



心臓血管センター 2018年 年次報告

ご挨拶

今回、心臓血管センターとして 2019 年 1 月 29 日にはじめて年次報告会を開催しましたが、年初のお忙しい中、多くの方にお越しいただき、我々の実力と真価をご披露することができました。一方で、自分たちの成績をあらためて振り返り、さらなるレベルアップを図るために課題を明確化し、その対策を練る良い機会となりました。我々の得意分野を伸ばすだけでなく、患者さんと地域のニーズに応えることも我々の使命であることを実感いたしました。

この年次報告会は我々にとって、とても大事な発表の場であると位置づけており、来年以降も 1月末に定期的に開催したいと考えております。今後ともご指導ご鞭撻のほどを引き続きよろしく お願い申し上げます。

2019年2月吉日

埼玉石心会病院 心臓血管センター長 小柳 俊哉



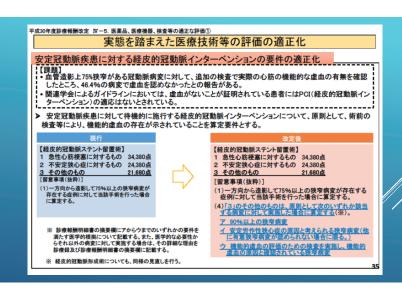


PCI

循環器内科 副部長 芝﨑 太郎







当院での 2018 年次の PCI の実績や動向についてまとめました。2018 年は新病院移転後初の年次でありカテーテル室の増設があったり、新しいメンバーや不整脈チームが加わったり心臓血管センターにとっても新たなチャレンジの年でした。

従来からの心臓血管センターの柱である PCI は 824 件 / 年 (前年 873 件)と前年から微減という結果でした。月別の件数は例年通りの傾向で冬場に多い傾向で 3-4 月、11-12 月で増加していました。年間の件数に関しては PCIの減少傾向は全国的な傾向でありほぼ変わらない件数を維持できたことは評価できると思います。

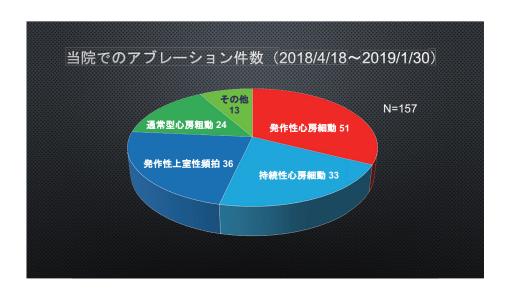
昨年4月の診療報酬改定で安定狭心症に対してのPCIを行うには心筋虚血の評価が必要となり、より適正な治療を求められるようになりました。今後、おそらくより厳しい基準が設けられる事も予想されます。当院では診療報酬改定以前からより適正なPCIを患者様に提供するという事を目標の一つに掲げており、心筋シンチの導入やプレッシャーワイヤーの使用などで今回の改定を受けても大きな影響はありませんでした。

診療報酬改定などの流れから件数を維持して件数で評価する時代ではなくなってきていますが、当院で従来から行われている高度で最先端のPCIを地域の患者さんに提供するためには件数の維持も大切な要因と考えていますので引き続き当院心臓血管センターに患者さんの御紹介をお願いできたら幸いです。



不整脈・デバイス

循環器内科 副部長 入江 忠信



び来の高周波による 肺静脈隔離術 (冷却)

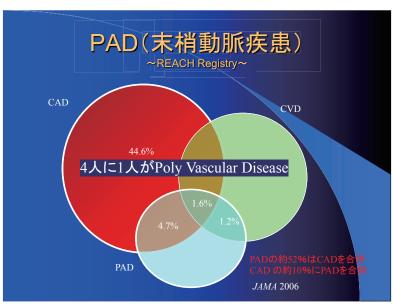
不整脈診療部門は、①薬物治療(抗 不整脈薬、抗凝固療法)、②カテーテル アブレーション、③デバイス治療のほ か、④表現型としての不整脈に対する 原疾患の検索、を主な業務として行っ ております。カテーテルアブレーショ ンについては、2018年4月の立ち上 げから 2019年1月末までで 157例 を施行させていただきました。2019 年4月からはクライオバルーンアブ レーションも導入予定ですので、心房 細動に対する治療をさらに強化してい きます。デバイス治療もこれまで同様 に行いますが、なかでもリードレスペー スメーカーや皮下植込み型除細動器 (S-ICD) の植込みも適応があれば積極 的に行ってまいります。これらの新し いデバイスは、近年問題となっている デバイス感染に対する有効な選択肢に なっています。アブレーションやデバ イス治療などの非薬物療法の他、薬物 療法についてのご提案なども含め、今 年も地域医療に貢献すべく努めてまい ります。





