



中津市民病院 臨床の実際

Nakatsu Municipal Hospital

No. 11 May , 2018

1. 心電図変化に乏しい急性心筋梗塞の1例
 2. 極めて稀な内視鏡像を呈したランソプラゾールによる collagenous colitis の1例
 3. 壁外性発育をしたS状結腸平滑筋腫の1例
- 診療科の紹介……心臓血管外科

順次、診療科の紹介を致します



研修医マスコット

中津市立 中津市民病院

お問い合わせは中津市民病院（電話：0979-22-2480）まで
ホームページアドレス <http://www.city-nakatsu.jp/hospital/index.Html>

心電図変化に乏しい急性心筋梗塞の 1 例

症例：71 歳・男性

【主訴】冷汗を伴う胸部絞扼感

【現病歴】以前より高血圧症・脂質異常症等の診断で近医にて加療されていましたが、今までは胸痛発作の既往はありませんでした。しかし平成 30 年 4 月 22 日午後 4 時 30 分頃に突然冷汗を伴う激しい左前胸部～背部の絞扼感が出現したため、救急車にて当院に搬入となりました。搬入時の心電図では胸部誘導に軽度の ST-T 変化を認めるのみであり、血液生化学検査等でも異常所見はなかったのですが、急性冠症候群が否定できぬため、同日緊急入院となりました。

【既往歴】高血圧症(アムロジピン錠 5mg 内服中)

脂質異常症(アトルバスタチン錠 10mg 内服中)

【搬入時現症】

血圧：114 / 60 mm Hg 脈拍：96 /分 (整) SpO₂：96% (room air)
心音：整、心雑音なし 呼吸音：正常肺胞音 腹部・四肢：特記事項なし

【血液・尿検査所見】

WBC：12,200 / μ L RBC：545 \times 10⁴ / μ L Hb.：16.9 g/dL
Ht.：47.5 % Plat.：22.9 \times 10⁴ / μ L

【血液生化学検査】

CPK：48 U/L AST：32 U/L ALT：29 U/L LDH：252 U/L
LDL-C：112 mg/dL HDL-C：42 mg/dL TG：156 mg/dL
BUN：20 mg/dL Crea：0.8 mg/dL Na：141 mEq/L K：5.0 mEq/L
トロポニン T：陰性

【尿検査】

尿糖 (-) 尿蛋白 (-) 尿潜血 (-)

【当院搬入時胸部単純レントゲン写真】

CTR = 48% 肺野に特記事項無し

【当院搬入時心電図】

V2～V4 で T 波の先鋭化を認めた(図 1)

【当院搬入時心エコー図検査】

特記事項無し

【臨床診断】

心電図の軽度の T 波変化以外は、明らかな異常所見を認めなかったのですが、ご本人の訴える症状(持続する胸部絞扼感)より、急性心筋梗塞超急性期の恐れがあり、緊急冠動脈造影検査を施行しました。

【冠動脈造影検査】

左前下行枝の segment 7 に delay を伴う 99%の高度狭窄所見を認めたため(図 2-1)、引き続き経皮的冠動脈ステント留置術を施行(図 2-2)し、segment 7 は 0%までの拡張に成功しました(図 2-3)。

【臨床経過】

術後の経過は極めて良好であり、心臓リハビリテーションも順調に進み、10日後に退院となりました。尚、心筋逸脱酵素の peak は入院当日夜の CPK : 351 mg/dL でした。

【胸痛患者を診た場合】

下記の疾患を我々は鑑別しています。

- ①急性心筋梗塞：持続する激しい胸痛。ニトログリセリン錠の舌下にても軽快せず。
- ②狭心症：ニトログリセリン錠の舌下にても改善することが多い。
- ③急性大動脈解離：激しい疼痛。疼痛の部位が移動するのが特徴。
- ④肺塞栓症：急な発症。心電図 I 誘導-S 波、III 誘導-Q 波+陰性 T 波
心エコー図 - 右心系の拡大、心室中隔の平坦化、三尖弁閉鎖不全 など
- ⑤急性心膜炎：呼吸による痛みの増減がある。
- ⑥不整脈（特に頻拍性）：心電図モニタを必ず行う必要があります。
- ⑦僧帽弁逸脱症：第IV肋間胸骨左縁～心尖部での収縮期の逆流性雑音。
- ⑧胸壁筋肉痛・肋間神経痛・肋骨骨折・変形性脊椎症 など。
- ⑨自然気胸・縦隔気腫 など：胸部単純 X 線写真による鑑別が必要です。
- ⑩胸膜炎：血計および血液生化学検査が必要です。
- ⑪食道炎（特発性食道破裂）・急性膵炎・急性胆嚢炎・胃十二指腸潰瘍 などの消化器疾患。
- ⑫神経循環無力症・ヒステリー など

