



医療
連携

つつじ

2022年 新春号

42号

東京山手メディカルセンター 〒169-0073 新宿区百人町3-22-1

総合医療相談センター ☎03-3364-0366 FAX 03-3365-5951 <http://yamate.jcho.go.jp/>

TOPIX

- ▶ 新年のご挨拶／院長 矢野 哲
- ▶ 医療連携登録施設のご紹介／助川クリニック 助川 卓行
- ▶ 東京2020オリンピックレスリング競技選手用会場救護と当院のスポーツ整形外科外来について／整形外科 田中 哲平
- ▶ 不整脈に対するアブレーション治療／循環器内科副部長 鈴木 篤

新年のご挨拶

院長 矢野 哲

病院長職を拝命してから、間もなく4年が経ちます。当院では、東京都区西部二次医療圏（新宿区・中野区・杉並区）の地域急性期病院として最善の医療の提供に邁進しております。常日頃より医療連携にて当院をお引き立ていただき、厚く御礼申し上げます。

2021年も、2019年終盤に始まったCOVID-19に世界中が翻弄された1年間でした。当院は、東京都新型コロナウイルス感染症入院重点医療機関として中等症・重症の感染患者さんを受け入れて参りました。重症度の高い患者さんは、国立国際医療研究センター病院、慶應義塾大学病院、東京医科大学病院、東京女子医科大学病院にお願いすることもありました。この場を借りて御礼申し上げます。COVID-19第5波襲来に対応し政府より東京都に2021年7月12日から発出されていた第4回目の緊急事態宣言は9月30日に解除されました。第5波が終息傾向にあった10月19日以降、当院コロナ病棟の入院患者数は0～数名となりました。現在、東京都から感染レベル1～2の即応病床として26床、感染レベル3の確保病床として57床の提供が要請されています。また、2月17日から先行接種病院として当院医療者に対する新型コロナウイルスワクチン（ファイザー社製 mRNA ワクチン）の1回目接種を始めましたが、3回目接種は12月24日に終了しました。私達医療者は、今後暫くの間、SARS-CoV-2と共存しながらの病院運営を余儀なくされるでしょう。懸念材料は、昨年末から世界で蔓延しているSARS-CoV-2 オミクロン株の国内における感染拡大状況です。万が一第6波が発生しても、それが医療的に小規模であることを祈るばかりです。

さて、当院は2014年4月に独立行政法人地域医療機能推進機構（JCHO）の一員となって早くも9年目を迎えます。2019年に認定された「地域医療支援病院」として「かかりつけ医」の先生方との医療連携をますます強化していく所存です。2021年1月に耳鼻咽喉科部長に宮野一樹先生、4月にはリウマチ・膠原病科部長に金子駿太先生、脊椎脊髄外科部長に熊野 洋先生、小児科部長に熊田 篤先生、集中治療科部長に恵木康壮心臓血管外科医長、腎臓内科部長・透析センター長に鈴木正志健康管理センター医長が就任しました。宮野部長は、JR 東京総合病院で頭頸部癌手術をはじめとして多数の手術を手掛けてきました。金子部長は、他診療科からも要望のあった「リウマチ・膠原病科」を当院に創設するために国立国際医療研究センター病院より着任しました。それに伴い、金子先生の元上司の三森明夫先生（元国立国際医療研究センター病院副院長）にはリウマチ・膠原病科顧問に就いて頂きました。熊野先生は、当院脊椎脊髄外科を長年にわたり牽引してきた俣田敏且先生（現脊椎脊髄外科顧問）の後任としてNHO 相模原病院より着任しました。熊田先生は、東京医科大学茨城医療センター小児科部長職から着任しました。さらに2022年4月には、埼玉医科大学整形外科准教授の河野慎次郎先生が、新設する「手外科」の診療部長に就任します。これにより、当院整形外科領域の幅は格段に広がることが期待されます。また、呼吸器外科の森田理一郎部長の後任として水谷栄基医長、血液内科の柳 富子部長の後任として米野由希子医長がそれぞれ昇格します。これに伴い、森田、柳先生は各診療科顧問となります。その他の診療科部長も優れており、柴崎正幸統括診療部長が全診療科の実務を統括しています。詳細な内容につきましては、当院ホームページの診療科案内のサイトを御参照頂ければ幸いです。1947年11月に「社会保険山手病院」として内科、外科、産婦人科、歯科の4科で始まった当院も、これで日本専門医機構が定める全診療科目がそろいました。当院は地域住民の皆様の健康増進と疾病克服に対する多様な御要望にお応えべく、地域の先生方と協力して医療・介護・福祉等のサービスが滞りなく提供できるように努力していく所存であります。地域医療・在宅医療に携わる先生方と共に地域包括ケアシステムを円滑に構築して参りたいと考えております。

