

岡村だより

8月号



目次 *contents*

- ご挨拶 2
院 長 坂本 泰三
- 腹部大動脈瘤の治療について 開腹術か? スtent治療か? 2
副院長 榎本 栄
- 慢性完全閉塞 (CTO : chronic total occlusion)
病変について 3
循環器内科 副部長 保坂 文駿
- 外来診療担当表 4



ご挨拶

院長 坂本 泰三



今年は雨に驚かされた夏でした。今までも気象の変化の激しさには驚かされることは多くありましたが、線状降水帯とか記録的短時間大雨情報とか今まで聞いたことのない現象や警報を耳にするようになりました。いままで経験的に安全だと信じていたことが、簡単に予想を超え、覆される時代になってしまいました。また静岡県は東海大地震のリスクも高まっており、安全を信じてこのできない不安な自然環境になってしまったようです。

医療の世界も、少子高齢化という大きな壁にぶつかり、どう乗り越えたらいいのかわからない先の読めない状況にあります。2050年（後30年後）には2.5人に1人が65才以上の高齢者となり、就労人口から見ると、1.3人で1人の高齢者を支えなければならないという予測もあるようです。高齢化に加え医療技術の進歩も医療コストを上げ、増大する医療費とその費用を負担する就労世代の人口の減少や、高貯蓄と思われていた高齢者世代の貧困化も進んでいるようでこれ以上の医療費の増大には対応できず、医療費抑制を行わざるを得ず、医療を巡る環境も今の気象のように激変する様になるかもしれません。

医療崩壊を防ぐために2005年に医療制度改革大綱が設定され、医療費の適正化を推進するために1) 国民には、健康保険制度改革で相応の負担をしてもらい、特定健診で予防に努める様に、2) 医療提供者には、在院日数の短縮化、病床の機能分化と在宅医療の推進、地域連携の強化で、医療の質を落とすことなく医療費を抑制することを求められています。ただ地域により医療事情が異なるため、県を中心に医療計画が策定され2018年度より実施されることになっております。それに当たって、厚労省より5疾病5事業にかかわる医療体制構築の提言が発表されました。循環器に關係する医療体制の構築には、1) 緊急処置の必要な循環器疾患は救命救急センターで加療するより二次救急医療機関の方が果たす役割が大きく、急性心筋梗塞、心不全、急性大動脈解離等などは施設により設備や対応も異なり個別に体制の構築をするほうがよい。2) 早期心臓リハビリテーションを推進するとともに、適切な運動療法や薬物療法等、急性期から回復期及び慢性期まで一貫した医療が提供されるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の活用等を含め医療機関相互の連携を図るべきであるとし、この目標の達成度を評価するため3つの数値が設定されました。1) 来院後90分以内の冠動脈再開通達成率：当院では平均74分で再開通できておりますが、発症より再開通までの時間が予後には関係しますので、発症から当院へ到着するまでの時間を減らすことが最も重要です。当院への転送を早めるには病病連携や病診連携と救急隊との速やかな連携がキーポイントとなると考えております。2) 心臓リハビリテーション実施件数は、短期死亡症例以外は全例行っております。ただ急性心筋梗塞のパスは当院では退院まで4、7、10日間コースと3種類のパスがあり、急性期は前述の通り全例実施できるのですが、退院後のリハビリテーションは、当院の運動療法を行う設備が不十分でスタッフも少ないこともあり、また短期間の入院のため十分な患者教育や指導ができず、患者も入院期間が短いと重症な疾患と考えず継続できないケースが多くあります。再発予防など考えますと、鉄は熱いうちに打てと云われますように、入院から3ヶ月以内に何らかの工夫をして多職種による啓蒙が必要かと考えております。動脈硬化疾患は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病など基礎疾患の長期にわたるフォローアップと治療が必要で、やがて逆紹介することになりますのでしっかり教育指導することが当院にとっての努めであり重要な課題と考えております。3) 慢性心不全の再入院率は、当院では患者が多すぎて把握できておりません。1年以内の再入院率が40%を越えると提言にはあります。診察の実感としては、当たっていると思います。ただ、慢性心不全で入院するのは、呼吸困難や食欲低下、発熱など自覚症状がある場合で、心拡大や胸水が貯まっている、浮腫がひどいなどの理由で入院することはありません。利尿剤などを調整して外来で管理できることが多いのも事実です。しかし認知症を合併している場合や、独居老人、高齢の夫婦のみの患者の中には、水分制限ができない、利尿剤を指示通り内服しなかったり忘れて、体重測定も忘れてしまうので、心不全が悪化して胸水がたまり呼吸困難となり入院になるケースが増えております。入院して利尿剤や強心剤を使うと3～5日で体重が8～10kg減り、胸水は取れ、浮腫も認めなくなり、呼吸困難も無くなります。入院中にいろいろ指導し退院できると判断して退院しますが、1週間後にはまた体重が10kg増えてしまうことを多く経験するようになりました。あるケースではこれを繰り返しましたので、当院の連携室のものが介護士にお願いして体重測定と内服のチェックをしていただきましたら、体重は増減しますが、何とか外来で管理できています。もう一人は、介護施設に入所して水分制限や体重測定、内服のチェックをしていただき、心不全はまったく再発せずしております。

