

循環器・呼吸器病センターだより 第50号

新春の候、皆様方におかれましては、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。病院長に就任以来9ヶ月ほど経ちましたが、皆様方のお力添えにより、病院運営を着実に進めることができました。

本年も、御指導、御鞭撻の程よろしく申し上げます。【病院長 城下博夫】



埼玉県のマスコット コバトン

退院支援・調整リンクナースの活躍！！

今年度より、「外来患者の在宅支援、入院患者の円滑な退院支援を目指し、外来と病棟間の連携による継続的看護ケアを提供できるための体制を整え、退院支援・調整の充実を図る。」ことを目的とし、看護部では地域連携（退院支援・調整リンクナース）委員会を立ち上げました。各病棟よりリンクナースを選出し、病棟内で活躍しながら月1回の委員会活動をしています。

主な活動として、それぞれの病棟で実施している退院支援の基準となる、退院支援・調整に関するマニュアルを作成しました。その中でスクリーニングシートも全病棟で使用できる内容を検討し、支援が必要な方を見逃さないよう、すべての入院患者を対象として施行を開始したところです。また、継続看護として今までも病棟から外来、外来から病棟への連携を図ってきましたが、委員会の中で依頼件数や他の病棟からどのような内容が外来に依頼されているか、外来ではどのような関わりをもっているかなどの情報交換を行っています。更に毎月、退院支援・調整を行った事例の検討会を実施しています。病棟や疾患、患者・家族背景により退院調整の内容は様々であり、すべてが違ったものですが、意見交換をすることで情報を共有し、今後の自部署での調整の参考にできていると思います。

このような委員会活動を通し、リンクナースは各病棟内で、退院調整が必要な患者の把握（看護計画が立案されているか、調整の進行状況はどうか）、退院調整に関わる受け持ち看護師への支援、退院（合同）カンファレンスの推進・調整、継続看護依頼患者の把握などに努めています。このようにリンクナースが退院支援に関してスタッフに意識的に関わることにより、各病棟での退院支援に対する意識は今まで以上に高まっていると思います。

来年度は診療報酬、介護報酬が同時改定となります。日本看護協会では「訪問看護を基盤とした小規模多機能型居宅介護」の創設をすすめているといえます。近年の80%以上の方が医療機関で亡くなっている現状と、今以上に高齢者が増加していく近い将来に向け、医療依存度の高い人が最後まで在宅療養生活が継続できるようにとの取り組みです。当センターは急性期病院であり、当センターでの治療が済んだ後の転院や生活の場への退院をスムーズに進めていく必要があります。その中で今後、当センターからも医療依存度の高い患者の在宅退院も多くなる可能性があります。そのような状況に対応できるよう、また何より患者の「家に帰りたい」という希望を支援できるよう、病院内外の連携が更に強化されていくことが期待されています。地域連携（退院支援・調整リンクナース）委員会を通してリンクナースが中心となり、各病棟の退院支援・調整がより充実したものになっていくよう今後も取り組んでいきたいと思っております。

【看護部主査 島村奈々子】

「増え続ける弁膜症 大動脈弁狭窄症について」

～平成23年度 医師会との病診連携会における発表内容から～

大動脈弁狭窄症 (AS: Aortic Stenosis) は近年、高齢化社会と長寿を反映して増加している弁膜症の一つです。30～40年前はリウマチ性の AS が隆盛を極めており、その後の衛生環境の改善から AS はいずれ減少すると考える向きもありましたが、高齢化社会の到来により、現在では動脈硬化性の AS が確実に増加しつつあります。また、心エコーの解像度の改良に伴い先天性の二尖弁の AS 診断症例も増えてきており、当院にて行われる大動脈弁置換術症例はこの2つの原因による AS 症例がほとんどです。AS の診断のきっかけはやはり何といっても問診と聴診ですが、症状は労作時息切れ、胸痛、胸部圧迫感といった心不全症状や狭心症症状が多く、時に AS による心拍出量の低下から失神するケースもあります。また、既往歴に高血圧、高脂血症、糖尿病、喫煙といった生活習慣病を基盤にしているケースが多く、腎不全患者さんに多いことも特徴です。聴診では高調性収縮期雑音を聴取し、健診などによる紹介例も増加しております。

