

ばんたね ネットワーク

発行年月日 平成22年12月1日 URL <http://www.fujita-hu.ac.jp/HOSPITAL2/>

編集・発行 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院・医療連携強化広報誌委員会 乾 和郎

〒454-8509 名古屋市市中川区尾頭橋3-6-10 電話 代表 (052) 321-8171 医療連携センター (052) 323-5726 (052) 323-5918

巻頭の挨拶

感染対策と地域連携

感染制御チーム委員長 呼吸器内科教授 堀口 高彦



登録医の先生方には当施設の医療連携システムにご協力賜りまして誠にありがとうございます。この度、平成22年1月より藤田保健衛生大学医学部呼吸器内科学Ⅱ講座教授（坂文種報徳會病院）を拝命いたしました。平成21年より、感染制御チーム（ICT: Infection control team）委員長を兼任しております。感染対策委員会のメンバーは、ICD（インフェクションコントロールドクター）、BCPIC（感染制御認定薬剤師）、ICN（感染管理認定看護師）が中心となっています。ICTの主な活動内容は、①各種感染対策マニュアルの作成。②定期的（月1回）及び臨時の感染対策委員会、定期的（月1回）ICT委員会を開催し、院内での抗生物質の長期間の使用による耐性菌の出現を予防するため、院内の抗生物質の使用状況を把握し、長期にわたる症例については報告。③院内感染対策室にICNが常駐し、院内感染が発生した場合に直ちに院内感染の発生状況を把握し、現状と流行防止策を発信して蔓延の防止をはかる体制の整備。④新しい院内感染症の発生を防ぐため、週1回定期的にICTコアメンバーによるカンファランス、院内回診を行い、抗菌薬の適正使用の助言・衛生面での現場の点検・改善・教育・啓発。⑤定期的に院内の勉強会を開催し、職員全員の知識向上。などが上げられます。

昨年は、新型インフルエンザウ

イルスが猛威をふるいました。インフルエンザ対策委員会の委員長として、最先端の院内感染対策を導入し、対策本部を設置して治療・予防に努めました。全国規模の流行はあったものの、職員全員の協力により初動体制が的確に行われ、病棟での流行は抑えられ院内感染を防止することができました。これを良い経験として、これからも流行の早期把握、対策に努めていきます。

最近では、多剤耐性アシネトバクター、多剤耐性緑膿菌、海外における感染事例としてニューデリー・メタロ-β-ラクタマーゼ1（NDM-1）産生多剤耐性菌などの院内感染が大きく報道されています。これらはいずれも、カルバペネム系、ニューキノロン系、などの強力な抗生物質の不適切な長期投与などで出現します。強力な抗生物質を使わざるを得ない症例はどこの医療現場でもあり、他人事ではありません。重要な点は血液培養をはじめとする各種検査を活用して起因菌を特定し、感受性のある抗生剤に絞って短期間で使用を中止することです。また、やむを得ず発生した場合には、検査室と現場とのチームワークを確立し、早急に主治医のみではなくICTを含む多方面に情報を発信し、個室管理、手袋、マスク、エプロン、手洗いなどを実施し、感染対策を完璧にする必要があります。また最悪、多剤耐性菌の院内感染が発生した場合には速やかに

保健所に連絡する義務もあります。

中川区は名古屋市の中でも結核の多い地域であります。当院でも昨年度は17例（外来5例、病棟12例）が確認され、全て早急に専門施設に搬送しました。結核は過去の疾患というイメージがありますが、高齢者はもちろんのこと結核菌への免疫力が薄れた若年者にも多々みられます。長引く咳、発熱などがみられましたら、胸部レントゲン、喀痰培養なども必要ですし、診断に苦慮する場合には、当院へのご紹介を宜しくお願い申し上げます。医療連携室を通じて先生方に報告をし、適切な対応をとらせて頂きます。最後に、耐性菌対策の骨子は抗菌薬の適正使用にあります。抗菌薬の適正使用とは、単に抗菌薬使用を制限することではなく、患者ケアや医療の質を最大限に高めることを目標に行い、それを実現させることが大切であると考えます。

今後とも病診連携を通じて登録医の先生方との深い信頼関係のネットワークを築くことにより、患者さまが安心して暮らせるように職員一同邁進してまいりますので何卒ご協力を宜しくお願い申し上げます。

