Trinity
春日井市民病院情報誌
Vol.13　平成26年2月25日

救急部が移設、拡充しました！

救急部長（脳神経外科部長）
桑山　直人

地域医家の諸先生をはじめ、多くの医療機関の皆様には、日頃より当院の救急医療にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

当院に隣接する「春日井市総合保健医療センター」の整備に伴い、２月18日、「春日井市民病院救急部」が同センター１階に移設されました。

「第五次春日井市総合計画」では救急医療体制の充実が重要施策の一つとなっており、その一環として移設がなされたものです。

新救急部には、新たに専用のＸ線・ＣＴ装置や病床６床を備え、救急医療を拡充しました。

さらに６月には、市医師会が運営される「休日・平日夜間急病診療所」が、同センター内に移設、開設されます。それぞれの機能と特色を生かし、患者さんの容態にあわせて連携して対応する、全国的にも大変珍しい事例です。

現状、救急部を受診される方は年々増加しています。平成24年度の救急車受入件数は9,860件で、県内第１位、全国第８位です※。尾張北部医療圏における二次救急医療を確保するために、今後も当院患者の皆様にはかかりつけ医を持っていただくことをお願いしていくとともに、地域の医療機関との役割分担を進め、患者さんが安心して受診できる救急医療を目指してまいりますので、今後ともご理解ご協力を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

※平成24年度の救急車受入件数及び順位は、「週刊ダイヤモンド」2013年10月26日号より引用

Contents

・救急部が移設、拡張しました！
・脳梗塞の発症時刻と発見時刻は必ずしも一致しない
・神経内科と脳神経外科を移設しました！
・画像診断のコーナー
・お世話になります！新任医師紹介コーナー
・救急小話
・糖尿病食事療法について
・検査の話
・作業療法士からのお知らせ
・薬剤部Q&A

重症患者さんを救うために

無影灯 3 基、処置台 3 台を設置しており、
同時に 3 人の処置をすることができます。

救急処置室

救急病室

救急用に 6 室の病室を新たに設置しています。

処置観察室

これまでと同様に、 6 台のストレッチャーを設置
しています。

高度医療機器を身近に

X線・CT室

救急専用のＸ線撮影装置と16列マルチスライスＣＴ装置を、同じ部屋に配置しています。

受付と患者待合ホール

診療棟の内科待合室にもつながっており、待合スペースを有効に利用できます。

診察室

診察室を拡張しました。

入口（風除室）

入口の左側に休日・平日夜間急病診療所、右側に救急部があり、それぞれに案内用モニターを設置しています。

脳梗塞の発症時刻と発見時刻は必ずしも一致しない

神経内科専修医　**數田　知之**（写真左）
神経内科専修医　**遠藤　利洋**（写真中）
神経内科部長　　**寺尾　心一**（写真右）

脳卒中とは卒然として(急に)、脳が悪い風(邪風)の中、倒れる(当たる)という意味です。突然意識がなくなる、喋ることが出来ず、手足が動かせず、歩けなくなるなどの症状があります。がん、心臓病、肺炎に次いで日本における死因の第４位ではありますが、患者数は300万人以上、毎年30万人以上が新たに発病しています。春日井市の人口が約30万人であり、いかに患者の数が多いかが分かるかと思います。いったん発病すると、何らかの後遺症を残す場合が多く、手足の麻痺や言語障害などによって介護の面でも大変です。寝たきり患者の約３割は脳卒中の後遺症とも言われています。

患者が病院に救急搬送されると、まず脳の血管が詰まる脳梗塞なのか、脳の血管が破れる脳出血やくも膜下出血なのかを診断します。脳卒中の約80%が脳梗塞であり、どの病院でも治療ガイドラインに沿って、神経細胞の保護や血流改善のための点滴やリハビリテーションが行われます。その中でグレードA(行うように強く推奨する)の治療法が、脳血管に詰まった血栓を溶かして血液の流れを再開させるt-PA(組織プラスミノーゲンアクチベータ)静注療法です。米国では1996年から保険認可され、この治療法によって発病３か月後には脳梗塞による後遺症のない患者が1.5倍増加しました。わが国でも2005年10月から発病３時間以内の脳梗塞患者に保険認可され、その後2012年10月からは発病４時間30分以内にその適応が延長されています。しかし、この治療には過去に脳出血の既往がある、ないしは最近の手術や外傷があると使用できないなどの厳しい適正条件があります。心臓病や心房細動などで服用しているワーファリンも問題になり、本薬剤が使用できないことがあります。私たち神経内科では2009年から積極的に脳梗塞t-PA治療を行い、５年間で愛知県ナンバーワンとなる218名の患者に本治療を施行しました。これは発症24時間以内の急性期脳梗塞入院患者1831名の約12%に相当するものです。とくに昨年は年間71例もの多くの患者で治療を行い、この数は全国トップクラスであります。

