

Fukuoka City Hospital
F C H

Vol. **46**

2023
Summer



- 特集：第53回 東部オープンカンファご報告
- 急性期・高度専門医療の受け入れ体制について
- 医療連携室だより



地域医療支援病院
地方独立行政法人福岡市立病院機構

福岡市民病院

福岡市博多区吉塚本町 13-1
TEL 092-632-1111 FAX 092-632-0900
<http://www.fcho.jp/shiminhp/>

アブレーション治療の温故知新

循環器内科 康 憲史

現在さまざまな不整脈に対してカテーテルアブレーション治療（経皮的カテーテル心筋焼灼術）が行われています。現在最も多く治療されている不整脈は心房細動であり、アブレーション治療の内訳もほとんどの施設で7-8割が心房細動になっています。その世界中で数多く治療されている心房細動ですが、1998年にフランスのHaissaguerre先生が心房細動の起こりはじめの電氣的興奮を肺静脈内で発見し、肺静脈の焼灼により心房細動を治療したところから急速に発展しました。今でもこの肺静脈隔離術は心房細動治療のゴールドスタンダードです。

アブレーション治療は年々症例数が増えてきており、日本循環器学会による循環器疾患診療実態調査報告書を見ると2010年度33,406件に対し、2020年度は104,083件とおおよそ3倍に症例数が増加していることがわかります。

日本の高齢化、心房細動の有病率を考えるとアブレーション件数はもうしばらくは右肩上がりで見込まれると予想されます。

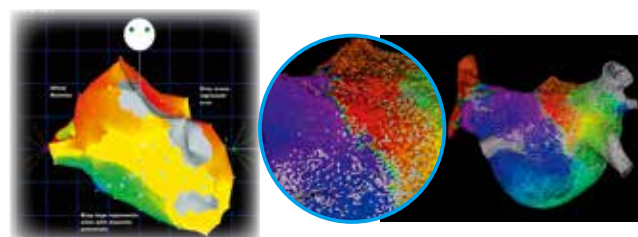
症例数の増加にはさまざまな要因がありますが、まず一つ目がアブレーション治療の有効性が広く示されたこと、そして治療用機械の進歩があげられます。

心房細動のアブレーション治療の有効性として有名なものは2018年にNEJMで報告されたCASTLE AF試験で、心不全患者の心房細動に対するアブレーションは薬物療法と比較して全死亡および心不全悪化による入院の複合エンドポイントの発生率が有意に低いという結果が得られました。

また最近ではSTOP AF first 試験やEALY AF試験で早期の心房細動へのアブレーション治療が抗不整脈薬と比べて有効であったといった報告がなされています。こうした臨床試験の結果を受けて日本循環器学会の不整脈非薬物療法ガイドライン2021年のフォーカスアップデート版では低心機能、心不全患者へのアブレーション治療の検討はClass 2aと記載されました。

今までは抗不整脈薬でコントロールがつかない、いわゆる薬剤抵抗性の心房細動に対してアブレーション適応とされていましたが、今では心房細動と診断されたら直接心房細動へのアブレーション治療を行うケースが増えてきています。この心房細動への早期治療介入というのは現在のトピックの一つと考えます。

次に機械の進歩についてです。特に3Dマッピングシステムの進歩は著しく、以前は取得できる電位は100ポイントほどで透視を併用しながらの治療でしたが、今では短時間で1万ポイント以上取得できるようになり、非常に精密な画像を作ることができるようになりました。3Dマップ上に表示されるカテーテルの制度も誤差1-2mm以内と非常に正確で、そのため治療にはほとんど透視を必要としなくなってきました。



