

2014年9月15日

第3092号

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

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [寄稿特集] My Favorite Papers (赤石誠、清田雅智、植田真一郎、能登洋、内野滋彦、伊藤康太)..... 1—4 面
- [連載] ジェネシャリスト宣言..... 5 面
- MEDICAL LIBRARY..... 6—7 面

寄稿特集

My Favorite Papers

これだから論文を 読むのはやめられない



医学関連雑誌の国際的なデータベース「PubMed」には、約5700誌2300万件以上の学術論文が収録されているそうです。日々膨大なエビデンスが蓄積され圧倒されますが、「知の大海原」を航海することでしか得られない発見もあるのではないのでしょうか。

そこで今回は、これまでの医師としてのキャリアのなかで出会った「お気に入り論文」を識者の方々に挙げていただきました。さあ明日から、知の愉悦を求めて大航海へ！

赤石 誠

北里大学北里研究所病院
臨床教授・副院長



に選んだのがこの3つの論文である。

①は、大動脈弁閉鎖不全症の手術時期に関する論文である。この論文は、1980年にCirculation誌に掲載された。私は、そのとき医師になって3年目であった。それまでは、大動脈弁閉鎖不全症の手術適応は、Spagnuoloの論文[PMID:4255488]がゴールドスタンダードであった。つまり、血圧、X線写真上の心拡大、心電図所見から自然歴を判断し、手術適応を考えていた時代である。そのとき、遭遇したのがこの論文だ。今まで駆出率が左室収縮機能の指標であると思っていたのに、収縮末期径がより優れた収縮機能の指標となるというメッセージだと受け取った。この論文で、著者らは、大動脈弁閉鎖不全において症状がある場合には、心エコー図の左室収縮末期径が55mm以上になると予後が悪いので55mmにならないうちに手術をしなくてはならないと結論している。さらに無症状でも心エコー図の左室収縮末期径が55mmを超えたら左室機能が低下しているという論文が後に続いている。この収縮末期径が50—55mmという考え方は、現代のガイドラインでもしっかり踏襲されている。30年前前の概念がいまだにきちんと残っていることに、生理学に裏打ちされた論文のすごさを感じる。可変弾性体モデル

において、収縮末期の圧容積関係は唯一無二であり、あらゆる負荷条件には無関係であるという菅・佐川の理論(当時、私はこの心機能の理論に心酔していた)から見ると、逆流量が症例によりさまざまで、負荷条件が一定しない弁膜症において、収縮末期に注目したところがこの論文の素晴らしいところである。

②は、stunned myocardiumの論文である。最初にこの論文を読んだときには、何の目新しさも感じなかった。当時、私は心筋虚血の実験をしていて、冠動脈を結紮して局所心機能を超音波クリスタルで観察する毎日を送っていた。だから、結紮を解除して冠動脈血流を回復させたからといって、局所心機能がすぐに回復しないのは、当たり前のことであると思っていたし、そのことは既に多くの生理学者は常識として認識していたからである。この論文の著者はBraunwaldであるが、著者の実験データは何もない。実は、データは、さかのぼること4年前、Heyndrickxの論文[PMID:665778]に示されているのである。しかし、この論文はあまり注目されなかった。Braunwaldがstunned myocardiumと命名することで、Heyndrickxの実験データに概念を与えたのである。このstunned myocardiumという概念がいかに重要であるかは、

急性心筋梗塞の病態が解明され、再灌流療法が普及するにつれ徐々に明らかになっていった。

③は、臨床の現場において、なぜ狭窄した冠動脈が閉塞して心筋梗塞にならないのかと疑問を持っていた私に、「なるほど」という答えをくれた論文である。バイパス手術は心筋梗塞を予防しないという文献的常識と、今にも詰まりそうな血管はバイパスしないと大変だという直感的な危機感の間で、リアルワールドにいると狭窄はちっとも閉塞しないという事実を実感していた。狭いから詰まるという話は、事実ではないことを現場の医師たちは知っていたが、なぜなのかはわからなかったのである。そこへ、クリアカットにプラークの破綻という概念を与えたこの論文は、私にとっては目からうろこそのものであった。

*

論文とは、新しい事実を見つけたことを自慢するだけのものではない。論文とは、自分の考え方と概念を示す手段である。仮説を立てることは非常に大事で、ちょっとした思い付きだけの仮説は、検証するに当たらない。思い付きを、どこまで突き詰めて概念として確立していくか、そのために検証す

(2面につづく)

「スピリチュアルケア」を知ると、明日からのケアが変わる!

誰も教えてくれなかった スピリチュアルケア

岡本拓也

「スピリチュアルケアって何?」本書は、臨床で働く医師、ナース、そしてすべての医療者のために、何よりも臨床に役立つ形で、わかりやすく、スピリチュアルケアについて解説した本です。スピリチュアルケアは、決して特殊なケアではなく、すべてのケアの基盤になるといえるほど、大切な考え方であり、役に立つ方法です。スピリチュアルケアを理解することによって、日々のケアのあり方が変わってきます。



●A5 頁208 2014年
定価:本体2,500円+税 [ISBN978-4-260-02010-7]

がん医療は新たなステージへ

実践 がん サバイバーシップ

監修 日野原重明 / 編集 山内英子・松岡順治

がん治療の発展に伴い、がんは不治の病でなく慢性疾患として考えられるようになってきた。つまり治療効果のみでなく、その患者自身の人生をともに考え、医療に組み入れて実践していくことが求められている。本書では、がんサバイバーシップとは何か、各職種に求められるサバイバーへの具体的ななかかわり方、知っておきたい患者会の活動などを、経験豊富な医療者、アクティブに活動されている関係者が解説。



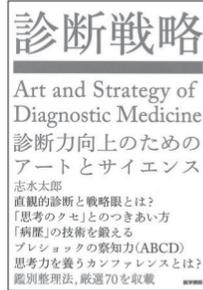
●A5 頁256 2014年
定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01939-2]

何が診断を曇らせるか、どのように養えば良いか

診断戦略

診断力向上のためのアートとサイエンス
志水太郎

名医の思考や巧みさ(Art)は再現できるか? その問いに正面から答える。多くの名医に師事し、経営診断も学ぶ著者による「診断力の鍛え方」。診断にともなうバイアスとのつきあい方、病歴をよりクリアにするための具体的な質問例、鑑別ごとの合わせなど、明日から役に立つ心構えとテクニックが満載。認知科学とハードな臨床経験を背景に紡がれる言葉は、まさに Art & Science。



●A5 頁288 2014年
定価:本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-01897-5]

医学書院

寄稿特集 My Favorite Papers

清田 雅智

飯塚病院
総合診療科診療部長



- ① Wrenn KD, et al. The syndrome of alcoholic ketoacidosis. Am J Med. 1991; 91(2): 119-28. [PMID: 1867237]
- ② Schamroth L. Personal experience. S Afr Med J. 1976; 50(9): 297-300. [PMID: 1265563]
- ③ Osler WM. Remarks on Specialism. Boston Med Surg J. 1892; 126: 457-9.

