

## 第 107 回成医会第三支部例会

日 時：平成 22 年 7 月 2 日

会 場：ポスター展示 教職員ホール（教職員食堂）

特別講演 第三看護専門学校 6 階大教室

### 【特別講演】

都会における地域完結型の脳卒中診療態勢の構築を目指して：北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会の活動

武蔵野赤十字病院院長

富田 博樹

### 【ポスター発表】

#### 1. 内眼部手術後の視力不良例に対する OCT の有用性

東京慈恵会医科大学附属第三病院眼科

高階 博嗣・高木 真由

松田 弘道・神野 英生

北川 貴明・原 崇彰

三戸岡克哉

目的：内眼部手術後に想定外の視力不良をきたす症例が存在する。今回我々は光干渉断層計（OCT）を用いてそれらを評価し、原因検索した。

症例 1：白内障手術後の女性。術中は特記すべき合併症はなかったが、術後 1 ヶ月後に矯正視力が 0.3 と低下した。OCT にて嚢胞様黄斑浮腫が検出されたため、トリアムシノロンをテノン下注射した。1 週間後、矯正視力は 1.2 と大きく改善し、再度施行した OCT でも浮腫の消失が確認された。

症例 2：裂孔原性網膜剥離手術後の男性。術中は特記すべき合併症はなく、網膜復位のため眼球内にガス注入し予定通り終了した。退院後ガスは吸収されたが、矯正視力 0.4 と術前より 8 段階低下していた。OCT を施行したところ、黄斑に微小な網膜色素上皮剥離が検出された。網膜剥離自体は完治しているため現在内服薬のみで経過観察中である。矯正視力は 0.6 前後で今後再度 OCT を施行予定である。

症例 3：糖尿病網膜症手術後の女性。術中、著しい嘔吐があるも、眼球等手術操作自体への影響

はなかった。視力は術前 0.7 であったが、術後 0.3 と低下した。OCT を施行したところ黄斑浮腫が検出された。症例 1 と同様、トリアムシノロンのテノンした注射を施行した。現在経過観察中で近日常の OCT を予定している。

考察：OCT を導入したことで、視覚的にもわかりやすい病状説明ができるようになった。また、視力低下の原因が判別しやすくなったため、速やかに治療を開始でき満足度の高い治療ができるようになった。今後、OCT の適応を拡大していく予定である。

#### 2. 卵巣明細胞腺癌合併妊娠の 1 例

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

田沼有希子・斎藤 元章

松井 仁志・高橋 一彰

佐藤 陽一・山本 瑠依

土橋麻美子・上田 和

磯西 成治

41 歳，1 経妊 1 経産

既往歴，家族歴：特記事項なし，内膜症なし

妊娠 8 週時に右卵巣腫瘍を指摘され当院紹介受診，経腹超音波断層検査にて右下腹部に一部充実成分を伴った 10cm 大の腫瘍性病変を認めた。骨盤 MRI 検査上，右卵巣に 10cm 大の嚢胞性腫瘍を認め，壁在性に境界不整の結節状陰影を認め悪性腫瘍の疑いがあるため，開腹右付属器切除術を施行した。術中迅速病理診断は明細胞腺癌であり，大網切除術を追加施行した。術後の病理組織診断は明細胞腺癌で pT1c(b)NxMo，FIGO 分類 Ic(b) であった。その後の経過は，患者希望により人工妊娠中絶を行い，根治術は行わず化学療法の予定となった。

卵巣癌合併妊娠の治療は，①ランダム化比較試験や前向き研究は今までない。②ステージングや

治療はできる限り卵巣癌の標準治療に従う。③ Second trimesterや3rd trimesterでの化学療法はおそらく胎児先天奇形の頻度を上げない。④妊娠中に手術や化学療法を受けた児の長期的予後についての報告はほとんどないといわれている。しかし妊孕性温存の適応も含め標準化されておらず、今後国際的な臨床的研究が必要とされた。

### 3. 神経因性疼痛モデルラットの扁桃体中心核における疼痛情報処理の側在性

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院麻酔部

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属病院整形外科

<sup>3</sup> 東京慈恵会医科大学神経生理学研究室

○安井 豊<sup>1</sup>・池田 亮<sup>2</sup>

高橋由香里<sup>3</sup>・根津 武彦<sup>1</sup>

加藤 總夫<sup>3</sup>

背景：扁桃体は疼痛の負の情動の伝達に中心的な役割を果たしている。池田ら（2007）は神経因性疼痛ラットモデルにおいて、腕傍核（PB）から扁桃体中心核外側外包部（CeLC）へのシナプス伝達が増強している事実を証明した。関節炎モデルと異なり神経因性疼痛モデルCeLCのシナプス増強はNMDA受容体成分に依存していない。関節炎モデルでは関節炎による左右の傷害側にかかわらず右の扁桃体でシナプス増強が起こるといふ側在性が報告されている（Bird, 2005）。

目的：神経因性疼痛モデルラットにおいて、傷害側によらず常に右側の扁桃体でシナプス増強が起こるといふ側在性があるかどうかを検討した。

方法：片側のL5の脊髄神経を結紮し、両側の足底で神経因性疼痛を評価した。池田らが既に左の脊髄神経結紮モデルで報告したように、右のL5脊髄神経結紮モデルを作成した。両側の急性脳スライスでPB線維を刺激してCeLCニューロンのシナプス後電流を測定し、左右で比較した。

結果：神経因性疼痛モデルにおけるPB-CeLC間のシナプス増強は、結紮側にかかわらず同側のCeLCよりも対側のCeLCにおいて著明であり、痛み応答に相関していた。急性関節炎モデルのような側在性は観察されなかった。

結論：情動に関連したネットワークの活性化パターンおよび可塑性は痛みのタイプによって異なる側在性を示し、このことが異なるモデルにおけ

る痛み関連行動を複雑にしているかもしれない。

### 4. PCI適応の是非に際し心筋血流予備量比(FFRmyo)測定時のパパベリン塩酸塩冠動脈内投与にて心室細動を来した3例

東京慈恵会医科大学附属第三病院循環器内科

○岩渕 秀大・横山 賢一

佐藤 伸孝・銭谷 大

村嶋 英達・遠山潤一郎

森 力・妹尾 篤史

芝田 貴裕

CAG上AHA分類75%狭窄以上はPCI適応であるが、75%狭窄はグレーゾーンであることが多く、対応に難渋するため、薬剤・運動負荷心筋シンチグラム、心エコー、トレッドミル検査を始めとする各種検査や患者の症状から総合判断してその適応是非を検討している。近年PCIの適応やPCI後のend point決定の一環として、冠狭窄度と負の相関を示し、機能的な狭窄率の評価が可能であるとされるpressure wireを使用して得られるFFRmyoの測定を指標とすることが多い。FFRmyoは心筋の最大反応性充血を得た後に計測する必要があるため、その測定に際しパパベリン塩酸塩やATP、アデノスキャン、ニコランジルなどの冠拡張薬を相当量投与する必要があるが、これら各種薬剤負荷の副作用が問題となる。当院ではその薬理作用として、各種平滑筋に直接作用して平滑筋の異常緊張および痙攣を抑制する作用を有するとされているパパベリン塩酸塩を使用している。心臓に対しては興奮の伝導を抑制して不応期を延長し、血管に直接作用して弛緩を起こすことが知られているが、その結果としてQTc時間延長とそれに伴うVFの出現が問題となっている。今回、当院におけるその重篤な副作用について検討してみることにした。対象は過去5年間に施行したCAGにおいて、AHA分類で75%の有意狭窄を認めFFRmyoを測定した48症例、50病変とした（LAD29症例、LCx9症例、RCA12症例）。平均年齢は69.7±11.1歳、平均FFRmyo0.84±0.10であった。病変に対してパパベリン塩酸塩を15～20秒間かけて緩徐に用手的に冠動脈内投与した（LCA12 mg,RCA8 mg）。50病変のうち3病変において（全てLAD症例）、投与後1分以内にQTc延長後にVFの出現が見られ

たが、DC300Jで洞調律に回復した。いずれも検査前心電図でQTc延長を認めない症例にもかかわらずVFが発生しており、その手技には慎重を期す必要がある。

## 5. NST介入効果の予後予測

東京慈恵会医科大学附属第三病院 NST 委員会

百崎 良・平本 淳  
山田 高広・北川 和男  
田中 久代・石川 幹子  
出雲 正治・栗原 香織  
鈴木 晴美・二瓶 尚子  
種村 陽子・亜厂 理恵  
師岡あずさ・三輪 奈緒  
亜厂 耕介

