

DIALOG

DIALOG(対話)を通して地域医療のあり方を考える

2016
Feb・Mar

発行日：2016年3月28日

発行：岡崎市民病院

地域医療連携室

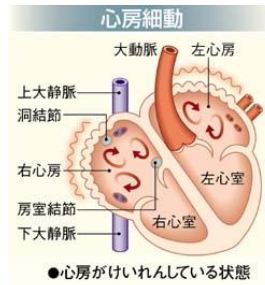
今回のテーマ：“心・血管インターベンション，骨粗鬆症”

循環器内科

心房細動に対するカテーテル・アブレーション



鈴木徳幸
循環器内科統括部長



心房細動は日常診療でよく遭遇する不整脈で、高齢者では有病率3-6%と高く、今後高齢化が進むにつれ更に患者数は増加し100万人に達すると推測されます。心房細動からの心原性脳塞栓症は、脳梗塞の約1/3を占め、比較的広範囲な脳梗塞をきたすため、アテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞に比し、生命及び機能予後が不良で、重度の介護を要する状態になることも多い傾向にあります。今後未曾有の高齢化社会を迎え深刻な介護不足に直面するであろう本邦において、心房細動患者の管理は、その多くを担う一般開業医の先生方にとっても、ますます重要な問題となってきます。

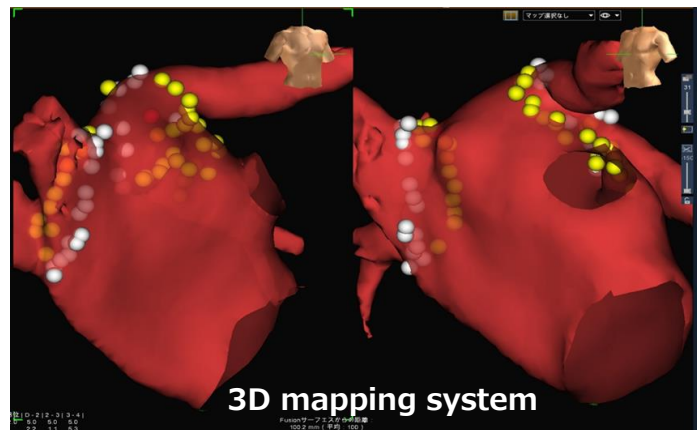
心房細動の治療には抗凝固療法、rate control、rhythm controlがあり、rhythm controlにおいては長らく薬物療法が行われてきましたが、根治療法ではなく、心房細動発作抑制は困難なケースも多く、その治療成績は満足すべきものではありませんでした。

心房細動のメカニズムは現在でも十分に解明されているとはいえませんが、最近になって、左心房に開口している肺静脈付近からの期外収縮が引き金となって心房細動が生じることが多いことが分かり、カテーテル・アブレーション治療が近年広く行われるようになってきました。

カテーテル・アブレーション(心筋焼灼術)は、カテーテルを心臓の中に挿入し、治療標的部位を通電焼灼し、不整脈の治療を目指す方法です。心房細動に対するカテーテル・アブレーションでは肺静脈の周囲を焼灼して、肺静脈を電氣的に心房から隔離することが基本的な治療戦略となります。

手技は静脈麻酔による浅鎮静下で行われ、カテーテルを鼠蹊部から左心房に挿入し、肺静脈に挿入したリング状の電極カテーテルで肺静脈電位を確認し、アブレーションカテーテルで焼灼を行います。

当院での心房細動に対するアブレーションは、心臓の構造を三次元的にコンピューター上に描出し(3D mapping system)、個々の症例の解剖学的特徴を把握して行うことにより、安全で確実性の高い手技を行うよう努めています。



発作性心房細動の場合は一回目の治療で70%程度の改善率が見込まれます。適切な焼却が行われても心筋の治療・活性化により再発することが、また肺静脈以外の起源からの期外収縮によって再発することもあります。再発を繰り返す場合は再度のカテーテル・アブレーションをお勧めすることがあります。二回目の治療を行うと改善率は80-90%程度に上昇します。持続性心房細動の場合は、発作性心房細動に比べて治療成績は下がります。数年以上続いている長期持続性心房細動では、心房筋の電氣的なりモデリングが進んでおり、治療は困難なことが多いのが現状です。また弁膜症などの器質的心疾患に伴う場合も、弁膜症手術+メイズ手術などが優先されます。再発した場合の危険性を考慮し、脳梗塞予防の抗凝固剤は治療後もしばらく継続となります。脳梗塞の危険因子を持っている方(CHADS2スコア2点以上の方)や心房細動の再発が認められる方は、その後も継続をお勧めしています。



