

2011年7月11日
第2936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
JCOPIY (印刷者著作権管理機構 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

- [シリーズ] この先生に会いたい!! 医師免許は未来へのパスポート(進藤奈邦子、川村優希)……1—2面
- [FAQ] 血算はこう読もう!(岡田定)……3面
- [連載] 航海術/医学教育/検査/ER/心電図/膠原病/ホスピタリスト
- MEDICAL LIBRARY……12—15面

2009年、新型インフルエンザの世界的流行は、今なお記憶に新しいところ。当時、WHOで感染制御の最前線に立っていたのが進藤奈邦子氏です。世界を飛び回る活躍を続ける一方、2児の母でもある進藤氏に、医師として、女性として将来をどう描いていくべきか聞いてみたい——医学部6年生の川村優希さんが、インタビューしました。

川村 まず始めに、先生はなぜ、医師を目指されたのですか。

進藤 直接のきっかけは、弟の言葉です。私が高校3年生のとき、弟が脳腫瘍で亡くなったのですが、彼の最後の言葉が「医者になって」でした。

もともとは建築家になりたくて、高校で1年間留学し、大学も海外に進もうと思っていたんです。でも弟の容態が深刻になり、帰国せざるを得なくて。なんだか夢もぼやけてしまって、「将来何になったらいいと思う?」となんとなく弟に聞いたら、「僕の代わりに医者になってほしい」と。

彼は当時、治療の副作用や侵襲の大きな検査でいつも苦しい思いをしていたので、医療を憎んでいるのではないかと考えていましたが、そうではなかった。「お医者さんが『今日は検査をがんばったから、明日はきっとよくなるよ』と言ってくれるから、僕は明日があることを信じて眠れるんだ」と話してくれました。

翌日、私は修学旅行に出掛けたのですが、その最中に弟は危篤状態になり、その後は意識がないまま、7か月後に敗血症で亡くなってしまいました。

「挫折」がターニングポイントになる

川村 弟さんのことがあって、専攻も脳神経外科を選ばれたのですか。



聞き手
川村優希さん
横浜市立大学
医学部6年生

シリーズ この先生に会いたい!! 進藤奈邦子氏に聞く
WHO グローバルインフルエンザプログラム・メディカルオフィサー

医師免許は未来へのパスポート
やりたいと思ったことに飛び込めば、道は拓かれる

進藤 そうです。私にとっては、「医者になる=弟のかたき討ち」でしたから。

川村 脳外科に進むことで、過去と直面してしまう怖さやつらさはなかったですか。

進藤 患者さんや家族と自分との間にはっきり線引きができず、どうしても感情移入してしまうことはありました。

川村 医師は特に、客観的であることを求められますよね。

進藤 ですからなおのことつらかった。先輩にも「もうちょっと冷静でないと判断を誤るぞ」とよく言われました。

いつも患者さんにとって何が最善か考えているのですが、手術が終わると内科に引き継いでしまい、社会復帰までの長い道のりをともに闘えない、あるいは最期まで看取れない。中途半端な気持ちばかり残っていました。また、必死に患者さんの命を救っても、社会に戻れなければ、患者さんのご家族にとっては重荷になってしまう場合もあります。そんな経験もして、医師は人の運命を変える力を持っているけれど、その責任をどこまで取れるのかという疑問も湧いてきてしまったんです。

そんな疑問がどんどん心にたまっていったことと、「女には無理だよ」という周りの雰囲気とが、体力的にはもちろん、精神的にも非常にこたえました。

川村 それで、感染症に方向転換されたのですか。

進藤 そうです。脳外科を断念したときには、これまでにない挫折感を味わいましたが、細々とでも医師を続けたいという気持ちは消えなかった。どん底から這い上がるには、楽しいことをしようと思い、学生のころから好きだ

った細菌学ができる、感染症科にお世話になることにしました。

川村 今、感染症を学びたい人も増えていますが、その頃は、また少し雰囲気違ったのでしょうか。

進藤 当時、日本は抗菌薬大国なんて言われていて、感染症も“前世紀の学問”“途上国の話”というムードになりかけていました。でもそこにちょうど、多剤耐性菌や院内感染の問題が出てきたんです。外科では、患者さんが二次感染で亡くなることも少なくなかったため、院内感染対策委員として、抗菌薬を勧めるととても喜ばれました。慈恵医大はもともと感染症に強い大学でしたから、論文も書けましたし、研究もどんどん手伝わせてもらえて、とにかく楽しかったです。

川村 「挫折」が、振り返ると大きなターニングポイントになったのですか。

ハプニングも恐れずに

川村 ご結婚・ご出産もこの頃には?
進藤 ええ。脳外科を選んだときには、半ば出家するような覚悟でいたのですが(笑)、転科と前後して妊娠がわかり、尊敬する先輩に「神の啓示だと思いなさい」と言われ踏み切りました。

結婚も妊娠も、はじめからプランニングされていたわけではありませんが、結果的には本当によかったと思っています。子どもがいることが、患者さんに接する上で多くの示唆を与えてくれたと思いますし、人から頼られる職業だけに、支えてくれる存在がいることで、精神的な安定にもつながるの



●しんどう なほこ 1990年慈恵医大卒。英セント・トーマス病院、オックスフォード大などで臨床研修。92年より慈恵医大第2内科で感染症、臨床細菌学専攻。98年感染研感染症情報センター、2000年同センター主任研究官を経て、02年よりWHOに派遣。感染症アウトブレイク警戒対策に携わる。05年WHO正規職員となり、06年より現職。医学博士。その仕事や生き方は「プロフェッショナル 仕事の流儀」(NHK)、映画「感染列島」(09年東宝)、林真理子氏の小説「アスクレピオスの愛人」(「週刊新潮」連載中)の題材に。思春期を迎えた2児の母でもある。

かな、と感じます。

川村 キャリアのことを考えると、“想定外”の出来事を恐れる気持ちは、どうしても出てくるかもしれません。

進藤 確かに、女性で医師を目指す人はキャリア志向が強く向上心もありますから、自分の人生も完璧にコントロールして、ステップアップし続けられると考える人も多いと思います。でも私ぐらいの年齢になると、キャリア面でも“ガラスの天井”にぶつかり、あと一段がどうしても上れないときがある。そこで初めて人生を省みて「ちょっと間違っただけかもしれない」と思うより、若い時期のハプニングや挫折も恐れず、私生活にも目を向けて「終わ

(2面につづく)

July 2011

新刊のご案内

●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。

早期胃癌アトラス
細井重三、馬場保昌、杉野吉則
A4 頁480 定価21,000円
[ISBN978-4-260-00152-6]

大腸肛門病ハンドブック
監修 辻仲康伸
B5 頁392 定価12,600円
[ISBN978-4-260-01342-0]

臨床検査技師国家試験問題集
解答と解説 2012年版
編集 「検査と技術」編集委員会
B5 頁200 定価3,150円
[ISBN978-4-260-01406-9]

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
編集 辻 哲也
B5 頁368 定価4,830円
[ISBN978-4-260-01129-7]

老年看護学 Vol.15 No.2
編集 日本老年看護学会編集委員会
B5 頁96 定価2,625円
[ISBN978-4-260-01428-1]

治療薬マニュアル2011準拠
CASIO電子辞書データカード版
EX-word DATAPLUS2~6対応
価格8,925円
[ISBN978-4-260-01399-4]

言語聴覚研究
第8巻第2号
編集 日本言語聴覚士協会
B5 頁72 定価2,100円
[ISBN978-4-260-01431-1]

今日の診療プレミアム
Vol.21 DVD-ROM
for Windows

医学書院のベストセラー13冊を収録した、臨床現場に欠かせない電子リファレンス。「今日の診療指針2011」、「今日の整形外科治療指針 第6版」、「治療薬マニュアル2011」、「臨床検査データブック 2011-2012」が更新。また、図版のサムネイル表示など、機能も充実。インターネット接続可能なら、電子ジャーナルサイト「MedicalFinder」も素早く検索可能。



価格76,650円
[ISBN978-4-260-01355-0]

2012年版
系統別看護師国家試験問題
解答と解説
編集 「系統看護学講座」編集室
B5 頁1576 定価5,670円
[ISBN978-4-260-01243-0]

2012年版 准看護師試験問題集
付 模範解答(別冊)
編集 医学書院看護出版部
B5 頁584 定価3,570円
[ISBN978-4-260-01331-4]

2012年版 保健師国家試験問題
解答と解説
付「別冊 直前チェックBOOK」
編集 「標準保健師講座」編集室
B5 頁676 定価3,675円
[ISBN978-4-260-01341-3]

(1面よりつづく)

りよければ……」の精神で人生を進んだほうが楽しいかもしれませんよ。川村 先生に言われると、なんだか心強く感じます。

悩んだだけ 乗り越える力が付く

川村 妊娠中や出産前後は、お仕事はどうされていたのですか。

進藤 長男を妊娠したときは、他の先生の負担を増やしたくなくて、職場では7か月ごろまで隠していました。でもあるとき、担当していた肝癌末期の患者さんが心停止して、心臓マッサージをしないといけなくて。腹水でお腹が膨らんでいたので、ベッドに上って上からマッサージしていたら、看護師長に目ざとくお腹を見つけれました(笑)。結局「産休の分の給料は払えないから、退職願を書いて」と院長に言われ、いきなり失業したわけです。

そこでハローワークに行き、失業手当をもらおうとしましたが「お医者さんは失業しません」と断られ、押し問答したものの、話は通らずでした。急に暇になったので、夢だった“平日昼間のデパート歩き”もしてみました。がすぐ退屈し、健診のアルバイトなどをして過ごしていました。

3年後、長女の妊娠時は、夫は国内留学して勉強漬けの毎日で「自分も勉強したいのに、子どもの世話をしている場合なのか？」と大いに焦りました。出産後も、少しでも医学の世界とつながってみたいと、リサーチレジデントとして働いていました。お給料も勤務医に比べると非常に安かったのですが、「毎日研究ができて少しでも収入がある、こんなにありがたいことはない」と思っていました。

それに、長い目で見ると、私たち女性が休んでいる間、男性は職場のしがらみや医局の権力争いに巻き込まれたりして、思ったほど進歩していない(笑)。休んだとしても、戻って来ない仕事をすれば……。

川村 カバーできる。

進藤 そう。休んでリフレッシュして、子どもがいることで時間が限られる分、物事の優先順位の付け方や切り捨て方もよくなると、同僚たちを見ても感じます。悩んだだけ、男性だったらつまづいたり挫折してしまうようなことでも、ヒョイと飛び越えられる力が付くと思います。

川村 一見遠回りに見えても、必ずしもそうではないということですね。

子育ての時期は、母親も育つ時期

川村 仕事と子育ての両立は、大変ではなかったですか。

進藤 当時はロールモデルも少なく、手探り状態でしたね。他の世界で同じようにがんばっている方々とネットワークを作り、何とか乗り越えてきました。その経験から言うと、独りで両立しようとするより、借りられる手は借りて、仕事は仕事、家は家と、切り替えて考えたほうがいいです。精神科医のおばや、故・飯倉洋治先生には「子育ての時期は、自分も育てる時期。ケチケチしてはだめ」「共働きなんだから、雇用機会を創出すると思って、お手伝いさんくらい雇いなさい」と助言されました。実際に雇ってみると、もう本当に手際がよくて、イライラがずいぶん減りました(笑)。

お給料をほぼすべて家事・育児費用に費やしていたので、夫には「働いている意味があるの？ 家にいるのと同じじゃない」と言われました。でも、同じではないんです。母親が、仕事なり勉強なりやりたいことができ、幸せになって初めて、子どもたちも幸せにできる。独りですべて抱え込んでつらい思いをするのではなく、ハッピーでいられる環境を作ることが大切で、そうすることが後々、自分と子どもの成長になって返ってくると考えています。

好きなことから



川村 現在のポジションには、どのような経緯で就かれたのですか。

進藤 最初は、国立感染症研究所(以下、感染研)からの派遣のかたちでした。派遣が終わるところちょうどポストが

新設され、応募したら受かったので、今度は正規職員として入ったんです。

川村 競争率も高かったと思いますが、どんな点が採用に結びついたとお考えですか。

進藤 実績にプラスして、人のネットワークを持っていたことが決め手でしょうか。感染研は太平洋地域ではNo.1の研究機関で、もともと人材の層が厚い上、海外への扉も開かれており、ネットワークをどんどん広げることができるんです。WHOが探していたのは、雇うことで感染症関連のネットワークを一気に取り込める人。その条件に合致したのだと思います。

川村 インフルエンザをご専門にされたのは、いつからですか。

進藤 2006年から、インフルエンザ専従の部署に移りました。同じころ、鳥インフルエンザ(H5型)のアウトブレイクが圧倒的に増えてきて、現地調査チームには必ず入り、その経験を基にガイドラインを作成したり、パンデミックへの準備計画を練っていました。WHOでは臨床経験のあるメディカルオフィサーは少ないため、患者管理や病院システムについて一任されると同時に、抗菌薬の知識を生かし、薬のガイドラインや治療指針などもすべて担当していました。

川村 09年のパンデミック時にはどのような状況だったのでしょうか。

進藤 当時はWHO内でワクチン、疫学、サーベイランスなど機能別のチームが6つ作られ、私は患者ケアと感染制御にかかわる20人程度のチームを率いていました。SARSや鳥インフルエンザの経験を経て、呼吸器感染症の専門家の世界的なネットワークが整備されていたので、そこから情報を集めて整理し、週報やガイドラインとして、感染の最前線で働く医療従事者に提供する役割を担いました。

川村 ハードワークだと思います。

進藤 脳外科並みでした(笑)。

川村 精神的な重圧も、大きかったのではないのでしょうか。

進藤 でも、好きなことですから。パンデミックへの準備がほぼライフワークになっていたところに、本当にパンデミックが来た。ある意味では千載一遇の機会だったかもしれません。チームのメンバーの支えも、大いに励みになりましたしね。

川村 日本のトップ機関と国際機関の両方で働かれる経験を通して、両者の間に違いや差などは感じられましたか。

進藤 WHOにいても、技術的な面で悔しい思いはしたことはありませんから、日本の感染症学のレベルには自信を持っています。

世界のトップレベルの専門家と交流する機会は、感染研でも

ある程度ありましたが、WHOではさらに増えました。また、本来の意味でのダイバーシティが根付いていて、女性が不利になることはありません。さまざまな国の人がいて、ものの見方の多様性に気付かされる反面、直裁的に主張するだけではうまくいかないことも多く、多方面に配慮し調整する力も求められていると感じます。

川村 今後は、どんなことに取り組んでみたいですか。

進藤 パンデミックのときにマネジメントのトレーニングを受けたのですが、日本のいわゆる“管理職”の感覚とはまったく異なるのがとても新鮮でした。技術職としては一番上のポジションまで来たので、もしチャンスがあれば、マネジメントにも挑戦してみたいと思います。

パンデミックという大きな仕事にかかわってきて、この次はどんな仕事か待っているかわかりませんが、気持ちに余裕を持っておかないと、変化がきたときに受け止められません。今はとにかく上司がかけてくれる“take care

of yourself”の言葉どおり、自分自身を大事に、気持ちも豊かにして、変化に備えていたいと考えています。

まずは目の前で できそうなことから始めて

川村 私は6年生なので、もうすぐ研修病院を選ぶ時期になります。「10年後、20年後に何をしたいか考えて、病院を選びなさい」とアドバイスをいただくこともあるのですが、先生は学生時代、将来についてどんなふう

に思い描いていましたか。進藤 最初は私も先のことばかり考えていたのですが、慈恵医大の学長だった阿部正和先生に「ぼんやり遠くばかりを見ていないで、もっと目の前のことを考えたらかどうか」と諭され、はっとしました。

ですからまずは目の前にある、現実的にできそうなことから手をつけてみてはどうでしょう。最初からあまり目標を狭めすぎず、いろいろな可能性を探ってみようと思います。

川村 先生にとって“できそうなこと”とはどんなことだったのですか。

進藤 もともと資格マニアだったこともあって、認定医や専門医など、取れる資格はすべて取るようにしました。あとは、研究をきちんと論文にすること。自分の成したことをまとめることで、逆に自分に何が足りないかも見えやすくなります。

日本の公的機関では、資格や論文数などがある程度重視されますから、感染研に主任研究官で採用されたのも、そうした積み重ねの成果だと思っています。形になるものを持っていると、世の中を渡り歩くには便利です。

もう一つは、ネットワークを作ること。自分の研究に厚みをもたせるにも、働き口を見つけるにも、相談したり、お願いできる人を見つけておくのは大切なことです。私自身、人生の転機ごとにより先輩や仲間と巡り会い、その人たちのアドバイスで道が拓かれてきました。人との出会いこそが人生の宝だということは、強く感じます。

川村 最後に医学生や、若手医師に向けて、メッセージをお願いします。

進藤 私は、医師免許はいろいろな未来へのパスポートだと思っています。展開の可能性がたくさんありますから、後先を考えすぎず、やりたいと思ったことに飛び込んでみれば、そこからきっと、道が拓けるはずですよ。

川村 ありがとうございます。(了)

インタビュー 女性医師として結婚、出産、子育てを経験した上でキャリアを積まれてきた進藤先生のお言葉は想像以上に心に響きました。重圧のある世界でお仕事をされているにもかかわらず、大変な出来事も自然体で気さくに話されたのが印象的で、職責を果たすという次元を超えて、一歩上の視点から自分の人生を楽しもうとする姿勢を感じました。私もこれから人生の分岐点を何度か迎えると思いますが、今日のことを思い出し、自分の人生を選択していくことができればと思います。マイナスさえもプラスに変えていく力が現在の進藤先生の道を切り拓いてきたのだと思い、強い芯があれば自分らしい人生を追求できるのだと感じたインタビューとなりました。(川村優希)

がんと“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



最新の消化器内視鏡診療に対応した全面改訂

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)、新治療手技(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



FAQ

今回の回答者 **岡田 定**

聖路加国際病院内科統括部長・血液内科部長

Profile / 1981年阪医大卒。卒業後、聖路加国際病院にて内科研修。84—93年昭和大藤が丘病院血液内科。93年より聖路加国際病院血液内科。2011年より現職。「誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方」[内科レジデントの鉄則] (ともに医学書院)、「内科オールラウンドプラクティス 第1集、第2集」(三輪書店)など編著書多数。

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

今回のテーマ

血算はこう読もう!