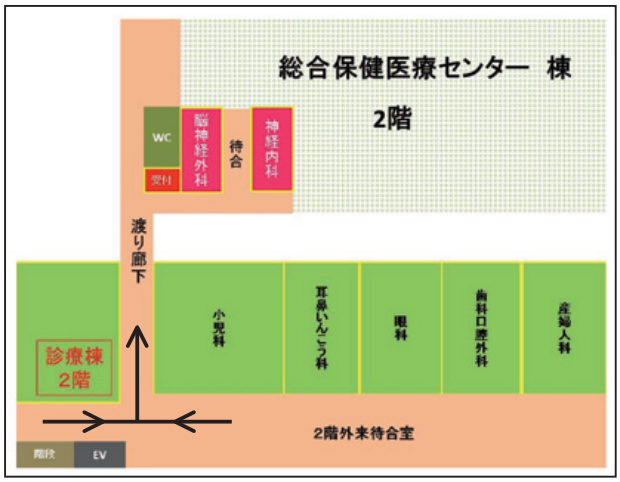
この治療を行うに当たって順守すべき事はたくさんあるのですが、最も重要なのが発病後４時間30分以内という点です。治療をした218例の患者が脳梗塞を発症した場所は、自宅が62%、施設内が７%、職場やゴルフ、パチンコなど外出中が23%、開業医受診中や病院内での発症が８%です。周囲に患者を目撃した人がいれば、何時何分ころから調子が悪くなったと発症時刻が同定できるのですが、なかなかそうもいかないのが現状です。外出先から嫁が帰宅したら母親が台所に倒れているのを発見し救急車を呼んだ、朝になっていつも起きてくる夫が起きてこないので部屋を見に行くと反応がなく動けないので救急車を呼んだ、たまたま実家を訪れた娘がいつもと違って呂律が回っていない父親を見て救急車を呼んだ、など多彩です。これらは普段と違う、おかしいと周囲の人が気づいた時刻、すなわち発見した時刻であり、脳梗塞を発病した時刻ではありません。発病からすでに何時間、何日間も経っている可能性もあります。

最終未発症確認時刻という言葉があります。これは周囲の人が、普段と変わりがない患者の姿を最後に目撃した時刻という意味です。たとえば、82歳の夫が前日夜11時にいつもと変わりはなく就寝したことを妻が確認している。その後、妻は別の部屋で寝たので夫の顔は見ていない。翌朝７時になっても夫が起きてこないので、妻が部屋を見に行

くと布団の中で反応がない、左手足を動かさない、動けない夫を発見した。すなわち最終未発症確認時刻が前日夜11時、発見時刻が朝７時になります。この場合は脳卒中の発症が夜間の就寝中であり、発症時刻が不明ということで、発症後４時間30分以内の脳梗塞t-PA治療は適応なしになります。そこで私たちがご家族に再度状況を聴取することになるわけですが、朝５時にトイレの水が流れる音を聞いた、バタンと扉を閉める音を聞いたなどの情報があれば、少なくとも朝５時までは自分でトイレに歩いて行けたことから脳梗塞は発症していないと判断できます。発病が５時以降であれば、病院に搬送され脳梗塞と診断がついて適正条件を満たせば、４時間30分以内のt-PA治療ができることになります。次は83歳の女性で、自宅の玄関で倒れているのを午後１時にたまたま訪問した近所の方が発見し搬送されました。独り暮らしで同居している家族は居ない。意識はなく会話も出来ず、右半身の麻痺がある。買い物袋が玄関にあり、どうも状況から近所のスーパーで買い物をして帰宅した後に倒れたと判断しました。目撃者はいませんが、本人の財布に同日午前11時40分のスーパーのレシートがあり、この時間を最終未発症確認時刻としました。娘に電話連絡をし、口頭で脳梗塞t-PA治療の同意をいただきました。最後にもう１例お示しします。午後１時40分に自宅の台所で倒れている86歳の祖母を、自宅に居た孫が発見し、午後２時20分に当院へ救急搬送されました。救急隊からは発症時刻不明の脳卒中と連絡がありました。意識がなく左半身の麻痺があり、検査の結果、脳梗塞と診断しました。同伴した嫁に発見時の状況を聞きましたが、自分は朝仕事へ行き昼間は自宅に居ないので状況は全く分からないが、普段から祖母はいつも昼12時に30分かけて昼食をするとのこと。そこで倒れている祖母を発見した孫と電話で話をしました。自分は夜勤仕事で朝に帰宅し自室で寝ていた、午後１時40分に祖母が台所で倒れているのを発見した。口の中に食事が残っていた、入れ歯は半分が床に落ち、残り半分は口の中にあり、湯呑みが床に落ちて割れていたという。この内容から、おそらく昼12時からの食事後に倒れたと推測され、発症は12時30分以降と判断し、午後３時30分からt-PA治療を施行しました。患者は翌日には意識は戻り、会話も可能、左半身の麻痺も改善し自分で歩けるようになり無事に退院されました。

