

2014年5月19日

第3076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
JCOPIY (出版社著作権管理機構 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

- 【講演録】 On Caregiving(アーサー・クラインマン、江口重幸)..... 1-2面
【FAQ】アトピー性皮膚炎(梶島健治) 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】連載「在宅医療モノ語り」他..... 6-7面

On Caregiving
ケアに影響をおよぼす文化的要素

アーサー・クラインマン教授講演録

医療人類学・文化精神医学のパイオニアとしてその名が知られている精神科医・人類学者であるアーサー・クラインマン教授(ハーバード大アジアセンター所長)による講演会が3月16日と18日に、それぞれ京都と東京で開催された(註1)。東京で行われた講演のテーマは、「ケアをすることについて(On Caregiving): ケアに影響をおよぼす文化的要素」という臨床に直結した内容であり、そのパワフルな講演は、多くの聴衆を魅了するものであった。当日の講演録をまとめる形で紹介する[編集=江口重幸(東京武蔵野病院副院長)]。

ケアをめぐる3つのパラドクス

講演の冒頭でクラインマン教授は、今日の医学・医療においてケアの占める位置を、3つのパラドクス(逆説)から示した。

今日の医療において、ケアはどのような位置にあるのでしょうか。3つのパラドクスから説明したいと思えます。1つ目は、医療におけるパラドクスです。従来、ケアをすることは医師の実践の中心をなすものとして定義されてきました。しかし次第に、臨床の中心からケアが乖離しはじめてきた。そのため臨床でも教育カリキュラムにおいても、ケアに十分な時間と資金が投入されていないという逆説が生じています。

2つ目は医学教育です。根拠の示すところでは、医学生は学生時代、ケアの実践的、情緒的、精神的な側面に関心を持ち、それを扱うことに秀でていきます。しかし卒業時には、そのほとんどが失われてしまう。つまり医学教育には、医学生からケアへの関心と能力を奪う何かが存在するのではないかと、この逆説が存在するのです。医学部の教育からケアを排除し、実際にケアの多くを担う看護師や介護職、患者の家族にケアを任せたらどうかという皮肉

を込めた提案を、医学教育者や臨床部門の責任者にすると、医療の象徴的な位置からケアをはずすことに賛同する者は誰一人いない、にもかかわらずです。

3つ目は医療改革と医療技術についての逆説です。これらの進歩は、医療におけるケアという人間的な行為を、改善ではなく悪化させています。電子カルテを例に見ましょう。さまざまな面でさわめて有用なものですが、電子カルテには病いの語りやヘルスケアの経験、ケアの課題についての情報を記載する箇所がほとんどありません。制度面に目を向けると、ケアはますます断片化され緊縮されている。また、薬理学の進歩に伴う誇大宣伝もその一つです。医師は、個人やその経験の微細な部分を理解するよりも、「奇跡の薬」に依存する傾向に導かれているのです。

ケアをするとは何か?

現在のケアの位置を示しましたが、では、「ケアをすること(On Caregiving)」とは一体何なのでしょう? 辞書には「子どもや老人や病弱者等のニーズへの手当て」(名詞)といった意味が記されています。一方、民族誌学的に定義すると、「個人的なだけでなく集合的なケア(保護、実際の援助、連帯意識等)をする人間



● Arthur Kleinman 氏 (ハーバード大教授・the Esther and Sidney Rabb Professor)

1941年生まれ。精神科医。人類学者。医療人類学のパイオニア的存在。ハーバード大医学部社会医学科、人類学部等の部門長を歴任し、現在は同大アジアセンター所長を務める。医療人類学研究の初期は台湾と中国をフィールドとし、東アジアへの造詣が深い。中国研究家で共著もある、故・ジョン夫人とともに何回か訪日し、1996年の日本精神神経学会学術総会(札幌)における記念講演をはじめ、日本国内でも活動を行っている。著書(編著)に『臨床人類学』(弘文堂)、『病いの語り』『八つの人生の物語』(以上、誠信書房)、『精神医学を再考する』『他者の苦しみへの責任』(以上、みすず書房)等がある。最近では Paul Farmer, Jim Yong Kim との共著『Reimagining Global Health』(University of California Press)等の著作がある。

的实践で、身体的、情緒的、対人関係的、精神的な支援を含むもの」ということとなります。ケアをすることは必然的に、ケアをされる過程と相互に結びついていることとなります。

このようなケアをすることにおいて、家族や親しい友人、ならびに患者自身が担う中核的な課題として次の5点が挙げられます。①実際の支援を行い、受けること、②その状態を周囲に認められること(acknowledgement)、③肯定されること(affirmation)、④情緒的な援助、⑤ケアをする側、受ける側の精神的な連帯と責任性です。この5点にさらに、⑥財政、法律、宗教、医学、心理などに関係する助言者との相談や協調、それに⑦現前性を加えることができます。現前性とは、たとえ実際にできることがなく、希望そのものが失われた場合でも、存在としてその場にいることを指します。

こうして課題をたどることで、われわれの人間性や他者との関係を明らかにする実存的な行為としてのケアが見えてくる。こうした側面こそが本当に重要なことだとわかってきます。それは、人間の条件(状態)を明確にする危機や不確かさという文脈への基本的な応答です。実際それは「負担(burden)」ではなく「生き方(way of being)」であり、精神的な経験や倫理的熱望の基礎的な側面なのです。今日の皮相・皮肉に流れるグローバルな文化的潮流の中にあってケアをすることは、しばしば真に倫理的な関与に値する対象であるということがわかるのです。

ケアの実践場面を見ると、それは医療やそれ以外の援助専門職とほとんど関係のないレベルで行われているのが

(2面につづく)

5 May 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透析患者マネジメント(第2版)
内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術CT読影と基本手技[3DCT画像データDVD-ROM付]
胃と腸アトラスI 上部消化管(第2版)
胃と腸アトラスII 下部消化管(第2版)
解剖と正常像がわかる! エコーの撮り方 完全マスター
脳卒中リハビリテーションマニュアル
〈シリーズ ケアをひらく〉カウンセラーは何を見ているか
患者の目線 医療関係者が患者・家族になってわかったこと
日本腎不全看護学会誌 第16巻 第1号
マタニティ診断にもとづく母性看護過程の授業設計
2015年版 系統別看護師国家試験問題 解答と解説
2015年版 保健師国家試験問題 解答と解説 [別冊 直前チェックBOOK]付
2015年版 准看護師試験問題集

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。

(1面よりつづく)

現実です。家族や、より広い社会的ネットワークが実際のケアの大部分を担っている。また、地位の関連については、ケアと地位との間には逆相関があることが見えてきます。つまり、看護師やソーシャルワーカー等「医師以外の援助職」が専門的なケアの大部分を供給していることがうかがえるのです。「家族」は健康システムにおける地位の階層層では一番低い所に位置付けられますが、ケアの実践面では高度の専門知識と技術を有していることになり、さらに、ケアをすることは、文化横断的にしばしば「女性」の働きと強く結びついています。

臨床の対話に有用な、ケアへの文化的アプローチ

さて次に、文化との関連についてです。ケアに対して文化はどのように重要なかわかりを持つのでしょうか？民族とエスニシティによって健康をめぐる格差が存在するということには、確かな根拠があります。少数民族集団とエスニック集団の構成員は、システムとしてより劣悪な健康状態に置かれ、彼らから医療サービスへの大きな不満が表明されている例もあります。

そのため、「文化」は医療を受ける経験に影響を与えるものであり、効果的なケアを行う際の決定的な構成要素となるのです。

ヘルスケアの提供者は、過去20年の間に「文化」という要素をますます重視するようになってきました。しかしそれは、動きのない、不変の、均質なものとして文化をとらえる、いわゆる「索引カード」型のモデルに従うものでした。この単純化された文化モデルは適切ではありません。なぜなら、文化はモノではないからです。文化とは、そこに参与する者にとって、日常的な活動が情緒的な調子や精神的な意味を帯びる過程であると理解するほうがより有用だからです。

では、文化的な過程とは何でしょうか。それは、異なった状況で何がもっとも問題となっているかを素早くとらえる注意力、対人的な結びつきを熱心に発展させること、宗教的実践を真剣に行うこと、常識的な解釈と日常的活動、個人および集団で共有するアイデンティティの育成、それに、意味の具現化(embodiment)が含まれます。文化は、政治、経済、心理学、生物学等さまざまな条件と不可分です。つまり、文化はこれら全てに影響を与え、全てから影響を受けます。「文化」を均質なものとして扱おうと、年齢、性別、政

治派閥、階級、宗教、エスニック集団等によって、文化的意味や実践が同一集団内でも異なったものになり得る、ということを理解しそこなってしまいます。

一方で、従来のヘルスケアにおいては、文化は、ほぼ一義的に「患者とその家族の文化」を示すものでした。今では、ケアをする専門職の文化が重要な意味を持つようになってきました。それには、「生物医学の文化(culture of biomedicine)」やその他の医療専門職の文化も含まれてきます。この生物医学の文化とは、病院、診療所、医学部といった特定の施設で発現する、患者—専門職関係、臨床コミュニケーション、スティグマの伝達、制度的な人種的偏見、健康格差等の問題です。生物医学の文化をとらえることは、さまざまな問題を解決する鍵になると考えられます。

