

2017年1月30日

第3209号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 結核 低まん延化の実現に向けて(石川信克, 吉山崇, 高崎仁)…… 1—3面
- [連載] 4つのカテゴリーで考えるがん感染症…… 4面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6—7面

座談会 結核 低まん延化の実現に向けて



石川 信克氏
結核予防会結核研究所 所長

吉山 崇氏
結核予防会複十字病院
結核センター長

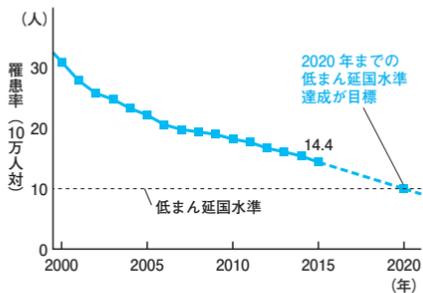
高崎 仁氏 司会
国立国際医療研究センター病院
呼吸器内科

かつて「国民病」や「亡国病」とまで呼ばれた結核。その状況は、国を挙げた取り組みによって劇的に改善した。その結果、現在では結核は過去の病気ととらえられがちである。しかしながら、日本の結核罹患率は依然として先進国の中でも高く、中まん延国に位置付けられている。今後さらに結核を減少させ、低まん延国としての水準を達成するためには、今、どのような対策が求められているのだろうか。

本紙では、結核医療にかかわる3氏が、日本が抱える課題やその中で医療者が心掛けるべき点などについて、意見を交わした。

高崎 日本では1930年代から戦後しばらくにかけて、結核が死因の第1位となっていました。1950年代以降、初の抗結核薬ストレプトマイシンの導入やBCG接種・集団結核検診の拡大、結核療養所・保健所の整備など、国を挙げての結核対策が強化・実践され、患者数は激減しました。2015年時点で、新登録結核患者は年間1万8280人と、2年連続で2万人を下回るまでになっており、死亡者数も年間1955人と国内における死因の29位にまで低下しました¹⁾。

しかしながら、他の先進国の多くが低まん延国の水準である結核罹患率(人口10万人あたりの年間の新規結核発病者数)10を下回っているのに対し、日本は14.4と、いまだ中まん延国に位置付けられています(図)。結核患者数は減少傾向にあるとは言え、



● 図 日本の結核罹患率の推移と目標値(参考文献1より作成)

その減少率もやや鈍化しつつあり、厚労省が目標に掲げる2020年までの低まん延国水準の達成に向けては課題が残されていることも事実です。

高齢者の感染・発病の多さが日本における結核の特徴

高崎 まず石川先生、世界における結核の現状についてお話しください。

石川 結核はHIV、マラリアと並び世界三大感染症の一つに数えられています。WHOのデータによると、2015年には年間約1040万人が発病し、約180万人が亡くなったとされています²⁾。さらに、世界人口の約4分の1から3分の1が結核に感染していると言われ、結核は現在でも世界の重大な健康課題だと言えるでしょう。ただし、実態調査の結果では結核患者数は増えているものの、これは低かった過去の患者数推定値を訂正したことと、人口の増加によって感染者の絶対数が増えているためであり、状況が悪化しているわけではありません。

高崎 患者数ではなく罹患率で見れば減っているわけですから、各国の結核対策はある程度成果を上げていると言えますね。日本の結核における疫学的な特徴などはありますか。

石川 日本は既感染者の多くが高齢者であることが大きな特徴です。また、

世界的に見ると結核は比較的若年層の発病が多い傾向にあるのですが、日本の年間発病者の6割近くは70歳以上の高齢者となっています。80歳以上の8割以上は若いころに結核に感染しており、加齢に伴う免疫機能の低下やその他の疾患にかかることで結核を発病しやすくなっていきます。

吉山 少し補足をすると、低まん延国となっている西欧諸国の高齢結核患者の割合は、日本ほど高くはありません。結核は産業革命による都市化が進む中で流行するため、流行時期は国によって異なるのです。日本の高齢者の多くが結核に感染した1930~50年代、イギリスなどでは結核は既にある程度沈静化していました。そういった意味でも、現在の日本の結核事情は特殊と言えます。

石川 途上国などの高まん延国でも、結核に感染した若年層が高齢になっていくにつれ、日本のように高齢結核患者が増えてくるのが予想されます。したがって、今日本が直面している高齢結核患者への対応は、高まん延国の先行例となり得るでしょう。

高齢者と若年者として異なる対策が求められている

高崎 日本の結核感染者の大多数が高齢者である一方で、未感染の若者がこ

のまま結核に感染することなく過ごしていけるような対策を考えていくことも、結核患者を減らしていく上では重要なポイントだと感じています。65歳未満の罹患率に限って言えば、日本は全国平均で低まん延国の水準に到達しています。つまり、日本は中まん延国としての対策と同時に、低まん延国としての対策も行っていく必要があるのです。

石川 若年層への対策のうち特に問題になっているのは、外国から日本にやってきた人たちです。労働人口の減少に伴い、外国からの労働力に頼らざるを得ない状況がある以上、当然それに付随して生じる問題があります。もちろん、外国から来た人全員が結核に感染しているわけではありませんが、高まん延国出身者は感染者の割合が高い傾向にある点は、念頭に置いておく必要があります。

高崎 現在、日本における20代の発病者の約半数は外国出生者です(2015年で50.1%)。アメリカでは、10年以上前から結核患者全体の半数以上が外国出生者となっています。日本も低まん延化を実現していく中で、こうした傾向が高まっていくと予想されますから、低まん延国の対策に学ぶべきところも多いのではないかと思います。

(2面につづく)

◎この1冊で結核の検査、治療、集団感染予防に必要なことがすべてわかる

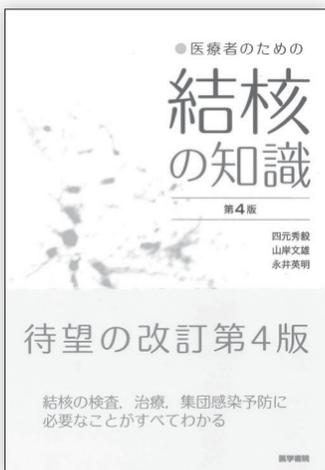
医療者のための結核の知識

四元秀毅・山岸文雄・永井英明

第4版

実践的でわかりやすい記述と定評があるロングセラー書籍の待望の改訂第4版。結核の病態生理、検査、治療、感染拡大の予防に必要な知識がまとめられており、感染症診療の従事者には必携書。今版では日本結核病学会の治療ガイドラインにも準拠し、レイアウトを一新した。

●B5 頁208 2013年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-01686-5]



◎効果的な感染対策に欠かせない知識とコツが満載

感染対策40の鉄則

坂本史衣

医療関連感染対策を成功させるために、筆者が実践している40のルール(=鉄則)を紹介。効果的な感染対策に欠かせない科学的視点や思考過程についてわかりやすく解説。

●A5 頁168 2016年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-02797-7]



座談会 結核 低まん延化の実現に向けて

(1面よりつづく)

