医局集談会（平成 19 年度）

１．第 341 回医局集談会（平成 19 年 1 月 18 日）
１）ステロイド長期内服中に両眼性中心性漿液性網脈絡膜症を発症した多発性硬化症の 1 例

大館市立総合病院　眼科　宮川 靖博、佐藤 章子

【 背 景 】: 多発性硬化症（multiple sclerosis: MS)は、中枢神経内に時間的空間的に多発する炎症性脱髄病変を生ずる疾患であり、治療法として初発時、急性増悪時はステロイドパルス療法、また、再発予防にステロイド内服、interferon-β(IFN-β)などが行われており、長期にステロイド内服になる症例も少なくない。今回我々は、球後視神経炎症状を契機に MS と診断され、神経内科にてステロイド内服治療を長期施行されている経過中に両眼性の中心性漿液性網脈絡膜症（central serous chorioretinopathy: CSC)を発症し、以後ステロイドの増減により再発と寛解を繰り返している症例を経験したので報告する。
【 症 例 】: 41 歳女性、平成 16 年 9 月 4 日、左視力障害を自覚し、近医を受診。視神経炎疑われ 9 月 8 日当科初診となった。視力右 1.2（矯正不能)、左 30cm 指数弁（矯正不能)、視野検査で左眼に中心暗点が検出され、左眼球後視神経炎を疑い入院。神経内科にて臨床的 MS の診断となった。視神経炎の治療はステロイドパルス療法を 1 クール行い治癒した。神経内科ではその後 PSL20mg/日維持され、9 ヵ月経過した平成 17 年 7 月 22 日、両眼の霧視を自覚し受診。視力右 0.7(1.0) 左 0.4(0.5)。両眼黄斑部に漿液性網膜剥離が確認され、蛍光眼底造影検査(FA)にて CSC と診断した。PSL 長期内服が原因と考えられ減量依頼し、10mg に減量後、漿液性剥離は減少し、9 月には視力右 1.0（矯正不能)、左 0.6（矯正不能)と改善し、FA で蛍光漏出の減少がみられ、さらに 1 ヵ月後にはほぼ治癒した。

平成 17 年 12 月、両上肢痛で MS 再燃。PSL40mg に増量された後、平成 18 年 1 月、右眼に漿液性網膜剥離が生じ、CSC の再発と診断（PSL10mg/日)。視力右 0.5 (0.8) 左 0.8(矯正不能)。6 ヵ月経過観察し次第に改善傾向にあった。

平成 18 年 7 月に PSL20mg に増量された後、左眼にも漿液性網膜剥離が生じ、平成 18 年 7 月、蛍光漏出点に光凝固を施行し軽快した。視力右 0.9（矯正不能）左 1.2（矯正不能)。

平成 18 年 10 月、両下肢脱力、感覚異常で MS 再燃。内科でステロイドパルス療

法 3 クール施行された。11 月受診時、両眼に漿液性網膜剥離を認め、FA で蛍光漏出点は新規の部位であった。その後、PSL10mg に漸減維持となり漿液性網膜剥離は自然軽快傾向にある。

【 結 論 】ステロイド剤長期内服が必要な多発性硬化症患者に、両眼性の CSC を発症し、ステロイドの増減により再発と寛解を繰り返した症例を経験した。原疾患の状態が許せば、可能な限りステロイド剤の中止や減量を依頼する必要がある。