1970年代に、私は、社会がどのように病いに影響を及ぼし、病いから影響を及ぼされるかを理解するために、「説明モデル(explanatory model)」と呼ばれる技法を導入しました。これは「疾患(disease)」に収束しないいくつかの問いを臨床場面で発することで展開されます。例えば「この問題を(あなたは)何と呼びますか?」「この問題の原因は何だと考えていますか?」等の8つほどの問いです。これらの問いは、ケアに重大な影響を及ぼしうる文化的意味についての対話の糸口になるよう意図されています。いくつか改善点もありますが、注意しながらこれらの問いを用いると、「説明モデル」によるアプローチは臨床の対話においてきわめて有用なものになり得るのです。

これらの議論をもとに「ケアをすることへの文化的アプローチ(改訂版)」を示すと表1のようになります(註2)。

ケアの実際的な意味をまとめとして述べると、臨床家が行うなかで最も重要なことは、臨床的相互関係において、患者とその家族にとって何が最も問題になっているかを見いだすことです。文化的な固定観念ではなく、一個人としての患者——危機と不確かさに直面している脆弱な一人の人間——に焦点を当てる。これは「文化的能力(cultural competence)」という概念を超えるものです。将来的に、文化的な知を踏まえたケアのアプローチについて、その費用対効果を明らかにする研究を行うことが、きわめて重要になってくることでしょう。

以上の議論の延長に、医療におけるケア(文化的アプローチを含む)を再活性化するためのいくつかの方策が提案された。表2で示した医学教育におけるケアの再活性化の方策に加え、講演では、医療施設における実践、ケアを行なう者としての医師の強化についての方策が示されたが、ここでは省略する。

最後に、ミケランジェロ「ピエタ」やレンブラントの一連の病床作品、ケーテ・コルヴィッツの「嘆き」、ウィリアム・ウテルモーレンの「自画像」、敦煌壁画からコンゴの石像彫刻等の古今東西のさまざまな患者—治療者関係を描いた芸術作品が紹介された。時代も文化も異なる各地の医療やケア場面の映像を紹介しながら、そこに貫かれている、苦悩とその主観的経験、患うこととケアすること、さらにはそのケアをめぐる共感と共同性の生成について指摘するものであった。(了)

●表1 ケアをすることへの文化的アプローチ(改訂版)

Table with 2 columns: Step (Step 1 to Step 6) and Content (description of each step).

●表2 クラインマン教授が提案する、ケア再活性化の方策

- 【医学教育】
①プライマリなケア(食事・沐浴・更衣・排泄・移動支援等)を実践する経験を持つ——いわゆる「ライデン(Leiden)モデル」の実施
②一人の患者の微小民族誌を記述する
③看護師、リハビリスタッフ、介護職とより協働的な活動を行い、敬意と同等の権限を持ってケアを押し進める
④家庭のヘルスケアにおける長期的な臨床的経験を持つ
⑤ケアをするスキルの体系的な評価——開始から年ごとに学生の成長を再検討する
⑥ケアの重要性を言明する
⑦教育カリキュラムと臨床トレーニングの時間を確保する

講演を企画して

東京・京都の両講演で感じたことであるが、クラインマン教授は、病いや苦悩のケアを、人が生きる上で必然的に引き受けざるを得ない人間的過程と考え、それを美化するわけではなく直視することで、今日の複雑な文化状況の中で稀な、人間的な成熟に至る好機であると考えられているように思われた。医療者や援助専門職は、誰もががうすうす気付きながら技術的に先端化していくにつれて見失いつつあるこうしたケアをすることの原点を、もう一度見直し、それらを効果的に取り込む方法を検討すべきなのだろう。そういうメッセージに満ちた講演であった。連続講演の実現にご尽力いただいた皆藤章教授(京大大学院教育学研究科)に心より感謝します。東京武蔵野病院副院長 江口重幸

Advertisement for 'Gastrointestinal Atlas' (胃と腸アトラス) featuring two volumes: 'Upper Gastrointestinal' (上部消化管) and 'Lower Gastrointestinal' (下部消化管). Includes author names like 八尾恒良 and 芳野純治, and pricing information.

FAQ

今回の回答者 **梶島 健治**

京都大学大学院医学研究科 皮膚科 准教授

Profile / 1996年京大医学部卒。横須賀米海軍病院、京大皮膚科(宮地良樹教授)、米国ワシントン大レジデント・内科・皮膚科、京大神経細胞薬理学(成宮周教授)、UCSF免疫学(Dr. Jason Cyster)、産業医大皮膚科(戸倉新樹教授)を経て2008年より現職。皮膚免疫の多様性の不思議に魅了され、現在はその機序の解明と臨床応用について研究中。趣味は「面白くない」と不評のブログの更新(「きたきゅーから梶島健治の頭の中を送ります」http://www.kenjikabashima.com)、マラソン(自己ベスト3時間7分33秒)、山歩き。

今回のテーマ

アトピー性皮膚炎 その病態と今後の治療戦略の可能性について

アトピー性皮膚炎(atopic dermatitis; AD)において、皮膚バリア、免疫・アレルギー、かゆみという3つの要素が互いに連動しながら発症に関与することが明らかにされつつあります(図1)¹⁾。また、これら3つの要素はAD患者の個人により占める比重が異なります。例えば、フィラグリンの遺伝子変異は、AD患者の2割ほどに過ぎず、ストレスによる掻破、汗、金属アレルギー、乾燥した環境などのさまざまな因子が発症に関与しています。したがって、AD患者の個人においてどの要素が病態形成の重要な要素になっているかを勘案することも重要となります。個人ごとの病態形成過程をこうした観点から説明することが、治療におけるコンプライアンスの向上にもつながると期待されます。

FAQ 1 ADの発症において皮膚バリアの破壊はどの程度重要なのでしょうか? また、治療はどのようにすればよいのでしょうか?

AD発症における皮膚バリアにおいては、エアコンの使用などによる乾燥した環境や石鹸の多用などの外的因子の関与が知られていました。また近年は、フィラグリン遺伝子の変異によるAD発症の関与が注目されています²⁾。フィラグリンは顆粒層のケラトヒアリン顆粒内で合成されます(図2)。1つのプロフィラグリン遺伝子から脱リン酸化により10-12個のモノマーが合成されます。フィラグリンモノマーはケラチン線維の収束のみならず、さらに分解されると天然保湿因子として角質水分量保持やpHの低下に作用します。そのため、ADの患者の皮膚は健常人に比べてアルカリ性に傾いていることが知られます。AD患者におけるフィラグリン遺伝子の異常の頻度は約2-3割といわれていますが、遺伝子に異常がないAD患者においてもフィラグリンの発現が低下していることが明らかとなっています。

現在は皮膚バリアに対しての治療薬は、ワセリンやヘパリン類似物質や尿素軟膏が中心です。将来的にはフィラグリン発現の亢進を促すような積極的なバリア機能修復薬の開発が期待されています³⁾。

Answer...皮膚バリア機能の破壊はADの根本原因の一つと考えられています。皮膚バリア機能を制御することで、ADの予防や再発防止につながることが

期待されます。

FAQ 2 ADにおいて免疫・アレルギー異常はどのように引き起こされるのでしょうか?

皮膚バリア破壊は、抗原の皮膚への侵入につながります。生体は、免疫システムを介して非自己を排除する方向に進みます。その結果、アレルギー反応が誘導されることになります。ADにおける免疫反応は、Th2が主とされており、そのためTh2細胞のケモカインであるTARC/CCL17の血清中の濃度がADの病勢を反映することも知られています。ただし、近年は、Th17などの関与も指摘されています。

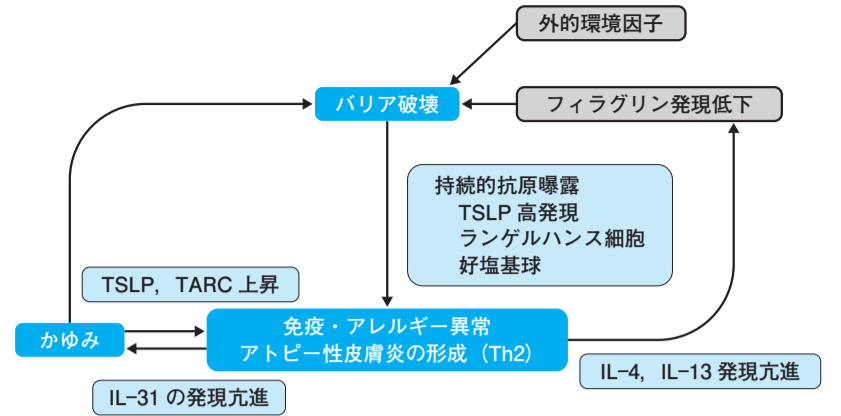
タンパク抗原曝露の際には、ダニや花粉に含まれるプロテアーゼがprotease-activated receptor (PAR)-2に作用し、表皮角化細胞からのthymic stromal lymphopoietin (TSLP)の発現を誘導します。そして、TSLPがランゲルハンス細胞に作用すると、曝露された抗原に対するTh2型免疫反応を介してIgEが誘導されます⁴⁾。このように経皮感作はIgEの上昇を誘導しやすいことから、ADのみならず、喘息や食物アレルギーなどの他のアレルギーの根本原因の一つとも考えられています。一方、ハプテンやペプチドのような抗原に曝露された場合には、IgEの誘導に好塩基球が関与することも知られています⁵⁾。好塩基球にはTh2サイトカインであるIL-4を産生し、抗原提示能があることがマウスの実験で示され、今後役割の詳細な解明が待たれます。

