

Metro Heart

Vol.5

学舎より東方を望む

緊急診療・緊急入院のご依頼は【06-6645-2573】までご連絡ください。
循環器内科医が迅速に対応いたします(24時間365日) ※医療機関専用ダイヤルです

晩秋の候、皆様におかれましては益々
ご健勝のこととお慶び申し上げます。
この度、地域連携広報誌 Metro Heart
Vol.5を刊行します。
是非お手に取って頂き、ご一読頂けま
すと幸いです。

Topics

- はじめに
- 医局長だより
- Polyvascular diseaseの診断と治療
- 薬物インターベンションについて
- コラム
- 研究紹介・学会報告
- 外来・入院のご案内

はじめに(教授あいさつ)



大阪公立大学循環器内科が、平素から大変お世話になっております。

3年以上の間、日常生活に大きな影響を与えてきた新型コロナウイルス感染症が5類に分類され、初めての夏が終わりました。散発的に患者は出るものの、重症化する患者は少なく、我々の診療や教育も平静を取り戻しつつあります。家族旅行に出かける医局員も多く、働き方改革が注目される中、work-life balanceの取れた医局運営の重要性を実感しています。

ただ、一方、若手のやる気を阻害するようなシステムではあってはいけないと思っています。8月末に欧州心臓病学会が開催されました。残念ながら私自身は参加できませんでしたが、当科からも演題を発表することができました。世界は、今後、研究活動や交流が盛んになっていくものと期待しています。日本からも多くの発表があったと聞きましたが、最も演題数が多かったのは中国だったそうです。我が国の研究レベルの低下が危惧されていますが、国際的な競争力がますます低下している状況にどのように対処していくのか、大きな課題です。我々も、臨床だけでなく研究にも注

力し、バランスの良い医局運営と医師の育成を目指さなければなりません。そして、大阪市内の地域医療に貢献し、さらに国内でも国外でも存在感を高めなければならないと感じています。

さて、大阪公立大学循環器内科では、顔の見える緊密な病診連携をめざしMetro Heart Conferenceを、年に2回開催しております。前回2024年5月の第3回Metro Heart Conferenceでは、不整脈疾患に関する情報提供の場として、近畿大学病院 心臓血管センター副センター長の栗田 隆志先生に御講演を賜りました。高齢化に伴い増加の一途をたどる心房細動の治療と管理について、ガイドラインを中心に日常診療に直結する内容の濃い講演をいただきました。また、一般演題では、当科で取り組んでいる左脚領域ペーシングについてもご紹介させていただき、活発な議論がなされました。お忙しい中、多数の先生方にご参加いただきましたことに、この場をお借りし厚く御礼申し上げます。第4回Metro Heart Conferenceは、「polyvascular disease(全身性動脈硬化性疾患)」をテーマに開催予定です。昨今、ACSだけでなく、下肢閉塞性動脈硬化症の治療において、polyvascular diseaseという概念が重要になってきています。今後も、地域の先生方にお役立ていただける情報を発信して行きたいと考えています(開催概要は医局HPとFacebookに掲示します)。また、第4回Metro Heart Conferenceの開催に合わせて、我々の医局の広報誌、Metro Heart vol. 5を発刊いたします。Metro Heart Conferenceにご参加いただけなかった先生方にも、内容をお伝えできるような構成にしています。加えて、当科に関する様々な情報をご提供いたします。今後の病診・病病連携の一助になれば幸いです。

最後になりましたが、地域の先生方と連携して、大阪の循環器診療がさらに発展するように教室員一同頑張っていく所存です。今後ともご支援くださいますようお願いいたします。

大阪公立大学大学院医学研究科循環器内科学 教授 福田大受

医局長だより～令和6年度桃蹊会(とうけいかい)～

去る6月15日、令和6年度 桃蹊会(大阪公立大学第一内科同窓会)総会・講演会が盛大に開催されました。桃蹊会とは、当科の母体である大阪市立大学第一内科学講座の同窓会として発足した組織で、現在会員数は800余名となっています。現在は循環器内科、呼吸器内科と臓器別講座に分かれています。第一内科同窓会として毎年6月に桃蹊会会員が一堂に会し、「同じ釜の飯を食べた」仲間が、これからも切磋琢磨し、協力できるよう親交を確かめ合う会です。令和6年度桃蹊会総会では、令和6年度新入局員紹介、留学報告(小川真奈 病院講師)、最新の医療に関する講演会等を行いました。ご参加いただいた各先生が気持ちを新たにできた1日になったと思います。

桃蹊会は、「李將軍列伝」(史記)の「桃李不言下自成蹊」の故事にちなんで名付けられました。「桃李不言下自成蹊」は今の言葉に言い換えると、「とうりものいわざれども、したおのづからこみちをなす」と読み、桃や李は言葉で人を招くことはしないが、美しい花や美味しい実があるので人々が自然と集い、結果として小道(蹊)ができる。つまり、桃や李は、人格のある人のたとえで、徳のある人には、その徳を慕って人々が集まってくるという意味です。自らを律して、自ら徳を積めば、人々が集い、仲間が増えていく、そんな医局を目指そうとの思いがこもっています。

