

診ます会

トピックス

- ・新しい治療薬アルテプラゼと脳卒中診療体制の強化
- ・内科系症例検討会より
- ・新任医師紹介 など

新しい治療薬・アルテプラゼと脳卒中診療体制の強化

脳神経外科長 齋藤伸二郎



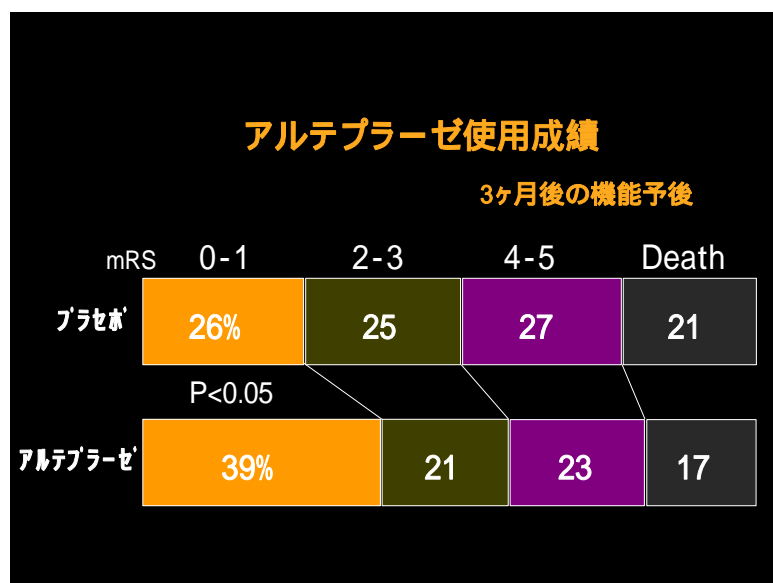
近年では、脳卒中による死亡率は減少傾向を示していますが、その発症頻度は高齢者を中心として依然として高く、要介護原因の半数近くを占める国民病です。脳卒中では発症早期の正確な診断と適切な治療が重要なことは言を待ちません。昨年の10月から日本でも、超急性期脳梗塞に優れた治療効果を持つアルテプラゼ（遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ）の静脈内投与が可能となり、益々急性期診療体制の整備が求められています。済生館ではハード、ソフトの両面で診療体制を強化し、これに対応しております。

アルテプラゼを脳梗塞発症3時間以内に静脈内投与した際の有効性を下の図に示します。投与後の転帰で社会復帰できた割合は39%と偽薬群（26%）の約1.5倍にも上ります。脳内血腫の発症率は偽薬群の0.6%に対し、6.4%と高いのですが、全体の死亡率は偽薬群より低くなっております。このことはアルテプラゼは非常に強力な血栓溶解薬ですが、その一方で適切な使用が求められる薬剤であること示しています。そのため、適応決定には厳格な基準があり、使用可能な施設も限られております。済生館では使用可能な体制を整え、これまでに7例に使用し良好な結果を得ております。

アルテプラゼの使用開始に限らず、様々な面で急性期脳卒中診療体制の強化が行われております。

ハード面では、新型MRI、脳血管撮影装置の更新や脳外科手術室の拡充が進んでおります。脳血管撮影装置はフラットパネルデテクタ（平面検出器）を搭載し、被爆量や造影剤使用量を減らすだけでなく、高画質の3次元画像をはじめとする精細な画像が得られ、術前診断や脳血管内手術に威力を発揮しております（次ページ写真）。手術室では最高級の手術用顕微鏡や周辺機器、術中脳血管撮影装置などが導入され、高いレベルの脳卒中手術が可能となり、くも膜下出血・脳動脈瘤根治手術、頸部頸動脈内膜剥離術、脳内血腫摘出手術、脳血管吻合バイパス手術が日常的に行われるようになりました。

ソフト面では、4月に私、7月に近藤 礼医長が着任し脳神経外科は4名体制へと増員され、神経内科（小林和夫科長）の3名と併せた7名（脳卒中専門医2名、脳神経外科専門医4名、神



経内科専門医2名)を中心に、館内各部所の多大な理解と協力のもと、同じスタンスで24時間体制の急性期脳卒中診療が可能となりました。救急室、病棟、手術室などの組織再編、強化も着々と進んでおります。急性期治療だけではなく、山形県対脳卒中治療研究会(会長:山形大学脳神経外科嘉山孝正教授)が取り組んでいる広い視野での脳卒中撲滅事業に積極的に参画し、予防(脳ドック)や再発予防も含めた脳卒中診療全般に循環器科、内科、放射線科、臨床検査部、リハビリテーション科、栄養室、看護部などが一体となって真摯に取り組んでおり、村山地区の「脳卒中センター」になるべく頑張りたいと考えております。診ます会の先生方のご支援をお願い申し上げます。



済生館 内科系疾患症例検討会 (10月11日開催分)

- 脳神経外科：新しい治療薬・アルテプラゼ
- 呼吸器科：混合感染（3種類）を認めた市中肺炎の1例
- 内科：急性肺損傷、血圧低下、血球貧食症候群を合併した難治性成人発症スティル病の1例
- 神経内科：髄膜炎疑いで紹介され硬膜外膿瘍が認められた1例

