NMC Research
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター教育研究広報誌
No.67
2015年9月1日発行

第９回院内研究発表会

臨床研究支援室長　**北川　智余恵**

【はじめに】

第９回院内研究発表会は2015年６月17日外来管理棟特別会議室にて行われました。本発表会は、病院内で様々な職種で行われている研究活動への理解を深め、全体の研究活動の活性化を目的に行われています。

【演題募集】

当院職員が、平成26年度に筆頭演者もしくは筆頭筆者として発表された学会(研究会を含む)および論文として発表された研究と、昨年から開始した部門として症例報告を対象として募集を行いました。部長以上の医師と臨床研究センターの役職者および過去に研究発表会で入選した研究は対象から除いています。自薦他薦のどちらも応募いただいています。

例年のようにポスター掲示とメールでの募集を行い、応募いただきました。

【一次選考】

応募された演題を、提出いただいた抄録アピールポイントなどを参考に、臨床研究センター内で検討しました。その結果、非医師部門４題、医師部門３題、症例報告３題を入選としました。

【発表会】

６月17日午後６時より特別会議室にて行いました。院長先生をはじめ院内各部門を含む７名の方々に審査を担当いただ

表１　審査結果

非医師部門		
最優秀賞	渡辺　伸一　（リハビリテーション科）	当院 ICU における専従理学療法士の増員による訓練時間の増加が臨床効果に及ぼす影響について
優 秀 賞	鈴木　千絵　（放射線科）	トモシンセシス・マンモグラフィにおける線量評価　～平均乳腺線量測定および臨床画像による検討～
入　　選	岡崎　玲子 （臨床研究センター感染・免疫研究部）	新規 HIV/AIDS 診断症例における薬剤耐性 HIV の動向
入　　選	鈴木　奈緒子 （看護部　感染制御対策室）	院内感染防止対策における地域医療連携の課　～中小規模病院の院内感染発生と感染対策に関する実態調査～
医師部門		
最優秀賞	渡部　真志　（神経内科）	当院での急性大動脈解離に伴う脳梗塞 13 症例の検討
優 秀 賞	中畑　征史　（呼吸器内科）	HIV 患者の縦隔、肺門リンパ節腫脹に対する超音波気管支鏡
入　　選	関水　匡大　（小児科）	小児成熟 B 細胞性リンパ腫における染色体異常と予後との関係
症例報告部門		
最優秀賞	神田　裕康　（整形外科・リウマチ科）	皮膚筋炎に合併した左肩関節非定型抗酸菌症の１例
優 秀 賞	川角　佑太　（外科）	救命しえなかった Chronic expanding hematoma の一例
入　　選	石田　あかね　（呼吸器内科）	術後肋間肺ヘルニアの１例

目　　次

第9回院内研究発表会　臨床研究支援室長　北川智余恵 1-2
院内研究発表会:最優秀賞（非医師部門）ICU における運動療法の訓練時間の増加が臨床効果に及ぼす影響について～専従理学療法士の増員前後における検討～　リハビリテーション科 理学療法士　渡辺　伸一　3
院内研究発表会:最優秀賞（医師部門）当院での急性大動脈解離に伴う脳梗塞13症例の検討　神経内科　渡部　真志　4
院内研究発表会:優秀賞（医師部門）HIV感染者の縦隔･肺門リンパ節腫大に対する超音波気管支鏡ガイド下針生検の有用性の検討　呼吸器内科　中畑　征史　5
院内研究発表会:最優秀賞（症例報告部門）皮膚筋炎に合併した左肩関節の非定型抗酸菌感染の1例　整形外科･リウマチ科　神田　裕康　6
院内研究発表会:優秀賞（症例報告部門）救命しえなかったChronic expanding hematomaの1例　呼吸器外科　川角　佑太　7
日常臨床・医学教育における利益相反管理 製薬企業との関わりを見直してみてはどうでしょうか?　卒後教育研修センター長　宮田　靖志　8

きました。

非医師部門は、研究開発推進室長の齋藤俊樹先生の司会のもと発表が行われました。本発表会の常連であるリハビリテーション科の渡辺先生の研究は、ICU専属の理学療法士の増員により平均訓練時間が増加し、離床の早期化につながったというもので、今後の発展が期待されました。今年もHIV関連の研究を臨床研究センターの岡崎先生が発表されました。ウィルスの耐性に関するもので、2003年から2013年の耐性の状況とその変異について6,100を超す症例からの検体の研究結果が発表されました。今後も継続的に行っていく必要のある重要なものと感じました。感染対策室の鈴木師長からは、院内感染防止対策における地域医療連携についての取り組みが紹介されました。我々は日常、当院での院内感染防止ということは心がけていますが、それにとどまらない地域全体にとり重要な課題と考えました。放射線科鈴木先生から、乳腺撮影の新しい三次元撮影法について発表されました。これまでの撮影法に比べ線量も多くなく今後有用となっていく可能性が示唆されました。

