

第 162 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成28年6月4日(土)午前8時55分より

会 場：アイーナ いわて県民情報交流センター 8F

岩手県盛岡市盛岡駅西通1丁目7番1号

TEL 019(606)1717

第1会場：会議室803

第2会場：会議室804A

第3会場：会議室804B

第4会場：研修室812

会長 富田 泰史

事務局：弘前大学大学院医学研究科循環器腎臓内科学講座
弘前市在府町5

TEL 0172 (39) 5057 FAX 0172 (35) 9190

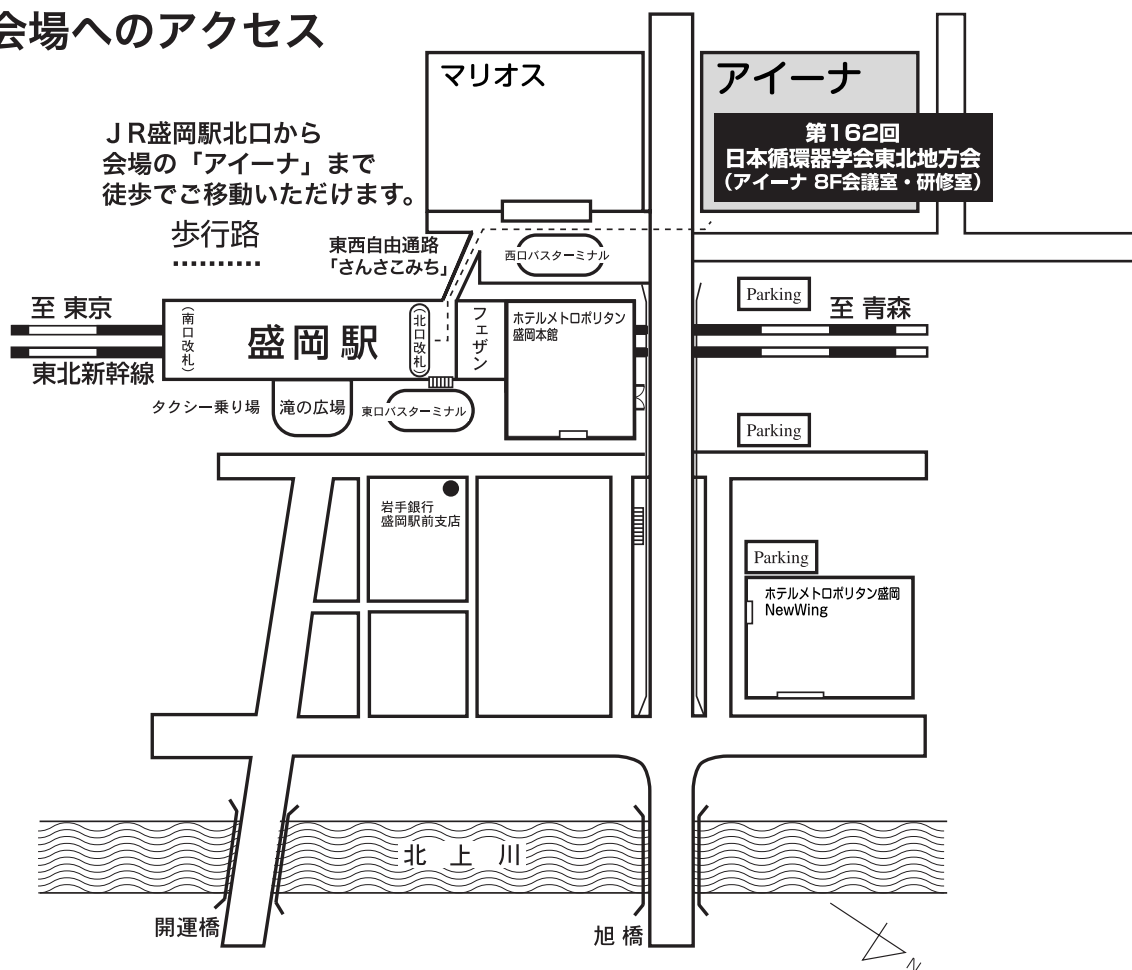
- 当日受付にて参加費のお支払いをお願いいたします。
(医師/その他 3,000円、コメディカル 1,000円、学生・初期研修医 無料)
 - 一般演題：発表時間は5分(予鈴4分)、追加討論2分、YIAの発表時間は7分(予鈴6分)、追加討論3分とします。時間厳守をお願いします。
 - コンピュータープレゼンテーションによる発表のみとします。
 - Windows版PowerPoint2007、2010、2013で作成して下さい。
 - 動画は使用できません。
 - Macintosh及び持込PCでの発表はできません。
 - 発表30分前まで**に、作成したデータをUSBメモリに入れてPC受付にお持ち下さい。
 - データのファイル名には演題番号(半角)に続けて発表者の氏名(漢字)を必ずつけて下さい(例：20弘前太郎.ppt)。
 - 不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ち下さい。
 - 本会場内に託児施設を設置いたします。ご希望の方は東北支部HPをご参照の上、5月27日(金)までにお申し込みください。
 - 学術集会(5単位)、教育セッション(3単位)とします。
 - DVDセッション「医療安全・医療倫理に関する講演会」を第4会場(研修室812)で行います。専門医認定更新に必修の2単位が取得できます。(P.22参照)
- 追記：学会案内状・プログラムは、原則として日本循環器学会会費納入者に限り発送いたします。
会場にクロークの設置はございません。

■会場のご案内

会場：いわて県民情報交流センター「アイーナ」
 8F会議室・研修室
 盛岡市盛岡駅西通1-7-1
 TEL 019-606-1717
 URL <http://www.aiina.jp>



■会場へのアクセス



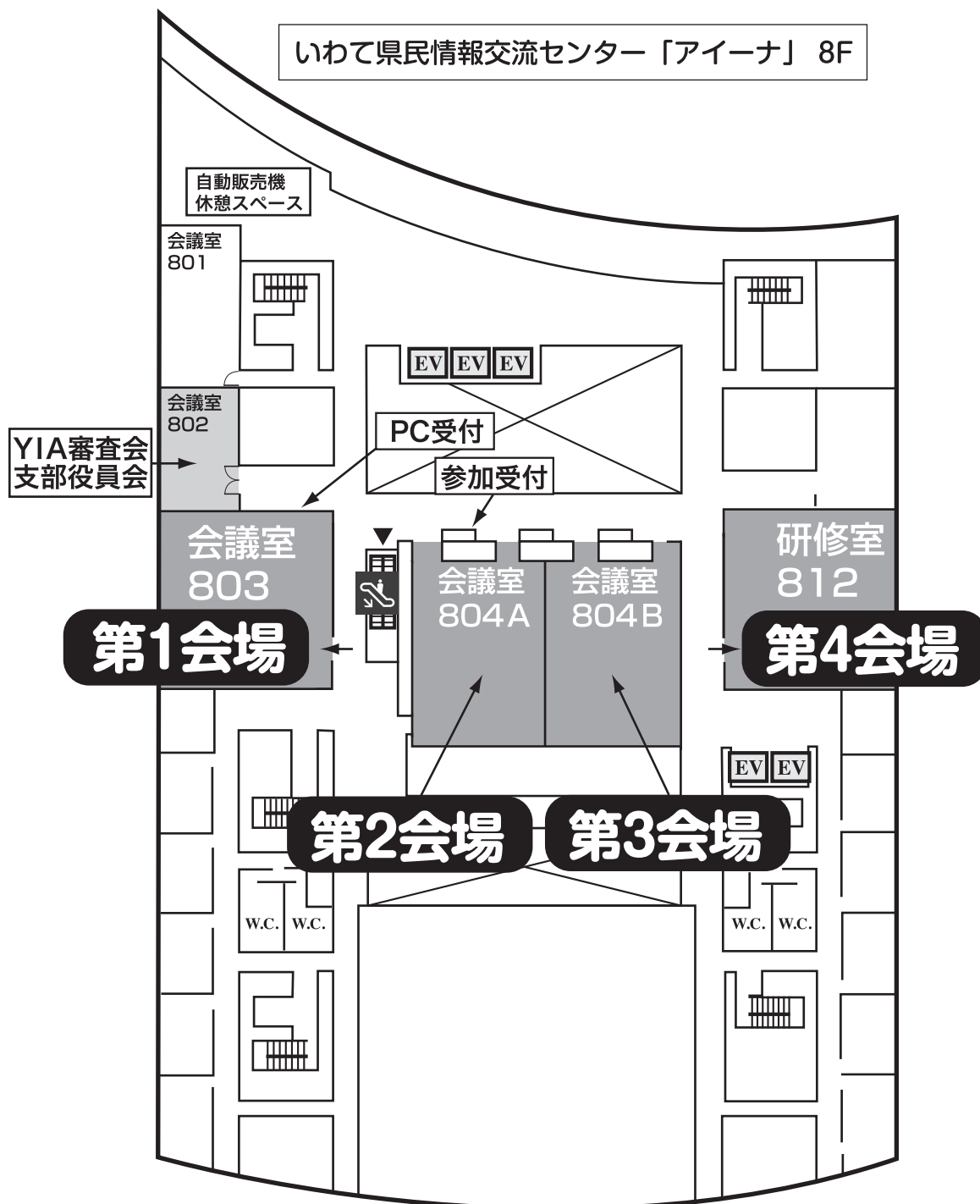
【東北新幹線】 盛岡駅北口から徒歩4分

- 青 森 ⇄ 東北新幹線「はやぶさ・はやて」 約50分 ⇄
- 秋 田 ⇄ 秋田新幹線「こまち」 約1時間30分 ⇄
- 仙 台 ⇄ 東北新幹線「はやぶさ・はやて」 約40分 ⇄
- 東 京 ⇄ 東北新幹線「はやぶさ・はやて」 約2時間10分 ⇄

盛
岡

盛岡駅北口から東西自由通路を通り、アイーナ3F入口から8Fにご移動ください。
 自家用車でお越しの方は近隣有料駐車場をご利用ください。

■会場案内図



プログラム（敬称略）

	第1会場 会議室 803	第2会場 会議室 804A	第3会場 会議室 804B	第4会場 研修室 812	会議室802
	8:30 受付開始				
9:00	8:55~9:00 開会挨拶 会長 富田 泰史 (弘前大学)				
	9:00~9:50 YIA症例発表部門 座長 富田 泰史 (弘前大学)	9:00~9:35 虚血性心疾患 1 座長 高橋 徹 (岩手県立中央病院)	9:00~9:35 不整脈 1 座長 木村 正臣 (弘前大学)	9:00~9:28 弁膜症 座長 中野 陽夫 (東北医科薬科大学)	
		9:35~10:03 虚血性心疾患 2 座長 富岡 智子 (みやぎ県南中核病院)	9:35~10:10 不整脈 2 座長 福田 浩二 (東北大学)	9:28~10:03 肺循環 座長 阿部 直樹 (つがる総合病院)	
10:00	9:50~10:40 YIA研究発表部門 座長 富田 泰史 (弘前大学)	10:03~10:38 大動脈 座長 飯野 健二 (秋田大学)	10:10~10:45 不整脈 3 座長 阿部 芳久 (秋田県立脳血管研究センター)	10:05~11:35 DVDセッション 「医療安全・医療倫理に 関する講演会」	
11:00	10:40~11:15 心筋症 1 座長 宮本 卓也 (山形大学)	10:38~11:06 末梢血管 座長 樋熊 拓未 (弘前大学)	10:45~11:20 不整脈 4 座長 武田 寛人 (太田西ノ内病院)		10:40~11:15 YIA審査会 集計(10:40~11:00) 審査会(11:00~11:15)
	11:15~11:50 心筋症 2 座長 鈴木 均 (福島県立医科大学)	11:06~11:48 心不全・血栓 座長 大和田真玄 (岩手医科大学)	11:20~11:48 心筋炎・心内膜炎 座長 皆川 正仁 (弘前大学)		11:15~11:45 支部役員会
12:00				11:45~12:00 心肺蘇生法普及委員会	
	12:00~12:40 支部社員総会 支部評議員会 YIA授賞式				
13:00		12:50~13:50 教育セッション1 ランチョンセミナー1 木村 和美 日本医科大学大学院医学研究科 神経内科学分野 座長 下川 宏明 (東北大学)	12:50~13:50 教育セッション2 ランチョンセミナー2 岡村 智教 慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学 座長 竹石 恭知 (福島県立医科大学)		
14:00	13:50~14:50 教育セッション3 特別講演 坂田 泰史 大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学 座長 富田 泰史 (弘前大学)				
14:50					

*平成27年12月より、下記3つの会を開催します。

「支部役員会（毎回開催）」、「支部社員総会（28年度より毎年6月開催）」、「支部評議員会（毎回開催）」

従来通り一般会員の先生方のご参加は可能ですが、議決権は有しません。

YIA 症例発表部門 (第 1 会場) 9:00 ~ 9:50

座長 富田 泰史

01 不整脈原性右室心筋症の臨床像に酷似した心サルコイドーシスの 1 例

東北大学 循環器内科学 ○三木 景太、福田 浩二、中野 誠、近藤 正輝
瀬川 将人、平野 道基、千葉 貴彦、深澤恭之朗
諸沢 薦、下川 宏明

02 集学的治療により LVAD を離脱しえた周産期心筋症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学
○加藤 宗、真壁 伸、高橋久美子、奈良 育美
関 勝仁、小山 崇、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

03 α トロポミオシン 1 (TPM1) 遺伝子にミスセンス変異を伴った若年性肥大型心筋症の一家系

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
○渡邊 俊介、義久 精臣、安齋 文弥、菅野 優紀
上岡 正志、鈴木 聡、及川 雅啓、小林 淳
国井 浩行、竹石 恭知
東京医科歯科大学 難治疾患研究所・分子病態分野
林 丈晴、木村 彰方

04 完全皮下植込み型除細動器 (S-ICD) によるセンシング特性の課題が示唆された蘇生後 Brugada 症候群の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学
○石田 祐司、佐々木憲一、金城 貴彦、西崎 公貴
對馬 佑一、富田 泰史、奥村 謙
弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学
佐々木真吾、堀内 大輔
弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学
木村 正臣

05 心筋に広範な低エコー領域を呈し、心筋生検により確定診断に至った悪性リンパ腫心筋浸潤の一例

山形県立中央病院 循環器内科
○志鎌 拓、加藤 重彦、菊地 翼、渡部 賢
大道寺飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男
矢作 友保、松井 幹之、後藤 敏和

06 Superoxide Dismutase-1遺伝子多型が心血管死に与える影響

—山形県コホート研究—

山形大学医学部 第一内科 ○大瀧陽一郎、渡邊 哲、岩山 忠輝、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、山中 多聞
宮本 卓也、久保田 功

07 雪かき作業を契機に発症した急性心筋梗塞症例の臨床的特徴と予後の検討

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○妹尾麻衣子、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

08 左心由来肺高血圧の予後予測における肺動脈キャパシタンスの有用性

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座

○神 雄一朗、杉本 浩一、中里 和彦、坂本 信雄
八巻 尚洋、国井 浩行、義久 精臣、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知

09 血漿セロトニン濃度は冠微小血管障害を反映する

東北大学 循環器内科学

○小鷹 悠二、高橋 潤、圓谷 隆治、羽尾 清貴
西宮 健介、須田 彬、小松 真恭、松本 泰治
伊藤 健太、下川 宏明

10 腎移植術による心機能改善効果

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○阿部 起実、飯野 貴子、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

心筋症 1 (第1会場) 10:40~11:15

座長 宮本 卓也

11 抗体関連型拒絶反応 (AMR) を合併した心臓移植の一例

東北大学 医学系研究科 心臓血管外科学分野

○高原 真吾、河津 聡、秋山 正年、川本 俊輔
齋木 佳克

東北大学 循環器内科学 青木 竜男、杉村宏一郎、下川 宏明

12 Hybrid手術室において集約的加療を要した「たこつぼ型心筋症」の一例

東北大学 循環器内科学

○須田 彬、西宮 健介、圓谷 隆治、羽尾 清貴
松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太、下川 宏明

東北大学 肝胆膵外科学

佐藤 英昭、森川 孝則、海野 倫明

13 褐色細胞腫が起因と疑われたたこつぼ様心筋障害の一例

つがる西北五広域連合 つがる総合病院 循環器・呼吸器・腎臓内科

○矢部 遥子、加藤 千里、工藤奈津美、阿部 直樹
山本 猛

14 急性心不全を呈した逆たこつぼ心筋症の一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○土屋 隼人、小山 容、石垣 大輔、玉渕 智昭
祐川 博康

15 GLA 遺伝子変異とゼブラ小体を伴いファブリー病との鑑別を要した閉塞性肥大型心筋症の一例

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座

○八重樫大輝、及川 雅啓、坂本 信雄、小林 淳
鈴木 聡、義久 精臣、八巻 尚洋、中里 和彦
鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

心筋症 2 (第1会場) 11:15~11:50

座長 鈴木 均

16 潜在性左室流出路狭窄を有するS字状中隔により失神を呈した一例

公立置賜総合病院 循環器内科

○竹村 昭宣、石野 光則、北原 辰郎、新関 武史
山内 聡、池野栄一郎

17 二度目の心筋生検で心臓限局性心サルコイドーシスと診断し得た1症例

岩手県立中部病院 循環器内科

○西澤 健吾、土川 幹史、井筒 大人、織笠 俊樹
盛川 宗孝、齊藤 秀典

18 繰り返す失神から診断に至ったALアミロイドーシスの一例

一般財団法人 脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 循環器科

○志波 慶樹、川村 敬一、佐藤 雅之、永沼和香子
大杉 拓、武藤 満、小野 正博

19 右室に限局した心サルコイドーシスの1例

岩手県立中部病院 循環器内科

○盛川 宗孝、織笠 俊樹、齊藤 秀典、西澤 健吾
土川 幹史、井筒 大人

20 運動誘発性の高度房室ブロックを契機に診断された心サルコイドーシスの一例

日本海総合病院 循環器内科

○齋藤 悠司、桐林 伸幸、青野 智典、後藤 準
本田晋太郎、瀬津 俊介、菊地 彰洋、近江 晃樹
菅原 重生

虚血性心疾患 1 (第2会場) 9:00~9:35

座長 高橋 徹

21 左冠尖に形成した血栓により左主幹部の急性心筋梗塞を発症した一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○成田 真人 横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

22 右冠動脈遠位部慢性完全閉塞病変に対するPCIにより、高度僧帽弁閉鎖不全症が改善し開心術を回避し得た症例

福島県立医科大学 循環器内科

○寶槻 優、国井 浩行、安藤 卓也、秋田 発
國分 知樹、上岡 正志、小林 淳、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知

23 短期間で2度発症した責任病変の異なる不安定狭心症の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○谷 哲矢、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人

24 LADからRCAが分岐する単冠動脈の1例

山形市立病院済生館

○阿部 航也、佐々木真太郎、中田 茂和、宮脇 洋

25 sirolimus eluting stentに関連した遅発性イベントを繰り返した一例

福島赤十字病院 循環器内科

○佐藤 優紀 渡部 研一、根岸 紘子、阪本 貴之
大和田尊之

26 OCTにより詳細に観察できた“Artery-to-Artery”機序による急性心筋梗塞の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○川村 陽介、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

27 心筋梗塞慢性期に発症する心不全の予測因子

仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科

○浪打 成人、杉江 正、瀧井 暢、牛込 亮一
佐藤 公一、加藤 敦

28 抗癌剤の使用と関連してACSを発症した6例

国立病院機構 仙台医療センター

○人見 泰弘、篠崎 毅、石塚 豪、尾上 紀子
山口 展寛、藤田 央、高橋 佳美、山中 信介

29 心サルコイドーシスに冠攣縮性狭心症を合併した2症例

東北大学 循環器内科学

○崔 元吉、羽尾 清貴、西宮 健介、圓谷 隆治
松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太、下川 宏明

大動脈（第2会場） 10:03～10:38

座長 飯野 健二

30 非典型的な画像所見のため診断に苦慮した急性大動脈解離の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

○赤沼 英、赤沼 英、遠藤 秀晃、照井 洋輔
梶谷 翔子、門間 雄斗、佐藤謙二郎、金澤 正範
野田 一樹、中嶋 壮太、高橋 徹、中村 明浩
野崎 英二

岩手県立中央病院 心臓血管外科

小田 克彦

31 Stanford B型急性大動脈解離に伴う急性呼吸不全の予測因子の検討

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○富岡 智子、竹内 智、土屋 聡、伊藤 愛剛
塩入 裕樹、小山 二郎、井上 寛一

