

【記事】

第29回成医学会柏支部例会

日時：平成15年12月6日

会場：慈恵柏看護専門学校講堂

【特別講演】

慢性肝炎の診断と治療の現況

東京慈恵会医科大学内科学講座・消化器肝臓内科
戸田剛太郎

慢性肝炎は病理学的な概念であり、肝門脈域への単核球浸潤と interface hepatitis (従来は piecemeal necrosis と呼ばれていた) で特徴づけられる肝臓の慢性炎症である。また、種々の程度の肝実質細胞の壊死(またはアポトーシス)を伴っており、炎症の持続は肝の線維化をもたらし、最終的には肝硬変に至る。このような観点から慢性肝炎の診断にはその原因のみならず、炎症の程度と線維化の程度の2つの病理学的な要素が含まれていなくてはならない。炎症が高度であれば線維化の進行も早い。また、肝の線維化の程度は肝発癌と密接に関連している。慢性肝炎の成因としては肝炎ウイルスの持続感染がわが国では最も重要であり、慢性肝炎の成因の75%はC型肝炎ウイルス(HCV)、25%がB型肝炎(HBV)ウイルスである。HBVの持続感染は新生児期、幼児期の感染によるものであり、中でも母児感染は感染経路として最も重要である。しかし、出生直後からのγグロブリン投与とワクチン投与により母児感染は激減している。HCVは成人で感染しても約70%の症例で持続感染が成立する。慢性肝炎の治療の基本は肝硬変への進行の阻止である。肝硬変に至ると肝発癌率は飛躍的に高まる。したがって、肝硬変への進展阻止は肝細胞癌の予防にもつながる。慢性肝炎の治療の最も効果的な方法はウイルスの排除である。しかし、HBVの排除は現時点では不可能であり、増殖阻止の手段としてラミブジンが使用される。HCVの排除を可能にする唯一の薬物は現時点ではインターフェロンである。しかし、HCVゲノタイプ1b型で高ウイルス量(100 KIU/ml以上)では10%程度の症例でHCV排除

が達成できるに過ぎない。しかし、近年、インターフェロンとリバピリンの併用、コンセンサスインターフェロン、ペグ化インターフェロンの導入により、高ウイルス量症例に対してもHCV排除率は上昇しつつある。

【一般演題】

A1. 胸骨に発生した好酸球性肉芽腫の1例

整形外科 °木田 吉城・蔡 詩岳
増井 文昭・小牧 宏和
向 千恵美・石井 文久
平出 周・青柳 充
北里精一郎・宮永 威彦

今回、我々は胸骨に発生した極めてまれな好酸球性肉芽腫の1例を経験したので報告する。

症例は25歳の女性で、平成14年5月25日、胸部に有痛性の腫瘍が生じたため当科を訪れた。単純X線像では胸骨中心部に骨膜反応と骨融解像が観察され、CT像で前方ならびに後方の骨皮質の破壊を伴う境界不明瞭な像を認めた。骨シンチグラムでは、同部は軽度の集積亢進を示していた。開放生検術を行い、病理組織学的に検討したところ、腫瘍は血管と線維の増生に加え、好酸球の浸潤を伴った、淡明な胞体を有する組織球様の異型細胞からなり、免疫組織染色ではS100蛋白陽性であることから好酸球性肉芽腫と診断した。本例は有痛性で骨破壊が著しく、年齢も25歳であることから病巣搔爬と骨移植術を施行した。術後約1年4カ月が経過した現在、局所再発は認めず、経過良好である。

A2. 前腕の巨大脂肪腫の1例

形成外科¹ 上羽 理恵・杉山 敦樹
林 淳也・武石 明精

症例は83歳男性。20年前、他院で左前腕腫瘍摘出術を受けたが病理組織診断は不明。5-6年前より同部位に弾性軟の腫瘍が再発し、徐々に増大してきたため当科を受診した。

初診時、左前腕屈側ほぼ全体に弾性軟で多房性に触知し一部により軟らかな皮下腫瘍を認めた。圧痛、知覚障害はなく、各指の関節可動域は正常であった。超音波検査で脂肪肉腫との鑑別が困難なため、MRIを施行した。腫瘍性病変の信号は脂肪成分の信号のみであり、筋層への明らかな浸潤はなかった。腫瘍は左前腕の皮下から、一部筋間に及んでおり、その範囲は左肘関節から手関節にわたる大きさであった。

以上の臨床所見より左前腕脂肪腫と診断した。平成15年7月18日、全身麻酔下に手術を施行した。タニケット止血下に前回の手術痕跡を含む皮切で前腕筋膜を切開すると腫瘍が露出した。腫瘍は尺側手根屈筋間にも入り込んでいたが、周囲組織との癒着はなく、容易に剝離、摘出可能であった。Suction drainを挿入して筋膜縫合を行った後、腫瘍により伸展された皮膚をトリミングし、創を閉鎖した。摘出した腫瘍は肉眼的に脂肪腫であり、重量は600gであった。

病理組織所見では成熟した脂肪織の増生がみられ、軽度の大小不同を認めるが悪性所見は無く、脂肪腫と診断した。

術後は血腫形成、知覚、運動麻痺の合併症なく、経過は良好である。

四肢の良性軟部組織腫瘍は、日ごろ多く見られる疾患であるが、巨大脂肪腫は稀であり、さらに、前腕の巨大脂肪腫の報告は少なく、本症例は、非常に稀な疾患であると考えられる。

A3. 頭部MRIの経時的変化が有用であった脂肪塞栓症候群の1例

¹救急部、²整形外科¹ 篠原 光¹・坂本 太郎¹
野秋 朗太¹・仙石 鍊平¹
斉藤 晃¹・田代 健一¹
池田 真仁¹・大橋 一善¹
小山 勉¹・木田 吉城²
北里精一朗²・青柳 充²
石井 文久²・向 千恵美²
小牧 宏和²・増井 文昭²
蔡 詩岳²

最近我々は両下肢開放骨折後に発生した脂肪塞栓症候群において頭部MRI経時的観察が有用であった1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は59歳、男性、平成15年9月16日作業中に3tの鉄筋が両下肢に落下受傷し救急受診となった。来院時、意識レベル清明でGCS15点、他部位の外傷は認めなかったが、Gastilo-3Bの左大腿骨開放骨折、Gastilo-3Cの右大腿骨開放骨折に腓骨神経断裂の合併損傷を認めた。同日、全身麻酔下にて開放骨折に対して、デブリードマンと創外固定術の緊急手術を施行したが、手術中、突然の心室細動が出現し手術を途中で中断し、蘇生術を開始した。蘇生術にて洞調律に回復となり、創外固定術途中の大腿骨への貫通ピンを直達牽引とし経過観察とした。その後は心電図上II, III, aVFで著明なST上昇を認め数分後に速やかなST低下したが、再びST上昇を繰り返し、スパズムに伴うVFと判断し術後はnitroglycerin等の薬剤を使用し、以後の発作の出現は認めなかった。翌日器質的な狭窄病変の確認のため心臓カテーテルを施行したが、左右冠動脈および左室壁運動に異常を認めなかった。その後意識も清明であったが、受傷3日後に突然不穏となり、呼吸状態も悪化が認められ、胸部レントゲン、CTにて左肺野に優位な浸潤影を認め、人工呼吸器管理にて加療したところ、著明な改善を認め4日目には、抜管し意識レベルも回復した。頭部MRIでは、不穏発症時より増加するT1で低信号領域、T2で高信号領域を認めた。脳脊髄液の信号を抑制した撮影方法であるFLAIRでは散在性の斑状高信号領域を認めた。FLAIR画像ではT2画像よ

