

第 108 回成医学会葛飾支部例会

日 時：平成 24 年 12 月 15 日

会 場：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

5 階 講堂

1. テラプレビルを含む 3 剤併用療法中の慢性 C 型肝炎患者に生じた疥癬の 1 例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター皮膚科

○忍田 陽香・宇野 優
高橋 暁子・高坂 美帆
尾上 智彦・本田まりこ

62 歳，男．職業：介護職．

慢性 C 型肝炎 Genotype 1b・高ウイルス量に対し，ペグインターフェロン α -2b（以下 PEG-IFN α -2b），リバビリンおよびテラプレビル 3 剤併用療法（以下 3 剤併用療法）を施行していた．3 剤併用療法開始から 3 日目より，腋窩・兎径部に掻痒を伴う淡紅斑が出現．皮膚科受診し，薬疹の臨床診断でクロバタゾール外用と抗ヒスタミン剤の内服で症状は徐々に改善していった．治療開始 2 週目で HCV RNA 定量は陰性となった．

治療開始 6 週頃，陰茎に鱗屑を伴う紅色結節が出現し，同部位より生検を施行した．病理組織学的所見では，弱拡大では液状変性と真皮浅層の帯状の密な細胞浸潤を認めた．強拡大では，真皮に好酸球が多数浸潤していた．薬疹として矛盾しないとしてデキサメサゾン軟膏と白色ワセリンの混合剤を外用したところ，生検部位の陰茎結節は改善したが，陰茎の他部位に紅色結節が出現していた．

治療開始から 11 週頃，体幹や四肢，臀部に淡紅斑が増加し，かゆみも強くなった．臀部の皮疹から検鏡するも疥癬虫や真菌は確認できなかった．外用にて治療継続するも改善と増悪を繰り返し，治療開始から 16 週頃，さらにかゆみが強くなり，臀裂に好色結節が出現した．臀部や手掌の鱗屑から検鏡するも疥癬虫や真菌は確認できず，ベタメサゾン 1 mg の内服を開始した．ベタメサゾン内服開始から 1 週間後に掻痒や皮疹は軽度改

善するも，さらに 1 週間後には新生する皮疹もあり再度検鏡を行った．手掌の線状の鱗屑部位から検鏡を採取し，検鏡を行ったところ，疥癬虫を認め，疥癬の診断となった．

テラプレビルを含む 3 剤併用療法の国内第 III 相臨床試験では，皮膚障害が 85.8% に認められている．中には，皮膚粘膜眼症候群（Stevens-Johnson 症候群）や薬剤性過敏症候群も含まれており，皮膚症状は注意深く経過を追う必要がある．本症例のように，別疾患を合併している場合も念頭に置き，診療にあたる必要がある．

2. CPC 症例「誤嚥性窒息」から学ぶ，チーム医療のピットフォール

¹ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部

² 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター糖尿病・代謝・内分泌内科

○酒田 昭彦¹・島田 修¹
田所 嗣美¹・池田奈麻子¹
野木 珠代¹・春間 節子¹
山口いずみ²

第 43 回葛飾医療センター CPC 症例「糖尿病とパーキンソン病の経過中，誤嚥性肺炎とともに誤嚥による窒息が疑われた 1 例」において，窒息死に至った経緯について，セーフティ&リスクマネジメントの立場から検討した．

症例は，84 歳，男性．2 型糖尿病，パーキンソン病，認知症にて東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）に通院していたが，平成 2X 年 X 月 18 日，夕食後より胸苦しさを訴え，当院に救急来院した．誤嚥性肺炎が疑われ，糖尿病・代謝・内分泌内科に入院し，誤嚥性肺炎は抗生剤加療により軽快した．糖尿病は入院中は服薬せず，食事制限のみにてコントロール良好であった．また，画像検査では，誤嚥性肺炎のほか，陈旧性多発性

脳梗塞、肝膿瘍が指摘された。入院中は嚥下機能低下のため嚥下困難食5を摂取していたが、退院直前突然、窒息が疑われる心肺機能停止状態となり死亡、剖検が行われた。

剖検診断：1.誤嚥性気道閉塞：食物残渣による窒息状態，左気管支の完全閉塞 2.反復性誤嚥性肺炎（左肺780g，右肺600g）：滲出性肺炎，細菌塊，肺胞内異物肉芽腫，器質化 3.慢性胸膜炎：両側胸膜での線維性プラーク形成 4.全身性急性循環不全：心充盈，全身臓器でのうっ血・虚血 5.限局性肝内胆管癌：中分化型管状腺癌 6.前立腺癌（潜在癌） 7.糖尿病相当膝：膝萎縮・線維化傾向，膝島の硝子化傾向 8.全身性高度動脈硬化症：針金状冠動脈硬化・石灰化。

とくに、直接死因となった大量の誤嚥による窒息に相当する局所所見は、食物残渣（2-3cm大の固形物のまま）が、口腔・咽頭・喉頭・気管・気管支に充満し、気道を閉塞していたことであった。したがって、入院中、義歯は使用されずに、嚥下困難食5（一口きざみ：3cm角）を介助なしで独りで食し、ほとんど噛めずに呑み込んでいたと推察された。

今後、高齢化社会での誤嚥・窒息防止に向けて、今回のCPCの結果明らかとなったリスク因子、1.高齢者、2.基礎疾患としてのパーキンソン病・認知症、3.繰り返す誤嚥性肺炎、4.入院中、義歯の未使用、5.毎食大食い・早食い（食欲は旺盛であった一方、ほとんど噛めずに呑み込んでいた）、6.嚥下困難食の不適合等に配慮したチーム医療が望まれた。

