

宮城県 寸脳卒中協会 会報

第 92 号

財団法人
宮城県寸脳卒中協会
仙台市太白区長町南4-20-1
広南病院内(郵便番号982-0012)
電話番号 (022) 247-9749
平成22年11月10日発行

石巻赤十字病院は大正十五年十月の開業以来、診療科の新設や数々の指定・承認を受け、石巻地域の中核病院として地域医療に貢献してきた。

平成十八年五月に現住所に新築移転し、病床数四百二床、二十五

リハビリ施設訪問



石巻赤十字病院

地域医療の充実に向けて

診療科を有し、石巻医療圏における高度総合診療機能を備えた唯一の急性期病院として、圏内で医療が完結することを目的に、医療活動を行っている。

また、赤十字病

院として災害救護活動にも積極的に取り組んでおり、一昨年に発生した岩手宮城内陸地震の被災地へ救護班を派遣している。

リハビリテーショ

ン(以下リハ)部門は昭和四十六年に開設され、当時はマッサージ師による物理療法やハバードタンクを用いた褥瘡に対する治療が主なものだった。今では石巻医療圏にお

深めたい信頼関係

医療には科学、生物学的な知識が欠かせませんが、実際に患者さんと相對すると、それだけでは対応しきれないことがあります。科学的根拠だけに頼らず、患者さんの語る病の体験(物語)に耳を傾け尊重、共有することで信頼関係を深め、治療を進められるよう努力しております。

(谷 崇史^{たにかふみ}リハ科係長)

いて唯一急性期リハを担っており、近年では大腿骨頸部骨折や慢性閉塞性肺疾患(以下COPD)患者に対する地域連携診療や呼吸・栄養サポートチーム等のチーム医療にも取り組んでいる。

現在、脳血管疾患等リハ(1)、運動器リハ(1)、呼吸器リハ(1)の施設基準を取得し、理学療法士八人、作業療法士三人、言語聴覚士一人の体制で診療に当たっている。脳血管障害、整形外科疾患、呼吸器疾患、循環器疾患が主な対象であり、可能な限り早期からリハを開始するよう努めているが、各科からの需要が増加しており、

結果として廃用症候群の予防が不十分となっている。発症早期より十分な時間をかけたリハ介入ができるよう、療法士の増員や人員配置、看護師等の他職種との連携、オーダリングシステムの再検討等が今後の課題である。

また、二〇〇六年の調査によると石巻地域は四十歳以上の男女の喫煙率が全国平均を上回っており、COPD患者が今後も増加すると考えられている。COPDは予防と早期発見、安定期および増悪期の治療患者教育、呼吸リハなど包括的な活動を要する疾患であり、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学・作業療法士の連携が重要である。現在、ICONという名のCOPD患者に対する地域連携診療が稼働しており、その経験を脳卒中地域連携診療や院内におけるチーム医療に生かすことで、今後さらに地域のリハ医療の充実に役立ちたいとしている。

◇ ◇
石巻赤十字病院は石巻市蛇田字西道下七一、電話0225-217220。

「ふるえ」を主症状とする病気

―パーキンソン病を中心に―

仙台厚生病院院長 遠藤

実

脳卒中の後遺症のある方は、リハビリ治療を受けたり、慢性期にはデイケア、デイサービスを利用したりすることが多いと思います。医療施設や福祉施設を利用している時、もしかしたら、隣の方はパーキンソン病の方かもしれません。脳卒中になる方と同じ年代で最も多い神経疾患はパーキンソン病です。「ふるえ」について、またパーキンソン病について知ることは、仲間の患者さんを理解する上で役に立つこともあるかと思っています。仙台市医師会医学講座での講演内容のまとめです。参考にしていただきたいと思います。

「ふるえ」について

「ふるえ」は医学的には振戦を指すが、一般臨床では「ふるえ」の方が理解されやすい。振戦は同一平面上を行ったり来たりする不随意運動を指すが、患者によっては、振戦以外の不随意運動を「ふ

