【記　事】

第110回成医会第三支部例会

日　時：平成23年12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】

医師と作家

東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経外科・第三病院院長
坂井　春男

骨腫瘍と人工材料

東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科
浅沼　和生

【ポスター発表】

1．急性肺血栓塞栓症にt-PA使用後に悪性腫瘍の存在が明らかになった症例

東京慈恵会医科大学附属第三病院循環器内科
◦銭谷　　大・佐藤　伸孝
岩渕　秀大・村嶋　英達
寺尾　吉生・小野田　学
森　　力・芝田　貴裕

症例は58歳女性．12月20日頃より階段の昇降時に息切れを自覚した．12月23日より症状増悪あり，27日東京慈恵会医科大学附属第三病院救急外来受診した．胸部CT上，両側肺動脈に肺血栓塞栓症の所見を認め加療目的にて緊急入院となった．

心エコー上心機能良好（駆出率76％）であったが，右室の著明な拡大と心室中隔の奇異性運動を認めた．採血にてD dimer 19.8 μg/mlと上昇あり，造影CTでは左右主肺動脈に血栓像・両側下肢（大腿部～膝窩）に多量の深部静脈血栓を認めた．また子宮内には巨大な腫瘤影を確認した．肺血栓塞栓症あり大腿から膝窩にかけて深部静脈血栓あり，下大静脈フィルターを留置した．子宮内の腫瘤に関して婦人科と相談．活動的な出血なく，出血のリスクも低いとの判断にて血栓溶解療法を施行した．モンテプラーゼ160万単位静注1時間後に膣より大出血ありHb12.4 mg/dlから9.1 mg/dlへ低下した．このため，抗凝固療法を一時中止し，外部からの圧迫止血にて止血され輸血施行することなく加療を継続した．第3病日，D dimerの著明な低下を認め，また第10病日造影CTにて肺動脈の血栓像消失を確認した．子宮内迅速細胞診class Ⅴ adeno carcinomaであり，子宮体癌の診断にて20XX年1月18日婦人科にて手術施行した．

t-PA使用直後に大出血を合併し，慢性期に悪性腫瘍の摘除術を行った．肺血栓塞栓症では悪性腫瘍の合併を常に念頭に置く必要があると思われる．急性肺血栓塞栓症にt-PA使用後に悪性腫瘍の存在が明らかになった症例を経験したのでここに報告する．

2．再生不良性貧血合併妊娠の管理：3回の妊娠を経験した1例を通して

東京慈恵会医科大学附属第三病院産婦人科
◦野澤　絵理・鈴木啓太郎
永吉　陽子・佐々木香苗
丸田　剛徳・佐藤　陽一
森川あすか・上田　　和
礒西　成治

再生不良性貧血は妊娠に合併した場合，母体の生命予後，胎児発育に影響をおよぼす場合があるが，妊娠中の管理指針はいまだ明確ではない．今回，再生不良性貧血と診断された症例に成立した3回の妊娠を通して，その管理法を検討する．症例は24歳時体調不良にて内科を受診し，再生不良性貧血と診断され酢酸メテノロンを開始したが，挙児希望あり26歳時より同薬剤を中止し経過観察としていた．28歳時に自然妊娠（WBC4000/μL，Hb11.3 g/dl，Plt6.0万/μL），妊娠27週にはHb7.0 g/dl，Plt2.4万/μLとなり，酢酸メテノロンを再開．妊娠39週に自然陣痛発来し，血小板15単位，濃厚赤血球4単位を輸血のうえ，2555 g女児，

Ap10/10，出血量481 gの正常経腟分娩となった．分娩後，酢酸メテノロンは中止し，経過観察としていた．30歳時に2回目の自然妊娠となり（WBC4000/μL，Hb10.6 g/dl，Plt3.6万/μL），妊娠中にHb7.0 g/dl以下にて適時濃厚赤血球を輸血，妊娠38週時に血小板35単位を輸血のうえ誘発分娩にて3135 g男児，Ap9/10，出血量424 gの正常経腟分娩となった．34歳時に3回目の自然妊娠となるが（WBC4100/μL，Hb9.9 g/dl，Plt3.2万/μL），妊娠37週にはPlt0.9万/μLまでの増悪と，抗血小板抗体陽性を認め，HLA適合血小板を10単位輸血するも改善を認めず，血小板輸血不応症と診断した．同日より，γ-グロブリン25 g/日の投与に加えて血小板20単位を輸血したところPlt2.9万/μLまで上昇を認め，誘発分娩にて2950 g男児，Ap3/9，出血量554 gの正常経腟分娩となった．3回の妊娠ともに経過が進むにつれ，また妊娠回数が増えるごとに病態は悪化した．今後，妊娠を考慮した重症度評価を踏まえ，さらに管理指針の検討が必要である．

3．マイコプラズマ肺炎の関与が疑われ，粘膜症状のみを呈したStevens-Johnson症候群の1例

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院小児科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院眼科
◦高峰　文江[1]・立元　千帆[1]
渡辺　雅子[1]・生駒　直寛[1]
奥山　　舞[1]・玉利　明信[1]
木村　絢子[1]・赤司　賢一[1]
寺野　和宏[1]・勝沼　俊雄[1]
幸田　公人[2]・上出　良一[2]
角田かほる[3]

背景：Stevens-Jonson症候群（以下SJS）は紅斑，水疱などの皮疹に加えて，眼や口腔などに粘膜疹を呈する疾患である．薬剤と感染症に起因する場合がある．今回，マイコプラズマ肺炎の経過中に，皮膚紅斑を伴わない非典型的なSJS症例を経験したので報告する．

入院後経過：症例は10歳男児．近医，東京慈恵会医科大学附属第三病院外来でAZM，CAM，EMの投薬を受けたが，マクロライド不応性の発熱と咳嗽が持続した．また，眼球結膜，口唇，口腔粘膜の糜爛を認め，全身状態不良のため入院となった．入院後徐々に粘膜症状が悪化し，眼科診察上，眼球結膜の偽膜形成を認めた．皮膚の多形紅斑は認めず，以降も典型的皮疹は認められなかったが，他疾患を鑑別した上でSJSの診断基準を満たしたためSJSと診断した．ステロイドパルス療法を3日間施行し，粘膜症状の改善に至った．マイコプラズマ抗体価が<40倍から1280倍に上昇しており，マイコプラズマ肺炎に合併した，あるいは薬剤性のSJSと考察した．

考察：SJSの中には，皮膚の多形紅斑を呈さない症例が報告されている．皮膚所見を欠く症例でもSJSを疑い，速やかな治療（ステロイド治療やγグロブリン治療）をし，重症化を防ぐことが必要である．

4．脳卒中後嚥下障害に対する反復経頭蓋磁気刺激療法と嚥下リハビリテーションの併用療法

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・安保　雅博
小林　一成・角田　　亘
原　　貴敏・新見　昌央

はじめに：近年，脳卒中後嚥下障害に対する反復経頭蓋磁気刺激（以下rTMS）の有効性が報告されている．しかし，rTMSと嚥下リハビリテーションを治療目的で併用して介入させた報告は知られていない．今回，脳卒中後嚥下障害に対しrTMSと集中的嚥下リハビリテーションの併用療法にて嚥下機能改善をみた症例を経験したので報告する．

