

診ます会

トピックス

- ・ 診ます会総会開催報告
- ・ 診ます会講演会報告
- ・ 連携室と RenkeiNET@
- ・ 腸管出血性大腸菌 O-157 による集団食中毒について
- ・ 脳卒中センターの開設にあたって
- ・ 今後の講演会、症例検討会のご案内

▶ 平成 23 年度 “診ます会” 総会が開催されました。

去る6月2日に、山形グランドホテル（山形市）にて平成23年度診ます会総会が開催されました。来賓に山形市長 市川 昭男様、村山保健所所長 山口一郎先生、山形市医師会会長 徳永正靱先生、上山市医師会会長 佐藤紀嗣先生をお迎えし、また、診ます会会員、地域医療連携推進協議会委員の80名を越す先生方のご出席を賜り、盛会の内に終了いたしました。これもひとえに諸先生方のご厚情の賜物と深く感謝を申し上げます。



なお、本年は、診ます会会員証を発行するという事と、見本を会場に展示したほか総会でご紹介させていただきました。その結果、総会后、多くの会員の方より会員証のお申し込みをいただき、お申し込みをいただいた方には、7月までに会員証をお届けいたしましたことを併せてご報告させていただきます。

▶ 診ます会講演会

総会に引き続き行われた講演会では、済生館の2名の先生よりそれぞれご講演いただきました。

脳卒中の包括的診療への取り組み

脳神経外科長 近藤 礼



本日は、済生館脳神経外科で現在行っております「脳卒中の包括的診療への取り組み」と脳卒中のメインとなる虚血性脳血管障害のトピックにつき御紹介させていただきます。

虚血性脳血管障害の診療は超急性期の治療、急性期の治療および再発予防を含めた慢性期の治療の3つに分けることができます。超急性期の治療とは、急性期に血行を再建できないか、すなわち脳虚血による症状を血流を再建することで劇的に回復させることを目的とした治療です。この血行再建法としては、2007年から行われはじめたアルテプラゼ（rt-PA）静注療法、それ以前から行われていたカテーテルを血管の閉塞部位に導入して局所に薬剤を

注入して溶かす局所線溶療法（ウロキナーゼ動注療法），そして緊急バイパス手術や頸部内頸動脈の詰まりかけている部位の動脈硬化を取り除く内膜剥離術など、さまざまなものがあります。今回はその中でも昨年の11月から本邦でも認可されましたMERCIについて紹介します。

MERCIとは、Mechanical Embolus Removal in Cerebral Ischemia の頭文字をとったもので、血管の中から機械を使って塞栓物質を取り除く方法です。らせん状の針金を大腿動脈から閉塞部位に誘導して詰まっている血栓に絡めて引きずり出します (fig.1

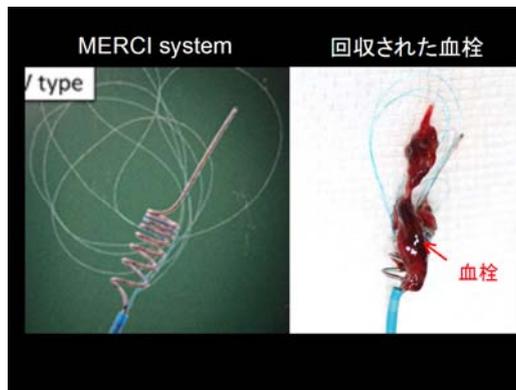


fig.1

左)。この方法は発症8時間以内の脳梗塞や、発症3時間以内のrt-PAの適応を外れた症例、rt-PA無効の症例などで、脳主幹動脈の閉塞がある症例に適応があります。今までは、発症3時間を超えていてrt-PA静注療法が行えなければ血行再建は原則行えませんでした。この方法を使えば発症8時間位までは血行再建を行える方法が確立されたこととなります。実際の症例を提示します。

症例は70歳代の男性で、主訴は突然の右片麻痺です。既往歴として高血圧で降圧剤、心房細動でワルファリンを内服中でした。現病歴ですが食事中に右の手足が動かなくなり、発症2.5時間で当科に搬送されました。来院時には全失語、重度の右片麻痺を認めました。直ちに施行したMRI拡散強調画像では左大脳半球に小さな新鮮虚血巣を認めました。頭部MRIを施行した段階で既に発症3時間が経過しており、rt-PA静注療法は断念し直ちに脳血管撮影を施行しました。脳血管撮影では左内頸動脈が閉塞していたため (Fig.2 左)、引き続きMerciリトリーバルシステムを用いて血栓除去術を施行したところ、発症4時間30分にて完全再開通が得られました (Fig.2 右)。術翌日には失語および運動麻痺は著明に改善し、約1週間の経過で神経症状は全く消失し、後遺症を呈することなく独歩退院しました。

