西多摩医師含版

第77号 昭和54年2月



幻の寺(福生市熊川)

熊川 鹿野純一

			目	
**				

次

学術	西多摩医師会新年会
急性期脳卒中の診かたと治療	·············土田 守一··· 1
北里大学…田崎 義昭教授… 2	談話室
文芸 . 随筆	「女房の病気」足立 卓三… 1
世界旅行の味覚(その2)岸田 壮一…11	医師会日誌1
新入会員紹介	同好会だより1
·····································	あとがき 1

学 術

急性期脳卒中の診かたと治療

北里大学内科教授

田崎 義昭先生 S 53.10.18

脳血管疾患に於けるCTの意義については先に 堀田先生より西多摩医師会報(53 年11 月号)に 報告された如く、(表1)CTの出現は脳卒中の 診断、予後の判定及び手術適応を定める上に於て 将に画期的な事であり、従って我々一般臨床医及 び地域医師会としては予め、CTの設備のある病 院を調査しておき脳卒中の患者が発生したらすぐ にそこへ送れる様なシステム作りが重要な課題で はないかと考えられる。 医疾患としては脳出血、くも膜下出血、脳塞栓、 一過性脳虚血(TIA)がある。

表 2

表 1

脳血管疾患におけるCTの意義

- 1. 脳出血と脳梗塞の鑑別
- 2. 血腫の部位,大きさ,脳室穿破の判定
- 3. 血腫周辺の脳浮腫の判定
- 4. 梗塞の部位,大きさの判定
- 5. 出血性梗塞の判定
- 6. 脳腫瘍などとの鑑別

この様なシステム作りが十分に行われていない 現時点では、我々一般臨床医としては脳卒中の患 者が発生した場合、移送してCTをとる必要があ るかどうか、又手術適応のある患者かどうか等に ついて大まかなふるい分けをする必要が生じてき た。このような意味から田崎教授は

脳卒中の患者をみた場合のふるい分けの仕方について極めて明快な解説をされ、続いて脳卒中の治療に就いても言及されたのであるが、その詳細に就いて会員の皆様に御報告申し上げることは大いに意義のあることゝ感じたので拙文を省みず筆をとった次第です。以下その続編を御送りします。
[I] 脳卒中の患者をみた場合のふるい分けの

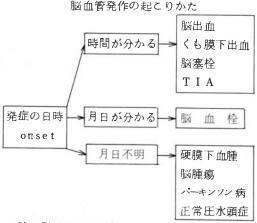
〕 <u>|脳卒中の患者をみた場合のふるい分けの</u> |仕力に就いて

先ず脳卒中の起り方を見ることが最も大切である。

(A) 即ち<u>発症の日時</u>を確めることである。

これは大きく分けて3つのクループに分けられる。

<u>第1群</u>は発症の時間が分るもので、症状は数分から数時間でほぼピークに達することが多い。原



第2群は発症の時間は分らないが月日だけは分るもので、第1群に比し、もう少し緩徐に発症する。症状は数時間から数日の経過で徐々に進行するもので脳血栓が大部分を占めている。

第3群は発症の時間は勿論、月日も不明なもので、症状は一週間以上の経過で進行性に増悪する。原因疾患は脳血栓のこともあるが、むしろ慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、パーキンソン病、正常圧水頭症等、脳血管疾患とまぎらわしい疾患の可能性が大きい。

以上の中、慢性硬膜下血腫の診断は非常に難しいが、急性期脳卒中の中に約10%位の割合で存在するので常に念頭に入れ、見落さないようにすべきである。との疾患は60才以下の人は必ず頭部外傷の既往歴がある。外傷后1~2週間たって麻痺とか意識障害等の症状が出現したら先ず慢性便膜下血腫を考える。60才以上の人では頭部外傷の既往歴がなくても一寸転んだとか、尻もちをついたとかいうようなごく簡単なことからでも起る。殊に60才以上で飲酒家の場合は脳に萎縮が起っていて一寸した外傷でも出血が起り易いということを考慮に入れておくべきである。尚、以上の外傷の既往歴の外に、上述の神経症状の出現前に必ず頭痛が先行することを忘れてはならない。

脳腫瘍の場合もやはり麻痺の出現する前に必ず 頭痛が前ぶれとして存在するが、外傷の既往歴の ないのが一般である。

パーキンソン病も同じくゆっくりと発病するのであるが、先ず振せんがあればパーキンソンではないかと考える。又最近どうも歩きつきがおかしいというような場合も注意すべきである。

正常圧水頭症というのは脳圧は高くならないで 脳室だけが大きくなるものである。老人で少し頭 がぼけて物忘れがひどくなり歩きつきもおかしく なってくる。麻痺もないし、小脳失調症のようで もないのにさっさと歩けなくなり、その中、尿失禁 がみられるようになる。この様な症状を呈してく るものの中に正常圧水頭症が存在する。

以上の第3群の中、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、 正常圧水頭症には手術適応があり、移送しても生 命の危険はないので少々遠方でも是非CT等の設 備のある病院へ送って精密検査を受けさせた方が よい。

尚脳出血か、くも膜下出血の疑いのあるものは やはり脳外科のある病院へ送った方がよい。

60 才以上の老人で脳血栓の疑のある者は、飲食が可能であれば自宅療養でもよいし、或は普通の内科病院へ送ってもよい。

次に発症の時間が分かる脳出血と脳塞栓(現在では梗塞と広く呼んでいる)との鑑別について述べる。(表3)

表3 脳梗塞と脳出血の鑑別 (NIH 1975)

	W. Commercial Control of the Control
脳梗塞	脳出血
①T I A(+)	T I A(—)
②休息時発症	活動期発症
③頭 重仕)	頭 痛(+)
局所症状 (片麻痺) が主体	意識障害が主体
⑤	血 圧 高血圧 (中~高)
⑥清澄髄液	血性髄液

①先ずTIAの有無であるが、脳梗塞には一過 性脳虚血発作(TIA)が前ぶれとして存するこ とが多い。例えば右が利かなくなった人では以前 に極く短い時間の間、右が利かなくなったというような同じ様な前ぶれ発作の既往歴を認める人が多いが、脳出血ではこの様な前ぶれ発作は認められない。併し実際にはこのような前ぶれ発作の既往歴について患者の周囲の人から聞き出すことは困難なことが多いものである。従ってこれは鑑別上余り役に立たない。

②次の発症が休息時に起ったか活動時に起ったかということは役に立つ。即ちふだん血圧の高い人で活動期に発症したのであれば脳出血の可能性が強い。休息時たとえば夜寝ている時に発症したという場合は脳塞栓とか脳血栓のことが多い。併しこれも大ざっぱな鑑別である。