Topics

眼科

アcantアメーバ角膜炎

アcantアメーバは共生や寄生など他の生物に依存しないで生活できる自由生活性アメーバで、世界各地の土壌や水たまりに棲息しています。

アcantアメーバ角膜炎は、このアメーバが角膜に感染した状態であり、1974年にイギリスからの報告例が論文に発表されて以来その存在が知られるようになりましたが、本邦では全国で年間約10件程度の発症数で、あくまでも稀少難治疾患として考えられてきました。ところが、2007年に全国で爆発的な増加が見られ、現在なお終息には向かっていません。図1には2009年までに当院眼科を受診したアcantアメーバ角膜炎の患者さんの数を示します。やはり2007年に急増して現在に至っています。

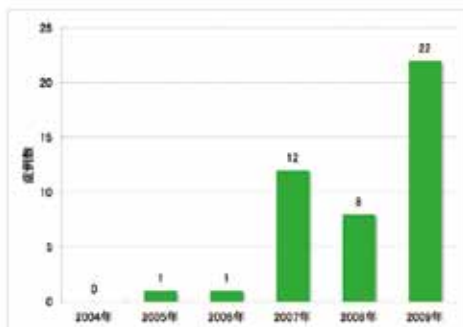


図1 当院のアcantアメーバ角膜炎患者さんの数
2007年に急増し、現在に至っている。

【アcantアメーバの形】

アメーバとして一般に想像されるような不定形の生き物とは異なり、アcantアメーバは2つの特徴的な形態をとります(図2)。ひとつが嚢子(cyst)で、もうひとつが栄養型(trophozoite)です。都合の悪い環境であれば二重の壁に隔てられた嚢子で過ごし、周囲が住みやすい環境

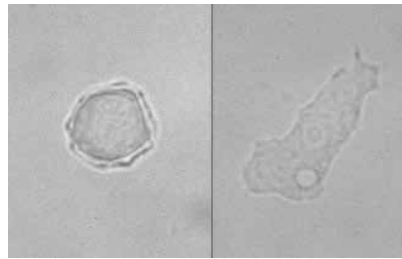


図2 アcantアメーバ
左:嚢子、右:栄養型。嚢子の直径は約12 μ m。

になれば小さな突起を持った栄養型となって活発に動き回ります。ちょうどカタツムリが殻を閉ざしたり、這い回ったりするのを思い浮かべていただければよいと思います。

【アcantアメーバ角膜炎とコンタクトレンズ】

アcantアメーバ角膜炎はコンタクトレンズ装用者に多いという特徴があります。当院でも平成17年以來44例を経験していますが、全例がコンタクトレンズのユーザーです。何らかの経路でコンタクトレンズの保存容器にアcantアメーバが侵入し、アメーバの付着したコンタクトレンズを装用することによって感染が起きたものと考えられます。感染が起きると、強い眼痛、充血が起こり、角膜が濁って視力が低下します(図3、4)。

従来、主にソフトコンタクトレンズで発症すると言われていましたが、当院での経験例では酸素透過性のハードレンズや使い捨てタイプのソフトレンズでも発症がみられています。また、毎日の洗浄を欠かさず行ってきた人達にも起きていますので、コンタクトレンズのユーザーであれば常に感染の危険にさらされていると考えられます。

【治療】

治療としては、主にカビに対する点眼治療を行ないますが、嚢子の状態ではなかなか効いてくれません。そのため、感染病巣を削り取る、搔爬という処置を繰り返して行ないます。通常は、2、3ヶ月で沈静化し

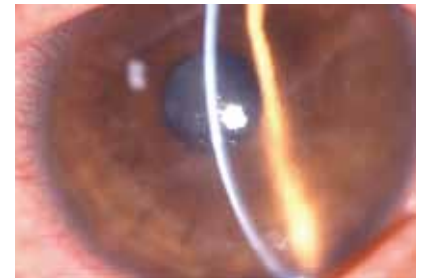


図3 アcantアメーバ角膜炎初期像
角膜中央部に表層混濁があり、その右上に稲妻状の浸潤がみられる。



図4 アcantアメーバ角膜炎移行期～完成期
特徴的な輪状角膜膿瘍を認める。

ますが、図3に示したような早期の段階で治療が開始できれば視力障害を残さずに治癒をえることができます。逆に、治療開始が遅くなれば極めて難治となって失明に至ることもありますので、早期に専門の目で見ても判断することが大切です。

【なぜ増えている?】

全国でも当院でも、2007年を境にアcantアメーバ角膜炎が増加しています。その原因としては、コンタクトレンズのユーザーが非常に多くなったこと、コンタクトレンズの消毒と保存の方法が簡便化されたことが挙げられますが、実際にはよくわかっていません。地球温暖化の影響という説も唱えられています。

