

2011年10月10日

第2948号 for Residents

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) 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

今週の主な内容

- [シリーズ] この先生に会いたい!! (菅野武、齋藤伴樹)..... 1-2面
[インタビュー] 優れた診断医はどう育つか (ローレンス・ティアニー、岩田健太郎).... 9面
[連載] 心電図/航海術/医学教育/ER/検査/膠原病/ホスピタリスト
MEDICAL LIBRARY,他..... 12-15面

東日本大震災時に南三陸町の公立志津川病院に勤務し、自らの命を危険にさらしながら患者を救った菅野武氏を、米TIME誌は「世界で最も影響力のある100人」に選んだ。氏自身は自らを「普通の人間」と評し、恐怖や不安との闘いの中での行動だったと明かす。そしてその極限の精神状態を支えたのは、「患者に寄り添う医療」という、医学生時代から見続けてきた「月」の存在だった――。

齋藤 震災時の公立志津川病院はどのような状況だったのでしょうか。

菅野 地震のあった14時46分は、私が午後の回診を終えて医局に戻ってきた直後でした。強烈な縦揺れの後、横揺れで医局の本棚が倒れて、隣のデスクのパソコンから火花が散ったのを覚えています。揺れが収まるのを待ちきれずに病棟を見て回ったのですが、私の見た範囲では地震による負傷者はおらず、停電後も非常用電源の作動により医療機器は動いていました。

齋藤 やはり、その後の大津波が深刻な被害をもたらしたわけですね。

菅野 そうですね。もともと南三陸にはチリ地震津波(1960年)の教訓があって、志津川病院は当時の観測(2.8m)の倍以上に当たる6mの津波まで想定し、3-4階に入院病棟をつくったのです。半年に1度は防災訓練を行っており、その際の基本ルールも「3階以上に逃げる」でした。

ただ、今回は明らかに尋常でない揺れだったので、津波警報の発令後、最上階の5階へ患者搬送を始めました。志津川病院には寝たきりや歩行に介助が必要な高齢の入院患者が多く、ほとんどの方は自力で階段を上がりません。エレベータは停止してしまし、病院スタッフが患者さん一人ひとりを階段で運びました。

齋藤 津波はどれくらいで来ましたか。

菅野 最初の地震後、40分ほど過ぎ

シリーズ この先生に会いたい!! 菅野武氏に聞く
東北大学大学院医学系研究科博士課程・消化器病態学分野

「病と闘うか、あきらめるか」ではうまくいかないことがきっとある。そんなとき、「寄り添う」医療もあることを覚えておいてほしい。

てからです。濁流が見えたので階下に残った人たちに「早く5階に上がれ」と叫んだのですが、その2-3分後には病院の4階天井まで津波が流れこんできました。

無力感、死の恐怖、覚悟の指輪

菅野 南三陸は湾に面した、リアス式海岸の美しい町です。病院は海から400mぐらい離れたところであって、窓が太平洋側を向いているので朝日がすごくきれいでした。

その町がまるごと津波にのまれてしまっ、運びきれずに病院の3-4階にいた患者さんや病院スタッフを私は救うことができなかった。あの美しかった町が、自分のいる病院と向かい側の建物の一部だけを残して、見渡す限り茶色の水で覆われたのです。人生であれほどの無力感を味わったことはありません。それと同時に、「自分も余震や津波の第二波で死ぬかもしれない」という恐怖感にも襲われました。

齋藤 もし病院が4階建なら……。

菅野 誰も助かっていないかもしれませんがね。ただ不思議なもので、死を意識したときに、自分のことよりも残される家族のことが頭をよぎったのです。私は消化器内科医で、内視鏡を使うと吐物や便で汚れることもあり得るので普段は指輪をしません。でも、「自分が津波に流されて遺体で発見されたときに目印になるものがあつたほうがいい」と考えて、財布から結婚指輪を取り出して薬指にはめました。

齋藤 第一波が引いた後、4階のフロアに患者さんを探しに戻ったそうですね。「もし第二波が来たら……」とは考えませんでしたか。

菅野 もちろん怖かったです。でも、



●3月11日15時30分(津波到達の2分後)、公立志津川病院の5階窓から菅野氏が撮影。建物を破壊しながら津波が押し寄せる。

第一波で患者さんが亡くなった悔しさのほうが強くて、「もう後悔したくない」という医療者としての気持ちが、ほんの少し勝ったのです。覚悟を決めて気持ちを同じくするスタッフと下に降りると、幸いにも息のある患者さんが10人いて、ひとりずつシーツにくるんで5階に運びました。

「月とガスタンク」

齋藤 医療者としてのお気持ちが、死の恐怖に勝るほど強いものだったので。そもそも、先生が医師になろうと思われたのはいつごろですか。

菅野 高校3年生の夏です。受験の準備をするにはすごく遅いですよね。そのころ、認知症だった祖母が転倒して、大腿骨頸部骨折で入院し寝たきりになったのです。最期は肺炎を合併して亡くなったのですが、お見舞いに行くと、酸素吸入器や点滴、尿道カテーテルで



●かんの たけし 仙台市出身。2005年自治医大卒業。国立病院機構仙台医療センターにて初期研修後、市立栗原中央病院を経て09年4月より公立志津川病院内科医長。東日本大震災時、大津波に襲われた同院において患者の治療・搬送に当たった。11年4月には米TIME誌の「世界で最も影響力のある100人」に選ばれる。3月末の任期終了後も南三陸町にて医療チームの受け入れ支援にかかわったため、当初予定よりひと月遅れの5月に東北大学大学院に進学。リサーチ・マインドを磨いた後、将来は質の高い医療と教育を地域で実践することを目標としている。

管理された姿で、手を握ったり話しかけても反応がない。でもすごく苦しうでした。

私の両親は共働きで、幼少時は祖母に育ててもらいました。その祖母に対して自分は何もできなかった。それで、終末期を含めた「患者に寄り添う医療」を勉強したいという気持ちが芽生えてきたのです。

齋藤 それで進路変更を?

菅野 もともとは理工学部に進学するつもりが高3の夏になって方針転換です。進路指導の先生には怒られ、受験勉強も間に合わなくて一浪してしまいました。

齋藤 そこから自治医大に進学され、学生時代のご経験のなかで「今に生きている」と感じるものはありますか。

菅野 大きかったのは、金田英雄さん(故人)との出会いですね。金田さん

(2面につづく)



聞き手 齋藤伴樹さん
福島県立医科大学5年生

October 2011 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。
ティアニー先生の診断入門 (第2版)
緩和小エッセシャルドラッグ (第2版)
神経心理学コレクション アクション
脳科学とスピリチュアリティ
ティアニー先生のベスト・パール
問題解決型救急初期診療 (第2版)
精神腫瘍学
チームで支える母乳育児 「赤ちゃんにやさしい病院」の取り組み
臨床検査データブック [コンパクト版] (第6版)
神経心理学コレクション ふるえ [DVD付]
神経眼科 臨床のために (第3版)
緊急度・重症度からみた 症状別看護過程+病態関連図
対応困難事例に出会う医療者のためのメンタルヘルスの知識と技術

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

(1面よりつづく)

は学内にある医書専門店の社長で、当時はうどん屋も経営していました。そのうどんがおいしくて、私はそこに入り浸っていた(笑)。そこで親父のように慕う金田さんが教えてくださったのが、「月とガスタンク」という話です。

夜空の向こうに満月が見えて、手前に大きなガスタンクがある光景を想像してください。形は同じ球体ですが、手前のガスタンクは巨大で、月はすごく小さく見えますよね。でも、実際は月のほうが大きいわけですよ。「目前に大きく見える事象があっても、本当に大切なものはもっともっと向こうにある。自分の生きる目的を見失ってはいけない」という訓話です。

齋藤 高3で医師をめざしたときの心境が、菅野先生にとっての「月」になるのでしょうか。

菅野 その通りです。苦しんでいる人に寄り添うことが自分の根っこであって、このことを一生大事にしようと思えました。

私はたいして成績のよいほうじゃなくて、まあなんとか国試に受かって卒業できた程度です。そんな自分でも、医療に対する姿勢の根源だけは学生時代に築くことができたし、同級生や先輩と熱い思いで地域医療の理想を語り合った日々は忘れることができません。

「支えなくてはいけない人がいる」ことが自分を支えた

菅野 学生時代でもうひとつ印象深いのは、病棟実習で50代の膵癌患者さんを受け持った時のことです。予後不良で手術も難しいと診断され、主治医がそのことを説明する際に私も同席させてもらいました。その方は説明を受けた後、理解はできたものの、病室に戻ってずっと泣き続けました。私はその方にかかる言葉がみつからなくて、隣で一緒に泣いてしまったんですね。

その後で実習指導の先生に、「泣く気持ちがあるのは大切だけど、医師になったら、プロとして患者さんに接しないといけない。医師が泣いたら、患者さんは頼れるものがなくなってしまうよ」と諭されました。これも、私の心に強く響いた言葉です。

齋藤 同じ状況だったら、私もやっぱり泣いてしまいそうです。

菅野 患者さんに共感するからこそ、涙が出てくるわけですよね。でも今はやはり、プロとして泣いてはいけないと思います。「寄り添う気持ちを大切に持ち続けたい」という「月とガスタンク」の話と一見矛盾するようですが、「プロとしての自覚」と「自分にとって大切なもの」、両方のバランスが大事なんでしょう。

齋藤 それは震災時にも言えることなのかもしれませんね。

菅野 あのときは、たとえ若輩であっても医長である自分がパニックになっ

たり泣いてしまっははいけませんし、普段の医療の縮図だったのでしょね。あそこで自分が崩れずに済んだのは、学生時代の経験が頭のどこかにあって、「おまえは医師なんだぞ!」と自分を鼓舞していたのかもしれない。

齋藤 震災当日、濁流が引いた後も、大変な状況は続いたのですよね。

菅野 入院患者107人中42人を病院の5階に引き上げられたのですが、5階は病室ではなく会議室と図書室のフロアで、酸素吸入器も点滴もありませんでした。できることは、痰を手でかき出したり、窒息しないように横に寝かせて様子を見るぐらい。自衛隊の救助ヘリが来るまでに亡くなった方もいます。それが今も非常に悔しい。やることをやって結果的に救えない経験ならこれまでもありますが、今回はそれとはだいぶ違いました。

齋藤 それでも涙をこらえて……。

菅野 そうですね。図書室を霊安所にして、看護師さんと一緒にご遺体を運びました。タグの代わりに画用紙を切ったものに名前や性別、病名、死亡時刻を書いて、ガムテープで張り付けるわけです。ご遺体に対しては、合掌して「何もしてあげられなくてごめん」とだけ話しかけて、皆のいる会議室に戻りました。

自治医大出身なので、若輩でも地域病院のチームリーダーとして振る舞ってきた経験があって、それが生きたと思います。それと、これは逆説的ですが、「自分が支えなくてはいけない人たちがいる」という状況が、逆に自分自身を支えてくれていたのかもしれない。志津川病院のスタッフも星愛子看護部長を中心に強い団結力で、パニックになることもなく、私とともにずっと患者に寄り添っていてくれました。

震災から3日目に流した涙

齋藤 全員が救助されるまでの3日間、本当に長く感じたのではないのでしょうか。

菅野 頻繁に余震があって、食料も水もほとんどない。不安で眠れなかったです。深部静脈血栓予防として、数時間おきに皆で足踏みしたり寝たきりの患者さんの足を動かすのを促していましたが、実際には、寒さと不安の解消目的のほうが大きかったです。

齋藤 通信手段もないなか、震災後しばらくは孤立したわけですよね。

菅野 情報源はラジオだけで、当初は志津川病院のことはまったく報道されなくて、本当に怖かったです。11日の夜中になって、「志津川病院に人が閉じ込められている」という情報がラジオで流れ始め、やっと希望が見えてきました。ヘリで患者さんの搬送が始まったのが12日の午後ですね。

齋藤 菅野先生は最後の患者搬送まで病院に残られたそうですね。

菅野 私が救出されたのは13日午前、ヘリで石巻赤十字病院まで運ばれました。ちょうどスタッフミーティングが

始まる時間で、外科部長の石井正先生に「一言を」と頼まれて、志津川の現状を報告しました。

齋藤 どんな話をされたのですか。
菅野 「南三陸町は津波で全部失われてしまいました。ですから、南三陸から運ばれてきた患者さんの命をどうか守ってください」と。でもその後、言葉に詰まったんです。それで、下を向いてちょっと泣いてしまって……。そうしたら、看護師さんたちが走り寄って来て私を抱きしめてくれて……。なんかもう、それ以上は言葉も出なかったです。

齋藤 ご家族と再会されたのはその後ですか。

菅野 搬送された患者さんを見届けた後、石巻赤十字病院の知人が貸してくれた車に泥んこの白衣のまま乗って、実家のある仙台に戻りました。ただ、携帯電話が全く通じなかったので、お互いの安否がわからなかったのです。玄関先で会ったときはお互い突っ立ったまま、無言で泣きました。

齋藤 ずっとこらえていた感情があふれ出たのでしょうか。

菅野 震災後は3日間ずっと、時に無理しながらも医師として振る舞ってきたのが、あそこでひとりの人間に戻ったのだと思います。

「治す医療」と「寄り添う医療」

齋藤 震災の5日後にお子さんが生まれて「怜(れい)」と名づけたエピソードは、TIME誌にも紹介されました。名前は震災前から決めていたのですか。

菅野 男の子なので自分と同じく一文字にしようと考えていて、「怜」もいくつかの候補のうちの1つでしたね。最終的には顔を見て決めました。

「怜」を訓読みすると、「さとし」という賢さを示す意味があり、知恵を持って人生の困難を乗り越えてほしいという思いを込めています。それに音読みすると、光線を意味する“ray”と発音が似ていますから、「彼が生まれてくれたこと自体が私たち家族に差し込む希望の光だろう」と。そんな話を記者にしたらTIME誌に書かれて、ちょっと恥ずかしかったです(笑)。ただ実際の話、出産準備のため妻が娘を連れて仙台に帰っていなかったら、二人とも助かっていないと思うんですよね。

齋藤 もともとは志津川にいらしたのですか。

菅野 震災の10日前まで、病院の裏のアパートで一緒に暮らしていました。もしあそこにいたら、私も助けに



行って津波にのまれていたかもしれない。息子は生まれてくることによって、私たち家族を助けてくれたのですね。
齋藤 先生がTIME誌の「世界で最も影響力のある100人」に選ばれて、同じ東北の後輩として、私も非常に嬉しく思います。先生ご自身はどのようにお考えでしょうか。
菅野 同じような環境のなかで闘っていた人はたくさんいます。これは私個人の業績ではなく、東日本大震災の被災者全体の苦難と努力に与えられたものだと認識しています。

それと同時に、この経験を伝えることが、私に課せられた使命だと思っています。多くの命が失われたことに対して、私自身、震災後しばらくは無力感でいっぱいでした。でも少しずつ、「絶対に負けない、皆で力強く立ち上がろう」という気持ちへと昇華させることができました。私みたいな普通の人間でも頑張ることができた経験を伝えることで、一人ひとりが自分にできることを考えてくれると嬉しいです。
齋藤 経験を伝える上で気を付けていることはありますか。

菅野 大事なものは、他人を非難しないことです。敵対するのではなく協力する。暗闇をみるより、明日への希望につながる具体的な一歩を踏み出すことです。皆が一丸となって頑張れば、日本の未来は明るいと信じています。
齋藤 最後に、医学生や研修医に伝えたいことはありますか。
菅野 私は自治医大を出て、地域でプライマリ・ケアをやってきました。その同じ気持ちをすべての方に共有してほしいとまでは言いません。ただ、「治すことだけが医療じゃない」ことは心にとどめてほしいのです。

医師としてやっていくなかで、「病と闘うか、あきらめるか」という二者択一のような診療ではうまくいかないことがきっとある。そんなとき、「寄り添う」という医療の形もあることをぜひ覚えておいてください。震災時の極限状態の中、私が何とか精神のバランスを保つことができたのも、「患者に寄り添う医療」という「月」が、自分を導いてくれたからだだと思います。(了)

インタビュー 地域医療に従事し、患者に寄り添う医療を実践されてきた菅野先生。思えば、当時起きた生々しいエピソードを話していただき、鳥肌が立ちました。残された家族を案じ、自らの死の恐怖心を抱きながらも、「後悔はしたくない」という決死の覚悟に、医師としての姿勢を感じました。私も、これから被災地で医療を行っていく上でさまざまな困難に直面する時が来ると感じます。そんなとき、「患者に寄り添う医療」という言葉を忘れずにいたいと感じました。被災地の復興のために、あるべき医師の姿を学んだインタビューでした。(齋藤伸樹)

ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を—緩和ケア領域の好著、待望の改訂版!

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の1冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に。緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラー書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁 大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学
岡本禎晃 市立戸塚病院・薬剤科長
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究科
緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版
ポケットにその場で役立つ専門知識と安心感を 緩和ケア領域のベストセラー 待望の改訂版完成!

その言葉に患者が傷つくのを知っていますか? 亡くなる患者にどんな言葉をかけますか?