血算 (CBC) は、数多くある臨床検査のなかで「臨床検査のバイタルサイン」とも言える最も頻用される検査です。臨床現場では、簡単な病歴・診察と血算などのわずかな検査だけで、疾患を推定しなければならぬ場面は多く、また実際かなりの疾患の推定が可能です。

今回は、血算のどこに注目してどう考えれば診断に迫ることができるのか、考えてみましょう。

FAQ 1 貧血の原因が分からない場合、血算のどこに注目すればいいのでしょうか?

●貧血をみたら、まず「MCV」(平均赤血球容積)と「網赤血球」に注目する

MCVは、①80 fL以下(小球性貧血)、②81—100 fL(正球性貧血)、③101 fL以上(大球性貧血)の3つに分類して鑑別します。表1にMCVによる貧血の鑑別疾患を示しました。

小球性貧血であれば、まず鉄欠乏性貧血と二次性貧血を考えます。鉄欠乏性貧血はTIBC(総鉄結合能)高値、フェリチン低値。二次性貧血はTIBC低値、フェリチン高一正常値です。血清鉄は両者とも低値であり、「血清鉄低値=鉄欠乏性貧血」ではないことに注意してください(表2)。

正球性貧血であれば、まず出血性貧血と二次性貧血を考えます。二次性貧

血をみたら、造血器疾患・感染症・悪性腫瘍・肝疾患・腎疾患・内分泌疾患・膠原病・低栄養・妊娠などを考えます。

高度の大球性貧血(MCV>120 fL)ならば、まずビタミンB₁₂欠乏性貧血である悪性貧血か胃切除後貧血を考えます。それほど高度でない場合は、肝疾患、甲状腺機能低下症、白血病、骨髄異形成症候群、抗腫瘍薬使用や、網赤血球が増加している溶血性貧血、急性出血を考えます。

貧血の鑑別において、MCVと同様に重要なのは網赤血球です。網赤血球は骨髄での赤芽球産生能の指標になります。網赤血球が増加していれば、まず急性出血か溶血、治療後の貧血からの回復期を考えます。

Answer…「MCV」と「網赤血球」の値に注目して鑑別診断を行うことで、原因を特定します。

FAQ 2 血算で異型リンパ球、幼若好中球を認めます。どう対応すればいいのでしょうか?

●幼若好中球が末梢血で見られる場合は要注意

異型リンパ球は、反応性リンパ球(CTLやNK細胞)であって腫瘍細胞ではありません。ほとんどの場合それほど心配りません。

異型リンパ球が数%なら何らかのウ

●表2 鉄欠乏性貧血と二次性貧血の鑑別

	鉄欠乏性貧血	二次性貧血
MCV	↓	正~↓
血清鉄	↓	↓
TIBC	↑	↓
フェリチン	↓	↑~正

イルス感染、10%以上ならまずEBウイルスやサイトメガロウイルスの初感染を疑います。そのほか重症感染症、自己免疫疾患、薬剤性でも認めます。EBウイルスの初感染とは伝染性単核球症のことです。2—3週間続く発熱、扁桃・咽頭炎、頸部リンパ節腫脹、肝脾腫などの症状が典型的です。ウイルス抗体価が、「VCA-IgM陽性」あるいは「VCA-IgG陽性+EBNA陰性」なら、診断確定です。「伝染性単核球症様の症状+異型リンパ球」でよく見逃されるのが、急性HIV感染症です。HIV抗体だけでなくHIV-RNAも検査しなければ発見することができないため、男性同性愛者などHIV感染のリスクがあれば要注意です。

幼若好中球とは、骨髄芽球、前骨髄球、骨髄球、後骨髄球です。本来骨髄にしかない白血球で末梢血に出現するのは異常です。

1%程度の骨髄球や後骨髄球は、軽度の感染症でも一過性によく認められますが、数%以上の幼若好中球が1—2週間以上も続く場合は、骨髄の重大な病態が考えられます。特に幼若好中球と赤芽球を末梢血に認めたとき(それを白赤芽球症と呼びます)は、DIC(播種性血管内凝固)を合併していることが多く、悪性腫瘍の骨髄転移、白血病、骨髄異形成症候群、多発性骨髄腫、高度な溶血・出血、感染症(結核や骨髄炎)などが考えられます。多くの場合、至急精査・治療する必要があります。

Answer…異型リンパ球は、ほとんどの場合ウイルス感染症が原因で一過性です。幼若好中球が1—2週間も続く場合は、骨髄検査を含めた精査が必要です。

FAQ 3 赤血球、白血球、血小板がすべて少ない。どう考えればいいのでしょうか?

●汎血球減少症への対応
赤血球、白血球、血小板がすべて少

●表3 汎血球減少症を来す疾患

骨髄検査で診断できない疾患

- 脾腫を来す疾患
 - 肝硬変、特発性門脈圧亢進症、悪性リンパ腫、サルコイドーシス
- 感染症
 - 粟粒結核、全身性真菌症、重症敗血症、ウイルス感染症、マラリア
- SLE(全身性エリテマトーデス)
- DIC(播種性血管内凝固)
- PNH(発作性夜間血色素尿症)

骨髄検査で診断できる疾患

- 再生不良性貧血
- 骨髄異形成症候群
- 骨髄の他の細胞による置換
 - 白血病(急性前骨髄球性白血病が代表)、癌の骨髄転移、多発性骨髄腫、悪性リンパ腫
- 骨髄線維症
- 巨赤芽球性貧血
- 血球貪食症候群

※下線は頻度の高い疾患を表す。

ないことを、汎血球減少症と言います。しかし、「汎血球減少症=骨髄疾患」ではありません。骨髄に異常のない場合も多く、必ずしも骨髄検査で診断できるわけではありません。

汎血球減少症をみたら、まず疑うべき疾患は脾腫を来す疾患、特に肝硬変です。そのほか表3にあるように敗血症、ウイルス感染症、SLE(全身性エリテマトーデス)、DICなどを考えます。以上の疾患が否定的なら、再生不良性貧血、骨髄異形成症候群、白血病(特に急性前骨髄球性白血病)などの可能性があり、骨髄検査が必要です。

Answer…汎血球減少症をみたら、まず肝硬変など脾機能亢進症を来す疾患。次に、骨髄疾患を考えます。

もう一言 ①49歳女性、Hb 9.3 g/dL、MCV 74.7 fL。②72歳男性、手術歴なし、15 kgの体重減少、Hb 9.7 g/dL、MCV 121.7 fL。それぞれ最も考えられる疾患は何でしょうか? 「貧血はMCVから鑑別」の原則を使えば、①は鉄欠乏性貧血、②は悪性貧血ですね。

参考文献
1) 岡田定。誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方。医学書院; 2011。
2) 金澤一郎、永井良三編。今日の診断指針、第6版。血液・造血器疾患。pp 1080-132。医学書院; 2010。
3) 宮崎仁編。血液疾患診療ナビ。南山堂; 2011。

●表1 MCVによる貧血の鑑別

小球性貧血 (MCV ≤ 80 fL)	正球性貧血 (MCV = 81—100 fL)	大球性貧血 (MCV ≥ 101 fL)
1) 鉄欠乏性貧血	1) 出血性貧血	1) 巨赤芽球性貧血
2) 二次性貧血 (悪性腫瘍、感染症、膠原病、肝疾患、腎疾患、内分泌疾患、低栄養、妊娠)	2) 溶血性貧血	2) ビタミンB ₁₂ 欠乏性貧血 (悪性貧血、胃切除後貧血)
3) サラセミア	3) 骨髄低形成	3) 葉酸欠乏
4) 鉄芽球性貧血	4) 再生不良性貧血	4) 肝疾患、甲状腺機能低下症
	5) 赤芽球癆	5) 網赤血球増加 (急性出血、溶血性貧血)
	6) 二次性貧血 (小球性貧血を参照)	6) 白血病
	7) 白血病	7) 骨髄異形成症候群
	8) 骨髄異形成症候群	8) 抗腫瘍薬使用

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

臨床上的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。答えを教えるだけの教科書がもて足りなくなったら、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]

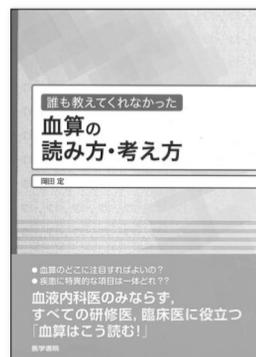


医学書院

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

●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

臨床医学航海術

第66回

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……。

芸術的感性—感じる

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

今回は、人間としての基礎的技能の第7番目である「論理的思考能力—考える」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8番目である「芸術的感性—感じる」について考える。

習い事

筆者は、毎年新研修医のオリエンテーションで、点滴や糸結びなどの手技を教えている。アンギオの刺し方、そして、手や持針器を用いて糸結びを行う方法を教えるのである。このような手技を教えるとき、一応最初に理論的に説明を行う。しかし、これらの手技を実際に身につけるとなると、手技に関する理論的な説明の良しあしよりも、その手技を行う個々人の「感性」によるところが大きいような気がする。

例えば、アンギオを刺して血管確保するとする。どの血管にどの角度でどの方向にどのような力で刺すかということ、いちいち言葉で完全に説明することは困難だ。このようなことは自分の「感覚」から「体得」することであって、考えて理論的に納得するだけでは実践不可能なのである。

さらに、このような手技が上達するかどうかを分けるもう一つの要素として、手先の器用さが挙げられる。しかし、この手先の器用さを磨くトレーニングは、学校教育では行われていない。大学医学部でも手先を器用にするためのプログラムはないし、医師国家試験には手技などの実技はもちろんない。ということは、学校の勉強しかしていない者のなかには、そういったトレーニングを全く受けていない者もいるということである。

この学校教育で教わることのない手先の器用さを学習する機会がもしもあるとすれば、それは「習い事」ではないだろうか？ 例えば、多くの人が子どものころに通う習い事として、ピアノがある。ピアノを習うすべての子どもが別にプロのピアニストになろうと思っ

てピアノを習っているわけではないだろう。ピアノを習う人によって習得できる「音楽的感性」や「手先の器用さ」が、自分の人生に何かしら役立つであろうと思って習っているはずだ。和音のハーモニーに敏感になる「音楽的感性」を身につければ、他人との不協和音に気付く、「空気が読める」ようになるかもしれない。「手先の器用さ」を身につければ、医療現場では点滴や縫合処理のような手技に寄与するかもしれない。このように、「習い事」をする人は、その「習い事」が必ずしも成績では評価されないかもしれないが、実社会において役立つであろうことを期待しているに違いない。

習い事の話にも関連するが、医師のなかには、将来医師になるために、医師の職業とは直接関係がない音楽・図工・体育などの勉強はしなくてよいという教育を親から受けてきた人がいるらしい。しかし、上述したように、「習い事」が臨床の現場でも役立つことを考えると、一見将来の受験には直接は関係しないように思われる科目を修めなかった医師が、本当に優れた医師になることができるのかは疑問である。

また、「数学は医学に全く役に立たなかった。だから医師は数学を学ぶ必要はない」とか、「習い事も医学に全く役に立たない。だから医師は習い事をする必要はない」などと言う医師もいる。しかし、果たしてそれは本当だろうか？ このようなことを言う医師は、数学や習い事を医学へ応用できる能力がないのではないかと筆者は考えている。国語・算数・理科・社会・音楽・図工・体育など小学校で習った教科やすべての習い事は、医学に生かそうと思ったら生かすことができるはずである。それができないということは、本人に自分の習った習い事を医学に生かす能力がないからではないか……？ 言い換えれば、それは自分の無能を隠

すために単に言い訳しているだけなのではなからうか……？

情に掉させば……

単に生活するだけでなく、より充実した人生を送るためには「論理的思考能力—考える」を鍛錬する必要があるように、「手先の器用さ」などにも通じる「芸術的感性—感じる」も切磋琢磨しなければならぬはずである。例えば、ここで人とのコミュニケーションを例にとって考えてみればわかるように、「論理」は知的理解を、そして、「感性」は感情的理解を深めることにつながるのだ。ここまでで、確かに「芸術的感性—感じる」が大切なことはわかった。しかし、この「感じる」ことも、「考える」ことと同様に程度が過ぎると困ることがある。

以前、製薬会社の抗菌薬の説明会でこんなことがあった。説明会では、慣例に従い、製薬会社が用意したエビフライの入った弁当が配られ、出席者はその弁当を食べながら話を聞く。抗菌薬の使用方法などに関するエビデンスが示され、その内容はあたかもその抗菌薬が一番よく効く印象を与えるようなものだ。

一応はエビデンスに基づいてはいたが、必ずしも十分とはいえないものであったので納得がいかず、筆者個人としてはその抗菌薬を使用することに乗り気ではなかった。また、いくら弁当付きの説明会とはいえ、こんな十分なエビデンスがない抗菌薬ならば、その製薬会社には悪いが、誰もその抗菌薬は使わないだろうとも思っていた。ところが、その説明会に出席していたある医師が突然、「今度からうちの科では、全員この抗菌薬を使用することにする！」と叫び出したのであった！

あまりにも予想外のことだったので考えた。本当に製薬会社の説明に論理的に納得したのかもしれないが、この方はもしかしたらエビフライ弁当の味に惑わされ、その抗菌薬を選択すると判断したのかもしれない、と。もしもそうだとすると、それは真の「エビデンス・ベスト・メディスン」というよりは、エビフライ弁当に基づく医学、すなわち、「エビベン（エビフラ

表. 人間としての基礎的技能

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

イ弁当) ス・ベスト・メディスン(註)」とでもいべきものではないか!、と。こんなエビフライ弁当一つで魂を売ってしまうのか……? 製薬会社が接待に力を入れる理由がよくわかった……。

人間、あまりにも感覚にとらわれると、正常な判断ができなくなるのかもしれない。まさに夏目漱石が『草枕』で述べているように、「情に掉させば流される」のである。

以上のように、「論理的思考能力—考える」と「芸術的感性—感じる」は、ギリシャ語で「ロゴス(理性)」と「パトス(感性)」と言われるように織物の縦糸と横糸のようなもので、一方だけあればよいというものではない。実際、人間どちらか得意なほうに偏りがちであるが、どちらかに偏らないよう、両方のバランスをとるようにそれぞれの能力を伸ばしていかなければならない。

註: この「エビベン・ベスト・メディスン」は、より正確には Marketing-based Medicine (MBM) というらしい。

参考文献:

- 1) 宮田靖志. 日常臨床における利益相反 製薬会社との適切な関係構築に向けて. 日内会誌. 2010; 99(12): 3112-8.