背景・目的：どのような患者にNSTアプローチが有効であるのかは明らかにされていない。今回、NST 有効例・無効例における患者の因子分析を行ったので報告する。

対象：2009年1月～2010年4月におけるNST介入患者のうち、NST介入により栄養状態が改善、NSTの介入の継続が不要であると判断された患者とNST介入するも効果がみられず、NST介入の継続が不要であると判断された患者とした。

方法：NST介入時点で年齢、BMI、Alb、藤島の摂食レベル、Karnofsky performance status scale (以下PS) を評価し、その患者にNSTが有効であったかどうかを調査した。

結果：全症例数は40名(男性26名、女性14名)年齢は平均72±13.7歳、NST有効者は30名、無効者は10名であった。有効群と無効群の背景因子に有意差があるかどうかMann-WhitneyのU検定を行った結果、NST無効群はPSの値が有意に低い(P=0.047) ことがわかった。また、Classification and regression trees(CART)による決定樹分析をおこなった結果、PS30、40が最良分岐点でPS30以下の患者は全例NST無効群であった。

結語：全身状態不良群ではNST介入の有効性が低いことが明らかとなった。PSが30以下の患者ではNST介入効果がほとんどみられなかった。今後、併存疾患尺度の使用、悪液質等のサブ解析・MNA点による重み付け、NST効果判定に使用可能な尺度の作成とその信頼性・妥当性の検証など

を行っていく予定である。

## 6. GERDに対する腹腔鏡下逆流防止術の実験

東京慈恵会医科大学附属第三病院外科

矢野 文章・田中雄二郎  
平林 剛・保谷 芳行  
岡本 友好

目的：GERD (Gastro-esophageal reflux disease) に対する外科治療は、腹腔鏡下手術が標準術式として定着した。教室では、1994年12月より同術式を導入し、約16年が経過した。今回、教室におけるGERDに対する腹腔鏡下逆流防止術の現状について概説する。

対象と方法：2009年12月までにGERDの診断にて腹腔鏡下噴門形成術を施行した296人(男性:女性=176:120)を対象とし、患者背景、手術件数ならびに術式の推移、手術成績について検討した。

結果：患者の平均年齢は53.6 (18～92) 歳、平均病悩期間は53.5 (0～600) ヲ月だった。手術件数は2000年の35件をピークとして、大体年間20数件前後に落ち着いている。術式は当初Nissen法が主体であったが、現在では術後により嚥下困難の訴えの少ないToupet法を多く施行している。平均手術時間は157.9 (63～358) 分で、平均出血量は46.7 (0～4,000) mlであった。術中偶発症を33人(11.1%)に認め、うち大動脈損傷の1人(0.3%)が開腹へのconvertを余儀なくされた。術後合併症を36人(12.2%)に認め、平均在院日数は9.3 (4～60) 日であった。術後28人(9.5%)に再発を認め、16人(5.4%)に再手術が施行された。手術の奏成功率は、90.5%であった。

結語：GERDに対する腹腔鏡下逆流防止術は、安全であり、かつ手術成績も良好である。

## 7. 入院森田療法におけるうつ病・うつ状態の転帰

東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科

°谷井 一夫・今村 祐子  
赤川 直子・川上 正憲  
矢野 勝治・樋之口潤一郎  
館野 歩・塩路理恵子  
中村 敬

近年、東京慈恵会医科大学附属第三病院森田療法センターでは、不安障害の他、慢性化したうつ病・うつ状態にも入院適応を拡大している。入院に至る症例は、休息・薬物療法を中心とした治療では十分な改善が得られない難治性のものが大半である。そこで、我々は入院森田療法におけるうつ病・うつ状態の転帰を検討する事とした。

最近3年間では気分障害の入院は46名と全体の28%を占め、その内訳は、うつ病エピソードが9名(20%)、反復性うつ病性障害が20名(43%)、双極性感情障害が10名(22%)、気分変動性障害が7名(15%)であった。

入院森田療法を実施した患者の転帰は症状、行動、態度、洞察の項目に分類される「退院時評価」に沿って全スタッフで評価している。退院時評価による改善率(軽度改善以上の割合)はうつ病エピソードが77.8%、反復性うつ病性障害が80%、双極性感情障害が70%、気分変動性障害が57.1%で、気分障害全体では73.9%であった。

さらに自尊感情、心理的・社会的・職業的機能、うつの重症度の改善がみられるのかを調べるために、それぞれ、自尊感情尺度、GAF、SCL-90の下位尺度「うつ傾向」を用いて評価し、入退院時で比較した。検査完了者は34名で、各スコアの平均(SD)を入院時、退院時の順に示すと、自尊感情尺度[21.09(SD5.70), 27.82(SD7.25)], GAF[43.03(SD4.52), 64.41(SD8.08)], SCL-90「うつ傾向」[28.41(SD10.79), 18.94(SD13.13)]であった。統計学的比較をWilcoxonの符号付順位と検定を用いて行い、すべて有意差を認めた( $p<0.01$ )。このことは、入院森田療法が自尊感情の回復と全般の機能の向上および、うつの重症度を減少させることに有効であることを示唆している。

以上から、入院森田療法は慢性化したうつ病・うつ状態の回復に有効といえる。しかし、改善した34名のうち18名(52.9%)が軽度改善にとど

まっている。これは、症状や行動などの改善はあっても洞察の乏しさが影響している。一般に、気分障害患者は洞察に乏しいことがあげられるが、慢性化や再発要因として、性格や行動パターンなどがかわっていることが多い。そのため、こうした問題を退院後の外来治療の中で継続的に扱うことが大切である。

## 8. 脳卒中患者における家屋改修と退院前訪問指導

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科

°百崎 良・高岸 敏晃  
角田 亘・小林 一成

背景・目的：第三病院リハビリテーション科1C病棟では安全な在宅復帰のために家屋写真の取り寄せ、退院前訪問指導(家屋訪問)等、家屋評価と改修指導を行なっている。今回、脳卒中患者の家屋評価に関するデータを収集・分析したので報告する。

対象：2008年4月1日～2010年3月31日まで第三病院リハビリテーション科から自宅退院された脳卒中患者236人。(性別：男性140人、女性96人 年齢：平均71歳 疾患：脳梗塞118人、脳出血108人、クモ膜下出血10人)。

方法：カルテとデータベースから家屋評価に関するデータを収集し後方視的に検討した。

結果：家屋訪問を必要とした人の入院時FIMは約55点、退院時FIMは約89点、家屋訪問を必要としなかった人の入院時FIMは約68点、退院時FIMは約101点であった。改修場所はトイレ76件、風呂61件、玄関55件の順に多かった。改修内容は手すりの設置75件、段差の解消48件、戸の取り替え28件の順に多かった。退院時歩行自立患者においては病棟内歩行自立の約3.5日前に家屋訪問が行われていた。

結語：家屋訪問を必要とした人はそうでない人にくらべ入退院時のADLが有意に低かった。改修場所は玄関、トイレ、お風呂が多く、改修内容は手すりの設置、段差解消、戸の取替えが多かった。家屋写真の見本はこの部分を網羅しており妥当であった。歩行自立ゴールの患者では、歩行自立の直前に改修を行うことで、改修待ち期間の短縮、過度な改修の省略ができていた。

## 9. 子宮体部原発の胞巣型横紋筋肉腫の1例

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院病院病理部

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

○根本 淳<sup>1</sup>・関口 由記<sup>1</sup>  
 塩森由季子<sup>1</sup>・竹内 行浩<sup>1</sup>  
 福永 眞治<sup>1</sup>・上田 和<sup>2</sup>  
 齋藤 元章<sup>2</sup>・磯西 成治<sup>2</sup>

はじめに：今回我々は非常に稀な子宮体部原発の胞巣型横紋筋肉腫の症例を経験した。その腫瘍捺印細胞像を中心に報告する。

症例：患者は72歳，1経妊1経産。不正性器出血を自覚し近医を受診。内膜細胞診およびMRIにて子宮体癌を疑い，当院紹介受診し手術施行。

肉眼像：子宮体部に150×80×60mm大，白色の軟，充実性腫瘍を認めた。

細胞像：腹水：小型類円形核と乏しい細胞質を有する細胞を孤立性に少数認めた。クロマチンは細顆粒状で，明瞭な核小体が1～2個見られた。

捺印細胞：上記同様の細胞が見られ，一部に裸核細胞が小集塊状に認められた。少数の多核異型細胞も見られたが，明らかな横紋筋芽細胞は認めなかった。

組織像：胞巣状，一部充実性の増殖を特徴とし，小型の核を有し，N/C比大の細胞が主体であった。豊富な好酸性の細胞質を有する多核巨細胞が混在して見られた。

免疫組織化学的検索では，vimentin, desmin, myoglobin, myoD1, myogeninが陽性。LCA, CAM5.2, EMA, S-100, HMB45が陰性。胞巣型横紋筋肉腫と診断した。後腹膜およびリンパ節への転移を認めた。

