

埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携News



雪化粧の乙女像

基本理念： 患者中心主義のもと安心して安全な満足度の高い医療の提供を行い、かつ最も高度の医療水準を維持するよう努めます。

使 命： 当センターは、埼玉県全域を範囲とし、がん、心臓病に対する高度専門特殊医療に特化し、かつ高度の救命救急医療を提供します。

基本方針： 上記の理念に従って患者中心主義(patient-centered)を貫き、あらゆる面で”患者さんにとって便利”であることを主眼とし、患者さんひとりひとりにとって最も適切な医療を提供致します。

患者さんの権利： 当センターは、全ての患者さんには、以下の権利があるものと考えます。これらを尊重した医療を行うことをめざします。
(1)ひとりひとりが大切にされる権利 (2)安心して質の高い医療を受ける権利 (3)ご自身の希望を述べる権利
(4)納得できるまで説明を聞く権利 (5)医療内容をご自身で決める権利 (6)プライバシーが守られる権利

目 次

埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携懇話会
場所：国際医療センター C棟2階会議室

第69回「心房細動が疑われる患者が来院したとき」 2015年9月16日

進行：心臓内科 岩永 史郎

「心房細動の診断：発作性心房細動を見落とさないためには」

心臓内科 池田 礼史 …………… 4

「心房細動に伴う左房内血栓」

心臓内科 岩永 史郎 …………… 6

「心房細動に伴う脳卒中」

脳卒中内科 高尾 昌樹 …………… 8

第70回「症例報告会」 2015年11月18日

総合司会：総合診療・地域医療科 古屋 大典

「医療連携が上手く機能した転移性乳癌の一例」

至聖病院 理事長 高木 正人

乳腺腫瘍科 上田 重人 …………… 10

「非典型的な所見から診断された急性冠症候群の2例」

北坂戸クリニック 院長 鈴木 宏彰

心臓内科 保谷 洋貴 …………… 12

「急性期脳梗塞に対する再灌流療法が著効した1例」

秩父市立病院
(秩父市大滝国保診療所 院長) 前田 陽典

脳卒中内科 長嶺 唯斗 …………… 14

「回復期からの報告」

霞ヶ関南病院 内科・リハビリテーション科 医局長

伊藤 雅美 16

第71回「医療連携における心臓血管外科の役割」 2015年12月16日

進行：心臓血管外科 井口 篤志

「高齢者大動脈弁狭窄症とTAVI」

心臓血管外科 小池 裕之 18

「ステントグラフト時代のStanford B型大動脈解離治療」

心臓血管外科 朝倉 利久 20

「補助人工心臓と地域連携」

心臓血管外科 井口 篤志 22

「関越病院のホスピタリストとして」

関越病院 循環器科 米山 暁 24

その他のご案内

受診までの流れについて 26

インターネットでの予約受付について 27

当院は地域医療連携を積極的に推進しています 28

心房細動の診断：発作性心房細動を見落とさないためには



埼玉医科大学国際医療センター
心臓内科
池田 礼史



心房細動は、心房が細かく痙攣のように震えてしまい、脈がバラバラになる不整脈です。心房内にうっ滞した血液が血栓を形成し脳梗塞などの塞栓症を起こします。心原性脳塞栓症は重篤化し1年生存率は50%以下と予後不良です。心房細動は早期発見、治療が重要です。動悸やめまい、息切れなどが症状ですが7割ほどの患者様が症状を強く感じません。それでも脳塞栓症のリスクは同等です。無症状の心房細動を見つけるのは大変難しいですが、心電図または一回のみの検脈、症状の問診で1-3.4%発見可能という報告があります。多くない数字ですがしっかり検脈をし、問診をするということは無症候性の心房細動患者を発見するために重要なことです。CHAD_s2スコアは脳塞栓症発症のリスク率を計算でき、心不全の有無（1点）、高血圧の有無（1点）、75歳以上の年齢（1点）、糖尿病（1点）、脳梗塞の既往（2点）からなります。点数が高いほどそのリスクが高くなります。

脳塞栓症の予防のために抗凝固療法が重要ですがNOACと呼ばれるより効果が高く出血のリスクが低い新規抗凝固薬が登場し日本循環器学会でも一部の薬剤はCHAD_s2スコア1点から推奨されています。心房細動の原因は肺静脈起源の期外収縮が多く、発作性心房細動が経過を経て心房自体に心房細動が持続しやすい器質が形

成されて慢性化していくと考えられます。肺静脈を電氣的に隔離する治療、カテーテルアブレーションの成功率と安全性が高まり注目されています。発作性心房細動のうちに治療をすると効果が高いと考えられます（5年で80%程度）。近年クライオバルーンという肺静脈内にバルーンを挿入し笑気ガスを冷却することにより肺静脈隔離を短時間で行うことが可能となり、当院でも高い成功率を誇ります。

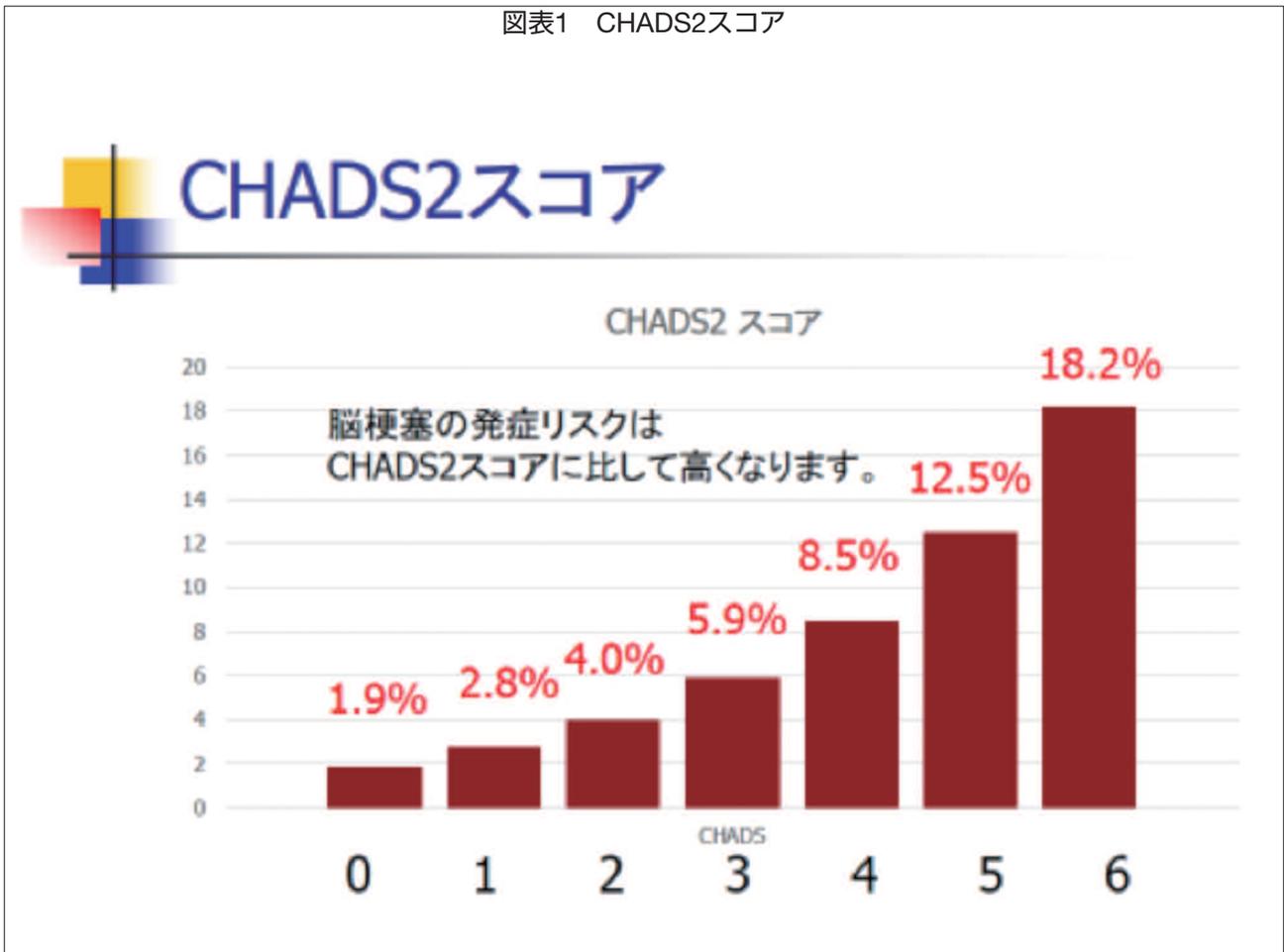
発作性心房患者は積極的にカテーテルを考える時代です。ぜひ紹介をよろしくお願い致します。

医療機関へのコメント

埼玉医科大学国際医療センター心臓病センター心臓内科は、心血管系の急性疾患である急性心筋梗塞、急性大動脈解離、急性心不全など迅速な診断から適切な治療を24時間提供できる体制を整えています。虚血性心疾患や重症虚血肢に対するインターベンション治療、不整脈に対するアブレーションやデバイス治療を豊富に行っております。同センター心臓移植施設あり、最重症心不全の治療や心移植後の慢性期の治療を行っています。