【急性心筋梗塞の心電図変化】（図 3）

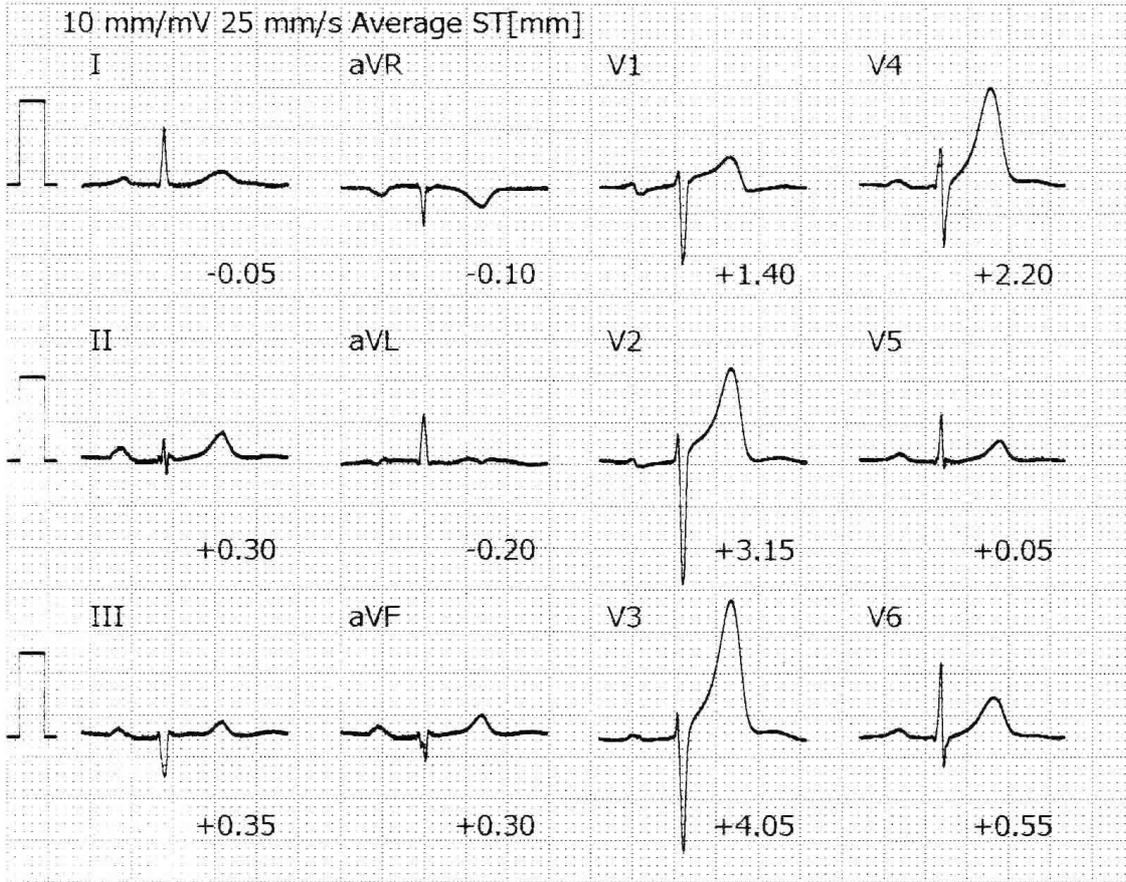
典型的な波形の時間経過ですが、このうち臨床的に重要なのは b の超急性期の T 波 (hyperacute T wave) です。

- このような T 波の増高は、①早期再分極、②normal variant、③高 K 血症、④左室肥大、⑤左脚ブロックなどで見られ、鑑別が必要です。

【まとめ】

急性心筋梗塞・不安定狭心症等の急性冠症候群では、心電図では典型的な ST-T 変化を示さないときがあります。しかし冷汗を伴う胸部症状を訴える場合は、急性冠症候群だけでなく、急性大動脈解離等の重大疾患の恐れがありますので、各種疾患の精査を必ず行われてください。

(図 1)



(図 2-1)



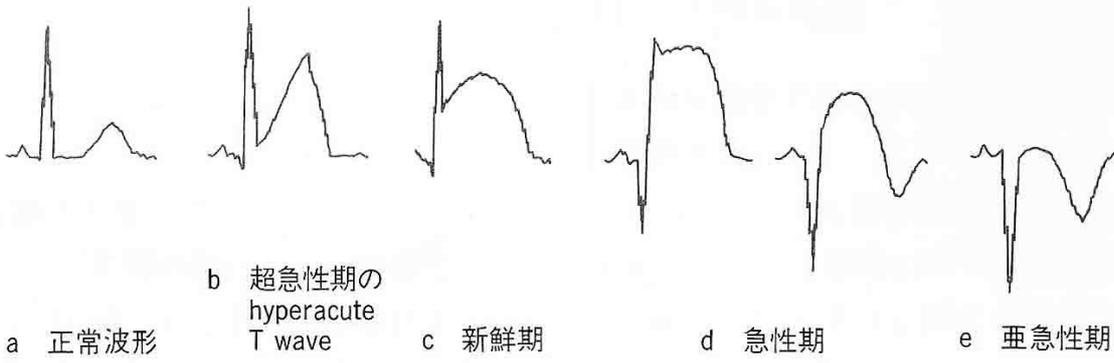
(図 2-2)



(図 2-3)



(図 3)



(循環器内科 小路 高史)

極めて稀な内視鏡像を呈したランソプラゾールによる collagenous colitis の 1 例

【要旨】

70代女性、1年前からランソプラゾールを内服し下痢、血便、腹痛が出現した。横行結腸に強度の潰瘍性大腸炎に類似した粘膜壊死と脱落が見られ、休薬により治癒した。内服再開の4か月後に症状が再燃し、同部に毛細血管の増生、粘膜の発赤や出血を、またS状結腸には微細な粘膜出血、粘膜の肥厚、顆粒状変化、縦走潰瘍瘢痕などが見られた。生検で collagenous colitis と診断され、強度の潰瘍性大腸炎に類似した極めて稀な症例と考えた。

