

# 光市医師会報

平成16年8月号

No.365



2004.8.6 スターライト・ファンタジー



光市医師会

<http://www.yamaguchi.med.or.jp/users/hikarishi/isikaihp/hikari.htm>

## いいたい放談

## 定年年齢

光市立病院 院長 守田 信義

このようなタイトルにしたが別に私が定年年齢を迎えたわけではない。しかし、この1、2年医学部以外の同級生から定年退職の挨拶状が数多く送られてくる。そこに書かれている文章には必ずといっていいほど関係者に対する今までのお礼と、家庭を顧みず仕事をしてきたので今後は家内（妻、女房などいろいろである）と悠悠自適な生活を送りたいと一種の俄悔に似た言葉とともに、これからの意気込みが添えてある。一方、定年退職を2～3年後に控えて退職する人あるいは退職を希望している人がおられることもよく耳にする。

私は数年前より自分が定年年齢に近づくにつれて定年退職という言葉に一種の憧れを持つようになっていく。"定年まで勤め上げる"という言葉があるように、昔から定年年齢になるまで仕事を続けることは難しかったようである。私が定年退職にこだわりを持つのは、働くのに生甲斐を感じているからでも、退職金が割増されるからでも勿論ない。その理由については機会があれば退職した後に明かしたいと思っている。そもそも定年制の導入は第二次大戦中、青年男子の労働力不足で一時廃止されていたが、戦後復員等により非常に多くの過剰雇用をかかえこれを取り切るために戦後初期に定年制の導入と普及が始まり、その後、厚生年金保険法の大改革が行われ、支給開始年齢が引き上げられるにしたがって定年年齢も推移してきたようである。公務員の定年年齢は医療職以外が60歳で医療職のみが65歳である。国立大学では事務職、技官は60歳であるが教育職は60歳、63歳、65歳とまちまちである。どうも医師は他の職種に比して精神的、肉体的労働者であるにもかかわらず、現段階では定年年齢が高いようである。

話を元に戻しますが、何かを書けと道上先生と平岡先生に言われた8月31日は従兄の葬儀の日で久しぶりに親戚のものが顔を合わせた。私と1、2歳違いのいとこが多く、皆な定年を迎えている。長崎大学で教官をしている私と同年のいとこは精神的にも肉体的にもボロボロになっているのに65歳にならないと定年を迎えられないと盛んに愚痴をこぼしていたが、最後には来年の3月31日で辞職すると言い始めた。私も彼の意見に同調し、退職を勧めた。そうすると彼も定年まで勤め上げずに退職することとなる。このような人は私の周囲には意外と多く、皆男性である。定年年齢が近くになって定年退職まで持ちこたえられない原因にはいろいろあると思う。私は山岳部で山登りをしていたが頂上あるいはその日のテント場が見えてくると急にバテタことを幾度となく経験しており、同じ原因によるものかとも思っている。又、60歳を過ぎると世の中の変化に順応するのが難しくなる一種のホルモンのような物質が分泌され、この物質が男の更年期障害といわれる原因を作り、鬱状態に陥り、仕事をやめたくなるのかもしれない。これを裏付けるように60歳が定年年齢の人は割とスムーズに定年を迎えている人が多く、公務員をはじめ多くの企業が60歳を定年年齢と決めているのにはそれなりに先人たちの知恵と経験の結果なのであろうか。私は、60歳を過ぎて市立病院に赴任しました。この歳になって異なった環境で、勤務医として働くのは時としてつらいことがある。なぜなら、毎日のようにいろんな問題が発生し、病院は生き物であると実感することが多く結果として自分のペースで仕事をすることが出来ないからである。時には、私にも例のホルモンが分泌されているのではないかと感じることもあるが分泌量を最小限に抑えたいと思っようなことで気分転換を図っている。

開業されている医師会の先生方はどのように考えておられるのか私にはわか

らないが、今から15年前頃開業されている先生にご自分の病気について相談を受け、御自宅に伺ったことがある。病状はかなりすすんでいたが、医院のことを非常に気にされているんなお願いをされたがその内容についてはほとんど記憶に無い。ただ、私が帰る時少し寂しそうな顔をされて「お前は良いなあー、働きたくてもいつか国が辞めろと言ってくれるのだろう」70歳を少し過ぎていた先生のこの言葉が今でも私の脳裏に鮮明に残っている。この歳になってくると先生が私に呟かれたこの言葉がお聞きした当時よりも重い意味を持つようになってきている。思うに決められた定年年齢まで働くのも、自分で定年年齢を決めるのも難しいということであろう。

なにはともあれ私には定年年齢になるまで働きたい願望がある。その歳になるまでは生き物である病院に適應していき、定年退職にこだわっている理由を会員の先生方にお知らせしたい。

### 今月の医師会長

8月 2日(月)	介護認定審査会	(アイパーク)
6日(金)	徳山医師会森松院長就任祝賀会	(サンルート徳山)
8日(日)	休日診療所	
10日(火)	理事会	
19日(木)	高齢者保健福祉等策定市民協議会	(アイパーク)
	休日診療所運営協議会	(アイパーク)
21日(土)	地域医療連携ネットワークを考える会	(新高輪プリンスホテル)
23日(月)	周南2次医療圏座談会	(徳山医師会病院)
24日(火)	月例会	
26日(木)	介護認定審査会	
29日(日)	山口県内科医会	(山口)
31日(火)	第2回医師会市立病院合同カンファレンス	(光市立病院)

