

## 第 103 回成医会青戸支部例会

日 時：平成21年12月19日（土）

会 場：東京慈恵会医科大学附属青戸病院

第2別館 4階 会議室

### 【特別講座】

#### 麻酔の進歩：主に鎮痛について

東京慈恵会医科大学附属青戸病院麻酔科

庄司 和広

#### 1. 麻酔の歴史

伝説では、紀元前4000年 旧約聖書で「神はアダムに深い眠りをもたらし、1本のアバラ骨を取り出して肉で塞いだ。」とあり、世界最古の麻酔といわれている。黎明期には、1804年に華岡青洲が通仙散を用いて全身麻酔下で乳癌の手術に成功する。これは詳細な記録の残る世界初の本格的全身麻酔であり、1846年にモートンがエーテル麻酔を行う40年以上前のことである。その後、局所麻酔薬の発見や神経ブロック法の発達、気道確保などにより急速に麻酔が進歩してきた。現在でも行っている手術のほとんどが、全身麻酔の進歩とともに開発されたと言われている。

#### 2. 鎮痛薬の種類

鎮痛薬には、オピオイド、NSAIDs、吸入麻酔薬やその他もろもろあり、今回は、オピオイドの内でも代表的な鎮痛薬であるモルヒネとフェンタニルについて簡単に述べる。オピオイドの代表的な副作用には呼吸抑制、嘔気・嘔吐、便秘：腸管などがあり、その他：搔痒、鎮静・せん妄、排尿障害などがみられる。オピオイドによる術後鎮痛には、投与経路として1.静脈内投与、2.硬膜外投与、3.皮下投与、4.筋肉内投与があり、投与方法には1.一回投与方法2.持続投与方法などがあげられる。

#### 3. 最近の話題

術後鎮痛法としてのPatient controlled analgesia (PCA)

現在、当院で行われている術後鎮痛法は硬膜外麻酔、オピオイドの静脈内投与、坐薬、その他の

方法がとられており、それぞれに長所、欠点がある。これらの最大の欠点は「患者が痛みを感じてから鎮痛薬の投与まで時間がかかる」ということである。それを解消することが期待できる方法としてPatient Controlled Analgesia (PCA：患者自己管理鎮痛法)がある。これは患者自らが疼痛の状況にあわせて鎮痛剤の投与を行う方法で、薬剤の投与は、静注、皮下注、硬膜外投与のいずれも可能である。青戸病院では皮下投与のみを取り入れていたが、2009年より硬膜外PCAを導入した。最後の静脈内投与 (IV-PCA) は導入が難しく、麻酔科医師、各診療科やとくに病棟看護師の負担が一時的に増加してしまうため、導入を見送ってきた。しかし、世の中の流れから、今後、青戸病院でも導入して行かなければならないと考えている。

### 【一般演題】

#### 1. 新病院におけるスチコン・クックチルの検証

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院栄養部

<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院新病院建築準備室

追川 公佑<sup>1</sup>・櫻井 政則<sup>1</sup>

田爪 明<sup>1</sup>・赤石 定典<sup>1</sup>

田端 稔<sup>1</sup>・林 進<sup>1</sup>

安楽 茂樹<sup>2</sup>・内藤 靖之<sup>2</sup>

はじめに：栄養部では新病院に向けて、スチコン・クックチルを使った新しい食事提供システムを検証している。スチコン・クックチルとは、調理された料理を速やかに冷却し、食器に盛り付け、チルド庫で保冷後、提供時間に合わせてコンベクションオープンにて食器ごと再加熱して提供することである。

導入目的：現状の食事提供は、調理後に盛り付けた料理をトレイメイクし、温冷ワゴンにて加温

後、提供（クックサーブ）しているが、朝・昼・夕食の3食を提供するため勤務時間が長く合理化が図れず、特に早出勤務の負担が大きな問題となっている。スチコン・クックチルを導入することで、早出人数の削減等が図ることができるだけでなく、現状の配膳車で導入が可能であり、コストパフォーマンスに優れ、調理技術のスキルアップと並行して段階的に導入できることが利点として挙げられる。また、食器に熱が蓄熱されることにより、保温性が良く、料理の違いに合わせた最適な再加熱が可能であることも特徴である。

検証方法：朝食の献立で提供しているスクランブルエッグ、ひじきの煮物、高野豆腐煮、厚焼き玉子、切干大根煮、筑前煮、五目大豆、きんぴらごぼう、若鶏二色巻き、八幡巻きの計10種類の料理を検証した。検証方法は、①120度15分加熱しスチコンから出して常温保管した場合②120度15分加熱し電源を切り庫内で保温した場合③120度20分加熱し電源を切り庫内で保温した場合の温度の上昇推移を比較した。