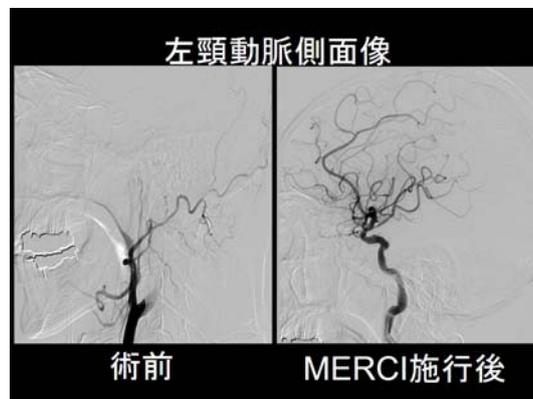


fig.2

MERCIを使えば、このように劇的に回復する症例があるわけです。一方、MERCIによってすべての症例が上手くいくわけではありません。脳梗塞の中でも脳血栓症などは全く違う治療方法になります。脳血栓による閉塞症例を提示します。

症例は70歳代女性。右片麻痺と全失語。発症0.5時間で搬送されました。左中大脳動脈が閉塞しており (Fig.3 左)、前の症例と症状はよく似ていますが、この例はアテローム血栓性脳梗塞でした。塞栓症ではありませんから、MERCIは行いません。バイパスの手術を緊急で行うことにしました。本例では来院して3時間後にはバイパスが完成し血流が再開されました (Fig.3 右)。

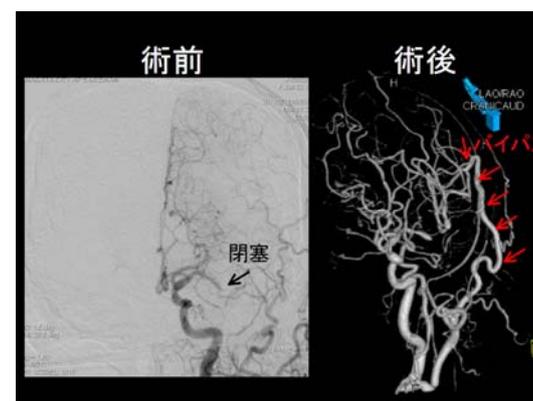


fig.3

脳梗塞は再発率が非常に高い疾患で10年間でおおよそ半数の方が再発しますので、再発予防は大変重要です。再発予防の柱の一つは抗血栓療法ですが、この治療は常に出血という副作用がついて回る“両刃の剣”です。脳梗塞の再発予防を適切に行う上では、やみくもに抗

血栓薬を増やしたりワルファリンを増量するのではなく、病態の把握やリスクファクターの評価を十分に行って、それに合わせて適切な治療法あるいは薬剤の選択をしたいところです。脳卒中は全身血管病の一つですから、冠動脈疾患、高血圧、糖尿病、高脂血症などと強く関連しています。実際に脳梗塞で当院に入院する患者さんの1/3は糖尿病の先生に診ていただきます。また、循環器内科の先生方には約半数の患者さんが、腎臓内科の先生にも1割程度の患者さんがお世話になって退院します。これらリスクファクターを専門医が評価し適切な管理、薬物選択を行うことによって、初めて全身血管病のtotal managementが可能になります。

慢性期治療としての機能回復と合併症予防には急性期からのシームレスなリハビリテーションが重要ですが、これはリハビリテーションの先生方と連携パスを運用しながらやっております。再発予防については、診ます会の先生方と十分な情報を共有しながら先生方に診ていただくという形で行っています。

以上、現在取り組んでいる脳卒中の包括的診療についてご紹介申し上げました。脳卒中治療は超急性期～急性期においては発症早期から専門医が介入し、24時間対応の最新機器を用いて迅速、的確な病態の把握を行い、その病態にあった適切な治療を行うこと、慢性期においては十分なマンパワーで多方面からのアプローチを行い、円滑な病診連携で情報を共有することにより、さらに有効で高度な脳卒中治療が行えると考えております。今後とも先生方のお役に立てるよう頑張ってお参りますので、どうぞ宜しくお願いいたします。