り早期に高信号領域が抽出され、皮質および皮質下の病巣の検出には有用であり、今症例でも明確に描出されている。今症例では拡散強調画像を行っていないが、MRI 診断上拡散強調画像でより早期に病変を確定することが可能と思われる。しかし FLAIR の方が的確に脳表や小脳半球の病変を確認でき、さらに脳梗塞巣に陥った病巣では経時的变化が少ないなどの利点がある。今症例は抜管後に明らかな神経脱落症状は認めず経過している。受傷 46 日目で観血的整復術を施行し、現在、全身状態も落ち着き、車椅子まで可能となった。今回の症例は、術中ストレスに誘発された spasm に伴う心室細動により手術が中断し、残存した骨折部の不安定性が脂肪塞栓症候群を発生させたものと推測される。脂肪塞栓症候群の診断としては鶴田の分類が用いられており、本症例では大基準 2 項目、中期準 1 項目を満たしていた。肺水腫や手術中心停止後に合併した ARDS 等の他疾患との鑑別診断が必要となったが、経時的頭部 MRI の変化を観察することにより脂肪塞栓症候群の病巣診断と予後の推定に有用であった。

A4. 各種自己抗体の上昇を認めたシェーグレン症候群の 1 例

¹小児科, ²耳鼻咽喉科 ³南波 広行¹・大山 亘¹
日暮 憲道¹・齋藤 亮太¹
寺本 知史¹・野崎 和之¹
富川 盛光¹・出口 靖¹
和田 靖之¹・久保 政勝¹
富谷 義徳²

症例は 11 歳女児。海水浴後の蝶形紅斑で発症、血小板減少、抗 RNP 抗体陽性を認め経過観察されていた。5 日前より持続する弛張熱、関節痛を主訴に入院となる。抗核抗体、抗 RNP 抗体に加え、抗 SS-A 抗体、血小板抗 GP IIb/IIIa 抗体、抗 GP IIb/IIIa 抗体が陽性であった。Amy 値の上昇を認め、唾液腺シンチグラム、小唾液腺生検よりシェーグレン症候群 (SS) と診断した。またサイロイドテスト、マイクロゾームテストも陽性で橋本病の合併と考えられた。受診時血小板 1.1 万/ul と著明に減少し、ガンマグロブリンの投与を行ったが反

応せず、プレドニゾロンで著効、発熱、血小板減少ともに改善した。

SS は他の膠原病を合併しない一次性とそれらに伴う 2 次性とに分類される。小児 SS では全身性エリテマトーデス、混合性結合織病の合併が多く、橋本病も比較的よくみられる合併症である。本症例は 1 次性 SS であるが、頻度の高い抗核抗体、抗 SS-A 抗体以外にも多種の自己抗体の上昇を認めている。とくに小児 1 次性 SS において血小板減少は非常に稀であり、血小板自己抗体を検出した報告はない。SS の病態を考えるうえで興味深い症例と思われたので報告する。

A5. fluvoxamine により速やかに症状が改善した抜毛症 (trichotillomania) の 1 例

精神神経科 ³落合 結介・津村 麻紀
古川はるこ・昼間 洋平
伊藤 達彦・橋爪 敏彦
高梨 葉子・中西 達郎
笠原 洋勇

今回我々は約 15 年間持続した抜毛症患者に抗うつ薬で選択的セロトニン再取り込み阻害作用を有する fluvoxamine を投与したところ、速やかに症状が改善した 1 例を経験した。

患者は 26 歳、女性。自分の毛髪を抜いてしまうことを主訴に当院精神神経科を受診した。初回抜毛は小学 5 年生の時に、その後も持続的な抜毛行為が認められていた。

初診時、前頭部から頭頂部にかけて不均一な毛髪の欠損を認め、患者には抜毛行為に及ぶ際の緊張と抜毛後の満足感の自覚があった。これより抜毛症と診断し、加えて抑うつ気分、不眠を認めたため、同日より fluvoxamine 75 mg/day, etizolam 1.5 mg/day, trazodone 25 mg/day, zolpidem 10 mg/day の投与を開始した。治療開始後 1 週間は抜毛行為がまったく認められなかったが、その後勤務先でのストレスから 2 本の抜毛を認め、抑うつ気分の増悪もみられたため、初診 3 週間後に fluvoxamine を 150 mg/day へ増量した。増量後、抜毛行為は再び消滅し、意欲の向上、不眠の軽快も認められたため、初診 5 週間後に etizolam および trazodone を中止した。症状が軽

快すると患者が自己判断にて fluvoxamine を減量し、抜毛行為が再燃したため、服薬指導を行った。その結果、抜毛行為は軽快傾向となった。

本症例では fluvoxamine の投与により抜毛行為の軽快が得られ、その後も増量による軽快、減量による増悪がみられたことから、同薬剤が抜毛症の治療に有効であることが推察された。また、fluvoxamine は強迫性障害への有効性が知られており、同疾患にはセロトニンの関与が考えられている。抜毛症において抜毛行為に及ぶ際の心理状態は強迫性障害のそれと類似しており、本症例の経過、fluvoxamine の薬理学的特徴から抜毛症にセロトニンの関与がある可能性が考えられた。本症例は治療途上の症例であり、今後も経過を追跡し、他の抜毛症の症例の経過等とも比較、検討し、さらに考察を行う必要があると思われた。

A6. 高カルシウム血症を呈した B 細胞悪性リンパ腫の 1 例

¹糖尿病・代謝・内分泌内科, ²東京慈恵会医科大学内科学講座

宮下 弓¹・斉藤 隆俊¹
村川 祐一¹・佐々木 敬¹
田嶋 尚子²

症例は 72 歳の女性。平成 15 年 2 月ごろより胸部不快感を認め、近医にて検査入院の予定であった。3 月 15 日朝より全身の脱力のために起立不可能となり、さらに高カルシウム血症を認めたため当科に転院となった。来院時の検査では、Ca 13.5 mg/dl, IP 2.3 mg/dl であるものの intact PTH は 8 pg/ml とむしろ抑制されており、原発性副甲状腺機能亢進症は除外された。骨シンチでは異常集積がなく悪性腫瘍の骨転位も否定的であった。一方 PTH-rP が 3.4 pmol/l と高値であったため humoral hypercalcemia of malignancy (HHM) と考え、全身検索を施行。腹部 CT にて脾を巻き込んで一塊となった腫瘍を認めた。血清抗 HTLV-1 抗体は陰性であり、成人 T 細胞リンパ腫 (ATL) は否定的であった。確定診断のため生検予定であったが、肺炎、心不全、不整脈を併発し診断のつかないまま 5 月 14 日に死亡した。骨盤内転移巣の死後組織診の結果 malignant

lymphoma, diffuse large B-cell type と診断された。

本例は表在リンパ節の腫脹はなく、高カルシウム血症だけが主要徴候である上に、生検も困難であったため生前に確定診断がなされなかった。HHM を起こす悪性腫瘍は ATL, 非小細胞肺がん等が高頻度であるが、B 細胞リンパ腫でも文献的には 1966 年から現在までに 9 例報告があり、前二者が否定された場合の鑑別診断として考慮すべきと考え報告する。