③次に頭痛の有無、梗塞でも 20 % 位は頭痛が ある。案外ひどい頭痛を訴えることがあるのでこ れも余り役に立たない。

④次に発作を起して6時間たっても意識障碍がなく、片麻痺だけとか、失語症を伴っている様なものは大体梗塞が多い。脳出血では少なくとも発作后6時間以内に意識障碍が次第に強くなってくるようなものを意識障碍主体と考える。

⑤次の血圧は梗塞でも高い人があるので鑑別に ならない。

⑥次にリコールによる鑑別法であるが、往診先では普通ルンパールは出来ない。脳卒中の急性期は原則としてルンパールはしない方がよい。併し出血か梗塞かの見分けがつかず、又すぐCTにかける訳にもいかないという場合はルンパールをしてもよい、併しリコールが清澄な為に脳梗塞だろうと診断した患者で、後になってCTをとった所、小出血であったという様な例が最近増加している。

以上との両者の鑑別法に就いてはどの教科書にも、もっと細かく出ているのが多いが、実際臨床的には仲々困難な例が多い。この様に鑑別困難で治療法に困る様な症例はCTに頼る以外にない。

(B) 次に脳卒中の起り方をその横顔即ち<u>Te-mporal profile</u>でみるのも非常に有力な鑑別法である。(図(1))

①脳塞栓即ちエンボリーは突発完成型で発症后数分以内に症状は出来上って了う。即ち診察時には手足は全くぶらぶらであり、全く口もきけなくなっており、その后症状が少しも進展しない。この様に麻痺が完全に出来上っているものは塞栓であるので余り積極的にいじらない。

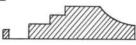
図(1)

脳血管発作の Temporal Profile

1. 脳 塞 栓



2. 脳 血 栓



3. 脳 出 血



②脳血栓では症状が階段状に進行することが多い。例えば朝起きた時に右の手足が何となく重いと言っていた。それでも何とか起きて顔を洗い食事を始めたが、途中から急にお箸を持てなくなった。そして昼頃になったら口がきけなくなって了った、という様に病状が階段状に進行する様であれば脳血栓が非常に疑わしい。

③脳出血では症状は階段状でなく非常にスムースに進行する。例えば突然頭痛がして右の手足が利かなくなってきた。意識も最初はしっかりしているが、麻痺が徐々に進行する一方で意識も次第に侵されてきて昏睡状態になる。この様に症状がスムースに進行するのが出血である。併し最近ではこの様な典型的なものでなくて、日中活動時に麻痺が起り、それが徐々にスムースに進行する様であれば、たとえ意識障害はなくとも小出血と考えた方がよいと思う。

◎ <u>脳塞栓及び出血性梗塞の成立ちに就いて</u> 昔はエンボリーという病名は心臓弁膜症のある若い人が、突然麻痺を起し意識を失ったという様な場合に専らつけたものであるが、最近では老人の場合たとえ弁膜症はなくとも、ECGで心房細動とか冠不全の所見ある人では心臓内に血栓を生じ易く、それがエンボリーの原因となる。更に又心臓に異常はなくても心臓より脳に行く迄の血管特に内頸動脈の起始部には血栓が非常に出来易く、(これを壁在血栓という)との様な血栓もよくはがれてエンボリーの原因となることが多い。 以上の色々の原因で出来た血栓がはがれて脳内の血管にポンとつまる訳であるが、その血管のつまった所の末梢部では血流は遮断されて血管壁は弱くなって了う。又一方そのつまった血栓は割合ともろくて、又くづれて血流が再開し易い。この血流が再開した時にもろくなった血管壁から出血してくる訳である。これを

出血性梗塞という。エンボリーが出血性梗塞を 起し易いのは以上の理由からである。

出血性梗塞の確認にはCTが一番よいのであるが、もしCTを利用出来ない時はリコールで血性かキサントクロミーかを見る。この様な出血性梗塞の大部分(約72%)はエンボリー即ち突発完成型である。即ち突発完成型の場合は出血性梗塞に移行する可能性が非常に大きいということがいえる。併し出血性梗塞例の中にも急速にスムースに進行するタイプのものと階段状進行を示すタイプのものも稀には存在する。脳出血の場合にはスムースに急速な進行を示すのが発んどであり、虚血性梗塞即ち非出血性梗塞では階段状進行が多いことを示したのが、図(2)である。

 $\mathbf{Z}(2)$

各病型別にみた片麻痺の発症様式 出血性脳梗塞 非出血性脳梗塞 脳 出 血 (32例) (83例) (31例)







(数字は%)

■:突発完成型 22:急送進行型 □:階段的進行

◎ Rindに就いて

エンボリーを起しても再開通した時に経過のよいものはす一つとよくなって了う。即ち突発完成して大体一週間位から症状はどんどんよくなって経過のよいものは3週以内に治って了う。このように3週以内に治る経過のよいものを、Rindと呼んでいる。このような経過のよい症例の他に、発症当日症状が突発完成して全く動かなかったものが2日目、3日目位から意識障害等の症状が徐々にスムースに悪化進行してく

るものがあるが、この様なものは前述のような 経過で出血性梗塞を起してきたものと考えられる。

◎ TIA(一過性脳虚血)に就いて

脳塞枠でも脳血栓でも血管閉塞の前ぶれとし て一過性脳虚血をみることがある。ふだん動脈 硬化のある人が手足が急に利かなくなったり或 は口が利けなくなったりしたけれどもすぐ治っ て了ったという場合に以前はこれを脳動脈硬化 による血管攣縮のせいだと考えていたが、現在 ではかゝる一過性の脳虚血発作はエンボリーや 脳血栓の前ぶれと考えられている。要するに頸 動脈の基始部に血栓があって、その血栓が小さ くはがれて脳にひっかゝった様な場合はすぐに 治って了う。普通は数分で治って了うが長くて も 24 時間以内には治る。この様に一過性の発 作をTIAという。同じ内頸動脈の血栓でも運 悪く大きな血栓が、がばーっとはがれて脳にひ っかゝれば、エンボリーとなるし、それが内頸 動脈よりずるずるっとはがれていって中大脳動 脈迄つまれば、血栓型を呈するといわれている。

従ってTIAの症状があった場合は血栓が必ず何処かに出来ているということを考えなくてはいけない。

(C) 意識障害の程度によるふるい分け

脳卒中で意識障害を起すのは脳幹がやられる場合と大脳がやられる場合の何れかである。脳幹には意識の中枢といわれる網様体が存するので、こゝが直接やられると数分か、十数分で昏睡になる。大脳がやられる場合は相当広い範囲がやられないと意識は侵されない。特に脳梗塞では始めは殆ど一部の脳がやられるから殆ど意識障害は起らない。大脳出血では出血の多さにより意識障害の程度が定まる訳であるが、その出血も発病してから6~7時間で止まるので、発病后6~7時間(大低は1時間以内)以内の意識の状態を見れば出血の多さ及び重症度が分る。更に又手術適応の有無も定まってくる。従って脳卒中では発症后6時間以内を<u>Golden hour</u>と称し、その間の意識障害の推移を極めて重視している。

