

第 163 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成 28 年 12 月 3 日(土)午前 8 時 55 分より

会 場：仙台国際センター

仙台市青葉区青葉山 TEL 022 (265) 2211

第 1 会場：橘 (2F)

第 2 会場：萩 (2F)

第 3 会場：白檀 1 (3F)

第 4 会場：白檀 2 (3F)

第 5 会場：小会議室 1 (1F)

第 6 会場：小会議室 2 (1F)

会長 下川 宏明

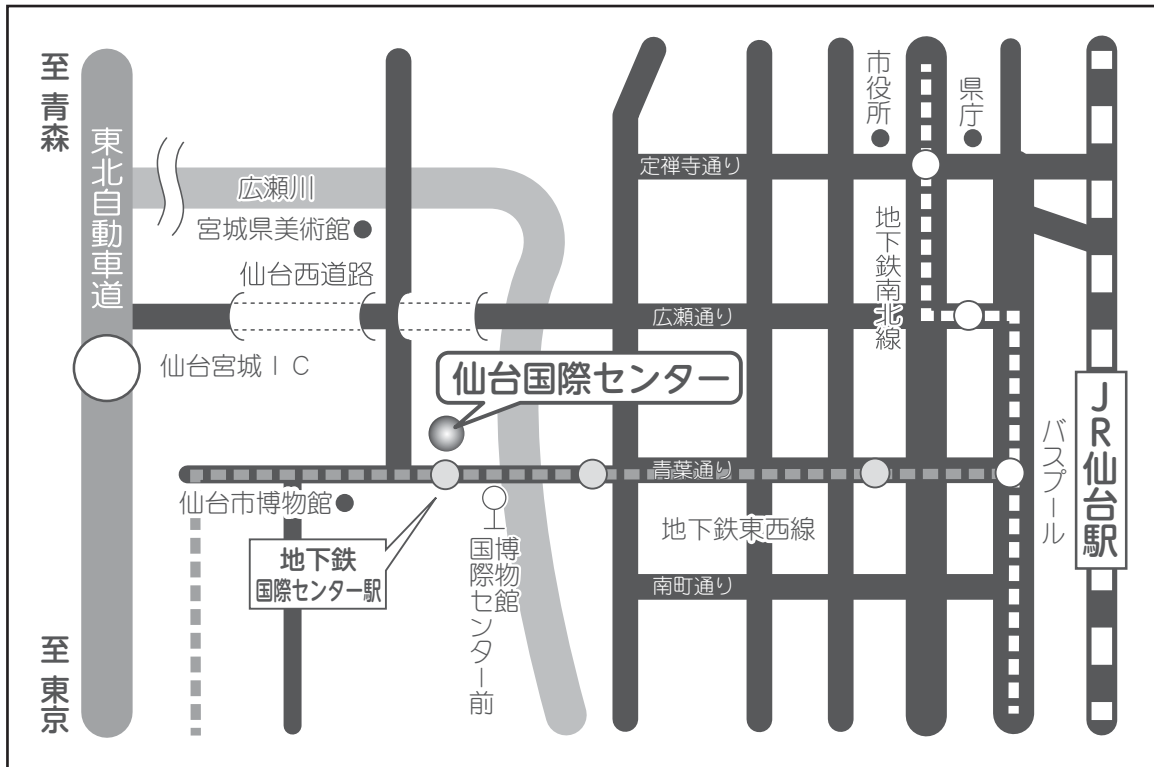
事務局：東北大学 循環器内科学

仙台市青葉区星陵町 1 - 1

TEL 022 (717) 7153 FAX 022 (717) 7158

- 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：10仙台太郎.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。
※35mmスライドによる発表はできません。
 - 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、11月25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「1F小会議室1」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.24参照)
- 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。

会場へのアクセス



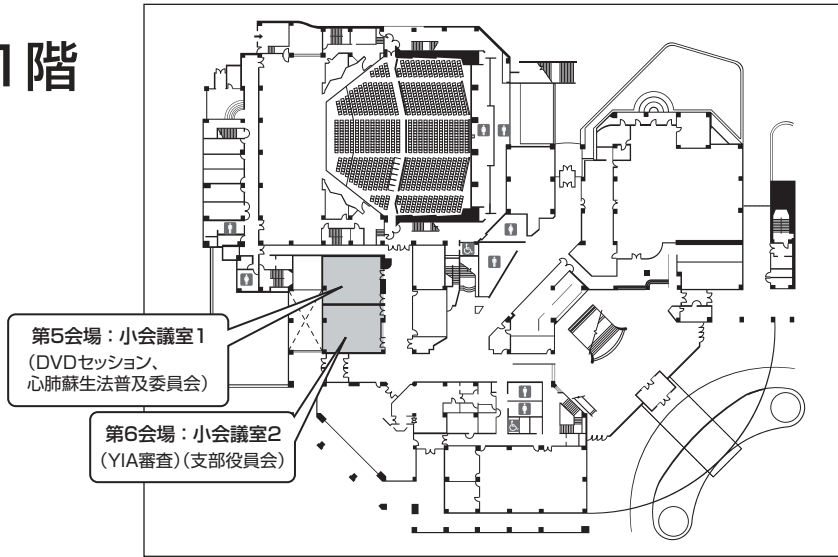
会場：仙台国際センター 〒980-0856 仙台市青葉区青葉山
 TEL:022-265-2211 FAX:022-265-2485

仙台国際センターまでの交通機関

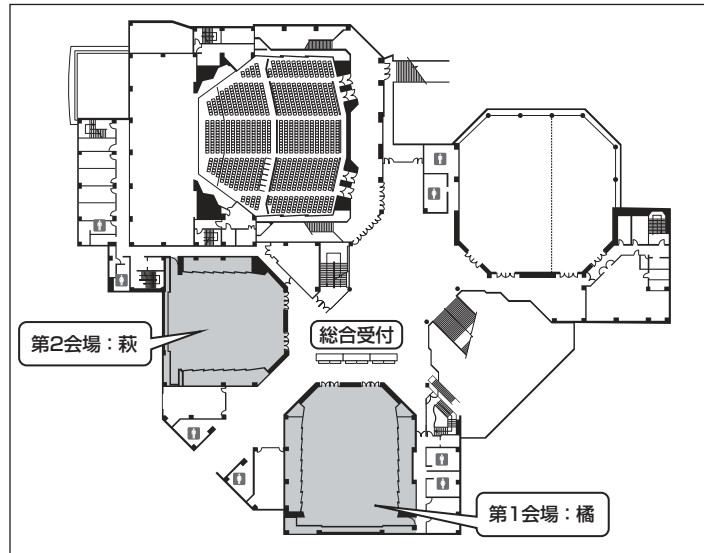
- 【地下鉄】
 - ・仙台市営地下鉄東西線
 - ・八木山動物公園方面「国際センター駅」下車
 - ・料 金：片道 200 円 ・所要時間：仙台駅より 約 5 分
- 【バ ス】
 - ・乗 車：仙台駅西口バスプール 9 番のりばより
 710 「宮教大・青葉台」
 713 「宮教大・成田山」 715 「宮教大」
 719 「動物公園循環（青葉通・工学部経由）」
 720 「交通公園・川内営業所」 のいずれかにお乗りください。
 - ・降 車：「博物館国際センター前」でお降りください。
 - ・料 金：片道 180 円 ・所要時間：約 10 分
- 【タクシー】
 - ・仙台駅より所要 約 7 分／料金 1,000 円程度
- 【自家用車】
 - ・東北自動車道仙台宮城 I.C. から所要 約 5 分
 （仙台西道路経由：「仙台城」方面の標識に従ってご走行ください）

会場案内図 (受付は2Fです)

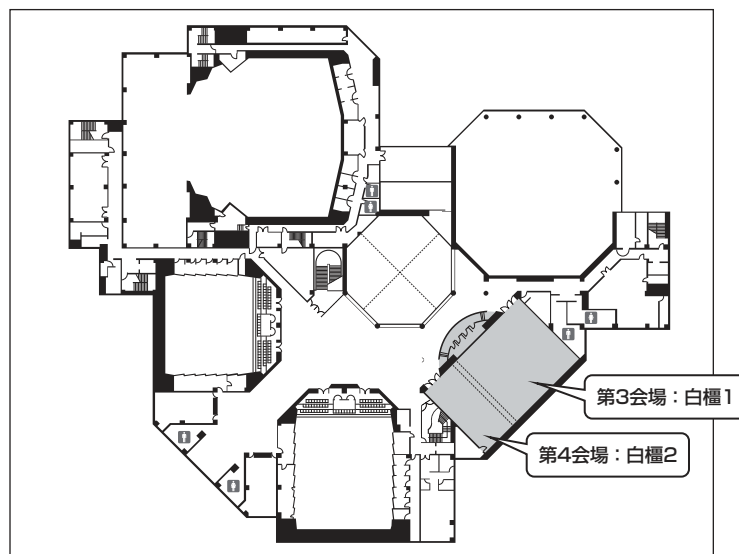
1階



2階



3階



※仙台国際センターHPより

プログラム (敬称略)

	第1会場 2F 橘	第2会場 2F 萩	第3会場 3F 白檀1	第4会場 3F 白檀2	第5会場 1F 小会議室1	第6会場 1F 小会議室2
8:00	8:00 受付開始					
9:00	8:55～9:00 開会挨拶					
9:00	9:00～9:50 YIA 症例発表部門 座長 下川宏明 (東北大学)	9:00～9:35 心筋炎・心筋症1 座長 清野義胤 (星総合病院)	9:00～9:35 不整脈1 座長 福井昭男 (山形県立中央病院)	9:00～9:42 心内膜炎 座長 青木竜男 (東北大学)		9:00～9:42 肺・先天性 座長 杉村宏一郎 (東北大学)
10:00	9:50～10:40 YIA 研究発表部門 座長 下川宏明 (東北大学)	9:35～10:10 心筋炎・心筋症2 座長 及川雅啓 (福島県立医科大学)	9:35～10:10 不整脈2 座長 遠藤秀晃 (岩手県立中央病院)	9:42～10:24 末梢血管・疫学 座長 山本義人 (いわき市立総合 磐城共立病院)	9:00～10:30 DVDセッション 医療安全・医療倫理 に関する講演会	9:42～10:17 心不全・その他 座長 池田こずえ (篠田総合病院)
11:00	10:40～11:15 弁膜症 座長 渡邊博之 (秋田大学)	10:10～10:45 虚血性心疾患1 座長 樋熊拓未 (弘前大学)	10:10～10:45 不整脈3 座長 木村正臣 (弘前大学)	10:25～11:55 男女共同参画セミナー 座長 伏見悦子 (平鹿総合病院)		10:40～11:15 YIA 審査会 集計 (10:40～11:00) 審査会 (11:00～11:15)
12:00	11:15～11:50 大動脈・静脈 座長 藤原敏弥 (市立秋田総合病院)	10:45～11:20 虚血性心疾患2 座長 浪打成人 (仙台オープン病院)	10:45～11:20 心筋炎・心筋症3 座長 齊藤秀典 (岩手県立中部病院)	八木卓也 (岩手県立胆沢病院)		11:15～11:45 支部役員会
12:00	12:00～12:40 支部評議員会 YIA 授賞式	11:20～11:55 虚血性心疾患3 座長 伊藤智範 (岩手医科大学)	11:20～11:55 心膜・腫瘍 座長 渡邊 哲 (山形大学)		11:45～12:00 心肺蘇生法普及委員会	
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 正臣 弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学講座 座長 竹石 恭知 (福島県立医科大学)	12:50～13:50 教育セッション2 ランチョンセミナー2 矢坂 正弘 国立病院機構 九州医療センター 脳血管センター 座長 久保田 功 (山形大学)				
14:00	13:50～14:50 教育セッション3 特別講演 古家 大祐 金沢医科大学 糖尿病・内分泌内科学 座長 下川 宏明 (東北大学)					
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 (毎年 6 月のみ開催)」、「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 下川 宏明

01 巨大バルサルバ洞動脈瘤の冠動脈圧排により心筋虚血を来した一例

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、眞壁 伸
関 勝仁、小山 崇、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学

山本 浩史

02 パリペリドンによるカテコラミン不応性を察知し集中治療で救命できた重症心不全の一例

山形大学 医学部 第一内科

○熊谷 遊、有本 貴範、和根崎真大、沓澤 大輔
岩山 忠輝、田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大
穴戸 哲郎、山中 多聞、宮本 卓也、渡邊 哲
久保田 功

03 馬後脚による鈍的胸部外傷により三尖弁および僧帽弁閉鎖不全と二束ブロックを来した一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○國分 知樹、及川 雅啓、一條 靖洋、松本 善幸
横川 哲朗、中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一
竹石 恭知

福島県立医科大学 心臓血管外科学講座

佐藤 善之、新城 宏治、高瀬 信弥、横山 齊

04 心室細動で発症し冠攣縮性狭心症と肺高血圧症を合併した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の1例

東北大学 循環器内科学

○紺野 亮、建部 俊介、杉村宏一郎、青木 竜男
山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 遥、神津 克也
羽尾 清貴、高橋 潤、中野 誠、福田 浩二
下川 宏明

東北大学 血液免疫病学

白井 剛志、石井 智徳

東北大学 呼吸器内科学

杉浦 久敏

平鹿総合病院 循環器内科

中嶋 壮太

05 急性肺血栓栓症の再燃を繰り返した Klippel-Trenaunay Syndrome の1例

岩手県立中部病院 循環器内科

○土川 幹史、齊藤 秀典、佐々木 航、井筒 大人
西澤 健吾、盛川 宗孝

(発表順…五十音順)

YIA 研究発表部門 (第1会場) 9:50 ~ 10:40

座長 下川 宏明

06 心エコー検査で検出される拡張期肺動脈前方血流の臨床的意義—成人例での検討

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

○梅田 有理、渡邊 博之、飯野 貴子、新保 麻衣
佐藤 和奏、渡部久美子、真壁 伸、伊藤 宏

07 消化管出血患者が受けていた抗血栓療法とその理由

仙台市医療センター仙台オープン病院

○佐藤 公一、浪打 成人、杉江 正、瀧井 暢
牛込 亮一、加藤 敦
下川 宏明

東北大学 循環器内科学

08 慢性心不全患者において左室駆出率の変化が予後に及ぼす影響—CHART-2 研究からの報告—

東北大学 循環器内科学

○辻 薫菜子、坂田 泰彦、後岡広太郎、三浦 正暢
小野瀬剛生、阿部 瑠璃、及川 卓也、笠原信太郎
佐藤 雅之、白戸 崇、高橋 潤、宮田 敏
下川 宏明

09 心房細動への高周波およびクライオアブレーションに伴う食道粘膜や食道神経叢への熱傷害メカニズムの検討

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○松本 善幸、金城 貴士、野寺 穰、上岡 正志
鈴木 均、義久 精臣、斎藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

10 他覚的栄養指標 CONUT スコアは末梢動脈疾患患者の予後を予測する

山形大学 医学部 循環・呼吸・腎臓内科学講座

○横山 美雪、渡邊 哲、大瀧陽一郎、西山 悟史
有本 貴範、高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也
久保田 功

(発表順…五十音順)

弁膜症（第1会場） 10:40～11:15

座長 渡邊 博之

- 11 重症大動脈弁狭窄症に対する外科的大動脈弁置換術と経皮的動脈弁植込術の比較検討
仙台厚生病院 循環器内科 ○多田 憲生、遠田 佑介、桜井 美恵、水谷有克子
松本 崇、大友 達志
仙台厚生病院 心臓血管外科 鈴木 智之、畑 正樹
仙台厚生病院 麻酔科 井上 洋
- 12 大動脈弁二尖弁による大動脈弁閉鎖不全症と左室緻密化障害が合併した一例
東北大学 循環器内科学 ○佐藤 遥、杉村宏一郎、青木 竜男、建部 俊介
山本 沙織、矢尾板信裕、神津 克也、紺野 亮
佐藤 公雄、下川 宏明
- 13 重症大動脈弁狭窄症に対する緊急バルーン拡張術の臨床成績
いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科 ○高木 祐介、工藤 俊、塙 健一郎、瀬川 将人
相澤健太郎、山本 義人、杉 正文
東北大学 循環器内科学 下川 宏明
- 14 当科における大動脈弁狭窄症に対する弁置換術施行患者の現状
みやぎ県南中核病院 循環器内科 ○高橋 妙珠、伊藤 愛剛、竹内 智、塩入 裕樹
富岡 智子、小山 二郎、井上 寛一
- 15 低心機能を伴った重症大動脈弁狭窄症に人工心肺サポート下でTAVIを施行した2例
東北大学 循環器内科学 ○土屋 聡、松本 泰治、高橋 潤、杉村宏一郎
菊地 翼、羽尾 清貴、進藤 智彦、須田 彬
杉澤 潤、下川 宏明
東北大学病院 心臓血管外科 熊谷紀一郎、川本 俊輔、齋木 佳克

大動脈・静脈（第1会場） 11:15～11:50

座長 藤原 敏弥

16 心臓腫瘍との鑑別を要した壁在血栓を伴うバルサルバ洞動脈瘤の一例

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学

○新保 麻衣、梅田 有理、田村 善一、木村 俊介
真壁 伸、関 勝仁、小山 崇、飯野 健二
渡邊 博之、伊藤 宏

17 心室中隔欠損症の経過観察中に valsalva 洞動脈瘤破裂をきたした一例

日本海総合病院

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

18 大動脈解離に対する胸部ステントグラフト内挿術（TEVAR）の成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○片平晋太郎、小田 克彦、伊藤 校輝、高橋 悟朗
長嶺 進

19 原発性鎖骨下静脈血栓症(Paget-Schroetter 症候群)に対してリバロキサバンにより治療した1例

石巻赤十字病院 循環器内科

○高畑 葵、石垣 大輔、小張 祐介、土屋 隼人
安藤 薫、玉淵 智昭、小山 容、祐川 博康

20 留置から1年を経て IVC filter を抜去した1例

東北大学 循環器内科学

○神津 克也、青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介
山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 遥、後岡広太郎
佐藤 公雄、下川 宏明

心筋炎・心筋症 1 (第2会場) 9:00～9:35

座長 清野 義胤

21 カテコラミン心筋症で発症した褐色細胞腫の一例

地方独立行政法人 市立秋田総合病院 循環器内科

○青山 有、藤原美貴子、島田 俊亮、柴原 徹
藤原 敏弥

地方独立行政法人 市立秋田総合病院 泌尿器科

中川 正康、小林 瑞貴、小峰 直樹、三浦 喜子
阿部 明彦、石田 俊哉、松尾 重樹

きびら内科クリニック

鬼平 聡

秋田大学医学部 循環器内科学分野 伊藤 宏

22 心機能低下と左室中隔菲薄化は自然軽快したがステロイド治療を開始した心サルコイドーシスの一例

岩手県立中部病院 循環器内科

○佐々木 航、齊藤 秀典、土川 幹史、井筒 大人
西澤 健吾、盛川 宗孝

23 ペースメーカー植え込みにより化学療法を継続し得た心アミロイドーシスの一例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