２）「第１回 CPC」

研修医　松永　英明

提示症例：50 歳代、女性．平成 15 年７月不明熱で当院内科入院．ミノマイシンにて解熱した．ツツガムシ抗体(-)，抗核抗体(-)．婦人科，眼科，外科にてスクリーニングしたが原因となる病変部は不明．平成 16 年７月発熱あり，市内開業医にてミノマイシン投与されるも効果見られず，当院内科へ紹介される．ガリウムシンチ施行するも異常集積なし．平成 17 年８月 38℃の発熱あり．市内開業医にてミノマイシン投与していたところ喘鳴，紅斑が出現．サクシゾン投与にて軽快する．末血にて好酸球増多（18.6％）があり，当院内科紹介となるも，当科での採血では好酸球増多を確認できず，無治療で解熱した．平成 18 年 10 月発熱あり．当院内科でクラビット，PL 顆粒投与されるも解熱せず．sIL2-R が 1,220 と上昇があり，精査のため入院となる．入院第１日腸骨から骨髄穿刺吸引検査が施行．採取骨髄は低形成骨髄で，その中に一部異形成を示す細胞が赤芽球系細胞，顆粒球系細胞に認められた．幼若な細胞が出現していたものの，数的に非常に少数であり，その origin を同定することはできなかった．胸部・腹部・骨盤 CT において縦隔リンパ節の腫大，大きさ 71×47 mm 大の骨盤内腫瘤（Ｓ状結腸 or 小腸病変）が指摘された．ガリウムシンチでは気管分岐部リンパ節，骨盤内リンパ節への集積が認められた．胃，大腸内視鏡では異常所見なし．入院第 12 日から DIC 発症（トロンビン・アンチトロンビンⅢ複合体 60 ng/ml↑，α2PI プラスミン複合体 2.7)．再度施行した骨髄穿刺吸引では，細胞の変性が強く，形態の観察が不可の状態であったものの，赤色結節からの皮膚生検（11 月初旬から顔面，躯幹に 6～7 mm 大の充実性赤色結節出現

していた）では，変性が多少あるものの形態的には観察可能であり，真皮上層に帯状にびまん性浸潤した異型リンパ球が認められた．免疫組織化学染色では，増生している異型リンパ球はCD3+ /CD56+ /GranzymeB+ /UCHL-1+ /CD20- /CD79a- /CD4- /CD5- /CD8-を示した．BM clot sectionにおいて同様に検索したが，皮膚の浸潤細胞と同じimmunophenotypeを示していた.以上より原発巣は不明であったが,皮膚,骨髄にlymphoma cell (NK/T-cell lymphoma)が浸潤した所見と考えられた．ステロイドパルス療法，連日輸血（PC）を行い，入院後第25日からCHOP施行するも病状改善見られず，入院後第32日午前3時47分死亡．同日午前8時30分（死後4時間43分）より剖検が施行された.

２．第342回医局集談会（平成19年2月15日）

１）当科における睡眠時無呼吸外来について」

大館市立総合病院　耳鼻咽喉科　高畑　淳子

〇睡眠時無呼吸症候群とは
　１０秒以上続く無呼吸が１時間あたり５回以上出現する場合
　AHI（１時間あたりの10秒以上の無呼吸低呼吸の回数）：重症度の指標
　軽度　　AHI 5-15
　中等度　AHI 15-30
　重度　　AHI 30以上
〇睡眠時無呼吸症候群の症状
・ 日中の眠気
・ 強いいびき
・ 起床時の頭痛、のどの渇き
・ 頻回の中途覚醒
・ 夜間頻尿
・ 集中力の低下
・ 倦怠感
〇睡眠時無呼吸症候群の合併症
・ 高血圧
・ 心筋梗塞
・ 脳血管障害
・ 冠動脈疾患

・ 糖尿病など
〇睡眠時無呼吸の原因
・ 肥満
・ 扁桃肥大
・ 顎が小さい
・ 鼻閉など
〇睡眠時無呼吸の検査
・ 問診（無呼吸の程度、日中の眠気、いびき）
・ 視診（鼻閉の有無、扁桃肥大の有無）
・ X-p（副鼻腔炎、気道狭窄の有無）
・ 心電図、胸部レントゲン
初診時に上記施行後、モニター検査を予約
（子供は扁桃肥大によることが多く、モニター検査なしで手術を行うことが多い）
〇モニター検査
・ 終夜睡眠ポリグラフ（PSG 検査）精密検査
・ 携帯用睡眠ポリグラフ（スターダスト）簡易型
無呼吸の回数（AHI）、無呼吸の持続時間、SpO_2（平均値、最低値）
中枢型か閉塞型か
〇睡眠時無呼吸の治療
・ CPAP 療法
・ 鼻治療
・ 外科治療（扁桃摘出術、アデノイド切除術、軟口蓋咽頭形成術など）
子供ではアデノイド、扁桃摘出の効果が大変高い
・ ダイエット、マウスピース
〇CPAP 療法の保険適用
・簡易検査で AHI 40 以上、PSG 検査で AHI 20 以上
〇CPAP 療法とは
睡眠中 CPAP 装置を装着し、CPAP 装置からエアーホースそして鼻マスクを介し気道に陽圧をかけることによって、上気道閉塞を防ぐ治療法。対症的治療。
装置にスマートカードを入れておくことにより、装置の使用状況や装着時の AHI などが記録される。月に一回当科受診時、スマートカードを持参してもらい、パソコンでデータを確認し、CPAP 装着の指導を行う。

