

旭川市立病院医誌

第43巻 1号

平成23年11月発行

ISSN 0287-024X



市立旭川病院
Asahikawa City Hospital

【臨床研究】

当院呼吸器内科に通院する成人喘息の患者層の変化

当科における電気けいれん療法の現状
新規尿検査自動分析装置導入の効果

内 科 福居 嘉信
精 神 科 泉 将吾
中央検査科 藤田 佳奈

【症例報告】

空洞を伴う多発浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の1例

肺大細胞癌の胃転移の1剖検例
当科で経験した重症偽膜性腸炎の3例
腸チフス

内 科 大場 優葉
内 科 高橋 佳恵
内 科 高橋慶太郎
皮 膚 科 須藤 学

【看護研究】

チェックシートを活用した退院調整

看 護 部 増山 知子

【臨床病理検討会】

【教育研修報告】

旭市病誌

旭川市立病院 医誌43巻 1号

平成23年11月発行

目 次

【臨床研究】

当院呼吸器内科に通院する成人喘息の患者層の変化	内 科 福 居 嘉 信	1
当科における電気けいれん療法の現状	精 神 科 泉 将 吾	5
新規尿検査自動分析装置導入の効果	中央検査科 藤 田 佳 奈	10

【症例報告】

空洞を伴う多発浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の1例	内 科 大 場 優 葉	15
肺大細胞癌の胃転移の1剖検例	内 科 高 橋 佳 恵	19
当科で経験した重症偽膜性腸炎の3例	内 科 高 橋 慶太郎	24
腸チフス	皮 膚 科 須 藤 学	29

【看護研究】

チェックシートを活用した退院調整	看 護 部 増 山 知 子	33
------------------------	---------------------	----

【臨床病理検討会】

第1回 平成22年6月2日	内 科 高 橋 慶太郎	39
第2回 平成22年8月25日	外 科 泉 将 吾	41
第3回 平成22年10月21日	内 科 小 林 慶 子	42
第4回 平成22年11月25日	内 科 石 破 光咲子	43

【教育研修報告】

第20回日本医療薬学会年会参加報告	薬 剤 科 寺 田 和 文	45
第3回血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師 認定講習会参加報告	中央放射線科 三ツ井 貴 博	46
平成22年度放射線治療認定教育セミナーに参加して	中央放射線科 有 路 智 行	47
放射線治療装置更新に係る施設見学研修について	中央放射線科 畑 中 康 裕	48
平成22年度がん看護専門分野（指導者）講義研修 がん化学療法看護コースを終えて	看 護 部 上 山 圭 子	49

移植コーディネーター研修での学びと展望	看護部 難波 幸一	51
放射線看護課程の研修に参加して	看護部 原井 絵里	52

【医局抄読会記録】

心筋梗塞におけるMRIの意義	内科 奥山 淳	54
早期消化管癌に対する内視鏡治療	内科 富永 素矢	54
ACTH単独欠損症の1例	内科 宮本 義博	54
過去5年間の当院におけるAML症例の臨床的検討	内科 竹村 龍	55
大量出血による呼吸不全患者において人工呼吸管理下に		
気管支鏡による血腫除去で救命しえた1例	内科 岡本 佳裕	55
当科における大腸穿孔症例の臨床的検討	外科 和田 秀之	55
当院における静脈瘤手術	胸部外科 森 大輔	56
風邪を1日で治す～葛根湯の使い方	耳鼻咽喉科 佐藤 公輝	56
繰り返す謎の発熱ーPFAPA症候群ー	小児科 佐竹 明	56
転移性腎癌に対するsunitihibの短期使用成績	泌尿器科 千葉 博基	57
骨盤腔に嵌頓し腸閉塞で発見された子宮捻転の1例	産婦人科 市川 英俊	57
当科における電気けいれん療法の施行状況	精神科 泉 将吾	57
2010 AHA Guidelines for CPR and ECCの概略	麻酔科 飛世 史則	58
結膜弛緩症	眼科 菅野 晴美	58
当科で施行したDRUG LYMPHOCYTE		
STIMULATION TEST (DLST) のまとめ	皮膚科 菅野 恭子	58
新しい放射線治療装置導入に関して	放射線科 川島 和之	59
当科における造血幹細胞移植患者の口腔管理	歯科口腔外科 谷 和俊	59
緩和ケアのニューフェイス	緩和科 福原 敬	60
抗菌薬の適正使用に向けて	感染対策 小西 貴幸	60

【看護研究発表会記録】

患者の意見を反映した不安軽減重視の

婦人科化学療法パンフレット	東3階 近藤 瞳	62
胃腸炎の感染対策	西3階 寺林 せりか	62
退院支援に関わる病棟看護師の意識調査からみえた問題点と課題	西4階 中村 美農	63
ペースメーカーオリエンテーションについての		
看護師の共通理解調査	東5階 森崎 亜希子	63
内服薬自己管理基準導入の有効性	西5階 廣瀬 絵里佳	64

チェックシートを活用した退院調整	東 6 階 増 山 知 子	64
胃切除術後患者様の食事に関する実態調査	西 6 階 藤 戸 優 美	65
中心静脈ポート挿入患者が抱える不安，疑問に関する調査	東 7 階 前 田 実 紀	65
退院支援のための情報収集の取り組みと看護師の意識変化	西 7 階 伊 藤 久美子	66
退院支援における看護師の役割	北 第 1 山 口 敬 史	66
精神科開放病棟から閉鎖病棟へ移行後の		
患者さまの思いから今後の課題を明らかにする	北 第 2 宇 田 かおり	67
緊急カテーテル検査に対するスタッフの不安軽減を目指した		
シミュレーションの実施	集中治療室 町 田 恵 美	67
当院における乗り換えホールでの患者申し送りの実態調査	手 術 室 遠 藤 真衣子	68
糖尿病合併症進行期にある患者に与えるフットケアの効果	外 来 増 田 千 絵	68
【平成22年度各科学会発表ならびに投稿論文】		
70		
【Medical Essay】		
9, 14, 18, 23, 37		
【編集後記】		
93		

臨床研究

当院呼吸器内科に通院する成人喘息の患者層の変化*

市立旭川病院・内科 福 居 嘉 信** 谷 野 洋 子

岡 本 佳 裕

小笠原 英 紀 (現 北海道社会保険病院)

旭川医科大学病院・呼吸器センター

大 崎 能 伸

北海道大学病院・第一内科

今 野 哲 西 村 正 治

はじめに

当院呼吸器内科 (以下 当科) の外来診療を行っている、高齢の喘息患者や、中高年で新たに喘息を発症した患者が多い印象を受ける。しかしこれまで、旭川地区、特に当院において、成人喘息患者の年齢層や発症年齢などについて検討した報告はなかった。

当科は平成16年に北海道大学第一内科の研究の一環として^{1,2)}、また、平成20年には旭川医科大学呼吸器センターの研究の一環として、成人喘息患者に関するアンケート調査に協力してきた。

今回われわれは、当科における平成16年と平成20年のアンケート調査結果を比較することにより、当科に通院する成人喘息患者について、この4年間の患者の年齢層、発症年齢、喫煙率、治療内容の変化について検討を行った。

対象と方法

平成16年6月から7月にかけて、北海道大学第一内科の研究の一環として、当科に通院する成人喘息患者84人を対象にアンケート調査を行った^{1,2)}。

平成20年7月には、旭川医科大学呼吸器センターの研究の一環として、当科に通院する成人喘息患者149人を対象にアンケート調査を行った。

平成16年、20年ともアンケート調査の対象は、①満16歳以上である、②当科に2回以上受診している、③臨床的に喘息の診断が確定している、④対象期間中に当科を受診した、⑤アンケート調査に同意した、の5つを満たした患者とした。慢性閉塞性肺疾患などの他の呼吸器疾患を合併している患者も対象に含めた。入院患者は対象に含めなかった。

平成16年と平成20年のアンケートは、両者を比較することを前提として作成されたものではないため、類似はしているが同一ではない。そこで本検討では両者のアンケートで比較可能な部分として、アンケート実施時点での年齢、喫煙の有無、喘息の発症年齢 (以上は患者本人が回答)、どの薬を喘息の長期管理薬として使用しているか (担当医が回答) の4項目に注目した。喫煙の有無は集団の喫煙率として検討した。各患者が使用する喘息の長期管理薬については、各薬剤の使用率として検討した。

平成16年の当科外来は、小笠原、岡本が担当し、平成20年の当科外来は、岡本、谷野、福居が担当した。

結 果

平成16年と平成20年の両方に回答した患者は35人であった。残りは、どちらかのアンケートのみを回答した患者であった。

回答した患者の男女比は、平成16年が男性44.0%、

* : Changes in a class of patients with adult asthma receiving regular outpatient treatment in Asahikawa City Hospital.

** : Yoshinobu FUKUI, et al.

Key words : 喘息, 疫学, 年齢, 発症, 喫煙

女性56.0%，平成20年が男性44.3%，女性55.7%であり，変化は少なかった。

患者年齢は，平成16年も平成20年も，60歳代が最多で，次に70歳代が多かった。しかし，この4年間で，60歳代から80歳代の患者数が大きく増加し，患者の年齢中央値は61歳から65歳に，平均年齢は57.6歳から62.7歳へと上昇した（図1）。

患者が回答した喘息の発症年齢は，平成16年の40，50歳代中心から，平成20年には50，60歳代中心に変化した。20歳以後の発症の割合は88.8%から91.1%と大きな変化はなかった。発症年齢の中央値は45歳（男性48歳，女性40.5歳）から54歳（男性55歳，女性53歳）へと上昇し，平均発症年齢は43.0歳（男性45.2歳，女性41.1歳）から50.8歳（男性52.1歳，女性49.7歳）へと高齢化した（図2）。

当科に通院する成人喘息患者の喫煙率を平成16年と平成20年とで比較すると，男性の喫煙率は21.6%から9.1%へ，女性の喫煙率は17.0%から8.4%へ低下していた。

喘息の長期管理薬としての各薬剤の使用率を平成16年と平成20年とで比較すると，吸入ステロイドは64.3%から91.3%へ増加し，テオフィリンは85.7%から60.4%に減少し，長時間作用型 β_2 刺激薬は41.7%から48.3%に微増し，ロイコトリエン受容体拮抗薬は20.2%から37.6%に増加し，その他の抗アレルギー薬は22.6%から20.8%にやや減少し，経口ステロイド薬は10.7%から5.4%に減少した（図3）。

考 察

平成20年7月の当科外来受診者数は791人（1日平均36.0人）であったことから，当科外来患者のおよそ19%が喘息患者であると考えられる。多様な疾患を診る呼吸器内科外来において，喘息で通院する患者は多いと言える。

平成16年と平成20年の両方のアンケートに回答した患者は35人と比較的少なかった。これは平成16年の回答者の41.7%，平成20年の回答者の23.5%に相当した。残りは，平成16年には通院していたが平成20年には当科に通院しなくなった患者，平成16年のアンケート以降に当科に通院するようになった患者，平成16年にも平成20年にも当科に通院していたが何らかの理由でアンケート対象者とならなかった患者，のいずれかと考えられる。多少の調査漏れがあったとしても，当科に

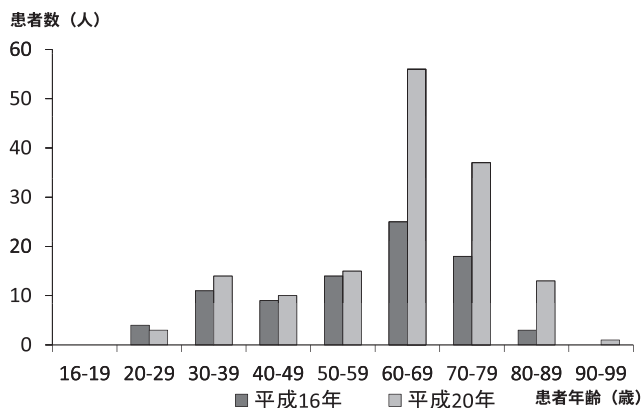


図1 患者年齢

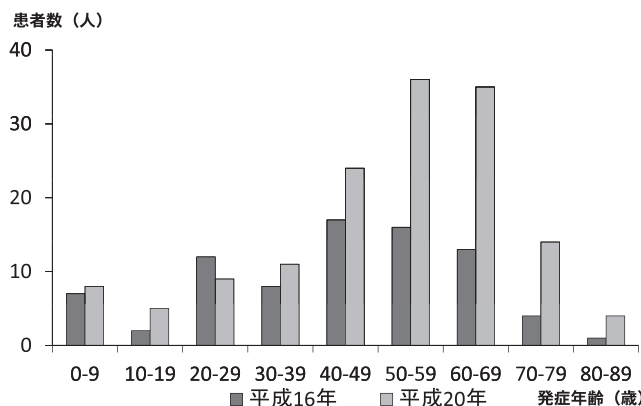


図2 発症年齢

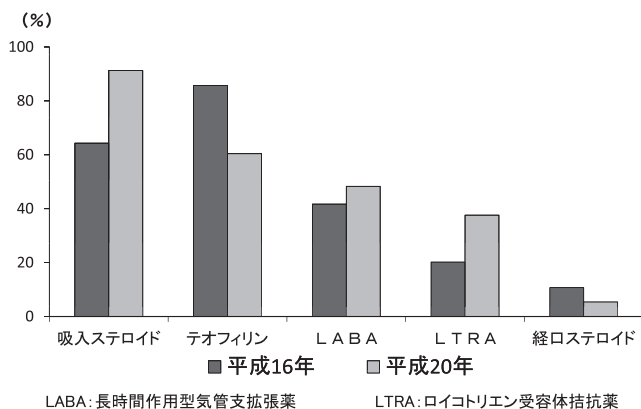


図3 喘息の長期管理薬としての使用率

通院する成人喘息患者はこの4年間で大部分が入れ替わったと考えられた。

これまでにも喘息通院患者の実態調査は幾つか報告されている^{3~9)}。当科での検討も含めて，それぞれの調査の手法は統一されておらず，調査対象として偏り

がある点は否定できない。しかし、これらの調査結果と比較することで、喘息通院患者について、ある程度の傾向を推測できるのではないかと考えられる。

喘息通院患者の年齢層については、平成10年の埼玉県³⁾、平成10年の新潟県⁴⁾、平成10年の神奈川県⁵⁾、平成16年の関西・北陸地区⁶⁾、平成18年の国立病院機構で行われた喘息実態調査⁹⁾でも、平成16年および20年の当科と同じく60歳代が最多であった。平成16年も20年も当科では70歳代が2番目に多かったが、平成20年に岡山県で行われた調査では70歳代が最多で、60歳代は2番目と逆転していた⁸⁾。当科だけでなく、いくつかの地域で喘息通院患者の最多年齢層が60歳代や70歳代であることは、高齢の喘息患者が多いことを示すものであると考えられる。同一地域での喘息患者の年齢構成層の変化を調査した研究は少ないが、高橋は、岡山県で喘息通院患者の年齢層を調査したところ、1985年には年齢層のピークが50歳代で60歳以上は全体の36.7%であったが、2008年には70歳代が最多となり60歳以上は50.3%を占めるに至ったと報告している⁸⁾。当科の場合は、60歳代が最多であることは変わらずに、60歳代から80歳代の患者数が大きく増えており、これが、当科の喘息通院患者の年齢構成上の特色と思われる。これは、平成16年から20年にかけて、旭川市の60歳代と70歳代の人口が増えたことが関係しているかもしれない(図4)¹⁰⁾。また、当科の外来担当医が平成16年と平成20年で異なっていることが、喘息の診断や治療方針の変化につながり、60歳代から80歳代の当科に通院する喘息患者が大きく増加することになった可能性も考えられる。

次に、喘息の発症年齢についてであるが、これも調

査の手法や発症年齢の区切り方が調査によって異なっており、単純に比較することはできない。それでも参考までに幾つかの調査を引用すると、平成10年の新潟県での調査では29歳以下が最多で、50歳代が2番目に多かった⁴⁾。平成16年の関西・北陸地区の調査では15歳以下が最多で、40歳代が2番目に多かった⁶⁾。平成20年の岡山県の調査では50歳代が最多で、9歳以下と40歳代が2番目に多かった⁷⁾。本検討はこれらの報告よりも未成年発症が少ない印象がある一方、成人発症例では40～50歳代の中高年発症が多いことは他の調査と共通していると考えられた。ただし、本検討の弱点として、成人で初めて発症したのか、小児喘息がoutgrowして再発症したのかは判別できない。また、患者本人が発症年齢を正確に覚えているのかどうかは検証されていない。当科の喘息通院患者の発症年齢も、この4年間で、中央値では9歳、平均値では8歳、高齢化した。月岡らは、新潟県で成人発症喘息の発症年齢について調査を行い、男性は明らかな変化がなかった(1997年の平均43.0歳から、2005年の平均44.5歳)が、女性の発症年齢は上昇した(1997年の平均40.6歳から、2005年の平均43.5歳)ことを報告している¹¹⁾。この点について、本検討では男女とも発症年齢が上昇傾向を示しており、月岡らの報告とは完全には一致しなかった。発症年齢の最多年齢が経年的に高齢化しつつあるのかどうか、中高年発症喘息は増えているのかどうかなどについては大変興味深いが、当科だけの検討では対象患者数が少なく、今回の検討では結論を出すことはできない。成人での喘息発症について、谷本らは、引っ越しと家族の喫煙が成人発症型喘息を発症し易い要因の1つで、自然に囲まれた地域で両親と同居することが発症しにくい要因の1つ、と述べている¹²⁾。両親と同居せずに転勤などに合わせて引っ越しをする生活形態は多くなっていると思われるため、谷本らの仮説が正しければ、今後も成人発症とくに中高年発症喘息は増えていくのかもしれない。

平成16年から20年にかけて当科の喘息通院患者の喫煙率は大きく低下した。ただし同じく平成16年から20年にかけて、全国の一般男性の喫煙率は46.9%→39.5%、同一般女性13.2%→12.9%、北海道の一般男性54.2%→43.8%、北海道の一般女性20.3%→20.3%と、北海道の女性を除いて、一般の人々の喫煙率そのものが低下してきている¹³⁾。当科では、禁煙補助薬を用いた禁煙治療を行っていない。そのため、外来を受診す

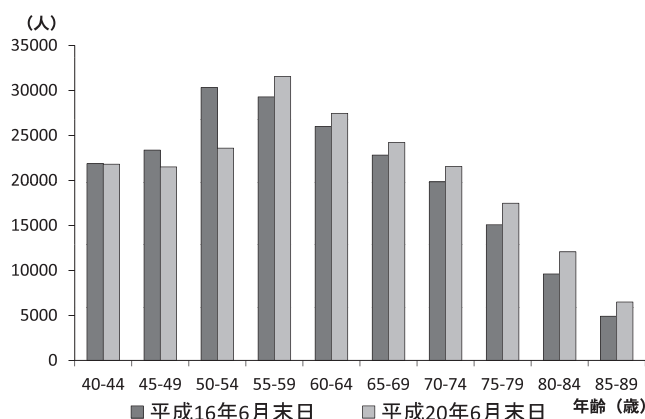


図4 旭川市年齢別人口

る度に禁煙の必要性を説明することしか行っていないが、社会的な禁煙の傾向と合わせて、喘息通院患者の喫煙率を10%未満とすることに成功したと考えられた。長期の喫煙は喘息患者の呼吸機能の低下を進行させ、喘息の重症度を上げ、治療薬の効果を減弱させると報告されている¹⁴⁾。今後も、喫煙をする喘息患者には、強く禁煙を勧める必要があると考えられる。

喘息治療薬の使用率に関する報告では、吸入ステロイド薬に注目されることが多く、吸入ステロイドの使用率が、ガイドラインに基づいた治療を行っているかどうかの1つの目安とされる傾向がある^{3~6,9)}。調査方法が同一でないので単純な比較はできないが、平成10年の埼玉県³⁾、新潟県⁴⁾、神奈川県⁵⁾での調査ではいずれも吸入ステロイド薬の使用率は60%台と低かったが、平成16年の関西・北陸地区の調査では、79.5%に上がり⁶⁾、平成18年の国立病院機構で行われた喘息実態調査では89%であった⁹⁾。当科の平成20年の吸入ステロイド使用率は91.3%であり、喘息を中心的に診療している医療機関の治療内容に追いついたと言えるのではないと思われる。

本研究の限界としては、平成16年と平成20年のアンケートは両者を比較することを前提に作成されたものではないために類似はしているが同一ではないこと、また、2つのアンケートの対象者が異なっていることが挙げられる。したがって、平成16年と平成20年のアンケート結果を比較することがそれぞれ異なる偏りを持った別の集団を比較することになる可能性は否定できない。しかしながら、旭川地区、特に当院に通院する成人喘息患者に関して、患者背景や治療内容の変化について検討した報告はこれまでなかったため、本検討は臨床的意義のあるものと考え、ここに報告した。

ま と め

当科に通院する成人喘息患者では、

- 1) 高齢者が多い(患者が高齢化している可能性がある)
 - 2) 中高年発症が多い(発症年齢が高齢化している可能性がある)
 - 3) 喫煙率は減少傾向にある
 - 4) 吸入ステロイド薬の導入率が高い
- という傾向が認められた。

文 献

- 1) 福居嘉信, 檜澤伸之, 高橋大輔, ほか: 呼吸器内

科医による成人喘息診断の実態—アンケート調査の結果—. 日呼吸会誌 2008; 46: 601-607.

- 2) 福居嘉信, 檜澤伸之, 高橋大輔, ほか: 喘息におけるロイコトリエン受容体拮抗薬の有効性とその背景の検討—アンケート調査の結果—. 日呼吸会誌 2008; 46: 972-980.
- 3) 永田 真, 山口道也, 周東 寛, ほか: 埼玉県下の気管支喘息患者2825例における治療とコントロール状態に関する自己評価の調査結果. アレルギー 2000; 49: 569-576.
- 4) 新潟喘息治療研究会: アンケート調査による新潟県内の成人気管支喘息の現状解析. 新薬と臨床 2001; 50: 461-472.
- 5) 宮本昭正, 秋山一男, 太田保世, ほか: 神奈川県下における成人気管支喘息患者6,000例のアンケート調査集計結果. 現代医療 2001; 33: 2791-2802.
- 6) 東田有智, 石原享介, 一ノ瀬正和, ほか: 関西・北陸地区2府7県における喘息患者の大規模実態調査. 新薬と臨床 2007; 56: 1554-1569.
- 7) 高橋 清: 成人気管支喘息とその自然経過. アレルギー・免疫 2009; 16: 478-488.
- 8) 高橋 清: 高齢者喘息調査における課題. アレルギーの臨床 2009; 29: 599-604.
- 9) 福富友馬, 谷口正実, 粒来崇博, ほか: 本邦における病院通院成人喘息患者の実態調査. アレルギー 2010; 59: 37-46.
- 10) 旭川市の人口 年齢別人口 引用 [2011-2-19] Available from URL <http://www.city.asahikawa.hokkaido.jp/>
- 11) 月岡一治, 鳥谷部真一, 小葉祐子, ほか: 成人発症喘息の女性の発症年齢は上昇傾向にある. アレルギー 2009; 58: 1591-1601.
- 12) 谷本 安, 岡田千春: 成人発症喘息の危険因子と予防. 臨床免疫・アレルギー科 2007; 47: 55-59.
- 13) 北海道の喫煙の状況 引用 [2011-2-19] Available from URL <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/kas/tkh/framepage/kituennjyoukyou.htm>
- 14) 日本呼吸器学会禁煙に関する検討委員会: 喫煙が呼吸器に及ぼす影響. In: 禁煙治療マニュアル, 東京: メディカルレビュー社. 2009: 31-42.

臨床研究

当科における電気けいれん療法の現状*

精神科 泉 将 吾** 武 井 明
目 良 和 彦 佐 藤 譲
原 岡 陽 一

はじめに

電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy 以下 ECT) は、有効な抗精神病薬が開発される以前の1938年にイタリアのCerlettiらによって考案された治療法である¹⁾。しかしその後、薬物療法が目ざましく発展したことや、ECTによるけいれんが見た目に残虐であることなどから、ECTによる治療が精神科医の間で一時敬遠されていた時期があった²⁾。しかしこの数年、薬物療法によって十分な症状の改善がみられない薬剤抵抗性の患者や高齢の患者に対してECTが用いられる機会が多くなったことで、適応範囲が広がり即効性も期待され、ECTの有効性が再評価されるようになっていく³⁾。本論文では、ECTの手技の概略をまず説明し、次いで当科での過去5年間のECTの施行状況について検討した結果を報告する。

ECTの手技

ECTは従来から用いられている四肢や体幹の筋にけいれんを起こさせる有けいれん性ECTと、主に手術室において筋弛緩薬を投与した後に施行されるけいれんを起こさせない無けいれん性ECTの2つに大きく分類

される。

従来型ECTは、これまで多くの精神科病棟で精神科医によって行われてきた有けいれん性ECTである。その方法は、まず、ベッドに臥床させた患者にイソゾールを静脈内投与し、入眠した後に患者の両側前頭部に電導子を当て、100ボルトの交流電流を通電して、けいれんを誘発させるものである。電気刺激を一般には1~3日おきに1回ずつ実施し、10回で1クールとされている。図1は従来から使用されてきたサカイ医療器製の電気刺激装置であり、別名「木箱」とも言われている。「木箱」ではサイン波による通電を用いるが、患者ごとに電気量を調節することができないため、健忘やせん妄などの有害事象が生じやすい。

このような従来型ECTに代わって、より安全性の高い修正型電気けいれん療法 (modified electroconvulsive therapy: 以下 mECT) が、1950年代から欧米で導入さ



図1 サカイ医療器製の電気刺激装置

* : The present status of electroconvulsive therapy in the Department of Psychiatry, Asahikawa City Hospital.

** : Shogo IZUMI, et al.

Key words : 電気けいれん療法 (ECT), mECT, ECT施行回数, 入院患者数, 平均在院日数



図2 ソマテックス社製のサイマトロン

れ、日本では1980年代から行われるようになった²⁾。mECTでは、手術室で麻酔科医によって静脈麻酔と筋弛緩薬投与がなされ、無けいれんによってECTが行われる。その際に麻酔科医による呼吸管理およびECT後の高血圧や不整脈に対する循環管理がなされるため、安全性が飛躍的に向上した。mECTは麻酔科医の協力が不可欠であるため、総合病院の精神科で実施されることが多いのが現状である。

さらに、近年では従来から使用されていた交流電流を変圧しサイン波を用いた電気刺激装置に代わって、ソマテックス社製のサイマトロンが使用されるようになってきている(図2)。サイマトロンは、少ない電気エネルギーでけいれんを誘発し、ECT後の健忘やせん妄といった有害事象の頻度が少ないパルス波の電流を刺激に用いている。ただし、実際の臨床場面ではサイマトロンでは十分な治療効果が得られないため、高用量の電気刺激を与えることが可能な従来のサイン波電気刺激装置によるECTに変更されることもたびたびある⁴⁾。

対象と方法

2006年4月1日から2011年3月31日までの5年間に、当科の入院患者に対して施行された従来型ECTおよびmECTの施行状況について、診療録を基にして後方視的な調査を行った。調査内容は、ECTが施行された患者の年齢と性別、診断名、ECTの施行回数である。また、ECT施行回数の増減の要因を検討するために、同時期の入院患者数および平均在院日数についても併せて調査した。

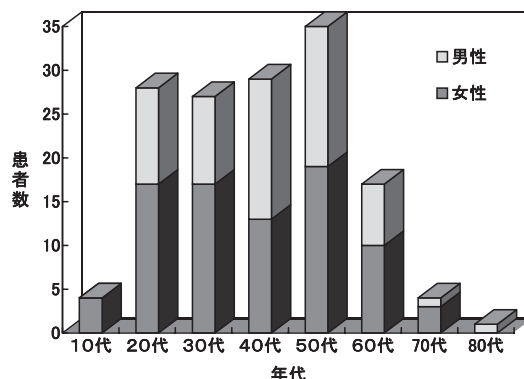


図3 ECT施行患者の年齢分布 (N=145)

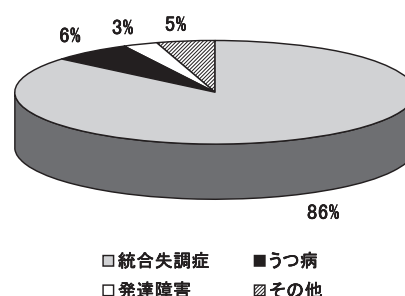


図4 ECT施行患者の診断的内訳 (N=145)

結 果

1. 患者の年齢と性別

過去5年間に当科でECTが施行された患者数は145例(男性62例、女性83例)であり、その年齢は14歳～80歳に分布し、平均年齢44.0歳(標準偏差 14.9)であった。患者の年齢分布では、50代(24.1%)が最も多く、次いで40代(20.0%)、20代(19.3%)などの順に多かった(図3)。診断については、統合失調症が最も多く全体の86.2%で、次いでうつ病が6.2%であった(図4)。

2. ECT施行回数の年次推移

ECT施行回数の年次推移をみると、年々増加を示しており、とくに2008年度から急激に増加し始めた。2006年度は1年間の合計が61回であったが、2010年度は763回であり、この5年間に12.5倍になっていた(図5)。

また、ECT施行回数に占めるmECTの割合も高くなっており、2008年度には17.2%であったものが、2010年度には45.7%を占めるようになった。

3. ECT施行患者数の年次推移

ECTが施行された患者の実数について、その年次推移をみると、2010年度になって急激に増加しており、

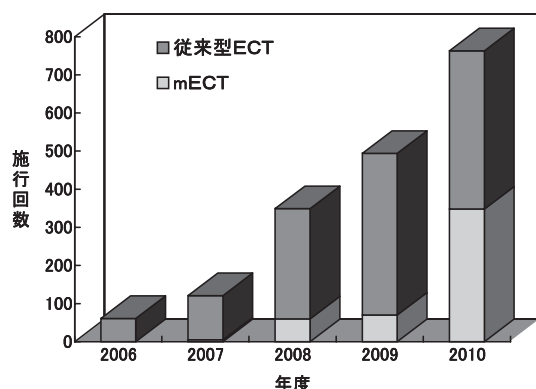


図5 ECT施行回数の推移

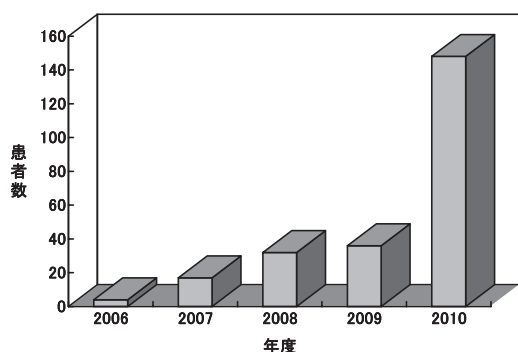


図6 ECT施行患者数の推移

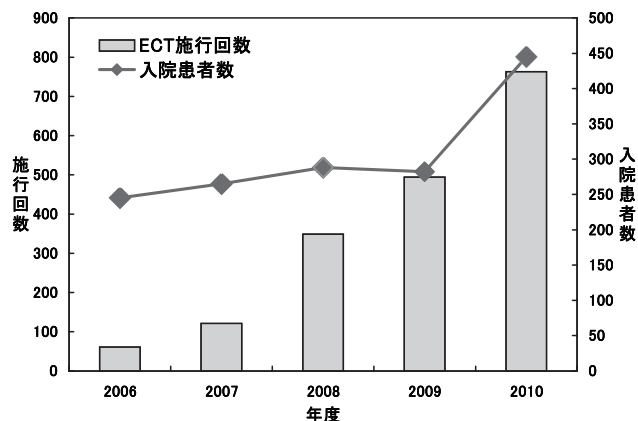


図7 ECT施行回数と入院患者数の推移

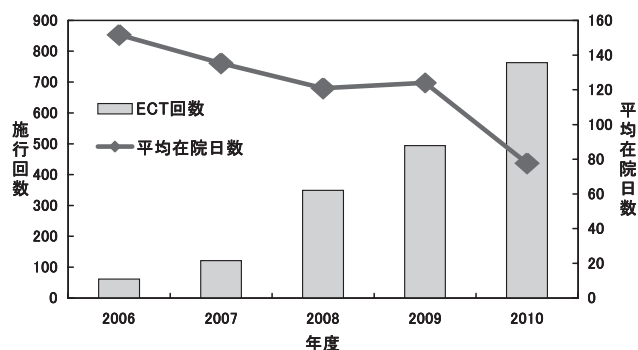


図8 ECT施行回数と平均在院日数の推移

2006年度に年間4例であったのが、2010年度は148例であり、37倍に増えていた（図6）。

4. ECT施行回数と入院患者数との関係

入院患者数（延べ人数）が増加するにつれて、ECT施行回数が増加していることが明らかになった。2006年度は入院患者数245例でECT施行回数が61回であったのに対して、2010年度は入院患者数が445例でECT施行回数が763回であり、両者とも著しく増加していた（図7）。

5. ECT施行回数と平均在院日数との関係

平均在院日数が減少するのに伴って、ECT施行回数が増加する傾向がとらえられた。とくに、2010年度は平均在院日数が著しく減少し、77.7日を示していた。これは、2006年度の151.7日の約半分の日数であり、入退院によるベッドの回転率が高くなっていることを示していた（図8）。

なお、全例においてECTが直接的な原因による骨折、脱臼、心停止、死亡などに至る重篤な有害事象は認められなかった。

考 察

1. 全国的にみたECTの実態

ECTの実態についての全国的な実態調査はいくつかなされているが^{5~7)}、最も新しい大規模な全国調査は、2009年に奥村らによって行われた調査である⁷⁾。この調査では、日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設に認定された全国の1463施設（大学病院114施設、一般病院・総合病院297施設、精神科病院831施設、その他221施設）を対象にしてアンケート調査が実施された。その結果、有効回答数875（回収率59.8%）で、有効回答を得た施設のうちECTを実施していた施設は356施設（40.7%）であった。また、ECTを実施していると回答した施設のうち、mECTのみを実施している施設は135施設（37.9%）、従来型ECTのみを実施している施設は160施設（44.9%）、mECTと従来型ECTの両方を実施している施設は47施設（13.2%）、無麻酔ECTを実施している施設は13施設（3.7%）であった。一方、医療形態別によるmECT実施率は、大学病院が97.2%、総合病院が91.5%、精神科病院が48.8%であり、大学病院を含めた総合病院で施行されるECTは、

全国的には90%以上がmECTであった。しかしながら、北海道の総合病院ではmECT実施率が58.1%と極端に低い割合になっていた。この理由について、奥村らは地域によっては総合病院であってもmECT施行のための麻酔科医の確保や協力体制に差があることが要因になっているのではないかと指摘している⁷⁾。

このような全国的な実態からみると、当科ではmECTの実施率が低いといわれる北海道の総合病院にあって、麻酔科医の数がある程度確保された体制の中で、麻酔科医による協力のもとに比較的多数例のmECTを実施している施設であるといえることができる。

2. ECT施行回数の増加

今回の過去5年間の結果から、当科で施行されるECT回数が激増していることが明らかになった。高柳らは、自治医科大学精神科のECT実施状況について調査し、1982年～1983年と1992年～1993年とを比較した結果、10年間でECTが施行される患者数が増加し、とくにmECTの施行回数が増えたことがECT施行回数全体の増加につながったと報告している⁸⁾。しかし、ECTの施行回数については、その他の施設から報告がなされていないため、全国的なレベルでの比較は難しく、今後、各施設から報告がなされることを望みたい。

当科におけるECT施行回数の増加の原因として、ECTの有効性の再評価によって施行症例が増えたこととともに、当科への入院患者数の増加によって、入院期間の短縮化が求められ、即効性のあるECTが多用されるようになったことも関係していると考えられる。入院患者数の増加の原因としては、2010年3月に旭川赤十字病院の精神科が閉鎖されたため、入院が必要とされる患者の受け皿となる旭川市内の精神科病床数が大幅に減り、当科に新たに入院する患者が増えたことが大きな要因として挙げられる。当科の外来患者数が増加の一途をたどり、旭川市内の精神科救急の輪番に加わっている病院が当科と旭川圭泉会病院の2病院のみであることから、今後も当科に入院する患者が増え続けることが十分に予想される。

3. 今後の課題

今後も増加し続ける入院患者に対して、現行の手術室における精神科枠内で、安全性の高いmECTを全ての患者に対して行うことは困難になることが予測される。そのため、将来的には麻酔科医の協力を得ながら、精神科病棟内にmECTを行うことが可能なECT専用治療室⁹⁾を設置することが是非必要になるであろう。

う。現在のところ、ECT専用治療室がある施設は全国でもまだ少なく、ECTを実施している356施設のうち、病棟内に専用室を有する施設は39施設(17%)に過ぎない⁷⁾。ECT専用治療室が病棟内に設置される利点としては、手術室における精神科枠の確保の問題解決だけではなく、興奮している患者に対して緊急的にECTを施行することができるようになり、適切な時期に迅速に必要な治療が可能になることも挙げられる。

mECTが全国の精神科医療施設において標準的なECTとして普及しない理由として、mECT施行に際して麻酔科医との協力が不可欠であることとともに、麻酔のための機器や不測の事態に即応できるような蘇生のための機器なども常備しなくてはならないといった設備面の問題も無視できない⁷⁾。そのため、どの精神科施設においても施行可能な治療法ということにはならない。したがって、当院のような精神科を併設している総合病院が地域の単科の精神科病院や精神科クリニックなどと連携し、mECTが必要とされる重症患者を速やかに受け入れることができる診療体制を構築する必要性が今後高まっていくと予測される。

ま と め

過去5年間の当科におけるECTの施行状況を後方視的に調査し、以下の結果が得られた。

- 1) 過去5年間に当科で施行されたECT回数は激増し、とくにmECTの回数の増加が目立っており、2010年度には全体の45.7%がmECTであった。
- 2) ECT施行回数の増加は、入院患者数の増加および平均在院日数の減少と密接に関連していた。
- 3) ECTが施行された全患者において、ECTが直接的な原因による骨折、脱臼、心停止、死亡などに至る重篤な有害事象は認められなかった。
- 4) 当科においてECT施行回数が増加した背景には、入院患者数が増加したことで、入院期間の短縮化が求められ、即効性のあるECTが多用されるようになったことが関係していると考えられた。

文 献

- 1) Cerletti U: L'Electroshock. Riv. Sper. Freniat. Med Leg Alienment 1940; 64: 209-310 (村田忠良, 遠井臣訳: 精神医学 1977; 19: 69-67, 171-187, 275-291).
- 2) 中村 満, 鮫島達夫, 一瀬邦弘: 電気けいれん療

- 法－過去から現在－. 精神科 2007; 11: 376-381.
- 3) 澤 温: 電気けいれん療法の再評価－精神科治療の全体の迅速性, 均質性, 社会復帰の促進の中で－. 精神経誌 2007; 109: 365-372.
- 4) 柴崎千代, 藤田康孝, 坪井きく子, ほか: 修正型電気けいれん療法 (ECT) のパルス波治療器およびサイン波治療器の使用. 精神医学 2000; 51: 841-848.
- 5) Motohashi N, Awata S, Higuchi T: A questionnaire survey of ECT practice in university hospitals and national hospitals in Japan. Journal of ECT 2004; 20: 21-23.
- 6) 佐々木青磁: 自治体病院における電気けいれん療法の現状と問題点. 精神医学 2005; 47: 1179-1189.
- 7) 奥村正紀, 鮫島達夫, 栗田主一, ほか: 電気けいれん療法 (ECT) のわが国での現況－全国実態調査の結果から総合病院精神科に求められること－. 総合病院精神医学 2010; 22: 105-118.
- 8) 高柳 強, 西嶋康一, 加藤 敏: 自治医科大学精神科における電気けいれん療法の実施状況. 臨床精神医学 1996; 25: 317-325.
- 9) 鈴木一正: 米国におけるECTユニットと地域連携. 総合病院精神医学 2010; 22: 137-141.

Medical essay

3.12 もう一つの震災

2011年3月11日14時46分東北地方を未曾有の大震災が襲ったのは、まだまだ記憶に新しい。観測史上最大規模のマグニチュード9.0を記録し、東北地方と関東地方の太平洋沿岸部に壊滅的な被害をもたらした。この被害を受けた地域への支援の輪はすぐに始まり、当院からも医療チームが被災地に派遣され、活躍されてきている。徐々にではあるが復興してきている被災地の様子がTVなどでも報道されている。

しかし、その翌日3月12日長野県栄村が震度6強の直下型地震に2時間に3度見舞われていたことを知る人は少ないかもしれない。連日報道される東日本大震災の陰で700棟以上の住宅が損壊、JR飯山線の線路が崩落、国道に架かる橋でも橋桁がずれて通行できない状態。非常に大きな被害であることには変わりない。しかし、奇跡的に地震直後の死者はなく（その後、避難生活中に災害関連死で3人死亡）、それ故に報道されることも少なかったのではないかと思われる。このため、復興にはとても時間がかかり、半年以上経過した今でも橋の修復工事もままならない状況のようである。この地域は、北海道と同様の積雪地域で11月下旬にもなれば雪が積もり始める。被災した人々が、「このままでは除雪作業もできないと冬には孤立してしまう」と心配している様子が報道されていた。しかし、驚かされたことに「東北地方の人たちのことを考えると、まだ自分たちの方が恵まれているかも」とも話している。

このような心優しい人々が住む地域の復興作業が一日でも早く進み、東北地方と同様に政府からも支援の手が伸びることを願ってやまない。野田総理、頑張ってください！ (A.C.)

臨床研究

新規尿検査自動分析装置導入の効果*

中央検査科 藤田 佳奈** 小松 和朗
 武田 晃典 八重樫 直
 中野 成紀 高田 明生
 看護部 外来 菅原 あゆみ
 泌尿器科 金川 匡一

はじめに

当院の一般検査では、機器更新に伴い、全自動尿分析装置Clinitek Atlas XL®（シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社 以下 XL）、全自動尿中有形成分分析装置UF-1000i®（シスメックス株式会社 以下 UF）を導入し、2010年10月18日より運用を開始した。尿検査は年間約38,000件で、そのうち泌尿器科外来では約12,000件を実施していた。新機器の導入に合わせて、泌尿器科外来で従来行っていた尿検査を中央検査科で実施することとなった。

XLの導入に伴い、新たに14項目を測定できる尿定性試験紙を採用し、従来の尿検査項目にクレアチニンと尿タンパク/クレアチニン比が加わり、さらに尿タンパクの測定が低濃度、高濃度の2種類の試験紙による判定となった。これにより、希釈尿による尿タンパクの偽陰性の判別、低濃度タンパク（8～15mg/dl）領域の測定の信頼性が向上した。

UFは赤色半導体レーザーを用いたフローサイトメトリー（FCM）法を原理として、無遠心の全尿サンプルを用いて尿中有形成分を分析している¹⁾。

今回、UF導入前のデータ検討および運用開始後のUF導入効果を検討したので報告する。

対象と方法

1. 目視法との比較検討（一致率、再検率）

対象はUF導入前の2010年8月24日から2010年8月31日の間に尿沈渣の依頼のあった入院および外来患者の検体213件（装置が低信頼性と判定した結果を除く）で、定量5項目（赤血球、白血球、上皮細胞、円柱、細菌）について目視法とUF自動判定の一致率と、目視再検率を検討した。目視必要と判定する定量5項目とフラッグ項目（病的円柱、結晶、酵母様真菌、小円形上皮細胞、精子、粘液糸）の条件（REVIEW（再検査）条件）は、メーカー推奨値を採用した（表1、表2、表3）。

2. 依頼件数

対象はUFを導入した2010年10月18日から2010年12月17日までの2ヵ月間の尿定性・尿沈渣で、依頼件数

表1 フラッグ項目

内容	設定
病的円柱	≥0.5/μl
結晶	≥10.0/μl
小円形上皮細胞	≥3.0/μl
酵母様真菌	≥10.0/μl
精子	未設定
粘液糸	未設定

* : Impact of newly equipped automated urinalysis analyzer.

