

第 119 回成医会葛飾支部例会

日 時：平成 30 年 6 月 17 日（土）

会 場：東京慈恵会医科大学葛飾医療センター

5 階 講堂

【メディカルカンファレンス】

1. 小児外科の現状と新たな取り組み

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター外科

大橋 伸介

2014年7月から小児外科医が常勤医として配置された。

それまでは本院から小児外科医が週1回来て、おもに鼠径ヘルニア類の手術を行い、急性虫垂炎などの手術は一般外科医が対応してきた。そのため、2003年1月から2014年6月までの11年6か月間で402例の小児手術が行われていたが、259例（64.4%）が虫垂炎および術後遺残膿瘍に対する手術であった。また68例（16.9%）が鼠径ヘルニア手術、16例（4.0%）が停留精巣手術であり、虫垂炎関連手術と合わせて85.3%と大半を占めていた。小児外科医が常勤となるに当たり、麻酔科や手術室と協議し全身麻酔の適応を1歳以上、術後ICU入室が不要な症例と制限を設けた上で手術を開始し、これまでに293例の手術をおこなってきた。疾患の内訳は鼠径ヘルニア類82例、停留精巣・移動性精巣51例、虫垂炎77例、メッケル憩室・消化管ポリープなどの消化器疾患11例、膀胱尿管逆流や先天性水腎症などの泌尿器疾患23例、漏斗胸手術2例、皮膚・皮下腫瘍9例などであり、手術内容は多彩となった。また、積極的に鏡視下手術を導入した。これまでの手術症例を紹介すると共に、これからの課題と目標を検討する。

また、本年4月から新外科専門医制度が開始されたことにもない、日本小児外科学会でも現在の専門医制度が改定される予定である。小児外科専門医を取得するためには認定施設・教育関連施設で経験した手術症例以外は経験手術数としてカウントされない。現在当院は教育関連施設でない

ため、小児外科を目指す若手外科医にとっては、当院で行った手術は専門医申請に使用できなかった。教育関連施設になるためには、現制度では3年間で年平均100例の手術症例が必要であるが、新専門医制度では3年平均50例で教育関連施設Bを得られるようになり、当院もそれに該当する。教育関連施設に認定されれば、小児外科希望の若手外科医を受け入れがしやすくなり、マンパワーが増えればさらなる症例数の増加が期待される。

当日は当院に赴任してからの小児外科手術について振り返り、現在積極的に行っている鏡視下手術映像を供覧するとともに、今後の展望について発表する。

2. 小児腎疾患の診断、治療における新たな取り組み

東京慈恵会医科大学小児科学講座

山田 哲史

東京慈恵会医科大学葛飾医療センターは城東地区における小児腎疾患において中核的な病院であり、近年東京都における学校検尿異常受診者数は3位と多数の患者が受診されている。その中で、当科では年間約10例近くの小児例に対して超音波下経皮的腎生検を施行している。腎生検の結果では、慢性糸球体腎炎としてIgA腎症が大多数を占めている。小児IgA腎症の治療として、2007年に小児腎臓病学会より小児IgA腎症治療ガイドライン1.0が発表され、蛋白尿の程度、病理所見（メサンギウム増殖、半月体形成、癒着、効果病変）により軽症例、重症例に分けられ、軽症例に対してはアンギオテンシン変換酵素阻害薬、柴苓湯の投与、重症例に対しては副腎皮質ステロイド薬、免疫抑制薬、抗凝固薬、抗血小板薬の2年間の投与が推奨されている。しかし、近年ガイドライン

治療による長期予後の報告がされるようになり、軽症例においては尿所見残存例、重症化、急性増悪し腎不全となる報告や、重症例に対しては大腿骨頭壊死、白内障といった副作用の報告、腎予後が悪い症例も一定数存在することがわかってきている。そのため、当院では小児では報告が少ないものの成人においては無作為比較試験もなされエビデンスが蓄積されつつあるステロイドパルス療法と扁桃摘出術併用療法を、耳鼻科や眼科の先生方のご協力を頂きながら施行させていただいている。以前、私が埼玉県立小児医療センターにて報告した結果では、重症例24例、軽症例30例に対してステロイドパルス療法・扁桃摘出術併用療法を施行したところ、大きな有害事象なく全例一度は蛋白尿の寛解し良好な結果となっている。今回、このような新たな試みにつきましての詳細をご報告させていただきたい。