方法：嚥下障害を有する右中大脳動脈領域の脳梗塞の76歳男性に対し，発症から6ヵ月経過し回復がプラトーと考えられた時点で介入を行った．左大脳半球で舌骨挙上筋群のMEPが最大となる部位に1日1回20分・1 Hzの低頻度反復経頭蓋磁気刺激を行い，引き続き間接嚥下訓練と直接嚥下訓練を行うプロトコルで6日連続入院で行なった．嚥下機能評価は入院日と退院日に嚥下内視鏡検査などを用いて行った．

結果：6日間の併用療法は副作用や神経症状の悪化をみることなく完遂された．介入によって嚥下反射惹起速度の改善，誤嚥量の減少などが確認され，それに伴って経口摂取能力の改善も認めら

れた．

考察：我々が考案した低頻度rTMS と集中的嚥下訓練の併用療法は安全に実行可能であり，脳卒中後嚥下障害に対する新たな治療的介入であることが示唆された．

5．東京慈恵会医科大学附属第三病院における高齢者肝細胞癌の治療の現状

東京慈恵会医科大学附属第三病院消化器・肝臓内科
°小野田　泰・佐伯　千里
伏谷　　直・木下　晃吉
及川　恒一・千葉　允文
小田木　勲・小林　　剛
小林　裕彦・坂部　俊一
木島　洋征・宮川　佳也
西野　博一

はじめに：近年，肝疾患患者の高齢化に伴い，高齢発症の肝細胞癌の治療機会が増えている．一般に高齢者では，老化の程度により心肺機能低下などの併存疾患が全身におよぼす影響や，症状の出現に個体差がみられる．よって高齢者肝細胞癌症例においても全身状態を十分評価し適切な治療が選択される必要がある．わが国では肝癌診療に対するガイドラインが作成され，厚生労働省および日本肝臓学会により作成された2つの肝細胞癌治療アルゴリズムが推奨され，現在広く利用されている．高齢肝癌患者の治療に際し，アルゴリズム推奨治療からの逸脱例が少なからずみられるが，現行の治療アルゴリズムによる推奨治療をそのまま適応することが妥当であるかは，科学的根拠が十分であるとは言えない．そこで今回我々は，高齢者肝細胞癌における治療の現状について調査した．

方法：東京慈恵会医科大学附属第三病院で初めて肝細胞癌と診断され，初回治療を行った79名（男性51例，女性28例，年齢55歳から92歳，平均年齢70.6±8.1歳）を対象とした．成因はHBs抗原陽性（HBV）9例（11％），HCV抗体陽性（HCV）52例（66％），両者陽性（B＋C）2例（3％），アルコール（AL）9例（11％），非B非C非アルコール（NBNC）7例（9％）．診断時年齢で64歳以下（n＝22），65～74歳（n＝30），75歳以上（n＝27）の三群に分類し患者背景，肝癌治療アルゴリズム推奨治療と実際の治療との一致率について比較検討した．

結果：65歳以上で，女性の割合が増えHBVに比べHCVの比率が高かったが，肝予備能，腫瘍因子に差はなかった．肝機能良好な小型単発肝癌では積極的に局所療法が選択されていた．治療アルゴリズムとの一致率は年齢による差はなく，治療効果も同等であった．

結語：高齢者肝細胞癌症例では，年齢によらず，治療アルゴリズムによる推奨治療に基づき，積極的に治療することが可能である．

6．入浴死の現状：三多摩地区の法医解剖例を中心として

東京慈恵会医科大学法医学講座
°松本　紗里・小沢　昌慶
朝倉久美子・落合恵理子
星野　邦昭・阿部　光伸
岩楯　公晴

入浴死とは：家庭内の不慮の事故により死亡した人数は年間14,000人にのぼる．そのうち，4,000人以上が浴室内で溺死しており，家庭内の事故死亡の中でもっとも多い．浴室内では溺死以外にも，入浴中に病死するケースも少なくなく，入浴中の溺死と病死をあわせて「入浴死」と定義している．東京慈恵会医科大学法医学講座（当講座）では法医解剖例584症例中28症例（4.8％）が入浴死である．

世界保健機構（WHO）によると日本の溺死者数は各先進国と比較すると，約2倍程度であるが，高齢者になると急増し，75歳以上の後期高齢者では約15倍にも跳ね上がる．その原因となるのが浴槽に入る入浴習慣であり，つまり「入浴死」である．

入浴死の特徴：①高齢者に多い；入浴中の溺死を年齢階級別にみると，若年者ではその割合が低いのに対し，年齢を経るごとに徐々に増加する．65歳以上の高齢者で著増しており，その中でもとくに75歳以上の後期高齢者に多い．②冬季に多い；入浴死はどのような時期に起こっているのか検証すると，7～9月は少なく，冬季に増加する．このことから，入浴死は寒くなる季節にリスクが高まることが言える．③病死が多い；当講座の解

剖例では溺死が32％，病死が57％と病死の割合が高い．病死の中でも循環器系疾患がもっとも多く，脳血管系疾患がそれに続く．また，死亡に至らないケースでは，意識消失発作の原因として一過性脳虚血発作（TIA）が多いという説もある．

まとめ：入浴中の突然死は家庭内の不慮の事故の中でもっとも多く，高齢者，冬季，心・脳血管系疾患に多い．溺死の中には意識消失発作の原因としてTIAなどが含まれる可能性がある．

7．人工股関節再置換術中に対側大転子部に生じた深部損傷褥瘡の1例

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院栄養部
吉方佑美恵[1]・上出　良一[1]
江川安紀子[2]・吉田　和代[3]

はじめに：すでに両側とも人工股関節置換術を受けている患者が，左人工股関節の再置換術中に，右大転子部に深部損傷褥瘡（DTI）を生じた．高齢者の増加とともに，このような症例は今後増加することが懸念される．

倫理的配慮：個人特定できない症例報告の了承を本人より得た．

症例報告：78歳，男性．平成6年に東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科で左人工股関節置換術施行．平成18年に右人工股関節置換術施行後，左人工股関節のゆるみが生じた為，平成2X年X月26日に左人工股関節再置換術を施行した．術中は右側臥位で，約5時間半，体位変換はなされていなかった．術後，リカバリー室で右大転子部の持続的発赤，腫脹が発見され，DTIを疑い，術後1時間頃デキサメタゾン4 mgの局注を行った．翌日，皮下硬結を認め，ベタメサゾン2 mgの局注を施行した．患部はポリウレタンフィルムで保護した．明らかなびらん・潰瘍形成などの悪化もなく，約1ヵ月で皮疹，疼痛は消失した．

考察：術後，骨盤部CTを確認したところ，右人工股関節部の皮下組織の菲薄化が確認できた．人工股関節部を下にした側臥位で，対側人工股関節再置換術を行う場合は，手術時間も長くなり，褥瘡のリスクが高まるため，十分な予防ケアが必要である．今回，DTIを疑い，症状進行を予防するため，早期にステロイド局注を試み，良好な結果を得た．

まとめ：高齢者では人工股関節の再置換術を受けることが多くなっている．一度置換術を受けた部位は組織耐久性が低下しているため，対側の再置換術に際しては通常以上の除圧対策が必要である．また，DTIに対し，早期のステロイド局注が症状悪化を抑制する可能性がある．

8．MRIを用いた新たな頚動脈狭窄率測定への挑戦：より精度の高い狭窄率測定を求めて

東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線部
°北川　　久・澁谷　一敬
沢邉　啓二・井上　茉里
大谷　奈巳・稲川　天志
大塚　賢治・伊藤　直樹
山川　仁憲・安藤　一哉
羽染　秀樹・松原　　馨

