

病棟と外来メンバーのご紹介



4月から、病棟に新しい顔ぶれが揃いました。スーパーローテーション1年目、2年目の研修医と共に、臨床・教育になお一層力を入れて取り組んでいきます。さらに、看護師、検査技師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士ともより連携しながら、活気ある診療を行って参ります。循環器内科一丸となって今年度も新たな気持ちでがんばっておりますので、さらなるご指導、ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。



教授 砂川賢二



准教授 江頭健輔



医局長 多田英生



外来医長 戸高浩司



病棟医長 肥後太基



CCU主任/副医局長 江島健一



心カテ主任 竹本真生



心エコー主任 船越祐子



廣岡良隆



市来俊弘



榑木晶子



小池城司



副病棟医長 向井靖



広報担当 井手友美



北本史朗



的場哲哉



西坂麻里



井上修二郎



岸 拓弥



伊藤浩司



井上敬測



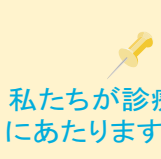
船越公太



藤野剛雄



篠原啓介



由布威雄



CCU看護師長
一法寺久美子



ハートセンター看護師長
濱田正美



救命救急センター
木村好邦



救命救急センター
日浅謙一

ご案内

受付は、月曜日から木曜日の午前8:30から午前11:00までです。予約は不要です。ご不明な点は、お気軽に外来までご連絡ください。(外来直通)092-642-5371

外来新患担当表 *再来受診日は、担当者により曜日が異なります。

月	火	水	木	金
	砂川 賢二	当番医1名	江頭 健輔	
	江頭 健輔		廣岡 良隆	
	廣岡 良隆		戸高 浩司	
	戸高 浩司		市来 俊弘	
	井手 友美		多田 英生	
	向井 靖		江島 健一	

ハートセンターホットライン：

急患や入院・心臓外科緊急手術の依頼などは、ホットラインまでご相談ください。病棟医長または当直医が24時間対応いたします。

(内科部門) 092-642-5046+2200 ※ダイヤルが変更になっています。
(外科部門) 092-642-5046+2295 ご注意ください。
(病棟直通) 092-642-5368/5369
(CCU 直通) 092-642-5877
(CCUFAX) 092-642-5878

救命救急センター：092-642-5871/5872 (直通)

特集 心カテ室REPORT

その他の循環器疾患編

ハートセンターが開設されてから2年が経ちました。今回で心カテ室REPORT「心臓カテーテル検査(心カテ)室の一年」は、シリーズ最終回となりました。最後のテーマ「末梢動脈硬化疾患、心臓弁膜症、静脈疾患、その他」について紹介させていただきます。

末梢動脈・大動脈の動脈硬化疾患

動脈硬化は、冠動脈だけでなく全身の動脈に生じる全身の病気です。心不全患者・冠動脈多枝病変患者の約3分の1に末梢動脈硬化性疾患が合併するといわれています。循環器内科では、心臓・冠動脈のみならず大動脈(動脈瘤、動脈解離など)、閉塞性動脈硬化症、腎動脈狭窄など全身の動脈硬化性疾患の薬物療法、インターベンション(図1, 2)による治療や、外科的治療(心臓外科、血管外科による)にも力を入れています。

心臓弁膜症・静脈疾患・その他

心臓弁膜症、肺高血圧症、心筋症・サルコイドーシス・アミロイドーシスなどの心筋変性疾患、高度心機能障害を伴った慢性心不全症例が多いことも大学病院の特徴のひとつです。

心臓弁膜症、特に僧帽弁狭窄症では、バルーン交連裂開術(PTMC)(図3)を行い良好な成績を得ています。肺高血圧症症例では、右心カテーテル検査はもちろんのこと、酸素・一酸化窒素(NO)負荷もルーチン検査で行い、治療方針決定の手助けとしています。心筋変性疾患では確定診断、心筋の病変評価のために心筋生検(後ページに症例にて提示)を行っています。

高度心機能障害を伴った慢性心不全症例では、至適薬物療法を行い、必要であれば心臓外科とタイアップして、両心室ペーシングや心臓補助装置(LVAD)の植え込み、心臓移植のコーディネートなどを行っています。静脈疾患では、エコノミー症候群として知られる深部静脈血栓症・肺塞栓症の加療も積極的に行っています。急性期には、パルススプレーカテーテルを用いた血栓溶解療法を行い、下大静脈フィルターの植え込み(図4)も行っています。