当院は循環器専門病院として心臓を治すことに専念しておりましたが、高齢化社会に進むにつれ安心して暮らすには、介護の支えが必要なことが痛感されます。介護との連携も重要と思い、連携を太くするため、1～2ヶ月毎に介護関連施設と連携の会を開催致しております。今後も各医療機関と連携を取り、急性期医療に対応し、慢性期の基礎疾患治療をお願いできる関係作りを進めて参りたいと思います。また介護関連施設とも、患者の生活サポートをお願いして、入院することなく安心して生活できる環境を構築したいと考えております。今後ともよろしくご指導ご鞭撻をお願いいたします。

腹部大動脈瘤の治療について 開腹術か？ スtent治療か？

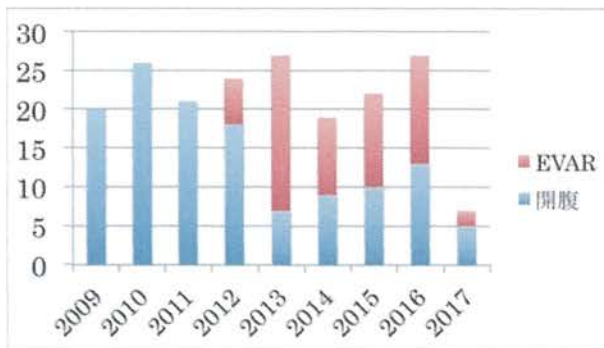
副院長 榎本 栄



平素より手術患者を御紹介いただきまして大変有り難うございます。

今回は腹部大動脈瘤の治療の現状についてお話します。冠動脈疾患（狭心症や心筋梗塞）も大動脈瘤もどちらも動脈硬化性の疾患で、よく「親戚関係の病気です。」と説明しています。ですから冠動脈疾患があると高率に大動脈瘤も見つかります。狭心症や心筋梗塞の患者さんの心臓の超音波検査をするついでに、超音波を腹部に当てるとよく見つかります。

腹部大動脈瘤は年間 20 - 30 例の症例が手術になります。ご存知かとは思いますが、2006 年 7 月よりステントグラフト内挿術（以下 EVAR）が保険償還開始となり、当院では 2012 年 8 月より導入され、2017 年 6 月現在で 64 例の治療が行われており、全例合併症もなく、手技は成功しております。ただ同時期に開腹術による治療も 52 例あり、すべての症例を EVAR で治療できるわけではありません。下に EVAR のイメージ図と、EVAR と開腹術の症例数の推移を示します。