32 異所性右鎖骨下動脈を伴った急性A型大動脈解離に対し上行弓部置換術後緊急TEVARを施行し救命した1症例

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○高橋 悟朗、小田 克彦、寺尾 尚哉、鷹谷 紘樹
長嶺 進

33 後腹膜腫瘍が疑われた緩徐進行性の腹部仮性大動脈瘤の一例

山形県立中央病院 循環器内科

○高橋 克明、志鎌 拓、大道寺飛雄馬、加藤 重彦
玉田 芳明、福井 昭男、松井 幹之、矢作 友保
後藤 敏和

山形県立中央病院 心臓血管外科

鈴木耕太郎、川原 優、阿部 和男

34 片側の間歇性跛行を呈したStanford分類B型急性大動脈解離の一例

仙台厚生病院 循環器内科

○富樫 大輔、堀江 和紀、西願 誠、遠田 佑介
土岐 祐介、宮坂 政紀、箴井 宣任、松本 崇
伊澤 毅、櫻井 美恵、多田 憲生、宗久 雅人
本多 卓、井上 直人、目黒泰一郎

末梢血管（第2会場） 10：38～11：06

座長 樋熊 拓末

- 35 深部静脈血栓症を発症したMay-Thurner症候群に対して腸骨静脈ステントを留置した1例

公立置賜総合病院 循環器内科

○山内 聡、北原 辰郎、新関 武史、石野 光則
竹村 昭宣、池野栄一郎

- 36 当院における浅大腿動脈TASC A/B病変における薬剤溶出性自己拡張型ステントの治療成績

山形大学医学部 第一内科

○高橋 大、大瀧陽一郎、渡邊 哲、橋本 直明
熊谷 遊、成味 太郎、和根崎真大、岩山 忠輝
西山 悟史、有本 貴範、穴戸 哲郎、宮本 卓也
山中 多聞、久保田 功

- 37 総腸骨動脈から膝窩動脈の閉塞病変に対し血管内治療とバイパス術を同時に施行した閉塞性動脈硬化症の症例

仙台厚生病院 循環器内科

○堀江 和紀、井上 直人、田中綾紀子、宗久 雅人
目黒泰一郎

仙台厚生病院 心臓血管外科

山谷 一広、畑 正樹

- 38 下肢静脈瘤に対するラジオ波による血管内治療の短期成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○片平晋太郎、小田 克彦、鷹谷 紘樹、高橋 悟朗
長嶺 進

心不全・血栓（第2会場） 11:06～11:48

座長 大和田真玄

39 低アルドステロン血症により低血圧が遷延した重症肺炎・心不全の一例

岩手県立中央病院

○照井 洋輔、中嶋 壮太、門坂 崇秀、中田 貴史
渡辺 翼、佐藤謙二郎、金澤 正範、野田 一樹
近藤 正輝、遠藤 秀晃、高橋 徹、中村 明浩
野崎 英二

40 多発性心内腫瘍を認めたうっ血性心不全の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○奈良 育美、加藤 宗、高橋久美子、真壁 伸
小山 崇、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

41 NOAC 関連脳出血症例の予後不良例の検討

(財)黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

○萩井 譲士、目時 典文、斎藤 新、白戸 弘志
佐々木都子、高橋 広希、人見 博康、鎌田 孝篤
保嶋 実

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

富田 泰史

弘前大学医学部保健学科

長内 智宏

済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門

奥村 謙

42 慢性心不全患者の簡便な予後予測リスクスコアの開発

東北大学 循環器内科学

○笠原信太郎、坂田 泰彦、但木壮一郎、山内 毅
小野瀬剛生、辻 薫菜子、阿部 瑠璃、及川 卓也
高橋 潤、下川 宏明

東北大学 循環器EBM開発学 宮田 敏

43 日本の慢性心不全患者における在宅健康管理と予後に関する研究

－CHART-2 研究からの報告－

東北大学 循環器内科学

○阿部 瑠璃、坂田 泰彦、三浦 正暢、山内 毅
小野瀬剛生、辻 薫菜子、及川 卓也、笠原信太郎
後岡広太郎、高橋 潤、下川 宏明

東北大学 循環器EBM開発学 宮田 敏

44 左室駆出率が低下した心不全と左室駆出率が保たれた心不全の臨床学的特徴における差
－ CHART- 2 研究の知見－

東北大学 循環器内科学

○辻 薫菜子、坂田 泰彦、三浦 正暢、後岡広太郎
但木壮一郎、山内 毅、小野瀬剛生、阿部 瑠璃
及川 卓也、笠原信太郎、高橋 潤、下川 宏明

東北大学 循環器EBM開発学

宮田 敏

不整脈 1 (第3会場) 9:00~9:35

座長 木村 正臣

45 減衰伝導特性を有する左側前壁の潜在性副伝導路を介した房室回帰性頻拍の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○對馬 迪子、金城 貴彦、石田 祐司、富田 泰史
奥村 謙

弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学

木村 正臣

弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学

佐々木真吾、堀内 大輔

46 冠静脈洞憩室での高周波通電により副伝導路離断に成功したWPW症候群の1例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○箆井 宣任、富樫 大輔、西願 誠、須知 太郎
遠田 佑介、伊藤 真輝、石井 和典、土岐 祐介
宮坂 政紀、田中綾紀子、松本 崇、堀江 和紀
伊澤 毅、櫻井 美恵、多田 憲生、宗久 佳子
宗久 雅人、本多 卓、大友 達志、井上 直人
目黒泰一郎

47 副伝導路の斜走と心房中隔の肥厚によりアブレーションに難渋した肥大型心筋症合併のWPW症候群の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○野寺 稷、金城 貴士、上岡 正志、神山 美之
鈴木 均、竹石 恭知

48 冠静脈洞 - 右房接合部がリエントリー回路に含まれると考察した通常型房室結節リエントリー頻拍の1例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 舞、八木 哲夫、鈴木 啓資、小松 寿里
佐藤 英二、中川 孝、佐藤 弘和、山科 順裕
三引 義明、石田 明彦

49 ファロー四徴症術後のPVCに対し、大動脈冠尖からの通電が有効であった一例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、福田 浩二、長谷部雄飛、木村 義隆
平野 道基、深澤恭之朗、千葉 貴彦、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

不整脈 2 (第3会場) 9:35~10:10

座長 福田 浩二

50 心房細動アブレーション後、遅発性に心嚢液貯留をきたした1例

仙台市立病院 循環器内科 ○佐藤 弘和、石田 明彦、三引 義明、山科 順裕
中川 孝、佐藤 英二、小松 寿里、佐藤 舞
鈴木 啓資、八木 哲夫

51 左房内隔壁を有する症例で施行した心房細動アブレーションの1例

仙台市立病院 循環器内科 ○鈴木 啓資、佐藤 弘和、石田 明彦、三引 義明
山科 順裕、中川 孝、佐藤 英二、佐藤 英二
小松 寿里、佐藤 舞、八木 哲夫

52 脳梗塞患者の発作性心房細動検出におけるANP測定の有用性

(財)黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

○白戸 弘志、目時 典文、萩井 譲士、保嶋 実
弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学
富田 泰史
済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門
奥村 謙

53 高カリウム血症により心室停止に至った左脚ブロックの1例

国立病院機構 仙台医療センター

○佐藤 公亮、山口 展寛、高橋 佳美、山中 信介
人見 泰弘、藤田 央、尾上 紀子、石塚 豪
篠崎 毅

54 アルコール摂取時に顕在化した房室伝導障害により失神を繰り返したMarfan症候群の1例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○對馬 佑一、石田 祐司、佐々木憲一、金城 貴彦
西崎 公貴、富田 泰史、奥村 謙
弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学
佐々木真吾、堀内 大輔
弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学
木村 正臣

不整脈 3 (第3会場) 10:10~10:45

座長 阿部 芳久

55 カルバマゼピン内服中に完全房室ブロックをきたした1例

国立病院機構 仙台医療センター

○川名 友美、山口 展寛、高橋 佳美、山中 信介
藤田 央、尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

56 Electrical stormを来したBrugada症候群の1例

岩手県立釜石病院内科循環器内科

○梶田 房紀、那須 崇人、佐々木加弥、坂本 翼
小松 隆、川上 幹夫

岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌分野

小澤 真人、中村 元行

岩手医科大学 内科学講座 循環器分野

田口 裕哉、芳沢 礼佑、森野 禎浩

57 J waveの関連が示唆される心室細動発作を起こした若年Brugada症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○深澤恭之朗、中野 誠、近藤 正輝、瀬川 将人
千葉 貴彦、三木 景太、福田 浩二、下川 宏明

58 地域一般住民における血清エイコサペンタエン酸濃度とJ波頻度の関連： 岩木健康増進プロジェクトからの報告

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○木村 嘉宏、富田 泰史、山田 雅大、市川 博章
西崎 公貴、成田 育代、金城 貴彦、丹野 倫宏

弘前大学大学院医学研究科 社会医学講座

中路 重之

済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門

奥村 謙

59 腎梗塞を契機に発症したTorsade de Pointesの一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター 循環器内科

○大原妃美佳、武田 寛人、君島 勇輔、金澤 晃子
石田 悟朗、遠藤 教子、新妻 健夫、小松 宣夫

福島県立医科大学 循環器内科講座

竹石 恭知

不整脈 4 (第3会場) 10:45~11:20

座長 武田 寛人

- 60 作動確認テストにより適正なICD設定が可能であった閉塞性肥大型心筋症の1例
東北大学 循環器内科学 ○中野 誠 福田 浩二、長谷部雄飛、木村 義隆
平野 道基、深澤恭之朗、千葉 貴彦、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明
- 61 マラソン中に心肺停止に至り着用型自動除細動器を装着した虚血性心筋症の一例
弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学
○米倉 学、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙
- 62 左室内血栓のためICD作動確認ができず着用型自動除細動器を使用して待機した一例
山形大学 医学部 第一内科 ○水戸 琢章、有本 貴範、大瀧陽一郎、橋本 直土
橋本 直明、熊谷 遊、和根崎真大、岩山 忠輝
西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也
渡邊 哲、久保田 功
- 63 冠攣縮性狭心症による心室細動の二次予防にWCDが有用であった1例
弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学
○小路 祥紘、西崎 公貴、石田 祐司、佐々木憲一
堀内 大輔、木村 正臣、佐々木真吾、富田 泰史
奥村 謙
- 64 冠攣縮性狭心症の関与が疑われる心室細動に対してS-ICD植込みを施行した1例
東北大学 循環器内科学 ○千葉 貴彦、福田 浩二、中野 誠、長谷部雄飛
平野 道基、深澤恭之朗、木村 義隆、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

心筋炎・心内膜炎（第3会場） 11:20～11:48

座長 皆川 正仁

65 膠原病精査を契機に発見されたLibman-Sacks型心内膜炎の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○田村 善一、渡部久美子、加藤 宗、奈良 育美
真壁 伸、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

66 反復する敗血症性肺塞栓で手術治療となったVSD合併感染性心内膜炎の1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、建部 俊介、杉村宏一郎、青木 竜男
三浦 正暢、山本 沙織、矢尾板信裕、鈴木 秀明
佐藤 遥、神津 克也、佐藤 公雄、下川 宏明

67 経皮的心肺補助装置装着後に巨大左室内血栓を形成した劇症型心筋炎の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○岩川 英弘 飯野 貴子、佐藤 輝紀、飯野 健二
渡邊 博之、伊藤 宏

68 劇症型心筋炎に対する体外式補助人工心臓2例の使用経験

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○高橋 悟朗、小田 克彦、寺尾 尚哉、鷹谷 紘樹
長嶺 進

岩手県立中央病院 循環器内科 野田 一樹、高橋 徹、中村 明浩
東北大学病院 心臓血管外科 秋山 正年、川本 俊輔、齋木 佳克
東北大学病院 臓器移植医療部 秋葉 美紀

弁膜症（第4会場） 9：00～9：28

座長 中野 陽夫

69 成人三心房心と大動脈二尖弁による大動脈弁狭窄症を合併し失神をきたした一例

山形大学 医学部 第一内科 ○橋本 直明、宮本 卓也、有本 貴範、和根崎真大
岩山 忠輝、西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎
山中 多聞、渡邊 哲、久保田 功
山形大学 第二外科 浜崎 安純、貞弘 光章

70 Marfan症候群・Bentall術後遠隔期に生じた拡張型心筋症に対し右開胸による二弁置換術を施行した一例

弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座
○谷 建吾、皆川 正仁、村上 健、近藤 慎浩
大徳 和之、福田 幾夫

71 シベンゾリン投与とバルーン大動脈弁形成術が有効であった左室流出路狭窄を伴う重症大動脈弁狭窄症の一例

山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院
○後藤 準、近江 晃樹、青野 智典、齋藤 悠司
禰津 俊介、本田晋太郎、菊地 彰洋、桐林 伸幸
菅原 重生

72 大動脈弁弁口面積評価のpitfall

国立病院機構 仙台医療センター
○高橋 佳美、山中 信介、人見 泰弘、藤田 央
山口 展寛、尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

肺循環（第4会場） 9：28～10：03

座長 阿部 直樹

73 全身性エリテマトーデスを合併し出産後に発症した肺高血圧の一例

福島県立医科大学 循環器内科

○横川沙代子、鈴木 聡、菅野 優紀、益田 淳朗
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

寿泉堂綜合病院 循環器内科 水上 浩行

74 BMPR2遺伝子変異が診断されたASD合併肺動脈性高血圧症の1例

東北大学 循環器内科学

○建部 俊介、杉村宏一郎、青木 竜男、三浦 正暢
山本 沙織、矢尾板信裕、鈴木 秀明、佐藤 遥
神津 克也、佐藤 公雄、下川 宏明

岩手医科大学 循環器小児科 小山耕太郎

国立循環器病研究センター 肺循環科

中西 宣文

国立循環器病研究センター研究所 分子生物学部

森崎 裕子

東北大学加齢医学研究所 呼吸器外科学

岡田 克展

東北大学 心臓血管外科学 安達 理、齋木 佳克

75 12誘導心電図の経時的観察が病勢把握に有用であった肺塞栓症の1例

青森県立中央病院 循環器センター 循環器科

○四ツ谷千尋、對馬 迪子、鈴木 晃子、舘山 俊太
櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

大和田真玄

76 急速に進行した強皮症に伴う肺高血圧症の1例

東北大学 循環器内科学

○矢尾板信裕、杉村宏一郎、建部 俊介、青木 竜男
三浦 正暢、山本 沙織、鈴木 秀明、佐藤 公雄
下川 宏明

77 慢性血栓塞栓性肺高血圧症と統合失調症についての検討

東北大学 循環器内科学

○青木 竜男、杉村宏一郎、鈴木 秀明、三浦 正暢
建部 俊介、山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 遥
神津 克也、佐藤 公雄、下川 宏明

YIA 審査会	10:40～11:15 (会議室802)
DVDセッション	10:05～11:35 (第4会場 研修室812)
心肺蘇生法普及委員会	11:45～12:00 (第4会場 研修室812)
支部社員総会 支部評議員会 YIA 授賞式	12:00～12:40 (第1会場 会議室803)

教育セッション 1

ランチョンセミナー 1 12:50～13:50 (第2会場 会議室804A)

座長 東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 下川 宏明 先生

『脳梗塞治療のパラダイムシフト：NOACから血管内治療まで』

日本医科大学大学院医学研究科 神経内科学分野 教授 木村 和美 先生

共催：第162回日本循環器学会東北地方会
第一三共株式会社

教育セッション 2

ランチョンセミナー 2 12:50～13:50 (第3会場 会議室804B)

座長 福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 教授 竹石 恭知 先生

『プライマリケアにおける循環器疾患の発症予測：

フラミンガムスコアから吹田スコアまで』

慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学 教授 岡村 智教 先生

共催：第162回日本循環器学会東北地方会
日本ライフライン株式会社

教育セッション 3

特別講演 13:50～14:50 (第1会場 会議室803)

座長 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座 准教授 富田 泰史 先生

『心不全治療の新しい展開』

大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 坂田 泰史 先生

共催：第162回日本循環器学会東北地方会
日本メドトロニック株式会社

DVDセッション

「医療安全・医療倫理に関する講演会」

専門医の認定更新に必修の「医療安全・医療倫理に関する研修」に関する2単位を取得できるDVDセッションを開催致します。

3月の日本循環器学会学術総会もしくはインターネットでも視聴できます。詳細は以下をご覧ください。

<必修研修と単位数>

2009年3月20日の評議員会の審議を経て循環器専門医認定更新の際に所定の研修が必修となりました。

専門医認定更新には下記の必修研修単位を含む合計50単位が必要となります。

(1) **最新医療の知識習得に関する研修……30単位以上**

日本循環器学会主催の学術集会・地方会（いずれも教育セッションを含む）への参加にて単位を取得してください。

該当の研修単位数……本会年次学術集会10単位、（学術集会時の）教育セッション5単位、各地方会5単位、（地方会時の）教育セッション3単位

(2) **医療安全・医療倫理に関する研修……2単位以上**

本会学術集会または本会地方会で開催の「医療安全・医療倫理に関する講演会」への参加。あるいはインターネットでの視聴研修プログラムによる研修で単位を取得してください。

単位数……（上記どの方法で取得されても）2単位

※ 同じ研修内容を視聴された場合には重複して単位は加算されませんのでご注意ください。

お問い合わせ先：(一社)日本循環器学会 専門医制度委員会 TEL：03-5501-0863 E-mail: senmoni@j-circ.or.jp

一般社団法人日本循環器学会 支部規程

(総 則)

第1条 この規程は、一般社団法人日本循環器学会（以下「日本循環器学会」という）各地区の支部（以下「各支部」という）の遵守すべき事項を定める。

(事務局)

第2条 各支部の事務局は、日本循環器学会定款施行細則に定める地区に置く。

(目的および事業)

第3条 各支部は日本循環器学会の目的達成のため次の事業を行う。

- 1) 地方会の開催
- 2) 日本循環器学会国際トレーニングセンター（JCS-ITC）としての講習会等の開催
- 3) 日本循環器学会本部からの委託事項の処理
- 4) その他目的の達成に必要な事業

(会 員)

第4条 各支部の会員は、当該地区に所属する日本循環器学会の正会員および準会員とする。

2. 支部名誉会員/支部特別会員/支部顧問等の設置は各支部役員会で定めることとする。

(社 員)

第5条 社員とは、日本循環器学会定款及び定款施行細則に基づき選出された各支部に所属する社員をいう。

(支部長)

第6条 各支部に支部長1名を置く。

2. 支部長は定款に基づき選出された支部所属理事の協議で決定し、支部社員総会において報告する。
3. 支部長は支部を統括する。
4. 支部長の任期は2年とし、再任を妨げない。

(支部役員)

第7条 各支部に支部役員を若干名置く。

2. 支部役員は支部所属理事及び支部長の推薦で選出された会員とし、支部長を除いた支部役員を支部社員総会で承認する。
3. 支部役員は、地方会、事業計画・報告、予算・決算、その他支部長の求めに応じて支部運営にあたる。
4. 支部役員の任期は2年とし、再任は妨げない。

(支部監事)

第8条 各支部に支部監事を若干名置く。

2. 支部監事は支部長が候補者を会員から推薦で選出し、支部社員総会で承認する。
3. 支部監事は支部の監査を行い、不正の事実があれば支部社員総会及び日本循環器学会

本部に報告する。

4. 支部監事の任期は2年とし、連続して就任できる期数は3期までとする。

(支部幹事)

第9条 各支部に支部幹事を若干名置く。

2. 支部事務局担当幹事およびJCS-ITC担当幹事の設置は必須とする。
3. 支部幹事は支部長が会員から選出する。
4. 支部幹事は支部長を補佐し、役員会/社員総会において会計報告及びJCS-ITC業務の報告等を行う。
5. 支部幹事の任期は支部長の任期に準じ、再任を妨げない。

(支部評議員)

第10条 各支部に支部評議員を置くことができる。

2. 支部評議員は会員から選出する。
3. 支部評議員は支部業務を補佐する。
4. 支部評議員の選出方法/任期/定年等は各支部役員会で定めることとする。

(地方会会長)

第11条 各地方会に会長1名を置く。

2. 地方会会長は支部役員会の推薦で選出し、支部社員総会において承認する。
3. 地方会会長は地方会を主催し、その経理/事業内容を支部役員会及び支部社員総会に報告する。
4. 地方会会長の任期は、主催地方会にかかる業務が完了するまでとする。

(支部役員会)