初期の3Dマッピング

新しい3Dマッピング

当院でもALARAの原則に従いできるだけ低透視でのアブレーションを心掛けています。

その他バルーンアブレーションは冷凍バルーン、ホットバルーン、レーザーバルーンの3つがありますが、このうちホットバルーンは2022年に第2世代へレーザーバルーンも2022年に第3世代へとアップデートされています。冷凍バルーンは長らくMedtronicの1社でしたが、2022年にBoston社が冷凍バルーンを始め2社となりました。アップデートによりさらなる成績向上が期待されます。

最後に従来と全く異なる新しいアブレーションとしてパルスフィールドアブレーション（Pulse field ablation）について説明します。

パルスフィールドアブレーションは、カテーテルに瞬間的に高電圧をかけることで、デバイスの周囲にパルスフィールドと言われる電界を作成します。“Electrical poration”という手法によりフィールド内の細胞の脂質二重層構造を破壊し細胞のアポトーシスを起こします。先行研究では、急性期・慢性期の肺静脈隔離率もとてもよいという報告がでていますので、今後の日本国内での導入が待たれます。



パルスフィールドアブレーション

慢性肝炎について～ウイルス・自己免疫疾患等～

肝臓内科 吉本 剛志

肝炎

肝炎とは、ご周知のとおり肝臓の細胞に炎症が起こり肝細胞が破壊されていく病気ですが、原因にはさまざまなものがあります。

近年肝硬変や肝がん起因する原因の比率が変わりつつあり、肝臓疾患の変遷期ともいえる現代においての治療法についてふれていきます。

ウイルス性肝炎（B型肝炎・C型肝炎）

日本における肝疾患の実に8割程度がこのウイルスによる疾患でした。

しかし、近年は治療薬が目覚ましい進歩を遂げており、その効果を如実に実感しています。

B型肝炎ウイルスに対しては2000年に核酸アナログ製剤が発売されました。これはウイルス増殖を抑制することで肝炎を抑え込み、肝硬変等への進行を抑制します。耐性ウイルスの出現等によりいくつかの製品については使用されなくなり、現在はエンテカビルやテノホビルアナフェラミドが中心です。耐性の出現も非常に少なく、良好なコントロールが得られるようになりました。内服の継続が必要ではありますが、長期経過からみると肝機能の改善も期待されます。

そのような中で近年問題となっているのは、さまざまな薬剤の進歩に伴うB型肝炎の再活性化です。再活性化については、B型肝炎キャリアや既往感染者に対して免疫抑制剤や化学療法・抗リウマチ薬・ステロイド等を使用することによりウイルスが活性化し肝炎が発症することがあります。再活性化をきたす可能性がある薬剤を使用する際は、ガイドラインに従って十分注意し、状況に応じて核酸アナログ製剤で発症を抑制していきます。

C型肝炎ウイルスに対して以前は、インターフェロンによる治療が中心でしたが、2014年のDAA製剤登場より劇的な変化をもたらしました。現在、主に使用されるDAA製剤はグレカプレビル+ピブレンタスビル、ソホスブビル+ベルパタスビルが中心で副作用も少なく、98%前後の確立でSVR（ウイルス学的著効）が得られるようになりました。インターフェロンでは治療不可能とされた進行した肝硬変の状態でも92%前後のSVR率が期待されます。また、以前は慢性腎障害がある場合においては治療困難でしたが、現在は治療可能となっています。

なおSVRが得られた後の肝機能は緩やかに改善し、肝発がん率も低下するといわれるため積極的に治療が望めます。B型・C型肝炎ウイルスが指摘された際は、ぜひ、肝疾患専門医にご相談ください。

自己免疫性肝炎

中年以降の女性に後発する原因不明の疾患で、特定疾患（難病）に指定されています。発症・進展には遺伝的素因・自己免疫機序が関与することが想定されています。臨床的特徴はALT優位の肝酵素上昇、抗核抗体、抗平滑筋交代などの自己抗体陽性、血清IgG高値を高率に伴います。急性・慢性いずれも存在しますが、急激に進展し肝不全へ進行する場合があります。

