

2015年9月7日

第3140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 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 (神田善伸, 宮地良樹, 仲田和正, 安達洋祐, 藤田次郎) 1-3面
- [FAQ] 肺MAC症の治療 (鈴木克洋) 4面
- [寄稿] 早期退院, 自宅治療を実現する新しい感染症診療"OPAT" (馳亮太) 5面
- MEDICAL LIBRARY 6-7面

寄稿特集

My Favorite Papers

一編の論文との出会いが 医師人生の新たな扉を開く



医学の進歩は目覚ましく、日々新たな知見が得られています。知識をブラッシュアップし続けるのは大変なことですが、時には、医師人生に大きな影響を与えるような論文との出会いが待っているかもしれません。今回も昨年に引き続き、医師としてのキャリアの中で出会った「お気に入り論文」を識者の方々に挙げていただきました。ぜひ皆さんも、自分の「お気に入り論文」を考えてみてください。

神田 善伸

自治医科大学附属病院・自治医科大学
附属さいたま医療センター血液科
教授/臨床研究支援センター長



- ① The Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) Investigators. Preliminary report: effect of encainide and flecainide on mortality in a randomized trial of arrhythmia suppression after myocardial infarction. N Engl J Med. 1989; 321 (6): 406-12. [PMID: 2473403]
- ② O'Brien SG, et al. Imatinib compared with interferon and low-dose cytarabine for newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukemia. N Engl J Med. 2003; 348 (11): 994-1004. [PMID: 12637609]
- ③ Sackett DL, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996; 312 (7023): 71-2. [PMID: 8555924]

私が研修医となった1991年は、インターネットもなければ、Evidence-based medicine (EBM) という言葉もなく、論文の検索も業者に依頼しなければならぬ時代である。情報の主な入手元は、研修医室に仲良く並んでいた『medicina』(医学書院)と『ヤングマガジン』(講談社)であった。数年が経過

して院内の図書室などでCD-ROMに収められたデータを利用して文献検索ができるようになった。しかし、その使い勝手は悪く、やむを得ず文献管理ソフトを自作して、CD-ROMから抽出したabstractを取り込んで閲覧していた。その後、インターネットの普及により個人のPC上でMedlineのデータベースへのアクセスが可能となり、文献検索は格段に身近なものになった。さらにPDFによる論文全文の電子化によって、各自のデスクが実質的な図書室となった。そこで、1998年ごろから、各専門誌のTable of contentsサービスやMEDPORTを利用して内科系、血液・腫瘍系主要誌の目次を毎号閲覧するようになり、目に留まった論文をPC上に保存する作業を始めた。それから約17年、PCに蓄積された多数の論文の中から3本を厳選せよ、というのは無茶な要求だが、こういうときは深く考えないに限る。思いつくままに冒頭の3つの論文を挙げた。

①はCAST study。心筋梗塞後の不整脈による突然死を予防するために、クラスIの抗不整脈薬を投与する群とプラセボ群を無作為割付によって比較したところ、予防投与群において有意に不整脈死亡が多かったという衝撃的な論文(当時)である。私は初期研修医のころは不整脈に関心を持ち、六本木のバーのカウンターで指導医と心電図を眺めるような生活を送っていた。

そのころに指導医に教わった論文である。診療を理論だけで構築することは不可能であり、臨床研究による実証が必要であることを学んだ。だから、「やってみなくちゃわからない、大科学実験で(NHK Eテレ)」。

②は慢性骨髄性白血病に対する初期治療として、それまでの標準治療であったインターフェロンとシタラビンの併用群を、分子標的治療薬イマチニブが打ち破ったという無作為割付比較試験の結果である。この成果は、分子標的治療薬時代の幕開けという大きな意味合いも持つが、いつの間にか造血幹細胞移植を行う血液内科医になっていた私にとっては、移植医という職業を失う予感を感じさせてくれた論文でもある。移植などという野蛮な治療法は、やらなくて済むならそのほうがよい。残念ながら、他の疾患では当面は失業することはなさそうである。

③は学術論文という体裁のものではないが、EBMに対する誤解を解くために執筆されたものである。GuyattらによってEBMという用語が脚光を浴びるようになった(JAMA, 1992 [PMID: 1404801])が、彼が最初に提案したのはscientific medicineという用語であった。EBMという用語は「Evidence」が前面に出すぎている。実際には「Evidence」は科学的な診療のための一つの要素にすぎないのに。③の中で象徴的なのが「Evidence based

medicine is not "cookbook" medicine.」という一文である。コックさんがレシピ通りに料理を作るようにガイドライン通りに行う診療、それはEBMではない。また、Guyattらの論文(BMJ, 2002 [PMID: 12052789])に「Evidence does not make decisions, people do.」と書かれている。「エビデンスがあるからやる」とか「エビデンスがないからやらない」という考え方は間違いであり、「これらのエビデンスと患者さんの病態、背景、人生観を総合的に考えて、こうする」というのが真のEBMである。③の文章の目的はEBM普及後のゆがんだEvidence至上主義に警鐘を鳴らすことだったに違いない。

とはいえ、臨床研究の実証結果(Evidence)を記述した論文の存在は重要である。診療現場で生じた疑問をクリニカル・クエストに置き換え、文献を検索する。得られた文献を吟味し、目の前の患者さんに当てはめられるかどうかを考えて診療するのがEBMである。ただし、研修医が文献を読む際には「薬を見て森を見ず」にならないように、まずは優れた総説で全体像を把握することが重要である。その際には執筆者による偏りがないように複数の総説を読む、あるいは、別の専門家の査読(peer review)を受けている総説を読むことを勧める。ただし、血液

(2面につづく)

9

September
2015

新刊のご案内

医学書院

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

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

監修 松村理司
編集 酒見英太
執筆 京都GIMカンファレンス
B5 頁256 3,800円
[ISBN978-4-260-02169-2]

今日の小児治療指針 (第16版)

総編集 水口 雅、市橋 光、崎山 弘
A5 頁1032 16,000円
[ISBN978-4-260-02084-8]

口腔咽喉頭の臨床 (第3版)

監修 日本口腔・咽喉科学会
A4 頁224 15,000円
[ISBN978-4-260-02163-0]

診療情報学 (第2版)

編集 日本診療情報管理学会
B5 頁488 8,000円
[ISBN978-4-260-02397-9]

〈標準言語聴覚障害学〉 聴覚障害学 (第2版)

シリーズ監修 藤田郁代
編集 中村公枝、城間将江、鈴木恵子
B5 頁360 5,200円
[ISBN978-4-260-02117-3]

解いてなっとく 使えるバイオメカニクス

前田哲男、木山良二、大渡昭彦
B5 頁208 3,500円
[ISBN978-4-260-02161-6]

認知症ケアの考え方と技術 (第2版)

六角僚子
B5 頁180 2,400円
[ISBN978-4-260-02194-4]

今日から使う 看護現場の基本交渉術

北浦暁子、渡辺 徹
A5 頁128 1,800円
[ISBN978-4-260-02205-7]

看護管理者のコンピテンシー・ モデル事例集 書き方とその評価

看護管理コンピテンシー研究会 編
B5 頁180 2,800円
[ISBN978-4-260-02431-0]

寄稿特集 My Favorite Papers

宮地 良樹

滋賀県立成人病センター
病院長/京都大学名誉教授



- ① McCord JM, et al. The reduction of cytochrome c by milk xanthine oxidase. J Biol Chem. 1968; 243 (21): 5753-60. [PMID: 4972775]
- ② Katz SI, et al. Epidermal Langerhans cells are derived from cells originating in bone marrow. Nature. 1979; 282 (5736): 324-6. [PMID: 503208]
- ③ Kligman AM et al. Topical tretinoin for photoaged skin. J Am Acad Dermatol. 1986; 15 (4 Pt 2): 836-59. [PMID: 3771853]

「これまでの医師としてのキャリアの中で最も印象深い論文」を挙げるように言われて、即座に想起したのがこの三編である。いずれも、自分の皮膚科医としての研究ベクトルや臨床ジャンルの方向性決定に大きな影響を与えたメモリアル論文である。