医師部門は画像診断研究室長、大岩先生の司会でおこなわれました。まず、神経内科渡部先生より急性大動脈解離に伴う脳梗塞について発表されました。大動脈解離でよく見られる胸痛や背部痛は決して多くなく、失神、血圧が低い脳梗塞症例では大動脈解離の存在を疑うべきという明日からのERでの診療にも役立つものでした。続いて呼吸器科中畑先生よりHIV患者の縦隔肺門リンパ節腫脹に対する超音波気管支鏡ガイド下針生検の有用性について発表されました。最後に小児科関水先生より小児成熟B細胞性リンパ腫の全国の患者さんの検体を用いた染色体異常と予後についての検討が発表されました。以前の米国からの同様の研究とは結果が異なっており、今後のさらなる研究成果が待たれると感じました。

症例報告部門は私が司会を務めさせていただきました。外科川角先生より慢性化膿性アスペルギルス症に発生した非常に厳しいChronic expanding hematomaの症例、整形外科神田先生より皮膚筋炎に合併した左肩関節の非定型抗酸菌感染の症例、呼吸器科石田先生より術後肺ヘルニアの症例についてそれぞれ発表されました。

各演題について活発な質疑応答が行われ、発表会は終了致しました。

審査結果について表1に示します。

【おわりに】

最後になりましたが、時間外にも関わらずのべ81名と多くの方に参加していただき、活発なご議論をいただきありがとうございました。また、審査員を務めていただきました幹部の方々、座長の齋藤先生、大岩先生ありがとうございました。

第９回院内研究発表会：最優秀賞（非医師部門）ICUにおける運動療法の訓練時間の増加が臨床効果に及ぼす影響について～専従理学療法士の増員前後における検討～

リハビリテーション科　理学療法士　**渡辺　伸一**

【はじめに】

近年、早期からのリハビリテーション介入による有効性が数多く報告されており1)、集中治療室（以下、ICU）入室患者さんに対して、早期から積極的に専従理学療法士によるリハビリテーションを実施するケースが増えてきています。本研究では、ICUにおける専従理学療法士の２名体制導入前後における介入時間の増加および患者さん一人当たりへの介入療法士数の増加が臨床効果に与える影響について明らかにすることを目的としました。

【方法】

当院ICUに2013年９月から2014年９月までに入室した患者さんのうち、人工呼吸器管理を48時間以上必要とし、リハビリテーション指示があり、調査項目を全て得られている95名を対象としました。そのうち、18歳未満、入院中の死亡、発症前よりbarthel index（以下，BI）が80点未満であった24名を除外しました。専従理学療法士の２名体制は2014年４月以降に導入されており、対象患者のうち，2013年９月～2014年３月に入室した前期群（以下、Before群）37名と、2014年４月～2014年９月に入室した後期群（以下，After群）34名に分け、比較検討しました。

【結果】

後期群は前期群と比較して、離床までの日数は有意に短縮しており、理学療法の一日平均訓練時間は有意に増加していました（表1、2）。また、せん妄の発生は有意に少なく、medical research council examination score、functional status score for the ICU（FSS-ICU）は有意に高値になっていました。また、せん妄の発生を従属変数とした多重ロジスティック回帰分析にて離床までの日数、一日平均訓練時間、FSS-ICUが抽出されました（表3）。

表１　患者背景・属性要因に関する項目の比較

	全症例	Before 群	After 群	P 値
患者数（人）	71	37	34	
年齢（歳）	64.8±14.3	62.2±15.4	67.8±12.4	0.10
性別（男／女）	39 ／ 32	18 ／ 19	21 ／ 13	0.27
身長（cm）	160.1±8.6	159.1±8.8	161.3±8.4	0.27
体重（kg）	60.5±17.2	60.9±17.6	60.1±17.0	0.83
主科（人,%）				
脳外科	41（57.7）	23（62.2）	18（52.9）	0.43
呼吸器内科／循環器内科	30（42.3）	14（37.8）	16（47.1）	
診断（人,%）				
頭部外傷	30（42.3）	16（43.2）	14（41.2）	0.62
くも膜下出血	11（15.4）	7（18.9）	4（11.7）	
肺炎／呼吸不全／循環器疾患	30（42.3）	14（37.8）	16（47.1）	
入院前BI	98.1±5.0	98.2±4.1	97.9±5.9	0.80
Glasgowcomascale	11.3±2.7	11.5±2.5	11.1±2.9	0.54
APACHEⅡscore	14.0±6.8	13.1±5.5	15.0±8.0	0.26
敗血症の割合（人,%）	26（36.6）	10（27.0）	16（47.1）	0.08
糖尿病の割合（人,%）	29（40.8）	15（40.1）	14（41.2）	0.96
運動麻痺の割合（人,%）	17（23.9）	10（27.0）	7（20.6）	0.59

平均値±標準偏差，または人数（%）を記載．*: P < 0.05.
BI, barthel index; APACHE, acute physiology and chronic health evaluation.