背景の要因はわからないとは言っても、とにかく、コンタクトレンズのユーザーで、眼が痛くて、赤くなって、見えづらくなったら、早々に眼科医師の診察を受けて下さい。

(文責:平野耕治)

Topics

小児科

小児科専門医師は、小児期に罹患しやすい一般的な感染症の予防と治療、小児特有の疾患に対する治療を行い成長する小児の妨げとなるさまざまな問題に対応しています。

アレルギー疾患は、小児の慢性疾患のなかでは最も有病率の高い疾患であり、各種のアレルギー疾患治療ガイドラインが策定されています。

アレルギー疾患において、原因抗原を除去し、回避することは重要な治療ではありますが、原因抗原によっては非常な困難を伴います。特に、食物アレルギーでは食品除去のために皆と同じ給食が食べられない、食品に対する知識の不足よりおこる誤食によるアナフィラキシーなどの報告が後を絶ちません。

花粉症については吸い込まない工夫をすること、居住空間に持ち込まないことが抗原回避に重要です。屋外での体内への侵入を防ぐためにマスク、ゴーグルなどが使用され、有効性が認められるとの報告がありますが、活動性の高い小児の生活スタイルに適したものとは言い難いと思われる。

免疫療法はアレルゲンを能動的に投与することによって、アレルゲン曝露による症状を弱めることを目的とした治療法です。当院では小児のQOLの向上を目指し、食物アレルギー、鼻アレルギーに対し5歳以上を対象に免疫療法を行っています。

アレルゲンエキスをを用いた免疫療法は以前から行われていましたが、再び注目を集めています。その理由の1つに、鼻アレルギーは、薬物療法によって症状を抑えているだけでは、治癒することがほとんどなく、成人になるとさらに症状が悪化する可能性が高いことが判明してきたことにあります。免疫療法は劇的な効果があるだけでなく、治療終了後も長い期間にわたって症状を抑え続け

ることができます。気管支喘息や他のアレルゲンに対する反応を抑える効果の報告があり、アレルギーの進行を防ぐことが期待されています。

食物アレルギーに対する経口免疫療法についても積極的に取り組んでいます。鶏卵アレルギーの患者さんを対象として、低アレルゲン化処理がなされたキューピー株式会社のオボムコイド減量加熱全卵を用いた経口免疫療法を行っています。研究段階ではありますが、高い安全性と有効性が確認されつつあります。オボムコイド減量加熱全卵を毎日、摂取していただき、1カ月毎に加熱卵経口負荷試験を行い評価しています。3カ月連続投与後の加熱卵負荷試験

の陰性化率は62.5%と高い有効性を認めています。また、小麦、牛乳も従来の方法である、緩徐漸増法で行っています。

免疫療法の中心的なターゲット細胞はT細胞ですが、T細胞をとりまく免疫学的パラメーターについても同時に解析を進めています。免疫療法は、すべての患者さんに有効というわけではありません。臨床的な経過と免疫学的パラメーターの動向をみて免疫療法が有効であると考えられる症例の傾向を明らかにし、安全で標準化された治療の確立を目指しています。

(文責：成瀬徳彦)



図1 経口負荷試験用食品の準備
負荷試験の結果を栄養指導、免疫療法の治療プランに反映させている。

	0歳 n=1270	1歳 n=699	2,3歳 n=594	4-6歳 n=454	7-19歳 n=499	20歳以上 n=366
No.1	鶏卵 62%	鶏卵 45%	鶏卵 30%	鶏卵 23%	甲殻類 16%	甲殻類 18%
No.2	乳製品 20%	乳製品 16%	乳製品 20%	乳製品 19%	鶏卵 15%	小麦 15%
No.3	小麦 7%	小麦 7%	小麦 8%	甲殻類 9%	そば 11%	果物類 13%
No.4		魚卵 7%	そば 8%	果物類 9%	小麦 10%	魚類 11%
No.5		魚類 5%	魚卵 5%	ピーナッツ 6%	果物類 9%	そば 7%
小計	89%	80%	71%	66%	61%	64%

図2 食物アレルギーの原因食品
鶏卵アレルギーは耐性化を獲得することが期待できるが、10歳台になっても、原因食物として頻度が高い。オボムコイド減量加熱全卵を用いて有効かつ、安全な治療法を模索している。乳幼児期を過ぎても、耐性化が得られない症例について牛乳、小麦についても免疫療法を行い、治療法を検討している。