A7. 長期透析患者の異所性石灰化および肺機能の検討

放射線部 °内山 眞幸・原田 潤太
砂川 好光・並木 珠
最上 拓児・児山 健

目的：長期透析患者における骨シンチグラフィ所見として認められる腎性骨異常栄養症の中で、2 次性副甲状腺機能亢進症の所見が見られる症例は異所性石灰化を伴わない傾向を臨床的に経験する。肺異所性石灰化を早期に診断する目的で骨シンチグラフィ製剤 Tc-99m HMDP を用い胸部 SPECT 撮像を施行し、さらに異所性肺石灰化の見られる症例で肺機能評価を行い、これらの病態把握を試みた。

対象および方法：5 年以上の透析歴のある慢性腎不全患者 65 例である。肺野集積範囲・集積程度と呼吸機能検査や i-PTH 等の血液学的検査を比較した。そのうち 8 例に肺換気血流シンチグラフィ、Tc-99m DTPA エロソルシンチグラフィを施行した。

結果：肺野石灰沈着は肺野が心プール像より高集積になった場合に陽性とし、陽性例は 84.6% (55/65) であった。肺集積程度をスコア化し、肺集積のかなり高いスコア 4 症例 6 例中 5 例が i-PTH 65 pg/ml 以下、肺野に心プールと同程度以上の集積例 63 例中 8 例が肺野に瀰漫性集積を認め全例が i-PTH 65 pg/ml 以下であった。%Dlco が 80% 以上と以下の群では肺野/骨カウント比に有意差があり、以下の群で高値を示した。Tc-99m DTPA エロソルクリアランスと肺野/骨カウント比の比較では有意ではないが負の相関が見られ、

カウント比が高くなるとクリアランスが亢進する傾向にあった。

結語: Tc-99m HMDP 肺集積が全肺野瀰漫性集積例や高集積例では i-PTH 65 pg/ml 未満の低値を示し, 異所性石灰化が PTH 低値に基づく骨の low turnover state が強く関与することが示唆された。肺野への Tc-99m HMDP 集積程度が高くなるにつれ %DLco が低くなり, Tc-99m DTPA エロソルシンチグラフィでの肺からのクリアランスが亢進する傾向があり, さらに高集積になると肺のコンプライアンスが低下した。

B1. 癌特異的モノクローナル抗体 SF-25 を用いた光バイオプシーの開発と胃癌の検出

臨床医学研究所 °光永 真人・小山 友己
吉川 哲矢・成相 孝一
高橋 弘

目的: 胃癌の縮小手術や内視鏡的治療が進むなかで, 癌病変部の広がりやその局在診断がますます重要となってきた。病理組織学的な検討は最も信頼性が高く重要であるが, 肉眼的に癌と非癌部の鑑別や癌の広がりそしてリンパ節転移の有無を臨床の場で確実かつ簡便に評価できる手法の開発が改めて必要となっている。SF-25 モノクローナル抗体 (以下 SF-25 Mab) はヒト肝癌培養株である FOCUS を免疫して得られた抗体で, 癌細胞膜表面上に存在する 125 kDa の糖蛋白抗原 (SF-25 抗原) を認識する。この SF-25 抗原は 90 kDa の heavy chain と 35 kDa の light chain がジスルフィド結合で結合する 2 量体で, SF-25 Mab は 90 kDa の heavy chain peptide 上のエピトープを認識する。また, SF-25 抗原は肝細胞癌だけでなく胃癌・大腸癌・大腸癌肝転移・胆嚢癌など各種の癌で強く発現していることが報告されている。今回, 我々は蛍光色素 FITC で標識した SF-25 Mab を用い, ヒト胃癌およびリンパ節転移の *in vivo* の検出を試みた。

方法: ヒト胃癌培養株 OCUM 2M LN を FITC 標識 SF-25 Mab にて染色し, 蛍光顕微鏡および FACS を用いて SF-25 抗原の発現を検討した。また, *in vivo* の検討では 6-8 週齢の雌ヌードラット (F344/N^{-run}/run) に 3 Gy の X 線照射を

行い, 3 日後に全身麻酔 (ペントバルビタール-Na 40 mg/kg, i.p.) 下で胃前壁の漿膜下に無血清 DMEM で 2×10^7 /ml に調製した OCUM 2M LN の細胞懸濁液 25 μ l を注入し, ヒト胃癌正所性移植モデルを作製した。術後は経時的に採血を行い, 腫瘍マーカー (CA19-9 および TPA) で腫瘍の生着と発育状態をモニターした。CA19-9 および TPA 値が上昇したヌードラットに FITC で標識した SF-25 Mab を静脈内投与し 24-48 時間遮光管理した後, 病変部を蛍光下にて観察した。また, 蛍光を発した病変部は病理組織学的検討を加えた。

結果: OCUM 2M LN の細胞膜表面に局限した FITC の蛍光がみられた。FACS ではほぼ 100% のヒト胃癌細胞で SF-25 抗原が陽性であり, FITC 陽性細胞は一峰性の細胞群として観察された。また, 正所性移植モデルにおいて, ヒト胃癌の原発巣およびリンパ節転移巣は FITC 標識 SF-25 Mab の静注投与により強い蛍光を発し, *in vivo* において病変部を肉眼的に観察することが可能であった。

考察: ヒト胃癌細胞において SF-25 抗原は constitutive な発現が認められた。また, FITC で標識した癌特異的モノクローナル抗体 SF-25 を用いることにより, 癌病変部位に局限した特異的な蛍光を *in vivo* で確認することが可能であった。癌・非癌部の肉眼による鑑別やセンチネルリンパ節検出のような病変部同定の補助診断法として有用な癌検出法となる可能性が示唆された。

B2. 胃癌転移 Sentinel lymph node の *in vivo* 蛍光検出

—ヒト胃癌正所性モデルを用いた検討—

臨床医学研究所 °小山 友己・吉川 哲矢
光永 真人・墨 誠
成相 孝一・高橋 弘

目的: 近年, sentinel lymph node (SLN) concept が外科手術の成績向上に有効な手段となる可能性が指摘されており, 胃癌においても, SLN の同定法が確立されれば新たな縮小手術が可能と考えられている。現在までに各施設で色素法, RI 法が施行されており良好な成績が報告されてい

る。しかし、すでに癌が転移した SLN の検出に関する有効性についてはコンセンサスが得られていない。今回、我々は新規蛍光 tracer (ATX-S10, (株) 光ケミカル研究所) を用い、ヒト胃癌転移を有する SLN を *in vivo* で検出する方法を開発したので報告する。