今後とも引き続き何卒よろしくお願い申し上げます。

医療連携登録施設のご紹介

助川クリニック 院長 助川 卓行



日頃より東京山手メディカルセンターの先生方、スタッフの皆さまに大変お世話になり感謝しております。緊急時に地域医療連携室への無理なお願いにも快く対応をしていただき、笠井昭吾先生をはじめスタッフの皆さまには頭の下がる思いです。その他、治療困難な症例をはじめ新宿区検診の大腸がん、肺がん、肝炎、前立腺がん検診などの精密検査をお願いしています。

私が新宿区医師会の救急および防災担当理事在任中は、前院長の万代先生をはじめ現新大久保文化通り診療所長の畑田先生そして総合医療相談センター長の橋本先生に、災害時における新宿区役所、災害拠点病院、新宿区医師会の連携による西戸山中学校の医療救護所訓練や災害医療研修会、新宿区災害医療研究会などでご協力いただき責を果たすことができました。

またかかりつけの患者さんのみならず、私事で恐縮ですが亡き父の腰椎椎間板症手術を飯島先生にお願いし、また硬膜下血腫にたいし武田先生、高草木先生に

除去術をしていただき、顔面湿疹では皮膚科の鳥居先生に診ていただき元気になっておりましたが、晩年の86歳時にショートステイ先で急性脳出血となり、東京山手メディカルセンターへ緊急入院し、2週間後に当直の高添正和先生に看取っていただきました。また妻が切迫流産になりかけた時には大久保通りにあった前身の社会保険中央総合病院に入院加療をさせていただき、家族も含め長年にわたり大変お世話になりました。

助川クリニックは、戦後父母が500円を懐中に水戸から上京し、高田馬場の地に開業して以来約75年経ち、気軽に相談できる患者さんのための医療を目指し、かかりつけ医として祖父、父、子、孫、ひ孫と幅広い世代の患者さんとの関わってまいりました。

先代が軍医あがり何でもこなす家庭医でしたので、産婦人科、小児科、内科、外科など幅広く担当し、分娩をはじめ虫垂炎手術などを行い、当時は手術室の他に病室が3部屋ありました。現在、手術室は診察室



に病室は検査室へと変わり、私と息子（卓也）が整形外科・スポーツ外来・リハビリテーション科を、嫁（敦子）が内科（糖尿病・内分泌）を娘（早稲田）が皮膚科を担当しています。他に大学病院などから曜日別に循環器内科、消化器内科・外科専門医の非常勤医師が治療に携わり、胃レントゲン検査をはじめ上部消化管内視鏡検査や心・腹部エコー検査、ホルター心電図、動脈硬化検査が可能となっています。

またオープン型MRIを設置し、閉所恐怖症の患者さんに好評で他医療機関からもご紹介いただいています。他に介護保険サービスの一環として、在宅患者さんにたいしPTによる訪問リハビリテーションや、機能訓練・脳トレーニング活用した通所リハビリテーションをクリニックに併設しています。