２）認定救急救命士による気管挿管実施要項について

大館市立総合病院　麻酔科　村川　徳昭

３．第 343 回医局集談会（平成 19 年 3 月 15 日）

１）咳の話　～遷延・慢性化する咳を中心に～

大館市立総合病院　第一内科　林　彰仁

咳は日常の内科診療をするに当たり、年齢を問わず患者さんが訴える最も多い症状の一つである。多くは感冒など急性気道感染によるものであるが、程度によっては咳による体力消耗や不眠・不安など日常生活の QOL が低下してしまうことをしばしば経験する。またその苦痛は決して少なくないこともあり、なんとか咳だけでも止めてほしいと希望される場合も多い。更にそういった咳が、しばしば遷延・慢性化し診療に苦慮することも少なくない。そこで今回 2005 年に出された咳に関する日本呼吸器学会のｶﾞｲﾄﾞﾗｲﾝを中心に遷延・慢性化する咳に対してどうｱﾌﾟﾛｰﾁをして診療したらよいか、実際の臨床的立場から話をすることにする。

２）外照射が奏功した腎盂癌の一例

大館市立総合病院泌尿器科　鈴木　昭夫，成田　知

症例は 82 歳，男性．他院で腹部大動脈瘤破裂にて手術（人工血管置換術）され，外来 follow されていたが，３年後の follow-up CT で右下腎杯に腫瘤陰影が認められ，同院泌尿器科に紹介．右腎盂癌で間違いないと思われたが，高齢で人工血管置換術後であり，high risk case と判断され手術は断念．その後当科で follow up 開始．

当科初診時より肉眼的血尿あり（OB 3+，RBC 100 以上/），断続的に貧血に対し MAP 各２Ｅを計７回輸血していた．H17.5.10 に TAE または RT 施行による止血の可能性について放射線科に consult したところ，原発病変に対する治療効果も含めて RT が優るであろうとの返事をいただき，H17.5.24 より同部への計 50Gy(25 分割)の外照射を施行していただいた．CT 上，右腎は萎縮し，ほぼ無機能になったことが示唆されるが，以後現在まで肉眼的な血尿は消失し，輸血は行っていない．ご本人の通院日数も減少し QOL も向上しているものと思われる（自然尿細胞診は最近は classⅤ）．

４．第 344 回医局集談会（平成 19 年 4 月 19 日）

１）当院外来化学療法室について

大館市立総合病院　第二内科　小笠原　仁

平成１８年４月より開設された外来化学療法室は、当初１日平均５名の利用であったのが現在平均 9.3 名にまで利用が増えてきております。この一年で利用延べ患者数も 203 名となりました。２０名以上の患者さんが登録されている癌腫も胃癌、大腸癌、膵癌、乳癌、悪性リンパ腫となり、また、慢性関節リウマチに対するレミケードの投与を受けている患者さんも２１名おられます。この４月より看護師が３名から４名に増員していただいております。これまで院内各位の多大なる御理解とご協力のもと、大きなトラブルもなく円滑に治療が行われております。しかし、現在も調剤に当たる薬剤師がぎりぎりでやっている状態でありますので、今後利用患者数が更に増えるため薬剤師の増員、調剤スペースの拡充、専任医師看護師の育成、新化学療法室の増設が必要になろうかと感じております。

５．第 345 回医局集談会（平成 19 年 5 月 17 日）

１）上皮性皮膚腫瘍　多彩な臨床像

大館市立総合病院　皮膚科　大石　祐子

上皮性皮膚腫瘍は良性、悪性ともに同じ疾患であっても多彩な臨床像を示すこと

が多い。悪性で多いのは SCC（有棘細胞癌）と BCC（基底細胞癌）である。どちらも早期に外科的に切除すれば再発もほとんどなく経過する。ただし、悪性と気付かずに放置していると、SCC ではリンパ節転移を、BCC では進行はゆっくりであるが局所破壊性が強いことにより骨に浸潤することがある。また、どちらも顔面に生じることが多いため、形成外科的な手術を要することが多く、皮疹が小さいうちに手術した方が整容面でも良い。

当院の外来における約 2 年間の臨床写真を、鑑別する疾患の写真とともに示し、多少の説明を加える。

２）Dural AVF の１例

大館市立総合病院　脳神経外科　島田　直也，佐々木　正弘
秋田県立脳血管研究センター　脳神経外科　澤田　元史

【症例】79 歳，女性.

