

眉山 第42号

徳島大学病院循環器内科 病診連携広報誌

第42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。この2年半以上、新型コロナウイルスの感染拡大で多くの先生方の生活が一変しておられると思います。2021年秋にはワクチン接種も進み、毎日感染者数の減少が続き緊急事態宣言やまん延防止等重点措置が全国で解除され、これでやっと収束かと思われたものの、2022年1月からオミクロン株による第6波、第7波が到来して爆発的感染拡大が続いております。この原稿を用意している2022年8月下旬には、毎日新規感染者数の記録が亢進され、日本の感染者数が世界一となっています。徳島県でも8月24日、一日の新規感染者数が過去最多の3182人となり、人口10万人あたりの新規感染者数が全国ワースト1を記録した日もありました。新型コロナウイルスが早く収束し、以前のような世の中に戻ることを祈るばかりです。



現在このように、大変厳しい状況ではありますが、当科では医療の質を落とすことがないように最大限の努力をしております。県内で新型コロナ感染者が急性冠症候群などの循環器系疾患を発症した場合、大学病院が唯一の受け入れ機関として対応しております。2020年3月以降、総回診は休止して、症例検討会は三密を避け、個人情報に十分配慮したうえでTeamsを利用してWEBで行っております。心臓血管外科との合同カンファ、内科合同カンファも同様webで行っております。今後も、感染に十分に気をつけながら、大学の使命である、診療、教育、研究が停滞することが決してないように教職員一同工夫して頑張っていきたいと思っております。

徳島大学循環器内科は2008年の開設当初より、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37回からはWEB配信中心という形で再開しております。第42回は2022年6月21日に日亜メディカルとwebのハイブリッド形式で開催しました。一般演題では興味深い経過を辿った三例を提示して解説させていただきました（詳細は眉山42号に掲載）。ご紹介いただきました実地医家の先生方に心より感謝いたします。

特別講演では、広島大学原爆放射線医科学研究所の東幸仁教授に徳島にお越しいただき、『循環器医が診るCKD診療～心不全と貧血の観点から～』と題して、先生が長年取り組んでこられた内皮機能検査の視点から、心・腎・貧血・血管連関の病態やHIF-PH阻害剤の投与意義を分かりやすく解説いただきました。コロナ前は、毎回、情報交換会で有意義な時間を過ごしていましたが、今回もやむを得ず中止とさせていただきました。当日、御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に、広報誌『眉山』第42号を発刊いたしました。

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、日常診療に役立つ情報を御提供させていただきます。次回の第43回眉山循環器カンファレンスは、2022年11月24日に横浜市立大学の寺内康夫先生にwebを介して、心血管イベントを抑制するための最新の糖尿病治療について解説いただく予定です。皆様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、いつでもご連絡ください。今後とも徳島大学循環器内科のご支援を何卒宜しくお願い申し上げます。

【一般演題】

「MRSA感染によりペースメーカー露出を呈した一例」

循環器内科 瀬野 弘光

症例は82歳女性。5年前に近医で完全房室ブロックに対してペースメーカー植え込み術を施行した。以降は近医外来でのフォローアップが継続されていたがこの1年で体重が10kg程度低下した。2021年12月の外来診察時には特に問題を認めなかったが以降で創部の離開があり2022年1月中旬にペースメーカー本体が露出。自分でペースメーカー本体を湿布で体表に固定したまま5日後に近医外来を受診し、処置及び加療目的に同日当科へ紹介となった。来院時にはペースメーカー本体及びリードの一部が体外に露出している状態（図1）で、解離した創部周囲の発赤と内部には膿の付着を呈していた。発熱や血液検査での炎症所見はなく、経胸壁エコー検査及び経食道エコー検査でも各弁に疣贅の付着や弁破壊の所見を認めなかった。観察可能な範囲のペースメーカーリードに疣贅の付着は指摘されなかったことから感染性心内膜炎には至っていないと判断した。