助川クリニックは標榜科および担当医師も多いため、東京山手メディカルセンターへ患者さんをご紹介する機会も多く、整形外科をはじめ連携先診療科は多岐にわたっています。整形外科では、飯島卓夫先生、俣田敏且先生、田代俊之先生、最近赴任された熊野洋先生などをお願いしています。また疼痛を主訴に来院される患者さんの中には、重症帯状疱疹や鼠径ヘルニア、多発性骨髄腫など整形外科以外の疾患も多々あり、皮膚科の鳥居先生、一般外科の伊地知先生、血液内科

の柳先生など医療連携先として数多くの診療科の先生方にお世話になっております。

紹介した患者さんが、山手メディカルセンターを受診し症状が改善したことや、入院中の評判を聞くと嬉しくなり紹介して良かったと思います。

これからも東京山手メディカルセンターが地域の人々の健康にかかわり、連携医療機関とともに地域の包括医療を担っていただけますよう期待しております。今後ともどうぞよろしくお願い申し上げます。

助川クリニック

〒169-0075 新宿区高田馬場 1-5-10

TEL 03-3209-3333

FAX 03-3209-3712

<http://www.sukegawa-clinic.com/>



東京 2020 オリンピックレスリング競技選手用会場救護と当院の

平素より大変お世話になっております。2017年10月より当院整形外科に赴任しています田中哲平と申します。専門はスポーツ整形外科・膝・足関節外科です。日本バスケットボール協会医学委員会サポートスタッフ・日本レスリング協会医科学委員・アンチドーピング委員・日本オリンピック委員会の強化スタッフを努めさせていただいており、川崎ブレイブサンダース（バスケットボール）・東芝ブレイブルーパス東京（ラグビー）などチームドクターの一員としてスポーツ活動のサポートをさせていただいています。

今回は東京オリンピックレスリング競技の選手用会場救護副責任者を努めさせていただきましたので、オリンピックの裏側での医療・救護体制と日本選手の活躍についてお話しさせていただきます。オリンピックに携わる医療従事者は大きく3つに分かれます。1つ目は各国代表に帯同している医師・トレーナーです。自国の選手の治療・ケアなどを行うためにそれぞれの国から選出されています。2つ目は選手村内にあるポリクリニックと呼ばれる医療機関での医療従事者です。ポリクリニックは練習会場・競技場などで怪我をした選手・スタッフが選手村へ戻った際に24時間受診できる病院でMRIやCTも備えています。リハビリ・マッサージ・歯科治療・マウスピース作成など幅広い医療が提供されました。3つ目が各競技会場の医療スタッフです。無観客となりましたが観客用救護と選手用救護の2つに分かれています。

レスリング競技は幕張メッセで8日間に渡り開催されました。選手用医療は医師13名、歯科医師4名、看護師3名、トレーナー17名でシフトを組み救護に当たりました。専用の医務室には内服・点滴・歯科処置機材・ストレッチャーなどがあり、診療所登録もしており縫合など医療処置も行える体制を整えていました。我々の役割はマット上で選手が怪我をした際に安全に救急搬送を行うことと救護室に来た選手の医療サポートで、対象は全員がオリンピック選手です。他の競技は医療職が会場から少し離れたところで待機することが多くテレビに映りこむことはあまりなかったの

ですが、レスリング競技の救護は素早くマット上に救護に行けるようにマット直下に待機していました。テレビを通じ我々の活動を全世界へ発信できるため3年前の国内大会より救護訓練を開始していました。当日は千葉救急隊を交えて1日4回以上の訓練を実際のマットを用いて行なっていました。試合中に左肩を脱臼し立ち上がれなくなった選手がいて搬送の準備を行いました。幸い脱臼はすぐに整復され実際に救急搬送するような大きな怪我は起きずに大会が終わりました。