まとめ：腫瘍細胞は小型でN/C比が高く，クロマチンは細顆粒状で密に増加し，明瞭な核小体が見られ悪性と判断した。また細胞の結合性や，核縁，クロマチンの状態より肉腫の可能性を考えた。円形細胞腫瘍である悪性リンパ腫，小細胞癌，悪性黒色腫との鑑別が問題となる症例であり，子宮においても横紋筋肉腫も鑑別の一つとして考えることも必要と思われた。

## 10. 初期臨床研修プレ合宿：新しい研修医教育の試み

東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部

○関 正康・深澤 まみ  
 佐々木正之・小幡 和彦  
 泉 祐介・吉川 哲矢  
 山田 高広・平本 淳

今回我々は，平成22年3月に卒業した医学部6年生（現初期研修医1年目）を対象とした，東京慈恵会医科大学附属4病院では初の臨床研修直前合宿勉強会（プレ合宿）を実施した。目的は，研修開始時に最低限身につけてほしい，基本的な態度・技術を学ぶこと，研修医・指導医の親睦を深めること，の2点とし，1泊2日で行った。

当科医師のみならず，多くのパラメディカルスタッフの協力のもとにセッションを行った。学習の3つの柱として以下を挙げた。患者さんやスタッフとのコミュニケーションスキルや職業人としての態度，診療で基本となる考え方や情報収集の仕方，基本的診療スキルである。医師としての目標設定や，輸液・栄養・感染症といった講義，模型を使ったBLS実習などを行い，参加者の満足度は一様に高かった。一方，セッションへの要望として，急変対応など，より実践的なものを期待する意見もあり，次年度への検討事項とした。

次年度採用予定の医学部6年生からも実施を期待する声は多く，同様の企画実施の必要性を感じた。今後は継続的に初期研修医の成長を支援しながら，より効果的な企画に発展を図りたい。

## 11. 薬学部6年制下2.5ヵ月病院実務実習初の第三病院薬剤部独自の試み：院内の協力の基に

東京慈恵会医科大学附属第三病院薬剤部

○横山 博美・出雲 正治  
 菅原 麻紀・笠原花恵子  
 島崎 博士・赤石 和久  
 川井 龍美

目的：平成22年度より，薬学部6年制に基づく2.5ヵ月の病院実務実習が始まっており，当院薬剤部では，年間三期各期10名の実習生を受入れている。実習開始にあたって，実習モデルコアカリキュラム内の「チーム医療」の文言に着目し，4年制時とは違う，新しい薬剤師の実習を院内各

関係各部署との連携・ご協力のもと、スタートしたので、報告する。

方法・実施概要：病院実務実習の標準的なテキスト類がないので、東京慈恵会医科大学附属4病院薬剤部が協力し実習モデルコアカリキュラムに完全準拠したテキスト・ワークシート・テスト（チェックシート）を作成し、これを利用することにより、標準的な実習内容を担保した。さらに、当薬剤部独自の試みとして、病棟業務関連の実習の充実に加え、薬剤部以外の院内各11部署（放射線部・栄養部・臨床工学部・中央検査部・医事課・医療安全・緩和・褥瘡・リハビリ・ソーシャルワーカー）、院内ラウンド（血培・NST）のご協力のもと、チーム医療に参加するという観点から、最終的に幅広い臨床知識やコミュニケーション能力の育成を目指しそれぞれの見学実習を組み込んだ。

結果・考察・今後の課題：現在第一期の実習を行っている最中である。今後、実習に協力していただいた各部署・実習生・担当した薬剤部にアンケートを実施し、その結果を薬科大学を含めて関係各所にフィードバックし、問題点を見極めつつより充実した実習を目指していく。

## 12. ホスピタルフェアにおけるリハビリテーション科の取り組み

東京慈恵会医科大学附属第三病院リハビリテーション科

°五十嵐祐介・中山 恭秀  
 福田 明子・伊東 寛史  
 来住野健二・川幡 麻美  
 富永あゆ美・相羽 宏  
 梅森 拓磨・亀田 有美

はじめに：当科はホスピタルフェアにおいて高齢者疑似体験コーナーを毎年実施している。平成21年度は箸操作・片脚立位・前方リーチの3つを運動課題とし、運動課題の成績を点数化した。得られたデータを元に2つの検討を行った。

対象と方法：対象はホスピタルフェア参加者の内、高齢者疑似体験コーナーを利用した105名とした。1つ目の検討は訓練として行われているが、評価方法としては報告が少ない箸操作の成績を、上肢機能の評価として使用されている簡易上肢機能評価（以下STEF）との相関関係を見ることで

箸操作が上肢機能の指標となるのかを検討する。2つ目の検討は、片脚立位と前方リーチの平均値と当院入院患者の平均値とをt検定で比較することで、入院患者の退院時のバランス評価の指標となるのか検討する。

結果：1つ目の検討では、箸操作年齢別平均値とSTEF年齢別平均値との間に相関関係は見られなかった。2つ目の検討では、ホスピタルフェア参加者と当院入院患者の成績とで有意差が見られた。

考察：1つ目の検討である箸操作では、STEFに比べ若年層の成績が低値であることより、さらに巧緻性が求められる動作であるということが考えられる。2つ目の検討である片脚立位、前方リーチではホスピタルフェア参加者が入院患者よりも有意に高かったことより、入院患者は自宅で生活している人に比べ明らかなバランス能力低下が見られていると考えられる。入院患者に対し退院時の具体的な指標として、ホスピタルフェア参加者の成績を提示することで、より具体的な目標値となり、患者のモチベーション向上に繋がるのではないかと考える。

## 13. 下肢に発生したchronic expanding hematomaの2例

東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科

°菊地 隆宏・増井 文昭  
 上野 豊・中村 陽介  
 伊藤 吉賢・真島 敬介  
 祭 友昭・石塚 怜王  
 阿部 綾子・浅沼 和生

外傷後より下肢に発生したchronic expanding hematoma（以下CEH）の2例を経験したので報告する。

【症例1】57歳男性 主訴：左下腿部腫瘍 既往歴：高血圧 現病歴：平成20年X月にゴルフ後から左下腿部の腫脹が出現した。近医での軟部腫瘍を指摘され、3ヵ月後に当科を紹介となった。左下腿腓腹筋内側後面に12cm大の弾性硬の腫瘍を認め、発赤と熱感を伴っていた。肥厚した被膜上で辺縁切除術を施行し、内容は血液で充満していた。手術後15ヵ月で再発は認めない。

【症例2】28歳男性 主訴：右大腿部腫瘍 既

往歴：特になし。現病歴：15年前に右大腿部を強打後に手拳大の腫瘤が出現したが、疼痛等なく放置していた。平成22年X月に同部に疼痛と緊満感が出現し、1ヵ月後に近医を受診した。試験穿刺をうけたところ出血が止まらず、翌日に当科を紹介受診した。右大腿外側前面に約10cm大の弾性硬の腫瘤を認めた。血液・生化・凝固検査にて異常なかった。穿刺部からの出血が続き、10日間程の圧迫にて止血した。その後、切開生検術を施行した。腫瘤は内部に壊死組織と血液の貯留を認め、内容物と壁を病理検査に提出した。病理組織学的に腫瘤は壊死と線維化からなり悪性所見はなかった。術創部より出血が持続し、貧血の進行(Hb11.5→5.6 g/dl)を認めた。生検術の数日後に創部を再確認したところ、腫瘤内部から活動性の出血はなかったが、凝固傾向のない血液の貯留で、ゼラチン止血剤の塗布と圧迫止血後に閉創した。その後も創部より出血を認め、血液凝固系の異常が疑われ、第十三因子の低下を認めた。翌月に広範切除術を施行し、その後創部からの出血は止まり退院となった。

本疾患は1968年にFriedlanderらにより報告され、Reidらは1ヵ月以上の経過で徐々に増大する血腫をCEHと定義している。確定診断には軟部肉腫との鑑別を念頭に、画像診断と病理組織検査が必要で、切開生検時には血腫、壊死組織などの内容物と被膜の採取が重要である。治療は辺縁切除や広範切除などが行われ、塞栓術や輸血等の出血への対策が肝要である。原因不明の術創部からの出血を認めた場合、血小板の機能異常や第十三因子低下の関与を考慮する必要がある。