ペースメーカー本体は完全に体外へ露出しており、露出後数日経過していることからシステム全抜去が望ましいと考えた。抗生剤投与と創部の洗浄を行いながらリード抜去が可能な病院への転院を進める方針とした。CEZ1g/dayと創部の洗浄を継続していたが第3病日に創部培養からMRSAが検出されたため抗生剤をDAP350mg/dayへと変更。第9病日に神戸大学病院へ転院し、同日にリード抜去術が施行された。心房/心室リードともにレーザーは使用せず心室リードは牽引のみ、心房リードはペースメーカーリード抜去用ダイレクターを使用して抜去可能であった。創部のデブリードマン及び皮膚形成術を行った後抜去5日後に当科へ転院となった。転院後7日目に当科でペースメーカー植え込み術を施行した（図2）。転院14日までD A P 350m g /dayを継続し、感染徴候のないことを確認して転院15日目に退院となった。

CIED（心臓植え込み型電気デバイス）感染は新規CIED植え込み患者の約1%に認められる合併症である。主な原因菌は黄色ブドウ球菌、コアグラージェ陰性ブドウ球菌であり、MRSAもCIED感染の約10%程度を占めるとされている。CIED感染を来しやすい患者要素として退院後の皮膚の保護、引っ掻き、多汗、るい瘦、栄養不良、糖尿病、チアノーゼ疾患、管理の怠り、腎不全等が指摘されており、本症例では急激な体重の減少と糖尿病の既往があったことが一致していた。MRSA感染によりペースメーカー露出を呈した一例を経験した。速やかな抗生剤選択やデバイス抜去の選択、病院間での連携により、敗血症や感染性心内膜炎といった重篤な状態になることなく良好な経過をたどることが可能であった。

図1：ペースメーカー本体及びリードの一部が体外に露出している

図2：転院後7日目に当科でペースメーカー植え込み術を施行した



【一般演題】

「心肺停止の原因として薬剤性QT延長症候群が疑われた一例」

循環器内科 宮本 亮太

QT延長症候群(long QT syndrome: LQTS)は、QT間隔の延長とtorsade de pointesと呼ばれる多形性心室頻拍を認め、失神や突然死を引き起こす症候群である。遺伝子変異を伴う先天性LQTSと各種薬物、電解質異常、徐脈、種々の病態などが原因で二次的に起こる二次性LQTSがあり、日常診療では二次性の方が遥かに高い確率で遭遇するとされる。

症例は60歳代の女性で、約9年前より両側乳癌、腹膜播種、骨転移に対して複数の化学療法が施行され、約半年前よりバシズマブとパクリタキセルが開始されていた。今回、自宅で倒れているところを家族が発見し、心肺停止に対して胸骨圧迫が開始された。救急隊接触時の初期波形が心室細動であったため、電気的除細動が施行され、自己心拍再開が得られた状態で当院へ搬送された。搬送後、心室細動の原因検索目的で冠動脈造影検査を施行したが冠動脈病変を認めず、経胸壁心エコーでも有意な異常所見を認めなかった。しかし、心電図においてQTc間隔が503msecとQT延長を認めたため(図1)、除外診断にはなるが、LQTSの可能性を考えた。約8ヶ月前の心電図でQTc間隔は450msecであった。心疾患の家族歴が無いことから先天性より二次性を考え、パクリタキセルを高容量で使用した場合や他剤との相互作用でQT延長の報告があることから同薬剤による薬剤性LQTSを考えた。その後、体温管理療法を含めた集学的治療を行った結果、高次脳機能障害を残すことなく覚醒が得られた。入院中に不整脈イベントなく経過し、二次予防目的で完全皮下植込み型除細動器を植え込んだ上で、第24病日に独歩で退院した。尚、退院前に腫瘍医と相談し、パクリタキセルの中止を含めた化学療法の変更について十分に相談した。

二次性LQTSの原因は様々であり、日常臨床で頻用する薬剤も時にQT延長を来すとされる(図2)。また、単一の原因ではなく、複数の原因を併発した結果、QT延長を来すことも多いとされ、ハイリスク群に対しては慎重なモニタリングが必要と考えられる。本症例については、大学病院内の内科合同カンファレンスで共有した。