【症例】 70代女性

【主訴】 下痢、血便、腹痛

【既往症】 2010年より高血圧症、骨粗しょう症、高脂血症でメナテレノン、アルファカルシドール、バルサルタン、ベザフィブラートを内服中

【家族歴】 特記なし

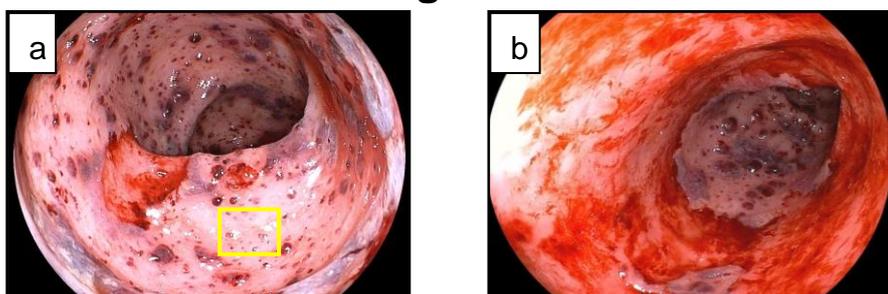
【生活歴】 特記なし

【現病歴】 2012年2月より、ラクナ脳梗塞に対してクロピドグレル（以下CLP）75mg/day と、胃食道逆流症に対してLPZ15mg/day が開始された。このころから便回数の増加を自覚していたが、顕著な症状ではなかった。

同年8月に便潜血陽性の精査目的に当院で大腸内視鏡検査を施行されたが、内視鏡的な異常は指摘されなかった。しかし同年10月より下痢が顕著となり血便が出現し、腹痛も伴い前医へ入院した。入院時の大腸内視鏡検査では、横行結腸から下行結腸にかけて広範囲に粘膜表層の壊死、脱落、および出血を認め(Figure1-a, b, c)、S状結腸には縦走する潰瘍や出血、霜降り状のびらん、軽度の浮腫を認めたが(Figure2-a, b, c)、腸管の進展不良は無く直腸には血管透見像が観察された(Figure2-d)。横行結腸の壊死粘膜の病理組織学的所見では、フィブリンや粘液、炎症細胞などの滲出物がみられ粘膜上皮が一部残存していたが、確定診断は困難であった(Figure1-d)。LPZを含めた内服薬の休薬、絶食、中心静脈栄養による腸管安静のみで下痢などの腸炎症状は急速に軽快し、第14病日目の内視鏡検査では、横行結腸の高度の壊死所見は消失し、再生粘膜に毛細血管の増生が観察されるのみであった(Figure1-e, f)。その後、LPZなどの内服薬を再開して退院となった。

2013年1月下旬になり排便回数が再び増加し、腹痛や出血も再燃したために同年2月に当院を受診し精査加療目的で入院となった。

Figure.1



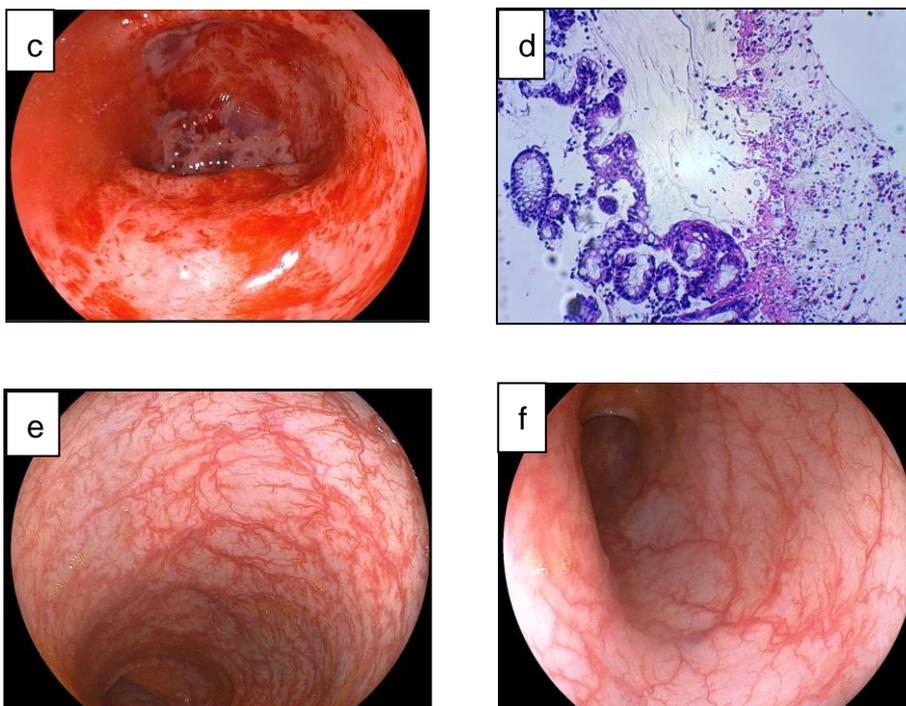
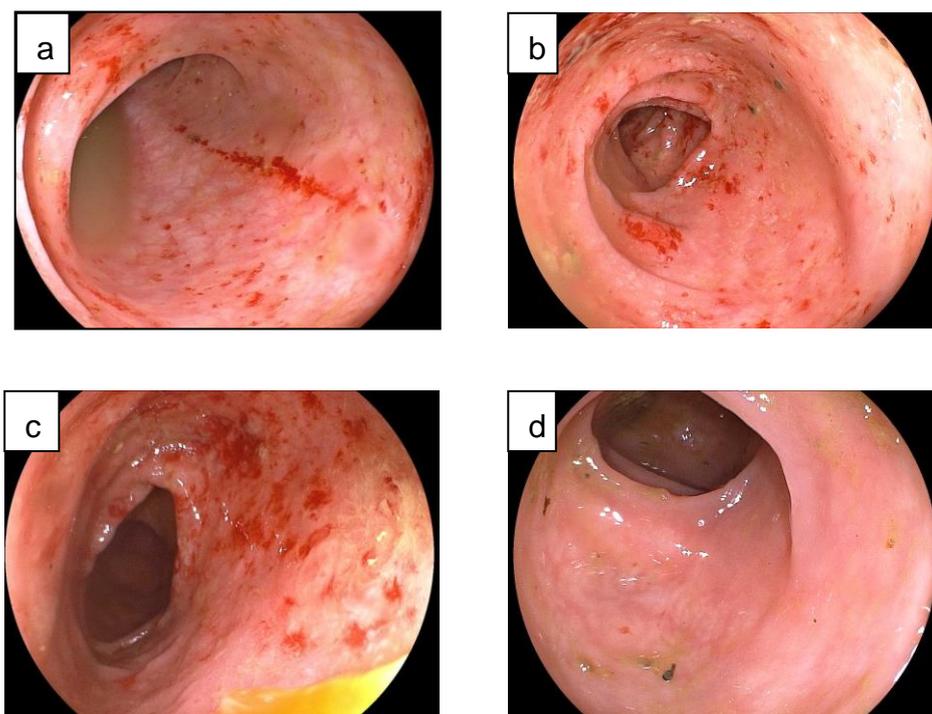


