



心房細動に対する カテーテルアブレーション治療

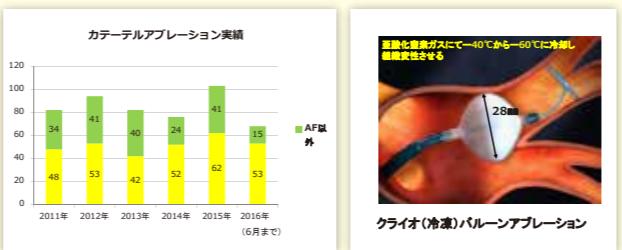
循環器内科副部長 井上 義明

心房細動は最もよく見かける不整脈であり、日本全国ではその患者数は70万人から80万人と言われています。心房細動は単に脈がバラバラになる不整脈というのみならず、脳梗塞、心不全の原因となる不整脈であり、その治療管理は重要となってきています。心房細動に対する治療としては血栓塞栓症予防としての抗凝固療法、心房細動による頻脈状態をコントロールする心拍数コントロールなどがありますが、根治的な治療、すなわち心房細動が生じず通常の脈（洞調律）を維持できるようにする治療としてカテーテルアブレーション治療があります。心房細動に対するカテーテルアブレーション治療は当院でも2007年度より行っており、その症例数は徐々に増えおり、現在では年間の全アブレーション件数の約65%が心房細動関連となっています。しかしながら、アブレーション治療に手間がかかること、また心房細動の再発も40-50%程度があり、複数回のカテーテルアブレーション治療を要することもあります。このたび、心房細動に対する新しいアブレーション治療法を当院にて導入しましたので紹介します。今までにはカテーテルの先端から高周波電流を流し心筋を焼灼していましたが焼灼できる範囲が約5mm程度であり、心房細動の治療を行うにも約100か所の焼灼巣を要していました。

このたび新たにクライオ（冷凍）バルーンアブレ

ーションを導入しました。直径3cmほどのバルーンのついたカテーテルに冷凍ガス（亜酸化窒素ガス）を入れ-50°Cほどに冷却し焼灼巣を作成する方法です。この方法の利点としては、施術時間が短く、再発率が少ないということです。従来の高周波アブレーションでは心房細動の治療に4時間程度はかかっていましたが、クライオバルーンアブレーションでは多くの症例で3時間以内に終了します。また今まででは再発率も発作性心房細動においても40%程度はありましたが、クライオバルーンアブレーションでは20%程度に抑えられることが期待されています。注意することとしては、クライオアブレーションの適応は発作性心房細動に限られていることです。1週間以上持続し、停止が得られない持続性心房細動はクライオバルーンアブレーションの適応とはならず、従来の高周波アブレーションの適応となります。

心房細動に対するアブレーション治療で大切なことは、発作性心房細動のうちにアブレーション治療を検討することです。さらに進んだ状態である持続性心房細動になった場合には再発率が増えてしまうこと、またクライオアブレーションの適応から外れます。心房細動を認めた場合には早めの治療が重要となります。



行事案内

地域連携交流会

8月18日(木)

第8回サイエンス漢方処方研修会

9月9日(金)

病院まつり

9月24日(土)

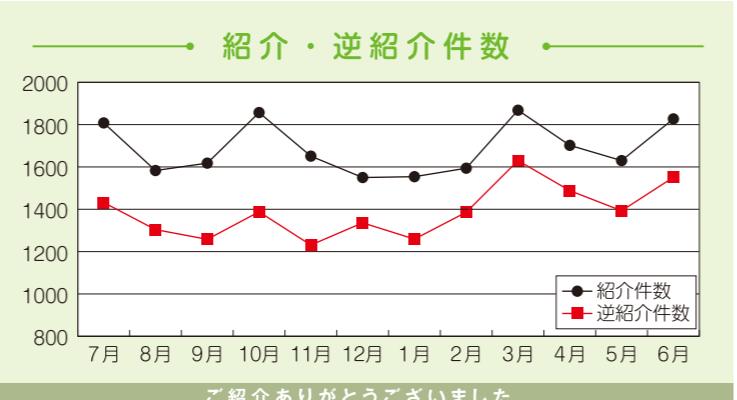
第1回安来圏域 スキルアップセミナー

10月13日(木)