第12条 支部役員会は、支部役員で構成する。

2. 支部役員会は年1回以上開催し、主に以下の事項を扱う。
 - 1) 事業計画・事業報告及び予算・決算の承認
 - 2) 地方会会長の選出
 - 3) 支部運営上重要な規則の承認
 - 4) その他本支部の運営に必要な事項の確認（JCS-ITC報告など）
3. 予算もしくは事業計画に大幅な変更が見込まれる場合には臨時支部役員会を開催しなければならない。
4. 支部役員会は支部長が招集し議長となる。ただし支部長に事故あるときは他の支部役員が招集する。この場合、議長は支部役員の協議により選出する。
5. 支部役員会は過半数が出席しなければ、その議事を決議できない。ただし、当該議事につき予め書面をもって意思を表示したもの、および他の支部役員を代理人として表決を委任したものは出席者とみなす。
6. 支部役員会の議事は出席者の多数決をもって決し、可否同数の時は議長の決するところによる。

(支部社員総会)

第13条 支部社員総会は、社員で構成する。

2. 支部社員総会は年1回以上開催し、主に以下の事項を扱う。

- 1) 事業計画・事業報告及び予算・決算の確認
 - 2) 決定された支部長の確認
 - 3) 支部役員・支部監事・地方会会長の承認または解任
 - 4) 支部運営上重要な規則の確認
 - 5) その他本会の運営に必要な事項（JCS-ITC 報告など）
3. 支部社員総会は、支部長が招集し、議長となる。ただし支部長に事故あるときは他の支部役員が招集する。この場合、議長は支部役員の互選により選出する。
 4. 支部社員総会は支部社員の過半数が出席しなければ、その議事を決議できない。ただし、当該議事につき予め書面をもって意思を表示したもの、および他の支部会員を代理人として表決を委任したものは出席者とみなす。
 5. 支部社員総会の議事は出席者の多数決をもって決し、可否同数の時は議長の決するところによる。

（支部評議員会）

第14条 支部評議員会は、支部評議員で構成する。

2. 支部評議員会は年1回以上開催し、以下の事項の報告を受ける。
 - 1) 予算・決算
 - 2) 事業計画および事業報告
 - 3) 地方会会長及び地方会開催地
 - 4) 支部長の選出結果
 - 5) その他本会の運営に必要な事項（JCS-ITC 報告など）
3. 支部評議員会は、支部長が招集し、議長となる。ただし支部長に事故あるときは他の支部役員が招集する。この場合、議長は支部役員の協議により選出する。

（支部事務局業務）

第15条 支部事務局業務とは、支部役員会、支部社員総会、支部評議員会の運営、各事業の補助等をいう。

2. 支部事務局業務は、原則支部年会費収入の範囲内で収支均衡に努めなければならない。
3. 支部事務局業務にかかる経費精算の職務権限について、予算内経費精算は、支部事務局担当幹事による確認を必要（事後確認可）とする。予算枠外使用については、20万円未満が支部長承認、20万円以上が支部役員会承認を事前に必要とする。
4. 各支部は全事業の会計報告を毎月すみやかに本部事務局に報告することとする。

（地方会）

第16条 各支部は地方会を年1回以上開催する。

2. 地方会に演題を提出する者は原則として会員でなければならない。
3. 地方会収支について、原則、収入の範囲内で費用支出を行うこととし、収支均衡に努めなければならない。
4. 地方会において新たな試みを実施する場合は、事前に地方会会長と支部長で協議を行うこととする。
5. 地方会における参加費等の現金取り扱いについて、不正や過誤が発生しない体制を整えなければならない。
6. 地方会の経費精算は、地方会会長もしくは会長が定めた者が内容を確認したうえで実施する。なお全ての精算を原則地方会終了後2ヵ月以内に完了させること。

(JCS-ITC 講習会)

第17条 各支部はJCS-ITC講習会をJCS-ITC担当幹事が計画を取り纏め、開催する。

2. 講習会収支について、原則収入の範囲内で費用支出を行うこととし、収支均衡に努めなければならない。
3. JCS-ITC講習会に関わる経費精算の職務権限について、予算内経費精算は、JCS-ITC担当幹事による確認を必要(事後確認可)とする。予算枠外使用については、20万円未満が支部長承認、20万円以上が支部役員会承認を事前に必要とする。

附 則

- 1) 本規則は、平成27年2月1日から試行期間とし、平成28年4月1日から完全実施とする。
- 2) この規程の改廃は日本循環器学会理事会の議決を経なければならない。

支部コンプライアンス・倫理規程

(目 的)

第1条 この規程は、一般社団法人日本循環器学会全支部（以下「支部」という）におけるコンプライアンスに関し基本となる事項を定め、もって健全で適正な学会運営及び社会的信頼の維持に資することを目的とする。

(定 義)

第2条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- 1) コンプライアンスとは、法令、各支部の諸規則を遵守することをいう。
- 2) 支部役職者とは、支部に所属する支部長・支部役員・支部監事・支部幹事・地方会会長をいう。
- 3) 支部職員とは、支部の事務を担当する職員をいう。
- 4) コンプライアンス事案とは、支部の構成員にかかわる法令又は定款等の本学会諸規則や支部会則等に違反、または違反するおそれのある事案をいう。

(支部役職者及び支部職員の責務)

第3条 支部役職者・支部職員は、支部の定める理念および目標を実現するため、それぞれの責任を自覚し、コンプライアンスの重要性を深く認識するとともに、人権を尊重し、高い倫理観を持って行動しなければならない。

2. 支部役職者・支部職員は、次に掲げることを理由として、自らのコンプライアンス違反行為の責任をのがれることはできない。
 - 1) 規程について正しい知識がなかったこと
 - 2) 規程に違反しようとする意思がなかったこと。
 - 3) 支部の利益に資する目的で行ったこと

附 則

- 1) 本規則は、平成27年2月1日から試行期間とし、平成28年4月1日から完全実施とする。
- 2) この規程の改廃は日本循環器学会理事会の議決を経なければならない。

一般社団法人日本循環器学会 東北支部運営内規

(総則)

第1条 この内規は、一般社団法人日本循環器学会 支部規程を東北支部（以下「本支部」という。）において運用するために必要な事項を規定し、円滑な学会活動を推進することを目的とする。

(支部事務局)

第2条 本支部における支部事務局を東北大学大学院医学系研究科循環器内科学内に設置する。

(支部長)

第3条 2年毎に行われる理事選出選挙の後、第6条2項に沿い支部長を決定するが、支部長の任期開始日は4月1日からとする。

2. 支部長は、「支部コンプライアンス・倫理規程」を確認し、その内容を遵守しなければならない。

(支部役員)

第4条 支部役員は、支部規程第7条1項に沿い、支部所属理事の他、支部長推薦枠として本支部においては、会員である東北地区6大学の循環器を担当する内科の教授が就任することとする。その他にも支部役員として必要な人物がいる場合は、支部長が推薦する。

2. 任期中において各大学教授の交代があった場合は役員も変更となるが、就任期間は前任者を引継ぐこととする。
3. 支部役員は、「支部コンプライアンス・倫理規程」を確認し、その内容を遵守しなければならない。

(支部監事)

第5条 支部規程第8条1項に定める支部監事の定数は、本支部においては2名とする。

2. 支部規程第8条2項に定める支部監事の選出について、本支部においては、支部運営から独立性をもった者を、支部長が候補者を会員から選出することとする。なお独立性を鑑み、支部役員、支部幹事との兼務は不可とする。
3. 支部監事は、「支部コンプライアンス・倫理規程」を確認し、その内容を遵守しなければならない。

(支部幹事)

第6条 支部規程第9条に定める支部幹事は、本支部においては支部事務局担当幹事1名、JCS-ITC担当幹事1名、その他幹事を若干名とし、支部役員、支部評議員との兼務も可能とする。

2. 支部幹事は、「支部コンプライアンス・倫理規程」を確認し、その内容を遵守しなければならない。
3. 支部事務局担当幹事ならびにJCS-ITC担当幹事は、それぞれの業務における月度毎の収支状況をモニタリングし、予算進捗確認を行わなければならない。予算に対し収

支悪化の場合は、対策を検討し支部長へ報告すること。また収支改善の場合は、その資金活用方法について検討し支部長へ報告することとする。

4. JCS-ITC業務担当幹事は、会員かつファカルティーの中から選出することとする。ファカルティーがいない場合は会員かつコースディレクターの中から選出する。
5. 支部幹事は、それぞれの業務において投資が必要な場合は、事業計画、予算において明確化し、支部役員会・支部社員総会において発言し、承認を得なければならない。

(支部評議員)

第7条 支部規程第10条に定める支部評議員は、支部役員1名の推薦により選出し、支部役員会及び支部社員総会において承認する。

2. 候補者は、支部役員会予定日より15日以前に所定の用紙を用いた履歴書、業績書及び支部役員1名が署名・捺印した推薦書を支部長へ提出する。
3. 支部評議委員会に正当な理由なく3回連続して欠席した者、退会した者、東北地区から移動した者は、支部評議員の資格を喪失する。
4. 支部評議員の任期は4年とし再任は妨げない。
5. 支部評議員の辞職は支部役員会及び支部社員総会において承認する。
6. 支部評議員の期中での辞職については、速やかに補充を行うこととし、支部役員会にて承認した上で、後日支部社員総会において追認する。なお任期は前任者を引継ぐこととする。

(地方会会長)

第8条 地方会会長は、「支部コンプライアンス・倫理規程」に定められた内容を遵守しなければならない。

2. 地方会会長は、「臨床研究の利益相反に関する共通指針の細則」に定められた様式の利益相反の自己申告書を支部長経由で本会へ提出しなければならない。
3. 地方会会長は、地方会開催日程の決定を行う。
4. 地方会の主題および演題の選定および採択は、会長が裁量する。
5. 地方会実施にあたり、会長の推薦にて会長校事務局長を任命してよい。会長校事務局長は、会長からの指示に基づき、地方会運営を補助することとする。
6. 地方会運営にあたる企画会社の選定は、会長一任とするが、企画会社手数料が過多とならないことを事前に確認しなければならない。
7. 地方会開催にあたり収入の受入れ、費用の精算の為、会長名において専用口座を開設しなければならない。口座開設と同時にキャッシュカードを作成する場合は、会長から使用者・保管者を指名し、それ以外のものが利用出来ない体制を構築しなければならない。
8. お届け印、通帳は会長または会長が指名した者が保管する。保管にあたっては必ず施錠し、本人のみが解錠出来る体制としなければならない。

(支部名誉会員)

第9条 支部規程第4条2項に定める支部名誉会員は、東北地区単独の支部社員総会において選任する。

2. 支部名誉会員の被推薦資格は、支部社員総会開催日において年齢65歳以上（当日に65歳を迎える者を含む）の東北支部所属の会員であり、支部評議員を3期以上務めたものとする。

3. 支部名誉会員は、支部評議員会に出席することができる。また、支部社員総会にも出席することができるが議決権は有しない。
4. 支部名誉会員は、支部役員、支部幹事の兼務を不可とする。
5. 支部名誉会員は、永年資格とする。
6. 支部名誉会員の内、東北地方会で会長を務めた者、支部長を務めた者は、支部特別名誉会員と呼ぶ。処遇は支部名誉会員に準用する。

(支部社員総会、支部評議員会)

第10条 支部規程第13条に定める支部社員総会、支部規程第14条の支部評議員会は、同時開催することとする。

(支部事務局業務)

第11条 支部規程第15条における支部事務局業務は、事務局担当幹事を補佐し、円滑に業務を遂行することを目的として、本業務に従事する人員を支部役員会の承認のもと採用しても構わない。雇用条件の変更がある場合は、支部役員会での承認を必要とする。

(地方会)

第12条 支部規程第16条1項に定める地方会について、本支部は原則として毎年2回地方会を開催する。

2. 地方会の名称は、第〇〇回日本循環器学会東北地方会とする。
地方会運営に関するその他の事項は地方会運営要領に定めることとする。

(JCS-ITC 講習会)

第13条 支部規程第17条1項に定めるJCS-ITC講習会について、本支部はJCS-ITC業務担当幹事との協議により支部事務局において事務業務（受講者への連絡、受講料受付・謝金や立替金の精算等）を行う。なお、これらの事務業務について、円滑に業務を遂行することを目的として、支部役員会の承認のもと、外部業者へ業務委託を行っても構わない。委託範囲・経済条件の変更がある場合は、支部役員会での承認を必要とする。

2. JCS-ITC講習会の事務業務についてはJCS-ITC講習会事務要領に定めることとする。

附 則

- 1) この内規は、平成27年2月1日から試行期間とし、平成28年4月1日から完全実施とする。
- 2) この内規改正は、支部役員会において審議し、支部社員総会にて決定する。

一般社団法人日本循環器学会 東北支部 地方会運営要領

この地方会運営要領は、一般社団法人日本循環器学会東北支部（以下「本支部」という）において地方会を円滑に運営するために必要な事項を規定する。

（広 報）

1. 地方会会長は、地方会開催日程、会場、地方会会長事務局の担当者が決まり次第、本支部へ報告する。本支部は「地方会開催連絡票」を本会へ提出するとともに、本支部ホームページに情報を掲載することとする。
2. 本支部地方会に関する事項は、本会の会告及びその他の手段により会員に広報する。

（会 計）

3. 地方会会長、または、支部事務局担当幹事は、開催前年度の支部役員会・支部社員総会に出席して、本部へ提出予定の地方会予算及び事業計画について事前に承認を得る。また、支部評議員会にて報告を行う。ただし、地方会会長の出席がかなわない場合は代理を立てることができる
4. 地方会参加費は、正会員3,000円、コメディカル1,000円、初期研修医無料、学部学生無料とする。参加費を変更する場合は支部役員会での承認を必要とする。
5. 地方会での寄付の受入は、「寄付金取扱規程」に基づき対応する。なお寄付金受入先について、本会が禁煙宣言を行っている学会であることを鑑み、本会学術集会同様、日本たばこ産業・鳥居薬品からの寄付受入は禁ずる。
6. 地方会において市民公開講座及び託児室設置を実施する場合は、本支部よりその経費を補助する。ただし、上限を100万円とする。補助金は、経費内訳及び証憑書類の提出を持って交付するものとする。
7. 地方会において男女共同参画セミナーを実施する場合は、本支部より講師招請経費を補助する。ただし上限を20万円とする。補助金は、経費内訳及び証憑書類の提出を持って交付するものとする。
8. 地方会開催にあたり開設する金融機関の口座名義は、「一般社団法人日本循環器学会 第〇〇回 東北地方会 会長 〇〇〇〇」とする。
9. 地方会当日の現金（参加費）の取扱いについて、不正や過誤が発生しないよう関係するスタッフの教育を十分行わなければならない。
10. 地方会当日に徴収した参加費について、当日中に口座入金するか金庫に保管することとする。地方会終了後、翌営業日には口座入金することとする。
11. 教育講演の招請者への待遇について、謝金上限は演者100,000円（源泉税抜）、座長50,000円（源泉税抜）、交通費は実費支給とし、地方会当日、直接本人へ現金もしくは振込対応する。これ以外の対応を行う場合は、支部役員会での承認が必要とする。
12. 地方会で支払われた講演謝金及び会長校スタッフ臨時雇用費の源泉所得税は、地方会会長事務局において納付対応する。なお東北支部事務局から参加したスタッフ臨時雇用費は、東北支部事務局において納付対応する。
13. 地方会経費の精算は、リスク管理の観点から現金での精算を禁じ、原則請求書対応とする。請求書対応が難しい場合は、企画会社・スタッフによる立替精算を行い、後日レシートや領収書をもとに精算する。
14. 地方会終了後、余剰金が発生した場合、支部管轄の地方会繰越金専用口座に振り込む

こととし、地方会開催に関係無い備品等の購入に充ててはならない。その後、口座は解約する。

15. 地方会の経費精算は、原則地方会終了後2か月以内に完了させ、入出金に係るすべての証憑を本支部に提出しなければならない。外部の団体から助成金・補助金を受けた場合は、交付決定通知書の控えも提出すること。
16. 地方会会長は、開催次年度の支部役員会・支部社員総会、支部評議員会に出席して、地方会決算及び事業内容の報告を行う。ただし、地方会会長の出席がかなわない場合は代理を立てることができる。

(会 議)

17. 支部役員会を地方会当日に開催する。議案書及び議事録は本支部事務局が作成することとする。地方会会長事務局は、本支部の求めに応じて当日の受付及び配布資料の準備等を行う。
18. 支部社員総会、支部評議員会を地方会当日に開催する。議案書及び議事録は本支部が作成することとする。地方会会長事務局は、本支部の求めに応じて当日の受付及び配布資料の準備等を行う。
19. 地方会における華やかな懇親会の開催を禁じる。

(演題募集)

20. 地方会会長は、演題募集スケジュールを決定し、「地方会演題募集ホームページ利用申請書」を本会及び本支部へ提出する。演題募集の開始日・締切日は前後に祝日のない火曜日から木曜日で設定すること。申請書の提出期限はオンライン演題募集システム利用開始の2カ月前とする。
21. 本支部は、オンライン演題募集システムの管理者用ID及びパスワードを地方会会長事務局へ通知する。なお、パスワードについては、本支部が毎年度更新することとし、変更後のパスワードを本会に通知する。
22. 募集締切日延長等の連絡は、混乱を避けるために必ず本会経由で行うこととする。

(専門医単位登録)

23. 地方会会長は、詳細が決まり次第「教育セッション開催届」ならびに「DVDセッション開催届」(DVDセッションを開催する場合に限る)を本会及び本支部へ提出しなければならない。
24. 地方会会長事務局は、地方会時に専門医単位登録(地方会参加5単位、教育セッション参加3単位、DVDセッション参加2単位)を行うこととするが、本会から明示された「単位登録の運営方法について」に沿って対応しなければならない。
25. 教育セッション及びDVDセッションの専門医単位登録は、不正やミスを防止するため、時間を限定して行わなければならない。(例:セッション開始1時間(又は30分)前から終了30分前)
26. DVDセッションについて、同じ内容の講演会を学術集会及びインターネットで聴講したことがある会員は、単位加算ができない。地方会会長は事前にプログラム等での旨を告知し、当日も会場に掲示すること。

(プログラム・抄録)

27. プログラムは、本会会告（偶数月25日発行）への抱き合わせで本支部会員へ発送することができる。希望する場合は、「地方会プログラム冊子抱合発送申請書」を本会及び本支部へ提出すること。プログラム以外の発送物（チラシ等）があれば、その内容を申請書に明記すること。申請書の提出期限は、会告発行1か月前とする。
28. 抄録については、冊子発行を行わず本会ホームページに掲載する。本会ホームページへの掲載にあたり、抄録著者による校正は行わない。訂正等がある場合には、地方会終了後速やかに本会へ連絡することとする。なお、地方会会長事務局は、その旨をプログラムに記載し会員に告知すること。
29. プログラム完成後、本支部へ2部、本会へ5部を送付すること。
30. 地方会会長は、抄録データを本会に提出しなければならない。当日発表されなかった演題は抄録データとして扱わない。

(演題発表)

31. 地方会演者は、発表前のスライドにおいて定められた様式「利益相反の自己申告書」を提示する必要がある。
32. 日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Awardについて
 - 1) 当支部は、東北地区の循環器病学の発展と優秀な若手循環器専門医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Award」（東北地方会 YIA 「症例発表部門」「研究発表部門」）を設ける。
 - 2) 東北地方会 YIA の応募資格、応募方法、演題応募要領は以下に記載する。ただし、地方会主催の当番校会長の裁定をもって変更は許可されるものとする。

①応募資格

日本循環器学会員であり、各地方会開催日において満35歳以下の方。

東北地方会において過去に YIA を受賞した者は、最優秀賞・優秀賞を問わず、同じ部門への再応募はできない。他部門への申請は可とする。

②対象演題

日本循環器学会東北地方会で行われた循環器学に関する臨床・基礎研究、且つ、症例報告を受け付ける。発表時点で印刷公表されていない演題内容を対象とする。ただし、応募者は筆頭演者でありその内容に中心的役割を果たしたものであることを必要とする。他の学会賞への応募と重複しないこととし、各部門毎に1施設2題（ただし1科1演題）までの応募とする。本 YIA は症例発表部門と研究発表部門それぞれで選考と表彰を行う。

③選考方法

地方会演題募集時に YIA 応募希望を募り、地方会開催時には希望演題のみを対象とする YIA セッションを設ける。選考委員は本セッションに参加し、引き続き開催される YIA 審査委員会において厳重な審査を行う。症例発表部門と研究発表部門それぞれで最優秀賞1名および優秀賞若干名選定する。なお、希望演題数が各部門5題を超えた場合は、予め選考委員による第一次審査を行う。