Figure.2



【入院時現症】160cm、55kg、体温 36.5℃、意識清明、眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄染なし、胸部聴診上は異常を認めず、腹部は平坦・軟で圧痛は明らかではない、腸雑音は正常、脾臓を触知せず、下腿に浮腫なし

【入院時血液検査所見】

総タンパク 4.8g/dl、アルブミン 2.4g/dl と、低栄養・低たんぱく血症を呈していた。白血球数は 4300/ μ l と正常であったが、CRP4.9mg/dl と炎症反応の高値を認めた。その他の生化学所見に特記

すべきものはなかった。

【入院後経過】前医での入院経過を参考に、すべての内服薬を一旦中止して絶食や点滴による腸管安静を図ったところ、速やかに腹痛が軽減し血便と下痢も数日間で消失した。当院入院時の大腸内視鏡検査では、横行結腸に毛細血管の拡張と軽微な粘膜出血がみられ(Figure3-a, b)、S状結腸に粘膜の肥厚、粘膜の顆粒状変化、細長くシャープな縦走潰瘍瘢痕などの特徴的な所見がみられた(Figure4-a, b, c, d)。横行結腸およびS状結腸から生検したところ、非特異的な炎症細胞浸潤とともに粘膜表層に帯状の線維性肥厚が指摘された。肥厚部はアミロイド染色陰性、マッソン・トリクローム染色陽性の collagen band であり、CC と診断した(Figure3-c, d) (Figure4-e, f)。診断確定後に LPZ 以外の内服薬は再開し、また胃食道逆流症に対してはエソメプラゾール 20mg/day を投与しているが、現在までに大腸炎症状は再燃していない。

