



医療法人財団
きよせ旭が丘記念病院 広報誌
Kiyose Asahigaoka Memorial Hospital

Take Free

ご自由にお取りください

vol.15
2025年5月

2023年1月創刊／隔月発行

きよあさ通信



イカリソウ

巻頭 『置かれた場所で咲きなさい』 理事長 高木 由利

特集 大動脈疾患シリーズ 一後編一

『本当はもっと怖い!! 大動脈解離のお話』 心臓血管外科・循環器科 坂東 興

学会参加報告『第16回 腎臓病と栄養・代謝・食事フォーラム2025』 管理栄養士 岡 泰樹

医師紹介 Doctor introduction 循環器内科・透析科 田中 俊行

■ 外来診療体制表

置かれた場所で咲きなさい

理事長・腎臓内科 高木 由利



小さな木に可愛い小さな花がついています。
何とも言えないステキな姿です。

＊ ＊ ＊

当院のお隣に清瀬市立第三中学校があります。授業が終わると部活動をする生徒さん達の元気な声が聞こえてきて楽しい気持ちになります。

第三中学校では、歴代の校長先生が私のもとに定期的に“学校だより”を送ってくださっています。私はこの“学校だより”をととても楽しく拝読しています。今回は特に興味深いお話で、私も深く考えるチャンスに恵まれました。『3月が消え去ることがないように』という題で、井上隆校長先生のお言葉でした。

3月は生徒さん達はとても忙しい時期です。そして4月からの新生活へのスタートもあり、緊張する時期でもあります。そこで井上校長先生は、渡辺和子先生著の“置かれた場所で咲きなさい”という本からのメッセージをくださいました。“置かれた場所で咲きなさい”は、自分が今置かれている場所で努力し、不平不満を言う前にその場所で諦めずに最善を尽くし自分自

身を幸せにきなさいという意味が込められているのです。

これは自己否定をすることではありません。自分が定めたゴールが“目標通りであったか”ではなく“目標に向けて自分はどのように取り組みゴールしたか”ということが、その人の後々の人生に大きな影響を与えるとこの本では語られているのです。

私はこの言葉から自分が日々生きていく中で大きな示唆を与えて頂いたと思いました。そして私自身、自分の人生のゴールを見極め、日々“自分の置かれた場所”で花を咲かせて生きることの大切さを改めて気付くことができました。

井上校長先生、ありがとうございました。



大動脈疾患シリーズ -後編-

本当はもっと怖い!!

大動脈解離のお話

心臓血管外科・循環器科

坂東 興

1. はじめに

今年のゴールデンウィークは、最終日5月6日を除き天候に恵まれ、ご家族や友人と楽しい時間を過ごされた方も多かったのではないのでしょうか？

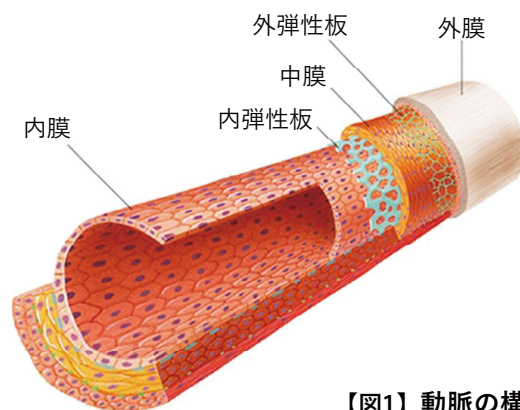
前回、寒暖差の激しい時期には、血圧の急激な変化で大動脈瘤の破裂や大動脈解離を起こす患者さんが多いとお話ししましたが、このような薫風爽やかな季節にあっても、一定の割合で大動脈解離を起こす患者さんがいらっしゃいます。血圧の日内変動が著しい場合や、降圧剤を内服しているのにも関わらず血圧コントロールが難しく、持続的に血圧の高い患者さんは、季節に関わらずリスクが高いと考えられているからです。

