

2011年2月7日
第2915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 (出社者著作権管理機構 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

- [座談会]リウマチ・膠原病診療の今(岡田正人,高田和生,津田篤太郎,長谷川詠子)..... 1—3面
- [寄稿]NEJM誌で学ぶ臨床診断推論(錦織宏,他)..... 4面
- [連載]クリティカルケア/航海術/ER/ホスピタリスト/心電図/論文解釈
- MEDICAL LIBRARY..... 12—15面

座談会

リウマチ・膠原病診療の今



岡田 正人氏=司会
聖路加国際病院
アレルギー・膠原病科



長谷川 詠子氏
虎の門病院腎センター内科



高田 和生氏
東京医科歯科大学医歯学融合教育
支援センター特任准教授



津田 篤太郎氏
JR 東京総合病院
リウマチ・膠原病科

従来「難病」と言われてきたリウマチ・膠原病は、新しい診断法や治療法の開発により、寛解維持が望めるようになりました。また、「全身を診られる」「診断をつけるまでの過程が謎解きのようで面白い」などの理由から、本領域に興味を持つ若手医師も増えています。一方で、多様な病態を持ち、慢性疾患であるリウマチ・膠原病診療においては、診断の際、あるいは患者さんの対応などで苦慮する場面もあるのではないのでしょうか。そこで本紙では、若手医師のロールモデルとして本領域で活躍する四氏に、さらなるステップアップを図るためのコツをお話いただきました。

岡田 本日は、リウマチ・膠原病診療の醍醐味を余すところなくお伝えしたいと思っています。まず、皆さんが感じている本領域の魅力をお教えいただけますか。

高田 リウマチ・膠原病は、同じ疾患でも多様な表現形をとり得るので、医師にとっては診療が常に新鮮に感じられます。また、若い患者さんが多く社会復帰に意欲的な方も多いため、双方が前向きな姿勢でチームとなって治療に取り組める点が魅力です。そしてどんな難治例・重症例でも内科的な治療が主ですから、最後まで主治医でいられます。

さらに、がんなどと異なり完全勝利を達成し得なくとも、少量の免疫抑制薬による寛解維持が現実的なゴールとなるので、多くのケースで患者さん、医療者双方が治療の手応えを実感できます。そして、免疫学におけるさまざまな謎が遺伝学や分子細胞生物学の発展により日進月歩で解明されつつあ

り、それがすぐに診断や治療に反映されることも大きな魅力です。

津田 確かに、数ある慢性疾患のなかで、膠原病のように薬剤でうまくコントロールでき、場合によっては服薬を中止するところまで改善する疾患は少ないです。

長谷川 症状をコントロールして、患者さんがいかに毎日快適に過ごせるかを一緒に考えながら治療していける点は、内科医にとって大きな醍醐味だと私も思います。

岡田 高田先生がおっしゃるような若い患者さんも多いですから、進学、就職、結婚、出産など、患者さんの人生を共に歩んでいけますね。ただ、まだ治療が確立されていない部分もあり、主治医によって治療成績が異なるのも事実です。40年前には悪性腫瘍並みに予後の悪い疾患でしたから、正しい診断に基づく適切な治療を行わなければ重篤な経過をたどることはきちんと認識しておくべきでしょう。

早期診断・早期治療へ

岡田 リウマチ・膠原病領域では、近年新しい治療法が開発されています。特に関節リウマチ(以下、RA)は、1998年に生物学的製剤が開発されるなど、診療内容が大きく変わりました。

津田 さまざまな効果的な治療法が生み出されるなかで、早期診断・早期治療が叫ばれるようになってきたというのがこの10年ほどの状況です。現在は5つの生物学的製剤が承認されており、「使い分けの時代」とまで言われるようになりました。さらにインフリキシマブに関しては、発病早期から積極的に使用して寛解をめざすことにより、寛解導入後は治療を中止できることも明らかになってきていますから、今後は投薬をいかに中止していくかという議論が進むと考えられます。

高田 2010年には23年ぶりの新しい分類基準が、米国リウマチ学会と欧州リウマチ連盟の共同作成により発表されました。従来主に用いられてきた米国リウマチ学会による分類基準(1987年)は、「発症後しばらく経過し確立された病像を呈した典型的なRAを他の関節炎疾患と区別する」ことを目的としたものでした。しかしこの十数年で、RAにおける関節破壊が発症後早期に

急速に進行すること、そして早期に効果的な治療を導入することにより長期的な関節予後を改善し得ることがわかりました。そのような流れのなかで、治療しなければ関節破壊が進む恐れのある患者を早く同定する必要性が高まり、新たな分類基準が作成されたのです。

長谷川 新しい分類基準では「RAと類似する他疾患を除外する」ことが出発点になっています。ですから、今後その除外診断の部分を強化していかなければいけないと感じています。

岡田 津田先生は、RAの患者さんどのように鑑別診断していますか。

津田 例えば、50代男性の単関節炎であればまずは痛風を疑いますが、20—30代の女性で関節が1つ、2つ腫れているような場合には、ヒトパルボウイルスB19や肝炎などウイルス感染を視野に入れます。さらに、高齢者の場合には悪性腫瘍を疑う必要がありますし、皮疹、口内炎、続発性の発熱などがあれば膠原病を視野に入れ、抗核抗体を取るなどして鑑別しています。

確定診断は、RAが疑わしいと判断した段階でX線検査を行うのが一般的ですが、骨びらんが出ていない初期の段階では、エコーやMRIによる検査

(2面につづく)

February
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。

治療薬マニュアル2011

監修 高久史磨、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2564 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01144-0]

グラント解剖学図譜 (第6版)

著 Anne M.R. Agur
監訳 坂井建雄
訳 小林 靖、小林直人、市村浩一郎
A4変型 頁912 定価15,750円 [ISBN978-4-260-00931-7]

臨床検査データブック 2011—2012

監修 高久史磨
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖
B6 頁1040 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01175-4]

医療経営学 病院倒産時代を生き抜く知恵と戦略 (第2版)

今村知明、康永秀生、井出博生
A5 頁268 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01200-3]

〈標準作業療法学 専門分野 全12巻〉 作業療法評価学 (第2版)

監修 矢谷令子
編集 岩崎テル子、小川恵子、小林夏子、福田恵美子、松房利憲
B5 頁688 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01107-5]

悲嘆とグリーフケア

広瀬寛子
A5 頁256 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01216-4]

看護診断ハンドブック (第9版)

著 リンダ J. カルベニート=モイエ
監訳 新道幸恵
訳 竹花富子
A5変型 頁840 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01169-3]

知って 考えて 実践する 国際看護

近藤麻理
A5 頁136 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01217-1]

臨床の詩学

春日武彦
四六変型 頁336 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01334-5]

これならわかる! かんたんポイント心電図 (第2版)

奥出 潤
A5 頁192 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01191-4]

透析ハンドブック よりよいセルフケアのために (第4版増補版)

監修 小川洋史、岡山ミサ子
編集 新生会第一病院在宅透析教育センター
B5 頁244 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01326-0]

ケアする人も楽になる 認知行動療法入門[BOOK1]

伊藤絵美
A5 頁184 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01245-4]

ケアする人も楽になる 認知行動療法入門[BOOK2]

伊藤絵美
A5 頁232 定価2,310円 [ISBN978-4-260-01246-1]

イラストでまなぶ薬理学 (第2版)

田中越郎
B5 頁264 定価3,150円 [ISBN978-4-260-01227-0]

座談会 リウマチ・膠原病診療の今

＜出席者＞

●岡田正人氏

横須賀米海軍病院, 自治医大にて研修後, 91年米国 Beth Israel Medical Center にて内科臨床研修. 94年 Yale 大病院にてリウマチ膠原病内科, アレルギー臨床免疫科研修. 97年仏国 American Hospital of Paris にて診療および教育に従事. 2006年より現職. 米国内科, リウマチ膠原病科, アレルギー・臨床免疫科専門医, 日本内科学会総合内科専門医, 日本リウマチ学会専門医・指導医, 日本アレルギー学会専門医・指導医.

●高田和生氏

1994年九大医学部卒. 横須賀米海軍病院, 亀田総合病院にて研修後, 96年米国 Beth Israel Medical Center にて内科臨床研修. 99年米国国立衛生研究所 (NIH) にて膠原病専門内科研修とループス腎炎および皮膚筋炎の臨床研究に従事. 2002年に帰国, 東京医歯大膠原病・リウマチ内科にて医学教育に携わる. 10年4月より現職. 米国リウマチ学会 Rheumatology Fellow Awards (02年) 受賞. 米国内科, リウマチ膠原病科専門医, 日本内科学会総合内科専門医, 日本リウマチ学会専門医.

●津田篤太郎氏

2002年京大医学部卒. 同年天理よろづ相談所病院ジュニアレジデント. 04年女子医大膠原病リウマチ痛風センター. 自治医大さいたま医療センター, 女子医大青山病院, 都立大塚病院を経て, 07年より北里大大学院医療系研究科(東洋医学)に所属. 09年より現職. 日本リウマチ学会専門医, 日本東洋医学会漢方専門医.

●長谷川詠子氏

2004年北大医学部卒. 同年虎の門病院初期研修医. 06年同院後期研修医. 09年より同院腎センター内科に勤務. 腎センター内科という同院の特徴を生かし, リウマチ・膠原病だけでなく腎疾患診療にも取り組んでいる.

(1面よりつづく)

の有用性も明らかになってきています。

高田 欧州における早期関節炎のコホート研究のデータなどでは, 初期評価にて診断が未確定であった炎症性関節炎患者の経過を追っていくと, 最終的に RA 以外の診断が下ったものとして, 痛風や SLE, 乾癬性関節炎, 線維筋痛症などがあるようです(註1)。確かにこれらの疾患はある程度経過を追ってみて初めて診断に至る病像を呈する場合があります。ただ, 線維筋痛症は関節所見が異なるので, 病歴および診察にて関節炎の有無をしっかりと判別できなければいけません。関節炎を診たことがあれば判別はできるはずですが, 卒前および初期臨床研修中に関節炎を診る機会はなかなかありません。ですから, すべての医師が重要な所見や疾患に触れられる機会を系統的に創出するよう, 教育の在り方を検討していく必要があります。

岡田 確かに, 私たち内科医は関節の触り方を習う機会がなかなかないですね。診断力を向上させるために私がお勧めしたいのは, “正常に触る”とい

うことです。正常がわからなければ, ちょっとした異常には気付けないですから, ぜひ正常な状態に触れる機会をなるべく多く持っていただきたいです。

「この患者さん, 膠原病?」と疑ったら

岡田 リウマチ・膠原病領域は, まだまだ専門医が不足しており, 専門診療科を持たない医療機関も少なくありません。疾患ごとの患者数も限られており, 診療経験を積むのが難しい領域でもあります。ここからは膠原病全体に目を向け, 実際に膠原病が疑われる患者さんに出会ったときに留意すべき点について, ピットフォールも含めて議論したいと思います。まず, 病歴聴取ではどのような点に気を付けていますか。

長谷川 膠原病の症状は非常に多様で, 患者さん自身はあまり気にしていないけれど診断の鍵となるような症状も多いので, こちらから積極的に問診を取るように心がけています。特に, 「指先が変色している」「目が乾きやすい」「皮疹がある」などの症状は, 具体的に尋ねていくことが重要だと思います。

津田 私はリウマチ・膠原病科について「熱と痛みの科です」と説明することが多いのですが, 診療の際には発熱と痛みの有無を必ず尋ねます。さらに, 長谷川先生が挙げた症状に加え, 口内炎の有無もポイントだと思います。

岡田 患者さん1人当たりの外来診療の時間は非常に限られていますから, 既往歴, 旅行歴, 現病歴, さらに関節痛, 皮疹, 熱の有無など, 診療に必ず必要な情報については, 事前に問診票に記入してもらうのも効率的な方法だと思います(註2)。

次に, 身体所見はいかがですか。

長谷川 身体所見は全身にわたるので, 外来ですべてを網羅するのは難しいですが, 基本的には, 肺音, 心音, お腹の所見, 関節痛の有無を診ます。さらに時間に余裕があれば, 脚やお腹, 背中などに皮疹がないかをみえています。

津田 患者さんは皮疹を軽く考えていることが多く, 「そんなものが診断の手がかりになるとは思わなかった」と言われることが多いです。特に背中にできた皮疹は患者さんが気付きにくいので, 聴診する際に確認するとよいのではないのでしょうか。

また, 不明熱で来院した患者さんの場合は, 若い女性であれば高安静脈炎, 中高年であれば結節性多発動脈炎, 60歳以上であれば側頭動脈炎を必ず疑うようにしています。

岡田 高安静脈炎, 結節性多発動脈炎, 側頭動脈炎は中・大動脈に障害が起きるため, 小血管炎のように虚血や出血等の症状も出ず, 炎症所見はあっても特異的な身体所見や検査がないので, 見逃しがちかもしれません。「何も所見がない膠原病が3つある」と覚えておくといいですね。

高田 卒前教育では症候学を学ぶ機会が限られているので, 研修医はまず不明熱や関節痛などの鑑別診断の経験を積んで, コツをつかむ必要がありますね。ある程度慣れてくると, 長谷川先生, 津田先生が挙げたような些細な所見を意識できるようになると思います。ただ, やはりそのような所見に目を向けるようになるには, 症状を来し得る疾患, 鑑別すべき疾患を, ある程度網羅的に把握しておく必要があります。

岡田 その通りです。私自身が身体所見で重視しているのは, 膠原病を抗核抗体関連疾患, 血清反応陰性脊椎炎, 血管炎, 古典的な膠原病の4つに分類し, 考えていくことです。

例えば, 抗核抗体関連疾患の SLE, 全身性硬化症, 皮膚筋炎では, 爪上皮の出血など毛細血管異常が見られることが多いので, 注意して観察する必要があります。その他の膠原病にも言えることですが, 身体所見で爪を見ることは重要な鍵となりますね。脊椎関節炎に属する疾患として反応性関節炎, 乾癬性関節炎, 炎症性腸疾患関連などが含まれますが, 通常身体所見に加え付着部炎がないか確認するとよいと思います。

偽陰性, 偽陽性——検査の限界

岡田 では, 検査の際にはどのような点に留意していますか。

津田 膠原病の専門診療科では, 「抗核抗体が陽性」「CRPが高い」など, 検査異常があった場合に紹介される場合が多いので, 私たちもその異常を切り口に絞っていくことが多いです。しかし, 抗核抗体などの自己抗体が陰性で, 炎症反応もあまり高値にならない膠原病も少なくなく, 診断にたどり着くのが遅れてしまうこともあるようです。

岡田 通常の検査から疑うことも重要ですね。例えば, 血球数が低い場合には膠原病が疑われますし, APTT が延びている場合や ESR は高いけれど CRP はさほど高くない場合は SLE を疑う。さらに尿検査では, 少しでも怪しければタンパク/クレアチニン比を測定します。

高田 必要な検査を知っておくと同時に, 検査の限界をある程度認識しておくことも重要ではないでしょうか。私も学生のころは「自己免疫疾患=抗体」と思っていたのですが, 病態に大きく関与している抗体もあれば, 炎症の副産物にすぎない抗体もあります。だからこそ, 偽陽性も偽陰性もあるのです。診断過程で抗体にこだわりすぎ, 偽陽性や偽陰性の可能性を軽視してしまうと, 適切な鑑別につながらず, 混乱してしまいます。

岡田 おっしゃる通り, 検査の際には偽陽性, 偽陰性の可能性を念頭に置く必要があります。問題になるのは「膠原病を疑ったけれど, 抗核抗体と抗好中球細胞質抗体が陰性だったから否定

した」というような例でしょうか。高田 そうですね。また, 経過観察も立派な診断的評価ですから, 初期の段階で診断がつかなくても, 病気の進展や新たな徴候の出現に注意しながら適切な間隔で経過を追い, さらなる診断的考察を進めることが大切です。

津田 ささまざまな情報を集めてもどうしても診断がつかない場合もありますから, その際に相談できる人を確保しておくことも1つの方法です。

岡田 現在「リウマチ・膠原病メーリングリスト」(註3)という500人規模のメーリングリストがあり, ここでは活発な情報交換が行われています。年に数回開催されるセミナーには, ささまざまな場でリウマチ・膠原病診療に携わっている方が参加しているので, このような場を通して関係を深めていただければと思います。

患者との信頼関係を築く

岡田 リウマチ・膠原病は慢性疾患ですから, 患者さんに安心して治療を受けてもらうには心理・社会的支援も不可欠ですね。

長谷川 支援の仕方は, 患者さんの年齢層によって変わってくるのではないかと思います。例えば, 若い女性の場合はステロイドの服薬を自分で中止し, 悪化するパターンが非常に多いので, 病状をしっかりと説明して理解してもらい, 信頼関係を構築できるように心がけています。一方, 高齢の方は疾患の進行により ADL が低下することがあるので, 患者さんのニーズに合わせて治療法を選んでいく, あるいはどのような社会資源が必要なのかを相談する時間をとるようにしています。