イラストレーション: 高野美奈

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

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

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。

「診断の達人」による臨床研修指南

ティアニー先生の臨床入門 Principles of Dr. Tierney's medical practice

「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・ティアニー氏が日本の医学生・研修医のために、臨床医学の学び方と修練の仕方を綴った。医師はどう成長していくべきか、すぐれた臨床教育者として知られるティアニー氏ならではの臨床研修論が語られている。本書で初めて綴られたティアニー氏による「症例提示のスキル」も圧巻。医学生・研修医必読のシリーズ第2弾。

ローレンス・ティアニー
カリフォルニア大学サンフランシスコ校内科学教授
松村正巳
金沢大学医学教育研修センター准教授 リウマチ・膠原病内科



A5 頁164 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01177-8]

医学書院

医学書院

日本の医学教育

ノエル先生と考える

第16回

災害医療と医学教育(後編)

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 医学教育学講座教授



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。

教育の質を維持する災害時の選択

松村 東日本大震災では、地震・津波災害や原子力発電所事故のため、一部の教育病院や大学では新規の研修医採用や医学生の教育に困難が生じたようです。

米国では、2005年のハリケーン・カトリーナ被害の際に、二つの医学校(チュレーン大学とルイジアナ州立大学)が長期にわたって閉鎖になったと伺いました。その間、在籍していた医学生や研修医はどうしたのですか？

ノエル 強風と洪水の被害を直接受け閉鎖されたルイジアナ州ニューオリンズにあるチュレーン大学医学部を例にお話ししましょう。被災当初、学生は自宅に帰るか安全な場所に避難するよう促される一方、同大の医学部長は全米125の医学校に支援を呼びかけました。そして多くの医学校が、避難する必要がなくなるまで学生を受け入れると表明しました。

数か月後、チュレーン大学は学生と主な教員をテキサス州ヒューストンのベイラー大学に移動させることにしました。1—2年生はベイラー大学の教育施設、3—4年生はヒューストン市内の病院で臨床実習を行いました。こうして同大は学生たちを一つにまとめるよう努め、学生たちに他の医学校に移籍することを思いとどませました(実際には移籍してしまった学生も何人かいたようです)。ニューオリンズで講義と実習が再開されたのは、被害の約1年後の2006年秋のことです。

松村 なるほど、多くの支援を得て教育を継続することができたんですね。

私はこれは医師としてのプロフェッショナルリズム教育にも関連する問題だと思っています。私たち指導医には、医学教育の質を一定の水準に保つ義務があり、さらに学習者の安全も確保しなければなりません。私は今回、研修医や医学生が被災地で被災者の診療に従事すべきなのか、という点に疑問を感じま

した。ただでさえ医療スキルの修得に忙しい研修医や医学生が、通常の研修や講義を「特別に」中断して、被災地支援に向かうことに関して利点はあるのか、先生のお考えをお聞かせください。
ノエル その問いに対する答えは複雑です。なぜならボランティアに参加するかしないかを選択する場合、その根拠となり得る事象はあまりにも多くあるからです。例えば、若い女性であれば放射能汚染地域の付近で仕事を行うのは危険です。しかも今回の場合、その危険度は地震発生から約1か月にわたって正確に判断できませんでした。

学生は教育への対価を支払っており、大学は彼らの受けるべき教育を施す義務を負っています。研修医は給与を得ていますが、米国では研修中の身分である医師や学生が危険にさらされるような選択は一般的に採りません(註1)。では、どう支援を行うかという、集めた医師のなかから公平なプロセスによって選ぶか、あるいは行きたい人にボランティアで行くことを許可するか、のどちらかとなります。

医師の卵として訓練を受け始めた学生たちは、医師の義務と責任を理解し始めたばかりの時期にあります。責任や任務を与えられることは、彼らにとっては願ってもないことかもしれませんが、しかし、研修医やスタッフにどのような事態が降り掛かるのか、病院や大学として判断しかねるような異例の状況下では、どうしても混乱が起きるでしょう。このようなときにこそ、最初にボランティアを選ぶ際の基準や求められるものを明示し、専門職としては新米の医学生や研修医の個々の事情を踏まえて、強制するのではなくある程度柔軟に対応することが、医療関係の組織やそのような事態に関与している医療施設を率いる立場の人々に求められることだと思います。

被災地支援に赴く医師の業務をカバーするには？

大滝 今回、私たちは現地に派遣され

る医療スタッフの業務をどのように補うか、という問題にも直面しました。どの医療機関でも、普段から厳しいスケジュールで業務をやりくりしているのが実際です。米国では、被災地支援に赴く研修医や指導医のために、彼らが抜けた部分をカバーするシステムはあるのでしょうか。

ノエル 厳密に言えば、私たち米国の医療者はまだそのような状況に遭遇したことはありません。多くの医師が国際医療支援組織に属し、いつでも呼び出される可能性があります。しかし、通常はボランティアとして登録されている人数が必要な人数より多いので、自分の通常業務を交代できなかった場合には参加を見合わせ、休暇の取れるときや業務を交代できるときまで待つ場合が多いのです(註2)。

オレゴン州には日本の医学部を卒業してオレゴン健康科学大学で研修した医師が4—5人おり、彼らは今回の震災の発生直後から、日本に医療支援に行っていました。彼らは仕事をカバーする代理の医師を立てたり、あるいは有給休暇を利用したりしました(米国の医師の多くは、最大1か月間の有給休暇が取得可能です)。

大滝 医療チームを被災地に派遣する場合、地域ごとのニーズを把握し、調整することも極めて重要だと思います。ニーズ調整のためのシステムやネットワークがあれば教えてください。
ノエル 医療支援ボランティアに赴く医師の多くは、前述した支援組織によって選出されます。災害が発生すると、支援組織がどんなスキルを備えた医療者が被災地で必要とされているかを見極めます。

ニーズはその後も繰り返し見直されます。例えばインドネシアの津波の際、当初選ばれた医師は、外科、整形外科、家庭医療(米国では外科の訓練も受ける)、救急、感染症の専門家でしたが、数週間後、骨折や外傷から急性・慢性疾患に治療の中心が移るにつれ、今度は総合診療医の需要が高まりました。

再建、そして復興のために

大滝 今回の震災では、東北地方は医療システムだけでなく医学教育の面でも大きな打撃を受けました。ただ災害時における医療支援や医学教育の在り方については、東北地方だけではなく、世界の医学教育において課題がまだまだあるのだと思います。私たちはこれらの課題について考え続けながら、医学教育を再建していかなければなりません。

ノエル もちろん、私は現在の日本の状況については限られたことしか知りません。しかし地震、津波、ハリケーン、そして今回の原発事故などのような不幸な出来事は今後も世界中で起こるでしょう。私たちが次にすべきことは、日本で行われた初期の対応について精査し、どのようにすればもっとよかったのかを深く分析することです。

災害で負傷した人や、避難したすべての人の情報を集約してリストを作り、どんなケアを受けどんな健康問題が発生したかを調べ、診断できなかった感染症や、不十分な妊産婦ケアによって発生した周産期死亡などの問題が、どのように起きたのかを十分に調査すべきだと思います。

今回話題に上った災害時の「専門職としての責務(professional responsibility)」の議論も起こるでしょう。また、専門職の団体は、被災地の医療の復興とともに将来の災害に備えた計画を始める必要もあるでしょう。そこでは、日本でも海外でもプライマリ・ケアに関連する団体が重要な役割を果たすと思います。日本医師会や日本プライマリ・ケア連合学会などの専門職団体は、災害への準備を計画する組織をつくり、その対策を政府に働きかけていくべきだと私は思います。

(この項おわり)

註1：米国の研修医採用時における契約期間は原則1年間で、研修医と研修病院は1年ごとに雇用条件や研修内容について明記された契約書に署名する。これは法的契約であり、研修医がその契約を守らなくてよい「正当な理由」には、「病院が義務を果たさなかった場合」「研修医が身体的・精神的健康を害して義務を果たせなくなった場合」などが存在するが、それらに該当しなければ、「専門職の責務」として勤務を続行する義務を負う。

このような契約下での勤務となるため、もし地震による建物の被害や放射線被ばくの可能性によって研修病院の環境が危険になっていけば、研修医は研修病院が安全な労働環境を提供していない、と訴えることも可能となっている。また、被災地で医療を提供するために研修医が派遣されることは、病院と研修医の間で事前に合意した研修内容とは異なるとして争うこともできる。

米国は多くの側面から日本より「法令優先社会」であり、研修病院はACGME(卒後医学教育認可評議会)に認証された研修プログラムを、そのまますべての研修医に対して提供する義務を果たさなければならない。

註2：被災地支援を対象としたものではないが、米国の臨床研修には研修医自身が病気になるったり、家族に不幸があったりした際に研修医が互いにカバーし合う、「Jeopardy program」というバックアップシステムが存在するので、ここで解説する。

このプログラムでは、インターンとレジデントが常時3人ずつ「Jeopardy」という枠に配属され、「第1のJeopardy」を担当しているインターンとレジデントは、プログラムから呼び出される以外には、通常、診療義務はない。期間は1週間で、病棟業務に従事していない診療所あるいはコンサルトのローテーション時に割り当てられる。このほか、「第2、第3のJeopardy」としてインターンとレジデントが2人ずつ指名される。彼らも診療所あるいはコンサルトをローテーション時に担当するが、Jeopardyとして呼び出されなければ、ローテーション先で学習し診療に携わる。

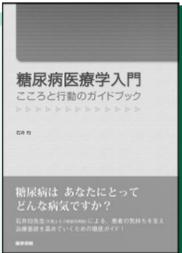
各インターン・レジデントは、1年に1—2回このJeopardyに割り当てられる。ただし、Jeopardyにカバーしてもらえないのは、ICU/CCUや病棟業務など当直や緊急呼び出しのあるローテーションに限られ、診療所やコンサルトをローテーション中にはJeopardyで補充されることはない。

石井先生が、患者の気持ちを支え、治療意欲を高めるために徹底ガイド!

糖尿病医療学入門 心と行動のガイドブック

治らない病気と言われてきた糖尿病も、糖尿病学の着実な進歩により、良好なコントロールが得られるようになった。しかし一方で、病気であることを受け入れられず、適切な治療を拒否・中断してしまう患者が多いのも現状である。糖尿病患者の心理の第一人者である著者が、この問題を解決するために臨床現場に行動科学などを採り入れ実践。本書は、糖尿病患者と医療を繋げることに成功した著者の集大成。

石井 均
天理よろづ相談所病院副院長・内分泌内科部長

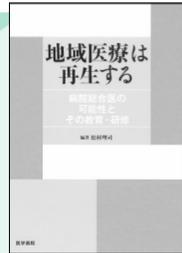


力量のある病院総合医が地域医療を救う!

地域医療は再生する 病院総合医の可能性とその教育・研修

多くの勤務医が専門医である日本の病院では、常に「非互換性の無駄」が付きまとう。また国民に対して「断らない救急医療」を質高く恒常的に展開することも難しい。しかしながら間口が広いだけでは、一人前の総合医ではない。当然、奥行きが必要なのである。地域医療崩壊の危機を前に、期待されるべき病院総合医の可能性と彼らの育成について、大リーガー医でも知られる音羽病院ほかの実践を詳述。

編著 松村理司
洛和会音羽病院院長

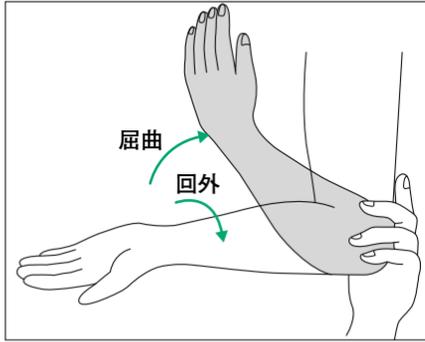


それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴

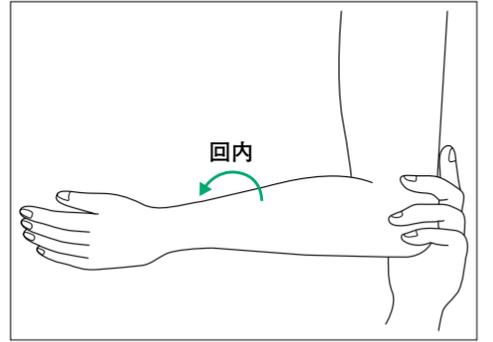


わが国の救急医学はめざましい発展を遂げてきました。しかし、まだ完全な状態には至っていません。救急車の受け入れの問題や受診行動の変容、病院勤務医の減少などからERで働く救急医が目まぐるしく変化しています。また、臨床研修とともに救急部における臨床教育の必要性も認識されています。一見初期研修医が独立して診療可能にも見える夜間外来にも患者の安全を脅かすさまざまな落とし穴があります。本連載では、奥深いERで注意すべき症例を紹介いたします。

志賀 隆 Instructor, Harvard Medical School/ MGH 救急部



●図2 回外・屈曲法



●図3 回内法

力を身につけるためには、紛らわしい正常 X 線画像が掲載されている『Atlas of Normal Roentgen Variants That May Simulate Disease』(Elsevier)を参照するとよい。肘内障の典型的な病歴で診察上発赤腫脹などを認めない場合には、X 線は必ずしも必要ない。

この患児では、X 線画像にて明らかな骨傷や Fat pad sign は認められなかった。「打撲か? 捻挫か?」と思っていたところ、指導医に「肘内障かもねえ」と指摘される。「でも先生、引っ張ったという病歴はないですよ?」

Q3 肘内障のよくある受傷機転は?

A 「親と歩いていて、腕を引っ張った」など。

肘内障のよくある受傷機転は「親と歩いていて腕を引っ張った」というものだが、この典型的な病歴は実際には50%程度という報告がある¹⁾。他の受傷機転は「肘をついた」「腕を捻った」などである²⁾。

患児はその後、腫脹や発赤などがなかったため、保護者にしっかりと説明した後に整復を行うことになった。「ところで先生、どうやって整復するか知ってる?」と指導医。「回外法ですよ?」「それだけじゃないんだよねえ……」

Q4 整復にはどのような方法があるか?

A 回外・屈曲法(図2)と回内法(図3)

回外・屈曲法、回内法いずれの場合もオペレーターの片手を橈骨頭に置

き、もう片方の手で回内あるいは回外・屈曲を行う。整復がうまくいった場合には、整復した感触が手に伝わりるとともに「ぷちっ」という小さな音がある。「回内法のほうが成功率が高い」という報告もある(Pediatrics. 1998 [PMID: 9651462])³⁾が、両方の方法に習熟していることが望ましい。

整復後15分程度たたなければ通常のように腕を使えないこともあるので、整復後一度部屋を離れ、戻って効果を確認してもよいだろう。1回目の整復でうまくいかない場合には、同じ方法をもう一度繰り返すか、別の方法を試してみる。3回目が必要と思われる場合には、X 線検査による確認も必要となる。

Disposition

本症例では、回内法にて無事に整復され、患側の腕を問題なく使用できるようになったため、帰宅となった。

Further reading

- 1) Macias CG, et al. A comparison of supination/flexion to hyperpronation in the reduction of radial head subluxations. Pediatrics. 1998; 102(1):e10. ↑回内法と回外・屈曲法を比較した論文。
- 2) Schunk JE. Radial head subluxation: epidemiology and treatment of 87 episodes. Ann Emerg Med. 1990; 19(9): 1019-23. ↑文献3とともに、肘内障の受傷機転について検討した論文。必ずしも「引っ張った」という典型的な病歴だけではない。
- 3) Sacchetti A, et al. Nonclassic history in children with radial head subluxations. J Emerg Med. 1990; 8(2): 151-3.