#### 14. 異所性蒙古斑の治療時期による治療成績の比較

東京慈恵会医科大学附属第三病院形成外科

°余川 陽子・西村 礼司  
朴 寿恵・二ノ宮邦稔

蒙古斑はアジア系民族に生下時よりみられる臀部の色素斑であり、多くの場合は就学時に自然消褪するといわれている。異所性蒙古斑は臀部以外に見られるものの総称であるが、通常は蒙古斑よりやや消えないで残る傾向がある。治療としてはQスイッチルビーレーザーが有効であり、その効

果は小児のほうがよいことも報告されている。今回我々は異所性蒙古斑に対してQスイッチルビーレーザーを照射し、成人と小児で治療効果や合併症などで異なる結果を得たので報告する。

対象は1998年から2008年までの間に当科を訪れた異所性蒙古斑患者17例で、患者の年齢、性別、照射部位、回数、Fluence、治療成績、合併症について調査した。患者の平均年齢は17.9歳で性別は女性が13名、男性4名であった。照射部位は臀部周囲が7例と最も多かった。照射回数は平均4.4回であったが、10歳以下での平均回数は1.5回であるのに対して20歳以上では3.8回であった。治療成績については10歳以下では7例中6例で消失したが、照射後の色素脱失が全例で見られた。10歳以上では蒙古斑は消失しているが、強い色素沈着を生じた症例が50%で見られ、しかも色素沈着の消褪は遅かった。Fluenceは10歳以上群でやや大きい傾向にあった。

異所性蒙古斑に対するQスイッチルビーレーザー照射術の結果は、10歳以下の症例では良好であるにもかかわらず、10歳以上では蒙古斑の色調は改善したものの強い色素沈着が生じるといふ結果が生じた。色素沈着が生じた症例でのFluenceがとくに大きいというわけではなく、しかも部位はすべて衣服に隠れる場所であったことから日光による影響はないものと考えられた。したがって、異所性蒙古斑が消褪せずに残った部位のメラノサイトは成長により変化し、レーザー照射に対して易刺激性となり、色素沈着が高率に生じる可能性が示唆された。今後、さらに症例を増やして適切な治療時期などについて検討を重ねていきたい。

## 15. 大腸憩室内ポリープに対して施行し得たEMR—工夫例

東京慈恵会医科大学附属第三病院消化器・肝臓内科

○小林 裕彦・千葉 允文  
伏谷 直・及川 恒一  
小林 剛・国安 祐史  
木下 晃吉・佐伯 千里  
木島 洋征・坂部 俊一  
小野田 泰・宮川 佳也  
西野 博一

症例は66歳男性，主訴は便潜血陽性．平成20年2月，近医における検診で便潜血陽性を指摘された．同月当院当科を紹介受診し，下部消化管内視鏡検査を施行し，回盲部から上行結腸にかけて憩室が多発しており，回盲部の10 mm大の憩室内に径8 mmのIspポリープを指摘された．同ポリープの内視鏡的切除術による穿孔等のリスクを考慮し経過観察としたが，同年7月の下部消化管内視鏡検査にて再度同様の所見を認めたため，十分なインフォームドコンセントを行い，内視鏡的ポリープ切除術（EMR）を施行した．憩室内に落ち込んでいるポリープ直下に生理食塩水の局所注射を行い，同部にクリッピングを2ヵ所施行した．そのクリップの基部に留置スネアを掛け憩室内からポリープを引き出し，スネアリング後，通電し切除した．同ポリープの病理組織学的結果は低異型度管状腺腫であった．翌日の腹部レントゲン写真にてfree airを認めず，腹痛等もなかったため，水分の経口摂取を開始した．術後第6病日まで水分のみで経過観察を行い，腹部所見の変化のない事を確認し，第7病日より流動食を開始した．食事開始後も腹痛など認めないため，第8病日に五分粥，第9病日に全粥を摂取し，その後経過良好のため退院となった．憩室内のポリープに対する内視鏡的切除術は穿孔等のリスクが高いため，手術が考慮される場合がある．内視鏡的切除は低侵襲であるが，施行の際はより慎重な手技の実践と，その後の経過観察が必要であると思われる．若干の文献的考察を加え報告する．

## 16. フラットパネル型血管撮影システムの特徴と有用性

東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線部

○茂木 正則・井上 菜里  
木澤 史江・稲川 天志  
高村 公裕・竹内 美幸  
山川 仁憲・松尾 浩一  
松原 馨

最近の医療機器は，フルデジタル化をはじめとするハード面と，各種画質向上のためのアプリケーションによるソフト面において，めざましい技術の進歩を遂げている．

平成22年4月，フラットパネルディテクタ（以下FPD）を搭載した，血管撮影装置が新規稼働した．前機種と比べ圧倒的な画質および操作性の向上が実現した．性能・機能および臨床画像を紹介し，診療科の先生方や院内のスタッフに血管撮影装置の認識を新たにさせていただくことを目的として発表する．

Flat Panel Detectorとは蛍光体とフォトダイオードを重ねて，増幅回路などの電気回路が付属した構造となっており，X線が照射するとCsI膜で光に変換され，柱状結晶の内部を通過してフォトダイオードに達する．そこで生成された電荷が画素電極に導かれた後，画像を作成される．

今回，導入した血管撮影システムは前述した画質の向上が主な特徴になっているが操作性においても，装置の可動部分が5ヵ所（5軸）あるため頭から足の指先まで広い範囲の撮影が可能になった．また，広い旋回範囲により心臓カテーテル時において効率の良い検査が可能となった．

FPDはX線に対してすぐれた感度および広範囲の諧調を持ち，体の厚い部分から薄い部分まで広い範囲での画像の描出が可能となるが，新画像処理システムであるPure Brainを用いてノイズの低減を行うことによりさらに画質の向上を実現した．

最新の血管撮影装置は，様々な技術によって，より精細で，より明瞭に病変の描出が可能となり，今まで以上に診断価値の高い情報をもたらすことが可能になった．さらに，種々のアプリケーションにより多くの診断情報の提供，また被ばくの低減にもつながっている．

今後、日々進化するデジタルアンギオ装置に対し、我々従事者が常に最新の情報を入手し、現場にフィードバックする事が今後の重要な課題となってくると考える。

### 17. 胃全摘術後15年で発症した亜急性性連合性脊髄変性症の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院神経内科

°吉田 和史・余郷麻希子  
田中 晴郎・豊田千純子  
岡 尚省

背景：以前より胃全摘術後数年して発症するVitB<sub>12</sub>欠乏による貧血，神経障害は合併症として認められてきた。今回，胃全摘術15年後に発症した亜急性性連合性脊髄変性症の1例を経験したので報告する。

症例：70歳男性。2009年12月より，指先の痺れ，ボタンを留められないという症状が出現した。同時に歩行時のふらつき，転倒を認め，食思不振も出現し，話の内容の辻褄が合わないことが多くなった。3ヵ月後，当科を受診し頸椎MRIにて脊髄背側にhigh intensity areaを認め，精査にてVitB<sub>12</sub>の欠乏，大球性貧血を認めたため，亜急性性連合性脊髄変性症の診断にて加療を開始した。

結果：メコバラミン1000 μg/日・筋注の2週間連日投与にて加療を開始し，その後メコバラミン1500 μg/日の内服および1000 μg/回の筋注を月1回行い治療を継続し，歩行時のふらつきの改善を認めた。

結論：胃全摘術後15年で発症した亜急性性連合性脊髄変性症の1例を経験した。VitB<sub>12</sub>欠乏は体内に貯蓄することが可能であるため，胃全摘術などで吸収経路の障害が起きたとしても，数年は不足することはない。約3年から5年が経過する頃よりVitB<sub>12</sub>欠乏による貧血，末梢神経障害が出現することが多い。亜急性性連合性脊髄変性症は早期に治療を開始することで完治が期待できる疾患であるため，初発症状と併せて，患者の既往歴，手術歴を確認し，その徴候を見逃さないことが重要であると思われる。

### 18. 病棟の清潔ケアを見直そう：角質水分量に注目した清潔ケア方法の比較検討

東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部 9B 病棟

°吉本 大樹・赤羽 洋美  
井口 彩・渡邊 風美  
猪俣 英子

はじめに：9B病棟は，高齢者が多く，疾患による全身状態の変化により，皮膚は角質層の柔軟性が低下し水分量が低下したドライスキンであることが予想される。清潔ケア方法を比較し患者の皮膚にどのような影響を与えているのか知ること，皮膚の生理機能の向上につなげる目的で研究を実施した。

