

「内科通信 2010 年 8 月 4 日号」

自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

自治医大の内科通信です。

また暑くなってきましたね。いかがお過ごしでしょうか？

まずは、「各部門責任者からのメッセージおよび教室紹介」をお届けいたします。

今回は、神経内科教授の中野今治先生からです。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆



神経内科 教授 中野今治

医学部 6 年生あるいは 5 年生の皆さん、こんにちは。

6 年生は卒後研修の施設を真剣に考え始めたころでしょうか。

自治医科大学の卒業生は、出身自治体に戻って初期研修を行いますので、本学附属病院の診療は他大学出身者に担ってもらうことになります。そのため、本学での初期研修生を有能な医師に育てる必要があり、本学は研修教育には特

に力を入れて取り組んでいます。そうすることが皆さんのためにもなり、それが本学附属病院の病院力になるからです。私たち神経内科もそのような基本方針で研修医教育に力を入れております。

MRI に代表されるような検査機器がいくら進歩しても、神経内科診療の基本は変わりません。正確な病歴と神経所見を取り、その含むところを解釈するところから始まります。病変の部位を推測(部位診断)して、それに応じた検査を行います。検査の結果から病態・病理診断を下して、それに従って治療します。

最も難しいのは病歴聴取と正確な所見をとることです。それに習熟するには刑事コロンボの観察眼と推理力を必要とします。それは優れた指導医のもとで、症例をよく診てかつ多く診ることで身につけてきます。研修中には、自分の取った Babinski 徴候は本物だろうか、腱反射が消失しているように見えるが、それでよいのだろうか、と悩むことが少なくありませんが、よく診ることと多く診ることで、自信が付いてきます。当科ではよく診ることの指導をしっかりと行いますし、症例が豊富なことから多く診ることもできます。回診では、その週の新入院患者の中から 1 人か 2 人をカンファレンスルームで私が診察して診断や治療方針を検討します。こうすることで見落としも防ぐことができますし、

研修医も診察手技や考え方を磨くことができます。

神経内科と脳神経外科とで脳神経センターを構成し、神経疾患の診療に当たっています。センター化することで両科の交流がスムーズに行われています。例えば、小脳の大梗塞では脳幹圧迫が生じて開頭減圧を要する場合があります。その様な小脳梗塞例が神経内科に入院した場合には、脳外科にすぐ連絡して必要に応じて迅速に外科的処置が行えるような体制ができています。

当科は急性の脳炎・髄膜炎や脳梗塞から慢性の神経変性疾患まで、また脳疾患から筋疾患まで、脳・神経・筋疾患を偏り無く扱っており、疾患の種類は驚くほど多彩です。当科での研修で数多くの神経疾患が経験できますし、「よくわかる神経内科」が実感できます。当科は神経内科診療の実力を付けるのに最適の場です。

当科には北は北海道から南は九州まで、全国の医学部卒業生が集まっています。卒業大学閥が無く、教室の雰囲気は和気藹々としています。春は花見、夏は納涼会、年末の忘年会と賑やか和やかな行事が折々に開かれます。

皆さんの当科での研修を心から歓迎します。

【診療の現況】

外来は毎日4診で、毎日15名前後の新患が受診します。当科の対象疾患は、脳血管障害、神経変性疾患、髄膜炎・脳炎、神経免疫疾患、てんかん、頭痛、頸椎症・腰椎症、末梢神経疾患、筋疾患など多岐に渡り、中枢神経から筋までの広範な領域をカバーしています。高齢化を反映して、認知症、パーキンソン病、脳血管障害など、加齢で増加する疾患の患者が増えています。

病棟は神経内科だけで51床を擁し、年間700名強の入院があります。脳卒中を初め、神経救急症例は全例受け入れているため、急患の比率が5割以上に達しています。t-PA療法も脳神経外科や救急部と連携して積極的に行っています。その他の神経救急疾患としては、脳炎、髄膜炎、痙攣（重積）、Guillain-Barre症候群など多彩です。また、脊髄小脳変性症、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症など変性疾患も数多く入院診療しています。

【診療実績（2009年）】

1. 新来患者数・再来患者数・紹介率

外来新患患者数：1,519人

再来患者数：19,129 人

紹介率：59.60%

2.入院患者数 (病名別)