第3回雲南圏域 スキルアップセミナー

12月1日(木)

是非、
ご参加下さい。



松江赤十字病院 地域医療連携課

〒690-8506 松江市母衣町200番地
TEL 0852-32-7813 FAX 0852-27-9261

集中治療科



部長
濱田 孝光

当院の集中治療室は昭和61年に開設され、心臓血管外科、消化器外科、呼吸器外科の術後管理を主として発展してきました。一方で、近年の集中治療医学の発達とともに、外科術後患者だけでなく、内科系の重症患者を受け入れる需要も増え、平成21年に院内措置として橋本圭司部

長の下、集中治療科が新設されました。また、平成22年3月の新築移転にともない、ICU・CCUとして13床に増床し運用しています。集中治療科開設時は、橋本部長と私の2人体制でしたが、平成23年1月からは麻酔科の協力により医師3名(集中治療専門医2名)の診療体制で、各科医師と連携して集学的治療にあたっています。橋本部長の医療技術部への移動にともない、本年3月から私が集中治療科部長を務めさせていただいております。紙面をお借りして、改めてご挨拶申し上げます。

平成26年度のICU・CCU入室患者は813名で、緊急入室患者が532名(65.4%)であり予定術後患者だけでなく、内科外科を問わず重症の緊急患者を多数受け入れています。救急救命センターからの直入も多く、特に救急医が不在となって以降は、三次救急患者の初療から関わらせていただく場面も増えてきています。対象疾患は、術後患者以外では重症敗血症、重症肺炎、ARDS、多発外傷、重症痙攣、重症膀胱炎、重症熱傷が多いようです。最近では、他院で重症化した患者の受け入れも行っています。

当科は、開設当初より「…first do no harm (何よりも害を成さなけれ)」の精神のもと、世界標準の集中治療を行うことを目指しております。地域医療の中で、重症化した患者を出来るだけ早く受け入れ、また地域に戻っていただくよう適切かつ最善の医療を提供できるよう努めたいと思います。

今後とも御指導、御鞭撻を賜りますよう、どうぞよろしくお願いいたします。

第二麻酔科



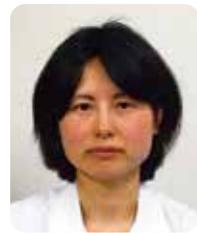
部長
坂口 泰子

3月から第二麻酔科に赴任いたしました。よろしくお願ひいたします。私は、松江北高校を経て島根医科大学を卒業しました。その後、島根医科大学の麻酔科学教室に入局して麻酔科医を標榜しております。高校を卒業する時、担任の先生から「医師となったらぜひ島根県に残っ

て貢献するように」と言われましたが、入局時の私の希望は「他県で仕事をする」でした。学生のときの麻酔科医局の説明会では沖縄県や北海道にも関連病院があると聞き、日本の端と端の住人となって仕事をする夢を抱いたものです。実際は私にその順番が回ってくる直前にそれらの関連病院の道はなくなってしまいました。それでも夢は一叶いまして、広島県や鳥取県の病院に赴任することができました。そんなに他県で働きたいなら他県の大学に入局すればよかったのではないかと思われると思います。ですが、私は島根医大の特徴的な硬膜外麻酔を併用する「島根医大式麻酔」を学びたかったのです。あれから約20年、手術の麻酔は大きく変化しました。静脈麻酔薬や麻薬の種類が豊富になり、硬膜外麻酔が出来ないときにも他の手段で質の高い鎮痛を提供できるようになり、気管挿管をしなくても気道を確保できる声門上器具が発売され、エコーガイド下で血管穿刺や末梢神経ブロックを行い、経食道エコーで術中の心臓を3Dで描出し、麻酔深度を数値化し、血行動態を低侵襲でモニタリングできるようになりました。私自身も麻酔科医としての考え方も変わりましたが、島根大学麻酔科医局に入局できたことは今でも良かったと思っています。おかげさまで、地元の病院に赴任し麻酔科医として地域に貢献できるようになったと思っております。