済生館 内科系疾患症例検討会 (今後開催予定分)

- 第116回(平成18年度 第8回) 平成19年1月10日(水)
- 第117回(平成18年度 第9回) 平成19年2月14日(水)
- 第118回(平成18年度 第10回) 平成19年3月14日(水)

時間：午後7時～8時30分迄
 場所：山形市立病院済生館 4階中会議室
 内容：内科系疾患患者の症例検討
 その他：日本医師会生涯教育制度指定講習会(3単位)

検討したい症例がございましたらご一報ください。

～内科系疾患症例検討会より～

髄膜炎疑いで紹介され硬膜外膿瘍が認められた1例
神経内科 今野昌俊



【主訴】頸部痛

【現病歴】2006年8月19日頸部痛出現。鎮痛解熱剤内服していたが、8月23日40度の発熱を来し化膿性脊椎炎疑いで某病院に入院。8月25日髄液検査施行したところ髄膜炎が疑われ当院紹介となる。

【主な入院時現症】身長 167 cm, 体重 68 kg, 血圧 136/70 mmHg 脈拍 70 /分, 整, 体温 37.2 , 項部硬直。

【主な検査所見】WBC 4330/μl, CRP 16.16 mg/dl。

髄液検査: 初圧 180/終圧 70 mmCSF, キサントクロミー, 白血球 127/mm³ (好中球 8%, リンパ球 78%, 単球 14%), 蛋白 578 mg/dl, 糖 22/111 mg/dl, LDH 151 IU/l, Cl 122 mg/dl, 頭部 MRI: 異常なし。

【入院後経過】細菌性髄膜炎と考え抗生剤 (ロセフィン)で治療開始。しかし、頸部痛改善なく、右上下肢麻痺出現した。脊髄病変の存在が疑われたため頸髄 MRI 撮影したところ C6/7 レベルの椎体後方に脊髄を圧迫する T2 高信号の像が認められ、硬膜外膿瘍が考えられた。抗生剤のみで症状の改善なく、神経所見が増悪しているため脊髄減圧術の適応と考え整形外科紹介、転科となった。9/1 C3-C7 椎弓切除術施行。その後、抗生剤による治療を続けた。神経所見は改善傾向であり、現在リハビリを施行している。



【考察】硬膜外膿瘍とは硬膜外腔に局限した化膿性炎症で脊髄圧迫を来し治療が遅れると重篤な後遺症を残すことがある。症状は4期に分けられている。第1期は、頭痛、発熱、悪寒が出現し、炎症のある背部、椎体周辺の自発痛および圧痛を訴える。第2期は、局所の神経症状が出現し、項部硬直など髄膜刺激徴候が出現する。第3期は、四肢の筋力低下、感覚障害、膀胱直腸障害などが認められ、第4期は、麻痺となる。本症例は第2期で紹介となり、入院後、第3期となったものと考えられる。主に、糖尿病、免疫不全の患者に好発する疾患である。感染の原因としては、咽頭炎、尿路や皮膚の感染、脊椎、脊髄の手術、抜歯、外傷などがある。本症例は、発症前に頸部に針治療を行っておりそれが原因ではないかと推測された。診断にはMRIが有効である。治療はまず、抗生剤投与が行われるが、神経所見の増悪が認められるようなら脊髄減圧術や排膿を行う。

本症例のように、神経所見、画像所見より髄膜炎と診断され抗生剤投与を行っても炎症、神経所見が改善しない場合、また頸部痛の強い項部硬直が存在する場合、脊髄の硬膜外膿瘍が疑って、頸髄 MRI を撮影する必要がある。

【参考文献】別冊 日本臨床 神経症候群 753-755, 脊椎脊髄 19 (9): 907-910 2006.

診ます会談話会(平成18年10月27日開催)の報告

去る10月27日に、済生館4F大会議室に於いて、診ます会副会長 根本元先生(ねもとクリニック)の司会で診ます会談話会が開催されました。テーマは「開業医が望む病診連携」です。

岡部健二先生(おかべクリニック)、関口賢太郎先生(緑町関口クリニック)、三澤裕之先生(みさわクリニック)、五十嵐秀先生(いがらし内科循環器科クリニック)、佐藤泰司先生(県医師会常任理事)の各先生よりパネリストとして参加頂きました。当日は診療所等の医師が23名、済生館の医師30名が参加し、活発な意見交換が行われました。



済生館の新任の医師紹介



眼科

今留 尚人(いまだめ なおと)

専門分野をまだしぼり切れておりません。外来の患者様を御紹介申し上げることが多くなると思います。

診断等でお気づきの点がありましたら御指導頂ければ幸いです。



整形外科

下坂 彩子(しもさか さいこ)

今回初めて山形に来ました。

まだ経験も浅いので、これからいろいろ勉強していきたいと思っています。よろしくおねがいします。

診ます会 講演会について

『地域医療連携とリハビリテーション』

(脳卒中の急性期～回復期～維持期リハ)』

初台リハビリテーション病院 理事長 石川誠先生

日時:平成18年12月6日(水) 18時30分より

場所:山形市立病院済生館 4F 大会議室

診ます会・三共株式会社の共催になります

日本医師会生涯教育制度指定講習会(3単位)に指定されております。