

# 宇城総合だより

## 1 特集 狭心症・心筋梗塞の外科治療 - 心臓血管外科

- 3 新型コロナウイルス感染症検査について
- 4 新入職医紹介 / 新型コロナウイルス感染症予防の取り組みについて / ヘリポートの区画線補修を行いました。
- 5 おいしい病院食レシピ
- 6 外来診療医師一覧表



### 2021年度 理念・基本方針

#### 《 理 念 》

・私たちは医療をとおして地域に貢献します

#### 《 基本方針 》

- ・良質で安全な医療を実践します
- ・快適な受療環境を提供します
- ・魅力ある職場をつくります



社会医療法人 黎明会  
**宇城総合病院**

URL <http://www.reimeikai.jp/>  
〒869-0532 熊本県宇城市松橋町久具691  
Tel.0964-32-3111 Fax.0964-32-3112



#### 選定療養費の改定について



令和2年4月の診療報酬改定に伴い、200床以上の地域医療支援病院では、他の保険医療機関等からの紹介状がなく、初診で受診された場合、または、症状が安定し他の医療機関を紹介したにも関わらず同じ病気で再受診された場合には診察料の他に選定療養費を徴収することが義務化されました。当院では、「選定療養費」として、患者さまにご負担いただく額を次の通り改定いたしました。何卒ご理解下さいますようお願いいたします。

令和2年4月1日から(税込金額) **初診時:5,500円 再診時:2,750円** (令和3年6月1日現在)



#### 整形外科外来は完全紹介型です

整形外科外来は、平成26年9月1日より完全紹介型へ移行しました。初めて整形外科外来を受診される際、紹介状がない場合は診察ができません。必ず紹介状をご持参くださいますようお願いいたします。

※ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の医療機関からの紹介によらず来院した場合にあってはこの限りではありません。



# 特集 狭心症・心筋梗塞の外科治療



私が、ご説明いたします

副院長  
心臓血管外科部長

毛井 純一

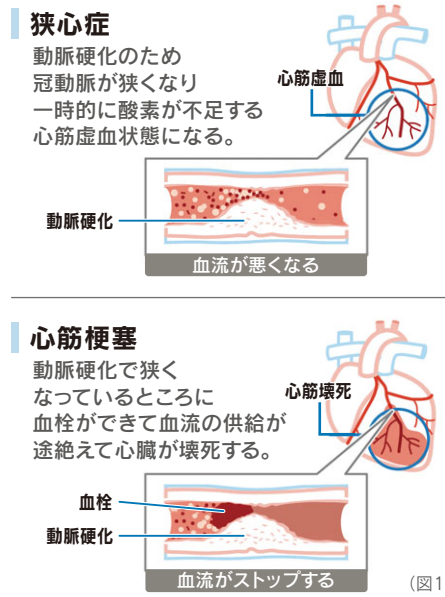
熊本医療センター、  
熊本労災病院、熊本  
総合病院で1,000  
例以上の心臓外科



手術を行ってききましたが、定年を迎え、昨年より当院にて地域医療に携わることとなりました。当院では心臓手術は行っておりませんが、これまでの経験を地域医療にも生かしていきたいと思っています。

## 〔初めに〕

「狭心症」は心臓が狭い症状と書きますが、実際は心臓の表面にある冠動脈が、動脈硬化のため狭くなる冠動脈狭窄の症状です。冠動脈は心臓に血流を送る血管ですので、内腔が狭くなると血液がその末梢に不足するようになると、心筋は酸素不足(虚血)により「胸が苦しい」「胸が締め付けられる」「胸が圧迫される」などの虚血症状が現れます。さらに冠動脈狭窄部に最終的には血栓が詰まって(閉塞して)しまうと、心筋は「窒息」の状態になり壊死(心筋梗塞)に陥ってしまい危険な状態になります。狭心症や心筋梗塞などは心筋が虚血となる疾患で虚血性心疾患と言います。