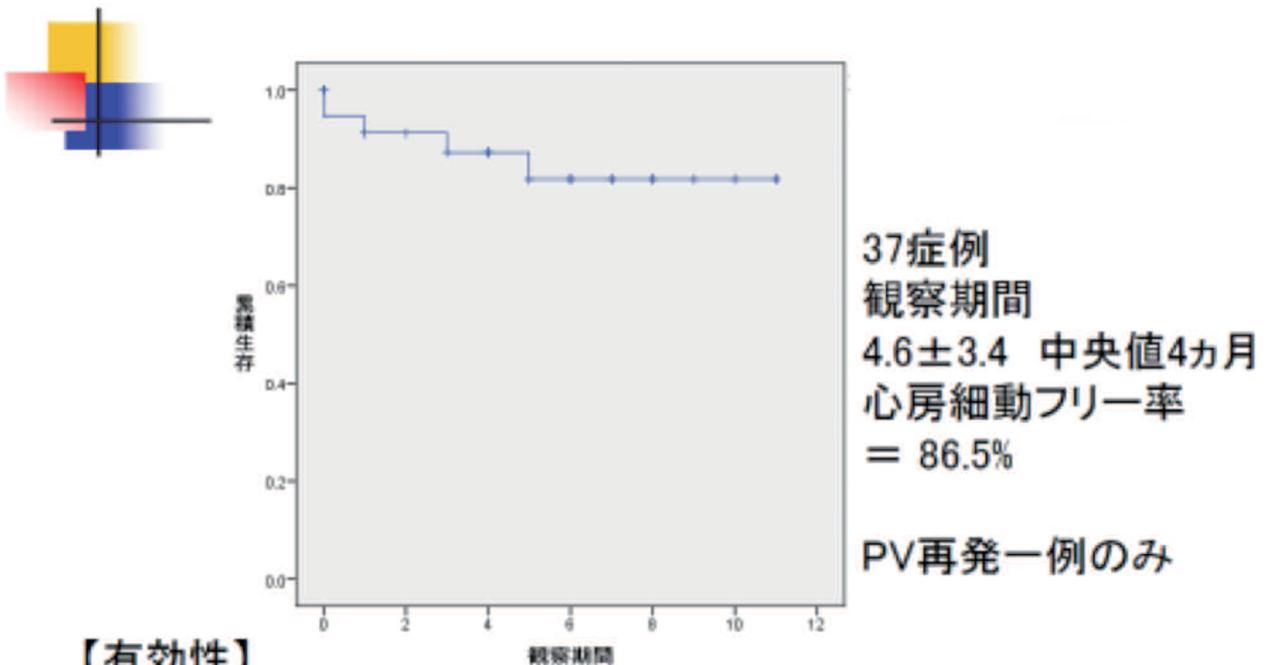


図表1 CHADS2スコア



図表2 当院でのクライオバルーンアブレーション成績 (カプランマイヤー曲線)

カプランマイヤー曲線(心房細動フリー)



【有効性】

治療の成功(PV隔離率): 100%

3か月以降に検出された再発5例

心房細動に伴う左房内血栓



埼玉医科大学国際医療センター
心臓内科
岩永 史郎



心房細動が48時間以上持続すると左房内に血栓が形成され、脳塞栓症を発症する危険性が増加する。心房細動は左房筋の収縮を阻害して左房内腔を拡大させ、血液をうっ滞させる。赤血球は直径 $7\mu\text{m}$ で、超音波(2~5MHz)の波長数百 μm と比べて、かなり小さい。このため、血液は超音波を反射させることができず、黒く描出される。しかし、うっ滞した血液では、多数の赤血球が集合する連鎖形成をきたす。赤血球の集塊は超音波を反射できるまで大きくなり、血流と共に移動する「もやもやエコー」として可視化される。さらに、血液凝固によって血栓が形成されると、固体である腫瘍として確認できるようになる。左房や左心耳が大きく、壁収縮が不良なほど、内部の血流速度が低下し、血栓が形成されやすくなる。形成された新鮮血栓には、徐々に線維組織が侵入し器質化していく。特に、適切な抗凝固療法が行われると新鮮血栓の形成が阻害され、血栓表面から内部に向かって器質化が進行する。器質化血栓は左房壁に固着することが多く、塞栓源となるリスクは低下する。血液中には自己線溶系の酵素が存在するため、抗凝固療法下に血栓は徐々に縮小し、場合によっては消失する。

弁膜症や心筋症などの心疾患を有さない症例では、血流がうっ滞しやすい左心耳内に血栓が形成される。左心耳は左房の最も左方にあり、

超音波を透過させない肺に接する。また、左冠動脈主幹部周囲の脂肪組織の後方に存在する。このため、経胸壁心エコー検査で左心耳内を詳細に観察することは困難であり、直径1~2cmの大きな左心耳内血栓でも見落とされる可能性がある。心原性脳塞栓は2~3mm大の血栓であっても発症するため、左心耳内血栓の診断には、高い解像度を持つ経食道心エコー検査が不可欠といえる。心房細動症例の脳塞栓リスクを正確に評価し、抗凝固療法の必要性を判定するためには、高次医療機関での精査が必要である。

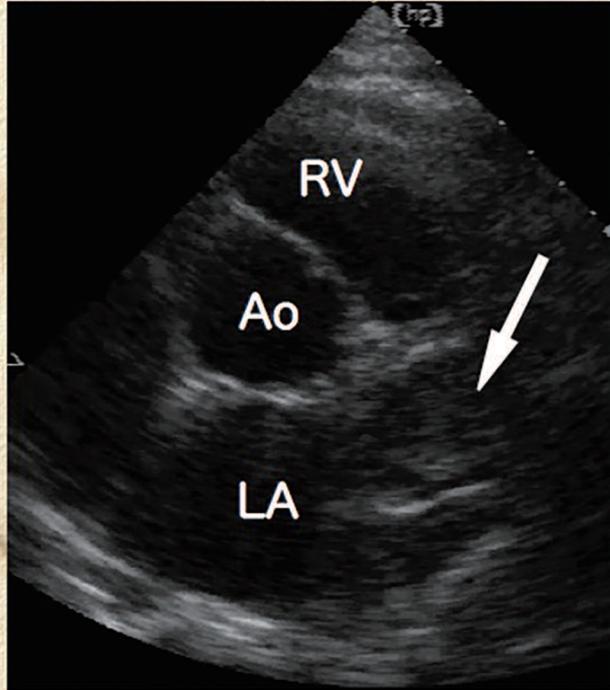
医療機関へのコメント

心臓内科より

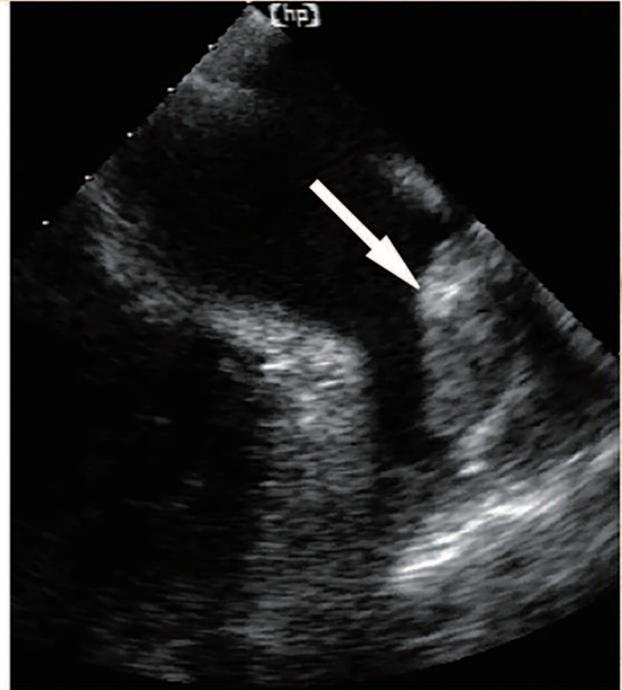
心臓内科は、心筋梗塞や心不全の急性期治療、冠動脈カテーテル治療、不整脈カテーテル焼灼術などの診療を行っています。加えて、弁膜症や成人先天性心疾患の治療、拡張型心筋症や拡張期心不全による重症心不全の管理にも力を入れています。さらに、肺高血圧症など従来はあまり行っていなかった分野にも取り組んでいます。ご紹介いただきました患者様は、当院での治療後に紹介元への通院を継続いただけるように心がけています。



左心耳内血栓の診断は難しい



経胸壁心エコー検査



経食道心エコー検査

左心耳内血栓の診断

脳塞栓は2~3 mm径の血栓でも生じる



経胸壁心エコー検査(TTE)で十分に観察できても、「血栓なし」と診断する自信はない



経食道心エコー検査(TEE)が左心耳内血栓の診断には不可欠である

心房細動に伴う脳卒中



埼玉医科大学国際医療センター
脳卒中内科
高尾 昌樹



両先生からすでに、お話のありましたように、心房細動などにより心臓の中にできた血液の固まり（血栓）が、脳にとぶ（血管内を移動する）ことで、脳の血管を閉塞することを、脳塞栓症（特に心原性脳塞栓症）といいます。たとえば2mmぐらいの血栓が流れるとします。脳を栄養する血管で、特にその支配領域のひろい中大脳動脈のはじまりは、内腔が2mmぐらいですので、その根元から閉塞することになります。そうすると、閉塞部位より先には血液が流れなくなり、脳梗塞になります。こういった機序による脳梗塞で最も困ることは、その範囲が非常に大きくなることです（図1）。きわめて大きな梗塞は、それだけで致命的になることが少なくありません。また、人間の脳は、部位によって多種多様の機能を有する構造です。よって、大きな脳梗塞はそれだけ広範に脳機能を損なうこととなります（図2）。仮に命を救うことができても、様々な後遺症を抱えることになり、社会復帰へ大きなハードルとなります。また、閉塞した血管に再び血流が流れだすと、梗塞をおこしてしまった脳の中に、出血を生じることもあり、その出血が致命的であることも珍しくないのです。したがって、心房細動から発症する脳梗塞を予防することは、とても重要なことなのです。しかし、心房細動だけでは自覚症状に乏しいことから、なかなか薬を内

服して、脳梗塞を予防しようとするのが困難です。最近ではその予防薬としてNOACs（最近DOACsともいいます）という薬があり、非弁膜性の心房細動の方で、一定の基準を満たすかたは、脳塞栓症の予防のためにNOACsの内服をしたほうがよいとされています。また内服自体も比較的容易なお薬です。かりに脳梗塞になってしまった場合でも、血栓溶解療法やカテーテル治療といった手段も、早期であれば可能です。我々は、心房細動と脳塞栓症に対する理解を深め、お一人でも脳塞栓症の発症を予防したいと考えています。