それでは、前回お話しした大動脈瘤と今回取り上げる大動脈解離はどのように違うのでしょうか？1番の大きな違いは、大動脈瘤が、無症状のまま血管の一部が膨れて瘤化していくのに対し、大動脈解離では、発症と同時に激しい胸背部痛が起こることです。また、胸部大動脈瘤では、診断後経過観察を続け、大動脈瘤の径が50～55mmになって初めて手術の適応になるのに対し、大動脈解離では解離の発症後出来るだけ早期に確定診断をつけ、即刻緊急手術が必要かを判断することが求められる点にあります。

2. 大動脈解離とは

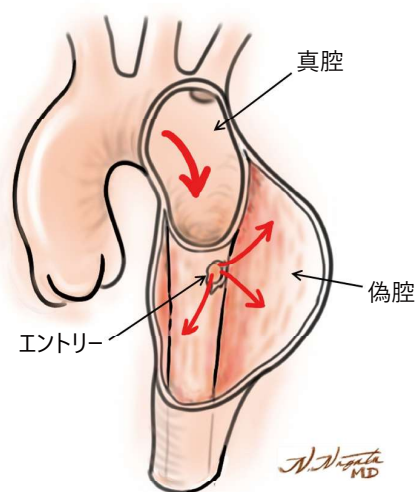
大動脈は内膜、中膜、外膜の三層構造となっています(図1)。中膜になんらかの原因で裂け目ができて、外膜との間に血流が流れ込み、中膜と外膜の間の裂け目が広がり、大動脈内に2つの通り道ができる状態を大動脈解離と呼びます。

2つの通り道のうち、本来の血液が流れる部分を真腔、中膜と外膜の間の裂け目で本来の血液が流れない部分を偽腔と呼びます(図2)。



【図1】動脈の構造

「インフォームドコンセントのための心臓・血管病アトラス」より



【図2】

安達秀雄：イラストレイテッド大動脈瘤手術より改変

1) 大動脈解離はなぜできるのでしょうか？

大動脈解離ができるメカニズムについても、現在多くの研究が行われていますが、まだ確固たる結論が出ていないのが現状です。唯、大動脈瘤と同様に、これまでの疫学研究から高血圧、動脈硬化、高脂血症、糖尿病、睡眠時無呼吸症候群、遺伝子など様々な要因が絡み合っていると考えられています。特に最近の研究で、以前お話しした睡眠時無呼吸症候群と強い関連性があることがわかってきました。

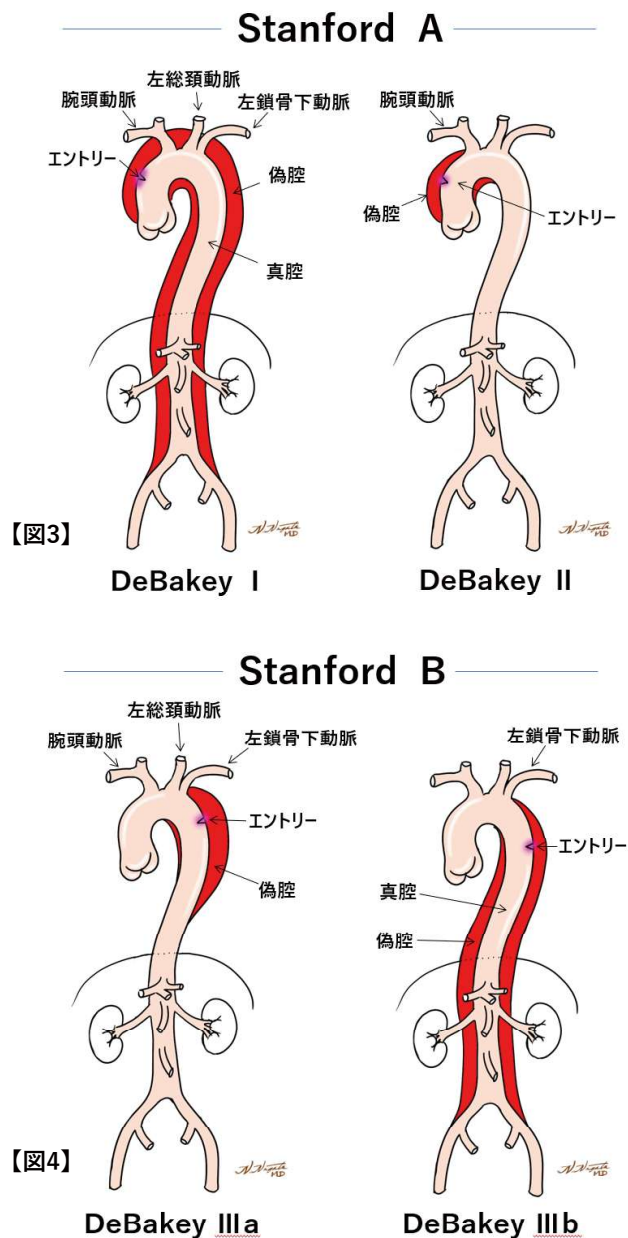
我が国の睡眠時無呼吸症候群に関するガイドラインでは、大動脈解離の 64%に睡眠時無呼吸症候群が合併していると報告されています。海外の研究では、大動脈解離の約 80% に睡眠時無呼吸症候群が合併しているとの報告があり、睡眠時無呼吸症候群と診断された患者さんには、大動脈疾患のスクリーニングが不可欠であり、逆に大動脈解離と診断された患者さんには、睡眠時無呼吸症候群の検査を実施すべきであると考えます。