** : Kana FUJITA, et al.

Key words : 尿沈渣, フローサイトメトリー法,
迅速化, 標準化

表2 定量5項目

内容	設定
赤血球	$\geq 3,000/\mu\text{l}$
白血球	$\geq 3,000/\mu\text{l}$
上皮細胞	$\geq 150/\mu\text{l}$
円柱	$\geq 20/\mu\text{l}$
細菌	$\geq 5,000/\mu\text{l}$

表3 装置が低信頼性データと判定する基準

項目	仕様	内容
尿導電率異常	3 ms/cm以下	水もしくは低浸透圧 or 高浸透圧
	38ms/cm以上	
赤血球分画異常	RBC/X'TAL分画異常	結晶の干渉
	RBC/BACT分画異常	赤血球の溶血 細菌の干渉
	RBC/YLC分画異常	酵母様真菌症の干渉
夾雑粒子高値	DEBRIS高値	尿中の夾雑物が多い

を集計した。

3. 検体検査受付から結果報告の所要時間

機器導入後、泌尿器科外来の尿検査を中央検査科で実施することとなり、従来の運用では、尿沈渣のオーダーのある検体はすべて目視法にて報告していたため、検体数の増加に伴う報告の遅れが想定された。

UF導入後は、機器で目視の必要性を判定し、さらに定性結果とのクロスマッチを行い、再検が必要とされた検体を目視法で再検査することとした（図1）。

2010年10月20日から2010年11月2日までの2週間、泌尿器科外来の414検体を対象に、報告方法別に、午前8時から12時の時間帯で、報告時間にどのような差があるかを調査した。報告時間は各検体の検体受付時間と、結果報告時間の差とした。

4. グラム染色との相関

2010年11月8日から2010年11月12日の間、UFの細菌とグラム染色との相関を検討した。対象は泌尿器科外来の47検体でUFの細菌判定が1+以上（100/ μl 以上）のものとした。

結 果

1. 目視法との比較検討（一致率、再検率）

1 ランク以内の一致率は、赤血球は93.4%、白血球

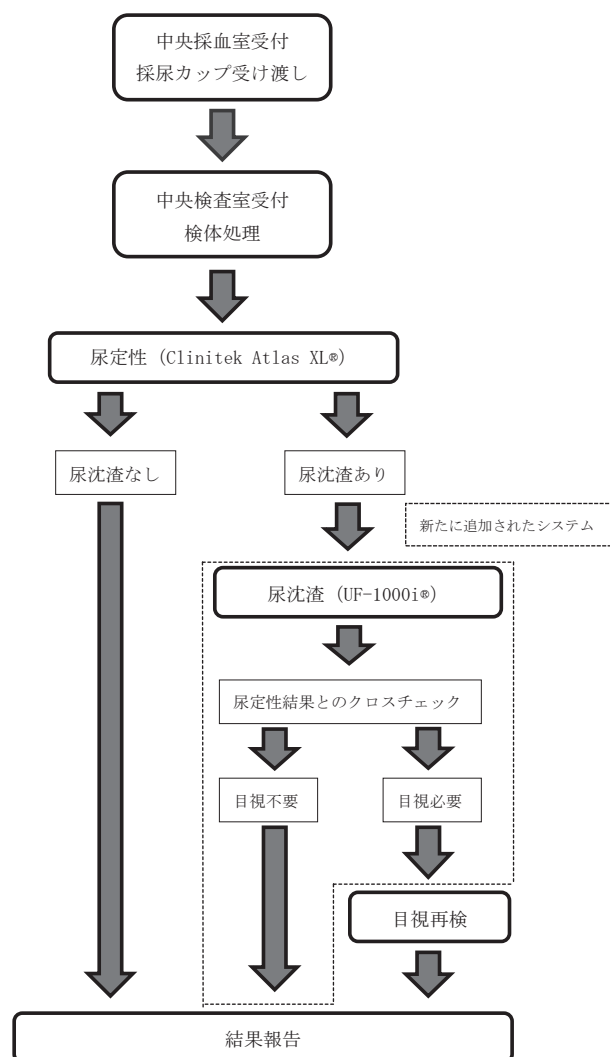


図1 結果報告の流れ

は98.6%、上皮細胞は99.1%、円柱は94.4%、細菌は96.7%であった（表4）。

総再検率は39.4%（84検体）で、内訳は、フラッグ項目の病的円柱が56検体（66.7%）、小円形上皮細胞が45検体（53.6%）で、重複を含め77検体（91.7%）がフラッグ項目で占められていた。定量項目でのREVIEWは20検体（23.8%）、装置の低信頼性REVIEWは5検体（6.0%）であった。

2. 依頼件数

依頼総数は6,363件（平均148.0件/日）、尿定性のみが1,917件（平均44.6件/日）、尿定性と尿沈渣は4,446件（平均103.4件/日）であった。泌尿器科で扱っていた尿沈渣を検査科で実施するようになったため、集計の2カ

表 4 目視法とUF自動判定との相関

【赤血球】

n=213

UF (HPF)

一致率93.4%

>=100	0	0	0	0	0	0	2	1
<100	0	0	0	2	1	0	1	0
<50	0	0	1	0	0	1	0	0
<30	0	0	0	2	1	0	0	0
<20	2	3	3	1	0	0	0	0
<10	5	7	7	0	0	0	0	0
<5	69	14	0	0	0	0	0	0
<1	88	2	0	0	0	0	0	0
	0-1	1-4	5-9	10-19	20-29	30-49	50-99	100-
	目視法 (HPF)							

【円柱】

n=213

UF (LPF)

一致率94.4%

>=100	0	0	0	0	0
<100	0	0	0	0	0
<10	10	4	3	1	0
<1	100	32	14	1	0
0	40	7	1	0	0
	0	1+	2+	3+	4+
	目視法 (LPF)				

【白血球】

n=213

UF (HPF)

一致率98.6%

>=100	0	0	0	0	0	0	3	3
<100	0	0	0	0	0	1	2	0
<50	0	0	0	0	3	4	0	0
<30	0	0	1	2	3	1	1	0
<20	0	1	3	4	0	0	0	0
<10	0	7	7	0	0	0	0	0
<5	37	27	5	0	0	0	0	0
<1	98	0	0	0	0	0	0	0
	0-1	1-4	5-9	10-19	20-29	30-49	50-99	100-
	目視法 (HPF)							

【細菌】

n=213

UF (μ l)

一致率96.7%

>=10000	0	0	0	0	0
<10000	0	0	0	6	7
<1000	1	0	2	10	2
<100	4	0	17	4	0
<10	57	0	6	2	0
0	95	0	0	0	0
	0	1+	2+	3+	4+
	目視法 (HPF)				

【上皮細胞】

n=213

UF (HPF)

一致率99.1%

>=100	0	0	0	0	0	0	0	0
<100	0	0	0	0	0	0	0	0
<50	0	0	0	0	0	1	0	0
<30	0	0	0	0	0	0	0	0
<20	0	0	0	5	1	1	0	0
<10	0	1	5	4	0	0	0	0
<5	17	40	9	1	0	0	0	0
<1	100	28	0	0	0	0	0	0
	0-1	1-4	5-9	10-19	20-29	30-49	50-99	100-
	目視法 (HPF)							

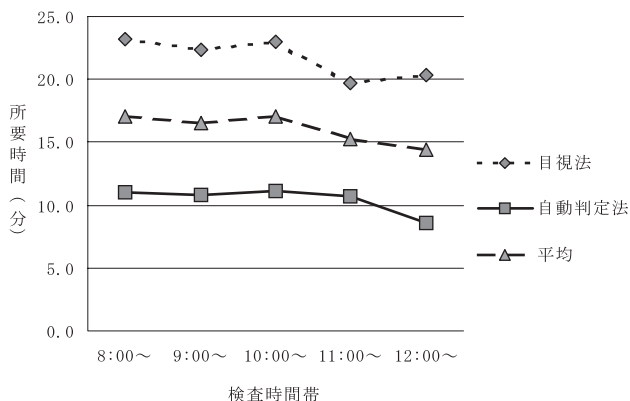


図2 方法別結果報告所要時間の比較

月間で2,053件、一日あたりにして平均47.7件増加した。これは尿検査全体の32%にあたり、これまでの件数の約1.5倍となった。

3. 検体検査受付から結果報告の所要時間

両方法の合計平均時間は14.5～17.1分で、目視法は19.7～23.2分、自動判定法では8.5～11.1分となった。

自動判定法と目視法での差は平均11.3分であった(図2)。

4. グラム染色との相関

47件中44件がグラム染色で細菌が陽性となり、一致率は93.6%であった。

考 察

尿沈渣の定量5項目について、目視法とUFの自動判定の一致率は90%以上と相関性は良好であった。一致しなかった検体について、いくつかの原因が挙げられるが、自動判定では他の有形成分と誤認していると考えられるものがあり、①尿中に脂肪球や結晶を含み、それらを赤血球としているもの、②細胞内封入体細胞や尿細管上皮細胞、トリコモナス原虫を白血球としているものなどである。これらの検体では、尿定性結果とのクロスチェック、前回値との比較により、目視法で再検するよう設定することで大部分を検出することができた。また、細菌や結晶、酵母様真菌の多数出現により、赤血球の分画に影響している検体については分画異常として低信頼性データとされるため、目視再検となる。また、UFでの判定のほうが目視法よりも若干数値が高めに出る傾向が認められた。UFでは無遠心の全尿サンプルを用いて検査するため、沈渣作成時に起こる有形成分へのダメージの軽減、あるいは、

遠心後の上清部分に成分が残留する影響を受けないためと考えられる。

結果報告の所要時間は、目視法と自動判定法では、目視の必要性のない検体に関しては、約10分短縮される。しかし、再検率に関しては40%弱で、当初の目標の再検率30%に比べて、高い数値となった。再検理由として、フラッグ項目の病的円柱での再検が多かったが、それらを目視で確認すると、上皮細胞塊や血球成分の塊などを病的円柱として判定していると思われた。異型細胞の検出に関しては、特別な条件を設定せずとも、病的円柱あるいは小円形上皮細胞の項目で検出されるとの報告がある²⁾。今後、迅速な結果報告を考え、再検条件の見直しを検討したい。

目視法での尿沈渣検査は、経験や知識などにより個人差があり、重要な所見を見落とすなどのリスクがある。そのため、日常、一般検査に従事していない技師が尿沈渣検査を実施することは難しかった。UFの導入により、尿沈渣が自動判定されることで個人差のない報告が可能となったため、緊急時の尿沈渣検査を含む尿検査を2011年1月5日より時間外対応することとした。

グラム染色との相関は90%を超える高いものとなった。グラム染色を実施しなくとも細菌尿として判定されるので、尿路感染症の診断に有用である。

さらにフローサイトメトリー法による尿中有形成分測定は、尿一般定性や診察時に実施が必要とされた場合、診療報酬加算点数で30点が認められているため、増収も見込める。

お わ り に

尿沈渣の自動化により、1件あたりの所要時間が短縮し、より多くの検体処理を行うことが可能となった。このことで泌尿器科外来の尿検査を検査科で行えるようになり、医師およびスタッフの業務も軽減された。また、自動判別で個人差のない検査ができることで時間外での対応も可能となった。新機器導入により尿検査の運用を変更することで検査業務の標準化、効率化に大きな効果が得られたと考える。

検査結果の信頼性を考えながら、業務のさらなる効率化を図ることで、検査結果報告の迅速化を目指し、患者サービスにつなげたい。

文 献

- 1) シスメックス株式会社 製品・サービスのご案内
UF-1000i 引用 [2010-12-8] Available from URL
<http://products.sysmex.co.jp/products/uf-1000i/index.html>.
- 2) 山中洋子, 杉本深雪, 久保田玉美, ほか: 全自動

尿中有形成分分析装置UF-1000iを用いて異型細胞を検出するためのロジックの検証. *SYSMEX Journal* 2010; 11(2): 1-5.

- 3) 社団法人 日本臨床衛生検査技師会: 尿沈渣検査法2000. 東京. 社団法人 日本臨床衛生検査技師会. 第2刷. 2000.

Medical essay

はじめの一步

毎年、呼吸器内科に研修医が来る度に、
「また、ここから教えなければならないのか……」
と思うことがある。

それは、日本語の書き方である。

まず、文章や段落の書き始めに1文字空けることをせず、文章が長くなっても改行せず、まるで携帯電話のメールのような文章を書く人が多い。そこで、「文章や段落の書き始めは1文字空けましょうね。文章が長くなったら改行しましょうね。」ということから教えなければならない。ここは小学校か？

次に、片仮名を半角にする癖がついている者もいる(ｽﾏｲﾂ, など)。いちいち「全角で書くように」と直さなければならない。医学雑誌や教科書やガイドラインなどを見れば、そのような書き方をしないことは明らかである。

発表のスライドなどで、平気で「X P」とか「レントゲン写真」などと書く者がいる。「X線」が正式な用語である。

現病歴は、既に起きたことを書くはずなのに、現在形が混在している者もいる。「現病歴は過去形で統一して書くんだよ。」と教えるのは私の仕事なのか？

他にも色々あるが、長くなるので省略する。

日本語を正しく書かないのを放置するわけにはいかないが、今後も毎年何回も同じことを指導しなければならないのであろうか。何か良い方法はないのだろうか？ (Y.F.)

症例報告

空洞を伴う多発浸潤影を呈した肺クリプトコッカス症の1例*

内科 大場 優 葉** 岡本 佳 裕
谷 野 洋 子 福 居 嘉 信

はじめに

肺クリプトコッカス症はハトなどの鳥類の糞中で増殖している*Cryptococcus neoformans*を経気道的に吸入することにより発症する深在性真菌症である。画像所見上、肺クリプトコッカス症の多くは結節影・腫瘤影を呈すると言われている^{1,2)}。今回われわれは空洞を伴う多発浸潤影を呈した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症 例：70歳代、男性

主 訴：6ヵ月間続く咳嗽

現病歴：リウマチ性多発筋痛症などで平成21年8月から当院血液内科に通院し、PSL 12.5mg/日を内服していた。6ヵ月間続く湿性咳嗽を主訴に平成22年11月、近医を受診した。胸部X線写真と胸部CTで異常陰影を指摘され、11月16日に当科を紹介受診。11月18日入院となった。入院時の症状は咳嗽のみで発熱や呼吸困難、嘔気嘔吐、頭痛、項部硬直はなかった。

既往歴：虫垂炎手術（昭和33年）、帯状疱疹（平成5年）、左下肢静脈瘤手術（平成12年）、高血圧（平成14年から内服治療）、糖尿病（平成18年から食事運動療法）、大

腸ポリペクトミー（平成19年）、前立腺癌手術（平成20年）、一過性脳虚血発作（詳細不明）

生活歴：喫煙15本/日×30年（Brinkman Index450）、機会飲酒、ペットなし（家の近くにカラスが集まる場所がある）。

家族歴：特記事項なし

入院時現症：身長169.0cm、体重57.3kg。体温36.5℃、脈拍72回/分・整、呼吸回数18回/分、血圧126/68mmHg、室内気SpO₂ 96%。意識清。両眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄染なし。心音は雑音なし。肺音はラ音を聴取しない。腹部は平坦軟、圧痛なし、肝脾を触知しない。神経学的異常所見なし。

初診時血液検査所見：ステロイド内服によると思われる軽度の白血球増加の他に、CRPの軽度上昇、随時血糖値とHbA1cの高値を認めた。カンジダ抗原、β-Dグルカンは陰性だったがアスペルギルス抗原は0.7倍と陽性を示した。LDH上昇はみられなかった（表1）。

表1 初診時血液検査所見

末梢血			生化学				
WBC	9930	/μl	Na	138	mEq/l	LDH	163 IU/l
seg	88.9	%	K	4.0	mEq/l	ALP	167 IU/l
eos	0.2	%	Cl	102	mEq/l	γ-GTP	40 IU/l
baso	0.2	%	Ca	10.3	mg/dl	CRP	1.27 mg/dl
mono	2.9	%	BUN	20.1	mg/dl	血糖	163 mg/dl
lymph	7.8	%	Cr	0.73	mg/dl	HbA1c	7.0 %
RBC	412	万/μl	UA	6.1	mg/dl	HBs-Ag	(-)
Hb	12.9	g/dl	TP	6.5	g/dl	HCV-Ab	(-)
Ht	38.7	%	Alb	3.5	g/dl	ワ氏	(-)
Plt	24.4	万/μl	T-Bil	0.8	mg/dl	カンジダ抗原	(-)
検尿			GOT	14	IU/l	β-Dグルカン	(-)
蛋 白	(-)		GPT	21	IU/l	アスペルギルス抗原	0.7倍
糖	(-)		ESR	36.7mm/1時間			
ケトン	(-)						
潜 血	(-)						

* : A case of pulmonary cryptococcosis showing multiple consolidations with cavities.

** : Yuha OBA, et al.

Key words : 肺クリプトコッカス症, 画像所見, 浸潤影, 空洞



図1 初診時胸部X線写真

右肺野全体に空洞を伴う浸潤影が認められ、右肺の容積減少が認められた。



図2 初診時胸部CT

右肺全体に拡張した気管支と連続する空洞性病変，air bronchogramを伴う浸潤影が多発性に認められた。左肺には病変を認めなかった。

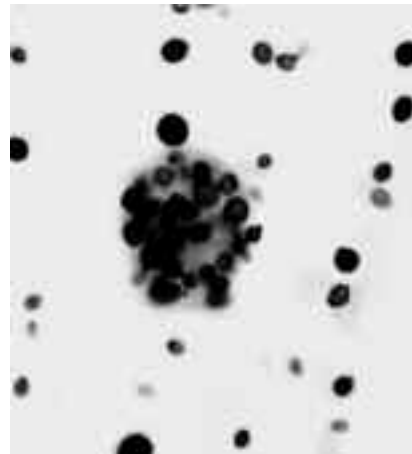


図3 喀痰Grocott染色（400倍）

黒色に染まる多数の酵母様真菌と，マクロファージによる貪食像が認められた。

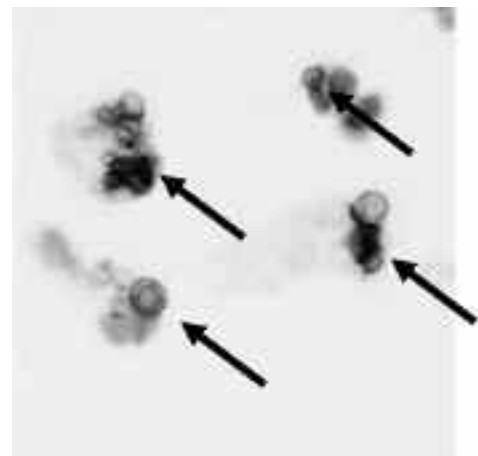


図4 喀痰抗クリプトコッカス抗体免疫染色（400倍）

菌体の夾膜に陽性所見が認められた。

初診時胸部X線写真：右肺野全体に空洞を伴う浸潤影が認められ、右肺の容積減少が認められた（図1）。
初診時胸部CT：右肺全体に拡張した気管支と連続する空洞性病変，air bronchogramを伴う浸潤影が多発性に認められた。左肺には病変を認めなかった（図2）。
喀痰細胞診：複数回にわたりGrocott染色で黒色に染まる酵母様真菌を多数認め、マクロファージによる貪食像もみられた。抗クリプトコッカス抗体免疫染色では菌体の夾膜に陽性所見を認めた（図3，4）。

喀痰培養：常在菌のみ

喀痰抗酸菌検査：塗抹・培養・PCRともに陰性であった。

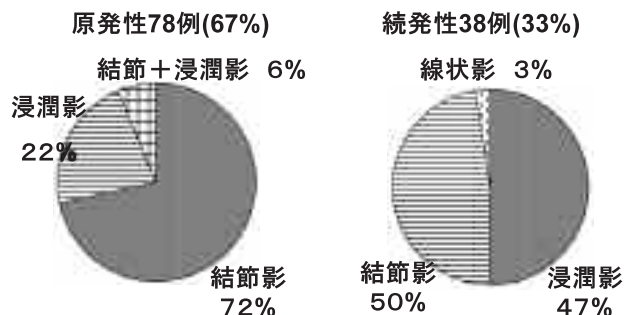


図5 退院時胸部X線写真
浸潤影の改善が認められた。

血清*Cryptococcus neoformans*抗原：陽性
入院後経過：以上より糖尿病とプレドニン内服に合併した続発性肺クリプトコッカス症と診断し、11月29日よりホスフルコナゾールによる治療を開始した。治療開始後、CRP 7.97 mg/dlと一時的に上昇したが、12月中旬から胸部X線写真での浸潤影、咳嗽、炎症反応はともに改善を認めた。12月15日からフルコナゾール200mg/1x内服に変更し、12月22日退院となった（図5）。

考 察

肺クリプトコッカス症は、土壌や汚水など自然界に広く生息し、ハトなどの鳥類の糞中で増殖している*Cryptococcus neoformans*を経気道的に吸入することにより発症する深在性真菌症である^{1,2)}。明らかな基礎疾患を有しない患者に発症する原発性と、基礎疾患を有する患者に発症する続発性に分類される。健康成人にも発症することは肺クリプトコッカス症の特徴であり、これは*Cryptococcus neoformans*が肺胞マクロファージによる貪食殺菌に抵抗するためと言われている。そのため発症には細胞性免疫が重要とされ、発症の危険因子は悪性腫瘍、後天性免疫不全症候群、移植後、膠原病や糖尿病などの免疫不全状態、ステロイド薬や免疫抑制薬投与中などである³⁾。原発性では無症状のことが多く、約半数が健診によって発見される⁴⁾。髄膜炎を併発することもあり、粘膜・皮膚に病変を形成



緒方賢一ほか：肺クリプトコッカス症の2例

一本邦報告116例からみた原発性と続発性の比較一、気管支学1997;19:122-126

図6 緒方らによる肺クリプトコッカス症116例の報告
原発性・続発性どちらも結節影が最多だが、続発性の方が非典型的な画像所見が多くみられる。

することもある。

画像所見では境界明瞭な孤立性もしくは多発性の結節影を認めることが多い。右側一側、胸膜直下や胸膜近傍に分布することが多く、多発性の場合同一肺葉内にみられるという傾向がある⁵⁾。その他の所見として空洞影、spiculation、胸膜陥入像、血管収束像などが認められることもあり、肺癌や肺結核との鑑別が困難であった症例も多数報告されている^{6~10)}。肺門リンパ節腫脹や胸水貯留、石灰化は認められないことが多い¹¹⁾。

緒方ら⁴⁾は1987年から1995年末までに報告された肺クリプトコッカス症116例の画像所見について検討している。116例中、原発性は78例（67%）、続発性38例（33%）であり、原発性・続発性どちらも結節影が最多となっている（図6）。しかし原発性では結節影72%、浸潤影22%なのに対し、続発性では結節影50%、浸潤影47%、線状影3%と続発性の方が非典型的な画像所見が多くみられる。この傾向は内田ら¹⁾、加藤ら¹²⁾、Khouryら¹³⁾も報告している。澤井ら¹⁴⁾の報告でも、原発性肺クリプトコッカス症では典型的な末梢結節影を呈することが多いのに対し、続発性では多発結節、空洞、肺炎様陰影、胸水などの多様な所見を呈しやすく、これは細胞性免疫の機能低下に伴い肉芽腫性反応が起きにくくなるためだとされている。今回われわれが経験した症例は続発性肺クリプトコッカス症であり、糖尿病とステロイド内服が非典型的な画像所見を呈した要因となった可能性もある。免疫能の低下が認められる患者で胸部X線写真上肺炎を疑うような浸潤影を認めた場合、肺クリプトコッカス症を鑑別疾患

に挙げることも必要であると思われる。

おわりに

- ・今回、空洞を伴う多発浸潤影を呈する続発性肺クリプトコッカス症を経験した。
- ・原発性肺クリプトコッカス症では末梢の結節・腫瘤影が多く、続発性肺クリプトコッカス症では原発性よりも多様な画像所見を呈することが多い。

(本論文の要旨は、第101回日本呼吸器学会北海道支部学術集会において発表した)

文 献

- 1) 内田達男, 今泉宗久, 浅岡峰雄: 原発性肺クリプトコッカス症: 症例報告と本邦報告115例の検討. 日本臨床外科学会雑誌 1987; **48**: 639-44.
- 2) 深在性真菌症のガイドライン作成委員会: 深在性真菌症の診断・治療ガイドライン2007.
- 3) 宮崎義継, 河野 茂: 真菌感染症 クリプトコッカス症. 日本臨床 2003; **61(S3)**: 829-834.
- 4) 緒方賢一, 綿屋 洋, 諸岡三之, ほか: 肺クリプトコッカス症の2例—本邦報告116例からみた原発性と続発性の比較—. 気管支学 1997; **19**: 122-126.
- 5) 国弘佳枝, 松本常男, 栗屋ひとみ, ほか: 同一肺葉内に多発する結節・腫瘤影 肺クリプトコッカス症. 総合臨床 2006; **55**: 2725-2729.
- 6) 関谷潔史, 戸島洋一, 本間 栄, ほか: 胸膜に沿って帯状陰影を呈した肺クリプトコッカス症の1例. 日本胸部臨床 2008; **67**: 334-339.
- 7) 大内 洋, 藤田昌樹, 南 貴博, ほか: 肺クリプトコッカス症における臨床的検討—COP類似病変を呈した症例報告とともに—. 日本胸部臨床 2005; **64**: 161-166.
- 8) 清島 亮, 岡林剛史, 金井歳雄, ほか: 急速に増大し, 転移性肺腫瘍との鑑別に苦慮した肺クリプトコッカス症の1例. 日本臨床外科学会雑誌 2008; **69**: 2827-2831.
- 9) 伊東友好, 小林大起, 白土直子, ほか: 孤立性腫瘤影を呈しFDG-PET陽性を示した肺クリプトコッカス症の1例. 呼吸 2009; **28**: 650-651.
- 10) 福西恵一, 新谷泰久, 小原章央, ほか: 葉間胸膜陥凹像を伴った原発性肺クリプトコッカス症の1例. 日本胸部臨床 2007; **66**: 509-515.
- 11) 西田光里, 松浦邦臣, 山内勢津子, ほか: 孤立性巨大腫瘤影を呈した原発性肺クリプトコッカス症の1例. 呼吸 2006; **25**: 1160-1161.
- 12) 加藤貴子, 高柳 昇, 宮原庸介, ほか: 肺クリプトコッカス症の臨床的検討. 日本呼吸器学会雑誌 2005; **43**: 449-453.
- 13) Khoury MB, Godwin JD, Ravin CE et al: Thoracic Cryptococcosis: Immunologic Competence and Radiologic Appearance. Am J Roentgenol 1984; **142**: 893-896.
- 14) 澤井豊光, 杉山幸比古, ほか: クリプトコッカス症. Medical Practice 2002; **19**: 2115-2119.

Medical essay

藤原道長と糖尿病

源氏物語の光源氏は、藤原道長がモデルといわれています。

「この世をばわが世とぞ思う望月の欠けたることもなしと思へば」と天皇の外祖父として栄華を極めた歴史上の人物です。藤原道長は日本では記録に残る糖尿病患者の第1号と言われています。当時の記録では、摂政関白となった頃(50歳)より、「頻りに将水を飲む。口渴き力無し。食は例より減ぜず。」という糖尿病特有の症状である多飲・口渴が出現し、52歳で先の有名な和歌を詠んだ頃には「目見えざる由近づくも即ち汝の顔殊に見えず。晩景と昼の時と如何と、只殊に見えざるなり。」と糖尿病の合併症で視力が低下した記録が残されています。最後には61歳で背中 of 瘍がもとで敗血症を引き起こし、亡くなっています。

当時の貴族は激しい権力闘争によるストレスに加え、1日2回の食事の他、間食、夜食を摂り、週に2～3回は宴会だったようです。また、非活動的な生活と衣装による運動不足もあったことでしょう。平安時代には一部の貴族にのみみられた糖尿病は、現在では全国におよそ880万人にのぼり、増加し続けています。

(M.S.)

症例報告

肺大細胞癌の胃転移の1剖検例*

内 科 高 橋 佳 恵** 福 居 嘉 信
 谷 野 洋 子 菊 地 陽 子
 富 永 素 矢 小 澤 賢一郎
 垂 石 正 樹 斉 藤 裕 輔
 岡 本 佳 裕
 臨床病理 高 田 明 生

はじめに

原発性肺癌は他臓器転移を多く認めるが、消化管への転移は少なく、特に胃転移は非常に稀で¹⁾、生存中に診断・治療される例は少ない⁸⁾。今回、肺癌と同時に胃癌が発見され、当初重複癌と考えられていたが、剖検によって肺癌の胃転移と診断された症例を経験したので、これを報告する。

症 例

症 例：74歳，男性

主 訴：胃部不快感，心窩部痛

既往歴：27歳 痔手術，47歳 胃潰瘍，68歳 薬剤性肝機能障害

家族歴：特記事項なし

現病歴：平成15年から陳旧性心筋梗塞と特発性肺線維症のため当院に通院していた。半年毎の胸部X線と呼吸機能検査で、両下肺野の粒状影と肺活量の緩徐な低下が認められていた。

平成21年4月下旬から胃部不快感と心窩部痛を自覚した。5月上旬，当院消化器内科を受診し，上部消化

管内視鏡で幽門部小彎側にBorrmann 3型の腫瘍が認められ，同日同科入院となった。

生活歴：喫煙20歳から68歳まで20本/日，飲酒なし

入院時現症：血圧98/59mmHg，体温36.8℃，脈拍89bpm，室内気SpO₂ 88%，頸部リンパ節腫脹なし，腹部異常所見なし，両下肺野を中心にfine cracklesを聴取した。入院時検査所見：WBC 10230/ μ l，CRP 2.51mg/dlと炎症反応の上昇，CA19-9 314.9U/ml，NSE 24.3ng/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。また，RBC 321万/ μ l，Hb 9.7g/dlと低下し，貧血を認めた。KL-6については，外来経過中の値と比べ増悪を認めなかった（表1）。

表 1 入院時検査所見

末梢血			生化学				
WBC	10230	/ μ l	TP	7.0	g/dl	Na	138 mEq/l
seg	64.6	%	ALB	3.5	g/dl	K	4.2 mEq/l
eos	5.5	%	T-Bil	0.7	mg/dl	Cl	101 mEq/l
baso	0.4	%	GOT	20	IU/l	Ca	8.9 mg/l
mono	4.9	%	GPT	12	IU/l	CEA	4.8 ng/ml
lymph	24.6	%	ALP	264	IU/l	CA19-9	314.9 U/ml
RBC	321 万	/ μ l	γ GTP	19	IU/l	KL-6	4306 U/ml
Hb	9.7	g/dl	BUN	14.4	mg/dl	SLX	29.1 U/ml
Ht	29.6	%	Cr	0.73	mg/dl	NSE	24.3 ng/ml
Plt	31.1 万	/ μ l	LDH	251	IU/l	SCC-Ag	1.7 ng/ml
			CRP	2.51	mg/dl	HBs-Ag	(-)
			TCHO	152	mg/dl	HCV-Ab	(+)

* : An autopsy case of metastasis to the stomach from large cell carcinoma of the lung.

** : Kae TAKAHASHI, et al.

Key words : 肺癌，大細胞癌，胃，転移，剖検

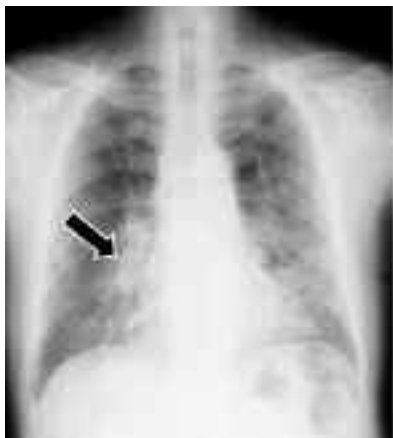


図1 入院時胸部X線
両側下肺野に網状粒状影を認める
右肺門部に腫瘤影(➡)を認める



図2 入院時胸部CT
両側下肺野に網状粒状影を認める
右S¹⁰の腫瘤影(➡)と、右肺門リンパ節腫脹(⇨)を認める

胸部X線：両側下肺野に網状粒状影を認める。また、右肺門部に腫瘤影を認める(図1)。

胸部CT：両下葉背側に蜂巣肺を認める。右肺S¹⁰に



図3 入院時腹部CT
胃幽門部に腫瘤影(⇨)を認める



図4 上部消化管内視鏡検査
幽門部小弯側から胃角部にかけて中央に白苔を伴う深い潰瘍を形成したBorrmann 3型腫瘍(➡)が存在し幽門輪は圧排変形している
さらに口側後壁に小潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様の病変を認める(⇨)

48mm大の腫瘤影、同側肺門・縦隔リンパ節腫脹、右胸水貯留を認め、さらに両肺に10mm前後の多発結節影を認める(図2)。

腹部CT：胃幽門部の腫瘤影、腹膜・左副腎・腸骨転移を認める(図3)。

上部消化管内視鏡検査：幽門部小弯側から胃角部にかけて、中央に白苔を伴う深い潰瘍を形成したBorrmann 3型の腫瘍が存在し、幽門輪は圧排変形している。そのさらに口側後壁には、表面に小潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様の病変も認める(図4)。

入院後経過：上部消化管内視鏡検査の生検結果は「Group V poorly differentiated adenocarcinoma」であり、胃癌についてはUML, 3型, T3, N1, H0, P1, M1で

c-stageⅣと診断した。幽門部狭窄に対してステント留置後、肺腫瘍および全身精査のため気管支鏡検査、骨シンチグラフィー、脳MRIを施行した。気管支鏡検査では右下幹がほぼ閉塞し、同部位からの擦過細胞診で「ClassⅤ Squamous cell carcinoma」と診断された。骨シンチグラフィーと脳MRIでも多発骨転移および脳転移を認め、この時点で肺癌および胃癌の重複癌と考え、ともにc-stageⅣと診断した。全身精査後、5月下旬に小腸穿孔による化膿性腹膜炎を起こし、6月上旬には癌性胸水増加と閉塞性肺炎を認めた。経過とともに呼吸状態は徐々に増悪し、6月中旬に永眠、6月17日剖検を施行した。

病理解剖組織所見：腹部は膨満し、腹腔内には遊離ガスの貯留とともに、胆汁様に混濁した275mlの腹水貯留を認める。胸水は、左に血性100ml、右に淡血性800mlの貯留を認める。

肺は、左が370g、右が615gで、右肺は左肺の2倍程度の重量増加を認める。肉眼的に、右肺S9-10に最大断面で7×6cmの境界不明瞭な白色調の腫瘍を認め、末梢は無気肺となっている。また、両肺野に直径1cm前後の多発肺転移および、両肺門リンパ節と縦隔リンパ節への転移を認め、肺腫瘍の一部は肺底部で胸膜に露出している。両肺下葉はともに肺容積が減少し、特に左肺下葉は蜂巣肺の肉眼形態を示す。組織学的には、右肺腫瘍は1個程度の核小体を示す大型類円型核と豊富な胞体を有する腫瘍細胞が、腺管形成を示さない充実性胞巣を作り増殖している（図5）。免疫染色上、腫瘍細胞はほぼ全ての上皮

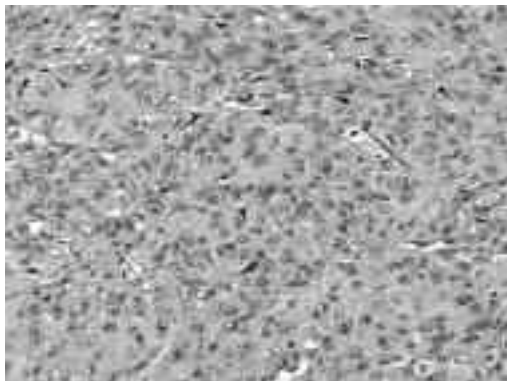


図5 剖検肺 H E ×20

1個程度の核小体を示す大型類円型核と豊富な胞体を有する腫瘍細胞が腺管形成を示さない充実性胞巣を作り増殖している

細胞・癌腫細胞に反応するAE1/AE3（+）、染色特性の組み合わせにより腫瘍細胞の原発推定に利用されるCK7（+）/CK20（-）、肺・甲状腺にのみ発現する核転写因子で組織特異性の高いTTF-1（+）、十二指腸から直腸までの粘膜上皮の核に発現し肺癌では陽性率の低いCDX2（-）を示し、肺原発の大細胞癌の免疫染色所見として矛盾しない。さらに、Chromogranin A（-）、Synaptophysin（-）、CD56（-）より肺神経内分泌腫瘍の可能性は否定的であった。

胃は、肉眼的に胃下部から幽門輪にかけて小彎側に直径約7cmの3型腫瘍を認め、幽門狭窄に対してステントが挿入されている。また、幽門部は小彎リンパ節腫大により外方からも圧排されている。ステント内部に腫瘍細胞の進展を認めるが閉塞には至らず、内腔は開存している。組織学的には、幽門部の腫瘍は右肺下葉と同様の組織像を呈し（図6）、胃への肺癌転移と考えられた。粘膜面の腫瘍進展はほとんど認められず、肉眼的な腫瘍の占拠領域と組織学的な腫瘍の占拠領域はほぼ一致していた。

小腸は、Treitz靱帯から約90cm肛側部位で直径約4.5×3.0cmの腫瘍転移を認め、中心部に1.5×1.0cmの穿孔をきたしている。その他、肉眼的に計13箇所の小腸転移を認めるが、穿孔はみられない。組織学的に、右肺腫瘍と同様の腫瘍細胞増殖を認め、肺癌の小腸転移像を呈す。

肝臓は、重量1185g、肉眼的には褐色の断面を示し、直径1cm程度の転移巣が数個認められる。組織学的に、右肺腫瘍と同様の腫瘍細胞の増殖を認め、肺癌の

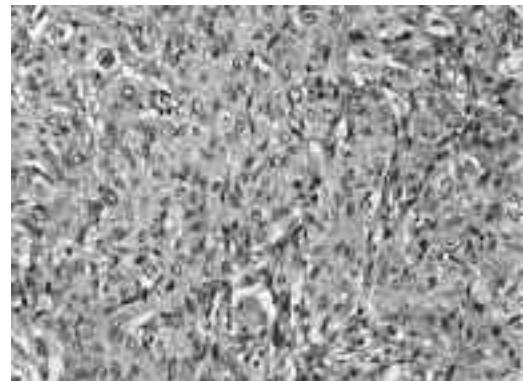


図6 剖検胃 H E ×20

1個程度の核小体を示す大型類円型核と豊富な胞体を有する腫瘍細胞が腺管形成を示さない充実性胞巣を作り増殖している

肝転移像を呈す。

副腎は、重量左25g、右5gで、左副腎に腫瘍転移を認める。組織学的には右肺と同様の腫瘍細胞の増殖を認める。

腎臓は、重量左200g、右155gで、両腎とも直径数mmの腫瘍転移を少数認める。両腎に乳頭壊死を認めるが、組織学的に糸球体・尿細管ともに著変を示さない。

脾臓は、重量205g、肉眼的には萎縮や壊死を認めない。脾周囲リンパ節に複数のリンパ節転移を認める。組織学的には右肺腫瘍と同様の腫瘍転移を呈する。

骨髄は、肉眼的・組織学的に下部腰椎に腫瘍転移を認める。

病理解剖・組織診断：

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

考 察

本症例は、剖検によって初めて肺癌の胃転移と診断された症例であった。

本症例が生前に胃癌および肺癌の重複癌と診断された理由としては、転移性胃癌そのものの頻度が少なく生前に診断されることは稀であることと、肺癌の胃転移の頻度も少ないことが挙げられる¹⁾。悪性腫瘍の消化管転移は、剖検時に偶然発見される場合がほとんどであり、消化管出血やイレウス、消化管穿孔などの重篤な合併症を起こすまで気づかれないことが多いため、ほとんどが剖検症例による報告である。剖検例を集計した報告で、転移性胃癌は、全悪性腫瘍中の約5.9%であり、原発性胃癌の半数以下の頻度であった。転移性胃癌が認められた場合、その原発臓器としては、脾臓（約18.1%）に次いで、肺（約12.1%）は2番目に多かった。原発性肺癌が認められた場合、胃への転移率は約4.5%と低かった¹⁾。

次に、本症例では、上部消化管内視鏡検査や胃X線検査で転移性胃癌に典型的な所見を呈していなかった

ことも、生前に胃転移と診断されなかった理由として挙げられる。転移性胃癌の形態的特徴として、胃X線検査で滑らかな辺縁と中央に深く大きい陥凹または潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変（bull's eye sign）を呈することが知られており、転移巣は胃底部から体部の大彎側に好発する^{2~5)}。しかし、本症例では、粘膜下腫瘍より3型腫瘍の形態が主であり、大型で潰瘍が深いことや好発部位と異なっていたことなどから、転移性胃癌を疑うことは困難であった。ただし、剖検後にX線写真を見返すと一部粘膜下を這うような進展形式をとっており、原発性胃癌としては典型的でなかったと考えられる。

そして生前に胃癌と肺癌の重複癌と診断された最大の要因は、胃の生検結果が腺癌で、気管支擦過細胞診の結果が扁平上皮癌と、それぞれの病理診断が異なっていたことである。本症例の胃の生検では、核クロマチンが増加し、部分的に胞体に粘液を有する腫瘍細胞が、腺管形成などの所見を示さず充実性あるいは索状配列をとり増殖していたため、低分化型腺癌の診断に至った。一方、気管支擦過細胞診では、角化傾向に乏しく分化度の低い腫瘍細胞が重畳性に出現し、1つ1つの細胞はN/C比が高く、核は中心性で大小不同および粗顆粒状のクロマチンが濃染し、細胞質はライトグリーンに好染していたため、扁平上皮癌の診断となった。病理診断においては、わずかでも腺または扁平上皮分化が認められた場合、大細胞癌という診断は避けるのが原則であるため、生前に大細胞癌と診断することは困難であったと考えられる。

以上の結果から、生前は胃癌と肺癌の重複癌と診断されたが、重複癌が疑われた時点で転移の可能性も念頭に置き、どちらが原発かを鑑別する意味で、肺・甲状腺にのみ発現し原発性肺癌に感度・特異度が高いTTF-1などの免疫染色による精査を依頼する方が望ましかったと考えられた。

原発性肺癌は比較的早期から遠隔転移をきたし、転移臓器も多岐にわたる⁶⁾。胃転移に関しては大細胞癌や小細胞癌などの分化度の低い癌の頻度が高く、胃転移が認められた場合には他の消化管へも多発性に転移をきたしていることが多い⁷⁾。また、肺癌胃転移が生前に診断されることは極めて稀で、わずか0.4%という報告があり⁸⁾、そのほとんどが肺癌と同時または肺癌の経過中に発見されている⁹⁾。そのため、生前の胃転移病変に対する治療についての報告も少ない。肺小細

胞癌の胃転移では化学療法が奏効した報告もあるが¹¹⁾、本症例のような肺非小細胞癌の胃転移については化学療法有効例の報告はなく、胃転移病変の穿孔・出血・通過障害に対して外科的治療が選択されることはあっても、その予後は極めて不良でほとんどが1年以内の死亡である。これは、消化管転移単独は稀で、大多数が全身多臓器転移するためと考えられる。そのため、出血コントロールなどの理由で胃転移病変に対して手術を行う場合、部分切除などの最小限の手術にとどめる方がよいと考えられている^{8,10)}。

結 語

生前は重複癌と考えられた、肺大細胞癌の胃転移の1例を経験した。本症例は、剖検によって初めて胃転移と診断され、剖検の重要性が再確認された症例であった。

文 献

- 1) 原岡誠司, 岩下明德, 中山吉福: 病理から見た消化管転移性腫瘍. 胃と腸 2003; **38**: 1755-1771.
- 2) 濱中久尚, 小田一郎, 後藤田卓志, ほか: 転移性胃腫瘍の形態的特徴—内視鏡像を中心に. 胃と腸 2003; **38**: 1785-1789.
- 3) 手塚敏史, 阿部秀一, 吾妻雅彦, ほか: 胃転移を生じた肺大細胞癌の1例. 内科 2009; **104**: 972-974.
- 4) 田邊 渉, 青山育雄, 仁尾美賀子, ほか: 転移性胃腫瘍28例の検討. 倉敷中病年報 2008; **71**: 19-24.
- 5) 西藤 勝, 中川一彦, 伊藤令子, ほか: 胃へ転移し大量出血をきたした肺大細胞癌の1例. 日本腹部救急医学会雑誌 2002; **22**: 819-822.
- 6) 山本英希, 松島申治, 清水一雄: 肺癌切除直後に胃・小腸転移が発見された1例. 日呼外会誌 2004; **18**: 38-44.
- 7) 田中久雄, 唐下泰一, 堀江 聡, ほか: 小さな粘膜下腫瘍として生前発見された肺扁平上皮癌胃転移の1例. 鳥取医誌 2002; **30**: 132-137.
- 8) 堀田欣一, 小山恒男, 宮田佳典, ほか: 肉眼型の変化を経過観察し得た肺扁平上皮癌胃転移の2例. ENDOSCOPIC FORUM for digestive diseases 2001; **17**: 10-15.
- 9) 高山智燮, 山田行重, 久永倫聖, ほか: 肺扁平上皮癌胃転移の1例. 日本消化器外科学会誌 2001; **34**: 1522-1526.
- 10) 笹岡彰一, 本間裕敏, 用海正博, ほか: 肺大細胞癌の転移による胃横行結腸瘻の1例. 市立室蘭医誌 2005; **30**: 18-21.
- 11) 石岡英彦, 石木邦治, 今田貴之, ほか: 化学療法で消失した肺小細胞癌胃転移の1例. 日本消化器病学会雑誌 2004; **101**: 510-515.