### 8月の医師会活動

- |                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| I. 10(火) 定例理事会                   | 医師会事務局      |
| II. 24(火) 学術講演会、例会               | 光商工会館2階大会議室 |
| III. 31(火) 第2回光市立病院・光市医師会合同症例検討会 | 光市立病院2階講義室  |

#### I. 定例理事会

日時：平成16年8月10日(火) 19時30分～

場所：光市医師会事務局

議題：

##### I. 報告事項

1. 医師国保組合会、医師連盟執行委員会(7/15) (河村会長)  
参院選反省会・知事選について
2. 高塚人志先生講演会(7/30. 7/31) (河村会長)
3. その他

##### II. 協議・承認事項

1. 会計報告(4月～7月) (松村副会長)  
…歳入・歳出は予定通り
2. 新規開業計画について (河村会長)  
…山手先生、10月開業、他一件
3. 会員及び職員の慰安旅行について(追加) (丸岩理事)  
現在医師会員11名、職員135名 1名当たり負担金6000円(補助5000円)
4. 人間ドックについて(追加) (丸岩理事)
5. 介護保険について(追加) (丸岩理事)  
国・光市・大和町の現在の主治医意見書取り扱いについて  
意見書の開示は今まで通り、ケアマネのみとする
6. その他

II.

学術講演会・月例会



# 「脳卒中の一次予防・二次予防」

熊本市立熊本市市民病院

神経内科 部長 橋本 洋一郎 先生

日時：平成16年8月24日（火） 19時～

場所：光商工会館2階大会議室

我が国の脳神経外科医で先生のことを知らない人はいないと言われるほどにご高名な神経内科の先生のお話を伺った。循環器・脳神経外科と組み、脳梗塞を心筋梗塞並みに治療したいとの強い意欲をお持ちの先生のお話を、ポイントのみ要約させていただきます。

- ① Brain attack campaign  
早期受診・早期治療が重要  
血栓溶解療法 (tPA (tissue plasminogen activator) の静注) が早く認可されれば・・・
- ② 分類: National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS)1990、診断

### 講師略歴

s56 鹿児島大学医学部卒業  
 s59 国立循環器病センター内科 脳血管部門  
 s62 熊本大学医学部 第一内科 助手  
 h 5 熊本市立熊本市市民病院 神経内科 医長  
 h10 同 部長  
 (ドイツ、ハイデルベルグ大学神経内科留学)  
 現在に至る

◆脳梗塞を中心に著書多数

**Brain Attack!** 脳卒中は緊急疾患です!  
Stroke is an Emergency

早めに119を!

**Emergent stroke care and the chain of survival**

The 7 'D's of Stroke Management (AHA Guideline 2000)

- ① 発見 Detection call 911
- ② 出動 Dispatch EMS arrival
- ③ 運送 Delivery to Stroke Center
- ④ 救急外来 Door ED entrance
- ⑤ 情報 Data X-ray CT etc
- ⑥ 決定 Decision in our t-PA
- ⑦ 薬剤 Drug t-PA administration

EMS: emergency medical services, ED: emergency department

- ③ 原因・検査  
・・・1/3は心原性、
- ④ 治療

### 脳梗塞診断のポイント

**補助検査**

病巣の検出: ①X線CT、②MRI(DWI)  
 血管の評価: ①神経超音波検査  
 頸部血管エコー  
 経頭蓋超音波カラードプラ  
 経頭蓋ドプラ (TCD)  
 ②MRA  
 ③三次元CT血管造影 (3D-CTA)  
 ④脳血管造影・DSA

心臓の評価: ①心電図、②心エコー  
 静脈の評価: ①静脈エコー、②RI-venography  
 ③静脈造影  
 脳血流評価: ①SPECT、②MRI(PWI)  
 ③perfusion CT、④Xe-CT、⑤PET  
 凝固線溶系: ①AT-III、②D-dimer、③TAT

### Stroke Unit

- ① 脳卒中についての専門的知識を持ち脳卒中患者のケアを行う **専門家の学際的チーム**
- ② 多職種から成るスタッフが、**チームの脳卒中管理指針**に従って患者の**包括的評価**を行い、協調的に治療を行う。
- ③ 固定病棟方式と移動チーム方式
- ④ 医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、病棟薬剤師、管理栄養士

### 脳梗塞急性期の治療

1. Stroke Unit・クリティカルパスの導入
  - 1) チーム医療・医療の質の向上と標準化
  - 2) コストコントロール
2. 一般治療
  - 1) 呼吸・循環管理 心疾患の治療
  - 2) 血圧・水分・電解質・血糖・体温の管理
  - 3) 栄養管理
  - 4) 合併症対策
    - ① 感染症: 抗生物質
    - ② 深部静脈血栓症・肺塞栓症: 弾性ストッキング、ヘパリン皮下注
    - ③ 抗潰瘍薬の投与: H<sub>2</sub>-blocker, proton pump inhibitor, 粘膜保護薬

### Stroke Unit の効果

- ① **死亡率の低下**  
 発症1年間の短期死亡: 約2-3割の死亡率減少  
 発症5年間の長期予後: 約3-4割の死亡率減少
- ② **A.D.L.、Q.O.L.の改善**  
 自宅退院の可能性: 1.4-1.9倍増加  
 発症5年後の自宅生活者比率: 35%(SU) vs 18%
- ③ **入院期間の短縮**  
 一般病棟に比べて30%短縮

