

2011年1月10日
第2911号 for Residents

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

New Medical World Weekly
週刊 医学界新聞
医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

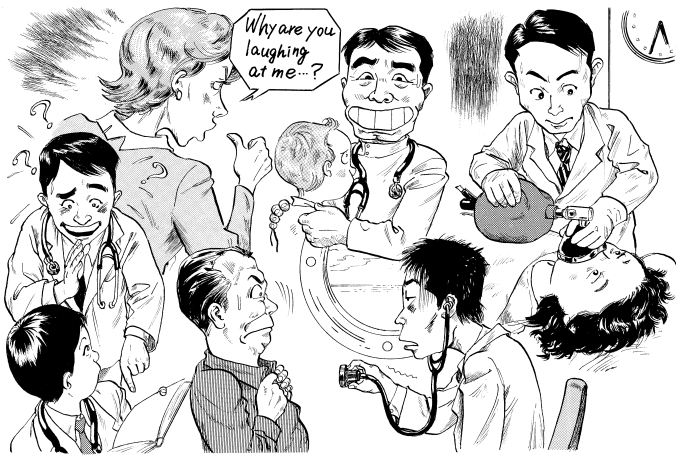
今週号の主な内容

- [新春企画] In My Resident Life (村川裕二, 須藤博, 青木信彦, 菊地臣一, 大曲貴夫, 木村真司, 池田正行)……1-3面
- ティアニー先生の診断アプローチ……4面
- [連載] ER/クリティカルケア/ホスピタリスト(新)/心電図/論文解釈/航海術/行動科学
- MEDICAL LIBRARY……14-15面

新春企画

In My Resident Life

失敗は成功之母



研修医のみなさん、あけましておめでとうございます。レジデント・ライフはいかがでしょうか? 病院選びに失敗して後悔、手技が下手で怒られてばかり、コミュニケーションがうまくとれない……。でも大丈夫。中国のことわざにもあるとおり、「失敗は成功之母」です。うまくいかない毎日でも、あきらめずに努力すれば、実を結ぶときが必ず来ます。

新春企画として贈る今回は、人気指導医の先生方に、研修医時代の失敗談や面白エピソードなど“アンチ武勇伝”を披露してもらいます。

- こんなことを聞いてみました
- ① 研修医時代の“アンチ武勇伝”
 - ② 研修医時代の忘れぬ出会い
 - ③ あのころを思い出す曲
 - ④ 研修医・医学生へのメッセージ

村川 裕二
帝京大学
第四内科教授



真冬の海で2週間の船酔い、3秒で決めた将来

①「怖くなさそう」という理由でお世話になった臨床研修先は、東京大学第二内科と物療内科。物療内科に世話になっていた研修医2年目、1982年のある日、中堅医局員の中島一角先生(現・東京都赤十字血液センター)が医師勤務室にやって来て、「船に乗らないか」と私に勧めます。ご本人が大学の研究船の船医を務めるポストにあったのですが、その貴重な機会を「君にもちょっと分けてあげよう」という触れ込みでした。船酔いが恐くてためらっていると、関西出身の平井浩一先生(後の東京大学助教授)も一緒になって「言うことを聞いといたほうが身のためや」と言い含められました。大阪弁で勧められると断りにくいのです。結局、真冬の太平洋で2週間連続の船酔いという貴重な経験をさせていただきました。つらい目に合うと、ものありがたみがわかります。例えば揺れない地面や、塩っぽくないお風呂など。

このお二人からは別の折にも「半年

ほど静岡で修行しておいで」と勧められ、藤枝市の病院に研修に行きました。7月の暑い日に、着の身着のまま病院にたどり着くと「ほんと何も持ってきてらんずら?」と医局のおばさんは感心して、布団など面倒を見てくれました。その病院の給与はそれまでの薄給のおよそ4倍もあり、使い切るのが大変でした。

最後の研修は東京大学第二内科にて2度目のローテーション。同じところを回ればストレスが少ないと考えたのです。やがて研修期間満了の春が来ます。どこに入局するかまったく決めていません。ふびんに思った第二内科心電図研究室の先生が、廊下ですれちがったときに「行くところがないなら、うちに来なさい」と拾ってくれました。返答に3秒しかかかりませんでした。

「あれこれ情報をそろえて、身の振り方を思案する」というのが真っ当でしょうが、「いづくも同じ秋の夕暮れ」とほんやりしている者もいるとご理解あれ。人の目を引く仕事をされた方は、それなりの転機をつかまれるのでしょうか、当方には「これは」というエピソードもありませんので、そのころの雰囲気を書かせていただきました。

②指導医はどの先生もありがたい方ばかりでした。細かいことをチマチマ教えるのではなく、「何かあったら何とかしてやる」という心意気で安心感を与えていただきました。本当に「何とかしてもらえるのか否か」を確かめる

須藤 博
大船中央病院
総合内科部長



深夜に鳴り響いた火災報知機、素手でキャッチした赤ん坊

①レジデント時代は、とにかく常に睡眠不足だった。カルテを書きながら病棟やICUの机で寝てしまうのは日常茶飯事。スタッフの先生から説教を受けている最中に居眠りをして、さらに叱られたこともあった。

夕食を取り損ねたある日の深夜、医局でカップラーメンを食べようと湯を沸かそうとしたときのことで。コンロの付け火の調子が悪いらしく何度も点火を試みていたところ、狭い調理室に一瞬ぱわっと大きな炎と煙が立ち上った。次の瞬間……病院全館に大音響で非常ベル音が鳴り響いた。「何、何なんだ? このベルは?」とカップラーメンを手にして首をかしげていると、当直婦長や事務当直が自分に向か

機会は幸いにもありませんでした。

③病院に出かける前にシャワーを浴びながら矢沢永吉のテープを聴きました。家を出るころには唇が尖ってきます。

④「若いうちに幅広い領域の手技を身

って走ってくる。「そこだ〜!」と大騒ぎになって火災報知器が感知したことを知った。消防署へ誤報の連絡をもらおうわ、婦長さんには大目玉を食らうわ、散々であったのは言うまでもない。

②研修1年目の産婦人科ローテーション中のことである。その日はER当直であったが、産科病棟から「先生!! 大至急来て下さい!!」と緊迫したコールが入る。当時産婦人科では、原則として毎日オンコールで夜間にお産があれば駆けつけることになっていた。ただしER当直の夜は例外で、その日はコールがないはずだった。ただならぬ様子に(何で呼ばれるんだよ……)と少しむっとしながらも病棟に急いだ。

しかし、そこで目にした光景にそんな気分もふっとぶ。陣痛室からうめき声が聞こえ、産気づいた妊婦さんが車いすに乗っている。足の間からすでに赤ん坊の頭が見え始めている。こちらでも大慌てで「落ち着いてっ!! ゆっくり息をして……」などと声をかけるが、

(2面につづく)

に付ける」というのもあるでしょうが、あまり手を広げることはお勧めしません。あるレベルをクリアしないと、その技術を実地に用いることはできません。とりあえず「何か一つできる」だけで立派です。

January
2011

新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医学専門書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。

今日の治療指針 2011年版

私はこう治療している
総編集 山口 徹、北原光夫、福井次矢
デスク判: B5 頁1,952 定価19,950円
[ISBN978-4-260-01105-1]
ポケット判: B6 頁1,952 定価15,750円
[ISBN978-4-260-01106-8]

臨床医が日常遭遇する治療法を、全診療科1,103項目にわたって網羅。各項目の執筆は第一線の専門医による。日本の保険診療に沿った現時点での最新・最高の治療法を解説した実用書。

治療薬マニュアル2011

監修 高久史麿、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2,628 定価5,250円
[ISBN978-4-260-01144-0]

詳細は本紙16面をご覧ください。



標準作業療法学 専門分野 身体機能作業療法学 (第2版)

シリーズ監修 矢谷谷子
編集 岩崎テル子
編集協力 山口 昇
B5 頁484 定価4,935円
[ISBN978-4-260-00896-9]

実践 マタニティ診断 (第2版)

編著 日本助産診断・実践研究会
B5 頁328 定価3,990円
[ISBN978-4-260-01197-6]

新春企画 In My Resident Life

青木 信彦

東京都立 多摩総合医療センター 院長



「教わり上手」「教えさせ上手」

①私は1970年に東北大学を卒業しました。当時はインターン制度が廃止されて間もないころで、学園紛争の真っただ中でした。卒業式もなく、私たちのクラスは入局反対・医局解体を決議して、各地へ散っていきました。当然、私も入局せず、個人交渉でいくつかの市中病院で消化器外科、心臓外科、整形外科の研修をしました。

そして最後の半年ほど船医として西アフリカを航海した後、1972年に(旧)都立府中病院で脳神経外科の研修を開始しました。しかし、研修とは名ばかりで、ただ見よう見まねで医療を行うという毎日でした。また、脳神経外科臨床に関する教科書と言えるものもなく、「耳学問」が最も重要な勉強などと言われる時代でした。やはり、医局に属さず一人前の専門医になることは必ずしも容易ではないようでした。

しかし、人間は「何か不足する」とそれを「何か補う」ように発達するようになります。教育システムなどというものはなく、よほどのことがないと教えてくれる人はいないので、必然的に人並み以上の「教わり上手」「教えさせ上手」になる能力が備わるようになりました。

さらにもう1つ、自分より若い医師から積極的に「教えてもらう勇氣」を持つことが必要だと気づきました。どうみても自分より経験の少ない若い医師からも、「教えてもらえる工夫」をするようになりました。よくよく考えてみると、「その若い医師から教えてもらう」というよりも、「その若い医師を指導したベテラン医師から間接的に教えてもらっている」ということがわかりました。私は都立府中病院にとどまりながら、1年あるいは半年ごとに各大学から派遣される若いローテーターからたくさんを学びま

した。このように無我夢中で、資格だけではない本物の専門医をめざしていたころ、ふと振り返ると、大学の同期の友人の多くが医局に入っていることを知りました。「人間とはそんなものかな」と思うとともに、やはり「医局に属さない」と本当の一人前になれるののかな」などという不安もありました。ちょうど10年目のころでした。

しかし、私はマイペースの道を選びました。そのころから積極的に論文を書くようにしました。医局という大きな樹の下で活躍している同輩に負けまいという意地です。論文は英文で発表しました。国際誌は公平なジャッジをするし、英語は理論的な言語なので考え方を整理するには適していると感じました。その後10年ほどは臨床の合間を見つけて、「1日1行でも筆を進めれば、いつかは完成する」という信念で大量の英文論文を作成しました。その研究対象はすべて自分で経験した臨床の中から生み出したものです。試験管もネズミも使わずに、「知恵」だけで勝負する「無手勝流」です。

④卒業して40年経った今、自分の非「医局」を振り返ってみました。良かったのは、「自由度」の高いことでした。論文や学会発表はsingle authorで、その内容は自分の好きなものを選びました。また、どんな学会でも誰かに遠慮することなく、自由に発言できます。一方、デメリットも多数です。やはり、未熟なうちから1人で何もかも背負い込むので、そのストレスは人一倍となります。持病の十二指腸潰瘍を繰り返し(残念ながらH2ブロッカーのなかった時代)幽門狭窄が進行して物が食べられなくなり、胃切除を受ける羽目になりました。

このように医師としては、非「医局」ということで、何かを失って、何かを得ました。これは入局ということに限らず、人生で「道」を選択するときには必ずついて回ることです。「良かったこと」と「悪かったこと」を足して半分に割ると「結果はいつも同じ」のようです。「人生」は予測不能な出来事の連続で、「人間万事塞翁が馬」なのだと思います。

菊地 臣一

福島県立医科大学 理事長兼学長・整形外科学



一晩中、アンビューバッグを押し続けた夜

①私の医師としてのスタートは、生涯忘れられない患者さんとの出会いから始まった。この患者さんは36歳の女性、M.Iさんであった。上肢のしびれと下肢から上肢へと広がる麻痺を主訴として1971年8月2日に整形外科病棟へ入院してきた。この年の5月の連休明けに入局して3か月しか経過していない私が担当医となった。当時は、グループ制とは名ばかりで、1年目入院患者さんを担当していたのだ。この患者さんは、10日後に突然、換気不全と循環不全に陥り、ICU(当時はICUという名称は許可されず、中央病棟と言っていたが)に収容された。

ICUなど入ったこともない新人医師が、看護婦さんや外科医にバカにされながら、言われるままに指示を出し、処置をした。実際、指示の出し方も処置の仕方も知らなかった。気管切開後、当時最新鋭の機器である人工呼吸器が接続された。ところが運の悪いことに、その日の夜8時ごろに人工呼吸器が故障してしまい、手で人工呼吸を行う羽目になった。予備の人工呼吸器はなかったのである。私は、アンビューバッグで一晩中、人工呼吸を続けた。ひとり続けていた私を見かねて、年長の看護婦さんが、午前5時に「トイレに行ってください」と5分間だけ代わってくれた。朝8時までバッグを押し続けた。患者さんが、この間ずっと、私を見続けていたのが今でも鮮明に目に浮かぶ。

このトラブル以来、私に対する看護婦さんたちの態度が一変した。バカにしたような態度は影をひそめ、親身になって面倒をみてくださるようになった。

ある日、この女性の胸部X線を麻酔医に求められて探してみたら、撮影されていなかった。撮影する暇もなかったのだが、言い訳はできなかった。やむを得ず、前医である2つの医療機関を尋ねて胸部X線を貸していただいた。患者さんにかかりきりになっている間、この作業をひとりで行っていたのである。先輩の不親切さ(大学紛争後は「自主研修」が合言葉であった)と組織としての連携の不十分さが深く心に残った。

人工呼吸は527日間に及んだ。私は1979年に大学を辞めたが、その後もこの患者さんが気になっていた。そこで当時勤務していた東京の病院の神経内科医に診察を依頼した。精査加療が必要とのことで、自衛隊のヘリコプターで東京の病院へ搬送した。当時、その病院の麻酔科部長が病院関係者に非難されたそうだが、結果的にはこの英断が患者さんを救うことになった。

最終診断は、大後頭孔部の脊髄腫瘍であった。入院時、脊髄造影(当時は油性造影剤)は行っていたが、頭頸移行部は観

察しなかった。そんな可能性を考えていなかったこと、そして油性造影剤が頭蓋内に入ると抜去しにくくなるのではということが、発見が遅れた要因の一つだったように思う。

患者さんは、手術により完全に回復した(先年、他疾患によって逝去された)。今から振り返ると、この患者さんとの出会いが、神経学、神経解剖、そして脊椎・脊髄外科へ自分を導いてくれたのだと思い至る。

この患者さんは元気になってから、私が毎週、解剖研究のために福島の母校へ行くときに合わせて会いに来てくれた。人工呼吸器装着中の安心しきった眼差しと笑顔を思い出すと、今でも心にさざ波が立つ。余談だが、高額な医療費のため、地元の役場では補正予算を組んだとの話を後に聞かされた。

②カナダ・トロント大学ウェールズリイ病院のMacnab I教授に出会わなかったら、現在の自分はないという意味で、私にとって忘れ得ぬ人である。大学紛争の余燼くすぶる研修医時代、整形外科は自治会なる組織が教室を運営していた。私にとっては、将来に何の希望も持てない日々であった。父が急逝し、開業の夢も消えた。こんな時期に目にしたのが、彼の2編の論文であった。誰でも見ているX線写真、誰でも行っている手術、しかし、その中から論文に提示した事実を発見したのは彼一人である。

何度かの手紙のやり取りの後、英語が全くできない状態での「押しかけ弟子」になることができた。移民国家である北米では、英語ができないことは無能を意味する。悔しさと情けなさに二度ほど、彼の教授室のトイレで泣いた。その様子を見ていた彼は、「Shinよ、心配するな。人間は努力できるのも才能の一つである。それは他人に誇り得る財産の一つである」と励ましてくれた。この言葉が自分の人生を変えた。彼からは、患者をトータルとしてみる(痛みでなく痛みを持った人間を見る)ことをたたき込まれた。

③索漠とした大学での研修時代(自分の不徳の致すところも大であるが)、当時流行っていた「誰もいない海」(渥美マリで、本命盤であるトワ・エ・モアでない!、「喝采」(ちあきなおみ)、「別れの朝」(ペドロ&カプリシャス)、「時代」(中島みゆき)などの歌が居酒屋や車の中で流れていたのが心に残っている。留学中は「マイボーイ」「セイリング」「男が女を愛する時」などをよく耳にしていた。ただ、留学中に、日本にいたときには聴かなかった演歌に聴き惚れ、好きになってしまったことを、今は懐かしく想い出す。

④愚直なる継続



●病棟での創処置(研修医1年目)

(1面よりつづく)

陣痛が始まった妊婦さんにはこちらの制止は聞こえていない。分娩台にのせる余裕もない。妊婦さんの足下にしゃがみ込んだ次の瞬間、赤ちゃんが「つるん」と出てきてしまった。手袋をはめる間もなかった。(うわあっ!! 落としではいけない!!)と必死の思いで赤ちゃんを素手で受け取った。そのときの「ぬるん」とした感触と「落とさないでヨカッタ……」という安堵感は今も鮮明に覚えている。

臍帯の処理をして赤ちゃんを看護婦さんに手渡した、まさにそのとき、連絡を受けた産婦人科スタッフの先生が到着したのであった。あのときの赤ちゃんも、とうに成人しているはずだが、どうしてるだろうかと思ふことがある。

③大瀧詠一『君は天然色』。今年3月にこの曲を収録したアルバム『A LONG VACATION』の30周年記念盤が出る予定。もちろん予約済み。

④自分が好きなことをやる。そして自分がしていることを好きになること。



何をやりたいのか、それを探し続けること。見つけたら後は振り返らないこと。

レジデント時代はつらいことも多かったが、自分は不思議に辞めたいと思ったことは一度もない。「その時点で」自分が選んだ道が最良の選択である。たとえそのときにはわからなくとも、どんなことにも意味があり後で役に立つ。そう信じることである。

- こんなことを聞いてみました
- ①研修医時代の「アンチ武勇伝」
- ②研修医時代の忘れえぬ出会い
- ③あのころを思い出す曲
- ④研修医・医学生へのメッセージ

大曲 貴夫

静岡県立静岡がんセンター
感染症内科部長

心ある人の支えの中で

①当たり前だが、私は医学生や初期研修医に対して言いたいことを言うようにしている。時には厳しく聞こえるらしい。理由はおそらく、自分自身が不勉強でだらしない社会性に欠けた医学生・研修医であったからだろう。反動というものだろうか。しかし今の臨床研修制度の枠組みのなかでは、少々お小言を言うと、研修医から指導医への不満として研修管理部門に報告されてしまい、やりにくいと同ったことがある。指導医の先生方のご苦労をお察しする……。私はその枠組みの外にいたので、あまり気にせずモノを言わせていただいている。

