

眉山

第13号

徳島大学病院循環器内科 病診連携広報誌

第13号発刊の挨拶

徳島大学病院循環器内科科長 佐田 政隆

平素より大変お世話になっております。先生方のおかげで、徳島大学循環器内科は着実に発展してきております。症例数の増加に伴い、循環器内科での実習を志望する学生、研修医は増加の一途を辿っております。今後、益々、臨床、教育、研究を発展させていきたいと思っております。末長い御支援を何卒よろしく願いいたします。

徳島大学循環器内科は開設当初より、顔の見える緊密な病診連携をめざし、眉山循環器カンファレンスを開催しております。第13回は循環器疾患における救急医療を取り上げました。徳島県の救急医療の第一線で活躍中の田岡病院上山裕二先生に座長をしていただきました。突然の心肺停止症例に迅速な対応をすることで、救命ばかりでなく、全く後遺症も残さず社会復帰させることができた3症例を紹介しました。心室細動、肺動脈血栓塞栓の2症例に加えて、上山先生から当院救急集中治療部に御紹介いただいたBrugada症候群の1例です。47分間の心肺停止から田岡病院で蘇生された後に、徳島大学病院救急集中治療部に転送され、低体温療法が著効し社会復帰し得ました。(詳細は本誌をご覧ください。)。このように救命の連鎖、病診連携、病病連携が円滑かつ迅速に動き、一例でも多くの命を救うことができるように尽力していきたいと思っております。



特別講演は、徳島県立城南高校出身の野々木宏先生にお願いしました。日本の循環器救急領域の第一人者であります。欧米が中心の救急の国際学会で日本人は当初相手にされなかったそうですが、野々木先生方のご尽力で徐々に交流できるようになり、最後は日本でのエビデンスが、米国、ヨーロッパのガイドライン、教科書を変えたというお話に感銘いたしました。

沢山の先生方に御参加いただき、有意義な情報交換を行うことができました。当日、参加いただけなかった先生方にも会の内容をお伝えすることができるよう広報誌『眉山』第13号を発刊させていただきました。野々木先生には無理なお願いをして、当日の内容を特別御寄稿いただきました。この『眉山』が、今後の病診連携の一助になれば幸いです。

企画に工夫をこらしながら、今後も眉山循環器カンファレンスを定期的(2,6,10月)に開催していく予定です。次回は、10/15に不整脈、特に心房細動に対するアブレーション治療の有効性について紹介したのち、筑波大学の青沼和隆教授に特別講演いただく予定です。お誘いあわせのうえ、沢山の先生方にご参加いただけますようお願い申し上げます。ご意見、ご質問、ご要望などがありましたら、ご連絡ください。

今後とも徳島大学循環器内科のご支援を何卒宜しく願い申し上げます。

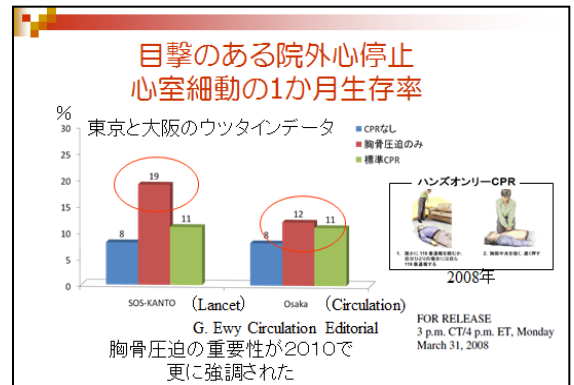


新ガイドラインで市民への心肺蘇生法はどう変わったか？ -日本からの貢献-

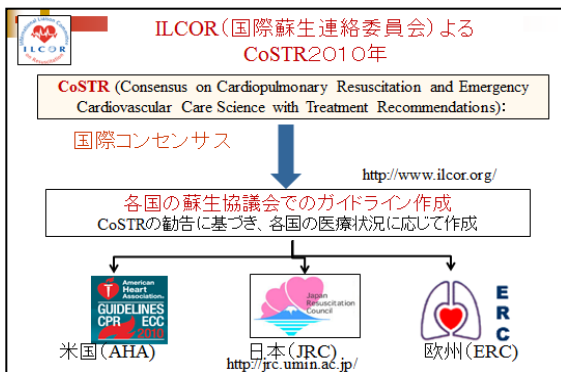
静岡県立総合病院 院長代理 野々木 宏 先生

1. 国際コンセンサス作成までの経緯と日本の貢献

現在私どもが実施している心肺蘇生法(CPR)は、1960年に確立され、50周年を迎えたばかりです。人工呼吸法(口対口)がSafar教授により、胸骨圧迫と電氣的除細動がKouwenhoven教授らにより確立され、3つが揃った奇跡的な年と言われています(図左)。これらの成果をガイドラインとして日本は取り入れてまいりました。今回のガイドライン改訂で、CPRの手順が、A(気道確保)、B(人工呼吸)、C(胸骨圧迫)の順から、50年ぶりに変更され、C.A.Bとなりました。この変更には、わが国からのエビデンスが影響をしています。「日本からガイドラインを変えた」と言えるでしょう。