Figure.3

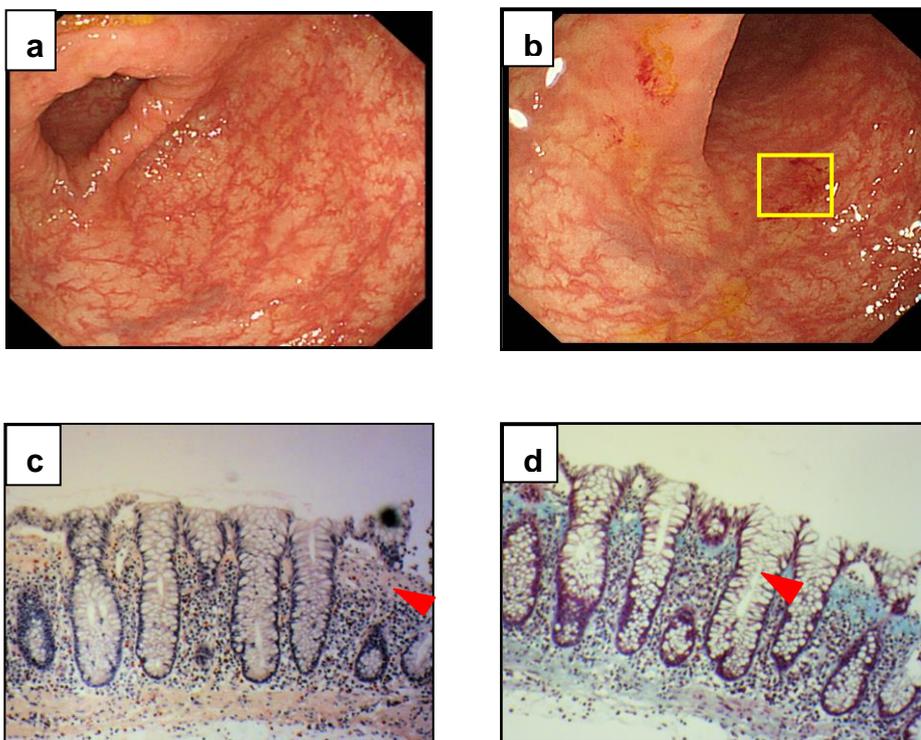
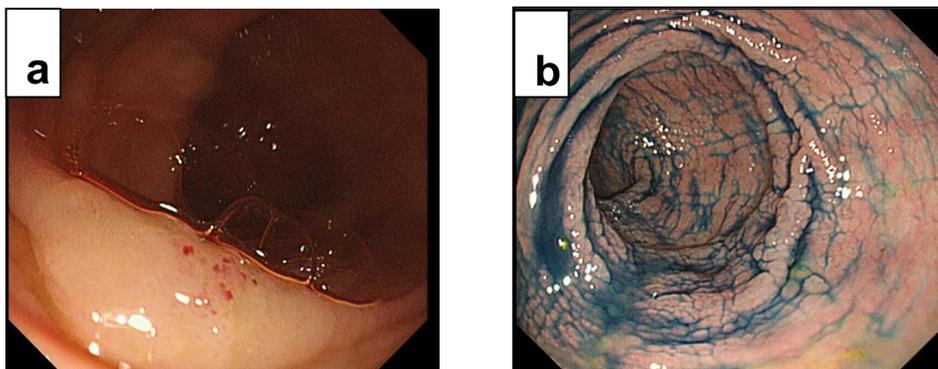
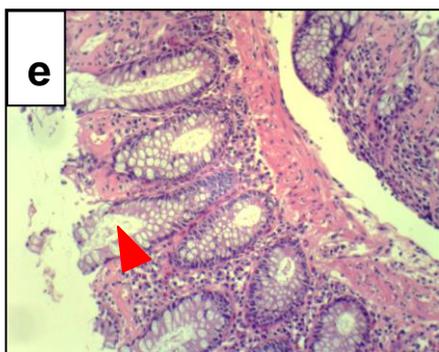
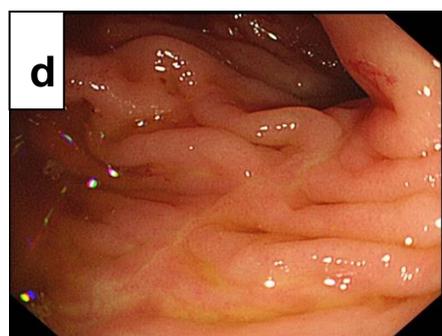
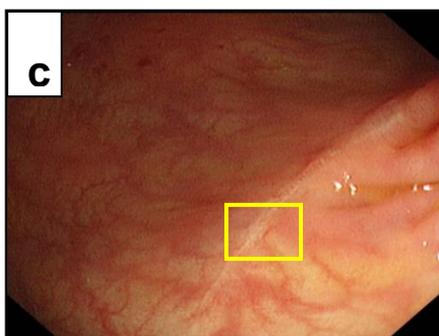


Figure.4





【考察】

CCは慢性の水様性下痢を主徴とした炎症性疾患であり、確定診断には大腸上皮直下のcollagen bandを生検組織で証明する必要がある¹⁾。CCにおいては従来、内視鏡所見にほとんど異常を認めないとされてきたが²⁾、近年は特徴的な内視鏡所見として縦走潰瘍^{3)~5)}、Cat scratch lesion⁶⁾、血管網の増生、血管透見低下、顆粒状粘膜などが報告されている^{7),8)}。欧米と異なり本邦では稀な疾患と考えられてきたが、その報告は近年増加傾向にある^{7),8)}。堀田らは血便を伴わない慢性下痢患者82例中15例(18.3%)が本症であることを報告しており⁹⁾、日常診療で少なからず遭遇する疾患と考えてよい。

本症例ではこれまで報告された特徴的な内視鏡所見に加え、広範囲の粘膜表層の壊死、脱落、および出血を認めた。“CC”をキーワードに2018年3月までの文献を医学中央雑誌で検索したが、本症例のように広範囲の粘膜表層の壊死や脱落に至ったCCは過去に1例も報告がなかった。縦走潰瘍の成因は、腸管の伸展性の低下、過度の腸管内圧の上昇、collagen bandによる腸管の脆弱性が粘膜の裂創を引き起こし、炎症や浮腫に乏しいシャープな縦走潰瘍を呈すると推測されている^{8),10)~12)}。しかし、本症例のような広範囲な粘膜表層の壊死や脱落を縦走潰瘍の成因により説明することは困難と考えられる。これらの極めて稀な内視鏡所見は潰瘍性大腸炎(以下UC)における強度の活動性粘膜所見に類似している。これまでも軽症UCの内視鏡所見に類似したCCや¹³⁾、CCからUCへ進展した症例が報告されている¹⁴⁾。また、CCでは粘膜固有層の好酸球浸潤¹⁵⁾や上皮内のNF-κBの発現亢進¹⁶⁾といった潰瘍性大腸炎との病理組織学的な類似性も指摘されている。これらと本症例を考え合わせると、CCとUCの病因や重症化に共通する、何らかの因子の存在が示唆される。

