 旭川)
- 47) 有痛性糖尿病神経障害に対するデュロキシセチンの有効性
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 土屋 慶容, 武藤 英二
(第57回日本糖尿病学会年次学術集会, 2014年5月, 大阪)
- 48) 糖尿病と合併症
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(糖尿病治療学術講演会, 2014年5月)
- 49) 比較的軽症な経過をたどった劇症1型糖尿病の1例
市立旭川病院・内科
坂上 英充
(道北糖尿病合併症研究会, 2014年6月, 旭川)
- 50) 糖尿病と合併症
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(末広地区糖尿病講演会, 2014年7月, 旭川)
- 51) 有痛性糖尿病神経障害について
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(サインバルタ学術講演会, 2014年8月, 旭川)
- 52) 当院で経験した1型糖尿病の2例
市立旭川病院・内科
坂上 英充
(道北インスリン研究会, 2014年9月, 旭川)
- 53) 食後高血糖をターゲットにした2型糖尿病の治療
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(旭川食後高血糖勉強会, 2014年10月, 旭川)
- 54) デュロキシセチンが有効であった治療後神経障害の1例
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(第48回日本糖尿病学会北海道地方会, 2014年11月, 札幌)
- 55) 糖尿病神経障害の診断と治療
市立旭川病院・内科

- 宮本 義博
(第11回江別糖尿病スタディ, 2014年11月, 江別)
- 56) 有痛性糖尿病神経障害に対するサインバルタの使用経験
市立旭川病院・内科
宮本 義博
(サインバルタウェブ講演会, 2014年11月, 旭川)
- 57) 空洞結節を有し肺原発と思われた悪性リンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 石尾 崇, 橋口 淳一, 柿木 康孝
(第49回日本血液学会春季北海道地方会, 2014年4月, 札幌)
- 58) Gemtuzumab ozogamicin 併用骨髄非破壊的前処置にて臍帯血移植を施行した非寛解AML-MRCの1例
市立旭川病院・内科
石尾 崇, 岩崎 純子, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第25回北海道造血細胞移植研究会, 2014年6月, 札幌)
- 59) イマチニブ投与により分子遺伝学的完全寛解を維持しているCMLにAPLを発症した1例
市立旭川病院・内科
岩崎 純子, 石尾 崇, 千葉 広司, 柿木 康孝
(第56回日本血液学会秋季北海道地方会, 2014年9月, 札幌)
- 60) FIP1L1 Portions of FIP 1 L 1-RARA and FIP 1 L 1-PDGFRα differently contribute to leukemogenesis
市立旭川病院・内科
Junko Iwasaki
北大病院・血液内科
Takeshi Kondo, Makoto Ibata, Masahiro Onozawa
Daigo Hashimoto, Takanori Teshima
(第76回日本血液学会学術集会, 2014年10月~11月, 大阪)
- 61) Retrospective analysis of 90Y-ibritumomab tiuxetan for pre-treated FL of MCL in a Single institution
市立旭川病院・血液内科
Takashi Ishio, Junko Iwasaki, Koji Chiba
Yasutaka Kakinoki
(第76回日本血液学会学術集会, 2014年10月~11月, 大阪)
- 62) COPD治療の最適な選択肢を考える
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(旭川COPD治療セミナー, 2014年1月, 旭川)
- 63) 間質性肺炎と間違いやすい病気, 肺胞出血
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(第4回北海道IPカンファレンス症例検討会, 2014年3月, 旭川)
- 64) COPDを取り巻く話題 COPDと喘息のオーバーラップ
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(COPD Summit, 2014年4月, 旭川市)
- 65) COPDに対する私の治療方針
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(金星薬学セミナー, 2014年6月, 旭川)
- 66) 明らかな粉塵作業に従事したことの無い農夫に発症した塵肺の3例
市立旭川病院・内科
今本 鉄平, 岡本 佳裕, 谷野 洋子, 福居 嘉信
同 臨床病理
高田 明生
(第108回日本呼吸器学会北海道支部学術集会, 2014年9月, 札幌)
- 67) 喘息とCOPDのオーバーラップ?の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕
(第24回旭川呼吸器セミナー, 2014年10月, 旭川)
- 68) 当科における今年の喘息患者実態調査の結果
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(閉塞性肺疾患を考える会, 2014年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 大腸癌の内視鏡治療の際の, 抗血小板薬・抗凝固薬の取り扱い
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢
(石黒めぐみ編集: Q&Aで綴る大腸癌診療のレジデントノート. 東京: メディカルビュー社, 2014: p34-36.)
- 2) 「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」2012の解説
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(石黒めぐみ編集: Q&Aで綴る大腸癌診療のレジデントノート. 東京: メディカルビュー社, 2014: p37-39.)
- 3) 腸管子宮内膜症
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(田中信治編: 画像で見ぬく消化器疾患 大腸. 東京: 医学出版, 2014: p79-81.)
- 4) カルチノイド腫瘍 (NET)
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(田中信治編: 画像で見ぬく消化器疾患 大腸. 東京: 医学出版, 2014: p169-171.)
- 5) ここまできた, 炎症性腸疾患の新展開 Ⅰ.総論 Ⅲ.病因・病態生理
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
稲場 勇平, 藤谷 幹浩, 高後 裕

- (成人病と生活習慣病 2014 ; 44 : 261-266.)
- 6) 大腸ポリープ診療ガイドライン2014
大腸ポリープ診療ガイドライン作成委員会
田中 信治, 斉藤 裕輔, 五十嵐正広, 岩男 泰
菅井 有, 鈴木 康元, 西田 博, 松本 主之
松田 尚久, 渡邊 聡明
(大腸ポリープ診療ガイドライン2014.日本消化器病学会編.南
江堂, 東京, 2014)
- 7) 大腸T1 (SM) 深部浸潤癌に対する完全摘除生検としての
EMR/ESD私はこう考える: 積極的な立場から
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 2014 ; 49 : 1046-1048.)
- 8) 完全摘除可能な大腸T1 (SM) 深部浸潤癌の術前診断: 超音
波内視鏡
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
盛一健太郎, 堂腰 達矢, 田中 一之, 坂谷 慧
藤林 周吾, 安藤 勝洋, 上野 伸展, 後藤 拓磨
嘉島 伸, 笹島 順平, 伊藤 貴博, 高後 裕
(胃と腸 2014 ; 49 : 1036-1045.)
- 9) Cronkhite-Canada症候群 (胃病変)
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔
(胃と腸アトラス第2版I 上部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p266-268.)
- 10) gangliocytic paraganglioma
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 中嶋 駿介.
(胃と腸アトラス第2版I 上部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p344-345.)
- 11) 悪性リンパ腫 濾胞性リンパ腫
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸アトラス第2版I 上部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p346-348.)
- 12) Cronkhite-Canada症候群 (十二指腸病変)
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔
(胃と腸アトラス第2版I 上部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p367.)
- 13) Meckel憩室
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹
(胃と腸アトラス第2版II 下部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p372-373.)
- 14) 過誤腫
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 垂石 正樹
(胃と腸アトラス第2版II 下部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p454.)
- 15) 潰瘍性大腸炎
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
藤谷 幹浩
(胃と腸アトラス第2版II 下部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p556-560.)
- 16) 動静脈奇形
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 小澤賢一郎
(胃と腸アトラス第2版II 下部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p576-577.)
- 17) Cronkhite-Canada症候群 (大腸病変)
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔
(胃と腸アトラス第2版II 下部消化管.東京:医学書院, 2014 :
p691-692.)
- 18) 序説: Colitic cancerの初期病変
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(胃と腸 2014 ; 49 : 1403-1405.)
- 19) 注腸X線造影検査による遡及が可能であった潰瘍性大腸炎に
発生したcolitic cancerの1例
市立旭川病院・内科
垂石 正樹, 斉藤 裕輔, 杉山 隆治, 佐々木貴弘
助川 隆士, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 千里 直之
(胃と腸 2014 ; 49 : 1500-1509.)
- 20) microRNA-18a induces apoptosis in colon cancer cells via
the autophagolysosomal degradation of oncogenic heteroge-
neous nuclear ribonucleoprotein A1
Division of Gastroenterology and Hematology Oncology,
Department of Medicine, Asahikawa Medical College
Fujiya M, Konishi H, Mohamed Kamel MK, Ueno N
Inaba Y, Moriichi K, Tanabe H, Ikuta K, Ohtake T
Kohgo Y
(Oncogene 2014 ; 33 : 4847-56.)
- 21) Decreased numbers of vascular networks and irregular ves-
sels on narrow-band imaging are useful findings for distin-
guishing intestinal lymphoma from lymphoid hyperplasia
Division of Gastroenterology and Hematology Oncology,
Department of Medicine, Asahikawa Medical University
Fujiya M, Kashima S, Ikuta K, Dokoshi T

