



翠清会梶川病院

# 翠清会ニュース

医療法人  
翠清会



日本医療機能  
評価機構認定施設

2021  
新春号

No.225号

職員撮影 風景／竜王公園からの初日の出

今  
号  
の  
内  
容

- コロナ禍とパラダイムシフト
- “しびれ”について
- 発表論文のご紹介
- 退院患者疾患別統計
- 第61回 日本神経学会学術大会に参加しました
- 学術活動 10月～12月

☎ 当院ではWiFi無料インターネット接続サービスがご利用いただけます。ご希望の方は受付までお問い合わせください。

## コロナ禍とパラダイムシフト

院長 溝上達也



昨年から続くコロナ禍で全世界が疲弊し、未曾有の事態に不確かな情報が流れ、不安感と恐怖心を余儀なくされたと感じているのは私だけではないと思います。感染抑止と経済活動の両立という矛盾、精神的に孤立する人が増えるなかで、人との接触は最小限にすべきとする矛盾など、さまざま矛盾も表面化しました。それ故、これまでの生活様式や価値観を変化させるパラダイムシフトが必要となりました。マスク着用、手指衛生の習慣化、ソーシャルディスタンス、ICTを用いたイベント開催、テレワーク、web学会、オンライン診察など様々な社会や日常生活の様式変化が生じました。これらの生活様式に新たな価値観を見出し、脅威となっている微生物と共存する覚悟が、不安や恐怖を払拭し、矛盾に対応していくために必要なことだと思います。

コロナ禍における医療崩壊も危ぶまれる中、翠清会梶川病院では可能な限りの感染対策を行い、いかなる脳神経疾患も24時間対応し、患者さんに安心して受診いただく体制を維持しています。また、病院としてもパラダイムシフトを意識し、これまでの慣習にとらわれない状況にあった体制や価値観の変化を心がけています。

新型コロナウイルス感染でのさまざまな情報が乱れている中で、それらを整理し現時点で行うべき最良と思われる病院体制や診療のありかた、方向性を導き出し、病院職員のみならず患者さんやご家族、地域住民と共有することで、皆さんと一緒にこの難局を乗り越えていきたいと思っています。

# “しびれ”について

脳神経内科 竹下 潤

手や足にしびれを感じるようになったときに、自分が脳の病気になったのではと心配になったことはありませんか。脳梗塞や脳出血など脳の病気では手や足にしびれが出ることはありますが、実際には末梢神経や脊髄の病気ではしびれることが多いです。よく経験するしびれは正座の後に生じるような「ジンジン」「ピリピリ」する異常な感覚、触られた時の感覚が鈍くなったもの、動きが悪くなったものなどがあります。ここでは、しびれの原因となる病気にはどのようなものがあるか、代表的なものをご紹介します。



## ①脊髄の病気

椎間板ヘルニアや脊柱管狭窄症、頸椎症などが代表的で、腕や足にしびれが出て強い痛みを伴うことがあります。これらは背骨の変形により、神経根や脊髄が圧迫されることでしびれが起きます。頸椎症は、転倒したときなどに衝撃が加わると脊髄が損傷して、四肢麻痺など重い症状を起こすこともあるため注意が必要です。

ほかに脊髄に起こる腫瘍や梗塞、脊髄炎、多発性硬化症などがあります。脊髄の病気では、障害を起こした場所より下のしびれを起こすことが典型的です。

## ②末梢神経の病気

脊髄から出たあとの神経を末梢神経といいます。代表的なものに、神経が圧迫されて起こる絞扼性ニューロパチーや、全身的な異常・病気により起こる多発神経炎があります。

絞扼性ニューロパチーの一つである手根管症候群は、手首にある手根管というトンネル内で正中神経が圧迫されて起こります。親指から薬指にかけてのしびれが特徴で、進行すると親指の付け根の筋肉がやせてしまい、細かいものがつまめなくなることもあります。

多発神経炎は全身にある多くの末梢神経に異常の起こるもので、糖尿病や中毒（アルコール、薬物など）、血管炎、ビタミン欠乏などにより起こります。しびれる部位は左右対称で、手袋や靴下を着けるあたりに広がるため、「手袋靴下型」と言われています。