津田 私が着目しているのは, 急性期と慢性期とに分けた支援です。初期の段階では, 患者さんは「難病にかかってしまった」と落ち込むことが多いので, 今後の見通しも含め説明することが大事だと思います。一方, 慢性期の患者さんに対しては, 多職種の力を上手に借りて, 社会資源の活用などを検討していくことが大切になってきます。

高田 治療に関する意思決定においては, ステロイドや免疫抑制剤は副作用のイメージも強いので, 患者さんは客観的な判断を下せなかりがちです。ですから, 治療しなかったことによる短期的・長期的なインパクトも理解していただいた上で患者さんと一緒に考え, 患者さんが意思決定に参加できる体制を整える必要があります。そのためにはやはり患者さんとの信頼関係が不可欠ですから, 「患者さんのサポーターとして, 一緒に治療をしていく」という姿勢を見せることが重要です。私は何かあればすぐに連絡できるように患者さんに自分のメールアドレスを渡していますが, いつでも質問できる環境があるというだけでも安心される方が多いです。

骨・関節画像診断技術の修得・向上のために

骨・関節X線写真の撮りかたと見かた 第8版

画像検査の目的を把握しているか。診断精度の高い画像を得るための工夫をしているか。1つひとつの画像から, あなたはどれだけの情報を得られるだろうか。著者自らが描いた1000枚以上の細密画には, 撮影の工夫や画像の見べきポイントがリアルに描かれている。画像診断の要である単純X線写真の撮影法と読影法を軸に, CTやMRIの解説もさらに充実した。部位ごとの解剖・各疾患の病態解説も必読。

堀尾重治
前・九州厚生年金病院放射線室技師長

骨・関節X線写真の
撮りかたと見かた



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薬量を明示。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 富野康日己
順天堂大学教授・腎臓内科学

腎機能低下患者への
薬の使い方



岡田 “患者さんへの丁寧な説明”が1つの鍵となっていますね。私が患者さんへ説明する際にはまず「早期に見つかってよかったですね」と話します。次に、治療をしなければ重い病気になり得ることを話し、最後に「このあたりまでよくなる可能性が高いですよ」と治療のゴールを提示する。いわゆるPNP (positive-negative-positive) を心が

けています。

また、信頼関係という観点で若い医師にお勧めしたいのは、自分の考えを述べる前にきちんと患者さんの身体に触れ、触診と聴診をすることです。診察した上でデータも含めた話をすると、患者さんも「きちんと診てもらっている」と感じます。これは外来診療のコツですね。

キャリアデザインをどう描くか

岡田 話題を変え、キャリアデザインについて伺いたいと思います。先ほどもお話ししたように、専門診療科がある病院は限られているので、周囲にロールモデルになるような医師がなかなかいないという状況もあるようです。先生方は、ご自身のキャリアデザインをどのように描いてこられましたか。

津田 私は、初期臨床研修を行った天理よろづ相談所病院で「全身を診る医師になりなさい」と教えられて育ったこともあり、リウマチ・膠原病科であれば全身を診ることができるのではないかと、選択しました。

岡田 東洋医学を学んだというのもユニークですよ。

津田 東洋医学を本格的に学びたいと思ったきっかけは、診療に当たるなかで、患者さんの不調の訴えにうまく対応できない部分が見えてきたことでした。北里大東洋医学総合研究所に弟子入りしたのは卒業5年目ですが、実は初期研修を修了した時点で一度門を叩いたことがありました。しかしそのときには、「何でも東洋医学で治せるというのは一種の傲慢な考えなので、きちんと西洋医学を勉強してから来なさい」と諭されたんです。1人の患者さんを2つの視点から診ることができるのは、私のキャリアのなかで強みになっているので、非常によいアドバイスをいただいたと思っています。

岡田 東洋医学を学んだことで、どのようなメリットが生まれましたか。

津田 私は更年期の関節痛の方を多く診ているのですが、精神的なストレスを抱えている方も少なくありません。ですから、患者さんの訴えを気のせいだと退けずに東洋医学的な説明をして漢方薬を出すと、症状がよくなる場合が多いです。

岡田 長谷川先生は女性医師の立場か

ら、リウマチ・膠原病科をどのように捉えていますか。

長谷川 リウマチ・膠原病は内科のなかでは若い女性の患者さんがいばんで多い科です。ですから、結婚や出産など、さまざまな場面で悩む患者さんの気持ちを理解しやすいということはあるかもしれません。また、外来で診る患者さんが多く、夜に呼ばれることはほとんどないので、自分自身に結婚・出産のような機会があっても、キャリアを積んでいくことが可能です。

岡田 アップデートしなければいけない手技も少ないので、多少のブランクがあっても努力次第で復帰もしやすいですね。

長谷川 そうですね。今、女性医師支援の動きが高まっていますが、人材の行き来は同じ診療科間でしかできないので、特に学会主導で子育てをしながら働ける環境をさらに整えていただければと思います。

日本で実現するグローバルスタンダード

岡田 高田先生は、米国留学を経て、現在医学教育に携わっておられますね。

高田 私が米国へ留学したのは、自身が体感した欧米の医師の教育的な姿勢を身に付けたいという思いがあったからです。

専門医であってもある程度ジェネラリストの側面を持っているべきだと私は考えていますが、日本の卒前教育では臨床推論や鑑別診断のプロセスを教わる機会が少なく、ジェネラリストとして必要な資質を系統的に学ぶ機会が少ないのが実情です。そのような環境を改善することは、いわば文化を変えるようなものですから、1人の医師がジェネラリストとして頑張っても限界

があります。多くの医師がそのような資質を習得して実践し、これから育っていく医師の卵にとってのロールモデルとならなくてはなりません。そのために、現在教職に就いています。

岡田 この領域は、診療に当たる際の考え方をきちんと教育できる人材が少しでもいると、全体のレベルアップを図れる分野ですから、期待しています。東京医科歯科大学では、短期研修も受け入れてありますね。

高田 はい。今年度は4人の短期研修者を受け入れました。膠原病科は内科でありながらある種非常に専門職的な面があり、実際に患者さんを通して経験しなければ身に付けられない資質がある一方、一般内科研修では触れる機会が少ない疾患がほとんどです。したがって、必ずしも「後期研修」や「リウマチ専門医取得のための研修」という形でなくとも、専門の医療機関で短期間でも実際に膠原病診療を経験することは重要だと考えます。ただ、そういった受け入れが可能な機関は限られていますから、興味のある方はぜひ、気軽にご相談いただけたらと思います。

津田 医学教育における日米の方法論の違いはどのような点にありますか。

岡田 私が米国で臨床経験を積んでよかったと思うのは、最初から一人前扱いされなかったことです。研修医が担当している患者さんの治療方針については、研修医自身が考えた後、指導医にプレゼンして決めることになっています。その都度指導医に間違いを指摘されるので、初めころは嫌になりますが、2-3年の研修期間中これを繰り返すことによって、患者さんへの説明やデモンストラレーションなどが効率よく上達します。一方、日本の場合は早いうちに独り立ちするので、自分のやり方がグローバルスタンダードなのかがわかりにくいかもしれません。

津田 日本で米国の教育を取り入れるとしたらどんな方法があるでしょうか。

岡田 私は研修医が外来担当している患者さんに関して、次回どう診断・治療するのかを一緒に予習しています。日本は電子カルテが発達していて、複数の患者さんの情報を一度に簡単に開けるので、患者さんが10人いても、30分もあれば十分です。そうした予習を行った上で、実際の診療でわからないことがあればその都度連絡しても

らうような体制をとれば、米国のように研修医と指導医が常にマンツーマンで診療に当たることはできなくても、より充実した研修を行うことができるのではないのでしょうか。

さらなる発展に向けて

岡田 最後に、医学生・研修医に向けて今後のアドバイスをいただけますか。

高田 自分の専門分野を選択する際には、ぜひ自分の学問的興味にも耳を傾け、その興味に正直に向き合って検討してほしいと思います。そして常に、“problem based learning”の姿勢、つまり自分が経験した症例1つひとつからできる限りのことを学ぶ姿勢を持ち続けてほしいです。

津田 リウマチ・膠原病科は、毎日新しい発見がある点が魅力だと思います。また、専門医の数が少ないこともあり、患者さんに感謝されることも多いです。非常にやりがいのある科ではないのでしょうか。

長谷川 内科医として膠原病が診断できれば、医師としてもレベルアップできると思います。私自身、患者さんのちょっとした一言にも耳を傾けて、毎日の診療を大切にしたいと思っています。岡田 なぜ医師になったのか、皆さんそれぞれだと思いますが、多様な面を持つ膠原病科は、それぞれの目標を実現できる要素をたくさん持っている診療科ではないかと思っています。私自身とてもやりがいがあり、自分の選択は間違っていなかったと思っています。

最近の医学の進歩により専門性の高い診療を必要とする患者さんが急激に増加したために、専門医が極端に不足している科です。より多くの若い先生方に専門としてこの分野に入ってきていただきたいと考えています。本日はありがとうございました。(了)

註1: Quinn MA, et al. Prognostic factors in a large cohort of patients with early undifferentiated inflammatory arthritis after application of a structured management protocol. Arthritis Rheum. 2003; 48 (11): 3039-45.

註2: 聖路加国際病院で使用している問診表 <http://www.luke.or.jp/guide/dl/medical-questionnaire.html>

註3: リウマチ・膠原病メーリングリストへの参加登録をご希望の方は所属とお名前を明記し、下記にメールをお送りください。winterreumatology@gmail.com (事務局)

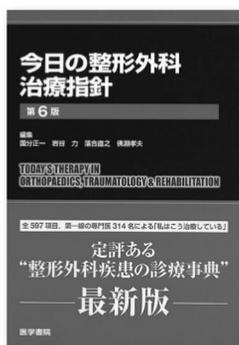
◎整形外科臨床に携わるすべての医師必携の総合診療ガイド

今日の整形外科治療指針 第6版

編集=国分正一・岩谷 力・落合直之・佛淵孝夫

第一線の専門医による最新の知見をまとめた、定評ある“整形外科臨床百科事典”の全面改訂第6版。治療だけでなく、診断のポイント、後療法のポイント、患者・家族への説明のポイントなど診断・治療・ケアについて総合的に記載。治療法も手術療法に加え、保存療法についても詳しく扱っている。全項目全面書き下ろしによる、整形外科臨床に携わるすべての医師必携の書。

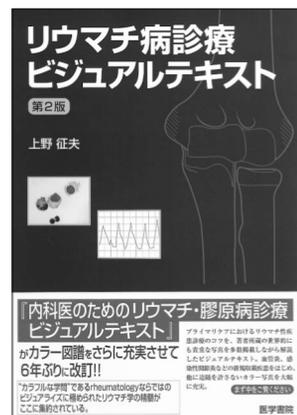
●B5 頁912 2010年 定価18,900円
(本体18,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00802-0]



医学書院

◎リウマチ性疾患診療のコツを 貴重なカラー図譜で解説したビジュアルテキスト

リウマチ病診療ビジュアルテキスト 第2版



上野征夫

一般内科医に必要な関節の見方、問診、身体所見の取り方をはじめ、プライマリケアにおけるリウマチ性疾患診療のコツを、著者所蔵の世界的にも貴重なカラー図譜を多数掲載しながら解説したビジュアルテキスト、待望の改訂版。血管炎、感染性関節炎をはじめ大幅に疾患を追加し、新規の図譜も多数掲載。ビジュアルライズに極められた貴重な単著。

●B5 頁416 2008年 定価9,975円(本体9,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00445-9]

医学書院

寄稿

NEJM 誌で学ぶ臨床診断推論

Clinical Problem-Solving と Interactive Medical Cases

錦織 宏 東京大学医学教育国際協力研究センター・講師

永迫 友規 東京大学医学部医学科6年/2010年度 NEJM-CPS/IMC 勉強会代表

吉川 裕貴 東京大学医学部医学科6年

先進国の医療の特徴の一つに、客観主義に基づく検査偏重性がある。例えば症例検討会で、研修医が「右上腹部に軽度の圧痛があり、Murphy's signも陽性なので、急性胆嚢炎の可能性が高いのでは?」とプレゼンテーションしたとしよう。指導医は、研修医と一緒にベッドサイドに行った際に、どのように身体診察を行うかではなく、腹部超音波検査の所見がいつ提示されるのかに関心を示す、というような現象がそれに該当する。

診断における「わかりやすさ」に起因するこの検査偏重性は、今日の高度化した医療においてはある程度不可避なものとも考えられる。一方でカーナビゲーションシステムに慣れたドライバーが道を覚えなくなるように、現在の医学生や若手医師にとって、病歴や身体所見を重視した臨床診断推論(診断学)を学ぶことが困難になってきているという医学教育上の問題も引き起こしている。

NEJM を臨床診断推論学習の教材に

東京大学医学教育国際協力研究センター(以下、センター)ではそのような状況を鑑み、2009年度から現国保旭中央病院研修医の尾崎彦彦氏(2009年度 NEJM-CPS 勉強会代表)の発案を受け、有志学生(所属不問)が主催する形で、New England Journal of Medicine (NEJM) 誌の「Clinical Problem-Solving (CPS)」を題材にした勉強会を月1回行っている(表)。

勉強会は、1症例に約3時間をかけ、参加者全員が可能な限り自分たちの思考プロセスを言語化し、世界の一流の臨床医の思考プロセスを追いかけて進めるスタイルをとっている。英語教材を使用するというのもあってモチベーションの高い学生が主に参加し

●表 NEJM-CPS/IMC 勉強会の進め方(東大での勉強会の例)

- ① NEJM の CPS を人数分用意し、インターネットに接続された PC 画面を勉強会の会場のプロジェクターに映し出す。
- ② ファシリテーターがアイスブレイキングを行う。
- ③ 最初の段落(太字表記の部分)を参加者のうち一人が訳しながら音読する。
- ④ わからない英語(単語)があれば、訳者はその部分をとばして読み、訳者以外の方が調べて皆で共有する。
- ⑤ 一段落分読んだ段階で、
 - a) 考えられる鑑別診断
 - b) なぜそれが考えられるのか
 - c) とるべき病歴
 - d) とるべき身体診察
 - e) 次にを行うべき検査
 - f) それぞれの鑑別診断の可能性の変化
 などについて、ファシリテーターも含めて皆でディスカッションする。
- ⑥ ディスカッションの内容が、次の段落(細字表記の部分)の内容とできるだけ近くなるようにすることを皆の共通の目標とする。
- ⑦ 疑問点が出てきたら、ファシリテーターもしくは参加者のうち一人が UpToDate[®] や Google を使って、プロジェクターの画面上でそれらをリアルタイムに解決していく。
- ⑧ ディスカッションで皆の意見が出尽くしたら、次の担当が細字表記の段落を読む。
- ⑨ 細字表記の段落の内容(NEJM に登場する一流の臨床医のコメント)と同じ内容の発言ができた人にポジティブフィードバックを行う。
- ⑩ 以下、症例の部分は③-⑨を繰り返していく。
- ⑪ Commentary の部分はファシリテーターが訳しながら読む。CPS はタイトルにこだわりがあるので、それにも言及する。
- ⑫ CPS をすべて読み終わったら、プロジェクターに映した画面上で IMC 中の該当する症例のウェブサイトへ移動し、クイズを解きながら、読み進めていく。
- ⑬ IMC では Teaching Points を中心に、CPS を補強する形で知識を整理する。

ているが、病歴と身体診察を重視して診断を下せる医師になるための一助になっていると考えている。

そして2010年度からは、NEJM 誌の新シリーズ「Interactive Medical Cases (IMC)」¹⁾を本勉強会に取り入れた。IMC は CPS で取り上げられた症例を用いた双方向性の学習ツールであり、NEJM 誌の医学教育担当 Editor であるハーバード大学の Graham McMahon 氏らによって2009年に開発された。イラストが多く用いられ、クイズ形式でフィードバックを得ながら勉強できる点に特徴があり、CPS と組み合わせ

ることで、非常に有効な教材になっていると感じている。

IMC 開発者、McMahon 氏との夢の共演

そうしていたところ、2010年9-12月に IMC を開発した Graham McMahon 氏がセンターの客員准教授として滞在することになった。そこで11月13日、McMahon 氏を迎えての NEJM-CPS/IMC 勉強会特別編を永迫・吉川が主催し、同氏と錦織がファシリテーターする形で実施した。

IMC の開発者である McMahon 氏をファシリテーターに迎えた夢の共演の舞台には、全国から医学生(高学年)と医師、合わせて35人が参加し、2010年1月の NEJM に掲載された「Painful Purple Toes」[Vol.362(1): 67-73 [PMID : 20054049]]を題材にして、活発なディスカッションを行った。参加者の英語力の差に配慮し、グループ内のディスカッションは日本語、全体でのディスカッションは英語で行った。McMahon 氏には、全体でのディスカッションに対してコメントしても



● NEJM-CPS/IMC 勉強会特別編参加者



● IMC を用いて行った、McMahon 氏による勉強会の総括

らい、また会の最後には IMC を用いて総括をしてもらった。

当日の参加者からは、「英語でのディスカッションだったにもかかわらず非常にインタラクティブで、多くのことを学べた」「ディスカッションの中で McMahon 先生たちからすぐにフィードバックがあって、その場で疑問を解決できた」「ぜひ自分の大学でも同様の勉強会を立ち上げてみたい」といった評価が得られた。

*

CPS/IMC で提示される症例は、米国のものが多いため疾患頻度や使用薬剤などが日本とは異なっていたり、最終診断がまれな病気であったりすることも多い。しかし、一流の臨床医のコメントが書かれているという点で、特に最初の病歴・身体診察について書かれた内容が、臨床診断推論の学習には非常に有用であると考えている。また本勉強会は、参加者が可能な限り思考のプロセスを言語化してそれを共有するところに特色があり、「一人で読み進めるよりもずっと勉強になる」という意見も多く挙がる。

この会は現在も毎月継続して実施しているもので、興味を持たれた方はぜひ、われわれのセンター(e-mail: ircme@m.u-tokyo.ac.jp)までご連絡いただき、一度ご参加いただきたい。また全国どの大学・研修病院においても実施可能な形式なので、皆さんの施設でも試してみるのはいかがでしょうか。

参考文献

- 1) McMahon GT, et al. Interactive medical cases—A new journal features. N Engl J Med. 2009; 361 (11) : 1113.