④ 活性酸素研究参入の機縁となった論文
 まだ、レドックス研究が未開の領域であった1980年代に読んだSOD発見の論文で、酸素毒性と防御がユビキタスな領域で重要であることを認識し、私自身が皮膚における活性酸素研究に参入する機縁となった心に残る論文である。当時はまだ、活性酸素の演題を出しても、座長は必ず「活性酸素」と読み、マイナー研究ジャンルの悲哀を感じた時代であった。1986年に京都で皮膚活性酸素研究国際シンポジウムを開催したときに、この論文のシニアオーサーであり、レドックス研究のパイオニアであったFridovich先生をお招きできた。すでにご高齢であったが、ご夫妻共々きわめて温厚で、まだ35歳であった私にもとても紳士的に接して下さったことが基礎研究者の鑑のようで強く印象に残っている。早石修先生と共に編集した書籍『The Biological Role of Reactive Oxygen Species in Skin』(Elsevier, 1987)に彼が寄稿して下さったのが何よりもうれしく、今もその本を大切に保管している。

(1面よりつづく)

領域の入門書の発見は容易である。医学書院の『血液病レジデントマニュアル』を開けばよいのだから。

EBMに慣れてきたら臨床研究にも目を向けてほしい。不足しているEvidenceを臨床研究によって創り出すのである。それを英文論文として発表することで、将来のEBMに還元される。自分の研究が活字となる喜び、その論文が引用される喜び、診療現場に役立っているという実感が、臨床研究の原動力となる。自治医大の臨床研究支援センターでは、臨床研究の初心者へ支

② 皮膚免疫学研究をメジャーにした論文

皮膚樹状細胞であるランゲルハンス細胞が骨髄由来であることを、キメラマウスを用いた手法で証明したエポックメイキングなNature論文である。皮膚の細胞は当然皮膚由来だと信じられていた当時の常識を打破したこと、皮膚免疫研究が皮膚の枠を超えてメジャーになったこと、共著者の故・玉置邦彦先生(元・東大皮膚科教授)を見て皮膚科からもNature論文を発信できるんだと大きな励みになったことなどから今も忘れ得ぬ論文である。その後、私どもの教室からも制御性T細胞などで二編のNature論文を発表したが、この論文があったからこそ、皮膚科医がPhysician-Scientistとして躊躇することなく世界に飛翔できるようになったと考えている。国内の多くの皮膚科学教室からNature級の論文が量産されるようになった現実を見ながらつくづく先駆者の偉業に敬服する。

③ 光老化を治せると実感させてくれた論文

美学的に気にされるシミ、シワなどのほとんどは紫外線による皮膚加齢現象で防御可能であることから「光老化」と呼ばれ、生理的な皮膚老化と区別されているが、レーザーやボトックスなどの侵襲的手法によってのみ治療可能と信じられてきた。しかし、米国皮膚科の巨匠であるKligman先生が、にきび治療薬であるレチノイド外用を用いて光老化によるシワの治療が可能であることを最初に報告したのがこの論文である。まず、外用というドラッグデリバリーで真皮結合織に影響することが新鮮な驚きであったし、深く刻まれたシワが半年ほどで見事に消失する写真を見たときはわが目を疑ったほどである。いまや定着した美容治療になったが、硬直した「常識」を排除する発想転換の重要性を認識させられた思い出深い論文である。

*

このように一編の論文が医師人生・研究者遍歴の新たな扉を開くことがある。誰にでも忘れ得ぬ論文があり、その点綴された軌跡をたどることで、医師としての彩りを紡ぐことができるのも論文を読むひそかな楽しみであろう。

援活動を行っている。その一つが無料統計ソフトEZRによる統計解析と信頼性・適及性確保の試みである。EZRはマウス操作で簡単に多彩な統計解析ができ、解析過程のログも保存可能である。EZRの開発・使用方法を紹介した拙著(Bone Marrow Transplant. 2013 [PMID: 23208313])は、2013年以降に血液学系国際専門誌に掲載された全ての論文の中で最高の引用回数を誇っている。EZRは自治医大さいたま医療センターのウェブサイトから容易にダウンロードできる。EZRを通じて、より多くの臨床医が臨床研究に引き込まれていくことを期待している。

仲田 和正

西伊豆健育会病院院長



- ① Mitchell SL. CLINICAL PRACTICE. Advanced Dementia. N Engl J Med. 2015; 372 (26): 2533-40. [PMID: 26107053]
- ② Reichert TA, et al. The Japanese Experience with Vaccinating Schoolchildren against Influenza. N Engl J Med. 2001; 344 (12): 889-96. [PMID: 11259722]
- ③ Ismail-Beigi F. Clinical practice. Glycemic Management of Type 2 Diabetes Mellitus. N Engl J Med. 2012; 366 (14): 1319-27. [PMID: 22475595]

私の勤務する西伊豆健育会病院は直近の大病院まで救急車で1時間以上かかるへき地にありますので、「救急は決して断らない!」ことにしています。したがって医師全員が全科的疾患に対応する覚悟が必要となります。全科にわたり常に知識をup to dateするにはどうしたらよいか模索してきましたが、最終的に世界のトップジャーナル(NEJM, Lancet, JAMA)の「総説(review)」で知識を得ることにたどり着きました。総説とは、ある疾患のその時点での世界の流れをまとめてくれるもので、臨床医にとって誠にありがたい存在です。

④ この「重度認知症」の総説で最も驚いたのは次の3点です。現在の日本のプラクティスを根底から覆しかねない内容で、ただただ驚くばかりでした。

- ・観察研究では経管栄養は利点がなく、推奨できない(行うと褥瘡悪化、肺炎のリスク増加)。
- ・認知症患者に向精神薬を投与すると死亡リスクが増加する(2005年に判明)。
- ・重度認知症への不適切な投薬の代表はChE阻害薬(アリセプト®等)、メマンチン、スタチン。

重度認知症に抗認知症薬(アリセプト®, イクセロン®, レミニール®, メマリー®)等が処方されていることが多いのですが、これらの薬は主に軽度認知症に使うもので、重度認知症に対してはこれらの薬剤を処方する利点は限定的です。

⑤ 原著論文(original article)で、私にとって過去一番衝撃的だったのがこの論文です。かつて日本国内ではインフルエンザに対し、小中学校でのワクチン接種が義務となっていました。しかし副作用事例にマスコミや市民が過剰反応し、1987年以降は任意接種となりました。私もインフルエンザワクチン接種は意味がないと思い込み、患者さんに勧めることはありませんでした。日本の多くの医師も同様だったと思います。

これがどのような恐るべき結果を引

き起こしたかが、なんと米国の研究者によって発表されました。日本の厚生省の死亡統計を詳しく調べ上げて書かれた論文で、民主主義が常に正しいとは限らないということが示されました。この論文の要点は次の3点です。

- ・日本では1962年から1987年までは、小中学校でのインフルエンザワクチンの接種が義務であった。
- ・1987年の中止により、日本の全死亡率および老人の肺炎死亡率が上昇した。
- ・ワクチン強制接種はherd immunity(集団免疫)により、老人の死亡率を抑制していた。

⑥ 2型糖尿病治療の総説で、当院の糖尿病のプラクティスを大きく変えました。この論文のポイントは4点です。

- ・2型糖尿病発症早期で、合併症のない若者のHbA1c目標値は6.0%とせよ。
- ・高齢糖尿病で合併症のある患者は、HbA1c目標値を8.0%とせよ。
- ・新規糖尿病治療は生活改善、第一選択薬はビグアナイド。
- ・第二選択薬にはどの薬剤が妥当かを示すエビデンスはない。

高齢者のHbA1cを6%台にすると、低血糖発作を起こしやすく極めて危険です。糖尿病の内服薬は、DPP-4阻害薬やGLP-1受容体作動薬、SGLT-2阻害薬など次々と新薬が出ています。しかし、内服薬でエビデンスが確立されているのはあくまでもビグアナイドであり、第二選択薬には何が妥当なのかは明らかになっていません。