振戦(ふるえ)が目立つ病気

振戦のみが見られる
生理的振戦
甲状腺機能亢進症に伴う振戦
本態性振戦
振戦が代表的症状
パーキンソン病

るえ」と表現することもあるので注意を要する。

不随意運動とは、異常な運動で、運動過多状態であり、外観から見ただれでも分かる症状である。睡眠時に休止し、感情的な刺激により増強する。不随意運動の分類では、舞踏病様運動、アテトーゼ、ジストニア、振戦などがある。振戦を主症状とする疾患は高頻度に見られるが、それ以外はまれである。ただし、ジストニアの中の痙

本態性振戦の方へ

病気が心配な方：あまり心配しないで
進行は遅く、生命には関わりません
症状でお困りの方：次の様な対策を
ありのままにする(隠そうとしない)
可能なら少しアルコールを
いろいろな薬
β遮断薬、抗けいれん剤

性斜頸は比較的多く、ボトックス療法が有効であることから近年注目されているものである。

振戦は、どこに、どのような状態で見られるか、振幅は粗大か微細か、振動数は一秒間に何回かで表現され、また出現の仕方により、静止時振戦、姿勢時振戦、運動時振戦、企図振戦と分類される。振戦を主症状とする疾患の中で代表的なものは本態性振戦とパーキンソン病である。

最も多い本態性振戦

本疾患は最も多い神経疾患の一つである。十歳代から見られ、年齢とともに増加する。発症率はスベインの調査では十万人当たり六

百十六人とされ、パーキンソン病の二〜十倍に当たる。六十歳以上の有病率は実に五割に上る。日本での詳細なデータはないが、実地ではまれならず経験され、ありふれた疾患であることが実感される。振戦は主に上肢に出現、時に頭部にも見られ、姿勢時や運動時に出現する。振幅は中から大で、振動数は一秒間に六〜十回である。精神的緊張で増強し、アルコールで軽減することがある。

時に家族歴を有するが、この場合は上染色体優性遺伝型を示す。老人発症の場合は老人性振戦とも言われる。年齢の明確な規定はないが、六十歳以上の発症をこのように呼称するのが妥当と考えられる。この晩发型では、振戦の出現範囲が広く、上肢、口唇、下顎、頭部に見られる。

本疾患は生命にかかわらないことから「良性」疾患と考えがちであるが、患者の四分の三が日常生活動作障害を有しており、適切な対応が必要である。治療薬としては、β遮断剤のプロプラノロール、アロチノロール、抗けいれん薬の

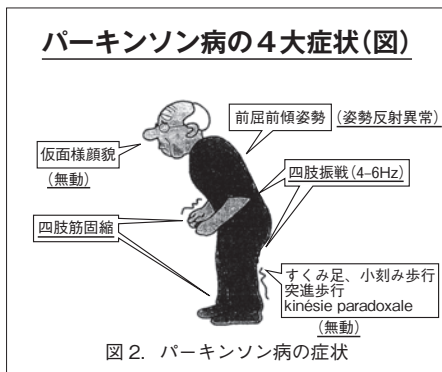
クロナゼパム、ガバベンチンが有効であるが、アルコールの有効性も高い。日常診療の場では、進行は遅いことから心配を除くように努め、また、あまり隠そうとしないで行動することを勧めている。

鑑別診断としては、甲状腺機能亢進症での振戦が挙げられる。また、病気ではないが、生理的振戦も鑑別を要する。疲労、感情的興奮、寒冷時に出現するもので、誰でも経験し得るが、何らかの病気を心配して受診されることがある。

パーキンソン病の特徴

パーキンソン病では振戦、無動、筋固縮、姿勢反射障害の四大症状が見られるが、最も重要な症状は無動症であり、すべての動作が遅くなる。筋固縮は歯車様と形容され、姿勢反射障害で問題となるのは転倒である。振戦は安静時に見られるのが特徴で、約半数例で初発症状となり、経過中八割の患者が経験する代表的な症状である。ただし、約二割は振戦を呈さない