治療はステロイドを中心とした治療を行います。体重換算で標準投与量から開始し漸減して適切量まで調整していきます。時にウルソデオキシコール酸を併用し肝酵素の正常化を目指します。

脂肪肝 非アルコール性脂肪性肝障害・肝炎（NAFLD・NASH）

脂肪肝とは、脂質の一つである中性脂肪が肝臓に多くたまった状態を指し、原因としては飲酒や肥満、メタボリックシンドロームなどが一般的です。その中で非アルコール性脂肪性肝障害（NAFLD）とは、飲酒歴がない（男性：30g/日、女性：20g/日未満）にもかかわらず、肝組織所見でアルコール性肝障害に極めて類似した肝に脂肪沈着を特徴とする肝障害のことです。さらに脂肪肝の中で重症型となったものをNASH（非アルコール性脂肪肝炎）と呼び、肝組織に壊死・炎症や肝線維化を伴い、肝硬変への進展がみられる病態です。近年、こちらの肝障害が主要因で進展した肝硬変・肝がんを認めることが増えてきました。

脂肪肝、NAFLDに対する治療法ですが、現在のガイドラインでは食事・運動療法による減量や基礎疾患に対する治療が中心ですが、より有効な治療が望まれています。現在、脂肪肝へは適応とはなっていませんが、治療が進められている2つの薬剤に注目しています。

①ペマフィブラート：高脂血症の治療薬で、中性脂肪を低下させます。肝臓内で脂肪酸をβ酸化を進め、脂肪肝の改善が期待されます。

②チルゼパチド：インクレチン（GIP/GLP-1）受容体作動薬で糖尿病治療薬として承認されています。体重減少作用があり、肥満症治療薬としても期待されています。体重減少によって肝臓に蓄積した脂肪を減少されるという研究結果も出ており肥満症に合併した脂肪肝治療に有効ではないかと考えられます。

COVID-19の3年間を振り返って～日本のリウマチ性疾患患者レジストリから見てきたもの～

院長 堀内 孝彦

はじめに

2019年12月に武漢で発生した新型コロナウイルス（severe acute respiratory syndrome coronavirus 2: SARS-CoV-2）およびその感染症（Coronavirus Disease 2019: COVID-19）は、新興感染症として世界的な流行を引き起こしました。本邦でも2020年1月15日に第1例目が診断されて以降またたく間に感染が広がり、3月12日WHOはCOVID-19をパンデミックと宣言しました（表1）。

表1 COVID-19が始まった頃主な出来事

年	月/日	出来事
2019	12月末	中国湖北省・武漢市で原因不明の肺炎患者確認
2020	1月15日	国内第一例目診断（神奈川県在住、武漢より帰国後）
	1月23日	武漢市のロックダウン開始
	1月24日	福岡市民病院での最初の「疑い症例」受診
	1月28日	武漢市からのツアー客を乗せたバスでの感染
	2月03日	「ダイヤモンド・プリンセス号」横浜港に入港
	2月13日	国内初の死亡例
	2月20日	福岡県第一例目
	3月12日	WHOが「パンデミック」と認定
	3月29日	志村けんさん逝去
	4月07日	「緊急事態宣言」発出（東京、大阪、福岡など7都府県）

THE PAGE 2020/05/27 記事より抜粋、改変

福岡市民病院ではわが国第一例目が報告される1週間前にはPPEの着脱訓練を始めています。この準備も奏功し、ECMOが必要な重症患者さんまで含めてたくさんの患者さんをスムーズに受け入れて診療することができました（図1）。振り返るとワクチンが実用化されるまでにはこの時からさらに1年余りかかっています。その間、自分自身はもちろん大切な家族が感染する危険にさらされながらも、福岡市民病院の職員は桑野博行院長（当時）の強いリーダーシップのもと一致団結してCOVID-19に立ち向かいました。まさに命がけで診療に当たったすべての職員に敬意を表します。