○一條 靖洋、及川 雅啓、松本 善幸、横川 哲朗
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

24 突然の心室刺激閾値上昇をきたし、プレドニゾロンが著効した房室ブロックに対するペースメーカー植込後の一例

岩手県立中央病院

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

25 典型的な MELAS を呈さなかった A3243G 変異によるミトコンドリア心筋症の一例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

○和田 健斗、及川 雅啓、松本 善幸、横川 哲朗
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

心筋炎・心筋症 2 (第2会場) 9:35～10:10

座長 及川 雅啓

26 精査入院中に過換気となり逆タコつぼ型心筋症を発症し、TdPを起こした TAFRO 症候群の 1 例

仙台市立病院 循環器内科

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

27 たこつぼ型心筋症と完全房室ブロックを合併した一例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

28 左室心尖部に血栓を生じ全身性多発性塞栓症を呈したたこつぼ心筋症の一例

気仙沼市立病院循環器科

○小枝 秀仁、圓谷 隆治、但木壮一郎、尾形 和則

29 妊娠 37 週でくも膜下出血を発症し、心不全を合併、心機能低下が遷延した 1 例

いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科

○埴 健一郎、瀬川 将人、工藤 俊、高木 祐介
相澤健太郎、山本 義人、杉 正文
下川 宏明

東北大学 循環器内科学

30 尿路感染からタコつぼ型心筋症を発症した一例

東北労災病院 循環器内科

○山家研一郎、川名 暁子、武田 瑤平、佐治 賢哉
田中 光昭

虚血性心疾患 1 (第2会場) 10:10 ~ 10:45

座長 樋熊 拓未

31 本態性血小板増多症を背景に冠動脈ステント内血栓症を繰り返した一例

公立置賜総合病院 循環器内科 ○佐藤 淳耶、石野 光則、立花 紳吾、竹村 昭宣
北原 辰郎、新関 武史、山内 聡、池野栄一郎

32 完全内視鏡ガイド下左内胸動脈剥離にて MICS OPCAB を行った一例

竹田総合病院 心臓血管外科 ○川島 大、遠藤圭一郎、齋藤 正博、前場 寛

33 大動脈弁置換術後に左冠動脈主幹部病変による不安定狭心症を来した一例

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
○安藤 卓也、小松 宣夫、君島 勇輔、金澤 晃子
石田 悟朗、武田 寛人
太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター 心臓血管外科
佐々木 理、高橋 皇基、丹治 雅博

34 冠攣縮による非閉塞性冠動脈心筋梗塞 (MINOCA) が疑われた一例

東北大学 循環器内科学 ○須田 彬、高橋 潤、羽尾 清貴、菊地 翼
進藤 智彦、杉澤 潤、松本 泰治、伊藤 健太
下川 宏明

35 単冠動脈症に対する経皮的カテーテルインターベンションの1例

岩手県立中央病院 循環器内科 ○遠藤 成、高橋 徹、中田 貴史、門坂 崇秀
渡辺 翼、照井 洋輔、佐藤謙二郎、金澤 正範
近藤 正輝、遠藤 秀晃、中村 明浩、野崎 英二

虚血性心疾患 2 (第2会場) 10:45 ~ 11:20

座長 浪打 成人

36 左回旋枝側枝を責任病変とする急性心筋梗塞に乳頭筋断裂を合併した1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、羽尾 清貴、須田 彬、崔 元吉
進藤 智彦、菊地 翼、松本 泰治、高橋 潤
伊藤 健太、坂田 泰彦、下川 宏明

37 完全房室ブロックを合併した左前下行枝を責任枝とす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

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

38 透析患者において第二世代薬剤溶出ステントの stent fracture により慢性完全閉塞をきたした症例

JCHO 仙台病院

○滝澤 要、湊谷 豊、尾形 公彦

39 冠動脈バイパス術後に大伏在静脈グラフトの瘤化を認めた一例

大崎市民病院循環器内科

○青柳 肇、高橋 望、藤橋 敬英、山内 毅
竹内 雅治、岩渕 薫

40 心房細動が心筋梗塞の予後に及ぼす影響の検討

仙台市医療センター 仙台オープン病院

○牛込 亮一、浪打 成人、佐藤 公一、瀧井 暢
杉江 正、加藤 敦

虚血性心疾患3 (第2会場) 11:20～11:55

座長 伊藤 智範

41 無症候性 Multivessel Disease の一例

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科

○佐久間裕也、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

42 心不全加療後の冠動脈造影で偶発的に指摘された冠動脈血栓症の一例

山形県立中央病院

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

43 甲状腺機能亢進時に冠攣縮による心室細動を発症した一例

東北大学 循環器内科学

○梶谷 翔子、菊地 翼、土屋 聡、杉澤 潤
須田 彬、崔 元吉、進藤 智彦、羽尾 清貴
松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太、下川 宏明

44 アセチルコリン負荷試験にて Myocardial Bridging 部位に spasm が誘発された冠攣縮性狭心症の一例

弘前大学大学院 医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○市川 博章、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
花田 賢二、横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未
富田 泰史

45 プラスグレル内服中に多発性直腸潰瘍を発症した一例

東北労災病院 循環器内科

○武田 瑤平、佐治 賢哉、山家研一郎、川名 暁子
田中 光昭

不整脈1 (第3会場) 9:00 ~ 9:35

座長 福井 昭男

46 デバイス感染を来しレーザーリード抜去および皮下植込み型除細動器植込み術を施行した特発性心室細動症例

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、木村 義隆、深澤恭之朗、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

47 PCPSにより救命し得たトリカブト中毒の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

48 ホジキンリンパ腫の放射線治療 39 年後に生じた高度房室ブロックに対しペースメーカ植え込み術を行った 1 例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

49 非典型的な 12 誘導心電図の経過を辿った Ebstein 病に合併した顕性 WPW 症候群の 1 例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○野坂 匡史、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

50 右室乳頭筋起源心室頻拍に対するカテーテルアブレーションが奏功した不整脈原性右室心筋症症例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、福田 浩二、長谷部雄飛、平野 道基
木村 義隆、千葉 貴彦、深澤恭之朗、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 遠藤 秀晃

51 誘発性と ATP 感受性に相違を認めた両肺静脈起源の focal AT

弘前大学大学院 医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○中田 真道、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

52 ペースメーカ植込み術を行った 6 か月後に、持続性心室頻拍を発症した心サルコイドーシスの 1 例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科

○中村真理絵、大和田真玄、芳沢 礼祐、森野 禎浩
岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科
梶田 房紀、小松 隆、中村 元行

53 集学的治療により感染リスクを最小限に抑制したデバイス感染抜去後の洞不全合併梗塞後心不全の一例

弘前大学 大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○西崎 公貴、石田 祐司、佐々木憲一、小路 祥紘
富田 泰史

弘前大学 大学院医学研究科 不整脈先進治療学講座

佐々木真吾、堀内 大輔

弘前大学 大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学講座

木村 正臣

54 心源性塞栓を 2 度起こした心房細動の一例

いわき市立総合磐城共立病院循環器内科

○瀬川 将人、工藤 俊、塙 健一郎、高木 祐介
相澤健太郎、山本 義人、杉 正文

東北大学 循環器内科学

下川 宏明

55 前失神の原因として心室頻拍と心房頻拍の鑑別が重要であったファロー四徴症術後の 1 例

東北大学 循環器内科学

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

不整脈3 (第3会場) 10:10～10:45

座長 木村 正臣

- 56 心室中隔深層に起源を持つと推測され治療に難渋した His 束近傍心室性期外収縮の2例
福島県立医科大学循環器内科 ○武藤 雄紀、上岡 正志、金城 貴士、野寺 穰
松本 善幸、鈴木 聡、小林 淳、鈴木 均
竹石 恭知
- 57 徐脈頻脈症候群に対する心房細動アブレーション後、遠隔期に洞機能が改善した一例
秋田県立脳血管研究センター ○田代 晴生、寺田 健、阿部 芳久、小武海雄介
藤原理佐子
秋田大学医学部附属病院 小山 崇、伊藤 宏
- 58 発作性心房細動患者の運動耐用能とカテーテルアブレーションによる洞調律維持の関連
東北大学 循環器内科学 ○深澤恭之朗、福田 浩二、中野 誠、長谷部雄飛
木村 義隆、千葉 貴彦、三木 景太、下川 宏明
- 59 経静脈リード3本植込み症例の内頸静脈血流パターン
秋田大学 大学院 医学系研究科 循環器内科学
○佐藤 和奏、渡邊 博之、新保 麻衣、佐藤 輝紀
真壁 伸、飯野 貴子、関 勝仁、小山 崇
飯野 健二、伊藤 宏
- 60 透析施行中のフレカイニド中毒に対して血漿交換が奏功した一例
大崎市民病院 循環器内科 ○茂住 武尊、山内 毅、藤橋 敬英、青柳 肇
高橋 望、矢作 浩一、竹内 雅治、岩渕 薫

心筋炎・心筋症 3 (第3会場) 10:45 ~ 11:20

座長 齊藤 秀典

61 急性心筋炎の臨床的特徴の検討—劇症化する急性心筋炎の心電図の特徴はなにか

岩手医科大学 医学部 5年 ○安齋 潤、荒川 夢香、押切 祐哉、小林 敬正
林 瑞香
岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野
伊藤 智範、森野 禎浩

62 左室同期不全と重症僧帽弁逆流症による心不全に対し左室再同期療法が奏功した1例

福島県立医科大学 附属病院 循環器内科学講座
○佐藤 悠、八巻 尚洋、益田 淳朗、金城 貴士
鈴木 均、斎藤 修一、石田 隆史、竹石 恭知

63 高血圧、腎機能障害を合併した肥大型心筋症の一例

山形県立新庄病院 ○村形 寿彦、廣野 摂、結城 孝一、奥山 英伸

64 I型CD36欠損症を合併した拡張型心筋症の1例

星総合病院 循環器内科 ○小島 裕紀、清野 義胤、安齋 文弥、肱岡奈保子
清水 竹史、松井 佑子、金子 博智、坂本 圭司
木島 幹博、丸山 幸夫

65 植え込み型補助人工心臓装着患者における肺高血圧症に関する検討

東北大学 循環器内科学 ○青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介、山本 沙織
矢尾板信裕、佐藤 遥、神津 克也、後岡広太郎
佐藤 公雄、下川 宏明
東北大学 心臓血管外科 秋山 正年、川本 俊輔、齋木 佳克

心膜・腫瘍（第3会場） 11:20～11:55

座長 渡邊 哲

66 心嚢液貯留を契機に診断に至った悪性心膜中皮腫の一例

秋田厚生医療センター 循環器内科

○貝森 亮太、阿部 元、庄司 亮、松岡 悟
田村 芳一、齊藤 崇

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

渡邊 博之、伊藤 宏

67 左心耳閉鎖術の数年後に左心耳内血栓と腎梗塞を発症した一例

秋田大学 大学院 医学系研究科 循環器内科

○木村 俊介、飯野 貴子、佐藤 輝紀、岩川 英弘
関 勝仁、新保 麻衣、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

68 心タンポナーデを来した心臓原発滑膜肉腫の1例

青森県立中央病院 循環器科

○森川 友樹、舘山 俊太、金城 貴彦、鈴木 晃子
楡引 基、今田 篤、藤野 安弘

69 骨盤内腫瘍を伴う非感染性血栓性心内膜炎による多発脳梗塞の1例

一般財団法人 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 循環器腎臓内科学講座

富田 泰史

済生会熊本病院 心臓血管センター 奥村 謙

70 心嚢腔内に発生した肺動脈起源の悪性神経鞘腫瘍の一例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○竹内 智、富岡 智子、伊藤 愛剛、塩入 裕樹
小山 二郎、井上 寛一

東北大学病院 心臓血管外科

長沼 政亮、川本 俊輔、齋木 佳克

心内膜炎（第4会場） 9:00～9:42

座長 青木 竜男

71 リード抜去後に遺残した Ghost 様の構造物を 3D-TEE で観察でき、血栓であった事が示唆された 1 例

仙台厚生病院 循環器科

○伊澤 毅、本多 卓、田中綾紀子、箴井 宣任
松本 崇、堀江 和紀、桜井 美恵、多田 憲生
宗久 雅人、宗久 佳子、大友 達志、井上 直人
目黒泰一郎

仙台厚生病院 心臓血管外科

山谷 一広

72 閉塞性肥大型心筋症に合併した感染性心内膜炎の 1 例

星総合病院 循環器内科

○野崎 祐司、清野 義胤、安齋 文弥、肱岡奈保子
清水 竹史、松井 佑子、金子 博智、坂本 圭司
木島 幹博、丸山 幸夫

73 感染性心内膜炎により急性期大動脈弁自己心膜弁置換を行うも感染が遷延し、両弁再置換術を要した 1 例

山形県立中央病院

○志鎌 拓

74 左室後壁基部の左室内血栓により脳塞栓症を来すも速やかな血栓回収により社会復帰できた一例。

岩手県立中央病院循環器内科

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

岩手県立中央病院神経内科

土井尻遼介、高橋 賢

岩手県立中央病院脳神経外科

木村 尚人、菅原 孝行

75 再発性感染性心内膜炎の一例

東北大学 卒後研修センター

○迫田 みく

東北大学 循環器内科学

青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介、山本 沙織
矢尾板信裕、神津 克也、佐藤 遥、後岡広太郎
佐藤 公雄、下川 宏明

76 術前診断が困難であった healed IE の 2 例

平鹿総合病院 循環器内科

○長谷川純郎、伏見 悦子、芝 翔、中嶋 壮太
武田 智、深堀 耕平、高橋 俊明、堀口 聡

末梢血管・疫学（第4会場） 9:42～10:24

座長 山本 義人

- 77 間歇性跛行を有する両側外腸骨動脈線維筋性異形性に対して経皮的バルーン拡張術を行った一例

公立置賜総合病院 循環器内科 ○竹村 昭宣、新関 武史、石野 光則、北原 辰郎
山内 聡、池野栄一郎

- 78 腸間膜動脈閉塞を呈した Leriche 症候群に対して側副血行路である腹腔動脈への EVT が有効であった一例

秋田大学 大学院 医学系研究科 循環器内科学
○山中 卓之、飯野 健二、関 勝仁、渡部久美子
加藤 宗、渡邊 博之、伊藤 宏

- 79 SFA の血栓性閉塞における血栓溶解療法を併用した 2-step EVT 法の検討

いわき市立総合磐城共立病院 ○工藤 俊、山本 義人、瀬川 将人、埜 健一郎
高木 祐介、相澤健太郎、杉 正文
東北大学 循環器内科学 下川 宏明

- 80 OPTIMO Sheathless カテーテルの併用にて SFA のステント内血栓性閉塞の完全血行再建に成功した一例

いわき市立総合磐城共立病院 ○工藤 俊、山本 義人、瀬川 将人、埜 健一郎
高木 祐介、相澤健太郎、杉 正文
東北大学 循環器内科学 下川 宏明

- 81 高齢者心不全の臨床的特徴と予後規定因子についての検討 - CHART-2 研究からの報告 -

東北大学 循環器内科学 ○佐藤 雅之、坂田 泰彦、後岡広太郎、佐藤謙二郎
小野瀬剛生、辻 薫菜子、及川 卓也、阿部 瑠璃
笠原信太郎、山内 毅、白戸 崇、高橋 潤
下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏

- 82 心疾患既往のない安静時スクリーニング心電図において ST 部分低下を示す患者の長期予後について

医療法人 社団 仁明会 齋藤病院
○盛田 真樹

肺・先天性（第6会場） 9:00～9:42

座長 杉村 宏一郎

83 下肢静脈奇形に合併した静脈血栓塞栓症の一例

山形大学 医学部 第一内科 ○小林 祐太、宮本 卓也、山浦 玄斎、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、渡邊 哲
久保田 功

84 筋緊張性ジストロフィーに急性肺塞栓を合併し、外科的血栓摘除術により救命した一例

竹田総合病院 心臓血管外科 ○遠藤圭一郎、川島 大、齋藤 正博、前場 寛

85 バルーン肺動脈形成術を安全に施行できたハイリスク中枢型慢性血栓塞栓性肺高血圧症の一例

東北大学 循環器内科学 ○神津 克也、青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介
山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 遥、佐藤 公雄
下川 宏明

86 胸部ステントグラフト内挿術で治療した動脈管開存症の1例

福島県立医科大学 会津医療センター 循環器内科
竹田総合病院 心臓血管外科 ○渡邊孝一郎、星野 弘尊、玉川 和亮、鶴谷 善夫
川島 大

87 成人動脈管開存症に合併した感染性心内膜炎の一例

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

88 チアノーゼを呈した肺高血圧を伴わない心房中隔欠損症の一例

弘前大学 大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座
○成田 憲紀、山田 雅大、遠藤 知秀、西崎 史恵
花田 賢二、横山 公章、横田 貴志、樋熊 拓未
富田 泰史

心不全・その他（第6会場） 9：42～10：17

座長 池田 こずえ

- 89 偶然発見された左室内血栓が診断の契機となった、右室脂肪変性が疑われる左室心筋緻密化障害の一例
寿泉堂総合病院 ○薬師寺たつみ、鈴木 智人、水上 浩行、谷川 俊了
金澤 正晴
- 90 日本の慢性心不全患者における健康意識と心不全入院に関する研究 –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、小野瀬剛生
辻 薫菜子、笠原信太郎、及川 卓也、佐藤 雅之
後岡広太郎、白戸 崇、高橋 潤、下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏
- 91 心不全患者における東日本大震災後の心的外傷後ストレス障害の予後への影響 –CHART-2 研究より–
東北大学 循環器内科学 ○小野瀬剛生、坂田 泰彦、後岡広太郎、白戸 崇
辻 薫菜子、阿部 瑠璃、及川 卓也、笠原信太郎
佐藤 雅之、高橋 潤、下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏
- 92 慢性心不全の心不全入院好発時期・危険因子：CHART-2 研究
東北大学 循環器内科学 ○後岡広太郎、坂田 泰彦、小野瀬剛生、辻 薫菜子
及川 卓也、阿部 瑠璃、笠原信太郎、佐藤 雅之
白戸 崇、高橋 潤、下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏
- 93 神経因性膀胱の治療が有効であった、繰り返す心不全の1例
平鹿総合病院 循環器内科 ○堀口 聡、芝 翔、長谷川純郎、中嶋 壮太
武田 智、深堀 耕平、伏見 悦子、高橋 俊明

日本循環器学会 男女共同参画フォーラム

12月3日(土) 10:25~11:55

日循東北地方会 第4会場 (仙台国際センター3階 白檀2)

