

2014年8月11日

第3088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 (社団法人著作権管理機構 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

- [インタビュー] 科学的根拠との適切な距離感を(森臨太郎) / [視点] 頻脈性不整脈は正しい学術用語か?(兼本成斌) 1-2面
- [寄稿] 脳梗塞再発予防のための抗血栓薬使い分け(平野照之)…………… 3面
- [連載] “問診力”で見逃さない神経症状…………… 4面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY,他…………… 6-7面

コクラン共同計画日本支部, 始動

科学的根拠との適切な距離感を

interview 森 臨太郎氏 (国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部長 / コクラン共同計画日本支部共同代表) に聞く

世界で行われた研究の結果を網羅的に集め、吟味し、発表することで、科学的根拠に基づく医療を推進する学術的な国際組織「コクラン共同計画」。本年5月30日、同組織の日本支部の設立が発表された。事務局は国立成育医療研究センターに置かれ、コクラン共同計画の「エディター」としてコクランレビューの審査にも長く携わってきた森臨太郎氏(国立成育医療研究センター研究所政策科学研究部長)と古川壽亮氏(京大大学院医学研究科社会健康医学系専攻教授)が共同代表を務める。

本紙では、共同代表の一人である森氏に、日本支部が果たす役割と今後の展望、そしてコクラン共同計画の活動推進に秘める思いを聞いた。

医療者とともにある、コクランレビュー

— まず、コクラン共同計画がどのような組織であるかについて教えてください。

森 コクラン共同計画は、1992年に英国で創立された非営利の学術的な国際組織です。政府や医薬品・医療機器企業などから完全に独立し、医療者から一般市民までを含む、世界120か国、3万4000人のボランティアによって成り立っています。現在、世界中に、コクラン共同計画の啓発活動を行う支部は22か所、その上位機関に当たるコクランセンターが14施設あります。

コクラン共同計画のメインとする仕事は、「コクランレビュー」の作成・発表と言えるでしょう。臨床試験の登録制度を基盤に、ある臨床的な課題に対して世界中の研究を網羅的に検索

し、同質の研究をまとめあげ、質や適切性、バイアスを評価しながら分析・統合を行う「システマティックレビュー(Systematic review)」を生み出す。そしてそれらをコクランレビューとして、医療者や患者、医療政策に携わる方へ、合理的な意思決定を促すことを目的に発信するのです。

— そのコクランレビューは、国際的にはどう位置付けられていますか。森 現在約5000件を数えるレビューですが、いずれも「科学的な根拠が担保された権威あるもの」として認知されているのではないのでしょうか。

例えば、WHOはコクラン共同計画と正式に提携しており、WHOで作成される各種ガイドラインもコクランレビューに基づいて作成されています。また、欧米ではコクランレビュー、あるいはそれに準ずるレベルのシステマティックレビューがなされていないテーマの臨床研究の研究計画書は、資金授与の対象とならないなど、予算を投じるべき研究を選ぶ指針として利用している国もあると聞きます。さらに英国や豪州、ブラジルといった国々では、コクランレビューを収載したデー

タベース「コクランライブラリ」を国単位でライセンス契約し、どこからでも誰でもインターネットでアクセスできるように整えている。言わば、国家の「公共資材」として多額の公的資金が投入されるほどに、信頼されているのです。

— 国際的に重要なものとして位置付けられているのですね。森先生は豪州・英国での臨床経験もお持ちですが、各国の臨床医レベルでは、コクランレビューはどのようなものとして受け入れられていましたか。

森 豪州・英国いずれの現場でも、医療者には「当然知っておくべきもの」として根付いていましたね。もし自分の専門領域でどのようなレビューが出されているかを知らないと、バカにされてしまうぐらいかもしれません。

私自身、豪州で新生児医療のトレーニングを受け始めた当初、同僚間で行うディスカッションの前提となる知識としてコクランレビューが共有されている文化には驚きました。ただ、ある課題を抱える患者さんに対して最高の医療を提供しようと考え、医療者は膨大に存在する医学情報と対峙し、一つひとつの情報をしっかりと検討・評価することが求められる。ですから、「ある課題に対し、今までわかっていること」を分析し、信頼性を担保したコクランレビューを用い、提供すべき医療を検討するのは、効率性の追求という点でも理に適っていると思いましたね。

また、客観的・多角的に情報をまと



●森臨太郎氏

1995年岡山大学医学部卒(同大大学院博士課程修了)。淀川キリスト教病院などで小児科新生児科勤務後、2000年渡豪。アデレード母子病院などで新生児科医として診療に従事。03年英国へ渡り、ロンドン大熱帯医学大学院で疫学・公衆衛生学を修めた後、英国立母子保健共同研究所に勤務。出産ケア、小児の尿路感染症の英国国立医療技術評価機構(NICE)診療ガイドラインの作成にも携わった。07年帰国後、東大大学院国際保健政策学准教授などを経て、12年より現職。14年5月コクラン共同計画日本支部共同代表に就任した。著書には、『イギリスの医療は問いかける——「良きバランス」へ向けた戦略』(医学書院)などがある。

められているため、職種や立場を超えた議論を行う上でも実に有効なのです。いち臨床医としても現場に浸透してしかるべきものだと感じました。

日本支部設立はベストタイミング

— 今回、日本支部はどのような経緯を経て、設立に至ったのでしょうか。森 英国でコクラン共同計画が設立されて約20年、日本国内でコクラン共

(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ
次週、8月18日付の本紙は休刊いたします。次号、第3089号は8月25日付発行です。(「週刊医学界新聞」編集部)

おかげさまで医学書院は創業70周年を迎えました



70th Anniversary
1944-2014

医学書院は1944年の創業以来、「専門書出版社としての役割と責任を自覚し、医学・医療の進歩に必要な専門情報を的確に伝え、医学・医療の発展と社会の福祉に貢献すること」を使命に掲げ、出版活動を推進してまいりました。そして本年創業70周年を迎えることができました。

これもひとえに弊社出版物をご愛顧いただいた読者の皆様、ご執筆いただいた先生方、制作と流通を支えてくださった皆様のおかげと心よりお礼を申し上げます。

今後も未来を見据え、読者ニーズにマッチした出版活動を展開してまいります。引き続き、ご指導とご鞭撻をたまわりますようお願い申し上げます。

代表取締役社長 金原 豊

医学書院

インタビュー 科学的根拠との適切な距離感を

(1面よりつづく)

同計画について紹介されるようになって10数年が経ちました。コクラン共同計画そのものが国内で認知されてきたとともに、日本人のコクランレビューの著者も次第に増え、10年時点で50人程度だったのが13年には150人ほどになっています。こうした状況を受け、コクラン共同計画の本部から「そろそろ日本でも支部を……」と後押しがあり、設立に至りました。

——タイやマレーシア、中国、韓国など、アジア圏の国々では数年以上前に、支部やその上位機関に当たる「コクランセンター」が設立されていたようですね。日本支部設立の時期については、どのような見解をお持ちですか。
森 アジア諸国と比較すれば「遅くなった」と映るかもしれませんが、結果的には、日本にとっていちばん良い時期に設立されたと思います。

その理由として、まず、近年になって各種の診療ガイドライン作成が進んだことが挙げられます。ガイドライン作りを通し、その根幹を支える技術であるシステムティックレビューに多く

の方が触れるようになった。おそらく皆さん、科学的根拠の総体の中で推奨度の強さを決定するその作業を経験して、有用性を認識するに至ったとも思うのです。そういう意味では、システムティックレビューを重んじるコクラン共同計画の考えを受け入れやすい土壌が整った中で日本支部が設立できた、とも言えるのではないのでしょうか。

また最近、臨床研究のスキヤンダルが発覚したことで、国内では利益相反への関心が高まっています。こうした意識が社会で醸成されている中で設立できたことは、コクラン共同計画としては好ましい。利益相反に厳しいコクラン共同計画の態度に、共感を覚える医療者も多いはずですから。

コクラン共同計画では、医療者や製薬企業に対し、治験を含む全ての臨床試験・研究の結果を公開するように求めていく考えです。そうなれば、客観的な視点で行うシステムティックレビューの過程で、不正や信頼性の低い研究を見極めることも可能になる。ひいては、現在の社会が希求する、透明性のある適切な治験や臨床研究の推進に貢献できることでしょ。

科学的根拠と付き合う方法を身につけてほしい

——日本支部としては、今後どのようなことに取り組まれていきますか。

森 コクランレビューの著者養成、国内におけるコクランライブラリの利用促進などを目標に掲げています。ただ当面は、著者養成のためにも、システムティックレビューの技術の浸透に力を入れていくことになるでしょう。コクランレビューの著者となれる人材も、増えつつあるとはいえ、決して多くないのが現状です。