上記の如く、心肺停止の原因として薬剤性QT延長症候群が疑われた一例を経験したため、報告する。

図1

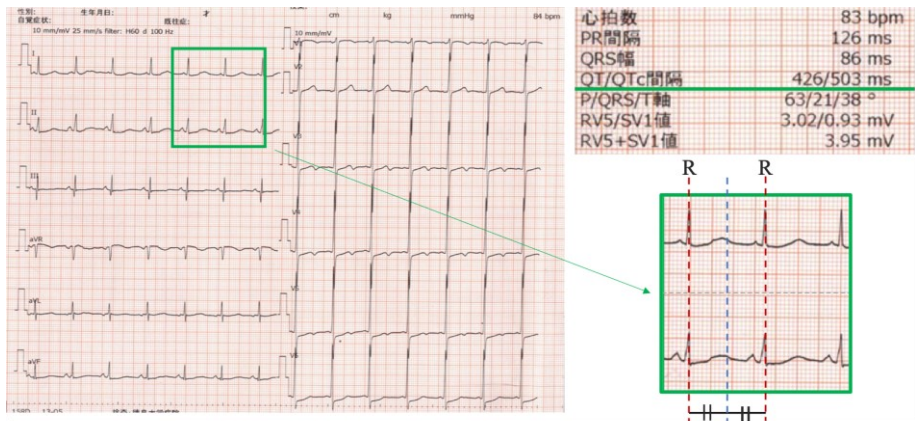


図2

① 薬物： 抗不整脈薬 IA群 (キニジン, ジソピラミド, プロカインアミド, シベンソリンなど) IC群 (フレカイニド) III群 (ソタロール, ニフェカラン, アミオダロンなど) IV群 (ベプリジル) 抗真菌薬 (イトラコナゾールなど) 抗アレルギー薬 (ヒドロキシジンなど) 脂質異常症治療薬 (プロブコールなど) 抗精神病薬 (ハロペリドール, クロルプロマジンなど) 三環系抗うつ薬 (イミプラミン, アミトリプチリンなど) 抗潰瘍薬 (ファモチジン, スルピリドなど) 制吐薬 (ドンペリドンなど) 抗癌薬 (ドキシルビシンなど)	② 徐脈： 房室ブロック, 洞不全症候群, 心房細動停止時など
③ 電解質異常： 低K血症, 低Mg血症, 低Ca血症	④ 心疾患：急性心筋梗塞, 左室肥大, ストレス心筋症 (たこぼ筋筋症)
⑤ 神経疾患：脳卒中, くも膜下出血, 頭蓋内出血, 他の中枢神経疾患	⑥ 内分泌疾患：甲状腺機能低下症, 副腎不全, 神経性食欲不振
⑦ 炎症性疾患：心筋炎, シャーガス病, リウマチ性心疾患, 膠原病	⑧ その他：女性, 高齢, 飢餓・低栄養, 低体温, 肝不全, HIV感染

【一般演題】

「 Marfan症候群に伴う急性A型大動脈解離の一例 」

循環器内科 西條 良仁

【症例】40歳代 男性。【既往歴】高血圧【家族歴】母：45歳時に大動脈解離で突然死，姉：43歳時にValsalva洞動脈瘤に対し手術加療。【現病歴】X-2年よりValsalva洞拡大（最大47mm）を認め，Marfan症候群が疑われ当院で定期的にフォローアップをおこない，手術治療を検討していた。

X年突然の胸部違和感が出現し，家人により救急要請。救急車内で痙攣発作を認め意識障害が出現，その後心室細動が出現し心停止となった。【身体所見】身長192cm，体重71kg，クモ状四肢【経過】搬入後も心肺停止の状態。Point of care超音波では，心膜液貯留は認めなかったが，頸動脈内にflapを認めた。心肺蘇生処置を継続したが，心拍再開が得られず死亡確認となった。死亡時画像診断および病理解剖では，大動脈弁より20mm頭側の上行大動脈に垂全周性・横断性のentry腔を認め，解離腔は腕頭動脈および左総頸動脈基部を巻き込み大動脈弓部遠位端まで進展していた（図1）。顕微鏡的検索では，弾性線維の断裂や消失（図2），平滑筋細胞の核消失など高度の大動脈中膜変性の所見を認めた。【考察】Marfan症候群は，主にFBN1遺伝子の変異により発症する常染色体優性遺伝の全身性結合織形成不全疾患である。画像・病理所見からMarfan症候群に伴う急性A型大動脈解離が死因との診断に至った。本症例では，解離腔の冠動脈進展や心膜液貯留を認めず，両側頸動脈に解離腔が進展したことによる脳虚血が心停止の原因であると考えられた。Marfan症候群患者における急性A型大動脈解離は生命予後に関わる重要な合併症であり，予防的な手術加療が予後改善に重要である。日本循環器学会のガイドラインでは，Marfan症候群患者における大動脈瘤手術は早期に施行することが推奨されており，“大動脈基部径が50mm以上の場合に手術加療を行う”とされている（図3）。一方で，大動脈基部径が50mm未満の場合は“考慮する”に留まっている。最近の文献では，Marfan症候群では，性差や遺伝子の違いが大動脈解離に関係している可能性が示唆されており，手術適応基準には更なる検討が必要である。【結語】急性A型大動脈解離により不幸な転帰を辿ったMarfan症候群の一例を経験した。画像検査および病理学的検索で診断および死因の確定に至った。