研究背景：頚動脈狭窄病変に対する外科的治療として頚動脈ステント留置術（carotid artery stenting：CAS）とともに頚動脈内膜剥離術（carotid endarterectomy：CEA）の適応が確立される中で手術前評価として内頚動脈の狭窄率を求める基本的な方法としてNASCET（North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial）法がある．NASCET法による狭窄率は（正常部位での内頚動脈径－狭窄部の最小内径）/（正常部位での内頚動脈径）×100％で算出され，狭窄率70％以上が高度狭窄率とされる．現在，NASCET計測にはCT・US・MRIが用いられているが，それぞれに問題点が存在する．まずCTの問題点はX線の被ばくを伴い，造影剤使用のリスクがある．USの問題点は狭窄部位に対してビームが正確に当たらない場合には計測誤差を生じる．MRIの問題点としては撮像時間が長い，空間分解能が低い，乱流の影響等により正確な評価を行えないなどが考えられる．

目的：最近，Isotropic3D高速SE法におけるBlack-blood効果を利用したVolume black blood imaging[1)]の検討が数多く見られるようになった．今回我々は，Isotropic3D高速SE法（以下Cube）による高分解能black blood効果に着目し，血管内腔と血管壁の分離の可能性を見出し，NASCETの

計測応用を可能にすべくシーケンス改良を行ったので報告する．

検討方法；使用装置はGE横河社製Signa HDxt　1.5T，HDx，8ch NV Array coil．検討項目として血管内腔と血管壁のコントラストの向上，black blood効果を向上させるパラメータの変更を行う．

結果：MRIを用いた新たな頚動脈狭窄率測定を可能にすべく検討した結果，下記の改良シーケンスパラメータを得た．TR700 ms，TE14 ms，FOV21 mm，スライス厚0.8 mm，マトリックス256，撮像時間5分40秒，ボクセルサイズ0.8 mm^3．

考察・結語：頚動脈MRI/CubeT1WIにおいて，頚動脈CTAの3Dワークステーション（以下，3DWS）における処理方法を同様に用いることにより，NASCET法による頚動脈狭窄率の測定が可能となり，さらに後処理で任意断面の設定が可能であるため，より正確な狭窄率の計測が可能となることが示唆された．本来，3DWSはCTによる造影血管（高CT値）の評価を目的に作成され，Cubeにおけるblack bloodを評価するには改善の余地があるが，MRIを用いた頚動脈狭窄率（NASCET法）の計測を目的としたCubeによる最適な撮像法を見出すことができた．今後，臨床応用が期待されるため，さらに症例数を重ね，精度を高めつつ診療に寄与すべく検討を続けたい．

参考文献：

1）米山正巳，中村理宣，奥秋知華，田渕隆，武村濃，小原真．3D高速スピンエコー法の新たな展開：コントラストのコントロール方法に関して．
映像情報Medical 2010；42（14）：114-23．

9．東京慈恵会医科大学附属第三病院の節電行動計画への取り組みとその実績

東京慈恵会医科大学附属第三病院省エネ対策委員会
°大井田　亘・古藤　健明
前田　利美・中村　　敬
浅沼　和生・保谷　芳行
宮川　佳也・奈良　京子
田中　久代・青柳　しほ
加藤紀代美・井出　晴夫
川井　龍美・松原　　馨
池田　勇一・狩野　　毅
濱　　裕宣・深沢　博臣
石井　宣大・中山　恭秀
鈴木　直毅・長谷川幸三
中林　克彦

省エネ対策委員会は省エネ法，東京都環境確保条例に対応すべき委員会として，全学省エネ対策委員会の下部組織として東京慈恵会医科大学附属第三病院に設置された．

今般，平成23年3月11日に発生した東日本大震災により，東日本側の発電施設に大きな被害をもたらしたことから，その電力需給逼迫状況への対応を検討する目的で，本年度第1回省エネ対策委員会を平成23年4月27日に開催した．また，節電行動計画を策定するにあたり，各部署で取り組み可能な対策を調査するとともに，定期的に院内ラウンドを行い，節電状況を確認することとした．

各部署で取り組み可能な対策調査の結果，削減電力については照明を中心に約135 kwとなった．その結果をもとに検討した結果，節電行動計画は診療部門への影響を最小限に留め，間接部門を中心に策定することとした．

院内ラウンド結果については，全体的に各部署とも節電意識は高く，積極的な取り組みが行われていた．

政府より今夏の電力削減は昨夏のピーク時と比べて15％削減する方針が出されたが，病院など国民生活に支障が出る施設は，規制対象から一部除外するなど配慮が示され，医療施設については電力使用制限令の「適用除外」となった．ただし，使用制限の対象から除外されたとしても，排出二酸化炭素の削減や社会的責任の観点から，できる限り節電に協力していかなければならなく，とく

に第三病院は病院以外に国領キャンパス，看護専門学校も使用電力に含まれることを踏まえ，診療に影響のない，管理部門，国領キャンパス，看護専門学校等を含め全体として10％削減（−274 kw）を目標とした．対策としては，患者さんがいる場所は極力影響を抑えた中で，照明設備の間引き点灯および消灯，冷房設定温度の緩和等を中心に行うこととした．

これらの対策に基づいた教職員の協力の結果，平成23年7月から9月の平均削減電力量は前年比−16.3％と節電行動計画を達成することができた．

10. 病状の悪化や大切な人の死を受け入れることが困難な家族へのケア：悲嘆作業のプロセスからの一考察

東京慈恵会医科大学附属第三病院看護部
○宇野　要子　田村　愛子

はじめに：家族にとって大切な人の悪い知らせを聞くことや，失うかもしれないことへの悲しみや不安は，個の存在さえも危ぶまれるほどの大きい揺らぎとなり得る．今回，病状悪化の否認が強く夫の死を受け入れることが困難であった妻が，臨終時には夫へ別れを告げることができたケースを通し，妻に変化をもたらした看護実践について考察したので報告する．

症例紹介：A氏70歳代，女性，結婚を機に薬剤師を離れ専業主婦となる．

家族背景：会社経営を担う夫との2人暮らし，長男は海外に在住，次男は都内に世帯をもつが親子関係は良好ではなかった．キーパーソンである夫は，急性リンパ性白血病にてX年1月より治療を開始するが，X年8月には再発が疑われ再入院となった．

経過：妻は病状の悪化により変わりゆく夫の姿から「みてもらえていない，やってもらえていない」といった思いが強くなり，医療者への怒りや攻撃，不信感が増大していた．繰り返しのインフォームド・コンセントを行うが「コロンブスの卵を持ってきた」と話し，何度も医療者に詰め寄っての代替治療や民間療法の提案や勧め，行われていた治療への否定などが顕著であった．そのような妻に対し医療者間での情報共有を密に行い，妻の行動を否定するのではなく，見守る形をとりながら妻の状況判断を細やかに行うことに努め，ケアのタイミングを計っていった．そして臨終間近には夫の死が近いことを受け入れていると思われる発言も聴かれるようになり，看取りの際には「ずーっとずーっと一緒だからね」と声をかけることができた．また，病気を治してあげられなかったことへの申し訳なさを吐露する姿もみられ，夫の最期の衣服の選択や，エンゼルケアに参加するなどして家族の時間を過ごすことができた．