医療機関へのコメント

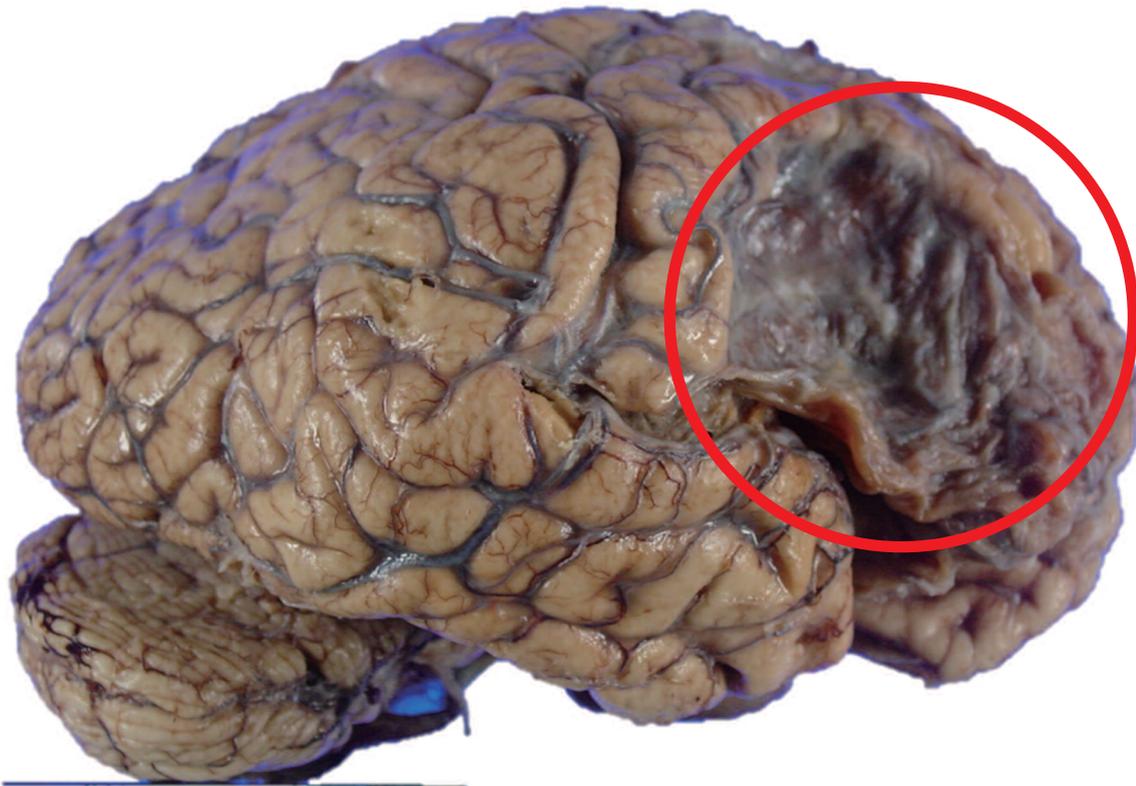
いつもたいへんお世話になりまして、ありがとうございます。心房細動の患者様において抗凝固療法を行うときは、頭蓋内出血合併症を少なくしたいものです。脳動脈瘤、外傷の既往、あるいは脳実質内における症候性あるいは無症候性脳出血、高齢者におけるアミロイド血管症による無症候性小出血などの有無をMRIにより評価することは、投与のリスクを考えるうえでも重要です。個別の症例において我々で相談にのれることはいつでも対応いたします。お気軽にご連絡ください。



図1 脳塞栓症により、右大脳半球の広範な梗塞を生じた例。



図2 脳塞栓症により、前頭葉に大きな陥凹が生じた例。



医療連携が上手く機能した転移性乳癌の一例



高木 正人



上田 重人

至聖病院

理事長 高木 正人

埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科

上田 重人



【症例】52歳 女性 【病期】局所進行乳癌、骨転移、胸膜転移、Stage4 浸潤性乳管癌、ER+,PgR+,HER2 0 【治療の経緯】2005年11月に至聖病院で右局所進行乳癌、骨転移、胸膜転移の診断でCEF化学療法を施行、2006/5/17乳房切除術+腋窩郭清を施行(国際福祉医療大学三田病院)した。その後、至聖病院でパクリタキセル、フルツロン+エンドキサン、タモキシフェン、フェマール、ゼローダ、ナベルピンを使用し、2011年頃まで比較的緩徐な進行で経過した。2012年10月に当科上田が赴任し、前任の吉本先生から引き継いだ。2012年10月から多発肝転移が増悪し、2015年9月緩和病院へ転院するまでの約3年間は病状的にも不安定な期間であった。この間、肋骨転移による疼痛とナベルピンによる静脈炎に伴う血管痛のため、2012年11月に国際医療センターへ入院し、放射線腫瘍科で胸骨照射(8Gy)を行い、乳腺腫瘍科でCVポートを挿入した。2013年10月には左下肢しびれが増悪し、MRI撮影をしたところ、Th12、L1/2骨外進展を伴う骨転移が認められた。抗がん剤単独では症状の改善が認められず、2013年11月に国際医療センター放射線腫瘍科でTh12/L1-2 照射(30Gy/10Fr)を実施した。この後、抗がん剤治療を継続していたが、2014年6月に尿閉を訴え、至聖病院外科を受診、その際、尿道カテーテル挿入したが、尿閉

が改善されず、国際医療センターへ救急搬送となった。当院泌尿器腫瘍科で膀胱洗浄後、膀胱鏡を使用し観察したところ、多量の凝血塊を確認した。長年の薬物療法による出血性膀胱炎と診断し、経尿道的止血術を施行した。その後、至聖病院の在宅訪問看護サービスとリハビリを利用し、膀胱訓練を実施し、尿道カテーテルを抜去することができた。【結語】至聖病院と国際医療センターで役割分担をし、医療資源を最大限活用し、患者さんの治療マネジメントを行うことができた症例を経験した。病病連携の重要性を感じた一例であった。

上田先生からのコメント

乳腺疾患の患者さんは検診から治療まで、地域の診療所との密接な連携が必要です。そのため国際医療センターでは検診や術後のフォローアップの患者さんには地域の診療所へ逆紹介することがございます。今回ご紹介した患者さんのように、高度な治療を要する時とそうでないときで上手に連携が出来ればより迅速に満足度の高い医療が提供できると思います。



治療経過

至聖病院

- 2012/10 上田赴任
- 2012/10 ナベルビンの血管炎、肋骨痛
- 2013/05 エリブリン+ランマーク
- 2013/11 左下肢しびれ
- 2014/07 尿閉・膀胱出血
- 2014/09 アロマシン、フェソロデックス、ヒスロン
- 2015/07 多発肝転移増悪
- 2015/08 両下肢麻痺で入院
- 2015/09 緩和病院へ転院

国際医療センター

胸骨照射(8Gy)+CVポート挿入

腰椎・仙骨照射(30Gy/10Fr)

経尿道的止血術

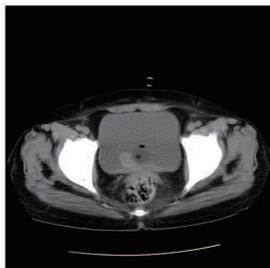
尿閉・膀胱出血

CT



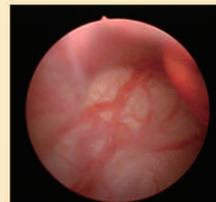
2014.06.11

尿閉で至聖病院受診
尿道カテーテル挿入後、
救急搬送



国際医療センター緊急入院
2014/06/11-06/26

泌尿器腫瘍科
経尿道的止血術



膀胱還流後、膀胱鏡で多量の凝血塊を確認、出血性膀胱炎の診断となる。

非典型的な所見から診断された急性冠症候群の2例



中埜信太郎



保谷 洋貴

北坂戸クリニック

院長 鈴木 宏彰

埼玉医科大学国際医療センター 心臓内科

中埜信太郎

保谷 洋貴



今回の2症例は受診時には症状が消失していましたが、数日前の症状と心電図変化から急性冠症候群を疑い紹介し、速やかに治療をして頂くことができました。日常の外来で遭遇する急性冠症候群の患者さんは、典型的な胸痛を訴えないことも多くあります。当院では冠動脈疾患の危険因子を有する方が体調不良を訴えられた場合は、気分が悪い、食事が取れないなどの消化器症状でも心電図をとるようにしています。心電図は非ST上昇型の場合も多く、また安静時心電図では所見を認めない場合もあります。以前の心電図との比較も重要です。他に当院から紹介した症例の中には、病変を認めず異常が無かったケースも少なくありません。しかし急性冠症候群を見逃すと患者さんの生命を脅かす重篤な事態に及ぶことがあります。まず疑って心電図をとることが重要で、正確に診断する事も大事ですが、迷った場合はすみやかに病診連携をとり紹介させて頂くようにしています。

(北坂戸クリニック 鈴木)

地域のかかりつけ医から急性心筋梗塞として紹介される患者を解析しどういった特徴があるか、その重症度やその後の転帰などを調査した。また診断をつけるのに容易ではなかったであろう2症例を取り上げ、最小限の検査でどのように診断したかを説明して頂いた。その後の

確な診断のおかげで早期に治療を行なうことができ、良好な経過となり、現在はもとのかかりつけ医に通院継続できていることを紹介した。

(心臓内科 保谷)

中埜先生からのコメント

鈴木宏彰先生の慧眼ぶりにはいつも驚かされていたため、発表依頼をご快諾頂いた時は大変嬉しく思いました。また会に先立ち、保谷先生が過去数年間の当施設への急性冠症候群患者さん搬送状況をすべて調査してくれました。今までの診療内容を見つめなおすことができ、今後の診療体制改善につながる大変意義のある会であったと感じております。

