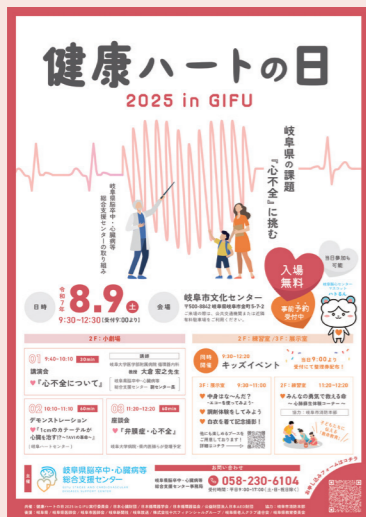


『健康ハートの日2025 in GIFU』が開催されました



2025年8月9日(土)9:30~12:30 岐阜市文化センターにて、『健康ハートの日2025 in GIFU』が開催されました。内容は「心不全について」の講演から始まり、当院スタッフによるデモンストレーション「1cmのカテーテルが心臓を治す!? ~TAVIの革命~」を行い、県内医師らによる「弁膜症・心不全」をテーマに座談会が行われました。また、同時にキッズイベントも開催され、たくさんのお子様達が様々な体験をしていました。



たくさんのご参加ありがとうございました

外来担当医表

令和7年4月~

午前診療	診療時間...8:30~12:00(受付時間...8:30~11:30)						土曜日 8:30~12:00
	月	火	水	木	金	土	
第1診(初診)	(初診)循環器内科 松尾	(初診)循環器内科 大久保 宗則	(初診)循環器内科 松尾	(初診)循環器内科 川瀬(※5)	(初診)循環器内科 初診担当医	(初診)循環器内科 担当医	
第2診	循環器内科 谷垣	循環器内科 石原	循環器内科 成瀬	循環器内科 谷垣	循環器内科 成瀬	—	
第3診	—	循環器内科 志村	循環器内科 志村	(再診)循環器内科 松尾(※1)	—	—	
第4診	循環器内科(不整脈) 三宅	循環器内科(不整脈) 三宅	循環器内科(不整脈) 三宅	循環器内科(不整脈) 三宅	循環器内科(不整脈) 三宅(※3)	—	
第5診	心臓血管外科 小山/外科医師	心臓血管外科 小山/外科医師	心臓血管外科 小山	循環器内科(末梢血管) 菊地(非常勤)	心臓血管外科 大川/小山(※4)	—	
第6診	—	—	あしの診療・静脈センター長 富田(※5)	あしの診療・静脈センター長 富田(※5)	あしの診療・静脈センター長 富田(※5)	—	

午後診療	診療時間...14:00~17:00(受付時間...14:00~16:00)						土
	月	火	水	木	金	土	
第1診	循環器内科 松尾	循環器内科 大久保 宗則	循環器内科 松尾	循環器内科 川瀬(※5)	心不全センター長 中川	—	
第2診(初診)	(初診)循環器内科 谷垣	(初診)循環器内科 川瀬(※5)	(初診)循環器内科 大久保 雄右	(初診)循環器内科 大久保 宗則(※2)	(初診)循環器内科 石原	—	
第3診	循環器内科 樋上(非常勤)	—	—	心不全センター長 中川	—	—	
第4診	ペースメーカー外来 14:00~15:30	ペースメーカー外来 14:00~15:30	—	—	—	—	
第5診	心臓血管外科 尾添	心臓血管外科 稲垣	—	—	—	—	
第6診	—	—	—	あしの診療・静脈センター長 富田(※5)	—	—	

(※1)第1,3のみ (※2)第2:中川医師 (※3)第2,4:祖父江医師 (※4)大川医師:第1金曜のみ、小山医師:第1金曜以外 (※5)外国語(English)対応可

診療時間	平日	午前	8:30~12:00(受付 8:30~11:30)	午後	14:00~17:00(受付14:00~16:00)	土曜日	8:30~12:00(受付8:30~11:30)
休診日	土曜日の午後、日曜日、祝日、年末年始(2025年12月30日~2026年1月4日)						