吉山 国によっては、長期滞在予定者には入国前に胸部X線検査を受けてもらい、結核の疑いがあった場合は入国前に治療を完了させるよう条件付けています。今後、日本でも類似の仕組みが必要になってくるかもしれません。ただ、こうしたプレエントリー・スクリーニングは有効な手段であるものの、それだけで結核の流入を完全に防ぐことは不可能です。入国後に発病する人も一定数いるため、国内で発病した場合に早期発見・早期治療が可能な体制を構築していくことも欠かせません。

高崎 若年層の結核は人口の密集した都市部に多いことから、彼らが知らず知らずのうちに感染してしまわないような対策も同時に求められています。高齢者、都市部の若者、外国出生者の3つのグループが、現在の日本の結核の疫学をつくっているということになりますね。

基本は、早期発見・早期治療 “長引く咳”は赤信号！

吉山 そもそも、感染者全員が結核を発病するわけではなく、発病リスクの高い人は大きく2つに分けることができます。1つは最近感染したばかりの人で、感染して2か月から2年までは発病リスクが高いため特に注意が必要になります。もう1つが、過去の感染者のうち、他の疾患やその治療などによって免疫機能の低下した人です。

急性感染症であれば発病者を発見・治療すれば収束させることが可能ですが、結核は人によって発病のタイミングが異なる点に、難しさがあるように思います。

石川 ある程度病状が進行しないと日常生活に支障を来さないのも、結核の厄介なところですね。

吉山 これからは医療機関受診に対するハードルを下げる取り組みも求められてくると思います。例えば経済的には、ホームレスのような方は症状があっても病院を受診しない傾向にあります。また、認知症患者は自身の症状に自覚的ではありません。日本は国民皆保険制度があるとは言え、そうした人々を今後いかに拾い上げていくかは重要な問題です。

石川 結核は典型的な症状があまりないことから、せつかく患者が自ら受診してきても、医療者側が結核に気付かないケースも結構あります。“長引く咳”は赤信号のサインです。2~3週間咳が続いているようであれば、一度は結核を疑い、胸部X線検査などを行ってください。

吉山 胸部X線画像に関しても、結核の可能性を疑った上で見なければ見落とす危険性があります。結核は既にまれな疾患ですので、鑑別診断に際し

て優先順位が下がってしまうのも仕方のないことだとは思いますが、結核を見落とすまま入院させようと、その間に集団感染を引き起こすことも十分にあり得ます。一度集団感染が発生してしまうと、後々の対応にかなり難渋するので、鑑別には必ず挙げたいところです。

また、結核はさまざまな疾患に似た症状を呈します。その一例が、肺炎症状に類似した結核です。肺炎の一般治療の経過が思わしくないと、薬剤耐性肺炎の可能性を考えてしまいがちです。確かに、結核よりも薬剤耐性肺炎であるケースのほうが多いのですが、すぐに抗菌薬を変更するのではなく、結核の可能性も考慮してみてください。

高崎 塗抹陽性率が高いにもかかわらず診断が難しい結核の特殊病態として、気管・気管支結核があります。主訴は頑固な咳嗽ですが、胸部X線で異常がはっきりしないため、気管支喘息や咳喘息などと誤診されることがあります。喘息治療において広く用いられる吸入ステロイドの投与が、肺結核の発病リスク上昇や診断の遅れ、集団感染の一因となり得ると言われています。このような病態についてはいかがでしょうか。

吉山 喘息症状も本当に喘息であるケースがほとんどですが、気管・気管支結核でも喘息様の喘鳴が聞こえることがあります。数としては非常に少ないものの、結核の典型的な画像所見を取らないために胸部X線での診断が難しく、診断が遅れることは確かに多いです。喘息症状の患者全員に抗酸菌検査を行う必要はありませんが、膿性痰が出た場合には必ず検査をしてほしいと思います。

ハイリスクグループには健康診断の積極的実施を

石川 早期発見という観点から言えば、健康診断は有効な手段の一つです。ただし、やみくもに行っても患者さんは発見できないので、結核をより発病しやすいグループや結核患者が潜んでいる可能性が高いリスクグループに対して定期的に健康診断を実施していく必要があります。例えば、外国から来た若者が多くいる日本語学校で健康診断を行うと、同年齢の日本人よりもはるかに多くの結核患者が見つかります。

高崎 健康診断や検診のターゲットをハイリスク者に絞ることで、発見効率が上がると同時に、感染拡大の防止効果も期待できますよね。どのようなグループをターゲットとするかは、今後の検討課題でもあると思いますが、他にどのような層が考えられますか。

石川 HIV感染者は結核の感染・発病を起しやすく、ホームレスのように環境の悪い場所で生活している方も発病リスクが高いです。また、糖尿病や

●よしやま・たかし氏

1986年東大医学部卒業、三井記念病院外科で研修。90年から結核予防会結核研究所。国際協力機構(JICA)派遣専門家としてイエメン、ネパールで結核対策に従事。2005年より結核予防会複十字病院勤務。WHO西太平洋地区多剤耐性結核諮問委員会(green light committee)委員を務めた。日本結核病学会評議員・治療委員、厚労省厚生科学審議会結核部会臨時委員を務める。



●いしかわ・のぶかつ氏

1967年東大医学部卒業、結核研究所。76年英ロンドン大学院熱帯衛生学院社会医学修士課程修了。78年から86年まで、日本キリスト教海外医療協力会派遣医としてバングラデシュにて保健医療協力に従事。帰国後、国際協力機構(JICA)、世界保健機関(WHO)などとも協力して国際協力を継続している。2006年より結核予防会結核研究所所長。国際結核肺疾患連合理事、国際開発機構(FASID)評議員、日本国際保健医療学会理事長などを歴任。



関節リウマチの治療中の方、喫煙者も結核の発病リスクが高いことがわかってきています。職業的には、やはり医療従事者の感染リスクが高い。そして一番のハイリスクグループは、高齢者です。今挙げたようなグループが結核に感染、あるいは発病しやすいということを、医療者は意識しておくべきでしょう。

吉山 別のハイリスクグループとしては、結核治療中断者も挙げられます。結核の治療は6か月以上と長期にわたるため、中には途中で治療をやめてしまう人がいます。病院や診療所の医療者は、患者が来院しなくなってしまうと手も足も出せませんが、治療中断者はかなりの確率で再発するため、一度治療を始めたらず治療させる必要がある。そこで、強力な助けとなるのが保健所です。

高崎 保健師は患者宅を訪問し、中断させないための働き掛けや服薬確認などのサポートをしてくれますから、連携は欠かせませんね。結核対策を進めていくにあたって、保健所が果たす役割は非常に大きいと思います。

吉山 ええ。結核患者が見つかった際に接触者健診を行うのも、主に保健所です。医療機関は結核の診断をした時点で発生届を出す必要がありますが、発生届を出さなければ保健所はその後の対応が取れなくなってしまいます。

石川 医療者の皆さんには、患者死亡後に菌検査の結果が出て判明した結核についても発生届を必ず出してもらいたいです。患者が亡くなっていても、生前に接触した人々の中に感染者が出ている可能性があるためです。保健所との連携プロセスにきちんと乗せ、接触者健診などを行っていかねば、さらなる感染拡大につながりかねない点には留意しておく必要があります。