Topics

泌尿器科

病診連携の諸先生方には日頃よりお世話になり厚く御礼申し上げます。

さて今回は坂文種報徳會病院 泌尿器科における腎臓疾患に対する外科的治療考え方と方針について若干のご説明をさせていただきます。

諸先生方におかれましてはすでにご存知の事と思いますが、近年慢性腎臓病、いわゆる CKD と呼ばれる概念が一般臨床に置いて広がり、定着してきました。改めてご説明するまでもない事かと思いますが、CKD とは慢性腎疾患における従来のわかり難い疾患名に対し、これらを主に蛋白尿と腎機能の面より総括的に扱った概念で 2002 年にアメリカで提唱されました。CKD が注目される理由は、慢性腎臓病は末期腎不全のみならず心血管疾患の大きな危険因子である事が判明してきたことにあります。

さて、CKD 発症の危険因子としては高齢、高血圧、肥満や糖尿病、メタボリックシンドロームなどがあげられますが腎疾患に対する外科的治療と侵襲も重要なリスクファクターと考えられます。

腎臓癌に関しては、手術治療として数年前までは患側の腎臓を全摘出して術後は癌の根治と引き替えに単腎となるのがスタンダードな方法でした。しかし画像診断の進歩に伴って早期の段階で小径の腎癌が多く発見されるようになり、腎癌の根治性と腎機能の温存について改めて多くの検討がなされるようになりました。その結果、現在では最大径 4cm 以下の T1a に分類される早期腎癌に関しては、患側腎の全摘と腫瘍周囲に健常部を付けた腎部分切除とで根治性は変わらないことがわかってきました。そうであるならば、CKD の観点からは腎臓癌に関しても可能な



限り健常腎組織を残存させることが、癌死以外の原因をも含んだ全患者死亡を軽減することに大きく寄与することになります。もちろん、全ての手術適応はリスクと患者さんの年齢や合併症、日常生活における患者さんの活動性 (QOL) 等も勘案して最適のものを決めねばなりませんから、必ずしも全ての小径腎癌に杓子定規に腎部分切除を適応すべきではありません。しかし、日常生活における社会活動性が充分に保たれており、予後も 10 年以上は期待できる患者さんに関しては、積極的に考慮すべき術式です。

但し腎部分切除に関しては、腫瘍の発生部位により技術的な難易度が大きく違ってきますので、同じ泌尿器科医であっても専門性や経験の差により、同一症例でも治療の可能性は大きく違ってくるのが現実です。過度の適応は慎むべきですが、必要があれば一度患側腎を体外に摘出した上で疾患部分の切除をおこない、主に血管系の再構築をマイクロなどを用いておこなういわゆる体外腎手術など、いざとなれば施行可能である経験と技量があれば多くの症例で部分切除をおこなうことは選択枝に

入れることができます。

先生方の健診活動などをふくむ日常診療におけるご努力により、早期の腎癌や治療可能な腎性高血圧、腎血管疾患などが増加してきております。単なる生命予後改善のみでなく患者さんのより高い手術後 QOL を確保する点からも、選択肢としてご考慮いただきたいと思っております。

【参考文献】

[Kunihiro Hayakawa](#), Satoshi Ashimine, Teiichiro Aoyagi, Keisuke Miyaji, Makoto Hata, Tatsuya Okano Kidney autotransplantation in a patient with renal pelvic and bladder carcinomas. Int J Urol 9: 650-652, 2002

[Kunihiro Hayakawa](#), Teiichiro Aoyagi, Masakazu Ohashi, Hiromichi Ishikawa, Makoto Hata Surgical treatment for an idiopathic renal arteriovenous fistula with a large aneurysm. Int J Urol 8: 26-28, 2001

(文責：早川邦弘)

放射線科

頭部の非造影MRI撮像
CISS法SPGR法のご紹介

顔面けいれんは、顔の筋肉を動かす顔面神経が脳幹から出る根元のところで、椎骨動脈などの血管により、圧迫を受けることで起こります。また、三叉神経痛は、顔面の知覚を伝える三叉神経が脳幹に入る部分で、脳底動脈などの血管により、圧迫を受けることで起こります。どちらも神経の途中での圧迫ではなく、脳幹からの出入り口（REZ;root entry/exit zone）で圧迫されていることが特徴です。これらの部分は末梢の神経から中枢の神経に移行する部分で、血管による圧迫で障害を受けやすいと考えられ、椎骨動脈や小脳動脈の蛇行圧排により症状が出現します。