下肢EVT (Endovascular Treatment)

循環器内科 副部長 小路 裕







PAD(末梢動脈疾患)は虚血肢という足の症状で 現れますが、全身の動脈硬化症の一部分症としてと らえるべきであり、近年 Polyvascular Disease という概念が提唱されています。実際に大規模な 疫学研究においても4人に1人はPolyvascular Disease でした。また PAD の予後は不良であり、 5年間の追跡調査では死亡率は約30%に上り、そ の多くは冠動脈疾患関連死でした。早期発見のた めガイドラインで提唱されているように ABI によ るスクリーニングが有用であり、65歳以上のリス ク保因者、65歳未満においても高リスク群は検査 が推奨されています。PAD の予後改善のためには 血管内治療以外に運動療法・薬物療法が重要であ り、抗血小板剤に関しては脳心血管イベント抑制 のため推奨されています。近年、抗血小板剤に新 規経口抗凝固薬を加えることでイベント抑制が報 告されていて、今後の臨床試験の結果が待たれて います。

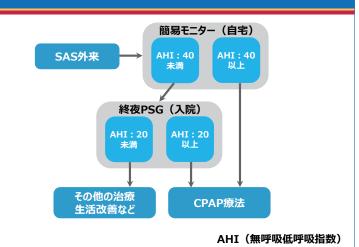
当院では PAD の診断・治療にも積極的に取り組んでおり、近年症例数は増加傾向です。今後は量・質ともに向上を目指していきたい。



睡眠時無呼吸症候群(SAS外来)

循環器内科 医長柳澤 亮爾

SAS検査から治療の流れ



SASスクリーニング対象者

クラス I

- 日中の過度な眠気
- 睡眠中の窒息感やあえぎ
- 繰り返す覚醒
- 起床時の爽快感欠如
- 日中の疲労感
- 集中力欠如

のうち2つ以上を認める場合

クラス I

- 心不全(NYHA II 度以上)
- 治療抵抗性高血圧

クラスⅡa

- 夜間尿、夜間呼吸困難、夜間 発症の心血管イベントの既往が ある高血圧患者
- 左室肥大を有する例
- 脳卒中、冠動脈疾患、夜間就寝中の不整脈、大動脈解離、 病因の特定できない肺高血圧、 腎不全

閉塞性睡眠時無呼吸に代表される睡眠呼吸障害は、睡眠中に無呼吸や低呼吸を繰り返す疾患の総称です。日中の過度な眠気や就寝中の繰り返す覚醒などQOLの低下のみならず、治療抵抗性高血圧や心不全など様々な循環器疾患にも高率に合併することが明らかとなり治療介入のエビデンスが構築されつつある分野です。

当院でも 2018 年 9 月より SAS(睡眠時無呼吸症候群)外来を定期的に開始し、治療適応の重症 SAS 患者のスクリーニング及び CPAP 療法(持続陽圧呼吸療法)の管理を行っております。SAS は肥満に伴う生活習慣病やメタボリックシンドロームとも密接に関連し高血圧、脂質異常、耐糖能異常を高率に合併するため、心血管病、脳卒中、慢性腎臓病も併発しやすいことが明らかになってきています。CPAP療法は CPAP装置からマスクを介して空気を送り、上気道内を常に陽圧に保つことで上気道閉塞を防ぎます。これにより睡眠中の無呼吸やいびきが減少し、SAS による症状の改善や合併症予防が期待されます。

SAS を疑い積極的なスクリーニングと診断が重要でありますが、簡易モニターで重症度の判定がつかない場合など、入院精密検査も実施可能ですのでSAS外来までご依頼いただければと思います。