また、近年先天性水腎症、膀胱尿管逆流症といった先天性尿路異常症に対するガイドラインが変更され、検査・治療方針が変わってきている。そのため、この機会に先天性尿路異常症に関連する産科・小児科・外科・放射線科など多職種の方々と知識の共有をさせていただきたいと思う。

3. 医療を受ける子どもへのプレパレーション

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部

川口美貴子

子どもにとって入院や点滴などの処置は、大切な両親やきょうだい、友達など慣れ親しんできた人たち、玩具など、今までの生活環境とは違う環境に置かれる体験である。経験も少なく、認識も大人とは異なる子どもたちにとって、このような体験は、不安や恐怖心で、心細いものである。

子どものケアは、できる限り子どもの立場に立ったものでなくてはならない。しかし医療の現場では、時に円滑さや迅速さが最優先され、医療者側にとって都合の良いケアが存在しているのも事実である。実際子どもへのケアの現状として、採血時に馬乗りになり固定したり、説明のないまま実施していた現状が15～20年前までは多くみられていた。

小学校高学年になると言葉で説明することが可

能となるが、幼児では「しくみや理由」よりも「何がおこるか」「どんな風になるか」を視覚的に伝えていくことが重要になる。事前に「何が起こるか」の説明を受けることは、医療処置上のマニュアルではなく、おとなのインフォームド・コンセント同様、子どもに医療を行う際の倫理上の問題であり、子どもの基本的人権である。子どもの理解はおとなの理解とは異なるため、単に言葉で説明されただけでは理解することが難しい。しかし適切な方法で説明を受けた場合、治療や処置の必要性を理解し、その子なりに状況を受け止めて、おとなとは違うその子なりの納得の仕方での治療や処置を受けることができるため、プレパレーションが必要となる。

葛飾医療センターの小児科病棟、小児科外来では、採血などの処置、手術オリエンテーションを行う時など、子どもの成長発達段階や、生活背景、保護者の思いなど、その子の生活過程を捉えながらプレパレーションを取り入れケアを行っている。プレパレーションとは検査の説明をするだけではなく、最終的に子どもが「頑張った」「できた」と自分を認めるようにかかわることであり、実際にかかわる看護師がその子どもの反応に合わせてその場で作っていくものである。私たちは、子どもの笑顔を大切に、子どもが心から安心できるケアの提供を大切に看護している。

【特別講演】**不整脈の話—パラメディカルにも知ってほしい基礎から最新の治療まで**

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター中央検査部

杉本 健一

健康な方でも、ほとんどすべての人が持っている不整脈に期外収縮があります。期外収縮には心室期外収縮と心房期外収縮の2種類があり、心室期外収縮は、心臓突然死の原因である心室細動の引き金になり、心房期外収縮は、非常に憂鬱な不整脈である心房細動の引き金になります。かつては、突然死の引き金になりうる心室期外収縮は危険なものであり積極的な治療が必要で、命に係わらない心房細動という不整脈の引き金である心房期外収縮は、治療する価値の少ない不整脈と多くの医師が考えていました。近年、心臓突然死や心房細動に関する知見が集積し、引き金となる期外収縮に対する認識も大きく変わっていますが、心室期外収縮に対する過剰な恐怖感が循環器専門にも潜在的に強く残っています。

今回、心臓突然死に関する現在までの知見について詳しくお話しし、すべての方が持っている不整脈—期外収縮—に関して、内科医にも内科以外の医師にも、パラメディカルの方々にも身近な疾患として知り、理解していただきたいと考えています。

また、現在不整脈領域で最大の関心を集めている心房細動がどんな病気で、どんな治療が必要なのか、慈恵医大が世界のトップクラスを走っている心房細動のアブレーション治療とはどんな治療なのか、最新の知見を含めお話ししたいと考えています。