

にしじ

第18回 高知医療センター 内科症例報告会

..... P2~5

- 下肢静脈瘤の低侵襲治療を始めました！ P5
- 最先端 MRI「Discovery MR750w 3.0T」導入 P6
- 看護実践発表会開催のお知らせ P7
- 神経難病「SMON」集団検診を実施しました P7
- お知らせ P7
- 高知医療センター・イベント情報 P8

10

OCTOBER 2015 Vol.120



最先端 MRI「Discovery MR750w 3.0T」と放射線科 野田能宏医師、放射線療法科 秦康博医師、医療技術局 診療放射線技師のみなさん

高知医療センターの理念 — 医療の主人公は患者さん —

去る7月23日 木曜日 午後7時から、本院2階くろしおホールで開催しました高知医療センター第18回内科症例報告会の誌上再録をさせていただきます。

今回も院内外から59名ほどのご参加をいただき、発表後は活発な質疑が行われました。今回の6症例の多くは、発熱・全身倦怠感、甲状腺疾患、気管支炎など、プライマリ・ケア領域でも比較よく遭遇する臨床症状から発症したものでした。いずれの症例も示唆に富み、臨床的にも重要と思われる症例ばかりでした。紹介元の先生方と主治医が医療連携を組み、どのような臨床経過を辿って的確な診断や速やかな治療に至ったのかを文献的考察も含めて発表することにより、相互に情報共有し、かつ良好なコミュニケーションを図っていくことが本報告会の本質と考えています。そのような視点を込めた形で今回の誌上再録を作成しておりますので、日々の臨床現場でお役立ていただければ幸いです。

引き続き高知医療センターに対するご指導・ご鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

高知医療センター 総合診療科長 兼 臨床研修管理副センター長 澤田 努

報告1 総合診療科

頭痛、意識消失発作、腹痛、下痢、関節痛、紫斑を繰り返す25歳女性

【主訴】紫斑、関節痛、腹痛

【現病歴】20xx年7月上旬、右上腕に痒みを覚え、搔くと右上肢が赤くはれ上がり、ひっぱられる感じがしました。触れていない左上肢にも同様の紫斑を認めました(図1)。2日後、自宅でTVゲームをしていたところ、急に右肩に痛みを覚えました。見ると右上肢の紫斑が肩まで広がっていました。7月下旬、頭痛、下痢、嘔吐にて当院夜間救急外来受診。翌日より、左上肢～肩に紫斑出現。Henoch-Schölein 紫斑病が疑われました。



図1

【患者背景】15歳時にてんかん発作あり。15歳時に恋人が目の前で交通事故で死亡した経験があります。18歳時でパニック障害と診断されました。19歳にて結婚し、男児を出産しましたが、経済的理由で離婚し、子育ては母親に任せていました。自分自身も幼少時は、母親との関係が希薄であり、祖母に育てられていた経験を持っています。後に複数の男性と付き合い妊娠しましたが、経済的に自立できないとの理由で、22歳、23歳、25歳時に人工妊娠中絶をしています。2回目の中絶時、疼痛のため、ショック状態となった既往があります。精神科で、境界型人格障害と診断されていましたが、激情して病院の器物を損傷したり、主治医への暴言もみられることより診療継続が困難となっていました。最近になり大好きだった祖母が他界し、強い喪失感を覚えています。慢性の頭痛があり、長期にわたり、イブを連日服用していました。最初の紫斑、関節痛、腹痛は、最後の中絶手術から6か月後に出現しました。

【入院後経過】Henoch-Schölein 紫斑病として、第XIII因子活性が58%に低下していることを確認し、症状緩和のためFibrogamminPを投与したところ、症状は数日で消失しました。しかしながら、その後も、関節痛、紫斑、腹痛を繰り返しました(図2)。

紫斑の病理組織検査では、細血管外への赤血球の漏出のみの非特異的所見でした。

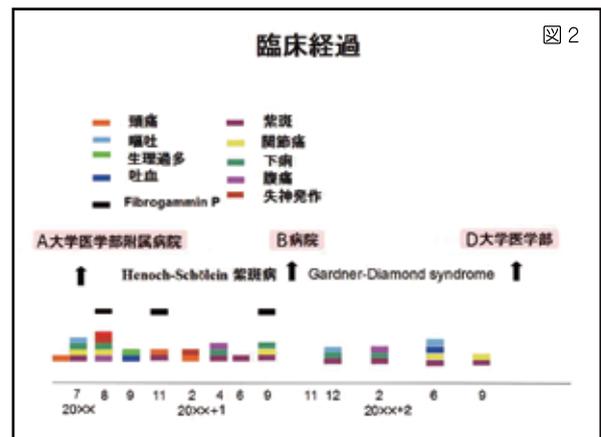
Henoch-Schölein 紫斑病の鑑別診断目的にて、B病院に転院し

ました。当初は人為的紫斑が疑われましたが、上肢関節痛の診察中に、紫斑の自然出現を認めたことから否定されました。精査のためC大学皮膚科、精神科に紹介され、病歴からGardner-Diamond 症候群と診断されました。しかしながら、本人、家族ともに、紫斑の出現が精神的な原因を背景に出現していることに納得されず、精神療法を受け入れませんでした。D大学医学部皮膚科でセカンドオピニオンを受けたところ、典型的なGardner-Diamond 症候群と診断され、ようやく精神科療法を受け入れました。