CPAP療法

- □ 心不全の既往
- □治療抵抗性高血圧

3種類以上の降圧薬併用によっても血圧コントロール不良な患者 早朝高血圧、夜間高血圧(non-dipperやriser)

- □脳卒中
- □虚血性心疾患、大動脈解離
- □ 不整脈(夜間無症候性徐脈)



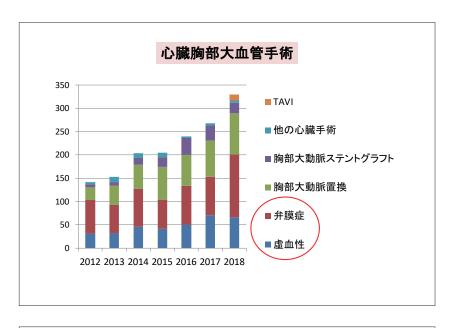


AHI≥15であれば、CPAP療法を推奨(クラスI)



心臓手術

心臓血管外科 部長加藤 泰之



虚血性心疾患 単独冠動脈バイパス術 46例(MICS CABG1例) off-pump 45例 (off-pump完遂率 91%) 平均バイパス数 4.2枝 完全血行再建率 91.1% グラフト開存率 (術後造影施行例) 左内胸動脈 97% (36/37) 右内胸動脈 100% (41/41) 胃大網動脈 86% (12/14) 大伏在静脈 98% (63/64) その他虚血性心疾患 左室形成術 4例 虚血性僧帽弁閉鎖不全 6例 心室中隔穿孔 4例 左室内血栓 3例 左室仮性瘤 1例 冠動脈瘤 2例

虚血性心疾患に対する手術は66件でした。 単独冠動脈バイパス術は46件で、原則人工 心肺を使用しないoff-pump (OPCAB) にて 行っており、待機手術例では大きな合併症は みられませんでした。バイパスグラフトは長 期成績の良好な内胸動脈を両側使用し、左冠 動脈領域に吻合しています。虚血性心筋症に 対する左室形成術なども行っており、心筋症 に伴う僧帽弁閉鎖不全症ではできるだけ人工 弁を使用しない僧帽弁形成術を行っておりま す。

弁膜症手術は136件(複合手術含む)でした。昨年より開始したTAVI(経力テーテル的大動脈弁留置術)を含めると149例の弁膜症手術がありました。約1割の患者さんでは、皮膚切開を6~10cmで行う低侵襲心臓手術(MICS)を受けていただいております。僧帽弁逸脱症に対しては弁形成術を第1選択としており、2018年は39名の僧帽弁逸脱症の患者さんがおられましたが、全例で弁形成術が施行可能でした。





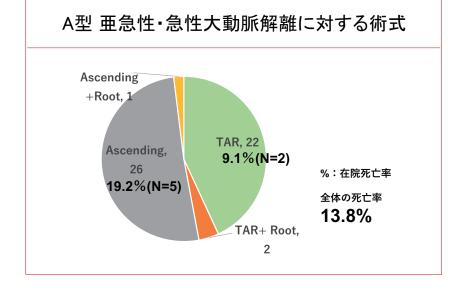
大血管手術

心臓血管外科 医長 佐々木 健一

胸部大血管手術の術式内訳 【手術緊急度別】 【疾患別】 病態別 ● 生A型解離 ● 急性A型解離 ■ 急性B型解離 ■ 後性B型解離 ■ 後性B型解離 ■ 後性B型解離 ■ 療性動脈瘤 ■ 恋染性動脈瘤 ■ 真性動脈瘤 手術緊急度 19 ■緊急 ■準緊急 ■定時 35 5 31 35 大血管手術分類 3 8 1 9 4 1