日本選手団としては世界選手権・アジア予選・世界最終予選と出場し12名が出場することができました。ほぼ全ての大会に帯同させていただき、オリンピックが始まる前から日本チームのサポートをさせていただきました。金メダルが須崎選手・向田選手・川井梨紗子選手・川井友香子選手・乙黒拓斗選手・銀メダルが文田選手・銅メダルが屋比久選手と活躍し、高橋選手・乙黒圭祐選手・高谷選手・土性選手・皆川選手も頑張ってくれました。パリオリンピックに向けてこれからも頑張っ

てほしいものです。当院のスポーツ整形外科診療はプロ選手や実業団選手も来院しますが、地域医療を根ざし近隣の学校と連携を取り授業中・部活中の生徒・児童を早期に診療できる体制を整えており、近隣の開業医の先生にも病診連携をさせていただいています。診療体制は田代部長（火・金曜）と田中（隔週水曜・木曜）で行なっていますが、他の整形外科医・脊椎外科医も協力して診療に当たっていますので是非とも診療情報作成書を作成いただきご



紹介いただければ幸いです。膝関節は前十字靱帯損傷・半月損傷・軟骨損傷など、足関節は内外側副靱帯損傷・リスフラン靱帯損傷・ジョーンズ骨折など幅広くスポーツ外傷に対応しています。

関節鏡を用いた小侵襲手術を行っており術中所見や術後経過など紹介元の先生と連絡を取り合って連携に勤めています。また、股関節・肩関節・肘関節・手関節も関連病院と連携し関節鏡診療を導入予定でいます。このように幅広くスポーツ外

傷に対応させていただきますので、お困りの際は是非ともご紹介いただければ幸いです。今後ともよろしくお願いいたします。



不整脈に対するアブレーション治療



先生方には日頃より大変お世話になり、心より感謝申し上げます。

循環器内科医長・不整脈治療責任者の鈴木篤です。

2016年4月当院に着任してもう6年が経とうとしております。

その間お陰さまで多くの患者様の不整脈に対するカテーテルアブレーション治療に携わることができました。当初この地域ではカテーテルアブレーションは脳梗塞のリスクが高いという認識が根強くありましたが、この6年間で1例も脳梗塞を起こすことなく、また、大きな合併症もなくここまでやってくることができました。

この安全性の維持に大きく貢献したと考えられるのが、今我々が得意としているクライオバルーンアブレーションという冷凍バルーンで不整脈治療を行う技術です。クライオバルーンは心臓の中では丸い風船として治療に使われるため、構造が棒状のカテーテルと異なり、心臓に傷をつけることがほとんど無く、合併症発生率を従来の1/10に下げると考えられています。今回はこの6年間の技術の進化も含め、当院の不整脈に対するカテーテルアブレーション治療についてご紹介させていただきますので、少々お付き合い頂けたらと存じます。

1. カテーテルアブレーション治療とは？

不整脈は心臓の壁から発生します。この不整脈の起源に対して、**カテーテル先端から発生する熱でやけどを作り不整脈の発生を抑えるという治療がカテーテルアブレーション治療**です。近年このアブレーション治療の急速な進歩により、以前は治療不能と考えられていた**心房細動**も治療可能な時代となりました。これにより現在では**ほぼすべての不整脈でアブレーション治療が可能**となってきました。

2. 当院の不整脈治療

当院心臓病センターでは不整脈専門医2人体制と一般病院としては恵まれた環境でカテーテルアブレーション治療を行っており、不整脈疾患に対しより質の高い治療の提供を常に心がけております。その中でも特に患者様の全身状態や心機能に悪影響を及ぼし得る病気として知られる**心房細動**に対し、様々な工夫を凝らした治療を行い、その成功率は、**発作性心房細動で90%以上、持続性心房細動で80%以上**と全国でも高い治療成功率を維持しております。また、頻発性の**心房性期外収縮**（または**上室性期外収縮**）は心房細動の前段階と考えられますので、その頻度や悪性度によって治療対象となります。心房細動以外では**発作性上室性頻拍、心房粗動**といった動悸や頻脈が起こりやすい不整脈がありますが、これらのアブレーション治療はすでに確立しており、一般的な成功率は**95%以上**であります。また、健診で見つ