最近のMRI画像の進歩により、血管や脳神経をより細かく鮮明に描出し、症状との関係をより明確にする事が可能となりました。CISS法やSPGR法などの撮影法で、血管や脳神経を詳細に描出することができます。一方、従来のMRアンギオグラフィ（MRA）での脳血管の描出は、周辺脳との位置関係を把握しながら血管の場所を同定することができます。両者を総合することで、圧迫血管を判断することができます。

最近行われている、微小血管減圧術に対して、圧排している血管を同定することは有用な情報です。また、他の疾患による顔面けいれんや三叉神経痛を除外するために重要と思われるので、当院の非造影MRI撮像CISS法SPGR法をご紹介します。

但し、MRは、強力な磁場を用いて検査を行っている為に、検査禁忌の患者さんが見えますので、注意が必要です。

画像所見

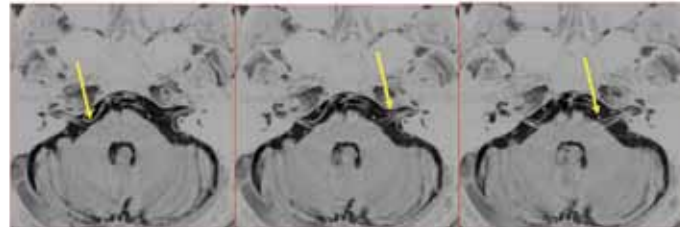
画像A1~A6：CISS法において、三叉神経や顔面神経、内耳神経が明瞭に描出されています。各小脳動脈は、描出されていますが、細血管はやや不明瞭です。

画像B1~B6：SPGR法において、各小脳動脈が明瞭に描出されています。三叉神経や顔面神経、内耳神経の描出は不明瞭です。

表1 頭部 CISS 法、SPGR 法

	シーケンス	スライスの厚さ	スライスの枚数	撮像時間
①頭部 CISS 法	3D-Balanced	0.7mm	70枚	4分19秒
②頭部 SPGR 法	3D-FT FFE	0.7mm	70枚	4分01秒

CISS 法



R A-1 R A-2 R A-3

SPGR 法



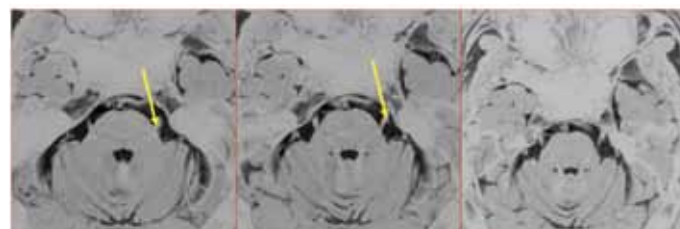
R B-1 R B-2 R B-3

画像A-1およびB-1 →：右顔面神経には右前下小脳動脈と軽度接触が認められますが、脳幹部出口での接触はありません。

画像A-2およびB-2 →：左内耳道入り口付近で三叉神経や顔面神経と接触しています。

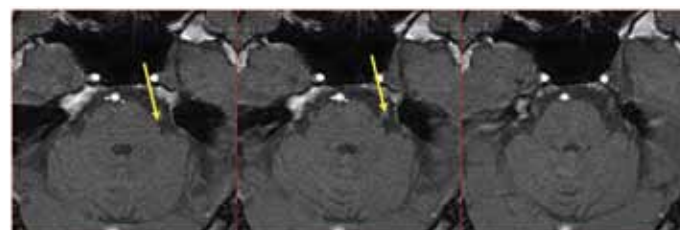
画像A-3およびB-3 →：左顔面神経には左前下小脳動脈が脳幹部出口に近接しています。

CISS 法



R A-4 R A-5 R A-6

SPGR 法



R B-4 R B-5 R B-6

画像A-4およびB-4 →：左三叉神経の脳幹部入り口外側に血管走行が認められ、近傍しています。

画像A-5およびB-5 →：左三叉神経には左上小脳動脈が上縁に接触しています。

画像A-6およびB-4、A-5およびB-5、A-6およびB-6

：右三叉神経には動脈接触は認められません。

以上より総合所見として

左三叉神経は入り口に上小脳動脈が認められ、左顔面神経の出口には前下小脳動脈が近接していますが、脳

幹の出入り口（REZ）での接触は認められません。この症例は、血管圧排による神経症状は認められないと考えられます。

薬 剤 部

今回はキノロン系抗菌薬についてまとめてみました。

近年、使用量が増加傾向を示しており、その耐性菌の出現も危惧されています。現に、キノロン耐性大腸菌が50%以上を占める施設もあるとの報告もあり、その使用には十分注意が必要です。