考察：妻にとっては夫の存在が社会であり，夫を失うことはその社会的状況をも喪失することを意味した．そして妻にとって，夫の命を救うこと生きていて欲しいと願うことは，夫への愛の形，つまり妻の「健康さ」であり，医療者への怒りや攻撃は，妻にとってコーピングの一つであった．米虫は「心のケアに大切なことは『顕著な不健康さを修正』ではなく，『存在する健康さをサポート』すること」と言うように，妻にとっての「健康さ」を理解したひとつひとつの関わりが妻のコーピングを促し，悲嘆作業を歩む力とした．

結語：妻の喪失体験への理解が，妻にとっての「健康さ」の承認となり，悲嘆作業のプロセスを歩む支援へと繋がった．

11. 美味しく楽しい食事で血糖コントロール

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院栄養部
[2] ベラ食堂
[3] 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
○諸星　栄子[1]・吉田　和代[1]
糸田　　涼[1]・山本　清孝[1]
小沼　富雄[1]・松尾健太郎[1]
小沼　宗大[1]・濱　　裕宣[1]
前田　亘彦[2]・森田　隆之[2]
横山　淳一[3]

糖尿病の治療は食事療法，運動療法，薬物療法の三本立てであるが，とくに食事療法は重要になる．

食事療法を指示された患者さんが，毎日の食事をどうしたらよいのか悩んでいる人は多い．そこでいずみ会（第三病院糖尿病患者会）で，食事療法を理解し，実践してもらうための手助けをと考え，毎年食事会を開催し食事を食べながら，食材

の選び方，油の質，分量，調理法など勉強し，また食前食後の血糖測定をすることで，食事療法の必要性を実感してもらう目的で行っている．

元来和食が糖尿病食に向いているといわれていたが，近年欧米食などの他国籍の食事を食べる機会も増えていることから，和食以外の食事として地中海料理に着目した．

地中海料理は，糖尿病の食事療法に有効な，食後高血糖の予防，血清脂質の適正，高血圧の予防などの要素を含む低GI食（パスタなど），一価不飽和脂肪酸や多価不飽和脂肪酸の多い食品（オリーブオイル・魚），食物繊維（豆類・きのこ），β - カロチン，抗酸化ビタミン，リコピンなど抗酸化ビタミン（緑黄色野菜）を多く含む食品，調理法も香草類の利用や油を落とすようなシンプルなものが多い．

今回患者さんの食事会から，食事療法への取り組み方など食事体験に関する調査と食前食後の血糖測定を行い，食事と血糖値の関係を実感してもらう事を行った．

その結果，食事会参加回数にかかわらず，食物繊維・油の質・食材のバランス・食べ方など食事療法への関心と食前より食後の血糖値が低下している患者さんが多い事実から，食生活を見直すことにつながり，食後の高血糖の予防や脂質異常の是正など，糖尿病治療の第一歩になっている．

12. 慈恵・整形外科発の世界初，ガイドライン採用への道のり：骨粗鬆症における骨質マーカーの確立とテーラーメイド治療への展開

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院整形外科
[2] 東京慈恵会医科大学整形外科学講座
◦斎藤　充[1]・上野　豊[1]
浅沼　和生[1]・丸毛　啓史[2]

骨粗鬆症における骨脆弱化は，骨密度の低下が原因の一つと考えられている．そのため，治療に際しては骨密度を増加させる薬剤が使用される．しかし，東京慈恵会医科大学整形外科学講座の研究から骨の強さは「骨密度さえ高ければ骨は強い」という概念は十分ではないことが明らかとなった．骨は「鉄筋コンクリート」の建造物によく似た構造をもっており，鉄筋に相当するのがコラーゲンで，コンクリートに相当するのがカルシウムからなるハイドロキシアパタイトである．そして，隣あうコラーゲン同志をつなぎ止める架橋構造（建造物に例えるならば鉄筋同志をつなぎ止める梁やビスのような役割）が骨質・骨強度に影響を規定する事を，独自に開発した装置で明らかにしてきた．とくに鉄筋に相当するコラーゲンの梁に相当する架橋の善し悪し（「善玉架橋」と「悪玉架橋」）が，骨の強さを規定する重要な因子である事を初めて明らかにした．骨のコラーゲンに悪玉架橋が多いと骨は脆弱化する．骨に悪玉架橋の多い症例では，尿中や血中に悪玉架橋が排泄される．この悪玉架橋の測定を行うことで，将来の骨折を予測することが可能である．悪玉架橋の正体は「ペントシジン」という物質であり，骨密度測定では評価しきれない骨折リスクを知る手立てとなる．本概念は，基礎的研究およびそれをもとにした臨床疫学研究の成果であり，慈恵発の世界初のエビデンスとして，国外のコホートからも追試をうけている．さらに本年発刊の「骨粗鬆症の予防と治療のガイドライン」，および「生活習慣病骨折リスク診療ガイド」に骨質低下の機序およびマーカー，テーラーメイド治療の概念について章立てを担当し，日常臨床へ還元されるに至った．

参考資料：

1）Saito M, Marumo K. Collagen cross-links as a determinant of bone quality: a possible explanation for bone fragility in aging，osteoporosis，and diabetes mellitus Osteoporos Int 2010; 21: 195-214.
2）斎藤充. TBSテレビ. 夢の扉～ NEXT DOOR ～「骨質に注目！骨粗しょう症に新たな治療法」. 2011年2月13日
3）斎藤充, 丸毛啓史. 骨粗鬆症治療の意外な盲点：骨質の重要性．日経サイエンス 2010; 40: 114-7.

13. くる病にみられた多発性顎嚢胞の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院歯科口腔外科
◦竹市　有里・押岡　弘子
高山　岳志・小泉　桃子
玉井　和樹・伊介　昭弘

低リン血症性ビタミンD抵抗性くる病（以下XLH）は伴性優性遺伝を示すとされ，低リン血症と過リン酸尿，くる病性骨変化をおもな特徴とする疾患である．口腔領域では骨と同様に歯の硬

組織にも形成不全をきたすとされている．今回我々は，XLH患者にみられた多発性顎嚢胞の1例を経験したのでその概要を報告する．

患者は19歳男性．20XX年6月，近医歯科より顎骨嚢胞精査依頼にて紹介来科となった．生後4ヵ月時の検診にて大泉門の過大を指摘され，精査によりXLHと診断された．家族歴は母親が同疾患と診断されているがその他の血縁者には認められない．初診時の全身所見は低身長，O脚で栄養状態は良好であった．口腔内所見は顎骨の膨隆，圧痛等は認めなかったが，多数歯の齲蝕を認め口腔衛生状態は不良であった．オルソパントモ，造影CTにて，永久歯の形成不全，上下顎骨に嚢胞様透過像を多数認めた．

20XX年8月，全身麻酔下にてまず下顎骨嚢胞摘出術を施行．摘出物の病理組織学的検査より歯根嚢胞の確定診断を得た．術後の経過は良好で欠損部は義歯により補綴されている．

14. 血清プロカルシトニン検査の臨床的有用性

東京慈恵会医科大学附属第三病院中央検査部
°中田　瞳美・染谷　　茜
吉澤　辰一・宮本　博康
池田　勇一・大西　明弘

目的：プロカルシトニン（以下PCT）は重篤な細菌感染症時に，その菌体や毒素等の作用により炎症性サイトカイン（TNF-α等）が産生され，その刺激により全身の臓器でさらにPCT産生が増加するとされるため，細菌感染症の鑑別診断および重症度判定の新しいマーカーとして注目されている．今回，我々は血液培養と血清PCTさらに諸種炎症マーカーの継時的推移を調査し比較検討した．また肝硬変患者は腸内細菌のbacterial translocationによりグラム陰性桿菌の敗血症を引き起こしやすいため，血清PCTの継時的推移を調査したので併せて報告する．