次世代のための男女共同参画

— 医学界以外の視点から学ぶ gender equality —

座長: 伏見 悦子 先生 (平鹿総合病院 循環器内科 診療部長)

八木 卓也 先生 (岩手県立胆沢病院 循環器内科 科長)

・ 開会の辞 :

富岡 智子 先生 (みやぎ県南中核病医院 循環器内科 部長)

・ 講演:

『ある男性循環器医の“育児休暇”取得報告』

深堀 耕平 先生 (JA秋田厚生連 平鹿総合病院 循環器内科)

『社会における女性活躍促進の現状、
知っていますか?』

松尾 亜紀子 先生 (慶應義塾大学 理工学部 教授)

・ ディスカッション

・ 閉会の辞:

竹石 恭知 先生 (福島県立医科大学

循環器・血液内科学講座 主任教授)



日本循環器学会東北支部

〒980-8574 宮城県仙台市青葉区星陵町1-1 医学部2号館5階 循環器内科医局内

- YIA 審査会 10:40 ~ 11:15 (第6会場:1F 小会議室2)
- 支部役員会 11:15 ~ 11:45 (第6会場:1F 小会議室2)
- 心肺蘇生法普及委員会 11:45 ~ 12:00 (第5会場:1F 小会議室1)
- 支部評議員会・YIA 授賞式 12:00 ~ 12:40 (第1会場:2F 橘)

教育セッション I

ランチョンセミナー 1 12:50 ~ 13:50 (第1会場:2F 橘)

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

「進化する心房細動治療 ~日本での医師主導研究 J-ACRE の結果から~」

弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学講座

准教授 木村 正臣 先生

共催:第163回日本循環器学会東北地方会
バイエル薬品株式会社

教育セッション II

ランチョンセミナー 2 12:50 ~ 13:50 (第2会場:2F 萩)

座長:山形大学 内科学第一講座 教授 久保田 功 先生

「心房細動における適切な抗凝固療法~頭蓋内出血を回避する治療戦略~」

国立病院機構 九州医療センター 脳血管センター 部長 矢坂 正弘 先生

共催:第163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 III

特別講演 13:50 ~ 14:50 (第1会場:2F 橘)

座長:東北大学 循環器内科学 教授 下川 宏明 先生

「糖尿病腎症に対する新たな治療戦略~心・腎連鎖の克服を目指して~」

金沢医科大学 糖尿病・内分泌内科学 教授 古家 大祐 先生

共催:第163回日本循環器学会東北地方会
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

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 ヶ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・副支部長)

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
3. 支部長が本支部とは別の支部に異動した場合、支部長として退任となる。

第4条 本支部に副支部長1名を置く。

2. 副支部長は支部所属理事の中から協議で決定し、支部社員総会において報告する。
3. 支部長に事故あるとき、または支部長が別支部へ異動したとき、副支部長を新たな支部長とする。この場合の任期は、退任した支部長の任期に準ずる。

(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. 地方会における華美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のある会員は、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その旨を告知し、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、本学会会告（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。

平成 年 月 日
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。
規定日までに入金が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いない。

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 163 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
岩手県立中央病院 循環器センター

教 授 森野 禎浩
センター長 中村 明浩

秋 田

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学
秋田厚生医療センター

教 授 伊藤 宏
副院長 齊藤 崇

山 形

山形大学 内科学第一講座
山形県立中央病院

教 授 久保田 功
院 長 後藤 敏和

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地方会（平成28年7月1日現在）

支 部 長	下川 宏明			
副 支 部 長	久保田 功			
理 事	下川 宏明	久保田 功	横山 齐 (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)	久保田 功 (山形大学/副支部長・理事)	横山 齐 (福島県立医科大学/理事/外科分野)	
	伊藤 宏 (秋田大学)	中村 元行 (岩手医科大学)		
	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/その他分野)	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 傅
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
	岡林 均	小野 幸彦	門脇 謙	金澤 正晴
	金塚 完	木島 幹博	小岩 喜郎	後藤 敏和
	齋藤 公男	佐々木 弥	佐藤 昇一	鈴木 典夫
	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	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
	齋藤 崇	鈴木 泰	田村 芳一	中川 正康
	長谷川仁志	○渡邊 博之		
山 形	池田こずえ	池野栄一郎	石井 邦明	小熊 正樹
	金谷 透	○久保田 功	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 ³	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	○福田 浩二
	○堀内 久徳	山家 智之		
福 島	石川 和信	石橋 敏幸	○齋藤 修一	齋藤 富善
	佐藤 匡也	杉 正文	○竹石 恭知	武田 寛人
	○横山 齐 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：福田 浩二（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）	

第163回 日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

平成28年12月3日 仙台国際センター

会 長：下川 宏明

(東北大学大学院医学系研究科循環器内科学)

01

巨大バルサルバ洞動脈瘤の冠動脈圧排により心筋虚血を来した一例

¹ 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

² 秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科

○岩川 英弘¹、飯野 貴子¹、佐藤 輝紀¹、真壁 伸¹
関 勝仁¹、小山 崇¹、飯野 健二¹、渡邊 博之¹
伊藤 宏¹、山本 浩史²

50歳代女性。18歳時に型心室中隔欠損症に合併した右冠動脈洞のバルサルバ洞動脈瘤(SVA)破裂に対し、パッチ閉鎖及び瘤切除術が施行された。手術から32年後、胸痛を主訴に受診、無冠動脈洞に長径100mmのSVAを認めた。巨大SVAにより右冠動脈は圧排され中部ではほぼ途絶し、負荷心筋血流シンチで右冠動脈領域の虚血を認めた。さらに、上大静脈圧排による頸静脈内血流うっ滞と、右肺静脈圧排による狭窄血流を認めた。SVAに対する手術後、周囲組織への圧排は解除され、負荷心筋血流シンチ上、右冠動脈領域の虚血は改善した。本症例のようにSVAからの圧排により冠動脈虚血を来した報告は極めて稀である。加えて、右冠動脈洞SVA破裂の術後遠隔期に、無冠動脈洞にSVAを発症しており、組織学的考察を含めて報告する。

03

馬後脚による鈍的胸部外傷により三尖弁および僧帽弁閉鎖不全と二束ブロックを来した一例

¹ 福島県立医科大学 循環器内科学講座

² 福島県立医科大学 心臓血管外科講座

○國分 知樹¹、及川 雅啓¹、一條 靖洋¹、松本 善幸¹
横川 哲朗¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹
竹石 恭知¹、佐藤 善之²、新城 宏治²、高瀬 信弥²
横山 斉²

症例は40歳男性。地域の祭礼行事中に馬後脚により前胸部を強打し、ショック状態となり当院に救急搬送となった。心筋逸脱酵素の上昇に加え、心エコー検査では心嚢液貯留と右心系拡大、三尖弁前尖逸脱による高度三尖弁逆流、心室中隔下壁側での壁運動低下と中等度僧帽弁逆流を認めた。CTでは、右室流出路部位での胸骨骨折が認められ、心電図は完全右脚ブロックおよび左脚前枝ブロックを示した。完全右脚ブロックは自然経過で改善し、利尿薬投与で心不全コントロールは可能であった。乳頭筋部分断裂に伴う三尖弁前尖高度逸脱と僧帽弁前尖逸脱に対し三尖弁形成術および僧帽弁輪形成術を行い良好な経過を得ることができた。鈍的外傷による二弁損傷に刺激伝導系傷害を合併することは稀であり、興味深い症例と考えられるため報告する。

05

急性肺血栓塞栓症の再燃を繰り返したKlippel-Trenaunay Syndromeの1例

岩手県立中部病院 循環器内科

○土川 幹史、齊藤 秀典、佐々木 航、井筒 大人
西澤 健吾、盛川 宗孝

症例は60歳女性。呼吸苦を主訴に肺血栓塞栓症(以下PTE)の診断となった。飛散した塞栓子は下肢の巨大な奇形静脈内で発生したと考えられた。左下肢全体に毛細血管奇形を有するポートワイン斑を認め、造影CTでは幼少時から増悪傾向にある左下肢の肥大と静脈奇形(左総腸骨静脈欠損)を認めた点からKlippel-Trenaunay Syndromeと判明した。本症候群は観血的処置を契機に致死性の凝固異常を呈し失血死する可能性が高いとされるため、本症例では抗凝固薬による保存的加療を選択した。退院後も2度のPTE再燃を認めたが、3度目の入院時に薬剤調整と生活指導を併用して以降は再燃を認めず現在に至る。Klippel-Trenaunay Syndromeに関する報告は国内外含めて少なく、本症例のような巨大血管奇形を有する重症例はさらに稀であり、文献的考察も含めて報告する。

02

バリペリドンによるカテコラミン不応性を察知し集中治療で救命できた重症心不全の一例

山形大学 医学部 第一内科

○熊谷 遊、有本 貴範、和根崎真大、沓澤 大輔
岩山 忠輝、田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大
穴戸 哲郎、山中 多聞、宮本 卓也、渡邊 哲
久保田 功

57歳男性。統合失調症に対して4週1回投与のバリペリドンを投与されていた。ショックバイタルで救急搬送された。うっ血性心不全の診断でドパミン、ドブタミン、ノルアドレナリンを極量投与したが反応せず4時間後にも収縮期血圧は70mmHg、乏尿となった。大動脈内バルーンパンピング(IABP)、持続血液濾過透析(CHDF)を開始し、経皮的肺補助(PCPS)を準備してバリペリドンの効果がなくなるまで循環動態を維持した。第10病日にIABPとCHDFを離脱できた。バリペリドンは、統合失調症に対する薬剤である。ドパミンD2受容体拮抗作用と、 α 受容体遮断作用によりカテコラミン投与時には相対的に β 2受容体作動性を高め血圧を低下させる可能性がある。急性心不全の管理上、循環器専門医が知っておくべき薬剤と考えられた。

04

心室細動で発症し冠攣縮性狭心症と肺高血圧症を合併した好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の1例

¹ 東北大学 循環器内科学 ² 東北大学 血液免疫病学

³ 東北大学 呼吸器内科学 ⁴ 平鹿総合病院 循環器内科

○紺野 亮¹、建部 俊介¹、杉村宏一郎¹、青木 竜男¹
山本 沙織¹、矢尾板信裕¹、佐藤 遥¹、神津 克也¹
羽尾 清貴¹、高橋 潤¹、中野 誠¹、福田 浩二¹
下川 宏明¹、白井 剛志²、石井 智徳²、杉浦 久敏³
中嶋 壮太⁴

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)は多彩な症状を呈する稀な疾患である。症例は34歳女性、前胸痛に続き心室細動で発症、重度の肺高血圧症を認め当院紹介となった。好酸球増多とFDG-PETで肺動脈に集積を認めたため、臨床経過とあわせEGPAと診断した。各種検査により肺動脈性肺高血圧症およびエルゴノビン負荷試験では左冠動脈主幹部を含むびまん性冠攣縮の合併を認めた。著明な低酸素血症と薬剤抵抗性の胸痛はステロイド投与により速やかに消失した。平均肺動脈圧はステロイド投与後も高値であるため、エンドキサンパルスと肺血管拡張薬を併用し48mmHgから32mmHgまで改善した。冠動脈・肺動脈の重度の血管炎に免疫抑制療法が著効したと思われるEGPAの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

06

心エコー検査で検出される拡張期肺動脈前方血流の臨床的意義—成人例での検討

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

○梅田 有理、渡邊 博之、飯野 貴子、新保 麻衣
佐藤 和奏、渡部久美子、真壁 伸、伊藤 宏

【背景・目的】小児領域ではUCGでの肺動脈拡張期前方血流(ADPAF)所見は、右室機能障害を反映することが知られているが、成人例での知見は少なく、今回その臨床的意義について検討した。【結果】H21~28年に当院でUCGを行った26891例中、24例(0.09%)にADPAFを認めた。原因病態は、右室心筋障害群11例、心膜疾患等(非右室心筋障害群)13例であった。RV-PA圧同時測定では、原因病態に関連なく心房収縮期にRV圧がPA圧を凌駕する現象を認め、同所見は右室拘束性障害を反映すると考えられた。ADPAF発現から1年以内の死亡またはLVAD装着の発生率は、非右室心筋障害群0%に対し、右室心筋障害群で36.4%と有意に高かった。【結語】成人例においてADPAFは右室拘束性障害を反映する。右室心筋障害に起因したADPAFは、早期予後不良の予測因子となる。

07

消化管出血患者が受けていた抗血栓療法とその理由

¹ 仙台市医療センター仙台オープン病院

² 東北大学 循環器内科学

○佐藤 公一¹、浪打 成人¹、杉江 正¹、瀧井 暢¹
牛込 亮一¹、加藤 敦¹、下川 宏明²

【背景】抗血栓療法には出血リスクが存在する。消化管出血患者が受けていた抗血栓療法とその理由について検討した。【方法と結果】当院救急外来を受診した消化管出血患者 268 症例を調査した。平均年齢 74 ± 15 歳、男性 54% で、73 症例 27% が抗血小板薬を、27 症例 10% が抗凝固薬を内服していた。二剤以上内服していたのは 24 症例 9% だった。抗凝固薬を内服していた全症例は心房細動、弁置換術後、静脈血栓症等適切な背景疾患を有していた。これに対して抗血小板薬を内服していた 73 症例のうち 17 症例 23% は心筋梗塞既往、冠動脈形成術後、末梢血管疾患、脳梗塞既往、一過性脳虚血発作などの背景がなく内服を継続していた。【結語】抗血小板療法を受けていた消化管出血患者のうち約二割の症例は心血管疾患の二次予防目的で抗血小板薬を内服していなかった。

09

心房細動への高周波およびクライオアブレーションに伴う食道粘膜や食道神経叢への熱傷害メカニズムの検討

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○松本 善幸、金城 貴士、野寺 稔、上岡 正志
鈴木 均、義久 精臣、斎藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

心房細動患者 133 例に高周波アブレーション (RFA) を、53 例にクライオバルーンアブレーション (CBA) を施行した。術後全例で上部消化管内視鏡を施行し、熱傷害 (食道粘膜障害あるいは胃蠕動運動低下) の頻度と、そのメカニズムについて術前 CT を用いて検討した。RFA 群で 24 例 (18%) に、CBA 群で 13 例 (25%) に熱傷害を認めた。RFA 群における熱傷害例では、冠状面に対する左下肺静脈分岐角が有意に大きく ($33.2 \pm 13.6^\circ$ vs. $20.7 \pm 10.2^\circ$, $P < 0.0001$)、食道を挟む左房後壁 - 下行大動脈最小距離は有意に小さかった ($4.3 \pm 1.5\text{mm}$ vs. $6.2 \pm 2.4\text{mm}$, $P=0.0002$)。一方、CBA 群ではいずれの因子も熱傷害とは関連しなかった。RFA と CBA では熱傷害メカニズムは異なり、RFA では食道と左房、下行大動脈との近接度が熱傷害に関与すると考えられた。

11

重症大動脈弁狭窄症に対する外科的大動脈弁置換術と経皮的大動脈弁植込術の比較検討

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

³ 仙台厚生病院 麻酔科

○多田 憲生¹、遠田 佑介¹、桜井 美恵¹、水谷有克子¹
松本 崇¹、大友 達志¹、鈴木 智之²、畑 正樹²
井上 洋³

目的と方法
 大動脈弁狭窄症に対する外科的大動脈弁置換術 (SAVR) と経皮的大動脈弁植込み術 (TAVI) データを比較した。
 結果
 2014 年 1 月から 2016 年 4 月当院にて 164 例の SAVR と 201 例の TAVI が行われた。SAVR 群が若く (72.3 ± 7.9 vs 83.8 ± 4.5 , $p < 0.05$, SAVR vs TAVI) STS score は低かった (3.2 ± 2.7 vs 7.8 ± 6.9 , $p < 0.05$)。術後入院期間は SAVR 群に長い傾向を認めた (21.7 ± 11.7 vs 18.6 ± 10.3 , $p=0.09$)。退院時、1 年生存率は共に同等だった (97.6 vs 98.1 %, $p=1.0$) (93.5 vs 90.0 %, $p=0.38$)。ペースメーカー植込は SAVR 群で低く脳卒中は同等だった。入院費用は SAVR 群で低く (555 vs 702 万円) 人工弁、手技料、麻酔、他の内訳は SAVR 群 24、16、5、55%、TAVI 群 62、7、2、29% だった。
 結語
 当院ハートチーム治療は適切な患者選択と良好な転帰を認めた。

08

慢性心不全患者において左室駆出率の変化が予後に及ぼす影響 -CHART-2 研究からの報告 -

東北大学 循環器内科学

○辻 薫菜子、坂田 泰彦、後岡広太郎、三浦 正暢
小野瀬剛生、阿部 瑠璃、及川 卓也、笠原信太郎
佐藤 雅之、白戸 崇、高橋 潤、宮田 敏
下川 宏明

【背景】心不全患者の左室駆出率 (LVEF) は経時的に変化するが、LVEF の変化が予後に及ぼす影響を検討した報告は少ない。【方法】CHART-2 研究 (N=10,219) に登録された Stage C/D の慢性心不全患者を、登録時の LVEF 値により HFpEF (LVEF <U> > </U> > 50%, N=3,193)、HFmrEF (同 41 ~ 49%, N=709)、HFrEF (同 <U> < </U> < 40%, N=781) の 3 群に分け、LVEF の経時的変化と予後の相関について検討した。【結果】観察期間中 (中央値 3.1 年)、3 群ともに最初の 1 年間での LVEF の変化が大きかった。3 群のうち HFmrEF は 44% が HFpEF、18% が HFrEF に移行し、LVEF の変化が最も大きかった。また、3 群ともに 1 年後に HFrEF に移行した群で全死亡や心不全入院が多かった。【結語】登録時の LVEF に関わらず、1 年後に HFrEF に移行した群は予後不良であり、予後改善のために LVEF の低下予防の重要性が示唆された。

10

他覚的栄養指標 CONUT スコアは末梢動脈疾患患者の予後を予測する

山形大学 医学部 循環・呼吸・腎臓内科学講座

○横山 美雪、渡邊 哲、大瀧陽一郎、西山 悟史
有本 貴範、高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也
久保田 功

近年、心血管疾患患者の栄養障害と予後の関係が注目されている。本研究では末梢動脈疾患 (PAD) 患者の栄養評価と予後の関係を検討した。当院で血管内治療を受けた 357 人の PAD 患者を対象に CONUT スコアを測定した。観察期間中に (中央値 1071 日)、69 人で心血管イベントおよび重症虚血肢 (MACLE) が生じた。重症虚血肢 (CLI) の患者で CONUT スコアは有意に高く、栄養障害を有する患者が多かった。多変量解析で、CONUT スコアは MACLE の独立した危険因子だった。生存曲線では、重症の栄養障害群で MACLE の割合が多かった。栄養障害は、PAD の重症度および予後と密接に関連していた。栄養障害は PAD 患者の重要な治療標的になりうることを示唆された。