検証結果・おわりに：大量調理マニュアルでは、食品衛生上、料理の中心温度を85度まで上げることとなっている。①の場合は半数の料理が目標温度まで上がらなかった。②は高野豆腐煮を除く9品が目標温度まで上がった。③は温度が上がりすぎてしまい、数品の食材が食器内で破裂し食器を汚してしまう要因となることが分かった。

栄養部の使命は、美味しく安全な食事の提供である。新病院に向けて、スチコン・クックチルを使った新しい食事提供システムを更に検証し、今後は調理する側にも考慮したシステム作りを確立していきたい。

## 2. IBD（炎症性腸疾患）チームの取り組み： レミケードパスの中で

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院消化器肝臓内科

<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院看護部

<sup>3</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院血液浄化部

<sup>4</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院栄養部

<sup>5</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院薬剤部

<sup>6</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院ソーシャルワーカー

○須藤 訓<sup>1</sup>・鎌木 由香<sup>2</sup>

小野寺こずえ<sup>2</sup>・古川 愛<sup>2</sup>

本多 弥生<sup>2</sup>・中野 瑞穂<sup>2</sup>

田麦 美紀<sup>2</sup>・長嶺 恵子<sup>2</sup>

及川 千鶴<sup>3</sup>・山本 恵美<sup>4</sup>

黒川香奈子<sup>4</sup>・松浦智恵子<sup>5</sup>

橘田祐希枝<sup>6</sup>・小嶋千菜都<sup>6</sup>

IBD = Inflammatory Bowel Disease, 炎症性腸疾患は慢性かつ難治性の疾患であり、その原因は解明されていない。しかし近年病態研究が進み、実際の治療に応用されている。抗TNF- $\alpha$ 抗体であるレミケードもそのひとつであり、本邦ではクローン病のみの保険適応ではあるが、高い治療効果を発揮し、患者のQOL向上に寄与している。現在、当院消化器肝臓内科では潰瘍性大腸炎、クローン病、ベーチェット病など約200名のIBD患者が治療を受けている。そのうち26名にレミケードが導入され、22名が継続投与中である。当院ではレミケードの投与にあたりクリニカルパスを用い、医師、看護師、栄養部、薬剤部が連携して治療を行っている。パスの流れについて説明する。まずパスに基づき医師が出した指示を外来看護師が受け、入院手続きなどを患者に説明し、栄養部に治療予定を連絡する。治療当日は病棟看護師がチェックリストに基づきレミケード投与し、問題が生じた際は指示通り対応する。入院中は栄養および薬剤指導を行い、必要時にはソーシャルワーカーも相談に応じる。この一連の流れの中で共用のカルテが重要な役割を持つ。これには各部署が記載する患者情報が集約され、これを共有することで患者の治療状況、生活状況、メンタルなどを詳細に把握し、チーム医療の実践介入が円滑となる。最近治療効果によっては投与間隔を短縮する、また手術など他治療を併用するケースもある。さらに潰瘍性大腸炎も保険適応となる方向にある

ため、今後はレミケード投与機会の増加が予想される。現行のパスをさらに運用しやすい形に改善し、確実かつ安全な治療を提供できるよう検討中である。

### 3. “来てよかった病院” を目指して：総合案内の活動報告と今後の展望

東京慈恵会医科大学附属青戸病院看護部

°長沢恵美子・安藤 妙子  
山岸 清美

平成7年厚生白書に「医療は国民に密着したサービス（医療はサービス業）」と厚生省の方針が出され早くも15年が経過し、医療関係にもサービスという言葉自体は浸透してきている。医療現場のサービスは、医療の質を核とする「医療サービス」と、人と人とのふれあいを大切にしたいホスピタリティという「患者サービス」に大別される。患者サービスとして、広く病院利用者に快く感じてもらい、また教職員も心豊かに仕事ができるように、ハード・ソフトの両面からの改善が必要である。一方的な関係のサービスから、一歩進んだ相互関係を築き、「何かあった時にはまた青戸病院にかかりたい」と選ばれ、訪問した人が不安や不満を持ち帰らないような病院作りを目指している。当院では、平成17年に「総合案内・患者相談窓口」を設置し、来院者からの相談に応じる体制を確保してきた。たとえば、外来窓口業務の効率化を図り、患者の待ち時間の短縮とサービスの充実を図ることを目的とし、総合案内で受診方法の説明や施設案内、電話相談による受診科の選択や、よろず相談に寄せられた意見をもとに患者の視点に立った改善を業務課と連携し活動している。青戸病院は、新病院リニューアルをチャンスに、更なる意識改革・業務改善を推進しており、患者個人にあった治療環境が選択され、優しさ・快適さのあるアメニティーの充実が、患者・職員共に重要である。