ので、振戦がないからといってパーキンソン病は否定されない。



十五歳〜七十歳で、十万人当たり百〜百五十人、六十歳以上では五十人に一人と高頻度に出現する。原因は脳内の黒質の変性によりドーパミンニューロンが減少し、ドーパミン欠乏を起こす。治療としてはレボドーパによるドーパミンの補充が中心となり、他の薬剤もこれを補助するものである。治療効果は高く、生命予後は著名に改善し、発症十五年までは一般人口とほぼ同じである。治療上の問題点は、レボドーパによる治療期間が長期化するにつれて効果は減弱することである。ドーパミンの血中濃度に応じて、濃度が高い時

は不随意運動が出現、一方低い時は無動状態になるWearing-off現象が出現する。この時期は専門医の守備範囲となる。

補助診断法として有用なのはMIRG 心筋シンチである。本法は心筋内の交感神経機能を調べるもので、パーキンソン病では病初期から低下していることが多く、特異性も高いことから、診断が疑わしい例では試みる意義がある。

パーキンソン病では経過とともに機能は低下してくるので、薬物療法に加え、生活面の指導が重要である。この病気の特徴として鬱傾向が強いため、人と交わり、明

パーキンソン病の経過と予後

パーキンソン病は慢性の疾患で、その経過や予後には大きな個人差があります。普通は進行はゆっくりしています。手足のふるえ、すくみ足などの運動障害がみられますが、うつや痴呆などの精神障害や失禁、よだれなどの症状もみられることがあります。日常生活に支障をきたしたら介護が必要になります。

参考)
介護保険は通常65歳以上でないと利用できませんが、パーキンソン病の方は40歳以上であれば2号該当として介護認定を受けることができます

日常生活の心がけとリハビリ

外に出よう 明るく過ごそう

早期リハビリテーション

活動性の維持

進期リハビリテーション

運動機能の維持

転倒防止

嚥下障害のリハ

るく振る舞える場の設定が望まれる。また、日常的な自主訓練や専門的なりハビリが有効である。これら両者を満たすものとして、定期的な外出を促すデイサービス、デイケアの利用が最良の方法と考える。パーキンソン病患者の治療のためには医療と福祉が連携した支援が欠かせない。

終わりに

この文章は主にパーキンソン病について記してありますが、日常生活に関する心構えについては、そのまま、脳卒中の後遺症の方にも当てはまりますので、参考になるかと思えます。

宮城県の急性期医療体制 現状と問題点

仙台医療センター
脳神経外科医長 江 面 正 幸

救急医療、特に脳卒中中の救急医療の成否は時間との闘いの側面が大きい。救急患者が発生して治療を完了するまでの過程にはいくつもの要素があり、その各々で時間を短縮することが、治療完了までの時間を短縮させること、つまりは治療成功率を上昇させることにつながる。救急車に収容した救急患者をいかに早く病院に運ぶか、

救急車を要請するか、どちらかの選択をすることになる。患者・家族にとっては咄嗟のことであり、その選択にはあまり深い考えはないものと考えているが、救急体制上はこの違いが大きな意味を持つ。

我が国における救急医療体制は、都道府県が作成する地域医療計画に基づいているが、医療計画では、救急の重症度を初期、二次、三次に分けて、対応する施設を規定している。初期救急は休日夜間急患センターや当番医で担当し、二次救急は救急告示病院と輪番病院で、三次救急は高次救命救急センターで担当する。この三つの重症度は外傷を基準としたもので、必ずしも脳卒中に当てはまるとはいえない。つまり、一見軽症であっても進行する可能性が少なくなければ脳卒中専門施設での注意深い観察が必要となるし、逆に重症であってもそれ以降変化する可能性

を解説する。
発症から来院まで
脳卒中が発症した場合、患者やその家族は医療機関を受診するか、

救急車の適正な利用のお願い

救急出動件数が増加しています。真に緊急を要する方のために、救急車の適正な利用をお願いします。

- ① 症状は軽微だが、「交通手段がない」「どの病院に行けばよいかわからない」といった場合は、民間の患者等搬送事業者や病院情報提供サービス等を活用してください。
- ② 定期的な通院等において、タクシー代わりに救急車を常用することは控えてください。
- ③ 救急車以外に搬送の手段がなく、緊急に医療機関等に搬送しなければならない場合は、迷わずすぐに救急車を要請してください。