表２　経過要因に関する項目の比較

	全症例	Before 群	After 群	P 値
患者数（人）	71	37	34	
ICU 入室から理学療法処方までの日数（日）	3.1±1.4	2.8±1.3	3.3±1.5	0.18
ICU 滞在日数（日）	7.6±3.2	8.0±3.4	7.2±3.0	0.30
在院日数（日）	45.9±18.4	46.5±17.8	45.4±19.3	0.80
初回離床までの日数（日）	8.8±3.8	10.3±4.1	7.1±2.6	0.01*
28-day ventilator free days（日）	22.8±3.6	22.7±3.6	22.9±3.6	0.81
一日平均訓練時間（分／日）	38.5±12.1	32.9±8.2	44.4±12.8	0.01*
ICU せん妄の割合（人，%）	35（49.3）	23（62.2）	12（35.3）	0.02*
ICU 退出時の MRC examination score	3.4±0.8	3.2±0.9	3.6±0.7	0.03*
ICU 退出時の FSS-ICU	13.1±3.6	11.8±3.4	14.6±3.2	0.01*
退院時の BI	65.0±27.5	61.9±24.9	68.4±30.0	0.32
転帰（人，%）				
退院	29（40.8）	13（35.1）	16（47.1）	0.31
転院	42（59.2）	24（64.9）	18（52.9）	

平均値±標準偏差，または人数（%）を記載．*: P < 0.05.
ICU – PT, Duration of ICU to start Physical therapy; MRC, Medical Research Council; FSS-ICU, functional status score for the intensive care unit; BI, barthel index.

表３　ICU せん妄（無＝0，有＝1）に対するロジスティック回帰（n＝71）

抽出された変数	オッズ比	95%信頼区間	P 値
初回離床までの日数（日）	1.284	1.032 ～ 1.597	0.01
ICU 退出時の FSS-ICU	-1.062	-1.115 ～ -1.012	0.02
一日平均訓練時間（分／日）	-1.058	-1.094 ～ -1.008	0.05

Hosmer-Lemeshow, goodness-of-fit $\chi 2 = 3.358$, P = 0.001.
ICU delirium（有=1，無=0).
FSS-ICU, Functional Status Score for the ICU; OR, odds ratio.

【まとめ】

集中治療室にて理学療法の専従２名配置としたことで、訓練時間の増加や患者一人に対する介入スタッフ数の増加、すなわち理学療法士の増員に伴い離床までの日数の短縮につながったと考えられました。また，早期離床の促進がICUせん妄の割合の減少や筋力の改善、さらに高度な複合動作である起居動作能力に対しても好影響を与えた可能性も推察されました。離床までの日数の短縮については、理学療法士２名となることで呼吸理学療法の介入が手厚くなったことが影響した可能性も考えられます。

1) 渡辺伸一、他．理学療法学　2015；42：125-130.
2) 渡辺伸一、他．医療、2015；69：69-75.

学会発表

渡辺伸一、水野晋利、安藤翔悟、大野美香、森田恭成、鈴木秀一、染矢富士子．第28回愛知県理学療法士学会学術集会．愛知県．2015年３月２日．ICUにおける運動療法の訓練時間の増加が臨床効果に及ぼす影響について～専従理学療法士の増員前後における検討～．

第９回院内研究発表会：最優秀賞（医師部門）
当院での急性大動脈解離に伴う脳梗塞13症例の検討～

神経内科　**渡部　真志**

【はじめに】

急性大動脈解離（以下、AAD）はご存知の通り医療者であれば誰もが一度は耳にしたことのある重篤な疾患です。その中でも脳動脈に関与しうるStanford A型AAD（以下、TAAAD）は1時間毎に1%死亡率が上昇すると言われており、適切かつ迅速な診断が求められます。脳梗塞では治療に抗血小板剤や抗凝固剤といった血液をサラサラにする薬を使用して治療するため、TAAADによる脳梗塞の患者さんに治療をすることで死に至らしめる危険性があります。特に脳梗塞発症4.5時間以内に使用可能なrt-PA静注療法をTAAAD患者に施行した際に発売後2年間で10例の死亡症例が蓄積されており、現在では薬剤添付文書の警告欄に記載がされるようになりました。TAAADの約6%に脳梗塞が合併するとされており、脳梗塞の患者さん、特にrt-PA静注療法を考慮する場面ではTAAADは常に疑ってかかるべき疾患といえます。そこで今回、当院でTAAADに伴う脳梗塞13症例の特徴を分析し、どの情報が診断に役立つ情報なのか探索することを目的として、本研究を実施しました。

【方法】

当院で2009年1月～2014年3月の間に経験したTAAADに伴う脳梗塞患者13例（以下、TAAAD群）に関して、患者背景や臨床所見等を診療録から後方視的に分析し、臨床経過や病状が類似しているrt-PAを投与したTAAADを伴わない脳梗塞患者57例（以下、rt-PA群）と比較検討しました。