免疫・アレルギーにおいては、ステロイドや免疫抑制薬の外用剤が治療の中心であり、難治例にはシクロスポリン内服なども試みられます。今後はIgE、TSLP、PAR-2、TARC、IL-4やIL-13をはじめとするサイトカイン・ケモカインなどの因子を標的とした治療薬の開発が期待されます。また、好塩基球やランゲルハンス細胞の機能調節なども治療の標的となり得ます。

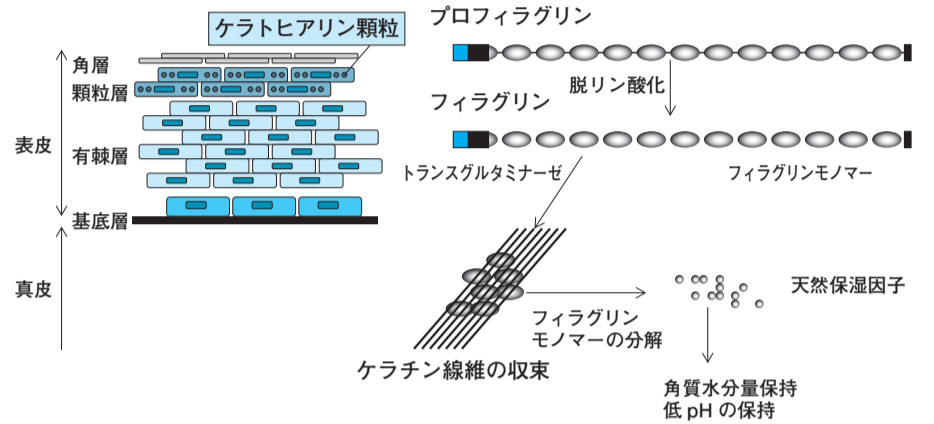
Answer...皮膚バリア機能の破壊などにより侵入した抗原に対して生体は免疫・アレルギーを動員して排除に努めます。経皮感作によるIgE上昇は、ADのみならず他のアレルギー全般の根本原因の一つとも考えられています。

FAQ 3 ADではなぜ痒いのでしょうか?

ADのかゆみの特徴に、抗ヒスタミ



●図1 アトピー性皮膚炎発症機序における皮膚バリア、免疫・アレルギー、かゆみの三位一体論(文献1より)



●図2 フィラグリンの概説

ン薬のみでは完全な制御が困難であることが挙げられます。すなわち、ヒスタミン以外のかゆみ誘発機序が推測されます。その一つとして、Th2細胞が産生するサイトカインの1つであるIL-31が注目されています。また、かゆみを伝達するC線維の分布を制御するセマフォリン、神経成長因子(NGF)の異常発現パターンがC線維を表皮へ伸長させ、それがかゆみ過敏につながることも知られます。

一方、ひっかくことはバリアの物理的破壊につながるのみならず、表皮角化細胞に作用しTSLPやTARCの発現を上昇させ、Th2へのシフトを促進させます。そして、Th2の産生するIL-4やIL-13は、表皮角化細胞のフィラグリン発現を低下させ、バリア機能を阻害します。すなわちかゆみはTh2反応やバリア破壊と連動しています。おそらくかゆみは疥癬、ダニなどの害虫を物理的に除くための防御機能の一つであることが推測されます。

現在、抗ヒスタミン薬(ヒスタミンH₁受容体拮抗薬)がかゆみ治療の主流ですが、抗ヒスタミン薬単独ではADのかゆみを完全に制御することは困難なのが現状です。今後はIL-31、セマフォリン、NGFなどを標的とした治療戦略が期待されます。

Answer...かゆみはおそらくTh2型免疫反応における生体防御反応の一つであると考えられます。

もう一言

従来のADの治療は、ステロイド外用、免疫抑制外用薬、保湿、抗アレルギー薬などが中心でした。近年は、フィラグリンを中心とす

る皮膚バリア形成の分子機序、TSLP・TARC・好塩基球などの免疫・アレルギーの観点からのAD発症機序、IL-31などのかゆみ関連因子が同定されてきています。また、AD発症におけるバリア・免疫・かゆみの3要素の関与は個人により異なります。今後は、個人に応じてADの治療標的を定めて加療するという観点も重要となりそうです。

参考文献

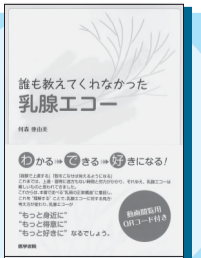
- 1) Kabashima K. New concept of the pathogenesis of atopic dermatitis: Interplay among the barrier, allergy, and pruritus as a trinity. J Dermatol Sci. 2013; 70(1): 3-11. [PMID: 23473856]
- 2) Palmer CN, et al. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. Nat Genet. 2006; 38(4): 441-6. [PMID: 16550169]
- 3) Otsuka A, et al. Possible new therapeutic strategy to regulate atopic dermatitis through upregulating filaggrin expression. J Allergy Clin Immunol. 2014; 133(1): 139-46. e1-10. [PMID: 24055295]
- 4) Nakajima S, et al. Langerhans cells are critical in epicutaneous sensitization with protein antigen via thymic stromal lymphopoietin receptor signaling. J Allergy Clin Immunol. 2012; 129(4): 1048-55. e6. [PMID: 22385635]
- 5) Otsuka A, et al. Basophils are required for the induction of Th2 immunity to haptens and peptide antigens. Nat Commun. 2013; 4: 1739. [PMID: 23612279]

正常像を理解することで、病変が見えてくる

誰も教えてくれなかった 乳腺エコー

これまでの「経験で上達する」「数をこなせば見えるようになる」という主に経験則に基づく超音波の見方でなく、乳腺の正常構造に着目し、その正常構造からの逸脱部に病変の検出のヒントがあるという著者が提唱する読影法を、症例を通して解説している。またその解説を助ける動画もQRコードを読み込めば、視聴可能である。読了後には、今までの乳腺エコーに対する見方・考え方が変わり、もっと身近に捉えられるだろう。

何森亜由美
高松平和病院外科/がん研有明病院乳腺センター

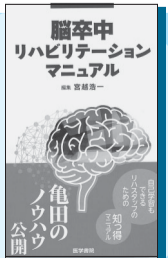


脳卒中リハビリに携わるスタッフ必携! 臨床能力の向上はこの1冊で

脳卒中リハビリテーションマニュアル

脳卒中はリハスタッフが多岐に携わる疾患であり、急性期から維持期(生活期)までの長期間にわたり患者と接するため、多岐にわたる知識が要求される。本書では、リスク管理やゴール設定、リハプログラムを計画するうえで最低限抑えておくべき脳卒中および関連する併存疾患についての医学的知識を整理し、また、臨床現場で必要とされる画像や検査値の見かた、障害の評価や治療手技、社会資源の活用方法などのポイントをまとめている。

編集 宮越浩一
亀田総合病院リハビリテーション科 部長



「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めます。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

園生 雅弘

川崎医科大学附属病院神経内科准教授

帝京大学医学部神経内科主任教授

第8回 めまい

症例

患者：30歳、男性

主訴：めまい

病歴：10日前にぐるぐる回るめまいが起きた。他院を受診し、頭部CTを受けたが異常なしと言われた。その後めまいはいったん治まっていたが、前日夜、再び天井がぐるぐると回った。朝になって救急外来を受診した。

今回は、第3回(第3055号)に続いて「めまい」を取り上げます。

患者はめまいを訴え、救急外来を受診しました。第3回でも記載しましたが、めまい診療の第一ステップは、患者が訴えるめまいがどのような病態なのかを明らかにすることです。今回も第3回同様「ぐるぐる回る」めまいであり、真性めまい(vertigo)と考えられます。

患者に耳鳴りや難聴の自覚はなく、血圧116/64 mmHg、脈拍82/分・整、胸腹部に異常所見なし。神経学的所見では、明らかな異常なしと評価された。メリスロン®(ベタヒスチン)を処方され、耳鼻科受診を勧められた。

救急外来受診時には回転性めまいは治まっており、明らかな神経学的異常所見もないため緊急性はないと判断、めまい・平衡障害治療薬を処方され、耳鼻科受診を勧められたようです。果たしてこの判断でよいのでしょうか。

プライマリ・ケアで見逃したくないのが、真性めまい(vertigo)の原因で、危険(critical)な疾患である「脳血管障害」です。脳血管障害の可能性がある場合、鑑別が可能な神経内科などの専門医に直ちに紹介する必要があります。その判断のためにまず聞いておきたいのは、以下の2つの質問です。

