

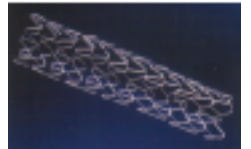
## 《ワンポイント・レクチャー》 — 冠動脈内ステント —

1977年にスイスのGrunzigが、狭心症患者の冠動脈狭窄部をバルーンで拡張するという、**経皮的冠動脈形成術 (Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty: PTCA)**を臨床的に初めて行って以来、冠動脈インターベンションの分野は技術的にも機器の上でも長足の進歩を遂げており、今日では狭心症や急性心筋梗塞などの虚血性心疾患の治療において、ますます大きな位置を占めるようになってきました。最近では、単なるバルーン拡張のみでなく、

- 1) **冠動脈内ステント**：網状の金属を狭窄部に留置し、血管内側から補強するもの。
- 2) **方向性冠動脈内粥腫切除術 (Directional Coronary Atherectomy: DCA)**：狭窄部を円筒型カッターで切除するもの。
- 3) **ロータブレーター**：狭窄部を高速回転性のヤスリで削り取るもの。

など、“ニュー・デバイス”と総称される新しい機器が次々と開発され、以前はインターベンションが困難であったような複雑病変へも適応が広がってきました。

なかでも、冠動脈内ステントの留置は、従来のPTCAの弱点であった**冠動脈解離・急性冠閉塞などからの離脱や、再狭窄のリスクを軽減させるための有効な手段**として、広く用いられるようになってきました。ステントの材質は主にステンレスか tantalum ですが、その形状・サイズは様々で、病変の形状・硬さ・側枝の有無などに応じて使い分けられます。バルーン拡張型と自己拡張型がありますが、現在使用されているものはほとんどがバルーン拡張型であり、PTCAバルーンに搭載されたステントを病変部で拡張させることにより、目的部に留置します。以前は血栓形成による急性・亜急性閉塞が問題とされていましたが、これには抗血小板薬が有効であることがわかり、最近では頻度は減少しています。通常、**アスピリンに加えて、パナルジンないしプレタールを一ヶ月間投与**します。



当科におきましても、従来から冠動脈インターベンションを積極的に行っており、ステント留置症例数も年々増加の一途をたどっています。最近半年間のPTCA症例における**ステント使用率は73%**に達しており、冠動脈インターベンションにおいて不可欠のものとなっています。

(九州大学循環器内科・心カテ主任 平川洋次)

## 第20期循環器内科学生涯講座の近況

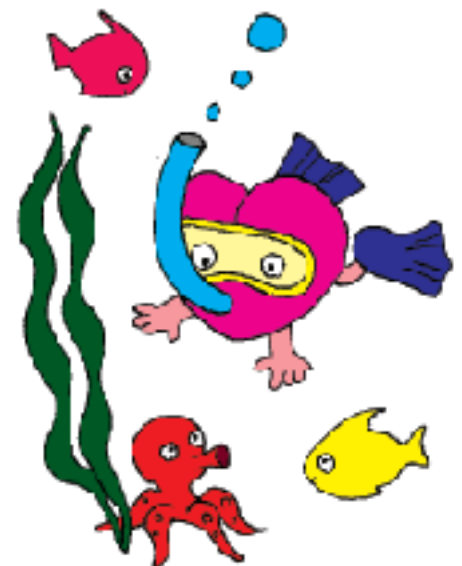
前号のBeatでご案内いたしましたように第20期の循環器内科学生涯講座は平成13年4月26日の当科竹下彰教授の「これからの心不全—ガイドラインを中心に—」を皮切りに始まりまして。おかげさまで今期は現在までに**122名の先生方からの受講希望**があり、これまで以上に先生方のご要望に沿えるよう、担当としてがんばっていかねば時を引き締めております。今期からはこれまでの循環器領域にかぎった構成から、**呼吸器疾患**や**糖尿病**といった循環器疾患の日常診療に非常に密接にかかわる領域や、**救急救命処置 (ACLS)**を加えて、先生方の日常診療に役立てていただければと思います。さらにワンポイントレクチャーでも、これまでの**心電図**や**心エコー**に加えて、最近よく耳にするようになってきた**大規模臨床試験 (EBM: Evidence Based Medicine)**についてご紹介する予定です。また、第1回に先生方にご協力いただいたアンケートで、**26名の心エコーの実習希望**および**18名のACLSの講習受講希望**をいただきました。心エコー実習については、今秋に実施するよう現在準備をすすめておりますので、準備ができ次第実習希望の先生方にご連絡させていただきます。ACLS講習につきましては講習の案内がありしだい講習受講希望の先生方にご連絡させていただきます(次回はご連絡したように**ACLS講習は平成13年7月29日**です)。また、本講座の申し込みをされていない先生方でも興味のある回のみのお受講希望を受け付けておりますので事務局の方までご連絡ください(1回2,500円)。