入院患者総数：767 人

入院患者病名一覧

1) 脳脊髄血管障害 257 例

2) 感染症・炎症性疾患 39 例

3) 神経変性疾患 141 例

運動ニューロン病 62 例

パーキンソン病関連疾患 41 例

脊髄小脳変性症 18 例

認知症 10 例

4) 脱髄疾患 49 例

5) 代謝・中毒性疾患 20 例

6) 腫瘍性疾患 6 例

7) 内科疾患に伴う神経疾患 13 例

8) 脊髄疾患 15 例

9) 末梢神経疾患 66 例

10) 筋疾患 40 例

11) 機能性疾患 53 例

12) その他 19 例

3.手術症例病名別件数

胸腺摘除術 9 例

内視鏡的胃瘻造設術 17 例

気管切開術 17 例

4.クリニカルインディケーター

1) 治療成績

脳梗塞 rt-PA 静注療法 16 例

パーキンソン病深部電気刺激術 10 例

2) 死亡退院症例診断名 (計 : 26 例)

脳脊髄血管障害 13 例

感染症・炎症性疾患 4 例

運動ニューロン疾患 6 例

代謝・中毒性疾患 1 例

腫瘍性疾患 1 例

肺炎 1 例

3) 剖検症例診断名 剖検率 : 38% (計 : 10 例)

脳梗塞 2 例

筋萎縮性側索硬化症 5 例

脳腫瘍 1 例

血管内悪性リンパ腫 1 例

解離性動脈瘤 1 例

5.主な検査・処置・治療件数

電気生理学的検査

末梢神経伝導速度検査 280 件

同芯針筋電図 91 件

磁気刺激検査 29 件

生検

筋生検 8 例

神経生検 7 例

脳硬膜生検 1 例

6.カンファレンス

1) 神経内科内の症例検討会

1 月 21 日 自律性感覚性ニューロパチー

2 月 4 日 Lewy 小体型認知症

2 月 18 日 Charcot-Marie-Tooth 病

3 月 4 日 細菌性髄膜炎

3月11日 中頭蓋窩サルコイドーシス

3月18日 神経原性肺水腫

4月 1日 NMDA 受容体脳炎

4月15日 REM 睡眠行動異常症

4月22日 幻聴を伴うパーキンソン病

6月 2日 OTC 欠損症 (疑)

6月17日 多発性硬化症

6月24日 進行性核上性麻痺の亜型

7月 1日 FTD + パーキンソニズム

7月15日 悪性リンパ腫の多発性脳神経麻痺

9月 2日 Marchiafava-Bignami 病

9月16日 交叉性失語症

10月21日 Guillain-Barre 症候群

10月28日 seronegative MG

11月 4日 CIDP

11月11日 Fisher 症候群

11月18日 痙攣重積の治療

11月25日 舞踏病

12月9日 不随意運動を伴う悪性リンパ腫

12月16日 インフルエンザ脳症(疑)

2) 他科との合同

脳神経外科合同カンファランス：年2回

整形外科合同カンファランス：年1回

モーニングカンファランス：年14回

3) 他職種との合同

リハビリカンファランス：年46回

(註) 病棟医、看護師、リハビリステーションスタッフ、ケースワーカーで毎週、入院患者全員のカンファランスを行っている。

看護師対象の病棟勉強会：年4回

4) その他

神経内科セミナー 年 1 回

頭頸部疾患研究会 年 1 回

下野神経疾患研究会 年 1 回

両毛神経内科研究会 年 1 回

栃木脳疾患研究会 年 1 回

薬師寺脳卒中研究会 年 1 回

大脳基底核フォーラム 年 1 回

栃木認知症研究会 年 1 回

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

では、続いて「オリジナル問題とその解説」をお届けいたします。

基本的問題（*）、標準的問題（**）、難しい問題（***）

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

内分泌代謝科問題（**）

体重増加をきたしやすい経口血糖降下薬はどれか。2つ選べ。

a DPP-4 阻害薬

b チアゾリジン薬

c ビグアナイド薬

d スルホニル尿素薬

e α -グルコシダーゼ阻害薬

正解 b, d

解説

現在我が国で用いられている 6 種類の経口血糖降下薬の作用機序、特性、主な副作用については把握しておく必要がある。

糖尿病患者への血糖コントロールに際しては、体重の増加に注意が必要である。体重の増加は、インスリン抵抗性の増悪，血圧の上昇、脂質代謝の悪化など、糖尿病患者の様々な代謝状態に好ましくない影響を与える。

