

スクラム

scrum

◆ 腰背部痛のある方に 骨密度検査の勧め ◆

当院の整形外科の入院患者は、骨粗鬆症に伴う胸腰椎圧迫骨折と大腿骨近位部骨折の患者さんが多くを占めています。特に最近では、転倒や尻もちなどの明らかな原因がはっきりしない胸腰椎圧迫骨折の患者さんが増加しています。このような方でも、よくお聞きするとかなり以前から軽度の腰背部痛があった方が多いのですが、ほとんどの方が骨密度検査を受けておられません。これほど骨粗鬆症による骨折が増加していても検査を受けないのは、「自分だけはだいじょうぶ」という正常化バイアスが働いているものと思われます。



整形外科長 森川 精二

圧迫骨折の患者さんに対しては保存療法を主として行い、地域包括ケア病棟を利用することで在宅復帰を目指しておりますが、なにぶん高齢でもあり、施設入所となる方も少なくありません。寝たきりとなれば死亡率も増加しますし、医療費や介護にかかる費用も莫大です。骨折してからの治療より、骨粗鬆症を早期発見し治療を行うことで骨折を発生しにくくすることが大切と考えています。

金沢市では、医師会の先生方のご協力を得てすこやか検診による骨粗鬆症の早期発見に努めているところですが、有病者は10人に1人とされており、検診ですべての有病者を検査するには至らないのが現実です。検診受診歴が無く腰背部痛の訴えのある患者さんには、骨密度検査を行うように勧めていただけるとありがたいです。当院では、DXA法による骨塩定量検査を腰椎と大腿骨近位部の2か所で行い骨粗鬆症の評価を行っています。検査は受診当日に可能ですので、すこやか検診精査依頼以外にもお気軽にご紹介いただければと思います。

治療におきましては、骨折が切迫している場合にはテリパラチドのような骨形成作用の強い注射剤の投与をまず行い、その後他剤に切り替える方法を中心に、年1回、半年に1回、月に1回、週に1回、毎日といった各種薬剤を取り揃えて、患者さんのニーズにあった治療に心掛けていますのでご相談いただければ幸いです。

◆ 脳血管内治療（血栓回収術） について ◆

脳神経外科医長 南出 尚人



脳卒中、特に脳梗塞治療においては最近の進歩は著しく、発症からできる限り早く治療することが良好な成績につながるということが明らかになりました。

rt-PAの静注療法については、2012年より適応が**発症4時間半**までに延長になりましたが、脳主幹動脈閉塞症の場合の成績が悪く、新たな治療法が模索されておりました。

2015年に多施設共同研究の複数の論文が発表され、脳梗塞治療が一変しました。**発症6時間以内**であれば、内頸動脈や中大脳動脈などの**脳主幹動脈閉塞症の場合には、脳血管内治療（血栓回収術）**を行うことで、劇的な治療成績の改善がみられることが明らかになりました（90日後のmRSを1改善するためのnumber needed to treatは2.6人）。また、最近の報告では、たとえ**発症24時間以内**であっても側副血行が保たれている場合は、脳血管内治療を行うことで、症状が改善することも判明しました。

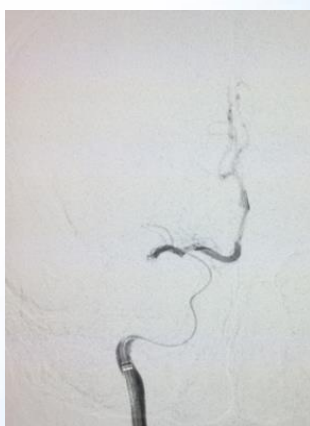
①**病院前**：脳卒中をいち早く察知し、当院などの脳卒中専門病院へ救急搬送して頂く。

②**病院**：当院では24時間体制でCT、MRIを行い病態把握し、rt-PAを投与し、脳主幹動脈閉塞症の場合は、**スタッフ全員**で血栓回収術開始までの時間短縮に努力しております。

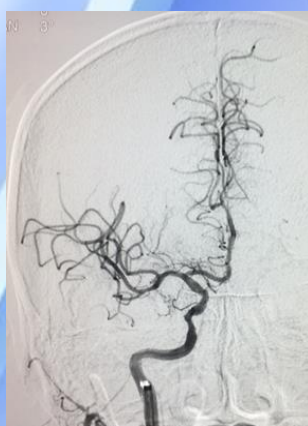
③**脳血管内治療**：手技時間を短く、一回の手技で再開通させるように工夫しております。

上記の②、③の**時短を目指し、病院全体**で取り組んでおります。当院では**血栓回収術で約30例**治療しており、**17例（57%）**で日常生活が自立した状態（mRS0-2）にまで改善がみられました。

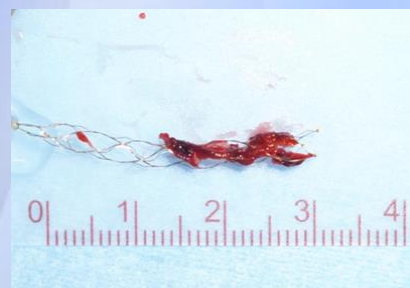
当院では**脳神経外科専門医3名**で対応し、**脳血管内治療専門医**や**脳卒中専門医**も在籍しており、すべての脳卒中に対し高度な医療を提供しております。患者さんのご紹介をどうぞ宜しくお願いいたします。