「診断の達人」による臨床指南

ティアニー先生の臨床入門

Principles of Dr. Tierney's medical practice

ローレンス・ティアニー カリフォルニア大学サンフランシスコ校 内科学教授

松村正巳 金沢大学医学教育研修センター准教授 リウマチ・膠原病内科

- ・「診断の達人」「鑑別診断の神様」と賞賛される米国の代表する内科医、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」も必読である。
- ・医学生・研修医必読のシリーズ第二弾。

ローレンス・ティアニー 「鑑別診断の神様」「内科医の頂点」と呼ばれ、世界で最も尊敬される内科臨床医の一人。病歴と身体所見から鑑別診断をもれなく挙げ、診断を絞り込んでいく講義は、ユーモアにあふれ、学びと含響に富むと絶賛されている。著書に「ティアニー先生の診断入門」(医学書院)など。

●A5 頁164 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-01177-8]



既刊タイトルも合わせて読みたい!

ティアニー先生の診断入門

著 ローレンス・ティアニー+松村正巳

●A5 頁152 2008年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN 978-4-260-00698-9]

医学書院

ティアニー先生の臨床入門

ローレンス・ティアニー
Principles of Dr. Tierney's medical practice

名匠に学ぶに勝るものなし!!
「診断の達人」による臨床指南

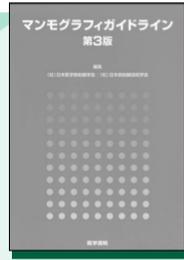
- 主要目次
- I. 臨床入門
 - II. 症例提示のスキル
 - III. 診断へのプロセス—ケーススタディ
- ※「身体診察のTIPS」「研修医へのアドバイス」などのコラムも充実。

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な仕上がりになった。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



A4 頁112 2010年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01204-1]

医学書院

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11回 血管拡張薬の使いかた

今回は代表的な血管拡張薬の病態生理に応じた使い分けについて取り上げます。

CASE

Case1 三枝病変による虚血性心疾患, 慢性心不全のある85歳男性。5日前からの労作性呼吸苦あり。ここ3日で夜間発作性起座呼吸, 下肢の浮腫が強くなりERに搬送。O₂ 8 L/分でSpO₂ 93%, 血圧 150/40 mmHg, 心拍数 90/分, 呼吸数 25/分, 体温 36.5°C, 両肺野喘鳴著明, 両下肢浮腫, 体重+2 kg。うっ血性心不全急性増悪でICU入室。ニトログリセリン 0.05%製剤原液 5 mL/時およびフロセミド 20 mg 2Aを静注し, 徐々に呼吸苦改善し酸素化良好となった。

Case2 三枝病変による虚血性心疾患, 慢性心不全のある80歳女性。3日前からの労作性呼吸苦あり。ここ2日で夜間発作性起座呼吸, 下肢の浮腫が強くなりERに搬送。O₂ 15 L/分でSpO₂ 90%, 血圧 130/40 mmHg, 心拍数 90/分, 呼吸数 25/分, 体温 36.5°C。両肺野喘鳴著明, 両下肢浮腫。体重+3.5 kg。うっ血性心不全急性増悪でICU入室。ニトログリセリン 0.05%製剤原液 5 mL/時およびドブタミンシリンジ 5 mL/時, フロセミド 20 mg 2A 静注, その後, 反応がいまひとつのため, カルベリチド 2 V/ブドウ糖 40 mL で 3 mL/時追加となった。

Case3 高血圧の既往のある80歳男性。右片麻痺でERに搬送。ER来院時, 血圧 230/120 mmHg, 心拍数 120/分, 呼吸数 25/分, 体温 36.5°C, 呂律難と右上下肢の麻痺だった。頭部CTにて左被殻出血, 脳室穿破。酸素 3 L/分投与し, ニカルジピン原液 3 mL/時でスタート。収縮期血圧は 180 mmHg 台へ低下。

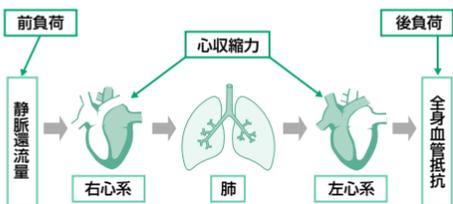
心不全や高血圧緊急症など心疾患, 脳血管障害のケースを多く扱うクリティカルケアの現場では, 血管拡張薬, 降圧薬はなくてはならない薬物です。

心機能を規定する因子の復習

血管拡張薬の作用を理解するためには, 連載第5回(2890号)で触れた心機能を規定する4つの因子(心拍数, 前負荷, 後負荷, 心収縮力)を知る必要があります(図1)。このうち前負荷, 後負荷, 心収縮力が特に重要で, 心機能を心拍出量で考えると, 1回拍出量はこの3つから成り立っています。

心拍数はそれぞれ増加(陽性変時作用), 低下(陰性変時作用)で表され, 心収縮力はそれぞれ増加(陽性変力作用), 低下(陰性変力作用)で表されます。そして心筋の収縮力が強力であるほど1回拍出量は(適切な後負荷のもとで)増加するという原則があります。ですから心収縮力の増強には, 強心薬(連載第6回, 2894号参照)のほか, 冠動脈を拡張する薬剤も有効なことが理解できます。

前負荷は静脈還流量(体流量), つまり心臓に戻ってくる血液量を表し,



●図1 心機能を規定する因子

前負荷が増大すれば1回拍出量も増加, 一方前負荷が足りないと1回拍出量は低下します。これはFrank-Starlingの法則と言われます。しかし心不全などの病的な状態では, 過剰な前負荷により最大1回拍出量を通り越して心機能が低下しています。その場合, 適切な前負荷に戻す必要があります(利尿薬や静脈拡張薬を用いる)。

後負荷は末梢血管抵抗であり, 末梢血管の硬さ, 末梢血管収縮を表します。後負荷が高いと心臓から血液を押し出せない状態となり, 特に心機能が悪いのに血圧が妙に高いケースでは, 末梢動脈が締めすぎていると考えるといいでしょう。

以上より, 血管拡張薬が作用する部位が静脈か, 動脈か, 冠動脈かを意識することで次のように理解できます。

- ・静脈の拡張⇒前負荷↓
- ・動脈の拡張⇒後負荷↓
- ・冠動脈の拡張⇒心収縮力↑

代表的な血管拡張薬

代表的な血管拡張薬を示します。

- 亜硝酸薬
- ニトログリセリン, ニコランジル
- カルシウム拮抗薬
- ニカルジピン
- 合成ナトリウム利尿ホルモン
- カルベリチド

1. ニトログリセリン (50 mg/100 mL 0.05%製剤)

冠動脈拡張および末梢血管拡張作用(特に静脈系)があり, 抗血小板作用

があります。また少量投与で静脈を開き(<40 μg/分), 大量投与で動脈を開きます(>200 μg/分)。

使いかた 精密持続点滴 1—3 mL/時でスタート(8—25 μg/分)。効果が現れるまで5分ごとに0.5—1 mL/時ずつ投与速度アップ

使用する場面 前負荷異常のうっ血性心不全, 不安定狭心症など急性冠症候群。

副作用 脳血流↑のため, 頭蓋内圧亢進では使いにくく, また肺血流↑のため, ARDSでは呼吸状態が悪化する可能性があります。特に血管内ボリュームが少ない場合は, 前負荷軽減により血圧低下が著明に生じることがあります。また使用開始12—48時間程度で耐性ができ効果が減弱するため, 短時間の使用となります。

効果

- ・静脈を開く⇒前負荷↓, 大量投与で動脈を開く⇒後負荷↓
- ・冠動脈を開く⇒心収縮力↑

2. ニコランジル (12 mg/V)

一酸化窒素 NO を産生すること, そしてATP感受性Kチャネルに作用することで血管拡張作用(主に細動脈)をもたらします。冠血管拡張作用および冠攣縮予防効果があり, これらにより心収縮・心拍出量を増やします。また静脈系の末梢血管を弛緩させ(硝酸薬として作用)。

ニトログリセリンなど従来の硝酸薬との大きな違いとして, 冠血流量を増加させるが, それほど血圧低下を起こしません(冠動脈拡張>静脈系拡張)。

使いかた 5 V+生食 60 mL で 4 mL フラッシュ 4 mL/時スタート

使用する場面 狭心症, 心筋梗塞など急性冠症候群および左心不全, 両心不全。特に血圧低下傾向の心不全の場合(ニトログリセリンを使うには血圧低下が不安な場合)によく使用されます。

副作用 極端に血管内ボリュームが少ない場合, 血圧低下が起こります。また頭痛や悪心, 反射性頻脈の報告もあり, 最近では腸管粘膜の潰瘍形成も指摘されています。

効果

- ・静脈を開く⇒前負荷↓
- ・動脈を開く⇒後負荷↓
- ・冠動脈を開く⇒心収縮力↑

3. ニカルジピン (1 A=10 mg/10 mL)

ジヒドロピリジン系カルシウム拮抗薬に分類され, 血管平滑筋に働き末梢動脈を拡張させます。また冠動脈拡張作用もあるとされています。

使いかた 5 A 原液, 2—4 mL/時でスタート(50 kg で 0.66—1.33 μg/kg/分)

使用する場面 術後高血圧, 脳出血による高血圧。後負荷異常によるうっ血性心不全(冠動脈拡張薬と併用)に使用されます。

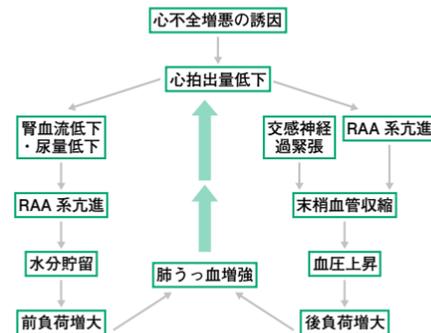
副作用 特に血管内ボリュームが少ない場合に低血圧を起こすため, 十分な心拍出量があることを確認して使用します。

効果

- ・動脈を開く⇒後負荷↓
- ・冠動脈を開く⇒心収縮力↑

4. カルベリチド (1000 μg/V)

遺伝子組換え A 型ナトリウム利尿ペプチドで, 主に非代償性心不全の患者に使用されます。強力な血管拡張作用で静脈, 動脈を開き, 前負荷および後負荷を軽減します。また腎血流量を増加しループ利尿薬使用時に相乗効果を発揮, 強力な利尿作用もあります。



●図2 心不全増悪のメカニズム

使いかた 2 V+5%ブドウ糖 40 mL (2000 μg/40 mL)。精密持続点滴 3—12 mL/時(50 kg で 0.05—0.2 μg/kg/分), 1時間ごとに3 mL/時ずつアップ

使用する場面 動脈, 静脈をバランスよく拡張すると言われているため, 前負荷・後負荷異常によるうっ血性心不全がよい適応となります。

副作用 特に血管内ボリュームが少ない場合は低血圧を起こすと言われています。

効果

- ・静脈を開く⇒前負荷↓
- ・動脈を開く⇒後負荷↓
- ・冠動脈を開く⇒心収縮力↑

うっ血性心不全では, 血管拡張薬の役割は大きく, 前負荷・後負荷のどちらの軽減をメインにするか, そして冠動脈拡張作用による心収縮力改善をどうするかで, 各血管拡張薬をどのように使いこなすかが理解できると思われます(図2)。

ケースを振り返って

Case1 は典型的なうっ血性心不全急性増悪のケースです。前負荷軽減・抗血小板作用・冠動脈拡張作用を狙って血管拡張薬ニトログリセリンを使用し, 前負荷軽減・利尿促進目的でフロセミドを使用しています。

Case2 も典型的なうっ血性心不全急性増悪のケースです。ニトログリセリン, フロセミドを使用し, 強心薬および後負荷軽減としてドブタミンを使用しています。利尿が十分得られていないため, さらなる動脈・静脈拡張および腎血流量増加による利尿を促すよう, カルベリチドが追加で使用されたケースです。

Case3 では, 脳出血の血圧コントロール目的でカルシウム拮抗薬のニカルジピンが使用されています。

Take Home Message

- ① 代表的な血管拡張薬の使いかたについて理解する。
- ② 血圧高値の患者では, 常に①前負荷増大, ②後負荷増大, ③心収縮増大, のどの要素で血圧が高いか, 循環不全を来しているかを意識する。

参考文献

- 1) Marik PE, et al. Hypertensive crises: challenges and management. Chest. 2007; 131 (6): 1949-62.
- 2) Parker JD, et al. Nitrate therapy for stable angina pectoris. N Engl J Med. 1998; 338 (8): 520-31.
- 3) Abernethy DR, et al. Calcium-antagonist drugs. N Engl J Med. 1999; 341 (19): 1447-57.

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&A 51

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 犀川哲典
大分大学教授
吉松博信
大分大学教授



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, その叢智は, 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, さらに心身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つての「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・
地域医療・医療センター



臨床医学航海術

第61回

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

英語力—外国語力①

田中和豊

済生会福岡総合病院臨床教育部部長

前回と前々回は、人間としての基礎的技能から外れて、言語能力と言語学について考えた。今回はまた人間としての基礎的技能に話題を戻す。当初の予定では、次は「論理的思考能力—考える」であったが、ここまで考えてきた「言語」に関連する技能として、「英語力—外国語力」を先に考えたい。外国語といっても世界には数多くの言語が存在するが、ここでは特に「国際語」と呼ばれる「英語」について考える。

外国語習得の必要性

現在、「英語」が「国際語」であることに異論を唱える人はいないであろう。しかし、「翻訳・通訳などにより世界規模での情報共有の基盤が整ってきた現代でも、日本人が外国語を学ぶ必要が果たしてあるのか？」と尋ねる人がいる。あるいは、「日本では日本語が公用語なので、日本に居住する外国人は日本語を話すべきだ。日本人も日本ではわざわざ外国人のために外国語を話す必要はないのではないか？」という人もいる。

これらの意見には一理ある。確かに現代では、英語の書籍でもすぐに翻訳が出るし、テレビや映画では字幕がつく。したがって、日本語だけでもほとんど不自由しない。また、日本に来る外国人の中には日本語を流暢に話す人もいる。このような理由から、現在外国語を習得する必要はないと考える人

がいることは理解できる。筆者は外国語を習得する意志がない、あるいは、必要性を感じない人に強制的に外国語を習得させる必要はないと考えている。なぜならば、外国語を学ぶことを拒否する権利もあると考えるからである。

外国語を学ぶか学ばないか、それは突き詰めればその人の生き方の問題だと思う。外国語を苦勞して学べば、その言語で表現された書物や映像を直接自分で吸収できる利点がある。その反面、その言語を習得するために多大な労力と出費が必要となる。一方、外国語を学ばなければ、外国語で表現された書物や映像などは自国語に翻訳されたものでなければ吸収できなくなってしまう。こうなると、自分が吸収できる外国の資料は自国語に翻訳されたものだけに限定されてしまうし、その資料の理解もあくまで自国語を通して行われるので制限されたものになる。しかし、外国語を学ばないと決断すれば、それを学ぶための多大な労力と出費が不要になるのである。

