

鹿児島医セン

鹿児島医療センター（循環器・脳卒中・がん専門施設）

2010.7 vol.52



循環器科の活動について

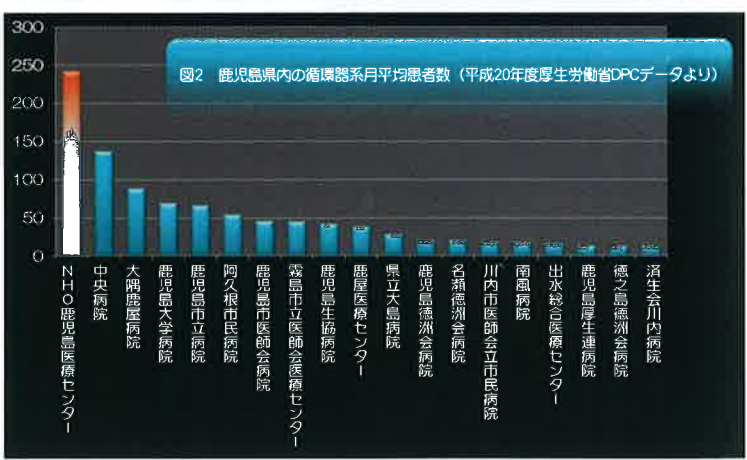
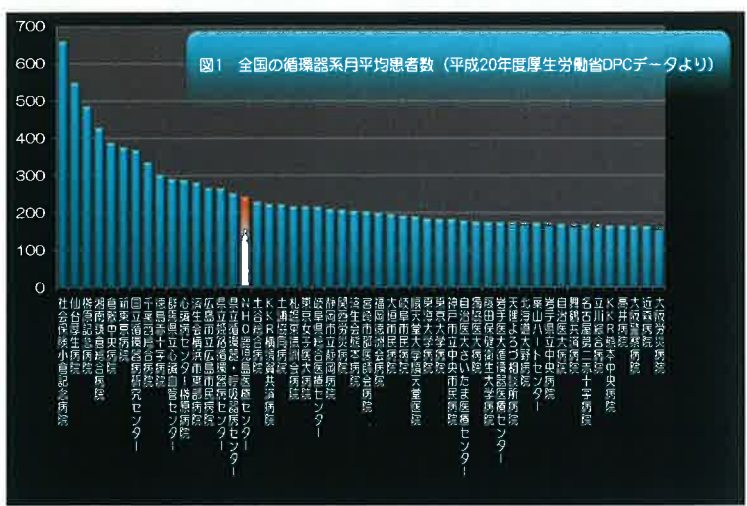


鹿児島医療センターは、これまで長い間に亘り鹿児島県の循環器医療の一端を担って参りました。現在では心エコー検査数約15000例/年、心筋シンチ検査数約2400例/年、心臓カテーテル検査数約1600例/年、PCI実施数約600例/年、心血管手術数350/年などの実績を有し、県内、全国レベルでみる月間入院患者数も相当な数に昇ります。(図1・2)。

先般、南アフリカで行われましたワールドカップは、一人の天才プレーヤーによって勝つ時代はとうに去り、攻撃と守りのできる個々人の育成とチームプレイの両方が重要であることを教えてくれました。それは、病院も全ての職種で総合力で築く形態を目指すべきであるということでもあるでしょう。以下、病院全体のシステムと多少重なりますが、以下循環器医療の中心に当院の課題を述べてみます。

(1)医療技術の推進;これまで当院では冠動脈疾患、大動脈疾患、弁膜症などのインターベンション治療や外科治療などが行われておりますが、最近では不整脈に対するablation治療、大動脈瘤に対するステント留置術、僧帽弁形成術などがすでに始まっており、今後これらの領域の仕事も増えてゆくことが予想されます。さらに、下肢動脈バイパス術領域の外科の開設のほか、理想的には呼吸器科、腎臓内科など循環器医療をサポートする専門科の増設なども必要なことです。とくに腎臓内科はCKDともいわれるように、心臓病とも強い関係のあることより、同じ病院での連携が望まれるところです。