おわりに

「心臓カテーテル検査室の1年」と題して、①不整脈、②虚血性心臓病、③その他の循環器疾患の全3回シリーズで紹介させていただきました。ハートセンターでは、全ての方々に対して少しでもお役に立てる医療を提供できるよう、スタッフ一同協力して日々精進しております。今後ともご指導、ご鞭撻およびご紹介をよろしくお願いいたします。

(文責:心カテ主任 竹本真生)

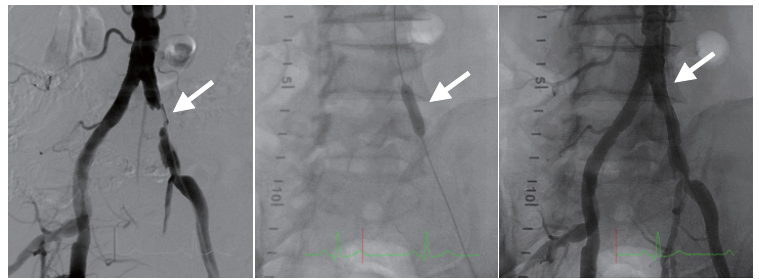


図1:閉塞性動脈硬化症に対するカテーテル治療

左図では左総腸骨動脈に高度の狭窄を認める(矢印)。バルーン拡張・ステント留置(中図)を行い、良好な拡張が得られた(右図)。この症例では、術前に認められた間欠性跛行の劇的な改善が認められた。

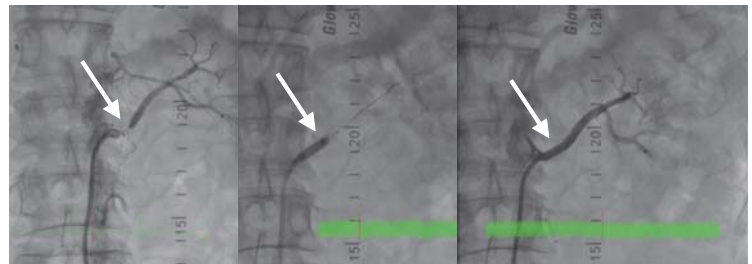


図2:腎動脈狭窄に対するカテーテル治療

左図では左腎動脈に高度の狭窄を認める(矢印)。バルーン拡張・ステント留置(中図)を行い、良好な拡張が得られた(右図)。この症例では、術前に認められた治療抵抗性の高血圧の改善が認められた。



図3:イノウエバルーン

右図の如く、狭くなった僧帽弁(赤矢印)をイノウエバルーン(白矢印)にて拡張し僧帽弁狭窄を解除する。

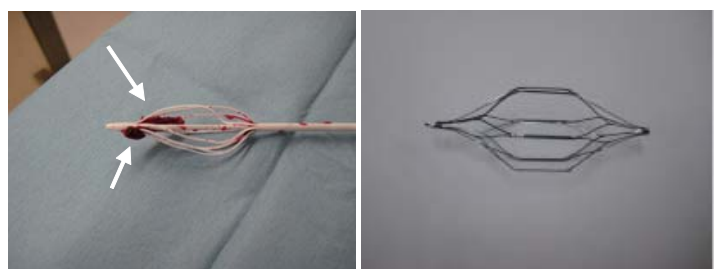
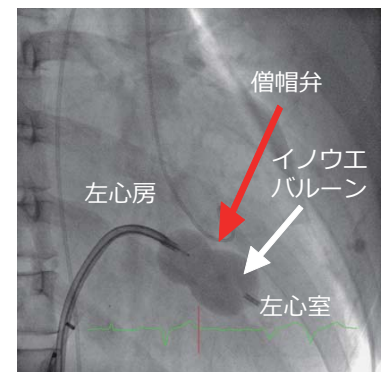


図4:下大静脈フィルター

左が体外式、右が植え込み式(回収可能なタイプ)の下大静脈フィルター。左の体外式フィルターは、深部静脈血栓症患者に留置されていたもので、フィルター内に血栓が回収されているのが確認できる(矢印)。

★ 心カテ室からのニュース ★

2007年度に九州大学病院・ハートセンターが、日本心血管インターベンション学会(JSIC)の研修関連施設、日本心血管カテーテル治療学会(JACCT)の教育認定施設に認定されました。

特集

心不全治療の現況

その1 L V A D 装着と心臓移植

心不全にとりくむ

当院では、重症心不全に対する加療目的での入院が多いという特徴があります。最近の心不全による入院の方の傾向として、非常に重症疾患が増加したこと、高齢化したこと、合併症を多く有することが挙げられます。その理由としては、急速な超高齢化社会という背景、急性期医療の発達に加えて、薬剤による治療のみならず、心臓再同期療法(CRT)や、植え込み型除細動器の普及により、以前は救命し得なかった重症心不全の方が、延命可能となっていることが考えられます。

