

当センターは《地域医療支援病院》です。

群馬県立心臓血管センター

第19回登録医大会のご案内

登録医の先生方には平素より大変お世話になっており、心より感謝申し上げます。
昨年度の登録医大会では、登録医の先生方と交流の機会をいただき有意義な時間を過ごすことができました。

さて、今年度は**令和8年10月29日(木)**に「第19回登録医大会」の開催を予定しております。

登録医の先生方へは、発表内容、開催日、開催会場の詳細を別途ご送付申し上げます。
お手元に届きましたら、お手数ですがご出欠のお返事をよろしくお願いいたします。
多くの先生方のご出席を心よりお待ちしております。

▶ 第19回登録医大会のご案内

▶ 「心房細動治療の変遷と今後の展望」

第106回症例検討会 地域医療連携室特別企画 内藤滋人院長退官記念学術講演会より 前院長 内藤 滋人

▶ 「高血圧治療の最前線：JSH2025ガイドラインに基づく管理・治療と腎デナベーション」

第103回症例検討会ミニレクチャーより 循環器内科第一部長 栗原 淳

▶ 「日常診療で出会う腹痛へのアプローチ ～「ちょっと心配」をどう繋ぐか？」

第105回症例検討会ミニレクチャーより 外科 部長 東海林 久紀

▶ 診療科紹介 外科・整形外科

▶ 令和8年7月度外来担当医一覧表

目次

群馬県立心臓血管センター

地域医療連携室

〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町甲 3-12

TEL:027-269-7455 (内線 2040・2043) / FAX:027-269-7286

URL:<https://www.cvc.pref.gunma.jp/>

心房細動治療の変遷と今後の展望

心房細動治療はここ30年足らずの間に、薬物療法、非薬物療法ともに目覚ましい進歩を遂げてきた。特に非薬物療法としてのカテーテルアブレーションの進歩は驚愕に値するものがある。

1998年にフランスのボルドー大学のHaissaguerre教授が心房細動発作の起こり始めが肺静脈からの巣上興奮から始まることをNEJMに報告し、心房細動アブレーションの幕開けとなった。そして翌1999年に私はボルドー大学で研修させていただいた。当時は起源の巣状(focal)アブレーションだったが、2000年にはすでに4本の肺静脈の個別隔離へと進んでいった。その後、左右の肺静脈を上下同時に隔離する、拡大肺静脈隔離術が土浦協同病院から報告され、心房細動アブレーションのstandardとして確立されてきた。

これまで治療できなかった心房細動が治ることから、様々な方法論や器具の開発が進められたが、中でも大きな発展は三次元マッピング装置の進歩と言える。CARTO systemがそのトップランナーであり、CT画像から左房のみを取り出し、CARTO上にMergeすることによって、個々に多くのvariationを持つ左房の解剖に対し、確実に拡大肺静脈隔離を行うことが可能となった。

またアブレーションカテーテルの進歩も目覚ましく、カテーテル先端の接触圧がモニターできるようになり、それを応用したAblation Index(AI)といった焼灼の程度を示す指標も用いられるようになった。すなわち当初のX線透視の世界から、左房の解剖が三次元で評価でき、そして焼け具合(AI)まで評価できるようになったと言える。そしてこれらの進歩により、心房細動アブレーションの成

率は、発作性と短期持続性(1-2年)では85%以上となっている。

さらに進歩は続き、従来の高周波エネルギーによるカテーテルアブレーションからバルーンアブレーションの時代を迎える。冷凍バルーン、ホットバルーン、レーザーバルーンが開発され一時代を築いたが、2024年には新たな展開を迎えた。

それはパルスフィールドアブレーションと呼ばれ、心房筋に高電圧をかけることによりアポトーシスを生じさせる方法であり、従来のthermal ablationと異なり、食道障害や横隔神経障害などの合併症の低減が得られた。心臓血管センターでもgame changerとして、2026年の心房細動アブレーションのなんと90%を占めるまでになっている。

そして今後もAffera systemといった高周波アブレーションとパルスフィールドアブレーションの両者併用の装置も開発されており、更なる進歩が期待される。

心臓血管センターでは、これからも常に新しい装置を県内に先駆けて導入し、心房細動アブレーション治療の先頭を走っていきたいと考えている。



内藤 滋人 (ないとう しげと)

