

おらんだ坂

所 感



明けましておめでとうございます。

去年のご挨拶に『深刻な経済不況の中、年を越してしまいました。連日、ニュースでは失業と雇用対策の話題で持ちきりです…』と書きましたが、1年経て見ても全く事態が変わってない様です。今年こそは、経済が復活して将来への希望が持てる年になって欲しいものです。

昨年12月に阿久根市の竹原市長がブログで、「高度医療が障害者を生き残らせている」と述べた件で種々報道されました。竹原氏の発言が必ずしも正しくは報道されていないと感じると共に、どうして日本のマスコミはこんなに同じ論調になってしまうのか、いつものことながら(分っていないながら)資質を疑ってしまいます。関連したネット上の論議の方が種々の意見が交錯して、より真実に近づける様に(危険なこともありますか)思えてしまいます。マスコミの右へならえの姿勢は、普段我々が、他所の病院はどうしてる?、問い合わせてみよう! 「みんなと渡れば怖くない」と自分の病院の方針を決めるに当たってしていることと同じかと身につまされる思いもします。

ただ、竹原氏の発言について、やや荒っぽく配慮に欠けた部分もありますが、私は医療者として真摯に受け止めなければならないことを含んでいると思います。氏の発言は一連の発信を見ると、決して障害者やその家族を軽視するものではないと私は受け取りました。私自身が40年子どもの医療に携わってきて、特に未熟児医療では「intact survival」が絶対的目標ですが、そうできなかったときに自分の行った医療が正しかったのかどうか思いあぐねています。このことは40年いまだに正解を見つけることが出来ません。常々、医学(医療)が神の領域に手をそめて居るのではないかと、神の領域には手を出してはいけないと考えてきたことを、竹原氏は非医師の立場で真正面から指摘していて、非常にショックを受けました。氏の発言に対しては、我々医療者こそが答えを出さなければならないと思います。我々の医療行為の原点は何なのか、本当に人々の幸福に寄与しているのか、後遺症としての障害を運命として(患者に)受入れさせるのは神なのか、今一度振り返って『医』の哲学をしなければならぬと思います。その哲学に立脚した理論でないと、『医療行為に関連した死因究明制度』なんぞ、出来っこないと思います。

(H.22.1.2)

長崎市立市民病院 院長 富増 邦夫

目次

CONTENTS

院長所感	..... P 1	学会抄録	..... P 6
特集	..... P 2-3	医事統計(12月患者数)	..... P 7
診療科紹介(放射線科)	..... P 4-5	Lobby Concert	..... P 8
病棟紹介(2階南病棟)	..... P 5	循環器内科に新メンバー	..... P 8



危険な胸痛のみわけ方

循環器内科診療部長 中嶋 寛



急性胸痛をきたす心臓病(表1)に対する治療開始までの時間は生命予後を規定する因子のひとつです。一方、急性心筋梗塞(AMI)における再開通治療は発症後2時間以内での施行が心筋の救済効果が大であるため、目標とされていますが、多くの例でこのtime windowから遅れて入院してくる現実があります(発症から入院までの平均時間:4.7h:当科成績)。AMIを始めとする急性冠症候群、大動脈解離、および肺塞栓症が日常の臨床で遭遇する頻度の高い胸痛疾患ですが、同時に見落とされやすい疾患でもあります。超急性期(発症後2h以内)に搬送して頂くために、これらの疾患に対する効率のいいみわけ方を本稿の主題としました。

表1. 急性胸痛の原因となる心臓病

- 急性冠症候群：心筋梗塞, 不安定狭心症
- 大動脈解離
- 肺塞栓症
- 急性心筋炎
- タコツボ型心筋症

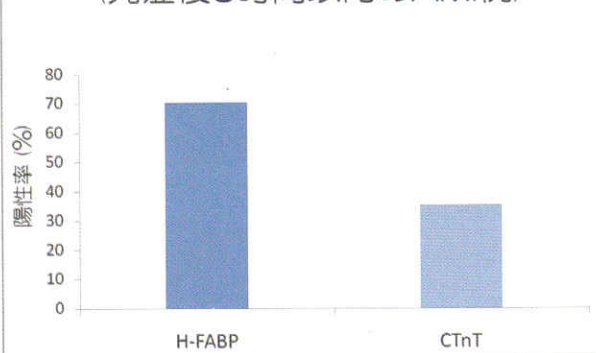
考え方のポイント:開業医の先生方の役割は大きく網をかけることだと思います。上記疾患の可能性が疑われたら、即座に搬送することが重要です。診断の確からしさを求める過程での時間経過が患者さんに不利に働く可能性があるためです。網を絞りこむこと(診断の確定と重症度の判定)は病院の役割という考え方を推奨致します。軽症例に見えても搬送方法は救急車の利用が無難です。次に網をかけるための根拠を何処に置くべきでしょうか?病歴と心電図所見がその根拠だと思います。併行しながら10分以内に施行可能で、情報量も多いためです。バイオマーカーは超急性期の診断には必ずしも有用ではありません。図1に当科へ発症後3h以内に入院したAMI例での心臓型脂肪酸結合タンパク(H-FABP)と心筋トロポニンT(CTnT)の陽性率の比較を示しています。感度の高いH-FABPを用いても、AMIの約30%の例では陰性を示しています。すなわち、超急性期にバイオマーカーを診断の根拠とすると見落としと時間消費のリスクが増大します。バイオマーカーは参考所見に留めるべきでしょう。

