

診療体制

2004年度の診療体制は昨年と同じ神経内科1名のままである。

年間入院患者数288名、これは前年度とほぼ同数（半年間で150名）で、内訳も脳血管障害が新患で111名であった。脳出血、くも膜下出血の大部分は救急外来の段階で熊本病院（数例は市民病院、国立病院機構）へ転送となるので入院数には含まれない。このため当院で初診で受ける脳血管疾患は150名/年程度と見積られる。急性期の脳梗塞にt-P Aの静注が近い将来認可された場合のことを考えると、この地域での脳卒中診療のありかたを検討すべき時期が来ていると思われる。その一方、地域の特性はほとんどが高齢者（97歳のくも膜下出血の患者を手術の適応なしと判断し、当院で内科的治療の結果元気に歩行退院された！）という点で、何を、どこまでという医療レベルを考える毎日である。

死亡症例は手術不可能の脳出血（3名）、脳腫瘍（3名）肺炎（2名）を除くと、脳梗塞全111名の内4名（ヘルニア、進行性卒中、再発）となり他施設の急性期死亡率（5～6%）と比較しても遜色ない結果であるが、これはもちろん超重症例を熊本病院で診ていただいているためでもある。

回復期リハビリ病棟が開設され、当院で初期診療した脳血管疾患の大部分（軽症で早期退院された方を除き）は引き続き自宅復帰、あるいは施設へ移られるまでのおつき合いとなる。回復期リハビリ病棟の宮川部長、リハスタッフ、ソーシャルワーカー、病棟スタッフの皆様の協力に感謝。後方病院探しにもいつもご苦労いただいている。

神経関係の診療でこの他の問題は

- ① 末梢神経の評価ができない ギラン・バレー症候群の2名はいずれもレスピレータ管理となる重症で結局他院に転院。
- ② 脳外科を標榜しているのに脳外科の常勤医がない。（他院から脳出血の患者が紹介されてくる）
- ③ 熊本市内まで救急車で1時間かかる。転送の判断が難しい。

熊本市と本渡市の中間にあって、脳外科疾患でも頼りにされているのに期待に応えきれていない場面もある。脳卒中はまず急患であり時間外も多く、他科の医師の協力でどうにかこなしている。挿管後に呼吸不安定、レスピレーターからの離脱が心配となれば外科医師に気管切開をお願いしている。常勤医師の平均年齢が毎年1歳ずつ上昇している現状は問題である。

参考までに昨年10月の1カ月間、救急外来での脳外科関連の疾患を調査した。

転落、交通事故などで頭部打撲、頭蓋骨骨折、鼻骨骨折など 40名/月

このうち 入院3名（小脳出血1、転倒打撲2）

転送5名（外傷性くも膜下出血1、小脳出血1、

くも膜下出血1、鼻骨骨折2）

また入院にはならないが、脳腫瘍スポーツ外傷も多い。関係各位のご理解とご協力をお願いしたい。

その他

平成16年度厚生労働省「わが国における Stroke unit の有効性に関する多施設共同前向き研究」に参加した。

神経内科入院患者内訳

脳血管障害		136
脳梗塞		95
ラクナ	11	
アテローム血栓性	16	
塞栓性	23	
病型不明、多発性梗塞他	41	
T I A	4	
脳出血		16
被 殻	2	
視 床	5	
小 脳	1	
くも膜下	1	
皮質下	7	
リハビリテーション(紹介)		25
SAH(ope 後)	7	
脳挫傷、硬膜下(外)血腫	9	
脳出血	7	
脳腫瘍(術後)	2	
機能的疾患；メマイ25、意識障害10、テンカン10、パーキンソン病5、頭痛5		55
Tolosa-Hunt 症候群1、ギラン・バレー症候群2、ヘルペス脳炎1、顔面神経マヒ2、帯状疱疹1、側頭動脈炎1		8
その他の内科疾患(肺炎、肝炎、腎盂炎、薬疹等) 外科系疾患(圧迫骨折、変形性腰椎症等)		73
脳腫瘍 (Glioblastoma, meningioma metastatic tumor)		5
ミトコンドリア脳筋症1、脊髄小脳変性症1、多発性硬化症1、MELAS(疑い)2、筋無力症1		6
ヒステリー1、肝性脳症1、アルコール性2、他1		5
合計		288
死亡症例 12名 (脳梗塞4、脳腫瘍3、脳出血3、肺炎2)		