【現病歴】2005 年 7 月初旬から左眼瞼下垂を自覚．3DCTA で異常なく様子観察．2006 年 5 月から左眼球結膜充血あり、脳血管撮影で左海綿静脈洞部の硬膜動静脈瘻と診断された．血管内治療目的で入院.
【神経学的所見】左眼球結膜充血、左動眼神経麻痺、眼球突出.
【画像所見】頭部 MRA で左海綿静脈洞部から皮質に向かって拡張した血管が確認された．脳血管撮影で左外頚動脈から海綿静脈洞部へ動静脈瘻がみられ，海綿静脈洞部から逆行性に Sylvian vein から Trolard vein または Labbe vein に灌流していた.
【治療】左錐体静脈洞から経静脈的アプローチにてコイル塞栓術を行った．流出静脈の遠位部からコイルをつめていったが，不完全であったため経動脈的アプローチで液状塞栓物質を投与し，流出静脈の描出はなくなった．術後，一過性に眼球突出がみられたが，徐々に改善し神経学的脱落症状なく独歩退院した.

３）救急救命士薬剤投与実施要領について

大館市立総合病院　麻酔科　村川　徳昭

６．第 346 回医局集談会（平成 19 年 6 月 21 日）

１）当院における抗生物質（注射剤）の使用動向と MRSA の検出状況及び MRSA に対する主な抗生物質の感受性（2006）

大館市立総合病院
薬剤科 金沢 久男

1. 抗生物質（注射剤）の使用動向について

当院の抗生物質（注射剤）の使用動向について年間（2005 年までは年度）購入量より解析したので報告する。

2006 年の購入量は前年度比率で，ペニシリン系（PCs）が 96.7%，セフェム系（CEPs）が 90.0%，カルバペネム系（CARBAPs）が 97.2%で全て減少した。2006 年における PCs 各薬剤の購入比率でみると，タゾバクタム/ピペラシリン（TAZ/PIPC）が 2004 年度 13.3%から 2005 年度 27.2%へ増加したが，2006 年は 18.0%と減少し,それにかわって単剤のPIPCが2005年度31.5%から2006年40.7%へ 9.2%増加した。次に CEPs（CEPs-Ⅰ～Ⅳ）及び CARBAPs の購入比率は昨年度と同様の結果であった。抗 MRSA 薬（バンコマイシン（VCM），アルベカシン（ABK），テイコプラニン（TEIC）），ザイボックス（LZD）の購入本数は，2004 年度 660 本，2005 年度 1240 本，2006 年度 2370 本と増加した。尚，2006 年における LZD の購入本数は 60 本であった。

２．MRSA の検出状況について

MRSA は，1996 年 4 月～2006 年 12 月の約 11 年間で 1,636 名から検出された。このうち新規検出者（最初に当院で検出登録した患者）は，入院患者からが 1215 名（74.3%），外来患者からが 421 名（25.7%）であった。2006 年は総検出者数が 170 名，新検出者数 122 名で 2005 年度より総検出者数で 52 名（23.4%），新検出者数で 57 名（31.8%）減少した。診療科の中では，6 病棟第一内科が 42 名で最も多かった。S.aureus 中の MRSA の割合は 43.1%で，外来が 20.1%，入院が 65.3%であった。11 年間の S.aureus 中の MRSA の割合は 44.6%となっている。提出検体中 MRSA の割合は 5.8%，分離菌中の MRSA の割合は，3.4%で 2005 年度に比べて大きな変化はなかった。

３．MRSA 株に対する主な抗生剤の感受性について

当院で臨床検体から分離された MRSA に対する主な抗生剤の感受性について報告する。2006 年（1～12 月）に感受性「Ｓ」を示した割合は，ホスホマイシン（FOM）が 20.1%，ゲンタマイシン（GM）が 41.5%，レボフロキサシン（LVFX）が 6.1%，ミノマイシン（MINO）が 12.0%，スルファメトキサゾール/トリメトプリム（ST）が 98.7%で，抗 MRSA 薬の ABK が 98.1%，VCM が 100%であった。2006 年は LVFX，MINO の MRSA に対する感受性が小児科検出 MRSA 株で大きく低下した。