いよいよ夏。「夏場は外傷が増えるよなあ。きっと気温の上昇と外傷件数の相関を示す論文もあるんだろうな」と考えていたあなたの次の患者は、「転んでから、腕を動かさない」との主訴。「Fat pad signについてはこの間勉強したから、肘なら大丈夫だな」。

Case

2歳の女児が、夕方20cmの高さの椅子から転落(母親は直接目撃していない)し、その後肘を痛がって動かさないことから、母親と救急受診。体温36.8℃、脈拍110/分、SpO₂99%(RA)。患児はおとなしいが、母と意思疎通を普通に行える。肘周囲に関節腫脹はなく、鎖骨から手関節周囲まで明らかな外傷はなし。頭部外傷なし。椎体の圧痛なし。歩行可能。

「念のため、X 線検査を行おう!」とあなたは考えた。

Question

Q1 Fat pad sign とは何か?

A 通常骨に付着しているものだが、骨折があると骨周囲の腫脹により、骨から離れる。

肘関節の X 線画像を読むときには、圧痛のある部位や診察上疑われる部位

(橈骨頭骨折など)を中心に骨の輪郭を追っていき、線に断絶があるかどうかを確認する。多くの場合、明らかな腫脹があれば骨折線を見つけることは難しくはない。

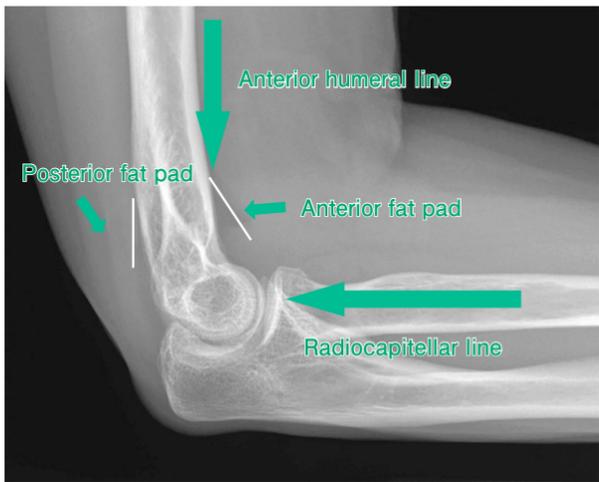
しかし、橈骨頭骨折・上腕骨顆上骨折の場合は骨折線が必ずしもみられるわけではない。このような場合には Fat pad sign が重要となる(図1)。Anterior fat pad は通常でも確認できるが、Posterior fat pad は骨折や炎症で液体貯留が起これば、骨に付着している脂肪層がはがれて初めて確認できる。

上記以外にも、上腕骨小頭の位置を確認する Anterior humeral line や、橈骨頭の脱臼の有無を確認する際に使う Radiocapitellar line も読影上有用である。

Q2 小児の X 線の読影において気を付けることは何か?

A 年齢を経るにつれ骨化が進むため、正常 X 線の画像が異なること。

年齢に伴う骨化については、CRITOE と覚えるとよい。Capitellum (上腕骨小頭): 1歳, Radius (橈骨頭): 3歳, Internal epicondyle (上腕骨内顆): 5歳, Trochlea (上腕骨滑車): 7歳, Olecranon (肘頭): 9歳, External Epicondyle (上腕骨外顆): 11歳, となる。X 線画像において、正常と異常を見極める



●図1 Fat pad sign の X 線画像

患者に説明したい「腰痛の種類・治療法・予防法」がこの1冊に凝縮

図解 腰痛学級 第5版

腰痛は生涯で誰もが一度は悩まされる症状のひとつであり、わが国での有病率は高くて高い。運動器症候群(ロコモ:運動器障害による要介護状態)を防ぐためにも、腰痛の発症原因を正しく知ることや発症予防に積極的に取り組むことが重視されている。「人はなぜ腰を痛むのか」「腰痛の予防と治療のポイントは何か」を患者に説明する際の勘所を、長年腰痛診療に携わり、様々な患者と接してきた著者が説く。

川上俊文 岡田病院理事長



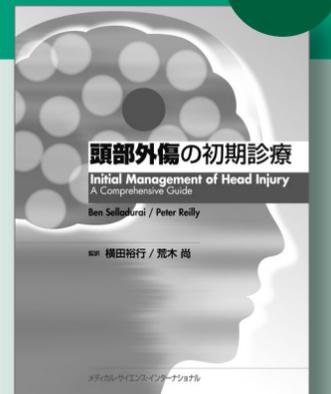
頭部外傷の初期診療 新刊

Initial Management of Head Injury: A Comprehensive Guide

初期診療に焦点を絞った、稀有なガイド

頭部外傷患者の病院前救護から救急搬送、救急初療室での的確な評価と迅速な治療について、包括的に解説した実践的ガイドブック。医療資源の限られた状況下をも想定し、ガイドラインによる標準化された方法を補完するべく、著者の豊富な経験を踏まえたアプローチ法を示す。成人のみならず小児や高齢者、さらに複雑な合併症をもった患者の対応についても解説。救急、脳神経外科の研修医、若手医師や当直医に極めて有用。

監訳 横田裕行 日本医科大学大学院優養生体管理理学(救急医学)教授
荒木 尚 国立成育医療研究センター脳神経外科医長



●定価7,980円(本体7,600円+税5%)
●A4変 頁296 図54・写真124 2011年

救急関連好評書

救急・当直に役立つ 画像診断マニュアル

Manual of Radiology: Acute Problems and Essential Procedures, 2nd Edition
監訳 中島康雄・松本純一

救急現場でパッと確認 当直前にサッと整理
●定価5,670円(本体5,400円+税5%)
●A5変 頁476 図・写真286 2011年



これならできる ファイバー挿管

エアウェイスクープ、トラキライト実践ガイド付き

著 青山和義・竹中伊知郎

気管挿管の“最後の砦” ファイバー挿管のコツをこの1冊に

●定価8,400円(本体8,000円+税5%)
●B5 頁312 写真317・図31 2011年



レジデントの方々に勧めするマニュアル

(新刊を中心に)

レジデントのための 血液透析患者マネジメント

最新刊

門川俊明

透析患者数は年々増加しており、どの科であっても透析患者を診る機会は多い。本書は、透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法をやさしく解説。著者の豊富な経験に基づいた実践的解説にあふれ、通読して理解できる内容となっている。腎臓内科研修中の医師はもちろん、すべてのレジデントにお勧めしたい。また、透析専門医をめざす医師の入門書としても最適。



●A5 頁200 2011年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN 978-4-260-01387-1]

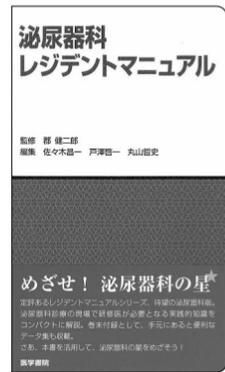
泌尿器科 レジデントマニュアル

最新刊

監修=郡 健二郎

編集=佐々木昌一・戸澤啓一・丸山哲史

定評あるレジデントマニュアルシリーズ、待望の泌尿器科版。泌尿器科診療の現場においてレジデントレベルで必要とされる実践的な知識を、コンパクトに解説。また、巻末付録として各種分類や基準値など、手元にあると便利な資料・データ集も収録。泌尿器科研修医はもちろんのこと、泌尿器科領域の診療に携わるすべての若手医師・コメディカルに日常的に携行し随時利用していただきたい、必携のマニュアル!



●B6変型 頁408 2011年 定価4,830円(本体4,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-01226-3]

がん診療レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデント 編

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。practical(実際の)、concise(簡潔明瞭)、up 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しである。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変型 頁504 2010年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01018-4]

内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第3版

吉岡成人・和田典男

脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドローム、甲状腺疾患……内分泌代謝疾患は診療現場では当たり前のように遭遇する。しかも新しい糖尿病治療薬の発売、成長ホルモン補充療法の保険適用など、常に知識のアップデートが必要な領域。毎日出会う内分泌疾患、代謝疾患に誠実に向き合うための知識をふんだんに盛り込んだ充実の改訂版。



●B6変型 頁368 2010年 定価3,360円(本体3,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-01011-5]

リハビリテーションレジデントマニュアル 第3版

編集=木村彰男/編集協力=里宇明元・正門由久・長谷公隆

日常のリハビリテーション診療に携行し、迷ったときや困ったときに、その場ですぐに役立つように、主に技術面に焦点をあてて具体的に分かりやすくまとめたリハビリテーション科レジデントの卒後臨床教育のための実践書。高次脳機能障害やがんをはじめとした最近注目を集めている疾患・障害、転倒や廃用症候群に対する予防的リハビリテーションなど、第2版以降のトピックスももれなく収録。



●B6変型 頁544 2010年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00844-0]

救急レジデントマニュアル 第4版

編集=相川直樹・堀 進悟

救急診療の現場における実践的知識をコンパクトな体裁に詰め込んだマニュアル。①症状を中心に鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した構成、④教科書的な記述は省略し簡潔を旨とする内容、が特徴。救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかるレジデント必携のマニュアル、待望の第4版。



●B6変型 頁600 2009年 定価6,090円(本体5,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00800-6]

消化器外科レジデントマニュアル 第2版

監修=小西文雄

編著=自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科

病棟で、外来で、周術期管理に必要なデータ、診療手順、手技のチェックポイント、pitfallまでを懇切丁寧に提示。現場で見やすい工夫を随所に散りばめて、改訂新版としてアップデート。自治医科大学さいたま医療センターのスタッフが総力をあげて執筆・編集した待望の新刊。

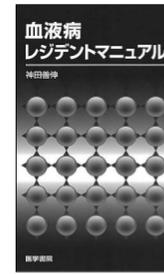


●B6変型 頁368 2009年 定価4,410円(本体4,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-00851-8]

血液病レジデントマニュアル

神田善伸

レジデントはもちろんのこと、広く一般内科医に向けて、決して容易ではない血液疾患の臨床についてわかりやすくまとめたマニュアル。臨床の現場で、限られた時間と労力で、最大限安全かつ効率的に診療できるよう、随所に工夫・配慮がなされた書。診断基準や治療メニューなどの情報も充実しており、血液専門医にとってももちろん、手元にあると何かと役立つ資料として推薦の1冊。



●B6変型 頁336 2009年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00837-2]

内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

「研修医一人でも最低限必要な治療を安全に実施できる」ことを目指した元祖レジデントマニュアル。かつて本書を愛用した新責任編集者のもと、第7版では読みやすさの追求から統一感のある記載がされ、またハンディさを維持するためのスリム化も本書全般に採用されている。さらに新臨床研修制度に則った項目、専門医の応援を仰ぐべき場面や医療安全上のピットフォールも加えられた。定評ある聖路加国際病院研修制度の息吹が伝わる実践書。



●B6変型 頁512 2009年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-00812-9]

消化器内科レジデントマニュアル 第2版

編集=小俣政男

日常の臨床で直面する疑問や問題に的確な判断を下すための診療支援ツール。実践に即した具体的なデータを収録し、個々の患者に適切な検査・治療法を選択する際に有用な情報を提供する。患者への説明においても活用可能。検査・治療手技の実際、診察のコツ、治療の要点など現場で求められる情報・ノウハウを過不足なく収録。信頼できる情報源として、常時携帯したい実践的診療マニュアル。



●B6変型 頁440 2009年 定価4,725円(本体4,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00594-4]

研修医のための 整形外科診療「これだけは!」

編集=高橋正明

整形外科医を目指す研修医が、「重大な見逃しなく、かつ要領よく」仕事を進めることができるように、研修医として最低限マスターしておかなければならない事項に限定して知識を整理した実践書。実際の診療場面に即し、内容を「診療室編」「救急室編」「手術室編」に分けてわかりやすく解説。研修医が陥りやすいピットフォールや研修で問われる要点も「サイドメモ」などにまとめた。雑誌『臨床整形外科』の好評連載に加筆・書き下ろしを加えて単行本化。

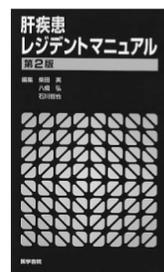


●B5 頁212 2009年 定価5,880円(本体5,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-00808-2]

肝疾患レジデントマニュアル 第2版

編集=柴田 実・八橋 弘・石川哲也

昨今、社会的関心を集めているウイルス性肝炎は感染者数も多く、発症前後を通じ長期間の経過をたどる疾病であるが、一方、近年の医学の進歩により早期に発見して早期に治療すれば治癒する可能性が高い病気である。その意味では、今、肝疾患の医療体制の充実が急務である。本書は経験の浅い研修医にとって、肝疾患診療の現場で真に役立つマニュアルであり、また将来、専門医を志向する読者の興味にも応える内容充実の改訂第2版。



●B6変型 頁456 2008年 定価4,725円(本体4,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00640-8]



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

循環器で必要なことはすべて心電図で学んだ

第15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？

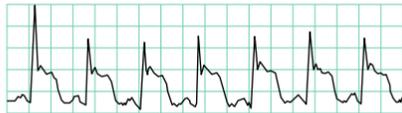
心電図のレッドゾーン “ST上昇” (その3) スパズムはこの世に存在しない!?

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

筆者はとて狭量であることを、まず告白せねばなりません。

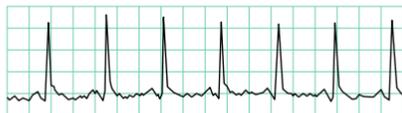
あるとき胸痛でSTも上昇している方に遭遇しました(心電図①)。

心電図①



この方は、胸痛の軽快とともに心電図変化も正常化(心電図②)し、念のため行った冠動脈造影もクリーンで血栓も何もありませんでした。

心電図②



担当の研修医曰く、

「これはスパズムですかね」

往時の病棟医長曰く、

「そうだね、スパズムだね」

筆者曰く、

「スパズムなど存在しませんよ」

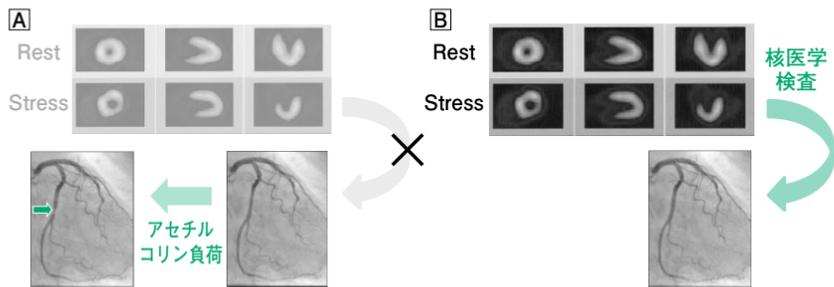
この躊躇ない発言で思わずカンパレンスの時間を止めてしまいました。

*

一般的にスパズムというのは冠動脈攣縮による狭心症(vasospastic angina; VSA)を指し、日本の教科書では異型狭心症として必ず登場し医師国家試験にも出題されています。その特徴は、

- ① 喫煙者に多い
- ② 血管内皮機能が障害され、過収縮する
- ③ 一酸化窒素合成酵素(eNOS)の遺伝子多型も関係
- ④ アセチルコリンの冠動脈注入で誘発(カテーテル検査)
- ⑤ 硝酸薬・カルシウム拮抗薬で治療

ですが(文献1)、米国から戻ったばかりの当時の筆者はスパズム症例を本当に一例たりとも経験していませんでした。いや、一例だけ経験していましたが、それは移植症例で除神経された心臓だったので、ノーカウントです。