- Sakatani A, Tanaka K, Ando K, Ueno N
Tominaga M, Inaba Y, Ito T, Moriichi K
Tanabe H
Digestive Disease Center, Asahikawa City Hospital
Saitoh Y
Division of Gastroenterology and Hematology Oncology,
Department of Medicine, Asahikawa Medical University
Kohgo Y
(Gastrointest Endosc 2014 ; 80 : 1064-1071.)
- 22) 血液疾患患者の医療連携
修彰会・沼崎病院
前川 勲, 沼崎 彰
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 柿木 康孝
(旭川市立病院医誌 2014 ; 46 : 11-14.)
- 23) Long-term survey of survival time, histological transformation, and secondary malignancies in Japanese patients with advanced-stage follicular lymphoma in the rituximab era
Hokkaido Hematology Study Group
Yasuo Hirayama, Kunihiro Ishitani, Shuichi Ota
Mitutoshi Kurosawa, Takeshi Kondo, Rishu Takimoto
Akio Mori, Hajime Sakai, Yoshihiro Torimoto
Satoshi Yamamoto, Kazuya Sato, Hiroshi Iwasaki
Kyuhei Kohda, Tadao Ishida, Yasutaka Kakinoki
Takashi Fukuhara, Junji Kato
(International Journal of Hematology 2014 ; 100 : 281-289.)
- 24) High Level of Serum Soluble Interleukin-2 Receptor at Transplantation Predicts Poor Outcome Of Allogeneic Stem Cell Transplantation for Adult T Cell Leukemia
Department of Hematology, Hokkaido University
Akio Shigematsu
Department of Hematology, Sapporo Hokuyu Hospital
Naoki Kobayashi
First Department of Internal Medicine, S apporo Medical University
Hiroshi Yasui
Third Department of Internal Medicine, Asahikawa Medical School
Motohiro Shinodo
Department of Hematology, Asahikawa City Hospital
Yasutaka Kakinoki
Department of Hematology and Oncology, Asahikawa Red Cross Hospital
Kyuhei Koda
Fourth Department of Internal Medicine, Sapporo Medical University
Satoshi Iyama
Department of Hematology and Oncology, Steel Memorial
- Muroran Hospital
Hiroyuki Kuroda
Department of Internal Medicine, Hakodate Municipal Hospital
Yutaka Tsutsumi
Department of Hematology, Sapporo Hokuyu Hospital
Masahiro Imamura
Department of Hematology, Hokkaido University
Takanori Teshima
(Biol Blood Marrow Transplant 2014 ; 20 : 801-805.)
- 25) Risk factor analysis of non-Hodgkin lymphoma-associated haemophagocytic Syndromes: a multicentre study
Department of Paediatrics, Sapporo Hokuyu Hospital
Hirozumi Sano, Ryoji Kobayashi
Stem Cell Transplantation Centre, Hokkaido University Hospital
Junji Tanaka, Satoshi Hashino
Department of Haematology, Sapporo Hokuyu Hospital
Shuichi Ota
Third Department of Internal Medicine, Asahikawa Medical College
Yoshihiro Torimoto
Department of Haematology, Asahikawa City Hospital
Yasutaka Kakinoki
Department of Haematology, Sapporo City General Hospital
Satoshi Yamamoto
Department of Haematology, National Hospital
Mitsutoshi Kurosawa
Department of Paediatrics, Sapporo Medical College
Naoki Hatakeyama
Department of Haematology, KKR Sapporo Medical Centre, Tonan Hospital
Yoshihito Haseyama
Department of Haematology, Teine Keijinkai Hospital
Hajime Sakai
Department of Haematology, Hokkaido P.W.F.A.C Asahikawa-Kosei General Hospital
Kazuya Sato
Department of Palliative Care Medicine, Hokkaido P.W.F.A.C Sapporo-Kosei General Hospital
and Takashi Fukuhara
(British Journal of Haematology 2014 ; 165 : 786-792.)
- 26) Etoposide-containing conditioning regimen reduces the occurrence of hemophagocytic lymphohistiocytosis after SCT
Department of Pediatrics, Sapporo Hokuyu Hospital
R Kobayashi
Stem Cell Transplantation Center, Hokkaido University Hospital
J Tanaka, S Hashino
Department of Hematology, Sapporo Hokuyu Hospital
S Ota

Third Department of Internal Medicine, Asahikawa Medical College

Y Torimoto

Department of Hematology, Asahikawa City Hospital

Y Kakinoki

Department of Hematology, Sapporo City General Hospital

S Yamamoto

Department of Hematology, National Hospital Organization Hokkaido Cancer Center

M Kurosawa

Department of Pediatrics, Sapporo Medical College

N Hatakeyama

Department of Hematology, KKR Sapporo Medical Center, Tonan Hospital

Y Haseyama

Department of Hematology, Teine Keijinkai Hospital

H Sakai

Department of Hematology, Hokkaido P.W.F.A.C Asahikawa-Kosei General Hospital

K Sato

Department of Palliative Care Medicine, Hokkaido P.W.F.A.C Sapporo-Kosei General Hospital

and T Fukuhara

(Bone Marrow Transplantation 2014 ; 49 : 254-257.)

27) 内科救急のファーストタッチ 気管支喘息

市立旭川病院・内科

福居 嘉信

北大病院・内科 I

今野 哲

(診断と治療 2014 ; 102 : 229-233.)

28) 気管支肺洗浄でリンパ球と形質細胞の増加が認められた、ピーエイ錠によると考えられる薬剤性肺炎の 1 例

市立旭川病院・内科

福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕

(呼吸 2014 ; 33 : 509-513.)

29) 平成21年秋に当科を受診した成人喘息患者の実態調査結果

市立旭川病院・内科

福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕

旭川医大・呼吸器センター

大崎 能伸

(旭川市立病院医誌 2014 ; 46 : 6 -10.)

外 科

[学会発表]

1) 脱落胃石イレウスに対し腹腔鏡補助下胃石摘出術を行った 1 例

市立旭川病院・外科

吉見 泰典, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第100回北海道外科学会, 2014年 2 月, 札幌)

2) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) の手術手技

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(北海道ヘルニアセミナー, 2014年 2 月, 札幌)

3) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP) の手術手技と導入

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(TAPP Clinical immersion Program, 2014年 4 月, 旭川)

4) 子宮脱と小腸脱を同時に伴った特発性直腸穿孔の 1 例

市立旭川病院・外科

栗原 尚太, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第105回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2014年 5 月, 函館)

5) 腹腔鏡下ヘルニア根治術の手術手技～動物実験施設での手術～

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(TAPP master Class, 2014年 5 月, 富士宮)

6) 大腸癌～外科治療の最前線～

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(地域医療連携のつどい, 2014年 5 月, 旭川)

7) 肺尖部肺癌に対して術前放射線抗癌剤治療後に根治切除可能となった 2 例の経験

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 笹村 裕二

(第31回日本呼吸器外科学会総会, 2014年 5 月, 東京)

8) 腹腔鏡下胃切除後再建における定型化の為のビデオ作成と電動型ステープラーの有用性

市立旭川病院・外科

村上 慶洋, 栗原 尚太, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第20回北海道内視鏡外科研究会, 2014年 6 月, 札幌)

9) Damage control surgeryを施行し救命した多発性肋骨骨折による出血性ショックの 1 例

釧路赤十字病院・外科

栗原 尚太, 金古 裕之, 真木 健裕, 三栖賢次郎

猪俣 斉, 近江 亮, 二瓶 利喜

(第103回Acute care surgery, 2014年 6 月, 青森)

10) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術～ビデオクリニック～

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(Laparo hernia Seminar, 2014年 6 月, 仙台)