①私が最初に医師として読んだ英文の文献。1995年、研修医になって2か月目に、糖尿病のないケトアシドーシスの患者さんを担当した。日本語の教科書を手当たり次第調べても原因不明で、研修医の先輩も同様の症例を経験していたが、長らく謎とされていた疾患であった。当時PubMedはもちろんインターネットもなかったが、自らCD-ROMの文献検索装置Medlineで2時間くらいかけて調べ、この文献がヒットした。すぐに長崎大の友人に文献を送ってもらい、この文献を読むことで疑問が氷解した。研修開始4か月目にして日本内科学会九州地方会で発表デビューし、アルコール性ケトアシドーシス(AKA)の概念を当院で確立した。この文献のおかげで、研修医でもがんばれば新たな知見を見いだせること、英語の文献は情報量が多いこと、つらいながらもそれを読むことでしか得られない知識があることを痛感した。

②メイヨー・クリニック感染症科へ留学後の2006年に、院内に招聘されたMicheal Lamb医師(ピッツバーグ大)と回診を行った。Lamb先生には検査結果を隠して、感染性心内膜炎の患者さんを診察してもらったところ、僧帽弁逸脱を伴う僧帽弁逆流の雑音と見落としていたバチ指を身体所見のみで正

診され、まさに“art”な回診の経験をした。そのときSchamroth's signとその由来を教えていただいた。原文を確認し、当時Webcatで日本の図書館の蔵書情報を調べるもヒットせず途方に暮れていた。だが、いつか入手しようと思いつき文献入手リストに書き留めていた。2010年になり再度調べた際、SAMJ誌のHPの存在を知り、この文献をfree downloadできるという僥倖に恵まれた。初めてバチ指が治り得るものであることを知った。これは2012年刊行のMcGee『Evidence-Based Physical Diagnosis』最新版の主要変更点であった。文献を執念深く探すことの大事さを知った。

③2014年5月にACP Japanで凝固異常の講演を行い、若年発症の網膜中心静脈閉塞症の症例を提示した。その考察に、Lamb医師から紹介された、1981年刊行のLee C. Chumbleyの「Ophthalmology in Internal Medicine」を引いた。著者は米国の内科と眼科の二つの専門医資格を持っていて、一人でこの本を書き上げている。その本の序文にかのWilliams Osler医師が内科医のルーティンの身体診察として眼底鏡を使うことを推奨していたことが書かれており、なるほど米国でトレーニングを受けた医師が眼底鏡にこだわる起源を知ることができた。本の文中に該当の文献があり早速入手した。ちなみにこれは現在のNEJM誌であり、HPから簡単に入手可能であった。100年以上前の1890年代に、既にOsler医師はSpecialismの弊害を説いていたことを知った。これは私のGeneralistという立場を代弁しているように思えて、大いに勇気付けられた論文だった。

*

心に刻んだ文献を時系列で挙げたが、引用は逆に古いほうにさかのぼっていることに気付いた。最新の文献が良いのではなく、疑問を解決するものが良い文献である。オリジナルの文献に当たることで、深い知恵が得られる実感がありぜひお勧めしたい。

は、医学において重要であることは誰も否定しない。しかし、医学という学問の中で、ぞくぞくするような(いわゆる、鳥肌が立つような)感動を与える論文にはなり得ないと思っている。

(1面よりつづく)

べきは何かを明らかにしながら、論文は作られるべきではないだろうか。多くの症例を使って現象を観察することや、介入の結果を議論・検証する論文

植田 真一郎

琉球大学大学院医学研究科
臨床薬理学教授/琉球大学医学部
附属病院臨床研究支援センター長



- ① Cocks TM, et al. Endothelium-dependent relaxation of coronary arteries by noradrenaline and serotonin. Nature. 1983; 305(5935): 627-30. [PMID: 6621711]
- ② van Harten J, et al. Negligible sublingual absorption of nifedipine. Lancet. 1987; 2(8572): 1363-5. [PMID: 2890954]
- ③ Roussel R, et al. Metformin use and mortality among patients with diabetes and atherothrombosis. Arch Intern Med. 2010; 170(21): 1892-9. [PMID: 21098347]

①ヒトのからだはあまりにも精巧につくられている。

自分で臨床薬理学という領域を専攻してこんなことを書くのは気が引けますが、特殊な疾患以外では、一つの薬がその病態を決定的に変えてしまう、あるいはその患者さんの予後を決定的に変えてしまうことはそんなに多くはありません。アスピリン、β遮断薬、スタチン、ACE阻害薬といった教科書を書き変えた薬剤にしても死亡率の低下は20%程度で、有効性を証明するためには大規模な臨床試験が必要でした。

この論文は、ヒトのからだは薬というある意味小ざかしいものをはるかに凌駕して精巧に作られ調節されていることを考えさせます。ここで報告されている実験は単純で、もしヒトの血管(平滑筋)を収縮させるような刺激を与えると、その作用を緩衝するために血管内皮細胞は血管を拡張させるような物質を生成、遊離するというものです。

当たり前かもしれませんが、そのような能力がからだの各部分に備わっているとすれば、薬によって一つの経路や遺伝子、受容体を抑制することで簡単に変えられるものではないでしょう。しかし、だからこそ臨床研究者にはある種の諦観が必要で生命に対して謙虚であるべきで、治療介入はその有

効性・安全性を厳密に評価し過大評価やいいかげんな危険性の評価は慎むべきことを忘れてはいけません。

②その方法はホントに有効?

高血圧患者さんの血圧がコントロールできないとき、あるいは何らかの理由で急に上昇した際、脳血管障害を伴う高血圧などのときに、かつて「ニフェジピン(アダラート®)舌下」という投与法を教えられた時代があります。危険な方法ですし、そもそも一時的にコントロールしても意味はないので現在は用いられませんが、私が医師になったころはそのような指示がけっこうありました。10年くらい前までは救急のマニュアルに掲載されていたのを見たことがあります。

この論文では舌下投与でニフェジピンは全く吸収されていないことが示され、それで降圧作用を示したとしてもそれはかまわずに飲み込んで効いていたのだらうと結論付けられています。飲み込まずに我慢した患者さんの血圧がちっとも下がらないことや舌下投与を行った臨床試験が存在しないことからこの方法を疑問に思った臨床医の功績です。たとえマニュアルのようなものに掲載されていてもその医療行為が本当に正しいのかどうかが常に疑うことが必要で、それがよい臨床研究につながると気付かせてくれました。アウトカム評価が難しい救急の現場ではこのようなことはまだまだあるのではないかと思います。

③メトホルミンは「悪魔の薬」?

メトホルミンは日本で不当に評価の低い薬で、先進国中第一選択薬としていないのは日本だけだと思います。添付文書を見るといきなり「悪魔の薬」のような警告が出てきます。高齢者、少しでも腎機能の悪い患者さん、心不全の患者さんには使わないほうがいい、なんていう感じです。これは乳酸アシドーシスを危惧してのことなのですが実際どの程度発症しているのかははっきりしませんし、2-6/10万人・年という報告はありますが、そんな低い絶対リスクの中でこれらをどのように評価したのかもよくわかりません。もちろん腎機能の低下した患者さんには注意が必要ですが、そんな薬はたくさんありますね。

この論文は既に動脈硬化性疾患を有する患者さんを対象としたREACH

循環器臨床のエキスパート達が
最近の研究・治療の動向とトピックスを解説!

循環器 レビュー&トピックス

臨床医が知っておくべき
27の最新知見

編集 赤石 誠・北風政史

循環器領域のさまざまなテーマについて、それぞれの分野のエキスパート達が最近の研究・治療の動向を臨床医にわかりやすく概説するとともに、そのテーマにおけるトピックスをピックアップして解説する。情報をただ並列に並べるのではなく、重み付けと価値判断をしながら、現時点での位置付けを明確にしている。循環器専門医だけでなく、専門医を目指す医師・研修医にとっても必読の書。

●B5 頁232 2014年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01931-6]

医学書院

内科診療 ストロング・エビデンス

Evidence Based Clinical Practice

谷口俊文

『学ぶ』EBMから
『使う』EBMへ

週刊医学界新聞の好評連載【レジデントのためのEvidence Based Clinical Practice】をグレードアップして書籍化。新進気鋭の米国内科専門医が、コンメンディーズの標準治療と、その根拠を支える重要な臨床研究を紹介する。

『すべての医療行為はエビデンスに基づいた標準治療を理解していることから始まる』(本書序文より)。米国内科診療アプローチの真髄がここに!