現在、外来患者数も増加し、患者の紹介内容も複数科にわたる傾向にあり、いかに目的に合った治療を短時間で受けることができるかが求められている。そこで今回、窓口業務の時間短縮・患者トリアージや各科外来間の連携について、現状の

問題点から改善策の実施により、初診受付待ち時間の短縮や安全な環境作りに効果が得られた。その取り組みと今後の課題について報告する。

### 4. 退院調整看護師（PFM）の役割と今後の課題：地域と支えあうターミナルケアの実践

東京慈恵会医科大学附属青戸病院看護部

°秋葉 博子・鎌木 由香  
安藤 妙子

看護部では、患者の状況に応じた入退院のコーディネートを行い、入院前より安心して医療が受けられるよう、あらゆる面から支援するPFM機能を導入し現在、外科外来からの入院患者、全身麻酔手術を受ける患者全てを対象に実施している。PFM機能を円滑に活用することで、予定入院の患者が進んで医療に参画できるように変化している。しかし、当院では、入院患者の約半数が急患であり、ソーシャルリスクの高い患者や入院時にはすでに病状が進んでいるターミナルの患者も多い。今までは治療が終了しても自宅での生活の不安や、家族の受け入れが困難なケースなど、入院が長期化するケースも少なくはなかった。そこで、患者の状況に応じた病床を確保し、必要な時に必要な病床を提供することを目指した効率的なベッドコントロールを行う必要があった。

PFMプロジェクトでは平成21年4月より、入院時の患者情報から、退院困難となる可能性の高い患者を初期スクリーニングし問題を早期にアセスメントし、退院にむけての適切な調整と在宅支援を実践している。

今回、ターミナル期にある患者の在宅支援を行ったケースからの学びをまとめた。私たちは、がん患者の「帰りたい」を支えるために「治療できない・長く生きられない・」諦めから「それでも自分らしく生きたい・」といった希望への在宅での看取りを可能にしたいと考えた。しかし、ターミナル期の患者・家族はもちろん医療者側も、在宅や訪問診療のイメージは「そんなの無理」「何かあったらどうしよう」と一歩踏み出せないでいる現実も多い。患者の「帰りたい」を可能にするためには、医師、看護師とのカンファレ

ンスを重ね方向性を一致させること、また地域の訪問看護ステーションや往診医との連携を密にとり患者の思いに添ったケアを実践するための調整が重要である。今後、私たちは地域医療の強みを活かしつつ、患者・家族が安心して療養生活が送れるよう患者支援のコーディネーターとして「帰りたい」を支え続けていきたい。

## 5. 高齢者肺癌症例の現状と問題点

東京慈恵会医科大学附属青戸病院呼吸器内科

○小田島 丘人・齋藤 善也  
児島 章

背景：肺癌は男性での癌死亡の1位を占める。その一方、人口の高齢化とともに、高齢の癌患者が増加しており、診療上の多くの問題点が指摘されている。

目的：当院を受診した80歳以上の肺癌患者の経過をretrospectiveに検討した。

対象：平成20年6月より平成21年6月までに当院を受診した80歳以上の高齢者肺癌症例26名。

結果：年齢平均84歳（80歳～92歳）、性別；男性20名、女性6名。組織型；腺癌9名、扁平上皮癌4名、小細胞癌3名、組織未確定10名。臨床病期分類はIA；3名、IIB；3名、IIIA；4名、IIIB；1名、IV；11名、未確定；4名。病名告知は全症例において行われていた。治療は、放射線治療；11名、化学療法；1名、放射線治療＋化学療法；3名、緩和ケアのみ；11名。転帰は、外来通院；7名、入院中；3名、転医；3名、在宅診療；5名、死亡；8名であった。

考察：初診時に臨床病期が進んでいる症例が多く、治療は放射線治療もしくは緩和ケアを希望される傾向があった。ADLの低下している症例や独居症例も多く、地域における癌診療での病診連携の構築が急務である。