【福岡市民病院のCOVID-19との闘い】



2020/01/08
PPE（個人用防護具）着脱訓練

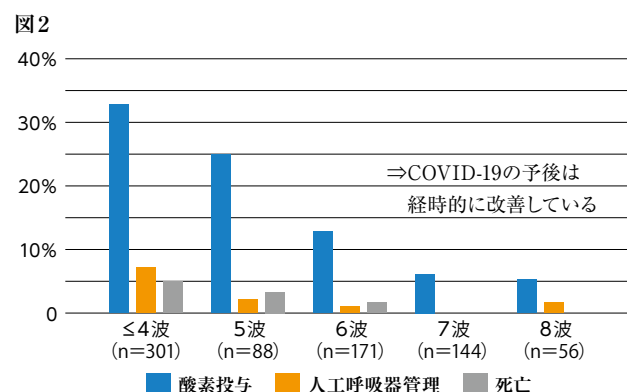


ECMOによる重症患者さんの治療

COVID-19とリウマチ性疾患についてわかったこと

リウマチ性疾患においては、治療による免疫抑制や臓器合併症の多さから重症化率や死亡率が高いのではないかと疑問が流行初期に提起されました。またワクチンの効果と副反応についてもリウマチ性疾患については不明でした。そこで日本リウマチ学会では、副理事長の私を責任者としてこれら疑問に答えるべく全国規模の調査・研究を行いました。その結果をまとめます。文献1) 2) 3) 4)。

1. リウマチ性疾患患者では一般人に比べて重症化率、死亡率は若干高い
2. 時間経過とともにリウマチ性疾患患者でも予後は改善している（図2）
3. この経時的な予後の改善は、ウイルス株の弱毒化とワクチン接種が寄与している
4. 高齢、並存疾患などの既知の因子に加えて、ステロイド投与歴、ワクチン未接種が重症化リスクである
5. ワクチン3回接種によってリウマチ性疾患患者の多くで十分な中和抗体が誘導される
6. 従来型ワクチンに加え、オミクロン対応ワクチンを接種しておくことが望ましい



わが国のリウマチ性疾患患者においても、幸いにしてCOVID-19は明らかに軽症化してきています。ただし、依然として季節性インフルエンザなどと比較すると酸素投与を要する割合は高く、60歳以上の高齢者では稀に死亡例も認めます。高齢、男性、高度肥満、併存疾患、ステロイド投与歴、ワクチン未接種といった重症化リスクがある場合には、可能であればワクチン接種を推奨したいと思います。また、COVID-19罹患時に軽症例でも積極的な治療を検討すべきと考えます。

まとめ

パンデミックはCOVID-19が最後ではありません。今回の経験をもとに次に備える必要があります。コロナ禍での医療体制のひっ迫はなぜ起こったのか、ワクチンや抗ウイルス薬の開発、供給体制は今後どう整備していくのか、遠隔医療をどう充実させていくのかなど、考えるべきことはたくさんあります。

未知の感染症であるCOVID-19に対して福岡市民病院は最前線で柔軟かつ的確に闘いました。今後もこの適応力を発揮して最適な医療を市民の皆様方に届けてまいります。

文献)

- 1) Oku K, et al. Risk factors for hospitalization or mortality for COVID-19 in patients with rheumatic diseases: Results of a nationwide JCR COVID-19 registry in Japan. *Mod Rheumatol* 2022 Sept 6, Online ahead of print
- 2) Kashiwado Y, et al. Prognostic improvement and treatment of COVID-19 in patients with rheumatic diseases until December 2022: Analysis of the JCR COVID-19 registry in Japan. *Mod Rheumatol* 2023 Jun 20, Online ahead of print
- 3) Kashiwado Y, et al. Antibody response to SARS-CoV-2 mRNA vaccines in patients with rheumatic diseases in Japan: Interim analysis of a multicentre cohort study. *Mod Rheumatol* 33 (2) :367-372, 2023
- 4) Kashiwado Y, et al. Immunosuppressive therapy and humoral response to third mRNA COVID-19 vaccination with a six-month interval in rheumatic disease patients. *Rheumatology (Oxford)* 2023 Jun 8, Online ahead of print.