11) クロウン病に発生した直腸腔瘻瘻孔癌に対し放射線化学療法

- 後に切除を行った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69回日本消化器外科学会総会, 2014年7月, 郡山)
- 12) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術の手術手技
市立旭川病院・外科
村上 慶洋
(TAPP Clinical immersion Program, 2014年7月, 旭川)
- 13) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術～動物実験施設での手術～
市立旭川病院・外科
村上 慶洋
(TAPP master Class, 2014年7月, 江別)
- 14) TAPP～腹膜切開～
市立旭川病院・外科
村上 慶洋, 吉見 泰典, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第5回腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術手技研究会, 2014年8月, 札幌)
- 15) 当科における腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術の手術手技
市立旭川病院・外科
栗原 尚太, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(旭川外科談話会, 2014年8月, 旭川)
- 16) 腹腔鏡手術下に解除した子宮広間膜裂孔ヘルニアの1例
市立旭川病院・外科
小田切信介, 村上 慶洋, 吉見 泰典, 福永 亮朗
笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第101回北海道外科学会, 2014年9月, 札幌)
- 17) SEMS挿入後に手術を行った大腸癌イレウス症例の検討
市立旭川病院・外科
栗原 尚太, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第101回北海道外科学会, 2014年9月, 札幌)
- 18) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(TAPP)の定型化と教育を目的としたビデオ作成
市立旭川病院・外科
村上 慶洋, 栗原 尚太, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第101回北海道外科学会, 2014年9月, 札幌)
- 19) 大腸癌の外科治療～腹腔鏡手術を中心に～
市立旭川病院・外科
村上 慶洋
(市民公開講座第6回道北がん診療連携拠点病院共同開催公開講座, 2014年11月, 旭川)
- 20) 当科における腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術の手術手技
市立旭川病院・外科
栗原 尚太, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(旭川医師会医学会, 2014年11月, 旭川)
- 21) 腹腔鏡下に解除した上行結腸軸捻転症の1例
市立旭川病院・外科
小田切信介, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第106回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2014年11月, 札幌)
- 22) 腹腔鏡下に整復しえた特発性腸重積の1例
市立旭川病院・外科
栗原 尚太, 村上 慶洋, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第106回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2014年11月, 札幌)
- 23) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(TAPP)の定型化と教育を目的としたビデオ作成 定型化と教育Video作成
市立旭川病院・外科
村上 慶洋, 栗原 尚太, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭
(第27回内視鏡外科学会, 2014年11月, 盛岡)
- 24) 当科における結腸直腸手術のSSI発生率の検討
市立旭川病院・外科
福永 亮朗
同 ・医療安全管理課
桐 則行
(第27回日本外科感染症学会総会, 2014年12月, 東京)
- 25) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術の手術手技
市立旭川病院・外科
村上 慶洋
(TAPP Clinical immersion Program, 2014年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) Association of NY-ESO-1 expression with T cell infiltration in the tumor microenvironment of esophageal squamous cell carcinoma and survival
Department of Gastroenterological Surgery II, Hokkaido University Graduate School of Medicine
Yoshihiro Murakami
(北海道医学雑誌 2013 ; 88 : 71-79.)
- 2) 再発鼠径ヘルニアに対する経腹腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術(Transabdominal Preperitoneal Repair : TAPP)の有用性
市立旭川病院・外科
村上 慶洋, 吉見 泰典
北大・医学研究科消化器外科II
倉島 庸
市立旭川病院・外科
福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦

子野日政昭

北大・医学研究科消化器外科Ⅱ

平野 聡

(Medical Photonics 2013 ; 14 : 33-39.)

3) 腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術 (TAPP)

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(手術手技DVD)

4) ～隣でレクチャーシリーズ vol.2～再発鼠径ヘルニアに対する腹腔鏡下鼠径ヘルニア根治術

市立旭川病院・外科

村上 慶洋

(手術手技DVD)

胸部外科

[学会発表]

1) 左室から右房にまたがる疣腫を伴った大動脈弁位人工弁感染性心内膜炎の1例

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳

杉本 聡, 青木 秀俊

(第96回日本胸部外科学会北海道地方会, 2014年2月, 札幌)

2) 弓部大動脈瘤治療: 従来の手術対ステントグラフト治療

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳

杉本 聡, 青木 秀俊

(第44回日本心臓血管外科学会, 2014年2月, 熊本)

3) 僧帽弁形成術後に生じた溶血性貧血の再手術例

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋

奥山 淳, 杉本 聡

(第100回北海道外科学会, 2014年2月, 札幌)

4) 心臓あるいは大血管手術後心タンポナーデに対してドレナージを必要とした症例

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳

杉本 聡, 青木 秀俊

(第114回日本外科学会, 2014年4月, 京都)

5) 大動脈瘤の治療

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司

(平成26年市立旭川病院解剖者慰霊式記念講演, 2014年4月, 旭川)

6) スキー中の転倒事故

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(第19回道北ドクターヘリ事例検討会, 2014年5月, 旭川)

7) 胸部ステントグラフト内挿術における対麻痺対策

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳

杉本 聡, 青木 秀俊

(第42回日本血管外科学会, 2014年5月, 青森)

8) 大動脈切開縫合線から発生した仮性動脈瘤

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 吉本 公洋, 杉本 聡

宮武 司, 奥山 淳

(第17回北海道心臓外科フォーラム, 2014年5月, 札幌)

9) 遠位弓部大動脈瘤破裂に対するdebranching TEVARでの治療経験

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋

(第132回旭川心臓を診る会, 2014年6月, 旭川)

10) 大動脈弁位人工弁温存大動脈基部再建術の経験

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 杉本 聡, 奥山 淳

宮武 司, 青木 秀俊

(北大循環器呼吸器外科疾患懇話会, 2014年6月, 札幌)

11) PCI, 吻合困難2症例に対する冠動脈バイパス術

市立旭川病院・胸部外科

奥山 淳, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋

杉本 聡, 青木 秀俊

(第111回日本循環器学会北海道地方会, 2014年6月, 札幌)

12) 当科における開心術での術中術後の水分管理

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋

(新しい利尿剤 水利尿剤サムスカを考える, 2014年8月, 旭川)

13) 僧帽弁形成術後SAMの経験

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(旭川地域心臓外科セミナー, 2014年8月, 旭川)

14) 腹部大動脈瘤手術, 胸部下行大動脈置換術, 胸腹部大動脈置換術, 胸部下行大動脈ステントグラフト内挿術後残存胸部下行大動脈から中枢側のステントグラフト挿入部に向けて分離, 破裂を来した1例

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 奥山 淳

杉本 聡, 青木 秀俊

(第101回北海道外科学会, 2014年9月, 札幌)

15) 右房内心房中隔に発生した血液嚢腫の1例

市立旭川病院・胸部外科

杉本 聡, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋

奥山 淳, 青木 秀俊

(第97回日本胸部外科学会北海道地方会, 2014年9月, 札幌)

16) 急性下肢動脈閉塞に対するControlled Limb Reperfusion

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋

(第27回北大血管疾患研究会, 2014年9月, 札幌)

- 17) 内視鏡使用による下腿動脈への大伏在静脈in situバイパス
市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 奥山 淳, 杉本 聡
宮武 司, 青木 秀俊

(平成26年度旭川市医師会賞記念講演, 2014年10月, 旭川)

- 18) 医源性左総腸骨動脈破裂に対してステントグラフトにより治療した1例
市立旭川病院・胸部外科

杉本 聡, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
奥山 淳, 青木 秀俊

(第34回日本血管外科学会北海道地方会, 2014年10月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 再使用可能な内視鏡装置を用いた大伏在静脈採取法
市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 杉本 聡, 奥山 淳
宮武 司, 青木 秀俊

(胸部外科 2014 ; 67 : 121-124.)

- 2) 内視鏡使用による下腿動脈への大伏在in situバイパス
市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 大場 淳一, 杉本 聡, 奥山 淳
宮武 司, 青木 秀俊

(日本血管外科学会雑誌 2014 ; 23 : 681-686.)

耳鼻咽喉科

[学会発表]

- 1) 切り分け！鼻の漢方

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝

(札幌耳鼻科38会勉強会(札幌市内耳鼻咽喉科開業医38会グループ), 2014年1月, 札幌)

- 2) くしゃみ・鼻水に小青竜湯

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 北尾 恭子

(日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会第209回学術講演会, 2014年3月, 札幌)

- 3) 苓桂朮甘湯にて改善した低音障害型感音難聴の1例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(日本耳鼻咽喉科学会北海道地方部会第210回学術講演会, 2014年10月, 札幌)

- 4) 漢方が奏効して聴力の改善および安定化をみた3症例

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(第30回耳鼻咽喉科漢方研究会学術集会, 2014年10月, 東京)

- 5) めまいに対し奏効例が多かった4方剤

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

佐藤 公輝, 相澤 寛志, 倉本倫之介

(第31回東洋医学会北海道支部学術大会, 2014年10月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) Ganglioneuroma of the oral floor

市立旭川病院・耳鼻咽喉科

北尾 恭子

(旭川市立病院誌 2014 ; 46 : 15-18.)