方法: OCUM 2M LN 細胞 (ヒト胃癌細胞株) をヌードラットの胃前壁小弯側の漿液下に注入し、ヒト胃癌正所性モデルを作成した。血清腫瘍マーカー (TPA, CA19-9) の上昇を確認したのちに、ヌードラットを開腹し、接種部位に生着した腫瘍組織の漿膜側に ATX-S10 を注入した。観察は ATX-S10 の吸収波長下と蛍光波長のそれぞれで行った。また、ICG 法を用いて比較検討を行った。

結果: ヒト胃癌細胞を接種したヌードラット 35 例中 33 例に胃前壁小弯側に正所性の腫瘍生着を認めた。また、33 例中 20 例にリンパ節転移を認めた。生着した胃癌組織の漿膜側に ATX-S10 を注入し吸収波長および蛍光波長で観察したところ、速やかにリンパ管・リンパ節に取り込まれ、腫瘍組織より流出するリンパ網が詳細に観察され、さらに SLN に続くリンパ管が鮮明に描出された。また、リンパ管、リンパ節は癌の転移の有無にかかわらず描出可能で、蛍光観察では赤色蛍光の陽性像としてこれらのリンパ組織を観察できた。さらに、転移によりリンパ節が腫瘍に占拠されている症例においても流入リンパ管およびリンパ節の同定が可能であった。リンパ節の生検では転移巣に ATX-S10 が取り込まれている所見が確認された。これに対して、本モデルにおいて ICG 法では癌が転移したリンパ節の描出はできなかった。

結語: ヒト胃癌正所性モデルにおいて、新規 tracer (ATX-S10) は胃癌転移 SLN を蛍光観察で陽性像としてとらえることが可能であり、胃癌における SLN の同定に有用であると考えられた。

B3. スキルス胃癌細胞株に対する各種カチオニックリピッドを用いた遺伝子導入の基礎的検討

¹臨床医学研究所, ²国立がんセンター研究所実験動物管理室, ³放射線科, ⁴大阪歯科大学薬理学

並木 禎尚¹・柳原 五吉²
並木 珠³・伊達 昌孝⁴
高橋 弘¹

スキルス胃癌では、腹膜転移・再発による死亡率が非常に高く、現在までに標準的治療法は確立されていない。遺伝子治療を含めた集学的治療の開発が急務である。遺伝子治療においては、遺伝子導入効率の高いとされるアデノウィルスベクターによる治療関連死 (1999 年 9 月, 米国) の報告もあり、生体内への投与については、とくに安全性の高いベクターの開発が望まれている。

今回、我々は、比較的安全性の高い非ウィルス性ベクターである、各種カチオニックリピッドを用いて、スキルス胃癌細胞株に対する遺伝子導入の基礎的検討を行い、その有用性を確認したので報告する。詳細については当日閲覧とする。

B4. 静脈内平滑筋腫症の 1 例

産婦人科 [○]湯本 正寿・三沢 昭彦
松本 隆万・中島 邦宣
高田 全・柳田 聡
篠崎 英雄・鈴木 永純
小林 重光・神谷 直樹
安田 允

静脈内平滑筋腫症は極めてまれな疾患で、子宮筋腫あるいは子宮内静脈壁から生じた腫瘍が静脈内に進展したものであり、時に下大静脈から右心房にまで達することがある。また静脈内平滑筋腫は良性疾患とされるが、再発例や遠隔転移を疑わせる症例報告もあり、術後の十分な治療や管理が必要であると考えられる。今回我々は静脈内子宮平滑筋腫症の 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えこれを報告する。症例は 46 歳、2 経妊 2 経産。前医にて 1 年前より子宮筋腫を指摘されていたが腫瘍増大傾向ならびに画像上筋腫の変性を認め、精査目的にて平成 15 年 5 月 16 日に当科紹介初診。内診上、子宮は小児頭大でやや硬く可動

性不良，付属器触知せず。超音波上，子宮は著明に腫大し内部は不均一エコー像を呈していた。CT上，子宮は不整形に著明に腫大し，周囲臓器への癒着および浸潤も疑われたが，骨盤内および膨大動脈リンパ節の腫大を認めず，腹水や明らかな肝内等への転移像も認めなかった。子宮頸管細胞診は正常であったが内膜細胞診ではクラス III であった。腫瘍マーカーはいずれも正常範囲内であった。以上の所見より子宮肉腫を疑い平成 15 年 6 月 20 日に開腹術を施行。腫瘍は頭側は右付属器を一塊に巻き込み右卵巣動脈起始部まで，尾側は左基帯血管，前面は膀胱筋層へ浸潤していた。術後病理組織検査にて腫瘍は膨張性発育と浸潤性発育を伴うものの mitosis は無く，静脈内に florid に浸潤し子宮のほぼ全域に広がり，intravenous leiomyomatosis の診断であった。腫瘍の増殖進展には estrogen が関与しているとの報告があり，免疫特殊染色にて筋肉 (Desmin)，平滑筋 (α SMA) マーカーで陽性，ER は 30% で弱陽性，PgR は 50% で陽性であった。術後全身状態の改善の後，静脈系を中心として残存腫瘍，再発・遠隔転移の検索を行い肝部下大静脈に腫瘤性病変を認めたが循環器内科，心臓外科に兼科とし経過観察となった。術後 3 カ月現在，腫瘍の増大，その他自覚症状を認めていない。

B5. 子宮内膜粘液性腺癌の 3 例

¹病院病理部，²婦人科 ¹中島 研¹・相川 靖子¹
梅澤 敬¹・春間 節子¹
石井 幸子¹・小峰 多雅¹
大村 光浩¹・山口 裕¹
安田 允²

はじめに：子宮内膜粘液性腺癌は全子宮体癌の 0~4% を占め，まれな腫瘍である。中分化以上の分化を示すものが多く，術前の内膜細胞診での診断は困難とされている。今回我々は子宮内膜粘液性腺癌の 3 例を経験したので報告する。

症例 1：70 歳，4 妊 2 産，閉経 50 歳。平成 10 年 8 月，不正出血のため当院を受診。子宮内膜細胞診では異型細胞少数にて保留。子宮内膜生検にて子宮内膜粘液性腺癌と診断された。

症例 2：54 歳，0 妊 0 産，閉経 52 歳。平成 13 年，

人間ドックにて子宮筋腫を指摘され当院を受診。術前の子宮内膜細胞診では陰性であったが，腫瘍表面の捺印細胞診で Class V，子宮内膜粘液性腺癌と診断された。

症例 3：52 歳，2 妊 2 産。平成 12 年 1 月，前医で巨大腹部腫瘍と診断され，精査加療目的で当院に紹介された。術前の子宮内膜細胞診で Class V，子宮内膜粘液性腺癌と診断された。

細胞所見：症例 1：少数ながら高円柱状の異型腺細胞集塊の出現を認めた。症例 2：術前の子宮内膜細胞診では明らかな異型細胞は認めなかった。腫瘍捺印細胞診において，細胞配列の乱れが著しい線細胞集塊と胞体内に粘液を蓄えた線細胞集塊を多数認めた。症例 3：術前の子宮内膜細胞診において，胞体内に多量の粘液を含んだ高円柱状細胞集塊が多数出現しており，構造異型と軽度の核異型を認めた。