Medical essay

漢方談話 ～ 二日酔に五苓散

五苓散は漢方で言う利尿剤の代表格である。利尿剤とは「体内の水の偏在を正す」薬だ。西洋薬の利尿剤は体内の水分を排出する、いわば排尿剤でしかないが、漢方の利尿剤は、体の中で水分の多いところから水を抜き、水分の少ないところへ水を足してくれる。その結果体内水分量が過剰であれば尿量が増えるが、体内水分量が不足しているなら尿量は増えない。漢方では「水を捌く（さばく）」とも言う。実に格好良い表現だ。

水を捌く五苓散の効果を誰もが簡単に実感できるのが、二日酔の朝である。口はカラカラに渴いているのに手や指、目瞼や顔はむくんでいて、胃の具合も悪く吐き気もあって頭痛もする。漢方的にはこれらの症状は水の過不足が原因である。二日酔の朝は、体内でまさに「水の偏在」が起きているのだ。そんな二日酔の朝に五苓散である。二日酔の症状が驚くほど楽になる。実は、酔っぱらって帰って来た夜、寝る前に五苓散を飲むと、次の日の二日酔いそのものが半減する。酒飲みの方々、是非お試しあれ。

(M.S.)

症例報告

当科で経験した重症偽膜性腸炎の3例*

内科 高 橋 慶太郎** 富 永 素 矢
 小 澤 賢一郎 垂 石 正 樹
 堂 腰 達 矢 菊 地 陽 子
 中 村 和 正 鈴 木 聡
 助 川 隆 士 千 葉 篤
 斉 藤 裕 輔

はじめに

偽膜性腸炎Pseudomembranous colitis (PMC)は抗菌薬投与による菌交代現象で異常増殖した*Clostridium difficile* (CD)の毒素によって発症する抗菌薬起因性腸炎として知られている。多くの場合は塩酸バンコマイシン(VCM)の内服で軽快するが、時に重症化し、全身状態が急速に悪化する。今回、重症偽膜性腸炎の3例を経験したので報告する。

症 例 1

症 例：34歳，女性

主 訴：下痢，発熱，腹部膨満

既往歴：24歳 S状結腸過長症でS状結腸部分切除

家族歴：特記事項なし

現病歴：2006年4月近医で帝王切開後，下痢症状が出現した。急性腸炎の診断でセフトラジム(CAZ)を投与され退院した。しかし，退院後に発熱，腹部膨満，強い全身倦怠感が出現したため5月当科を紹介された。腹部単純写真，CTで全大腸壁は著明に肥厚しており(図1a)，大腸内視鏡(Colonoscopy:CS)では直

腸に多数の偽膜が認められた。重症PMCと診断され，同日入院した。

入院時現症：身長150cm，体重40kg，脈拍120bpm，血圧83/56mmHg，腹部膨隆・軟，臍部左側に圧痛，Blumberg徴候を認めた。

血液生化学所見：WBC 29770/ μ l，CRP 12.32mg/dlと上昇しており，低蛋白血症，低Na血症を認めた。腸液培養では*C.difficile* 3+であった(表1)。

入院時の大腸内視鏡検査所見：直腸から黄白色の偽膜を多数認め，S状結腸の著明な拡張を認めた(図1b)。

表1 入院時検査所見－症例1

WBC	29770	/ μ l	LDH	312	IU/l
RBC	3.89×10^6	/ μ l	AMY	82	IU/l
Hb	11.8	g/dl	BUN	22.2	mg/dl
Ht	35.0	%	Cre	0.89	mg/dl
Plt	34.2×10^4	/ μ l	Na	127	mEq/l
TP	4.6	g/dl	K	3.3	mEq/l
Alb	2.1	g/dl	Cl	93	mEq/l
T-bil	0.3	mg/dl	CRP	12.32	mg/dl
D-bil	0.2	mg/dl			
AST	21	IU/l	腸液培養		
ALT	11	IU/l	<i>C.difficile</i> (3+)		

* : Three cases of severe pseudomembranous colitis.

** : Keitaro TAKAHASHI, et al.

Key words : 偽膜性腸炎, *C.difficile*

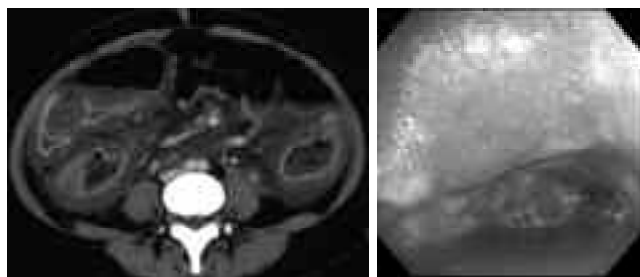


図 1 症例 1

- | | |
|---------------|--------------------|
| a. 入院時CT | 全大腸の著明な壁肥厚を認めた |
| b. 入院時大腸内視鏡CS | 直腸からS状結腸に多数の偽膜を認めた |
| c. 入院28日目CS | 偽膜は完全に消失した |

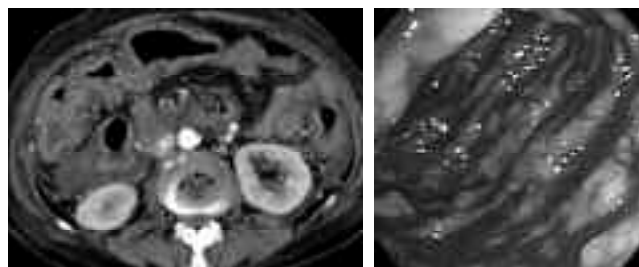


図 2 症例 2

- | | |
|-------------|----------------|
| a. 入院時CT | 全大腸の著明な壁肥厚を認めた |
| b. 入院11日目CS | 全大腸に偽膜と血液を認めた |
| c. 入院20日目CS | 偽膜は消失した |



臨床経過：入院時、38℃台の発熱を認め、収縮期血圧が60mmHg台に低下した。呼吸数30回/分以上で脈拍120bpm前後と呼吸促迫や頻脈も出現し、偽膜性腸炎が重症化した結果、septic shockに至ったと考えられた。集中治療室（ICU）で全身管理を行うとともに偽膜性腸炎に対する治療としてVCM 2g/日の内服を開始した。また、麻痺性イレウスの状態が続いていたため、内服ではVCMが大腸に到達しない可能性が高いと考え、CSでVCM 1.0g+蒸留水40ml散布を6日間行った。徐々に全身状態は安定し始め、入院6日目にはCS上、偽膜がほぼ消失し、便培養でもCD毒素陰性となった。CT上も腸管の壁肥厚は改善していたが、低蛋白血症に伴うと考えられる胸水・腹水の増加を認めたため低蛋白血症を是正しつつ、利尿剤で尿量の増加を図り、胸腹水の改善に努めた。入院7日目に全身状態がかなり改善していたためICUを退室したが、麻痺性イレウスの状態を脱せず経肛門イレウス管を留置し、VCM結腸内投与を継続した。入院11日目、腸管ガスの減少を認めたため経肛門的イレウス管を抜去したが、入院13日目に再び腸管ガスの増加を認め、再度経肛門的イレウス管を留置した。この時点で内視鏡的に偽膜性腸炎の所見は改善傾向であったにも関わらず、炎症反応高値が続いており、megacolonによるbacterial translocationの影響も考えられ、イミペネム・シラスチン（IPM/CS）1g/日の経静脈投与を併用した。麻痺性イレウスによる小腸の拡張も著明であったため、入院14日目に経鼻イレウス管の留置をしたところ、採血上の炎症所見は著明に改善し、便中CD毒素も陰性と

なった。入院18日目にIPM/CSとVCMの投与を終了し、イレウス管も抜去した。入院28日目、CSで粘膜面の炎症は消失（図1c）しており、入院29日目に退院となった。

症 例 2

症 例：73歳、女性

主 訴：下痢、腹痛

既往歴：高血圧症、C型慢性肝炎で近医通院中

家族歴：特記事項なし

現病歴：2008年5月に腹痛、食欲不振のため近医入院した。急性腸炎と診断されセフトリアキソン（CTRX）を経静脈投与されたが改善せず、その後発熱も出現した。第4病日にCSにてPMCと診断され、VCM 1.5g/日の内服で治療が開始された。第11病日にCSで偽膜は消失しており、VCM内服は終了されたが、第18病日に40℃台の発熱、下痢および腹痛でPMCが再燃し、脱水の進行、意識レベルの低下が見られたため当科を紹介された。

入院時現症：身長150cm、体重45kg、脈拍101bpm、体温37.5℃、血圧90/60mmHg、腹部全体に圧痛、Blumberg徴候を認める。

血液生化学所見：WBC 20900/ μ l、CRP 1.83mg/dlと上昇し、低蛋白血症および低Na血症を認めた。腸液培養では*C.difficile*は陰性であった（表2）。

入院時腹部造影CT：全大腸の著明な壁肥厚を認めた（図2a）。

臨床経過：それまでの臨床経過とCT所見からPMCとそ

表2 入院時検査所見－症例2

WBC	20900	/ μ l	AST	20	IU/l
RBC	4.09×10^6	/ μ l	ALT	25	IU/l
Hb	11.8	g/dl	LDH	120	IU/l
Ht	12.4	%	AMY	48	IU/l
Plt	34.2×10^4	/ μ l	BUN	18.0	mg/dl
PT比	1.30		Cre	0.76	mg/dl
APTT	37.1	sec	Na	127	mEq/l
fib	174	mg/dl	K	5.3	mEq/l
FDP	15.2	μ g/ml	Cl	98	mEq/l
TP	5.8	g/dl	CRP	1.83	mg/dl
Alb	1.7	g/dl			
T-bil	1.3	mg/dl	腸液培養 <i>C.difficile</i>	陰性	
D-bil	1.0	mg/dl			

れによる敗血症と診断した。VCM内服で効果不十分であったことからメトロニダゾール (MNZ) 1500mg/日の経口投与に加えて敗血症に対してはVCM 1g/日の静脈投与を併用した。入院5日目には意識状態や腹部症状も改善傾向であったためVCM経静脈投与を終了し、MNZは内服10日間で終了とした。しかし、入院11日目に血便が出現し、CSで全結腸に偽膜を多数認め(図2b)、横行結腸から著しい出血が見られた。MNZの効果が乏しいことから入院12日目よりMNZからVCM 2g/日内服に変更した。また、血小板減少・FDP増加・Fib低下も認め、DICと診断して血小板補充療法、ガベキサートメシル酸塩投与を行った。その後は腹部症状が徐々に消失し、入院20日目のCSでは偽膜が消失(図2c)した。PMCが二度再燃した経過からVCMの漸減が必要と考え1～2週間おきに0.5gずつ減量した。以後は症状の増悪なく経過し、退院となった。

症 例 3

症 例：81歳、女性

主 訴：発熱、全身倦怠感

既往歴：慢性腎不全、慢性心不全、心房中隔欠損症・僧房弁閉鎖不全症・三尖弁閉鎖不全症術後、徐拍性心房細動でペースメーカー挿入

家族歴：兄3人；癌で死亡（詳細不明）、兄1人；腎臓病で死亡（詳細不明）

現病歴：2009年8月、39℃以上の発熱、全身倦怠感を認め、当院救急外来を受診した。WBC 26680/ μ l、

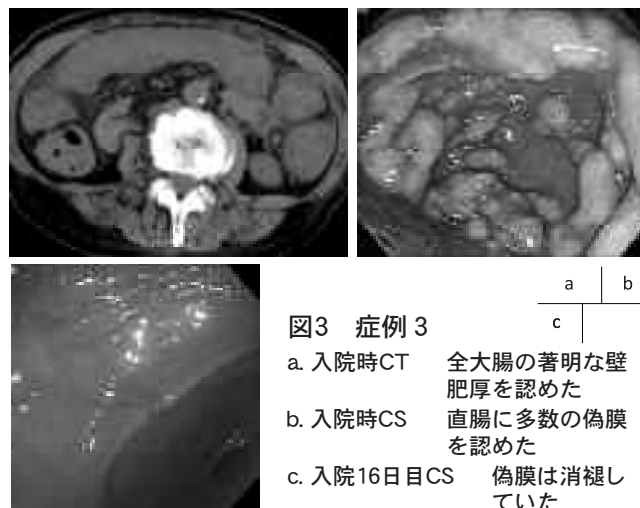


図3 症例3

- a. 入院時CT 全大腸の著明な壁肥厚を認めた
b. 入院時CS 直腸に多数の偽膜を認めた
c. 入院16日目CS 偽膜は消褪していた

表3 入院時検査所見－症例3

WBC	34780	/ μ l	AST	22	IU/l
RBC	2.72×10^4	/ μ l	ALT	11	IU/l
Hb	8.7	g/dl	LDH	259	IU/l
Ht	12.4	%	AMY	59	IU/l
Plt	34.2×10^6	/ μ l	BUN	47.7	mg/dl
PT比	1.37		Cre	5.03	mg/dl
APTT	42.2	sec	Na	132	mEq/l
fib	429	mg/dl	K	3.4	mEq/l
FDP	9.0	μ g/ml	Cl	95	mEq/l
TP	5.7	g/dl	CRP	24.23	mg/dl
Alb	2.7	g/dl			
T-bil	0.7	mg/dl	腸液培養 <i>C.difficile</i>	陽性	
D-bil	0.1	mg/dl			

CRP 19.01mg/dlと炎症反応高値であったためメロペネム (MEPM) を投与され、翌日再診の指示を受けた。再診時腹部は自発痛に乏しいものの、全体にBlumberg徴候を認め、CTでは全大腸の著明な浮腫(図3a)を認めた。CSで直腸に偽膜を多数認め(図3b)、重症PMCと診断されて同日当科に入院した。

入院時現症：意識JCS II-10、身長153cm、体重42kg、脈拍103bpm、血圧87/45mmHg、腹部膨隆・軟、腹部全体にBlumberg徴候を認める。

血液生化学所見：炎症反応高値であり、慢性腎不全の急性増悪、低蛋白血症および低Na血症を認めた(表3)。

臨床経過：重症偽膜性腸炎、敗血症および敗血症性シ

ショック、慢性腎不全急性増悪と診断した。経口摂取が難しかったため、VCM 2g/日を経鼻胃管より投与しつつ、昇圧剤投与や利尿剤の使用で循環動態に対する治療も開始した。しかし、一日尿量100mlと無尿であり、入院2日目にICU入室して持続的血液濾過透析（Continuous hemodiafiltration；CHDF）を施行した。同日より敗血症に対してはVCMの胃管注入に加えてVCM 0.5g/日の経静脈投与も併用した。入院3日目、Plat 7.0万と低下、FDP 16 μ g/mlと上昇してDICが顕著化したため、ダナパロイドナトリウム静注による抗凝固療法、血小板補充療法を開始した。以後、採血では炎症反応は徐々に改善し、CHDF終了後も尿量が確保できるようになったため入院6日目には一般病棟へ移動した。入院16日目、CTで腸管浮腫の改善とCSで偽膜が消滅傾向（図3c）にあることを確認した。また、PMCが改善するにつれてDICからも離脱した。引き続き、蛋白補充、脱水補正を行うことで意識レベル、全身状態も徐々に改善した。入院36日目、CSで大腸に偽膜の消失を確認後にVCM投与終了した。以後、全身状態は安定し、入院52日目に退院した。

考 察

*C.difficile*は芽胞を形成する嫌気性グラム陽性桿菌であり、約30%の毒素産生株がPMCを含む腸管感染症の原因となる。*C.difficile*の感染が引き起こす病態はこれまで欧米ではCD関連疾患（*C.difficile*-associated disease：CDAD）と表記されてきたが、最近の文献では*C.difficile* infection（CDI）と記載されることが多い。PMCはCDIの一部と考えるべきで、TonnaはCDIを臨床的に①無症候性保菌、②単なる抗菌薬関連性下痢、③偽膜のない下痢症、④PMC、⑤劇症PMCの5型に分類している¹⁾。このうちPMCの診断はCSで特徴的な偽膜形成

が見られた場合に限られる。

*C.difficile*は院内のベッドや床などに広く存在し、20～70%の場所から検出されるとWilcoxは報告している²⁾。このような汚染された環境や保菌患者から、医療従事者の手などを介し芽胞を経口感染することによって院内感染は生じる。通常は芽胞が経口摂取されても腸管の正常細菌叢は*C.difficile*が必要な栄養素を消費し、その発育を阻害する。しかし、これらの正常細菌叢が抗菌薬使用により抑制されると*C.difficile*の過剰な増殖を来し、毒素産生を許すことで腸炎が引き起こされる。PMCは抗菌薬の使用から5～10日後に発症するが、早いものでは第1日目から遅いものでは10週後に発症するものもある。

臨床症状は下痢が主体である。その程度は軽症例から広範な潰瘍形成を伴うことにより血性下痢となる重症例まで多彩である。その他の症状として食欲不振、腹痛、腹膜刺激症状や発熱を伴うこともある。合併症としては脱水、低蛋白血症、電解質異常、関節炎、膿瘍、敗血症などがあるが、最も重症な例では中毒性巨大結腸症を呈し、致死的な病態に発展する危険性もある。

2010年に*C.difficile*感染症の臨床診療ガイドライン³⁾がThe Society for Healthcare Epidemiology of America（SHEA）、the Infectious Diseases Society of America（IDSA）より発表された。同ガイドラインによれば治療において最も重要なことはできる限り抗菌薬を中止することとしている。次に、患者個々の病態や重症度を把握し、患者個別に治療を選択する必要がある。以下にSHEA/IDSAに記載されている重症度分類、推奨治療を示す（表4）。

同ガイドラインでは重症度によって治療選択が行われるべきであるとされ、軽症・中等症例にはMNZ、重

表 4

臨床定義		臨床指標	推奨治療
初発	軽症・中等症	白血球数<15000/ μ l および血清Cr値が発症前の1.5倍未満	MNZ 1回500mg, 1日3回, 経口投与, 10～14日間
	重症	白血球数>15000/ μ l および血清Cr値が発症前の1.5倍以上	VCM 1回125mg, 1日4回, 経口投与, 10～14日間
	重症・複雑性	血圧低下, ショック, イレウス, 巨大結腸症	VCM 1回500mg, 1日4回, 経口あるいは経鼻胃管投与に加えてMNZ 1回500mg, 8時間ごと静脈注射。完全なイレウスの場合はVCM経直腸投与の追加を考慮する
1回目の再発			初期治療と同様
2回目の再発			VCMの漸減かつ／またはパルス療法

症例にはVCMが推奨されている。

重症度に応じてMNZとVCMのいずれがより有効な薬剤か検討したrandomized controlled study⁴⁾によれば軽症～中等症ではMNZの有効性は90%，VCMの有効性は98%で有意差を認めなかったが，重症ではそれぞれ76%，97%とVCMがMNZより優れていた。日本でMNZはPMCに対して健康保険の適応外ではあるが，2008年発表の厚生労働省「重篤副作用疾患別対応マニュアル」⁵⁾でもMNZ内服とVCM内服でその効果に有意差がないこと，VCMより安価であること，VCM乱用でvancomycin-resistant enterococci発生の危険性があることから中等症例でのMNZ使用を推奨している。

症例1のように腸閉塞などで経口投与が不可能な場合はVCM結腸内投与が有効である。他の治療選択肢としては免疫グロブリン静脈内投与やMNZ膣錠の直腸内投与も報告されている。免疫グロブリン静脈内投与はCD毒度を中和するためのγグロブリンを増加させようという試みであるが，その効果に関しては症例数が少なく，有効性の評価は難しい。

症例2のような治療後2回以上再発を起こす例にはVCM漸減療法が推奨されている。1週間目に125mgを1日4回，2週目は125mgを1日2回，3週目は125mgを1日1回，4週目は125mgを1日置き，5週と6週目は125mgを3日おきに投与というレジメンがある⁶⁾。

他，再発予防としては免疫グロブリン療法，健康人の糞便による便移植法，非病原性の真菌である*Saccharomyces boulardii*の投与などが報告されている⁷⁾。

院内感染対策としては医療従事者，訪問者が手袋・ガウンを装着し，手指衛生の順守率向上を強調することが重要である。また，CDI患者に下痢を認める期間，接触予防策を維持し，個室管理が望ましい。患者の室内や環境表面，患者間で使用する設備の消毒も推奨されている。使用する消毒薬は*C.difficile*はアルコール系消毒薬に抵抗性があるため1000ppm（0.1%）以上の次亜塩素酸ナトリウムが推奨されている。

ま と め

重症偽膜性腸炎の3例を経験した。3例ともCTで判別可能な著明な腸管浮腫を来し，循環動態にまで影響が及んだ。循環動態の厳密な管理とイレウス管利用による投与方法の工夫，再発例にはVCM漸減投与を行い，いずれの症例も救命しえた。

文 献

- 1) Tonna I, Welsby PD : Pathogenesis and treatment of *Clostridium difficile* infection. Postgrad Med J. 2005; 81 : 367-369.
- 2) Wilcox MH : Gastrointestinal disorders and the critically ill. *Clostridium difficile* infection and pseudomembranous colitis. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2003 ; 17 : 475-493.
- 3) Cohen SH, Gerding DN, Johnson S, et al. : Clinical practice guidelines for *Clostridium difficile* infection in adults. : 2010 update by the society for SHEA and IDSA. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010 ; 31 : 435-455.
- 4) Zar FA, Bakkanagari SR, Moorthi KM, et al : A comparison of vancomycin and metronidazole for the treatment of *Clostridium difficile*-associated diarrhea, stratified by disease severity. Clin Infect Dis 2007; 45 : 302-307.
- 5) 厚生労働省：重篤副作用疾患別対応マニュアル 引用 [2011-10-7] Available from URL <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/11/tp1122-1.html>.
- 6) 青木 眞：レジデントのための感染症診療マニュアル. 医学書院，第二版. 2008 : 690-699.
- 7) 佐藤泰吾，北垣 毅，佐藤暁幸，ほか：感染症診療のエビデンス. 文光堂. 2008 : 257-272.

思い出の症例

腸チフス*

前 市立旭川病院・皮膚科 須藤 学**

はじめに

腸チフスは内科的疾患で、特に消化器症状を主体とする疾患と思われている。

しかしその本態は、感染性、全身性疾患であり病初期には消化器症状を示さないこともある¹⁾。

皮膚科においては腸チフスという項目はほとんどみられない。しかし、腸チフスは皮疹をも伴う全身性の発熱性疾患である。この1例を経験したので報告する。

なお本症例は昭和59年、市立旭川病院におけるものである。

症 例

症 例：71歳，男

初 診：昭和59年5月17日

主 訴：軀幹の発疹

現病歴：5月初旬から発熱，倦怠感，悪心，嘔吐が出現した。5月中旬に，高熱となり，下痢便となった。14日内科入院。16日軀幹の発疹に気づき，17日皮膚科受診となった。

家族歴：妻が同様症状

既往歴：A-Vブロック

初診時現症：軀幹，上肢に淡紅色紅斑がパラパラと散在している。紅斑は小豆大までの大きさで，指でなぞ

ると消失する（図1）。

検査成績：表1に検査成績を示す。貧血，白血球減少，血小板の著明減少がある。GOT，GPT，LDHの高値，Widal反応OH陽性である。尿蛋白陽性。便から *Salmonella typhi* がみられた。



a 軀幹に淡紅色紅斑が散在している



b 小豆大ほどの紅斑で押すと消失する

図1 腸チフスの皮疹

* : Typhoid fever.

** : Manabu SUDO.

Key words : Typhus, Typhoid fever, Rose spots, Pityriasis

表1 検査成績

赤血球	402万 / μ l	Widal反応	
白血球	3600 / μ l	OH	640
血小板	13000 / μ l	O	—
GOT	163 IU/l	Vi	—
GPT	86 IU/l	尿	
LDH	1125 IU/l	糖	—
		蛋白	+
		便	S.typhi +



図2 病理組織像

表皮は平坦化し、真皮上層は浮腫状
単核細胞が真皮上層に集合している

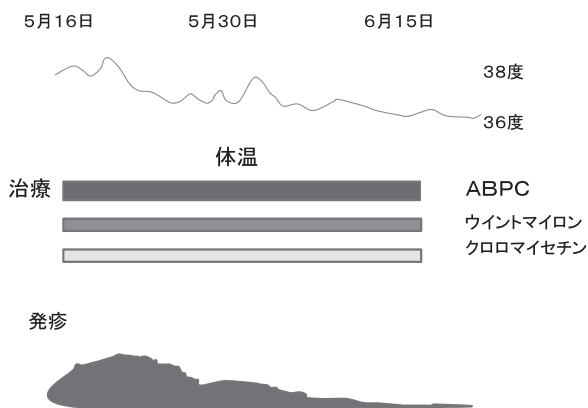


図3 治療および経過

病理組織所見：躯幹前面の紅斑から生検した。表皮は平坦化。真皮上層は浮腫上であり、単核細胞が浸潤している。好中球は少数で、単核細胞は真皮上層に浸潤している（図2）。

治療および経過：aminobenzylpenicillin（ABPC）、クロロマイセチン、ウイントマイロンによる治療をおこなった。皮疹は一時的に増加したが、徐々に薄れ消失した（図3）。全身症状も改善した。

考 察

腸チフスは腸と名のつくところから消化器症状が主体であり、皮膚とは無関係であるような印象が強い。しかし、その病初においては消化器症状は見られないこともあり、むしろ発熱、徐脈、肝脾腫など非特異的の症状で発症するようだ¹⁾。このなかにはバラ疹もあり、皮膚科と無縁ではない。日本において本症は年間80名の発症のようである。しかし海外から日本への輸入もありうる。今後注意も必要であろう。そこで、本症について若干考察してみたい。

a. 皮膚症状

皮膚の症状として、rose spotsがあげられる²⁾。これは淡紅色の小紅斑でありバラ疹とも言われる。自験例も同様でrose spotsと考えてよい。

自験例において、発疹は躯幹の紅斑、丘疹で散在している。その数も多くはなかった。

これは皮膚科受診が発症から時間が経過し、治療されていた影響によるのかもしれない。

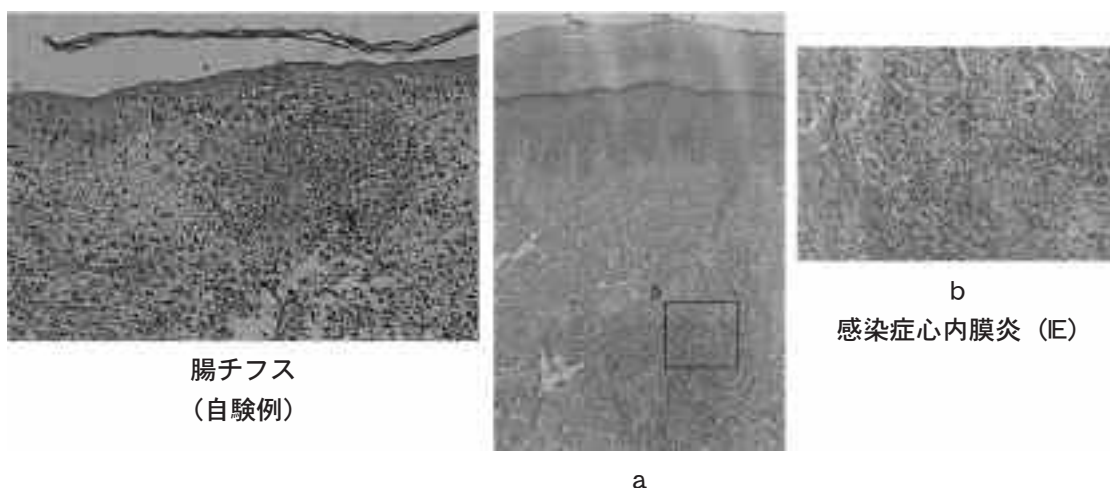
b. 病理所見

病理所見では細胞浸潤は表皮直下で限定的である。ここで、参考として感染性心内膜炎と比較してみる（図4）。両者とも菌血症を病態としているのだが、腸チフスの病巣は表皮直下で限定的である。これは、感染性心内膜炎が、心臓の弁尖にvegetativeに増殖した菌塊が大型の血管を塞栓させるのに対し、腸チフスでは小さな菌塊が小血管を塞栓させるからであろう³⁾。

c. 症状

このように本症は菌血症を生じているので、多臓器に多彩な症状を生じさせる。たとえば、肝脾腫、腎症状、気管支炎などである⁴⁾。

腸チフスは消化器症状が主体であるかのように考えていた。しかし、病初期においては発熱、バラ疹のような非特徴的な症状を呈することが多い。バラ疹が第1週に見られることから、皮膚科医が関わることもありうると思われる（表2）。さて、その3大症状は比較的徐脈、バラ疹、肝脾腫とされ、第1週から現れる。消化器症状それに引き続き現れるようである¹⁾。皮膚科医も注意深く皮膚を見る必要がある。



腸チフス
(自験例)

b
感染症心内膜炎 (IE)

a 右拇指腹側の圧痛を伴う紅斑の病理組織像
b aの強拡大像

腸チフスにおいては炎症細胞は表皮直下に限定的にみられる。IEにおいては炎症は深く大きい。これはIEでは心臓の弁尖にvegetativeに増殖した菌塊が大型の血管を塞栓させるのに対し、腸チフスでは小さな菌塊が小血管を塞栓させるからであろう。

図4 腸チフスと感染性心内膜炎の病理組織像の違い

安川晋輔ほか：西日皮膚 71：285, 2009. より許可を得て転記

表2 腸チフスの臨床症状

病週	症状, 所見
第1	階段的体温上昇 比較的徐脈 バラ疹 (胸腹部), 肝脾腫
第2	極期, 稽留熱, 腹部膨満, 無欲状顔貌 (チフス顔貌) 便秘, 下痢
第3	弛張型熱で徐々に解熱。 腸出血, 腸穿孔の危険。
第4	解熱, 回復。

d. チフスの語源

さて、チフスとは何であろうか。チフスといわれるものを腸チフス、パラチフスなど6個を見つけた (表3)。腸チフス、パラチフスはサルモネラ菌によるものであり、発疹チフスはリケッチア、オウム病はクラミジアである。このようにチフスは種々の原因でおこる。

そこでこのチフスという共通概念はなんであろうか。例えば疱疹であれば、小水疱、小膿疱の集簇した

表3 チフスと名のつく疾患

腸チフス	Typhoid fever typhus abdominalis	Salmonella typhi
パラチフス	Paratyphoid fever	Salmonella paratyphiA S.paratyphiB菌によるものはチフスとしない
発疹チフス	Typhus fever	Richettsia prowazekii
オウム病のチフス型	Psittacosis	Chlamydia psittaci
サバンナチフス	Lassa fever	ラッサウイルス
ペラグラチフス	Typhus pellagrosus	ナイアシン欠乏

状態と総括される、秕糠疹であれば細かい秕糠状の落屑のある状態とされている。

では、チフスとは何であろうか。チフス (typhus) とは高熱, 意識障害によりぼんやりとした状態を表す

Τυφοειδής	腸チフス
Τύφος	発疹チフス
Τύφω	頭に血が昇って、 おがしくなっている。
Τύφος	頭に血が昇って、 思ひがたり、高慢。

参考：台風 (typhoon) は
Τυφώνος
カゲの声 チフスで高熱になっても、
台風で大荒れになっても、頭にきて
カッとなるもね！

表4 チフスの語源

ギリシャ語である⁴⁾。台風 (typhoon) もギリシャ語由来のようで、typhとは激しく荒れ狂う状態を総称しているのではあるまいか^{5,6)} (表4)。

e. 粧糠疹 (pityriasis)

ここで、話は変わるのだが粧糠疹について述べたい。皮膚科では粧糠疹という言葉はしばしば用いられる。たとえば、pityriasis rosea, (ジベルバラ色粧糠疹) でありpityriasis circinata Toyama (遠山氏連環状粧糠疹) である。

この粧は「しいな」であり米を採った後の実のないモミをぬか状にしたものである。畑で米糠をまくと、しっとりとした湿気がある。Pityriasis roseaとかpityriasis circinataなどのpityriasisは乾燥している。だからpityriasisをぬか状あるいはこめぬか (米糠) 状と言っただめで、しいな (粧) つまり実のない粉をぬか状にしたものとしなければならない。粧糠疹とは、米糠状ではなく粉糠 (もみぬか) 状と言わねばならない。そうしなければ粧が生きてこない⁷⁾。

f. 治療

当時の治療の主体はクロロマイセチンであった。自験例でウィントマイロンが使用されている。これはオ

ールドキノロン系の抗菌薬である。現在は治療の主体はニューキノロンとなっており、ウィントマイロンはそのはしりだったのかもしれない。自験例ではクロロマイセチン、ウィントマイロン、ABPCを用いて順調な経過をたどった。

g. 鑑別診断

全身性の発疹、発熱性の疾患があげられる。皮膚科ではウイルス発疹症を見ることが多いが、これに加えて、ワイル病、ツツガムシ病をあげてみた。両者とも全身性に強い播種性の紅斑が出るのである。時に腸チフスを思わせる症状を呈する。

結 論

腸チフスは全身病であり、不明熱とされていることがある。病初期に発疹を伴うので皮膚科医が見ることもあるかもしれない。自験例では、発疹は散在する紅斑であり、rose spotsといわれているもののようだ。皮膚科医もその初期像を見ることがあるかもしれないので、用心しなければならない。

文 献

- 1) 相楽裕子: 腸チフス. 新臨床内科学第8版. 2002; 医学書院. 東京, p1751.
- 2) K. D. Litwack et al: Rose Spots in Typhoid Fever. Archives of Dermatology 1972; 105: 252-255.
- 3) 安川晋輔, ほか: 感染性心内膜炎の1例. 西日本皮膚科 2009; 71: 285-288.
- 4) 山西弘一, 平松啓一編: 標準微生物学第8版. 2002; 医学書院. 東京, p322.
- 5) 古川晴風: ギリシャ語辞典. 平成元年; 大学書林. 東京, p1116.
- 6) 川原拓雄: 現代ギリシャ語辞典. 1992; リーベル出版. 東京, p241.
- 7) 新村 出編: 広辞苑第3版. 1984; 岩波書店. 東京, p2385.

チェックシートを活用した退院調整*

看護部 東病棟6階 増山知子** 佐々木直美
佐藤芳恵 三浦あゆみ
森倫子

はじめに

近年、平均在院日数の短縮化が求められ、退院支援を専門に行う部署を配置する病院が増し、当院でも地域医療連携室がその役割を担っている。病棟看護においても入院時から退院に向けた支援が重要なものとなってきている。

淡路ら¹⁾は「早期から退院調整を意識して行っていくことが重要である」と述べている。しかし、現状は医師により退院の方向性が示された後で退院調整を図ることが多く、情報収集・アセスメント、指導期間の確保が十分に行えず、退院調整が円滑に進まない事例もある。

入院時の情報不足から退院調整時に新たに情報収集が必要なこと、アセスメント・指導時期に遅れが生じていること、現在の退院調整シートは記述式で、記載内容に偏りが生じてしまうことが考えられた。

そこで、全ての患者様が退院支援へ円滑に移行できる方法が必要と考え、病棟看護師へのアンケート結果を元に、今回チェック方式での東6退院調整スクリーニングシートを作成・使用した。その結果、入院時から退院支援の意識づけにつなげることができたので報告する。

研究方法

1. 研究期間：平成22年4月1日～9月22日
2. 調査期間：平成22年6月5日～8月24日
3. 調査対象：
 - 東6階病棟（以下 東6）に勤務する看護師20名
 - 東6に平成22年7月7日～8月9日までに入院した患者様71名
4. 調査方法
 - 1) 看護師に対し、平成22年6月5日から、入院時アナムネーゼ、カンファレンス、退院調整についてのアンケートを行った。
 - 2) アンケート結果から、東6退院調整スクリーニングシート（以下 東6退院シート）を作成（表1）、平成22年7月7日～8月16日を評価対象とし使用した。
 - 3) 看護師に対し、平成22年8月16日から、東6退院シート使用後のアンケートを行った。
 - 4) 東6退院シートはアンケート結果と、淡路ら¹⁾の文献を参考にして、チェック方式かつ、経過を追って表示できるものとした。内容は（1）患者情報（2）退院先の希望（3）Activity of daily living（以下 ADL）・Instrumental Activity of daily living（以下 IADL）チェック項目とし、A4サイズ1枚のシートにして作成、個々の看護記録の前に挟めて使用した。（1）患者情報項目は入院時スクリーニングシート・退院調整依頼表の項目に沿うものとし、（3）ADL・IADLの項目は、在宅支援アセスメントシートのADL評価に沿い、点数チェック方式とした。また、アンケートで長期目標が把握しづらいという結果を得たことから、退院目標を

* : Discharge coordination for the patient using check sheets.