ありがとうございました。

地域糖尿病センター

糖尿病・内分泌内科 野村 隆



地域糖尿病センターを、今年度済生館に設置することになりましたが、それに先立ちまして、済生館の糖尿病入院治療実績をお話したいと思います。

糖尿病の入院患者のほとんどが高齢者であります。だいたいは著しい高血糖が契機となり入院となりますが、脳卒中、心筋梗塞、肺炎などで入院して、その後糖尿病が見つかって内科に転科となる場合もあります。そして未治療の患者さんが非常に多いのが現状です。

次に入院時のHbA1Cと治療法について示します。HbA1Cは8.0%以上がかなり多く、実際は12.0%以上のかなり高い症例も含まれております。7.0%未満の患者さんは教育入院をして、食事療法を身につけていただくような療養指導を受けていただくわけですが、その数は非常に少なくなっています。このことは治療法にも関わりまして、食事療法だけで済んでいる患者さんはかなり少ないわけです。内服との併用も含め、インスリン治療の人が半数以上いらっしゃいます。

入院患者の糖尿病性合併症ですが、細小血管障害について申しますと、入院患者のうち、網膜症は3分の1、早期腎症を含めた腎障害は半数の方にあるという状況です。

全国的には糖尿病治療中の患者さんは、240万人くらいいらっしゃるわけですが、推計では890万人と言われております。ということは、650万人の患者さんは隠れているということになります。医療を受けていない、検診を受けていない、あるいは検診で引っかかったけれども放置している、という患者さんが治療中の人の倍以上いるという現実でございます。

そこで地域糖尿病センターのお話になるわけですが、センターの設置目的は済生館の外来患者・入院患者を対象にするものではありません。済生館の糖尿病治療チームは数的には比較的恵まれており、4人の医師、8人の療養指導士がいます。さらには今月、村山圏内では初めての糖尿病認定看護師が誕生します。このようなチームを済生館だけで使うのもったいない、できるだけ地域の患者さんに貢献したいということで、この地域糖尿病センターを置くことにしたわけです。

糖尿病を治療する上でとにかく大事なものは診断時です。合併症が出てきてからでは、血糖をコントロールしても合併症の進展を抑える、ということは専門の医師やチームが取り組んでも難しいことです。やはり診断時に動機付けを行うことが大事です。糖尿病はリアルタイムで具合が悪くなることはほとんどなく、「血糖が高い」と言われても、具合も悪くないし、仕事も忙しいので病院には行けない、という方、診療所を受診しても1回・2回で後は来なくなってしまう、という方も多いと思われまます。そのような方に、診断時のタイミングで、この地域糖尿病センターに来ていただきたい。

それから、当院で、診療所の先生からコントロールを依頼されることがありますが、逆紹介後、その患者さんがどうなっているか、残念ながら分かりません。また、入院中にやっていた治療が実生活の中で適切に反映されているかも分からないんですね。入院中というのは管理された生活ですから、そのときはコントロールできて、半年も経つとまた悪くなってしまうか、あるいは逆に、厳格にやりすぎて低血糖を頻繁におこす患者さんもいらっしゃいます。こういったことを避けるために、逆紹介させていただいた患者さんに定期的に、半年か一年に一度、必要に応じて来ていただきたい。

それからもう一つ、診療所で糖尿病の治療をしていて、そんなにはコントロールが悪くない方に来ていただきたい。一度、治療方針を専門医にみてもらうとか、合併症の検査や、栄養指導・療養指導を受けてもらうとか、そういうことに利用していただきたい。

対象となる患者さんについては、基本的には当院で継続的に治療や入院が必要な患者さんとは別ですので、HbA1C 8%以上は不可とさせていただきます。地域糖尿病センターを利用する患者さんは1回だけ来ていただく、ということになります。

地域糖尿病センターでは、同日に専門的診療つまりは診察と検査で評価し、治療指針を立て、情報提供いたします。それから糖尿病教室としまして集団栄養指導と療養指導、曜日によっては眼科診察も一緒に受けていただきます。