●図1 冠動脈造影が正常であった場合の日米の胸痛評価

A: 日本の場合、核医学検査を行わない例が多く、カテーテル検査の際にアセチルコリン負荷を行いVSAの誘発を試みる(緑色矢印部分に狭窄が起こっている)。

B: 米国では核医学検査が行われる例がほとんどなので、微小血管障害(もしくは胃食道逆流)と診断される。アセチルコリン負荷は行わない。

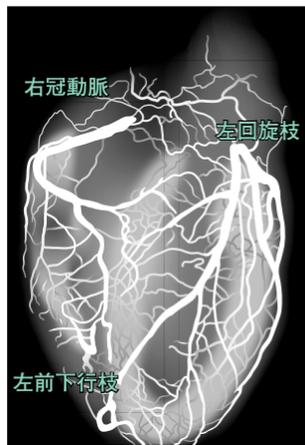
どういことでしょうか？

人種の違い、食べ物の違いですか？確かに虚血性心疾患の有病率には数倍の開きがあり、米国の死因No.1は圧倒的に心筋梗塞です。しかし、それだけでは説明がつかないほどのギャップではないでしょうか？ だいたい10年間米国にいて(内科・循環器の研修の7年を含む)循環器の代表的症例を「一例も経験しない」というのは問題です。国試に通りません。

カテーテルか？ 核医学検査か？

このVSAの経験の差は、胸痛症例に対するアプローチの違いを物語るものではないかと筆者は考えます。胸痛で虚血性心疾患が疑われた場合に日本で一番手軽に行われる検査は、ハッキリ言ってカテーテル検査です。他科に頭を下げる必要もなく(くどいようですが循環器内科医はプライドが高いのです)、カテーテル室さえ空いていれば循環器内科単独で行うことができ、待ち時間もおそらく最短です。その流れで冠動脈を造影し何もなかったら、「症状があるのにこれはおかしい」ということになりませんか？ すると、「アセチルコリンを打ち込んで誘発してみよう、ほらスパズムだった」ということになりがちです。

一方米国では、虚血性心疾患疑いの患者さんがあまりにも多くなか循環器専門医は少なく、事情は日本と大きく異なります。すべての患者さんにカテーテルはできませんし、万が一合併症が起こったときの訴訟リスクも半端ではないので、侵襲的な手技を行うにはそれなりの理由が必要です。そこで、ほとんどの症例で先行して核医学検査が行われます(図1)。そこで安静時と負荷時の mismatches が存在し、虚血が証明されて初めてカテーテル検査に進むわけです。この過程をたどって冠動脈



●図2 冠動脈造影の模式図 多くの心筋領域が微小血管によって栄養されている。

造影して何もなかったら、核医学検査の偽陽性ということで話は終わります。造影で見えないような2mm以下の血管の障害(微小血管障害)とも考えられますが(図2)、どちらかといえばGERD(胃食道逆流)と処理されるケースが多かったような気がします。

冠動脈が正常な狭心症の二面性

図3は「ルビンのつぼ」と呼ばれるだまし絵です。見る人によってつぼに見えたり、人間の横顔に見えたりするこの絵のごとく、冠動脈が正常な例の胸痛でも、カテーテルを先に行えばアセチルコリン負荷試験を行ってVSAと診断され、核医学検査を先にやれば偽陽性で微小血管障害と診断される、というのがスパズム経験ゼロの循環器内科医をつくり上げたのだと思います。それでも問題がなかったのは、VSAの予後が一般に良好だからでしょう。



●図3 ルビンのつぼ

さて、そんな筆者も帰国して3年が経ち、スパズムの症例を数多く経験しました。外来でカルシウム拮抗薬を処方することにも良心の呵責を感じません(米国では微小血管障害に対してβ遮断薬を処方する)。今回は、言ってみれば紙面一枚を使っの壮大な言い訳なのですがどうかご容赦ください。次回はST上昇を来す疾患としては些か異端ですが、Brugada症候群を扱いたいと思います。

POINT

- 冠動脈攣縮によって大きな血管が一過性に完全閉塞するとSTが上昇する。
- スパズムはカテーテル検査によるアセチルコリン誘発試験で診断され、日本人に多くみられる疾患。
- 米国でスパズムが少ないのは、核医学検査が先行し、VSAが眼中にないから(かもしれない)。

参考文献

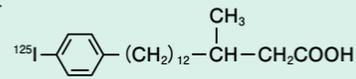
1) 小川久雄, 他. 循環器病の診断と治療に関するガイドライン(2006-2007年度合同研究班報告)冠攣縮性狭心症の診断と治療に関するガイドライン. Circ J. 2008; 72 (Suppl. IV): 1195-252.

コラム 虚血の記憶 (Ischemic Memory)

心臓は通常脂肪酸を主なエネルギーにして収縮しています(70-80%)。これはカラダの中でも珍しいケースで、ほとんどの臓器は糖をエネルギーにしています。糖は効率的なエネルギー源で解糖系(嫌気系)からクエン酸回路(好気系)と電子伝達系(好気系)を利用して、糖1分子から30以上のATPが作り出されます。脂肪酸のβ酸化(超好気系)はさらに効率的にATPを作り出すことができ、例えばパルチミン酸1分子からは実に130個ものATPが作り出されます。

ただ、このβ酸化は大量の酸素を消費するのと代謝のスピードが遅いので、血流が豊かで単純な収縮/拡張を繰り返す心臓にはうってつけですが、脳や肝臓のようなクイックな代謝を要求する臓器の賄いには適していないようです(これらの臓器は糖を食べます)。しかし、緊急事態が発生して血液(酸素)が送り込まれなくなると、心筋細胞も背に腹はかえられず、糖をエネルギーとして使い始め(嫌気系である解糖系)、しばらくの間脂肪酸の代謝はストップします。この現象を利用して虚血部位を拾ってくるのが、心筋脂肪酸シンチグラフィという検査です。これは例えば、数日前に胸部症状があり、それが虚血による症状だったのかを判断しなくてはならないときに有用です。実際に心筋が(虚血で酸素不足になって)糖を使うほどの緊急事態に陥っていたのならその部分に脂肪酸は取り込まれず、画像で黒く抜けます。もしも虚血現象が起こっていなかったのであれば、順調に脂肪酸が取り込まれているはずで。

この検査は日本で開発されたものですが、BMIPPという脂肪酸に放射性同位体¹²⁵Iをラベルした分子([¹²⁵I]-BMIPP, 右構造式)を注射します。今回話題に挙げたような冠動脈攣縮や血栓が溶けてしまった場合の虚血現象の診断に有用だと思いませんか？



EPS・アブレーション治療にいかす 心臓の3次元イメージ

臨床心臓構造学 不整脈診療に役立つ心臓解剖

豊富な剖検例の考察をもとに、EPS、造影写真、CT、CARTOなどのデータと比較した上で、不整脈の局在を心臓の3次元イメージから明らかにしていく。目次は心臓の発生や正常像を抑えた上で、不整脈の局在となる部位別に症例をあげて解説。カテーテル・アブレーションなど不整脈の非薬物療法において、心臓の構造的な特性が何に注意して手技を進めればよいのかが目で見て分かり、明日の治療戦略にいかすことができる。

井川 修 日本医科大学多摩永山病院内科・循環器内科臨床教授



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 ホルター心電図でひもとく循環器診療

「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!」と悩んで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。さらに情報量が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 ベースメーカー—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 東京大学大学院医学系研究科教授・循環器内科 執筆 杉山裕章 東京大学大学院医学系研究科・循環器内科 執筆協力 今井 靖 東京大学大学院医学系研究科特任講師 前田恵理子 東京大学大学院医学研究科特任助教



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とらえにくいものです。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、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紙面で提供します。

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

膠原病における自己抗体の考え方と使い方①

その2

自己抗体は膠原病の象徴です。本来免疫寛容が成立しているはずの「自己」の分子に対して抗体が形成される機序は神秘的であり、新たに見つかる自己抗体により複雑怪奇な膠原病の病態が解き明かされていくのは痛快です。しかし、膠原病の本質は自己抗体が引き起こす病態のみでなく、自己抗体産生に至る素地も同様に、いやそれ以上に重要で、自己抗体はその副産物にすぎず、病態形成に何ら関与しない場合もあります。そのため、自己抗体の感度・特異度は必ずしも高くなく、注意して解釈しなければ自己抗体に振り回されてしまいます。

そこで、今回から2回にわたり、膠原病診療における自己抗体の考え方と使い方を学びます。1回目今回は総論として「自己抗体の産生機序と病態への関与」を、今回は「臨床アプローチにおける使い方」を取り上げます。

同じ機序で産生された自己抗体でも病態への関与はまったく異なる

自己抗体は、産生機序・病態への関与ともにそれぞれで異なります。また、同様の機序で産生された2つの自己抗体でも、一方は病態形成維持に強く関与し、他方はまったく関与しない場合もあります。

自己抗体の病態への関与

自己抗体は常に病態に関与している?

自己抗体には、①病態形成・維持に関与せず、または明確な見解がないもの、②直接細胞膜表面や間質に存在する対応抗原に結合し、対応抗原が存在する細胞や組織に障害を来すもの(過敏反応のクームス分類におけるII型)、③②の亜型で細胞膜表面の受容体に結合しアゴニストまたはアンタゴニスト作用を引き起こすもの(同じくV型)、④対応抗原と形成する免疫複合体が組織に沈着して障害を来すもの(同じくIII型)などがあります。

具体例を表に記します。膠原病で見られる自己抗体の多くは細胞内(特に核内)分子に対するものなので、自己抗体が対応抗原に容易にアクセスできず、結果的に病態形成・維持にまったく貢献しないもの(①)が少なくありません。

自己抗体の産生機序

分子擬態による交差反応は少数派

病原菌や腫瘍細胞などに対して産生された抗体が、ヒトに存在する似通った分子にも結合し病態を引き起こす、いわゆる molecular mimicry (分子擬態)とそれによる交差反応はとてもわかりやすい機序ですが、このように受動的な自己免疫現象は実は少数派です。実際、膠原病で見られる自己抗体の多くには、「非自己」の分子に対する抗体にみられるような獲得免疫の産物であることを示す特徴(クラススイッチや親和性成熟)が多くあります。

また不思議なことに、ヒトには2〜6万種のタンパク質が存在しますが、自己抗体が作られるのは1〜2%ほどにすぎません。免疫制御機構を破壊した動物モデルで産生される自己抗体も、ヒトの膠原病で見られるのとはほぼ同様なものに限られます。つまり膠原病で見られる自己抗体の多くは、何らかの特性を持つ限られた「自己」の分子に対する能動的な免疫反応の産物なのです。

「自己」の分子は通常獲得免疫を惹起しない

免疫寛容が成立しているはずの「自己」の分子がなぜ獲得免疫を惹起するのでしょうか。「自己」の分子が獲得免

●表 自己抗体の病態への関与の例

	自己抗体の例	疾患の例
①病態形成・維持に関与せず、または明確な見解がない。	抗 RNP 抗体(?)	混合性結合組織病
	抗 Sm 抗体(?)	全身性エリテマトーデス
	ANCA(?)	ANCA 関連血管炎
	抗 Scl-70 抗体(?)	強皮症
	抗 Jo-1 抗体(?)	多発性筋炎/皮膚筋炎
②直接細胞膜表面や間質に存在する対応抗原に結合し、対応抗原が存在する細胞や組織に障害を来す。(クームス分類: II型)	抗血小板抗体	特発性血小板減少性紫斑病
	抗赤血球抗体	自己免疫性溶血性貧血
	抗 GBM 抗体	Goodpasture 症候群
	抗表皮細胞間抗体	天疱瘡
	抗表皮基底膜部抗体	類天疱瘡
③細胞膜表面の受容体に結合しアゴニストまたはアンタゴニスト作用を引き起こす。(クームス分類: V型)	抗 SS-A 抗体	新生児ループス
	抗 TSH 受容体抗体	Graves 病
④対応抗原と形成する免疫複合体が組織に沈着して障害を来す。(クームス分類: III型)	抗アセチルコリン受容体抗体	重症筋無力症
	抗二本鎖 DNA 抗体	全身性エリテマトーデス
上記以外の機序で病態に関与	クリオグロブリン	クリオグロブリン血症
	リウマトイド因子	悪性関節リウマチ(リウマチ性血管炎)
	抗リン脂質抗体	抗リン脂質抗体症候群

疫を惹起するにはいくつかの障害が存在します。膠原病で見られる自己抗体の対応抗原の多くは細胞内(核内)にあり、細胞死(アポトーシス)においても細胞外に漏れることなくマクロファージに処理されます。よって、まず何らかの形で抗原提示細胞がそれら分子にアクセスを得る必要があります(A)。

また獲得免疫形成の起爆は局所における抗原提示細胞の賦活であり、そのためには Toll 様受容体(TLR)などのパターン認識受容体の賦活が必要ですが、通常これら受容体はウイルスや細菌などの菌体形成分子パターンを認識するものです(B)。

さらに、抗原提示細胞が所属リンパ節で抗原提示をしても、それに親和性を持つTリンパ球やBリンパ球に巡り合う必要がありますが、胸腺や骨髄における negative selection により、自己抗原に高い親和性を持つものは淘汰されています(C)。その他にも調節性Tリンパ球や未熟樹状細胞による寛容維持機構が存在し、「自己」の分子が獲得免疫を惹起しにくくなっています。

膠原病では「自己」の分子が獲得免疫を惹起する

膠原病で見られる自己抗体の対応抗原である「自己」の分子には、上述した免疫機構を維持できなくなる特性があります。まず、それら分子の細胞内(核内)分布は一見無秩序に見えますが、その多くが細胞のアポトーシスの際に細胞膜が形成する小泡(apoptotic bleb)内に集められます。その後マクロファージを主とする機構により処理されるのですが、全身性エリテマトーデス(SLE)ではこの処理機構に異常があるため、抗原提示細胞がそれら「自己」の分子にアクセスを獲得し得ます(Aの破綻)。

抗原提示細胞膜上のTLR-7はウイルスRNAにより賦活されますが、複数の自己抗原を構成要素として持つスプライソゾームや核内低分子リボ核タンパク質の根幹を成すRNAはウラシル含有率が高く、ウイルスRNAに似た特性を持ちます。また、抗原提示細胞膜上のTLR-9は細菌DNAにより賦活されますが、薬剤誘発性ループスを

引き起こすプロカインアミドやヒドロラジンなどはDNAのメチル化を抑制し、細菌DNAに似た特性をもたらします。そのため、Aの破綻によりこれらにアクセスを得た抗原提示細胞は賦活され得ます(Bの破綻)。

さらに、「自己」の分子に高い親和性を持つリンパ球は negative selection により体内には極めて少数しか存在しませんが、A、Bの破綻などにより「自己」の分子が長期にわたり繰り返して抗原提示されるため、いずれ自己親和性リンパ球が抗原提示細胞に巡り合い、獲得免疫の構築に動員され得ます(Cの破綻)。それら以外にも、「自己」の分子の構造や電荷の特性、内因または外因性のBリンパ球活性上昇、調節性Tリンパ球機能低下などの関与も獲得免疫の惹起に貢献している可能性があります。

「エピトープ拡大」は能動的な免疫反応がある証

上述したように、膠原病で見られる自己抗体の多くは分子擬態などによる偶然の産物ではなく、「自己」の分子なのに免疫機構がそれらを「非自己」ととらえてしまったがために、その排除を目的として能動的に築く獲得免疫の産物なのです。その象徴が「エピトープ拡大」です。ヒトがある病原菌による感染症を患ったとき、病原菌の菌体成分Aに対する抗体では不十分な場合、菌体成分BやCに対しても抗体が作られます。混合性結合組織病(MCTD)で見られる抗RNP抗体とSLEに特異的な抗Sm抗体という二つの対応抗原は、共に分子複合体「UI-RNP」を構成しています。MCTDからSLEに移行する患者は多いですが、その場合まず抗RNP抗体が先にみられ、その後抗Sm抗体がみられるようになります。シェーグレン症候群(SS)で見られる抗SS-A抗体と抗SS-B抗体についても同様で、それぞれの対応抗原は同じ核内低分子リボ核タンパク質を構成しており、SS患者では必ず抗SS-A抗体が先行します。抗ヒストン抗体と抗DNA抗体もヌクレオゾームを構成します。このようなエピトープ拡大現象は、能動的な免疫反応の証なのです。

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。漢方処方の考え方と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
株式会社麻生 飯塚病院東洋医学センター所長
編集 貝沼茂三郎
九州大学病院総合診療科診療講師
編集協力 宮坂史路
医療法人協会 聖ヶ丘病院漢方内科医師



病気の成り立ち理解のための究極の1冊! 項目数もさらに充実!