日本からのエビデンスは、大阪府と東京都における院外心停止登録データから生み出されました(図右)。国際標準登録方法であるウツタイン様式を用いて、目撃のある院外心室細動例の1ヶ月生存をみたもので、最初の目撃者(市民)がCPRを実施していない場合に比べ、CPR実施例の生存率は良好であり、更に東京都のデータでは胸骨圧迫のみを実施したCPRの方が、人工呼吸と胸骨圧迫を組み合わせた標準CPRよりも生存率が良好でした。また大阪では両者は同等の生存率でありました。これらのエビデンスを重要視したAHAは、アリゾナ大学Ewy教授の勧告もあり、2008年に2010年ガイドライン改訂に先んじて、“ハンズオンリーCPR”として、成人の突然の心停止に対して胸骨圧迫のみのCPRを緊急勧告しました。これらは、更に2010年に大きな変更としてガイドラインへ影響を与えました。

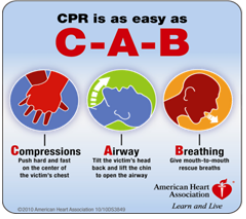


日本国際的なCPRのガイドラインは、国際蘇生連絡委員会(ILCOR)が設立され、2000年に初の国際ガイドラインが作成されました。ILCORには、2006年にアジア蘇生協議会として日本が参画して、ILCORによる科学的コンセンサス(CoSTR)作成に20名以上の委員を送り、そのCoSTRに基づき、それぞれの国あるいは地域でガイドラインが作成されました。米国、欧州とともに日本から初めてのガイドラインをJRC蘇生ガイドライン2010が同時に発表されました。

2. 市民に対するガイドライン改訂のポイント

CPR の手順の変更

- 変更点
 - A-B-C → C-A-B
 - 人工呼吸の前に胸骨圧迫から開始
- 理由
 - CPR開始を遅らせないために、たれでも施行可能なスキルから開始する
 - 救命のプロフェッショナルに対しても胸骨圧迫が最も大切であることを強調



© 2010 American Heart Association. All rights reserved.

胸骨圧迫の重要性が認識され、人工呼吸ができないか、したくない場合には、より簡単にスタートできる胸骨圧迫からスタートし、人工呼吸ができる人が来た場合には、C,A,Bで交互に行い、できない場合には、そのままハンズオンリーで胸骨圧迫のみを継続するという改訂である。これにより、市民によるCPR実施率が上がるのが期待される。


質の高いCPR

2005年よりさらに胸骨圧迫の重要性



5点: 強く、速く、リコイル、中断を短時間、過換気を選べる

4-5cm → 少なくとも5cm沈むくらい

80-100回/分 → 少なくとも100回/分のテンポ



質の評価とリアルタイムに音声によりフィードバックするシステムの使用が勧告された。


2005年と比較して、胸骨圧迫の質の改善が求められ、少なくとも胸郭が5cm沈むぐらいの強さ、少なくとも1分間100回のテンポにより心拍再開が高率であることが示されました。この評価には、リアルタイムに音声でフィードバックできる装置の使用が勧告されています。

心停止の評価に、反応がなければ通報し、正常な呼吸がなければ胸骨圧迫を開始します。2005年に実施した「見て、聞いて、感じて」という呼吸の確認はなくなりました。時間がかかることと死戦期呼吸を見逃す可能性が高いため、胸や腹部の動きを見るだけで、死戦期呼吸であれば心停止と判断します。通報時には、司令台による死戦期呼吸の確認や胸骨圧迫のみの口頭指導が更に充実するよう勧告されました。

JRCガイドライン

救命の連鎖

全年齢



予防 早期認識と通報 一次救命処置 二次救命処置と心拍再開後の集中治療

BLS (Basic Life Support, 一次救命処置)

日本からの発信で、全年齢層で心停止の予防が重要であるということで、救命の連鎖の第一リングに予防を入れました。2015年に向けて更に発信を継続して、わが国からの貢献が期待されています。

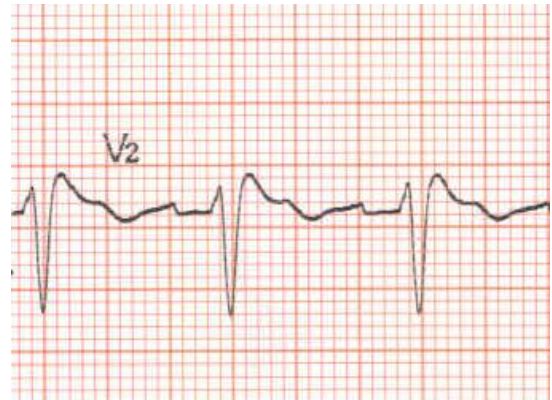
47分間の心肺停止から蘇生後、低体温療法著効にて社会復帰し得た Brugada症候群の一例