④会長奨励賞

YIA 希望演題の内、一般病院の演題から1題を会長奨励賞としてあらかじめ選出しておき、当日表彰が行われる旨を演者に通知する。ただし、この演題が YIA 最優秀賞または優秀賞に選出された場合は YIA を優先し、その回の会長奨励賞はなしとする。

⑤応募方法

一般演題応募と同様に日本循環器学会ホームページより登録。Young Investigator's Award応募希望者は応募資格を確認のうえ、「YIAに応募する」にチェックを入れ、症例発表部門と研究発表部門のどちらに応募するかを予め明記する。

⑥賞

部門毎に最優秀賞1名(賞金10万円)および優秀賞若干名(賞金5万円)と表彰状。同点の場合は要検討とする。会長奨励賞は1名(賞金5万円と表彰状)。

⑦締切り

一般演題締切日と同日とする。一次審査後採択されなかった場合は、自動的に一般演題に採択される。

- 3) YIA選考委員会は大会長を選考委員長として、各県大学の循環器内科教授6名と大会長が選出する6名の選考委員の計12名で構成される。選考委員に代理を置く場合は、教授選考員の場合は教室の准教授または講師に委託し、その他の6名の選考委員については大会長が再度選出する。

(その他)

33. 会員への印刷物送付等の必要が生じた場合、本会へ「会員名簿・あて名作成依頼書」を提出して会員名簿及び宛名ラベルを請求することができる。会員情報のデータでの受け取りは原則不可とするが、例外的に申請する場合は、誓約書に会長の署名及び捺印が必要となる。
34. 地方会開催校については、公平を期すため各県で順番に開催する。なお、その順番等の変更については、支部役員会にて決定する。

附 則

- 1) この要領は、平成27年2月1日から試行期間とし、平成28年4月1日から完全実施とする。
この要領改正は、支部長の判断に基づき、支部事務局にて変更して良い。なお、変更時は、支部役員会での追認が必要となる。

東北支部事務局

一般社団法人日本循環器学会 東北支部 JCS-ITC 講習会事務要領

この事務要領は、一般社団法人日本循環器学会東北支部事務局において JCS-ITC 事務業務（受講料受付・謝金や立替金の精算等）を行うために必要な事項を規定する。

日本循環器学会はAHA（アメリカ心臓協会）と契約し、心肺蘇生法の教育を行う JCS-ITC（国際トレーニングセンター）を開設している。循環器専門医は心停止や心停止前後での蘇生や心拍再開後の集中治療を必要としていることから、AHA ACLS（二次救命救急措置）の資格取得を受験の条件としている。

また、医療従事者や一般市民向けのコースも開催しており、地域の救命率向上を目指していることから支部にてコース運営を行っており、それに付随する事務業務も支部事務局にて行っている。

※支部運営内規 第6条3にて定められる JCS-ITC 業務担当幹事はファカルティから選出される。ファカルティは各コースの運営統括責任者であり、新たなインストラクターを教育する立場である。

1. 年4回のインストラクター一覧更新時に、本会事務局より受領したインストラクター一覧を支部長ならびに幹事に提出すること。
2. コース開催日程は、支部ホームページに掲載することとする。
3. コース募集期間中、コースディレクター（以下、CDと略す）と連携を取り、受講者からの問い合わせ対応を行うこと。
4. 下記内容についての受講者への連絡を行うこと。
採択通知、追受講者の代理登録（CDより指示があった場合）、会場変更、コース中止
5. 講習会管理システムから受講者を確認し、受講者からの受講料入金確認を行うこと。
規定日までに入金を確認できない場合には、入金督促を行うこと。
6. 受講者より受講料領収書の発行依頼があった場合の発行手続きを行うこと。
7. 支部担当者が交代する場合には業務内容を明確の上、後任者へ引継ぎを行い、業務に支障が生じないようにすること。また支部担当者が急病等で業務を行えない場合は、事務局担当幹事より JCS-ITC 業務幹事に速やかに連絡をし、JCS-ITC 業務幹事と支部長において今後の対応を検討すること。
8. 業務管理を明確化することを目的として、JCS-ITC 業務専用の口座を開設してよい。
9. 専用口座は、通帳管理者・印鑑管理者・キャッシュカード使用者（作成している場合のみ）を明確にし、一覧にして支部長へ提出しなければならない。（一覧に変更が生じた場合は随時、見直しを行い更新の上、提出する。）
10. 専用口座の通帳、印鑑は、使用者が施錠出来る場所に必ず保管しなければならない。また、キャッシュカード、パスワードについては使用者が変更となる度に変更しなければならない。
11. コース開催時にコースディレクター等が昼食代等の立替精算をした場合、必ず領収書（レシート可）を入手し、何を購入し、何に利用したのか、誰が立替えしたのか、分かるように領収書に記載（メモ書き可）の上、支部事務局へ提出すること。なおコース運営が参加者の受講料から成り立っていることを鑑み、不必要な経費支出は行ってはならない。

12. コース終了後、コースディレクターは参加インストラクター・タスクと各自立替えしたコース開催地までの交通費について、支部事務局へ報告しなければならない。支部事務局はコースディレクターからの報告に基づき、インストラクター・タスク一覧を作成する。
13. 各コースディレクターがコースに必要な資金を前に仮払金として引出して使用する場合は、予め仮払金申請書を作成し、JCS-ITC業務担当幹事のメール承認を要する。なお、JCS-ITC業務担当幹事がコースディレクターとなる場合は、支部長のメール承認を要する。
14. 経費精算において、振込対応では無く、上記の仮払金を活用し現金にて謝金精算や立替精算を行う場合は、必ず受領者から支部宛ての領収書を頂き、証憑として支部事務局へ提出しなければならない。
15. 支部事務局は、インストラクター・タスク一覧、提出された旅費申請書、領収書等に基づき、謝金（交通費・宿泊費含む）・立替金の精算を行う。また謝金源泉税分の納税を行う。（謝金金額については本会、救急医療委員会において定められたとおりとする。また旅費申請書、領収書等の証憑が無いものの精算は出来ない。）
16. 支部事務局は、収入・経費を取纏め（漏れが無いこと、経費使用理由等が明確であること等を再確認）の上、本部事務局へ提出し会計ソフトへの入力を依頼する。
17. JCS-ITC講習会運営専用口座で余剰金が1000万円を超えた場合、支部のJCS-ITC講習会専用口座に資金を移行する。

附 則

- この要領は、平成27年2月1日から試行期間とし、平成28年4月1日から完全実施とする。
- この要領改正は、支部役員会での決定を必要とする。

日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Award 会則

1. 日本循環器学会東北支部は、東北地区の循環器病学の発展と優秀な若手循環器専門医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Award」(東北地方会 YIA) を設ける。
2. 本会則は平成21年2月14日に開催される第147回東北地方会から有効とし、本会則の変更は総会で審議・決定される。
3. 東北地方会 YIA の応募資格、応募方法は演題応募要領に記載するが、地方会主催の当番校会長の裁定をもって変更は許可されるものとする。
4. YIA 選考委員会は大会長を選考委員長として、各県大学の循環器内科教授6名と大会長が選出する6名の選考委員の計12名で構成される。選考委員に代理を置く場合は、教授選考員の場合は教室の准教授または講師に委託し、その他の6名の選考委員については大会長が再度選出する。

日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Award (東北地方会 YIA)

演題応募要領

趣 旨

日本循環器学会東北支部は、東北地区の循環器病学の発展と優秀な若手循環器専門医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Award」(東北地方会 YIA) を設け、毎回の東北地方会において、優秀演題の表彰を行う。

応募資格

日本循環器学会員であり、各地方会開催日において満35歳以下の方。
東北地方会において過去に YIA を受賞した者は、最優秀賞・優秀賞を問わず、同じ部門への再応募はできない。他部門への申請は可とする。

対象演題

日本循環器学会東北地方会で行われた循環器学に関する臨床・基礎研究、且つ、症例報告を受け付ける。発表時点で印刷公表されていない演題内容を対象とする。ただし、応募者は筆頭演者でありその内容に中心的役割を果たしたものであることを必要とする。他の学会賞への応募と重複しないこととし、各部門毎に1施設2題(ただし1科1演題)までの応募とする。本 YIA は症例発表部門と研究発表部門それぞれで選考と表彰を行う。

選考方法

地方会演題募集時に YIA 応募希望を募り、地方会開催時には希望演題のみを対象とする YIA セッションを設ける。選考委員は本セッションに参加し、引き続き開催される YIA 審査委員会において厳重な審査を行う。症例発表部門と研究発表部門それぞれで最優秀賞1名および優秀賞若干名選定する。なお、希望演題数が各部門5題を超えた場合は、予め選考委員による第一次審査を行う。

会長奨励賞

YIA 希望演題の内、一般病院の演題から1題を会長奨励賞としてあらかじめ選出しておき、当日表彰が行われる旨を演者に通知する。ただし、この演題が YIA 最優秀賞または優秀賞に選出された場合は YIA を優先し、その回の会長奨励賞はなしとする。

応募方法

一般演題応募と同様に日本循環器学会ホームページより登録。Young Investigator's Award 応募希望者は応募資格を確認のうえ、「YIA に応募する」にチェックを入れ、症例発表部門と研究発表部門のどちらに応募するかを予め明記する。

賞

部門毎に最優秀賞1名(賞金10万円)および優秀賞若干名(賞金5万円)と表彰状。同点の場合は要検討とする。
会長奨励賞は1名(賞金5万円と表彰状)。

締 切

一般演題締切日と同日とする。一次審査後採択されなかった場合は、自動的に一般演題に採択される。

第162回日本循環器学会東北地方会 YIA 審査委員

(敬称略)

青 森

弘前大学 循環器腎臓内科学
青森県立中央病院

准教授 富田 泰史
院 長 藤野 安弘

岩 手

岩手医科大学 循環器内科分野
盛岡赤十字病院

教 授 森野 禎浩
副院長 市川 隆

秋 田

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学
市立秋田総合病院

准教授 渡邊 博之
副院長 中川 正康

山 形

山形大学 内科学第一講座
山形県立中央病院 循環器内科

教 授 久保田 功
部 長 福井 昭男

宮 城

東北大学 循環器内科学
国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

教 授 下川 宏明
部 長 篠崎 毅

福 島

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
大原総合病院

教 授 竹石 恭知
副院長 石橋 敏幸

日本循環器学会東北支部役員（平成28年4月1日現在）

支 部 長	下川 宏明			
理 事	下川 宏明	伊藤 宏	横山 斉 (外科分野/東日本地区)	
支 部 役 員	下川 宏明 (東北大学/支部長・理事)	伊藤 宏 (秋田大学/理事)		
	横山 斉 (福島県立医科大学/理事/外科分野)			
	中村 元行 (岩手医科大学)	久保田 功 (山形大学)		
	竹石 恭和 (福島県立医科大学)	森野 禎浩 (岩手医科大学)		
	伊藤 貞嘉 (東北大学)	齋木 佳克 (東北大学/外科分野)		
	富岡 智子 (みやぎ県南中核病院/女性分野)			
名誉特別会員	白土 邦男	平 則夫	丸山 幸夫	三浦 傳
名誉支部員	青木 孝直	芦川 紘一	池田 精宏	石出 信正
	伊藤 明一	猪岡 英二	今井 潤	大和田憲司
	小野 幸彦	小岩 喜郎	門脇 謙	金澤 正晴
	金塚 完	木島 幹博	齋藤 公男	佐々木 弥
	佐藤 昇一	高橋 恒男	高松 滋	立木 楷
	田中 元直	田巻 健治	布川 徹	星野 俊一
	前原 和平	三浦 幸雄	三国谷 淳	室井 秀一
	元村 成	盛 英機	保嶋 実	柳澤 輝行
	山本 文雄	渡辺 毅		

支 部 評 議 員	各県ごと五十音順、○印は社員 (旧：全国評議員)			
青 森	佐々木真吾	富田 泰史	長内 智宏	花田 裕之
	平賀 仁	福田 幾夫	藤野 安弘	森 康宏
岩 手	伊藤 智範	岡林 均	小松 隆	佐藤 衛
	瀬川 郁夫	田代 敦	中村 元行	野崎 英二
	蒔田 真司	○森野 禎浩		
秋 田	阿部 芳久	飯野 健二	○伊藤 宏	小林 政雄
	斎藤 崇	佐藤 匡也	鈴木 泰	田村 芳一
	中川 正康	長谷川仁志	○渡邊 博之	
山 形	池田乙すえ	池野栄一郎	石井 邦明	小熊 正樹
	金谷 透	○久保田 功	後藤 敏和	貞弘 光章
	菅原 重生	廣野 撰	福井 昭男	松井 幹之
	宮脇 洋	○渡邊 哲		
宮 城	○伊藤 健太	○伊藤 貞嘉	井上 直人	加賀谷 豊
	上月 正博	小丸 達也	○齋木 佳克 ¹	西條 芳文
	坂田 泰彦	○下川 宏明	○富岡 智子 ²	○堀内 久徳 ³
	山家 智之			
福 島	石川 和信	石橋 敏幸	○齋藤 修一	斎藤 富喜
	杉 正文	○竹石 恭知	武田 寛人	○横山 斉 ¹

1. 外科分野 2. 女性分野 3. その他の分野

会 計 監 事 石出 信正 猪岡 英二

幹 事 支部事務局担当幹事：伊藤 健太 (東北大学)
 JCS-ITC 講習会担当幹事：花田 裕之 (青森県立中央病院)
 幹事：坂田 泰彦 (東北大学)
 幹事：福田 浩二 (東北大学)

第162回 日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

平成28年6月4日 アイーナ いわて県民情報交流センター 8F

会 長：富田 泰史

(弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座)

01

不整脈原性右室心筋症の臨床像に酷似した心サルコイドーシスの1例

東北大学 循環器内科学

○三木 景太、福田 浩二、中野 誠、近藤 正輝
瀬川 将人、平野 道基、千葉 貴彦、深澤恭之朗
諸沢 薦、下川 宏明

【症例】56歳、女性【主訴】胸部不快【経過】2015年3月胸部不快を主訴に近医受診。心拍数170bpmの心室頻拍を認め、電氣的除細動施行。心電図上イブシロン波様の遅延電位に加え、右室自由壁の瘤状変化および同部位のMRI遅延造影を認め、ARVCと矛盾しない所見であった。一方、心エコー上心室中隔の菲薄化および眼・皮膚サルコイドーシスの既往あり、心サルコイドーシス(心サ)が鑑別に挙がった。CTによる心筋脂肪変性を認めない点、PET/MIBIシンチでの炎症/血流ミスマッチの所見より、最終的に心サと診断。ICD植込、ステロイド導入後、現在心室頻拍再発なく経過。【考察】右室病変合併心サにて心室性不整脈との関連が報告されている。

【結語】ARVCと酷似する臨床像を持つ示唆に富む心サ症例を経験した。

03

αトロポミオシン1(TPM1)遺伝子にミスセンス変異を伴った若年性肥大型心筋症の一家系

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

²東京医科歯科大学 難治疾患研究所・分子病態分野

○渡邊 俊介¹、義久 精臣¹、安齋 文弥¹、菅野 優紀¹
上岡 正志¹、鈴木 聡¹、及川 雅啓¹、小野 淳¹
国井 浩行¹、林 文晴²、木村 彰方²、竹石 恭知¹

症例は16歳男性。学校健診で不完全右脚ブロックを指摘され、近医での心臓超音波検査にて左室肥大を認め、精査目的に当科紹介となった。心臓超音波検査では左室流出路狭窄はなく、全周性の著明な左室肥大を認めた。心臓カテーテル検査では冠動脈病変や左室内圧較差はなく、左室心筋生検にて中等度の心筋細胞肥大を認めた。心臓MRIでは中隔の一部に遅延造影を認め、ホルター心電図やトレッドミル運動負荷試験では心室性不整脈の出現はなかった。遺伝子解析ではTPM1にのみミスセンス変異を認めた。また、父と兄にも心臓超音波検査で肥大型心筋症の所見があり、本患者と同様のTPM1遺伝子変異を認めた。TPM1ミスセンス変異と肥大型心筋症に関する報告は少なく、文献的考察を含め報告する。

05

心筋に広範な低エコー領域を呈し、心筋生検により確定診断に至った悪性リンパ腫心筋浸潤の一例

山形県立中央病院 循環器内科

○志鎌 拓、加藤 重彦、菊地 翼、渡部 賢
大道寺飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男
矢作 友保、松井 幹之、後藤 敏和

症例は72歳女性。心不全で入院した。Afによるtachycardia induced myopathyと考え、心不全は治療により速やかに改善した。外来フォロー中に黄疸が出現し、CTで脾頭部腫瘍を認めた。sIL-2Rは13100U/mlと高値で、悪性リンパ腫も疑われ、生検を試みたが診断には至らなかった。再検した心エコーでは左室後下壁から心尖部の壁肥厚を伴う広範な低エコー領域と同部位の壁運動低下、右室前壁の低エコーの結節性病変を認め、悪性リンパ腫の心筋浸潤を疑い、心筋生検を施行した所、病理でびまん性B細胞性リンパ腫の診断に至った。化学療法にて軽快し、心エコーで低エコー領域は消失した。悪性リンパ腫の心筋浸潤の報告は多数あるが、本症例の様に心筋に広範な低エコー領域を呈し、心筋生検で確定診断に至った症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

02

集学的治療によりLVADを離脱しえた周産期心筋症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○加藤 宗、真壁 伸、高橋久美子、奈良 育美
関 勝仁、小山 崇、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

32歳女性。分娩3週間後に呼吸困難を訴え来院。びまん性左室収縮障害(EF15%)を認め、重症周産期心筋症と診断した。IABP補助下にカテコラミンを開始したが、第2病日、繰り返す持続性心室頻拍を契機にショック状態に移行し、PCPSを導入した。しかし、心機能改善なく多臓器障害が進行し、第8病日に体外設置型LVADを装着した。LVAD装着後は速やかにカテコラミンを離脱し、抗プロラクチン療法やビソプロロール/イミダプリル内服に加え、術後1週間目より心臓リハビリを開始した。ビソプロロールは10mg/日まで漸増し、3ヶ月後EF38%まで改善した。半年後にはBerlin拡大基準を満たし、DOB負荷試験、off試験を経てLVADを離脱し、独歩退院を果たした。周産期心筋症のLVAD離脱例は稀であるが、早期から集学的治療を行ったことが奏功したと考えられる。

04

完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)によるセンシング特性の課題が示唆された蘇生後Brugada症候群の一例

¹弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

²弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学

³弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学

○石田 祐司¹、佐々木真吾²、木村 正臣³、堀内 大輔²
佐々木憲一¹、金城 貴彦¹、西崎 公貴¹、對馬 佑一¹
富田 泰史¹、奥村 謙¹

完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)は体表面心電図(ECG)を3種類のセンシング極性により変換し致死性心室性不整脈を検出するため、適応選択の際にセンシングの慎重な評価を要する。症例は心室細動(VF)蘇生後の45歳男性。蘇生から数日後に自然発生coved型ST上昇を認め、Brugada症候群(BrS)と診断。術前スクリーニング(非coved型ST上昇時)では至適センシング極性は1種類のみであった。二次予防としてS-ICDを植込み、術中VFを誘発し初回ショックによる停止を確認した。S-ICD植込み後にビルジカイニド負荷によりcoved型ST上昇を再現したところ、負荷前にはスクリーニングと同一のセンシング極性が選択されたが、負荷後には異なったセンシング極性に変化した。BrSに対するS-ICD適応時には日差変動を考慮したセンシング極性の設定が必要である。

06

Superoxide Dismutase-1遺伝子多型が心血管死に与える影響—山形県コホート研究—

山形大学医学部 第一内科

○大瀧陽一郎、渡邊 哲、岩山 忠輝、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、山中 多聞
宮本 卓也、久保田 功

【背景】Superoxide dismutase-1(SOD1)は活性酸素種を消去する酵素であり、心血管疾患の発症に密接に関与する。これまでSOD1遺伝子多型(SNP)が一般住民の心血管死に与える影響は十分に検討されていない。【方法】住民健診を受けた2799人を対象に、5種類のSOD1遺伝子SNPを解析し、前向きに予後調査を行った。【結果】10年間の観察期間中に193例の総死亡と57例の心血管死を認めた。死亡群でrs1041740TT型対立遺伝子の保有者が多く、多変量解析で心血管死の独立した予後不良因子であった。他方、rs17880487TT型対立遺伝子の保有者は心血管死を認めず、ハプロタイプ解析で、心血管死に対する障害型と保護型のハプロタイプ配列を同定した。【結論】SOD1遺伝子多型は、心血管死の独立した予後不良因子であった。