さて、研修医時代の私だが、卒業後研修先の学科試験では合格者のビりに近かったと聞いたことがある。うすうすそうかもしれないとは思っていたが、実際に事実であると聞かされると心理的なダメージは大きい。症例提示もマトモにできない。学生時代は冗長なプレゼンでも許されたが、仕事としてのプレゼンは簡潔明瞭、当意即妙であるべき。しかし全然できなかった。

何よりたちが悪いのは、関心のあることにしか力を注がない研修医であったことだ。やりたいことには並々ならぬ関心を示す。しかし、自分の関心を引かないことや面倒くさいことは徹底してサボる。例えば、不定愁訴や恨み言の多い患者さんへの回診を平気ですつとばしたりする。しかし人間として

の味も深みも中身もないくせにプライドは人一倍高く反発心は旺盛。自分の勘定に合わないことに対しては徹底拒絶。何ともコドモじみていた。社会性に欠けていた。ということで、指導医の先生方からは専門的知識や技術というよりも、コドモへのしつけレベルの指導を多々いただいた。

②そういう社会性に乏しい出来ないな研修医の私を、根気強く指導して下さったのが種田憲一郎先生(現・国立保健医療科学院)、星哲哉先生(現・手稲浜仁会病院)のお二人である。初期研修から米国留学、そして今に至るまで、あらゆる面でご指導をいただいている。お二人の指導内容は理に適っており、学生上がりで生意気盛りで反発心旺盛な自分であっても、しっかりと腹に落ちて心から納得できるものだった。

③Mr. Children の『Everything (It's you)』。「世間知らずだった少年時代から自分だけを信じてきたけど 心ある人の支えの中で何とか生きてる現在の僕で……」。田舎から東京に出てきて痛い目に遭うなかで、この歌詞の意味が妙によくわかり、強く共感したことを今でも覚えている。

④最近の医学生・研修医は、それはそれはよく勉強している。しかしそれだけでは、医療の世界では通用しない。それ以前に、大人になるべき。しっかりと社会性を、ぜひに身に付けていただきたい。怒られてもいい。肥やしにすればいい。そのうち時期が来れば、誰も怒って(指導して)くれなくなる。それは「言ってもしょうがない」「言っても怒るから面倒」など理由はさまざま。ただ覚えておいてほしいのは、そのとき出来上がっている自分に責任を負うのは、恐ろしいことに、自分だけなのだ。

た。この言葉が非常にうれしかった私は、20年経った今でも、この言葉を励みにしている次第。

同じく2年目、大和徳洲会病院でのこと。間質性肺炎を患った「カネさん」という患者さんがいた。心配性のカネさんに予後を問い詰められ、思わず「治らない」と言ってしまった。「この病気と一生付き合っていかなければならないんですよ」と。翌日、烈火のごとく怒った妹さんが怒鳴り込んできて、「こんな年寄りに治らないなんていうとは何事ですか!!」。隣ではカネさんが「木村先生が『治らない』って言ったあ……エンエン」と泣き叫んでいた。取り繕うのが大変で、今でも冷や汗が出る。

3年目、米国インディアナ州テレホートのユニオン病院家庭医療科でまたまた1年目研修医をしていた私。外科のローテーションで、「術前に鎖骨下静脈カテーテルを入れてくれ」と外科医に言われた。なかなか入らず、結局反対側から入れた。患者さんは70代女性で、ストーマに大きな癌ができていた。術後、その方は両側気胸になり、集中治療室に送られ、結局亡くなってしまった。弱っていた方とはいえ、亡くなるきっかけを私がつくってしまったのは一生悔やまれる。今日の失敗は、明日の患者さんのために生かすということだろう。

同じくテレホートでの話。当時、私のいた研修プログラムでは、当直明けの医師は昼の12時で帰っていいことになっていた。が、前夜の当直で何人かの入院患者を受けたので、当然のごとく業務は昼では終わらなかった。

池田 正行

長崎大学教授
創薬科学

内なる審査官の暴言に耐える引きこもり愛好症&弱点克服ゲーマー

①幼いころから、私は重症の引きこもり愛好症でした(と一応過去形にしておきます)。母親は、果たしてこの子はまともな社会生活が営めるのだろうか、ひどく心配したものでした。将来は内閣府の奥まった一室に引きこもって世論操作の仕事がしたいと思っていただけないので、自分が医者に向いていないことはわかっていました。ご多分に漏れず趣味はゲームで、一番得意だったのが、苦手科目克服ゲームで偏差値を上げることでした。ですから、医学部に合格したときは大喜びでした。医者になる過程で引きこもり愛好症が克服できる。キャリアをおもちゃにした弱点克服ゲーム上級編へ進めると思ったからです。

何しろ、筋金入りの引きこもり愛好症です。現場へ出るようになってからも、毎日毎日、「精進しろ」「勉強が足りない」と、私の中にすむ審査官が、私を責め続けました。そして、いつも最後に出てくる、あの決まり文句。「医者が自分の天職だと思えないのだったら、医者なんか辞めちまえ!」。彼のそんな暴言が、当初はひどくこたえました。何度辞めようと思ったことか。しかし、私にも弱点克服ゲーマーの意地がありました。彼に向かって、「引きこもり愛好症で何が悪い」と怒鳴り返して開き直ったり、「勝手にほざけ」とひたすら沈黙したりしているうちに、彼をしばらく玄関先で待たせておくと、「幻聴さん」みたいに帰ってくるのがわかりました。

自分は医者には向いていないと思ったからこそ医者になり、自分は医者には向いていないと思ったからこそ医者を続け、卒業30年近く経って、やっぱり自分は医者には向いていなかった

「働けば働くほどよい」という価値観で生きてきた私(今でもそうである)は、夜の8時まで仕事をし、帰路に就いた。とぼとぼ歩いていると、スーツと車が真横に止まり、見るとプログラム副ディレクターのステーブズ先生がにらんでいる。「今、帰るところか?」。(ほめられると思い)「はい!いろいろやっていたら時間がかかっちゃって」「Shinji, we'll have to talk about that. You're supposed to go home at noon post call. (ちょっと今度じっくり話をしなくちゃ。当直のあとは昼で帰ることになっているんだぞ)」と注意された。価値観の違いを思い知らされた。が、洋の東西を問わず、働き虫を高く評価する人は多い。

②たくさんの指導医、先輩、同輩、後輩に恵まれた。あえて挙げれば、ユニオン病院の当時のプログラムディレクターのジェームズ・ビュークラー先生。全くコネもない日本人、しかも「将来は北海道のへき地医療をやりまします」と言っている日本人を採用し、鍛えてくれた。毅然としたリーダーシップにも非常に多くを学んだ。

亀井徹正先生(現・茅ヶ崎徳洲会総合病院)。米国から帰国後、頭痛や良性発作性頭位性めまいをはじめ、さまざまなことをご指導いただいた。亀井先



●研修医時代、病棟婦長とのひとコマ。基本中の基本である現場のKey personとのコミュニケーションの在り方を学んだ。

と気付く。そう気付いたときに、決してがくぜんとせずに、ほっとしている自分を見いだして、ああ、やっぱり自分は医者をやっていたよかったと思えました。その理由は、内なる審査官による長年の拷問に耐えた英雄気取りなのか、あるいは、彼の暴言には何のエビデンスもなかった事実気付いた喜びなのか、実はよくわかりません。

②はつらつとして働いている(ように見えた)お医者様たちに嫌と言うほど出会って、自分はああはなれない、やっぱり自分は医者に向いていない、臨床なんてやるんじゃないか、と来る日も来る日も医者を辞めようと思いつけながらも、なんとか辞めずに済んでいる自分との出会い。ひょっとしてこいつは大物かも、と思いました。

③1982年5月、私のキャリアスタートと同時に世に出た、サザンオールスターズの『匂艶(にじいろ)THE NIGHT CLUB』です(ちなみに桑田佳祐は私と同じ年です)。当直室で震えながら、いつになったら「下心で胸が張り裂けそうなMonday」を経験できるのかと思いつながら、いまだ経験できずに30年近くが経ってしまいました。

④医者はいったん辞めてもまた戻れます。つまり、いつでも辞められます。ですから、安心して医者を続けてください。だけど、人間は辞めないでください。戻れませんので。

木村 真司

松前町立松前病院
(北海道)
院長

「すごく優秀ってわけじゃないんだけど、なんかいい」

①研修1年目(1989年)は、米海軍横須賀病院でインターンをしていた。5日に一度のER当直のときのこと。私は怖い顔つきをしている(らしい)ので微笑むようにと心がけていた。が、ERを受診した子どもの母親が、「Why are you laughing at me?」と怒っている。自分では微笑みをたたえていたつもりなのに……。まだ口角を上げる米国旗の微笑みではなかったのだろう。反省反省。

2年目、茅ヶ崎徳洲会総合病院で「2年目1年」の研修をしていたときのこと。既に横須賀で産婦人科ローテーションをしていた私は、産婦人科ローテーション中、指導医から一目置かれ、産後の会陰裂傷の縫合も任されていた。で、あるひどく裂けた患者さんの縫合を何とか終えたあと、指導役の高木芳武先生(現・株)ジェネティックラボ)にみせたら、「とほほ」という顔をされて、すべてやり直しをしていただくことになってしまった。

後日だったと思うが、高木先生は病院の近くのお店「繁や」でご馳走してくれた。曰く、「木村先生ってすごく優秀ってわけじゃないんだけど、なんかいいんだよね」と言ってくださ



●ユニオン病院の家庭医療センター前にて

生との出会いなくして今日の私はない。③1年目のとき同期だった穂積大陸(だいきりく)先生に勧められた、ベクト・ミドラーの“Beaches”(サントラ盤)。同じくその年のマドンナ“Like a Prayer”。2年目の暑い暑い茅ヶ崎で聴いたサザンオールスターズ『真夏の果実』。これらを聴くと、20年前の、先が見えず模索していた日々、一生懸命な日々を思い出す。

④いろんなところで修行をし、自分の世界を広げてほしい。医学雑誌(BMJなど)を毎日読んでほしい。

『JIM』創刊20周年記念 公開症例検討会

ティアニー先生の診断アプローチ

公開症例検討会「ティアニー先生の診断アプローチ」が11月14日、医学書院(東京都文京区)にて開催された。「診断の達人」「鑑別診断の神様」とも呼ばれ、米国を代表する内科医であるローレンス・ティアニー氏(カリフォルニア大サンフランシスコ校)。名匠の鑑別診断の技を直に学ぼうと、全国から80人を超える医学生・研修医が集まった。

本紙では、ティアニー氏が病歴から診断に至る思考の流れを惜しみなく披露した講演の模様をお届けする。

経験は最もよい教師

ティアニー氏が、診断に至るプロセスにおいて最も重視していること。それは、日々の診療から得る経験だという。講演の前半で行われた「公開症例検討会」(症例提示=金沢大・松村正巳氏、通訳兼コメンテーター=サクラ精機(株)学術顧問/感染症コンサルタント・青木眞氏)では、ティアニー氏が1人の患者の病歴をどうとらえ、鑑別診断を挙げて診断を絞り込んでいくのか、そのプロセスが明快に示された。

今回、提示された症例は、「11か月続く乾性咳嗽、10か月続く微熱と3

週間続く嗄声を主訴として来院した若年女性」というもの。松村氏から順に示される病歴や身体所見をもとに、ティアニー氏が次々と疑わしい疾患を挙げていく。氏は鑑別診断を行う際はいつも、系統的に疾患を分類した「11のカテゴリー」に当てはめながら考えていくという。講演では、カテゴリー分類の最初の5つ(①血管性疾患、②感染症、③腫瘍性疾患、④自己免疫性疾患、⑤中毒/代謝性疾患)が日常診療で遭遇する疾患の95%を占めることから、まずはこれらをおさえてほしいと強調。この5つに当てはまる疾患を挙げながら検討を進めていった。

氏は、与えられる病歴や身体所見から、「嗄声は鑑別を絞りやすい」など鑑別診断に結びつきやすい(High yield: 得るものが多い)情報とそうでない情報を、その背景にある病態生理を解説しながらふるいにかけていく。また、適宜

紹介される氏の経験に基づくさまざまな臨床上の「知恵」には、多くの聴衆が引き付けられていたようだ。その知恵の一つ挙げると、「体重減少がみられた症例が100例あった場合、そのうち95例は①癌、②甲状腺機能亢進症、③結核、④糖尿病、⑤HIV/AIDS、の5つが占める」とのことだ。

病歴や身体所見から可能性がある疾患をどんどん絞っていく。そして最後に「高安大動脈炎」という診断を氏が下した。もちろんこれが正解だ。



●ローレンス・ティアニー氏

至宝のパールを伝授

後半は、ティアニー氏による「ティアニー先生のお宝パール」と題する講演が行われた。臨床医の経験を源泉とし、その優れた観察力から生み出されてきたパール。氏は、パール、EBMそれぞれの利点・欠点について解説し、EBMが科学的である一方で病態などの条件が限定され適応範囲が狭いのに対し、パールは目の前の患者に応用しやすいと語った。また、「Pearls stimulate EBM」という言葉を紹介、パール、EBMのどちらも強み弱みがあり、相互に補完し合うものとした。

さらにパールの信頼性にも言及「一度でも骨髄炎を発症した患者をみたら、常に骨髄炎を疑え(Once an osteo, always an osteo)」というパールの妥当性を、既存のレビューや症例報告に基づいて検討したところ、100%近くで

骨髄炎の再発を確認できたと述べた。そして講演の最後には、至宝の10のパール(表)が聴衆に伝授された。

*

通訳と解説を務めた青木氏は、ティアニー氏を師匠と敬う最大の理由として、漠然とした臨床情報から注目すべき情報を的確に拾い上げる能力が、誰よりも優れている点を挙げる。その背景には、ティアニー氏がずば抜けた解剖学と生理学の知識を持つことがあるという。

ティアニー氏は、医学生・研修医が将来優れた臨床医となるためには、最新論文を読むことではなく、各臓器の解剖学や生理学の知識を若いうちにきちんと身に付けることが重要と語る。「医師はどう考え、どう問題解決を図るべきか」、確かな知識に裏付けされたティアニー氏の診断哲学が、多くの医学生・研修医の心を引き付けていたようだ。



●写真: <左>ティアニー氏と青木氏(写真左)の絶妙な掛け合いに聴衆の注目が集まる。<右>症例提示を行う松村氏。

●表 ティアニー先生の Top10 パール (No.1-5) (※ No.6-10 は医学書院 Web サイトで掲載)

No. 1 「脳卒中と思われる患者では、50%のブドウ糖液を50 mL 静脈投与するまで脳卒中と診断できない」(A stroke is never a stroke until it has received 50 of D50.)

これは最も有名、かつ重要なパールです。低血糖は脳卒中と区別できない、神経学的症状を引き起こすことがあり、高濃度ブドウ糖液の投与により、劇的に症状が回復します。

*

No. 2 「50歳以上の患者で多発性硬化症を診断したら、真の診断は他にある」(If you diagnose multiple sclerosis over age 50, diagnose something else.)

多発性硬化症の発症時期が若年時であることを意味します。

*

No. 3 「咽頭と扁桃の所見が正常で、喉の強い痛みを訴える患者を診たら、耳鼻科医を呼びなさい。診断は喉頭蓋炎である」(In a severe sore throat with a normal pharyngeal exam, call ENT; the diagnosis is epiglottitis.)

生命を脅かす感染症である喉頭蓋炎は、咽頭、扁桃の所見が正常であり、喉頭鏡で所見をとらなくてはなりません。

*

No. 4 「慢性閉塞性肺疾患の患者でばち指が認められたら、胸部CT スキャンを撮りなさい。肺癌の可能性がある」(If a patient with COPD develops clubbing, obtain a chest CT; COPD without cancer rarely causes clubbing.)

慢性閉塞性肺疾患では、ばち指はまれにしか観察されません。ヘビースモーカーである慢性閉塞性肺疾患の患者にばち指が起こってきたら、肺癌を除外します。

*

No. 5 「40歳以下のパーキンソン病の患者では、肝機能の検査を行いなさい。ウィルソン病が存在することがある」(In Parkinson's disease below age 40 obtain liver studies; the patient may have Wilson's disease.)

パーキンソン病が40歳以下の患者に起こることはまれです。典型的なパーキンソン病患者が、この銅代謝の異常を有するウィルソン病の可能性がります。これには特異的な治療法があるので、若いパーキンソン病の患者では決して忘れてはいけません。

ティアニー先生のレクチャーを受けて

●今野健一郎さん(東北大学医学部6年)

「診断学の神様」とまで形容されるティアニー先生のレクチャーは、終始先生の笑顔と参加者の笑いにあふれ、和やかな雰囲気と充実した学びが会場を満たしていた。

先生が診断を考える手順は至ってシンプル。主訴や病歴の中から、「鑑別診断を挙げる上での重要な情報」と見るべき問題を抽出し、著書の中でも紹介されている「鑑別診断を行うためのカテゴリー」に基づいて、疑わしい疾患を挙げていく。そしてさらに病歴や身体所見が明らかになるにつれ、鑑別疾患それぞれについて可能性の吟味を行い、最も疑わしい疾患へと収斂していく。仮説演繹法としての診断学にまさに忠実なプロセス。

そして、要所で飛び出す珠玉の“パール”たち! 先生はご自身の“パール”を“Shinju(真珠)”と呼び、楽しげに紹介しながら現在の症例に応じてさらに貴重なコメントを付け加えていく。この過程で、“パール”がさらに活き活きと輝き出す。

こうして文字にしてしまうと、なんだか生真面目な議論が続くように感じられるかもしれないが、実際はその正反対! 先生は、ある時には「自分のジョークは笑ってくれないのに、なんで Makoto(青木先生)のときばかり……」とむくれる振りをしてみせたり、ある時には歌を歌ってみたりと、変幻自在なそのレクチャーは聞き手をとらえてはなさず、あっという間に時間は過ぎた。そして参加者には、先生の診断プロセスに間近で参加できたという美しい体験と“パール”たちが残った。

ティアニー先生のレクチャーでの振る舞いは、「診断の思考はもちろん真剣に行う必要があるけれど、真剣さと笑いやすさは両立し得るし、それだけでなく、医療・医学を学んでいくことはとても刺激的で、素晴らしいことなんだよ」と暗に語っているように感じられ、印象的であると同時に、自分も先生のような医師に近づけるよう頑張ろうという気持ちになる、そんな勇気をもらえるレクチャーだった。

こんなに素晴らしい体験をさせてくださった、ティアニー先生、青木眞先生、松村正巳先生に心から感謝いたします。

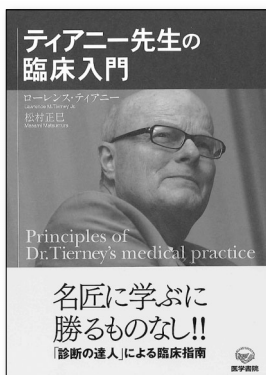


◎「診断の達人」による臨床指南

ティアニー先生の臨床入門

ローレンス・ティアニー
松村正巳

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



「診断の達人」「鑑別診断の神様」と賞賛される米国を代表する内科医、ローレンス・ティアニー氏が、臨床医学の学び方と臨床修練の基本を綴った。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道が語られている。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。

contents

- 第1部 臨床入門
- 第2部 症例提示のスキル
- 第3部 診断へのプロセスケース・スタディ
- Case Study 1 痛み
- Case Study 2 違和感
- Case Study 3 典型的な症状と所見
- Case Study 4 乏しい身体所見

