

第 164 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成 29 年 6 月 10 日（土）午前 9 時 5 分より

会 場：盛岡地域交流センター「マリオス」18F

盛岡市盛岡駅西通二丁目 9 番 1 号

TEL 019 (621) 5000

第 1 会場：183～185 会議室

第 2 会場 (1)：180 会議室

第 2 会場 (2)：181 会議室

第 3 会場：188 会議室

第 4 会場：187 会議室

第 5 会場：186 会議室

会長 森野 禎浩

事務局：岩手医科大学内科学講座循環器内科分野

岩手県盛岡市内丸 19-1

TEL 019 (651) 5111

○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 岩手太郎 .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。

○DVD セッション「医療安全・医療倫理に関する講演会」を「186 会議室」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.25 参照）

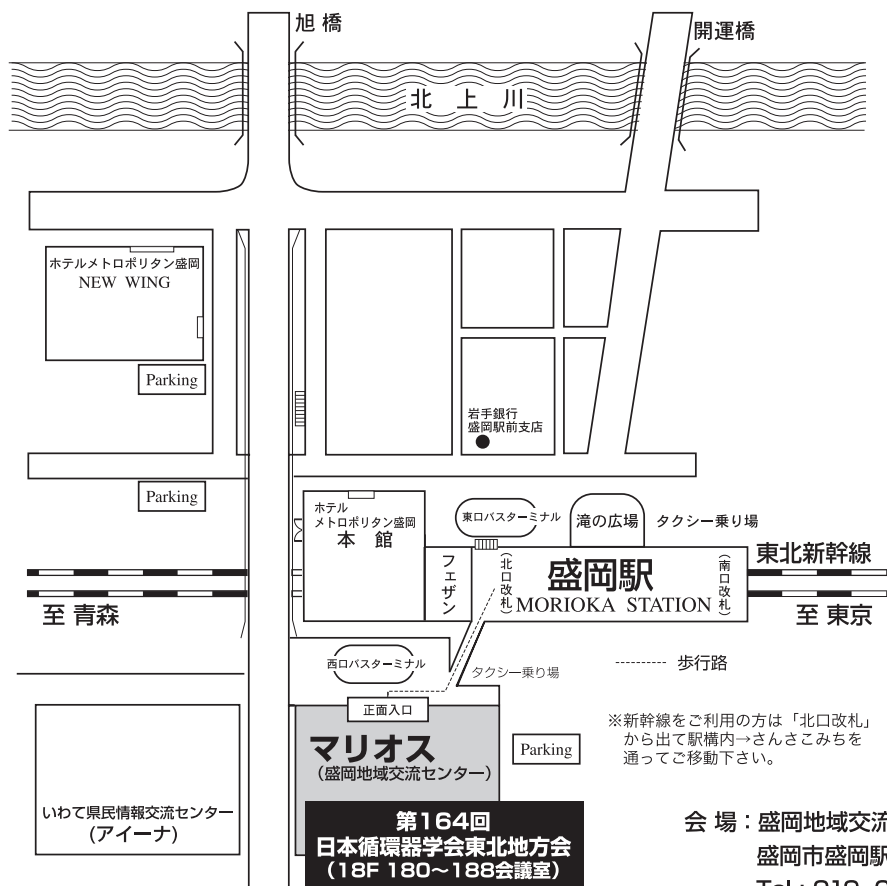
○会場にクロークの設置はございません。

○本会場近隣施設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、6 月 2 日（金）までにお申し込みください。

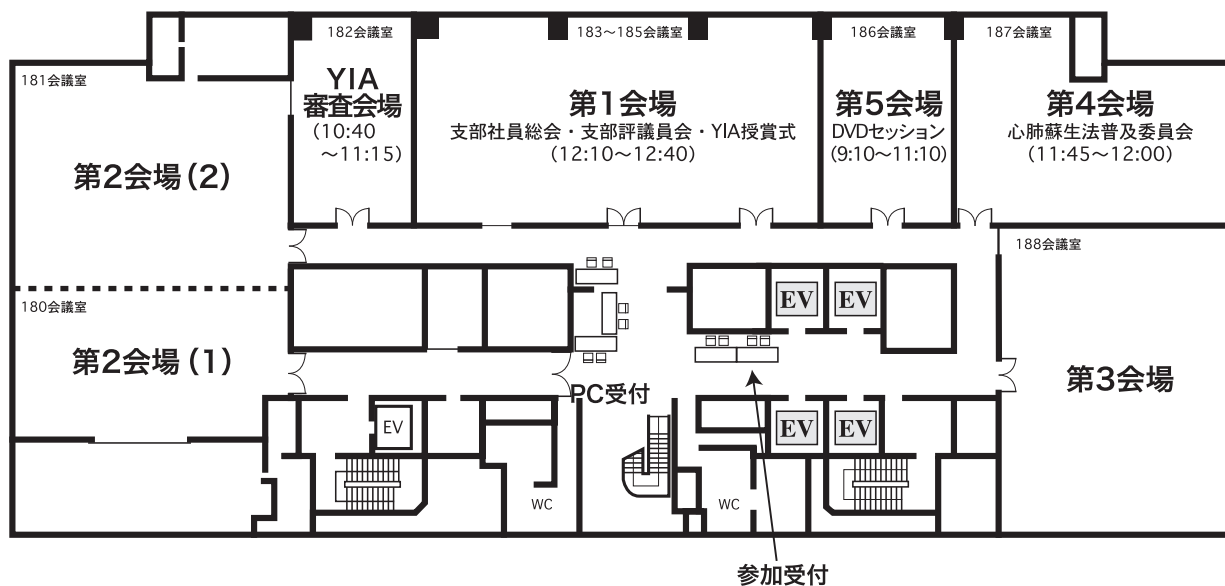
追記：学会案内状・プログラムは、原則として日本循環器学会会費納入者に限り発送いたします。

■会場案内図



会場：盛岡地域交流センター マリオス18階(会議室)
盛岡市盛岡駅西通二丁目9番1号
Tel : 019-621-5000
URL <http://www.malios.co.jp/>

■マリオス18F平面図



※小児・成人先天性心疾患部会 小児・成人先天性心疾患セミナーは
マリオス 5F 盛岡市民文化ホール第2会議室にて開催いたします。

プログラム (敬称略)