** : Tomoko MASUYAMA, et al.

Key words : 退院調整, チェックシート

記入する欄を作成した。

運用基準は、入院患者全員を対象とするが、パス入院・Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) 目的での転院・短期入院・術前精査目的の入院患者は除外とした。使用開始は入院・転入日とし、初回評価は入院1週間後、2回目以降はチームカンファレンスを行い、週1回または2週に1回の間隔で、2名以上で行うこととした。セルフケア能力を判定するために別紙でADL基準を設け、自立・部分介助・全介助の3段階とした。部分介助については具体的にどのような内容に介助が必要かわかるようにした。

5. 倫理的配慮

研究対象者に研究趣旨、拒否・中断しても治療に不利益がないこと、研究以外にデータを使用しないことを口頭および文書で説明し、同意の上署名を得た。アンケートを行った看護師に対しては、アンケートの回収をもって研究への同意を得たとみなした。

結 果

1. 東6 退院シート使用前アンケート結果

- 1) 入院時アナムネーゼをとるときの基準があることを知っている15名 (75%)。その基準に準じて、全ての項目を記入できている0名 (図1, 図2)。

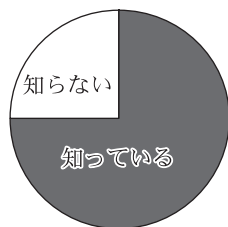


図1 アナム基準（知識）

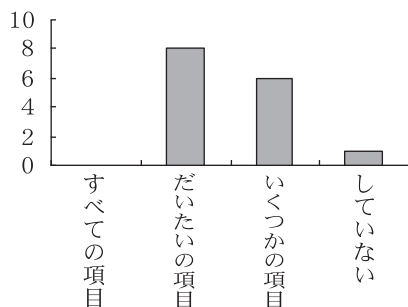


図2 アナム基準（実施）

特にその他の入院による影響とその対処についての記入が不足しているものが多かった。また、入院後のADLの変化が変更・追加はほとんどされていなかった。

- 2) カンファレンスの中で、短期目標の把握ができていると感じている14名 (70%)。長期目標 (退院目標) を把握できていると感じている6名 (30%) (図3)。
- 3) 患者・看護師間で情報のずれを感じている17名 (85%)。看護師・医師間で情報のずれを感じている18名 (90%)。医師・患者間で情報のずれを感じている16名 (80%) (図4)。
- 情報のずれを感じている内容は、今後の治療の方向性が17名 (85%)、セルフケア能力13名 (65%)、患者・家族の希望14名 (70%)、介護力18名 (90%)、自宅環境13名 (65%)、社会資源の利用13名 (65%)。
- 4) 退院調整がスムーズに行かないと感じたことがある18名 (90%) (図5)。
- 5) 退院調整を行うときに不足していると感じた情報は、セルフケア能力11名 (55%)、介護力17名 (85%)、社会資源の利用状況15名 (75%)。

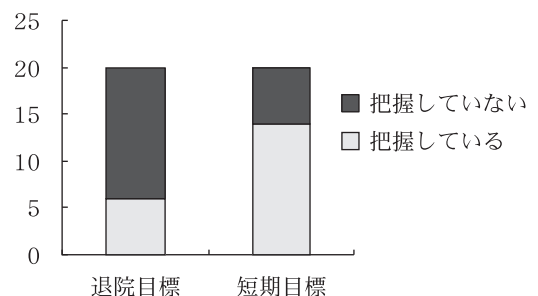


図3 目標の把握

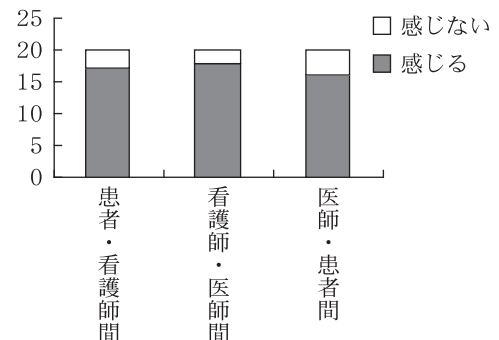


図4 情報のずれ

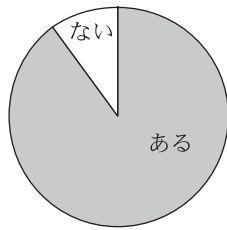


図5 退院調整がスムーズに行かない

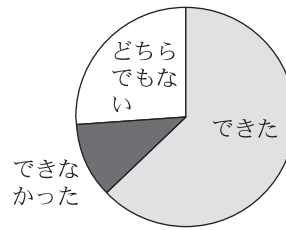


図8 状態変化の把握

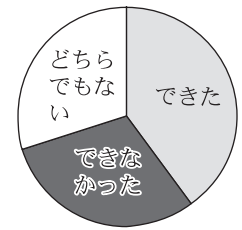


図9 退院目標の明確化

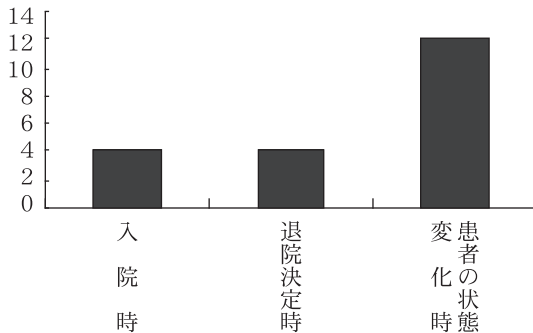


図6 退院支援依頼時期の判断

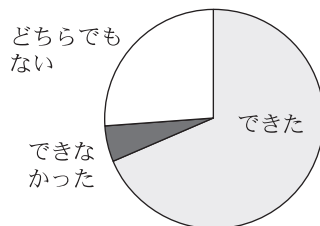


図7 退院を意識した情報収集

6) 退院支援への依頼時期については、患者・家族の状況や希望に変化が現れたときに行う12名(60%) (図6)。

2. 東6退院シート使用後のアンケート結果

1) 東6退院シートを使用したことで、入院時から退院調整について意識できるようになった14名(70%)、できなかった1名(5%)、どちらでもない5名(25%)。

退院を意識した情報収集につながったと感じた13名(65%)、できなかった1名(5%)、どちらでもない5名(25%)、無記入1名(図7)。

2) セルフケア能力について、定期的に評価日を設定、経過を追って表示することで、患者さんの状態の変化を把握することができた12名(60%)、できなかった2名(10%)、どちらでもない5名(25%)、無記入1名、退院目標を明確にできた

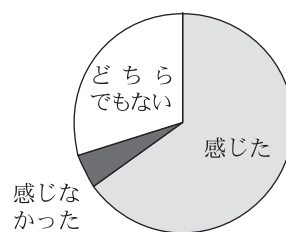


図10 チェック方式

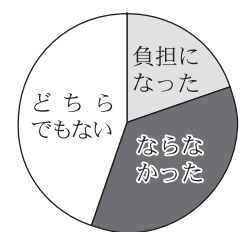


図11 業務の負担

感じた8名(40%)、できなかった6名(30%)、どちらでもない6名(30%) (図8, 9)。

3) チェック方式にすることで、退院調整シートが使いやすいと感じた13名(65%)、感じなかった1名(5%)、どちらでもない6名(30%) (図10)。業務の負担と感じた4名(20%)、どちらでもない9名(45%)と、業務負担の軽減までにはつながらなかった(図11)。

4) 実際に退院支援にかける際、東6退院シートを元に、在宅支援アセスメント用紙に記入できないと感じた2名(10%)。

その理由は、研究期間中に在宅支援アセスメント用紙に記入することがなかったためであった。

考 察

1. 東6退院シート使用前アンケート結果からの考察
アンケート結果から、入院時アナムネーゼをとる時の基準があることを75%の看護師が知っていたが、その基準に準じて全ての項目を記入できていたものはいなかった。アナムネーゼ基準の詳細までは把握されていなかったことが理由と考えられる。また、入院時より退院を意識付けできていなかったためと考えられ、これは60%の看護師が退院支援の依頼時期を患者・家族の状況や希望に変化が現れた時点で行っていたことから裏づけされる。

90%の看護師は退院調整がスムーズにいかないこと

があると感じている。現状では、医師により退院の方向性が示された後で退院調整を図ることが多く、退院調整への十分な時間の確保ができていないからと考える。医師と看護師のカンファレンスを定期的に設けているが、退院目標が把握できていると感じている看護師は30%と少ない。カンファレンス後に患者状況が変化してしまうことや、医師・患者・看護師3者での話し合いを設ける機会が少ないという現状があるため、情報のずれが生じていると考える。

これらのことから、入院時より退院を意識でき、統一した情報収集を行う必要があると考え、東6退院シートを作成した。

内橋ら²⁾は「チェックシートを使用することで、経験に関係なく（中略）予測・発見できる」、「チェックシートは入院当日から意識して、観察ケアを行うための有効な判断材料になった」、また、南島ら⁴⁾は「継続看護において情報を容易に収集する上でチェックシートは有効な手段である」と述べており、経験や個人の考えに左右されることなく統一した情報収集につながることで、業務負担を避けることを目的とし、チェック方式とした。

永吉ら⁵⁾は「看護の継続をしていく上で、点数化されたデータがあることは、患者の状態や変化を把握しやすい」と述べており、ADL・IADLの項目については、点数チェック方式とした。別紙でADL基準を設け、具体的にどのような内容に介助が必要かわかり、統一した情報収集を行えるようにした。

2. 東6退院シート使用後のアンケート結果からの考察

内橋ら²⁾は「チェックシートを使用することで、経験に関係なく（中略）予測・発見できる」、南島ら⁴⁾は「継続看護において情報を容易に収集する上でチェックシートは有効な手段である」と述べており、東6退院シートをチェック方式としたことで、経験に関係なく退院を意識した情報収集につながった。これは、使用後のアンケートにて65%の看護師がチェック方式にすることで使いやすさを感じており、65%の看護師が退院を意識した情報収集につながったと感じていると回答が得られたことから裏づけされる。永吉ら⁵⁾は「看護の継続をしていく上で、点数化されたデータがあることは、患者の状態や変化を把握しやすい」と述べており、60%の看護師が患者様の状態変化を把握することができたとの回答が得られ、点数化したこと

で患者様の状態把握につながった。

また、東6退院シートは、患者様の情報が1枚で見ることができ、定期的に評価日が設けられ、経過をおって観察することができたため、状態変化を把握しやすいという結果につながったと考える。このことから、東6退院シートを使用したことで入院時から退院調整へ向けた意識付けにつなげることができた。

アンケート結果から、看護師の40%しか退院目標を明確にできたと感じておらず、使用期間中も退院目標を明確にできない事例が多かった。これは、入院時に診断が確定していない患者様が多く、使用期間も1ヵ月と短かったため、目標を書くまでに至らなかったのだと考える。

さらに、セルフケア能力については、部分介助に詳細項目を作成したことにより統一した情報収集につながることができたが、退院支援への依頼する点数基準を設けておらず、曖昧な結果となってしまった。このことから、退院支援へ依頼する点数基準を検討するためにも、今回使用した東6退院シートの内容を検証する必要があると考える。

研究導入時は、点数チェック方式の東6退院シートにすることで、業務の負担軽減につながると考えたが、期待したような結果は得られなかった。これは使用に不慣れなこと、除外される使用対象が少なかったことが考えられる。上野³⁾らは「記録回数を重ねれば看護師の記録時間と記録の負担度は軽減される」と述べており、東6退院シートの継続使用により業務の負担軽減につながると期待できる。当科は癌疾患が多く、エンドステージの入院では病院で最期を迎えたいという選択をされる患者様も少なくない。また、入院中にADL低下がなく、介護力も十分であるなど、在宅支援を必要としない患者様もいる。このことから、退院チェックシートの使用を終了する時期の基準設置を検討する必要があると考える。

使用後アンケート結果では、どの項目でもどちらでもないという回答が約30%を占めている。これは使用期間が短く、判断ができなかったためと考えられ、今後チェックシートを長期的に活用、評価しながら有効なシートとなるよう取り組みを継続していきたい。

おわりに

- ・チェックシートを使用することで、入院時より退院を意識づけできる。

- ・チェックシートは経験に関係なく、統一した情報収集につなげることができる。
- ・チェックシートを使用し経過を追って観察することで、患者様の状態変化を把握することができる。
- ・新しい試みは使用に慣れることが大切である。

参 考 文 献

- 1) 坪井良子・松田たみ子編：基礎看護学 考える基礎看護技術 I 看護技術の基本，ヌーヴェルヒロカワ，p168～171，2004.
- 2) 中島紀恵子・井出訓・植田恵，ほか：系統看護学講座 専門② 老年看護学，医学書院，p168～180，2007.

引 用 文 献

- 1) 淡路典子，佐藤亜希，長谷川加奈：スムーズな退院調整を目指してー退院調整フローチャートの課

題の検討と新たなツールの作成ー，日本看護学会論文集（老年看護）2006；37：160-162.

- 2) 内橋美幸，吉田仁美，菅井麻起子，ほか：せん妄発症を早期に見つけるチェックシートの考案，日本看護学会論文集（老年看護）2006；37：30-32.
- 3) 上野久美子，中川麻里子，澤田詠美子，ほか：インターフェロン療法を受ける患者の外来継続看護への取り組みー体調チェックシートを取り入れた看護記録用紙の工夫を試みてー，第36回日本看護学会論文集（成人看護Ⅱ）2005；36：275-277.
- 4) 南島菜穂子，甲斐香織，田代明美，ほか：インターフェロン療法を受ける外来患者の体調チェックシートに関する有効性，日本看護学会論文集（看護総合）2003；34：87-89.
- 5) 永吉美佳：C型慢性肝炎のインターフェロン治療における看護の視点，福岡県看護学会誌 2002；2：31.

Medical essay

眼の衰えを自覚してます

もともと眼はとても良くて裸眼視力は1.5あった。思い返すと成長とともに周りに眼鏡をかけている人の割合は増えてきて高校では半分以上が眼鏡をかけており，大学では8割以上，医局に入ったときは裸眼で仕事をする眼科医は3人しかいなかった。眼の老化を感じ始めたのは30歳のころで両目に飛蚊症が現れた。医学的には後部硝子体剥離による硝子体混濁のことが多い。ずっと小さな濁りが目の動きとともに移動して，とにかくわずらわしい。時折濁りが視線の中心に来て，診察の邪魔をしてくれる。網膜裂孔が心配なので，後輩に眼底検査をしてもらったが異常はなく生理的飛蚊症とのことだった。

40歳頃からピントフリーズ現象を自覚するようになってきた。これはいわゆる老眼の一つの症状で，水晶体の硬化に伴う調節力の低下によるものです。本来ほんのちょっとの近視眼のため，調節力が少しあれば遠くも近くも結構見える眼なので今まで眼鏡なしで普通に生活できているのが，最近ちょっと遠くがぼけるようになってきた。自分の口演で急に部屋が暗くなるとスライドの字がはっきり見えなくなってびっくりした。老眼+Night myopia（夜間近視）のためだろうか，そういえば最近カラオケや映画に行っていないから暗闇で字を読むことは少なかったかもしれない。外来で自分の屈折度を測ったところ20年前と変化はなかった。眼鏡で矯正するとちゃんと見えたので，眼が悪くなったわけではない，やはり調節力が低下した＝老眼が進んだということのようだ。そろそろ眼鏡が必要かもしれないと思いつつ，眼鏡が必要なんだよと自分を納得させるのはなかなか難しいかもしれない。

(H.K.)

(男・女)

表 1 東 6 退院調整スクリーニングシート

() 号室 患者氏名 様 () 歳

病名：

主治医：

退院目標

予想される入院期間 () 退院時の状態イメージ (独歩 杖 歩行器 車椅子 床上)

< 1 患者情報 >

当てはまる項目にチェック

1. 年齢 ☐ 75歳以上
2. 入院前の居所 ☐ 自宅以外 → (施設名：)
3. 家族構成 ☐ 独居or75歳以上のみの世帯
4. 運動機能障害 ☐ あり → (内容・程度：)
5. 知覚障害 ☐ あり → (内容・程度：)
6. 家事力 ☐ なし → (買物 調理・片付け 洗濯 掃除)
7. 介護力 ☐ 介護者が65歳以上or健康問題ありor仕事をしているor代行・協力者なし
8. 介護保険認定 ☐ あり → (介護度：) ☐ 申請中
利用サービス内容 ()
9. ケアマネージャー ☐ あり → (担当者名：)
10. 必要な医療処置 ☐ あり → (内容：)

< 2 退院先の希望 > ※ 変化が見られたら記入

	入院前	/	/
1 自宅 2 自宅以外→〔詳細〕			

< 3 ADL・IADL チェック項目 > ※ 部分介助は別紙参照し、介助が必要な項目の番号を記入

	入院前	1 W後 /	/	/
現在の段階 1. 精査段階 2. 治療中 3. 退院調整中				
食事 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
清潔 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
更衣 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
排泄 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
移乗・移動 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
内服 1. 自立 2. 部分介助 3. 全介助				
認知症状 1. なし 2. あり				
合計	点	点	点	点
備考				
次回評価日				
サイン				

臨床病理検討会

平成22年度第1回

【日時】平成22年6月2日

【演題】原因不明の両側胸水，胸膜肥厚により呼吸不全に至った1剖検例

【発表者】高橋慶太郎

【症例の臨床経過】

症例：67歳 男性

主訴：呼吸困難，食欲不振，全身倦怠感

現病歴：H19年冬頃より体動時の呼吸困難を自覚していた。H20年6月2日，食欲不振と倦怠感のため近医を受診した。胸部X線で両肺野にすりガラス陰影を認め，SpO₂ 80%台（room air）と低値であったため，同日当科紹介，入院となった。

既往歴：16歳頃～尋常性乾癬，42歳 肺炎，ペニシリン投与にて薬疹出現

生活歴：

職業：元郵便局員，吸入歴（－），鳥飼育歴（－）

喫煙：40本/日×40年（20～60歳まで）

飲酒：焼酎1L/日

薬剤歴：ステロイド軟膏

現症：身長168.6cm，体重53kg

Vital：血圧172/114mmHg，脈拍107/分，体温37.3℃，SpO₂ 93%（nasal 3L/分）

呼吸音：異常呼吸音は聴取せず。ばち指は認めず。

顔面，手指に尋常性乾癬による発赤が目立つ。

【L/D】

WBC 6040/ μ l，RBC 481万/ μ l，Hb 16.1g/dl，Plt 31.1万/ μ l，TP 5.7g/dl，Alb 3.0g/dl，T-Bil 1.1mg/dl，AST 57IU/dl，ALT 15IU/dl，LDH 361IU/dl，BUN 12.8mg/dl，Cr 0.75mg/dl，Na 134mEq/dl，K 4.2mEq/dl，Cl 96mEq/dl，CRP 5.3mg/dl，KL-6 3449U/ml，SP-D 176.2ng/ml，抗核抗体（ANA），特異抗核抗体（抗ds-DNA，抗RNP，抗Sm，抗SS-A抗体，抗SS-B抗体，抗Scl，抗セントロメア），他の自己抗体（抗Jo-1，P-ANCA，C-ANCA，抗GBM）はすべて陰性

胸部X線（H20/6）：両肺野にびまん性にすりガラス陰影を認めた。

胸部CT（H20/6）：両側胸水と両上葉から下葉にかけてすりガラス陰影を斑状に認めた。Honey combは認めず，特発性肺線維症（IPF）として典型的な所見ではなかった。

気管支鏡検査：右S4より気管支肺胞洗浄検査（BAL）施行。

回収率：90/150ml，外観 淡黄色，総細胞数 66.8×10⁴/ml。

分画：リンパ球 81.4%，マクロファージ 14.6%，好中球 1.8%，好酸球 0.6%，好塩基球 0.6%

T細胞サブセット：CD4 86.8%，CD8 9.3%，CD4/CD8 9.3

細胞診：Class I，悪性細胞を認めず。グロコット染色にて真菌を認めず。

細菌・真菌・抗酸菌培養：陰性

呼吸機能検査：VC 2.07L，VC 54.6%，FEV1 1.74L，FEV1/FVC 85.3%，DLCO 17.1%

⇒拘束性換気障害，拡散障害を認めた。

【初回入院後経過】

6/9，38℃台の発熱持続。O₂7LでSpO₂ 92%となり，呼吸不全悪化した。

IIPsの治療としてはステロイド漸減と免疫抑制薬の併用療法が行われているが，合併症に尋常性乾癬があり，長期間のステロイド投与は膿疱性乾癬を誘発する可能性があったため，ステロイドはパルスのみで漸減せずに，シクロスポリン（CyA）と併用する治療を選択した。

7/1，CyAはトラフを100ngを目標に投与していたが，Cr 1.39，K 5.2と上昇あり，CyAの内服を中止した。CyA中止後も呼吸状態悪化なく，酸素投与中止。7/16退院。

退院後，H20年9月までは当科に通院していたが，その後，通院を自己判断で中断。

H21年3月に入り，労作時の呼吸困難が強くなってきたため，3月7日，近医を受診した。胸部X線で浸潤影と胸水貯留を認め，当院救急外来へ紹介，当科入院となった。

【2回目入院時現症】

身長168cm，体重45.4kg，SpO₂ 94%（room air），右背側でfine crackleを聴取。

胸部X線：右中肺野，左下肺野に浸潤影と胸水貯留を認めた。

CT：両側胸水の増加とわずかに両側気胸，両肺のすりガラス陰影は以前よりやや軽快。

【2回目入院後経過】

3/10，右胸水穿刺施行。

穿刺液は黄色混濁の浸出液であったが，悪性細胞検出なく，細菌培養も陰性。

安静にて気胸は改善し，自覚症状も軽快した。

間質性肺炎に対し，気管支肺泡洗浄などによる精査も必要と考えられたが，気胸改善後，間もないため外来にて経過観察後，再検討することになった。3/27退院。

その後，外来経過観察を続けていたが，H21年7月頃より体動時の呼吸困難の増悪を自覚した。

胸部X線上胸水の増加もあり，7月16日精査加療目的に当科入院となった。

【3回目入院時現症】

身長168cm，体重45kg，SpO₂ 98%（room air），両肺で異常呼吸音を聴取せず

CT：両肺に淡いすりガラス陰影がみられたが，3/9のCTと比べてそれほど悪化はなかった。左右とも胸壁に沿って胸水貯留あり。両側胸膜は全周性に肥厚していたが，腫瘤状に肥厚しているところは認めなかった。

【3回目入院後経過】

SpO₂は常に98%前後あるものの，数歩歩いただけで呼吸困難がみられた。歩行でもSpO₂は95～96%程度にしか低下しないが，呼吸困難が強くなり休んでしまう状態であった。

体重が1年前より約10kg減量しており，呼吸苦は低酸素血症よりも筋力低下による影響が強いと考えたため，7/23～呼吸リハビリを開始。

呼吸リハビリ後，一時呼吸苦は軽快し，50mほど歩行可能となったが，7月下旬よりCRPが徐々に上昇してきた。発熱がないため経過をみていたが，8月下旬からは37℃台の発熱が見られるようになってきた。

発熱，CRPの増加に伴い，胸部Xp上で左胸水が増加傾向となったため，8/29左胸水穿刺を施行。胸水は濃い血性，細胞診では少量の好中球が散見されるが，ほぼ赤血球のみで血胸の状態。

結核菌，細菌，真菌培養は陰性であった。

8/31，起坐位も保てなくなり，呼吸リハビリを中止。

8/27，著明なるいそうがあり，悪性疾患の可能性も考えられたためGFを予定したが，車椅子で内視鏡に入室しただけで呼吸困難が強くなり，中止した。

9/2，著明な筋力低下があり，神経筋疾患のR/Oのため，神経内科受診。神経学的に筋委縮なく，いそうと診断された。

9/2，喀痰より*Moraxella catarrhalis*，*Enterobacter cloacae*が検出され，好中球貪食像も見られたため，ゾシン（TAZ/PIPC）4.5g×3/dayで投与開始した。ゾシン投与後，一時解熱傾向，CRP減少傾向がみられたが，その後，発熱あり，中止した。

10/7，CV挿入し，高カロリー輸液を行ったが，カテ先培養からMRSA検出。MRSA敗血症，Ⅱ型呼吸不全を合併し，永眠。

【臨床診断】

- # 1 間質性肺炎
- # 2 両側胸膜肥厚・胸水貯留
- # 3 Ⅱ型呼吸不全
- # 4 MRSA敗血症

【臨床上的問題点】

- ・間質性肺炎の分類
- ・間質性肺炎が死因に影響したか
- ・両側胸水，胸膜肥厚の原因
- ・著明なるいそうの原因は（悪性腫瘍の有無）

【質 問】

①間質性肺炎では通常，胸水貯留はあまり見られないと思うが，その原因は何か。

→両側の壁側胸膜肥厚により肺の膨張が不良となった結果，壁側胸膜と臓側胸膜の間に空間が生じてそこに胸水貯留が生じたと考えている。

他の鑑別としては胸膜炎による胸水貯留，膠原病肺による胸水貯留が考えられるが，胸水穿刺を繰り返しても胸膜炎の原因を認めず，身体所見や採血結果からも膠原病肺とは考えにくかった。

②なぜCTで壁側胸膜の肥厚とわかるのか？臓側胸膜の肥厚ではないのか？

→臓側胸膜が肥厚している可能性もあるが，CTでは壁側胸膜の肥厚しか明らかではない。

【病理組織診断】

1. 特発性線維性胸膜炎（260/400g）
2. （肺線維症）
3. 両肺気管支肺炎（誤嚥性肺炎，MRSA）
4. 胸水貯留

左右=350ml, 血性/700ml 淡血性
5. るいそう (体重38.4kg)

平成22年度第2回

【日時】平成22年8月25日

【演題】再発大腸癌の1例

【発表者】泉 将吾

【症例の臨床経過】

症例：74歳女性 S.M. (昭和8年1月10日生まれ)

初回入院 (H19年11月21日～12月15日)

主訴：口渇

臨床診断：盲腸癌

現病歴：H18年より口渇を認めていたが放置していた。
H19年10月30日、全身掻痒感と発疹を主訴に近医受診。
BS 440mg/dlと高値であり、DMコントロール目的に11月11日同院入院となった。

11月15日スクリーニング目的のCF施行したところ、
盲腸～上行結腸にかけて、亜全周性に2型の腫瘍を認め、
生検の結果、mucinous adenocarcinomaと診断された。

11月21日手術目的に当科紹介入院となった。

既往歴：DM, 手術歴なし

生活歴：飲酒, 喫煙歴なし

家族歴：特記事項なし

現症：身長141cm, 体重51.5kg (BMI=25.9), 血圧95/72 mmHg, HR 93/分

結膜：貧血, 黄疸なし, 心音：整, 雑音なし, 肺音：清,
腹部：平坦, 軟, 圧痛なし

腫瘍触知せず, 肝脾触知せず, リンパ節触知せず, 下肢浮腫なし

血液検査所見：HbA1c 10.0g/dl, CEA 4.2ng/ml, CA19-9 42.7U/ml

胸腹部X線写真：特に異常所見なし

CT：盲腸から上行結腸に造影効果のある壁肥厚, 周囲脂肪織の毛羽立ちを認める。周囲に有意なリンパ節腫大なし。その他, 明らかな肝転移や腹膜播種, 腹水なし。

【臨床診断】

C～A, type2, SS, N0, H0, P0, M0, Stage II

【手術所見】

術式：右側結腸部分切除術+D2郭清

手術時間：2h22m, 出血量：50ml

術中所見：肉眼的に明らかな腹膜転移, 肝転移, 腹水なし

【病理診断】

盲腸癌, mucinous adenocarcinoma

C, 6.0×4.5cm, type2, SE, N1 (#201=2/11, #202=0/6),
H0, P0, M0, Stage IIIa

PM0, DM0, RM0, CurA, INFb, ly2, v2

【術後経過】

H19年12月12日よりUFT-Eの内服開始。半年後, 定期検査のCTで肝表面や腹腔内に多発する腹膜播種を認めた。またCEA 27.1, CA19-9 187.2と腫瘍マーカーの上昇を認めた。そのため, H20年6月25日よりTS-1の内服を開始。一時的に腫瘍マーカーの低下を認めたが, 9月3日の採血でCEA 161ng/ml, CA19-9 1172U/mlと再上昇を認め, CT画像上も腹膜播種の増大・増加を認め, PD評価。TS-1内服からmFOLFOX6にレジメン変更となった。

9月30日よりmFOLFOX6開始。H21年5月22日までで計9コース施行。徐々に腫瘍マーカーは低下したものの, 画像上は腹膜播種の増大増加を認め, PD評価。mFOLFOX6からFOLFIRI2にレジメン変更となった。

また, mFOLFOX6施行期間中, H20年10月に右肺, H21年3月に左肺の胸水貯留を認めた。どちらの際も, 胸腔ドレーンを留置したが, コントロール不良であり, ピシバニール (5KE) による胸膜癒着術を施行。その後胸水消失した。また, どちらの際も, 胸水細胞診はClass IIであった。

H21年6月18日にFOLFIRI2 1コース目施行目的に入院, 6月19日1コース目施行。著名な有害事象なく, 6月22日退院。

退院後も特に変化なく, 7月13日FOLFIRI2 2コース目施行目的に入院となった。

最終入院 (H21年7月13日～8月22日)

入院時現症：腹部腫瘍触知, 両下肢浮腫あり

入院時検査所見 (7月1日)：WBC 2740/ μ lと減少

CT (6月10日)：腹膜播種多発, 腹水貯留を認める。明らかな肺転移なし。

【入院後経過】

7月14日にFOLFIRI2 2コース目施行。しかし, 嘔気, 嘔吐が持続したため, 7月17日CT検査を施行。CTでは胸, 腹水の著明な増加を認めた。そのため, 7月18日よりラシックス (20mg, 1日1回静注) を開始

した。7月19日より呼吸状態悪化。SpO₂ 85%まで低下を認め、採血ではWBC 680/ μ l (好中球: 519/ μ l) まで減少しており、化学療法後の骨髓抑制と考え、同日より、G-CSF (グラン: 75 μ g皮下注) を開始した。また炎症反応が高値であり、肺炎を考え、7月20日よりSBT/ABPC (ユナシンS: 3g, 1日2回) 投与を開始した。しかし呼吸状態改善せず、血液ガス検査でPCO₂: 78mmHgとCO₂貯留を認め、7月21日ICU入室し、BiPAPを開始した。その後徐々に呼吸状態安定し、7月23日ICU退室、7月24日には一時BiPAP離脱し、エンシユア摂取を開始するも、7月25日、呼吸状態再増悪し、BiPAP再開。抗生剤をIPM/CS (チエナム: 0.5g, 1日2回) に変更した。その後、喀痰培養よりカンジダ検出され、一時的にF-FLCZ (プロジフ: 100mg, 1日1回) 投与し、呼吸状態は徐々に改善、8月9日にはBiPAPを離脱した。その後、酸素投与量を徐々に減量し、1L酸素投与下でSpO₂: 98%を保てるまで呼吸状態は回復した。しかし、37℃台の微熱が常に持続し、何らかの感染症の合併も考えSBT/CPZ (ワイスタール: 1g, 1日2回) 投与を行ったが、効果に乏しく、8月21日頃より徐々に傾眠傾向となり、8月22日永眠された。

【臨床上的問題点】

- ①両側胸水貯留の原因は何か (肺転移、癌性胸膜炎などの有無)
- ②腹腔内の再発状況について (腹膜播種、他臓器転移、リンパ節転移の有無)
- ③呼吸状態悪化の原因は何か

【病理解剖組織学的診断】

1. 大腸癌術後再発、化学療法後、mucinous adenocarcinoma
2. 1の転移 腹腔内 (腹膜癌種症)、横隔膜
3. 器質化肺炎 (左肺上葉)
4. 胸水・腹水貯留 淡血性

平成22年度第3回

【日時】平成22年10月21日

【演題】急性心筋梗塞の後に腸管虚血を発症した1例

【発表者】小林慶子

【症例の臨床経過】

患者は79歳 男性。

小児期より腎不全を指摘されていたが詳細不明。H

13年8月に下壁のAMIを発症し、他院にてPCI (#2 ベアメタルステント) を施行。H17年4月前壁のAMIを発症し同院にてPCI (#6 から7に薬剤溶出性ステント留置) を施行。H18年より、本人の希望にて当院循環器内科に通院開始。その後安静時、労作時を含め胸部症状なく経過していた。H21年12月5日朝5時ごろ呼吸苦、冷汗で覚醒。その後症状消失したが、12時すぎに再び同程度の呼吸苦、冷汗が出現。15分ほど安静にしていたところ症状が消失したが、心配になり13時30分当院救急外来受診。救急外来受診時、血圧127/81 mmHg脈拍89回/分 (整)、SpO₂ 91% (room air) 心電図、胸部レントゲンの結果より非ST上昇型の急性心筋梗塞とうっ血性心不全の診断で14時25分CCU入室。非ST上昇型急性心筋梗塞であること、もともとCRE3.0前後と慢性腎不全があること、胸痛もなく症状が心不全に由来していることなどから急性期は保存的治療を行う方針となり、酸素投与、ヘパリン、hANP ニコランジルの持続点滴、利尿剤投与を開始。その後CPAP、CHDF導入となり徐々に症状改善していた。しかし12/17早朝に突然背部痛、原因不明のショック状態となった。検査結果上、白血球、および肝酵素、LDH、アミラーゼ、CPKの上昇が認められ、血液ガスでは著明なアシドーシスが認められた。心電図、胸部レントゲン上はこれまでと比べて大きな変化はなし。腹部レントゲンでは著明な胃泡、T-colonのガス像が認められた。このため消化器内科コンサルトし造影CTを施行。その結果SMAの狭窄と膵周囲のeffusionあり。急性膵炎および一過性の上腸間膜動脈閉塞症が疑われた。上腸間膜動脈の狭窄に対してはヘパリンNaの投与量増加、補液の追加を行い、膵炎治療としてFOY、ミラクリッド、サンドスタチンの投与を行うも徐々に血圧低下、アシドーシスの進行をみとめ12月18日永眠された。

【臨床上的問題点】

- ①腸管の虚血の所見の有無について
- ②上腸間膜動脈内の血栓や閉塞の有無について
- ③急性膵炎と全身状態悪化の関連について (膵炎にともなって全身状態の悪化がおこったのか、それとも全身状態の悪化に伴う二次的な膵炎なのか)
- ④OMI, AMIがあり病理学的な心臓の所見について

【病理解剖学的診断】

1. 虚血性壊死性腸炎
2. 急性膵炎

3. 急性心筋梗塞
4. 両腎萎縮
5. 後腹膜線維症（特発性）、両側胸膜癒着

【まとめ】

- ①回盲弁部の回腸から上行結腸肝弯部にかけて虚血によるものと考えられる腸管壊死が認められた。
- ②病理学的には上腸間膜動脈内に血栓や閉塞は認められなかった。腸管虚血の原因としては、剖検所見からは非閉塞性腸管塞栓症（NOMI）である可能性が考えられた。
- ③急性膵炎と全身状態の悪化の因果関係は不明。そのほかの原因として薬剤性、特発性などが考えられるが、今回の剖検結果からは明らかな原因は特定されなかった。また、IgG4関連病変が鑑別にあがるが、自己免疫性膵炎を示唆する所見は認められなかった。
- ④肉眼的には左室壁の線維化が認められ、左室内腔の拡大が認められた。組織学的には左室壁では心筋細胞の凝固壊死と核の脱落が認められた。

平成22年度第4回

【日 時】平成22年11月25日

【演 題】肝内胆管癌の1例

【発表者】石破光咲子

【症例の経過】

症例は69歳男性。H22年1月に近医で施行したスクリーニング採血で腫瘍マーカーの高値を認め、2月1日当院消化器内科に紹介となる。造影CTで肝内に巨大な腫瘍を認め、精査加療目的で入院となった。入院時採血でCEA 120.2U/ml, CA19-9 6282.9U/ml, AFP 1432.1ng/mlと腫瘍マーカーの上昇あり。腹部造影CTで、肝右葉に約10cm大の肝腫瘍あり。造影CTで腫瘍辺縁はenhance（+）で内部はlow density, 後期に内部が淡く染まる。腫瘍の周囲（S6, 7, 8）には同様にlow densityな数mm大のmassあり、肝内転移が疑われた。左葉にも1箇所転移巣を疑う箇所あり。腹部MRIでは、肝腫瘍はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号だった。Dynamic MRIでは造影CT同様に早期で辺縁の濃染を認め、後期に腫瘍内部が淡く染まった。上下部消化管検査では異常なく、転移性肝癌は否定的であり、造影CT, MRIの所見から、原発性肝癌ではなく肝

内胆管癌（末梢腫瘤形成型）およびその肝内多発転移の診断となった。明らかな遠隔転移はなく、c-stageIVaと診断。切除困難と考えられたが、聖マリアンナ医科大学で手術適応ありの評価を受けた。

2月22日に術前精査のため、同科に入院となった。しかし術前の3月1日のCTで、前回のCTと比較し、肝右葉の原発腫瘍および転移巣が増大し、左葉の腫瘍数も増加していた。また、新たに左右の肺葉に小結節が出現し、肺転移と考えられた。遠隔転移があるため、手術適応なしの判断となった。今後の治療方針検討のため、当院消化器内科に転院となった。

3月2日～化学療法開始（day1, 8, 15 GEM 660mg 全身投与, day3, 10, 17 CDDP 10mg + 5 FU 750mg肝動注）した。副作用として下痢、食欲不振あったが、ロペミン、デカドロン内服で対応できた。3投1コース終了時、全身状態良好で3月24日に退院。外来で化学療法を継続となった。

しかし4月下旬から腹満感が徐々に増強。化学療法変更の検討、加療のために5月7日に再入院となった。胸腹部CTでは、肝右葉腫瘍は約15cmへ、肺の転移巣も3月1日のCTと比較して増大が認められた。

入院後、GEM 800mg隔週投与、TS 1内服80mg/day, 2投2休投与のレジメンに変更し、5月19日に1回目施行。しかし入院中に腹満感、呼吸苦が徐々に増強。症状緩和のため、MSコンチン20mg/day内服、ソルメドロール125mg/day div, デカドロン3mg/day内服などを施行した。症状悪化のため化学療法は1回目以降、行われなかった。

5月25日～下腿浮腫が急激に増強。原因として低Alb血症よりも、肝内腫瘍増大によるIVC閉塞が考えられたため、放射線科に依頼して5月26日にIVCステント留置した。下腿の浮腫は改善を示した。

5月31日、自宅外泊に出かけていたが、呼吸苦が出現し、帰院した。6月2日未明からは、SpO₂ 60～80%と呼吸状態は悪化した。胸部X線では左右肺野にうっ血、胸水が著明にみられた。6月3日19:30頃から下顎呼吸となり、23:09永眠された。

【臨床上的問題点】

- ・診断は肝内胆管癌でよいか
- ・呼吸不全に腫瘍がどのように影響しているのか
- ・IVCステントに効果があったか

【病理解剖組織学的診断】

1. 肝内胆管細胞癌、肝内転移（重量3530g）、横隔

膜浸潤，下大静脈浸潤，多発肺転移

2. 陳旧性心筋梗塞（左室側壁）
3. 腹水50ml（黄色清），右胸水200/100ml（淡血性）
4. 臍脂肪壊死
5. 動脈硬化症（大動脈，腎）

【CPCでの討議内容】

①肝内胆管癌の肝内多発転移という診断だったが，multifocus（原発の肝内胆管癌が多発発生）とは考えられないか。

→肝右葉に巨大な腫瘍があり，その周囲の腫瘍，左葉の腫瘍も合わせて，一般的に転移と考えてよいと思われる。肝細胞癌の場合であれば，肝実質全体が癌になりやすい状態になっており，multifocusに発生することが多い。しかし肝内胆管癌の場合は原発巣が一つあり，他の肝内腫瘍は転移であることが多い。

②ソルメドロールとデカドロンは併用で使った理由はあるか。

→常に併用しているわけではなく，強い倦怠感に対して，ベースにデカドロン内服を行っていた。ソルメドロールは呼吸困難に対して，気管支の浮腫を軽減

する目的で頓用として使うことがあった。

【問題点のまとめと症例の考察】

肝腫瘍，肺腫瘍に対して免疫染色を行った結果，いずれもCK5/6（－），CK7（＋），CK19（＋），CK20（－），TTF-1（－），CDX-2（－），CA19-9（＋），AFP（－），D2-40（－）を示し，肝内胆管原発の胆管細胞癌の診断として間違いなかった。肝腫大は著しく，肉眼的に横隔膜に浸潤しており癒着が顕著であった。このことによる呼吸運動不全，および多発肺転移による肺のボリューム減少が呼吸不全の原因と考えられた。うっ血，肺水腫の所見はなく癌性リンパ管症は呼吸不全の原因ではないと考えられる。IVCステントにより，IVC開存良好で血栓・腫瘍栓は認めなかったため，効果は得られたと考えられる。

本症例は肝内胆管の末梢側で巨大腫瘤を形成した胆管細胞癌であり，肝組織にはビリルビン沈着をほとんど認めず，胆汁うっ滞を示す所見はなかった。閉塞性黄疸はきたすことなく，直接死因となったのは，原発巣の横隔膜への浸潤，多発肺転移による呼吸不全と考えられる。

第20回日本医療薬学会年会参加報告

薬剤科 寺田和文

平成22年11月13日・14日の2日間に渡り、第20回日本医療薬学会年会が千葉市（幕張メッセ・国際会議場・東京ベイ幕張）で開催された。本学会は、医療現場で活躍する薬剤師が直面している課題を議論する場として、平成2年に日本病院薬剤師会を母体として発足した。その後、日本医療薬学会と改称し、昨年には法人格を取得している。会員数は、病院、保険薬局、薬学部、行政、企業関係者などの薬剤師の参画を得て、8000名を超える学会である。

昨年、本学会で「がん専門薬剤師認定制度」がスタートし、本年5月に「一般社団法人日本医療薬学会認定がん専門薬剤師」として、初の広告可能な薬剤師資格が認められた。また、専門薬剤師などを指導する「がん指導薬剤師」を新たに設置し、その資格を有する施設は「がん専門薬剤師研修施設」の認定を受けることができる。

がん専門薬剤師の資格取得条件として、以下の全てを満たす者が認定される（平成21年10月30日現在）。

1. 日本国の薬剤師免許を有し、薬剤師として優れた人格と見識を備えていること。
2. 薬剤師としての実務経験を5年以上有すること。
3. 日本医療薬学会の会員であること。
4. 日本医療薬学会認定薬剤師、日本病院薬剤師会生涯研修履修認定薬剤師、薬剤師認定制度認証機構により認証された生涯研修認定制度による認定薬剤師あるいは日本臨床薬理学会認定薬剤師であること。
5. 日本医療薬学会が認定する研修施設において、日本医療薬学会の定めた研修カリキュラムに従って、がん薬物療法に関する5年以上の研修歴を有すること。
6. 日本医療薬学会が認定するがん領域の講習会を50単位以上履修したこと。
7. がん患者への薬剤管理指導の実績50症例（3臓器・領域以上の癌種）を提出すること。
8. 日本医療薬学会が実施するがん専門薬剤師認定試験に合格すること。

私は平成21年度に日本病院薬剤師会認定がん薬物療法認定薬剤師の資格を取得し、院内における抗がん剤無菌調製、がん化学療法レジメン管理、がん患者への薬剤説明、緩和ケア、学会発表などを行ってきた。これからも可能な限り活動を広くし、がんの知識や技術の向上、後任の育成を目標に、日本医療薬学会認定がん専門薬剤師およびがん指導薬剤師の資格を取得するために学会参加を希望した。申請時に必要な単位数として、本学会参加で10単位取得できた。

本年会では、特別講演3題、教育講演3題、のほか医療薬学研究・薬剤師業務・薬学教育に関連する多くのテーマでシンポジウム・教育セミナーが開催された。特に、がん薬物治療における薬剤師の役割についての講演が比較的多く、それに関連するワークショップとして、抗がん剤の取扱いの注意を実践、コミュニケーション能力・技術向上の方法、人体モデルを用いた医薬品による副作用モニタリングの実践などの企画もあった。

一般演題は、1400題を超え、病院薬剤師、保険薬局の薬剤師、大学教員が一堂に会し、多くの議論がなされ、薬物治療を主体的に関わる医療の担い手として期待に応えられる臨床薬剤師を目指す者として大変有意義であった。

シンポジウムは、がん薬物療法に関わる演題を集中的に参加した。特に、抗がん剤の薬物間相互作用や副作用に対する支持療法のマネジメントに関する報告が多く、現存する薬剤を適応範囲内で最大限使用し、患

者を抗がん剤による副作用症状を可能な限り避けることが重要であることを理解した。

今回、メインテーマの1つである「がん専門薬剤師」関連のシンポジウムに参加したが、会場は満員であり、入り口から立ち見で見るのが精一杯であった。専門制度に関わるシンポジウムに、これだけ多数の人が来ることに大変驚いた。おそらく専門薬剤師の資格に対して魅力を感じていると同時に、医療現場で他職種と連携を図り、チーム医療への専門薬剤師として活躍