——まだ十分ではないと。

森 ええ。日本では長らくシステムティックレビューに対し、「他の研究者が行った研究を評価する“だけ”のもの」というイメージが根強くあり、十分に学術的な評価を与えてこなかった。そうした背景もあって、システムティックレビューの手法まで十分に理解できている方が多くないのです。

しかし現在では、システムティックレビューによって導き出されるヘルスケアに関する最新の知見が、医療現場

での正しい意思決定を促し、研究の場に今必要なテーマを提示するものになり得ることは、国際的にも認識されている。わが国においても、その担い手を増やしていく必要があります。

国立成育医療研究センターでは、こうした人材を増やすべく、すでに研究者や医療者に向け、定期的に座学・演習で構成されたワークショップを開催しています。受講者には中堅・若手臨床医、看護師など、さまざまな顔ぶれの職種が見られ、少しずつ裾野は広がってきたことも感じています。

——まずはシステムティックレビューの技術を広めることを優先し、コクランレビューを作成する人材の増加につなげていくということですね。

森 当然、その狙いはあります。さらに私としては、システムティックレビューを作成する手順や過程を共有することを通して、多くの医療者に科学的根拠との「適切な距離感」を知ってほしいとも強く思っているんです。10—20年後の医療をつくることになる若い医療者には、特に体得していただきたい。

——距離感、ですか？

森 そうです。知の体系として科学的根拠をインプットしつつ、患者の置かれた環境・状況を正確に評価し、科学的根拠を適用する。こうした軽んじるわけでも、妄信するわけでもない距離感で、科学的根拠と付き合う方法を身につけてほしいと願っています。

そもそも科学的根拠は、その適用に不確実性ははらみます。なぜなら、医療的・社会的な環境・状



5月30日、厚労省で行われた日本支部設立発表の記者会見の様子。会見にはコクラン共同計画CEO・Mark Wilson氏(写真右から2人目)も出席し、「われわれの示す科学的根拠によって、日本の患者と医療従事者の正しい意思決定を支援したい」と語った。

祝点

頻脈性不整脈は正しい学術用語か？



兼本成斌 兼本内科・循環器科クリニック院長

わが国の医学雑誌や医学書籍では、心拍数の多い不整脈をひとまとめにして**頻脈性不整脈**、心拍数の少ない不整脈は**徐脈性不整脈**という学術用語で統一されている。しかしこれらは正しい学術用語なのであるか？ 最近とみに注目されている心房細動では**頻拍性心房細動**でなければならぬこととはご納得いただけると思う。日常診療で頻りに使用され、以前から誰も疑問を挟まなかった学術用語にあえて問題を提起したい。ここでは**頻脈性不整脈**について論じる。

心拍数が100回/分以上ある場合、日本語には**頻脈・頻拍**と2つの学術用語がある。中国語には**頻脈**と**頻拍**の2つがあるため、中国語由来であろう。しかし、英語はtachycardia、独語はTachykardie、仏語はtachycardie、スペイン・ポルトガル語はtaquicardiaと、欧米では1語だけである。語源はギリシャ語のtakhus=swift, kardia=heartに由来しており、ラテン語ではtachycardiaである。

広辞苑で「しんぱく」を引くと心拍・心搏と記載されている。頻脈・徐脈は記載されているが、**頻拍・徐拍**は記載されていない。患者さんに**頻拍・徐拍**という単語を質問しても誰も知らない。

況が、当然ながら個々のケースによって全て異なるからです。科学的根拠を念頭に置かない医療はもってのほかですが、個々の患者の状況や環境を考えずに、「科学的根拠がある」という理由のみをもって医療を提供することもまた、患者に不利益を与えかねない。すなわち、患者にとって最高の医療を提供するには、適切な距離感を持って科学的根拠を利用する必要があるのです。

その点、実際にシステムティックレビューの作成過程をたどることで、科学的根拠の有用性と限界を実感でき、不適切な適用にも敏感になれるはずですよ。

コクランレビューを窓口に、医療の質を高める

——今後、国内でコクランレビューの作成にかかわる人材や利用者が増えることで、どのような展開が期待できますか。

森 例えば、日本発の医薬品や医療技術を対象にしたレビューの作成・発表を通し、世界の医療のレベル向上にも貢献できると考えています。

学術用語集ではどうであろうか。『内科学用語集 第5版』は英和辞典形式でtachycardiaを引くと「**頻脈**、〔心〕**頻脈**」と記載されている。sinus—は「**洞性頻拍(脈)**」とどちらを用いてもよいことになっている。sustained ventricular—は「**持続性心室頻拍**」こちらは「**頻脈**」は入っていない。しかしventricular—は「**心室〔性〕頻拍(脈)**」とあり、心室頻脈も学術用語となってしまう。『循環器学用語集 第3版』はおのおの正しく用いられている。

問題となるのはtachyarrhythmiaの項目である。『内科学用語集 第5版』では「**頻拍性不整脈、不整頻拍**」であり、部位別の術語は記載されていない。一方、『循環器学用語集 第3版』では「**頻脈性不整脈**」となっている。それでatrial—は心房頻脈性不整脈、supraventricular—は上室頻脈性不整脈、ventricular—は心室頻脈性不整脈と「**頻脈性**」に変わってしまっている。

筆者は、学術用語としては**頻脈・頻拍**を欧米流に「**頻拍**」一つに統一したほうがよく、少なくとも**頻拍性不整脈**に改新すべきと以前から思っており、この場で提起したい。

●略歴/1968年慶大医学部卒。旧西独Johann Wolfgang Goethe大(フランクフルト)医学部へ留学。留学中、PTCA(経皮的冠動脈形成術)を日本へ最初に紹介した。近著に『はじめての心電図 第2版増補版』(医学書院)がある。

日本の医療制度をはじめ、医療機器・医薬品、あるいは診療行為には、諸外国と比較してもひけをとらない素晴らしいものが多いと思うのです。しかし、その中には言語化されていない、あるいは日本語でしか論文化されていないケースも少なくありません。

今回、日本支部ができたことで、国内の医療を見渡せるようになり、その「良さ」を認識しやすくなった。今後は日本の医療の良さが検証されたレビューも増えていくだろうと見込んでいます。コクランレビューを窓口に、その良さがコクラン共同計画のデータベースへと統合するチャンスが確実に高まっているのです。

——世界中の医療者の目に触れ、世界の医療のスタンダードとして取り入れられていく可能性があるかと。

森 ええ。ですから、医療者の皆さんには、日本の医療の良い点を世界へ伝えていただくためにも、コクラン共同計画日本支部へかかわっていただきたいですね。巡り巡って、それが世界中の患者さんが受ける医療の質を高めることへとつながっていくはずですから。

——ありがとうございました。(了)

「わかる！」ためのポイントを伝授する心電図入門書の決定版

はじめての心電図 第2版増補版

初学者がつまずくポイントを熟知した著者が、長年の心電図教育のノウハウを盛り込んだ心電図入門書の決定版。簡潔かつ明らかな解説は、はじめの一步から医師として到達すべき水準まで無理なく導く。増補版発行にあたり本文・図の記載を丁寧に変更、巻末の<セルフアセスメント>を拡充、精選された必修レベルの問題70題を収録した。心電図を読む力が着実に身につく1冊。

兼本成斌 兼本内科・循環器科クリニック院長



英国医療に携わった著者が、日本の医療の改善のための具体策を提言

イギリスの医療は問いかける 「良きバランス」へ向けた戦略

ブレア政権時に保健医療改革が行われた英国。その渦中で周産期・小児医療の臨床医として、また政策担当者として英国医療に携わった経験をもつ著者が、感じたこと、考えたことを率直に綴った。特に英国の診療ガイドラインの作成過程にみられる方法論や医療者と国民の関係は、今後の医療のあり方を考える上で参考になる。最終章では、日本の医療を改善するための具体策を提言する。

森臨太郎



FAQ

今回の
回答者

平野 照之

大分大学医学部 神経内科学講座 准教授

Profile / 1988年熊本大学医学部卒。91年国立循環器病センターレジデント。96年豪州メルボルン大NSRIリサーチフェロー。99年熊本大神経内科を経て2012年より現職。研究テーマは脳虚血の画像解析と治療法開発。趣味はサッカー、国際学会行脚。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻繁に尋ねられる質問) に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

脳梗塞再発予防のための抗血栓薬使い分け

近年、出血性脳卒中は増加傾向にあり、その背景に抗凝固薬・抗血小板薬の処方増が指摘されています。新規薬剤が加わり選択肢の増えた抗血栓薬を正しく使い分け、出血を回避しつつ脳梗塞の再発を防ぐことが大切です。