- Case Study 5 診断を絞る所見
- Case Study 6 観察のち診断
- Case Study 7 正確な身体診察
- Case Study 8 不穏
- Case Study 9 コーラ色の尿
- Case Study 10 病歴、病歴、病歴
- Case Study 11 オッカムのかみそり
- Case Study 12 診断基準

医学書院刊

それで大丈夫？ ERに潜む落とし穴

第11回

不整脈：WPW症候群



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で働く救急医が注目されています。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み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しつづけます。

志賀 隆 Instructor, Harvard Medical School/ MGH 救急部

新年を迎えた週末の夜。忙しい救急部の予診票をめくると、若い男性の「動悸」とある。ACLSを受講して少し自信があるあなたは、小走り患者のもとへ。

CASE

28歳男性。健診で心電図異常を指摘され、経過観察をしている。13時ごろから突然動悸が出現。約2時間経っても収まらず、胸部不快感を伴ってきたため来院。脈拍数215/分、不整。血圧110/60 mmHg、呼吸数18/分、SpO₂100% (RA)。意識は清明。呼吸音清。心音頻脈にて不整。雑音なし。四肢腫脹・チアノーゼなし。

まずは心電図をとって、早めに上級医にコンサルトしたほうがよいとあなたは考えた。

Question

Q1 頻脈患者へのアプローチはどのように行うか？

A 低血圧(ショック)はないか、胸痛・息苦しさをはじめとする心不全徴候・めまいを訴えていないか、などを確認する。

頻脈患者では、不安定なサインの有無を確認することが重要である。不安定な患者の場合には、同期下でのカルディオバージョンが必要となる。

また、標準12誘導心電図のQRS幅

を確認することも不可欠である。

Q2 幅の広いQRSを見たらどうするか？

A 不安定かどうかを見た後に、リズムが整か不整かを判別する。

リズムが整の場合、心室頻脈を第一に考え、除外できるまで検討する。不整の場合は、心室応答の速い心房細動に変行伝導を伴ったものの可能性も考える。

Q3 本症例の心電図(図1)をどう解釈するか？

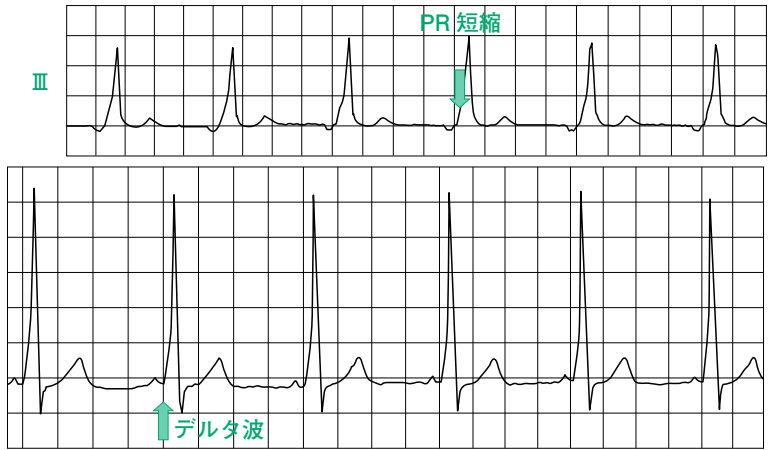
A WPW症候群に伴う、副伝導路からの心房細動が疑われる。

WPW症候群を疑う根拠は、①脈拍数が250/分前後とかなり早く、②QRSの形状が通常と異なり、また拍動ごとに広さが変わる、ことである。若年の患者でこのような心房細動が見られる場合には、WPW症候群を常に考慮する必要がある¹⁾。

Q4 心室頻脈をサポートする心電図所見は何か？

A いくつかあるが、絶対的なものはない。

心室頻脈を絶対的に診断する心電図基準はいまだ確立されていない。しか



●図2 プロカインアミド投与後の心電図

しながら、以下の項目は心室頻脈を示唆する。

- 1) 脈拍数が120/分以上(通常は150-200/分)
- 2) 幅の広いQRS (RBBB型で140 ms, LBBB型で160 ms以上)
- 3) 房室乖離の存在
- 4) 融合収縮 (Fusion beats)
- 5) 補足収縮 (Capture beats)

ほかに、安静時心電図との電気軸の違い(PVCと同じ軸であるなど)も心室頻脈を示唆する。しかしながら、前述のように、一般的に幅の広いQRSを見た場合には、変行伝導を伴った上室性頻拍と考えるよりも、救急医は常に心室頻脈を第一に考えて治療に当たることがある²⁾。

Q5 WPW症候群に伴う心房細動の治療において、気をつけるべきことは何か？

A 房室結節に作用する薬剤を使わないこと。

房室結節は、バックアップのペースメーカーであるだけでなく、心房から心室への過剰な電気刺激をフィルターして抑える機能も持っている。顕在性WPW症候群に心房細動が起こり、その際に副伝導路からの伝達が多い場合、房室結節によるフィルターが働かないために心室細動に移行するリスクがある。このときに、通常心房細動の治療であるカルシウム拮抗薬、β遮断薬、ジゴキシンは禁忌である。薬剤治療としては、プロカインアミドやイブチライド(日本では認可されていない)が勧められている。アミオダロンには房室結節作用があり、WPW症候群に伴った心房細動には危険性があるという報告もある。通常心房細動と違い、同期カルディオバージョンを早めに考慮すべき病態である³⁾。

Q6 顕在性WPW症候群、潜在性WPW症候群とはどのような疾患か？

A 心電図上明らかなデルタがあるもの(顕在性)とそうでないもの(潜在性)。

WPW症候群は副伝導路によって起こるが、副伝導路の中には順行性(心房→心室)のみ伝えるもの、順行性と逆行性(心室→心房)の双方を伝えるもの(顕在性)と、逆行性のみを伝えるもの(潜在性)がある。顕在性WPW症候群の安静時心電図では、WPW症候群に特有の、①デルタ波、②PR短縮、③QRS延長、が見られるが、潜在性ではこのような所見がなく、いきなり心房細動や上室性頻拍にて診断されることがある。

Disposition

血行動態が保たれていたため、循環器内科医にすぐに相談すると、やはりWPW症候群に伴う心房細動と診断された。プロカインアミド投与後に洞調律となる(図2)。入院し、アブレーション治療が行われた。

Further reading

- 1) Fengler BT, et al. Atrial fibrillation in the Wolff-Parkinson-White syndrome: ECG recognition and treatment in the ED. Am J Emerg Med. 2007; 25(5): 576-83. ↑ WPW症候群における心房細動の診断治療についてまとめている。
- 2) Ventricular Tachycardia: eMedicine Emergency Medicine <http://emedicine.medscape.com/article/760963-overview> ↑ ウェブサイトの情報であるが、前述の心電図所見や実際の心電図などが非常に良くまとまっている。
- 3) Tjuneles MA, et al. Myth: Intravenous amiodarone is safe in patients with atrial fibrillation and Wolff-Parkinson-White syndrome in the emergency department. CJEM. 2005; 7(4): 262-5. ↑ WPW症候群における心房細動の治療でオプションと考えられていたアミオダロンへ警鐘を鳴らす論文。

Watch Out!

頻脈性不整脈では、安定か不安定かを見極めることが最初のステップである。不安定ならば、同期カルディオバージョンを行わなければならない。そのような状況下では、ためらうことが禁忌である。心室応答の速い心房細動でカルシウム拮抗薬やβ遮断薬を投与する前にWPW症候群がないことを必ず確認すべきである。リズム整のQRS幅の広い心室頻脈では、心室頻脈を常に鑑別の最優先にすべきである。



●図1 治療前の患者の心電図

ポイントを最小限に絞る。だから伝わる。

<JNNスペシャル> 医療者のための 伝わるプレゼンテーション

学会発表、多職種カンファレンス、患者教育、さまざまなプレゼンテーションの場で、医療者の「伝える力」が求められている。プレゼンテーションを成功させるために重要なのは、実施前のデザイン。そのデザインから、発表後の評価までを5つのステップに分けて、「伝わるプレゼンテーション」のすべてを解説。

編集 齊藤裕之 同善会クリニック 副院長 佐藤健一 関西リハビリテーション病院



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

Symptom Management in Advanced Cancer, 4/e

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、その数智は、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。

著 Robert Twycross Andrew Wilcock Claire Stark Toller 監訳 武田文和 埼玉医科大学客員教授・地域医学・医療センター



レジデントのための クリティカルケア + 入門セミナー

大野博司 [洛和会音羽病院 ICU/CCU, 感染症科, 腎臓内科, 総合診療科]

第10回 人工呼吸器の使いかた④ ウィーニングと抜管

今回はクリティカルケアでの人工呼吸器のウィーニングと抜管を取り上げます。

CASE

Case1 75歳男性が肺炎, 呼吸不全, 意識障害でICU入室。BiPAPモード (F_IO₂1.0, Tinsp1.5秒, f12/分, Pinsp15cmH₂O, PS10cmH₂O, PEEP5cmH₂O) で人工呼吸器管理を開始した。抗菌薬投与, 輸液負荷, カテコラミン使用し, 徐々に全身状態改善した。鎮静剤としてデクスメトミジン, ミダゾラム併用した。

呼吸状態改善のため, 5病日抜管予定として4病日にミダゾラム中止。その後F_IO₂0.3まで下がったため, f12→4/分へ減らした。5病日朝にF_IO₂そのまま, CPAP5cmH₂O+PS8cmH₂Oとした。抜管1時間前にCPAP3cmH₂O+PS5cmH₂Oとして, 30分前よりインスピロンTピース50%5L/分吹流し。その後, 問題なく抜管した。デクスメトミジンは継続した。

Case2 肺炎, 呼吸不全, ARDS, 心不全, 腎不全の67歳女性。挿管され人工呼吸器管理。鎮静・鎮痛目的でミダゾラム10mg5A+ブレネロフィン0.2mg2A+生食38ccを5cc/時で持続静注。5病日朝に抜管予定として, 4病日中からプロポフォール原液持続静注に変更。朝よりプロポフォール中止し, アミノフィリン点滴, フルマゼニル1/2A静注×2回を行い, 午前9時に無事抜管。

Case3 S状結腸穿孔による腹膜炎で緊急手術となった84歳男性。術後挿管され人工呼吸器管理。2日後の抜管予定を考え, 過鎮静にならないよう考慮し, 鎮静目的でデクスメトミジン200μg1A+生食48ccを3cc/時で持続静注。鎮痛にはフェンタニル持続静注を用いた。A/CモードでIPPV→SIMV+PS→CPAPのウィーニングの過程で自発呼吸もすぐに誘発された。3病日朝にデクスメトミジン3cc/時継続しながら午前10時に無事抜管。

※人工呼吸器モードはドレーゲル社のSavina®のもので記載。

ウィーニングのための条件

人工呼吸器管理は, 人工呼吸器関連肺傷害 (ventilator-induced lung injury; VILI) などの負の側面が強調されてきましたが, VILIを可能な限り起こさない管理とともに早期の離脱 (ウィーニング) が重要なポイントとなります。ウィーニングのためのチェックポイントは, ①原疾患, ②呼吸器系, ③心血管系, ④中枢神経系, の4つにわけて考えるとよいでしょう。

まず①ですが, 人工呼吸器管理に至った原疾患が改善し, さらに“輸液過多 (血管内ボリュームオーバー)”でないことが重要です。ウィーニングの過程で陽圧換気から陰圧での自発呼吸というダイナミックな変化が起こるため, 血管内ボリュームが多いと高齢者や合併症多数の症例では心不全を起こし, 循環不全に陥るリスクがあります。そのため血管内ボリュームを常に評価することが大切となります。

②では, 人工呼吸器管理でF_IO₂ 0.4—0.5以下, PEEP5—8cmH₂OでPaO₂60mmHg以上ないしSpO₂92%以上, PaCO₂が正常ないし人工呼吸器前と同程度のpH7.35以上, 吸気努力可能でRSBI (rapid-shallow breathing index) が100/L以下, などを目安にします。

③では, 心筋虚血の徴候がなく心拍数50—140/分で, 昇圧薬が投与なしかごく少量で維持できていることが挙げられます。

④では, 十分な意識状態が得られていること, GCS≥13が目安となりますが, 脳神経外科術後の患者や内科系で認知症・超高齢者の患者では必ずしもこの限りではありません。

人工呼吸器からの離脱では, いくつかのパラメータがありますが, 特にRSBIを覚えておくこととよいでしょう。一般的に自発呼吸に耐えられない患者では, ウィーニングし自発呼吸を誘導するにつれて, 速く浅い呼吸となります。この指標として, 呼吸数と1回換気量の比〔RR (回/分)/VT(L)〕で表したものがRSBIであり, 正常は30—50/Lとなります。人工呼吸からのウィーニングの成否を判定する基準は約100/Lとされ, * RSBI>100/L: 失敗の可能性が高い。自発呼吸試験 (SBT) 中止, 抜管延期。
* RSBI≤100/L: 失敗の可能性は低い, 確実に成功するわけでもない。
を, ウィーニングの目安として考慮するとよいでしょう。

ウィーニングに失敗したらどうするか

ウィーニングがうまく進まず, 途中で呼吸状態, 血行動態が破綻する場合は, 元の設定に戻し失敗した原因を考えます。以下の6つから考えると原因が見つかりやすいでしょう。

ウィーニング失敗時に考慮する原因

- ① 原疾患が改善していない
- ② 輸液過多
- ③ 心筋虚血
- ④ 呼吸筋疲労

- ⑤ 電解質異常 (特にK, P, Mg)
- ⑥ 甲状腺機能低下症・副腎不全など内分泌学的異常

原因が判明した後の自発呼吸試験 (SBT) ですが, 1日1回, 30—120分を目安に日々ウィーニング・抜管可能かを探ります。

鎮静とウィーニング

鎮静薬の中止については, 次の5つのポイントを理解する必要があります。

- ① 投与期間による: 24—48時間以上投与するとミダゾラムは遷延
- ② プロポフォールは36—48時間程度使用しても数分以内に覚醒
- ③ 呼吸抑制が強い/呼吸抑制がある鎮静薬は原則中止
- ④ 呼吸抑制がないデクスメトミジンはウィーニング, 抜管時にも使用可能
- ⑤ 高齢者, 肝・腎疾患の患者では早めに鎮静薬を中止するよう意識する

人工呼吸器管理中の鎮静でよく使われるものに, ミダゾラム, プロポフォールとデクスメトミジンの3つがあります。それぞれの鎮静薬の特徴 (連載第2回, 2878号参照) を踏まえて, ウィーニング・抜管時の鎮静薬を中止するタイミングを考慮します。

一般的なウィーニング・抜管の流れ

以上を踏まえ, 筆者の施設でのウィーニング・抜管の流れを紹介します。

抜管までの呼吸器モードの流れ

1. A/C: IPPV か BiPAP (F_IO₂を下げる)
2. SIMV: SIMV+PS か BiPAP (fを下げる)
3. CPAP+PS (PS/PEEPを下げる。最終的にPS5前後, PEEP3—5)
4. インスピロンTピースでSBTを30分施行
5. 抜管

※特に自発呼吸を確認するSBTでは, ①SIMV+PS, ②CPAP+PS, ③Tピース吹流, の抜管方法で比べると, ③が最も短時間で抜管可能ということがわかっている。

抜管時のポイント

いざ抜管という際に考慮するポイントは次の2点です。1つ目は, 気道が確保でき気道分泌物は排出可能か, です。咳・咽頭反射, 咳で確かめます。

2つ目は, 上気道閉塞を起こす喉頭浮腫がないかの確認です。抜管前に確認するためカフリークテストなどが考慮されていますが, まだ事前予測可能な確実なパラメータはありません。そのため, 長時間の気管内挿管, 挿管時に頻回の喉頭展開, 再挿管, 太いチューブでの挿管, といった抜管後喉頭浮腫のリスクがあるケースや, 36時間以上の人工呼吸器管理を行っているケースでは, ステロイドを投与する予防方法があります。これは, 抜管12時間前からメチルプレドニゾロン20mgを4時間ごとに静注することで, 喉頭浮腫軽減, 再挿管率減少したという報告があることから頻繁に行っています。

抜管はスムーズに行う必要があります。特に心肺機能に予備能がないケー

スでは, 抜管操作に時間がかかると,

- ① 急激な陽圧換気→陰圧換気への変更による前負荷↑
- ② 意識改善に伴い交感神経の過緊張による後負荷↑
- ③ 肺うっ血および心機能の急激な低下

というメカニズムで抜管処置前後でのうっ血性心不全惹起, 循環破綻につながるリスクがあります。

抜管後のポイント

抜管後は, 自発呼吸パターンと上気道閉塞徴候に注意を払って観察します。

特に自発呼吸パターンでは, ①穏やかな呼吸をしているか, ②呼吸時の姿勢, 吸気呼気比, 酸素投与量, 呼吸数とSpO₂に注目します。その上で呼吸が不安定な場合, 原疾患が十分に治っていない, 輸液過多, 抜管中のトラブル, 痛み, 不安, せん妄などを考えて原因を探ります。

また上気道閉塞徴候の認識として, 喘鳴があるか, 吸気や呼気に雑音があるかを確認するとともに, 頸部, 肺野 (上・中・下・背側) を十分聴診します。シーソー呼吸など上気道閉塞の呼吸パターンの認識も必要になります。

特に呼吸不全を疑わせる, ①ガス交換ができない: 呼吸数上昇 (>20/分), 呼吸補助筋 (特に胸鎖乳突筋) の使用・起坐呼吸, ②換気ができない: 呼吸数低下・呼吸停止・シーソー呼吸, などに注意します。

ケースを振り返って

Case1は肺炎, 呼吸不全で人工呼吸器管理を要し, 治療への反応とともに呼吸器をウィーニングし抜管しました。

Case2はミダゾラムを鎮静に長時間使用したため蓄積効果を考え, ウィーニング, 抜管前日から蓄積効果の少ないプロポフォールに切り替え, またテオフィリン製剤でミダゾラムの代謝を促進させて抜管となったケースです。

Case3は自発呼吸を残した人工呼吸器管理が可能となるようデクスメトミジンで鎮静をかけ, ウィーニング, 抜管後もせん妄への対応として継続使用しています。

Take Home Message

- ① 抜管前のポイント (原疾患の改善, 呼吸・循環の安定, RSBI) を理解する。
- ② 抜管時のポイント, 特にスムーズに抜管する必要性を理解する。
- ③ 抜管後のポイント (呼吸パターンの認識, 上気道閉塞) に注意する。

参考文献

- 1) MacIntyre NR, et al. Evidence-based guidelines for weaning and discontinuing ventilatory support: a collective task force facilitated by the American College of Chest Physicians; the American Association for Respiratory Care; and the American College of Critical Care Medicine. Chest. 2001; 120(6 Suppl): 375S-95S.
- 2) Francois B, et al. 12-h pretreatment with methylprednisolone versus placebo for prevention of postextubation laryngeal oedema: a randomised double-blind trial. Lancet. 2007; 369(9567): 1083-9.