12

大動脈弁二尖弁による大動脈弁閉鎖不全症と左室緻密化障害が合併した一例

東北大学 循環器内科学

○佐藤 遥、杉村宏一郎、青木 竜男、建部 俊介
山本 沙織、矢尾板信裕、神津 克也、紺野 亮
佐藤 公雄、下川 宏明

症例は 39 歳男性。特記すべき既往歴・家族歴はない。3 年前から検診で心拡大を指摘されていたが自覚症状なく経過していた。2 ヶ月前より下腿浮腫が出現し近医を受診し、心臓超音波検査で大動脈弁閉鎖不全症、左室駆出率 15% と収縮低下を認めた。心不全として加療が行われたが、改善ないため当院転院となった。転院時、起坐呼吸状態と比較的徐脈と低心拍出の所見を認めたため、β遮断薬を中止し強心剤・利尿薬で加療を開始した。その後、症状の改善をみて内服加療へ移行しカテコラミンから離脱した。大動脈弁二尖弁の大動脈弁閉鎖不全症に対し行った弁置換術後も、安定した経過を示している。左室緻密化障害に二尖弁を合併する確率は 11% と比較的高値であり、当科で経験した大動脈弁二尖弁・左室緻密化障害の症例も含めた考察を加え報告する。

13

重症大動脈弁狭窄症に対する緊急バルーン拡張術の臨床成績

¹ いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科

² 東北大学 循環器内科学

○高木 祐介¹、工藤 俊¹、塙 健一郎¹、瀬川 将人¹
相澤健太郎¹、山本 義人¹、杉 正文¹、下川 宏明²

** 背景 **：大動脈弁狭窄症 (AS) の患者が増加する近年、大動脈弁バルーン拡張術 (BAV) の有用性が再認識されつつある。
** 方法 **：2014 年 1 月から 2016 年 10 月で、重症 AS 患者に対する 35 件の BAV のうち、緊急で行われた 7 件 (男性 3 例、平均 84.3 ± 5.2 歳) を検討した。** 結果 **：緊急 BAV の理由は、心原性ショック 6 例、急性心不全 1 例だった。最終バルーン径は平均 19.1 ± 3.4mm だった。心エコー上、術前後で左室一大動脈平均圧較差は 49.9 ± 16.6mmHg から 38.8 ± 11.8mmHg に軽減した (P=0.08)。30 日以内の周術期死亡は 0 例 (0%)、生存退院は 5 例 (71%) だった。** 結語 **：血行動態の破綻した重症 AS 患者に対する、緊急 BAV の一定の有用性が示唆された。

15

低心機能を伴った重症大動脈弁狭窄症に人工心肺サポート下で TAVI を施行した 2 例

¹ 東北大学 循環器内科学

² 東北大学病院 心臓血管外科

○土屋 聡¹、松本 泰治¹、高橋 潤¹、杉村宏一郎¹
菊地 翼¹、羽尾 清貴¹、進藤 智彦¹、須田 彬¹
杉澤 潤¹、下川 宏明¹、熊谷紀一郎²、川本 俊輔²
齋木 佳克²

症例 1 は 88 歳男性、不安定狭心症で心臓カテーテル検査を施行し LAD に有意狭窄と severe AS、EF30% 台を認めた。LAD に PCI、severe AS には低心機能、STS score 15% の high risk 症例であり人工心肺下で TAVI を行う方針とした。術中 Rapid pacing 後に VF を認めたと人工心肺の流量をあげ DC 施行し洞調律に復帰、手技を継続し終了した。症例 2 は 85 歳女性。息切れを主訴に受診し、心臓カテーテル検査では LAD に有意狭窄と severe AS、EF40% 台を認めた。LAD に PCI、severe AS には低心機能を伴う STS score 15% の high risk 症例であり人工心肺下で TAVI を行う方針とした。解剖的に冠動脈の高さが低く valsalva も小さく、術中 LMT に狭窄が生じたが血行動態安定し手技を終了した。低心機能を伴った Severe AS に対して TAVI を施行する際の人工心肺の有用性について報告する。

17

心室中隔欠損症の経過観察中に valsalva 洞動脈瘤破裂をきたした一例

日本海総合病院

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

20 歳台男性。小児期に kirkin1 型心室中隔欠損を指摘されたが手術適応がないと判断され経過観察となっていた。2016 年 9 月に突然の呼吸困難、胸部重苦感をきたし当院救急部を受診した。聴診上、第二肋間胸骨左縁に Levine4 度の連続性雑音を聴取した。経胸壁心エコー検査では右冠尖に右室へのフラップ、強度シャント血流を認め右冠尖部 valsalva 洞動脈瘤破裂を認めた。急性心不全のコントロール困難であり、緊急手術の方針となった。手術は valsalva 洞動脈瘤破裂パッチ修復、心室中隔欠損パッチ閉鎖を行ったが大動脈弁の逸脱による大動脈弁閉鎖不全が制御困難となったため大動脈弁置換術を追加した。術後経過は良好で、第 18 病日に退院した。心室中隔欠損症の経過観察中に valsalva 洞動脈瘤破裂をきたした一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

14

当科における大動脈弁狭窄症に対する弁置換術施行患者の現状

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○高橋 妙珠、伊藤 愛剛、竹内 智、塩入 裕樹
富岡 智子、小山 二郎、井上 寛一

** 背景 ** 従来外科的大動脈弁置換術 (SAVR) が困難だった患者でも、経カテーテル大動脈弁置換術 (TAVR) の普及により治療が可能となってきた。今回当科で大動脈弁狭窄症 (AS) による心不全と診断し、弁置換術を施行された患者の実情を解析した。** 方法 ** 2014 年 1 月～2016 年 8 月に AS に伴う心不全で入院加療した患者を対象とし患者背景、生命予後を比較した。** 結果 ** 患者数：TAVR 群 5 名、SAVR 群 16 名。両群間で Japan score、BNP 等に差は認めなかったが、TAVR 施行群は SAVR 群より有意に高齢だった (85.4 vs. 76.4, P=0.01)。術後死亡は両群共に認めなかった。** 結語 ** 一般市中病院においても、TAVR の普及により超高齢 AS 患者に対する治療の選択が広がることが期待される。

16

心臓腫瘍との鑑別を要した壁在血栓を伴うバルサルバ洞動脈瘤の一例

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学

○新保 麻衣、梅田 有理、田村 善一、木村 俊介
真壁 伸、関 勝仁、小山 崇、飯野 健二
渡邊 博之、伊藤 宏

** 症例 ** 70 代男性 ** 既往歴 ** 発作性心房細動 (paf) ** 現病歴 ** めまいを主訴に前医を受診。経胸壁超音波 (TTE) で心臓腫瘍が疑われ当科へ紹介。** 経過 ** TTE では心内膜床付近に約 50 mm の境界明瞭な腫瘍が観察されたが、弁狭窄は認めなかった。造影 CT では腫瘍内部がわずかに造影されたが確定診断には至らず、血行動態が安定していたため paf に対し NOAC を導入し経過観察とした。約 1 か月後、TTE 上腫瘍の内部構造が消失。造影 CT 再検したところバルサルバ洞瘤 (バ洞瘤) の診断となった。手術が選択され、内部に新旧血栓を伴うバ洞瘤と確定診断された。パッチ閉鎖術施行後、独歩退院。** 考察 ** バ洞瘤が心臓腫瘍との鑑別を要したという報告は散見されるが、本症例のように NOAC 導入後に壁在血栓が溶解し診断に至った例は稀と考えられ、ここに報告する。

18

大動脈解離に対する胸部ステントグラフト内挿術 (TEVAR) の成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○片平晋太郎、小田 克彦、伊藤 校輝、高橋 悟朗
長嶺 進

慢性 B 型解離の ULP 拡大や開存偽腔拡大、急性 B 型解離の切迫破裂に対して当院では TEVAR を積極的に施行している。2012 年から現在に至るまでに施行した 57 例の成績を報告する。解離発症後 TEVAR 施行までは、半年以内が多いが、10 年以上の症例も含まれていた。緊急 9 例、待機 48 例であり、技術的成功は 100% であった。緊急で施行した胸部下行破裂の 1 例のみ術後消化管出血で失った。生存例は全例で術後に大動脈偽腔の縮小または消失を確認した。今回は、まず近位側の tear をまず塞ぎ、それでも末梢側に別の tear 由来の問題が生じればその tear も塞ぐという積極的姿勢で TEVAR を行い良好な成績を得た。今後も B 型大動脈解離に対しては発症後早期から TEVAR の介入を積極的に行う方針である。

19

原発性鎖骨下静脈血栓症 (Paget-Schroetter 症候群) に対してリバロキサバンにより治療した 1 例

石巻赤十字病院 循環器内科

○高畑 葵、石垣 大輔、小張 祐介、土屋 隼人
安藤 薫、玉淵 智昭、小山 容、祐川 博康

症例:59 歳男性。某日左上肢の浮腫、発赤あり翌日当院を受診した。造影 CT で左鎖骨下静脈血栓症及び肺動脈血栓症と診断され入院した。肺動脈の血栓の径は小さく、血圧や呼吸状態に問題はなく、安静と抗凝固療法により保存的に治療された。抗凝固療法として入院日はヘパリン持続静注が施行され、入院翌日よりリバロキサバン内服に変更された。D-dimer 低下あり、退院の上外来で治療された。半年後の造影 CT にて血栓が消失していた。肥満はなく、手術歴、外傷歴、定期内服薬はなかった。抗凝固療法開始前の血液検査で血栓素因は認められず、造影 CT 上悪性腫瘍は指摘されなかった。以上より本症例は原発性鎖骨下静脈血栓症 (Paget-Schroetter 症候群) と考えられた。本症候群に対し直接作用型経口抗凝固療法が施行された報告はなく今回報告する。

21

カテコラミン心筋症で発症した褐色細胞腫の一例

1 地方独立行政法人 市立秋田総合病院 循環器内科

2 地方独立行政法人 市立秋田総合病院 泌尿器科

3 きびら内科クリニック

4 秋田大学医学部 循環器内科学分野

○青山 有¹、藤原美貴子¹、島田 俊亮¹、柴原 徹¹
藤原 敏弥¹、中川 正康²、小林 瑞貴²、小峰 直樹²
三浦 喜子²、阿部 明彦²、石田 俊哉²、松尾 重樹²
鬼平 聡³、伊藤 宏⁴

症例は 73 歳女性。心窩部痛、右背部痛、頭痛にて当院救急外来を受診。血圧 164/91mmHg、心電図で完全右脚ブロック、下壁誘導の ST 上昇、V1-4 の ST 低下を認めた。心エコーで下壁の壁運動低下あり、心筋逸脱酵素の上昇も認めた。急性冠症候群疑いにて施行した緊急冠動脈造影では有意狭窄なく、左室造影ではたこつば様の壁運動異常を認めた。造影 CT で右副腎に約 2cm 大の腫瘍を認めた。入院当初極端な血圧変動を認めたが二日後には改善し降圧剤不要となった。保存的治療で壁運動異常は改善。尿中・血中カテコラミン高値および MIBG シンチ上の右副腎異常集積所見から褐色細胞腫と診断した。入院 33 日目に右副腎摘出術を施行。術後経過良好で退院となった。カテコラミン心筋症と考えられる病態を契機に発見された褐色細胞腫の一例を経験したので報告する。

23

ペースメーカー植え込みにより化学療法を継続し得た心アミロイドーシスの一例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

○一條 靖洋、及川 雅啓、松本 善幸、横川 哲朗
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

例は 70 歳男性。胸水貯留のため当科紹介となり、心臓超音波検査にて左室肥大と拡張機能障害を認めた。右室心筋生検では心アミロイドーシスを認め、骨髄穿刺により多発性骨髄腫と診断され、化学療法が行われていた。入院時は 1 度房室ブロックと左軸偏位を認めるのみであったが、化学療法開始後に、著明な低ナトリウム血症と接合部調律による高度徐脈を来し、ショック状態となったため、一時的ペースメーカーを留置した。一時的に徐脈の改善は見られたが、高度房室ブロックが間欠的に出現するため、恒久的ペースメーカー植え込み術を行った。ペースメーカー植え込みを行うことで安全に化学療法の継続が可能となり、徐脈の成因を含め興味深い症例と考えられたため報告する。

20

留置から 1 年を経て IVC filter を抜去した 1 例

東北大学 循環器内科学

○神津 克也、青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介
山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 遥、後岡広太郎
佐藤 公雄、下川 宏明

【症例】30 歳代 男性。201X 年 A 月、前医で特発性好酸球増多症の加療中に肺塞栓、深部静脈血栓症と診断された。抗凝固療法を強化すると共に、IVC filter が留置された。留置から 4ヶ月後、CT で血栓が縮小していたため、フィルター抜去を試みるも、癒着が強固で抜去できず、ワーファリンを継続し、経過観察の方針となった。しかし、ご本人より抜去の希望があったため、外科的な filter 抜去を考慮し、当院血管外科に紹介となった。IVC への外科的介入は侵襲が大きくなるため、当科紹介となり、留置より 13ヶ月後、当科にて sling technique を用いて IVC filter 抜去に成功した。術後、IVC 周囲への出血は認めなかった。【結語】抜去困難となった IVC filter を sling technique により抜去した 1 例を経験した。当科での IVC filter の使用状況も含め、報告する。

22

心機能低下と左室中隔菲薄化は自然軽快したがステロイド治療を開始した心サルコイドーシスの一例

岩手県立中部病院 循環器内科

○佐々木 航、齊藤 秀典、土川 幹史、井筒 大人
西澤 健吾、盛川 宗孝

症例は 72 歳女性、うっ血性心不全の診断で入院した。心エコー図検査では左室中隔菲薄化を認め、左室駆出率 35%と低下していた。退院後外来通院していたが、5 か月後の心エコー図検査では左室中隔菲薄化を認めず左室駆出率も 68%と改善していた。心筋生検では特記所見を認めなかったが、PET-CT では心臓への集積を認め、眼や肺にもサルコイドーシスを示唆する所見が認められたため、心サルコイドーシスと診断した。心機能は改善傾向にあったが、心臓に炎症は残存していると考え、ステロイド治療を開始した。治療開始後の PET-CT では心臓への集積は改善したが、カリニ肺炎を併発した。ステロイド治療の適応などについて、示唆に富んだ症例であったため、文献的考察を含めて報告する。

24

突然の心室刺激閾値上昇をきたし、プレドニゾロンが著効した房室ブロックに対するペースメーカー植込後の一例

岩手県立中央病院

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

76 歳女性。2013 年に完全房室ブロックに対しペースメーカー植込術を施行した (心室刺激閾値: 出力 0.5 V・パルス幅 0.4 ms)。翌年に腋窩リンパ節生検でサルコイド結節を認めたが、心サルコイドーシス (心サ症) の診断基準を満たさず、ステロイド投与は見合わせていた。2016 年に失神し、心室刺激閾値上昇 (出力 4.75 V・パルス幅 0.7 ms) によるベising不全が判明した。FDG PET CT で心室リード留置部位心筋に集積を認め、心サ症によるベising不全と診断しプレドニゾロン 30 mg/日の投与を開始したところ、72 時間後には閾値改善を認めた (出力 0.75 V・パルス幅 0.4 ms)。本例は 70 歳代と高齢ながらベising不全の原因が未治療の心サ症の病勢増悪によるもので、プレドニゾロンが著効した教訓的な一例と考え、報告する。

25

典型的な MELAS を呈さなかった A3243G 変異によるミトコンドリア心筋症の一例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

○和田 健斗、及川 雅啓、松本 善幸、横川 哲朗
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

症例は 44 歳女性。うっ血性心不全にて前医入院となり、著明な心肥大を認めたため、精査目的に当院転院となった。30 代より感音性難聴を認めていたが、筋力低下、糖尿病、中枢神経症状は明らかではなく、家族歴でも心疾患は認めなかった。安静時乳酸 / ビルビン酸比は 21.6 と高値を示し、脳 MRI では全般的な脳萎縮を認めた。心不全加療後に心臓カテーテル検査を行い、右室心筋生検では、心筋細胞肥大と空胞変性を認め、電子顕微鏡にてミトコンドリアの変性所見を認めた。ミトコンドリア遺伝子検査にて A3243G 変異が同定され、ミトコンドリア心筋症と診断した。ミトコンドリア心筋症は多様な表現型を示すため、肥大大心の精査の際には常に留意する必要があると考えられた。

27

たこつば型心筋症と完全房室ブロックを合併した一例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

症例は 74 歳、男性。完全右脚ブロックと左軸偏位を指摘され、当科外来通院中であった。未明に自宅廊下で意識消失し、当院へ救急搬送された。心電図にて ST 上昇を伴う完全房室ブロックを認めた。体外ペーシング留置後、急性心筋梗塞を疑い、冠動脈造影検査を行ったが、有意狭窄を認めなかった。心臓超音波検査では、左室心尖部の無収縮と心基部の過収縮を認めたことから、たこつば型心筋症と診断した。間歇的に房室ブロックを認めたため、後日恒久ペースメーカー埋め込み術を施行した。2 週間後の心臓超音波検査では、左室壁運動は正常化し、モニター心電図上、房室ブロックは改善していた。退院後、ペースメーカー外来の心電図にて、完全房室ブロックを認めた。今回、たこつば型心筋症と完全房室ブロックを合併した症例を経験したので報告する。

29

妊娠 37 週でも膜下出血を発症し、心不全を合併、心機能低下が遷延した 1 例

¹ いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科

² 東北大学 循環器内科学

○塙 健一郎¹、瀬川 将人¹、工藤 俊¹、高木 祐介¹
相澤健太郎¹、山本 義人¹、杉 正文¹、下川 宏明²

症例は 34 歳女性。妊娠 37 週で特に問題なく経過、平成 28 年 7 月突然の頭痛と意識レベルの低下あり当院へ救急搬送。頭部 CT 上くも膜下出血の診断で、帝王切開術、コイル塞栓術施行。胸部レントゲンでは肺水腫を認め、心不全を合併し、心エコー上 EF20% 台でびまん性の高度壁運動低下を認めた。くも膜下出血後であり、脳血管障害に伴ったたこつば型心筋症が疑われた。利尿剤を中心とした加療で呼吸状態改善し、第 17 病日には抜管、ほぼ神経学的後遺症なく回復し、EF も 40% 台まで改善を認めた。その後第 40 病日に心不全再増悪を認め、EF も 30% 程度まで低下を認めた。発症から 1 か月以上経過しており、たこつば型心筋症が遷延しているのか、出産後であり周産期心筋症を合併しているのか診断に苦慮した 1 例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