この言葉を胸に、医局員一同、今後も継続してACSをはじめとする循環器救急にも積極的に対応し、垣根の低い、地域に貢献できる大学病院を目指していきたくと考えています。

循環器疾患でお困りの際、まずは大阪公立大学循環器内科へ相談してみよう、そう思っただけの病院に一步でも近づけるよう、地域の先生方との病診連携の更なる円滑化を目指し、今後も医局員一同頑張っまいります。

循環器内科 医局長 伊藤朝広



新入局員紹介



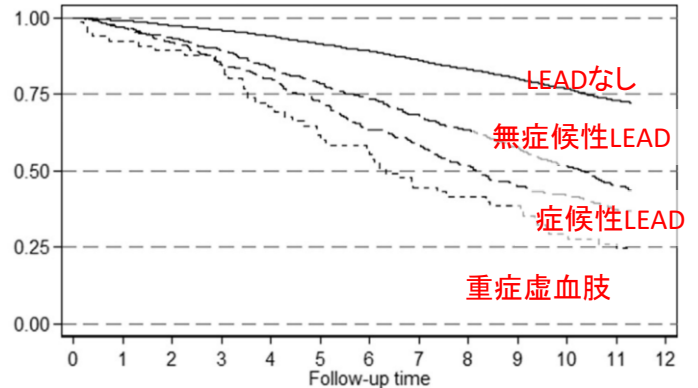
Polyvascular diseaseの診断と治療

冠動脈疾患、末梢動脈疾患、その合併について

冠動脈疾患(CAD)、脳血管疾患(CVD)、末梢動脈疾患(PAD)はいずれもアテローム性動脈硬化が原因となる疾患で、近年は全身の血管病として「Polyvascular Disease」という概念が提唱されています。Polyvascular Diseaseは将来の虚血イベント発症の強力な予測因子であることから、心血管予後を改善するためには、より厳格な管理が重要になってきます。ここではCADについてと、PADの中で最も頻度の高い下肢閉塞性動脈疾患(Lower extremity arterial disease: LEAD)の合併について解説いたします。

✓ LEADと心血管予後との関係

CAD、CVD、LEAD、または動脈硬化リスク因子を3つ以上有する45歳以上の患者が登録された国際共同研究であるREACH registryによると、LEAD患者の50%以上がCADを、25%がCVDを併発し、14%がその両方を併発していたと報告されています(JAMA. 2006;295:180-9.)。また、LEADは症状の有無に関わらず生命予後が悪く(右図。Eur J Vasc Endovasc Surg. 2018;55:529-536.)、いかに早期に患者を見つけ出し、血管合併症の検索と予防を行うかが重要です。

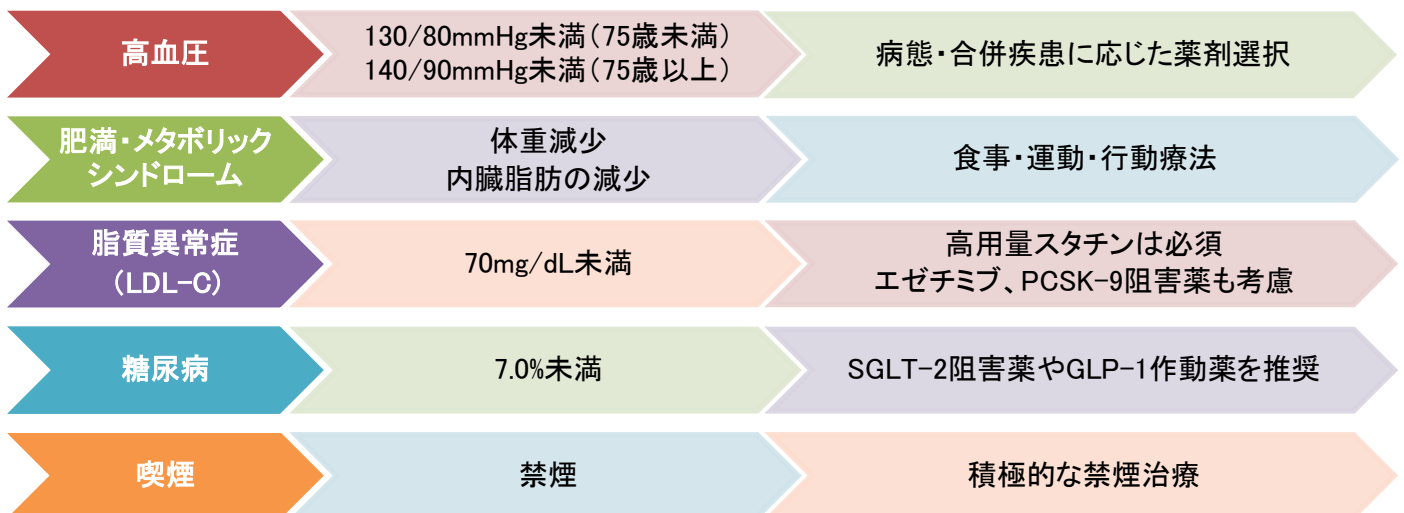


下肢閉塞性動脈疾患(LEAD)の生存曲線

✓ LEAD患者のリスク管理

LEADはアテローム動脈硬化性心血管疾患(ASCVD)であり、動脈硬化の進行の原因となる併存疾患に対する加療が非常に重要です。患者さんと治療目標やその意義を共有しながら治療にあたる事が大切になります。以下に、それぞれの併存疾患に対する管理目標を簡単にご説明いたします。