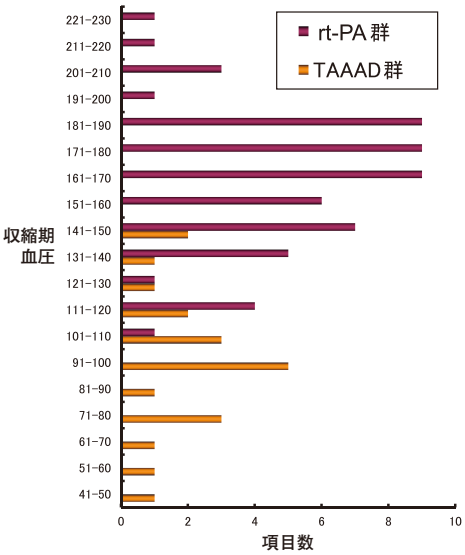
【結果】

両群間で患者背景に有意な差は見られませんでした。TAAAD群では胸痛を訴えた方が有意に多く見られました（38% vs 0%、p<0.01）が、全体の38%に過ぎず、TAAAD群でも胸痛を含めた疼痛を訴える頻度が低いことが分かりました。またTAAAD群では全例で失神または意識障害といった意識変容を認めていました（図1）。収縮期血圧はTAAAD群で有意に低く、100mmHg以下は全例TAAAD群で、150mmHg以上は全例rt-PA群でした。両者が混在する部分を更に解析すると、収縮期血圧110mmHg以下の時には感度71%、特異度98%、陽性尤度比40.7とTAAAD群の可能性が非常に高いことが判明しました（表1）。加えて心拍数60回/分以下の時に更にTAAAD群の可能性が高くなることも分かりました。

	TAAAD	rt-PA	*P値*
n	13(%)	57(%)	
突然発症	12 (92)	57 (100)	0.19
頭痛	2 (15)	1 (2)	0.08
胸痛	5 (38)	0 (0)	<0.01
背部痛	1 (7)	0 (0)	0.18
冷汗	1 (7)	1 (2)	0.33
失神	3 (23)	3 (5)	0.07
意識障害	10 (77)	45 (79)	0.43

表1　TAAAD群とrt-PA群での収縮期血圧の比較検討

図1　TAAAD群とrt-PA群での臨床症状の比較検討



sBP(mmHg)	感度(%)	特異度(%)	LR+
101-110	71	98	40.7
111-120	81	91	9.2
121-130	86	89	8.1
131-140	90	81	4.7
141-150	100	68	3.2

LR＋：陽性尤度比（likelihood ratio）

- sBP>150mmHg ⇒ 全例TAAADなし
- sBP<100mmHg ⇒ 全例TAAADあり
- sBP<110mmHg
  ⇒ TAAADの可能性が非常に高い

【考察】

脳梗塞を疑うような神経巣症状を有する患者さんに胸痛を伴う場合にはTAAADの診断特異性が非常に高いとの報告があるため疼痛に関する問診が重要になりますが、TAAAD患者さんが脳梗塞を有すると痛みの訴えが有意に少なくなるため、疼痛がないだけではTAAADを否定することはできません。通常脳梗塞の患者さんでは収縮期血圧の上昇が見られますが、TAAADに伴う脳梗塞例では収縮期血圧が上昇せず、更にはショックを呈する程の低血圧を示すことが有意に多い大規模研究の報告があり、血圧の情報は非常に有意義であると言えます。脳梗塞様の患者さんを診て収縮期血圧が110mmHg以下の場合には必ず一度は大動脈解離を疑ってみて下さい。

【学会発表】

渡部真志、榊原健二、若林由佳、髙谷美和、林直毅、原田祐三子、久保あゆ香、小林麗、岡田久、奥田聡：当院での急性大動脈解離に伴う脳梗塞13症例の検討．第55回日本神経学会学術集会（2014年5月21-24日．福岡）

第９回院内研究発表会：優秀賞（医師部門）HIV感染者の縦隔・肺門リンパ節腫大に対する超音波気管支鏡ガイド下針生検の有用性の検討

呼吸器内科　**中畑　征史**

【はじめに】

HIV感染症の患者さんでは、免疫不全による影響により、肺がんなどの悪性腫瘍以外にも結核性リンパ節炎や非結核性抗酸菌症など、さまざまな原因で縦隔肺門部のリンパ節に腫大を起こすと言われています。その診断は非常に重要と考えられていますが、困難であるのが実情でした。元来は気管支鏡を用いた気管支鏡下リンパ節生検（TBNA または conventional TBNA）という方法で行ってきましたが、手技の問題で診断率が低いと言われていました。HIV患者さんでの以前の報告では、TBNAでは病理検体採取率は52%、診断率は32%でした。抗酸菌、悪性腫瘍に関しては診断に有効であり、クリプトコッカス症、ノカルジアなどでは診断率は低いとされていました。[1,2] 近年では超音波気管支鏡を用いた針生検（EBUS－TBNA）が肺がんの領域での高い診断率が証明されています。またEBUS－TBNAをHIV患者のリンパ節腫大に使用したという症例報告[3]も見られましたが、症例をまとめた報告は見られませんでした。このため当院にてHIV患者さんに関してのEBUS－TBNAの成績について検討しました。