●A5 頁340 2014年
定価:本体3,500円+税
[ISBN 978-4-260-01779-4]

医学書院

これだから論文を読むのはやめられない

能登 洋

聖路加国際病院内分泌代謝科医長/東京医科大学歯科大学医学部臨床教授



1 Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet. 1994; 344 (8934): 1383-9. [PMID: 7968073]

2 Pitt B, et al. Randomised trial of losartan versus captopril in patients over 65 with heart failure (Evaluation of Losartan in the Elderly Study, ELITE). Lancet. 1997; 349 (9054): 747-52. [PMID: 9074572]

Pitt B, et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial—the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. Lancet. 2000; 355 (9215): 1582-7. [PMID: 10821361]

3 Victor RG, et al. Effectiveness of a barber-based intervention for improving hypertension control in black men: the BARBER-1 study: a cluster randomized trial. Arch Intern Med. 2011; 171(4): 342-50. [PMID: 20975012]

1 4S⇒EBMの黎明

コレステロール高値の4444人を対象に、スタチン投与により総死亡と冠動脈疾患再発のリスクが有意に低下することを実証したRCTです。20年前にこのエビデンスが発表されるまでは大規模研究がなく、コレステロール値を下げると冠動脈疾患リスクは低下しても総死亡リスクは増加するという報告があり、治療意義が議論されていました。この研究は、臨床問題を解決する際にエビデンスという実証を重視することの意義を示した点で、EBM普及の起爆剤の一つとして歴史的に君臨します。

日本にEBMが浸透してまだ10年程度しか経ちませんが、この論文が発

表された当時アメリカで臨床研修をしていた私は、この論文を活用してEBMの実践法やエビデンスの読み方を臨床の現場で習得し、日本でのEBM普及に力を入れました。

2 ELITE/ELITE II⇒EBM 商法への警鐘

ELITEは、心不全の標準治療薬であるアンジオテンシン変換酵素阻害薬(ACE阻害薬)と当時の新薬アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)の比較RCTで、一次エンドポイントの腎機能悪化に有意差はなかったものの二次エンドポイントの死亡率がARB群で有意に低いことが示されました。そこで同じ研究グループは、死亡率を一次エンドポイントとしたELITE IIをあらためて実施したところ、最終的に有意差はなくARBの優位性の期待は崩れ去りました。

このように、二次エンドポイントは仮説の提唱・探求のオマケにしかすぎません。一つの研究で検証できるのは一次エンドポイントだけです。二次エンドポイントを前面に出した薬の宣伝が氾濫していますので、騙されて朝三暮四とならないように警鐘を鳴らす論文セットです。

3 床屋スタディ⇒エビデンスの創造

理容師によるサポートによってアメリカ黒人男性の血圧管理が有意に改善することを示した介入研究です。私が二度目に臨床留学した大学で実施されました。発想や研究法は感動的なほど独創的です。

アメリカの黒人男性にとって床屋は

井戸端会議の場所として文化社会的な集会場です。医学生に床屋に血圧計を持って行かせ来客の血圧を測定させます。医学生は無給ですが論文に名前が載るため喜んで協力します(ここで人件費が浮きます)。血圧が高かった人のうち、研究に参加してくれた人には協力費として理髪代を研究費で支払いました。口コミで来客が増えるので床屋ももうかる上に、研究参加者も自動的に増え、誰もが得をする方策です。医療におけるコミュニティーの影響を体得しただけでなく、エビデンスの創り方の印象的な勉強になりました。

*

EBMは患者さんに始まり患者さんに帰着します。エビデンスを金科玉条として盲信するのではなく、鑑識眼と適材適所が重要であることも忘れないようにしましょう。また、これからは質の高いエビデンスを創り出していくことも大切です。日本から“赤提灯スタディ”が誕生することを楽しみにしています。

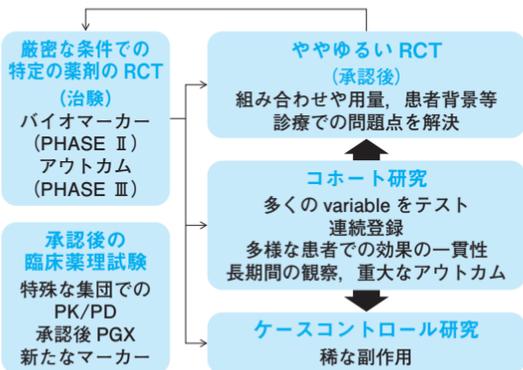
●参考文献

- 1) 週刊医学界新聞第2245号(1997年6月23日付) 寄稿「ベイスラエル病院での臨床疫学の実践」(能登洋) http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n1997dir/n2245dir/n2245_10.htm

(4面につづく)

registryという観察研究で、その中で糖尿病でメトホルミンをたまたま服用していた患者さんと服用していない患者さんの死亡率を比較したものです。コホート研究なので患者背景はかなり異なっており、多変量解析で補正していくわけですが、メトホルミン群における死亡リスクの低下は年齢・性の補正のみで33%、臨床的に重要と思われるさまざまな因子による補正を行った後も24%の低下があり、堅牢な結果といえると思います。

この論文でもうひとつ重要なのはサブグループ解析です。もともとサブグループ解析は、特別に効果のある集団を見つけることよりも、さまざまな患者背景を越えた結果の一貫性を証明することが目的です。この論文では腎機能の軽度低下(eGFR 30-60)や心不全、比較的高齢(65-80歳)でもメトホルミン使用は一貫して死亡率の低下と関連すると報告されています。もちろんRCTではありませんし、そのサブグループ解析ですから、同じ対象患者でのRCTでの結果よりは信頼性が落ちる可能性はあります。しかし、



●図 理想的な臨床研究の枠組みとその目的

結局そのような患者を組み入れるRCTを実施することは困難であり、それまでに信頼性の高いRCTからの結果が存在すれば(メトホルミンではUKPDS研究)、結果にバイアスが入るリスクを知った上でこの論文の結果を診療に用いることは可能だと考えます。

*

新薬が開発されると、さまざまな患者背景を持つ患者さんで有効性・安全性が評価され、結果として患者さんのアウトカムを改善するには多様なデザインの研究が必要であり、結果はそれぞれの役割を考えて解釈すべきだと思います(図)。



神経内科の実践知がこの1冊に!

神経内科プラクティカルガイド



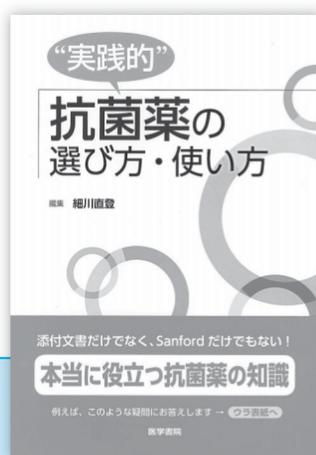
栗原照幸 東邦大学名誉教授

好評書『神経病レジデントマニュアル』を研修医のみならず若手内科医全般に役立つ神経内科診療の手引き書としてアップデート。神経診察や検査の項では手技の写真や解剖図を多用しわかりやすく解説。さまざまな神経疾患を網羅した疾患各論では「診断の決め手」や具体的な処方例を含む治療法を明快に提示。巻末には脳波所見や画像など診療に役立つ付録も収録。神経内科の臨床に長年携わってきた著者の実践知が詰まった1冊。

●A5 頁408 2014年 定価:本体4,300円+税 [ISBN978-4-260-01893-7]

医学書院

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな1冊!



“実践的” 抗菌薬の選び方・使い方

編集 細川直登

医療法人鉄蕉会亀田総合病院臨床検査科部長/感染症科部長

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな2部構成で解説。はじめに薬剤の構造・起原菌・投与経路別に、臨床に必要な抗菌薬の基礎知識と用法の原則を解説。次に抗菌スペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比較しながら、その使い分け・用法を解説。薬剤を比べることで、よりその特性が際立ち理解を深めるのに役立つ。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。

●A5 頁250 2014年 定価:本体3,300円+税 [ISBN978-4-260-01962-0]

医学書院

寄稿特集 My Favorite Papers

内野 滋彦

東京慈恵会医科大学
麻酔科集中治療部

- 1 Bickell WH, et al. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries. N Engl J Med. 1994; 331(17): 1105-9. [PMID: 7935634]
2 Warren BL, et al. Caring for the critically ill patient. High-dose antithrombin III in severe sepsis: a randomized controlled trial. JAMA. 2001; 286(15): 1869-78. [PMID: 11597289]
3 van den Berghe G, et al. Intensive insulin therapy in critically ill patients. N Engl J Med. 2001; 345(19): 1359-67. [PMID: 11794168]