心臓に対する侵襲的な治療法であるため、治療に伴う合併症はゼロではありませんが、前述の3D mapping systemや、その他の医療機器・技術の進歩により重篤な合併症はまれなものとなっています。当科では有症候性で薬物によるコントロールが困難な患者さん、また薬物治療が有効でもカテーテル治療を希望される患者さんや抗不整脈薬による薬物治療に抵抗がある患者さんに勧めております。

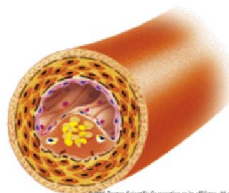
当該患者さんとカテーテル・アブレーション治療について話を聞いてみたいという患者さんがいらっしゃいましたら、ぜひご紹介下さい。

担当：鈴木 徳幸 医師 木曜新患外来



三木 研
循環器内科部長

閉塞性動脈硬化症に対するカテーテル治療



近年の高齢化、生活習慣病の増加により動脈硬化性疾患が増加しております。かつてはASO(ArterioSclerosis Obliterans)と呼ばれていましたが、最近ではPAD(Peripheral Arterial Disease)と称されることが多く、主に下肢閉塞性動脈硬化症を示しますが、広義では冠動脈疾患以外の動脈硬化疾患が含まれます。脳血管疾患(脳梗塞、TIA、頸動脈硬化症)、胸部や腹部の大動脈瘤、腎動脈狭窄症、下肢閉塞性動脈硬化症などがあり、当院循環器では脳血管疾患と大動脈瘤以外のPADに対する精査加療を行っております(脳血管疾患は脳神経内科もしくは脳外科、大動脈疾患は血管外科)。また動脈硬化病変は脳、心臓、下肢など限局しておくるものではなく、全身に重複しておこります。冠動脈疾患患者の約1/5に下肢動脈の病変を認め、逆に下肢PAD患者の約1/2に冠動脈疾患が合併しているとの報告もあります。そのため心臓を含めた全身の動脈硬化疾患のマネージメントをすること重要になります。

PADの検査としてはまず侵襲の少ないABIやエコー検査を行います。造影剤の使用が可能であれば3DCTで血管形態の評価も行います。CKDなどで造影剤の使用が困難な場合はCTと比較すると精度が劣りますがMRAを行います。比較的頻度の多い下肢のPAD患者には無症候、跛行症状のみ、そして安静時疼痛や下肢壊疽といった重症虚血肢の患者が含まれます。無症候患者では心疾患などの精査やスタチンや抗血小板剤の内服などリスク管理が重要となります。跛行患者では症状の程度と病変形態から血行再建の適応を考えます。重症虚血肢では血行再建が必須となり、血行再建をしない場合、下肢切断や下肢壊疽からの敗血症など極めて悪い経過をたどります。

当院循環器では心臓同様にPADに対してもカテーテルでの検査やカテーテル治療(EVT: endvascular treatment)を積極的に行っております。健診などでのABI低下、血圧の左右差、跛行症状、下肢の傷がいつまでたっても治らない慢性創傷などの患者様がいらっしゃればご紹介をお願いします。

担当：三木 研 医師 火曜新患外来



70歳台女性
糖尿病にて内分泌内科
通院中、
両下肢の跛行症状あり。
ABIは右0.62左0.59と
低下。
CTでは
右総腸骨動脈の閉塞と
左外腸骨動脈の狭窄。

右総腸骨動脈、左外腸骨動脈
にステント留置。
ABIは右0.9左0.91と上昇し、
跛行症状消失。



70歳台男性。半年前から左下肢の創傷があり、近医で創処置が行われていたが徐々に悪化。当院形成外科へ紹介。初診時は壊疽著明で感染も合併しており悪臭あり。循環器でEVT後、形成外科でデブリ、植皮を行い治療。

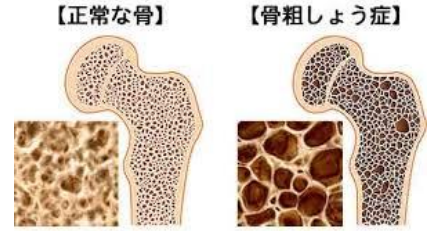


大腿骨近位部骨折と骨粗鬆症治療連携

整形外科



鳥居行雄
整形外科統括部長



本邦では依然として大腿骨近位部骨折の高い発生率が報告されています。当院においても本骨折の手術件数は年間230例を越えており、これは当院整形外科総手術数のおよそ20%に相当します。