治療前



治療後



回収された血栓

◆ 下肢閉塞性動脈硬化症の 早期発見について ◆

循環器内科長 関口 芳輝

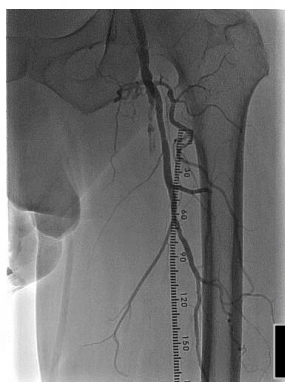


超高齢化社会に伴い動脈硬化性疾患は増加の一途を辿っています。下肢閉塞性動脈硬化症(ASO)もそのうちのひとつであり、65歳以上の有病率は3～6%で、加齢とともに増加します。加齢のほかに喫煙と糖尿病がリスクファクターとして影響が大きいことが分かっています。

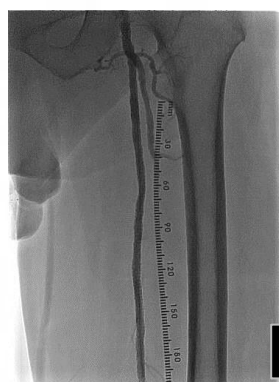
典型的な症状は血流低下による下肢骨格筋の虚血症状であり、歩行時の間歇性跛行がよく知られていますが、ADLの低い方の場合訴えない場合も少なくありません。予後は悪く、症状の安定した場合でも1年間の死亡率は4%、また診断されてから1年以内に閉塞血管の治療が必要になるリスクと心筋梗塞や脳梗塞などの心血管イベントを起こすリスクは同等と言われています。冠動脈疾患の10%以上でASOの合併があり、反対にASOの25～70%に冠動脈疾患、20%に頸動脈狭窄があるとされています。

これらのことからASOは全身の動脈硬化性疾患の氷山の一角と考えるべきであると言えます。また、一見関係ないように思われますが骨粗鬆症によってASOになるリスクが上昇し、逆にASOでは骨粗鬆症になりやすくなるという研究結果もあります。このように成人でよくみられる疾患との合併が多く、診断に至らない潜在的なASOもかなり多いと推測されます。動脈硬化危険因子の是正によって予後が改善することは明らかになっており、介入のためにまずは発見することが最も重要です。

ABIという簡便で侵襲のない検査で発見することが可能であり、高齢、喫煙、糖尿病の危険因子がある場合ぜひ検査を施行することをお勧めします。ABIでASOが疑われた場合次の検査は画像診断であり、造影CTがもっとも一般的ですが、造影剤を使わないMRアンギオグラフィーで精確に診断できるケースもありますので、お気軽にご相談下さい。



治療前



治療後



◆ 特発性肺線維症の治療について ◆

呼吸器内科医長 市川 由加里



特発性肺線維症（Idiopathic Pulmonary Fibrosis : IPF）は特発性間質性肺炎の中でも最も予後不良で、かつ難治性の疾患です。肺の線維化が進展し呼吸機能が徐々に低下していきます。IPFの治療では肺の線維化を抑制し、呼吸機能の低下を抑えることにより、病気の進行を防ぐことが目標と考えられています。現在、抗線維化薬は2種類あり、2008年よりピレスパ®（ピルフェニドン）、2015年よりオフエブ®（ニンテダニブ）が使用できるようになりました。副作用として、ピレスパ®では光線過敏症、消化器症状（食欲不振、嘔気など）、肝機能異常などがあります。光線過敏に対しては日焼けをしないよう十分指導すれば予防できることが多く、消化器症状に対しては胃腸機能調整薬併用にて治療を継続することができます。オフエブ®では下痢がみられますが、止痢薬を併用し対処しています。

間質性肺炎の診療において、まず原因となる膠原病や吸入抗原、薬剤などがないか問診・診察を行います。血液検査、画像検査（胸部X線、胸部CT）、気管支鏡検査を行い、動脈血ガス分析、呼吸機能検査、6分間歩行試験にて重症度を評価した上で、抗線維化薬あるいは他の薬剤（ステロイドや免疫抑制剤）が必要なのかを判断しています。抗線維化薬は高額な薬剤ではありますが、軽症でも一定の条件を満たせば、医療費助成制度が受けられますので、十分説明した上で治療を行っています。

咳嗽や呼吸困難が持続する場合や、無症状でも胸部X線写真上、特に両下肺野の陰影が増強してきたり、聴診上、背部に捻髪音が聴取されたりする場合には、呼吸器内科にご紹介いただければ幸いです。適切な診断・治療を行いたいと思いますので、今後ともよろしくお願いいたします。



2019.9.14～9.16

第8回ホスピタルギャラリー（病院が美術館になる日）を開催しました。たくさんの方から素晴らしい作品の応募をいただき、1階ロビーが安らぎの空間となりました。

金沢市立病院 地域連携室

TEL:245-2626（直通） FAX:245-2693（直通）

お問い合わせ・ご予約などお気軽にご連絡ください。

<http://kanazawa-municipal-hosp.com/>