【考察】Gardner-Diamond 症候群は、パニック障害、境界型、人格障害等を有していることが多く、通常の内科、皮膚科の外来診療の継続が困難です。また、精神科においても、多彩な身体症状の出現により、診療の継続が困難となります。

Gardner-Diamond 症候は、一般に白人女性に診られる疾患で、日本での報告は6例ほどしかなく、一般の皮膚科医が目にすることはほとんどありません。そのため、症状出現のたびに对症療法が繰り返され、診断にいたるまでに時間を要します。各科が協力して、時間を無駄にしないよう適切に診断し、精神科療法へ導く必要があると考えられます。

最終診断：Gardner-Diamond 症候群



症例は25歳男性。20xx年3月、動悸と止血困難な鼻出血を主訴に前医を受診され、血液検査の結果汎血球減少が見られたため当院血液内科へ紹介受診されました。生来健康で、既往歴としては17歳の時に胃潰瘍をされたぐらいでした。来院時バイタルは正常で、眼瞼結膜蒼白で貧血症状を認めましたが肝脾腫はありませんでした。四肢表皮に点状出血を散見しましたが皮下出血はありませんでした。当科にて再度血液検査を行ったところ白血球数2510 μL と減少しており、リンパ球優位でしたが形態の異常はありませんでした。またヘモグロビン6.2 g/dL、血小板数6000 μL と汎血球減少を認めました。その他、ビリルビンは異常なく溶血所見を認めませんでした。血清鉄やフェリチンは高値でした。免疫血清検査や凝固線溶系に異常はありませんでした。この段階で再生不良性貧血(aplastic anemia, AA)を疑い検査を進めました。すぐに入院していただき腸骨髄検査を施行したところ有核細胞数、巨核球数ともに著しく低値で有核細胞はほとんどがリンパ球でした。また赤芽球系、巨核球系、顆粒球系のすべてが欠損あるいはほぼ欠損していました。骨髓生検組織像では著しく低形成で骨髓はほぼ脂肪に置き換わっていました。また同時に染色体検査も行いましたが異常はありませんでした。脊椎MRIでは椎体がT1、T2でびまん性の高信号を示し、脂肪抑制では椎体全体が均一に低信号を示しました。また骨髓シンチでは中心骨髓への集積が全体的に低下していることがわかりました。これらは著しい骨髓低形成の所見です。以上から白血病、骨髓線維症、巨赤芽球性貧血、骨髓異形成症候群、発作性夜間血色素尿症(PNH)等の疾患を除外することが出来ました。ただし赤血球の1%がCD55陰性かつCD59陰性であることから、本症例をPNH型血球陽性特発性AAと診断致しました。診断の流れを図1に示します。

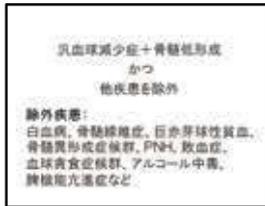


図1

40歳未満の患者さんに発病した特発性AAの治療では、再発しにくい血縁間同種造血幹細胞移植が第一選択となります。しかしご家族のHLAを調べたところ残念ながら患者さんと一致しませんでした。そこで本症例では、抗ヒト胸腺免疫グロブリン(ATG)と免疫抑制剤を組み合わせた免疫抑制療法を採用することにし、入院第16日目から治療開始しました。治療の結果、輸血しなくてもヘモグロビンや血小板の値が下がらなくなり輸血不要となったことと、骨髓検査の結果有核細胞数が回復したこと(表1)から入院第93日目に退院と致しました。入院経過中は重篤な感染やショック・アナフィラキシーなど深刻なATGの副作用はありませんでした。

	入院時	退院時	基準値	単位
有核細胞数	1.4万	12.4万	10-25万	μL
巨核球数	≤ 6	6	50-150	μL
赤芽球系	欠損	やや優位		
巨核球系	欠損	低形成		
顆粒球系	ほぼ欠損	正形成		