1 常識とのギャップ

外傷による出血でショック状態となっている患者に対し、手術室に着くまで補液をしないほうが死亡率が低く、合併症も少ないことを示したRCTである。

単純に驚いた。出血性ショックの患者に補液をしないほうが良いとは。血が足りないのだから補液したほうが良いに決まっている、補液によって血圧が上がればそれは良いことに決まっている、という常識が覆された。今考えると、血圧は surrogate marker であるとか、efficacy と effectiveness の違いであるとか、そういう視点で見ればそれほど内容でもないのだが、当時はそんな言葉を知る由もなく、単純に驚いた。

2 日本と海外のギャップ

重症敗血症患者に対し、4日間で3万単位のアンチトロンビンIII(ATIII)もしくはプラセボを投与し、両群で28日死亡率に差を認めなかったことを示したRCTである。

自分の専門を集中治療に決めた当時、集中治療系の日本の商業雑誌とCritical Care Medicine誌を勉強のために年間購読していつも鞆の中に入れておき、通勤途中に読んでいた(今考えると随分真面目だった)。この2つの雑誌の内容の違いは明白で、自分のやっていることは日本の商業雑誌の記載

内容に近く(正確には、勉強のために読むくらいだから雑誌に書かれていることのほうがレベルが高いと思っていた)、海外の人たちは本当にこんなことをしているのだろうかかと素朴に疑問を感じていた。じゃあ見に行こう、それが留学しようと思った最大の理由だった(ちなみに2番目の理由はカジノに通うことだったが、これはオフレコでお願いしたい)。

日本と海外の違いの典型例がDICで、当時の日本では抗凝固薬の投与が基本であり、重症例ではATIIIが当然のように投与されていた。しかし、DICの代表的な原因疾患である重症敗血症に対して、日本で使用されている数倍量のATIIIを投与しても予後に影響せず、場合によっては出血を増やしてしまうという結果は、日本と海外のエビデンスに対する姿勢の違いを明確に印象付けられたし、根拠に基づく診療の重要性を認識させられた。

3 学会発表と文献のギャップ

ICUで人工呼吸を必要とする患者に対し、intensive insulin therapy(IIT, 血糖値を80-110mgにコントロール)を行うか、通常の血糖コントロール(180-200mg)を行うかで無作為に割り付け、IIT群でICU死亡率が有意に低下(4.6%対8.0%)することを示した一施設RCTである。

オーストラリア留学中にシドニーで集中治療の国際学会が開かれ、初めて海外の学会に参加した。そこでこの研究の筆頭著者がNEJM誌に掲載される前に研究結果を発表していた、ICU患者の死亡率をインスリンで半分にするという結果に、海外の学会というのはこんなにすごい研究が発表されるものなのかと心から驚いた。この研究結果は聴衆全員にとって同じように驚きだったようで、発表終了後に文字通りのスタンディングオベーションが会場内に起こった。

しかし、その数週間後にNEJM誌に発表され、興奮を思い出しながら文献を実際に読んでみると、患者背景や治療内容などにいくつかの疑問点が浮かんだ。IITは世界中でしばらくの間ブームとなったが、その後複数の多施設研究により予後の改善効果は否定され(低血糖の副作用が多く発生)、過去の治療となった。一施設研究におけるgeneralizabilityの限界や、学会発表

伊藤 康太

ニューイングランド大学
医学部内科・老年医学



- 1 Feinstein AR, et al. Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". Am J Med. 1997; 103(6): 529-35. [PMID: 9428837]
2 Charlson ME, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-83. [PMID: 3558716]
3 Tosteson AN, et al. Cost effectiveness of screening perimenopausal white women for osteoporosis. Ann Intern Med. 1990; 113(8): 594-603. [PMID: 2119161]

臨床疫学を学んでいた大学院在学中に影響を受けた3論文を挙げました。

1は、臨床疫学の父、故アルバン・ファインスタインが晩年に発表した論説で、かつての門下生デビッド・サケットらが巻き起こしたEBMムーブメントへの痛烈なアンチテーゼです。臨床判断を支えるべきエビデンスは、定量化されたソフトデータ(患者さんの主観や医療者の直観など)であり、病態生理であり、混沌としたリアル・ワールドを注意深く「観察」し思慮深く「分類」した研究です。ファインス

のような部分的な情報だけで判断せず原文を読むことの重要性など、多くを学んだ文献だった。

暇を持て余しているわけでもないのに、自分はどのように論文を読み続けているのだろうか。その理由を考えてみると、

- 患者を救うには知識が必要だと思い込んでいるから
●部内の勉強会の主催やブログ執筆のために必要だから
●自分の専門性を維持するために情報をアップデートする必要があるから
●研究のアイデアや参考文献が得られるから
●他人が知らないことを知ると優越感を感じるから

タイン本来の臨床疫学を学んでいく過程で、EBMの方法論に縛られない研究観が培われました。

2は、ファインスタインの後継者であり、私自身が師事したメアリー・チャールソンのコホート研究です。ファインスタインが提唱した「併存疾患」の概念を具現化したチャールソン併存疾患指数は、あらゆる比較研究において交絡補正に欠かせない役割を担ってきました。内科研修医たちが観察したたった1か月分の入院患者さんの重症度分類が、発表から四半世紀を経た現在、史上最も引用されてきたとされる臨床系論文の原点です。

3は、骨粗鬆症検診の是非に関する古典的な費用対効果分析です。検診のRCTを遂行することが非現実的な状況で、最終アウトカム(骨折・死亡など)の検討が不十分であることを理由に検診を非推奨とするのが得策か、あるいは入手可能な代用アウトカムを十分に活用して患者さんにとって最善と信ずる選択肢を模索すべきか。いわゆる「不確実性下の意思決定」の数理モデル化は、その後の私の研究テーマになりました。

"Far better an approximate answer to the right question...than an exact answer to the wrong question" (Tukey JW)。論文を考察する際には、「的外れな設問への正確な解答より、的確な設問へのおおよその解答」を大切にしています。

●単純に、面白いからなどが思い付く。最初の理由は、患者を救うには知識が必要だから、という意味ではない。読んだ文献の数と患者予後との関係は証明されていないはずだから。ちょっと自虐的だが、もしかしら最大理由は最後まで2番目かもしれない。正確なところは自分でもわからないが、あまり細かいことは気にせず、これからも文献を読んでいきたいと思う。

@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。

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

ジャクソンの神経心理学



山鳥重 前・東北大学大学院教授
「ジャクソンてんかん」などにその名を残し、英国では神経学の父とされるジョン・ヒューリングス・ジャクソン。中枢神経の「進化」と「解体」をキーワードに神経症候の表れかたを分析するという独特な彼の視点は、机上の空論ではなく臨床医としての確かな経験に立脚したものであった。没後百年後も色褪せることなく、現代の臨床家にとっても示唆に富むであろうジャクソンの思考を、本邦を代表する神経心理学者がひも解く。

●A5 頁224 2014年 3,400円 [ISBN978-4-260-01977-4]

音楽の神経心理学

緑川晶 中央大学文学部教授
●A5 頁168 2013年 2,800円 [ISBN978-4-260-01527-1]

ふるえ DVD付

柴崎浩 京大名誉教授
河村満 昭和大学教授・神経内科
中島雅士 昭和大学准教授・神経内科
●A5 頁152 2011年 5,200円 [ISBN978-4-260-01065-8]

シリーズ LINE UP

- アクション 丹治順・山鳥重・河村満 ●A5 頁184 2011年 3,400円 [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 ●A5 頁208 2011年 3,400円 [ISBN978-4-260-01404-5]
心はどこまで脳ののだろうか 兼本浩祐 ●A5 頁212 2011年 3,400円 [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 3,800円 [ISBN978-4-260-01324-6]
脳を縮く 歴史でみる認知神経科学 訳=河村満 ●A5 頁432 2010年 4,800円 [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 2,800円 [ISBN978-4-260-00829-7]
レビー小体型認知症の臨床 小坂憲司・池田学 ●A5 頁192 2010年 3,400円 [ISBN978-4-260-01022-1]
失われた空間 石合純夫 ●A5 頁256 2009年 3,000円 [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 3,000円 [ISBN978-4-260-00915-7]
街を歩く神経心理学 高橋伸佳 ●A5 頁200 2009年 3,000円 [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 3,500円 [ISBN978-4-260-00635-4]
失行 [DVD付] 河村満・山鳥重・田邊敬貴 ●A5 頁152 2008年 5,000円 [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 3,800円 [ISBN978-4-260-00335-3]