FAQ 1 脳梗塞の再発予防に用いる抗血小板薬や抗凝固薬の、基本的な使い分けを教えてください。

●臨床病型に基づいて使い分けます。

非心原性脳梗塞(ラクナ梗塞、アテローム血栓性脳梗塞、その他の臨床病型)か、心原性脳塞栓症かによって使い分けます。前者に抗血小板薬、後者に抗凝固薬を選択するのが基本です。

脳動脈を閉塞する血栓は、大きく2つに区別されます。動脈では、血流が速く血圧が高いため摩擦力(ずり応力)が大きくなり、血栓形成に血小板が大きな役割を果たします。特に主幹動脈が狭窄していれば狭窄の前後で強いずり応力が生じ、血小板が著しく活性化します。この「血小板血栓」の予防には抗血小板薬が適しています。一方、血流が遅く血圧の低い静脈や、心房細動で血流が滞留している心房内のずり応力は小さく、ここではフィブリノーゲンをはじめとする凝固因子の活性化が血栓形成の主因です。この「フィブリン血栓」の予防には、凝固因子の働きを抑える抗凝固薬が必要になります。

問題となるのは、心房細動を合併した頸動脈高度狭窄症例など、脳梗塞の原因を複数有する症例です。抗凝固薬と抗血小板薬の両者が必要となるように考えがちですが、頭蓋内出血を増やすため両者の併用は危険です。抗血小板薬に心房細動に伴う脳梗塞の予防効果はないこと(JAST試験、ACTIVE-W試験)、抗凝固薬の非心原性脳梗塞の再発予防効果は、抗血小板薬のそれと同等であること(WARSS試験、WASID試験)を考え、このような場合、原則として抗凝固薬を用います。もちろん動脈硬化化リスクの徹底的な管理が必要であることは言うまでもありません。

Answer…抗血小板薬と抗凝固薬の作用機序を理解して、脳梗塞の病態に合ったものを使用します。脳梗塞の再発予防では、原則として抗血栓薬は併用しません。

FAQ 2 抗血小板薬にはたくさんの種類があります。具体的にどう使い分ければよいのでしょうか？ また、

抗血小板薬の服用中にもかかわらず脳梗塞を再発した場合、その後の薬剤選択は どうすればよいのでしょうか？

●各抗血小板薬の特徴を理解し、患者背景に合ったものを選択します。

現在、日本で使える抗血小板薬には、アスピリン(バイアスピリン®、バファリン81®)、クロピドグレル(プラビックス®)、シロスタゾール(プレタール®)があります。

アスピリン(75—150mg/日、分1)は血管イベントリスクを32%低下させます。価格も安く、多くの臨床研究で効果が証明され、まず適応を考える標準治療薬と言えます。ただし、他剤より出血合併症(頭蓋内出血、消化管出血)が懸念され、胃腸障害を来す例も少なくありません。

クロピドグレル(75mg/日、分1)の効果は、約2万例のアテローム血栓症(虚血性脳卒中、急性冠症候群、末梢動脈疾患)を対象としたCAPRIE試験で検討され、アスピリンを上回る効果(相対リスク低下8.7%)が示されています。特にハイリスク例(脂質異常症合併、糖尿病合併、冠動脈バイパス術の既往など)で効果が高いとされます。アスピリンとの使い分けには、Essen Stroke Risk Score(表1)¹⁾が参考になります。3点以上でクロピドグレルが推奨されます。

●表1 Essen Stroke Risk Score

リスク因子または疾患	スコア
年齢	
65歳未満	0
65—75歳	1
75歳以上	2
高血圧	1
糖尿病	1
心筋梗塞の既往	1
その他の心疾患	1
末梢動脈疾患	1
喫煙習慣	1
一過性脳虚血発作 または脳卒中の既往	1

なお、クロピドグレルと同じチエノピリジン系薬剤としてチクロピジン(パナルジン®)があります。しかしクロピドグレルと効果は同等ながら安全性に問題(肝障害、顆粒球減少、血小板減少性紫斑病)があり、新規に使用することはほとんどなくなりました。

シロスタゾール(200mg/日、分2)は、CSPS試験(プラセボ対照)、CSPS2試験(アスピリン対照)で効果が検討されました。CSPSはラクナ梗塞で効果が高いこと、CSPS2は脳卒中(脳出血を含む)再発予防効果がアスピリンより優れることを示しました。細動脈硬化例、頭蓋内血管に狭窄を有する例がよい適応です。抗血小板薬作用に加え、

血管内皮へ作用して血管拡張効果が認められるので、脳血流を増加できる反面、頭痛や動悸といった副作用に注意が必要です。

抗血小板薬を服用中に脳梗塞を再発した場合、急性期は抗血栓療法を強化します。アスピリン+クロピドグレル(FASTER試験)、CHANCE試験)、クロピドグレル+静注抗血栓薬

(APEX試験)など、抗血栓薬の併用が再発率を低減させると報告されています。しかし、長期的には単剤で管理するのが原則です。3か月を超えるアスピリン+クロピドグレルの併用は、脳出血が明らかに増加するためです(MATCH試験)。これまで使ってきた抗血小板薬は(情動的に)他剤に変更したいところですが、リスクを再評価した上で、最適な薬剤を選びます。抗凝固薬が必要となることもあれば、同じ抗血小板薬を継続することも考えられます。

Answer…薬剤によって得意・不得意があるため、脳血管病変や危険因子などの患者背景を考え、適切なものを一剤選びます。再発した場合も、リスクを再評価した上で、長期的には一剤で管理します。

FAQ 3 近年、非ビタミンK拮抗型経口抗凝固薬(Non-VKA Oral Anticoagulants, NOAC)が次々に上市されました。脳梗塞の再発予防に用いる場合、ワルファリンとの使い分けや、NOAC間の使い分けに苦慮しています。抗凝固薬の使い分けはどちらがよいのでしょうか？

●非弁膜症性心房細動(NVAF)を合併していれば、脳梗塞の病型にかかわらず積極的にNOACを選択します。

ワルファリン(ワーファリン®)が唯一の経口抗凝固薬であった時代は終焉を迎え、現在は、直接トロンビン阻害薬としてダビガトラン(プラザキサ®)、活性化凝固第X因子阻害薬としてリバーロキサバン(イグザレルト®)、アピキサバン(エリキュース®)、エドキサバン(リクシアナ®; 2014年7月現在、NVAFには未承認)が選択できます。いずれも大規模臨床試験で、ワルファリンと同等以上の有効性、優れた安全性を示しています。さらに凝固第VII因子を抑制しないため、頭蓋内出血は激減します。脳梗塞再発予防の抗凝固薬としては、NOACを第一選択とするのが妥当でしょう。

問題はどのNOACを選ぶかです。脳梗塞の再発予防効果が、ワルファリンより有意に優れるのはダビガトラン(300mg/日、分2)だけですので、まずこの薬剤が使えるかを検討します。剤型が大きく飲みにくいことが欠

●表2 NOACの実践的な使い分け(文献3より引用)

患者背景	考慮すべき内容	推奨薬剤・用量
出血高リスク例(例: HAS-BLED ≥ 3)	出血イベントが最も少ないもの	ダビガトラン 110 mg アピキサバン
消化管出血既往	消化管出血が最も少ないもの	アピキサバン
脳梗塞の高リスク例 かつ出血低リスク例	脳梗塞の予防効果が最も高いもの	ダビガトラン 150 mg
脳卒中二次予防例	脳卒中再発予防で高い効果を示したものの	リバーロキサバン アピキサバン
冠動脈疾患、急性冠症候群の高リスク例	急性冠症候群によい効果を示すもの	リバーロキサバン
腎機能低下例	腎機能への依存度が少ないもの	アピキサバン リバーロキサバン
消化器症状の強い例	消化管への影響の少ないもの	アピキサバン リバーロキサバン
患者の意向	1日1回を好む場合	リバーロキサバン

点で、胃腸障害の頻度が高く、腎機能障害例(Ccr < 30 mL/分)には禁忌です。嚥下障害がない軽症例で、管理がしっかりできる場合にはよい適応と考えます。

何らかの理由でダビガトランが適さない場合、アピキサバン(20mg/日、分2)を選択します。この薬剤は、腎機能低下例への許容範囲が広く、高齢者、低体重例にも使いやすいという特徴があります。一方、1日1回の服用でよいことが、リバーロキサバン(15mg/日、分1)のメリットです。NOACにもそれぞれ特徴がありますので、患者背景をよく見極めて選択します。一度、脳梗塞を経験した症例は、その後の再発率も高いことが知られています。HAS-BLED²⁾に示される出血リスク(高血圧、腎機能、肝機能、消化管出血、アルコール多飲など)を管理することで安全性を確保し、有効性の証明された投与量(安易に減量しない)で、しっかり治療を継続することが大切です。実践的な使い分けの方法として、欧州から提案された指針を提示します(表2)³⁾。