## 〔治療法〕

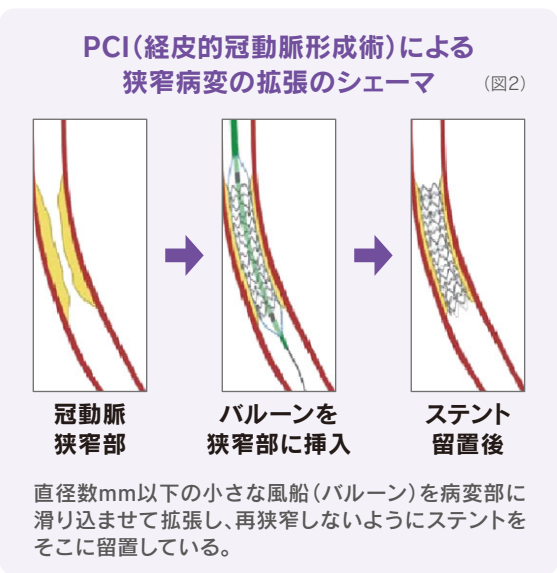
### 〔無症状〕

狭心症が軽度で病変も少ない場合は無症状のことが多いのですが、それでも原因となる動脈硬化症に対する予防的治療は予後を改善します。適度の運動とそれに見合ったカロリー摂取などです。いわゆる成人病予防になります。

### 〔症状出現後〕

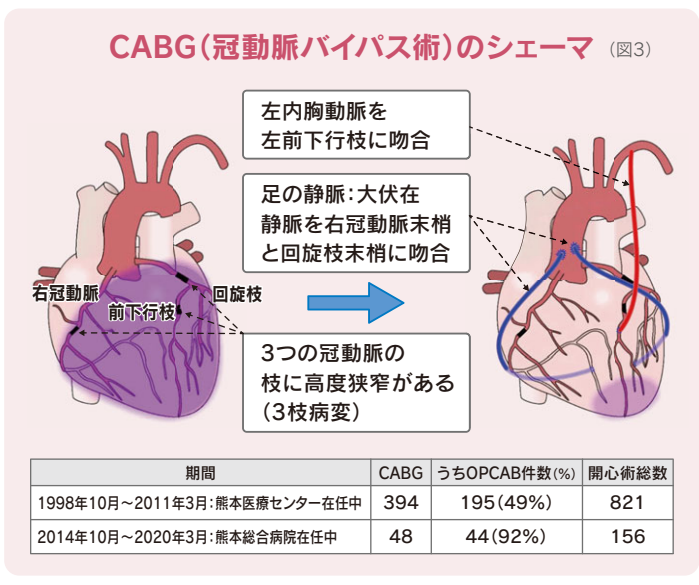
- ① 内服治療：心臓の運動量を抑制する薬剤(脈を少なくする薬剤、収縮力を抑える薬剤)、降圧剤(血圧を低下させて心臓の負担を軽減させる薬剤)、冠動脈拡張を促す薬剤などです。
- ② カテーテル治療(PCI)：直径2〜3mm程度の細い管(カテーテル)を上肢または足の付け根から動脈内に刺入して、透視下で大動脈の根元から冠動脈の中に誘導し、冠動脈の高度の狭窄部を小さな風船などで拡張し、物理的に狭窄を解除する物理的治療です。冠動脈狭窄を解除することで心筋梗塞となったりそれが原因で心不全となったり死亡する確率が低下します。

厚生労働省発表の「人口動態統計の概況」によると、平成29年(2017)1年間で、心疾患(高血圧性を除く)で死亡した人は20万4837人で、死亡数全体の約15%を占めており、悪性新生物(がん:同約27%)に次ぐ2番目に多い数字です。またこの心疾患死亡数のうち急性心筋梗塞は3万4950人(同2.6%)でした。