- トーク 認知症 臨床と病理 小坂憲司・田邊敬貴 ●A5 頁224 2007年 3,500円 [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 3,800円 [ISBN978-4-260-00078-9]
手 訳=岡本保 ●A5 頁272 2005年 3,600円 [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 2,800円 [ISBN978-4-260-11895-8]
Homo faber 道具を使うサル 入来篤史 ●A5 頁236 2004年 3,000円 [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 4,300円 [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 3,000円 [ISBN978-4-260-11878-1]
高次機能のブレインイメージング 川島隆太 [ハイブリッドCD-ROM付] ●A5 頁240 2002年 5,200円 [ISBN978-4-260-11876-7]
記憶の神経心理学 山鳥重 ●A5 頁224 2002年 2,600円 [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 4,000円 [ISBN978-4-260-11862-0]
タッチ 岩村吉晃 ●A5 頁296 2001年 3,500円 [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 4,300円 [ISBN978-4-260-11848-4]
神経心理学の挑戦 山鳥重・河村満 ●A5 頁200 2000年 3,000円 [ISBN978-4-260-11847-7]

医学書院

本広告の価格は本体価格です。ご購入時に消費税が加算されます。

第13回

第13回(第3086号)で、ジェネシャリストの基本形は上を向いた「三角形」のようなものだ、と述べた。これについて、もう少し説明したい。

ジェネラリストは「広く、浅く」の横に平たい四角形のイメージである。スペシャリストは「狭く、深く」の縦に長い四角形のイメージである。

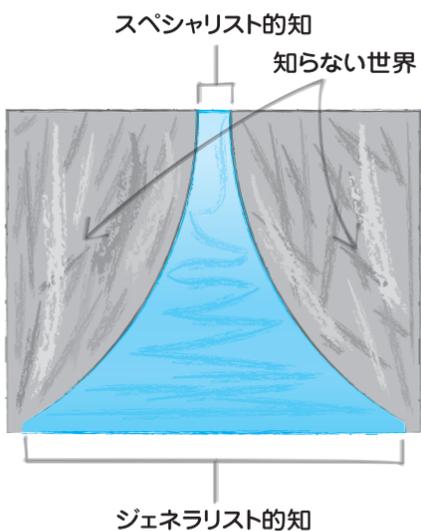
ジェネラリストは、ある領域に突き抜けたような専門的な技術や知識を有しない。それを持っていれば、すでに彼(彼女)はその領域のスペシャリストであるはずだ。肩書きや、専門医資格とは無関係に。

スペシャリストは、自分の専門領域においては他を圧する技術や知識を有している。しかし、その他の領域については全く知識がないか、聞きかじり程度の知識しかない。他の領域においても広く知識や技術を有しており、これを駆使してれば、彼(彼女)はジェネラリストとして機能するであろう。

……というのが、古典的なジェネラリスト・スペシャリスト二元論である。拙稿ではこの二元論の不毛さを長く説いてきた。そして、新しいモデルである「ジェネシャリスト」という在り方を提唱したい。それは、横に長く、縦にも(一部には)長い、三角形のイメージである(図)。

もちろん、人間が身につけられる知識の総量には限界がある。総量の大きさは各人のキャパシティーや努力にもよるが、「限界がある」という点においては変わらない。なので、かつてファウスト博士が望んだように世の中の全てについて知るなど、到底かなわないことだ。医学の世界に限定しても、やはり無理。

しかも前回述べたように、医学知識



●図 ジェネシャリストのイメージ(三角形)

書籍のご注文・お問い合わせ

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部まで ☎(03)3817-5657
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

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

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第15回】

ジェネシャリストの三角形

のエクспанションはどんどん加速化していくので、この無理加減はどんどん増していく。もちろん、インターネットとデータベースの発達により、知識の獲得そのものはかつてないほど容易になっている。今後はもっともっと容易になっていくだろう。一部の出版社が行っているような過度の金もうけ主義、情報の有料化がはびこらなければ、だけど。

しかし、自分が知らないという自覚がなければ、そもそも「調べてみよう」というインセンティブすら発動されない。かくして調べないまま、の状態がほったらかしになるのである。これが知らないことを知らない、「無知」の状態である。

スペシャリストは、自分の専門領域以外の項目について無関心だから、それについては一切勉強しない。しかし、患者がそのスペシャリストの問題「だけ」を抱えていることは、むしろまれなことだ。かくして、専門領域外の「やっつけ仕事」が始まる。栄養、点滴、抗菌薬、疼痛管理、血圧管理、血糖管理、ゼーンぶやっつけ仕事になる。薬の相互作用などの薬理学的な事象、患者のメンタルヘルス、リハビリ、家族との人間関係や金銭的な問題、全てほったらかしだ。

ジェネラリストは、広くて包括的なケアを得意とするが、各領域がどれだけ深くて遠い世界を持っているかについては知らないことが多く、また無関心だ。「自分は、ランダム化比較試験の臨床アウトカムを示した研究以外は一切読まない」と豪語するファンダメンタルなジェネラリストもいるが、その臨床試験のデザインに乗っかれない患者さんも世の中にはたくさんいる。

そうすると、基礎実験、動物実験の知見、エキスパートの経験、さじ加減などが「best available evidence」ということになる。しかし、しばしばそのような知見はファンダメンタルなジェネラリストの冷笑の対象となる。「あの専門家は最新のRCTすら読んでい

ないよな、へへ」みたいな冷笑をほくは一度ならず聞いたことがある。

しかし、ジェネシャリストはいずれの態度も取らない。

ジェネシャリストはジェネラリスト的な広い領域の勉強をしっかりとしている。やっつけ仕事ではない勉強だ。その重要性も十分に理解しているし、配慮もする。一方で、ジェネシャリストは、ある領域に対する特化した専門性も持っている。スペシャリストとしても振る舞うことが可能なわけだ。

ただ、大事なことは、その領域のスペシャリティを持っているという「そのこと」ではない。

図のように、スペシャリスト的な高みを持ったジェネシャリストは、ふと横を見ると同じような高みがどの専門領域にも存在していると理解することができる。その高みは、見ることはできない。でも、あることは感得できる。なぜなら、自分もその高みを、その水平線の遠さを見たことがあるからだ。感染症のプロは、感染症領域の世界の広さを知っている。彼(彼女)は循環器領域や集中治療領域や、消化器領域の水平線のかなたを見たことがない。でも、「それがある」というのはわかる。「自分の知らない世界がある、ということを知っている」とはそういうことである。

ジェネシャリストの三角形においてもっとも大事なことは、その三角形の内部(知識の総量)ではない。その外側にある「知らない領域」である。ジェネシャリストの頭の中にはジェネラリストの広い知識と、スペシャリストのとんがった知識の両方がある。でも、両者を合わせた知識の総量は、しょせんは人ひとりが獲得できる知識の総量にすぎない。しかし、三角形というそのフィギュアが、その外にある広大な知識(それは、自分が持っている知識の総量よりも圧倒的に広く大きい!)がある、というイメージを作ることができる。自分の知らない領域がいかにか大きく、いかに広く、いかに深いかをイメージすることができる。そのイメージが大事なのである。

そのイメージがもたらす理解は「オ



レはこんなに知っている」ではない。逆である。「オレはこんなに知らないんだ」である。その知らない理解が、人を謙虚にさせ、他者に対する敬意を生む。もはや二元論の世界で垣間見られた冷笑はそこには見られない。

そこに、コミュニケーションの萌芽が見られ、チーム医療の原則が生まれる。このジェネシャリストの持つ他者への敬意は、ナースや薬剤師、検査技師などのコメディカルにも、そして患者にも向けられる。患者がほくらの知らないことをどんなにたくさん知っていることか、ちょっと水を向けてみればわかるが、ほくらは本当に患者の知っていることを知らないのである。無知の自覚は人を謙虚にし、また好奇心の塊にする。好奇心はさらなる勉強をドライブする。こうして知の体系の好循環が生まれてくる。ジェネシャリストは、その定義からしてとても謙虚で、とても勉強熱心なのである。

精神疾患の世界的な診断基準・診断分類、19年ぶりの大幅改訂!