疾病論 第2版

人間が病気になるということ

人が病気になるとは? 単に病態生理をシエーマを駆使し明快に解説するのみでなく、患者の日常風景を小説風に描写し病気の成り立ちを語る。初版で選んだ重要疾患47例にさらに11例を加え、収載項目と内容を充実。免疫学や癌の知識を豊富に盛り込み、急性冠症候群、IgA腎症、非アルコール性脂肪性肝疾患、脳腫瘍、MRSA肺炎、間質性肺炎など主流をなしつつある病態を的確にとらえ、日常的な観察のポイントを明確に提示する。

井上 泰
東京厚生年金病院病理科部長



「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。

REAL HOSPITALIST

石山貴章

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

Vol.7 病棟管理の専門教育 2

To be honest with you, I don't know exactly what's going on. However, I know that she needs ICU care for now. (何が起きているのか、正直わからないんだけど。ただ、ICU管理が必要なことは間違いないと思う。)

Tell me more about the patient's condition, please. (患者の状態について、もっと詳しく教えてください。)

患者は70代後半の女性だった。発熱でER受診、肺炎として私のもとに入院となった。しかし、胸部X線はさして異常所見がなく、また尿路感染等の所見もみられなかった。まずは肺炎として治療を開始していたのだが、そのうち便秘を訴え始めた。そうこうしているうちに呼吸困難となり、また嘔吐し始めた。

その時点で初めて腹部X線、イレウスの所見を示した。NGチューブを挿入して様子を見たのだが、呼吸苦がひどく、CO₂の貯留が認められ始めたため、ICUに送ることにした。

前回、私のレジデント時代の経験やホスピタリストとのかかわりを軸に、

こちらのレジデント教育について触れてみた。実際こちらの医学教育にかかわると、そのダイナミックさにワクワクする部分が多々ある。では具体的にホスピタリストは、レジデントの能力向上のためにどのような取り組みをしているのだろうか。今回はこの疑問に答えてみたい。

医学教育に限らず、実地教育上重要となるのは「スキルの向上」と「意欲の向上」の両輪であろう。ホスピタリストは、この両面からレジデントの能力向上に取り組むことになる。スキル面では、ホスピタリストの持つスキルを、OJT・Off-JT両方を通してレジデントに獲得させる。意欲面では、レジデントの年数・能力に合わせ、きめ細い指導から徐々にチームのパートナーとして扱うレベルまで、各段階で周到に各人の意欲を喚起する。それぞれを、より具体的にみてみたい。

まずは、「スキル向上策」である。ここでは入院時の患者振り分けから入院、経過、そして退院という一連の流れのなか、ホスピタリストが常にレジデントと密接にかかわり、徹底したOJTを行っている。より具体的には以

- 下の通りである。
- 1) 患者の振り分け……この段階で、適切な患者の数あるいは重症度を考慮した患者分配を、担当ホスピタリストが行う(インターン中心のチームとシニアレジデント中心のチームとでは、患者分配も異なる)。
 - 2) 入院時……単なる電話報告にとどまらず、入院時から常にホスピタリストがレジデントチームとともに患者のもとに行き、また鑑別診断・検査・治療など行き届いたベッドサイドティーチングを行う。
 - 3) 経過管理……患者の状態の改善あるいは悪化時など、常にチームで回診し、アプローチすることで、レジデントたちに密接したOJTを日々行うことが可能。それによりレジデントは、ホスピタリストの思考過程にじかに触れることができる。
 - 4) 退院時……患者やその家族、あるいはプライマリ・ケア医へのアプローチの仕方を、常にホスピタリストの指導のもと、学ぶことができる。

一方Off-JTには、関連文献の助言、学会発表あるいは学会誌への論文投稿の指導などがある。

さてもうひとつの車輪、「意欲向上策」である。ここでは先ほど述べたように、レジデンスの各段階で、周到に各人の意欲を喚起することをめざしている。

具体的には、インターンレベルに対しては、より注意深く、細かい指導と確認を心がける。手取り足取りに近い指導とディスカッションを、ポジティブフィードバックを中心に行う。シニアレジデントレベルに対しては、患者の安全面を確認しつつ、自主性のある程度重んじた、よりパートナーに近い扱いをすることで、意欲を喚起する。無論、これは単に学年だけではなく、各人の実際のレベルに合わせた対応となる。たとえ学年では同じシニアレジデントだとしても、実力に応じてその扱いは少しずつ異なる。

Could it be an ileus due to bowel ischemia?

(腸虚血によるイレウスの可能性はないですか?)
That is a…… good point…….
(それは、いいポイントかも……。)

患者をICUに送る際のディスカッションにおける、ICU担当のシニアレジデントとの会話である。経過がゆっくりなのと、あまりにさまざまな問題が少しずつ現れてきていたため、自分の中で、その鑑別がすっかり抜け落ちてしまっていた。そのコメントをもらい、正直、慌てた。

すぐに腹部CTをオーダー。大動脈が石灰化で覆われており、上腸間膜動脈の血流低下が疑われそうな所見であった。その後の開腹では明らかな腸管の虚血は認められなかったものの、一時的な腸管虚血があったのだろうと、私の中ではほぼ断定している。それだけに、この鑑別ができず、このレジデントに遅れを取ったことは、悔しかった。はっきり、敗北と言っている。

このように、レジデント教育にかかわることで、いまだ自分が坂の途中であり、発展途上であることも、時折実感させられる。この未熟な私が、教育に携わっていることに対する恐れさえ、頭をもたげる。ただそれでも、やる気のある優秀なレジデントとのディスカッションは、たまたま楽しいのである(時折このように、悔しい思いもするのだが……)。

以上、「ホスピタリストを中心とした医学教育」を具体的にみてきた。最後にまた、ポイントをまとめて本稿を終わりとしたい。

Real Hospitalist 虎の巻

ホスピタリストの役割とそれに伴う利点④

意欲とスキルの両面からのレジデントの能力向上。スキル面では、ホスピタリストの持つスキルを、OJT・Off-JT双方を通してレジデントに伝授。意欲面では、レジデントの年数・能力に合わせ、各段階で周到に各人の意欲を喚起する。



セントルイス紹介 Photo シリーズ第3弾, Washington University in St. Louis. 医療従事者で知らないものはないであろう、かのWashington Manualの発祥の地がこちらである。もっとも、写真はMedical Campusではなく、Main Campus(上)とそこにあるHall(左)。趣のある建物なので、ぜひ一度は訪れてみたい。

7 medicina

Vol.48 No.7 内科疾患の予防戦略

時代は今、疑いなく予防である。「疾患の正確な診断と治療による疾病の克服」という従来のモデルから、「疾病の発生予防、疾病の進展予防、疾病との共存によるQOLの維持・改善」のモデルに移行しつつある。このような時代において、内科医は、患者あるいは住民と最初で最後まで責任をもって見届ける存在であり、予防医療における役割はきわめて大きい。本号では、予防実践に取り組んでいる内科医にとって有用な情報となるよう、内科疾患に必要な予防戦略について特集した。

INDEX

- 第1章 Introduction: 内科医にとっての予防とは
 - 第2章 感染症の予防戦略
 - 第3章 消化器疾患の予防戦略
 - 第4章 循環器疾患の予防戦略
 - 第5章 脳神経系疾患の予防戦略
 - 第6章 その他の疾患の予防戦略
- 座談会「脳卒中予防のイノベーション: 早期発見、早期受診、早期介入」

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

● 1部定価 2,520円(税込)

▶ 来月の主題 (Vol.48 No.8)
神経疾患 common disease の診かた

▶ 2010年増刊号 (Vol.47 No.11)
これだけは知っておきたい 検査のポイント 第8集
● 定価 7,560円(税込)

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



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



<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.7 特集 EBMアップデート

Evidence-based Medicine (EBM) という言葉が医学雑誌に初めて登場してから、今年でちょうど20年目となる。いまや、現代医療のパラダイム・概念としては、医療者の誰もが当然のごとく受け入れているようにみえる。しかし、医療現場でEBMがどの程度実践されているかは不明な点も多く、EBMによって医療の質が改善したかどうかとも引き続き検証の対象となっていくはずである。本号では、James Lind以降、数値で医療の有効性を評価する考え方が徐々に普及し、現在のEBMに至っていることを確認し、そのような時間軸のなかで、最近になって普及しつつあるEBM実践のためのツール(診療ガイドライン、クリニカル・パス、Quality Indicatorなど)、EBM教育の現状について解説する。

INDEX

- 【総論】 EBM 考え方と手順……南郷栄秀
- EBMを数値で評価する一その歴史とEBMの潮流……福井次矢
- 臨床研究デザインの重要性……竹本毅
- EBMをめぐる最近の動向……能登洋
- 【各論】 EBMと診療ガイドライン……山口直人
- EBMとクリニカルパス……吉田茂
- EBMとQuality Indicator……嶋田元
- 【教育現場でのEBM】 指導医のEBM……福土元春
- 研修医のEBM……矢吹拓
- 卒前のEBM教育……松島雅人

● 1部定価 2,310円(税込)

▶ 来月の特集 (Vol.21 No.8) 病院総合医 免許皆伝

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。

2011年 年間購読料(冊子のみ)
▶ medicina 36,740円(税込)——増刊号を含む年13冊—
▶ JIM 26,880円(税込)——年12冊——

電子版も選べいただけます



医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

とことん症例から学ぶ感染症 Infectious Disease : Clinical Cases Uncovered

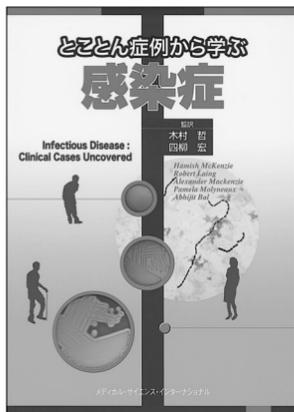
木村 哲, 四柳 宏 ● 監訳

B5変型・頁180
定価3,990円(税5%込) MEDSI
http://www.medsj.co.jp/

【評者】青木 眞
サクラ精機学術顧問・感染症コンサルタント

著者は全員、英国の医師たちである。そのためか、病歴や身体所見を重視するなど診療のスタイルがよりオーソドックスであり、予防医学、疫学的な視野も広く、筆者としても非常に好感を持った。当初、初学者向けの本ということで軽く“斜め読み”していきつもりであったが、あまりに臨床感染学的にも教育的にも優れた内容であったため、途中まで読んでから引き返し、最初から丁寧に読み直した。読み飛ばしてしまったかもしれない Pearl が惜しくなったのである。

Pearlの詰まった名著



筆者は各地で症例検討会をして生活しているが、その内実は、原著のタイトル“*Infectious Disease : Clinical Cases Uncovered*”にあるごとく、正解の知らされていない症例の蓋を少しずつ開けていくプロセスの共有である。本書は極めて Common な疾患を扱いながら、読者に各臨床像、病態にマッチした病歴、身体所見、検査を考えさせつつ、少しずつ疾患の正体を明らかにしていく。これだけであれば単なる症例集のようであるが、本書では極めて日常的な臨床状況の中で熟練・熟達した医師しか説けない、しかし誰もが知っておきたい Pearl や本質が披露されているのである。その意味では、医学生・研修医はもちろんのこと、感染症に興味のある指導医クラスの先生方にもお薦めである。

ここに一部を紹介しよう。

【臨床的な Pearl】

- ・髄膜炎菌感染症のように非常に速く進行する皮疹は患者がその存在に気付かないことがある。
- ・肺炎球菌やマイコプラズマによる髄膜炎では、これらの微生物がもともと肺炎を起こす微生物であるため、胸部写真の検討が重要である。
- ・体温は、38℃以上はもちろんのこと、35.5℃以下であれば感染症を疑う(“感染症診療の原則”!!)。
- ・インフルエンザの症例にいちいち検査を行うな。さもないと検査室がすぐ

にパンクしてしまう。検査結果が診療内容に影響を与えることもほとんどない。アセトアミノフェンの投与で十分である(そのとおり!!)。

- ・検体を送ったら検査室に連絡し、「検体が行くことを伝え、結果がいつ出るかを確認しよう」(場合によっては検体の扱いに特別な注意が必要なこともある)。
- ・簡単に言えば、ICUにおける敗血症の診療とは、機能不全に陥っている臓器・組織の補助をしながら感染巣を治療すること。
- ・腸チフスは咳が出て、便秘をする。

【疫学的な Pearl】

・パルボウイルス B19 の症例から：患者本人の診療だけに満足せず、周囲の家族、友人などの状況に気を配ることも重要。患者は比較的健康な症例でも、家族の訪問者に妊婦がいたりすれば注意が必要である。その妊婦には何もなくとも胎児に貧血が生じ、場合によっては子宮内輸血が必要になるかもしれない。

このほか、症例集の前に置かれている「感染症の検査室診断」「抗微生物化学療法」「感染と免疫」の章にも、臨床的な Pearl や逸話がさりげなく目白押しである。例えば、

- ・真菌の同定には細菌のそれよりも形態が重要である。
- ・MIC と感受性は異なる概念である。前者は *in vitro* の現象。後者は臨床的な有効性も考慮した概念。
- ・シプロフロキサシンは数少ない経口の抗緑膿菌薬。
- ・心内膜炎の診断基準 Duke criteria は、著名な循環器医師がいない Duke 大学で学生などのチームにより作成された。こなたな読みやすい日本語訳など、まだまだ紹介したいことはあるが、残念ながら、紙面の関係でこれ以上はできない。実際に手に取り熟読されることをお薦めする。このような感染症診療の原点に立ち戻らせる優れた視点を持った本を、発掘し翻訳することを考えた先生方に敬意を表し、一人でも多くの読者が得られることを望むものである。

胃癌外科の歴史

高橋 孝 ● 著
荒井 邦佳 ● 執筆協力

B5・頁280
定価9,450円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00902-7

【評者】高橋 俊雄
東京都病院経営本部顧問・医師アカデミー運営委員長／都立駒込病院名誉院長／京府医大名誉教授

本書は、Billroth が 1881 年世界最初の胃癌切除に成功し、人体の消化管の連続性を離断し再建の可能性を初めて示した消化器外科最大の歴史的出来事から始まり、現在の胃癌の外科治療に至るまで、著者の歴史観「まなざし」で胃癌外科の歴史をたどった、他に類を見ない興味ある書であります。

著者の一貫した歴史観「まなざし」で綴られた比類なき外科歴史物語



著者の胃癌外科に対する「まなざし」は主に胃癌のリンパ流、リンパ節郭清に注がれ、欧米での Mikulicz, Pólya, Navratil, Rouvière らの業績、さらにわが国の三宅速、久留勝、梶谷鏗らによって確立された系統的胃癌リンパ節郭清について、膨大な文献を基に哲学的とも言える詳細な考察を行っています。しかも、本書は決して固い学術書ではなく、物語調で書かれた大変読みやすい歴史物語であり、胃癌外科の歴史を知らず知らずに教えてくれます。

本書の著者・故高橋孝先生は、医学書院の『臨床外科』に 2006—2007 年に連載された「胃癌外科におけるリンパ節郭清の始まりとその展開」を基に、これに大幅に手を入れて単行本化を図るべく準備中でありましたが、残念ながら 2009 年 5 月ご逝去されてしま

ました。先生から生前依頼を受けた荒井邦佳先生(現都保健医療公社豊島病院副院長)は、持ち前の几帳面さと緻密さで本文の記述の統一、文献の補完、調査、校正を行い、この度本書が刊行される運びとなりました。

著者の高橋先生は、癌研の梶谷鏗先生の高弟として外科手術の達人であり、評者の前任地・都立駒込病院の外科部長としても立派な実績を残されております。生前、高橋先生と直接的な交流はありませんでしたが、先生は強い学問的探究心の持ち主であり、理論家であり、そして本書にもあるように、その理論を実際の外科臨床の第一線の現場で実践された臨床外科医であります。

いま、胃癌の治療法は以前とは大きく様変わりしてはおりますが、ここまですり着くためには先達の並々ならぬ努力があったことを、私どもは知らねばなりません。本書は、これらの胃癌外科の歴史をわかりやすく教えてくれる良書として、かつてリンパ節郭清に明け暮れた外科医だけでなく、今後の外科臨床を担う若い外科医の方々にもぜひ読んでいただきたい、推薦したいと思ひます。

プロメテウス解剖学アトラス コンパクト版

坂井 建雄 ● 監訳
市村 浩一郎, 澤井 直 ● 訳

B6・頁816
定価4,725円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01126-6

【評者】埴原 恒彦
北里大教授・解剖学

解剖学の初学者にとって、用語の暗記はいつも重くのしかかる。解剖学は暗記ではなく理解する学問であるという言葉は、教える側の常用句であるが、それ以前に基本的な解剖学用語は覚えておかなければ、理解の段階までいかない。ゲームでいえば、そのゲームが面白いか面白くないか、どうしたら勝てるのかなどを理解する前に、まずはルールを覚えなければ何も始まらない。ゲームであろうが勉強であろうが、それを理解し発展させるための第一歩は、多くの場合、砂を噛むような思いも伴う。

医学の第一歩、最も基本的な解剖学のルールを理解する一助に

解剖学は近代医学として最初に確立され、ヴェサリウス以降 400 年以上にわたり蓄積されてきた知識体系があ

り、したがって、その用語も膨大な量である。初めて解剖学を学ぶ医学生の多くはその量の多さに圧倒され、最初から消化不良を起こす。分厚い、何分冊かの解剖の教科書、アトラス、あるいは解剖学用語といった本を前に、医学生が何から手を付けたらよいのか茫然としてしまうのは、むしろ当たり前であろう。さて、『プロメテウス解剖学アトラス コンパクト版』はそんな医学生にとって救いの 1 冊であるかもしれない。まずは見開きのページの左にはわかりやすいイラスト、右には用語と数行の読みやすい解説(特に重要なものについては Q & A による問題提起型解説や、臨床的な重要性についての解説が適宜付されている)で構成され、

好評の「イレウスの教科書」大改訂!!

