

眉山 第10号

徳島大学病院循環器内科 病診連携広報誌

第10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。先生方のおかげで、徳島大学循環器内科は着実に発展してきております。症例数の増加に伴い、循環器内科での実習を志望する学生、研修医も増加の一途を辿っております。卒後三年目以降の専門研修医、大学院生、県外からの入局者も毎年増え続けております。今後益々、臨床、教育、研究を発展させていきたいと思っております。末長い御支援を何卒よろしくお願いいたします。

徳島大学循環器内科は開設当初より、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10回は春藤譲治先生に座長を務めていただき、紹介いただいた症例のご報告をさせていただきました。春藤先生は消化器をご専門にされているにも関わらず、日常診療の中で患者のわずかな徴候を見落とさず、多くの循環器疾患を発見されています。その優れた臨床能力にはいつも感服いたしております。今回は、心サルコイドーシスと大動脈弁狭窄症の症例をとりあげました。両疾患とも、潜在的には症例数は多いものの、初期の診断が遅れると不幸な転機に至ることも少なくありません。現在、有効な治療法が確立しており、治療の時期を逸することがないように努めなければなりません。会では、病気に気づききっかけとなった症状や所見を紹介して、最新の治療法を解説させていただきました。



拡張型心筋症は、従来心臓移植しか根本的な治療法がなく、生命予後は臍癌などより悪いと言われていました。しかし、最近の薬物療法の発達のほか、心臓再同期療法(CRT)とよばれる両室ペーシングの導入によって患者さんのQOLと生命予後は改善してきております。当科でも、当初より積極的にCRTの植え込みを行い成果をあげています。これまでの、当科での成績を添木講師がまとめました。

特別講演では、メタボリックシンドロームで世界的に有名な松澤佑次先生にお越しいただき、歴史的な背景を含めて最新の知見をご紹介いただきました。沢山の先生方に御参加いただき、有意義な情報交換を行うことができました。当日、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広報誌『眉山』第10号を発刊させていただきました。この『眉山』が、今後の病診連携の一助になれば幸いです。

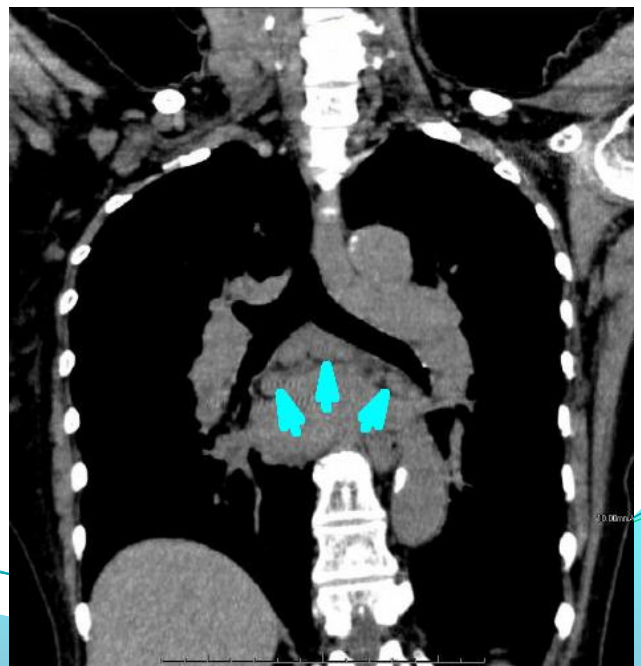
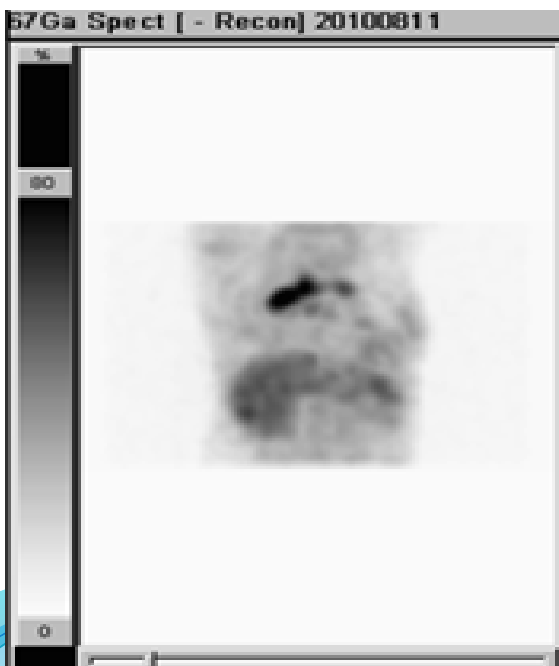
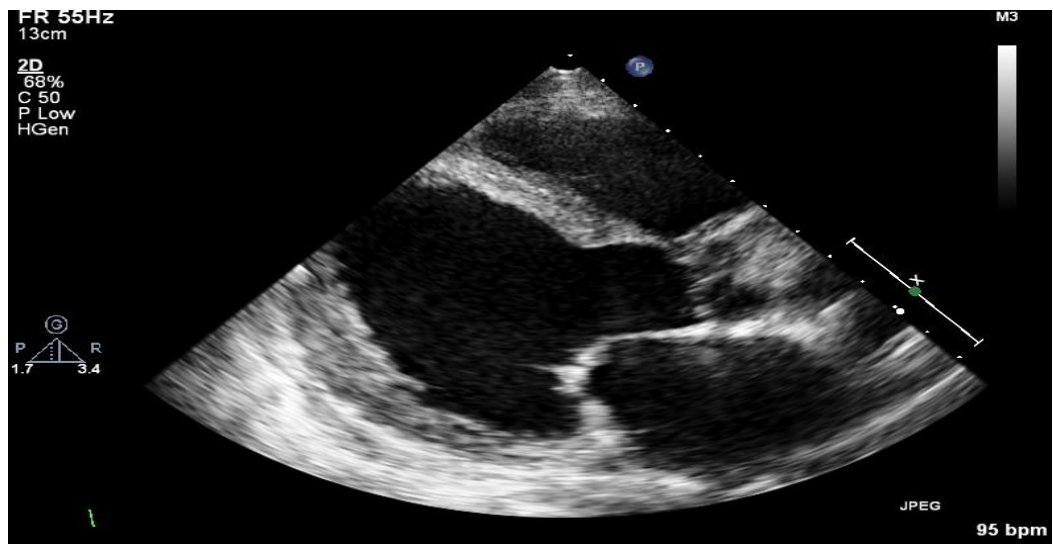
企画に工夫をこらしながら、今後も眉山循環器カンファレンスを定期的に行っていく予定です。次回は、10/25に信州大学の宮下先生にお越しいただき、最近の末梢動脈疾患の治療法の進歩についてご講演していただきます。沢山の先生方お誘いのうえ、ご参加いただけますようお願い申し上げます。ご意見、ご質問、ご要望などがありましたら、いつでもご連絡ください。今後とも徳島大学循環器内科のご支援を何卒宜しくお願い申し上げます。