本骨折の最大の特徴は、骨折でありながら常に骨折を全身状態の1つの表現形であると認識することが強く求められる点にあります。骨折後の機能予後や生命予後は大半の症例で著しく低下しますし、こうした活動能の低下は肺炎や尿路感染症といった全身性の合併症を引き起こし、予備能の少ない患者さんに致命的なダメージを与える結果となります。

本骨折の治療を考える上で、その基盤にある骨粗鬆症への対策が欠かせません。とりわけ大腿骨近位部骨折を起こした患者さんは既に重症骨粗鬆症を抱えているため、更なる二次骨折を防ぐ意味でも最も治療がなされるべき患者群と捉えることができます。ところが当院での過去5年間の調査で、**骨折時に骨粗鬆症治療を受けていた患者さんは全体のわずか15%に過ぎない**という衝撃的な事実が明らかになりました。

現在、大腿骨近位部骨折患者さんの骨粗鬆症治療において大きな障壁となっているのが包括医療などの医療制度で、高価な骨粗鬆症薬の入院処方は病院への大きな負担になるために、骨折後早期からの積極的な治療介入を躊躇うことが少なくありません。従って、現医療制度下においては、急性期・回復期治療を終えてからの治療体制を如何にして確立するかが喫緊の課題です。

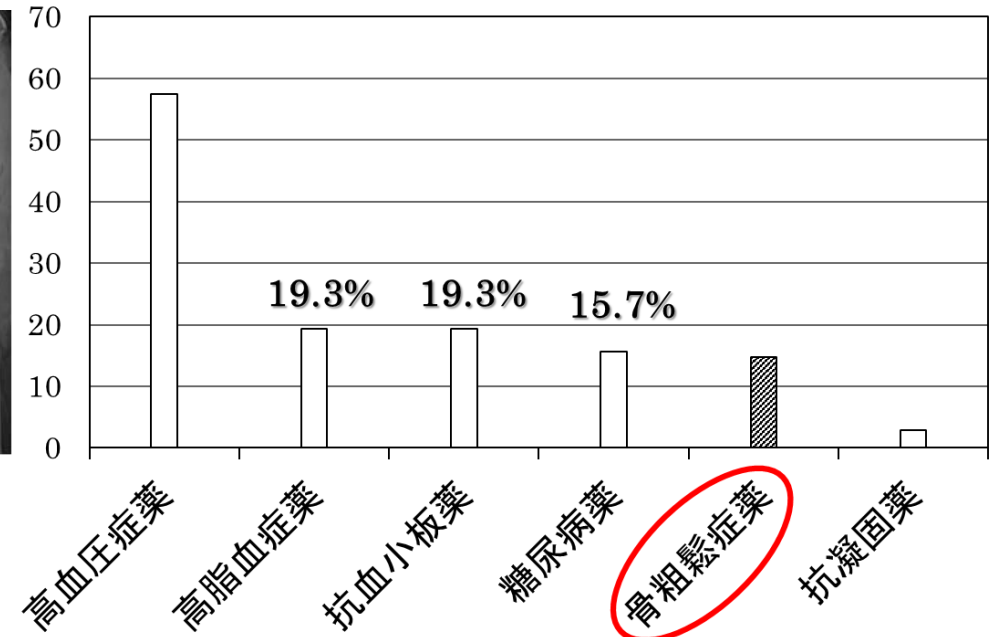
今後、当院としては維持期治療に携わるかかりつけの先生方としっかりした連携を取り、大腿骨近位部骨折患者さんの骨粗鬆症治療体制作りを努めていきたいと思っております。そのためにも維持期の先生方が円滑に治療を開始できるよう、当院の骨密度機器をクリニックから気軽に利用できるシステム、骨の状態や至適な治療薬選択などをクリニックと当院で共有できる体制などを早急に整備していく必要があると考えています。こうした骨粗鬆症治療の地域連携を軸にして、岡崎市における高齢者の健康寿命の底上げに貢献できれば幸いです。