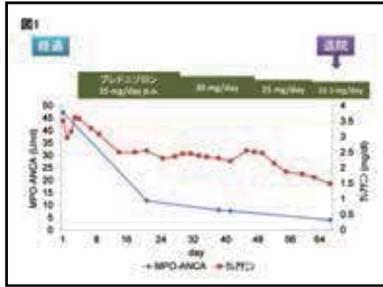
表1

さて、AAは汎血球減少と骨髓低形成のため貧血や易感染、出血傾向が主訴となりやすい疾患です。罹患数約1000人/年、罹患率8.2人/100万人年で男:女=1:1.16です。10~20歳代と70~80歳代に発症のピークがあります。AAは先天性と後天性に大別され、後天性はさらに本症例のような特発性、そのほか二次性や特殊型に細分されます。AAは主に同種骨髓移植が免疫抑制療法で治療を行います。同種骨髓移植では再発はほとんどありませんがGVHDのため治療関連死亡のリスクがあります。免疫抑制療法はその逆になります。なお本症例で再発が起きる場合には、骨髓バンクからの非血縁間同種造血幹細胞移植を検討することになります。

症例は51歳男性。20xx年4月、発熱と全身倦怠感を主訴に前医受診し、血液検査で肝機能障害あり、同日、精査目的にて当院総合診療科紹介となりました。心電図上、広範囲のST上昇があり、循環器疾患疑いにて当院循環器内科紹介となりました。来院時バイタルは、体温37.8℃、血圧106/86 mmHg、心拍数132bpm、整、SpO₂:93%(ネーザル2L)。その他身体所見に特記事項ありませんでした。心エコーで左室壁運動は全周性の壁運動低下と軽度心嚢水貯留を認めました。血液検査はBNP545、CK1115、CK-MB72、トロポニンT陽性、トロポニンI30.9、CRP4.52、他に肝胆道系酵素の上昇がありました。心電図所見は、HR133bpmで洞性頻脈があり、II・III・aVF・V1-4のST上昇と右軸偏位を認めました。胸部レントゲンでは肺うっ血・胸水は認めませんでした。鑑別診断として急性心膜心筋炎と急性心筋梗塞が挙げられ、冠動脈の評価と心筋生検、劇症型心筋炎による急変の可能性を考えカテ室に向かいました。冠動脈に有意狭窄はなく、心係数1.9 l/min/m²(正常2.3 l/min/m²以上)、肺動脈圧25/12 mmHg(正常30-15/8-2 mmHg)、肺動脈楔入圧18 mmHg(正常2-15 mmHg)でした。その後、大動脈バルーンポンピング(IABP)、スワンガンツカテーテルを留置し集中治療室へ入院し、経皮的人工心臓補助装置(PCPS)に備え鼠径部にAシース、Vシース留置しました。

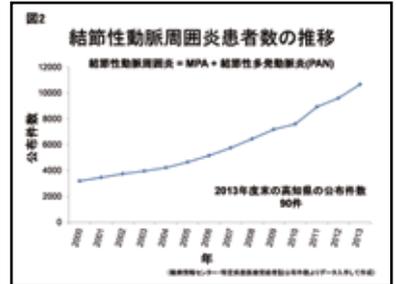
カテコラミン(dobutamine)、ガンマグロブリン大量療法(2mg/kg)を開始しました。当初、血行動態が不安定であったため、カテコラミン、IABP、PCPSで血行動態サポートを行いました。第3病日、第5病日はエコー上ほとんど心収縮が認められませんでした。第8病日から徐々に心収縮が回復してきました。CK-MBは200弱をピークに改善していきました。それとともに心係数が0.7、1.1、2.3と改善傾向であったため第9病日目にPCPS、第11病日目にIABPを離脱しました。その後、 β -blocker、ACE阻害薬でリモデリング治療を行いました。第15病日では一般床へ転棟し、リハビリを開始しました。 β -blocker、ACE阻害薬を徐々に増量し、最終的に β -blocker 2.5mg、ACE阻害薬5mgまでいきました。第20病日の心電図では、ST変化は見られませんでした。R波増高不良がありました。そして、第32病日自宅退院となりました。心筋病理所見は、リンパ球やマクロファージを主とする高度の炎症細胞浸潤があり心筋線維は離開し、一部に変性・壊死を伴っていて、心筋炎の像に矛盾しませんでした。今回、救命できた劇症型心筋炎の一例を経験しました。慢性化し拡張型心筋症への経過を辿る症例も報告されており、今後も慎重な経過観察が必要と考えられました。