## 6. 急性発症した門脈血栓症例の臨床的検討

東京慈恵会医科大学附属青戸病院消化器・肝臓内科

○久保 恭仁・木村 貴純  
石黒 晴也・百瀬 邦雄  
二上 敏樹・吉澤 海  
安部 宏・須藤 訓  
相澤 良夫

はじめに：急性に発生する門脈血栓症は比較的多い病態でその原因や発症形式、治療方法はさまざまである。今回我々は当院で経験した5例について比較検討し報告する。

症例1：26歳女性。多嚢胞性卵巣症候群にて経口避妊薬を2年前より内服開始。急性腹痛にて入院した際、造影CTにて門脈本幹を中心に血栓形成を認めた。ヘパリン投与と経口避妊薬休薬にて改善。その後再燃なし。

症例2：54歳男性。腹部膨満感、腹痛、下痢を主訴に来院した際に胸腹水を認め症状改善しないため当院へ入院。広汎に門脈脾静脈血栓を認め脾梗塞、蛋白漏出性胃腸症を認めた。経静脈的にウロキナーゼ投与後、ワーファリンの投与を行った。蛋白漏出性胃腸症に対してステロイドパルス療法を施行。治療に約6ヵ月を要したが軽快し現在外来加療中である。

症例3：33歳女性。上腹部痛にて近医にて入院加療したが改善なく当院へ紹介。造影CTにて門脈血栓と診断し、ヘパリンを投与した。その後腹痛改善しワーファリンに変更し経過観察した。

症例4：41歳男性。16年前よりクローン病にて加療中。腹部症状の増悪と2週間以上続く発熱を認め造影CTを行ったところ門脈本幹を中心に肝内門脈を含む広汎な血栓形成を認めた。絶食とし抗生剤投与としたが肝予備能低下を認めたため上腸間膜動脈にカテーテルを留置しウロキナーゼ投与とヘパリンの全身投与を施行した。クローン病の改善に伴い肝予備能も改善。門脈本幹の閉塞は解除されなかったが側腹血行路の発達みられ退院となった。

症例5：38歳男性。不明熱、肝障害にて入院。造影CTにて門脈血栓と診断。上腸間膜動脈にカテーテルを留置しウロキナーゼ投与後ヘパリン全身投与を行った。血栓は退縮傾向となった。兄に

肺梗塞の既往歴があり精査にてプロテインS欠損症 (typeIII) と診断した。

まとめ：5症例とも発症形式はさまざまで原因不明の腹痛や発熱ではこの病態を疑う必要がある重症度や発症からの経過時間などによって治療方針も異なりおもに内科的治療と外科的血栓除去が行われるが、当院で経験した5例は全て内科的治療で改善した。

結語：急性の門脈血栓症は原因、発症形式、治療方針もさまざまであるが、原因不明の発熱、腹痛の鑑別上忘れてはならない疾患である。われわれの経験をもとに若干の文献的考察を加え報告する。

## 7. 尿路感染症を契機に診断された腎性低尿酸血症, 多発性嚢胞馬蹄腎の1例

東京慈恵会医科大学附属青戸病院腎臓・高血圧内科

○栗田 裕輔・隅山 昌洋  
遠藤 聡・丸山 之雄  
平野 景太・池田 雅人

症例：20歳，女性。主訴：発熱，左側腹部痛。現病歴：生来健康。数年前より時々，左側腹部痛を自覚することがあった。1年前に左側腹部痛を自覚し，近医を受診した。内服加療を受けたが，38.9度の発熱と左側腹部痛が持続するため，翌日，当院救急部を受診した。身体所見で左CVAの叩打痛，末梢血で白血球数26,500/ $\mu$ l, CRP 19.6 mg/dl, 尿酸0.7 mg/dl, 尿検査で沈渣白血球 too many/hpf を認めた。腹部CTで左腎の一部に高濃度域を伴う多発性嚢胞腎，かつ，両腎の下極が癒合する馬蹄腎を認めた。肝内にも多発する嚢胞を認めた。

入院後経過：尿路感染症が強く疑われたため，doripenem (商品名フィニバックス) 0.75 g/日による抗菌療法を開始した。家族内にも多発性嚢胞腎罹患者の存在することが判明した。低尿酸血症は，尿中尿酸排泄量 (EUA) 0.82mg/kg/hで尿酸産生の低下を認めず，FEUA (尿酸排泄率) は48%であったため，腎性低尿酸血症と診断した。第9病日に37.2度の発熱およびCRP10.9mg/dlであったため，doripenemを1.5 g/日に増量した。第15病日によろやく体温36.5度，CRPは0.1m/dlとなり，左側腹部痛も消失し，第22病日に退院となった。

