

新任センター長・部長・副部長紹介



■新任センター長
 脳神経センター長
 兼 第1脳神経外科部長
 にしむら まさき
西村 真樹
 免許取得年/平成8年



■新任部長
 第3消化器内科部長
 まつなが しんすけ
松永 心祐
 免許取得年/平成12年



第3循環器内科部長
 さらざわ かつひこ
皿澤 克彦
 免許取得年/平成12年



第4腎臓・泌尿器科部長
 たかだ まさゆき
高田 昌幸
 免許取得年/平成12年



第3麻酔科部長
 たなか ゆみこ
田中 弓子
 免許取得年/平成10年



第2総合診療科部長
 兼 消化器内科副部長
 さとみ さとこ
里見 聡子
 免許取得年/平成10年



■新任副部長
 神経内科部副部長
 はやせ ふみこ
早瀬 史子
 免許取得年/平成11年



呼吸器内科部副部長
 ただ としひろ
多田 利彦
 免許取得年/平成17年



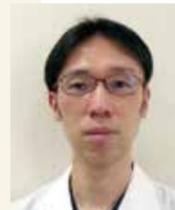
消化器内科部副部長
 にしやま さとし
西山 悟
 免許取得年/平成19年



腎臓・泌尿器科副部長
 まつい ゆき
松井 佑樹
 免許取得年/平成19年



眼科部副部長
 ねかだ かずゆき
額田 和之
 免許取得年/平成19年



外科部副部長
 おばた しんすけ
小畑 真介
 免許取得年/平成13年



整形外科部副部長
 おだ りゅうじ
小田 竜治
 免許取得年/平成12年



皮膚科副部長
 かばた ゆうだい
加畑 雄大
 免許取得年/平成23年



放射線科部副部長
 ならばやし まさる
檜林 正流
 免許取得年/平成15年

Partner

福井赤十字病院連携通信〈パートナー〉

Japanese Red Cross Fukui Hospital vol.076 令和3年4月発行



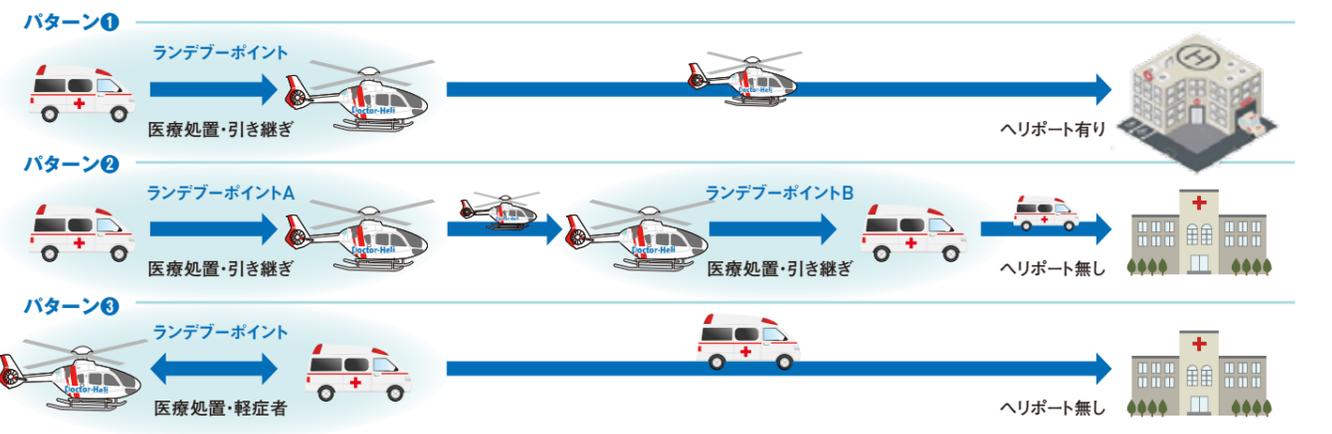
〔春〕撮影/写真部 脳神経外科 早瀬 睦

福井の空にドクターヘリがやってくる

ドクターヘリ(以下ドクヘリという)の導入については、以前より県の救急・災害医療審議会で何度か話し合われてきましたが、平成29年に、ようやくドクヘリ導入計画審議会が立ち上がりました。導入計画審議2年間と、更に2年間の導入準備期間を経て、令和3年6月(前倒して5月中旬の可能性あり)からの運行開始となります。

それでは、ドクヘリの活動について簡単に説明したいと思います。現在も福井県では防災ヘリが飛んでいますが、ドクヘリとの大きな違いは医師・看護師が搭乗しておらず、本来は

災害救助活動を目的としています。それに対してドクヘリの場合、フライトDr・Ns.が乗っていますので、現場に到着した時点から迅速に診療が開始されます。ドクヘリの搬送方法には①～③(下図参照)の3パターンがあります。また、大災害時のDMAT隊による傷病者搬送にも使用されます。年間のフライト件数は年間約470件が見込まれており、ほぼ毎日のように福井の空を飛び回ります。運用は基地病院である県立病院のフライトDr・Ns.が中心となりますが、当院救急医もフライトDr.として参加する予定です。