【症例】79歳男性。20xx-1年9月までの採血では腎機能正常、20xx年3月の採血結果で腎機能障害を初めて指摘されました。3月末頃より食欲不振を自覚し、4月10日に食欲不振、倦怠感にて近医入院。安静加療にて食欲は改善しましたが、腎機能障害は進行し、電解質異常も伴うようになり、23日当科紹介入院となりました。入院時検査では血清クレアチニン 3.51mg/dl、MPO-ANCA 47.2U/mlと上昇を認めました。CT上は、肺野に間質性肺炎、肺胞出血を示す所見はなく、肺気腫を認めるのみでした。急速進行性腎炎症候群型の顕微鏡的多発血管炎 (microscopic polyangiitis ; MPA) と診断し、プレドニゾン内服により治療を開始、徐々に腎機能障害、炎症反応は改善し、第69病日に紹介元へ転院の運びとなりました(図1)。



【考察】急速進行性糸球体腎炎は、血尿、蛋白尿、赤血球円柱、顆粒円柱などの腎炎性尿所見を認め、数週から数ヶ月の経過で急速に腎不全が進行する疾患で、MPAを含むANCA関連血管炎が

原因の7割程度を占めると考えられます。近年は、前駆症状として倦怠感、食欲不振、体重減少など非特異的の症状を認める症例が増加しています。治療は臨床重症度、年齢、透析施行の有無を評価して、経口副腎皮質ステロイド、ステロイドパルス療法、免疫抑制剤を単独もしくは組み合わせで行います。難病情報センターのホームページ(<http://www.nanbyou.or.jp/>)から、医療受給者証の交付件数を抽出してグラフを作成を行うと、MPAの症例数は増加傾向にあることが示唆されます(図2)。急速進行性腎炎症候群早期発見のため、①尿所見異常(主として血尿や蛋白尿、円柱尿)、②eGFR < 60mL/min/1.73m²、③CRP高値や赤沈促進を認める患者については、腎専門病院への受診が勧められます¹⁾。



【文献】1. 松尾 清, 山縣 邦, et al. 厚生労働省特定疾患進行性腎障害に関する調査研究班報告 急速進行性腎炎症候群の診療指針(第2版). 日本腎臓学会誌. 53(4): 509-55. 2011

元々は特に記すべき既往歴や家族歴などのない42歳男性。20xx年2月初旬、左肘から手にかけてのしびれと両側の大腿部に痛みが出現。しばらくして症状はおさまり様子を見ていましたが、数日の間同様の症状が時々出現していました。2月10日の夕方にも再び両側大腿部痛が出現、同日21時半頃には歩行中に両下肢脱力感が出現、就寝前の23時には自力で足を上げるのが困難になる症状も出現しましたがおさまったため就寝。就寝後午前3時ころ、目が覚めると両下肢の脱力が再出現し今度は症状が解消せず、自力で踏ん張って立ち上がることができなくなったため、救急車にて当院に搬送されました。

来院時、血圧が174/101mmHg、脈拍が120/分であった他に肩周囲の圧痛および、握力低下(右10.5kg 左8.0kg)と下肢挙上ができないという筋力低下所見を認めました。甲状腺の圧痛や明らかな腫大は認めませんでした。血液検査では低カリウム血症(K:2.4mEq/l)があり、動脈血ガスはpH:7.367、pCO₂:39.7mmHg、HCO₃:22.2mmol/Lと酸塩基平衡異常はありませんでした。今回出現した症状は低カリウム血症性周期性四肢麻痺であり、入院のうでカリウム補正の点滴治療(KCl 50mEq/日)を開始するとともに原因検索を行いました。治療開始から約2時間で筋力感の改善を認め、約12時間後にはほぼ消失し、速やかな治療効果を見せました。また、原疾患検索のために計測した甲状腺ホルモン値がfreeT₃:12.29pg/ml(基準値2.30~4.10)、freeT₄:3.27ng/dl(基準値0.70~1.70)、TSH:<0.020(基準値0.5000-4.300)と甲状腺中毒症と判明しました。翌日にはカリウム値は4.5mEqにまで回復、症状も軽快したため退院となりました。退院時にβ遮断薬のインデラル10mg、退院後3日目の外来受診にて抗甲状腺ホルモン薬のメルカゾール5mg4錠と低カリウム血症治療薬のスクーケーが内服開始となりました。

ところが、退院5日目に再度脱力発作が出現し救急搬送され、

来院時検査にてK:2.5mEq/lと低K血症を認め再入院となりました。この時点でTR-Ab:10.3IU/L(基準値0.0-0.9)、TS-Ab:2239%(基準値≤120)および初診時のfreeT₃値freeT₄値からバセドウ病の診断がつき、引き続きカリウムの補正とバセドウ病の治療とを継続しました。2度目の入院は計4日を要しましたが、症状消失およびK4.6mEq/lとカリウム是正がなされたため軽快退院となりました。

