筑波大学附属病院　茨城県立中央病院

筑波大学附属病院　茨城県地域臨床教育センター　［広報誌］

茨城県地域臨床教育センターだより

2016 Vol.19

〒309-1793　茨城県笠間市鯉淵6528　☎0296-77-1121　平成28年9月1日発行（第19号）

茨城県地域臨床教育センター赴任のご挨拶

准教授
吉 田 健太郎（新入）

専門領域 ■ 不整脈領域
カテーテルアブレーション治療
心房細動

6月1日付けで筑波大学　茨城県地域臨床教育センターに着任致しました。2012年から県職員として茨城県立中央病院に勤務しておりましたので、診療に関してはこれまでと何ら変わることはございません。新たに筑波大学の教員となったことで、研究、教育に対しても広く貢献する機会をいただくことになりました。私の専門とする循環器、不整脈を通して、この場をお借りして自己紹介させていただければと思います。

1974年東京生まれ、育ちは千葉県松戸市です。こどもの頃から動くものなら何でも大好きで、テレビゲームなどには目もくれず、ラジコン、けん玉に没頭する小学生でした。筑波大学医学群を卒業後、筑波メディカルセンター病院、総合守谷第一病院、茨城西南医療センター病院、なめがた地域総合病院にて研修をつみました。当時の筑波大学循環器内科教授　山口巖先生の講義の中で「動いてこそ役割を果たす臓器は心臓だけです。止まった！と叫べるのは、人の臓器の中で心臓だけですよ。」に感動して、“動く”臓器「心臓」を専門に選びました（呼吸は止まりますが、肺は止まりません）。

卒後5年目、2004年に、当時、横須賀共済病院に在籍されていた青沼和隆先生（現筑波大学循環器内科主任教授）が筑波大学へ赴任されました。青沼先生は、日本の不整脈カテーテルアブレーション治療の第一人者です。私の生まれながらの理数系、左脳優位な脳構造が変わるはずもなく、循環器の中でも特に数学的な要素を多く含む不整脈の奥深さに魅了され、青沼先生の指導のもとに不整脈診療に突き進むことになりました。カテーテル手技の極意を直接指導いただきながら、学際的な面においても視野を広げ、卒後8年目、2007年に米国ミシガン大学Morady教授の研究室へ留学させていただきました。多くの不整脈は、そのメカニズム・機序が解明されていますが、今なお神秘に包まれた不整脈が一つあり、それが心房細動です。この二年間の留学において、心房細動に関する知識、意欲、研究をより一層深めることができました。人生を変えた大きな転機でした。

1．不整脈診療

診療の中心は不整脈に対する非薬物治療です。多くは心房細動に対するカテーテルアブレーション治療が占めます。心房細動は65歳を過ぎると5％、80歳を過ぎると10％の高い罹患率を有する不整脈であり、脳梗塞の発症率を5倍に上昇させることが大きな問題です。強い動悸症状を伴い、薬の効果に乏しい、発作性の心房細動がカテーテル治療に適しているとされています。私が2012年に着任してから、当院では年間100～150例のアブレーション治療を行っております。治療件数では特筆すべきものはありませんが、大規模施設に劣らない根治率、そして安全性を第一とした治療を目指しています。心房細動のメカニズム解明に繋がるような新たな知見を見逃さない目、集中力、そして私を信頼して治療を受けに来て下さった患者さんの期待を裏切らないという思いは誰にも負けないと思っています。

2．不整脈研究　―心房細動―

カテーテルなどの道具の進歩は近年目覚ましいものがあります。その一方で、心房細動のメカニズム解明という点においては、この10年ほとんど進歩はないといっても過言ではありません。昨年からバルーンカテーテルを使用した心房細動治療が脚光を浴びていますが、治療の簡便化においては大きな進歩であるものの、安全性、根治率を上げる種類の進歩ではありません。持続性心房細動の新たな治療法の開発に関しては世界的にも惨憺たるもので、確立した治療法は今なお存在しません。この点は、心房細動治療に携わる者として極めて無念なところです。今回、筑波大学に着任したことで、研究の手を広い範囲に広げることが可能となりました。産学連携研究、筑波大学・茨城県立中央病院から発案される臨床研究が、世界の心房細動治療を大きく進歩させるという目標に向かって、すこしでもお役にたてるよう努力していきたいです。