研究方法：病棟の患者に対してA法：タオルのみで清拭，B法：タオルに清拭剤（スキナ®）をつけて清拭，C法：清拭剤（スキナ®）を患者の皮膚につけてマッサージし，温タオルでふき取ることを実施した。各ケアの前後で，モイスチャーチェッカー®を用い角質水分量を測定した。測定部位は，前腕内側とした。ケア前，ケア直後，ケア後5分後，ケア後の10分の4回測定した。主観的な評価として，患者評価「清拭中の心地よさ」「清拭後のさっぱり感」「肌のさわり心地」「疲労感」とした。看護師評価として「汚れ落ち」「手間や負担」とし「非常に良い」「良い」「悪い」「非常に悪い」の4項目で評価した。

研究結果：患者用アンケートの結果，「清拭中の心地よさ」「清拭後のさっぱり感」「肌のさわり心地」はすべての方法で「良い」という回答が多かった。「疲労感」はすべての方法で「ない」という回答であった。角質水分量の平均値は35.8%であり，乾燥傾向であるといえた。清拭前と後（10分）の角質水分量の変化としてB法が角質水分量の減少が大きく，C法が少なかった。

まとめ：スキナ®を使用し，肌になじませるようにマッサージをした後に清拭をすることで，心地よさや，さっぱり感が得られやすい。また，角質水分量の減少も少なかった。A，B，Cどの方法においても角質水分量は低下する現状がある。清拭後は保湿剤を使用していくことで高齢者の肌を健やかにし，外部からの刺激が最小となるように整えていく必要がある。

## 19. 手術部歩行入室導入についての検討：患者の安全と業務の効率化

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部手術部

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院麻酔部

○榎本 太郎<sup>1</sup>・千葉 裕美<sup>1</sup>

小林 美紀<sup>1</sup>・松永かおり<sup>2</sup>

藤原千江子<sup>2</sup>

はじめに：近年、患者参画型医療が進められている中で、昔ほど手術に対する不安や恐怖は減り、麻酔前投薬の必要性が薄れてきた。そこで前投薬をなくし、意識がはっきりした状態で手術室に来て、ご自身で名前を名乗って頂くことが、患者の誤認防止に繋がると考えた。また、平成21年度、当院手術件数は5220件（前年度+228増加）。朝の手術入室が重なり、申し送りが混雑することや、麻酔開始までの時間延長が危惧されてきた。そこで手術部では業務の効率化のために2009年12月1日よりテスト実施として歩行入室を開始した。

研究目的：歩行入室は、ベッド搬送でのマイナスイメージを払い、手術受け入れの意欲を高めることができるとともに、ストレッチャー入室から変更することでの業務の簡素化とスムーズな麻酔導入が期待できる。今回、入室から麻酔導入までの時間を調査し実態を明らかにすることと、歩行入室導入前後の病棟・手術部の業務に関してアンケート調査し、患者の安全と業務の効率化を検証することとした。

研究方法：1. 対象：当院で手術を受ける全患者。手術部看護師23名。

半年間歩行入室ケア経験した病棟看護師20名。

2. 調査期間：時間調査（2009.5.11-15ストレッチャー入室）（2010.5.10-15歩行入室）

アンケート調査（2010.6.1-10）

3. データの収集方法：1) 入室・麻酔時間の記載。2) 手術部看護師にアンケート調査。3) 病棟看護師にアンケート調査。

結果：I. 時間調査：1. 入室から麻酔導入までの平均時間25.9分/手術71件/2009。19.3分/手術69件2010/うち、歩行49件・車椅子10件・ストレッチャー10件。結果6.6分に短縮した。また、予定入室時間は前後5分程度のズレに縮小した。2. 手術室アンケートは考察に含む。3. 病棟アンケートは考察に含む。

考察：前投薬なしでの入室は誤認防止に繋がる。はっきりと目覚めた状態での患者自身による確認は、患者取り違えや部位の間違いの防止に繋がると考える。さらに、病棟の看護師と話しながら歩いて来て頂くことで不安が小さくなったという声が多数あった。一方で、不安や緊張の強い場合は、入室方法の総合的判断が大切であるとも感じた。

歩行入室導入は、業務時間短縮に繋がった。病棟から手術室までの移動は、ストレッチャーの場合は2人以上の人手と搬送用エレベーターを要していた。歩行入室では、意識鮮明な患者は階段移動もできるため入室時間にずれることが少ない。これらのことから歩行入室は業務効率向上に有効であると考えられる。

今後の課題：①患者自身はどうしたいのかを知ることと患者状況アセスメント力を高めること②患者プライバシーへの配慮③歩行入室に関する安全基準作成④歩行入室患者の一定制導入

おわりに：今回、手術室入室に要する時間や手間が改善したことで、テスト期間を経て、2010年5月より全科歩行入室を開始した。近年、手術室運営は安全性と効率性の両方が求められている。慣習的なものだけでなく、エビデンスに基づいたシステム改善や、患者への安全な手術提供を目指し、今後も検討改善していこうと考える。

## 20. 当院における透析液水質確保に関する取り組み

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院臨床工学部

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院腎臓・高血圧内科

<sup>3</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院医療機器安全管理責任者

○宇野 光晴<sup>1</sup>・池田 潤平<sup>1</sup>

栗原 肇<sup>1</sup>・吉田 啓<sup>2</sup>

川村 哲也<sup>2</sup>・根津 武彦<sup>3</sup>

はじめに：透析医療において、透析液水質確保は長年のテーマであり、治療の安全性を担保するために様々な基準が策定されてきている。平成22年度診療報酬改訂により、この透析液の水質管理について「透析液水質確保加算」が新規に設けられ、新たな基準も策定されている。そこで当院での取り組みについて報告する。

方法：日本透析医学会で策定された「透析液水質基準と血液浄化器性能評価基準2008」を基本

とし、日本臨床工学技士会で策定された「透析液性浄化ガイドライン Ver.1.06」を参考にしながら、当院での「透析液管理マニュアル」に則り各種試験、装置の管理を実施している。生物学的汚染基準は到達点が定められており、次の6つの要件①測定方法、②採取部位、③採取日、④測定頻度（ET、細菌）、⑤エンドトキシン捕捉フィルター（ETRF）管理基準、⑥安全対策により保障されることとなる。

試験結果：平成22年4月から6月の試験結果は、各装置末端（5台）でのエンドトキシン活性値（EU/L）は、<1.0、<1.0、<1.0、<1.0、1.9、生菌数検出（3台）は、0 CFU/mL、0 CFU/mL、0 CFU/mLであった。

まとめ：各試験結果は、日本透析医学会基準を満たすものであり、現時点で当院の透析液水質管理、各装置・給排水配管の設計および、消毒方法に問題はないと考える。また、清浄化のガイドラインが各関連学会で提唱されていることもあり、一本化が望まれるが、今後もISO基準などを含めて各関連学会の動向に注意しながら、引き続き、透析液水質確保に努め、より安全な医療の提供を行うべく、取り組んでいきたい。

## 21. 第三病院における最大手術血液準備量(MSBOS)の評価と今後の課題

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院中央検査部

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院輸血部

○芝 祥子<sup>1</sup>・近藤 恵子<sup>1</sup>

堀口 新悟<sup>1</sup>・池田 勇一<sup>1</sup>

大西 明弘<sup>1</sup>・溝呂木ふみ<sup>2</sup>

目的：手術時の輸血使用量を評価することは、手術の安全性向上が期待できる。また、適正な血液準備量を施設ごとに設定することにより血液廃棄量の減少にもつながるとされている。

今回、検査部では過去に行なった手術症例（輸血依頼のあった症例のみを対象）において術式別の術中平均輸血量および輸血実施率を算出し、第三病院におけるMSBOS（最大手術血液準備量）の評価をしたので報告する。

対象：平成21年度の第三病院における手術症例（932例）と青戸病院における平成17年1月より平成20年11月までの手術症例（3293例）を対

象とした。

方法：1) 施設（第三・青戸）ごとのMSBOS（最大手術血液準備量）を術式別に算出した。2) 輸血準備率と実際の輸血使用率を算出し、準備率と使用率の誤差を調査した。3) 環境調査として、施設ごと科別の赤血球輸血使用割合および手術室における赤血球輸血割合を調査した。4) 術式別の輸血準備率と輸血使用率との相関で評価し、施設ごとのC/T比を算出した。

結果：1) 第三病院や青戸病院においても、臓器別として外科は肝臓・膵臓・直腸、産婦人科は、卵巣・子宮（広汎）、整形は股（膝）関節、泌尿器科は膀胱・前立腺の手術において輸血の使用率が高くなる結果となった。2) 第三病院の輸血準備率と輸血使用率の相関による傾きは0.96で、MSBOSの指標となるC/T比は1.4となり、理想的な数値を示していた。3) 第三病院の濃厚赤血球使用量は4767単位/年（平成21年度）で使用内訳としては、外科系40%、内科系60%（腫瘍・血液内科：34%）であった。また、腫瘍・血液内科の輸血は定期的に輸血を実施する症例が多く、濃厚赤血球製剤の在庫管理は青戸病院と比較して計画的に管理しやすい環境であった。

