

『名古屋セントラル病院』ニュース 夏 2021

膵がん簡易検査を実施しております

膵がんは、自覚症状に乏しく、一般的な健康診断や人間ドック等の検査では早期診断が難しいとされています。当院では、膵がんの早期診断や治療ができるよう、「膵がん簡易検査」を実施しております。

簡易検査をもとに、患者様それぞれに適した「治療」から「フォローアップ」までを提供すべく、新たに「膵・胆道疾患センター」を開設いたしました。診療科だけではなく、看護師や技師などコメディカル部門も含めた横断的なチームで患者様を診てまいります。

糖尿病や慢性膵炎の患者さん、ご家族に膵がんを患ったことのある患者さん、膵嚢胞を指摘されたことのある患者さんなどに、当院の検査をお勧め頂ければ幸いです。今後とも病診連携医の先生方より患者様のご紹介をお願いいたします。



中尾院長が「プロフェッショナル 仕事の流儀」へ出演！



当院の中尾院長がNHK「プロフェッショナル 仕事の流儀」へ出演する予定です。膵がん治療法のパイオニアである中尾院長に密着取材した様子が放送されます。ぜひご覧ください！

【放送日時（予定）】

2021年9月7日（火） 22:30～23:15（NHK総合）

※日時は変更になる可能性がございます。

放射線治療の新装置導入について

★新装置（VersaHD）を導入いたします。

2022年4月より、新たに放射線治療装置「VersaHD」を導入いたします。従来、当院で使用してきた装置に比べて広範囲且つ高精度に照射することができるため、放射線治療の幅が広がります。具体的には、乳がん・食道がん・直腸がん等、今までお断りさせていただいていた治療も可能になる予定です。



(VersaHD)

★新装置導入に伴い、放射線治療医による診察・治療を一時休止いたします。

期間：2021年9月～2022年3月

今号の主な内容

◆2面「甲状腺疾患の手術療法:手術適応とACTIVE SURVEILLANCE」

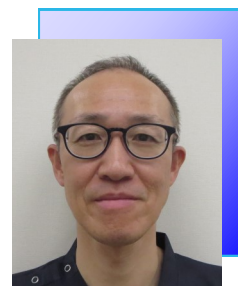
乳腺・内分泌外科 科長 小林 宏暢

◆3面「脳梗塞総論」 脳神経内科 科長 後藤 敦子

第103回 病診連携勉強会

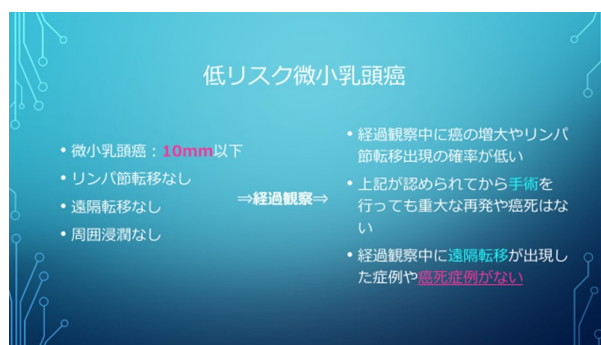
甲状腺疾患の手術療法:手術適応とACTIVE SURVEILLANCE

乳腺・内分泌外科 科長 小林 宏暢



令和3年4月20日（火）、病診連携システム登録医の先生方をお招きして勉強会を開催いたしました。勉強会の内容をまとめましたので、以下にご紹介いたします。

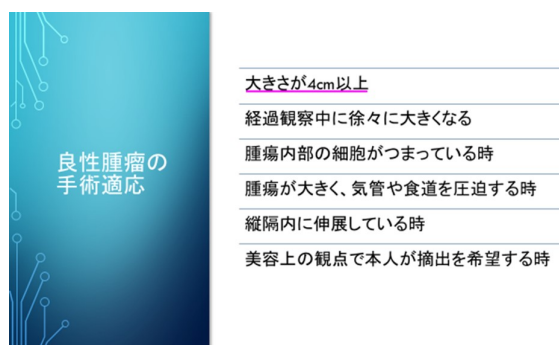
甲状腺乳頭癌は予後の良い癌として知られており、10年生存率は98%である。しかし、甲状腺乳頭癌の中にも予後の悪い癌も存在する。予後因子としては年齢、癌の大きさ、癌の被膜浸潤、遠隔転移の有無である。10mm以下は低リスク微小乳頭癌と言われ、その後増大や遠隔転移を起こす確率が低い。そのため最近では専門施設などで慎重なフォローのもとで手術を行わずに経過観察も推奨されている。腫瘍が大きなものや遠隔転移が存在する場合は高リスクに分類され、手術療法が必要となる。