	第1会場 (183~185会議室)	第2会場(1) (180会議室)	第2会場(2) (181会議室)	第3会場 (188会議室)	第4会場 (187会議室)	YIA審査会場 (182会議室)	第5会場 (186会議室)	盛岡市民文化ホール 第2会議室 (5F)
8:00								
	8:10 受付開始							
9:00	9:05~9:10 開会挨拶							
9:10	9:10~10:00 YIA症例発表部門 座長:森野禎浩 (岩手医科大学)	9:10~9:45 不整脈1 座長:寺田 健 (秋田県立脳血管研究センター)	9:10~9:45 血栓症・末梢動脈 座長:堀江和紀 (仙台厚生病院)	9:10~9:45 虚血性心疾患1 座長:樋熊 拓未 (弘前大学)	9:10~9:45 心不全1 座長:松本泰治 (東北大学)			
10:00	10:00~10:40 YIA研究発表部門 座長:森野禎浩 (岩手医科大学)	9:45~10:20 不整脈2 座長:大和田真玄 (岩手医科大学)	9:45~10:20 心筋炎・心筋症1 座長:宮本卓也 (山形大学)	9:45~10:20 虚血性心疾患2 座長:渡邊 哲 (山形大学)	9:45~10:20 心不全2 座長:中野陽夫 (東北医科薬科大学)		9:10~11:10 DVDセッション 医療安全・医療倫理 に関する講演会	
		10:20~10:55 不整脈3 座長:佐々木真吾 (弘前大学)	10:20~10:55 心筋炎・心筋症2 座長:小山 崇 (秋田大学)	10:20~10:48 虚血性心疾患3 座長:飯野健二 (秋田大学)				
11:00	10:50~11:50 第6回禁煙推進委員会 地方会セッション 座長:佐藤 誠 (中通総合病院) 中島悟史 (岩手医科大学)	10:55~11:30 不整脈4 座長:上岡正志 (福島県立医科大学)	10:55~11:30 弁膜症1 座長:房崎哲也 (岩手医科大学)	10:48~11:23 心膜・腫瘍 座長:矢作 浩一 (栗原中央病院)		10:40~11:15 YIA審査会 ・10:40~11:00 集 計 ・11:00~11:15 審査会		10:00~11:30 小児・ACHD セミナー
		11:30~12:05 大動脈 座長:高瀬信弥 (福島県立医科大学)	11:30~11:58 弁膜症2 座長:熊谷亜希子 (岩手医科大学)	11:23~12:05 肺循環 座長:中里和彦 (福島県立医科大学)		11:15~11:45 支部役員会		
12:00	12:10~12:40 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2 ランチョンセミナー2 伊藤智範 岩手医科大学 絹川弘一郎 富山大学大学院 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1 ランチョンセミナー1 國原 孝 心臓血管研究所付属病院心臓血管外科 多田 憲生 仙台厚生病院循環器内科 座長:金 一 (岩手医科大学)					講師控室	
14:00	13:50~14:50 教育セッション3 特別講演 辻田賢一 熊本大学大学院 生命科学研究部 座長:森野禎浩 (岩手医科大学)							
15:00								

* 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 183～185 会議室） 9：10～10：00

座長 森野 禎浩

01 左脚ブロック型 wide QRS regular tachycardia を呈した非通常型房室結節リエントリー性頻拍の一例

青森県立中央病院 循環器科 ○熊江 優、金城 貴彦、館山 俊太、鈴木 晃子
佐々木憲一、櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘
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

02 左室内に巨大血栓を形成した若年発症の陳旧性心筋梗塞の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科
○野坂 匡史、花田 賢二、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

03 高安動脈炎の病像を呈した大血管内膜肉腫の 1 症例

秋田大学 大学院医学系研究科 循環器内科学
○須藤 佑太、佐藤 輝紀、佐藤 和奏、岩川 英弘
飯野 貴子、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

04 冠攣縮性狭心症を合併しその加療により運動耐容能が著明に改善した肥大型心筋症の 1 例

東北大学 循環器内科学 ○杉澤 潤、羽尾 清貴、土屋 聡、進藤 智彦
菊地 翼、松本 泰治、高橋 潤、杉村宏一郎
坂田 泰彦、下川 宏明

05 長期経過を経て確定診断に至った ACVRL1 遺伝子異常を伴う肺動脈性肺高血圧の 1 症例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科
○君島 勇輔、杉本 浩一、中里 和彦、義久 精臣
國井 浩行、斎藤 修一、石田 隆史、竹石 恭知
公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 臨床遺伝科
森崎 裕子
独立法人国立循環器病研究センター 病理部
山田 修

YIA 研究発表部門（第 1 会場 183～185 会議室） 10:00～10:40

座長 森野 禎浩

06 急性冠症候群患者の長期予後に冠動脈架橋構造が与える影響

岩手医科大学医学部附属病院 循環器センター

○二宮 亮、木村 琢巳、肥田 頼彦、石田 大
房崎 哲也、伊藤 智範、森野 禎浩

07 肺動脈性肺高血圧症の長期予後に対する右心機能と性差の関連

東北大学 循環器内科学

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

08 腸腰筋 CT 値の低下は末梢動脈疾患患者の予後を予測する

山形大学医学部第一内科

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

09 心房細動を合併した症候性心不全患者における DOAC の有用性

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○佐藤 悠、義久 精臣、佐藤 崇匡、鈴木 聡
及川 雅啓、小林 淳、国井 浩行、八巻 尚洋
中里 和彦、竹石 恭知

不整脈 1 (第 2 会場(1) 180 会議室) 9:10 ~ 9:45

座長 寺田 健

10 遠隔モニターにて死亡が疑われ、遺体発見に至った冠攣縮性狭心症の一例

仙台医療センター 循環器内科 ○山口 展寛、林 秀華、高橋 佳美、山中 信介
尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

11 Ca拮抗薬大量服薬による徐脈、血圧低下に対し大量インスリン療法が有効であった一例

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

12 心筋梗塞後に発症したアミオダロン耐性の electrical storm に対して、ニフェカレントが著効した一例

岩手県立宮古病院 ○石曾根武徳、臼井 雄太、前川 裕子
岩手医科大学内科学講座循環器内科分野
大和田真玄、後藤 巖、中島 悟史、木村 琢己
田中健太郎、森野 禎浩
岩手県立久慈病院 辻 佳子
八戸赤十字病院 二宮 亮
岩手県立中部病院 河合 悠

13 甲状腺クリーゼに合併した心室細動の一例

秋田大学医学部付属病院 循環器内科
○加藤 宗、真壁 伸、奈良 育美、渡部久美子
飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

14 様々な不整脈を呈した虚血性心疾患の一例

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科
○間 彩、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

不整脈 2 (第 2 会場(1) 180 会議室) 9:45 ~ 10:20

座長 大和田 真玄

15 肺静脈共通幹を有する心房細動症例に対し、クライオアブレーションを施行した 1 例

仙台市立病院 循環器内科

○井筒 琢磨、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
植田 寿里、鈴木 啓資、佐藤 舞

16 心室中隔欠損症術後遠隔期に発生した三尖弁輪側壁を共通路とした Dual loop re-entry 心房頻拍の一例

福島県立医科大学循環器内科

○武田由紀子、上岡 正志、神 雄一朗、鈴木 聡
小林 淳、鈴木 均、竹石 恭知

17 コンタクトフォースカテーテル使用で穿孔に至った右室流出路起源特発性心室期外収縮の 2 症例についての検討

仙台市立病院

○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
植田 寿里、佐藤 舞、井筒 琢磨

18 Rhythmia™ による詳細なマッピングにより根治しえた分界陵起源心房頻拍の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

○川村 陽介、石田 祐司、木村 正臣、對馬 佑一
小路 祥紘、金城 貴彦、堀内 大輔、佐々木真吾
富田 泰史

19 心房細動を伴った弁膜症に対して新しいアブレーションシステム (CryoICE) を用いてメイズ手術を行った 1 例

仙台循環器病センター 心臓血管外科

○日野阿斗務、椎川 彰、細田 進

不整脈 3 (第 2 会場(1) 180 会議室) 10:20 ~ 10:55

座長 佐々木 真吾

20 筋電位のオーバーセンシングにより完全皮下植え込み型除細動器 (S-ICD) の不適切作動に至った一例

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、小山 崇、阿部 起実、田村 善一
真壁 伸、関 勝仁、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