カテーテル治療・心臓病手術専門病院
岐阜ハートセンター
 GIFU HEART CENTER

〒500-8384 岐阜県岐阜市藪田南4-14-4
 TEL 058-277-2277
 FAX 058-277-3377
 URL <https://gifu-heart-center.jp/>



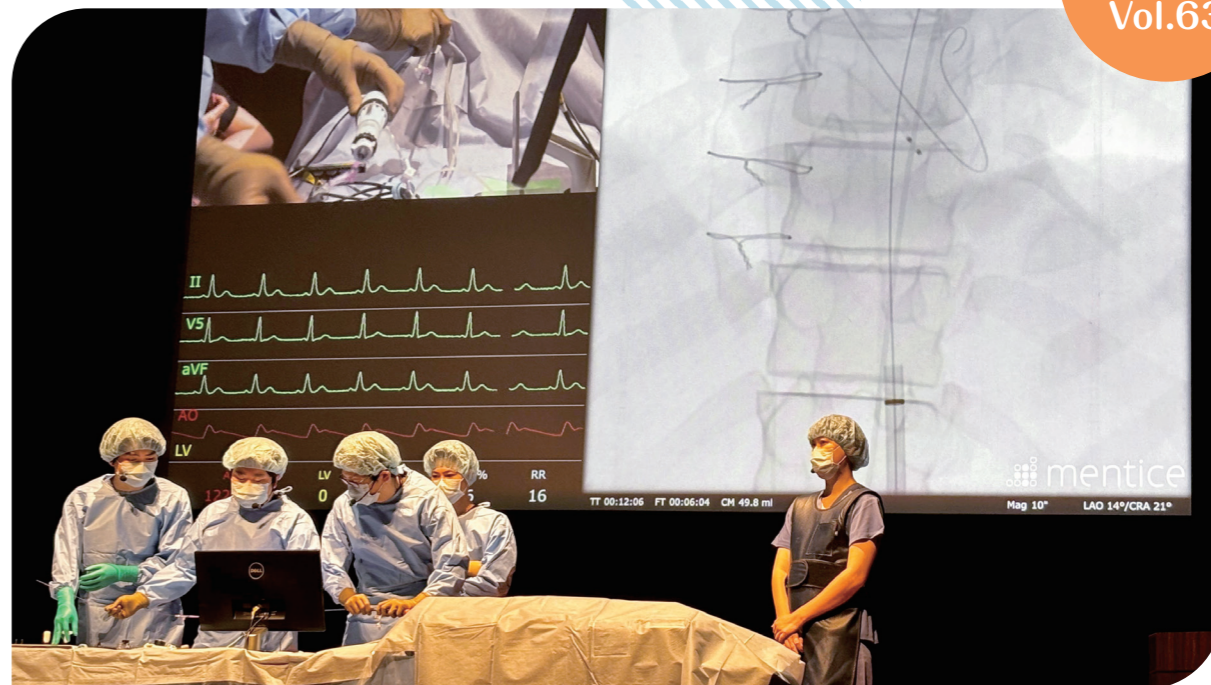
岐阜ハートセンターの理念は“SAFETY” “SPIRIT” “SPECIALITY AND SCIENCE” “SYSTEM”の4つのSです

岐 阜
だ せ ー
ハ ー
ン ト
ー
り タ
ー

[特集]

低侵襲で
ここまでできる!
心臓・血管の治療

2025
夏号
Vol.63



[P.4]
ハートの日の報告
外来担当医表(令和7年4月~)



岐阜ハートセンター

虚血性心疾患

副院長 循環器内科
かわせ よしあき
川瀬 世史明先生
(PCI)



虚血性心疾患と低侵襲治療の進歩

心臓は血液から酸素と栄養を受け取り、体全体に血液を送り出しています。この心臓に栄養を送る血管(冠動脈)が動脈硬化で狭くなると、血流が不足し「虚血性心疾患」と呼ばれる状態になります。狭心症や心筋梗塞などが代表的な病気で、治療を受けずに放置すると、致死性の不整脈や心不全を起こす危険があり、現在でも日本人の主要な死因の一つです。