したいと希望を持っているのであろう。

本年は別の学会でがん薬物療法関係の発表を行ったため、今回は聴従に徹しての参加となった。来年の年会までに、当院におけるがん薬物療法に関連したデータを集積し、発表あるいは、論文投稿などを手掛ける予定である。そして、他の薬剤師も自分が持つ資格を取得できる環境作りに努め、当院で専門薬剤師が必要であると思われるように、幅広い活動を展開していきたいと改めて思う。

第3回血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師認定講習会 参加報告

中央放射線科 三ツ井 貴 博

平成22年7月31日、東京都荒川区にある首都大学東京荒川キャンパスにおいて行われました、第3回血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師認定講習会（以下 講習会）へ参加してきました。

今回の講習会は、血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師（以下 認定技師）の認定試験を受験するための資格の一つであるポイント取得のための参加でした。

講義内容は、「心臓疾患の解剖と撮影技術」、「心臓に対する先天性疾患の解剖と撮影技術」、「脳血管障害の撮影技術」、「腹部疾患の解剖と撮影技術」など臨床に関することから、「血管撮影装置の品質管理」、「医用画像情報」、「インターベンションに使用する機器」、「関連機器」、など日常の機器管理、さらに「血管撮影における放射線防護」、「血管撮影における線量管理」と放射線防護や法律に関係することまで多岐にわたりました。

日常業務で当たり前のように接している手技・検査に対して、もう一度基礎・基本から勉強しなおす良い機会であり、かつ、当院では経験できない脳外科の検査に対する解剖・臨床の講義では新しい発見があり、撮影装置の品質管理、放射線防護、放射線量管理などでは学生の頃に習ってはいたが、もうすっかり忘れて

しまっているような内容が盛り込まれていて、新人の頃の新鮮な気持ちに戻りながら勉強できました。

今回の講義全般を通して、われわれ高度高額医療機器を取り扱うプロである診療放射線技師が、医療機器のスペックを十分に活かし、患者様にも医療スタッフにも最良の検査環境を提供すべきであることはもちろんのことであり、その他にも検査前・検査後の機器管理の重要性や、検査の内容・患者様の体調病状などの状況を把握し、医師・看護師・臨床工学技士など他業種の方たちの仕事内容を勉強し理解することによって、よりよいコミュニケーションの元、チーム医療を行っていくことの重要性など、基礎・基本の大切さを痛感しました。

当院では心カテ室、IVR-CT室での業務で必要となる認定技師の資格ですが、有資格者に求められる仕事としては、術者が検査・治療を行う患者様に対してしっかりと向き合い、被曝のことなど余計な心配の要らない、より良い検査環境を提供することだと考えます。具体的には、機器管理に精通し、機器トラブルを起こさない、もし起きた場合に最低限のロスタイムで機器を復帰させ、検査に支障を来たさないようにすることであったり、検査の内容を熟知することで、検査ごとに対応した機器配置や、X線透視・撮影条件の最適化を

することにより患者様の被曝線量を減らすことはもとより、術者の散乱線被曝も減らしかつ検査時間の短縮につなげること、これらのことにリーダーシップを発揮し勤めていくことが重要だと思います。

今回講習をうけ、後日行われた血管撮影・インターベンション専門診療放射線技師認定試験を受けた結

果、無事に合格することができ、しかも道内第1号(正確には2人同時に合格したので同着1号ではありますが…)となることができました。今後この認定資格を活かしより良い仕事ができるように精進したいと考えます。

平成22年度放射線治療認定教育セミナーに参加して

中央放射線科 有 路 智 行

はじめに

平成22年8月28日に放射線治療認定教育セミナーに参加してきました。

会場は神奈川県鶴見大学で、校舎内の記念ホールでした。このセミナーでは放射線治療に携わる診療放射線技師が対象で全国から302名がセミナーに参加していました。セミナーは8時から始まり、修了証を授与したのは19時過ぎで、密度の濃いセミナーでした。

セミナーのプログラムは、放射線治療概論、放射線治療技術、放射線計測、品質保証、品質管理、放射線看護、リスクマネジメント等、それぞれの担当者が詳しく説明してくれました。以下、セミナーの流れに沿って説明していきます。

・放射線治療概論

放射線治療で道具として用いる放射線が、人体内部での作用としては、吸収線量に関連して生じる電離、励起、分子結合の破壊および熱の発生といった物理的過程に引き続き、フリーラジカルの発生といった化学的過程を経て生物学的損傷へと繋がります。腫瘍の制御を目指す放射線治療における生物学的損傷は、腫瘍細胞の増殖能を抑制することです。患者さんのQOLを維持した放射線治療を実施するためには、正常細胞と腫瘍細胞に対する放射線の作用の合理的均衡を図る必要があります。

放射線治療の基礎ではありましたが、再確認ということで詳しく教えていただきました。

・放射線治療技術

放射線治療の対象は多くが悪性腫瘍であり、悪性腫瘍の治療方法として、手術、化学療法と並んで放射線治療が大きな役割を果たしていますが、手法的には手術と同じ局所療法であります。悪性腫瘍等の治療を目的とした根治的照射、悪性腫瘍等による疼痛や苦痛の緩和を目的とした緩和的照射、手術や化学療法と組み合わせた照射など放射線治療の治療方針は様々であります。放射線治療概論に引き続き基礎の内容でしたが、改めて放射線治療技術を認識できました。

・放射線計測

放射線治療に用いる放射線には、X線、電子線、ガンマ線、陽子線など悪性腫瘍の形状や患者さんの状態により使用する放射線は異なります。この項では、X線と電子線の測定について実践的に教えていただきました。X線と電子線の測定には空洞電離箱を用いた測定が一般的であり、測定の際、注意する項目や測定器の取扱など、放射線計測について詳しく教えてもらい、当院で実行してみようと思う点が幾つかありました。

・品質保証 品質管理

放射線治療の品質保証は、技術的品質保証、物理的品質保証、臨床的品質保証の三位一体の品質保証が重要であります。リニアックの品質管理のみで放射線治療の質が担保できるものではありませんが、装置、機器の精度を保証することにより系統誤差を可能な限り少なくすることが、治療成績の向上に貢献しています。この講義では品質保証や品質管理に対する考えを見直すことができ、点検項目の見直しや点検項目の効率的

な組み合わせを学ぶことができました。

- ・放射線看護

放射線治療部門には、様々な状態の患者さんが治療のために訪れます。移動や癌特有の痛みに対するコントロールに不安を持つ患者も多く、放射線治療の現場では治療技術とともに看護領域の知識も求められます。放射線技師の講習会や一般的セミナーではなかなか看護のことには触れないので、この講義は大変勉強になり、患者さんとの関わり方を見直そうと思いました。

- ・リスクマネジメント

日常の医療現場では、注意しながらも、患者さんの苦情、ニアミス、医療事故、事件が絶えることはありません。新人でもベテランでも医療事故は起こる可能性があります。放射線治療の分野では、誤照射事故が

発生し、組織や個人レベルの安全管理体制の重要性が指摘され、安心、安全の放射線治療の提供が要求されています。放射線治療においては、患者照射の実際、線量測定法や品質管理なども大切ですが、リスクマネジメントも重要であることを再認識しました。おわりに

今回放射線治療認定教育セミナーに参加して、基礎的事項や最新技術を学ぶことができました。当院でも参考にする部分は何かあり、改善できるよう努力していきたいと思います。また、今年度リニアックの更新で、このセミナーで、得た知識をフル活用し、少しでも役立てられたら幸いです。これからも、患者さん本位の放射線治療を施行し提供していきたいと思えます。

放射線治療装置更新に係る施設見学研修について

中央放射線科 畑 中 康 裕 石 澤 博
有 路 智 行

放射線治療装置が更新され、据付工事の真最中の期間で研修をさせていただく機会を得、平成22年12月7日～9日の日程で、北海道大学病院と手稲溪仁会病院（ともに札幌市）へ最新の放射線治療装置ならびに治療方法について、施設見学研修に派遣された。

従来の放射線治療装置は、高エネルギー X線と電子線による治療のみを施行するものであったが、今回更新される機器には、画像誘導放射線治療（Image Guided Radiotherapy：IGRT）機能が付加されている。

IGRTとは、放射線治療室内に、治療装置と画像取得装置（X線撮影・透視機能、X線CT、超音波診断装置など）が同室内にあり、患者移動を伴わず照射位置確認をしながら行う治療である。

よって、導入受入施設として、放射線治療の品質管理はもちろんのこと、画像取得装置の座標系、入出力、機器管理が新たに加わることになる。しかし、本邦での導入実績も少しずつ増加しているが、新技術に対す

る品質管理のガイドライン整備は、手探りの状態が続いている。現段階では、先行稼働施設での研修が、最も効率的と考える。



北大病院



手稲溪仁会病院

北海道大学病院（以下 北大）は当院とほぼ同仕様で、数カ月早く導入された施設である。

北大での、放射線治療装置受入試験、ユーザービームデータ測定方法、治療計画装置のコミッシュニングについて、研修させていただいた。

当院は治療休止期間を設けての工事となったが、北大は3台の治療装置のうち2台更新となるが、1台ずつ時期をずらして工事を行い、常時2台での放射線治療を施行できるように工夫されていた。

装置稼働に際しての注意事項やデータ取得のノウハウについて、意見交換を行った。

その中で膨大な測定業務の計画的な運用消化が、当院の日程表作成に特に参考になった。

また、患部に金球を埋め込み、呼吸性移動を捉えて

治療を行う動体追跡放射線治療も実見し、その精度や原理を解説していただいた。

後半は、手稲溪仁会病院（以下 溪仁会）へ見学に赴いた。

北大は据付途中であったのに対し、溪仁会は3年の稼働実績があり、前立腺のIMRTを行っている施設である。

早朝よりの始業前点検で、IGRT特有の確認事項や、治療用CTの品質管理、帳票類の整備など多岐に渡る業務内容について、ご教授いただいた。

IGRTは、多門照射にのみ診療報酬が認められているが、溪仁会では全例IGRTによる治療前位置確認を行っていた。毎回の治療前確認によって、治療計画との位置ずれは数mm以内を担保していたことは、当院にも採用すべき技術であると考えられた。

種々のアプリケーションの臨床への有効活用法や、測定技術のアドバイスなど有益な情報交換を行った。

今回、われわれ3人は、放射線治療機器の導入をきっかけに、2施設の施設見学研修を行ったわけだが、実稼働の場を見ることによる知識、経験は、机上の勉強では得られない貴重なものであった。

また、先行施設の「苦労話」や「工夫」など、普段の学会発表などでは聞くことのできない「裏話」も本研修の成果であったと思う。

このような機会を与えていただいた関係各位に深謝するとともに、今後の放射線治療の運用に役立てていきたいと考える。

平成22年度がん看護専門分野（指導者）講義研修 がん化学療法看護コースを終えて

看護部 上山圭子

平成22年7月6日から9日までの4日間、国立がん研究センターにおいて「がん看護専門分野（指導者）講義研修 がん化学療法看護コース」に参加させていただきましたので、報告いたします。

研修目的

がん化学療法を受ける患者と家族の状況を多角的にアセスメントし、患者・家族のQOL向上を目指した主体的な療養生活を支援するために、科学的根拠や最新

の知識や技術を活用することの意義とその実際に関する理解を深める。

研修には全国の医療機関より、がん化学療法に携わる看護師42名と、国立がん研究センターに勤務する看護師45名が参加しました。

国立がん研究センターに勤務するがん化学療法認定看護師、がん看護専門看護師による講義が中心で、抗がん剤の安全な取り扱いでは演習を交えた大変有意義なものでした。

特に抗がん剤の取り扱い（薬剤の調製や交換方法・防護方法）、廃棄物の処理方法は施設で異なっており、興味深い内容の一つでした。

ある施設では、抗がん剤の調製時はもちろんですが、点滴交換時など抗がん剤を取り扱う際は、どんな時でも手袋・マスク・ガウン・ゴーグルを着用しており、防護対策が徹底されていることに驚いたと同時に、抗がん剤曝露による人体への影響を考えるとその必要性を強く感じました。

また、看護師は治療の現場に直接的に深く関わっており、抗がん剤の投与が確実・安全・安楽に実施される責任を負っています。そのためには治療計画を理解し患者の全身状態を確認・アセスメントすることが必要です。「確実・安全・安楽な抗がん剤の投与管理」として、実際のレジメンを使用しがん化学療法における看護師の役割について、投与前から投与時・投与後の看護のポイント、治療計画を理解することの重要性、使用する薬剤のアセスメント、副作用対策や患者教育について、講師の方々の体験談を聞いたり、グループワークで他施設の看護師の方々と情報交換しながらのとても充実した内容でした。

特に印象に残っているのは、「がん化学療法における意思決定の支援・チーム医療」でした。患者が治療を受けることを決めるその時だけ支援するのではなく、家族・スタッフみんなが同じ目標に向かって進ん

でいくことが大切だということでした。すべての患者が問題なく化学療法が進められることが理想ですが、トラブルがあっても乗り越えられた、あの時はつらかったけどこの選択で良かったんだと思えるように援助していくことが大切であり、患者の状態と行う治療が患者の目指す目標と必ずしも一致するとは限らなくても「患者がどこを目指しているか」をきちんと把握し、チームで共有しどのように関わっていくかを考えていくことが重要だと気付かされました。

化学療法を受ける患者のほとんどは入院治療が長期におよび、何年にもあたり入退院を繰り返しています。「がんサバイバーシップ」の考え方として、長期生存を意味するものではなく、がんという疾患や治療効果の有無ということを超えて、がんと診断されたときから人生の最期までがん生存者であり続けるという新しいがん生存の概念があり、病氣と闘いながらもその人らしく健やかに生きることの大切さを重要視しています。

私たち看護師は、患者の身近にいる者の一人として、がん化学療法を継続しながら患者と家族が主体的に考え生活することを支援していくことが必要だとあらためて感じました。

今回の研修では、化学療法の歴史から作用機序と副作用対策、がん化学療法薬を安全に取り扱う必要性や曝露予防方法、患者・家族へのセルフケア支援などについて学び、日々の悩みや疑問点が解消され、自己の課題を明確にすることができました。

この経験や学びをスタッフに伝えていき、抗がん剤を正しく安全に取り扱い、患者が安全・安楽に化学療法を受けることができるよう、これからの看護に生かしていきたいと思います。

貴重な経験をさせていただきありがとうございました。

移植コーディネーター研修での学びと展望

看護部 難波 幸一

平成22年7月17日の改正臓器移植法の一部が施行され、脳死による臓器提供が大きく変わることになった。社会全体が臓器移植に関心を持つようになった中、臓器移植コーディネーター養成研修を受講する機会を得たので報告する。

1. 研修期間 平成22年12月13日～12月17日
2. 研修会場 社団法人看護協会 看護研修学校
3. 研修目的 臓器移植コーディネーターの役割と活動を理解し、その任務において必要な知識を得る。

移植コーディネーター（以下 TCO）とは、提供する側ドナーコーディネーター（以下 DCO）と、受ける側レシピエントコーディネーター（以下 RCO）の2つに分類される。DCOの役割は臓器を提供する側にあり、亡くなられた後の臓器提供者が現れた場合に臓器提供が円滑に行えるように調整する。また患者は心臓死または脳死の状態であり、支援する対象は患者自身のご家族になる。一方RCOは臓器を受ける側であり、移植医療が行われる全過程において臓器提供が円滑に行われるように調整する。支援の対象は長い間提供を待つ疾病をもつ患者であり、生体間移植の場合にはドナーとレシピエント両方に関わり支援するという特殊性を持っている。要するにコーディネーターとは、移植医療を円滑に遂行する調整役であり、両者の違いは支援の対象が変わるだけであるといえる。

コーディネーターの役割は、多種多岐にわたっている。RCOに限ってもその役割とは、相談者としての窓口、移植前から移植後にわたる継続的な支援、移植に関わる医療関係者との連絡調整や、患者、家族、スタッフへの教育、指導などの教育的な立場、移植患者の情報の管理からデータの整理、臓器移植ネットワークへの連携と定期的な経過報告、そして普及啓蒙活動と様々である。

この研修でのもう一つの焦点は、今回の改正臓器移植法の施行に伴い移植医療がどう変わったのかである。日本での臓器移植の歴史は1956年の腎臓に始ま

り、1964年の肝臓移植と続いた。1968年の和田心臓移植が行われたが、脳死の判定や移植の適切さにおいて問題視され、わが国の移植医療が閉ざされることになる。そして1997年に臓器の移植に関する法律が施行され、本人の意思表示と家族の同意により脳死下移植が可能になった。しかし、日本における臓器提供はごくわずかなものであり、移植医療のほとんどを渡航により海外で補うという形をとるしか方法がなかった。2008年5月、イスタンブールで行われた国際移植学会で、自国で移植が必要な患者は、自国のドナーで移植するようにするという自給自足の考え、「イスタンブール宣言」が提唱される。それに伴い2009年の臓器移植法の改正が求められ、本人の書面による意思が不明であっても家族の意思により脳死下臓器提供が可能となった。その臓器移植法の改正に伴い、先立って今年の1月に施行されたのが、親族に対する臓器の優先提供の意思表示である。そして7月には、「本人の意思表示が不明であっても、家族が承諾する場合に脳死下臓器提供が可能」となった。また15歳以上の意思表示が有効となり、15歳未満でも脳死下臓器提供が可能になるなど移植医療が大きく進みだした。

研修では実際に、DCOの立場でドナーの家族へオプショントップを促すというシミュレーションを行う機会があった。そこでは悲しみに暮れるご家族への、言葉がけの難しさを痛感した。また脳死下でオプショントップされても、本人の臓器提供意思表示がない場合は、家族が臓器提供を決断する重圧や、苦渋の負担を強いることが理解できた。移植医療を発展させる意味でも、意思を表示しておくことが重要であるといえる。

今や世間一般では、臓器移植という言葉と同時に、TCOという言葉も並行して注視されている。ウィキペディアによるとTCOとは、臓器移植・組織移植・骨髄移植などにおいて、提供者と移植者の間の調整をする医療専門職と位置付けている。専門職と定義づけられていながらもここ日本においては、残念ながらその専門性、立場はまだ確立されていないのが現状である。

また医療現場においても、TCOとはいったい何をしているのだろうと思っている医療関係者も少なくはない。米国のTCOでは、同じ看護師でも学士・修士をもち、認定制度があり、専任で年収800万以上、施設に複数存在し、交代制であるのが一般的である。一方わが国では、認定制度もなく他の業務との兼任している場合が多い。十分な人員もなく24時間365日体制でハードワークであるなど、どれをとっても恵まれていないのが現状である。しかし今回の講習で、施設によっては専任でTCOを置くように変わってきているとの情報もあり、これからのTCOにとって明るいニュースでもあった。

当院は道北地域唯一の腎移植病院である。RCOの存在は、移植医療に携わる医師や看護師の負担を軽減するとともに、移植医療を進める上でその役割は大き

いとする。また、TCO本来の移植医療の調整を行いつつ、その存在意義を理解されるような活動も行っていく必要がある。

7月の改正臓器移植法施行以来、当院においても移植に関する問い合わせが増加している。今まで年に5～7件だった腎移植も、2011年にはさらに上回る勢いを見せている。当院が移植病院としての役目を全うするためにも、市民や地域の方々に臓器移植についての情報提供や考える機会を作るなど、移植医療が推進されるような活動も必要であると考ええる。

臓器移植とは提供者があって成り立つ医療である。この研修を機会に、まだ国民にとって馴染みのない移植医療が、正しい倫理に則り浸透していけるような仕組みを作り、それが普及啓蒙活動となるよう展開していきたい。

放射線看護課程の研修に参加して

看護部 原 井 絵 里

平成22年9月6日から9月10日までの5日間、千葉県にある放射線医学研究所で開催された第68回放射線看護課程に参加しましたので報告します。

放射線医療に携わる看護師を対象として、放射線の基礎・放射線の人体に対する影響・放射線の防護・放射線診療患者の看護などについて理解を深め放射線に正しく対処することにより、放射線看護の向上を図ることを目的としています。

放射線医科学研究所には研修棟のほか様々な研究センターがあり、重粒子医科学センター病院には世界で初めて開発・建設された重粒子線がん治療装置（HIMAC：Heavy Ion Medical Accelerator in Chiba）があります。また、原子力災害時や放射線事故時に三次被ばく医療機関として、緊急被ばく医療体制が整えられています。これらの施設を研修期間内に見学することができました。

・放射線防護とX線撮影時の被ばく

放射線防護の三原則は①遮蔽、②距離、③時間です。

実際にX線発生装置を使用してX線の発生量を左右する3要素、管電圧と管電流と照射時間を変えた場合にX線の発生量はどのように変化するのか、3要素を変えた場合遮蔽物の遮蔽能力の変化や、遮蔽物の材質や厚さが変わった場合はどうなるのかなど、様々な条件でX線の線量を線量計で測定しました。「距離の逆2乗法則」離れた距離が2倍なら線量は4分の1になることが測定結果からわかりました。実際に測定して数値を分析することで放射線防護の3原則を実感し理解を深めることができました。

・放射線による人体への影響

放射線の影響は全身被ばくと局所被ばくに分けられます。同じ線量でも全身被ばくのほうが影響は大きくなります。臓器により放射線感受性が異なり、①分裂の盛んな細胞、②分裂期間の長い細胞、③形態的・機能的に未分化な細胞は感受性が高くなります。水晶体、肺、胃、腸、生殖器などがあげられます。

・重粒子線がん治療装置（HIMAC）

サッカー場ほどにもなる大きなマシンで、面積は120m×65mです。重粒子線は体の浅いところでは線量が低く、一定の深さで急に線量が高くなるピークがあり、それより深部には進まないという性質があります。ピークの位置をがんの形に合わせて調節することにより、がんをねらい撃ちすることができます。頭頸部がん、肺がん、前立腺がん、悪性黒色腫、骨・軟部肉腫などが治療対象となります。転移がある場合など適応対象外の病状・疾患もあります。先進医療のため全額自己負担となり、314万円です。現在は群馬県と兵庫県でも重粒子線治療が行えます。

実際の治療は重粒子線を病巣に対して正確に照射するために患者の体が動かないように固定具を作成します。照射のビームの位置は固定されているので、患者の向きを変えて照射したい部位をビームに合わせます。位置合わせが大変重要で患者は同一体位を保持する必要があります。照射時間は2～3分程度ですが、位置決めに時間を要するため、40分～60分程度かかります。そのため患者の疾患や全身状態と、患者の疾病に対する受け止め、放射線治療に対する理解度や不安をアセスメントし、身体的苦痛の軽減が重要となります。

・放射線治療の看護

放射線治療の流れは、検査→診断→I.C→治療計画用CT→治療計画→治療→治療後の検査となります。大きく分けて治療前、治療期間中、治療後です。患者は放射線に対して恐怖感を持っていることが多く、疾患のことに加えて放射線への不安もあります。治療前は放射線治療の期間・方法の説明や、マーキングの重要性、有害事象、日常生活について説明します。治療中は併用されている他の治療法の有害事象も合わせてア

セスメントします。食事の工夫や、皮膚保護などセルフケアの支援と生活指導が必要です。治療後は晩発性有害事象や照射部位の保護・セルフケア、定期受診の必要性を再度説明します。がんは全身にみられ、症状は患者によって部位も程度も違います。放射線治療・有害事象の正しい知識を持ち、患者の疾患・合併症・全身状態・背景や家族関係などをアセスメントして患者に合わせた個別的な関わりが重要です。

・IVRの看護

IVRは血管系（Vascular）、非血管系（Non-Vascular）に分けられます。IVRを受ける患者の特徴として局所麻酔で意識下で治療を受けることがあげられます。患者は病棟からIVR室へ移動し、病棟ナースからIVRナースに変わります。治療効果や診断結果に対する不安をもち、慣れない環境で身体的苦痛が伴う検査・治療を受けることになります。IVRナースがおかれている状況は、患者の情報収集の時間が限られる、患者と接する時間が短い、色々な症状や年齢の患者ケアが必要、放射線を扱う現場で業務を行うことがあげられます。よりよい環境を作るために、入室時は患者にきちんと挨拶をし、病棟ナースと情報交換、そこに医師・放射線技師を交えチームでの連携が重要となります。検査・治療中は異常を早期発見できるよう予測される状況を常に先出しで考え、安全で安楽に検査・治療が進行できるよう援助していくことが必要です。

以上、今回得た知識を様々な問題を抱える患者の看護に活かしたいと思います。また、放射線の性質を正しく知り、距離ばかり意識して患者を放置するようなことのないよう防護の3原則を活用していきたいと思っています。

医局抄読会記録 (22年度)

心筋梗塞におけるMRIの意義

(内科 奥山 淳)

【背景】各診療科でMRI検査は診療において重要な位置を占めているが、循環器内科領域でも他のmodalityにはない特徴で有用性を発揮している。心臓MRIは心筋梗塞において、機能的評価と組織性状的評価を可能としている。遅延造影MRI (LGE) は梗塞心筋の分布を鮮明に描出し心筋梗塞の診断並びに梗塞サイズの評価を可能にしている。またシネMRI画像は機能的評価を可能にしている。心MRIは心電図変化が明らかでない心筋梗塞の診断にも有用である。

【目的・方法】急性期再灌流療法を施行したST上昇型急性心筋梗塞と心MRI所見との関連を多数例で検討した。対象は発症当日にPCIを行い数日後に心MRIを施行した123例。T2, LGE画像において左室を17分割し、LGEの心内膜側から心外膜側へ深達度を5段階にスコア化 (0:0%~4:76~100%) し、総和をLGEscoreとした。また微小循環閉塞を示すMO (microvascular obstruction) の厚みも5段階にスコア化した。さらにT2集積のある区域を梗塞危険区域とし、区域内のLGEscoreを用いて、 $(1 - (LGEscore/T2区域数 \times 4)) \times 100$ で定義したLGEsalvage率を算出した。MOは厚み×角度を測定しMOの広がりとして定義した。これらを再灌流療法後の血管造影所見や左室駆出率 (EF) と比較検討した。

【結果】梗塞サイズを反映するCPKと心MRIから算出したLGEscoreは $r=0.65$ の正相関を認め、LGEsalvage率は $r=0.53$ の負の相関を認めた。再灌流療法後の冠血流を示すTIMI3gradeとLGEscore, LGEsalvage率は有意な相関を認めた。心筋微小循環の程度を示すMBGもLGEscore, LGEsalvage率と有意な相関を認めた。梗塞サイズを反映するLGEscoreが低値でLGEsalvage率が高値であるほど、亜急性期、慢性期のEFは高値であった。急性期LGEsalvage率が高値であると、慢性期LGEscoreは低値であった。MOの広がり、急性期EFとは有意な相関はみられないが、亜急性期、慢性期EFは、MOの広がり、低値であるほどEFは高値になり、有意な負の相関が認められた。

【総括】心臓MRIはAMIにおける梗塞サイズの評価が可能であり、その評価を通じて急性期のみならず慢性期の心機能や心筋微小循環などの把握が可能となる。

早期消化管癌に対する内視鏡治療

健診の普及、内視鏡検査件数の増加などにより早期の消化管癌に対する内視鏡治療数は増加傾向にある。また病変周囲を専用ナイフで切開し、癌を粘膜下層部分で剥離切除する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) は、従来胃癌内視鏡治療の主役を務めていた内視鏡的粘膜切除術 (EMR) の治療成績を上回る治療法として登場し加速度的に浸透した。その結果当院での胃癌に対するESD治療件数は増加の一途を辿っている。

2006年1月から2010年10月までの早期胃癌に対する治療成績をEMR群 (45病変) とESD群 (99病変) で比較検討した。治療時間はEMR群 33.1±28.8分、ESD群 85.8±62.1分であり、ESDの方がEMRに比べ時間がかかる ($p<0.001$) もの、一括切除率 (EMR 55.6%, ESD 94.9%), 病理組織検査結果を踏まえた完全一括切除率 (EMR 37.8%, ESD 90.9%) いずれもESD群の方が有意に高い結果 ($p<0.001$) であった。偶発症については両群に有意差はなく、長期成績にも有意差が見られた。

以上のことから早期胃癌については局所治療効果の高いESDが主流となっているが、大腸癌についてはその限りではない。

1990年1月から2009年9月までの早期大腸癌1938病変の検討では、EMR, polypectomyでの内視鏡治療群の長期経過では再発率はわずか1.7%であった。大腸はひだの存在、屈曲した腸管、狭い管腔などの解剖学的特性からESDの難易度が高い。現時点では大腸癌に対してESDは保険収載されておらず、先進医療の位置づけである。その結果局所治療としてのESDに対する需要は胃癌に比べて少なく、EMR・polypectomyが大腸早期癌に対する治療の主役となっている。

(内科 富永 素矢)

ACTH単独欠損症の1例

ACTH単独欠損症は下垂体前葉ホルモン6種類のうちACTHのみの分泌が障害される結果、続発性副腎皮質機能低下をきたす疾患である。また、不全型 (潜在

型)の例も存在するため、全身倦怠感、食欲不振、精神症状などの症状に加え低ナトリウム血症や低血糖を認めた場合は内分泌学的検査を施行することが望ましい。今回、著明な低ナトリウム血症に意識障害を伴うACTH単独欠損症の1例を経験したので報告する。

【症例】63歳女性。

【現病歴】全身倦怠感、食思不振を主訴に平成22年8月30日近医入院となった。その後、低ナトリウム血症の進行と意識障害が出現したため、同年9月3日救急車にて当科転院となった。

【入院時現症】身長150.6cm、体重33.6kg、意識レベルJCS I-2、体温37.1℃、血圧128/70mmHg、脈拍84回/分、眼瞼・眼球結膜に貧血・黄疸なし、甲状腺腫大なし、皮膚・爪に色素沈着なし、呼吸音正常、心雑音なし、腹部平坦、肝脾腫を認めず、下腿浮腫認めず、神経学的異常所見なし。

【入院時血液検査所見】Na 107mEq/lと低値。ACTH 1.0pg/ml未満と低値。Cortisol 6.8 μ g/dlとストレス下において低値。

【画像診断】下垂体MRI：異常所見なし。副腎MRI：異常所見なし。

【負荷試験】CRH負荷試験：ACTH 0分<1.0, 30分<1.0, 60分<1.0, 90分10.6pg/ml, Cortisol 0分4.4, 30分4.9, 60分6.4, 90分5.5 μ g/dl、迅速ACTH試験：Cortisol 0分4.8, 30分9.5, 60分12.6, 90分13.0 μ g/dl。

【臨床経過】入院時、内分泌検査の結果が未着であったため生理食塩液点滴とともに副腎皮質機能低下を考慮し副腎皮質ホルモンの補充療法を開始した。内分泌学的検査にてACTH、Cortisolがともに低値であり、CRH負荷試験、迅速ACTH試験がともに無反応～低反応であったことからACTH単独欠損症と診断した。副腎皮質ホルモンの補充療法にて速やかに意識障害および低ナトリウム血症は改善した。(内科 宮本 義博)

過去5年間の当院におけるAML症例の臨床的検討

当科では2005年4月1日より2010年3月31日までの5年間に急性前骨髄性白血病(APL)を除く、58例の急性骨髄性白血病患者(AML)の入院診療を行っている。今回、治療成績を検討するため後方視的解析を行った。なお、比較対照として日本成人白血病治療研究グループ(JALSG)のAML201studyを使用した。

比較対象であるJALSG AML201では15歳から64歳までの新規発症AML患者を対象として通常化学療法を

施行している。1057例の適格症例の平均年齢は47歳であり、AMLのFAB分類ではM2症例が44%と半数近くを占めている。一方、当院に入院した58例のAML患者は平均年齢62.4歳(15歳～90歳)と高齢者が多く、AML201で対象外としたMDSからAMLに移行した患者も対象としており、AMLのFAB分類においてもM2症例と比較して、これまでの報告で予後不良が示唆されているM0/M1症例が多く見られた。

JALSG AML201ではAML患者に対して初回寛解導入療法としての化学療法を行い、その後3～4コースの地固め療法に振り分ける治療がなされており、当科でも基本的には同様な治療方法を行っている。

しかし、PSや基礎疾患を考慮し毒性を軽減した化学療法を行った症例が11例、治療自体を行わなかった症例が7例あり、通常化学療法を施行した症例は40例であった。

CR率はAML201での1回の治療によるCR率は64.1%であった。当科では通常量化学療法で55%であり、やや劣った成績の印象であった。また、毒性を軽減した化学療法でもCR率はほぼ同等の成績を示した。

CRに到達した症例でのDFSは、AML201の成績と比較すると当科の通常化学療法群では5年DFSが40～50%とほぼ同等であるのに対して、毒性軽減化学療法では明らかに劣っている傾向を示した。

OSにおいても当科での通常化学療法群は60%と前後の5年生存率を示しており、AML201とほぼ同等の成績であったが、毒性軽減療法を施行した群では長期生存は望めない結果であった。(内科 竹村 龍)

大量出血による呼吸不全患者において人工呼吸管理下に気管支鏡による血腫除去で救命しえた1例

(内科 岡本 佳裕)

当科における大腸穿孔症例の臨床的検討

大腸穿孔症例では、流出を来す消化液内に細菌を多量に含んでいることから、細菌性腹膜炎を生じやすく、発症早期にSIRSやDIC、エンドトキシン血症、敗血症性ショック、多臓器不全へと陥る例もまれではない。敗血症を合併した場合は死亡率が高く予後不良であるため、可能な限りの早期診断と、手術治療のみならず重症感染症、敗血症に対する集学的治療を含めた早期治療計画が必要とされる。近年では術後エンドトキシン吸着療法(PMX-DHP)、持続的血液濾過透析

(CHDF)を含めた集中治療が行われるようになったが、未だに大腸穿孔の予後を改善するまでには至っていない。大腸穿孔に真に有効な治療戦略を確立するため、当科における大腸穿孔症例について、予後を判定する術前因子を再検討し、また予後を改善するため、死因に関連ある因子、術後合併症について検討した。

対象は2005年11月から2010年11月までの大腸穿孔手術症例30例で、年齢は中央値で75歳(56-91歳)、男女比は3:2であった。発症部位はS状結腸14例、直腸5例、盲腸4例、横行結腸、下行結腸が3例、上行結腸が1例であった。原疾患は、憩室炎、癌、医原性が7例、その他9例であった。発症から24時間以内に手術を施行した症例は21例で、24時間以降の手術は9例であった。術式は人工肛門を造設したものが19例、人工肛門を造設しなかったものが11例であった。術前状態では、術前よりショック状態、APACHE II scoreが20点以上、手術までの時間が24時間以上の症例で死亡率が高い傾向にあった。術後合併症は25例に認め、うち敗血症、DIC、心腎疾患を発症したものは死亡率が高かった。当科での大腸穿孔症例の死亡率は33%であった。(外科 和田 秀之)

当院における静脈瘤手術

(胸部外科 森 大輔)

風邪を1日で治す～葛根湯の使い方

「風邪に葛根湯」とはTVCMで毎日流れる有名な話だが、葛根湯の本来の目的をご存じだろうか？

葛根湯を上手に使えば風邪は1日で治せるのである。

さて、漢方で言う「表」の範囲は体表皮膚・筋肉・関節・口腔・咽頭など比較的広い。一方「裏」＝「胃腸」と考えて良い。漢方的に考えると、風邪症状は表から裏に向かって進行するのだが、風邪の初発症状は「悪寒」であり、この状態を表寒証という。

ところで、漢方では風邪をどのように治すのか？

漢方での風邪の初期治療法とは「発汗療法」なのである。体にとりついた病邪が表にあるうちに、汗と一緒に体外へ追い出す、と考えるのだ。

ここで葛根湯だが、葛根湯は実は表寒証のタイミングで使う発汗剤なのである。「風邪に葛根湯」だからといって、咳や痰を止める薬ではないのだ。

葛根湯は悪寒が始まったときに飲むものである。そして、葛根湯を飲んだからには発汗させないと意味が

ない。温かいものを食べ、布団蒸し状態になって汗をかかなければ治療にはならない。

表寒証用の方剤としては、葛根湯のほかにも、麻黄湯・桂枝湯・桂麻各半湯・小青竜湯・香蘇散などがある。これらの使い分けは患者側の体力による。普段元気で筋肉質の人には麻黄湯、多少体が弱く体力のない人には桂枝湯といった具合だ。これは薬の強さや即効性の順とも言え、麻黄湯の効果発現は15分くらいであろう。

発汗療法するときには、汗だくになったときの着替えのため寝具を複数セット用意しておくことをおすすめする。吸汗・交換用にはタオルケットが重宝する。

もちろん発汗療法ですべての風邪症状が消失するとは限らないが、症状・経過日数ともに格段に軽くなる。病棟の某Nsが夕方「悪寒がある」と言ったので葛根湯2包を渡し発汗療法を教えたところ、次の日には「治った」と言って通常通り日勤勤務をしていた。

みなさまも是非是非お試しあれ。

(耳鼻咽喉科 佐藤 公輝)

繰り返す謎の発熱 -PFAPA症候群-

PFAPA症候群(Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Cervical Adenitis)は1987年にMarshallが報告した症候群で、つぎのような診断基準がある。『(1)5才未満で発症し、規則的に反復する発熱、(2)上気道感染を欠き、以下の症状の少なくとも1つが出現；a)アフタ性口内炎 b)頸部リンパ節炎 c)咽頭炎、(3)間欠期は完全に無症状、(4)周期性好中球減少症を除外する、(5)発育発達は正常』

発熱は3～8週ごとに繰り返し、血液検査ではCRP上昇など炎症反応を認める。遺伝性はない。治療はステロイドが発熱に対して著効するものの次の発熱の予防にはならず、むしろ発熱周期を早めると言われている。扁桃摘出が有効な症例があるが、確実ではない。予後は良好で、数年で自然治癒する。

症例：X年7月に1歳11ヵ月の女児が発熱8日目で紹介入院となった。同年3月と4月に原因不明の発熱の既往があった。入院時はWBC 20530(St 2%, Seg 68%), CRP 4.65mg/dl, 赤沈82mm/hrと炎症反応陽性で、抗生剤(CTX)を開始したところ翌々日下熱したため、原因菌不明だったが何らかの細菌感染症だろうと考えた。しかしその後も6～8週ごとに発熱を繰り返し、X+1年5月からは2～4週ごとになった。臨床的特徴は、1)抗生剤の効かない長引く発熱(4～17

日、中央値7日)を2～6週ごとに繰り返す、2) 高熱以外の症状は軽微、3) 咽頭発赤(約1/3には扁桃白苔あり)、4) 頸部リンパ節腫大、5) 好中球優位の白血球増多、CRP上昇などが挙げられ、PFAPA症候群の診断基準をすべて満たしていた。治療として扁桃・アデノイド摘出を勧めた。両親は効果が確実ではないことや自然治癒する疾患である点を考慮して手術をためらっていたが、その後も発熱を繰り返したためX+2年9月に手術を受けた。術後4ヵ月を経過したが、一度も発熱を見ていない。(小児科 佐竹 明)

転移性腎癌に対するsunitinibの短期使用成績

(泌尿器科 千葉 博基)

骨盤腔に嵌頓し腸閉塞で発見された子宮捻転の1例

非妊娠時における子宮捻転の報告はごく稀である。今回われわれは、骨盤腔に嵌頓し腸閉塞をきたした子宮捻転の1例を経験したので報告する。症例は81歳、0経妊。10歳頃より高度難聴で筆談以外では意思疎通困難。下腹部痛を主訴に近医内科を受診し、腸閉塞にて当院外科に紹介され、CTで約9cmの石灰化をともなう骨盤内腫瘤があり、当科に紹介となった。腔が延長し、腔鏡診で子宮腔部が確認できず、腔後壁と直腸の間に可動性のない9cm程の腫瘤を認めた。筋性防御や反跳痛はなかった。MRIでは、子宮体部に腫瘤を認め、Douglas窩に嵌り込んだ子宮筋腫による腸閉塞と診断した。初診時WBC 12910/ μ l、Hb 8.1g/dl、CRP 20.33mg/dl、sCr 1.95mg/dlで、入院翌日にさらに症状ならびに検査データが増悪したため緊急開腹術とした。明らかな感染巣を認めず、子宮体部に硬く石灰化した筋腫を認め、子宮は峽部周辺で子宮長軸を軸として時計回りに180度捻転し、さらに後屈してDouglas窩に嵌頓していた。子宮体部は鬱血、壊死し、後壁の一部が破綻し腹腔内出血をきたしていた。子宮頸部は肉眼的には血流は保たれていた。左卵巣は正常大、右卵巣は9.4cmと軽度腫大、両側付属器とも著明な鬱血を認めた。単純子宮全摘術および両側付属器摘出術を行った。手術時間1時間44分、出血量400ml。病理診断はleiomyomaで間質の出血を高度にともなうが、悪性所見はなかった。術後の経過は良好で腸閉塞も改善した。疾患の認識があればMRIが術前診断に役立つ可能性があると考えられた。(産婦人科 市川 英俊)

当科における電気けいれん療法の施行状況

2006年4月から2010年12月までの4年9ヵ月間に、当科の入院患者に対して施行されたECTの施行状況について、診療録を基にして調査を行った。調査内容は、ECTの施行回数、施行時の患者の年齢、性別、診断名である。また、ECT施行回数の増減の要因を検討するために、同時期の入院患者数および平均在院日数についても併せて調査した。

その結果、ECTが施行された患者数は128例(男性57例、女性71例)であり、その年齢は18歳～73歳で平均年齢44.9歳 $\pm$ 14.6であった。診断については、統合失調症の患者が最も多く、全体の87%、ついでうつ病が7%であった。ECT施行回数は、年々増加を示しており、2010年度は12月末までの集計で、すでに571回に達しており、5年前の約9倍になっていた。また、ECT施行回数全体に占める修正型ECTの割合も高くなっており、2008年度には17.2%であったものが、2010年度は44.3%でECT全体の半数に近づく割合になっていた。ECTが施行された患者数は、2006年度に年間4例であったのが、2010年度は66例であり、約17倍に増えていた。入院患者数との関係では、2006年度は入院患者数245例でECT施行回数が61回であったが、2010年度は12月末までの集計で、入院患者数が326例で、ECT施行回数が571回であり、入院患者数が増加するにつれて、ECT施行回数が増加していることが明らかになった。平均在院日数との関係では、2010年度は平均在院日数が著しく減少し、77.2日を示していた。これは、2006年度の151.7日の約半分の値であり、平均在院日数が減少するのに伴って、ECT施行回数が増加する傾向がとらえられた。

当科で施行されたECT回数が近年激増している原因としては、2010年3月に旭川赤十字病院精神科が閉鎖されたことで、入院患者数が増加し、入院期間の短縮化が求められ、即効性のあるECTが多用されるようになったことが関係していると考えられる。今後も増加し続ける入院患者に対して、手術室における精神科枠内で、安全性の高い修正型ECTを全ての患者に対して行うことは困難になることが予測される。将来的には麻酔科医の協力も得ながら、精神科病棟内に修正型ECTを行うことが可能なECT専用ユニットを増設することが是非必要になると考えられる。

(精神科 泉 将吾)