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, 興行が必要なのである。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



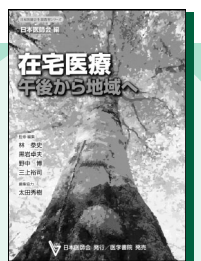
新刊

在宅医療はどう始めて, どう軌道に乗せるのか? 第一線で活躍する医師が手ほどき

<日本医師会生涯教育シリーズ> 在宅医療 午後から地域へ

在宅医療の考え方から, 制度を含めた実践的な知識, 効率的な連携の方法など, 第一線で活躍する医師が, 自らの経験をもとにした本物の知識と技術をわかりやすく解説。在宅医療とは何か? どう始めて, どう軌道に乗せるのか? 使える制度・サービスは何か? 各章をたどることで, 在宅医療の今とこれからが見える。自治体・医師会, 病院, 診療所における実践例も豊富に収載。

編・発行 日本医師会
監修・編集 林 泰史
東京都リハビリテーション病院院長
黒岩卓夫
浦佐明気圏診療所所長
野中 博
博覧会野中病院院長
三上裕司
日本医師会常任理事
編集協力 太田秀樹
医療法人アスム入理理事長
おやま城北クリニック院長



新刊

「本物のホスピタリスト」を

めざし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.1 病棟診療のコンダクター

2005年の8月、米国で念願の内科レジデンシーを始めたばかりの私は、プログラムディレクターとともに彼のオフィスにいた。英語力がネックでコミュニケーションに問題があり、また内科知識もまだまだ十分ではない私が、彼の厳しいフィードバックを受けるのは、むしろ当然であったろう。そんななか、彼が提案したのは次のことであった。

「あと数か月で、新しいファカルティメンバーが1人合流する。彼は“Real Hospitalist (本物のホスピタリスト)”であり、彼から学ぶことは多いだろう。特別に彼とマンツーマンのローテーションを組むから、やってみたらどうか」「本物のホスピタリスト」。その言葉がのちのちまで私の頭に残った。実際に彼から薫陶を受け始めるのは、この後さらに数か月先になる。しかしこれが、のちに私が師と仰ぐことになる Dr. Phillip Vaidyan を知った最初のエピソードであり、また私が、のちに正式採用となる「ホスピタリストローテーション」の最初のレジデント、す

なわち彼の一番弟子になることが決まった、その瞬間でもあった。

それから数年。彼と、そして彼の説く病院内科 (Hospital Medicine) の魅力にとりつかれ、私は現在ホスピタリストとして、今度はパートナーとして彼とともに働いている。「本物のホスピタリスト」とは何だろうか、といまだ自問自答しながら……。

Hospital Medicine という医学分野は、これ自体が米国でもまだ新しい。すなわち、ホスピタリスト自体も比較的新しい概念ということになる。そしてこの新分野が現在、米国で急速に伸びつつある。なぜか? そもそも、ホスピタリストとはいったい何か? 本連載の目標は、この2つの大きな課題に対し、さまざまなエピソードを交えつつ、できるだけ具体的に答えていくことである。

本稿ではまず、「ホスピタリストとは何か?」という課題に対し、「定義」と「役割」、そして「私自身のイメージ」という3つの観点から焦点を当ててみ

たい。

ホスピタリストとは1996年、Wachter と Goldman が NEJM (New England Journal of Medicine) 誌の中で初めて用いた言葉である。全米のホスピタリストが集う学会である SHM (Society of Hospital Medicine) は、ホスピタリストを、「専門職として、入院患者の総合内科管理をその主たる役割とする医師であり、その仕事範囲は、Hospital Medicine における患者管理、教育、リサーチ、そしてリーダーシップにわたる」と定義している。かつての Emergency Medicine や Intensive Care Medicine が分化しサブスペシャリティ化したように、Hospital Medicine は現在、全米で大きく伸びつつある「新しいサブスペシャリティ」としてとらえられている。

その役割は多岐にわたり、SHM では、院内患者管理のクオリティの改善、リソースの有効利用、医療チームの構築・リーダーシップ、そして教育などを挙げている。私はこれに加え、(特に急性・亜急性期における) 診断という役割を挙げたいと思う。

では、実際の臨床診療の中で、具体的にはどう働くのか。私の中でイメージが一番重なるもの、それはオーケストラのコンダクター (指揮者) だ。病棟患者診療における分業体制、これを医療チームというオーケストラによる、病棟患者診療というシンフォニー、と置き換えるのが一番わかりやすい。チーム内には各々のパートとして、各コンサルタント医に加え、ナース、栄養士や理学療法士、そしてケースマネジャーやソーシャルワーカーといった、いわゆるコメディカルスタッフが存在する。われわれホスピタリストはその中心にあって、コンダクターとしてチームを指揮する役割を担うわけだ。

ただ、異なる点もある。それは、オーケストラの指揮者がどこまでも指揮者であるのとは違い、われわれホスピタリストは常に演奏者でもあるという点である。無論、「ある一定レベルまでは」という注釈がつく。これらホスピタリストの役割については、次回以降さらに具体的に例を挙げつつ、述べていきたいと思う。



いしやまたかあき (写真左) / 1997年新潟大学医学部卒。同年、同大外科学教室入局。5年にわたり外科医として研鑽を積む。2000年日本外科学会認定医取得。02年に Washington University in St. Louis のリサーチフェローとして渡米後、内科転向を決意。St. Mary's Health Center 内科レジデンシーを経て、08年より現職。米国内科専門医。自分自身も含めた、日本版「本物のホスピタリスト」の育成が将来の目標。写真は、敬愛する師匠、Dr. Phillip Vaidyan と。

最後に私自身のホスピタリストの**最**定義を述べて、本連載の初回を終わりにしたい。これは前述の SHM の定義、スペシャリティの分類、そして自分自身これまで経験してきた、コンダクターとしての仕事の役割とそのイメージをまとめたものだ。

Real Hospitalist 虎の巻

ホスピタリストとは? そしてその仕事は?

病院業務に特化し、急性・亜急性期の診断・管理を請け負う、病院内科 (Hospital Medicine) のスペシャリスト。入院患者に対して内科全般の全人的、総合的管理を行う。教育、チーム医療におけるリーダーシップ、病院経営の改善など、コンダクターとしての総合力が求められる。

まだまだ日本ではなじみが薄い、ホスピタリストという概念。本連載により、どうか少しでもこの概念が浸透しますように! そして願わくは私自身、「本物のホスピタリスト」に少しでも近づけますように!



St. Mary's Health Center. セントルイス居住エリアに位置するミッション系の病院。Dr. Vaidyan 指揮のもと、ホスピタリストユニットの開設、ホスピタリストを中心に据えたレジデント教育、BOOST program への参加など、Hospital Medicine 領域において近年積極的な取り組みを行っている。

『週刊医学界新聞』 presents 講演会 この先生に会いたい!

講師に **日野原重明 先生** (聖路加国際病院理事長) をお招きします。
医学生皆さん、ぜひご参加ください。

テーマ 医師になるための基本的な学生時代の生き方

各領域の第一線で活躍する先輩医師をゲストにお招きして、医師として歩んできた道のお伺いしている「この先生に会いたい!」。今回は、聖路加国際病院理事長の日野原重明先生をお迎えし、医学生皆さんを対象とした講演会を開催します。日野原先生は、ご自身の医学生時代の闘病体験などを踏まえ、患者の心の支えとなる医師として、99歳である現在も臨床現場に立っていらっしゃいます。また、2010年8月にはミュージカル「葉っぱのフレディ—いのちの旅」の米国公演を成功させるなど、多方面にわたって活躍されています。常に新しいことへ挑戦し続けている日野原先生に、幅の広い医師になるための秘訣をお話いただけます。お話の後には、先生や参加者と交流する楽しいひとときも設けます。ぜひお誘いあわせの上、ご参加ください。

日時 2011年3月5日(土) 14時~17時(予定)
1時間30分のご講演と、懇親会を予定しています。

会場 医学書院本社 (東京都文京区本郷1-28-23)
当日は、Ustreamでセミナーの模様を配信する予定です。

応募方法 医学書院 HP 上の申込フォームからお申し込みください。
<http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

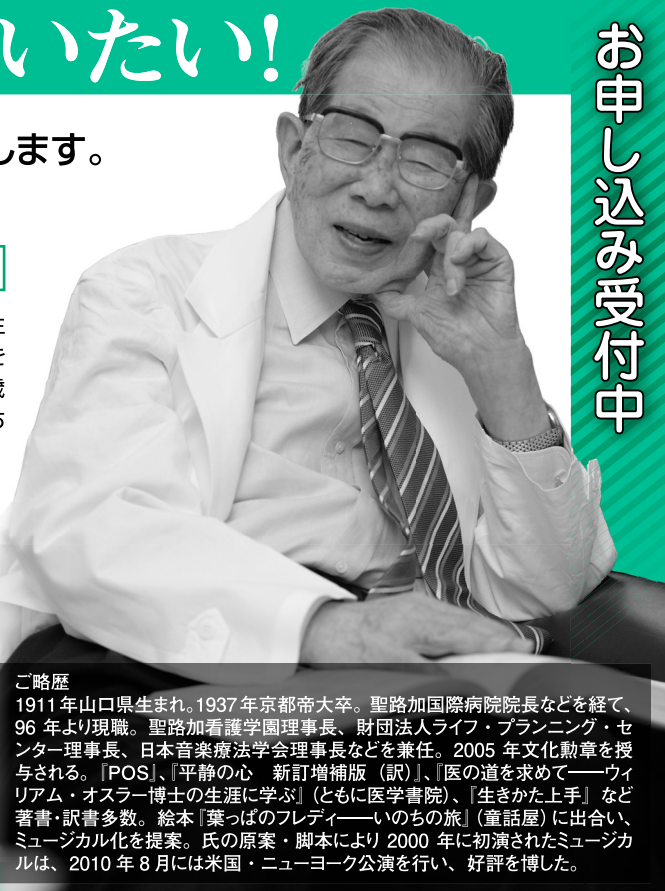
※必ず大学名・学年を明記ください。
※システムの都合上、受講票がメールですべてのお申込者に送信されますが、医学生以外の方からの申し込みは、キャンセル扱いとさせていただきます。あらかじめご了承ください。

対象 医学生
(定員120名・先着順)

参加費 無料

お問い合わせ

医学書院『週刊医学界新聞』編集室
(Tel: 03-3817-5695)



お申し込み受付中

ご略歴

1911年山口県生まれ。1937年京都帝大卒。聖路加国際病院院長などを経て、96年より現職。聖路加看護学園理事長、財団法人ライフ・プランニング・センター理事長、日本音楽療法学会理事長などを兼任。2005年文化勲章を授与される。「POS」、「平静の心 新訂増補版(訳)」、「医の道を求めて—ウィリアム・オスラー博士の生涯に学ぶ」(ともに医学書院)、「生きかた上手」など著書・訳書多数。絵本「葉っぱのフレディ—いのちの旅」(童話屋)に出会い、ミュージカル化を提案。氏の原案・脚本により2000年に初演されたミュージカルは、2010年8月には米国・ニューヨーク公演を行い、好評を博した。

企画広告〈座談会〉

医学生・研修医にとっての『ハリソン内科学』とは？

すぐれた臨床医になるための『ハリソン』活用法

1950年に原著初版が刊行されて以来、内科学書のグローバル・スタンダードとして改訂を重ね、日本語版の発行により、わが国においても医学生・研修医からベテランまで絶大な信頼と支持を獲得している『ハリソン内科学』。この度、とくに今日の日本の医学生・研修医にとっての『ハリソン』の位置づけ、その読み方、使い方について、5名の医学生・研修医に話し合っていたいただいた(2010年秋収録)。

①所属
②出身地
③将来の志望



吉田常恭

①日本医科大学4年生
②東京
③脳神経外科



林伸彦

①千葉大学医学部6年生
②茨城
③産科婦人科(胎児治療)



小林宏彰 [司会]

①東京大学医学部附属病院
臨床研修医1年目
②愛知
③救急・ER



藤川一穂

①日本大学医学部6年生
②千葉
③皮膚科または内科



鈴木静香

①日本医科大学3年生
②東京
③麻酔科

『ハリソン』はもっと後で使うもの？

小林 最初に、皆さんがいま学校でどのような勉強をしているかについて聞かせてください。

林 僕は6年生なので現在卒業試験期間中で、週に大体二つ試験があります。それが2ヶ月続きますが、その試験対策を中心に勉強しています。

藤川 私も6年生ですが、日本大学では普通の授業と試験があって、それに加えて夏と冬に2回卒業試験があります。授業の内容が国家試験対策という形なので、ちょっと偏りがあると感じています。

吉田 日本医科大学の4年生にはコース試験というのがあります。循環器、呼吸器などと分かれていて、週1回試験があるという形です。今まで僕があまり『ハリソン』を使ってこなかった理由にもなるのですが、毎月曜日に試験があるので、1週間のうちにその科のページを全部読むとなると、ちょっと厳しいかなと思って、なかなか手を出せないうえです。

鈴木 いま3年生ですが、これから衛生学、法医学の実習と、引き続き講義もあって、3年生の3学期からはコース試験に入っていきます。現状では『ハリソン』はもっと後で使うものなのかなと思っていました。図書館でも素通りしていました。ただ、薬理の講義の終わりに、討論形式の small group learning (以下SGL) をやったことがありました。SGLルームには、『ハリソン』がいろいろの本と一緒に置いてあって、すごい存在感とか威圧感みたいなものがある(笑)。「これ、みんなで読んでみようか」と言って開きました。そのときに症状から順に言い当てていくという、たぶん臨床の現場でも患者さんに症状を聞いて、そこから辿ってメカニズムみたいなものを考えながら疾患を言い当てていくと思うので、患者さんを診るってこういう感じなのかなと読みながら思いました。

小林 僕はいま研修医1年目で、最初3ヶ月は外科を回って、次の3ヶ月は救急、ICU、集中治療室で、現在は内科にいます。最初の3ヶ月はそもそも薬がわからないんです。薬を処方するときは全部商品名なので、学

生のときに習ったスタチンなどとうまく結びつかないんです。それにたとえばヘパロックとか、病棟で聞いたことのない専門用語が出てきたら、「それ何ですか」というところから始まるので、まず研修医のマニュアル的なものを読まないで病棟では何もまわせない。研修医はまず動けるという感じです。救急や集中治療部のときは、専用の本が沢山必要なので、『ICUブック』などにも大分お世話になったんですけど…。現在は循環器を回っています。『ハリソン』は循環器の分だけでも300ページくらい。結構分厚いのですが、せめてこの2ヶ月の間にはそれくらい読み終わりたいと思って、病棟に置いてあります。

学生時代の勉強方法を振り返ってみると、僕はまずは簡便な参考書である程度勉強して、試験前はテスト対策問題をやったりしました。同時に自分の中でちょっとじれったい思いがありました。もっとしっかり勉強したいなと。それでちょこちょこ興味がある部分について、『ハリソン』の「ハ」の字くらいは読んだんじゃないかと思っています。

『ハリソン』は最初から最後まで通読すべきか？

吉田 先輩方に聞きたいのですが、『ハリソン』を実際にはいつくらいにどういうきっかけで読み始めたのですか？

林 4年生で臨床が始まったときに、自分の知りたいことが他の教科書にはなくて、『ハリソン』には載っているのだからかと思って調べたのがきっかけです。そうしたらさりげなくしかもしっかりと記述で載っていて、それからは時間があるときとか、本当に知りたい病気については必ず引くようにしています。『ハリソン』は大事な疾患とそうでもない疾患で記述の量が全然違います。重要な疾患にはたくさんのページを割いて、そうでもない疾患は5行くらいで終わったりして、そういう点が他の参考書と違うと感じるところです。本当に何が世界で必要とされているか、どういう患者さんが多くいるかなどが伝わってくる本だなと感じます。

小林 僕の場合、実際に買ったのは4年生のときです。それまでも図書館でパラパラ開いたことはありましたが、よく読むようになったのは5年生の病院実習が始まったときです。そこで言われたこと、習ったこと、患者さんの病気などを『ハリソン』を使って勉強しました。

吉田 自分の調べたいところを中心に？

小林 そうですね。最初から最後まで通読するのは結構大変だと思う。多くの方は、冒頭の総論と症候学のパートを読んで、あとは気になるところを読む、という使い方をしていくと思います。

藤川 私は学年でいえば3年生で、基礎が

終わって臨床が始まったときに『ハリソン』を買いました。そのきっかけは推薦図書に上げられたうちの一冊だったからです。学校の図書館に内科学基礎の棚がありますが、その半分以上を『ハリソン』が占めていたので(笑)、必然的に興味を湧きました。SGL、症例検討のときに主に使って、それで読む習慣がついたのだと思います。

『重要なおこと羅列』ではない『ハリソン』

小林 『ハリソン』と他の教科書との得るものの違いは感じますか？

藤川 重要な疾患に対する熱意だったような(笑)。量が多いというのもあるし、病態生理も詳しいですし、先生からも『ハリソン』が一番しっかりしていると聞きました。それから中毒とか炭疽菌とか、何を見てもわからないことが、ふと見たら『ハリソン』に結構載っていて、衝撃だった。載っている疾患の範囲が広いと思います。他の教科書にはたとえば皮膚科がなかったりしたものがありません。

吉田 学生がよく使う参考書の中には、ただ単に重要なことを羅列しているだけのものがあるんじゃないですか。それを読むと、確かにこの疾患ではこのことが重要だとわかって、なぜそれが重要なのかイマイチ見えてこないで、成書を読みたいという気持ちがあるんです。そういう意味で『ハリソン』にその辺の説明が載っているのならば読みたいと思う。

藤川 確かに他の参考書だとこれが重要だというポイントはわかるけど、なぜなのかという疑問には答えてくれない。でも『ハリソン』にはそれが詳しく書いてあるし、病態生理も載っているから理由がわかる。そういう意味では、『ハリソン』をある程度通読して、全体の構成を理解しておくことは重要だと思います。

小林 僕が他の本と全然違うと思っているのは、実は僕は途上国に興味があるのですが、最初の章に国際保健というセクションがあって、読むと面白い情報が載っているんです。たとえば途上国という、みんな感染症で死んでいるんじゃないかという印象があると思いますが、一部の地域を除いては、6割から7割の人は非感染症の心臓の病気とか、先進国と同じ病気で死ぬと書いてある。あるいはたとえば頭脳流出の問題。エチオピアに住んでいるエチオピア人の医者よりもシカゴに住んでいるエチオピア人の医者の方が多いとか、僕に衝撃を与えてくれるようなことが載っているの、それは全く他の本には無い感じです。視点が非常に広い。医者の知識は基本的にどこへ行っても一緒なので、海外の人も同じように『ハリソン』を使って勉強している。『ハリソン』は世界のもの、そういう安心感がすご