このように外国語を習得することと習得しないことにはそれぞれ利点と欠点がある。しかし、それでも現実的に外国語を学ぶ人と学ばない人を分ける要因は、外国語を習得することに対する一種の「費用対効果」の問題であると筆者は考える。すなわち、多大な労力と出費をかけて外国語を学んで、それ以上の外国文化を吸収できることをメリットだと考える人は外国語を学ぶが、そう考えない人は学ばないのだろう。つまり、外国語習得の「費用対効果」の判断により、外国語を習得するか否かが決定されるのである。

英語習得のデメリット

次に、筆者が感じている、外国語を習得することで生じるデメリットを紹介する。

筆者は以前「国際病院」と名のつく病院に勤務していたことがあった。その病院では、名前が「国際病院 International Hospital」なのだから、当然外国人も数多く受診していた。彼らは、「国際語」である「英語」で受診できるだろうと期待しているのである。ところが、事務の方は少しは英語ができたが、外国人がちょっと早く話し出すとお手上げであった。マシンガンのように捲し立てられているようで、何を言っているのかチンプンカンプンなのである。もっともその外国人にとっては普通に話しているつもりなのであるが……。こんなときすぐさま呼び出されるのは、一応海外留学の経験がある筆者であった。

外国人の患者が救急室を受診することもしばしばあった。患者が外国人であるということは、名前を見れば一目瞭然である。しかし、次の患者が外国人の場合、なぜかわからないが、その患者を誰も診ようとせずに、いつまでたってもその患者のカルテは放置されていた。そこには「外国人は誰か英語ができる人が診てくれないか……」という無言の意思が感じられた。それから、知らない病棟の医師から突然電話がかかってくることもあった。聞くと「英語形式の診断書の書き方を教えてください」とのことであった。

また、救急室に外国人の電話相談が回されることもあった。救急室が最も多忙な準夜帯に突然ある看護師が怒った顔で筆者に受話器をつき出した。どうやら「いいから電話に出ろ！」ということらしい。仕方がないから電話に出ると、ある外国人が英語で質問してきた。「私は鹿児島に住むアメリカ人だが、このたび日本人の子どもを養子に受けようと思う。それで、その子どもには心室中隔欠損症という病気があるという。この場合、心室中隔の孔は、どれぐらいの確率で自然閉鎖するものなのか？」という質問であった。

このような英語の電話相談を瞬時に

表. 人間としての基礎的技能

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

技能の順序と共に、筆者の現在の考えに沿って「コンピュータ⇒IT力」「体力⇒気力と体力」へと変更した。

聞いて理解して英語で返答するのは、普通に日本で生活してきた日本人にはほぼ不可能であろう。勝手に電話をしてきて英語で捲し立てるこうした相談には、必ず応対しなければならないという義務はもちろんだ。丁寧に応対してもそれはあくまでボランティアである。だから、自分が取った電話が外国人の電話相談だとわかるやいなや、「電話してくるな！」とばかりにブチッと一方的に受話器をたたきつけて電話を切っていた医師もいた。

下手に少し英語ができると、外国人の対応で呼び出され、英語の診断書を頼まれ、外国人の診察をさせられ、おまけに、英語の電話相談にも応対させられるのである。つまり、余計な仕事が多くなるのである。いかに「国際病院」だからと言っても、このように他の人より余計にする仕事に対して「英語手当」などは一切ない。すべてがボランティアである。そうすると、学生時代から一生懸命英語を身に付けるために努力してお金と時間をかけてきても、その能力に対する評価がないと結局「損」になるのではないかと。こんなに余計な仕事ばかり増えると、英語ができないために外国人から「Are you really a doctor?」と呆れられる厚顔無恥な医師のほうがよっぽど得ではないかと思ってしまう。

このように英語を習得するときは、英語を話せることのデメリットの存在を肝に銘じたほうがよいだろう……。



イラストレーション:高野美奈

2 medicina

内科臨床誌メディチーナ

Vol.48 No.2

今月の主題

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

関節リウマチの新分類基準の要諦である「関節リウマチと類似する他疾患を除外する」という項目に焦点を合わせ、関節リウマチと関節炎をきたす膠原病の鑑別について解説する。典型的な症例を挙げ、病歴聴取と身体診察のポイントから、検査のポイントと治療、ピットフォール、専門医へのコンサルトのタイミングまでを網羅。即戦力としてお役立ちの1冊。

INDEX

- I. 関節リウマチ診療 Update
- II. 関節リウマチと鑑別が必要な疾患とその特徴
- 【若年～中年で多い疾患】
- 【高齢者に多い疾患】
- 【どのような年齢でも起こる疾患】
- III. 座談会
「内科医として関節炎を鑑別する醍醐味」

●1部定価 2,520円(税込)

▶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)

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
- festina lente

▶ 来月の主題(Vol.48 No.3)

臨床栄養Update 2011

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.2

特集 | 精神疾患と誤診してはならない器質的疾患

ジェネラリストは全人的医療を旨とし、器質的疾患のみならず精神的疾患にもアプローチすることが求められています。つまり、ジェネラリストはdiagnosticianとしてMUS (medically unexplained symptoms)にアプローチする専門家でもありますが、MUSの10～15%は器質的疾患であるといわれています。本企画では、そのつもりで探さないとなかなか診断がつかず、精神的疾患と誤診される可能性の高い器質的疾患を取り上げました。これらの多くは、外来または救急外来受診時のCBC、生化学スクリーニングでは引っかからないような器質的疾患です。したがって、貧血、尿毒症、低Na血症などは本特集の対象とはしませんでした。

INDEX

- 【総論】
MUSへのアプローチ
精神科に紹介する前に……前野哲博
- 【各論】
甲状腺機能障害……宮崎 康
脳炎・脳症……上田剛士・金地研二
成人型シトルリン血症……神代龍吉
Paroxysmal Kinesigenic
Choreaathetosis……大生定義
遺伝性血管浮腫(HAE)
……前田哲生・野村英樹
薬物中毒……徳田安春

- 【ミニレクチャー】
認知障害を診る際の注意点、
注目すべき所見……篠原直哉
「右手がうまく使えない」の主訴から
もやもや病へと辿りつくまで……平山陽示
精神疾患と誤診しやすい脳腫瘍……福本陽平
SQとBPSモデル うつ病と診断されていた
ACTH単独欠損症
……宮原雅人・大平善之・生坂政臣

- 【スペシャル・アーティクル】
Potentially Reversible Dementias
(可逆性かもしれない認知症)……酒見英太

●1部定価 2,310円(税込)

▶ 来月の特集(Vol.21 No.3)

Systemes-based Practice

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—

電子版も選び
いただけます



医学書院

総合内科のローテーションを終え、感染症診療の重要性をあらためて認識したあなた。「三大フォーカスは、呼吸器、尿路、肝胆・消化器。そして……」と復習しつつ、救急外来に到着。そこに救急車の入電があり、「発熱・左大腿部痛」とのこと。

CASE

38歳女性。成人スティル病にて通院治療中。内服はアザチオプリン、プレドニゾン。5日前に陰部ヘルペスにてアシクロビルを処方された。血圧80/60 mmHg、心拍数130/分、SpO₂92% (RA)、体温38.0℃、呼吸数30/分。身体所見は肺野清、心音純、腹部平坦で軟。項部硬直なし。外陰部の腫脹、発赤そして紫色の変色を認める。四肢の発赤はないが、左大腿部の痛み、強い圧痛・緊満感を認める。

診察をしたあなたは、「これは重症敗血症だ!」と考えたが、同時に「女性なのになぜ陰部の軟部組織感染症が?」との疑問を持った。

Question

Q1 敗血症の定義は何か?

A 感染症によって起きるSIRS(全身性炎症反応症候群)。

SIRSは、下記の2つもしくはそれ以上を満たしたときに診断となる。

- ・体温<36℃あるいは>38℃
- ・心拍数>90/分
- ・呼吸数>20/分あるいはPaCO₂<32 mmHg
- ・白血球数>12000/μLあるいは<4000/μL

重症敗血症は、敗血症の中でも特に臓器不全、組織還流不全、低血圧を来す。その徴候として、乳酸アシドーシス、乏尿、意識障害などを伴う。

Q2 陰部の所見と左大腿の関連性は何か?

A 壊死性筋膜炎。

会陰部に起きる重症軟部組織感染症であるフルニエ壊疽は男性患者が大多数を占めるが、女性が発症する場合もある。特に免疫抑制下にある患者では、感染のさらなる伸展が筋膜レベルで起こり得る。

あなたが敗血症性ショックの標準的治療EGDT(Early Goal-Directed Therapy)を開始する準備をしているところに指導医が――。

指導医「確かに重症敗血症だね。EGDTとともに外科へコンサルトが必要だ。」

あなた「外科ですか?」

指導医「そうだよ。この左大腿の皮疹を伴わない激痛(Pain out of proportion)、緊満感は壊死性筋膜炎が疑わしい。一刻も早く手術にて診断をつけなければ左下肢を失いかねない。」

Q3 EGDTとはどのような治療法か?

A 組織還流を最適化するための三段階のプロトコル。

EGDTとは、米国の救急専門医、内

ポイントを最小限に絞る。だから伝わる。

<JJN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



それで大丈夫? ERに潜む落とし穴



第12回

感染症:
壊死性筋膜炎

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

志賀 隆
Instructor, Harvard Medical School/ MGH 救急部

科専門医、集中治療専門医(註)であるDr. Riversが2001年に発表した、救急部から集中治療を始めることによって敗血症の治療成績を改善する三段階のプロトコルである¹⁾。敗血症の診療では、迅速な抗菌薬の投与が必要である。そのため、抗菌薬使用前に血液培養2セット、尿培養を採取するとともに、胸部X線撮影を同時進行で行う。

敗血症には2種類のタイプがあり、タイプ1は複数の嫌気性菌・好気性菌の混合感染、タイプ2はA群連鎖球菌である。特にタイプ1では広域をカバーする抗菌薬の投与が望ましい。毒素産生の抑制のため、クリンダマイシンが投与されることが多い。

EGDTの第一段階は、中心静脈圧(CVP)を8-12 mmHgに保つために晶質液を投与することである。重症敗血症の患者はしばしば4-6Lの晶質液を必要とするため、輸液過多の臨床的なサインをモニターする必要がある。人工呼吸管理下の患者では、CVPの目標は胸腔内圧の増加から12-15 mmHgとなる。

第二段階は、患者が輸液にて改善しない場合に平均動脈圧(MAP)が65 mmHgを越えるように保つことである。患者が極度の重症で初めから昇圧剤が必要な場合を除いて、十分量の晶質液を投与した後に昇圧剤を使用することが望ましい。

第三段階は、中心静脈カテーテルより上大静脈の血液を採取し、中心静脈血酸素飽和度(ScvO₂)を測定することである。ScvO₂は組織血管床からの還流の酸素飽和度であり、酸素の需要供給差を測ることができる。乳酸値と同様に組織還流のマーカーである²⁾。通常ScvO₂が70%未満の場合には、組織の酸素需要に対して供給が十分でないと考えられる。

適切な酸素供給・運搬は、マスクからの酸素投与、循環血液量の増加、MAPの増加によって達成される(EGDTの初めの二段階)。他の酸素供給・運搬を最大化する方法としては、肺胞への酸素運搬を増やす(人工呼吸管理下で

FiO₂を1.0にする)、ヘモグロビン濃度を最適化(ヘマトクリット値30%を保つように輸血)、心拍出量を最適化(前負荷が十分になったところでドブタミンを使用する)などがある。

Q4 壊死性筋膜炎は画像診断、臨床診断のどちらで診断するか?

A 臨床診断。

壊死性筋膜炎は、M&Mカンファレンスの常連疾患である。壊死性筋膜炎によくある誤解を、以下にポイントとして挙げたい。

- ・典型的な画像が皮膚所見を伴うものであるためか、壊死性「筋膜炎」という筋膜が主座となる病態にもかかわらず、皮膚所見の有無が重要であるという誤解がある。
- ・迅速に診断・治療しなければ急激に病巣が広がるのが理解されない。
- ・ガスなどが画像で認められない場合に否定しようとする。
- ・検査結果に拘泥し、外科コンサルトが遅れる。
- ・CT・MRIを重視し過ぎて、画像診断の間に病巣が広がってしまう。

壊死性筋膜炎の早期診断を可能にするために、LRINEC(Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) scoreという指標がある(表)。合計が6点以上であれば壊死性筋膜炎の疑いが強まり、8点以上なら75%以上の確率となる³⁾。スコアリングは重要になるが、鑑別診断に壊死性筋膜炎が挙げることが最も重要である。

見逃せば即、四肢の切断や死亡につながることを考えると、臨床所見を手がかりに経験のある外科医を探すほうが重要であろう。

! Watch Out!

壊死性筋膜炎は「筋膜炎」である。皮膚所見がない場合もある。壊死性筋膜炎を疑ったら手術経験のある外科医を迅速に見つけ、手術室に連れて行かなければならない。画像や検査所見全盛の現代において、救急医が臨床診断から患者を救わなければいけない疾患である。

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、漢方エキス製剤を関連図で示し、<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副科長



●表 LRINEC score

- ・血清CRP≥150 mg/L (4点)
- ・白血球数15000-25000/μL (1点) もしくは>25000/μL (2点)
- ・ヘモグロビン11.0-13.5 g/dL (1点) もしくは≤11g/dL (2点)
- ・血清ナトリウム<135 mEq/L (2点)
- ・血清クレアチニン>1.6 mg/dL (2点)
- ・血清ブドウ糖値>180mg/dL (1点)

Q5 確定診断はどのように行うか?

A 疑ったら手術し、生検にて診断する。

診断には、手術時の所見で筋膜を含めた軟部組織の壊死と、軟部組織と筋肉が簡単に剥離することが重要である。生検する場合は正確な培養のため広がり最先端にて行うことが望ましい。壊死性筋膜炎の経験のある外科医でなければ手術を躊躇することが多く、救急医は全力で経験のある外科医を探さねばならない。

Disposition

はじめ整形外科にコンサルトしたが、「画像検査を実施する」という方向になったため、すぐに一般外科にもコンサルト。一般外科の指導医が診察し、画像検査を行わず手術へ。壊死性筋膜炎の診断となった。

Further reading

- 1) Rivers E, et al; Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med. 2001; 345(19): 1368-77. ↑ Dr. RiversによるEGDTについての文献。
- 2) Jones AE, et al; Emergency Medicine Shock Research Network (EMShockNet) Investigators. Lactate clearance vs central venous oxygen saturation as goals of early sepsis therapy: a randomized clinical trial. JAMA. 2010; 303(8): 739-46. ↑ ScvO₂の測定に基づいた治療と乳酸値に基づいた治療では、病院での死亡率に差は出なかった。
- 3) Wong CH, et al. The LRINEC (Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis) score: a tool for distinguishing necrotizing fasciitis from other soft tissue infections. Crit Care Med. 2004; 32(7): 1535-41. ↑ LRINEC scoreについての文献。外的妥当性には注意が必要である。
- 4) Hong YC, et al. The effect of prolonged ED stay on outcome in patients with necrotizing fasciitis. Am J Emerg Med. 2009; 27(4): 385-90. ↑ 壊死性筋膜炎の予後と救急部滞在時間の関係を分析している。

註) 日本と異なりそれぞれ数年のカリキュラムに則ったトレーニングが必要なため、内科と救急の専門医資格を持つのは極端に難しい。

*本稿執筆に当たり、町淳二先生、藤谷茂樹先生にお世話になりました。御礼申し上げます。

レジデントの方々にお薦めするマニュアル

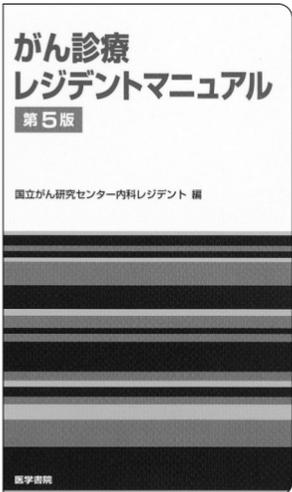
(新刊を中心に)

がん診療 レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデント 編

国立がん研究センター内科レジデントが中心となり、腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル。practical(実際の)、concise(簡潔明瞭)、up to date(最新)を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。がん対策基本法が制定され、がん薬物療法に関する専門医・専門スタッフの育成は待たない。日本人の2人に1人ががんになる時代、がんに関わる多くの臨床医、看護師、薬剤師、必携の書。

●B6変型 頁504 2010年 定価4,200円
(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01018-4]



内分泌代謝疾患 レジデントマニュアル 第3版

吉岡成人・和田典男

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

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



リハビリテーションレジデントマニュアル 第3版

編集=木村彰男/編集協力=里宇明元・正門由久・長谷公隆

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

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



救急レジデントマニュアル 第4版

編集=相川直樹・堀 進悟

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

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



消化器外科レジデントマニュアル 第2版

監修=小西文雄

編著=自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科

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

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



肝疾患レジデントマニュアル 第2版

編集=柴田 実・八橋 弘・石川哲也

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

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

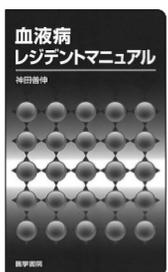


血液病 レジデントマニュアル

神田善伸

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

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



内科レジデントマニュアル 第7版

聖路加国際病院内科レジデント 編

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

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



消化器内科レジデントマニュアル 第2版

編集=小侯政男

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

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



研修医のための 整形外科診療「これだけは！」

編集=高橋正明

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

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



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

「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.2 最高のパフォーマンスを
引き出すために

I have a patient with pancytopenia, which has been thought to be due to SLE. However, I suspect a possible bone marrow issue, such as aplastic anemia.