このようにして目撃者がいない場合には、私たちは何とか知恵を絞り、発症時刻ないしは最終未発症確認時刻を同定しようと、まるで名探偵コナンのような気分で頑張るわけです。当院へ救急搬送されてから、脳梗塞と診断がついた段階で一刻も早くこういった最高の治療ができるような診療態勢を目標としてスタッフ皆で頑張っています。皆様には今回のお話の中で、発病時刻と発見時刻が必ずしも一致しないということが十分理解されたかと思います。今後何かの参考になれば良いかと思います。

神経内科と脳神経外科を移設しました！

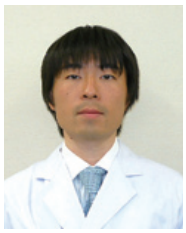


神経内科と脳神経外科は、1月14日(火)から総合保健医療センター棟２階へ移設しました。
皆様にはご不便をおかけしますが、よろしくお願いいたします。

画像診断のコーナー

クモ膜下出血を伴った静脈洞血栓症の１例

放射線科　**松田　和哉**



【症例】40代、女性　**【主訴】**痙攣

【現病歴】１週間前より頭痛、嘔気あり近医を受診。受診中に痙攣を起こしたため救急搬送されました。痙攣は初発です。救急外来での頭部単純CTにおいてクモ膜下出血(SAH)の可能性を指摘され精査することとなりました。救急外来での現症は、JCS-1、BP 149/61mmHg、SpO2 100%、瞳孔正円同大、その他明らかな神経学的所見は認めませんでした。

【既往歴】月経過多による貧血(ピル内服中)、気管支喘息、アトピー

【血液検査所見】(下線は異常値を示す。)

WBC13400/μL(3900-9800)、RBC 461×104/μL(427-570)、Hb 8.8g/dL(13.5-17.6)、Hct 30.5%(39.8-51.8)、PLT 7.8×104/μL(13.1-36.2)、CRP 2.9mg/dL(0.0-0.3)、APTT 24.4秒(25-40)、PT 12.6秒(10-13)(79.4%(70-130))、INR 1.16(0.0-1.0)、Fib 293mg/mL(170-410)、FDP 15μg/mL(0-4)、D-dimer 7.1μg/mL(0.0-1.0)

【画像所見】

CT(図１)：右中心溝に線状の淡い高吸収域を認め、左前頭葉白質はわずかな低吸収値を呈していました。

MRI：両前頭葉脳溝には線状のFLAIR画像高信号、T2*強調像低信号領域を認め、出血が示唆されました。更に周囲の皮質下白質はT2強調像で淡い高信号(図２)、拡散強調像高信号、ADC mapでは軽度信号上昇を呈していました。上矢状洞の一部にFLAIR画像軽度高信号、拡散強調像高信号領域を認め、T2*強調像では皮質静脈が拡張していました(図３)。頭部CTA(図４)、血管造影(図５)、MRV：いずれも上矢状洞の描出不良を認め、右横静脈洞も描出が不良でした。