結語：子宮体部粘液性腺癌は粘液を多量に産生するため，子宮内膜細胞診では少量の細胞しか採取されないことがあり，判定に苦慮することがある。また，比較的高分化型腺癌であることが多いため，正常頸管線細胞との鑑別が重要となる。子宮内膜細胞診標本において胞体内に粘液を含んだ腺細胞を認めるときは，構造異型や個々の細胞所見に十分注意する必要があると考えられた。

B6. 若年性高血圧性腎硬化症の 3 例

病院病理部 ¹星 佐弥子・小峯 多雅
中島 研・相川 靖子
梅澤 敬・春間 節子
石井 幸子・大村 光浩
山口 裕

緒言：当院で高血圧および腎機能障害にて最近腎生検を施行された 40 歳未満の若年性高血圧症の 3 症例について病理学的に検討した。

症例：症例 1：28 歳女性。生来健康であったが，平成 13 年 6 月に眼底出血から高血圧 (BP=188/140 mmHg)，尿検査にて蛋白および潜血が認められ当院紹介となった。降圧剤の内服にて BP=130~140/80 mmHg 程度に血圧のコントロール後も腎機能が進行性に増悪し (平成 14 年 6 月で BUN 35 mg/dl, Cre 3.9 mg/dl)，腎機能障害の精査目的

にて腎生検が施行された。腎生検では糸球体の虚脱硬化と中位動脈の内膜肥厚・中膜筋層の肥大、細動脈の層状線維性肥厚が認められた。

症例 2: 27 歳男性。平成 15 年 5 月頃より食思不振と嘔気が出現し、著明な体重減少が出現した。7 月に近医受診し腎不全 (BUN 72 mg/dl, Cre 12.5 mg/dl) を指摘され当院紹介となった。入院時血圧は BP=194/132 mmHg と著明な高血圧を認め、腎生検にて糸球体の虚脱と中位動脈の筋内膜細胞の増生と内膜の浮腫状肥厚、細動脈の線維性硝子様肥厚と内腔狭窄が認められた。

症例 3: 37 歳男性。平成 8 年に高血圧症を指摘されたが、近医で降圧剤の内服にて BP=130/80 程度にコントロールされていた。しかし平成 14 年 12 月以降降圧剤服用を自己中断し、平成 15 年 7 月肉眼的血尿を認め同医受診したが、血液検査にて Cre 4.3 mg/dl と腎不全であった。その後治療を再開するも SBP=220 mmHg, Cre 6.4 mg/dl と血圧コントロール不良と腎不全の増悪を認めたため当院紹介となった。腎生検では中位動脈の肥厚した中膜筋層内の線維化と内膜の浮腫状の肥厚、細動脈壁の硝子様浮腫状肥厚と内腔狭窄を認めた。

結果・考察: 当院で経験した 3 症例はいずれも (1) 細動脈の remodeling による狭窄が高度に見られること、(2) 実質の障害が広範囲に及ぶことから悪性腎硬化症と考えられた。高血圧症自体は症状に乏しく、また長期の無治療の高血圧が腎硬化症を引き起こすといわれており、若年者であっても検診で積極的な高血圧の早期発見・治療が重要と考えられた。

C1. 自動分析器による尿蛋白定量検査の基礎的検討

中央検査部 小峯 直彦・川満 幸子
黒沢 秀夫・堂満 憲一
小林 正之

目的: 尿中蛋白定量検査および髄液蛋白定量検査は、それぞれ腎機能の指標および髄膜炎や中枢神経系疾患の診断の指標として広く用いられている。従来、用手法で行われてきたピロガロールレッド・モリブデン錯体発色法は、尿や髄液の蛋白量

と血清蛋白量との濃度較差が大きく、汎用の自動分析装置での測定は困難であった。今回、専用小型自動分析装置が開発され、検討する機会を得たので報告する。

方法: 患者尿検体およびヒトアルブミン標準液を用いて、再現性、希釈直線性などの基礎検討を行った。

成績: 3 濃度の同時再現性は、CV が 6.1, 1.1, 1.9% で、日差再現性には、CV 8.1, 4.8, 3.0% であった。希釈直線性は、おおむね理論値に近い値を得るとともに 330 mg/dl 付近まで直線性を認めた。

共存物質の影響は、アスコルビン酸では認めなかったが、ヘモグロビンでは、添加量 25 mg/dl から影響を認めた。従来法との相関性は、相関関数 0.993 で良好であった。

考察・結語: 今回の検討の結果、日差再現性が CV で最大 8.1% と変動が大きい結果となったが、これは検量線作成が検討開始時のみであったことと、試薬および標準液の温度が原因と考えられ、検量線作成方法と、測定時の温度を一定にすることで改善されると思われた。一方、ヘモグロビンの影響については、ヘモグロビンの最大吸収波長が 420 nm 付近であり、本法の測定波長では、吸収波長が極めて小さくなることから、ヘモグロビンが反応したものと考えられ、肉眼的血尿および血性の髄液検体では、蛋白定量値が見かけ上、高値になる危険性があるので注意が必要と思われた。以上のことから、検量線作成方法の見なおしなどで日差再現性の改善がされた場合、従来法より試料および試薬量が少なく、かつ簡便である自動分析装置での測定は有用であると思われた。

C2. 急性心筋梗塞症 (AMI) に対する mutant t-PA+planned rescue PCI と primary PCI の比較

¹循環器内科, ²東京慈恵会医科大学講座循環器内科

蓮田 聡雄¹・清水 光行¹
荒巻 和彦¹・大塚 由美¹
奥村 啓之¹・上原 良樹¹
日下 雅文¹・山田 拓¹
望月 正武²

目的: 最近の無作為試験で, AMI に対する PCI 施行前の t-PA 先行投与がより早期の再灌流を可能にすることが示されている。またこの治療法は出血合併症のリスクを伴い, 左室駆出率や臨床成績に影響を及ぼさないことも指摘されている。今回, AMI に対する PCI 施行前の mutant t-PA 先行投与について, 臨床的利点および安全性を検討した。方法: 対象は, 75 歳未満, 発症 12 時間以内の ST 上昇を伴う AMI 患者 80 例で, t-PA 先行投与+rescue PCI (M 群, 40 例), または primary PCI (P 群, 40 例) により治療した。M 群については, 最初に t-PA をボーラス投与し, 初回冠動脈造影 (CAG) で TIMI 2 以下の患者に PCI を施行した。P 群については, 初回 CAG で TIMI 2 以下の患者に PCI を施行した。結果: 背景因子には両群間で有意差が認められなかった。初回 CAG 時に梗塞責任冠動脈で TIMI 3 が得られた患者の頻度は M 群のほうが有意に高く (M 群 43%, P 群 15%, $p=0.013$) PCI 施行率は M 群のほうが低かった (M 群 60%, P 群 95%, $p<0.001$)。最終的に TIMI 3 が得られた患者の頻度は両群間で有意差が認められなかった。左室機能については, 入院時, 退院時, および入院時から退院時までの変化のいずれも, 両群間で有意差が認められなかった。Ckmax 値は, 全例では両群間で有意差が認められなかったものの, 前壁梗塞患者に限ると M 群のほうが有意に低かった (M 群 $2,265 \pm 1,739$, P 群 $3,958 \pm 2,658$ IU/L, $p=0.046$)。入院時の合併症は両群間で差がみられなかった。結語: AMI に対する PCI 施行前の t-PA 先行投与は, 有害事象を増加させることなく, より早期の再灌流を可能にする治療法であることが示唆された。とりわけ前壁梗塞患者ではその有用性が期待できると考えられた。