- ① 高血圧: 日本高血圧学会のガイドラインに基づき、降圧目標は130/80mmHg未満、75歳以上では140/90未満となります。LEADという病態という事によって優先される降圧薬の種類はないため、心疾患などの合併疾患などに対して優先される薬剤を選択します。
- ② 肥満症・メタボリックシンドローム: 食事療法・運動療法・行動療法を基本として生活習慣を是正し、体重・内臓脂肪蓄積の減少を図ることが推奨されています。
- ③ 脂質異常症: 全ての動脈硬化性LEADの患者にスタチンは必須となります。PAD自体がvery high riskとされる欧州のガイドラインでは55mg/dL未満または50%以上の低下が推奨されており、これまで国内のガイドラインでは、LEAD単独では、糖尿病の有無によって、100もしくは120mg/dlの目標値とされていましたが、今年7月に開催された動脈硬化学会総会にて、LEADに対する管理目標値が70mg/dL未満との提言がされており、更なる内服治療の厳格化が望まれます。
- ④ 糖尿病: 生活指導はもちろん、低血糖に注意しながらより厳格な血糖管理が求められます(少なくともHbA1c 7.0%未満)。メトホルミンに加えて、SGLT-2阻害薬やGLP-1作動薬などの使用が推奨されています。
- ⑤ 喫煙: 喫煙とLEADの関連は強く、喫煙を継続する事による心血管イベント発症率が高くなることが知られております。より積極的な禁煙へのアプローチが求められます。



LEADを疑う患者様のご紹介

ABIが低値であったり、動脈硬化リスク因子をお持ちの方のスクリーニング検査などお気軽にご相談ください。平日は毎日初診担当医が対応させていただきますが、LEADを強く疑う患者さんは、地域医療連携室を通じて山崎貴紀准教授(金曜午前)か島田健晋病院講師(水曜午前)へ直接ご紹介いただくことも可能です。

➤ 画像診断について

LEADは早期発見と治療が重要であり、外来でのスクリーニングがその第一歩となります。

ABI(Ankle brachial index: 足関節上腕血圧比)検査は、簡便かつ非侵襲的に行うことができる、非常に有用なスクリーニング方法です。ABIが0.90未満の場合、LEADの可能性が高いとされ、さらなる精密検査が推奨されます。

ABI検査は、症状が軽度または無症状の患者に対しても有用です。右図に示すようにABIが低ければ低いほどイベント発症率は高く、リスク層別化の一助にもなります。

LEAD患者の約半数は無症状で、典型的な間欠性跛行の症状を訴える人は20%にも満たない(Circulation. 2006;114:861-866.)ことから、動脈硬化リスク因子を持っている患者さんをABIでスクリーニングすることは、無症状で潜んでいるCADやCVDの早期発見につながり、生命予後や健康寿命の延伸につながることが期待できます。

精密検査の代表的なものとしては、下肢造影CTや下肢動脈エコーがあります。

造影CTは、動脈の狭窄や閉塞の程度を詳細に評価する事が出来る検査です。造影剤を使用するため、慢性腎臓病の患者さんにおいては注意が必要ですが、解剖を詳細に把握できるため、治療方針や手法の決定に役立ちます。

LEADは、症状がなければ原則血行再建の必要性はありません。しかし、冠動脈疾患を合併する可能性が高い母集団でありますので、造影CTの際には同時に冠動脈の撮像も行う事も可能となります。リスクやその他検査所見と合わせて、冠動脈CTを併施する事は、患者さんにとって非常に有益となる場合があります。

また、下肢動脈エコーは、超音波を用いて下肢の動脈を評価する方法で、非侵襲的かつリアルタイムでの観察が可能です。造影剤を必要としないため、慢性腎臓病の患者さんにも安全に施行可能です。動脈の狭窄や血流の状況を確認でき、必要に応じて治療の方向性を検討します。また、治療後の慢性期評価としても役立ちます。

➤ 下肢動脈の血行再建について

LEAD患者に対しての、血行再建術は重要な治療手段の一つです。特に血管内治療(endovascular therapy: EVT)は、近年飛躍的な進歩を遂げており、従来は治療が困難であった病変に対しても血行再建が可能になってきています。