循環器内科 仁木敏之

本症例は30歳台の男性。生来健康。X年8月某日早朝、大きな物音がしたため家人が様子を見に行ったら居間で倒れており、呼びかけに反応しない状態であったため救急要請。発見から10分後(この間by standerなし)に救急隊到着し、車内のモニターにてVFと診断。AEDで除細動を試みつつ近医へ搬送され、車内でのAED使用と合計して11回の除細動後に心拍再開を認めた。発見から47分後であった。蘇生後も意識障害は遷延しており、低体温療法目的にて当院集中治療部へ救急搬送された。当院初診時の心電図にて右脚ブロック所見を認めた。V1-2を高位肋間にて記録したところ、第3肋間、第2肋間と肋間が上がるにつれ典型的なsaddle back型のST上昇を呈し、Brugada症候群と診断した。来院後直ちに低体温療法を導入し、第3病日には復温完了、第5病日には意識清明となった。第6病日に植え込み型除細動器を植え込み、第14病日には軽快退院した。Brugada症候群においては約3割の症例で高位肋間でのST上昇が最大となるとの報告もあり、同疾患を疑った場合には高位肋間での心電図記録が重要と思われた。また2010年のAHAガイドラインにおいてVF/VT心停止で心拍再開後も意識障害が遷延する場合の低体温療法はClass IIに位置付けられており、可及的速やかな導入が望まれる。



通常肋間



第3肋間



第2肋間



カテーテル的血栓吸引・血栓溶解療法が奏功し、心肺停止状態から救命できた院内発症急性肺血栓塞栓症の一例

循環器内科 太田理絵

徳島大学病院循環器内科医員の太田理絵と申します。「カテーテル的血栓吸引・血栓溶解療法が奏功し、心肺停止状態から救命できた院内発症急性肺血栓塞栓症の一例」を発表させて頂きました。

以下に簡単に内容を紹介させて頂きます。

症例は59歳女性。当院呼吸器外科で食道癌に対して放射線化学療法を施行中であった。20XX年4月X日午前7時頃、突然異常呼吸となり、急速にチアノーゼが進行し心肺停止に至った。直ちに胸骨圧迫、気管内挿管施行され心拍再開したが、その後集学的治療にてもショック状態が遷延し、原因検索のため施行した緊急造影CT検査にて両側の肺動脈塞栓を認めたため当科紹介となった。

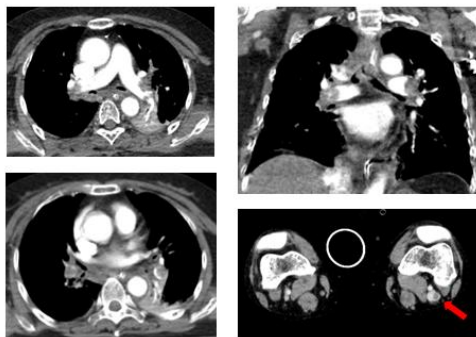
循環動態が極めて不安定であったため経皮的な心肺補助装置(PCPS)挿入下で緊急肺動脈造影を行ったところ、右肺動脈下葉枝、左肺動脈上葉枝の描出が乏しく各々に透亮像を認めた。まず肺動脈内の血栓吸引を施行し、続いてウロキナーゼ局所投与による血栓溶解療法を施行した。最終造影にて右肺動脈は下葉枝末梢までの描出が著明に改善しており、左肺動脈も主幹部血栓の縮小が見られた。

PCPS挿入、カテーテル治療後循環動態は速やかに安定化し、翌日にPCPS、カテコラミン離脱可能となった。抗凝固療法を開始し、第14病日には永久的IVCフィルターを留置、現在まで血栓の再発なく良好な経過をたどっている。

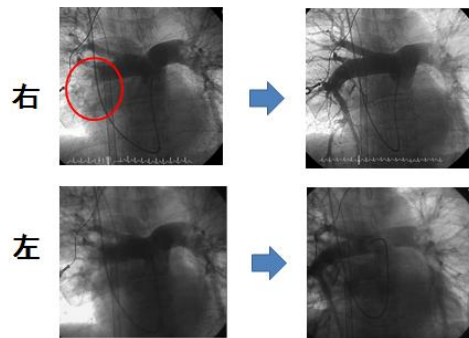
【考察】

Virchowの三徴のうち、本症例では血流の停滞と血液凝固能亢進の関与が強く疑われた。急性肺血栓塞栓症の発症様式は、血栓の大きさや個々の心肺予備能によって無症状なものから発症と同時に心停止に陥るものまで様々だが、重症急性肺塞栓症に対しては迅速なカテーテル的血栓吸引/破碎療法、血栓溶解療法が有効と考えられている。