2) 大動脈解離の症状は？

大動脈解離は多くの場合、なんの前触れもなく突然起こる、胸や背中中の激痛が典型的な症状です。手術の直前に患者さんに伺ってみると、今まで感じたこともないような痛みだったと訴える方がほとんどです。また嘔吐やみぞおちの痛みといった症状も随伴することがあるので注意が必要です。発症直後の大動脈解離は中膜と外膜の間で血管が裂けているために血管の壁が極めて薄くなり、破裂しやすい状況にあります。破裂した場合や薄くなった壁から血液が浸み出してくる場合は、急激な血圧の低下や意識が遠のくショック状態になることもよくあります。また、偽腔の血流が増えて真腔を圧迫し、血液が流れなくなって、冠動脈閉塞による心筋梗塞、頸動脈閉塞による脳梗塞、さらに腸管虚血、腎不全、下肢動脈閉塞などの臓器虚血を起こすこともあります。逆に、これらの病気として検査を開始した後に、大動脈解離が発見されることもあります。後に示します上行大動脈に最初の裂け目がある Stanford A 型解離では、死亡率が 1 時間に 1 % ずつ上昇すると言われていますので、緊急手術を行わず、48 時間経過観察をすると 48%、すなわち約半数の患者さんが亡くなることになります。

3) 大動脈解離の分類

大動脈解離は、大きく分けて Stanford A 型解離 (図 3)、Stanford B 型解離 (図 4) に分類されますが、裂け目の入り口 (エントリーと呼びます) が上行大動脈にある場合を Stanford A 型解離、裂け目の入り口が左鎖骨下動脈より末梢 (すなわち心臓からより遠い位置) にある場合を Stanford B 型解離と分類されています。このような分類が行われている理由は、初期治療の方針が全く異なるためで、Stanford A 型



解離では、緊急手術が原則であり、Stanford B 型解離では、最初は内科的な降圧治療が中心となることによります。それぞれの図の下に書かれている DeBakey 分類は、心臓血管外科の黎明期から活躍され、88 歳の時には、当時のソビエト連邦のエリツィン大統領の手術をおこなったことで有名な DeBakey 先生が考案された分類ですが、各々、横隔膜の下まで解離が及んでいるかどうかにより分類されています。

3. 大動脈解離の治療と手術成績

1) 大動脈解離の治療

Stanford A 型解離では、例外を除き、殆どの場合には、緊急手術の適応となります。解離の裂け目 (エ

ントリー）を含んだ部分を人工血管で置換する手術が必要となりますが、手術の詳細については機会を改めてお話し致しましょう。B型解離では、降圧剤による血圧コントロールと鎮痛剤を用いて痛みを和らげる内科的な治療が原則となります。但し、破裂や血流障害があれば緊急手術が必要なこともありますし、経験豊富な施設では、ステントグラフトを内挿する手術を行うこともあります。詳細は次の機会にお話ししたいと思います。