(図1)

甲状腺乳頭癌は20歳代から増加するが若年型甲状腺癌は予後がよく、死亡リスクは極めて低い。そのため、特に小さな腫瘍については積極的に検査診断は行わず経過観察のみとすることもある。

腺腫様甲状腺腫や濾胞腺腫なども手術を行う場合がある。その適応は4cm以上、腫瘍が縦隔内に伸展している、美容上の観点からなどである。甲状腺腫瘍の良悪性診断は困難な場合も多く、手術により腫瘍を摘出し病理学的検査を行うことも重要である。



(図2)

バセドウ病の手術は減少傾向にあり、治療の基本は薬物療法である。しかし治療が長期にわたることが多く、再発した場合や薬剤の副作用で治療が困難な場合は手術療法が選択される。そのほか、妊娠希望や学生、海外出張前、離島在住など早期に治療希望の場合は手術を行う。術式は甲状腺全摘術が選択されることが多い。

甲状腺手術は一般的に比較的短時間で終わることができ、体への負担も少ないため回復も比較的早い。片葉切除手術は2時間、全摘手術は3時間。出血量は100ml以下のことが多い。バセドウ病や広範囲のリンパ節転移を伴う手術、縦隔まで及ぶ巨大な腫瘍などは長時間手術となり、出血量も多くなる。

甲状腺手術の合併症は嗄声(反回神経麻痺)、術後出血、副甲状腺機能低下症などがある。反回神経麻痺の頻度は3-5%で大きな声が出にくくなるなど術後生活に大きな不利益をもたらす。術後出血の頻度は1%で24時間以内に発症することが多く、早急に対応しなければ気道閉塞をおこし死亡する可能性がある。

今後とも名古屋セントラル病院へ患者様のご紹介をよろしくお願いいたします。



第104回 病診連携勉強会

脳梗塞総論

脳神経内科 科長 後藤 敦子^{ごとう あつこ}

令和3年6月15日(火)、病診連携システム登録医の先生方をお招きして勉強会を開催いたしました。勉強会の内容をまとめましたので、以下にご紹介いたします。

脳卒中は寝たきりになる疾患の第1位です。NINDS-IIIによる脳梗塞の分類には、血栓性、塞栓性、血行力学的といった機序分類があります。血行力学的梗塞は、血圧低下や脱水などが生じると、近位部に閉塞や高度狭窄を有す脳動脈の遠位側が虚血状態に陥る病態です。臨床病型分類としては、アテローム血栓性梗塞、心原性脳塞栓症、ラクナ梗塞があります。

アテローム血栓性梗塞と心原性脳塞栓症の基礎疾患を比較します。前者では、高血圧・糖尿病・脂質異常症・喫煙などがありますが、後者では心疾患、時に心房細動が多く、近年高齢者の心原性脳塞栓症の原因として増えています。

アテローム血栓性梗塞の約半数では前駆症状として一過性脳虚血発作(TIA)を来すため、TIA後の脳梗塞発症の危険度の予測として、ABCD²スコアの使用が勧められています。特に、TIAの症状に言語障害や片麻痺があり、症状の持続時間が長く、高血圧や糖尿病の基礎疾患があると脳梗塞発症の危険度は上昇し、ABCD²スコアが6-7点の場合は要注意です。アテローム血栓性梗塞だけでなく、TIAの急性期にはアスピリン160~300mg/日の投与が強く勧められています。

脳梗塞急性期の治療として、収縮期血圧>220mmHg または拡張期血圧>120mmHgの高血圧が持続する場合は、大動脈解離・急性期心筋梗塞・心不全・腎不全などを合併していない場合に限り、慎重な降圧療法を行います。

非弁膜症性心房細動(NVAF)患者における脳卒中発症の予防として、ワファリンを使用する場合、一般的にはPT-INR 2.0~3.0が勧められますが、70歳以上では、1.6~2.6にとどめることが勧められています。近年、NOAC(非ビタミンK阻害経口抗凝固薬)の使用が普及してきています。

脳梗塞の評価スケールについてです。急性期の意識障害評価スケールには、JCS (Japan Coma Scale)やGCS (Glasgow Coma Scale)があります。機能予後の評価スケールを示します。神経学的異常の要素と程度の評価を行うNIHSS (modified NIH Stroke Scale)、運動麻痺の評価を行うBrunnstrom stage。ADLの評価スケールとして、Barthel IndexやFIM (Functional Independence Measure)、mRS (modified Rankin Scale)等があります。