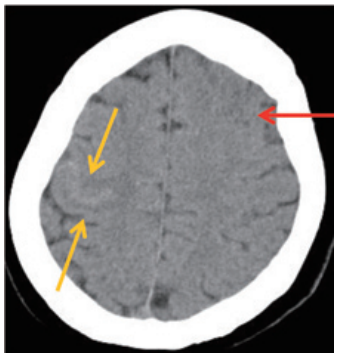


図１：右中心溝に線状吸収域、左前頭葉白質は淡い低吸収域を呈している。

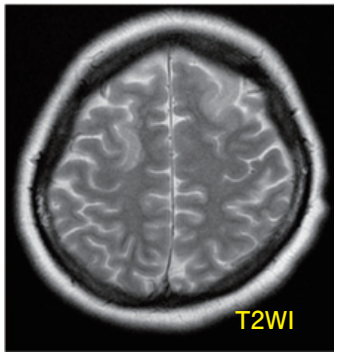


図２：両前頭葉皮質下白質は淡い高信号を呈している。

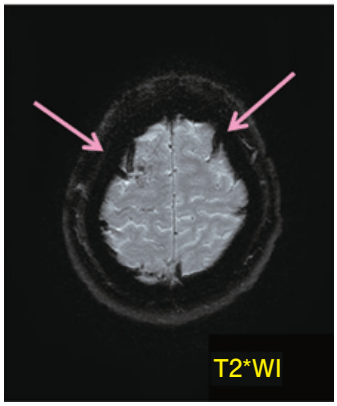


図３：皮質静脈が拡張している。

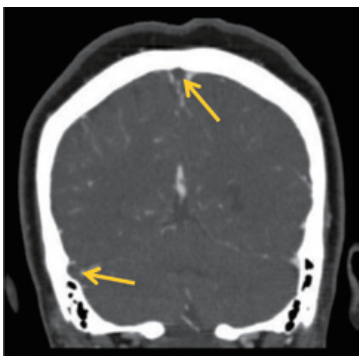


図４：冠状断像。上矢状洞、右横静脈洞に造影欠損領域を認める。

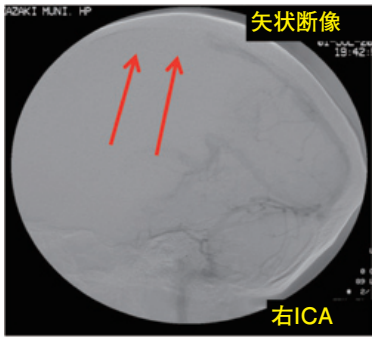


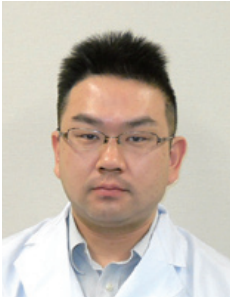
図５：上矢状洞の一部は描出が不良である。

【最終診断】静脈洞血栓症（上矢状洞、右横静脈洞（疑））、それに伴うSAH、浮腫
【コメント】静脈洞血栓症は硬膜静脈洞が血栓により狭窄あるいは閉塞し、静脈の還流障害により静脈圧が上昇することで生じる疾患です。リスクファクターとして凝固能の異常（妊娠、ピル内服中、DIC）、脱水、腫瘍、炎症の波及、外傷などで、約87％は何らかの基礎疾患を有すると言われています。症状は頭痛（約90％）、乳頭浮腫、麻痺、痙攣、意識障害など多彩で、臨床的に他疾患との鑑別が難しいといわれています。血栓の好発部位は上矢状静脈洞および横静脈洞で70～94％を占めます。合併症としては出血、静脈性梗塞（約50％）、硬膜動静脈瘻が挙げられ、硬膜動静脈瘻に関しては原因とも結果ともなりえます。

急性期には単純CTで血栓化した静脈洞が高吸収値を呈し、皮質静脈に血栓化が及ぶと脳表に沿って索状高吸収域を認めます（cord sign）。脳実質に異常のある場合、出血では高吸収、静脈性梗塞や出血周囲の浮腫は低吸収に描出されます。特に静脈性梗塞では動脈支配領域に一致しないのが鑑別点となります。静脈洞内の血栓は造影により欠損像を呈し、上矢状洞では特徴的なempty delta signを示します（30％程度）。MRIにおいては静脈洞内の血栓は多彩な信号を呈しますが、FLAIR画像で高信号を呈することが多いようです。側副血行路として髄質静脈や表在静脈の拡張がflow voidとして指摘できる場合があります。静脈性梗塞の主体は血管性浮腫であるため、急性期でも拡散強調像にて著明な高信号は示さないのが特徴です。ADCの亢進領域は可逆性ですが、低下領域は不可逆性のことが多く、病変の予後の予測に有用との報告があります。

若年者で脳梗塞や脳出血を見たら、本疾患も考慮し基礎疾患を含めて精査する必要があると考えられます。

お世話になります！新任医師紹介コーナー



佐藤　雄二　（２月着任）

耳鼻いんこう科　医長　平成13年卒
前任：名古屋第二赤十字病院
早く皆様方のお役に立てるよう、頑張りたいと思います。よろしくお願いいたします。

救急小話

CKDの高齢者へのSU剤投与、大丈夫ですか？

内科専修医　**石川　貴大**

【症例】90代、男性　**【主訴】**意識障害

【現病歴】入院の数日前から腹痛、下痢があり食事量はやや低下していた。近医に受診し、食事量が少ないため点滴を行って経過観察とし、またもともと内服していた経口血糖降下薬は入院２日前から中止にしていた。入院当日も点滴をしに近医を受診する予定であったが、朝布団の中で呼びかけに反応しない状態であり当院に救急搬送された。