群馬県立心臓血管センター 前院長、群馬県病院局参事

日本内科学会認定内科医 / 日本循環器学会専門医 / 日本不整脈学会専門医 / ICD認定医 / CRT認定医

外来診療日：第2月曜・火曜(第2・4除く)・水曜・木曜・第2金曜

※令和8年7月時点の外来診療日となります。 ※詳細は外来担当医一覧をご参照ください。

高血圧治療の最前線

～JSH2025 ガイドラインに基づく管理・治療と腎デナビーション～

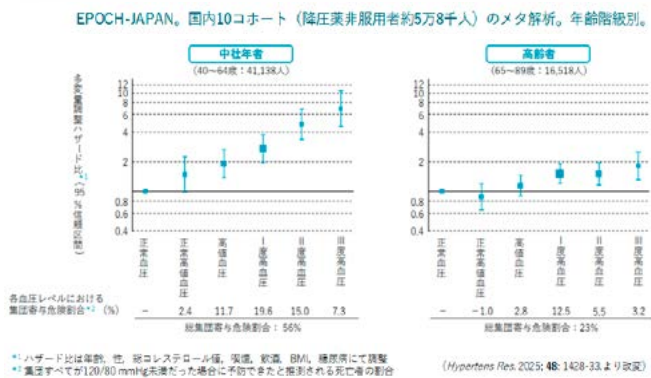
≫ 循環器内科第一部長 栗原 淳



▶ 1. 高血圧の疫学

我が国の高血圧有病者は約4,300万人と推定され、依然として管理不良例が少なくない。高血圧は脳卒中、心不全、虚血性心疾患などの脳心血管疾患の発症および死亡の最大の危険因子であり、血圧は120/80mmHgを超える段階から連続的にリスクが上昇する(Figure1)。日本人は食塩摂取量が多く、食塩感受性高血圧の頻度も高いことから、集団全体での血圧管理が重要である。

血圧レベル別の脳心血管病死亡ハザード比と集団寄与危険割合



日本高血圧学会「高血圧管理・治療ガイドライン2025」より引用

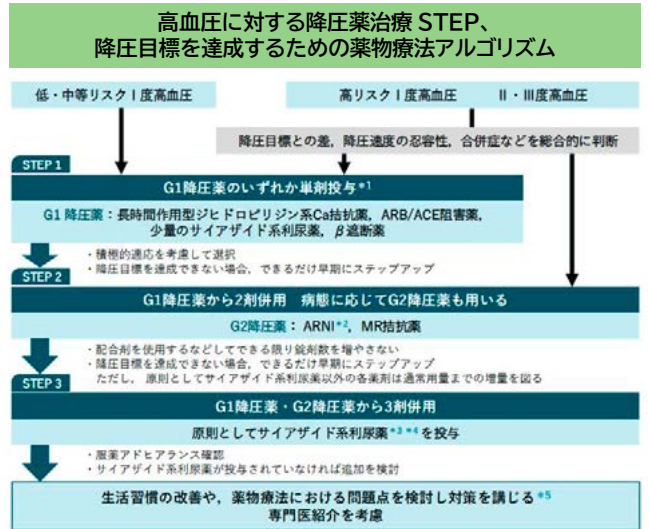
Figure1

▶ 2. 高血圧の診断・管理ガイドライン

日本高血圧学会の「高血圧管理・治療ガイドライン2025」では、診察室血圧に加え家庭血圧の活用を重視している。白衣高血圧や仮面高血圧を適切に診断し、実態に即した血圧評価を行うことが求められる。降圧の最大の目的は脳心血管イベントの発症・再発抑制であり、24時間わたる安定した血圧コントロールが不可欠である。

▶ 3. 高血圧の治療(生活習慣改善および降圧療法)

治療の基本は減塩、適正体重の維持、運動療法、禁煙、節酒などの生活習慣改善である。特に減塩は日本人において重要な介入である。薬物療法ではガイドラインに基づく併用療法を基本とし、単剤で不十分な場合は早期に併用療法へ移行する(Figure2)。目標血圧未達例では速やかに治療強化を行い、同時に服薬アドヒアランスの確認と継続的な支援が重要である。



日本高血圧学会「高血圧管理・治療ガイドライン2025」より引用

Figure2

▶ 4. 二次性高血圧(鑑別すべき原因)

若年発症例や治療抵抗例では二次性高血圧を念頭に置く必要がある。中でも原発性アルドステロン症は頻度が高く、適切なスクリーニングにより診断可能である。腎実質性高血圧や腎血管性高血圧も含め、早期診断と専門施設との連携が重要となる。