対象：2009年12月から2010年12月に東京慈恵会医科大学附属第三病院中央検査部に血清PCTと血液培養の同時依頼があった検体207例を対象とした．このうちの5症例で炎症マーカー（CRP，TNF-α，IL-6，E-セレクチン）の継時モニタリングを実施した．また肝硬変患者6症例についてもPCTの継時的測定を行った．

測定法：血清PCTはブラームスPCT-Qで（半定量法；和光純薬）と，スフィアライトブラームスPCT（定量法；和光純薬）を用いた．また，TNF-αはELISA法（フナコシ），IL-6はCLEIA法（富士レビオ），E－セレクチンはラテックス凝集法（三菱化学メディエンス）を用い測定した．

結果：

1．2009年10月から2011年10月の半定量法と定量法の依頼件数は，月別の変動がみられるが定量法は減少傾向，半定量法は増加傾向がみられた．

2．血液培養結果との比較では，血液培養陽性での半定量法PCT陽性率（半0.5 ng/ml以上）のうち，グラム陰性菌では90％グラム陽性菌では47％と，グラム陰性菌において高値を示した（χ^2検定$p < 0.05$）．

3．肝硬変患者における血清PCTの継時モニタリング結果では，閉塞性黄疸と胆管炎を合併した1例において増加（低下後再上昇）の繰り返しが観察されたが，他の5例は高値を示さなかった．

4．定量法PCTに加えCRP，TNF-α，IL-6，E-セレクチンとともに継時モニタリングを実施した症例5例において，SIRS診断基準を満たした時点から各々ピークに達する時間（tmax）が一番早かったのはTNF α（平均18.0時間），つぎにPCT（32.9時間），IL-6（36.0時間），白血球（36.7時間），CRP（43.0時間），E-セレクチン（46.5時間）であった．

まとめ：PCTはグラム陰性菌感染で有意に陽性化し，敗血症によるSIRS症状出現後の血中濃度増加時間がTNF-αについで早いことから，グラム陰性菌感染による敗血症患者に対し，抗菌薬の迅速投与に貢献できると考えられる．また，モニタリング結果から半定量法PCTは細菌感染症の鑑別診断の補助として有用と思われた．肝硬変患者のようにbacterial translocationを起こしやすい患者の血清PCT動態に関しては，今後さらなる詳細な検討が必要である．

15. 東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科におけるESBL産生菌による尿路性器感染症の臨床的検討

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院感染制御部
◦大塚　則臣[1]・木村　章嗣[1]
梅津　清和[1]・成岡　健人[1]
林　典宏[1]・古田　希[1]
竹田　宏[2]

背景：一般に尿路感染症治療においては，起因菌同定前に経験的抗菌化学療法が開始されることが多い．そのため起因菌が薬剤耐性菌の場合，初期治療が有効性に乏しい例が散見される．今回我々は，近年増加傾向にあるとされるESBL産生菌の尿中検出頻度および患者特性，抗菌化学療法の選択と有効性について後方視的に検討したので報告する．2008年8月から2011年8月までに東京慈恵会医科大学附属第三病院泌尿器科外来を受診した患者のうち，尿細菌培養検査にてESBL産生菌を検出した40例について，初診時尿路感染症診断，患者特性，投与抗菌薬，臨床経過等について検討した．

結果：年齢は33～91歳（中央値77歳）男性9人，女性31人で初診時診断は膀胱炎17人，腎盂腎炎8人，尿管結石6人，無症候性膿尿6人であった．基礎疾患はDM7人，脊椎疾患4人，脳血管疾患3人であった．経験的初期治療において選択された抗菌薬は，ニューキノロン系およびセフェム系が大部分（81.3％）を占めた経験的初期治療における有効率は全体で22％であった．起炎菌判明後，薬剤感受性結果および臨床的重症度を考慮した標的治療として変更した抗菌化学療法の有効率は，全体で82.35％であった．

考察：尿培養より検出されたESBL産生*E. coli*に対する自験例40例の抗菌薬感受性は，カルバペネム系，アミノグリコシド系，第二セフェム系（CMZ）の順に薬剤感受性率が高く，重症度を考慮したうえでの標的治療における第一選択薬として有用と考えられる．しばしば多用されやすいLVFXの感受率が低いことは，臨床現場における安易な使用に注意が必要と考えられた．尿路閉塞による腎盂腎炎5例ではドレナージを必要とした．ドレナージは全例で有効性が認められた．ESBL産生菌による尿路感染症は，起炎菌判明前の経験的初期治療に抵抗性を示す事が多い．外来受診時の易感染性尿路感染症患者の尿の細菌学的スクリーニングの重要性が再確認された．

16. 東京慈恵会医科大学附属第三病院におけるお薬相談の実績と展望

東京慈恵会医科大学附属第三病院薬剤部
◦室伏　孔樹・伊藤あゆみ
齊藤　加奈・堀田　麻乃
出雲　正治・赤石　和久
川井　龍美

今日，薬剤師業務においては医薬品管理者という従来の役割に加えて，セーフティーマネージメントの観点から窓口応対などを通じた患者の医薬品にかかわる健康被害の防止やアドヒアランスの向上に向けた取り組みなどが求められている．東京慈恵会医科大学附属第三病院（当院）薬剤部においても薬の相談窓口を設置しており，当直時間帯においては電話による相談にも応対している．

そこで今回「お薬相談窓口」の最近の実績を集計・評価し，相談窓口に寄せられた相談内容の把握と今後の対応の体制について検討した．

2011年10月1日から11月30日の窓口応対，電話による相談内容を対象とした．全相談件数は129件（11月19日時点）でうち13件が当直時間帯の電話による相談であった．

この中で医薬品に関する相談は50件で，もっとも多く寄せられた相談内容は用法・用量に関する相談で30％，続いて処方薬の効果・効能と副作用に関する相談が22％，相互作用と器材の使用方法が10％であった．またこれらの医薬品に関する相談のなかでハイリスク薬に分類されるものは12％であった．医薬品に関する事以外の相談では院外処方箋に関する相談が多く見られた．

近年，長期にわたる服薬で，自分が服用している薬に関する情報や相談を希望している患者が増加傾向にある．このような状況下で，業務の一環として外来処方箋の監査を行っている当院薬剤部においては，多くの医療従事者の連携によるチーム医療の中で，薬物治療の効果をより確実にし，安全性を確保するために必要な情報をわかりやすく，的確に伝える積極的な取り組みが必要である

と考えられる．今後も院内だけでなく，院外保険薬局の薬剤師との連携をも強化し，患者が安心し，納得できる地域医療を目指していきたい．

17. 膵ナビゲーション手術の有用性について

[1]東京慈恵会医科大学附属第三病院外科
[2]東京慈恵会医科大学附属第三病院高次元医用画像工学研究所
◦恩田　真二[1]・兼平　　卓[1]
藤岡　秀一[1]・岡本　友好[1]
鈴木　直樹[2]・服部　麻木[2]

はじめに：東京慈恵会医科大学附属第三病院には高次元医用画像技術を活用したハイテクナビゲーション手術室があり，多様なイメージガイド手術が可能である．われわれは手術の安全性と根治性の向上を目指し，肝胆膵外科領域における開腹手術に適したAugmented realityを用いた画像提示システムを開発した．これまで肝胆道疾患4例のナビゲーション手術に臨床応用してきた．膵嚢胞性疾患は，切除例の増加に伴いその切除範囲の設定に難渋することが少なくない．今回術前に膵切離予定ラインを設定しこれを重畳表示させて，膵切離のガイドに有用であるかを検討した．