の少ない状況であれば、内科管理や在宅で良い場合もある。しかし救急体制上は、患者が急患センターを受診すれば初期救急、救急車を呼べば二次救急ということになってしまう。その上この三段階の重症度は、市民レベルで周知されているとは言い難く、市民は医療計画上の規定とは関係なく救急車を要請する。結果として、本来は初期救急相当であるのに、実際には二次救急施設が対応している患者が多く発生する。また、最近では初期救急であることを承知の上で、いわば「タクシー代わり」

に救急車を依頼するようなケースも少なくない。このような状況が蔓延すると医療費の肥大化を招くだけでなく、真に緊急を要する患者に対応できない状況を招きかねないし、二次医療機関が疲弊し結果的に医療の質を落としかねない。消防庁のホームページには、「救急車の適正な利用のお願い」Ⅱ図Ⅱが掲載されており、宮城県の医療計画にもこれが紹介されているが、一般市民が閲覧する場所に掲載されているわけではなく、市民に周知させる努力がされているとは言い難い。

逆に、脳卒中で来院する患者の中には、発症してすぐ来院しているが、tPA静注療法の適応があったのに、家でしばらく様子を見ていた、などの理由で適応を逸してしまう患者も少なくない。このように本来救急車の必要のない患者の搬送例がある一方で、本来救急車の必要のある患者が自家用車で来るなどの、非適切な搬入形態が存在する。これらを改善するには、市民への啓蒙が不可欠であると同時に、乏しい医療知識でも受診・

搬入経路を誤らない体制作り、あるいは入り口を多少間違えても修正しやすい体制作りが必要である。

県内の救急体制の現状

一般的な地域医療計画では、救急医療体制は二次医療圏までで対応させるとしている。一次医療圏は保健所などの兼ね合いから市町村を単位としており、二次医療圏は複数の市町村を一つの単位としている。宮城県には、十圏域（気仙沼、石巻、登米、栗原、大崎、黒川、塩釜、岩沼、仙台、仙南）が存在する。通常では、この二次医療圏ごとに救急体制を整備するが、宮城県では、黒川、塩釜、岩沼を仙台に含めて、仙台広域医療圏として救急体制を敷いている。二〇〇一年の統計によると、登米、栗原医療圏において、搬送患者を自医療圏に収容できた割合が七〇割を下回っている。

このように、本来自医療圏で対応すべき救急医療が、実際には他医療圏に依存している地域があるのが宮城県の現状である。また、仙台広域医療圏としてみれば七〇割を達成しているが、黒川、岩沼

は単独では七〇割に達していない一方で、仙台の自医療圏収容率は九八割に達する。つまり、実際は仙台市への依存度が極めて高いのが仙台広域医療圏の現状である。

このような傾向は、脳卒中救急にもそのまま当てはまる。簡便である割に効果の高い治療としてtPA静注療法が脚光を浴びているが、この治療は発症三時間以内に開始できなければ適応とならないため、医療圏ごとに対応する必要がある。しかし、実際にはtPA静注療法が常時可能な施設がない二次医療圏も存在する。また、tPA静注療法のような繊細な治療は本来の二次医療圏で対応すべきであり、仙台広域医療圏では範囲が広すぎる。救急行政上の数字合わせではなく、実情に即した救急体制の整備が必要である。

退院後の問題点

市民レベルでは感じにくい問題であるが、脳卒中罹病患者の社会での受け入れ体制の不備は、実は救急医療にも弊害をもたらしている。急性期病院の医師にとって急性期脳卒中患者を診療することは

腕の見せどころであるし義務でもあるから、本当は全部診てもいいくらいのつもりで診療している。その意味では救急車を断るということは医師の本意ではないしモラルにも反している。しかし、実際には救急車を断るという事例が少なからず発生する。何故か。実を言うと脳卒中患者を受け入れると多くの労力はむしろそのあとの後