小児科

[学会発表]

- 1) 重症皮膚粘膜病変を呈した手足口病の1例

市立旭川病院・小児科

安藤 明子

(旭川小児科医会学術講演会, 2014年11月, 旭川)

- 2) 薬剤過敏症症候群(DIHS)類似の病態を呈し、チベピジンヒベンズ酸塩(アスベリン®)が原因と考えられた1例

市立旭川病院・小児科

中嶋 雅秀, 安藤 明子, 佐竹 明

(第35回道北小児懇話会, 2014年12月, 旭川)

泌尿器科

[学会発表]

- 1) 前立腺癌症例の検討

市立旭川病院・泌尿器科

菊池 央, 西村 陽子, 望月 端吾, 金川 匡一

(第9回道北泌尿器科談話会, 2014年2月, 旭川)

- 2) 根治的前立腺全摘除術～開腹手術と腹腔鏡手術について

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癌フォーラム2014, 2014年8月, 旭川)

- 3) 最新の前立腺癌の手術治療について～開腹からラパロ, そしてロボットへ～

市立旭川病院・泌尿器科

望月 端吾

(旭川留萌市立病院がん診療連携講演会, 2014年10月, 留萌)

- 4) 腎移植手術の実際

市立旭川病院・泌尿器科

金川 匡一

(講演会第11回腎移植ってなんだろう?, 2014年10月, 旭川)

- 5) 当科におけるシャントPTAの検討

市立旭川病院・泌尿器科

- 河津 隆文, 高田 祐輔, 望月 端吾, 金川 匡一
(第393回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2014年10月, 札幌)
- 6) 当科における腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾, 高田 祐輔, 菊地 央, 西村 陽子
河津 隆文, 金川 匡一, 安部 崇重
(第393回日本泌尿器科学会北海道地方会, 2014年10月, 札幌)
- 7) 前立腺の手術治療～腹腔鏡下前立腺全摘除術について～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(第58回旭川市医師会医学会, 2014年10月, 旭川)
- 8) 当院における小児夜尿症治療の検討
函館中央病院・泌尿器科
高田 祐輔, 河津 隆文, 小野 武紀
(第66回西日本泌尿器科学会, 2014年11月, 岡山)
- 9) 前立腺癌の診断と治療
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(鷹栖町前立腺癌フォーラム2014, 2014年11月, 鷹栖)
- 10) 根治的前立腺全摘除術～開腹からラパロ, そしてロボットへ～
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(第3回北海道自治体病院協議会放射線部会研修会, 2014年11月, 旭川)
- 11) 移植腎機能低下の危険因子の検討
市立旭川病院・泌尿器科
高田 祐輔, 河津 隆文, 望月 端吾, 金川 匡一
(第34回北海道腎移植談話会, 2014年11月, 札幌)
- 12) 腎臓の働きと病気～腎臓の検査数値のみかた
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一
(市立旭川病院第8回市民公開講座, 2014年11月, 旭川)
- 13) 頻尿と尿失禁～近いおしっこ尿漏れ
市立旭川病院・泌尿器科
河津 隆文
(市立旭川病院第8回市民公開講座, 2014年11月, 旭川)
- 14) 前立腺がん最新の手術～ロボット支援手術を含めて
市立旭川病院・泌尿器科
望月 端吾
(市立旭川病院第8回市民公開講座, 2014年11月, 旭川)
- 15) 腎臓移植の実際
市立旭川病院・泌尿器科
金川 匡一
(名寄市民公開講座腎移植ってなんだろうin名寄, 2014年11月, 名寄)
- 16) 当科における腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験
市立旭川病院・泌尿器科
- 望月 端吾, 高田 祐輔, 河津 隆文, 金川 匡一
安部 崇重
(第28回日本泌尿器内視鏡学会, 2014年11月, 福岡)
- 精神神経科
[学会発表]
- 1) 思春期外来の実態－女子は言いたい放題－
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川心理臨床研修会, 2014年1月, 旭川)
- 2) 成人の発達障害の診断と対応
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第4回道央臨床精神医学研究会, 2014年2月, 札幌)
- 3) 不登校・ひきこもりの理解と支援
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成25年度思春期保健研修会, 2014年3月, 網走)
- 4) 若者の自傷と自殺未遂
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川市自殺対策ネットワーク会議, 2014年3月, 旭川)
- 5) 精神科思春期外来からみた子どもたち
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第29回北海道思春期研究会, 2014年6月, 旭川)
- 6) 市立旭川病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の後方視的検討－2005年～2012年の外来統計から－
市立旭川病院・精神科
金子真一郎, 武井 明, 土井 朋代, 泉 将吾
目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎
(北海道精神神経学会第125回例会, 2014年7月, 札幌)
- 7) 心の問題・児童期
市立旭川病院・精神科
武井 明
(旭川いのちの電話第36期電話相談員養成講座, 2014年7月, 旭川)
- 8) 思春期と発達障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(第34回上川管内言語障害教育研究大会富良野大会, 2014年7月, 富良野)
- 9) 思春期の自殺関連行動
市立旭川病院・精神科
武井 明

- (平成26年度子どもたちのSOSに気づき耳を傾けるための実践研修, 2014年8月, 北見)
- 10) 思春期の自殺関連行動
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成26年度子どもたちのSOSに気づき耳を傾けるための実践研修, 2014年8月, 札幌)
- 11) 市立旭川病院救急外来を受診した児童青年期精神科患者の後方視的検討－2005年～2012年の外来統計から－
市立旭川病院・精神科
金子真一郎, 武井 明, 土井 朋代, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎
(第22回日本精神科救急学会学術総会, 2014年9月, 旭川)
- 12) 大人の発達障害－診断と治療をめぐる－
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第30回研修会, 2014年9月, 札幌)
- 13) 発達障害と愛着障害
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成26年度旭川市特別支援教育センター第9回研修事業, 2014年10月, 旭川)
- 14) 親子関係や家庭教育と子どものメンタルヘルス
市立旭川病院・精神科
武井 明
(平成26年度稚内保健所思春期保健研修会, 2014年11月, 稚内)
- 15) 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
(稚内東地区子育て講演会, 2014年11月, 稚内)
- 16) 描画法を試みた摂食障害の1症例－ガラス瓶に閉じ込められた少女－
市立旭川病院・精神科
土井 朋代, 武井 明, 金子真一郎, 加藤亜佳音, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
(北海道精神神経学会第126回例会, 2014年12月, 札幌)
- 17) 生徒が悩む時, 教師が悩む時
市立旭川病院・精神科
武井 明
(富良野高校校内研修会, 2014年12月, 富良野)
- [投稿論文]
- 1) 総合病院精神科における訪問看護ステーションと連携した患者支援
市立旭川病院・精神科
武井 明, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
訪問看護ステーションモモ
辻 紀子, 村上 和, 三宅登枝子
(精神科治療学 2014; 29: 261-266.)
- 2) 総合病院精神科外来を受診した成人期広汎性発達障害の後方視的検討
市立旭川病院・精神科
武井 明, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川福祉専門学校
平間 千絵
(精神医学 2014; 56: 237-244.)
- 3) 子どもの精神療法－非言語的精神療法
市立旭川病院・精神科
武井 明
(児童青年精神医学とその近接領域 2014; 55: 165-172.)
- 4) 児童思春期精神科医療における連携
市立旭川病院・精神科
武井 明, 土井 朋代, 金子真一郎, 加藤亜佳音, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎
旭川福祉専門学校
平間 千絵
(旭川市立病院医誌 2014; 46: 1-5.)
- 5) 抜毛症(トリコチロマニア)に対するケア－児童精神科の立場から
市立旭川病院・精神科
武井 明
(Monthly Book Derma 2014; 225: 53-58.)
- 6) 子どもの非言語的治療
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 2014; 28: 8-12.)
- 7) 総合病院精神科に入院した児童青年期患者の後方視的検討
市立旭川病院・精神科
武井 明, 土井 朋代, 金子真一郎, 加藤亜佳音, 泉 将吾, 目良 和彦, 佐藤 譲, 原岡 陽一
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎
(北海道児童青年精神保健学会誌 2014; 28: 34-41.)
- 8) 精神科思春期外来における自閉症スペクトラム障害患者の実態
市立旭川病院・精神科
武井 明
旭川圭泉会病院
鈴木 太郎

麻酔科
[学会発表]