拡張型心筋症として診断・加療されていた心サルコイドーシスの一例

循環器内科 仁木 敏之

症例は69歳女性. 2009年1月, 高度房室ブロックに対し永久ペースメーカーを留置された. 同年7月にうつ血性心不全を発症し, 拡張型心筋症の診断のもと, β ブロッカー等を導入されていた. 2010年5月に呼吸困難の増悪を認め, 心不全のコントロール困難として近医より紹介され当科を初診. 高度房室ブロックの存在, 心室中隔基部の菲薄化, ガリウムシンチグラフィの心臓への異常集積, 左室収縮不全(左室駆出率29.6%), 心室頻拍, 心筋血流シンチグラムでの環流異常, 両側肺門リンパ節腫脹などの所見より心サルコイドーシスと診断した. 本症例は発症から相当の時間が経過していると予想されたが, ガリウムシンチグラフィにて心臓への集積が著明であったことより, その活動性は高いと考えられ, ステロイドを導入した. ステロイドの導入後はBNP 6379pg/ml \rightarrow 732pg/mlと減少し, またガリウムシンチグラフィによる心臓への異常集積も消失し, 自覚症状も改善したが, 心機能の改善は軽度にとどまり, CRT-d植え込みを施行し, 心臓リハビリテーションの後に自宅退院に至った. サルコイドーシスの死因の3分の2以上が本症の心病変によるものとされ, また早期の心病変にはステロイド治療が非常に有効とされているため, その早期発見は非常に重要である. 高度房室ブロックや原因不明の左室収縮不全を目の当たりにした際には, 本症を積極的に疑うことが早期発見のキーポイントとなり, スクリーニングに努めるべきと考えられた.



【症例】76歳男性【主訴】胸部圧迫感【現病歴】平素は早期胃癌術後、十二指腸潰瘍で定期的に外来通院中であった。2011年3月頃より持続性の心窩部違和感を自覚し、労作時の胸痛も出現するようになったため、近医を受診した。聴診で収縮期雑音を認め、その他の検査でも弁膜症を強く疑われたため、精査加療目的で当科紹介となった。【冠血管危険因子】高血圧(+)、糖尿病(+)、脂質代謝異常症(+)。喫煙歴:20本/日×56年間。肥満(-)。虚血性心疾患の家族歴(-)。【入院時現症】BMIは23.7と肥満を認めず。血圧は144/71mmHg軽度高値であった。身体診察では2RSBを最強点とする駆出性収縮期雑音(Levine III/VI)を聴取し、両側頸部に放散音を認めたが、その他に有意所見を認めず。

血液検査では軽度の貧血を認め、血糖コントロールは不良でした。脂質コントロールは良好でした。胸部レントゲンでCTR=46%と心拡大はなく、肺うっ血、胸水を認めず。心電図ではIRBBB(72bpm)で、左室肥大所見を認めた。経胸壁心エコーでは左室壁運動異常はなく、収縮能もLVEF=74%と良好に保たれていた。大動脈弁は三尖ともに石灰化しており、大動脈弁口血流速度は4.6m/sと血流加速を認め、推定圧較差は85mmHgと高値であった。経食道エコーでは大動脈弁の石灰化は特に無冠尖で強く、また大動脈弁の開放制限も認めました。冠動脈造影検査では左右冠動脈に優位狭窄を認めず、右心圧測定でもPCWPは9mmHg、CI3.41L/min/m²と心機能も保たれていた。同時圧測定では瞬時最大圧較差は128mmHg、平均圧較差で70mmHgであり、Golinkoの式より求めた推定大動脈弁弁口面積は0.89cm²であった。

