

簡単アンケート第23弾：循環器診療

(2013年1月実施)

J S E P T I C 臨床研究委員会

アンケート作成者：内野滋彦（東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部）

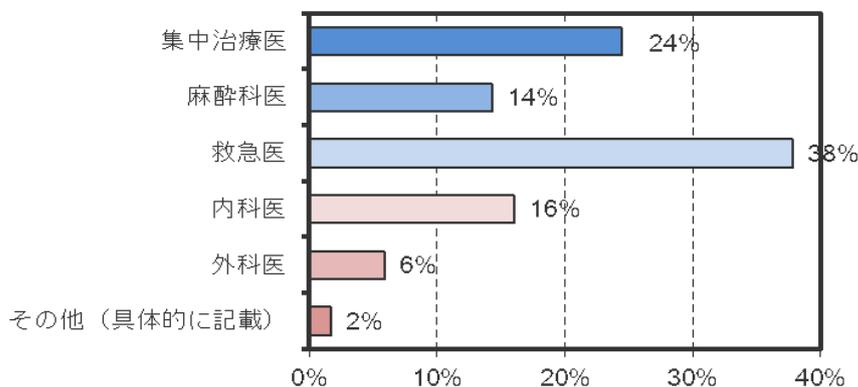
対象：ICUで診療することのある非循環器系医師（循環器内科医および心臓外科医は除く）

INTENSIVISTの2013年第1号は、急性冠症候群（acute coronary syndrome, ACS）についてです。それに連動して、今回のアンケートは循環器系の診療を行う場合に、どこまでが自分の範疇で、どこから循環器系の医師にコンサルトするのかについてお聞きしたいと思います。ICUで働く医師はどこまで循環器の知識や技術が必要なのでしょうか。細かい情報は提示していないので、フィーリングでお答えいただければ。