3．教育

教育と一口に言っても、大学生の授業から、一般内科の実地指導、カテーテル操作法、論文執筆まで様々です。不整脈学を学ぶこと、理解することの面白さ、カテーテルを上手に操作することで多くの不整脈を根治できる醍醐味、患者さんから感謝していただけることの喜びを、若い循環器内科医に伝えたいと思います。後期研修医には英語雑誌への症例報告を、大学院生には英語の原著論文を指導して、実臨床に貢献する良質な研究にもつなげて行きたいと思っています。結局のところ、診療、研究、教育は互いに関連しあっています。診療なくして、研究も、教育も成立し得ません。茨城県臨床教育センターに籍を置くことによって、この3領域をバランス良く推進させる環境をいただきました。大変光栄で幸せなことです。多くの先生方、患者さんからの期待に沿えるように、この恵まれた環境に感謝しながら、第二幕となった当院での勤務を6月からスタートさせています。今後とも宜しくお願い申し上げます。

肺癌に対する「胸腔鏡手術」について

講師
鈴木　久史
専門領域 ■ 呼吸器外科

最近、新聞やテレビなどで「腹腔鏡手術」や「胸腔鏡手術」という言葉を見かける機会が増えてきました。従来の手術のように大きく切開せず、小さな孔をいくつかあけて内視鏡カメラと専用の細長い手術器具を用いて行う手術で、20年程前より各領域で広く行われるようになってきた手術方式です。手術する部位が腹部であれば「腹腔鏡手術」となりますが、我々は、肺などの胸部の疾患に対して手術を行っていますので、「胸腔鏡手術」という言葉になります。

肺は肋骨や筋肉などによって頑丈に囲まれていますので、そこへ到達して手術を行うためは、皮膚と筋肉を大きく切開する必要があります。肋骨を切ることもあります。これを開胸手術といいます。現在でも一般的によく行われており、胸を大きく開くことから肺の全体が見渡せて視野がよく、あらゆる器具が使用でき操作がしやすいというのが利点です。ただし傷が大きくなりそれにともなう創部痛等がマイナス面です。患者さんによっては身体への負担が大きくなります。一方、胸腔鏡手術は、傷の場所が複数になりますがそれぞれの傷は数㎝と小さく、切開する筋肉も少なく、骨を切ることもありません。傷の治りが早く、術後の痛みも開胸手術に比べて軽いと言われます。身体への負担が少ないことから早期社会復帰などが期待できます。この胸腔鏡手術は、肺の一部を少し切るだけというシンプルな術式には以前からよく用いられてきましたが、近年は、カメラの画質向上や使いやすい専用器具の開発などから、手技がより複雑な肺癌の標準手術、「肺葉切除術」に関しても胸腔鏡手術を適用する施設が全国的にも増えてきています。高解像度（フルハイビジョンまたは4K）で肺などの病変へ接近した拡大画像が見られるため、胸を開いて肉眼で中を覗き込むよりも細かいところが見やすいという利点があります。ただし直接視ではなく2次元モニター視であるため、奥行きの感覚に関しては術者の経験に依存すること、また画像を見ながらの操作であることから技術的修練を要する手技であること、などが留意点となります。また急な出血などで胸を開いて緊急処置を行う必要になった場合には、既に胸が開いている開胸手術に比べて対応に時間差が生じる可能性があるという内視鏡手術特有の弱点があることの認識は重要で、慎重に適応を考える必要があります。現在、当科ではStage Ⅰ期（腫瘍の大きさ3㎝以下でリンパ節転移の疑いなし）の早期肺癌と見込まれる症例でかつ肺の分葉（切除予定の肺の境界）が良好である症例を対象に胸腔鏡手術による肺葉切除を行っています。予定入院期間に関しては開胸手術と同等ですが、回復が早い場合には予定より早期に退院できることもあります。

さらに最近、ロボット手術（ダヴィンチ手術）という手術方法も実用化されています。これはこれまで述べてきた胸腔鏡手術の延長にあたるもので、胸腔鏡手術に使われている器具に複数の関節がつき、器具の先端部を身体の中でより自由に動かすことができるようになったシステムです。術者は手術器具を直接持って動かすのではなく、手術器具が固定されたロボットアームを手術台から離れた位置から操作して動かすというものです。内視鏡カメラも3Dとなり立体視ができるようになっています。機械を通じての操作になりますので術者の手に触覚が伝わらないという欠点はありますが、操作性の良さでロボット手術も世界中で増えてきています。このロボット手術システムは当院にも既に導入されており、保険承認されている泌尿器科領域（前立腺癌の手術）でロボット手術が実施されています。肺癌などの呼吸器領域ではまだ保険適用になっておりませんが、肺の手術に関しても有用なシステムと考えられるため、当科では呼吸器領域でのロボット手術実施に向けて臨床研究として取り組んでいます。

肺の手術に関して御質問等ありましたら外科外来窓口までお気軽にご相談ください。

胸腔鏡手術の様子

筑波大学附属病院　茨城県地域臨床教育センター
〒309-1793　茨城県笠間市鯉淵6528　☎0296-77-1121
ホームページ　http://www.hosp.tsukuba.ac.jp/chiiki/cyubyo/