かることが多く心機能低下にも繋がりをいう**心室性期外収縮**や**心室頻拍**に関しては、他の病院ではあまりやられていない**バイポーラーアブレーション**を**2022年1月**より当院において新しく開始しており、これにより治療の幅が格段に向上しました。尚、**心室頻拍**の中には悪性度が高く治療中も含め致死率の高いものも多く含まれますので、その場合は我々の所属する東京医科歯科大学を初めとした近隣の大学病院へ治療をお願いすることとしております。

3. 不整脈を早く発見するには？

より良い不整脈治療のため、我々は積極的に不整脈を早期発見し、心機能が悪くなる前に、アブレーション治療や薬物治療を含めた不整脈の積極的治療を行っております。しかし、実際には不整脈が隠れていてなかなか診断・治療に結びつかないケースもしばしば経験します。どうすれば不整脈の早期発見ができるのでしょうか。不整脈には様々なタイプがあり、症状も様々で、必ずしも**動悸（胸のドキドキ）**で見つかるとは限りません。**脈が飛ぶ・脈が乱れる**程度の方であれば、**めまい、ふらつき**、中には**失神**を起こす方や、**呼吸困難、心不全**を起こす方もおられます。このような症状で困っている方々がお近くの診療所を受診され、診断がつけばよいのですが、心電図も含めて明らかな異常がない場合には、当院へご紹介頂ければ多角的に検査を行い、不整脈早期発見に努めます。具体的には、**ホルター心電図**を行ったり、時には運動負荷や薬物負荷を行って不整脈を誘発したりします。それでも不整脈が見つからない場合、コンパクト（68～150g）な**携帯型心電計**や、2021年1月より日本でも解禁となった**アップルウォッチ**が威力を発揮することがあります。自験例ですが、動悸が主訴の40歳男性が他院で問題ないと言われ、当院でも2回のホルター心電図で異常を認めませんでした。が、**携帯型心電計**で心房細動が確認され、早期のアブレーション治療につながりました。現在この方は抗凝固薬も含め一切お薬を飲まずに不整脈から解放されており、ご本人もとても喜ばれております。このように、個々の患者様に合った検査を組み立てていくことによって、より早期の診断が可能となり、適切な治療に繋がることができると考えます。



4. 心房細動はどう治療するべきか？

心房細動は、ここ数年で非常に広く知られるようになり、かつ治療法が最も進歩した不整脈と言えます。一方で、どのような症例にアブレーション治療が望ましいのか、まだ十分には知られておりません。簡単に言いますと、**早期発見早期カテーテル治療**がより成績が良くなります。**発作性心房細動**のうちにカテーテル治療ができれば、その成功率は9割を超えてきます。一方で、病状の進行した**持続性心房細動**でも治療成績が明らかに良くなってきており、更には持続が数年～10年以上の**長期持続性心房細動**についても症例によっては治療可能となって参りました。当院では持続性～長期持続性心房細動のアブレーション成功率は80%を超えています。このような治療成績の向上により、積極的なアブレーション