C3. 釣藤散と西洋薬による慢性型筋緊張性頭痛に対する臨床効果の比較

¹脳神経外科, ²厚木市立病院脳神経外科,

³富士市立中央病院脳神経外科

田中 俊英^{1,2,3}・郭 樟吾¹
関 厚二郎¹・田屋 圭介¹
大塚 俊宏¹・沢内 聡¹
長谷川 譲²・神吉 利典²
赤崎 安晴³・諸岡 暁³
結城 研司³・沼本ロバート知彦¹
村上 成之¹

はじめに: 筋緊張性頭痛 (MCH) は慢性頭痛を主訴として外来を訪れる患者の約 70% を占める。今回, MCH による釣藤散と西洋薬の臨床効果について比較検討すべくアンケート形式で回答を得たので報告する。

対象と方法: 当科外来を受診し MCH と診断された外来患者 435 例である。性別は, 男性 129 例, 女性 306 例, 年齢は 18 から 89 歳 (平均 56.8 歳) であった。ツムラ釣藤散エキス顆粒 (釣藤散群: 280 例) と塩酸エペリゾン, ロキソプロフェンナトリウム, エチゾラムの併用療法 (西洋薬群: 155 例) の 2 群に分けた。投与期間は 14 日間の連続投与とし, 頭痛, 頭重感, 眩暈, 肩凝り, 首の張り, 不安焦燥感, 睡眠障害の 7 項目の自覚症状について投与 14 日後にアンケート調査し患者の満足度に従い 6 段階で評価した。

結果: 各症状の改善率は釣藤散群と西洋薬群ともに 60~70% であり, ほぼ同等の効果であった。65 歳以上の女性に限ると, 釣藤散群の方が西洋薬群より著効率は高かった。また西洋薬群では副作用や症状が悪化した症例が 5~15% であったのに対し, 釣藤散群ではめまいが 7.7% で悪化したものの副作用は認めなかった。

結語: 釣藤散群は西洋薬群と同様に, 頭痛, 頭重感, めまい, 肩凝り, 首の張りなどの自覚症状や不安焦燥などの精神症状についても有意な改善し, 副作用もなく安全性が確認された。釣藤散は慢性頭痛の患者の Quality of Life を高めるのに有用な薬剤と考えられた。

C4. 超低体温循環停止下逆行性脳灌流を用いた胸部大動脈瘤手術

心臓外科 長沼 宏邦・益子 健男
石井 信一・中村 賢

上行、弓部真性大動脈瘤ならびに大動脈解離症例に対しては人工心肺施行中に通常の大動脈遮断を行うことが難しいため、循環停止法を用いて手術を行うのが一般的である。よってなんらかの脳保護手段が必要となってくるがそれでもなお術後脳神経合併症が通常の人工心肺症例よりも多く、この手術の最も重大な合併症といえる。現在この合併症を回避するべく一般的に行われている脳保護法は 1) 低体温循環停止法、2) 選択的脳分離体外循環法、3) 逆行性脳灌流法の 3 種類が主流である。

1) 低体温循環停止法～全身の循環を停止するため、低温として各臓器、とくに中枢神経を保護する。一般には 20°C の低温で虚血許容時間は 30～40 分とされる。ただ長時間の循環停止では当然中枢神経の不可逆的障害をきたす。単独で行われることは少なく 2), 3) と併用する場合も多い。

2) 選択的脳分離体外循環法～脳を体循環とは別に分離してそれぞれの弓部分枝を灌流保護する方法をいう。

3) 逆行性脳灌流法～上大静脈から低圧 (15～25 mmHg) で送血して、脳を静脈側から逆行性に環流する方法である。逆行性脳灌流法は循環停止と併用するが弓部分枝の入口部より逆行性に血液が噴出してくるため弓部分枝内に塞栓物質 (debris) の混入が少ないとされる。一般には 20°C の低温で虚血許容時間は 80～90 分程度とされる。以上がおもな脳保護法であるが、当科ではおもに 1), 3) に加え、さらに弓部分枝を再建する際には arch first technique といわれる独自の方法を用いて、これらの大動脈瘤に対する手術を行っている。我々のこれらの手術に対する strategy を供覧する。

C5. 赤外線腹腔鏡システムを用いたセンチネルノードナビゲーションは腹腔鏡下胃切除術の適応を明確にする

¹外科, ²東京慈恵会医科大学外科, ³内視鏡部

°二村 浩史¹・成宮 徳親³
柏木 秀幸¹・篠原 寿彦¹
三森 教雄²・山崎 洋次²
矢永 勝彦²

目的：今回われわれ独自の赤外線腹腔鏡システムを用いたセンチネルノードナビゲーション (IRSN) により胃癌に対する腹腔鏡下手術 (LG) の適応拡大が明確にできるかを検討した。対象：2000 年 5 月から 2003 年 8 月までに施行した 27 例を対象とした。結果：LG 27 例中 4 例 (術中 3 例, 術後 1 例) にリンパ節転移を認めた。術中診断の 3 例中 1 例は LG で D2 を追加し, 2 例は開腹 D2 へ移行した。開腹移行の 1 例は 8 mm の硬い ICG 陰性リンパ節にも転移を認めたが、リンパ管、辺縁洞、リンパ節すべて癌で置換されていた。再手術は 2 例 (各 wedge resection 後で術後幽門狭窄と胃癌細胞の壁内リンパ管内癌遺残を危惧して開腹幽門側切除 + B-I) であった。リンパ節転移診断では、LG 例はいずれも半割 HE 染色で診断できた。予後は、他病死の 1 例を除いてすべて再発なく健在である。考察：LG では触診でリンパ節を検索できないため、術中転移診断には SN ナビゲーションが必要である。われわれはこの点、これまで色素の肉眼観察では不十分で、一方 IRSN ではリンパ節転移の検出率が 100% (12/12 例) と報告してきた。これらより 3 cm 以下の分化型、2 cm 以下の未分化型で EMR 適応外の M 癌、1 流域の N0 の SM 癌は wedge resection で、また 2 流域の N0 の SM 癌は腹腔鏡補助下胃切除で充分と考えられた。SN 取り残しを避けるためにはリンパ流域切除が必要である。転移診断された時点で、現状では開腹で D2 郭清に移行すべきと考える。結語：赤外線腹腔鏡システムを用いたセンチネルノードナビゲーションにより LG の適応は明確にできる。