DSM-5® 精神疾患の診断・統計マニュアル

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM-5

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

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

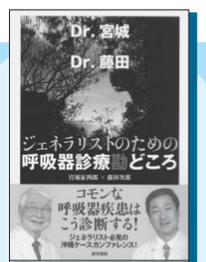


コモンな呼吸器疾患はこう診断する! ジェネラリスト必見の沖縄ケースカンファレンス!

Dr.宮城×Dr.藤田 ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ

収録の15症例は内科医がよく遭遇するコモンな呼吸器疾患。Dr.宮城の豊富な経験による「臨床の勘どころ」と、Dr.藤田の画像診断と文献考察を各症例から学ぶことができる。本書の哲学は、問診や身体所見を重視する沖縄オリジナルの総合診断学であり、1つの症例につきさまざまな角度から臨床推論、得られた情報をもとに最終診断に迫る全人的アプローチを用いている。ジェネラリスト必見のケースカンファレンス!

宮城征四郎
群馬沖縄臨床研修センター長
藤田次郎
琉球大学大学院感染症・呼吸器・消化器内科学(第1内科)教授



Medical Library

書評・新刊案内

服部リハビリテーション技術全書 第3版

蜂須賀 研二●編

大丸 幸, 大峯 三郎, 佐伯 寛, 橋元 隆, 松嶋 康之●編集協力

B5・頁1024
定価:本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01757-2

評者 吉尾 雅春
千里リハビリテーション病院副院長

『リハビリテーション技術全書』初版が発刊されたのは1974年。私が理学療法士になった年でした。当時、九州リハビリテーション大学は九州労災病院に併設されていたため、同病院のリハビリテーション科で見る光景がリハビリテーション医療そのものであるという認識がありました。その光景が一冊の分厚い本になったという印象をもって、『リハビリテーション技術全書』を買って求めているのを覚えています。私が九州リハビリテーション大学に入学したころには、服部一郎先生は同病院から退任され長尾病院を開設されていましたが、九州においてリハビリテーションの世界を切り開かれたその熱い存在は学生の間でも知れ渡っていました。故に、『リハビリテーション技術全書』は私にとって「聖書」というイメージがありました。1984年には、随所に改訂がされた第2版が出版されました。

1987年には第22回日本理学療法士学会が神戸で開催され、「日本における理学療法法の獨創性」を主題に服部先生にご講演いただきました。情報のない戦後間もない時代から取り組んでこられたわが国のリハビリテーション医療の開拓では、服部先生自らの提案が荒野を拓く原動力になっていたのだと、そのときあらためて強く感じたものです。

第2版が出版された後10年経過しても改訂の様子はうかがえず、これでこの技術全書は途絶えるのだろうか

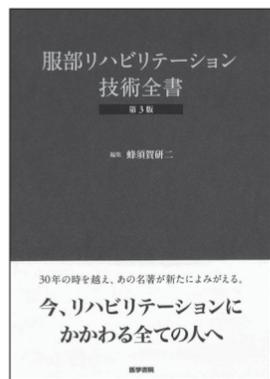
思っていたのですが、実は不死鳥でした。北九州市にある産業医科大医学部教授として多くのメッセージを社会に発していただいた、蜂須賀研二先生の想像に絶するご尽力によって見事によみがえったのです。編集執筆作業に携わっていない私が「想像に絶するご尽力」というのもおかしな話ではありますが、その構成をご覧ください。第2版が発刊されて30年も経ちましたから、その内容は抜本的に改訂せざるを得なかったのです。リハビリテーションの中身も、そしてそれを取り巻く環境も大きく変遷しています。現在への変化を余すところなく含むことが第3版には求められました。それに十分応えた構成、内容になっています。内容は手にとってご覧いただきたいと思います。

しかし、細かく図に目を向けると、初版、第2版に用いられたものが数多く採用されています。服部一郎先生を中心に想いを込めてお創りになったリハビリテーションの世界を、そして『リハビリテーション技術全書』を次代にしっかり引き継ごうとされた蜂須賀先生をはじめとする関係諸氏の心が、この『服部リハビリテーション技術全書 第3版』にはみられます。また蜂須賀先生が引き継ぐだけにとどまらず、精力的に更新していくことこそ開拓者たる服部一郎先生の意に沿う編集であるという、強い意志をもって取り組まれたお仕事であると感動しました。

引き継がれるリハビリテーション医療の開拓精神



名著の全面改訂、リハビリテーションのあらゆる技術がここに結集



服部リハビリテーション技術全書

第3版

編集 蜂須賀研二
産業医科大学名誉教授

かつて服部一郎らがリハビリテーションの基本技術の実際を集大成し、多くの人に愛読されてきた書物が、その意思を継ぐ著者らの手によって全面改訂。600以上にもおよぶ図の豊富さはそのままに、さらに今日の実地診療に対応できるよう最新の知見が盛り込まれた。初学者から熟練者にまで役立つ、まさにリハビリテーション技術の百科全書ともいえる1冊。

●B5 頁1024 2014年 定価:本体18,000円+税 [ISBN978-4-260-01757-2]

医学書院

Dr.宮城×Dr.藤田 ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ

宮城 征四郎, 藤田 次郎●著

B5・頁192
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01979-8

評者 松村 理司
医療法人社団洛和会総長

総合診療誌『JIM』の「臨床の勘と画像診断力を鍛える コレクション呼吸器疾患」シリーズは、すでに第40回に迫っている。この中から日常でよく経験する15症例を選び、呼吸器疾患へのアプローチの仕方を一般内科医や研修医向きにまとめたのが本書である。このシリーズの基になっている沖縄県臨床呼吸器同好会が40有年間で280回以上開かれているのは、誠に慶賀に堪えない。卒後9年目の私が沖縄県立中部病院勤務の若き日の宮城征四郎先生の門を叩き、①H&P (history taking と physical examination: 病歴聴取と身体診察)を重視した診断推論、②文献(エビデンス)による裏付けの訓練、③チーム医療下での屋根瓦式教育の実際に感銘を受けたのは1983年だが、歴史のひとつまか感慨深い。

本書の長所は数多い。第1には、中身の濃い、質の高い症例検討会の臨場感に浸れることである。記録に残そうとする藤田次郎先生の発想と持続力のたまものである。第2に、宮城御大の出番と肉声が十分に確保されている。文字通りの「診療の勘どころ!」から教わるものは多い。H&Pやバイタルサインの活用をめぐる宮城節には従来

初学者にもわかりやすい呼吸器臨床の面白さがあふれた一冊

名人芸がつかまどったが、それをきちんとと味読できるのはありがたい。第3に、重鎮の方々の「画像診断のポイント」や「コメント」にもまばゆい「クリニカル・パール」が散りばめられている。第4に、藤田先生の「文献考察!」が貴重である。ほぼ毎月の努力には頭が下がる。第5に、何よりも、呼吸器臨床の面白さ、楽しさがあふれている。徹底して実務的で、術学的でない。口語体なのもうれしい。EBM用語も少なく、初学者にも極めて入りやすい。

新医師臨床研修制度開始10年後の今日でも、診断推論の訓練の「四ない現象」が散見される日本は、不幸である。患者の生の言葉を医学情報に直す「医学的置換(まとめ)」の訓練が足りない。「知識引き出し」による病名推定の訓練は、もっと足りない。そもそも、普段からの「引き出しの蓄積・整理」がなされていない。診断仮説検証の訓練も十分ではない。

診断にまつわる「直感」ほど大切なものは少ない。しかし、生きた教師はなかなか現場にいない。本書にみられる呼吸器診療の名医たちの息吹や警咳が、実地臨床の羅針盤であり続けてほしいゆえんである。