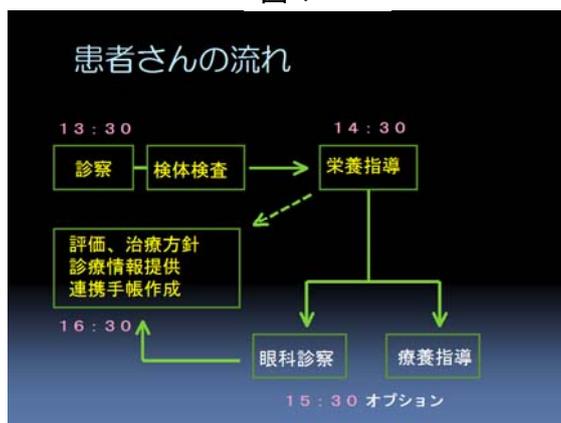
患者さんの一日の流れですが、午後1時半に予約枠を設けますので、その時間で診察・検査をした後、2時半に管理栄養士からの栄養指導を受けていただきます。このために、教養効果が上がるよう機器などを揃えた部屋も用意いたしました。栄養指導の後は曜日によって眼科の診察あるいは療養指導となりまして、最後にまた医師と面談して診療情報提供をさせていただく、というようになります。(図1)

地域連携枠は、午前中は今までどおりで、地域糖尿病センター枠として午後1時半に3枠を新たに設けることとなります。

センターのスタッフについてですが、当院で入院病棟で行っていた糖尿病の療養指導のスタッフを外来で、しかも診療所で継続的に通院している患者さんのために働いてもらいます。

地域糖尿病センターを7月4日に始めさせていただきますので、是非ご利用のほどお願いいたします。

図 1



◆ 連携室と RenkeiNET@

いがらし内科循環器科クリニック
五十嵐 秀 先生

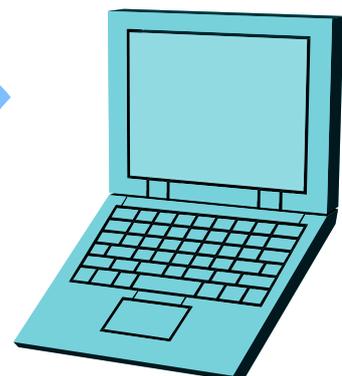
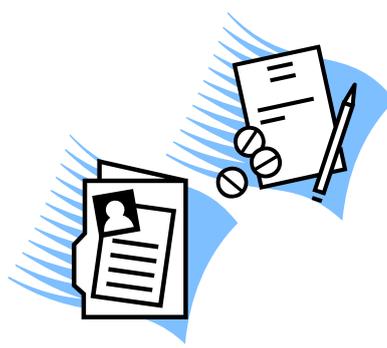


13年間お世話になりました済生館を退職し、開業してから早いもので丸9年が経とうとしております。この間、なんとかやってこれましたのは済生館をはじめとした各医療機関の皆様のおかげと感謝いたしております。

私のところでは自院で最後まで解決できる場合よりも精密検査や治療のために病院に紹介させていただく場合の方が多く、済生館には大変お世話になっております。そのため自然と地域医療連携室との関わりが多くなります。当初は、急を要する場合は先生方に直接電話をさせていただいてお願いしておりましたが、最近ではだんだんずるくなり連携室を利用させていただいております。連携室の対応はいつも丁寧かつ迅速で（開業当初は自分で電話をしておりましたので、いつも感じておりました）、当日の紹介でも断られることなく、きちんと手配して頂けて非常に満足しています（電話をいろいろな部署に転送されることなく、一ヶ所に対応していただけるので、ストレスなく紹介させていただいております）。

RenkeiNET@は以下のように活用させていただいております。まずは、緊急でお願いした場合や診断は正しかったのか紹介するのが遅くはなかったかなどと心配な場合などで、早く情報は知りたいのですが忙しい先生方に直接電話をするのはためられるような時に非常に便利だと思います。非常に早く登録されるので気兼ねなしに患者さんの情報を得ることができます（通常では午前の紹介は、夕方までには患者登録が終了し閲覧できるようになるようです）。また、退院してきて報告に来てくれた時に RenkeiNET で見ていたよと話すときと安心してくれる患者さんが多く、また病院で結果の説明をきちんと聞いてきたはずなのに緊張していたためか良く覚えていない患者さんに RenkeiNET をつないで結果を説明してあげることができ喜ばれています。画像データなどをきちんとチェックすると自分の勉強にも非常に役立つと思われま（今までは読影所見だけしか見ない事がほとんどで、今後はできるだけ画像データと突き合わせて勉強しなくてはと考えております。なお、画像データ閲覧に入っていくときに、パスワードなどを2-3回入力するのは少し面倒だと思うのですが---）。さらに済生館より紹介して頂いた患者さんで、もう少し知りたい情報がある時は、あらかじめ患者さんの同意書をとっていただいていることがほとんどですので、RenkeiNET につなげばすぐ手に入ります。検査結果のみならず、医師記録や看護記録なども公開されているので、済生館の皆様にとっては非常に重宝だとは思いますが、これを役立てさせていただいて少しでも診療レベルが向上するよう勉強していこうと思っております。