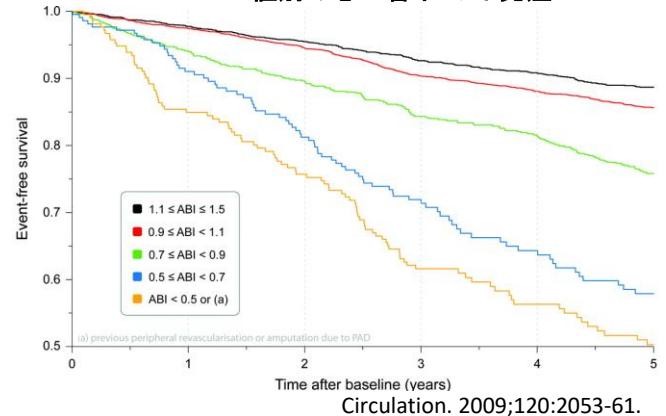
EVTは、間欠性跛行や重症虚血肢といった症状を有する場合に適応があります。局所麻酔下に、足の付け根や腕の動脈からカテーテルを挿入して行います。狭窄または閉塞した血管を広げ、病変に応じて、金属製ナイチノールステント(bare-nitinol stent: BNS)、薬剤コーティングバルーン(drug-coated balloon: DCB)、薬剤溶出性ステント(drug-eluting stent: DES)の使用を検討します。治療後はカテーテルを抜去し、圧迫止血を行います。術後の回復も早く、多くの患者さんが術後早期に日常生活に戻ることができます。

また当院では、月に1度、血管外科、放射線科、形成外科、皮膚科、糖尿病内科、ペインクリニックの先生方とカンファレンスを開いています。治療が困難な症例を共有し、連携を取る事で、出来る限り下肢の温存を目指し、日々チームとしても取り組んでいます。

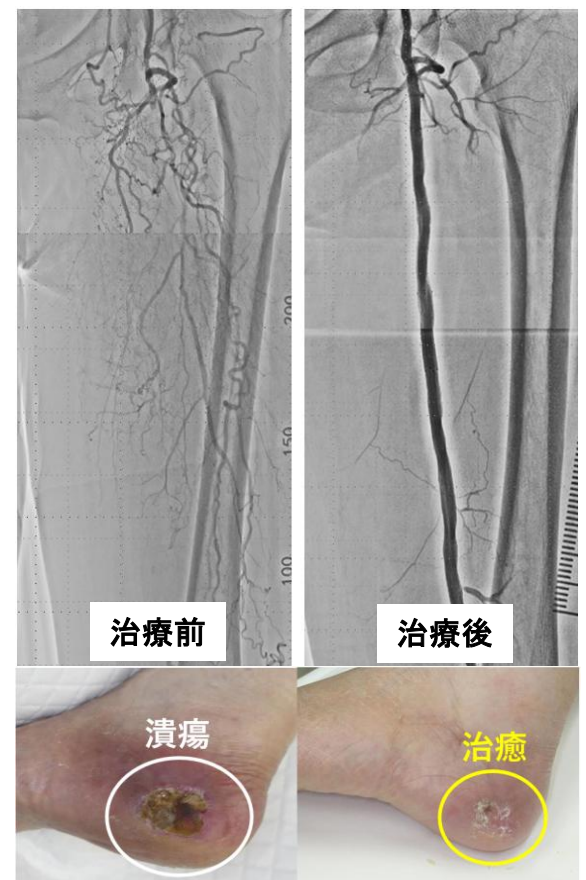
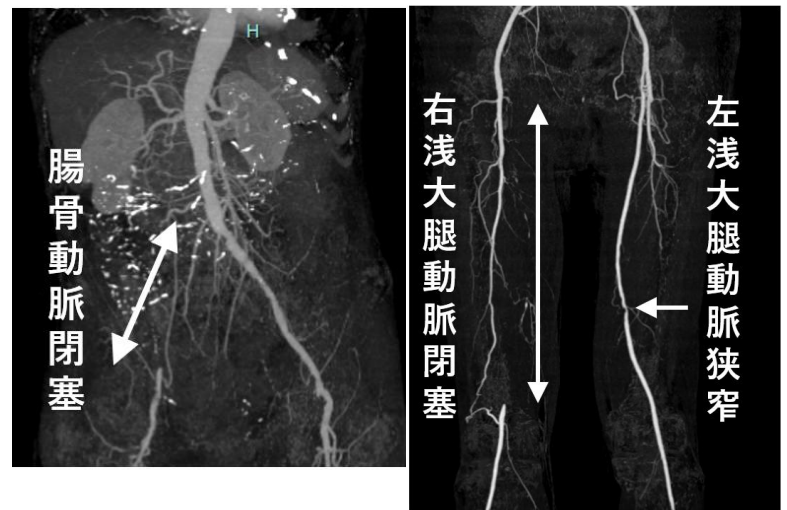
右図の写真では、足の踵部付近の潰瘍を伴うLEADに対しEVTを行い、さらに形成外科の先生に軟膏やデブリドマン等の処置を行って頂き、潰瘍の治癒に成功しました。

このように足部の切断を回避することを目標に多診療科で連携を行い、包括的に治療を行っております。

ABI値別の心血管イベント発症



下肢造影CTの血管構築



➤ 薬物インターベンションのおはなし

急性心筋梗塞の原因となるプラークの約70%は狭窄率50%未満の病変から発症している(Circulation. 1996;93:2205-2211.)ということをご存知でしょうか。急性冠症候群(ACS)におけるプラーク破綻は、プラークの表面(被膜)が破れ、内部の脂質成分が血管内に流出し、血小板が凝集して血管が詰まることによって発症します。この機序はプラークによる血管の狭窄率ではなく、プラークがどれだけ破れやすいかが重要です。しかし、プラークが破れやすいように見える部位(不安定プラーク)が、狭窄度としても有意であれば我々はカテーテル治療(PCI)を施行することができますが、軽度の狭窄の場合にはPCIの適応はなく、内服治療でプラークの安定化を図る事となります。