2) 大動脈解離の手術数と治療成績

我々が所属する日本胸部外科学会の年次統計に基づいた手術の緊急性が高い急性A型大動脈解離の手術数と早期死亡率の推移をお示しします（図5）。

ご覧のように手術数は1996年に統計を取り始めて以来、右肩上がりが増え続け、2002年には2,000例、直近の2021年には6,000例を超える症例の手術が実施されていることがわかります。一方、統計を取り始めた1996年の早期死亡率は30%を越えていましたが、早期に亡くなる患者さんの割合は年々低下し、2021年度では12%前後まで低下しており、最

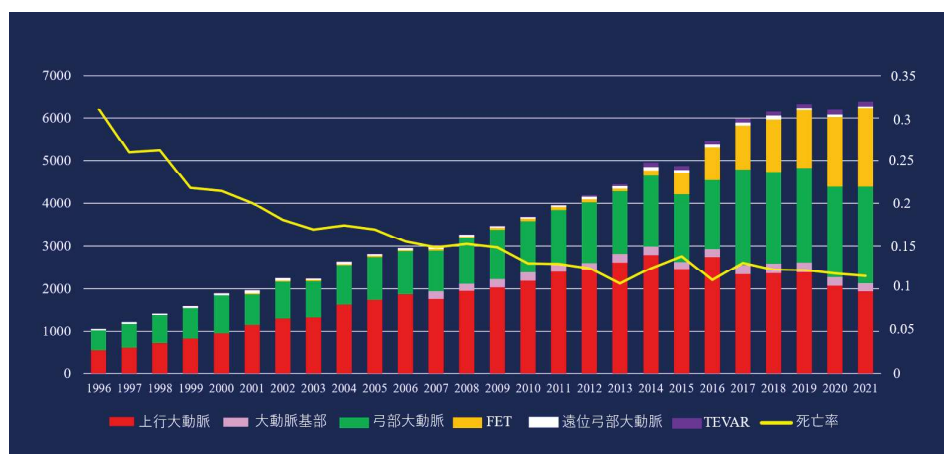
新の2023年のデータでは、10%を下回っていると報告されています。この成績は、欧米を含めた諸外国よりも優れた数字ですが、心臓血管外科医が扱う他の手術（例えば冠動脈バイパス術では1.0%以下、弁膜症手術では2.0%前後）と比較し、圧倒的に高い早期死亡率となっています。さらに、手術で一命をとりとめても、脳梗塞による片麻痺や脊髄虚血により対麻痺（下半身が全く動けなくなり車椅子の生活を余儀なくされ、下の世話を一生どなたかにお願いしなければならない状態）の頻度が、他の心臓血管外科が扱う手術よりも多いことを考えると、まずは予防に注力することが最も大切です。大動脈解離を予防するには、高血圧、脂質異常症、肥満などの生活習慣病対策と禁煙が欠かせません。大動脈解離発症のメカニズムについては不明な点もありますが、特に高血圧対策や禁煙は大前提となります。