ことばもクスリ 患者と話せる医師になる

あなたの何気ないその一言に、患者さんは喜んだり傷ついたりしています。医療職の言葉には強い力があり、とくに医師の言葉は絶対です。本書では病院に寄せられた苦情や多くの症例をもとに、医療現場で使われている言葉の問題点を示します。苦情を目の当たりにするのは勇気がいりますが、言葉をうまく使いこなせれば、特別な医療技術を使わなくても患者さんを元気にできるかもしれません。「言葉」は重要なのです。

編集 山内常男 健愛会柳原診療所所長
ことばもクスリ 患者と話せる医師になる
あきらめず、勇気を持って、患者さんと話そう

循環器で
必要なことは
すべて
心電図で
学んだ

第18回

循環器疾患に切っても切れないのが心電図。でも、実際の波形は教科書とは違うものばかりで、何がなんだか分からない。そこで本連載では、知っておきたい心電図の“ナマの知識”をお届けいたします。あなたも心電図を入りに循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

心電図のレッドゾーン“ST上昇”(その6) もしすべての誘導でSTが上がっていたら(後編)

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

前編ではST上昇の“深読み”を取り上げました。無分別(?)なST下降と違って、ST上昇は局在を真っ直ぐに表します。梗塞部位は前壁か下壁か側壁か、詰まっている血管は右か左か、そして血栓の場所は近位か遠位か、STが上昇している誘導から大まかにですが目安をつけることが可能です。

広汎なST上昇 (diffuse ST-elevation)

さて今回は、局在も何もなかったものではなく、とにかく目に付くすべての誘導でSTが上がってしまっているような心電図を取り上げます。例えば、図のような心電図です。

一見「これは大変だ!」と思わせるような症例ですが、実はこれ、急性心膜炎です。急性心筋梗塞と比べると予後ははるかに良好な疾患で、カテーテルチームを呼び出したり、アスピリンを噛み砕いてもらう必要もありません(むしろ砕かないほうが胃に優しく鎮痛効果を発揮してくれそうです、註)。

なぜSTは上がるのか

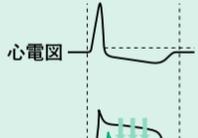
急性心膜炎がこのように広汎なST上昇を引き起こすのは、心外膜側を覆うように全周性の炎症を起こすからです。心筋梗塞にせよ心膜炎にせよ、心筋の心外膜側に障害が及ぶとSTは上昇します。逆に心筋虚血が心内膜側のみにとどまる場合STは下降するのですが、この原因をうまく説明することはとても難しく、かつあまり大事ではないの

メモ 心内膜下虚血でSTが下がる理由

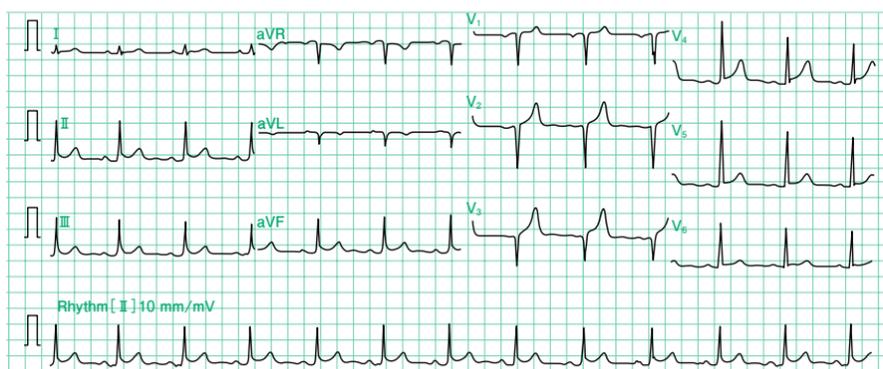
冠動脈は解剖学的に心外膜側を走行し、心内膜側に向かって細かい枝を出している(下図参照)。よって、上流の狭窄などにより血液(酸素)の供給が滞ると、心内膜側の心筋細胞が一番被害を受けやすい。



十分に酸素が供給されないと、心内膜側の心筋細胞の膜電位は浅くなり、活動電位の持続時間も短くなるので、心外膜側の心筋細胞との間に電位差を生じるようになる(下の模式図)。よって、再分極の過程を反映するST部分は下降する。



虚血を起こした細胞内心内膜電位
正常な細胞内心外膜電位 -90 mV



● 図 目に付くすべての誘導でSTが上がってしまっている心電図

で、次のようなぼんやりとした理解でもよいのではないかと考えています。

- ・心筋全層の梗塞が起きると、反対側の再分極の過程が「透けて」見えるようになり、STは上昇する。
- ・心内膜下の虚血が起きると、心内膜側の膜電位が浅くなり、心外膜側と電位差を生じて、STは下降する。

虚血が決まって心内膜側に起こるのは、冠動脈が心外膜側を走っており、心内膜側の心筋細胞が最も血液(酸素)の供給を受けにくいからです。ST変化に関して、この説明だけでは物足りず、これ以上の理由がどうしても気になってしまう方はメモをご覧ください。そのような方は、やや強迫的ですが電気生理学を学ぶ素質がバッチリあります。

急性心膜炎でSTが上昇するのは、心筋の電位障害が心外膜側で起こるからにはかなりません。心膜と心臓は通常15 mL くらいの心嚢液(心臓を滑らかに動かすための、いわば潤滑油)で隔てられていますが、急性心膜炎の発症時はこの心膜そのものが炎症を起こしているの、容赦なく心外膜側の心筋細胞をゴシゴシとこすりまわります。心臓は一日に十萬回くらい拍動するわけですから、昔の洗濯板も顔負けの勢いで心膜炎を全周性に起こすわけです。

なお、急性心膜炎は目立ちませんが探せばよく見つかる疾患です(心筋梗塞でない胸痛の約5%)。胸痛を訴えていなくても、心膜切開を経て行われる心臓手術の後には、程度の差はあれ急性心膜炎が起こっており、術後数日は心膜摩擦音がガサガサと聞こえます(もしも聞こえなければ心嚢液がたまっています)。また、広範囲な心筋梗塞に引き続き急性心膜炎が起こることがありますし、腎不全による尿毒症なども急性心膜炎の原因になり得ます。ですからここでは、心膜炎と心筋梗塞の鑑別のポイントをもう少し挙げておきましょう。

<心膜炎と心筋梗塞の鑑別のポイント>

- ・心房も心臓で覆われており心房の心筋細胞も障害を受けるため、PRが下降する。
- ・Brugada型のST上昇ではcoved型とsaddleback型があるが(第16回参照)、心膜炎のST上昇では、心筋梗塞のそれが凸型なのに対し凹型となる(saddleback型に似ている)。
- ・ST上昇が戻ってからT波が逆転する。心筋梗塞のST上昇では、ST上昇が戻る前にT波の逆転が始まる[いわゆる冠性T波(coronary T)]。
- ・最後にややマニアックな内容だが、V₆のST上昇がT波の高さの25%以上だとほぼ心膜炎と確定できる(文献1)。

ただ、実をいうと心膜炎の最たる特徴は、患者さんの訴える胸部症状の詳細にあります。胸痛について、①部位を「ここだ!」と指さすことができ、しかも②吸気時に増悪する、という二つの特徴を兼ねそろえていれば、急性心膜炎ではほぼ決まりです。身もふたもない話ですが、心電図を眺めてあれこれ議論するよりもベッドサイドに足を運んだほうが早いかもしれません。

広汎なST上昇を来す他の疾患

心筋炎ではどうでしょう? まれですが、心膜でなく心筋そのものが炎症を起こすことがあります。ただ、心筋炎は重症化するケースが3分の1ほどあり、また炎症を起こす部位が心外膜側とも限らないので、心電図だけに診断の確定や除外を頼るのは危険です。

高カリウム血症も広汎なST上昇をもたらすことがあります。このときのST上昇はdownslopingなことが多いのが特徴ですが、やはり心電図だけで鑑別しようとせず、血液検査をオーダーしたり心エコーで壁運動を確認する必要があるでしょう。

ST上昇は特別な所見

心電図は血液検査のように1時間近

く検査結果を待たなくてはならないということもなく、ほんのわずかの労力を惜しまなければ5分程度で波形がはき出されてきます。そして、心筋の再分極の過程を反映するST部分は心筋障害の程度に応じてダイナミックに変化し、胸部症状を訴える患者さんの評価に大変有効です。そのなかで特にST上昇だけはどの科の医師であっても見逃すわけにはいきません。

STが上がっている患者さんを救急外来から病棟に直接上げてはいけませんし、当直で申し送ることも御法度です。冠動脈インターベンションなどの再灌流療法の適応があれば必ずカテ室を経由し、さらにアスピリンなどの抗血小板薬は即座に開始する必要があります。

真のST上昇を見極めるコツは、2つ以上解剖学的に連続する誘導でSTが上がっていて鏡像変化があればまずホンモノで(第12回)、しかもそれを認識するまでの時間は短ければ短いほどよく(第14回)、ただし一次性のST変化と二次性のST変化はしっかりと見極め(第16回)、今回の稿のような少数の例外があることも認識しておくことかと思えます。

ST上昇に関して数回にわたってしつつこく稿を連ねてきましたが、ざっくりまとめるとこんなところでしょうか。怪談調にまとめようかと思いましたが、実は一番怖いのは普通のST上昇を見逃したときかもしれません……。

註: アスピリンはプロスタグランジン阻害作用を発揮しすぎて胃粘膜保護を抑制しないようにコーティングされています(腸溶剤)。よって、急性冠動脈症候群のように一刻も早く効果を発揮させる必要がある場合には、患者さんに噛み砕いてもらう必要があります。

POINT

- ST部分は心筋障害をキレイに反映する。
- 広汎なST上昇を来す代表的な疾患は急性心膜炎、心筋炎、高カリウム血症など。
- 心筋梗塞との鑑別は心電図だけでもある程度は可能だが、患者さんに話を聞くのが近道。

参考文献

1) Ginzton LE, et al. The differential diagnosis of acute pericarditis from the normal variant: new electrocardiographic criteria. Circulation. 1982; 65(5): 1004-9.

ホルター心電図を理解するための合言葉 “IT REACHES TOP!”

個人授業 心電図・不整脈

「12誘導心電図でも不安なのに、複雑な不整脈はもうお手上げ!」と思っているあなたのために。ホルター心電図は手軽にオーダーできかつ有用な情報が得られるスグレモノです。さらに情報解釈が12誘導心電図や病棟モニター心電図にも応用できるので、不整脈の入門書にも最適です。ホルター心電図を題材に不整脈・虚血性心疾患などの心電図を学びましょう。「個人授業ペースメーカー——適応判断から手術・術後の管理まで」の姉妹本。

監修 永井良三
執筆 杉山裕章
執筆協力 今井 靖
前田恵理子

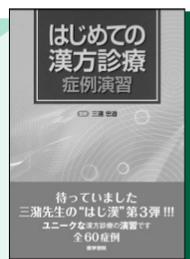


漢方処方の考え方がみえる!

はじめての漢方診療 症例演習

「はじめての漢方診療十五話」「はじめての漢方診療ノート」に続く、好評シリーズ第3弾。漢方処方の考え方や症例の経過をこれほど詳しく解説した漢方書籍は「はじめて」です。演習形式も漢方の領域では「はじめて」になります(本のジャケットで答えを隠してお読みください)。

監修 三浦忠道
編集 貝沼茂三郎
編集協力 宮坂史路



臨床医学航海術

第69回

IT力

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

臨床医学は疾風怒濤の海。この大海原を安全に航海するためには卓越した航海術が必要となる。本連載では、この臨床医学航海術の土台となる「人間としての基礎的技能」を示すことにする。もっとも、これらの技能は、臨床医学に限らず人生という大海原の航海術なのかもしれないが……。

前回は人間としての基礎的技能の第10番目である「生活力」について考えた。今回は引き続き人間としての基礎的技能の第11番目を考える。当初、第11番目として「コンピューター力」を挙げ、コンピューターを使う能力についてのみ考察しようと思っていたが、コンピューターを含めたIT (Information Technology: 情報技術) すべてについて考えるほうがよいのではないかと思うようになった。そこで、「IT力」と改題し、考えていくことにする。

コンピューター

近年、コンピューターは日常生活にまで浸透し、コンピューターがなくてはわれわれは生活ができないほどになった。もともと計算目的に開発されたコンピューターだが、現在では計算のみならず、情報の記憶、処理、そして通信にまで用いられている。

医療現場では、電子カルテのほか、画像検査や採血などの生理学的検査の情報がコンピューターによって管理・処理されている。また、カンファレンスの場においても、昔のようなブルーフィルムのスライドではなく、「Power Point」で作成されたスライドが用いられるようになった。医療の世界でもコンピューターが日常的に使用されるようになってきていると感じる。

これだけ一般的にコンピューターが用いられるようになると、現代の基礎学力として挙げられるのは、「読み・書き・そろばん」ではなく、「読み・書き・コンピューター」と言っても過言ではない状況となったのではないだろうか。コンピューターを駆使する能力は非常に大切であり、学生時代から養うべきであろう。

まず絶対にできないといけないのは、「ブライントタッチ」。コンピューターとともに育った世代ならば、まさか昔の世代の人のようにキー入力一本指ではしていないはずだが……。

れから、次にできなければならないものとしては「お絵描き」。つまり、コンピューターを使って図表やグラフ、そしてイラストを描く能力だ。研修医になって真っ先にやらされることと言えば、カンファレンスでのスライド作りである。そのときにこれが苦手だと苦労する。使い方がわからなければ、「やれ!」と言った指導医に教えてもらえばよいと思うかもしれない。しかし、その当の本人がまったくできやしない……そんなことだって現実としてあるのだ。

インターネット

コンピューターが持つワープロや図表計算、スライド作成といった機能以上に、われわれの生活において強力な武器となったのは、インターネットの機能だろう。これによって、メールなどを用いて世界中の人々と連絡を取り合うことや、世界中のニュースをリアルタイムで視聴することが可能となったのだ。インターネットの普及は、われわれのライフスタイルを激変させたと言える。筆者も1997年の夏、渡米する前にデスクトップコンピューターを買い換え、インターネット環境を整えた。それ以後、机に向かうと最初にコンピューターを開き、インターネットを閲覧する習慣ができた。

このような通信手段のほか、インターネットが劇的に変化させたものとして、「検索手段」が挙げられる。以前は、何かわからないことがあれば、辞書や専門書を手にとっていた。それらも自宅にあればよいのだが、わざわざ図書館などに出向いて調べごとをしたものだ。しかし、今はインターネットによって瞬時に何でも検索できるようになり、自分の卓上がまさに図書館や博物館と化したのである。

インターネット検索が広く用いられるようになった理由は、やはりこの利便性にあるだろう。何かを調べようと

思ったとき、インターネット検索よりも便利なものはなく、実際に筆者も頻用している。だが、インターネットには大きな欠点があることも忘れてはならない。情報の信頼性である。インターネット上の情報は、どこの、誰が、どのような目的で提示しているのかわからず、必ずしも正確とは限らないのだ。

ここで問題となるのは、そのような情報のあいまいさがあるにもかかわらず、インターネットで検索して出てきた知識を“そのまま使う”人がいるということである。インターネット検索で得た知識を、患者の治療といった人の生死をも分けるような場でそのまま使用することは、できるだけ避けるべきなのは当然なことであろう。

コピペ

新医師臨床研修制度では、研修医にレポート提出が課されている。あるとき、筆者がレポートを読んでいると、どう見てもどこかのウェブページから文章をそのままとってきたとしか思えないものがあつた。「もしや」と思い、そのレポート課題をキーワードに、インターネットで検索してみた。すると、なんとそのレポートと一言一句同じ文章が書かれたウェブページが発見されたのであつた! 単にコピー・アンド・ペースト(コピペ)で、レポートが作成されたことは明らかだ。早速、当の研修医を呼び出し、問いただしてみると、その研修医に悪いことをしたという反省の色はまったくなく、「はい、そうです。それが何かいけなかつたですか?」と答えたのだ……。

新医師臨床研修制度のレポート課題

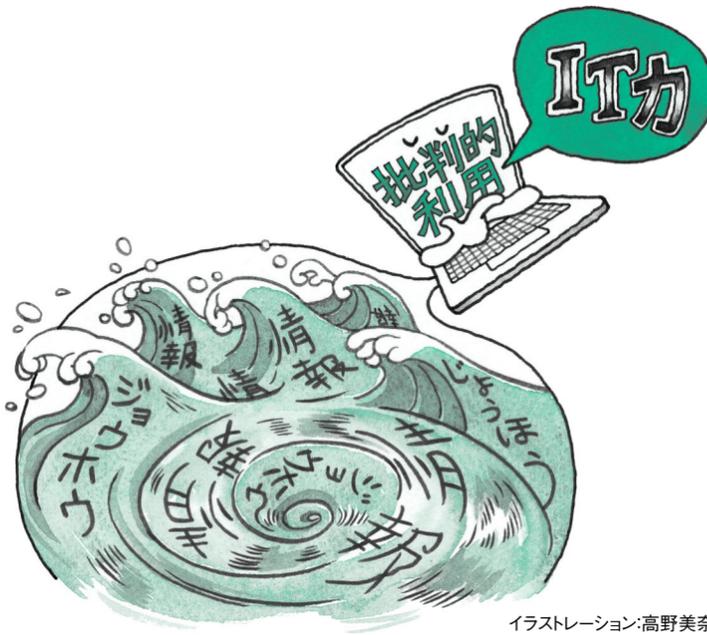
表. 人間としての基礎的技能

- ①読解力ー読む ②記述力ー書く
- ③視覚認識力ーみる ④聴覚理解力ーきく
- ⑤言語発表力ー話す、プレゼンテーション力
- ⑥英語力ー外国語力
- ⑦論理的思考能力ー考える
- ⑧芸術的感性ー感じる ⑨気力と体力
- ⑩生活力 ⑪IT力 ⑫心

は、与えられた課題について自分で考え、自分なりにまとめることが本来の趣旨のはずだ。それにもかかわらず、自分で書かずに、インターネットで検索して出てきた文章をコピペするのでは、本人のためにはまったくならないだろう。

ただ、ここで注意が必要なのは、「インターネット検索をしたこと」ではなく、「インターネット検索した情報をそのまま転用したこと」にこの研修医の悪かった点があるところだ。つまり、「検索して出てきた資料を批判的に読むことなく、うのみしていたこと」が問題なのである。だから、仮に書籍に記載された文章を手書きでまる写ししたレポートであったとしても問題があるのだ。信頼性の高い資料だろうとそれをうのみにするのでは意味はない。逆に信頼性の低い資料だろうと批判的に読みさえすれば意味はある。大切なことは、検索して出てきた知識を批判的に利用していくことなのだ。

技術が発達し、生活が便利になるといつい人間はそれに甘えてしまう。ITについても同じことが言える。ITが発達してもそれに甘えずに使いこなす、それが本当のIT力なのだろう。



イラストレーション:高野美奈

すぐに使える! ポケットサイズで実践的な研修医のサバイバルガイド

総合診療・感染症科マニュアル

研修施設としての評価も高い亀田総合病院のスタッフの総力を結集して纏め上げた1冊。多忙な研修医には必携のサバイバルガイドがここに完成した。ポケットに収まるサイズながら、必要最低限のスキルや情報を凝縮。薬の投与量なども具体的におさえ、また箇条書きなので、ぱっと見ても使える簡便さも兼ね備えている。しかし、中身はあくまで実践的なので、すぐにも診療に役立ててもらえる1冊になることと思われる。

監修 八重樫牧人
亀田総合病院総合診療・感染症科部長
岩田健太郎
神戸大学教授・感染症内科
編集 亀田総合病院



三五変型 頁464 2011年 定価2,625円(本体2,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00661-3] 医学書院

指導医
オーベンが読み続ける

- 勤務医(一般内科)
まさに実践的な教材、買う価値の高い本です。
- 勤務医(内科・リウマチ科)
定期的にワシントンマニュアルを是非今後とも出版して下さい。
- 勤務医
久しぶりに改訂版を買いました。

