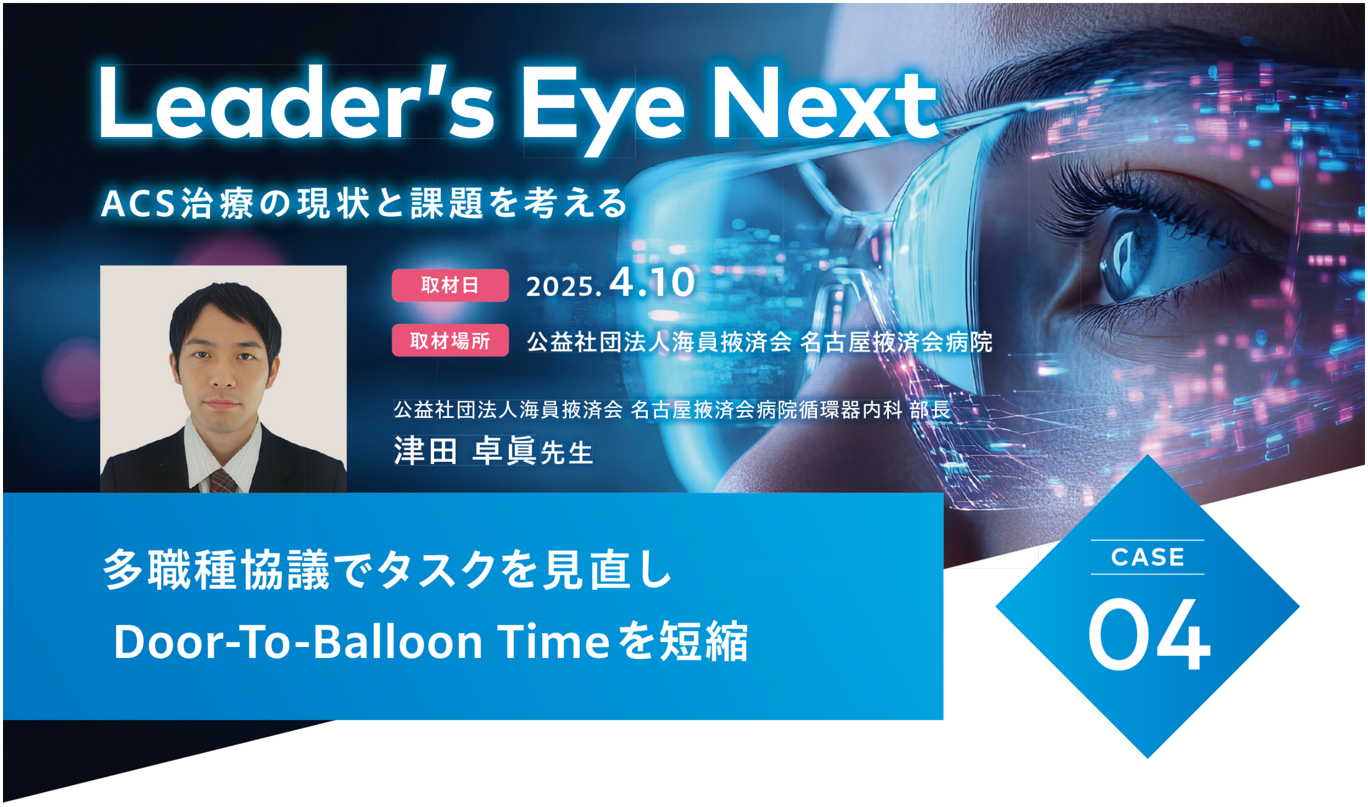
□□□□□□□□□□□□□Door-To-Balloon Time□□□
Image


Leader's Eye Next
ACS治療の現状と課題を考える
取材日 2025.4.10
取材場所 公益社団法人海員掖済会 名古屋掖済会病院
公益社団法人海員掖済会 名古屋掖済会病院循環器内科 部長
津田 卓眞先生
多職種協議でタスクを見直し
Door-To-Balloon Timeを短縮
CASE
04