AS が存在していることを確定する手段はほぼ心エコーが担っており、非侵襲的検査であるため、繰り返し評価できることがメリットです。ただ Pit fall もあり、心カテにて重症度を確認する例も少なからず存在するのも事実です。また、心カテは虚血性心疾患の存在診断にはかかせないツールですが、最近では冠動脈CTの発展が目覚ましく、今後心カテに代わり得る可能性も秘めています。治療についての詳細は、日本循環器学会のガイドラインに記載されておりますが、簡単にその考え方をまとめたものを図1に提示します。

まず、重症の AS の存在が心エコーや心カテにて証明されることが前提で、症状があれば AVR:大動脈弁置換術となります。これは AS の自然歴の報告から、重症 AS 患者さんの平均生存期間が狭心症症状出現後 5 年、失神出現後 3 年、心不全症状出現後 2 年という統計が出ているためであり、症状の有無が AVR の決定に大きく関わっていることがわかりただけかと思えます。また、無症状でも心機能低下の兆しや超重症 AS では予後不良という報告がなされているため、例えば症状が無くとも、心エコーにて上記の評価がなされた場合は AVR に踏み切ります。最近の論文によれば手術をしない重症 AS 患者の 1 年生存率は約 50%というショッキングなデータが報告されており、放置すれば極めて予後不良の疾患です。AS は大動脈弁置換術を適切な時期に行えば、予後は良好であり、いかに早く AS を見つけ、いつ、どの時点で大動脈弁置換術を行うかが大切です(図2)。問診や聴診で少しでも先生方に AS 患者さんを拾い上げていただき、ご紹介いただけますようお願い申し上げます。

図1 ASの手術時期の考え方

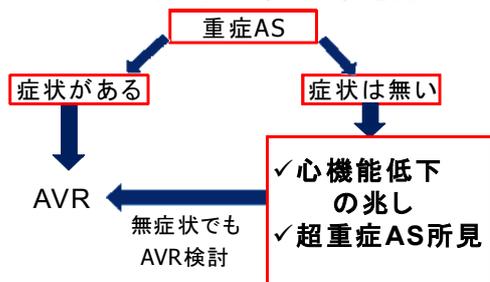
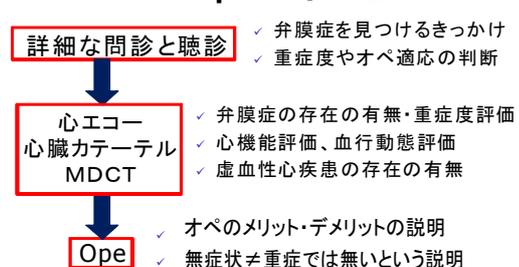


図2 AS患者さんをいかにOpeに導けるか？



【循環器内科 医長 宮本敬史】

「肺がん診療について」

～平成23年度 医師会との病診連携会における発表内容から～

肺癌の死亡数は1998年に悪性腫瘍による死亡数の第1位となり、2008年には約6万7000人と報告され今後も増え続けると予測されています。当院でも肺癌で通院されている患者さんは増加傾向にあり、2010年度に新規に診断した方は約220名でした。

今回は、肺癌診療についてお話し致します。

検診異常や血痰・胸痛などの自覚症状で受診し胸部単純X線上異常陰影を認めるとまず胸部CTで評価します。胸部CTで肺癌が疑われた場合、病期診断と病理学的診断を行います。病期診断とは癌のひろがり（ステージ）を評価することで、頭部MRI・骨シンチ、腹部CTなどを行います。病理学的診断とは癌を証明することです。病理学的診断の方法としては気管支鏡下肺生検・CTガイド下肺生検・リンパ節生検や喀痰・胸水・心のう液による細胞診などがあります。最近では、肺野病変に乏しく、縦隔リンパ節が腫大している症例に対しては超音波気管支鏡ガイド下針生検を実施しています。

治療には手術・放射線・化学療法および緩和医療があります。どれを選択するかは組織型・病期・合併症・Performance Statusそして本人・家族の意向を総合的に評価して決定します。

化学療法を施行している1例を提示します。

症 例：80歳女性

主 訴：なし 検診異常

現病歴：高血圧で近医通院中でした。年1回の胸部単純X線を施行したところ左上肺野に異常陰影を認め精査目的に紹介となりました。自覚症状はありませんでした。

喫煙歴：なし

経 過：胸部CT上、左上葉に直径3cmの収束を伴う結節陰影を認め肺癌が疑われました。そのため、病理学的診断のために気管支鏡検査を施行したところ腺癌を検出しました。尚、EGFR遺伝子変異は陽性でした。病期診断のための全身検索では、脳転移を認め、非小細胞肺癌（左上葉原発、腺癌、cT1bN0M1b、StageIV、EGFR遺伝子変異陽性）と診断しました。80歳と高齢の方でしたが、全身状態は良好でした。EGFR遺伝子変異が陽性であったため、イレッサ®の内服を開始しました。現在、12カ月経過しましたが腫瘍は縮小した状態を維持しております。