### 抗生物質・感染対策・体温管理

- ・ 予防的投与はしない。
- ・ 感染症に使用。嚥下性肺炎では嫌気性菌もカバーする。
- ・ 重症例ではγグロブリン製剤併用（適応厳守）。
- ・ 発熱時には喀痰・尿・血液培養（塗抹）。
- ・ 医療者の手洗い・消毒（1処置1手洗いの実践）。
- ・ 口腔ケア・口腔内清拭（口腔内清掃）。
- ・ 体温コントロール（平温に保つ）：発熱時はcooling、  
経口薬や坐薬で平温に下げる（血圧低下に注意）。

### 3. 薬物療法：臨床病型ごとの治療、発症機序・閉塞血管・梗塞部位・合併疾患・基礎疾患・年齢に応じた治療

- 1) 抗血栓療法
  - 出血性合併症
  - ① 血栓溶解療法：ウロキナーゼ：動注(selective, supersselective)  
【t-PA】：静注あるいは動注（本邦では承認）
  - ② 抗凝血症療法：ヘパリン low：10,000～15,000/日の持続点滴  
full：APTTを前値の1.5～2倍  
ワルファリンカリウム(ワーファリン®)  
アルガトロバン(スロンノン®、ノバスタン®)
  - ③ 抗血小板療法：オザグレネルナトリウム(キサンボン®)  
アスピリン(バイアスピリン®、バファリン® 81)  
塩酸チクロピジン(パナルジン®)  
シロスタゾール(プレタール®)
- 2) 血液希釈療法：デキストラン40製剤(低分子デキストラン®)  
アルブミン製剤
- 3) 脳保護療法：エダラボン(ラジカット®)
- 4) 抗脳浮腫療法：グリセロール製剤(グリセオール®)、マンニトール
- 5) 昇圧療法：ドパミン、ドブタミン
- 6) 降圧療法：血栓溶解療法時、急性心筋梗塞・大動脈解離・心不全合併時は降圧
- 7) ステロイド：髄膜炎や膠原病などが原因の場合(血管炎)
- 8) A.T-III製剤：ノイアート®、アンソロピンP®(アンチトロンピンIII欠損症)
- 9) その他：シチコリン(ニコリン®)、ソルコセリル

### 血圧管理

- ① 収縮期血圧>140mmHg（5分以上の間隔で2回測定）では静注薬（ベルジピン注®, ヘルベッサー注®）で降圧。
- ② 収縮期血圧>220mmHg, あるいは収縮期血圧121-140mmHg, あるいは平均血圧>130mmHg（20分以上の間隔で2回測定）では静注・経口・貼付の降圧薬で降圧。舌下は避ける。
- ③ 収縮期血圧185-220mmHg, あるいは収縮期血圧105-120mmHgでは左心不全・大動脈解離（ベルジピン注®, ヘルベッサー注®）・急性心筋梗塞（ミリスロール注®, ニトロロール注®）がなければ降圧せず。
- ④ 収縮期血圧<185mmHg, あるいは収縮期血圧<105mmHgでは降圧せず。

### 脳卒中のリハビリテーション

	急性期	回復期	維持期
期間	発症から2～3週間	2～3週間から 3～6ヵ月	3～6ヵ月以降
患者の 状態	意識障害 全身状態不安定 手術直後	覚醒 全身状態安定 心理的に不安定 病変に特異的障害像 機能は回復途上	病状固定 障害への適応 回復への期待
リハビリ の ポイント	廃用症候群の予防 リスク管理 (座位・運動負荷) 合併症管理 機能予後予測 リハビリ必要性の判断	機能回復訓練 心理的支持 教育 環境調整 社会資源の活用	機能維持 再発予防 介護負担の軽減

### 輸液・電解質管理・血糖管理・蛋白管理

- ・ 脱水の治療や循環改善のため原則として十分な輸液。
- ・ 尿量1000ml/日以上確保。点滴は非麻痺側で施行。
- ・ 利尿薬はむやみに使用しない（脱水誘発）。
- ・ 水分バランス：尿量+500ml, 発熱時は+300ml/1℃。
- ・ 発症後数日間は24時間持続点滴。維持液使用（3回輸液など）。ただし経口摂取不十分な場合には低ナトリウム血症に注意。
- ・ 高血糖は発症初期は原則として速攻型インスリンで治療（200mg/dl以下を目標）。低血糖を避ける。
- ・ 低アルブミン血症にはアルブミン投与（保険の範囲内）。
- ・ 早期の経腸栄養

### 脳梗塞薬物療法の治療戦略

- ① 抗血栓療法  
を中心に
- ② 脳保護療法併用  
エダラボン  
全臨床病型に可
- ③ 抗脳浮腫療法  
・グリセロール製剤  
・マンニトール
- ④ ステロイド  
血管炎が原因の脳梗塞：髄膜炎や膠原病

抗血栓薬	
① 血栓溶解薬	① t-PA ② ウロキナーゼ
② 抗凝血症薬	① アルガトロバン ② ヘパリン ③ ワルファリンカリウム
③ 抗血小板薬	① オザグレネルナトリウム ② アスピリン ③ 塩酸チクロピジン ④ シロスタゾール