その後2回の外来フォローにてバセドウ病の内服加療を継続しておりましたが、はじめの入院から50日目に再度両下肢脱力発作が出現し、救急搬送にて来院、K2.7mEq/lと低カリウム血症となっており、3度目の入院加療となりました。入院時の甲状腺ホルモン値はfreeT₃:4.83pg/ml、freeT₄:1.19ng/dlと1回目入院時の値からは改善されていましたが、低カリウム血症性周期性四肢麻痺の発作は出現してしまったという状況でした。3回目入院においてもカリウム補正を速やかに行い発作は消失、カリウム値4.3mEq/lまで上昇し6日間の加療で軽快退院となりました。

退院後1ヶ月は2週間に1度のペースで、それ以降は1ヶ月に一度の外来通院を継続されており、軽度しびれなどが残ってはいますがバセドウ病治療は順調にいており、3度目の入院以降は大きな周期性四肢麻痺発作は出現していません。

本例のように甲状腺中毒によって低カリウム血症性周期性四肢麻痺を起こすことがあります。特にアジア系の男性に多いとされています。3度目の入院直前には炭水化物の過剰摂取をってしまったというエピソードがあり、甲状腺中毒性周期性四肢麻痺では炭水化物過剰摂取も発作を誘発する因子の一つとされています。比較的若年の男性で突然の脱力発作(特に下肢優位)が出現した場合は、甲状腺中毒症が背景に隠れていないか、低カリウム血症が生じていないか、にも注意を払うべきだ、ということを示してくれた一例でした。

症例は75歳の女性で歩行困難を主訴に救急搬送された方です。3月中旬から右上肢・下肢脱力、歩行障害があり近医受診されています。日常生活動作はなんとか歩ける程度であり、食欲低下がありました。頭部MRIでは異常ありませんでしたが、頸椎、胸椎、腰椎に狭窄を認め、当院整形外科に紹介予定となっていました。しかし、その後も筋力低下が続き、3月下旬頃から、左上肢の脱力の出現、歩行困難となり救急搬送されました。

既往歴に高血圧、高脂血症、アレルギー性鼻炎、1年前より加療中の気管支喘息があります。来院時身体所見としては、バイタルは異常ありませんでしたが、上肢は肘から末梢、下肢は足関節から末梢にかけて感覚障害がありました。徒手筋力検査において筋力低下は右下肢で強く、腱反射について病的反射等はみられませんでした。初診時の血液検査所見としてCRP、LDHがやや高値、白血球、好酸球が著明高値となっていました。胸部単純写真としては、ポータブルですが、肺野異常なくその他部位にも異常をみとめませんでした。以前のMRIで脊椎の狭窄がみられたとのことで、MRIが施行されており、C5/6に狭窄をみとめますが脊髄の輝度変化はありませんでした。頭部MRIでは陳旧性多発ラクナ梗塞、右被殻の陳旧性変化はみられますが、新規の脳血管障害の所見はありませんでした。下肢優位の四肢筋力の低下、喘息の既往、脳や頸髄に麻痺の原因となるような所見なし、好酸球数の異常高値より好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA、旧Churg-Strauss症候群)が疑われ、メチルプレドニゾン1000mgを投与され、呼吸器内科にコンサルトされています。

その後の検査結果ですが、P-ANCAは陰性で、IgEも正常範囲内でしたが、リウマトイド因子が高値を示していました。左下腿内側に紫斑がみられ生検されていますが、明らかな血管炎の所見はなく、診断名を特定するには至りませんでした。末梢神経伝導速度検査では、脛骨神経では左で正常、右でアンプリチュード低下、腓骨神経では右でアンプリチュード低下、左は導出不能、正中神経では右で正常、左はアンプリチュード低下、腓腹神経では左右とも導出不能であり、多発単神経炎に矛盾ありませんでした。以上をEGPAの診断基準にあてはめると、気管支喘息、好酸球増加、多発単神経炎・紫斑・筋力低下、血管炎による症状に気管支喘息の先行があったため、EGPAで診断確実となります。

治療経過ですが、パルス後に好酸球数は著明に減少し、ステロ

イドを徐々に減量しましたが再燃することはありませんでした。ADLも改善し、杖歩行が可能となり、退院となりました。しびれも自覚的には改善傾向でした。

EGPAとは、思春期以降の喘息患者において喘息症状が数年先行した後に多発単神経炎を中心とした血管炎症状と好酸球浸潤による臓器障害で発症し、末梢血好酸球数の著明な増多を伴う疾患です。血管炎は細動脈から細静脈の細小血管が病変の主座であり、肺病変と腎障害をきたしやすいです。ANCA関連血管炎の一つとされていますが、P-ANCA陽性率は40%以下にとどまります。陽性例と陰性例では臨床像に差があり、陽性例では紫斑、腎障害、肺胞出血が多く、陰性例では心障害、肺病変が多いと報告されています。