Q「これまでに同じようなめまいはありましたか？」

以前から(例えば数年前から)たびたび同じようなめまいを起こしているのであれば、脳血管障害は否定的にな

ります。一方、今回初めてめまいが起こった、あるいはこのようなめまいはこれまでなかったという“new vertigo”であれば、脳血管障害を含めた鑑別を考える必要があります。

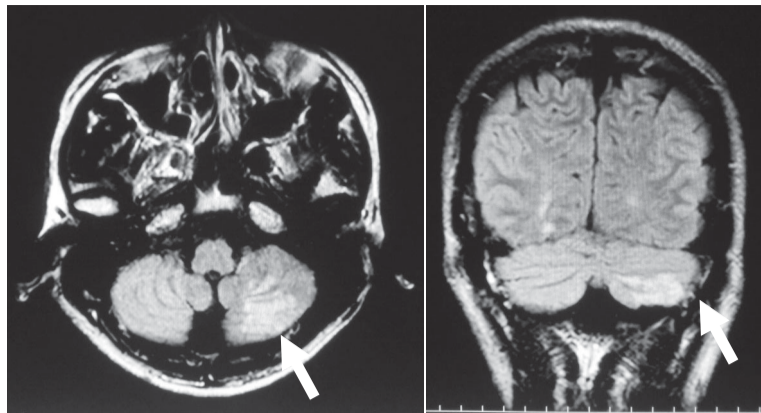
Q「どういう状況でめまいが起きましたか？」

もしも、一般的(common)な「耳鼻科系疾患」である「良性発作性頭位めまい症(BPPV)」であれば、頭位(あるいは体位)を変えたときに必ずめまいが生じる、というように“明らかな誘因”があるはずで、明らかな誘因がないめまいはBPPVとは言えず、やはり脳血管障害との鑑別が必要になってきます。

近医の耳鼻科を受診したが異常なしと言われたため、救急外来受診(X日)から10日後に神経内科を受診した。感覚障害、嚥下障害、複視といった症状はなく、眼振なし、回内回外運動や鼻指鼻試験は正常、歩行も正常と評価された。めまいの原因は不明であり、念のため頭部MRIを予定し、めまいがあるときに耳鼻科に受診するように指示された。

脳血管障害でめまいを生じるのは、脳幹や小脳に血管障害が生じた場合です。もしWallenberg症候群などの典型的な脳幹梗塞ならば、

- ・嚥下障害：唾が飲み込めなくて吐き出すので、ティッシュの山ができる
 - ・感覚障害：顔面あるいは四肢の温痛覚障害や異常感覚(じんじん感)
 - ・複視
- のうち、どれかがあるものです(第3



● 図 頭部 MRI FLAIR 像(左：水平断、右：前額断) 左小脳半球に亜急性期の梗塞所見を認めた。

回参照)。しかし、上記の経過中感覚障害・嚥下障害・複視はないので、少なくともWallenberg症候群らしくはありません。脳幹梗塞でもこれらを認めない例もあるので完全に否定はできませんが、いずれにしても残るのは、そうしたまれな脳幹梗塞や小脳梗塞です。しかし結局、神経内科で小脳徴候を評価(回内回外運動、鼻指鼻試験、歩行)しても異常はなく、原因不明のまま、めまいが起こったら耳鼻科に受診するように指示しています。この指示は、正しかったのでしょうか。

“念のため”撮ることになった頭部MRIの撮影当日、患者に詳しい病歴を聴取したところ、このような返答があった。「これまでめまいはなかったが、X-10日の朝9時ごろ立って作業をしていたら、誘因なく急にぐるぐる回るめまいが生じたので、その場に座り込んだ。吐気がしたがトイレまで歩いて行けず、その場にあってビニール袋に吐いた。吐気は続き、1人では歩けないので介助して病院に運んでもらった。その晩から徐々に吐気は減り、翌日にはなんとか1人で歩けるようになった。X-1日の入浴後の21時30分ごろ、いつものように自分で軽く体のマッサージをしていると急に天井が大きく回った。その場で横になっていたところ、5分くらいで回るのは治まったが、胃におかむかが生じた。トイレの場所は近かったので、ふらふらしながらなんとか行って吐いた。経過中、顔のしびれ感、飲み込みにくさおよび複視は一度もなかった」。

ここで、めまいは“今回が初めて”であり(Qその①)、X-10日およびX-1日に起きためまいには“明らかな誘因がなかった”ことがわかりました(Qその②)。つまり本患者のめまいは脳血管障害を含めた鑑別が必要なケースであり、明らかな神経学的異常所見がなくとも、直ちに専門医への紹介が必要だったと考えられます。

果たして頭部MRIのFLAIR像では左小脳半球に脳梗塞が認められ(図)、T2*画像所見から出血性梗塞と考えられました。

病歴を振り返ると、X-10日に小脳梗塞が生じたものの、急性期であったためその日の頭部CTにははっきり映らなかったと思われます。X-1日に

生じためまいは、小脳梗塞が出血性梗塞になって生じたのかもしれませんが。

一方、X日に救急外来担当医、X+10日に神経内科医が診察しても、四肢失調は認められませんでした。小脳半球が障害されれば四肢失調が出るはずだと思われるかもしれませんが、実は小脳梗塞では四肢失調がはっきりしないことはしばしば経験され、“偽前庭徴候”と呼ばれています。回転性めまいと平衡障害(体幹失調)のみを呈して、古典的に小脳症状とされる四肢失調や構音障害を全く呈さない例が、後下小脳動脈の梗塞を中心にかなり多く見られることが近年知られるようになりまし

た。眼振が軽いのに嘔吐が強いことなどが特徴とされています。今回は発症から時間が経過していることもあってか、神経内科受診時には体幹失調すら明らかではなく、tandem gait(つぎ足歩行)もできるほどでした。また頭部MRI撮影時にも、前庭障害と小脳障害の鑑別に役立つとされる「閉眼足踏み試験」を行っているのですが、左へ回旋してしまいました。本来片側性小脳障害では回旋せずに病変側(今回は左)に寄っていくはずですが、左へ回旋したその所見からは左側前庭障害と誤診してしまう恐れがあります。

つまり、確定診断に役立ったのは、「神経学的所見」よりも、詳細な「病歴聴取」だったわけです。

今回は、小脳梗塞では神経学的所見のみでの診断が困難であることを強調しました。繰り返しになりますが、プライマリ・ケアにおいては、“new vertigo”あるいは“明らかな誘因のないめまい”があった時点で、専門医へ紹介をしてよいと思います。

今回の“問診力”

めまい発作では、“new vertigo”と“明確な誘因のないめまい”かどうかを聴く。この2つに当てはまる場合には脳血管障害の可能性がかなり高い。小脳梗塞は神経学的所見では判断困難な場合が多く、常に念頭に置くべきである。

認知行動療法(CBT)はリハビリにも効く!患者が元気になる!

臨床が変わる! PT・OTのための認知行動療法入門

認知行動療法(CBT)はエビデンスをもつ心理療法として、リハビリテーション分野へも応用が進んでいる。本書は英国で刊行され、理学療法士・作業療法士に向けてCBT活用を説いた初めての書籍。うつ病、不安障害などの精神科疾患をはじめとして、慢性疼痛、線維筋痛症、慢性疲労症候群などの患者に対し、理学療法士・作業療法士がCBTの技法をどのように臨床に取り入れているかを学ぶことができる。

編集 マリー・ダナヒー
 マギー・ニコル
 ケイト・デヴィッドソン

監訳 菊池安希子
 国立精神・神経医療研究センター
 精神保健研究所 司法精神医学研究部

訳者代表 網本 和
 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 教授
 大嶋伸雄
 首都大学東京大学院人間健康科学研究科 教授



心臓手術の麻酔 第4版

▶心臓血管外科の麻酔・周術期管理を詳述した定評ある実務的テキスト。10年ぶりに改訂。3D TEEや人工心臓の進歩など最新の動向を踏まえ、内容を全面的に更新。「輸血」「心膜疾患」「成人先天性心疾患(ACHD)」の章を追加し、心臓生理、心血管作動薬に関する記述も大幅に充実。膨大な情報をすっきり整理、各章冒頭にキーポイントを完備したことでマニュアルとしての使いやすさもアップ。頼れる麻酔科医を目指すための必携必携の書。

監訳: 新見能成 板橋中央総合病院院長

定価: 本体15,000円+税
 B5変 頁1000 図209 2014年
 ISBN978-4-89592-773-4

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第11回】

ジェネラリストの「無知の体系」

ぼくには「知の体系」というものがある。自分の知っている世界の体系が。でも、ぼくらは「自分の知らない世界の体系」というものを知ることができない。自分の知らない世界がどのようになっているのかはわかりようがない。

だって、それがわかってしまえば、それは自分が知っている「知の体系」に転じてしまうのだから。これは考えてみると不思議な話だ。ぼくらは自分の「知の体系」しか知らない。その外にある世界がどのような「知の体系」を持っているのかわかりようがない。にもかかわらず、ぼくらはしばしば(まるでそれを知っているかのように)「他者」を批判する。