一般的にインスリン分泌を刺激する薬剤（特に持続的で強力なスルホニル尿素薬）、インスリン抵抗性を改善するチアゾリジン薬では、インスリン作用の増強→脂肪合成促進→体重増加をきたしやすい。2009 年から臨床で用いられるよ

うになった DPP-4 阻害薬は、インクレチン作用の増強によりインスリン分泌を刺激する薬剤であるが、スルホニル尿素薬と異なり、体重への影響がほとんどないことが知られている。

肝臓における糖新生を抑制するビグアイド薬は、血糖コントロール改善に際して体重増加をきたしにくいことが重要な特徴であり、肥満患者には第一選択薬である。小腸でのブドウ糖吸収遅延により食後血糖を抑制する α -グルコシダーゼ阻害薬も、体重への影響は少なく、肥満患者では体重をやや減少させることもある。

出題者：講師・長坂昌一郎

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

自治医科大学のレジデントは7月から9月の間に順番に夏期休暇をとってもらっています。

この期間は多少受持ち人数が増えて大変ですが、この時期を乗り越えると一段とたくましくなるのも事実です。

学生みなさんも勉強に趣味にスポーツに頑張ってください。

また、何か聞きたいことなどがあればお気軽にお問い合わせください。

内科通信係
大須賀淳一

「内科通信 2010 年 8 月 11 日号」

自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

自治医大の内科通信です。今週は休刊とさせていただきます。

お盆で帰省されている方も多いかと思います。立秋も過ぎ季節は秋です。

確かに涼しくなったような気がします。

また来週。

内科通信係

大須賀淳一

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

次に、レジデントの声をお届けいたします。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

循環器内科で研修を始めて1ヶ月半になります。

症例が豊富で、指導医の先生方がとても熱心で、毎日昨日よりは自分が進歩しているのを感じます(自分で言うのも恥ずかしいですが)。昇圧薬・降圧薬・抗不整脈薬の使い方、心不全管理、結局は全身管理を学んでいるのですね。

心電図の読み方、心臓超音波検査もチームの先生方が時間をとって指導してくれます。

残り半分の研修で、急性期治療をもう少し学びたいと思っています。

将来循環器内科を専攻するかどうかは別にして、すべての研修医の先生方にローテートしていただきたいと思います。

研修医2年目 高久千尋

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

では、「オリジナル問題の正解と解説」をご覧ください。

正解できましたか？

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

神経内科問題1(*)

パーキンソン病の初発症状として多いのはどれか、2つ選べ。

- a. 安静時振戦
- b. すくみ足
- c. 転倒傾向
- d. 首下がりがり
- e. 筋肉痛

正解 a, e

解説

パーキンソン病は片側から発症する。初発症状で一番多いのは安静時の振戦、次が片足でスリッパを脱ぎにくいなどの動作拙劣、意外なことに次ぎが痛みである。五十肩だと思っていて接骨院にかかっていたら、そのうち振戦が出現してパーキンソン病であることが判ったなどというケースは多い。すくみ足や転倒傾向(姿勢反射障害)が出現するのは、進行期で YahrIII 度になってからである。薬剤性パーキンソニズムや進行性核上性麻痺などのパーキンソン症候群では、初期からすくみ足や転倒傾向を示すことがある。首下がりパーキンソン病では稀で、初発症状にはならない。多系統萎縮症のパーキンソン型では 3 分の 1 くらいの症例で首下がりを認める。

神経内科問題 2 (* *)