26

精査入院中に過換気となり逆タコつば型心筋症を発症し、TdP を起こした TAFRO 症候群の 1 例

仙台市立病院 循環器内科

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

症例は 34 歳女性。発熱、意識障害、背部痛で当院を受診し熱源精査のため入院した。入院初日に胸部不快感を訴え、心エコーで心基部の壁運動の低下を認めた。その後心不全症状が出現した。また、過換気症候群に引き続き、TdP を認めた。心電図変化で T 波の陰転化を認め血液生化学検査で CK 上昇が認められた。緊急冠動脈造影では冠動脈に有意狭窄を認めず、左室造影では心基部の壁運動が低下していた。逆タコつば型心筋症による急性心不全と診断し、加療を開始した。心機能低下や不整脈は次第に軽快した。不成熟精査の結果、原疾患は TAFRO 症候群であったことが判明し血液内科に転科となった。過換気症候群、逆タコつば型心筋症、TAFRO 症候群の合併は稀であり、ここに報告する。

28

左室心尖部に血栓を生じ全身性多発性塞栓症を呈したたこつば型心筋症の一例

気仙沼市立病院循環器科

○小枝 秀仁、圓谷 隆治、但木壮一郎、尾形 和則

症例は 30 代男性、前日より胸痛が出現、翌日左半身のしびれ、構音障害出現し当院救急外来受診。頭部 MRI にて多発性脳梗塞、心電図上広範な巨大陰性 T 波、心エコーで心尖部無収縮および心尖部血栓あり、たこつば型心筋症による心内血栓が多発性脳梗塞の原因と考えられた。当科入院、ヘパリンおよびウロキナーゼ持続静注を開始、第 3 病日脳梗塞再発、第 4 病日下肢動脈塞栓症を呈したが、第 7 病日心エコー上心内血栓は消失、また壁運動の改善を認めた。冠動脈 CT にて冠動脈狭窄認めず、左室壁運動が正常化したことからたこつば型心筋症と診断、その後塞栓症再発なく経過した。本疾患における心内血栓形成は全身性多発性塞栓症の原因となり注意を要する合併症であるが、頻度は少なく対応についても確立しておらず、文献的考察を交え報告する。

30

尿路感染からタコつば型心筋症を発症した一例

東北労災病院 循環器内科

○山家研一郎、川名 暁子、武田 瑤平、佐治 賢哉
田中 光昭

症例は 86 歳女性。10 年前から脊椎損傷で下半身麻痺あり。現在まで心疾患を指摘された事はない。泌尿器科で膀胱結石の経尿道的破砕術 (TULB) を受けたが術中の心電図モニターでは変化なかった。病棟帰室後、胸部症状は無かったがモニター上 ST の上昇を認め、12 誘導で広範囲な ST 上昇が確認された。心エコーではタコつば型心筋症が疑われた。緊急心臓カテーテル検査を行い、左右冠動脈に有意狭窄なく、LVG でタコつば型心筋症に一致する壁運動異常が認められた。尿路感染による 39 度の発熱と TULB 直後で血尿も認められ、経過中 Hb 値の低下を認めたが信教上の理由で輸血ができない事からヘパリンを使用せずに加療を行い、良好な経過を得る事が出来た症例を経験したので報告する。

31

本態性血小板増多症を背景に冠動脈ステント内血栓症を繰り返した一例

公立置賜総合病院 循環器内科

○佐藤 淳耶、石野 光則、立花 紳吾、竹村 昭宣
北原 辰郎、新関 武史、山内 聡、池野栄一郎

【症例】82歳男性【主訴】胸痛【現病歴】胸痛あり緊急搬送された。下壁誘導にST上昇を認め、緊急心臓カテーテル検査を施行したところ、2年前に急性心筋梗塞のため他院で留置されたステント部に完全閉塞を認めた。引き続き冠動脈インターベンション（PCI）を施行し良好な血流を得て終了した。前回は退院1か月後に内服薬を自己中断し亜急性冠閉塞を来し再度PCIを受けていた。前医より血小板増多の関与もあることから、抗血小板薬2剤（DAPT）と抗凝固療法の3剤併用療法を継続されていたが、今回も発症前日より内服を自己中断していた。入院時の血小板数は115.7万/mm³と著明な上昇があり、検査より本態性血小板増多症（ET）と診断しハイドレア導入した。ETを背景に亜急性と超遅発性のステント内血栓症を来した症例を経験したので報告する。

33

大動脈弁置換術後に左冠動脈主幹部病変による不安定狭心症を来した一例

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 太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター 心臓血管外科

○安藤 卓也¹、小松 宣夫¹、君島 勇輔¹、金澤 晃子¹
石田 悟朗¹、武田 寛人¹、佐々木 理²、高橋 皇基²
丹治 雅博²

症例：60歳代男性。既往歴：高血圧症、糖尿病、慢性腎不全（維持透析）。現病歴：2016年1月に当院心臓血管外科にて大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁置換術（AVR）を施行された。術前の冠動脈造影検査（CAG）にて冠動脈に有意狭窄は認めなかった。2016年8月、急性冠症候群（ACS）のため当科へ入院。緊急CAGにて、左主幹部（LMT）入口部に90%の高度狭窄病変を認めた。PCIを施行し、冠動脈内ステント留置術にて良好な拡張が得られた。本症例はLMTの狭窄病変が比較的急速に進行しており、AVRの際の選択的冠灌流カニューレの関与の可能性も考えられた。今回、大動脈弁置換術後にLMTの急速な狭窄病変の進行によりACSを発症した症例を経験したので報告する。

35

単冠動脈症に対する経皮的カテーテルインターベンションの1例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

【症例】67歳、男性、陳旧性心筋梗塞
【現病歴】2008年に単冠動脈症と診断されていたが冠動脈病変は認められなかった。2016年3月、心筋梗塞発症し、左前下行枝に狭窄病変を認め、当院へ紹介された。
【治療経過】左前下行枝近位部狭窄病変に対しステントを留置し、合併症なく退院した。
【考察】当疾患の頻度は0.044-0.066%と報告されている。Lipton分類では本症例はL1に相当する。単冠動脈症は他の心奇形を合併しなくても突然死や狭心症、心筋梗塞など虚血性心疾患の合併が報告されている。血行再建術としてバイパス手術と経皮的冠動脈形成術の明確な選択基準はなく、個々の症例における慎重な適応の検討を要する。
【結語】単冠動脈症に対する経皮的冠動脈形成術を報告する。

32

完全内視鏡ガイド下左内胸動脈剥離にてMICS OPCABを行った一例

竹田総合病院 心臓血管外科

○川島 大、遠藤圭一郎、齋藤 正博、前場 寛

66才男性。複数回のPCI治療を行うも、ステント内閉塞を繰り返す。狭心痛のため、完全内視鏡ガイド下左内胸動脈剥離（LITA）、MICS OPCABを行い、術後6日目退院となった。造影CT検査で、LAD直上の皮膚マーキングした部位を中心に、約3.5cm切開し開胸する。心膜をLADにほぼ平行に切開、LADを確認。創より胸腔鏡EndoCAMEleonを挿入し、おおよそのLITAの走行を確認。第3、4肋間よりそれぞれソラコポート10.5mm(Covidien)を使用、第3肋間のポートにハーモニクスカルペル32cm(HDHO5)、第4肋間のポートにMICS用曲がり鑷子を挿入し、完全内視鏡ガイド下にLITAを剥離した。MIDCABとは異なり、LITAの中枢まで剥離可能であり、剥離のためのインストルメントの自由度にやや問題があるものの、修練医でもストレスを感じない視野での吻合が可能であった。

34

冠攣縮による非閉塞性冠動脈心筋梗塞（MINOCA）が疑われた一例

東北大学 循環器内科学

○須田 彬、高橋 潤、羽尾 清貴、菊地 翼
進藤 智彦、杉澤 潤、松本 泰治、伊藤 健太
下川 宏明

症例は64歳男性。高血圧、高脂血症にて近医通院中。平成28年5月より冷汗を伴う安静時胸痛を数回自覚し、心エコーで下側壁の高度壁運動低下を認め、虚血性心疾患が疑われ当科紹介となった。薬剤負荷心筋シンチグラフィでは側壁領域において核種取り込みが低下し、心臓MRI検査でも側壁の貫壁性梗塞の所見を呈していたが、冠動脈造影上、左右冠動脈に有意狭窄は認められなかった。アセチルコリン負荷試験で非常に強い冠攣縮が回旋枝を含む多枝に出現し、心筋生検の結果から心筋症は否定的であり、冠攣縮による非閉塞性冠動脈心筋梗塞（MINOCA）が強く疑われた。MINOCAは心筋梗塞全体の6%程度と報告されているが、その原因疾患は多岐に渡る。今回我々は冠攣縮によるMINOCAが疑われた一例を経験したので報告する。

36

左回旋枝側枝を責任病変とする急性心筋梗塞に乳頭筋断裂を合併した1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、羽尾 清貴、須田 彬、崔 元吉
進藤 智彦、菊地 翼、松本 泰治、高橋 潤
伊藤 健太、坂田 泰彦、下川 宏明

症例は61歳男性。1週間前より全身倦怠感を訴え、夜間に呼吸苦の急性増悪が出現し、当院へ搬送となった。来院時に酸素化不良であり、気管内挿管を施行。心電図、心エコー所見から後側壁の急性心筋梗塞が疑われ、緊急冠動脈造影を施行した。左回旋枝#14側枝の閉塞と左前下行枝中部に75%狭窄を認めた。閉塞血管自体の灌流域が狭かったため、保存的加療の方針とした。しかしながら、病棟帰室後に血行動態が破綻し、経皮的人工心肺を導入した。心エコーを再検したところ来院時に認められなかった僧帽弁後尖の逸脱と乳頭筋断裂を認めた。急性心筋梗塞に伴う合併症と考え、同日に僧帽弁置換術と冠動脈バイパス術を施行した。梗塞範囲の小さな心筋梗塞に心原性ショックを合併する場合には、機械的合併症を念頭に診療に当たる必要がある。

37

完全房室ブロックを合併した左前下行枝を責任枝とす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

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

症例は80代女性。突然の嘔吐、冷汗が出現し近医へ救急搬送。完全房室ブロックと胸部誘導で広範なST上昇を認め広範前壁の急性心筋梗塞として当院へ紹介搬送となった。緊急冠動脈造影にて左前下行枝近位部の完全閉塞を認めたが、その他に有意狭窄を認めなかった。造影中に心停止となり一時的ペースメーカー挿入、ステントを留置し、最終TIMI 2で手技を終了した。治療後も間欠的に房室ブロックを合併したが、数日後には第1度房室ブロックのみで安定した。本症例のように完全房室ブロックを合併する左前下行枝を責任枝とする急性心筋梗塞はまれであり、一般的に予後不良である。当科での症例や文献的考察を加え報告する。

39

冠動脈バイパス術後に大伏在静脈グラフトの瘤化を認めた一例
大崎市民病院循環器内科

○青柳 肇、高橋 望、藤橋 敬英、山内 毅
竹内 雅治、岩淵 薫

症例は73歳男性 既往歴に狭心症、1985年前医にて冠動脈バイパス術(LITA-LAD、SVG-RCA、SVG-LCX) 軽労作時で胸痛が出現、頓用の硝酸薬を使用した。胸痛が治まらず、当院救急外来受診した。採血でHb 5.7g/dl、心筋逸脱酵素上昇はなかった。冠動脈造影でRCA #1、LAD #6、LCX #13が100%閉塞、LITA-LADは閉塞、SVG-RCAのみ開存しLAD領域まで灌流していた。SVGはOMではなく冠静脈につながり、瘤化した冠静脈に血流が流れ込んでいた。貧血が狭心症の増悪誘因と考え、輸血で改善し、鉄欠乏性貧血で出血源の精査を行った。心不全は利尿薬でコントロールがつき退院となった。CABG後に冠静脈の拡張をきたした報告として、直接冠静脈にバイパスした症例報告は少なく、CABG後に大伏在静脈グラフトの瘤化を認めた症例を経験したので報告する。

41

無症候性 Multivessel Disease の一例

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科

○佐久間裕也、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

【症例】80歳台女性【主訴】特記事項なし【既往歴】高血圧症、糖尿病、内頸動脈狭窄症【現病歴】平成28年4月上旬、糖尿病コントロール不良のため当院糖尿病内科入院となった。入院時ABIで右0.84、左0.69と低値を認めたため当科紹介受診となった。受診時に明らかな下肢の症状および胸部症状を認めることはなかった。血糖コントロールが落ち着いた4月下旬に心臓カテーテル検査施行したところ、冠動脈造影ではseg.3,6,11,14に高度狭窄を認めた。下肢動脈造影では右総腸骨動脈から外腸骨動脈にかけての高度狭窄および両浅大腿動脈にも高度狭窄を認めた。御本人・御家族ともに今後の治療方針について相談したところ、カテーテル治療を希望されたため、数回にわたり血行再建術を施行した。

38

透析患者において第二世代薬剤溶出ステントのstent fractureにより慢性完全閉塞をきたした症例

JCHO 仙台病院

○滝澤 要、湊谷 豊、尾形 公彦

【症例】72歳 男性 既往歴 2011年より糖尿病性腎症のため透析開始。【治療経過】2012年10月急性冠症候群のため右冠動脈近位部から遠位部にかけてZES(長さ82mm)を留置。2015年9月右冠動脈中間部99%狭窄あり、EES(長さ23mm)を留置。2016年6月右冠動脈の近位部からの慢性完全閉塞を認め、PCIを施行。閉塞部位硬くConquest Pro 12gで通過し2.0のバルーン拡張後IVUSで観察すると、ステント内の石灰化とステントが一部破損している所見が見られた。バルーンで30気圧まで拡張しEverolimus Platinum Chromium Stentを留置して手技を終了した。【結語】透析患者においてhinge motionでステントが破損し慢性完全閉塞をきたした可能性がある症例を提示した。

40

心房細動が心筋梗塞の予後に及ぼす影響の検討

仙台市医療センター 仙台オープン病院

○牛込 亮一、浪打 成人、佐藤 公一、瀧井 暢
杉江 正、加藤 敦

【背景】心房細動(Af)が急性心筋梗塞(AMI)患者の予後に及ぼす影響への知見は未だ少ない。【方法】当院に心筋梗塞で入院した1,027症例を対象とし、洞調律、cAfとpAfの3群に分けて検討を行った。【結果】洞調律が835症例(81%)、pAfが103症例(10%)、cAfが89症例(9%)であった。pAf/cAf群は洞調律群と比較して高齢であり、RAS阻害薬を内服している症例が多く、左室駆出分画50%未満の症例が多かった。全死亡、心不全再入院共に、洞調律群に対してpAf/cAf群で有意に予後が悪かった(pAf、ハザード比(HR)2.07, p < 0.001, cAf; HR 3.28, p < 0.001)。年齢、性別で調整後はcAf群でのみ有意に予後が悪かった(調整HR 2.22, p < 0.001)。【結論】心房細動を合併した心筋梗塞症例は、洞調律を維持している症例と比べて予後不良の可能性はある。

42

心不全加療後の冠動脈造影で偶発的に指摘された冠動脈血栓症の一例

山形県立中央病院

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

症例は80歳台男性。脳梗塞、高血圧、脂質異常症の既往あり。夜間トイレ歩行後に胸部圧迫感を自覚し当院に救急搬送となった。心電図は洞調律でST-T変化なし。浮腫、低酸素血症あり。大動脈弁狭窄症による心不全と診断し入院加療を行った。利尿剤投与で自覚症状は速やかに改善した。後日行われた冠動脈造影で左冠動脈回旋枝近位部に可動性の円形透亮像を認めた。冠動脈内血栓と考えられたが、無症状で回旋枝に血流障害がないことから抗凝固療法を行う方針とした。ヘパリン点滴、ワーファリン内服で加療し、1か月後の冠動脈造影では血栓は消失していた。経過中に胸痛や心電図変化、血液検査の異常はなかった。冠動脈内の可動性血栓で心筋梗塞を併発することなく保存的に加療しえた一例を経験した。文献的考察を含めて症例を提示する。

43

甲状腺機能亢進時に冠攣縮による心室細動を発症した一例

東北大学 循環器内科学

○梶谷 翔子、菊地 翼、土屋 聡、杉澤 潤
須田 彬、崔 元吉、進藤 智彦、羽尾 清貴
松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太、下川 宏明

症例は 51 歳、女性。以前より安静時に前胸部絞扼感を自覚し前医の冠動脈 CT で右冠動脈に 50% 狭窄を指摘。冠攣縮性狭心症が疑われ禁煙指導、硝酸剤貼付薬治療が開始された。
2016 年 6 月夜勤中に心肺停止を来し、AED にて心拍再開後に当院搬送。来院時の心電図、心エコー上、虚血性心疾患を否定しきれなかったが時間経過で CK-MB の上昇を認めず CAG は後日行う方針とした。翌日に意識レベルはクリアとなり、血液検査で甲状腺機能亢進症が判明し精査の結果 Basedow 病と診断。CAG では器質的有意狭窄を認めないが、ACh 負荷で右冠動脈が閉塞し症状と心電図変化から冠攣縮性狭心症と診断した。ベニジピン導入し、ICD を植込み退院した。甲状腺機能亢進症と冠攣縮性狭心症の関連について、文献的考察を加え報告する。

45

プラスグレル内服中に多発性直腸潰瘍を発症した一例

東北労災病院 循環器内科

○武田 瑤平、佐治 賢哉、山家研一郎、川名 暁子
田中 光昭

症例は 77 歳男性。右冠動脈 #1 の急性心筋梗塞でエベロリムス薬剤溶出血性ステントを留置した。元々バイアスピリンは前医から処方されており、今回プラスグレルを追加して DAPT を開始した。経過良好であったが 9 病日目に下血あり、10 病日目に下部消化管内視鏡施行した所、直腸に多発性の出血性潰瘍認め、大量下血あり出血性ショック状態となり HCU で集中治療を行った。約二週間後再度下部内視鏡を行い、直腸潰瘍の治癒傾向が認められたため、シロスタゾールに変更して内服開始したが、約一週間後に少量ではあるが血便あり、下部内視鏡で確認したところ有意な直腸潰瘍は認めなかったが念のためバイアスピリン中止して経過観察する事になった。今回プラスグレルによると考えられる出血性多発性直腸潰瘍を経験したので報告する。

47

PCPS により救命し得たトリカブト中毒の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

症例は 70 代男性。平成 28 年 9 月上旬の早朝に嘔気・めまいを主訴に救急搬送された。来院時の血圧は 80 台で乳酸値 89mg/dl と著明な代謝性アシドーシスと症状に一致しない非持続性心室頻拍を認めた。受診時激しい嘔気やしびれ等心疾患では説明しきれない症状を認めたため中毒も疑われた。アミオダロンを含めた抗不整脈薬による治療、及び鎮静・人工呼吸器管理を開始したが、徐々に非持続性心室頻拍が頻発し心室細動を繰り返す状態となり PCPS を装着した。PCPS 装着後、不整脈は安定し第 4 病日に PCPS 離脱した。後日、尿と胃液と血液からトリカブトの成分が検出された。山菜を採りに行く患者であったが前日の経口摂取のエピソードは不明であった。PCPS により救命し得たトリカブト中毒の一例を経験したので報告する。