EVAR を開始後に開腹術を選択した 52 症例の開腹術選択理由をみると

- | | |
|-----------------|------|
| 1. 若齢 (70 歳未満) | 15 例 |
| 2. 腎動脈分岐部近くからの瘤 | 15 例 |
| 3. 腎機能低下症例 | 8 例 |
| 4. 両側総腸骨動脈瘤症例 | 4 例 |
| 5. 大動脈解離合併症例 | 2 例 |
| 6. ASO 合併症例 | 2 例 |

感染合併、造影剤アレルギー、片腎、破裂 その他 計 7 例
となります。

EVAR という治療法は開腹術に比べて侵襲が少なく、誰もがこちらを希望する気持ちはわかるのですが、瘤から分枝する細かい血管（腰動脈、下腸間膜動脈など）からの逆流血により、ステント留置後にも瘤が拡大して、時に破裂を起こすことがあり、我々の施設の調査でも 5 年で 10% 程度がこの瘤の拡大により開腹術を追加する状況がみられます。このため 70 歳未満で経過観察期間の長くなる患者さんに対しては、学会も再発がなく確実な開腹術を推奨しております。その他瘤の形や性状より EVAR が適さないもの、腎機能低下により造影剤を使えないものなどを加えると半数近くの症例は開腹術が選択されます。

反対に高齢で開腹術では侵襲が大きすぎると思われる患者さんや、開腹術の既往があり、再度の開腹術が癒着などで困難と思われる患者さんは、条件が許す限り積極的に EVAR を選択しております。全国の統計でも開腹術と EVAR が半々くらいの比となっております。開腹手術の危険性も 1% 程度と低く、それぞれの患者さんにあった安全な方法を選択しております。

現在大動脈瘤に対するカテーテル治療は循環器科が行っている施設と心臓血管外科が行っている施設と並存しております。我々は心臓血管外科ですので 2 つの治療法の長所、短所を十分把握しているため最良の治療を選択できます。胸部大動脈瘤に対するステントグラフト治療 (TEVAR) も行っておりますので、大動脈瘤の患者さんがおりましたらまずご相談ください。

慢性完全閉塞 (CTO : chronic total occlusion) 病変について

循環器内科 副部長 保坂 文駿



PCI は Device の急速な進歩によって、通常の PCI はかつて考えられなかったほど容易になってきました。昔のような厳しい鍛錬をせずに治療できるようになったのも事実です。

では、CTO 病変も全ての術者が治療できるかと問われると答えは明らかに「No」です。

なぜならば、冠動脈病変は Type A、Type B1、Type B2、Type C で難易度が分類されており、CTO は治療が難しいとされる Type C の中において最難関な病変であり、現在の PCI に対しても大きな壁として立ちはだかっているため、職人芸のごとき技術と経験を要する特殊な分野であることは否めないからです。

つまり、CTO 分野の治療は手技の質が結果を大きく左右し（手技成功率、合併症発生頻度、手技時間、透視線量、造影剤使用量）、特に PCI の領域の中で術者の技術レベルが最も結果に反映されると考えられる分野です。

私は、以前より CTO PCI を自身の life work と捉えて行ってきましたが、2015 年度より日本慢性完全閉塞インターベンション専門家会議より CTO に対する PCI に精通したと認証された術者（認定術者）に選任され、当院でも CTO 病変のある患者様の治療を施行させて頂いています。

日本全国に認定術者は 46 名（東海エリア 6 名、岡村記念病院 1 名）存在していますが、認定術者によって施行された CTO PCI の 2016 年度の治療結果を下記に記します。

2016 年 (n=1560)

手技時間 (分) 154 ± 87 造影剤量 (ml) 210 ± 95 CTO_GW 通過成功 92.1%

手技成功89.9% 患者成功 88.1%
 入院中合併症
 死亡 0.3% MI (QMI) 1.2 (0.2)% スtent内血栓 0.2% 脳卒中/脳血管イベント 0.4%
 緊急CABG 0.1% 緊急PCI 0.1% 冠動脈塞栓 0.3% 冠動脈穿孔 (要ドレナージ) (0.3) %
 穿刺部合併症 1.9% CIN 8.8% (n=1244)
 Values are mean ± SD or %