イレウスチューブ 第2版

基本と操作テクニック

コモンな外科疾患として日常的に遭遇する機会が多いイレウス、この非親血的な減圧治療として最適なイレウスチューブの安全で確実な挿入・管理について懇切丁寧に解説。著者独自のテクニックやデバイスを用いた、患者さんにも術者にも優しい手技をイラストであますところなく展開。イレウスのミニテキストとしてもさらに充実した大改訂。

監修 白日高歩
福岡大学名誉教授／福西会病院院長
著 上泉 洋
岩見沢市立総合病院外科



胃X線検査の精度管理をより实际的に

新・胃X線撮影法ガイドライン 改訂版(2011年)

胃がん検診で行われる胃X線検査は、死亡率減少効果を示す相応の証拠があるが、撮影法は必ずしも全国で統一されているわけではない。本書では、検査の質を上げるための撮影法についての解説、機器の保守管理の説明、また美麗な写真による症例検討も行われている。さらに、胃X線検査による偶発症・被曝についても解説が加えられた。胃がん検診に従事する医師・技師にとって必携の書である。

編集 日本消化器がん検診学会
胃がん検診精度管理委員会



細胞診を学ぶ人のために 第5版

坂本 穆彦 ● 編

B5・頁392
定価10,290円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01185-3

『細胞診を学ぶ人のために 第5版』(通称“学ぶ君”)が、初版の発売された1990年からおよそ21年目となる今年、刊行された。本書は20年以上続くロングセラーである。約20年の間に何人の細胞診をめざす技師、医師が“学ぶ君”の世話になったのだろうか。

この第5版では新たな執筆陣も多く加わり、まさに時代の流れとともに細胞診への応用範囲が多岐にわたることを裏付ける陣容となっている。目次を見て、細胞診の概論(第1章)に始まり、細胞の基本構造、基礎組織学、病理組織学分野と続き、その後の標本作製法や染色法、顕微鏡操作法、およびスクリーニング技術までの総論部分すべてが、細胞検査士ではなく細胞診専門医が執筆担当していることにふと気付いた。これには若干の戸惑いを覚えたが、興味を引いたのは免疫染色の記述である。細胞診においても免疫染色の応用が不可欠になっている現状に対応し、抗体の入手と保存に関する注意までが細やかに記され、免疫染色を試みる初心者の陥りやすい基本的事項までもが簡潔に記載されている。細胞検査士資格認定試験、あるいは細胞診専門医試験に挑む者にとっては確かに“学ぶ君”である。

一方、婦人科領域の細胞診(第9章)から、呼吸器、消化器、泌尿・生殖器、乳腺・甲状腺、体腔液・脳脊髄液、非上皮性組織の細胞診(第15章)までの細胞診断学各論はすべて現役の細胞検査士によって執筆されているのには驚きとともに、一人の細胞検査士として誇りを感じた。編集者の坂本穆彦先生が、第一線で細胞を見ている細胞検査士を、いかに高く評価されているかを垣間見たような印象である。また、本書は実際の細胞写真も多いが、初学者の理解を深めるためであろう細胞の特徴を表現した説明図がこの第5版からはカラー化され随所で示されていることから、執筆者の思い入れが伝わってくる。婦人科頸部細胞診ではベセスダシステムが一般化の兆しを見せている今日、初めて本格的に細胞診を勉強する人向けの教科書として、本書の果たす役割、その責任も重いと思うが、実に理解しやすく詳細かつ簡略に解説され、重責を見事に果たしている。本書後半の各論部分を執筆している技師は、全員が癌専門病院において現場の第一線で活躍する“細胞を読むエキスパート”であるのみならず、自ら研究をも行い、さらに細胞検査士養成のための教育にも携わっているプロ中のプロ集団である。この執筆陣の支えによって、簡略表現にもかかわらず奥深さを感じさせ、他の追従を許さない内容構成になっているものと確信できる。細胞検査士をめざす技師、学生のみならず、細胞診専門医を志す医師にとっても、細胞診とは何かということを理解する上で最初の一步を踏み出すきっかけになる本として、自信を持ってお薦めできる教材である。同時に、ベテラン技師、専門医にとっては、新しい表現、細胞の見方を再確認する参考書としても有用な、価値ある一冊としてぜひとも手元に置いて日々活用されることを望む次第である。

さらに、ページごとの用語数が多くても10語程度という、感覚的にも、また実質的にも消化不良を起こさない量で、しかも重要な用語をしっかりと押さえている。

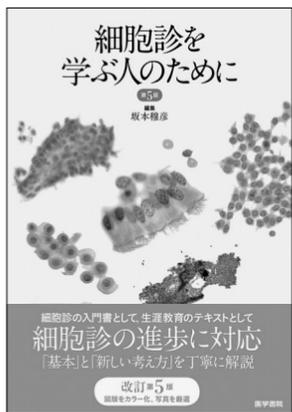
また、日本語と英語が同時に表記されており、すぐに対応させることができる。ここ数年、医師国家試験には数問、基本的な解剖学用語の英語表記が出題されており、今の医学生にとって、英語あるいはラテン語でも解剖学用語を理解することは必須であるが、本書はこのような点でも非常に使い勝手が良い。

かつて、理論、またはごく一部の科学者による研究領域にとどまっていた免疫学、遺伝学、生物化学をはじめと

評者 島山 重春

日本細胞診断学推進協会細胞検査士会・会長／サイバノリサーチセンター代表取締役

細胞診を学ぶ“最初の一步”として、細胞の見方を“再確認”するのに最良の書



する生命諸科学が、昨今急速な勢いで膨大な成果を上げ、それらの知識と応用技術が今日の医学、医療を支えているといっても過言ではない。科学知識は、その宿命として過去の遺産に何物かを付け加えながら常に階段を上り続ける。新しい知識、技術を研究・教育することは大学の使命であり、それをいち早く学ぶことは大学生の権利でもあるが、同時に課題でもある。今日の医学生が勉強しなければならない科学知識の量の多さは、十数年前と比較すらできないであろう。このような中で、医学生が最も基本的な解剖学の知識を最も要領よく、短時間で身につけることのできる参考書として、本書を推薦したい。

好評泌尿器科手術アトラス第2集。「図脳」を喚起するアドバンスな新刊!!

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

著者のオリジナルイラストにより泌尿器科手術の全貌を、さらに見やすく、あらゆる症例にきめ細かく対応できるテクニックと考え方を提示。前書に引き続き、より幅広くかつディープな術式を目前に展開してみせる。「図脳」のコンセプトに根ざした、誰にでもわかりやすく記憶に残る手術イメージを提起。

加藤晴朗
信州大学医学部附属病院 泌尿器科 講師



消化管造影ベスト・テクニック 第2版

齋田 幸久、角田 博子 ● 著

A5・頁128
定価5,040円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01188-4

2011年4月に発行された、齋田幸久先生と角田博子先生による『消化管造影ベスト・テクニック 第2版』を手に入れている。A5判の115ページから成る消化管造影テクニックの指南書である。鮮明な写真と的確なシェーマにより、消化管造影手技の1つ1つが根拠をもって示される

本書は、「上部消化管の造影検査」「注腸造影」「咽頭食道造影」および「小腸の造影検査」で構成されている。本書には102点の図が掲載されているが、過半数の56点が実際の造影写真である。そして実に45点がシェーマである。ハンディなサイズであるため造影写真は小さくなっているが、それでも読影できるほど極めて鮮明だ。シェーマも秀逸で、解説文とともに、難しい消化管造影手技の理解を大いに助けてくれる本書の重要なコンテンツになっている。テクニックの会得に眉間にしわが寄ってしまいそうな箇所には、角田先生作とおぼしき、撮影体位を表す的確なイラストが配置されている。かわいい挿入図に、思わず癒されるのは私だけではないだろう。

各ページの図に対しては、検査手技の記述が左側に配置され、そのテクニックのポイントが右側に記載されている。左サイドの解説のみならず通常のマニュアル本と大差はないが、右側の教えがこの本の神髄といえる。「検査のコツ」に加え、「なぜそうすべきか」という理由が端的に書かれている。筆者の指導者としての本領がうかがえる。

第2版では、さらに理解しやすいよう解説文に配慮が加えられている。初版の記述の中から特に記憶にとどめて欲しい箇所が、「消化管造影の10原則」あるいは「一口メモ」として、囲み記

事に修正されている。「消化管造影の10原則」は、遠い昔の、これだけは身につけるべき「鉄則」を思い出させる。さらに、20か所の「一口メモ」

には、マニュアル本の域を超えた、かゆいところに手が届くコメントが満載である。

筆者の齋田先生とは、腹部放射線医学を専門とする放射線科医として旧知の間柄であるが、この10年は学問に加え、サッカーを通じても親交を深めてきた。ゲームでは年功序列の暗黙のルールで、2人でツートップを組んだりするが、プレースタイルが全く違う。私は、がむしゃらにピッチを走り

まわり、体力で勝負するタイプである。一方、齋田先生の背筋をピンと伸ばした走りは、とても綺麗で無駄がない。厳しい局面でも、仲間への正確なパスと的確な一言で、素早く打開する。そして、「ここぞ」というときに、確実にゴールをゲットする。長く培った豊富な経験で、サッカーを論破しているプレースタイルだ。本書の中に、ピッチを駆ける齋田先生の姿そのものが随所にみとれた。

本書は、消化管造影にかかわる者にとっては必携である。これから検査手技を学ぼうとする若い臨床医や放射線技師の皆さんには、特にお薦めである。既に消化管造影に携わっている方々にも、気になる検査手技の再確認に最適である。

本書を手に入れば、今なお現役の名プレーヤーが、その極意をいつでも教えてくれるのだ。ぜひとも携帯して、素晴らしいテクニックを繰り返し学び取っていただきたい。



書籍のお問い合わせ・ご注文

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、**医学書院販売部**まで
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

◎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]



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

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

IDATEN セミナーテキスト編集委員会 ● 編

B5・頁328
定価5,250円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01244-7

評者 松村 正巳

金沢大医学教育研究センター リウマチ・膠原病内科

IDATEN (Infectious Diseases Association for Teaching and Education in Nippon) こと日本感染症教育研究会から『病院内／免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方』が出版された。待ち望まれた内容が記述・編集され、時宜を得た出版である。

医学の進歩は著しく、この四半世紀を検証しても、特に治療における恩恵には目を見張るものがある。腫瘍性疾患、自己免疫性疾患、移植医療、クリティカルケアにおいて、以前には想像もできなかった病態の改善が得られている。しかし、この恩恵の背後には、時に想定していなかった新たな病態が潜んでいることがある。新薬の副作用、そして感染症、特に病院内／免疫不全関連感染症である。これは医学の進歩に常に付きまとう普遍的な現象ともいえよう。

病院内／免疫不全関連感染症は、経験のある医師にとっても手強い相手である。なぜだろう。病院内感染症は本来起こるべきでない病態であり、時に想定外の事件として突然に訪れる。基本的なアプローチが理解され、実施されないと正しい診断・治療が難しい。免疫不全関連感染症が大きな障壁となり、われわれの前に立ちはだかる理由は、診断が容易でないこと、エンピリックに治療を開始せざるを得ないこと、治療薬の副作用が多く、時に重篤ですらあることによる。確定診断のた

病院内／免疫不全関連感染症の最善の指南書



待望の第二弾!

すべての医療者のために書かれた「新しい日本のスタンダード」

めに気管支鏡などの侵襲的な検査を要することがある。診断に至らないこともまれではなく、薬剤の副作用が発現したときに、それを承知で最善の治療を継続できるかという重い課題を背負う。初学者の目には、道筋が見えない難題として映り、経験を積んだ医師にとってもストレスがかかる。

本書ではこれらの困難な課題に対し、極めて系統的なアプローチが示される。「内科病棟での発熱へのアプローチ」「肝硬変患者の発熱へのアプローチ」「免疫不全者の肺感染症へのアプローチ」など、われわれが日々遭遇する具体例が呈示され、おのへの対応が記述される。そして、読み進むうちに各論の根底を貫く法則に気付く。それは、①患者背景、②感染臓器、③原因微生物、④抗菌薬、⑤最終的な治療方針という感染症診療の基本原則である。彷徨しているときは、実はこの基本原則に沿っていないことが少なくない。

病院内／免疫不全関連感染症診療は、もはや三次医療機関に限られたものではない。プライマリ・ケアにおいても経験される。繰り返すが、病院内／免疫不全関連感染症は手ごわい。時の経過とともに病態の解釈・治療の変遷も観察されてきた。本書が多くの医療者にとって、現時点における最善の指南書となり、病を患う人の守護神になることを願う。

病院内／免疫不全関連感染症診療は、もはや三次医療機関に限られたものではない。プライマリ・ケアにおいても経験される。繰り返すが、病院内／免疫不全関連感染症は手ごわい。時の経過とともに病態の解釈・治療の変遷も観察されてきた。本書が多くの医療者にとって、現時点における最善の指南書となり、病を患う人の守護神になることを願う。

標準産科婦人科学 第4版

岡井 崇, 綾部 琢哉 ● 編

B5・頁648
定価8,610円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01127-3

評者 吉村 泰典
慶大教授・産婦人科学

われわれが専攻する産婦人科学は、生殖医学、周産期医学、婦人科腫瘍学、さらには女性のプライマリ・ケアのそれぞれの専門分化が推奨されるほどその範囲は広く、女性の生涯を通じてその健康に奉仕する女性医学としての性格を有するようになってきている。どの学問においても分化と統合は常に必要であり、教育においては方法論的に産科学そして婦人科学として器官別に細分化して論ずるよりは、産婦人科学は女性の生態学、病態学として大きくとらえられるべきである。

医学教育における教科書の重要性は贅言を要しない。これまで数多くの優れた産婦人科学の教本が上梓されているが、最近では医学生諸君にほとんど使用されることがなくなり、知識は電子媒体や簡素化された冊子体より得られることが多くなっている。卒前教育で重視すべきことは、体系化されたスタンダードな知識を包括的に理解させることに