07

雪かき作業を契機に発症した急性心筋梗塞症例の臨床的特徴と予後の検討

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○妹尾麻衣子、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

雪かき作業は急性心筋梗塞 (AMI) 発症のトリガーとなりうるが、予後との関連については明らかでない。対象は発症48時間以内に当科を受診した過去5年間のAMI症例中、11月～3月までの5か月間の連続303例であり、雪かきを契機に発症した症例をSnow Shoveling (SS) 群 (39例、13%)、それ以外をnon-SS群 (264例) とし臨床的特徴と予後について検討した。SS群では男性、喫煙者が多く、受診時のKillip IVの割合が少なく、BNPは低値であった。発症から受診までの時間はSS群で有意に短かったが (SS群: 4.0±2.9 vs non-SS群: 7.4±8.3時間、 $p < 0.05$)、最大CPK-MB値に有意差を認めなかった。観察期間2.2年 (中央値) の複合心血管イベントの割合は、SS群で有意に低かった (5% vs 23%, $p < 0.05$)。SS群では発症から受診までの時間が短く、長期予後が良好であった。

09

血漿セロトニン濃度は冠微小血管障害を反映する

東北大学 循環器内科学

○小鷹 悠二、高橋 潤、圓谷 隆治、羽尾 清貴
西宮 健介、須田 彬、小松 真恭、松本 泰治
伊藤 健太、下川 宏明

【背景】冠微小循環障害 (CMD) と血漿セロトニン濃度の関連について検討した。

【方法と結果】冠攣縮誘発試験を施行した198例 (男性/女性 116/82, 60.1±13.2 [SD] 才) の血漿セロトニン濃度を測定した。血漿セロトニン濃度 (平均±SD mmol/L) は冠攣縮狭心症 (VSA) 群とnon-VSA群間で差は無かった。CMD有無別の比較ではCMD群で有意に高値であり (20.9±56.9 vs. 11.3±24.7, $P < 0.01$)、VSA/CMD有無別の4群間比較ではVSA+CMD群が最も高値で、セロトニン濃度とTIMI frame countは正相関していた ($r = 0.23$, $P < 0.01$)。血漿セロトニン濃度9.55 mmol/LがCMD合併のカットオフ値であり、多変量解析でもセロトニン濃度はCMD独立予測因子 [odds ratio (95%CI) 2.45 (1.19-5.03)、 $P < 0.05$] であった。【結論】血漿セロトニン濃度上昇はCMD合併を示唆する。

11

抗体関連型拒絶反応 (AMR) を合併した心臓移植の一例

¹東北大学 医学系研究科 心臓血管外科学分野

²東北大学 循環器内科学

○高原 真吾¹、河津 聡¹、秋山 正年¹、川本 俊輔¹
青木 竜男²、杉村宏一郎²、下川 宏明²、齋木 佳克¹

移植後の抗体関連型拒絶反応 (AMR) は難治性であり、その診断・治療は確立されていない。今回AMRを合併した心臓移植症例を経験したので報告する。症例はDCMの42歳女性。38歳時にLVAD装着し移植待機となった。術前検査で、PRA95%と極めて高値であったが、待機期間3年4ヶ月でダイレクトクロスマッチ陰性のドナーが現れ、心臓移植となった。術前に血漿交換を行い、心臓移植を施行した。術後PRAは56%まで低下し一時陽性であったドナー特異的抗体は免疫抑制療法で陰転化していたが、3病日にAMRが疑われ、ステロイドパルス療法を開始した。7病日の心生検でAMRが強く疑われ、9病日に心機能の増悪が生じたため、再度のステロイドパルス療法、血漿交換に加えRituximabを投与した。その後心生検上C4dを指標としたAMR所見は改善傾向で、心機能の改善も認められた。

08

左心由来肺高血圧の予後予測における肺動脈キャパシタンスの有用性

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座

○神 雄一郎、杉本 浩一、中里 和彦、坂本 信雄
八巻 尚洋、国井 浩行、義久 精臣、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知

左心由来肺高血圧 (LHD-PH) の予後は不良である。本研究はLHD-PHの予後における肺動脈キャパシタンス (PAC) の有用性を検討した。【方法】2006年～2015年に当院で右心カテーテルによりLHD-PHと診断された253名を対象とした。PACは一回拍出量/肺動脈圧として算出し、PAC値により4群に分類し心イベントの発症を追跡調査した。【結果】平均観察期間1174日に心臓死を22例、非致死性心不全を37例に認めた。Kaplan-Meier解析ではPAC低値の群において有意に心不全、心臓死が増加した。単変量解析ではPAC、右房圧、BNPなどが予後と関連した。多変量解析ではPACは心不全と心臓死の独立した予測因子であった。(OR 0.724, 95% CI 0.538-0.974, $P = 0.033$) 【結論】LHD-PHの予後推定にPACは有用な指標であることが示唆された。

10

腎移植術による心機能改善効果

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○阿部 起実、飯野 貴子、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

【目的】腎移植術 (RT) の心形態、心機能への影響を検討する。【方法】RT施行例を術前EF $\geq 50\%$ 群 (P群18例) と $< 50\%$ 群 (R群10例) に分け、RT非施行末期腎不全症例をC群とし、術後12ヶ月間の心機能変動を評価した。【結果】P群、R群では術後12ヶ月で左室拡張末期容積、心筋重量係数が有意に低下した。さらにR群では術後1ヶ月でEFが上昇、その後も経時的に改善した (46±3 vs. 71±4%、 $p < 0.0001$) が、C群、P群では改善しなかった。EF改善率は術前のEFと強い負の相関を認めた ($r = -0.92$, $P < 0.001$)。C群に比し、P群とR群では、術後収縮期血圧 (149±16 vs. 126±10 mmHg、 $p < 0.001$)、Hb (11±1 vs. 12±2 g/dL、 $p < 0.001$) が有意に改善した。【結論】RT後、左室リモデリングは改善した。収縮能改善は、術前のEFが低値の症例で顕著であった。

12

Hybrid手術室において集約的加療を要した「たこつぼ型心筋症」の一例

¹東北大学 循環器内科学

²東北大学 肝胆膵外科学

○須田 彬¹、西宮 健介¹、圓谷 隆治¹、羽尾 清貴¹
松本 泰治¹、高橋 潤¹、伊藤 健太¹、佐藤 英昭²
森川 孝則²、海野 倫明²、下川 宏明¹

症例は77歳男性。当院外科にて肝細胞癌のため肝右葉切除術が施行された。第2病日に腹腔内出血が疑われ再開腹手術の方針となった。一般手術室での麻酔導入時、R on T型心室性期外収縮を契機に持続性心室頻拍からストームの状態となり、PCPSによる循環補助後の電氣的除細動でようやく洞調律に復帰した。その後の心電図上胸部誘導にて広範なST上昇が認められ、同じフロアにあるHybrid手術室において緊急冠動脈造影を施行した。左右冠動脈に有意狭窄は認められず、左室造影所見からたこつぼ型心筋症と診断した。引き続き肝動脈造影を行い、出血点を同定し、コイル塞栓により良好な止血を得た。今回我々はHybrid手術室において複数科にまたがる集約的治療を行い、救命し得たたこつぼ型心筋症の一例を経験したので報告する。

13
褐色細胞腫が起因と疑われたたこつぼ様心筋障害の一例

つがる西北五広域連合 つがる総合病院 循環器・呼吸器・腎臓内科

○矢部 遥子、加藤 千里、工藤奈津美、阿部 直樹
山本 猛

症例は84歳女性。2015年7月頃からの咳嗽にて近医受診した。心電図変化あり、胸部写真にて肺炎像認め、当科紹介となった。心電図ではV3～V6にST上昇あり、心エコーでは心尖部領域に壁運動低下を認めた。胸部症状なく、経過、検査結果からたこつぼ心筋症を疑い、緊急冠動脈造影は行わなかった。入院後肺炎は抗生剤にて軽快し、入院12日目心臓カテーテル検査を施行した。冠動脈造影では有意な狭窄病変なく、左室造影では心尖部壁運動低下と基部の過収縮を認め、たこつぼ心筋症と診断した。その後CT検査で副腎腫瘍を疑う所見あり、採血、尿中検査にてカテコールアミン分画は総じて高値だった。MRI、シンチグラフィから褐色細胞腫と判断した。褐色細胞腫によるカテコールアミン過剰を背景に、たこつぼ様心筋障害の一例を経験したので報告する。

15
GLA 遺伝子変異とゼブラ小体を伴いファブリー病との鑑別を要した閉塞性肥大型心筋症の一例

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座

○八重樫大輝、及川 雅啓、坂本 信雄、小林 淳
鈴木 聡、義久 精臣、八巻 尚洋、中里 和彦
鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は65歳女性。労作時胸部不快感、収縮期雑音の精査目的に当院紹介となった。心エコーにて全周性心肥大を認め、最大圧較差87mmHgの左室流出路狭窄を認めた。心内膜心筋生検にて心筋細胞空胞変性およびゼブラ小体を認め、GLA 遺伝子解析にてE66Q変異が同定され、ファブリー病が疑われた。しかし、心筋におけるグロボトリアオシルセラミド (Gb3) の蓄積は免疫染色では認められず、血漿Gb3も低値であった。また、サルコメア蛋白遺伝子解析にてMYBPC3、MYH6の遺伝子変異が同定され、肥大型心筋症と診断した。本例は、ファブリー病に類似した組織所見、GLA 遺伝子変異を合併した稀な一例であり、肥大型心筋症の病態を考える上で興味深いと考えられたため報告する。

17
二度目の心筋生検で心臓限局性心サルコイドーシスと診断し得た1症例

岩手県立中部病院 循環器内科

○西澤 健吾、土川 幹史、井筒 大人、織笠 俊樹
盛川 宗孝、齊藤 秀典

50歳女性。2014年EF40%の初回心不全のため入院。冠動脈に狭窄なし。各種採血検査ではサルコイドーシスを疑う所見なく心室中隔の菲薄化も認めず。心筋生検では肥大型心筋症疑いで慢性心不全に対し利尿薬とβブロッカー、ACE阻害薬導入し経過フォローとなった。2015年から徐々に呼吸苦増悪し2016年1月に慢性心不全再増悪のため入院。EFはさらに低下し房室伝導は3枝ブロックに増悪していた。眼科診察ではブドウ膜炎の所見なくACEも正常であった。Ga心筋シンチグラフィで心臓限局性にGa異常集積を認め、再度心筋生検を施行すると活動期心サルコイドーシスの所見を確認できた。若干の文献的考察も交えて報告する。

14
急性心不全を呈した逆たこつぼ心筋症の一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○土屋 隼人、小山 容、石垣 大輔、玉瀧 智昭
祐川 博康

症例は67歳女性。呼吸苦を主訴に救急搬送された。胸部レントゲン上著明な肺水腫を認め、重度の呼吸不全あり挿管管理を要した。心電図上広範囲でST低下、心エコー上心基部から中間部にかけて全周性に高度の壁運動低下を認め、急性冠症候群も否定できず緊急冠動脈造影を施行。冠動脈に有意狭窄は認めなかったが、左室造影検査で逆たこつぼ心筋症が疑われた。IABP管理およびカテコラミン投与を要したが、経過とともに心エコー上壁運動改善を認めた。慢性期に心臓カテーテル検査を施行。アセチルコリン負荷検査を施行したところ左前下行枝および右冠動脈房室結節枝にspasmが誘発された。しかし壁運動低下の原因としてspasm発作では説明しきれず、数件の文献を交えて逆たこつぼ心筋症について考察する。

16
潜在性左室流出路狭窄を有するS字状中隔により失神を呈した一例
公立置賜総合病院 循環器内科

○竹村 昭宣、石野 光則、北原 辰郎、新関 武史
山内 聡、池野栄一郎

(症例) 59歳男性(主訴)失神(現病歴) 1週間ほど前より下痢が続いていた。飲酒後に失神し、当院へ救急搬送された。心エコーにて軽度の流出路狭窄を認め入院したが、補液後に流出路狭窄は消失していた。電気生理学的検査では不整脈は誘発されず、イソプロテレノール (ISP) 負荷試験を施行したところ、血圧低下、収縮期心雑音の出現を認めた。カテーテル検査では、左室流出路に50mmHgの引き抜き圧較差を認めた。ISP投与中止にて圧較差は消失し、血圧も回復したことから、潜在性左室流出路狭窄による失神と診断した。下痢からの脱水と飲酒が誘因と考えられ、生活指導を行い、少量のβ遮断薬を導入して退院とした。(考察) ISP負荷によりS字状中隔による潜在性左室流出路狭窄が顕在化し失神の原因と診断しえた症例を経験したので報告する。

18
繰り返す失神から診断に至ったALアミロイドーシスの一例

一般財団法人 脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 循環器科

○志波 慶樹、川村 敬一、佐藤 雅之、永沼和香子
大杉 拓、武藤 満、小野 正博

症例は75歳男性。平成26年10月から繰り返す失神を主訴に近医受診し、精査・加療目的に当院紹介となった。入院後も体位変換で血圧が低下し失神を繰り返したためhead-up-tilt試験を施行し、起立性低血圧を認めた。また心臓エコー検査で心筋のエコー輝度の上昇と心肥大を認めたことから心アミロイドーシスを疑い心筋生検を施行し、心筋へのアミロイドの沈着を認め、免疫染色にてALアミロイドーシスと診断した。そのほか、神経伝導検査にて多発性ニューロパチーを認め、骨髄穿刺で多発性骨髄腫は否定された。安静臥位血圧100/50、NT-proBNP: 6000と高値示しており、予後不良な状態でありボルテゾミブとデキサメサゾンにて化学療法開始した。繰り返す失神から診断に至ったALアミロイドーシスの一例を経験したため報告する。

19

右室に局限した心サルコイドーシスの1例

岩手県立中部病院 循環器内科

○盛川 宗孝、織笠 俊樹、齊藤 秀典、西澤 健吾
土川 幹史、井筒 大人

症例は77歳、女性。2004年より肺、皮膚、眼のサルコイドーシスで加療を開始した。心サルコイドーシスを示唆する所見はなかった。2015年1月に高度房室ブロックを認めた。本人の希望でペースメーカー植え込み術は見送られた。2015年11月に完全房室ブロックでペースメーカー植え込み術を施行した。ガリウムシンチに異常集積を認めなかったが、心エコーで右室の拡大と壁運動低下を認めた。心室性不整脈の既往はないが不整脈原性右室心筋症の可能性も否定できなかった。しかし他臓器でサルコイドーシスの診断がついていることより、心サルコイドーシスと考えてステロイド療法を開始した。2か月後の心エコーで右室の壁運動は改善傾向を認めた。右室局限の心サルコイドーシスと考えられる症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

21

1 左冠尖に形成した血栓により左主幹部の急性心筋梗塞を発症した一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○成田 真人、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

症例は70代男性。

1年前に原因不明の腎梗塞を発症、慢性骨髄増殖性疾患のため抗凝固療法中であった。冷汗を伴う胸部不快感を主訴に近医受診し、ST上昇型急性心筋梗塞として当院へ紹介搬送となった。

心エコーで左冠尖に血栓を認め、前壁中隔から心尖部、側壁の広範な壁運動低下を認めた。緊急冠動脈造影では、左冠尖から主幹部に血栓があり造影遅延を伴っていた。カテーテル治療困難と考え緊急冠動脈バイパス術を施行した。

術後、抗血小板剤と抗凝固剤を投与し血栓は消失していたが、貧血進行のため薬剤を中止したところ再び血栓が出現し、血栓のコントロールに難渋した。

本症例は、血液疾患により左冠尖に血栓が形成され、血栓の消退と出現、血栓症を繰り返した。血栓再発予防のための薬剤選択の検討を含め、若干の文献的考察を加えて報告する。

23

短期間で2度発症した責任病変の異なる不安定狭心症の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○谷 哲矢、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人

症例は70歳台男性。2015年8月中旬に心臓カテーテル検査を行ったところ、seg.6-75%、seg.9-90%、seg.11-90%狭窄を認めた。同日seg.9に対してPOBA施行し、seg.6およびseg.11に対してはDESを留置した。同年10月中旬に夜間の胸背部痛を訴え受診し、心電図変化を認めたため不安定狭心症の診断で心臓カテーテル検査を施行した。前回POBA施行したseg.9の再狭窄を認めたため、同部位を再度2.5mmのバルーンでPOBA施行したところ良好な拡張をえた。さらにその5日後に夜間の胸痛を自覚し、翌日当院へ救急搬送された。症状から不安定狭心症が疑われ、同日緊急心臓カテーテル検査施行した。前回50%程度の狭窄であったHLが90%狭窄と進行を認め、DESを留置して終了した。今回我々は短期間で2度発症した責任病変の異なる不安定狭心症の一例を経験した。

20

運動誘発性の高度房室ブロックを契機に診断された心サルコイドーシスの一例

日本海総合病院 循環器内科

○齋藤 悠司、桐林 伸幸、青野 智典、後藤 準
本田晋太郎、禰津 俊介、菊地 彰洋、近江 晃樹
菅原 重生

50歳代女性。労作時の呼吸苦を主訴に2015年12月に当科外来を受診した。心電図では心拍数 59 bpm、洞調律、完全右脚ブロックを認め、心エコー検査では器質的異常は認められず、BNPは5.4pg/mlであった。トレッドミル負荷心電図を施行したところBruce 2度で心拍数が92bpmに到達した時点で60 bpmに低下し、波形上高度房室ブロックが認められ呼吸苦の原因は変時性不全と考えられた。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄病変は認めず、WB rateは80bpmで房室伝導障害が認められた。PET-CTにて心室中隔にFDGの集積が認められ、心サルコイドーシスの診断に至った。安静時には有意な所見を認めないが、運動負荷で高度房室ブロックが認められたことを契機に診断された心サルコイドーシスの一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

22

右冠動脈遠位部慢性完全閉塞病変に対するPCIにより、高度僧帽弁閉鎖不全症が改善し開心術を回避し得た症例

福島県立医科大学 循環器内科

○寶槻 優、国井 浩行、安藤 卓也、秋田 発
國分 知樹、上岡 正志、小林 淳、鈴木 均
齋藤 修一、竹石 恭知

症例は60歳代男性。前医にて右冠動脈遠位部の慢性完全閉塞病変と高度僧帽弁逆流を認め、加療目的に紹介。心エコー上、乳頭筋不全による接合不全に伴う高度僧帽弁逆流と考えられ、左室、左房径の拡大は軽度であった。運動負荷Tc心筋血流シンチでは後下壁領域に虚血を認めた。後下壁領域に虚血を認め、リモデリングも軽度なことから血行再建による虚血の改善により僧帽弁逆流の改善の可能性が考えられたため、慢性完全閉塞病変に対しPCIを施行する方針とした。左前下行枝から中隔枝を介した逆行性アプローチにて血行再建に成功した。術後、下壁基部の壁運動は徐々に改善し、僧帽弁逆流は軽度に改善した。慢性完全閉塞病変に対するPCIにより僧帽弁逆流の改善を認め開心術を回避し得た症例を経験したので報告する。

24

LADからRCAが分岐する単冠動脈の1例

山形市立病院済生館

○阿部 航也、佐々木真太郎、中田 茂和、宮脇 洋

症例は60代、男性。胸部CT検査で冠動脈の高度石灰化が認められたため、冠動脈疾患の精査目的に当科紹介となった。トレッドミル運動負荷試験で虚血反応陽性であり、心臓カテーテル検査を施行した。左冠動脈(LCA)を造影したところ、前下行枝(LAD) #7から右冠動脈(RCA)が分岐する起始異常血管を認め、RCAに#3 90%狭窄も認めた。冠動脈CTでLCA以外に大動脈から起始する冠動脈を認めず、単冠動脈と確定診断した。分岐したRCAは肺動脈前面を走行しているため大動脈と肺動脈からの圧排を受ける可能性は低く、PCIでの血行再建が可能と判断し、RCA #3 90%狭窄にPCIを施行した。LADからRCAが分岐する単冠動脈症は大変稀であり、起始異常血管であるRCAに対しPCIを施行した症例報告はほとんどない。貴重な症例と考えられ、文献的考察を含め報告する。