CCは、欧米では自己免疫性疾患を伴う症例が多く¹⁷⁾、本邦では薬剤、特にLPZによる症例が多い^{3)~7),10),18)}。LPZを内服している患者が本邦で多いこと、アジア人は白人に比べLPZの主たる代謝酵素であるCYP2C19のpoor metabolizerの割合が高いことが、LPZによるCC発症率に人種間での差を生んでいる可能性が指摘されている¹⁸⁾。また、家系内のCC発症が報告されていることから遺伝的

要因の存在も示唆されている¹⁹⁾。本症例では自己免疫疾患の既往や家族歴は無く、LPZ のみの休薬により下痢症状や内視鏡所見が改善していることからLPZ によるCC と診断した。薬物性のCC について、欧米でのケースコントロールスタディではmicroscopic colitis の罹患と1日当たりの平均内服薬数との間に有意な相関が指摘されており²¹⁾、LPZ やNSAIDs のほかにも Selective Serotonin Reuptake Inhibitors、 β ブロッカー、スタチン類、ビスホスフォネートなどの関与が指摘されている²²⁾。さらに、オルメサルタン²³⁾、シロスタゾール²⁴⁾、novel oral anticoagulants²⁵⁾ など様々な薬物による同様の病態も新たに報告されている。

本症例では、便潜血陽性を契機に当院で最初に施行された2012年8月の大腸内視鏡検査では粘膜に異常を認めていない。しかしこの時には排便回数の増加を訴えていた。その後下痢が出現し、腹痛および血便を伴うようになり、急速に急性腹症の状態へと増悪している。過去にも急性腹症で発症したCC の報告や²⁶⁾、膿瘍を形成して特発性穿孔を合併した症例も報告されている²⁷⁾。本症例でも腹痛や血便を伴い、広範囲の粘膜表層の壊死や脱落などの重篤な所見が認められており、対応が遅れていれば穿孔していた可能性も否定できない。LPZ 開始後からの軟便、そして便潜血を伴った当院初診時にCC の可能性を疑っていれば、粘膜異常の有無に関わらず初回の内視鏡検査での生検によりCC の確定診断を得られた可能性もあり、深く反省させられる症例であった。

文献

1. Lindström CG: 'Collagenous colitis' with watery diarrhea—a new entity? *Pathol Eur* 11;87-9:1976
2. Tysk C, Bohr J, Nyhlin N, et al: Diagnosis and management of microscopic colitis. *World J Gastroenterol* 14;7280-8:2008
3. 渡邊隆、平川克哉、佐藤茂、他: 縦走潰瘍が多発した collagenous colitis の1例. *Gastroenterol Endosc* 50;27-33:2008
4. 河村卓二、安田健治朗、望月直美、他: 縦走潰瘍を認めた collagenous colitis の3例. *Gastroenterol Endosc* 52;261-6:2010
5. 高梨訓博、南伸弥、宮島治也、他: 急性腹症にて発症した縦走潰瘍併発 collagenous colitis の1例. *Gastroenterol Endosc* 52;3133-9:2010
6. 原明史、宮澤祥一、鈴木剛、他: Cat scratch colon を呈した collagenous colitis の1例. *Gastroenterol Endosc* 54;1888-94:2012
7. 中山奈那、永田信二、金子真弓、他: 内視鏡像の経過を追えた collagenous colitis の1例〜本邦123例の報告を含めて〜. *Gastroenterol Endosc* 52;1888-94:2010
8. 松本主之、梅野淳嗣、飯田三雄: collagenous colitis の病態と臨床像. *日本消化器病学会雑誌* 107;1916-26:2010
9. 堀田欣一、小山恒男、宮田佳典: 慢性下痢症における Microscopic Colitis の頻度 本邦における大腸内視鏡下ランダム生検を用いた遡及的研究結果. *消化器内視鏡* 20;1357-61:2008
10. 梅野淳嗣、松本主之、中村昌太郎、他: 薬剤起因性 collagenous colitis ランソプラゾールに関連した内視鏡的特徴を中心に. *胃と腸* 44;1973-82:2009
11. Sherman A, Ackert JJ, Rajapaksa R, et al: Fractured colon: an endoscopically distinctive lesion associated with colonic perforation following colonoscopy in patients with collagenous colitis. *J Clin Gastroenterol* 38;341-5:2004