この意識障害の程度を知るのに最近よく使われるのが、3-3-9度方式である。(表 4)

以上の分類により発作を起して6時間以内に、 30 点迄だったら、是非脳外科のある病院へ送り C T 等の検査により手術適応の有無を検すべきである。

表 4

意識障害の新分類 (太田ら)

100点以上になると昏睡状態であり非常に重篤である。200点300点では何処へ運んでも教命は出来ない。従って200点300点の者は救急処置の出来る内科病院へ送るか、家族によく説明した上で、そのまゝ自宅療法を行う。

100点の場合→50 代迄の人で左麻痺のある人即ち言語中枢のない右側の脳がやられている人では精密検査を行い手術適応をきめるのがよい。併し右麻痺のある場合は言語中枢のある左側の大脳をやられている訳だから右利きの人では、命は助かっても Aphasie となり植物人間となる。又左利きの人でも言語中枢は大部分(90%~95%)が左の大脳半球にあるから、右麻痺のある場合は意識が100点の時は積極的に手術しないのが原則である。

(D) 出血部位による手術適応の有無

出血による血腫部位の判定は手術適応とも関係 するので、非常に重要であり、大体次の4つに分 ける。

- ①大脳出血外側型→内包より外側即ち被殼出血
- ②大脳出血内側型→内包より内側即ち視床出血
- ③橋出血

4)小脳出血

その頻度は大体①60% ②20% ③と④ で20%である。

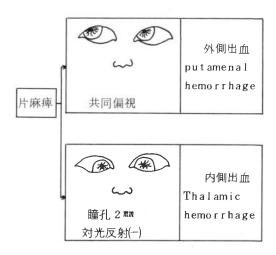
表 5

ふだん血圧の高い人が日中活動時に発症し、当初より片麻痺を呈しつゝ次第に意識障碍が出てきれら大脳出血を考える。そしてその意識が30点以下であれば、先ず内側出血か外側出血かの鑑別をすることが重要となってくる。それは外側型なら手術適応があるが、内側型なら例え30点でも手術適応がないからである。

外側出血と内側出血の見分け方→(図(3))

図(3)

大脳出血の眼症状



この両者の鑑別はその目つきによって判定する。即ち片麻痺があって病巣をにらむ様な共同偏視(Deviatio conjuge)を呈し、瞳孔反応が正常なら外側出血を考える。一方内側出血では目は内側の下方即ち、鼻先を見る様な目つきをしている。しかも瞳孔の左右不同又は縮瞳があり対光反応が消失している。瞳孔の大きさは正常では3~5 mmであるが、内側型の場合は2 mm位である。尚、内側出血でも共同偏視をとることがあるが、その鑑別は専門医に任せる。

又 30 点位の 意識障碍で共同偏視が出現せず、 眼瞼をあげてみると目玉が左右にゆっくりと動い ていることがある。これは意識障碍が軽く脳幹を やられていない証拠であるから手術適応を考える。

尚、片麻痺の有無に就いては(表5)に示す如く、意識が100点迄の者では自発運動をみたり、つねってやればその有無、及び程度が分る。200点、300点の人ではDroping Test等を行って判定する。顔は顔つきを見ただけで大低分る。

片麻痺の有無

A 四肢

- 1. 自発運動
- 2. 疼痛への反応
- 3. Arm Dropping Test
- 4. Leg Dropping Test
- 5. 深部反射
- 6. 病的反射

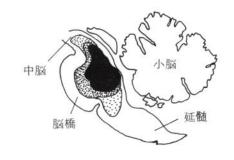
B 顔面

- 1. 鼻唇溝、頰、口角
- 2. 眼 裂
- 3. Lid Lifting Test

橋出血では図(4)に示す如く、意識の中枢のととろに出血するのであるから、血腫が大きくなるにつれて意識障碍が強くなる。大低は数分から1時間以内に100点以上の深い昏睡になる。従って全く手術適応にならない。

図(4)

脳橋出血の部位



小脳出血では、小脳は意識にも関係ないし、睡体路にも関係ないので、病初は意識障害もなく麻痺も出ない。先ず突如として激しい嘔吐で始まる。これは後頭蓋窩の圧が高まる為の脳圧亢進の症状である。嘔吐の外頭痛、廻転性めまい等が必ず随伴する。併し小脳出血も次第に血腫が大きくなるにつれて第4脳室に穿破したり pons を圧迫したりしてくると、今度は急に(大低は数時間以内に)意識が侵され、重篤になって死亡する。従って小脳出血は時期を失することなく精密検査して手術することが必要である。

この様に平常血圧の高い人が突然激しい嘔吐、

頭痛、めまいを起してきた場合、考えられる疾患 としては小脳出血の外に蜘蛛膜下出血がある。何 れも意識障害もなく、麻痺もない。此の両者の鑑 別は非常に難しいので専門家に任せるのがよい。

〔Ⅱ〕 脳出血の治療

表(6)

脳出血の治療

- 1. 気道確保(気管切開)、O。吸入
- 2. 導尿
- 3. 体位変換
- 4. 輸液、チューブ栄養
- 5. 薬物療法 ①抗生剤
 - ②止血剤
 - ③降圧剤
 - ④ 脳代謝賦活剤
 - ⑤抗けいれん剤
- 6. 脳浮腫への対策

(冷却、副腎皮質ステロイドマンニトール)

- (1) 脳出血の場合意識障碍が出てくるから先ず 気道を確保することが大切である。これは往診 先では出来ないから入院させ挿管を行う。挿管 が長引けば気管切開して酸素を吸入させる。
- (2) 導尿は往診先でも実行しないと血圧が上ったり患者が不穏状態になるから必ず行うこと。
- (3) 肺炎予防、褥瘡予防の為に体位変換を行う。 坐ぶとん等を背中に入れたり、円座を腰にあて たり、約2時間交替で行う。意識障碍のある場 合、嘔吐のある時は、横を向かせるか、半分う つぶせの姿勢をとらせる。
- (4) 輸液
- ○発作当日は 50 % 40 cc位を静注
- 2日目からは輸液が必要となる故入院させた 方がよい。すぐ入院出来ない場合 60 才以上 の人では1日様子をみてよい。1日様子をみ て意識が100点以上になるような老人では仕 方ないのではないだろうか。将来CTがもっ と普及してきたら、発作后6時間以内に早く 移送することになると思われる。併し60 才 以下の人では現在でもなるべく早く運んで翌 日には輸液を考える方がよい。
- ○4日目から1週間位ではチュープ栄養を行う。
- (5) 薬物療法