21 CRT-D 抜去後に冠静脈側壁枝の閉塞が見られた 1 例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○箴井 宣任、伊澤 毅、富樫 大輔、須知 太郎
不破 貴史、松本 崇、堀江 和紀、多田 憲生
桜井 美恵、宗久 佳子、宗久 雅人、本多 卓
大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

22 “tetra-axial” system を用いた大腿静脈アプローチによるリード抜去術

仙台厚生病院 循環器科

○勝目 有美、伊澤 毅、本多 卓、大友 達志
井上 直人、目黒泰一郎

高石藤井心臓血管病院 心臓血管センター

山田 貴之

仙台厚生病院 心臓血管外科

山谷 一広、畑 正樹

23 左室充満時間低下を認めた患者に対し心臓再同期療法が奏功した一例

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

○奈良 育美、関 勝仁、木村 俊介、新保 麻衣
飯野 貴子、真壁 伸、小山 崇、飯野 健二
渡邊 博之、伊藤 宏

24 両室ペーシング機能付き植え込み型除細動器の電池交換時に左心不全を呈した一例

太田総合病院附属 太田西ノ内病院

○西浦 司人、武田 寛人、大原妃美佳、和田 健斗
安藤 卓也、金澤 晃子、石田 悟朗、神山 美之
小松 宣夫

福島県立医科大学 循環器内科学講座

竹石 恭知

不整脈 4 (第 2 会場(1) 180 会議室) 10:55 ~ 11:30

座長 上岡 正志

25 着用型自動除細動器の使用により十分な ICD 適応判定が可能であった流出路起源心室期外収縮誘発性心筋症の 1 例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

○北山 和敬、石田 祐司、木村 正臣、對馬 佑一
小路 祥紘、金城 貴彦、堀内 大輔、佐々木真吾
富田 泰史

26 術後一過性房室ブロックを呈した中隔副伝導路を有する WPW 症候群の一例

東北大学 循環器内科学

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

27 僧帽弁輪 3 時方向に心房最早期興奮部位を認めた fast/slow 型 AVNRT の一例

東北大学 循環器内科学

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

28 Reverse common AFL に類似した propagation を呈した LLRA 起源 AT の一例

東北大学 循環器内科学

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

29 三尖弁輪側壁を起源とする ATP 感受性心房頻拍の一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科

○田中健太郎、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

大動脈（第2会場(1) 180会議室) 11:30～12:05

座長 高瀬 信弥

30 慢性B型大動脈解離に対するTEVAR後のType1a エンドリークに対して、偽腔からのコイル塞栓術を施行した一例

福島県立医科大学 心臓血管外科 ○瀬戸 夕輝、佐戸川弘之、高瀬 信弥、若松 大樹
佐藤 善之、黒澤 博之、山本 晃裕、横山 齊
東京医科歯科大学 放射線科 片田 芳明

31 経皮的冠動脈形成術によるバルサルバ洞解離から1年後に上行大動脈解離を来した一例

山形大学 医学部 第一内科 ○大瀧陽一郎、宮本 卓也、山浦 玄斎、和根崎真大
沓澤 大輔、田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大
有本 貴範、穴戸 哲郎、山中 多聞、渡邊 哲
久保田 功

32 冠動脈疾患の合併が大動脈瘤患者の予後に与える影響の検討

山形大学 医学部 内科学第一講座
○渡部 賢、渡邊 哲、田村 晴俊、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、山内 聡
山中 多聞、宮本 卓也、久保田 功

33 4回の手術にて胸腹部大動脈全置換術を施行した1例—手術の工夫—

脳神経疾患研究所付属 総合南東北病院 心臓血管外科
○滝浪 学、菅野 恵、緑川 博文、植野 恭平
影山 理恵

34 手術適応の大動脈瘤に合併する冠動脈疾患の検討

山形県立中央病院 ○齋藤 拓矢、高橋 克明、數野 健、佐藤 大樹
鈴木 康太、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

血栓症・末梢動脈（第2会場(2) 181会議室） 9:10～9:45

座長 堀江 和紀

35 当院で経験した左心系心内血栓について

岩手県立中部病院

○西澤 健吾、土川 幹史、井筒 大人、佐々木 航
盛川 宗孝、齊藤 秀典

36 ダビガトラン不応性の左房血栓をリバーロキサバンに変更し溶解しえた持続性心房細動の1例

仙台市立病院 循環器内科

○伏見 八重、佐藤 弘和、石田 明彦、三引 義明
山科 順裕、中川 孝、佐藤 英二、鈴木 啓資
井筒 琢磨、八木 哲夫

37 片腎動脈高度狭窄に対して腎動脈形成術が奏功した腎血管性高血圧症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学

○佐藤 輝紀、飯野 健二、岩川 英弘、山中 卓之
小山 崇、渡邊 博之、伊藤 宏

38 腎動脈瘤に対してカバードステント留置術を施行した2例

仙台厚生病院 心臓センター 循環器内科

○柳内 隆、堀江 和紀、田中綾紀子、宗久 雅人
井上 直人

39 カテーテル治療で救腕した重症上肢虚血の一症例

仙台厚生病院

○堀江 和紀、田中綾紀子、宗久 雅人、大友 達志
井上 直人

心筋炎・心筋症 1 (第 2 会場(2) 181 会議室) 9:45 ~ 10:20

座長 宮本 卓也

40 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症による心不全と診断した一例

公益財団法人星総合病院循環器内科

○磯松 大介、安齋 文弥、市村 祥平、八重樫大輝
佐藤 彰彦、清水 竹史、松井 佑子、金子 博智
坂本 圭司、清野 義胤、木島 幹博、丸山 幸夫

福島県立医科大学 病理病態診断学講座

金居 李紗、橋本 優子

41 当院における好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の心合併症に対する検討

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

○大山亜紗美、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

42 完全房室ブロックで発症した急性心筋炎の一例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

○横川沙代子、及川 雅啓、寶槻 優、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

43 同一家系内 Fabry 病患者における臨床像

東北大学 循環器内科学

○山本 沙織、杉村宏一郎、青木 竜男、建部 俊介
佐藤 遥、神津 克也、紺野 亮、後岡広太郎
佐藤 公雄、下川 宏明

44 心臓腫瘍と鑑別を要した腫瘍様心筋肥大の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

○三浦 尚武、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史

心筋炎・心筋症 2 (第 2 会場(2) 181 会議室) 10:20 ~ 10:55

座長 小山 崇

45 たこつぼ心筋症急性期の心筋 perfusion 画像

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

46 完全房室ブロックを合併し急性心不全を発症した閉塞性肥大型心筋症の一例

石巻赤十字病院 循環器内科

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

47 3D プリンタによる心臓立体モデルが術前の形態評価に有用であった心室中部閉塞性肥大型心筋症の一例

仙台厚生病院 循環器内科

○富樫 大輔、田中綾紀子、箴井 宣任、松本 崇
堀江 和紀、伊澤 毅、桜井 美恵、多田 憲生
宗久 佳子、宗久 雅人、本多 卓、大友 達志
仙台厚生病院 心臓血管外科 畑 正樹