造影CT



カテーテル治療前後



急性肺血栓塞栓症の治療アルゴリズム

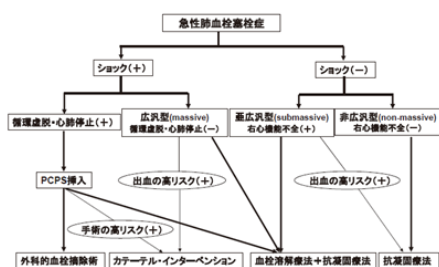
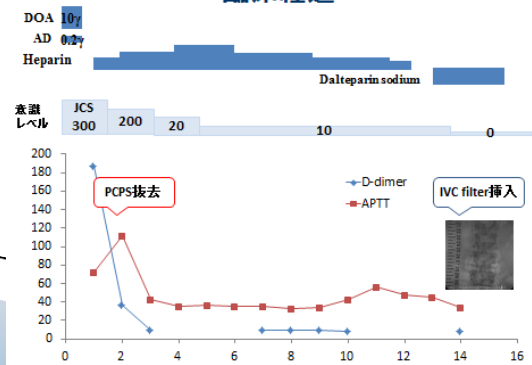


図1 急性肺血栓塞栓症の治療手順

山田典一 血栓止血誌 2008; 19: 29-34

臨床経過



第18回心臓リハビリテーション学会YIA最優秀賞受賞報告

鳴門病院 循環器科 高島 啓

卒後4年目、循環器内科入局後2年目となりました高島 啓です。この度は第18回心臓リハビリテーション学会で若手研究奨励賞 (Young Investigator Award: YIA) の最優秀賞を受賞することができました。就職してから賞という賞はとったことがなく、今回このような素晴らしい賞をいただけて本当にうれしく思いました。以下に抄録の内容を簡単に紹介させていただきます。

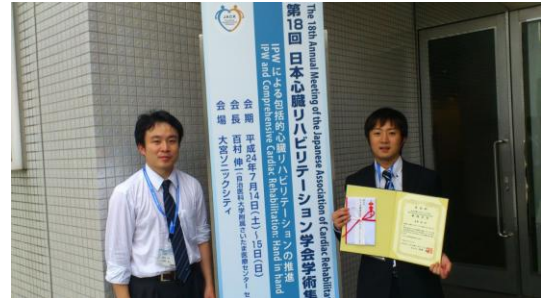
【背景】酸化LDLは動脈硬化の進行過程において重要な役割をもつといわれている。しかしながら酸化LDLを効果的に低下させる方法はまだ確立されていない。心臓リハビリテーション(心リハ)は動脈硬化の進展を予防するといわれており、本研究の目的は心リハの酸化LDLへの影響を明らかにすることである。

【方法】対象は心リハ登録患者117例で、心リハ開始時と開始後3~6ヶ月に酸化LDLのマーカであるマロンジアルデヒドLDL(MDA-LDL)及びPeak VO2を測定した。心リハを継続できた51例(心リハ群)と継続できなかった66例(非リハ群)の2群に分け解析した。

【結果】MDA-LDL値は心リハ群で有意に減少していたが、非リハ群では変化がなかった。LDL-C、HDL-C値の変化度には両群で差がなかった。Peak VO2は心リハ群で有意に増加していた。また、Peak VO2値の増加はMDA-LDLの減少と負の相関関係があった(つまり心リハを継続して運動耐容能が増加すればするほど酸化LDLが低下した)。

【結論】心リハの継続は運動耐容能の改善のみならず、酸化LDLを減少させることにより動脈硬化の進展を予防することが期待できる。

この度YIA最優秀賞を受賞できたのは、いつも本当に熱心にご指導してくださる伊勢先生、また夜遅くまで何度も予行してくださった赤池先生、岩瀬先生、上田先生、ただでさえ人員不足で日々の臨床がお忙しいなか心よく学会発表に行くのを許可してくださった尾形先生、そしていつも私に臨床・研究ともに活躍できるチャンスをくださる佐田教授のお力によるものと思っております。今後は諸先生方に導かれてここまでこれたこの研究を世界に堂々と発表できる論文とできるよう精進して参ります。今後ともご指導ご鞭撻の程、宜しくお願い致します。



第85回日本超音波医学会学術集会奨励賞報告

徳島大学病院 超音波センター 西尾 進

この度、2012年5月25-27日に開催された第85回日本超音波医学会学術集会で奨励賞をいただくことができました。演題は「心エコー検査による小児心臓検診の有用性:子育て支援イベント10年間のまとめ」です。これは、毎年5月3・4日にアスティ徳島で開催されている子育て支援イベント「おぎやっと21・徳島」での10年間の小児心エコー検査の結果をまとめたものです。思い返すと早いもので、2001年から始まって、2009年は新型インフルエンザの影響でイベント自体が中止となったので、足かけ11年間の仕事です。この11年間ゴールデンウィークは無く、家族には鬱鬱(ひんしゆく)をかいたながら、それでも参加し続けてこんな素晴らしい形で報われるとは思いませんでした。乳幼児検診で異常なしとされている0歳から就学前の6歳児、7598例において心エコー検査をすると1.6%に何らかの異常が発見されたという内容です。乳幼児検診は心臓に関しては主に聴診だけで行われていますが、その聴診の環境も静かな部屋で行われているわけではありませんし、聴診では指摘できない先天性心疾患もあり、心エコー検査の有用性が証明できたと思います。しかし、医療経済学的見地から、乳

