

最先端と最前線の心臓血管外科

～解離性大動脈瘤から～

管理部長 川合 明彦

診療科紹介

腎臓内科 人工透析室

内科(腎臓)医長 横地 章雄

放射線科

部長 天羽 健

News&News

●第21回

せんぼ医療感染講習会開催報告

●第8回 みなと・品川コミュニ

ケーションセミナー 開催報告

●イベント開催報告

第1回 マジックショー開催

第21回 **せんぼ医療感染講習会**

特別講演「耐性菌を生み出さないための抗菌薬療法のあり方」

講師:愛知医科大学大学院医学研究科 感染制御学 三嶋 廣繁 教授

平成24年5月16日水曜日午後7時から当院外来ホールにて開催されました。講師は3回目となる三嶋先生で、今回は専門分野の抗菌薬に関するお話でした。現状の治療過程において問題となる院内感染の恐れのある耐性菌の出現の抑制策や発生した場合の制御方法など、密度の濃い内容でした。いつものがらの迫力満点の講演で、ともすれば難解になりがちなテーマについてわかりやすくまとめてお話されました。3回目の講演ということですっかりお馴染みになり、講演後の質問も多く盛況でした。外部27名を含む160名の参加でした。



第8回 **みなと・品川コミュニケーションセミナー開催報告**



平成24年6月11日月曜日午後6時30分から当院外来ホールにて開催されました。今まではロールプレイングを取り入れた方法で接遇の実践や職種間のコミュニケーションのとり方についてのセミナーが主でした。今回は患者サービス研究所 関谷一郎先生による『脱マナー宣言。心に響く「あたたかい患者接遇」の創り方』と題した講演が行われました。患者さんの満足度と自己満足は比例する。均一なサービスより個々の患者さんに応じたおもてなしいわゆる「ホスピタリティ」こそ病院の目標とすべきものであるなどサービスとホスピタリティの違いに着目したお話でした。「伝説」となる医療機関・医療従事者になるために何をすべきかなど今までとは違った観点からの講演でした。もっと掘り下げて聞いてみたい内容でしたが、時間の関係もあり次の機会が楽しみな会となりました。外部17名を含む124名の参加でした。

第1回 **イベント開催報告 マジックショー**



平成24年6月8日金曜日午後4時30分から当院外来ホールで開催されました。当院では、外来や入院患者の皆さんを対象に年に数回イベントを行っております。今までは弦楽器、ピアノ、ハンドベル、ハーブなどの楽器演奏、合唱など音楽中心でしたが、このたび傾聴ボランティアの方が所属されているクラブの有志の方々にマジックを披露していただけることになりました。当日はクラブの皆さまにいろいろな種類のマジックをみせていただきました。軽妙な演技とお話で、音楽とは一味違った趣向で楽しいひと時でした。

最先端と最前線の
— 解離性大動脈瘤から —
心臓血管外科



かわい あき ひこ

管理部長・心臓血管外科部長 **川合 明彦**

当院に心臓血管外科を再興してから3年が経過しました。大学病院の臨床を長く行ってきた外科医として、この3年間は最先端の外科と最前線の外科の違いを学んできた時間でもありました。心筋梗塞や狭心症、また心臓の弁の機能不全である弁膜症は大学病院と最前線で術式や成績はあまり変わるところはありません。むしろ最前線では研究的な臨床よりも安定した成績が求められることから安全な手術が行われているといってもよいかもしれません。一方解離性大動脈瘤に関しては臨床的な状況が異なっています。解離性大動脈瘤は3層の壁から形成される大動脈の一番内側の内膜が動脈硬化などで傷んで亀裂が入り、その亀裂から血液が内膜と中膜の間を裂くように侵入し、3層の壁を引き裂いて進む病気です。裂けている部位に一致して、胸痛や腰痛など激しい痛みを伴い、解離が心臓まで達すると破裂したり、冠動脈を閉塞させてあたかも心筋梗塞発作のような病状や検査所見をとることもあります。また頸動脈に及べば脳梗塞、腹部の血管が閉塞すれば肝臓、腎臓、腸管などに障害が及びます。大学病院の心臓血管外科は移植、再生医療など最先端ではありますが、最前線ではありません。大学病院でも解離性大動脈瘤の緊急手術を数多く行いましたが、ほとんどが、他の病院で検査して診断がついてから転送されてくる症例でした。つまり大学病院での症例は発症からある程度時間が経過して、病状の安定している症例であったということです。