キノロン系薬は、グラム陽性菌から陰性菌に幅広い抗菌スペクトルを有しています。

緑膿菌、結核菌を含む抗酸菌、マイコプラズマ、レジオネラ、クラミジアにも有効です。

消化管からの吸収は良く、組織移行も良好です。ほとんどのキノロン系薬は体内で代謝を受けずに尿中に排泄されるため、腎機能低下時には用量調節が必要です。

経口投与での吸収は良く、抗菌作用が強力であるため乱用される傾向にあり、耐性菌の増加が問題になっています。

①作用機序：細菌のDNAジャイレース、トポイソメラーゼIVの活性を阻害し、DNAの合成を阻害。殺菌作用を示し濃度依存性薬剤。PAEあり。

②体内動態

吸収：経口での吸収は良好

分布：組織移行は良好

代謝：ほとんどが代謝を受けずに排泄

排泄：尿中排泄（スパルフロキサシンは主に胆汁排泄）

③抗菌スペクトル：グラム陽性菌～陰性菌に幅広いスペクトル。嫌気性菌、連鎖球菌には弱い。マイコプラズマ、レジオネラ、クラミジア、結核菌などの抗酸菌にも有効。

④相互作用：NSAIDs（非ステロイド性抗炎症鎮痛剤）と

の併用で痙攣を誘発。

テオフィリンの代謝を阻害し、血中濃度を上昇させる。

制酸剤、Ca、Mg、Fe製剤との同時服用でキレートを形成し吸収低下。

⑤副作用：光線過敏症（スパルフロキサシンが最も頻度が高い）、QT延長、心室性不整脈、重篤な低血糖・高血糖、精神症状、中枢神経症状

⑥その他：経口吸収（バイオアベイラビリティ）が良好なため、注射と内服は同じ投与量で有効。

レスピラトリーキノロン系薬とは、呼吸器各組織への移行が高率であり、かつ呼吸器感染症の起炎菌として重要な肺炎マイコプラズマや肺炎クラ

ミジアなどの非定型病原体に加えて、細菌性肺炎の起炎菌として最も高頻度で重症化しやすい肺炎球菌にも有効なニューキノロン系薬と理解されています。

適応症については各添付文書を参照していただきたいですが、モキシフロキサシン、ガチフロキサシン、シタフロキサシンには呼吸器感染症以外はほとんどありません。これは、他の適応症にまで使用する必要性がないためと考えられます。β-ラクタム系で十分です。「JRS市中肺炎ガイドライン」では、基礎疾患のない患者の軽症から中等度症の肺炎に対してキノロン系薬を第1選択としない、と記述されています。これは、キノロン耐性肺炎球菌の増加を危惧してのことです。不必要に使用することによりキノロン耐性菌を作ることになるので、安易に使用することは厳に慎むべきと言えます。

キノロン系薬の分類

第1世代

ナリジクス酸 (NA) ウイントマイロン

ピロミド酸 (PA) パナシッド

好気性グラム陰性桿菌に対して抗菌力がある。

半減期が短く、血中濃度が低い。組織移行性が悪い。

→尿路感染症

第2世代

ノルフロキサシン (NFLX) バクシダール

エノキサシン (ENX) フルマーク

ロメフロキサシン (LFLX) バレオン、ロメバクト

緑膿菌を含む好気性グラム陰性桿菌に抗菌力がある。

第1世代と同様な体内動態。

オフロキサシン (OFLX) タリビット

シプロフロキサシン (CPFX) シプロキサ

パズフロキサシン (PZFX) パシル、パズクロス

ブルリフロキサシン (PUFX) スオード

高い血中濃度と組織移行性を示す。非定型菌にも抗菌力がある。

第3世代

A：レボフロキサシン (LVFX) クラビット

スパルフロキサシン (SPFX) スパラ

トスフロキサシン (TFLX) オゼックス

好気性グラム陰性桿菌およびグラム陽性球菌、非定型菌に抗菌力がある。

B：ガチフロキサシン (GFLX) ガチフロ…製造中止

モキシフロキサシン (MFLX) アベロックス

ガレノキサシン (GRNX) ジェニナック

シタフロキサシン (STFX) グレースビット

A+ 嫌気性菌、PK-PDを考慮。非定型菌には強いが緑膿菌には第2世代よりもやや弱い。

臨床検査部

【薬剤吸入負荷試験】

当院の臨床検査部では4種類の吸入負荷試験を実施しております。各試験の臨床的意義・検査方法・評価を記述します。

気道過敏性負荷試験

【臨床的意義】

気管支喘息の診断と重症度、または治療効果を見るために実施します。非特異的な気道刺激に対して、気管支平滑筋の易刺激性を評価する検査です。刺激閾値が低い程、気道の過敏性が亢進していると考えます。