44

アセチルコリン負荷試験にて Myocardial Bridging 部位に spasm が誘発された冠攣縮性狭心症の一例

弘前大学大学院 医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○市川 博章、横山 公章、遠藤 知秀、西崎 史恵
花田 賢二、横田 貴志、山田 雅大、樋熊 拓未
富田 泰史

症例は 50 代、女性。1 年前より数ヶ月に 1 回程度の頻度で夜間安静時の胸部圧迫感を自覚していたが、最近になり症状が頻回となり近医受診。冠攣縮性狭心症 (CSA) 疑いで当科紹介。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、左前下行枝 #7 に Myocardial Bridging (MB) を認めた。アセチルコリン負荷試験にて、胸痛と胸部誘導での ST 上昇を伴う MB 部位に一致する spasm が誘発され CSA と診断。Ca 拮抗薬を開始し胸部症状は改善した。本症例では冠動脈に有意狭窄を認めなかったものの、左前下行枝中間部に MB を合併し、アセチルコリン負荷試験にて同部位の spasm を確認できた。MB 合併例では、同部位でのメカニカルストレスによる血管内皮障害から spasm が誘発されやすいとの報告があり、文献的考察を加え報告する。

46

デバイス感染を来しレーザーリード抜去および皮下植込み型除細動器植込み術を施行した特発性心室細動症例

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、木村 義隆、深澤恭之朗、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

【症例】32 歳、男性【現病歴】2011 年 3 月、仕事中に突然 CPA となり AED で洞調律に復帰した。精査の結果、特発性心室細動の診断で ICD 植込み術を施行され、外来で経過観察されていたが、2016 年 4 月より ICD ポケット下部の発赤を認め、デバイス感染疑いで当科紹介となった。【入院後経過】創部切開で膿状の浸出液を認め、ポケット感染と診断した。術中の創部培養からグラム陽性桿菌が検出され、創部開放したまま生食での洗浄と抗生剤投与を継続した。その後、エキシマレーザー使用下でリード抜去術を行い、感染徴候の消失を確認してから皮下植込み型除細動器 (S-ICD) 植込み術を行った。【結語】今回 S-ICD の良い適応と考えられるデバイス感染症例を経験したため、文献的考察を交えて発表する。

48

ホジキンリンパ腫の放射線治療 39 年後に生じた高度房室ブロックに対しペースメーカー植込み術を行った 1 例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

53 歳女性。16 歳時ホジキン病で化学療法、縦隔への放射線照射を行った。44 歳時放射線性心外膜炎で心タンポナーデとなり、繰り返し心嚢液貯留を要したためステロイド導入した。慢性心嚢液貯留による右心不全に対しジゴキシンと利尿薬を開始し経過良好であった。53 歳時意識消失と嘔吐を認め当科受診。12 誘導心電図で 2:1 高度房室ブロックを認めた。ジゴキシン血中濃度は治療域であったが、低カリウム血症がありジギタリス中毒と診断した。カリウム補正とジゴキシン内服中止で房室ブロックは改善したが、右脚ブロックと右軸偏位は残存した。その後眼前暗黒感と悪心あり、再度 2:1 高度房室ブロックを認めた。房室ブロックは改善せずペースメーカー植込み (Boston, DDD) を行った。放射線治療 39 年後に高度房室ブロックを認めた 1 例を報告する。

49

非典型的な 12 誘導心電図の経過を辿った Ebstein 病に合併した顕性 WPW 症候群の 1 例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○野坂 匡史、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

症例は Ebstein 病を合併した 30 歳代男性。繰り返す頻拍発作を主訴に入院した。心臓電気生理検査では三尖弁輪 7 時方向の副伝導路 (AP) を介する正方向性および反方向性房室回帰性頻拍が誘発され、AP の離断により頻拍は誘発不能となった。洞調律時の ECG は、17 歳時は V1 から V4 で wide QRS・PR 短縮を呈し明瞭な δ 波を有し V1 での QRS 極性は R/S < 1 であった。入院時は δ 波が不明瞭となっており V1 の QRS 極性は R/S > 1 に変化していた。治療後に δ 波は消失し完全右脚ブロック (CRBBB) を呈した。右側 AP を介した心室興奮と房室結節を介し CRBBB を合併した心室興奮が fusion したことにより、δ 波が不明瞭化し QRS 波の極性が変化したと考えられた。WPW 症候群における ECG 所見を解釈する上で示唆に富む症例であり、電気生理学的考察を加え報告する。

51

誘発性と ATP 感受性に相違を認めた両肺静脈起源の focal AT

弘前大学大学院 医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○中田 真道、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

50 歳代の女性。主訴は動悸。12 誘導心電図で HR(151bpm) の narrow QRS regular tachycardia を認めた。AT1 (TCL426msec) の activation map により、右上肺静脈 carina 前方を最早期とする focal AT であることが確認された。AT1 は ATP2.5mg 投与で一過性に抑制されたが再発を繰り返した。最早期興奮部位の通電中に AT1 は停止し、誘発不能となった。イソプロテノール投与後、ATP2.5mg で停止し extra pacing で誘発される AT2 (TCL228msec) が出現した。左下肺静脈 carina を最早期とする focal AT であることが確認された。同部位の通電中に停止し、誘発不能となった。本症例は肺静脈内起源の focal AT が 2 種類同定され、両者の誘発性および ATP 感受性に相違を認めた稀有な症例であり、文献的考察を加え報告する。

53

集学的治療により感染リスクを最小限に抑制したデバイス感染抜去後の洞不全合併梗塞後心不全の一例

¹ 弘前大学 大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

² 弘前大学 大学院医学研究科 不整脈先進治療学講座

³ 弘前大学 大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学講座

○西崎 公貴¹、石田 祐司¹、佐々木憲一¹、小路 祥紘¹
富田 泰史¹、佐々木真吾²、堀内 大輔²、木村 正臣³

症例は心尖部瘤を伴う梗塞後心不全、60 歳台男性。45 歳時に洞不全症候群 (SSS) に対しペースメーカー (PM) 植込み。PM 交換後にポケット感染のため、デバイス抜去とリード断端形成がなされた。感染再燃なく経過したが、発作性心房細動 (PAF) による心不全増悪を認め再入院となった。電気生理検査では持続性心室頻拍の誘発性を認め一次予防としての ICD 適応と判断したが、リード遺残のため感染高リスクと判断し、完全皮下 ICD (S-ICD) を選択した。S-ICD はベレーシング機能を有さないことから、治療抵抗性 PAF に対し肺静脈隔離 (PVI) によるリズムコントロールの後、心房心筋電極による AAI-PM を留置し、二期的に S-ICD を植込んだ。感染デバイス不完全抜去後 ICD 適応を有する SSS かつ治療抵抗性 PAF に対し、PVI、心外膜ペーシングと S-ICD による集学的治療を行った。

50

右室乳頭筋起源心室頻拍に対するカテーテルアブレーションが奏功した不整脈原性右室心筋症症例

東北大学 循環器内科学

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

症例は 19 歳男性。2014 年 ASD 閉鎖術 (Amplatzer) 施行。2016 年 1 月心室細動を呈し、ICD 植込み術施行、アミオダロン内服開始。右室脂肪変性を認め、ARVC の診断。ICD 記録上、複数回の VT 発作を認め、今回 RFCA の方針。心内の voltage は比較的保たれるが下壁基部側に low voltage zone (LVZ) が存在。VT を誘発すると血行動態の破綻を伴う VT が誘発され、DC で停止。右室前壁の乳頭筋上で pacemap が合致し、同部位と周囲にエコーガイド下に通電。再度 VT を誘発すると下壁起源の VT が出現。Pacemap の合致する LVZ を通電。その後誘発にても NSVT の出現にとどまり、手技を終了。RFCA 後 2 か月を経過しているが、VT 再発を認めていない。

52

ペースメーカー植込み術を行った 6 か月後に、持続性心室頻拍を発症した心サルコイドーシスの 1 例

¹ 岩手医科大学 内科学講座 循環器内科

² 岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科

○中村真理絵¹、大和田真玄¹、芳沢 礼祐¹、森野 禎浩¹
棚田 房紀²、小松 隆²、中村 元行²

症例は 49 歳の女性。易疲労感があり初診。心電図は心拍数 50 拍 / 分の完全房室ブロックであった。心エコーでは下壁と心尖部で壁運動異常を認めたが、左室駆出率は 51% であった。PET-CT では心内および肺門部に結節状の異常集積を認め、心サルコイドーシスと診断した。閉所恐怖症で MRI は施行できなかったが、この時点で心室性不整脈の合併なく、植込み型除細動器 (ICD) の適応はないと判断した。ペースメーカー植込み術後、プレドニゾロンを導入して退院となった。6 か月後に右脚ブロック型で 240 拍 / 分の心室頻拍が確認され、ICD へ up grade を行った。心サルコイドーシス例での一次予防目的 ICD 植込みは、左室駆出率、MRI 所見等を指標に判断するが、コンセンサスは得られていない。ICD 適応を考えるうえで本症例は貴重なケースでありここに報告する。

54

心源性塞栓を 2 度起こした心房細動の一例

¹ いわき市立総合磐城共立病院循環器内科

² 東北大学 循環器内科学

○瀬川 将人¹、工藤 俊¹、塙 健一郎¹、高木 祐介¹
相澤健太郎¹、山本 義人¹、杉 正文¹、下川 宏明²

【主訴】易疲労感・左下肢痛【現病歴】脂質代謝異常症で近医内科通院中の 50 代男性。数ヶ月前から易疲労感を自覚。心電図にて心房細動が記録され加療依頼で紹介となった。問診を行うと当院受診 1 ヶ月前に突然左下肢痛を認めていたことが分かり、心源性塞栓を疑い造影 CT 検査を施行した。検査の結果、左膝下動脈で閉塞し左心耳内血栓を認めた。DOAC を開始し、ウロキナーゼ持続投与も行った。ウロキナーゼ投与 3 日後の深夜、突然胸部絞扼感を認め心室細動へと移行した。ACLS を行い緊急カテーテル検査を施行したところ、左回旋枝近位側で血栓閉塞をきたしていた。多量の血栓を吸引し再還流が得られ救命し得た。現在安定した経過を辿っている。【結語】血栓リスクの低い症例 (CHADS2 score 1 点) ではあったが、心源性塞栓を 2 度起こした一例を経験した。

55

前失神の原因として心室頻拍と心房頻拍の鑑別が重要であった
フォロー四徴症術後の1例

東北大学 循環器内科学

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

症例は42歳男性。5歳時にフォロー四徴症に対して右室流出路拡大形成術施行。最近、動悸を伴う前失神を自覚し、精査目的に当科紹介。ホルター心電図では非持続性心室頻拍(NSVT)と心拍数192bpmの心房頻拍(AT)を認めた。電気生理学的検査では心室プログラム刺激で心室頻拍は誘発されず。心房プログラム刺激にて220bpmのATが誘発され収縮期血圧50mmHg程度に低下し、臨床上的前失神と一致した。ATの最早期は中隔であり、頻拍中にP波から35msec先行する部位の通電にてATは停止、以後誘発不能となった。前失神の原因としてVTとATの鑑別が重要であったフォロー四徴症術後症例として文献的考察を加え報告する。

57

徐脈頻脈症候群に対する心房細動アブレーション後、遠隔期に洞機能が改善した一例

¹ 秋田県立脳血管研究センター

² 秋田大学医学部付属病院

○田代 晴生¹、寺田 健¹、阿部 芳久¹、小武海雄介¹
藤原理佐子¹、小山 崇²、伊藤 宏²

症例は53歳男性。運動時に脈拍が230回/分を超えるため近医を受診した。ホルター心電図で頻脈性心房細動と、心房細動の停止時に約5秒の洞停止を認めたことから当院へ紹介となった。ペースメーカーの植込みは希望されず心房細動に対してカテーテルアブレーションを施行した。術後、心房細動の再発はなかったが約5秒の洞停止を認めた。ペースメーカー植込みを検討していたが、シロスタゾールを投与して経過をみたところ、その後は洞停止を認めなかった。術後11ヶ月目にシロスタゾールを中止したが以降も洞停止は生じなかった。アブレーションで心房細動が根治しても洞結節機能はすぐに改善しない。しかし遠隔期には改善する可能性があり、その間シロスタゾールでブリッジすることによりペースメーカー植込みを回避できた。

59

経静脈リード3本植込み症例の内頸静脈血流パターン

秋田大学 大学院 医学系研究科 循環器内科学

○佐藤 和奏、渡邊 博之、新保 麻衣、佐藤 輝紀
真壁 伸、飯野 貴子、関 勝仁、小山 崇
飯野 健二、伊藤 宏

【背景】ペースメーカーリード関連静脈狭窄/閉塞症は重篤な合併症であるが、その発症予知は困難であり、新規検査指標が望まれる。私達は静脈狭窄時の内頸静脈血流うっ滞に注目し、preliminary studyとしてリード植込み症例の内頸静脈血流パターンをエコーを用いて評価した。【方法・結果】リード2本挿入症例の20%(2/10人)に、3本挿入例の55%(11/20人)に左内頸静脈うっ滞所見を認めた。さらにうっ滞のある群では、うっ滞を認めない群に比べ、左室駆出率が有意に低く(38% vs 54%)、Hb値が高い(13.2 vs 11.4 g/dl)という特徴があった。なお、抗凝固薬の使用に関しては、両群に差は認めなかった。【結論】リード3本挿入症例の半数以上に内頸静脈血流障害を認め、特に低心機能ではリード関連静脈狭窄/閉塞症のリスクが高いことが予想される。

56

心室中隔深層に起源を持つと推測され治療に難渋したHis束近傍心室性期外収縮の2例

福島県立医科大学循環器内科

○武藤 雄紀、上岡 正志、金城 貴士、野寺 穰
松本 善幸、鈴木 聡、小林 淳、鈴木 均
竹石 恭知

症例1:42歳女性。期外収縮波形はI:R, II:R, III:rS、移行帯はV4、QRSは104msであり三尖弁輪前中隔に最早期電位を認めた。Pace mappingは一致しなかった。同部への通電にて期外収縮は消失した。治療後波形の近似した期外収縮が出現した。初回通電部位の直下への通電にて期外収縮は認めなくなった。症例2:63歳男性。期外収縮波形はI:R, II:Rs, III:rS、移行帯はV2、QRS132msecであり三尖弁輪後中隔に早期性を認め、通電にて時間を要して期外収縮は消失した。通電後再発し左室側をマッピングするも早期性は認めなかった。初回通電部位より前中隔側での通電にて期外収縮は消失するも、通電後波形の近似した期外収縮が再発した。最早期がHis束領域であり通電を断念した。

58

発作性心房細動患者の運動耐用能とカテーテルアブレーションによる洞調律維持の関連

東北大学 循環器内科学

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

【背景】発作性心房細動(PAF)患者においてカテーテルアブレーション(CA)による洞調律維持と運動耐用能(ET)の関係は明らかでない。【方法・結果】2013年から2015年までAFに対してCAを施行したPAF患者(n=59)において、術前のAF罹患歴が1年以上の症例は、1年未満と比べて優位にPeak VO2の低下を認めた。CAによる洞調律維持は術半年後のPeak VO2を優位に改善した。多変量解析の結果、術前のVE/VCO2 slopeが術後のAF再発に関連した独立因子であり、ROCカーブによるカットオフポイント27.0より高い群は、低い群と比べて、優位にAFの再発が多かった。【結論】PAF患者へのCAによる洞調律維持はET改善させ、また術前のETとAF再発は関連する可能性がある。

60

透析施行中のフレカイニド中毒に対して血漿交換が奏功した一例

大崎市民病院 循環器内科

○茂住 武尊、山内 毅、藤橋 敬英、青柳 肇
高橋 望、矢作 浩一、竹内 雅治、岩淵 薫

症例は糖尿病性腎症のため透析中の70歳女性。2016年某月、数日前から間欠的に自覚する動悸を主訴に救急車で当院を受診された。受診時血圧83/67、心拍数111、心電図上HR110のwide QRS tachycardiaと、QTc 598msecの心房細動が繰り返して認められた。前医にて10日前からフレカイニドが処方されており、フレカイニド中毒による心室頻拍と診断した。同日体外ペースメーカーを留置し、ペーシングを行ったところ心室頻拍は停止した。入院後血漿交換を施行し、以降CHDFを継続した。第2病日にはnarrow QRSとなり、QTcも468msecまで短縮した。フレカイニドの血中濃度は血漿交換前後で1463ng/mlから1038ng/mlまで低下していた。以降の経過は良好であり、第17病日退院された。フレカイニド中毒に対し血漿交換が有効であった一例を経験したため報告する。

61

急性心筋炎の臨床的特徴の検討—劇症化する急性心筋炎の心電図の特徴はなにか

¹岩手医科大学 医学部 5年

²岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○安齋 潤¹、荒川 夢香¹、押切 祐哉¹、小林 敬正¹
林 瑞香¹、伊藤 智範²、森野 禎浩²

【目的】急性心筋炎の臨床的ならびに劇症化例の心電図の特徴を明らかにする。
【対象】CCU入室患者連続7235例中、急性心筋炎47例と急性心膜炎25例、合計72例とした。
【方法】臨床的特徴を後ろ向きに調査した。心筋炎を劇症型と非劇症型に分類し、劇症型の患者背景と入院時心電図の特徴を検討した。
【結果】入院時BNP値は劇症型が他2群と比較し有意に高値を示した。心膜炎と非劇症型ではST上昇の程度には有意差がなかったが劇症型ではSTが有意に低下していた。aVRのST偏位では心膜炎と非劇症型ではST低下を示したが、劇症型ではむしろST上昇を示した。劇症型のQRS幅は他2群に比較して有意に幅広であった。入院時BNP値のAUCは0.978を示した。
【結語】劇症化する心筋炎ではBNP値とQRS幅の増大に加えてaVRのST上昇がその指標となる可能性がある。

63

高血圧、腎機能障害を合併した肥大型心筋症の一例

山形県立新庄病院

○村形 寿彦、廣野 撰、結城 孝一、奥山 英伸

【症例】21歳男性【主訴】咳、労作時息切れ【現病歴】2016年2月頃より咳が出現し、次第に労作時息切れも自覚するようになり3月に当院当科を受診。高血圧(206/157mmHg)と腎機能障害があり、胸部X線で肺うっ血像を認めた。心エコーではEF21%、左室は全周性に18mm程度の壁肥厚があり、肥大型心筋症による心不全が疑われ、精査加療目的に入院となった。心不全の改善後に心臓カテーター検査を施行したが、冠動脈に有意狭窄を認めなかった。Fabry病のスクリーニングは陰性であり、右室中隔より心筋生検を行い採取した病理組織と電顕所見では肥大型心筋症に矛盾しない結果であった。β-blockerを導入し、EF48%まで改善して退院した。その後心不全の再増悪なく経過している。【考察】高血圧、腎機能障害を合併した肥大型心筋症の一例を報告する。