## ③脳の病気

脳の病気が原因で起こるしびれは、左右どちらかの半身がしびれたり、顔面にしびれが起きたりすることが特徴的です。急にしびれが発症する場合、さらには言語障害や意識障害などを伴う場合は脳卒中の可能性が考えられるので、緊急に医療機関を受診する必要があります。

しびれを引き起こす病気は数多くあり、様子を見ても大丈夫なものから、脳卒中などの緊急性のあるものまでさまざまです。突然しびれが始まったときや、徐々に悪化していく場合は病院を受診し相談してください。

# 発表論文のご紹介

リハビリテーション部 上床裕之

この度、European Neurology に「Prediction of Independent Gait in Acute Stroke Patients with Hemiplegia Using the Ability for Basic Movement Scale II Score」というタイトルの論文が掲載されましたので、ご報告させていただきます。この論文では、当院の脳卒中ケアユニットに入院された、初発の脳卒中片麻痺の患者さんを対象に、基本動作(寝返り・起上り・座位保持・起立・立位保持)能力を、ABMS II (表 1) という評価法を用いて 30 点満点で採点し、自立歩行の獲得には、入院初期の ABMS II の点数が何点必要かということを検討致しました。その結果、当院においては、入院初期に ABMS II が 15 点以上あれば、入院後 90 日までに自立歩行を獲得する可能性が高いということが示唆されました(図 1)

表 1. ABMS II

動作	能力のグレード	スコア
仰臥位からの寝返り	1 = 動作禁止	
起上がり	2 = 全介助	
座位保持	3 = 部分介助	
起立	4 = 監視	
立位保持	5 = 特殊環境下での自立	
合計	6 = 完全自立	/30

1=禁止：不安定なバイタルサインや合併症のような医学的な問題のために動作が禁じられる  
2=全介助：動作の75%以上を他人がサポートする  
3=一部介助：動作の75%以下を他人がサポートする  
4=監視：動作を行うために、物理的に接触することなく、口頭での手がかりやジェスチャーを提供することが必要  
5=特殊環境下での自立：手摺やベッドの端を掴んで動く  
6=完全自立：ベッドの手すりや端を保持することなく動く

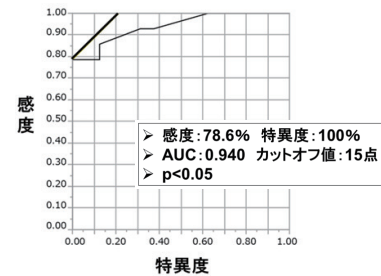


図 1. 入院90日時点での歩行自立に対するABMS II のROC曲線

また、今回の研究では、当院で実施している様々な評価や検査の中で、自立歩行の獲得に必要な項目は何であるかの検討も行いました。その結果、自立歩行の獲得には、年齢、性別、病変部位、四肢の運動障害の程度といった項目よりも、基本動作能力の方が有意に影響していることが示唆されました(表 2)。

表2. 入院90日時点での歩行自立群と非自立群の比較

	歩行自立 n=14	歩行非自立 n=16	単変量 解析 p value	多変量 解析 Odds	95% CI	p value
年齢	70.4 ± 11.9	77.8 ± 14.5	0.145			
性別 (女性), n (%)	5 (35.7)	9 (56.3)	0.261			
Body mass index, kg/m <sup>2</sup>	21.3 ± 3.0	21.1 ± 2.7	0.847			
脳卒中病型			0.402			
アテローム血栓性脳梗塞, n (%)	2 (14.3)	2 (12.5)				
心原性脳梗塞, n (%)	1 (7.1)	5 (31.3)				
ラクナ梗塞, n (%)	1 (7.1)	0 (0)				
その他, n (%)	3 (21.4)	4 (25.0)				
脳出血, n (%)	7 (50.0)	5 (31.3)				
病変部位 (左), n (%)	5 (35.7)	8 (50.0)	0.431			
高次脳機能障害, n (%)	4 (28.6)	6 (37.5)	0.605			
ABMS II	17.5 (10,24)	10 (5,14)	<0.001	0.50	0.26 - 0.98	0.042
MMSE	25 (12,28)	16.5 (0,28)	0.065	0.83	0.64 - 1.08	0.169
NIHSS	7 (0,31)	12 (2,23)	0.118			
FIM運動項目	19 (13,37)	13 (13,23)	0.003	0.73	0.50 - 1.07	0.106