くあります。

『ハリソン』は国家試験に“使えない”？

小林 『ハリソン』と学校の試験や国家試験とのギャップ、つまり『ハリソン』で勉強していたら国家試験や学校の試験に通るのかなということが不安になると思うんですけど、その点はいかがでしょうか？

林 僕は今のところ試験は通ってきています(笑)。「ハリソン」だけで勉強すると、少しは厳しい部分があるかもしれませんが。医学部の勉強は良くも悪くも周りペースを合わせたり、敷かれたレールに乗ることが大事な時期もあると思いますので、そこは柔軟に、忙しいときは『ハリソン』ではなくてテスト対策に集中するとか、そういうことは必要。でも時間があるときは『ハリソン』を読んだ方が絶対ためになると思います。

藤川 私もテスト直前はテスト対策に徹して、余裕があるときはテーマに合わせて成書で知識を高めるとい、そういう使い分けを自分の中でしています。

小林 どこの大学でもテスト対策は必要だと思う。でも、先生方はそれを要求していません。研修医になってもそれは同じで、病棟に簡単な参考書の類を持っていくといやな顔をされる。

林 『ハリソン』で試験は通りますかという質問自体、ちょっとナンセンスな気がします。『ハリソン』は内科学書であって試験対策本ではないです。『ハリソン』で勉強する友だちはみんな試験にとらわれ過ぎずに、将来よい医者になろうという思いの強い人が多いと感じます。『ハリソン』だけをやった国家試験に受かるかどうかはわからないですけど、ベースになる知識だとは思っているので、『ハリソン』をやっていれば、あとは問題演習だけで何とかできるのではないかと印象はあります。ただ、『ハリソン』を読まずに問題演習をやると、何となく問題を解いて、間違えて、その理由がわからず次にまた間違えるということになる。

小林 国家試験で言えば、たとえば今年のクローン病と潰瘍性大腸炎の違い。あれなんか最終的には語呂合わせで頭にたたき込まないといけない部分もあるかもしれないけども、語呂合わせを忘れたときに、しっかりと病態を理解していればクリアできる、答えを出せるのではないかと思います。

藤川 最近の国家試験では病態生理のことを結構聞かれるんです。

小林 知識がなくても病態生理がわかれば解けるものも少なくない。

鈴木 先ほどから何度も出ていますが、病態の理解はやっぱり重要なんですね。読んで内容を覚えるだけでなく、『ハリソン』を読んでいくことで病態のことから考えていく習慣がつくという…。



企画広告(座談会) 医学生・研修医にとっての『ハリソン内科学』とは？



林 最近読んだ『ティアニー先生の臨床入門』(医学書院)という本にも、『ハリソン』のような教科書を読むのは病態の理解のためであるという内容がありました。
小林 病態の理解ができれば、どういう症状が出るか、そしてどんな検査をし、どう治療したらいいか想像がつくと思うんです。たとえば脳梗塞と脳出血とは治療方針が違うんですけども、血管が破れているのか詰まっているのか、イメージできれば簡単な話、その違いがわかると思う。

勉強の“ベース”、あるいは“軸”となるのが『ハリソン』

吉田 『ハリソン』を読んでいてよかったと思うことはありますか？
林 僕は何度か海外の病院で実習をしたことがあるのですが、先ほど小林さんもおっしゃっていたように、『ハリソン』によって得た知識は世界的に共有し得るものです。外国の先生は『ハリソン』や、外科だったら『サビストン(Sabiston Textbook of Surgery)』とか、そういう成書を必ず通読しているような印象でした。「この病気は『ハリソン』にも載っているよ。知らないの?」みたいな感じで話しかけてくるし、外来で診てわからない患者さんがいると、必ずそこには『ハリソン』があって、「これをちょっと読みな」と言った具合に、気軽に皆さん使われています。
吉田 海外でもシェアが高いのでしょうか。
 — 世界的には、この『ハリソン(Harrison's Principles of Internal Medicine)』と『セシル(Cecil Textbook of Medicine)』が二大内科学書とされています。
吉田 そうすると世界の医学生と肩を並べるという意味でも、今のうちに読んでおいた方がいいと…。
林 日本は海外に比べて病棟に出るのが遅いのですが、病院実習で自分の担当の患者さんが肺炎だったり、心筋梗塞だったりしたときに、その疾患について『ハリソン』で調べようとする必ずものすごい量で載っています。臨床で必要とする情報にとっても長けています。海外で『ハリソン』があたりまえのように使われているのは、向こうのメディカルスクールの学生にとって病院実習のウエイトが高いからなのかなと思うんです。日本も今後病院実習を増やしていこうという方向で、臨床に即した勉強をするようになってきているので、これからはもっと『ハリソン』が活躍すると思うか、自然と必要とされるようになるのではないかと思います。

— 現状では、医学部の授業と実習、それと臨床に出たときの間の乖離が少しあるということなのでしょうか？
林 そうですね。
小林 学ぶべきことは試験と病院実習とは違いますし、大学によっては学内試験対策と国家試験と病院実習が全部違う場合もある。そうした状況において、『ハリソン』はすべての勉強のベースになると思います。
藤川 私の場合は、授業と実習と国家試験対策が5年生まではバラバラの内容で、6年生になって授業が国家試験向けになったのですが、すでにバラバラに慣れてしまっているんで、最初の知識をつける段階で『ハリソン』を使っていけばいいかなと気楽に考えています。先生に勧められる本のスタンダードな基盤でもあるので。
小林 どの教科書でもそうですけれども、読んだことすべてを覚えられるわけではな

い。ただ、こういう分厚い本を読もうという気概が大切かなと思います。研修で疲れていても、寝る前にぱっと開いて気になるところを見たりするのですが、学生のときからこれに慣れていないと、忙しくなったらますます読めなくなるのかなと思います。
鈴木 まだ臨床に出たことがないのですが、臨床に行くにあたっての軸みたいなものができそうだと思います。わからなくなったときに、まずはこれを読んでみようという…。
林 それはすごいですね。
藤川 3年か4年のときにはじめて女性医学や老人医学の章を読んだのですが、まだそのようなテーマの授業を受けたことがない自分にとって珍しい章で、そういった切り口でいろいろな疾患をまとめてとらえるという概念を持っていなかったもので、面白いなと思いました。日本の型にはまらない見方もできるかなと。

吉田 日本との違いと言えば、SGLで『ハリソン』を使ったときに、疫学データが世界のシェアになっていて、日本人向けの疾患にはマッチしてないと思うことがありました。
藤川 それは私もありましたが、そういうところは授業や別の教科書で補いました。私の学校では、この疾患はどのくらいの世界で罹患しているかも、国内でどのくらいか聞かれるので、両方の知識が必要なんです。
小林 たぶん『ハリソン』だけで医学部を乗り切る人はあまりいないと思う。何かしら組み合わせる別の本を持っているはずなんです。それでは、『ハリソン』を使いこなしているかという点に関してはいかがですか？
藤川 最初は使いこなそうとは思わなかったですね。分厚いから読みこなせるのかという不安がなかったわけではないんですけど、授業で扱った疾患とか、前に見たことのある疾患とか、そういうのから気軽に読んで。

林 使いこなそうという想いはありません。ただ、先ほどおっしゃっていたように軸とする本としては信頼がおけます。
藤川 軸となる本というと、確かに、根拠を示すときに、『ハリソン』を出す先生が納得するということもあるかも…(笑)。
小林 国語の教科書と『広辞苑』の違いみたいなもので、必ずしも通読することを求められていないし、今年すべてを理解しなければいけない本じゃない。たぶん5年経っても常に使う本なので、5年後までに理解できればいいと思っていけば気楽に買えるし、そう考えたら他の参考書を揃えるより安いんですよ。1年で6千円ですから(笑)。

学生のうちから『ハリソン』で根幹の理解をすることが大切

— 小林さんはこの中でお一人だけ卒業して臨床現場にいらっしゃいますが、研修医になられてから『ハリソン』が一つの武器になったかどうか、そういう体験談みたいなものを少しお話いただけますか？
小林 読んでいる人と読んでいない人とは応用力が違うと思うんです。国家試験の勉強だと1対1で、対策本には大体この病気にはこの症状が出ると、簡単な説明が書いてありますが、そこからはずれたもの実際の臨床では出くわすことがあります。たとえば最近あったのですが、担当した患者さんが、下痢気味だったんです。たぶん他の参考書には心不全に下痢とは書いてな

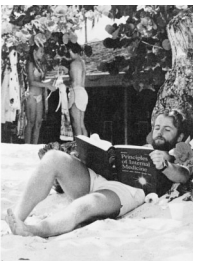
いんです。でも臨床に出たら、それは普通にあることで、心不全とは一体何なのだろうと考えていくと、まず心不全があって、腸管が働かなくなって、浮腫になって、水が吸収できない。だから下痢になる。下痢になるというのは心不全のときにあり得る。そういう考え方は病態を理解してないといけない。実際に心臓をしっかり働かせたら、すぐ下痢がなくなったんです。それは単純に1対1で、心不全の徴候は、脈拍、頸動脈、頸静脈の…、と覚えていただけは出てこなくて、心不全とは何なのかを理解するのが重要だと、『ハリソン』にはそうした病態が解説されています。

研修医になったら、まずどうすればうまく採血できるのか、どうすればエコーで調べられるのか、そういうことに最初に目が行ってしまうのは仕方ないことだと思うんです。でも同時にずっと目先のことだけをやっていて自分がいざ研修医を下に持って、自分で方針を決める段階になったときに、採血をうまく行ったり、点滴をうまく入れることはできるけど、病気はよくわかっていない医師というのではちょっと困る。研修医の力は、余裕があるときになるべくしっかりしたものをつけるべきで、病態に対して単に書かれている治療方針を読んで覚えるだけではなくに、それを理解した上でその上を見ていく。教科書的な症状ばかりがあるわけではないし、教科書的なことだけやって治るわけでもない。だから研修医になって、余裕があればなるべく『ハリソン』を読む方がいい。ただ、実際、みんながみんな読む余裕があるかというところ、たぶん余裕がない病院が多いでしょう。仮に本当にひまな病院へ行ったら読む時間はたくさんあるかもしれないですけど、実際に患者さんを診ないで読んでいて、何か意味があるのかと言われると、それはあまり意味がない。なるべく患者さんを多く



診ながら上手に勉強する。
吉田 いま僕は4年生ですけれども、今からすぐに『ハリソン』を読むのは…？
小林 いいタイミングです。研修医になってから、じっくり腰を落ち着けて読むというのは現実的には難しくなることが多いし、根幹の理解という意味では学生のうちからですね。
吉田 いま思うと、僕はもうSGLは半分以上終わってしまったんですけども、5年生から始まるSGLでは『ハリソン』が使えと、先輩方の話を聞いていて思いました。
鈴木 私も積極的に手にとってみたいと思うようになりました。レベルが高くて、まだ早いと思うんですけども、必ずしもすべてを通読しなければいけないわけではないとか、いろいろ使い方があっていいことがわかって、ちょっと肩の荷が下りました。学生のときにこそ、気になるところから『ハリソン』を読むべきだと。
吉田 僕は大学のCBTの副委員長をやっているんで、委員長と話して、ぜひ学生みんなでの購読を進めていきたいと思っています。
鈴木 手元に置いて使っていきたいです。

— 『ハリソン内科学』歴代編者の回想録である『ハリソン物語』はいかがでしたでしょうか？
藤川 プロジェクトXみたいな内容で、作るのにこれだけの人がこんなにいろいろ話し合った本というのはどんなものなんだろうと思うようになります。
吉田 編者や執筆者の情熱が伝わってきて、『ハリソン』を読みたくりますね。
林 90ページのこの写真ですけど、海外では本当にこんな感じで使われているんですかね。(笑)



【読者プレゼント】
 『ハリソン物語』かくして『ハリソン』はグローバル・スタンダードになった(小沢元彦/訳)を、ご希望の方に進呈いたします。
 『ハリソン』の誕生からその後の各版がどのように改訂され進化していったかが、歴代編者の回想として興味深くまとめられています。
 小社販売部までお申し越しください。

学生時代に必ず通読すべき教科書であり、
 臨床研修では首っ引きのリファレンス
 そして、医師としての生涯の座右書として最良の教科書

最新版

DVD付き
ハリソン内科学 第3版
 絶賛発売中

日本題監修 福井次矢 聖路加国際病院 院長 京都大学 名誉教授
 黒川 清 政東研究大学院大学 教授 東京大学 名誉教授

- 全2巻 ●A4変
- 3,326頁
- 4色刷 ●罫入
- ソフトカバー

ISBN978-4-89592-627-0
 定価31,290円
 (本体29,800円+税5%)

循環器で必要なことはすべて心電図で学んだ

第9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口に循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

不整脈のなかの不整脈 “心房細動” (その2)

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

心房細動のメカニズムは20世紀後半、数々の動物実験と臨床試験の結果から徐々に理解が深まってきました。特にほとんどの心房細動が肺静脈起始部をトリガーとするという「発見」は、治療にも大きな進歩をもたらしました。

その「発見」まで、心房細動の治療の中心はズバリ薬のさじ加減でした。シシリアン・ガンビットという抗不整脈薬の分類法をご存じでしょうか？1990年代にイタリアのシシリー島での会議で提唱された抗不整脈薬の分類法ですが、表のようなものです。このように各抗不整脈薬はさまざまなパターンでイオンチャネルやイオンポンプをブロックしますが、この中から、この患者さんの心房細動は早いのでNaブロッカーを主体的に攻めて、それがダメならKに対する作用が強いものを、などと不整脈の専門家が知識と経験を駆使してきたのがこの時期の心房細動の治療法です。ここではおおざっぱに、抗菌薬スペクトラムのように「ややこしい」ことだけわかっていたら結構です。

心房細動のアブレーション

さて、科学の進歩で心房細動の約80%が肺静脈起始部に由来するとわかったのですから、いささか暴力的ながらその場所の原因となる組織(=起始部の異所性心房組織)を消滅させれば問題はすべて解決するのではないかと考えた人々がいました。その手段として用いられたのが、高周波の交流電流で組織を熱凝固させる方法です。この高周波アブレーションは、主に外科分野で癌組織を焼くために用いられていましたが、これをすべての循環器内科医がこよなく愛する小道具“カテーテル”の先に電流を流れるようにし、不整脈の原因となる組織の焼灼に応用できるようにしたのがカテーテルアブレーション治療の始まりです。

●表 シシリアン・ガンビットの提唱する抗不整脈薬の分類表 (一部抜粋)

Table with columns for drug names and ion channel/receptor targets (Na, Ca, K, If, alpha, beta, M2, A1).

その後の技術の発展により、このカテーテルアブレーションはリエントリー性不整脈の治療に大きな威力を発揮するようになりました。特に下記の3タイプの不整脈に対する治療率は95%を超えています。

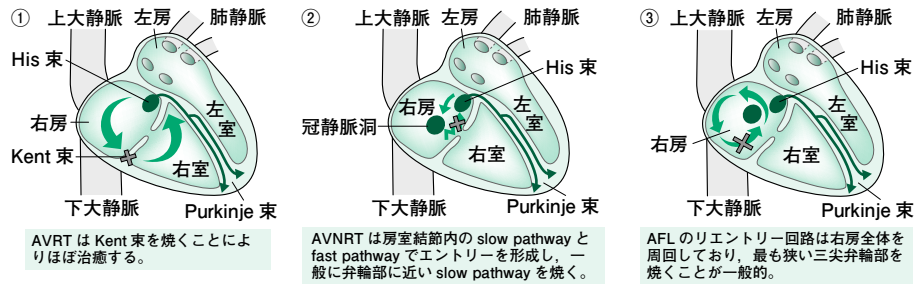
- ①WPW症候群(房室リエントリー類拍, Atrioventricular Reentrant Tachycardia; AVRT)への副伝導路(Kent束)の焼灼
②房室結節リエントリー類拍(AV Nodal Reentrant Tachycardia; AVNRT)に対する房室結節 Slow Pathwayの焼灼
③心房粗動(Atrial Flutter; AFL)に対する三尖弁輪の焼灼

この高い成功率は、不整脈治療に対する考え方を劇的に変えました。すなわち、さじ加減が支配していた薬物治療から、もし、そのリエントリー回路や興奮部位に手が届くのであれば、カテーテルを使って実際に手を下すほうが効率的であるという考え方に移行していったのです(図1)。

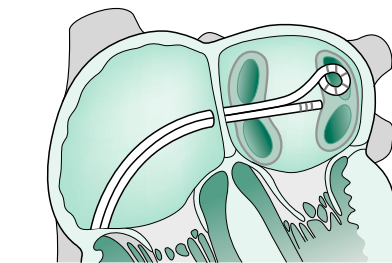
心房細動のアブレーション治療に戻りましょう。この場合話はそう簡単にはいきませんでした。ターゲットは肺静脈の起始部と明らかなのですが、それが特に左房側に存在するところが大きな問題でした。先に述べた三つの不整脈(AVRT, AVNRT, AFL)は、いずれも右房側からアクセス可能な部分(緑字部)が主なターゲットでしたが、左房に突き刺さっている肺静脈に大腿静脈からカテーテルが到達するにはどうしても心房中隔が邪魔になります。動脈系(例えば大腿動脈)から入れる方法もあるのですが、静脈に比べて圧が高く出血の合併症が多いのと、大動脈弁と僧帽弁を逆向きに通過し、さらに左室の中でUターンしなくてはなりません。そのため、一般的には先から針が出るタイプのカテーテルを使って心房中隔に穴をあけて、半ば無理矢理にアブレーション用のカテーテルを通過させます(図2)。この方法は、少々驚きかもしれませんが、心房中隔をくぐり抜ければ肺静脈はすぐ目の前です。

1%

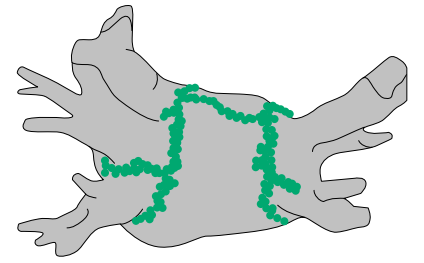
前述したような方法で、肺静脈からの異所性興奮が伝わらないように1点1点熱凝固させて線を引いていくのが主流ですが(図3)、その奏効率は60-80%とされています。また、時間がかかり(3-6時間)、熱をかけ過ぎると心臓に穴があいてその出血が迅速に止まらなると心タンポナーデなどの重篤な合併症をたまに引き起こし



●図1 主な右室側に由来する上室性不整脈のアブレーション施行部位
①: AVRT, ②: AVNRT, ③: AFL



●図2 肺静脈へのアプローチ(Brockenbrough法)
大腿静脈から入ったアブレーションカテーテルは心房中隔を「通って」左房内の肺静脈へと達する。上側の円形のは肺静脈内の活動電位を計測するマッピングカテーテル。



●図3 心房細動のアブレーションで焼かれる場所
カニのような形をした左房の中で緑の点の一つひとつが通電された部位であり、全体として肺静脈を左房から電気的に切り離している。

ます。こうした大きな合併症の発生率は1%前後といわれていますが、この1%という数値を60-80%の治療率に対してどう考えるかというのが現在の心房細動治療の大きなジレンマなのです。

本紙連載『レジデントのためのEBCP第21回(2894号)』で取り上げられたとおり、そもそも心房細動の治療としてリズムコントロール(洞整脈の復調)が必要なのか? というところが、死亡率や脳卒中の発生の改善という観点からはなはだあいまいです。AF-FIRMやAF-CHFといった大規模臨床試験でリズムコントロールを行った群は、レートコントロール(心房細動のまま脈拍数だけを調節)群と比較して長期予後の改善を認めませんでした。

現実として、安定している心房細動の治療は抗凝固療法とリズムコントロールの適応の双方とも、医師が「任せてください、この方法がベストです」と言い切れるほどカッコリしたものではありません。つまり、どんな治療をしてもしなくても、満点を取ることは現状では不可能なのです。ワルファリンを投与すれば脳梗塞は予防できますが(60-70%)、出血の可能性は上がり(絶対値で0.5%程度)。同じように、アブレーションでリズムコントロールを試みれば60-80%の患者さんで成功しますが、1%の方が合併症を被ります。

First, do no harm

QOLの面から確かに心房細動のリズムコントロールを必要とする患者さんは確実に存在します。しかし、それは1%の合併症の発生と引き換えにするほどのものなのでしょうか? その問いかけに答えられるのは、おそらく患者さん本人だけでしょう(少なくとも医療者側だけで決定できるものではありません)。

この心房細動治療のジレンマは、デバイスの発達による侵襲的治療の進歩と安全性の問題のモデルケースです。同じようなジレンマは他の分野の手技にも間違いなく存在します。そうしたとき、医師には「こうすべきだ」というパターンリスティック(父権的)ではなく、むしろ時間はかかっても「一緒にリスクとベネフィットを考えましょう」というパートナーシップを見いだすアプローチが必要とされます。

今回はやや訓話めいた話になってしまいましたが、ぜひとも華やかな手技に引きずられることなく、患者さんにとってフェアであることを考えながら診療を行ってください。

参考文献

- 1) HRS/EHRA/ECAS expert Consensus Statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up. A report of the Heart Rhythm Society (HRS) Task Force on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation. Heart Rhythm. 2007; 4(6): 816-61.