脳出血に特効的薬物療法はないが、病状改善 の為に以下の如き薬物を用う。

(a) 抗生剤

脳出血で一番気をつけなければならないのは合併症による死亡である。肺炎による死亡がかなり多く、尿路感染症も多いので、これを予防する為、広域抗生剤を使用する。

(b) 止血剤

脳出血は約6時間位は続くので止血剤を用いてもよいが、普通の使い方では脳出血を止めることは不可能なので余り意味がないかも知れない。併し使ったからとて害もないので使用しているのが現実である。尚、余病として起る消化管出血を予防するという目的もあって約2週間位使用している。

アドナ(20~25 mg)、アグルミン(250~500 mg)等を筋、静注している。

(c) 降圧剤

発作当日は血圧が高いので使ってもよいが、2~3日で血圧は大低下るので、むやみに使ってもよくない。使うとすれば発作当日レセルビン位を0.3 mg~0.5 mgを注射して様子をみる。発作当日、1 mgも注射すると過敏症で血圧が急に下ることがあるからよくない。

血圧がレセルピン(アポプロン)で下るようなら最高 180 mm ~ 160 mm 忘

最低 90 mm ~ 100 mm位にコントロールする。

3日間位はレセルピン位で様子を見る。 入院して電解質のコントロールが出来る様になったら適宜、他の降圧剤を加えてゆく。 米国ではアプレゾリンの 20 mg ~ 40 mg 位を注射している。

(d) 脳代謝賦活剤

これも出血の時どれだけ効くか分らないが、 意識障碍を伴うような例では、この種の薬剤 はそう副作用もないので一応使用するという のが現状であり、意識障碍から早く目を覚ま させようというのがねらいである。

- ①ルンドリール 250 mg 1日1~2回静注
- ②ニコリン 500 째 1日1~2回静注
- ③チトクロームC 15 ~ 20 mg 1日1~2回 必ずテストしてから使う。
- ④ ATP 40 mg+50 %糖40 cc1日1~2回

(e) 抗けいれん剤

けいれんのある場合は 20 % フェノバールの筋注を行う。それで治らなければセルシン或はホリゾンの 10 Wを徐々に静注する。大低はこれで治る。治らなければ注射を繰返す。

(6) 脳浮腫への対策

脳出血の周囲には必ずÖdem を生ずるが、Ödem があるからといって、すべての例にÖdem の治療をしてよいかどうかという点に関しては問題がある。Ödem の治療として現在使用されているのは副腎皮質ステロイドとマンニトールである。

- マンニトールは確かに効くけれども例えば 5~6時間たって効かなくなってきた時に、 Ribound で Odem が強くなり、その為に 死亡することがある。従って往診先とか普通 の内科病院ではマンニトールは使わない方が 無難である。
- ⑤ 副腎皮質ステロイドホルモン(以下ス剤) としては米国では最近デキサメサゾンの使用 をすゝめている。ス剤を使うに当っては次の 副作用に十分注意すべきである。即ち

(1)感染症を誘発し易いこと

(2)糖尿病を起し易く糖尿病昏睡を招き易い (3)消化管出血を起し易い

脳浮腫に対するス剤の使い方

(1) 脳出血より脳浮腫を生じ間脳圧迫症候群が出た場合である。間脳圧迫の症候とは両側の瞳孔の縮瞳(直径2mm位)があり、対光反射が存在するものをいうが、瞳孔が非常に小さくて対光反射がはっきりしない時は首筋をぎゅっとつねってやる。すると意識障碍が30点位なら痛みを感じて瞳孔がばーっと大きく拡大する。これを毛様脊髄反射というが、以上の三つの徴候がそろえば間脳圧迫の症候があるとみて、ス剤を用う。

先ずデキサメサゾンの $8 \, m_P \sim 10 \, m_P \sim 6$ 筋注或は静注する。その后 6 時間毎に $4 \, m_P$ づつ筋注或は静注を繰返し、約 $1 \,$ 週間続ける。

(3) 脳浮腫が強くなり、脳ヘルニアを起し、動眼神経を圧迫してくると Anisocorie (瞳孔不同症)を生じ、片方の瞳孔の大

きさが 5 mm以上に拡大してくる。そして その大きい瞳孔に対光反応がなくなって きたら、先ず、内科的療法では助からな いことが多いが一応デキサメサゾンを使 用してみる。

Anisocorie で左右の瞳孔の大きさの差が余りはっきりしない程度の場合、注意すべきはHorner症候群との鑑別である。

ホルネルでは瞳孔縮少の外、眼瞼下垂、 眼瞼陥没及び患側の顔面の発汗減少(即 ち皮膚乾燥)、対光反応の存在等で区別 出来る。

〔Ⅲ〕 脳梗塞の治療

脳塞栓即ち突発完成型の場合

余りいじらないで脳代謝剤位で様子をみる。 ウロキナーゼは使わない。

注射剤としてはニコリン、ソルコセリール等内服薬としてはヒデルギン、ATP等 出血性梗塞になると後遺症も強くなるし、生命 予后も悪くなるので脳代謝剤だけでよい。

脳血症の治療

- ①急性期では脳代謝剤を使って様子をみる。
- ②脳血栓の症状がはっきりしてきたら、ウロキナーゼの様な血栓溶解剤を使ってもよい。 6万単位を3日間位使用して様子をみる。 1万単位、位では意味がない。欧米では、 100万~200万単位を使用している。
- ③2週間位経過したら血管拡張剤と脳代謝賦活 剤を3ヶ月間使用してみる。

|血管拡張剤| {ハリドール、ヒデルギン | アプラクタン、バスクラート等

脳代謝賦活剤→効果の程度は何れも不明。

④3ヶ月以上経過したら、なるべく副作用のない様に減量して長く使っていった方が再発予防にもなると思われる。

[IV] 脳梗塞の予防

①一度でもTIAのあった患者では、極く僅か の麻痺、一寸の意識障碍でも見逃すことなく アスピリン、ハリドールの様な血小板凝集抑 制剤を使うことにより大発作を或程度予防出 来るのではないか。

又高令者でなければ一度脳血管撮影をやって、壁在血栓を調べ、手術可能のものは手術により除去すればよい。

何れにしてもTIAのあった者は以上の如き薬を与え乍らなるべく長く通院させ厳重に 鑑視することが大切である。

②TIA及び脳梗塞は内頸動脈起始部に生ずる 壁在血栓が原因となることが多いのであるが その大部分は血小板血栓だといわれている。 従ってこの様な血小板血栓を防ぐことが脳梗 塞を予防する一つの方法である。その血小板 の凝集を低下させるのに一番強力だといわれ ているのが、アスピリンである。

従って脳動脈硬化のある人、TIAとか梗塞の既往歴のある人で一番使われているのがアスピリンである。使用量は

最低1日0.6 **タ**(バファリンで1日2錠) 基準量1日1.2 **タ**(バファリンで1日4錠) 併し日本人はアスピリンに弱い体質があるの で最近では、脳血管拡張以外に血小板凝集能 を低下させるということで、<u>ハリドール</u>が使 われている。