治療が推奨されつつあります。

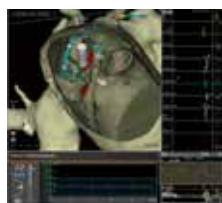
心房細動のガイドラインでは、心不全・高血圧・年齢・糖尿病・脳梗塞の合併を点数化した CHADS2 スコアで脳梗塞リスクを評価し、点数が高い場合は抗凝固薬が推奨されますが、まったくリスクがないとき (CHADS2 スコア 0 点) には抗凝固薬は推奨されていません。しかし、実際にはリスクなしの場合でも脳梗塞は起こりうることが分かっており、発作性だったものが持続性、長期持続性と悪化するにつれそのリスクは上昇します。また、ワーファリン、プラザキサ、イグザレルト、エリキュース、リクシアナなどの抗凝固薬は脳梗塞のリスクをある程度は下げるものの、心房細動を持たない人と比べると、その予後は決してよいとは言えません。特に持続性心房細動では、抗凝固薬内服にも拘らず **3 年間で 20% 以上** が脳梗塞や出血性イベント、死亡などの重篤なイベントを起こすことが報告されています。また、持続性心房細動症例では、ワーファリン内服中でも **10 人中 1 人に心内血栓** があることも報告されています。さらに、ある報告では **認知症のリスクも 1.42 倍** になるとされています。このように、心房細動の弊害は、発作性から持続性・慢性に移行するとよりリスクが高くなると言えます。健診などで見つかった心房細動でも、その出現頻度や、心臓のリモデリング (たるみ) の程度を評価し、個々のリスクに合わせて抗凝固療法やカテーテルアブレーションによる早期治療を検討することが重要と考えられます。



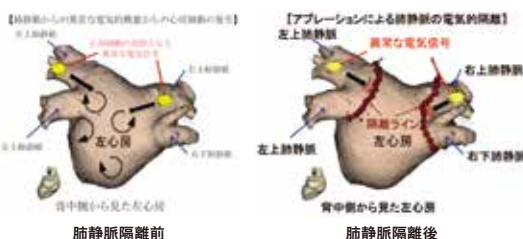
抗凝固薬内服中でも左心房内に血栓ができた例

5. 当院の進化① 独自の心房細動カテーテルアブレーション治療

当院では、最新の 3D マッピングシステムを用いた心房細動のカテーテルアブレーション治療を行っており、他院では治療困難な難治症例も対象としています。心房細動の原因 (起源) の 9 割は肺静脈にあり、肺静脈から起こる異常な電気信号をきっかけとして心房細動に至ることが分かっています。そのため、肺静脈から起こる電気信号が心臓に伝わらないようにブロックする隔離ラインをカテーテルでやけどをたくさん作ることによって作成し、心房細動の発生を阻止します。これを肺静脈隔離術といいます。しかし、病態がやや進行し、持続性～慢性化した心房細動になると、肺静脈隔離術のみでは心房細動を抑制できない場合がしばしばあります。このような症例に対し、当院では肺静脈隔離術に加えて **roof line ablation (左心房の天井に焼灼ラインを作成する)** や **左房後壁隔離**、**上大静脈隔離** はじ



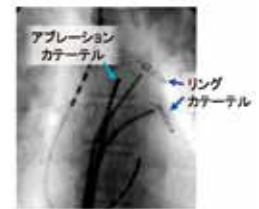
3D マッピング下での実際のアブレーション治療



肺静脈隔離前

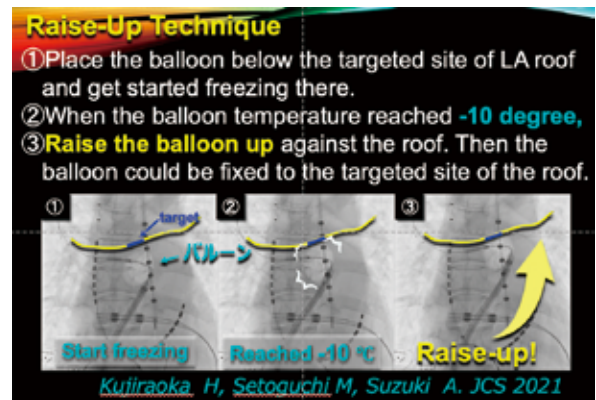
肺静脈隔離後

めとした additional ablation (追加アブレーション) を行い、心房細動が起こりうるエリアを狭めます。そして実はこの **roof line ablation** や **左房後壁隔離** は難易度が高く、一般的な成功率は **50-60%** とされています。また、その方法が施設によってかなりばらつきがあり、アブレーションの成功率を大きく左右すると考えられます。なお、当院ではここ 2 年間 **roof line** の成功率はほぼ **100%** を維持しており、術後洞調律維持率も **80% 以上** と高い成績を維持しています。