4. 最後に

今回、最近我が国で急速に増えている大動脈解離のお話をいたしました。大動脈解離は一刻を争う病気で、激しい胸部痛や背部痛があれば躊躇なく救急

車を呼び、迅速な診断が可能で、かつ緊急手術の体制が整っている病院に搬送してもらうことが何よりも大切です。

次回は趣を変えて、不整脈についてお話ししたいと思います。ご期待いただければ幸いです。



【図5】急性A型大動脈解離手術症例と早期死亡率の推移

坂東 興 医師 外来診療日

（心臓血管外科・循環器科・睡眠時無呼吸外来）

月	火	水	木	金	土
○ (午前)	○ (午前)	○ (午前・午後)		○ (第2,4 午前・午後)	○ (午前・午後) ※

※ 坂東医師の土曜外来診療日は当院ホームページまたはお電話にてご確認ください。





第16回

腎臓病と栄養・代謝・食事フォーラム 2025



管理栄養士 おか たいじ
岡 泰樹



3月22日(土)日経ホールにて開催された、『第16回 腎臓病と栄養・代謝・食事フォーラム 2025』に参加しました。

これまで慢性腎臓病の患者様に対して何度も低たんぱく食の栄養指導を行ってきましたが、とても難しいため、患者様やご家族を離脱させてしまうことが多々ありました。患者様に正しい栄養指導と食事療法への介入ができるようになりたいと思い、今回のフォーラムに参加させて頂きました。

まず、低たんぱく食の食事療法を患者様に伝えるには、指導者となる管理栄養士が低たんぱく食品を使いこなせなければならないと改めて思いました。理解し、納得していただくためにも、自分自身の実践が必要だと感じ、翌日、病院の売店で“アプロテンたんぱく調整スパゲティタイプ”を購入し早速調理を試みました。1回限りの栄養指導ではなく定期的な栄養指導を行うことが、患者様が正しい食事療法を継続して行っていくために必要不可欠であり、時間をかけずに一方的に情報提供をしていた今までの栄養指導では、当然患者様に受け入れてもらえるはずもなく、結果的に食事療法から離脱させてしまっていたのだということを痛感しました。

一般講演では、アルミカップを用いてたんぱく源を一定にする栄養指導方法があることを知りました。とても視覚的でわかりやすく、実践したいと思いました。また、低たんぱく食療法は費用面でも負担が大きいと考えられていました。しかし、たんぱく質が減ることによって低たんぱく食品を活用しても食費負担額は1ヶ月5,000円から10,000円位であるとの試算があり、具体的な目安がわかることによって患者様により納得していただける要点であると感じました。

そして最後の記念講演で、幸いにも大会長である菅野丈夫先生を通じて、故出浦照國先生について知ることができました。私自身は出浦先生の教えを伺ったことはありませんが、「患者さんは常に八方塞がりである」というお言葉は、日常生活の上に治療や療養があり、常に患者様に寄り添っておられた出浦先生だからこそ説得力がある言葉なのだと考えさせられました。ただ一方的に教え、注意するだけの栄養指導では、患者様と一緒に進めないと強く感じました。

今回学んだ低たんぱく食の知識と患者様への寄り添う心で、品位のある栄養指導、臨床栄養業務に進進していきたいと思います。



アプロテンたんぱく調整スパゲティタイプでミートソースを作ってみました！

History

1999 年 日本大学医学部 卒業
1999 年 駿河台日本大学病院 第 2 内科
2002 年 東十条病院
2004 年 練馬光が丘病院
2007 年 国立循環器病研究センター
2009 年 日本大学病院
2010 年 おおたかの森病院
2015 年 あけぼの病院
2025 年 きよせ旭が丘記念病院

【所属学会等】

- 日本内科学会 認定医
- 日本循環器学会 専門医
- 日本透析医学会
- 透析アクセス研究会

循環器内科・透析科

田中 俊行

Toshiyuki Tanaka, M.D.

【出身】 東京都世田谷区

【趣味】 トレッキング・キックボクシング

Message

安心して任せいただける透析医療を!!

2025 年 3 月より当院に着任しました田中 俊行と申します。

専門は循環器内科、腎臓内科、透析医療です。

当院の透析センターでは、慢性腎臓病（eGFR45ml/min/1.73m² 以下）の患者様や尿蛋白や尿中アルブミン陽性の患者様に対し、腎代替療法の選択や導入などを行っております。

既に透析導入されている患者様はもちろん、これから透析導入を必要とされている患者様の不安や悩みなどにも丁寧な傾聴と診療を心掛け、安心して治療を任せいただけるよう取り組んで参ります。

透析導入されているが、自宅でのご家族のサポートが難しい症例なども是非ご相談ください。月曜と火曜の午後は循環器内科外来も担当しております。

また、地域医療を支えておられる医療・看護・介護の関係諸機関の皆様方とも連携を強化していきたいと考えております。どうぞよろしくお願いいたします。

外来診療体制表

午前受付 8:30 ~ 12:00 (診療開始 9:00) / 午後受付 13:00 ~ 16:30 (診療開始 13:30)

