

Metro Heart

Vol.7



大阪公立大学
Osaka Metropolitan University

Topics

- はじめに(教授あいさつ)
- セミナーのご報告
- 心不全と、不整脈・デバイス治療
- 不整脈グループのご紹介
- コラム(SGLT2の多面的作用)
- 研究紹介・学会報告
- 外来・入院のご案内

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.7を刊行します。
是非お手にとって頂き、ご一読頂けますと幸いです。



大阪公立大学医学部附属病院 循環器内科

はじめに(教授あいさつ)



平素より大阪公立大学循環器内科の診療および教育・研究活動にご理解とご協力を賜り、誠にありがとうございます。地域の先生方には日頃より多くの患者さんをご紹介いただき、感謝申し上げます。今後も急患受け入れ体制のさらなる円滑化やベッドコントロールの改善に努め、地域の循環器医療に一層貢献してまいりたいと考えております。

2025年も11月に入り、秋も深まり肌寒さを感じる季節となりました。最近の話題として、大阪大学特任教授 坂口志文先生がノーベル生理学・医学賞を、京都大学特別教授 北川進先生がノーベル化学賞を受賞されることが決定しました。日本の研究力やそれを支える体制の課題について、多くの受賞者が言及されており、私たち医療者も改めて考えさせられるところです。循環器内科医の志望者についても減少傾向にあり、日本循環器学会でも危機感が高まっています。私自身も学会の人材育成関連の仕事に携わっておりますが、決して容易ではありません。大学のみならず、地域・行政・国レベルでの取り組みがなければ、地域医療や医学研究の衰退は避けられないと感じています。

そのような中、希望の持てる出来事もありました。9月の日本心臓病学会では、医局員に加え、医学部学生4名が口頭発表を行いました。卒業試験前の多忙な時期にもかかわらず、堂々とした発表と質疑応答で、座長や他大学の先生方から高い評価をいただきました。こういった有望な若者たちを大学だけでなく、関連病院や地域で温かく見守りながら、良い医療者・研究者に育てていかなければならないと改めて感じました。



第73回日本心臓病学会での医学部学生による発表の様子

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、年2回「Metro Heart Conference」を開催しております(詳細は医局HP・Facebookに掲載)。前回2025年5月の第5回では、「心不全」をテーマに愛媛大学医学部 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学教授 山口 修先生に御講演いただきました。本年改訂された心不全診療ガイドラインの解説とともに、実践的な診療のポイントをご紹介いただき、非常に活発な議論が交わされました。ご参加いただいた先生方に、この場をお借りし厚く御礼申し上げます。第6回は、「不整脈と心不全」をテーマに開催予定です。不整脈、特に心房細動は高齢化や生活習慣の変化に伴い増加しており、それに起因する心不全も多くなっています。これらの管理について地域の先生方に有益な情報をご提供できる場にしたいと考えております。また、開催に合わせて広報誌「Metro Heart vol. 7」を発刊し、Metro Heart Conferenceにご参加いただけなかった先生方にも、内容をお届けいたします。加えて、当科に関する様々な情報も発信しています。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、教室員一同尽力してまいります。今後ともご指導・ご支援を賜りますよう、心よりお願い申し上げます。

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



地域医療連携セミナーのご報告



10月9日、あべのメデックスにて大阪公立大学医学部附属病院「第1回医療連携セミナー」を開催いたしました。本セミナーは、大阪公立大学病院が主催する地域医療連携を目的とした取り組みであり、記念すべき第1回を循環器内科が担当させていただきました。多くの地域の先生方にご参加いただき、盛況のうちに終了することができました。この場をお借りし、改めて御礼申し上げます。

セミナーでは、第1部で「循環器内科サポートコール」にご連絡いただいた症例について、当院でのその後の経過を2症例ご紹介しました。第2部では、循環器内科の地域医療連携の取り組みと、日常診療に役立つ知識として最新の高血圧ガイドラインについて解説いたしました。Face to Faceで直接お話しする事ができ、より身近に感じていただけた有意義な機会になったと考えております。

今後も、緊急を要する症例や早めの評価が必要な症例など、日常診療でお困りの際は、お気軽に「循環器ホットライン」へご連絡ください。迅速に対応させていただきますので、ぜひ積極的にご活用いただければ幸いです。