幼児検診に心エコーを用いることは容易ではありませんが、このデータが何かの提言になればと思っています。

今回、発表するにあたり、おぎやっと21でお世話になった徳島市民病院 副院長 松岡 優先生と、ボランティアで参加していただいたソノグラファーの方々、データ整理でご指導頂いた山田 博胤先生、佐田 政隆教授に感謝いたします。



血管診療技師 (Clinical Vascular Technologist: CVT) 認定資格取得のご報告

徳島大学病院 超音波センター 玉井利奈

今年の5月に行われたCVT認定試験を受験しました。本資格は検査技師、放射線技師、看護師等、規定の資格と実務経験があれば誰でも受験することが可能です。CVT認定資格は当院超音波センターの技師である西尾さんがすでに取得しておられ、西尾さんの勧めもあって、今回受験することを決意しました。

今年で血管エコーを初めて約2年が立ちました。初めは頸動脈エコーをご指導いただき、半年程してから下肢静脈エコーにも携わるようになりました。下肢動脈エコー、腎動脈エコーについては当院では件数が少なく、受験を決めてから多くの症例に関わらせていただきました。

CVTの試験範囲は頭の方から足先までのすべての動脈、静脈、リンパ管を含みます。疾患だけでなく脈管の解剖、血管疾患に関する基本的検査、エコー検査、CT、MRなどの画像検査、治療についても知っておかなければなりません。CVT受験を決めてからは、試験勉強が少しでもできるようにとたくさんの症例に当たらせていただき、小さな疑問に対しても丁寧に教えて下さったことに感謝しています。試験勉強をすることで検査の視野が広がり、血管エコーがますますおもしろいと感じるようになりました。

今回、無事試験に合格することができたのも、脈管指導医である佐田先生を始め、超音波センターで血管エコーをご指導下さった山田先生、西尾さん、中川さんのおかげだと思っています。ありがとうございました。

今後も資格に恥じない腕を磨いていけるよう、努力していきたいと思っております。



医局の現況について

循環器内科 総務医長 添木 武

平素より大変お世話になっております。総務医長(医局長)の添木です。前回(眉山12号:平成24年5月発行)以降の医局の出来事としましては、7月、8月にそれぞれ松本幸子先生、石田昌義先生というPhDの先生が当科に加入され、基礎研究チームも益々充実していることがあげられます。そして、米国に留学していた八木秀介先生が8月から帰国され、臨床・研究両面でのさらなる戦力アップが期待されます。そんななか、8月15日には第4回となります眉山学術アカデミックフォーラム並びにハート連としての阿波踊り参加を果たしました。今年も野々木宏先生をはじめ多くの著明なゲストをお迎えし、娯楽平の協力も得て例年以上に盛り上がりました。今年は阿波踊りの途中でAED実演(本当に作動はさせてませんが…)も行いパフォーマンス的にも徳島大学循環器内科あるいはハート連の存在感を示すことが出来たと自負しています。なお、この阿波踊り運営に関しましては例年以上に関連病院から御援助頂きました。この場を借りまして厚く御礼申し上げます。

また、9月9日には徳島グランヴィリオホテルにて当科の開講記念会を開催させて頂きました。約80名の先生方に参加頂き、例年以上の盛り上がりを見せました。

今後しばらくは当科主催の大きな行事はございませんが、医局員一同現状に甘んじることなく、臨床・研究・教育にがんばっていく所存です。先生方におかれましては今後ともさらなるお力添えをお願い申し上げます。



【論文紹介】

Tokushima Antioxidation Clinical Trial In Hypertensives, Cilnidipine versus Amlodipine(TACTICAL) 研究に関して

循環器内科 添木 武

徳島大学循環器内科関連施設の共同研究であるTACTICALがHypertension Research誌 (Hypertens Res. 2012 Jul 5. doi: 10.1038/hr.2012.96. [Epub ahead of print])に掲載されました。御協力頂きました先生方にはこの場を借りて感謝申し上げます。以下にその内容についての概説をさせていただきます。