以前は、胸を開いて新しい血流の通り道を作る「冠動脈バイパス手術(CABG)」が主な治療でした。1960年代から行われているこの手術は、今でも重症の患者様には有効な方法ですが、胸を開くため体への負担が大きく、回復に時間がかかることが課題でした。

1977年、ドイツ人医師のアンドレアス・グルンツィヒが、細い管(カテーテル)の先にあるバルーン(風船)で血管の内側から狭い部分を広げる「経皮的冠動脈形成術(PCI)」を世界で初めて成功させました。胸を開かず血管を広げる画期的な治療法であり、冠動脈治療は大きく進歩しました。その後、バルーンだけでは再び血管が狭くなる「再狭窄」が問題となりましたが、金属でできた「ステント」が使われるようになり、この問題は大きく改善されました。さらに2000年代には、薬をコーティングした「薬剤溶出ステント(DES)」が登場し、再狭窄のリスクが一段と減少しました。これらの進歩により、PCIはCABGと並ぶ標準的な治療法となっています。

当初はカテーテルが太かったため、肘や足の付け根(大腿動脈)から挿入する必要がありました。しかし、カテーテルや器具が細く改良され、現在では手首の血管(橈骨動脈)から行う方法が主流になっています。手首からの治療は、出血が少なく、治療後にすぐ歩くことができるため、体への負担が大幅に減ります。日本は世界でも手首からの治療が非常に進んでおり、PCIの半分以上が手首から行われています。当院でも昨年度のPCI症例の約80%を手首から実施しており、安静時間の短縮や早期退院が可能となっています。

手首からのカテーテル治療は、複数の大規模研究で出血性合併症が少なく、特に心筋梗塞の患者様では死亡率の低下も確認されています。このため、欧米でも手首からの治療が広がっています。ただし、患者様の血管の状態や病気の重症度によっては、足の付け根からの治療が適している場合もあります。たとえば、心臓を補助する機械が必要なときや、透析用のシャントで腕の血管が使えない場合、または過去の検査や治療で手首の血管が使えなくなっている場合などは、大腿動脈から治療を行うことがあります。

このように、虚血性心疾患の治療は、胸を開く手術からカテーテル治療へと大きく進歩し、体への負担や合併症のリスクが大幅に減りました。当院では、ほとんどの患者様に手首からの治療を行い、より安全で快適な治療を目指しています。今後も最新の技術を取り入れ、安心して受けていただける低侵襲治療を追求していきます。

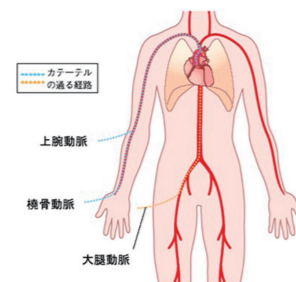


図:カテーテル検査や治療に使用される動脈

不整脈

副院長 循環器内科
みやけ たいじ
三宅 泰次先生
(ABL、左心耳)



リードレスペースメーカー

— リードのないカプセル型ペースメーカー —

低侵襲治療とは従来の治療法に比べて患者様への体の負担(侵襲)が少ない治療方法の事です。どの治療方法も患者様への負担が少なくなるように、治療効果が高まるように改善や工夫が続けられています。今回は「リードレスペースメーカー」をご紹介します。

ペースメーカーとは、心臓の脈が遅くなる不整脈(徐脈性不整脈)に対して電気刺激をすることで正常な脈拍を保つための医療機器です。ペースメーカーは主に本体(電池や電気回路)とリードから構成されています。リードは本体からの電気刺激を心臓に伝える電極で静脈を通して心臓内に留置されます【図1】。