読者からの声

●研修医1年目
本の大きさ、字の大きさもちょうど良いと思います。

●研修医1年目
色々なことが載っていてとても勉強になります。初期研修医版も買おうかと思っています。

●医学部5年生
カバーの配色のビビッドさにびっくりしましたが、カバーを外すとお洒落で、病棟でも違和感なく、良かったです。

これぞ“マニュアル”

●勤務医
変わらないようで常に変わっている、これがこのマニュアルのすごさ。やっぱり頼りになる。

研修医
レジデントに読み継がれる

ワシントン マニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳: 高久史磨 自治医科大学学長
和田 攻 産業医科大学学長

●A5変
●頁1,128 図42 ISBN978-4-89592-666-9
●定価8,820円(本体8,400円+税5%)

絶賛発売中

MEISI メディカル・サイエンス・インターナショナル

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

三変型 頁464 2011年 定価2,625円(本体2,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00661-3] 医学書院

日本の医学教育

ノエル先生と考える

第18回

ワーク・ライフ・バランス(4)

ゴードン・ノエル / 大滝純司 / 松村真司
 オレゴン健康科学大学 東京医科大学 松村医院院長
 内科教授 医学教育講座教授



わが国の医学教育は大きな転換期を迎えています。医療安全への関心が高まり、プライマリ・ケアを主体とした教育に注目が集まる一方で、よりよい医療に向けて試行錯誤が続いている状況です。

本連載では、各国の医学教育に造詣が深く、また日本の医学教育のさまざまな問題について関心を持たれているゴードン・ノエル先生と、マクロの問題からミクロの問題まで、医学教育にまつわるさまざまな課題を取り上げていきます。

前回のあらすじ：研修医に対する勤務制限を導入した米国では、キャリアと家庭を両立させる新しい医師の労働の在り方が誕生してきている。

大滝 今日、日本でも半数以上の新人医師が出身校の大学病院以外で初期臨床研修を受けるようになりました。若い医師たちは、労働条件の良さなどを基準に研修プログラムを選ぶようになってきています。例えば、私の勤める東京医科大学では、研修医の当直明けの休暇を推奨していますが、実態は診療科によって異なります。その一方、当直の翌日は完全に有給休暇が与えられるシステムを始めた研修病院もあると聞いています。労働条件が異なれば、研修先を選ぶ際にそれを参考にするのは自然なことでしょう。

日本の臨床研修における労働条件は確かに改善されてきています。しかし私たち医療者は、研修医に限らずすべての医師の労働環境の改善を考えなくてはならないと思います。

研修医の勤務制限が医療スタッフの増員につながった

ノエル これまで議論してきたように、患者ケアの向上や労働力の適切な配置の問題は、労働時間を増やして研修医をさらに働かせることでは解決しません。研修医への勤務制限導入を避けるような手法はもはや時代遅れで、研修医の担当患者数や勤務時間をこれまでより減らした研修プログラムを構築しなければなりません。そのために求められることは、研修医以外の医療スタッフを増やすことです。

高齢人口の伸びや複雑化する医療を認識し、米国は再び医師不足を宣言しています。連邦政府は、今後10年間で医学部入学定員を年間1万6000人から2万4000人に増やす予定です。そして私たち米国の医療者は、米国で医療に携わろうとする米国外出身の大勢の医学生を教育し続けるでしょう。ナース・プラクティショナーやフィジ

シャン・アシスタントの養成数もますます増えています。

勤務時間の変化が多くの研修医に恩恵をもたらしたことに、疑う余地はありません。長時間労働に伴う疲労は肉体的・精神的な健康を妨げ、個人の人間関係にも悪い影響を及ぼします。米国の研修医の多くは結婚し子どもがいるので、彼らが医療以外の活動を行う時間を持てるよう研修病院は一層の努力をしています。こうした動きは、ほとんどの専門科でもはや議論になることささなくなり、逆に人間的で他者を思いやるような、気持ちに余裕のある医師を作り出すことの重要性が広く認知されてきています。

研修医は研修期間を終え、スタッフドクターとして最初の仕事に就くときにも、同じように個人の生活を支援してくれる職場を求めます。そのため、ポストを共有したり、前回述べたシフト制で勤務したり、チームで働いたりする若い医師がますます増えてきました。また、糖尿病、高血圧、がん、心臓病といった一般によくみられる慢性疾患のケアの大部分は、医師の指示のもとでコーディネートされた看護師のチームが担当することになってきています。

研修修了後の仕事の選択

松村 日本ではこれまで、研修修了後も医師を病院にとどめておくため医局制度を利用し、多くの医療者がそれに依存してきました。特に大学病院にその傾向が著しかったのですが、時代は変わり、かつて医局が担当していた人事をあっせんする民間企業も誕生してきています。

若い医師たちが研修内容の質とともに生活の質にも重点を置くようになってきた結果、日本でも当直回数がより少なく、給与水準も高く、さらには医師として自由な働き方のできるキャリアを選択する傾向が強くなってきました。米国の研修医は、研修修了後の仕事をどのように探しているのですか。

ノエル 無論、米国には“医局”のようなシステムはありません。教授は研修医たちの人生やキャリアを左右することはなく、大学病院であっても他の病院に医師を派遣することはまれです。

レジデントとフェローは、研修の最終年度に修了後の仕事を自分自身で探します。オレゴン健康科学大学には、全米から研修医が集まってくる。その多くがオレゴンに愛着を持ち、とどまることを望む一方、家族の住む都市や町に帰って行く者もいます。またへき地には余っている就職口がたくさんあります。連載第3回(2841号)で述べたように、若い医師たちをへき地に誘致するプログラムも多く存在します。それらの多くは給与も高く、住宅の購入や医院の開業、あるいは医学部の学費ローンの返済に当たって経済的な援助をしてくれます。

「ライフスタイル」追求型の医師は、米国では皮膚科、麻酔科、病院内科(Hospital Medicine)、救急、放射線科などに多く見られます。これらの科は報酬が高ばかりでなく、勤務時間も短めで、時間の自由が利く診療科です。人気の診療科であるために、トップレベルの成績優秀な学生を惹きつけます。その一方、専門医療を必要としない一般の患者と家族のケアに当たるプライマリ・ケア関連の診療科は報酬も高くなく、魅力に乏しいのが実情です。プライマリ・ケア関連の診療科である小児科、家庭医療、総合内科の研修プログラムでは、まだ研修医の半数以上が米国の医学校卒業生ですが、米国外の医学校出身者も多くを占めるようになってきています。

平等な昇進システムも柔軟な勤務体制を後押し

大滝 現在の日本では、特に小さい子どものいる女性医師はパートタイムの仕事を選ばざるを得ない状況にあります。オレゴン健康科学大学ではパートタイムでも昇進が可能なプログラムがあると聞きました。それは米国では一般的なことなのでしょうか。

ノエル 最近10年間でフルタイムより短時間で勤務しながら昇進した若手教員は大勢おり、米国では一般的なプログラムとなってきています。パートタイムで働く場合、性別に関係なく昇進速度は緩やかなものとなります。大学に教員として所属する医師は、フル

タイム勤務であれば概ね7年後には准教授になることが期待されます。これが半分の時間だけ勤務する医師の場合は、14年後になります。

現在、医学部卒業生の約半数は女性で、私が統括している内科研修プログラムでも90人の研修医のうち5-6割は女性です。女性研修医は、男女の比率がほぼ等しい3年間の内科研修を受けた後でSubspecialtyを選択します。研修医のなかには、少数ですが配偶者と同じ研修を受ける人がいます。彼らは、片方が1か月働く間、もう片方が家にいて子どもの面倒をみます。その場合、内科の研修期間は通常の3年から延長し、倍の6年間かかる夫婦もいます。

研修医がスタッフドクターとして最初の仕事に就くときは、さらに柔軟な勤務体制となります。男女ともに、フルタイムの半分の労働時間で働くことが可能です(短時間勤務を選択するのは、女性のほうが多くなっています)。また、いくつかの診療科ではフルタイムでも十分に休暇を取得することができます。救急医、ホスピタリスト、集中治療医は主に、1回12時間のシフトが月に13回ある勤務体系になっています。私が所属する内科では、3人の女性ホスピタリストそれぞれが救急で働く夫を持っています。彼らは予定を組みやすいので、どちらかがいつも子どもと一緒にいる生活を過ごすことができます。こうした働き方は、米国ではかなり普通のことです。

松村 日本の働き方も今後、変わっていくかもしれませんね。ただ、OECD(経済協力開発機構)の報告では、加盟34か国中日本はトルコとメキシコに次ぎ、ワーク・ライフ・バランスの指数が低いと指摘されています。これは医療分野でなく社会全体の問題です。私たちは社会的な側面からも生活を見直さなくてはなりません。

大滝 天然資源が少ない日本では、世界と伍するため高い労働倫理を保ち仕事を行って来ました。勤勉さは日本で最も尊重されることのひとつです。一方、働き過ぎとそれにまつわる健康問題、例えばうつ病や過労死などの問題をたくさん抱えているのも実際です。

次回からは、日本と欧米諸国の将来にわたる医師のワーク・ライフ・バランスにおける新しいパラダイムについて話し合っていきたいと思います。

(つづく)

◎末期がん、進行がん患者の諸症状管理のためのバイブル トワイクロス先生の がん患者の症状マネジメント 第2版

著 Robert Twycross・Andrew Wilcock・Claire Stark Toller
 監訳 武田文和

初版刊行後、トワイクロス先生はその原著をWEBで公開。全世界の専門家からコメントが寄せられ、その叢書は、本書の刷新と充実に注ぎ込まれた。末期がんや進行がんに限らず、がんによる痛みや諸症状、さらには心の苦しみにまで手をさしのべた本書は、すべてのがん患者にとっての「福音の書」として、さらなる発展を遂げた。新設章「最期の日々」が加わった。

●A5 頁520 2010年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
 [ISBN978-4-260-01073-3]



◎定評あるマニュアル、待望の全面改訂版!

がん診療レジデントマニュアル 第5版

編 国立がん研究センター内科レジデント

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。①practical(実際の)、②concise(簡潔明瞭)、③up to date(最新)を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待たない。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

●B6変 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
 [ISBN978-4-260-01018-4]



物語能力を用いた臨床実践の原典

ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える

Narrative Medicine
 Honoring the Stories of Illness

ナラティブ・メディスンとは、病いの物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する「物語能力」を用いて実践される医療である。内科医であるとともに、文学博士であり倫理学者でもあるリタ・チャロンが、文学と医学、プライマリ・ケア、物語論、医師患者関係の研究成果をもとに、物語能力の概念、理論背景、その教育法と実践法を豊富な臨床事例を通して解き明かす、ナラティブ・メディスンの原典、待望の完訳。

著 Rita Charon
 訳 高藤清二
 富山大学保健管理センター教授
 岸本寛史
 京都大学医学部附属病院
 地域ネットワーク医療部准教授
 宮田靖志
 北海道大学病院地域医療指導医支援センター/
 卒後臨床研修センター特任准教授
 山本和利
 札幌医科大学地域医療総合学教授



A5 頁400 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01333-8]

医学書院

医学書院

初期研修もそろそろ佳境に入り、後期研修のための面接も始めなければいけない。手技が好きだから循環器科にしようか？ それとも消化器科だろうか？先輩への進路相談を兼ねた飲み会で遅くなった翌朝の日曜日、救急外来で次の患者に備える。

Case

35歳男性。倦怠感にて来院。発熱なし、心窩部痛あり。非血性嘔吐数回。脈拍数110/分、呼吸数26/分、血圧95/60 mmHg、SpO₂ 95% (RA)。

救急隊員が「アルコール依存症の中年男性の過換気症候群です」と引き継ぎ、去っていく。「先生、この人酔っ払っているのかなあ。朝から嫌になりますね」と看護師。「朝からアルコール関連か……。今日はどうなるのかなあ」と思いつつ診察を始める。問診を進めると、既往歴に糖尿病があるとのこと！あなたは不審に思った。「これってやっぱりアルコールの臭い？それとも糖尿病性ケトアシドーシス？」

Question

Q1 糖尿病性ケトアシドーシスの臭いとはどのようなものか？

A 甘酸っぱいフルーツのような臭い。

アセトンなどケトン体によるもの。揮発性の液体であるアセトンは肺から放出され、糖尿病性ケトアシドーシスにおけるケトン臭のもととなる。

Q2 診断の手助けとなるのは何か？

A 静脈もしくは動脈の血液ガス分析。

糖尿病性ケトアシドーシスの診断は、高血糖(300 mg/dL以上、しばしば900 mg/dLを超える高浸透圧性非ケトン性昏睡ほどは高くない)、アシドーシス[重炭酸濃度(HCO₃⁻) < 15 mEq/L]、そしてケトシス(尿中ケトン体あるいは血中ケトン体陽性)による。血中ケトン体が陽性であっても、アシドーシスがなければ必ずしも糖尿病性ケトアシドーシスとは言えない。

Q3 患者は糖尿病を持ち、頻呼吸、高血糖があった。しかし、尿中ケトン体は陰性であった。糖尿病性ケトアシドーシスは否定できるか？

A 否定できない。

糖尿病性ケトアシドーシスは、インスリン欠乏もしくは作用不足によって、脂肪酸がエネルギー源として使われ、血糖が高いままとなることによって起こる。遊離脂肪酸の多くは肝臓に運ばれて分解され、それによりケトン体が産生される。ケトン体には、アセト酢酸とβ-ヒドロキシ酪酸、アセトンの3種類があり、その75%をβ-ヒドロキシ酪酸が占める。

尿の試験紙は、ニトロプルシド反応を用いているものが多く、アセト酢酸

それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴



わが国の救急医学はめざましい発展を遂げてきました。しかし、まだ完全な状態には至っていません。救急車の受け入れの問題や受診行動の変容、病院勤務医の減少などからERで働く救急医が目まぐるしく減少しています。また、臨床研修とともに救急部における臨床教育の必要性も認識されています。一見初期研修医が独立して診療可能にも見える夜間外来にも患者の安全を脅かすさまざまな落とし穴があります。本連載では、奥深いERで注意すべき症例を紹介いたします。

志賀 隆 東京ベイ・浦安市川医療センター救急部長

は検出するが、β-ヒドロキシ酪酸は検出しません。したがって、尿検査でケトン体が陰性であっても、糖尿病性ケトアシドーシスの可能性はある。そのため、前述したように、HCO₃⁻を静脈血液ガスもしくは動脈血液ガスから測定することが肝要となる。

上記に加え、インスリンによる治療中はβ-ヒドロキシ酪酸がアセト酢酸に変換されていくため、治療とともに尿中ケトン体反応が強くなることもある。この結果は混乱を招きやすいため、尿中ケトン体のみによる治療効果の判定は勧められない。

Q4 糖尿病性ケトアシドーシスと高浸透圧性非ケトン性昏睡の違いは何か？

A 糖尿病性ケトアシドーシスはインスリンの欠乏、高浸透圧性非ケトン性昏睡は脱水が顕著。

糖尿病性ケトアシドーシスはケトシスがメインであるが、高浸透圧性非ケトン性昏睡ではケトン体はほとんど生成されない。高血糖・脱水の程度は高浸透圧性非ケトン性昏睡で高い。昏睡などの神経学的所見は、高浸透圧性非ケトン性昏睡において多くみられる。ゆえに、糖尿病性ケトアシドーシスではインスリンの使用が、高浸透圧性非ケトン性昏睡では輸液による脱水の補正が重要である。なお、糖尿病性ケトアシドーシスでは3-6Lの脱水、高浸透圧性非ケトン性昏睡では8-10Lの脱水があると予想される¹⁾。

Q5 糖尿病性ケトアシドーシスにおいて、インスリンの投与をどのように開始するか？

A 持続静脈注射。

0.1 U/kg/時にて静脈注射を開始する。静注インスリンは、点滴のプラスチック延長チューブに付着してしまうことがあるため、従来は持続静注の開始に先立ち、0.14 U/kg(体重60kgなら8単位)のワンショットのインスリン静注が勧められてきた。しかしながら、

Kitabchi らによる RCT では、この初めのインスリンのワンショットは必ずしも必要でないという結論が出ている²⁾。

治療の目安には血糖だけでなく、アニオン・ギャップ(AG)を用いる。急激に血糖値を低下させると、それによって脳浮腫を起こす可能性があるため³⁾、前述の標準量のインスリンの使用が勧められる。

Q6 インスリン静注を開始した後に気を付けることは何か？

A カリウムの管理。

糖尿病性ケトアシドーシスでは、しばしばアシドーシスによる高カリウム血症がみられる。しかしながら、体全体のカリウムの総量は低下していることも多い。インスリン静注の開始によって血糖が細胞内に移行すると、同時にカリウムも細胞内に移行する。ケトシスも改善していくため、血清カリウムは低下していく。糖尿病性ケトアシドーシスの治療中の血清カリウムは、4.0-5.0 mEq/Lに保つことが望ましい。したがって、血清カリウムが5.0-5.3 mEq/Lに低下してきたら、速やかにカリウムの補充を開始しなければならない。

Q7 インスリン静注の中止を考慮する際には、何を目安にすればよいか。

A 米国糖尿病学会が示す基準が参考になる⁴⁾。

- 血糖 < 200 mg/dL
- AG < 12 mEq/L
- HCO₃⁻ ≥ 18 mEq/L

Watch Out!

