

26 当院における救急外来の現状 勤務医の過重労働は解決できるのか

三科 武・鈴木 聡・二瓶 幸栄
松原 要一・大滝 雅博*・渡邊 真実*
石原 良**・阿部 寛政**
正岡 俊明**

鶴岡市立荘内病院外科
同 小児外科*
同 胸部外科**

最近勤務医の不足とその過重労働が問題視されてきている。特に当院のような郡部の小都市における公立病院ではその傾向が顕著にみられている。当院の特徴として診療圏の患者移動が少なく近隣他地域の病院にかかりたがらない患者が多いこと、また救急対応の出来る病院が少なく、救急患者が多いことである。平成17年の救急受診患者は26,060人で、勤務医師数は研修医を除くと63名である。平成18年4月から9月までの6ヶ月間に時間外労働時間が月に80時間以上が2ヶ月以上の医師数は26名を数えた。今後医師の増員を目指してはいるが、勤務医の労働環境を改善することが出来なければ困難であると思われる。

第250回新潟循環器談話会

日時 平成19年2月10日(土)
午後3時～6時
会場 新潟大学医学部
第五講義室

I. 一般演題

1 自己免疫性心筋炎モデルラットにおける桑葉の効果

国崎 恵・文 娟・水戸沙耶佳
馬 梅蕾・T.V. Punniyakoti
G. Narasimman・P.S. Suresh
P. Prakash・F.K. Ali・R.A. Elbarbary
R.A. Thandavarayan・B. Heshmatian
渡辺 賢一

新潟薬科大学薬学部臨床薬理学

【背景・目的】桑葉(Mulberry・Morus alba)は蚕を育てるのに使われていて、その根は「MORI CORTEX」という生薬として様々な場面で使われている。また、桑葉は抗炎症・抗高血糖・抗細菌効果をもつとしてアジアの国々で昔から習慣的に使われており、最近では抗HIV・抗酸化などの効果も報告されている。様々なフラボノイドの効果が目立つ中、桑葉はフラボノイドの代表的なquercetinを含む。今回、桑葉の抗酸化効果に注目した。

【方法】9週齢の雄Lewisラットにブタミオシンを皮下注射し、自己免疫性心筋炎を発症させ、ミオシン投与後0日から21日間、自己免疫性心筋炎モデルラットの無治療群、5%桑葉投与群(M5)、25%桑葉(M25)投与群、及び健常群(Normal)に分けた。治療後、心行動態・線維化面積比・酸化マーカーであるp-22phox・心筋障害指標であるSERCA2・mitogen activated protein kinases (MAPKs, SAPK/JNK・p-38・ERK)の蛋白発現量・アポトーシス・Mast cell密度について検討した。

【結果】無治療群と比較して治療群では心行動態は改善傾向を示し、p-22phox・SAPK/JNK・p-38の蛋白発現量が減少した。SERCA2蛋白発現量も改善傾向を示した。TUNEL染色もアポトーシス割合が減少し、Mast cell密度も治療群で減少した。以上の結果から、桑葉が急性自己免疫性心筋炎において、活性酸素種(ROS)・MAPKs活性化を抑制することによって、心線維化・心機能不全への進行を阻害することが推定された。

【総括】自己免疫性心筋炎モデルラットに桑葉投与後ROS・MAPKsの改善が見られた。桑葉は心疾患治療における使用に有用であることが示唆された。

2 卵円孔開存による右左シャントがI型呼吸不全の原因と考えられた三尖弁閉鎖不全症の1例

佐藤 文恵・杉浦 広隆・阿部 暁
小川 理・清水 博・政二 文明
県立中央病院循環器科

症例は65歳、男性。

【現病歴】20歳代に一次性三尖弁閉鎖不全(TR)と診断された。労作時息切れが増強、I型呼吸不全を認めたため精査加療目的に入院。

【検査所見】動脈血ガス分析(室内気): pH 7.46, pCO₂ 31.5Torr, pO₂ 43.4 Torr. 胸部レントゲン: 心胸比 85%. 心エコー: 右房は著明に拡大し心房中隔が左房側へ偏位。卵円孔開存を通る右左シャントあり(吸気時に増加)。胸部CT: 肺野異常なし、胸水なし。肺血流シンチ: 集積異常なし。心臓カテーテル検査: 平均肺動脈圧 14mmHg。

【経過】利尿薬の投与により、動脈血ガス分析(室内気)でpCO₂ 39.3Torr, pO₂ 67.4Torrまで改善した。前後で肺拡散能は著変なかった(DLCO 12.0 → 12.8ml/min/mmHg)。

【考案】TRに伴う右心不全増悪が右房圧上昇を通じて右左シャントを増加しチアノーゼを示したと考えられた。

3 冠動脈造影にて一過性の側副血行を認め、冠攣縮性狭心症と考えられた1例

杉浦香奈子・大塚 英明・阿部 暁
樋口浩太郎

新潟こばり病院循環器内科

症例は67歳、男性。

【主訴】労作時あるいは食後の動悸・胸部違和感

【現病歴・経過】高血圧と40歳までの喫煙歴があるがその他冠危険因子を認めない。2002年頃より走ったりするとドキドキする感じと胸の違和感があり、ゆっくり歩くと自然に改善していた。年に数回夕食後に前胸部違和感にて手で胸をさすることがあった。2005年より健康診断で心電図異常(ST低下)を指摘されていた。2006年9月頃よりゴルフで最初の2,3ホールでカートに乗っていてもドキドキする感じ、胸部違和感がみられていた。11月心電図異常精査目的に当科外来受診。安静時心電図にてII, aVF, V5, 6でST低下(<0.5mm)を認めた。外来にて運動負荷心電図を行ったところ、Bruce4分(HR125/min.)でI, II, III, aVF, V4-6で有意なST低下を認め、ドキドキ感と胸部違和感を伴っていた。後日運動負荷心筋シンチグラムを施行したところ、心電図ではBruce4分(HR130/min.)で軽度ST低下がみられ、その後STは基線に戻りBruce6分(HR142/min.)よりT波の増高がみられ、胸部違和感を伴った。SPECTでは前壁中隔、心尖部で取り込み低下と再分布を認めた。重症虚血と考え冠動脈造影を施行。右冠動脈造影時に左冠動脈近位部までの良好な側副血行路を認めた。左冠動脈に硝酸イソソルビド冠注後、造影を行ったが有意狭窄や閉塞所見は認めず、再度施行した右冠動脈造影では側副血行路は消失していた。

【考察】良好でかつ一過性の側副血行路が認められたことより慢性あるいは持続性の冠攣縮の存在が推測された。