方法：術前のCT画像から三次元構築モデルを作成し，この構築モデルを手術シミュレーションに用いた．膵嚢胞の部位，拡張膵管の範囲を確認し，術前に膵切離予定ラインを設定した．手術ナビゲーション専用手術室において三次元位置センサーを用いて，その構築モデルと臓器の解剖学的特徴点で位置合わせ（レジストレーション）を行い，構築モデルと膵切離予定ラインを術野画像に重畳表示し手術ナビゲーションに利用した．

結果：膵嚢胞性疾患2例に臨床応用した．構築モデルと膵切離予定ラインを同時に重畳表示し，術中の膵切離のガイドに有用であった．同システム利用に起因する手術合併症は認めず，同疾患の平均手術時間，出血量と相違なく完遂できた．問題点として，レジストレーション時に若干の誤差が生じた．

結論：Augmented realityを用いた画像提示システムの利用により，膵嚢胞性疾患の膵切離ラインのガイドなど膵ナビゲーション手術の有用性が示唆された．レジストレーションの正確性の向上，術中に変形する臓器への対応が今後の検討課題である．

18. 著しい低栄養を呈した膵石症に伴った糖尿病の1例

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
◦高野　啓子・中村明日香
森本　　彩・伊藤　洋太
森　　豊・横山　淳一

進行性慢性膵機能障害では，病期に応じ食事療法を含め治療を変更しなくてはならない．さらに膵内外分泌機能障害は各々の要素によって障害度が異なり，代償～非代償期いずれの病期にあるか各種栄養成分ごとの評価が求められる．その上で食事療法・栄養管理を施行するべきであり，低栄養状態回避と膵性糖尿病の管理が重要とある．また，糖尿病・慢性膵炎とも動脈石灰化を惹起し，とくに糖尿病では中膜石灰化病変（メンケベルグ型中膜石灰化），慢性膵炎では大動脈石灰化の頻度が高いことが報告されている．糖尿病・慢性膵炎の長期管理では，動脈石灰化硬化病変の評価が求められる．今回，2型糖尿病長期管理中にアルコール性慢性石灰化膵炎が進行し著しい低栄養状態を呈し，また中～大動脈にかけて著しい石灰化・硬化性病変を呈した1例を経験した．進行性の慢性膵機能障害における病期に応じた食事療法のあり方，糖尿病・慢性膵炎の長期管理における定期的な動脈石灰化硬化病変の評価の重要性を文献的考察を加え報告する．

67歳男性，主訴は体重減少と易疲労感．1985年高血糖を指摘されるも放置．2003年に肥満症と2型糖尿病の診断で内服加療開始，2006年6月インスリン導入．禁酒と食事療法の指導を行うもアドヒアランス不良．2011年3月より急激な体重減少を認め9月に東京慈恵会医科大学附属第三病院糖尿病・代謝・内分泌内科入院．画像上多発膵内石灰化病変と膵実質萎縮，血液・便・尿検査で各種膵内外分泌機能障害を認め，慢性石灰化膵炎に伴う栄養吸収・利用障害と診断．膵炎移行～非代償期の本症例では①慢性膵炎に準じた食事療法＋禁酒　②膵酵素補充療法　③高血糖の是正 を主軸に栄養管理を行い改善を認めた．また本症例でも糖尿病・慢性膵炎に併発する動脈石灰化硬化病は顕著であった．2型糖尿病長期管理において膵内外分泌残存機能と栄養状態，また血管病変の評価が重要であると考えた．

19. 東京慈恵会医科大学附属第三病院におけるリネゾリド投与例の臨床的検討

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院感染制御室
[2] 東京慈恵会医科大学附属病院感染制御部
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部
[4] 東京慈恵会医科大学附属第三病院薬剤部
[5] 東京慈恵会医科大学附属第三病院 ICT
○竹田　宏[1,2,5]・松澤真由子[1,5]
赤石　和久[4,5]・山田　高広[3,5]
中村　文昭[3]・大川　華代[4]
盛田　真弓[5]

20. 摂食機能療法：計画から導入経過について

[1] 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
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院 NST 委員会
○諸岡あづさ[1]・加藤　千尋[1]
百崎　良[1]・小林　一成[1]
平本　淳[2]・山田　高広[2]
田部井　功[2]・猪俣　英子[2]
石川　幹子[2]・三輪　奈緒[2]

はじめに：肺炎は死亡原因の第4位に位置し，90歳以上になると第2位にまで急増する．その多くが誤嚥性肺炎によるといわれている．誤嚥性肺炎の予防，治療はメディアで取り上げられる程注目されている．誤嚥性肺炎患者減少を目指す働きのひとつとして東京慈恵会医科大学附属第三病院では10月1日から摂食機能療法を導入することとなった．今回はその経過と今後の課題を検討したので報告する．摂食機能療法は，摂食機能障害を有する患者に対して診療計画書に基づき，医師の指示の下，看護師療法士が1回につき30分以上訓練指導を行った場合に限り，開始日より3ヵ月間算定できる．

目的：摂食機能加算（1日185点）算定可能，栄養状態の改善，経口摂取への早期移行，誤嚥性肺炎の予防があげられる．

対象者：摂食嚥下障害者で口腔ケア・食事に1回30分以上の介入を要す者．

流れ:患者入院時摂食嚥下障害の有無を確認し，障害がある場合はプレテストを実施する．全項目該当の場合トロミ水テストを実施し問題がなければ直接訓練を行う．プレテストの該当項目が1つでもある場合は間接訓練を行う．

記録：摂食機能療法実施記録，3号用紙へ摂食嚥下機能の問題リストを立案する．

会計:看護部から業務課へ会計伝票を提出する．

説明会：9月28日医師・看護師を対象に説明会を実施し，約30名の参加があった．

経過：10月1日から11月19日までの件数は83件であった．診療科別にみると内科系病棟で多く実施されている．

今後の課題：再評価の確認とリハビリテーション科から病棟への引継ぎの円滑化をあげた．

まとめ：摂食機能療法の実施により誤嚥性肺炎患者減少を実現させ，さらに本療法が病院収益増加の一要因となるよう，整えていきたい．

21. 医療連携による腎臓・高血圧内科への患者紹介の現状と今後の対策について

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院腎臓・高血圧内科
[2] 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
○花岡　一成[1,2]・吉田　啓[1]
松尾　七重[1]・山本　泉[1]
小池健太郎[1]・末次　靖子[1]
菅原　直子[2]・福留　賢一[2]
中村　敬[2]

目的：慢性腎臓病（CKD）は，腎不全に至り人工透析や移植などの腎代替療法が必要になるだけではなく，心筋梗塞や脳卒中といった心血管疾患の発症リスクが増加する．東京慈恵会医科大学附属第三病院腎臓・高血圧内科（当科）では，早期発見・早期治療を実施するため近隣の医療機関とのCKD医療連携を推進してきた．患者紹介を通して，医療連携の現状を解析し，今後の対策を検討する．

対象：平成22年4月1日より平成23年8月31日までの17ヵ月間に，当科外来に紹介のあった450件のうち，腎臓病，高血圧関連疾患313件（290名）の紹介ついて，カルテより患者年齢，性別，CKDステージ，原因疾患，転帰を調べた．