予定の変更：第5回と第6回の講演内容が入れ替わりますのでご注意ください。

生涯講座担当：小池城司(koike@cardiol.med.kyushu-u.ac.jp)

・ 本松加奈子(motomatu@cardiol.med.kyushu-u.ac.jp)

・ 電話(092)642-5360、FAX(092)642-5374



Dr. Mayu Inoue

## 心臓を止めないで行う冠動脈バイパス術

最近冠動脈バイパス術（CABG：Coronary Artery Bypass Grafting）にOff pump CABGとよばれる心臓を止めない手術法が導入されてきました。

「吻合する場所の冠動脈さえ動かなければ手術は可能なはずだ。」というのがこの手術の発想です。スタビライザーとよばれる小道具で吻合部の冠動脈の動きを押さえこみ、冠動脈を切開し、内胸動脈などのグラフトを吻合してしまえばそれで手術が完了します。

Off pump CABGにより、心臓を止める必要がなくなり、人工心肺も使わなくてよくなりました。このことは多くの患者さんにとって大きなメリットをもたらしました。

どのような心臓でも心臓をとめるとstunningとよばれる一過性の心機能低下に陥りますが、心機能が術前より障害されている症例では、stunningにより循環を維持できなくなることもあり、心臓を停止させること自体が大きなリスクを生じます。拍動下のCABGはそのような心機能が高度に障害された症例にはひとつの有力な治療選択肢となりえます。

また大動脈の動脈硬化がひどい症例では心臓を停止させるために大動脈を遮断することは、脳梗塞の危険をつねに伴いますが、Off-pump CABGにおいては大動脈にクランプをかける必要がないので、脳梗塞の危険を回避することができます。

いいことづくめのOff pump CABGですが、心臓を停止させたときと同じような精度の高い吻合を行うにはやはりかなりの熟練を要しますし、またどうしても心臓を止めないと吻合できないような場合もあります。

私自身としては、すべての症例にOff pump CABGを行うのではなく、Off pump CABGが必要な症例にのみOff pump CABGを行い、それ以外の症例には通常のCABGを選択すれば、全体の成績を確実に向上させることができると考えています。

心臓外科：森田茂樹



Dr. Mayu Inoue

## 【病棟だより】

7月1日より、久保田が病棟医長を担当することになりました。今回は病棟の体制についてご紹介します。

当科の病床数は37床で、内CCUが4床です。病棟スタッフは、教授以下10名の教官と6名の医員、6名の研修医です。教官と研修医がペアとなり、入院患者さんの主治医になっています。教官は、毎日、研修医、学生とともに受け持ち患者を回診し、責任をもって診療・教育にあたっています。医員は、病棟医長や教官の指示のもと、重症者や患者急変時のケアを担当しています。

教授回診は、月曜日と火曜日の2回です（写真）。回診後にカンファレンスを開き、問題症例について、スタッフ全員で治療方針を検討しています。

よく、「大学病院では急患を診てもらえないのではないか」というお話を伺いますが、当科では、循環器という疾患の性質上、急性期の患者を積極的に受け入れていく方針です。新病院では、CCUが10床、心カテ室が2つになります。

まだまだ不十分な点がたくさんあると思いますが、地域医療に貢献できるよう努力してまいりますので、よろしくご指導のほどお願い申し上げます。

病棟医長 久保田 徹



## 九州大学医学部附属病院循環器内科

### 新患受付:

月曜日から木曜日の毎日

午前8:30から午前11:00まで。予約不要。

不明の点は外来までお問い合わせ下さい。

電話: 092-642-5371 (外来直通)

### 急患受付:

24時間対応いたします。

病棟医長または当直医までご相談ください。

電話: 092-642-5368 (病棟直通)

FAX: 092-642-5373 (病棟直通)

## 《おわりに》

今回は、心臓外科の森田先生にも原稿をいただきました。ご意見、ご要望、ご質問をお待ちしています。

(広報誌編集担当 久保田 徹)  
beat@cardiol.med.kyushu-u.ac.jp