【検査方法】

当院では吸入薬剤に、メサコリンを使用しております。

吸入薬剤液の濃度は39～2万 $\mu\text{g}/\text{ml}$ までの10段階を準備します。薬剤負荷直前に1秒量を測定し基準にします。濃度の低い吸入薬剤液(39 $\mu\text{g}/\text{ml}$)をデビルビスネブライザーで2分間吸入後、直に1秒量を測定します。基準1秒量と比較して、1秒量の減少率を求め、-20%以上になるまで吸入薬剤液の濃度を上げていきます。-20%以上に達したときの吸入液の濃度を閾値とします。

検査時間は30分～45分です。

【評価】

閾値が1000 $\mu\text{g}/\text{ml}$ 以下の場合、気道過敏性亢進と判定します。

カプサイシン吸入負荷試験

【臨床的意義】

慢性咳嗽の鑑別診断において、咳嗽の原因が、咳受容体感受性の亢進によって、生じているかどうかを判断するた

めに行う検査です。

【検査法】

刺激物質にカプサイシン(唐辛子の成分)を用います。

吸入薬剤液は13段階の濃度(0.125～512mM)を準備します。ノーズクリップをし、安静換気下で行います。各濃度薬剤液の吸入は、16秒間でその後44秒間の観察を含め計1分間の間に出る咳を数えます。

濃度の低いカプサイシン溶液(0.125mM)からデビルビスネブライザーで吸入していきます。順に薬剤濃度を上げて行き、咳の数が5回以上となった時点で終了します。

5回以上咳が誘発されたときのカプサイシン溶液濃度を咳閾値とします。

検査時間は15分～20分です。

【評価】

咳感受性亢進あり

男性:1mM以下

女性:0.25mM以下

スルピリン吸入負荷試験

【臨床的意義】

アスピリン過敏症(解熱鎮痛薬過敏症)の喘息型、いわゆるアスピリン喘息かどうかを判断するときに行う検査です。

内服負荷試験に比べ、安全性に優れ、所要時間も短く、再現性も良好で、肺機能の日内変動を受けにくいという利点があります。欠点は、気管支以外の過敏臓器とその症状が判断できなく、さらに、少数ながらアスピリン喘息確診例でも陰性になることもあります。また非特異的刺激から偽陽性も数%生じるため、特異性にやや問題はあります。

【検査方法】

吸入液のスルピリン濃度は0.1%、

1%、10%の3段階を準備します。

検査直前に基準になる1秒量を測定した後、濃度の低い吸入液(0.1%)からデビルビスネブライザーで2分間吸入します。吸入後5、10、15、20、30分後ごとに1秒量を測定します。

1秒量が基準値と比較し-20%以内であれば、次の濃度へ進みます。最終薬剤液(10%)は60分後まで観察します。

検査時間は約3時間です。

【評価】

1秒量の減少が、基準値と比較し、-20%以上に達した時点で陽性と判断します。1秒量その他、喘鳴、咳、鼻汁などの症状も確認しております。

抗原吸入誘発試験

【臨床的意義】

気管支喘息の原因物質を診断するための検査です。

ハムスター・ゴキブリ・蛾などがあります。

【検査方法】

スルピリン吸入負荷試験に準じます。



編集後記

いつも、ばんたねネットワークをご愛読頂きありがとうございます。

今回の第18号はいかがでしたでしょうか？

巻頭言では、当院の感染対策の取り組みをご紹介いたしました。世間を騒がせた多剤耐性菌の院内感染問題も記憶に新しいところですので、当院も全力を尽くしてまいります。

季節柄、インフルエンザの動向が注目されますが、今後とも、医療向上のため皆様のご意見、ご要望をお待ちしております。
(小池 良且)

「ばんたねネットワーク」編集委員

乾 和郎 (消化器内科)

伴 直昭 (呼吸器内科)

成瀬 徳彦 (小児科)

三宅 久美子 (看護部)

小池 良且 (薬剤部)

林 悦子 (臨床検査部)

木下 一男 (放射線科)

山田 絵美 (事務部)

川口 真依 (事務部)

外来医師担当表

診療受付時間 午前8時30分～午前11時30分

平成22年11月1日 改訂

休診日 土曜日午後・日曜日・祝祭日・年末年始(12月29日～1月3日)・総長の日(6月11日)・開学記念日(10月10日)