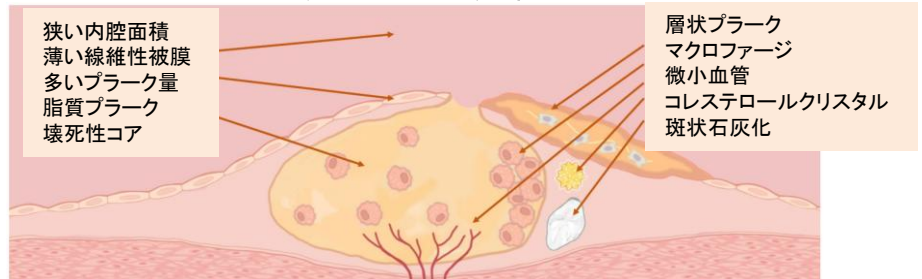
不安定プラークの診断は冠動脈CTやカテーテル治療の際の血管内イメージング検査で診断可能です。我々、大阪公立大学インターベンションチームは詳細なプラークの評価が可能な光干渉断層像(OCT/OFDI)を積極的に用いて血管内イメージングを行っており、個々の患者様のプラーク診断を行い、のちの外来でのリスク管理に努めております。

近年、この不安定プラークに対し積極的に薬物治療で安定化を図ることを「薬物インターベンション」と呼ぶようになってきました。主に積極的脂質低下療法のことを指しており、従来のスタチン治療の強化、エゼチミブの追加、PCSK-9阻害薬やsiRNA製剤といった注射薬の導入が柱となっています。

当院ではACSの患者様には迅速なPCIを行い、LDLコレステロールの管理目標を70mg/dL未満と設定し高用量スタチンは初日から、エゼチミブも早期の導入を検討します。また退院前や退院後の初回外来時にLDLコレステロールを評価し、管理目標未達成であればPCSK-9阻害薬やsiRNA製剤の導入を積極的に行っております。それぞれの薬剤にはプラークの退縮、安定化を示すエビデンスがありますので、二次予防を徹底するためにも副作用などの発現がない限りは減量や中止はしないようにご注意ください。LDLコレステロールについては「Lower, the better, Earlier, the better」と言われ、より強く、早く下げることが重要視されています。

また、今年7月に開催された第56回日本動脈硬化学会総会にて、アテローム動脈硬化性心血管疾患(ASCVD)のLDLコレステロール管理目標値を、右記の通りとするよう提言がありました。まだガイドラインの改訂には至っていませんが、やはりより厳格な管理目標値の設定が重要である事が明確化され、より良い患者さんの予後のために、我々も努めていかないと感じています。

不安定プラークとその関連因子



(CVITコンセンサスドキュメントより改変)

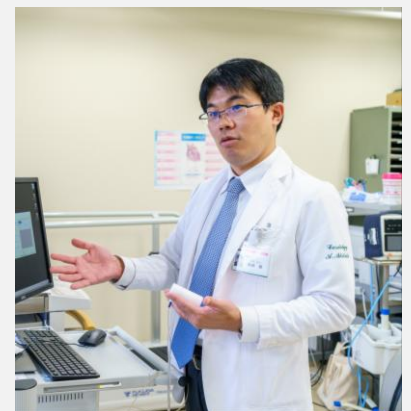
LDL-C管理目標値(2024年動脈硬化学会 提言より抜粋)

アテローム動脈硬化性心血管疾患(ASCVD)		LDL-C目標値(mg/dL)
冠動脈疾患(CAD)	急性冠症候群(ACS)	< 55
	慢性冠症候群(CCS)	< 70
アテローム血栓性脳梗塞		< 70
末梢動脈疾患(PAD)		< 70
Polyvascular disease		< 55

Let's talk about ～日進月歩の循環器治療薬～

β遮断薬が心不全の治療薬として認識された際、それまでの常識が覆されました。医療の現場においては、その常識が180度ひっくり返ることはしばしば経験されますが、先日参加させて頂いた欧州心臓病学会(ESC Congress 2024)においても、常識が覆された現場に遭遇することができました。降圧薬のうち、レニン-アンジオテンシン系(RA系)に作用する薬であるACE阻害薬やARB、ARNI(まとめてRASi)は、術中の低血圧が起こりやすくなるため、各薬剤の添付文書「重要な基本的注意」において、「手術前24時間は投与しないことが望ましい」と記載されています。しかしながらここには確固たるエビデンスは存在しません。今回の報告は、非心臓大手術前のRASiの継続戦略と中止戦略のどちらが術後28日目の合併症を減少させるかを評価したのですが、結果は全死亡および術後主要合併症の発生率はRASi中止群で22%(1115例中245例)、RASi継続群で22%(1107例中247例)と、2群間で差はなかった(HR 1.02[95%CI, 0.87-1.19];P=0.85)、というものでした(JAMA.2024;332:970-978.)。