Answer…NVAFを有する症例には積極的にNOACを用います。大規模臨床試験で検証された有効性・安全性を理解して使い分けます。おおまかには、脳梗塞再発防止を重視すればダビガトラン高用量、幅広い患者層に適合するアピキサバン、1日1回の服用ならリバーロキサバン、といった特徴を目安とするとよいでしょう。

もう一言 脳梗塞は再発しやすいため、適切な抗血栓薬を選ぶことはとても大切です。ただ、これさえ処方しておけばよい、という薬はありません。各薬剤の特徴を理解し、目の前の症例に最もフィットするものを選びましょう。上級医の指示に従うだけでなく「こういう特徴があるのでこの薬がよいと思うのですが」と自分の意見が言えるようになりたいものです。

参考文献

- Weimar C, et al. Stroke. 2009 [PMID: 19023098]
- European Heart Rhythm Association. Eur Heart J. 2010 [PMID: 20802247]
- Savelieva I, et al. Clin Cardiol. 2014 [PMID: 24254991]

August
2014

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

レジデントのための血液診療の鉄則
編著 岡田 定
著 樋口敬和、森慎一郎
B5 頁336 4,200円 [ISBN978-4-260-01966-8]

実践 病院原価計算 (第2版)
編著 渡辺明良
A5 頁176 3,000円 [ISBN978-4-260-01936-1]

**〈看護ワンテーマBOOK〉
患者さんが安心できる
検査説明ガイドブック**
編集 東京慈恵会医科大学附属病院 グリーンカウンター
B5変型 頁176 2,200円 [ISBN978-4-260-01918-7]

消化器外科レジデントマニュアル (第3版)
監修 小西文雄
編集 力山敏樹
B6変型 頁336 4,200円 [ISBN978-4-260-01964-4]

**症状・経過観察に役立つ
脳卒中の画像のみかた**
市川博雄
B5 頁120 2,500円 [ISBN978-4-260-01948-4]

**〈好評発売中〉
DSM-5®
精神疾患の診断・統計マニュアル**
原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎、大野 裕
訳 染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村 将、村井俊哉
B5 頁932 20,000円 [ISBN978-4-260-01907-1]

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

「難しい」「とっつきにくい」と言われる神経診察ですが、問診での確かな病歴聴取ができれば、一気に鑑別を絞り込みます。この連載では、複雑な神経症状に切り込む「Q」を提示し、「問診力」を鍛えます。



こんな時にはこの“問診力”で見逃さない神経症状

黒川 勝己 川崎医科大学附属病院神経内科准教授

第11回 体重減少

症例

患者：76歳、男性

主訴：体重減少

病歴：約1年前に、前立腺癌に対する放射線療法を受け始めたところから食欲低下が生じた。近医で精査されたが明らかな異常が認められず、うつ病と診断された。投薬を受けたが次第に声が小さくなり、食事も減っていった。体重は1年間で15kg減少し、最近ではペットボトルのふたを開けることも難しくなってきた。うつ病の治療のため当院心療科に入院するも、抗うつ薬の反応性に乏しいため、当科に紹介され受診した。

今回取り上げるのは「体重減少」です。体重減少が神経症状なのか、と思う方もいらっしゃると思います。もちろん、消化器疾患の症状、あるいは代謝性疾患の症状として体重減少が生じる場合もあります。一方で神経筋疾患のために筋肉が萎縮しても体重減少は生じますし、嚥下障害のために二次的に体重減少を生じる場合もあります。したがって、神経症状としての体重減少もあり得ることなのです。

一般的には体重減少がある場合、まずは悪性腫瘍の検索をしたいと思います。そしていくら探しても悪性腫瘍が見つからない場合は、精神疾患によるものと診断されることも多いのではないのでしょうか。本患者でも、悪性腫瘍に対する治療が始まったところから食欲低下、体重減少が生じるも、近医での検査では異常が認められなかったため、精神疾患と診断されていました。その可能性も十分考えられますが、必ず鑑別すべき疾患があります。その疾患は決してcommonではありませんが、極めてcriticalであり、できるだけ早期に診断することが大切になります。

さて、その疾患とは何でしょうか。それを見逃さないために、何を聴くことが重要になるのでしょうか。

既往歴として、40歳のときに胃潰瘍のため胃を3分の2切除されている。喫煙歴として36年間、タバコ20本/日以上を続けていたが、肺気腫と診断され現在は禁煙している。前立腺癌に対して放射線治療を受けるも、既に治療は終了していた。

身長は159cm、体重は37kg(1年前は52kg)、血圧132/84mmHg、脈拍88分・整、呼吸数25分、体温37.5℃。呼吸音は減弱していた。

体重が6か月で5%以上、あるいは12か月で10%以上減少する場合「体重減少がある」とされます。本患者はもとも52kgだった体重が12か月で37kgになり、29%も減っていました。この体重減少の裏に、何らかの疾患が存在する可能性が考えられます。

体重減少はさまざまな疾患によって生じますが、病態生理学的には表のように3つに分類して考えられます。本患者の場合、肺気腫はエネルギー消費の増大により体重減少を生じるので原因疾患の候補になります。一方、前立腺癌は治療も終了しており、体重減少の原因とは考えられないとのことでした。

そのような中で、ある疾患を検索するために有用なのが下記の質問です。

Q 「体のどこかで、筋肉がびくびくすることはありますか？」

患者はかなり前から、体のあちこちで筋肉がびくびくすることを自覚していました。

診察すると、四肢、体幹、さらには舌にもびくつきが認められました。このびくつきは「線維束性収縮(fasciculation)」と考えられます。このfasciculationは、筋萎縮性側索硬化症(amyotrophic lateral sclerosis: ALS)に極めて特徴的な所見です(ただし、脱髄性末

●表 体重減少の病態と主な原因疾患

摂取エネルギーの減少	食物摂取量の減少	摂食中枢障害(脳腫瘍、認知症) / 神経性食思不振症などに伴う拒食 / 神経筋疾患に伴う咀嚼嚥下障害(パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など) / 口腔疾患 / 消化器疾患、副腎不全、種々の全身疾患に伴う食欲低下
	消化吸収障害	消化酵素の機能低下(慢性膵炎) / 慢性下痢(潰瘍性大腸炎など) / 蛋白漏出性胃腸症
エネルギー代謝・利用障害	糖尿病	
エネルギー消費の増大	代謝亢進	甲状腺機能亢進症 / 褐色細胞腫 / 運動の過剰 / 発熱
	蛋白異化	悪性腫瘍 / 消耗性全身疾患(肺結核など)

肥塚直美. 体重減少(るいそう). 日医師会誌. 2011; 140巻特別号(2): 140-2. より改変転載

梢神経疾患などでもみられます)。Fasciculationを確認するポイントは、まず筋肉の収縮をとり、完全に安静にさせることです。その上で、fasciculationは数秒に1回あるいは1分間に1回程度の頻度であるため、少なくとも30秒はじっと観察する必要があります。疲れたときなどに目の周りがびくつきを経験しますが、そのびくつきとは数Hzと頻度が早い点で異なります。「びくつき=全てALS」と思い込んで不要な心配をしすぎないことも大切です。

そのほか鑑別すべき症状としてはmyokymiaやcontraction fasciculationなどがあり、臨床的にfasciculationが疑われた場合は、最終的には針筋電図検査などによる確認が必要になります。ここからは、専門医(神経内科医)に任せてよいところです。

神経学的所見では構音・嚥下障害があり、gag reflex(咽頭反射)は消失、舌の萎縮とfasciculationを認めた。四肢の筋力はMMTで3から4+程度に低下し、四肢・体幹にfasciculationを認めた。腱反射は四肢で亢進し、病的反射としてChaddock反射が両側で陽性、下顎反射も亢進していた。針筋電図検査を施行し、ALSと診断した。呼吸器装着の希望はなく、自宅に帰ることが第一の希望だったため、往診医などの手配のうえ、退院された。退院早期に自宅にて永眠された。

上記のように、下位運動ニューロン徴候(筋萎縮、fasciculation、gag reflexの消失)および上位運動ニューロン徴候(四肢腱反射亢進、病的反射陽性)の存在および針筋電図検査結果から、ALSと診断しました。

わが国におけるALSの発症率は、1.1-2.5人/10万人/年、有病率は7-11人/10万人と推計されており、commonな疾患とは言えません。しかし、個人差はあるものの発症から死亡もしくは侵襲的換気が必要となるまでの期間の中央値は20-48か月であると報告されており、criticalな疾患と言えます。診断をしたその瞬間から緩和ケアが始まる意味でも、criticalな疾患と言えるのではないのでしょうか。