結語：難治性尿路感染症を契機に診断された腎性低尿酸血症，多発性嚢胞馬蹄腎のまれな1例を報告した。

## 8. アルツハイマー型認知症におけるvbSEEを用いたVoxel-Based Morphometry解析の有用性

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院神経内科

<sup>2</sup>研修医

<sup>3</sup>東京慈恵会医科大学附属青戸病院神経内科研究技術職

<sup>4</sup>千葉大学精神科

○互 健二<sup>2</sup>・橋本 昌也<sup>1</sup>  
川崎 敬一<sup>3</sup>・石川 雅智<sup>4</sup>  
今井 那美<sup>1</sup>・村上 舞子<sup>1</sup>  
吉岡 雅之<sup>1</sup>・鈴木 正彦<sup>1</sup>

背景：Voxel-based Analysis Stereotactic Extraction Estimation (vbSEE) はMRI, SPECT画像等のSPM統計解析結果に対してVoxel-Based Morphometry (VBM) 解析を行うソフトウェアである。本ソフトウェアによりMRIおよびSPECTの両者から得られる情報を数値化し，同関心領域内で比較することが可能となる。

目的：vbSEEのアルツハイマー型認知症 (AD) 診断への有用性の検討。

症例：臨床的に診断した重症度の異なるAD2例。

方法：頭部MRI, SPECTの標準化画像上に関心領域 (後部帯状回, 楔前部, 頭頂側頭皮質, 内側側頭部, 側頭葉外側皮質, 海馬領域) を設定。各関心領域で, Z値が-2以下の座標の割合 (Decrease Extent (DE) (%)), Z値が-2以下の座標の平均Z値 (Decrease Positive Mean (DPM)) を算出。得られたDE値, DPM値を指標として灰白質密度低下領域, 血流低下領域の広がりおよび重症度を検討した。

結果：DE値より後部帯状回では灰白質密度低下に比べ血流低下が, 海馬領域では血流低下に比べ灰白質密度低下が著明であることが明らかとなった。また, DPM値は臨床的重症度を反映していた。以上よりADの評価にはMRI, SPECT両者の情報を正確に比較検討することが重要である。その点からもvbSEEはADの早期診断, 重症度判定に有用と考えられる。

## 9. 卵巣嚢腫として経過観察した腎盂拡張合併妊娠の1例

東京慈恵会医科大学附属青戸病院産婦人科

°關 壽之・杉浦健太郎  
石井 晶子・仲田 由紀  
森本 恵爾・竹中 将貴  
高尾 美穂・松本 隆万  
磯西 成治・落合 和彦

症例は33歳，1経妊1経産，特記すべき既往歴なし。

妊娠18週で卵巣嚢腫合併妊娠の管理目的にて紹介初診となった。左骨盤内に10×9cm大の嚢胞性腫瘤を認めたが，経過観察の方針とした。

しかしながら経時的に嚢腫は増大し35週の時点で19×10cm大となり，38週を待って選択的帝王切開術および卵巣嚢腫摘出術を予定した。

しかし妊娠35週3日陣痛発来，分娩は滞りなく進行したため，経膈分娩にて児2100gを娩出した。

産後3日目に撮像したMRIにおいて，当該嚢腫は卵巣に認めず，左腎嚢腫あるいは左腎盂拡張と考えられた。1ヵ月後の産後健診では嚢胞性腫瘤は12×11cmまで縮小を呈し，現在も経時的に経過を追っている。

これらの経過を後方視的に考えると，既存に腎盂尿管移行部狭窄があり，妊娠に伴い瘤状拡張を呈したと推察された病変が卵巣か腎盂かを鑑別することは重要で妊娠・分娩管理にも影響を与えかねず，まれな症例でもあり提示した。

## 10. 前立腺肥大症に対するホルミウム・ヤグ・レーザーによる前立腺焼却術

東京慈恵会医科大学附属青戸病院泌尿器科

°木村 章嗣・小出 晴久  
柚須 恒・富田 雅之  
清田 浩

序論：我が国でも前立腺肥大症に対する低侵襲治療としてホルミウム・ヤグ・レーザーを用いた前立腺核出術や焼灼術が行われるようになってきた。慈恵医大では2004年3月より前立腺肥大症に対しHoLAPをおこなっており，その有用性，安全性について検討した。