若年よりも高齢のパーキンソン病患者に多いのはどれか、2 つ選べ。

- a. ドパミン調整異常症候群
- b. ジスキネジア
- c. 幻覚・妄想
- d. 病的賭博
- e. 認知症

正解 c, e

解説

ドパミン調整異常症候群は最近注目を集めており、第 104 回の医師国家試験でも精神科から出題されている。(なお、非定型抗精神病薬で治療するのが正解になっているが、パーキンソン症状が悪化するので、これは間違い。)ドパミンは運動系(黒質→線条体路)のみならず、脳内の報酬系(中脳の腹側被蓋野→側坐核)でも神経伝達物質として働いている。L-dopa により報酬系が刺激されると幸せな気持ちになれるので、もっと L-dopa が欲しくなる。その結果、運動症状の改善に必要な量以上の L-dopa を自分勝手に服薬する「L-dopa 依存症」がドパミン調整異常症候群である。若年患者、男性、自己服薬調節がリスクファクターである。ジスキネジアは L-dopa 過剰により出現する不随意運動で、若年者が多い。一方高齢者に多いのは、幻覚・妄想で、70 歳を超えたパーキンソン病患者の 3 分の 1 が経験している。認知症も高齢者に多く、意欲低下、思考時間の遅延、覚醒レベルの変動が目立つ。レビー小体型認知症に似た状態である。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

では、また来週。

内科通信係

大須賀淳一

「内科通信 2010 年 8 月 25 日号」

自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

自治医大の内科通信です。

今回は、腎臓内科教授の草野英二教授に、科のご紹介をお願いいたしました。
ご覧ください。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆



腎臓内科 草野 英二

皆さんは自治医大での臨床見学を終えてどのような感想を持ったでしょうか。
都会の医学部に通っている方は広いキャンパスに悠々と大学と大学病院がある
と見たでしょうし、また比較的田舎にある大学の方は自分の大学と似たような
風景を眺めたと思います。いずれにしても自治医大は首都圏にありますの
で、レジデント時代を過ごすのには結構いい所だと思います。東京も 1 時間程
度で行け研究会や学会にも出席できますし、また近くには日光、鬼怒川、那須
といった風光明媚な観光地も控えていますので、臨床に疲れた時には英気を養

うのには格好の場所となります。私自身は大学を卒業してから北里大学病院と自治医大で専らジュニアレジデント、シニアレジデント時代を過ごし、その後も留学と関連病院勤務の4年以外はすべて自治医大で時間を送っていますので自治医大での仕事ならびに生活のことは結構よく知っていると思います。皆さん是非とも仕事の場としても生活の場としてもお薦めの自治医大で是非とも一緒に仕事をしましょう。

特色：自治医大腎臓内科の特色は次の3点に集約できます。1、臨床を中心とした教室作りをしています。基礎研究に偏らず臨床に十分時間を割く体制を敷いています。医師の評価は教育、診療や研究を総合してなされます。2、海外留学を通して見識が高く常識的な医師の育成を目指しています。バランスのとれた医師の育成には海外留学が一番いい方法だと考えています。人間は経験したもの以上のことはなかなか考えられません。3、医師の卒後研修システムを系統的に整えることです。医師の育成にあっては初期研修、後期研修のみならずその後の研修システムも大切です。

当科では大きく3つのコースを設定しています。1、認定医、専門医など

の資格取得を主にする場合：卒後10年位で内科認定医、内科専門医、腎臓専門医、透析専門医などを取得して、病棟医長や透析医長を経験し、さらには教育認定の関連病院に2～3年出向するパターンです。

2、海外留学を希望する場合：卒後15年位かかります。この場合には研修終了後に4年間大学院に行きます。この間、内科認定医、内科専門医、透析専門医、腎臓専門医などを取得します。学位取得後アメリカやヨーロッパの大学などに留学して2～3年過ごします。帰国後、病棟医長や透析医長を経験し、教育認定の関連病院に2～3年出向するパターンです。実際、当科では私が自治医大に赴任してから今年で38名程度の医師が主にアメリカ(19大学)やヨーロッパ(2大学)に留学しています。

3、女医さんの場合：1、2いずれのコースも可能ですが、産休、育児後は副手や女性医師支援のポストに就き、週1～2回程度外来や透析などを担当し、時短勤務で週20時間程度仕事をして頂きます。フルに活動できるようになったら、病棟医長や透析医長も経験して頂きます。これらの研修が終了した段階で、その後の進路つまり大学に残って教職を選ぶのか、関連病病院を選択するのか、ないしは開業を選ぶのかは本人の自由で、いずれの道を選択しても最大限の応援を惜しみません。

診療実績：

当科の診療は、外来、入院、透析を含む血液浄化の 3 部門より構成され、
内科的腎・尿路疾患（急性・慢性糸球体腎炎、ネフローゼ症候群、急性・慢性
腎不全、高血圧、水・電解質・酸塩基平衡異常、透析関連合併症など）や中毒
性疾患等の診療を行っています。