(SLEによるとされている汎血球減少症の患者がいるんだけど。でも、再生不良性貧血か何かの、骨髄性疾患じゃないかと思って。)

Okeey Dokey!! I will see her tomorrow. (了解! 明日診るよ。)

いつも陽気な血液腫瘍内科医との、電話でのやりとりである。この病院で内科レジデンシーを修了した私にとって、彼は当初アテンディング医(指導医)であった。レジデンシー修了後、その彼が最初に言った言葉が、

You should call me by my first name from now on.

(今日からは俺のことをファーストネームで呼べ。)

である。暗に、「これからは同僚アテンディングとして、チームの一員だから」と示唆しているのであった。そ

の言葉通り、その後彼とは、ずっと互いにファーストネームで呼び合う、非常に仲のいい友人となった。日本の庭園好きが高じて自宅にオーダーメイドの日本庭園をつくり、「ジャパニーズ・コイフィッシュ」を何匹も飼ってはそその世話に余念がない、いつも明るく冗談ばかり言っている御仁である。

連載第1回目で、私はふたつの課題を挙げた。ひとつは「ホスピタリストとは何か?」であり、これに対し前回、いくつかの観点から答えてみた。もうひとつは「ホスピタリストシステムは現在、急速に伸びつつある。なぜか?」という問いである。さらに言えば、この連載の根底に流れる問い、それは「本物のホスピタリスト」の条件、である。これらの課題に答えるために、今後さまざまな切り口から、ホスピタリストの役割をさらに深く掘り下げたいと思う。中でも今回は、病院内における医療チームの構築、そしてそのための中心的役割、という点につ

いて述べてみたい。それによって、どのような利点が生まれるのだろうか。

先に挙げた汎血球減少症のケースを見てみたい。この場合、患者はもともとSLEを持っており、汎血球減少もそれによるものとされていた。しかしわれわれホスピタリストは、常に総合的に考え診療を行う。この場合、そこで思考を止めることなく、骨髄性疾患に考えを広げる必要があった。

その際、ある一定レベルまでは血液内科の知識を持って患者管理を行う。つまり病棟管理というシンフォニーの中で、血液内科というパートを自分で担うことになる。さしずめ、オーケストラの指揮者が、一曲の中でバイオリンのパートを自分で担うようなものだ。

汎血球減少のこの患者の場合であれば、診断のための詳しい現病歴、既往歴等の聴取、そして種々の検査はホスピタリストが「演奏」可能だ。いやむしろ、ここがわれわれの腕の見せどころと言ってよい。ただ、さらに専門知識や検査、例えば骨髄穿刺が必要と判断した場合、ここで初めて専門の血液内科医に、コンサルタントとしてそのパートを担ってもらう。患者管理の全責任は、診療チームの指揮者として、その後もわれわれホスピタリストが負うことになる。最高のパフォーマンスを引き出すべく、病棟患者管理の「タクト」を常に振り続けるわけだ。

これにより、血液腫瘍内科医の彼は、その本業である血液疾患の治療に全力を注ぐことができる。患者やその家族へのケア、もとの既往であるSLEの管理、ナースや他のコメディカルとの密なやりとり、あるいは、退院後のフォローやプライマリ・ケア医への連絡など、これらはすべてわれわれホスピタリストの責任である。

また一方で、コンサルトの仕方も問題となる。すべての分野をただコンサルトするだけならば、それは患者の丸投げであり、単なるゲートキーパーである。一方、もし必要なコンサルトが遅れば、それは患者の入院日数の延長、あるいは病態の悪化という形で返ってくる。適切なコンサルトワークが、常に求められることになる。

彼から携帯に電話が入った。

There are a bunch of blast cells in her bone marrow!!

(骨髄中、芽球細胞でいっぱいだぞ!!)

What!!

(ええっ!!)

診断は、AML(急性骨髄性白血病)であった。その前段階を疑った私にとっても、やはりショックな内容である。患者は、まだ40歳代の女性である。保険もない彼女が、十分な治療を受けられるよう、ケースマネジャーやソーシャルワーカーと、密なディスカッションを持つ必要がある。さらにナースにも診断を告げ、メンタルな面でのサポートの必要性を述べた。幸い件の血液腫瘍内科医は、保険の有無で患者の受け入れを断ったりする御仁ではない。それが、最も大きな救いであった。

患者にとっても、総合医であるホスピタリストが中心になって管理する意義は大きい。もしこの患者が、病院内でも以前からの膠原病医やプライマリ・ケア医に管理されていたとしたら、この白血病は見逃されていた可能性が大きい(残念ながら、保険のない人向けのクリニックでは、このようなPoor Managementの頻度が比較的多い)。総合的に患者を診るからこそその利点と言える。

ホスピタリストの役割とその利点を、以下にまとめてみた。もちろん、病院診療を奏でる医療チームのメンバーは、医師だけではなく。前述のように、ナース、コメディカル、そして患者自身もチームメンバーとなる。今回は、その点に焦点を当ててみたい。

Real Hospitalist 虎の巻

ホスピタリストの役割とそれに伴う利点①

全人的、総合的内科管理による偏りのない診断。病院内リソースに精通した適切なコンサルトワークと、コンサルト医やコメディカルとの密なコミュニケーションによる医療チームの構築。それに伴う、コンサルト医の専門分野への特化。



ホスピタリストユニット廊下にある、十字架に隣付されたキリストの像。ミッション系病院であるSt. Mary's Health Centerには、病院内のいたる所にキリスト教関係の絵画や像があり、これもそのひとつ。時折こうして、患者やその家族が眺めている。入院中の、愛する家族の回復を祈っているのだろうか。

『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。

医学生の方へ、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話を伺っている「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、医学生の方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きます。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でセミナーのもよう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>

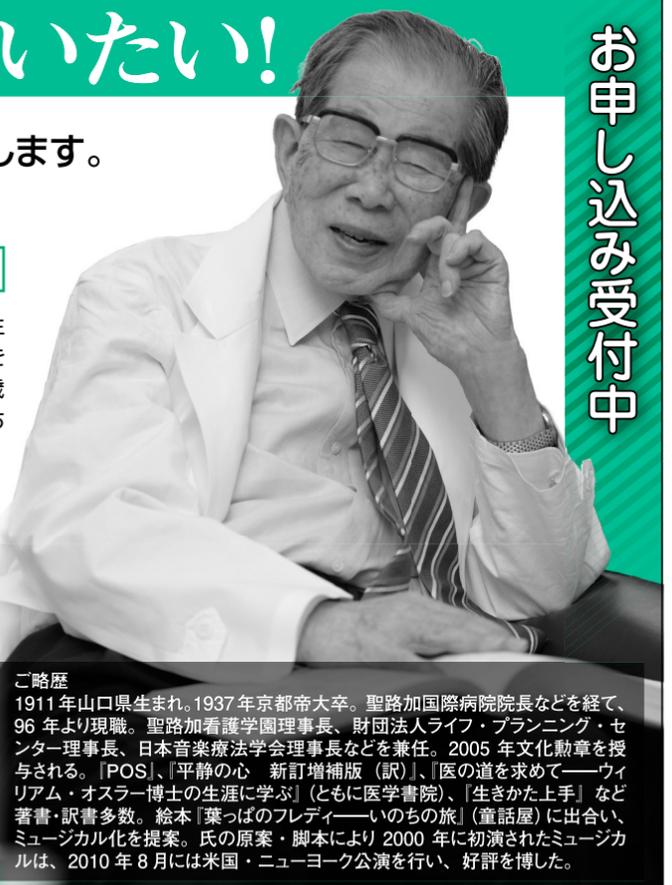
※必ず大学名・学年を明記ください。
※システムの都合上、受講票がメールですべてのお申込者に送信されますが、医学生以外の方からのお申し込みは、キャンセル扱いとさせていただきます。ご了承ください。

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。氏の実案・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。

循環器で
必要なことは
すべて
心電図で
学んだ

第10回

循環器疾患に切っても切れないのが心電図。でも、実際の波形は教科書とは違うものばかりで、何がなんだか分からない。そこで本連載では、知っておきたい心電図の“ナマの知識”をお届けいたします。あなたも心電図を入りに循環器疾患の世界に飛び込んでみませんか？

不整脈のなかの不整脈 “心房細動” (その3)

香坂 俊 慶應義塾大学医学部循環器内科

心房細動の治療の本質とは？

この20年、不整脈の分野で重大な進歩が一つあったとするならば、それは不整脈そのものを治療対象としてみることの危険性が認識された、ということではないでしょうか？

虚血性心疾患へのPCI(経皮的冠動脈インターベンション)、心不全への臓器保護薬(例:ACE阻害薬)など、循環器の分野は確実に治療の選択肢を増やしてきました。不整脈の分野でも同様に植え込み型除細動器の開発、また前回取り上げた電気生理学の進歩によるアブレーション治療といった目覚ましい成果を挙げてきました。

しかし、それよりも大事な進歩は不整脈に対する医師の認識の変化です。20年ほど前までは、モニターで不整脈が見られた場合など、たとえそれが期外収縮一発でも、可能なかぎり治療するというスタンスで臨むことが正しいとされてきました。

当然「不整脈の中の不整脈」である心房細動に対しても、さまざまな抗不整脈薬を駆使してできるだけ洞整脈に戻ることが最善の治療と信じられており、そのさじ加減にしのぎが削られて

いました。しかし1989年、CAST¹⁾(メモ)という臨床試験が発表され、こうした認識は一掃されます。

このCAST試験がもたらしたのは、一つは心筋梗塞のような器質的な疾患を持つ患者にうかつに強い抗不整脈薬を用いることはできないこと〔現行のガイドラインでの第一選択はβ遮断薬、治療抵抗性VT(心室頻拍)/VF(心室細動)ならばアミオダロンを用いるとしている〕、そして最も重要なことは、不整脈を臨床的なエンドポイントとして用いることの是非を世に問うた、ということです。実際CAST試験では、PVC(心室性期外収縮)やNSVT(非持続性心室頻拍)をターゲットとして治療を行い、結果的に死亡のリスクが増加してしまいました。

なので、CAST以降不整脈に関する臨床試験では、

不整脈を抑制できた
⇒めでたしめでたし(^^ゞ

で話は終わり、ということはなくなり、必ず臨床的に意味のあるエンドポイント(死亡や脳梗塞)まで追跡するようになりました。

心房細動も例外ではありません。リズムを洞整脈に戻したところで、その結果が長期的に悪くなってしまっているというわけでもありません。そして、CASTから20年を経てわかってきたことは、抗不整脈薬やアブレーションといった心房細動を撲滅させる根治療法が、必ずしも他の治療法と比べて優れているわけではないということです(2011年1月現在)。一方で、心房細動の存在は容認して脈拍数だけを100/分くらいにコントロールすればうまく生活できるというエビデンスは山のように存在します。

意味ある介入

では、心房細動の患者さんにわれわれ医師が提供できることは何でしょうか？ それはズバリ抗凝固療法です。具体的には適切な量のワルファリンをハイリスク例(CHADS₂スコアで2点以上など)で使用するということになります。心房細動の患者さんにとって意味のあるエンドポイントとは、決して心房細動そのものを撲滅することではないことに着目してください。むしろ大事なことは、心房細動を起こして動かなくなっている心房で形成された血栓が、全身へ飛ぶことによる塞栓症の予防です。

ワルファリンはこの塞栓症のリスク

を70%程度下げることができます。虚血性心疾患へのPCI、そして心不全へのACE阻害薬でもここまでのリスクの削減には至りません。

しかし、ワルファリンのイメージもよくはありません。もともとは殺鼠剤で50年ほど前に開発された薬剤です(ネズミに脳出血を起こさせる)。しかも、日本の朝ゴハン、納豆が食べられなくなり、さらに出血という合併症と隣合わせの治療法です。どんなに手術が好きで外科医でも、合併症によるリオペ(再手術)だけでは食指が動かないように、内科医にとっても自分の処方した薬剤による合併症は、身の毛がよだつほど嫌なものです。

こうしたワルファリンの不人気は数値にも如実に表れており、適応があるとされる心房細動症例の半分強しか抗凝固治療を受けていないことが知られています。余談ですが、これを何とかしようとかつての筆者の同僚が心房細動と診断した心電図のレポートに、「この患者さんは抗凝固療法の適応となる可能性があります」とスタンプを押しただけでその病院のワルファリンの使用は飛躍的に増加しました(約5年前、米国の病院にて)。これは心電図だけからできる治療の提案を目に見えるカタチで行い見事な成果を上げた一例ですが、裏を返せばそれだけ、心房細動に対する抗凝固療法には皆さん近寄りたくないのだと察せられます。以下のような陥穽はよく議論になりますが、心房細動には妥協のない抗凝固が基本路線です。

心房細動抗凝固のピットフォール

- ・持続性でも発作性でも塞栓症のリスクは同じ
- ・心房細動の症状があってもなくても塞栓症のリスクは同じ
- ・INRが基準値以下の症例では塞栓症のリスクが2倍

将来の抗凝固療法

福音もあります。半世紀の間、抗凝固薬の中で不動の地位を保ってきたワルファリンですが、それにとって代わることのできる薬剤がこの一年の間に相次いで臨床試験を終えました。ダビガトラン(dabigatran)というトロンビン阻害薬を用いたRELY試験²⁾、リバロキサバン(rivaroxaban)という第Xa因子阻害薬を用いたROCKET-AF試験(学会発表のみ)などがそれに当たり、おのおの大規模ランダム化比較試験ではワルファリンと同等の脳梗

塞予防効果を収めました。さらに、INRのモニタリングや量の調節を行う必要がなく(ワルファリンを服用していても、約40%の方のINRは基準値以下)、cytochrome P450の代謝を受けない(納豆OK)、そして肝機能不全などの副作用も最小限でしたので、個人的な予想では近い将来ワルファリンに取って代わる薬剤となるのではないかと考えています。

こうした薬剤が普及すれば、心房細動の治療も本来のターゲットである脳梗塞の予防という方向に傾くのかもしれません。おそらくこれからの2年くらいで、アブレーション治療の進歩とともに心房細動治療の方向性は定まってくるものと思われます。

*

さて、3回にわたって続けてきた心房細動の話ですが、この疾患は心電図だけで診断できるにもかかわらず、その治療法の決定に当たってはさまざまな方向からの情報が必要であり、さらに現代医療におけるジレンマを多く内包しています。高齢化が進むとともにますます遭遇する機会も増え、おそらく循環器内科医だけで治療することは不可能になるでしょう。そうしたわけで、心房細動はすべての研修医の皆さんに身近にとらえてほしい話題です。

POINT

- 不整脈現象を抑えることだけが治療のゴールとはなりにくい時代となり、その介入が臨床的に意味のあるエンドポイントと結びついているかきちんと検証する必要がある。
- 心房細動ハイリスク症例に対する抗凝固療法は、ワルファリンの不人気もあり、適応があっても半分くらいの症例でしか用いられておらず、しかもさらにその半数弱でINRが基準値以下であることが知られている。
- 新しいトロンビン阻害薬や第Xa因子阻害薬が、抗凝固療法に対する意識を患者側でも医師側でも革命的に進める可能性がある。

参考文献

- 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.
- 2) Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2009; 361(12): 1139-51.

小児科診療は楽しい!