【既往歴】心筋梗塞（バイアスピリン内服中）、糖尿病に関してはコントロールは十分ではなく、経口血糖降下薬による加療のみでは難しく、インスリンの導入をすすめられていたが本人の拒否が強くインスリン導入できず、SU剤の増量で経過をみていた。

【家族歴】息子：高血圧、家族内に糖尿病はいない。

【生活歴】自宅暮らし、食事は妻が作っている。酒：毎日ビール大瓶で１本、たばこ：なし

【内服薬】アマリール２mg/日、エクア100mg/日、リピトール10mg/日、バイアスピリン100mg/日

【入院時身体所見】意識：JCS100、GCS　E1V1M4、
呼吸：いびき様呼吸、体温：36度、血圧：166/80mmHg呼吸数：15回、SpO2：98%（room air）、眼瞼結膜：貧血なし、胸部：心音純、呼吸音清、腹部：平坦、軟、圧痛明らかでない、筋性防御なし、下腿浮腫：両側に軽度みとめる。

【入院時検査所見】
WBC 4200/μl、Hb 10.0mg/dl、Plt 10万/μl、AST27U/l、ALT 19U/l、LDH 257U/l、BUN 26.3mg/dl、Cre 1.66mg/dl、Na 142mEq/l、K 3.6、Cl 109mEq/l、TP 6.3g/dl、Alb 3.7g/dl、CRP 0.72mg/dl、BS 40mg/dl、HbA1c 8.7%、インスリン12μU/ml、血中CPR 4.9ng/ml、静脈血液ガス検査ではアシドーシスは認めない。

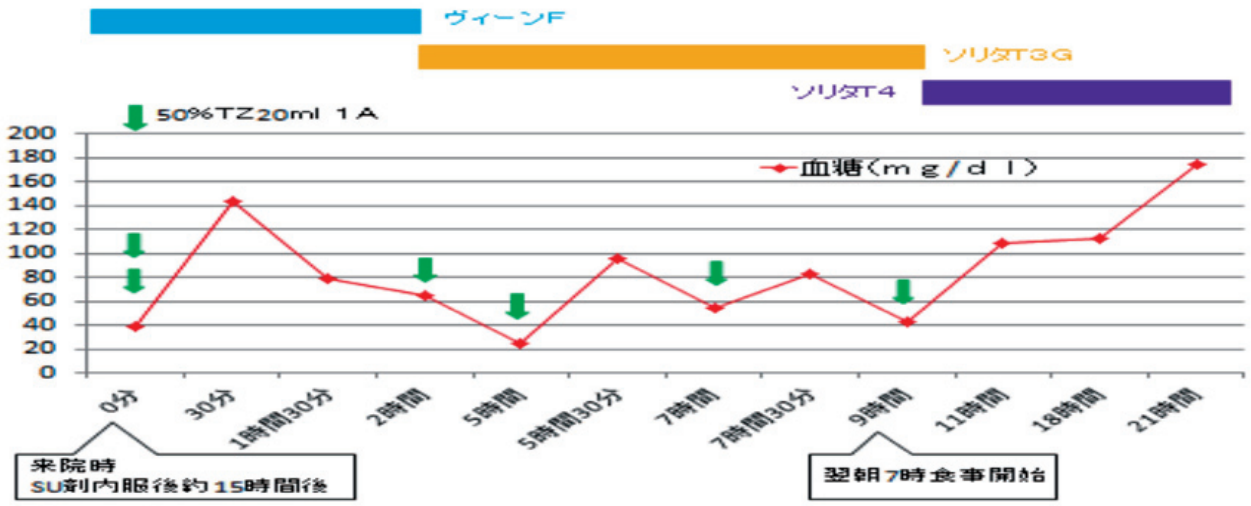
【入院後の加療内容】

救急搬送時の血糖は40mg/dlと低く、50%ブドウ糖40mlの静脈注射にて意識は速やかに改善したため、意識障害の原因は低血糖と診断した。SU剤内服中の患者であり遷延性低血糖になる可能性を考慮し入院加療とした。

本症例では、入院数日前からの食思不振と、腎機能低下がSU剤による低血糖の原因と考えられた。入院後はビーフリード500mlに50%ブドウ糖20ml入れたものを点滴しながら経過観察したが、SU剤は入院の２日前から中止されており、入院翌日に点滴終了し食事のみでさらに１日様子をみたが低血糖になることはなく退院とした。