保谷先生からのコメント

当科は埼玉西部地区の心臓救急医療の中心として断らない医療を実践するよう日々努力し、それに加えて診療のレベルを日々上げていくことを目標としています。

地域のかかりつけ医院から急性心筋梗塞として当院に搬送された例は2011年1月～2014年の7月だけで約500例にもなります。今後も地域医療のネットワークを活性化させ、より多くの患者さんたちに早期診断・早期治療を行なっていきたいと考えております。



症例 1

診断、紹介に至るまで

症状、心電図所見から新規発症の労作性狭心症でCCSクラスⅢ（日常生活が著しく制限される状態）であり、不安定狭心症、急性冠症候群が疑われた。そのまま救急搬送を勧めたが本人が希望されず、翌日以降の受診を希望されたため、アスピリン、ロスバスタチン、ニコランジルを追加投与し血液検査を行い一時帰宅。血液検査結果は同日夕方に結果が出たがCK270U/L、CK-MB 27.9ng/mlと上昇を認めた。翌日埼玉医大国際医療センター心臓内科に紹介受診した。

北坂戸クリニック 鈴木 宏彰

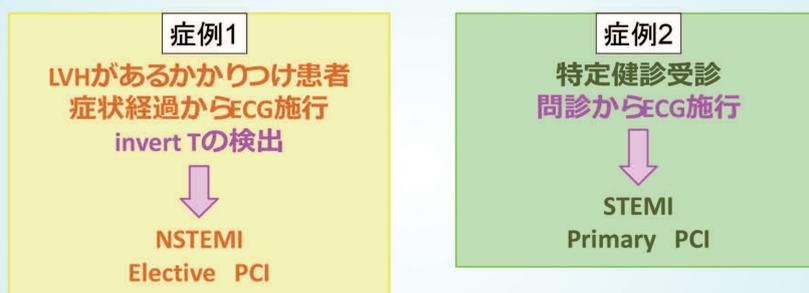
症例 2

診断から紹介に至るまで

4時間持続した胸痛と心電図所見から、2日前に発症した急性心筋梗塞と診断。救急搬送を勧めたが自覚症状が消失していることから本人が希望されず、自家用車で受診を希望。埼玉医大国際医療センターに電話連絡の上、同日心臓内科外来に紹介した。

北坂戸クリニック 鈴木 宏彰

2症例のまとめ



現在も北坂戸クリニックさんに通院。

急性期脳梗塞に対する再灌流療法が著効した1例



長嶺 唯斗

秩父市立病院 内科

前田 陽典

埼玉医科大学国際医療センター 脳卒中内科

長嶺 唯斗



仕事中に発症した意識障害で当院に救急搬送された59歳男性の症例で、身体所見上JCS3、E4V2M6、失語と右上下肢麻痺を認めた。検査所見と合わせ左中大脳動脈領域の脳梗塞と診断した。発症時間から搬送時間を考慮しても再灌流療法の適応があると考え、埼玉医大国際医療センターに紹介した。

秩父市立病院から当院に紹介救急搬送され、発症早期の脳梗塞に急性期再灌流療法を行い良好な転帰が得られた59歳男性の症例を提示した。本例は初診時、失語、右片麻痺がありNIHSS scoreは12点であった。頭部MRIで左中大脳動脈領域に急性期脳梗塞を認め、MRAで左中大脳動脈近位部の閉塞を認めた。DWI-ASPECT scoreは8点であった。発症から4時間30分でt-PA治療を行い、5時間23分で血管内治療（穿刺）を行った。発症から6時間2分で血管の再開通が得られた。治療後の症候性脳出血合併症もなく経過は良好で、第35病日にmRS 2にて霞ヶ関南病院（回復期リハビリテーション）へ転院した。

急性期脳梗塞の再灌流療法としてt-PAは発症から4.5時間以内に、血管内治療は6時間以内において、有効性が確立した治療である。またそれぞれ早ければ早いほど良好な転帰が得られることも分かっている。脳梗塞急性期の再灌流

療法の施行数を増やし、脳卒中の多くの患者様にベストな治療を提供するためには、発症から病院への搬送時間を短くすることが重要であり、継続的な市民への啓発、救急搬送体制や病院間連携の充実が重要である。

前田先生からのコメント

平素より大変お世話になります。いつも秩父地域の特性をご配慮頂き、大変感謝しております。秩父地域において専門治療が必要となった際に高次医療機関にご紹介させて頂くと、1時間程度移動に時間がかかります。今回のようにスムーズに転院を了承頂けて迅速にご対応頂き、患者様の転帰が良好であったことを嬉しく思います。貴院と連携を取り合ってより良い医療を提供できたらと思いますので今後とも何卒よろしくお願い致します。

長嶺先生からのコメント

脳梗塞の急性期治療はt-PAや血管内治療などの先進的治療もありますが、地域住民を最も身近で診療いただいている先生方はじめとする医療関係者の方々や救急隊員のご協力があり、はじめて成り立っています。それぞれが役割分担をしながら、今後も協力しあい、さらなる質の高い脳卒中診療を目指していけたらよいと考えています。今後とも国際医療センターをどうぞよろしくお願い致します。



【症例】 59歳 男性

【現病歴】

某日**21時25分頃**
 代行タクシーの仕事中に、物損事故を起こした
 同僚が見に行くと意識障害を認め、救急要請

【既往歴】 頸椎疾患で手術歴あり
 (当院受診時は詳細不明)

【内服薬】 なし

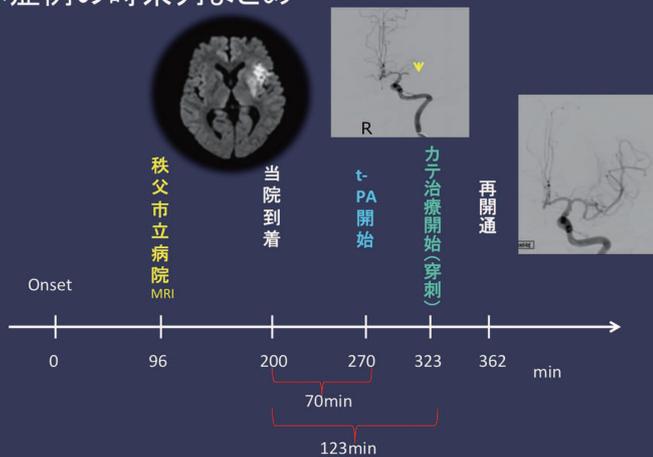
病着**22時00分頃** (発症 約**35分後**)

【身体所見】 意識レベル:JCS3、E4V2M6
 BP135/76 mmHg、HR110~120/min、SpO₂ 94~97%
 瞳孔3mm/3mm 対光反射+/+ 偏視なし
右上肢挙上不可、右膝立不可
Babinski+/-

【検査所見】

血液：意識障害を起こすようなデータなし
 心電図：心房細動
 頭部CT：明らかな出血なし
 頭部MRI(diffusion)：左島皮質、側脳室周囲
 深部白質で信号変化

本症例の時系列まとめ



結語

急性期脳梗塞に再灌流療法が奏功した1例を提示した。

急性期再灌流療法 (t-PA, 血管内治療) は有効性が確立した治療である。

施行数を増やすには、発症から病院への搬送時間を短くするための継続的な市民への脳卒中啓発、救急搬送体制の整備、病院間連携の構築を充実させることが重要である。

回復期からの報告



霞ヶ関南病院
内科・リハビリテーション科
医局長 伊藤 雅美



埼玉医大国際医療センターから、H27年7月30日に、当院入院されました。

転院時の現症で、右片麻痺は、ブルンストロームスケール上下肢とも4の不全麻痺で、失語も流暢性感覚性の軽度なものでした。高次脳機能障害は右視空間無視があるものの、ADLはバーセルインデックスで50 FIM97（運動/認知70/27）でした。課題として、心房細動により運動時の脈拍数が130～150/minまで上昇しそれに伴い、血圧低下をきたすことと、自宅介護力が低く、退院には、ADLの自立だけでなく、一人で通院できるまで回復することが挙げられました。

歩行の状態は、右踵の拳上不良ですが、大腿の振出しや膝の固定は、軽度のback kneeがあるものの、独歩可能で、ゲイトソリューション型の短下肢装具装着で、歩行訓練を行い、歩容の改善を見たため、オルトトップ装具へ変更し訓練継続。最終的には装具装着無しで安定した歩行が得られました。

入院後経過では、入院後すぐに病棟内歩行自立、院内歩行自立となりましたが、歩行距離を伸ばすと、疲労感が出現するため、連続歩行距離の延長が得られず、さらに安静時にも血圧が70mmHgを切るようになったため、ビソプロロール中止、ベラパミールを減量しました。

その後は、血圧は低めでしたが、80mmHgを

切ることはなく、運動時の著明な脈拍の上昇も認めず、連続歩行距離を伸ばすことができました。作業療法により買い物から調理訓練を含め、家事動作も自立。言語療法により、日常会話は問題なく、電話の会話も可能となり、自分でタクシーを呼んで外出できるまでになりました。

退院前に心電図、Holter心電図で正常調律のなっており、発作性頻脈の出現も認めなかったため、内服変更せず10月28日に自宅退院されました。

入院中に介護保険申請し、支援1であったことから、住所地の地域包括支援センターへ連絡し、退院後、通所リハビリの利用を開始されたとのことです。

医療機関へのコメント

当院は川越市の西部に位置し、回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等一般病棟、医療療養病棟の計199床の入院部門と、外来及び短期通所リハビリ、パワーリハビリ施設を併設、同法人の霞ヶ関中央クリニックは訪問医療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護と長期通所リハビリ、居宅介護支援センター、地域包括支援センターのコミュニティケア部門を抱え、地域リハビリテーション理念の実現を目指して医療介護を展開しています。