<総合診療ボックス>

症状でみる子どものプライマリ・ケア

初期研修医・若手小児科医・家庭医など子どもにかかわるすべての医師にむけ、臨床で活躍するベテラン小児科医が子どもの診断・治療のポイントを伝授。豊富な症例写真(170点)と、あくまで臨床でよくみる症状に絞った解説が特徴。講義調の語り口で、コメディカル、医学生・看護学生はもちろん保護者の方にも理解しやすいよう工夫されている。

加藤英治
福井県済生会病院副院長・小児科部長



聖路加国際病院のプレストセンターが総力を上げて企画編集

乳癌診療ポケットガイド

近年、わが国における乳癌罹患率は増加の一途をたどり、女性の癌罹患数の第1位、死亡数では第3位となり、まさに最も深刻な疾病のひとつといえる。本書は、聖路加国際病院のプレストセンターが総力をあげて、将来乳癌の専門医をめざす若手医師や、癌医療に携わる看護師、薬剤師に向けて、乳癌の臨床に役立つ知識・新しい知見をコンパクトにまとめたマニュアルである。

編集 聖路加国際病院プレストセンター
責任編集 中村清吾
昭和大学教授・乳癌外科
聖路加国際病院乳癌外科非常勤嘱託
編集協力 山内英子
聖路加国際病院プレストセンター
中野絵里子
聖路加国際病院プレストセンター
梶浦由香
聖路加国際病院プレストセンター



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23回

Intention to treat (ITT) 解析の持つ意味

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、いささかしつこく早期終了にかかわる問題点についてお話ししました。それは、研究費とスポンサーとの関連、研究のインセンティブ、結果の過大評価など、現代の臨床試験の在り方をめぐる問題点を端的に表しているからです。今回は、解析の対象が適切でない場合も結果の過大評価を招く場合があることをお話しします。

何を評価したいのか？

以前、薬効 (efficacy) を評価する研究 (多くは新薬の承認申請を目的とした治験) とその薬を使った治療法の効果 (effectiveness) を評価する研究は異なり、それぞれ目的と整合性を持つ研究デザインが要求される、という話をしました。例えば、「新薬 A が安全に血圧を下げる」という薬効を証明しようとするとき、解析対象は薬剤を服用した被験者に限り、服用しなかった被験者を解析対象から外したほうが、より正確に評価できますね。なぜなら、服用していない患者では薬効を評価できないからです。これは Per protocol 解析と呼ばれますが、薬効評価という観点からは問題がないと考えられます。

一方、薬効ではなく、(既に市販されている) 薬剤を用いた治療法を評価する試験の場合、上記とは異なる解析手法、評価項目が用いられます。例えば、先述した新薬 A が降圧薬として承認されたのち、A を使用する「治療法 a」とこれまで長く使用されてきた薬剤 B を使用する「治療法 b」を「脳

卒中の発生」で比較する場合には、intention to treat (ITT) 解析が用いられます。これは、例えば治療法 a (A 群) に割り付けられた場合、その後たとえ薬剤 A の服用を中止したり、あるいは何らかの理由で薬剤 B を服用しても、あくまで A 群として解析する、ということです (図)。

私は、efficacy 評価と effectiveness 評価という表現を用いましたが、Schwartzらは explanatory trial と pragmatic trial という用語を使用しています¹⁾。前者はより生物学的な側面が強いため、血圧のように薬物への反応を定量的に評価できる生物学的なパラメーターを使った厳密な「実験」に近く、後者はより現実的な状況、環境下における臨床試験と言えますから、ほぼ同じことを指すと考えてよいと思います。そして pragmatic trial では原則的に ITT 解析を用いるべきとされています。

このような解析を行う意味は何でしょうか？ ランダム化比較試験においてランダム化割り付けを行う理由の1つは恣意的な患者選択、すなわち選択バイアスの除去と比較可能性の保証にあるため、ランダム化された患者群は比較できますが、もしそこから何らかの患者を除外していけば比較可能性は必ずしも保証されないということです。

また、effectiveness を評価する際や pragmatic trial を行う際に問われるのは、ある治療法を開始した患者の予後、あるいはその治療法の選択が適切と考えた患者の予後です。当然、その治療法を適切と考えて開始しても、治療が無効、アドヒアランスの問題、副作用や疾患自体の悪化により離脱することは現実の診療では多く見られます。そのような患者を含めた予後を評価するためには ITT 解析が必要なのです。

ITT 解析を用いる意味

もし ITT 解析を行わなかったら、どのような影響があるのでしょうか？ 表は ITT 解析の解説によく引用される研究で、狭心症患者をランダムに薬物治療と外科的治療に割り付け、予後 (死亡率) を評価したものです²⁾。ITT 解析では有意差がありませんが、割り付け、治療どおりに薬物治療を継続した群と外科的治療を行った群を比較すると (Per protocol 解析)、外科的治療のほうが予後が良いように見えますね。

しかしよく見ると、外科的治療に割り付けられた群で、結果的に外科的治療を受けていない患者の死亡率が高いことがわかります。つまり外科的治療がより適切と考えても結果的に状態が悪化して治療を受けられない患者が存在するため、2つの治療方針間には予後に関して差がないということなのです。Per protocol 解析あるいは As treated 解析 (図) で外科的治療の予後が良い、ということは、もし状態の良い患者を選択すれば (すなわちランダム化をせず都合の良い患者を選択すれば) 外科的治療のほうが良い、とも言い換えることができます。

Newell らはすでに 1962 年に Per protocol 解析の危険性を報告しています³⁾。彼らは未熟児管理の際、低温 (30℃) と常温 (37℃) のインキュベーターに割り付けて予後を評価しました。研究の途中で研究者の1人が低温管理を継続できている群で死亡率が低いことに気づき試験を中止しようとしたが、よく見ると低温に割り付けられた患児の多くはそれを継続できず、死亡率も高かったため (状態の良い患児のみ継続)、ITT 解析を行うとむしろ低温群の予後が悪いことがわかったのです。状態の悪化などで離脱する患者の理由を考えると、その治療を継続している患者は離脱した患者よりも予後が良い可能性がありますね。そしてその治療が (継続できれば) 効果があるとすると、ITT 解析よりも Per protocol 解析のほうが、「治療効果が大きい」と出る可能性は高いと思います。

最近発表された ROCKET-AF 研究は、約 1 万 4000 人の心房細動患者を対象に行われたワルファリンと新薬リバロキサバンの比較研究で、脳卒中および末梢の塞栓症が一次エンドポイントです⁴⁾。この試験ではまず非劣性を確認することになっており、それは Per protocol 解析で行われました (非劣性の検討は、有効性に差があった場合に検出しやすい Per protocol 解析が用いられることが多いようです)。

その後、優越性が検討されたのですが、Per protocol 解析と ITT 解析とで異なる結果が出ました。Per protocol 解析では、一次有効性エンドポイントの発生は、リバロキサバン群が 1.70 イベント/100 人・年、ワルファリン群が 2.15 イベント/100 人・年で、リ

●表 狭心症患者における薬物治療と外科的治療の比較 (文献 2 より)

	割り付けられた治療				死亡率の差異 (95%CI)
	薬物治療のみ	薬物治療→外科的治療	外科的治療のみ	外科的治療→薬物治療	
生存者数	296	48	353	20	-
死亡者数	27	2	15	6	-
死亡率	8.4%	4.0%	4.1%	23.1%	-
ITT 解析	7.8% (29/373)		5.3% (21/394)		2.4% (-1.0 - 6.1%)
Per protocol 解析	8.4% (27/323)		4.1% (15/368)		4.3% (0.7 - 8.2%)
As treated 解析	9.5% (33/349)		4.1% (17/418)		5.4% (1.9 - 9.3%)

バロキサバン 群は 21% のリスク低下 (p=0.015) ですが、ITT 解析ではエンドポイント発生はそれぞれ 2.12, 2.42 イベント/100 人・年で両群のイベントは増加し、11% リスク低下とリスク低下は小さくなり、有意差はありませんでした (p=0.117)。

この2つの解析から、優越性の解析では、ITT 解析を用いなければ (割り付け薬を服用しなくなった患者を解析から除外すると) 過大評価になる可能性が示唆されます。つまりリバロキサバンにしる、ワルファリンにしるさまざまな理由で服用できない患者が発生し、患者の予後は悪く、除外は解析結果に影響するということだと思います。

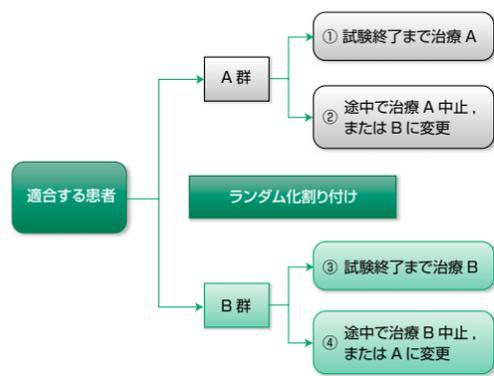
患者除外の影響、あるいは Per protocol 解析と ITT 解析の違いを解析した論文でも、患者除外や Per protocol 解析の使用により治療効果は ITT 解析よりも大きくなること示唆されていますが⁵⁾、必ずしもそうではない領域の試験もあるようです。

いずれにせよ effectiveness 評価型研究、あるいは pragmatic trial では ITT 解析が基本だと思えますが、ITT 解析と記載されていても定義が異なる場合があるため、注意が必要です。

どのような解析でも患者が適切にフォローされ、治療法が安全で有効であれば一貫した結果が得られるはずですが、ROCKET-AF 研究でも、Per protocol 解析結果が過大評価の可能性はあるとは言え、結果の一貫性は読み取れます。

参考文献

- 1) Schwartz D, et al. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. J Chronic Dis. 1967; 20 (8): 637-48.
- 2) Hollis S, et al. What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. BMJ. 1999; 319(7211): 670-4.
- 3) Jolly H, et al. A controlled study of the effect of temperature on premature babies. J Pediatr. 1962; 60: 889-94.
- 4) <http://www.theheart.org/article/1148785.do>
- 5) Nüesch E, et al. The effects of excluding patients from the analysis in randomised controlled trials: meta-epidemiological study. BMJ. 2009; 339: b3244. doi: 10.1136/bmj.b3244.



●図 ITT 解析と Per protocol 解析

ランダム化割り付けで治療 A 群と B 群のいずれかに割り付けられても、必ずしも全員の患者が割り付けられた治療を試験終了まで受けるわけではなく、さまざまな理由で離脱あるいは別の治療に変更されたり、別の群の治療を受けることもある。しかし通常は、治療法を比較して真のアウトカムを評価する effectiveness 評価型研究あるいは pragmatic trial では、変更、中止にかかわらず割り付けられた治療群として解析する (ITT 解析、①+② vs ③+④)。これに対して薬効を評価するような研究や非劣性の評価では Per protocol 解析 (① vs ③) を行うことがある。また割り付けられた群にかかわらず実際に受けた治療で比較する (①+④の一部 vs ③+②の一部) As treated 解析もある。

最新のガイドライン・学会でのコンセンサスをもとに改訂

肝癌診療マニュアル 第2版

肝臓専門医はもとより、肝癌を専門としない医師にも有用な診療マニュアル。早期発見のためのスクリーニング法、各種検査の使い分け方、さまざまな治療法の概要と適応、治療効果判定の仕方、フォローアップのポイントなど、最新の診療ガイドライン、肝臓学会におけるコンセンサスをふまえて簡潔に解説する。肝癌患者に最善の医療を提供するために必要な情報を凝縮した1冊。

編集 日本肝臓学会



肺癌に関するあらゆる情報をコンパクトにまとめた書

肺癌診療ポケットガイド

日々、第一線で肺癌を診ている臨床医らがまとめた診療マニュアル。むずかしい診断のポイントやコツから、治療の適応の考え方、実際の治療の進め方、その他肺癌に関するあらゆる最新情報、患者サポートの知識までが、1冊で容易に手に入るよう工夫されている。肺癌は癌の死因別で第5位と、実に身近な癌である。ポケットにぜひ備えておきたいガイドブック。

編集 奥坂拓志
国立がん研究センター中央病院・肝臓腫瘍内科医長
羽鳥 隆
東京女子医科大学講師・消化器外科



MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

個人授業 心臓ペースメーカー 適応判断から手術・術後の管理まで

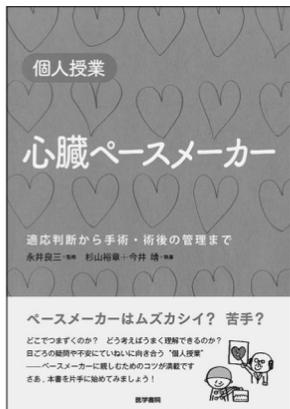
永井 良三 ● 監修
杉山 裕章, 今井 靖 ● 執筆

A5・頁264
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00952-2

レジデント向けに非常によくまとまった本である。

最初は心電図での簡単な心拍数の推定法から始まり、最後まで読むと自分でペースメーカーを入れることができるようになり、また簡単なペースメーカーチェックができるようになる本である。私も管理職になり、特別な事情以外では自身がペースメーカーの植え込み手術に入ることは少なくなったが、そのような私でも良い復習となり、研修医の教育のために良い資料となっている。また新しいペースメーカーの機能など学ぶ点も多々ある。

循環器にかかわるすべての医療関係者に



評者 大野 実
虎の門病院循環器センター内科部長

本書は非常に読みやすく研修医、特に循環器を志す研修医に勧めたい本である。コメディカルの人たちにも適している。また循環器の専門医が復習および頭の整理に使用するにも良い本である。私自身新たに学ぶ点もあった。合併症の記載も著者らの経験に基づいたもので、非常に具体的に書かれている。ペースメーカーは決して安全な手技ではなく、細心の注意を必要とする手技であることが理解できる。本書は循環器にかかわるすべての医療関係者にお勧めしたい。

《総合診療ブックス》 症状でみる子どものプライマリ・ケア

加藤 英治 ● 著

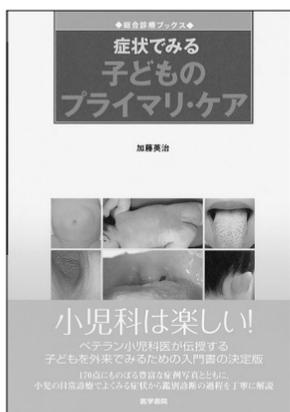
A5・頁360
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01128-0

診療の腕を磨く上で大切なことは二つ。経験例を振り返って吟味すること、教科書や文献に当たって軌道修正をすることである。しかしこの二つを不断に続けるのは難しい。経験例が多すぎて振り返りや読書が不十分だと、偏狭な「オレ流」に陥る。

福井県済生会病院小児科部長の加藤英治先生は、この不断の努力を長年コツコツと続け、たわわに実った小児診療の果実を一冊にまとめた。この本は教科書ではない。診療の現場で気を付けること、診療の進め方、考え方をあらためて気付かせてくれる本である。

例えば「腹痛の診かた」の章では、病歴からどのように迫るか、診察からどのように迫るか、診断できない場合は? ……と実際の診療に即して展開

読後に自分の診療が変わったことを感じられる好著



評者 橋本 剛太郎
はしもと小児科クリニック院長

し、急性虫垂炎や腸重積症を見逃さないための、著者の経験に基づいたアドバイスが続く。急性虫垂炎の項では、自験例を集計して何をきっかけに診断に至ったかを丹念に分析している。ほかの章でも自験例の集計と分析が随所に見られ、著者の振り返りの姿勢には敬服するほかない。さらに教科書や文献から著者が得た膨大な知識のエッセンスが提示される。このように、経験と知識に裏打ちされた記述なので、読んでみると重厚な迫力が感じられてくる。複数の知人が「読んでいたうちにだんだん引き込まれて一気に読みしてしまう」と言う。これは内容が豊かで痛快なだけでなく、著者の人柄が文章ににじみ出ているからだろう。よく食べ、よく飲み、よく話す、人の好

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 堺 常雄
日本病院会会長 / 聖隷浜松病院院長

私が勤務する聖隷浜松病院では、過去10数年の間に各科の専門分化が進み診療の内容も高度化し先進的な医療にも対応ができてきた。それにもかかわらず、数年前から現在の診療体制はこれでよいのだろうかという漠然とした疑問が浮かんでくる。例えば救急の場面で専門医が呼ばれ、「これはうちではないよ」という事例を散見するようになったからである。彼(彼女)自身からすればその通りなのかもしれないが、困るのは患者、看護師、初期対応の医師である。この時点では診療プロセスの中で何ら問題が解決されていないのである。

地域医療再生のための処方箋



このような状況を改善し、診療の基礎となる部門の充実と総合的な診療の質の保証をめざして考え出されたのが「診療部門3階建」構想である。1階部分が総合診療内科と救急科よりなるGeneral Medicine(総合診療部門)、2階部分がSpecialties(専門各科)、3階部分がSuper-specialtiesという構造である。縦、横の連携の充実が図れればと願っている。まだ完成してはいないがこれから1-2年のうちに構築しようと考えている。

このような考えを持っているときに読んだのが本書『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』であり、まさに目から鱗が落ちた感じであった。本書は松村理司先生の36年にわたる医師としての経験をもとに書かれたもので現場の医療を知り尽くした上で地域医療再生のための処方箋を示されたものである。医

療者が医療崩壊などと言っている場合ではなく、現場から医療を再構築しようという熱い心が込められた、しかも実現可能な提言である。

IからVIまでは松村先生がご自分の経験、具体的な提言を述べられ、VIIからIXは松村門下の先生が現場からの考えを述べられている。ここで感心したのは日常診療の忙しい中で臨床研究、教育研究の重要性に言及されていることである。普通ならば「そんなことは無理」とのひと言で無視されそうな、しかしながら大切な点に触れていただき、まさにその通りと思った。研究心を失ったら進歩はおぼつかないのである。最後のXでは松村先生が「展望」を担当され、管理者の目で日本の医療全般の問題点について独自の考えを述べておられる。「医療崩壊」が叫ばれ、病院の勤務医は疲れきっている。すべてを政治のせいにするのは簡単であるが、現在の政治状況を考えると、残念ながら明るい展望は描けない。それではそのままではいかんといえそうではなく、医療に携わる一人ひとりが自分にできることを実直に行っていく必要があるだろう。「誰かがやってくれる」ではなく「自分たちがやらなければ何も起こらない」のである。その意味で本書は読者に何をやるべきかを示し、夢と希望を与えてくれるものとなっており、すべての医療人必読の書と言える。多くの読者が本書から刺激を受け、自分のやるべき方向性を見だし、さらに前進することを切に願うものである。