### t-PA静注法に関するAHAガイドラインの概要 GMK-527（アルテプラゼ）

- ・ 発症3時間以内
- ・ Recommended t-PA 0.9mg/kg（最大90mg）  
- 10%急速静注、残りを60分で点滴静注
- ・ 出血や早期広汎性梗塞を避ける
- ・ 除外項目
  - ワルファリン内服中、INR 1.7 ≤ INR 投与中でAPTT延長
  - 血小板数 10万以下 3ヵ月以内に脳卒中、重症頭部外傷
  - 14日以内の手術 血圧 >185mmHg, >105mmHg
  - 神経症状の急速な改善 軽度の神経症候
  - 脳出血の既往
  - 痙攣発作
  - 21日以内の消化管・尿路系の出血
  - 最近の心筋梗塞

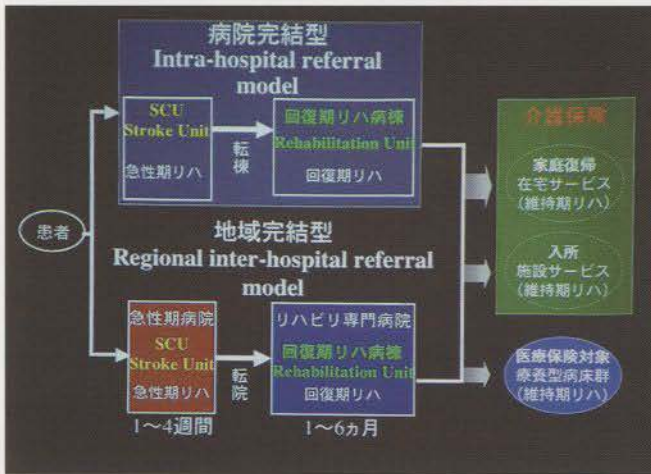
### 二次予防法

	ラクナ 梗塞	アテローム 血栓性脳梗塞	心原性 脳塞栓症
抗血小板薬	アスピリン(75～150mg) チクロピジン(200mg) プレタール(200mg)		適応なし
抗凝血症 (ワルファリン)	適応なし	ときに高度狭窄例で	INR 2～3 (1.6～2.6)
頸動脈内膜剥離術 (CEA)		50～99%狭窄 (NASCET)	

### 地域リハビリテーション

障害を持つ人々や高齢者が、**住みなれた所で、そこに住む人々と共に、一生安全にいきいきとした生活**が送れるよう、医療・保健・福祉および生活に関わるあらゆる人々がリハビリテーションの立場から行う活動のすべてを地域リハビリテーションといいます。

山口県はリハ専門医が少ない！



### 生活習慣病

食習慣  
運動習慣  
休養習慣  
嗜好習慣 (喫煙、飲酒)

→

高血圧 (先天性を除く)  
糖尿病 (インスリン非依存性)  
高脂血症 (家族性を除く)  
肥満  
循環器病  
大腸癌  
肺扁平上皮癌  
慢性気管支炎  
アルコール性肝炎  
歯周病

①初期はほとんど無症状  
②3者は合併しやすい(共通の原因?)  
③肥満を伴うことが多い  
④家系内に多い(遺伝性?)  
⑤動脈硬化を引き起こす  
⑥血管病(脳卒中、心臓病、腎障害)を合併

高血圧・糖尿病・高脂血症の共通点

### 脳卒中の危険因子

修正可能な因子	修正不能な因子
①高血圧	①年齢：高齢
②糖尿病	②性：男性
③心疾患 (心房細動など)	③人種
④高脂血症	④家族歴 / 遺伝因子
⑤肥満	
⑥喫煙	
⑦多量飲酒	
⑧身体不活動	
⑨栄養 (果物・野菜不足)	
⑩薬物乱用：覚醒剤、麻薬	
⑪経口避妊薬	
⑫無症候性頸動脈狭窄	
⑬一過性脳虚血発作	



### 発症の引き金となる誘因

- ①脱水：ヘマトクリット上昇 (血液粘度上昇)
- ②低血圧
- ③高血圧
- ④血小板機能の亢進
- ⑤感染症
- ⑥入浴
- ⑦温度、寒暖の差、気候?
- ⑧睡眠?

### 一次予防(高血圧)

The Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)

Strokeへの影響の検討  
4636例、収縮期血圧、60歳以上、二重盲検  
160mmHg以下かつ20mmHg以上の降圧、  
4.5年追跡  
→虚血性脳血管障害 RR 0.63  
脳出血 RR 0.46

JAMA 2000;284:465



### 高血圧

- ①脳梗塞と脳出血の最大の危険因子
- ②脳卒中の発症は収縮期血圧と拡張期血圧の両者に比例。
- ③高血圧者の脳卒中のリスクは正常血圧者より4~5倍。
- ④収縮期高血圧も危険因子。
- ⑤高血圧の治療で脳梗塞のリスク38%低下。
- ⑥目標<140/80mmHg  
慢性腎疾患・糖尿病<130/80mmHg。
- ⑦体重コントロール、運動、節酒、減塩などの生活習慣の修正。
- ⑧多くの患者は目標達成のために2種類の薬剤が必要となる。