48 高度房室ブロック発症から 4 年後に心不全症状を認めた心サルコイドーシス疑いの一例

いわき市立総合磐城共立病院 初期研修医

○鴻地 由大

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、山下 文男、山本 義人、杉 正文

49 心アミロイドーシスの鑑別に心臓 MRI T1 マッピングが有用であった多発性骨髄腫の一例

東北大学 循環器内科学

○佐藤 遥、杉村宏一郎、建部 俊介、青木 竜男
山本 沙織、矢尾板信裕、神津 克也、紺野 亮
佐藤 公雄、下川 宏明
東北大学 血液免疫学分野 福原 規子

弁膜症 1 (第 2 会場(2) 181 会議室) 10:55 ~ 11:30

座長 房崎 哲也

50 イタルシズマブを使用した緊急 TAVI の一例

仙台厚生病院 循環器内科 ○土岐 祐介、多田 憲生、遠田 佑介、水谷有克子
松本 崇、桜井 美恵、大友 達志
仙台厚生病院 麻酔科 井上 洋
仙台厚生病院 心臓血管外科 畑 正樹

51 当院における経カテーテル的大動脈弁置換術 100 症例の治療成績

岩手医科大学附属病院循環器医療センター 循環器内科
○坂本 翼、肥田 頼彦、古味 良亮、小田 英人
二宮 亮、白井 雄太、石川 有、下田 祐大
房崎 哲也、田代 敦、森野 禎浩
中通総合病院 循環器内科 阪本 亮平
岩手医科大学附属病院循環器医療センター 心臓血管外科
鎌田 武、金 一
岩手医科大学附属病院循環器医療センター 放射線科
吉岡 邦浩

52 高度大動脈弁狭窄症に対する TAVR 後に貧血の改善を認め、Heyde 症候群が疑われた 1 例

岩手医科大学附属病院循環器医療センター 循環器内科
○坂本 翼、肥田 頼彦、古味 良亮、小田 英人
二宮 亮、白井 雄太、石川 有、下田 祐大
房崎 哲也、田代 敦、森野 禎浩
中通総合病院 循環器内科 阪本 亮平
岩手医科大学附属病院循環器医療センター 心臓血管外科
鎌田 武、金 一
岩手医科大学附属病院循環器医療センター 放射線科
吉岡 邦浩

53 Valsalva 洞径から検討した経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAVI) device の選択 - 当院における経験 -

東北大学 循環器内科学 ○土屋 聡、松本 泰治、菊地 翼、杉澤 潤
羽尾 清貴、高橋 潤、下川 宏明
東北大学病院 心臓血管外科 川本 俊輔、熊谷紀一郎、齋木 佳克

54 緊急バルーン大動脈弁形成術にて救命できた重度大動脈弁狭窄症による心原性ショックの一例

いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科
○安達 祐里、工藤 俊、高木 祐介、鴻地 由大
瀬川 将人、埜 健一郎、相澤健太郎、山下 文男
山本 義人、杉 正文

弁膜症 2 (第 2 会場(2) 181 会議室) 11:30 ~ 11:58

座長 熊谷亜希子

55 バルサルバ洞に限局した大動脈解離による大動脈弁閉鎖不全症の一例

福島県立医科大学循環器内科学講座

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

福島県立医科大学心臓血管外科学講座

瀬戸 夕輝、高瀬 信弥、横山 齊

56 肺動脈四尖弁に伴う肺動脈弁狭窄症に対し経皮的肺動脈弁形成術を施行した一例

星総合病院 循環器内科

○野崎 祐司、清水 竹史、市村 祥平、八重樫大輝
安齋 文弥、佐藤 彰彦、松井 佑子、金子 博智
坂本 圭司、清野 義胤、木島 幹博、丸山 幸夫

仙台厚生病院 循環器内科

多田 憲生

57 大動脈弁狭窄症を合併した非心臓手術患者における術前バルーン拡張術

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、山下 文男、山本 義人、杉 正文

58 黄色ブドウ球菌を起炎菌とする感染性心内膜炎に運動失調を合併した 1 例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○福井 健人、富岡 智子、伊藤 愛剛、塩入 裕樹
小山 二郎、井上 寛一

虚血性心疾患 1 (第 3 会場 188 会議室) 9:10 ~ 9:45

座長 樋熊 拓末

59 ウロキナーゼ冠動脈内投与が有効であった若年発症の心筋梗塞の 2 症例

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

60 2 枝慢性完全閉塞病変で発症した急性冠症候群の一例

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂綜合病院 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

61 心破裂に対して保存療法で経過をみたが、再度心破裂して左室自由壁修復術で救命しえた一例

岩手県立中部病院 ○盛川 宗孝、齊藤 秀典、西澤 健吾、井筒 大人
土川 幹史

62 Plaque erosion で発症した若年急性心筋梗塞の 1 例

むつ総合病院、弘前大学 医学部 附属病院 循環器内科
○外崎 桃子
弘前大学 医学部 附属病院 循環器内科
樋熊 拓末、遠藤 知秀、西崎 史恵、花田 賢二
横山 公章、横田 貴志、山田 雅大、富田 泰史

63 特発性血小板減少性紫斑病を合併した重症三枝病変の急性冠症候群に対する治療経験

太田綜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、大原妃美佳、和田 健斗
金澤 晃子、石田 悟朗、神山 美之、武田 寛人
太田綜合病院附属太田西ノ内病院 血液内科
高橋 裕志
福島県立医科大学 循環器内科学講座
竹石 恭知

虚血性心疾患 2 (第 3 会場 188 会議室) 9:45 ~ 10:20

座長 渡邊 哲

64 甲状腺機能低下症の治療中断が影響した、虚血性心疾患に対し手術を施行した 1 例

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

65 運動誘発性冠攣縮に伴う無症候性心筋虚血の 1 例

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

66 繰り返す冠攣縮に伴う心室細動に対して皮下植込型除細動器 (S - ICD) を施行した若年男性の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科
○辻 佳子、木村 琢巳、二宮 亮、後藤 巖
中島 悟史、梶田 房紀、大和田真玄、小松 隆
房崎 哲也、伊藤 智範、森野 禎浩

67 急性冠症候群に対する緊急心臓カテーテル検査で発見された膜様部心室中隔瘤の一例

岩手医科大学附属病院循環器医療センター 循環器内科
○古味 良亮、肥田 頼彦、後藤 巖、坂本 翼
下田 祐大、森野 禎浩

68 アキレス腱のレントゲン撮影が家族性高コレステロール血症の診断に寄与した症例

仙台厚生病院 ○伊澤 毅、堀江 和紀、伊藤 真輝、柳内 隆
水谷有克子、田中綾紀子、箴井 宣任、松本 崇
桜井 美恵、多田 憲生、宗久 雅人、宗久 佳子
本多 卓、大友 達志 井上 直人、目黒泰一郎