製薬会社の宣伝をうのみにする危険性がここにあります。当院では、第一選択をSU薬ではなくビグアナイドにすることにより、患者さんが低血糖で救急搬入されることはほとんどなくなりました(ただしCr値が女性1.2 mg/dL, 男性1.3 mg/dLを超える場合には、ビグアナイドは推奨されません)。

*

吉田松陰の言葉に「飛耳長目」という言葉があります。耳と目のアンテナを高くし、常に情報を集めて判断せよという意味です。日本の医学は大変優れていると思いますが、いつの間にか国内だけの独善に陥っている場合があります。海外の雑誌を読むことで、初めてそれに気付かされるのです。現在、世界の医学情報のほとんどは英語で発信されています。日本語だけで医学を勉強していると世界から数年は遅れますし、危険なことでもあります。

メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

皮膚科治療のすべてがわかる! 全面改訂、オールカラー

今日の皮膚疾患治療指針 第4版

皮膚科専門医による、皮膚科専門医のための、「治療の教科書」決定版。定評ある『今日の治療指針』シリーズの皮膚疾患版として、400余疾患の治療法と処方例・患者説明のポイント、鑑別診断53徴候、検査法21、治療法42、写真点数987を収載。何度も読み返したくなる、現在の皮膚科学の英知の結集。乳幼児から高齢者まで、全世代の全身の皮膚症状を網羅しているため、一般内科医にも推奨したい。

編集 塩原哲夫
杏林大学教授
宮地良樹
京都大学大学院教授・皮膚科学
渡辺晋一
帝京大学教授・皮膚科学
佐藤伸一
東京大学大学院教授・皮膚科学



難しい血液疾患の臨床をわかりやすく手引き

血液病レジデントマニュアル 第2版

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レジデントマニュアルの改訂第2版。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・配慮がなされている。日本血液学会(編集)造血器腫瘍診療ガイドラインをはじめ最新情報を網羅し、血液専門医にとっても手元にあると役立つ1冊。

神田善伸
自治医科大学附属さいたま医療センター
血液科教授



一編の論文との出会いが医師人生の新たな扉を開く

安達 洋祐

久留米大学医学教育研究センター副センター長/教授



- 1 Kinra S, et al. Unsafe sax : cohort study of the impact of too much sax on the mortality of famous jazz musicians. BMJ. 1999 ; 319 (7225) : 1612-3. [PMID : 10600961]
2 Witte DR, et al. Cardiovascular mortality in Dutch men during 1996 European football championship : longitudinal population study. BMJ. 2000 ; 321 (7276) : 1552-4. [PMID : 11124170]
3 Ali NY, et al. Bad press for doctors : 21 year survey of three national newspapers. BMJ. 2001 ; 323 (7316) : 782-3. [PMID : 11588080]

外国の論文は面白い

少し古い論文ですが、大分の大学病院で診療・研究・教育に励んでいたときに出会った論文です。仕事が一息落した土曜の午後(週休2日制導入前)、図書館の新作雑誌コーナーで見つけて興奮しました。BMJはイギリスの伝統ある医学雑誌ですが、今回挙げた論文の各テーマは、ジャズ・サッカー・マスコミです。

1は「Unsafe sex」と勘違いしてページを開くと、1ページ目にジョン・コルトレン(アメリカのジャズサクソ奏者)の写真。最上段に生存曲線があり、サクソ奏者の平均寿命は40歳で、他の楽器奏者より20歳も短く、死亡のリスクはボーカルの2.5倍です。

2はFIFAワールドカップ(W杯)よりレベルが高いUEFA欧州選手権(EURO)に関する論文です。1996年の準々決勝は120分間で得点がなくPK戦となりました。敗れたオランダのテレビ視聴率は60%、男性の心筋梗塞と脳卒中による死亡は通常の1.5倍でした。

3は「医師に対する批判的な報道が増えているのは本当か」を検証した論文です。三社の全国紙から医師に関する記事を拾い上げ、否定的・中立的・肯定的のいずれかに分類すると、否定的/肯定的の比は21年間変わっていませんでした(2.3倍)。

若い医師へのメッセージ

3つの論文は短い、テーマがユニーク、タイトルがうまい、写真が魅力的、結論が明快などの特徴がありますが、実は筆頭著者は臨床医や研究者ではありません。1は研修医(大学院生との共著)、2は大学院生、3は医学生(医学生3人と講師1人)なのです。

研究は「本当か?」という疑問から始まります。若い医師は日常診療で素朴な疑問が浮かびます。研修医や医学生は感性が豊かです。手前味噌で恐縮ですが、私の名前が初めて載った論文(Br J Exp Pathol. 1982 [PMID : 6807336])は、学生時代の夏休みに細菌学教室で実験を手伝っていたときのことで、フレミングがペニシリン発見を報告した雑誌でした。

他にもたくさんあるよ

サクソ奏者は過敏性肺臓炎(Chest. 2010[PMID : 20822994]),ハード・ロック・ファンは頭頸部障害(BMJ. 2008 [PMID : 19091761], Lancet. 2014[PMID : 24998813]),ビジュアル系ミュージシャンは縦隔気腫(Ann Thorac Surg. 2012 [PMID : 23176926])の危険があり、ロック・スターは短命(J Epidemiol Community Health. 2007[PMID : 17873227])です。

W杯観戦も危険で、イングランドがPK戦で負けると心筋梗塞(BMJ. 2002 [PMID : 12493655]),ドイツが延長戦で負けると急性冠症候群(N Engl J Med. 2008 [PMID : 18234752])が増えます。医師に関する日本の新聞報道は、1999年(医療事故元年)の前後5年間を比べると、否定的な記事が1.7倍(1994-1998年)から4.1倍(1999-2003年)に増えました(外科. 2006 ; 68 (13) : 1731-4.)。

*

最後に、医学論文の面白さを知りたい人には倉原優さん(近畿中央胸部疾患センター)の『本当にあった医学論文』(中外医学社、第二弾あり)がお薦めです。素朴な疑問に正面から向き合った論文が満載で、著者に頭が下がります。もっと広く論文や研究の醍醐味を知りたい人には、サンキュータツオさんの『へんな論文』(角川学芸出版)がお薦めです。人間は好奇心や探究心の動物であり、「知欲(知りたい)」が人の人たるゆえんであることがわかります。

藤田 次郎

琉球大学医学部附属病院病院長/琉球大学大学院感染症・呼吸器・消化器内科学(第一内科)教授



- 1 Hamman L, et al. Acute diffuse interstitial fibrosis of the lungs. Bull. Johns Hopkins Hosp. 1944 ; 74 : 177-212.
2 Louria DB, et al. Studies on influenza in the pandemic of 1957-1958. II. Pulmonary complications of influenza. J Clin Invest. 1959 ; 38 (1 Part 2) : 213-65. [PMID : 13620784]
3 Rothlin E, et al. Localization rule for tuberculosis. Schweiz Z Pathol Bakteriol. 1952 ; 15 (6) : 690-700. [PMID : 13056565]

1私が心掛けてきたことは、固有名詞のついた病名は、必ずその原著論文を確認することである。私が印象に残っている論文は、Hamman-Rich症候群の原著論文である。この論文を読むことでHamman-Rich症候群と純インフルエンザウイルス肺炎の関連を知ることができた。

これらは一見関連のなさそうな疾患であるが、実はHamman-Rich症候群の病理像は、純インフルエンザウイルス肺炎と酷似するのである。Hamman-Rich症候群(現在の概念ではAcute Interstitial Pneumonia ; AIP)の原著論文の冒頭で、HammanとRichは多くの病理学者にこのような病気を診たことがあるかと尋ねている。多くの医師は見たことがないと答えているものの、その中の一人の研究者がHamman-Rich症候群として記載された患者の病理組織像は、実験的に作成したマウスのインフルエンザウイルス肺炎とよく似ていると述べたということが書かれている。

これはよく考えると当たり前のことである。Hamman-Rich症候群は、現在の間質性肺炎の分類ではAIPである。AIPの病理像はdiffuse alveolar damage (DAD)であり、その特徴的な所見として、hyaline membrane (硝子膜)の形成がある。