▶ 5. 治療抵抗性高血圧と腎デナビーション

十分な生活習慣改善と利尿薬を含む3剤併用療法にもかかわらず目標血圧に到達しない治療抵抗性高血圧に対しては、腎デナビーション(RDN)が新たな治療選択肢として位置づけられている(Figure3)。国内でもデバイスが承認されており、適切な症例選択と専門施設との連携のもとでの活用が期待される。

腎デナビーションの概念図 (Medtronic社サイトより引用)



Symplicity Spiral 腎デナビーションシステム 医療機器承認番号: 30700BZX00207000

Figure3

最後に、高血圧は脳心血管疾患の主要な危険因子の一つであり、その適切な管理は発症予防と予後改善に直結する。生活習慣改善の徹底、適切な薬物療法、二次性高血圧の的確な診断、さらに腎デナビーションをはじめとする新たな治療選択肢についても理解を深め、地域全体で脳心血管疾患の予防に取り組むことが重要である。

日常診療で出会う腹痛へのアプローチ ～「ちょっと心配」をどう繋ぐか？

≫ 外科 部長 東海林 久紀



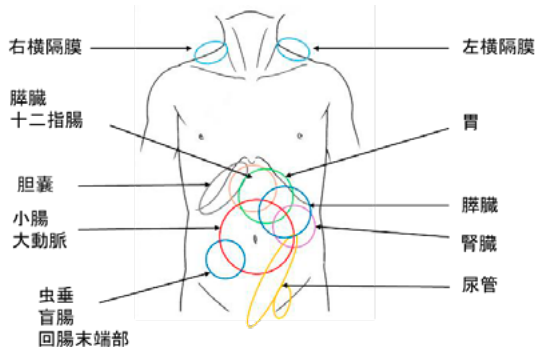
▶ はじめに

腹痛は、日常診療で最も頻繁に遭遇する症状です。しかし同時に、診療にあたり最もプレッシャーを感じる症状の一つではないでしょうか。CT や血液検査などがすぐに行える環境であればともかく、限られた時間と検査リソースの中で、一過性の胃腸炎や、便秘、また一刻を争う致死的な急性腹症などが混在する中、『見逃してはならない爆弾』を見つけ出さなければなりません。そんな過酷な外来診療をされている先生方の『心理的負担』が少しでも軽くなれば幸いです。

▶ 腹痛の部位 (Figure1)

腹痛の部位と原因臓器は1対1対応ではないため、部位のみでの特定は困難です。心窩部痛、上腹部痛は、心筋梗塞も鑑別疾患にあげておく必要がありますし、皮疹が出る前の帯状疱疹で側腹部痛を訴えることもあります。臍周囲の痛みは、漠然とした痛みのことが多く、腸閉塞、小腸の虚血（腸管膜動脈閉塞など）を疑い、さらに拍動性腫瘍に触れば、腹部大動脈瘤の可能性もあります。下腹部痛は原因が多彩であり、婦人科疾患も鑑別に入ります。鼠径部を診察すると、鼠経ヘルニア嵌頓ということもあります。

腹痛の部位：腹部諸臓器に由来する一次痛



重複が見られ、部位からは原因臓器の特定がやや困難

Figure1

▶ Killer abdominal pain (Figure2)

腹痛を訴える疾患の中で緊急性の高いものには、腹部大動脈瘤（切迫）破裂、消化管穿孔、腸管虚血・上腸間膜動脈閉塞症、異所性妊娠・卵管破裂、心筋梗塞などがあります。初診の段階では診断をつけることを目的とせず、重症度のトリアージを優先することが肝要です。病名を確定することにこだわると、腹部診察は極めて難解になり、かわりたくないものになりがちです。まずは危ない腹痛かどうかを判断すれば、時間的にも精神的にも余裕をもって対処できるのではないでしょうか。先生方には、「名探偵」ではなく、「ゲートキーパー」の役割をお願いしたいと思います。

▶ まとめ

心臓血管に問題のある腹痛患者さんは、迷わずご連絡ください。『診断を確定させるため』ではなく、『外科的介入の緊急性を否定するため』に当科をご利用ください。『当院で完結させるべき症例』と『高次機能病院へ繋ぐべき症例』の交通整理を私たちが引き受けます。その際、先生方の診察時に受けた印象、診断プロセスで感じた『違和感』をぜひお伝えください。我々は、『ちょっと心配』の解像度を上げる役割を果たすパートナーでありたいと考えています。