本症例では食欲不振と腎機能低下がSU剤による低血糖を引き起こした原因と考えられる。低血糖時の血液検査でも、血中のインスリンとCペプチドは低下していなかった。本症例では入院の２日前にSU剤が中止されていたが、低血糖時の血中Cペプチド高値であったことからSU剤の効果は続いていたと考えられる。

本症例ではないが、腎機能低下していた高齢者のSU剤による低血糖治療の一例（次頁グラフ参照）を示す。この症例では来院時ですでにSU剤内服から15時間経過していたが、入院してからも低血糖発作を繰り返し、入院９時間後まで血糖の補正が必要であった（SU剤内服から24時間）。また、糖尿病でない患者のSU剤誤投与の際はSU剤内服から約47時間ブドウ糖での低血糖が必要な症例も経験した。



以上のようにSU剤による低血糖は遷延しやすいため、SU剤内服患者が低血糖発作を起こした場合は注意が必要であり、基本的には入院による加療が必要であると考えられる。

本症例ではかかりつけ医は血糖コントロール不良であったこと、腎機能低下していたことから患者にインスリン治療の必要性を説明していたが、患者がインスリン治療を拒んだため仕方なくSU剤を増量していた。インスリンの導入には今回のようにインスリン注射自体に対する拒否や、高齢者でありインスリン自己注射の手技が覚えられない場合や、認知症が強い場合など様々あり、高齢化が進む現在このようなケースは増加し、今後の糖尿病診療の課題になっていくと思われる。

糖尿病食事療法について

栄養管理室

平成25年11月１日に「糖尿病食事療法のための食品交換表　第７版」が発行されました。

前回からおよそ10年ぶりの改訂となりますが、基本原則のエネルギー制限、三大栄養素のバランスには変わりありません。

今回の改訂のポイントは、糖尿病の治療目的で治療ガイドを引用し食事療法の重要性について説明されており、インスリン分泌と血糖コントロールの表が加わっています。また、６つの食品グループの炭水化物を含む食品についての表現が「主に炭水化物を含む食品」から「炭水化物を多く含む食品」と変わりました。食品分類表では１単位(80Kcal)あたりの栄養素の平均含有量が変更されています。

そして、１日の指示単位に単位配分例として、食事に占める炭水化物の割合が60%・55%・50%の３段階で示されていることが第６版との大きな違いです。55%・50%の場合は相対的なたんぱく質や脂質の摂取過剰につながるため注意が必要であることも記載されています。交換表の表紙裏には、自分の身長、標準体重、BMI、指示エネルギー量、単位配分を記入できるページも付け加えられました。

その他に、これまで脂質が１単位中に５g以上、食塩が１単位中に１g以上含まれている食品にはマーク付けがされていましたが、これに食物繊維が多く含まれている食品(表１(穀物・いも・炭水化物の多い野菜と種実・豆(大豆を除く))、表２(くだもの)、表３(大豆とその製品など)のなかで１単位中２g以上含まれているもの)にも新たにマーク付けが表記されるようになりました。また、これまで別冊として「食品交換表を用いる糖尿病食事療法指導のてびき」にあった内容が交換表内のコラムとして挿入されています。

検査の話

分子標的治療薬と病理検査

臨床検査技術室　**加藤　浩**

＜はじめに＞

分子標的治療とは、増殖因子受容体やシグナル伝達物質などの標的分子を特異的に阻害する治療法であり、分子標的治療薬には低分子化合物と抗体医薬がある。分子標的治療によって個別化治療が実現する可能性が高まる。そのためには治療薬の効果予測や安全性担保に有力なバイオマーカーの解明と精度の高い検査技術が必要である。一方、病理医が行う分子病理診断には、診断の補助（悪性度診断と予後の予測、鑑別診断、腫瘍の病理学的分類など）と、分子標的治療の適応決定に用いるコンパニオン診断がある。