いエネルギーな彼の文章からは、なんだか元気をもらえる。写真の豊富さもこの本のメリットの一つで、写真を眺めるだけでも多くを学べる。忙しい診療の中でよくこれだけの写真を撮ったものだと感心する。実は、彼はもっともっと多くの貴重な写真を私蔵しているが、この本には載せきれなかったのである。死蔵するにはあまりに惜しいので、次は写真集を出版してもらえないのかと期待している。

参考書や文献のリストも豊富だが、その一つひとつに著者のコメントが付いているのがありがたい。「この本はイラストが豊富」「家庭医向けだが研修医にもお勧め」など、読者がさらに学ぼうとするときの指標になる。単な

る引用源を示したアリバイ証明のような参考文献リストとは一線を画するこの新しいスタイルを、これからの本は踏襲してほしいものだ。

この本は学生・研修医に小児科医の心を教えてくれる。家庭医・内科医に小児診療の落とし穴を教えてくれる。ベテラン小児科医には知識と経験の整理を促してくれる。読んだ後の自分の診療がちょっと変わったな、と感じる好著である。

●弊紙記事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
TEL (03) 3817-5694・5695
FAX (03) 3815-7850
「週刊医学界新聞」編集部

臨床での問題点をクリニカル・クエスチョン形式でわかりやすく解説

多発性硬化症治療ガイドライン2010

近年、日本での患者数が増加傾向にある多発性硬化症。本書では、そんな多発性硬化症について、一般神経内科医が臨床現場でよく直面する問題点とその解決策を全編クリニカル・クエスチョン形式で解説する。インターフェロンβをはじめとする代表的な薬剤の有効性や副作用、合併症や妊娠・出産時の対応など、臨床での関心事を網羅的にカバー。難病治療の有効性を高めるために、ぜひ手元に置いておきたい1冊。

監修 日本神経学会
日本神経免疫学会
日本神経治療学会
編集 「多発性硬化症ガイドライン」作成委員会



指導医
オーベンが読み続ける
研修医
レジデントに読み継がれる
これぞ“マニュアル”

2011年
3月10日発売

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 / 和田 攻 定価8,820円(本体8,400円+税5%)

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

臨床推論ダイアローグ

杉本 元信 ● 編
瓜田 純久, 中西 員茂, 島田 長人, 徳田 安春 ● 編集協力

A5変型・頁456
定価4,410円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01057-3

表題の通り、病歴、身体所見から診断に迫る臨床推論の醍醐味を満喫できる名著である。難易度の低いものから、高いものの順に全部で40症例、どの症例も興味深い。東邦大学医療センター大森病院での経験をベースに書かれているとのことだが、臓器別ではない、診療科を超えた疾患のバラエティー、15歳から94歳までという年齢の幅、さまざまな垣根を取り払った総合診療の実践の素晴らしさを読んで実感できる。

名医の思考過程をたどる、臨床推論の生きた教科書

1例1例は明快な症例提示で始まり、さらに臨床推論→確定診断と小気味よく、研修医と指導医の対話形式で展開していく。その議論はわかりやすく病態に迫るもので、重篤な疾患の見落としがないように、慎重に鑑別診断を絞っていくさまは、指導医の思考過程そのものであり、臨床推論のまさに生きた教科書であると感じた。

診断名は各症例の最後にしか提示されないのが、必然的に的確に診断できるかと腕比べ(頭比べ?)となる。難易度が低いとされている症例も、診断を間違えてしまうかもとドキドキであった。難易度の高い症例になるにつれ、こういう展開もあるのかと膝を打つも

評者 本村 和久
沖縄県立中部病院プライマリケア・総合内科

のばかりで、例えばCASE 36の35歳女性「両下腿浮腫と両下腿痛」は、「こんなに急激に悪化するものか、やはりダイエット……」、おっと、ネタばらしになるのでこれ以上具体的に症例をご紹介できないのが残念である。

本書は、単なる診断当てクイズでなく、病態生理に関する深い議論もあり、読み応え抜群である。研修医向けに書かれているように見えるが、内容は、明快、簡潔ながら深いもので、臨床経験の豊富な医師でもとても勉強になる内容である。優れた解説を読むにつれ、こんな名医の指導を受けることができる研修医は幸せだろうと、本の世界ながら引き込まれて、私は一気に通読したが、1例1例は、10ページ余りであり、忙しいときでも拾い読みできるのも本書の長所であると感じた。

最後になりましたが、多忙な臨床の中にもかかわらず、臨床推論の面白さを十分に知ることのできる本書をまとめられた編集の杉本元信先生をはじめ、東邦大学医療センター大森病院の先生を中心とする執筆者の皆さまに敬意を表します。

医学生の基本薬

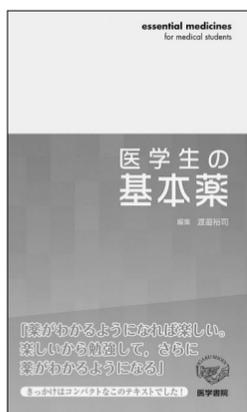
渡邊 裕司 ● 編

B6変型・頁344
定価3,990円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00834-1

評者 山口 徹
虎の門病院院長

医学生の臨床実習も診療参加型になってきているというが、まだまだ見学的要素が少なくない。卒後臨床研修への連続性を考えると、学生のときから

医学生を実臨床の奥深さへ導くハンドブック



もっと実臨床に近い実習が必要であることは間違いない。4年生の共用試験(CBT, OSCE)の合格者にスチューデント・ドクターの資格を与え、より実質的な臨床実習を行おうとする動きがあるのも当然であろう。しかし現状では、研修医になって、主治医になって、初めて学生実習と実臨床との違いを思い知らされることになる。

特にあたふたするのは、診断の面よりも治療の面であろう。治療行為を自ら行ったことがない点はもちろん、現場で飛び交う治療薬や治療器具の名前にも面食らうはずである。例えば、代

表的な利尿薬はループ利尿薬と抗アルドステロン薬で、「フロセミド」と「スピロラクトン」と教わっていても、現場で飛び交っているのは「ラシックス」や「アルダクトンA」という商品名である。冠動脈狭窄の治療器具として冠動脈ステントの存在を知り、最近では薬剤溶出性ステント(DES)が広く使われていると知っていても、現場で飛び交っているのは商品名である「サイファー(CYPHER)」や「プロマス(PROMUS)」である。学生実習でこの差を詰める取り組みがぜひとも必要であろう。

本書は、医学生がベッドサイドでまごつかないよう、臨床現場の視点から治療薬について医学生用にまとめられたものである。「臨床上で使用頻度が高い」「医師国家試験にこれまで出題された」という条件で基本薬164が選ばれ、臨床使用頻度、国試出題頻度

《脳とソシアル》 ノンバーバルコミュニケーションと脳 自己と他者をつなぐもの

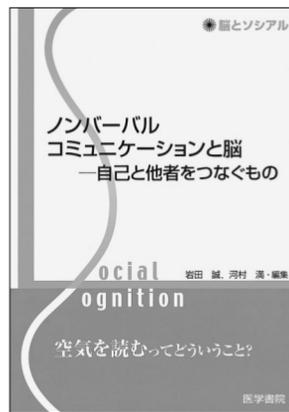
岩田 誠, 河村 満 ● 編

A5・頁240
定価3,780円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00996-6

評者 祖父江 元
名大大学院教授・神経内科学

インターネット時代に入ってわれわれは大きく世界が広がったように感じている。e-mailにより、外国の相手とも瞬時にコミュニケーションが可能となっており、われわれはこのe-mailなしには一日も過ごせなくなっていると言っても過言ではない。しかしこのe-mailは相手の顔が見えないし、声が聞こえない。われわれは文字情報に頼って真意を汲み取ろうとする。

第一線の研究者による総決算



一方電話は、相手の声が伝わる。大切な相談や伝達は電話を使うことが多い。相手の声の中に本音を読み取れると感ずるからではないか。相手の気持ちを確かめながら、情報の交換ができると感じている。

しかし、さらに相手の本音や心に触れるコミュニケーションをとりたいときには、実際に会って話をするということを行っている。相手の表情、目の動き、手振り、声の抑揚、姿勢などその情報は格段に増すことになる。われわれは言葉以外の部分にその人の本音の部分、本当の部分を読み取れることを本能的に知っているように思われる。最近では、このノンバーバルなコミュニケーションが大変希薄になっているように感じられる。しかしこのノンバーバルの部分がヒトの成長・発達や社会とのかかわりの中で、より重要で本質的ではないかとわれわれはうすうす感じている。インターネット時代の中でのこの部分の希薄さが、最近の社会性の欠如した人間の出現や犯罪にもひょっとして関連しているのかもしれないと感じたりしている。

このような時代の中で、本書はノンバーバルコミュニケーションの重要性について説いている。それはどのようなもので、どのような脳のメカニズム

によって行われるのか、どのような研究が進行しているのか、ノンバーバルコミュニケーションの領域の第一線の研究者による総決算が提示されている。本書を読み進むに従って、それがいかに重要なものなのかがあらためて認識させられる。人格や社会性とその破綻や、さらには脳科学の社会的意義という脳科学の中心課題にも踏み込んでいる。

中でも、顔認知の脳科学と身体性コミュニケーションの脳科学に大きなスペースが割かれており、ノンバーバルコミュニケーションの重要性とその脳メカニズムが、異分野の人

にもわかりやすく解説されている。さらに本書の魅力は、岩田誠、河村満の両編者が、「発刊に寄せて」、あるいは「あとがきにかえて」として対話の形式をとりながら、ノンバーバルコミュニケーションの本質を語り合っている点である。これは随想風の「こぼれ話」と相まって、ノンバーバルコミュニケーションについての本音の部分が盛り込まれているように感じられる。各章のエキスパートによる文字情報に対して、本音の議論がアクセントを作っているという構成は実に見事である。

本書はノンバーバルコミュニケーションの重要性を脳科学の立場から解説した啓発の書である。脳科学によって人の心や文化といったさらに高度の脳活動を読み解くことが可能であることを示唆するチャレンジの企画であると思う。

本書はわれわれ神経内科医など、脳科学の領域に携わる者にも心地よい内容であるが、広く一般の人々や異分野の人々にこそ推薦したい。

から重要度が「しっかり」「あっさり」に分類されている。国試も十分意識されており、頭の整理がしやすい。「しっかり」に分類された薬では、まず症例呈示があり、そしてその治療薬の必要性について病態も含めた考え方がまとめられている。医学生にはわかりやすいアプローチである。その後具体的な薬について適応、製品名、用法用量、その使用上のポイント(Do & Don't)、薬理作用がまとめられ、最後にエビデンスとなる臨床試験が紹介されている。

1つの基本薬の項を読み終えると、その治療薬について講義と実臨床との間の溝がぐっと埋まることは間違い無い。時間に追われた研修医よりは、医学生が臨床実習で出合った症例ごとにこの基本薬を1つひとつ読み進んでいくのがぴったりである。実習には1冊持ち歩きたいものである。

本書は、治療薬の話を通して、医学生を実臨床の奥深さへと導いてくれる。このような医学生のためのハンドブックの出現が、より実効的な臨床実習への流れを加速することを期待したい。

眼科領域の本格的ケースブック、待望の刊行

眼科ケーススタディ 網膜硝子体

症例の理解を通して網膜硝子体診療のスキルアップを目指すケースブック。31の選り抜かれた症例に即し、初診時所見・検査所見から鑑別診断、治療、経過、管理などを丁寧に解説。さらに疾患のより深い理解や症例から学べる臨床的Pointまでを詳述する。眼科専門医試験の症例問題対策にも最適の内容。付録として蛍光眼底造影とOCTの最新知識をコンパクトに解説した。

編集 吉村長久
京都大学大学院医学研究科教授・眼科
喜多美穂里
兵庫県立尼崎病院眼科部長



B5 頁272 2010年 定価13,650円(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01074-0]

医学書院

現場の臨場感を再現! すっきりわかる症例検討 EPカンファレンス 第2版 -症例から学ぶ不整脈・心臓電気生理-

▶不整脈の典型的な症例を提示し、指導医と研修医の対話形式で展開するケーススタディ。12年ぶりの改訂。院内カンファレンスさながらの臨場感をもち、診療に必要な心臓電気生理学の知識を学ぶことができる。各症例ごとの「SIDE MEMO」で大切なポイントをまとめ、巻末の「LECTURE」で重要項目を総論的に解説。不整脈診療に携わる研修医、臨床医はもちろん、ナース、コメディカルにもわかりやすい。

著 宮崎利久
宮崎クリニック院長・
慶應義塾大学医学部非常勤講師

定価7,140円(本体6,800円+税5%)
B5 頁336 図166・写真29 2011年
ISBN978-4-89592-662-1



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

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

解剖を実践に生かす 図解 泌尿器科手術

影山 幸雄 ● 著

A4・頁312
定価12,600円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01021-4

これまで、特に和文で書かれた手術書については個人的に苦い経験がある。あまりに自信たっぷりだと思いが強すぎ、アートのみが先行して論理的な思考が欠落した、科学的でないものや、現場で場数を踏んでいない医師の執筆による、お話にならないものが多く、大枚をはたいて入手しても使い物にならないという経験をした。一方、英語で書かれたものにも良書はあるが、なにせ白人や黒人を主な手術対象として書かれているわけで、われわれ東アジア人の解剖にはマッチしない面も少なくない。

そのため筆者は、とかく学会のビデオ演題、DVD、ネット配信画像、AVソースを利用したり、手術後は囲碁将棋のごとく、検討会において手術後の「感想戦」を行ったり、あるいは場所を変えて(居酒屋などで)の「雑談学」により、手術のスキルア

「症例から学ぶ」 真摯な態度に基づく良書



ップを図るほうが合理的と考えてきた。本書は従来の手術書とは異なるもので、著者の影山幸雄氏のこれまでの経験に基づいた論理的な思考と実践的な眼により著されている。69ページと71ページを見てほしい。尿道後面の2つの膜をこのように理解して手術できる術者は果たして何人に1人いるだろうか。年間何例と症例数を誇ってみても、楽曲のネット販売のダウンロード数ではあるまいし、手術の質はその「数」では担保できず、1例手術ごとに解剖学、および手術学の良書をその都度参照し、反省し、次例に生かすような「症例から学ぶ」真摯な態度がなければ、何例やっても質の高い手術はできない、と個人的には思っている。本書はそのような真摯な態度に基づく良書の1冊と考え、自信をもって推薦する。

評者 富田 善彦
山形大教授・腎泌尿器外科

がん診療レジデントマニュアル 第5版

国立がん研究センター内科レジデント ● 編

B6変型・頁504
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01018-4

評者 高野 利実
虎の門病院臨床腫瘍科部長

『がん診療レジデントマニュアル』は、オンコロジストのバイブルである――。

なんていうのは間違いである。本書がバイブルであってはならない。でも、オンコロジストをめざす若手医師が、何か1冊、白衣のポケットに入れておくとすれば、本書であろう。バイブルではないが、役に立つ。役に立つが、書いてあることをただ信じてしまうのは、本書の正しい読み方ではない。

その「迷い」が役に立つ

バイブルは書かれてから何千年たとうとも、信じる人にとっての「絶対的真理」を常に示してくれるが、医学書はどんなに権威があろうとも、活字になった時点ですでに「過去の情報」である。それは、新しいエビデンスが日々標準治療を書き換えていくEBMの時代にあってはやむを得ない。そもそも最先端の最高レベルのエビデンスであっても、「現時点での相対的な事実」にすぎないのであって、「絶対的真理」はどこにもない。

それでも、オンコロジストは持てる限りの力を尽くして、がん患者に向き合わなければならない。次々と生じる「臨床上的疑問」に直面しながらも、迷える患者の道案内役となり、チーム医療のかじ取り役とならなければならない。そんなオンコロジストの強い味方が、本書である。簡単な疑問であれば、本書で当座の答えが見つかるかもしれない。ただ、そのためだけに本書を持ち歩くのは、肩こりが悪化するリスクも考慮すれば推奨できない。本書の真の存在意義は、活字の裏にある著者(国立がん研究センターの内科レジデント)たちの想いや迷い、あるいは