症状・経過観察に役立つ脳卒中の画像のみかた

市川 博雄●著

B5・頁120
定価:本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01948-4

評者 原 元彦
埼玉県立大学教授・リハビリテーション医学・神経内科学

この本を手にとって、帯をみて驚いた。「病巣がわかるだけじゃない!」と書かれている。脳卒中の画像診断の入門書として画像の病巣を示すだけでなく、症状と徴候を画像と対比して、これだけコンパクトにまとめるのは大変なことだと思う。写真はきれいでカラー刷りの色もおしゃれで読みやすい。解説は簡潔だが的確で、臨床上的問題点やUp to dateな内容が含まれており、画像は経時的な経過がわかるように記載されている。病巣、症状・徴候から脳卒中の疾患概念まで理解できる見事な本である。

第1章「押さえておきたい7つの画像」では、基底核、放線冠、半卵円中心、頭頂、中脳、橋、延髄の7つのレベルを選び、特に注目して見るべき画像として指定している。画像を見る際に、力を発揮する羅針盤のような位置付けである。7つの画像のそれぞれに、ユーモラスな愛称と愛らしいマスコット

眺めて楽しく、知識が自然と身につく一冊

トが与えられているのが面白い。第II章「脳画像検査の基本」、第III章「脳卒中と脳画像」は実用的な記載で、視覚に訴える図表と簡潔な解説が自然に頭に入ってくるように工夫がなされている。どの条件で撮影された画像で、どのように梗塞や出血が見えるのか、また、どのように経時的に変化していくのか、視覚的なイメージで理解しやすい構成になっている。第IV章「症候と脳画像」は圧巻である。意識障害や血管性認知症など17の症候がおのおの、1-3ページにまとめられている。それぞれの症候でみられる画像の特徴や代表例が示され、図表と解説は簡潔で親切である。One Point, MEMO, columnのコーナーでは、症状に応じたケアの要点や用語の解説も示されている。

また、画像から得られた所見と診察所見を対比して診断と治療に結び付けられる力が、読めば自然に身につくよう

キールホフナー博士の代表作『作業療法の理論』の改訂第4版が待望の邦訳化

作業療法実践の理論 原書第4版

Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice, 4/e

本書は、作業療法理論の歴史的発展から、今日での有効性までを検証した1冊として版を重ねている。今回の改訂では、理論は実践のなかにこそあるべきだという観点から「実践」の書として生まれ変わった。各国の作業療法士による豊富な事例を通して「作業」の深淵にせまる本書は、まさに全世界の作業療法士にとって必携のテキストと言えるだろう。

著 監訳 ギャーリー・キールホフナー
山田 孝
目白大学大学院リハビリテーション学専攻教授
訳 石井良和
首都大学東京大学院人間健康科学研究科教授
竹原 敦
湘南医療大学設立準備室
野藤弘幸
常葉大学保健医療学部准教授
村田和香
北海道大学大学院保健科学研究院教授
山田 孝
目白大学大学院リハビリテーション学専攻教授



B5 頁320 2014年 定価:本体4,700円+税 [ISBN978-4-260-01975-0]

医学書院

感染症プラクティス

72症例で鍛える診断・治療力

本郷 偉元 ● 監修
岡 秀昭 ● 監訳

A5変型・頁448
定価:本体6,400円+税 MEDSI
http://www.medsci.co.jp/

評者 青木 眞
感染症コンサルタント

はじめに

本書をやっとの思いで読了した。一見、普通のサイズであるが、小さな文字がびっしりと詰まる400超のページは大変なボリュームで結局、読み終えるのに3週間ほどの時間がかかった。それほどの内容であったともいえる。「症例で鍛える……」というタイトルから通常の症例集であろうと甘くみると恐らく読了できない。それほど本書が扱う疾患のバラエティーは広く、深い。実際のところ、評者は全72症例のうち全く知らなかった疾患も含め7例を当てることができなかった。例を挙げると「マイコプラズマ肺炎後の粘膜水疱病変」「好中球減少症に合併のRSウイルス肺炎」「Chagas病による心移植後の皮膚病変」「バンコマイシン関連線状IgA水疱症」などである。

中級から上級者向け

正直、初学者には難しすぎる気がする。それほど、本書は包括的であり、かなりまれな合併症まで記述している。その意味で中級から上級者が診断プロセスを楽しむというよりは各感染症の知識を整理しさらに深める目的で読むのに適していると思われる。

評者が新しく学んだこと

以下、本書の奥行きを紹介する意味も含め、本書を読むまで評者が全く知らなかったこと、忘れていたことなどを列挙する。

Case 3c : p. 59 ノカルジア症

・播種性感染の場合、ノカルジア属は中枢神経系に浸潤する傾向があり、もはや原発感染巣が明らかではなくなつてから数か月から数年経過してから診断されることがある。
・中枢神経病変として脳膿瘍が有名だがびまん性脳炎、硬膜外膿瘍、腸腰筋膿瘍などの合併もある。

Case 4a : p. 77 緑膿菌による角膜炎

に書かれており、脳卒中の基本的知識を身につけることもできる。多職種間で大量の画像情報を共有できるようになった電子カルテ時代において、初期研修医や若手医師、医療系専門職の脳卒中画像診断の手引きとして、また、保健医療福祉系の学生の脳血管障害、神経症候学の入門書として役立つと思う。市川博雄先生は博識・博学で、ユーモアと工夫に富む柔軟な発想をされる度量の広い神経内科医である。私は市

・眼の防衛機構：涙自体にリゾチーム、ラクトフェリン、セルロプラスミン、免疫グロブリン、補体系が含まれる。傷のない角膜上皮細胞は物理的バリアとして機能するだけでなく貪食能まである。

Case 4d : p. 100 眼バルトネラ症

・眼バルトネラ症には3種類。

- ① Parinaud 結膜腺症候群
- ② 視神経網膜炎
- ③ 局在性網脈絡膜炎

Case 5d : p. 140 ムコール症

・ヘモクロマトーシスは鉄の過剰で真菌の発育応援。逆説的だが鉄のキレート剤であるデフェロキサミン(商品名:デスフェラル)も真菌細胞内に鉄の取り込みを促し真菌を応援する。

Case 9b : p. 251 肝膿瘍

・台湾など地域によっては *Klebsiella pneumoniae* による肝膿瘍の95%は血液培養が陽性。その播種性病変は眼、肺、胸膜、髄膜、硬膜外腔、脳、内耳、脾臓などに及ぶ。

Case 12d : p. 345 髄膜炎菌性関節炎

・髄膜炎菌性関節炎には3種類。
① 通常の感染症の合併：関節液は15-20%のみで培養陽性。
② 原発性(関節が原発巣)：関節液は純粋な膿。
③ 慢性菌血症に合併(免疫複合体の関係)：関節炎よりも関節痛。間欠熱、移動性皮疹が目立つ。

感染症の知識を整理するために

類書が並ぶ書店で本書を手にとることはあっても購入する人は少ないかもしれないが、本書はその包括性から「感染症の知識をあらためて整理」したいレベルの医師には有用である。

翻訳が十分こなれていない……などの難点が気にならない良書としてお薦めしたい。

川先生と米国中西部の大学の研究室で1年ほど机を並べさせていただく機会があったが、市川先生のちょっとした工夫やひと言が実験や研究のハードルを越えるきっかけになることが多かった。本書は、市川先生だからこそ書き得た「どこでも、誰でも、眺めてきれいで楽しく、読んで役に立つコンパクトな」一冊である。本書が脳卒中の臨床にかかわる全ての人の役に立つことを願っている。

専門医のための循環器病学

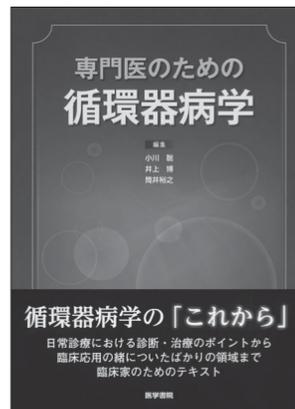
小川 聡, 井上 博, 筒井 裕之 ● 編

B5・頁600
定価:本体14,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01884-5

評者 杉本 恒明
東大名誉教授

『専門医のための循環器病学』をいただいて、早速に一読した。久しぶりにまとまった成書を通読して、満ち足りた思いがあった。専門医のための教科書には、先進的な医療も含めた詳細を辞書的に盛り込んだ場合がある。本書はまさに、後者の立場の教科書である。読者対象としているのは専門医資格を持つ方々である。従って、解説自体が高いレベルから始まっている、しかもコンパクトである。専門医である以上、これだけは知っ