1) 新来患者数・再来患者数・紹介率

新来患者数 567 名

再来患者数 11703 名

紹介率 53.0%

2) 入院患者数 491 人 (病名別)

病名 患者数

慢性腎不全 274

急性腎不全 20

慢性糸球体腎炎 168

急性糸球体腎炎	1
急速進行性糸球体腎炎	14
ネフローゼ症候群	46
心不全	26
悪性高血圧	7
尿路感染症	10
二次性副甲状腺機能亢進症	7
原発性副甲状腺機能亢進症	2
シャントトラブル	29
電解質異常	9
PD合併症	10
感染症	26
不明熱	12
その他	4
計(重複あり)	665

3) 手術症例病名別件数

透析用内シャント関連 (腎臓外科) 93

腹膜透析カテーテル関連 (腎臓外科) 11

副甲状腺摘除 + 一部移植 (腎臓外科) 8

腎摘出 (腎臓外科) 6

腎嚢胞切除術 (腎臓外科) 1

口蓋扁桃摘出術 (耳鼻咽喉科) 24

計 143

外来診療は毎日 2～3 診で、初診患者の多くは県内または近隣の県外医療機関からの紹介です。

入院ベッド数は、腎臓内科として 32 床で、糸球体腎炎やネフローゼ症候群に対し積極的に腎生検による組織診断を行ない、総括的治療指針を得ている。

その他、保存期慢性腎不全患者の教育入院や末期腎不全患者の透析導入のための入院、二次性副甲状腺機能亢進症などの長期透析合併症のための入院が大半

を占めている。特に糖尿病性腎症患者の入院が急増しています。

透析室のベッド数は 20 床で、月、水、金は午前と午後の 2 クール、火、木、土は午前だけの 1 クールの血液透析を行っています。腹膜透析 (CAPD) 患者は毎週火曜日に外来診療を行なっています。当科の新規透析導入患者数は県内導入患者総数の約 1/4 を占め、透析導入施設として中核を担っています。また、重篤な合併症や手術のため、当科のみならず他科へ入院する長期透析患者数が年々増加し、これに比例して緊急透析や出張透析の件数も増加しています。

近年、本邦では、糖尿病性腎症や腎硬化症を原因とする透析導入患者数が急増しており、これを阻止すべく、臨床面においては 1) 医師会や行政とタイアップした住民検診からの腎疾患患者の同定と追跡システムの確立や、2) 糖尿病専門医と連携した日常診療を行なうとともに、基礎研究面においては、糖尿病性腎症や腎硬化症動物モデルを用いた病態解析と再生医学的手法を用いた治療法の開発に着手しています。

4) 治療成績

1)IgA腎症に対する扁桃摘パルス療法

当科ではIgA腎症に対し、2004年4月より扁桃摘パルス療法（扁桃腺摘出術＋副腎皮質ステロイド薬パルス療法）を施行しています。2009年末までの施行総数は146例で、その内訳は、2004年8例、2005年21例、2006年34例、2007年25例、2008年33例、2009年25例、施行時年齢は平均31.0歳（16～63歳）であった。2009年12月にまとめた治療開始後2年までの成績では、治療前、1年後、2年後の血清クレアチニン値は、それぞれ0.89、0.82、0.84mg/dl、また尿蛋白量は、それぞれ0.82、0.27、0.36g/gクレアチニンで、両者とも1年後、2年後の値は治療前と比較して有意に改善していました。また、尿潜血反応陰性症例の比率は、治療1年後で81.6%、2年後で84.3%にみられました。一方、尿蛋白陰性症例の比率は、治療1年後で67.3%、2年後で54.4%であった。両者陰性の寛解症例は、治療1年後で53.9%、2年後で54.4%に認められました。

主な検査・処置・治療件数

(1) 腎生検

IgA腎症 45

非IgAメサンギウム増殖性腎炎 2

紫斑病性腎炎 3

膜性腎症 14

微小変化群 9

急性系球体腎炎 1

膜性増殖性系球体腎炎 1

半月体形成性系球体腎炎 15

腎硬化症 2

糖尿病性腎症 4

ループス腎炎 1

間質性腎炎 2

基底膜菲薄化症候群 5

その他 23

計 127 例

2) 尿毒症に対する透析療法の導入

昨年 1 年間に尿毒症に対して行った新規透析導入患者数は 116 人で、2008 年の 119 人とほぼ同数でした。うち、10 人が腹膜透析導入、また 47 人 (40.5%) の透析導入原疾患が糖尿病性腎症でした。