ガイドラインを見ていると、エビデンスレベルC(大規模臨床試験が行われていないもの)も多く目にします。心不全診療においても、常識と考えられている1日6g未満の減塩食や、節酒などについてもエビデンスレベルCとなっています。心保護薬、低侵襲治療、デバイス治療と心不全診療は急速に進展していますが、これまでの常識にとらわれるのではなく、常に新しいエビデンスを取り入れていくことで、患者により良い医療を提供できるように心がけていきたいと考えています。



柴田敦 講師

心筋症(特に拡張型心筋症)の病態解明、心臓リハビリテーションの効果発現メカニズムの解明が専門領域。心不全患者の予後改善のため、日夜取り組んでいる。

当教室からの研究紹介

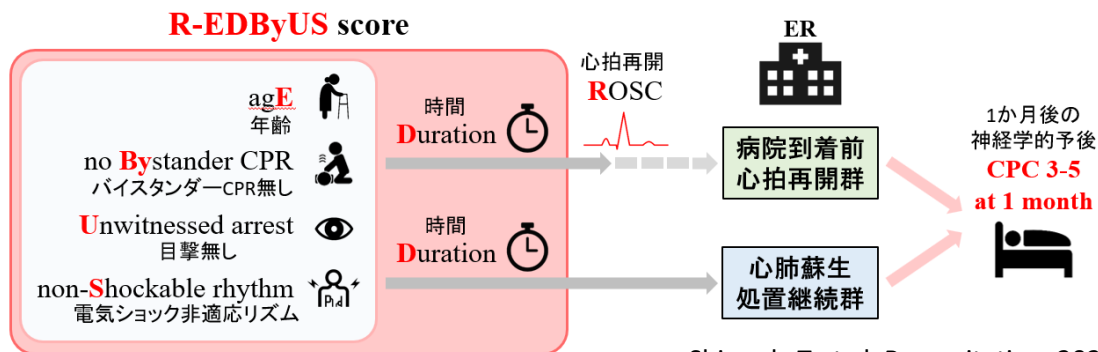
▶ 心肺停止患者の予後予測における、R-EDByUS(レッドバイアス)スコア (病院講師 島田健晋ら)

今回我々の研究グループから、心原性院外心肺停止例における、病院への搬送直後に1か月後の神経学的予後の予測が可能となる、新しいリスク予測モデル(R-EDByUSスコア)を構築し、Resuscitation誌へ報告いたしました。

2005年以降、日本全国における院外心肺停止例を全例登録している大規模コホート(All-Japan Utsteinレジストリー)のデータを用いて、心原性の機序が推定された18歳以上の942891名を、病院到着時の心拍再開の有無によって「病院到着前心拍再開コホート」と、「心肺蘇生継続コホート」とに分類し、解析を行いました。

米国心臓病学会より提唱されている予後不良因子の内、病院到着前の因子(①年齢、②心拍再開・病院到着までの時間、③バイスタンダーCPR、④目撃、⑤ショック適応波形)を予測因子の項目として用いて、1か月後の神経学的予後の関連を解析しました。最終的に、多変量解析からノモグラムを作成したRegression-based modelと、それぞれの因子を簡単なスコア化し表の形にしたSimplified modelの2種類のモデルを、それぞれのコホートにおいて構築しております。なお、Regression-based modelについては、日常診療でも簡便に使用できるよう、インターネット上に計算用のアプリケーションも作成し公開しております(<https://r-edbyus.shinyapps.io/R-EDByUSscore/>)。

本リスクスコアを用いる事で、心原性院外心肺停止患者における、病院への搬送直後という極めて早期の段階での予後予測が高い精度で可能となり、より良好な転帰の見込みがある患者への重点的な医療資源の投入が可能となり、予後の改善、またひいては医療経済的な面での適正化も可能になると考えています。



Shimada T et al. Resuscitation. 2024;200:110257.

学会報告

デジタルポスター発表

ESC Congress 2024に参加して(後期研究医 吉田俊文)

2024年8月30日から9月2日までイギリスのロンドンで開催されたESC(欧州心臓病学会)に指導医の柴田先生とともに現地参加してまいりました。

出発日は朝6時に伊丹空港に着かないといけなかったため、4時過ぎに起床というハードスケジュールでしたが、睡眠不足のおかげもあり、ロンドンまで14時間の機内でぐっすり眠ることができ、万全の体調で学会に参加することができました。

ESCのメインセッションであるホットラインの会場では、多数のモニターが設置されるなどエンターテインメント性の高い雰囲気があり、海外学会の規模の大きさを実感させられました。そのホットラインではトランスサイレチン型心アミロイドーシスに対する治療薬や、左室収縮能が保たれた心不全であるHFpEFの治療薬に対する新たな報告など今後の日常診療に大きく影響を与えていくのであろう報告が多数あったことが印象深かったです。

私自身は心不全患者における大腿部の筋肉内脂肪の検討についてのポスター発表でした。苦手な英語の発表であることもありまだまだ頑張らないといけなかったと感じましたが、新たな観点からの質問もあり、今後の研究課題の一助になりました。