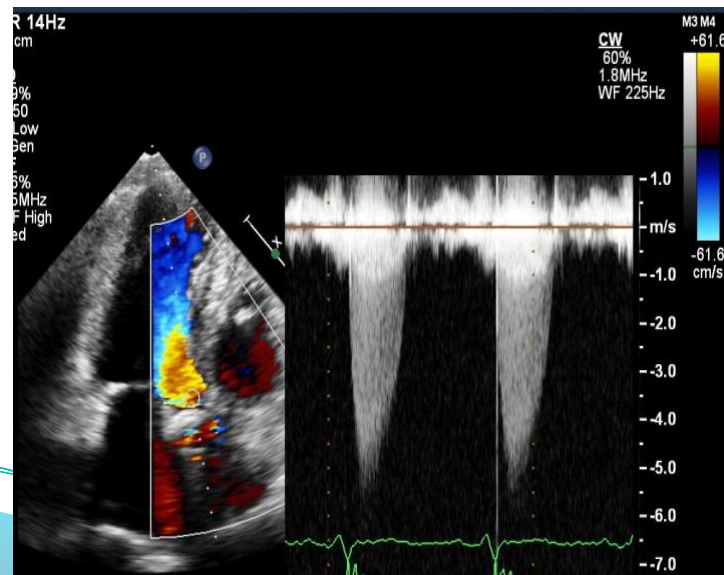
大動脈弁の弁口血流速度、平均圧較差、弁口面積より本症例は重症ASと診断され、臨床症状を伴っているため、class I で大動脈弁置換術の適応と判断された。2011年6月13日に大動脈弁置換術(生体弁)を施行された。大動脈弁はエコー所見と同様に三尖ともに強い石灰化を認めた。術後経過は良好で、6月29日に退院となった。

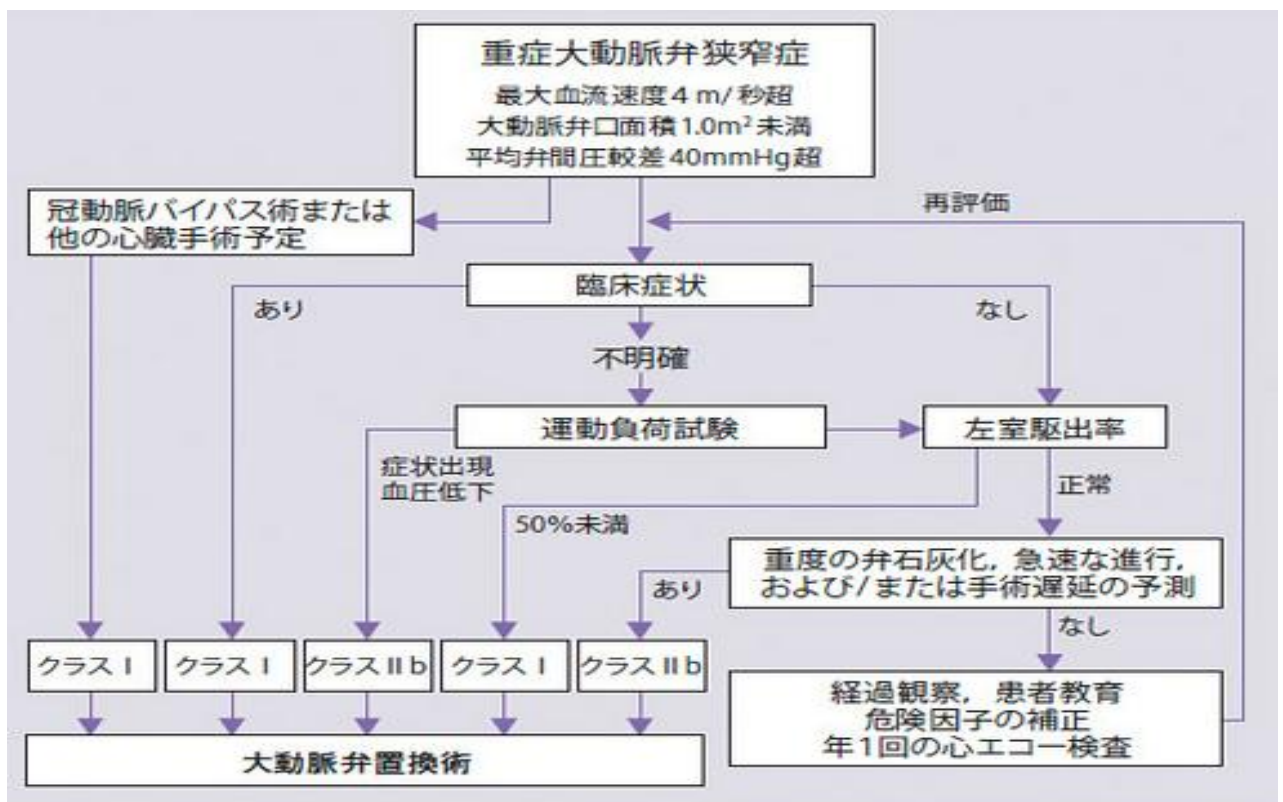
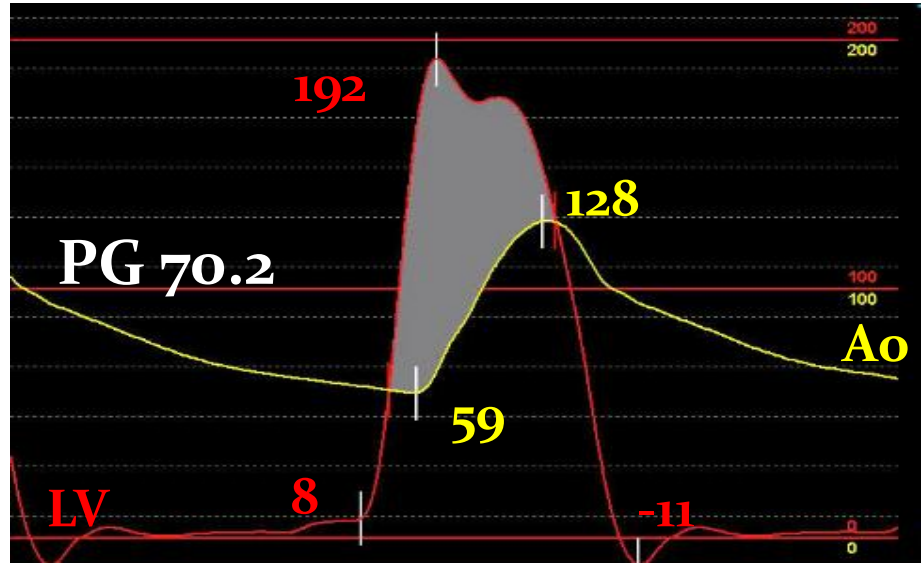
大動脈弁狭窄症は高齢化の進行とともに増加してきた弁膜症で、65歳以上の2~7%に認められると言われている。初期には症状がなく、聴診などにより発見されることがほとんどである。心エコーで診断、重症度判定を行い、重症度に応じて定期的にフォローを行い、また精査は経食道心エコーや心カテーテル検査で行います。症状が出現すると予後は不良であり、症状出現からの平均生存期間は狭心症状で5年、失神発作で3年、心不全で2年と言われている。有症状の重症大動脈弁狭窄症に対しては大動脈弁置換術が第一選択となるが、左心機能が低下すると手術不適応となることも多い。手術時機を逸しないためにも聴診にてスクリーニングを行い、早期発見し、エコーで定期的にフォローすることが重要と考えられる。