3. 高齢者に対するカルボプラチン，パクリタキセル，ベバシズマブ3剤併用療法の臨床的検討

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター呼吸器内科

°數寄 泰介・小松あきな
市川 晶博・児島 章

背景：臨床病期ⅢBないしⅣ期の扁平上皮癌以外の非小細胞癌に対し、カルボプラチン，パクリタキセル，ベバシズマブの3剤併用療法（CP-Beva.療法）の有用性が示唆されているが、高齢者に対する臨床的検討は少ない。

目的：70歳以上の高齢者に対するCP-Beva.療

法の臨床的効果をretrospectiveに検討した。

対象：201X年X月より東京慈恵会医科大学葛飾医療センターでCP-Beva.療法を行った70歳以上の高齢者7例（男性3例/女性4例）（201X年X月初旬現在）。

結果：臨床病期は3B期/4期1例/6例で、組織型は全例腺癌（EGFR遺伝子変異あり3例，遺伝子変異なし3例，不明1例）であった。年齢は70-77歳（中央値74歳）で、全例カルボプラチンをAUC5，パクリタキセルを180mg/m²に減量した。有害事象は好中球減少がGrade3/4 1例/6例6名，白血球減少がGrade3/4 5例/1例，貧血・有熱性好中球減少がGrade3で各1名ずつ認め、有害事象による中止例は認めなかった。効果判定を行った6例においてPR4例，SD2例であった。

結論：高齢者に対するCP-Beva.の有効性が示唆され、認容性も許容範囲内であった。

4. 食道粘膜下血腫の1例

¹東京慈恵会医科大学葛飾医療センター消化器・肝臓内科

²東京慈恵会医科大学葛飾医療センター内視鏡科

°小川まい子¹・三石 純江¹
關 伸嘉¹・宮崎 民浩¹
会田 雄太¹・板垣 宗徳¹
石黒 晴哉¹・安部 宏¹
須藤 訓¹・相澤 良夫¹
松田 浩二²

症例：65歳男性

主訴：吐血，タール便

既往歴：平成3年から糖尿病，平成16年にHCV陽性の肝細胞癌（HCC）が出現。平成18年から慢性腎不全で血液透析（HD）を開始。

現病歴：HCV陽性肝硬変（LC），HCCにて東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）通院中であつたが，平成2X年1月下旬に嘔吐し直後より摂食時の胸部不快感が出現。逆流性食道炎を考えプロトンポンプインヒビター投与するも改善しなかつた。その後，少量の黒色吐物，タール便を認め，透析中に血圧低下したため当院救急外来に救急搬送となつた。Hb6g/dL台と貧血の急激な進行を認め，消化管出血の診断で緊急入院となつた。

来院時身体所見：血圧132/69mmHg，脈拍63

回/分，体温 36.7度，眼瞼結膜貧血様，胸腹部に異常所見なし，下腿浮腫なし

入院時検査所見：WBC 6300/ μ l，Hb 6.7g/dL，Plt 6.7×10^4 / μ L，AST 23 IU/l，ALT 23 IU/l，UN 116 mg/dL，Cr 10.75 mg/dLと貧血進行を認めた。

経過：緊急で上部消化管内視鏡検査(GIF)を施行したところ食道下部に発赤，びらん，潰瘍を伴う全周性の食道粘膜下血腫の病変を認め，一部粘膜の剥離を伴っていた。明らかな露出血管や静脈瘤は認めず，止血術は施行せず経過観察となった。貧血の進行に対しては輸血を施行し，絶食，補液など保存的治療を行ったところ貧血の進行やタール便もなく，食事開始しても再出血の兆候を認めず，全身状態も改善したため第11病日に退院となった。なお，約6ヵ月後に施行したGIFでは食道病変は消失していた。

考察：食道粘膜下血腫は粘膜下層への出血のため同部が解離し血腫が形成されるまれな疾患である。機械的刺激あるいは抗凝固剤の服用や透析中での止血・凝固系の異常が関与し出血傾向をとまなうものなどが原因として考えられている。粘膜下層までの疾患のため血腫が破裂しても比較的浅い潰瘍を形成するのみで，保存的治療にて治癒する予後良好な疾患である。HD中で，LC，HCCに合併した食道粘膜下血腫の報告はまれであり，若干の文献的考察を加え報告する。

5. 甲状腺クリーゼによって身体表現性障害による偽発作との鑑別に苦慮した1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科

○千葉 倫子・江藤亜沙美
黒田 彩子・尾作 恵理
山寺 亘・伊藤 洋

身体表現性障害では，てんかん発作との鑑別が必要な偽発作を伴うことがある。その際には器質的疾患の検索を優先することが肝要である。

症例は37歳女性，X-13年（24歳時）バセドウ病と診断され，東京慈恵会医科大学葛飾医療センター（当院）内科で服薬加療中であった。X-2年（35歳時）に「お腹がびくびくする」という身体症状を主訴に，内科から紹介となった。主訴に対する不安が強く，脳波上でてんかん性異常律動は認

められなかった。身体表現性障害と診断し，外来通院での加療とした。外来通院開始後も主訴の頻度は徐々に増えていったが，甲状腺機能異常のコントロールは悪くなく，その他の器質的な原因は明らかではなかった。