(2) 透析療法 (延べ数)

透析療法

透析総数 4430 → 内訳

入院 3900 血液透析 4329

外来 530 腹膜透析 138

特殊透析 101

病棟 出張透析 44

夜間休日 緊急透析 11

(3) 特殊血液浄化法 (延べ数)

単純血漿交換法 55

二重膜濾過血漿交換法 21

顆粒球吸着法 11

血漿吸着法 5

腹水再灌流法 45

LDL吸着法 11

総施行数 148

原因疾患

潰瘍性大腸炎 4

腎疾患 10

肝疾患 10

皮膚疾患 2

膠原病 1

神経疾患 1

総症例数 28

来年度の目標など

慢性の腎機能障害が存在すると狭心症や心筋梗塞といった心血管病の発症リスクが増大することから米国で提唱された『慢性腎臓病(CKD)』は日本腎臓学会でも取り上げられ、CKD診療ガイドの作成と一般医への配付、講演会を通して一般医への啓発により大きな盛り上がりを示しました。しかしながら、未だ一般医に十分理解されていないのが現状です。末期腎不全への進展を防ぎ透析患者数の増加を抑制するためには、小グループの勉強会といった形式で、一般医に対してより一層啓蒙活動を行なう必要があります。このような会を通して、一般医と腎臓専門医が良好なコミュニケーションを図り、どのように連携すべきか具体策を講じる必要があります。また、CKDがどのような機序で心血管病を引き起こすのか、その機序の解明とそれらを抑制または予防する方法を、臨床医学並びに基礎医学の両面より検討していく予定です。

腹膜透析 (CAPD) の重篤な合併症として被嚢性腹膜硬化症 (EPS) が挙げられます。EPSは致死率が極めて高いため、早期診断による早期治療が求められており、有効な診断方法を確立したいと考えています。また、わが国の慢性透析患者の約 97%は血液透析療法を受けていること、透析患者の死因の過半数は心筋梗塞などの心血管病であること、腹膜透析は血液透析に比べ心血管系へ

の負担が少ないことなどを考え併せると、心疾患合併症例やブラッドアクセス作成困難な高齢の末期腎不全患者へのCAPD療法の積極的導入が望まれます。事実、昨年1年間の新規CAPD導入患者数は10人となり、今後も更なる普及・推進を行う予定です。こうした新規CAPD患者数増加の背景には、昨年4月よりスタートした透析部看護師による腎臓病教室の影響が大きかったことが推測されます。CKD患者とその家族、最大20名を集め月1回、保存期または腎代替療法についてさまざまな情報を提供し、参加者から好評が得られました。来年度は、この腎臓病教室に薬剤師や栄養士も参加して頂き、より充実した内容にしたいと考えています。また、新規CAPD患者数の増加に伴い、近隣の透析中堅病院や訪問看護ステーションとの連携システムを作る必要があります。

2005年に発足した『腎臓センター』は、一部の疾患については別々の病棟で診療を行っていたが、2008年6月に病棟が本館2階東病棟に移設されたことを契機に、同じ病棟で腎臓内科医と外科医が診療できるようになりました。来年度も、緊密な連携を取りながら個々の患者に最適な医療を提供していく予定です。

スタッフ紹介：

腎臓内科主任教授：草野英二

腎臓内科担当教授：湯村和子

透析部特命教授：武藤重明

透析部教授：安藤康宏

腎臓内科担当教授：竹本文美

腎臓内科担当准教授：濱野慶朋

腎臓内科講師：斎藤 修、井上 真、佐々木信博

腎臓内科学内講師：秋元 哲

腎臓内科助教：高橋秀明、伊藤千春、森下義幸、武田真一、山本尚史

ご連絡は下記にお願い致します。

腎臓内科医局

TEL:0285-58-7346

FAX:0285-44-4869

E-mail: jinzonai@jichi.ac.jp

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

残暑が続きますが、夏バテしないようにしてください。
では、また来週。

内科通信係
大須賀淳一