入院時現症

右不全片麻痺 BS 上肢4/6手指4/6下肢4/6

失語(流暢性感覚性失語軽度) 構音障害

高次脳機能障害(右視空間無視)

バーセル指数 50/100

FIM 運動/認知 70/27

課題;心房細動があり運動により、120～150/min
の頻脈と血圧低下をきたす。

自宅介護力低く、ADL自立のみならず一人で
外来通院できる事が必要である。

経過

- 7.30 病棟内独歩自立
- 8.6 院内独歩自立
- 8.11 屋外歩行200Mで疲労感出現
- 8.16 安静時にも低血圧で気分不快
- 8.17 ビソプロロール中止
- 8.19 家庭訪問
- 9.18 ベラパミル減量
- 10.16 屋外歩行240m 頻脈、血圧低下なく経過
- 10.23 屋外歩行400m
心電図、Holter心電図、心エコーにて、
心房細動から洞調律へ移行していることを確認
- 10.28 自宅退院

介護保険申請、支援1より地域包括センターへ紹介し、通所リハビリ
利用となる。

カテーテル外科治療—外科手術とカテーテル治療を組み合わせたハイブリッド手術



埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科
小池 裕之



当院当科では、観血的な外科治療を行う従来の手術室の機能に加え、経皮的な内科治療を行うための画像診断機器などの機能を組み合わせて、超低侵襲治療を実現することを目的とするハイブリッド手術を備えている。ここで大動脈瘤の手術であるステントグラフト（SG）治療、大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVRあるいはTAVI）治療（治験中）を行っておりこれを簡単に紹介する。

大動脈瘤に対する手術として、より侵襲の少ない方法として経カテーテル治療としてのSG治療の症例数は年々増加傾向にある。理由として、平均寿命の高齢化や疾患比率の増加、解剖学的適応（instruction for use; IFU）内症例の治療成績が良好で、必ずしもIFU内でもなくとも高齢やOpen surgery（OS）ハイリスクなどの理由によりSG治療の適応を拡大している。当科でも、2008年より企業製造デバイスを用いたSG治療EVAR（腹部大動脈瘤に対する治療）、TEVAR（胸部大動脈瘤に対する治療）を開始、ともに増加傾向である。今後SG治療の展望として、弓部大動脈瘤、胸腹部大動脈瘤への適応拡大が見込まれる。

カテーテル外科治療としての大動脈弁置換術であるTAVRが日本で開始、当院でも2012年よりCorevalve system®の治験が開始された。大動脈弁狭窄症で人工心肺を使用するopenでの手術

リスクが非常に高い症例が対象である。TAVR開始以前までの当院の成人開心術は増加を続けており、2012年は500例を超えている。特に大動脈弁狭窄症の弁置換術は、高齢化に伴い今後ますます増加が予想され、TAVRの適応患者も増加が予想される。

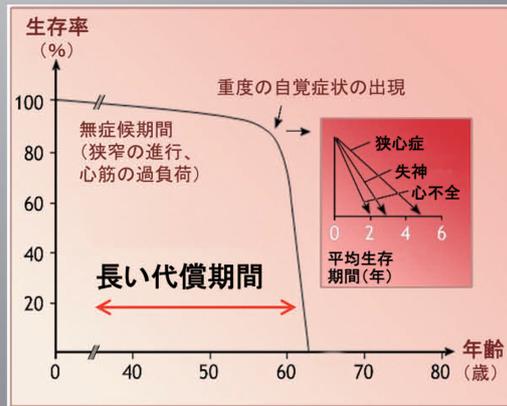
外科手術とカテーテル治療が組み合わさった低侵襲であるハイブリッド手術は、外科手技やカテーテル手技の応用により、今後ますます対象疾患、適応とも拡大され、心臓血管外科領域での重要度も増すと考えられる。

医療機関へのコメント

2013年10月1日より、SAPIEN XT®(Edwards社)経カテーテル的大動脈弁置換術の保険償還が開始されました。当科でも10月よりTAVRの保険償還での治療を開始しております。ご高齢で、合併症をお持ちの患者様でも、大動脈弁置換できる可能性があります。まずは当科の外來にご紹介ください。



ASの自然歴



症状出現後の生存率

- ・狭心症 ⇒ 5年
- ・失神 ⇒ 3年
- ・心不全 ⇒ 2年

AS患者の自然歴

- > 高齢者になるほど、症状が出現する割合が増してくる
- > 症状が出現してからの予後は不良である



症状発現

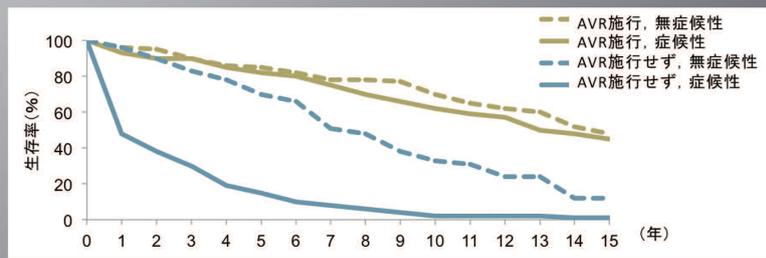
可及的早期に手術を行うべきである



松田 暉 et al., 弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン(2007年改訂版): 2007



患者の生存率



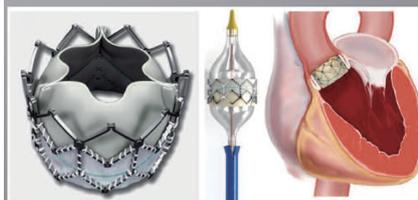
松田 暉 et al., 弁膜疾患の非薬物治療に関するガイドライン(2007年改訂版): 2007



Transcatheter aortic valve implantation: TAVI

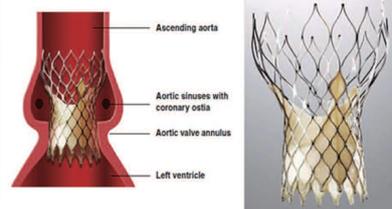
バルーン拡張タイプ

Edwards SAPIEN valve
(Edwards Lifesciences, Irvine, California)



自己拡張タイプ

Medtronic CoreValve revalving system
(Medtronic, Minneapolis, Minnesota)



ステントグラフト時代のStanford B型大動脈解離治療



埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科
朝倉 利久



当院の年間ステントグラフト症例数は年々増加傾向にあり、2015年度は腹部ステントグラフト内挿術(EVAR)92例、胸部ステントグラフト内挿術(TEVAR)70例、合計162例であった。今年度の特徴としてはTEVARの症例が急増しており、理由としてはuncomplicated Stanford B型大動脈解離に対する治療を積極的に開始したことがあげられる。表1に大動脈解離に対する新しい治療方針を示す。現時点においてはStanford A型大動脈解離に対する治療方針は緊急人工血管置換術がgolden standardであるが、近い将来には上行大動脈や弓部大動脈のエントリー閉鎖目的にステントグラフトを使用する時代が到来するかもしれない。また、uncomplicated Stanford B型大動脈解離に対する治療方針は降圧療法が基本であったが、近年その5年遠隔死亡率が30%と不良であるとの報告を認めるようになった。すなわち、急性期の降圧療法は破裂を予防するだけで解離の病態が安定したわけではなく、慢性期に厳重な降圧療法を施行しても残存偽腔が拡大し破裂や手術を要する症例が予想以上に多いため安全な治療法ではないということを確認する必要がある。そこで近年、uncomplicated Stanford B型大動脈解離の遠隔期予後を改善する目的に亜急性期にTEVARにてエントリーを閉鎖すると偽腔のリモデリングが良好で遠隔期成績が有意差を持って改善するといった

文献が散見されるようになった。当院においても、2015年3月より、本邦においてPMS条件下で使用可能となったZenith TX2 Dissection(TX-2D)(表2)をuncomplicated Stanford B型大動脈解離に使用を開始し有用性について検討中である。今後は、branched deviceが本邦に導入されることにより、上行弓部および胸腹部大動脈に対する大動脈解離治療の適応拡大および成績向上が期待される。

医療機関へのコメント

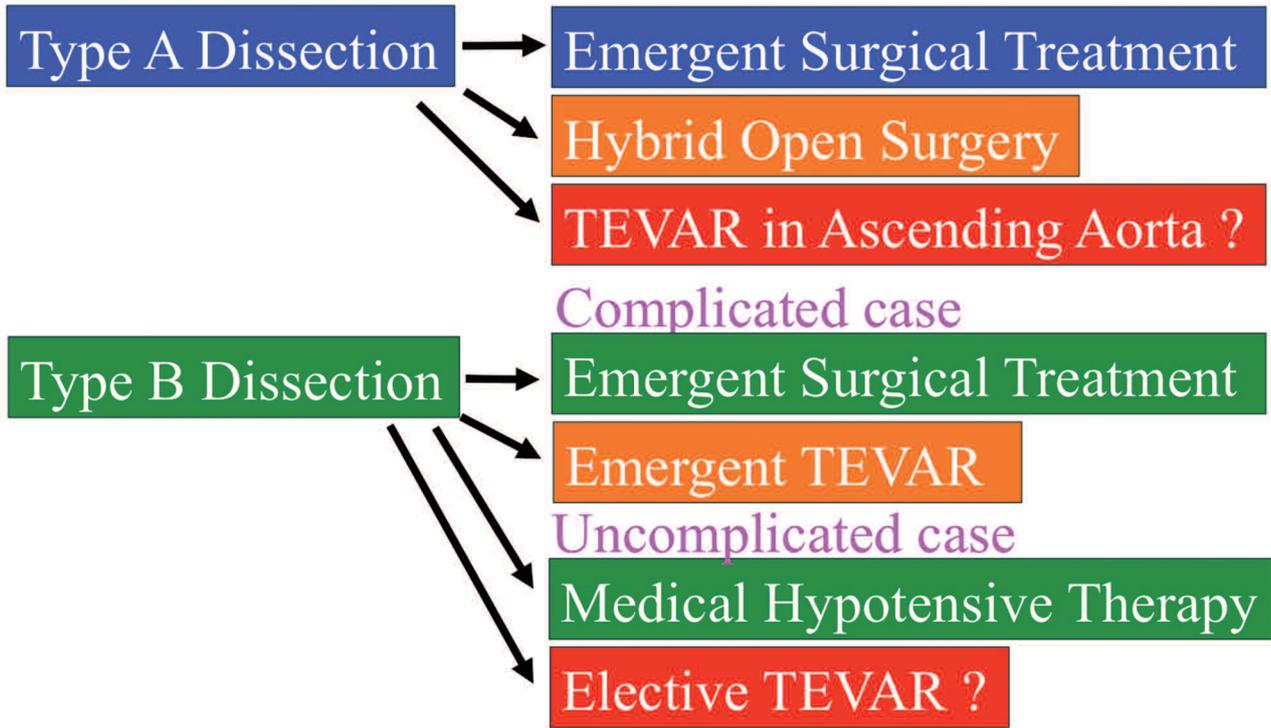
Stanford B型大動脈解離の患者様を経過観察されている先生方へお願いです。

“Uncomplicated type B dissection is not stable and medical management is not safe.”