すでに、第9回(第3068号)で「ジェネラリスト・ルサンチマン」の話をした。ジェネラリストにはスペシャリストに対する強いルサンチマンを持つ人が多い。しかし、ジェネラリストにはスペシャリストの「知の体系」は見ることができない。それを見ることができないのは、スペシャリストだけなのだから。

では、なぜジェネラリストは自分が知ることのできないスペシャリストの有り様を察し、それを恨みに思うことが可能なのだろうか。

よくあるパターンは、こうだ。「あの先生はガイドライン通りに治療していない」、あるいは「あの先生はエビデンスのないことをやっている。ちゃんと勉強していないんじゃないの?」。このパターンの批判は、ジェネラリストからスペシャリストに対してよく行われる。多くは陰口として、時にあからさまに。実はぼくも、この手の批判をされたことがある。「優秀」と言われ、ガイドラインや各種のスタディーを網羅している、勉強熱心なジェネラリストほど、この手の批判をしやすいものだ。

この批判が妥当なこともある。特に大学病院の医師に多いことだが、患者ケアのアウトカムがとっちらかっているスペシャリストがいるからだ。例えば、いろいろなデータを取ることに躍起になるスペシャリストは多い。でも、何のためにそのデータを取るのかは自分でもわかっていない。「データを取るために、データを取る」というト

ロロジーに陥っているのである。こういう臨床センスを疑うプラクティスに、「優秀な」ジェネラリストはイラつくのである。こういうイラつきは、よく理解できる。

しかし、である。スペシャリストが、こういうスペシャリストばかりとは限らない。エビデンスと呼ばれるものの多くは、ランダム化比較試験の結果、得られた堅牢なアウトカムのことを言う。人によっては、ランダム化比較試験の結果、得られた堅牢なアウトカム“だけ”をエビデンスと呼ぶ。

しかし、ランダム化比較試験に参加する患者は、非常に定型な患者ばかりである。診断基準がはっきりしており、字を読むことができ、医師の言うことを(だいたい)聞き、合併症はないか少なく、極端な腎不全や極端な肝不全や、極端なあれやこれやを持たない、オーディナリーな患者である。われわれの外来に来る患者はそのようなオーディナリーな患者とは限らない。専門家外来に来るようなセレクションのかかった患者であれば、なおさらである。

ぼくは心房細動のある患者を診療していた。とある抗凝固療法で治療していた。ぼくが外来で出しているのは、この患者にだけ、という比較的希少な抗凝固薬である。ぼくはこの薬に対して、十分な経験値を持っていない。

だが、この患者の奥さんによると、お酒をよく飲んで、けっこう転倒しているという話であった。ぼくは、懇意にしている循環器内科の専門医に相談した。すると彼はこう言った。「では、量を半分にして使ったらどうでしょう」。

心房細動を治療しない、というのが妥当な医療ではないことは誰にでもわかる。しかし、抗凝固療法を酔っぱら

ってしょっちゅう転んでいる人に提供するものよくないことは、これも誰にでもわかることだ。問題は、世の中には「酔っぱらってしょっちゅう転んでいる心房細動の患者」を対象とした、ランダム化二重盲検比較試験が存在しない、ということだ。また、その特殊な抗凝固療法を半量で提供したら何が起るか、というランダム化二重盲検比較試験も存在しない、ということだ。

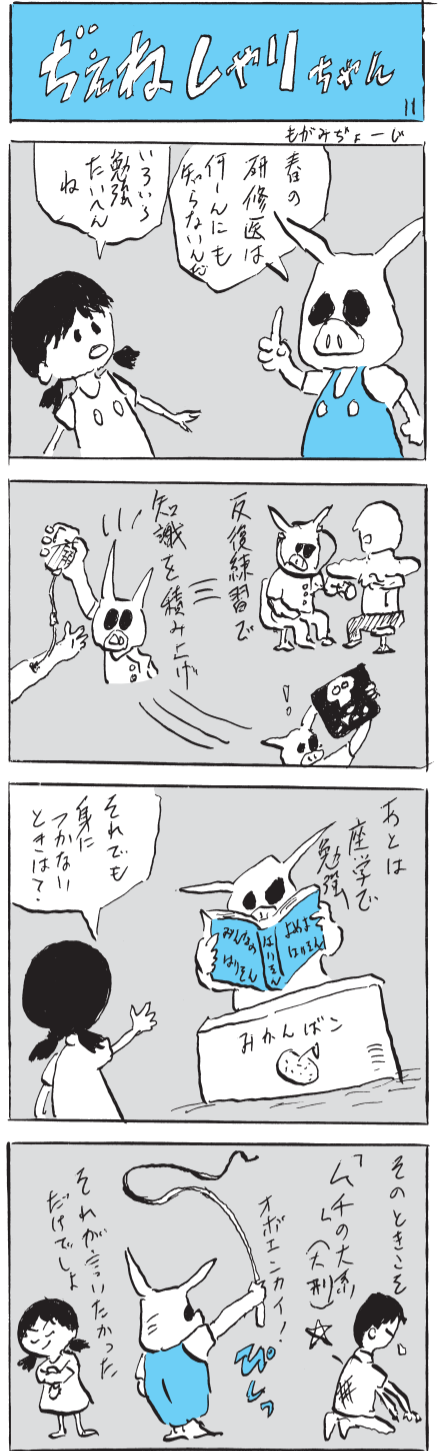
こういうとき頼りになるのは、ぼくよりもこの希少な薬を使っている経験値の高いスペシャリストである。何百例もその薬を使っていれば、その「さじ加減」は感得できるからだ。そのような世界では、「エビデンスがない」半量の薬、というプラクティスが高い妥当性を持って許容できる。そして、そのような薬の使い方はぼくの「知の体系」の外にあるものだ。

疾患は、すべてオリジナルな一回こっきりのものであり、どの疾患もオリジナルな疾患である。「あの」肺炎と「この」肺炎は異なる。全ての肺炎は違っている。でも、何百、何千という肺炎を見ていけば、肺炎の持つ世界の広さはだいたい感得できる。それは、肺炎を数例とか数十例見ているのでは絶対に見えない「体系」に属するものだ。ぼくらは、一回こっきりの多様な現象を「肺炎」という一つの病名にコードして、それでよしとしている。でも、これは単なる便宜上の手続きであり、全ての「肺炎」は実は異なるものなのだ。

抗菌薬を続けていると、ある一定の確率で副作用が起きる。副作用が起きた場合、ぼくらの取るべき選択肢は3つ。①副作用を甘受してその抗菌薬を続ける、②別の抗菌薬に変える、③抗菌薬を中止する、である。

ぼくはしばしば、抗菌薬を中止する。感染症フェロー(後期研修医)はこの判断に躊躇する。「ガイドライン」に肺炎の治療期間は何日、と明記されているからだ。それより短い期間で抗菌薬を中止することに、彼らは恐怖を感じるのだ。

もちろん、ぼくも恐怖を感じる。というか、ぼくはどの患者を診ても恐怖を感じてばかりである。自分の見立てが果たして正しかったのか、やってみなければわからないのである。ガイド



ライン通りにやったら、うまくいかないことはしょっちゅうだ。

でも、肺炎の「知の体系」を知っていれば、「ガイドライン」に書いてある治療期間未満でも、ちゃんと治る肺炎も存在することは感得できる。薬の副作用のリスクが強い場合は、むしろ抗菌薬を中止したほうが全体として患者のアウトカムに資することもあるのである。それは、一般化できないプラクティスであるが、「目の前の患者」にはアプライできる。

そのような「特殊な」患者は、ジェネラリストの前に現れることは少ない。でも、スペシャリストはこういうアウトライヤーを山ほど見ている。いや、アウトライヤーをたくさん経験している、ということがスペシャリストのスペシャリストたるゆえんであり、疾患のアウトライヤーを十全に経験している人は、もはやジェネラリストとは呼べないのである。

●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 医学書院総務管理部出版総務課へ

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

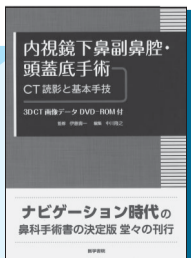
鼻科ナビゲーション手術を徹底解説!