### 喫煙

- ①脳梗塞の大きな危険因子 (1.8倍:1.5~2.9倍)
- ②禁煙で1年以内に50%、5年で非喫煙者と同じレベルまでリスクが回復
- ③禁煙 (家族とともに) カウンセリング、ニコチン置換療法 禁煙プログラム

### 飲酒

- ①アルコール量と虚血性脳血管障害のリスク間のJ型の用量依存カーブ。
- ②過量飲酒の修正。
- ③1日アルコール量20g程度。(清酒で1合)

### 糖尿病

- ①虚血性脳血管障害を1.8~6倍上昇
- ②血糖を厳格にコントロールしても脳卒中は減少しない
- ③食事療法、運動療法、経口血糖降下薬、インスリンなどによる血糖コントロールは、網膜症、腎症、末梢神経障害などの微小血管合併症を減少させる
- ④高血圧を伴った糖尿病患者では  
血圧の厳格なコントロールで脳梗塞4.4%減少
- ⑤1型・2型糖尿病では血圧の厳格な治療 (<130/80mmHg)

### 高脂血症

- ①総コレステロール160mg/dL未満で脳出血増加 (特に高血圧の男性)。
- ②脳梗塞の相対リスクは総コレステロール240~279mg/dLで1.8倍、280mg/dL以上で2.6倍。
- ③スタチンによる治療で虚血性脳血管障害20~30%減少。

### 肥満

- ①肥満 (Body Mass Index : BMI  $\geq 30\text{kg/m}^2$ ) は脳卒中のリスク (相対リスク1.75~2.37倍)
- ②男性は内臓脂肪型肥満 (相対リスクは2.33倍)。
- ③女性は肥満(1.75~2.37倍)と体重増加がリスク
- ④体重増加で脳卒中が増加するので肥満者では減量

### 身体活動

- ①身体不活動は、脳梗塞の相対リスク2.7倍。
- ②定期的な身体活動は、若年死、心血管疾患、脳卒中のリスクを減らす。
- ③毎日30分以上の中等強度の運動 (早歩き、ジョギング、サイクリング、他の有酸素運動)。
- ④心疾患患者、身体障害や神経疾患の場合は、それに応じたプログラムを作成。
- ⑤健康日本21 : 日常生活による歩数の目標値  
成人 : 男性9,200歩、女性8,300歩  
高齢者 : 男性6,700歩、女性5,900歩

### 食事

制限 脂質、コレステロール、塩分  
 摂取 フルーツと野菜、線維、カルシウム、 $\beta$ カロテン、他の抗酸化作用を有する食品  
 バランス

Fruits and Vegetable Intake in Relation to Risk of Ischemic Stroke  
 JAMA 1999;282:1233

75,596例, 34-59歳, 女性, "Nurses" Health Study, 14年追跡  
 38,683例, 40-75歳, 男性, the Health Professionals' Follow-up Study, 8年追跡  
 →虚血性脳血管障害 570例発症  
 フルーツか野菜毎日摂取→虚血性脳血管障害RR0.94へ低下  
 特に柑橘類(0.75)、油菜科野菜(0.79)、緑色野菜(0.68)が効果高い

### 栄養

- ①果物・野菜5つ以上の摂取は脳卒中リスク減少 (相対リスク0.69)。  
1日あたり1つ増やすと脳卒中リスク6%低下。  
健康日本21 : 1日350g以上の野菜の摂取。
- ②魚 (マグロ、イワシ、サバ、サケなど) の摂取も脳梗塞を減少させる。
- ③ビタミンEやC、カロテノイドの使用が脳卒中リスクを減少させるという証拠はない。

### ワーファリン内服中 摂取を禁じるもの

- ①納豆
- ②クロレラ
- ③青汁

### アルコール

少量飲酒 (1.5合未満/日) 1.5合=36g  
 大量飲酒は脳出血の危険度を上げる

Recent Heavy Drinking of Alcohol and Embolic Stroke Stroke 1999;30:2507  
 212例, 脳卒中連続例, 16-60歳, ケースコントロール274例  
 1週間以内の飲酒, 24時間以内の飲酒の影響  
 →1週間以内の飲酒 151g以上/24時間以内の飲酒 40g以上  
 基礎疾患 (+) →心原性脳塞栓症のリスクを上げる。  
 Af, 心不全, Sleep apnea, hangover-paradoxical embolism  
 血小板活性↑, PAI-1↑ (Stroke 2000;31:1269)

### 一過性脳虚血発作

- ①平均持続時間は内頸動脈系1.4分、椎骨脳底動脈系8分。
- ②1時間以上持続した場合、2.4時間以内に改善1.4%。
- ③1ヵ月4.8%、1年12~13%、5年24~29%脳梗塞。  
リスク1年以内13~16倍、5年以内7倍。
- ④病型に応じて抗血小板療法(アスピリン、チクロピジン)、抗凝血薬療法(ワーファリン)、頸動脈血栓内膜剥離術。

### ホルモン補充療法

閉経後のホルモン補充療法により大腸頸部骨折、結腸・直腸癌、全癌は減少するが、乳癌、心臓発作、脳卒中の発作は増加する

### 脳卒中の発症率

14年間 8万人の女性で魚の食事を調査

月1回未満	1
月3回	0.93
週1回	0.78
週2~4回	0.73
週5回以上	0.48

(JAMA, 2001)

### 薬物乱用

- ①アンフェタミン、コカイン、ヘロインなどの違法薬物の乱用は、リスクが7倍。
- ②ルーチンの医学的評価時に違法薬物乱用の既往も探り、適切なカウンセリングへ紹介。

