

HEART NEWS

Vol. 15

大阪市立総合医療センター循環器センター



第24回日本心血管インターベンション治療学会“CVIT 2015”が福岡で7月末に開催されました。当センターからも複数名が参加してきましたが、まず驚いたのは主会場がヤフオクドーム内だったことです。種々の催しもあり、なかなか楽しく勉強することができました。



ハートニュース Vol. 15 巻頭言

今年もうだるような暑い夏が続いています。皆さまお元気でお過ごしでしょうか？

当院は、2013年4月からハートライン（循環器センター直通電話）を設置し、当院の救命救急センターの協力の下で地域医療機関からの循環器救急疾患を迅速に受け入れる体制の整備に努めてきました。今回は、救命救急センターの心停止後症候群（Post Cardiac Arrest Syndrome）の治療への取り組みと、心臓血管外科での大動脈瘤破裂に対してのステントグラフト内挿術について報告します。

今後も、救命救急センターの協力の下で、循環器内科、心臓血管外科一丸となって循環器救急疾患に迅速・確実に応えられるよう取り組んで参りますので、どうぞよろしくお願ひします。

大阪市立総合医療センター 循環器センター部長

循環器内科部長 成子 隆彦

心停止後症候群(Post Cardiac Arrest Syndrome)に対する取り組み



救命救急センター 副部長
有元秀樹

当院救命救急センターは24時間365日、乳児から成人まで重症患者の受け入れを行っています。複数の患者を収容可能な専用の救急処置室や集中治療室を備え、関係各科と連携しながら、患者の社会復帰に向けた急性期治療に取り組んでいます。心停止に対する蘇生治療は心臓は動いたものの脳機能が回復しない場合も経験します。そのため心臓のみならず良好な脳機能を得ることが目的であり、その中心となる概念が「救命の連鎖」と呼ばれています。すなわち、適切な予防、適切な蘇生(BLSおよびALS)、適切な蘇生後管理が行われることが良好な機能予後に繋がります。

心拍再開後に意識・循環機能が低下している状態は心停止後症候群と呼ばれ、循環および脳神経の治療を行わなくてはなりません。当施設では2007年より低体温療法を導入しており(図1)、治療適応を満たした76例のうち良好な機能予後例は53例(69.7%)と、良好な成績を取っております。また、難治性心室細動の症例に対しては、体外循環を用いたE-CPR: Extracorporeal CPRを導入し、前述の低体温療法を併用した治療も積極的に行っております(図2)。

これからも心停止の予防や教育を行っていくとともに、質の高い治療を循環器センターと連携して行っていきます。今後ともよろしく願いいたします。

図1 様々な低体温療法の方法

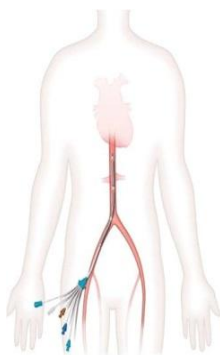
図2 体外循環回路を用いた心肺蘇生:E-CPR



循環補助としてV-AECMO/IABP使用



体表冷却



血液冷却



循環器内科外来担当医のご案内

	月	火	水	木	金
午前	阿部	松村	占野	交代制	成子
午後	阿部	松村	吉山	交代制	成子
	占野(ペースメーカー)		松本(2,4,5週)		