2006年度の実績では、年間726件の入院のうち、心不全の精査、加療を行ったのは24%にのぼり、10年前の内訳と比較すると、弁膜症については不変ですが、心筋症などの割合が多くなっているのが分かります(図1)。(ただし、弁膜症の内訳として、リウマチ性心臓病は大きく減少しています。)また、各種画像診断の進歩もあり、新たに心サルコイドーシスと診断されるケースも増えています。

3例目の移植が無事に終わりました

2008年5月14日、当院心臓外科にて、第3例目の心臓移植が施行されました。レシピエントは58歳の男性で、虚血性心筋症の方でしたが、4年1ヶ月5日という左室補助装置(LVAD)装着期間は、我が国では最長を記録しています。その間、感染や血栓のリスクと向き合い、うつ状態が続いていた時期もありましたが、この3年近くの間は、週4-5日の心臓リハビリをこなされ、積極的に治療にとりくむことができました。

補助人工心臓に対する考え方も、世界的には大きな変化を認めています。重症心不全患者の生存期間が伸びると共に、LVADを「移植への橋渡し(bridge)」として使用するのみならず心不全治療の「最終目的」に使用する「destination therapy」の考え方が登場し、その有効性が証明されるようになってきています。

現在、当院に入院中のLVAD装着中の方、今後LVADが必要とされるであろう重症心不全の方にも、日本での数少ない「移植を待つ」あるいは「海外渡航」ということ以外に、外来通院が可能となる次世代超小型ポンプ、あるいは、移植ではない「離脱」という選択肢も得られるような治療の幅をもっていくことが今後の課題であります。

本院では、2008年6月30日現在で、2名の方がLVAD装着中です。LVAD装着の方は入院が長期にわたらざるを得ないことから、これまでの3例の心臓移植の経験をふまえ、医師だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、心リハ指導士といった、多職種による多面的介入が必要であることを実感しています。

今回は、当科での「心不全における内科的治療」についてご紹介いたします。(文責:井手友美)

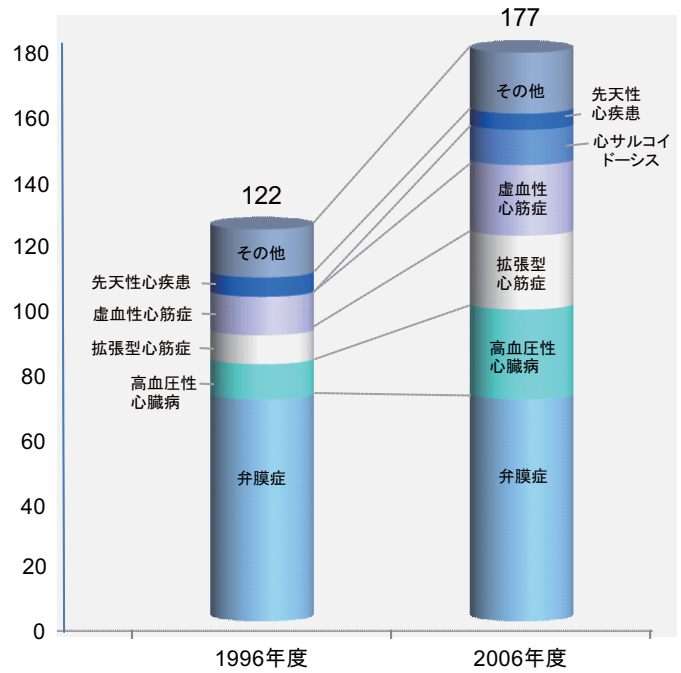


図1: 循環器内科入院症例(心不全)の内訳の推移

補助人工心臓駆動装置 (VCT-30, Toyobo, Japan)

↓ 第3例目のレシピエント(術前)



↓ LVAD装着の様子



小型軽量化補助人工心臓駆動装置 (モバート (Mobart), NCVC)



← 補助人工心臓駆動装置 (VCT-50, Toyobo, Japan)