X年（37歳時）に，主訴の頻発によって当院救急外来を受診したところ，血液検査上，甲状腺機能亢進症の増悪を認めたため当院内科入院となった。入院後も主訴は改善せず，入院によって4週間経過後に，甲状腺クリーゼによる強直間代性痙攣発作が出現し，呼吸循環動態の悪化によって人工呼吸器管理目的でICU入室となった。脳波上でてんかん性異常律動は認めなかったが，強直間代性様痙攣が頻発していたため，甲状腺機能による影響も考え甲状腺摘出術を行った。術後も同様の痙攣を認めていたが，症状の出現は衆人監視下で多いこと，脳波で異常所見を捉えていないことから偽発作が疑われた。一時的に抗痙攣薬を開始したがコントロール不良でSSRIを主剤に変更し，スピーチカニューレにより会話可能となったところ，痙攣の改善が認められた。

本症例は，身体表現性障害による偽発作を基礎とし，器質的疾患として甲状腺クリーゼを合併し，両者の鑑別に苦慮した。このため唆陵に富む症例と考え，若干の文献的考察を加えて発表する。

6. 患者状態適応型パスシステムを利用した問診票開発と地域連携モデル構築

¹東京慈恵会医科大学小児科学講座

²PCAPS（患者状態適応型パスシステム）研究会

³東京大学大学院工学系研究科化学システム工学専攻

○本木 隆規^{1,2}・藤原 優子^{1,2}
齋藤 義弘¹・井田 博幸^{1,2}
小柴 研一^{2,3}・水流 聡子^{2,3}

背景：東京大学大学院工学系研究科と共同で開発している患者状態適応型パスシステムPCAPSは，無形の対象である医療サービスを可視化，構造化，標準化，IT化し知識の再利用が可能なシステムモデルである。過去3年間に渡り入院患者を対象に小児下気道感染症の臨床プロセスチャートを開発してきた。その結果，患者のアウトカムを評価するには入院前データを効率的に収集する

ことが必須であることがわかった。

目的：日常診療内で効率的な情報収集を行うためには既存の媒体を使用する必要がある。将来の地域連携を効率化することを意識して問診票の標準化・データ化に着手した。今回の主目的は工学的視点で新たな問診票を作成しその有用性を評価することである。また、地域連携のシステム構築を行い社会資源・人的資源・時間を節約することを目的としている。

方法：小児一般診療において最大の診療頻度である小児呼吸器感染症の判断・診断プロセスを可視化した。医師の思考過程を図式化・可視化したプロセスチャートに基づき、問診票を設計した。小児患者の受診状況と疾患の発見状態をモデル作成した。また、地域連携システムについては小児だけでなく神経内科で認知症について検討した。

結果および考察：東京慈恵会医科大学葛飾医療センターで判断・診断プロセスチャートを運用して検証調査を行い、分析した。その結果、判断・診断プロセスチャートを現場に即した新たなプロセスチャートに改善することができた。この新たなプロセスチャートに基づき問診票を作成した。今後は、今回得られた問診票を実運用し問診票のカバー率と患者記入の誤謬率を検証し、他疾患の問診票を作成していく。地域連携システムモデルは小児と認知症で相補的なものであることがわかった。今後小児地域連携モデルとPCAPSの実現形態として、小児生活習慣病健診での低身長スクリーニングから行う予定である。

7. 壁への浸潤を認めた尿道癌の1例

¹ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター産婦人科

² 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター病院病理部

○鈴木 二郎¹・三沢 昭彦¹
野口 大斗¹・石井 晶子¹
鈴木美智子¹・新美 茂樹¹
春間 節子²・酒田 昭彦²
落合 和彦¹

女性尿道癌は比較的まれな疾患であり、女性尿路性悪性腫瘍の中でも予後の悪いものの一つとされている。今回われわれは、腔壁への浸潤を認めた尿道癌の1例を経験したので報告する。

症例は、72歳女性。4ヵ月前から続く不正出血を主訴に初診となった。内診にて、腔前壁より突出する腫瘍を認めた。同部位の擦過細胞診ではclassⅢで、腺細胞に核肥大とクロマチンの増加を認めた。組織診は、多列円柱上皮ないしは移行上皮で覆われ、所々で粘液含有、核異型・分裂を示し、乳頭状腺癌と診断された。骨盤MRIでは、尿道領域に62 mm程度の分葉状腫瘍認め、背側は漿膜外浸潤を生じ、腔前壁へ浸潤し腔との瘻孔形成を認めた。胸腹部CTでは、明らかな血行性、リンパ行性転移は認めなかった。以上より、尿道原発悪性腫瘍が最も疑われ、泌尿器科にて尿管全摘術+腔壁部分切除術+膀胱皮膚瘻増設術を施行した。病理組織診断は、乳頭状構造を呈した腫瘍性変化で、核異型あり、多列配列像を認め乳頭状腺癌と診断された。

8. 閉鎖孔ヘルニアの11例

¹ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター研修医

² 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター外科

○佐藤 研人¹・畑 太悟²
河野 修三²・中瀬古裕一²
古川 賢英²・柴崎 隆正²
溝口 順子²・馬場 健²
岩崎 泰三²・安江 英晴²
松平 秀樹²・長谷川拓男²
野尻 卓也²・平野 純²
川瀬 和美²・黒田 徹²
又井 一雄²・吉田 和彦²

はじめに：閉鎖孔ヘルニアは、比較的まれな疾患であるが、近年の高齢化および画像診断の進歩により術前診断される症例が増加傾向である。今回我々は閉鎖孔ヘルニア手術11症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

対象・方法：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター外科で2005年1月から2012年10月までの8年間に経験した閉鎖孔ヘルニア手術11例を対象とした。年齢、性別、主訴、発症から手術までの日数、手術、再発などについて検討した。術前検査では全例で腹部骨盤CTを施行した。