方法：2004年3月～2009年8月の間で101人に，HoLAPを施行した。評価項目としては術前，術1，3，6，12，24ヵ月後の①IPSS，QOL-index②最大尿流量(Qmax)③残尿量④前立腺容積(MRI)：術前，3ヵ月後を，安全性評価としては術前後のHb値，Na濃度の比較，術後合併症の有無として尿閉，後出血，尿道狭窄，尿路感染症の有無を見た。

結果：①IPSS，Qmax，RUは治療後1，3，6，12，24Mで治療前より有意に改善した。②術前後の前立腺容積は有意に縮小した。③術前後のHb，Naには有意な変化を認めなかった。④前立腺容積が50ml以上の大きな前立腺肥大症でもIPSS，Qmaxの改善を認めた。⑤合併症として一過性の尿閉を8例に，尿道狭窄を6例に，MRSAによる尿路感染症/膀胱結石，穿孔を各々1例に認めた。

結論：HoLAPは前立腺肥大症に対し安全で，長期間でも有効な治療法であると考えられた。

## 11. 若年者の網膜中心静脈閉塞症の1例

東京慈恵会医科大学附属青戸病院眼科

°中島 未央・葛西 梢  
清水恵理香・後藤 聡  
加畑 好章・久米川浩一  
高橋現一郎・河合 一重

網膜中心静脈閉塞症(CRVO)は，視神経乳頭内の強膜篩状板付近で網膜中心静脈が閉塞し，網膜内出血をおこす疾患である。高齢者に多く，糖尿病，高血圧，高脂血症などの全身疾患を合併することが多いが，それらを合併しない若年者においては，血管炎が発症に関与することがある。今回われわれは，若年者に発症した網膜中心静脈閉塞症を経験した。

本症例においては，血管炎をおこす基礎疾患は認めず，若年者にかかわらず，高血圧による動脈硬化が発症に関与したと考えられる。

本症例のように，全身疾患に合併した疾患の場合，内科との連携した治療が必要不可欠である。また，昨今の若年者における生活習慣病の罹患率の増加に伴い，眼科領域においても，本症例のように血管病変を伴う疾患の増加が予想される。

## 12. 高齢者に発症したSMA症候群の1例

東京慈恵会医科大学附属青戸病院外科

<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学外科学講座消化器外科

○及川 祥生<sup>1</sup>・飯田 直子<sup>1</sup>  
長谷川拓男<sup>1</sup>・田中 知行<sup>1</sup>  
又井 一雄<sup>1</sup>・黒田 徹<sup>1</sup>  
吉田 和彦<sup>1</sup>・矢永 勝彦<sup>2</sup>

症例は83歳女性。腹痛、嘔気を主訴に救急外来を受診した。入院後の腹部X線、CTで著明な胃拡張を認めたため、経鼻胃管による胃内減圧を試みたが奏効せず、嘔吐による誤嚥から呼吸停止をきたした。気管内挿管を行い、人工呼吸器管理として、救命することができたが、1日の胃内容吸引量は約5000mLに及んだ。その後の胃拡張の原因検索で、SMA症候群と診断した。高齢であり、経鼻胃管と中心静脈栄養法による保存的治療を選択した。全身状態は改善し、人工呼吸器からも離脱できた。経口摂取量も徐々に増量でき、軽快退院となった。SMA症候群は、十二指腸水平部がSMA根部と腹部大動脈や脊柱との間で圧迫され、高位イレウスをきたした病態と定義される。若年者における発症が多いとされているが、今回われわれは高齢者に発症したSMA症候群の1例を経験したので報告する。

## 13. 当科にて経験した皮下気腫の2症例

東京慈恵会医科大学附属青戸病院耳鼻咽喉科

○佐野 博美・西嶋 嘉容  
長尾 哲兵・小島 純也  
吉田 拓人・飯田 誠

皮下気腫とは皮下に空気がたまった状態を指す。皮下気腫は誘因によって、おもに特発性、外傷性、医原性に分けられる。とくに医原性については、我々が頻回に行う処置が誘因となることもあり、日々の日常診療で注意を要すると思われる。一般に安静と感染予防のための抗生剤投与による加療にて軽快し予後は良好であるが、まれに生命に関わる可能性のある注意を要すべき疾患である。