医局長 伊藤朝広 講師



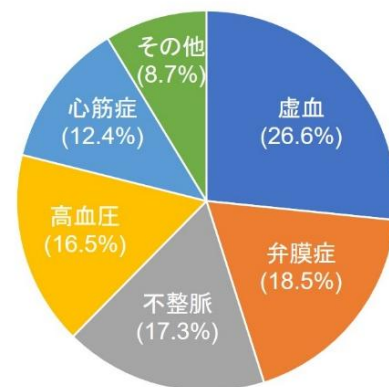
心不全と、不整脈・デバイス治療

➤ 心不全と不整脈の関係

日本における心不全の原因は第一位が虚血、第二位が弁膜症、第三位が不整脈と言われています(右図)。心不全は進行性の病態であり、心不全再入院を繰り返すと予後が悪化しますので、これをいかに減らすかが重要な課題です。しかし、過去20年間で様々な心不全治療が発展してきたにも関わらず、心不全再入院率は減少していません。近年は高齢化に伴い、左室駆出率(LVEF)が保たれた心不全(HFpEF)の割合が増加しており、HFpEFに対する薬物治療が未だに限定的であることや、また心疾患以外の様々な併存症の影響も一因かもしれません。

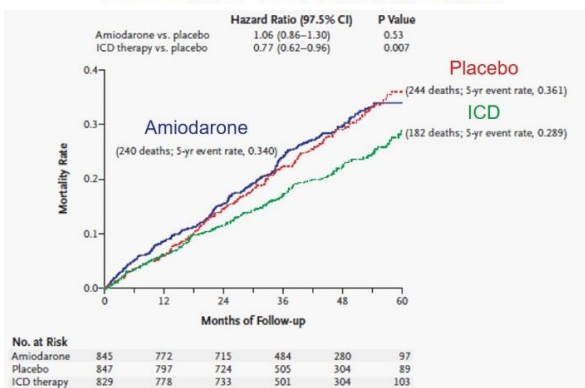
海外と日本の心不全入院の原因の違いは、わが国では女性の割合が多く、心房細動(AF)を原因とする心不全入院の割合が多いことが報告されています。これはまさに高齢化社会を反映しています。心不全入院患者の3分の1は心房細動を合併していますので、心房細動を上手くコントロールすることは非常に重要となります。

心不全入院の原因



Circ J.2021;85:1438-1450.

心不全患者における突然死予防のための植込み型除細動器の効果



N Engl J Med. 2005;352:225-37.

AFによる心不全悪化のメカニズムとしては、持続的な頻脈による左室収縮力の低下、心房収縮が消失することによる心拍出量の低下、AFによる心筋の線維化、交感神経活性やレニン-アンギオテンシン系の亢進が挙げられます。AFによる悪循環は心不全を悪化させ死亡率を約2倍に上昇させることが分かっています。こういった機序を踏まえても、AFを持続化させないことが心不全予防の観点で極めて重要です。発作性心房細動の段階で早期に治療介入することで、持続性心房細動への移行を予防し、ひいては心不全入院率を減らすことが出来ます。

また、心不全が進行すると心筋の線維化が進行し、瘢痕組織を基盤にして心室頻拍/心室細動といった致死性不整脈のリスクが上昇します。最適な薬物治療を行っていてもLVEF 35%未満で非持続性心室頻拍を認める場合は特に心臓突然死リスクが高く、抗不整脈薬(アミオダロン)のみでは死亡率改善効果は乏しく、植込み型除細動器(ICD)がclass Iで推奨されます(左図参照)。

➤ 不整脈の診断

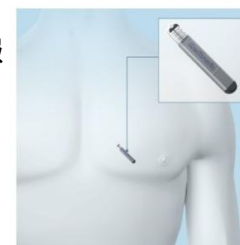
不整脈の診断において最も重要なのは、丁寧な問診と自覚症状の把握です。不整脈は常に心電図上に現れるとは限らず、発作的に出現して短時間で消失することも多いため、まず患者さんの症状を正確に把握することが診断の第一歩となります。代表的な症状は動悸、胸部違和感、めまい、失神、息切れ、倦怠感などであり、その出現の状況(突然発症か、運動時か安静時か、持続時間や誘因など)を詳しく伺うことが極めて重要です。安静時に誘因なく突然始まる動悸は不整脈を疑うサインであり、症状の性状から頻脈性か徐脈性か、あるいは危険な不整脈かどうかを推測することができます。