専門的な分野を広く展望し 基本的な知識を整理して提示



てほしい、という執筆者の思いが込められているようでもあった。B5判、600ページと手頃である。文字も大きく、読みやすかった。

中心となっているのは、症候学、身体所見、検査法、BLS/ACLS、心不全、ショック、不整脈、先天性心疾患、後天性弁膜疾患、動脈硬化症、冠動脈疾患、心筋・心膜の疾患、肺循環の異常、血圧の異常、大動脈疾患、末梢動脈・静脈・リンパ管疾患、心血管の外傷、原発性心臓腫瘍、全身疾患に伴う心・血管の異常という通例の19章であるが、近年、特に話題となっている心臓移植、遺伝子異常・チャネル病、再生医療の3章がこれに加えられている。

医学の進歩は目覚ましい。MRIでは心筋浮腫や心内膜下梗塞が描出でき、CT画像上でも、冠動脈プラーク性状を知り、脂質変性も検出できる時代となった。そのような中で、身体所見の項に、「病歴聴取は患者の言葉で記載する」と一言あって、今なお生きている昔の教えにうれしくなった。心音図は昨今、記録されることが少なくなったが、きれいな図が示されていて、わかりやすい。心不全の項では、収縮不全と拡張不全の関係が圧・容積曲線で説明されていて、わが意を得た思い

があった。突然死管理には遺伝子検査が大事であるが、やはり電気生理学的検査は必要のようである。三次元エコー検査で弁帆状態は可視化され、治療面でも経皮的インターベンションが進歩した。細動脈狭心症は左脚ブロックがなければ予後はよいという。細動脈脈縮もあるのだそうである。心筋梗塞リハビリテーションは詳述されていたが、身体障害者認定基準となったメツへの言及はなかった。心筋緻密化障害診断の基準も挙げられていた。高血圧の病態に内因性ジギタリス様物質としてマリノブファゲニンが注目さ

れていることを知った。再生医療には期待は大きい、現状では有効性が確認されている成績は多くはないようである。疾患単位、あるいは手技別に数多く出ている関係学会ガイドラインにはあまり周知されていないものがある。これらに目を向けさせて、自在に活用させることも狙いとなっているようであった。

分担執筆であるが、それぞれが大きなテーマを分担している、ありがちな重複がなく、一方、執筆者の個性が光って、分担執筆のよさ、面白さがみられているように思った。

執筆者の視線の先にあるのは専門医であり、研修医ではない。循環器専門医資格を持つ者、あるいは循環器専門医たることを志向する者は一度は本書を通読して、循環器疾患の診療一般に関しての知識に欠けるところはないか、確認することが求められるであろう。

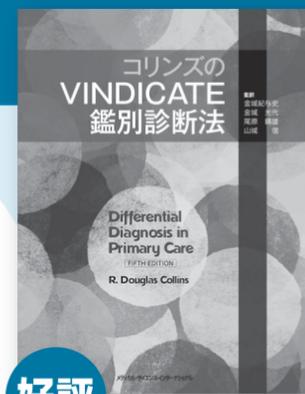
医学書院 AD BOX

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 検索

コリンズのVINDICATE鑑別診断法

Differential Diagnosis in Primary Care, 5th Edition



「疾患名が思い浮かぶようになりました」
鑑別診断の抽斗を増やす、コリンズ流「記憶術」

漏れのない鑑別診断リストをつくるための独習用テキスト。主訴に対して、関連する疾患の発生する部位を解剖学的に思い浮かべ、病因別カテゴリー(「VINDICATE」など)を利用し網羅的に診断をあげていく、「コリンズ先生流」の診断アプローチを指南。common diseasesを中心とした約280の症状・徴候について、ユニークな解剖図と表を交えつつ鑑別診断法を系統的に解説。

監訳
金城紀与史 沖縄県立中部病院 総合内科 尾原晴雄 沖縄県立中部病院 総合内科
金城光代 沖縄県立中部病院 総合内科 山城 信 沖縄県立中部病院 呼吸器内科

好評

● A4変 頁520 図255 ● ISBN978-4-89592-778-9 ● 定価:本体7,800円+税

Hospitalist

Vol.2-No.2 発売

特集 膠原病

病棟、外来、チーム医療、地域医療連携……病院医療をコンダクトするジェネラリストのためのクォーターリーマガジン

2014年間購読申込受付中!

● 季刊/年4回発行
● A4変 200頁
● 1部定価:本体4,600円+税

● 年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
※毎月お手元に直送します。(送料別)
※1部ずつお買い求めいただくの比に比べ、約4%の割引となります。

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

最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース

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



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

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



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

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



治療薬検索は独自機能でさらに便利に

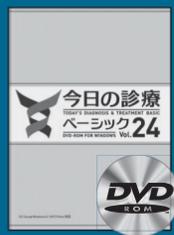
「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。



データはパソコンにインストール可能

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

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



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

価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

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

収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

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

*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムのみに収録

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

シリーズ 精神科臨床エキスパート

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

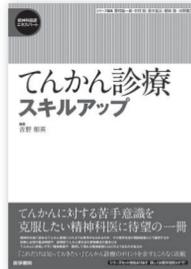
医学書院

第Ⅲ期(2014年発行) 全3巻

◎てんかんに対する苦手意識を克服したい医師、必読の1冊!

てんかん診療 スキルアップ 新刊

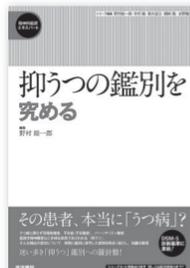
編集 吉野相英 ●B5 頁248 2014年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01958-3]



◎その患者、本当に「うつ病」?
迷い多き抑うつの鑑別への羅針盤

抑うつの鑑別を 究める 新刊

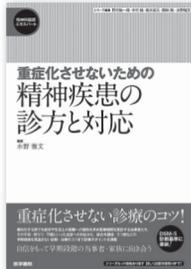
編集 野村総一郎 ●B5 頁244 2014年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01970-5]



◎早期段階の当事者・家族をどう支援するか
重症化させない診療のコツ!

重症化させないための 精神疾患の診方と対応 新刊

編集 水野雅文 ●B5 頁304 2014年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01974-3]



セット購読がお得!

上記3巻をセットでご購入いただけますと 各巻の合計定価：本体17,400円+税 → セット定価：本体15,500円+税 [ISBN978-4-260-02007-7]

第Ⅱ期(2013年発行) 全3巻

誤診症例から学ぶ 認知症と その他の疾患の鑑別

編集 朝田 隆 ●B5 頁200 2013年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01793-0]

依存と嗜癖 どう理解し、 どう対処するか

編集 和田 清 ●B5 頁216 2013年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01795-4]

不安障害診療の すべて

編集 塩入俊樹・松永寿人 ●B5 頁308 2013年 定価：本体6,400円+税 [ISBN978-4-260-01798-5]

上記3巻をセットでご購入いただけますと 各巻の合計定価：本体18,000円+税 → セット定価：本体16,400円+税 [ISBN978-4-260-01858-6]

第Ⅰ期(2011-2012年発行) 全5巻

多様化したうつ病を どう診るか

編集 野村総一郎 ●B5 頁192 2011年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01423-6]

認知症診療の実践テクニック 患者・家族にどう向き合うか

編集 朝田 隆 ●B5 頁196 2011年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01422-9]

抗精神病薬 完全マスター

編集 中村 純 ●B5 頁240 2012年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01487-8]

これからの 退院支援・ 地域移行

編集 水野雅文 ●B5 頁212 2012年 定価：本体5,400円+税 [ISBN978-4-260-01497-7]

専門医から学ぶ 児童・青年期患者の 診方と対応

編集 青木省三・村上伸治 ●B5 頁240 2012年 定価：本体5,800円+税 [ISBN978-4-260-01495-3]

上記5巻をセットでご購入いただけますと 各巻の合計定価：本体28,600円+税 → セット定価：本体26,000円+税 [ISBN978-4-260-01496-0]



医学書院

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