2一方、純インフルエンザウイルス肺炎の臨床像をLouriaらの論文から引用・抜粋して紹介したい。「純インフルエンザウイルス肺炎の6症例におい

ては、二次性の細菌感染症の合併なしに、びまん性の肺病変を呈していた。肺の所見は二次性細菌性肺炎の症例とは全く異なっていた。一般的に異常所見はびまん性であり、局所的な浸潤影に伴う所見(打診上の濁音、気管支呼吸音の聴取、山羊音、気管支音の聴取など)を認めなかった。画像所見では、心不全によく似たびまん性の浸潤影を示した。しばしば肺門から末梢に伸びるパタフライ陰影、びまん性の粒状影を呈した。肺底部で陰影は強く、血管・気管支束の増強を認める」。

Louriaらによるこれらの記載は、現在の概念では、acute respiratory distress syndrome (ARDS)の臨床像である。ARDSの病理像は、DADであり、また硝子膜形成を呈することからHamman-Rich症候群と同じ病理像になるのである。原因がインフルエンザウイルス感染症によるものと特定できれば純インフルエンザウイルス肺炎と診断可能であるものの、ウイルス学的検査が実施されなければAIPと診断されることになる。すなわちHamman-Rich症候群と純インフルエンザウイルス肺炎は表裏一体ということになる。

3優れた論文の中には優れた模式図が含まれていることが多く、そのイラストを見るだけで疾患概念の理解が深まる。私は古い論文を読むことが多いが、その古い論文の中に驚くような図を発見することがある。例えばコウモリの肺結核である。3の論文中の図を見ると肺結核の病変の分布が肺尖部に多いのは、体位(重力)の影響を受けるためであることが明らかとなる。同じ論文の中にはウシの肺結核、およびイタチの肺結核の図も紹介されている。

これらの一連の図を見るだけで疾患への理解が格段に深まっていく。このような図に出会えることも論文を読む楽しみである。

*

論文を読むことも重要であるが、もっと重要なのは書くことである。論文を書くことで、論文を読む必然性が生まれ、その中から貴重な情報が得られる。



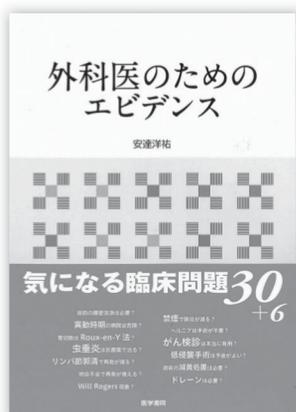
そうだったのか! —最新の論文をもとに気になる臨床上の疑問を解き明かす

外科医のためのエビデンス

安達洋祐

気になる...でも、調べるのは大変。教科書やガイドラインでは解決できない臨床上の問題を以下の構成で解き明かす。[素朴な疑問]外科医が直面する臨床問題を提示→[基本事項]教科書的な知識や常識的な知見を要約→[医学的根拠]世界中の疫学研究や臨床研究をデータで紹介→[補足事項]関連する研究を補足→[筆者の意見]30年の臨床経験に基づく著者の見解→[疑問の解決]文献から得られた現時点での結論を明示!

B5 頁232 2015年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02100-5]



医学書院

呼吸器疾患の臨床的疑問を手軽に解決できる、日常診療に直結したマニュアル



呼吸器病レジデントマニュアル 第5版

編集 谷口博・藤田次郎

研修医、呼吸器専門医をめざす若手医師のための、呼吸器疾患マニュアル。6年ぶりとなる今回の改訂では、近年の呼吸器領域の趨勢を軸に、一般外来および病棟・救急それぞれの場で、具体的・実践的な答えがすぐ見つけられる目次構成とした。執筆者はすべて呼吸器疾患のエキスパートであり、かつ編集者が丁寧に全内容を調整した。呼吸器疾患に関する基本的な知識を効率よく習得できる。

B6変型 頁660 2015年 定価:本体5,700円+税 [ISBN978-4-260-02142-5]

カリスマ呼吸器内科医のアートとサイエンスがあふれる沖縄ケースカンファレンス!



Dr.宮城×Dr.藤田 エキスパートに学ぶ呼吸器診療のアートとサイエンス

宮城征四郎・藤田次郎

収録の20ケースは、呼吸器内科医がよく日常遭遇し頭を悩ませる症例。各ケースとも鑑別診断から治療までが網羅されている。読者は、カリスマ呼吸器内科医Dr.宮城とDr.藤田の、臨床のアートとサイエンスの神髄にふれられるとともに、クリニカルパールあふれる珠玉のメッセージを直に得られるだろう。日常の診断能力がさらに磨かれる1冊。

B5 頁288 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02099-2]

医学書院

FAQ

今回の回答者

鈴木 克洋

国立病院機構近畿中央胸部疾患センター 統括診療部長

Profile/1982年京大医学部卒。京大胸部疾患研究所、同医学部附属病院を経て2000年より国立療養所近畿中央病院に勤務。04年より国立病院機構近畿中央胸部疾患センター感染症研究部長、10年より現職。日本結核病学会非結核性抗酸菌症対策委員長。

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

肺 MAC 症の治療

非結核性抗酸菌症 (NTM 症) は結核菌以外の培養可能な抗酸菌による慢性の感染症です。その多くは *Mycobacterium avium complex* (MAC) による肺感染症である肺 MAC 症です。

肺 MAC 症は急増しており、昨年行われた全国調査「非結核性抗酸菌症の疫学・診断・治療に関する研究」での推定罹患率は人口 10 万対 13 と、結核罹患率に迫る勢いです。結核と異なり感染性はないため隔離は不要ですが、薬剤効果が乏しく長期に治療や観察が必要なため、今や一般医家の外来で普通に診療する疾患となっています。

FAQ 1 肺 MAC 症の化学療法はいつ開始すれば良いのでしょうか。

●診断基準を満たした段階で開始するのが原則だが、個別の判断も必要。

肺 MAC 症の講演後必ず質問される疑問点であり、現在最も解決すべき課題ですが、科学的に正しい答えが無いのが現状です。その背景として、結核と異なる肺 MAC 症の三つの特徴があるからです。

- ①ヒトからヒトへと感染することはない
- ②経過が極めて緩慢

③化学療法の効果が乏しい

感染性がある結核はたとえ本人が希望しなくても必ず治療しなければなりません。しかし肺 MAC 症には公衆衛生的な問題はなく、また経過は緩慢です。近年わが国から報告された長期経過に関する論文でも、5 年間の画像所見悪化率 22.2%¹⁾、5 年間の肺 MAC 症による死亡率 5.4%²⁾ と報告されています。

化学療法の効果が限定的なことも周知の事実で、排菌停止しない例や排菌停止はするものの治療終了後再発する例が後を絶ちません。高齢になると化学療法による副作用発現率も高くなりますので、適応には慎重にならざるを得ません。一方、診断時から重症だった 50 代の患者など、最大限の化学療法を実施しても 5 年以内に死亡するケースも散見されます。このように経過や予後の個人差が大きいことも肺 MAC 症の大きな特徴です。

現在肺 MAC 症に保険適用のある薬剤が 5 種類存在すること、学会から診断基準 (表 1) や化学療法の見解 (表 2) が正式に発表されていることより、診断基準を満たした症例は治療を勧めるのが原則になります。

しかし表 3 に提示した条件を全て満たした場合、本人と家族の同意のもと経過観察しても良いと筆者は考えてい

ます。ただし、後に症状や画像所見の明らかな悪化があれば化学療法を勧めることはいうまでもありません。

空洞の存在と痩せ過ぎは、わが国の報告に共通してみられる予後不良因子です。

Answer... 診断基準を満たした段階で化学療法を勧めるのが原則。しかし高齢で症状が乏しく、CT で空洞が認められず痩せ過ぎていない症例では経過観察しても良いでしょう。

●表 2 肺 MAC 症化学療法の用量と用法 (文献 4 より)