- 1) 低体温療法時における持続鼓膜温測定の有用性
市立旭川病院・麻酔科
山岸 昭夫, 小野寺美子, 田辺 美幸, 飛世 史則
一宮 尚裕
同 ・胸部外科
大場 淳一
(第41回日本集中治療医学会学術集会, 2014年2月~3月, 京都)
- 2) パルスオキシメーターの波形解析による全身麻酔中の侵害刺激の検出
市立旭川病院・麻酔科
葉山 洋子
札幌医科大学・麻酔科
早瀬 知, 山蔭 道明
(日本麻酔科学会第61回学術集会, 2014年5月, 横浜)
- 3) 当院における大動脈解離(Stanford B型)に合併する呼吸不全への治療
市立旭川病院・麻酔科
山岸 昭夫, 小野寺美子, 田辺 美幸, 飛世 史則
一宮 尚裕
(第32回旭川全身管理研究会, 2014年5月, 旭川)
- 4) 当院における麻酔科術前外来の実情と患者意識調査
市立旭川病院・麻酔科
池島 雄太, 山岸 昭夫, 飛世 史則, 佐古 澄子
葉山 洋子, 一宮 尚裕
(第4回日本麻酔科学会北海道・東北支部学術集会, 2014年9月, 札幌)
- 5) 病棟にて心肺停止になるも低体温療法を施行し, 救命し得た1症例
市立旭川病院・麻酔科
佐古 澄子, 山岸 昭夫, 葉山 洋子, 池島 雄太
飛世 史則, 一宮 尚裕
(第33回旭川全身管理研究会, 2014年12月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 当院における麻酔科術前外来と患者意識調査
市立旭川病院・麻酔科
山岸 昭夫, 飛世 史則, 佐古 澄子, 葉山 洋子
池島 雄太, 一宮 尚裕
(臨床麻酔 2014 ; 38 : 1197-2000.)

- 1) 腎移植患者に発症し致命的であった皮膚クリプトコッカス症の1例
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈, 坂井 博之
(第397回日本皮膚科学会北海道地方会, 2014年2月, 札幌)
- 2) コレステロール結晶塞栓によると考えられたBlue toe症候群のまとめ
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈, 坂井 博之
(第397回日本皮膚科学会北海道地方会, 2014年2月, 札幌)
- 3) 当科での最近の褥瘡治療
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(旭川皮膚科医勉強会, 2014年2月, 旭川)
- 4) 皮膚科における注意すべき感染症
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第39回オホーツク皮膚科医勉強会, 2014年5月, 北見)
- 5) BCG接種後に生じた丘疹状結核疹の1例
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈, 坂井 博之
(第398回日本皮膚科学会北海道地方会, 2014年6月, 旭川)
- 6) 金属アレルギーに関する最近の話題
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第18回北海道アレルギー研究会, 2014年6月, 札幌)
- 7) 蕁麻疹治療の考え方: 日本皮膚科学会蕁麻疹診療ガイドラインから
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(Meet the expert in Asahikawa, 2014年8月, 旭川)
- 8) 歯科金属除去で改善した全身性接触皮膚炎の2例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之
(第8回道北皮膚科臨床研究会, 2014年11月, 旭川)
- 9) 歯科金属が原因と考えられた多形紅斑様環状紅斑の1例
市立旭川病院・皮膚科
坂井 博之, 野村和加奈
(第44回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2014年11月, 仙台)
- 10) 悪性リンパ腫患者に生じた皮膚サルコイド反応の2例
市立旭川病院・皮膚科
野村和加奈, 坂井 博之
(第400回日本皮膚科学会北海道地方会, 2014年12月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) Drug-induced hypersensitivity syndrome due to minocycline complicated by severe myocarditis
Department of Dermatology, Asahikawa City Hospital
Kyoko Kanno, Hiroyuki Sakai
Department of Cardiology, Asahikawa City Hospital
Yutaka Yamada
Asahikawa Medical University
Hajime Iizuka
(J Dermatol 2014 ; 41 : 160-162.)

歯科口腔外科
[学会発表]

- 1) 診断に苦慮した顎下腺悪性リンパ腫の1例
市立旭川病院・歯科口腔外科
佐藤 栄晃, 西村 泰一
(第68回NPO法人日本口腔科学会学術集会, 2014年5月, 東京)
- 2) ICU看護師に対する口腔ケア指導と気管内挿管患者の口腔内管理状態の変化
市立旭川病院・歯科口腔外科
佐藤 栄晃
同 ・看護部
青池 泰子, 菅野 祐子, 村上 路代
同 ・歯科口腔外科
西村 泰一
(第11回日本口腔ケア学会総会, 2014年6月, 旭川)
- 3) 当科における造血幹細胞移植患者の口腔管理
旭川医大・歯科口腔外科
谷 和俊
市立旭川病院・歯科口腔外科
西村 泰一
旭川医大・歯科口腔外科
竹川 政範, 松田 光悦
(第11回日本口腔ケア学会総会, 2014年6月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) 抗血栓療法施行患者における普通抜歯に関する前向き多施設共同研究－圧迫止血を基本とした一次止血法と抜歯後出血に関する因子についての検討－
釧路労災病院・歯科口腔外科
藤盛 真樹
大西病院・歯科口腔外科
鳥谷部純行
釧路労災病院・歯科口腔外科
大坪 誠治

市立旭川病院・歯科口腔外科
西村 泰一
旭川赤十字病院・歯科口腔外科
嶋津 真史
臨生会吉田病院・歯科口腔外科
末次 博
旭川医大・歯科口腔外科
竹川 政範, 吉田 将亜, 近藤 英司, 松田 光悦
(日本口腔科学会雑誌 2014 ; 63 : 1 -10.)

薬剤科
[学会発表]

- 1) 調剤過誤を防止するためのサポート箋の活用
市立旭川病院・薬剤科
小笠原貴子, 阪口 祥子, 吉田 稔, 広川 力教
高橋 教仁, 岡崎 邦俊
(第8回旭川薬剤師会・病院薬剤師会合同研究発表会, 2014年3月, 旭川)

中央放射線科
[学会発表]

- 1) 胸腹部領域におけるsyngo Workplace iFlow使用の基礎的検討
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
同 ・放射線科
花輪 真
(第43回日本IVR学会総会, 2014年6月, 奈良)
- 2) 技師によるワンポイント「心臓MRI撮像へのfirst step」
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之
(第76回北海道MRI画像研究会, 2014年6月, 札幌)
- 3) 心臓MRI検査について
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(第1回稚内－旭川放射線技師会合同研修会, 2014年9月, 名寄)
- 4) 心臓Late gadolinium enhancementにおける境界アーチファクトに関する検討
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 小木 有紗, 大野 肇
GEヘルスケア
尾崎 正則
北大病院
杉森 博行
北大・保健科学研究院

- 坂田 元道
(第42回日本磁気共鳴医学学会大会, 2014年9月, 京都)
- 5) 休んで回復! BSLGE? - 3D-LGEのコントラスト改善法 -
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(北海道Singa User's Meeting (Singa甲子園予選会), 2014年9月, 札幌)
- 6) 女性骨盤領域におけるVariable Refocusing Flip Angleを用いた3D高速SE法の至適撮像パラメータの検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之, 川崎 伸一, 小木 有紗, 三ツ井貴博
石澤 博, 有路 智行, 大塩 良輔, 菅野 聡美
(第42回日本放射線技術学会秋季学術大会, 2014年10月, 札幌)
- 7) 北海道プレミアムセミナー2: 乳がん診療における各モダリティのガイドラインの意義-MRI編 -
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之
(第42回日本放射線技術学会秋季学術大会, 2014年10月, 札幌)
- 8) 心臓Late gadolinium enhancementにおけるblack band artifactの発生とその影響に関する検討
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 小木 有紗, 大野 肇
GEヘルスケア
尾崎 正則
北大病院
杉森 博行
北大・保健科学研究院
坂田 元道
(第42回日本放射線技術学会秋季学術大会, 2014年10月, 札幌)
- 9) X線テレビ装置における新型防護具による被ばく低減に向けた検討
市立旭川病院・中央放射線科
松崎 梨奈, 大塩 良輔, 三ツ井貴博
(平成26年度日本放射線技師会北海道地域学術大会, 2014年10月, 札幌)
- 10) 高心拍症例における心筋Late Gadolinium Enhancement Imageのコントラスト低下に対するBeat-skip法の有用性の検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 川崎 伸一, 福田 泰之, 小木 有紗
大野 肇
(平成26年度日本放射線技師会北海道地域学術大会, 2014年10月, 札幌)
- 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
(第53回全国自治体病院学会in宮崎, 2014年10月, 宮崎)
- 12) 胸部ポータブル撮影における撮影条件の検討