糖尿病と心臓病—あなたの悩みにお答えします!

糖尿病と心臓病 基礎知識と実践患者管理Q&A51

本書は、循環器内科医と糖尿病医との意見交換を通じて、患者管理における問題点を共有化し、相互理解を深めていくことをめざしている。二部構成の目次は、前半で糖尿病自体の病態、心血管系で合併する病態の基本的な知識を具体的にまとめ、後半では実践的な患者管理上の問題をQ&A形式で解説。糖尿病と心臓病の関係が具体的にかつ平易にまとめられ、日々の診療ですぐに活かせる工夫や患者指導のコツが満載。

編集 尾川哲典 大分大学教授 吉松博信 大分大学教授

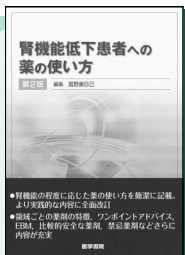


腎機能低下患者への薬物療法がコンパクトにまとめられた実践書

腎機能低下患者への薬の使い方 第2版

腎機能が低下した患者への薬物療法について具体的な処方例と薬剤の注意をコンパクトにまとめたもの。よく用いられる薬剤93成分について、腎機能低下の程度別に投与量を明示。腎障害時に必要な注意、投薬時のポイントについても解説。第2版より薬剤の透析除去率、EBMがあるものについては明示した。

編集 富野康己 順天堂大学教授・腎臓内科学



論文解釈のピットフォール

植田真一郎

琉球大学大学院教授・臨床薬理学

第
22
回

中間解析と早期終了の問題点 その6——最新の論文から

ランダム化臨床試験は、本来内的妥当性の高い結果を提供できるはずですが、実に多くのバイアスや交絡因子が適切に処理されていない、あるいは確信犯的に除去されないままです。したがって解釈に際しては、“騙されないように”読む必要があります。本連載では、治療介入に関する臨床研究の論文を「読み解き、使う」上での重要なポイントを解説します。

前回まで、5回にわたって早期終了の問題点を議論してきました。被験者保護、臨床試験結果を迅速に社会へ提供することが目的であった早期終了がいつの間にかさまざまな問題点を抱えるようになり、倫理的にも必ずしも正当ではないことをおわかりいただけたかと思います。

今回は、昨年11月に開催された米国心臓協会学術集会において発表され、すぐに「New England Journal of Medicine」誌に掲載された臨床試験がやはり早期終了となっていたので、これを読んでみたいと思います。本連載でお話ししてきたさまざまな臨床試験の見方とも合わせて考えていきましょう。

EMPHASIS-HF 試験の背景と概要

EMPHASIS-HF 試験は、NYHA 心機能分類 II 度で左室駆出率 30%未満 (QRS 130 msec 以上の左室駆出率 30—35%を含む) の心不全患者を対象とした、抗アルドステロン薬エプレレノンとプラセボを比較した試験です¹⁾。一次エンドポイントは“心血管死亡”と“心不全による入院”の複合です。これまでの心不全臨床試験の結果から、ACE 阻害薬とβ遮断薬が死亡率を低下させることは明らかですが、依然として予後は悪く、また ACE 阻害薬のみではレニン-アンジオテンシン-アルドステロン系 (RAAS) が十分に抑制されないという実験的な試験もあります。したがって、他の RAAS 抑制薬の追加が予後をさらに改善できるかどうかは確かに重要な問題と言えます。

これまで ARB の追加によって、カンデサルタンが総死亡率を改善したという試験結果が出されているものの (11%、統計学的には有意ではない)、バルサルタンとプラセボを比較した試験では死亡率の減少はなく、予後の改善に関する一貫した成績はありません。むしろ有害事象が増加する可能性も示唆されています。

これに対し、抗アルドステロン薬は重症心不全では死亡率を低下させましたが、軽症から中等症の患者における臨床試験は行われていませんでした。この EMPHASIS-HF 試験は、まさにこの比較的軽症の心不全患者を対象としたものです。結果は、中間解析で一次エンドポイント発生リスクの明らかな低下がエプレレノン群において認められ (47% リスク低下)、観察期間 (中央値) 21 か月で早期終了となりました (表)。

イベントは十分に発生しているが……

EMPHASIS-HF 試験では、一次エンドポイントが両群合わせて 271 例および 542 例 (推定されたイベント数の 30%、60%) 発生した時点で中間解析を実施し、 $p < 0.001$ であれば早期終了を考慮するという早期終了の基準が定められています。2 回目の解析でこの基準を満たしたため、エプレレノン投与は明らかに有益であると判断されたようです。

またこの試験では、以前問題点を指摘した、重篤度、客観性に差がある複合エンドポイントを使用しています。二重盲検法を採用していますから、判定でバイアスが生じることはないとしても、本来は死亡率を重視すべきだと思います。実際、本連載第 18 回 (第 2894 号) で取り上げた CHARM 試験では、死亡率のみが早期終了の指標となっていました。心血管死亡のほうがより特異的に薬剤の効果を評価し得るという意見もありますが、死亡原因の診断は必ずしも容易ではなく、死亡リスクの高い患者では総死亡で評価すべきという考え方もあります。

EMPHASIS-HF 試験では、総死亡が 384 例発生し、エプレレノン群で 24% 低下していました。以前述べたように、早期終了の問題点の一つは、エンドポイント発生が少ないときに random high が生じ、早期終了するためのリスク低下の過大評価 (イベント数が少ないときにはリスク減少が大きくなる) が生じることです。ですから、その点に関しては問題は少ないと考えられます。JUPITER 試験では、複合エンドポイントはある程度発生していましたが、個々のイベントの発生が少なかった (心筋梗塞は 99 件) のです。ただし、表からわかるように CHARM 試験のように死亡率のみを基準にしていれば早期終了にはならなかった、という点は何かひっかかりますね。そもそも同じ疾患の臨床試験で早期終了を検討するエンドポイントが異なるのはおかしいと思います。

観察期間への疑問

本試験の問題点は、早期終了の結果、観察期間がわずか 21 か月となったことです。重症心不全を対象とした、より短い観察期間が正当化される RALES 試験²⁾ の 24 か月よりも短く、EMPHA-

●表 EMPHASIS-HF 試験におけるエンドポイント発生

	エプレレノン群 (n=1364)	プラセボ群 (n=1373)	ハザード比 (95% CI)	p 値
一次エンドポイント (心血管死亡+心不全での入院)	249 (18.3%)	356 (25.9%)	0.63 (0.54-0.74)	<0.001
総死亡	171 (12.5%)	213 (15.5%)	0.76 (0.62-0.93)	0.008
心血管死亡	147 (10.8%)	185 (13.5%)	0.76 (0.61-0.94)	0.01
心不全による入院	164 (12.0%)	253 (18.4%)	0.58 (0.47-0.70)	<0.001
高カリウム血症での入院	4 (0.3%)	3 (0.2%)	1.15 (0.25-5.31)	0.85

SIS-HF 試験と同様に軽症から中等症の心不全患者を対象とした CHARM-Added 試験 (カンデサルタンとプラセボとの比較)³⁾ や SOLVD 試験 (ACE 阻害薬であるエナラプリルとプラセボの比較)⁴⁾ の半分 (いずれも観察は 41 か月) なのです。

とりわけ、CHARM 試験は数回の中間解析で比較的明瞭な死亡リスクの減少 (開始後 1 年で 30% 以上、 $p=0.0002$ 、総死亡は 331 例) が認められたにもかかわらず観察を続けたところ、リスク減少は徐々に低下し、最終的には CHARM 試験全体で 10% 程度でした。18—24 か月後のリスク減少は 25—20% ですから、この時点で試験を終了していれば EMPHASIS-HF 試験と同程度のリスク減少が報告できたわけですが、これでは過大評価になります。したがって、21 か月と短い観察期間で結論を出した EMPHASIS-HF 試験でも同じことが生じた可能性は否定できないのです。

しかも本試験では、ほぼ 90% の被験者が (死亡率を低下させる) ACE 阻害薬または ARB とβ遮断薬を服用しており、単独の薬剤の効果は証明しにくい試験であるにもかかわらず、研究者が予想した以上の相対リスク減少が得られています。例えば SOLVD 試験では、当然それらを服用していない状態での比較でしたが、死亡率の低下は 16% です。一方で、重症心不全における RALES 試験では ACE 阻害薬を服用していても抗アルドステロン薬スピロノラクトン群で死亡率が 30% 低下しており、この結果からは対象患者、薬剤が異なるとは言え、一貫性があるように見えます。つまり心不全患者において、抗アルドステロン薬による治療が最も有益であることを示唆しているのかもしれないのです。ただし、RALES 試験も早期終了試験であり (平均観察期間 24 か月)、過大評価されている可能性に留意すべきです。

安全性評価の観点から見ると、やはり EMPHASIS-HF 試験の観察期間は短すぎ、危険性を過小評価している可

能性があります。本連載第 4 回 (第 2837 号) において、RALES 試験では重篤な高カリウム血症の発生がプラセボ群と比較してさほど多くなく、安全であると報告されたものの、その後のコホート研究ではスピロノラクトンの処方増加とともに入院を要する高カリウム血症や死亡が倍増したことをお話ししました。EMPHASIS-HF 試験でも、やはり重篤な高カリウム血症の発生は少ないのですが、これは、本試験の対象患者が心不全患者としては若く、腎機能もよく、何より臨床試験に参加することでより頻回に検査を受け、安全性確保のためプロトコル上さまざまな努力がなされていた結果だとも考えられます。さらに観察期間が短いことも影響しているかもしれません。結局、今後外的妥当性の高い観察研究を実施しなければ安全性は評価できないかもしれませんが、EMPHASIS-HF 試験においても比較的軽症だからこそ、エプレレノンの有害反応のデメリットを重視し、より長期の観察によって評価すべきであったと思います。

あらゆる薬物療法において、有益さと危険性のバランスを慎重に検討しなければなりません。早期終了はどうしても前者を過大に、後者を過小に評価してしまう可能性があります。早期終了試験結果を読み、診療に応用しようとするとき、この点を忘れてはなりません。

参考文献

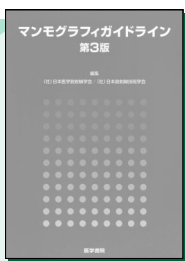
- 1) Zannad F, et al; The EMPHASIS-HF Study Group. Eplerenone in patients with systolic heart failure and Mild Symptoms. N Engl J Med. 2010 Nov 14. [Epub ahead of print]
- 2) Pitt B, et al. The effect of spironolactone on morbidity and mortality in patients with severe heart failure. N Engl J Med. 1999; 341 (10): 709-17.
- 3) McMurray JJ, et al. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function taking angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Added trial. Lancet. 2003; 362 (9386): 767-71.
- 4) The SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. N Engl J Med. 1991; 325 (5): 293-302.

乳がん診療・検診における必携テキストの改訂版

マンモグラフィガイドライン 第3版

本書は、マンモグラフィの撮影法、読影の基本、画像所見の解説から精度管理や画像評価に至るまで、読者の読影水準のみならず、機器の画質水準の向上を引き出す内容に至るまで解説がなされている。今回の改訂では、これまでの版を踏襲しつつも、より画像を多くし、attractiveな仕上がりにした。乳がん診療および検診に携わる医師・技師にとって、まさに必携のテキストである。

編集 (社)日本医学放射線学会
(社)日本放射線技術学会



2011年3月発売予定

ワシントンマニュアル 第12版

The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 33rd Edition

監訳: 高久史磨 自治医科大学学長 / 和田 攻 東京大学名誉教授

きっちり3年で、きっちり改訂



メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL. (03) 5804-6051
FAX. (03) 5804-6055

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

臨床医学航海術

第60回

言語について③

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

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

前回は、言語学者のフェルディナン・ド・ソシュール、ノーム・チョムスキーらが築いてきた言語学の発展の歴史を述べた。今回は、その言語学の理論に照らし合わせて、医学の在り方について考えてみたい。

医学について

医学は人間の傷病について研究する学問である。したがって、各種傷病についての疫学・病態生理・症候・検査所見・診断基準・鑑別診断・治療・予後などの知識を集積する必要がある。このような知識は臓器別などに分類・整理すれば医学体系として百科事典的・博物学的知識となる。したがって、医学は傷病の最先端の百科事典的・博物学的知識を、常により広くより深くそしてより正確に集積しなければならないのである。

しかし、医学はこのような単なる百科事典的博物学にとどまっていたはずではない。なぜならば、このような知識は傷病ごとに記述された知識であり、診断が付いている患者には適応できるが、診断が付いていない患者にはほとんど役に立たないからである。

それでは、医学知識を診断が付いていない患者に適用しようとしたら一体

どうしたらよいのであろうか？ そのためには目の前の患者が抱えている傷病を診断し、適用すべき医学知識を決定することが必要である。したがって、より完全な医学体系を構築しようとするには、症候学・診断学の後に百科事典的博物学的疾患学を追加すればよいことになる。このようなコンセプトでできているのが『ハリソン内科学』などの現存の教科書である。

このような考えは筆者の中に以前からあったものだが、これまで紹介したような言語学と医学の比較をしているうちに、あらためて感じるようになった。というのも、傷病の一つひとつを収集・記述することは言語学の一つひとつの言葉を収集・記述するのに似ているのである。言葉が無限にあり、かつ無限に増えるように、傷病も非常に多様である上に、現在もお増え続けている。また、同一の傷病でも違った形で発症することもある。そのような一例一例の症例報告まで網羅しようと思うと、どんなに完全に傷病を記述しようと思っても絶対に不可能なことがわかる。すなわち、現在の医学の状況は、いわば傷病別の「縦割り」の研究だけでなく、それに先立つ症候学・診断学などの思考過程にかろうじて気付き始めた段階である。つまり、現在の「医学」の状況は「言語学」の発展過程で言うと、ちょうどソシュールの近代言語学にあたると思われる。

「実学」としての「医学」

しかし、「医学」も「言語学」が「チョムスキーの大転換」を遂げたようにさらに進化しなければならない。チョムスキー以前の言語学は、ちょうど子どもの昆虫採集のように各言語の珍しい言葉や表現などの収集と分類・整理に明け暮れて、言語学自体もほかの

学問からは珍しい言葉や表現の知識というネタを提供する程度の学問にすぎないとして諸学問の中で低くみなされていた。しかし、それが「チョムスキーの大転換」によって、言語学は数学や物理学のように人類に貢献するより普遍的な「科学」となったのである。

それならば、「医学」という学問はどうだろう？ 学会に行くといまだに奇病の収集・分類・整理に明け暮れている医師が見受けられる。「ごくごくまれに見る一例」「通常とは異なって発症した一例」「ちょっと臨床経験を積めば誰もが知っているだろうが、たまたま発表者が知らなかったと思われるような一例」などなど、「貴重な一例」報告がお好きなようだ。筆者はここでももちろん貴重な症例の発表の重要性を完全に否定するつもりはない。医学の歴史を顧みれば、貴重な症例報告が医学を発展させた例がいくつもあることは明白である。筆者が強調したいのは、医学も言語学と同様に一つひとつの傷病の百科事典的博物学的記載だけにとどまらずに、その根底にある症候学・診断学の思考過程を解き明かさなければならぬということである。

研修医の中には傷病をすべて知っていなければ診療ができないと思込んでいる、研修医になってもキリスト教の神父が『聖書』を抱くように国家試験参考書を手離さない者もいる。しかし、どんなに頑張っても傷病ごとの知識だけでは診断前の患者には対応できないし、あるいは、仮にハリソンを読破したとしてもすべての診断理論・傷病の知識および治療法を網羅的に頭に入れることなど所詮不可能である。

それならば、一層のことたとえ診断前でも痛みや症状の現れ方そのものに依って治療を行えるような方法を、より重点的に身につけたほうが効率的なはずである。このような「診療理論」を身につけさえすれば、仮にその傷病を知らなくてもどんな患者にも適切な治療が可能となるはずなのである。

したがって、言語学でチョムスキー言語学が言葉の一つひとつを研究するのではなくその根底にある「生成変形文法理論」の構築をめざしたように、医学も傷病の一つひとつを研究するだけではなく、その根底にある「生成変形診療理論」のようなものの構築をめざすべきであると言える。そのような大転換すなわち脱皮を行うことによって、医学は単なる百科事典的博物学から国民のための真の「実践的な科学」すなわち「実学」となるはずである。