【方法】

2006年11月から2013年9月までの間に当院にて縦隔または肺門リンパ節腫大の診断目的にEBUS-TBNAを施行したHIV感染症の患者さん7名に対して、診断に対する有用性および安全性を検討しました。研究デザインは後ろ向き研究です。年齢は中央値が43歳で22歳から69歳までの範囲でした。性別は7名とも男性でした。HIV自体に対する治療歴がある方が6名、1名はHIV診断時にEBUS－TBNAを行ったため未治療でした。AIDSを発症している人は6名でした。

全員が喫煙者であり同性間性的接触者でした（表1）。

表1　患者背景

年齢中央値（範囲）		43歳（22-69）
性別	男／女	7／0
HIV感染経路	同性間／異性間性交渉	7／0
HIV治療歴	あり／なし	6／1
AIDS発症	発症／未発症	6／1
喫煙歴	あり／なし	7／0

表2　診断結果

年齢	病理組織所見	培養検体結果その他補助的検査	最終診断
22	類上皮細胞性肉芽腫	培養にてMycobacterium avium	非結核性抗酸菌症（MAC）
46	類上皮細胞性肉芽腫	QFT-3G陽性　培養陰性	肺結核
68	類上皮細胞性肉芽腫	抗酸菌培養陽性　PCR陰性	非結核性抗酸菌症
69	アスペルギルス菌体	培養ではアスペルギルス検出	肺アスペルギルス症
39	非乾酪性類上皮細胞性肉芽腫	QFT-3G判定保留　培養陰性	サルコイドーシス
43	類上皮細胞性肉芽腫	培養は陰性　QFT-3G陰性	非結核性抗酸菌症
34	悪性所見を認めず肉芽腫を認めず	培養および塗抹陽性PCRでMycobacterium avium	非結核性抗酸菌症（MAC）

【結果】

6名で抗HIV療法開始後に生じた縦隔および肺門リンパ節腫大に対して、1名はHIV診断時の縦隔リンパ節腫大に対しEBUS-TBNAを行いました。6名で生検検体より特異的な病理学的所見が得られました。特異的病理所見が得られなかった1名も穿刺液の塗抹標本で抗酸菌を検出できたため、全例で診断を得られました。最終診断は非結核性抗酸菌症4例、肺結核症1例、肺アスペルギルス症1例、サルコイドーシス1例でした。いずれの患者さんも出血、感染などの合併症を認めませんでした（表2）。

【考察】

HIV感染症の患者さんに対するEBUS-TBNAは日和見感染症の病原体特定に寄与する可能性が高く、 病理検査、培養検査の追加が有用でありました。また免疫不全者であっても感染症の合併無く安全に行えることも示されました。

参考文献

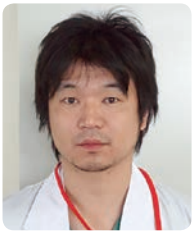
1) Harkin TJ et al.:Am J Respir Crit Care Med. 1998;157:1913-8.
2) Hassan T et al.: Am J Respir Crit Care Med. 2001;183:136-37.
3) Fujikura Y et al.: Intern Med 2012;51:1413-17.

発表学会

中畑征史、伊勢裕子、村上靖、堀和美、岡さおり、龍華美咲、小暮啓人、北川智余恵、床島真紀、沖昌英、坂英雄
第37回呼吸器内視鏡学会総会　京都
2014年4月14日～4月15日
HIV感染者の縦隔・肺門リンパ節腫大に対する超音波気管支鏡ガイド下針生検の有用性の検討

第９回院内研究発表会：最優秀賞（症例報告部門）
皮膚筋炎に合併した左肩関節の非定型抗酸菌感染の１例

整形外科・リウマチ科　**神田　裕康**



【はじめに】

非定型抗酸菌症は緩徐に経過する難治性関節炎を呈することがあります。今回我々は非定型抗酸菌症による左肩関節炎に対し、薬物療法および広範病巣郭清術を行うことで良好な結果を得た例を経験しましたので報告します。

【症例提示】

患者さんは73歳男性です。

現病歴）20xx年1月、誘因なく左腋窩の瘻孔から排膿を認め、当院皮膚科を受診しました。排膿は少量で外来にて創処置を行いましたが閉鎖傾向はありませんでした。同年6月8日、同部位より大量の排膿を認め意識混濁も伴ったため、搬送入院となりました。

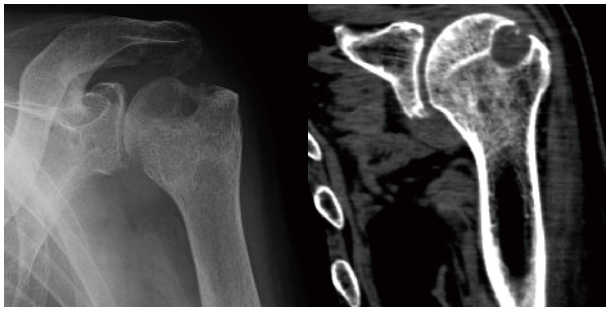
合併症）56歳で皮膚筋炎、プレドニゾロン5mg/日内服。

既往歴）72歳で脳梗塞、無職　過去に農業、漁業の経験なし。

身体所見）　意識レベル：JCS1-1　体温：38.5度　　血圧：91/49mmHg　呼吸：22回/分　脈拍：88回/分　左腋窩に約1㎝の瘻孔があり、悪臭を伴った多量の排膿あり。