医療保険では手術と同等に扱われますが、局所麻酔で行え、体への負担は少なく、PCIの死亡率は0.1〜1%未満とかなり低いレベルで、循環器内科が担当することがほとんどです。冠動脈病変の拡張後、その口径に合わせたステント(直径数mm以下のばね状の管)を留置して再び

冠動脈の高度狭窄病変の末梢に自己の血管を吻合して狭窄や閉塞病変をバイパスする手術です。多くは前胸部正中の胸骨を縦切開して胸を開き、胸の裏の内胸動脈など内径2mm程度の動脈をはがして、代用血管(グラフト)として病変部末梢の冠動脈に吻合します。そのほか足の静脈大伏在静脈がほとんど、胃の大網の動脈(胃大網動脈)などもバイパス血管として使用します。静脈のように周囲の血管より切り離している代用血管では大動脈の根本に片端を吻合して大動脈から冠動脈に血流を補充します。PCI同様バイパスすることで血流を回復させ、心筋梗塞となったりそれが原因で心不全となる確率が低下し、死亡率も改善します。



期間	CABG	うちOPCAB件数(%)	開心術総数
1998年10月〜2011年3月:熊本医療センター在任中	394	195(49%)	821
2014年10月〜2020年3月:熊本総合病院在任中	48	44(92%)	156

ただし胸を開ける手術のため人工呼吸器や全身麻酔を要し、体への負担は大きく、手術死亡率も1〜3%と、カテーテル治療とくらべかなり大きく、心臓血管外科が担当します。冠動脈の狭窄や閉塞の病変部をバイパスして、その末梢の病変のない部分に代用血管を吻合しているため、代用血管の開存率はかなり良好で動脈グラフトの場合10年経過しても9割程度、静脈の場合も7割程度開存しています。

## 〔虚血性心疾患の予後と治療による予後の比較〕

冠動脈は心臓の表面にある動脈で、大動脈の根元から左右1本ずつの冠動脈(右冠動脈、左冠動脈)が起始して心臓表面に走行します。左冠動脈は2本(前下行枝、回旋枝)に分かれて、合計3本の主要な冠動脈が心臓全体に栄養と同時に酸素を送ります。この3本の冠動脈の狭窄の程度が強いほど、また病変数も多いほど放置した場合の予後は悪くなります。

### ① 1枝病変(強い狭窄は冠動脈の1本だけの場合)

5年生生存率は約95%、10年生生存率は約90%と生命予後は良好で、内科的治療群の生存率とほぼ同等のため、カテーテル治療も必ずしも必要とは限りません。ただ、前下行枝に高度の狭窄病変がある場合は、PCIで冠動脈狭窄を解除することで心筋梗塞となったりそれが原因で心不全となったり死亡する確率が低下します。

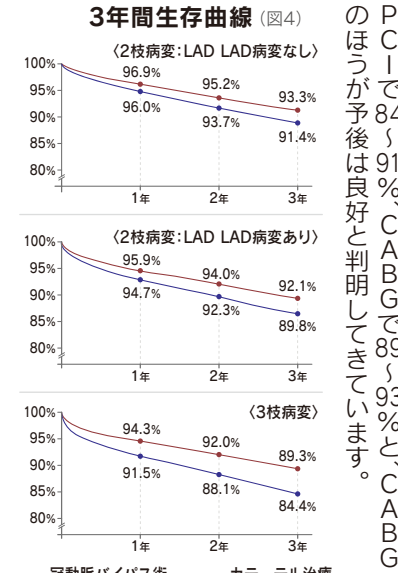
### ② 2枝病変(強い狭窄が冠動脈の2本にある場合)

軽症の1枝病変と重症の3枝病変の間に位置する冠動脈病変のため内服のみによる内科的治療(保存的治療)の予後もPCIやCABGによる予後もその中間に位置しますが、PCIでもCABGでもどちらも行われています。この10年ではPCIのほうが多くなっています。