発作時の心電図を捉えることが、不整脈の診断において肝要ですが、外来で発作時に12誘導心電図を記録できる確率はおおよそ5~10%に過ぎないと報告されています。そのため、多くの患者さんでは24時間ホルター心電図を装着しますが、診断率は20%前後にとどまります。近年は1週間ホルター心電図が普及し、診断率は60~70%まで向上しています。発作頻度がさらに少ない場合には、携帯型心電計を用いて診断することがあり、最近ではウェアラブルデバイスも有力な手段として活用されています。



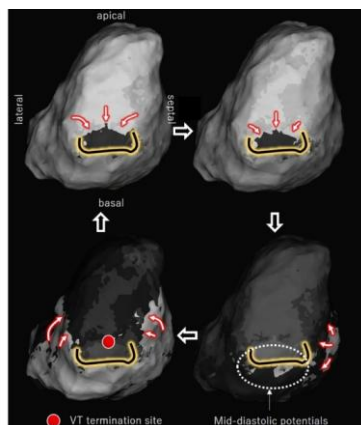
1週間連続ホルター

- 装着したままシャワーや半身浴が可能。
- 検査終了後は患者様自身ではずしてポストに投函するだけです。器具を外すために来院する必要はありません。



植込み型心電計

- 容積1.2cc程度の小さな心電計を皮下に留置します。
- 電池寿命は4-5年で、その間心電図を記録し続けますので頻度の低い不整脈発作の検出に有用です。



3Dマッピング

複雑な心室頻拍リエントリー回路でも診断可能です。

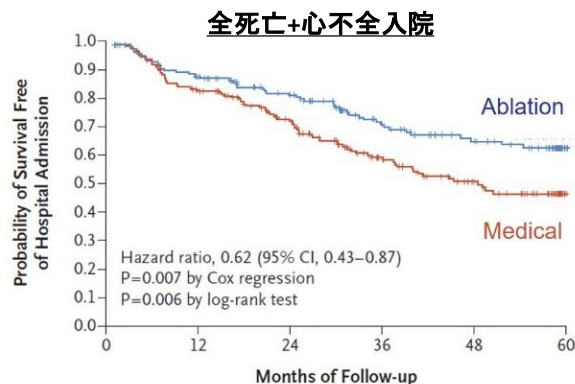
また、心エコーや心臓MRI検査で器質的心疾患の有無を評価することも非常に重要です。抗不整脈薬を選択する際には心機能を考慮する必要があり、心臓MRIで遅延造影を認める部位(心筋線維化を反映する領域)は、心室頻拍アブレーションの治療標的になることがあります。これらの情報を総合的に判断して治療方針を立てることが、不整脈診療の基本です。

さらに、近年の3Dマッピングシステムの進歩によって、アブレーション治療の質が飛躍的に高まりました。従来は心内電位の解析のみで局所伝導を推測していましたが、現在ではリエントリー回路や異常電位領域を立体的に可視化することができ、より正確で安全な治療が可能になっています。この技術革新により、複雑な不整脈の診断と治療成績が大きく向上しています。

➤ 心不全合併心房細動に対するアブレーション

心不全に合併する心房細動は、予後不良と関連する主な因子であり、アブレーション治療の有効性が多数の試験で検証されています。代表的なRCTであるCASTLE-AF試験(N Engl J Med. 2018;378:417-427.)では、左室駆出率(EF)が35%以下の心不全患者を対象に、AFアブレーション群と薬物治療群を比較した結果、主要複合エンドポイント(全死亡+心不全入院)がAFアブレーション群で有意に低下しました(右図)。特に洞調律維持率の高さが左室機能改善と関連しており、AFの持続時間(AF burden)を減らすことが重要であることが分かります。

さらにEAST-AFNET4試験(Circulation. 2021;144:845-858)では、早期から薬物またはアブレーションによるリズムコントロールを行う事で、レートコントロール主体による標準治療よりも心血管アウトカムを改善させることを示しました。またこの効果は、EFが保たれた心不全(HFpEF)、またEFが低下した心不全(HFfrEF)のいずれでも一貫して認められました。これらの結果から、心不全合併例において洞調律を維持する事は、単なる症状改善にとどまらず、長期予後の改善にも寄与し得ることが分かります。