虚血性心疾患 3 (第 3 会場 188 会議室) 10:20 ~ 10:48

座長 飯野 健二

69 冠攣縮部位の器質的狭窄の進行を OFDI で観察できた 1 例

東北大学 循環器内科学

○菊地 翼、土屋 聡、杉澤 潤、須田 彬
進藤 智彦、羽尾 清貴、白戸 崇、松本 泰治
高橋 潤、下川 宏明

70 失神を主訴に搬送、2 回心破裂を来した 1 例

山形県立中央病院 循環器内科

○數野 健、福井 昭男、佐藤 大樹、鈴木 康太
大道寺飛雄馬、加藤 重彦、高橋 克明、玉田 芳明
松井 幹之、矢作 友保

71 初回心筋梗塞発症後の長期経過について

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
小鷹 悠二、加藤 敦

72 責任病変の同定が困難で 2 枝同時 PCI を要した周術期心筋梗塞の 1 症例

山形大学医学部附属病院 第一内科

○宮本 卓也、山中 多聞、水戸 琢章、熊谷 遊
横山 美雪、和根崎真大、大瀧陽一郎、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎
渡邊 哲、久保田 功

心膜・腫瘍（第3会場 188会議室） 10:48～11:23

座長 矢作 浩一

73 心膜肥厚、石灰化を伴わず診断に難渋した収縮性心膜炎の一例

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

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

74 心膜剥皮術によって症状改善後も constrictive パターンの残存した収縮性心膜炎の一例

東北医科薬科大学病院 循環器内科

○長谷川 薫、門脇 心平、菊田 寿、住吉 剛忠
関口 祐子、山家 実、宮下 武彦、中野 陽夫
小丸 達也、片平 美明

東北医科薬科大学病院 総合診療内科

大原 貴裕

東北医科薬科大学病院 心臓外科

三浦 誠

75 完全房室ブロックを契機に発見された心臓原性悪性リンパ腫の一例

岩手県立磐井病院

○小田 英人

岩手医科大学付属病院

古味 良亮、坂本 翼、肥田 頼彦、下田 祐大
森野 禎浩

岩手県立大船渡病院

石川 有

76 心膜炎を発症し発見された気管支原性嚢胞の一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○中村真理絵、佐々木加弥、下田 祐大、森野 禎浩

岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野

菅原 正磨、安孫子明彦、中村 元行

岩手医科大学 心臓血管外科学講座

岡林 均

77 DPP-4 阻害薬ビルダグリプチン投与中に心嚢液貯留を認めた一例

庄内余目病院 心臓血管外科

○圓本 剛司、巖田 巖田、寺田 康

78 鎖骨下静脈血栓症の一例

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一教室 循環器内科

○菊田 寿、片平 美明、小丸 達也、中野 陽夫
宮下 武彦、山家 実、関口 祐子、住吉 剛忠
門脇 心平、中潟 寛

79 バルーン肺動脈形成術後に突然死した慢性血栓性肺高血圧症の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

80 右内腸骨静脈血栓症により肺梗塞を発症した一例

石巻市立病院

○二瓶 太郎、遠藤 貴士、赤井健次郎

81 慢性血栓性肺高血圧症に対するバルーン肺動脈形成術の長期予後

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、紺野 亮
後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

82 トレプロステニルを皮下投与で導入した肺動脈性肺高血圧症の5症例

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、紺野 亮
後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

83 右室内血栓を伴う肺動脈血栓症の一例

竹田総合病院 心臓血管外科

○齋藤 正博、川島 大、前場 覚

心不全 1 (第 4 会場 187 会議室) 9:10 ~ 9:45

座長 松本 泰治

84 Bridge to candidacy として体外式 VAD と肺血管拡張薬療法を行った修正大血管転位症の 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 公雄、下川 宏明

東北大学病院 心臓血管外科

安達 理、齋木 佳克

岩手医科大学 小児科

小山耕太郎

85 治療抵抗性の HFpEF 症例に ASV (Adaptive Servo-Ventilator) の導入が有用であった一例

みやぎ県南中核病院

○小山 二郎、福井 健人、伊藤 愛剛、塩入 裕樹
富岡 智子、井上 寛一

86 ミルリノン負荷を行った肺高血圧合併重症心不全の一例

福島県立医科大学 循環器内科

○遠藤圭一郎、佐藤 崇匡、武藤 雄紀、国分 知樹
國井 浩行、竹石 恭知

87 当院における植込み型左心補助人工心臓 50 例の成績

東北大学病院 心臓血管外科

○秋山 正年、河津 聡、吉岡 一朗、安達 理
熊谷紀一郎、川本 俊輔、齋木 佳克

東北大学 循環器内科学

高橋 潤、杉村宏一郎、青木 竜男、下川 宏明

88 人工呼吸器管理を要した産褥心筋症の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

心不全 2 (第 4 会場 187 会議室) 9:45 ~ 10:20

座長 中野 陽夫

89 脚気心を併発した急性心不全の一例

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

90 慢性心不全終末期例に対するアドバンスケアプランニングのとりくみ

社会医療法人明和会 中通総合病院
○佐藤 誠、篠崎真莉子、播間 崇記、阪本 亮平
五十嵐知規

91 慢性心不全患者における健康管理意識と性差に関する研究 -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、笠原信太郎
及川 卓也、佐藤 雅之、青柳 肇、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

92 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、及川 卓也、阿部 瑠璃
笠原信太郎、青柳 肇、後岡広太郎、白戸 崇
高橋 潤、宮田 敏、下川 宏明

93 HFpEF、HFmrEF、HFrEF における BNP の予後予測能 -CHART-2 研究からの報告 -

東北大学 循環器内科学 ○笠原信太郎、坂田 泰彦、後岡広太郎、阿部 瑠璃
及川 卓也、佐藤 雅之、青柳 肇、白戸 崇
高橋 潤
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏
東北大学 循環器内科学、循環器 EBM 開発学
下川 宏明

第6回 禁煙推進委員会 地方会セッション

2017年6月10日(土)

場所／盛岡地域交流センターマリオス
第1会場(岩手県盛岡市)

時間／10:50～11:50(60分枠)



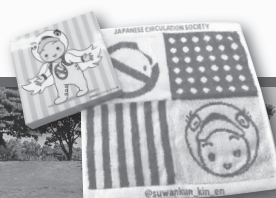
内容 「禁煙診療の5W1H、解決します!!」

会長 森野 禎浩 先生 (岩手医科大学内科学講座 循環器内科学分野 教授)

座長 佐藤 誠 先生 (中通総合病院)
中島 悟史 先生 (岩手医科大学医学部)

講演1 「脳心血管病予防・治療に禁煙は必須
—日循の禁煙啓発活動を踏まえて—」
飯田 真美 先生 (岐阜県総合医療センター)

講演2 「タバコを止める気にさせるコツ—禁煙指導の実際—」
三浦 進一 先生 (外旭川病院)