消化器センター宛のご紹介についてのお知らせ

消化器疾患のご紹介の際、消化器内科か外科か迷われる場合は、消化器センター宛にご紹介ください。ご予約が可能ですのでどうぞご利用ください。



地域医療連携課の紹介

新しいスタッフが加わりました。今後ともよろしくお願いたします。

<新スタッフ>

- ①社会福祉士 園田 美栄子 (R2.11)
- ②社会福祉士 角谷 夏歩 (R3.4)
- ③事務 栢谷 由佳里 (R2.4)
- ④事務 佐々木 美穂 (R3.4)



福井赤十字病院

理念

人道・博愛の精神のもと、県民が求める優れた医療を行います。

基本方針

- 患者さんの権利と意思を尊重し、協働して医療を行います。
- 安全と質を向上させ、優しい医療を行います。
- 人間性豊かで専門性を兼ね備えた医療人を育成します。
- 急性期医療・疾病予防・災害時医療に積極的に取り組みます。
- 保健・医療・福祉と連携し、地域社会に貢献します。

地域医療連携課

受付時間/平日 8:00~18:30、土曜 8:30~13:30
 TEL 0776-36-4110(直通)
 FAX 0776-36-0240(専用)



<http://www.fukui-med.jrc.or.jp>
 e-mail renkei@fukui-med.jrc.or.jp

連携通信第76号発行 令和3年4月 福井赤十字病院



脳卒中治療UPDATE

～新しい脳卒中の治療～



脳神経外科代表部長
西村 真樹

脳梗塞急性期の治療範囲が広がりました

脳梗塞治療は2005年に最終健常確認から3時間以内のtissue plasminogen activator(tPA)が認可されたことを皮切りに、急性期に再開通を試みる攻めの治療へと変わりました。その後2012年にtPAの使用が4.5時間に拡張されさらに適応は広がりましたが、なんともいっても2015年に急性期の機械的血栓回収療法の有用性が確立したことによりさらに大きく進歩しました。その血栓回収療法も2018年よりさらに適応が拡大され、治療を考慮できる可能性が高くなってきています。

血栓回収療法

血栓回収療法はステントもしくは吸引カテーテルによって内頸動脈もしくは中大脳動脈といった比較的太い血管に詰まった血栓を取り除き、脳の血流を再開させる方法です(図1)。デバイスの進歩により比較的安全にできるようになり、2015年に6時間以内の条件を満たした症例において強く勧められる治療として認定されました。

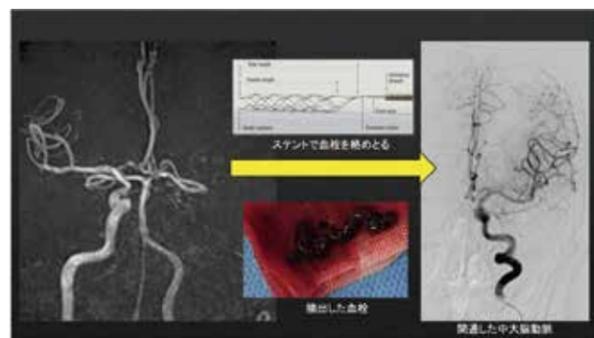


図1

2018年になり、発症6時間を過ぎた症例でも16時間以内³⁾および24時間以内²⁾の症例であれば、条件を満たしたときに限って血栓回収療法が有効であることがわかりました。これらの研究は脳血流の虚血コアならびに低灌流領域を迅速に計測可能なソフトウェアが使用されており、日本では一般的に普及していないことから適応を慎重に判断する必要がありますが、臨床症状と低灌流の領域にミスマッチのある症例について日本において強く勧められる治療となりました。当院でも、症例によっては発症から時間がたっても血栓回収を行い、良好な成績を示す症例があります。

重要なことは、条件を満たした時点からはできるだけ早く再開通を試みるべきであることで、いずれにしろ脳梗塞を疑った場合には時間が勝負であることには変わりありません。

当院は24時間血栓回収療法を施行できる施設としての体制を整備しています。血栓回収療法の適応となる症例は基本的には片麻痺や失語といった症状が明らかなものになりますので、発症時間がわからなくても受診指示をお願いいたします。

〈血栓回収の適応となる症例¹⁾〉

- ①発症前の modified Rankin scaleスコアが0または1
 - ②内頸動脈または中大脳動脈M1 部の閉塞がある
 - ③CTまたはMRI拡散強調画像でASPECTSが6点以上
 - ④NIHSSスコアが6以上
 - ⑤年齢18歳以上
 - ⑥rt-PA静注療法の適応があれば施行した症例
- 経皮経管的脳血栓回収用機器適正使用指針第3版より