図1

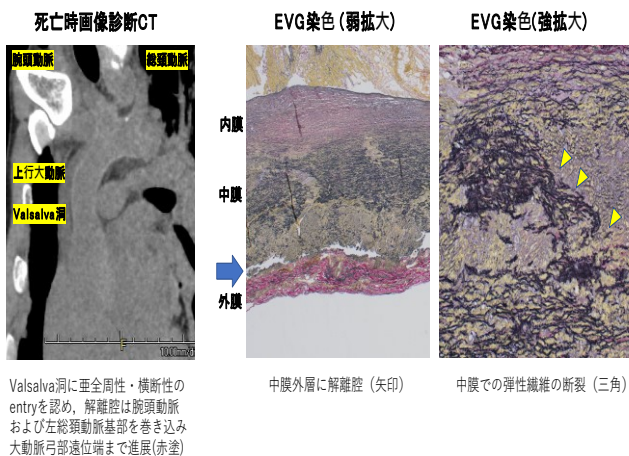
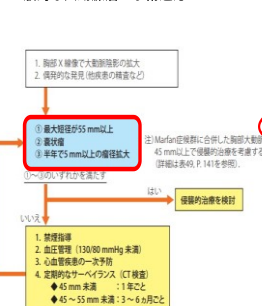


図2

一般的な大動脈瘤の手術適応



Marfan症候群における外科手術の推奨

	推奨クラス	エビデンスクラス
大動脈基部または上行動脈径 ≥ 50 mmの症例に行う	I	C
大動脈解離の危険因子*を有する，大動脈基部または上行動脈径 ≥ 45 mmの症例に考慮する	Ia	C
妊娠希望の女性では，大動脈基部または上行動脈径 ≥ 40 mmの症例に考慮する	Ila	C
大動脈基部または上行動脈径 ≥ 45 mmの症例に考慮してもよい	IIb	C
大動脈解離の危険因子*を有する，大動脈基部または上行動脈径40～45mmの症例に考慮してもよい	IIb	C

*大動脈解離の家族歴，大動脈拡大速度 ≥ 5 mm/半年，重症の大動脈弁閉鎖不全症，妊娠希望

【論文紹介】

「Effects of Radiofrequency Catheter Ablation on Cardiac Reserve using Preload Stress Echocardiography in Paroxysmal and Persistent Atrial Fibrillation」

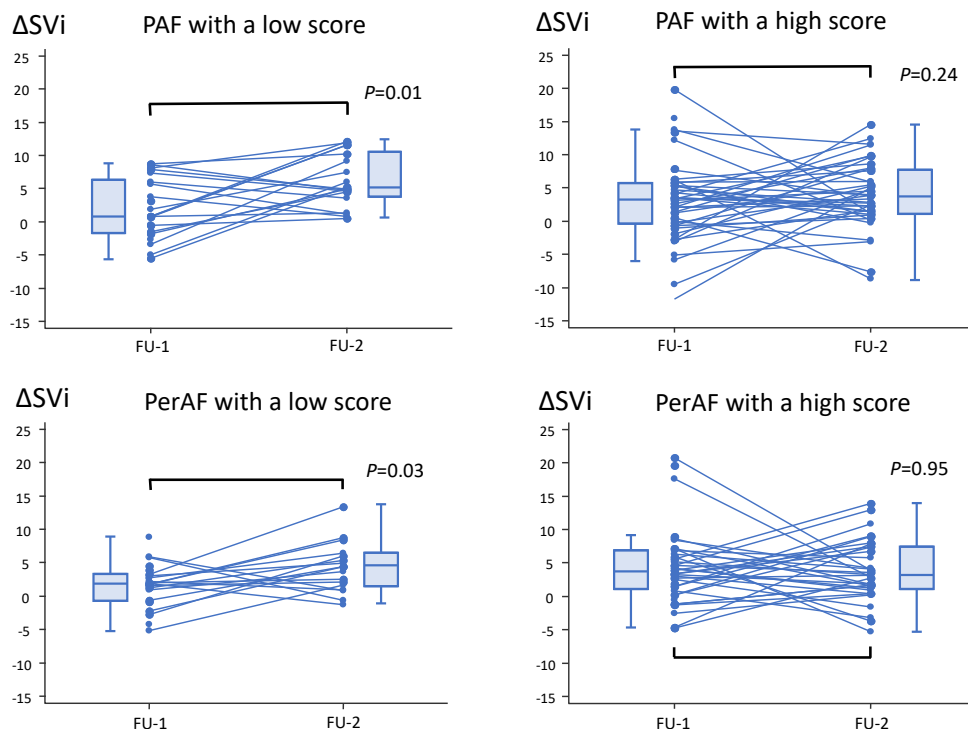
掲載誌 : The American Journal of Cardiology 2022;168:71-77