急性期・高度専門医療の受け入れ体制について

福岡市民病院副院長 東 秀史

令和5年5月8日より、新型コロナウイルス感染症は2類相当から5類に移行となりました。当院のコロナ確保病床も減少し、現在19床（県のフェーズ）となっています。それに伴い、コロナ病床として稼働していた病棟とCCUも通常の稼働状況に復し、コロナ禍以前の医療体制に戻しているところです。

この3年間、当院ではすべての職種の職員が一丸となって新型コロナウイルス感染症への対応に真摯に取り組み、5類移行になるまで、8114人の外来患者と1430人の入院患者に対応してまいりました。その間、可能な限り通常の救急診療体制を堅持する方針でしたが、病床確保のために57床（当院の許可病床数204床の28%）を割り当てていたことで一般病床が逼迫し、一般急性期患者の受け入れにも影響をきたしていました。さらに、重症コロナ患者の増加や院内クラスターの発生等による入院制限など、複数の要因が重なり、「ご紹介いただいても受け入れできずにお断りする」という状況がある程度発生していました。近隣の医療機関の先生方には、大変なご迷惑をおかけした事をお詫び申し上げるとともに、コロナ診療に対する多大なるご理解とご支援をいただきましたことに感謝申し上げます。

現在のコロナ感染につきましても、まだ決して予断を許さない状況ではありますが、今後は、もう一つの当院に課せられた使命である急性期・高度専門医療の提供の再構築を図っていきたいと考えています。そのために積極的な一般急性期患者の受け入れを再開するとともに、3年のコロナ禍を経て明らかとなった入院受け入れに係る課題等を検証し、今後、より円滑で積極的な患者受け入れを実践すべく、「連携推進ワーキングチーム」を発足させ「断らない医療連携」の早期回復を目指しているところであります。また、ホームページやメールマガジン等の媒体を通じ、病院の情報をタイムリーに発信していきたいと考えています。

当院は今後も、職員一同、地域の方々から信頼され、必要とされる急性期・高度専門医療を提供し、地域医療に貢献できる病院を目指して努力していきますので、引き続きご理解とご支援のほど、何卒よろしくお願いいたします。



**「断らない医療連携」の
早期回復を目指しています。**

地域医療連携室だより

【消化管症例検討会】 R5.5.23

消化器内科

松口 崇央

症例内容①

「PCM法を用いて高度の線維化を有したUL合併早期胃癌をESD手技にて切除した症例」
(76歳男性)



症例内容②

「化学療法後に腹腔鏡下大動脈周囲リンパ節郭清を伴う切除術を施行したS状結腸癌症例」
(38歳男性)



消化器外科科長

西田 康二郎

参加者: 18名

【第61回救急症例検討会】 R5.6.27

症例内容

「高度脱水、低栄養により
VT storm を来した一症例」

ミニレクチャー

「心肺停止蘇生後症候群の管理」



救急科科長

小野 雄一



臨床研修医: 2年次

武田 一泰

参加者: 55名

当院は、上記内容などの勉強会・研修会をWeb開催しております。今後も定期的開催する予定としており、その都度HPや広報誌などでご案内をさせていただきますので、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

福岡市民病院 外来担当医一覧表 (受付時間：平日 午前8時30分～午前11時)