通常のアブレーションカテーテルによる肺静脈隔離術

現在当院で行っている **roof line ablation** は主に **クライオバルーン** を使って行っています。クライオバルーンは液体窒素の入ったバルーンで肺静脈を $-40 \sim -50^{\circ}\text{C}$ に冷却して隔離を行うもので、そもそも安全かつ簡単に肺静脈隔離を行うために開発された技術ですが、これを応用した **roof line ablation** について 2017 年に世界で初めてドイツから報告があり、安全かつ成功率が **88.2%** と極めて高く、太いラインができることで注目されました。これとほぼ同時期に我々東京医科歯科大学のグループの先生が同じような方法で **92.0%** の成功率を達成し、これを機に 2018 年夏より我々の施設でも **クライオバルーンによる roof line ablation** を開始しました。当初は成功率が **70%** 前後に留まり、試行錯誤の日々が続きましたが、2019 年にそこから生まれた我々独自の技術、**“Raise-up technique”** により成功率は一気にこれまでの報告を上回る **94.8%** となりました。更



にその完成度が高まり、2020 年以降当院での **roof line ablation** は全例成功しており、成功率 **100%** を維持しております。また、この技術は決して難しいものではなく、当院の 4 年目の若手医師も習得しており、その簡便さと成功率の高さが日本全国で注目されるようになりました。



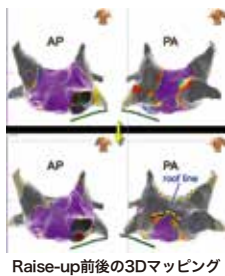
クライオによる Roof line 作成時の 3D マッピング

また、**roof line** に加えて、左心房底部にラインを引く **bottom line** を作成すると **左房後壁隔離** に至り、より心房細動の発生しうるエリアを狭め、アブレーションの成功率を上昇させます。当院では 2019 年にアブレーションの聖地、横須賀共済病院より赴任された中島淳医師がカテーテル焼灼での **左房後壁隔離** を行ってお

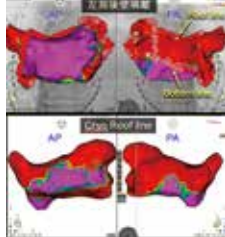
り、非常に良好な成績を収めています。しかしこのカテーテル焼灼での左房後壁隔離は難易度が高く、熟練を要します。一方でクライオバルーンの Raise-up による roof line ablation は必ずしも熟練を必要とせず、また、作成された line が極めて太いため、カテーテル焼灼での左房後壁隔離に匹敵することが確認されています。またバルーンの場合アブレーション治療中に心臓に傷がつきにくいため合併症が起こりにくく、水分や造影剤の負荷も少ないため、高齢者や心不全合併患者さんに適しています。クライオアブレーションの手技時間は肺静脈隔離術のみであれば2時間前後、roof line ablation などの追加治療をする場合は、3～4時間です。入院期間に関しては、術前後の安全をしっかりと確かめる意味も含めて、最短で3泊4日、通常5泊6日程度とさせていただきます。カテーテルアブレーション治療の適応ですが、原則85歳までの方で、発作性や1年程度の持続性心房細動のみならず、持続が10年前後の人でも治療が奏功するケースはしばしばありますので、迷われる場合は是非ご相談ください。