作成者：内野滋彦（東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部）

回答者数：118名

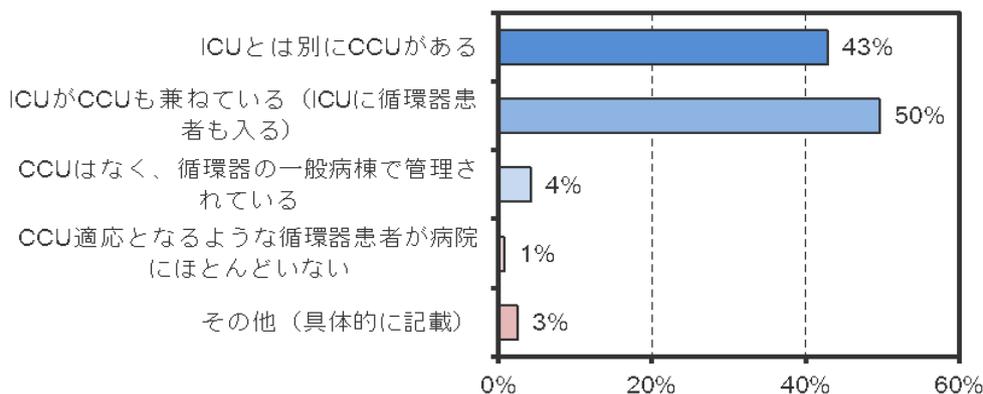
質問1. あなたの専門は何ですか？



*その他（具体的に記載）回答者2名

- 循環器医
- 研修医

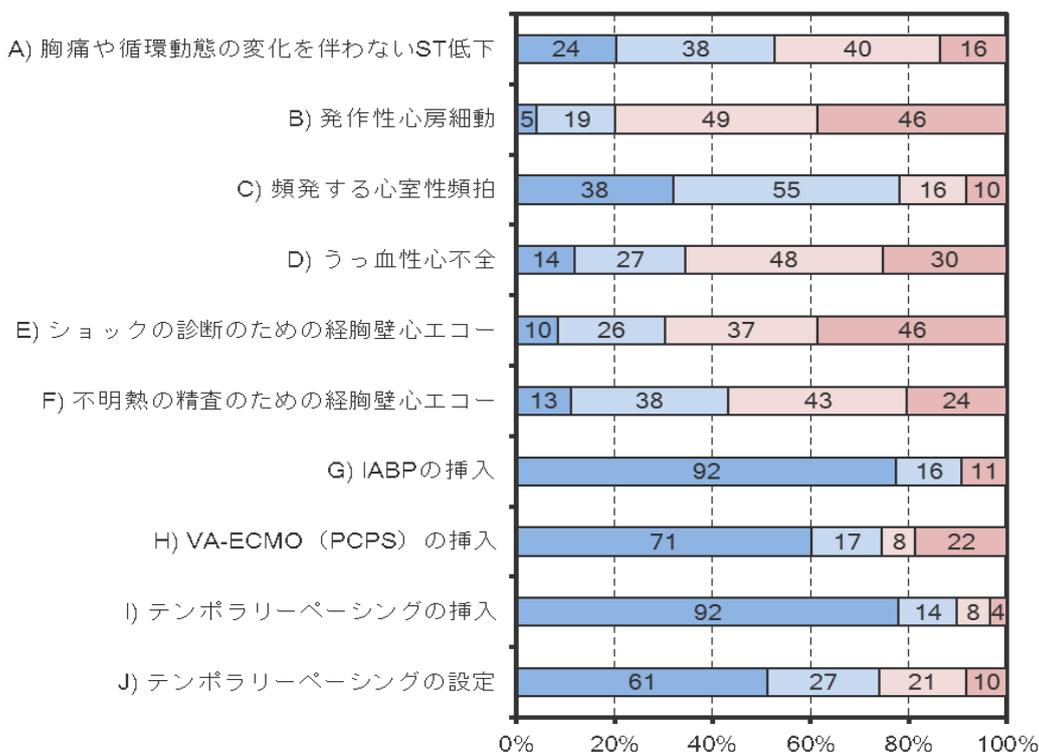
質問2. あなたの施設にCCUはありますか？



*その他 (具体的に記載) 回答者 3名

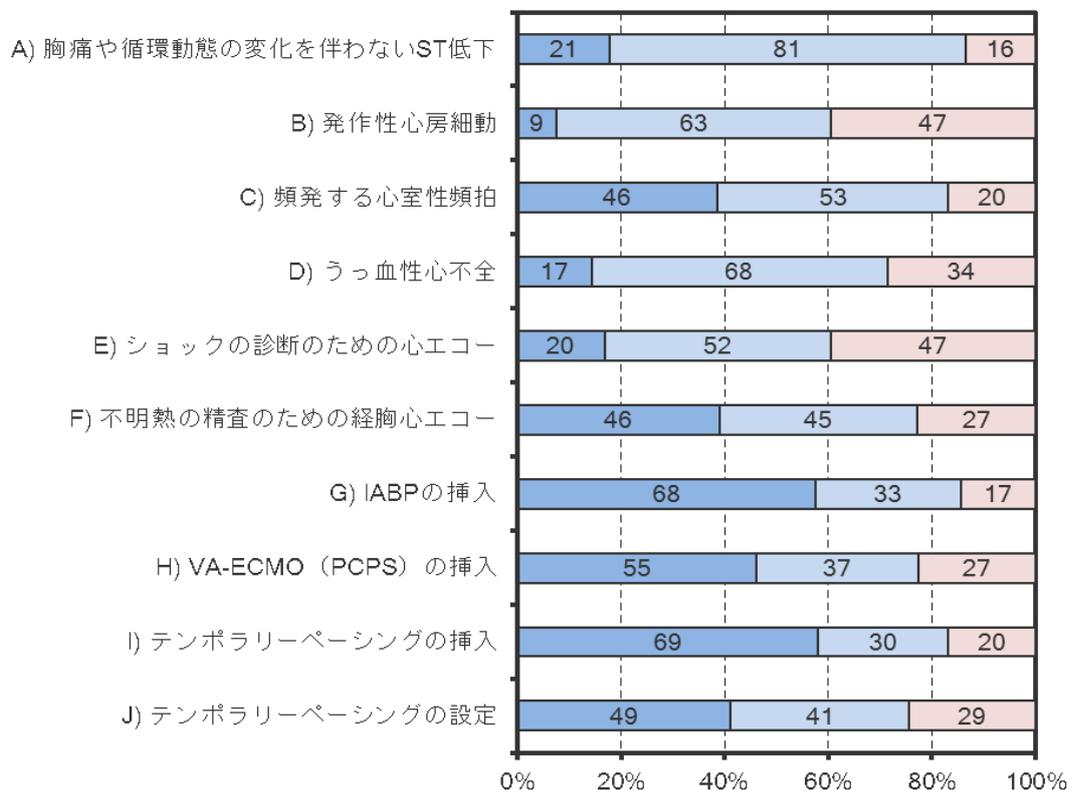
- ICUはPCPS患者のみで、他は救命救急センター病棟 (HCU) に入る。
- HCUという形で存在する。
- CCUのみある。

質問3. 敗血症でICUに入室している患者に、下記の疾患が発生/検査が必要/治療が必要となった場合、日常臨床においてあなたはどのようにしていますか？



- 必ず循環器内科医 (もしくは心臓外科医) にコンサルトする
- ▣ コンサルトすることが多い
- ▢ 時々コンサルトする
- コンサルトしない

質問4. 敗血症でICUに入室している患者に、下記の疾患が発生／検査が必要／治療が必要となった場合、ICUで診療する非循環器系医師として、理想的にはどうしたい／どうすべきだと思いますか？