結果：症例は全例が女性で、年齢は71歳から92歳（平均85.9歳）、BMIは平均17.7であった。主訴は腹痛（5例45%）、嘔吐（10例91%）で、

全例に腸閉塞の合併が診断された。Howship-Romberg徴候は5例(45%)に認められた。術前腹部骨盤CTを施行し、すべて術前診断が可能であった。発症から手術までの平均日数は5.1日で全例緊急手術であった。術式はすべて開腹法で行った。閉鎖孔の修復には6例でメッシュを用い、5例で単純閉鎖を行なった。腸切除を施行した症例は3例(27%)であった。そのうち2例で周術期感染症を発症した。単純閉鎖した症例のうち2例で再発を認め、それぞれ初回手術から26ヵ月、4ヵ月で再手術が施行された。

考察：腹部骨盤CTは閉鎖孔ヘルニアの迅速な診断に有効であった。高齢女性の腸閉塞症例では本疾患の可能性を念頭におき、迅速に診断し治療することが重要で、術式でのメッシュの使用は再発率の減少に有効であると考えられた。

9. painful legs and moving toes syndromeを来したSjögren症候群によるsensory neuropathyの1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター神経内科

岡林 佑典・橋本 昌也
 大本 周作・川崎 敬一
 村上 舞子・鈴木 正彦

82歳女性、201X年4月から両手足末梢の痺れが出現。頸椎・腰椎Xpに異常所見は認められなかった。6月には痺れに加え、同部位に痛みも伴い、歩行障害を認めるようになった。7月東京慈恵会医科大学葛飾医療センター神経内科受診。赤沈亢進より血管炎が疑われPSL10 mg開始。痛みはやや改善を認めるも痺れに改善なく、10月精査入院となった。歩行は失調様で、下肢優位に著明な深部感覚低下を認めた。四肢末梢に異常感覚と疼痛を認め、四肢深部腱反射は低下～消失していたが、明らかな筋力低下は認められなかった。神経伝導検査ではSCV、SNAPの著明な低下を認めた。以上の所見からsensory neuropathyと診断し、原因疾患として傍腫瘍症候群、Sjögren症候群を考えた。便潜血陰性、各種腫瘍マーカー陰性、上部消化管内視鏡・各種CT・全身Gaシンチグラフィでは異常所見なく悪性腫瘍は否定的であった。一方、数年前からドライアイがあり、

Schirmer test・Saxon test陽性、抗SS-A/Ro抗体陽性、唾液腺シンチグラフィにて唾液分泌機能低下が認められ、厚生省Sjögren症候群診断基準からSjögren症候群と診断。本症例をSjögren症候群の腺外病変としてのsensory neuropathyと考えた。PSL0.8 mg/kg/bodyより加療を開始し、現在治療効果について経過観察中である。本症例では、両側の足趾を個々に屈曲伸展させたり、足関節をねじるような不随意運動が認められた。Sjögren症候群におけるsensory neuropathyでは深部感覚障害による偽性アテトーゼを認めるという報告があるが、本症例の不随意運動は下肢に認められ、意識をそらすことで頻度は増加すること、意識的な静止が可能であることおよび患者自身の痛み・しびれの訴えからpainful legs and moving toes syndromeと考えた。調べた限りSjögren症候群によるsensory neuropathy症例でpainful legs and moving toes syndromeを来した報告はなく、文献的考察を踏まえて報告する。

10. 出産後にPTHrP高値に伴う高カルシウム血症を認めた1例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター総合内科

井坂 剛・海老澤高憲
 筒井 健太・根本 昌実

症例は28歳女性。平成2X年1月に第1子を出産(自然分娩)。出産後より腰痛が出現していたが、育児は可能な状態であり、母乳栄養を行っていた。3月初旬に腰痛が増悪してきたため、他院整形外科を受診。この時に腰椎圧迫骨折および高Ca血症を指摘され、4月東京慈恵会医科大学葛飾医療センター外来受診された。来院時Ca 12.0 mg/dL、PTHrP 3.0 pmol/Lと上昇を認めたことよりPTHrP産生腫瘍を疑いPET-CTなど画像検査を施行するも原発巣は特定されなかった。精査中に腰痛がさらに増悪し歩行困難となり、授乳をすることもできなくなり緊急入院となった。入院後、ビスフォスフォネート製剤およびエルシトニン製剤を投与し経過を見たところ、血清Ca値は低下傾向を示し、一過性に低カルシウム血症を認めるようになった。このため、エルシトニン投与を中止し、アレンドロン酸ナトリウム 35 mg/week投与のみ

で経過を観察したが、血清Ca値は正常範囲で経過していた。腰痛精査のため腰椎MRIを施行したところ、腰椎骨髄の脂肪化が進み、Th11-L5にかけて圧迫骨折を認め前医での検査時よりも増悪傾向であったため、コルセット着用にて疼痛自制内となり、軽快退院となった。授乳中止後に測定したPTHrPは1.0 pmol/Lと正常範囲に改善しており、引き続き外来経過観察中であるが、高Ca血症は認めていない。妊娠および授乳期にはPTHrPの上昇が認められ、骨代謝に影響を与えることは知られているが、多発骨折を来す例はまれであり報告する。