病歴:急性冠症候群を疑う胸痛は次の2項目を満足すれば十分です。

1. 年齢(男性:≥ 35歳, 女性:≥ 50歳)
2. 冠危険因子の存在(高コレステロール血症、糖尿病など)

もちろん胸痛の表現型と程度は個人差があり、例えば年齢がすすむと痛みの程度は軽くなります。特別の留意点として、上部消化管由来と思われる症状(胸やけや心窩部痛)が新たに出現した場合は、AMIである可能性もあるため、心電図記録は必須です。内視鏡検査を先行して行われたAMI例は時に経験される処です。大動脈解離の症状はAMIと殆ど区別が付きませんが、症状がより激的で、痛みの

図1. H-FABPとCTnTの陽性率(発症後3時間以内のAMI例)



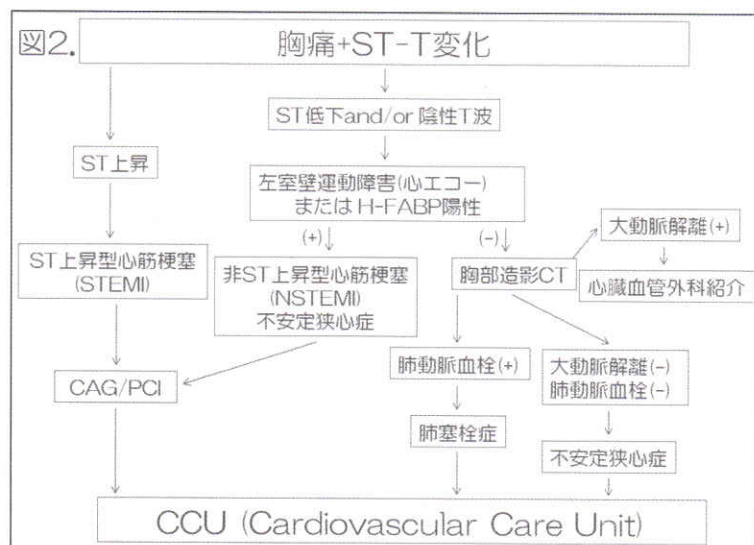


部位が解離の進展に従って移動することもあります。また、偽腔による血管枝の閉塞により、脳血管や下肢などの虚血所見を認める場合もあります。一例として撓骨動脈を左右同時に蝕知し、脈拍の左右差があれば(解離の30%の頻度)、大動脈弓部を含んだ解離の可能性が高くなります。肺塞栓症の症状は胸痛よりもむしろ突然の呼吸困難、ショックあるいは労作時の息切れが特徴的です。呼吸困難が強いにもかかわらず肺野にう音を欠く時は、肺塞栓症を疑う必要があります。

心電図:病歴に心電図所見を加えると疾患のふり分けと病態の推測がある程度、可能となります。各パターン別に述べてみます。胸痛+パターン1-3では緊急搬送が必要です。

1. ST上昇:ST上昇型のAMIが最も考えられます。対側性ST低下を伴っていたら、ほぼ確実です。急性心筋炎、タコツボ型心筋症でもAMI類似のST上昇を示すことがあります。
2. ST低下または陰性T波:これらの所見はその誘導の分布を考慮しても、特定の疾患を示す所見ではありません。急性冠症候群においては冠動脈の不完全閉塞例、回旋枝閉塞例および多枝病変例で認めることが多い所見です。大動脈解離で高血圧による左室肥大を合併している例では、左室肥大によるST-T変化を示します。肺塞栓症ではV1-V4での陰性T波が最も頻度の高い心電図所見ですが、特異的とはいえません。
3. 左脚ブロック:左脚ブロックが新たに出現した胸痛例では、AMIや劇症型心筋炎などによる広範な心筋障害の可能性が高くなります。
4. 正常心電図所見:正常と判断する前に、軽度のST-T変化は認識しがたいことがあるため、以前の心電図があれば、比較ができるため有用です。正常心電図でも血圧低下例(収縮期血圧<90 mmHg)やSpO2低下例(SpO2<95%)では、迅速な搬送が必要です。一方、受診時、すでに症状がなく、vital signも安定している例では、病歴が判断の基準となります。初回発作例および不安定狭心症と考えられる例(発作頻度や持続時間の増悪、安静時狭心症など)では、すみやかな循環器専門医への紹介が必要と考えます。

