

ハートニュース Vol. 4 巻頭言

10月になりやっと夏を脱したという印象です。今回のハートニュースは弁膜症をテーマにしました。私は弁膜症外科とくに僧帽弁閉鎖不全に対する弁形成術をライフワークとしてきました。総合医療センターに赴任して5年半が経ちますが、手術症例の6割が弁膜症手術です。「弁膜症治療の拠点病院」と皆様に認めていただけるように、弁膜症治療の様々なオプションをそろえてきました。高齢、透析、重症心不全、どんな症例でも対応させていただきます。

正確な内科診断、適切な時期に外科へバトンタッチ、麻酔・集中治療を含めた綿密な手術期管理、これらの総合医療センターならではのサポート体制が手術を支えてくれます。低侵襲とクオリティーの両立を目指しています。

大阪市立総合医療センター

副院長・循環器センター部長

心臓血管外科部長 柴田 利彦

特集：弁膜症，循環器内科編

ポケット心エコー図検査を用いた大動脈弁狭窄症の新しいスクリーニング法

循環器内科副部長 阿部幸雄

大動脈弁狭窄症(AS)のほとんどは、駆出性収縮期雑音(ESM)の聴取を契機に発見された後、心エコー図検査によって確定診断されます。しかし、ESMは50歳以上のおよそ50%の患者で聴取されます(通称:fifty-fifty murmur)。そして、それらの患者すべてが有意なASを有しているわけではありません。したがって、ESMを聴取する大勢の患者の全てに心エコー図検査を依頼または施行するのはとても非効率ですし、現実的には難しいことだと思います。古典的には、有意なASを示唆する他の身体所見(II音の減弱や頸動脈拍動の遅脈など)の診察によってスクリーニングがされてきました。身体所見の診察は非常に重要です。しかし、熟達するのが難しいのもまた事実です。さて最近、心エコー図検査機の小型化が進み、スマートフォンと見間違えるようなポケットサイズのものも登場しました(巻頭頁写真左下)。そこで我々は、ESMを聴取する患者で大動脈弁の開放制限を簡単に評価し、ASをスクリーニングする方法を考えました。