↓ リハビリの様子



【症例1】

福岡市東区の八木病院よりご紹介いただいた症例です。

60歳代女性。下肢の浮腫・全身倦怠感・呼吸困難を認め近医を受診。心エコーにて心臓内腫瘍を認めたため、当科へ紹介・入院となった。心エコー(図1)・CT(図2)にて右心房、右心室、肺動脈に心臓腫瘍(矢印)を認め、腫瘍により肺動脈流出路狭窄(PS)を生じていた。直ちに心腔内エコーを用いて心筋生検を行い(図3)、悪性リンパ腫の診断を得た。診断後直ちに化学療法を開始し、腫瘍は縮小し、PSも解除され右心不全は改善した。現在、外来にて化学療法継続中である。(Higo T., et. al. Circ J, 2008 in press)

【症例2】

福岡市東区のふじの内科循環器科クリニック・藤野先生よりご紹介いただいた症例です。

60歳代女性。僧帽弁置換術、三尖弁置換術を施行されていた。下肢の浮腫・全身倦怠感を認め当科に入院となった。心エコー、心カテにて生体弁の三尖弁狭窄を認めた。本症例は進行した肝硬変の合併があり、再手術はリスクが高いと判断された。イノウエバルーンを用いた経皮的三尖弁交連裂開術(図4)を施行し良好な開大が得られ、浮腫、全身倦怠感が軽快しQOLの改善が得られた。

(文責:心カテ主任 竹本真生)

編集後記

去る2008年4月19日、九州大学医学部百年講堂において「九州大学医学部心臓血管研究施設50周年記念大会」が開催され、3分野(循環器内科、心臓外科、分子細胞情報学)の同門会員が集結し、総勢300人が顔を揃えました。

特別企画として、国際シンポジウム「Recent Advances in Cardiovascular Research and its Future」と題し、海外より著名な先生方をお招きしました。引き続き行われた懇親会では、開設当初から現在に至るまでの写真が流れ、設立に携わった同門会員の間では、当時の思い出話に花が咲いていました。

50年間の実績をふまえ、改めて初心に戻り一丸となって邁進していく所存です。今後とも何とぞご指導、ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。

<広報担当 井手、高橋 beat@cardiol.med.kyushu-u.ac.jp>

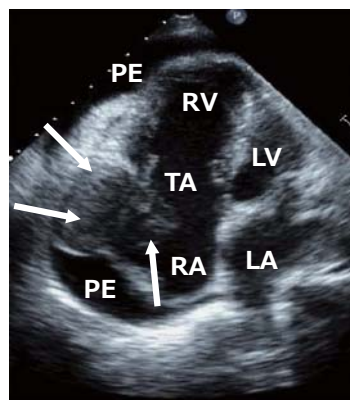


図1: 心エコー:心臓内腫瘍と心嚢液貯留を認める

RA; 右心房 PE; 心嚢液
RV; 右心室 Ao; 大動脈
PA; 肺動脈 SVC; 上大静脈
TA; 三尖弁 IVC; 下大静脈
LA; 左心房 白矢印; 心臓腫瘍
LV; 左心室

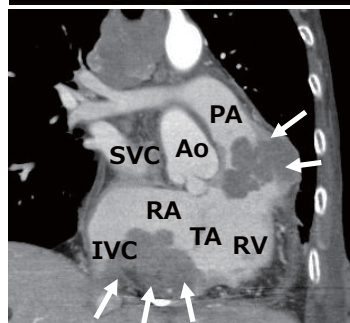


図2: CT:心臓内腫瘍を認め、肺動脈流出路狭窄を生じていた

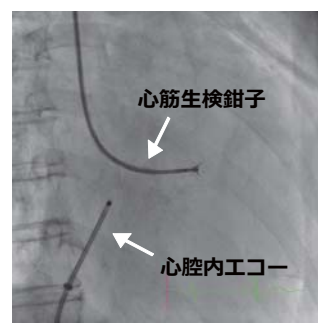


図3: 心腔内エコーガイド下に心筋生検を施行した

僧帽弁(人工弁) イノウエバルーン

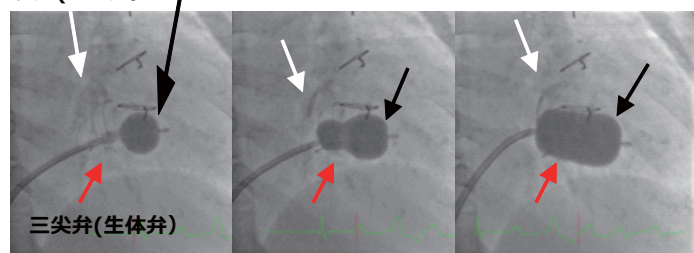


図4: イノウエバルーンを用いて経皮的三尖弁交連裂開術を施行した。左図より順にイノウエバルーンにより、三尖弁(生体弁)が徐々に拡張し三尖弁狭窄が解除されていくのが確認できる。