内視鏡下鼻副鼻腔・頭蓋底手術

CT読影と基本手技【3DCT画像データDVD-ROM付】

3DCT画像と内視鏡画像をリンクさせた、CT読影のポイントと手術手技を解説した書。京都大学耳鼻咽喉科で行われている手術解剖習の取り組みを詳述した内容。付録のDVD-ROMにはCT画像および読影のためのソフトを収録しており、読者自身が三次元的にCT画像を読影できる。内視鏡下鼻副鼻腔手術を志す耳鼻咽喉科医のみならず、脳神経外科医にも必携の書。ナビゲーション時代の鼻科手術書の決定版、ここに堂々の刊行。

監修 伊藤壽一
京都大学大学院医学研究科
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 教授
編集 中川隆之
京都大学大学院医学研究科
耳鼻咽喉科・頭頸部外科 講師

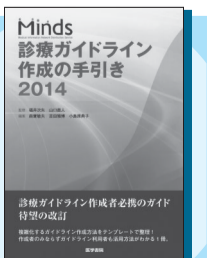


診療ガイドライン作成者必携のガイド 待望の改訂

Minds 診療ガイドライン作成の手引き 2014

「Minds診療ガイドライン作成の手引き2007」の発行から7年後の待望の改訂。エビデンスの重要性が益々強調され、診断・治療といった医療の介入がもたらす「益と害」のバランスも詳細に解説されている。複雑化する作成手順も、付属のテンプレートに記入することで漏れなくポイントを押さえられる実用的構成となった。作成者必携のガイドであるのみならず、ガイドラインの利用者にとっても活用のポイントが整理された1冊。

監修 福井次矢
聖路加国際病院 院長
山口直人
東京女子医科大学薬学部衛生学公衆衛生学第二講座 教授
編集 森實敏夫
慶應義塾大学医学部内科 非常勤講師
吉田雅博
国際医療福祉大学臨床医学研究センター 教授
小島原典子
東京女子医科大学薬学部衛生学公衆衛生学第二講座 准教授



Medical Library

書評・新刊案内

《眼科臨床エキスパート》

オキュラーサーフェス疾患 目で見る鑑別診断

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信, 天野 史郎 ● シリーズ編集
西田 幸二, 天野 史郎 ● 編

B5・頁320
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01873-9

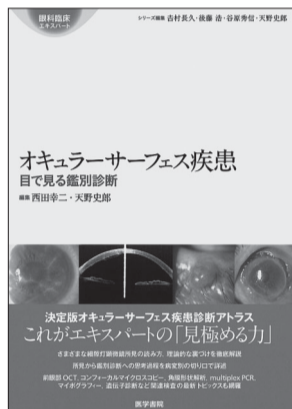
評者 妹尾 正
獨協医大教授・眼科学

本書は、「眼科臨床エキスパート」シリーズの角膜疾患編である。これまでの成書として確立された定番の説明だけにとどまらず、最先端の知見・技術を含む基礎知識や臨床応用、トピックスが盛り込まれている。角膜形状解析、PCRなどの遺伝子検査、前眼部OCT、電子顕微鏡、共焦点顕微鏡といった、現状でも新たな利用価値や開発が進み続けている機器の解説や実際の所見がふんだんに盛り込まれている、頼もしい一冊である。

何よりも本書に魅力を感じる点は、その読みやすさ(使いやすさ)にあると思う。一般診療でわれわれ臨床医がとる診断・治療の過程のなかで成書や文献は、問診・診察より得られる情報から臨床経験を通して想起される診断・治療の確認や確定診断にむけたさらなる検査、ベストチョイスであろう治療法の選択を確立するための一手段として用いられている。しかし実際には日常診療のなかで素早く診断・治療を決めてゆくためには、揺るぎない知識が要求されるうえ、必ずしも自分が専門とする疾患を患う患者のみが選択的に自分のもとに来るわけではない。中には典型的な所見を呈する患者だけではなく、専門分野であっても診断が付きにくい疾患も

あまたある。このような現状で、多くの成書は疾患について詳細にまとめあげたものが多い。例えば「角膜上皮欠損」→「異物」「CL障害」「アレルギー」「感染症」「薬物障害」などなど多くの原因を想起し診断・治療へと進んでゆくわけだが、鑑別が困難な場合(または治療効果が得られない場合)成書をひもとくのはやや手間がかかる(もっともこれらを繰り返してゆくことが、医師としての知識につながってゆくのだが)。この点で本書はまとめ方がユニークで他の成書と併用し得る興味ある一冊となっている。われわれ眼科医が診療上最も得られやすい臨床所見、例えば「点状表層角膜症の鑑別」「角膜上皮欠損の鑑別」といったようにまとめあげられているのである。これまで本書のようなまとめ方は、ありそうでなかった。なぜならば、このようなまとめ方を求めると疾患や診断・治療法が大きく重複してしまい複雑かつ膨大になってしまうからである。本書はこの点をきれいに整理し非常に理解しやすくまとめ上げている。また基礎知識、所見、疾患概念、検査が先端技術や治療法を含めて段落ごとに整理されており、大変使いやすい。疾患ごとに整理された大きな成書も一冊必要とは思われるが、本書と併用することによって縦横の知識の網羅ができる外来必携の一冊である。

成書との併用で縦横の知識が網羅できる外来必携の一冊



@igakukaishinbun

本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

ティアニー先生の心臓の診察 [CD-ROM付]

ローレンス・ティアニー, 松村 正巳, 青木 眞 ● 著

A5・頁114
定価: 本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01926-2

評者 瀬尾 宏美
高知大教授/高知大病院総合診療部

これは単なる「訳本」ではありません。松村正巳・青木眞の両氏がローレンス・ティアニー先生という診断のマスターをお迎えして、私たちにわかりやすく心臓の診察を伝授する「秘伝の書」です。秘伝ですが皆さんにこっそり中身をお教えします。

本書はまずティアニー先生による問診の解説、次に松村氏による心臓の視診・触診のエッセンス、そしてティアニー先生による心臓聴診「口まね」レクチャー、最後にティアニー先生秘伝のパールでまとめられています。付属CDにはレクチャーの録音ファイルが収録されており、ティアニー先生の指導を受けているような臨場感あふれる企画です。なんと途中で日野原重明先生が登場され、ご自身のパールも披露

されます。「知っているから聴こえる。知らなくて聴こえない」。

洗練されてわかりやすい
心臓診察の「秘伝の書」

心臓聴診に限らず診療のあらゆる場面で生かされるパールです。

文章は大変読みやすく洗練されており、医学生や研修医は何度も読み込むことができます。さらに看護師や臨床検査技師にも心臓診察の入門書としてお薦めいたします。私自身、循環器内科医として何年もかけて身につけてきた技術をこれほどまでに簡潔に伝えることができることにショックを受けました。指導者にとっても指導力向上に役立つ一冊と確信しています。次作の登場が待ち遠しい限りです。

妊婦健診に一步差がつく 産科超音波検査

谷垣 伸治 ● 著

B6・頁120
定価: 本体2,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01947-7

評者 小笹 幸子
聖バルナバ助産師学院教務部長

助産師は対象妊婦の健康診査から、ガイドラインに従って、対象妊婦を自分で管理してよいのか、産婦人科医が管理すべきかの識別ができなくてはならない。包括的な胎児の健康状態の評価法として、バイオフィジカル

プロファイルスコアなどがあり、胎児心拍数モニタリングと産科超音波の所見の判読が求められている。助産師国家試験出題基準にも、母体、胎児の健康診査に必要な検査についての基礎知識として、超音波検査機器の使用法・超音波胎児計測・超音波血流計測がある。その一方、法的な整備はなく、看護では画像そのものを判読し判断する経験をしてきていない。初学者にとって、超音波画像の白黒やカラードブラの映像は、妊婦さんと同様、説明されるまで「なにがなんやら」である。

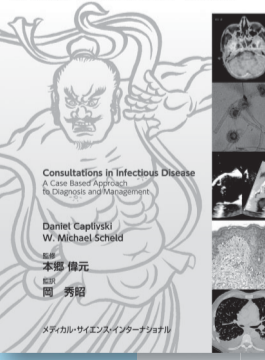
本書は、産科超音波検査でどこを見るべきで、それはどのように描出されるのか、イメージしやすいイラストが添えられ、正常と異常がわかりやすく対比されている。超音波検査の基本や用語の解説はよりすぐってあり、明快である。また超音波検査に関連して、モニタリング、陣痛周期、胎児下降度など覚えなくてはならない数値がやたらと多いが、ポイントとなる胎児の発育過程や計測値などがコンパクトに示されている。

本学の妊娠期の実習では、妊婦健診の待ち時間から付き添ってお話を伺い、診察の介助後に保健相談させていただく。妊娠時期(出産予定日がどう決定され、現在の妊娠週数は妥当か)、妊娠経過(母体の健康状態や子宮頸管長に問題はないか)、胎児の発育と

学生、新人助産師必携
コンパクトにまとまった
産科超音波検査テキスト

新刊 感染症プラクティス

感染症プラクティス
72症例で鍛える診断・治療力



72症例で鍛える診断・治療力
Consultations in Infectious Disease
A Case Based Approach to Diagnosis and Management

まるで百人組み手をしたかのように、
症例をがっちり追体験できる 珠玉の症例集

273に及ぶ写真とともに72症例を解説した症例集。髄膜炎から、免疫不全者の感染症、HIV、熱帯感染症、感染症もどきの非感染性疾患など、コモンなもののみならず多様な疾患に対する米国感染症専門医たちのアプローチ方法を詳述する。邦訳に際して各症例の最後にポイントを簡潔にまとめ、さらに訳注で日本の現状にも言及。さまざまな疾患の経験値をバランスよく積むことができ、読み進めれば必ず診断・治療力がアップする。

監修 本郷 偉元 武蔵野赤十字病院感染症科副部長
監訳 岡 秀昭 東京都保健医療公社荏原病院感染症内科医長

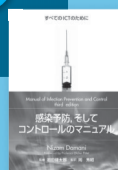
● A5変 頁448 図13・写真273 2014年 ● 定価 本体6,400円+税 ● ISBN978-4-89592-775-8