皮膚科



部長
和久本 圭子

平成28年4月1日付けで鳥取大学医学部附属病院皮膚科より当院に赴任いたしました、和久本圭子と申します。当院皮膚科は平成18年9月より約10年間ほど、常勤医が不在でした。平成18年8月までは鳥取大学皮膚科より常勤医を派遣しておりましたが、それ以降は島根大学医学部附属病院皮膚科より非常勤医師が派遣され、週3回外来診療を中心に皮膚科診療に当たってきました。この度、島根大学皮膚科に変わり、鳥取大学皮膚科より常勤医を派遣することになりました。

皮膚科は、接触皮膚炎・虫刺症・蕁麻疹...といった誰もがかかる皮膚疾患が多く、需要が高いように思います。また総合病院であれば、薬疹、膠原病、血行障害、糖尿病や肝腎疾患に随伴する皮膚症状など、他科との連携が不可欠な疾患も数多く診察しております。また、皮膚科特有の貼付試験や皮膚組織検査や、皮膚良性悪性腫瘍摘出術も積極的に行ってます。しかしながら、常勤医が一人でマンパワーの問題から、難治性や重症患者は鳥取・島根大学皮膚科での精査、入院・外来治療を依頼しています。将来的には、生物学的製剤の使用可能な施設にしたいと思っています（現在、日本皮膚科学会に申請中です）が、現在、尋常性乾癬で生物学的製剤の使用が必要な患者も大学病院での導入を依頼しております。

松江市は近隣の出雲市、米子市と比較して、人口が3~5万人多いにも関わらず、皮膚科専門医は両市の半分程度しかおりません。それ故に、諸先生方にも皮膚疾患有する患者を数多く診察して頂いていることと推測します。常勤医になったとはいえ、当科では初診患者は院外院内紹介患者に限定しており、まだまだ先生方にはご迷惑をおかけしています。皮膚科領域でお困りの患者さんがおられましたら、ご相談いただければ幸いです。どうぞ今後ともよろしくお願ひ申し上げます。



新任医師紹介

●平成28年7月1日付

第一外科副部長

杉本 真一 [すぎもと しんいち]

『島根県立中央病院から参りました。常に患者さんが満足して頂けるよう最善の治療に取り組んでいきたいと思っています。』

第一麻酔科

部長
内田 博

【病院の麻酔科という横糸】患者の診療は初めから終わりまで各科の主治医が中心です。織物に例えると主治医は縦糸です。一方、麻酔科は横糸です。横糸が一本の縦糸と交わるのは一点ですが、手術という重要な点で多くの縦糸と絡み、患者さんの治療、さらには病院という大きな織物に寄与しています。麻酔科医はそれぞれです。手術医療、救急医療、集中治療、緩和医療などの分野を得意とする人がいます。それが得意な横糸機能を発揮した結果です。

【病院の別の横糸】病院には多くの横断的な業務（横糸）があります。検査部門、薬剤部門、放射線部門、さらには医療安全、感染対策、栄養管理などがそうでしょう。前任地では研修医の担当を命じられ、手探りで院内の臨床研修の仕組みを作りました。麻酔科で横糸の役割に慣れていたので、横糸・縦糸の協力が得られた結果です。県知事表彰も受け、臨床研修プログラム責任者としてやり尽くしました。

松江赤十字病院は研修医に人気があり、研修医がフルマッチし、すでに立派な織物が完成しています。私は麻酔科の研修医の教育に集中できます。臨床研修指導医講習会の仕事はしばらく続けますので、皆様のご参加をお待ちしています。（日本医師会のホームページ、生涯教育、ワークショップの項をご参照下さい。）