1) Berkhemer OA, Fransen PS, Beumer D, et al. A randomized trial of intraarterial treatment for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2015;372:11-20
MR CLEAN study 発症6時間以内の条件を満たす急性期脳梗塞を対象としてrt-PAを含む内科治療群と、内科治療に血管内治療を追加する群を比較したRCT。約500例のランダム化で血管内治療群が有意に転帰が改善した。

2) Nogueira RG, Jadhav AP, Haussen DC, et al. Thrombectomy 6 to 24 hours after stroke with a mismatch between deficit and infarct. N Engl J Med. 2018;378:11-21 DAWN trial: 発症時間不明を含む健常確認時刻から6～24時間の内頸動脈もしくは中大脳動脈閉塞による急性期脳梗塞で虚血コア体積と神経徴候とのミスマッチを有する症例を対象としてTreo(ステント型血栓回収デバイス)を用いた血管内治療+内科治療群と内科治療のみの群を比較した試験。血管内治療群のほうが転帰が良く、出血や死亡率に有意差はなかった。

3) Albers GW, Marks MP, Kemp S, et al. Thrombectomy for stroke at 6 to 16 hours with selection by perfusion imaging. N Engl J Med. 2018 Jan 24. DEFUSE3 trial 最終健常確認時刻から6～16時間の内頸動脈もしくは中大脳動脈の閉塞による急性期脳梗塞で、虚血コア領域と灌流低下領域のミスマッチを認めた症例に対して血管内治療の有用性を示した。

より低侵襲な血管内治療を 目指した経橈骨動脈アプローチ



脳神経外科部長
早瀬 睦

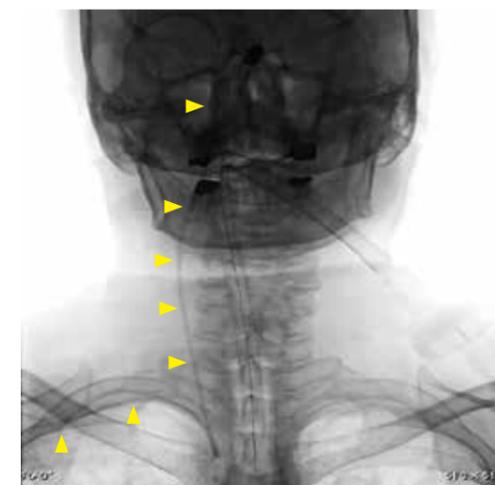
脳神経外科における血管内治療の役割は、その治療デバイスの進歩とともに重要性を増しており、我が国では年間一万件以上施行されています。血管内治療のメリットとしてその低侵襲性が第一に挙げられます。開頭が不要で、脳の深部に到達する際にも周囲の脳への影響が少なく、入院期間も短期間で済みます。

通常、カテーテルは鼠径部より大腿動脈に挿入され、その太さは2～3mm程度です。大腿動脈は十分な太さがあるため穿刺が容易であり、多くの施設では経大腿動脈アプローチが用いられています。一方で、血管内治療ではヘパリンや抗血小板剤の併用が必要で、鼠径部は下肢の曲げ伸ばしの影響を受けるため、止血のために術後長時間の安静が必要となります。この長時間の安静は、しばしば患者さんには腰痛などの苦痛をもたらし、高齢の患者さんなどでは安静が守れず足動かしてしまい血腫形成をきたすことを経験します。

手首からカテーテルを挿入する経橈骨動脈アプローチは、循環器領域ではすでに一般的な手技となっていますが、脳血管領域ではこれまで、橈骨動脈は大腿動脈に比べ径が細いため血管内治療用の太いカテーテルの挿入は困難とみなされ、一般的に用いられるものではありませんでした。止血に関しても、経大腿動脈アプローチで大径カテーテルを使用した場合、穿刺部を塞ぐ止血器具が必要となり、体内に異物を留置することや手技の煩雑さがありますが、経橈骨動脈アプローチでは圧迫止血で短時間の止血が可能です。



手首に挿入されたカテーテル



カテーテルの走行を確認



治療後は圧迫止血用のバンドを手首に巻いてカテーテル抜去します



術後は病室で臥床の必要はありません

当科では、これまで他の施設同様、経大腿動脈アプローチを第一選択としておりましたが、患者さんにとっては術後の臥床安静が不要で、帰宅直後からトイレに行ったり食事ができたりといったメリットがあり、また術者や看護師にとっても術後管理のストレスが軽減されるメリットを重視し、2019年より経橈骨動脈アプローチを導入しました。未破裂脳動脈瘤を中心に症例を重ね、これまでの経大腿動脈アプローチと変わらぬ治療ができ、経橈骨動脈アプローチに起因する重大な合併症は経験していません。今後は頸動脈ステント留置術など他の手技にも拡大していく予定です。