

市立病院講演会が開催される！

平成28年11月27日（日）、大和市の文化創造拠点「シリウス」の4階「健康テラス」において、藏並副院長による講演会「温故知新 正しい知識で“がん”を知ろう！」が開催されました。

「健康テラス」はオープンな空間となっており、興味を持った人が気軽に参加できるため、事前に募集した30名の定員を大きく上回る参加者がありました。

藏並先生の聞き手を惹きつける話し方の上手さもあり、参加された方は、皆、熱心に聴講され、講演後の質疑応答も時間が足りないほどでした。

地域がん診療連携拠点病院である当院は、市民に対し、がんに関する情報を発信していく役目があります。これからも月に1回程度、継続的に講演会を開催する予定ですので、ご期待ください。



♪ 院内コンサートを開催 ♪

入院患者さんに「癒しの場」を提供し、心のケアにつなげることを目的に、平成28年12月13日（火）午後に院内コンサートを開催しました。

前回同様、LickLuck（リックラック）の皆さんが、エレクトーンやカホン（ペルー発祥の打楽器）などを使って、クリスマスソングを中心に全12曲を演奏しました。参加者の皆さんも、曲に合わせて手拍子をするなど、楽しいひと時となりました。また、会場に飾られたクリスマスツリーが雰囲気を盛り上げていました。



【脳梗塞について】

脳神経外科 担当部長



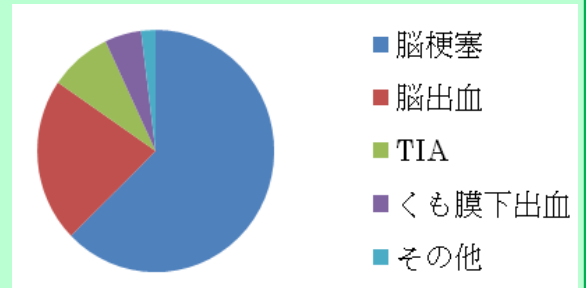
<はじめに>

山田 勝

高齢者が寝たきりになる原因疾患の第1位は「脳卒中」であり、国民医療費の上昇など社会的に重要な意味を持ちます。その一方で、働き盛りの40～60代世代にも脳卒中は起こり、その後遺症が復職の妨げになって家庭のピンチに直結する重要な疾患です。予防できる部分のある疾患であり、これから説明する**危険因子と脳梗塞の関係**について正確な知識を得てください。

脳卒中（脳血管障害 stroke）とは、「脳の血管に急な障害が生じ（血管が破れると**出血**をきたし、血管が詰まると**梗塞**をきたし）て、急な神経症状を引き起こす疾患」の総称です。脳梗塞は、脳卒中の中で最も多く、当科入院患者の年間入院数の第1位です（円グラフ）。2015年 当科の脳卒中総入院 294例の内訳：脳梗塞 185人（63%）、脳出血 65人（22%）、一過性脳虚血発作（TIA）25人（8.5%）、くも膜下出血 14人（5%）、ほか2%。

脳卒中は大きく3種類に分類できます。



① **脳梗塞**：脳の動脈が閉塞して（詰まって）血液不足により脳細胞が死ぬ病態です。

② 脳出血：高血圧で傷んだ脳動脈が破れて起こります。

③ くも膜下出血：脳動脈瘤が破れて起こります。

神経症状が出る場合を「症候性」、出ない場合を「無症候性」と呼んで区別します。

脳疾患の特徴として、傷害された脳の部位によって出現する症状が異なります。下記のような症状が現れたらすぐに受診してください。

<脳梗塞の主な症状>

- 運動麻痺：右手と右足（或いは左手と左足、稀には1本だけ）の力が弱くなり、持ち上がらない、或いは細かいことができない。使いにくい、歩けない
- 言葉の障害：ろれつが回らない（構語障害）、言葉がでない（運動性失語）、言葉の理解ができない（感覚性失語）
- 感覚障害：手・足がしびれて感覚が鈍くなる
- 運動失調：手足がふるえてうまく使えない、うまく歩けない
- 意識障害：呼びかけても反応がない、反応が鈍い、めまい・嘔吐：持続するめまい、嘔吐