11. 高度慢性貧血による心不全における新しい利尿薬トルバプタンの使用経験

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター循環器内科

○上田 育美・保坂 悠介
大木 理次・角田 聖子
山下 省吾・香山 洋介
小山 達也・上原 良樹
笠井 督雄・関 晋吾
吉村 道博

72歳の男性。数年来、高度の慢性貧血、慢性心房細動に伴う右心不全にて外来通院中であった。鉄欠乏性貧血であるが原因は不明であり、ヘモグロビン4-6 g/dLで推移していた。既往に一回の心不全入院歴があり、外来では貧血の進行に対して適宜輸血療法を施行していた。201X年X月3日腹部膨満感を訴え来院。著明な全身浮腫、陰嚢水腫がみられ、ヘモグロビンは2.8 g/dLに低下し、重度の慢性貧血を原因とする慢性心不全急性増悪のため入院となった。フロセミド・アルダクトンの投与では効果が不十分であったため、第2病日よりトルバプタン3.75 mg、3日間の内服投与を行った。第3、4病日には5,000 mL、4,000 mLの利尿が得られ、心不全症状は速やかに軽快した。血中Naは投与前の128 mEq/Lより投与終了時には139 mEq/Lに上昇、尿浸透圧は前値の332 mOsmより投与開始後119 mOsmに低下した。輸血により貧血も改善がみられ、2週間の経過で退院となった。

新しいタイプの利尿薬であるトルバプタンは、

バゾプレッシン受容体拮抗薬であり、電解質の移動を伴わない純粋な水利尿作用を有し、利尿薬抵抗性の体液貯留を伴う心不全に対して効果が期待されている。慢性重症貧血による心不全急性増悪症例に対するトルバプタンの有用性につき、若干の文献的考察を交えて報告する。

12. 看護トリアージ能力向上に向けて：課題に取り組んでの評価と今後に向けて

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部プライマリーケアユニット

○齋藤まゆみ・畑中絵巳子
三瓶 智子・幸 千尋
福田 路子・崎本 聖美

はじめに：近年、看護師トリアージが注目され、今年4月からは救急トリアージ加算が取れるようになり、看護師トリアージの重要性が評価されている。救急部では以前から看護師トリアージを行っており、課題を明確にし、看護師トリアージ基準を作成、医師・看護士間で判断基準を共有した。また、ケースカンファレンスや勉強会を行い、トリアージ看護技術の向上を図った。新病院となり、プライマリーケアユニット（PCU）におけるトリアージは、総合診療外来機能を併せ持つ窓口として、緊急性のみならず患者の対象特性を捉えた受診科の選択や継続的な看護が重要となる。取り組んだ課題を評価し、PCU全体のケースマネジメント力の向上に繋がりたいと考え、報告する。

研究期間：平成24年3月1日～3月31日

研究方法：救急部に来院した全患者に対し、東京慈恵会医科大学葛飾医療センター独自の4段階トリアージ表を用い、救急部全看護師によるトリアージを実施。診察時、医師のトリアージを依頼、集計・分析を行った。

倫理的配慮：得られた情報は本研究以外には使用せず、個人が特定できないよう配慮した。

結果・考察：来院患者数870名中、緊急度区別別は、蘇生0名、緊急10名、準緊急56名、非緊急769名、不明14名。トリアージ誤差が見られたもの21件（オーバートリアージ9件、アンダートリアージ5件）。アンダートリアージにおいて待ち時間に急変し、診察時医師によって緊急と判断されたケースはなく、緊急度の高い患者を見落と

すことはなかったと評価できる。各緊急度区分における定義の一致が図れず医師・看護師間でトリアージ誤差につながった課題に対して、作成した基準を元に緊急度と重症度の違いをはっきりさせた。時に重症度の低い疾患が疑われるケースであっても苦痛症状が強い患者に対しては緊急度区分を上げての診察が行われたこともあり、医師とやり取りしながらトリアージへの共通認識を深めていく必要性を改めて感じ、現場での教育体制の充実を継続させていく重要性を感じた。

13. 開腹術を受けた患者の生活支援向上に向けて：イレウス予防に関する生活指導の現状から明らかになったこと

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部 7A 病棟

○下田 智亜紀・佐々木香織
伊豫田真理子・半谷 康子

はじめに：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 7A 病棟は、消化器外科疾患の患者が多く入院しており、開腹術後の患者のイレウスによる再入院が続いた時期があった。先行研究でイレウス発症に関する要因は、発症直前の食事を中心にした生活全体に含まれていることが明らかになっている。患者が術後も自らの生活を自らの力で整えていけるような生活指導を目指し、病棟内でどのような認識で生活指導がなされているか明確にしたいと思い、アンケート調査を実施した。

研究期間：H24年4月～6月

アンケート調査対象：7A病棟看護師（新人を除く）20名

アンケートは、先行研究のイレウス発症関連要因の生活習慣要因を基に『食事』『排泄』『活動』『休息』に分類し、独自に作成した。

結果：開腹術後のイレウスの予防に関する生活指導を「全患者に行っている」と回答した看護師は8割。「術式によって指導している」と回答した者が2割であった。指導内容に関しての割合は、『食事』37%『排泄』24%『活動』17%『休息』14%『その他』8%であった。それぞれの内容から、カテゴリー分類した。

考察：約2割がイレウス予防に関する生活指導を「術式によってしている」と答えていることが

ら、イレウスのリスクが開腹術後の全患者にあるという認識が全員にないことが分かった。また、指導内容に関しては『食事』『排泄』に関する指導が約6割を占め、『活動』『休息』に関する指導は3割と少なく、活動・休息に関する指導が十分行われていないことが考えられた。患者の生活過程を捉え、ストレスや疲労をセルフケア出来るような生活指導を取り入れていく必要性があり、また、食事指導の曖昧さが明らかになり、術後消化機能がどのように変化するか知識を高め、食事と排泄のバランスを整えられるような指導のあり方を考えていく必要があると考える。

14. 重症スティーブンスジョンソン症候群から回復過程をたどった患者のスキンケアを考察する

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部 8B 病棟

○野上 由貴・外崎あすか
加藤 佑季・榎 里奈
佐藤 文耶

はじめに：スティーブンスジョンソン症候群とは、薬剤の副作用として誘発されることがもっとも多い皮膚・粘膜病変である。その中でももっとも重篤とされているのが、中毒性表皮壊死症（TEN）である。スキンケアについての研究症例が少ないため、研究テーマとした。