リファンピシン (RFP)	10 mg/kg (600 mg まで) / 日 分 1
エタンブトール (EB)	15 mg/kg (750 mg まで) / 日 分 1
クラリスロマイシン (CAM)	600-800 mg / 日 (15-20 mg/kg) 分 1 または分 2 (800 mg は分 2 とする)
ストレプトマイシン (SM) またはカナマイシン (KM) のおの	おの 15 mg/kg 以下 (1000 mg まで) を週 2 回または 3 回筋注

●表 3 無治療で経過観察して良い肺 MAC 症の条件 (筆者私見)

1. 高齢である (75 歳以上が一つの目安)
 2. 症状が乏しい
 3. CT で空洞が無い
 4. 痩せ過ぎていない (BMI 18.5 以上が一つの目安)
- 上記条件を全て満たす場合、治療によるメリットよりもデメリットが上回ると予想されるため、患者に説明し同意が得られれば、化学療法を行わない。ただし、3-4 か月ごとに経過観察をして、画像所見や症状の悪化があれば、化学療法を考慮する。

FAQ 2 肺 MAC 症の化学療法はいつまで続ければ良いのでしょうか。

●米国胸部学会 (ATS) は排菌陰性化から 1 年を推奨しているが、より長く治療したほうが良いとのわが国からの複数の報告がある。

この点も必ず質問されますが、やはり科学的な根拠に基づいて答えることが現在できない重要課題です。

2007 年に発表された ATS のガイドライン⁵⁾ では、喀痰培養陰性化後 1 年を推奨しています。これは排菌陰性化後 1 年以上化学療法をした後に再発した症例は全て再感染であったとの米国での報告に基づいています。

MAC を含めた NTM は土壌や水周りに生息する環境寄生菌であり、ヒトに感染するのは一種の迷入と考えられます。したがって化学療法により体内の MAC は根絶されても、年余を経て再度 MAC に感染することは十分あり得えます。一方 MAC が化学療法抵抗性であることも確かです。したがって再発例のどれくらいが再感染なのかをわが国で確定することが必要です。また米国の報告では、肺 MAC 症の画像分類で再感染率に違いがありますので、この点の検討も必要でしょう。わが国での複数の報告 (学会発表のみも含む)⁶⁾ では、非空洞例では排菌陰性化後 1 年に 6 か月間程度の治療延長が、有空洞例では 1 年間の治療延長 (総計 2 年程度) が必要との意見が表明されています。

治療後の再感染を防ぐ生活指導も大切です。風呂場の清潔保持と乾燥の徹底、土壌暴露 (ガーデニングなど) の機会の減少などを指導します。

Answer... 喀痰培養が陰性化してから、非空洞例では 1 年半程度、空洞例では 2 年程度の化学療法が必要。再感染を防ぐための生活指導 (風呂場の清潔・乾燥、土壌暴露の減少) も大切です。

もう一言

従来肺 MAC 症は極めてあいまいな病気でした。診断があいまい、治療効果があいまい、保険適用の薬剤もなく、結核や気管支拡張症の病名で治療する状態が続いていました。近年になりやっと診断基準が普及し保険適用の薬剤が増加したため、公式に化学療法の手引きを発表できるようになったところです。

今回取り上げた二つの疑問点の存在も、治療に関する基本的な問題すらまだ解決できていないことを示しています。さらに「エビデンス」を蓄積して、「肺 MAC 症治療ガイドライン」の作成をめざさなければなりません。

参考文献

- 1) Int J Tuberc Lung Dis. 2012 [PMID: 22410245]
- 2) Am J Respir Crit Care Med. 2012 [PMID: 22199005]
- 3) 肺非結核性抗酸菌症診断に関する指針——2008 年。日本結核病学会非結核性抗酸菌症対策委員会、日本呼吸器学会感染症・結核学術部会: 2008. <http://www.kekkaku.gr.jp/commit/ntm/200804sisin.pdf>
- 4) 肺非結核性抗酸菌症化学療法に関する見解——2012 年改訂。日本結核病学会非結核性抗酸菌症対策委員会、日本呼吸器学会感染症・結核学術部会: 2012. <http://www.kekkaku.gr.jp/commit/ntm/201202.pdf>
- 5) Am J Respir Crit Care Med. 2007 [PMID: 7277290]
- 6) Respiration. 2007 [PMID: 16954651]

●表 1 肺非結核性抗酸菌症の診断基準 (文献 3 より)

A. 臨床的基準 (以下の 2 項目を満たす)

1. 胸部画像所見 (HRCT を含む) で、結節性陰影、小結節性陰影や分枝状陰影の散布、均等性陰影、空洞性陰影、気管支または細気管支拡張所見のいずれか (複数可) を示す。ただし、先行肺疾患による陰影が既にある場合は、この限りではない。
2. 他の疾患を除外できる。

B. 細菌学的基準 (菌種の区別なく、以下のいずれか 1 項目を満たす)

1. 2 回以上の異なった喀痰検体での培養陽性。
2. 1 回以上の気管支洗浄液での培養陽性。
3. 経気管支肺生検または肺生検組織の場合は、抗酸菌症に合致する組織学的所見と同時に組織、または気管支洗浄液、または喀痰での 1 回以上の培養陽性。
4. まれな菌種や環境から高頻度に分離される菌種の場合は、検体種類を問わず 2 回以上の培養陽性と菌種同定検査を原則とし、専門家の見解を必要とする。

以上の A, B を満たす。

学会編集の信頼! 最新のエビデンスに基づく診療マニュアル

非結核性抗酸菌症 診療マニュアル

編集 日本結核病学会

減少する結核に対して、増える非結核性抗酸菌症の基礎知識、診断、治療をまとめた 1 冊。これまで蓄積されてきた研究データをもとに、最新のエビデンスを踏まえた診療エッセンスを紹介。非結核性抗酸菌症の多くを占める肺 MAC 症を中心に、標準治療のみならず、最新の検査法にまで言及。臨床医に向けた初めての診療マニュアル。

●B5 頁 152 2015 年 定価: 本体 3,000 円 + 税 [ISBN978-4-260-02074-9]

医学書院

●論文を紐解くための統計学の極意がここに

今日から使える医療統計

新谷 歩

米国で生物統計家として 20 年の豊富なキャリアを持つ著者が、熟知した「医療系論文に多用される統計」「論文査読でチェックされる要点」「医療者が研究に際し陥りがちなポイント」を解説。「できるだけ数式を使わず」に今日から使える統計学の知識を、各章に例題/具体例/サマリーを折り込みつつ読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。大きな反響を呼んだ「週刊医学界新聞」連載、待望の単行本化。

●A5 頁 176 2015 年 定価: 本体 2,800 円 + 税 [ISBN978-4-260-01954-5]

●必要な医療・福祉サービスが見つかる! わかる! 活用できる!

医療福祉 総合ガイドブック

2015 年度版

編集 NPO 法人 日本医療ソーシャルワーク研究会
編集代表 村上須賀子・佐々木哲二郎・奥村晴彦

医療・福祉サービスを利用者の生活場面に沿って解説したガイドブックの 2015 年度版。最新情報をフォローし、医療・福祉制度がより理解しやすくなるように解説を見直し、大幅刷新! 全国共通で利用頻度の高い制度から地域によって異なるサービス例まで、幅広く網羅。利用者からの相談に素早く、より確実に対応するための医療・福祉関係者必携の 1 冊。

●A4 頁 320 2015 年 定価: 本体 3,300 円 + 税 [ISBN978-4-260-02122-7]

医学書院

寄稿

早期退院，自宅治療を実現する 新しい感染症診療 “OPAT”

馳 亮太 成田赤十字病院感染症科部長／亀田総合病院感染症科部長代理

OPATとは Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy の略で、外来静注抗菌薬療法と訳されます。日本国内でも1日1回投与が可能な広域抗菌薬であるセフトリアキソンを使った外来点滴治療は頻繁に行われていますが、OPATという名称はあまり知られていません。海外の先進国で実施されているOPATは、単に外来で点滴抗菌薬を使用する行為ではなく、対象患者の選定、治療開始のための患者教育、治療中のモニタリング、治療後の経過観察までを含めた包括的な診療行為を指し、多くの場合、感染症科医、看護師、薬剤師から成る多職種チームがその運営を担当しています。