２）耐性菌と血流関連カテーテルサーベイランス　最近の動向

大館市立総合病院　臨床検査科　細菌検査室
○太田和子，羽沢さゆり，佐藤健太郎

はじめに、トピックスとして MRSA による血流関連カテーテル感染症と、同時に抗菌薬投与によって薬剤耐性緑膿菌が出現した事例を報告する。抗菌薬に敏感に反応する緑膿菌のさまを浮き彫りにする。抗菌薬の使用傾向を見るには緑膿菌が最も適しており、各診療科別にその傾向を経年的に追うことで、適正使用を促す。

院内で問題と思われる耐性菌として、カルバペネム耐性緑膿菌、ESBLs と VCM しか感受性をもたない高度耐性腸球菌 *Enterococcus feacium* があげられる。また最近、IPM 耐性プロテウスの出現も気になるところである。

次に市中肺炎の原因菌となるインフルエンザ菌と肺炎球菌の耐性傾向を述べる。インフルエンザ菌は年々高度耐性 BLNAR(β-ラクタマーゼ産生アンピシリン耐性インフルエンザ菌)株が増えており、大館、北秋地区の問題ともいえる。この背景には経口セフェム薬の安易な投与があると、全国的にも以前から指摘されている。

一方、当院ではカテーテル関連血流感染症のサーベイランスを 2004 年から独自の方法ですすめている。2006 年後半は比較的落ち着いていたが、2007 年 4 月から 5 月にかけてカテーテル感染症の増加が目立ち、マキシマムプレコーションによる挿入と、カテーテルの衛生管理を呼びかける。こうした耐性菌をつくらない、拡散させないためのキーワードは『抗菌薬の適正使用と手洗いの徹底』である。

７．第 347 回医局集談会（平成 19 年 7 月 19 日）

１）進行乳癌における術前化学療法の検討

大館市立総合病院外科
○吉崎孝明　三ツ井敏仁　池永照史郎一期　松谷英樹
大石晋　舘岡博　武内俊

2002 年 4 月から 2007 年 3 月までの 5 年間に，術前化学療法を行った進行乳癌症例 5 例について検討した．症例の内訳は， T4M0 症例 2 例，および T4M1 症例 3 例である．用いたレジメンはタキソテール・エピルビシン 3 例，タキソール・エピルビ

シン１例，ハーセプチン・タキソテール１例である．各レジメンの施行数は 2-3 コースで有害事象は顆粒球減少であった．効果判定は， PR が 3 例，SD が 1 例，PD が１例であった．全例に胸筋温存乳房切除術が施行された．生存期間は，術後４ヶ月で再発・遠隔転移をきたし死亡した１例を除くと，平均 41 ヶ月（20-53）で，無再発生存は３例（60%）であった．術前化学療法による Down staging は得られなかったが，局所コントロール（腫瘍縮小）により，乳房切除術を施行し得た．化学療法の治療効果判定が予後予測に関連する重要な因子と考えられた．術前・術後の化学療法を工夫することにより局所進行乳癌でも長期生存が期待できると思われた．

８．第 348 回医局集談会（平成 19 年 10 月 18 日）

１）骨粗鬆症性腰椎椎体圧潰に対する手術治療例の検討

大館市立総合病院　整形外科 平川　均

脊椎骨折は骨粗鬆症に伴う骨折の中で最も頻度が高く、５０歳以上の女性が一生のうちに脊椎骨折を起す確立は 40%とも言われており、骨折後，死亡率が高まり，高齢者の ADL，QOL を低下させると言われている。骨粗鬆症性脊椎椎体骨折の多くは保存的治療で骨癒合が得られる。しかし、骨折後に圧潰がゆっくり進行し，神経障害を呈した場合や、変形、偽関節に伴う疼痛が残存した場合に手術を要する。今回、骨粗鬆症性腰椎椎体圧潰，腰椎椎体骨折に伴い腰痛，神経根症状を来たした症例に手術を施行し、その治療成績，問題点について検討した。