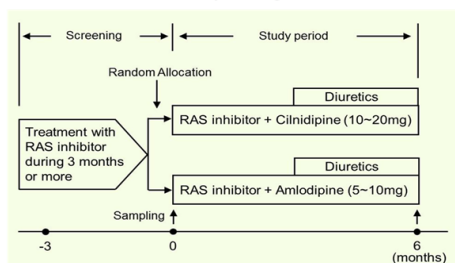
【背景】

降圧薬が降圧効果を超えた臓器保護作用を示すことが言われていますが、Ca拮抗薬(CCB)間の臓器保護作用の違いは十分に検討されていません。L/N型CCBであるシルニジピンはL型CCBであるアムロジピンに比べ抗蛋白尿効果に優れることが報告されており(Fujitaら Kidney Int 2007)、その作用機序としてN型Caチャンネルのブロックによる交感神経抑制を介した糸球体高血圧の是正が考えられていますが、詳細なメカニズムはまだ分かっていません。一方、腎臓における酸化ストレスの亢進が炎症や線維化惹起し腎障害を引き起こすことや、ヒトメサンジウム細胞を用いた実験においてシルニジピンはアムロジピンに比し強力な抗酸化作用が確認されていることから(Hishikawaraら kidney Int 2009)、我々はシルニジピンが酸化ストレス抑制を介して腎保護作用を発揮する仮説をたて、多施設共同研究であるTACTICALを行いました。

【方法】

対象はレニン・アンジオテンシン系(RAS)阻害薬を服用している35例の高血圧患者です。対象を無作為にシルニジピン群(10-20mg/日)とアムロジピン群(5-10mg/日)に分け、投与中のRAS阻害薬に加えCCBを6か月間投与しました。CCB投与前と投与6か月後に、血圧・心拍数、尿中アルブミン/Cr比、(酸化ストレスや尿細管間質障害のマーカーとされている)尿中8-OHdG/Cr比および尿中L-FABP/Cr比を測定しました。

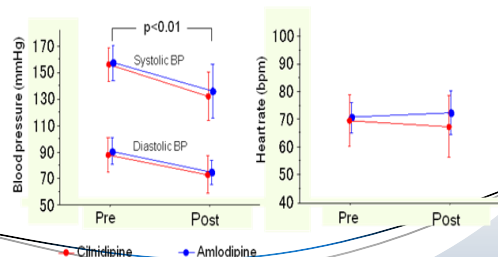
Study design



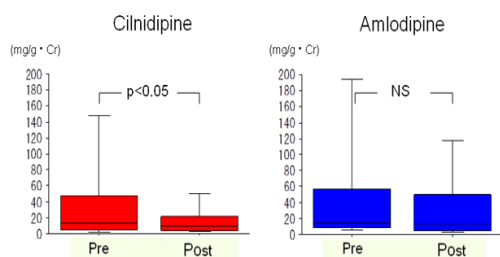
【結果】

2群間の患者背景に有意差はありませんでした。血圧は両群で有意に低下しましたが、両群間に有意な差はみられませんでした。一方、心拍数はシルニジピン群で低下傾向を示しましたが、2群とも有意な変化ではありませんでした。

Changes in blood pressure (BP) and heart rate during the study period



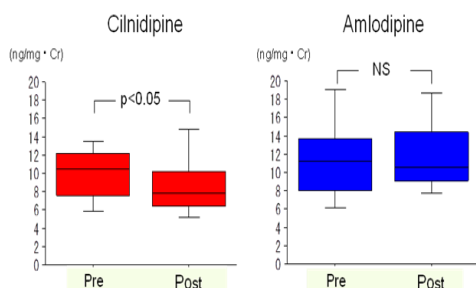
Changes in urinary albumin/creatinine ratio before and after the treatment



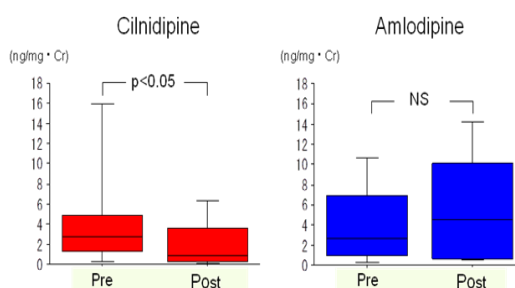
尿中アルブミン/Cr比はシルニジピン群で有意に低下しましたが($p < 0.01$)、一方アムロジピン群では変化は見られませんでした。

酸化ストレスの指標である尿中8-OHdG/Cr比および尿中L-FABP/Cr比は、シルニジピン群で有意に低下しましたが(各 $p < 0.05$)、アムロジピン群では変化はありませんでした。

Changes in urinary 8-OHdG/creatinine ratio before and after the treatment



Changes in urinary L-FABP/creatinine ratio before and after the treatment



なお、対象患者における尿中アルブミンの(治療前後の)変化、尿中8-OHdGの変化、および尿中L-FABPの変化と収縮期血圧の変化の間に有意な相関関係はみられず、前述の効果については降圧とは独立したものであると考えられました。

【考察】

RAS阻害薬を投与中の高血圧患者において、シルニジピンは降圧効果を超えた腎保護作用を示しました。その作用としては、従来言われているN型Caチャンネル遮断作用に加えて、酸化ストレスの抑制作用が本研究で示唆されました。今回の検討の限界として、対象が35例と限られた人数であること、酸化ストレス抑制作用がシルニジピンの腎保護作用の直接的なメカニズムであることを証明しきれていない点があげられます。