2010 AHA Guidelines for CPR and ECCの概略 ～BLSの変更点を中心に～

新しい心肺蘇生ガイドラインである「AHA心肺蘇生と心血管治療のためのガイドライン2010 (G2010)」が2010年10月に発表になった。G2010では心肺蘇生(CPR)の手順が大幅に変更されたので、今回は成人の一次救命処置(BLS)の変更点を中心に概説する。G2010における変更点としては以下の点が挙げられる。①CPRの開始時に、人工呼吸の前に胸骨圧迫を行う手順に変更になった(A-B-CではなくC-A-B)。②「息をしているか見て、聞いて、感じる」はCPRのアルゴリズムから削除された。③胸骨圧迫のテンポが「約100回/分」から「100回/分以上」と若干変更された。④成人の胸骨圧迫の深さが「約1.5～2 インチ(4～5 cm)から「2 インチ(5 cm)以上」と若干変更された。新しいガイドラインでは胸骨圧迫が優先され、気道確保・人工呼吸が後回しになるのが大きな変更点であり、呼吸確認の重要性が低くなっている。また胸骨圧迫の隙により「強く、早く押す」ことが強調されている。G2010ではCPRの手順が変更されるなど、CPRにおける胸骨圧迫の重要性をより強調した形となった。

(麻酔科 飛世 史則)

結膜弛緩症

結膜弛緩症は、高齢者に高頻度に見られる眼表面疾患のひとつとして、近年眼科医に広く認められるようになってきました。本疾患は、一般的に保存的に管理していくことの多い眼不定愁訴の原因疾患の中にありますが、外科的に治療する疾患です。

結膜弛緩症の外科治療は、簡便な手術方法を求めてこれまで、さまざまな方法が考案されてきています。いままでは結膜を切開する方法が主流でしたが、今回もっと簡便な方法が考案されました。

結膜弛緩症とは、中高齢の球結膜に両眼性に見られる非浮腫性のシワ状の変化を指しフルオレセインで涙液を染色し、下方の涙液メニスカスに注目しながら瞬目させると容易に診断できます。この疾患が「慢性的眼不定愁訴」の原因となるのは、結膜に起伏を生じるためであり、その結果球結膜と眼瞼縁や眼瞼結膜との間の摩擦を増強したり、下方の涙液メニスカスにおける涙液の流れを遮断することによって症状が生じるようになる。結膜弛緩症の3大症状は、「異物感」、「結膜下出血」、「流涙」であり、手術によってよく改善する。

これまでの結膜弛緩症に対する代表的な手術は、3ブロック切除法です。下方の球結膜を3ブロックに分け、各ブロックで弛緩した結膜を上方に引き上げて弛緩程度に応じた結膜切除を行います。実際の手術手技の写真ですが、大きく弧状の結膜切開をするため比較的血行が多くなります。また、少なくとも6糸以上の縫合が必要となります。

これに対し新たな手術方法では、余分な結膜を摂氏で摘み余剰部分をバーポーラーで焼しゃくします。結膜の切開も必要とせず縫合も必要ありません。合併症の出現率や再発率など今後の検討は必要ですが、簡便で有望な手術方法と思います。(眼科 菅野 晴美)

当科で施行したDRUG LYMPHOCYTE STIMULATION TEST (DLST) のまとめ

DLSTは、薬疹のin vitroの診断法として以前から用いられていたが、これまで保険適応がなかったため大学病院以外では、あまり普及していなかった。2008年4月から薬疹に対して保険算定可能となったことから、一般病院でもDLSTが比較的容易に行えるようになった。当科で過去3年間に施行したDLST 142例について調査し、経過から薬疹が否定されたり、内服負荷試験で陰性であったりした23例を除いた119例について検討した。58例(49%)が陽性であった。薬疹の臨床型でみると紅斑丘疹型56例(46%)、多形紅斑型25例(44%)と多かった。薬剤種別にみると陽性件数は抗感染症薬、抗炎症薬、消化器系の順に多く陽性率は抗炎症薬が46%と高い結果であった。ステロイド全身投与中に施行した例が14例あり8例(57%)が陽性であった。入院治療を行った薬疹の22症例を集計すると陽性率は68%と非入院患者の陽性率より有意に高い結果となった。DLSTの注意点として①病型に関わらず病初期に活性化したリンパ球が非特異的に反応し偽陽性となることがある。②薬剤によっては非アレルギー的にリンパ球増殖反応を生じることがある。③アリルイソプロピルアセチル尿素とミノサイクリンのように薬理作用によるリンパ球抑制作用のためDLSTの陽性例がみられない薬剤もある。④臨床型による陽性率の違いはあるが、施行時期によっても結果が異なる。⑤複数の薬剤を調べた場合は偽陰性や偽陽性を含む場合があり結果の解釈にはより慎重を要する。⑥代謝産物が抗原となる場合は薬剤そのものによる検査は陰性となる。DLSTはアレルギー検査の中でも安全で手軽な

検査であるがこれらの注意点を理解した上で施行し結果を解釈することが必要と思われる。

(皮膚科 菅野 恭子)

新しい放射線治療装置導入に関して

～これまでとこれから～

当院での放射線治療の歴史は、昭和9年に撮影装置との共用の愛宕号（島津）による表在癌の治療にはじまり、昭和32年よりX線深部治療装置（東芝）、昭和53年コバルト治療装置（東芝）の導入後、胸部～骨盤への根治治療が本格的に開始された。

さらに、平成8年高エネルギー放射線治療装置（Varian社）、治療計画用CTが導入され、三次元の高精度放射線治療が開始された。15年が経過し、今年度、さらに高精度な放射線治療システムが更新された（Varian社、Clinac iX）。

これまでのリニアックにおいても、CT画像をベースにした3次元の高精度照射（多門照射、回転原体照射、脳・体幹部への定位放射線治療、全身照射、全身皮膚電子線照射など）は可能であったが、数年前よりさらに高精度なIMRT（強度変調放射線治療）には機械の性能が対応していないため実施できない状態であった。

ここ3年の疾患別新患数を分析すると、ほぼ全癌腫を治療しており、頭頸部・口腔癌：10%弱、肺がん：20%、食道などの消化管のがん：20%、肝胆膵：5%、乳がん：15%、婦人科がん：10%弱、泌尿器がん：15%、悪性リンパ腫・血液腫瘍：15%、であった。近年の特徴は、悪性リンパ腫・血液腫瘍は以前より多く、頭頸部癌、婦人科癌の割合が低下し、肺がん、前立腺がんが増加していた。特殊治療では、乳房温存療法後予防照射：20例/年程度、骨髄移植に伴う全身照射：5例/年程度、定位放射線治療（脳）：合計約100例、定位放射線治療（体幹部）合計約100例、前立腺癌への7門原体照射：合計約200例であった。メタストロン骨転移内照射、ゼヴァリン悪性リンパ腫内照射も可能となり症例が増加してきている。

15年間の新患数は2584例、再治療患者を含めると約3600例、治療計画数4532例、照射料のみの診療報酬は8億7750万であった（別表）。

収益性の点では、高精度の治療にはより多くの診療報酬を与え、高度治療には高精度な高価な機器が必要であることが認められてきている。そのため、年々放

射線治療の診療報酬は上がっているが、専門医、専門技師、機械の性能、症例数などを基準とした施設認定というかたちでの加点が特徴である。今回の更新においても現状の治療患者数が維持できれば、10年程度で減価償却が可能と予想されている。

今後の新たに可能となる治療法は、フュージョン画像を利用した治療計画が可能（MRI、CT、PETなどの他の画像を合成し、より正確に小さく病変をとらえる）

IGRT（Image-guided radiotherapy、画像誘導放射線治療）が可能（皮膚のラインだけでなく、X線、CTにより数ミリ以下の位置修正ができる）

IMRT（Intensity-modulated radiotherapy、強度変調放射線治療）（凹凸のある病変に絞り込んだ放射線治療ができる）

呼吸同期照射が可能（肺や肝臓の呼吸性移動を考慮した治療が可能に）

これらの技術により、さらに小さく、正確な低侵襲の放射線治療が期待され、治癒率の向上、患者負担が期待される。

(放射線科 川島 和之)

当科における造血幹細胞移植患者の口腔管理

【緒言】造血幹細胞移植患者は、移植前後に高度な骨髄、免疫抑制状態を引き起こすため、感染症に罹患すると重症化し致死的な経過をたどる危険性がある。そのため移植前の感染源除去が重要であるが、歯科疾患では、どのような歯に対して治療を行う必要があるのか統一された基準がない。今回、当院血液内科から紹介された造血幹細胞移植患者に対する当科での口腔管理について調査、検討を行ったので、その概要を報告する。

【対象および方法】対象は2005年4月～2010年9月までの5年6ヵ月間に、造血幹細胞移植前の口腔内感染源除去を目的に当院血液内科から当科を紹介された患者41人（男性25人、女性16人）で、平均年齢は49歳（18～70歳）であった。顎口腔領域の感染巣となりうる歯を以下の治療指針に従い治療し、その後の経過を調査した。

（治療指針）軽度う蝕歯は修復処置や抜髄で保存し、重度う蝕歯は抜歯した。辺縁性歯周炎は、歯周ポケットが5mm以下は歯周病治療で保存し、歯周ポケットが6mm以上は抜歯した。根尖性歯周炎は、根尖病巣が2mm以下は保存し、3mm以上は抜歯した。埋伏智歯

は、完全骨性埋伏歯は保存し、水平埋伏智歯は抜歯した。

【結果】受診時期は、当科初診から移植までの平均日数は78.2日間であった。歯科治療が行われた人数は、受診者41人中27人（66%）に歯科治療が行われた。内容は、抜歯が22人67歯、修復処置が8人10歯、抜髄が2人2歯であった。抜歯後合併症として、ドライソケットが3人（14%）に認めた。

【結論】移植前の歯科的治療によって、造血幹細胞移植の延期や移植療法実施中、実施後に歯科的疾患に起因する重症感染症は生じなかった。感染源除去という点では、現在の治療指針で問題ないと思われたが、患者のQOL向上の観点から、今後、少しでも歯を多く残せるよう治療指針に検討の余地があると考えられた。

（歯科口腔外科 谷 和俊）

緩和ケアのニューフェイス

緩和ケア領域においても、いくつかの新薬や適応拡大により使用可能になった薬剤、機器が登場しましたので紹介します。

（1）フェントステープ：サロンパスやモーラステープなど貼付剤の専門メーカーである久光製薬が、1日1回貼付のフェンタニル貼付剤を発売しました。従来の3日に1回貼付のデュロテップパッチMTに比して、調節性に優れる、毎日の入浴に有利、交換日の混乱が少ない、粘着力が高いなど利点がある製剤です。1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mgと整数表示で覚えやすいラインナップです。ただし、他のオピオイドでコントロールが安定した後切り替えて使うことや、初回貼付時は血中濃度が安定するまでの数日はドースアップせずにレスキューで対応することなど製剤の特性を理解して使用してください。

（2）プレペノン：プレフィルド型のモルヒネシリンジをテルモが自社シリンジポンプとの適合性を利点に販売開始したもので、50mgと100mgのシリンジがあります。プレフィルドなので無菌製剤であることや調剤不要という利点があり、1mg/mlなので、2ml/hと指示すれば1日48mgの投与となります。無菌ですので48mg/日ならば約2日ごとの交換で済みます。

（3）トラマドール：年配の医師ならば、クリスピンコーワというとピンと来る方がいるかも知れません。古くから劇薬扱いの鎮痛用のオピオイドとして臨床現場で使われていた薬を経口薬にしたものです。麻薬扱い

でなく、同等の力価で比較するとモルヒネの半額です。 μ 受容体結合だけでなくノルアドレナリン、セロトニンの再吸収抑制による下降抑制系賦活作用を有し、中毒を生じづらいなどの特徴があります。従来コデインを使うような場面や外来では有用かと思われます。

（4）リフレックス：新しい機序の抗うつ薬として登場した薬です。 α 2受容体ブロックによりノルアドレナリン、セロトニン放出刺激を生じ、さらにシナプス後のセロトニン受容体のいくつかを選択的にブロックすることで、抗うつ効果、抗不安効果、制吐作用、鎮痛補助作用などが発揮されます。疼痛を有するうつ気分のがん患者には有用な薬剤である可能性があります。

（5）リリカ：Caチャンネルブロックによる神経障害性疼痛の補助薬として、海外ではすでに第1選択薬として知られていましたが、このたび、まず帯状疱疹後神経障害に対する治療薬として承認され、次いで末梢神経障害性疼痛全般に対して適応拡大されました。副作用として眠気、めまい、浮腫などが軽くみられますが、有効性は60%ぐらいあるような印象です。

（6）PCA付ポータブルインフューザー：コンピューター回路組み込みの精密なインフューザーで、投与速度や、PCAの設定などの自由度が高く、また患者がどの程度PCAボタンを押したかなどの解析が可能となっています。モルヒネ皮下注の患者さんの外出・外泊チャレンジなどのときに利用できます。

（7）転移性非小細胞肺癌で化学療法と平行して早期から緩和ケアチームによる介入を受けた患者さんのQOLが向上し、終末期の集中管理の必要度が少なくなり、生命予後も改善した可能性があるというランダム化比較試験の結果が、N. Engl. J Med (2010)に掲載されました。（緩和科 福原 敬）

抗菌薬の適正使用に向けて

当院における抗MRSA薬、カルバペネム系薬の使用状況を2007-2010年の4年間について検討した。また、MRSAに対するVCMのMIC値についても検討した。

【TDM（薬物血中濃度モニタリング）】

TDMの実施回数は2008年が90回、2009年が115回、2010年が173回と、この1年間で著しく増加した。TDMの測定結果を見ると、トラフ値が至適範囲から外れたのはVCMで33%、TEICで28%であった。

【抗MRSA薬の使用状況】

LZDの使用量は年々減少傾向がみられ、とくに2010年は顕著であった。VCMを第一選択薬とするケースが毎年最も多かった。抗MRSA薬全体の使用量には減少傾向が見られた。保菌は治療しないなど、適応に関する検討がさらに広がることを期待したい。

【カルバペネム系薬の使用状況】

全注射抗生剤の中に占めるカルバペネム系薬剤の年間使用量は、2007～2010年で、順に19%、19%、22%、25%と増加していた。多剤耐性菌や日和見感染のリスクを考慮すると、憂慮すべき状況といえる。De-escalation（抗菌スペクトラムが広い抗生剤で治療開始しても、起因菌と感受性が判明した時点で抗菌スペクトラ

ムがより狭い抗生剤に変更すること）の実践を各先生にお願いしたい。

【MRSAに対するVCMのMIC分布】

MICが2 $\mu\text{g/ml}$ 以下であれば「感受性あり（S）」と報告される。しかし、MIC＝2の場合には治療が失敗する割合の高いことが、最近よく知られるようになった。2010年当院では、MIC＝2のMRSAが14.4%みられ、過去5年間で最も多かった。感受性あり（S）と報告されてもMIC＝2であれば、VCM以外の抗MRSA薬を選択することを推奨する。

（感染対策委員会 小西 貴幸）

看護研究発表会記録（22年度）

患者の意見を反映した不安軽減重視の婦人科化学療法パンフレット

東3階 ○近藤 瞳, 橋本 真弓
古沢みどり, 大村 理絵
荒明 弘恵

【はじめに】現在、当病棟では婦人科化学療法を入院して行っている。看護師は入院後、化学療法に対する質問や不安の訴えが聞かれたときに、口頭で補足説明を行い、退院時にパンフレットを用いて説明している。しかし、患者からは治療開始前から副作用に対する不安が多く聞かれている。今回、現状を改善する必要があると考え、治療開始前に看護師がパンフレットを用いて説明することで、患者の治療に対する不安の軽減ができると推測した。そこで、患者アンケート調査をもとに患者の求める問題に対応したパンフレットを作成し、不安の軽減ができるか検証したためここに報告する。

【研究方法】

対象：2010年1月～5月まで東3階病棟で婦人科化学療法治療中、または治療終了している患者14名

研究方法：化学療法後の副作用に対する不安・現行の方法での不安状況について、アンケート用紙を作成した。その結果をもとに、化学療法の副作用の経過・日常生活の注意点について説明したパンフレットを作成した。対象者に、新しいパンフレットを送付し、不安の変化の有無や配布時期についてのアンケート調査を実施した。

【結果】

1. 初回アンケート：副作用の脱毛・吐き気・骨髄抑制・便秘・関節痛・期間が「非常に不安」「不安」と回答したのは10名（77%）。
2. 新しいパンフレット：初回アンケート結果をもとに不安と多くあった副作用の種類、期間、日常生活のポイントを入れたパンフレットを作成した。
3. 2回目アンケート：副作用の対処法・期間・関節痛・便秘・下痢・骨髄抑制・倦怠感が「不安がなくなった」「少し不安がなくなった」と回答したのは4名（50%）。パンフレットを比べた感想として「新しい方がよい」と回答したのは7名（87%）。パ

ンフレットの配布時期について「治療前」と回答したのは7名（87%）。

【結論】

1. 患者の意見を反映したパンフレットは副作用に対する不安軽減になる
2. パンフレットで詳細な情報を提供することが患者の不安軽減になる
3. 患者の不安を軽減するためには治療前の情報提供が重要

胃腸炎の感染対策

マニュアル・パンフレットを作成して

西3階 ○寺林せりか, 中川 美鈴
葛西佳代子, 大場 絵里
尾崎 由悦

【はじめに】当病棟では、緊急入院が多く、胃腸炎入院時の感染対策として病室の準備に手間取ってしまうことがあった。また、保護者への感染予防のための説明もスタッフによりばらつきが見られていた。さらに、院内感染と思われる症例が7例あったため、当病棟で統一した感染対策が必要であると考えた。今回、私たちは、スタッフ用マニュアル・保護者用パンフレットを作成し、統一した対応をとることが可能になったので報告する。

【研究期間・方法】

期間：平成22年5月～8月

対象：病棟看護師19名・看護助手4名

方法：

1. 病棟看護師・看護助手へアンケート調査
2. マニュアル・パンフレットの作成とスタッフへの配布・それに対するアンケート調査
3. マニュアル・パンフレット見直し

【結果・考察】アンケートの結果、胃腸炎入院時、人に聞いたり院内感染マニュアルをみたりしながら対応しているスタッフが多く、病室の準備にはばらつきがみられた。有効な消毒液や防護具の理解が不十分なスタッフもいた。また、保護者に対し面会や退院後の注意点についての説明は、ほとんどされていないということが明らかになった。アンケート結果を参考にマニ

アル・パンフレットを作成し、スタッフに配布した。その後のアンケート結果では、ともにほぼ全員が内容についてわかりやすく、保護者にも説明ができると答えた。マニュアル・パンフレットを使用することで、緊急入院が入った際どのスタッフでもすぐ準備ができ、保護者にも入院中の感染対策や、退院後の注意点について統一した説明ができるようになった。スタッフ間の説明が統一されたものになれば、保護者は戸惑わず予防策がとれ、必要な院内感染予防においてより有効であると考ええる。

【おわりに】 研究中は、胃腸炎患者の入院が少なかったため、実際にマニュアル・パンフレットを使用する機会が1例しかなかった。これから冬をむかえ胃腸炎患者が増加することが予想される。マニュアルを使用し、スタッフ全員が統一した対応することで院内感染を予防していきたい。

退院支援に関わる病棟看護師の意識調査からみえた問題点と課題

西4階 ○中村 美農、菅野 祐子
斉藤 真琴、岡田いづみ

【はじめに】 2009年6月から在宅退院に向けて支援していくための部署が設けられ専属の退院支援看護師が配属となったことで、病棟看護師が退院支援に関わっていく機会が増えている。そこで、退院支援開始1年が経過した現時点で、病棟看護師がどの程度退院支援を意識して患者・家族に関わっているのかを確認するため、西4階病棟看護師を対象に意識調査を行った。その結果、問題点が明らかになり今後の課題が明確化されたため報告する。

【対象と方法】

期間：平成21年2月～平成22年8月

対象：西4階病棟看護師19名

方法：病棟看護師アンケート

【結果・考察】

1. 入院時から退院支援を意識している看護師と、病状安定時から退院支援を意識している看護師は同数であり、入院時から退院を意識した情報収集が不十分であった。今後は入院時から退院に向けて、不足している情報を効果的かつ継続的に補っていけるよう、アセスメントシートを退院支援看護師と共有し、有効的に活用していく。
2. 退院支援開始後1年経った今でも退院支援方法を

半数以上が十分に理解されていず、知識不足である場合が多い。しかし退院支援は病棟看護師が中心となって実施すべきであると考えている看護師も多い結果となった。そのため退院支援について病棟看護師が積極的に学んでいく。

3. 退院支援が順調に行われるためには、退院カンファレンスや患者・家族からの情報収集が必要であると考えている看護師が多い。また地域連携室との情報共有を行う必要性を挙げている看護師も多かった。すなわち収集した情報を共有化することが求められているという現状が明らかになった。今後は日常的なカンファレンスを行うことによって患者・家族からの情報を活かしていく必要がある。

ペースメーカーオリエンテーションについての看護師の共通理解調査

東5階 ○森崎亜希子、佐々木真佐代
藤戸 智美、矢嶋 桂子

【はじめに】 東5階病棟では心臓カテーテル検査(以下心カテ)やペースメーカー植え込み術(以下 PPM)などの検査、治療を受ける患者が多く入院している。検査前にオリエンテーションを行っているが、PPMにはオリエンテーション用紙はなかった。そこでオリエンテーション用紙がある場合とない場合とでは、私たち看護師は共通理解を持ち、統一したオリエンテーションができているか看護師の認識を明らかにし、PPMの共通理解に関して調査し結果を得た。

【研究方法】

期間：2010年4月～9月

方法：アンケート調査、聞き取り調査

対象：東5階看護師20名

【結果・考察】 初めのアンケートでは、心カテオリエンテーション用紙やPPMオリエンテーションについての質問をした。心カテオリエンテーション用紙は理解する道具として役立っていると回答したのは80%以上であった。心カテオリエンテーション用紙が検査の流れやケアを理解する道具として役立ち、看護師の共通理解のひとつの手段になっている。オリエンテーションをする場合、全ての看護師が知識や技術の差を解消する必要性を認識していた。この結果からPPMオリエンテーション用紙を作成しPPMオリエンテーション用紙作成後に再度調査を行った。PPMオリエンテーション

用紙は理解する道具として役立っていると70%以上が回答した。期間中PPM患者が少なく、実際にPPMオリエンテーション用紙を使用した看護師に聞き取り調査を施行したところ、PPMの学習は全員が行っているが、PPM患者が入院したときと回答していた。自由意見では、「オリエンテーション用紙に説明すべきことが全部書いてあるので安心して説明できる。なかったら説明が抜けてしまうと思う」と回答を得ている。これにより、オリエンテーション用紙は経験の浅い看護師にも必要最低限の知識を与えることができたと言える。PPMオリエンテーション用紙導入後は看護師間で統一したオリエンテーションができ安心を得られた。

内服薬自己管理基準導入の有効性

西5階 ○廣瀬絵理佳, 新津 美香
大石 祥子, 竹内 麻衣
日詰川恵子, 中川 恵子

【はじめに】当科では、手術後の患者の退院に向けた内服自己管理指導を行っている。しかし、統一された基準マニュアルはなく、カンファレンスで自己管理能力についてアセスメントを行い、指導の時期を決定し薬剤師に依頼していた。また自己管理指導後のIA発生件数が少なくなく、スタッフは不安を感じていた。以上のことから内服自己管理基準の統一を図り、安全に内服自己管理ができるように「内服薬自己管理アセスメントシート（以下 アセスメントシート）」を作成した。その結果、アセスメントシート導入が有効であったため報告する。

【研究期間と対象】

1. 期間：平成22年4月1日～7月31日
2. 対象：西病棟5階看護師21名とICUを退室した患者64名

【方法】

1. 事前に看護師アンケートを配布し内服薬自己管理指導の実態調査
2. アンケート結果を元にアセスメントシートを作成
3. ICU退室患者64名にアセスメントシートを使用
4. 看護師にアンケートを配布しアセスメントシート導入後の実態調査

【結果・考察】自己管理能力を判断する基準を設け統一したアセスメントを行うことで看護師が自信を持って評価できるようになり、看護師の不安が軽減された。また評価回数を増やしたことは、インシデント防止に有

効であったことがアンケート結果からもわかった。評価を繰り返すことで自己管理に移行できるケースも4例あった。また、投薬方法をどのようにするかという基準を設けたことで、退院を見越した内服指導を計画的に進められるようになった。確実に自己管理ができているか評価したうえで、薬剤師から説明を受けワーファリンの自己管理を開始した。このことで、患者のワーファリンに対する知識・自己管理への意識が高まった。また看護師も薬剤師から自己管理指導時の情報を得ることで、より適切な評価につながった。その反面、文字数が多く簡潔明瞭ではないため、誰が見てもわかりやすく効率的に活用できるアセスメントシートの改良が必要である。

【結論】計画的かつ安全な内服自己管理を実践するためにアセスメントシートは有効である。

チェックシートを活用した退院調整

東6階 ○増山 知子, 佐々木直美
佐藤 芳恵, 三浦あゆみ
森 倫子

【はじめに】退院支援の重要性が問われているが、現状は円滑に進まない事例もある。そのため、統一した情報収集と円滑な退院調整ができる方法として、チェック方式での東6退院調整スクリーニングシートを作成・使用した結果を報告する。

【研究目的】入院時から退院を意識でき、統一した情報収集につなげる。

【研究方法】

研究期間：平成22年4月1日～9月22日

調査対象と方法：東6階病棟の看護師にアンケートを実施、東6退院調整スクリーニングシートを作成。東6の入院患者様に実際に使用後、看護師に再びアンケートを実施した。

【結果】

- ・入院時アナムネーゼ基準の認知・記載不足と退院目標の把握不足があった。患者・看護師・医師間で情報のずれを感じることもあり、退院調整が円滑に行かないと感じたことがある看護師が多い。
- ・東6退院シートを使用後、入院時から退院を意識し、情報収集につなげられた。定期的に評価日を設け、経過を追った表示にすることで、患者様の状態変化の把握ができた。チェック方式は使いやすいと感じたが、退院目標の明確化と業務軽減にはつなが

らなかった。

【考察】アンケートの結果から、東6退院シートを作成。1枚の点数チェック方式とし定期的に評価日を行ったことで、退院を意識し、統一された情報収集と、患者様の状態把握につながったと考える。業務負担の軽減につながらなかったのは、使用に不慣れなこと、使用対象が多かったことが要因と考えられる。

入院時に診断が確定していない患者様もあり、使用期間も1ヵ月と短かったため、目標を書くまでに至らず、退院目標を明確にはできなかった。退院支援へ依頼する基準を明確にする必要があった。

今後チェックシートを有効なシートとなるよう取り組みを継続していきたい。

【結論】

- ・チェックシートを使用することで、入院時より退院を意識づけでき、統一した情報収集につなげられる。また、経過を追って観察することで、患者様の状態変化を把握することができる。
- ・新しい試みは使用に慣れることが大切である。

胃切除術後患者様の食事に関する実態調査

西6階 ○藤戸 優美、牧野美和子
小柳久美子、多田 啓子
大西かおり

【はじめに】胃切除術後の患者様は、今までの食習慣を変えていかななくてはならないことで、精神的・身体的苦痛が生じる。食事に対する指導時に、食事制限はないことを説明しているが、当科では全粥食のまま退院となるケースが多く、退院後も米飯を食べてはいけなと認識している方もいるという情報が得られた。患者様の食事に対する思いを明らかにし、退院指導内容の見直しを検討することを目的とし取り組んだ。

【研究方法】研究期間は2010年4月～9月。2009年に当科で胃切除術を受けた方50名にアンケート調査を実施。

倫理的配慮として、個人を特定できる内容ではなく、同意が得られなくても治療・看護等に一切不利益は生じることはないことを説明文として同封し、返信をもって了承を得た。

【結果】術後の食事開始前に不安を抱えている方は60%であり、食事が開始となることで76%の方が不安が解消されていた。退院時の食事が全粥食である方が57%であったが、退院後の食事は74%の方が米飯とな

っていた。全粥のまま退院となり退院後も米飯を食べてはいけなと認識している方が14%であった。

【考察】術後の身体的症状や不安は様々であるが、術前の食事形態に戻っている方が多いという結果から、患者様自身が自分にあった食事摂取方法を見出している。そのため、個別性のある関わりを持つことが必要となる。

食事に対し不安を抱えたままであると食欲低下、回復の遅延につながる。指導時に有症状時の対応について説明していることは不安軽減になり効果的である。

米飯を食べてはいけなと認識していた方がいたため、パンフレット内容の改善と、入院中から常食への変更も可能であるということを提案していくことが必要である。

【結論】今回、食事に対する思いについて明らかにすることができ、多くの方が退院後数ヵ月間を経て術前の食事形態に戻っていることがわかった。患者様自身が、退院後の生活に適應できるよう個別性のある関わりを持つことが必要であるため、指導内容の見直しを行っていく。

中心静脈ポート挿入患者が抱える不安、疑問に関する調査

東7階 ○前田 実紀、森川 友美
古川 美帆、五十嵐はつみ
佐藤 志織

【はじめに】東7病棟では、化学療法等を目的に中心静脈ポート（以下 CVポート）を挿入する患者が年間数名いる。その際に、患者から挿入前後の生活について質問を受けることが多く、挿入前にオリエンテーションを実施していないことに対し問題意識を持った。

そこで今回、当院でCVポートに関する患者の不安や疑問を調査することで、今後オリエンテーションを行うにあたって必要な情報を収集したいと考えた。今回の調査の結果をここに報告する。

【対象と方法】2010年3月下旬から5月末日の間に当院へ通院、入院しているCVポートを挿入されている患者のうち、協力の同意を得た患者70名を対象として、アンケートAを実施した。6月に集計結果に基づき、パンフレットを作成した。再度6月下旬からパンフレットの有効性に関するアンケートBを化学療法センターに通院中のCVポートが挿入されている患者19名に実施した。

【結果・考察】アンケートAを実施した結果、患者が抱える不安や疑問は、どんな処置が行われるのか、日常生活やADL関すること、見た目や違和感に関することがほとんどであった。さらに、オリエンテーションやパンフレットが必要であると80%以上の患者が答えており、CVポート挿入前のオリエンテーションの必要性が示唆された。

パンフレットをもとに行ったアンケートBの結果では、高い数値でCVポートについて理解でき、不安なくポートを挿入できると答えられており、パンフレットの内容の有効性が示唆されている。今回の調査で、患者が抱える不安や疑問が明らかになり、その結果で作成したパンフレットを使用し、オリエンテーションを行うことで、患者に安心感をもたすことが可能であると考えられる。

【結論】CVポート挿入前に、挿入後の生活について説明があった方がよい、説明の際にはパンフレットがあった方がよい、という意見が多かった。パンフレットを作成後のアンケートでは、CVポートを挿入した後の生活についてイメージがついた、という意見が多かった。

退院支援のための情報収集の取り組みと看護師の意識変化

西7階 ○伊藤久美子、坂口伊津美
本多さやか、築場小百合
坪崎 春美

【序論】当科においては、治療終了後に退院が円滑に進まない症例が過去1年間に5件あった。退院が円滑に進まなかった原因を検索した結果、患者様の不安や退院後の生活背景の情報が不足していた。そのため、病棟看護師の情報収集意識が低く、必要な情報収集ができていないのではないかと考えた。

そこで、当科独自の情報収集用紙を作成し、病棟スタッフの退院支援に対する意識を高めることができたかを調査したのでこれを報告する。

【研究期間と方法】

期間：平成22年3月～7月

対象：当科看護師18名

方法：

1. 西7階病棟看護師18名に同年3月に退院時の情報収集意識に対するアンケートの実施
2. 新たな退院時情報収集用紙の作成と使用。以下退

院支援情報収集用紙とする。

3. 使用後に再度同様のアンケートを同年7月に西7階病棟看護師17名に実施

分析方法：マン・ホイットニー検定

【考察】アンケート結果からは、看護師は退院を意識して情報収集を行っていたが、必要な情報が得られていなかった。看護師によっても情報量や内容が異なるため、共通した情報収集用紙を作成したことは有効であったと考えられる。

さらに、研究班は合同カンファレンスにおいて退院の近い患者様を確認するよう努めた。これにより、看護師の情報収集を行うタイミングが早まり、情報があることで退院指導を行う際に活発な意見交換ができた。

情報収集用紙は効果的であったが、マン・ホイットニー検定においては看護師の意識は向上していなかった。今後の課題は、「退院支援の活用」と本研究で作成した退院支援情報収集用紙の継続使用である。

【結果・結論】

1. 本研究では、病棟看護師の退院支援に対する意識は高まらなかった。
2. 当科独自の退院支援情報収集用紙により、これまで不足していた情報を収集することができた。

アンケートの小項目を分析したことで、今後の課題を明確にすることができた。

退院支援における看護師の役割

北第1 ○山口 敬史、菅野 祥詠
田中 正子、福本きよみ

【はじめに】近年、全国的に精神科病棟の閉鎖や縮小が行われるなか、旭川市内の総合病院でも精神科病棟の閉鎖が相次いだ。それに伴い当院精神科病棟での急性期患者の受け入れが増え、病床確保のため退院支援が必要となった。そこで、過去に行った退院支援の事例を検証することで円滑な退院とより長く地域で生活するためには患者と医療スタッフ、地域生活支援センターなど他職種との連携が有用であることがわかった。そのなかで看護師として必要な役割が確認できたため報告する。

【研究目的】退院支援における看護師の役割を明確にすることで今後の関わりに活かす。

【研究方法】過去に行った退院支援の事例を検証した。

【事例】

A様 57歳 男性

病名：統合失調症

入院期間：200X年4月12日～200X+3年2月2日

入院前の経過：飲酒することで内服が不規則となり、
精神状態が悪化して入退院を繰り返していた

【看護の実践】A様を退院へと導くためには内服管理を含めた生活訓練が必要であり、またキーパーソンとの交流が少ないため、生活全般のサポートを受けられる退院先が望まれた。病院という限られた空間の中で行えるサポートは限られているため、地域との連携が必要であるとの結論に至った。そこで、地域生活支援センターへの介入を依頼した。まずは看護師介入のもと、支援センターの職員とピアサポーター（以下 支援者）との信頼関係を築くことから行われた。次の段階では、支援者とともに外出・外泊を行った。初回外泊の後、支援者を交えたケア会議を行い、退院に向けての目標設定を行った。その後も会議を重ね、評価と目標の修正、退院に向けての具体的な調整を行い、グループホームへ退院となった。現在も週に1回外来通院を行いながら、地域での生活を維持している。

【結論】看護師の役割とは

- ・患者と看護師・他職種間との信頼関係を築けるよう関わる
- ・情報の共有ができるよう連携を図る

退院支援を円滑に進めるためには

- ・情報を共有することで患者の不安・ニーズを多角的に把握でき、患者の個別性を考慮した支援が行える

精神科開放病棟から閉鎖病棟へ移行後の患者さまの思いから今後の課題を明らかにする

北第2 ○宇田かおり、北村貴和子
谷口 誠子、佐藤千加子

【はじめに】北2病棟は市内他施設の精神科病棟の閉鎖に伴い、入院患者像の変化とともに安全性が重視され、開放病棟から閉鎖病棟へ移行した。

外界からの刺激を遮断し治療に専念できるなど病状の安定が期待される反面、自由に出入りできない、行動の制限が追加されたことによる不満、苦情の訴えと病状の変化もあるのでないかと考えた。閉鎖病棟移行後も行動制限されていない患者を対象にどのような影響を及ぼしているか聞き取り調査を行い、その結果から今後の課題が明らかになったのでここに報告する。

【研究目的】閉鎖病棟に移行したことで患者の病状の変化と意思を調査し、その結果から今後の課題を明らかにする。

【研究方法】

研究期間：平成22年5月～9月

研究対象：開放病棟時期、閉鎖病棟移行後も入院されており、行動制限がされていない患者8名

【結果】調査結果では、散歩や買い物に関してのみ不自由を感じている。理由は「自由に出入りできない」次に「病棟外での面会がしにくくなった」「回数に制限がある」「時間が決められている」と答えた。自由に出入りできない理由として、①看護師が忙しそうにしているときに話かけにくい②看護師に言って鍵をあけてもらうことが面倒③行きたいときに誰も居ないときがある④出入り時ボードに名前の書き消しが面倒と答えた。一方で、良くなったことは「病棟が静かになった」「落ち着けるようになった」「部外者の出入りがなくなった」と答えた。

【考察】自由に出入りできなくなった環境の変化により、患者は看護師に話しかけづらさや面倒であるなど、行きたいときに行けない様々な思いを抱き、散歩や買い物などの自発行動に影響を与え行きたいという気持ちを低下させる要因になりかねないを考える。このことから、患者が声を掛けづらい気持ちを抱いているということを踏まえ、周囲に目を配り、散歩や買物の時間帯には意識して声を掛けたりするなど行きやすいように配慮関わっていき、コミュニケーションを図り、信頼関係をさらに高めることが必要であることがわかった。

緊急カテーテル検査に対するスタッフの不安軽減を目指したシミュレーションの実施

集中治療室 ○町田 恵美、吉田美恵子
山口 明子、櫛引由美子

【はじめに】当院での急性心筋梗塞における緊急心臓カテーテル検査（以下 緊急カテ）ではCCU看護師が検査介助にあたる。状態が不安定な患者様のため急変する可能性が高く、経験を積んでいる看護師でさえ不安や緊張が強い。そこで緊急カテのシミュレーションを行い、急変時の対応やチームの役割を知りトレーニングすることで、緊急カテに対する苦手意識・不安の軽減の変化について結果を得たので報告する。

【研究目的】緊急カテ時の合併症や急変を予測し介助

できるようシミュレーションを実施、またはDVD視聴することで、スタッフの緊急カテに対する不安の軽減を図る。

【研究方法】2010年3月～2010年9月CCU看護師14名に対し、Hands onセミナー・緊急カテ検査関連勉強会・心臓カテテル室（以下 心カテ室）でのシミュレーションの実施前後で、緊急カテ治療の理解度や不安の変化をアンケート調査・分析した。

【結果】事前アンケートから多数のスタッフが緊急カテにおける急変対応を予測し臨んではいるが、的確な対応ができなかったり、実際に急変場面に直面したことのない不安も抱えており、急変場面を想定した緊急カテシミュレーションを望んでいることがわかった。シミュレーション後のアンケートからは11名（84.6%）に不安軽減の変化があり、実施後の理解度・急変対応への自信とともに上昇がみられ、群間に有意差が認められた。

【考察・結論】シミュレーションの実施・DVD視聴は緊急カテ時に起きうる合併症・急変対応のイメージを捉えやすく、不安軽減に効果がある。また、コメディカルが協力し合い、重篤な状態に陥る前に患者様の变化に迅速に対応することで、患者様への安全・安心な医療が提供できることにつながる。今回心カテ室のチーム全体での急変を予測したシミュレーションは、緊急カテの流れをイメージできるだけでなく「次に何が必要か」を実際に体験して覚えることのできる有効な学習手段であるとともに、チームワークの重要性を再認識できるよい機会となった。

当院における乗り換えホールでの患者申し送りの実態調査

手術室 ○遠藤真衣子、柳澤 千春
眞鍋美和子、石橋智勢子
阿部 朝乃

【はじめに】手術室では乗り換えホールにて申し送りと患者確認を行い、各手術室内へ入室している。各手術室内で行うことができれば、入退室の重複が避けられ、患者様の手術への不安の軽減やプライバシーの保持につながると考え、患者申し送りの実態調査と、手術室看護師に対しアンケート調査を行った。

【期間】平成22年6月30日～8月10日

【対象と方法】

1. 手術室入室実態調査（155症例）

2. 手術室看護師22名に対するアンケート調査

【結果】実態調査で「問題なく入室」は全体の59%、平均入室時間は2分39秒だった。「問題が生じた」は①「医師の不在」5分01秒②「書類不足」4分09秒③「入室の重複」2分48秒④「入退室の重複」3分37秒⑤「その他」3分57秒、また前室で待機した平均時間は3分17秒で、③④は前室での待機時間が加算され、7分17秒であった。

アンケートでは、①「病棟看護師と各科医師の連携不足」5%②「入室時間より10分前の入室」10%③「書類の不備」15%④「入室時間が重なり、前室で患者様を待機させる」15%⑤「退室時、入室患者と重なり待機させる」2.5%であった。また「緊張して入室してくる患者様を前室で待機させたくない」という意見が77%を占めた。

【考察】入室確認時の医師の不在や書類不足、入室の重複が、時間延長の原因となり、前室での時間を加算すると5～8分も要していた。スタッフの意見からも、改善する必要があると考える。入室確認を各手術室内で行うことで、待機時間が短縮され、患者様への負担の軽減と円滑な業務の遂行も期待できると考える。今後、患者側のプライバシーを守り、手術室内の工夫、各科の協力を得てマニュアル作成が必要である。

【結論】

1. 入室確認時の医師不在、書類不足、入退室の重複により待機時間と申し送り時間が延長している
2. プライバシーを守りつつ、入退室の重複を回避するためには、入室確認・申し送りを各手術室内で行うことが必要
3. 医師・他病棟の看護師の協力を得てマニュアルを作成する

糖尿病合併症進行期にある患者に与えるフットケアの効果

糖尿病センター外来 ○増田 千絵、中原るみ子

【目的】糖尿病合併症進行期にある患者に実施したフットケアの効果について検討する。

【方法】事例研究。糖尿病神経障害を持つ60歳代男性の緩徐進行1型糖尿病患者に、2010年3月から受診毎にフットケアを実施。2008年6月から2010年9月までの看護記録から患者の反応を抽出したものを「病みの軌跡」を理論枠組みとして捉え、フットケアに関わっ

た前後の軌跡予想の変化を検証した。

【倫理的配慮】発表の趣旨，個人が特定されないように配慮することなど説明し書面で同意を得た。

【用語の定義】「病みの軌跡」では，慢性の病気は長い時間をかけて多様に変化していく一つの行路を持つと考える。病みの行路は方向づけたり形づくることができ，病気に随伴する症状を適切にコントロールすることによって安定を保つことが可能である。「軌跡の予想」とは病みの行路の見通しを意味する。

【結果】フットケアで関わる以前は入退院を繰り返していた。入院看護記録には「血糖値が安定しない」「足が痺れる」「生きていくのが精いっぱい」「何もかもが不安」などの言葉があり，フットケア初回面談時にも「足切断になってしまうのか」「この先恐怖だ」の言葉があり，軌跡の予想は「コントロール不能で先の見え

ない恐ろしい病気」であった。現在は「血糖値も痺れも自分ではどうにもならない感じだった」「今も不安があるけど仕方ないね，自分のことだし」と自分を客観視するようになり，軌跡の予想は「自分でコントロールしていく病気」であった。

【考察】糖尿病看護におけるフットケアでは，足のケアだけでなく，セルフケアの確立をめざす。軌跡の予想にはその人にとっての病気の意味や信念が含まれることから，フットケアが糖尿病を持つ自分に目を向けるきっかけとなったといえる。慢性状況におけるケアの焦点は病気とともに生きることであるが，糖尿病合併症進行期の患者は自分の体が自分でないように感じ，喪失感を持っていることが多い。このような患者への支援としてフットケアの有効性が示唆された。

平成22年度学会発表ならびに投稿論文

内 科
[学会発表]

1) 血栓溶解薬投与が有用であった冠動脈多枝病変を有する急性心筋梗塞の1例

市立旭川病院・内科

井澤 和真, 石井 良直, 伊達 歩, 大蔵美奈子
奥山 淳, 山田 豊, 平澤 邦彦

(旭川ACS研究会, 2010年1月, 旭川)

2) β ブロッカーは使いやすいか? ～後篇～

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第24回ゆったり臨床セミナー, 2010年1月, 旭川)

3) Dr. Dubin式～はやわかり心電図読解メソッド～①

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第1回リフレッシュ心電図トレーニング, 2010年1月, 旭川)

4) 心房細動治療(薬物)ガイドライン(2008年改訂版)

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第9回心電図異常と不整脈のカンファレンス, 2010年1月, 旭川)

5) 交感神経と高血圧ー循環器内科の観点からー

市立旭川病院・内科

石井 良直

(旭川N型カルシウムチャンネル研究会, 2010年1月, 旭川)

6) 心筋梗塞発症前のスタチン投与は有効か?