尚従来から血液の抗凝固剤としてヘバリンワーファリンが用いられている。

③高血圧の管理

60 才以上になると動脈のアテローム硬化は どんな人でも避けることは出来ない。従って 脳梗塞を完全に予防することは出来ないので あるが、高血圧を管理することにより高血圧 よりくる脳梗塞を減少させることは出来る。 従って梗塞の予防には高血圧を熱心に管理す る以外にはないと思われる。

又脳梗塞と思われる場合の血圧管理の考え 方としては、最初の1ヶ月は脳循環をよくす る為に血圧はむしろ高く維持すべきであるの で降圧剤は余り使わない方がよい。

併し血圧を高く維持すると再開通して出血 性梗塞を起す可能性もあるが、これは自然の 経過であって止むを得ない事と思われる。

〔質 問〕

(1)移送の問題

- ①動脈性の出血は 6 時間位で止むので安静に 運びさえすれば移送による大出血の心配は ない。軽症、重症に関係なく入院が原則で ある。米国では脳出血と分るとその直后で もどんどん移送して入院させているのが現 状である。
- ②但し意識障害のある患者では途中で窒息の可能性があるので出来れば医師がついて行った方がよい。昔よく移送が危険だと言われていたのは、首を前屈することにより、脳幹を圧迫する為である。故に移送の時はのけぞる様にして運ぶのがよい。頭を左右に動かすのは構わない。
- ③<u>移送の禁忌→脳血管研究所美原記念病院</u> 荒木五郎氏による。 『診断と治療』昭 52 第 12 号
- a) 末期症状の患者

即ち 200 点以上の意識障碍があり、血圧、 体温の著しい下降、呼吸不規則等の症状 がある者。

- b) 脳ヘルニアによる二次的脳幹障害の症状 があらわれた場合は先ず救命の可能性は ないので移送は断念せざるを得ない。 脳ヘルニアの症状とは
 - ①瞳孔が一側でも 5 mm以上に拡大しており、対光反応が消失しているもの。
 - ②毛様脊髄反射の消失しているもの(先述)
 - ③人形の目試験の消失しているもの (dolls' head eye movement)

これは両手で患者の頭を左右に廻す。 脳幹障碍がなければ、眼球は頭の回転 とは逆う向に動く。脳幹障害があれば 眼球は正中位に固定されたまゝ動かな

(vo

④ Caloric Test が消失している時、 (Oculovestibular test) 冷水を外耳道から注入すると正常では 眼振が出るだけであるが、大脳半球障 害で脳幹障害がない時は冷水を注入し た方向に向う共同偏視がみられる。 脳幹障害がある時は眼球は正中位に固 定される。

- ⑤除脳硬直肢位→(i)除皮質硬直肢位→(ii) をとるもの。
- (i)三叉神経や大胸筋圧迫の様な疼痛刺 激を与えた場合、上肢を伸展、内旋 し、下肢を伸展尖足位をとる姿勢を いう。これは中脳から橋上部に病変 があり予后不良を示す。
 - (ii)上肢は屈曲して硬直し下肢は伸展 尖足位をとるもので、大脳皮質の広 範な障害の場合に出現する。
- c) 呼吸の状態

Cheyne-Stokes 呼吸は必ずしも脳幹障害を意味せず、呼吸状態の不規則なもの、1分間35以上の過呼吸のある場合は移送禁忌となる。

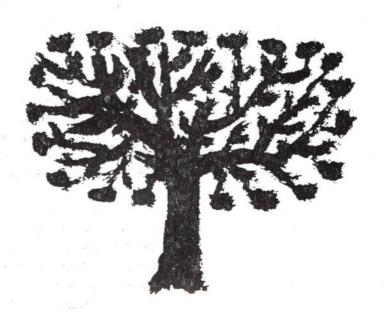
d) 嘔吐やKrampfが継続している時はこれ

これが治ってから運ぶ。

- (2)リハビリテーション開始の時期
- ①出血の場合は、今日でも初の2週間は行わない。これは出血による Ödem が2週間位は続くことを恐れる為である。
- ②梗塞ではなるべく早く始める。急性期では 多動運動だけをやる。完全に麻痺している 場合は多動運動だけでなく尖足にならない 様に、又肩の亜脱臼を防ぐ為に両四肢の保 持を行う。
- (3)脳出血、脳梗塞はCTでどの程度分るか。 脳出血→初期では殆ど100%分る。 脳梗塞→¹/₃位は分らない。こういう分らないのは1mm位の小さい場合であり、 梗塞で分らない場合は予后がよい証拠と考えてよい。

(東 吉男 記)





文芸・随筆

世界旅行の味覚 (その2)

岸 田 壮 一

(南米)

プラジルのリオ・デ・ジャネイロではリンサンガウチョという大レストランに入った。骨付の大肉片を鉄棒で吊して焚火で焼くのが自慢のようである。いとも勇壮で、適宜大皿に盛って運んで来るが、どうという程もなかった。丁度30人を越す大家族が宴会の最中で、一族の中の最長老である90才に近い爺さんの誕生祝賀パーティーであった如くである。やがて歌が始まるとバンドも演奏し、他の客も皆一緒になって大合唱となった。2-3才の男の子がマスコットにされ、交らたりとげられて、私達の席へも回って来た。こうした陽気さがラテン・アメリカ人であろう。

サンパウロでは榎本という日本食堂で昼食を食った。きゅうりの酢のもの、茶碗蒸し、焼魚、ほうれんそうのおしたし、わけぎのぬた、冷奴、納豆のようなものが次々と並んだ。こうした庶民的家庭料理は今では日本でもあまり食べなくなっているかも知れない。

プラジリアを見学中に中華料理店に入った。勿論中国系の経営である。それまで流れていた中国 風の旋律のバック・ミュージックは何時の間にか「君恋し」、「旅笠道中」、「流転」といったト 懐しのメロディー」のメドレーに変っていた。私 達を歓迎する意志の表現であろう。地球の真反対の南半球で意外なことのようにもとれるが、案外 この地の日本人或は日系人の間で歌われているもののようである。

プラジルへの日本移民は開始以来70年になるというが、盛になったのは大正末期から昭和の初年にかけてであり、日本の経済が最も貧困をかこった頃である。ハワイや米合衆国本土から絞出されてからが多い。彼等は荒野を切開き、努力奮斗の末に今日あるを得たので、今や一世は約10万位しかいなく、二世三世を合せて70万余であるが、常に故国を憬れて、食べ物にせよ、歌にせよ

当時を心に残して置きたかったためであると思われる。

イグアスは滝も雄大であるが、ホテルも素晴らしい。大都会にある高層建築と違って、密林の間に広い中庭を持った平家建である。壁の色をピンクに塗って、お伽噺の国のようである。北国のカナダから来たから逆に夜の長いのに困り、真暗の中に目が覚めた、玄関に出て見ると、既に家族連れで帰る車で一杯である。