今後、大動脈弁狭窄症は更に増加してくると予想され、聴診で早期発見し、早期に診断に至り、時期を逸さずに手術することが重要であると考えられる。

血液検査

WBC	3800/μL	ALT	30U/L	Na	143mEq/L
RBC	409万/μL	AST	19U/L	K	3.5mEq/L
Hb	13.3g/dL	LDH	216U/L	Cl	101mEq/L
Ht	39.2%	T-Bil	0.8mg/dL	TG	85mg/dL
Plt	20.9万/μL	ALP	167U/L	LDL-C	106mg/dL
		γ-GTP	22U/L	HDL-C	62mg/dL
PT-INR	0.84	CK	118U/L	HbA1c	6.3%
APTT	30.0sec	UA	6.8mg/dL	BUN	6mg/dL
Fib	391mg/dL	Cr	0.54mg/dL	BNP	75.4ng/dL
				CRP	0.17mg/dL

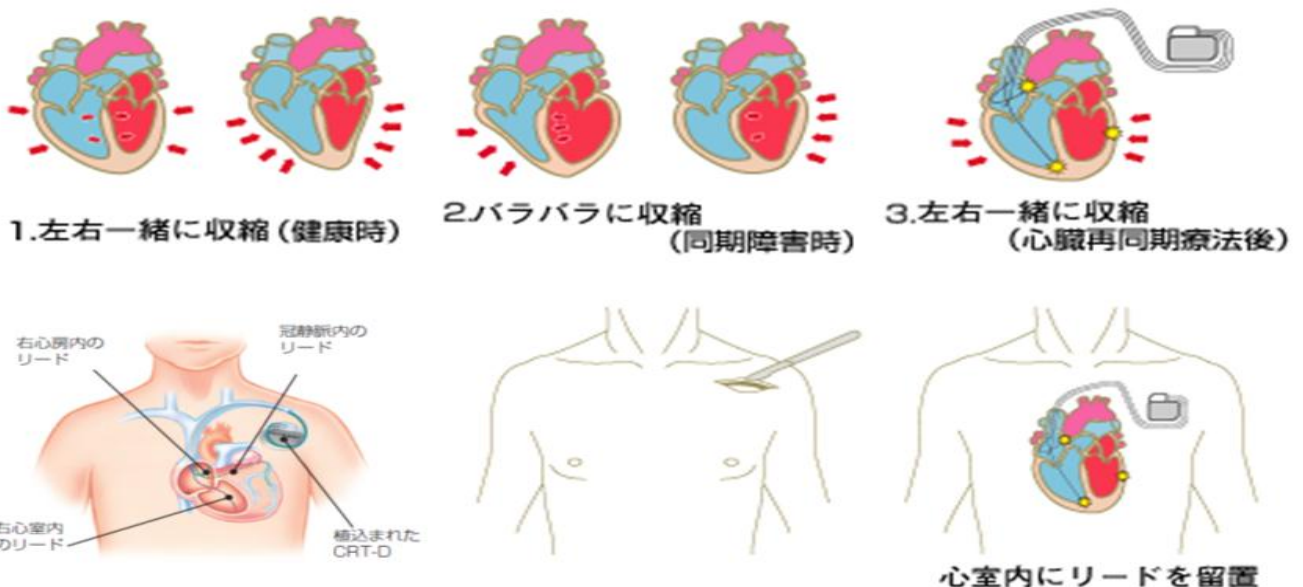




[JACC 2008; 52(13): e1-142より一部改変]