### 《脳卒中予防十か条》

- 一 手始めに 高血圧から 治しましょう
- 二 糖尿病 放っておいたら 悔い残る
- 三 不整脈 (A-F) 見つけ次第 すぐ受診
- 四 予防には タバコをやめる 意志を持って
- 五 アルコール 控えめは薬 過ぎれば毒
- 六 高すぎる コレステロールも 見逃すな
- 七 お食事の 塩分・脂肪 控えめに
- 八 体力に 合った運動 続けよう
- 九 万病の 引き金になる 太りすぎ
- 十 脳卒中 起きたらすぐに 病院へ

日本脳卒中協会

### 今後の課題と展望

- 日本脳卒中学会専門医
- 脳卒中治療ガイドライン
- 病診連携の推進  
: かかりつけ医、リハ病院との連携  
→脳卒中専門病院への症例の集約化 (地域完結型)
- 救急医療体制の推進 : 救急救命士との症例検討会
- 院内システム : 外科・内科のチーム(特化とレベルアップ)
- rt-PAの承認(2005年?) : Brain Attack Campaign
- 日本脳卒中協会 : 電話相談、市民公開講座
- 脳卒中友の会との連携 : 地域の友の会、全国脳卒中友の会

《月例会》

主治医意見書記入について

### Ⅲ. 第2回光市立病院・光市医師会合同症例検討会

日時：平成16年7月30日（金） 19時～

場所：光市立病院2階講義室

司会進行：光市立病院外科 竹中博昭先生



#### I. 妊婦に見られた背部腫瘍

みちがみ医院 道上文和

【症例】32歳 3経妊3経産

家族歴・既往歴：特記事項なし

妊娠後半期より左背部のしこり気づき、35週6日の健診時に訴えた。

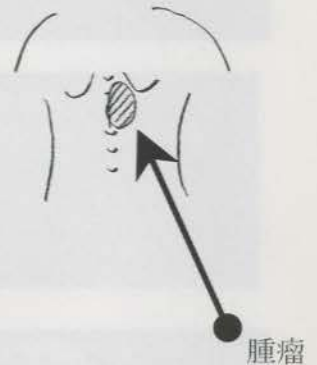
腫瘍は柔らかく嚢胞状でにぎり拳大、圧痛なし。36週6日の時点で光市立病院外科紹介。Drより、生検もしにくい状態なので、早めに分娩とし、その後精査を急ぐということになった。

7月8日、(37週5日)入院。プロスタルモンE2、オキシトシンの陣痛誘発剤使用、19時08分3060gの女児娩出、アプガールスコア(9/10)。児の後頭部に黒あざが見られたほかは異常なし。産後の経過は順調で、7月12日、産後4日目に退院、市立病院受診とした。

その後、7月20日竹中先生より電話あり、一度受診してから来ないとのこと。里の住所お教えする。

その後外科の田中先生より連絡があり、結果は malignant lymphoma で椎体周囲におよび、徳山中央病院転科となったとのことである。

※ 現在徳中入院中、腫瘍が椎体後部より神経後索におよび神経麻痺を起こしている



#### II. 胃がん再発の症例

兼清外科 兼清照久

【症例】Y.Y 83歳 男性

平成13年10月15日 胃カメラ受ける、EC-junction に Borr III、group 5

平成13年10月26日 手術(胃全摘)受ける、T3N1P0、Signet-ring cell carcinoma

平成2年に腰椎ヘルニアの手術の既往あり、

平成16年5月より腰痛がひどくなった。腰痛の治療を近医の整形外科で受けていたら食欲がなくなり、全身倦怠がひどくなった。

7月13日より当院に入院した。

CT、Echoなどで腹部リンパ節の転移を認めた。

※ 抗ガン剤の使用について、議論が伯仲した



#### III. 16列マルチスライスCTについて

光市立病院 放射線科 上野 敏幸

全国約100施設で稼働

県内では、小郡第一病院(2月)、徳山中央病院(5月)、光市立病院(6月28日)

特徴：検査時間が短い

①高速スキャン・・・身長180cmの方の頭から足先まで約20秒、通常0.5sec/回転、最速0.4sec/回転(心臓)