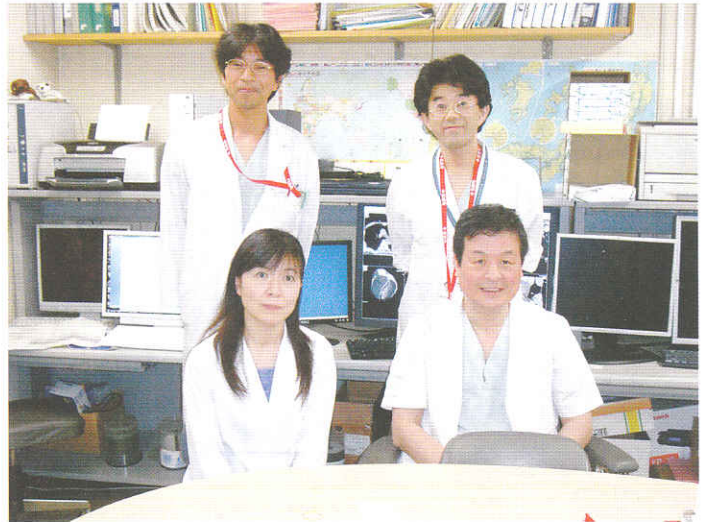
当科での診断と治療のプロセス:当科では病歴と心電図を基本に心エコー、バイオマーカー、および胸部造影CTを組み合わせ、胸痛例を確定診断し、治療しています。その過程を図2に示しています。現在、当科では循環器専門医が院内に常在する体制を整えており、連絡先はCCU直通の携帯電話番号:080-1794-1010です。緊急入院が必要な患者さんの御連絡を頂けましたら幸いです。





診療科紹介（放射線科）

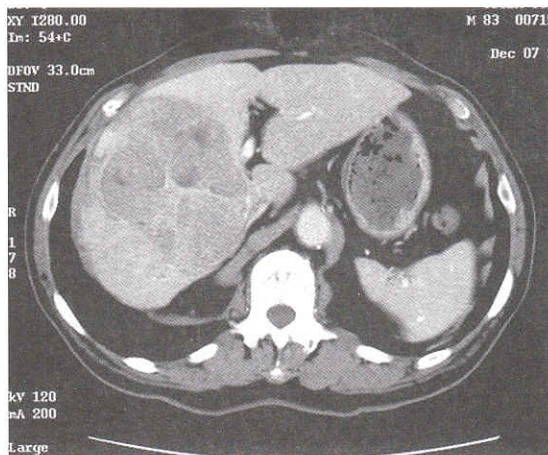
こんにちは、放射線科です。放射線科・放射線部は市民病院の1階ロビーのほぼ中央に位置しています。スタッフは常勤医師4名、放射線技師11名、看護師5名、事務補助員5名の総勢25名から成り、少しずつですが増員されてきています。主な機器としては、MDCT装置2台(64列、4列)、MRI 1.5T 1台、血管造影装置1台、X線透視装置2台、一般撮影装置(フラットパネルディテクタ、マンモグラフィなど)、Linac装置1台、RALS 1台、ガンマカメラ装置1台などであり、画像診断・核医学・放射線治療から成る放射線医学のほぼ全ての分野を網羅できているものと思っています。放射線部内に限られているものの医用画像情報システム(PACS)も導入しました。モニターによる診断により、撮られた画像を即座に見ることができ、過去画像との比較も容易であるため、疲労感も少なく詳細かつ迅速な診断ができています。今後は各病棟、外来に画像参照端末を設置することによりフィルムレス化を行う予定です。常勤医師4名のうち3名が画像診断を、1名が放射線治療を専門としています。IVRも頻繁に行っており、肝細胞癌や膀胱癌に対する動脈化学療法・化学塞栓療法 of 症例数は県内でも有数です。PTCDや内瘻化などの胆道系IVRも盛んに行なっています。



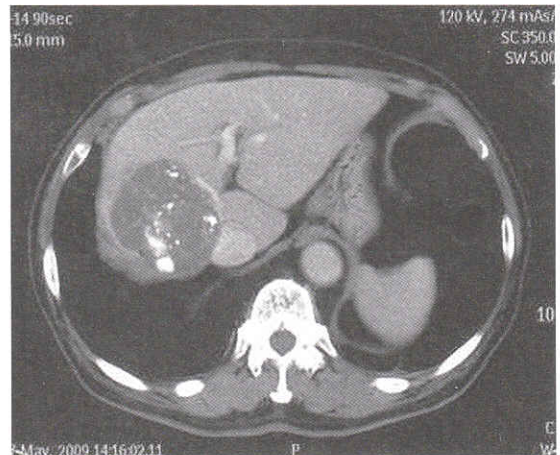
【放射線科スタッフ】



【血管造影風景】



【肝細胞癌 A 治療前CT】



【B 肝動脈化学塞栓療法施行4年後のCT 腫瘍の縮小と壊死化が見られます。】