接触者と医学的ハイリスク者が潜在性結核感染症治療の対象

高崎 高齢者を中心として、日本には潜在性結核感染者(未発病の感染者)が2000万人程度いると言われてます。発病者の早期発見と同時に、未発

病の感染者に対する「潜在性結核感染症(latent tuberculosis infection: LTBI)治療」の重要性も増えています。具体的には、結核への感染が判明した時点で、発病前の治療を目的として1種類の抗結核薬を1日1回、6か月または9か月間投与することになっています。問題は、感染の有無と発病リスクをどのように診断するかです。

吉山 以前は、ツベルクリン反応検査が用いられていました。しかし、ツベルクリン反応はBCG接種歴があると陽性反応を生じることがあります。アメリカのようにBCGを行っていない国では今もツベルクリン反応検査が用いられていますが、BCGが普及している日本においては診断能力の低い検査であり、LTBI治療はあまり盛んに行われていませんでした。10年ほど前にクオンティフェロン®TB-2Gという検査方法が登場し、その後も診断能力の高い血液検査が開発されるようになったことで、日本でも以前に比べるとLTBI治療が行われるようになってきました。

高崎 とは言え、感染者を見つけるために、全ての人に検査を実施するわけにはいきません。

吉山 主な検査対象は、接触者と医学的ハイリスク者です。結核発病者が結核と診断されるまでの間に接触していた人々は、感染している可能性が高いことから接触者健診の対象となります。

一方の医学的ハイリスク者については、例えば関節リウマチ患者がTNF-α阻害薬等の生物学的製剤を使用すると結核の発病リスクが高まることが知られています。そのため、TNF-α阻害薬、もう少し対象を広げて経口ステロイドやメトトレキサートを使用する患者には、LTBIの検査を行うことが推奨されていますし、実際にも行われるようになってきていると感じます。

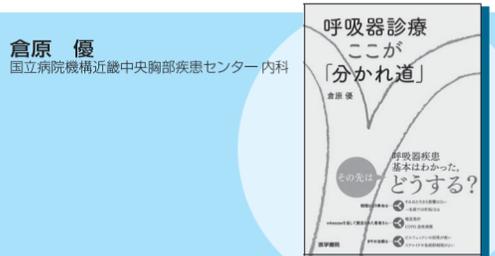
石川 結核への感染の有無を確認せずにそれらの薬剤を使用したことで、結核が発病してしまうケースは結構ありますからね。治療によって免疫機能が低下する場合には、特に注意が必要と言えるでしょう。

高崎 免疫不全状態、あるいは他の免

日常の呼吸器臨床で遭遇する無数の選択肢、あなたの進むべき道はどっちだ

呼吸器診療 ここが「分かれ道」

日常の呼吸器臨床の場で、疾患の診断や鑑別、薬剤の選択、さらには患者からの訴えへの対処法といった様々な岐路に遭遇した場合、臨床経験が豊富な医師はどのような思考回路で、数ある選択肢の中から自分なりに最適な解を導き、診療するのか、その頭の中を解き明かす。エビデンスに基づいた記載が基本となるが、終末期医療などの意見が分かれるゾーンについても知識やデータを示す。呼吸器科領域への興味が湧くコラムも多数収録。



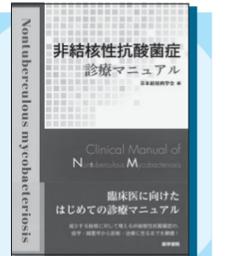
倉原 優 国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科

学会編集の信頼! 最新のエビデンスに基づく診療マニュアル

非結核性抗酸菌症診療マニュアル

減少する結核に対して、増える非結核性抗酸菌症の基礎知識、診断、治療をまとめた1冊。これまで蓄積されてきた研究データをもとに、最新のエビデンスを踏まえた診療エッセンスを紹介。非結核性抗酸菌症の多くを占める肺MAC症を中心に、標準治療のみならず、最新の検査法にまで言及。臨床医に向けた初めての診療マニュアル。

編集 日本結核病学会



目からウロコ!

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科医幹

【第8回】

好中球減少と感染症⑤ 中間リスク群

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

「好中球減少と感染症」シリーズの最後は中間リスク群について説明しましょう。低リスク群では一般細菌を中心に(第5回/第3195号)、そして高リスク群では多剤耐性菌や真菌感染症、特にアスペルギルスなどの糸状菌感染症を考慮しなければなりません(第6回/第3200号、第7回/第3204号)。中間リスク群では、好中球減少そのものは大した影響はないものの、疾患そのもの、あるいは化学療法に伴う免疫不全が現れるのが特徴です。

「中間リスク群」は疾患で分類

さて、中間リスク群では好中球減少が7~10日のものがほとんどです。急性骨髄性白血病(AML)のように好中球減少が14日以上も持続するわけではなく、固形腫瘍のように好中球減少が7日以内でスパッと収まる、というわけでもない。そんなグループが中間リスク群に入ります¹⁾。具体的には、

- ・悪性リンパ腫
- ・慢性リンパ性白血病
- ・多発性骨髄腫
- ・自家造血幹細胞移植患者

などが当たります。

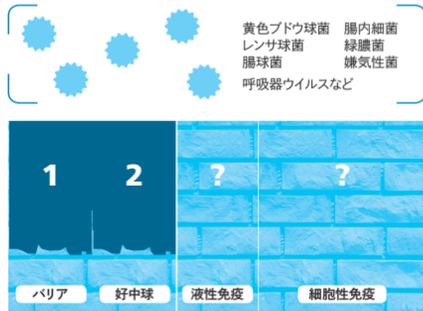
前回までにお話ししたとおり、低リスク群も高リスク群も基本的には、「バリアの破綻」と「好中球減少」がメインでした。AMLでは高度の遷延する「好中球減少」があるため、多剤耐性菌以外にもアスペルギルスやムコールなどの糸状菌感染症の危険にさらされていましたが、「液性免疫」や「細胞性免疫」の壁は基本的に保たれていました。つまり考慮すべき起因菌は一般細菌や糸状菌程度であり、鑑別はさほど広くありません。

一方、中間リスク群では好中球減少はそんなに深刻ではありませんので、高リスク群のように糸状菌感染症を考慮することはまれです。その代わりに、疾患や化学療法によって「好中球」以

外にも「液性免疫」や「細胞性免疫」の壁が低下するため、それぞれの症例で免疫不全の状態を個別化して、鑑別を大幅に広げる必要があります。

中間リスク群

- ・好中球減少(500/ μ L未満)が7~10日程度
- ・がん種や治療:悪性リンパ腫、慢性リンパ性白血病、多発性骨髄腫、自家造血幹細胞移植など
- ・起因微生物:細菌感染症に加えてHSV/VZVなどのウイルス感染症も。真菌感染症ではカンジダがメイン。アスペルギルスはあまり多くない。ムコールは非常にまれ



- 1 カンジダ
- 2 緑膿菌
多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌
HSV/VZV
カンジダ
(糸状菌: アスペルギルス)