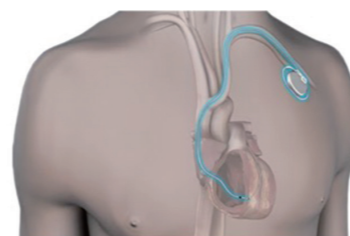


図1:従来型のペースメーカー

植込み手術は局所麻酔で鎖骨の下に5cm程度の切開をし皮膚の下に本体を埋め込み、リードを静脈から心臓に挿入・留置します。手術時間は2時間前後です。従来の経静脈リードを用いたペースメーカーは60年以上の豊富な実績があり、心房・心室両方のペースメーカーが可能であったり、ペースメーカーを調節することでより生理的(自然な刺激伝導に近い)に心臓が拍動するようにできます。また、一部の頻脈性不整脈への治療機能を持ったものもあります。一方で植込んだ本体やリードからの感染やリード断線、静脈の閉塞、リードを留置するために利用できる静脈がないなどリード関連の問題も少なからずあります。

そこで登場したのがリードのない小型(カプセル型:長さ約3cm、重さ2g弱)のリードレスペースメーカーです。電池や電気回路、電極が全てカプセルに内蔵されており、足の付け根の静脈から専用のカテーテルを用いて心臓内に直接留置します【図2】。電池寿命は従来型と同程度の約10年(設定や状況により前後します)です。皮下に本体を植込む必要がなくリードも無いため、それらに関連した有害事象(リード断線や感染、血管の閉塞など)がありません。

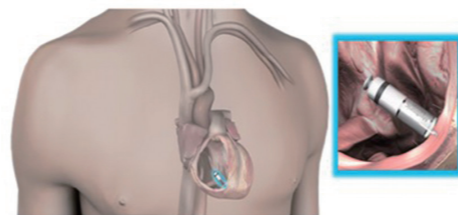


図2:リードレスペースメーカー

また、胸部にできる創や本体による膨らみがないため、見た目が気にならない、生活上の不便が少ないことも利点です。欠点としては、治療できる徐脈の範囲がまだ限られている点や本体を回収することが困難(機種による)なため電池消耗の際には追加で留置する必要があります。徐脈の種類や患者様の状態、年齢、活動度、合併症リスクなどを考慮して最適な治療方法を提案しますので、お気軽にご相談ください。

また、胸部にできる創や本体による膨らみがないため、見た目が気にならない、生活上の不便が少ないことも利点です。欠点としては、治療できる徐脈の範囲がまだ限られている点や本体を回収することが困難(機種による)なため電池消耗の際には追加で留置する必要があります。徐脈の種類や患者様の状態、年齢、活動度、合併症リスクなどを考慮して最適な治療方法を提案しますので、お気軽にご相談ください。

弁膜症

循環器内科 部長
しむら てつろう
志村 徹郎先生
(TAVI、Mitra Clip)



弁膜症に対する最新のカテーテル治療

今回は、①大動脈弁狭窄症、②僧帽弁逆流症、③心房細動による脳梗塞の3つの疾患に対するカテーテル治療についてお話しさせていただきます。

①大動脈弁狭窄症

大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療である経カテーテル的大動脈弁植込み術は2013年10月より日本で開始されました。当院ではすでに600例以上の治療経験があります。岐阜県において最も経験が多く、治療は局所麻酔で行い、平均治療時間は30~45分です。治療翌日には立って歩いていただき、リハビリテーションを数日間行っていただいたのちに退院となります。これまで治療を受けられた患者様の中で最高齢は101歳の方で、現在103歳になられてもお元気にされております。治療の対象は自力で立って歩ける方であり、年齢を理由に治療をあきらめる必要はありません。

また、生体弁の耐久性は10年以上あり、当院では最新の治療器具を使用して治療を行います【図1】。

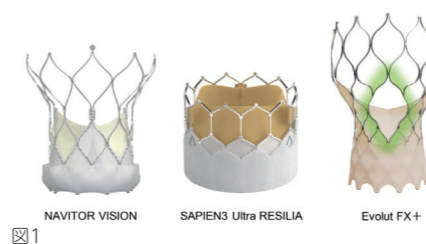


図1

②僧帽弁逆流症

僧帽弁逆流症に対するカテーテル治療である経皮的僧帽弁接合不全修復術は2018年より日本で開始されました。現在は2種類の治療道具があり、当院でも使用可能となっております。近年ではその有効性に注目が集まっており、患者様の寿命を延ばし、心不全入院を減らすことが明らかになりました。そのため、今後は経皮的僧帽弁接合不全修復術の適応や治療を受けられる患者様の数も、より増加していくことが想定されております。