事例紹介：A氏、70歳代女性。既往 橋本病にて、チラージン内服中。

現病歴：入院3日前より下痢・口腔内のただれ・全身に発疹が出現し救急搬送される。解熱鎮痛剤、抗生剤投与するが翌日には全身に水泡・びらん形成、それに伴い痛みによる苦痛が増大した。

看護の実際：患部には弱酸性洗剤を使用、よく泡立てて汚れを落としぬるま湯で患部を洗い流した。安楽かつ短時間に遂行できるよう看護師2人で施行し軟膏塗布もシャワー室で行った。リラックスの目的では音楽を流し、訪室時には時間を知らせるために声かけをした。モニターコードはガーゼで巻き、ベッド柵は緩衝目的でクッションを置き身体にあたらぬように工夫した。CVカテーテルは、直接肌に固定しないようにサルバで覆い、隙間からルートを出して固定した。マン

シエットの加圧は皮膚損傷に繋がるため、脈圧で血圧を確認した。下痢に対しては頻回におむつ交換を施行、保護機能の低下やステロイド治療による易感染に関してはスタンダードプリコーションを徹底し、連日シーツ交換を行った。また空調や掛物を調節し、体温調節にも留意した。

考察：稲田（稲田浩美・Expert Nurse. 2005; 21(11):104-5）は、皮膚血管の拡張や毛細血管の血流を促すことによる体循環促進と体温調節・皮膚血流の改善が創傷治癒を促進すると述べている。患者の回復過程を促すためには皮膚の創傷治癒を促すかわりや働きかけが重要だったと考えられる。今回の症例は、継続して行ったシャワー浴が、感染予防、体循環・創傷治癒の促進となった。脆弱な皮膚を理解し、さらなる創傷の発生と悪化を防ぐよう個別性に合わせたシャワー浴を実施したことが、回復過程を促す看護となった。シャワー浴は、患者にとって苦痛のある処置であり、この疼痛管理が行えたことが、患者の苦痛を最小とし、継続的なシャワー浴につながった。

この研究を通し、個別性に合わせたスキンケアの重要性を理解した。今後、創傷治癒を促す看護ケアに活かしていきたい。

15. 脳卒中患者における発症10日目評価での転帰の影響因子について：機能評価に着目して

¹ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター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リハビリテーション科

³ 東京慈恵会医科大学附属柏病院リハビリテーション科

⁴ 東京慈恵会医科大学附属病院リハビリテーション科

⁵ 東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座

○三小田健洋¹・木山 厚²

保木本崇弘³・堀 順⁴

樋口 謙次⁴・中山 恭秀²

鈴木 禎⁵・安保 雅博⁵

目的：急性期病院での脳卒中患者のリハビリテーションにおいて、理学療法士は早期介入による機能改善や機能、転帰予後についての判断を求められることが多い。先行研究では、転帰予後予測に関し、歩行能力、背景因子などが転帰の影響因子になると報告されている。しかし影響因子として発症10日以内の急性期における動作能力や機能評価に着目した報告は少ない。そこで本研究

では簡便な理学療法評価項目により急性期脳卒中患者の予後予測を検証することを目的とし、発症10日目（10日目）の理学療法評価にて機能評価に着目し、転帰を予測できる影響因子を検討することである。

方法：対象は発症から10日以内に東京慈恵会医科大学4病院に入院した初発の脳卒中患者146例である。調査項目は、1)背景因子:同居人数、住宅状況、2)10日目理学療法評価項目:GCS合計、随伴症候の有無、Brunnstrom recovery Stage (BRS)、Activity for basic movement scale (ABMS)、動的座位バランスとして麻痺側及び非麻痺側への体重移動（麻痺側骨盤挙上、非麻痺側骨盤挙上）、歩行自立度、Barthel index (BI) 計10項目を診療録より後方視的に調査した。これらの項目について、転帰を自宅退院群（自宅群）と回復期病院群（転院群）の2群に分け、比較検討を行った。解析にはSPSS (ver.19) を使用し、統計学的手法として対応のないt検定、Mann-WhitneyのU検定（U検定）、カイ二乗検定を用いた。転帰についての予測関連因子を検討するために有意差が認められた項目を説明変数、転帰を目的変数としたロジスティック回帰分析を行った。有意水準は1%未満とし、ヘルシンキ宣言に遵守した上で実施した。

結果：転帰別の属性は、自宅群88名（男性47名、女性41名、平均年齢72.3±10.2歳、脳梗塞78名、脳出血8名）転院群58名（男性29名、女性29名、平均年齢67.6±15.9歳、脳梗塞37名、脳出血21名）であった。自宅群と転院群間（自宅/転院）において、t検定では、BI合計（69.0±32.3/35.1±30.6点）、U検定では、GCS合計（15/14）、ABMS（30/17）、BRS（5/3）、麻痺側骨盤挙上（3/1）、非麻痺側骨盤挙上（2/1）、歩行自立度（4/1）に有意差を認め、同居人数（1/2）（ $p > 0.01$ ）では有意差を認めなかった。また、同様にカイ二乗検定では、住宅状況、随伴症候の有無（ $p > 0.01$ ）に有意差は認めなかった。ロジスティック回帰分析においては、上肢BRS（オッズ比2.92、95%信頼区間:1.74-4.89）、麻痺側骨盤挙上（オッズ比1.67、95%信頼区間:1.19-2.34）が有意差を認めた。