好評



抗菌薬マスター戦略 第2版
非問題解決型アプローチ

監訳 岩田健太郎
● 定価 本体5,000円+税
● B5変 頁394 図98 2014年
● ISBN978-4-89592-761-1



感染予防、そして
コントロールのマニュアル
すべてのICTのために

監修 岩田健太郎 監訳 岡 秀昭
● 定価 本体4,500円+税
● A5変 頁400 図43 2013年
● ISBN978-4-89592-746-8

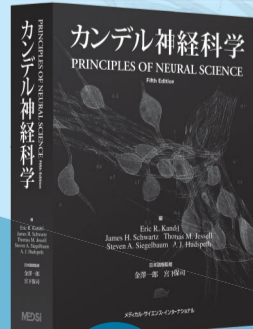
脳科学の頂点

カンデル神経科学 PRINCIPLES OF NEURAL SCIENCE

5th Edition

脳科学の宇宙を展望する。
心も、行動も、生命も、脳と神経の探求は
「人間を知る」ための科学的基盤である。

2014年
4月下旬
発売



- ノーベル賞を受賞したエリック・カンデルによる神経科学のグローバルスタンダード、最新第5版の邦訳。
- 全9パート、67章にて構成。「脳科学」を包括的に解説する最も信頼できる教科書。
- ニューロンの分子生物学から、認知、知覚、運動、思考・記憶などの高次機能、精神・神経疾患の基礎、システム脳科学を詳述。
- 読みやすい日本語訳と、美しく見やすい1,007点のフルカラー図版。
- 医学、リハビリテーション、理学、工学、心理学、経済学、哲学などさまざまな学問領域の基礎としての「人間を知るための科学的基盤」を与えてくれる本。
- 初学者から専門研究者・医師まで、知識を共有できる一冊。

新刊

日本語版監修
金澤 一郎 国際医療福祉大学大学院 院長
宮下 保司 東京大学大学院医学系研究科 統合生理学分野 教授

定価: 本体14,000円+税
● A4変 頁1,760(予定)
フルカラー 図1,007 2014年
● ISBN978-4-89592-771-0

心房細動治療の最新動向

2014年1月、日本循環器学会が5年ぶりに「心房細動治療(薬物)ガイドライン(2013年改訂版)」を発表した¹⁾。新ガイドラインでは、新規経口抗凝固薬4剤が追加されたほか、ワルファリン療法時のPT-INR測定の推奨レベルを上げるなど、より日本人の臨床データに基づいた改訂がなされた。本紙では、第111回日本内科学会(会長=東北大・伊藤貞嘉氏、2014年4月11-13日、東京国際フォーラム)において同ガイドラインの合同研究班班長である井上博氏(富山大)が行った講演「心房細動の管理:進歩と課題」の様相を報告する。



◆高齢化社会の進捗とともに増加する心房細動の治療の在り方 ●井上博氏

心房細動の管理は①不整脈の管理、②基礎疾患・誘因への対応、③塞栓症リスク評価の3本の柱から成る。

①不整脈の管理は、主に心拍数調節(レート治療)と洞調律化(リズム治療)に分けられる。井上氏は、薬剤を用いるレート治療とリズム治療では心・血管イベントの発生率に差が見られず、発作性心房細動治療の忍容性という観点においてのみリズム治療が勝ると報告。また、持続性心房細動に対しては抗不整脈薬による治療では抑制効果に限界があるとの見解を示した。一方で、80%を超す根治率が得られるカテーテル・アブレーションについても侵襲的治療である、合併症があるなどの課題を挙げ、長期予後に関して薬物治療との比較検証が必要と結論付けた。

②基礎疾患・誘因への対応としては、心房細動の誘因となる高血圧や虚血といった病態そのものへの予防的治療(Upstream治療)が国内外で注目されてきた。その中でもレニン・アンジオテンシン系阻害薬の効果が期待されたが、欧米と日本それぞれで行われた臨床試験ではともに心房細動抑制効果は認められなかったと報告した。

③塞栓症のリスク評価に関しては、氏は日本における前向き観察研究(J-RHYTHM Registry)の結果を中心に概説した。心房細動では脳梗塞を含む血栓塞栓症の発生頻度が約5倍になるため、リスク評価が重要となる。リスク評価指標として米国で考案されたのが、心不全、高血圧、75歳以上、糖尿病を各1点、脳卒中/TIAの既往を2点としてリスクを層別化するCHADS₂スコアだ。氏は同レジストリにて、日本でも欧米と同様、ワルファリン非服用例にてCHADS₂スコアが高くなるほど血栓塞栓症発生率の上昇が確認されたと報告。一方海外では、女性が血栓塞栓症のリスク因子であることが示されているが、日本では血栓塞栓症発生率のものには性差がなく、重大出血・全死亡は男性で有意に高頻度であったと述べた(PMID:24461771)。

またワルファリンによる抗凝固療法については、これまで70歳以上ではINR 1.6-2.6と、欧米より0.5ほど低い数値が至適強度とされてきたが、同レジストリにおいてその妥当性が確認されたことも紹介(PMID:23708863)。抗凝固療法の「ジレンマ」とされてきた出血リスクについても、ワルファリンよりもリスクの低い新規経口抗凝固薬3剤が既に使用可能となっており、今後は日本人に合った使用方法の検討が求められると話した。最後に氏は、「日本人のデータを基にした標準的な心房細動の薬物治療を患者さんに提供することが、内科医の責務である」と結び、講演を終えた。

●参考文献

1) 心房細動治療(薬物)ガイドライン(2013年改訂版).
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2013_inoue_h.pdf

健康状態、体位、胎児付属物に異常はないかを評価する。さらに、妊婦の生活やマイナートラブルや心理状態をアセスメントし、保健相談(指導)を行う。「何も問題がない」妊婦さんでも、妊娠の時期に応じた保健指導の項目がある。これら一連の流れを体験し、その内容を教員や指導者に伝える。当日に同意を得られる妊婦さんに行うため、ぶっつけ本番。また、お待たせする時間をなるべく短くすべく、助産診断せねばならない。これらを短時間でこなさなければならないという不安や焦

りのなかで、本書が大いに活用されると思う。

知識や数値が頭に入っていないとき、テキストが身近にあればと思う人も多いだろう。実習で経験を積んでいく上で、即時参照できる本書は学生にとって大変に有用である。また、実習時の学生の荷物は重い、ユニホームのポケットにすきり入り、すぐに取り出して確認できるのも利点である。助産師学生だけでなく、新人助産師、助産師外来を担当し始めるかたがたにもお薦めの一冊である。



在宅医療モノ語り

第49話

鶴岡優子 くるかめ診療所

語り手 覗き、覗かれ 超小型エコーさん

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であるが、往診時に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「超小型エコー」さん。さあ、何と語っているのだろうか?

魚群探知機って、ご存じですか? 原理はどうも私と一緒にいるのです。うちの主人が海の近くの病院で研修医をしていたころ、先輩に釣りに連れていってもらいました。魚群探知機を使って、何メートル下にどれだけの魚がいるかを調べ、マイクでその結果を教わりながらの魚釣り。波に揺られ、船酔いと闘いながら、「病院のエコーと似ている」と思ったそうです。



確かに手のひらに手のひらサイズ、携帯電話とさほど変わらない大きさでポケットに入ります。小さい! 軽い! 高性能! が私のウリ。確かに操作性は抜群で、バッテリー充電もいい感じ。訪問診療のお供として期待の「小型」新人です。

私は医療で使われる超音波診断装置です。魚群ではなく、体内の臓器、異常なモノ、水などの形や大きさ、動きを見るものです。超音波を対象物に当てて、その反響を映像化します。画像検査のひとつですが、X線検査のように放射線を気にする必要はなく、内視鏡検査のように苦しむ人もなく、リアルタイムに画像として視覚化できる点で優れています。ただし空気を多く含むものは苦手で、肺、消化管などは検査対象になりにくいですね。

私はこちらの診療所にやってきて、まだ日も浅いのですが、案外と出番は多いようです。まだモノ珍しいらしく、主人も張り切って使ってくれます。私が患者の身体の中を覗き、医師が私を覗き込むのは当たり前として、患者さんやご家族まで私の小さい画面に釘付けです。「お腹のこれが肝臓で、この袋が胆のうですね。こっちが腎臓ですが……」。どれどれと言わんばかりに、画面は順番に手渡されていきます。クライマックスは心臓のダイナミックな動き。「こんなに頑張ってる心臓が動いているかと思うと、自分の身体が愛おしくなるね」。私はコミュニケーションツールにもなるのです。

こんな患者さんがいました。がん性腹膜炎で、利尿薬では腹水のコントロールが難しい状態でした。「先生、ひと思いに腹を刺して水を抜いてくれ」「そういう作戦もいいかもしれませんがね」と、主人がプローブをそっとお腹に当ててみると、真っ黒。水がたまっています。どこを刺しても安全に水が抜けそうです。「この黒いのが憎き腹水か。やっぱり俺は立派な腹黒だな」。こんな状況でもユーモアを交える人生の先輩を、私も私の主人もすごいなあと思いました。