25

sirolimus eluting stentに関連した遅発性イベントを繰り返した一例
福島赤十字病院 循環器内科

○佐藤 優紀、渡部 研一、根岸 紘子、阪本 貴之
大和田尊之

症例は80代男性。狭心症の診断で平成17年に左前下行枝・右冠動脈・左回旋枝と順次sirolimus eluting stent (SES)を留置されている。平成22年労作時胸痛で冠動脈造影(CAG)を施行したところ、右冠動脈のSES遠位部に75%、左前下行枝のSES両端に75%+90%の遅発性再狭窄を認めた。左前下行枝の狭窄に対しそれぞれeverolimus eluting stent (EES)を留置し症状は改善した。平成23年に急性心筋梗塞を発症しCAG。右冠動脈SES遠位部が閉塞しており、bare metal stentで再灌流した。平成27年に不安定狭心症でCAG。左前下行枝のSES・EESのoverlap部で99%の遅発性再狭窄となっていた。バルーンで拡張し薬剤溶出性バルーンを使用した。今回ACSを含めたSES関連遅発性イベントを繰り返した症例を経験したので報告する。

27

心筋梗塞慢性期に発症する心不全の予測因子

仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科

○浪打 成人、杉江 正、瀧井 暢、牛込 亮一
佐藤 公一、加藤 敦

【背景】再灌流療法の普及により心筋梗塞症例の生命予後は改善したが、心機能低下に伴う非代償性心不全発症リスクは残存する。【目的】心筋梗塞慢性期に発症する心不全を予測する因子を検討すること。【方法と結果】急性心筋梗塞から生存退院した1091症例について非代償性心不全の発症を調査した。平均観察期間1279±1182日で101症例9.3%が心不全入院し、うち46症例は心筋梗塞発症から一年の間に心不全を発症していた。多変量解析で心不全入院の予測因子は梗塞後のBNP濃度、心筋梗塞の既往であった。【結語】心筋梗塞発症後に一割弱の症例が心不全入院を経験する。再灌流療法が成功しても梗塞範囲が大きく、心負荷が強い症例では慢性期に心不全を発症するリスクが高くなる。

29

心サルコイドーシスに冠攣縮性狭心症を合併した2症例

東北大学 循環器内科学

○崔 元吉、羽尾 清貴、西宮 健介、圓谷 隆治
松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太、下川 宏明

症例1：65歳女性。心エコーで後壁の壁運動低下と菲薄化、労作時息切れを認め、当科紹介。冠動脈造影(CAG)で有意狭窄がなく、冠攣縮誘発試験は陽性であった。心筋生検で特異所見を認めなかったがMRIで菲薄化部分に中層の遅延造影を認めたため、PETを施行して心サルコイドーシスと診断した。ベニジピンとステロイド導入し、心機能の改善を認めた。症例2：67歳女性。皮膚・肺サルコイドーシスで加療中。労作時胸痛を認めて当科紹介。MRI、PETで心室中隔に心サルコイドーシスの所見を認めた。CAGで有意狭窄なく、冠攣縮誘発試験は陽性であった。心筋生検で特異所見を認めなかったが画像所見から心サルコイドーシスと診断し、ステロイドを再導入した。心サルコイドーシスと冠攣縮性狭心症の合併例の報告は稀であり、若干の考察を加えて報告する。

26

OCTにより詳細に観察できた“Artery-to-Artery”機序による急性心筋梗塞の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○川村 陽介、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

症例は50代男性。就寝中に突然の前胸部痛が出現し当院へ救急搬送。心電図ではV5-6でST上昇あり、発症早期のため心筋逸脱酵素の上昇はないが後側壁の急性心筋梗塞(AMI)として緊急冠動脈造影施行。回旋枝seg14の完全閉塞を認め、OCTを施行したところseg13に血管内膜びらん(erosion)による血栓を認めた。中枢側のerosionに伴う血栓が末梢側に流れ閉塞させた“Artery-to-Artery”機序によるAMIと考えられた。血栓吸引のみで冠血流も改善したためステント留置は行わずに終了した。2週間後にOCTを再検し中枢側の血栓はさらに減少していた。今回我々は“Artery-to-Artery”機序によると考えられるAMI症例を経験したため若干の文献的考察を加えてここに報告する。

28

抗癌剤の使用と関連してACSを発症した6例

国立病院機構 仙台医療センター

○人見 泰弘、篠崎 毅、石塚 豪、尾上 紀子
山口 展寛、藤田 央、高橋 佳美、山中 信介

抗癌剤の使用または使用後に、急性冠症候群(ACS)を発症したと考えられた6症例を経験した。症例1は肺癌に対するカルボプラチン+パクリタキセル投与15日後に、症例2は膀胱癌に対するシスプラチン+ピラルビシン投与当日に、症例3は肺癌に対するペメトレキセド投与の2日後とゲムシタピン投与の2日後に、症例4は乳癌に対するアナストロゾール内服中に、症例5は膀胱癌に対するテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム内服中に、症例6は上顎癌に対するドセタキセル+シスプラチン投与の52日後にACSを発症した。6例中2例に緊急PCI、3例に待機的PCIを施行し、うち1例(症例2)の血管内超音波検査(IVUS)でブランク破綻の所見を認めた。抗癌剤がACSと関連する可能性がある。

30

非典型的な画像所見のため診断に苦慮した急性大動脈解離の一例

¹岩手県立中央病院 循環器内科

²岩手県立中央病院 心臓血管外科

○赤沼 英¹、赤沼 英¹、遠藤 秀晃¹、照井 洋輔¹
梶谷 翔子¹、門間 雄斗¹、佐藤謙二郎¹、金澤 正範¹
野田 一樹¹、中嶋 壮太¹、高橋 徹¹、中村 明浩¹
小田 克彦²、野崎 英二¹

症例は50歳代男性。発症後5日の経過で徐々に進行した著明な両側の肺水腫、並びに低酸素血症にて精査加療目的に当院救急外来に転院搬送となった。肺水腫の原因検索の過程にて、2日間の経過で造影CT上全周性の上行大動脈壁肥厚とバルサルバ洞の拡大を認め、大動脈弁閉鎖不全による急性左心不全と診断された。画像所見上、急性期大動脈炎と血栓閉鎖型大動脈解離が鑑別となったが診断困難であった。第6病日に血行動態が破綻したため、緊急手術を施行した。手術所見として右冠尖無冠尖直上に2cmのentryがあり両冠尖が脱落し大動脈弁閉鎖不全を呈していた。全周性に薄い血腫を認め、急性上行大動脈解離(DeBakey II)と診断された。亜急性の経過をたどり、かつCT画像上確定診断に至らなかった診断困難例であったため考察を加えて報告する。

31

Stanford B型急性大動脈解離に伴う急性呼吸不全の予測因子の検討

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○富岡 智子、竹内 智、土屋 聡、伊藤 愛剛
塩入 裕樹、小山 二郎、井上 寛一

【対象】保存的加療を行った StanfordB型大動脈解離30症例（人工呼吸器装着群（n=9）、非装着群（n=21））を対象とし、急性期人工呼吸器の要否と臨床的特徴の関連につき検討した。【結果】人工呼吸器装着群では急性期peak WBC値、解離長、偽腔開存と有意な関連が見られた。更にpeak WBCと解離長には正の相関がみられた。一方人工呼吸器装着群、非装着群間での死亡リスクに有意差は見られなかった。【結論】peak WBC、解離長、偽腔開存型がStanfordB型大動脈解離に併発する急性呼吸不全に関連する因子であった。またpeak WBCと解離長の正の相関は、長い解離による強い炎症が呼吸不全を惹起することを示唆している。一方急性期の適切な降圧、呼吸不全への対処を行うことで良好な予後を期待できる疾患であることも示唆された。

33

後腹膜腫瘍が疑われた緩徐進行性の腹部仮性大動脈瘤の一例

¹山形県立中央病院 循環器内科
²山形県立中央病院 心臓血管外科

○高橋 克明¹、志鎌 拓¹、大道寺飛雄馬¹、加藤 重彦¹
玉田 芳明¹、福井 昭男¹、松井 幹之¹、矢作 友保¹
後藤 敏和¹、鈴木耕太郎²、川原 優²、阿部 和男²

60歳代男性。37年前に大動脈弁置換術、11年前に大動脈基部置換術を行っている。腹部大動脈瘤の経過観察中であった。昨年8月のCTで動脈瘤右側壁に接して径30mmの腫瘍を認めた。6年前は12mm、2年半前は22mmで緩徐に増大していた。腫瘍内は造影されず、大動脈壁石灰化の外側に位置する後腹膜腫瘍が疑われた。MRI所見はT1高信号、T2低信号。PET異常集積なし。以上から血腫の可能性が示唆された。同年11月、腹部大動脈瘤に対するYグラフト置換術時に後腹膜腫瘍摘出が行われ、後腹膜腫瘍は仮性動脈瘤と診断された。仮性動脈瘤は、感染、血管炎、外傷などを契機に発症し急速に拡大することが多いと報告されている。本症例は原因が特定されず、無症候で緩徐に進行する経過であった。比較的稀な経過をたどった腹部仮性大動脈瘤の一例として報告する。

35

深部静脈血栓症を発症したMay-Thurner症候群に対して腸骨静脈ステントを留置した1例

公立置賜総合病院 循環器内科

○山内 聡、北原 辰郎、新関 武史、石野 光則
竹村 昭宣、池野栄一郎

症例は49歳女性。左下肢腫脹、疼痛を主訴に来院し、CTを施行したところ左総腸骨静脈～下腿静脈までの血栓閉塞と左総腸骨静脈の狭窄を認めた。IVCフィルターを留置の上、左膝窩静脈よりカテーテルを留置しウロキナーゼ散布を1週間施行し、併せてアピキサバンの内服を開始した。1週間後の留置カテーテルからの造影では、大腿静脈は造影不良であったが、左総腸骨静脈～下腿静脈のflowを認めたため、左大腿静脈よりシースを挿入し、血栓吸引を施行した。更に狭窄部位をバルーンで拡張した後、総腸骨静脈にステントを留置した。近位部の血流が確保されたことを確認し、再度膝窩静脈にカテーテルを留置し、ウロキナーゼ散布を1週間追加したところ、左大腿静脈の血栓は消失し、症状も改善したため、IVCフィルターを抜去し退院となった。

32

異所性右鎖骨下動脈を伴った急性A型大動脈解離に対し上行弓部置換術後緊急TEVARを施行し救命した1症例

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○高橋 悟朗、小田 克彦、寺尾 尚哉、鷹谷 紘樹
長嶺 進

異所性右鎖骨下動脈起始部は瘤形成を伴うことがあり、脆弱性が想定される部位である。大動脈解離が及べば脆弱性が増すと考えられ、急速に拡大する可能性を考慮する必要がある。当院で経験した異所性右鎖骨下動脈を伴った急性A型大動脈解離を報告する。症例は56歳男性。A型解離の発症同日上行弓部置換術を施行し左鎖骨下動脈まで再建した。術後2日目のCT所見で右鎖骨下動脈起始部の急速な拡大傾向が認められ、術後4日目に緊急TEVARを施行した。右鎖骨下動脈起始部は血栓化、縮小した。異所性右鎖骨下動脈起始部に大動脈解離が及んだ場合は同部位の急速な拡大を想定した治療戦略が必要となり、今回は急性期に緊急TEVARを追加施行することで救命することができた。

34

片側の間歇性跛行を呈したStanford分類B型急性大動脈解離の一例

仙台厚生病院 循環器内科

○富樫 大輔、堀江 和紀、西願 誠、遠田 佑介
土岐 祐介、宮坂 政紀、茂井 宣任、松本 崇
伊澤 毅、櫻井 美恵、多田 憲生、宗久 雅人
本多 卓、井上 直人、目黒泰一郎

症例は64歳男性、背部痛を主訴に救急搬送された。造影CTで臓器虚血や切迫破裂の所見を認めず、大動脈弓部から左総大動脈までの偽腔開存型の急性B型大動脈解離として入院した。第10病日より歩行開始となったが、100m程度で右下肢の間歇性跛行を認めた。ABI (ankle brachial index) を運動前後で測定したところ右上下肢で0.95から0.31と著明に低下し、下肢動脈超音波でも歩行後にflapにより、大動脈分岐部で真腔の狭小化を認めた。以上より労作後の血圧上昇でエントリーより偽腔への血流が増加し、真腔が狭小化するDynamic typeの開塞と診断した。第27病日に胸部のエントリーに対してステントグラフト治療を行い、術後安定して経過し下肢症状も改善した。今回労作後に下肢虚血症状を呈した急性B型大動脈解離を経験したので報告する。

36

当院における浅大腿動脈TASC A/B病変における薬剤溶出性自己拡張型ステントの治療成績

山形大学医学部 第一内科

○高橋 大、大瀧陽一郎、渡邊 哲、橋本 直明
熊谷 遊、成味 太郎、和根崎真大、岩山 忠輝
西山 悟史、有本 貴範、宍戸 哲郎、宮本 卓也
山中 多聞、久保田 功

2012年より本邦でも使用できるようになった、浅大腿動脈専用の薬剤溶出性自己拡張型ステント (Zilver PTX) を用いた治療については賛否両論の報告が散見される。そこで、本研究では、2012年8月から2015年4月までの間に、ステント治療も許容されるTASC A/B分類の症例に対してZilver PTXを用いて血行再建を行った当院での症例の治療成績を検討した。平均観察期間は723日で、TASC A/B症例がそれぞれ14/12症例の計26例、平均病変長は104±41mmであった。TASC Aの14症例は現時点まで全例開存しており、TASC B症例はこれまで2例に再血行再建を要するのみであった。TASC A/B病変に対するZilver PTXの成績は大変良好と考えられ、文献的考察も加え報告する。

37

総腸骨動脈から膝窩動脈の閉塞病変に対し血管内治療とバイパス術を同時に施行した閉塞性動脈硬化症の症例

¹仙台厚生病院 循環器内科
²仙台厚生病院 心臓血管外科

○堀江 和紀¹、井上 直人¹、田中綾紀子¹、宗久 雅人¹
山谷 一広²、畑 正樹²、目黒泰一郎¹

症例は70歳男性。2015年10月に50mの歩行で誘発される左下肢の間歇性跛行を自覚し、当院外来を受診した。左膝窩動脈の脈拍は触知できず、血管造影で左総腸骨動脈から膝窩動脈に至る閉塞性病変を認め、閉塞性動脈硬化症と診断した。薬物療法、運動療法の導入後も跛行が改善しなかったため、血管内治療と動脈バイパス術のハイブリッド治療を施行した。全身麻酔下で左総大腿動脈を外科的に露出し、内膜除去術を施行した。次いで腸骨動脈の閉塞病変に逆行性にワイヤーを通し、自己拡張型ステントを2本留置した。その後、人工血管で総大腿動脈-膝窩動脈バイパス術を施行した。術後、足関節・上肢血圧指数は正常範囲内となり、跛行は消失した。ハイブリッド治療により長区間の閉塞性病変を低侵襲で完全血行再建できた症例を経験したため報告する。

39

低アルドステロン血症により低血圧が遷延した重症肺炎・心不全の一例

岩手県立中央病院

○照井 洋輔、中嶋 壮太、門坂 崇秀、中田 貴史
渡辺 翼、佐藤謙二郎、金澤 正範、野田 一樹
近藤 正輝、遠藤 秀晃、高橋 徹、中村 明浩
野崎 英二

【症例】69歳、男性。【現病歴】2015年12月26日に呼吸困難が出現し、当院へ救急搬送となった。【経過】胸部単純写真で右肺野にびまん性浸潤影を認め、心臓超音波検査で全周性の壁運動低下を認めた。心不全と肺炎による高度な低酸素血症の診断で挿管・人工呼吸器管理となった。肺炎に対し抗菌薬投与を行い、また心不全と頻脈性心房細動に対しβ遮断薬、アミオダロン、ACE阻害薬、抗アルドステロン薬を使用した。その後、感染症や心不全の経過は良好だったが、低血圧が遷延し高用量のノルアドレナリン持続点滴を要した。血清アルドステロン値が測定感度以下であったため、抗アルドステロン薬を中止したところ、速やかに血圧は上昇し、カテコラミンから離脱した。今回、重症疾患に伴う内分泌不全を合併した心不全症例を経験したため報告する。

41

NOAC関連脳出血症例の予後不良例の検討

¹(財)黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター
²弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学
³弘前大学医学部保健学科
⁴済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門
○萩井 謙士¹、目時 典文¹、齋藤 新¹、白戸 弘志¹
佐々木都子¹、高橋 広希¹、人見 博康¹、鎌田 孝篤¹
保嶋 実¹、富田 泰史²、長内 智宏³、奥村 謙⁴

目的：NOAC服用下脳出血例の特徴を捉える。対象と方法：2011年4月～2015年10月までに当院で加療したNOAC関連脳出血14例(平均79.9歳)について背景、NOAC最終服用時間、NOAC種類と用量、血腫増大、入院後早期死亡について検討。結果：NOACはリバーロキサパン8例、アピキサパン4例、エドキサパン2例。低用量は11例(79%)。CHADS2スコアは平均3.4、HAS-BLEDスコアは3.1、最終服薬～発症までの時間は平均13.9hr(3例は不明)。早期死亡した3例とそれ以外の11例では、血腫量59vs.7ml, NIHSS 22vs. 7(共にp<0.05)と死亡例は来院時から血腫が大きく重症だった。PT-INR, APTT, 抗血小板剤の併用は両群で差なし。考察：NOAC服用下脳出血は血腫量小さい症例が多くその場合血腫増大はなかったが初診時に血腫が大きくNIHSSが高いものは予後不良。

38

下肢静脈瘤に対するラジオ波による血管内治療の短期成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○片平晋太郎、小田 克彦、鷹谷 紘樹、高橋 悟朗
長嶺 進

【背景】2014年6月に下肢静脈瘤にラジオ波による血管内焼灼術(RFA)が保険適用となった。当院で2015年5月より導入した。RFAの短期成績を報告する。【対象】2015年5月から2016年2月までにRFAを施行した20例26肢を対象とした。男性8例、女性12例、平均年齢64.1±8.9歳であった。右下肢のみ7例、左下肢のみ7例、両下肢6例であった。全例入院で行った。焼灼した静脈は全例で大伏在静脈であり、Stab avulsion法による静脈瘤切除術も併施した。【結果】術後の静脈閉塞率は100%であった。Endovenous heat-induced thrombosis (EHIT)や深部静脈血栓症などの合併症は認めなかった。術後は鎮痛薬を必要としなかった。平均在院日数は4.9±1.5日であった。【結語】RFAの短期成績は良好であった。RFAは、合併症の少ない有用な外科治療として期待できる。

40

多発性心内腫瘍を認めたらうっ血性心不全の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○奈良 育美、加藤 宗、高橋久美子、真壁 伸
小山 崇、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

症例は54歳男性。平成27年11月より呼吸苦を認め近医を受診。うっ血性心不全の診断で当科紹介入院となった。心臓超音波検査ではEF33%と低下しており、左房前壁に付着する1.9×1.8cm大の可動性腫瘍を認めた。造影CTで、左房のみならず左心耳及び右心耳内にも同様に低吸収域を示す腫瘍を認めた。腫瘍は辺縁平滑で内部均一であり多発していたことから、血栓を強く疑った。心不全治療に加え抗凝固療法を開始。これにより両心耳内の腫瘍は徐々に縮小し左房内の腫瘍は消失した。本症例は、低心機能に伴う心拍出量の減少により心室内血流速度が低下し、さらに心不全急性期の凝固線溶系異常により、心内血栓を形成したと考えられる。心内血栓を合併した心不全において、内科的治療により血栓の縮小を得られた一例を経験したのでここに報告する。

42

慢性心不全患者の簡便な予後予測リスクスコアの開発

¹東北大学 循環器内科学
²東北大学 循環器EBM開発学

○笠原信太郎¹、坂田 泰彦¹、但木壮一郎¹、山内 毅¹
小野瀬剛生¹、辻 薫菜子¹、阿部 瑠璃¹、及川 卓也¹
高橋 潤¹、宮田 敏²、下川 宏明¹

【背景】慢性心不全患者における既存の予後予測リスクスコアは簡便ではなく日常診療で使用されることは少ない。【方法】CHART-2研究(N=10,219)に登録された慢性心不全患者4,731人を対象にCox比例ハザードモデル解析を行い、ステップワイズ法により選出された全死亡(観察期間中央値5.2年, N=1,328)の規定因子とそのハザード比を基にリスクスコアを作成した。【結果】最終的なリスクスコアの構成項目は、年齢(≥75歳, 2点)、BNP(≥100pg/mL, 2点)、BUN(≥25mg/dL, 2点)、NYHAクラス(I, 1点; II, 2点; III, 3点; IV, 4点)となった。リスクスコアの総計と予後は良好な相関を示した(AUC=0.76)。【結論】慢性心不全患者における簡便な予後予測リスクスコアを開発した。