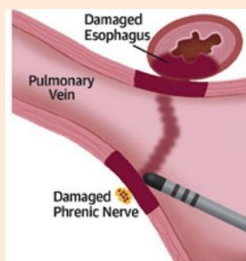


パルスフィールドアブレーションのご紹介

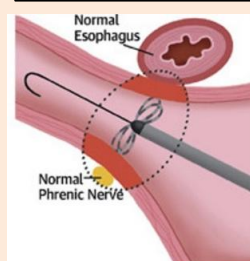


昨年導入されたパルスフィールドアブレーションは、カテーテル周囲に局所的に強い電場を発生させ、アポトーシスを誘導し心筋細胞死に至らせるアブレーションの手法です。この方法は心筋に選択的に作用する点が特徴になります。従来の高周波アブレーションやクライオバルーンアブレーションといった熱エネルギーを用いる方法では、心臓周囲の臓器(肺、神経、血管、食道、気管支)へ熱の影響が波及し合併症が発生する可能性がありましたが、パルスフィールドアブレーションは安全性が高く、合併症リスクの高い高齢者の方等にも安全に実施できる可能性が期待されます。

従来の手法



パルスフィールドアブレーション



心筋に特異的に作用するため、周辺臓器への影響がありません

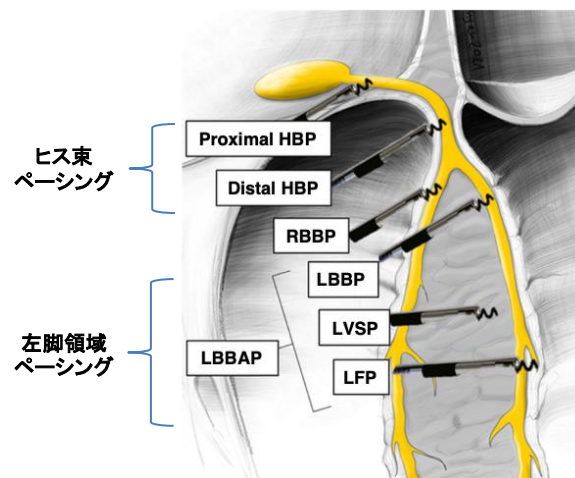
JACC Clin Electrophysiol. 2021;7:614-627.

➤ 心不全合併例に対するデバイス留置

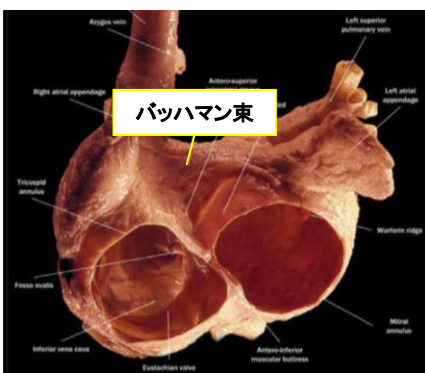
1960年に植え込み型ペースメーカーが導入されて以来、ペーシング治療は徐脈性不整脈に対する標準的な治療法として発展してきました。しかし、右室心尖部ペーシングは心室の同期不全を引き起こし、心不全の悪化につながる事が報告されています。2003年のMOST試験では、心室ペーシング率が40%を超える症例で心不全入院が増加することが示されました。

その後の研究では、ペーシングによるQRS幅の増大が心不全入院と関連すること(PREDICT-HF試験)、EF 50%未満の房室ブロック症例では、両心室ペーシングが右室ペーシングに比べて全死亡や心不全入院を減らすこと(BLOCK-HF試験)が明らかになっています。

こうした背景から、より生理的なペーシングを目指す方法として、His束ペーシングや左脚領域ペーシングが登場しました。His束ペーシングは心室同期を保ち、心不全リスクを低減することが報告され(Heart Rhythm. 2018;15:696-702)、2019年の欧州不整脈学会および2021年の日本循環器学会ガイドラインにおいて、左室駆出率36~50%の房室ブロック症例に対して推奨されるに至りました。しかし、手技の難しさや遠隔期の課題もあり、現在ではより安定した左脚領域ペーシングが主流となっています。左脚領域ペーシングは心室中隔を貫いて左脚またはその近傍を捕捉することでより生理的な心室収縮を再現し、右室心尖部ペーシングに比べ全死亡や心不全入院を有意に減少させることが報告されています。



Europace. 2023;25:1208-1236.