- 市立旭川病院・中央放射線科
對馬 弘明, 渡会 浩二, 竹内 顕宏, 松浦 一生
(平成26年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2014年11月, 旭川)
- 13) 胸部ポータブル撮影における粒状性抑制処理の検討
市立旭川病院・中央放射線科
松浦 一生, 渡会 浩二, 竹内 顕宏, 對馬 弘明
(平成26年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2014年11月, 旭川)
- 14) 冠動脈CT検査におけるTest Bolus Tracking法の有用性
市立旭川病院・中央放射線科
松崎 梨奈, 石澤 博, 西田 純, 大野 肇
(平成26年度旭川放射線技師会会員研究発表会, 2014年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) TACEにおける“syngo Embolization guidance”の使用経験と有用性について
市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博
(INNERVISION 2014; 29: 66-67.)
- 2) X線テレビ装置における新型防護具による被ばく低減に向けた検討
市立旭川病院・中央放射線科
松崎 梨奈, 大塩 良輔, 三ツ井貴博
(旭川放射線技師会会誌 2014; 36: 28-32.)
- 3) 胸部CT検査におけるmotion artifact改善の基礎的検討
市立旭川病院・中央放射線科
菅野 聡美, 石澤 博, 福田 泰之, 西田 純
大野 肇
(旭川放射線技師会会誌 2014; 36: 38-42.)
- 4) 非造影MRIによる右副腎静脈描出の検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之, 川崎 伸一, 小木 有紗, 三ツ井貴博
石澤 博, 有路 智行
(北海道放射線技術雑誌 2014; 76: 54-55.)
- 5) 造影SSFP-CINE画像による心筋リスクエリア評価の有用性
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一, 福田 泰之, 小木 有紗, 西田 純
大野 肇
北大・保健科学研究院
坂田 元道
市立旭川病院・内科
石井 良直
(臨床放射線 2014; 59: 1127-1131.)

中央検査科

[学会発表]

- 1) 当院でのC.difficile迅速検査の運用について
市立旭川病院・中央検査科
木元 宏弥
同 ・看護部
木元 史子
同 ・医療安全管理課
桐 則行
(第29回日本環境感染学会総会, 2014年2月, 東京)
- 2) 大動脈生体弁置換術後に発症した感染性心内膜炎2症例について
市立旭川病院・中央検査科
金光 綾香, 小野寺英里, 三浦 美里, 長瀬 雅彦
同 ・胸部外科
大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
(日本超音波医学会第43回北海道地方会学術集会, 2014年3月, 札幌)
- 3) MVR後の機能不全, 特に弁周囲逆流の成因について
市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦, 小野寺英里, 三浦 美里, 金光 綾香
同 ・胸部外科
大場 淳一
(日本超音波医学会第44回北海道地方会学術集会, 2014年10月, 札幌)
- 4) 右房内心房中隔に発症した成人血液嚢腫1例について
市立旭川病院・中央検査科
金光 綾香, 小野寺英里, 三浦 美里, 長瀬 雅彦
同 ・胸部外科
宮武 司
(日本超音波医学会第44回北海道地方会学術集会, 2014年10月, 札幌)
- 5) たこつぼ心筋症発症後に心尖部肥大を呈した2症例の超音波所見
市立旭川病院・中央検査科
三浦 美里, 小野寺英里, 金光 綾香, 長瀬 雅彦
同 ・内科
石井 良直
(第47回旭川心エコー勉強会2014年10月, 旭川)
- 6) 当院の輸血部門におけるアルブミン製剤一元管理の取り組み
市立旭川病院・中央検査科
高木 奈央, 旭 千佳, 木元 宏弥, 中川 正彦
武田 晃典
同 ・内科
幸村 近, 柿木 康孝
(第58回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2014年11月, 札幌)

月, 札幌)

- 7) CML経過観察中に骨髄中にAPL様細胞が出現した1症例
市立旭川病院・中央検査科
勝見 友則, 越高 正広, 山田 和明, 二郷 元彦
武田 晃典, 高田 明生, 神田 誠
(第53回日本臨床細胞学会秋期大会, 2014年11月, 下関)
- 8) 市立旭川病院における多発性骨髄腫のFISH法での染色体異常の検討
市立旭川病院・中央検査科
勝見 友則
(旭川検査血液勉強会, 2014年12月, 旭川)

リハビリテーション科

[学会発表]

- 1) 当院における造血幹細胞移植患者のリハビリテーション
市立旭川病院・リハビリテーション科
阿部 慎一
(第3回メディカルスタッフのための血液勉強会あさひかわ, 2014年11月, 旭川)
- 2) 運動をはじめよう
市立旭川病院・リハビリテーション科
品川 知己
(糖尿病について考える会, 2014年11月, 旭川)

臨床器材料

[学会発表]

- 1) 新しいシリンジポンプ点検の検討
市立旭川病院・臨床工学会
堂野 隆史, 佐藤 勇也, 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24回日本臨床工学会, 2014年5月, 仙台)
- 2) 当院におけるペースメーカー関連業務について
市立旭川病院・臨床工学会
堂野 隆史, 佐藤 勇也, 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
(道北臨床工学会, 2014年5月, 旭川)
- 3) 内シャント光イメージングのための基礎的検討: 2-点拡がり関数を利用した血管内径変化の検出-
北海道科学大学大学院・工学研究科・医療工学専攻
榎本 敬宏
北海道科学大学
北間 正崇, 清水 久恵, 山下 政司, 有澤 準二
市立旭川病院・臨床工学会
田中 義範

- 北大大学院・情報科学研究科
清水 孝一
(第53回日本生体医工学会大会, 2014年6月, 仙台)
- 4) 虚血性心疾患における臨床工学技士の役割－体外循環を中心に－
市立旭川病院・臨床工學室
窪田 將司
(第1回留萌循環器談話会, 2014年7月, 留萌)
- 5) IVUS画像描出不良の経験
市立旭川病院・臨床工學室
山口 和也, 佐藤 勇也, 田中 義範, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 將司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第23回日本心血管インターベンション治療学会学術集会・CVIT2014, 2014年7月, 名古屋)
- 6) デバイスを理解しよう「ガイドカテーテル」
市立旭川病院・臨床工學室
山口 和也
(SAPPORO LIVE DEMONSTRATION COURSE 2014, 2014年9月, 札幌)
- 7) 体外循環中の水分バランスに影響を与える因子の検討
市立旭川病院・臨床工學室
澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 將司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第21回日本体外循環技術医学会 北海道地方会大会, 2014年9月, 札幌)
- 8) 体外循環症例登録の実際
市立旭川病院・臨床工學室
窪田 將司
藤田保健衛生大学・医療科学部
日比谷 信
(第21回日本体外循環技術医学会 北海道地方会大会, 2014年9月, 札幌)
- 9) Best Practices in Perfusion2013に参加して
市立旭川病院・臨床工學室
窪田 將司, 佐藤 勇也, 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
埼玉医科大学国際医療センター・MEサービス部
関口 敦
藤田保健衛生大学・医療科学部
亀井 哲也, 日比谷 信
(第21回日本体外循環技術医学会 北海道地方会大会, 2014年9月, 札幌)
- 10) ST上昇型心筋梗塞 (STEMI) におけるMRIによる冠微小循環障害とIVUS所見の関連性の検討
市立旭川病院・循環器内科
- 木谷 裕也, 石井 良直, 菅野 貴康, 井川 貴行
浅野目 晃, 平山 康高
同 臨床工學室
田中 義範
同 中央放射線科
川崎 伸一
旭川医大・循環・呼吸・神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第62回日本心臓病学会学術集会, 2014年9月, 仙台)
- 11) Pilot Test of JaSECT Perfusion Registry
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・臨床工學室
吉田 清
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター・臨床工學室
高井 浩司
市立旭川病院・臨床工學室
窪田 將司
神戸大学医学部付属病院・手術部
加納 寛也
埼玉医科大学国際医療センター・MEサービス部
関口 敦
名古屋大学医学部付属病院・医療技術部・臨床工學部門
林 裕樹
埼玉医科大学・保健医療学部
見目 恭一
(AmSECT Best Practices in Perfusion 2014, 2014年10月, アメリカ ボルチモア)
- 12) 市立旭川病院における体外循環症例登録への参加過程
市立旭川病院・臨床工學室
窪田 將司, 佐藤 勇也, 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
大場 淳一
(第40回日本体外循環医学会学術大会, 2014年10月, 広島)
- 13) 体外循環離脱後に使用したクリオプレシピテートの有効性
市立旭川病院・臨床工學室
窪田 將司, 佐藤 勇也, 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 中央検査科
木元 宏弥
同 胸部外科
吉本 公洋, 宮武 司, 大場 淳一
(第40回日本体外循環医学会学術大会, 2014年10月, 広島)
- 14) 弓部大動脈手術における急性腎障害発症因子の検討
市立旭川病院・臨床工學室