方病院の手配に注がざるを得ない。急性期治療が終わると回復期病院、その後維持期病院に移るのが一般的である。そのどこかの段階で社会復帰ができれば老健施設や在宅医療の対象となる。いずれにしても急性期病院で入院生活のサイクルに入ってきた患者は最終的には入院生活を離れて社会へ戻らなければサイクルが回らないわけだが、そのサイクルを回りにくくしている最大の要因は、社会へ戻るところなのである。老健施設への入所が三年待ちとか、子が親の面倒を見たくないのので在宅は無理、などのおよそ医療機関とは関係ない理由で出口が詰まって、入院患者が

停滞する。出口が詰まっているから玄関口つまり急性期病院が飽和状態となり、入り口つまり救急外来も受け入れを断念あるいは躊躇してしまふ、これが脳卒中救急の受け入れを円滑にさせない根本的理由であろうと思う。となると、これも老健施設の拡充とか、在宅医療への優遇税制など、行政上の改善点である側面が大きいと言わざるを得ない。

終わりに

米国でtPA静注療法が臨床応用され始めた当時、より早期の医療機関への接触が急性期脳卒中の治療成績を向上させるとの考えから「time is brain」をスローガンとしたキャンペーンが行われ、治療成績の向上に貢献した。救急体制の整備は、そのまま急性期脳卒中の治療成績向上に寄与する。救急隊内、医療機関内などのセクションごとでの努力は行いやすいし実践されている。しかし、それらをつなぐ部分では、市民の協力・理解が不可欠であるし、何より行政の積極的な関与・指導・誘導が強く望まれる。

医療の最前線

この人に聞く



公立刈田総合病院
脳神経外科部長
今泉茂樹さん

Nevertheless (それでも～する)
という気持ちが一番の目標です。

三十九年前医学部卒業を控えた二月に、父がクモ膜下出血(SAH)で倒れ、当時の国立仙台病院に入院しました。父は東北大学教養部地学教室で蟹など甲殻類の化石を研究しており、退職後の絵描き三昧の余生を楽しみにしていましたが、重症のSAHで、根治術不可能でした。この時の主治医のリーダーが前東北大学長・吉本高志先生で、家族面談で「医師国試は頑張れ」と言われましたが落ちました。研修医は仙台市立病院内科に勤務。

当時の市立病院は国分町の隣にありましたから、薬物による自殺企図の男女なども多く胃洗浄もありましたし、脳血管撮影は首の動脈にベニユーラというシリコン筒を刺す針を使っていたのですが、内科の研修医が検査し、その所見

と治療方針を脳神経外科の小沼武英先生に伺うという形でした。

その後、一年間東京の民間病院で内科医として勤務。芹沢直文先生(日本医大卒、東大麻酔科)に手ほどきを受け、気管挿管手技に自信が持てた頃、東京医科歯科大学脳外科の故谷川某先生の知己を

それでも刈田病院は nevertheless

得て、脳外科医になるべきとの感を強くしました。東京の公衆電話から小沼先生に相談した数日後、故鈴木二郎初代教授室に同行して頂き握手、昭和五十五年、脳外科に入局しました。

入局後、吉本先生から薦められて昭和五十八年から二年間サンフランシスコに留学したことが一番の思い出です。公立刈田総合病院

には平成十四年から勤務し現在に至ります。

理想的な脳卒中の治療の基本はセンター化だと思います。人材と設備の集中的投資が必要です。地元で都合で病院が建てられるのは大学が制御するべきです。

ドイツ、マインツ大学Pernecky教授の手術を三日間見学させていただいたことがあります。マインツでは一日に三例くらいのSAHの患者が周辺の町から搬送されてKeyhole手技という魔法のよう

な治療を行っていました。宮城県南の医療、脳卒中治療の現況を見ると、手術する患者さんが仙台よりも平均十歳以上は高齢であること。また、白石市の人口はすでに「市」として必要な四万人を大幅に下回り三万八〇〇〇人です。

SAHの発症率が年間十万人に十人ですから、白石市では年間五人が発病するだけです。

国民的難題の介護は県南も例外ではなく、公立刈田総合病院も救急医療からリハビリ病棟への転身を望まれています。それでも、患者さんは救急高次医療、一次、二次医療など自ら選んで発病するわけではないので、刈田病院周辺で発生する頭部外傷事故などは可能な範囲で対応したいと思っています。

脳卒中は、本来、仙台まで車で三十分という立地では、仙台市内の東北大学病院(富永悌二教授)関連病院の、強力にセンター化した脳神経外科チームとの繋がりがこそ重要であると思います。

最近、最もうれしかった出来事は、東北大学リハビリテーション医工学分野教授、出江紳一先生の教室で週一回、勉強(研修)ができるようになったことです。

脳外科医師としては「生きるか死ぬか」の二元論で考えがちでしたが、「かなりのもの」を失った絶望の淵から、それでも(nevertheless)少しでも回復できないかという医療と、出江教授の患者さんへの接し方に学ぶところが大きい。

脳卒中 質問箱

脳卒中質問箱」は、脳卒中や血圧についての疑問、質問にお答えするページです。検査やりハビリテーションについての質問も、はがきで事務局にお寄せください。

問

脳ドック受診の場合、心臓にペースメーカーが装着されていると検査できないのは、どうしてでしょうか

脳ドック検査の予約の際、心臓にペースメーカーを装着した人は受診できないと聞きました。他にも検査できないことがありますから、教えてください。

(四十五歳・男性)

答

広南病院脳ドック部長

長嶺 義秀 先生

脳ドックの諸検査のなかで中核となる最も重要な検査が磁気共鳴装置(MR)による検査(MRI)です。MRIは大きな磁石により

磁場(磁界)をつくって撮影します。特に磁性体とよばれる金属(代表的なものは「鉄」)は磁石によって強く引つ張られてしまいます。

絶対禁忌と相対禁忌

心臓にペースメーカーを装着している場合、強い磁力によって器械が壊れたり、停止したりすることが予想されるため、MRIを行う場合の絶対的な禁忌事項Ⅱ「絶対禁忌」とされています。これが脳ドックを受診する場合、検査が受けられないという理由となります。そのほか、人工内耳を埋め込んでいる方、眼窩内に弾丸破片のある方が絶対禁忌とされています。

MRIは今述べた絶対禁忌のほか、体内に金属が埋め込まれている場合でもある条件下で可能な場合があります。その場合、厳重な注意のもとに可能である場合を「相対禁忌」と呼びます。相対禁忌には、①外せない義歯を装着している方②大動脈瘤に対して人工血管置換術の手術を受けた方③チタン製クリップを用いた脳動脈瘤の手術を受けた方④骨折等に対して整形外科や形成外科でプレート

を用いた手術を受けた方などが挙げられます。骨折治療に用いられるプレートはチタンなどの非磁性体で作られていれば大丈夫ですが、少しでも磁性体が含まれていれば、強い磁力に引つ張られたり、熱をもったりして危険です。

現在では脳動脈瘤の手術にはチタン製クリップが用いられています。ここ二十年くらいのものであれば通常大丈夫ですが、それ以前のはMRIを想定していない金属製クリップがほとんどのため絶対禁忌となります。古いクリップの場合は手術の時期だけで判断できる場合がありますが、どうしても分からない場合は手術を受けた病院に確認してもらう必要があります。

また、くも膜下出血後の水頭症などで脳室腹腔シャント術を受けた人は髄液圧調整のためのバルブが埋め込まれており、圧調整に磁石を応用しています。したがって、MRI後は調節圧が変化してしまうため、検査の後に確認と再調整が必要となります。

さらに、入れ墨のある方も注意

が必要です。入れ墨のなかに微量な磁性体が含まれているため、熱をもってやけどをする可能性があります。当院では全身に入れ墨のある受診者の方に高磁場(三テスラ)MRIでの脳ドックが行えず、やむなく通常の1・五テスラで安全を確認しながらMRIを行った経験もあります。勿論、異常を感じたらすぐ教えてもらうようにして、検査中も絶えず言葉のやりとりをしながら行ったわけです。

安全確認しながら検査

最後になりますが、最近コンタクトレンズにも問題があることが分かりました。コンタクトレンズの中に酸化鉄などの金属を含むものがあり、装着したままMRI検査を受けると、発熱による角膜や眼球への障害の可能性があるとの報告があったのです。当院でも安全のためMRIのときには全員に外していただいています。

以上、脳ドックを受ける場合は、種々の安全を確認しながら検査を受けていただくように心がけています。

市民公開シンポジウム開催

第三十八回日本放射線技術学会秋季学術大会「脳卒中に罹らないために」は十月十六日、仙台市青葉区の仙台国際センターで開かれ、当協会が後援しました。

東北大学病院脳血管内治療科科長の高橋明先生が「脳卒中とは」と題して基調講演し、秋田県立脳血管研究センターの豊嶋英仁先生が「脳卒中中の画像診断」、東北大学病院脳血管内治療科副科長の清水宏明先生が「脳卒中中の治療」、宮城教育大学保健管理センター所長の尾股健先生が「高血圧を知って脳卒中を防ごう」、東北大学病院栄養管理室長の岡本智子先生が「脳卒中を予防するための食事・生活指導」と題して、それぞれ講演しました。

すこやか脳を守る講演会

わが国の死亡原因第三位の脳卒中を正しく理解してもらおうと毎年開かれている「すこやか脳を守る講演会」が、事業所および市町村との共催で開かれました。

十月六日午後二時から山元町中央公民館で開催、講演会では独立行政法人国立病院機構宮城病院脳神経外科統括診療部長の安藤肇史先生が「脳卒中にならないように・なってしまうたら」と題して講演しました。

また、九月十二日午後二時から仙台市太白区中田市民センターで開催、講演会では広南病院頭痛外来の松森保彦先生が「危ない頭痛、困る頭痛」と題して講演しました。

脳ドック研究会開く

第十四回宮城県脳ドック研究会（会長・山口龍生仙台星陵クリニック院長）は七月二十日、仙台市青葉区の江陽グラウンドホテルで、宮城県脳ドック研究会と当協会との共催で開かれました。

研究会では、画像医学と脳健診所長の木之村重男先生が「慢性虚血性白質病変の経時変化と諸因子の検討」、広南病院東北療護センター長の長嶺義秀先生が「内頸動脈―後交通動脈分岐部漏斗状拡張の診断過程における3T―MRI

画像の検討」と題して、それぞれ発表しました。

続いて、仙台厚生病院院長の遠藤実先生が「一般人間ドックの精度管理―リスク管理を含めて―」と題して教育講演しました。

最後に、東北大学加齢医学研究所脳機能開発研究分野教授の川島隆太先生が「脳の鍛え方」と題して特別講演しました。

県北脳卒中研究会を後援

第二十八回宮城県県北脳卒中研究会が五月二十八日、大崎市の芙蓉閣で開かれ、当協会が後援しました。

研究会では、大崎市民病院脳卒中センター長、脳神経外科科長の吉田昌弘先生が「脳血管内治療―最先端の治療法と当院の現況―」と題して教育講演しました。

脳卒中治療研究会を開催

宮城県対脳卒中協会主催の一六七回宮城県脳卒中治療研究会は七月八日、仙台市青葉区の江陽グラウンドホテルで開かれました。

東北大学病院放射線診断科大田

英揮先生が「MRIを用いた頸動脈のプラークイメージング」と題して発表し、千葉大学大学院医学系研究科脳神経科学分野講師の小林英一先生が「プラーク画像の進歩と治療への応用」、富山大学医学部脳神経外科学教授の遠藤俊郎先生が「CEA/CASの現状と将来」と題して、それぞれ特別講演しました。

脳卒中地域連携セミナー開く

宮城県脳卒中地域連携セミナーが四月十九日、仙台市青葉区の江陽グラウンドホテルで開かれました。当協会を含む三団体が共催しました。

宮城県保健福祉部次長の佐々木淳先生が「宮城県の脳卒中医療体制について」、東北厚生年金病院リハビリテーション科主任部長の渡邊裕志先生が「宮城県脳卒中地域連携クリニカルパスの現状」、東北大学大学院医学系研究科神経病態制御学准教授の清水宏明先生が「宮城県脳卒中地域連携クリニカルパスの今後の展望」と題して、それぞれ特別講演しました。