➤ ABMS II が独立して有意に影響する因子として同定された

このことから、麻痺した手足自体のリハビリを行うのはもちろんですが、急性期でも個々の患者さんの状態やリスク面をしっかりと把握し、なるべく早い段階から離床を進めていき、基本動作練習を実施していく必要があると考えられます。

今後も患者さんから得ることのできる様々な情報を臨床に還元できるように精進していければと思います。最後になりますが、論文執筆という貴重な機会を与您えくださり、ありがとうございました。また、ご指導を賜りました先生方、リハビリ部の皆さんに深く感謝致します。

## 退院患者疾患別統計

	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年
<b>脳血管障害</b>	820	887	814	904	967
虚血性脳血管障害	566	654	593	670	711
脳動脈瘤	109	78	77	93	100
脳内出血	128	150	135	123	139
その他	17	5	9	18	17
<b>頭部外傷</b>	164	160	177	150	153
慢性硬膜下血腫	60	92	66	70	59
脳腫瘍	18	25	18	28	29
その他	403	368	273	264	264
<b>総数</b>	1465	1532	1348	1416	1472

脳外科 手術件数	259	236	208	240	288
t-PA施行件数	22	41	24	33	49

## 第61回 日本神経学会学術大会に参加しました

放射線部 井口拓海

令和2年8月31日から9月2日に岡山県で開催された第61回日本神経学会学術大会に参加し、「初発ラクナ梗塞患者における頭部MRI所見と認知機能の検討」という演題で口演発表させていただきました。

当初は5月の開催予定でしたが、コロナ禍のため一度延期され、直前まで開催が不透明な状態でした。参加人数を制限し、会場の感染対策を徹底した上で無事開催されました。学会発表は初めての経験でしたが、他施設の方の意見などを聞くこともでき、とても勉強になりました。今回学んだことを臨床に活かし、引き続き精進してまいります。

ご指導いただきました中森先生(2020年3月まで在職)をはじめとする先生方、放射線部および病院スタッフの皆さんにはご協力いただきまして心より感謝いたします。

## 学術活動 10月～12月

10/29

広島脳卒中連携セミナー2020～かかりつけ医と脳卒中専門医で考える脳卒中診療～  
当院における最近の脳卒中事情  
脳神経内科部長 今村栄次

10/31

第6回 脳神経外科道～瀬戸内脳外科手術手技研究会～  
直達術によって治療した内頸動脈 Blood blister-like aneurysm 破裂によるくも膜下出血の2例  
脳神経外科医長 大仲佳祐

医学検査 69巻4号527～533頁

認知機能低下の鑑別における日本語版 Montreal Cognitive Assessment(MoCA-J)の特性  
臨床検査部 福田雅子

11/19-21

第36回日本脳神経血管内治療学会学術総会  
脳血管障害患者における心電図非同期胸部CTによる冠動脈カルシウム簡易評価法の検討  
放射線部 佐々木大樹

12/11

Web seminar PFOカテーテル閉鎖治療～潜性脳梗塞に対する再発予防治療～  
潜性脳梗塞と卵円孔閉鎖  
脳神経内科部長 今村栄次

## 医療法人 翠清会 翠清会梶川病院

TEL: 082-249-6411 FAX: 082-244-7190  
〒730-0053 広島市中区東千田町1丁目1-23  
<http://www.suiseikai.jp>

【病院理念】

Patient First 「患者さん第一」  
ファースト・オピニオン(First Opinion)を提示でき、  
セカンド・オピニオン(Second Opinion)を求められる病院に!

【基本方針】

- 1 脳神経疾患の専門病院として、24時間・365日常に質の高い医療を提供します。
- 2 患者さんの権利を尊重し、診療情報を共有し自己選択型医療をおこないます。
- 3 患者さんの安全と安心を確保し、常にリスクマネジメントに努めます。
- 4 患者さんの個人情報の保護を確実にいたします。
- 5 急性期から回復期、慢性期、在宅まで地域の関連機関と連携を強化します。