結果：紹介医療機関の所在地は多摩地区194件（62％），東京区部94件（30％），神奈川県11件（4％），その他14件（4％）で，調布市114件，世田谷区49件，狛江34件からの紹介が多かった．患者プロフィールは平均年齢63．7±18．6歳，男：女＝183：130．紹介時のCKDステージ別（1～

5D）では，25，57，66，44，20，81例．ステージ1，2では血尿，蛋白尿など尿異常，ステージ3以降では腎障害，浮腫，電解質異常が多かった．疾患別では，高血圧・腎硬化症44％，糖尿病性腎症17％，腎炎17％，多発性嚢胞腎4％．糖尿病性腎症はステージ4以降での紹介が大半を占めた．方針決定後の治療は，紹介元への逆紹介15％，共同診療28％，当院54％，透析施設その他への紹介3％で，ステージ4，5でも31％は共同診療していた．

結語：CKD対策が進み，比較的早い時期よりCKD患者の紹介が行われ，専門医による治療の決定ののちに共同診療を実施している現状が明らかになった．また今回の検討により紹介医療機関や患者の居住地が明らかとなり，今後の病診連携に役立てることが可能となった．

22. 入院森田療法を施行したアトピー性皮膚炎の症例

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科
◦塩路理恵子[1]・塚原　準二[1]
守屋達一郎[1]・谷井　一夫[1]
川上　正憲[1]・矢野　勝治[1]
樋之口潤一郎[1]・舘野　　歩[1]
中村　　敬[1]・上出　良一[2]

アトピー性皮膚炎では，皮膚科学的要因と精神医学的要因の両側面に配慮した治療の必要がある． 今回我々は皮膚科入院治療後に入院森田療法を行った症例を報告した．

症例Aは初診時37歳　男性．

主訴：アトピー性皮膚炎（紅皮症），不眠．

現病歴：緊張は高いほうだったが，大学時代は世界一周旅行に出るなど,活動的に過ごしていた．しかし大学在学中の23歳のときにアトピーが全身に広がり，その後軽快増悪を繰り返し，計8回入院している． 不眠のため26歳のときから心療内科に通院．皮膚症状悪化のため東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科を紹介され受診，森田療法を勧められて精神神経科受診した．

皮膚科病棟に2週間余り入院．シクロスポリン，ベボタスチンベシル酸塩内服，外用薬の適切な使用，スキンケアにて皮膚症状は軽快した．皮膚科入院中に入院森田療法の導入を行った．皮膚症状に対して適切に治療が行われていることは，精神療法導入の必要条件といえる．入院森田療法施行中も週1回の皮膚科受診を継続．作業にはとくに制約を加えなかった．症例Aの入院治療での経験は，皮膚症状の安定した状態で，健康的な生活を送るという意味がまずあった．それは，0か100か（寝込む，過度のセーブ⇔無理な働き方）ではない,程よい動き方を身に付ける経験にもなった．そのためにはまず皮膚症状のつらさ，生活を損なわれてきたという思いを充分に傾聴する必要があった．そして心気を含めた不安を自然なものとして扱い，それらとつきあいながら行動に一歩踏み込むことを支えていった．さらにその中で現れた，対人関係，物事へのかかわり方のパターンを扱うことになった．そうして生活に注目すること自体が身体状況へのとらわれから焦点を外し，自然な心身のあり方を取り戻していくことでもあり，「あるがまま」の自己と付き合うことにつながる． そうした森田療法の経験は，アトピー性皮膚炎の寛解維持につながる可能性があると考えられる．

23. アスペルガー症候群の患者における入院森田療法の看護の可能性について

東京慈恵会医科大学附属第三病院森田療法センター
◦川添真希子・松橋　美奈
菅野　由美・関口　智子

はじめに：入院森田療法は神経症性障害の患者を対象とした治療であり，集団生活・集団作業の中で治療が行われるため，発達障害患者が森田療法を受けることは容易ではないと言われてきた．しかし近年，入院後に発達障害を思わせる症例が少なくない．本研究では発達障害患者に対して森田療法の環境を活用した看護について考察したことを報告する．

研究目的：森田療法適応外のアスペルガー症候群の患者にとっても，入院森田療法の活用が出来ることを明らかにする．

研究方法：症例研究

倫理的配慮：得られた情報は本研究以外には使用せず，個人が特定されないように配慮した．

事例紹介：　A氏　40歳　男性．高校生から引

きこもりの生活．両親は高齢，同胞なし．現在，経済的に豊かなこともあり働く必要はなく，生活リズムは容易に乱れていた．他院より，アスペルガー症候群疑いという情報があった．

かかわりの実際：1回目の入院当初は，生活リズムの維持を治療目標に挙げていたが，あくまで治療環境にA氏が合わせるという形をとっていた．退院時は，生活が崩れやすいことを自覚しての退院となったが，その後の生活は引きこもり，生活リズムも立て直すことが出来ない状況が続いた．

2回目の入院では，1回目の入院の情報をもとにしてA氏が入院森田療法を受ける際に生じる問題点を踏まえて個別的に看護展開したが，それでも混乱・疲労が生じてしまい入院3週間目に寝込んでしまった．そのため再度A氏の特性を見直し，作業量や内容の検討などを行ったところ，A氏の集中力が向上し混乱が軽減するなどの反応が見られた．

考察：入院中，A氏が体験したことは実社会でも起こり得ることである．なぜなら，入院森田療法の治療環境が実社会の縮図となっているからである．そのため，入院中に看護師が行ったA氏の特性に合わせたサポートは退院後も必要な支援であり，入院生活で構築した生活の仕方はA氏が退院後も無理せず維持できる生活と言える．A氏の看護を通して入院森田療法の環境が，発達障害患者にとっても活用できると考えた．

おわりに：大人の発達障害患者を対象とした医療施設は全国でも少ない．多様な患者が入院する森田療法センターでは，看護師のスキルを向上させ患者一人ひとりのニーズに応えていけるよう今後も取り組んで行きたいと思う

24. 内視鏡下鼻内腫瘍切除を行った嗅神経芽細胞腫の1症例

東京慈恵会医科大学附属第三病院耳鼻咽喉科

°澤井　理華・清水　雄太
上山　亮介・若山　仁久
力武　正浩・重田　泰史
波多野　篤

嗅神経芽細胞腫（Olfactory Neuroblastoma）は，鼻腔の上方 3分の1ほどに存在する嗅粘膜上皮から発生する悪性腫瘍である．鼻腔深部から頭蓋内に進展した症例が多く，一般的には鼻腔側および頭側両側からのアプローチによりCraniofacial resectionが行われてきた．

東京慈恵会医科大学附属第三病院（当院）耳鼻咽喉科においても進展した鼻，副鼻腔癌症例に対しては，鼻腔側からは内視鏡を用いて観察切除し，開頭後頭蓋底切除を併用する手術を行っている．一方，手術侵襲の回避および手術周辺器具の進歩により，鼻腔および副鼻腔の一部に限局した症例に対しては内視鏡切除も行っている．

今回，鼻腔および副鼻腔に限局し頭蓋底浸潤をきたしていないため，内視鏡下腫瘍切除を行った症例を経験したので報告する．

半年前からの鼻閉を主訴に他院耳鼻咽喉科を受診した．右鼻腔に腫瘍性病変を認め当院を紹介された．右鼻腔から嗅裂に腫瘍性病変を認め，生検にて嗅神経芽細胞種と診断された．