２）抗凝固薬について

大館市立総合病院　第一内科　前田尚孝

日本で主に使用されている抗凝固薬はヘパリンとワーファリンである．循環器内科や脳神経外科にとっては重要な薬剤であり，外科や整形外科等にとっては手術の出血リスクを上昇させる厄介な薬剤だろう．

「日本循環器病学会の抗凝固薬使用に関するガイドライン」と，ワーファリンを販売しているエーザイのＨＰから入手可能な「ワーファリン適正使用情報第三版」より周術期や抜歯などにおけるワーファリン内服患者の対応について報告する．

また心房細動患者に対するワーファリン内服対アスピリン内服の脳梗塞予防効

果に関する論文が今年の THE LANCET に掲載されたので，心房細胞とワーファリンについても報告する．

９．第 349 回医局集談会（平成 19 年 11 月 15 日）

１）後天性血友病の一例

大館市立総合病院　第二内科　津谷　亮佑

本来血友病は第Ⅷ因子か第Ⅸ因子が先天的に産生されない伴性劣性遺伝病であるが，近年主に第Ⅷ因子に対する自己抗体（インヒビター）ができてしまい出血をきたす後天性血友病の存在が明らかになり報告されるようになった．これまで，第Ⅷ因子に対する自己抗体は血友病患者において使用されていた（主に自己注射）因子製剤に対する抗体だけと考えられていたが，後天性血友病患者においては誘引なく自己抗体（インヒビター）ができている．

症例は 73 歳男性，統合失調症にて 30 年以上前より当院精神科入院中でこの数年は処方内容も変更なく家族歴に血友病もなし．

本年 4 月に看護師が上半身に広範な血腫および皮下血出血があるのを発見し担当医が検査したところ，貧血と APTT の延長（82.9 秒）を認めたため当科紹介となる．

さらに検索進めたところ第Ⅷ因子活性の低下（１１％）があり更に凝固抑制第Ⅷ因子（インヒビター）が２３ＢＵ/ml と上昇しており後天性血友病の診断となる．（インヒビターは検出されないのが正常でほんのわずかでも検出されるようになるとすぐに APTT は延長し出血傾向が出現するといわれる）

当初，新鮮凍結血漿の投与を行ったがかえって APTT が延長するようになり，第Ⅶ因子によるバイパス療法とステロイドパルス療法を行ったところ改善が見られたがインヒビターの消失までには至らず，小脳出血をきたした後終日臥床の状態となり脳出血再発と思われる突然の嘔吐の後，呼吸不全となり出血傾向出現後約 5 ヶ月で永眠された．

本症は男女を問わず人口 100 万あたり年間 1 名の発症がある．年齢は 70 代に多く基礎疾患不明（特発性）は約半数である．出血部位は先天性の血友病と同様で全身各所である．治療は出血時には，第Ⅶ因子によるバイパス療法で止血しながらス

テロイドによる免疫抑制にて自己抗体の産生を抑えることが必要とされているが，有効性は６０％程度との報告がある．詳細なデータは欠くが，本例は当院では２例目ではないかと考える．１例目の症例は数年前に進行胃癌で手術後１ヶ月以上してから突然の腹腔内出血をきたし APTT の延長があったが，残念ながら当時 DIC の治療しか行えず救命できなかった．

２）感染症合併糖尿病患者の臨床的検討

大館市立総合病院　第三内科　池島 進

生活習慣の欧米化と高齢化社会の到来により、近年糖尿病患者が急増している。特に、様々な合併症を持った高齢者糖尿病では感染症を併発する機会が多く、それに対する適切な処置が、患者の QOL 向上、医療費削減にとって重要な課題と考えられる。

実際、糖尿病の死因に関する委員会報告によると、1991 年～2000 年の 10 年間のアンケートによる日本人糖尿病の死因では感染症が第 3 位で約 14.3%となっており、この値は過去の統計に比べ若干増加傾向であると報告している。最近の報告では、非糖尿病患者を１とした時に糖尿病患者の感染症に罹患するリスク比は 1.21（99%CI 1.20-1.22）であり、感染症による入院のリスク比は糖尿病患者で 2.17（99%CI2.10-2.23)、また感染症による死亡のリスク比は糖尿病で 1.92（99%CI1.79-2.05）と、糖尿病患者は正常者と比較して感染症の頻度が高く、重症化しやすいと報告されている[6)]。