さらに近年、心房間伝導ブロックが心房細動発症リスクと関連することが明らかとなり(J Am Coll Cardiol. 2022;12:1199-1211.)、心房の刺激伝導系であるバッハマン束という部位の近傍をペーシングする手法が注目されています。この方法は右房から左房への伝導を改善し、心房細動の発症を抑制する可能性が報告されています(Heart Rhythm O2. 2024;5:357-364.)。

当院では、洞不全症候群に対してバッハマン束ペーシングを、房室ブロック症例には左脚領域ペーシングを行い、心房細動や心不全の発症抑制を目指しています。

それぞれの患者さんにおける最適治療を提案いたしますので、日常診療で徐脈性不整脈や心不全合併例に出会われた際は、ぜひ当科へご相談ください。

➤ 心不全合併不整脈に対する薬物治療と注意点

心不全を合併する患者さんに抗不整脈薬を使用する際は、心機能への影響を十分に考慮した慎重な対応が必要です。不整脈自体が心不全を悪化させる一方で、抗不整脈薬が心収縮力を低下させることで症状を増悪させる危険性もあるため、薬剤選択は極めて重要です。

➤ 避けるべき薬剤

- ・クラスI群(特にIa群・Ic群):ジソピラミド、フレカイニド、ピルシカイニドなどは陰性変力作用が強く、左室機能低下例では原則禁忌となります。CAST試験でも心原性突然死リスクの増加が報告されており、慢性心不全例では使用を避けた方がよいとされています。

➤ 使用可能な薬剤

- ・クラスIb群(メキシレチン):心室性不整脈に有効ですが、心収縮力への影響が少なく、心機能低下例でも使用可能な数少ない薬剤です。
- ・β遮断薬(カルベジロール、ビソプロロール):心不全治療薬としても確立されており、頻脈性不整脈に有効です。心機能の改善および生命予後の向上に寄与しますが、急性増悪期では慎重な導入が必要です。
- ・アミオダロン(クラスIII群):心房細動や心室性不整脈に有効な薬剤です。心機能抑制が少なく、心不全合併例でも比較的安全に使用できますが、肺線維症、肝障害、甲状腺機能異常など多彩な副作用の可能性があり、定期的なモニタリングが不可欠です。
- ・ベプリジル:カルシウム拮抗薬に分類されますが、ナトリウムおよびカリウムチャンネルにも作用し、心房細動や心房粗動のリズムコントロールに有効です。ただし、QT延長によるトルサード・ド・ポアंटツのリスクがあり、低カリウム血症や腎機能障害を伴う症例では注意が必要です。定期的な心電図確認や電解質管理が必要です。

このように、心不全合併例における抗不整脈薬の選択は、心機能への影響、副作用、薬物相互作用などを総合的に判断する必要があります。薬物療法が無効あるいは不適切な場合には、カテーテルアブレーションや植込み型除細動器(ICD)などの非薬物療法も視野に入れた包括的治療が重要です。抗不整脈薬の使用に関しても、どうぞお気軽に当院へご相談ください。



➤ 不整脈グループ紹介

当院不整脈チームは、心房細動や上室性頻拍、心室性不整脈に対するカテーテルアブレーション、ペースメーカー・ICD・CRTなどのデバイス治療、さらにリード抜去まで幅広く対応しています。

デバイス治療においては、刺激伝導系ペーシングである左脚領域ペーシングをいち早く導入しています。これにより、ペースメーカー起因性の心機能低下を減らすことに成功しました。近年ではバツハマン束ペーシングにも取り組んでおり、心房の生理的収縮様式を温存したペーシングを行っています。心機能を低下させないデバイス治療をモットーにして診療にあたっています。

昨年からパルスフィールドアブレーションを導入しており初回の心房細動アブレーション症例に積極的に用いています。心室頻拍に対するアブレーションにも力を入れており、高度なマッピングシステムを用いた精密な回路同定と、心筋基質をターゲットとした根治的治療を行っています。難治性の致死性不整脈に対しても、虚血性・非虚血性心筋症を問わず、積極的に受け入れを行い、他科とも連携して安全で質の高い不整脈診療を提供しています。お困りの患者様がいらっしゃれば是非ご紹介ください。



Let's talk about ～SGLT2阻害薬の多面的作用?～

元来、糖尿病治療薬として開発されたSGLT2阻害薬ですが、近年は心不全に対する治療効果が確立し、さらに腎保護効果も明らかになりました。特に注目すべきは、心機能が保たれた心不全(HFpEF)における予後改善効果です。日本循環器学会の最新ガイドライン(2025年)においても、症候性HFpEFに対してSGLT2阻害薬が推奨クラスI、エビデンスレベルAとされ、これまで確立された治療に乏しかった領域における新たな光となりました。