別の患者さんのお話です。「今日はおしっこが出ないの、先生。東京の義妹が来て、おしっこが詰まっているだろうから、管を入れてもらったらどうだと心配して言っているんだけど」。長年介護してきたお嫁さんからの電話でした。患者さんは老衰のため、最近は食事が摂れなくなっていました。昨日からは水分も摂れていないそうです。かつて点滴をしたこともありましたが、煩わしいのかご自分で抜いてしまわれました。同居のご家族は「お別れが近い」と説明を受けていたようですが、東京に住む患者さんの実の娘さんは事情がわからず、心配になったのでしょうか。休日ですが往診することになり、私もお供しました。

私の主人は診察の後、私を使いながら説明をしました。「全身状態が衰弱しています。尿は膀胱にたまっていないようです。つまり、詰まって尿が出ないのではなく、尿が作れない状態なのでしょう」。主人は別の尿で満たされた膀胱の画像を提示し、見比べてもらいます。「……いよいよ、でしょうか?」。娘さんがそう言うと、「かもしれません」と主人はあっさり答えました。それを受け、娘さんが言います。「お義姉さん、私、今晚から泊まるわ」。お嫁さんは笑顔でしたが、少し複雑な顔にも見えました。

《精神科臨床エキスパート》シリーズ

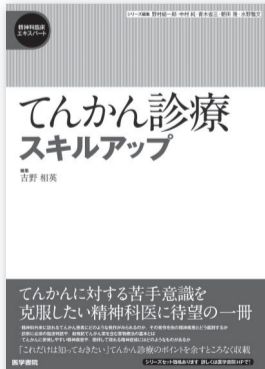
シリーズ編集 野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文

第Ⅲ期(全3巻)

てんかん診療 スキルアップ

編集 吉野相英

てんかん診療の苦手意識を克服したい精神科医に待望の書籍。精神科外来に訪れるてんかん患者にどのような発作がみられるのか、その発作を他の精神疾患とどう鑑別するか、また診断に必須である脳波判読、薬物療法の基礎など、「これだけは知っておきたい」診療のポイントを余すところなく収録。また併発しやすい精神疾患、随伴して現れる精神症候も解説されており、てんかんの精神科的問題を理解したい医師にもお勧めしたい。



●B5 頁248 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01958-3]

続刊 2014年6月発行予定

抑うつ の鑑別を究める

編集 野村総一郎

●B5 頁220 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01970-5]

重症化させないための 精神疾患の診方と対応

編集 水野雅文

●B5 頁248 2014年 定価:本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01974-3]

●上記3巻をセットでご購入されますと、3巻の合計定価:本体17,400円+税が、セット定価:本体15,500円+税とお得になります。シリーズセットⅢ[ISBN978-4-260-02007-7](2014年6月発行予定)

医学書院

これしかない! 腹部MRI診断の定番テキスト、待望の改訂新版

新刊

腹部のMRI 第3版

▶腹部MRI診断を包括的にわかりやすく解説した本格テキスト、6年ぶりの改訂。肝細胞特異性造影剤の最新知見や3T MRIの腹部領域における適用、肝硬変の診断などに有効なMRエラストグラフィの方法と臨床応用など、知っておくべきstate-of-the-artの知識を補完し、最新の症例画像も加わり、一層充実。100頁の増頁により網羅性もさらに向上。放射線科医のみならず、消化器内科・外科医、泌尿器科医、産婦人科医にとって必読必備の書。



編:荒木 力 山梨大学名誉教授・健康科学大学副学長

定価: 本体13,000円+税 B5 頁620 図102・写真1406 2014年 ISBN978-4-89592-769-7

MEDSI

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 FAX.(03)5804-6055

http://www.medsi.co.jp Eメール info@medsi.co.jp

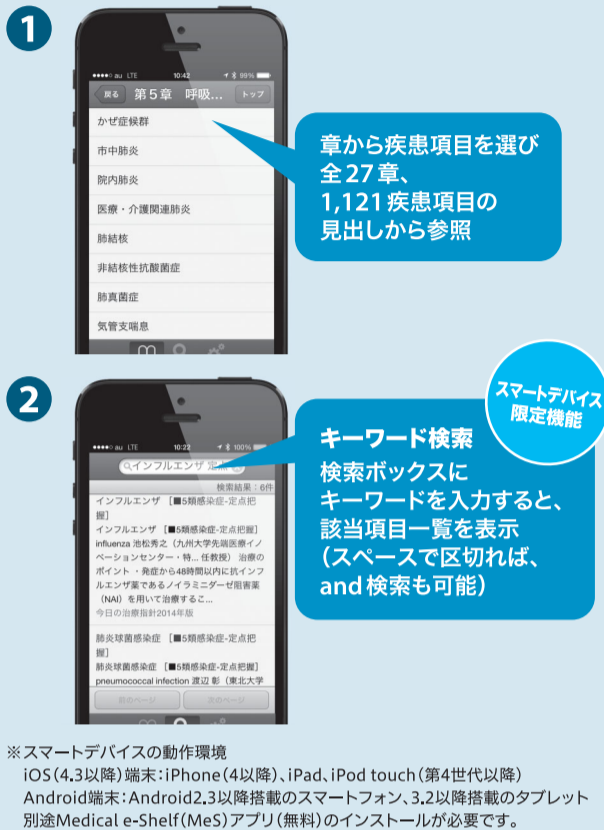
「今日の治療指針2014年版」には、
 スマートデバイス閲覧権が付いています。
 本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。



お申し込み手順



スマートデバイス版の特長



スマートデバイス対応で、
 より便利に

医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック 理事長
武藤真祐先生

2014年版から、スマートデバイスでも本書を読めるようになりました。在宅医療に従事する医師としては、大変有り難いことです。訪問診療では移動にあたって、いかに携帯物の容積を減らすかということが大切です。本書は情報量に比例して厚みもありますから、その点が持ち運びには不便でした。これがスマートデバイスに収まるというのは、非常に画期的なことです。診察の途中や前後に調べたいことがいくつか出てきます。そのような場合でも知りたい情報をその場で調べて対応できます。収録内容がデータベース化されていますので、キーワード検索を使えば効率的に調べられることも魅力です。何よりも、内容が充実しているのに持ち運びの際に重くないのが一番助かります。

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

日常診療に必要な医薬品情報を厳選!
 選ばれる薬には理由がある!



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]

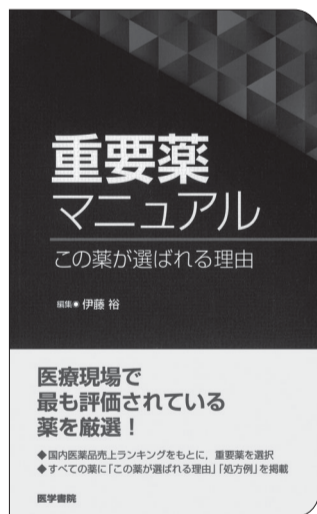
重要薬 マニュアル

この薬が選ばれる理由

編集 伊藤 裕

約2,200成分ある医療用医薬品の中から、一般内科の日常診療で頻用される157成分を厳選。数ある同効薬の中から「なぜその薬が選ばれているのか」を紹介。さらに添付文書情報(【効能・効果】【用法・用量】【警告】【禁忌】【副作用】【相互作用】等)に加え、第一線で活躍中の専門医による臨床情報(【薬の特徴】【処方例】【服薬指導】【最新の動向】)も掲載。

●B6変型 頁400 2014年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-01856-2]



高齢者に注意を要する薬剤をとりあげたビーズ基準の日本版

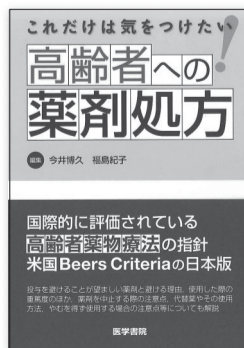
これだけは気をつけたい!

編集 今井博久・福島紀子

高齢者への薬剤処方

高齢者が服用する際に注意した方がよい薬剤について、その注意点や対応を解説したもの。代替薬やその使用方法がある場合には具体的に記載。米国の高齢者への薬剤投与に関するBeers基準の日本版。付録として常に服用を避けるべき薬剤一覧、既往歴から避けるべき薬剤一覧も収載。

●B6 頁288 2014年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-01202-7]



目次

- 第1章 ビーズ基準と高齢者の薬物療法(日本版ビーズ基準の概要/調剤・服薬指導にあたっての注意点/高齢者の生理機能/高齢者の薬物動態/高齢者によくみられる疾病、注意点)
- 第2章 精神系(睡眠薬/抗不安薬/抗うつ薬/抗てんかん薬)
- 第3章 鎮痛薬(解熱消炎鎮痛薬/非麻薬性鎮痛薬)
- 第4章 循環器(強心薬/不整脈治療薬/降圧薬)
- 第5章 消化器(消化性潰瘍治療薬/鎮痙薬/刺激性下剤)
- 第6章 内分泌・代謝(経口血糖降下薬/ホルモン製剤)
- 第7章 アレルギー(第一世代抗ヒスタミン薬)
- 第8章 その他(パーキンソン病治療薬/貧血治療薬/造血と血液凝固関係製剤)
- 付録 使用を避けることが望ましい薬剤



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