Killer abdominal pain

腹部大動脈瘤破裂

突然の激しい腹痛、腰痛。腹部に拍動性腫瘍触知、血圧低下、ショック状態。

消化管穿孔

腹部板状硬、じっと動かずに丸まっていることが多い。

腸管虚血・上腸間膜動脈閉塞症

「所見に合わない激痛」高齢者や心房細動(不整脈)がある人に多く見られる。

異所性妊娠、卵管破裂

下腹部の激痛と性器出血。妊娠の可能性がある女性。

心筋梗塞

心窩部の重苦しい痛み。吐き気や冷や汗を伴うことが多く、胃薬は無効。

Figure2

▶ 虫垂炎治療の変遷

2025年の虫垂炎治療ガイドラインアップデート (DOI:10.1001/jamasurg.2025.6218) では、①画像診断とリスクスコア (Figure3 にその一例) に基づく診断精度が向上し、陰性虫垂切除率が低下。②合併症のない虫垂炎患者では、症例を選べば、抗菌薬による管理が安全で効果的に行える。③合併症のない虫垂炎の手術は、24時間以内であれば安全に延期できる。④腹腔鏡下虫垂切除術は依然として標準的な外科治療。⑤合併症のある虫垂炎では、術後の抗菌薬療法は短期間 (2~3日) に限定すべき。⑥膿瘍を伴う虫垂炎の非手術的管理後は、悪性腫瘍を発見するためのフォローアップが必須。などが示されました。ヒトの虫垂は「進化の過程で役割を失った無用の長物 (痕跡器官)」と考えられてきましたが、近年の研究により、免疫反応を強化する役割や、腸内細菌の避難所としての役割など、免疫系や腸内環境の維持において重要であることが分かってきました。(DOI: 10.1002/ar.24917)

成人虫垂炎スコア (AAS)

1. 右下腹部に痛みがある	+2	6. 好中球の割合	
2. 痛みの部位が移動している	+2	62 ~ <75%	+2
3. 右下腹部に圧痛を認める		75 ~ <83%	+3
男性、女性 (50歳以上)	+3	≥83%	+4
女性 (16~49歳)	+1	7. CRP	
4. 筋性防御		症状発現から 24 時間未満	
軽度	+2	0.4 ~ <1.1mg/dL	+2
中程度または重度	+4	1.1 ~ <2.5mg/dL	+3
5. 白血球数		2.5 ~ <8.3mg/dL	+5
7,200 ~ <10,900/μL	+1	≥8.3mg/dL +1	
10,900 ~ <14,000/μL	+2	症状発現から 24 時間以上	
≥14,000/μL	+3	1.2 ~ <15.2mg/dL	+2
		≥15.2mg/dL	+1

≥18点：虫垂炎の可能性が非常に高い(感度 27.7%、特異度 97.6%)
 ≥16点：虫垂炎の可能性が高い(感度 58.0%、特異度 92.7%)
 11~15点：虫垂炎の可能性は中程度(感度 95.9%、特異度 54.2%)
 ≤10点：虫垂炎の可能性は低い

Figure3

外科

循環器疾患合併患者の 消化器診療をサポートします



このような患者さんをご紹介ください

- 抗血栓薬内服中の腹部症状
- 消化管出血、貧血精査
- PCI/CABG/TAVI 後、
また心不全・重症循環器疾患を有する消化器疾患
- 癌診療中の周術期循環管理が必要な症例
- 高齢・ハイリスク患者の手術適応相談
- 癌終末期などで緩和ケアが必要な方
- 鼠経ヘルニア

循環器内科・心臓血管外科と即時連携 周術期循環管理を含めた治療



東海林 久紀
部長 平成 6 年卒

- ▶日本外科学会専門医
- ▶日本消化器病学会指導医・専門医
- ▶日本消化管学会胃腸科専門医
- ▶日本がん治療認定医機構 がん治療認定医



鈴木 純子
部長 平成 14 年卒

- ▶日本外科学会専門医
- ▶日本消化器病学会専門医
- ▶日本消化管学会胃腸科専門医・指導医

整形外科

2016年から始めた地域連携DXAも10年となり21病医院様より134名のご紹介をいただきました。骨粗鬆症による紹介患者も年々増えています。今後も変わらぬご高配を賜れば幸いです。

骨粗鬆症に付随する脆弱性骨折(腰椎圧迫骨折等)の入院加療にも対応いたしますのでご紹介ください。大腿骨頸部骨折等の疑いについては先ずはご一報ください。

受付時間	月	火	水	木	金
9:00~11:00	鈴木	鈴木	工藤	鈴木	鈴木
	工藤	工藤			工藤
14:00 (完全予約制) 専用FAX用紙あり		地域連携DXA		地域連携DXA	
		鈴木		鈴木	