過換気症候群は除外診断であるため、常に気を付けなければならない。糖尿病性ケトアシドーシスは、尿検査では陰性である可能性もある。またインスリンの投与開始後にケトン体が陽性になる場合がある。その解釈には注意されたい。血中の重炭酸濃度が診断において大事になる。治療への反応をみるには、アニオン・ギャップが有用である。また、糖尿病性ケトアシドーシスになった原因検索を忘れてはならない。カリウムやマグネシウムなどの補正に十分に気を付けなければ、時に不整脈が起きることがある。

•pH > 7.3

インスリン静注を突然中断すると、再度糖尿病性ケトアシドーシスに戻ってしまうことがあるため、インスリン皮下注とのオーバーラップがあることが望ましい。

Q8 糖尿病性ケトアシドーシスの原因は何か？

A 感染症(肺炎や尿路感染症)、血管障害(心筋梗塞など)、ストレス、など。

糖尿病性ケトアシドーシスでは診断がつくと、そのモニター(毎時の血糖測定や2時間おきの静脈血液ガス、生化学検査など)や治療にフォーカスが置かれることが多い。しかしながら、肺炎や尿路感染症などの感染症が契機となっていたり、心筋梗塞や脳梗塞などの心血管疾患が原因(もしくは心筋障害や中枢神経障害の合併)である場合もある。そのため、継続的な治療とともに、「なぜ糖尿病性ケトアシドーシスになったのか？」を立ち止まって考えることが勧められる。

Disposition

静脈血液ガスを取りつつ指導医に「糖尿病性ケトアシドーシスが疑われる」と報告。すぐにインスリン静注治療が開始され、内科主治医のもとICU入院となる。内分泌科へのコンサルトも救急部から開始された。

Further reading

- 1) Kitabchi AE, et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. Diabetes Care. 2009; 32(7): 1335-43. ↑高浸透圧性非ケトン性昏睡と糖尿病性ケトアシドーシスの治療について解説した論文。
- 2) Kitabchi AE, et al. Is a priming dose of insulin necessary in a low-dose insulin protocol for the treatment of diabetic ketoacidosis? Diabetes Care. 2008; 31(11): 2081-5. ↑インスリン静注ワンショットを投与後に持続静注した群とワンショットなしで持続静注した群を比較した論文。
- 3) Tornheim PA. Regional localization of cerebral edema following fluid and insulin therapy in streptozotocin-diabetic rats. Diabetes. 1981; 30(9): 762-6. ↑動物実験ではあるが、糖尿病のあるラットの脳浮腫の程度が、インスリンを使って高血糖を補正した場合と、生理食塩水によって補正した場合とどのように違うか検証したものである。インスリンを使った群にのみ脳浮腫が見られた。
- 4) Kitabchi AE, et al. Hyperglycemic crises in diabetes. Diabetes Care. 2004; 27(Suppl 1): S94-102. ↑高浸透圧性非ケトン性昏睡と糖尿病性ケトアシドーシスの治療についてのレビュー。

臨床薬理学のすべてをわかりやすくまとめた学会編集テキスト

臨床薬理学 第3版

日本臨床薬理学会編集による本格的テキストの改訂第3版。好評であった初版、第2版の質は保ちつつ、より読みやすく使い勝手の良い教科書にするため、項目の追加・削除、構成の見直しとともに、分量の全体のなすリム化を図った。医療の現場において薬物療法の重要性が益々高まっている現在、本書は医師、医学生、研修医は勿論のこと、看護師、薬剤師、臨床検査技師、製薬企業関係者など多くの医療関係者にとって必携の書である。

編集 日本臨床薬理学会
責任編集 中野重行 大分大学名誉教授、客員教授
安原 一 昭和大学名誉教授
中野真汎 静岡国立大学客員教授、熊本大学名誉教授
小林真一 昭和大学教授、薬理学臨床薬理部門
藤村昭夫 自治医科大学教授、臨床薬理学

がんの苦しみをどう緩和するか、EBMに基づいた対処法を解説。

婦人科がんの緩和ケア

Palliative Care Consultations in Gynaecology(Palliative Care Consultations Series)

婦人科がんの進行によって生ずる諸問題に対し、緩和ケアの視点から、EBMに基づいた対処法を丁寧に解説。がん患者の苦しみを緩和する方策が学べる好書。オックスフォードPalliative Care Consultations Seriesの1冊。

編集 Sara Booth/Eduardo Bruera
監訳 後明郁男 彩都友誼会病院副院長・緩和ケア科部長
中村隆文 川崎医科大学教授・産婦人科
翻訳 沈沢欣恵 彩都友誼会病院・緩和ケア科副部長

シリーズ監修 高木 康 (昭和大学教授医学教育推進室)

第8回

止血機能検査・1

学ぼう!! 検査の 使い分け

PT (プロトロンビン時間)

APTT (活性化部分トロンボ プラスチン時間)

〇〇病だから△△検査か……、とオーダーしたあなた。その検査が最適だという自信はありますか？ 同じ疾患でも、個々の症例や病態に応じ行うべき検査は異なります。適切な診断・治療のための適切な検査選択。本連載では、今日から役立つ実践的な検査使い分けの知識をお届けします。

佐守 友博

日本医学臨床検査研究所・統括所長

● **血液の凝固とは、フィブリノゲンがフィブリンとなり析出する現象です。**この過程では、内因系凝固因子と外因系凝固因子が作用しますが、プロトロンビン時間 (PT) は外因系凝固因子の機能を反映し、活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT) は内因系凝固因子の機能を反映しています。この2つを組み合わせることで、どの凝固因子に異常があるかを推測することができます。

血液は、血漿中に不活性で存在する凝固因子の活性化反応に伴い、最終的にプロトロンビンがトロンビンに活性化されることで、血漿中に大量に存在するフィブリノゲン (200—400 mg/dL) がフィブリンとなり凝固します。このトロンビン生成の過程には2つの経路があり、PT (基準値: 10—12 秒) は外部から活性化物質が血漿に混入することにより生じる外因系を、APTT (基準値: 28—38 秒) は血液が異物面に触れることにより血漿中の因子だけでトロンビンが生じる内因系を反映しています。

かつての検査室では、試験管内のクエン酸加血漿に、PTは組織トロンボプラスチンを、APTTでは血小板第3因子に代わるリン脂質と異物面に代わる活性化剤(セファリンなど)を入れ、十分量のカルシウムを再び加えた時点からフィブリンが析出するまでの秒数をストップウォッチで測定することで両検査を行っていました。現在では、凝固時間の自動測定装置も多く開発され、フィブリンの析出を光学的、物理

学的に測定したり、トロンビンの出現を合成基質を用いて測定したりする手法が用いられています。

止血機能検査を行うとき

PT, APTTは止血機能スクリーニングの代表的な検査で、血小板数、フィブリノゲン量、フィブリン分解産物(Dダイマー)と合わせて、これから外科的侵襲を加えようとする患者に対し出血傾向の有無を調べる目的や、出血傾向のある患者に対して行う検査です。

また止血機能検査は、現在では出血傾向だけでなく血栓傾向(血栓症)の検査としても用いられることが多くなってきました(表1)。PTはワルファリン療法の、APTTはヘパリン療法の効果判定と経過観察に用いられています。

さらに救命救急医学の発達により、脳出血や脳・心筋梗塞、深部静脈血栓症の救命率も上昇し、スクリーニング検査だけでなく多くの止血機能検査が

●表2 凝固因子の異常とPT, APTTの組み合わせ

		APTT	
		延長	正常
PT	延長	X, V, II, I*	VII
	正常	VIII, IX, XII, XI, HMWK, PK (プレカリクレイン),	XIII

APTT, PTの両方が延長している場合、第VII因子の異常と第XII因子(or VIII, XI, IXなど)の異常の複合およびワルファリンを用いた抗凝固療法中の可能性を考えておかなければならない。

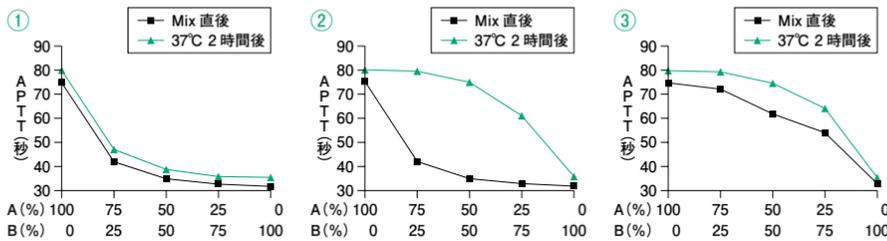
●表1 出血傾向・血栓傾向の検査

出血傾向の検査

凝固促進因子(特にVIII, IX, XIII因子)、線溶阻止因子(特にα2プラスミンインヒビター)、クロスミキシングテスト、vWF、血小板機能検査、トロンボエラストグラフィ、出血時間、消化管内視鏡、血管造影など

血栓傾向の検査

アンチトロンビンIII、プロテインC抗原活性、プロテインS抗原活性、抗リン脂質抗体、ADAMTS13、血管造影、頸動脈エコー、心エコー、CT、MRIなど



●図 APTT 正常血漿混和補正試験のデータ例
A: 患者血漿, B: 正常プール血漿。解説は本文参照。

開発され臨床で用いられています。

症例

1 整形外科で膝関節手術を行う予定の71歳の女性患者。術前止血機能スクリーニング検査にて、PTは11秒と正常、APTTは135秒と高度延長を示し、手術が可能かどうかの判断を仰ぐため、止血機能検査相談外来受診となった。

症例

2 呼吸器外科で肺癌手術を行う予定の71歳の男性患者。生来出血傾向はなく、3か月前に癌を告知され切除手術を予定していた。前医の術前スクリーニング検査でPT 16.6秒、APTT 33.4秒とPTの延長を認めため、当院に転院し、手術が可能かどうかの判断を含めて止血機能検査相談外来受診となった。

PTとAPTTの結果から考えられる凝固因子異常を表2に示します。なお両症例とも、生下時より出血傾向は認めていません。

症例1はAPTTの延長例です。クロスミキシングテスト(後述)でインヒビター陽性パターン(図3)を呈し、12BUと高力価の第VIII因子インヒビターを認め、第VIII因子は測定感度以下でした。

後天性のインヒビター(抗第VIII因子抗体)血症と診断し、整形外科での観血的処置(手術)は中止し保存的療法に変更しました。インヒビターについては経過観察としました。その後、打撲時の皮下出血や自然尿尿、抜歯など出血イベントは起きていますが、初診後4年目の時点で特筆すべき出血症状はなく、インヒビターは徐々に消退して6年間でAPTTは30秒台まで改善してきています。

症例2はPTの延長例です。詳しい問診を行ったところ、癌告知から精神的落ち込みが強く、食餌もほとんどとれておらず、体重も著明に減少していることがわかりました。食餌性のビタ

●表3 PT, APTT延長の原因

- 凝固因子の活性低下
 - 凝固因子の産生低下
 - 凝固因子の消費の亢進
 - 凝固因子に対する抗体の出現
 - 抗凝血漿の投与
- サンプリングの過誤
- 測定試薬に対する抗体(抗リン脂質抗体)の出現

ミンK欠乏を疑い、主治医にビタミンKの投与を依頼したところPTは2日後に13.8秒まで改善し、4日後には11.2秒と正常化し、手術可能と判断。その後の手術も成功しました。

因子欠乏か抗体の出現か

APTT(またはPT)の延長時に、延長の原因(表3)が、“単純な因子欠乏”か“インヒビター(因子抗体)の出現”かを見極めるための定性検査がクロスミキシングテスト(正常血漿混和補正試験)です(図)。患者血漿と正常なプール血漿を混ぜ合わせる試験で、単純な因子欠乏では正常血漿の少量添加で凝固時間が劇的に補正されます(図1)。インヒビターの場合は、時間をかけて正常プール血漿中の因子を阻害するタイプ(図2)と即座に因子を阻害するタイプ(図3)があります。

習慣性流産の原因の一つとなる抗リン脂質抗体症候群でも、クロスミキシングテストではインヒビターと同様の成績を示すことがあります。

まとめ

PT, APTTともに重要な止血のスクリーニング検査ですが、試験管内で行う検査であり、生体内での凝固能を正確に反映するものではないことを忘れてはなりません。特にAPTTが延長している場合でも、その原因が第VIII因子と第IX因子の大幅な低下(20%未満)でない限り、大きな出血を起こすことはないと考えられます。

●参考文献

佐守友博. 臨床検査科外来の実際 止血機能検査相談外来(大阪市大病院血液内科). 臨床検査. 2009; 53(3): 352-6.

● **最近、血栓性血小板減少性紫斑病(Thrombotic Thrombocytopenic Purpura: TTP)はvon Willebrand 因子の切断酵素であるADAMTS13に対する自己免疫抗体の出現によって発症することがわかってきました。**ADAMTS13に対する高感度測定法の開発により、溶血性尿毒症症候群(Hemolytic Uremic Syndrome: HUS)とTTPとの鑑別は容易なものとなりました。

最新の消化器内視鏡診療に対応した用語集の全面改訂

消化器内視鏡用語集 第3版

各種消化器癌取扱い規約の改訂、新ガイドラインの策定に準拠して大改訂。超音波内視鏡関連用語、新しいデバイス(経鼻内視鏡、ダブルバルーン内視鏡、カプセル内視鏡、etc)、新治療法(ESD、APC、PEG、TEM、NOTES、etc)を盛り込んで全面リニューアル。見開き左ページに用語リスト、右ページにその解説と文献、規約などの関連事項を記述した辞典的スタイルは、他書にない初版以来のユニークなもの。満を持して14年ぶりの新版。

編集 日本消化器内視鏡学会用語委員会



子どもの心、育児不安、発達障害…。新しい問題への解説も追加した改訂版。

乳幼児健診マニュアル 第4版

高い水準と活発な活動で全国的に有名な、福岡地区小児科医会による好著の改訂版。本書1冊でひとりの健診を実施できる内容となっている。今版では子どもの心の問題、育児不安、発達障害に関する解説も追加。随所に配されたコラムでは乳幼児をとりまく最近の話題もわかりやすく述べられている。

編集 福岡地区小児科医会
乳幼児保健委員会



JIM medicina 年間購読でもれなく

“ティアニー先生の ベスト・パールカレンダー” プレゼント!



総合的・全人的に患者を診るためのスキル・知識・臨床情報を提供する、プライマリ・ケア／総合診療医のための臨床誌 JIM。「いかに診るか」をコンセプトに臨床医の診療に不可欠な情報をプラクティカルにまとめた内科総合誌 medicina。

2012年は、いずれかの雑誌の年間購読をご契約いただきますと、もれなく“ティアニー先生のベスト・パールカレンダー”をプレゼント!※ティアニー先生が自ら厳選された12のパールが、落ち着いたデザインとともに机の上であなたの日常診療を支えてくれます。なおいずれかの雑誌の2012年1月号を含む年間購読をお申込みされた方に限りです。

年間購読のお申し込みは、お近くの医書専門書店までお願いいたします。
 医書専門書店をお知りになりたい場合、お近くに医書専門書店がない場合は、弊社までお問い合わせください。
 ※1月号配送時に一緒にお届けします。

JIM medicina セミナー

『ティアニー先生の 診断道場』開催のお知らせ

医学書院 主催

「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれる米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー先生による医学生・研修医を対象とした“公開症例検討会”を昨年に引き続き開催します。

開催期日	2011年11月6日(日)
時間	セミナー 13:30～16:30 懇親会 16:30～18:00
会場	医学書院 本社 (東京都文京区本郷)
講師	ローレンス・ティアニー先生 (カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授)
司会・通訳・コメンテーター	青木 眞 先生 (サクラ精機(株)学術顧問/米国感染症内科専門医)
症例提示者・コメンテーター	松村正巳 先生 (金沢大学医学教育研究センター准教授, リウマチ・膠原病内科)
対象	医学部5・6年生および研修医の方限定
定員	100名
参加費	3,000円 (懇親会は無料) (2011年発行の「JIM」もしくは「medicina」ご購入の方は購読者割引として参加費が2,000円となります。当日ご持参いただきご提示ください)
お申し込み	10月13日(木)正午(昼12時)～10月20日(木)24時までの間に、セミナー受付専用Webサイトからお申込みください。セミナー受講者は抽選とさせていただきます。当選者の方へは後日メールにてご案内させていただきます。申込方法の詳細は医学書院Webサイトをご参照ください。対象以外の方からのお申込は無効とさせていただきます。予めご了承ください。
お問い合わせ	医学書院PR部 (TEL 03-3817-5696)

プレゼント!!
ベスト・パールカレンダー



ローレンス・ティアニー先生

Lawrence M. Tierney Jr.
カリフォルニア大学 サンフランシスコ校 内科学教授

1963年エール大学卒業(音楽史)。1967年にメリーランド大学医学部卒業後、グラディ記念病院(アトランタ)インターン・内科レジデントを経て、1970年よりカリフォルニア大学サンフランシスコ校内科。1985年より同校内科学教授となる。「診断の神様」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。優れた教育者としても知られ、病歴と身体所見から鑑別診断をものごとく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、世界中で絶賛されている。

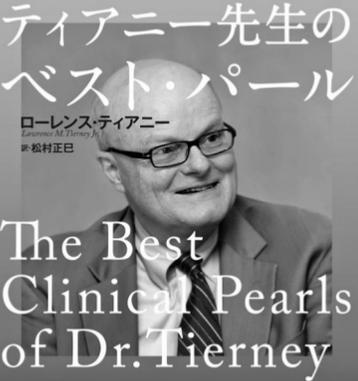
セミナー!!
ティアニー先生の「診断道場」

新刊2冊
同時刊行!

ティアニー氏厳選、
臨床医必読の117パール!

ティアニー先生の ベスト・パール

著 ローレンス・ティアニー
 訳 松村正巳 金沢大学医学教育研究センター准教授・リウマチ・膠原病内科



ティアニー先生の
ベスト・パール

ローレンス・ティアニー
Lawrence M. Tierney Jr.
訳 松村正巳

The Best
Clinical Pearls
of Dr. Tierney

ティアニー氏厳選
117パール!

医学書院

米国の臨床現場には、指導医一研修医の間で語り継がれてきた、数多くの「臨床の知恵」がある。それらは、暗記できるくらいの短いフレーズにまとめられるとき、「パール」(clinical pearl)と呼ばれる。本書では、「パールの神様」として知られるローレンス・ティアニー氏が「ベスト・パール117」を厳選し、それぞれに解説を加えた(全ページ和英併記)。ティアニー氏、渾身の書下ろし!

- A5 頁146 2011年
定価2,625円(本体2,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01465-6]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更となります。

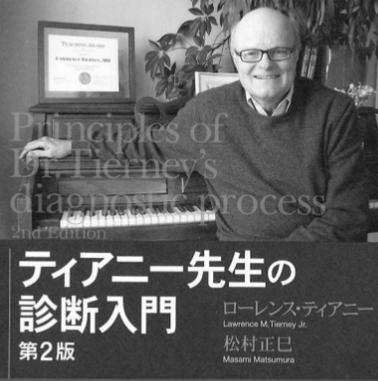
「診断入門書」の決定版、
待望の改訂!

ティアニー先生の 診断入門 第2版

著 ローレンス・ティアニー
松村正巳

「診断の達人」「鑑別診断の神様」と呼ばれる、米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏による「診断入門」の第2版。「診断の原則と実際の進め方」をわかりやすく示すことで絶賛された初版に、大幅な加筆を加え、さらに内容を充実させた。まさに「診断入門書」の決定版であり、これを読まずして「診断」を語ることはできない。

- A5 頁208 2011年
定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01440-3]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更となります。



Principles of
Dr. Tierney's
diagnostic process
2nd Edition

ティアニー先生の
診断入門
第2版

ローレンス・ティアニー
Lawrence M. Tierney Jr.
松村正巳
Masaru Matsumura

待望の第2版!

「診断入門書の決定版」が、大幅に増補改訂されて登場。

医学書院

総合診療誌『JIM』(2011年10月号)より

優れた診断医は どう育つか?