早期退院により、 病床運用の効率化を図る

私がOPATを初めて知ったのは8年前で、シンガポールのTan Tock Seng Hospitalを見学した時のことです。約1500床の病床を有し、シンガポールで2番目の大きさを誇るこの病院の中には、OPATセンターという部署があり、感染症科医と専属看護師が、次々と受診してくるOPAT患者の対応を手際よく行っていました。この病院では長期間の静注抗菌薬治療が必要な入院患者にPICC（末梢挿入型中心静脈カテーテル）を挿入し、準備が整った段階で入院治療からOPATに移行する仕組みが確立しています。年間約300人の患者にOPATを提供し、約6000床分の入院ベッドを節約していることを聞き、とても驚いたのを覚えています。私が勤務する亀田総合病院でも、入院ベッドが満床で救急患者の受け入れを断らなければならない事態が時折発生していたため、病院管理者と在宅医療部に相談し、臨床研究としてOPATのプロジェクトを実行してみるようになりました。

OPATのプロジェクトを開始するに当たり、私たちはオーストラリアやシンガポールで普及していた、携帯型ディスプレイ注入ポンプを用いた持続静注投与方法を採用することにしました。インフュージョンポンプ（写真）と呼ばれるこのポットには、薬液を注入するバルーンがついており、持続的に薬液が排出される構造になっています。このポンプに1日分の抗菌薬を注入して持続静注投与することで、1日複数回の投与が必要な静注抗菌薬を、1日1回の交換だけで利用できるようになります。

まず、多職種から成るプロジェクト



●写真 ①持続静注投与に用いる携帯型ディスプレイ注入ポンプ（インフュージョンポンプ）と②OPATを受ける患者の様子。

チームを結成し、われわれ感染症科医が静注抗菌薬の長期投与が必要な患者を見つけ出します。患者の同意が得られた場合、入院中にPICCの挿入と退院後の指導を行い、OPATに移行する仕組みを作りました。例えば、メチシリン感受性黄色ブドウ球菌による化膿性椎体炎は、長期間の静注抗菌薬投与が必要な代表疾患です。それまではセフトリアキソンで6週間以上の入院治療を行っていたのが、入院2〜3週間後にはセフトリアキソンを利用したOPATに移行し、退院することができるようになりました。プロジェクト開始後に実施した最初の10症例については、2014年5月に『感染症学雑誌』にて発表済みです¹⁾。

医療費削減、 抗菌薬の適正使用にも期待

プロジェクトを進める中で、遠方に住む患者さんや一人暮らしの患者さんは病院に毎日通院するのが困難で、OPATを導入しにくいという問題に直面しました。そこで2013年5月からは、地域の訪問看護ステーションと連携し、患者宅で看護師がポンプ交換を行うサービスを提供し始めました。これによって、自宅近くに訪問看護ステーションがあれば、通院が困難な患者さんであってもOPATを利用できるようになりました。この訪問看護ステーションとの連携によるOPATに関しては、2015年9月20日発行の『感染症学雑誌』で報告予定です。

亀田総合病院では、これまでに34人の患者さんに持続静注投与方法を用いたOPAT（外来通院型OPAT：22人／訪問看護を利用したOPAT：12人）を提供し、薬剤性の白血球減少で中断した1人を除く、33人で治療を完遂しました。疾患別でみると、化膿性椎体炎を含めた骨髄炎が最多で、その他菌血症を伴った皮膚軟部組織感染、尿路感染症、感染性心内膜炎等、さまざま

な疾患が対象となっています。起因菌別ではメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が多く、使用抗菌薬はセフトリアキソンが最多で、次に多かったペニシリンGとあわせると全体の約7割を占めます。OPATの平均治療期間は14.3日で、これまでの総入院病床節約数は485（ベッド×日）、医療費削減効果の推定額は約430万円にもなります。これらのデータに示されるように、持続静注投与方法を用いたOPATは早期退院による自宅生活を患者に提供するだけでなく、病床の効率的な運用、医療費削減および抗菌薬適正使用においても有用な方法であることが証明されています。

日本の実情に合った OPATの提供体制構築を

今後日本国内でOPATを広めるためには、いくつかの課題があります。制度的な問題としては、抗がん剤投与目的以外でのインフュージョンポンプの使用は保険収載されていないことが挙げられます。各抗菌薬の用法として、持続静注投与が承認されていないこともこの問題の一因です。次に、溶解後の抗菌薬の安定性に関するデータ収集です。訪問看護を用いたOPATを普及させるためには、自宅または訪問看護ステーションの冷蔵庫に混注後の薬剤を数日分保管しておく必要があるため、各抗菌薬の混注後の長期保存に関するデータの充実が望まれます。最後は、OPATに関する知識の普及です。もっとも、感染症的な診断と治療期間の目安が決まった段階で、初めてOPATの適応判断が可能になるので、まずは病院内の感染症疾患の診療体制を整えることが大切です。病院内にOPATの仕組みを整備することは抗菌薬適正使用にもつながりますし、感染症科医の新たな活躍の場になるのではないかと感じています。

私はシンガポール以外にも、OPATを積極的に実施している複数の国の病

●はせ・りょうた氏

2005年金沢大学医学部卒。手稲仁会病院に初期研修医、チーフレジデントとして勤務。亀田総合病院総合診療科後期研修、同感染症科フェローシップを経て、13年に感染症科医長、14年に部長代理に就任。13、15年には亀田総合病院のTeacher of the year awardを受賞。15年7月より同院から成田赤十字病院に転向。感染症科部長として感染症診療体制の構築と研修医教育に従事。



院を訪問しましたが、OPATのスタイルは国によってさまざまです。例えば、英国ではコストへの配慮から、1日1回投与の静注抗菌薬を使ったOPATが主体で、さらに患者が自分で静注抗菌薬の投与を行うSelf OPATが普及しています。オーストラリアではHospital in the homeという名称が使われており、訪問看護師が患者宅を訪問するスタイルが主流です。また、オーストラリアやシンガポールでは、狭域スペクトラムの抗菌薬を使うために、インフュージョンポンプを積極的に利用しています。利便性、コスト、抗菌薬適正使用に対する考え方、国民性といったさまざまな影響を受けて各国独自のOPATが形作られているようです。

日本の実情に合ったOPATのスタイルは現在も模索中ですが、超高齢社会、地域の隅々まで配置された訪問看護ステーションの存在を考えると、訪問看護を利用したOPATは潜在的な価値が大きいと感じています。また1日1回投与と持続静注投与を使い分けて、最適な抗菌薬を選択できるような体制を整えることも重要と考えています。

昨年12月に香港のPrincess Margaret Hospitalで、香港感染症学会主催のOPATワークショップが開かれました。私も招待演者の一人として英国、シンガポール、香港の医師たちに混ざって、亀田総合病院でのOPATのプロジェクトについて発表しました。Princess Margaret Hospitalのチームは、私たちより約1年遅れでOPATのプロジェクトを開始しましたが、既に200人以上の患者にOPATを提供しています。この病院でのプロジェクトが大成功したことから、香港感染症学会と香港政府が香港内の別の病院でもOPATの開始を計画しており、知識の普及をめざして今回のワークショップを企画したそうです。香港には一歩リードされてしまいましたが、今後日本型のOPATが普及して、一人でも多くの患者さんに自宅で治療を受ける選択肢を提供し、また地域の効率的な病床運用と医療費削減に貢献できるよう、引き続き普及への努力を続けていきたいと思っています。

●参考文献

1) 馳 亮太, 他. 本邦初の持続静注投与方法を用いた外来静注抗菌薬療法 (OPAT: Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy) に関する報告. 感染症学雑誌. 2014; 88 (3): 269-74.

研修医・若手医師から支持されている人気のセミナーを書籍化!