今回我々は特発性と外傷性の皮下気腫を呈した症例を2つ経験したので若干の文献的考察を交えて報告した。

## 14. 非心臓手術における合併心疾患評価のプロトコールに関する検討

東京慈恵会医科大学附属青戸病院中央検査部

○杉本 健一・笹岡麻衣子  
羽田野朋美・安井まゆみ  
中川 享子・仲村 敦子  
村上結美子・齊藤 正二  
平田 龍三

背景：非心臓手術における心合併症は、手術に重大な影響を与える可能性があり、術前に心電図検査をはじめとする合併心疾患の評価が行われている。JCSから2008年に、非心臓手術における心血管系評価とガイドライン改訂版が発表されているが、そのまま実際の臨床に適用することは困難なため、これらのガイドラインを参考にそれぞれの病院で病院の実情に即した術前評価のプロトコール作成が必要となっている。今回、当院における術前循環器検査の現状と手術の転帰を調査した。

方法：2009年1月から3月の3ヵ月間に非心臓手術に対する術前心電図判読依頼のあった患者を検討対象とし、依頼件数、心電図所見、循環器内科への兼科以来の有無、循環器内科で行われた検査の種類・結果、手術中止の有無、手術における心事故の発生の有無につきプロスペクティブに検討した。

結果：3ヵ月間の総心電図検査2612件中、術前判読依頼心電図は821例で、このうち有所見者は328例(40%)で、以下の所見を認めた(脚ブロック36例、軸異常20例、心室性期外収縮20例、心房性期外収縮24例、心房細動23例、房室ブロック19例、洞性頻脈・徐脈29例、その他の不整脈2例、左室肥大49例、ST-T変化118例、陳旧性心筋梗塞の疑い25例、その他72例)。心電図所見、患者の状態、手術侵襲度などから主治医により精査必要と判断された99例が循環器内科に診察依頼されたが、このうち13例は、循環器内科医の診察だけで新たな検査は行われなかった。残りの86例では、心エコーが85例、24時間ホルター心電図が7例、負荷心筋シンチが22例で行われ、このうち2例で術前に、1例で術後に心臓カテーテル検査が施行された。以上の検査結果と患者の

状態および手術の必要性から、手術のrisk/benefitが検討され、1例で保存的治療が選択された。今回、術前心電図が依頼された821例で、周術期心合併症は、術後に腎梗塞を発症した慢性心房細動症例1例だけだった。

考案：同様の心電図所見であっても判読医により検査の方針に差がみられたが、不十分な術前検査による周術期心合併症は見られなかった。安全と効率と医療経済を視野に入れた、術前検査プロトコル改定が必要と考えられる。

### 15. 左室収縮能正常な安定期外来患者における加齢に伴うBNP上昇と左室拡張能の意義

東京慈恵会医科大学附属青戸病院循環器内科

藤井 拓朗・山田 崇之  
加藤 大介・筒井 健介  
小山 達也・山崎 弘二  
橋本 浩一・笠井 督雄  
関 晋吾

背景：心不全のマーカーとして用いられるBNPは左室収縮能障害・拡張能障害でも上昇することが知られている。また、健常人のBNPの基準値は年齢の上昇に伴い、上昇することも知られている。しかしながら、左室収縮能正常な安定期外来患者における加齢に伴うBNP上昇と左室拡張能の意義に関してはいまだ明らかではない。

目的：循環器疾患を有する左室収縮能正常な安定期外来患者において、加齢に伴うBNP上昇と拡張能低下との相関を検討した。

対象：慈恵医大青戸病院ならびに第三病院に外来通院している安定期循環器疾患患者の中で、BNP測定と心エコー検査を同時期に施行してきた左室収縮能正常な156症例を対象とした。LVEF50%以上を左室収縮能正常とした。75歳未満の非高齢者群（平均年齢55.2±14.1歳）と75歳以上の高齢者群（平均年齢81.4±4.3歳）とを比較した。BNP上昇を来す、急性疾患、心筋症、中等症以上の弁膜症、血清クレアチニン1.1mg/dl以上の腎機能障害、非洞調律の症例は除外した。

方法：BNPと心エコー検査で求めた左室拡張能の指標（E/e'）につき検討した。統計はT検定とχ<sup>2</sup>乗検定を用いた。p<0.05を有意とした。

結果：BNPは非高齢者群35.7±44.2pg/ml、高齢者群105.7±126.4pg/mlであり、高齢者群において有意に上昇した（p<0.01）。E/e'は非高齢者群6.28±1.62、高齢者群9.16±3.84であり、高齢者群において有意に上昇した（p<0.01）。左室壁肥厚に関しては両群間で有意差は認めなかった。