12. Cruz-Correa M, Milligan F, Giardiello FM, et al: Collagenous colitis with mucosal tears on endoscopic insufflation: a unique presentation. *Gut* 51;600:2002
13. Chiba M, Sugawara T, Tozawa H, et al: Lansoprazole-associated collagenous colitis: diffuse mucosal cloudiness mimicking ulcerative colitis. *World J Gastroenterol* 15;2166-9:2009
14. Freeman HJ, Berean KW, Nimmo M: Evolution of collagenous colitis into severe and extensive ulcerative colitis. *Can J Gastroenterol* 21;315-8:2007
15. Levy AM, Yamazaki K, Van Keulen VP, et al: Increased eosinophil infiltration and degranulation in colonic tissue from patients with collagenous colitis. *Am J Gastroenterol* 96;1522-8:2001
16. Andresen L, Jørgensen VL, Perner A, et al: Activation of nuclear factor kappaB in colonic mucosa from patients with collagenous and ulcerative colitis. *Gut* 54;503-9:2005
17. Bohr J, Tysk C, Eriksson S, et al: Collagenous colitis: a retrospective study of clinical presentation and treatment in 163 patients. *Gut* 39;846-51:1996
18. Umeno J, Esaki M, Nuki Y, et al: Letter: lansoprazole consumption is more common in Japanese patients with collagenous colitis. *Aliment Pharmacol Ther* 38;208-9. doi:10.1111/apt.12356:2013
19. Järnerot G, Hertervig E, Grännö C, et al: Familial occurrence of microscopic colitis: a report on five families. *Scand J Gastroenterol* 36;959-62:2001
20. Riddell RH, Tanaka M, Mazzoleni G: Non-steroidal anti-inflammatory drugs as a possible cause of collagenous colitis: a case-control study. *Gut* 33;683-6:1992
21. Fernández-Bañares F, Esteve M, Espinós JC, et al: Drug consumption and the risk of microscopic colitis. *Am J Gastroenterol* 102;324-30:2007
22. Rubio-Tapia A, Herman ML, Ludvigsson JF, et al: Severe sprue like enteropathy associated with olmesartan. *Mayo Clin Proc* 87;7328. doi:10.1016/j.mayocp.2012.06.003:2012
23. 市場洋、井上雄志、中村真一: 拡大内視鏡が診断に有用であった collagenous colitis の 1 例. *Gastroenterol Endosc* 51;61-5:2009
24. 池本珠莉、中土井鋼一、小野川靖二: 新規経口抗凝固薬 (novel oral anticoagulants; NOAC) が原因と考えられた collagenous colitis の 1 例. *日本消化器病学会雑誌* 114;456-63:2017
25. Moroi R, Endo K, Kuhroha M, et al: Acute onset collagenous colitis with unique endoscopic findings. *Case Rep Gastrointest Med* 986092. doi: 10.1155/2014/986092. Epub 2014 Dec 25:2014
26. Mitchell A, Dugas A: Collagenous colitis presenting as spontaneous perforation in an 80 year old woman: Report of a Case. *BMC Gastroenterol* 16;124:2016

(消化器内科 大森 薫)

壁外性発育をした S 状結腸平滑筋腫の一例

【はじめに】

平滑筋腫は粘膜筋板または固有筋層から発生する良性腫瘍であり、消化管間葉系腫瘍では比較的稀である。壁外性発育をした S 状結腸平滑筋腫の一例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

【症例】 71 歳 男性

【主訴】 CT 異常

【現病歴】

肺気腫のフォロー中に CT で骨盤内腫瘍を指摘された。精査加療目的に当院内科を受診し、MRI で GIST が疑われた。GIST に対する加療目的に当科受診となった。

【既往】 肺気腫、高血圧症、脂質異常症、逆流性食道炎

【生活歴】 喫煙：40 本/day × 50 年間

【現症】

- ・意識：意識清明
- ・バイタル：体温 36.0°C 血圧 120/86mmHg 脈拍数 103bpm SpO2 95%(room air)
- ・頭頸部：特記異常なし
- ・胸部：呼吸音：清，ラ音なし 心音：I → II → III-IV-, 心雑音なし
- ・腹部：平坦、軟 腸蠕動音亢進・減弱なし 圧痛なし
- ・四肢：特記異常なし

【検査所見】

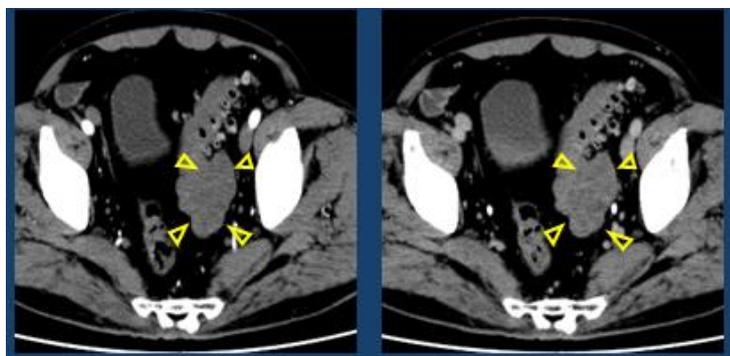
- ・血液検査

血算、一般生化学に特記異常なし。

腫瘍マーカー：CEA 6.1ng/ml CA19-1 <2.0 U/ml CEA 軽度上昇は喫煙の影響か。

- ・画像検査

造影 CT：骨盤内やや左側、S 状結腸と接して 41×55mm 大の分葉状腫瘍を認めた。遅延性の弱い増強効果あり。



PET-CT：RI の異常集積なし。

MRI：T1WI, T2WI とともに低信号で、S 状結腸筋層との連続が疑われた。造影は漸増性に増強された。

下部消化管内視鏡検査：画像で指摘された腫瘍は指摘できず。壁の不整や隆起を認めない。

【術前診断】

S 状結腸粘膜下腫瘍

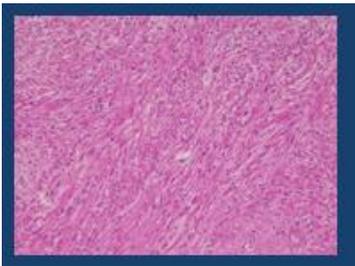
鑑別：① GIST ② 平滑筋腫瘍（平滑筋腫、平滑筋肉腫）③ 神経系原性腫瘍（神経鞘腫など）④ 線維腺腫 ⑤ カルチノイド ⑥ 悪性リンパ腫 など