心不全は様々な基礎疾患により心臓のポンプ機能が低下するためにいろいろな症状を伴う症候群ですが、心不全の患者では心室内伝導障害が多く存在することが疫学調査により明らかになっています。心室内伝導障害は心電図上wide QRSとして現れますが、心不全患者においてwide QRSの患者群の相対的リスクはNarrow患者群の5倍であると報告されています。これらの患者群の予後を改善するには、心室内伝導障害を改善することが重要と考えられ、その治療法が心臓再同期療法 (cardiac resynchronization therapy: CRT) です。CRTとは、右房・右室・左室側壁にペーシングリードを留置し、心室中隔壁と左室側壁を同時にペーシングすることで心室内伝導障害を改善する治療法です(図1)。また、重症心不全患者の多くは致命的不整脈を合併するため、植込み型除細動器 (implantable cardioverter defibrillator: ICD) も同時に必要とする場合が多いのも事実です。このため、現在CRTを行う患者の多くは、ICD機能の付いたCRT-D (CRT with defibrillator) の植込みを行っています。今回の発表では、当科でCRT-D植込みを行い、実際にQRS幅が狭くなり、それに伴い心エコー上の非同期(側壁の収縮の遅れ)が改善し、全体としての左室収縮能が改善した数症例を提示致しました(図2、3)。現在のCRT (CRT-D) の適応基準は、中等度または重度の心不全 (NYHAクラス IIIまたはIV)、QRS幅 $\geq 130\text{ms}$ 、左室駆出率 (LVEF) $\leq 35\%$ 、薬物治療抵抗性ということになっており、これらの患者ではCRT (CRT-D) が生命予後を改善することが証明されています。しかしながら、最近はこれらの基準に満たなくてもCRT-D植込みを行った方が良かったという報告も出てきています。RESERVE試験はNYHAクラスIまたはII、QRS幅120ms以上、LVEF 40%以下の心不全患者を対象にCRTの効果を検討した試験であり、CRT機能を付加することで左室のreverse remodelingが得られ、LVEFが改善することが確認されています。また、心不全による再入院までの期間もCRTにより長くなることが示されており、これらの結果は心機能が低下しているが症状の軽い初期の心不全の時点でCRT治療を行うことで心不全の進展を遅らせることが出来る可能性を示唆するものといえます。また、当科では、心不全に伴う体液貯留を自宅にいながら遠隔でモニタリングできるタイプのCRT-D植込みも積極的に行っており、心不全の患者様が最適な時期に最適な治療を受けることが出来るシステムづくりにも着手しています。もし、上記に該当するような患者様がおられましたら、お気軽にご紹介・ご相談頂ければ幸いです。

心臓再同期療法の原理



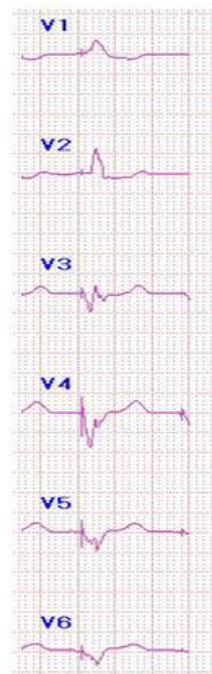
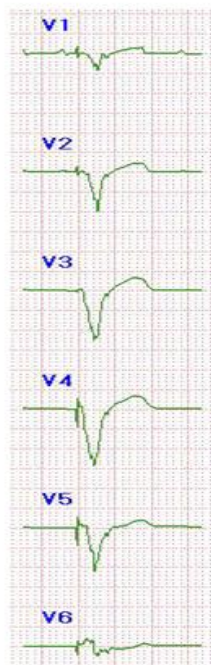
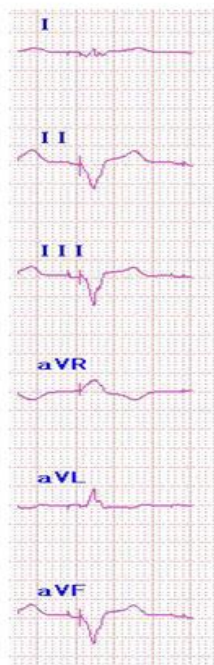
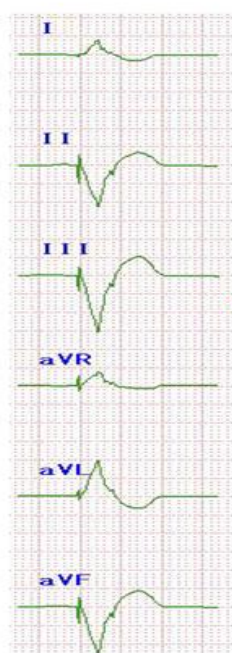
心電図経過