③心房細動による脳梗塞

心房細動とは脈と脈の間隔が不規則になる不整脈で、脳梗塞の原因となります。そのため、脳梗塞を予防するために血液をサラサラにする薬(抗凝固薬と呼ばれるワルファリンやDOAC)を飲む必要があります。しかし、高齢な患者様は出血しやすく、血液サラサラ薬を飲まないといけないが飲めないというジレンマを抱えることがあります。このような患者様に抗凝固薬を止めながらも脳梗塞を予防する治療として登場したのが経カテーテル的左心耳閉鎖術です。

全身麻酔の治療ですが、カテーテルというストロー状の管を太ももの付け根に入れて、脳梗塞の原因となる場所にキャップをして、埋めてしまいます。治療時間は1時間程度で安全に行えます。その後、血液サラサラ薬を止めることで出血することもなくなります。この治療を行うことで、治療を行わなかった方と比較して寿命が延びたという報告もあり、現在、国内外で爆発的にその治療件数が増えております。

心房細動を有する方で脳梗塞・出血が心配な方は是非一度お問い合わせください。

大動脈瘤

心臓血管外科 医師
おぞえ さとき
尾添 公紀先生
(TEVAR/EVAR)



低侵襲治療で広がる選択肢

— 大動脈瘤・大動脈解離に対する TEVAR/EVAR —

大動脈は、心臓から全身へ血液を送るとも太い血管です。胸にある胸部大動脈とお腹にある腹部大動脈に分けられ、脳、消化管、腎臓などといった重要な臓器に枝を出している非常に重要な血管です。加齢や動脈硬化などが原因で、この血管の一部がこぶのようにふくらむ状態を「大動脈瘤」といいます。健診や検査で偶然見つかることも多いですが、瘤が大きくなると破裂の危険が高まります。破裂した場合は大量出血を起こし生命に関わります。また、大動脈の壁が裂けて血流が二つの通り道に分かれてしまう「大動脈解離」も緊急治療が必要な重篤な病気です。

これらの病気に対して、従来は胸やお腹を大きく切開し、大動脈を人工血管に置き換える開胸・開腹手術が標準的でしたが、高齢の方や持病があり手術リスクが高い方などでは治療困難なケースも少なくありませんでした。しかし近年では、TEVAR(胸部大動脈ステントグラフト内挿術)やEVAR(腹部大動脈ステントグラフト内挿術)という「低侵襲治療」が普及してきています。

TEVARやEVARは、カテーテルという細い管を使って血管の中から治療する方法です。大腿(太もも)の付け根や時には腕の血管からカテーテルを挿入し、X線透視で位置を確認しながら、大動脈瘤や解離の部分まで運びます。そこに「ステントグラフト」と呼ばれる金属フレーム付きの人工血管を広げ、内側から血管を補強します。

メリットとしては、創が小さいこと、局所麻酔での治療が可能であり身体への負担が少なく、開胸・開腹手術のリスクが高い方でも適応となり得ること、入院期間が短いことなどが挙げられます。また、大動脈瘤破裂などの緊急時に迅速に対応できることも大きな利点の一つです。

注意すべき点やデメリットとしては、長期耐久性がやや劣ること、術後も定期的な画像検査が必要であり追加治療を要する場合もあること、大動脈の形や瘤・解離の位置によっては適応とならない場合があること、造影剤を使用するため腎臓への影響を考慮する必要があることなどが挙げられます。

TEVARやEVARは、大動脈瘤・大動脈解離に対する治療の選択肢を大きく広げる画期的な治療方法です。すべての方に適応できるわけではありませんが、従来の大きな手術が難しかった方でも安全に治療できる可能性があります。大切なことは、ご自身の病状や身体の状態に合った治療方法を選ぶことです。患者様が納得して治療に臨んでいただけるよう努めますのでご相談ください。

