

## 一般内科初診外来における愁訴と傷病名に関する多施設共同研究

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-08-17 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 横田, 仁子 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00031998">http://hdl.handle.net/10470/00031998</a>

効果と抑制機序を検証した。

## 2. 再生医療のための移植用心筋組織内残存未分化iPS細胞除去手法開発

(先端生命医科学研究所, 循環器内科)

松浦勝久

種々の心疾患に伴う障害を端緒とし、心臓組織のリモデリングと引き続いて生じる心不全の要因として、心臓の自己再生能の著しい欠如が負うところは大きく、根本的治療には障害によって失われた心筋組織を補填する手段が必要となる。近年、従来の薬物治療や外科的治療では根治できない難治性疾患、組織・臓器の傷害や欠損に対する新たな治療法として「再生医療」が世界的に注目されている。特に人工多能性幹(iPS)細胞など治療に使用する細胞ソースの開発および組織工学を用いた再生組織構築技術の発展が、再生医療への期待をさらに高いものとしている。我々は、東京女子医科大学発の3次元浮遊攪拌懸濁培養技術および細胞シート技術により、ヒトiPS細胞由来心筋細胞の量産化およびヒト心筋組織構築に成功し、心筋組織置換型の再生医療開発および疾患・創薬研究への応用を進めている。一方、無限増殖能と多分化能を有する多能性幹細胞の利用においては、移植組織内の未分化細胞の残存に伴う腫瘍化リスクが懸念される。特に $10^6$ スケールの移植細胞数が想定される心筋再生医療では、未分化細胞の残存リスクも相対的に大きくなるため、より効率的な残存未分化細胞の除去手法が不可欠である。最近我々は、メチオニン非含有培地、 $42^{\circ}\text{C}$ 培養、cyclin-dependent kinase (CDK) 1/9 阻害剤がそれぞれ異なる機序でiPS細胞のアポトーシスを誘導する一方、心筋細胞機能には影響しないことを見出し、心筋組織内残存iPS細胞除去への応用を進めている。これらの手法の組み合わせやin vitroでのiPS細胞残存リスク評価系およびモデル動物への移植における造腫瘍性試験により、腫瘍化リスクのない心筋再生医療の実現に寄与できるものと考えられる。

### [一般演題]

#### 1. 一般内科初診外来における愁訴と傷病名に関する多施設共同研究

(保健管理センター学生健康管理室, 女性医療人キャリア形成センター女性医師再研修部門)

横田仁子

[目的] 離職した女性医師が地域医療施設で一般内科初診外来を担当するために最初に修得すべき頻度の多い愁訴、傷病名の実態調査を行う。[方法] 問診票と診療録による観察的縦断研究。東京近郊の無床~400床規模の医療施設(千葉県立東金病院, 聖隷横浜病院, 東葛病院, 埼玉協同病院, 北本共済病院, あさお診療所)に、2011

年6月15日~7月15日(夏期), 2012年1月16日~2月15日(冬期)の間に内科外来初診者で問診票を記入した4,424名を対象とした。愁訴はICPC-2でコード化した。4施設で診療録(冬期1,573例)を用いてその後の転帰、傷病名(ICD-10分類)の追跡調査を行った。[結果] 夏冬ともに、病院の規模に関わりなく主訴では頻度順に、咳、発熱、咽頭の症状、頭痛の順で多かった。傷病名では呼吸器疾患、消化器疾患、循環器疾患、感染症・寄生虫症の順で多かった。再診なしは45%であった。[考察] 一般内科初診外来における愁訴に関するデータベースを作成することが出来、追跡調査も4つの施設で行った。頻度の高い愁訴および傷病名は施設によって変わりはなかった。一般内科で復職を希望する女性医師にとって習得すべき愁訴と傷病名が実態調査により明らかになった。

### [第12回研修医症例報告会]

#### 1. 全身麻酔導入後、高度の徐脈を来し、手術が延期になった1症例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>麻酔科,<sup>3</sup>内科) ○杉山瑞恵<sup>1</sup>・

◎市川順子<sup>2</sup>・諏訪邦明<sup>3</sup>・

西山圭子<sup>2</sup>・小高光晴<sup>2</sup>・小森万希子<sup>2</sup>

[症例] 43歳男性, 身長173cm, 体重88kg. 急性胆嚢炎に対し、腹腔鏡下胆嚢摘出術が予定された。既往歴に心房中隔欠損症, 35歳時に心不全を伴う僧帽弁逆流症を指摘され僧帽弁形成術, 心房中隔欠損閉鎖術が施行された。術前から心不全治療目的にて、 $\beta$ 遮断薬, 抗アルドステロン拮抗薬, 利尿薬が処方され, 術後に発作性心房細動になったため, 抗凝固薬が導入された。今回, 胆嚢摘出術の術前に $\beta$ 遮断薬のみ内服した。入室時の心拍数(HR)48bpm, 血圧122/74mmHgであった。プロポフォール100mg, セボフルラン2.0%, フェンタニル100 $\mu\text{g}$ , レミフェンタニル0.3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{分}$ , ロクロニウム60mgで麻酔を導入し, 気管挿管を行った。気管挿管の刺激により一時HR61bpmまで上昇したが, 麻酔導入10分後にHR30bpm台前半まで低下し, 35分後に5秒間の心静止があった。徐脈に対し, 硫酸アトロピン計1mg, エフェドリン計12mgを投与したがHR30bpm台が持続したため, ドブタミンを持続静注しHR70~80bpmまで上昇した。経皮ペーシングを行い, 最大強度にしても経胸壁心臓エコー上, ペーシングによる有効な心収縮がみられず, ペーシングが機能しなかったため手術は延期になった。術後にカテコラミン未投与でHR40bpm台の徐脈が継続したため, 前回の全身麻酔から5日後に経静脈ペーシング(VVI, HR60bpm)を使用して全身麻酔下で腹腔鏡下胆嚢摘出術を行ったが, 周術期の循環・呼吸動態に問題はなかった。術後にHR50bpm