そこで、2002 年～2005 年の間、当科(青森県立中央病院)に入院し、抗菌薬の経静脈投与を行った比較的重症と考えられる感染症合併糖尿病者 98 例(男性 60 名 女性 38 名）について、血糖コントロール状態、糖尿病性腎症の程度と炎症反応、治療への反応を比較検討した。

入院時 HbA1c を、良（6.5%未満）可（6.5～8.0%未満） 不可（8.0%以上)、悪（10%以上）で分け、白血球数、CRP、抗菌薬投与期間を検討したところ、コントロール不良群で、より抗菌薬の投与期間が長かった。また、治療中断または未治療群や、低アルブミン血症を認める群では、より長期の抗菌薬の投与が必要であった。

入院中のインスリン投与量を検討したところ、感染症の合併に伴って、インスリン需要量は増加し、感染症の改善と共に、減少することが示された。

糖尿病の早期介入、加療継続、糖尿病の厳格な血糖コントロールと良好な栄養状態の保持、病態に合わせた適切な抗菌薬の投与が、糖尿病患者に合併した感染症の治癒、QOL の向上、抗菌薬投与期間の短縮、各種耐性菌感染症への防止、ひいては医療費削減へつながると思われた。

興味のある方は　感染症学会雑誌　2007　11 月号　ご覧下さい。

３）禁煙外来の解説―喫煙と AI（Augmentation Index）―

大館市立総合病院　第三内科　八代　均

喫煙は糖尿病性合併症の神経障害及び腎症の危険因子である．また糖尿病に閉塞性動脈硬化症の合併が多く，本年出された末梢動脈硬化性疾患のガイドライン（TASCⅡ）では喫煙が最大の危険因子とされている．糖尿病性合併症予防に禁煙が必要なことから，本年 10 月に当科で禁煙外来を開設した．その状況について紹介する．

当科では本年 6 月に全身の血管の状態を評価する AI（Augmentation Index）をルーチン検査として導入した．喫煙は AI を高くすることがいわれ，禁煙外来受診者全員に前後で AI を測定し評価する予定でいる．入院糖尿病患者及び一泊ドック受診者 77 名で行った AI の測定結果についていくつかの因子との相関について検討した．また喫煙が AI に及ぼす影響についても紹介する．

４）切迫早産の管理と治療

大館市立総合病院　産婦人科　山口　英二

平成 19 年度，当院から何らかの理由で母体搬送になった症例は 10 例を数える．そのうち 8 例が切迫早産を理由に搬送となった．搬送先は秋田赤十字病院が 4 例，

青森県立中央病院が4例，弘前大学医学部附属病院が2例である．実に6割の患者が県外への搬送になったことになる．

従来，切迫早産の管理・治療は絶対安静が原則であり，場合によってはカテーテル留置し，ベット上安静としてきた．ところが，これは切迫早産の治療になっていないどころか，増悪させていたことが最近の研究で明らかになってきた．すなわち，血栓症や感染のリスクを高め，ひいては児のFIRSの原因にもなっていたのである．

近年になり，経膣超音波断層法の機器の発達もあり，子宮頚管長の測定も容易に行えるようになった．ところが，早産の比率を減少するには至らなかった．

次に，癌胎児性フィブロネクチンという物質が注目されるようになった．絨毛膜トロフォブラストで産生され，胎児付着物と子宮脱落膜との接着に問題が起こった場合に検出されるもので，経膣超音波断層法で発見されるより早期にスクリーニングとして有効ではないかと考えられたからである．しかし，これだけでは早産減少にあまり効果を認めなかった．

そこで，感染の予防を行うために，細菌性膣症という概念が再び脚光を浴び始めた．細菌培養で菌が特定できなくても，正常な膣の乳酸桿菌が減少していること自体が問題であるという考え方である．当院でも今年の８月より検査科の協力の下，検査できるようになった．また，データとしては十分ではないが，スコアの高い患者が切迫早産となる可能性が高い傾向がある．今後さらに切迫早産の診断・治療に有効であるか検討したいと考える．

切迫早産の治療では塩酸リトドリンを高濃度に上げていくだけでは，感染の兆候をマスクしてしまうことにも注意しなくてはならない．NSAIDsやCa拮抗剤も胎児に対する副作用を考慮しながら，バランスよく使用する必要があると思われる．