では実際の症例をもとに解説していきましょう。

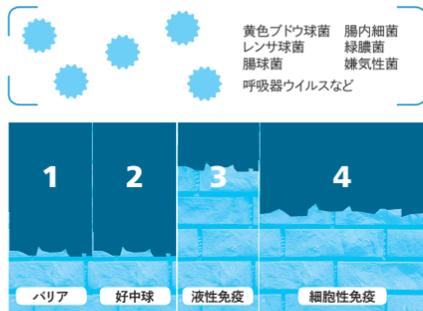
◎症例1

54歳男性。初発のびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(Diffuse Large B-Cell Lymphoma; DLBCL)に対して、外来でR-CHOP(リツキシマブ、シクロホスファミド、ドキシソルビシン、ビンクリスチン、プレドニゾン)療法を4コース目施行中。その他に既往症なし。5日前から好中球が500/ μ L未満となっていた。本日38.5℃の発熱および乾性咳嗽があり外来受診。全身状態は比較的良好。食欲低下あり。頭痛、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、呼吸困難、腹痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。意識清明、血圧138/72 mmHg、脈拍数100/分、呼吸数20/分、体温38.5℃、SpO₂ 94%。口腔内に軽度の粘膜障害あり、右肺野に coarse crackles 聴取。その他、頭頸部、胸部聴診、背部、腹部、四肢、

皮膚に明らかな異常なし。好中球300/ μ L。肝機能障害、腎機能障害なし。胸部X線で右下肺野に浸潤影、胸部CT検査で右下葉にair-bronchogramを伴うconsolidationあり。

症例1はDLBCLに対してR-CHOP療法施行中の方の発熱性好中球減少症(FN)および肺炎ですね。R-CHOP療法では好中球減少はおおよそ7日程度。中間リスク群に当たります。ただし、原疾患であるDLBCLそのものやR-CHOP療法に含まれるステロイドによって「細胞性免疫」が、またリツキシマブにより「液性免疫」が軽度低下しています。

中間リスク群



- 1 カンジダ
- 2 緑膿菌
多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌
HSV/VZV
カンジダ
(糸状菌: アスペルギルス)
- 3 細菌:肺炎球菌, インフルエンザ桿菌, クレブシエラなど
- 4 細胞内寄生菌: レジオネラ, マイコプラズマ, クラミドフィラなど

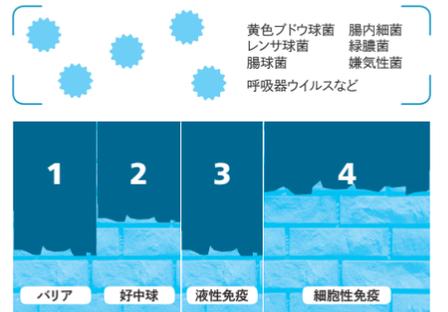
市中発症の肺炎ですので、一般的な起因菌である肺炎球菌などに加え、非定型肺炎の鑑別も重要になってきます。その上で今回の免疫状態を考慮して鑑別を進めていきます。「好中球減少」のカテゴリーでは特に緑膿菌が重要ですね。「液性免疫低下」では莢膜を有する微生物。「細胞性免疫低下」では細胞内寄生し市中肺炎を起こすものとして、レジオネラ、マイコプラズマ、クラミドフィラなどの非定型肺炎、また呼吸器ウイルスなどが重要です。セフェピムおよびアジスロマイシンによる経験的治療が妥当でしょう。結局本症例では尿中レジオネラ抗原陽性、また気管支鏡も施行し、レジオネラ・ニューモフィラが検出されました。

◎症例2

74歳女性。再発性の多発性骨髄腫(Multiple Myeloma; MM)に対して外来でレナリドミドとデキサメタゾンによる治療中。今回来院3日前より感冒様症状、来院前日からの38℃の発熱、後頭部痛、嘔気・嘔吐があり外来受診。全身状態はややぐったり。その他、咽頭痛、呼吸困難、咳嗽、腹痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。意識レベルJCS I-1、血圧157/98 mmHg、脈拍数112/分、呼吸数24/分、体温38.7℃、SpO₂ 98%。項部硬直、Kernig徴候およびjolt accentuation陽性。その他、頭頸部、胸部聴診、背部、腹部、四肢、皮膚に明らかな異常なし。肝機能障害、腎機能障害なし。頭部CT検査は明らかな異常なし。腰椎穿刺を施行したところ初圧28 cmH₂O、細胞数1180/mm³(多核球優位)、タンパク160 mg/dL、糖40 mg/dL(血糖140 mg/dL)。

症例2は再発性MMに対してレナリドミドとデキサメタゾンで治療中の方のFNおよび急性細菌性髄膜炎ですね。MMの場合、疾患そのもので「液性免疫低下」が、また、デキサメタゾンによって「細胞性免疫低下」が起こります。またレナリドミドでは「好中球減少」が見られますが、高度に減少することは通常ありません。

中間リスク群



- 1 カンジダ
- 2 緑膿菌
多剤耐性菌: MRSA, ESBL 産生菌
HSV/VZV
カンジダ
(糸状菌: アスペルギルス)
- 3 細菌:肺炎球菌, インフルエンザ桿菌, クレブシエラなど
真菌: クリプトコッカス
- 4 細胞内寄生菌: リステリアやクリプトコッカスなど

急性細菌性髄膜炎の起因菌として最も重要なのは莢膜を有する肺炎球菌です。「液性免疫低下」があるのでますますリスクは上がります。また「細胞性免疫低下」もあり、リステリアも考慮する必要があります。なお、FNの状態であり、髄膜炎以外の感染症が重複している可能性も十分にあり得ますので、経験的治療としては抗緑膿菌活性を持つ抗菌薬投与が必要です。本症例では結局、血液培養と髄液培養から肺炎球菌が検出され適切に治療されました。

今回は「好中球減少と感染症」の最終回、中間リスク群についてお話ししました。このグループでは「好中球減少」と同時に「液性免疫低下」や「細胞性免疫低下」が関与することが多く、それぞれに応じて起因菌の鑑別を広げて考える必要があることを強調しました。次回は「液性免疫低下」について少し掘り下げて解説していきます。お楽しみに。

【参考文献】
1) J Natl Compr Canc Netw. 2016 [PMID: 27407129]

メルマガ配信中
毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。
医学界新聞メルマガ 検索

小児感染症治療のスタンダードを示す、信頼のマニュアル

ネルソン小児感染症治療ガイド 第2版

これが世界標準の小児感染症治療だ! 抗菌薬療法のエキスパートによる実践的でエビデンスに基づいた情報を、表形式でコンパクトにまとめたマニュアル。これを読めば、信頼できる最新の推奨療法にすぐれたどり着き、多くの抗菌薬の中からベストな選択ができる! 初版と比較し、表の「向き」と「掲載の順番」をユーザーにとってさらに使いやすい記載方式にバージョンアップ。待望の第2版。

監訳 齋藤昭彦
新潟大学大学院教授・小児科学
翻訳 新潟大学小児科学教室

ネルソン小児感染症治療ガイド 第2版

Nelson's Pediatric
これが世界標準の小児感染症治療だ!