循環器内科 石井 なお

カテーテルアブレーションによる運動耐容能やQOLの改善効果に関しては報告があるが、心機能改善効果については結論が出ていない。これまでに我々は下肢陽圧負荷法（LPP）を用いて心機能を詳細に評価し、収縮予備能が運動耐容能と予後に関連して重要であることを明らかにした。本研究ではLPP手技を用い、アブレーション直後とその半年後の心機能および収縮予備能の変化について検討した。心房細動に対してカテーテルアブレーションを受けた患者を徳島大学および神戸大学にて前向きに登録し、アブレーション直後(FU-1)と6か月後(FU-2)にLPP負荷心エコー検査を行い、心機能指標の変化を調べた。主要評価項目は収縮予備能の改善とした。

109名の患者（平均年齢 67.4 ± 9.6 歳、男性70%）がLPP負荷心エコー検査を受けた。脳卒中リスクを評価するCHA2DS2-VAScスコアを並存疾患によるリスクの代替として用い、全患者CHA2DS2-VAScスコアと心房細動のタイプによって4群に分け、解析を行った。FU-1からFU-2にかけてCHA2DS2-VAScスコアが低い発作性および持続性心房細動患者では、LPP法後の一回拍出量係数(SVi)の変化が増加した(いずれも $P < 0.05$)。心房細動のサブタイプにかかわらず、CHA2DS2-VAScスコアが低い患者ではアブレーション後に収縮予備能が改善したが、スコアが高い患者では変化がなかった。

心房細動に対するアブレーション後、CHA2DS2-VAScスコアが低い患者は収縮予備能が改善し、スコアが高い患者は改善しなかった。リスク因子となる並存疾患が多重となる前に心房細動に対して治療介入することで、アブレーション後の患者の心機能を改善できる可能性がある。



【受賞報告】

「第32回日本心血管画像動態学会 YIA最優秀賞」

循環器内科 川端 豊

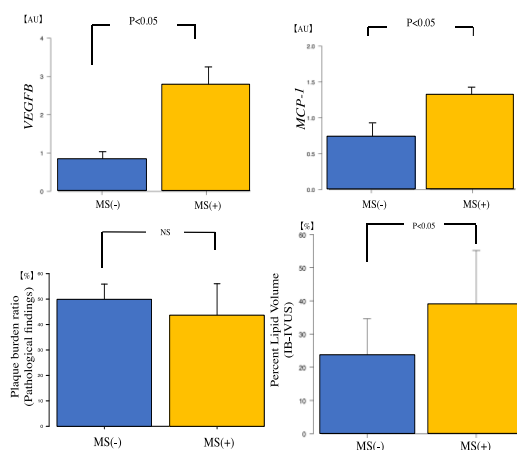
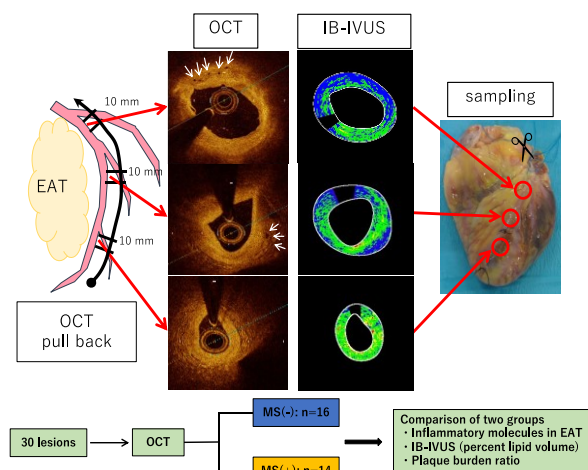
心血管内イメージングの分野で長い歴史のある日本心血管画像動態学会の第32回学術集会におきまして、以下の研究で最優秀賞を受賞することが出来ましたので御報告させていただきます。