検査所見）白血球　16,300/μl、CRP　18.7mg/dl、CK　2168mg/dl、クオンティフェロン　陰性。ツベルクリン反応　陰性、胸部X線検査　明らかな異常陰影なし、入院時画像（図１）と入院後経過（図２）を示します。

来院当日に排膿部から約5cmの皮膚切開を加えて洗浄術を施行しました。その時の細菌培養検査ではStaphylococcus　aureusが検出されました。更に病理検査では類上皮細胞とLanghans細胞を含んだ肉芽腫を認めました（図3）。術後より抗生剤はセファゾリン＋バンコマイシンを投与し、細菌培養検査でMSSAと確定したため、第6病日にセファゾリンのみの投与としました。しかし排膿は続きCRPも高値であったため第18病日にミノマイシンに変更しましたがこれも効果が不十分でした。



単純X線　　CT

図1　入院時画像検査

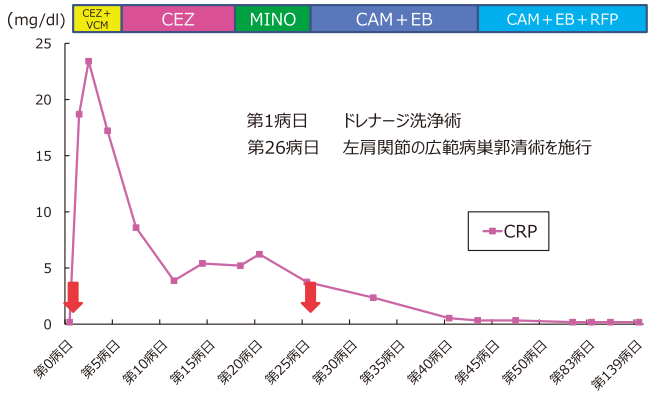


図2　入院後経過

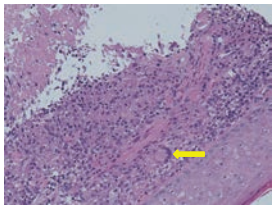
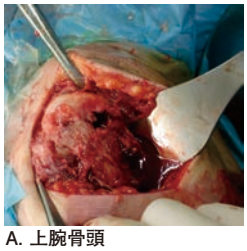


図3　病理所見



A. 上腕骨頭

B. ドレーンによる洗浄

図4　広範病巣廓清術

今回の入院前の５回の抗酸菌培養検査はすべて陰性でしたが、第24病日に洗浄術の際のPCR検査でMAC陽性となりました。そのため、左肩関節の非定型抗酸菌感染と診断し第26病日に広範病巣廓清術を施行しました。術中所見で左上腕骨頭に多数の骨孔を認め、十分に洗浄・デブリードマンを施行し、術後は持続洗浄としました（図4 A,B）。術後は三角巾固定で左肩関節を安静としました。抗生剤は第24病日からクラリスロマイシン＋エタンブトールに変更し、第44病日からリファンピシンを追加しました。創部は閉鎖し排膿はなくなりCRPも陰性化しました。

【考察】

非定型抗酸菌は水・土壌に生息しており、農業、漁業従事者が比較的多く罹患することが知られています。今回の患者さんは農業、漁業従事者ではありませんでしたが趣味で農作業をしていました。非定型抗酸菌症の発生率は10万人あたり2.7人で、肺外非定型抗酸菌症は3%程度、更に骨髄炎・関節炎は稀です。

今回は確定診断するまで約半年と長い時間を要しました。Scottらは、上肢33例で診断までの期間を1か月～8年、平均1年と報告しています。細菌学的検査では抗酸菌染色の陽性率は30%とされ、小川培地での培養に1～2か月を要するため、最近は早期診断としてPCR法が有用とされています。また病理所見で類上皮細胞とLanghans細胞を含んだ肉芽腫を認めた場合、本疾患の補助診断となり病理検査が有用なことがあります。

この患者さんのように緩徐な経過を示し軽度炎症が持続する難治性関節炎では非定型抗酸菌症を疑う必要があると考えられました。

第９回院内研究発表会：優秀賞（症例報告部門）
救命しえなかったChronic expanding hematomaの１例

呼吸器外科　**川角　佑太**

【はじめに】

Chronic expanding hematoma（以下CEH）はReidにより提唱された病態であり、術後、外傷後に慢性的に増大する血腫のことを指します。本邦においても手術例が散見され、良好な成績が報告されていますが、当院にて全被膜切除後に再発を来たし出血コントロールに難渋し救命しえなかった症例を経験したため文献的考察を加え報告致します。