(%) <大腿骨近位部骨折受傷時における内服薬の状況@岡崎市民病院>



大腿骨頸部骨折術後

右：人工骨頭置換術
左：骨接合術





骨密度検査について

骨密度検査の特徴

- ◆骨密度の測定方法にはDXA（デキサ）法、超音波法、MD（エムディ）法などがあります。
- ◆**DXA（デキサ）法**は、2種類のX線を使って測定する方法で、最も精度が高く**骨粗鬆診断のガイドラインでも推奨されている検査法**です。
- ◆当院ではDXA（デキサ）法による骨密度測定装置を設置し、骨折のしやすい腰椎と大腿骨頸部を測定しています。
- ◆検査は約10分で行なえ、上向きに寝ているだけです。

検査の依頼と結果

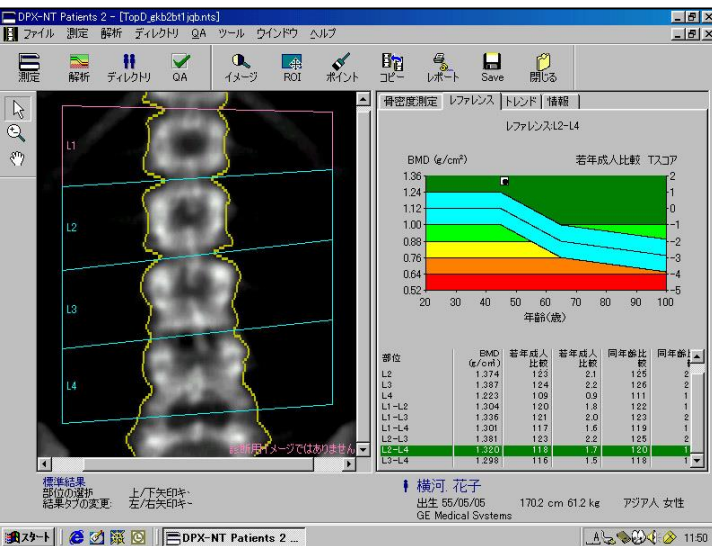
- ◆依頼はCT検査・MRI検査と同じです。放射線科受付に電話（66-7160）で予約をお願いいたします。
- ◆予約時間は14:00～16:00でお願いいたします。
- ◆予約後「受診依頼票」をご記入いただき、FAX（25-6720）にて病診連携へ送信してください。
- ◆結果については検査終了後、直接本人様に1部お渡し、もう1部を病診を介し依頼元医療機関に送付いたします。
- ◆検査費用は3割負担の方で2,200円程度です。



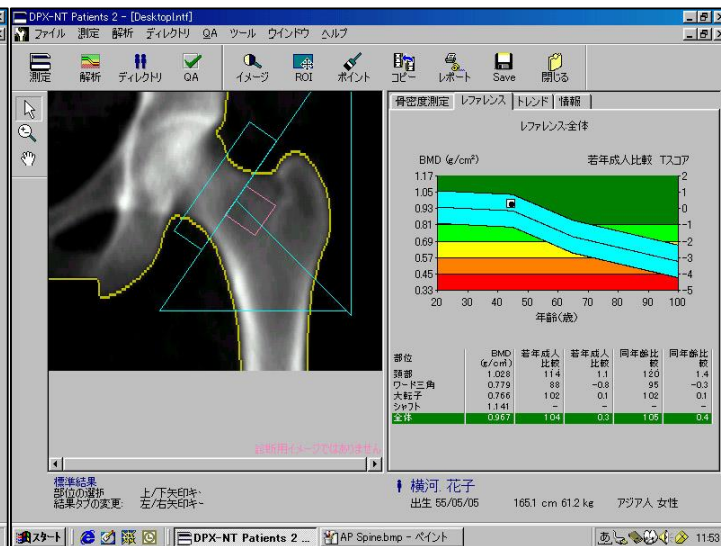
DXA法骨密度検査機器

注意事項

- ◆腰椎や股関節（大腿骨頸部）に人工骨頭などの体内金属がある場合には、測定部位を変更したり計測が行えないことがあります。



腰椎正面



大腿骨頸部

この広報誌に関するご意見・ご要望はFAXにて地域医療連携室にお寄せください。



岡崎市民病院
OKAZAKI CITY HOSPITAL.

岡崎市民病院 地域医療連携室

業務時間

平日 午前8時30分～午後5時

土曜日 午前9時～午後1時

(但し、祝日・12/29～1/3はお休みさせていただきます)

TEL (0564) 66-7262 (業務時間外は留守番電話になります)

FAX (0564) 25-6720