以上のように、パソコンの苦手な私でもなんとか活用でき大変役立っております。登録がまだの先生方もぜひ登録してみたいかかでしょうか。





腸管出血性大腸菌 O-157 による集団食中毒について

小児科

古山政幸 松永明 高橋由美子 前田勝子 秋葉香 清水行敏

富山県では焼肉店で O-111 や O-157 による集団食中毒が発生し、ついに死亡者も発生した。ドイツではもやしが原因とみられる、O-104 による集団食中毒が発生した。当県でも5月の連休に団子・柏餅が原因の O-157 による集団食中毒が発生し、当科には35人が受診し20人が入院した。そのうちの二人がHUS(溶血性尿毒症症候群: Hemolytic-Uremic Syndrome)を発症したが、幸いにも軽症のまま経過し透析に至らずに退院できた。感染経路・年齢や性別などの患者背景・治療内容・経過などについて報告する。

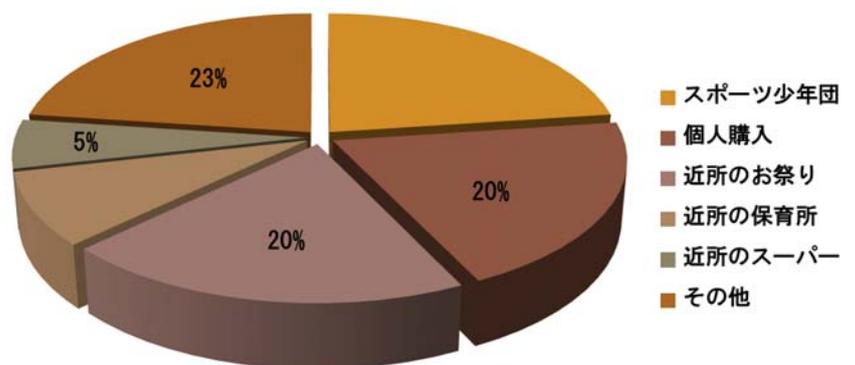
腸管出血性大腸菌による腸炎では、産生される志賀毒素により大腸の腸管粘膜上皮細胞が破壊され下痢が起こる。また、志賀毒素は腸管血管内皮細胞を障害し、腸管粘膜のびらんと腸管出血を起こし出血性大腸炎を発症する。さらに、腎臓の糸球体血管内皮細胞が傷害され微小血栓形成が生じる。HUSの病態とは、この志賀毒素によって惹起される血栓性微小血管障害で、臨床的には① 破碎状赤血球を伴う溶血性貧血・② 血小板減少・③ 急性腎機能障害の3主徴をもって診断する。HUSは腸管出血性大腸菌感染者の約1~10%に発症し、下痢あるいは発熱出現後4~10日に発症することが多く、その2~5%が急性期に死亡し5~10%が慢性腎不全に移行するとされる(小児腎臓病学会HUSガイドラインより)。志賀毒素のレセプターは大脳・小脳・脊髄の細胞にも存在するので、腎臓以外に中枢神経系(大脳や小脳の血管内皮細胞)や、肝臓・膵臓なども障害されることがある。

国立感染症研究所感染症情報センターの報告である「感染症発生動向調査からみた腸管出血性大腸菌感染症における溶血性尿毒症症候群、2010年」によれば、HUS発症率は0~4歳が7.2%で最も高く、次いで65歳以上が4.9%、5~9歳が3.7%の順であった。HUSの82%で経過中に何らかの抗菌薬が使用されており、18%では全く抗菌薬が使用されていなかった。種類別にみると、ホスホマイシンが78%で最も多く使用されていた。また透析に関しては、45%で実施されていた。