43

日本の慢性心不全患者における在宅健康管理と予後に関する研究
— CHART-2 研究からの報告 —

¹ 東北大学 循環器内科学

² 東北大学 循環器EBM開発学

○阿部 瑠璃¹、坂田 泰彦¹、宮田 敏²、三浦 正暢¹
山内 毅¹、小野瀬剛生¹、辻 薫菜子¹、及川 卓也¹
笠原信太郎¹、後岡広太郎¹、高橋 潤¹、下川 宏明¹

【背景】わが国の慢性心不全患者の在宅健康管理状況と予後との関連に関する検討は不十分である。【方法・結果】第二次慢性心不全登録 (CHART-2) 研究 (N=10,219) 症例のうち死亡・追跡中止を除く8,370人に健康管理に関する European Heart Failure Self-Care Behaviour Scaleのアンケートを依頼し、5,177人から回答を得た。5段階評価12項目のアンケートの合計点数により3群に分類した。健康管理良好群は不良群と比較して高齢 (75.2 vs. 70.0) であり、BNPが高値 (66.9 vs. 44.6) であった。平均328日の追跡中、健康管理不良群、標準群、良好群で各々2.2%、3.5%、4.6%が死亡し、3.0%、5.5%、9.4%が心不全で入院した。【結論】慢性心不全患者における在宅健康管理状況と予後は必ずしも一致しない。

44

減衰伝導特性を有する左側前壁の潜在性副伝導路を介した房室回帰性頻拍の一例

¹ 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

² 弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学

³ 弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学

○対馬 迪子¹、金城 貴彦¹、木村 正臣²、佐々木真吾³
堀内 大輔³、石田 祐司¹、富田 泰史¹、奥村 謙¹

53歳、男性。発作性上室性頻拍に対しカテーテルアブレーションを行った。右室心尖部 (RVA) からの期外刺激S1S1 600msec、S1S2 360msecまでは心房最早期興奮部位 (EAS) はHis束近傍だったが、S1S2 340msecからEASはCS遠位側に変化し、その後もS1S2を短縮すると刺激-心房時間は延長した。頻拍中のEASはCS遠位側で、右室流出路からのentrainmentでQRS波が融合波形を示したことから左側前壁に存在する潜在性副伝導路を介する房室回帰性頻拍と診断した。RVAからの期外刺激にてEASをマッピングし左房前壁を通電し副伝導路の離断に成功した。左前壁副伝導路でも減衰伝導を示す場合があり、診断手法の選択には注意が必要である。

45

副伝導路の斜走と心房中隔の肥厚によりアブレーションに難渋した肥大型心筋症合併のWPW症候群の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○野寺 穰、金城 貴士、上岡 正志、神山 美之
鈴木 均、竹石 恭知

症例は70歳代女性。肥大型心筋症およびWPW症候群の精査加療目的に当院紹介となった。ホルター心電図で上室性頻拍を認め、副伝導路へのカテーテルアブレーションを施行した。右室ペーシング下における心房最早期興奮部位は冠静脈洞近位部であり、副伝導路の心房端は後中隔と考えられた。洞調律下にアブレーションを行い、間もなくしてデルタ波の変化を認めた。心房伝導は消失していたが、デルタ波は残存していたため、イリゲーションカテーテルに変更したが同様であった。そのため、電位指標下に中中隔で通電したところ、デルタ波の消失に成功した。MRIでは心房中隔は肥厚しており、本所見と副伝導路の斜走がアブレーションに難渋した要因と思われた。

44

左室駆出率が低下した心不全と左室駆出率が保たれた心不全の臨床学的特徴における差 — CHART-2 研究の知見 —

¹ 東北大学 循環器内科学

² 東北大学 循環器EBM開発学

○辻 薫菜子¹、坂田 泰彦¹、三浦 正暢¹、宮田 敏²
後岡広太郎¹、但木壮一郎¹、山内 毅¹、小野瀬剛生¹
阿部 瑠璃¹、及川 卓也¹、笠原信太郎¹、高橋 潤¹
下川 宏明¹

【背景】左室駆出率が低下した心不全患者 (HFrEF) と左室駆出率が保たれた心不全患者 (HFpEF) の臨床学的特徴における差に関する報告は少ない。【方法】CHART-2 研究に登録された慢性心不全患者 (N=10,219、平均年齢69.4歳、女性34.7%) のうちステージC/Dの患者 (N=4,631) をHFrEF (EF ≤ 40%, N=777)、Borderline HFpEF (40% < EF < 50%, N=696)、HFpEF (EF ≥ 50%, N=3,158) の3群に分類し、臨床学的な差に関する検討を行った。【結果】HFpEF患者はHFrEF患者に比べより高齢で、女性の割合が高く、弁膜症や高血圧性心疾患を有する症例が多かった。全死亡、心血管死、心不全入院はHFpEF、Borderline HFpEF、HFrEFの順に多かった。【結論】HFpEFとHFrEFでは臨床学的特徴に明らかな差があり、HFpEFはHFrEFとは異なる一つの病態である可能性が示された。

46

冠静脈洞憩室での高周波通電により副伝導路離断に成功したWPW症候群の1例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○箆井 宣任、富樫 大輔、西願 誠、須崎 太郎
遠田 佑介、伊藤 真輝、石井 和典、土岐 祐介
宮坂 政紀、田中綾紀子、松本 崇、堀江 和紀
伊澤 毅、櫻井 美恵、多田 憲生、宗久 佳子
宗久 雅人、本多 卓、大友 達志、井上 直人
目黒泰一郎

71歳女性。偽性心室頻拍のため救急搬送となり、電気的除細動で洞調律に復帰させた。デルタ波の極性から心外膜下副伝導路が示唆された。心房細動中の最短RR間隔は260msであった。心臓電気生理学的検査では、洞調律中にデルタ波を認め、再早期心室興奮部位は冠静脈洞 (CS) 入口部であった。CS造影を行ったところ、CS入口部より10mmの中心臓静脈領域に頸部を有する20×35mmの冠静脈洞憩室を認めた。憩室内をマッピングしたところ、頸部から中部の比較的広範囲で副伝導路電位 (KP) が観察された。最も先鋭且つ心室波に対して先行したKPが記録される憩室頸部で高周波通電を行ったところ、通電開始後2.5秒で副伝導路の離断が得られた。冠静脈洞憩室近傍に副伝導路が存在し、憩室頸部での通電により離断に成功した顕性WPW症候群を報告する。

47

冠静脈洞-右房接合部がリエントリー回路に含まれると考察した通常型房室結節リエントリー頻拍の1例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 舞、八木 哲夫、鈴木 啓資、小松 寿里
佐藤 英二、中川 孝、佐藤 弘和、山科 順裕
三引 義明、石田 明彦

82才男性。PSVTにて電気生理学検査を行った。心室刺激 (VP) 時にHis束領域 (HBE) が冠静脈洞開口部 (CSO) よりも早期であり、頻拍は心房刺激でjump現象後に誘発された。頻拍中の心房電位の興奮順序はVP時と同様で心室波と心房波は重合しVPでリセット現象はみられず、通常型房室結節リエントリー頻拍 (SF-AVNRT) と診断した。通電は、CSOの底部の高さからclassic slow pathway ablationを試みたが難渋した。そのためCSO前面に通電したところ誘発された頻拍は周期が延長し、心室とCSOの電位は通電前と同一の興奮順序だったが、HBEが遅れた所見であり、CSO-右房接合部での伝導遅延が示唆された。最終的にHBEに近い部位での通電で頻拍は消失した。電気生理的に非常に興味のある所見がみられたため報告する。

49

フォロー四徴症術後のPVCに対し、大動脈冠尖からの通電が有効であった一例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、福田 浩二、長谷部雄飛、木村 義隆
平野 道基、深澤恭之朗、千葉 貴彦、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

症例は19歳男性、フォロー四徴症に対し、生後2ヶ月に姑息術、2歳時に根治術施行。動悸の自覚あり、心電図上、下方軸、左脚ブロック型の心室性期外収縮(PVC)の頻発を認め、当科紹介、RFCAの方針。右心系マッピングにて最早期はRVOT後壁であるが、早期性は15msec.程度。ペースマップはPVCに合致。同部位の通電にてaccelerationを認めるも、PVCの抑制には至らず。解剖学的に対側に位置する左心系のマッピングを施行。大動脈右冠尖でPVCに先行するspikyな電位を認め、ペースマップでの相性はRVOTよりやや劣るものの、同部位の通電でPVC消失。フォロー四徴症症例では右室病変が多いことが予想されるが、今回対側に位置する大動脈冠尖からの治療が奏功した症例を経験したため報告する。

51

左房内隔壁を有する症例で施行した心房細動アブレーションの1例

仙台市立病院 循環器内科

○鈴木 啓資、佐藤 弘和、石田 明彦、三引 義明
山科 順裕、中川 孝、佐藤 英二、佐藤 英二
小松 寿里、佐藤 舞、八木 哲夫

症例は70歳女性。63歳時にWPW症候群、心房頻拍のアブレーションを施行された。2015年11月起床時から胸部不快感を自覚し、当院救急外来受診した。12誘導心電図で心房粗細動認め、同期通電で停止した。心房細動に対しカテーテルアブレーションを希望され施行した。術前に造影CTを撮像した際、左房内にroofから前壁にかけて線状の隔壁を認めた。カテーテル隔壁を損傷しないよう、隔壁に中止しながら手技を行い、拡大肺静脈隔離術施行可能であった。心房内の隔壁を有する症例でのアブレーションの報告は少なく、報告する。

53

高カリウム血症により心室停止に至った左脚ブロックの1例

国立病院機構 仙台医療センター

○佐藤 公亮、山口 展寛、高橋 佳美、山中 信介
人見 泰弘、藤田 央、尾上 紀子、石塚 豪
篠崎 毅

85歳男性。インフルエンザに罹患後、食欲低下と全身倦怠感のため前医を受診した。点滴加療後、帰宅途中に心肺停止となった。心肺蘇生を開始後、当院へ救急搬送された。来院時、JCS-100、モニター上心室停止を認め、経皮ペースングを開始した。意識レベルはJCS-3まで改善し、血圧も150mmHg台まで上昇した。硫酸アトロピンを静注したが、自己脈は出現せず、一時的ペースングを留置した。冠動脈造影検査では、有意狭窄は認めなかった。血清カリウム値が6.3mEq/lと高値のため補正を行い、自己脈が出現したため一時的ペースングを抜去した。心電図では一度房室ブロックと左脚ブロックを認めた。その後恒久的ペースメーカー植込み術を行い退院した。脱水による高カリウム血症のため心室停止に至った左脚ブロックの1例を経験した。

50

心房細動アブレーション後、遅発性に心嚢液貯留をきたした1例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 弘和、石田 明彦、三引 義明、山科 順裕
中川 孝、佐藤 英二、小松 寿里、佐藤 舞
鈴木 啓資、八木 哲夫

近年心房細動アブレーション後、遅発性心嚢液貯留をきたす例の報告が散見される。症例 68歳男性。薬剤抵抗性発作性心房細動に対し拡大肺静脈隔離術を施行した。術後洞調律で自覚症状なく、心エコーでも特記異常ないことを確認し退院となったが術後3週間で発熱・動悸・胸苦感の訴えあり外来を受診した。心電図は洞調律でST変化はなく、WBC, CRPの上昇を認め、心エコー・CTで15mmの心嚢液貯留を認めた。入院加療とし補液・抗生物質の投与を行い、解熱し心嚢液増加は見られなかった。2週後には心嚢液は消失し、胸部症状はみられなくなった。心房細動アブレーション後遅発性に心嚢液貯留をきたす症例の報告が稀にあり、心房細動アブレーション術後は早期の経過観察が必要と考えられた。

52

脳梗塞患者の発作性心房細動検出におけるANP測定の有用性

¹(財)黎明郷 弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

²弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

³済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門

○白戸 弘志¹、富田 泰史²、目時 典文¹、萩井 譲士¹
奥村 謙³、保嶋 実¹

【目的】脳梗塞患者の発作性心房細動検出予測におけるANPの有用性を検討する。【方法】ANPとBNPを同時測定した急性期脳梗塞入院患者222例を対象とした。洞調律群(SR群 n=158)、発作性心房細動群(pAf群 n=25)、慢性心房細動群(cAf群 n=39)に分け、患者背景、血液マーカーを比較した。

【結果】年齢はSR群に比べpAf群とcAf群で高齢であり(各々72±11、81±6、81±10歳)、ANP、BNPもSR群に比べpAf群とcAf群で高値であった(ANP:64±67、189±325、285±248 pg/mL、BNP:84±187、156±119、436±680pg/mL、p<0.05)。またSR群およびpAf群を合わせた183例におけるpAf検出を目的とした多変量解析では、年齢ならびにANPは独立因子であったがBNPは独立因子ではなかった。

【結語】脳梗塞患者のpAfの検出予測においてBNPよりもANP測定が有用である。

54

アルコール摂取時に顕在化した房室伝導障害により失神を繰り返したMarfan症候群の1例

¹弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

²弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学

³弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学

○對馬 佑一¹、石田 祐司¹、佐々木真吾²、木村 正臣³
堀内 大輔²、佐々木憲一¹、金城 貴彦¹、西崎 公貴¹
富田 泰史¹、奥村 謙¹

症例はMarfan症候群の66歳男性。失神既往なし。65歳時に大動脈弁輪拡張症、大動脈弁閉鎖不全症に対して自己弁温存基部一上行動脈置換術がなされた。術後完全房室ブロック(cAVB)が2週間遷延したが、房室伝導が回復しペースメーカー(PM)適応外として退院。術後8か月目の飲酒中に数回の失神を認め、当科入院となった。ヘッドアップチルト検査、心臓電気生理検査を施行したが失神の原因を特定できず、植込み型心電計(ILR)を植込んだ。植込み8日後、退院後初めての飲酒中に再び失神発作を認めため救急外来を受診。ILRでは失神に一致して、一過性cAVBによる最大11秒の心室停止が捕捉された。アルコールによる可逆性変化も考えられたが、術後cAVBが遷延した経緯からPMを植込んだ。飲酒後に顕在化するcAVBの検出にILRが有用であった1例を経験した。

55

カルバマゼピン内服中に完全房室ブロックをきたした1例

国立病院機構 仙台医療センター

○川名 友美、山口 展寛、高橋 佳美、山中 信介
藤田 央、尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

72歳男性。失神のため当院へ救急搬送された。既往歴には脳動静脈奇形、症候性てんかん、ホジキンリンパ腫を認めた。来院時は意識清明であったが、心電図で完全房室ブロックを認め心拍数34回/分の右脚ブロック波形であったため一時的ペースングを留置した。カルバマゼピンによる心筋伝導障害の影響が疑われたため入院後内服を中止した。その後完全房室ブロックは改善したが心電図上完全右脚ブロックと左脚前肢ブロックを認めたためバックアップ目的に恒久的ペースメーカー植え込み術を施行した。術後2枝ブロックも消失した。後日施行した冠動脈造影検査では左前下行枝#9に90%狭窄を認めたが完全房室ブロックの原因となるような冠動脈病変の合併は否定的であった。カルバマゼピンによる完全房室ブロックが疑われた1例を経験した。

57

J waveの関連が示唆される心室細動発作を起こした若年Brugada症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○深澤恭之朗、中野 誠、近藤 正輝、瀬川 将人
千葉 貴彦、三木 景太、福田 浩二、下川 宏明

症例は20歳男性。2014年8月夜間就寝中にVFによる心肺停止を来し、救急隊のAEDにて心拍再開後に当院搬送。神経学的後遺症なく回復。VF発作後の心電図にてJ waveを認めた。CAGでは器質的狭窄はなく、ピルジカイド薬物負荷にてcoved型ST上昇を認め、Brugada症候群と診断、ICD植え込み術を施行した。その後、内服調整行ってもVFに対するICD適正作動を繰り返した。2015年9月EPS/RFAを施行。ピルジカイド薬物負荷前、右室内膜側に異常電位を認めず、通電は施行せず。現在、キニジン投与下に経過観察中。臨床上、VF発作後にJ waveの増強を認めるものの、Brugada ECGは認めない。今回J waveとVF発作の関連が示唆されるBrugada症候群症例を経験したので報告する。

59

腎梗塞を契機に発症したTorsade de Pointesの一例

¹太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター 循環器内科

²福島県立医科大学 循環器内科講座

○大原妃美佳¹、武田 寛人¹、君島 勇輔¹、金澤 晃子¹
石田 悟朗¹、遠藤 教子¹、新妻 健夫¹、小松 宣夫¹
竹石 恭知²

症例は80歳代、女性。特発性血小板減少症のため当院血液内科に通院し、長期にブレドニンを処方されていた。2016年3月上旬に右側腹部痛、嘔気を主訴に救急外来を受診。来院時、心電図モニターで多形性心室頻拍を認め、当科に入院となった。心電図ではQT延長を、入院後の造影CTにて右腎梗塞を認めた。イソプロテノールの投与で心室頻拍の頻度は減少したが、完全には抑制できず、経過とともに消失し、QT時間も正常化した。諸検査では異常を認めず心室頻拍の原因は不明であった。入院前は嘔気のためブレドニンの内服が出来ていなかったことから、急性副腎不全によるQT延長を考えたが、血中コルチゾール値は正常範囲であった。今回、我々は腎梗塞を契機に発症したTorsade de Pointesの一例を経験したため報告する。

56

Electrical stormを来したBrugada症候群の1例

¹岩手県立釜石病院内科循環器内科

²岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌分野

³岩手医科大学 内科学講座 循環器分野

○棚田 房紀¹、那須 崇人¹、佐々木加弥¹、坂本 翼¹
田口 裕哉³、芳沢 礼佑³、小澤 真人²、小松 隆²
川上 幹夫¹、森野 禎浩³、中村 元行²

46才男性。生来健康、家族歴なし。2015年7月某日突然意識消失した。救急隊到着時心室細動確認されAEDで回復し当院に搬入された。心電図でV1誘導でcoved typeのST上昇を認めBrugada様心電図であった。心エコー図で異常所見なし、冠動脈造影で有意狭窄なし。アセチルコリン負荷で前下行枝に99%狭窄あり冠縮狭心症の合併を認めた。Brugada症候群による心室頻拍の診断で植え込み型除細動器(ICD)植え込みを行った。同年10月某日、突然の意識消失後ICD作動して回復するイベントが2回あり。いづれも心室細動が記録された。入院しシロスタゾール内服開始したが同日中に再度心室頻拍とICD作動あり。イソプロテノールの持続静注を開始したところ不整脈は見られなくなった。Brugada症候群でElectrical stormを来す症例は比較稀であり報告する。

58

地域一般住民における血清エイコサペンタエン酸濃度とJ波頻度の関連：岩木健康増進プロジェクトからの報告

¹弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

²弘前大学大学院医学研究科 社会医学講座

³済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門

○木村 嘉宏¹、富田 泰史¹、山田 雅大¹、市川 博章¹
西崎 公貴¹、成田 育代¹、金城 貴彦¹、丹野 倫宏¹
中路 重之²、奥村 謙³

急性心筋梗塞患者の血清エイコサペンタエン酸(EPA)濃度が、J波の頻度及び心室性不整脈と関連することが報告されている。地域一般住民における血清EPA濃度とJ波の頻度に関しては未だ検証されていない。岩木健康増進プロジェクト2014に参加した1052名(53.9±15.4歳、男性390名)に、12誘導心電図と血清EPA濃度測定を行った。J波は52名(4.9%)にみられ、男性に多く認められた(男性44名, p<0.0001)。しかし血清EPA濃度とJ波の頻度には、有意な相関は認めなかった(83.1±48.0µg/mL, n=52, versus 80.5±56.0µg/mL, n=1000, p=0.4)。地域一般住民に関しては、血清EPA濃度とJ波の頻度には相関はみられなかった。

60

作動確認テストにより適正なICD設定が可能であった閉塞性肥大型心筋症の1例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、福田 浩二、長谷部雄飛、木村 義隆
平野 道基、深澤恭之朗、千葉 貴彦、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

症例は56歳女性。2009年より閉塞性肥大型心筋症の診断で近医にてフォローされていた。2015年11月スーパーにて心肺停止となりAEDにて心室細動が確認され、電氣的除細動にて自己心拍再開となった。加療目的に当院へ搬送。神経学的後遺症なく回復した後、二次予防目的にICDを植え込み、術中にICD作動確認テストを施行したところ150bpm前後のSlow VFが出現した。VF設定検出域を下回り、手動にて除細動を施行した。VF zoneを150bpm以上に再設定し、再度作動確認テストを施行し、適正作動を確認した。退院後、労作時にSlow VFが出現したが、ICDが適正作動し有効に除細動された。作動確認テストによるICD設定が有効であったHOCM症例を経験したため、報告する。