今後、我々はTACTICALより規模を拡大したTACTICAL2を準備中です。TACTICAL2ではシルニジピンによる酸化ストレス抑制作用と腎臓をはじめとした臓器保護作用の関連性をより明らかにするため、さらに詳細な検討を行う予定です。今回、徳島大学循環器内科関連施設による多施設共同研究TACTICALで明らかになった降圧薬の作用の違いを次のTACTICAL2でさらに明確にできれば、高血圧治療における最適な薬剤の選択に大きな福音をもたらすエビデンスになるものと推察されます。すでにお願している施設の先生方におかれましては是非ご協力のほどよろしくお願い申し上げます。また、もし協力して頂ける施設がありましたら、お気軽にお声掛け頂ければ幸いです。

心臓血管病態医学の島袋です。趣味を語るエッセイというご依頼なので、音楽に関わる迷走の歴史を、振り返ってみます。ご笑読いただければ幸いです。

ものごころついた頃、耳にしていたのは、父が奏でる沖縄三味線でした。少年にとって「沖縄民謡」は退屈以外のものではないのですが、絶大な父の権力の前に抵抗すらできず、長い忍耐の時間でした。辛抱強い性格(笑)はそのとき培われたと思います。

ある夜、東京の音大を出て交響楽団のピアニストをしていた(はずの)父の弟が、我が家に来て、Jazz pianistになるため外国にいくと宣言したことがありました。Jazzは不良の音楽なので、学費を援助した父が激怒したのはいうまでもありません。さらに、その父の前で、クラシックの名曲「ボロネーゼ」をJazz風に過激にアレンジし、火に油を注いだまま、さっそうと東京に帰って行きました。怒りで震える父の横で、「何てワイルドなんだ」と感動した夜を、昨日のように思い出します。

初めて人前で演奏したのは、中学受験真っ最中のこと。同級生4名で作ったバンドで練習に励み、「名護桜祭り」という一大イベントでの名演奏だった(はず)。スターになったはずなのに人口わずか5万の地元でも意外に評判になりませんでした(泣)。猛練習がたたりメンバーのひとりが受験に失敗するという禍根を残しました。

次に演奏にのめり込んだのは、医師国家試験の最中。国試前の追い込みから逃れるように「JSBach、リュート組曲」のコピーに没頭。国試に通ったら、もっと烈しく練習できるはだったのに、全く練習しなくなるという、よくある経験をしました(笑)。

直近は、顧問をした琉球大学医学部軽音楽部での「島袋さよならライブ」です。数年のブランクをとりもどす必要があったが、練習時間が全くとれず、PCとギターケースをかかえ、飛行機搭乗の待ち時間、衆人監視で練習するという、「恥ずかしい体験」をしました。高松空港の方々は、きっとあやしい(中年)ストリートミュージシャンだと思ったでしょう。

これまで演奏を手がけた(そして烈しく挫折した)アルバムを紹介します。いずれも名盤中の名盤です。古今東西の小説やドラマで登場することも多いので、機会があれば聞いてみて下さい。

① JSBach「Lute 組曲」1975年(図1):バロックの巨匠JS Bachが、リュート(琵琶に似た弦楽器)のためにつくった組曲を、英国のギタリスト JohnWilliamsが、クラシックギター用にアレンジ、歴史的な名演を残しています。3名以上で弾いているように聞こえるポリフォニー(多旋律音楽)が絶品。ノルウェーの森で「レイコ」が奏でたフーガもアルバムの一曲です。

② Bill Evans trio「探求 Explorations」1961年、51分(図2):不世出の天才ピアニストBill Evans 率いるトリオの名盤。二度と繰り返せないjazzの即興の醍醐味を堪能できる(はず)。トリオが出した別のライブアルバム「Sunday At The Village Vanguard」(図3)の狭いステージは今でもNYにあり、毎夜ライブをやっています。

③ Chet Baker「Sings」1954年、44分(図4):ジャズ・トランペット演者のチェットが、ボーカリストとして出したアルバム。日本でいえば演歌のようないけないスタンダード・ナンバー@フランク Sinatraを中性的・都会的に料理した名曲集。