市立旭川病院・内科

石井 良直

(旭川学術講演会, 2010年2月, 旭川)

7) Comparative Significance of Cardiac MRI with Nuclear Cardiac Imaging in Patients with Acute Myocardial Infarction (AMI)

市立旭川病院・内科

奥山 淳, 石井 良直, 大蔵美奈子, 井澤 和真
伊達 歩, 山田 豊

富良野協会病院・循環器内科

名取 俊介

旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野

長谷部直幸

(第74回日本循環器学会総会, 2010年3月, 京都)

8) Impacts of Thrombus Aspiration Preceded by Thrombolytic Therapy in Patients with Acute ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI)

市立旭川病院・内科

石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和真, 大蔵美奈子

伊達 歩, 山田 豊

旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野

太田 久宣, 長谷部直幸

(第74回日本循環器学会総会, 2010年3月, 京都)

9) Dr. Dubin式～はやわかり心電図読解メソッド～②

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第2回リフレッシュ心電図トレーニング, 2010年3月, 旭川)

10) ガイドワイヤーによる冠動脈穿孔にマイクロカテーテルを用いた皮下組織留置で止血し得た1例

市立旭川病院・内科

丹 通直, 山田 豊, 石井 良直, 平澤 邦彦

(第30回日本心臓血管インターベンション治療学会北海道地方会, 2010年3月, 札幌)

11) 偽アルドステロン症

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第18回心臓血管領域の症例カンファレンス, 2010年3月, 旭川)

12) Dr. Dubin式～はやわかり心電図読解メソッド～③

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第3回リフレッシュ心電図トレーニング, 2010年5月, 旭川)

13) ペースメーカー植え込み後管理の疑義照会

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(第10回心電図異常と不整脈のカンファレンス, 2010年5月, 旭川)

14) 急性心筋梗塞(AMI)患者における心臓MRIの有用性ー心臓核医学検査との比較からー

市立旭川病院・内科

奥山 淳, 石井 良直, 井澤 和真, 伊達 歩
大蔵美奈子, 菅野 貴康, 井川 貴行, 山田 豊

旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野

長谷部直幸

(第103回日本循環器学会北海道地方会, 2010年6月, 札幌)

15) クリニックにおける心不全の β 遮断薬の投与法

市立旭川病院・内科

平澤 邦彦

(病診連携学術講演会, 2010年6月, 旭川)

16) 治療方針の決定に冠動脈CTが有用であった心筋梗塞の1例

市立旭川病院・内科

井川 貴行, 石井 良直, 奥山 淳, 大蔵美奈子
菅野 貴康, 井澤 和真, 石破光咲子, 山田 豊

平澤 邦彦

(第58回市立・厚生CCUカンファレンス, 2010年6月, 旭川)

- 17) 病診連携からみたアミオダロン投与のポイント
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第10回北海道アミオダロン治療懇話会, 2010年7月, 札幌)
- 18) Dr. Dubin式～はやわかり心電図読解メソッド～④
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第4回リフレッシュ心電図トレーニング, 2010年7月, 旭川)
- 19) ST上昇型急性心筋梗塞 (STEMI) に対する血栓溶解療法および血栓吸引を併用したPCIの有有用性
市立旭川病院・内科
石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和真, 大蔵美奈子
伊達 歩, 山田 豊
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第30回心筋梗塞研究会パネルディスカッション, 2010年7月, 東京)
- 20) 治療方針の決定に冠動脈CTが有用であった心筋梗塞の1例
市立旭川病院・内科
井川 貴行, 石井 良直, 奥山 淳, 大蔵美奈子
菅野 貴康, 井澤 和真, 石破光咲子
(第24回北海道心・冠血管イメージング研究会, 2010年7月, 旭川)
- 21) 当院における心筋梗塞再灌流療法と冠攣縮の診かた
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第2回北海道インターベンションカンファレンス特別講演, 2010年8月, 札幌)
- 22) Dr. Dubin式～はやわかり心電図読解メソッド～⑤
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第5回リフレッシュ心電図トレーニング, 2010年9月, 旭川)
- 23) 急性心筋梗塞 (AMI) 患者における, 遠隔地発症のprehospital thrombolysis 施行例と近郊からの搬入例との治療成績の比較
市立旭川病院・内科
石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和真, 伊達 歩
大蔵美奈子, 山田 豊, 井川 貴行, 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58回日本心臓病学会, 2010年9月, 東京)
- 24) 急性心筋梗塞 (AMI) 患者における急性期心臓MRIと再灌流療法後の治療成績との関連
市立旭川病院・内科
奥山 淳, 石井 良直, 井澤 和真, 伊達 歩
大蔵美奈子, 山田 豊, 井川 貴行, 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58回日本心臓病学会, 2010年9月, 東京)
- 25) 診断から治療, 死亡後の剖検まで全経過を追えた, 心アミロ

- イドーシスの1例
市立旭川病院・内科
山田 豊, 井川 貴行, 井澤 和真, 菅野 貴康
奥山 淳, 石井 良直, 平澤 邦彦
(Update in Cardiovascular medicine 2010, 2010年10月, 札幌)
- 26) 基本的なワーファリン作用と使用法
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(旭川病院薬剤師会上川北部会研修会, 2010年10月, 士別)
- 27) Dr. Dubin式～はやわかり心電図読解メソッド～⑥
市立旭川病院・内科
平澤 邦彦
(第6回リフレッシュ心電図トレーニング, 2010年11月, 旭川)
- 28) 多発性骨髄腫による心アミロイドーシスの剖検例
市立旭川病院・内科
山田 豊, 井川 貴行, 井澤 和真, 菅野 貴康
奥山 淳, 石井 良直, 平澤 邦彦
(第125回旭川心臓を診る会, 2010年11月, 旭川)
- 29) 当院における心筋梗塞再灌流療法と冠攣縮の診断について
市立旭川病院・内科
石井 良直
(第11回南空知循環器勉強会特別講演, 2010年11月, 岩見沢)
- 30) 慢性血栓塞栓性肺高血圧症を発症した若年男性の1例
市立旭川病院・内科
菅野 貴康, 石井 良直, 奥山 淳, 井川 貴行
井澤 和真, 広瀬 愛, 山田 豊
(第2回旭川肺高血圧症研究会, 2010年12月, 旭川)
- 31) 心アミロイドーシスの1例
市立旭川病院・内科
山田 豊, 広瀬 愛, 井川 貴行, 井澤 和真
菅野 貴康, 奥山 淳, 石井 良直
(第59回市立・厚生CCUカンファレンス, 2010年12月, 旭川)
- 32) 地方都市における急性心筋梗塞に対するFacilitated-PCIの有有用性と問題点
市立旭川病院・内科
石井 良直, 奥山 淳, 井澤 和真, 菅野 貴康
井川 貴行
旭川医大・循環呼吸神経病態内科学分野
長谷部直幸
(第24回日本冠疾患学会シンポジウム, 2010年12月, 東京)
- 33) 「微小大腸病変の取り扱い」プロジェクト研究班結果報告 5 mm以下の大腸微小病変の内視鏡治療指針
市立旭川病院・内科
齊藤 裕輔
大腸癌研究会
岩下 明徳, 工藤 進英, 小林 広幸, 清水 誠治
多田 正大, 田中 信治, 鶴田 修, 津田 純郎
平田 一郎, 藤谷 幹浩, 杉原 健一, 武藤徹一郎
(第72回大腸癌研究会, 2010年1月, 久留米)

34) 短期間に著しい内視鏡所見の変化を認めた 1 例

市立旭川病院・内科

杉山 隆治

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

伊藤 貴博, 奈田 利恵, 野村 好紀, 上野 伸展

板橋健太郎, 嘉島 伸, 石川 千里, 盛一健太郎

岡本耕太郎, 藤谷 幹浩, 高後 裕

(第78回北海道腸疾患研究会, 2010年 1 月, 札幌)

35) 当センターで経験した単純性潰瘍症例

市立旭川病院・内科

富永 素矢, 小澤賢一郎, 菊地 陽子, 中村 和正

鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤, 垂石 正樹

斉藤 裕輔

(第 3 回北海道小腸疾患研究会, 2010年 1 月, 札幌)

36) 早期大腸癌に対する治療法選択と治療後の経過・予後

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹

菊地 陽子, 助川 隆士, 鈴木 聡, 中村 和正

千葉 篤

同 ・病理

高田 明生

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

藤谷 幹浩, 太田 智之, 折居 裕

(第72回大腸癌研究会, 2010年 1 月, 久留米)

37) 早期大腸癌の内視鏡診断と治療

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第19回日本消化器内視鏡学会中国支部セミナー, 2010年 1 月, 下関)

38) 全身疾患と消化管病変

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(松山胃腸疾患研究会, 2010年 2 月, 松山)

39) 食道ESDについて

市立旭川病院・内科

富永 素矢

(第16回旭川GI研究会, 2010年 2 月, 旭川)

40) 特別企画症例検討セッション：診断に難渋した腸の炎症性疾患；症例 3 (Idiopathic mesenteric phlebosclerosisの 1 例)

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹

(第 6 回日本消化管学会学術集会, 2010年 2 月, 福岡)

41) 小腸・大腸内視鏡検査の現状とトラブルシューティング

市立旭川病院・内科

富永 素矢

(北海道内視鏡技師会北海道地方会, 2010年 2 月, 旭川)

42) 小腸ML (DLBCL) の 1 例

市立旭川病院・内科

富永 素矢

(第144回旭川消化器病談話会, 2010年 3 月, 旭川)

43) クローン病に合併した肉芽腫性肝疾患の 1 例

市立旭川病院・内科

助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 中村 和正

富永 素也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤

垂石 正樹, 斉藤 裕輔

(第31回肝組織をみる会, 2010年 3 月, 札幌)

44) 全身疾患と消化管病変

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第600回福井県胃腸疾患談話会, 2010年 3 月, 福井)

45) Polypectomy・EMRによる早期大腸癌の治療成績

市立旭川病院・内科

富永 素矢, 斉藤 裕輔, 小澤賢一郎, 菊地 陽子

垂石 正樹

同 ・病理

高田 明生

旭川厚生病院・消化器科

後藤 充, 折居 裕

札幌東徳洲会・消化器病センター

太田 智之

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

藤谷 幹浩, 高後 裕

(第96回日本消化器病学会総会, 2010年 4 月, 新潟)

46) Autofluorescence Imaging Can Evaluate the Dysplastic Grade of a Colonic Neoplasm by Detecting the Nucleus Enlargement of Tumor Cells.

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

Moriichi K, Fujiya M, Sato R, Nata T, Nomura Y,

Ueno N, Ishikawa C, Inaba Y, Ito T, Okamoto K,

Tanabe H, Watari J, Kohgo Y.

市立旭川病院・内科

Saitoh Y

(DDW 2010 (ASGE), 2010.05.03, New Orleans)

47) 挿入困難例に対する高伝達受動湾曲大腸scope PCF-Y0005の有用性

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第79回日本消化器内視鏡学会総会 第27回消化器内視鏡推進連絡会総会, 2010年 5 月, 東京)

48) 高伝達受動湾曲大腸scope PCF-Y0005の有用性

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

手稲溪仁会病院・消化器病センター

野村 昌史

(第79回日本消化器内視鏡学会総会, 2010年 5 月, 東京)

49) 大腸SM癌に対する内視鏡治療の適応拡大ー最近の進歩

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

- (第79回日本消化器内視鏡学会総会, 2010年5月, 東京)
- 50) 早期大腸癌に対する治療内容および治療上の問題点
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩
(第79回日本消化器内視鏡学会総会, 2010年5月, 東京)
- 51) 挿入困難例に対する新大腸内視鏡PCF-Y0005の有用性
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
(第79回日本消化器内視鏡学会総会, 2010年5月, 東京)
- 52) 偽膜性腸炎を契機に発見された腎細胞癌下行結腸転移の1切除例
市立旭川病院・内科
堂腰 達矢, 垂石 正樹, 富永 素矢, 菊地 陽子
小澤賢一郎, 鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士
千葉 篤, 斉藤 裕輔
(第100回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2010年6月, 札幌)
- 53) 虫垂炎術後の癒着に伴う腸管軸捻転による血流障害で小腸出血を繰り返した1例
市立旭川病院・内科
杉山 隆治
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
嘉島 伸, 盛一健太郎, 安藤 勝祥 ほか
(第100回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2010年6月, 札幌)
- 54) 小腸内視鏡検査が有用であった二次性動脈腸管瘻の1例
市立旭川病院・内科
菊地 陽子, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 鈴木 聡
中村 和正, 助川 隆士, 千葉 篤, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
同 胸部外科
吉本 公洋
(第106回日本消化器病学会北海道支部例会, 2010年6月, 札幌)
- 55) 結核性腹膜炎の1例
市立旭川病院・内科
小林 慶子, 小澤賢一郎, 垂石 正樹, 鈴木 聡
中村 和正, 富永 素矢, 助川 隆士, 菊地 陽子
千葉 篤, 斉藤 裕輔
同 外科
笹村 祐二
同 病理
高田 明生
(第106回日本消化器病学会北海道支部例会, 2010年6月, 札幌)
- 56) 当科で経験した重症偽膜性腸炎 (PMC) の3例
市立旭川病院・内科
高橋慶太郎, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
堂腰 達矢, 菊地 陽子, 中村 和正, 鈴木 聡
助川 隆士, 千葉 篤, 斉藤 裕輔
(第106回日本消化器病学会北海道支部例会, 2010年6月, 旭川)
- 57) 特発性門脈静脈硬化症の1例
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
(第145回旭川消化器病談話会, 2010年6月, 旭川)
- 58) 直腸MALTリンパ腫の1例
市立旭川病院・内科
堂腰 達矢, 垂石 正樹, 富永 素矢, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 小澤賢一郎, 千葉 篤
斉藤 裕輔
(第79回北海道腸疾患研究会, 2010年6月, 札幌)
- 59) 盲腸血管性病変の1例
市立旭川病院・内科
富永 素矢, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹, 小澤賢一郎
(第57回腸を診る会, 2010年6月, 旭川)
- 60) 内視鏡治療のトラブルシューティング
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(第17回旭川GI研究会, 2010年7月, 旭川)
- 61) 早期大腸癌の診断と治療－ESDの適応を含めて－
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第4回広島大腸癌フォーラム, 2010年7月, 広島)
- 62) 大腸炎症性疾患の鑑別診断
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第11回臨床消化器病研究会, 2010年7月, 東京)
- 63) 早期大腸癌の診断と治療－ESDの適応を含めて－
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第18回浜名湖胃と腸フォーラム, 2010年9月, 浜松)
- 64) 臍上皮内癌の1例
市立旭川病院・内科
中村 和正, 千葉 篤, 鈴木 聡, 助川 隆士
富永 素矢, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
旭川医大・消化器病態外科分野
唐崎 秀則
(第106回日本消化器病学会北海道支部例会, 2010年9月, 札幌)
- 65) 当科で経験した単純性潰瘍の3例
市立旭川病院・内科
高橋慶太郎, 富永 素矢, 垂石 正樹, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 菊地 陽子, 小澤賢一郎
千葉 篤, 斉藤 裕輔
(第101回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2010年9月, 札幌)
- 66) Plenary session : Ip型早期大腸癌に対する取り扱い
市立旭川病院・内科

- 富永 素矢, 斉藤 裕輔, 小澤賢一郎, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 菊地 陽子, 千葉 篤
垂石 正樹
同 ・病理
高田 明生
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
藤谷 幹浩, 折居 裕, 柴田 好, 太田 智之
(第101回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会, 2010年9月, 札幌)
- 67) 注腸X線検査の撮影法と見落としの少ない読影法
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(平成22年度長野県医師会胃検診読影研修会, 2010年9月, 長野)
- 68) 早期大腸癌の診断と治療－苦痛の少ない大腸内視鏡検査も含めて－
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第36回山陰地区消化器内視鏡懇談会, 2010年9月, 米子)
- 69) イレウス
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(第18回旭川GI研究会, 2010年10月, 旭川)
- 70) 胃・食道疾患の内視鏡治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第10回旭川市健康祭り, 2010年10月, 旭川)
- 71) 早期大腸がんの内視鏡治療
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第10回旭川市健康祭り, 2010年10月, 旭川)
- 72) クロウン病に合併した肉芽腫性肝疾患の2例
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 中村 和正
富永 素也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第14回日本肝臓学会大会 (JDDW2010), 2010年10月, 横浜)
- 73) 頭頸部癌に対する予防的経皮内視鏡的胃瘻造設術 (PEG) の有用性
市立旭川病院・内科
杉山 隆治
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
上野 伸展, 安藤 勝祥, 野村 好紀 ほか
(第80回日本消化器内視鏡学会大会 (JDDW2010), 2010年10月, 横浜)
- 74) 消化管癌に対する内視鏡治療 ESDの歩み
市立旭川病院・内科
富永 素矢
(第10回旭川消化器フォーラム, 2010年11月, 旭川)
- 75) 下部消化管疾患の診断・治療におけるEUSの役割

- 市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第20回仙台EUS研究会, 2010年11月, 仙台)
- 76) ソナゾイド造影超音波検査を行った肉芽腫性肝疾患の1例
市立旭川病院・内科
助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 中村 和正
富永 素也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤
垂石 正樹, 斉藤 裕輔
(第39回日本超音波医学会北海道地方会, 2010年11月, 旭川)
- 77) 超音波内視鏡所見と組織学的深達度の乖離を認めた直腸癌の1例
市立旭川病院・内科
杉山 隆治
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
伊藤 貴博, 安藤 勝祥, 奈田 利恵 ほか
(第39回日本超音波医学会北海道地方会, 2010年11月, 旭川)
- 78) 注腸X線検査の撮影法と見落としの少ない読影法
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(平成22年度長野県医師会胃検診読影研修会, 2010年11月, 松本)
- 79) ディスカッション：クリニカルカンファレンス2 内視鏡編 (ESDs vs EMR, 追加腸切除の適応, DALMなど)
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第65回日本大腸肛門病学会学術集会, 2010年11月, 浜松)
- 80) 挿入困難例に対する新大腸内視鏡PCF-PQ260の有用性
市立旭川病院・内科
垂石 正樹, 斉藤 裕輔, 富永 素矢, 小澤賢一郎
杉山 隆治, 中村 和正, 鈴木 聡, 助川 隆士
千葉 篤
(第54回旭川市医師会医学会, 2010年11月, 旭川)
- 81) 早期胃癌に対する内視鏡治療
市立旭川病院・内科
杉山 隆治, 富永 素矢, 小澤賢一郎, 中村 和正
鈴木 聡, 助川 隆士, 千葉 篤, 垂石 正樹
斉藤 裕輔
(第54回旭川市医師会医学会, 2010年11月, 旭川)
- 82) 注腸X線検査の撮影法と見落としの少ない読影法
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(第147回旭川消化器病談話会, 2010年12月, 旭川)
- 83) 画像所見からみた炎症性腸疾患の鑑別
市立旭川病院・内科
斉藤 裕輔
(徳島県胃腸胆道疾患研究会, 2010年12月, 徳島)
- 84) 経口糖尿病薬の使い方－インクレチン関連薬を含めて－
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(上川郡中央医師会学術講演会, 2010年2月, 旭川)

- 85) 糖尿病の薬物治療についてーインクレチン関連製剤への期待ー
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(紋別医師会学術講演会, 2010年3月, 紋別)
- 86) 糖尿病患者におけるLDLコレステロールレベルと心血管イベントの関係
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第53回日本糖尿病学会年次学術集会, 2010年5月, 岡山)
- 87) 糖尿病神経障害に対するエパルレストットの有用性に関する検討
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第53回日本糖尿病学会年次学術集会, 2010年5月, 岡山)
- 88) 糖尿病患者におけるシタグリプチンの有用性
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(留萌地区病診連携学術講演会, 2010年6月, 留萌)
- 89) Studies of visceral obesity and liver function in diabetic patients.
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第42回日本動脈硬化学会総会・学術集会, 2010年7月, 岐阜)
- 90) ナテグリニド検討会の10年をふりかえって
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(第10回旭川ナテグリニド検討会, 2010年7月, 旭川)
- 91) 糖尿病合併脂質異常症のクリティカルポイントとその治療
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(Cholesterol Metabolism Conference in Okinawa, 2010年7月, 沖縄)
- 92) 糖尿病患者における肝機能・腹部肥満と血清脂質の関係
市立旭川病院・内科
外川 征史
(第16回旭川中性脂肪研究会, 2010年9月, 旭川)
- 93) 糖尿病患者における食後高血糖・脂質異常症へのアプローチ
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(糖尿病・脂質異常症症例検討会, 2010年9月, 士別)
- 94) 糖尿病患者におけるシタグリプチンの有用性
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(稚内糖尿病勉強会, 2010年10月, 稚内)
- 95) 糖尿病コントロールを良くするためにーインクレチン関連薬の有用性を中心にー
市立旭川病院・内科
武藤 英二
(札幌市東区・糖尿病勉強会, 2010年11月, 札幌)
- 96) 高齢者糖尿病患者(75歳以上)における血糖コントロール基準に関する検討
市立旭川病院・内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第44回日本糖尿病学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)
- 97) 糖尿病患者における神経検査
市立旭川病院・内科
宮本 義博, 武藤 英二, 外川 征史
(第44回日本糖尿病学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)
- 98) 糖尿病患者におけるシタグリプチン投与後の血糖コントロール変化
市立旭川病院・内科
外川 征史, 武藤 英二, 宮本 義博
(第44回日本糖尿病学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)
- 99) 白血球数と糖尿病発症リスクー東神楽町検診受診男性についての検討ー
東神楽町国民健康保険診療所
相馬 光弘
市立旭川病院・内科
武藤 英二
旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科
高後 裕
(第44回日本糖尿病学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)
- 100) 多発性骨髄腫に対するボルテゾミブの使用経験
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 柿木 康孝, 竹村 龍, 福原 敬
三宅 高義
(第21回Clinical Oncology Forum, 2010年1月, 札幌)
- 101) 子宮原発と思われたdiffuse large B-cell lymphomaの1例
市立旭川病院・内科
泉 将吾, 千葉 広司, 竹村 龍, 柿木 康孝
福原 敬, 三宅 高義
(第254回日本内科学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)
- 102) Hodgkin transformationを来したCLLの1例
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第45回日本血液学会春季北海道地方会, 2010年4月, 札幌)
- 103) 当科におけるゼヴァリンの使用経験
市立旭川病院・内科
柿木 康孝
(悪性リンパ腫に関する学術講演会ーRI標識抗体療法の現状ー, 2010年4月, 札幌)
- 104) 骨髄破壊的臍帯血移植後の再発ALLに対しRICBTを施行したが生着不全となり2nd RICBTにて生着が得られ寛解となっている1例
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 竹村 龍, 千葉 広司, 福原 敬

- 三宅 高義
(第21回北海道造血細胞移植研究会, 2010年5月, 札幌)
- 105) AML地固め療法中に重症新型インフルエンザ肺炎を発症した1例
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第255回日本内科学会北海道地方会, 2010年6月, 札幌)
- 106) Successful treatment with nilotinib for remaining BCR-ABL in a patient with CML after allo-SCT
市立旭川病院・内科
Ryo Takemura, Yasutaka Kakinoki, Koji Chiba
Takashi Fukuhara, Takayoshi Miyake
(第72回日本血液学会学術集会, 2010年9月, 横浜)
- 107) 初回寛解導入不能及び再発AMLに対するFLAG療法の有用性の検討
市立旭川病院・内科
竹村 龍, 柿木 康孝, 千葉 広司, 福原 敬
三宅 高義
(第52回日本血液学会秋季北海道地方会, 2010年10月, 札幌)
- 108) 慢性C型肝炎に対するインターフェロン療法中に発症した赤芽球癆の1例
市立旭川病院・内科
千葉 広司, 竹村 龍, 柿木 康孝, 福原 敬
三宅 高義
(第257回日本内科学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)
- 109) 血液疾患・患者診療における病診連携Ⅱ. 専門病院の役割
市立旭川病院・内科
柿木 康孝, 千葉 広司, 竹村 龍, 福原 敬
三宅 高義
(第54回旭川市医師会医学会, 2010年11月, 旭川)
- 110) 多発性空洞を伴った肺扁平上皮癌の1例
市立旭川病院・内科
増田 貴彦, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第387回旭川肺を診る会, 2010年1月, 旭川)
- 111) 急性骨髄性白血病の治療中に生じた新型インフルエンザウイルス肺炎の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 福居 嘉信, 谷野 洋子
(第387回旭川肺を診る会, 2010年1月, 旭川)
- 112) 気管支喘息治療の最前線 パネルディスカッション
市立旭川病院・内科
福居 嘉信
(学術講演会, 2010年1月, 旭川)
- 113) 両肺多発空洞陰影を呈した侵襲性肺アスペルギルス症の1例
市立旭川病院・内科
増田 貴彦, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第388回旭川肺を診る会, 2010年2月, 旭川)
- 114) 石綿と中皮腫と肺がん
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕
(がん診療連携講演会, 2010年3月, 富良野)
- 115) 両肺多発空洞陰影を呈した侵襲性肺アスペルギルス症の1例 (第2報)
市立旭川病院・内科
増田 貴彦, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第389回旭川肺を診る会, 2010年3月, 旭川)
- 116) イソシアネートによる過敏性肺炎が疑われた1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第390回旭川肺を診る会, 2010年4月, 旭川)
- 117) 人工呼吸管理などにより救命できた, 重症のびまん性肺出血の1例
市立旭川病院・内科
福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第390回旭川肺を診る会, 2010年4月, 旭川)
- 118) 弁置換術後に両肺浸潤影を生じた1例
市立旭川病院・内科
高橋慶太郎, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第391回旭川肺を診る会, 2010年5月, 旭川)
- 119) 大量喀血による呼吸不全患者において人工呼吸管理下に気管支鏡による血腫除去で救命しえた1例
市立旭川病院・内科
高橋慶太郎, 岡本 佳裕, 福居 嘉信, 谷野 洋子
(第15回呼吸器インターベンションセミナー, 2010年7月, 登別)
- 120) 原因不明のびまん性多発浸潤影の1例
市立旭川病院・内科
高橋 佳恵, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第394回旭川肺を診る会, 2010年8月, 旭川)
- 121) 生前は重複癌と考えられた, 肺癌(大細胞癌)の胃転移の1例
市立旭川病院・内科
高橋 佳恵, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕
(第395回旭川肺を診る会, 2010年9月, 旭川)
- 122) 肺非結核性抗酸菌症(M. fortuitum)の1例
市立旭川病院・内科
岡本 佳裕, 福居 嘉信, 谷野 洋子
(第395回旭川肺を診る会, 2010年9月, 旭川)
- 123) 生前は重複癌と考えられた, 肺癌(大細胞癌)の胃転移の1例
市立旭川病院・内科
高橋 佳恵, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 菊地 陽子
小澤賢一郎, 富永 素矢, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔
岡本 佳裕
同 ・病理
高田 明生
(第256回日本内科学会北海道地方会, 2010年9月, 札幌)

124) 肺病変先行型の膠原病性間質性肺炎が疑われた 1 例

市立旭川病院・内科

高橋 佳恵, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 岡本 佳裕

(第396回旭川肺を診る会, 2010年10月, 旭川)

[投稿論文]

1) 早期大腸癌の内視鏡診断と治療

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(第19回日本消化器内視鏡学会中国支部セミナー講演要旨:35-40, 2010)

2) やっぱり大切, 基本手技: 通常観察による観察法の基本手技

市立旭川病院・内科

富永 素矢, 斉藤 裕輔, 小澤賢一郎, 菊地 陽子

垂石 正樹

(消化器内視鏡 22: 611-615, 2010)

3) 微小大腸病変の取り扱いー 5 mm以下の大腸微小病変の内視鏡治療指針

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

大腸癌研究会

岩下 明徳, 工藤 進英, 小林 広幸, 清水 誠治

多田 正大, 田中 信治, 鶴田 修, 津田 純郎

平田 一郎, 藤谷 幹浩, 杉原 健一, 武藤徹一郎

(大腸疾患NOW 2010: 123-132, 2010)

4) 肝腫瘍と鑑別を要した横隔膜神経鞘腫の 1 例

市立旭川病院・内科

助川 隆士, 松本 昭範, 鈴木 聡, 富永 素矢

小泉 一也, 菊地 陽子, 小澤賢一郎, 千葉 篤

垂石 正樹, 斉藤 裕輔

同 放射線科

花輪 真

(日本消化器内視鏡学会雑誌 107: 93-101, 2010)

5) 出血性小腸疾患ー内視鏡診断・治療の最前線: 編集後記

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 45: 411, 2010)

6) 症例Question& Answer 7 潰瘍性大腸炎

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢

(田中信治編: スキルアップ大腸内視鏡 診断編: 247-252, 2010)

7) 第2章 腫瘍に対する内視鏡治療の原則

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢

(田中信治編: スキルアップ大腸内視鏡 治療編: 5-9, 2010)

8) 大腸の潰瘍大集合: 大腸に潰瘍をみたらー知っておきたい検査のポイント 生検のコツ

市立旭川病院・内科

富永 素矢, 斉藤 裕輔, 鈴木 聡, 小澤賢一郎

垂石 正樹

(消化器内視鏡 22: 1310-1317, 2010)

9) 早期大腸癌の精密画像診断 1) 注腸X線検査

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢, 垂石 正樹, 小澤賢一郎

助川 隆士, 鈴木 聡, 藤谷 幹浩, 野村 昌史

太田 智之, 渡 二郎

(胃と腸 45: 784-799, 2010)

10) 第III部: 疾患と鑑別診断: 炎症性腸疾患診断のStrategy

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢

(大腸疾患診療のstrategy; 斉藤裕輔, 田中信治, 渡邊聡明編: 36-40, 日本メディカルセンター, 東京, 2010)

11) 第III部: 疾患と鑑別診断: カルチノイド

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢

(大腸疾患診療のstrategy; 斉藤裕輔, 田中信治, 渡邊聡明編: 64-70, 日本メディカルセンター, 東京, 2010)

12) 第III部: 疾患と鑑別診断: 直腸粘膜脱症候群

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 垂石 正樹

(大腸疾患診療のstrategy; 斉藤裕輔, 田中信治, 渡邊聡明編: 123-127, 日本メディカルセンター, 東京, 2010)

13) 第III部: 疾患と鑑別診断: 放射線性直腸炎

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 小澤賢一郎

(大腸疾患診療のstrategy; 斉藤裕輔, 田中信治, 渡邊聡明編: 166-170, 日本メディカルセンター, 東京, 2010)

14) 第IV部: 治療: コラム: 大腸異物に対する処置②: 腸閉塞を発生し内視鏡的に摘出可能であった終末回腸内異物の 1 例

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 鈴木 聡

(大腸疾患診療のstrategy; 斉藤裕輔, 田中信治, 渡邊聡明編: 415, 日本メディカルセンター, 東京, 2010)

15) 側方発育型大腸腫瘍 (Laterally spreading tumor; LST) 分類と意義 編集後記

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 45: 1049, 2010)

16) Crohn病

市立旭川病院・内科

垂石 正樹, 斉藤 裕輔

(内科 105: 1062-1067, 2010)

17) 消化管カルチノイド

市立旭川病院・内科

富永 素矢, 斉藤 裕輔, 垂石 正樹

(内科 105: 1076, 2010)

18) 大腸腫瘍性病変の診断 (3)超音波内視鏡描出困難例に対する対応 b. 良好な超音波画像を得るためのコツ

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 富永 素矢, 垂石 正樹, 小澤賢一郎
鈴木 聡, 中村 和正, 助川 隆士, 千葉 篤

(INTESTINE 14: 375-379, 2010)

19) 早期胃癌研究会 2 月の例会から

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 45: 1416-1419, 2010)

20) 大腸SM癌に関する内視鏡治療の適応拡大ー最近の進歩

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 味岡 洋一

(2010-2011 コンセンサス消化器内視鏡: 55-66, 日本メ
ディカルセンター, 東京, 2010)

21) 大腸低分化腺癌の初期像とその進展ー主題症例のまとめ; 臨
床の立場から

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(胃と腸 45: 1830-1832, 2010)

22) 潰瘍性大腸炎の典型例と非典型例

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 藤谷 幹浩

(炎症性腸疾患鑑別診断アトラス: 赤松泰次, 斉藤裕輔, 清
水誠治編: 2-12, 南江堂, 東京, 2010)

23) 腸管スピロヘータ症 (intestinal spirochetosis)

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔, 渡 二郎

(炎症性腸疾患鑑別診断アトラス: 赤松泰次, 斉藤裕輔, 清
水誠治編: 85-88, 南江堂, 東京, 2010)

24) 迷ったら上部消化管

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(炎症性腸疾患鑑別診断アトラス: 赤松泰次, 斉藤裕輔, 清
水誠治編: 183-187, 南江堂, 東京, 2010)

25) 敷石像 (cobblestone appearance)

市立旭川病院・内科

斉藤 裕輔

(炎症性腸疾患鑑別診断アトラス: 赤松泰次, 斉藤裕輔, 清
水誠治編: 220-226, 南江堂, 東京, 2010)

26) Crohn病小腸病変の診断と経過ー小腸X線検査の有用性と位
置づけ

市立旭川病院・内科

杉山 隆治, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔

旭川医大・消化器・血液腫瘍制御内科

伊藤 貴博, 岡本耕太郎, 藤谷 幹浩 ほか

(胃と腸 45: 1586-1594, 2010)

27) 呼吸器内科における平成19年度の肺炎入院症例の検討

市立旭川病院・内科

澁谷 英子, 福居 嘉信, 谷野 洋子, 杉山 隆治
松尾 徳大, 阿部 二郎, 西 真智子, 本橋 健司
岡本 修平, 岡本 佳裕

(旭川市立病院医誌 41: 1-6, 2009)

外 科

[学会発表]

1) 今日の乳癌診療 (診断編)

市立旭川病院・外科

沼田 昭彦

(がん診療連携医療者向け講座, 2010年 2 月, 旭川)

2) 当科における高齢者 (80歳以上) に対する緊急手術例の検討

市立旭川病院・外科

桑谷 俊彦, 沼田 昭彦, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 子野日政昭

(第92回北海道外科学会, 2010年 3 月, 札幌)

3) 気管支管状切除で切除しえた左主気管支気道内散布を伴った
肺扁平上皮癌の 1 例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 沼田 昭彦, 笹村 裕二, 武山 聡
子野日政昭

(第92回北海道外科学会, 2010年 3 月, 札幌)

4) 恥骨後式前立腺全摘除後に発生した鼠径ヘルニアの検討

市立旭川病院・外科

和田 秀之, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭

(第 8 回日本ヘルニア学会学術集会, 2010年 4 月, 東京)

5) 呼吸器疾患に対する胸腔鏡手術

市立旭川病院・外科

笹村 裕二

(地域医療連携講演会, 2010年 5 月, 旭川)

6) 上行結腸軸捻転の 1 例

市立旭川病院・外科

和田 秀之, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡
沼田 昭彦, 子野日政昭

(第97回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2010年 7 月, 帯広)

7) 胸腺腫に対し胸腺全摘術施行後重症筋無力症を発症した 1 例

市立旭川病院・外科

石橋 佳, 和田 秀之, 福永 亮朗, 笹村 裕二
武山 聡, 沼田 昭彦, 子野日政昭

(第93回北海道外科学会, 2010年10月, 札幌)

8) 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に遅発性良性胆道狭窄を来した 1 例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 武山 聡, 子野日政昭

(第23回日本内視鏡外科学会総会, 2010年10月, 横浜)

9) 腹腔鏡下に切除を行った盲腸動静脈奇形の 1 例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 武山 聡, 子野日政昭

(第23回日本内視鏡外科学会総会, 2010年10月, 横浜)

10) 当科における大腸穿孔症例の検討

市立旭川病院・外科

和田 秀之, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡

沼田 昭彦, 子野日政昭

(旭川手術手技談話会, 2010年11月, 旭川)

11) 市立旭川病院におけるSSIサーベイランスの結果と今後の課題

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 和田 秀之, 笹村 裕二, 武山 聡

沼田 昭彦, 子野日政昭

(第4回SSI研究会, 2010年11月, 旭川)

12) 上行結腸軸捻転をきたした成人腸回転異常症の1例

市立旭川病院・外科

沼田 昭彦, 和田 秀之, 福永 亮朗, 笹村 裕二

武山 聡, 子野日政昭

(第72回日本臨床外科学会総会, 2010年11月, 横浜)

13) 気胸手術後の心肺停止に対し経皮の心肺補助装置を導入し救命しえた1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 和田 秀之, 笹村 裕二, 武山 聡

沼田 昭彦, 子野日政昭

(第72回日本臨床外科学会総会, 2010年11月, 横浜)

14) 脾胃吻合部に再発した膵管内乳頭粘液性腺癌の1例

市立旭川病院・外科

和田 秀之, 福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡

沼田 昭彦, 子野日政昭

(第98回日本臨床外科学会北海道支部例会, 2010年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 9年の経過観察後肺切除を行った肺類上皮血管内皮腫(PEH)の1例

市立旭川病院・外科

福永 亮朗, 笹村 裕二, 武山 聡, 沼田 昭彦

子野日政昭

同 病理解

高田 明生

(日本臨床外科学会雑誌 71:1990-1994, 2010)

2) 男性に発症した乳腺原発large cell neuroendocrine carcinomaの1例

市立旭川病院・外科

和田 秀之

帯広厚生病院・外科

大野 耕一, 鈴木 善法, 長谷龍之介, 高田 実

関下 芳明

(日本臨床外科学会雑誌 71:3070-3074, 2010)

胸部外科

[学会発表]

1) 心臓血管手術を受ける糖尿病患者ではプロタミン含有インスリン投与歴を聴取すべし

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋

安達 昭, 加藤 伸康

同 麻酔科

山岸 昭夫, 一宮 尚裕

(第88回日本胸部外科学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)

2) 当科におけるCox-MazeⅣ手術の短期成績

市立旭川病院・胸部外科

宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭

加藤 伸康, 青木 秀俊

(第88回日本胸部外科学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)

3) 左室後壁の左室瘤に対する手術経験

市立旭川病院・胸部外科

吉本 公洋, 加藤 伸康, 安達 昭, 宮武 司

大場 淳一, 青木 秀俊

(第88回日本胸部外科学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)

4) 当科における僧帽弁直視下交連切開術(OMC)症例の検討

市立旭川病院・胸部外科

安達 昭, 大場 淳一, 加藤 伸康, 吉本 公洋

宮武 司, 青木 秀俊

(第88回日本胸部外科学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)

5) 乳頭筋approximationを意図した左心室瘤切除によりtetheringが改善した1例

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋

安達 昭, 加藤 伸康

同 内科

伊達 歩, 奥山 淳, 石井 良直

同 中央検査科

青木 里絵, 長瀬 雅彦

(第92回北海道外科学会, 2010年3月, 札幌)

6) 冠動脈肺動脈瘻の1例

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一

(第124回旭川心臓を診る会(ACC), 2010年5月, 旭川)

7) 冠動脈肺動脈瘻の手術経験

市立旭川病院・胸部外科

大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋

安達 昭, 森 大輔, 増田 貴彦

愛心メモリアル病院

高橋順一郎

(第13回北海道心臓外科フォーラム, 2010年5月, 札幌)

8) 冠動脈肺動脈瘻2例の手術経験

- 市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第78回北海道シネアンジオ研究会, 2010年6月, 札幌)
- 9) 短期間で再発転移した左房粘液肉腫の1例
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一, 青木 秀俊, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 森 大輔, 増田 貴彦
(第103回日本循環器学会北海道地方会, 2010年6月, 札幌)
- 10) 左室オーバーラッピング後に難渋した2例
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第55回北大心臓疾患研究会, 2010年6月, 札幌)
- 11) 心疾患における輸液管理
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋
(NST専門療法士修練施設カリキュラム, 2010年6月, 旭川)
- 12) 心臓手術前検査としての足関節上腕血圧比 (ABI) 測定
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
森 大輔, 増田 貴彦, 青木 秀俊
(第104回日本循環器学会北海道地方会, 2010年9月, 札幌)
- 13) Non-disposable内視鏡を用いての橈骨動脈採取と早期成績
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋, 大場 淳一, 増田 貴彦, 森 大輔
安達 昭, 宮武 司, 青木 秀俊
(第89回日本胸部外科学会北海道地方会, 2010年9月, 札幌)
- 14) O型Rh (D) 陰性患者に周術期Rh (D) 陽性を含む輸血を施行した1例
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司, 大場 淳一, 吉本 公洋, 安達 昭
森 大輔, 増田 貴彦, 青木 秀俊
同 中央検査科
長瀬 政子
(第89回日本胸部外科学会北海道地方会, 2010年9月, 札幌)
- 15) 市立旭川病院胸部外科での標準的な静脈瘤手術
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭
(第23回北大血管疾患研究会, 2010年9月, 札幌)
- 16) 大腿-膝窩動脈バイパス術17年後に発生した末梢側吻合部仮性動脈瘤破裂の1例
市立旭川病院・胸部外科
安達 昭, 大場 淳一, 増田 貴彦, 森 大輔
吉本 公洋, 宮武 司, 青木 秀俊
(第30回日本血管外科学会北海道地方会, 2010年10月, 札幌)
- 17) 多発動脈瘤の1例
市立旭川病院・胸部外科
増田 貴彦, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 森 大輔, 青木 秀俊
(第30回日本血管外科学会北海道地方会, 2010年10月, 札幌)
- 18) 下大静脈腫瘍塞栓をともなう腎癌摘出術において人工心肺を用いた1例
市立旭川病院・胸部外科
森 大輔, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 増田 貴彦, 青木 秀俊
(第30回日本血管外科学会北海道地方会, 2010年10月, 札幌)
- 19) 心疾患における輸液管理
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋
(NST専門療法士修練施設カリキュラム, 2010年10月, 旭川)
- 20) 道北ドクターヘリ活動における施設間搬送の分析
旭川赤十字病院救命救急センター
住田 臣造
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(第34回北海道救急医学会, 2010年10月, 札幌)
- 21) 左房内腫瘍の1手術例
市立旭川病院・胸部外科
吉本 公洋
(第125回旭川心臓を診る会 (ACC), 2010年11月, 旭川)
- 22) 下大静脈腫瘍塞栓をともなう腎癌摘出術において人工心肺を用いた1例
市立旭川病院・胸部外科
森 大輔, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋
安達 昭, 増田 貴彦, 青木 秀俊
(第54回旭川市医師会医学会, 2010年11月, 旭川)
- 23) 僧帽弁形成術でこころがけていること
市立旭川病院・胸部外科
大場 淳一
(SJM講演会, 2010年12月, 札幌)
- 24) Bjork-Shiley弁の機能不全の1例
市立旭川病院・胸部外科
宮武 司
(第56回北大心臓疾患研究会, 2010年12月, 札幌)