イレッサ®内服前



イレッサ®内服 12カ月後

本症例で使用しているイレッサ®はEGFR遺伝子変異が陽性の方には効果があることがわかっています。近年、組織型・遺伝子変異の有無によって薬剤の効果が違うことがわかってきたため、診断時には組織型・EGFR遺伝子変異の有無を確認して薬剤の選択に役立っています。

また、新しい制吐剤も発売され以前と比べ抗癌剤投与に伴う副作用が軽減できるようになり、外来でも抗癌剤治療が可能となりました。当院でも2010年度から外来化学療法を開始しています。患者様の希望を聞きながら、できるだけ入院期間を短くし、かつ負担のないような治療を心がけていければと思っております。

【呼吸器内科 医長 鍵山奈保】

外来診療担当医スケジュール

平成24年1月4日現在

診療科	月		火		水		木		金	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
循環器内科	石川 哲也 村上 彰通 宮永 哲	石川 哲也 村上 彰通	宮本 敬史 宮永 哲 鈴木 輝彦 吉田 純	宮本 敬史 宮永 輝彦 鈴木 安明 石丸 幸助 内田 幸助 ペースメーカー	武藤 誠 藤井 拓朗 大木 理次	武藤 誠 藤井 拓朗	柴山 健理 仲野 陽介 宮永 哲 ペースメーカー	柴山 健理 仲野 陽介 ペースメーカー	中田耕太郎 堤 穰志 心臓リハビリ (隔週)	中田耕太郎 堤 穰志 柴山 健理
(循環器小児科)					小川/菱谷 ※1	小川/菱谷 ※1				
心臓血管外科			蜂谷 貴	蜂谷 貴			小野口勝久 田口 真吾	田口 真吾		花井 信 山崎 真敬 篠原 玄※2
脳神経外科	城下 博夫 幸田俊一郎	幸田俊一郎			高室 暁 幸田俊一郎 (初診のみ)				城下 博夫 高室 暁	城下 博夫 坪川 民治
呼吸器内科	杉田 裕 高久洋太郎 宮原 庸介 石黒 卓		杉田 裕 柳澤 勉 倉島 一喜 鍵山 奈保		高柳 昇 柳澤 勉 中本啓太郎 宮原 庸介		高柳 昇 石黒 卓 太田 池恵 高久洋太郎		倉島 一喜 鍵山 奈保 米田紘一郎 中本啓太郎	
呼吸器外科	星 永進		高橋 伸政		村井 克己		池谷 朋彦		当 番 制	
消化器外科	長谷川 忠 (神山 陽一)				長谷川 忠				岡田 寿之	
放射線科	叶内 哲 松本 寛子	叶内 哲 松本 寛子			松本 寛子	松本 寛子				
リハビリテーション科	洲川 明久	洲川 明久			洲川 明久				洲川 明久	

※1 循環器小児科は第1・3・5水曜日は菱谷医師、第2・4水曜日は小川医師が診察します。
 ※2 心臓血管外科の山崎医師は第1金曜日のみ、篠原医師は第3金曜日のみ診察します。
 ● 重症で緊急な処置を必要とする場合は、診療時間外でも対応します。
 ● 受診にあたってはお願います。
 ・当センターは紹介制です。初診時に紹介状が無い場合、別途2,620円がかかります。
 ・初診の方は、原則として午前の診察となります。
 ・受付時間は午前8時30分から午前11時までです。
 ・脳神経外科及び放射線科は、午後診察のある日のみ午後でも受け付けます。
 ・当センターは予約制です。事前に電話で予約するよう患者さんへお伝えください。
 ・事前に予約のない方は、予約患者さんの診察終了後の受診となります。
 また、お越しいただいた日に診察できない場合もあります。

埼玉県立循環器・呼吸器病センター

〒360-0105 熊谷市板井1696
 TEL:048(536)9900(代)
 FAX:048(536)9916
 ホームページアドレス
<http://www.pref.saitama.lg.jp/soshiki/q03/>