(2)救急医療体制の整備;内科・外科を含めた循環



器医療を掲げる当院の救急医療には、その緊急度という点からも独特なものがあります。精一杯の救急医療を行なっている当院ですが、それでも需要に応えきれていない現状があります。解決策は模索中ですが、循環器内科・外科の専門医が直接救急外来に対応する状態をできるだけ避けるシステムが必要と思います。すぐには無理かもしれませんが、救急部ならびに総合内科を導入し、一次医療の何割かはそこでまず引き受けるクッション体制も一つの方法です。外科2チーム体制の確立、内科と外科が一緒になった循環器病棟なども治療の流れへという点で有用だと思いますし、そのような病院も現実にあります。

(3)画像技術の推進;心血管系画像の検査数は年々増加しています。胸部レントゲン検査、心電図、心エコー、血管エコー、CT、MRI、血管造影画像などを一同に会し、治療方針を検討することはすでに当たり前のことになっています。加えて生化学検査結果なども同一画面に表示されるシステムももうすぐ実現されます。そのシステムの整備は現在準備中ですが、しかし、一方でその画像生産を正確に担う人たちの育成がまだまだ不十分であることが大きな問題です。技師さんの数、その教育年数、研修の機会の保証など、検討課題は一杯です。

(4)全職種の成長と連携;医師がその本来の仕事に集中できるようにすることは日本全体の課題です。そのためには、医師、看護師、技師、薬剤師、栄養士、事務の向上と連携が必要なのは言うまでもありません。さらに、今年から始まりました医療秘書の雇用が実現したのはその一つですが、彼らが病院の流れの中にしっかりと定着するようみんなで努力する必要があります。また、同時に看護師、検査技師の研修のための経済的、時間的サポートを行うことも必須です。心臓リハビリも循環器治療の中にしっかりと位置づけ、さらに発展するよう全体にサポートしてゆく必要があります。

(5)研修医制度;当院からもすでに16人の医師達はその初期研修の2年を終え、次のステップへと旅立っていますが、今後は初期研修に加え、後期研修医制度のプログラム作成とその実行が必要です。そうすることによって循環器専門医、心臓血管外科専門医の育成が本格的に始まります。

(6)データベースの整備;これだけ多くの循環器の患者さんを診ている当院ですが、そのデータベース化はまだ不十分です。城ヶ崎先生率いる臨床研究部の、あるいは小児科吉永先生のサポートを十分に享受しつつ、患者さんからの幾層にもわたる情報を数値化し、それを我々のアイデアでメッセージに変え、学会やジャーナル、ならびに市内、県内の医師・医療関係者、さらには市民に発信してゆくことが望まれます。

(7)市民公開講座の開設;すでに当院の脳血管領域の公開講座は開かれておりますが、心臓血管領域の公開講座は開かれておりません。心血管病は身近な疾患であり、メディア情報も多いのですが、それだけにおお疑問も膨らむのだと思います。そのような市民のニーズに対し、当院のスタッフが一体となって応えてゆくことは時代の要請ではないでしょうか。もはや、プロがプロの仕事だけをやっている時代ではありません。野球選手すら子供達に時間を割いているのです。他領域とのリンクは予想もしない何かをもたらすのかもしれない。

鹿児島医療センターは多くの患者さんの医療を長い間に亘り担ってきました。私から見てその歴史は、言い訳をしない、がちなこの医療を行ってきた病院であると感じています。その当院も、しかし新しい時代を前にさらに脱皮すべき時期を迎えたと思います。循環器科と心血管外科はその先頭に立って、その役割を担って行く必要があると思います。

(文責:統括診療部長 皆越眞一)



研修医
徳留 明夫

臨床研修も2年目に入り、だいぶ慣れてきたのかなと思う今日この頃ですが、今日も失敗の連続でした。1、2か月ごとに新しい科に回り、仕事の流れがわかるまで1週間はかかり、スタッフとの関係づくり、物の場所の把握など、いろんなことを覚えるのに必死で、自分で考え始められるようになるには、個人差もありますが2か月以上はかかるのではないかと考えています。また、

研修医奮闘記

ようやく慣れてきて楽しかったところに、次のところへ移らなければならない。そのたびごとにいろんな新しいことを覚えられるから、少しずつでも成長を感じられるし、確かに楽しいし、まだまだ出来ないことだらけだけれども、やりがいを感じています。けれども、毎回、あたらしい環境に身をさらさなければならないのは、とてもハードで、大きなエネルギーが必要だと感じています。それでも、乗り越えていけているのは、この病院のスタッフのとても温かい声かけだと思っています。