小児科 [学会発表]

- 1) 川崎病の臨床像-発病からその長期フォローアップまで
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸
(川崎病の子供をもつ親の会北海道連絡会医療講演会, 2006年11月, 札幌)
- 2) 舌咽神経麻痺をきたした7歳川崎病の1例
市立旭川病院・小児科
小関 直子, 稲本 潤, 中嶋 雅秀, 佐竹 明
小西 貴幸
(日本小児科学会北海道地方会第268回例会, 2007年2月, 札幌)
- 3) 臍帯血移植後に難治性前頭葉てんかんを発症したALLの1例

- 市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀
(第1回旭川小児血液勉強会, 2007年6月, 旭川)
- 4) 小児の初期救急医療
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸
(北海道小児救急地域医師研修会, 2007年11月, 旭川)
- 5) 子どもを見守り, 支えるということ
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸
(平成19年度旭川市PTA母親研修会, 2007年12月, 旭川)
- 6) 生体肝移植後のアシドーシス発作で神経学的後遺症を来したメチルマロン酸血症の1例
市立旭川病院・小児科
植田 佑樹, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸
手稲溪仁会病院・小児科
窪田 満
(日本小児科学会北海道地方会第271回例会, 2008年2月, 札幌)
- 7) 脱毛と血小板減少をきたした男児例
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀
(第2回旭川小児血液勉強会, 2008年6月, 旭川)
- 8) ロタウィルス胃腸炎に急性腎不全を合併しCHDFを施行した1例
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 阿部 二郎, 佐竹 明, 小西 貴幸
榆の会こどもクリニック
植田 佑樹
(日本小児科学会北海道地方会第272回例会, 2008年7月, 旭川)
- 9) 総胆管結石症を合併した小児胆石症の1例
市立旭川病院・小児科
阿部 二郎, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸
同 外科
福永 亮朗, 子野日政昭
(日本小児科学会北海道地方会第273回例会, 2008年11月, 札幌)
- 10) 特発性胃穿孔の1例
市立旭川病院・小児科
阿部 二郎, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸
(第29回道北小児科懇話会, 2008年12月, 旭川)
- 11) 川崎病ガンマグロブリン大量療法 (IVIG) 不応例についての検討
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 金田 宣子, 阿部 二郎, 佐竹 明
小西 貴幸
(日本小児科学会北海道地方会第274回例会, 2009年2月, 旭川)
- 12) 摂食障害の経験から (特別講演)
市立旭川病院・小児科

- 小西 貴幸
(第30回道北小児科懇話会, 2009年12月, 旭川)
- 13) 院内インフルエンザPCR検査の有効性
市立旭川病院・小児科
金田 宣子, 中嶋 雅秀, 阿部 二郎, 佐竹 明
小西 貴幸
(日本小児科学会北海道地方会第277回例会, 2010年2月, 旭川)
- 14) オクトレオチドが有効であった乳び心嚢の1例
市立旭川病院・小児科
松波由貴子, 中嶋 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸
同 胸部外科
大場 淳一, 宮武 司
旭川医科大学・小児科
梶野 浩樹
(第55回北海道小児循環器研究会, 2010年11月, 札幌)
- 15) 成長障害が診断の契機となったクローン病の1例
市立旭川病院・小児科
中嶋 雅秀, 松波由貴子, 佐竹 明, 小西 貴幸
(第31回道北小児科懇話会, 2010年12月, 旭川)
- 16) 小児の初期救急医療
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸
(北海道小児救急地域医師研修会, 2008年11月, 名寄)
- 17) 新型インフルエンザについて
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸
(旭川市医師会学校医・園医部会講演会, 2009年10月, 旭川)
- 18) 小児初期救急医療における留意事項と症例検討
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸
(北海道小児救急地域医師研修会, 2009年11月, 富良野)
- 19) 子どものアレルギー
市立旭川病院・小児科
佐竹 明
(市立旭川病院市民公開講座, 2009年11月, 旭川)

[投稿論文]

- 1) インフリキシマブが著効した, 難治性川崎病の17歳女児例
市立旭川病院・小児科
稲本 潤, 小関 直子, 中嶋 雅秀, 佐竹 明
小西 貴幸
(小児科臨床 60:1597-1604, 2007)
- 2) 日本人の摂食障害姉妹発症例における生涯病型, 代償行動, ならびに体重の関連性の有無について
国立精神・神経センター精神保健研究所心身医学研究部
後藤 直子, 小牧 元, 安藤 哲也
市立旭川病院・小児科
小西 貴幸

(心身医学 49:373-381, 2009)

産婦人科
[投稿論文]

1) 子宮体部悪性リンパ腫の1症例

市立旭川病院・産婦人科

笹倉 勇一, 林 博章, 中田 俊之, 市川 英俊
(臨床婦人科産科 64:1245-1249, 2010)

2) Single incision laparoscopic surgery (SILS) の婦人科疾患への応用

市立旭川病院・産婦人科

林 博章, 中田 俊之, 市川 英俊
(臨床婦人科産科 64:1462-1465, 2010)

精神神経科
[学会発表]

1) 愛着障害について

市立旭川病院・精神科

武井 明
(平成21年度第2回家庭裁判所調査官自庁研修, 2010年3月, 旭川)

2) 発達障害と不登校ー市立旭川病院思春期外来での経験からー

市立旭川病院・精神科

武井 明
(ひきこもり・不登校の子どもを発達障害の観点から考える, 2010年3月, 旭川)

3) 児童思春期の心の病気

市立旭川病院・精神科

武井 明
(旭川いのちの電話第32回電話相談員養成講座, 2010年6月, 旭川)

4) 神経性無食欲症を主症状として受診したアスペルガー障害の1例

市立旭川病院・精神科

天野 瑞紀, 武井 明, 目良 和彦, 佐藤 譲
原岡 陽一
旭川福祉専門学校
平間 千絵
(北海道精神神経学会第117回例会, 2010年7月, 札幌)

5) 精神科思春期外来を受診した高機能広汎性発達障害ー不登校を中心に

市立旭川病院・精神科

武井 明
(第3回旭川発達障害フォーラム, 2010年7月, 旭川)

6) 発達障害と二次障害

市立旭川病院・精神科

武井 明

(平成22年度旭川市特別支援教育センター研修事業, 2010年9月, 旭川)

7) 高校生の発達障害

市立旭川病院・精神科

目良 和彦
(子どもの健康を守る地域専門家総合連携事業, 2010年9月, 幌加内)

8) 働くために必要な健康管理について

市立旭川病院・精神科

武井 明
(ASD職業訓練事業, 2010年10月, 旭川)

9) 総合病院に開設された精神科思春期外来の現状ー昼の顔と夜の顔

市立旭川病院・精神科

武井 明
(北海道児童青年精神保健学会第26回研修会, 2010年10月, 札幌)

[投稿論文]

1) ビミョーな子どもたちー思春期外来ノート(4)精神科医は不登校から戦線離脱したのか

市立旭川病院・精神科

武井 明
(こころの科学 151:117-123, 2010)

2) アセトアミノフェンを過量服薬した3症例

市立旭川病院・精神科

松尾 徳大, 武井 明, 天野 瑞紀, 目良 和彦
佐藤 譲, 原岡 陽一
同 内科
外川 征史
同 麻酔科

一宮 尚裕

都立梅ヶ丘病院

宮崎 健祐

(旭川市立病院医誌 41:17-20, 2009)

3) ビミョーな子どもたちー思春期外来ノート(5)発達障害はブームで終わるのか

市立旭川病院・精神科

武井 明
(こころの科学 152:124-130, 2010)

4) ビミョーな子どもたちー思春期外来ノート(6)行き場を失う摂食障害の少女たち

市立旭川病院・精神科

武井 明
(こころの科学 153:114-119, 2010)

5) Trends of Demographics and Clinical Diagnosis Over the Past 15 Years in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic.

Department of Psychiatry, Asahikawa General Hospital
Kensuke Miyazaki, Akira Takei, Kazuhiko Mera

Yuzuru Sato, Yoichi Haraoka

Asahikawa Keisenkai Hospital

Taro Suzuki

Asahikawa Welfare Profession Education School

Chie Hiram

(Jpn J Gen Hosp Psychiatry 22: 44-50, 2010)

6) 修正型電気けいれん療法が奏効したペースメーカーを植込まれた精神病性うつ病の1例

市立旭川病院・精神科

目良 和彦, 武井 明, 宮崎 健祐, 天野 瑞紀

松尾 徳大, 佐藤 譲, 原岡 陽一

(総合病院精神医学 22: 51-54, 2010)

7) ビミョーな子どもたちー思春期外来ノート(7)髪が物語る少女たちの苦悩

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 154: 116-121, 2010)

8) 精神科思春期外来を受診した高機能広汎性発達障害の臨床的検討

市立旭川病院・精神科

武井 明, 天野 瑞紀, 目良 和彦, 佐藤 譲

原岡 陽一

旭川圭泉会病院

鈴木 太郎

東京都小児総合医療センター

宮崎 健祐

メイプル病院

松尾 徳大

旭川福祉専門学校

平間 千絵

(精神医学 52: 1213-1219, 2010)

9) ビミョーな子どもたちー思春期外来ノート(8)学校行事と思春期外来のビミョーな関係

市立旭川病院・精神科

武井 明

(こころの科学 155: 123-128, 2010)

麻酔科

[学会発表]

1) 心臓手術中の頻脈性不整脈に対する塩酸ランジオール単回投与の有用性

市立旭川病院・麻酔科

山岸 昭夫, 上野 恵, 一宮 尚裕

(第57回日本麻酔科学会, 2010年6月, 福岡)

2) バソプレシン局注が循環動態に及ぼす影響ー腹腔鏡下筋腫核出術での検討ー

市立旭川病院・麻酔科

丸山 大介, 山岸 昭夫, 上野 恵, 田中 清高

一宮 尚裕

(第57回日本麻酔科学会, 2010年6月, 福岡)

3) 開心術後の遷延する筋弛緩作用の拮抗にスガマデクス投与が有用であった1症例

市立旭川病院・麻酔科

後藤 祐也, 山岸 昭夫, 丸山 大介, 飛世 史則

一宮 尚裕

(第58回北海道麻酔科学会, 2010年9月, 札幌)

4) 右心房直前にまで達する下大静脈内腫瘍塞栓を伴った腎細胞癌の1例

市立旭川病院・麻酔科

丸山 大介, 飛世 史則, 山岸 昭夫, 後藤 祐也

一宮 尚裕

(第58回北海道麻酔科学会, 2010年9月, 札幌)

5) 開心術後右房周囲血腫の発見にTEEが有用であった1症例

市立旭川病院・麻酔科

後藤 祐也, 山岸 昭夫, 丸山 大介, 飛世 史則

一宮 尚裕

(第15回日本心臓血管麻酔学会, 2010年10月, 東京)

6) 大腸穿孔を起こすも集中治療にて独歩退院し得た91歳男性

市立旭川病院・麻酔科

丸山 大介, 飛世 史則, 山岸 昭夫, 後藤 祐也

一宮 尚裕

(第19回日本集中治療医学会北海道地方会, 2010年10月, 札幌)

7) 耳鼻科手術における覚醒時血圧上昇の防止ーレミフェンタニル少量持続投与中の抜管についてー

市立旭川病院・麻酔科

山岸 昭夫, 後藤 祐也, 飛世 史則, 一宮 尚裕

(第30回日本臨床麻酔学会, 2010年11月, 徳島)

[投稿論文]

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

市立旭川病院・麻酔科

山岸 昭夫, 田中 清高, 上野 恵, 一宮 尚裕

同・胸部外科

大場 淳一

旭川医大・麻酔・蘇生学教室

岩崎 寛

(臨床麻酔 34: 1272-1276, 2010)

2) 慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー合併患者に対する気腹手術の麻酔経験

市立旭川病院・麻酔科

丸山 大介, 一宮 尚裕, 飛世 史則, 山岸 昭夫

後藤 祐也

札幌医大・麻酔科

山内 正憲

(臨床麻酔 34: 1925-1926, 2010)

眼 科
[投稿論文]

1) 実験的ぶどう膜炎における家兎水晶体内リン酸化合物代謝に関する研究

市立旭川病院・眼科

菅野 晴美

釧路赤十字病院・眼科

五十嵐弘昌

旭川医大・眼科学教室

加藤 祐司, 吉田 晃敏

旭川医大・実験実習機器センター

田中 邦雄

(眼科臨床紀要 3 : 477-482, 2010)

皮膚科
[学会発表]

1) 心筋炎を併発したミノサイクリンによる薬剤性過敏症症候群(DIHS) 1例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

同 ・内科

山田 豊

(第381回日本皮膚科学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)

2) シンポジウム「各科領域における新しい視点～ステロイド療法を中心に」

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(第14回北海道アレルギー研究会, 2010年6月, 札幌)

3) 寄生虫妄想の2例

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

同 ・精神神経科

佐藤 譲

(第383回日本皮膚科学会北海道地方会, 2010年8月, 旭川)

4) 歯性病巣が関与したと考えられる口唇腫長の5例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

(第4回道北皮膚科臨床研究会, 2010年11月, 旭川)

5) 妊婦に発症した川崎病の1例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

同 ・小児科

中島 雅秀, 佐竹 明, 小西 貴幸

(第74回日本皮膚科学会東部支部学術大会, 2010年11月, 仙台)

6) 当科で施行したDrug lymphocyte stimulation test (DLST) の集計

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

旭川医大・皮膚科

岸部 麻里

(第40回日本皮膚アレルギー・接触皮膚炎学会総会学術大会, 2010年12月, 広島)

7) 歯性病巣が関与したと考えられる口唇腫長の5例

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

同 ・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 泰一

(第384回日本皮膚科学会北海道地方会, 2010年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) 皮膚結核

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之, 菅野 恭子

旭川厚生病院・皮膚科

橋本 喜夫

(皮膚病診療 33 : 243-246, 2010)

2) 痛風：痛風結節を伴った症例

旭川医大・皮膚科

岸部 麻里

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(Visual Dermatology 9 : 64-66, 2010)

3) ワルファリンカリウムが著効したリベド血管症の2例

旭川厚生病院・皮膚科

西 薫, 中村 哲史, 橋本 喜夫, 水元 俊裕

町立中標津病院・皮膚科

小池 且弥

旭川医大・皮膚科

飯塚 一

市立旭川病院・皮膚科

坂井 博之

(皮膚科の臨床 52 : 53-57, 2010)

4) Chronic tophaceous gout secondary to self-induced vomiting in anorexia nervosa.

Department of Dermatology, Asahikawa Medical College

Mari KISHIBE, Hajime IIZUKA

Department of Dermatology, Asahikawa City Hospital

Hiroyuki SAKAI

(The Journal of Dermatology 37 : 578-580, 2010)

5) 白色丘疹を伴い特異な臨床像を呈したMicrocystic Adnexal Carcinoma

市立旭川病院・皮膚科

菅野 恭子, 坂井 博之

旭川厚生病院・形成外科

板谷 純幸, 皆川 知弘

旭川医大・皮膚科

岸部 麻里, 山本 明美, 飯塚 一
(皮膚科の臨床 52: 1451-1454, 2010)

放射線科

[学会発表]

1) 胸部ステントグラフトのインフォームドコンセント

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第27回日本MS&G研究会, 2009年8月, 大阪)

2) Yグラフト置換後, 空置内腸骨動脈瘤に対する上腎動脈アプローチTAEの検討

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 胸部外科

加藤 伸康, 安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司

大場 淳一, 青木 秀俊

(第53回北海道血管造影・Interventional Radiology研究会, 2010年2月, 札幌)

3) Iterative Algorithm For Reducing Dose While Maintaining Image Quality: Phantom Study

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

同 中央放射線科

大野 肇

Philips Healthcare

D.Mehta, S.Kuwahara, L.Goshen, G.Kafri

(European Society of Radiology, 2010年3月, ウィーン)

4) Iterative Algorithm For Reducing Dose While Maintaining Image Quality: Pilot clinical Study

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

同 中央放射線科

大野 肇

Philips Healthcare

D.Mehta, S.Kuwahara, L.Goshen, G.Kafri

(European Society of Radiology, 2010年3月, ウィーン)

5) オリジナル防護具によるIVRにおける術者被曝低減の検討

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 中央放射線科

三ツ井貴博, 有路 智行, 平子 哲也

(日本IVR学会総会, 2010年5月, 東京)

6) Recoilによるステント再閉塞によりPTAが困難であった浅大腿動脈長区域完全閉塞の1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

Office-IVR北海道

森田 穰

(日本MS&G研究会, 2010年5月, 東京)

7) 経カテーテル的操作で再留置を行った心房内逸脱IVCステントの1例

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

(日本MS&G研究会, 2010年5月, 東京)

8) シンポジウム 外科合併症とIVR・術後血管系合併症に対するIVR

市立旭川病院・放射線科

花輪 真

(第54回北海道血管造影Interventional Radiology研究会, 2010年8月, 札幌)

9) Yグラフト置換後, 空置内腸骨動脈瘤に対する上腎動脈アプローチTAEの検討

市立旭川病院・放射線科

花輪 真, 鎌田 洋, 川島 和之

同 胸部外科

増田 貴彦, 森 大輔, 安達 昭, 吉本 公洋

宮武 司, 大場 淳一, 青木 秀俊

(第23回日本IVR学会 北日本地方会, 2010年9月, 新潟)

歯科口腔外科

[学会発表]

1) 顔面部に発症したガス壊疽の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 泰一

(第48回NPO法人日本口腔外科学会・第36回 (社) 日本口腔外科学会北日本地方会, 2010年5月, 仙台)

2) 上顎洞に進展した角化嚢胞性歯源性腫瘍の1例

市立旭川病院・歯科口腔外科

谷 和俊, 西村 泰一

(第62回旭川歯科医師会学術大会, 2010年11月, 旭川)

[投稿論文]

1) 抗血栓療法施行患者における抜歯後出血に関する臨床的検討

帯広徳洲会病院・歯科口腔外科

藤盛 真樹

市立旭川病院・歯科口腔外科

西村 泰一, 谷 和俊

釧路労災病院・歯科口腔外科

岡田 益彦

旭川医大・医学部歯科口腔外科学講座

吉田 将亜, 松田 光悦

(日本口腔科学会雑誌 59: 113-122, 2010)

2) 下顎智歯抜歯後の合併症の発症率と危険因子に関する多施設共同前向き研究

市立旭川病院・歯科口腔外科

西村 泰一

溪仁会手稲溪仁会病院・歯科口腔外科

沖田美千子

臨生会吉田病院・歯科口腔外科

末次 博

母恋日鋼記念病院・歯科口腔外科

榎原 典幸 ほか13名

(Hospital Dentistry & Oral-Maxillofacial Surgery 22: 47-55, 2010)

薬剤科

[学会発表]

1) ミソプロストール投与により排便時痛が軽減された1症例

市立旭川病院・薬剤科

寺田 和文

同 ・看護部

永草麻由美, 外川 仁美

同 ・内科

福原 敬

(第4回日本緩和医療薬学会, 2010年9月, 鹿児島)

2) 退院後のワルファリンについての検討～退院時及び退院後初回外来受診時のトロンボテストとワルファリン量の比較～

市立旭川病院・薬剤科

吉田 稔, 山口 純子, 岡崎 邦俊

(第49回全国自治体病院学会, 2010年10月, 秋田)

[投稿論文]

1) 自宅における薬剤保管の現状およびパンフレット指導による認識改善効果－循環器内科入院患者における検討－

市立旭川病院・薬剤科

山口 純子, 沼野 達行, 兼近 順子, 岡崎 邦俊

山下 光久

同 ・看護部

福本きよみ

東北大学大学院薬学研究科医療開発構想寄附講座

滋賀医科大学社会医学講座公衆衛生学部門

大久保孝義

(日本病院薬剤師会雑誌 46: 1511-1515, 2010)

中央放射線科

[学会発表]

1) 胸部CT

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇

(日本放射線技師会 生涯学習セミナー, 2010年2月, 札幌)

2) 線量特性

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇

(日本放射線技師会 生涯学習セミナー, 2010年2月, 札幌)

3) 大血管領域における3D-CTについて

市立旭川病院・中央放射線科

石澤 博

(第14回旭川画像セミナー, 2010年3月, 旭川)

4) 被ばく低減画像再構成iterative hybrid reconstructionの初期使用経験

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇, 石澤 博

Philips Electronics Japan

桑原 貞俊

(日本放射線技術学会第66回総会学術大会, 2010年4月, 横浜)

5) 散乱線被曝低減に向けた透視方法の検討

市立旭川病院・中央放射線科

三ツ井貴博, 大塩 良輔, 平子 哲也

同 ・放射線科

花輪 真

(第39回日本IVR学会総会, 2010年5月, 東京)

6) CT現状と展望

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇

(稚内放射線技師会勉強会, 2010年9月, 稚内)

7) 心臓Late Gadolinium EnhancementにおけるCINE-IRシーケンスの検討

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一, 工藤 茜, 福田 泰之, 石澤 博

大野 肇, 平子 哲也

(第38回日本磁気共鳴医学会大会, 2010年9月, つくば)

8) Whole Heart Coronary MRA (WHCA) の検討

市立旭川病院・中央放射線科

福田 泰之, 川崎 伸一, 三ツ井貴博, 石澤 博

有路 智行, 工藤 茜, 大塩 良輔

(第49回全国自治体病院学会, 2010年10月, 秋田)

9) 被ばく低減と画質向上－新時代の画像再構成法iDOSEの可能性－

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇

(日本放射線技術学会第38回秋季学術大会, 2010年10月, 仙台)

10) CT逐次近似画像再構成法 (iDose) について

市立旭川病院・中央放射線科

大野 肇

(北海道市立病院放射線技師会, 2010年10月, 千歳)

11) Cardiac Imagingを語る－MRI編－

市立旭川病院・中央放射線科

川崎 伸一

(空知放射線技師会2010年度秋季宿泊研修 日本放射線技術

- 学会北海道部会専門委員会出張講座，2010年10月，北竜)
- 12) 造影剤副作用発生時の対応マニュアル作成について
市立旭川病院・中央放射線科
大野 肇
(北海道放射線技師会地域学術大会，2010年10月，札幌)
- 13) 心・CABG－標準化へ向けての画像構築－
市立旭川病院・中央放射線科
大野 肇
(第1回北海道心血管外科イメージング研究会，2010年10月，札幌)
- 14) 逐次近似画像再構成法iDoseによる低電圧撮影法の臨床応用
市立旭川病院・中央放射線科
大野 肇，石澤 博
Philips Electronics Japan
桑原 貞俊
(日本放射線技術学会第66回北海道部会秋季大会，2010年11月，函館)
- 15) 逐次近似法を応用した画像再構成法iDoseの基礎的検討
市立旭川病院・中央放射線科
石澤 博，大野 肇
(日本放射線技術学会第66回北海道部会秋季大会，2010年11月，函館)
- 16) 右室Late Gadolinium Enhancementにおける撮像方法の検討
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一，福田 泰之，工藤 茜，石澤 博
大野 肇，平子 哲也
(日本放射線技術学会第66回北海道部会秋季大会，2010年11月，函館)
- 17) PRANCE法による透析シャント撮影の検討
市立旭川病院・中央放射線科
工藤 茜，川崎 伸一，福田 泰之，石澤 博
大塩 良輔，西田 純，西館 文博，大野 肇
平子 哲也
(社団法人日本放射線技術学会 第66回北海道部会秋季大会，2010年11月，函館)
- 18) 逐次近似法を応用した画像再構成法iDoseの基礎的検討
市立旭川病院・中央放射線科
石澤 博，大野 肇
(第3回北海道Brilliance Community，2010年11月，札幌)
- 19) 多機種間におけるCT値，CNRの比較
市立旭川病院・中央放射線科
大塩 良輔，石澤 博，大野 肇
(平成22年度旭川放射線技師会会員研究発表会，2010年11月，旭川)
- 20) 立位撮影用間接型FPDにおける画像特性の検討
市立旭川病院・中央放射線科
西田 純，竹内 顕宏
(旭川放射線技師会会員研究発表会，2010年11月，旭川)
- 21) バイプレーンアンギオ装置における散乱線被曝低減に向けた

検討

- 市立旭川病院・中央放射線科
西館 文博，平子 哲也，三ツ井貴博
(旭川放射線技師会会員研究発表会，2010年11月，旭川)
- 22) iDoseの可能性－新時代の画像再構成法による被ばく低減と画質向上－
市立旭川病院・中央放射線科
大野 肇
(第20回北部画像検討会，2010年12月，名寄)
- 23) 新アプリケーションの使用経験－Optima Edition－
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(Signa甲子園2010 (GEヘルスケアジャパン) 特別講演，2010年12月，東京)
- 24) IVR認定技師取得への取り組み
市立旭川病院・中央放射線科
三ツ井貴博
(第12回北海道IVR談話会，2010年12月，札幌)
- 25) iDose腹部領域への適応と臨床応用
市立旭川病院・中央放射線科
大野 肇
(2010 Philips CT Innovations Forum，2010年12月，東京)

[投稿論文]

- 1) 当院におけるWhole Heart Coronary MRA (WHCA) の検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之，川崎 伸一，三ツ井貴博，石澤 博
有路 智行，工藤 茜，大塩 良輔
(北海道放射線技師会会報 5：26-29，2010)
- 2) 当院におけるWhole Heart Coronary MRA (WHCA) の検討
市立旭川病院・中央放射線科
福田 泰之，川崎 伸一，三ツ井貴博，石澤 博
有路 智行，工藤 茜，大塩 良輔
(旭川放射線技師会会誌 32：30-34，2010)
- 3) 散乱線低減に向けた透視方法の検討
市立旭川病院・中央放射線科
大塩 良輔，三ツ井貴博，平子 哲也
(旭川放射線技師会会誌：35-38，2010)
- 4) GE社製1.5T装置による心臓MRI検査の実際
市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一，工藤 茜，福田 泰之，大野 肇
三ツ井貴博，石澤 博，平子 哲也
同 ・内科
石井 良直
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
鵜池 充宏
(Rad Fan 8：29-31，2010)
- 5) DPC制度下における肝臓MRI検査

市立旭川病院・中央放射線科
川崎 伸一
(北海道放射線技術雑誌 70:143-149, 2010)

中央検査科
[学会発表]

1) 左室瘤切除後のMR消失例にdirect strain法が有用と考えられた1例

市立旭川病院・中央検査科
青木 里絵, 永森 祐衣, 長瀬 雅彦
同 胸部外科
大場 淳一, 加藤 伸康, 安達 昭, 宮武 司
吉本 公洋, 青木 秀俊
(第37回旭川心エコー勉強会, 2010年2月, 旭川)

2) 左室瘤を伴ったMRにdirect strain法が有用と考えられた1例

市立旭川病院・中央検査科
青木 里絵, 永森 祐衣, 長瀬 雅彦
同 胸部外科
大場 淳一, 加藤 伸康, 安達 昭, 宮武 司
吉本 公洋, 青木 秀俊
(第38回日本超音波医学会北海道地方会, 2010年2月, 札幌)

3) 三光弁置換術直後の弁逆流評価に3D経食道心エコーが有用と考えられた1例

市立旭川病院・中央検査科
永森 祐衣, 青木 里絵, 長瀬 雅彦
同 胸部外科
増田 貴彦, 加藤 伸康, 安達 昭, 吉本 公洋
宮武 司, 大場 淳一, 青木 秀俊
(第6回北海道心血管エコー研究会, 2010年3月, 札幌)

4) 経胸壁で認められた冠動脈瘤の超音波像とその背景

市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦, 永森 祐衣, 青木 里絵
(第35回日本超音波検査学会, 2010年5月, 大阪)

5) 糖尿病疾患における心機能障害の検討

市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦, 永森 祐衣, 青木 里絵
同 内科
武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史
(第21回日本心エコー図学会学術集会, 2010年5月, 札幌)

6) 非特異的エステラーゼ陽性を呈した好酸球増多症の1症例

市立旭川病院・中央検査科
八重樫 直, 越高 正広
(第11回日本検査血液学会学術集会, 2010年7月, 東京)

7) 当院での異型血小板輸血に関する臨床検査技師・看護師の意識調査

市立旭川病院・中央検査科
高木 奈央, 長瀬 政子, 中川 正彦, 中野 成紀
同 病理

高田 明生
同 内科
柿木 康孝, 三宅 高義
(第90回北海道医学大会輸血分科会・第54回日本輸血・細胞治療学会北海道支部例会, 2010年10月, 札幌)

8) 異所性左房内血栓の1例

市立旭川病院・中央検査科
永森 祐衣, 長瀬 雅彦
同 胸部外科
吉本 公洋
同 内科

平澤 邦彦
大西病院・循環器内科
川嶋 栄司

(第39回旭川心エコー勉強会, 2010年11月, 旭川)

9) 乳腺原発神経内分泌癌の1例

市立旭川病院・中央検査科
勝見 友則, 青木 里絵, 越高 正広, 二郷 元彦
武田 晃典, 中野 成紀
同 病理
柳内 充, 高田 明生
(第49回日本臨床細胞学会秋期大会, 2010年11月, 神戸)

[投稿論文]

1) この症例をどう読むか 右房内に発生した心臓腫瘍

市立旭川病院・中央検査科
長瀬 雅彦
同 胸部外科
大場 淳一

(超音波検査技術 35:423-432, 2010)

リハビリテーション科
[学会発表]

1) 当院における心リハ施設基準取得の経緯と運用について

市立旭川病院・リハビリテーション科
松野 弘実
(第9回旭川心臓リハビリテーション勉強会, 2010年9月, 旭川)

臨床器材料
[学会発表]

1) 体外循環の教育－市立旭川病院の取り組み－

市立旭川病院・臨床器材料
窪田 将司, 米坂 直子, 田中 義範, 山口 和也
澤崎 史明, 堂野 隆史, 河田 修一, 鷹橋 浩
(第3回体外循環セミナー(日本体外循環技術医学会北海道地方会), 2010年1月, 札幌)

2) 当院透析室における感染管理

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第20回日本臨床工学会, 2010年5月, 横浜)

3) 循環器業務展開はスペシャリストで、ジェネラリストで—当院の業務指針を中心に—

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第20回日本臨床工学会, 2010年5月, 横浜)

4) 7Fr・7.5FrIABPバルーンと駆動装置の比較

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第20回日本臨床工学会, 2010年5月, 横浜)

5) TERUMO社製IVUS VISIWAVEの動画サーバーによるデータ管理

市立旭川病院・臨床器材料

山口 和也, 米坂 直子, 田中 義範, 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

畑中 康裕

(CVIT2010, 2010年8月, 仙台)

6) 下大静脈腫瘍栓を呈した腎癌に対して体外循環を使用した1症例

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第17回日本体外循環技術医学会北海道地方大会, 2010年9月, 帯広)

7) 維持透析患者に対する周術期管理の現状

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第17回日本体外循環技術医学会北海道地方大会, 2010年9月, 帯広)

8) 安全な体外循環を目指して—院内ウエットラボの経験から—

市立旭川病院・臨床器材料

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

同 胸部外科

安達 昭, 吉本 公洋, 宮武 司, 大場 淳一
青木 秀俊

(日本医療マネジメント学会第10回北海道支部学術集会, 2010年10月, 旭川)

9) 同一IABPバルーンを用いた駆動装置の比較

市立旭川病院・臨床器材料

堂野 隆史, 窪田 将司, 田中 義範, 山口 和也

澤崎 史明, 河田 修一, 鷹橋 浩

(第36回日本体外循環医学会学術大会, 2010年10月, 仙台)

10) 見学実習より体験実習へ

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第36回日本体外循環医学会学術大会, 2010年10月, 仙台)

11) 循環器領域での取り組み—循環器セミナーを施行して—

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第36回日本体外循環医学会学術大会, 2010年10月, 仙台)

12) 人工心肺における安全対策の変遷

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第36回日本体外循環医学会学術大会, 2010年10月, 仙台)

13) 当院透析室の現状—合併症治療・移植と安全対策—

市立旭川病院・臨床器材料

鷹橋 浩

(第6回富良野透析談話会, 2010年10月, 富良野)

14) 光を用いた内シャント透視のための基礎的検討

市立旭川病院・臨床器材料

田中 義範

北海道工業大学大学院・工学研究科応用電子工学専攻

菅谷真之介, 北間 正崇, 三澤 颯二, 有澤 準二

北海道大学大学院・情報科学研究科生命人間情報科学専攻

清水 孝一

(第49回日本生体医工学会北海道支部大会, 2010年10月, 札幌)

15) 市立旭川病院における透析液清浄化に対する取り組み～定期水質検査の実施～

市立旭川病院・臨床器材料

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

(第21回北海道臨床工学会, 2010年12月, 札幌)

[投稿論文]

1) TERUMO社IVUSシステムVISIWAVEの操作性評価

市立旭川病院・臨床器材料

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

(社団法人北海道臨床工学技士会会誌第20回学術大会研究発表論文 20: 62-65, 2010)

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

市立旭川病院・臨床器材料

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

同 ・内科

石井 良直, 奥山 淳, 西浦 猛, 井澤 和眞
伊達 歩

(社団法人北海道臨床工学技士会会誌第20回学術大会研究発表論文 20:59-61, 2010)

3) 体外循環の教育－市立旭川病院の取り組み－

市立旭川病院・臨床器材料

窪田 將司

(第3回体外循環セミナーテキストSapporo, January 24, 2010, 日本体外循環技術医学会北海道地方会/旭北海道臨床工学会:40-47, 2010)

看護部

[学会発表]

1) 第25回日本環境感染学会総会

市立旭川病院・手術室

菅原美智子, 桐 則行, 阿部 朝乃

(第25回日本環境感染学会総会, 2010年2月, 東京)

2) CCUにおける新人看護師への指導に関する検討

市立旭川病院・集中治療室

坂 恵子, 山内あゆみ, 井筒 優子, 坪崎 春美

(第74回日本循環器学会総会, 2010年3月, 京都)

3) 看護職の職業性ストレスの分析

市立旭川病院・東病棟5階

西崎 千夏, 福本きよみ, 越江 真紀, 佐藤 由美

(平成22年度北海道看護研究学会, 2010年5月, 札幌)

4) 看護助手におけるペン型インスリン注入器用注射針による針刺し対策の検討

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

同 ・外科

子野日政昭

(第12回日本医療マネジメント学会, 2010年6月, 札幌)

5) 糖尿病における歯周病調査

市立旭川病院・西病棟4階

安藤 伸, 水沢 幸枝, 斉藤 江美, 岡田いづみ

(第14回道北地区糖尿病教育・看護研究会, 2010年8月, 旭川)

6) 症例単価払い方式による手術室内視鏡機器統一の調査・分析 VPP (Value Per Procedure≒症例単価払い方式)

市立旭川病院・手術室

阿部 朝乃, 佐藤千加子

(第32回日本手術医学会総会, 2010年10月, 横浜)

7) CVポートは怖くない

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(第35回リザーバー研究会ランチョンセミナー4, 2010年10月, 札幌)

8) 褥瘡クリニカルパス導入の効果と今後の課題

市立旭川病院・褥瘡対策

大崎希世子, 坪崎 春美, 小田 浩美, 荒明 弘恵
山本みず枝

同 ・皮膚科

坂井 博之

(日本医療マネジメント学会北海道支部学術集会, 2010年10月, 旭川)

9) 保護者同伴入室を実施して

市立旭川病院・手術室

結城なぎさ, 多田 環, 阿部 朝乃

(日本医療マネジメント学会第10回北海道支部学術集会, 2010年10月, 旭川)

10) 合併症受容過程の援助から考える認定看護師の役割－“患者に沿う看護”を目指して－

市立旭川病院・糖尿病センター外来

増田 千絵

日本看護協会看護研修学校

森 加苗愛

(第15回日本糖尿病教育看護学会学術集会, 2010年10月, 東京)

11) どうしたらいいの？CVポートの管理方法

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(第1回日本感染管理ネットワーク北海道支部研修会, 2010年10月, 札幌)

12) 糖尿病看護に携わる看護師教育の方向性に関する検討

市立旭川病院・糖尿病センター外来

増田 千絵

(第44回日本糖尿病学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)

[投稿論文]

1) 最新！感染看護Q&A BSI(血流感染)対策

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(看護技術 56:1084-1085, 2010)

2) 最新！感染看護Q&A SSI(手術部位感染)対策

市立旭川病院・感染対策室

桐 則行

(看護技術 56:1098-1099, 2010)

3) 抑制基準見直しへの取り組み

市立旭川病院・集中治療室

村上 路代, 本間香緒里, 永田真衣子, 坪崎 春美

(旭川市立病院医誌 42:21-24, 2010)

4) 外来看護師の電話応対におけるストレスの分析

市立旭川病院・看護部外来

竹本久美子, 中原るみ子

(旭川市立病院医誌 42:25-27, 2010)

栄養給食科
[学会発表]

[投稿論文]

1) 糖尿病患者の実践力・応用力が身につくための栄養指導法の検討

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 坪山 淳子, 平子 舞, 小柳 祥子
古田 千寿

(第14回道北地区糖尿病教育・看護研究会, 2010年8月, 旭川)

2) 糖尿病の食事療法における実践力・応用力がつくための栄養指導法の検討

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 坪山 淳子, 阿部 望, 平子 舞
小柳 祥子, 古田 千寿
同 内科

武藤 英二, 宮本 義博, 外川 征史

(第44回日本糖尿病学会北海道地方会, 2010年11月, 札幌)

1) がん予防に関する展示会の取組み～地域がん診療連携拠点病院の指定を受けて～

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子

(臨床栄養 116:442, 2010)

2) こんだてじまん

市立旭川病院・栄養給食科

小川美弥子, 坪山 淳子, 平子 舞

(臨床栄養 117:72-76, 2010)

「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

本年の院内誌完成の運びとに当たりまして、多くの論文をご投稿頂きありがとうございます。投稿頂きました研修医、医局医師、看護部、薬剤科、リハビリテーション科、中央放射線科の多くの先生方、スタッフの皆様、また、御多忙の中、短い期間の査読を快くお引き受け下さいました編集委員の先生方、編集協力委員の方々に深謝致します。

昨年も書かせて頂きましたが、市立旭川病院の職員全員が一年に一つ以上、仕事において興味のあることや疑問点について、調べ、研究し、その結果を発表、または論文作成を行おうではありませんか。現代の医療情勢の厳しい中、特に当院は公的病院としての使命が義務づけられており、そのため市内の他の病院と比較して、勤務内容は過酷であろうと思います。その過酷な条件下で黙々と真摯な態度で仕事をこなしている職員の皆さんには本当に頭が下がります。但し、恐らくこの過酷な労働環境の中で、実は職員の皆さん、一人一人が、色々な疑問に日々直面しているのではと考えます。たとえ疑問が生じていたとしても「私一人で物事は変えられるはずがない」と疑問を消し去り日々過ごしていませんか？その疑問に対して、解決策を求めて学問的にactionを起こすことは極めて重要です。個人に生じた疑問点を研究を通じて多くの職員の疑問に変換することが可能であり、その疑問を学問的に解決しようと発表・論文化することで生じた疑問を確実に解決することが可能となります。そして、もしも、職員一人一人が毎年、年に1つ以上、日常の問題点、疑問点について学問的に検討し、解決することができれば、市立旭川病院の労働環境、職員の質（意識）、すなわち病院の質は飛躍的に向上するでしょう。皆さん、本当に忙しいので、「そんな研究なんかやってる暇はない」との反論もあろうかと思います。しかし、1年間に、1ヶ月程度、一日1時間位の時間を割くことは皆さん可能と考えます。その時間で十分に研究・発表内容は完成すると考えます。一人一人の小さなactionが集まった時、大きな変化が生まれます。生活の糧としてだけの仕事ではなく、日々、学問的な意識を持って仕事に臨む（日々の仕事の中で、疑問を持つように、神経を集中する）だけで恐らく仕事のやりがいも倍増すると考えます。元々、職員の質の高い当院ですから、皆さんのやる気一つで、部署の雰囲気、病院全体の雰囲気も向上すると確信いたします。

来年以降も、より多くの職員からの投稿をお待ちしております。頑張ろう日本、頑張ろう市立旭川病院！

編集委員長 斉藤 裕輔

旭川市立病院医誌

編集委員長 斉藤 裕輔
編集委員 佐藤 公輝
武井 明
佐竹 明
千葉 篤
菅野 晴美
外川 征史
福居 嘉信

編集協力委員 岡崎 邦俊
古川 美砂
大野 肇
武田 晃典
事務局 馬場 進
井須 史朗
直江 理子

《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43巻1号〕

平成23年11月30日 印刷
平成23年11月30日 発行

〔非売品〕

編集発行人 旭川市金星町1丁目1番65号

青 木 秀 俊

発行所 旭川市金星町1丁目1番65号

市立旭川病院

印刷所 旭川市3条通4丁目右1号

(株)あいわプリント

The Journal of Asahikawa City Hospital

Vol.43 No.1

November 2011

【Original Articles】

Changes in a class of patients with adult asthma receiving regular outpatient treatment in Asahikawa City Hospital.

..... Yoshinobu FUKUI

The present status of electroconvulsive therapy in the Department of Psychiatry, Asahikawa City Hospital. Shogo IZUMI

Impact of newly equipped automated urinalysis analyzer. Kana FUJITA

【Case Reports】

A case of pulmonary cryptococcosis showing multiple consolidations with cavities. Yuha OBA

An autopsy case of metastasis to the stomach from large cell carcinoma of the lung. Kae TAKAHASHI

Three cases of severe pseudomembranous colitis. Keitaro TAKAHASHI

Typhoid fever. Manabu SUDO

【Nursing Reports】

Discharge coordination for the patient using check sheets. Tomoko MASUYAMA