という概念から、急性期後のCTによる定期的経過観察が非常に重要です。当科では外来での経過観察を積極的に引き受けていますのでご紹介いただきますようお願い申し上げます。



New treatment strategy for acute aortic dissection



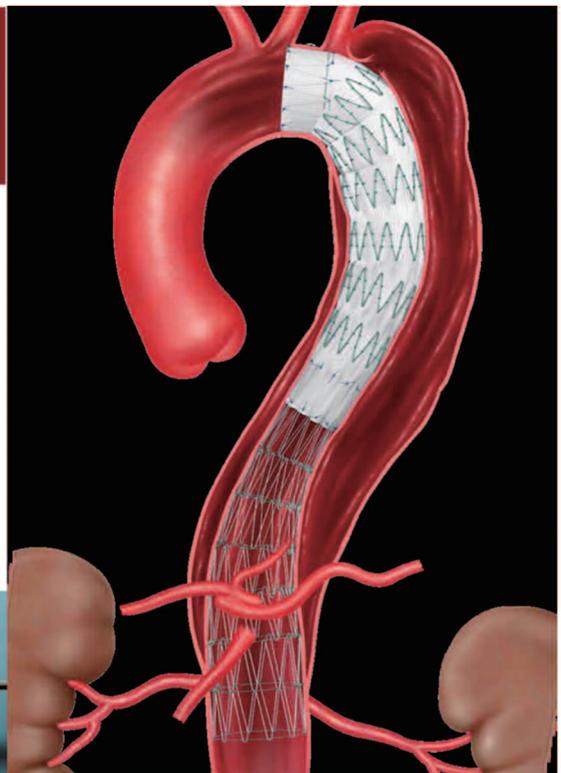
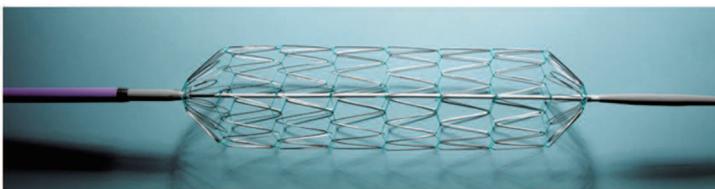
The Zenith Dissection Endovascular System

*Remodeling
the dissected aorta.*

WHLW承認 2014/11/7~

PMS 2015/3/1~

保険償還 2015/7/1~



補助人工心臓と地域連携



埼玉医科大学国際医療センター
心臓血管外科
井口 篤志



心不全の治療としては、まず薬物療法、心臓再同期療法などの内科的治療や外科的治療があります。これらの治療で効果が得られないような重症心不全に対しては心臓移植や補助人工心臓装着が残された治療法になります。補助人工心臓には、ポンプの役割をする血液ポンプを体外に置く体外設置型と、体内に植え込む植込み型とがあります。

日本でも2011年4月から植込み型補助人工心臓の保険診療が可能になりました。植込み型補助人工心臓は、血液ポンプが体内に植込まれ、コントローラーにつながるケーブルが上腹部から出ています。補助人工心臓治療に関する試験に合格すれば退院が可能になります。介護者や地域社会のサポートがあれば職場復帰、復学もできます。植込み型補助人工心臓を装着し、介護人と外出トレーニングをしている患者の様子を提示します（図1）。

これまで、心臓移植が必要となる症例の殆どは拡張型心筋症でした。しかし、最近では虚血性心筋症が少しずつ増えてきています。最近の症例を紹介します。

2015年5月、自宅のトイレで倒れ近くの病院に救急搬送されました。緊急で冠動脈造影を施行し、左冠動脈主幹部が完全閉塞していたため、直ちにカテーテル治療が開始されました。治療中に心停止があり、IABP、PCPSが装着さ

れました。当院に搬送され遠心ポンプ（図2a）による体外式補助人工心臓を装着しました。補助人工心臓に依存した血行動態で3ヵ月間経過し、臓器機能は回復しましたが、自己心機能の改善はなく、心臓移植の適応と考えました。7月下旬に植込み型補助人工心臓 DuraHeart（図2b）を植込み退院しました。しばらく自宅療養した後、現在は元の職業に復帰しています。

医療機関へのコメント

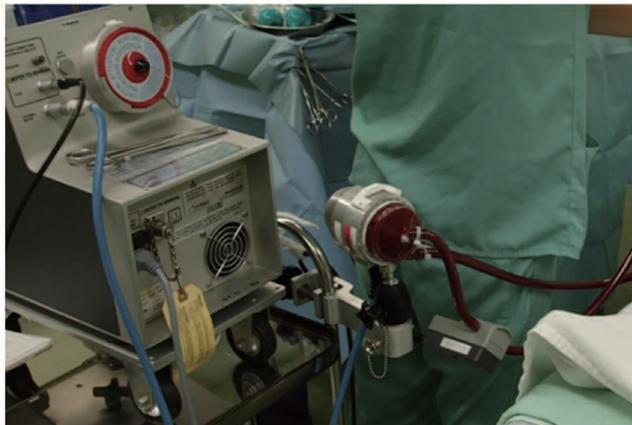
カテーテル治療は多くの病院で行われる様になっています。迅速に対応しても心機能が回復しない症例は経験されます。そのような場合は連絡していただければいつでも対応いたします。



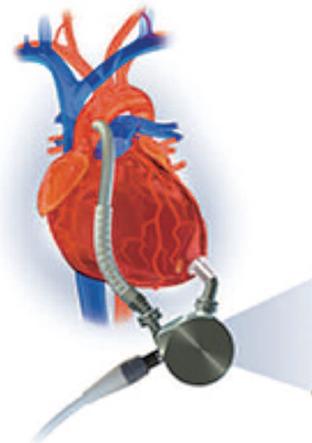
図 1



図 2



Gyro pump



DuraHeart

関越病院のホスピタリストとして

関越病院
循環器科
米山 暁



私の勤める関越病院は坂戸鶴ヶ島地区の2次救急病院です。そこで一般内科、循環器内科に分類される患者さんを日々診療しております。しかし貴院など高次病院に勤める循環器内科医とは異なり、専門領域だけを診療していればいいという立場ではありません。院内にはロータブレーターもなければ、優秀な心臓外科医もいません。貴院の力を借りなければならない患者さんや局面が数多く存在し、実際これまでも数多くお世話になってきました。今回の題名にも挙げた「Hospitalist」とは、the New England Journal of Medicine誌に1996年に最初に記載された用語です。最近私は院内での自分の立場を説明する際、よくこの用語を引用します。First touchを行ない、院内外の各専門医やパラメディカルの人達とのコーディネーターとして振る舞って仕事をするドクターのことを言います。もちろん急性心筋梗塞や不安定狭心症といった急性冠症候群(ACS)を診ることもありますが、胃腸炎や肺炎といった一般的な内科疾患を診ることも多々あります。重症の疾患を見つけた場合には貴院に専門医療をお願いすることも度々です。

その中で、カテーテル治療に携わる医師として力をいれているのが下肢の治療です。当院は数多くの透析患者を抱えております。その中には間歇性跛行(IC)や重症虚血肢(CLI)に至った症例も少なくありません。下肢の治療は「救命」にはつながることは少なく「救肢」にすぎない場合が多いのですが、患者さんのQOL改善に直結しており、治療が成功すると非常に感謝さ

れます。ICの場合は院内での治療で何とかありますが、CLIの場合にはもはや院内単独での治療では完結できず集学的なチーム医療が必要となります。そのため貴院にお願いする症例が数多く存在します。特に貴院心臓血管外科や埼玉医科大学病院形成外科の先生方には大変お世話になっております。

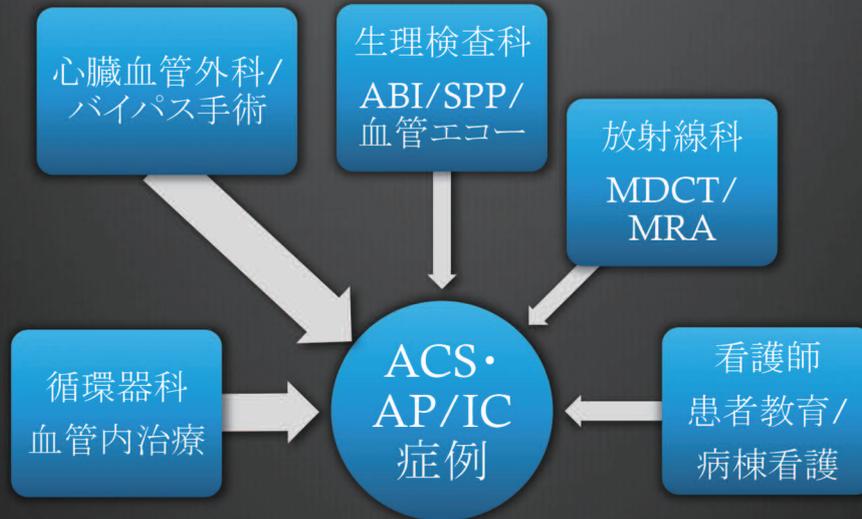
今後も地域医療のなかで、顔の見える医療、ともに考え成長していける医療を目指して、成長していけるよう頑張っていきたいと思っております。