RV pacing

両室ペーシング

RV pacing

両室ペーシング

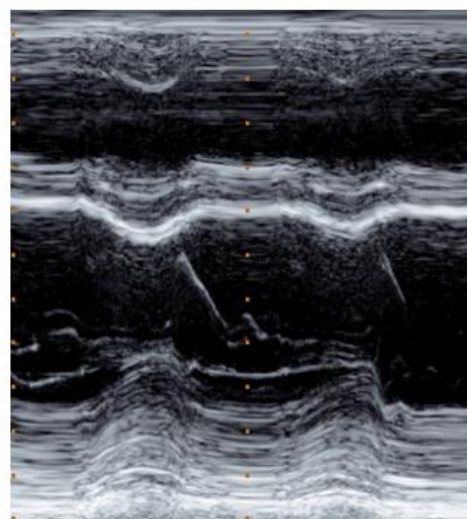
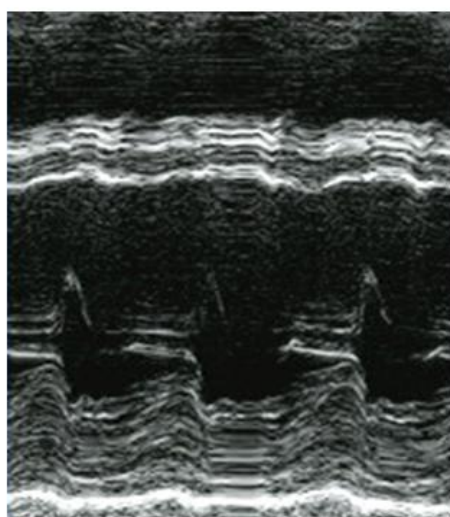


QRS幅の短縮を認める。

心エコー指標経過

入院前

CRT-D術後



左房径
左室径
左室収縮率

5.54cm
6.08cm
33%

4.86cm
5.48cm
45%

左房, 左室径の縮小, 左室収縮率の改善を認めた。

留学報告

ロチェスター大学

Aab Cardiovascular Research Institute

八木 秀介

2009年8月から米国ニューヨーク州にあるロチェスター大学Aab Cardiovascular Research Instituteにて研究留学させていただいています。当初はボルチモアのジョンズ・ホプキンス大学に留学予定でしたが、留学直前にボスのCharles J. Lowenstein教授がロチェスター大学にセンター長として栄転したため、偶然にも赤池先生の留学先と同じ施設へ留学することになりました。

ロチェスターは、オンタリオ湖の南岸に位置しており、ニューヨーク州では3番目に人口の多い街です。ニューヨーク州といってもニューヨーク市までは車で6時間かかります。北海道と同じ緯度であり、夏は涼しく非常に過ごしやすいのですが、冬は極寒(-20度近くになることも)に加えオンタリオ湖の湿気を帯びた雪が大量に降るので、街全体が灰色になり、気持ちまで憂鬱になる地域です。教育に非常に力を注いでいる学術都市でもあり、ロチェスター大学がロチェスター市の最大雇用主となっています。ロチェスター大学は、1850年に設立された私立大学で医学・経済学・物理・音楽学などは全米トップクラスだそうです。2002年にノーベル物理学賞を受賞された小柴昌俊博士が博士号を修得された大学でもあります。ただし私が勤めているAab Cardiovascular Research Instituteは、2007年に本学から車で20分離れたところに移転しました。カフェなどの大学らしい施設がなく、はじめて施設を見学したときには工場という印象を受け、第二の学生生活を夢見ていた私は非常にがっかりしました。

生活に関しては、大都市と違って物価も安く、自然にあふれており(リス、鹿、ウッドチャック、場合によってはターキー、スカunkなどを家の近くで見かけます)、非常に生活しやすいです。また人々ものんびりでおおらかかつ礼儀正しい人が多く古き良きアメリカを連想させます。コミュニティもしっかりしており、私のアパート周辺は非常に安全で、普通に生活している限りでは、危険を感じるどころか、むしろ徳島より安全な印象があります。食事はどうしてもピザなどのアメリカンフードが多くなりがちで、魚料理や徳島ラーメンが無性に恋しくなります。また最近では肥満予防のためエリー運河沿いのジョギングを始めました。

研究に関しては、近年注目を集めているマイクロRNA(自身は蛋白に翻訳されないが標的蛋白を転写後に抑制する短鎖RNA)が心血管生理を制御するという新しい概念を確立すべく細胞を中心に扱う研究を行っております。拙い英語からなかなか思ったように実験をマネジメントできず、苦しい毎日を送っていますが、この経験が私の目指す研究能力を有する臨床医、すなわちphysician scientistとしての血肉になると信じてがんばっております。

苦勞することはやはり英語でのコミュニケーションです。留学すると英語が上達するという甘い期待を持ってやってきたのですが、やはり仕事の実験だけに、日本と同じで論文を読んだり、細胞を扱ったりと人と向かい合うより、机や実験ベンチに向かっている時間が多いため、なかなか英語をしゃべる機会が多くありません。アメリカ人は英語がしゃべれない人を相手にしてくれないことが多いのでますます英語をしゃべらなくなり、私も一時期、挨拶以外まったく英語をしゃべらないという時期がありました。それでは留学の目的を達成できないので、最近では努めてラボの人に話しかけて英語をトレーニングする機会を作っております。これから留学を考えておられる方は是非留学前に日常生活や研究プレゼンテーションに困らない程度の英語力をつけておくことをお勧めします。