本症例では、1年前に喘息が先行し、多発単神経炎で発症。明らかな肺病変、腎病変はありませんでしたが、末梢血好酸球数が著明な高値となっていました。P-ANCAは陰性でしたが60%以上は陰性であり、矛盾はありません。疫学としては、厚生労働省難治性血管炎調査研究班の全国疫学調査では、2010年の1年間の国内のCSSの受診患者数は1800名、新規受診患者数は年間100症例と推定されており、男女差はなく、発症頻度は2.4~6.8人/100万人程度、本邦では喘息患者の5000人に1人の割合です。治療の第一選択はステロイドであり、プレドニゾン換算で1mg/kg/dayから開始、症状や末梢血好酸球数の改善があれば漸減します。重症例では、メチルプレドニゾン1gを3日間投与するパルス療法も考慮します。症状の改善が不十分、または末梢血好酸球数の減少が不良な場合は、シクロフォスファミドの併用も早期に考慮します。ステロイド、シクロフォスファミドの併用でも末梢神経障害が残存する場合には、免疫グロブリン大量療法が効果的な場合があります。本症例でも3日間のステロイドパルス(ソルメルコート)投与、その後プレドニン錠45mg内服から開始し、22.5mgまで徐々に減量、退院となっています。ステロイドが著効し、末梢血好酸球数も第2病日には正常範囲内となったため、シクロフォスファミドは使用されていません。本症例はステロイドの投与により好酸球数が著明に減少し、運動障害についても徐々に改善したため退院となりました。5000人に1人の頻度ですが、喘息患者で多発単神経炎の訴えがあればEGPAの考慮を必要とする一例を経験しました。

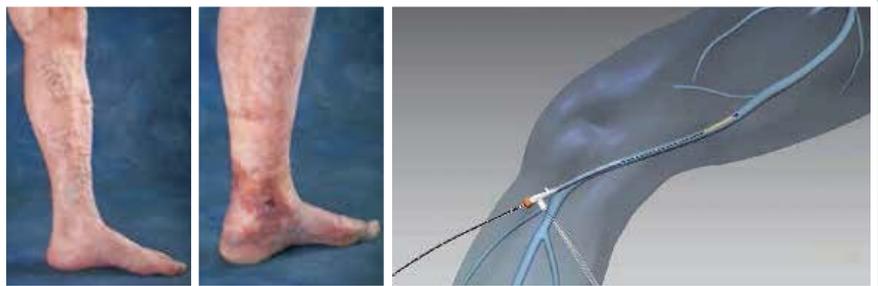
『下肢静脈瘤の低侵襲治療』を始めました!!

◆◆高周波アブレーションカテーテルによる治療開始のお知らせ◆◆

下肢静脈瘤は非常に多い疾患です。特に30歳以上の女性では約3人に2人の割合で静脈瘤を持っているといわれています。

このたび、当院でも従来の方法に比べて体に優しい低侵襲治療であるカテーテルによる血管内焼却術を開始いたしました。

血管内焼却術では、レーザー治療と高周波アブレーション治療(ラジオ波焼却術)が現在保険適応となっていますが、このうち当院では昨年より保険適応となりました高周波アブレーション治療を行っております。お問い合わせは右記までお気軽にお申し付けください。



下肢静脈瘤

皮膚潰瘍

カテーテル挿入画像

お問い合わせ

心臓血管外科・下肢静脈瘤専門外来 担当：簗 厚
毎週火曜日 9:00 ~ 12:00



最先端MRI

Discovery MR750w 3.0T

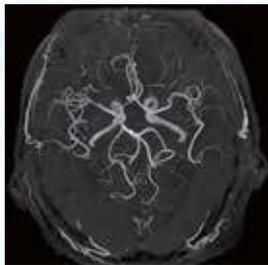
導入しました！

高知県初導入

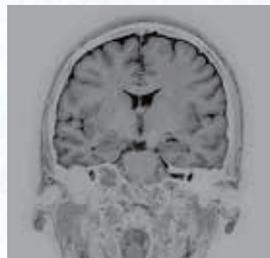
医療技術局 断層画像撮影科長 廣瀬 泰久

このたび、放射線技術部門では、MRI装置の更新と増設に伴い、GE社の3.0T(テスラ)MRI装置「Discovery MR750w 3.0T」が、平成27年8月に新規導入されましたのでご紹介します。これにより、当院のMRIは、現在稼働中の1.5T MRI 2台とあわせて3台体制となりました。

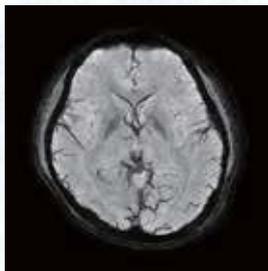
3.0T MRI装置は、SILENT SCAN(サイレント スキャン)搭載型としては、高知県では初導入となります。



頭部MRA



T2強調反転画像



SWAN
(磁化率強調画像)