ほくの
タオルチーフを
プレゼント♪



一般社団法人 日本循環器学会

学術委員会 小児・成人先天性心疾患部会 小児・成人先天性心疾患セミナー
10:00～11:30 (盛岡市民文化ホール 5F 第2会議室)

「循環器内科医に必要な成人先天性心疾患診療の基礎知識」

座長 建部 俊介 先生 (東北大学 循環器内科学)

小山耕太郎 先生 (岩手医科大学 小児科)

1. 成人先天性心疾患診療の現状と課題

東京大学医学部 小児科 犬塚 亮 先生

2. 成人先天性心疾患の心エコー図診断のポイント

秋田大学医学部 小児科 豊野 学朋 先生

3. 成人先天性心疾患の不整脈の診断と治療

国際医療福祉大学病院 循環器内科・ハートリズム科 福田 浩二 先生

4. 成人先天性心疾患患者の妊娠・出産マネジメント

榊原記念病院 胎児周産期科 桂木 真司 先生

5. ASD・PDAのデバイス治療

仙台厚生病院 循環器内科 多田 憲生 先生

6. 成人先天性心疾患の外科・移植医療

東北大学病院 心臓血管外科 安達 理 先生

DVD セッション 9:10~11:10 (第5会場:186会議室)
「医療安全・医療倫理に関する講演会」

心肺蘇生法普及委員会 11:45~12:00 (第4会場:187会議室)

YIA 審査会 10:40~11:15 (182会議室)

支部役員会 11:15~11:45 (182会議室)

支部社員総会・支部評議員会・YIA 授賞式
12:10~12:40 (第1会場:183~185会議室)

教育セッション1

ランチョンセミナー1「弁膜症治療の現状と将来」
12:50~13:50 (第2会場:180・181会議室)

座長:岩手医科大学 心臓血管外科学講座 教授 金 一 先生

1「大動脈弁形成術の最前線」

心臓血管研究所付属病院 心臓血管外科 部長 國原 孝 先生

2「TAVIの実際:どのような症例が適し、治療を受け、その後の経過をおくるのか」

仙台厚生病院 循環器内科 部長 多田 憲生 先生

共催:第164回日本循環器学会東北地方会
エドワーズライフサイエンス株式会社

教育セッション2

ランチョンセミナー2 12:50~13:50 (第1会場:183~185会議室)

座長:福島県立医科大学 循環器内科学講座 主任教授 竹石 恭知 先生

1「トルバプタン時代の心不全診療と多職種連携

ーいま現場にどのような意識変化がおこっているかー」

岩手医科大学 医学教育学講座 地域医療学分野

循環器医療センター 心血管リサーチセンター 教授 伊藤 智範 先生

2「心腎連関を踏まえた次世代の心不全治療」

富山大学大学院 医学薬学研究部 内科学第二 教授 絹川弘一郎 先生

共催:第164回日本循環器学会東北地方会
大塚製薬株式会社

教育セッション3

特別講演 13:50~14:50 (第1会場:183~185会議室)

座長:岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野 教授 森野 禎浩 先生

「冠動脈疾患患者における積極的脂質低下療法の重要性-LDL仮説の確立-」

熊本大学大学院生命科学研究部 循環器内科学 教授 辻田 賢一 先生

共催:第164回日本循環器学会東北地方会
サノフィ株式会社

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、議長は支部役員の内選により選出する。
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、議長は支部役員の内選により選出する。

(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・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5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6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7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8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9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10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11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12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13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14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。

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 JCSITC（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、入金の督促を行うこと。
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 164 回日本循環器学会東北地方会 YIA 審査員

(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
病院長 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
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 松井 幹之

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29年4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 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) 久保田 功(山形大学／副支部長・理事)			
	横山 斉(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 恭知(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)			

名譽特別会員	白土 邦男	平 則夫	丸山 幸夫	三浦 傅
名譽支部員	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	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	小熊 正樹	金谷 透
	○久保田 功	貞弘 光章	菅原 重生	廣野 摂
	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	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	高橋 潤	○富岡 智子 ²	○福田 浩二
	○堀内 久徳	山家 智之		
福 島	石田 隆史	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 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：坂田 泰彦（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：杉村宏一郎（東北大学）	

第 164 回 日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

平成 29 年 6 月 10 日 盛岡地域交流センター

会 長：森野 禎浩

(岩手医科大学 内科学講座 循環器内科学分野)

01

左脚ブロック型 wide QRS regular tachycardia を呈した非通常型房室結節リエントリー性頻拍の一例

¹ 青森県立中央病院 循環器科

² 弘前大学 大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学講座

○熊江 優¹、金城 貴彦¹、館山 俊太¹、鈴木 晃子¹
佐々木憲一¹、櫛引 基¹、今田 篤¹、木村 正臣²
藤野 安弘¹

70歳女性。頻拍感のため近医を受診し心電図で180拍/分の左脚ブロック(LBBB)型のwide QRS regular tachycardiaを認め当科へ紹介。心エコー、冠動脈造影、左室造影では異常を認めず、心臓電気生理検査を施行。右室刺激で頻拍が誘発され、心房：心室は1:1だが心房からentrainmentが可能で復元パターンはA-V-Aであり心室頻拍は否定的だった。高位右房期外刺激でQRSはLBBB波形へ変化した。AH時間は減衰伝導特性を示しHV間隔は一定で変行伝導が示唆された。Para Hisian Pacingでは逆行性副伝導路は否定的で、頻拍中の心房最早期興奮部位は冠静脈洞入口部、AH間隔<HA間隔であり、LBBB型の変行伝導を伴うfast-slow型房室結節リエントリー性頻拍(AVNRT)と診断しカテーテルアブレーションを施行した。LBBB型を呈するAVNRTは稀であり慎重な検査が必要である。

03

高安静脈炎の病像を呈した大血管内膜肉腫の1症例

秋田大学 大学院医学系研究科 循環器内科学

○須藤 佑太、佐藤 輝紀、佐藤 和奏、岩川 英弘
飯野 貴子、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

60歳台男性、左手の脱力感を主訴に当院を受診。CTにて大動脈弓部3分枝が高度狭窄ないしは閉塞し、動脈壁の浮腫様肥厚を認め、同部位にPET-CTで集積を認めたことから高安静脈炎と診断した。ステロイド治療を開始したが、左総頸動脈狭窄が進行し、経皮的ステント留置術を施行した。免疫抑制薬追加投与後も狭窄は進行し、血管炎の病勢コントロールが困難と判断され、他院免疫内科へ紹介となったが、転院後に脳出血を発症し永眠した。病理解剖の結果、大動脈及び腕頭動脈の内膜に異型性の強い紡錘形細胞を認め、免疫染色の結果と合わせて大血管原発内膜肉腫の最終診断に至った。血管内膜肉腫のなかでも大血管を原発巣とする症例は稀であり、画像所見や経過から大型血管炎と鑑別が困難な症例を経験したため、考察を加えて報告する。