6. 当院の進化② 心室性期外収縮に対するバイポーラーアブレーション治療

多くの不整脈がカテーテルアブレーションで治療可能となっている現在でも、依然として根治の難しい不整脈が存在します。その代表が左室サミット (LV Summit) と呼ばれる部分から起こる心室性期外収縮 (PVC) です。LV Summit は左心室の一番高いところに位置しますが、透視画像で示すように、左心室内 (LV) からでも大心静脈 (dCGV) からでも届かない場所を指します。ここを起源とする PVC はカテーテルがどこからも届かないため、直接熱を加えることができず、治療困難なケースが散見されます。当院の症例で2017年、2018年と治療を試み、いずれ



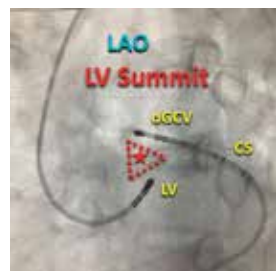
Raise-up前後の3Dマッピング



カテーテル焼灼による左房後壁隔離後の隔離エリア(上)とクライオアブレーション後の隔離エリア(下)の比較。赤い隔離エリアに大きな差はない。



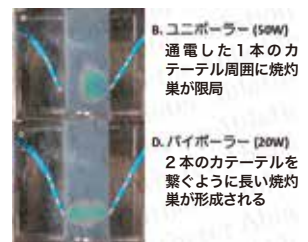
典型的な心室性期外収縮



LV summit の部分はどこからもアプローチできない。

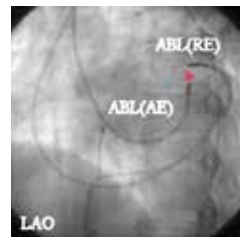
も一過性にPVCが消えたものの、数ヶ月で再発し、根治できずにいたケースがありました。このような症例に対し、非常に有効性が期待されているのがバイポーラーアブレーションです。バイポーラーアブレーションとは、通常1本のアブレーションカテーテルで治療するところを、敢えて2本のアブレーションカテーテルを使ってPVC起源を挟み込み、カテーテル同士で通電を行うことにより、直接カテーテルが届いていなくてもPVC起源に通電効果を及ぼすことができます。当院では令和3年12月に高難度新規医療技術導入申請を行い、無事申請が認可されました。そして、ついに令和4年1月に先程の症例に対し当院初のバイポーラーアブレーションを行い、無事PVCは根治に至りました。国内で本治療が可能な施設はごく僅かですが、日本の第一人者の先生のご指導を頂き、無事手技を終えることができました。治療困難と考えられていた不整脈の一つが治療可能となった瞬間でした。

また、この治療は通電の方法こそ新しいですが、手技自体はこれまでと同様の技術で可能であり、安全性も高いと考えられます。2月、3月にもバイポーラーアブレーションを必要とする症例が入っており、今後も症例が一定数増えることが予想されますので、また改めて経過をご報告できたらと考えております。



B. ユニポーラー (50W)
通電した1本のカテーテル周囲に焼灼巣が限局

D. バイポーラー (20W)
2本のカテーテルを繋ぐように長い焼灼巣が形成される



2本のアブレーションカテーテルでLV Summitを挟み込んでバイポーラー通電を行う。当院の症例はこれによりPVCが根治した。

以上、当院での不整脈治療について、また、ここ数年間の当院における不整脈治療の進化について述べさせて頂きました。当院はまだまだ症例数が多いとは言えませんが、その分個々の症例に時間をかけられることをポジティブに捉え、今後も一例一例を大切に、患者様、そして連携の先生方のご期待に応えられるように、良い治療を続けていきたいと思ひます。引き続き宜しくお願い致します。



より良い不整脈治療を目指します。
引き続き宜しくお願い致します。



東京山手 メディカルセンター

〒169-0073 新宿区百人町3-22-1

総合医療相談センター ☎ 03-3364-0366
FAX 03-3365-5951

<http://yamate.jcho.go.jp/>



この冊子は環境にやさしい有害廃液の出ないクリーン印刷で作成しています