ほんとうの重症例は病院に搬送される前や転送前に生命の危険が訪れているか、重篤な合併症で手術ができない状況になってしまうことが多いのです。

最前線を担当する当院では解離性大動脈瘤に関しては大学病院よりもはるかに重症例が搬送され、紹介されてきます。また、腰痛や脳梗塞で整形外科や脳神経外科に受診した患者さんがCTを撮ったら実は解離だったという事例など、症状の多彩さから様々な診療科に患者さんは緊急搬送されてきます。一方、重症例はなんでも緊急手術をすればよいということではありません。最良の結果を得るためには、合併症の治療を優先させて状態を良くしてから手術を行う場合もあり複雑なパズルを解くように個々の症例で治療方針を個別化する必要があります。このように患者さんごとに異なった治療を行うことを注文仕立ての服を意味するテーラーメイドの治療と呼ばれています。

狭心症や心筋梗塞、弁膜症に比べると最前線の症例の重症度や手術の緊急性から手術成績がなかなか安定しない解離性大動脈瘤でしたが、テーラーメイド治療によって成績も安定し合併症を初めから有する症例でも良好な成績が得られています。

救急車で運ばれた病院如何で、生命が左右されることがあってはならないのですが、現実はその簡単ではありません。このような患者さんの生命を守っているのは最先端の医療ではなく、最前線の医療であると実感しています。米国の大学病院で5年間心臓血管外科医の立場でERも担当しましたが、ERのレベルを決定するのは初診にあたる救命救急医の熱意はもちろんですが、実は実際に手術を行う専門各科のレベルであり、そのレベルをどのようにERに貢献させるかが重要なポイントでした。当院でも与芝院長の指導のもと本年度より救急外来の拡充が行われています。最前線に勤務する地域の先生方とともによりよい医療がシームレスに提供できるように今後も努力いたします。

新任医師の
ご紹介

平成24年7月1日付



たじ
田路 めぐみ
形成外科 医長
東京大学 平成9年卒

編集
後記



前号でお知らせしたとおり、医師の増員により診療体制が充実しております。ご紹介にしましては十分にお応えできますので、お気軽にご連絡ください。お待ちしております。金環日食・金星の太陽通過と天体ショーが続きましたが、あいにく天候はいまひとつで残念でした。相変わらず異常気象が続いています。前日との気温差が10度ぐらいでは驚かなくなってきました。とはいえ、やはり体調を崩す方も増えてきています。地震に対しても以前ほど敏感ではなくなったように思いますが、どうでしょうか。災害は忘れた頃にやってくるといいます。気を引き締めて夏を乗り切りましょう。

診療科紹介

腎臓内科 / 人工透析室

内科 (腎臓)
 よこち あきお
 医長 横地 章雄



当科では、腎臓病と腎臓病に付随する疾患、腎不全患者に対する血液浄化療法や腹膜透析、透析患者の合併症を対象に診療を行っています。また様々な疾患に対するアフェレシス療法（血漿交換、血液吸着など）も行っています。腎臓内科外来は、週3日（月曜・火曜・木曜の午後）。人工透析室では月水金は午前午後2クール、火木土は午前1クールの診療を行っています。週に2回カンファレンス、月に1回程度勉強会を行い医療レベルの向上に努めています。

スタッフ：常勤医師2名、看護師7名（うち非常勤1名）、臨床工学技士4名
 外来：腎臓内科 月曜午後、火曜午後、木曜午後
 人工透析室 月曜から土曜（祝祭日も診療）、土曜日は8:30～14:00頃まで。

同時最大透析は17名。移動用透析装置2台、血漿交換用装置1台。
 血液浄化法：血液透析、血液濾過透析、腹膜透析、血液吸着（白血球吸着、エンドトキシン吸着、LDL吸着など）、血漿交換（二重濾過血漿交換を含む）、腹水濾過濃縮還元法、持続的血液濾過透析など

対象疾患：蛋白尿、血尿、急性糸球体腎炎、慢性糸球体腎炎、腎機能障害、急性腎不全、慢性腎不全、血液透析、腹膜透析、透析合併症（シャント不全、副甲状腺機能亢進症など）