考察：術式別の輸血使用量および使用率を把握することは、検査部においても輸血依頼内容の確認および輸血用血液製剤を調整するうえで重要な情報となった。また、輸血準備率と輸血使用率に差が有る術式に関しては、施設内での手術室における輸血請求基準（T&S・保管）の見直しが必要と思われた。

今後も症例数を増やして動向を分析し、定期的に評価することで、安全かつ迅速な輸血供給体制を確立することが必要と思われた。

## 22. 大学病院としての病床有効活用への取り組み：総合医療支援センター開設から4年間で見えてきたもの

東京慈恵会医科大学附属第三病院総合医療支援センター

<sup>1</sup>泌尿器科 <sup>2</sup>看護部

<sup>3</sup>医療連携室 <sup>4</sup>在宅療養相談室

<sup>5</sup>ソーシャルワーカー室

○池本 庸<sup>1</sup> (センター長)

菅原 直子<sup>2</sup> (副センター長)

福留 賢一<sup>3</sup>・秋山 京子<sup>3</sup>

高田みどり<sup>3</sup>・宮崎 純子<sup>4</sup>

小松あずさ<sup>4</sup>・酒井 省子<sup>4</sup>

緒方由美子<sup>4</sup>・佐賀 明子<sup>4</sup>

八城 直子<sup>5</sup>・原田 千絵<sup>5</sup>

佐藤 直子<sup>5</sup>・岡田 六達<sup>5</sup>

渡辺ひさみ<sup>5</sup>・佐藤 淳子<sup>5</sup>

はじめに：東京慈恵会医科大学附属4病院の中では入院患者に占める70歳以上の比率は本院が30%，青戸が40%，第三が47%，柏が32%（平成22年5月）と，当院が最も高齢入院患者が多いことから，在院日数も第三が最も長いという状況にある。大学病院・急性期病院として生き残っていくためには病床を有効活用し，在院日数短縮を図らねばならない。

在宅支援の取り組み：外来通院中から在宅支援の強化と外来看護師との協同

→外来での介護保険申請のアナウンス，病状変化時の速やかな社会資源の導入など早期の対応が可能となった。

→入院時の病棟との情報共有，退院時の外来・地域との情報共有にてシームレスな支援が可能となった。

平成22年6月より緊急入院患者ラウンド開始，早期から退院支援が必要なケースに関してスクリーニングを行い支援センターとしての支援を開始

→今後退院支援に際して必要と思われる患者をとりまく情報の収集や，早期の支援の必要性について，病棟にアドバイスをすることができている。

転院支援の現状：転院までの流れ；SW面談→病院打診→判定会議→家族見学→入約まで最短2～3週間+ベッド待機（1～2ヵ月）

平成22年2月 転院援助数 34件の進行状況の内訳

内訳 在宅併行して検討中・病状不安定等にてオブザーブ5人（14%）紹介待ち・打診中 8人（23%）紹介後見学中・決定できず迷い中6人（17%）決定後入院予約・待機中15人（44%）

平均援助日数はSW依頼から家族面談・打診・紹介まで：19.7日，病院紹介から転院日まで19.7日，現在待機中25.8日，医師間で打診したケースの打診・転院日決定まで3.5日

長期入院を減らす取り組みとして長期入院ラウンドを平成19年5月より検討，データ収集，分析。在宅Ns・SWと共同にてラウンド開始，アウトリーチを行った。その結果この1年で8ヵ月以上の長期入院患者は現在0となった。

終わりに：総合医療支援センター活動により，急性期病院としての本来の役割・機能が発揮できるようになってきている。本来の機能が取り戻せる一翼を担いたい。

今後も総合医療支援センター機能の充実をはかりたい。

センターには病院一覧，病院機能表，医療区分表など，役立つツールがあるので活用されたい。

## 23. 身近で起きている人権侵害「虐待」から患者さんを守るために：家庭内医療問題支援委員会の取り組み・第一報

東京慈恵会医科大学附属第三病院

家庭内医療問題支援委員会

<sup>1</sup>リハビリテーション科 <sup>2</sup>皮膚科

<sup>3</sup>救急部 <sup>4</sup>脳神経外科

<sup>5</sup>小児科 <sup>6</sup>精神神経科

<sup>7</sup>看護部 <sup>8</sup>管理課

<sup>9</sup>ソーシャルワーカー室

○小林 一成<sup>1</sup> (委員長)

上出 良一<sup>2</sup>・河野 修三<sup>3</sup>

海渡 信義<sup>4</sup>・加藤 陽子<sup>5</sup>

赤川 直子<sup>6</sup>・大平 綾子<sup>7</sup>

中平 美雪<sup>7</sup> (小児救急認定Ns)

大井田 亘<sup>8</sup>・八城 直子<sup>9</sup>

原田 千絵<sup>9</sup>・佐藤 直子<sup>9</sup>

渡辺ひさみ<sup>9</sup>・佐藤 淳子<sup>9</sup>

本委員会は，昨今の複雑な児童虐待疑い，高齢者虐待疑い，domestic violence (DV) ケースの増大を受け，組織的な判断を検討すること，外来・入院での診療において虐待等が見受けられた際の具体的な対応について体制を整えることを目的と

して発足し、平成22年度7月より第三病院運営委員会（随時開催）として認可された。患者さんご家族の前に委員会として登場することを想定し、名称に「虐待」という言葉を使わず、院長より命名を受けた。

委員会発足以降、ソーシャルワーカー室での対応件数は、合計68件（児童虐待疑い49件、高齢者虐待疑い9件、DV10件）。行政判断で保護・分離されたケースもあり、医療機関は、社会問題を発見できる第一線であることを実感する結果となった。平成21年度に取り決めたことは、①判断の根拠・通告のプロセスを明確化する検討シート②カルテへのマーキング（虐待等が疑われるケースには情報共有を図るためカルテにオレンジのテープを貼る）③業務課医事パソコンに虐待ケース入力（マーキングした患者が他科へ新規でかかる場合にその情報がうまく伝達できるよう実際にカルテを作成する業務課の初診受付端末の備考欄に記載、ソーシャルワーカーへ連絡するよう連携体制の構築）④救急室、小児科、整形外科、脳神経外科等にポスター掲示⑤DVカードの作成、女子トイレへ設置等である。

今後は、①チェックリストの作成②他機関との連携方法の確立（口頭だけでなく文書利用や、他機関へつなぐ患者のスクリーニング方法の確立）③虐待対応支援ファイルの配布等、さらに院内の体制を整備し、フォローアップできるように委員会運営をしていきたい。地域関係機関からも、このような取り組みを行い、患者を大切にしている第三病院と協働したいと、大きな期待が寄せられている。地域中核病院としての責任を果たせるよう、的確なアセスメントができるよう、院内スタッフ皆でアンテナを立て、力量アップを目指したい。判断に迷う時は、いつでも委員会にご一報頂ければ幸いである。

## 24. 当院における鼻出血止血法の検討

東京慈恵会医科大学附属第三病院耳鼻咽喉科

荒井 聡・飯村 慈朗  
市山紗弥香・恩田 信人  
平澤 良征・小林小百合  
小島 純也・重田 泰史  
波多野 篤

鼻出血は耳鼻咽喉科救急疾患のひとつであり、止血困難な症例・出血点が不明な症例に対しては、ベロクタンポンまたはバルーンカテーテルによる止血法さらには動脈塞栓術などが施行されていた。しかし内視鏡下鼻内手術の発達に伴い、蝶口蓋静脈領域からの出血に対しては蝶口蓋静脈凝固術が行われるようになった。このように鼻出血に対する止血法の変遷はあるが明確な治療指針などはない。そのため今回我々は、東京慈恵会医科大学附属第三病院（当院）における鼻出血止血法についての検討を行った。

対象は、2008年6月から2010年5月に鼻出血のために当院を受診したキーゼルバッハ部位以外からの鼻出血症例である。受診時における問診事項を定め、出血部位の同定は、鼻鏡・軟性内視鏡、直視硬性内視鏡、70°斜視鏡を使用した。出血点が判明した症例には硬性内視鏡下電気凝固術を第一選択としたが、出血点が不明な症例にはガーゼタンポンによる止血術をした。そして再出血を起こす止血困難例やベロクタンポンまたはバルーンカテーテル使用例は入院加療とし、症例により蝶口蓋静脈凝固術、鼻中隔彎曲矯正術なども施行した。