「地上で溺れる病」COPDを救う、集学的ケアチームによる臨床ガイド

一歩先のCOPDケア さあ始めよう、患者のための集学的アプローチ

「地上で溺れるような」「もっとも苦しい人生の最終段階」と世界中の医療者が嘆き、苦慮する現代の病COPD(慢性閉塞性肺疾患)。超高齢社会のわが国で、500万人超の潜在患者層を来たるべき悲劇から救うため、最前線から集学的ケアチームが駆けつけた! 「牛乳瓶1本ぶんの酸素」でよみがえる笑顔のため、患者の人生をより良く支えるTips(現場のコツ)を詰め込んだ、臨床ですぐに役立つガイドブック。

編集 河内文雄
医療法人社団以仁会・
稲毛サテライトクリニック理事長
巽浩一郎
千葉大学大学院医学研究院
呼吸器内科学講座・教授
長谷川智子
福井大学医学部附属病院
医学系部門看護学領域・教授

一歩先のCOPDケア
「牛乳瓶1本ぶんの酸素」でよみがえる笑顔のため、患者の人生をより良く支えるTips(現場のコツ)を詰め込んだ、臨床ですぐに役立つガイドブック。

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第43回】

知識と技術

——ジェネシャリの“弱点”論

ジェネシャリストになることの利点と方法について本連載では説明している。今回は、そのような武勇伝ではなく、ジェネシャリになることの欠点と困難について述べたい。

それは、「技術」の問題だ。

技術の習得には反復練習が必要だ。そして、実践しない技術は確実に衰えていく。もちろん、使わない知識も衰えるものだが、失った知識を取り戻したり、アップデートするのはいとも容易である。たとえ暗記できなくても、取り出す(retrieve)だけなら簡単だ。これがデジタル時代のいいところである。

しかし、「失った知識」を取り戻すのに役立つインターネットも、「失った技術」そのものを取り出しはくれない。インターネットは無限とも言える情報の宝庫だが、ドラえもん四次元ポケットではないのだ。

ジェネラリストになるためにはいろいろなセッティングでの経験が望ましい。ぼくはそう考える。外来中心でやるにしても病棟診療の経験はしておいたほうがよい。できれば、集中治療や救急医療の研修もしておいたほうがよい(mustかどうかは、議論の余地があると思うけど)。一般外来で「死にそう」患者、つまり医者のお所作で生死が決まってしまう患者を診ることはまれだ。まれだが、時には起きる。そういう修羅場を経験したことがあるのとないのでは、対応がまるで違ってくる。一次救命処置(BSL)、二次救命処置(ACLS)、あるいはImmediate Cardiac Life Support(ICLS)講習を受けていても、やはり実際に心肺蘇生の経験があるのとないのでは、大きく違う。

違うのだけれど、やはりICUやERを離れてしばらく経つと、そういうセッティングでの技術は失われてしまう。ぼくは内科研修時代、ICUもERもCCUも割と長くローテートしたのだけれど、当時できたはずの手技でも、今はできないものが多い(老眼が入ってきているせいもあるが)。

まあそれでも、何百回もやった手技はちょっとやればすぐに思い出せるけれども、その動きはぎこちなくて、緊張の汗をかきかきやるといった感じだ。率直に言って、普段やらない手技は、やらなくてよいのであれば、やりたくない。

スペシャリストの強みは、手技に対する圧倒的な経験値と近接性にある。近接性というのは、「普段からやりこなしている」という意味だ。毎日やっている手技は「手になじんだ手技」だ。それは、たまにやる手技とはクオリテ

ィーが相当異なる。ジェネラリストはオールレンジでいろいろなことをするのだが、手技に関してはどうしてもその範囲が狭まってしまう。ドラマの『Dr. HOUSE』では、部下のドクターたちがレアな手技をパンパンと自らこなすのでびっくりするが、あれはドラマならであり、普通のドクターは、そう何でもかんでもできるものではない。

「やらない手技」はスキルが落ちるから、「難しい手技」になる。難しい手技は、「やりたくない手技」になる。やりたくない手技は、やがて「できない手技」になってしまう。この負のスパイラルにわれわれは陥りやすい。

もちろん、セッティングによっては年齢が上がれば手技の類は(手技をやりたくてウズウズしている)若手にアウトソーシングするという手もあるだろう。しかし、それができない環境もあるはずだ。そして、若手にアウトソーシングしてしまえば、それはわが手を離れてしまった手技となる。いずれにしても、われわれ全てが一度は憧れる「何でもできる医者」からは遠い存在になっていく。

このことは、恐らくはわれわれが受け入れなければならない「不都合な真実」なのかもしれない。何でもできる医者なんていない。特に手技に関しては、オールレンジでやることは難しく、普段やっていることに実用範囲が限定されてしまう。

普段診ていないまれな疾患を診断する、あるいは治療することは可能かもしれない。ところが、普段やっていない手技をいきなりやるのは不可能か、あるいは相当困難なのだ。手技に限定してしまえば、われわれのジェネラリズムはかなり狭い、限定した範囲に収まらざるを得ないのである。

もちろん、広いと狭いは主観であるから、個人的に「今、俺がやっている手技の範囲で十分に広い」と思い込んでしまえば、それで問題はなくなりそうだが、それでぼくに残るのは不全感だ。ぼくはいつだって、自分に満足した医者でいるよりも、不満な医者でいたがるのだ。かつてできていたはずの手技をやらなくなり、やりたくな

くなり、できなくなっていく自分に不満である。しかも、この不満を克服する名案をほくは持たない——「なかつたこと」にする以外は。

ヒントはある。ぼくが知る限り、手技に関してオールレンジタイプの(稀有な)医者は、たいてい外科出身のジェネラリストである。外科医は非常に密度の高い技術的訓練を受けているので、内科系医師よりも技術の減衰スピードが遅いように思う。また、技術のレベルが高いのでいろいろなところにそれを応用できる。かつて開胸術を数多くこなした外科医は胸腔ドレナージ挿入の技術も衰えにくい。他のチューブ挿入も上手なままだ。一方、たまに気胸の患者を診ていたという程度の内科系ジェネラリストは、数年気胸を診なかつただけで、ドレナージチューブの挿入に躊躇するだろう(そういう状態で、全く躊躇しないというのもそれはそれで危うい態度かもしれない)。

アメリカの医者に比べて、日本の医者は技術、手技に対する思いが強いように感じている。アメリカは基本、分業社会なので「何でもできる」タイプに関心が低い。自分はこれをやり、それ以外は別の人やるものだとアッケラカンとしているとぼくは思う。日本の医者はそれに比べて技術、手技に対して非常に思い入れが強い。まあ、時に強過ぎてその手技もたらす「意味」を無視してしまうほどであるのだけれど(本当に、そのカテーテル検査、必要ですか?)。

ジェネシャリストは、高齢化、人口減少が進みポリバレンタな能力が必要な日本社会の未来において求められる



医師像である。ぼくはそう思っている。しかし、ジェネシャリストは、他のどの医者もそうであるように、医者の無謬なファイナルアンサーではない。まだ答えのない、答えの見えない未開領域は存在するのだ。

@igakukaishinbun
本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する
クオーターリー・マガジン

インテンシヴィスト
INTENSIVIST
Vol.9 No.1

- 季刊/年4回発行 ● A4変 ● 200頁
- 1部定価:本体4,600円+税
- 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)

※年間購読は送料別、約4%の割引

2017年 第1号発売 特集:ICUエコー

責任編集:野村岳志 横浜市立大学大学院医学研究科 麻酔科学
真弓俊彦 産業医科大学 救急医学講座

編集委員: 讀井将満・林淑朗・真弓俊彦・武居哲洋・則末泰博・安田英人・瀬尾龍太郎・植西憲達・藤谷茂樹

編集:日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)

2016年 1号:心臓血管外科 後編
2号:産科ICU
3号:管/ドレーン
4号:ICUにおける神経内科

2017年(予定) 1号:ICUエコー
2号:輸液・ポリウムステータス
3号:中毒
4号:脳卒中

2017 年間購読 申込受付中

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL 03-5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 鳳鳴ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

見開き2ページ、美しいイラストで、MRIの全体像がわかる!