この結果は一般の日本人術者や欧米の術者に比して極めて高い成功率と低い合併症率であります。先に述べた通りCTOに対するPCIに精通した術者のみの結果です。

我々が望むことは、「多くの患者様により良い治療を受けて頂くために、まだ明らかにされていないことを調べて明らかにし、職人芸のごとき技術と経験を要するこの特殊な分野の治療法を標準的な治療法として確立し全ての患者様に還元することです」。

そこで、私は当院のみならず、治療オファーがあれば国内他施設だけでなく海外にも赴いて治療を行っているのが現状です。私は、当院のinterventionalistとしてだけでなく、「資格要件を満たす日本人専門家により施行されたCTOに対するPCIのレジストリー (Japanese CTO PCI Expert Registry)」という登録研究の一術者としても、CTOという最難関治療病変に謙虚に対峙して治療を行っています。

CTOは最難関治療病変ではありますが、CTO PCIが成功すれば、患者様のQOLは有意に向上し、また、左室機能の改善、その後のCABGの必要性の低下、さらには生命予後の改善も可能となり、特に突然死のhigh risk群である致死的心室性不整脈を合併するような低心機能患者様に対しては電気学的安定性も期待でき突然死の抑制にも寄与できる可能性があるため、再疎通に成功すれば患者様に大きな恩恵を与えることができるCTO PCIを安全かつ成功に導けるように今まで以上に努力を惜みず、地域医療に尽力していきたいと思っております。

今後も患者様やご紹介頂く先生方のご期待に応えられるよう努力していく所存ですのでよろしくお願い致します。

外来診療担当表

	月		火		水		木		金		土
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前
1 診 (予 診 約)	安藤	安藤 (第2・第4)	坂本	坂本	坂本	坂本	坂本		榎本	坂本	坂本 (第2・第4・第5)
2 診 (予 診 約)	榎本	樽谷	井村	保坂	樽谷	角野	高橋 (第1)	浅田	谷	高橋	榎本 (第1・第3)
3 診 (AM 診 予 診 約 / PM 予 診 約)	保坂 (第1-3) 角野 (第2-5)	保坂	高橋 (第1-3-5) 谷 (第2-4)		井村		樽谷 (循環器) 安藤 (循環器)		浅田		循環器科医
4 診 (予 診 約)	保坂 (第2 第4 第5)	谷 (第1)	東 (不整脈)				東 (不整脈)	東 (ペースメーカー)	東 (循環器) 角野 (循環器)		
5 診 (予 診 約)	羽室	瀬戸崎	保坂		山本 (末梢血管外来)	山本 (末梢血管外来)	花田 (フットケア外来)	花田 (フットケア外来)			

2017年9月

交通のご案内

■バスをご利用の場合

- ・三島駅発柿田経由沼津行……………「榎木田」下車徒歩 5 分
- ・三島駅発サントムーン経由静岡医療センター行
……………「岡村記念病院」下車徒歩 1 分
- ・沼津駅発(黄瀬川西 / 香貫大橋)静岡医療センター行
……………「岡村記念病院」下車徒歩 1 分
- ・沼津駅発柿田経由三島行……………「榎木田」下車徒歩 5 分
- ・清水町内循環バス……………「岡村記念病院」下車徒歩 0 分
- ・長泉清水循環バス……………「岡村記念病院」下車徒歩 0 分

■お車をご利用の場合

- ・新幹線三島駅より……………車で 10 分
- ・沼津駅より……………車で 25 分
- ・東名高速道路沼津ICより……………車で 10 分
- ・新東名高速道路長泉ICより……………車で 15 分

ご案内図



岡村記念病院

開設者 / 医療法人社団宏和会 管理者 / 坂本 泰三

〒411-0904 静岡県駿東郡清水町柿田 293-1

TEL 055-973-3221 (代) FAX 055-973-3404