短軸像において大動脈弁の三尖それぞれの開放が

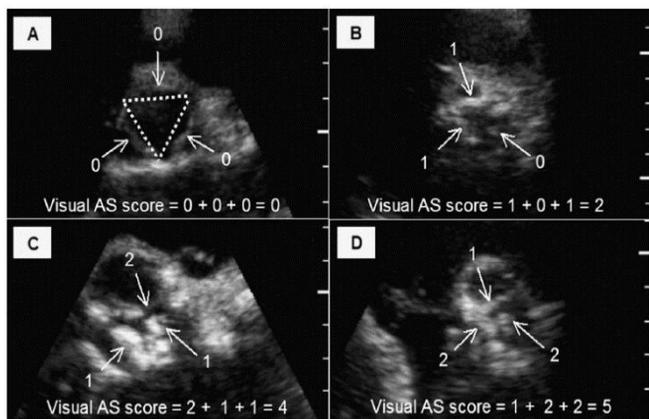
交連部を結んだラインより外側に開放する場合:開放制限なし=0

同ラインより外側に開放しない部分がある場合:軽度の開放制限あり=1点

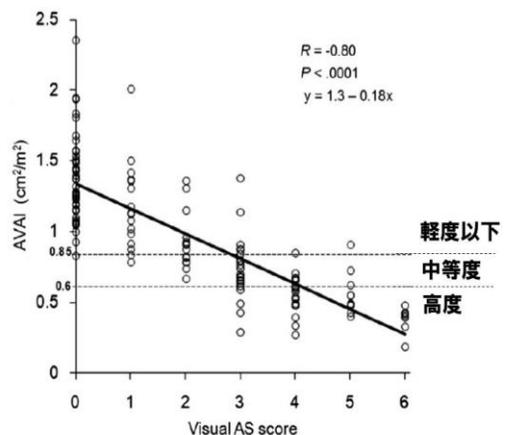
弁尖の動きがないか僅かな場合:高度の開放制限あり=2点

そして、これら0-2点の三尖の合計0-6点(7段階)をvisual AS scoreと定義いたしました(左下図)。

ESMを聴取する患者において、ポケット心エコー図機で診断したvisual AS scoreはASの重症度とよく相関し、4点以上で高度ASを、3点以上で中等度ASを、それぞれ高い感度・特異度で診断できました(右下図)。2点以下では一例の高度ASも含んでおりませんでした。ですので、3点以上で精密な心エコー図検査に進めばよいのではないかと考えまし。このスコアは精密な心エコー図検査を施行している際においても、ASの定量評価を行わなければいけないかどうかの判断にも用いることができる有用なものだと考えています。是非皆様にも使っていただきたいと思っています。



Visual AS score



Visual AS score vs. aortic valve area index

Abe Y, Ito M, Naruko T, Yoshikawa J et al. J Am Soc Echocardiogr 2013;26:589-6.

循環器内科外来担当医のご案内

	月	火	水	木	金
午前	阿部	小松	交代制	柚木	成子
午後	阿部	小松	中川	柚木	成子
	中川(ペースメーカー)		田中		

地域初診外来

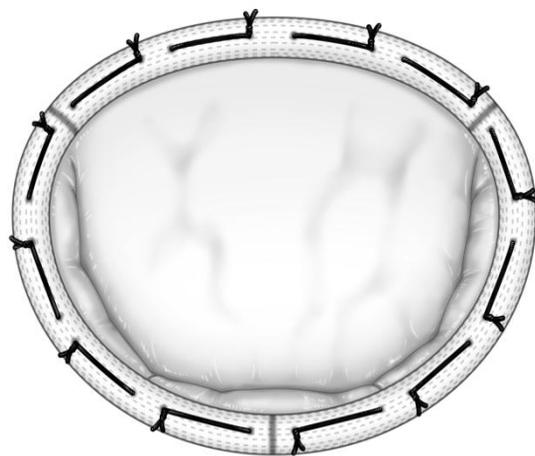
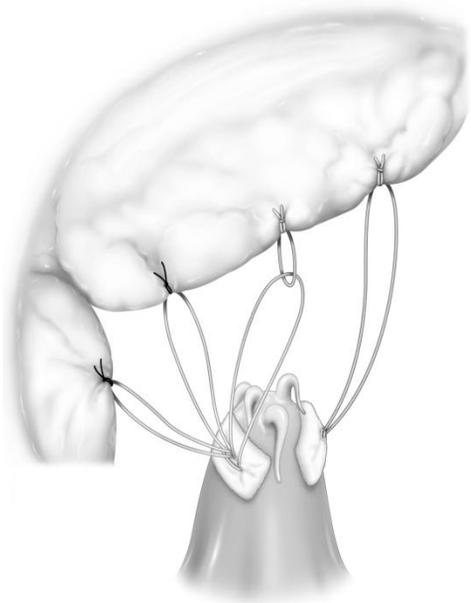
	月	火	水	木	金
午前	成子			成子	阿部
午後			占野(不整脈)		

特集：弁膜症，心臓血管外科編

当院で行っている僧帽弁形成術

心臓血管外科 高橋洋介

僧帽弁逆流に対し、弁の硬化を伴った場合以外には、弁の修理(弁形成術)が基本的に可能です。弁の一部が逸脱し、逆流が起きる病態に対する手術は何年も前にすでに確立されております。病変部分を切り取る方法と、ゴアテックス系の人工腱索を付ける方法があります。弁尖を切除する方法では、弁尖の可動性を犠牲にしてしまうことがあります。そこで当院では、弁尖を切除することなくループ法と呼ばれる方法で人工腱索を縫着する僧帽弁形成術を施行しています(左下図)。さらに、僧帽弁逆流症では弁輪が拡大していることが多く、弁輪部の補強のために人工弁輪(リング)を縫着します(右下図)。当院では従来形成が困難とされた広範囲両尖逸脱例に対してもループ法で手術が可能で、弁形成成功率は95%と良好です。僧帽弁が硬く狭くなる僧帽弁狭窄症の場合には人工弁を用いた弁置換が基本術式になりますが、最近では肥厚弁尖を削り取るといった方法で形成術も可能であり、積極的に行うようにしております。さらに関西では他の施設に先駆けて、数センチの皮膚切開で内視鏡補助下に行う小開胸手術(MICS)で僧帽弁形成術を行っており、良好な結果が得られております。MICS僧帽弁手術では、右の乳房の下辺りの皮膚を7-8cm程切開するだけで手術が可能です。術後、特に女性の場合には創が正面から見えず、患者さんには非常に喜ばれております。