イギリスの気候は日本と打って変わって最高気温が20°C程度と非常に過ごしやすく、またホテルの周囲には観光スポットも多数点在し、歩いているだけでもリフレッシュできました。また帰国前日には50名を超える学会に現地参加されている日本人の先生方との食事会にも参加させていただきました。大阪で働いているだけでは知り合うことができないような先生方とも話す機会があり、モチベーションの上がる機会になりました。

最後になりましたが、病棟業務多忙の中快く送り出さっていただいた福田大受教授をはじめ医局員の先生方にこの場をお借りして厚く御礼申し上げます。

指導医の柴田先生の他、一緒に参加した医局員の先生方と



学会報告(続き)

第32回日本心血管インターベンション治療学会総会(後期研究医 岡本彬裕)

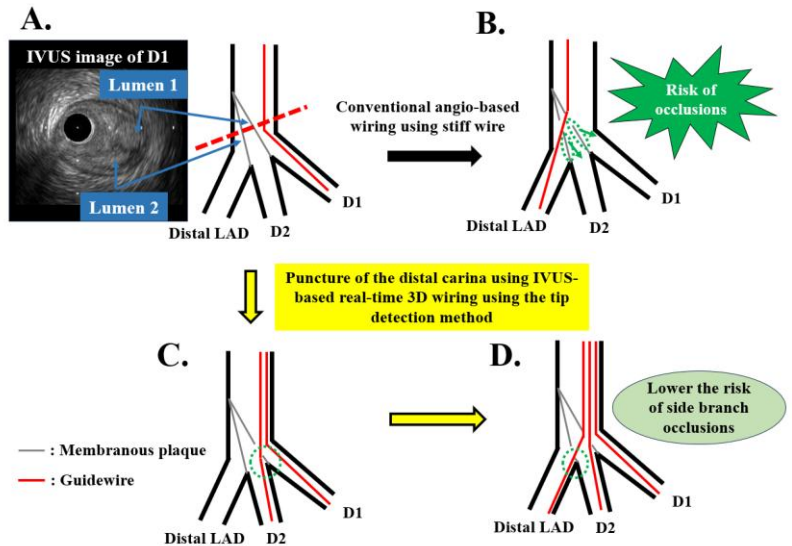
2024年7月25日~27日、札幌で開催されました第32回日本心血管インターベンション治療学会総会にて、イメージングガイドにガイドワイヤーの通過に成功し、救命に成功した症例の報告をいたしました。

症例は、若年ながら悪性腫瘍のため化学療法中の方で、入院中に心肺停止となりました。体外循環を確立した後、冠動脈造影では左冠動脈前下行枝(LAD)本幹と第1対角枝、第2対角枝の3分岐部の複雑病変の部位に高度狭窄を認め、造影遅延を伴っておりました。同部位を責任病変としてガイドワイヤー通過を試みましたが、偏心性プラークと分岐角度から、ガイドワイヤーの通過が非常に困難でした。そこで対角枝にまずワイヤー通過を行い、血管内超音波(IVUS)を観察しながらしながら、ガイドワイヤーを最終的にLAD本幹に誘導する事に成功しました。この手法を用いる事で、短い手技時間で確実性のあるwiringを行うことが出来、側枝の閉塞も来さず血行再建に成功し、救命に成功しております。

従来、このような手技は慢性完全閉塞に対する治療の際などに行うことが多いのですが、本症例のように緊急時にもその有効性を発揮する事が出来ました。

本症例報告についてはカテーテル治療の国際誌であるCatheterization and Cardiovascular Interventionsに、Case Reportとして報告させて頂いております。(Catheter Cardiovasc Interv. 2024;104:252-255.)

慣れない英語での発表で非常に緊張しましたが、良い経験を積む事が出来、また症例を深く振り返ることが出来て大変勉強になりました。今後も様々な経験を日常診療に還元していきたいと考えております。



7TH World Symposium on Pulmonary Hypertension (大学院生 林央)

2024年6月29日~7月1日、バルセロナで開催された、肺高血圧症のワールドシンポジウム(WSPH 2024)にて、慢性肺血栓塞栓症患者における運動耐容能と心エコー検査で評価したTAPSE(三尖弁輪収縮期移動距離)との関連について発表をいたしました。初の海外学会で、1人でトランジットするということもありとても緊張していたのですが、非常に実りの多いものでありました。

今回のシンポジウムでは、Task Forceメンバーをはじめとした世界中の専門家が集い、2018年のシンポジウム以降の多くの進歩が総括され、今後の臨床に大いに役立つ内容ばかりでした。

おそらく次回の日本版ガイドラインでも採用されるであろうポイントとしては、

- ①肺高血圧の定義が、平均肺動脈圧(mPAP)>25→20mmHgに変更
- ②左心疾患に伴う肺高血圧(post-capillary PH)の分類基準の変更が挙げられます。