診療科	月	火	水	木	金	土	
内科総合(新患)	AM	廣瀬	芳野	志賀	三好	井澤	医師交代制
	AM	伴	畑大平	廣瀬堀口	廣瀬堀口	大平賀	桑原那須
	PM	伴	大平	廣瀬堀口	(咳外来)清水(1・3・4・5週)堀口	大平賀	
	AM	乾芳野 松浦	森若林 服部	三好小林 小鳥井	乾山本 芳野	小林成田	服部若林 友松
	PM	乾芳野 松浦		三好小林	乾芳野	小林	
	AM	柿澤				柿澤	
循環器科	AM	井澤出向	野村井波(1・2・3週) 藤原(4・5週)	横井下	野村下	藤原	良永田
	PM	井澤出向	野村	横井	野村下	藤原 (ペースメーカー外来) 横井(4週 隔月) 出向(4週 隔月)	
神経内科(心療内科)	AM	(心療内科)金子	野倉	(心療内科)金子	(心療内科)金子(2・4週)	加子 (心療内科)坪井	
	PM	(心療内科)金子	野倉加子	(心療内科)金子		(心療内科)坪井	
精神科	PM		成田				
小児科	AM	宇理須成瀬 小倉	安藤小松原	宇理須鈴木 小倉	安藤成瀬	小松原平田	宇理須鈴木 安藤
	PM	(腎臓)諸岡(1・3・5週)	(アレルギー)宇理須 (アレルギー)鈴木 小松原	(予防接種)鈴木 成瀬 小倉	(乳児健診)小松原 成瀬 小倉	(リウマチ)安藤 (アレルギー)犬尾	
外科	AM	守瀬熱田	梅本吉田	川辺永田	梅本荒川	白石大島	川瀬永田
	PM	(減量外科)川辺 山口 白石	(肛門病外来)梅本		坂野(1週)		
小児外科	PM		医師交代制			医師交代制	
形成外科	AM	米田		米田		米田 中屋敷	
脳神経外科	AM	川瀬	川瀬	西山	松山	森谷	長谷川(1・3・5週) 西山(2・4週)
整形外科	AM	古井寺山 寺田	山田小宮	医師交代制	鈴木中井※月1回 寺田加藤	小宮古井	鈴木加藤
	PM	寺田			山路※月1回 寺田 (肩関節外来)山田※月1回 (股関節外来)安藤※月1回		
皮膚科	AM	鶴田香西	鶴田	香西	鶴田香西	鶴田香西	鶴田香西
	PM	鶴田香西	香西	鶴田香西	鶴田香西	鶴田	
泌尿器科	AM	早川	早川	香西田中	早川	田中	田中
産婦人科	AM	多田西尾	松岡西澤	西澤酒向	松岡山口	山口多田	西澤(1・3週) 多田(2・4週) 医師交代制(5週)
眼科	AM	島田山田	平野島田	平野山田	田中山田	平野浅野	平野島田(1・3・5週) 山田(2・4週)
耳鼻咽喉科(頭頸部外科)	AM	鈴木西村 加藤	藤澤中島 中山	西村中田 八木澤 大森(1週) 徳田(2週)	加藤藤澤 米倉川勝(1・3・5週) 服部(2・4週) 森島(2週)	鈴木藤澤 中島	中田中島 西村(1・3・5週) 加藤(2・4週)
	PM	(腫瘍)鈴木(1・3・5週) 加藤(1・3・5週) 中島(1・3・5週)					
リハビリテーション科	AM	小野木	小野木	小野木	米田	小野木	尾崎(1・3・5週) 平野(2・4週)
	PM	小野木	小野木	小野木	米田	小野木	
麻酔科(痛み緩和センター)	AM	湯澤小野	河西川瀬 川端	洪荒木 立花	河西川端 川瀬	湯澤大石 大木村	川端(1週)・篠田(1週) 大石(2週)・江崎(2週) 荒木(3週)・立花(3週) 上野(4週)・川瀬(4週) 小野(5週)・洪(5週)
	PM	湯澤小野 江崎	河西川瀬 川端	洪荒木	川端	湯澤大石 大木村	

初診予約について ○予約を希望される場合は、医療連携センターへお申し込みください。
 医療連携センター：電話(052)323-5918(直通) FAX:電話(052)323-5726(直通)
 ○診療予約について、本表の 網掛けは検査・手術等再来患者様のため予約はとれませんのでご了承ください。
 ○予告なしに担当医が変更になる場合があります。
 ○心療内科、精神科は完全予約制です。なお、精神科は予め送信頂いた「診療情報提供書」の内容によってお受けできない場合があります。