その一つをつかまえて話していたら、用意が整ったと見えて、手を振って出発して行った。私は一人で昨日見た滝の方へ林の中を歩いた。朝焼の光を浴びた瀑布の飛床は壮厳そのものであった。

ホテルへ戻ると涼風の吹き抜くベランダで朝食が始っていた。フルーツが豊富で、散歩した後であるから、腹に滲みて実にうまかった。パインアップル、マンゴ、メロン、パナナの類が多く、りんごなどは駄目である。

種種の顔色の人種が楽しそうに語らいながら食っている。日本人そっくりなので、話しかけると全く通じない。東洋系の二世三世などであろう。 日系でも日本語を全く知らないのも居る。

アルゼンチンのプエノスアイレスに着いた晩にも日本食堂へ案内された。人通りも殆んど絶えたビル街の会社の事務所のような扉を開けるとそとがそうである。いなりずしやうどんかけも出たが、建物が殺風景な上に、サービスするのが中年のおっさんだったのでパッとしなかった。

次の日にラブラタ河畔のバレルモ公園の中のレストランに入った。豪勢な店で、運ばれたビフテキは形といい大きさといい丁度草鞋位で、厚さも4~5cm位はあった。聊か砕易の体であったが、赤、白のワインがよく、飲んでいる間に何時の間にか平げてしまった。これ位になると一種の食べ疲れがする。

この国は国土が日本の5倍もあり、しかもその 大部分が平原であって農耕、牧蓄に適している。 住民の97%までが白人で、南米唯一の先進国であった。例えば地下鉄も東京より10年も先に出来ている。ところが今次大戦後の工業化に立遅れて、近くは石油ショックの波をもろに受けて、インフレは高じて政情不安が募り、クーデターが起って、前大統領ペロン夫人は失脚し、目下戒厳令下にあった。しかし空港で武装した兵士を見ただけで、市内は平隠で、全く緊張した空気は流れていない。つまり食料に不安がないから、何が起っても市民は平気でいるらしい。

他でもそうだが、中南米は生ま水は飲めない。 瓶詰のミネラル・ウォータを飲む。部屋の冷蔵庫 があるところはいいが、ない時は電話をかけて持って来て貰わねばならない。これが大変である。 日本のサイダー、ラムネの如く栓を抜くと炭酸ガス吹出すのと吹出さないのとがあるが、私達には 後者がいい。アカ、ミネラル、シン・ガス、又は 英語でミネラル・ウオーター・ウイズアウト・ガスというのだがなかなか通じない。発音が違うからだ。英語も南米では分らないのが普通である。

ベルーのリマに降りた時は機内で昼食を済ませていた筈だが、時差の関係で、夕食が遅くなるので、不二という日本食堂で軽く腹拵えをすることになった。もりそばをとったのだが、そばそのものは兎に角としてつゆが如何んともまずくて失望した。醬油の味が全くなってない。との国もクーデター直後で、経済建直しの見地から、食料品の輸入は一切出来ないそうで、国内品で作るからこうなるのだとの言訳であった。

プラジルのサンパウロを出発する朝、日系人の 邦字新聞でロッキード事件で前総理田中角栄君の 逮捕を知っていたが、ここで日付遅れの日本の新 聞を見て詳しいことが分り、そばよりもその方の 話が弾んだ。

それでも次の日に又この店に来て刺身を食った。 あわびが皿に山盛に出て腹一杯食って満足した。 やや大味ではあるが、それ程違わない。日本でこ んなに食べたら大変な値段だろう。あわびを食べ る習慣は日本人以外にはあまりないらしくよく繁 殖していて安い。

リマは南緯 6 度に位置するから、当然熱帯であるが、太平洋をフンポルト寒流が北上するので、 冷やされた形で全く暑くない。しかも年中雨が降 らないに等しい。だから土地は砂漠である。アン デス山系は高いので降水はある。その水を引いて 来るのがインカ文明の起源であった。今でも水の 来るところだけが緑である。現地インディオは水 のある場所を求めて日本の戦後焼跡の堀立小屋の ような家に住んでいる。リマ市そのものは官庁、 商社、邸宅と立派なものが多いが、各所に現住民 部落があり、貧富の差の大きさを目立たせる。

グランハ・アスルというリマ市随一のレストランへ行ったが、日曜日のせいもあるか、それでも客は満員であった。この店は肉でも何でも調理の仕方が荒っぽいのが取柄のようである。テーブルも何の細工もない厚い堅い木で、椅子の背革も無造作に張ってあった。スープなど汁物はやたらにとうがらしを効かせている。ビスコサワーという地酒は白濁して口当りは甘いがかなり強い。しかしここの肉は存外うまかった。

北米の初めに肉料理の悪口をいったが、ラテンアメリカではそれぞれ国柄の料理があって、肉だからといって何でもまずいわけでもない。

この店では味もさることながら、建物を取巻く 花が美しかった。日本のつつじの種類に入るもの かと思う。朱色と淡紅色のが一斉に咲いて、花の 中に家があるといった位であった。世界の各地に 美しい花があるが、今はその地のものになってい ても、原産が南米のものがかなりあるそうである。

花ばかりでなく、とうがらし、とうもろこし、 かぼちゃ、じゃがいも、さつまいも、ピーマンな どは何れも南北両大陸が発見されるまで普通の人 類は知らなかったものである。

メキシコでも特有の料理があったようでもあるが、どれがそうなのか記憶がない。テオテイワカ 知の中をレストランにしているところへ入ったのそこでは洞窟の中というだけで、味の方は特にとどうということもなかった。この国もとうがらしを別の皿にともながけかけるようにしている。日本でもそばやうどんの麵類には七味とうがらしを好きなだけ振りかけるが、そんな生やさしいもできなだけ振りかけるが、そんな生やさしいもですなく、匙で掬ってドンとかけるのである。テキーすという地酒もあったが、やや強いというだけであまり特徴を知らない。

メキシコ市にはサントリーの経営する高級日本 料亭があった。「燦鳥」と書いている。庭園を竹

西多摩医師会新年会

昭和 54年西多摩医師会恒例の新年会が1月20日瑞穂町のホテル森川にて、大勢の来賓を迎えて盛大に行われました。

御来賓の方々は、衆議院議員石川要三、都議会議員水村一郎、都議会議員田村利一、青梅市長山崎正雄、福生市長石川常太郎、秋川市長臼井孝、五日市町長栗原昇作、羽村町長並木周一、奥多摩町長佐久間藤一、福生保健所長前田寛、多摩民生事務所指導課長安達高之、福生消防署一倉伊作、秋川消防署茂木篤、青梅消防署森茂人、奥多摩明治路で大大陽神戸避け、大陽神戸避け、大陽神戸避け、大陽神戸避け、大陽神戸を開け、大陽神戸を開発と合せて出席者は60名になりました。まず今川先生の司会で、内山副会長の開会の辞、高水会長の挨拶に続いて石川要三代議士を始め来賓の方々の御挨拶を頂き、坂本保先生の乾杯の音頭で和やかな会が始まりました。ホ