		月	火	水	木	金	土
内 科	午前	齋藤 圭子 内潟 安子	齋藤 圭子 勝矢 由紀子	奥村 昌夫 勝矢 由紀子 内潟 安子	島田 祐輔 齋藤 圭子 内潟 安子	松永 直久	担当医
	午後	田中 俊行 内潟 安子	田中 俊行	内潟 安子	内潟 安子	島田 祐輔	村瀬 忠 (第3) 担当医
呼吸器内科	午前	齋藤 圭子	齋藤 圭子	奥村 昌夫	齋藤 圭子		
	午後						
消化器内科	午前		勝矢 由紀子	勝矢 由紀子	島田 祐輔		
	午後					島田 祐輔	
循環器科	午前	坂東 興	坂東 興	坂東 興	山崎 裕起	坂東 興 (第2,4)	坂東 興 (※2)
	午後	田中 俊行	田中 俊行	坂東 興	山崎 裕起	坂東 興 (第2,4)	坂東 興 (※2)
血液内科	午後						村瀬 忠 (第3)
外 科	午前	藤木 達雄	藤木 達雄	担当医	担当医	藤木 達雄	藤木 達雄
	午後	担当医	担当医	担当医	担当医	担当医	担当医
心臓血管外科	午前	藤木 達雄 坂東 興	藤木 達雄 坂東 興	坂東 興	山崎 裕起	藤木 達雄 坂東 興 (第2,4)	藤木 達雄 坂東 興 (※2)
	午後			坂東 興	山崎 裕起	坂東 興 (第2,4)	坂東 興 (※2)
脳神経外科	午前		永井 淳			吉田 裕毅	
	午後		永井 淳			吉田 裕毅	
整形外科	午前		魚岸 誠司		森友 信彦 (第4除)		石井 良介
	午後		吉田 篤		森友 信彦 (第4除)		
形成外科	午前					菊池 雄二	
泌尿器科	午前	澤崎 晴武					
	午後			高橋 さゆり			山中 優典 (第1,3)
皮膚科	午前		宮田 美穂 (第1,3)		宮田 美穂		
内視鏡検査	午前	島田 祐輔	島田 祐輔	島田 祐輔		島田 祐輔	池田 宜昭 (第4以外) 島田 祐輔 (第4)
専門 外来	腎臓内科	午前	高木 由利 (※1)				
	糖尿病外来	午前	内潟 安子		石井 主税 内潟 安子	内潟 安子	佐藤 潤一
		午後	内潟 安子		内潟 安子	内潟 安子	佐藤 潤一
	乳腺外来	午前					中宮 紀子 (第2) 吉田 宗生 (第4)
	睡眠時無呼吸外来	午前	坂東 興 齋藤 圭子	坂東 興 齋藤 圭子	坂東 興	齋藤 圭子	坂東 興 (第2,4)
		午後			坂東 興		坂東 興 (第2,4)

※1 完全予約制

※2 坂東医師の土曜日外来診療日につきましては、当院ホームページまたはお電話にてご確認ください。

◎ 赤字文字は女性医師です。

◎ 急患は曜日・時間問わず常時受け付けております。

◎ 予約がなくても受診することは可能ですが、予約の方が優先となりますのでお待ち頂くことがございます。

また、救急患者等により予約時間が遅延することもございます。

◎ 日曜日・祝日・年末年始(12月30日~1月3日)は休日救急診療体制となります。

◎ 休診情報などの詳細はお電話または当院ホームページにてご確認ください。

【ご予約・お問合せ】

042-491-2121
(9:00 ~ 17:00)



編集・発行 医療法人財団 きよせ旭が丘記念病院 広報委員会

〒204-0002 東京都清瀬市旭が丘 1-619-15 TEL 042-491-2121 (代表)
<https://kiyoasa-hosp.or.jp>