### 〔終わりに〕

ここではわかりやすくするため1〜3枝病変で治療の選択を説明していますが、実際には高度狭窄病変の位置や形状、1枝領域内での病変数による詳細なPCIの難易度の評価(Syntax score)などによる評価、糖尿病の有無、個々の症例によるPCIの難易度、CABGでは手術に耐えられるかなどの耐術能を評価して手術(PCIまたはCABG)を決定しています。したがってPCIを行う心臓の内科(循環器内科)とCABGを行っている心臓の外科(心臓血管外科)と一緒に個々の症例を検討することが、治療方針には最も重要になります。

また10年ほど前までは人工心肺で体の血流を保つて心停止にして、数mm直径の冠動脈と代用血管を吻合していましたが、10年ほど心拍動のままに冠動脈にバイパス血管を吻合する冠動脈バイパス術(OPCAB)が行われるようになってきました。体への侵襲にもなる人工心肺を使用しないためへの負担は少なく、日本のCABGの約6割がOPCABとなっており、死亡率も2%未満と他の開心術に比べるとかなり低くなっています。自験例では10年前まではOPCABの件数は全CABGの半分程度でしたが、最近では熊本でも9割以上がOPCABとなっています。



MACCE to 5 Years by SYNTAX Score Tertile (High Scores >33)

	CABG (n=115)	PCI (n=290)	p-value
Overall			<0.001
Death	11.4%	19.2%	0.005
CVA	3.7%	3.5%	0.80
MI	3.9%	10.1%	0.004
Death, CVA or MI	17.1%	26.1%	0.007
Revasc.	12.1%	30.9%	<0.001

冠動脈病変の数や病変位置、形状などにより算出するSyntax score(数値が多いほどPCIはむづかしくなる)によるPCI(TAXUSステントを使ったPCI)とCABGの5年間の術後の死亡、心筋梗塞、術後に再度PCIまたはCABGを行ったか、を5年間追跡した研究では、Syntax scoreが33以上ではCABGのほうが、術後5年間の合併症は少ないとされています。



# 新入職医紹介

整形外科  
高田 柊



4月から宇城総合病院整形外科に赴任しました高田柊（たかたしゅ）と申します。出身は熊本市で平成28年長崎大学医学部を卒業後に済生会熊本病院での初期臨床研修を修了した後、熊本大学附属病院整形外科に入局しました。これまで熊本大学附属病院、済生会熊本病院、くまもと県北病院に勤務しました。

「整形外科」というと筋骨隆々な男性の医師を思い浮かべられる方が多いかと思いますが、私は女性の中でも身長も小柄であり、世間的な整形外科医のイメージと幾分ギャップがあるためか患者様やスタッフの方々から「なぜ整形外科医を目指そうと思ったのか」と尋ねられることがよくあります。

私が整形外科医を目指したきっかけは、運動器疾患でお悩みの患者様が機能改善を得て日常生活を取り戻す、あるいは疾患と付き合いながら健康な生活を送る一助となる点に非常に大きな魅力を感じたからです。整形外科にはお子さんからご年配の方まで幅広い層の患者様がいらつしゃいます。さらにお一人おひとり異なる背景をお持ちです。まだまだ経験年数は浅く微力ではありますが、患者様が必要とする診療を考え提供すること、そしてそれにより喜んで頂けることに日々やりがいを感じています。皆様に寄り添った診療を提供できるよう、またその質をより高めていけるよう今後とも一歩邁進する所存です。

少しでも地域の方々に求められる医療を提供できるよう、取り組んで参りますのでどうぞよろしくお願い申し上げます。

## 新型コロナウイルス感染症予防の取り組みについて

### ● 顔認証温度検知システムの設置



正面玄関に「非接触型・顔認証温度検知システム」を設置し、全ての入館者に検温を実施しております。体温が37.0度以上の方は再度体温計による検温をお願いしています。

### ● 面会禁止のお知らせ



入院患者さんへの面会は原則中止させていただいております。面会禁止が長期化する中、面会を希望する入院患者の家族様等には、タブレットを利用した『リモート面会』をご案内しております。