C6. 鏡視補助下小切開手術

泌尿器科 °岸本 幸一・鈴木 康之
富田 雅之・山田 裕紀
沼崎 進・小池 祐介

近年、腹腔内に内視鏡を挿入し、臓器を摘出する手術いわゆる腹腔鏡手術が開発され泌尿器科領域でも行われている。しかし、泌尿器科領域の臓器は腹膜外にあるにもかかわらず腹腔内を經由して手術が行われる腹腔鏡手術は、腸閉塞などの合併症などのリスクが増すことが予測される。また腹腔鏡手術は、炭酸ガスで加圧し術野を確保するために、静脈血栓、肺塞栓、腎機能障害を起こす可能性がある。さらに腹腔鏡手術は、専用の手術機器を使用し、その多くが Single Use でコストが高くかかる。我々が行っている鏡視補助下切開手術は、従来の開腹手術を基礎に、創より腹膜外で内視鏡を挿入し、炭酸ガスによる加圧をおこなわず、最低限度の創で臓器を摘出することを目標としている。臓器が摘出できる最低限度の創で手術が完了できれば最も低侵襲手術と言える。本手術法で行っているため、根治的腎摘出と、根治的前立腺全摘出を報告する。

C7. 特発性血小板減少性紫斑病の重度血小板数低下症例に対する腹腔鏡下脾臓摘出術の麻酔経験

麻酔部 °柴崎 敬乃・近江 禎子

背景：血小板減少性紫斑病（ITP）の血小板数 $1.0 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ 以下の重度血小板数低下症例に対する腹腔鏡下脾臓摘出術の麻酔を経験したので報告する。

症例：55歳、女性。既往歴に特記すべきことなし。プレドニゾロン ($5 \text{mg} \cdot \text{day}^{-1}$) による外来治療を受けていたが、NSAID 服用によると考えられる脳出血を発症して入院。以降も血小板数値の下降を認め、血小板数は最低値で $0.2 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ と著明に低下していたため、血小板輸血、 γ グロブリン療法、ステロイドパルス療法を行うも血小板数は $1.0 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ 以上になることはなく、腹腔鏡下脾臓摘出術が予定された。脳出血以降、その他の出血傾向は認められなかった。手術6日前より5

日間 γ グロブリンを $22 \text{g} \cdot \text{day}^{-1}$ 投与するも術前に血小板数は $0.8 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ までの上昇の留まり、手術前日血小板濃厚液 20 単位を輸血したが、術当日は $0.6 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ であった。その時点で、再び患者のインフォームドコンセントを得て手術を行うことを決定した。血小板濃厚液 20 単位を投与し、麻酔を開始した。術中麻酔は全身麻酔のみを選択した。脾臓摘出後、血小板濃厚液 20 単位を投与し、血小板数は $4.1 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ に増加した。手術時間は 3.1 時間、麻酔時間は 4.6 時間、出血量は 50g、術後出血はほとんどなく、全身状態の経過は良好であったが、血小板数の著明な改善は認められず、術後の血小板数は $1.1 \times 10^4 \sim 1.4 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ であった。今後は外来通院にて経過観察の方針である。考察：術前の血小板数は $1.0 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ 以下では血小板輸血が必要であると言われている（2001 ASA Annual Meeting Refresher Course Lectures）。しかし今回の症例では血小板輸血後も $1.0 \times 10^4 \cdot \mu\text{l}^{-1}$ に満たない血小板数であったが、治療抵抗性で脾摘以外の治療法が無かったこと、脳出血の既往があること、現在は出血傾向が無いこと、患者の強い希望があったことにより手術を施行することとした。結語：治療抵抗性血小板数低下 ITP 症例に対する腹腔鏡下脾臓摘出術の麻酔を経験した。

D1. 痴呆の評価

— 家族の認識との相違について —

柏市立介護老人保健施設はみんぐ

°斎藤 優子・海老原 香
三浦亜紀子・西澤 康代
山影 茂子・三浦 友子
渡邊禮次郎

はじめに：はみんぐでは、施設利用前に予め入所希望者と同伴者との診断面接を実施している。その際に本人の痴呆の有無とその程度の判定を行うとともに、同伴者に対しても家族による痴呆評価表記入を依頼している。本人の状態と家族の痴呆に対する認識とに相違がある例に少なからず遭遇したので、その原因・背景を検討した。研究対象：平成 14 年 1 月より平成 15 年 9 月の間、通所サービス、入所を利用し、家族による痴呆評価表

の記入されている150例、平均年齢80.4歳、男性48例・女性102例。研究方法：痴呆判定は面接・痴呆評価基準などで総合的に行い、正常・軽度・中等度・高度の4群に分けた。家族による痴呆評価表はRitchieらのスクリーニング・テストを参考として作成した。その記入結果より同様に4群に分け、痴呆度と対比し、その相違した例につき検討した。結果と考察：150例中81例は両者の判定が一致した。施設側の痴呆判定よりも、同伴者側の判断が重度であった症例は43例、軽度であった症例は26例。前者は、うつ状態で仮性痴呆と考えられる症例、家族が介護疲労で早期入所を望んでいる症例などに、後者は施設・病院を転々とし家族が状態を把握していない場合、日中独居などで家族の関心が薄い場合、痴呆を認めたくない場合などに認められた。評価表は記載者が同居している家族で主介護者であることが望ましく、判定は記載者の介護疲労の状態、家族環境などに配慮する必要がある。結論：(1)同居家族の記載した痴呆評価表は痴呆診断に有用である。(2)相違は仮性痴呆、家族の介護疲れ、同居していない家族の判断、家族が痴呆と認めたくない例、廃用状態などの場合に見られた。(3)家族による評価表は、家族の利用に対する関心が明らかになり、今後の介護の指標として役立つ。

D2. 当院救急受診した自殺企図患者の精神医学的考察

精神神経科 〇昼間 洋平・津村 麻紀
古川はるこ・落合 結介
伊藤 達彦・橋爪 敏彦
高梨 葉子・中西 達郎
笠原 洋勇

近年、大都市化・核家族化とともに地域医療型の精神科医療の発展はめざましいものがある。これは同時に精神科救急の必要性をますます高めている。中でも自殺行動患者の増加は深刻で、文化背景の変化とともにその数、基礎疾患、性別、年齢層、職業等、大きな変化をきたしている。その変化はどのようなものになってきているのか検討するのが今回の研究の経緯である。また、自殺行動患者への精神科医の介入について、近年多く報

告されているが、その地域によって文化背景は大きく異なり、必ずしも統一された見解が得られるとはいえない。年々変化していく社会の中で、その時代にあった救急受診する自殺行動患者の実態調査は不可欠といえる。

今回は東京慈恵会医科大学附属柏病院に平成15年4月から平成15年11月までの期間に救急受診した自殺行動患者の外来カルテをもとに、その年齢、性別、職業、身体疾患の有無、精神医学的診断(ICD-10による)、精神疾患既往歴、救急受診に伴う入院期間、受診(退院)後経過、また自殺行動手段、回数についても実態調査をした。そして調査結果をもとに、精神医療の介入に伴う変化の比較検討を行った。この結果をこれまでの報告と比較し、リエゾン精神医学をも含めた精神科医の役割、必要性、有益性に関して検討することを目的とする。この実態調査をもとに、精神科救急の現場で、迅速に対応することができ、救急受診後の治療継続のための救助行動段階と精神疾患診断に留意した治療方針の重要性を示すことができるといえる。