61

マラソン中に心肺停止に至り着用型自動除細動器を装着した虚血性心筋症の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○米倉 学、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史
奥村 謙

症例は50代、男性。

マラソン大会に出場しゴール直前で心室細動となり突然卒倒。AEDによる除細動にて心拍再開し、当院へ搬送となった。心電図ではST上昇を認めず、緊急冠動脈造影で主幹部を含む三枝病変であった。虚血性心筋症に加え、マラソンによる心負荷から心室細動に至ったと考え、着用型自動除細動器(WCD)を装着し冠動脈バイパス術(CABG)予定となった。

術後もWCD装着し外来経過観察を行い、心機能の回復が確認されたため(EF:45%→55%)術後約90日間でWCD装着を終了した。本症例は、心臓突然死二次予防目的にWCDを装着したが、CABG術後に心機能が改善し、90日以上不整脈イベントなく経過したためWCD装着を終了した一例である。心機能の回復が見込める虚血性心筋症に対するWCDの急性期使用について、若干の文献的考察を加えここに報告する。

63

冠攣縮性狭心症による心室細動の二次予防にWCDが有用であった1例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学

○小路 祥紘、西崎 公貴、石田 祐司、佐々木憲一
堀内 大輔、木村 正臣、佐々木真吾、富田 泰史
奥村 謙

症例は50歳代男性。平成26年5月某日の朝方安静時に胸痛あり他院を受診。冠動脈造影検査では有意狭窄を認めなかったがアセチルコリン負荷試験で右冠動脈の冠攣縮が誘発され、冠攣縮性狭心症と診断、ジルチアゼムが開始された。第16病日に再び安静時胸痛あり救急要請。救急隊が到着する直前に意識消失し、モニターで心室細動が確認され、AEDで洞調律に復帰した。内服薬をニフェジピンに変更し、薬物の効果判定期間中にWCDを装着し外来でもモニタリング管理をおこなった。胸痛・致死的不整脈イベントなく装着から72日後にWCDを離脱した。WCD離脱後から現在(約2年)まで致死的不整脈イベントなく経過している。冠攣縮性狭心症に起因する心室細動に対して、薬物治療の効果判定期間中にWCDを装着し、ICDを回避できた症例につき報告する。

65

膠原病精査を契機に発見されたLibman-Sacks型心内膜炎の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○田村 善一、渡部久美子、加藤 宗、奈良 育美
真壁 伸、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

症例は30代女性。2012年1月に多発脳梗塞で入院した際に、自己抗体陽性を指摘されるも、その他の所見はなく経過観察となっていた。2015年6月、前医の血液検査で腎機能障害・汎血球減少を認めたため、膠原病の疑いとして当院へ紹介となり、心合併症スクリーニングのため当科を受診した。心臓超音波検査では、僧房弁尖・後尖それぞれに腫瘍が付着しており、中等度の僧房弁逆流を認めた。腫瘍は可動性があり、塞栓症合併のリスクを考慮して、手術で摘出した。摘出標本の病理所見では、器質化した血栓と診断された。臨床所見からは全身性エリテマトーデスと診断され、僧房弁に付着していた腫瘍はLibman-Sacks型心内膜炎による血栓と考えられた。術後、ステロイド加療により病勢コントロールは良好で、心内膜炎や血栓の再燃は認めていない。

62

左室内血栓のためICD作動確認ができず着用型自動除細動器を使用して待機した一例

山形大学 医学部 第一内科

○水戸 琢章、有本 貴範、大瀧陽一郎、橋本 直土
橋本 直明、熊谷 遊、和根崎真大、岩山 忠輝
西山 悟史、高橋 大、宍戸 哲郎、宮本 卓也
渡邊 哲、久保田 功

50歳台男性。急性心筋梗塞後の前壁無収縮・心内血栓に対して抗凝固療法を含む薬物療法を受けていた。201X年10月心室細動を発生し心肺停止になりX県X病院に救急搬送された。ICD植込み術を受けたが、心膜液貯留を合併してワルファリンを中止されていた。同年12月に心室頻拍を発生。ICD作動したが頻拍は停止せず、体外式除細動器で停止された。左房内血栓が存在していたため、カテーテル治療や除細動テストはすぐには施行できなかった。着用型自動除細動器(WCD)を着用しながら通院し、抗不整脈薬と抗凝固療法を受けていた。数ヶ月後に左室内血栓が消失し除細動テストを受けることができた。除細動閾値高値が懸念されていたが、誘発された心室細動は25J 1回の除細動で停止したため、ショックリードの変更や追加を受けずにWCDから離脱できた。

64

冠攣縮性狭心症の関与が疑われる心室細動に対してS-ICD植込みを施行した1例

東北大学 循環器内科学

○千葉 貴彦、福田 浩二、中野 誠、長谷部雄飛
平野 道基、深澤恭之朗、木村 義隆、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

症例は53歳、男性。早朝のランニング中に心肺停止となり、By-stander CPRが施行された。AEDでVFが確認され、除細動施行されるも停止せず、近隣の総合病院へ搬送後、体外式電気的除細動250Jで停止。緊急CAGで左回旋枝(#13)に90%狭窄を認めるも、硝酸剤にて拡張、冠攣縮の関与が考えられた。その後精査治療目的に当科へ転院。アセチルコリン負荷試験では陽性であり(左前下行枝完全閉塞)、Ca拮抗剤投与後にVF誘発試験を施行したところ、非持続性VFが誘発された。後日全身麻酔下にS-ICD植込み術を施行。術後経過は良好で、現在まで作動なく経過している。比較的若年で伝導障害がなく、冠攣縮の関与が疑われる心室細動症例であり、S-ICDの良い適応であると考えられた症例を経験したので報告する。

66

反復する敗血症性肺塞栓で手術治療となったVSD合併感染性心内膜炎の1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、建部 俊介、杉村宏一郎、青木 竜男
三浦 正暢、山本 沙織、矢尾板信裕、鈴木 秀明
佐藤 遥、神津 克也、佐藤 公雄、下川 宏明

【症例】62才女性。小欠損のVSDを1年毎に経過観察していた。2015年7月腰痛出現、11月胸部X線多発浸潤影あり呼吸器内科入院となる。入院後発熱、血培からStreptococcus gallolyticusが陽性となった。心エコーでは三尖弁に30mm超の疣贅を認め感染性心内膜炎(IE)の診断となった。また胸部CT上、敗血症性肺塞栓の合併も診断された。適切な抗菌薬治療で感染コントロール良好、右心不全の合併は無かった。しかし経過中、疣贅肺梗塞を繰り返し、12月に大動脈弁・三尖弁の生体弁置換、僧帽弁疣贅切除およびVSDパッチ閉鎖術を施行した。【結語】未修復のVSDはIEの高リスクである。右心系巨大疣贅は敗血症性肺塞栓の合併が多く、再発も稀ではない。早期の手術も検討する必要がある。

67

経皮的心肺補助装置装着後に巨大左室内血栓を形成した劇症型心筋炎の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○岩川 英弘、飯野 貴子、佐藤 輝紀、飯野 健二
渡邊 博之、伊藤 宏

30代女性。数日前からの発熱と突然の呼吸苦のため前医へ救急搬送された。病着時ショックバイタルで、肺うっ血と左室びまん性壁運動低下を認め、劇症型心筋炎が疑われた。経皮的な心肺補助装置(PCPS)装着後、当科へ転院搬送された。転院時の心エコーにて両心室ともほぼ無収縮で大動脈弁の開放を認めず、左室の中部から心尖部にかけて巨大な血栓を認めた。抗凝固療法を強化したが、翌日のCTで右腎梗塞を認めた。左室収縮の改善は乏しく、左室心尖部脱血である補助人工心臓の適応と判断、緊急手術が施行された。術後は左室内血栓の再発なく徐々に心機能は回復するも、第16病日、低酸素脳症により永眠された。劇症型心筋炎ではPCPS装着が推奨される一方、大腿動脈送血により後負荷が増大する可能性があり、本症例の血栓形成の一因と推察された。

69

成人三心房心と大動脈二尖弁による大動脈弁狭窄症を合併し失神をきたした一例

¹山形大学 医学部 第一内科

²山形大学 第二外科

○橋本 直明¹、宮本 卓也¹、有本 貴範¹、和根崎真大¹
岩山 忠輝¹、西山 悟史¹、高橋 大¹、宍戸 哲郎¹
山中 多聞¹、渡邊 哲¹、久保田 功¹、浜崎 安純²
貞弘 光章²

症例は76歳男性。胸痛を主訴に当院を受診し、上行大動脈の拡大、大動脈弁狭窄症(AS)の精査、治療のため入院した。心エコーで、大動脈二尖弁、弁口面積1.0cm²のASと左房内構造物を指摘された。心臓CTでは左房内に異常隔壁を認め、左房を二腔に隔てていた。肺静脈の還流する腔と左心耳と僧帽弁に続く腔に分断され、その間に径1cmの交通孔を有する三心房心と診断された。入院後、軽労作で異常な発汗を伴う胸痛を頻回に認め、失神をきたした。ASに加え、左房内隔壁により相対的に僧帽弁狭窄症様の血行動態を呈したものと推察された。手術の方針となり、大動脈弁置換術、上行大動脈置換、及び左房内隔壁切除術を施行された。成人三心房心と大動脈二尖弁によるASを合併し失神をきたした稀な症例を経験したので過去の報告例と合わせて報告する。

71

シベンゾリン投与とバルーン大動脈弁形成術が有効であった左室流出路狭窄を伴う重症大動脈弁狭窄症の一例

山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

○後藤 準、近江 晃樹、青野 智典、齋藤 悠司
襦津 俊介、本田晋太郎、菊地 彰洋、桐林 伸幸
菅原 重生

80歳代女性、症候性の重症大動脈弁狭窄症(AS)のため精査加療目的に当科紹介となった。心エコー検査では大動脈弁平均圧較差55mmHg、弁口面積0.5cm²であり、さらに最大圧較差72mmHgの左室流出路狭窄を認めた。ピンプロロール投与では流出路狭窄の改善はみられなかった。精査中に直腸癌が見つかり、手術の方針となった。右室ペーシング及びシベンゾリン投与を試みたところ、シベンゾリン単独投与時に最も心拍出量の増加および流出路狭窄の軽減が認められた。引き続きバルーン大動脈弁形成術(BAV)を施行し平均圧較差27mmHg、弁口面積0.9cm²とASの改善を認めた。シベンゾリン投与下に2週間後合併症なく手術が施行された。直腸癌術前に左室流出路狭窄を伴う重症ASにシベンゾリン投与とBAVを施行し手術リスクを軽減できた症例として報告する。

68

劇症型心筋炎に対する体外式補助人工心臓2例の使用経験

¹岩手県立中央病院 心臓血管外科

²岩手県立中央病院 循環器内科

³東北大学病院 心臓血管外科

⁴東北大学病院 臓器移植医療部

○高橋 悟朗¹、小田 克彦¹、寺尾 尚哉¹、鷹谷 紘樹¹
長嶺 進¹、野田 一樹²、高橋 徹²、中村 明浩²
秋山 正年³、川本 俊輔³、齋木 佳克³、秋葉 美紀⁴

当院で経験した体外式補助人工心臓の2例について報告する。診断はいずれも劇症型心筋炎、心原性ショック。1例目は62歳男性。両心補助人工心臓(Nipro VAD + RHB)を装着し、術後2日目に広範囲脳梗塞を発症し、術後10日目に死亡した。2例目は50歳男性。両心補助人工心臓(AB5000 + RHB)を装着した。6日目で右心補助人工心臓を離脱し、左心補助人工心臓で循環動態は安定した。当院では126日の管理及びベッド外リハビリを施行し、その後右心不全に対する更なる治療目的に東北大学病院へ転院した。当院は2013年に体外式補助人工心臓の認定を受けた岩手県内唯一の施設であり、7回の適応検討委員会の開催実績があり、今後は植込型補助人工心臓認定施設を目指している。

70

Marfan症候群・Bentall術後遠隔期に生じた拡張型心筋症に対し右開胸による二弁置換術を施行した一例

弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座

○谷 建吾、皆川 正仁、村上 健、近藤 慎浩
大徳 和之、福田 幾夫

症例はMarfan症候群を有する、57歳男性。30歳時に胸腹部大動脈人工血管置換術、34歳時にBentall手術のほか、計6回の人工血管置換術の既往あり。外来通院中に左室内腔の著明な拡張や機能性僧房弁閉鎖不全症(IMR)など、心機能低下を指摘されていた。経過中、心不全の増悪ありCRT-D植込み術施行。その半年後、IMR・TRの進行による心不全のため入院。心臓移植や植込み型補助人工心臓の適応が困難な症例であり、二弁置換術の方針となった。CTにて、胸骨裏面に人工血管が圧排癒着していたため、正中切開では血管損傷のリスクが高いと判断し、右開胸アプローチとした。術後はNYHA 4度から2度まで改善を認め、現在は外来通院となっている。

72

大動脈弁弁口面積評価のpitfall

国立病院機構 仙台医療センター

○高橋 佳美、山中 信介、人見 泰弘、藤田 央
山口 展寛、尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

80歳女性。術前評価目的に心エコー検査を施行した。連続の式による大動脈弁弁口面積(AVA)が0.9cm²、平均圧較差が9mmHg、EFが67%とsevere ASを疑ったが、一回拍出係数(SVI)が27ml/m²と低値であった。左室流出路狭窄は認めなかった。STjunction径は3.5cmであり、圧回復現象は無視できると判断した。low-flow, low-gradient severe ASを疑い、DOB負荷心エコーを施行した。SVIは13%増加し、AVAは1.9cm²まで増大したが、平均圧較差は変化せずpseudo ASと診断した。またCT検査にて左室流出路は楕円形であることが判明した。この楕円の面積を用いるとAVAは当初の1.3倍となった。以上からlow-flowと楕円形の左室流出路の両者がAVAを過小評価していた。連続の式によるAVAを評価する時には、誤差を引き起こす複数の要因に注意を払うべきである。

73

全身性エリテマトーデスを合併し出産後に発症した肺高血圧症の一例

¹福島県立医科大学 循環器内科

²寿泉堂総合病院 循環器内科

○横川沙代子¹、鈴木 聡¹、菅野 優紀¹、益田 淳朗¹
水上 浩行²、中里 和彦¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹
竹石 恭知¹

症例は28歳女性。他院にて帝王切開により出産後に労作時の呼吸苦を自覚し徐々に増悪したため同院内科を受診したところ、胸部X線写真での心拡大と肺うっ血と心電図、心エコーから右心負荷所見が認められた。造影CTにて明らかな肺動脈血栓は認めなかったものの下肢静脈に血栓様透亮像を認めたため血栓溶解療法を施行したが治療効果が乏しく、抗核抗体陽性が判明したため膠原病関連の肺高血圧が疑われ当科紹介となった。精査の結果、全身性エリテマトーデスと診断され、ステロイドパルスに続きブレドニゾロンの内服を開始するも心エコー上の右心負荷所見は改善を認めず、その後マシテンタン、タダラフィル、ベラプロストを内服し三尖弁逆流圧較差の減少がみられた。出産を契機に発症した膠原病合併肺高血圧症の一例として報告する。

75

12誘導心電図の経時的観察が病勢把握に有用であった肺塞栓症の1例

¹青森県立中央病院 循環器センター 循環器科

²岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○四ツ谷千尋¹、對馬 迪子¹、鈴木 晃子¹、舘山 俊太¹
櫛引 基¹、今田 篤¹、藤野 安弘¹、大和田真玄²

症例は直腸癌で通院中の60代女性。受診10日前から出現した息切れと右下腿腫脹が増悪するため、平成28年2月上旬に受診した。血圧113/83mmHg、脈拍142bpm、心電図はS1Q3T3パターンであった。造影CTで両側肺動脈および右下腿静脈に血栓像認め、心エコーは肺高血圧合併を示唆する所見であった。下肢静脈血栓症による肺塞栓症と診断し、抗凝固薬（アピキサバン20mg/日）で治療を開始した。第3病日の心電図で電気軸の転換（右軸→左軸偏位）が確認され、同時期から安静時心拍数の低下および労作時息切れが改善傾向となった。第14病日の造影CTでは、血栓像の状態に変化は見られなかったが、心エコーでは肺高血圧の所見が改善していた。診断に際しての感度は低いとされる心電図だが、病勢の把握には有用なこともあると考え、ここに報告する。

77

慢性血栓塞栓性肺高血圧症と統合失調症についての検討

東北大学 循環器内科学

○青木 竜男、杉村宏一郎、鈴木 秀明、三浦 正暢
建部 俊介、山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 遥
神津 克也、佐藤 公雄、下川 宏明

【背景】肺塞栓症の一部は慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）に移行すると考えられている。血栓素因などCTEPHと肺塞栓に共通した危険因子はあるが、肺塞栓の発症と関連がある統合失調症とCTEPHの関連については明らかでない。【方法と結果】当院で1992年12月から2015年6月までの間に当院でCTEPHと診断された110名（平均年齢63歳、女性78%）、肺動脈性肺高血圧症（PAH）と診断された150名（平均年齢48歳、女性73%）および日本の一般人口における統合失調症の有病率を比較した。CTEPHとPAHの平均肺動脈圧は同等であった（平均42 vs 44 mmHg, P=0.35）。CTEPH、PAH、一般人口における統合失調症の有病率はそれぞれ7.2%、0.7%、0.6%とCTEPHで高率であった。【結語】統合失調症はCTEPHの発症と関連がある可能性が示唆された。

74

BMPR2遺伝子変異が診断されたASD合併肺動脈性高血圧症の1例

¹東北大学 循環器内科学、²岩手医科大学 循環器小児科、³国立循環器病研究センター 肺循環科、⁴国立循環器病研究センター研究所 分子生物学部、⁵東北大学加齢医学研究所 呼吸器外科学、⁶東北大学 心臓血管外科学

○建部 俊介¹、杉村宏一郎¹、青木 竜男¹、三浦 正暢¹
山本 沙織¹、矢尾板信裕¹、鈴木 秀明¹、佐藤 遥¹
神津 克也¹、佐藤 公雄¹、小山耕太郎²、中西 宣文³
森崎 裕子⁴、岡田 克展⁵、安達 理⁶、齋木 佳克⁶
下川 宏明¹

【症例】30歳、男性【主訴】労作時呼吸困難【経過】13歳時、逆シャントを有する15mmの心房中隔欠損症（ASD）と高度肺動脈性高血圧症（PAH）と診断され、肺血管拡張薬を導入した。しかしその後、内科治療抵抗性の右心不全に進展、27歳時に肺移植登録目的に当科紹介となった。30歳時に脳死両肺移植、ASDパッチ閉鎖術を施行したが、術前の遺伝子検査ではBMPR2遺伝子変異（Tyr825Cys）が認められた。【考察】本症例のPAHは発症時期、欠損孔サイズからEisenmenger症候群より特発性PAHに合併したASDが疑われたが、BMPR2変異から後者と思われた。またASD短絡はPAHの増悪因子（Second hit）と考えられた。

【結語】PAHの発症病態の鑑別に遺伝子診断が有用であった。

76

急速に進行した強皮症に伴う肺高血圧症の1例

東北大学 循環器内科学

○矢尾板信裕、杉村宏一郎、建部 俊介、青木 竜男
三浦 正暢、山本 沙織、鈴木 秀明、佐藤 公雄
下川 宏明

【症例】67歳、女性【主訴】息切れ【経過】1989年強皮症と診断された。2014年2月、息切れを主訴に当科を受診。心エコーで肺高血圧症が疑われ、心臓カテーテル検査を施行したが、肺高血圧症は認められなかった。2015年10月に息切れの増悪とTR-PGの上昇を認めため、再度心臓カテーテル検査を施行。平均肺動脈圧38mmHgと前毛細管性肺高血圧症を認め、強皮症に伴う肺高血圧症の診断となった。マシテンタンを導入し退院。2016年3月浮腫が出現し、TR-PGの再上昇を認め、肺高血圧症の増悪の疑いで心臓カテーテル検査を施行した所、後毛細管性肺高血圧症であった。【結語】強皮症患者にて比較的急速に肺高血圧症に進展し、後毛細管性肺高血圧症に移行した一例を経験したので考察を交えて報告する。