**リモート面会とは？** 病棟の患者様と病棟の面会スペースにおいてになったご家族様を、ビデオ電話で繋いで行う面会です。

当院では、安全にご利用いただけるよう感染対策を徹底しております。

### ご来院の皆様や職員に感染対策を実施中

※1: 非接触型・顔認証温度検知システムを設置



### 院内共用部分の定期清掃を行っています



### 院内環境を見直し、より一層安全に配慮しています

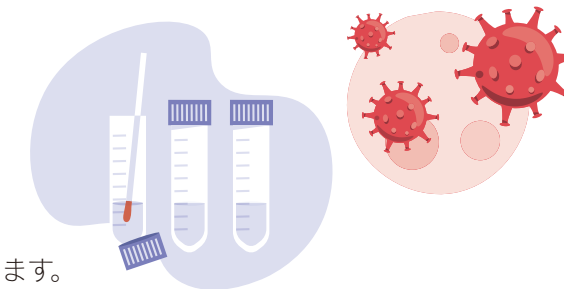


### ヘリポートの区画線補修を行いました。

当院は、病院南側にヘリポートを整備し、平成24年10月から運用しています。このヘリポートは、ドクターヘリや防災ヘリ、警察ヘリの緊急離発着時に使用します。このたび、ヘリポートのメンテナンスとヘリコプター操縦士からの視認性を向上させる目的で、ヘリポートの区画線補修を行いました。



## 新型コロナウイルス感染症の検査について



新型コロナウイルス感染症の検査にはいくつかの種類と方法があります。それぞれの検査の特徴と院内で行っている検査について簡単にご紹介致します。

臨床検査技師 飯田美紀

### ● 検査の種類と特徴

核酸検出検査		ウイルスの遺伝子を増幅させて検出する方法
方法		リアルタイムRT-PCR法、LAMP法、TMA法など
検体		鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液（無症状者は推奨されない）、唾液（発症から9日以内）
対象者		有症状者（発熱や呼吸器症状など）、無症状者
抗原検査		構成成分である蛋白質を、ウイルスに特異的な抗体を用いて検出する方法
方法		イムノクロマト法（定性）、化学発光酵素免疫測定法（定量）
検体	定性	鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液
	定量	鼻咽頭ぬぐい液、鼻腔ぬぐい液（無症状者は推奨されない）、唾液（発症から9日以内）
対象者	定性	有症状者（発症から9日以内）
	定量	有症状者、無症状者

抗体検査		ウイルスに感染した時に形成される蛋白質を調べる方法
検体		採血により検査を行います。
特徴		現在の感染の有無ではなく過去に感染したことがあるかどうかを調べます。

ゲノム解析		生物の遺伝子配列を解析する方法
検体		抗原検査やPCR検査で陽性となった検体を調べます。
特徴		変異株の判別や感染ルートの特定などができます。

### 当院では、抗原検査とPCR検査を院内で行っています。

2020年10月より抗原検査、2021年1月よりPCR検査を始めました。感染防護具を着用し、感染防止対策を徹底して検査を行っています。

※医師が必要と判断した場合にのみ  
※検査を行います。  
主な対象  
●発熱や呼吸器症状のある方  
●(当院に)入院・退院される方 等

抗原検査		検査キットによる定性検査	PCR検査		蛍光標識プローブを用いたRT-PCR法
検体		鼻咽頭ぬぐい液	検体		鼻咽頭ぬぐい液
判定時間		15分	判定時間		60分
季節性インフルエンザとの鑑別が必要な場合には、インフルエンザの検査も同時に行います。			前処理から判定まで全自動遺伝子解析装置により行っています。		