帰国後は、診療のみならず臨床医の視点から心血管病の予防や治療につながる研究を進めていきたいと思っております。成長した姿で皆様にお会いできるような残りの留学期間を走り抜く覚悟です。このような貴重な留学の機会を与えて頂きました佐田政隆教授、松本俊夫教授をはじめ、徳島大学の諸先生方に感謝いたします。



医局の現況と今後の行事について

循環器内科総務医長 添木 武

平素より大変お世話になっております。総務医長(医局長)の添木です。前回(眉山9号)の当誌面にて紹介させていただきましたように、今年春に新メンバーが加入し益々盛り上がりを見せている当科ですが、この夏からは楠瀬賢也先生がアメリカのクリーブランド・クリニックに留学致しました。まだまだマンパワーが不足している当科としてはある意味非常に痛い出来事ですが、アメリカで一回り大きくなって帰ってきてもらえればということで盛大に送り出しました。その次のイベントとしては、やはり8月13日の眉山学術アカデミックフォーラム並びにハート連の阿波踊り参加があげられます。研究会に関しましては共催メーカーの降板などがあり開催が危ぶまれましたが、最終的に、東京大学の岩田洋先生、宇野漢成先生、榊原記念病院の長山雅俊先生、自治医科大学さいたま医療センターの百村伸一先生、滋賀医科大学の柏木厚典先生、国立循環器病研究センターの北風政史先生にご参加頂き例年以上の盛り上がりが見られました。同日夜の阿波踊りも大盛況で、参加頂いた皆様楽しんでいただけたのではないかと思います。また、この阿波踊り運営に関しましては例年にもまして多くの関連病院から御援助頂きました。この場を借りまして厚く御礼申し上げます。次に、今後の予定ですが、10月付けで当科後期研修医の山崎宙先生が麻植協同病院に高島啓先生が健康保険鳴門病院にそれぞれ出向する予定です。代わりに、鳴門病院からは坂東美佳先生が当科に戻ってくる予定です。まだまだマンパワー不足の状態ではありますが、今後は少しずつこのような人的交流も増えていくものと予想されますので、関連病院の先生方には益々のご協力を賜りますようお願い申し上げます。また、10月16日にはホテルグランドパレス徳島にて徳島大学循環器内科学の開講記念会を開催させて頂く予定です。万障お繰り合わせの上ご出席賜りますようお願い申し上げます(万が一招待状が届いていない先生がおられましたらお手数ですが御連絡頂ければ幸いです)。最後になりましたが、医局員一同力を合わせより良質の医療を提供できるようがんばっていく所存ですので、先生方におかれましては今後ともさらなるお力添えをお願い申し上げます。

趣味のコーナー

循環器内科 仁木 敏之

みなさん、こんにちは。徳島大学病院循環器内科野球部員の仁木敏之です。当科では2009年10月より心臓血管外科との循環器連合チーム『Circulation』(命名は佐田監督です)を立ち上げ、学内で開催されている医局対抗野球大会へ参戦中です。お忙しい先生方が多く、なかなか都合が合わないことも多いですが、新入局員の高島先生、山崎先生や循環器研修中の研修医の応援も借りて楽しく活動しています。小さい頃は天才野球少年の呼び声高く、親父のボロボロのグローブ片手に、末は読売ジャイアンツで原辰徳選手の8番を受け継ぐと言われていた僕ですが、巨人の勝敗に一喜一憂していたのはいつのことだったか、最近では妻の野球嫌いからめっきりプロ野球を観ることもなくなり、運動も全くしない体になってしまいました。しかし縁あって再び野球をすることになり、体を動かす喜びを噛みしめているところです。...というのは少し言い過ぎで、この年で体力低下を思い知る羽目となり、佐田教授を見習って少しランニングなども始めている今日この頃です。少し前のことになりますが、昨年6月に北島中央公園スポーツ広場にて循環器内科vs薬剤部チームの試合を行った際には、前日はびっくりするほどの大雨、当日は強烈な晴れ空となり、下からは熱気ムムム、上からは日差しカンカンと、コンディションは最悪でしたが、乱打戦の末、我がチームの好守が光り、14-9のスコアで勝利を収めました。残念ながら決勝までは進めず、その後の試合も天候に恵まれずに順延になっている状態ですが、10月には試合が組まれる予定です。当科も心臓血管外科も激務ではありますが、いつでも患者さんのもとに駆け付けられるように、蔵本キャンパスのグラウンドを利用して練習に励み、臥薪嘗胆といきたいと思います。何卒応援の程をよろしくお願い申し上げます！



新入局員紹介

發知 淳子 先生

〈自己紹介〉

大阪医科大学 平成14年卒
大阪医科大学第1内科学教室で研修後、関連病院や大阪医科大学にて循環器診療に従事しておりました。本年5月より徳島大学循環器内科で心エコーを中心に勉強させていただいております。趣味は自転車、大阪(高槻)時代は大阪城・箕面の滝・嵐山なんか遊びに出かけたりしておりました。徳島に来てからはまだロードで出かけていませんが、景色のよいコースも多いと伺い、今後行ってみたいと思います。不慣れなことも多く、御迷惑をおかけすることもあるかと思いますが、御指導・御鞭撻のほど、よろしくお願い致します。