- 必ず循環器内科医（もしくは心臓外科医）にコンサルトすべき
- 自信がないときだけコンサルトする
- 自分で判断すべき、コンサルトの対象外

質問5. このアンケートについてのコメント、ご意見、今後のアンケートの案など、ご自由に記載してください。

***その他（具体的に記載） 回答者 15名**

- 実際は、責任の分散という観点からも最終的にはコンサルトすることがほとんどではあります。仲良くしているので一人で考えるより、複数の目でという風にしていきます。というわけで必ずコンサルトすべきに近い意見ですが、あえて自信がない時だけにチェックしました。餅は餅屋ですから。
- 十分トレーニングを積んだ集中治療専門医が循環器内科医師をコールする状況は、大きく分けると4つに別れると思います。1. 診断がわからないので専門医のヒントを得たい、2. 自分ではできない治療（心カテなど）をお願いしたい、3. 患者さんがICUを離れるので慢性期のフォロー、主治医へのサジェスションをお願いしたい、4. 循内の意見は必要ないけど社会的な

理由（医療訴訟上などの理由で専門医になぜコンサルトしなかったのか、とか後で言われたら困る。しばしばあります）。今回は1~3の理由で呼ぶ場合を想定して答えました。

こう考えるとあらためて循環の管理に関しては、集中治療専門医は循環器内科医を呼ぶ必要がないと思いますし、集中治療専門医たるものそうであって然るべきでしょう。

- PCPS、IABP の挿入は、心外にコンサルトします。
- 当院は ICU のすぐ横に CCU があり、CCU 当直が常在しています。そのため循環器内科的なことはなんでも CCU 当直にコンサルテーションをすることが常態となっています。CCU 当直もほぼ必ず（時間がかかっても）対応していただけます。そういう点では特殊な施設かもしれません。同じ質問を循環器内科医にすると、異なった意見が聞かれるかもしれません。
- 侵襲の高い手術後や外傷でも、循環器診療に苦慮することは多いのですが、敗血症に限定しているのはなぜでしょうか？
- 理想的にはということで、4の質問は答えました。理想というよりは、自分ができるようになりたいという気持ちがこもっています。ただ、大学病院レベルでは、専門家が24時間常駐しているので、必要ないかもしれません。敗血症ショックの心エコーや心房細動の管理に関しては、循環管理が密接に関わってくるので循環器内科医より敗血症を治療する医師がイニシアチブをとったほうが良いと思います。
- よほど自信のある救急集中治療医なら問題ないと思う。しかし、必ず自身で診断や decision making が必要だが、自分の臨床経験や skill up のために、専門医にコンサルトし expert opinion を受けることは大変意義がある。それを考慮して診療すると、循環器内科が常時いない施設にいるときでも、適正な対応ができる。よって、できる限り循環器系の疾患は、コンサルトするべきと思う。
- 心臓手術を術中から術後、ICU 退出まで（中には術前から）見ているので基本的に診断は自分らで行っています。エコーも挿管されている人が多いので禁忌でなければ最初から経食道心エコーで診断をつけることが多いです（慣れているのと、それの方が診断が早くつけられる）。夜間であれば ICU 当直医が診断・治療をし、カテが必要と判断したら循環器医師を呼びます。日中で有ればコンサルトという感じで循環器医師に相談します。
- ICU と CCU との関わり方について非常に興味がありました。CCU に従事している循環器内科医の意見も聞いてみたいです。
- 救急医が Abdominal Compartment Syndrome を ACS と称することがあります。昨年の救急医学会地方会ではシンポジウムにも使用されていました。その時に感じるのは、「ああ、この人は冠疾患には手を出させてもらえないので、意識から除外してるんだな。救急医と言いつつ、外傷外科医でしかないんだな。だからこそ ACS と言った時に（頻度的に圧倒的に多い）急性冠症候群との混同を考えてもみないんだな」ということです。
- 集中治療を主とする循環器医の要望です。
- 外科医です。自分で胸壁エコーや経食道エコーや PCPS 挿入などの手技は出来ますが、出来ることとやって良いことは別だと考えています。従って ICU 入室した患者さんの場合には自分で出来ることも全て循環器内科にコンサルトし、コンサルトしたという証拠を残しています。自分の身（ひいては患者）を守るためには、自分の実力に関係なく、どんな分野でも専門家に投げることが大事だと思います。
- 心不全って循環器の先生、お嫌いじゃないですか？

エコーで動いているから心不全じゃないってよく言われます。

見て見ぬふりなのか・・・それとも・・・

- （期間限定で）ICUに勤務している消化器外科医です。ショックやACS診断のために心エコーは習得したいと思い、勉強したことはありますが、cost-benefit といえますか、良好な画像の描出と評価の習得に時間がかかりすぎ、非循環器医には手を出しにくい印象があります。
- ほかにSG挿入があると思います。

以上