《診療科目》

内科 循環器内科 糖尿病内科 内分泌・代謝内科 人工透析内科 腎臓内科  
 脳神経内科 外科 呼吸器外科 心臓血管外科 消化器外科 整形外科  
 アレルギー科 リウマチ科 泌尿器科 リハビリテーション科 放射線科 麻酔科

《外来診療》

受付時間 / 平日 8:30~12:00(整形外科 8:30~11:30)〔泌尿器科 8:30~11:30〕  
 診療時間 / 平日 9:00~17:00  
 休診日 / 土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29~1/3)  
 ※救急患者を除く

《許可病床数》

204床 (一般病床 200床・感染症病床 4床)

外来診療医師一覧表

令和3年6月1日現在

診療科			受付時間	月	火	水	木	金	土
外科 消化器外科	午前 ・午後	新来	8:30	多森靖洋	前田健晴	松田貞士	担当医	担当医	担当医 救急対応
		再来	12:00	多森靖洋	前田健晴	松田貞士	担当医	担当医	
心臓血管外科	午前	新来	8:30	毛井純一	-	-	-	-	
		再来	12:00	毛井純一	-	-	-	-	
整形外科* *「完全紹介型」 (必ず紹介状が必要です)	午前 ・午後	新来	8:30	清原悠太	佐藤広生(非)	大多和聡	高田柊	赤城哲哉	
		再来	11:30	清原悠太	佐藤広生(非)	大多和聡	高田柊	赤城哲哉	
リハビリ科	午前	新来	8:30	担当医	赤城哲哉	担当医	赤城哲哉	担当医	
		再来	10:30	担当医	赤城哲哉	担当医	赤城哲哉	担当医	
泌尿器科	午前	新来	8:30	中村武利 (第2・4月曜日)	-	-	中村武利	-	
		再来	11:30	中村武利 (第2・4月曜日)	-	-	中村武利	-	
内科	内科	午前	8:30 ・ 12:00	蛭原賢司	本村一美	宮村信博	平原智雄	石田秀太	
		午後		担当医	本村一美	蛭原賢司	石田秀太	宮村信博	担当医
	循環器内科	午前		宇宿弘輝(非)	本村一美	本村一美	森岡真美(非)	本村一美	
		再来		宇宿弘輝(非)	本村一美	本村一美	森岡真美(非)	本村一美	
	脳神経内科	午前		平原智雄	-	水谷浩徳(非)	-	-	
		再来		平原智雄	-	水谷浩徳(非)	-	-	
腎臓内科・ 人工透析内科	午前	新来	-	盛三千孝	泉裕一郎(非)	-	石田秀太		
再来	-	盛三千孝	泉裕一郎(非)	-	石田秀太	-			
総合診療科	午前	8:30~12:00	-	江上寛	毛井純一	-	-		
小児リハ	午後	15:00~16:30	-	村上幹彦(非)	板井義男(非)	村上幹彦(非)	-		
放射線科	読影担当医			前田陽夫	前田陽夫	前田陽夫	前田陽夫	前田陽夫	-
内分泌・代謝内科	午前	8:30~12:00	-	宮村信博	宮村信博	宮村信博	宮村信博	宮村信博	-
糖尿病センター	午前	8:30~12:00		蛭原賢司 富田さおり(非)	宮村信博 蛭原賢司	宮村信博 富田さおり(非)	宮村信博 蛭原賢司	宮村信博 富田さおり(非)	-
腎透析センター	~15時			盛三千孝	中村武利	石田秀太	第1・3 石田秀太 第2・4・5 盛三千孝	中村武利	第1・3・5 盛三千孝 第2・4 石田秀太
	15時~			石田秀太	-	泉裕一郎(非)	-	盛三千孝	-
リハビリテーション センター	午前	9:00~11:30							-
	午後	13:30~15:30							-
健診センター	担当医			福田秀明(非)	村上幹彦(非)	福田秀明(非)	村上幹彦(非)	村上幹彦(非)	-