＜分子標的治療における病理検査の役割＞

一般名（商品名）	バイオマーカー	検査法
ゲフィチニブ gefitinib（イレッサ）	*EGFR 遺伝子変異*	遺伝子検査
エルロチニブ erlotinib（タルセバ）	*EGFR 遺伝子変異*	遺伝子検査
ラパチニブ lapatinib（タイケルブ）	*HER2 過剰発現*	免疫組織化学染色検査
イマチニブ imatinib（グリベック）	*Kit（CD117）陽性* *フィラデルフィア染色体陽性* *BCR-ABL 遺伝子陽性*	免疫組織化学染色検査 染色体検査 遺伝子検査
ダサチニブ dasatinib（スプリセル）	*フィラデルフィア染色体陽性* *BCR-ABL 遺伝子陽性*	染色体検査 遺伝子検査
ニロチニブ nilotinib（タシグナ）	*フィラデルフィア染色体陽性* *BCR-ABL 遺伝子陽性*	染色体検査 遺伝子検査
セツキシマブ cetuximab（アービタックス）	*EGFR 陽性* *KRAS 遺伝子野生型*	免疫組織化学染色検査 遺伝子検査
パニツムマブ panitumumab（ヘクティビックス）	*KRAS 遺伝子野生型*	遺伝子検査
トラスツズマブ trastuzumab（ハーセプチン）	*HER2 過剰発現*	免疫組織化学染色検査
リツキシマブ rituximab（リツキサン）	*CD20 陽性*	免疫組織化学染色検査 フローサイトメトリー法
クリゾチニブ crizotinib（臨床試験第Ⅲ相）	*EML4-ALK 遺伝子陽性*	遺伝子検査

＜分子標的治療薬の適応判定に使用されるバイオマーカーとその検査法＞

乳がんのER（エストロゲンレセプター）、PgR（プロゲステロンレセプター）の発現は、エストロゲン拮抗薬（商品名：ノルバテックス）など内分泌療法で使用の根拠となる。一方、HER-2（ヒト上皮細胞増殖因子受容体２型：human epidermal growth factor receptor type2）は、乳がんの細胞膜に発現し強発現は、抗体医薬トラスツズマブ（商品名：ハーセプチン）による分子標的治療薬の治療効果や予後を予測するバイオマーカーとして重要である。2011年３月には、乳がんに加え胃がんにもトラスツズマブの適応が拡大された。当院においても浸潤性乳がん全例と2013年５月からは、胃がん症例に対し全例HER-2の過剰発現の検索を行っている。

大腸がんによるEGFR（上皮成長因子受容体：epidermal growth factor receptor）の発現は、EGFR阻害剤であるセツキシマブ（商品名：アービタックス）の使用根拠となるが、遺伝子検査でK-rasの変異がないことの確認が副作用を防止し、効果的な患者選択をするのに重要である。当院では、外注検査で行ってい

るが、採算ベースに乗るようになれば院内で行うようにしていきたい。

B細胞性リンパ腫は、抗CD20抗体であるL-26がB細胞性リンパ腫の診断に重要であるとともに、リツキシマブ(商品名：リツキサン)の使用根拠になる。当院では、B細胞性悪性リンパ腫の診断として使用されることが多い。

c-kit遺伝子産物であるKITは、消化管の間葉系腫瘍(GIST：gastrointestinal stromal tumor)の95%以上に発現しており、その発現を免疫染色で確認することはGISTの診断にきわめて重要である。さらにGISTでみられるc-kit遺伝子変異の多くは分子標的医薬であるイマチニブ(商品名：グリベック)で著明に活性が抑制されることから、KITの発現および治療において極めて重要である。

進行した未分化リンパ腫キナーゼ(ALK)陽性の肺がんは、ALK阻害剤であるクリゾチニブ(商品名：ザーコリ)の使用の根拠になる。

これらの発現は、病理検査室で免疫組織化学法(IHC法:immunohistochemistry)を行うことで検索できる。しかし、IHC法は、ホルマリン固定パラフィン切片を用い、抗原抗体反応によって組織上の特定分子の発現や局在を知る方法であるため、厳しい条件や精度管理が求められる。固定液は、10%中性緩衝ホルマリン、固定時間は6～48時間、切片の厚さは4 μmが推奨されている。当院では大腸がんなどで、手術当日に一部のがん組織を切り出し48時間内にパラフィンブロックにするなど検体の質的保持を行なっている。

＜分子標的治療薬と病理検査の展望＞

病理検査は、がん治療で不可欠な臨床検査となっている。腫瘍によってネオアジュバンド療法やアジュバンド療法が行われている現在、病理診断は患者の生死を左右するといっても過言ではない。また、がん治療では耐性の出現により新たな治療薬が開発され、それに伴い検査方法、検体の質を保持するための固定法、検体保存など新たな体制が必要になってきている。