そんなとんでも素晴らしいSGLT2阻害薬ですが、近年心房細動の発症予防¹⁾や、代謝機能障害関連脂肪肝炎(MASH)に対する治療効果²⁾、また大動脈弁狭窄症の進行予防³⁾なども報告されています。さらに循環器疾患関連以外においても、認知症の進行抑制⁴⁾や血液がんへの治療効果⁵⁾など、幅広い可能性が報告されています。もちろん、これらの新しい領域はまだ探索段階ですが、SGLT2阻害薬が「万能薬」かもしれない、と錯覚を覚える程であり、非常に興味深く感じています。

ただし、こうした報告を正しく理解するためには、エビデンスの質を見極める目も重要です。特に近年注目されるRWE(Real-world evidence)では、大規模データ解析に特有のバイアス(選択バイアス、不死身バイアスなど)の見極めが欠かせません。臨床研究の手法自体も日進月歩しており、乗り遅れずにきちんとエビデンスの「真実」を見極める目を養う事の必要性を痛感しています。



島田 病院講師

1) Circulation. 2020;141:1227-1234. 2) BMJ. 2025;389:e083735. 3) JACC Cardiovasc Interv. 2025;18:738-748. 4) BMJ. 2024;386:e079475. 5) Biomed Pharmacother. 2022;149:112864.

当教室からの研究紹介

▶ 発作性心房細動に対するカテーテルアブレーション後の自律神経系変調と術後運動耐容能の関係 (豊田、吉山ら)

心房細動に対する肺静脈隔離は、心臓周囲の自律神経節に影響を与えるため、自律神経系変調 (autonomic nervous system modulation: ANS modulation) と呼ばれる、術後の安静時心拍数の上昇がみられることが以前から知られていました。近年クライオバルーンによる肺静脈隔離が普及すると、以前よりさらに術後の心拍数上昇が頻繁にみられるようになりました。しかし、ANS modulationによる運動耐容能への影響があるかどうかはこれまで知られていませんでした。

当院で発作性心房細動に対し、肺静脈隔離を実施した計49人 (クライオバルーンアブレーション (CBA): 25人、高周波アブレーション (RFCA): 24人) を対象として、運動耐容能を調べるために、心肺運動負荷試験 (CPX) をアブレーション前、術3ヶ月後、術12ヶ月後に行いました。

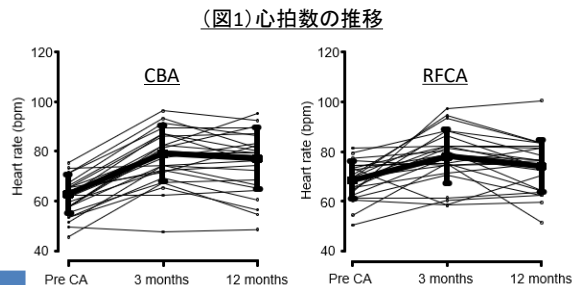
結果、安静時心拍数は、CBA、RFCA群ともに、術前と比較し術後 (3、12ヵ月後ともに) において、有意に増加していました (図1)。またCBA群ではRFCA群に比べてANS modulationがより頻繁に観察されました (64% vs. 21%, $p < 0.01$; 48% vs. 4%, $p < 0.01$, 図2)。一方、運動耐容能については、術前後で有意な差は認められませんでした (表)。

(表) ANS modulationを認めた症例における、術前後のCPXで評価した運動耐容能

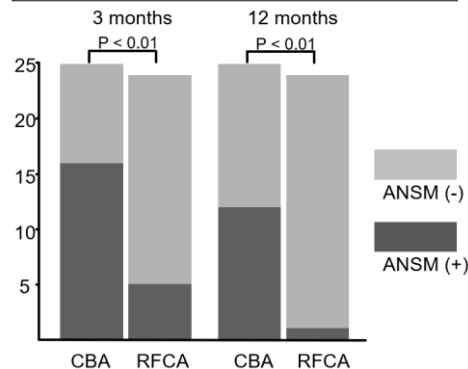
	術前	3ヵ月後	p-value	術前	12ヵ月後	p-value
AT	15.2 ± 2.8	15.7 ± 2.8	0.46	15.4 ± 3.0	16.3 ± 3.9	0.38
Peak VO2	23.5 ± 5.7	24.4 ± 5.2	0.44	23.0 ± 6.0	25.3 ± 7.7	0.43

今回の解析結果から、ANS modulationはCBA群でRFCA群よりも頻繁に観察されましたが、アブレーション後のANS modulationによる心拍数上昇で、患者の運動耐容能が悪化することはなかったため、アブレーション後に安静時心拍数の増加がみられても、患者さんの症状がなければ、βブロッカー等による脈拍数管理は実施しなくてもよい、と考えています。

Toyoda N, Yoshiyama T et al. Heart Vessels. 2025;40:934-942.