※(非):非常勤医師  
 ※診察には「紹介状」が必要です。(紹介状がない場合は、選定療養費として5,500円(初診)、2,750円(再診)が必要となります。)

曜日、時間を  
お間違いなく



「おいしい」  
**病院食レシピ**  
 当院で提供している  
 美味しくて健康づくりに寄与する  
 献立の紹介。

(管理栄養士 森 美由希)

**今**回は、当院でも提供している豆腐料理3品をご紹介します。

豆腐はヘルシーなイメージがありますが、肉や魚と同じたんぱく質を豊富に含む食材の一つです。ご紹介するのは、豆腐をメインに使ってあり、食べごたえもあるおすすめのメニューです。



**材料(2人分)** ※写真左から順に記載しています。

●**手作りがんもどき**

- (1人あたり253kcal、たんぱく質10g)
- 絞豆腐 …………… 200g
  - きくらげ(乾) …………… 6g
  - にんじん …………… 10g
  - ごぼう …………… 20g
  - 卵 …………… 10g
  - 塩 …………… 少々
  - 薄力粉 …………… 大さじ2
  - 揚げ油 …………… 適量
- A
- 出汁 …………… 60ml
  - こいくちしょうゆ …… 小さじ2
  - みりん …………… 小さじ1/3
  - 砂糖 …………… 小さじ1と1/2

●**豆腐カツ**

- (1人あたり196kcal、たんぱく質12g)
- 焼き豆腐 …………… 100g
  - B
  - 生姜(すりおろし) …… 4g
  - こいくちしょうゆ …… 小さじ3
  - 酒 …………… 小さじ1
  - 豚ローススライス …… 15g×4枚
  - 卵 …………… 8g
  - パン粉 …………… 大さじ5
  - サラダ油 …………… 小さじ1と1/2

●**豆腐カレー**

- (1人あたり546kcal、たんぱく質14.6g)
- ごはん …………… 400g
  - 木綿豆腐 …………… 100g
  - さやいんげん …………… 40g
  - にんじん …………… 60g
  - 玉ねぎ …………… 60g
  - 牛ミンチ …………… 40g
  - サラダ油 …………… 小さじ1
  - 水 …………… 240ml
  - こしょう …………… 少々
  - カレールー(市販) …… 36g

**作り方**

●**手作りがんもどき**

- きくらげは水で戻し、にんじん、ごぼうと共にみじん切りにする。
- 絞豆腐と①、卵、塩、薄力粉の2/3量を混ぜて小判形に丸め、残りの1/3量の薄力粉をつけて油で揚げる。
- Aを合わせて調味出汁を作り、軽く煮立てておく。
- ③の調味出汁で②を煮含める。
- 汁が減り、味が馴染んできたら完成。皿に盛りつける。

●**豆腐カツ**

- 焼き豆腐を2切/人の大きさに切り、Bに漬けておく。
- ①に豚肉を巻き、クッキングシートを敷いた鉄板に並べ、上から溶き卵をハケでたっぷり塗る。さらにその上からパン粉とサラダ油をかける。
- 200℃に温めたオーブンで10~15分焼く。
- パン粉に焼き色がついたら出来上がり。食べやすい大きさに切り、皿に盛りつける。

●**豆腐カレー**

- 材料を切る。(木綿豆腐は水切りをし、サイコロに。さやいんげんは茹でて斜めに切る。にんじんはいちょう切り、玉ねぎは少し厚めのスライス)
- 鍋にサラダ油を入れ、牛ミンチを炒め、玉ねぎ、にんじんを加えさらに炒める。
- こしょうを振り入れ、水を加えてやわらかくなるまで煮込む。
- 具がやわらかくなったらカレールーを加え、混ぜる。
- さやいんげんを加え、混ぜる。
- ⑤にサイコロに切った豆腐を入れ、崩れないように丁寧にかけ混ぜる。
- 皿にご飯を盛りつけ、上からカレーをかける。