【さらにもう一つの糸】私の本務は麻酔です。当院、当地域の手術医療が安全に実施できるように下支えすることです。将来に渡り継続的な麻酔の供給が求められています。皆様のご援助を得ることと若手を育てることが鍵です。そう考えると、もう一つの糸は、時間軸を加味した業務継続という糸かもしれません。末永くご指導・ご鞭撻のほど宜しくお願い申し上げます。

退職

病院付部長 小川 肇

(平成28年6月30日)

アンケートお礼

多数の医療機関よりアンケートの回答をいただきました。
ご協力ありがとうございました。

熊本地震災害派遣

循環器内科副部長
石井 裕繁

このたび、熊本地震に際し松江赤十字病院DMATとして出動しましたので今回の活動の概要と感じた事を簡単に述べたいと思います。

4月14日発生した地震では大きな被害確認されず一安心していた矢先の4月16日未明震度6強の本震が発生し、同午前4時21分DMAT派遣要請が発令されました。ただちに出動検討を開始し、院長より出動の了解を得ました。今回7人でチームを編成し、午前7時30分当院出発、午後6時30分頃DMAT参集拠点の熊本赤十字病院に到着しました。当チームは日赤救護班とのリエゾンの指示を受け、日赤救護班本部のミーティングに参加、情報収集活動を深夜まで行いました。一息つくとひっきりなしの余震があることに気付き、また日赤病院自体も壁や天井が一部壊れており被災地に入った事を実感しました。

2日目午前は芦北町の救護所スクリーニング、午後は宇土地区の救護所スクリーニングを指示されました。芦北町では被害が少なく特に医療ニーズなく、宇土地区では現地医師会による避難所巡回が先行されており、この日のDMATとしてのチーム活動は情報収集と医師会医師とのカンファレンス参加のみで終わりました。3日目以降も救護

私たち、松江赤十字救護班は、避難所に隣接された救護所で22時から翌朝6時までの夜間活動でした。創処置や車中泊によるエコノミー症候群、あるいは、おさまることのない余震への不安から眠れない被災者の対応をさせて頂きました。また救護所での活動が落ち着けば、夜間の体育館を巡回し、避難所生活における感染や安全に対する対策など、他施設の救護班や施設管理者と意見交換の場を持ちました。今後長期化していく避難生活において、被災者が、どうすれば安全に、そして安心して過ごすことが出来るのか、周囲との情報交換は重要な活動のひとつでした。救護所をアピールするポスターの掲示、感染に関しては予防策をアドバイスし、また避難所の中にどういう人が避難されているか、個人情報を知る為の仕組み作りや環境調整に取り組みました。

私たちが行う災害活動には出来ることに限界があります。ひとつの救護班で山渉みの問題が解決するわけではなく、他施設あるいは行政等さまざまな方との情報共有がなくてはなりません。一人一人の生活を考える上で、日々、地域との連携に取り組む看護業務と重なるところがあり、改めて、次に繋げる『連携』の重要性を感じる機会となりました。

地震発生から2日経った4月18日から21日の4日間、救護班1班で災害活動に派遣されました。車を8時間以上走らせ、日本赤十字社熊本県支部へ到着。北は石巻赤十字から南は沖縄赤十字と、全国からあらゆる施設が集結し、疲弊した中でも目的は同様、活気ある現場の様子がありました。

避難所である益城町体育馆には、幼い子供から介助を必要とする高齢者、一人暮らしの方から家族と共に過ごされている方と様々で1000名以上が避難されていました。また体育馆以外にも300名以外の車中泊の被災者がおられ厳しい現実を目の当たりにしました。体育馆の中では、様々な被災者が区分けすることなく生活し、その中にいる多数のペットや土足での生活にゴミが散乱した環境は、不衛生そのものでした。また、あらゆる物資が煩雑に置かれている状況に加え、介助が必要な被災者がいる2階での生活は危険と隣り合わせの状況がありました。