Q1 □□□□□□□□□□□□□ACS□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

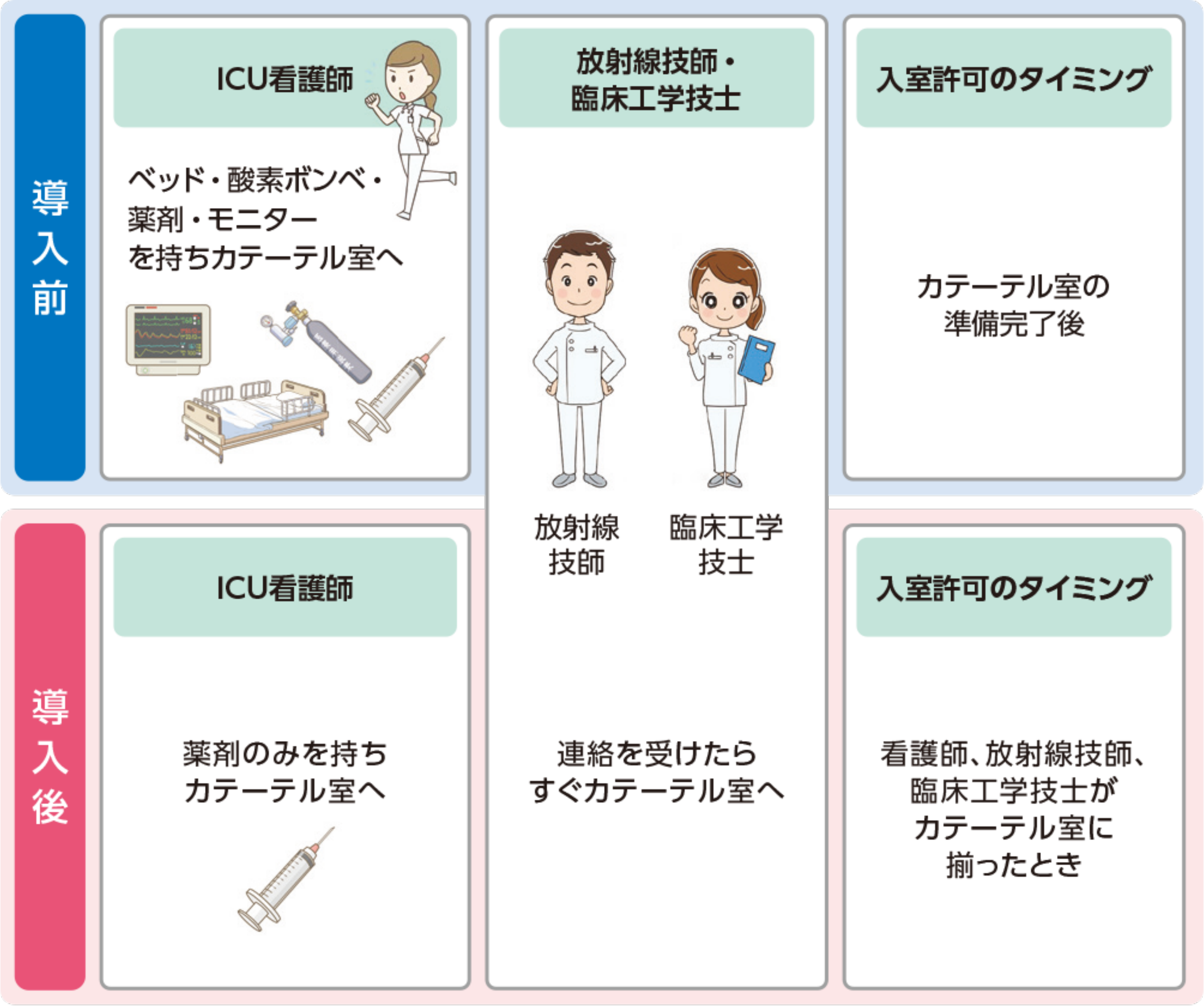
□□ACS□□
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□
□□□ACS□□□□□10□□□□□□□□□4□5□□□
□□□

Q2 ACS□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

ACS□□
□□
□□□ACS□□□□□□□□□□□□□Onset-To-Balloon Time□OTBT□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ICU□□□□□
□□
□□Door-To-Balloon Time□DTBT□
□□□□□15□□□□□□□□□□□