こういう意味で『ハリソン内科学』は医学の発展の歴史が刻まれた教科書だと筆者は考えている。『ハリソン内科学』は第45回で書いたように、もともと“Principles of Internal Medicine”というタイトルであって、“Principles and Practice of Internal Medicine”ではない。

つまり、発刊当初から、『ハリソン内科学』は病態生理を理解するための原理的な教科書として書かれたのであって、実際の臨床現場での実践的な教科書としての意図は少なかったと思われる。そして、『ハリソン内科学』の読破をめざして読み進める中で筆者は、改訂を重ねてきたハリソンの完成度に大いに感服する一方、実際の臨床現場で診療する際には、この教科書に加えて、「反ハリソン」ならぬ「脱ハリソン」とでも言うべき新たなアプローチ法に基づく教科書が必要であると感じた。

その異なるアプローチ法による教科書とは、傷病の根底にある「診療理論」を記載した新しい「実学」としての医学の教科書である。そして、その教科書とは単なる「博物学」ではなく、症候学・診断学・検査学・治療学という「診療理論」を軸に傷病をあらためて分類・整理して医学体系を記載した教科書だと言えるだろう。

その新しい「実学」としての医学の教科書の試みの一つが「問題解決型」の教科書であると筆者は考えている。



イラストレーション:高野美奈

シリーズ ケアをひらく

新潮ドキュメント賞受賞

リハビリの夜
熊谷晋一郎
痛いのは困る。気持ちいいのがいい。
●A5 頁264 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01004-7]

大宅壮一ノンフィクション賞受賞

逝かない身体
ALS的日常生活を生きる
川口有美子
究極の身体ケア
●A5 頁276 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01003-0]

その後の不自由
「嵐」のあとを生きる人たち
上岡陽江 大嶋栄子
●A5 頁272 2010年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01187-7]

シリーズ一覽

技法以前 べてるの家のつくりかた 向谷地生良
●A5 頁252 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00954-6]

コーダの世界 手話の文化と声の文化 濫谷智子
●A5 頁248 2009年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00953-9]

ニーズ中心の福祉社会へ 当事者主権の次世代福祉戦略 編集 上野千鶴子/中西正司
●A5 頁296 2008年 定価2,310円(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00643-9]

発達障害当事者研究 ゆっくりしていけない!につながらたい 綾屋紗月/熊谷晋一郎
●A5 頁228 2008年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00725-2]

こんなとき私はどうしてきたか 中井久夫
●A5 頁240 2007年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00457-2]

ケアってなんだろう 編著 小澤 勲
●A5 頁304 2006年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00266-0]

べてるの家の「当事者研究」 浦河べてるの家
●A5 頁310 2005年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33388-7]

ALS 不動の身体と息する機械 立岩真也
●A5 頁456 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-33377-1]

死と身体 コミュニケーションの磁場 内田 樹
●A5 頁248 2004年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33366-5]

見えないものと見えるもの 社交とアシストの障害学 石川 准
●A5 頁272 2004年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33313-9]

物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ 野口裕二
●A5 頁220 2002年 定価2,310円(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-33209-5]

べてるの家の「非」援助論 そのままでいいと思えるための25章 浦河べてるの家
●A5 頁264 2002年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33210-1]

病んだ家族、散乱した室内 援助者にとっての不全感と困惑について 春日武彦
●A5 頁228 2001年 定価2,310円(本体2,200円+税5%) [ISBN978-4-260-33154-8]

感情と看護 人とのかわりを職業とすることの意味 武井麻子
●A5 頁284 2001年 定価2,520円(本体2,400円+税5%) [ISBN978-4-260-33117-3]

あなたの知らない「家族」 遺された者の口からこぼれ落ちる13の物語 柳原清子
●A5 頁204 2001年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-33118-0]

気持ちのいい看護 宮子あずさ
●A5 頁220 2000年 定価2,205円(本体2,100円+税5%) [ISBN978-4-260-33088-6]

ケア学 越境するケアへ 広井良典
●A5 頁276 2000年 定価2,415円(本体2,300円+税5%) [ISBN978-4-260-33087-9]

研修医イマイチ先生の
成長日誌

行動科学で学ぶ
メディカル
インタビュー

第10回
松下明

岡山家庭医療センター
奈義ファミリークリニック・所長
岡山大学大学院・客員教授/三重大学・臨床准教授

生物心理社会モデルと
行動科学のまとめ



僕の名はイマイチ、25歳。地元の国立大学医学部を卒業し、県立病院で初期臨床研修2年目を迎えた。病態の理解には自信があるが、患者・家族とのコミュニケーションはちょっと苦手。救急外来で救急車が来るときに、特に軽症の夜間外来患者を診るとイライラしてしまうことがある。学生時代に医療面接は勉強したが、実際に患者さんを診るとどうも勝手が違う。そこで、研修2年目に入った今、地域医療研修を利用して何とかコミュニケーション能力を高めたいと考えている。

前回の家族面談後、川崎さん一家は平穏を取り戻しつつあった。乳癌の手術を無事に終えた娘は退院し、孫娘2人は子どもらしい明るさを取り戻した。研修終了を目前に控えたイマイチ先生が、なぜで受診した川崎さんの診察を始めたところ……。

娘さんの手術が無事に済んで本当に良かったですね。

ええ……(表情がなぜかすぐれない様子)。

どうかされましたか? 何となく元気がないようですが。

わかりますか?……実は今度は夫が心筋梗塞で倒れたのです。

ええ? 大丈夫なのですか?

救急車を呼んですぐに病院へ行ったので助かりました。

そうだったんですか……。[一難去ってまた一難]ですね……。

以前の面談から孫娘に対する夫の態度が優しくなって、とてもうれしかったのですが……。

そうですか……。

日曜日の晩に皆で食事をしていたら、急に夫が「胸が苦しい!」とうずくまってしまい、ああ、神様はなんて残酷なんだ! と恨んでしまいました。今は症状も落ち着いて一段落なんですけど、今度は私のほうがこれからのことが不安になって……。

そうですね……。次々とご家族の皆さんが病気になるれ、今後も悪いことが続きそうで、怖くて、不安な気持ちでしょうね……。

そうなんです、わかっていただけますか。孫娘たちの手前、「大丈夫」と言っているのですが、実際は私がいざば不安定な状況のように思います。

こんな状況だったら、そんな気持ちになるのも当然だと思います。感情を押さえ込もうと頑張ると、体にこたえるかもしれませんから、よかったですらいい気持ちをまた話に来ませんか? 院長先生にも事情を伝えておきますから……。

よいのですか? 病気でないのに相談に来てても?

こちらの院長先生は家庭医として、ご家族の危期的状況にはいつもカウンセリング的にかかわられていますから、大丈夫ですよ。川崎さんを支えることが、川崎さん一家を支える上で本当に重要なことは、私も十分理解しています。

そうですか? そう言うだけでとありがとうございます。家では何でもないふりをして、娘や孫を支えたいので。よろしくお願いします。

* * *

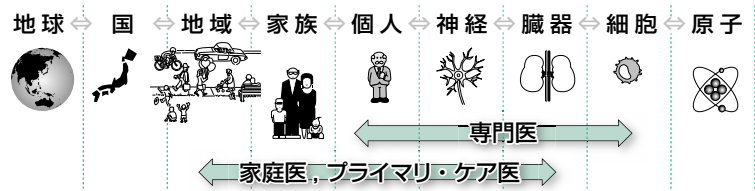
イマイチ先生、研修の最後にとてもよいコミュニケーションをしましたね。締めくくりとして今日は生物・心理・社会モデル(Bio-Psycho-Social Approach)の話しましょう。

生物・心理・社会モデルとは

第二次大戦後、医学(特に病理学・細菌学)の発展に伴い医学・医療の細分化が始まりました。疾患は臓器別・系統別に分類され、ごく狭い領域の医療を極める専門医療が発展し、医学は大きく進歩しました。

一方で、こういった痛んだ臓器を治すだけでは解決できない問題が医療の現場には存在します。「何となく調子が悪い」「だるい」など、臓器障害には至っていないものの体調不良を来すような患者さんでは、臓器別専門医の診察では多くは「異常ありません」「大丈夫です」という対応で終わってしまうため、そこから先への対応ができる医師が求められます。そのような状況のなか、1970年代に活躍したG. Engelから提唱されたのが、「生物・心理・社会モデル」です。

これは図に示すように、個人を中心に、臓器・細胞とマイクロへ向かうベクトルと、家族・地域とマクロへ向かうベクトルがあり、それぞれの階層が重なって、同時進行で両方のベクトルの現象がみられるという考え方です。川崎さんのご主人の心筋梗塞を例にとると、冠動脈の急激な閉塞とともに心筋の虚血が進むなかで交感神経は活性化され、本人は苦痛にあえぎながら明日からの生活を不安に思っていたはずですが、同時に家族内では大混乱が起き、ようやく適応し始めた娘や孫の動揺があり、地域ではこれまで健康そうだった人が急に倒れることで、心臓への不安を抱えた近隣の患者さんが増える現象につながっていきます。



●図 生物・心理・社会モデル(文献1, 2より改変)

●表 効果的な面談における4つの習慣(文献3より改変)

習慣	面接技法	具体的な方法	利点
面談のはじめにエネルギーを注ぐ	①ラポールを早く形成する ②患者の心配を引き出す ③面談の流れを作る	・面談に来ている全員に自己紹介し、波長を合わせる工夫をする(天気や仕事の話など、声の音量、会話のペース、姿勢) ・開かれた質問ではじめる「今日はどうされましたか?」「胸痛についてもう少し詳しく経過を話してもらえますか?」 ・患者の訴えを確認し、面談の流れを作る。多数の問題を持ってきた場合は、優先順位を立てる	・よい雰囲気作りを行う ・受診の真の目的を早く知る ・診断の精度を高める
患者の視点(解釈モデル)を引き出す	①患者の考え(解釈モデル)を聞く ②要望を引き出す ③病気の生活に与える影響を把握	・患者・家族の視点を把握する「何が原因だと思われますか?」「どんな病気が最も心配ですか?」 ・今回の受診理由を確認する「検査や治療について何か希望はありますか?」 ・「この病気で仕事や家事にどんな影響が出ていますか?」	・多様な考えに理解を示す ・診断に重要な情報や隠れた心配を引き出す
患者の気持ち(感情)に共感する	①患者の感情を受け入れる ②最低1つは共感的コメントを述べる ③非言語的にも共感を示す ④自らの反応を理解する	・表情、しぐさ、声のトーンから、感情を読み取る ・共感的なコメントを述べるタイミングを図る ・感情に名前をつけてみる「それはとても腹立たしいですね」「そんな状況では、もうやってられない、という気持ちになりますよね」(患者から)「そうなんです、わかってくれましたか」と理解を示すコメントをもらう ・その問題を伝えてくれたことに敬意を表す ・間や表情、時に(手や膝などに)触れることで、その気持ちを理解したことを非言語的にも伝える ・自らにわき起こる感情を通して、患者の気持ちを理解する	・診察に深みと特別な意味を加える ・信頼関係を築き、正確な診断・患者の協力・よりよい治療結果を得る ・Noと言いやすい関係を作る
面談の終わりにエネルギーを注ぐ	①診断結果を伝える ②患者教育を行う ③意思決定に患者を参加させる ④面談を終了する	・診断を患者の心配とつなげる言葉で伝える ・患者の理解度を確認し、検査や治療の理由をわかりやすく説明し、起こり得る副作用や回復の見込みについて説明する(紙に図示することも考慮) ・検査や治療のオプション(紹介を含め)について患者・家族の希望を確認する ・意見の相違部分を説明し、理解を求める ・他に質問がないか確認し、次回受診の予定を立てる	・共同して治療を行うパートナー関係を築く ・セルフケアを含めた、治療に対する患者の協力が高まる

有名なR.Frankelによってまとめられ、行動科学のポイントがちりばめられており、これを見ながら日々の実践を振り返ると効果的です。

- ポイント**
- ①生物・心理・社会モデルを意識した診療で、明らかな臓器障害がない患者への対応は大きく変わる。
 - ②臓器が痛んだ患者でも、同時に起こる個人の不安、家族の混乱といった現象を理解することで、よりよい患者・家族サポートが可能となる。
 - ③「4つの習慣」を振り返ることで、自分の診療の行動科学的側面を継続的に強化していくことができる。

今日のつぶやき

今回の研修で本当にいろんなことを学んだなあ……。行動科学的アプローチで患者さんや家族とコミュニケーションすると、確かに苦手意識はなくなってきた気がする。将来は小児科でこの領域を広める役をやっているのかな? まあ、まずは自分がキチンとやれるようになることが先決か。院長先生、本当にありがとう!

参考文献

- 1) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196(4286): 129-36.
- 2) 松下明監訳. 家族志向のプライマリ・ケア. シュプリンガー: 2006.
- 3) Frankel RM, et al. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. J Med Pract Manage. 2001; 16(4): 184-91.

Excel®2003/2007/2010

Excel NAG 統計解析アドイン

ノンパラメトリック検定・実験計画
時系列法・多変量解析・相関・回帰

- ・Durbin-Watson 検定・二項検定・X2乗検定
- ・コックススチューアート符号検定・McNemar 検定
- ・Wilcoxon 符号付順位検定・符号検定
- ・コクランQ検定・Kruskal-Wallis 検定
- ・Friedman 検定・マンホイットニーU検定
- ・コルモゴロフスミノルフ検定・分散分析
- ・ARIMA・クラス分析・主成分分析・重回帰分析
- ・ACF・因子分析・相関行列と分散共分散行列
- ・ Kendall- τ 係数・ Kendall順位相関係数
- ・ Spearman 順位相関係数・コンティンジェンシー係数

JAN4560294031075 一般・企業 ¥126,000-
JAN4560294031082 アカデミック ¥99,750-

www.nag-j.co.jp 日本ニューメリカルアルゴリズムズグループ株式会社

医学部再入学支援

編入学試験制度の利用による再出発を支援します。
(東京・大阪)

www.seiko-lab.com

(株)清光教育総合研究所
スクール事業部 清光学院本部
〒530-0047
大阪府大阪市北区西天満3丁目4-5
西天満ワークビル3F
TEL(06)6363-5541(代)

続 アメリカ医療の光と影

バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓亮

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適切すべき原則を考へる。さらに、セーフティ・ネットが切れ始めた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえ、ともに、笑いながら真剣な問題を考へる「医療もよまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収録。

●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00768-9]

医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

動画で学ぶ脊髄損傷のリハビリテーション [DVD-ROM付]

田中 宏太佳, 園田 茂 ● 編

B5・頁152
価格5,985円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00778-8

【評者】半田 一登
日本理学療法士協会会長

本書の帯に、『リハビリテーションは「動き」の医療、だから「動き」を見て理解する』と書かれています。これを読んで瞬間的に二つのことを思い出しました。

一つはリハビリテーション(以下、リハビリ)の草創期に評者が所属していた九州労災病院のリハビリ科は、医師、作業療法士とMSWで構成され、理学療法士は整形外科所属の時期があったことです。それは当時のリハビリ科部長の考えで、マッサージを中心とした理学療法士の行為はリハビリとは一線を画すというものであったからです。言い換えれば「動き」の医療が理学療法士に強く求められていました。

もう一つは、評者の学生時代に「動きを観察し、それを模倣する」ことが教育の段階でしきりに行われていたことです。例えば、頸髄損傷者のプッシュアップ時における肘の固定法などをつぶさに観察し、それを模倣し、その上で新たな患者を指導するという手法が採られていました。これが本書でいう動きの医療であるリハビリの重要な教育方法であると確信します。

今日の理学療法教育の場では、さまざまな疾患ごとに存在する特異的な動きを観察できる機会は減少しています。臨床実習前の教育段階で患者の動きを観察する機会がほとんどなく、臨床実習においても臨床実習時間の短縮やリハビリ料での単位制の導入などに

よって困難性は高まる一方です。その中において、脊髄損傷はリハビリ医療にとって重要な対象疾患でありながら、多くの理学療法士が経験できない疾患になりつつあります。しかし、理学療法士が専門職である以上、常識として知っておかなければなりません。

また、今日の社会背景の中で理学療法士の関心が高齢者問題に偏り、脊髄損傷に代表される障害者に対する関心が弱まっているように懸念しています。障害者リハビリと高齢者リハビリにはゴール設定における大きな違いがあり、家庭復帰を果たせば成功と見なされる

高齢者リハビリもあれば、一方で、社会参加を可能にしなければ成功とされない障害者リハビリもあります。両者の違いを乗り越えるためにはそれぞれの疾患別のリハビリを十二分に習得しなければなりません。

このような状況下で「動画によって動きを知る」「文字によって手順を確認する」「文字によって留意事項を確認する」という有機的で臨床的な「脊髄損傷のリハビリテーション」本が完成したことは誠に意義深いことと思います。先に出版された『動画で学ぶ脳卒中のリハビリテーション』(2005年、医学書院)に続くこの動画本の完成が今後のリハビリの発展に寄与することを確信するとともに、さらなる疾患別リハビリのシリーズ化を期待しています。

理学療法士に修得してほしい有機的かつ臨床的な動画本



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

松村 理司 ● 編著

A5・頁304
定価2,940円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01054-2

【評者】岩田 健太郎
神戸大学教授・感染治療学
神戸大病院感染症内科診療科長

本書の編著者である松村理司先生は一貫して優れた総合医であることをめざし、優れた総合医を育てることに尽力してきた。そして、疲弊の激しい中小病院の勤務医が優れた病院総合医であり、現在の「医療崩壊」(松村先生的に表現するならば「病院崩壊」)の問題は解決に向かうのではないかと主張している。本書の主旨である。

医療の質という面では病院勤務医はまだまどうまく機能できてはいない。検査過剰、「木を見て森を見ない」と称されるマイクロな医療をぐるぐる回しても、超高齢化社会を迎え、患者の様相が複雑化し、また診療の目的すら明確でなくなる日本の医療に明瞭なビジョンを持ち得ないだろう。そのビジョンを個々の優れた病院総合医が持てば診療の質は高まり、それがひいては病院という組織の、そして国の医療の在り方の改善につながっていく。松村先生は本書で数々の医療政策に対する提言を行うが、「国がこうすればよいのだ」というトップダウンの、「おかも丸投げ」ではない。徹底してボトムアップの思想である。そしてそれを具現化しているのが洛和会音羽病院である。

音羽病院は卒後臨床研修環境において日本で最も優れた環境を持っている(Int J Med Edu. 2010; 1: 10-14)。ちなみに上位10施設中、大学病院は弘前大学病院ただ一つだけである。大学病院から人が出ていったのは初期臨床研修「制度」のせいではない。大学病院が研修医を引きつけるだけのリソースと魅力を持っていないからなのである。制度はただ、それを顕在化させた

だけなのである。

優れたシステムもすべては「ひと」からなる。形式だけ整えても構成員個々の能力や意欲が伴わなければ絵に描いた餅である。古典的な日本の医療システムにおける「美点」(例えばフリーアクセス)も、それは個人の、特に勤務医の過剰な献身によるぎりぎりの綱渡りな状態がもたらしたものであった。それが限界を迎え、「立ち去る」状態になる。「医療崩壊」という言葉が生まれる。