「診断の神様」と呼ばれ、世界で最も優れた臨床医の一人であるローレンス・ティアニー氏。氏はまた優れた教育者であり、病歴と身体所見から鑑別診断をもれなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、世界中の教育病院で賞賛されている。総合診療誌『JIM』では、本邦で名指導医として知られる岩田健太郎氏を聞き手に迎え、「優れた診断医の育成」をテーマにティアニー氏へのインタビューを実施した。本紙ではそのもようを抜粋して紹介する[インタビュー全文は『JIM』誌(Vol.21 No.10-11)に掲載]。



岩田 健太郎 氏
神戸大学医学部
感染症内科教授



ローレンス・ティアニー氏
カリフォルニア大学
サンフランシスコ校内科学教授

岩田 まずお聞きしたいのですが、どのような成長過程を経て、今日のティアニー先生があるのでしょうか。先生のような優れた診断医はどのようにして育ったのでしょうか。

ティアニー 私は米国東部、コネティカットに生まれ育ちました。父は一般診療医として開業しており、仕事場は自宅にあり、私は毎日父のしていることを目にしていました。父は50年間ひとりりで診療しており、往診、分娩、麻酔、整形外科、X線検査、それらすべてを行っていました。ですから私は自然とその方面に惹きつけられ、そうするのが自分の生活だろうと感じていたのです。ただ、心のなかでは、どうして自分は医学部に行くのかと、自問することもありました。

大学では音楽を専攻しました。というのはバランスを取るにはそれが大切だと感じていたからでしょう。言い換えれば良い医者になるには、科学以外のことも知らないといけないと感じていたので。

徹底的な自己鍛錬を決意

ティアニー 正直に言いますが、私は成績の良い学生ではありませんでした。言うならば「並の学生」でした。ただ、イェール大学にいたこともあり、医学部に進むことができました。ですが、私は医学部では臆病な学生だったと思います。

岩田 臆病とは?

ティアニー つまり自分の学びが危ういものだと思っていました。自分のやっていることを十分に理解していなければ、患者に危害が及ぶと思ってい

ましたし、実際、私は自分がやっていることをよくわかっていませんでした。

そこで私は研修医のときに、これから一定期間、医学以外のすべてのことを自分の生活から排除する、そして自分を鍛え、つまり肉体的にも過酷なプログラムを選択し、可能な限りきつい仕事をすると決心したのです。休日はもちろんなく、週当たり約100時間働いたものです。そして1年半後、ついにその目標に到達したと悟りました。その後、私のなかに「医師としての自信」が生まれ、以後私を支える基盤となりました。

また、私は医学部での経験から、自分は医学生を教育できる立場にしようと思いました。医学生に自分の思いを伝えたいという気持ちを持っていたのです。もちろん臨床医学においては、患者のケアが第一です。しかし私にとっては51%が患者のケア、49%が医学生の教育でした。そして、初めて指導医という立場を得たときには、「自分は教育できる」自信があったことを覚えています。

幅広い関心が良医を育む

ティアニー もう一つお話ししたいのは、さまざまなものへ「関心」を持つことです。私はロックコンサートに行ったり、あらゆる文化・習慣、米国の歴史、ポップカルチャーなどに関するたくさんの読書をしつづけます。もし、みなさんが私を良医だと思ってくださっているのなら、私はそれらの行為が良い医師を育むのに必要だと思っています。

ところでモーツァルトは、日本でも人気が高い作曲家だと思いませんか。

岩田 その通りです。

ティアニー 大学で音楽を学んでいたときに、私はモーツァルトがほかの作曲家のスタイルを取り込みながら多くの作品を完成したことを知りました。実は私もそのアイデアを使ったのです。有効な教育方法を持っている人に接したら、私はそれを自らの個性のなかに取り込みます。「優れた診断医はどうか育つか?」との質問の答えにはなっていないかと思いますが、今お話ししていることは、皆さんが想像する以上にその質問に関連していると思います。

多くの文化を知っていれば、人が何を言いたいのか、何を思い出そうとしているのか、または彼らがあなたを信頼しているのかどうかを理解することができましょう。あなたが患者から得たことをいかに統合し、診断とどう結びつけるかというときに、これらすべてのことがとても重要になります。年月を重ね、貴重な経験を重ね、そして、その後患者をみたときに、あなたはつぶやくことでしょう、「これは前にもみたことがある」「この患者はこの病気に違いない」と。そうした「経験」は、診断にとってきわめて重要です。経験がなければ他人に教える方法を持ち得ないでしょう。良き教育者になりたければ、経験を得なくてはならないのです。

患者を診るとき、最初にする

ティアニー 例えば、病院で患者を診るとき、私が最初にするのは……、これは日本では見かけませんが、中国、オーストラリア、東ヨーロッパでも見ませんね、私が教えたどの地域でもま

れなのですが……、私は患者に自己紹介します。あるいは誰かに紹介してもらいます。

それから患者のベッドサイドに腰掛けて、患者の腕に触れます。私としては自分が患者に関心を抱いているということを表明しているのです。そしていつも同じことを尋ねます。「こんにちは、どちらのご出身ですか。私はアメリカから来ました」。あるいはまた、「これまでどんなことをしてこられましたか」と。すると患者はとても興味深い話を聴かせてくれます。しかし、私の一番の目的は、私が患者に関心を抱いているのだということを知ってもらうことなのです。

一般市民は医師のことをそれほど信頼していないと思います。というのはわれわれ医師は自分たちを特別な存在だと考え、うぬぼれているということを知っているからでしょう。ですから、私は自分を患者と同じレベルに置こうと努力します。私はベッドサイドで患者を取り巻いている医学生やレジデントにそのことを自覚してもらいたいです。それによって彼らも大きく成長すると思います。

(抜粋部分おわり)

●ローレンス・ティアニー氏
1963年イェール大卒(音楽史)。67年メリランド大医学部卒。85年より現職。この10月に最新刊『ティアニー先生のベスト・パール』(ティアニー先生の診断入門(第2版)) (いずれも医学書院)が出版される。

●岩田健太郎氏
1997年島根医大卒。沖縄県立中部病院、セントルークスルーズベルト病院、ベスイスラエルメディカルセンター、亀田総合病院を経て2008年より現職。感染症を中心に著書多数。

10 内科臨床誌メディチーナ medicina

Vol.48 No.10 今月の主題 一般内科医がみる血液疾患 血液専門医との効率的な連携のために

本特集では、一般内科医が血液疾患の診療を行うために必要な知識、血液専門医との円滑で効率的な連携のために必要な情報を提供する。鑑別診断法についての紹介からはじまり、特殊な背景を有する患者の血液診療、専門医へ遅滞なく紹介するための注意点、またどのような患者をエマーゼンシーとして扱わなければならないかについて解説した。最後に「一般内科医が対応できる血液疾患の治療」を紹介、より具体的な診療方法を示した。

INDEX

第1章 血液疾患の診断へのアプローチ

第2章 血液に影響を及ぼすさまざまな背景

第3章 専門医へ紹介するタイミング

第4章 一般内科医が対応できる血液疾患の治療

A. 一般内科医が治療可能な疾患

B. 専門医による治療後の経過観察、マネジメント

C. 薬剤使用時の注意事項

座談会「血液疾患診療の病診連携、病々連携」

●1部定価 2,520円(税込)

▶2011年増刊号(Vol.48 No.11) 内科疾患インストラクションガイド 何をどう説明するか

●予価 7,560円(税込)

連載

- 演習・循環器診療
- 研修おたく海を渡る
- 手を見て気づく内科疾患
- 目でみるトレーニング
- アレルギー・膠原病科 × 呼吸器科 合同カンファレンス
- 今日の処方と明日の医学
- 医事法の扉 内科編
- Festina lente

▶来月の主題(Vol.48 No.12) 内科診療に役立つメンズヘルス

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!

medicina 10 2011年10月号

一般内科医がみる血液疾患 血液専門医との効率的な連携のために

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina

JIM 10 2011年10月号

思春期女子への診療 ティーンズとどう向き合いますか

http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/jim

プライマリ・ケア/総合診療のための「JIM」

JIM Journal of Integrated Medicine

Vol.21 No.10 特集 思春期女子への診療 ティーンズとどう向き合いますか

臓器や年齢を特定せずに地域の住民の診療を担当する家庭医、プライマリ・ケア医は、10代の若者の診療に携わることも多い。子どものころから関わっていることや、家族背景などに詳しいこともあり、親からも、本人からも相談を受けることがある。とりわけ、思春期の女子(おおむね11歳から18歳まで)は、ころころからだも変化の時であり、重要なライフステージにある。従来、小児科、産婦人科、内分泌内科、整形外科、児童精神科など多くの専門家が担当している領域に、横断的なアプローチと予防医療を得意とする家庭医、プライマリ・ケア医がどのように関わっていけばよいか、とくに「最初の相談」についてなすべき診療と、つなぐべきコンサルテーションを主眼とした特集企画である。

INDEX

【総論】 思春期女性のからだとこころの成長・発達 ……井上真智子

一般外来受診で思春期女子と話し合うべきこと ……福田美紀

【ティーンズ女子のよくある悩み】 にきびをはじめとしたスキンケア ……中村健一

月経異常・若年妊娠 ……高橋幸子・北村邦夫

不登校と仲間関係 ……関谷秀子

立ちくらみ・めまい ……田中英高

思春期の栄養と肥満・やせ ……橋本令子

【ティーンズ女子への介入】 子宮頸がんワクチン対象になったら ……久布白兼行

発達障害・アスペルガー症候群を疑ったら ……広沢正孝

DV/暴力の介在を疑ったら ……奥山真紀子

【スペシャル・アーティクル】 キャリーオーバー疾患における家庭医の役割 ……佐古篤謙

●JIMで語ろう 優れた診断医はどうか育つか?—ティアニー氏に聞く(前編) ……ローレンス・ティアニー、岩田健太郎

▶来月の特集(Vol.21 No.11) 知っておくべき高齢者の評価法

●1部定価 2,310円(税込)

年間購読 受付中! 年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

年間購読 受付中!

▶「ティアニー先生のベストパールカレンダー」プレゼント! 「medicina」「JIM」どちらかの雑誌の、2012年1月号を含む年間購読をお申込みの方に限り(詳細は本紙8面左上参照)。



もう膠原病は怖くない!



臨床医が知っておくべき膠原病診療のポイント

膠原病は希少疾患ですが、病態はさまざまな臓器におよび、多くの患者で鑑別疾患に挙げられます。また、内科でありながらその症候は特殊で、多くは実際の診療を通してでなければ身につけにくいです。本連載では、膠原病を疑ったとき、膠原病患者を診るとき、臨床医が知っておくべきポイントを紹介します。膠原病専門診療施設での実習・研修でしか得られない学習機会を提供します。

高田和生

東京医科歯科大学 歯医学融合教育支援センター 准教授

その5

関節リウマチの診断・治療

【ケース】

36歳女性。半年ほど前から手・指関節痛が出現。リウマトイド因子陰性、X線検査で骨びらんなく、NSAIDsの服用のみで経過観察とされてきた。関節症状や倦怠感などもあり、現在就業困難。MRI検査を行ったところ、滑膜炎所見を認めた。関節リウマチ(Rheumatoid Arthritis; RA)の診断は妥当か? 初期治療はどのように行うか?

RAの診療においては、次に記す4つの要素が主な原動力となり、この15年でパラダイムシフトが起こりました。①関節破壊の進行が予想していたより早いと判明した、②発症後早期の炎症沈静化の重要性が認識された、③早期診断に役立つ検査(免疫血清検査/画像)が開発された、④有効性の高い治療法が開発された。これらに触れながら、今日のRA診療を紹介いたします。

発症4か月で、すでに40%の症例で骨破壊が見られる。骨破壊は時間を経てゆっくり進むため、安全性に懸念のある免疫抑制薬の早期使用はリスク・ベネフィットバラ

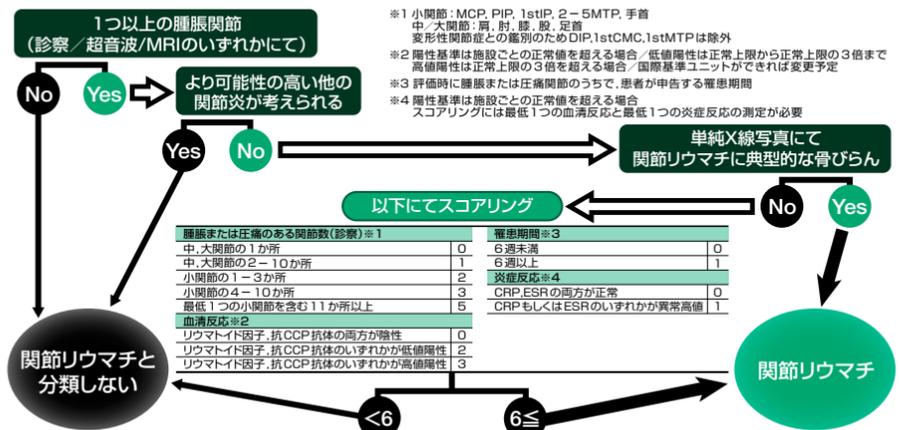
ンスが悪いと以前は理解されてきました。しかし、単純X線でも発症1年後に15-30%が、MRIでは発症4か月後に45%もの患者が骨破壊を呈することがわかり(骨びらんの前駆病変とされる骨髄浮腫や、滑膜炎所見の頻度はさらに高い)、リスク・ベネフィットバランスの再検討が必要になりました。

発症後早期の炎症鎮静化達成は、長期にわたる治療反応性をも改善させる

発症後早期に適切な治療により炎症の鎮静化を図ることは、単に破壊進行期間を短縮するだけにとどまらず、長期にわたる治療反応性をも改善させ、これまでの治療戦略では極めてまれであったドラッグフリーでの長期的寛解維持を可能にする場合もあります。この「早期」とはRA発症後2年以内(window of opportunity)と言われています。

RAの分類基準が2010年に改訂された

RAには確定診断はなく、臨床研究のために存在する分類基準を参考に臨床的に診断します。従来の分類基準[1987年米国リウマチ学会(ACR)作成]は平均発症8年後で疾患が確立し関節



●図1 米国リウマチ学会/欧州リウマチ学会による関節リウマチ分類基準。より早期での分類を目的に作られた基準のため、1987年ACR分類基準と比較して感度が高まり特異度が下がる。「より可能性の高い他の疾患が考えられる」場合はRAと分類できないとされており、この鑑別が重要。

破壊も進行した患者データを基に、他の確立した関節炎疾患と区別すべく作成されたものでした。したがって、早期診断においては参考になりません。そこで、ACRおよび欧州リウマチ学会(EULAR)がRAの早期分類基準を作成し、2010年に発表しました(図1)。臨床現場では、この分類基準を参考に、早期診断が求められます。

RAの治療目標はSDAI≤3.3

一般的に疾患の治療目標は、ADL/QOLが回復し、長期的障害が残らない水準の疾患活動性に設定されます。RAにおいても、ADL/QOLが回復し、骨破壊が進行して長期的ADL障害が残らない水準の疾患活動性であるべきで、次に記すACR/EULAR新寛解基準2011(臨床研究での使用が本来の目的)が参考になります。

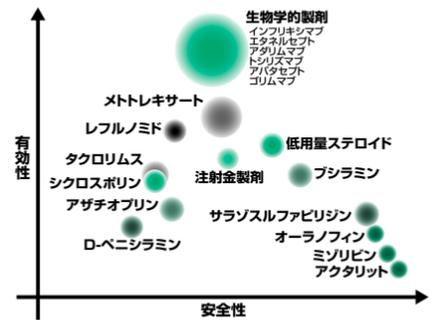
- ①腫脹関節数、圧痛関節数、患者の疾患活動性全般評価 [(Visual Analogue Scale; VAS)にて0-10cm], CRP (mg/dL)のすべてが1以下
- ②Simple Disease Activity Index (SDAI) [圧痛関節数(0-28) + 腫脹関節数(0-28) + 医師の疾患活動性全般評価(VASで0-10cm) + 患者の疾患活動性全般評価(VASで0-10cm) + CRP (mg/dL)] ≤3.3 (①②のいずれかを満たす)

本基準の作成に際しては、実際の臨床試験データに当てはめ、骨破壊進行および中期的ADL障害の危険が最も小さい基準が選ばれました。しかし危険性はゼロではなく、また2年超の長期的予後との関係も未知であるため、本基準達成の場合でも、定期的にX線検査などで骨破壊の進行の有無の確認が必要です。また、治療の安全性も含めてリスク・ベネフィットバランスを考察し、場合によっては本基準より若干緩い基準(寛解ではなく低疾患活動性)を治療目標にすることもあります。

治療は喘息治療と同じく、リリーパーとコントローラーの組み合わせ

同一患者における同一治療下でのRAの疾患活動度は、発症後まもなくはプラトーに達するまで上昇しますが、その後はほぼ一定水準を推移し、季節、感染症、ストレスなどにより若干変動します。一方妊娠中は6-7割で低下し、また産後はほぼ9割で上昇します。

RAの治療薬は、炎症の制御を速やかに達成するリリーパー(NSAIDs, 低用量ステロイド経口, ステロイド関節内注射)と、長期的に炎症/自己免疫病態を制御するコントローラー(生物学的製剤も含む、図2)とに分類されます。基本的には寛解基準を目標に、コントローラーの投与量や組み合わせを1-3か月ごとに調整していきます。ただ、コントローラーの多くは作用発現に2-3か月ほどかかるため、初期治療導入時や増悪時でADL障害が強



●図2 RA治療におけるコントローラー薬剤の安全性と有効性(文献データおよび筆者の経験を踏まえて)

いときなどは、リリーパーも一時的に使用します。

なお低用量ステロイド経口療法にはコントローラーとしての作用もありますが、コントローラーの種類が増えた現在、骨粗鬆症などの蓄積的副作用もあり、長期的に続けられることはあまりありません。

生物学的製剤は高額で危険なため、一部の患者にしか使われていない?

生物学的製剤の副作用には、投与部反応(注射の場合)や投与時反応(点滴の場合)、結核を含めた重症感染症[生物学的製剤非使用RA患者の2倍、有害必要数(Number Needed to Harm; NNH)は59]、既存心不全の増悪、悪性腫瘍(懸念はあるがデータは一定しない)などがあります。また高額療養費制度を含む保険診療であっても高額(一般的な家計収入で計算した場合、年間40-50万円)になります。したがって、導入においては、治療による短期的および長期的ADL/QOLの改善とともに、これら安全性や費用の面を考慮します。現在日本に60-100万人いるといわれているRA患者のうち、14万人ほどに使用されています。

寛解達成は生物学的製剤を使わなければ不可能である?