医療機関へのコメント

当院は埼玉医科大学毛呂、日高の2病院に近接している坂戸鶴ヶ島地区に位置します。これまで地域の2次救急病院としての役割を担ってきました。近隣の高次病院と異なり、残念ながらソフト面でもハード面でも限界は目に見えております。しかし日常診療のなかで、これは高次病院に運ばなくても「ちょっと近くで診てもらおう」といった気軽な気持ちで紹介して頂ける施設になればと思います。スタッフ一同日々の診療に励んでおります。今後ともよろしくご依頼申し上げます。



虚血性心疾患、間歇性跛行症例 に対するチーム治療



院内で完結できるものもありますが、今後とも先生方をお願いしなければならない症例、患者さんがたくさんいると思われます。

 チーム医療とはなにも院内だけで完結させるものではありません

重症虚血肢に対する救肢のため の集学的チーム医療



もはや院内循環器内科単独での救肢は無理
院内外の複数の診療科とコメディカルスタッフとの協力体制の構築が必須



受診までの流れ

患者さんからの予約の取り方



- ① 紹介状を患者さんにお渡しください。
- ② 患者さん、又はそのご家族が当院の予約センターに電話をおかけください。



- ③ 予約センターにて予約させていただきます。



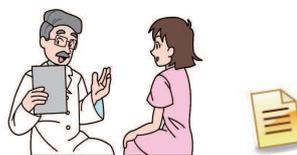
心臓病・脳卒中センターの予約
042-984-0474
包括的がんセンターの予約
042-984-0475

- ④ 予約日に紹介状を持参の上
ご来院ください。



国際医療センター

医療機関からの予約の取り方



- ① 紹介状を患者さんにお渡しください。
- ② 当院の地域医療連携室に電話をおかけください。



- ③ 地域医療連携室にて予約させていただきます。



地域医療連携室
042-984-4433 (医療機関専用)

- ④ 患者さんに予約日時を伝え、
予約日に紹介状を持参の上
来院されるよう
ご説明ください。

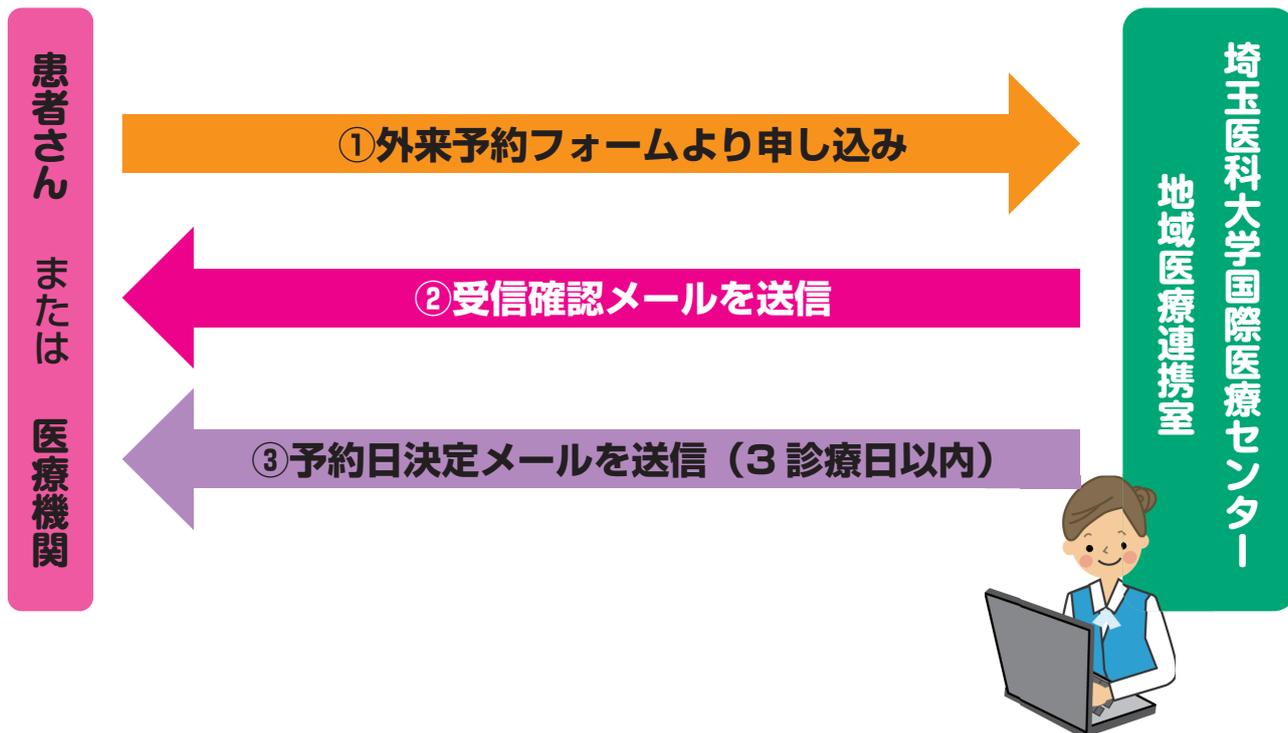


インターネットで初診患者さんの予約を受付しています



当院ホームページからがん・心臓病・脳卒中に関する受診を希望される方についてインターネットでの予約を受付しています。医療機関からはもちろん、患者さんや御家族がご自宅から予約可能です。ご活用ください！

予約の流れ



インターネットでの予約がご利用頂ける方

- ① がんの診断を受けていて、これから治療を予定されている方、心臓病・脳卒中に関する受診を希望される方
- ② 外来受診予約の方
- ③ 初診の方

※ 紹介状をお持ちでない方は、初診料の他に4,320円(税込)をご負担頂きます。ご了承下さい。

- ① メールアドレスのない方
- ② がん・心臓病・脳卒中以外の疾患で受診の方
- ③ 再診の方

次の方は、ご利用頂けません

患者さん → ☎ 042-984-0474、0475 (予約センター)
 医療機関 → ☎ 042-984-4433 (地域医療連携室)
 でお受けします。

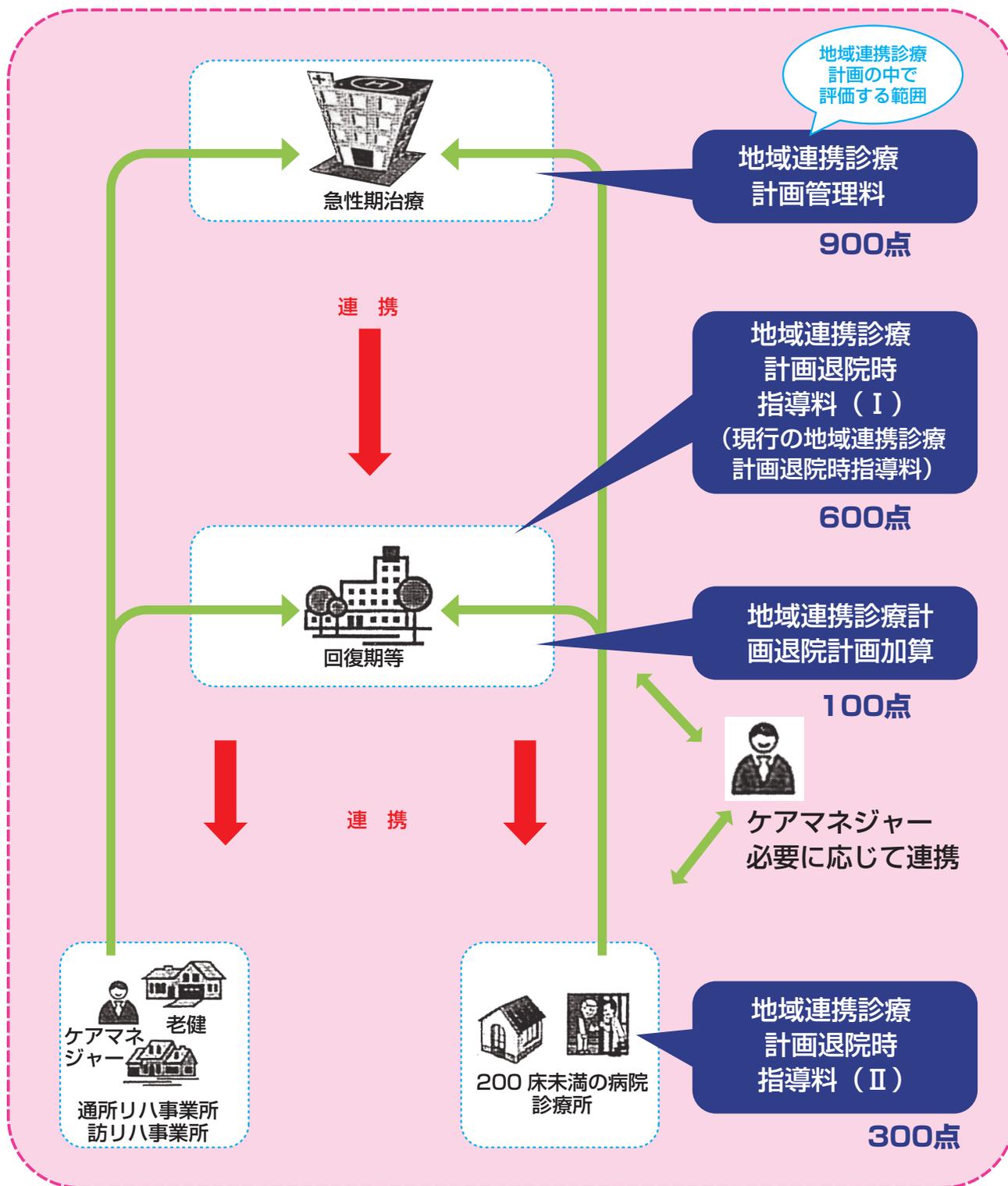
- ④ セカンドオピニオン予約の方 → ☎ 042-984-4108 (地域医療連携室) でお受けします。