【研究内容】

「光干渉断層法で観察される冠動脈壁微小管腔構造と局所冠動脈周囲脂肪内炎症および冠動脈プラーク性状との関連 – 未固定遺体における検討 –」

近年、冠動脈プラークの進展において外膜 vasa vasorum やプラーク内微小管腔構造 (microluminal structure : MS) の役割が注目されている。今回我々は、未固定遺体を用いて近赤外線光干渉断層法(OCT)で観察されるMSと心臓周囲脂肪(EAT)の局所炎症、および冠動脈プラーク性状との関連について検討した。MSが多く存在する部位は隣接する心臓周囲脂肪内に炎症性物質 (VEGF-B, MCP-1 等) の発現が有意に高く、integrated backscatter intravascular ultrasound (IB-IVUS) で観察される脂質性プラークも有意に高かった。一方、冠動脈内のプラーク占有率に関してはMSの有無で有意差を認めなかった。以上より、冠動脈硬化進展の初期段階から局所のEATは増大し、それに続いてEAT内炎症がMSを介してプラーク進展に関与する可能性が示唆された。冠動脈インターベンションの臨床現場において、OCTにてMSが散見される部位は有意病変でなくとも慎重なfollow upが必要となる。

今回、このような素晴らしい賞を受賞するに当たり、御指導頂きました若槻先生、山口先生に深く感謝申し上げます。これを糧にしまして今後も臨床と研究を両立出来る様、より一層精進して参りたいと思います。



【背景・目的】アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬(ARNI)であるサクビトリルバルサルタン(以下S/V)は、ネプリライシン阻害作用によりナトリウム利尿ペプチド(ANP, BNP)濃度を上昇させ、心不全の病態改善に寄与することが知られている。またこれに関連して、S/V投与時の重症度を把握するマーカーとしては、その薬理作用に影響を受けない理由からNT-pro BNPがBNPよりも広く用いられている。しかしながら、こういった症例が慢性期にS/Vの効果をより発揮するのかが不明であり、我々は急性期のナトリウム利尿ペプチドの反応でこれを予測できるのではないかと、との仮説をもとに検討を行った。

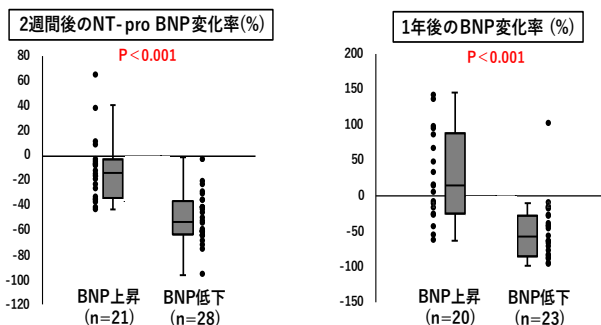
【方法】血行動態が代償された成人慢性心不全患者50名を対象とし、S/V投与前および投与急性期(2週間後)のANP, BNP, NT-pro BNPを測定、1年後のBNPの改善率をエンドポイントと設定した前向き観察研究を行った。【結果】対象の年齢は72.1±6.7歳、収縮期血圧=107.0±23.9mmHg、左室駆出率(LVEF)=34.4±11.1%、eGFR=48.0±24.5L/min/m²、BNP=424±513pg/mL、NT-pro BNP=3079±4010pg/mL、であった。S/V投与2週間後のNT-pro BNPおよびANPは投与前に比し有意に上昇したが、BNPに有意な差はみられず、上昇する例と低下する例が混在していた。次にBNPにおいて、S/V投与2週間後と1年後とを比較したところ、有意な相関関係がみられた(p<0.001, R²=0.82)。そしてBNPがS/V投与急性期に上昇した群(n=21)、低下した群(n=28)の2群間で比較したところ、低下群で2週間後のNT-pro BNPおよび1年後のBNPが有意に低値だった(図1)。