DTI
(拡散テンソル画像)



Discovery MR750w 3.0T

SILENT SCANは、MRI検査で発生する騒音を小さくするのではなく、発生させない技術です。従来の静音化技術とは異なり、グラディエントコイルにほぼ直流の電流を流すことで、コイルの振動自体を無くし、スキャンしない状態と比較してわずか3dB以下の音量という、ほぼ騒音を発生させない技術です。国内においても、2015年4月現在、既に40施設以上稼働しており、特に音に敏感な小児の検査では多くの施設でSILENT SCANが臨床活用されています。ただし、検査部位に制限があり、頭部の一部の撮影のみ使用可能です。

現在、当院で稼働中の1.5T MRIは、開口径(トンネルの直径)60cmですが、8月から稼働した3.0T MRIは、開口径70cmのワイドポアになっており、狭い空間からの圧迫感が少なく、様々な体格への適応、検査の快適性が向上されています。また、頭頸部コイルにチルト(角度を変える)機構があるため、円背のある方も楽な姿勢

で検査を受けることが可能です。

3.0T MRIは、従来装置と比較して、画像の解像度が格段に進歩し、高分解能画像の撮影が可能となりました。MRIは、単純撮影で様々な部位の血管描出が可能ですが、3.0T MRIは、従来装置と比較して、末梢の血管まで詳細に描出することができます。その他、MRS(スペクトロスコピー)や白質路等を描出するDTI(トラクトグラフィ)など精度の高い検査も可能となりました。

ただし、この最新の3.0T MRIは、磁場が非常に強い為、従来検査可能であった体内金属が入っている方を検査できない可能性があります。ほかにも、呼吸の動きのある部位、胸部、腹部などは、苦手とする部分もあります。このような場合は、1.5T MRIで安全に検査ができますのでご安心ください。

MRI検査において、不安な点や疑問点がありましたら、検査の際に、担当スタッフにご相談ください。

11月15日(日)
in くらしおホール

第2回 高知医療センター 認定看護師・専門看護師

看護実践発表会開催のお知らせ

暑い季節が過ぎ、少し涼しさを感じる季節となりました。高知医療センターでは、昨年に引き続き、第2回認定看護師・専門看護師看護実践発表会が11月15日(日)に開催されます。今年度のテーマは「つなげよう！看護の力」です。

前回の開催では、当院認定看護師11分野17名、専門看護師4分野8名から19題の演題発表がおこなわれ、院内外から135名もの参加がありました。また、実践発表会終了後の交流会では、他施設職員や他施設認定看護師・専門看護師、大学院生などとも交流ができ、色々な情報交換の場となりました。

第2回認定看護師・専門看護師看護実践発表会では、他施設の認定看護師・専門看護師の発表も予定しており、昨年度以上に様々な意見交換ができる発表会になると考えています。また、基調講演は、長崎メディカル市民病院救急部救急認定看護師：増山純二先生をお招きし、「臨床の質を向上するための看護教育～IDの視点から～」(※テーマが変更になりました)について講演を予定しております。部署教育の組み立て方、シミュレーション教育などについて大変興味深いお話が聞けると確信しております。

高知県の看護の質向上を目指し取り組みを始めた認定看護師・専門看護師実践発表会に、是非、皆さまのご参加お待ちしております。

広報担当：集中ケア認定看護師 森本 雅志



神経難病「SMON」の集団検診を実施しました

平成27年8月14日(金)午後に神経難病SMON患者の平成27年度集団検診が、当院外来にて行なわれました。

SMONは subacute myelo optico neuropathy の略称で、整腸剤として使われたキノホルムによりひこおこされる神経障害です。重症者では失明したり、胸から下の感覚が麻痺して歩けなくなったりし、年月がたっても症状はあまり改善しません。

厚生労働省のSMONに関する調査研究班では毎年集団検診、訪問検診を行ない、調査票に記入し、毎年の班会議で検討を行なっています。高知県からは

研究協力者として、高知記念病院 高橋 美枝医師が参加しており、当院 副院長 山下 元司医師も集団検診に協力しました。集団検診の後、高橋医師が訪問検診も行なうことになっています。