2018年1月から12月までに開心術を要 した胸部大血管の手術症例数は、87件で、内 訳は、弓部大動脈人工血管置換術 (基部手術な し)35件、上行大動脈人工血管置換術(基部 手術なし)35件、弓部大動脈-大動脈基部置 換術 3 件、大動脈基部置換術 9 件、下行大動 脈人工血管置換術 4 件、胸腹部大動脈人工血 管置換術1件)でした。病態別では、急性期 疾患が多く、Stanford A型急性・亜急性解離 が 58.7%(N=51) を占め、次に真性大動脈瘤 が 21.9% (N=19)、感染性動脈瘤 3.5%、仮 性動脈瘤 3.5%、大動脈弁輪拡張症や大動脈弁 閉鎖不全症が 5.8% という結果でした。手術 死亡は、定時手術では、急性 A 型大動脈解離 の症例を1件認めたのみで、定時34件に死 亡は認めませんでした。一方で、準緊急/緊 急手術を実施した A 型亜急性・急性大動脈解 離の死亡率は、13.8%(内訳:上行大動脈人 工血管置換術 19.2%、弓部大動脈人工血管置 換術 9.1%) でした。

腹部大動脈瘤の開腹術を要した症例は、30件(内訳:動脈瘤 93.4%、狭窄・閉塞 6.7%)で、緊急手術は 26.7% であり、入院死亡は 0% でした。





TAVI · TEVAR · EVAR

心臓血管外科 部長 木山 宏

● TAVI (経力テーテル的大動脈弁留置術)

TAVI	16例		
年齢(歳)	87 (80~97)		
性別	男性 3例・女性 13例		
手術時間(分)	99.2 (70~132)		
手術室抜管	15例		
ICU滞在期間(時間)	41.3 (23~73)		
入院期間(日)	8.3 (4~24)		
合併症			
弁輪破裂	1例		
房室ブロック	1例		
転帰			
自宅退院	11例		
施設入所	1例		
転院	3例		
死亡(弁輪破裂)	1例		

TAVI は施設認定のハードルが高く、現在でも埼玉県は7施設しか認定施設がありません。当院は2018年4月に念願の施設認定が承認され、2018年5月22日に1例目を行いました。約8か月間に16例のTAVIを行い、弁留置時の弁輪破裂のため1例失いましたが、他の15例の患者さんは軽快退院されました。TAVIの特徴は低侵襲で、もともとご自宅から入院された患者さんは平均5.2(4~8)日で全例自宅退院されました。

● TEVAR (胸部大動脈瘤ステントグラフト内挿術)

TEVAR	23例
*年齢(歳)	70.2 (52~92)
* 待機	18例
*緊急	5例 (虚血2,切迫破裂2)
*デブランチ ^(ステントグラフト+パイパス)	
なし	20例
1-デブランチ	2例
2-デブランチ	1例
*開窓式 (穴の開いたステントグラフトを入れる治療)	2例
*入院期間(日)	9.9 (2~76)
* 転帰	
自宅退院	23例
入院死亡 入院死亡	0例

TEVARの成績は安定してきており、死亡症例や高度障害の方はなく、全例自宅退院されました。

● EVAR (腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術)

EVAR	57例
*ステントグラフト	54例
*塞栓術のみ	3例
*年齢(歳)	77.4 (66~90)
*待機/緊急	52例/5例
* 入院期間(日)	6.9 (2~55)
* 転帰	
自宅退院	50例
転院	3例
入院死亡	4例
破裂	3例
開腹手術に移行後AMI	1例

EVARの治療成績も良好でした。ただ破裂症例の救命は困難なことも多く、破裂例5例中3例の死亡を経験しました。またエンドリークのため開腹手術に移行した低心機能例が術後急性心筋梗塞で死亡されました。



総括

心臓血管センター長 小柳 俊哉

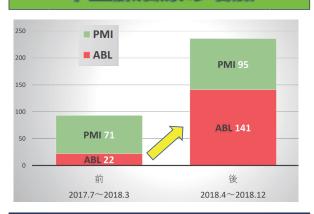
埼玉石心会病院は、新築移転して、1年が過ぎました。おかげさまで心臓血管センターは、新病院になって、① PCI 緊急例の増加(293件→357件)②不整脈治療の増加(アブレーション22件→141件)③心臓大血管手術の増加(269件→330件)を達成しました。これもひとえに、地域の先生方のご支援の賜物であり、さらにご紹介頂けるように、患者さんや地域のニーズに合ったサービス(PCI後1年検診や冠動脈 CT オープン検査など)を展開していく所存です。循環器プライマリケアとして、新病院に専用外来(石川雅透医師)を