テル森川自慢のフランス料理を皿に盛り、会員同志及び、医師会と各機関代表者との間の親睦を大いに深め相互の理解に役立つ会として盛り上りました。

途中にも来賓の方々の御挨拶を頂き、後半は、司会を百瀬先生が代り、会員の先生方の素人離れ した美声が、エレクトーンの伴奏と合ってムード も大いに高まって来ました。

最後は瀬戸岡副会長の閉会の辞をもって 54年の 新年会の幕を閉じましたが、医師会員及び職員家 族の方々の出席がもっと多ければよいなーとの感 があり、来年の会にはぜひ会員の先生方のほぼ全 員の御出席を期待致します。

尚、原田事務長には写真撮影をお願いして、フラッシュを使わないでスナップ写真を撮ってもらい、この会報のため現像焼付を無理に急がせて間に合せてもらったことを附記しておきます。

(土田 記)









談話室

「女房の病気」

足 立 卓 三

あーあ、いやだ、いやだ。

なんで、こんなに忙がしい時に不得意な原稿書きなどしなくちゃいけないんだろう。こんな事しているより女の子と酒でも飲んでいたいよ。

これは投稿が少なかった為だ。もう少し会員の 人達全員が積極的、かつ協力的であったなら、と 愚にもつかぬ事を考えながら筆をとったものの、 ちっとも進みゃしない。

先日の編集会議で、「今月は談話室の原稿が少ないね」「そうだ、足立君、キミは末だ書いた事はないね」「えゝ、あとがきを一度書いただけです」「じゃ、書けよ」「僕は作文が苦手ですからダメです」そこでM先生「丁度奥さんが病気なんだから、ふだんは女房なんか死ねば良いと思っていても、いざとなると困るもんだ、なんて事を書けばいゝんだから」「そう思っている人も結構いるんじゃないの」これで全員爆笑のうちにチョン。

編集委員の中では、一段と気が弱くて、おとな しい私が可哀想。ねえ、皆さん、そうは思いませ んか。

私の賢妻(現在なお病臥中なので、あえてこう書きます)が倒れて、はや4ヶ月になろうとしています。これまでは家庭をかえりみず、仕事をしているか、さもなくば酒と女で過ごしてきただけに(小生、こう見えても、意外とモテるんですゾ)かなりきびしい毎日だったし、これからも数年間はこの状態が続くとの主治医の予想なので、考えただけでも一寸シンドイですなア。

まだ、義父母がきてくれていなかった頃、仕方ないので、病人食を含めて三度の食事も私が作ったが、最初の頃は評判も上々であった。

長男(14才)「お父さんはコックにもなれるん じゃない」

次男(12才)「お父さんは何をやっても上手 だね」

三男(4才)「ウン、これはなかなかイケル」 ところが、日がたつにつれて、お世辞も底をつい てきたとみえ、最後には3人揃って「お父さん、 今日はラーメンにしようよ」だって。 でも本当に、女房が病気になるという事は大変な事ですね。

それでも、一時に較べると、大部調子の良い日もあるようで、我家にも少しづつではありますが明るさが戻ってきました。とうなると「酒と女とタバコ好き」の私の事。ジッとしているのが次第に辛くなってくるんですね。そこで、まず青梅医師会の新年会での自己紹介の時に、「今年も仕事もしますが、酒と女も大いにやりたい」と喋って自分を励まし、二次会へ。

ところが、二次会の始る迄、1時間半ほど時間があったんです。そうしたら同行のN先生が「その辺でお茶でも飲みましょう」というので、入ったところがナントカいうキャバレー。まだ時間が早かった為か、誰もいやしない。ガランとしたキャバレーほど、味気ないものはないですね。

女性らしき人が横にピッタリとくっついてくれるのはいいんですが、ビールが飲みにくくて仕方がない。「ビールをとぼすと困るから、もう少し離れてくれよ。背広はこれ一着しかないんだから」

「エッ?、アンタ飲みに来たの?。そりゃー今の時間はビール飲み放題だけどさ」。これ、どういう意味かおわかりですか。

「私ね、あの時失神しちゃうの。それでネ、とれなくなっちゃうの。だから、お客さんに迷惑かけるといけないから、ここではしないの」だって。オレは何もしていないし、何も云ってないのに…。悪酔しちゃうなア。

そうそう、その女性はどういうタイプかと云うと、小生の小さい頃なら、こう云ってからかったものです。「デブ、デブ、百貫デブ……」

こんな事を云っている時に、前席のN先生が立ち上りました(席は全部一方向に向いています)。 突然、私の酔眼にN先生のオシリが飛びこんできました。びっくりした、ナンてもんじゃなかった。 ところがN先生、少しも騒がず、ズボンを上げながら「バンドがゆるんだらしい。では時間ですので二次会の方に行きましょうか」

この人は将来、きっと青梅を、いや日本を背負

No. 77

選挙では是非一票を投じよう。

このあとの二次会、三次会はそこの女性がやけ にきれいに見えたという事以外は殆んど覚えてい ません。やっぱり悪酔いしたんですねエ。

そして、私は新年会での言葉もむなしく、今年

って立つような大物政治家になりますよ。今度の も又、病める妻と三人の子供をかゝえて、夫とし て、父として、そしてオサンドンとして、強く、 清く生きていく事でしょう。

でも、やりたいなア。

いやですよ、そんな顔をして。ゴルフですよ。 ゴルフ。

医師会日誌

医療機関数 138 病院 19 診療所 119 会員数 223 A会員 130 B会員 93

退会々員

氏 名 中本 裕 勤務先 日の出丘病院

会 議

1月 9日 役員協議会 16日 会報委員会

17日 保健所連絡会

総務会

24 日 理事会

講演会・その他

1月 9日 整備会

10日 法律相談

20日 新年会(ホテル森川)

21日 ゴルフ研修会

25日 学術講演会

会員通知

- ○新年賀詞交換会ご案内
- ○スモン総合対策について
- ○健康保険組合全国大会決議に対する態度につ
- o 53年医療関係調査の実施について
- ○昭和 53 年救急医療施設医師研修会の開催に ついて
- ○国際疾病、傷害及び死因負類、出生証明書お よび死産証書の改正について
- ○東京都の国民健康保険組合の被保険者証の更 新について

2月行事予定

2月 8日 保険整備会

// 役員協議会

14日 法律相談

21日 総務会(予定)

28 日 理事会(")

法律相談日

2月14日(水)

3月14日(#)

同好会だより

第9回 西医ゴルフ研修会

とき 昭和54.1.21(日)

ところ 立川国際CC(草花コース)