当院における鼻出血処置後の再出血率などからどのような止血法が良いのか検討したため報告する。

## 25. がん看護相談窓口を利用した対象の傾向とクライアントのサービス向上を目指したシステムの再考

東京慈恵会医科大学附属第三病院緩和ケア支援チーム

藤本 麗子・平林 剛  
 吉川 哲矢・関 好孝  
 内海 裕文・鈴木 歩  
 宇野 要子・小松あずさ  
 赤川 直子・佐藤 直子  
 山下 直子・諸星 栄子  
 亜厂 理恵・望月 眞  
 加藤 陽子・平本 淳  
 岡本 友好・中村 敬

はじめに：近年がんは2人に1人が罹患するようになり、当院の外来においては診断期から終末期に至る様々なケアが求められている。患者・家族は疾患の進行や新たな症状により、闘病に困難を感じる事が多いとされているが、それにつき外来中に十分に相談し解決することは難しい。そこで平成19年から、がんとともに生きる支援を目的にがん看護相談窓口を開設した。今回、利用状況と今後のあり方を明らかにするために検討を行った。

研究方法：平成19年10月から平成22年3月までに、がん看護相談窓口（現：がん患者と家族のための看護相談窓口）を利用した患者・家族の面談記録から調査を行った。

年度別相談者数・依頼発信元・相談者の内訳・相談内容・相談回数の5つの分類とし、内容を分析した。倫理的配慮として対象の個人が特定されないように行った。

結果：1回から2回の利用で解決できたのは79%であった。外科系からの依頼が70%と多かった。相談内容はリンパ浮腫41%、痛みのコントロールが24%を占めていたが、多岐にわたっていた。相談者は患者・患者とその家族・家族の3通りであり、患者とその家族からが半数以上であった。家族は患者の支え方について悩んでいた。

考察：開設は患者の外来継続看護を最大の目的としたが、患者を支える家族のケアが必要であることが明確になった。医療用麻薬の導入時にレスキュードーズを使った疼痛コントロールを行うことは難しい。正しい知識と不安の軽減のための支

持と継続したモニタリングが求められる。認定看護師を中心とした緩和ケア支援チームの行う相談窓口は、クライアントの抱える問題の解決や新たな問題に対しての方向性を見出し、早期解決や継続医療となる。がんと共に生きることで専門的なこころのケアが必要とされることもしばしばある。しかし精神神経科に抵抗のあるクライアントは多い。受診前カウンセリングという形での対応が有用である。

結論：とくに告知や病状進行による心身の変化が予想される時期、また退院時は相談窓口を紹介し、多くのクライアントの継続医療が提供できるようにしていく。また診療科と並行して個々に合わせた緩和ケアの提供を行っていくことが、当院において良質な緩和ケアとなる。

## 26. 好酸球増多を伴った Buerger 病の 1 例

東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科

二木 賢・小林 光  
 高坂 美帆・築場 広一  
 谷戸 克己・上出 良一

37歳，男，200X年7月初旬から手足の冷感，疼痛生じ翌月当科初診。手掌足底に疼痛を伴う網状紅斑あり，とくに指趾尖部は紫紅色で冷感を伴い歩行困難。好酸球 $4,400/\mu\text{l}$ ，IgE 438 IU/ml，右第I趾紫紅色斑の皮膚生検では虚血性変化が認められた。血管造影で両側尺骨動脈，後脛骨動脈閉塞を認め，Buerger病と診断した。好酸球増多に対しプレドニン<sup>®</sup>60 mg/日を開始し，好酸球は速やかに正常化した。循環障害に対しアンブラグ<sup>®</sup>，プレタール<sup>®</sup>を投与し，手足の紅斑，冷感 は徐々に範囲縮小し改善したが，壊死部の疼痛続いた。さらにリポPGE1製剤点滴追加したが，壊死部の改善なく，右I趾は切断術施行した。その後他の趾の上皮下化遅延し，自己骨髄幹細胞移植術を施行したところ，すべて上皮化した。好酸球増多を伴った Buerger 病の報告はまれである。一方，好酸球増多に伴った内臓の動脈閉塞はよく知られている。四肢についても頻度は少ないが動脈閉塞による指（趾）尖部しびれ，冷感，疼痛，潰瘍壊死，間欠性跛行を生じる例が報告されている。

## 27. 小児難治性てんかんに対する脳梁離断術の検討

東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経外科

°海渡 信義・渡辺 充祥  
山本 洋平・長島 弘康  
坂井 春男

目的：脳梁離断術は、脳波所見上両側同期化を伴う転倒発作や、頻繁な全身けいれん等に対し、発作軽減目的に行われるてんかん外科の治療方法として一般化しつつある。一方、脳梁離断後に生じる急性離断症候群は、術後の全身管理を困難なものとするところから、とくに成人例では必要十分な脳梁離断範囲の決定と施行が重要となる。今回我々は、広範な正中過剰腔を有する成人の難治性てんかん症例に対し、脳梁前半部離断術を施行し、目的となる発作の改善とADLの向上がえられたので、診断・術前検討に有用であった画像診断と、特異な脳室形態を利用した術式の検討を中心に報告する。

症例：症例は17歳男性で、5歳時単径ヘルニア手術の周術期に全身けいれんにて発症。抗けいれん薬開始となったが、学童期を通して年数回の頻度で全身痙攣は継続し、15歳前半より発作頻度は月単位に増悪。抗けいれん薬調整目的に当科通院開始となったが、その後も夜間を中心とした全身けいれんが週1回以上みられ、発作頻発時には歩行などの運動機能の不安定化がみられた。

発作形式は、睡眠中にうなり声を挙げながら両上肢を挙上し、二次性全般化するもので、発作継続時間が長いチアノーゼに至っている。発作間欠期脳波では、両側Fp, FおよびaTを中心に前半部分の左右同期化を伴うmultiple spikeが頻発しており、前述の発作型と合致するものであった。

MRIでは脳梁全域におよぶ正中過剰腔の存在が確認された。

また、T2, T2-Rでは皮質形成異常などの器質的な変化を認められなかった。

以上のように画像、脳波所見上は発作焦点は同定されなかったが、発作型、脳波上の両側同期化が著しい点などから、二次性全般化発作の抑制を主目的として脳梁前半2/3離断を行った。脳梁前半部離断の際には、透明中隔は正中の指標となり、透明中隔の後端が脳梁全長の1/2にあたることか

ら、離断範囲の確認にも有用であるが、今回はこの透明中隔がないため、通常MRI sectionに加え造影剤を用いたMP-rageを行って脳梁周囲の解剖学的関係の確認を試みた。MP-rageは本来血管系の描出の手技だが、調整により脳梁を含めた脳組織と到達経路にある動静脈とを同時に映し出せるため、術前検討に有用であった。さらに、ワークステーション上で3次元化することで、正中過剰腔の形態や脳梁と前大脳動脈との関係の把握が容易となった。脳梁離断術が必要な症例では、往々にして高次機能障害を伴い、脳血管撮影が困難な症例が存在する。術前検査のために全身麻酔に準ずる鎮静を行うことなく、術前検討に必要な血管の情報入手する方法として、今回ガドリニウムを用いたMRA-TOFを行った。この画像は任意の方向から観察できるだけでなく、脳形態を同時に描出できることから、実際の開頭範囲の決定や開頭後のイメージの把握も容易となる。

手術所見：手術は、前述の画像所見に基づき脳梁に到達後、脳梁先端部より離断を開始し、一旦正中余剰腔内に入り、脳梁裏面から距離的なオリエンテーションをつけつつ、前方2/3の離断を行った。

術後所見：術後頭皮脳波では、術前みられた前半部分での同期化が解除され、リファレンスがアベレージのためspike and waveが逆転していることが確認された。

術後のMRIでは、予定された前方2/3の離断範囲が確認された。透明中隔腔を利用して脳梁裏面から確認できたため、脳梁吻までの確実な離断が行われている。また、同時に行ったテンソル画像では、脳梁膨大を経由するmajor forcepsを残し、交連線維が離断されていることが確認された。術後10日間程は集中治療室での全身管理を必要としたが、その後の急性離断症候群からの離脱は順調で術後3週間程で退院した。術後2ヵ月時点で、一旦発作の増悪をみたが、その後は安定し、現在は夜間の全身けいれんはみられていない。神経心理学的評価では、VIQ, PIQは術前・術後で評価点は変わらないものの、動作性課題で向上がみられ、TIQは術後若干の上昇を認め、発作軽減による高次機能とADLの改善傾向が確認された。

