

Title	変貌する循環器診療の中で伝えたいこと
Sub Title	
Author	小山, 卓史(Koyama, Takashi)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2003
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.80, No.3 (2003. 9) ,p.111-
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20030900-0110

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

変貌する循環器診療の中で伝えたいこと

近年の医療技術の加速度的進歩には目を見張るものがあり、大学を離れ市中病院での日常臨床に追われる身にとっては、追従するのも容易でない状況である。現在でも私が師と仰ぐ、呼吸循環器内科元助教授（後に老年科教授）の中村芳郎先生の、心臓病患者の聴診をはじめとする身体所見の取り方に始まる診断学に憧れ、最も内科医らしい内科医を輩出する診療科と考え、循環器内科の門をたたいてから既に14年が過ぎた。当時から、リウマチ性心疾患の減少により、弁膜症の診療が循環器診療の中でその比重を減らしてはいたが、その後の10余年の間に、食生活の欧米化の影響を受けて増加する虚血性心疾患と、その治療技術の目覚ましい進歩とがあいまって、循環器診療の主体は明らかに虚血性心疾患の診療に大きく軸足を移した。私が研修医の時代には、急性心筋梗塞の患者が入院してくれば、基本的には安静にして見守ることしかなく、遅れて出現してくる諸々の合併症にひとつひとつ対応するという対症療法的な治療しかなかった。それが、現在では、救急外来から直ちに血管造影室に運ばれ、冠動脈インターベンション治療が施される。それにより、その後の心筋梗塞の合併症の出現頻度を著しく低下させ、入院翌日より心臓リハビリを開始することが可能となり、入院期間の著しい短縮にもつながっている。現在の循環器診療の最も華やかな部分であることに間違いない。当然の結果として、若い研修医達の循環器内科を志す動機が、我々の頃とは明らかに違ってきている。虚血性心疾患の診断には、聴診はあまり重要でなく、冠動脈造影が最も信頼できる診断手段であり、その技術が治療にも直結するため、若者達はひたすら冠動脈造影を目指すという構図となっている。少し大げさな言い方をすれば、循環器内科医が聴診器を置いて、その手にカテを持ち替えるという、循環器内科の世界の大きな転換点に今我々はあるのかもしれない。近年急速に発展を始めた再生医療も、循環器内科領域で臨床応用がまさに始まろうとしており、その応用の手段として、冠動脈インターベンションの技術が重要な役割を果たすことは間違いない。循環器の診療が今後もカテを中心に回っていくというその流れは変わる事はないと思われる。私自身もまがりなりにも冠動脈インターベンションに関わる身ではあるが、自らが目指した循環器内科医の姿とのギャップを多少感じながら、後身の指導にもあたっている。ただ、その中でやはり伝えたい事は、治療技術よりも、む

しろ治療に至るまでのプロセスを重視した考え方であり、冠動脈インターベンションが、診断から治療適応の決定、そしてさらに治療とすべてのプロセスを循環器内科医自らで行ってしまうという特殊性を、意識する必要があると思うからである。循環器内科医の内科医としての部分を重視し、少なくとも初期の段階の教育では、私が憧れた内科医らしい循環器内科医を育てることを心掛けたいと考えている。

小山卓史（永寿総合病院 循環器科）

反復性膝蓋骨脱臼の新しい病態

反復性膝蓋骨脱臼の治療の歴史は古い。Streubel が1866年に120例の病態について報告し、1920年頃までには現在の手術法のほとんどが報告されていた。反復性膝蓋骨脱臼の原因として多くの先天的解剖学的因子が報告され、手術法に至っては100種類以上も報告されてきた。手術法は近位リアライメント、遠位リアライメント、外側解離術、内側縫縮術などに大別される。1936年にHauserが遠位リアライメント手術の代表である脛骨粗面骨片内側移行術を報告して以後大きな変化はなかった。各手術成績は良好で再脱臼は希であると報告されてきたにも関わらず、問題点も指摘する報告も実は多かったのである。再脱臼の他、再脱臼はないものの膝蓋骨不安定感の残存、内側亜脱臼、膝蓋大腿関節症、膝屈曲制限などである。Hughston (1984) は反復性膝蓋骨脱臼の治療はRoux (1888) やKrogus (1904) らの考え方は今日でも変わらないと述べた。手術法が100種類以上にもなることに多くの膝外科医が疑問を感じつつもEBMがないために1940年以前の手術法が今日まで行われてきたといつてよい。

1980年代に内側膝蓋大腿靱帯の解剖学的報告がなされ、ついで1993年に同靱帯のバイオメカニクス的研究から膝蓋骨脱臼を防ぐ第一制御因子であることが判明した。この報告がこの疾患における新しい病態の解明にせまる第一歩であった。膝蓋骨内側支持組織は内側膝蓋支帯、内側膝蓋大腿靱帯、内側膝蓋脛骨靱帯、内側膝蓋半月靱帯により構成される。1993年から2000年にかけて6つのバイオメカニクス的研究から内側膝蓋大腿靱帯は膝蓋骨内側支持組織の内、膝蓋骨外側制動の50～60%を担い、第一制御因子と判明した。さらには臨床的にもこの靱帯の損傷が証明されることが必須であったが、1992年から2000年にかけて5つの研究から急性