院内心停止発見時の心拍リズム

米国では2000年から院内心停止のデータを収集するためにThe National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation(NRCPR)という大規模な登録がなされていますが、我が国における院内心停止の実態は不明です。

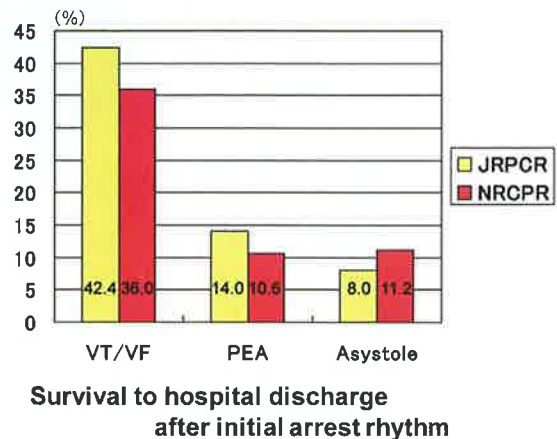
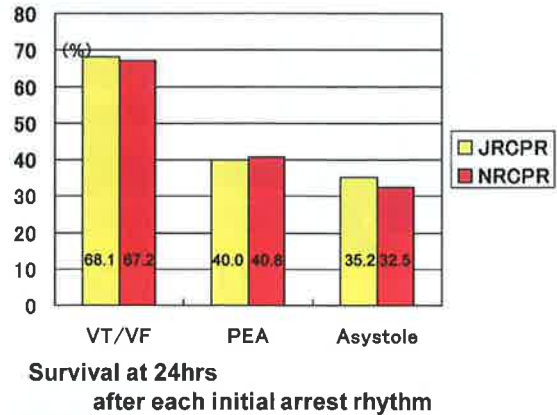
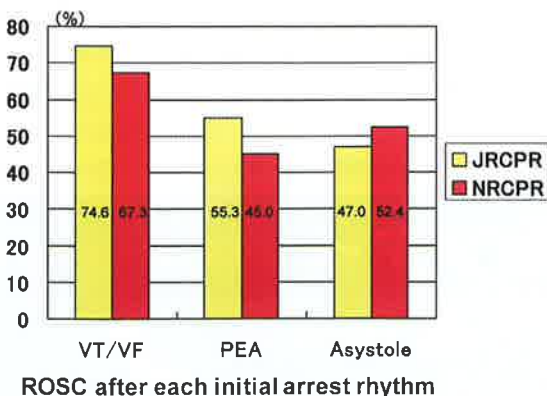
日本の現状を把握するためには、院内心停止の情報を正確に収集・解析することが重要です。我々は2006年から院内ウツタイン様式に準じた記録様式を検討し、将来の大規模臨床研究に備え、それを構築するための院内救急と情報収集の体制を構築してきました。2007年より医療安全係長に介入して頂き、院内の急変患者の全例登録を目指しました。2008年11月から2009年3月に2回、各病棟、各部門別に急変時の対応のBLSを8回開催し、統一した救急処置ができるようになりました。

2008年1月から院内心停止の多施設共同前向き登録調査(Japanese Registry of Cardio Pulmonary Resuscitation; J-RCPR)をNRCPRの基準に準じ、全国11施設で開始しました。我々はJ-RCPRで発見時の心拍リズム別の予後を検討し、「ROSC率、24時間生存率、生存退院率はいずれもVT/VFで高い」と第74回日本循環器学会総会で報告しました(田中秀樹先生が発表)。

VTやVFでは急性期予後が良好

心停止発見時の心拍リズムはおもにVT(心室頻拍)、VF(心室細動)、PEA(無脈性電気活動)、心静止(asyotole)と4パターンがあります。NRCPRなどによると、院内における心停止発見時の心拍リズム間での生存退院率は、PEAや心静止に比べて電気(DC)ショックが有効なVTやVF症例のほうが高いと報告されています。

そこで、2008年のJ-RCPR登録251例を対象に、院内心停止発見時の心拍リズム別の予後を明らかにするために、患者背景、基礎疾患、心停止発生イベント、急性期予後を検討しました。