患者さんは57歳の男性です。

[主訴]

右胸痛　右側胸部膨隆

[既往歴]

肺腺癌　右上葉切除pStage ⅠB（9年前）UFT 2年内服

慢性化膿性アスペルギルス症（3年前）抗真菌薬内服

喫煙歴；40本×31年　ex-smoker

内服薬；ボリコナゾール 400mg／day

[現病歴]

２ヶ月前より主訴が出現し、１ヶ月前に前医入院となりました。胸部CT検査で右肺底部に約15cm大の低吸収域があり、膿瘍の診断でドレナージを受けましたが、排液は血性でありました。症状が改善しドレーン抜去をされるも抜去創から血性排液が持続し貧血の進行を認め、CHEの疑いで当院紹介となりました。

[経過]

貧血を認め、前述のドレーン抜去創からの出血が続き連日の輸血が必要な状況でした。

図１に示すように胸部CTにて右胸腔内に15cm大の腫瘤を認めました。また複数の異常血管の流入を認め血管塞栓術（TAE）の後の手術を予定しました。開胸術にて被膜を含めた血腫除去術を施行し術後第17病日に軽快退院され、病理診断はCEHの診断でした（図2）。

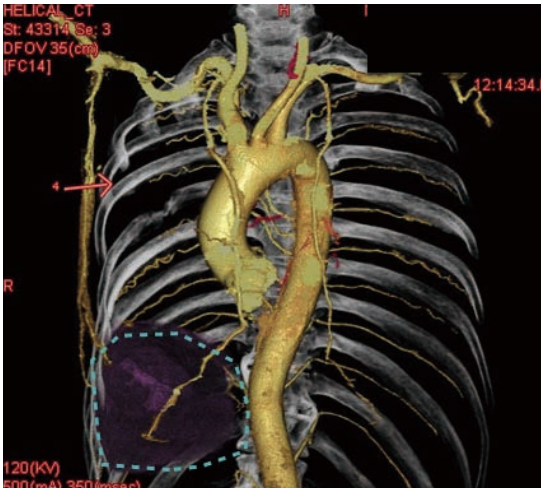


図１　3D-CT angiography
点線部が血腫。内胸動脈、右横隔膜下動脈、肋間動脈からの血流を認めている。

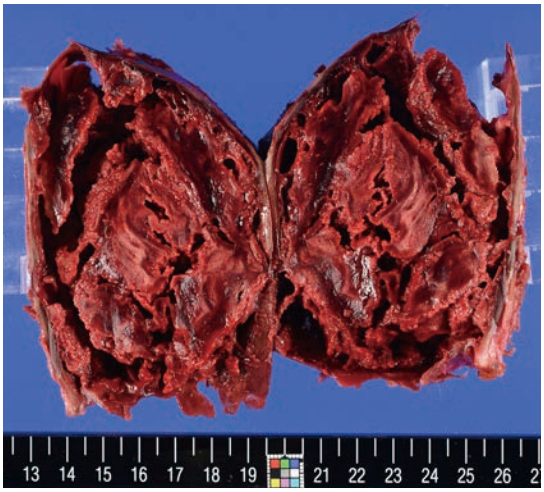


図２　摘出標本；被膜を伴った層状の血腫。
初回手術時、開胸下に摘出した。

約１ヶ月後に再発、同様にTAEの後に２度目の手術を行いました。血腫除去、血腫の原因となりうる壁側胸膜の除去、止血困難箇所に対する集簇結紮を行いましたが再再発を来しました。

出血源を確認するため術前のTAEは行わず３回目の手術を施行しました。開窓術とし前回再開通していた内胸動脈を結紮、出血部位にはガーゼを重ねたタイオーバーを施しました。さらに術後にTAEを行いましたが、呼吸状況悪化、対側（左側）血性胸水の貯留、脳出血を併発し最初の手術より65日後に永眠されました。

【考察】

CEHはReidにより提唱された病態であり頭部外傷領域における慢性硬膜下血腫と同様の病態により生じる被膜を伴った慢性的に増大する血腫のことを指します。

CEHに対しては血腫除去、被膜を含む血腫除去、胸膜合併切除、開窓術といった手術による治療成功例が報告されています。今回は被膜を含めた血腫除去術を施行しましたが今回のケースでは早期に再発を認めました。

術前にTAEを行うことで出血量の減少が期待できると報告されています。本症例で術中出血コントロールに有用でありましたが、比較的短期間に再疎通していました。

本例では被膜を含めた胸膜が原因というより、あたかも胸郭全体の血流供給の変化自体が本態の様に思われました。今後の症例の蓄積を重ね集学的な治療が必要と考えられました。

学会発表

川角佑太、杉山燈人、安田あゆ子、山田勝雄、関幸雄、第31回日本呼吸器外科学会総会、2014年5月29日30日　東京、救命しえなかったChronic expanding hematomaの１例