天 気 はれ

大寒だというのに、ポカポカ陽気で、まずまず

のゴルフ日和だった。成績は別表のとおりで、ツ キにツイた小生が優勝で、準優勝は1打差で今川 先生、3位は更に1打差で高水会長でした。

(川崎 記)

氏名	アウト	イン	グロス	HCP	ネット	順位	新HP	その他
川崎	42	49	91	18	73	1	14	
今川	46	48	94	20	74	2	18	
高水	46	46	92	17.	75	3	16	
葉山	4 6	50	96	21	75	4		
堤	52	46	98	20	78	5		
大嶽	52	49	101	22	79	6		
内山	4 5	45	90	10	80	7		分合
松原	48	49	97	17	80	8		
江本	45	50	95	9	86	В.В		
鈴木	50	53	103	14	89	10		

あとがき

1月20日、西多摩医師会新年会がホテル森川 で和気あいあいのうちに行われました。

お集りの諸先生の顔は頗ぶる艶やかであり(アルコールのせいかもしれませんが)今年も張り切らんかなの気概がその表情に見受けられました。 青梅で中華料理をつゝきながらの新年の集いを持ったのが、つい此の前の様な気がするのです。 一年の流れは早いですね。

昨年は内外共にいろんな事がありました。今年も世の中は昨年同様に不況が続きそうですし、医師税制の問題、又当地区に於いては新設を予定される老人病院や特養老人ホームの件等は論議を呼びそうです。その他いろいろな事件が内外に起りこの一年も足早に過ぎ去るのでありましょう。

兎に角、一年は早い。不確実性の世とは云え、 時の流れの早さは確実であります。

歯がゆるみ、友人の歯科医氏の所に行きました。 「先生、こりゃあ駄目だ、抜くよりしょうがない よ。後は入歯だね」

ペンチの如きもので私の歯を引っこ抜いた彼は、 「あれ、血も出ないよ。年とるって嫌なもんだよ ね。お互いに」

治療台上で口を開けたま、の私は彼のぶっきら ぼうな話にひどく「うつ」的な気分になったもの でした。

かって以前には、この歯でビールの栓抜きをやった事があるのだが、しかし、かって以前は、思えばもう20数年前のことであります。

少年老い易く……。 Ahs longa vita

表紙写真説明-

ある雪の朝**、**バスが止り人通りも途絶 えていた。

福生には近代的な団地が聳えているが 古い風景や習慣は残って欲しい。このお 寺は道路整備のため移転して新築し、今 はこゝにない。

> アサヒフレックス∏S 赤外線フイルム使用

> > (熊川 鹿野 純一)

bhevis ……。等

若い時に覚えた昔の偉い人の名言を年に一回くらいは思い出します。

だが所詮思い出すと云うだけのこと。空しい繰り返しに過ぎませんでした。

いつしか私も頭髪に白さを増し、歯は抜け落ちつ つゝある齢となってしまいました。

早いと云えば、本会報も7廻り目となりました。 今年も委員長は手負いの猪の如くガムシャラに 会報作りに情熱を傾けられ(先生の坐骨神経痛は 痛くない神経痛のようです。)委員諸先生方も頑 張られることでしょう。

12 月に私達が集った時、2月号に載せるものが何もなく2月の担当者は大いに気をもんだのでありましたが、岸田先生から旅行記の原稿を載き又、学術部の東先生からは田崎教授の講演を纏められて出して下さり、何とか体裁が整いました。

先生方に厚くお礼申し上げます。(堤 記)

昭和54年2月1日発行発行所西多摩医師会

東京都青梅市西分3-103

TEL(0428)23-2171代

会報編集委員 川崎健一郎

 土田
 守一
 堤
 次雄
 植田
 稔

 松原
 貞一
 桂木
 真
 足立
 卓三

 米山
 秀雄
 堀田
 洋夫
 道又
 正達

印刷所 マスダ印刷 TEL(0428)22 - 3047

赤血球の変形能を高め、

脳微小循環での血流を改善する。

脳微小循環への新しいアプローチ。
7.5μ≤3.0μ 直径7.5μの赤血球は、直径3.0μの毛細血管を自ら変形しながら通過します。この赤血球の変形能を高め、脳微小循環の血流を改善するトレンタール。容れ物(血管)ではなく中身(血液)に着眼したヘキストの、新しい治療概念をもつ

微小循環改善剤です。

微小循環改善剤(ペントキシフィリン)

トレンタール錠

健保適用



新発売



ヘキスト ジャパン株式会社 医薬品事業部 東京都港区赤坂8-10-16 〒107・TEL(479)5111(大代)

●詳しい用法・用量、その他の注意などは、現品添付文書(能書)をご参照ください。

当社は全国のご開業医の先生方だけを顧客とし、29年間あらゆる努力をしてまいりました総合コンサルティング商社です。形は株式会社ですが、実態は協同組合的精神で、すでに6,000余名の先生方を株主にお迎えし、トータルなサービスを提供しています。先生もぜひお仲間にお加わり下さい。

ドクターだけのための総合コンサルティング商社

→株式 東洋信販

東京都渋谷区代々木4-27-25 ☎(03)379-5111(大代)

代表取締役・大谷昭雄/設立・昭和24年8月/経営総資本金・ 225億円/従業員数350名/北海道支社(ルーベデンス札幌・ 札幌営業所)・千葉営業所・埼玉営業所・横浜営業所・三多摩 営業所・福岡営業所・ハワイ営業所・富士開発事務所・北海 道管理事務所ほか46事業所/関連企業31社

拡げません。 東洋信販の「対

西多摩担当の荒瀬正博です よろしくお願いします!



今日も、あの町で、この街で。



太陽神戸はお客さま |人|人とのおつきあいの 深さを大切にします

●のマークでおなじみの 〈太陽神戸〉。全国330余 の店舗では、それぞれの街 に密着してビジネス活動 や暮らしの設計にお役に 立つ銀行サービスをお届 けしています。どうぞ「うち の銀行」としてお気軽に ご利用ください。

〈太陽神戸〉はきめの細かいお手伝いて、お客さま1人 1人と末長いおつきあいをさせていただきたいと願っております。

★陽神戸銀行 青 梅 支 店

SANKEN



- 特 長 ほ乳動物の新鮮な肝臓から抽出したエキスを成分 としています。
- 成 分・分 量 フラビンアデニンジヌクレオチド…10mg, アデニル酸並びにその誘導体・フラビンモ ノヌクレオチド・リボフラビンなどを含む 肝臓抽出エキス…15μℓ (約15mg)
- 適 応 症 肝機能障害, ビタミンB₂欠乏による疾患, 消耗性疾患, 薬物中毒, 酒毒, ニコチン中
- 用 法・用 量 | 回 | ~4 m/を | 日 | ~数回,皮下,筋肉内または静脈内に注射します。
- 薬 価 1管 593.00

代謝改善剤アデラビン9号



医莱品製造販売 整 三和化学研究所