05

長期経過を経て確定診断に至ったACVRL1遺伝子異常を伴う肺動脈性肺高血圧の1症例

¹ 福島県立医科大学 医学部 循環器内科

² 公益財団法人 日本心臓血圧研究振興会附属 榊原記念病院 臨床遺伝科

³ 独立法人国立循環器病研究センター 病理部

○君島 勇輔¹、杉本 浩一¹、中里 和彦¹、義久 精臣¹
國井 浩行¹、森崎 裕子²、山田 修³、斎藤 修一¹
石田 隆史¹、竹石 恭知¹

症例：50歳代女性。30歳時、妊娠中の喀血にてA病院へ搬送され、右心カテーテル検査上、特発性肺動脈性肺高血圧(IPAH)と診断された。通院を自己中断したが、症状なく経過。48歳時、気管支喘息のため受診したB病院にて右室負荷所見を認め当科紹介。当院での右心カテーテル検査では肺動脈圧60/29(43)mmHg、心係数4.05L/min/m²、肺血管抵抗5.2WoodUで、約18年前とほぼ同様の血行動態であった。IPAHとしては非典型的経過と考え、さらに精査を行ったところ肝動脈脈瘤が認められた。また、詳細な問診により、本人と父の反復性鼻出血が判明し、遺伝子検査では両者にACVRL1遺伝子異常を認め、遺伝性出血性末梢血管拡張症に伴う肺動脈性肺高血圧症と診断した。

02

左室内に巨大血栓を形成した若年発症の陳旧性心筋梗塞の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

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

症例は20歳代、女性。呼吸困難を主訴に近医を受診し心不全として入院。入院後の心エコーで左室内に巨大な腫瘤を認め、当院へ転院となった。心エコーでは左室壁運動はびまん性に低下し、LVEF 20%程度で、左室内に5cm程度の巨大な腫瘤を認めた。第2病日に心室細動あり、電気的に除細動されたが、塞栓症が懸念されたため第3病日に左室内腫瘤除去術が行われた。術中所見では、線維化した左室心尖部に茎を有する、一部器質化した血栓であった。後日冠動脈造影を行ったところ、前下行枝#6で完全閉塞を認めた。心室細動への二次予防として完全皮下植え込み型除細動器移植術を行い、近医へ転院となった。今回、若年性の陳旧性心筋梗塞に起因する巨大な左室内血栓を生じた一例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

04

冠縮性狭心症を合併しその加療により運動耐容能が著明に改善した肥大型心筋症の1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、羽尾 清貴、土屋 聡、進藤 智彦
菊地 翼、松本 泰治、高橋 潤、杉村宏一郎
坂田 泰彦、下川 宏明

家族性肥大型心筋症で経過観察中だった36歳男性。労作時呼吸困難が増悪し、前医でシベンゾリンとピソプロロールが開始されるも改善なく、精査加療目的に当科入院。心臓カテーテル検査で左室内圧較差は無かったが、運動負荷に伴う肺動脈楔入圧上昇と心筋内乳酸産生が認められた。冠動脈造影で器質的狭窄病変は無し。引き続き施行したアセチルコリン負荷試験にて左冠動脈全体が造影遅延となる高度のびまん性冠縮が誘発された。冠縮性狭心症の合併と診断しベニジピンを開始したところ、労作時呼吸困難は著明に軽快した。さらに、Peak VO₂が17.3ml/kg/minから20.5ml/kg/minへと上昇し、運動耐容能の改善が示唆された。肥大型心筋症の運動耐容能低下に冠縮が関与したと考えられた1例を経験したので報告する。

06

急性冠症候群患者の長期予後に冠動脈架橋構造が与える影響

岩手医科大学医学部付属病院 循環器センター

○二宮 亮、木村 琢巳、肥田 頼彦、石田 大
房崎 哲也、伊藤 智範、森野 禎浩

【目的】急性冠症候群(ACS)における心筋架橋構造(myocardial bridge: MB)の影響を検証することである。【方法】左前下行枝を対象とした232人の薬剤溶出性ステント(DES)を留置したACS患者を後向きに観察した。MBはIVUSによって定義した。主要エンドポイントは、標的血管における再血行再建、心管死、急性心筋梗塞を含む主要心血管イベント(MACE)とした。【結果】平均観察期間は645日であり84人(36.2%)にMBを認めた。MACEはMB群で12人(14.2%)、非MB群では7人(4.7%)で見られた(p=0.005)。年齢、性別、最小ステント面積で調整した多変量解析でも、MACEの発症においてMBは独立した有意なリスク因子であった(オッズ比:3.7, 95%信頼区間:1.4-10.0)。【結語】DESを留置したACS患者において、MBはMACEのリスクを増加させる。

07

肺動脈性肺高血圧症の長期予後に対する右心機能と性差の関連

東北大学 循環器内科学

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

【背景】肺動脈性肺高血圧症（PAH）の発症率は女性が男性より高い一方で予後は女性の方が良好であることが報告されているが、その背景因子は明らかでない。【方法】1977年1月から2014年10月までに当院で心臓カテーテル検査を施行し、平均肺動脈圧が25mmHg以上のPAH患者連続129例（女性95例）を検討した。主要評価項目は総死亡および肺移植とし、平均観察期間は6.7年であった。【結果】女性は男性に比して5年無事生存率が有意に良好であった（男性56.8%、女性76.7%、 $P < 0.01$ ）。治療経過において、平均肺動脈圧は男女とも有意に低下した一方（各 $P < 0.05$ ）、右室拡張末期圧、右房圧、心係数は女性でのみ有意な改善を認めた（各 $P < 0.05$ ）。【結語】女性PAH患者は治療により右心機能が改善されやすいため予後良好である可能性が示唆された。

09

心房細動を合併した症候性心不全患者におけるDOACの有用性

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○佐藤 悠、義久 精臣、佐藤 崇匡、鈴木 聡
及川 雅啓、小林 淳、国井 浩行、八巻 尚洋
中里 和彦、竹石 恭知

心房細動を合併した心不全患者においてDOACとワルファリンの生命予後に関する効果は明らかでない。心房細動を合併した症候性心不全患者連続497名（DOAC群150名、ワルファリン群257名、非抗凝固群90名）の予後について比較検討した。非抗凝固群では、ワルファリン群およびDOAC群に比して、貧血の合併率が高く（64.4 vs. 56.0 and 46.7%、 $P < 0.05$ ）、HAS-BLEDスコアが高値（3.4 vs. 2.8 and 2.7、 $P < 0.01$ ）であり、総死亡率は高率であった（43.3 vs. 31.1 and 15.3%、 $P < 0.01$ ）。さらに背景因子で調整したpropensity match後コホート（DOAC、ワルファリン、各群114名）では、DOAC群はワルファリン群に比して、総死亡率は低値であった（12.3 vs. 35.1%、HR 0.526、 $P < 0.05$ ）。DOACは心房細動合併心不全患者の生命予後を改善する可能性がある。