新刊 一目でわかるMRI超ベーシック
MRI at a Glance, 3rd Edition

▶ 初学者にとって難解とされるMRIの基礎原理を、全55章で簡潔にまとめた教科書。左に美しいイラスト、右に明快な解説を配した見開き2頁構成。MRIの原理を短期間に習得でき、撮像の実際役に立つ。なかでも理解が難しい磁化ベクトルの動き、パルス系列の仕組みなどについては、直感的に理解できるアニメーションを弊社ホームページにて視聴できる。入門書・復習書として初学者からベテランまで使え、医療系大学・専門学校の教科書にも最適。

著: 百島 祐貴 慶應義塾大学病院予防医療センター 副センター長
押尾 晃一 慶應義塾大学医学部放射線診断科 専任講師

定価: 本体3,200円+税
A4変 頁152 図117・写真65 2017年
ISBN978-4-89592-869-4

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

手の先天異常 発生機序から臨床像、治療まで

荻野 利彦 ● 著
阿部 宗昭 ● 監修

A4・頁392
定価:本体21,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02441-9

本書はその帯にも記されているように、著者である故・荻野利彦先生が「上肢の先天異常」に対して生涯にわたっていかに向き合ってきたかがわかる渾身の書である。そして、読者である手外科医および小児整形外科医にとっては、長年待ち望んでいた臨床家の手による先天異常の教科書と言えよう。

本書はまず、正常手の発生と、先天異常の発生機序がコンパクトにまとめられており、その上で、日本手外科学会(日手会)の先天異常分類(日手会分類)に準じて、手の先天異常について網羅されている。日手会分類は、著者が中心となって日手会が作成した分類方法であるが、著者自身がすでにその分類法の不備を見だし、改良に向けて準備をしていた様子が本書からうかがわれ、その結果を見ることなく、急逝されたことが悔やまれる。

本書の総論では、先天異常の発生機序に関する難しい内容を、臨床家にとってわかりやすいよう、端的にそのエッセンスがまとめられている。著者自らが長年基礎研究を行って得た知識が骨子となり、そこに症例を観察して得た臨床家としての経験が結び付いた結果、読者に理解しやすい内容となったものと思われる。また、著者らが中心となって確立した「指列形成障害」という概念について歴史的な背景を踏まえて説明されており、長年にわたる論争の様子がよくわかり興味深い。大事な「E. 手の先天異常の治療の原則」の項目(p.15)で、治療に携わる者がどのように患者を診て治療方針を考えるべきかという、手外科領域の中でも特異的な先天異常手の診療に当たっての心構えが述べられている。わずか1ページの内容ではあるが、著者の患者に対する愛情が感じられる内容で、これから診療に当たる後輩への熱

疫学から治療、長期予後まで 幅広い情報の宝庫



評者 堀井 恵美子
名古屋第一赤十字病院手外科部長

いメッセージと受け止めた。実際の症例に関しては、日手会分類に準じて、疾患ごとに疫学から診断、治療、その長期予後までよくまとまっている。症例写真、X線像、さらにはイラストも豊富で、かつ明快である。著者自身が行ってきた治療方法が中心であるが、決してそればかりでなく、国内外の論文で報告された治療方法についても幅広く取り上げられている。手術のコツもよくわかり、経験の乏しい読者にとって非常に参考になる。また、長期成績が写真とともに示されているので、各疾患の予後もわかる。疾患によっては、「放置した場合でも成長すれば日常生活動作のほとんどで困らない」と記載されており、外傷による障害と、先天性障害の根本的な違いが述べられている。本書を読めば、多くの手外科専門医が治療に当たることができることだろう。

それから、何といても素晴らしいのは、数多くの引用文献の提示である。著者が勤勉で、英語論文のみでなく、日本語論文に対してもあまねく目を通しておられたのがよくわかる。この文献の一覧を見れば、各疾患の治療の変遷も把握できるだろう。

あまりに明快な書であるが故に、これを読むだけで手外科専門医であれば誰もが先天異常の治療ができるような錯覚にすら陥ってしまうのではないだろうか。手外科医のみでなく、一般整形・形成外科医、小児科および産科の先生方にも、ぜひ一読していただき、手の障害を持った子どもに対する知識を深めていただければ幸いである。

最後に、この素晴らしい書を脱稿された後、出来上がりを見ることなく急逝された荻野先生のご冥福を心よりお祈りする。

死にゆく患者と、どう話すか

明智 龍男 ● 監修
國頭 英夫 ● 著

A5・頁306
定価:本体2,100円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02857-8

評者 佐藤 恵子
京大病院臨床研究総合センター
EBM推進部特任准教授

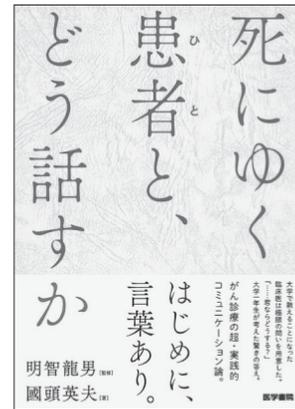
本書は、著者の國頭英夫先生が「死に臨んだ患者さんにどう対応したらよいか」について、看護大学の1年生、つまり、ついこの前まで高校生だった人たちと問答したり対話したりした様子をまとめたものである。死にゆく患者さんと話をするのは、がん領域の医療者であっても、しんどいことである。私も昔、乳がんで骨転移のある患者さんに「良くならないのだったら、いっそのこと早く死にたい」と言われて往生した。医療者がへどもどする姿がみっともないのは自明であり、なるべく避けているのが無難でもある。

「この病院ではできることがなくなりましたので、転院をお勧めします」という常套句は患者さんが言われたくないセリフの一つであるが、医療者側にとっては救いの抜け道であるが故に、今日もどこかで「がん難民」が生まれているのだろう。

しかし、「それをやっちゃあ、おしめえよ」と國頭先生は言う。「どうせ治らないから」といって患者さんを見放すことは許されない。死んでいく患者といかに向き合い、少しでもベターな「ライフ」を過ごしてもらえるか、というのが我々の使命であると序盤から活を入れる(「はじめに」より)。理由も単純明快で、患者さんは死を迎えるその日まで生き続けるわけだし、果てしない孤独と山のような不安を抱えながら歩くのはつらからう、だからそれを理解している人が三途の川の手前まで付いて行かなきゃいけないのは道理でもあり、人情でもある。それに、心を穏やかに保てさえすれば限られた時間を豊かに過ごすことができるだろう。

おお、シャクに障るくらいかっこいいではないか。実際は、かわいい学生たちに囲まれて、やに下がっているひ

ヒエラルキーに抗する 「可憐さ」を獲得するために



ひジジイにしか見えないのだけれど。それはともかく、問題は どうやって実現するかだ。出される課題は、先生が監修されたTVドラマ『白い巨塔』(平成版)などに登場する、「恩知らずで、気紛れで、偽善者で、尊大で、臆病で、自分勝手に、欲張りで、厚かましくて、けちで助平で馬鹿」(p.248)な患者さんや家族と医療者が織りなす、リアルでややこしい事例である。さあ、みんなどうする?