(図2) CBA、RFCAにおける、ANS modulationの割合



▶ TAVI患者における入院関連機能障害に発生に関する因子と予後への影響 (清水、柴田ら)

入院関連機能障害 (HAD: Hospital-associated disability) とは、特に急性期医療で入院した高齢者に認める、入院後の日常生活動作 (ADL) や身体機能の悪化を指しており、その頻度は17.1~43.6%と報告されています。心疾患患者においても、日本の心不全高齢者を対象とした研究で、37.1%の頻度でHADがみられる事が報告されています。またHADは、ADLの低下にとどまらず、退院後の予後不良と強く関連することが知られています。

今回我々は、TAVIを施行された高齢AS患者におけるHADのリスク因子と予後への影響を明らかにするために、本研究を実施しました。HADは、Short Physical Performance Battery (SPPB) という身体機能の評価方法を用いて判断し、術後に1点以上低下したものをHADありと定義し、解析を行いました。

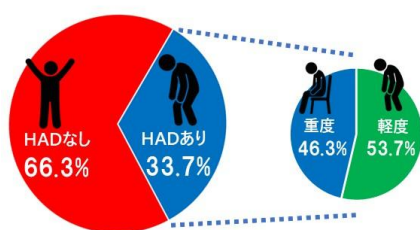
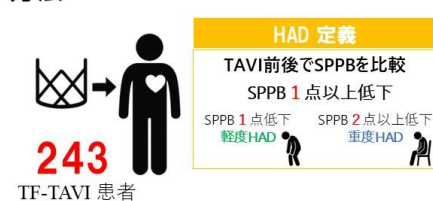
結果、TAVI患者の33.7%にHADが見られ、HAD群は非HAD群に比べて、全死因死亡が有意に多いことが示されました (HR:4.25 $P < 0.001$)。

さらに、この結果はSPPBスコアの低下度合いに関わらなかったことから、TAVI後の予後改善のためには、軽微であったとしても身体機能の低下を予防することが重要であることが示されました。

また多変量解析の結果から、TAVI後の初回歩行開始日が独立したHADの予測因子であることが分かりました (OR:1.50 $P = 0.007$)。

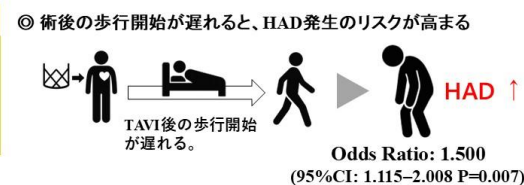
HAD群は、非HAD群に比べて初回歩行の開始が有意に遅延していることから、TAVI後の予後改善における早期離床の重要性が示せたと考えています。

方法

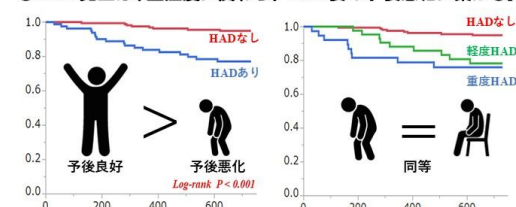


結果

◎ 術後の歩行開始が遅れると、HAD発生リスクが高まる



◎ HAD発生は、重症度に関わらずTAVI後の予後悪化に繋がる。



Shimizu M, Shibata A et al. Circ J. 2025;89:1453-1461.

学会報告

▶ 第57回日本動脈硬化学会総会

2025年7月5～6日、茨城県つくば市で開催された第57回日本動脈硬化学会総会にて、冠動脈CTによるハイリスクプラークにおける、偏光感受性光干渉断層法(OCT)の解析結果について、口頭発表させて頂きました。

偏光感受性OCTは、プラークの微細構造の観察に加え、複屈折などの偏光特性を観察することが出来る、新規イメージング技術です。複屈折はコラーゲンや血管平滑筋細胞が豊富な組織で上昇します。今回の研究で、ナプキンリングサインや低吸収域プラークを有するハイリスク病変では複屈折が有意に低いことを報告しました。複屈折がプラークの脆弱性や安定性の指標となる可能性を示唆しており、プラークの不安定性の診断における、偏光感受性OCTの有用性を示せたと考えております。

