

神経内科は開院から半年間は脳外科の山城医師が神経内科領域をカバーされる形でスタートし、その後内科系、外科系の医師が分担。外来は週3回（脳外科1、神経内科2）を済生会熊本病院から応援してもらう形が9月いっぱい続いた。10月7日に下園が赴任して6カ月経過し150人（紹介71人）の入院患者があり、下表にまとめた。

神経内科入院患者内訳（2003/10/7～2004/3/31）

脳血管疾患		59
脳梗塞（急性期）		49
ラクナ梗塞	8	
心原性塞栓	13	
アテローム血栓	8	
その他	12	
TIA	2	
脳梗塞（回復期、リハビリ）	6	10
脳出血（急性期）	4	
（回復期）	6	
頭部外傷		7
めまい		11
意識障害 心血管系	7	9
低血糖昏睡	2	
てんかん		7
パーキンソン病		1
不随意運動		2
脳炎、髄膜炎		3
顔面神経マヒ（末梢性）		2
変性疾患		1
薬物中毒		3
痴呆		1
脊髄炎、HAM		4
精神科疾患		3
頸椎症		3
神経疾患小計		116
他科疾患		34

現状と今後の展望

病棟では週一回の嚥下回診、嚥下造影検査を定期的に行った。血管エコー、脳波、CTなどについては検査室、放射線検査室のスタッフが夜間の呼び出しが多いにもかかわらず、遅滞なく施行できるため特に問題ない状態である。

2月からMRIが稼働し始め、それとともに外来への紹介患者が増えている。今後の問題は読影と返書のスピードアップと、新患外来を再診外来と別枠に設ける必要があるのではということだ。紹介があった患者を再診外来と同時に診察せざるを得ない状況があり、待ち時間が長いのが今後の課題である。医師の増員も今後の検討を要する点ではないだろうか。

外来での脳血管疾患には、くも膜下出血、脳出血や、脳梗塞の中でも重症化が予想される脳塞栓があり、それらの大部分は済生会熊本病院と連携をとっている。レスビレータ管理や気管切開まで施行された患者はまだ数名で、手術適応がない重症出血や超高齢者で保存的治療が優先される場合にも当院でみているが、ICUやstroke unitのない当院で重症患者をどこまで、どういう形で診てゆくかは地域の特性と合わせて、皆で考えてゆかねばならない問題でもある。