②高分解能・・・多方向からの画像、最小0.5mm×0.5mm×0.5mm

問題点：大量の画像データ

①読影方法・・・フィルム診断→モニター診断

②データの保存・・・フィルム保管→画像サーバー保管

※ 線量が従来の1/2ですむとのこと、3D画像も撮れ、診断しやすくなっている



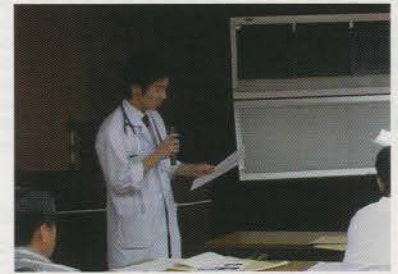


IV. 憩室炎と虫垂炎の鑑別

光市立病院 外科 小野田雅彦

憩室炎のCT所見	虫垂炎のCT所見
<b>A. 直接所見(大腸憩室の描出)</b> ①大腸憩室の描出 ②正常虫垂の描出(直径8mm未満)	<b>A. 直接所見(虫垂の所見)</b> ①虫垂壁の全周性の肥厚(直径8mm以上) ②穿孔 ③虫垂内部のair
<b>B. 間接所見(憩室周囲の炎症性変化)</b> ①結腸周囲の脂肪層の不均等化 ②憩室炎 ③膿瘍 ④憩室壁の肥厚 ⑤結腸背側筋の肥厚 ⑥結腸背側筋への膿瘍形成 ⑦結腸周囲の肥厚 ⑧結腸周囲への瘻孔形成 ⑨膿水 ⑩腸管狭窄	<b>B. 間接所見(虫垂周囲の炎症性変化)</b> ①虫垂周囲の脂肪層の不均等化 ②憩室炎 ③膿瘍 ④虫垂背側筋の肥厚 ⑤盲腸、回腸末端の肥厚 ⑥膿水(虫垂周囲) ⑦膿水(ダグラス窩) ⑧腸管狭窄

4症例を呈示  
ペラペラ漫画風に  
患部画像をモニターで  
観ることができ、鑑別  
しやすい



V. 胆道系領域におけるマルチスライスCTの有用性

光市立病院 消化器内科 白石 慶

胆膵領域における各検査法の比較

	US	MRCP	Multislice CT	ERCP Endoscopic retrograde cholangio- pancreatography
検査時間	5分	15~20分	5~10分	20~30分
息止め時間		約20秒X10回	約6秒X4回	
保険点数(点)	550	1220	1330	1740
造影剤	不要	不要	要	絶対要る
侵襲	無	閉所恐怖症、 ステントは禁忌	以前に比べると 軽減	眠らずしか 急性膵炎
セールスポイント	簡単	胆管、膵管の変化	周囲の臓器との 関係が明らかになる 腫瘍の性質を調べるためには必須	治療に直結

総合病院 光市立病院

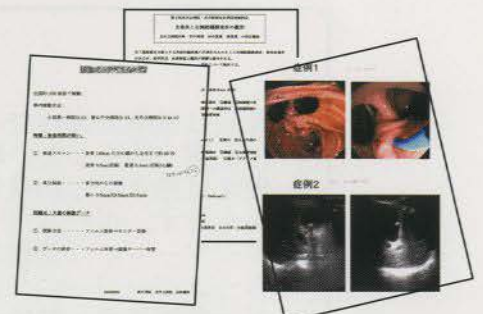


レンメル症候群を提示  
十二指腸憩室の手術は意外と  
厄介とのこと

VI. 脊椎圧迫骨折のMPR(3DCT)の所見

光市立病院 整形外科 齋藤良明

腰痛患者、3例を提示、骨折部位もレントゲン上で見つけるのは  
難しいものと痛感。3DCTではわかりやすいらしいが・・・



配布資料



## リレー随筆

## リモデリング

多田クリニック 多田良和

世はまさに構造改革のまっただなかにある。テレビ、新聞には毎日のように構造改革云々……。他人事だと思っていたら昨年とうとう我が家にも構造改革の余波がおとずれることとなった。20年あまり続けた勤務医に終止符を打ち、昨年10月開業する羽目になった。ちょっと汚いけれど、安くて居心地のいい官舎を出て、借金だらけの新しい家に越してきて半年、10数年来の愛犬も他界してしまった。新しい立派な犬小屋に広い運動スペース、犬に借金の心労があるはずもないのに、やはりこれも構造改革によるリモデリングなのであろうか……。

現在、私は己自身の医学知識の構造改革を遅々と推し進めながら、高血圧の患者さんに、得々と高血圧による血管壁、心筋、代謝のリモデリングの説明をしている。ときには、ついつい力が入りすぎて、脅迫めいたことを言うってしまうこともある。そんなときは後で甚く反省するのであるが、そういえば先日、NPD (New Primary care Doctor) 研究会なるものに参加させていただいた際に、診療コミュニケーションの悪しき例のビデオを見せられて唖然としてしまった。そこには、まるで自分と瓜二つの医師が、まるでヤクザよろしく、患者を脅したりすかしたり、あるいは凄んだりしていたのである。その説明の仕草言動もさることながら、その医師の容姿が、小太りでメガネをかけ、少し髪が薄いところまでそっくりで、後で出演料を貰おうかと思ったぐらいであった。一方、コミュニケーション成功例とされるビデオの医師はやはりスマートで、頭もフサフサで、こころもち若いように見えた。しかし、その説明の口調仕草の感熱丁寧さに、どこかしら鼻持ちならない感じを懐いたのは、やはり私自身の精神の構造改革がなされていないためなのだろうか……。養老孟司さんのように「簡単に説明なんか出来るか！」と言ってしまうればいいのだが、あれは相手が弱い立場の学生だから言えることで、患者様にそんなことでも言おうものなら、笹舟のごとき我がクリニックなど、あつという間に構造改革の波に吞まれて、消滅してしまいかねない。ここはやっぱり、自分をリモデリングするしかないのであろう……。



## ホームページだより

今回は医療の実践でインターネットを利用する具体的な方法を提示してみます。何か調べ物をしたい時ネットの検索サイトから到達することが出来ます。例えば患者さんから禁煙外来をやっている医療機関を教えてくださいとの依頼に答えます。ホームページのリンク2、google 最速の検索をクリックします。キーワードに「禁煙外来 山口県」をいれますと「県名・診療科名で探す病院ホームページー山口県...」というのが一番上に出てきます。今回の場合「山口県 禁煙外来・禁煙クリニック一覧」でした。光市でも意外なところで禁煙外来をやっておりました。このまま印刷すれば綺麗な書類が出来上がります。インターネットは大きな掃き溜めと言われますが、その中には有用な情報が埋もれています。それを如何に引き出して利用するかが腕の見せ所ですね。