作業療法士からのお知らせ

リハビリテーション技術室
作業療法士　**加藤　友美**

当院作業療法士の業務

「作業療法」と聞くと、「作業＝何かを作る」と思われる方が多いと思います。実際、私たち作業療法士は、日常生活の諸活動や仕事・遊びなど人間の生活全般に関わるすべての諸活動を「作業活動」と呼び、「作業療法」とは、治療や援助もしくは指導の手段となるものを指します。そのため、機能低下や欠損した部分の回復のために、患者さんの興味・関心のある「作業」を探し出し、やり方の変更や道具の工夫・考案、福祉用具や社会資源の活用などによって訓練に繋げています。

当院の作業療法は、4名のスタッフで主に急性期のリハビリテーションにおける作業療法部門を担当しております。入院治療では、神経内科・脳神経外科医の指示のもと脳血管障害や神経変性疾患を主に、早期離床、意識障害の改善、安静臥床による二次的合併症・廃用症候群の予防、運動機能障害や高次脳機能障害などに対するリハビリテーションを実施しています。そして、その他の診療科からは廃用症候群予防やADLの低下予防での依頼が増加傾向にあります。また、乳がんの周術期のリハビリとして、術前評価、術後の可動域訓練、リンパ浮腫予防についての説明、ADL動作の指導も行っています。

当院作業療法の特色

当院には、日本手外科学会の手外科専門医である整形外科医が勤務しており、外傷の切断指再接着や骨折からリウマチの手及び手関節の変形の手術まで実施しています。早期から整形外科医と連携し、専門的な知識・技術のもとに治療を実施し、損傷手の機能回復を目指すとともに「Useful Hand」(「実際に使えることのできる手、使える手」)として患者さんの日常生活や仕事内容を考慮しながら訓練を行っています。一般的に手外科領域のリハビリテーションを「ハンドセラピィ」といって専門的知識と経験が求められる分野となっ

ており、臨床場面では作業療法士が骨折や腱損傷などの症例を担当する機会が増え、ハンドセラピィが作業療法の中で重要な領域の一つとして位置づけられるようになりました。当院では、重症例でない限り外来にて訓練を実施しています。そのため、入院と違い医師や作業療法士の監視下で行う訓練は限られるので、術後の良肢位や浮腫の予防、自主訓練方法、禁忌事項の説明を早期より徹底していかなくてはいけません。一般に訓練として、温熱療法や関節可動域訓練、筋力訓練がありますが、ハンドセラピィの中ではスプリント療法も治療の一手段です。患者さんの回復段階に合ったスプリントを提供することで、自宅でも有効に自主訓練していただくことができます。義肢装具士による装具を装着して頂くこともありますが、作業療法士が作製するスプリントは、装具よりも軽装で安価、短時間で作製可能な簡易的な装具のため必要に応じ評価をして作製しています。

術前や術後早期の治療・ある一定期間のリハビリを実施していますが、当院での治療が短縮化されている現在では、機能回復に継続的なリハビリが必要な患者さんに対して、地域連携も視野に入れていくことは今後の課題だと考えています。

スプリント療法の目的

1. 炎症や術後組織、感覚異常のある部位を固定・安静・保護
2. 変形・拘縮の予防
3. 変形・拘縮の矯正
4. 筋の麻痺、筋力低下によって失われた機能の代償
5. 再建術後の手の機能のシミュレーション

スプリント例

図１：PIP関節屈曲拘縮に対するスプリント

図２：カックアップスプリント

薬剤部　Q＆A

薬剤科　**坂田　洋**

Q：疼痛管理のためにオキファスト注をシリンジポンプで使用している患者が退院する際に、そのままシリンジポンプをつけて退院させることは可能か？

A：在宅で麻薬注射を使用する場合には、

1．流速が変更できないこと
2．取り出せない構造になっていること
3．レスキュードーズを変更できない構造で確実にインターバルがとれること

の規定があります。

したがって、麻薬入りのシリンジポンプをつけたまま帰ることや輸液の中に混合して退院することはできません。注射剤で退院する場合はPCAに入れるかPCA機能付きの輸液ポンプ（当院では口腔外科が使用）を使用して帰っていただくことになります。外泊や外出時も同様で、麻薬注射を通常の輸液ポンプを使用して施行している患者が、病院敷地外の管理できない範囲に出ることは不可能です。

春日井市民病院
Kasugai Municipal Hospital

〒486-8510　春日井市鷹来町１-１-１
TEL 0568-57-0057（代表）
FAX 0568-57-0067

ホームページ　http://www.hospital.kasugai.aichi.jp/
インターネット予約
https://www.hospital.kasugai.aichi.jp/byoshin/
地域連携ステーション　TEL 0568-83-9924
FAX 0568-82-9345

Trinity　Vol.13
発行日　平成26年２月25日
発行元　広報委員会

春日井市民病院
ホームページ