図1

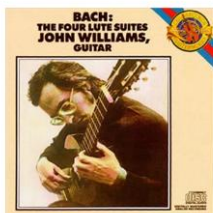


図2

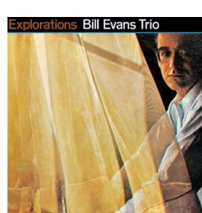


図3



図4



アメリカ研究留学報告

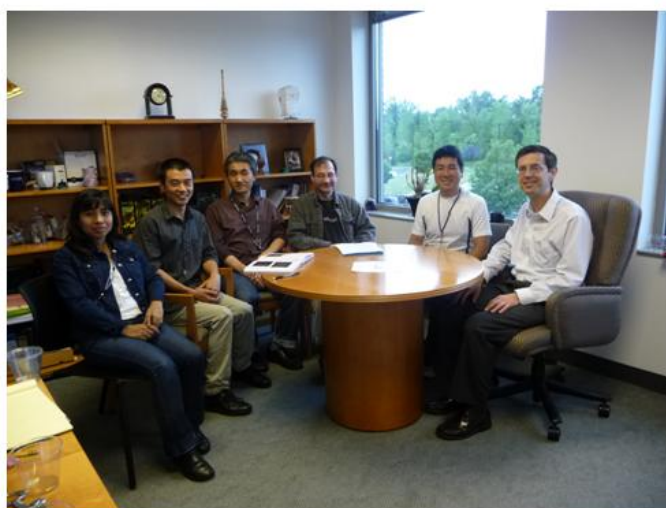
循環器内科 八木秀介

2009年8月から米国ニューヨーク州にあるロチェスター大学Aab Cardiovascular Research Instituteにて3年間研究留学させて頂き、2012年7月末に帰国いたしました。ロチェスターは、オンタリオ湖の南岸に位置する、ニューヨーク州では3番目に人口の多い街です。大都市ではありませんが、大学の街でもあり、とても安全で教育に力を入れています。自然も豊かで、観光といえばナイアガラの滝が有名で車で2時間足らずです。

私の所属したLowenstein教授の研究室は、一酸化窒素などに関連した血管生理学が専門でした。私は、近年注目を集めているマイクロRNA(蛋白に翻訳されないが標的蛋白を転写後に抑制する短鎖RNA)のプロジェクトを割り当てられ、血管内皮細胞から分泌されるマイクロRNAが細胞間の情報伝達に関与するという新しい概念を確立すべく細胞を中心に扱う研究を行ってまいりました。現在なんとか成果をまとめ国際雑誌に投稿中です。

留学して一番よかったことは、たくさんの友達ができたことです。研究室では、アメリカ人は少なかったのですが、中国人やメキシコ人と仲良くなり、実験のこと、国際的な問題、将来の夢などを午後のティータイムに議論していました。また日本からも医学系のみならず各方面から研究留学にており、循環器内科と違う分野の研究者と知り合いになれたのはとても新鮮でした。英語に関しては、“冗談を交えながら楽しく会話する”という当初の目標までには遠く及びませんでした。NHKのラジオ英会話や米国人の家庭教師のおかげで、渡米直後は全く通じなかった私の英語が、日常生活の意思疎通には困らなくなりました(正直に言うと、相手の意図を予測し、その予測で返事をする度胸がついたというところ)。

研究生活のみならず、マラソン大会参加、ロックコンサート、大リーグ、ミュージカル鑑賞、旅行などアメリカでのすべての経験が私の目指す研究能力を有する臨床医としての血肉になると信じております。今後は、この研究経験を診療に活かし、また臨床医の視点から心血管病の予防や治療につながる研究を進めていきたいと思っております。最後になりましたが、このような貴重な留学の機会を与えて頂きました佐田政隆教授、松本俊夫教授をはじめ、徳島大学の諸先生方に感謝いたします。



ラボミーティングの様子(右端 Lowenstein教授、その隣筆者)

—循環器内科への紹介方法—

1. FAX新患予約 受付：平日 9:00-17:00

地域医療連携センターFAX予約室（0120-33-5979）へFAXしてください。

〈FAXの書式：http://www.tokushima-hosp.jp/m_regional/fax.html〉

心エコー検査（火、金）の直接予約も行っています。

不明な点は電話（088-633-9106）で地域医療連携センターにお問い合わせ下さい。

2. 時間内の緊急受診 平日8:30 - 17:15

内科外来に電話（088-633-7118）して頂き、循環器内科外来担当医にご相談ください。

木曜日は休診日です（緊急を要する症例には対応いたします）。

3. 時間外の緊急受診（平日17:15 - 8:30,土・日・祝日）

時間外の場合、大学病院の事務当直（088-633-9211）に連絡してください。

連絡を受けた循環器内科オンコール医が対応します。

4. 肺高血圧症専門外来について

毎週木曜日午後2:00～ 完全予約制です。FAX予約をご利用ください。

担当：山田（第1,3,5週）・竹谷（第2,4週）

■ 連絡事項、今後の予定

平成24年10月15日（月） 第14回眉山循環器カンファレンス

19:00より、ホテルクレメント徳島にて（いつもと会場が異なります。）

■ 編集後記

私が編集長を引き継いでから無事に六度目の広報誌を作成することが出来ました。今回は表彰を受けられた方がたくさんおられますので、喜びの声をお届けします。留学から帰国された八木先生の留学記と趣味のコーナーで今回は初の文化系内容で島袋先生から話題を御提供いただきました。話は変わりますが、ロンドンオリンピックが終わり、日本人選手は大活躍でたくさんのメダルを獲得しました。個人的には柔道の松本薫選手の試合前の集中力、表情に大変驚きました。我々も診療、教育、研究に集中を切らすことなく、前進していきたいと考えています。引き続きのご指導よろしく願いいたします。

眉山第13号

平成24年9月15日発行

発行者 佐田政隆
編集 山口浩司