詳しくは、埼玉医科大学国際医療センターHPをご覧ください。

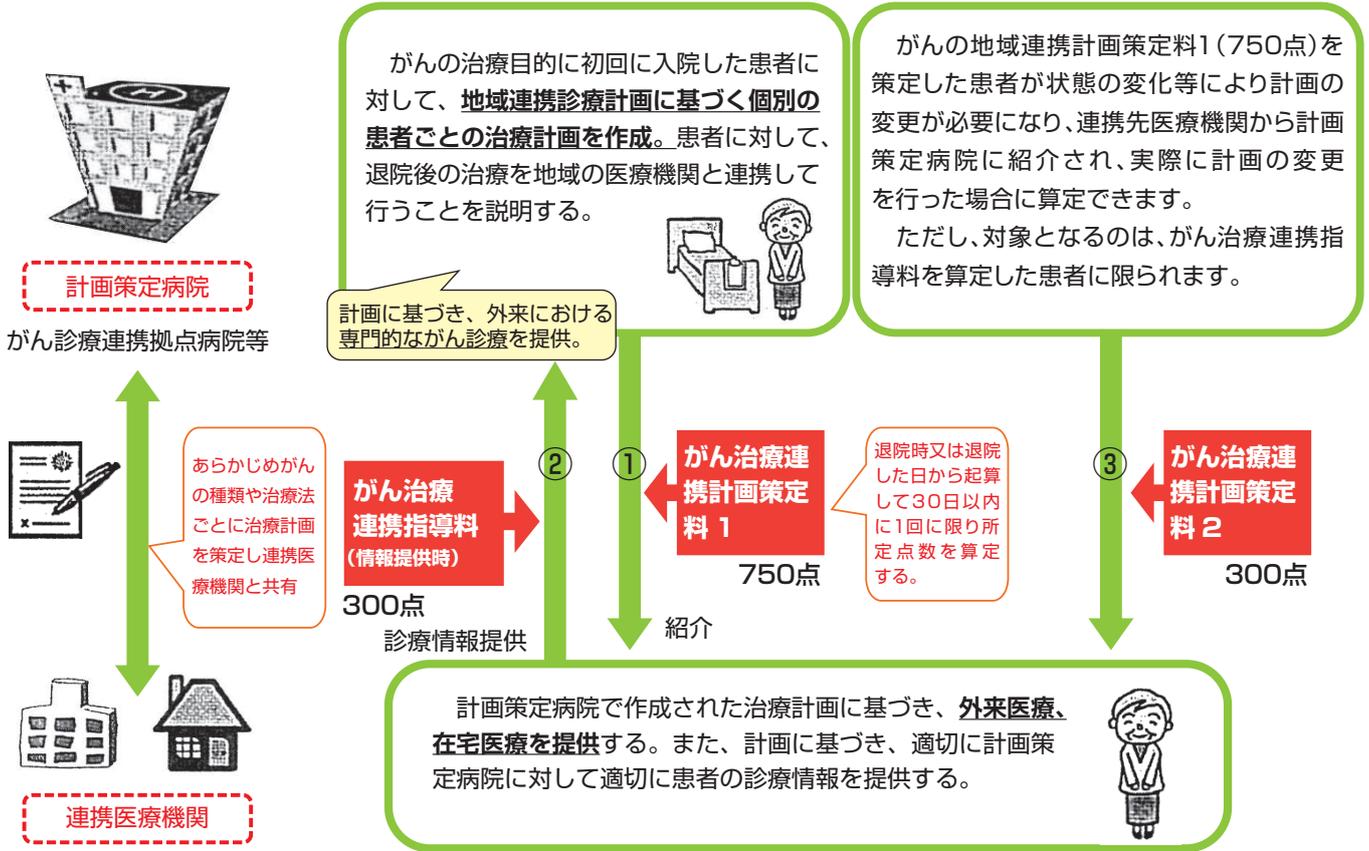
埼玉医科大学国際医療センターは地域医療連携を積極的に推進しています

連携に関するお問い合わせは地域医療連携室（電話042-984-4433）にお願いします。

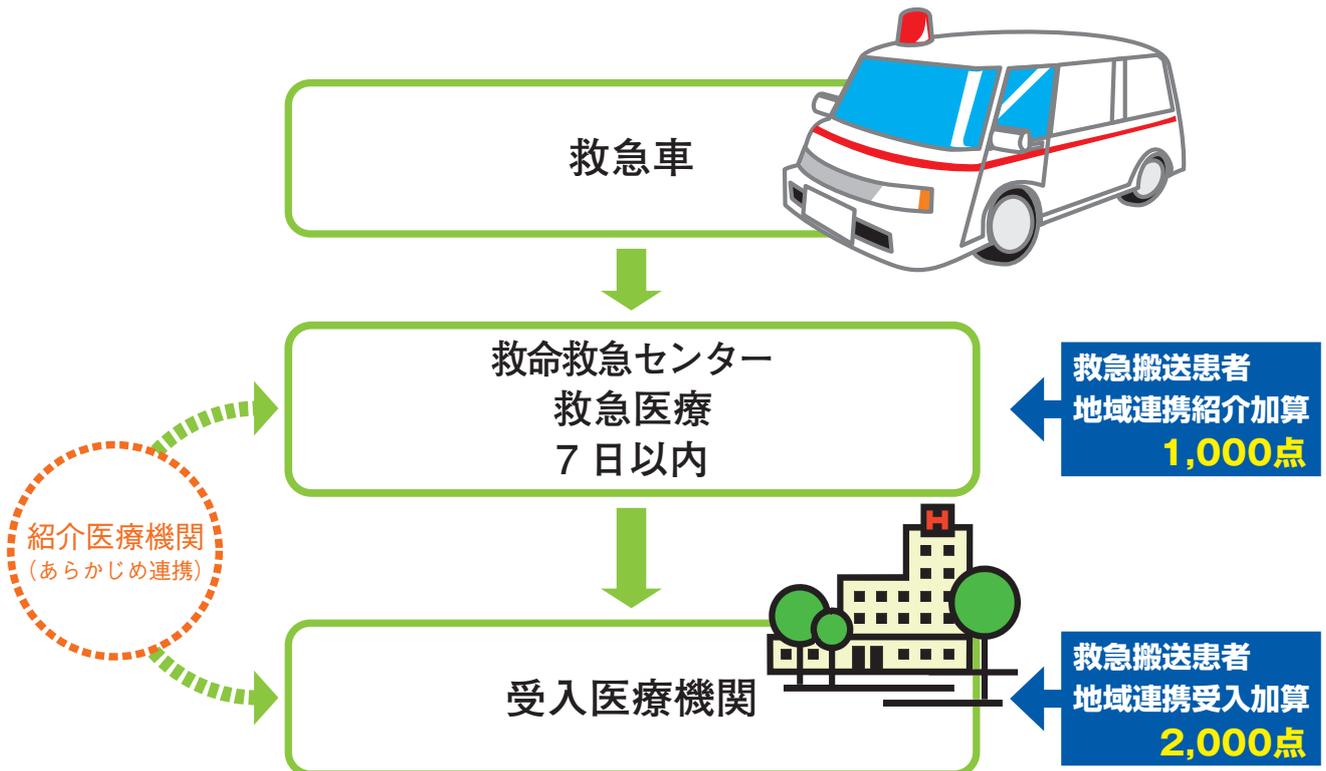
脳卒中地域医療連携



がん診療連携拠点病院等を中心とした連携



救急搬送患者受入の連携



地域医療連携懇話会と包括的がんセンター教育カンファレンスのご案内を申し上げます。
ご多忙中の事とは存じますが、医師・コメディカルおよび連携室の皆様方お誘いの上、ご参加くださいますよう宜しくお願い致します。

地域医療連携懇話会 開催のご案内

- 日 時： 原則毎月第3週水曜日
18:45~20:30
- 場 所： 埼玉医科大学国際医療センター C棟2階会議室
- 内 容： 地域医療連携懇話会は地域がん診療拠点病院の認定項目であり、地域の病院との情報交換の場で毎月（第3水曜日）定期的に同一会場にて開催しています。

参加についてのお問い合わせは地域医療連携室（電話042-984-4433）で受け賜ります。

包括的がんセンター教育カンファレンス 開催のご案内

- 日 時： 毎月第4週月曜日
18:30~19:30
- 場 所： 埼玉医科大学国際医療センター C棟2階会議室
- 内 容： 包括的がんセンター教育カンファレンスは、包括的がんセンターの各診療科が持ち回りで担当し、毎月第4月曜日18:30~19:30に開催しております。対象は、医師および看護師、薬剤師で、各診療科の疾患および研究について教育的な講演を行っていますので、地域の先生方もぜひご参加いただくと幸いです。

参加についてのお問い合わせは教育カンファレンス事務局（電話042-984-4233）で受け賜ります。



埼玉医科大学国際医療センター 地域医療連携News（第15号）

編集・発行 埼玉医科大学国際医療センター
地域医療連携室

編集責任者： 古屋大典
発行責任者： 小山 勇

住所：〒350-1298 埼玉県日高市山根1397-1

TEL：042-984-4433

FAX：042-984-4440

発行日：平成28年2月1日

ホームページ：<http://www.saitama-med.ac.jp/kokusai/>