【考察】BNPはS/Vの薬理作用を受け増加する一方で、心不全の病態が改善することにより分泌が低下する。急性期から病態改善が大きい群においては、BNPは薬理作用を上回って低下していると考えられた。またBNPは、S/V投与急性期に測定し、上がるか下がるかという簡便な指標を用いることで、よりの確に慢性期のS/Vの効果予測することが期待できると考えた(図2)。【結語】慢性心不全におけるS/Vのナトリウム利尿ペプチドに対する急性反応の検討を行った。S/VによるBNPの急性反応は、慢性期効果の予測因子となりうる可能性が示唆された。

本発表に際し、熱心に御指導頂きました楠瀬先生、八木先生、またこのような機会を与えて下さった佐田教授にこの場を御借りして深く御礼申し上げます。

図1

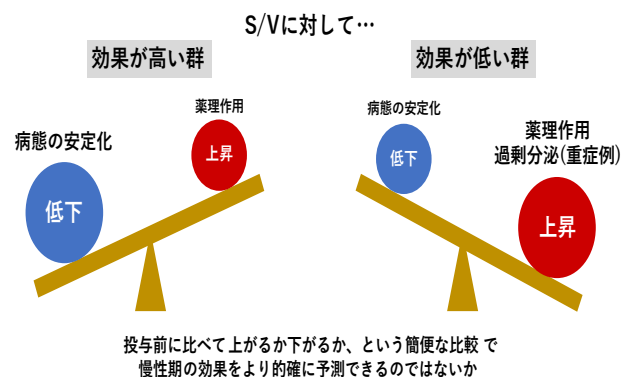
急性期のBNP上昇群/低下群間での比較



BNPが急性期に低下した群は、有意に慢性期のBNPが低値であった

図2

BNPのS/Vによる急性効果に対する考察



皆さまこんにちは、卒後3年目の大谷啓太と申します。今回は私の趣味についてお話させていただきます。

今回紹介させていただく私の趣味はズバリ、「絵」です。ひとくちに「絵」といっても様々ですが、私は現代のアニメ系のイラストとバロック〜ルネサンスの絵画が大好きです！きれいな絵を見た時の感動は言うまでもありませんが、その絵の背景にある作者の感情や伝えたい情景、時代背景などを読み取れたとき、私は何とも言えない充足感を感じます（現代風に言うと「尊い！」でしょうか笑）。この「絵」を見た時の充足感は、日々の生活で蓄積するストレスを洗い流し、私に明日への活力を与えてくれるのです。

このように「絵」を趣味としている私ですが、きっかけは小学生の時に見た1枚の絵であったりします。あれは小学5年生ぐらいのときだったと思いますが、私は母に連れられて大塚国際美術館に行きました。その当時ははっきり言って絵に興味などなかったのになんとなく流しながら見ていたのですが、1枚の絵を見たとき私はなぜかその絵にくぎ付けになりました。その絵が写真にのせてある、ブロンズイーノ作「愛と時間の寓意」です。当時の私は、口づけをするヴィーナスとキューピッドの左で無表情に佇む、胴体が爬虫類をした少女（スフィンクス）に何とも言えない不気味さと美しさを感じました。気が付けば数十分、その絵の前でいたような気がします。それからは家に帰るまでこの絵のことで頭がいっぱいになり、家に帰ってすぐこの絵について調べました。この絵に込められた「愛欲と欺瞞」のメッセージは、小学生である私にはあまりにも刺激的であり、気が付けば私は「絵」の世界の虜となっていました。

あれからいろんな絵を見るようになりましたが、今でもこの絵を見るたびに私が当時感じた美しさの不気味さが呼び起こされます。そしてそれは幼き頃の思い出とともに、私の心を大いに満たすのです。



大塚国際美術館にて撮影 ブロンズイーノ 作「愛と時間の寓意」

医局の現況と今後の行事について

循環器内科 総務医長 楠瀬 賢也

平素より大変お世話になっております。総務医長の楠瀬です。

前回（眉山41号：2022年5月発行）以降の医局の主な出来事としましては、8月15（木）に恒例であったハート連での阿波踊りがコロナ禍による影響で参加自粛となったことです。2019年は台風で中止となり、2020-2022年はコロナ禍で3年連続中止となり、ついに4年間ハート連での参加が出来ていません。徳島出身でない私も、寂しさが募る夏となっています。さすがに来年は出来るのではと、一縷の望みを持って医局員一同過ごしております。