考察：研究結果において転帰に関連していたのは、機能評価である麻痺側骨盤挙上と上肢BRS

であった。Sandinらは、早期の動的座位能力が退院時能力の予測に有用であると報告している。動的座位能力には、平衡機能と上肢BRSが関与するとされており、今回同様の結果が得られた。一方、歩行自立度やBIは、有意差を認めていたが転帰の影響因子には至らず、先行研究で多数報告させている背景因子に関する有意差を認めない結果となった。すなわち、10日目における転帰予後予測に関しては、背景因子や動作能力は退院時において重要であることが、10日目という発症早期において転帰に影響する可能性は低く、起立不可などの安静度に制限があっても簡便な機能評価項目の方が影響する可能性が示唆された。以上のことから、急性期病院における10日目理学療法評価において、麻痺側骨盤挙上能力と上肢BRSが転帰予後予測を判断する上で一助となる可能性が示唆された。

16. 週末一泊検査による病床有効利用について：移動式PSG検査システムの構築

¹ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター中央検査部

² 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部

³ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター耳鼻咽喉科

⁴ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター循環器内科

⁵ 東京慈恵会医科大学葛飾医療センター精神神経科

河合 昭人¹・平松 明子¹

仲村 敦子¹・平田 龍三¹

山下 正和²・飯田 誠³

関 晋吾⁴・山寺 亘⁵

杉本 健一¹

目的：Polysomnography (PSG) は、臨床的に有用な検査であり、一泊検査入院で施行するPSG検査を週末に導入することにより、週末退院患者による空床率を改善する経営効果も期待される。青戸病院リニューアルタスクフォースでPSG検査導入が計画されたが、新病院ではPSG検査のための占有スペースを確保することが困難だった。そのため我々は、一般には施行されていない移動式PSG検査システムを考案し、新病院での運用を開始したので報告する。

システム構築：9階の一般個室4床にPSGの専用回線を配線し、PSGシステム本体は移動式とすることで、いずれの部屋も一般病室としてもPSG

検査用の病室としても使用できるようにした。監視は、2階にある総合生理機能検査室で行い、また、患者からのナースコールなどに即応するため、病棟スタッフステーションでも簡易監視装置を設置した。

装置の接続様式：装置はチェスト社のemblaN7000を使用し、移動式PSG監視システム2セットを製作した。各セットは移動可能なPCラックAとBで構成され、PCラックAに記録用装置とビデオカメラを、PCラックBには、マイクとベッドサイドユニットを設置した。検査時に各個室のPSG専用回線と接続することとし、端末は、総合生理機能検査室とスタッフステーションとに設置した。これらすべてを接続することで、臨床検査技師による監視作業や記録、看護師による検査時の患者応対および技師との速やかな連携が可能になった。

まとめ：PSG検査専用の検査室を設置せず、検査時に測定機器を随時運ぶ移動式PSG検査システムを開発することにより、入院病床の有効利用が可能となった。また、検査中の患者からのコールに対しても、看護師と技師が協働で対応する円滑な運用が構築できた。

17. CT冠動脈造影と負荷心筋シンチフュージョン画像提供への試み

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター画像診断部

金子 智明・杉田 耕一

岩田 真

新病院が開院し、約1年が経過した。画像診断部においては大多数の装置が更新され現在順調に稼動している。

装置更新に伴い開院初期には装置に不慣れなところもあり苦労していたこともあった。しかし慣れていくことで検査の効率アップ、クオリティアップがはかれている。

今回はCT検査とアイソトープ検査（以下RI検査）にフォーカスをあてて発表する。

大きく変わったこととしてCTによる冠動脈描出能が格段に向上したことがあげられる。検出器の多列化による検査時間の短縮、このため患者の呼吸停止時間の短縮につながりクオリティアップ

につながっている。さらに検査前の β ブロッカーの処方ルーチン化することで患者の心拍をコントロールし、これもまたクオリティアップにつながっている。

CTの発展により冠動脈の描出がよくなったことに伴い、負荷心筋シンチ検査とのフュージョン画像の作成を試みた。東京慈恵会医科大学葛飾医療センターはCT、RIの両装置ともにGE社製であるため画像の互換性も良いとされている。

CTでは冠動脈の形態評価、RIでは心筋の機能評価、どちらも診断の上で重要な検査である。CTでは血管の走行、狭窄、プラークの性状、カルシウムスコアなどの評価の利点があるが、高度の石灰化、不整脈、高心拍、糖尿病患者の微小血管障害では評価困難になることも少なくない。一方RIでは豊富なエビデンスがあり、虚血評価においてははまだ信頼のおける検査である。しかし、虚血領域の責任血管の同定、とくに多枝病変の場合は困難である。

このような背景をふまえCTとRIの各画像を組み合わせることでお互いの欠点を補い、より診断精度向上の手助けができると考え検証を行った。

18. CT 逐次近似法による再構成画像の画質評価

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター画像診断部 CT 班

越智 美紀・金子 智明
千田 真大・松田 直子
飯高 晃治・岩田 真

目的：2012年1月、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターで、逐次近似法を応用した画像再構成法の一つであるAdaptive Statistical Iterative Reconstruction（以下ASiR）が搭載されたCT装置Optima 660 proが稼動することとなった。ASiRは、ローデータの信号はそのままにノイズ成分を軽減することができ、従来のX線量であればさらに高画質に、同程度の画質であれば従来のX線量の半分以下での画像化を可能にするCT画像再構成法である。また従来のfiltered back-projection法（以下FBP法）に対するASiRの割合を0～100%まで変化させることができる。新しく導入された再構成法を最大限活用するため、物理的・視覚的に評価をおこなった。