市中感染症診療の考え方と進め方 第2集

IDATEN感染症セミナー実況中継

わが国の感染症診療の新時代を切り拓いてきたIDATEN（日本感染症教育研究会）。その気鋭の講師陣が研修医・若手医師を対象に開いた感染症サマースeminarの内容を、診療の現場で役立つ実践的な情報として理解できるように、思考プロセスがみずみずしく伝わるスタイルでまとめた。セミナーで演者に寄せられた質問は「臨床で悩みがちなQ&A」として、各章の項末に掲載。

編集 IDATENセミナーテキスト
編集委員会

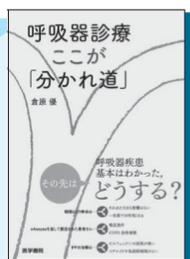


日常の呼吸器臨床で遭遇する無数の選択肢、あなたの進むべき道はどっちだ

呼吸器診療 ここが「分かれ道」

日常の呼吸器臨床の場で、疾患の診断や鑑別、薬剤の選択、さらには患者からの訴えへの対処法といった様々な岐路に遭遇した場合、臨床経験が豊富な医師はどのような思考回路で、数ある選択肢の中から自分なりに最適な解を導き、診療するのか、その頭の中を解き明かす。エビデンスに基づいた記載が基本となるが、終末期医療などの意見が分かれるゾーンについても知識やデータを示す。呼吸器科領域への興味が続くコラムも多数収録。

倉原 優
国立病院機構近畿中央胸部疾患センター内科



Medical Library 書評新刊案内

《精神科臨床エキスパート》 精神科薬物治療 こんなときどうすべきか

野村 総一郎, 中村 純, 青木 省三, 朝田 隆, 水野 雅文 ● シリーズ編集
吉村 玲児 ● 編

B5・頁260
定価:本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02114-2

評者 大谷 浩一
山形大教授・臨床精神薬理/山形大病院精神科科長

精神科医療を含めて医療行為を行う際にエビデンスに基づく知識と技術が必要なのは言うまでもない。しかし、疾患の在り方や治療反応性に大きな個人差が見られる精神科領域では他の領域と比較してエビデンスでカバーできない部分が多い。

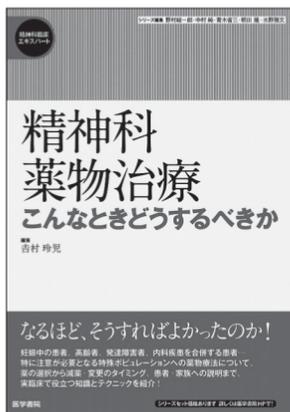
この精神科医療の特徴を踏まえて、精神科臨床エキスパートシリーズの目的は、その道のエキスパートに、エビデンスを踏まえつつ、その枠を超えた臨床知を提供してもらうことだという(精神科臨床エキスパートシリーズ「刊行にあたって」より)。

本書はその一部として精神科薬物治療についてまとめられたものである。編者の吉村玲児先生は臨床精神薬理学の分野で多大な研究成果を上げている方であるが、臨床医としても非常に経験豊かな方である。したがって、本書の編者として最適と言える。また、各章の執筆者も全国からえりすぐりの方々である。

第1部は「精神科薬物治療の原則」である。エビデンスと臨床経験に基づく編者の治療哲学がまとめられているが、いちいち納得させられ、この部分だけでも読み応えがある。

第2部は「向精神薬の使い方のコツと注意点」である。抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬、睡眠薬・抗不安薬、抗認知症薬の5つのグループの中で、各薬物の薬理作用、臨床的特徴、使い分け、副作用などの注意点が包括的かつコンパクトにまとめられている。本邦で汎用される向精神薬の情報が網羅されていると言っている。

豊富な経験に裏打ちされた 学術的レベルの高い実践書



第3部は「特殊な状況の患者にどう対応するか」である。まず感心させられるのは、精神科医が日々の診療で遭遇する機会が多くて直ちに解決を迫られる問題や状況を的確に押さえていることである。ここにも編者の豊富な臨床経験が反映されていると言えよう。

取り上げられたテーマは妊娠中の患者、高齢の患者、児童・思春期の患者など13にわたる。各執筆者は提示した症例について、エビデンスを意識しながら豊富な経験に裏打ちされた解決策を示して行く。どの症例についても編者が意図したように「診療場面をありありとイメージできる」(「序」より)。

結論として、本書は実践書として完成度が高いのみならず、学術的にもレベルが高い。エキスパートをめざす精神科医はもちろんのこと、エキスパートを含めて精神科医全体に対して推奨できる。自室で教科書として精読しても良いし、診察室において辞書的に使用しても良いであろう。

Dr.宮城×Dr.藤田 エキスパートに学ぶ 呼吸器診療のアートとサイエンス

宮城 征四郎, 藤田 次郎 ● 著

B5・頁288
定価:本体4,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02099-2

評者 長坂 行雄
洛和会音羽病院洛和会京都呼吸器センター所長

呼吸器診療の大先達の宮城征四郎先生、そこに大学での綿密な検討を加え、科学的な根拠を積み重ねているのが藤田次郎先生である。本書はこの日本の呼吸器診療を代表するお二人から、沖縄県臨床呼吸器同好会での症例検討を基に、表題通り、「呼吸器診療のアートとサイエンスを“わかりやすく”学べる」ように仕上がっている。多様な病像の20例が示され、画像もレイアウトも優れているので見直しもしやすい。

アートとサイエンスの 見事な融合

いずれの症例にも宮城先生の明快なコメントがあり、症例検討の流れが決まる。これは豊富な経験だけでなく、徹底的に文献を調べ、勉強された集大成である。一見、直観的なコメントだが、実は数字も多く挙げられ、緻密な考えがわかりやすく示されている。広範な知識を、個々の症例に的確に応用するアートの部分である。

症例検討では、藤田先生の要点を的確に指摘する画像解説に加え、お二人の薫陶を受けた多くの著名なドクターのコメントもあり、沖縄の呼吸器病気が大きな発展を遂げ、日本の中心の一

つとしての地位を確立したと実感される。

各症例の最後は藤田先生の文献考察である。これがサイエンスの最たる部分で、一般論に陥らず、先生の独自の視点を文献的にしっかりと裏付けていて白眉である。当該症例の理解に役立つだけでなく、周辺疾患とのかかわりも見事に解説されている。

本書はジェネラリストを対象としたのではなく、呼吸器疾患を専門とする医師を対象として書かれている。専門医でも診断の勘所(アート)が再確認できるだけでなく、疾患の知識(サイエンス)も整理でき、さらに精選された文献に簡単にたどり着くので後進の指導にも便利である。若い先生方にもこのアートとサイエンスの見事な融合にぜひ触れていただきたい。

本書で驚いたのは、素晴らしい内容と装丁、ブックデザインだけでなく、価格である。この内容と造本で4800円と格安で、本書にかける著者と出版社の期待と意気込みを感じた。

外科医のためのエビデンス

安達 洋祐 ● 著

B5・頁232
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02100-5

評者 北川 雄光
慶大教授・一般・消化器外科

本書は、医学書院から刊行されている『臨床外科』誌に連載された「ドクターAのミニレクチャー」を書簡化したものである。私は、ドクターA、すなわち経験豊富な外科医であり情熱的な教育者でもある安達洋祐氏本人、およびその著作の大ファンであり、この連載も必ず書籍化されるものと待ちわびていた。

素朴な疑問を解きほぐす ドクターAの温かなまなざし

彼の著書は、いつも現場から生まれてくる基本的な課題に、肩に力を入れず淡々とアプローチするところから始まる。その視線は常に若手医師、レジデントの視線であり、スタートラインは常に「素朴な疑問」である。本書は、誰でも抱いたことがあり、そして明確に答えることができない「疑問」に関して、エビデンスに基づいてひとつひとつ形式が採られている。

まず、その魅力は全ての項目が「素朴な疑問」に対する、基本事項、医学的証拠、補足事項、筆者の意見、疑問の解決という共通の構成で完璧に整理されていることである。ごく自然に、既知事項、理論展開、その根拠、現時

点におけるコンセンサスが理解できる。そして、その医学的根拠は1000以上にも及ぶ膨大な文献の読み込みから生まれてくる「至極のエッセンス」に裏付けられている。まさに圧巻である。