結語：1. 従来のMRIと血管撮影で、別個に

脳梁形態や動静脈の情報を得る方法に比べ、MP-RAGE, MRA-TOFを総合的に検討することにより、低侵襲に脳梁を含めた脳の立体的構築と脳血管との位置関係が把握できた。これらの画像評価は、脳梁前半部離断術の術前検査として有用であると思われた。2. 正中過剰腔を有するてんかん症例では、脳梁離断術を行う際に、過剰腔の上壁を含めた離断操作を行う必要があることが、透明中隔腔の上壁構造より示唆された。また、正中過剰腔は離断操作に必ずしも障壁にはならず、これを經由して脳梁裏面から操作を行うことも可能であることが証明された。

## 28. 骨転移発症後15年以上長期生存を示す前立腺癌の3例

東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科

○大塚 則臣・成岡 健人  
梅津 清和・田代康次郎  
池本 庸

前立腺癌は自然史も長く、治療成績も良好なため長期生存も多数報告される一方で多発性の遠隔転移後の生存期間は2-3年とする報告がほとんどである。今回前立腺癌骨転移で発症し、各種治療により転移後15年以上の長期生存をえている3症例を経験したので報告する。

①初診時48歳、198X年米国にて前立腺癌にて全摘術を受け、術後経過観察のため2年後受診した。初診時PSAが17 ng/mlと高値であったことから精査したところ、肺・骨の多発転移を確認。スチルベスチロール投与し、1年以内に転移巣は消失した。受診より10年後尿道搔痒感、痛みあり、PSA13 ng/ml、骨シンチで転移なく、CTにて閉鎖リンパ節転移を認め、現在タキソテール治療中である。

②初診時61歳、排尿初期血尿、排尿困難を主訴として199X年3月に受診。石様硬の結節ある前立腺を触れ、i-PSAは10.7 ng/ml、開腹前立腺全摘除を199X年6月施行。同年9月よりVP-16 (170 mgX3) +CDDP (130 mgX1) を骨盤部放射線外照射 (60Gy) と併用した。翌年10月の骨シンチではEOD3点となっていたが2年後EOD 0点となった。その後PSAのみ経過観察しているが、遠隔転移15年後PSAは0.01 ng/ml以下である。

③初診時49歳、歩行困難な腰痛を主訴として他院整形受診。腰椎転移と診断され、17年前に東京慈恵会医科大学附属病院泌尿器科受診。i-PSA52 ng/ml、腹部CT、骨シンチMRIにて第3腰椎のみに破骨性転移あり。針生検にて中-低分化の前立腺癌と診断。スチルベスチロール短期投与後、MAB開始した。PSAは半年以内に0.4 ng/ml以下となり、治療1年後骨シンチで取り込み消失。その後PSAのみ経過見ているが、2010年現在、全身状態・排尿状態良好で、PSAは測定感度以下である。

今回の3症例は現在に至るまでの経過や受けた治療は様々であるが、いずれも内分泌療法に長期に反応している点では共通である。症例1は遠隔転移後21年生存しているが、そのうち内分泌治療により30年CRを得ている。症例2と3は遠隔転移後それぞれ15年と17年間内分泌療法にてCRが続いている。

前立腺癌、前立腺全摘除術後遠隔転移をきたし、15年以上にわたり生存中の3症例を報告した。この20年の間にも前立腺全摘術や副作用の少ないホルモン療法の普及、さらに新しい抗がん剤の導入が本邦でも進んだ結果、その生存率はますますの改善が期待されると考える。

## 29. 内視鏡にて治療し得た食道巨大Sarcomatoid SCCの1例：ESDによる内視鏡治療

<sup>1</sup>東京慈恵会医科大学附属第三病院内視鏡部

<sup>2</sup>東京慈恵会医科大学附属第三病院消化器・肝臓内科

○金山はるか<sup>1</sup>・仲吉 隆<sup>1</sup>  
池田 圭一<sup>1</sup>・合地 美奈<sup>2</sup>  
伏谷 直<sup>2</sup>・坂部 俊一<sup>2</sup>  
宮川 佳也<sup>2</sup>・西野 博一<sup>2</sup>

食道sarcomatoid squamous cell carcinoma (SCC) はcarcinoma成分とsarcoma成分が混在する稀な悪性腫瘍である。今回、我々は内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) にて切除しえたsarcomatoid SCCを経験した。症例は85歳、男性で、主訴は嚥下時の胸部つかえ感であった。現病歴は、2010年X月頃より嚥下時の胸部つかえ感が出現し、徐々に症状が増悪し食事摂取が困難となったため当院受診し、精査加療目的に翌月に入院となった。嗜好歴として喫煙は20本/日×50年間、飲酒は焼

耐5合/日×50年間であった。入院時現症、身体所見、血液検査、胸部Xpでは異常を認めなかった。上部消化管内視鏡検査、超音波内視鏡検査では胸部中部食道に表面平滑な有茎性の約70mmの隆起性病変を認め、病変は食道内にとどまっていた。頭部MRI、胸部CTでは明らかな転移巣を認めなかった。以上の画像所見に加え、患者が高齢であること、脳梗塞の既往がありADLが低いことから、内視鏡的治療の方針となった。超音波内視鏡検査で、茎部が10mm×6mmであり、出血リスクが高いことを考慮し、ESDが選択された。入院8日目にESDを施行し、一括切除した。検体は80×35mmと大きく、摘出に難渋したがスネアを用いて経口的に検体を摘出した。病理組織所見では、sarcoma成分とSCC成分を認め、sarcoma成分では免疫染色でvimentin, CD10, EMA, CAM5.2に陽性であった。術後は出血、穿孔等の合併症を認めず、術後3日目より経口摂取を開始した。経過良好であり、術後15日目に退院となった。sarcomatoid SCCの治療方針は主に外科的切除だが、臨床病期によっては内視鏡的粘膜切除術(EMR)が選択され、根治的切除が可能であった症例が報告されている。食道腫瘍のESDはEMRに比べて高度の治療技術が要求されるため、治療体制の整った施設で施行する必要がある。本症例はESDによって経口摂取が可能となり、患者のQOLが著明に改善された。ESDの利点として、大きな病変でも一括切除が可能であり、病変の範囲を確認しながら、任意に切除範囲を決定できること等があげられる。将来的に、ESDの利点を生かして本症例のような特殊な形態をとる病変や、内視鏡的全層切除術(EFTR)といった新しい低侵襲治療への応用が期待される。

### 30. 持続血糖モニターにて24時間の血糖を観察しえた妊娠糖尿病の1例

<sup>1</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院糖尿病・代謝・内分泌内科

<sup>2</sup> 東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科

○本間由希子<sup>1</sup>・松浦 憲一<sup>1</sup>

山本 瑠伊<sup>2</sup>・伊藤 洋太<sup>1</sup>

赤司 俊彦<sup>1</sup>・森 豊<sup>1</sup>

磯西 成治<sup>2</sup>・横山 淳一<sup>1</sup>

目的：一般に妊娠中期から後期はインスリン抵抗性が増加し耐糖能が悪化するといわれているが実際に出産前後で24時間の血糖変動の推移を比較し報告した例は少ない。CGMを用いて24時間の血糖変動を観察し検討した。

方法：妊娠33週の妊婦が切迫流産の危険があり当院産科に入院となった。そこでCGM(continuous glucose monitoring system)を用いて24時間の血糖変動を観察した。

結果：各食前、就寝前の血糖値は、122-103-84-210 (mg/dL)であり、食前血糖は比較的良好な値であったが食後の血糖上昇が示唆された。そこで、CGMを用い24時間の血糖変動を観察したところ、食後に250 mg/dLを超えた血糖上昇が観察された。食後の血糖上昇に対し、妊婦ということ considering Reguler (R) の各食前投与(2-2-4)にて血糖コントロールを行った。各食前30分前にインスリン注射を行ったが昼食前、夕食前には、時折血糖値80 mg/dL程度の低血糖を起こすことがあった。これはインスリンの吸収と血糖上昇が一致していないためと考え、投与時間の変更や単位調節を行い、最終的にはR(1-1-8)にて食後も150 mg/dL程度までに落ち着いたため退院となったが、食後2時間値<120 mg/dLには到達できなかった。

結論：妊娠35週において、各食前血糖値が100 mg/dl前後であっても、食後血糖値は250 mg/dlを超えているのが観察された。

食後血糖値のピークは食後2時間よりも早期に観察された。

出産後は、24時間の平均血糖値が低下するのみならず、血糖変動幅も縮小した。出産に伴い、血糖値が140 mg/dl以上の高血糖の時間帯の割合は消失したが、逆に70 mg/dl以下の低血糖の時間帯は割合は増加した。