お知らせ

日頃より研修等でみなさんにご利用いただいている下記スペースに名前がつけました！

高知市民の木と花に選定されている「せんだん」と「とさみずき」です。

ご不便をおかけしておりましたが、今後、ご利用の際には「せんだん」「とさみずき」とお伝えください。



2階



月	日	曜	高知医療センター イベント情報 10月～			
10月	9	金	高知県婦人科手術セミナー (参加費無料・事前申込不要)			
			内容	広汎子宮全摘術へとつながる 腹式単純子宮全摘術	場所	高知医療センター 2階 やいろちよう
			時間	19:00～20:30	対象	医療従事者
	講師 三重大学医学部 産科婦人科 准教授 田畑 務 氏 お問い合わせ: 高知医療センター 総合周産期母子医療センター長 林 和俊 TEL:088(837)3000					
	17	土	第9回 高知医療センター学術集会 (参加費無料・事前申込不要)			
			内容	演題発表10題	場所	高知医療センター 2階 くろしおホール
			時間	14:00～16:30	対象	医療関係者・一般
	お問い合わせ: 高知医療センター なるほどライブラリ 橋田 圭介 TEL:088(837)3000					
	18	日	高新・高知医療センターがんセミナー・2015 (参加費要・事前申込要)			
			内容	知っておきたいがん治療中の食事と栄養	場所	高新文化教室(RKC高知放送南館3階37号室)
			時間	10:30～12:00	対象	一般(40名)
	講師 高知医療センター 栄養局局长 渡邊 慶子 氏 お問い合わせ: 高新文化教室 TEL:088(825)4322 受講料 1,500円/1回					
	18	日	平成27年度 高知県周産期医療研修会 (参加費無料・事前申込要)			
			内容	安全でよいお産のために、分娩プロバイダーチームができること—Team STEPPS®でチームワークを学ぼう—	場所	高知医療センター 1階 研修室1・2・3
			時間	13:00～16:30	対象	医療従事者・一般
講師 亀田総合病院 産科部長 総合周産期母子医療センター長 鈴木 真 氏 お問い合わせ: 高知医療センター 事務局 経営企画課 川田 瞳 TEL:088(837)3000						
30	金	高知医療センター新人看護師研修 他施設公開研修 (参加費無料・事前申込要)				
		内容	医療安全2	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3	
		時間	8:30～10:30	対象	新人看護師(15名)	
講師 高知医療センター 医療安全管理者・教育担当者 参加ご希望の方はお問い合わせください お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当(藤原、野田、藤本) TEL:088(837)3000						
31	土	第39回 地域医療連携研修会 高知医療センター・高知県立大学包括的連携事業 (参加費無料・事前申込不要)				
		内容	病院と地域で行う退院支援 ～退院の仕組みづくりとその活用～	場所	高知医療センター 2階 くろしおホール	
		時間	14:00～15:30	対象	医療関係者	
講師 高知県立大学 社会福祉学部 井上 健朗 氏 お問い合わせ: 高知医療センター 地域医療連携室 井上・松本 TEL:088(837)3000						
11月	1	日	平成27年度第2回 地域がん診療連携拠点病院公開講座・特別講演会 (参加費無料・事前申込不要)			
			内容	公開講座・特別講演会 テーマ:胃がん	場所	高知会館 2階 白鳳
			時間	14:00～16:00	対象	一般
	講師 公開講座: 高知医療センター 消化器内科科長 山田 高義 氏 特別講演会: KKR高松病院 人間ドックセンター長 安田 貢 氏 お問い合わせ: 高知医療センター 経営企画課 TEL:088(837)3000					
	11	水	高知医療センター看護局集合研修 他施設公開研修 (参加費無料・事前申込要)			
			内容	スキンケア2 便によるスキントラブルを防ぐ	場所	高知医療センター 1階 研修室2・3
時間			17:30～19:00	対象	看護師(20名)	
講師 高知医療センター 皮膚排泄ケア認定看護師 本山 舞 氏 参加ご希望の方はお問い合わせください お問い合わせ: 高知医療センター 看護局 教育担当(藤原、野田、藤本) TEL:088(837)3000						

※時間等、変更になる場合もございますのでご了承ください。みなさまのご参加を心よりお待ちしております。

編集後記

皆さんご存知ですか?この号が発行される10月には、リレー・フォー・ライフ・ジャパンが開かれます。これは、がん患者さんと医療従事者、行政、企業などが、がんに関心をもつことのない社会の実現を願い、たすきを繋ぎながら交代で24時間歩き続ける取り組みで、私も去年初めて参加しました。夜のグラウンドには、がん患者さんを励まし、また、亡くなられた人を偲ぶ灯籠が幾つも並び、キャンドルの灯りに浮かび上がる光景はとても幻想的でした。この取り組みがもっと拡がり、参加するチームも増えればいいなと思います。もちろん、高知医療センターは、今年も24時間完歩を目指して参加します。(広報委員 山崎)



平成27年10月1日発行
にじ10月号(第120号)
毎月発行
編集者: 広報委員会
発行者: 吉川 清志
印刷: 株式会社 高陽堂印刷

発行元:
高知県・高知市病院企業団立
高知医療センター
〒781-8555 高知県高知市池2125-1
TEL:088(837)3000(代)

広報誌「にじ」に関するご要望・ご意見をお寄せください。renkei@khsc.or.jp