考察：BNPを上昇させる因子として年齢、左室収縮能、左室拡張能、左室壁肥厚、腎機能障害などの因子が報告されている。今回我々は左室収縮能、左室壁肥厚、腎機能障害の因子を一致させてBNPの値を検討した。年齢におけるBNP上昇の原因として拡張能障害が関与している可能性が示唆された。左室収縮能正常な安定期外来患者において、加齢によりBNPは有意に上昇した。加齢により有意に低下する左室拡張能の影響と考えられた。

### 16. がん患者のQOLを支えるチーム医療

東京慈恵会医科大学附属青戸病院看護部

小寫 順子・野口 恭子  
岡野 慶子・宮内 孝恵

近年、在宅療養のサポート体制が整備され、がん患者はがん性疼痛などの苦痛症状のコントロールを、外来通院しながら行えるようになってきた。痛みの緩和は、がん患者が残された時間を出来る限り家族と共に過ごし、自分らしく生きていくために欠かすことの出来ないケアであり、最期は痛みがない状態で死を迎えられることが必要である。

これらの事から「外来の限られた時間のなかで、がん性疼痛を有する患者・家族のニーズに応じた医療を提供し、患者・家族が安心して生活出来るようにサポートできる事」を目的に、がん性疼痛看護認定看護師相談外来を外科外来に開設した。

開設後、関わった患者は16名であり述べ65回の介入を行った。介入の内容としては、疼痛コントロール15件、症状コントロール1件、重複して精神面のケア2件、オピオイドへの抵抗感2件であった。関わった患者の中には「もうこの痛みは我慢するしかないと思っていた。痛みが取れると聞いて気持ちが楽になった」と涙する患者、「い



くら楽しい時間を過ごしていても痛みを感じる時に自分は癌なんだ・・・と落ち込んでいたが痛みが取れて「自分が癌であることを忘れそうになった」と笑顔で話す患者、「痛みで苦しみながら死ぬのが怖い」と痛みや死の恐怖を訴えていたが「死ぬのは怖いけど、痛みがないなら不安が少し和らいだ」という患者がいた。痛みを緩和するということは、患者の不安を和らげ残された時間を過ごす上での生活の質を高めることに繋がると改めて感じている。このような患者の変化は、相談外来が機能し連携をとりながら継続的に関わりを持っている結果であり、がん患者にとって必要な機能であると感じている。

相談外来開設後7ヵ月が経過した今、外来看護師のアセスメント力も高まりチーム内の連携も密になってきていることで、がん性疼痛看護の質の向上を実感している。今後は、痛みが緩和され、その人らしい生活を一日でも長くすごせる患者が1人でも多くなるように、専門家それぞれの力を発揮したチーム医療の質を高めていくことが重要である。このことが、がん患者のQOLを支え、高めていくことに繋がると信じ、より良いものへと変革させていきたい。

## 17. 持ち込みによる院内感染予防への試み：問診票の効果について

東京慈恵会医科大学附属青戸病院感染制御チーム

○長谷部恵子・高山 利幸  
平島 徹・兼本 園美  
児島 章・清田 浩

2007年1月末より2月初旬にかけ、青戸病院ではインフルエンザによる院内感染が2病棟で発生した。

当時の発生状況を振り返り分析した結果、初期対応の不備や感染経路を遮断するための防御が不十分であったこと、また外部からの持ち込みを防御する対策を講じていなかったことが明らかになった。

その後、インフルエンザ流行シーズンに向け、マニュアルを作成し、入院患者からインフルエンザが発生した場合の患者隔離方法と期間、接触者への抗インフルエンザ薬の投与、経路別予防策の

徹底などについて周知を図った。

また、外部からの持ち込みによる院内発生を防ぐために入院予定患者の発熱状況、同居家族や周囲での流行状況を確認する内容を記した入院時間診票を作成し、入院前に患者の感染の可能性を査定することとした。

入院時間診の開始以前の2006年～2007年のインフルエンザ流行シーズンにおいて、入院患者からのインフルエンザ発生は36件（院内発生31件、入院時罹患がわかっているもの5件）であったが、問診を開始した2007年～2008年では16件（院内発生6件、入院時罹患10件）、2008年～2009年では15名（院内発生6件、入院時罹患9件）と減少が認められた。院内発生の状況においても患者から患者への二次感染は認められていない。

昨シーズンまでの院内における入院患者からのインフルエンザ発生状況、他患者への感染拡大の発生状況から、入院時間診票を使用することにおける院内感染防止の効果が得られていることをここに報告する。