造影MRI，CT画像上は右鼻腔内の腫瘍が 鼻腔内から篩骨洞を介し後方右蝶形洞内に進展しており，また鼻中隔を介し左蝶形洞内にまで進展していた．頭蓋底の骨は保たれており明らかな頭蓋内浸潤は認めなかった．

腫瘍の発生部位が蝶形洞前壁正中付近であり，篩板には達していないと判断し，開頭術は施行せず内視鏡下鼻内手術のみで手術を施行した．内視鏡手術のため腫瘍周囲の粘膜を最小限の範囲で切除し，術後放射線治療の予定とした．大きな合併症なく手術終了．病理検査の結果は断端陰性であり，現在経過良好となっている．

25. 造血器腫瘍領域の腫瘍崩壊症候群に対するRasburicase治療成績

東京慈恵会医科大学附属第三病院腫瘍・血液内科

°山口　祐子・武井　　豊
大場　理恵・溝呂木ふみ
土橋　史明・薄井　紀子

緒言/目的：腫瘍崩壊症候群（Tumor Lysis Syndrome：TLS）は，臨床腫瘍学において重篤な合併症の一つである．TLSの合併しやすい腫瘍は，腫瘍量が多く，増殖速度が速く，そして化学療法や放射線など治療への感受性の高い腫瘍であり，白血病・リンパ腫など造血器腫瘍は典型的な疾患

である．造血器腫瘍の治療成績を向上させるためには，TLSの適切なマネージメントが不可欠である．そこで，TLSでもっとも重要な症状-高尿酸血症に対する尿酸酸化酵素薬-Rasburicase（Ras）の有効性を，後方視的に検討した．対象患者は2010年10月より2011年3月まで，東京慈恵会医科大学附属第三病院腫瘍・血液内科で入院治療した造血器腫瘍18人［(AML 4人，ALL1人，NHL10人，Plasma cell leukemia 1人，CML blastic crisis 1人，MM 1人)，男女比：8/10 年齢中央値60（21-79）歳］である．Rasは，0.15-0.2 mg/kg/日（静注）を化学療法開始前4時間から24時間から投与を開始し，3日から7日まで投与し，総計23回が施行された．投与前の尿酸（UA）値は中央値5.6（1.4-10.7）mg/dlで，投与後のUA値は0-1.4 mg/dLにコントロールされ，検査学的および臨床的TLSの発症は0人であった．副作用も全患者に認めなかった．3人の患者では，2回以上のRas治療が行われたが，抗体の産生は認められなかった．原疾患に対する治療は18人全員が完遂でき，PR以上の効果を得る事ができた．ただし，保険診療においては，RasはDPCの中に含まれるため，医療施設の経済的負担が大きい事が問題となった．

考案：腫瘍量の多い白血病・リンパ腫の化学療法時に，RasによるTLS治療は，有効で安全性の高いことが示唆された．

26. 麻酔方法は癌の予後に影響を与えるのか？

東京慈恵会医科大学附属第三病院麻酔科

°浜口　孝幸・小池　正嘉
山田　佳奈・齋藤　千恵
齋藤慎二郎・松田　祐典
柴崎　敬乃・生田目英樹
近江　禎子

背景：近年の研究では，麻酔法の選択が前立腺癌の術後の再発率に影響を与える可能性があることが示唆されている．我々は，全身麻酔のみの場合と，全身麻酔と硬膜外麻酔を併用した場合の，腹腔鏡下前立腺摘出術後の前立腺癌の再発率を比較した．

方法：東京慈恵会医科大学附属病院（当院）で2008年5月から2010年12月の間に腹腔鏡下前立腺摘出術を受けた患者の中で，3～39ヵ月の間PSAを追跡できた患者（n＝230）を対象とし，全身麻酔のみで手術を受けた群（n＝98）と全身麻酔と硬膜外麻酔を併用して手術を受けた群（n＝132）の2つに分け，後ろ向き研究を行った．術後PSA値の0.2 mg/dl以上の上昇を再発とした．

結果：全身麻酔のみの場合，術後の再発件数は11/98件（11.2％）であった．また，全身麻酔と硬膜外麻酔を併用した場合，術後の再発件数は11/132件（8.3％）であった．

考察：全身麻酔のみの場合と全身麻酔と硬膜外麻酔を併用した場合では，腹腔鏡下前立腺摘出術後の前立腺癌の再発率に有意差は認めなかった．今回の研究の問題点として，追跡期間にばらつきがあり，母集団が230件と少数であることなどが挙げられる．

まとめ：当院において，全身麻酔のみの場合と全身麻酔と硬膜外麻酔を併用した場合で腹腔鏡下前立腺摘出術後の前立腺癌の再発率に有意差を認めなかった．今後のさらなる長期間にわたる追跡調査が必要であると考えられた．

27. 東京慈恵会医科大学附属第三病院におけるi-stroke運用について

[1] 東京慈恵会医科大学附属第三病院脳神経外科
[2] 東京慈恵会医科大学附属第三病院救急部
[3] 東京慈恵会医科大学附属第三病院放射線部

°海渡　信義[1]・長島　弘泰[1]
管　一成[1]・中村　文[1]
坂井　春男[1]・古沢身佳子[2]
坂川　奈央[2]・長島　夢摘[2]
岡　尚省[2]・三枝　裕和[3]
關根　広[3]・澁谷　一敬[3]
北川　久[3]・伊藤　直樹[3]
大塚　賢治[3]・松原　馨[3]

28. 非特異的症状を主訴に紹介受診となったビタミンD中毒症例の検討

東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部

°門田　宰・吉川　哲矢
川名　真央・村瀬樹太郎
中村　文昭・関　正康
山田　高広・平本　淳

目的：骨粗鬆症に対する市民啓発や高齢化の進

展に伴う介護予防の推進から，近年高齢者に対するビタミンD製剤を含む骨粗鬆症治療薬が積極的に投与されている．しかしこと高齢者では容易に脱水状態に陥るなど薬剤投与の安全域は狭く，多くのビタミンD中毒症が報告されている．我々は最近非特異的な症状をきっかけにビタミンD中毒症と診断された症例を経験したため，臨床的に検討した．

対象：東京慈恵会医科大学第三病院総合診療部にて2011年1月から11月までの入院患者で，ビタミンD中毒症と診断された4例．

症例：典型的な経過をたどった1例を紹介する．症例は70歳男性．食思不振，嘔吐を主訴に来院．平成23年9月の下咽頭癌手術後より他院からカルシトリオール2 μg/day，乳酸カルシウム6 g/dayが処方されていた．10月初旬より徐々に食思不振が出現したため11月4日に当院を受診．採血上BUN98 mg/dl，Cr6.09 mg/dl，Ca14.7 mmol/l，iPHT＜3 pg/ml，PHTrP＜1.0 pmol/lを認め，高カルシウム血症，急性腎障害の診断にて入院となった．入院後カルシトリオールおよび乳酸カルシウムの内服を中止し，輸液，フロセミドにて改善した．

結果：症状は食思不振，意識障害，抑うつ状態，四肢脱力と多岐にわたった．いずれも70歳以上の高齢者であった．既往は下咽頭癌手術後，甲状腺癌手術後など骨粗鬆症に限らなかった．ビタミン製剤やカルシウム製剤は必ずしも過量とは限らなかった．急性腎障害を伴う症例が半数あった．いずれの例も定期的なカルシウム測定は行われていなかった．

考察および結論：医原性にビタミン中毒症をきたした例はまれでない．とくに高齢者などリスクのある患者に対しては定期的なカルシウム値のチェックが必要である．