(写真1) 腎センター内部1



(写真2) 腎センター内部2

紹介医療機関の先生方へ

2010年末、慢性透析患者は29万人を超え、生命予後や医療費の面からも透析患者の減少のための慢性腎臓病（CKD）対策が必要とされています。推計糸球体濾過量（eGFR）の軽度から中等度の低下により心血管疾患の危険が増すことが知られていますが、近年「微量アルブミン尿」の存在も同様に危険因子になることが明らかにされてきました。このことを受け、日本腎臓学会の2012年「CKD診療ガイド」では、新しい慢性腎

臓病のstage分類に、eGFRのみではなくアルブミン尿が追加されました。持続する蛋白尿や腎機能障害を有する患者がおられましたら、当科に御紹介ください。適切な治療法を選択し再紹介させていただきます。また、長期透析患者の増加に伴い、透析合併症による入院にも対応いたします。今後も透析施設の先生方と連携して診療を行っていききたいと思います。

診療科紹介

放射線科

放射線科
 あも う けん
 部長 天羽 健



地域の各医院、クリニックの先生方におかれましては CT, MR などの諸検査を日頃からお依頼いただきありがとうございます。

先生方から当科が直接依頼をお受けしている検査は以下のとおりです。

CT(16列マルチスライス)、MRI (1.5 テスラ)、各種シンチグラム、腰椎や大腿骨頭を対象とする骨密度測定、胸部単純写真等の一般撮影、マンモグラフィ。

このうち CT, MRI, シンチグラム、マンモグラフィに対して読影報告書を作成しております。これらの画像はフィルムもしくは CD-R の形で、検査後直接患者さんに手渡ししたり、病院、医院宛に郵送をしています。先生方からのご依頼をお待ちしていますので、地域医療連絡室までご連絡ください。なお、胃透視及び注腸造影は当院内科、外科などの紹介による間接依頼とさせていただきますので、ご了承願います。



(写真1) 読影用PACS端末

地域の各医院、クリニック様へ 放射線科からのお願い

CT, MR の検査において造影剤を使用しない場合は、特にトラブルとなることは少ないのですが、造影剤を使用する場合、検査前の事前準備が少々足りないのではないかとこのケースが多々あるのが現状です。

ここで造影剤を使用する検査を依頼される場合、当科から先生方へお願いしたいことをまとめておきます。

1) 患者さん本人に対して造影剤を使用する検査であることの説明と同意書の作成

これは検査直前になって患者さんから「造影剤を注射するなんて知らなかった」と言うようなご本人としてもこちらとしても当惑してしまうような事態にならないためにも、依頼される先生方の署名付き文書を作成して下さるようお願いいたします。当院専用の書式がありますので、あらかじめご請求願います。この書式以外での同意文書は、当院では認められないことになっています。

2) 腎機能のチェック

可能な限り検査直前に血液検査を行い、血清クレアチニン及び eGFR（推定 GFR）の測定結果を証拠として添付して下さい。CT 用造影剤の使用は、他院の患者さんに限っては血清クレアチニン値が 1.5 以上でや

めておくべきと思われます。また MR 用造影剤の使用は、他院患者さんに限っては eGFR 値が 60 以下でやめておくべきだと思われます。腎機能の低下した患者さんではMR 用造影剤による特殊な副作用である腎性全身性線維症（NSF: nephrogenic systemic fibrosis）の危険性が高まると言われるようになって久しいですが、全世界レベルでは発症例は減っているとのことです。

3) CT 検査の場合、ビグアナイド系糖尿病薬使用の有無

グルコランなどビグアナイド系糖尿病薬は CT 用造影剤の副作用の発生率を高めると言われており、院内外来および入院の患者さんでは検査前日から検査翌々日（正確には造影剤投与後 48 時間）まで休薬しています。他院からの依頼の場合も同様にしたいと思いますが、万が一の緊急事態に対応するため、できれば当院内科などご紹介して頂いた上で検査をした方がより安心して検査に臨めると思われます。ビグアナイド系糖尿病薬にはどのような薬品が含まれるのかなど、詳細は日本医学放射線学会のホームページを参照下さい。以上、ご協力の程をお願い申し上げます。