65

植え込み型補助人工心臓装着患者における肺高血圧症に関する検討

¹東北大学 循環器内科学

²東北大学 心臓血管外科

○青木 竜男¹、杉村宏一郎¹、建部 俊介¹、山本 沙織¹
矢尾板信裕¹、佐藤 遥¹、神津 克也¹、後岡広太郎¹
佐藤 公雄¹、下川 宏明¹、秋山 正年²、川本 俊輔²
齋木 佳克²

【背景】心室補助デバイス(VAD)装着のまま長期間の移植待機を要する日本では、VAD装着後の肺高血圧症(PH)に関する検討が重要である。【方法と結果】2011年5月から2016年5月までの間に当院で植込み型VADが装着された重症心不全患者26名を対象とした。VAD装着前、全症例でpost-capillary PH(平均肺動脈圧>25かつ肺動脈楔入圧>15mmHg)を認め、その内8例(31%)は2.5 Wood単位(WU)以上の肺血管抵抗(PVR)上昇を伴っていた。VAD装着により平均肺動脈圧は38±9から20±8mmHgに、肺動脈楔入圧は29±7から10±5mmHgに改善した(共にP<0.01)。PVR上昇例では、VAD装着によりPVRの有意な低下を認めた(4.6±1.8から3.0±1.8WU、P=0.04)。【結語】心移植待機患者では、軽度の肺血管障害はVAD装着により改善する可能性が示唆された。

62

左室同期不全と重症僧帽弁逆流症による心不全に対し左室再同期療法が奏功した1例

福島県立医科大学 附属病院 循環器内科学講座

○佐藤 悠、八巻 尚洋、益田 淳朗、金城 貴士
鈴木 均、斎藤 修一、石田 隆史、竹石 恭知

症例は79歳女性。5年前から心不全のためA病院へ入院を繰り返していた。本年5月心不全のためA病院へ入院となり、治療に難渋したためB病院へ転院となった。完全左脚ブロックによる左室同期不全、EF30%台の低心機能、重症僧帽弁逆流症、頻脈性心房細動を認めた。精査加療目的に6月に当院へ転院となった。転院時NYHA4度であり、心不全のコントロールに強心薬の静注が必要であった。低心機能や種々の併存疾患(糖尿病、慢性腎臓病、腎性貧血、甲状腺機能低下症など)から外科的介入は困難と判断した。内科的治療を強化し、両心室ペースメーカー移植術を施行した。術後、心不全はNYHA2度まで改善し、僧帽弁逆流は軽度となった。左室同期不全と重症僧帽弁逆流による心不全に対する左室再同期療法の効果について文献的考察と共に報告する。

64

I型CD36欠損症を合併した拡張型心筋症の1例

星総合病院 循環器内科

○小島 裕紀、清野 義胤、安齋 文弥、脇岡奈保子
清水 竹史、松井 佑子、金子 博智、坂本 圭司
木島 幹博、丸山 幸夫

症例は35歳男性。初発の心不全にて入院となった。心臓超音波検査ではびまん性の壁運動低下と左室拡大を認め、EF17%と著明な収縮障害を認めた。心不全代償後に精査を行ったところ冠動脈に有意狭窄はなく、左室心筋生検の病理では置換線維化を認め、心臓MRIでは心筋中層にLGEを認めたことから臨床症状とともに拡張型心筋症と診断した。99mTcおよび123I-BMIPPシンチグラフィーを施行したところ、99mTcは冠動脈の還流域に一致しない集積の低下を認め、一方、123I-BMIPPは無集積であった。フローサイトメトリー検査にて単球および血小板でCD36の欠損を認め、I型CD36欠損症と診断した。BMIPPシンチグラフィーでの無集積を契機にI型CD36欠損症の診断に至った症例を経験したが、拡張型心筋症との合併例は希少と考えられるため報告する。

66

心嚢液貯留を契機に診断に至った悪性心膜中皮腫の一例

¹秋田厚生医療センター 循環器内科

²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

○貝森 亮太¹、阿部 元¹、庄司 亮¹、松岡 悟¹
田村 芳一¹、齊藤 崇¹、渡邊 博之²、伊藤 宏²

症例は、58歳男性。20歳代にアスベスト暴露歴がある。咳嗽を主訴に近医を受診。胸部単純写真で心拡大を認め、当科へ紹介された。心臓超音波検査で、約1000mlの心嚢液貯留と心嚢内に多発する腫瘤影を認め、原因検索を行った。造影CTで心嚢内の多発腫瘤影は造影され、その他臓器に原発巣と思われる所見は認められなかった。またPETでも心周囲のみ集積を認めた。心嚢穿刺を行い、心嚢液の細胞診で偏在した核を持つ異形細胞がみられ、免疫染色でカルレチニン、HBME-1、WT-1、D2-40で陽性を認め、悪性心膜中皮腫と診断された。カルボプラチンとペメトレキセドによる化学療法を開始し、心嚢液は著減し著効した。希少な症例であり、報告する。

67

左心耳閉鎖術の数年後に左心耳内血栓と腎梗塞を発症した一例

秋田大学 大学院 医学系研究科 循環器内科

○木村 俊介、飯野 貴子、佐藤 輝紀、岩川 英弘
関 勝仁、新保 麻衣、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

症例は 39 歳男性。僧房弁閉鎖不全症と心房細動に対し僧房弁形成術と Maze 手術、左心耳閉鎖術を施行。術後洞調律を維持していたが 3 年半後、造影 CT で偶発的に腎梗塞を認めた。原因検索のため経食道心エコー (TEE) にて、閉鎖された左心耳内への血流再開通と血栓を認めた。ダビガトラン 300mg/日の内服を開始し、数ヶ月後血栓の縮小を確認。引き続き抗凝固療法の継続の方針とした。このような例は incomplete left atrial appendage closure として報告が見られている。また、感染ペースメーカー抜去待機中に心原性脳塞栓症を発症し、左心耳血栓除去と左心耳閉鎖術を行った症例も経験した。致命的となり得る心原性塞栓症の予防のため行われる抗凝固療法や左心耳閉鎖術は確立された治療ではあるが、今回このような症例を経験したためここに報告する。

69

骨盤内腫瘍を伴う非感染性血栓性心内膜炎による多発脳梗塞の 1 例

¹ 一般財団法人 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 循環器腎臓内科学講座

³ 済生会熊本病院 心臓血管センター

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

症例は 44 歳女性、頭痛・失語症を主訴に当院受診し、MRI で多発脳梗塞と診断した。経食道心臓エコーでは大動脈弁に疣贅・血栓を認め塞栓源と考えた。感染性心内膜炎に準じ抗生剤を開始したが、微熱・炎症反応の微増を認めるものの、感染源となる齧歯なく、血液培養は陰性であった。造影 CT では骨盤内に軟部組織腫瘍を認め、CA125 の上昇を認めた。第 8 病日に急性腹症を呈し、近くの大学病院産婦人科へ加療目的に転院となった。転院後の精査で、肺塞栓・腎梗塞とともに骨盤内悪性腫瘍が疑われ手術が施行された。
本症例は骨盤内腫瘍を伴う非感染性血栓性心内膜炎による多発脳梗塞と考えられる 1 例であり、文献的考察を加え報告する

71

リード抜去後に遺残した Ghost 様の構造物を 3D-TEE で観察でき、血栓であった事が示唆された 1 例

¹ 仙台厚生病院 循環器科

² 仙台厚生病院 心臓血管外科

○伊澤 毅¹、本多 卓¹、田中綾紀子¹、茂井 宣任¹
松本 崇¹、堀江 和紀¹、桜井 美恵¹、多田 憲生¹
宗久 雅人¹、宗久 佳子¹、大友 達志¹、井上 直人¹
目黒泰一郎¹、山谷 一広²

リード感染に対する経静脈的リード抜去後、リードがあった走行に沿った線維性構造物が遺残することがあり、Ghost と言われる。我々は、遺残する構造物を 3D-TEE で観察でき、かつ、Ghost よりも血栓と考えられた症例を経験した。46 歳男性。心筋梗塞に合併した心室細動に対する ICD 埋込み後であったが、リード感染を合併し抜去を行った。レーザーで抜去に成功したが、直後に右房内に構造物が残存していた。6 週間の抗菌剤後に 3D-TEE を施行すると、上大静脈から三尖弁に連なる?昆布?のような形で、可動性構造物が残存していた。炎症反応陰性、血液培養陰性より、血栓と考えアピキサパンを導入すると、4 週間で消退した。一見、Ghost でも血栓の可能性がある。敗血症がなければ、アピキサパンは開胸による摘出を行う前に試す選択肢になり得る。

68

心タンポナーデを来した心臓原発滑膜肉腫の 1 例

青森県立中央病院 循環器科

○森川 友樹、館山 俊太、金城 貴彦、鈴木 晃子
櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

症例は 35 歳男性。2 か月前から呼吸苦と嚥下困難感を自覚していたが、呼吸苦が急激に悪化したため救急要請し当院へ搬送された。CT にて心臓左側に接する最大径 10.8mm の腫瘍と心嚢液貯留を指摘され、精査加療目的に同日入院となった。入院後、心タンポナーデ症状の悪化を認め、心嚢ドレナージにて一時症状は軽快したが、翌日に心タンポナーデが再燃した。CT にて腫瘍内の出血と、それに伴う腫瘍の増大を認めており、心臓血管外科にて緊急的に手術の方針となった。腫瘍と心臓との癒着は軽度であり、一塊にして切除可能であった。病理組織診断は滑膜肉腫であったが、その後の CT にて全身の関節などに腫瘍性病変は指摘できず、心臓原発と考えられた。心臓原発滑膜肉腫の報告は非常にまれであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

70

心嚢腔内に発生した肺動脈起源の悪性神経鞘腫瘍の一例

¹ みやぎ県南中核病院 循環器内科

² 東北大学病院 心臓血管外科

○竹内 智¹、富岡 智子¹、伊藤 愛剛¹、塩入 裕樹¹
小山 二郎¹、井上 寛一¹、長沼 政亮²、川本 俊輔²
齋木 佳克²

症例は 32 歳女性。2016 年胸痛と発熱を主訴に受診した。心臓超音波で左室後壁に多量の心嚢液と心嚢内に腫瘍性病変を認め、心臓 MRI では左房に近接した有茎性の腫瘍を認め、組織診断と加療目的に東北大学病院心臓血管外科へ転院となった。PET で全身検索追加するも悪性・炎症疾患を示唆する有意な所見は認められなかったため弧発性線維腫瘍と仮診断し手術を施行した。しかし、病理標本では悪性末梢神経鞘腫瘍と診断された。心嚢液内細胞診では異形細胞認められなかったが、腫瘍自体が自壊していたため、術後化学療法を追加し治療中である。悪性神経鞘腫瘍は全人口の 10 万人に 1 人に発症する予後不良疾患で、心嚢内の発症は極めてまれである。特に肺動脈原性は過去に報告がなく、今後の予後の考察も含め報告する。

72

閉塞性肥大型心筋症に合併した感染性心内膜炎の 1 例

星総合病院 循環器内科

○野崎 祐司、清野 義胤、安齋 文弥、脇岡奈保子
清水 竹史、松井 佑子、金子 博智、坂本 圭司
木島 幹博、丸山 幸夫

閉塞性肥大型心筋症に合併した感染性心内膜炎は、他の心疾患に合併した感染性心内膜炎より致命率が高いと報告されている。症例は 51 歳女性。閉塞性肥大型心筋症に対して 3 年前にアルコール心筋焼灼術を施行されたが 40-80 mmHg の圧較差が残存していた。発熱を主訴に来院したが問診中に意識レベル低下と右片麻痺が出現した。MRI で脳梗塞が認められ、経食道超音波検査では、左室流出路による jet が大動脈弁無冠尖へぶつかり疣贅が形成されていた。感染性心内膜炎に合併した脳梗塞と診断され、緊急で大動脈弁形成術および中隔心筋切除術を施行された。疣贅および血液培養から B 群溶血性連鎖球菌が検出され、8 週間抗生剤を投与し脳梗塞後遺症のためリハビリ病院へ転院となった。閉塞性肥大型心筋症に合併した感染性心内膜症を経験したため報告する。

73

感染性心内膜炎により急性期大動脈弁自己心膜弁置換を行うも感染が遷延し、両弁再置換術を要した1例

山形県立中央病院

○志謙 拓

症例は60歳代男性。意識消失で当院に救急搬送された。救急搬送時のモニターでは心室頻拍を認め、来院時心電図ではQT延長、房室ブロックを呈していた。心エコー検査にて大動脈弁、僧帽弁ともに中等度の逆流(AR、MR)と弁に付着する疣贅様の構造物が認められた。プロカルシトニン陽性であり、経食道心エコーにて両弁の感染性心内膜炎と診断され、コントロール不良の心不全を呈していたため同日緊急で大動脈弁自己心膜弁置換術、僧帽弁形成術が施行された。術後、AR4度、MR3度の再発があり、心不全増悪、及び多臓器不全の状態となったため、人工呼吸、透析管理を要した。その後心不全、多臓器不全は改善し、両弁置換術が再施行され、再発なく第1病日に独歩退院となった。

75

再発性感染性心内膜炎の一例

¹ 東北大学 卒後研修センター

² 東北大学 循環器内科学

○迫田 みく¹、青木 竜男²、杉村宏一郎²、建部 俊介²
山本 沙織²、矢尾板信裕²、神津 克也²、佐藤 遥²
後岡広太郎²、佐藤 公雄²、下川 宏明²

【症例】74歳、男性。201X年Y月、発熱と全身倦怠感を主訴にA病院に救急搬送され、血液培養でStreptococcus equismilisが検出され、心エコーで大動脈弁に9×9mm程度の疣贅を認めたため、感染性心内膜炎と診断され、当科紹介となり、アンピシリンとゲンタシンで加療を行った。退院時の経食道心エコーでは中等度の大動脈弁逆流を認めたが疣贅は基質化し、心不全症状もないため、経過観察の方針となった。同年Z月、倦怠感、発熱を主訴に当院救急搬送となり、入院の上精査を行った。疣贅は明らかではなかったが、血液培養からMSSAが検出され、脳MRIで多発性の脳梗塞を認め、感染性心内膜炎の再発と診断した。セファゾリンにより加療を継続中である。【結語】再発性の感染性心内膜炎を経験した。文献的考察を加え報告する。

77

間歇性跛行を有する両側外腸骨動脈線維筋性異形性に対して経皮的バルーン拡張術を行った一症例

公立置賜総合病院 循環器内科

○竹村 昭宣、新関 武史、石野 光則、北原 辰郎
山内 聡、池野栄一郎

症例は、60歳女性。平成27年6月、両側の間歇性跛行を主訴に当院を受診した。ABIの低下(右0.71、左0.70)と下肢動脈3D-CTにて両側外腸骨動脈に狭窄を認めた為、カテーテル治療を行う方針とした。下肢動脈造影にて両側外腸骨動脈にstring and beads signを呈する狭窄を認め、50mmHgの圧較差を認めた。IVUSでは不明瞭だったが、OCTにてintraluminal websの構造が明瞭に観察する事ができ、両側外腸骨動脈線維筋性異形性と診断した。バルーン拡張術を行ったところ圧較差の消失が得られ、ステント留置術は行わずに手技を終了した。術後、ABIの改善を認め(右0.93、左0.92)、跛行症状も消失し、再燃なく経過している。腸骨動脈線維筋性異形性は非常に稀な疾患であり、今回、我々は、OCTによる詳細な評価が可能であった症例を経験したので報告する。

74

左室後壁基部の左室内血栓により脳塞栓症を来すも速やかな血栓回収により社会復帰できた一例

¹ 岩手県立中央病院循環器内科 ² 岩手県立中央病院神経内科

³ 岩手県立中央病院脳神経外科

○泉 聖也¹、遠藤 秀晃¹、門坂 崇秀¹、中田 貴史¹
渡辺 翼¹、照井 洋輔¹、佐藤謙二郎¹、金澤 正範¹
近藤 正輝¹、高橋 徹¹、中村 明浩¹、野崎 英二¹
土井尻遼介²、高橋 賢²、木村 尚人³、菅原 孝行³

症例69歳男性。拡張型心筋症、持続性心室頻拍の精査加療にて近医より紹介となった。入院時エコーにて左室後壁基部の菲薄化を認め、同部位に前医では指摘されなかった15mm×12mmの高エコーの可動性腫瘤を認めた。血栓が第一に考えられたが、心室頻拍が断続的に生じていた低心機能症例につき、外科的治療を積極的に検討し得ずヘパリンによる抗凝固療法を施行した。第5病日早朝に失語と右片麻痺を呈し、MRI上右内頸動脈の完全閉塞であった。診断後速やかに血栓回収を施行し血流の再開を得ることが出来た。回収血栓は病理所見上赤血球とフィブリンからなる新鮮血栓であり、心内腫瘤の消失が裸心源性血栓と考えられた。中枢側の閉塞でありながら社会復帰が可能であったのは速やかな院内連携による塞栓症対処の結果と考えられ症例報告する。

76

術前診断が困難であったhealed IEの2例

平鹿総合病院 循環器内科

○長谷川純郎、伏見 悦子、芝 翔、中嶋 壮太
武田 智、深堀 耕平、高橋 俊明、堀口 聡

症例1:52歳女性。婦人科の奇形腫の術前心エコー検査でAR3度を指摘された。大動脈弁は石灰化著明で弁尖の短縮肥厚あり先天性二尖弁を疑った。周術期は問題なく経過した。3年後心不全発症し弁置換術を施行された。術中所見では三弁あり、弁尖は肥厚しRCCは弁輪から離脱し、healed IEの所見であった。症例2:79歳女性。2015年春から労作時息切れあり、5月心不全で入院した。心エコー検査では大動脈弁は石灰化が著明で弁の形態の判断が困難であったが、連続の式での弁口面積は0.5cm²と高度のASであった。大動脈弁置換術中の所見では、弁の石灰化の他にRCCは弁尖、弁輪ともに浮腫状で心室中隔に小さい筋肉欠損あり、過去の膿瘍形成の跡と思われた。結語:弁の形態診断が困難の場合、healed IEを常に念頭に入れる必要がある。