寛解達成のために必要なコントローラー(またはその組み合わせ)は、患者の疾患活動度により異なります。疾患活動度が低い場合はプシラミンなどの単剤で、疾患活動度が高い場合でも生物学的製剤を含まない複数の薬剤併用で寛解を達成できる場合も多くあります。

【診療のまとめ】

診察にて小関節7つに腫脹と圧痛を認め、抗CCP抗体陽性であり、新分類基準を満たすことから臨床的にRAと診断。コントローラーとしてプシラミンを選択、ADL低下もあるためリリーパーとしてプレドニゾロン5mg/日も開始した。症状は速やかに改善したが、3か月後の判定で寛解に達しなかったため、メトトレキサートを追加した。さらに3か月後の判定で寛解となり、プレドニゾロン漸減を開始した。

必要な情報だけを厳選、症状から中毒原因物質を推定する技術が身につく

急性中毒ハンドファイル

さまざまな症状や検査値の組み合わせから中毒原因物質を推定することをトキシドロームと言う。本書は、この技術に優れていることで名高い大垣市民病院のノウハウがコンパクトにまとめられている。第一線で働く救命救急センター医師と薬剤部スタッフが、臨床現場で真に役に立つ情報のみを精選した。

編集 森博美
大垣市民病院薬剤部副科長
山口均
大垣市民病院救命救急センター長



がん“共存”するために必要不可欠なリハビリテーション入門書

がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで

“がん(悪性腫瘍)のリハビリテーション”にはがん医療全般の知識が必要とされると同時に、運動麻痺、摂食・嚥下障害、浮腫、呼吸障害、骨折、切断、精神心理などの障害に対する専門性も要求される。本書は、がん医療やリハビリテーションに関する豊富な臨床経験をもつ執筆陣が、その概要から実際のアプローチ方法に至るまでわかりやすく解説。すぐに臨床応用できる“がんのリハビリテーション”の実践書。

編集 辻哲也
慶應義塾大学医学部腫瘍センター
リハビリテーション部門 部門長



REAL HOSPITALIST

「本物のホスピタリスト」をめぐり米国で研鑽を積む筆者が、その役割や実際の業務を紹介します。

石山貴章

St. Mary's Health Center, Hospital
Medicine Department / ホスピタリスト

Vol.10 3つのP 新しいフレームワーク

Why don't you go to the IPC's Hospitalist Leader's Conference next month?

(来月ある、IPCのホスピタリストリーダーズカンファレンスに行っていよ。)

Huh?

(はあっ?)

IPCというのは、われわれ St. Mary's Health Center のホスピタリストグループが所属する、全米最大規模のホスピタリスト会社である。1996年の創業以来、瞬く間に全米の医療業界ナンバーワンと言われる規模に成長した。当然、全米規模でのホスピタリスト需要の急速な増大が、その背景にはある。この会社が年二回、会社に所属するホスピタリストを集めて、数日にわたり講習を行う。患者満足度をいかに上げるか。各グループがどのようにして患者を確保し、そのビジネスを運営しているのか。こういった議題、プレゼン、ディスカッションをみっちり行うわけである。

わが師匠 Dr. Vaidyan との冒頭でのやりとりの後、このカンファレンスに参加することになった私だが、それによってホスピタリストのとらえ方に関

し、新しいフレームワークを得ることができた。今回、それを紹介したいと思う。

ここでは、少し異なる切り口でホスピタリストの役割を見てみたい。ホスピタリストの診る患者を、概念的に以下の3つのフレームワークに分けるといふものだ。そのカンファレンスでは下記のように番号を振っていたのだが、ここでは独自に「3つのP」という概念として提唱したい。すなわち、

患者 #1 (Patient) : 文字通り、人としての「患者」である。

患者 #2 (Place) : ホスピタリストの働く「施設」、特にその上層部を患者に見立てる。

患者 #3 (Partner) : 所属するグループや、共に働くサブスペシャリティなど、自分たちの「パートナー」を患者に見立てる。

それぞれの患者(3つのP)が、主治医としてのホスピタリストにいろいろな要求や問題を提示してくる。ここではホスピタリストの役割を、それらさまざまな問題や要求を解決し、満足

のいくケア(解決策)を与えること、ととらえてみる。特に患者 #2 (Place) は、プライマリ・ケア医との違いの点で重要になってくる。

患者 #2 (Place) の要求や問題には、さまざまなものがある。主だったものとしては、入院期間の短縮、再入院率の減少、教育、ケース当たりのコスト削減、医療チームの構築、そして病院に対する患者の満足度、などが挙げられる。病院上層部からのこういった要求の解決は、ホスピタリストとしてバイタルな問題(重要事項)であり、避けて通ることはできない。しかしこれまで、医学生やレジデントに対するこの分野の教育は、決して十分とは言えなかった。その点、われわれホスピタリストを中心とした医学教育は、この問題をカバーしつつある。

プライマリ・ケア医にとって、これらはほとんど問題にならない。病院に常駐し、病院経営、医療の効率化と質の向上、そしてスタッフ教育などに中心的役割を果たすホスピタリストだからこそ、これらがバイタルな問題となるのだ。

一方、患者 #3 (Partner) も、日々さまざまな要求をしてくる。具体的には、On Call の当番制、グループビジネスの運営とその拡大、あるいは、他のサブスペシャリティグループとの協力である。ただこれらは、特にホスピタリストに限ったことではない。すべてをビジネスとしてとらえるここアメリカの中で、医療ビジネスとしてグループ診療をしている医師であれば、誰もが遭遇する問題であろう。

この観点から見ると、今までの連載で見てきたポイント、例えば医療チームの構築や、教育、そして入院期間の短縮などは、患者 #2 (Place) や患者 #3 (Partner) に関する役割を見てきたことになる。一方、診断や Safety Discharge、日々の患者管理などは、文字通りの「患者」としての患者 #1 (Patient) に関するものである。無論その問題を解決することは、間接的に患者 #2 (Place) の要求を満たすことにもなる。

この「3つのP」のフレームワーク。Site-defined (場所を基盤にした) Physician (医師) であるホスピタリスト

の役割を、わかりやすく示していると思うのだが、どうだろうか。

Do you have Hospitalists in Japan?

(日本にも、ホスピタリストはいるのか?)

ここアメリカでホスピタリストをしていて、よく聞かれる質問である。そして、本物のホスピタリストが育つ土壌が、日本にはあると私は思う。

ご存じの通り日本は、病棟勤務医という形で医師が病院に常駐するのが当たり前、という医療形態をとってきている。これはすなわち、患者 #2 (Place) を管理するという観点からは、ホスピタリスト発祥の地であるアメリカよりも、一歩リードしていることを意味する。

問題は患者 #1 (Patient)、すなわち本来の意味の「患者」を総合的に管理できる医師の数が、限られていることではないだろうか。これはあまりに専門に特化しすぎた教育のせいであり、またそのシステムのせいでもある。逆に言えば、そのシステムと教育とを少し変えるだけで、ホスピタリストを育てることは十分に可能であるとも言える。

無論、日本におけるサブスペシャリティの医師のクオリティの高さは、十分に承知している。ここで述べているのは、あくまでサブスペシャリティの集まりにより構成され、それらをコンダクトするジェネラリストがいない、日本の医療システムそのものの問題点である。

本物のホスピタリストを日本に。これが私の、あくなき目標である。

Real Hospitalist 虎の巻

新たなフレームワーク

Patient, Place, Partner. これら「3つのP」の要求を満たし、満足のいくケア(解決策)を与えること。常にこの「3つのP」のフレームワークでとらえ、そして考えることで、ホスピタリストの役割を整理する。



セントルイス紹介 Photo シリーズ第6弾、日本祭。市内でも有名なボタニカルガーデンで9月の初めに行われ、毎年大勢のセントルイス市民でにぎわう。北米最大規模の日本祭であり、日米の文化交流に役立っている。諏訪太鼓の演奏やみこし担ぎなど、さまざまなイベントが催され、浴衣姿のアメリカ人女性も大勢見られる。

空気が読めないのは脳のせい?



脳とソシアル

ノンバーバル コミュニケーションと脳

自己と他者をつなぐもの

編集 岩田 誠・河村 満

人は言葉だけでなく、自分の体や周りの空気、時間などあらゆるものを使って他者とのコミュニケーションを図っている。果たして脳は、それらの情報をもどのように処理し、意味づけているのだろうか。脳とこころの不思議に迫る
《脳とソシアル》シリーズ第3弾。

●A5 頁240 2010年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00996-6]

シリーズ《脳とソシアル》既刊

社会活動と脳 一行動の原点を探る

編集 岩田 誠・河村 満
●A5 頁220 2008年 定価3,570円 (本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-00693-4]

発達と脳

ーコミュニケーション・スキルの獲得過程
編集 岩田 誠・河村 満
●A5 頁272 2010年 定価3,780円 (本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-00936-2]

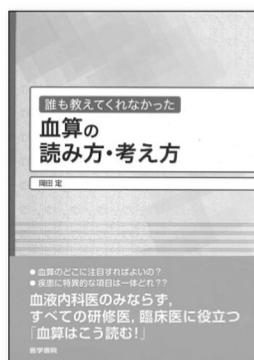
医学書院

誰も教えてくれなかった

血算の読み方・考え方

岡田 定 聖路加国際病院・内科統括部長・血液内科部長

最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、すべての臨床医、検査技師にも役立つはず。



目次

総論

各論

- I 赤血球減少症(貧血)
- II 赤血球増加症
- III 白血球増加症
- IV 白血球分画異常
- V 白血球減少症
- VI 血小板減少症
- VII 血小板増加症
- VIII 汎血球減少症(赤血球↓ 白血球↓ 血小板↓)
- IX 汎血球増加症(赤血球↑ 白血球↑ 血小板↑)
- X 治療に伴う血算の変化

●B5 頁200 2011年 定価4,200円 (本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01325-3]

医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

個人授業 心電図・不整脈 ホルター心電図でひもとく循環器診療

永井 良三 ● 監修
杉山 裕章 ● 執筆
今井 靖, 前田 恵理子 ● 執筆協力

B5・頁344
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01335-2

評者 村川 裕二
帝京大溝口病院教授・第四内科

つまらない本の書評を書くときは、披露宴で「人並みでもない新郎」を秀才と褒めるのと同じ努力を求められる。本書のかわいい表紙を眺めて、そんなことを思った。ベテラン医師が新米医師とやりとりして何かを学ぶ、よくあるタイプの本だ。

ところが、二人の「ボケと突っ込み」は肩の力が抜けて、引き込む魅力がある。「なるほど、なるほど」などと相づちを繰り返すところなど笑える。書評を書くだけならパラパラめくれば話は済むだろうに、うっかり最初から最後まで読んでしまった。ムム、お見それ

しました。以下にそのワケを述べる。その1：今どきはやらぬ「ホルター心電図」という言葉を書名に入れて読者を油断させている。「ジミで退屈な雰囲気」を装いながら、トリックがある。副題の“ホルター心電図でひもとく循環器診療”が答えなのだが、ホルター心電図にこだわらず、何でもかんでも行き当たりばったりで、料理しまくっている。「思いつくまま書きました」という雰囲気が楽しい。

CARTOシステムで描いたカラフルな三次元マッピングは、ホルター心電図のテキストにはたぶん初参入。さらに、トライアルのグラフ、カテーテル・アブレーションのときの透視像、肺静脈の病理とくれば欲張りにもほどがある。ともあれ、心電図そのものを勉強してもしょうがない。心電図は最初に開くドアだが、ドアの勉強ばかりではつまらない。それはシステムに任せるべきだ。心電図波形に閉じ込められない

さまざまな魅力の詰まった フトコロの深い名著



ところが魅力の1。

その2：AVRTとAVNRTの判別について、心拍数から“アタリをつける”といった表現は面白い。ホルター心電図と運動負荷試験の“虚血性心疾患検出の感度、特異度の比較”も興味深い。基本的な臨床情報を小難しいこと抜きでスパッとまとめている。そろそろ終わりかと思えば、ゲノム解析の意義にまで手を広げている。遺伝子多型の話をワルファリンの効果の個体差と関連付けているところまで読んで、「いったい何の本?」と思ってしまった。どういう情報が面白いのか、ネタの選

び方が魅力の2。

その3：自分の頭でメッセージを考えている。自分の頭で考えることをやめて、ひたすら文献で武装した本が多い。ワクワクしないし、人間くさくなくて、寂しい。本書は誰も参考にするこたない文献を300個並べるなどというやばなことはしていない。自分で考えて、自分でしゃべっている。ホルター心電図のレポートをどう書くか、どこまで書くか、初学者が引っかけさまつなことで、親切に教えてくれる。著者はしつこくも親切な性格なのだろうか。面倒臭いではなく、後輩に教えるのが嫌いではないのだろう。かくして、懇切、親切が魅力の3。

まとめ：天衣無縫に好きなことを書きまくったら、フトコロの深い本が出来上がった。外見と語り口はやさしくしてあるが、見た目より読者を選ぶ。他のホルター心電図の本が色あせて見える名著。

臨床心臓構造学 不整脈診療に役立つ心臓解剖

井川 修 ● 著

B5・頁184
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01121-1

評者 副島 京子
川崎市立多摩病院・循環器科 / 聖マリアンナ医大講師

規則正しく一日10万回も拍動し効率的に循環をつかさどる心臓は、勉強すればするほど奥の深い臓器です。その発生、解剖、不整脈の機序などを学ぶほどに興味と愛情が増し、自分が循環器医であることに喜びを感じます。井川修先生による『臨床心臓構造学』は、先生が長年培ってこられた心臓への愛情、不整脈への愛情、そして患者さんへの愛情の集大成だと思います。先生の持っている構造学、不整脈学への情熱がひしひしと伝わってきます。

今まで、ほとんどの不整脈を専門とする医師はAnderson/Becker, Netterなどの解剖学者による教科書を参考にしていたと思いますが、本の知識を臨床へ応用するのは個々の読者にゆだねられていました。つまり、内容を理解して応用できるかは読者の力量次第だったと思います。

この本では井川先生が基礎と臨床の懸け橋となり、臨床医にも非常にわかりやすく、即時に臨床応用できるような解説がされています。不整脈のカテーテル治療を専門とうたう医師は世界中に多いのですが、井川先生ほど、心臓の解剖から機序、治療のためのテクニックを知り尽くした上で、わかりやすく解説できる医師はいないでしょう。

不整脈学の基礎と臨床の 懸け橋となる一冊

総論で先生が、「循環器疾患を考える場合、「心臓構造・解剖」の窓を通してそれを見ると、「成因・病態・治療」について新しい方向からその内容を考えることができる。「心臓構造・解剖」への理解は、「心臓形態の形成過程」をたどることでさらに深まるが、可能であればその作業を3次元的に行うと、「完成した心臓構造・解剖」への認識がさらに踏み込んだものとなる」と、述べておられるとおりだと思います。漁で大海を航海するには地図がとても重要です。さらに漁を効率よくするためには、高性能の魚群探知機が必要でしょう。この本はまさに“最新フル装備を備えた船”のようなものです。不整脈の機序の理解、カテーテル操作の工夫、合併症予防のための注意点など、臨床医が知らなくてはならないことが満載されています。

これから不整脈を学ぶ医師、不整脈治療を既に行っているすべての臨床医がこの素晴らしい本から学ぶものは数えきれず、不整脈医必携の本であると思います。そして、今後のさらなる不整脈治療の発展の大きなきっかけになると確信しています。日本だけにとどまらず、今後ぜひ英訳され、海外の医師にも役立つような本になることを祈念します。

イラストレイテッド 脳腫瘍外科学

河本 圭司, 本郷 一博, 栗栖 薫 ● 編

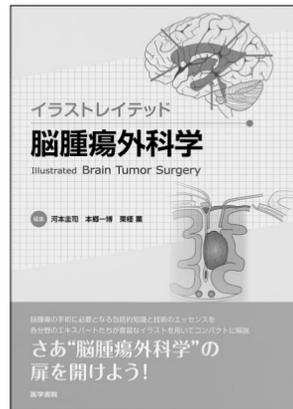
A4・頁272
定価16,800円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01104-4

評者 吉田 純
名大名誉教授 / 中部ろうさい病院院長

脳腫瘍は脳神経外科において重要な分野であり、テーマである。そしてその医療の質と内容は、近年の生命科学、情報科学、そして科学技術の進歩により、大きく変貌・発展してきた。特に病態解明や診断においては、分子生物学、遺伝子工学、そして画像工学が大きな役割を果たしてきた。一方治療においては、19世紀に欧米で開発された近代脳神経外科より現在に至るまで、中心は外科手術である。そして現在の主流は顕微鏡手術、内視鏡手術および最近導入されてきたナビゲーションとモニタリングを用いた画像誘導手術となっている。

そのような中、脳腫瘍手術の最前線

若い脳神経外科医の 入門書として最適



で活躍されている63名の脳神経外科医が分担執筆され、河本圭司・本郷一博・栗栖薫先生により編集された『イラストレイテッド脳腫瘍外科学』が、医学書院より出版された。

本書を手にとってみて、私の大先輩である杉田慶一郎教授が発刊され、世界中でロングセラーとなった脳外科手術のバイブル『Microneurosurgical Atlas』を思い浮かべた。先生はすべての手術にあたり、術直後、教授室にて術中思い描いた術野のスケッチを絵具で描いていた。そして弟子達に“手術は技術ではなく、アートだ”と教え、Atlasの中の絵図には先生自身が手術した脳動脈

ベストセラー外科手術アトラスの第3版がハンディなコンパクト版に

イラストレイテッド外科手術 第3版[縮刷版]

外科研修医の必読書、定番の手術アトラスがコンパクトに。12年ぶりの全面改訂により、最新の情報とテクニック満載の第3版を完全縮刷。オリジナルイラストの説得性のある表現もそのままに、どこへでも持ち運べるハンディさを獲得。研修現場でも役に立つニュータイプの手術書。

篠原 尚
兵庫立尼崎病院・消化器外科部長
水野 恵文
兵庫立尼崎病院・副院長
牧野 尚彦
兵庫立尼崎病院・名誉院長



●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
記事内容に関するお問い合わせ

☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ

送付先(住所・所属・宛名)変更および中止

FAX(03)3815-6330 医学書院出版総務部へ

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

ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

画像診断にまつわる疑問点を、この1冊で解決!