方法：1)均一な水ファントムをスキャンする。従来のFBP法で再構成した画像とASiRの割合を変えて再構成した画像のSD値を計測し比較する。2)自作のワイヤーファントムを使って高コントラスト分解能の評価法であるMTF（Modulation Transfer Function）を測定する。3)1)で用いた画像を使って、ノイズ評価方法の一つであるNPS（Noise power spectrum）を測定する。4)臨床症例においてFBP法で再構成した画像とASiRを用いて再構成した画像を視覚評価する。

結果：1)ASiRの割合が高くなるとSD値が低下する。2)ASiRの割合を変化させても、高コントラスト分解能にはほとんど変化がなかった。3)ASiRの割合を高くするとノイズ特性が良好になることがわかった。4)ASiRの割合が高くなると視覚的にノイズやアーチファクトの軽減は確認できた。しかし従来画像に比べて、シャープさが劣ってくるように感じられた。単にノイズを除去すれば良好な画像を得られるというわけではなく、適切な割合での再構成が必要であるということがわかった。

今後の展望：ASiRによってさらなる画質向上が期待できると考えられる。今回の研究では、X線量を変化させず画像が向上するということを確認したが、今後はASiRの機能を使い、低被ばく化に関しても検討していきたいと考えている。

19. 新病院での食事提供（新調理法の導入など）

¹東京慈恵会医科大学葛飾医療センター栄養部

²エームサービス株式会社

高橋 徳伴¹・黒川香奈子¹
村岡みち子¹・赤石 淑江¹
林 進¹・菊地 健²
田口 文子²・田爪 明²
渡辺 剛²

新調理法の導入：新調理法には、再加熱配膳車やIH配膳車の導入が主流となっているが、東京慈恵会医科大学葛飾医療センターは従来の温冷配膳車を使い、スチコンで再加熱する方法を導入した。この方法は費用対効果が高いというメリットに加え、前倒し作業がより容易で効率的な時間運用が可能となる。とくに早番での調理・盛り付け作

業が大幅に軽減されるので、新病院移行時から、早出のための宿泊も無くなった。

お茶とお箸の提供、下膳車の導入：新病院では、慈恵4機関では初の試みである、お膳に「箸」と「お茶」をのせ提供している。実施に当たり、病棟での食事オーダーの際に「お茶、あり・なし」を入力することで食札に表示されるので、飲水制限のある患者に対してのリスクは回避された。配茶作業も無くなったことから看護部の業務も軽減された。また、下膳車を導入したことにより、衛生面も向上されている。

新調理法に合った献立の運用：新病院で運用した献立は、平成21年4月より委託先と検討会を開始した。22年4月から新調理法を導入した献立の試験実施を始め、23年10月からは日本人の食事摂取基準に合わせた献立に変更、さらに委託業者指定の食材業者から納品を開始した。このように移行には十分な時間をかけ、意見交換をしながらパートナーとして同じ目線で考えた。患者満足を落とさない献立を維持していくには、今後においても、協働し継続して業務を遂行することが成功の秘訣と考える。

結語：新病院では、作業導線を考慮した厨房作りや、涼しい中での食器洗浄業務、電車が動いてから出勤し早出業務が開始できるように配慮されたシステムに仕上がった。高木兼寛の教えの通り、「食事と栄養」について継承されていることを再認識しつつ、「安全で美味しい食事の提供」が揺らぐことのないように、業務を遂行していく。

20. 輸入感染症の臨床とその対応

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター感染制御部

○吉川 晃司

近年、熱帯地域への国際交流が盛んになり、輸入感染症は日常診療において重要性を増し、適切な医療対応が必要とされている。当東京慈恵会医科大学葛飾医療センターでは感染症患者に対応可能なプライマリーケアユニット、感染対応病室が整備された。初診外来、救急外来に海外旅行者が来院し、9月にはパラチフス患者の入院もみられている。輸入感染症の臨床とその対応について、実際に経験した症例や写真を提示し、解説する。

輸入感染症の診断治療には詳細な病歴聴取と診察が重要である。一般的事項のほか海外渡航地と滞在期間、症状出現の時期、現地での生活状況、予防接種やマラリア予防内服の有無等を聴取する。これらの情報と各感染症の潜伏期を勘案することにより罹患している可能性のある感染症やそのリスクを推定することができる。

輸入感染症の主症状として多いのは発熱、下痢である。海外とくに熱帯地域からの帰国者で発熱がみられる場合は、一般感染症のほかに診断・治療の遅れが致命的となるマラリア、チフス性疾患、デング熱を念頭に置く。渡航状況によってはレプトスピラ症等の鑑別も必要となる。臨床像からの診断は困難なため、末梢血ギムザ染色塗抹標本の鏡検、血液培養、糞便培養、抗体測定のための血清保存等を行い早期診断に努める。マラリアと診断した際は適切かつ迅速な治療が必要である。病院感染対策ではマラリア、デング熱は標準予防策で十分であるが、感染性腸炎合併例も多く、便の扱いには注意が必要である。

下痢症は海外旅行者の感染症でもっとも頻度が高く、旅行者下痢症と呼ばれ、開発途上国への旅行者の大多数が経験する。原因微生物では病原性大腸菌、サルモネラ、カンピロバクター等の細菌が多く、赤痢菌、コレラ菌の3類感染症原因菌や赤痢アメーバ、ランブル鞭毛虫等の原虫やウイルスもみられる。確定診断は糞便の細菌培養、鏡検での病原体の検出あるいは血清抗体による。治療は補液等の対症療法と病原体に対する化学療法に分けられる。病院感染対策では重症な下痢の場合は、標準予防策に加え接触予防策が必要である。

海外旅行時の感染症予防についてもお話する予定である。