正解のない難題を次から次へとふっかけられて、学生たちもさぞかし困ったに違いない……と思いきや、彼らは医療者として何を大事にすべきかについて、命とはなんぞやという深いところまで降りて行って考え、自分の言葉で語っている。医療現場に出たこともなく、問題には必ず正解が一つあってそれを探して答えればよいという受験勉強に慣れきっているはずなのに。しかし、そういう彼らだからこそ生き死にの問題を自分の頭で考えることが新鮮で、血がたぎるような刺激的な経験になったことは想像に難くない。

彼らにとってそれが快だったか不快だったかはわからないが、彼らが出ていく先の医療現場もまた例外なく、「恩知らずで、気紛れで(中略)馬鹿」な人間が運営しているが故に、「患者さんの呼吸器を止めてよいという同意書に家族の署名をもらう」「技術がある限り延命治療を続ける」という行動原理が日常である可能性は大だ。その状況で「褒められはしないけれど不満や怒りも呼ばず、まあまあ納得してもらえよう」道筋を立てるには、心のよりどころをたよりに自分のアタマで考え抜く力、ダークサイドをさらけ出して他者と対話する技能、矛盾を抱える不快さに耐えるしなやかさ、そして自分

ホスピタリスト
Hospitalist 2017年 年間購読申込受付中

病棟、外来、チーム医療……
病院医療をコンダクトする
ジェネラリストのための
クオータリーマガジン

編集委員: 平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・簡泉貴彦・石丸直人・藤谷茂樹

- 季刊/年4回発行 ● A4変 ● 200頁
- 1部定価:本体4,600円+税
- 年間購読料 19,008円(本体17,600円+税)

※ 毎月お手元に直送します。(送料無料)
※ 1部ずつお買い求めいただくの比、約4%の割引となります。

Vol.4-No.4
特集:他科の知識1(皮膚科・泌尿器科)
コンサルテーション・リエゾン
精神科集中講義【特別編】

責任編集:野木 真将 米国/ハワイ州クイーンズメディカルセンター
山本 俊幸 福島県立医科大学 皮膚科学講座
奥見 雅由 東京女子医科大学病院 泌尿器科/腎臓総合医療センター
高木 俊夫 東京女子医科大学病院 泌尿器科/腎臓総合医療センター
松木 隆志 Icahn School of Medicine at Mount Sinai, Mount Sinai Beth Israel

特集 2016年
1号 代謝内分泌
2号 周術期マネジメント
3号 腫瘍
4号 他科の知識1

2017年(予定)
1号 神経内科
2号 呼吸器疾患2
3号 感染症2
4号 老年内科

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL 03-5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX 03-5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

複雑な呼吸生理が手に取るようにわかる、名著中の名著
新刊 ウェスト呼吸生理学入門:正常肺編 第2版
West's Respiratory Physiology: The Essentials, 10th Edition

West博士独自の視点に貫かれ、15ヶ国語に翻訳された世界的に定評ある入門書、8年ぶりの日本語改訂版。難解な正常肺の呼吸生理について、必須事項を抽出、他書にもしばしば引用される明快な図とともにわかりやすく解説。今版より章末ごとに生理学の臨床応用を例示、Q&Aの解説部分もより充実。医学生・研修医の基礎固めに、内科系・外科系問わず臨床家のレビューに最適。看護師、呼吸療法士、MEなどメディカルにも有用。疾患肺の病態生理をテーマとした「疾患肺編」との併用により、さらに理解が深まる。

訳: 桑平 一郎 東海大学医学部内科学系呼吸器内科学教授/付属東京病院呼吸循環器センター長

定価: 本体3,800円+税
B5変 頁260 図84・写真9 2017年
ISBN978-4-89592-871-7

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
TEL (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

神経内科ハンドブック 第5版

鑑別診断と治療

水野 美邦 ● 編

A5・頁1368
定価:本体13,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02417-4

『神経内科ハンドブック』第5版が刊行された。『神経内科ハンドブック』は水野美邦先生を中心とした順大脳神経内科のスタッフにより執筆され、初版の出版時から、わが国で最もよく用いられている神経内科学の臨床書である。神経内科学を専攻し専門医を取得する時期の医師および、その後、外来や病棟で診療に当たる医師を対象に執筆されているが、血管障害、認知症などの common disease から希少疾患まで、広い分野に対応できるように編さんされており、専門医取得後も常に復習に用いることができるので、神経内科学を専攻する医師の教科書となっている。数年ごとに改版されて内容が一層充実しており、今回からは順大出身の望月秀樹先生が阪大神経内科学講座を担当されるようになったことから、阪大関連の先生方も執筆に参加されている。

構成はよく吟味して項目が設けられており、神経学的診察法から局所診断、鑑別診断さらに神経学的検査法が詳述され、解剖学、生理学の基本を振り返りながら勉強できる内容となっている。特に「3章 症候から鑑別診断へ」は日常の診療で課題となる訴えや症候から、実施すべき検査や鑑別すべき疾患への道筋が詳述されており、素

々をも客観視してきちんとパフォーマンスできる胆力が必要であり、これを各人の自家薬籠中に持たせることがひびジイの深慮遠謀なのである。

特に医療機関のようにヒエラルキーが支配する場所では、このようなたたかて可憐な人の存在そのものが、患者さんも医療者自身も守り、息苦しい現場を心地よい風が通り抜ける快適な空間に変える鍵になるだろう。そして、全編を通して読者にも、ちょっと立ち止まって考えてみてはどうか、腹をくくって行動してみてはどうか、とささやきかけてくるのである。“オレが後ろ盾になってやるからさ”というおま

評者 野元 正弘

愛媛大大学院教授・薬物療法・神経内科学

晴らしい項目である。その考え方をぜひ学んでいただきたい。

各論では common disease から希少疾患まで、いずれの項目も詳細に検討されており、内容は正確で神経内科学を勉強する医師にとって、最高の教科書となっている。また、新しい内容がタイムリーに更新されており、大きな発展を遂げて開発が今も盛んに行われている抗腫瘍薬による神経障害の項目でも、新しい薬が十分に追加されているなど、日本で書かれた神経内科学教科書で、最高の書と言ってよい。

その分、前版からのページ数の増加はやむを得ないと思うが、大きさはA5判とコンパクトであり、日常の診療の中でも使いやすく、神経内科学を専攻する医師にとって必須の教科書と言ってよい。紙面も2色刷りになっており、基本として記憶すべき英語名は色文字としている点など、専門医などの受験には特に有用である。