◎：新患 ●：再来

診療科	専門分野	医師名	月	火	水	木	金
消化管外科	消化器外科，一般外科 消化器外科，一般外科	東 亮 西村 章	○		○	○	○
消化管内科	消化管一般，病態栄養	高橋 俊介	●	◎	内視鏡	●	透視 内視鏡
	消化管一般	岩尾 梨沙	◎	内視鏡	内視鏡	内視鏡	内視鏡
	消化管一般	松口 崇実	透視 内視鏡	●	内視鏡	◎	●
	消化管一般	今村 壮志	内視鏡	内視鏡	●	透視 内視鏡	◎
	消化管一般	長田 美佳子	内視鏡	内視鏡	◎	内視鏡	内視鏡
肝・胆・脾 セクター	消化管一般	後藤 綾子	内視鏡				
	消化管一般	三宮 瑞樹	○		○		
肝臓外科	肝・胆・脾外科，胆石外来	小柳 年正		○	○		○
肝臓内科	肝・胆・脾	吉本 剛志		○		○	○
	肝・胆・脾	中村 史	○		○		
	肝・胆・脾	田中 亮太郎	○				
血管外科	血管外科，腎不全外科 血管外科	江口 大彦 川久保 英介		○			○
腎臓内科	腎臓内科一般，血液浄化	池田 祐史	○	○	○	○	
	腎臓内科一般，血液浄化	吉田 祐子					○
	腎臓内科一般，血液浄化	原 裕一郎					
糖尿病 セクター	糖尿病	坂井 義之	●	◎	●	●	◎
	糖尿病	押領司 鷹子	◎	●	●	◎	●
感染症内科	感染症 感染症	原田 由紀子 谷 直樹				○	
呼吸器内科	呼吸器内科 一般	芳野 秀治					
放射線科	画像診断一般，IVR	柴原 大典		○			
	画像診断一般	清澤 恵理子					
	画像診断一般	今村 由美					
	画像診断一般	足達 咲紀					
	画像診断一般	竹中 耕平					

診療科	専門分野	医師名	月	火	水	木	金
内科	循環器一般，虚血性心臓病，心不全 循環器一般 循環器一般，不整脈	※曜日による 交代制 弘永 潔 大坪 秀樹	●		◎	◎	●
ハートセクター	循環器一般	康 憲史		●	●	●	
	循環器一般	松浦 託		不整脈	不整脈		◎
	循環器一般	馬場 功土		●			
	循環器一般	渡邊 高徳			●		
	循環器一般	塩入 憲亮	●				
脳神経外科	脳血管障害，神経外傷，脊髄疾患， 脳腫瘍，てんかん	平川 勝之	○		○		◎
	脳神経外科一般，救急	吉野 慎一郎				○	○
	脳血管障害	福島 浩				○	
	脳神経外科一般	平住 和正		手術のため予約制			○
	脳神経内科一般	長野 祐久	◎	●		●	◎
脳神経内科	脳神経内科一般，脳血管障害	中垣 英明		◎		●	
	脳神経内科一般	柴田 憲一	●		◎		●
	脳神経内科一般	向井 達也				◎	●
	脊椎外科	賀藤 太一	○			○	
	脊椎外科	入江 努			○		○
整形外科	股関節外科，膝関節外科，脊椎外科	田中 哲也	○		○		○
	脊椎外科，外傷	中原 寛之		○		○	○
	整形外科一般	青野 誠	○		○		
	整形外科一般	江口 大介		○		○	
	整形外科一般	古賀 源基			○		
眼科	眼科一般	前田 真奈美	○	○	○	○	○
救急科	救急医学，集中治療医学	小野 雄一					
集中治療部	救急医学，集中治療医学	柳田 雄一郎					

編集・発行

地方独立行政法人 福岡市立病院機構

福岡市民病院

〒812-0046 福岡市博多区吉塚本町13番1号
TEL 092-632-1111 FAX 092-632-0900
http://www.fcho.jp/shininhp/

■受付時間：平日8：30～11：00
■休診日：土日祝日・年末年始（12/29～1/3）
■急患は救急外来で24時間対応します。

地域医療連携室直通（平日 8：30～17：00）
TEL：092-632-3430 FAX：092-632-3431