秋の人事異動としましては、10月から当科の吉田知哉先生が出向し、吉野川医療センターの高橋智子先生が大学に戻ってこられました。

今後の予定としましては、11月13日（日）に循環器内科開講14周年を記念して開講記念会を開催させていただき予定です。例年、クレメントでの実施をしておりましたが一昨年はコロナ禍で中止となり、昨年は徳島大学病院の日亜ホールからのハイブリッド形式で開催を致しました本会ですが、今年は感染状況も見ながらではございますが、クレメントより例年通り現地で開催を予定しております。

最後になりましたが、医局員一同力を合わせ、コロナ禍など絶え間なく続く困難を乗り越えながら質の高い医療を引き続き提供できるよう精進していく所存ですので、今後ともさらなるお力添えをお願い申し上げます。

医局長の独り言

以前よりも日本語の文書を書く機会が増えてきました。日本での色々な依頼や機会が増えてきたおかげですが、英語の文章を書くことがだんだん億劫になってきている自分に気が付き、トレーニングを意識的にしないといけないと思う日々です。一方で最近ではWEBの自動翻訳性能も飛躍的に向上しています。先日、都内の知り合いと話した時には「英語論文は院生には日本語で書かせて、そこからgoogle翻訳させて、そのままプレミアム英語校正サービスにだす、これでいけますよ！」と新時代の論文作成法を教えてくださいました。時代の流れを感じます。



一循環器内科への紹介方法一

1. FAX新患予約 受付：平日 9:00-17:00

患者支援センターFAX予約室（0120-33-5979）へFAXしてください。
〈FAXの書式：http://www.tokushima-hosp.jp/info/fax.html〉
心エコー検査（火、金）の直接予約も行っていきます。
ご不明な点は患者支援センター（088-633-9106）までお問い合わせください。

2. 時間内の緊急受診 平日8:30 - 17:15

内科外来（088-633-7118）にご連絡して頂き、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）にご連絡してください。
連絡を受けた循環器内科オンコール医が対応します。

4. 循環器疾患重症症例について

ホットラインに連絡してください。
救急集中治療部医師が受け入れをその場で決定します。

5. 肺高血圧症外来について

毎週火曜日 午後2:30～
完全予約制です。FAX予約をご利用ください。担当：八木

6. 睡眠時無呼吸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：上野

7. 心リハ新患外来FAX予約中止の連絡

心臓リハビリや心肺運動負荷検査のご紹介は、八木・伊勢のいずれかの新患外来 FAX予約にご紹介ください。

8. 心房細動外来について

心房細動のアブレーションの相談、薬物調整の相談等については、添木・松浦いずれかの新患外来・FAX外来にご紹介下さい。

9. 心・血管エコー外来について

心エコー図検査、頸動脈エコー検査、下肢静脈エコー検査などがメインのご紹介は、こちらをご利用ください。
毎週火曜日、金曜日 午前10:00～ 担当：山田、楠瀬、西條

10. 腫瘍循環器外来について

毎週火曜日、木曜日 がん治療中、がんサバイバーの心疾患を診療しています。担当：山田、西條

11. 成人先天性心疾患外来について

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

12. TAVI ; タビ専門外来

（Transcatheter Aortic Valve Implantation : 経カテーテル的大動脈弁植え込み術）

徳島大学病院では、“TAVI ; タビ 専門外来”を毎日行っています

大動脈弁狭窄症で困られている患者様がいらっしゃいましたら、一度ご相談ください

予約方法は、“徳島大学病院 TAVI ; タビ専門外来”へFAX予約をお願いします

徳島大学病院でのTAVI治療に関しての詳しい情報は、<http://tavi.umin.jp/> 担当：伊勢

■ 連絡事項、今後の予定

2022年11月24日（木）19:00 第43回眉山循環器カンファレンス（ハイブリッド開催）

■ 編集後記

私が編集長を引き継いでから無事6度目の広報誌を作成することができました。10月より宮本先生が徳島県立中央病院、吉田先生が吉野川医療センターへ出向となり、高橋智子先生が吉野川医療センターより戻って来られました。今後もより一層、臨床・研究・教育に邁進していく所存ですので、先生方のご指導・ご鞭撻の程よろしくお願い申し上げます。

眉山第42号

2022年10月26日発行

発行者 佐田 政隆
編集 川端 豊