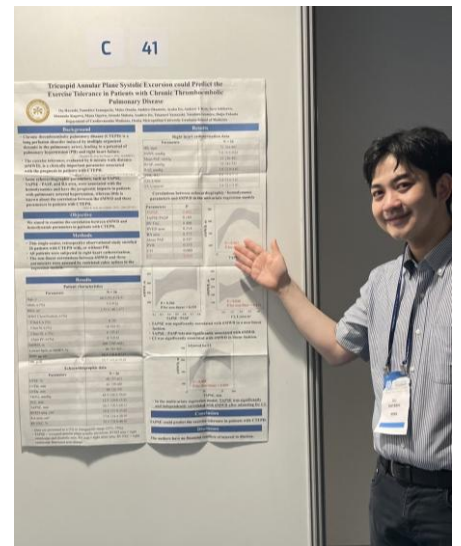
特に肺高血圧の診断基準自体が引き下げられ、より早期診断、治療介入の重要性を強調した形になっています。

私が特に興味を持ったセッションは、肺高血圧の個別化治療に関するものでした。患者一人ひとりの病態に応じたアプローチの重要性が強調されており、まだまだ未知の部分が多い、遺伝的要因や環境因子の影響を考慮した治療方針の開発が進められていることが印象的でした。また、新しいバイオマーカーの発見や非侵襲的診断技術の進歩も紹介され、日々の診療で活かせる実践的な情報が多く含まれていました。

また、普段はなかなか会えない日本全国で活躍されている同世代の先生方とも交流を深めることができ、大いに刺激をもらうことが出来ました。

最後に今回のシンポジウムへの参加を実現するにあたり、同門の皆様からのご支援と、医局からの渡航費補助に深く感謝申し上げます。このご支援がなければ、このような貴重な機会を得ることはできませんでした。今後も、今回学んだ知識や経験を生かし、日々の臨床や研究活動に精進して参りたいと思います。

ポスター発表



学会に参加した肺高血圧症治療チームでの集合写真
(左)山口病院講師、(中央)林大学院生、(右)山崎准教授

外来・入院のご案内

大阪市内唯一の大学病院循環器センターとしての役割を果たすべく、24時間体制で虚血性心疾患、不整脈、弁膜症、心不全、肺高血圧症、成人先天性心疾患、血管疾患など各領域の高度専門的医療を行なっています。重症心血管疾患患者の治療は、循環器内科専門医、心臓血管外科専門医が常駐する集中治療センター(CCU/ICU)にて急性期集中治療を行います。また毎日の朝・夕のカンファレンスにて、病状の把握、共有を行い、最適な検査・治療を提供できるように、診療科全体として取り組んでいます。

外来においても、総合内科専門医、循環器内科専門医、心血管インターベンション専門医、不整脈専門医、超音波専門医、心臓リハビリテーション認定医などの専門的見地から、各患者様に最適化した治療方法を選択・提供しております。また、各領域別の専門医によるフォロー外来も開設しており、個々の患者様に最適な経過観察、外来通院が出来るように取り組んでいます。

軽症～重症にかかわらず、是非お気軽にご紹介頂ければ幸いです。各領域、各部門の専門医が責任を持って、診断、治療、経過フォローにあたります。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前	石川 世良 初診 (循環器全般、弁膜症)	吉田 俊文 初診 (循環器全般、心不全)	谷畑 慧子 初診 (循環器全般、心不全)	小川 真奈 初診 (循環器全般、弁膜症)	藤澤 直輝(第1・3・5週) 初診 (循環器全般、狭心症・動脈硬化)
	柴田 敦 (心不全、心筋症、循環器全般)	北田 諒子 (心不全、心筋症、循環器全般)	吉山 智貴 (不整脈、デバイス、アブレーション)	福田 大受 (狭心症、動脈硬化、循環器全般)	林 央(第2・4週) 初診 (循環器全般、心不全・肺高血圧)
	柳下 知哉 (不整脈、アブレーション)	山口 智大 (狭心症、低侵襲治療、肺高血圧症)	島田 健晋 (狭心症、動脈硬化)	伊藤 朝広 (弁膜症、低侵襲治療)	加川 俊介 (狭心症、低侵襲治療、弁膜症、先天性心疾患)
					山崎 貴紀 (狭心症、動脈硬化)
午後	吉山 智貴 (不整脈、アブレーション)	山崎 貴紀(2・4週) 島田 健晋(1・3・5週) (狭心症、動脈硬化)	吉山 智貴 / 柳下 知哉 (ペースメーカー / ICD / CRTD)	柴田 敦 (心不全フォロー、心筋症、循環器全般)	山口 智大 (狭心症、低侵襲治療、肺高血圧症)
	担当医 (冠動脈疾患、急性冠症候群フォロー)			柳下 知哉 / 福田 浩平 (不整脈)	伊藤 朝広 (弁膜症、腫瘍循環器)

地域医療連携室 ※医療機関専用ダイヤルです

TEL: 06-6645-2877, FAX: 06-6646-6215

平日9時～19時(休診日を除く)

初診受付時間: 8時45分～10時30分



大阪公立大学医学部附属病院 循環器内科

所在地: 〒545-8586 大阪市阿倍野区旭町1-5-7

サポートコール: 06-6645-2573 ※医療機関専用ダイヤルです

地域医療連携室: 06-6645-2877 ※医療機関専用ダイヤルです

HP: <http://omu-heart.jp>



Facebook: <https://www.facebook.com/omu.cardiology/>



X(旧Twitter): @OMU_heart