いまだに根治させる治療法はありませんが、少しでも進行を遅らせるためにできるだけ早期にリルゾール内服を開始することが大切ですし、QOLを

改善するさまざまな医療・ケアがあるので、それらを導入することも重要です。本患者の場合、悪性腫瘍の存在、肺気腫などもありましたが、もしも筋肉のびくつきの有無を聴いていれば、もっと早期にALSの存在が診断できた可能性があり、残された時間をもっと有効に過ごしていただけたかもしれません。

ここでもう一人、患者を紹介します。56歳の男性で、3か月前に体重減少(3か月で5kg減少)と疲れやすさを自覚しました。ボタンの留めはずしが難しく感じており、近医を受診したものの明らかな異常はなく経過観察とされました。その後、他院で各種血液検査、腹部超音波検査、全身CT検査などを受けても明らかな異常はなく、「食事がおいしくない」という発言や、仕事で責任ある役職に就く予定があったことから、うつ状態ではないかと診断されていました。右腕の痛みがあったため当科に紹介受診されました。

受診時には、半年間で約7kgの体重減少(57kgから50kg)を認めていました。この方もびくつきについて聴くと、前胸部のびくつきを自覚されており、診察では四肢にもfasciculationを認めました。針筋電図検査などを行い、ALSと診断しました。

この方の場合ももう少し早くびくつきを聴いたり、確認したりしていれば、診断も早くついたかもしれません。しかし一人目の患者よりは早くALSとわかったので、残された時間をどうしたら有意義に過ごせるか、検討する猶予がありました。

ALSは原則感覚障害がないこと、急に麻痺は起こらないことから、筋力低下も漠然とした疲労のためなどと考えられることがあります。飲み込みにくさからくる体重減少も、食欲低下と思われる可能性があります。存在しない悪性腫瘍を探し続ける前に、筋肉のびくつきを聴くことが、少しでも早い診断のために大変有用と思われる。

今回の“問診力”

体重減少の場合、筋萎縮性側索硬化症(ALS)を鑑別するために筋肉のびくつきがないかどうかを聴く。

人は「作業」を通してもっと健康に、もっと幸福になれる

作業療法がわかる COPM・AMPS実践ガイド

作業療法の現場における評価ツールとして、今や完全に定着したCOPMおよびAMPS、またESIを臨床で実践するためのガイドブック。編者の前著『作業療法がわかる COPM・AMPSスターティングガイド』(医学書院、2008年)でCOPMやAMPSの概要はわかったけれども上手く使いこなせていない作業療法士に向けて、様々なクライアント/疾患/場面による事例を織り交ぜながらわかりやすく「作業」についてガイドする。

編集 吉川ひろみ 東立広島大学保健福祉学部作業療法学科・教授 齋藤さわ子 茨城県立医療大学保健医療学部作業療法学科・教授



臨床解剖学に基づいた精緻な考察と明快なイラストで、ヘルニア手術を解きほぐす

正しい膜構造の理解からとらえなおす ヘルニア手術のエッセンス

外科医にとって必修とされるヘルニア手術は、基本的な手術だからこそ奥が深い。本書では、発生学に基づいた正しい膜構造の理解をベースに、術式の原典までさかのぼり、ヘルニア手術を深く精緻に考察していく。用語の定義・臨床解剖から各部位別の手術手技まで、美しく明快なイラストとともに懇切丁寧に解説した手術アトラスであり、読者の知的好奇心を刺激する。若手はもちろん、ベテラン外科医にも新たな気づきを与えてくれる1冊。

監修 加納宣康 亀田総合病院 副院長、外科顧問、内視鏡下手術センター長 著 三毛牧夫 亀田総合病院 外科部長



The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

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14回】

知の総量と、無知の知

われわれはたくさん知識があることを知性と考へがちである。しかし、それは「昭和の考へ方」だ。21世紀の今日、たくさんものを知っていることは、一つの価値ではあるが、それほど大きな価値ではない。

1950年時点で、医学知識が倍になるには、50年かかっていたそうだが(doubling time)。1980年にはこれが7年になり、2010年には3.5年になっている。東京オリンピックが開催される予定の2020年には、なんとたったの73日で医学知識は倍になると見積もられている¹⁾。2か月ちょっとで倍になってしまうのだ。

もはや、どんなに博覧強記の知識量があっても、メフィストフェレスに魂を売り渡しても、全ての領域における医学知識を最新の状態にキープしておくことは原理的に不可能なのである。勉強しても勉強しても、自分の知らない知識量のほうが自分の知っている知識量よりも圧倒的に大きく、その差は開くばかりである。

「前の」東京オリンピックのときは、医学知識の増大のスピードはとても緩やかであった。そのころは、医者要件は「たくさんの知識がある」であった。

医学部は覚える知識量が多いため、他の学部で4年間のところ、6年制をとっている。その間、解剖学、生理学、生化学、病理学、微生物学、内科、外科、メジャー、マイナーとたくさん知識を詰め込んで頭をパンパンにすると医者のできあがり、というわけだ。

それは「受験戦争」と呼ばれた時代においては、とても親和性の高い勉強の仕方であった。受験に強い学生は、大量に、迅速に、正確に知識を詰め込むのがとても得意な学生のことだからだ。受験でよい点数を稼げる学生が医学部に来るのは、いわば必然だったのである(それを狙っていたわけではないと思うけれど)。

しかし、現在ではそのような「昭和の」方法論は全く通用しない。「知識の総量」で勝負する時代は終わったのである。「自分がどのくらい物知りか」を誇るよりも、むしろ「自分がどのくらい知らないか」にどれだけ自覚的であるか、のほうがずっと知性をはかるにはふさわしい。ソクラテスの「無知の知」である。

仮にAという人物の知識の総量が、Bという人物の3倍あったとしよう。昭和の時代ならば、AはBよりも「頭が良い」ということになる。

しかし、もしAが「自分の知らないこと」に全く無頓着である場合、そしてBが自分の知識の及ばないところにとっても自覚的である場合、AよりもBのほうがより高い知性を持っている。

Aのほうは単に知識の総量が多いだけの「物知り」である。しかし、自分の知識の体系の外にある世界について全く無頓着である。彼/彼女は自分の知っている世界でしか勝負しないから、それ以外の問題についてはやっつけ仕事で適当に片付けようとする。痛みに対して痛み止め、不眠に対して睡眠薬、熱に対して抗菌薬を処方し、「なぜそうなのか」については頓着しない。さらに教科書や文献を調べようとか、知っている人に教えてもらおうというインセンティブも持たない。よって、自分の知識の体系の外の知識に目を向けることがない。

こういうのを「井の中の蛙」という。もっと直截に言うならば、現代においてこういう人物は「バカ」である。自分の知識の及ばない領域に全く無知、無関心なのだから。たとえ知識の総量が多くても、それは単なる「物知り」に過ぎない。

「知らないという自覚」は調べようというインセンティブを生む。幸い、知識量の増加が著しい現代において、その知識の検索能力も昭和の時代と比べものにならないくらい増大した。英語力とちょっとしたITリテラシーがあれば、われわれは短時間で必要な情報をかなりの確率で手に入れることができる。「知らないという自覚」がある人物は、知識の取り入れに懸命になる。なにしろ、知らないのだから。他者とのコミュニケーションも積極的に行う。なにしろ、知らないのだから。

さて、医学情報の収集には英語力が必須である。現在手に入る医学情報の大多数は英語でできているからだ。日本語の二次情報も存在するが、その量は限定的で、かつ古いことが多い。やはり直接 Pubmed, Google Scholar など

を駆使して文献に当たったほうが手取り早い。

長らく学生や研修医を教育しているが、「自分は読むことはできるが話せない」とか「書けるんだけどヒアリング(リスニング)が」という言葉を耳にする。それは間違いだ。「読むことはできるが」と言う人物は本当の意味では読めていない。「書けるんだけど」という人物は書いていない。単に、「できる」という言葉の意味するハードルがとても低い位置にあるだけだ。

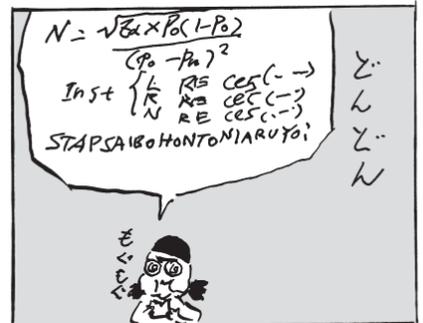
「日常生活ならば不自由しない」言語力なんていうのも実にアテにならない言説だ。買い物をしたり、トイレに行ったりするくらいならほとんど語学力は必要ない。不自由しないレベルは主観的に規定される。満足感、諦めてしまえば得ることができる。

多くの英語力は極めて低い。そのほくよりも英語力の高い日本の医学生や医者は極めて希有だ。それは、読み書き、聞き、しゃべる、全てのレベルにおいてそうである。

だから、一部の天才的な語学力の持ち主を除けば、英語は必死に勉強しなくてはならない。英語力がなければ医学情報の収集がおっくうになる。そうすると収集しなくなる。自分の知識の体系から外に出なくなる。はい、「井の中の蛙」のできあがり、である。

多くの医者は製薬メーカーのMRさんから「だけ」医学情報を収集する。原著論文を読めばそれが「誇大」広告なことはすぐ看破できるが、論文を読む力がないためにすぐにだまされる。

「英米の文化に染まりたくない」なんてセリフも聞いたことがある。結構、ならばスワヒリ語でもチェコ語でも、



ペルシャ語でもマスターするがよい。もちろん、英語をマスターした後で。そうすれば、「英米文化に染まる」ことはなかりうし、英語ができない言い訳も消える。

●参考文献
1) Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2011; 122: 48-58.