- 澤崎 史明, 佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也
堂野 隆史, 米坂 直子, 河田 修一, 鷹橋 浩
(第40回日本体外循環医学会学術大会, 2014年10月, 広島)
- 15) 内シヤント光イメージングのための基礎的検討: 3-PSFを用いた血管内径推定のための考察—
北海道科学大学大学院・工学研究科・医療工学専攻
榎本 敬宏
北海道科学大学
北間 正崇, 清水 久恵, 山下 政司, 有澤 準二
市立旭川病院・臨床工学室
田中 義範
北大・大学院情報科学研究科
清水 孝一
(平成26年度電気・情報関係学会北海道支部連合大会, 2014年10月, 札幌)
- 16) 市販のデータベースソフトを用いた, 臨床工学業務のデータ管理
市立旭川病院・臨床工学室
河田 修一, 佐藤 勇也, 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53回全国自治体病院学会, 2014年10月, 宮崎)
- 17) 末梢血幹細胞の採取効率に関連する採取前因子の検討
市立旭川病院・臨床工学室
澤崎 史明, 佐藤 勇也, 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25回北海道臨床工学学会, 2014年11月, 札幌)
- 18) シヤントスクリーニングに再循環率測定は有用であるか
市立旭川病院・臨床工学室
佐藤 勇也, 田中 義範, 山口 和也, 澤崎 史明
堂野 隆史, 米坂 直子, 窪田 将司, 河田 修一
鷹橋 浩
(第25回北海道臨床工学学会, 2014年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 冠微小循環障害を引き起こす冠動脈プラークの特徴—心臓MRIとIVUSによる比較—
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 中央放射線科
福田 泰之, 川崎 伸一
同 内科
木谷 祐也, 浅野目 晃, 平山 康高, 井川 貴行
菅野 貴康, 石井 良直
(公益社団法人 北海道臨床工学技士会誌 第24回学術大

- 会研究発表論文 2014; 24: 127-130.)
- 2) 感染性心内膜炎に対し体外循環中にPMMA膜を使用した1症例
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
(Jasect北海道 2014; 11: 22-27.)
- 3) 低下を示す経皮的酸素飽和度 (SpO₂) /動脈血酸素飽和度 (SaO₂) は93%以下が要注意!!
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
(HEART nursing 2014; 12: 1220-1221.)
- 4) 低下を示す動脈血酸素分圧 (PaO₂) は70mmHg以下が要注意!!
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
(HEART nursing 2014; 12: 1222-1223.)
- 5) 上昇を示す動脈血二酸化炭素分圧 (PaCO₂) は50mmHg以上, 低下を示すPaCO₂ は30mmHg以下が要注意!!
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
(HEART nursing 2014; 12: 1224-1225.)
- 6) 上昇を示す呼気終末二酸化炭素濃度 (EtCO₂) は45mmHg以上, 急激に低下を示すEtCO₂ は25mmHg以下が要注意!!
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
(HEART nursing 2014; 12: 1226-1227.)
- 7) 経時的に変化する水素イオン指数 (pH) は7.30~7.50から, 重炭酸イオン (HCO₃⁻) は18~30mEq/Lから, 過剰塩基 (base excess; BE) は-5~+5 mEq/Lから逸脱すると要注意!!
市立旭川病院・臨床工学室
窪田 将司
(HEART nursing 2014; 12: 1228-1230.)
- 8) An Evaluation Trial of The National Perfusion Registry
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
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
藤田保健衛生大学・医療科学部
石田 沙織
埼玉医科大学・保健医療学部
見目 恭一

(JECT 2014 ; 46 : 258-261.)

看護部
[学会発表]

- 1) 当院におけるがん性疼痛管理の実践
市立旭川病院・緩和ケア外来
外川 仁美
(がん疼痛緩和ケア学術講演会, 2014年1月, 旭川)
- 2) チームで対応する地域連携 医療現場が求める感染管理の観点からの地域連携ネットワーク
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第29回日本環境感染学会, 2014年2月, 東京)
- 3) 個人防護具イラスト入りパネルを使用した経路別感染対策の取り組み
市立旭川病院・西病棟3階
木元 史子
同 中央検査科
木元 宏弥
同 医療安全管理課
桐 則行
(第29回日本環境感染学会総会・学術集会, 2014年2月, 東京)
- 4) 化学療法・移植を受ける入院患者の手洗い時における意識調査
市立旭川病院・西病棟7階
佐々木理恵子, 渡部 雅子, 大塚有希子, 坪崎 春美
(第36回日本造血細胞移植学会総会, 2014年3月, 沖縄)
- 5) 生体腎移植希望で倫理的に検討を要した3例
市立旭川病院・看護部外来
難波 幸一, 谷口 早苗, 岡田いづみ
(第47回日本臨床腎移植学会, 2014年3月, 奈良)
- 6) 生体腎移植後における日常生活の実態調査
市立旭川病院・西病棟4階
樋屋 綾香, 南日麻衣子, 坂 恵子
(第47回日本臨床腎移植学会, 2014年3月, 奈良)
- 7) 糖尿病とともに生きる女性患者へのケア
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第5回オホーツク糖尿病教育研修会, 2014年3月, 北見)
- 8) “妊娠”は女性糖尿病患者にとって血糖コントロールへの動機付けとなるのか？
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(Management of Diabetic Women, 2014年4月, 旭川)
- 9) 神経障害をもつ患者の生活調整～チームでどのようにアプローチするか？～
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第20回北海道CDEスキルアップセミナー, 2014年4月, 札幌)
- 10) お宅の病院どうしてですか？「水回りと点滴調整台」
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第8回旭川感染管理ネットワーク研修会, 2014年4月, 旭川)
- 11) 中心静脈ポート用ヒューバー針の管理教育の取り組み
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第3回日本感染管理ネットワーク学術集会, 2014年5月, 名古屋)
- 12) 女性糖尿病患者の血糖・体重コントロールに影響する背景
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第57回日本糖尿病学会学術集会, 2014年5月, 大阪)
- 13) インスリン導入時のナースのおしごと
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(温故知新インスリン学術講演会, 2014年5月, 旭川)
- 14) リンパ浮腫ケアの取り組み 続発性リンパ浮腫ケアから終末期の浮腫ケアまで
市立旭川病院・緩和ケア外来
外川 仁美
(第6回日本下肢救済・足病学会学術集会, 2014年6月, 札幌)
- 15) 知って得する♪糖尿病療養指導のコツと落とし穴
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(末広地区糖尿病勉強会, 2014年7月, 旭川)
- 16) 糖尿病足病変予防のためのセルフケア支援
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第4回ステップアップフットケア, 2014年7月, 札幌)
- 17) お宅の感染対策マニュアルは使ってもらえてますか？マニュアルの簡単レシピ～作り方から評価まで～
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第10回医療関連感染対策セミナー in札幌, 2014年9月, 札幌)
- 18) clostridium difficile感染症の感染対策
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第11回道北感染対策研究会, 2014年9月, 旭川)
- 19) 緊急PCI後の腰痛緩和に向けた体位工夫の検討
市立旭川病院・集中治療室
芦野 朋子, 羽柴 七重, 藤本 雪枝, 大西かおり
(第62回日本心臓病学会学術集会, 2014年9月, 仙台)
- 20) 固定チーム制を導入して
市立旭川病院・手術室
原井 絵里, 鈴木美智子, 本多さやか, 阿部 朝乃

- (手術看護学会, 2014年10月, 博多)
- 21) 過去5年間に於ける針刺し・切創の現状と課題「器材の正しい使用と廃棄に特化して」
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(日本医療マネジメント学会第14回北海道支部学術集会, 2014年10月, 釧路)
- 22) 感染対策の最近の話題「感染症, 感染対策器材, 監査, 病院機能評価etc」
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(第11回道北臨床薬学研究会～感染制御領域・薬剤師セミナー～, 2014年10月, 旭川)
- 23) しびれが強く弾性着衣が装着できないリンパ浮腫患者のケア
市立旭川病院・緩和ケア外来
外川 仁美
同 ・看護部
大崎希世子
同 ・外科
沼田 昭彦
(第53回全国自治体病院学会, 2014年10月, 宮崎)
- 24) 腹痛と食欲低下が持続した潰瘍性大腸炎患者に対する精神科病棟での関わり
市立旭川病院・北病棟2階
宇田かおり, 大関 典子
(第53回全国自治体病院学会, 2014年10月, 宮崎)
- 25) シーネを使用しない小児の点滴固定方法の検討実施への試み
市立旭川病院・西病棟3階
福居 佑香, 吉野 美穂, 谷口 久美, 深谷せいか
中川 恵子
(第53回全国自治体病院学会, 2014年10月, 宮崎)
- 26) 患者満足度実態調査から学んだ看護師の接遇の重要性
市立旭川病院・東病棟6階
菅原 真紀, 五十嵐友紀
(第53回全国自治体病院学会, 2014年10月, 宮崎)
- 27) 興味と理解が得られる感染対策「教える・学ぶを中心に」
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 2014, 2014年11月, 旭川)
- 28) 病院に求められる感染予防策 何をどうすれば良いか, お悩みではないですか?
市立旭川病院・医療安全管理課
桐 則行
(苫小牧地区感染症講演会, 2014年11月, 苫小牧)
- 29) 糖尿病患者のセルフケア確立に向けてー5つの課題と看護援助ー
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(第3回旭川糖尿病看護研究会, 2014年11月, 旭川)
- 30) 統合失調症急性期患者の看護を通じて看護師のかかわりと退院後の生活について
市立旭川病院・北病棟1階
中根 健太, 福本きよみ, 山村 美保, 菅野
(日本精神科看護学術集会専門Ⅱ, 2014年11月, 札幌)