山口県光市 佃医院  
佃 邦夫

## 連絡事項

受付		発送番号	通達文書名
月	日		
8	2	国立保険衣料科学院	「死体検案業務」講習会（ご案内）
		医務14-4	山口県救急医療情報システムの運用状況月報（平成16年6月）について
		産業保健センター	過重労働対策フォーラムのご案内について
		産業保健センター	情報誌等の送付について
	3	総研16	「日医総研日医IT認定システム主任者」及び 「日医総研日医ITインストラクター」第6回認定受験者募集の開始について
		山医発319	「二次医療圏座談会」ご出席のお願いについて
		山医発317	平成16年度（第38回）臨床検査精度管理調査の実施について
	4	山医発324	日本医師会役員（常任理事）の補欠選挙について
		山医発321	医薬品・医療用具等安全性情報報告制度の啓発ポスターの配布について
		日本医師会	日本医師会市民公開フォーラム「高血圧症の予防と治療」ビデオの送付について
		日本医師会	夏季における日本医師会年金の普及推進運動について（依頼）
	9	山医発326	セイヨウアカネ根又は茜草根由来の成分を含有する医薬品、医薬部外品及び化粧品に関する安全対策について
		事務連絡	第37回山口県消化器がん検診講習会の出席者名簿送付について
		山医発330	薬剤師法の一部を改正する法律について
		山医発334	郡市医師会地域医療計画担当理事協議会の開催について
	10	山医発331	平成16年度医療廃棄物担当理事強雨議会について
		山医発332	地域医療支援病院について
		山口県医師連盟	山口県知事選挙について（お礼）
		山医発336	第89回山口県医師会生涯研修セミナーの開催について
11		医務14-5	山口県救急医療情報システムの運用状況月報(平成16年7月)について（送付）
	13	山口県医師会	食中毒の発生について
		西南地区暴力団放逐協議会	平成16年度山口県周南地区暴力団放逐運動協議会光支部総会の開催について
		山医発335	養育支援を必要とする家庭に関する医療機関から市町村に対する情報提供について
		山医発204-2	診療報酬請求書等の編綴方法の変更について（その2）
	17	山医発336	第89回山口県医師会生涯研修セミナーの開催について
		山医発345	平成15年度日本医師会生涯教育終了証の送付について
		山医発343	「過重労働対策フォーラム」の開催について
		山医発344	厚生労働省の行う毎月勤労統計調査の協力について
		山医発338	歯科診療報酬点数表における医科保険医療機関との連携について
		山医発341	第35回全国学校保健・学校医大会参加申込について
		山内医発11	平成16年版会員名簿の送付について
		山医発350	末期医療患者のQOL推進事業講習会について
	19	山医発346	郡市医師会長会議の開催について
		山口県医師会	検査料点数の取り扱いについて
		山医発342	臓器移植対策推進功労者厚生労働大臣感謝状贈呈候補者の推薦について
		山医発349	医療法施行規則の一部を改正する省令の施行等について
		下松市医師会	第110回周南医学会の演題再度募集のお願い
		山医発351	2005年度版「医師日記」（手帳）の斡旋について
		山口県医師会	塩酸チクロピジン製剤及びCypherステントの適正使用について
	24	山口県医師会	生活保護法による医療扶助診療報酬請求事務に係る公費負担者番号の設定について
		山医発356	重度心身障害者・母子家庭医療費助成制度改正について
		山医発357	平成16年度山口県患者調査について（協力依頼）～第5次山口県保健医療計画策定にあたって～
25		日本医師会	「生命を見つけるフォトコンテスト」作品募集
	26	山口県医師会	腸管出血性大腸菌感染症患者の発生について
		山口県医師会	薬価基準に記載されている医薬品の適応外投与について
30		熊医発33	平成16年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催について（ご案内）
31		山医発364	平成16年第2期分生命保険団体事務費の配分及び団体事務費に関する消費税の送金について
		事務連絡	「第18回日本臨床内科医学会 学会参加のお願い」について



## 8月休日当番医報告

	内科系	外科系
8/ 1(日)	25	12
8(日)	15	5
14(土)	28	22
15(日)	23	4
22(日)	22	4
29(日)	27	11

### あ と が き

猛暑に豪雨、台風、火山噴火、あげくに地震、なにやら騒々しい不穏な日々が続きます。日々の患者さんとの個々の会話に未来は見えますが、ふと目を上げて幾人かと幾所かを見渡すと、明るい未来は見えてこない気がするの、私だけでしょうか。

ピンぼけの写真で表紙を飾ってしまいました。次回からは気をつけます。市立病院との合同カンファレンスも楽しく続けております。大和との合併も近く、多くの先生方がフランクに議論できる場所になるのでしょうか、楽しみです。

発行所 光医師会  
 TEL(0833) 72-2234  
 発行日 平成16年9月10日  
 発行者 河村康明  
 編集者 広報担当  
 印刷所 光市光井一丁目15番20号  
 中村印刷株式会社