心臓血管外科外来担当医のご案内

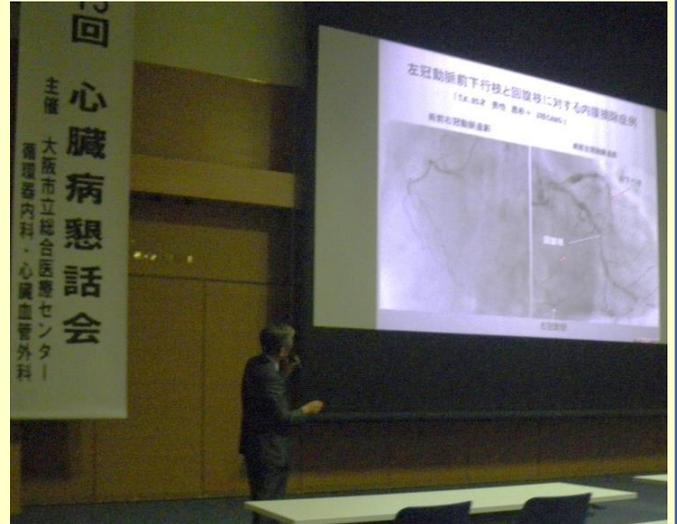
	月	火	水	木	金
午前	交代制	柴田	高橋	加藤	元木
午後	交代制	柴田	高橋(1・3週)	加藤	元木

今号の循環器センター日記

9月22日から24日まで、熊本市で開催された日本心臓病学会学術集会に参加してまいりました(写真右上)。大阪市立総合医療センター循環器センターでは、臨床に、教育、研究を加えたこれら3つがバランス良く揃うことを目標にしています。今回は、動脈硬化に関するバイオマーカーについての研究や心不全に関する心エコー図検査についての研究、心房細動に伴う僧帽弁逆流に対する手術についての研究、いずれも臨床研究を発表してまいりました。

10月19日土曜日の午後にさくらホールにおいて、第15回心臓病懇話会を開催いたしました。今回は循環器内科、心臓血管外科創立20周年を記念して特別プログラムを用意しました。まず循環器内科・初代部長(現市立柏原病院名誉顧問)の土師一夫先生に“循環器内科の設立と展開を振り返って”というタイトルで講演していただきました(写真左下)。次に心臓血管外科・初代部長である清水幸宏先生に“びまん性冠動脈病変に対する冠動脈バイパス術の挑戦”というタイトルで講演していただきました(写真右下)。最後に、循環器内科・成子部長と心臓血管外科・柴田部長から、両科の現況をお伝えいたしました。

成子部長が申し上げたとおり、間口は広く、敷居は低く、どのような心血管疾患に対してもレベルの高い医療を提供できるように、なお一層努力し、近隣の患者さん、先生方から更なる信頼を得たいと思っております。お忙しい中、会にお越しいただいた先生方に感謝いたします。また、今回お越しになれなかった先生方にも来年の本会へのご参加を心よりお待ちしております。申し上げます。



当院循環器内科は、近隣の先生方からの循環器救急疾患をさらに迅速に受けられることができるように、循環器内科直通電話(ハートライン)を設置しました。

ハートライン(循環器内科直通電話)

06-7662-7979

その他の場合は御面倒ですが、06-6929-1221(代表)から呼び出して下さい。