[投稿論文]

- 1) 更年期にある女性糖尿病患者のセルフケア能力に影響する要因
市立旭川病院・糖尿病センター外来
増田 千絵
(日本糖尿病教育・看護学会誌 2014; 18: 171-178.)
- 2) 鎮静スコアの見直しー現行スケールとRichmond Agitation Sedation Scaleを比較してー
市立旭川病院・集中治療室
高平 理恵, 平松 麻衣, 酒野 沙織, 櫛引由美子
(旭川市立病院医誌 2014; 46: 19-22.)

栄養給食科 [学会発表]

- 1) 糖尿病腎症予防管理: 各施設における実施方法とその成果
市立旭川病院・栄養給食科
阿部 望, 上田奈保子, 澤田 幸佳, 松田美保子
柴田 美保, 吉住由花子
(平成26年度日本臨床栄養学会北海道地方会講演会, 2014年6月, 札幌)

マラソンと外科手術

今年で外科医として働き出して19年になりますが、10年程前から仕事の合間にジョギングをしています。学生時代は部活で運動をしていたのですが、働くと同時に全く運動しなくなっていたところ、5年ほどで肩こりや腰痛に悩まされるようになってきました。毎日同じような姿勢で手術ばかりやっていたので、そうってしまったのだと思います。そこでなにか運動を始めようと考え、費用も余りかからず一人で好きな時間にできるジョギングを行うことにしたのです。最初は2 km程走るだけで、足のみならず腹筋や腕が筋肉痛になり、いかに衰えていたかを痛感いたしました。しばらく続け慣れてくると、肩こりや腰痛がずいぶんとよくなり、ストレスも発散できることに気づき、今日まで続いています。

今まで腰痛などの大きな故障もなく外科の仕事を続けられているのは、ジョギングのおかげだと思います。なにか目標がないとだらけてしまうので、大会にエントリーし、年2回ほど出場しています。特に北海道マラソンは好きな大会で、毎年出ています。今年も出場し、これで7年連続完走です。現在45歳ですが、50歳になるまでは完走を続けたいと思っています。

ところでマラソンと外科手術、特に長時間手術時におかれるからだの状況はとても似ています。もちろんただ走っているだけと、手術ではする事が全然違いますが、特に長時間手術時における全身の疲労や、脱水、低血糖などがそっくりで、手術でつらい時はマラソンの事を思い浮かべて我慢したりしています。普通の長さの手術では余り違いを感じませんが似たような体の状況に慣れているせいか、長時間手術や難手術になるほど余裕ができ、体力や集中力の持ちが違う気がします。しかし最近胆膵の手術に代表されるような大手術、難手術が減少してしまい、マラソンのメリットを感じられるような手術が少なくなっているのがちょっと残念です。(A.F.)

「旭川市立病院医誌」投稿規程

1. 本誌は市立旭川病院の機関誌として年1回以上発行する。
2. 本誌に掲載する論文は、市立旭川病院の職員およびその関係者などの投稿による。
3. 本誌は綜説、臨床研究、症例報告、医学研究に関する論文で未発表のもの、年報（学会発表および雑誌掲載論文記録など）、その他各科、各部局の活動内容などからなる。
4. 掲載論文の採否および順位は編集委員で決定する。
5. 編集の都合により原文の論旨を変えない範囲内で著者に訂正を求めることがある。
また文の体裁、述語、かなづかいなどを編集者が訂正することがある。
6. 校正は原則として初校だけを著者が行うことにする。校正は誤植の訂正程度にとどめる。
7. 原稿は原則として邦文とし、ワープロ・パソコンを使用してA4用紙に1ページ24字×43行で作成する。専門用語以外はひらがな、当用漢字、現代仮名づかいを用いる。数字は算用数字、度量衡単位はmm, cm, mg, %, °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/disted/pubmed.html>
上記以外については、「生物医学雑誌への統一投稿規定」に準ずる。

17. 年報への投稿は以下の書式による。

- 1) 学会発表の場合（総会、地方会、その他の研究会など）：演題名、所属発表者（全員 Full name）発表学会名（第○回も必ず）、発表年、月、開催地
- 2) 掲載論文の場合：発表者（Full name）、論文題名、発表雑誌、巻：頁～頁、西暦発行年
- 3) 他施設との共同発表または共著の場合には、筆頭者、ほかとしても良い。

編集後記

病院誌47巻完成に当たりまして、本年も多くの研究論文、報告を投稿頂き誠に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、看護部をはじめとするメディカルスタッフの皆様、また、御多忙の中、査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方に心から深謝致します。

本号は、研究論文1編、症例報告2編、看護研究1編が主論文として掲載されました。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、2014-15年の学術面の集大成が綴られています。

今年もまたまた記載させて頂きますが、どうか市立旭川病院の職員全員が毎日の仕事を単なる生活の糧、毎日ただ過ぎてゆくルーチンワークとして過ごさないで頂きたい。高い意識を持って仕事を遂行する意識を持って頂きたい。そうすれば、それぞれの仕事の中で、または患者さんとの関わりの中で必ず疑問点や問題点が一つや二つは沸いてくるはずです。その問題点や疑問について、個人としての問題から、グループや部署における問題点として共有し、それについて調べ、必要に応じて研究計画を立て、その結果を学会または論文で発表するように努力しましょう。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・看護研究が全病院の各部署で行われることは大変素晴らしいことです。研究発表、論文作成は大変苦勞が多いですが、完成したときの達成感を一人でも多くの職員に味わって頂きたいと強く願っています。技術的な面はもちろんのこと、市内の他病院に学術的にも負けない、という職員一人一人の自負と、それを裏付ける発表・論文という形での学問的な実績を継続することにより、職員一人一人の仕事、病院に対する意識もさらに向上し、市立旭川病院が他の病院に対する絶対的有意性を勝ち取ることが可能となると確信します。それは結果として、職員一人一人の成長する結果につながり、そのことが、職員一人一人が「市立旭川病院は素晴らしい」と自負できる、自信が持てるだけでなく、同様の評価を患者さんに与えることが可能となり、市立旭川病院のブランド化につながるものと思います。

小さな研究でも結構です。来年の市病誌が、本年よりももっと多くの論文が投稿されることを強く期待致します。

2015年12月

教育研修課長 斉藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長	斉藤 裕輔 先生	副院長	編集協力委員	栗屋 敏雄	薬剤科
編集委員	武井 明 先生	精神科		武田 晃典	中央検査科
	岡本 佳裕 先生	内科		大野 肇	中央放射線科
	菅野 貴康 先生	内科		古川 美砂	看護部
	鈴木 聡 先生	内科	事務局	尾藤 真紀	教育研修課
	佐竹 明 先生	小児科		石川 宏一	
	佐藤 公輝 先生	耳鼻咽喉科		清水 るりこ	
	助川 隆士 先生	内科			
	福永 亮朗 先生	外科			

《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47巻1号]

平成27年12月25日 印刷
平成27年12月25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 旭川市豊岡1条3丁目

東 信 印 刷(株)

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.47 No.1
December 2015

【Original Articles】

Retrospective analysis of ^{90}Y -ibritumomab tiuxetan for pre-treated FL or MCL in Asahikawa City Hospital.

.....Takashi ISHIO

【Case Reports】

The case reports of ectopic leiomyoma. Moe MINASE

A case of probable DLB with no significant uptake of MIBG myocardial scintigraphy.

..... Shinichiro KANEKO

【Nursing Reports】

Nursing challenges in Gastroenterology ward. -Of ethics conference analysis result from-

.....Kana OGURA