本書をきっかけに広がるEBMの世界にあると、私は思っている。

本書では、治療法の信頼度を★の数(1-3個)で示しているが、この★の付け方や、説明文のニュアンスには、著者たちの想いや迷いが読み取れる。★にこめられた重さが伝わってくるというのは、星の重さが年々軽くなっていると言われる「ミシランガイド」とは大きく違う点である。若手医師の皆さんには、同世代のレジデントたちが、日々の疑問と向き合い、エビデンスと格闘しながら書き上げた本書のページをめくって、そこから疑問解決の糸口を見つけていただきたい。疑問は解決しないことのほうが多いし、本書だけで疑問が解決してしまったような場合は、その答えを疑ったほうが良いかもしれない。むしろ大事なのは、本書のページの裏側にある広大な「エビデンス」の海に自ら飛び込むことであろう。エビデンスが十分でなくても意思決定はしなければならないが、そんなときにこそ、本書で読み取れる「迷い」が役に立つ。

本書は1997年に初版が刊行されて以降、レジデントが執筆するという伝統を守りながら、3年ごとに改訂を繰り返し、第5版となった。実際に執筆したレジデントに聞くと、「研修の集大成としてこれ以上ない貴重な経験ができた」という声もあった。最先端の情報という点ではインターネットにかなわないし、今どき、紙媒体を持ち歩くこと自体が時代遅れなのかもしれないが、それでも、「レジデントの情熱」が詰まった本書は、(肩こりが悪化しようとも)白衣のポケットに入れておく価値がある。

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 ● 著

A5・頁164
定価3,150円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01177-8

評者 岸田 直樹
手稲溪仁会病院総合内科・感染症科

幸いにもティアニー先生のケースカンファレンスへ幾度となく参加し、ケースプレゼンテーションもさせていただくことができた。そんな自分が回を重ねていくうちに、その真の魅力として感じはじめていくことがある。「鑑別診断学の神様」として名高いティアニー先生のすごさを皆で語ると、「網羅的な鑑別疾患」や「まれな疾患の知識」となることがやはり多い。しかし、それは真の魅力ではないのであろうと……。ティアニー先生のすごさは、鑑別疾患を網羅的に挙げるマシンとしてのすごさ、重箱の隅まで行き届いたサイボーグのような知識量、そんなものでは全くないと回を重ねるごとに感じていく自分がある。「いくつもあるプロブレムリストから、鑑別疾患を挙げるに値するプロブレムのみを抽出し、優先順位をつけて鑑別疾患を挙げていく時間的空間的アプローチ」。そ

のすごさである。自分では言葉にできなかった、瞬時に判断するその眼力が、なんと本書では単なるセンスとして語られるのではなく、的確に文章化されている。読者には、症例によってどの陽性所見を組み合わせたかや、鑑別疾患に優先順位を与え得る clinical pearl の使い方にぜひ注目してほしい。そして、結局はティアニー先生の鑑別は2つか3つとなっている(が、2つ目以降にも、もはや重みはそれほどない)ことに気が付く。診断がつかないときは、多くの微妙な陽性所見に振り回されているのであるが、ティアニー先生にはそのブレがない。最近では、なんとかティアニー先生を振り回してやろうとケースプレゼンテーションで仕掛けていた自分がいるが、敗北する。本書は診断の神様として有名なあのティアニー先生の本であり、マニアッ

クな最終診断となる難しい症例のオンパレードとと思っている方も多かもしれないが、そうではない。そのほとんどが誰もが知らなくてはいけない基本的な疾患であり、非常に丁寧に症例をひもとくそのさまは、初学者にとっても意義ある学びになることは間違いない。にもかかわらず、中級以上の者が読むとなぜか味わい深く、網羅的な鑑別なようで、実は clinical pearl を自在に操り、基本的な疾患に対してもいつもと同じように数点の真の active problem に瞬時に注目しているその思考過程がしっかり文章化されており、新鮮さとともに感動をも感じるであ

う。自分自身、文章化はできていないが、clinical pearl は僕たち日本人の思考過程には非常に馴染みやすい。本書をきっかけにティアニー先生の魅力を垣間見ることができるだけでなく、その診断過程が僕たち日本人の思考過程にも違和感なく、何とも言えない心地良さすら与えてくれることに気が付く。何より本書をきっかけに、ティアニー先生のケースカンファレンスに足を運んでいただきたい。そこにはまた本では表現しきれないティアニー先生独特の「間」としての診断アプローチの魅力を感じることができる。

丁寧に症例をひもとく 思考過程を的確に文章化



消化管領域に携わるすべての医師に必須となった知識。

炎症性腸疾患

炎症性腸疾患(IBD:潰瘍性大腸炎とクローン病)は、近年患者数が増加の一途をたどっており、いまや専門医のみならず、消化管領域に携わるすべての医師にとってその全体像を正しく知っておくことが必須の状況となってきた。本書は、本邦のIBD研究をリードしてきた厚労省研究班(日比班)のメンバーにより、基礎から臨床まで今現在におけるすべての知見を集大成した決定版。

編集 日比紀文
慶應義塾大学教授・消化器内科



救急現場でパッと確認 当直前にサッと整理

救急・当直に役立つ 画像診断マニュアル

Manual of Radiology: Acute Problems and Essential Procedures, 2nd Edition

- 典型的な症例を中心に救急画像診断を包括的かつコンパクトに凝縮。
- 救急画像診断で重要な頭部・腹部・骨盤領域を中心に、解剖学的部位ごとに構成。
- 単純X線写真・超音波・CT・MRIなど、疾患ごとに最も有効なモダリティを用いて解説。
- 画像の解説のみならず、疾患の概念や症状・症候・鑑別診断などの臨床事項や治療にも言及。
- 救急外来のみならず入院患者の急性疾患にも対応。
- 救急医療に携わる放射線科医や当直医のために。

監訳 中島康雄
聖マリアンナ医科大学放射線医学 教授
松本純一
聖マリアンナ医科大学救急医学 講師
監訳協力: 日本救急放射線研究会教育委員会

定価5,670円(本体5,400円+税5%)
A5変 頁476 図・表286 2011年
ISBN978-4-89592-663-8

TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsj.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 E-mail: info@medsj.co.jp

バナナ・レディ 前頭側頭型認知症をめぐる19のエピソード

Andrew Kertesz ●著
河村 満 ●監訳

A5・頁232
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00961-4

本書は、ウェスタン失語症総合検査(WAB)という失語評価法を開発したAndrew Kertesz氏が「The Banana Lady and other stories of curious behaviour and speech」と題し、英国においてペーパー・バックとして一般読者向けに出版された本の日本語訳版である。本書の監訳は神経心理学に精通された本邦の代表的な神経内科医の一人である河村満氏である。原著者のKertesz氏とは30年近くの付き合いだそうである。

前頭側頭型認知症(frontotemporal dementia; FTD)は、医学的にいまだ不明な点が多く、実際の頻度も明らかではないが、本邦においても神経変性性の認知症の中ではアルツハイマー病、レビー小体型認知症に次いで多いとされる。1900年前後にArnold Pickが記載して以来、一つの臨床症候群として知られてきたが、臨床的・病理学的特徴の多様性から、別々の疾患として報告されたりしてきた経緯もある。そのため、日常診療においてはアルツハイマー病や躁うつ病などと間違えられたりすることも多く、多くの症例が診断されなかったり、死後の病理学的検討によってやっと診断されたりしてきた。

しかし、FTDという疾患名が登場して以来、再び注目が集まるようになった。また、近年ではタウ蛋白に続いて、TDP-43やFUSなどの新たな関連異常蛋白が報告され、その基礎医学的研究の発展も目覚ましく、大きな関心を集めるようになってきている。このような時期に本書が発刊されることは、まさに時宜を得ているものと思われる。

現在、認知症の診断において脳脊髄液を用いたバイオマーカーや脳画像検査などの補助診断法が発達してきてい

るが、FTDの臨床診断の基本は詳細に聴取された病歴と診察に立脚する。しかし、FTDに特徴的な症状・症候を示す医学用語は、わかりにくい表現である傾向がある。例えば、「関心と洞察の欠如」と書かれても、これまで全くFTDを診たこともない者にとっては、その用語から実際の症状を想像することは難しい。

本書の前半部のエピソード編では、FTD患者について19編の物語として構成されている。

本書のタイトルとなっている「バナナ・レディ」はエピソード1に記載されているバナナを大量に摂取する女性患者を示し、本エピソードではFTDの典型的な強迫的な食行動が鮮明に描かれている。それ以外にもすべての症例に興味をそそるタイトルが付けられ、それが描かれている人物の異常行動や症状を印象付けられる。これらの19の物語を読むことにより、実際の患者を診なくても、FTDの重要な症状を容易に理解することが可能である。

後半の解説編では、FTDをめぐる歴史的な概念の変遷などを中心に、認知症の専門家である著者の研究的レビューがあり、一読に値する。また、日常診療においてすぐにでも役立つ介護者へのアドバイスも記述され、FTDの理解をさらに深めてくれる。まさに、FTDの教科書ともいえる内容でもある。

本書は、一般の読者向けに書かれているものの、FTDを学ぶ医学書としても十分に活用できる書物であり、FTDを知るための入門書として最適と思われ、医師ばかりではなく、コメディカルの方々や学生にもぜひとも薦めたい。

評者 中島 健二
鳥取大学教授・脳神経内科学

FTDを知るための入門書にも最適



乳癌診療ポケットガイド

聖路加国際病院プレストセンター ● 編

B6変型・頁224
定価3,780円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-00942-3

評者 田村 和夫
福岡大学教授/臨床腫瘍学・血液学

本書は乳癌患者を実際に診療するに当たってガイドとなる、B6変型判224ページの白衣のポケットに容易に入るサイズの書籍である。表紙はピンク色でピンクリボンを思わせ、乳腺を扱う本であることを想定させる。

執筆は中村清吾センター長(現・昭和大学病院乳腺外科教授)を中心とした聖路加国際病院の乳腺科のチームが担当されているが、チームで乳癌患者を診療する視点から記載され、極めて実践的ですべての職種が利用できる内容となっている。

内容を点検してみると、マニュアル本にありがちなknow-howではなく、疫学、予防、検診から診断・治療まで通常の診療について記載されていることはもちろん、乳癌の生物学的な特徴を理解するためのホルモン受容体、HER2を含む病理組織検査について図入りで概説されている。また、まだ日本では一般化していないが、将来導入される可能性のある遺伝子発現解析についても言及している。さらにインターネットを通じ患者が入手できる豊富な最新情報に対し、医療者が相談を受けた際に対応ができるよう配慮されている。

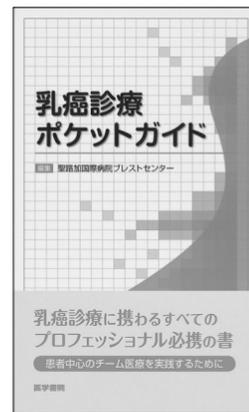
治療のセクションでは、乳癌治療チームがbad newsを伝え、がん治療(手術、薬物、放射線療法)を実施する際

に直面する問題を、副作用、医療費、再発・終末期に至るまで患者が置かれているそれぞれの段階に応じて、適切に治療・マネジメントができるようにチームとしてかかわっていくためのポイントがわかるように書かれている。

さらに大きな特徴は、ガイドラインの枠を超える最新の薬剤については第Ⅲ相試験の概要とその結果を紹介し、担当医が考察、決定できるようにしていることである。小冊子にもかかわらず重要な文献がどの章にも取り上げられており、単に執筆者の考えあるいはガイドラインの押し付けになっていないところもよい。

本書は、これを参考に乳癌専門の医療ができ、さらに乳癌診療に対する基本的な考え方も理解できる内容となっているので、乳癌専門の医療者ばかりでなく、乳癌を専門にしていなくても医師やプライマリ・ケアを行う看護師・薬剤師にも推薦できる良書である。病棟・外来の机の引き出し、あるいは白衣のポケットにちょっと入れておくことと便利である。

専門医以外の医療者にも薦めたい良書



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

胃の拡大内視鏡診断

八木一芳・味岡洋一

胃の拡大内視鏡診断は「難解」とのイメージが拭い去れない。本書では、癌だけでなく、胃炎の拡大像も提示し、捉えられるさまざまな所見を解説。所見から診断へのアプローチの解説には、著者作成による胃癌診断フローチャートを用い、「簡潔に」解説した。また、実際の症例に当てはめ、拡大像と組織像との対比による検証もなされ、読者の診断能向上だけでなく、難解さも解きほぐされるに違いない。

●B5 頁148 2010年 定価10,500円(本体10,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01039-9]



噴門部癌アトラス

南風病院消化器内科 編

胃癌は語り尽くされたか。胃上部、特に噴門部周辺の癌は依然未解決の問題が多い。世界に冠たる日本の胃癌診断学もその意味で完成したとはいえない。本書は噴門部領域の癌50例について、消化管形態診断学の王道というべきX線・内視鏡・病理の三位一体となった解析でその本態に迫るとともに、診断上のヒントを数多く提供している。胃癌の診断・治療に携わる医師にとって必読の1冊。

●B5 頁168 2010年 定価8,400円(本体8,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01049-8]



医学書院

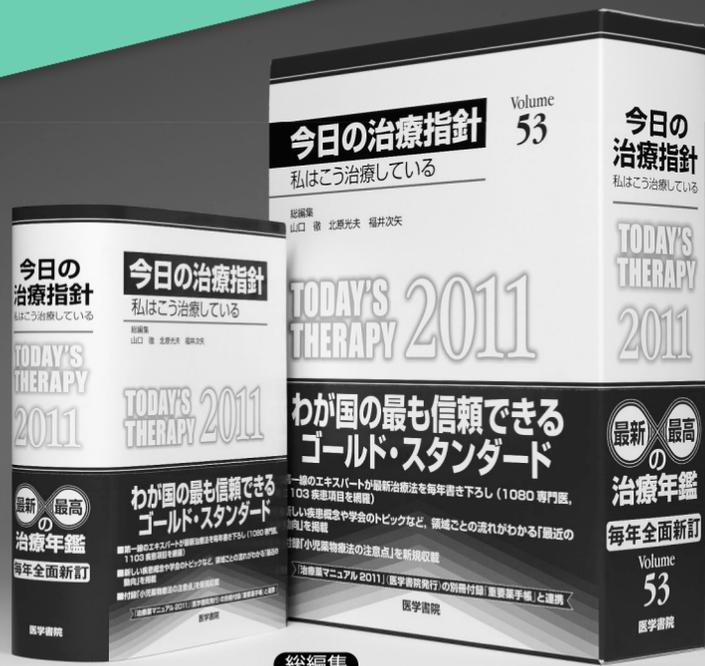


処方せん医薬品
注意—医師等の処方せんにより使用すること
プロトンポンプ阻害剤 [薬価基準記載]
パリエット 錠10mg
錠20mg
www.pariet.jp
製造販売元 エーザイ株式会社
〒112-8088 東京都文京区小石川4-0-10
http://www.aisai.co.jp
商品情報お問い合わせ先: エーザイ株式会社 お客様ホットライン
☎0120-419-497 9~18時(土、日、祝日9~17時)
●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意については、添付文書をご参照ください [PRT0903-37]

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2096 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2096 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」

好評
発売中!

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

「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)。

神経心理学 コレクション シリーズ編集 山鳥重・河村満・池田学

新刊 脳を繙く 歴史でみる認知神経科学



訳=河村 満

認知神経科学について「歴史」を切り口に解説するもの。認知(記憶など)、言語、運動といった神経心理学領域で扱われる一通りのテーマについて、過去から現在までの歴史的な流れが押さえられる。用語や人名などを網羅的に収録しているため、教科書的・辞書的に使うことも可能。神経内科医・精神科医はもちろん、初学者やコメディカルが神経心理学領域を理解するためのサブテキストとしても有用な1冊。

●A5 頁432 2010年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01146-4]

視覚性認知の神経心理学



鈴木匡子

高次視覚機能の神経学的メカニズムに迫る

●A5 頁184 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00829-7]

レビー小体型認知症の臨床



小阪憲司・池田 学

発見者が語りつくすレビー小体型認知症の病理と臨床

●A5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01022-1]

シリーズ LINE UP >>

失われた空間 石合純夫
●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00947-8]

認知症の「みかた」 三村 将・山鳥重・河村 満
●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳
●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウグスト 松下正明 田邊敬貴
●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村 満・山鳥重・田邊敬貴
●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明
●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理 小阪憲司 田邊敬貴
●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥重・河村 満・田邊敬貴
●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00078-9]

手 訳=岡本 保
●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 CDR判定用ワークシート解説 目黒謙一
●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史
●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付 相馬芳明・田邊敬貴
●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神 彦坂興秀(生徒1)山鳥重(生徒2)河村 満
●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング 川島隆太
●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥重
●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%) [ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する 原著=Charles Bell 訳=岡本 保
●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃
●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 ハイブリッドCD-ROM付 田邊敬貴
●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%) [ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥重・河村 満
●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%) [ISBN978-4-260-11847-7]



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