<脳梗塞の成因別タイプ分類と年齢>

脳梗塞の成因は大きく分けて3つあります。

① 動脈硬化によって動脈の内腔が狭くなって血栓が詰まる「**アテローム血栓性梗塞**」

② 心房細動などの不整脈をもとに、心臓内に生じた血栓が血流によって脳に流れて脳動脈が詰まる「**心原性脳塞栓症**」

③ 脳の小動脈の壁が傷ついて閉塞する「**ラクナ梗塞**」

下の表に示す通り、平均70歳代に生じますが、注意すべきは40代の若い方にも起こっていることです。

全 185 人	アテローム血栓性梗塞 111 例	心原性脳塞栓症 60 例	ラクナ梗塞 8 例
年齢	41才～96才	45才～95才	60才～87才
平均	75才	78才	72才

<脳梗塞の危険因子>

脳梗塞で入院した患者の既往歴（以前にかかった病気）の明らかな164例について表に示します。

既往歴	アテローム血栓性梗塞 109 例	心原性脳塞栓症 55 例
脳梗塞	12%	2%
糖尿病（治療中、未治療合わせて）	28%	15%
高血圧（治療中、未治療合わせて）	28%	12%
心房細動（治療中、未治療合わせて）	1%	22%

動脈硬化を基盤にして生じるアテローム血栓性梗塞群では、動脈硬化を進める危険因子として悪名高い「**糖尿病**」と「**高血圧**」が当然多く認められます。一方、心原性脳塞栓症群では**心房細動**が多く認められます。これらの危険因子を持っている患者さんは、たとえ自覚症状が無くても「脳梗塞になる危険がある」と認識して、きちんとした治療を続けることが重要です。脳梗塞発症患者には、糖尿病や高血圧があることを知りながら放置（未治療）していた人が多く含まれています。

＜脳梗塞の転帰＞

退院後の転帰（どこへ退院したか）を表に示します。直接自宅へ退院できた人は、軽症のラクナ梗塞群では88%ですが、他の2群では3～4割だけです。3分の1の人が、回復期のリハビリテーション病院に転院しています。命を落としたり、寝たきりになった重症例が1～2割もあることに注意してください。

	アテローム血栓性梗塞 111 例	心原性脳塞栓症 60 例	ラクナ梗塞 8 例
自宅	41%	30%	88%
リハビリ病院	32%	33%	12%
施設	14%	7%	
療養病院	8% ¹⁰¹	8.5%	
死亡	4.5%	18%	

＜まとめ＞ 当院の入院患者のデータをもとに「脳梗塞」の成因、発症年齢、危険因子、入院後の転帰について説明しました。自分や家族が脳梗塞にならないように、**危険因子：糖尿病、高血圧、心房細動**を特に注意して治療を受けてください。

「脳血管疾患のリハビリテーションについて」リハビリテーション療法科 野島 千鶴

○脳血管疾患（脳梗塞・脳出血・くも膜下出血など）の主な症状として「運動麻痺」「感覚障害」「運動失調」「高次脳機能障害」「言葉の障害・嚥下障害」などがあります。

リハビリテーションでは個々の患者さんの症状に応じて「症状の回復を促すこと」「起き上がる・立つ・歩くなどの動作の回復を促すこと」「言葉・食事のリハビリ」などを行います。当院リハビリテーション療法科では理学療法士6名、作業療法士3名、言語聴覚士2名が勤務しており、3部門で脳血管疾患のリハビリテーションを実施しています。