日本医療の質はよいか? このような「イエス・ノー」的な回答を促す問いは子どもじみている。米国と日本のどちらの医療が「まし」か? これも大人げない議論である。他者との比較でしか自己を規定できない人は哀れである。(他国はさておき)「日本の医療のどこに問題点があり、さらなる改善点があるか?」こそが問われるべき大人の命題だ。そして病院診療における改善点は山のようにある。われわれは毎日毎日、日本の病院診療の欠点を見せつけられている。

本書は重層的に、多角的に日本の病院総合診療の在り方を、そして病院診療の在り方を提言する。提言は実に具体的でマイクロなものだ。カンファレンスの在り方、診断プロセスの在り方、女性医師の在り方に始まり、労務管理や給与の問題、果ては音羽病院における狂犬病診断の顛末から脚気の「森一高木論争」に至るまで、実に多彩な議論が展開される。その根底には一貫して、優れた総合医とは何か、育てる手段はいかに、という問いが流れている。著者の魂がこもっており、読者の魂も揺さぶられる。

●お願い—読者の皆様へ
弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
記事内容に関するお問い合わせ
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン

INTENSIVIST

インテンシヴィスト

2011年 第1号 発売

- 季刊/年4回発行 ●A4変 200頁
- 1部定価4,830円(本体4,600円+税5%)
- 年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%)

※年間購読は送料無料で、約4%の割引

編集委員
藤谷茂樹 聖マリアンナ医科大学救急医学
讀井將滿 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
林 淑朗 University of Queensland Centre for Clinical Research
内野滋彦 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 毎号1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。
- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
- 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工学技士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

2009年	2010年	特集	2011年
創刊号: ARDS 第2号: Sepsis 第3号: AKI 第4号: 不整脈	第1号: 重症感染症 第2号: CRRT 第3号: 外傷 第4号: 急性心不全		第1号: Infection Control 第2号: モニター (2011年4月発売予定) 第3号: 栄養 (2011年7月発売予定) 第4号: 急性呼吸不全 (2011年10月発売予定)

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

「誰かが教えてくれていたら…」とはもう言わせない

外科エラーブック

Avoiding Common Surgical Errors

監訳 須崎紳一郎 武蔵野赤十字病院 救命救急センター部長

- 臨床現場でいつでも起こりうるエラー(過ち)の対処法を、ERから手術室、病棟、ICUまで広く外科に関わるテーマ10領域、計198項目で具体的に解説。
- 各項目2~3頁程度で簡潔にまとめられており、「やるべきこと」「やるべきでないこと」「注意せよ」といった見出しのもと、エラーをいかに回避すべきかが説明されている。
- マニュアルや教科書では語り尽くせない、先輩からの教え=耳学問として蓄積されてきたような経験に基づく知識の粋を凝縮。
- 救急・外科系の研修医や指導医・専門医を中心に幅広く有用。

定価 5,775円(本体 5,500円+税5%) ●A5変 頁432 図・写真25 2010年11月 ●ISBN978-4-89592-660-7

麻酔科 エラーブック	ICU エラーブック
<p>監訳 有澤創志(ほか)</p> <p>定価 7,350円 (本体 7,000円+税5%)</p> <p>●A5変 頁776 図・写真24 2010年10月 ●ISBN 978-4-89592-658-4</p>	<p>監訳 福家伸夫</p> <p>定価 7,350円 (本体 7,000円+税5%)</p> <p>●A5変 頁816 図・写真21 2010年9月 ●ISBN 978-4-89592-655-3</p>

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

消化管の病理と生検診断

中村 恭一, 大倉 康男, 斉藤 澄 ● 著

B5・頁464
定価15,750円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00600-2

【評者】 鶴田 修
久留米大教授・消化器内科学

今から約25年前、故・白壁彦夫先生が司会をされていた研究会に久留米大学からⅡc型早期大腸癌症例を提示したことがあった。外科手術症例で標本の張り付け方が悪く、X線、内視鏡などの画像とマクロの対応が困難となってしまう、白壁先生からかなり強烈なお叱りを受けて立ち往生しているときに、当時筑波大学教授であった本書著者の中村恭一先生から「病理学的には頭の中で切除標本を伸ばせば、マクロと画像、そして病理組織像の対応は可能である」というお助けの言葉をいただき、その場をなんとか切り抜けることができた。先生のおやさしさには今でも大変に感謝している。中村先生は臨床の疑問点を理解され、真摯に答えようとされる。先生の下で研修した多くの医師が日本各地で消化管画像診断学のリーダーになっていることにも納得がいく次第である。

さて、共著者である杏林大学教授の大倉康男先生から「本書は1980年に中村先生と故・喜納勇先生の共著で出版された『消化管の病理と生検組織診断』を時代に合わせて改訂し、足りない部分を補充したものだ」というお話を伺っていたが、実際読ませていただくと前書と比べてその内容の充実ぶりに驚かされた。全消化管(食道、胃、十二指腸・小腸・虫垂、大腸、肛門管)

消化器内視鏡医にとって最良の病理解説書



の解剖、形成異常、炎症性疾患、非腫瘍性疾患、腫瘍性疾患について、カラーのマクロ写真、切除標本・生検標本の病理組織写真、内視鏡写真、図表を駆使して漏れなく記載・解説されており、非常にわかりやすく、特に腫瘍の項などは中村先生の癌発生とその組織像・診断に関する哲学までも十分に感じることのできる内容となっている。

消化管の内視鏡診断を行うには、正常消化管組織像、疾患の概念、肉眼像、病理組織像を理解・記憶することは、少々苦痛ではあるが必須である。また、最初は苦痛であるが、少しの努力により疾患の理解、内視鏡所見の読影力がつきだすと、苦痛は次第に快感へと変わり、それに伴いどんどんと実力も向上していくものである。

これまでの消化器内視鏡医のための病理解説書は簡単過ぎたり、難し過ぎたりで、内視鏡医にとっては“帯に短し襷に長し”と感じるものが多かったが、本書は内視鏡医に必要と思われる項目について“痒いところまで手の届く”内容に仕上がっており、苦痛を最も少なくして多くの知識を系統的に理解できる最高の1冊である。

ここに消化器内視鏡医にとって最良の病理解説書が出版された。消化器内視鏡専門医をめざす医師にとっては必須の1冊である。

医学生の基本薬

渡邊 裕司 ● 編

B6変・頁344
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00834

【評者】 福井 次矢
聖路加国際病院院長

本書は、医学生が臨床実習や卒業直後の研修開始時に困らないよう、数ある医薬品のうち重要かつ必須の医薬品のエッセンスをわかりやすくまとめたものである。

構成は、主として臓器系統ごとに10章に分けられていて、カルシウム拮抗薬から皮膚用内服薬(エトレチナート)まで、厳選された164種類の医薬品(=基本薬)につき、適用される病気の概説、薬理作用、注意事項、エビデンスなどが記述されている。

学習モチベーションを高める工夫に満ちたサブテキスト



基本薬の選定は、「臨床で使用頻度の高い医薬品」かつ「医師国家試験にこれまで出題された医薬品」という2つの基準に則って行われたという。すべての医療者にとって「臨床で使用頻度の高い医薬品」が重要なことは当然であるが、医学生にとっては、眼前に控えている医師国家試験に出題されたことのある医薬品かどうか、とりわけ重要な情報である。本書には、各基本薬に国試出題頻度と臨床使用頻度を「★」「★★」「★★★」の3段階でグレードを付けていて、読者の学習モチベーションをいやが上にも高める構成になっている。

もう一つの大きな特徴は、基本薬に分類したもののうち特に重要な約50品目について、適応疾患の概説に先立って当該疾患の症例が提示されていることである。筆者の先生方にとって、それだけの数の症例を用意することはさぞ大変だったことと推察されるが、

より臨床に即した知識を身に付けるためには、このような症例からのアプローチは最善の方法であり、この点も本書の価値を高めている。

編集に当たられた渡邊裕司先生(浜松医科大学臨床薬理学教授)をはじめとする18名の執筆者の先生方は、皆さん臨床と薬理学に造詣の深い方々であり、多くの基本薬について記載されているエビデンスの項では、質(レベル)の高い最新の研究結果が簡潔に記述されていて、大変有用である。

最後に、サイズが白衣のポケットに納まるようコンパクトな作りになっていることも、本書の利便性を大いに高めている。臨床実習などで病棟に向いていても、教員の会話で耳にした薬、あるいはカルテの記載で目にした薬があれば、すぐにその場で本書を開いて当該薬に関する知識を確認できる。

私が医学生なら、まず丸一日かけてでも本書の全ページ(297ページ)に目を通しておき、その後は白衣のポケットに入れて、臨床実習で受け持った患者が使っている薬はその都度本書でチェックし、他の標準的な教科書や文献から得た情報があればそれらも書き込んで、本書を黒く汚れるまで使いこなすであろう。そうすることで、医学部卒業までに重要かつ必須の医薬品に関する知識は強固なものになるはずである。

今日の整形外科治療指針 第6版

国分 正一, 岩谷 力, 落合 直之, 佛淵 孝夫 ● 編

B5・頁912
定価18,900円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00802-0

【評者】 吉川 秀樹
阪大教授・整形外科

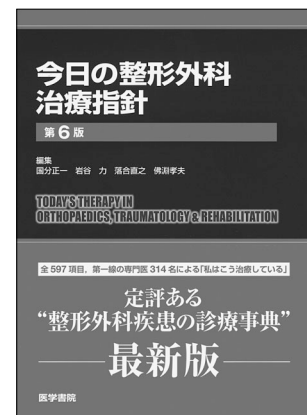
『今日の整形外科治療指針』の初版が出版されたのは、23年前である。当時、医学書院から毎年『今日の治療指針』が出版されていたが、整形外科関連の項目は少数に限られていた。待望の整形外科版が出版され、豊富な項目から成る整形外科の治療指針が示されており、病棟や当直室で、よくページを開いたのを記憶している。この間、整形外科は急速な進歩を遂げ、それに伴い本書も改訂を重ね、このたび、待望の第6版が出版された。主な改訂点は、新たな診断法・治療法の追加、項目の統合・廃止などである。今回は第一線で活躍中の314名の著者が、597項目を執筆しており、前版と比べると、第1章の「診断と治療総論」に

大幅な改訂がみられる。整形外科技術の進歩と整形外科医療を取り巻く環境の変化に対応すべく、「整形外科におけるナビゲーションとロボット」「運動器不安定症」「EBMを正しく理解するために」「ガイドラインの考え方」「安全管理(リスクマネジメント)」「インフォームド・コンセント」などの新鮮な項目の記述が目につく。

本書の初版からのキャッチフレーズである“整形外科疾患の診療事典”が構成のベースであるが、現代的にデジタル感覚を重視し、記述は2色刷りで、シェーマ、写真をふんだんに盛り込んだ内容になっている。診断・治療のみならず、「後療法のポイント」「患者説明のポイント」「看護ケアとリハ

ビリテーション上の注意」「ナース、PT・OTへの指示」など、臨床現場で生じる疑問に対し、即座に解決できるように構成されており、病棟勤務を始めた研修医や研修指導医にも心強い。

整形外科の情報収集に有用な“診療事典”



また、本書のユニークな点は、随所に、経験豊富な大先輩からのコラム「私のノートから/My Suggestion」が掲載されていることであり、いずれのノートも一般の整形外科教科書からは得られない貴重な示唆に富んだ内容になっている。

本書は、日常の整形外科外来診察、ベッドサイドでの整形外科診療に大変有用であり、医学部学生、研修医のみならず、病院勤務医、開業医にも広く活用されるものと思う。また、専門医をめざす整形外科医の受験参考書としても使用することができる。日本整形外科学会専門医試験は、近年、臨床実地問題が多く出題され、口頭試験でも、治療方針やインフォームド・コンセントを問うことが恒例となっている。この点でも本書は、専門医として備えるべき知識と考え方を示しているとともに、専門医の知識の整理やさらなる研鑽にも有用であると考える。近年、日々変化する整形外科の情報を収集に有用な「診療事典」であり、全国の整形外科診療所、整形外科研修施設の収蔵図書として薦めたい。

鑑別チャートと方剤関連図で漢方製剤がよくわかる

実践 漢方ガイド 日常診療に活かすエキス製剤の使い方

本書では西洋医学的鑑別診断チャートのなかに、使える・効く漢方薬を位置づけたことで、処方選択の幅を広げることが可能となった。また、漢方エキス製剤に関連図で示し、<からだを温める・冷やす>方剤の性質も一目で判明。患者の漢方薬ニーズが高まっている今日、医師・薬剤師にとってプラクティカルな漢方製剤ガイド。

監修 中野 哲
大垣女子短期大学学長
元大垣市民病院院長
森 博美
大垣市民病院薬剤部調剤科長



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

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(実地的)、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ったなしである。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。

編集 国立がん研究センター内科レジデント



わが国の最も信頼できるゴールド・スタンダード

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2011

私はこう治療している



山口 徹
虎の門病院院長

北原光夫
農林中央金庫健康管理室・室長

福井次矢
聖路加国際病院院長

第一線のエキスパートが最新治療法を毎年書き下ろし

■医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2011」との連携:
「治療薬マニュアル2011」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

■各領域の「最近の動向」を解説

- 1103疾患項目、1080専門医の治療法がこの1冊に
- 増加する新薬に対応、**R 処方例** では薬剤を商品名で記載
- 付録「小児薬物療法の注意点」を新規収録
- カラー図譜(正常CT・MRI解剖と基本的病変像、肺・肝の区域図、胸部・腹部リンパ節の部位、輸入感染症の世界分布) / 中毒起因物質と治療の要点 / 介護保険(主治医意見書・居宅療養管理指導) / 抗菌薬による感染症の外来治療 / 高齢者の薬物療法 / 妊婦・授乳婦への薬物療法と公的リスク分類 / 肝・腎障害時の薬物療法の注意点 / 皮膚外用薬の使い方 / 漢方製剤(健保適用)の使い方 / 薬物の副作用と相互作用 / 薬物治療モニタリング(TDM) / 新薬・医薬品等安全性情報 / 臨床検査データ一覧 / 診療ガイドラインを収録
- 研修医、看護職、薬剤師にも役立つ情報が満載

- デスク判(B5) 頁2042 2011年 定価19,950円
(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01105-1]
- ポケット判(B6) 頁2042 2011年 定価15,750円
(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01106-8]

好評
発売中!

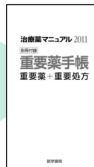
圧倒的な情報量が支持されています!

治療薬 マニュアル+「重要薬手帳」

MANUAL OF THERAPEUTIC AGENTS

2011

別冊付録
「重要薬手帳」



治療薬情報を網羅した 年鑑最新版

- 監修**
高久史磨 自治医科大学学長
矢崎義雄 国立病院機構理事長
- 編集**
北原光夫 農林中央金庫健康管理室・室長
上野文昭 大船中央病院特別顧問
越前宏俊 明治薬科大学教授

●B6 頁2628 2011年
定価5,250円
(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01144-0]

本書の特徴

- 医療関係者必携の治療薬年鑑
- ほとんどすべての医療用医薬品を収録
- 各領域の専門医による実践的な臨床解説
- 添付文書にはない「適用外使用」が充実
- ポケットサイズの別冊付録「重要薬手帳」

2011年版の特徴

- 2010年中に発売された新薬を収録
- 主要商品の薬価を網羅
- 国立高度専門医療研究センター採用の後発品を掲載
- 新規付録「後発医薬品に関する情報と選択の留意点」
- 先発品と後発医薬品の効能・効果の違いが分かる

2011年
1月中旬
発行予定

「治療薬マニュアル2011」×「今日の治療指針2011年版」 合同プレゼント企画 特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2011年版」と「治療薬マニュアル2011」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2011」のジャケット折り返し部分にある応募券を「今日の治療指針2011年版」に同封の書籍の「ご注文書ハガキ」に貼付してお送りください(2011年9月30日消印分まで有効)。

1 medicina

Vol.48 No.1

今月の主題 皮膚から内科疾患を疑う

皮膚症状の影には内科疾患が隠れていることも少なくありません。本特集では、「こんな皮膚症状をみたら、どんな内科疾患を疑うか」をわかりやすくまとめました。皮膚症状のどこに注目するか(性状や分布)、病変をみた場合にどんな問診が必要かなど、診療のポイントについても詳しく解説しています。

INDEX

- Editorial
- I. そう痒
- II. 紅斑
- III. 結節～結節性紅斑
- IV. 紫斑
- V. 潰瘍
- VI. 角化
- VII. 色素沈着
- VIII. 黄色の皮膚疹
- IX. 汗
- X. 脱毛
- XI. 皮膚硬化
- 座談会「内科と皮膚科の協力・連携・併診」

●1部定価 2,520円(税込)

▶来月の主題(Vol.48 No.2)

関節リウマチを疑ったら
診断・治療のUpdateと鑑別すべき膠原病

連載

- 研修おたく海を渡る
- 手を見て気づく内科疾患
- The M&M reports
見逃し症例に学ぶ内科ERの鉄則
- 目でみるトレーニング
- 呼吸器科×アレルギー膠原病科
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 **新**
- festina lente **新**

▶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.1

特集 歯科口腔外科との連携

医師にとって口のなか、とくに歯に関してはブラックボックスに等しいと言えます。にもかかわらず、歯科関連疾患によって起こる疾患や機能障害は、患者のQOL全体を損ない、ときには患者の生命に関わるような重篤な状態を引き起こすことも少なくありません。高齢者、とくに在宅診療においては、嚥下機能訓練などを通じて内科と歯科との新しい連携のありかたも模索されています。今号は、連携に必要な基本的知識を整理したうえで、プライマリ・ケア医と、歯科分野のよりよい連携のありかたを考えます。

INDEX

- 口腔解剖学 口腔の一般構造と歯の発達・変化……………阿部伸一・井出吉信【各論I】
- 乳幼児の歯列・口腔疾患の相談を受けた時……………近藤嘉人・濱野良彦
- 学童期の歯列・口腔疾患の相談を受けた時……………佐々木 洋
- 中高年の歯周病と根尖性歯周炎、歯性上顎洞炎……………大鶴 洋
- 高齢者の摂食・嚥下障害……………原 龍馬【各論II】
- 口腔がんを疑う時 早期発見のコツ、治療時の口腔ケア……………片岡智子・大田洋二郎
- 抜歯の目的とリスク……………川辺良一
- 義歯、インプラントに関する基礎知識……………杉崎順平・山田敏元【座談会】
- 食べるための支援 地域における内科・歯科連携の実践……………原 龍馬・牛山京子・松村真司
- コラム 在宅ケアにおける口腔ケア連携をどう作る? ……白髭 豊

●1部定価 2,310円(税込)

▶来月の特集(Vol.21 No.2)

精神疾患と誤診してはならない器質的疾患

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。
配送料は弊社が負担、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
お選び
いただけます



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