【手術】腹腔鏡下腫瘍摘出術

【切除標本】75×70mm の弾性硬な腫瘍で剖面は白色調。壊死や出血を示唆する所見なし。

【病理】

HE 染色で束状の構造を呈した紡錘形の腫瘍細胞を認める。免疫染色で、Desmin, α -smooth muscle 陽性、C-kit, CD34 陰性。悪性を示唆する所見に乏しく、病理診断は平滑筋腫となった。



【考察】

・平滑筋腫瘍と GIST

鑑別には廣田の判定基準が用いられ、免疫組織染色で KIT 陽性または KIT 陰性でも CD34 陽性であれば GIST、KIT 陰性かつ desmin 陽性であれば平滑筋腫と診断される。発生頻度は全消化管、結腸の間葉系腫瘍でみても平滑筋腫の頻度は低い。

・平滑筋腫

1998 年に GIST の定義が報告されてから、平滑筋腫と診断される症例は大きく減少。

小畠らの報告では

- ① 本邦での大腸平滑筋腫の症例報告は 79 例。その内、1998 年以降はわずか 7 例。
- ② 発生部位：直腸 46.8%，横行結腸 17.7%，S 状結腸 17.7%
- ③ 発育様式：管内発育型 72.2%，管外発育型 24.1%
- ④ 管内発育型では内視鏡的摘出術も施行されているが、主に外科的切除。

(研修医 近松 惣太郎)

各科の紹介 心臓血管外科

【スタッフ】



木村 龍範
(副院長、主任心臓血管外科部長)



嶋岡 徹
(心臓血管外科部長)

【特色】

2015年11月に中津市民病院心臓血管外科が開設され、2016年10月から心臓の手術がスタートし1年半が経過しました。

2017年は、心臓に対して手術を行った33人含め、161人の方になんらかの心臓血管の手術を行いました。

心臓の手術症例で最も多かったものは冠動脈バイパス術で、12例でした。準緊急的に手術を行った方は1例のみでした。心臓手術の場合、緊急手術に対応するためには、麻酔科医、手術室看護師、臨床工学士、HCU看護師などが通常の業務のほかに長時間対応する必要があり、さらに、当日や翌日の他科の予定手術を延期にする必要もでてきます。また、大量の輸血の手配も大分市からしなくてはなりません。とはいえ、急性心筋梗塞などでは、北九州や大分市の病院へ搬送するということでも、救命率はかなり低下します。現在、なんとか対応できるような体制作りをと取り組んでいるところであります。

次に多かった心臓手術は大動脈弁置換術で7例でありました。大動脈弁狭窄症はそのうちの6例で、近年の報告をもとに人口当たりの推定手術適応患者数からすると、1/10にも満たない数であると考えられます。大動脈弁狭窄症の場合、高齢であっても術後に心機能の回復が見込めるため、80代でも90代でも手術適応となることがあります。高齢化が進んだ現在においては、患者数が急増する可能性があり、今後とも、地域医療機関との連携や住民への啓蒙活動も含めて、疾患に十分対応していかなければならないと考えております。

その他では、僧帽弁置換術6例、僧帽弁形成3例、大動脈弁・僧帽弁(2弁)置換術2例、上行大動脈置換術1例、心臓外傷1例などを行っております。

なお、肺動脈塞栓症に対する手術も1例行っておりますが、肺動脈塞栓症からCPA至った50代の症例であり、自宅退院をされております。

今後も、高齢化に伴い間違いなく患者数は増えるものと思われませんが、地元で最良の医療が提供できるように、日々努力をしているところであります。

これからも、中津市民病院心臓血管外科をよろしく願いいたします。

【症例数・治療・実績】

延外来患者数：1,748人
 新規入院患者数：243人
 延入院患者数：3,295人
 平均在院日数：13.4日

手術件数：161件
 紹介率：88.1%
 逆紹介率：101.7%

※2017年度実績（手術件数は2017年）

年間手術症例数（2017年）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
開胸術	2	1	2	3	4	4	1	1	2	4	6	3	33
腹部大動脈瘤	4	1	1	0	0	0	2	1	1	0	0	0	10
末梢動脈	1	0	4	4	3	4	1	2	0	4	4	3	30
末梢静脈	1	4	4	3	2	4	3	5	3	3	4	3	39
シャント	4	8	6	3	5	0	3	7	1	3	5	4	49
合計	12	14	17	13	14	12	10	16	7	14	19	13	161

疾患別開胸術症例数（2017年）

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	合計
TAA	1												1
MVP			1	1						1			3
AVR	1			1	1	2	1					1	7
MVR				1	1	1				1	1	1	6
DVR									1		1		2
CABG		1	1		2			1	1	2	3	1	12
その他						1					1		2
合計	2	1	2	3	4	4	1	1	2	4	6	3	33

TAA：胸部大動脈瘤手術、MVP：僧帽弁形成術、AVR：大動脈弁置換術、MVR：僧帽弁置換術、DVR：2弁置換術、CABG：冠動脈バイパス術、その他：外傷性心タンポナーデ、肺動脈血栓除去術

【医療設備】

HCU：5床、手術室：5室、人工心肺装置：1台、PCPS：1台、IABP：1台、
 MRI：1台、80列マルチスライスCT：1台、経食道心エコー：1台等

【外来診療】

心臓血管外科：月・水・金（祝日・年末年始は除く） 受付時間は原則8：30～11：00
 但し、救急患者さんはこの限りではありません。