最後に、静脈血栓溶解 (rt-PA)療法について、発症から4.5時間以内の脳梗塞患者に施行しますが、禁忌や慎重投与のチェックリストを提示しました。起床時に言語障害や麻痺を自覚された場合は発症時期が不詳のため適応外になります。

脳梗塞発症の急性期患者さんはまず近くのクリニックを受診されることが多いと思います。ご参照頂ければ幸いです。今後ともどうぞ宜しくお願いいたします。

(図1)

一過性脳虚血発作 TIA (transient ischemic attack)

- (1) 臨床症状
24時間以内に消失する、脳または網膜の虚血による一過性の局所神経症状
- (2) 画像所見
画像上の梗塞巣の有無は問わない。
* H-MRI拡散強調画像 (DWI)で新鮮病巣を認める場合は「DWI陽性のTIA」とする

ABCD ² スコア	0点	1点	2点
A = Age	60歳未満	60歳以上	-----
B = 発作後の最初のBP	右以外	収縮期 BP 140以上 拡張期 BP 90以上	or -----
C = 臨床症状	右以外	麻痺を伴わない 言語障害	片麻痺
D = 持続時間	10分未満	10~59分	60分以上
D = DM	DMなし	DMあり	-----

心原性脳塞栓症

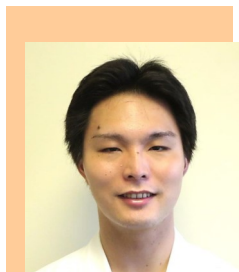
- ◆ 非弁膜症性心房細動 (NVAF)患者における脳卒中発症を予防するためには、CHADS²スコア2点以上の場合、NOACもしくはワファリンによる抗凝固療法の実施が強く勧められる。
CHADS²スコア1点の場合、NOACによる抗凝固療法が勧められる。
CHADS²スコア0点で心筋症・年齢65歳以上・血管疾患の合併の場合、抗凝固療法を考慮しても良い。
危険因子のない60歳未満のNVAF患者に対する抗血栓療法を考慮しても良い。
- ◆ ワファリン療法の強度は、一般的にはPT-INR 2.0~3.0が強く勧められるが、高齢(70歳以上)のNVAF患者では、1.6~2.6にとどめることが勧められる。

* NOAC = 非ビタミンK阻害経口抗凝固薬
(脳卒中治療ガイドライン2017参照)

(図2)

Topics

新任・転任医師のご紹介



(6月1日着任)

消化器内科

医師

しまだ たかひと
嶋田貴仁

消化器内科は、急性疾患、慢性疾患から悪性腫瘍に至るまで幅広い疾患があります。また、なにかしらの症状を訴える患者様の中でも消化器内科疾患は頻度が高いとされています。診断から治療まで最適な医療を提供できるように、日々勉強していく所存です。また疾患が多いからこそ当科疾患以外の既往/併存症なども意識しながら丁寧に日常診療に取り組んでいきたいと考えています。よろしくお願いします。

Event

第106回病診連携勉強会

日時：令和3年10月5日（火）14：00～

会場：名古屋セントラル病院 2階 多目的ホール

講師：消化器外科 主任医長 山田 豪

テーマ：当院における膵・胆道疾患に対する新たな取り組み

日本医師会生涯教育講座 カリキュラムコード：1（医師のプロフェッショナリズム）

■病院理念

- 1 安全で質が高く、快適でまごころのこもった患者本位の医療
- 2 健全な病院経営による地域社会への貢献
- 3 協力、責任感、積極性にあふれた活力ある病院づくり

■ビジョン

- 1 地域の中核病院として、常に先進的で専門的、良質で効率的な急性期医療を提供する
- 2 医学的根拠に基づく医療を確実に実践し、部門や職種を超えた安心で信頼感のあるチーム医療を提供する
- 3 充実した救急医療と予防医療を提供する
- 4 地域の医療機関と綿密に連携し、受診される皆さまに最適な医療環境を提供する
- 5 各々が医の倫理を徹底し、日々研鑽するとともに医療人の育成に努め、信頼され選ばれる病院をつくる

編集：名古屋セントラル病院 地域・法人連携室

〒453-0801 名古屋市中村区太閤三丁目7番7号 TEL:052-452-3165（代表） FAX:052-452-3182

E-mail:hospital@jr-central.co.jp URL:http://nagoya-central-hospital.com