設け、即日紹介の対応をスムーズにしております。狭山市と入間市の急性心筋梗塞 (AMI) 死亡率が全国に比べて高いという事実が公表され、医師会や市行政・市議会の方々と取り組みをはじめるとともに当院の治療内容を見直す良い機会と捉えています。院内 AMI 死亡率は 6.9% と、全国レジストリの8.3% を下回っているものの、さらなる死亡率低減・予後改善のために、door to balloon time の短縮や IMPELLA(補助循環用ポンプカテーテル)の導入を進めてく計画です。

緊急PCIの増加



不整脈治療の増加



心外手術数の増加

	2015年	2016年	2017年	2018年
虚血性	43	50	71	53
単独CABG	30	38	56	46
弁膜症	60	84	80 -	→ 160
単独AVR	11	14	13	18
TAVI	0	0	0 -	→ 13
AVR+CABG	10	16	20	33
MVP	21	19	28 —	→ 86
大血管	66	112	111	110
急性解離	42	30	45 —	→ 75
総数	223	240	269	▶ 330
死亡率		待1.4% 緊13.6%	待0.6% 緊12%	待4%緊 12.3%







かかりつけ医からみた循環器診療

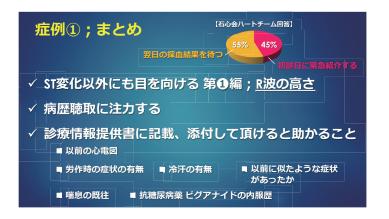
循環器内科 副部長 荒巻 和彦

2017年11月に新築移転してから、2018年10月までの一年間で、かかりつけ医の先生方より、循環器内科宛で救急外来に531人もの患者さんをご紹介頂きました。本日は、ご紹介頂いた患者さんについて、先生方の診断や患者さんの転帰を、我々ハートチームスタッフとディスカッションする形式でフィードバックさせて頂くことを趣旨としています。6症例を選び、各症例ともに当院ハートチームスタッフに事前アンケートを取って、救急紹介するかどうか、そして心電図及び病歴聴取のポイントなどを聞きました(各症例の詳細は当日配布の資料をご参照下さい)。

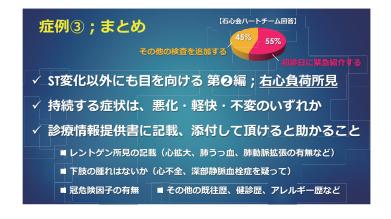
症例①~③は、いずれも冠動脈疾患が疑われた患者さん方です。ST変化のみにとらわれない心電図の読み、アナムネ聴取の注目点、さらには診療情報提供書に追加添付していただくと助かる情報などを載せさせて頂きました。さらに、症例④~⑥はQRS幅の広い頻脈について、心室頻拍との鑑別を主とした心電図判読のポイントを示してあります。そして、あらゆる循環器疾患を疑う場合においても、過去の心電図と比較することが非常に大切であることを強調させて頂きたいと思います。

埼玉石心会病院ハートチームは、「かかりつけ医の先生 方が困った時には、あたかも同じ部屋でディスカッション しているかのように気軽に相談できる」、そんな関係を築 いていけるように、これからも頑張っていきたいと考えて います。









【症例4~6】"QRS幅が広い頻脈=心室頻拍?" ____**^** MILLIAN MARKANA TAMBARANA MARKANANA

QRS幅が広い頻脈の診断; VTか?非VTか?

- 1. VTの心電図基準である、____と___を満たす。 ⇒VTである。
- 2. VTの心電図基準である、____と___を満たさない。 ⇒VTでない可能性が高いが、VTが否定 できたわけではない。

規則的なRR間隔と房室解離

QRS幅が広い頻脈の診断; VTか?非VTか?

1. 何よりも大事なものは、 である。



症例4~6; "QRS幅が広い頻脈"のまとめ

- ✓ 心電図; RRは整か?房室解離はどうか?
- ✓ 病歴;血圧はどうか?症状はあるか?
- ✓ 診療情報提供書に記載、添付して頂けると助かること

まとめ

- かかりつけ医の先生方と石心会ハートチームは...
 - ✓ 全6症例において、救急診察の必要性判断に 大きな差は無かった。
 - ✓ 心電図判読、病歴聴取には循環器専門医 ならではの注目点もあった。