日常臨床・医学教育における利益相反管理
製薬企業との関わりを見直してみてはどうでしょうか？

卒後教育研修センター長　**宮田　靖志**

降圧薬バルサルタンの臨床研究データの捏造が発覚し、日本の臨床研究の信頼性が大きく揺るがされる事態が発生しました。データ捏造がどのように行われ、何がその原因になったのか調査されましたが、その原因のひとつに製薬会社から大学の研究者に提供される奨学寄付金という資金の問題が挙がっています。製薬会社から研究資金を受け取って研究すると、その製薬会社の開発した薬剤の有効性を強調するような結果を導いてしまうことが以前から指摘されており、研究者と製薬企業の関わりについて透明性を確保することが重要と言われています。このことを“利益相反の管理”と言います。

“利益相反の管理”は臨床研究者に限ったものではなく、一般臨床医、研修医、医学生にも関わる大きな問題です。たとえば、製薬会社からさまざまな利益供与を受けると、臨床医はその製薬会社の薬剤をより頻回に処方するようになってしまいます。医学生は処方権がないので直接的には臨床上の問題は生じませんが、学生のうちから製薬企業からの利益供与を受けていると、そのような利益供与は受けて当然というふうに考えるようになり（これをculture of entitlement仮説と呼びます）、臨床医になってからさらにそのような考えが深まり、ひいては製薬会社のバイアスのかかった情報に影響を受けて臨床行為をおこなってしまう可能性があると言われています。

製薬企業からの利益供与を受けても自分は不当な影響は受けないと多くの医師（61%）は考えますが、自分以外の医師も不当な影響は受けないはずだと考える医師は少数です（16%）。このように自分だけは大丈夫と皆が考えがちで、自分のバイアスには気づかない、自分の都合の良いように考えるという傾向があるので、“利益相反の管理”はしっかりと行っておかなければなりません。

私たちは2009年に全国の臨床医350名に製薬企業との関係行動に関するアンケート調査を実施しました（図1）。また、2012年には全国の医学生5431人に臨床実習前と臨床実習後に製薬企業から受けた利益供与に関するアンケートを実施しました（図2）。ほとんどの臨床医が製薬企業と何らかの関係行動を持っていることが明らかになりました。また、同様に多くの医学生が製薬企業から何らかの利益供与を受けていることが明らかとなり、またそれは臨床実習後に著明に増加することも明らかになりました。

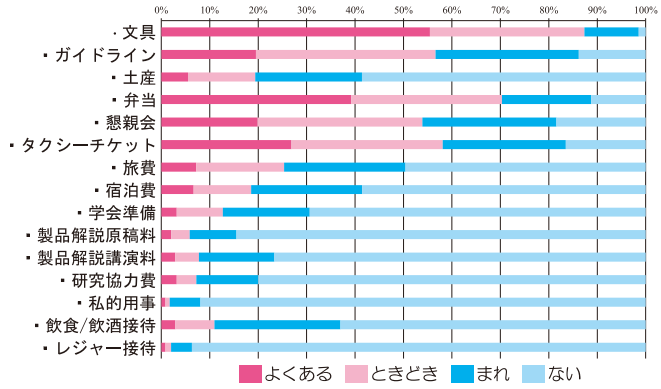


図1　臨床医と製薬企業の関係行動

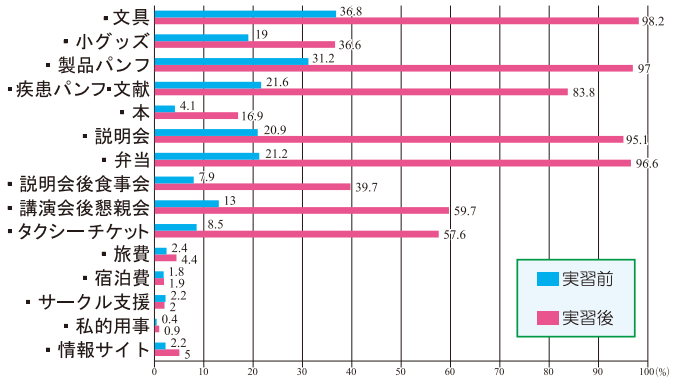


図2　製薬企業から臨床実習前後の医学生への利益供与

どのような関係行動、利益受領が不適切なのかの議論はほとんど行われていません。日常臨床の“利益相反の管理”については日本では議論が高まっていませんが、バルサルタン問題を契機に少しずつ議論がされてくると思われます。

皆さんも製薬企業との関係を一度考え直してみてはどうでしょうか？

◎編集後記◎　今号は第９回院内研究発表会特集号です。非医師部門優秀賞の放射線科鈴木千絵氏の「トモシンセシス・マンモグラフィにおける線量評価」はNMC Research No.66に掲載済みです。卒後教育研修センターの宮田先生よりは利益相反管理に関する興味深い論文を頂きました。是非ご一読下さい。　（文責　服部浩佳）

発行:独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター　広報委員会（NMCリサーチ編集委員会）
〒460-0001　名古屋市中区三の丸四丁目1番1号　TEL 052-951-1111　FAX 052-951-0664
ホームページアドレス：http://www.nnh.go.jp/