<日本医師会生涯教育シリーズ>

画像診断update

検査の組み立てから診断まで

本書では、画像診断の疑問点—患者の受診時に何の画像検査を行い、その後、必要に応じ選択すべき次の画像検査は何か、また、その検査でわかること、専門家に判断を委ねるべき時点、経過観察の間隔、等々を解説していく。common diseaseを中心に扱い、X線を中心に、CT・MRI・USなどの各種モダリティの写真を部位ごとの特性に応じて随所に盛り込んでいる。

編・発行 日本医師会
監修 大友 邦
東京大学・放射線医学
興相 征典
産業医科大学・放射線医学
杉村 和朗
神戸大学病院 院長
福田 国彦
慈恵医科大学・放射線医学
松永 尚文
山口大学・放射線医学
村田 喜代史
滋賀医科大学・放射線医学



《看護ワンテーマBOOK》 成果の上がる口腔ケア

岸本 裕充 ● 編著

B5変・頁128
定価1,890円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01322-2

【評者】松村 真司
松村医院院長

駆け出しのころ、指導医の青木誠先生(前国立病院機構東埼玉病院院長)に「松村君、糖尿病だろうが肺炎だろうがとにかく口の中を診ることは大事だよ」と口腔内の観察の重要性を常に教えられた。そのころの私はその言葉の本当の意味を理解していなかったように思う。時は流れ一家庭医になった今、特に在宅診療で多くの虚弱高齢者を診察するようになり、歯科治療および口腔ケアの効果を心から実感できるようになった。口腔ケアにより合併症が減り、栄養状態が改善する。何より、「口から食べる」ことによって患者や患者家族の表情は驚くほど豊かになっていく。地域で暮らす高齢者が劇的に増えている現在、適切な口腔ケアを行うことの重要性はかつてないくらい高まっている。

口腔ケアの標準的手順と 連携強化の手引書



一方、実際に行われている口腔ケアについては、その技量には大きな差異があるとのことである。もちろん人間の行うことなので、個人によって技量に違いがあるのは避けられないであろう。しかしその結果、口腔内の衛生環境に差異が出て、ひいては歯科疾患が進行し、そしてそれが全身状態へと影響を与えるのであれば、口腔ケアを行う医療者としては、その技術を一定の水準に保つ責任があるはずである。そんな中、兵庫医科大学・岸本裕充先生による口腔ケアの手順の解説書『成果の上がる口腔ケア』が上梓された。タイトルが示しているように、本書は、ルーチンワークとしての口腔ケアではなく、「成果が上がる」、すなわち「患者を良くする」ための口腔ケア

をめざしている。その思想のもと、最新のオーラルマネジメントの考え方に基づいた口腔ケアの手順が、多くの図表とカラー写真によって公開されている。

第一章では「やるべきこと」とともに「やらなくていいこと」、すなわち過剰なケア、無駄なケアについて記されている。限られた時間の中で「必要なことのみ行って」口腔ケアの効果を高めようという岸本先生の思想がここに現れている。第二章では、具体的な口腔ケアの手順が6つに整理され、さらには「口が開かない」「気管チューブが邪魔」などの、よく経験するトラブルへの対応方法が簡潔に記されている。第三章では、誤嚥性肺炎、がん治療中、妊産婦など、患者の背景別にケアを行う上で注意すべき点についてまとめられている。本書を通読することで、これまでの口腔ケアの知識はより整理され、そして本書の手順を会得することで、口腔ケアの成果をより実感できるようになるであろう。

本書で岸本先生が提案されているように、まず標準的な口腔ケアの手順を確立し、次にその有効性を検証することでより効果的な手順が開発されていくことであろう。合わせて、より高度なケアが必要な時の歯科との連携が深まっていけば、患者の状態はさらに向上する。本書の記載を実践し、その技術を多くの地域の医療者が身につけることで、成果=すなわち患者の健康状態がより向上していくことを期待したい。

ゝ瘤や脳腫瘍の一例一例で開発・発展させた術式が描かれていた。

本書も、熟練した脳神経外科医が執刀した脳腫瘍手術において、術者が術中に思い描いた術式をイラストレイテッドした絵図を中心にまとめられている。本書は大きく「A. 術前」「B. 術中」「C. 脳腫瘍の手術」「D. その他の治療法」の4つに章立てされており、本書の中心となる「脳腫瘍の手術」の章では、前半は脳腫瘍手術の総論として、体位、開頭、アプローチ、顕微鏡・手術器具の使い方について現在の標準的術式、ならびに最近注目されている新手術法が紹介されている。そして後半には各論として、腫瘍型ごとの症例について、術前のMRI画像、術中写真、

そして使用する手術器具とともに、イラストレイテッドされた術式を紹介している。また、局所解剖、適応、アプローチ、手術法そして術後管理について、豊富な手術経験に基づく適切な説明文が書き加えられている。

編者らは本書を“脳腫瘍外科学”と称し、単なる手術書ではなく、脳腫瘍の外科を学問ととらえ、その全般的な知識を解説した書と位置付けているが、私も同感であり、本書は若い脳神経外科医の入門書として最適であるとともに、熟練した脳神経外科医に対しても術前の確認書として有益な本であると思う。多くの先生方の手元に置かれ、親しまれる本になることを期待している。

イラストレイテッド泌尿器科手術 第2集 図脳で学ぶ手術の秘訣

加藤 晴朗 ● 著

A4・頁352
定価15,750円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01103-7

【評者】岡根谷 利一
虎の門病院・泌尿器科部長

多数の秀逸なイラストを用いて手術手順を簡条書きにしたユニークな手術書である。注視する必要のない箇所は書いていなくて、「図脳」が「頭視(?)」した関心領域のみを描いている。確かにユニークな手術書だと思うし、さまざまな内容を網羅してなかなか真似のできるものではない。

加藤晴朗先生とは学生時代から信州大学の医局まで30年以上の付き合いであるが、彼でなければなかなかこのような本は書けないと思う。短距離走がめっぽう速いのと絵がうまいのには以前から脱帽していた。旅行はインドや中国、バンガラデシュ、留学はエジプト、欧米は行きながらという“変わった(?)”アナログ人間であり、本書のイラストはまさに彼が描きためた長年の手術記録に他ならない。

この本を眺めていると第1集もそうであるが、イラストの筆遣いがわれわれの恩師である小川秋實先生のものによく似ている。簡潔かつ明快な絵柄とカラーで理解が深まり、読者を飽きさせない工夫がなされているように思う。

上手な手術ほど誰でも簡単にできそうに思わせるが、まさにこの手術書を読んでいると簡単に手術が終わりそうな気がしてくる。加藤先生の場合、やはり“描かずにはいられない”病気がかかっているようであり、手術室ではデジタルカメラを持ち歩きながら膜構造などの解剖を確認している姿をよく見かけた。この手術書には術野の写真は全くないのであるが、手術写真集を出せるくらい写真も所有しているはずである。もしかして次は写真集でヒットを狙うかも?

第2集では非定型的な手術が増え、イラストも一段と冴えたものが増えたように思う。それ以上にコラムが増え

たが、これも“書かずにはいられない”彼の読書歴からくるものであり、アナログ手法によるイラストと表裏一体のものであろう。

手術のイラストを上手に描ける人は手術中の術野の見方が他の人とは全く異なるのだと思う。“絵を描くぞ”と思えば、まさに“図脳”にインプリントしておかねば手術が終わったときに頭の中は白紙解答となってしまい、さらにビールでリセットされて一日は終わりである。せめて翌日に、この手術書のイラストを写真して反省しながら勉強し直すのもよいであろう。

先日、加藤先生に超写実主義の美術展を見に行くことを勧めた。本当は絵なのであるが、女性の髪の毛一本一本まで自然に流れていて、どう見ても写真であるという信じがたい芸術である。DaVinciのコンソールを覗くと極めて精細かつ深みのある3Dの術野が見られ感動する。よく考えればテレビがアナログからデジタルに変わったときも画像を見て驚いたし、ラパロの手術をハイビジョンで見ていると、それまでの画像は何だったのかと思ったことを思い出す。しかし間違っただけではないのは、DaVinciにしても手術の完成度というものはあくまでも解剖をよく理解した上で無駄のない手技と手順によって規定されるものであるということであり、これは未来永劫変わることはないであろう。

今後もこの手術書は、長く座右の書として役立つものと信じている。



医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院ADBOX

知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

感染症のコントラバーシー

臨床上のリアルな問題の多くは即答できない

著 Fong, I.W. / 監訳 岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書のほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれら controversialな問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えてくださいの教科書がもの足りなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5 頁504 2011年 定価5,775円(本体5,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01182-2]



感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

感染症ケースファイル

ここまで活かせる グラム染色・血液培養

監修 喜舎場朝和・遠藤和郎 / 執筆 谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、②case conference方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Ts の提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5 頁272 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01101-3]



三河乳がんクリニック

愛知県安城市篠目町肥田 39-6
電話: 0566-77-5211 FAX: 0566-77-5212
事務長 中川

若手医師募集のお知らせ

スタッフ募集
乳腺診療に本気で取り組みたい方を募集

東海地区初の乳腺疾患専門の有床診療施設。最新・最高水準の診療内容を整備し乳房温存術・センチネルリンパ節生検などの縮小手術や様々な薬物療法等の乳がん治療に必要な全ての診療に責任もって対応いたします。

■応募方法は、下記URLの「スタッフ募集」から
<http://www.tokai-mamma.com/>

白衣のポケットの中
医師のプロフェッショナリズムを考える

編集=宮崎 仁・尾藤誠司・大生定義

医師という職業(プロフェッション)のあり方について、日常(診療)で遭遇しがちな問題や葛藤を取り上げた実践的な内容。気軽に手に取り、楽しんで読んでもらえるように、イラストなどを多用。当事者である臨床医が集まって執筆した「医のプロフェッショナリズム」に関する書は、本邦初。

●A5 頁264 2009年 定価2,520円(税込)
[ISBN978-4-260-00807-5]

医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

岡田 定●著

B5・頁200
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01325-3

評者 宮崎 仁
宮崎医院院長

本書は、「KYな医師」であるあなたを救う本です。

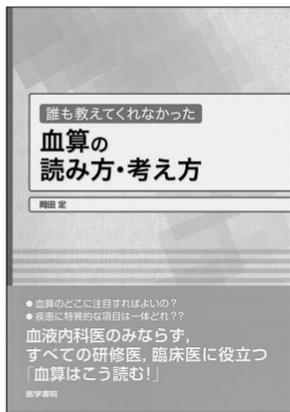
えっ、「自慢じゃないが、空気は読める」ですって? ごめんなさい、わたしの辞書では、KYとは「血算読めない」という意味なんです。

おや、「失敬なっ! 血算ぐらい、教えてもらわなくて、自分で読める」なんて言ってますけど、ほんとに大丈夫ですか。そんな人に限って、貧血患者を見つけた途端に、平均赤血球容積(MCV)には目もくれず、ほぼ自動的に鉄剤を処方するような診療をしていることを、わたしはちゃんと知ってますよ。

ほら、「MCVって何だっけ」なんて情けないことを言っていないで、早くこの本を買って読みましょう。

そもそも、KYな医師ほど、血算のことを軽んじていると思います。「鉄欠乏性貧血以外の血液疾患が、自分の外来を受診するはずがない」と信じているのか、フェリチンの測定もしないで、鉄剤の大安売りをしている姿を見ると、血液内科医としてはとても悲しい。あっ、申し遅れましたが、わたしは診療所の開業医でありながら、血液内科医という、一種の「珍獣」であり、著者の岡田定先生とは、聖路加国際病院内科レジデントの先輩・後輩という間柄なんです。ええもちろん、わたしのほうがずっと後輩ですが。

血算をみて瞬間的に反応できる 反射神経を身につけられる



いま、「血算を読めと言われても、読み方をまともに教えてもらったことなんてないぞ」という声がどこからか聞こえてきました。まったくお恥ずかしいことですが、わたしも大学教員時代に、卒前・卒後の医学教育の中で、「血算の読み方・考え方」を系統的に教えたことはありません。めったにお目にかかることのないまれな血液疾患は熱心に講義しても、最もベーシックな血算の読み方は教えない。なぜでしょう? 答えは簡単。「誰も教えてくれない」わけではなく、「誰も教えられない」からなんです。

一口に、「血算を読む」と言いますが、ありふれた血算のデータ、すなわち赤血球数、ヘモグロビン濃度、ヘマトクリット値、白血球数、血小板数を目にした途端に、その数字の裏に隠された意味をくみ取り、病態を解き明かしていく作業には、臨床医学全般に精通するセンスと深い経験が必要となります。さらに、血算の読み方・考え方を系統的にまとめて、実践的なテキストを作り上げるには、「わかりやすく教える」ことに関する技能や熱意を持っていなければなりません。残念ながら、これまでそういう才覚を持った血液内科医が(世界中を見渡しても)ほとんどいなかったという状況になっているのです。

では、なぜ本書の著者である岡田先生には、それができるのかという理由を説明します。第一に、聖路加国際病

急性中毒ハンドファイル

森 博美, 山口 均●編

A5・頁320
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01426-7

評者 須崎 紳一郎

武蔵野赤十字病院救命救急センター長

ベテラン救急医ならいざ知らず、「中毒」と聞くと身構えてしまうだろう。何と言っても原因物質は無数にある。日常頻度の高いマイナートランキライザーの過量服用なら、まだ診療勘もあるが、中毒を熟知し、「診断を読める」者が厳選した情報も農薬も脱法ドラッグもある。最近では「得体の知れない外国薬?」もまればではない。原因物質の情報検索には、まず医薬品なら添付文書ファイルか、それらをまとめた『日本医薬品集』が探される。医薬品以外でもWEB検索は強力で、瞬く間に(しばしば膨大な)情報がPCから打ち出される。

でも、それらを見ても「中毒の病態」も「毒性」もはっきりせず、何より肝心の患者の「治療・対処」にはほとんど無益な記事の羅列だと気付く。もともと中毒のための資料でないのだから。結局、中毒を熟知し、「診療を読める」者が厳選した情報でなければ、量が多くても実診療の役には立たないのだ。

本書では、例えば医薬品の収録は33種に絞られ、その一方で外用消毒薬の「マキロン®」が載せられているなど、ややもすれば偏った選択に見え

るかもしれない。しかし、これまで30年間、救急に専従し急性中毒に接してきた立場で眺めれば、本書の記載対象100種の選び方は実に渋い。農薬、家庭用品、工業用薬品、自然毒と合わせて、日常の救急臨床で接する中毒物質はまず本書で網羅されていると言ってよい。この点、本書には同じ著者らによるロングセラー『急性中毒情報ファイル』(廣川書店)とその改訂が生かされていることは間違いない。

本書は比較的コンパクトである。「ハンドファイル」との名称は携帯性を重視したものだろうが、得てして小判の冊子は、いざ開いても必要な内容が不十分で、実用性に欠けることが少なくない。不用な記載を削り必要な項目・記載に絞り込んで書き込むには、著者の経験と思い入れがなければなし得ない。総論の「中毒症候」一つをとっても他書にはない明快な解説であり、一読、腑に落ちよう。

本書を評せば、大垣市民病院薬剤部に勤務しつつ長年急性中毒を追い、今夏、第33回日本中毒学会総会を主催された森博美先生の、中毒への情熱と執念がギュッと詰まった本である。

院の血液内科部長として、長年にわたり(つい最近まで、ほとんど一人で!)入院・外来の診療や、院内の血液疾患に関するコンサルテーション業務を続けられていること。その膨大で上質な臨床経験が、本書の土台となっています。第二に、内科統括部長として、12のサブスペシャリティを束ねるポジションにあること。「12の専門科が1つの内科」という聖路加のよき伝統が、本書の中でも生かされており、提示されるケースは、血液内科領域だけでなく、内科全般にわたる疾患が網羅されていて、まさに壮観です。第三に、レジデント教育に対する真摯な姿勢と情熱をお持ちであること。日本を代表する教育病院の中で、若い医師たちを鍛え育てることに、特別なエネルギーを注いでこられた岡田先生のパッションを、本書のどのページからも感じるこ

とができます。このような特質を併せ持つ、たぐいまれな臨床家だからこそ、「血算の読み方・考え方」を、楽しく実践的に教えることが可能となったわけです。

医局やわが家に漂う不穏な空気は読めるのに、毎日オーダーしている血算は読めないあなたは、岡田先生のレッスンを受けて、「生の血算をみて瞬間的に反応できる反射神経」を身につけましょう。心配はいりません。血算データのどこに注目して、どう考えればよいかという勘所は、ケースごとに明示されており、名探偵の思考プロセスを追うだけで、確かな実力を身につけることができるようになっていきます。さらに、随所に盛り込まれた血液疾患をめぐる物語(ナラティブ)を読むと、あなたが毛嫌いしていたはずの血液内科のことが、きっと好きになるでしょう。

「週刊医学界新聞」 on Twitter!
(igakukaishinbun)

神経心理学 コレクション シリーズ編集 山鳥 重・河村 満・池田 学

新刊 アクション

丹治 順 東北大学脳科学センター・センター長
山鳥 重 前 神戸学院大学教授 河村 満 昭和大学教授 神経内科

ヒトが周囲の世界に対する働きかけとして出力する手段であり、個々の意図の表れとして行われる運動である「アクション」。脳はそれをどのようにして実現しているのか。その解明に向け、大脳を文字通り縦横無尽に駆け巡るがごとく行われてきた実験・研究の成果から、アクションの大脳生理学的背景を探る。神経心理学の臨床家のサジェスチョンを受けつつ、大脳生理学の第一人者が行ったスリリングな講義を余すところなく収録。

●A5 頁184 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01034-4]

精神医学再考 神経心理学の立場から

大東祥孝 京都大学名誉教授・周行会湖南病院精神科顧問

これまで長く神経心理学領域の第一線で活躍してきた著者が、精神医学の立場から神経心理学の重要性について説く。DSMやICDなどの操作的診断基準の普及により、患者の病歴や生活史といった診断に重要な要素が軽視されつつある今日の精神医学に対し疑問を投げかけるとともに、精神疾患を本当に理解するとはどういうことか、また精神疾患の理解に神経心理学がどう寄与するのかを考察。

●A5 頁208 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01404-5]

心はどこまで脳なのだろうか

兼本浩祐

●A5 頁212 2011年 定価3,570円
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01330-7]

病理から見た神経心理学

石原健司・塩田純一

●A5 頁248 2011年 定価3,990円
(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01324-6]

手 訳=岡本 保

●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 目黒謙一 CDR判定用ワークシート解説

●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史

●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付
相馬芳明・田邊敬貴

●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神

彦坂興秀(生徒1)山鳥 重(生徒2)河村 満

●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング ハイブリッドCD-ROM付
川島隆太

●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥 重

●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する

原著=Charles Bell 訳=岡本 保

●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃

●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 田邊敬貴 ハイブリッドCD-ROM付

●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満

●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11847-7]

》 シリーズ LINE UP 》

脳を繙く 歴史でみる認知神経科学
訳=河村 満

●A5 頁432 2010年 定価5,040円(本体4,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01146-4]