伊勢 孝之 先生

〈自己紹介〉

2004年に自治医科大学医学部を卒業後、徳島県立中央病院、徳島大学病院、川島循環器クリニックでの勤務を経て、2008年4月からは、国立循環器病研究センターで3年間にわたり研修させていただきました。2011年4月より徳島大学病院循環器内科の一員として、診療させていただいております。現在、水曜日の定期外来に加え、心臓リハビリ外来も担当させていただいております。丁寧に患者様を診させていただくことをモットーにし、アカデミックにも物事を考えられるよう精進していきたいと思っております。よろしくお願い申し上げます。



論文紹介

循環器内科 山崎 宙

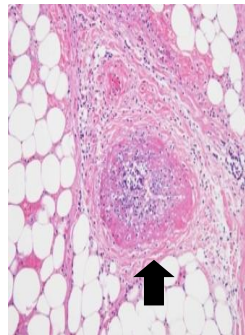
本年度より入局いたしました3年目の山崎 宙と申します。9月までは大学病院で仕事させていただいておりましたが、2011年10月からはJA徳島厚生連麻植協同病院の循環器内科に勤めさせていただいております。今後ともよろしくお願い致します。

この度、山口先生の御指導の下、Journal of Cardiology Casesに『A patient who developed toe necrosis due to poor blood circulation after an interdigital tick bite』が掲載されることとなりました(Journal of Cardiology Cases (2011) 4, e106—e109)。本症例は私が研修医1年目に循環器内科研修中に経験した症例であり、当時より病態把握に難渋した症例でした。以下に内容を簡単に紹介させていただきます。

症例は71歳女性で、主訴は左第3趾の潰瘍壊死でした。左第3趾に掻痒感を自覚し、その後同部位が紫色となり、軽度疼痛があるために近医受診されました。左2-3趾間部に虫がかみついていたために摘除され、皮膚科でマダニであると指摘された。その後も疼痛が増強するために他院皮膚科を紹介受診し、血行動態評価のために当院循環器科に入院となりました。左第3趾中節部遠位は黒色壊死していましたが、刺咬部には異常所見を認めませんでした。動脈硬化の危険因子は皆無でした。左第3趾は既に壊死しており、当院形成外科で足趾切断術を施行されました。術前の血管造影では切断趾手前の動脈に異常はなく、切断趾で血管の閉塞が認められました。病理所見から多数の血管に血栓が形成され、虚血のために壊疽を来したと考えられました。ダニ刺咬に対する生体反応が血栓形成による虚血に関連していると考えられ、側副血行路の少ない部位へのマダニ刺咬は末梢壊死を来す可能性が示唆された一例でした。

本症例と同様の症例はこれまでに報告がなく、院内でも皮膚科や形成外科、病理学の先生方から御助言を頂きました。また、2010年6月には栃木県で行われた臨床寄生虫学会に参加し、自治医科大学の松岡裕之先生や宮崎大学の丸山治彦先生からもアドバイスを頂きました(学会当日の夜に餃子を食べながら宇都宮駅の前で、W杯予選リーグのオランダ戦をpublic viewingで楽しんだことも含めて大変良い経験になりました)。今回は初めての論文作成であり、acceptまで時間がかかりましたが、佐田教授をはじめ、循環器内科の諸先生方には様々な形で御力添えいただき、大変感謝しております。今回無事に論文掲載に至ることができたのは一重に多くの先生方の御支援があつてのことと心より御礼申し上げます。

今後とも患者様に真摯に向き合い、最善の治療を提供できるように日々精進していく所存ですので、これまで同様に御指導、御鞭撻いただけますよう、宜しくお願い申し上げます。



—循環器内科への紹介方法—

1. FAX新患予約 受付:平日 9:00-17:30

地域医療連携センターFAX予約室(0120-33-5979)へFAXしてください。

(FAXの書式: http://www.tokushima-hosp.jp/m_regional/fax.html)

心エコー検査(火, 金)の直接予約も行っています。

不明な点は電話(088-633-9106)で地域医療連携センターにお問い合わせ下さい。

2. 時間内の緊急受診 平日8:30 - 17:30

内科外来に電話(088-633-7118)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17:30 - 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. 肺高血圧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: 山田(第1,3,5週)・竹谷(第2,4週)

■ 連絡事項、今後の予定

10月25日(火)第11回眉山循環器カンファレンス

19:00より、徳島大学病院 西病棟11階 日亜メディカルホールにて

■ 編集後記

私が編集長を引き継いでから無事に三度目の広報誌を作成することが出来ました。今回は現在留学中の八木先生から近況報告の連絡があり、留学記を掲載しました。医局員紹介においては県外の病院で活躍されていた現在当科主力となって頂いている先生方を紹介させていただきます。阿波踊りも盛況に終わり、医局員一同、士気も高まり診療、研究、教育に奔走しています。今後とも先生方のご指導、ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

眉山第10号

平成23年9月21日発行

発行者 佐田政隆
編集 山口浩司