病棟、外来、チーム医療、地域医療連携・・・
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

ホスピタリスト
Hospitalist
Vol.2-No.2 発売
特集 膠原病
2014年間購読申込受付中!

責任編集
金城光代
岩波慶一
筒泉貴彦

●季刊/年4回発行
●A4変 200頁
●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。(送料別)
※1部ずつお買い求めいただくの比に比べ、約4%の割引となります。

●1部定価: 本体4,600円+税

●四六判 200頁
●定価: 本体1,800円+税

著 石山貴章
St.Mary's Health Center,
Department of Hospital Medicine

真の“Hospitalist”を目指す!
米国で病棟ジェネラリスト=ホスピタリストとして活躍する、元“落ちこぼれ”医師が見たものは?

新刊 僕は病院のコンダクター
日本人ホスピタリスト奮闘記

目次
総論: 症状に対する診断的アプローチ
1 ①発熱
2 ②関節炎
3 ③皮膚症状
4 ④呼吸症状
5 ⑤神経・筋症状
6 ⑥眼、耳、鼻、口
7 血液検査
8 免疫抑制剤① DMARDs, 生物学的製剤, NSAIDsを中心に
9 免疫抑制剤② ステロイド
10 関節リウマチ (RA)
11 全身性エリテマトーデス (SLE)
12 リウマチ性多発筋痛症 (PMR), 側頭動脈炎 (GCA)
13 血管炎
14 全身性強皮症, 皮膚筋炎 (DM)/多発性筋炎 (PM)
15 痛風/偽痛風/化膿性関節炎
16 脊椎関節炎
17 Behcet 病
18 Sjogren 症候群

113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

●お願い—読者の皆様へ
弊紙記事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
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集部

精神疾患の世界的な診断基準・診断分類、19年ぶりの大幅改訂!

DSM-5®
精神疾患の診断・統計マニュアル
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5

米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類、改訂第5版。DSM-IVが発表された1994年以来、19年ぶりの改訂となった今回は、自閉スペクトラム症の新設や双極性障害の独立など従来の診断カテゴリーから大幅な変更が施されることとなった。また日本語版については、日本語版用語監修として新たに日本精神神経学会が加わった。

原著 American Psychiatric Association
日本語版用語監修 日本精神神経学会
監訳 高橋三郎
大野 裕
染矢俊幸
神庭重信
尾崎紀夫
三村 将
村井俊哉

DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル
精神疾患の世界的な診断基準・診断分類
待望の日本語版翻訳!
DSM-5から19年ぶりの大改訂!

B5 頁932 2014年 定価: 本体20,000円+税 [ISBN978-4-260-01907-1] 医学書院

Medical Library 書評新刊案内

《眼科臨床エキスパート》

All About原発閉塞隅角緑内障

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信, 天野 史郎 ● シリーズ編集
澤口 昭一, 谷原 秀信 ● 編

B5・頁320
定価:本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01959-0

評者 近藤 武久
兵庫県予防医学協会

ここ十年余りの歳月の間に、原発閉塞隅角緑内障ほど大きな変革がもたらされたものは少ない。疾病の分類、名称に始まり、検査法、治療方針に至るまで大幅な変化がもたらされたのである。このような状況の下、新しい教科書、解説書が求められるのはけだし当然のことであり、本書の出版は誠に時宜を得た企画であるといえる。

Fosterらにより提唱された新分類では、緑内障という名称は緑内障性視神経症(GON)の存在の有無をもつてのみ定められるという考え方に基いている。そしてGONを伴

わない狭隅角眼は閉塞隅角症(PAC)とし、緑内障という名称が取り除かれた一群として取り扱われることになったのである。この分類法の詳細や問題点について、いろいろな角度から明快な解説がなされている。加えて日本緑内障学会による「緑内障診療ガイドライン」の初版から第3版までの変遷も対比されていて、理解を助けてくれる。しかしながら、久米島での疫学調査の成績のみならず、緑内障の名称が除かれたとはいえ、原発性のPACは原発閉塞隅角緑内障(PACG)と同様、急性発作によって失明につながる恐れのある状態であることに変わりはない。その継続的な管理が大切であることが強調されている。

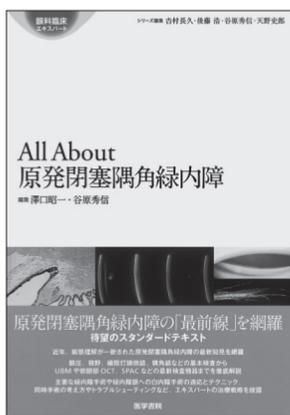
本書を通覧して言えることは、掲載されている隅角鏡写真や映像が実に美しく、かつキーポイントとなる所見が的確にとらえられていることである。過去に、わが国でも清水弘一氏や、山本哲也教授らによる立派な隅角写真集が存在しているが、本書の画像や写真は理解しやすく、過去の好著に十分匹敵し得るものであろう。加えてUBM、前眼部OCTといった新しい機器による画像が数多くのセクションにおいて採用、活用されており、説得力に富む内容であると言える。評者が眼科医になりたてのころ、教室の先輩からプラ

トー虹彩はわが国ではほとんど見られず、欧米の患者の疾患であると教えられた記憶が残っているが、UBM、OCTの登場により瞳孔ブロック、プラトー虹彩、水晶体因子、毛様体因子のマルチメカニズムの存在の有無が容易に確認され、わが国においてもプラトー虹彩の合併例が数多く存在することが判明した。

いくつかの新しい知見の中で注目する点は、毛様体、脈絡膜に関する記述量が大幅に増加したことであろう。過去の緑内障の教科書において毛様体、脈絡膜に関する記載は皆無に等しい状況であったことを考えれば、実に大きな変化であり、Quigleyらの脈絡膜膨張に関する説については今後も衆目が集まる場所である。向後さらに、可変性周波数のUBMが普及すれば、眼表面から5mm以上離れた深部組織(毛様体扁平部、毛様小帯、水晶体赤道部、脈絡膜など)についても容易に鮮明な映像が把握されるようになり、一段と毛様体、毛様小体、脈絡膜などに関する研究が進むものと推察される。

治療に関して特筆すべきことは、白内障手術が治療法の中で大きなスペースを占めるようになったことであろう。水晶体再建術はPACGが備えている解剖学的なリスクや問題点を大幅に改善する。それのみならず、術後の眼圧調整にもかなりの成果があり、かつ視力予後も満足すべきものである。透明な水晶体の除去となるケースもあるが、将来、眼内レンズの進歩がこの欠点を補ってくれるものと期待している。東アジアからの報告では欧米の成績と比べ、術後に隅角が開放されても相変わらず眼圧が高い症例が多い傾向にある。このような線維柱帯の不可逆性変化に関しては、病理学的な面からの詳しい解説がなされていて、残余緑内障や混合型緑内障などを解釈する上で参考となる。

キーポイントとなる所見が的確にとらえられた教科書



循環器 レビュー&トピックス 臨床医が知っておくべき27の最新知見

赤石 誠, 北風 政史 ● 編

B5・頁232
定価:本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01931-6

評者 永井 良三
自治医大 学長

循環器臨床のカバーする範囲は広い。高齢社会では循環器診療の重要性が増しているが、循環器の患者は、小児から学童、成人、高齢者にわたる。また急性期疾患から慢性疾患のステージに対応しなければならず、内科と外科の診断・治療法に通じていなければならない。このように診療は極めて多彩である。