□1 DTBT□□□□□□□□□□□□□□□

Image


放射線技師・臨床工学技士
放射線技師
臨床工学技士

	ICU看護師	放射線技師・臨床工学技士	入室許可のタイミング
導入前	ベッド・酸素ボンベ・薬剤・モニターを持ちカテーテル室へ		カテーテル室の準備完了後
導入後	薬剤のみを持ちカテーテル室へ	連絡を受けたらすぐカテーテル室へ	看護師、放射線技師、臨床工学技士がカテーテル室に揃ったとき

提供　津田卓眞先生

Q3 ACS[illegible]

[illegible]

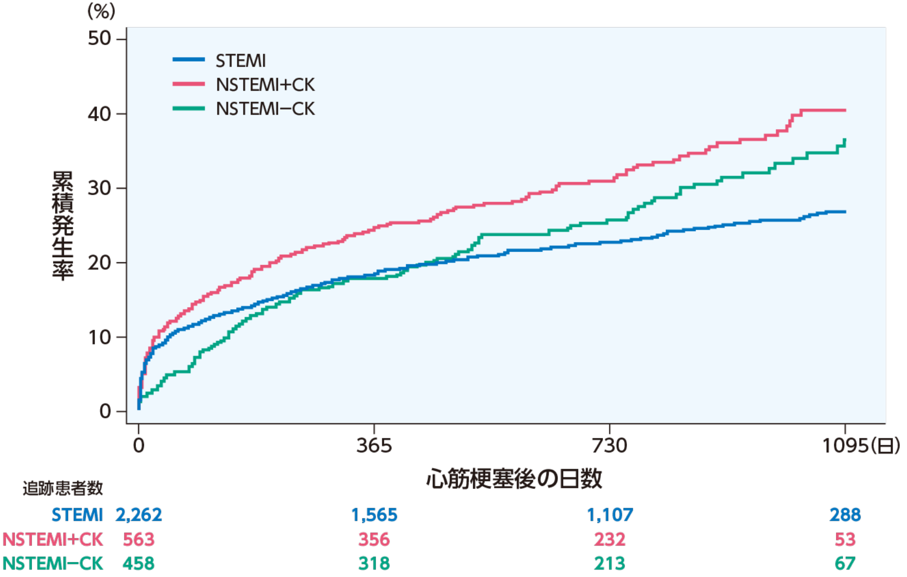
Q4 ACS[illegible]

[illegible]ACS[illegible]27[illegible]40[illegible]**2**[illegible][1][illegible]ACS[illegible]

[illegible]

[illegible]**2** [illegible]

Image



追跡患者数

	0	365	730	1095
STEMI	2,262	1,565	1,107	288
NSTEMI+CK	563	356	232	53
NSTEMI−CK	458	318	213	67

【対象・方法】 2012年7月～2014年3月に発症48時間以内に入院した急性心筋梗塞患者を対象に、長期予後を比較検討した。
解析対象：3群比較の解析対象3,283例（STEMI群2,262例、NSTEMI+CK群563例、NSTEMI−CK群458例）

【解析方法】 主要エンドポイント（死亡、非致死性心筋梗塞、非致死性脳卒中、心不全、不安定狭心症に対する血行再建術の複合）の累積発生率をKaplan-Meier法で推定し、その差をlog-rank検定を用いて比較した。
ハザード比及び95% CIはCox比例ハザードモデルを用いて算出した。多変量解析の調整には、年齢、性別、高血圧、糖尿病、脂質異常症、CKD、現在の喫煙状況、心筋梗塞既往、脳卒中既往、Killip分類、MIの種類、発症から入院までの時間の対数、緊急冠動脈造影、初回PCIおよび緊急バイパス手術を含めた。有意差検定における基準は、$p<0.05$と設定した。

STEMI：ST上昇型心筋梗塞、NSTEMI：非ST上昇型心筋梗塞、CK：クレアチンキナーゼ（+はCK上昇を伴う、−はCK上昇を伴わない）

Ishihara M, et al. Circ J. 2017 ; 81(7): 958-965.

1□Ishihara M, et al. Circ J. 2017 ; 81□7□: 958-965.

[illegible]

[illegible]

Source URL: *https://www.pro.novartis.com/jp-ja/products/leqvio/interview/04*