我々の結果もNRCPRと同じパターンを示していることが分かります(図)。

心停止発見時の初期心電図調律はVT 12%、VF 16%、PEA 40%、心静止 31%でした。手術室や心臓カテーテル検査室(カテラボ)を含む集中治療室(ICU)での発見はVT(39%)とVF(46%)が多く、一般病棟での発見はPEA(57%)と心静止(72%)が多く認められました。基礎疾患(入院時診断)が急性冠症候群(ACS)の場合は、心停止発見時の心拍リズムはVT/VFが多く、呼吸器疾患の場合はPEA/心静止が多く認められました。心肺蘇生時間は、PEAが平均41.0±48.7分、心静止が38.7±32.8分とVT/VFに比較してより長く要しました。急性期予後は、ROSC率、24時間生存率、生存退院率はVTとVFはPEAや心静止に比べて高率でした。

生存退院率に関する因子に関する多変量解析の結果、独立した因子に手術室やカテラボを含むICUでのイベント発生、基礎疾患が不整脈疾患やACS、心停止発見時の心拍リズムがVT/VF、DCショックの使用が挙げられました。

今後も当院の院内救急体制とその構築に努め、引き続き心停止に関しての検討を進めていきたいと考えています。

(文責：循環器科医長 園田正浩)

新 任 紹 介



脳血管内科
医師

もりやま ひろとう
森山 宏遠

平成22年6月より勤務させて頂くことになりました脳血管内科の森山です。まだ病院のシステムに慣れていないためご迷惑をお掛けするかもしれませんが、脳卒中診療を頑張っていきたいと思っておりますので、宜しくお願い致します。



心臓血管外科
医師

まつば ともゆき
松葉 智之

平成22年5月から勤務させて頂いております。不慣れな点も多く色々とお迷惑をおかけしているかと思いますが、今後ともよろしくお祈りいたします。



第二循環器科
レジデント

さい えいこう
蔡 栄鴻

鹿児島大学病院での卒後臨床研修後、第2内科に入局し、平成22年4月から今回レジデントとして勤務させて頂くことになりました。患者様と真剣に向き合い、多くのことを学んで少しでも成長できればと思っております。不慣れなことも多く、御迷惑をおかけすることも多々あると思っておりますが、御指導・御鞭撻の程よろしくお祈り致します。



泌尿器科
レジデント

すぎた さとし
杉田 智

平成22年4月1日から勤務させて頂いております泌尿器科の杉田智と申します。まだ勉強が足りず、皆様にご迷惑を掛けることもあるかと思っておりますが、少しでも患者様の為になるよう頑張ろうと思っております。ご指導の程、宜しくお願い致します。



麻酔科
レジデント

よしかわ くみこ
吉河 久美子

平成22年6月から勤務させて頂くこととなりました。2年間の卒後臨床研修を終え、4月から麻酔科医として、また新しい気持ちで日々勉強に励んでおります。医師としてまだまだ未熟なので皆様にご迷惑をおかけすることも多いかと思っておりますが、ご指導・ご鞭撻の程よろしくお祈りいたします。



今年の梅雨はいつになく大雨が続きますが、はたして今月号がお手元に届く頃には梅雨明けを迎えているでしょうか。
6月には梅雨のない北の大地、北海道の札幌で開催された第12回医療マネジメント学会に参加してきました。鹿児島では梅雨入りしていましたが、写真の通りかなり天候にも恵まれて有意義な時間を過ご

編 集 後 記

せました。学会では他の病院・職種の方々がどのような課題をもって業務に取り組み、改善し、新たな課題が生まれたかを聞き、大変刺激を受けました。今後の連携室の活動や広報紙への取り組みに生かしていきたいと思っております。

(担当:井上)

お知らせ

前号(鹿児島医セ中 vol.51)に誤りがありましたのでお知らせ致します。
2ページ診療ひとくちメモの写真1と写真2が入れ替わっていました。訂正してお詫び致します、申し訳ございませんでした。

■お問い合わせ先

独立行政法人
国立病院機構

鹿児島医療センター (循環器・脳卒中・がん専門施設)

〒892-0853 鹿児島市城山町8番1号 (代)TEL 099 (223) 1151 FAX 099 (226) 9246

<http://www.kagomc.jp>

脳卒中ホットライン ▶ **090 (3327) 5765**

【地域医療連携室】濱田・今泉・井上・西・森・中島・吉留・木ノ脇・水元・酒井

直接電話▶099(223)4425 フリーダイヤルFAX専用▶0120(334)476

※休日・時間外は当直者で対応します。