視覚性認知の神経心理学 鈴木匡子

●A5 頁184 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00829-7]

レビー小体型認知症の臨床
小阪憲司・池田 学

●A5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01022-1]

失われた空間 石合純夫

●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00947-8]

認知症の「みかた」 三村 将・山鳥 重・河村 満

●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳

●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトグスト 松下正明・田邊敬貴

●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴

●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明

●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理
小阪憲司・田邊敬貴

●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥 重・河村 満・田邊敬貴

●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00078-9]

消化器外科のエビデンス 第2版

気になる30誌から

安達 洋祐 ● 著

B5・頁532
定価9,975円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01376-5

安達洋祐先生はこれまでにいくつかの消化器外科学、あるいは医学教育に関する書籍を著してきました。それらはこれまでの本とは異なり、全く新しい視点から書かれたもので、それが多くの消化器外科医の心をつかみ、そして、この分野としては異例の増刷が繰り返されていると聞いています。

今回、彼は国際的に認知されている一流の30誌を選び、そこに発表された論文の中から、消化器外科に関連した7200余りの論文を抽出し、読破し、項目別に整理し、そしてまとめ上げました。そしてこの本が出版される運びとなりました。

本書は大、中、小の項目から成っています。大項目は「食道胃外科」「大腸外科」「肝胆膵外科」「手術患者」「がん患者」の5項目であり、それぞれは6つの中項目で構成されています。そしてその中項目はさらに2-6つの小項目から成っています。

「手術患者」という大項目は珍しいため少し紹介させていただくと、「術前管理」「術後管理」「薬剤投与」「血液製剤」「保存療法」「病院規模」という6つの中項目から構成されています。6番目の「病院規模」を例にとってみると、①大きな病院、②食道胃手術、③大腸手術、④肝胆膵手術、⑤手術経験、⑥病院環境、という小項目から成っています。

さらに「⑤手術経験」の項目を細かくみると、「外科医の手術経験と手術成績」「心臓手術経験と手術成績」「がん手術経験と手術成績」「若い外科医の手術成績」「年輩外科医の手術成績」「外科医の臨床判断」「患者への説明や助言」「医師の外見や白衣」「医師の内面や心得」といった項目が並んでいます。いずれの小項目も興味深く知りたいことばかりですが、通常はまとめるのに苦

労しそうなポイントを上手にまとめて、わかりやすくしているのはさすがです。例えば、年輩外科医の手術成績は本人が思っているほどには良くはなく、頭脳と体力が乖離する傾向にあるようで、自戒させられます。

本書には至る所に著者の細やかな心遣いがみられます。7200余りの引用論文には筆頭著者名の後に国名が記されており、どの国からの論文かがわかるようになっています。最近のグローバル化に伴い、筆頭著者名だけでは施設の所属国がわかりにくい場合が多々あるため助かります。これにより国の勢いをみることもできます。また、日本からの論文はアメリカに次いで多いため、今までに論文を発表してきた読者(消化器外科医)は自分の論文が引用されているか、調べる楽しみもあると思います。もしも今回引用されていないければ、次回の第3版出版の際には引用されるような論文を発表したい、と思わずにはいられないでしょう。

また、「偉大な先人」と「研究のヒント」というコーナーを設けており、本書にさわやかな風を運んでいるようです。前者は消化器外科の発展をみる際、欠かすことのできない10人の日本人と20人の外国人を紹介するもので、胃カメラの宇治達郎、橋本病の橋本策、直腸癌分類のデュークス、麻酔のモートンなどが簡潔に紹介されています。消化器外科医たるもの、ぜひ知っておきたい先人ばかりです。一方、後者は著者自身の英語論文30編について短く紹介したものです。私はある時期、著者と一緒に机を並べたことがあります。その際、彼が学問的好奇心にあふれ、見るもの、聞くもの、何か新しいものはないかという視点で物事を見ること、そしてわき起こる疑問を真摯に調べ、まとめ、発表していく姿

最新文献を読み解き
わかりやすく再構築した、
臨床に役立つ良書



第3回日本病院総合診療医学会開催

第3回日本病院総合診療医学会が9月9-10日、東邦大医療センター大森病院(東京都大田区)にて杉本元信会長(東邦大)のもと開催された。本紙では、東日本大震災における医療支援をテーマに、支援側・被災地側から計10人が登壇した緊急シンポジウム「災害医療において総合診療医は何ができるか?」(座長=都立墨東病院・中村ふくみ氏、東邦大医療センター大森病院・吉原克則氏)のもようをお届けする。



●杉本元信会長

◆災害時こそ、総合診療の強みを発揮した支援を

初めに基調講演を行ったのは内藤俊夫氏(順天堂医院)。氏は、気仙沼市の避難所での活動経験から、①医療ニーズの評価、②避難所の当直、③慢性疾患の管理、④震災関連疾病の予防、の4点が求められていると指摘。すべてが総合診療医の得意分野であることを強調した。

長浜晋佳氏(国立国際医療研究センター病院)は仙台市宮城野区で災害派遣医療チーム(DMAT)として活動したが、複数の支援団体の交通整理的な業務が大半を占めたという。氏は、情報収集をしながら医療ができる環境作りや、長期支援体制の整備を課題として指摘。病院全体の機能を把握し行動できる総合診療医の必要性を訴えた。

横林賢一氏(広島大病院)は、プライマリ・ケア連合学会の災害医療支援チーム(PCAT)にて石巻市で活動した。氏は、医療依存度の高い高齢者らを集めた「福祉的避難所」化をめざし、簡易ベッドを導入、寝たきり状態を防いだことなどを紹介。非選択的な診療能力やチーム医療への適応力など総合診療医の強みが災害時に際立つと話し「被災者が求めることを実践する」「感謝の気持ちを言葉にする」大切さを述べた。

福田洋氏(順大)は、遠隔地からの医療援助の一方策として、医療職による無料の被災者向けメール相談「Rescue311」の概要を解説。本サービスには9月までに114件の相談が寄せられ、最近では精神的苦悩や放射能不安、社会的援助の要請といった内容が増えているという。相談者へのファーストタッチが平均23分という迅速な対応を実現しており、「長期化する復興支援の一助になれば」と抱負を語った。

被災地からは4人の医師が登壇。東北大病院の金村政輝氏は「最前線の病院を疲弊させない」ことを最優先し、医療スタッフ派遣・不足物資の供給・被災地からの患者受け入れと移送、の3点から被災地を支援したことを報告。医局と関連病院の人的ネットワークが機能し、被災地の情報拠点としての役割を果たせたという。氏は「すべての医師は総合医として活動してほしい」という災害発生直後の里見進院長の言葉を紹介、総合診療医の守備範囲の広さを生かした復興支援に期待を寄せた。

そのほか、奈良正之氏(東北大病院)は総合診療部での震災前後の受診動向を比較検討。通院先を失い遠方から通う慢性疾患患者が増えていることなどを報告した。佐藤正憲氏(福島県富岡町医師会)は大規模避難所「ビッグバレットふくしま」での救護所運営の経験から、避難民の居所の把握と管理、周辺医療機関との連携が重要と話した。石木幹人氏(岩手県立高田病院)は、病棟4階まで津波が押し寄せた震災時の状況を写真を交えて振り返り、支援者が安心して活動できる環境作り、病院職員の健康管理などを教訓として挙げた。

その後の総合討論では、複数の支援チームをまとめるリーダーシップを持ったコーディネーターの必要性や、長期支援の視点の重要性が改めて確認された。

勢を垣間見してきました。このような中から英語論文として彼が発表してきたものを紹介しています。彼自身の、あいまいなものを明確にしたい、わかっていないことを明らかにしたい、との強い思いから生まれた論文であり、これから羽ばたく若い消化器外科医にはぜひ考え方を参考にしてほしいと思います。

今回の本は著者の学問に対する真摯

な姿勢によって、最新文献がくまなく読み解かれ、咀嚼され、そしてわかりやすく再構築されたものです。消化器外科医にとって真に必要な内容を含んでおり、日常の臨床に間違いなく役立つと確信しています。

最後に本書の印税はすべて東日本大震災関係に寄附されるとのことです。あらためて犠牲になられた方々のご冥福をお祈り申し上げます。

わかる! 画像診断の要点シリーズ

わかる! 胸部 画像診断の要点

Direct Diagnosis in Radiology: Thoracic Imaging

重要症例を網羅し、
診断と鑑別のポイントを明示した実地ガイド、
シリーズ完結

- 胸部領域の画像診断の要点を手早く確実に確認、及び学習できる、日常診療に直結した実地ガイド、シリーズ第11弾にて最終巻。
- 最も重要な症例と知識を厳選、適度なボリュームで高密度な内容に仕上げた。
- 各症例は2-3頁に簡潔にまとめられ、最新の装置で得られた典型的かつ鮮明な画像を掲載。
- 解説は簡条書き形式で、各項目を「概要」、「画像所見」、「臨床事項」、「鑑別診断」、「読影のポイントとピットフォール」の見出しのもとに見やすく整理して提示。
- 放射線科および胸部領域若手医師の日常診療の伴読として、あるいは専門医試験準備のための書として、幅広い用途に応じるハンドブック。

訳 高橋雅士 滋賀医科大学医学部附属病院放射線科病院教授

好評発売中

1わかる! 脳 画像診断の要点 訳 百島祐貴 定価5,880円(税込)	2わかる! 脊椎 画像診断の要点 監訳 菅信一 定価5,880円(税込)	3わかる! 頭頸部 画像診断の要点 訳 尾尻博也 定価5,880円(税込)	4わかる! 心臓 画像診断の要点 監訳 似鳥俊明 定価6,090円(税込)	6わかる! 消化器 画像診断の要点 監訳 大友 邦 定価5,880円(税込)
7わかる! 泌尿生殖器 画像診断の要点 監訳 山下康行 定価5,880円(税込)	8わかる! 乳腺 画像診断の要点 監訳 角田博子・東野英利子 定価5,880円(税込)	9わかる! 骨軟部 画像診断の要点 監訳 杉本英治 定価6,300円(税込)	10わかる! 小児 画像診断の要点 監訳 野坂俊介 定価6,720円(税込)	11わかる! 血管 画像診断の要点 監訳 松永尚文 定価6,720円(税込)

●定価6,720円(本体6,400円+税5%)
●B5変 頁404 図・写真285
2011年
●ISBN978-4-89592-690-4

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

クリニカル・ラーニング

Learning Clinical Reasoning, 2nd Edition

クリニカル・ラーニング

Learning Clinical Reasoning, 2nd Edition

●定価4,830円(本体4,600円+税5%)
●A5変 頁442 図17 2011年
●ISBN978-4-89592-687-4

訳 岩田健太郎 神戸大学大学院医学研究科・医学部微生物感染症学講座感染病治療学分野教授

どうやって診断にたどり着くのか?
できる臨床医になるための考え方を学ぶ

医師はどのように正しい診断にたどり着いているのか?なぜ時に誤診してしまうのか?日常診療における臨床推論(クリニカル・ラーニング)について、さまざまな事例とエキスパートの考え方を通して学ぶ画期的な書。事例には臨床推論が成功したものの、ダメだったもの両方を含まれ、ライブ感のある軽快な説明を実現。段階的なケースのプレゼンとそれに対する医師(論者)のコメントにより、その思考プロセスを解き明かす。診断法の精髓を究めるヒントが満載。

訳者まえがきより
——本書は臨床推論の謎をすべて解き明かした本ではない。だからこそ、本書には価値がある。臨床推論における明確にわかっていること、もやもやしてよくわからないところ、完全にブラックボックスでちんぷんかんぷんなどところが高い所から睥睨でき、その世界観がつかめるように構成されているからである。

好評 厳選された症例の検討で、Generalな診断力を身につける!

GP100ケース
プライマリ・ケア医としての
総合力を身につける
100 Cases in General Practice

監訳 佐々木将人 総和中央病院副院長 ●定価4,620円(本体4,400円+税5%)

内科診断100ケース
臨床推論のスキルを磨く
100 CASES in Clinical Medicine, 2nd Edition

監訳 佐々木将人 総和中央病院副院長 ●定価4,830円(本体4,600円+税5%)

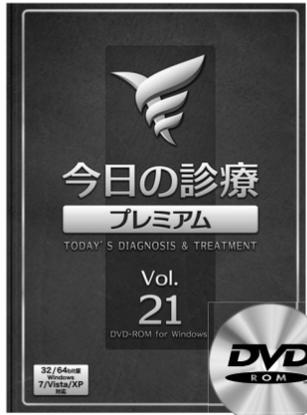
MESSI メディカル・サイエンス・インターナショナル 113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36 TEL 03-5804-6051 http://www.medsj.co.jp FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsj.co.jp

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。

最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

今日の診療 プレミアム Vol.21

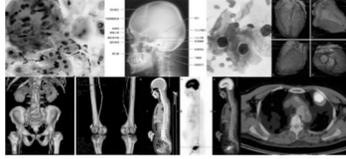
DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01355-0]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手元のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。
※インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。
(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)



4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にとまない「今日の診療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かな使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床場で求められる「素早さ」を追求しました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております
今日の診療 ベーシック Vol.21
DVD-ROM for Windows
DVD-ROM版 2011年
価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01357-4]

収録内容詳細 (★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の診療指針 2011年版★
下記の付録を除く全頁を収録
(臨床検査データ一覧/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② 今日の診療指針 2010年版
口録・付録を除く全頁を収録
- 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★
付録を含む全頁を収録
- ⑤ 今日の小児治療指針 第14版
付録を含む全頁を収録
- ⑥ 救急マニュアル 第3版
全頁を収録
- ⑦ 臨床検査データブック★
2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2011★
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 新臨床内科学 第9版
付録を含む全頁を収録
- ⑩ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ 今日の皮膚疾患治療指針 第3版
付録を含む全頁を収録
- ⑫ 臨床中毒学
付録を含む全頁を収録
- ⑬ 医学書院 医学大辞典 第2版
付録を含む全頁を収録

IDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナーの好評2冊

病院内/免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

医療者であれば誰もが遭遇する病院内感染症。医療が複雑化、高度化するなかで増加する免疫不全関連感染症。医療者はそこに、どうアプローチしたらよいのか。本書では、気鋭の講師陣がこれらの感染症における診療の考え方と進め方をわかりやすく解説する。「新しい日本のスタンダード」を示すIDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナー待望の第二弾!

●B5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01244-7]



市中感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

日常診療で誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療していったらよいのか? 感染症診療の新時代を拓くIDATEN(日本感染症教育研究会)講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。

●B5 頁216 2009年 定価3,675円
(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00869-3]

圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

臨床検査データブック LAB DATA 2011-2012



No.1 検査値判読マニュアル

監修 高久史磨

編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖

●B6 頁1074 2011年 定価5,040円
(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01175-4]

本書の特徴

- 保険点数情報を新たに収録! 付録で包括点数もわかる!
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる!
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載!
- 検査項目ごとに詳解! 異常値のメカニズム!
- 主要検査項目を★(1~3個)でランク付け!
- 現場で役立つ「基本検査テクニック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル!
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項!
- 一目でわかるパニック値と原因病名の一覧表掲載!
- 主要疾患の検査データ! 異常値・経過観察の検査など!
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を収録!

精神医学関連新刊

専門医をめざす人の 精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄
編集協力 加藤 敏・朝田 隆・染矢幸幸・平安良雄

本書は、精神科専門医制度研修医が学ぶ際の指針。研修すべき内容の学問的裏付けや、さらに勉強を深めたい人にとってのスタンダードテキストブック。

●B5 頁848 2011年 定価18,900円(本体18,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00867-9]



双極性障害 病態の理解から治療戦略まで 第2版 加藤忠史

近年大きな注目を集める双極性障害(躁うつ病)の決定版入門書。待望の改訂版。概念、症状、診断、治療薬の薬理、生物学的研究まで網羅し、この1冊で双極性障害の全体像がつかめる。ミニエンスイクロペディア的な内容構成。

●A5 頁352 2011年 定価4,935円(本体4,700円+税5%)
[ISBN978-4-260-01329-1]



ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ 精神科臨床試験の実践

監訳 樋口輝彦・山田光彦
訳 中川敦夫・米本直裕

精神科臨床試験の計画・運営実施、統計解析、論文執筆にまで至る実務的なポイントを多彩な実例を用いて平易に解説。臨床試験登録やCONSORT声明、利益相反などの話題にも触れた。

●B5 頁224 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01236-2]



サイコシス・リスク シンドローム 精神科の早期診断実践ハンドブック

著 McGlashan TH, Walsh BC, Woods SW
監訳 水野雅文 訳 小林啓之

精神科の前駆状態・リスク状態を表す診断概念、サイコシス・リスクシンドローム。基本的な概念から実際の診察方法までを網羅的に解説。DSM-5のドラフトにも盛り込まれ、今後注目が高まること必至の最新の概念が明らかに。

●A5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01361-1]



認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編 [DVD付]

訳 大野 裕

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる、好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し、「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。シリーズ最長、圧巻の19シーン、186分間の日本語字幕DVD付き。

●A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01233-1]

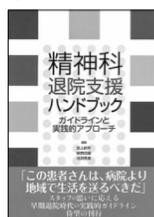


精神科退院支援ハンドブック ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵恵美

厚生研究委託費による班研究の成果を受けて作成された、本邦初の退院支援ガイドラインを第1部に掲載。第2部「ガイドラインに基づく退院支援の実践」では、ガイドラインで示された原則を踏まえ、実践的な取り組みのノウハウを詳細に解説。

●B5 頁284 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01234-8]



かかりつけ医のための 精神症状対応ハンドブック

本田 明

一般外来や在宅医療に従事する医療関係者が遭遇しうる高齢者の精神疾患、または慢性の精神疾患患者に対する治療や対応方法についてまとめたもの。かかりつけ医にも精神疾患への対応が求められる現在、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

●A5 頁248 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01228-7]



一般臨床医のための メンタルな患者の診かた・手堅い初期治療

児玉知之

メンタルな疾病・問題を抱える患者は近年増加傾向にある。若手精神科医が、ケースをあげて、診断から手堅い初期治療まで、わかりやすく解説。若手意識を持つ前に、是非読んでおきたい1冊。

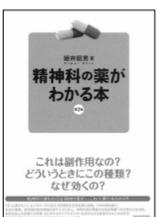
●B5 頁200 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01215-7]



精神科の薬がわかる本 第2版 姫井昭男

精神科で使われる全領域の薬が、これ1冊で丸わかり! 3年の時を経て、注目の新薬、新アルゴリズム、精神科薬が関連する社会問題への方策などを加筆。

●A5 頁216 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01385-7]



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