D3. 「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」から本校の技術教育を検討する

慈恵柏看護専門学校 〇藤田 幸枝・清水 恭子
斎藤真梨恵・山下 紳子

平成15年3月に「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会」から報告書が出された。それを基に本校での看護技術の実施状況と、学内実習の課題を明らかにし技術教育を検討した。

今回は学生看護技術実施状況を把握するために、厚生労働省から出された13項目とそれぞれの内容に経験の有無で問いをかけたアンケートを2年生71名と3年生49名に実施した。その結果、2年生は、3週間の臨地実習だけの結果のため単独で実施した技術は全体に低い。3年生は、日常生活の援助技術の範疇である各項目の水準1として求められている内容のほとんどで学生の半数以上が単独で実施し、診療の補助技術に該当するバイタルサインや症状・病態の観察、安楽確保の技術については80%以上が単独で実施しており卒業時

点での実施可能技術ととらえることができた。しかし、その他の診療の補助技術は、水準2の内容はもちろん水準1で求められている内容であっても教員または看護師とともに実施しているに留まっており、これらの技術は患者の状況によっては経験の機会が少ないことを示している。今後は、水準1の技術は単独で行っている事実を元に、安全安楽に単独でできる技術を確立し、水準2の技術は、受持ち患者を通した臨地実習での経験を意図的に増やしていくことが必要である。

また、学内における看護技術教育は、単に手順や方法を教授するのではなく根拠や意味づけを重視し、主体的学習者としての学生の育成的側面を持ち事前学習や事後の技術習得に向けてまで関わりを持っている。学生1つ1つの技術に対する関心を高め、事前学習により気づいた疑問に、答える演習を通して主体的学習者としての学生を育成していきたい。

D4. がん患者の理学療法施行状況について —外科患者を中心として—

¹整形外科理学療法室, ²外科, ³整形外科
[°]石井 美紀¹・村松 正文¹
 山田 健治¹・藤本 英明¹
 糸 真琴¹・中村 尚人¹
 平野 和宏¹・古和田涼子¹
 安部 知佳¹・良元 和久²
 蔡 詩岳³

平成11年-15年の各1月-9月にがんと診断されて入院し、理学療法を施行した患者についてカルテから後方視的に検索し、当院におけるがん患者のリハビリテーション（以下、リハと略す）の現状について調査した。また、平成14年と15年に外科入院中に理学療法を施行したがん患者の理学療法依頼内容についても比較・検討したので報告する。

平成12年以降、がん患者は年々増加傾向にあり、平成15年では外科30件、整形外科および脳外科より各19件の依頼があった。外科入院患者の3-5%が理学療法を受け、その半数ががんであった。平成14年と15年の比較では、平成15年において、在院日数の減少、リハ期間/退院患者数の増

加が見られた。運動機能回復を目的とした依頼件数の増加とリハの早期開始の結果と考えた。また、平成15年は術前肺理学療法も3件依頼され、今後とも増加が見込まれた。

脳腫瘍、骨腫瘍の理学療法は技術的に確立されたものが多いのに比べて、外科系のがん患者においては抗がん剤治療、化学療法および放射線治療中または後のリスク管理が重要とされる。この問題は平成15年8月より処方箋を変更し、主治医によるリスクおよび理学療法の目的等の記載欄を設けたことにより、解消されつつある。

全国的にはリハ科が診療科として、高度がん専門医療機関に設置され始め、海外においてもがんのリハのエビデンスが蓄積されつつある。当院において、がん患者のQOL向上、治療後の体力回復を目的とした積極的なリハを展開するためには医師、理学療法士と看護師間の勉強会や病棟カンファレンスの開催、理学療法士個人の技術向上等の更なる努力が必要である。

D5. 治療のスピードアップと被験者リクルート —現状報告と今後の課題—

治験管理室 [°]渡部 貴子・押切優美子
 佐野 由美・川上 厚子
 小林 正之

新GCP施行以後、日本国内での治験のあり方は大きな変化を遂げ、データの質の向上が図られ治験の信頼性と科学性において大きく発展し始めている。しかし、その中で変わらず問題となっているのがスピードの遅さである。また、アジアの国々が国際的な治験において手を挙げ始めた今、日本国内では病院が治験を選ぶ時代から、治験依頼者に選ばれる時代へと確実に変化しつつある。治験の質が環境整備によりほぼ平均化した現在、治験依頼者が施設を選択する条件は、確実な症例数確保とスピードの速さとなる。そこで、確実に症例数を確保しスピードアップを図るためには、被験者のリクルートをいかに速やかに的確に行うかが鍵となる。しかし、現在柏病院においては、被験者のリクルートにかなりの時間を要する上に、契約症例数の確保も困難なケースも見られている。このような状況を打開するために、CRCが診

療内容や投薬歴からエントリー基準に合う患者を探し、スクリーニングを実施し担当医師に情報提供するという方法を取り対応している。しかし、CRCのみでは判断が困難な基準もあり、またカルテ等の紙面上からの情報収集のため、患者のキャラクターや医師の治療方針までは読み取れないこともあり、情報を提供しても同意説明には至らないケースも多い。このような問題の解決としては、実施可能な症例数であるかを十分に検討し契約を行うことや、治験の依頼を受託する段階から日常の診療内で被験者となり得る患者のピックアップを行うなど早期に治験を意識した対応を取っていくとともに、医師に対し進捗状況を定期的に報告し、リクルートを意識する機会を意図的に作ることも必要である。

また被験者の側面からは、治験を理解し治験へのモチベーションを向上させることが早期のエントリーを可能にしていくと考える。今後も柏病院が先進医療の担い手として治験依頼者から選択される施設であり続けるために、さらなる環境整備に取り組んで行く必要がある。

D6. 当院における麻薬の使用状況とオピオイドローテーション

薬剤部 妹尾裕美子・安間 浩子
佐野 由美・勝俣はるみ
押切優美子・高木 宣行

わが国の死亡原因の第1位は悪性新生物であり、病期にかかわらず疼痛緩和が患者のQOL上重要な問題となっている。WHOは1986年に“がんの痛みからの解放 (Cancer Pain Relief)”としてがん疼痛治療法の標準的ガイドラインを示した。この治療法は、WHO 3段階除痛ラダーに基づき薬剤を選択していくというシンプルな治療法である。この治療法の中心となるのがオピオイドで、この定義が実際の診療に定着してきたことでモルヒネの使用量が年々増加してきている。しかしわが国にはモルヒネ以外にがん性疼痛に使用できる麻薬がないなどの問題があったが、2002年3月にフェンタニルパッチ、2003年7月にオキシコドンが発売されたことによりオピオイドローテーションが可能となった。当院においてもその2剤が採用となり、内用薬6品目、外用薬4品目、注射薬4品目に増え、臨床現場のニーズに応じた成分や剤形など薬剤の選択肢が広がってきた。今回当院における麻薬の使用状況及びオピオイドローテーションについて症例を呈示して考察する。