鈴木 秀喜
整形外科部長 平成 5 年卒

- ▶医学博士
- ▶日本専門医機構認定整形外科専門医
- ▶日本骨粗鬆症学会認定医
- ▶日本整形外科学会認定
運動器リハビリテーション専門医
- ▶日本整形外科学会ロコモアドバイザー
- ▶日本スポーツ協会公認スポーツドクター



工藤 千佳
部長 平成 25 年卒

- ▶日本専門医機構認定整形外科専門医

予約紹介専用窓口

TEL:027-212-3018 FAX:027-269-7286
対応時間:月曜~金曜 8:30 - 17:00(祝日・年末年始除く)

群馬県立心臓血管センター 外来担当医一覧表

※業務都合等で変更となる場合もありますので、確認のうえご連絡ください。

※7月以降の外来担当医一覧表は当院ホームページをご確認ください。

令和8年7月

診療科		医師名	月	火	水	木	金	診療科	医師名	月	火	水	木	金			
循環器内科	虚血性心疾患部門	かわぐち 河 口 けん 廉	●	●			●	心臓血管外科 ※午後の診療は 受付12:30～ (急患を除く)	午前午後	やまだ やすゆき 山田 靖之			第4除く 午後				
		くりばら 栗原 淳	●			●				ほしの しょうじ 星野 丈二			第5午後 除く				
		やの ひでき 矢野 秀樹			●	●				はせがわ ゆたか 長谷川 豊			第1・5除く 午後				
		けみ ゆうた 毛見 勇太		●						おかだ しゅういち 岡田 修一			第2・3除く 午後				
		きのした せし 木下 聡			第4除く					いとだ よしみ 井戸田 佳史				午後			
	いしやま たく 石山 卓					●			えづれ まさひこ 江連 雅彦			第1・2午前 除く					
	おおしま しげる 大島 茂			●	●		はせがわ ゆたか 長谷川 豊				第1・5除く 午後	第1除く 午後					
	ほしざき ひろし 星崎 洋					●			外科 消化器外科	午前	すずき じゅんこ 鈴木 純子	●			●	第1・5	
	とやま たくじ 外山 卓二			第2・4 除く			しょうじ ひさのり 東海林 久紀							●	●	第2・3・4	
	不整脈部門	午前	ないとう しげと 内藤 滋人	第2	第2・4 除く	●	●		第2	整形外科	午前	すずき ひでき 鈴木 秀喜	●	●		●	●
なかむら こうき 中村 紘規					●	●		くどう ちか佳 工藤 千佳	●			●	●		●		
ささき たけひと 佐々木 健人							●	循環器内科 (専門外来)	午前			やの ひでき 矢野 秀樹	第4除く				
よしむら しんご 吉村 真吾							●					やました えいじ 山下 英治	●				
にしうち すぐる 西内 英			●									やました えいじ 山下 英治		●			第2・4
かせの けんいち 粕野 健一				●									ないとう しげと 内藤 滋人				第2
心臓リハビリ・心不全・心筋症部門	午前	こいたばし のりみち 小板橋 紀通		●			●	ペースメーカー	午後	よしむら しんご 吉村 真吾					第3		
		ほしの けいじ 星野 圭治				●				かせの けんいち 粕野 健一					第4		
新患者外来	午前	循環器内科 担当医	午前8時30分～11時					診療科	医師名	月	火	水	木	金			
診療科	医師名	月	火	水	木	金											

1 受付時間は、午前8時30分～11時までです。
なお、予約再来の方は、午前8時15分から受付いたします。

【外来休診日】
土曜、日曜、祝日
年末年始(12/29～1/3)

2 紹介状持参の患者さんは、初診・再来にかかわらず、総合受付6番(地域医療連携窓口)で受付いたします。

3 当院は「紹介型外来」を行っており、紹介状持参の患者さんを優先して診療いたします。
地域医療連携室では、先生方から事前に患者情報を御連絡いただいたうえで、診察日時を予約いたします。FAX用診察申込書またはFAX用検査予約申込書《MRI・CT・シンチグラム・骨密度(DXA法)》を御利用ください。
円滑に診療を進めるためにも、事前予約を御活用ください。
なお、午後5時以降、または休診日にお

送りいただいたFAXへの対応は、翌日または休診日明けとなります。
あらかじめ、ご了承ください。

患者さんの待ち時間を少なくするために、御協力をお願い致します。