ある。その基準となるのは医師国家試験出題基準であるが、基準にかなった断片的な知識の蓄積だけでは産婦人科学の奥深さや魅力は到底理解できない。

『標準産科婦人科学』は、1994年に初版が発刊され、爾来17年間にわたり、産婦人科学の代表的な教科書として揺るぎない評価を受けている。今回の改訂においては産婦人科学のコアとなる普遍的知識に加えて、日進月歩する産婦人科医療を鑑み、医学生にとって必要な新知見もふんだんに取り上げられている。しかもこれまでの本書の伝統ともいえる産科婦人科学の基本が

系統的に記述されており、各分野の病態生理の包括的理解を容易にし、かつ医療の実践に向けての問題解決能力の陶冶に資するよう意を尽くされている。岡井崇教授と綾部琢哉教授の医学教育に対する philosophy が体感できる素晴らしい教本であり、医学生にとってまさに必読の書である。

揺るぎない産婦人科学教科書



標準産科婦人科学

第4版

岡井 崇・綾部 琢哉

思考の有機的な統合と真の理解に至る教科書
産科学と婦人科学の学習に最適な1冊
レイアウトを一新、待望の改訂第4版

神経内科ハンドブック 第4版

鑑別診断と治療

水野 美邦 ● 編

A5・頁1312
定価14,175円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00874-7

評者 高橋 良輔

京大大学院教授・臨床神経学

神経内科ハンドブックの初版は1987年4月に発行された。ちょうど私は卒業後5年目で神経内科専門医(当時は認定医)試験受験の直前であった。コンパクトでありながら、読みやすい文章で多くの情報が無駄なく偏りなく取り上げられており、短時間で読みとおしてしまっただけでなく、試験に役立ったのは言うまでもないが、それよりもベッドサイドでこれほど実践的な教科書はこれまでなかったのではないかという強い印象を受けた。

最も目を眩したのは、編集者の水野美邦先生ご自身が執筆され、第4版でもそのエッセンスは変わっていない「神経学的診察法」と「局所診断」の項目であった。臨床に有用な神経解剖・神経生理の記載が充実しているだけでなく、初心者やさしく語りかけるようなアドバイスも

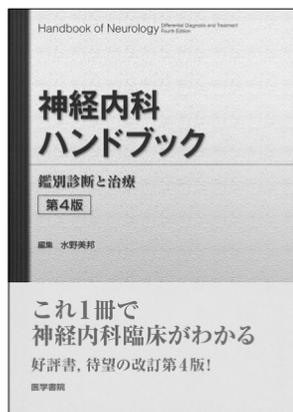
書き込まれている。

例えば「局所診断」の章の最初に掲げられている「経験者は複雑な症候の患者を見ても、すぐどの辺りに障害があるか見当がつくが、初心者は末梢から順に考えていくとよい」という金言は、後に水野先生の病棟回診を見学する機会を得て、難しい症例に関しては水野先生ご自身がその通り実践されているのを目の当たりにすることができた。

初版の序文に書かれている「卒業後比較的年月が浅く、熱意に燃えて臨床研修を行っている方々に読んでいただきたい」という意図

は十分達せられ、多くの読者の支持を得て版を重ね、このたびの第4版発行に至った。第4版から新規に追加された点を列挙してみると、3章「症候から鑑別診断へ」に、「3. 睡眠障害」「16. ノ

ベッドサイドでも使いやすい実践的な教科書



神経内科
ハンドブック

鑑別診断と治療
第4版

編者 水野美邦

これ1冊で
神経内科臨床がわかる
好評書、待望の改訂第4版!

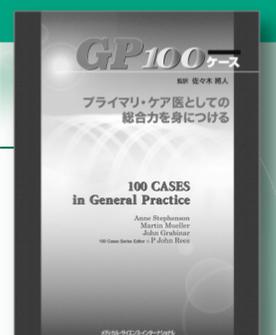
医学書院

GP100ケース 新刊

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

百戦錬磨の熟練医による臨床推論を伝授
Generalな診断力を身につける

コモンな疾患を中心とした「内科診断100ケース」に続くシリーズ第2弾。英国のGP(General Practitioner)を念頭に置き、あらゆる患者、疾患への対応を企図。1症例は裏表2頁で完結、表頁には患者の病歴、身体所見、検査結果が示され、それをもとに診断仮説を立てた上で、裏頁に記載された、熟練医による臨床推論、診断結果、その後の転帰を確認する、という流れ。特に病歴聴取・問診に重点を置いた記述。臨床推論スキルを向上させ、かつGeneralな診断力を身につけるべく、研修医・医学生からプライマリ・ケアに関わる医師まで幅広く有用。



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%)
●B5変 頁232 図2
2011年
●ISBN978-4-89592-685-0

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

好評関連書
監訳 佐々木将人
●定価4,830円
(本体4,600円+税5%)
●B5変 頁280 図・写真50
2008年
●ISBN978-4-89592-581-5

病院早わかり読本 第4版

編著 飯田修平

患者さんが安心して受けられる医療の提供には、何よりも医療のしくみの正しい理解が求められる。その実践の過程から「医療における信頼の創造」を実現するために、医療に携わるすべての新人スタッフがまず知っておくべきことを、コンパクトかつすぐに理解できるようまとめ好評であり続けたベストセラー最新改訂第4版。近年さらに変化の激しい医療制度改革に対応し全面的に内容を刷新。

●B5 頁276 2011年 定価2,310円
(本体2,200円+税5%) ISBN978-4-260-01238-6

医学書院

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/

標準整形外科学 第11版

内田 淳正 ● 監修
中村 利孝, 松野 丈夫, 井樋 栄二, 馬場 久敏 ● 編

B5・頁1052
定価9,870円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01070-2

評者 松山 幸弘
浜松医大教授・整形外科学

私が学生であったころ、『標準整形外科学』は第2版であった。当時の表紙は茶色のレザーに似せたビニール表紙で、第3版まではこの茶色表紙が継続し(～1989年ころ)、第4版(1990年発行)以降は青に黄色、そしてこの第11版は白地に赤いリボンのいでたちとなった。監修をされた内田淳正先生はこの表紙を「清潔感の中に医療への熱い情熱を感じさせるもの」と表現された。まさにその表現がふさわしい表紙であり、また内容もそのとおりとなっている。

肝心の内容の、主な改訂点としてまず注目したのは「痛みの生理学」という章が第I編の「整形外科の基礎科学」に追加されたことである。患者さんは痛み、とりわけ難治性の痛み悩まされることがあるが、運動器と痛みは切り離せない関係であるにもかかわらず目を伏せてきた感がある。近年この痛みに対する注目度が増し、難治性疼痛に対する治療概念に変化がみられる。本書ではこの痛みの生理学、そして治療学が実にわかりやすく解説されている。まさにタイムリーな章であり、難治性・神経障害性の痛みに対するアプローチには必読といえよう。

さらに第I編の「整形外科の基礎科学」から第VIII編の「リハビリテーション」までの冒頭にそれぞれ構成マップが追加された。このマップは自分

が調べたい内容がどこにあるか一目にしてわかる便利なものとなっており、特筆すべき工夫である。絶賛である。また、腫瘍は骨腫瘍と軟部腫瘍とに分けて章が設けられているなど、本書の章の総数は多くなっているが、内容はより充実したものとなっている。

これはすべての章についていえることであるが、今回の改訂版では最新の治療が盛り込まれ、さらにその説明には多くのカラー写真がふんだんに使用されており理解しやすい構成となっている。その結果として総ページ数は第10版より100ページほど多くなっている。持ち運びには少し不便ではあるが、内容の充実度を考えれば十分許容できる。

この『標準整形外科学』は初版以来、学生や卒後研修医などの読者に「わかりやすく、考える整形外科学」を提供することに重点が置かれてきたが、整形外科専門医試験作成において一番信頼のおける参考資料としても使用されている。

私自身、専門分野以外での疾患についての理解にはよく使用させていただいている。とにかく写真が多くわかりやすいのが特徴だ。

これから整形外科を学ぼうとする学生諸君、卒後研修医、そして専門医試験を受けようとしている方にぜひ購入をお薦めする書籍である。

「排尿・排便障害、性機能障害」を追加、5章「診断と治療」の「5. 炎症性疾患」を「6. 感染症疾患」「7. 自己免疫性疾患」に分割、「15. 神経筋接合部疾患」を「13. 筋疾患」から独立させてある。また6章「基本的治療法・手技」に、「4. 公的支援制度」を新しく設けてあり、わが国の神経内科医が患者の助けになる上で必要な基本事項はすべて盛り込まれていると言えてよい。

全般的な特徴を述べてみると、順天堂大学脳神経内科のスタッフを中心にさまざまな領域の専門家が執筆者に名を連ねており、どの各論にも最新の知見に基づいた充実した記載が心掛けられている。神経学の基本的診察から症候学、病理・電気生理学・分子病態、治療などあらゆる事項を網羅する教科書は類書がない。また索引が充実しているため辞書的に用いることが容易で、日々の臨床で生じた疑問をすぐに

解決できる。さらに進んだ知識を得るために足掛かりとなる、参考文献情報もアップデートされており豊富である。日常診療に用いる場合、目の前の患者の症候学から鑑別診断を本書で調べ、詳細な検査を追加し、また、診断がついた後は本書に従い治療を行うことも可能なほど詳細な記載がある。

Merritt や Adams の教科書に匹敵するほどの充実した内容がありながら、それがコンパクトな記載でハンドブックの形態に収められているのも、ベッドサイドで使いやすいように、との配慮であろう。ただ、版を重ねるにつれ、持ち運ぶには少々重くなっているのが、私はオフィスと自宅に一冊ずつ置いて、いつでも参照できるようにしている。すでにわが国の標準的な教科書の地位を確立した本書であるが、これからは多くの若者が本書によって優れた神経内科医に育ってくれることを願う。

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 神田 善伸
自治医大さいたま医療センター教授・血液科

岡田定先生が執筆された『誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方』が届いた。岡田先生といえば、学生・レジデントの人気 No. 1 である聖路加国際病院で内科統括部長・血液内科部長として活躍され、教育に熱心であることでも有名で、数多くの教育的著書を執筆・編集されている。特に『内科レジデントアトラス』は今、私の目の前の本棚のすぐ手が届くところに並んでいる。「血算」だけをテーマに一冊の書籍にまとめ上げたという本書にもおのずと期待が高まる。

血液の疾患というと、難しい、怖い、という印象が先行し、専門医以外からは敬遠されがちである。日常診療においても、白血球が少ない、ヘモグロビン値が低い、血小板が少ない、ということだけで、自分でしっかりと考察することなく即座に専門医に紹介されてくることが多い。もちろん、重篤な疾患が潜んでいる可能性があるため、診断に自信がない場合に専門医に紹介することは重要であるが、実際にはこれらの多くは少し考えれば自分自身で診断にたどりつくことができるものである。教科書に書かれていることをしっかりと読めば、初期対応としての鑑別診断は容易に実施できる。しかし、インターネット全盛の時代において、分厚い文字だらけの教科書を読み解くことは簡単ではないのかもしれない。

書籍全般の売上げが低下しているインターネット時代においても、本書は、血算の読み方・考え方をマスターするための最短コースとなることであろう。既存の書籍との違いは明確である。これまでも血算の異常に対してどのように対応すべきか、ということはいくつかの書籍に記載されてきたが、それらは一冊の書籍のごく一部分として記載されたにすぎない。2011年4月

28日現在、Amazonのホームページで「血算」のキーワードで検索を行うと、当然のごとく本書が1番に表示され、以下、書名に「血算」の二文字が含まれるものは一冊もない。

そして、何よりもの特徴は、さまざまな血算の異常のパターンに対して「スーパールール」という血算の読み方の原則についての紹介があり、それに続いて多数の実際の症例に基づいて診断までの思考過程を1ステップずつ丁寧に解説している点である。その後、もう一度、「ワンポイントレッスン」「基本ルール」で確認する。予習、復習がワンセットになり、

いや応なしに血算の読み方・考え方が頭にたたき込まれる。図表が多く、読み続けることになら苦痛を感じさせない配慮もありがたい。「脱水」のワンポイントイメージとして用いられている砂漠のらくだの写真は岡田先生がご自身で撮影されたものだろうか？機会があれば伺ってみたい。

ところどころに診療現場での逸話を紹介する「ちょっと休憩」というコーナーも挿入されている。「Paraneoplastic love」なんて、タイトルだけで引き込まれてしまうのではないか。このように、医学書というだけでなく、一般文芸書のような感覚で、一冊の読み物として楽しむこともできるのである。そうして最後まで読み終えると、こう感じるはずだ。

「なんだ、血算って簡単じゃん。」
私だけでしょうか？
いいえ、誰でも。

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

医学のスペシャリストのための電子辞書

New Model SR-A10003

「医学書院 医学大辞典 第2版」「ステッドマン医学大辞典 改訂第6版」
2つの医学大辞典に加え、「治療薬マニュアル2010準拠」を収録



SR-A10003
収録コンテンツは
24種類

2011年 価格79,800円
(本体76,000円+税5%) [ISBN978-4-260-70077-1]

セイコーインスツル株式会社
データサービスシステム事業部
【販売】
株式会社医学書院 販売部

医学書院

新刊 オープンが読み続ける レジデントに読み継がれる
これぞ“マニュアル”

ワシントンマニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

- 内科治療学のバイブル、今回も3年ぶりの改訂。
- ベッドサイドにおける実践的知識とノウハウをコンパクトに凝縮。
- 手順のみを示す備忘録的なポケットマニュアルとは一線を画し、しっかり読み込むことで手応えを感じつつ、臨床能力を培い高める原動力となる、マニュアルを超えた“マニュアル”。
- 幾世代にもわたるオープンがレジデントに薦め、読み継がれ、版を重ねることに信頼度を高めてきた、まさにスタンダード。
- 看護師や薬剤師には最新の内科治療を概観するために。

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

定価8,820円(本体8,400円+税5%)
A5変 頁1128 図42 2011年
ISBN978-4-89592-666-9

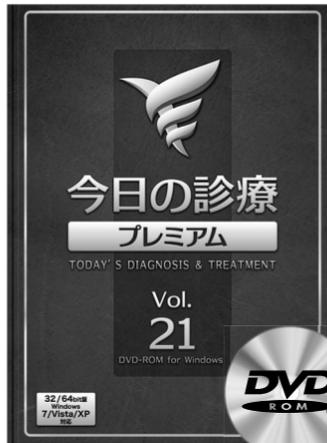
MEDI Medical・サイエンス・インターナショナル
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36 FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medi.co.jp

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

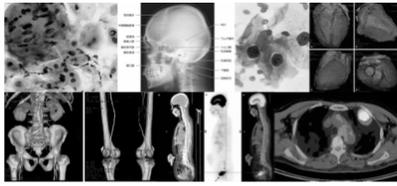
DVD-ROM for Windows



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。お手持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

書籍の改訂にともない「今日の治療指針 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、臨床の場で求められる「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 今日の治療指針 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 今日の治療指針 2010年版
絵・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

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・染矢俊幸・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]



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]



サイコース・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、サイコース・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]



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、ミニエンサ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]



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]



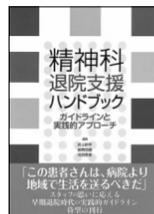
精神科退院支援ハンドブック

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・池淵惠美

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。苦手意識を持つ前に、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]



神経心理学コレクション ●新刊

◆ シリーズ編集 山鳥 重・河村 満・池田 学 ◆

心はどこまで脳なのだろうか

兼本浩祐

近年の脳科学の進歩や操作的診断基準の普及により、精神医学の拠って立つ地平が大きなパラダイムシフトを起こしている。患者の病的体験を直接的に「了解」しようとするアプローチは、あたかも精神医学が脳科学の一分野であるかのように語られている。しかし、本当に「心」はすべて「脳」で説明しきれるのだろうか。精神医学、脳科学の根本命題をめぐる、著者一流の考察。

●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

認知症をはじめとする疾患について、その臨床診断と病理診断を比較し、結果をまとめたもの。臨床診断の解説後、「種明かし」をするように病理診断を紹介する構成はさながら「推理小説」。初心者でも楽しみながら読み進められる1冊。

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



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