当科での自験例では男女比は20:15で、年齢は7か月から13歳であった。図1に示すように、感染経路で最も多かったのはスポーツ少年団での差し入れの団子で23%、ついで近所のお祭りと個人でお店に出向いての購入が20%と続いた。入院した20名のうち、3名に抗生剤(セフトリアキソン)が静注で投与された。補液・安静で経過観察したところ血便は平均5.9日で消失した。抗生剤投与群と非投与群の間に、症状消失までの期間に有意差はなかった。入院となった20名のうち12歳男児が腸炎発症7日目で、1歳男児が5日目でHUSを発症したがいずれも軽症で、厳密な水分の出納管理・安静で軽快し、いずれも透析に至らずに退院できた。

感染経路 (外来+入院)

図 1



O-157は感染力が強く、

50-100 個程度の菌数で感染が成立するとされる。特に子供と老人は生肉を食べないこと、焼肉をする際は各々の箸とは別に、調理用の箸を用意などを徹底して感染を予防することが重要である。



脳卒中センターの開設にあたって

副館長・脳卒中センター長 齋藤 伸二郎



平成23年7月1日に脳卒中センターを新規開設しました。済生館では平成18年以降、山形大学医学部との機能分担として脳卒中診療体制の整備、診療機器の拡充、専門医の増員などに取り組んで参りました。診ます会の先生方を始めとする多くの方々のご支援により、村山二次医療圏内脳卒中症例のかなりを済生館で診療させて頂いております。この体制を更に有効に活用すべく、脳卒中センターとして診療して行くことになりました。構成する診療科は脳神経外科（近藤 礼科長）と新たに開設した脳・血管放射線科（神経放射線・血管内治療科、長畑守雄科長）です。

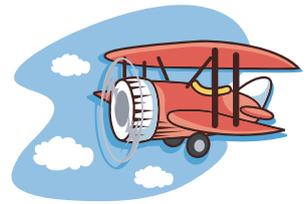
以下に述べます点を基本として脳卒中を包括的に診療して行きたいと考えております。虚血脳の進行、進展を最小限に食い止めるべく、超急性期脳梗塞の迅速な病態診断と治療方針決定を行い、血管内手術や開頭顕微鏡下手術による血行再建を積極的に行います。また、急性期リハビリテーションをより充実させるとともに、関連診療科との連携で合併症や脳卒中危険因子の適切な管理を行います。これに加え、薬剤師による服薬指導、管理栄養士による栄養指導を徹底し、患者さんの疾患に対する理解を深め、生活習慣の改善を図るとともに脳卒中パスの積極的な利用と診ます会の先生方との連携で回復期、慢性期の再発予防に繋がります。

おかげ様で急性期の脳卒中治療では近藤、長畑を中心に開頭顕微鏡下手術、血管内手術の両者ともに、どこに出しても恥ずかしくない技術と治療成績をもとに個々の患者さんにとり最善の治療を提供しております。また、看護部や中央放射線室、臨床検査室、手術室、リハビリテーション室など中央診療部のスタッフも日々研鑽し、技術の更なる向上に取り組んでおります。脳卒中センター開設を機に致しまして、これまで以上に先生方の期待にお応えできる脳卒中診療施設になるものと確信し、また努力していきたいと考えております。

診ます会の先生方の更なるご指導、ご支援をお願い致します。



◀ 今後の講演会・症例検討会などのご案内



☆ 済生館 症例検討会（第141回 平成23年度 第3回）

糖尿病・内分泌内科，消化器内科，小児科，神経内科

日 時： 平成23年10月12日（水） 午後6時30～午後8時まで

場 所： 済生館 4階中会議室

☆ 済生館 がん治療症例検討会（第22回 平成23年度 第3回）

呼吸器内科，消化器内科，外科，放射線科

日 時： 平成23年9月14日（水） 午後6時45分～午後8時15分まで

場 所： 済生館 4階大会議室

- ◇ いずれも「日本医師会生涯教育制度指定講習会（1.5単位）」になります。
- ◇ 検討したい症例がございましたら，ご一報下さい。

☆ 「診ます会」講演会

日 時： 平成23年11月17日（木） 午後6時45分～午後8時15分まで

場 所： 済生館 4階大会議室

内 容： 「在宅医療について」

NPO 法人全国在宅医療推進協会理事長・神津内科クリニック院長

神津 仁 先生

日本医師会生涯教育制度指定講習会（1.5単位）