○リハビリテーションの流れ

初期評価 患者さんの状態把握を行います



プログラム立案 評価に基づき、個々の患者さんに応じたプログラムの立案をします

リハビリテーション実施



※週1回、主治医・看護師・薬剤師・医療ソーシャルワーカーとカンファレンス（会議）を開き、患者さんのリハビリテーション進行状況に応じて今後の方向性（自宅退院・転院など）についてを検討します。

最終評価

＜転帰＞**自宅退院**（生活指導、福祉用具・介護サービス導入指導などを行います。）

転院（次の施設でのリハビリテーションへつなぎます。）

院内感染対策チーム(ICT)の活動とチームの中での薬剤師の役割 薬剤科 山村 翔

院内感染対策チーム (ICT) は、医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師から構成されるチームで、病院内での感染症の拡がりを防ぐことを目的に、主に①病棟回診、②サーベイランス (発生動向調査)、③感染対策の啓発活動を行っています。

- ① 病棟回診：毎週木曜日に実施しており、各病棟における感染症の発生状況を調査することで、病棟内で感染症を拡大させないために適切な対策がとられているか確認しています。また、必要な治療や検査が行われているかあわせて確認し、主治医にアドバイスしています。
- ② サーベイランス (発生動向調査)：病院全体の感染症の発生状況や抗生物質が効かない菌 (耐性菌) の出現状況、抗生物質の使用状況を月に1回の会議で報告しています。
- ③ 感染対策の啓発活動：病院スタッフ一人一人が感染対策に関する理解を深め適切な感染対策がとれるようにするために、全職員を対象とした講習会を開催しています。

こうした ICT の活動の中で薬剤師の主な役割は、治療に使われている抗生物質が適正に使用されているか評価することです。感染症の原因となる細菌に対して有効な抗生物質が選択されているか、使われている抗生物質の量が患者さんの体格や腎臓の機能に見合っているか、使われている期間が短すぎたり長すぎたりしていないかチェックしています。また、薬の効果を最大限に高めて薬の副作用を最小限に抑える目的で、患者さん一人一人に適した薬の量や投与する間隔を医師に提案したり、一緒に使われている薬と抗生物質が相互作用を起こす可能性がないかチェックしています。

今後も ICT の活動を通して、病院内の感染症の発生状況を把握し、患者さんが安心して治療を受けられる環境づくりに取り組んでいくとともに、感染症の薬物治療を支援していきたいと考えています。

★Interview★

細胞検査士

細胞検査士とは、患者さんから採取した検体に含まれる細胞に、がん細胞が含まれていないかどうかを検査するスペシャリストです。細胞検査士は、臨床検査技師の資格がなければ取得することができない日本臨床細胞学会認定の資格で、現在、日本全国では約 6,000 人が保有しています。当院には3名が在籍しており、1名が資格取得に向けて猛勉強中だそうです。

細胞検査とは、喀痰あるいは尿などの検体を採取し、その中に含まれる細胞を取り出し、顕微鏡で観察する為のガラスに塗りつけて標本を作ります。次に細胞を観察しやすくする為、特殊な染色液で細胞を染色して、顕微鏡で観察し、がん細胞の有無を判定します。判定は通常クラスⅠ～Ⅴの5段階に判定され、クラスⅠ～Ⅱのがん細胞や怪しい細胞の含まれないものは、細胞検査士が『陰性』と判定します。クラスⅢ～Ⅴのがん細胞や怪しい細胞が含まれると判定されたものは、病理医が最終的に判断します。

実際に検体として多いのは、子宮頸がんの検診や、近年増加傾向にある乳癌において、乳腺のしこりに針を刺して細胞を吸い取る穿刺吸引細胞診などで、部位ごとに病気の種類や細胞の構造も異なるため、熟練の技術による見極めが必要になるそうです。

当院はがん診療連携拠点病院に指定されていることから、細胞検査の検体は増加傾向にあり、1名在籍する病理医の負担を軽減する為にも、細胞検査士の役割はますます重要になっているそうです。また、病理医や臨床医との信頼関係やコミュニケーションも非常に重要だと話してくれました。