78

腸間膜動脈閉塞を呈したLeriche症候群に対して側副血行路である腹腔動脈へのEVTが有効であった一例

秋田大学 大学院 医学系研究科 循環器内科学

○山中 卓之、飯野 健二、関 勝仁、渡部久美子
加藤 宗、渡邊 博之、伊藤 宏

症例は腹部大動脈から大腿動脈まで閉塞したLeriche症候群の65歳男性。1ヶ月前からの腹痛を主訴に近医受診し、内視鏡検査まで含めた精査を行うも確定診断に至らず、腸閉塞をきたした。造影CT撮影で腹腔動脈の狭窄と腸間膜動脈の閉塞を認めた。腹壁内は多数の側副血行が発達していたため、人工血管置換術では開腹アプローチの際に側副血行路を損なう可能性が高く、腸管虚血を解除するためには腹腔動脈狭窄を経動的に解除する必要があった。左上腕動脈から6Frシースを留置してJR4.0を用いて腹腔動脈へアプローチし、JOKER PVで病変を通過した。4.0mm及び5.0mmバルーンで順次拡張し、GENESYS 6.0×15mmを留置して良好な拡張を得た。腹腔動脈からの側副血行を介して腸間膜動脈への血流が回復し、腸管虚血の改善を得た症例を経験したので報告する。

SFAの血栓性閉塞における血栓溶解療法を併用した2-step EVT法の検討

¹ いわき市立総合磐城共立病院

² 東北大学 循環器内科学

○工藤 俊¹、山本 義人¹、瀬川 将人¹、塙 健一郎¹
高木 祐介¹、相澤健太郎¹、杉 正文¹、下川 宏明²

浅大腿動脈 (SFA) のステント内再閉塞では多量の血栓を認め、再血行再建では末梢塞栓をはじめとする血栓コントロールが課題である。当院では、Crosserとφ 3.0-4.0mmの超ロングバルーンで再灌流後、ウロキナーゼ持続静注を6日間施行し、至適サイズバルーンにて再拡張を行う2-stepでの血管内治療 (EVT) を行っている。2-step EVTを行う事で2回目はほぼ血栓消失が確認され、血栓コントロールに難渋せず血行再建でき、追加ステント留置を避けることも可能となった。従来法と2-step EVT法の比較では各EVTの手術時間が有意に短縮し、出血性合併症の増加はなかった。SFAの血栓性再閉塞に対する2-step EVT法について、血管内視鏡の所見を含めて報告する。

高齢者心不全の臨床的特徴と予後規定因子についての検討 -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

○佐藤 雅之¹、坂田 泰彦¹、後岡広太郎¹、佐藤謙二郎¹
小野瀬剛生¹、辻 薫菜子¹、及川 卓也¹、阿部 瑠璃¹
笠原信太郎¹、山内 毅¹、白戸 崇¹、高橋 潤¹
下川 宏明¹、宮田 敏²

【背景】高齢者心不全の特徴を明らかにする。【方法・結果】CHART-2 研究に登録された慢性心不全 4,876 症例 (平均 69 歳、男性 68%) を 3 群 (G1, < 65 歳, N=1,521; G2, 65-74 歳, N=1,510; G3, ≥ 75, N=1,845) に分類し、臨床的特徴と予後危険因子を比較検討した。女性の割合は 23、31、40%、LVEF は 55、57、58%、BNP (中央値) は 63、93、158pg/ml、千人・年あたりの死亡数は、23、45、113 と G1、G2、G3 の順に増加した (全て P < 0.001)。多変量解析の結果、NYHA クラス、癌及び脳卒中の既往、BNP 値は全群で全死亡と有意に関連したが、年齢、性別、BMI、Alb は G2 及び G3、心拍数、Hb、高尿酸血症は G3、LVEF < 50%、心不全入院歴は G1 においてのみ全死亡と有意に関連した。【結論】心不全高齢者は特有の予後危険因子を有し、それらを考慮した治療戦略が必要である。

下肢静脈奇形に合併した静脈血栓塞栓症の一例

山形大学 医学部 第一内科

○小林 祐太、宮本 卓也、山浦 玄斎、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、山戸 哲郎、渡邊 哲
久保田 功

【症例】18 歳、女性。【主訴】労作時息切れ。【家族歴・既往歴】生後横膈気腫の既往あり。【現病歴】1 週間前より労作時息切れあり近医を受診した。肺高血圧症が疑われ当科紹介となった。心臓超音波にて右心負荷所見を認めた。造影 CT を施行したところ、肺動脈血栓、左ヒラメ筋静脈奇形とそれに伴う下肢静脈血栓を認めた。明らかな血栓性素因は認めなかった。抗凝固療法にて血栓は消失し、右心負荷所見と肺血流シンチ上の広範囲な血流欠損も改善し、息切れも消失した。【考察】ヒラメ筋静脈奇形は稀な疾患である。塞栓源である静脈奇形に対する治療としてカテーテル治療によるコイル塞栓、外科的治療 (クリップ術・静脈切除) が挙げられる。本症は フルファリン継続にて症状の再発なく経過している。

OPTIMO Sheathless カテーテルの併用にて SFA のステント内血栓性閉塞の完全血行再建に成功した一例

¹ いわき市立総合磐城共立病院

² 東北大学 循環器内科学

○工藤 俊¹、山本 義人¹、瀬川 将人¹、塙 健一郎¹
高木 祐介¹、相澤健太郎¹、杉 正文¹、下川 宏明²

急性動脈閉塞は外科的血栓除去が第一選択だが、ステント留置後の症例では血栓コントロールが困難な場合がある。症例は 70 代男性。約 1 年前に当科で左 SFA の閉塞に対し EVT を施行しているが、SFA ステント内全長の急性血栓性閉塞にて入院した。心臓血管外科にて血栓除去術が施行されたが 2 日後に再閉塞したため当科で EVT を施行した。膝窩動脈に OPTIMO カテーテルを留置して血流遮断の上、φ 4.0mm Forgaty カテーテルによる血栓除去と OPTIMO からの血栓吸引を遠位側から 10cm ごとに繰り返し、ほぼすべての血栓回収に成功した。1 週間後の再造影では血栓を認めず血流良好であった。OPTIMO を用いた血栓吸引は血栓性のステント内再閉塞に対する EVT として有用と考えられる。

心疾患既往のない安静時スクリーニング心電図において ST 部分低下を示す患者の長期予後について

医療法人 社団 仁明会 齋藤病院

○盛田 真樹

背景：安静時スクリーニング心電図 (以下 E) における ST 部分異常者は心血管疾患を発症するとされるが、関連因子は不明。対象と方法：心疾患既往のない E の記録患者中、長期予後を追跡した 443 名。MACCE、非心脳血管イベント (以下 NCCVE)、生命予後を追跡。結果：平均年齢 63.6 歳、平均追跡期間 123 か月。ST 部分低下者 (以下 STD) は 410 名中 131 名 (30.5%)。STD は ST 部分正常者 (以下 STN) に比べて、心電図左室肥大 (以下 LVH) の合併が多い ($\chi^2 < \text{SUP} > 2 < / \text{SUP} > = 18.2, p < 0.0001$)。log rank 法により、STD は STN に比べて MACCE の発症が有意に多く ($p < 0.0001$)、一方 NCCVE、死亡には差はない。他の MACCE 影響因子として、高血圧症合併、LVH、T 波陰転、心エコー図異常がある。結論：E における STD は長期的に MACCE の合併が STN に比べて有意に多く、関連因子として LVH の合併が考えられる。

筋緊張性ジストロフィーに急性肺塞栓を合併し、外科的血栓摘除術により救命した一例

竹田綜合病院 心臓血管外科

○遠藤圭一郎、川島 大、齋藤 正博、前場 覚

39 歳、女性。筋緊張性ジストロフィーの既往あり。動悸、息切れで救急室受診。D ダイマーの上昇、心エコーで右心負荷所見を認めた。造影 CT 検査で、骨盤内に巨大な卵巣腫瘍 (18cm) を認め、下大静脈、両側尿管を圧排しており、これに伴う深部静脈血栓症、急性肺塞栓、両側水腎症と診断された。血栓溶解療法を約 1 週間施行するも、低酸素血症が増悪し、呼吸不全の進行を認め紹介、同日緊急手術となった。心停止下に、主肺動脈を切開、左右肺動脈を横走する太い血栓を認め摘除、次に、左肺動脈内の血栓を摘除、上大静脈を離断し、右肺動脈を切開、同様に血栓を摘除した。呼吸不全の著明な改善を認め、卵巣腫瘍摘出後、第 70 病日に独歩退院した。内科的治療で呼吸不全の改善を認めない症例に関しては、迅速な外科的血栓摘除術が必要と考えられた。

85

バルーン肺動脈形成術を安全に施行できたハイリスク中枢型慢性血栓性肺高血圧症の一例

東北大学 循環器内科学

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

症例は 87 歳女性。1 年前からの息切れがあり、心エコーにて肺高血圧症が疑われ、当科へ紹介された。右心カテーテル検査、CT、肺換気血流シンチグラフィで中枢型慢性血栓性肺高血圧症 (CTEPH) と診断した。高齢であるため侵襲的治療に忍容性が無いと考え、薬物療法で経過をみたが、心不全症状の増悪があり再入院した。心不全治療後にバルーン肺動脈形成術 (BPA) の希望があったため、計 3 回の BPA を行った。合併症もなく息切れ症状も改善し経過は良好である。一般的に中枢型 CTEPH は肺動脈血栓内膜摘除術 (PEA) の適応となるが、本症例では高齢であり Frailty も高く、周術期リスクは極めて高いものと思われた。本症例の結果より、BPA はハイリスクな中枢型 CTEPH に対しても安全に施行しうることが示唆された。

87

成人動脈管開存症に合併した感染性心内膜炎の一例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤伊佐雄、植田 寿里、井筒 琢磨、佐藤 舞
鈴木 啓資、佐藤 英二、中川 孝、佐藤 弘和
山科 順裕、三引 義明、石田 明彦、八木 哲夫

動脈管開存症が、感染性心内膜炎の原因となることはよく知られているが、乳幼児期に閉鎖されていることが多く、成人循環器科医が目にすることは少ない。今回、未治療の動脈管開存症に合併した感染性心内膜炎の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。症例は 46 歳女性。来院 10 日前より、39 度台の発熱を認め、近医で抗菌薬投与を受けた。発熱が再燃し、心雑音を指摘されたため、紹介となる。身体所見では明らかな巣症状を認めず、胸部 CT で左下肺野に径 7mm の空洞を伴う結節影を認めた。心エコーでは、動脈管開存症を認め、low echo な構造物を認めた。血液培養 3 セットから、Staphylococcus aureus が検出され、改訂 Duke の診断基準より感染性心内膜炎と診断し、抗菌薬投与を継続した。後日、動脈管に対してパッチ閉鎖術を行った。

89

偶然発見された左室内血栓が診断の契機となった、右室脂肪変性が疑われる左室心筋緻密化障害の一例

寿泉堂綜合病院

○薬師寺たつみ、鈴木 智人、水上 浩行、谷川 俊了
金澤 正晴

症例は 57 歳男性。入院 4 か月前より呼吸苦の自覚あり。今回、痛風性関節炎のコントロール目的に他科入院となった。入院時胸部 X 線で心拡大を認め UCG 施行したところ、びまん性に収縮能低下しており、心尖部に深い間隙を伴う肉柱と 24*23mm の血栓を認めた。当科転科し、ヘパリン・ワーファリンによる抗凝固療法と利尿薬で治療開始し、β遮断薬導入した。約 3 週間血栓は消失した。冠動脈造影で器質的狭窄なし。左室造影でびまん性の収縮力低下と肉柱の所見あり。右室心筋生検で脂肪変性を認めた。MRI で左室心尖部に肉柱と深い間隙を認め、右室壁に脂肪変性が疑われた。左室緻密化障害と診断し、β遮断薬と ACE 阻害薬、抗凝固薬で治療継続となったが、ARVC 合併の可能性もあり注意深く経過を見ていく予定である。

86

胸部ステントグラフト内挿術で治療した動脈管開存症の 1 例

¹ 福島県立医科大学 会津医療センター 循環器内科

² 竹田綜合病院 心臓血管外科

○渡邊孝一郎¹、星野 弘尊¹、玉川 和亮¹、鶴谷 善夫¹
川島 大²

多くの動脈管開存症 (patent ductus arteriosus; PDA) は乳幼児期から小児期に発見され治療が行われるが、症状が比較的乏しい場合は成人期になって診断される事も稀ではない。その場合、小児期のように単純な結紮術は困難で、人工心肺を用いた開心術が選択される。近年、侵襲が低いカテーテル治療の有用性が報告されており、カバードステントを用いて PDA の閉鎖を行った報告もある。症例は 41 歳女性。弁膜症疑いで、当院当科に紹介された。各種検査で動脈管開存症と診断し、精査にて手術適応と考えられた。心臓血管外科施設に紹介し、後日胸部大動脈ステントグラフト内挿術を施行された。術後経過は良好であった。PDA に対してステントグラフト内挿術を施行した 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

88

チアノーゼを呈した肺高血圧を伴わない心房中隔欠損症の一例

弘前大学 大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○成田 憲紀、山田 雅大、遠藤 知秀、西崎 史恵
花田 賢二、横山 公章、横田 貴志、樋熊 拓末
富田 泰史

33 歳男性。幼少期に心疾患の指摘なし。平成 28 年 2 月感冒を契機に前医にて低酸素血症 (SpO₂ 90% 前後、臥位で悪化) を指摘。胸部 CT では肺実質や肺血管の異常所見や心外短絡はなく、肺血流シンチにて肺塞栓所見はないものの多臓器への集積から心内の右左短絡 (短絡率は 48%) が疑われ紹介。経胸壁及び経食道心エコーでは右室、右房の拡大と 20mm 近い心房中隔欠損と floppy rim、発達したキアリ網を認めた。短絡血流は両方向性であり推定 Qp/Qs は 1.2。右心カテーテル検査では肺高血圧は認めなかった。外科的パッチ閉鎖術を施行し、術後より低酸素血症は消失した (SpO₂ 98%)。術中所見では ASD は二次孔の全欠損であり、発達したキアリ網により IVC 血流が直接左房に入り込みやすい形態と判明した。手術適応を検討する上で貴重な症例でありここに報告する。

90

日本の慢性心不全患者における健康意識と心不全入院に関する研究 -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、三浦 正暢¹、小野瀬剛生¹
辻 薫菜子¹、笠原信太郎¹、及川 卓也¹、佐藤 雅之¹
後岡広太郎¹、白戸 崇¹、高橋 潤¹、下川 宏明¹
宮田 敏²

【背景】日本における慢性心不全患者の健康意識と心不全入院に関する検討は不十分である。【方法】European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (12 項目 5 段階評価) に基づくアンケートを行った第二次慢性心不全登録 (CHART-2) 研究症例のうち、Stage C/D 患者 2,233 人において健康意識を調査した。【結果】低健康意識群 (38-60 点) と比較して高健康意識群 (12-29 点) は高齢で、女性の割合が多く、BNP 値が高く、eGFR は低値であった。中央値 2.6 年の追跡期間中、低健康意識群と比べて心不全入院の調整ハザード比は標準健康意識群 (30-37 点) で 1.55 (95% 信頼区間 1.07-2.27, P=0.022)、高健康意識群で 1.58 (95% 信頼区間 1.10-2.29, P=0.014) であった。【結論】健康意識が高い慢性心不全患者はより重症で、不良な全身状態と関連し、心不全入院率は高かった。

91

心不全患者における東日本大震災後の心的外傷後ストレス障害の予後への影響 -CHART-2 研究より -

¹ 東北大学 循環器内科学
² 東北大学 循環器 EBM 開発学

○小野瀬剛生¹、坂田 泰彦¹、後岡広太郎¹、白戸 崇¹
辻 薫菜子¹、阿部 瑠璃¹、及川 卓也¹、笠原信太郎¹
佐藤 雅之¹、高橋 潤¹、下川 宏明¹、宮田 敏²

【目的】 心不全患者において東日本大震災後の心的外傷後ストレス障害(PTSD)の予後への影響を検討する。
【方法】 第二次東北心不全登録研究(CHART-2 研究, N=10,219)登録患者を対象とし、東日本大震災後の2011年10月にIES-R-Jに基づくPTSDのアンケートを実施した。PTSD保有はIES-R-J 25点以上と定義した。
【結果】 Stage C/Dの心不全患者1,527例の2011年におけるPTSDの頻度は15.7%であり、平均3.5年の追跡期間中、心不全入院はPTSD保有群で有意に多かった(調整HR 1.51, P<0.01)。また、PTSD保有は男性で生命予後に影響を与えなかったが、女性で有意に生命予後を悪化させ、性差を認めた(調整HR 0.75 vs. 2.12, 交互作用P=0.05)。
【結論】 心不全患者において東日本大震災後のPTSDは心不全入院および女性の全死亡の独立した予後規定因子であった。

93

神経因性膀胱の治療が有効であった、繰り返す心不全の1例

平鹿総合病院 循環器内科

○堀口 聡、芝 翔、長谷川純郎、中嶋 壮太
武田 智、深堀 耕平、伏見 悦子、高橋 俊明

症例は80代女性、60代から原発性アルドステロン症、糖尿病。2013年発作性心房細動から心不全となり当院入院、高血圧性心疾患の診断となった。2016年5月になり心房細動となり、夫の闘病、死亡などもあり、6月心不全で入院、18日間で退院。退院20日後に心不全となり入院、15日間で退院。退院後すぐに倦怠感出現し、15日後に再入院となった。膀胱留置カテーテルを挿入し、カルペリチド、トリパブタンにて加療し軽快した。ところが膀胱留置カテーテルを抜去したところ尿量減少し腎機能悪化し心不全が再燃した。膀胱留置カテーテルを挿入しフロセミド投与で改善した。膀胱機能不全が悪化の原因であると考えられ、ウラビジル、ジスチグミンの投与後に留置カテーテルを抜去した。その後は心不全の再燃なくリハビリテーションを施行し退院となった。

92

慢性心不全の心不全入院好発時期・危険因子：CHART-2 研究

¹ 東北大学 循環器内科学
² 東北大学 循環器 EBM 開発学

○後岡広太郎¹、坂田 泰彦¹、小野瀬剛生¹、辻 薫菜子¹
及川 卓也¹、阿部 瑠璃¹、笠原信太郎¹、佐藤 雅之¹
白戸 崇¹、高橋 潤¹、下川 宏明¹、宮田 敏²

【背景】 慢性心不全の心不全入院の好発時期及びその危険因子は十分検討されていない。【方法・結果】 CHART-2 研究の症候性心不全3568人(平均70歳、男性65%、心不全入院既往歴56%)の登録後から初回心不全入院の好発時期とその危険因子を全死亡をcompeting riskとした回帰解析にて検討した。50カ月の観察期間中3か月以内に初回心不全入院の23%、12か月以内に55%が発生した。全観察期間における心不全入院危険因子は年齢、NYHA、心不全入院の既往、ループ利尿薬の使用、糖尿病、BNP値であった。一方で心房細動、eGFR値、左室心筋重量係数は登録後3か月以降の心不全入院と関連する因子であった。【結論】 心不全症例は短期と長期で異なる心不全入院危険因子を有しており、治療経過時間に応じて治療戦略の再構築が必要であることが示唆された。