※6月の柚木先生の退職に伴い、木曜日はしばらく交代制とさせていただきます。

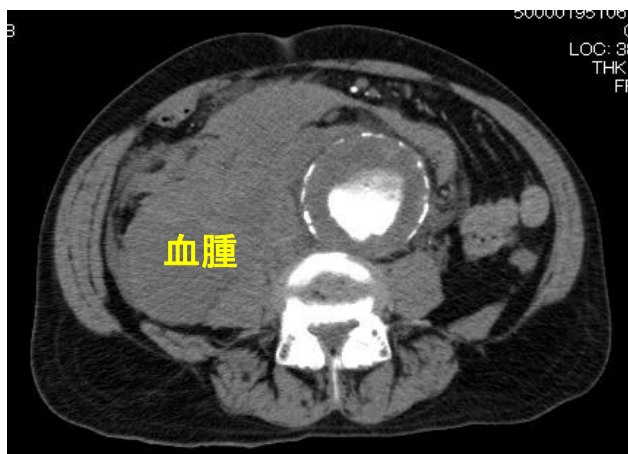
地域初診外来

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

腹部・胸部大動脈瘤破裂に対する緊急ステントグラフト内挿術

心臓血管外科部長 佐々木康之

当院では、昨年4月よりハイブリッド手術室の運用を開始し、腹部・胸部大動脈瘤のステントグラフト内挿術を積極的に行っております。また、腹部・胸部大動脈瘤の破裂症例に対して循環器センター直通電話（ハートライン）等を通じて、受け入れを行っています。以前は大動脈瘤破裂に対しては緊急の開腹あるいは開胸の人工血管置換術を施行しておりましたが、最近では解剖学的に可能であれば、緊急ステントグラフト内挿術を行い良好な結果を得ております。昨年4月のハイブリッド室運用開始より、腹部大動脈瘤破裂の10例に対して、緊急ステントグラフト内挿術を行いました。手術死亡は1例のみで（死亡率10%、通常的人工血管置換であれば死亡率30-50%）、高率に救命が可能な状態になっております。また、救命症例の大半は下記の症例のように、比較的早期に独歩退院が可能でした。腹部・胸部大動脈瘤破裂（疑いでもかまいません）がございましたら、ハートラインあるいは当院の救命救急センターを通じて、当循環器センターに連絡よろしくようお願い申し上げます。



65歳、男性：腹部大動脈瘤破裂



心臓血管外科外来担当医のご案内

	月	火	水	木	金
午前	瀬尾	佐々木	高橋	佐々木	尾藤
午後	瀬尾	佐々木	高橋(1,3週)	佐々木	尾藤

診察予約(地域医療連携室)

TEL:06-6929-3643 FAX:06-6929-0886 月曜～金曜 8:45～17:00

今号の循環器日記

パラダイムシフト

パラダイムシフトとは、当然のことと考えられていた認識や思想、価値観などが劇的に変化することを言います。臨床心臓病学の世界においても、今まで治療に用いられてきたことが実は有害である、あるいは、禁忌とされていたことが実は有益である、といったようなパラダイムシフトが度々訪れます。心不全例に禁忌だと思われていたβ遮断薬が今や心不全(正確には左室収縮能低下を伴う心不全)に必須の治療薬となっていることなどはその良い例でしょう。パラダイムシフトは、古い固定概念に対抗する新たな研究論文結果をきっかけとして始まりますが、発表当初はいずれが真実かについて悩んでしまうこととなります。また、結論についてはもう少し待たなければ知ることができません。あるいは結論を探して自ら研究を始めるべきなのかもしれません。

さて今回は、今後心臓病学のパラダイムシフトになり得る最近に発表された論文のひとつを紹介したいと思います。“急性心筋梗塞例における大動脈内バルーンパンピング(IABP)の使用は、心原性ショックの有無にかかわらず死亡率を改善しない”という内容のメタ解析を行った論文です(Ahmad Y, et al. JAMA Intern Med. 2015;175:931-9)。大変ショッキングな内容ですが、IABPは全く要らないと結論づけるのは早計です。本当はIABP betterの例とそうでない例があるはずで、その適切な識別法がまだないのだと思います。結局、救命の可能性を信じて暫く使用し続けるのではないかと思います。識別法を模索する努力も我々には必要だと思います。現時点では、“必ずしもすべての例でIABP betterではない”というところだと思います。さて10年後には、どのように結論づけられているのでしょうか？

循環器内科 阿部幸雄

第17回心臓病懇話会 『大動脈弁疾患の診断と治療』

平成27年10月24日(土) 午後3時 当院さくらホール

心血管疾患の中で、急増している大動脈弁狭窄症を中心に上記のテーマを企画いたしました。
多くの先生方のご参加をお待ちしております。

当院循環器内科、心臓血管外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ようにするため、循環器センター直通電話(ハートライン)を設置しております。

ハートライン(循環器センター直通電話)

06-7662-7979

その他の場合は、御面倒ですが、

06-6929-1221(病院代表)から呼び出して下さい。