循環器病学は、EBMの推進に大きな役割を果たしてきた。それは、単に検査値の改善ではなく、死亡率や重大な心血管イベントで評価しなければ、治療法の真の評価ができないからである。このため、いまや循環器医は、分子病態から診断・治療法の進歩、さらに疫学や臨床試験まで視野に入れていなければならない。しかし、循環器病学は、毎年、急速な進歩を遂げており、専門医といえどもこれを俯瞰することは極めて困難である。

こうした状況の中で、赤石誠および北風政史の両博士が編集された『循環器 レビュー&トピックス』は、循環器病学の最新の知識を学ぶ上で、出色の小冊子である。序文によると、この冊子の企画は10年前にさかのぼる。当時、医学書院の総合医学誌『呼吸と循環』の企画に、赤石、北風の両博士

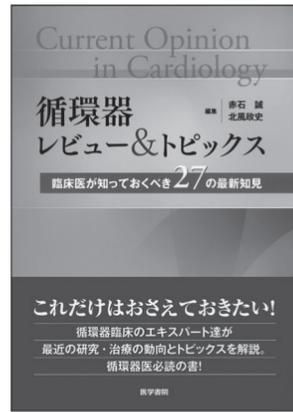
の参加をいただいたことに始まる。両博士の発案で、「Current Opinion」という連載が始まり、折々の話題について、文献を紹介しつつ各筆者の考え方を紹介いただけてきた。今回の冊子は、最近4年間に掲載された論説の中から、重要な話題をまとめたものである。

本書は、画像診断の進歩、虚血性心疾患、心不全、心筋炎・心筋症、弁膜疾患、不整脈、高血圧の計7章、212ページの構成をとっている。各論説の冒頭には、それぞれの項目の課題や話題が歴史を踏まえて概説されており、それに引き続いて

話題と関連の深い最新のトピックスが簡潔に紹介されている。したがって必ずしも最新の知見の紹介にとどまらないため、かつてのトピックスを知る世代にとっても、紹介記事の位置付けが明確に理解でき、読みやすい。

近年、インターネットを通じて最新の知識を得ることが容易となった。このため、活字の出版物が苦戦をしているという。しかし本書のような工夫がなされれば、雑誌や刊行図書の生き残る道は残されている。情報爆発の時代の最新の循環器病学を学ぶために、あらゆる世代の医師と研究者に本書を推薦したい。

循環器病学の最新知識を学べる出色の書籍



内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術 [3DCT画像データDVD-ROM付] CT読影と基本手技

伊藤 壽一 ● 監修
中川 隆之 ● 編

A4・頁236
定価:本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01972-9

評者 花澤 豊行
千葉大大学院准教授 / 耳鼻咽喉科学・頭頸部腫瘍学

日々の忙しさから逃れての旅は、格別である。さてどこに行こうかと考え探索し、目的地が定まったときには、そのワクワクした気持ちを言葉で表現することはとてつもなく難しい。まずは目的地の地図を取り寄せ、さらにその地の見所や美味しいお店を詳細に書き記した旅本を手元に置きたくなるのは、時間にゆとりのないわれわれ医師には必然の行為ではないだろうか。旅本選びにも大切なポイントがある。旅慣れない者にもわかりやすく、持参品には何が必要か、地図上での見所やおいしいお店は

どこか、そして旅程でのトラブルの回避と遭遇した際の対応などが十分に掲載されていることが、必須の記載項目である。

安全・確実な内視鏡下鼻内手術のために

本書はまさに、内視鏡下鼻副鼻腔手術という旅に出る前に必ず用意しておきたいクオリティーの高い旅本と言ってよいであろう。内視鏡下鼻副鼻腔手術の保険算定が改正され、鼻科治療における内視鏡手術の位置付けは一層確立された。より多くの耳鼻咽喉科医が安全で確実な内視鏡下の鼻内手術ができることを、京都大学を中心とした執筆者たちが心から願った一

HOSPITAL MANAGEMENT JAPAN | 2014年9月9日 - 10日 | ホテル椿山荘東京

第一線で活躍する病院経営幹部と厳選されたソリューションプロバイダをつなぐ

ご講演者

多摩大学大学院 教授;
医療・介護ソリューション研究所 所長
真野 俊樹氏

名古屋第二赤十字病院 院長 石川 清氏

社会医療法人財団慈泉会
相澤病院 理事長・院長 相澤 孝夫氏

NTT東日本関東病院 名誉院長
落合 慈之氏

JCHO 大阪病院 名誉院長 清野 佳紀氏

公益財団法人 がん研究会 理事;
地方独立行政法人神奈川県立病院機構
理事 土屋了介氏

お問い合わせ: Summits-apac@marcusevansuk.com
イベントウェブサイト: hospitalmanagementjapan.marcusevans-summits.com

はじめての心電図 第2版増補版

兼本 成斌 著

B5・頁360
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02024-4

評者 伊莉 裕二
東海大教授・循環器内科学

Einthoven らによる心電図の実用化から1世紀が経過し、すでに心電図検査はどちらかと言えば古い検査法になった。ところが、その臨床における重要性は古臭いどころか、今でも極めて重要な多くの情報を与え、臨床医学において無くてはならない検査法の一つである。

臨床医学に必須の心電図読影をわかりやすく解説



「わかる!」ためのポイントを伝授
著者に心電図を正しく読む力が付く入門書。初学者が必ず知るべき考え方のポイント、読影のクワイアリアを簡単に解説する。理解度をチェックするセルフアセスメントも収録。付録の増補改訂版。

脈の乱れを示す不整脈の診断には、その時の心電図があればほぼ確定診断可能である。さらに虚血性心疾患の診断にも重要である。特に急性期死亡率の高いST上昇型心筋梗塞においては、症状と心電図と血液検査で診断することが標準となっている。血液検査の異常値は、早くて発症2時間内出現し、発症2時間以内は正常値である。しかし心電図では発症後1分程度ですでに変化が出始めるため、超急性期診断には最も優れた診断法である。心筋梗塞に対する再灌流治療の発達はこの10年で目覚ましいものがある。最近では、「より早く再灌流を」という流れから、病院のドアをくぐってから冠動脈インターベンション(PCI)による治療完了まで90分以内で施行するべきとガイドラインでも決められている。これを達成できれば患者の死亡率は有意に減少するのである。すなわち、胸痛患者が来てから10分以内に心電図をとり、異常を認めれば心臓カテーテルを直ちに行わなければならない。これが現在の標準医療なのである。よって、心電図を早く行い早く診断する能力というのは、これまでになく臨床医学において重要視さ

れている。さらに心疾患だけでなく、電解質異常やジギタリスによる薬物中毒などが診断できその応用範囲は幅が広い。したがって、循環器内科学を専門的に志す医師だけでなく、いずれの専門性を志すにしても、総合的な診療をめざすにしても、基本的な心電図読影は臨床医学の必須の領域なのである。

本書は、初学者のためにわかりやすく執筆された心電図の入門書である。図表を多用し、実例を多く示し、初学者にも理解しやすい内容となっている。さらに筆者の長年の心電図教育の理論と実践を反映し、循環器専門医が読んでも納得できる深い内容を含んでいる。

心電図は初学者にとっては、とっつきにくく、苦手意識を持つ医学生が多い。本書を手にとって学ぶことで、実は心電図は非常に合理的かつ理論的な検査法であり、基本の習得とある一定のパターン認識により、かなり深い診断が可能となる領域であることがわかるであろう。

私は現在東海大循環器内科学教授という職務から、学生に心電図を教える立場であるが、私自身も学生のときには心電図を苦手としていた。卒業し臨床研修医として現場に出てから、患者さんの病態と心電図を比較し、その病状の反映に極めて鋭敏であることからその有効性をあらためて認識し、研修医時代に深く心電図を学んだものである。心電図が理解できる喜びをぜひ、多くの医学生と共有したいと考えている。

されていることと、術前のプランニング能力の習得が絶対条件である。腫瘍切除においては、術者の技量に応じた妥協点は存在しない。完全切除、根治切除をめざした十分なプランニングと合併症の回避が必要であり、これらの習得には確実に術野の全行程をイメージできる能力の養成やキャグバーを用いた日頃のトレーニングによるところが大きく、それにおいても本書の活用が有効であろう。

表紙の帯に書かれているとおり、本書の発行はナビゲーション時代の鼻科手術書の堂々の刊行といえる。日々の内視鏡下鼻内手術に臨む前に本書をしっかり読み込むことで、言葉にできないワクワク感をぜひ一緒に感じていただきたい。

る冊である。本書の前半には、内視鏡下鼻副鼻腔手術の基本となる、セットアップ、手術器械および副鼻腔炎手術の基本手技が、クリアな鼻内写真と適切なCT所見を利用して、わかりやすく解説されている。また、それぞれに掲載されているCT所見が3次元的に見られるよう取り込まれたDVD-ROMが添付されている点は極めて斬新であり、目的地の地図をタブレット端末にダウンロードして旅先のナビゲーション代わりにすることと同様で、とても便利で有用である。後半は、応用編として今後拡大されていくであろう内視鏡下鼻内手術における腫瘍切除、眼窩内や頭蓋底へのアプローチを念頭に入れた先見的内容となっている。これらの手術においては、十分に基本手技が習熟