一方、「筆者の意見」は決してメタ解析の解釈に関する科学的「意見」ではなく、著者の外科医としての随想、哲学が語られており、最も読み応えのあるパートである。「吻合不全を平気で器械や患者のせいにする外科医はメスを持つ資格がない」「外科医は直腸切断をネガティブに考えず、管理しやすい美しいストーマを作る責任がある」「臨床試験の結果を外科診療で実践するときは、患者の条件や適用する範囲が重要であり、臨床試験の結論を鵜呑みにしてはいけない」など著者の外科医としての信念と温かいまなざしを存分に味わうことができる。

また、本書は大きく二つの読み方、楽しみ方ができる。一つはそれぞれのテーマについて熟読し、自分なりに整理し、また、根拠となった文献に直

医療崩壊を食い止めるために

医療レジリエンス 医学アカデミアの社会的責任



編集代表 福原俊一

少子高齢化社会を迎えた日本。このまま行けば医療崩壊は必至である。その崩壊を食い止め、よりよい社会を実現するために医学アカデミアは何ができるか。多領域の識者へのインタビューとWorld Health Summit 京都合会へのトピックスをまとめた示唆に富む啓蒙書。わが国の医療崩壊を防ぐヒントがここにある。

●B5 頁144 2015年 定価:本体2,800円+税
[ISBN978-4-260-02147-0]

医学書院

新刊 IPF/UIP画像診断の最新テキスト、待望の刊行!

特発性肺線維症の画像診断

蜂巣肺, IPF/UIP画像診断の理解のために

▶原因不明の間質性肺炎(IIPs)の中でも予後不良な疾患として知られる特発性肺線維症(IPF)に焦点を当て、画像-病理対応の理解も含めて、画像診断の問題点を示し、新たな診断の可能性を探る。IPF/UIPの重要な画像所見である蜂巣肺の解釈について詳述。IPFの周辺疾患との鑑別や、急性増悪・合併症にも言及。IPF/UIP診断に関わる放射線科医や呼吸器内科・外科医、病理医必携の書。

編集: 酒井文和 埼玉医科大学国際医療センター画像診断科教授
上甲剛 公立学校共済組合近畿中央病院放射線診断科部長
野間恵之 天理よろづ相談所病院放射線診断科部長

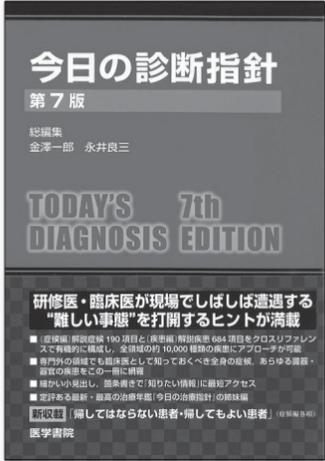
定価: 本体6,400円+税
B5 頁276 図214・写真276 2015年
ISBN978-4-89592-824-3

TEL: (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版



総編集
金澤一郎
永井良三

本書の特徴

- 症候編 190項目と疾患編 684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 Vol.25

プレミアム DVD-ROM for Windows



医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級のリファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」からも検索可能)。Vol.25では「今日の診療指針」「治療薬マニュアル」「臨床検査データブック」を更新、「ジェネラリストのための内科診療」を新規収載。基本設計、操作画面等、全面リニューアル。また、「今日の診療プレミアムWEB」をパソコン、タブレット、スマートフォンで利用できる「Web閲覧権」付与(登録より1年間)。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610063)

今日の診療 Vol.25

ベーシック DVD-ROM for Windows

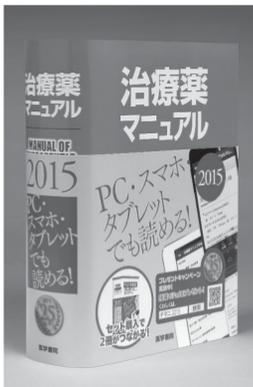
医学書院発行のベストセラー8冊をDVD-ROMに収録。3冊を更新。

- DVD-ROM版 2015年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610087)

治療薬マニュアル 2015

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2014年収載の新薬を含む医薬品について、添付文書に記載された情報を分かりやすく整理。各領域の専門医による臨床解説を加えた、医薬品に関するリファレンスブック。



●本書購入特典・電子版が新登場! : 薬剤分類(章)や一般名、製品名から検索可能。本書約2,600ページの情報がアプリ1本に。全文検索だけでなく、「薬品名」「適応症」などの条件検索も可能。

- 創刊25周年プレゼントキャンペーン! : 抽選でiPadをプレゼント。
- B6 頁2688 2015年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02045-9]

臨床検査データブック 2015-2016

監修 高久史磨
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖

異常値のメカニズムを理解し、必要な検査と無駄な検査を見極めるのに役立つ本書は、きめ細かい小見出しによる分かりやすく使いやすい構成で全医療関係者をサポート。



- B6 頁1122 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02075-6]

Pocket Drugs 2015

監修 福井次矢
編集 小松康宏・渡邊裕司

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床で使用される治療薬をすべて収録。



- A6 頁1218 2015年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02030-5]

2015年9月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

<p>公衆衛生 10月号 Vol.79 No.10 1部定価: 本体2,400円+税</p>	<p>たばこ対策</p>	<p>臨床整形外科 9月号 Vol.50 No.9 1部定価: 本体2,500円+税</p>	<p>Life is Motion —整形外科医が知りたい筋肉の科学</p>
<p>medicina 9月号 Vol.52 No.10 1部定価: 本体2,500円+税</p>	<p>内科プライマリケアのための 消化器診療Update</p>	<p>臨床婦人科産科 9月号 Vol.69 No.9 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p>がん妊孕性温存治療の適応と注意点 —腫瘍学と生殖医学の接点</p>
<p>総合診療 (旧 JIM) 9月号 Vol.25 No.9 1部定価: 本体2,300円+税</p>	<p>診断ピットフォール10選 —こんな疾患、見逃していませんか?</p>	<p>臨床眼科 9月号 Vol.69 No.9 1部定価: 本体2,800円+税</p>	<p>第68回日本臨床眼科学会講演集(7)</p>
<p>糖尿病診療マスター 9月号 Vol.13 No.9 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p>血糖自己測定(SMBG)の 課題と展望</p>	<p>耳鼻咽喉科・頭頸部外科 9月号 Vol.87 No.10 1部定価: 本体2,600円+税</p>	<p>長引く咳を診る</p>
<p>呼吸と循環 10月号 Vol.63 No.10 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p>アレルギー疾患モデルからの 最新知見</p>	<p>臨床泌尿器科 9月号 Vol.69 No.10 1部定価: 本体2,800円+税</p>	<p>ロボット時代の泌尿器科手術 —前立腺癌に対する新たなスタンダード</p>
<p>胃と腸 9月号 Vol.50 No.10 1部定価: 本体3,200円+税</p>	<p>狭窄を来す大腸疾患 —診断のプロセスを含めて</p>	<p>総合リハビリテーション 9月号 Vol.43 No.9 1部定価: 本体2,300円+税</p>	<p>地域包括ケアシステムと リハビリテーション</p>
<p>BRAIN and NERVE 9月号 Vol.67 No.9 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p>酵素補充療法</p>	<p>理学療法ジャーナル 9月号 Vol.49 No.9 1部定価: 本体1,800円+税</p>	<p>脳機能回復と理学療法</p>
<p>精神医学 9月号 Vol.57 No.9 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p>統合失調症の認知機能障害の 臨床的意義</p>	<p>臨床検査 10月号 Vol.59 No.10 1部定価: 本体2,200円+税</p>	<p>見逃してはならない寄生虫疾患/ MDS/MPNを知ろう</p>
<p>臨床外科 9月号 Vol.70 No.9 1部定価: 本体2,700円+税</p>	<p>再発に挑む!—外科治療の役割</p>	<p>臨床検査 増刊号 Vol.59 No.11 特別定価: 本体5,000円+税</p>	<p>一人でも困らない! 検査当直イエローページ</p>
		<p>病院 9月号 Vol.74 No.9 1部定価: 本体2,900円+税</p>	<p>自治体病院改革は成功するのか</p>



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