以上のことから、この『神経内科ハンドブック』第5版を神経内科医の素晴らしい教科書として推薦する。本書は今後さらに広く用いられて神経内科診療の一層の充実に貢献することを確信している。

け付きで。

教職が本務ではない國頭先生にここまでやられてシャクに障ることこの上ないが、本書は、日々の臨床で“この治療は患者さんの利益になっているのかな”という疑問が脳裏をよぎりまくっている人や、終末期医療にかかわる人、医療者の教育を担当する人全てにお薦めしたい。國頭先生の語り口を知る人はニタニタしながら、そうでない人も見学者として講義室に座っているような臨場感を味わいながら、「人を診る、人を育てる、人を慈しむ」意味をかみしめられること請け合いである。

DSTC外傷外科手術マニュアル

[Web動画付]

日本 Acute Care Surgery 学会/日本外傷学会 ● 監訳

B5・頁416
定価:本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02829-5

評者 横田 順一郎

堺市立病院機構副理事長

今、止血できなければ死につながる。重度外傷の緊急手術ではこのようなシリアスな状況に遭遇する。熟練した外科医でも、経験したことのない状況や見たことのない術野にたじろぐことがある。専門領域でなくても、救命のためには迅速な止血など外科的介入により、蘇生しなければならない。重度外傷と対峙する外科医にはこれを乗り切る技量と意思決定が求められる。予定手術では事前に手術アプローチ、術式の選択および術後管理まで予習できるが、救急現場では不可能である。遭遇する機会が少ない上に、守備範囲が広く、予定手術とは異なった判断が必要となる。症例を重ね、経験を積むといった修練の難しい領域である。このため臨床経験を補完する手段としてシミュレーション教育が脚光を浴びている。

ここに紹介する『DSTC 外傷外科手術マニュアル』は、重度外傷に対する外科的技量をウェットラボで修練するDSTC コースのために書かれた図書である。DSTC コースは、世界的にトップクラスの外傷外科医が直接指導する実践さながらの修練システムである。本書は、コース受講の教材といった程度のものでなく、まさしく重度外傷治療のテキストとして充実した内容が詰まっている。外傷診療に長けた外科

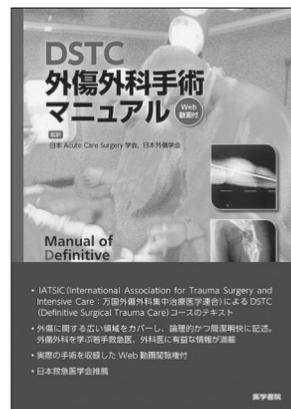
医の技能と意思決定が凝縮されていると言っても過言ではない。また、web を介して実践さながらの手術動画を閲覧することができ、コースの受講に至らずとも、本書の熟読と動画の視聴でかなりの学習効果が期待できる。翻訳をされた先生方の意図が、実はこの点にあるのではないかと推測する。

さて、重度外傷は救急診療の中でも病勢の変化が早く、救命や後遺症の回避のためにはチームアプローチを必要とする代表的な領域である。病院前救護、初期診療、IVR、手術および集中治療へと場面を移すだけでなく、

ここに多くの職種、診療科が関与する。本書は手術室まで持ち込んだ場面を想定したものである。本書の内容を最大限生かすには、初期診療で防ぎ得る死亡を回避し、手術室まで持ち込む技量を備えていなければならない。このため標準化された外傷初期診療の展開が求められ、DSTC では ATLS の受講またはそれに沿った初期診療が推奨されている。わが国では ATLS に相当するものとして JATEC コースがあり、本書の内容を実践するには外傷初期診療ガイドライン JATEC を順守した診療が前提となる。

本書がわが国の外傷外科の進歩と診療の質向上に寄与するものと期待している。

外傷診療に長けた外科医の技能と意思決定が凝縮



●お願い—読者の皆様へ
弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。
記事内容に関する件
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

2017年2月発行の医学雑誌特集テーマ一覧		冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行	
公衆衛生	3月号 Vol.81 No.3 1部定価:本体2,400円+税	がん対策の加速化	臨床整形外科
medicina	2月号 Vol.54 No.2 1部定価:本体2,600円+税	おさらい腎疾患 —明日から役立つアプローチの基本	臨床眼科
総合診療	2月号 Vol.27 No.2 1部定価:本体2,500円+税	The総合診療ベーシックス [動画付!] —白熱!「総合診療フェス in OKINAWA」 ライブ・レクチャー!—一挙公開	耳鼻咽喉科・頭頸部外科
糖尿病診療マスター	2月号 Vol.15 No.2 1部定価:本体2,700円+税	低血糖 —診療の現場からとらえ直す	臨床泌尿器科
胃と腸	2月号 Vol.52 No.2 1部定価:本体3,200円+税	消化管結核の診断と治療 —最近の進歩	総合リハビリテーション
Cancer Board Square	2月号 Vol.3 No.1 1部定価:本体3,400円+税	みえない副作用	理学療法ジャーナル
BRAIN and NERVE	2月号 Vol.69 No.2 1部定価:本体2,700円+税	脳卒中と鑑別すべき疾患	臨床検査
精神医学	2月号 Vol.59 No.2 1部定価:本体2,700円+税	オピニオン 精神科医に —のための薬物療法の意味	検査と技術
臨床外科	2月号 Vol.72 No.2 1部定価:本体2,700円+税	ビッグデータにもとづいた 術前リスクの評価と対処法	病院
			リバース型人工肩関節手術で —わかったこと
			前眼部診療の最新トピックス
			こどもの上手な診かた
			神経因性膀胱の完全制覇
			急性期脳卒中リハビリテーション —up-to-date
			現任研修—求められる臨床技能の習得
			血管を読み解く/ 在宅現場でのPOCTへの期待
			一般検査ベーシックマスター
			DPCの新展開

伝統と実績のこの冊



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

添付文書を網羅。さらに専門家の解説を加えた治療薬年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2017

私はこう治療している

総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

2017年版の特長

- 新見出し「トピックス」を主な疾患項目の冒頭に掲載し、最新情報を紹介。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- デスク判(B5) 頁2096 2017年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02808-0]
- ポケット判(B6) 頁2096 2017年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02809-7]

治療薬マニュアル 2017

監修 高久史磨 / 矢崎義雄 編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

ハンディサイズ本では唯一「使用上の注意」をすべて収録

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2016年に掲載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を掲載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は **chimani.jp** 特設サイトで随時提供!

● B6 頁2752 2017年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02818-9]

- ✓ 両書籍とも購入特典・電子版付
- ✓ セット購入により、電子版で2冊がリンク

- 『今日の治療指針 2017年版』に掲載されている薬剤の詳細情報を『治療薬マニュアル 2017』へのリンクで瞬時に参照。
- 『治療薬マニュアル 2017』に収録されている各薬剤について、それらを掲載している『今日の治療指針 2017年版』の疾患項目を瞬時に参照。

※閲覧期間は2018年1月までとなります。
※2017年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2016年版のもです。2017年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2017年4月の予定です。



「今日の治療指針」電子版 「治療薬マニュアル」電子版 ※画面は開発中のものです。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp