

浅草寺病院だより

平成 30 年
【春号】

平成 30 年 4 月 10 日発行
社会福祉法人浅草寺病院
東京都台東区浅草 2-30-17
☎ 03-3841-3330

理念

観音さまの大慈悲のみこころにそって、
思いやりの精神のもとにあたためた医療を提供します。



内科の体制について

内科部長 澤辺 暁人

平成 25 年 9 月より浅草寺病院に常勤医として勤務しております内科の澤辺暁人と申します。専門は消化器内科です。これまで主に杏林大学、武蔵村山病院で消化器内科を中心に診療を行って参りました。現在は内科全般において診療を行っております。

当院の内科体制は、常勤医は院長、副院長を含めて 7 名（一般病棟入院担当医 4 名、療養病棟入院担当医 1 名）であり、各医師の専門領域は、腎臓内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、総合診療科となっております。外来診療は非常勤医師含め、上記診療科のほか血液内科、神経内科、膠原病リウマチ内科があります。入院診療としては予約入院に加え、救急当番医を配置し救急搬送患者及び近隣医療機関や福祉施設からの紹介患者様をより迅速に対応できるようになっております。夜間は内科当直医師 1 名となり、受け入れ困難な場合もあると思いますが、昨年 4 月より夜間検査は 20 時まで行えるようになりましたので、より一層地域の患者様を受け入れられるような体制が整っております。

当院では今後、一般病棟から地域包括ケア病棟への転換を行う予定であり、急性期離脱後の患者様及び在宅からの患者様の受け入れ、リハビリ、在宅復帰支援の強化を図って参りたいと思っております。内科としても更なる診療体制の整備を行い、地域医療機関や施設との連携を図り可能な限り患者様を受け入れることにより地域貢献に努めて参ります。何卒宜しくお願い致します。



左上から 齋藤医師 澤辺医師 津戸医師 マディーン医師
中山副院長 黒田院長 星野医師

関節は身体の各部分に存在しています。軸方向に動く肘や膝関節、球形の骨と受け皿の骨で色々な方向に動く肩や股関節、また顎や脊椎にも関節は存在します。一般的な関節は解剖学的には関節包という袋が骨と骨の間に存在しその袋の中に関節液が少量内包され潤滑液の役割を担い、また軟骨が骨の表面をコーティングレクッションの役割を担っています。この軟骨は、特に荷重関節(股、膝、足関節)や負荷のかかりやすい箇所において劣化しやすく、コーティングが剥がれてしまうとそこで炎症が発生し関節近傍に疼痛を起し、副産物として滑膜炎から水が溜まると言われています。よく「水を抜くと癖になる。」という話を耳にすることがありますが、炎症に伴い過剰に貯留した関節液は可動域制限を引き起こす原因にもなるため、過剰な関節液は除去すると改善されます。しかし、炎症の原因が関節内にある限りはまた関節液が貯留してしまうことはあるため原因を治さないとまた元の木阿弥となってしまうことがあり、癖になるという表現とは少し異なると思います。関節の炎症を除去するためにはどうしたら良いか？ということですがその原因にもよるところがあります。外傷に伴う炎症であればいわゆる RICE(Rest:安静 Icing:冷却 Compression:圧迫 Elevation:挙上)処置を行うと改善され、「関節リウマチ」などの膠原病においてはその滑膜炎が原因であればやはりリウマチを治す薬剤をしっかり使用しなければなりません。そして、特に外来で受診されることの多い変形性関節症においては、軟骨のコーティングが剥がれ骨同士が擦れてしまい炎症が発生するケースであります。軟骨にはコラーゲンやヒアルロン酸が良いと言われており、確かに軟骨の成分に違いありません。ただ軟骨は非常に再生されにくい細胞であり一度剥がれてしまった軟骨を復活させることができる薬剤はまだ存在しません。剥がれる前にできる対策としては膝関節周辺の筋力強化があります。階段昇降や長距離の歩行・ランニングなどは、どうしても荷重の負荷が膝関節に及んでしまうため浮力で膝関節へ負担が軽減される水中歩行などが薦められます。剥がれてしまった後の対処としては炎症を緩和する薬剤の使用や関節への注射、他には軟骨への荷重の分散を計るための足底装具作成が薦められます。ただ悪くなってしまうと外科的加療、人工関節や骨きり術の対象となってしまいます。手術は最後の手段とし、疼痛なく生活するために近年ロコモティブシンドロームと呼ばれる概念が提唱されています。体操などのパンフレットもありますので外来にて参考にさせていただければと思います。

日本文化と箸

機能訓練室

日本人の文化として受け継がれている箸。皆さんは箸を正しく持っていますか？

リハビリといえば、筋力トレーニングや歩行練習などの理学療法を考えがちですが、食事や着替え、排泄などの日常生活が出来る限り自立して行えるよう練習するリハビリもあるのです。これを「作業療法」といいます。箸の持ち方もその一つです。例えば、脳卒中、骨折や外傷などによって後遺症を持った方の日常生活を取り戻すリハビリとして、箸の持ち方の再獲得を促したりします。

では、正しい箸の持ち方とはどのようなもののでしょうか。少し細かく紹介させていただきます。

1. 鉛筆を持つように、人差し指と中指と親指で上の箸(1本)を持ちます。
2. 数字の1を書くつもりで、人差し指と中指を少し曲げるようにして、箸先を上下に動かします。
3. 下の箸は親指と人差し指の付け根で挟み、薬指の爪の横の所にあてて固定します。

下の箸は、固定させて、動かさないのが基本です。

4. 2本の箸先を揃えるように持ちます。
5. 下の箸は動かさないようにして、上の箸は親指を支点に、人差し指と中指で挟むように上下に動かします。

リハビリでは、この動きを小豆などのつまみ動作を繰り返してトレーニングします。

和食やラーメンなどの料理が世界に広がる昨今、世界中で箸を使う文化も珍しくなくなっています。美しい日本の文化を、日頃の箸の持ち方から見直してみたいはいかがでしょうか。