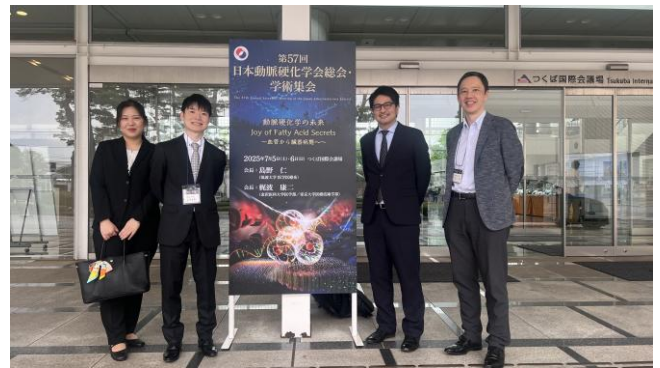
学会では、「成人家族性高コレステロール血症(FH)診療ガイドラインフォーカスアップデート2025」が公開され、FHの診断基準の変更や新規治療薬の承認について紹介されたことが印象に残りました。今後の診療に大きな影響を与えるものと思いますが、脂質管理については今なおアップデートが続いており、学会に参加してその変化を肌で感じる事が出来ました。

今回の発表では、第3回若手優秀演題賞を受賞することができました。本発表にあたり、ご指導いただいた福田教授、大塚先生ならびに共同研究者の先生方に深く感謝を申し上げます。

大学院生 藤澤直輝



第3回若手優秀演題賞



学会の看板前にて集合写真

▶ 第73回 日本心臓病学会学術集会

2025年9月19日～21日にかけて、高知で開催された第73回日本心臓病学会学術集会へ、指導医の大塚先生とともに参加し、「冠動脈疾患を疑われた患者における不安定プラーク量と多枝PCAT炎症は心血管イベントと関連する」という研究内容を発表させて頂きました。

近年、冠動脈CTによる非侵襲的な冠動脈局所の炎症の検出が着目されており、冠動脈周囲脂肪組織(pericoronary artery adipose tissue, PCAT)の脂肪減衰指数は、冠動脈周囲の局所炎症を反映し、心血管イベントと関連することが報告されています。今回私たちは冠動脈疾患が疑われ冠動脈CTを撮影した患者を対象に、不安定プラーク量(低吸収域プラーク量)、および多枝にわたるPCAT炎症の双方が、心血管イベントの独立予測因子であること、さらには両者を組み合わせることでより精度の高いイベント予測能が得られることを報告しました。

本研究成果は、卒後10年以内の若手医師による後ろ向き研究を対象とした「Retrospective Research Award」セッションにて発表いたしました。他施設で活躍する同世代の研究者による研究発表にも触れることができ、大きな刺激を受けました。発表8分、ディスカッション10分と質疑応答の時間が長く設定されており、ディスカッサントの先生方をはじめ、多くの先生方と活発に意見を交わすことができました。研究の改善点に関する建設的なご指摘や今後の発展につながる貴重なご助言を多数いただき、大変有意義な機会となりました。

本研究は、同セッションの最優秀賞に選んで頂くことが出来ました。ご指導を賜りました、福田教授、大塚先生をはじめ教室の先生方に心より感謝申し上げます。今後は論文文化に向けて、さらに研鑽を積んで参りたいと考えております。

大学院生 山浦大輝



授賞式



学会に参加した教室員、学生さんとの集合写真

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)	山本 崇之 初診 (循環器全般)	小川 真奈 初診 (循環器全般、弁膜症)	野村 菜々香 初診 (循環器全般、弁膜症)
	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)	林 雄介 (不整脈 初診・再診)	福田 大受 (狭心症、動脈硬化、 循環器全般)	加川 俊介 (狭心症、低侵襲治療、 弁膜症、先天性心疾患)
	柳下 知哉 (不整脈 初診・再診)	山口 智大 (狭心症、低侵襲治療、 肺高血圧症)	藤澤 直輝 (狭心症、動脈硬化)	伊藤 朝広 (弁膜症、低侵襲治療)	大塚 憲一郎 (狭心症、動脈硬化)
午後	平山 駿 (不整脈 再診)	加川 俊介 (狭心症、低侵襲治療、 弁膜症)	担当医 (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)	伊藤 朝広 (弁膜症、腫瘍循環器)
	大塚 憲一郎 (冠動脈疾患、 急性冠症候群フォロー)			福田 浩平 (不整脈 再診)	山口 智大 (狭心症、低侵襲治療、 肺高血圧症)

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