在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりだ。往診靴の中、往診車の中、患者さんの家の中、部屋の中……在宅医療にかかわる道具(モノ)を見つめていると、道具も何かを語っているようだ。今回の主役は「外来予約票」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

語り手 つながりキープのお約束 外来予約票さん

鶴岡優子 つるかめ診療所

朝眠そうなお子もたちが学校や公園に集まってラジオ体操。夏休みによく見かける光景です。学校や仕事がない休みの日をどう過ごすのか、自由度が高く充実度には差が出ます。1日中クーラーをつけて、テレビやゲームにかじりつきでは困ります。「キョウイク」が大事と聞きました。「教育」も大事ですが、「今日行く」ところがあることが大事なんだそうです。ラジオ体操に出かける子どもたちを眺め、なんだか納得です。

私は、ある患者さんの外来予約票です。予約日はとっくに過ぎています。何度も取り出され、ボロボロになってしまいました。実は私、3か月前に某大学病院の某科専門医に発行されたモノなのです。患者さんはがんという病気で外来通院していました。しかし、私に書いてある予約日、奥さんは困り果て、病院へ電話をしました。「うちの、人、なんだか今日伺えそうにありません。歩けないんです」。

外来の受付の方は親切に「車イスをお貸しできますよ」と答えました。奥さんは悩みました。自家用車に乗って病院に行くのがまず大変。子どもが会社を休んで通院に付き合ってくれると言っているけど、休ませたくはない。病院に着いたとしても、待ち時間が大変。椅子に座っているのもしんどそう。ベッドのある部屋で休ませてもらったこともあるけど、点滴している人やもっとうごったりしている人もいて、気兼ねがあったし……。いろんなことが頭を巡りましたが、出てきた言葉は「今日はちょっと難しそうです」だけでした。

そのうち、病院の連携室というところから電話がかかってきて、「自宅に訪問してくれる医者や看護師を紹介しましょうか?」と聞かれました。奥さんはびっくりしました。そんな人がいるなんて知らなかった。もっと早く教えてくれればよかったのに。でも、その人たちが「いい人」とは限らないし、うちのお父さんはどう思うかしら? またいろんなことが頭を巡りましたが、出てきた言葉は「では、お願いします」だけ。

在宅医と訪問看護師が家に来るようになりました。肝心のお父さんの気持ちはわからない部分もありますが、私から見ると満足気です。病状は進行し深刻なのでしょうが、もう病院に行かなくていい、というだけで気が楽になったとお話されていました。介護保険の申請を勧められ、市から調査員が来たり、ケアマネジャーも来たりしました。次第に皆さんとの信頼関係が築かれる一方で、病状はさらに加速度を増して悪化していきました。

訪問診療の自然な流れで「最期をどこで過ごすか?」ということが話題に上るようになりました。その日の夜、夕食後にテレビを見ているときのことでした。夕食といっても、患者さんはほとんど口にできません。それでも奥さんがデザートに果物を用意していたところ、突然、患者さんが切り出しました。「最期は家で、と考えているけど、お前は大丈夫か?」。少し沈黙が流れました。奥さんの頭の中はまたいろんなことが巡っていたのかもしれませんが。出てきた言葉は、「お父さんのお考えどおりにしましょう。私は大丈夫よ」でした。患者さんは黙ったまま、保険証や診察カードの入っている袋から私を取り出しました。そして、私は丁寧にゆっくり破られ、ゴミ箱に捨てられました。もう「今日行く」ところの約束は必要ないと思われたのでしょうか。「明日逝く」かもしれない、そんなときでも心穏やかに自分の居場所を決められる人はすごいなあと思いました。



予約票は必要ありません
午後2時。辺りは急に暗くなり、雷様と一緒に激しい雨がやってきました。予報でわからないことは、人生にもあるものですね。こちらは予約票が必要ありません。「24時間対応」は在宅療養支援診療所と同じです。

病院経営における原価計算の“戦略的実践”を目指して

実践 病院原価計算 第2版

わが国における病院原価計算の地歩を開いた初版の刊行以降も、病院経営環境の変化はさらに激しさを増すとともに、原価計算に対する考え方や利用方法も変化を遂げている。今版では、原価計算の手法を最新のものに修正したうえで、DPCの導入により特に重要となる疾病別原価計算の手法について、さらにBSCとの関係や部門予算制への展開など、病院原価計算をより戦略的に活用するための方法についても解説した。

編著 渡辺明良
聖路加国際大学常任理事・法人事務局長



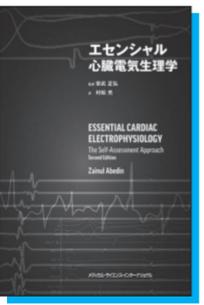
まずは臨床に役立つ基礎を学ぶ

エセンシャル心臓電気生理学

Essential Cardiac Electrophysiology: The Self-Assessment Approach, 2nd Edition

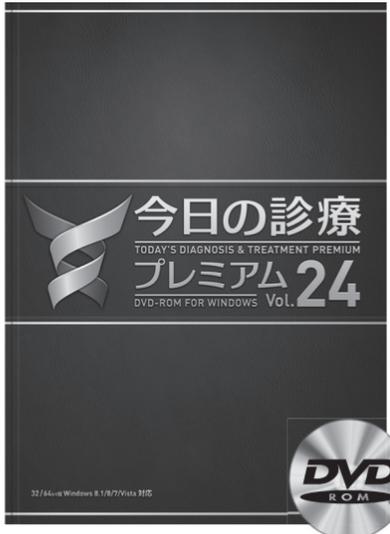
▶不整脈を理解するうえでの礎となる心臓電気生理学について、基礎から臨床までを、基本的な事項からトリビアにまで渡って箇条書き形式でまとめたテキスト。自己評価問題と解説がつき、知識の確認や整理に役立つ。循環器専門医及び電気生理検査に関わる看護師や臨床検査技師などのEPチームメンバー、さらには研修医、心電図や不整脈に興味を持つ臨床医に幅広く有用。

監訳: 安武 正弘 日本医科大学大学院総合医療・健康科学分野教授 / 日本医科大学付属病院総合診療科部長
訳: 村松 光 日本医科大学内科学(循環器内科学)非常勤講師
定価: 本体6,800円+税
B5変 頁528 図125 2014年
ISBN978-4-89592-780-2



最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース

今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows



●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

パソコンだけでなく、 スマートフォン・タブレット端末 でも「今日の診療」をご利用 いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境
 iOS(4.3以降) 端末：
 iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
 Android 端末：
 Android2.3以降搭載のスマートフォン、
 3.2以降搭載のタブレット
 別途 Medical e-Shelf(MeS) アプリ(無料)
 のインストールが必要です。

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



治療薬検索は独自機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。



データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.24」も
ご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.24 DVD-ROM for Windows

価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、
スマートデバイス閲覧権は付与されません。

収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2014年版
付録の一部を除く全頁を収録 Update
- ② 今日の治療指針 2013年版
付録の一部を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2013-2014
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014
付録の一部を除く全頁を収録 Update

プレミアムのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑬ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

*書籍とは一部異なる部分があります

「今日の治療指針 2014年版」には、 スマートデバイス閲覧権が付いています。 本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。



お申し込み手順

- 1 本書に挟み込まれている専用申込書に、必要事項をご記入の上、ポストに投函してください。
※お申し込みは、専用申込書でのみ受け付けております。
- 2 ライセンス証書が郵送されたら、スマートデバイスに「Medical e-Shelf」アプリをインストールします。
- 3 初回のみ、ライセンス認証を行います。

スマートデバイス版の特長

- 1 章から疾患項目を選び、全27章、1,121疾患項目の見出しから参照
- 2 キーワード検索
検索ボックスにキーワードを入力すると、該当項目一覧を表示(スペースで区切れば、and検索も可能)

※スマートデバイスの動作環境
 iOS(4.3以降) 端末：iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
 Android 端末：Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット
 別途 Medical e-Shelf(MeS) アプリ(無料)のインストールが必要です。

今日の治療指針 2014年版

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- デスク判(B5) 頁2128 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]
- ポケット判(B6) 頁2128 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2]

厳選された医薬品情報を 持ち運びに便利な文庫本サイズに凝縮



Pocket Drugs 2014

監修 福井次矢
編集 小松康宏・渡邊裕司

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、重要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

●A6 頁1312 2014年 定価：本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01751-0]



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693