11

Ca拮抗薬大量服薬による徐脈、血圧低下に対し大量インスリン療法が有効であった一例

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

症例は86歳女性。意識障害と徐脈のため当院に救急搬送された。状況から睡眠薬、アテノロール、ベラパミルを含む処方薬の大量服薬を強く疑った。フルマゼニルを投与後、意識は改善したが血圧はカテコラミン不応性であった。心電図はHR40台で補充調律であったため、一時ペーシングを施行したがその後も血圧は70mmHg台であった。低血圧の原因は過量のアテノロールにあると考え、ノルアドレナリンとグルカゴンを投与したが無効であった。過量のベラパミルも病態に影響を与えていると考え、大量インスリン療法を行ったところ、血圧も脈拍も改善しカテコラミンから離脱可能となった。後日ベラパミル血中濃度の上昇を確認した。Ca拮抗薬大量服薬による徐脈、血圧低下に対し大量インスリン療法が有効である。

08

腸腰筋CT値の低下は末梢動脈疾患患者の予後を予測する

山形大学医学部第一内科

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

担癌患者において腸腰筋面積の低下や腸腰筋内の脂肪沈着を示唆するCT値の低下が予後不良と関連する事が報告された。今回末梢動脈疾患（PAD）患者において腸腰筋面積及びCT値と予後の関連を検討した。血管内治療目的に入院したFontaine2度のPAD患者250名を対象とした。第三腰椎下縁で腸腰筋面積及びCT値を計測した。観察期間中（中央値1124日）に心血管イベント及び重症虚血肢（MACLE）が35名に生じた。腸腰筋CT値により対象を3分位に分け生存分析を行うと、CT値が最も低い群で高率にMACLEが生じ、多変量解析で腸腰筋CT値はMACLEの独立した危険因子だった。腸腰筋CT値の低下はPAD患者の予後を予測することが示唆された。

10

遠隔モニターにて死亡が疑われ、遺体発見に至った冠攣縮性狭心症の一例

仙台医療センター 循環器内科

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

51歳時に心室細動（VF）に対してAEDによる除細動後に当院へ搬送された。来院後、心電図にてST上昇とともに一過性VFを認めた。イソソルビド投与にてST変化は改善し、緊急冠動脈造影検査にて有意狭窄は認めなかった。冠攣縮性狭心症（VSA）によるVFと診断しカルシウム拮抗薬を開始した。後日、VFに対して植え込み型除細動器（ICD）移植術を行った。遠隔モニター導入し、その後不整脈イベントや胸痛なく経過した。1年前よりICD外来受診せず、約半年前から内服を自己中断していた。53歳時に遠隔モニターにてVFに対して適切作動を認めたが患者と連絡取れず。遠隔モニターの解析にて死亡が疑われたため親族へ連絡し、遺体発見に至った。遠隔モニターの詳細な解析が契機となり早期に遺体が発見されたまれな症例であるため報告する。

12

心筋梗塞後に発症したアミオダロン耐性のelectrical stormに対して、ニフェカレントが著効した一例

¹岩手県立宮古病院、²岩手医科大学内科学講座循環器内科分野³岩手県立久慈病院、⁴八戸赤十字病院、⁵岩手県立中部病院○石曾根武徳¹、大和田真玄²、辻 佳子³、二宮 亮⁴
後藤 巖²、中島 悟史²、木村 琢己²、田中健太郎²
臼井 雄太¹、河合 悠⁵、前川 裕子¹、森野 禎浩²

症例は53歳の男性。胸痛を主訴に受診し、右冠動脈の完全閉塞を伴う三枝病変が確認され、責任病変に対する冠動脈インターベンション（PCI）が施行された。4日後、プルキンエ起源を示唆する右脚ブロック型波形の心室性期外収縮を契機に多形性心室頻拍を繰り返し、electrical storm（ES）に陥り搬送された。アミオダロン等の静注薬は効果なく、残存狭窄に対するPCIを施行して、経皮的肺補助と大動脈バルーンパンピングを導入したが、ESは抑制不能であった。この時点でQT延長が見られないことを確認し、ニフェカレントを使用したところ、ESを完全に抑制することができた。プルキンエ起源の心室性頻拍ではアミオダロン抵抗性のことがあるとされている。同様の症例を制御する際に、ニフェカレントは重要な選択肢となりうるため、ここに報告する。

13

甲状腺クリーゼに合併した心室細動の一例

秋田大学医学部付属病院 循環器内科

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

24歳男性。悪心、嘔吐を主訴に当院へ搬送となった。到着時は軽度意識障害と洞性頻脈を認めていた。診察開始直後にJCS300となり心電図モニターで心室細動が確認された。洞調律へ復帰したものの、合計7回電気的除細動を施行。人工呼吸器管理と大動脈内バルーンポンピングおよび経皮的肺補助装置を要した。入院後に甲状腺機能亢進が判明し、甲状腺クリーゼの診断基準を満たした。甲状腺クリーゼに伴う嘔気、嘔吐で低カリウム血症を呈しており、心室細動の主要な要因であったと考えるが、同様のケースで低カリウム血症が認められない報告も散見される。その機序は未だ不明な点も多いとされるが、甲状腺ホルモンによる心筋興奮性の増加や、冠動脈の攣縮などの心筋虚血との関連が示唆されている。文献的考察を含め報告する。

15

肺静脈共通幹を有する心房細動症例に対し、クライオアブレーションを施行した1例

仙台市立病院 循環器内科

○井筒 琢磨、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
植田 寿里、鈴木 啓資、佐藤 舞

背景心房細動に対するクライオアブレーションは、肺静脈の共通幹症例への有効性は明らかでない。今回我々は、肺静脈の共通幹症例に対してクライオバルーンアブレーションを施行し、良好な肺静脈隔離をし得た。症例61歳男性、3DCTで左側肺静脈の共通幹を認めた。automatic CT-fluoroscopy overlay systemを用い、共通幹の分枝にガイドワイヤーを挿入し、クライオバルーンによるアブレーションを行った。前庭部の電位の消失、高出力刺激で前庭部-肺静脈伝導が捕捉されないことに加え、voltage mappingを行い前庭部を含め無から低電位であることを確認した。結論flexible sheathに加えautomatic CT-fluoroscopy overlay systemを用いたことで、ガイドワイヤーで肺静脈共通幹分枝の選択が可能となり、良好なバルーンの接地が得られた。

17

コンタクトフォースカテーテル使用で穿孔に至った右室流出路起源特発性心室期外収縮の2症例についての検討

仙台市立病院

○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
植田 寿里、佐藤 舞、井筒 琢磨

右室流出路(RVOT)でのコンタクトフォース(CF)カテーテルの安全性について検討した報告は少ない。症例1は64歳の女性、RVOTの心室性期外収縮(PVC)の症例で右室流出路後壁をマッピング中(average 16.9 ± 10.8g, Max 63g, Min 2g)に患者が胸痛を訴え心嚢液貯留を認めた。昇圧剤で血圧を保つことが可能であり心嚢穿刺を施行せず経過観察し得た。症例2は57歳の女性、RVOT-PVC症例でablationにpop現象を認めた(average 13.5 ± 8.5g, Max 46g, Min 2g, ablation中のMax contact 25g)。心タンポナーデとなり、心嚢穿刺施行し解除した。上記2例はCFカテーテルを使用した症例であった。CFカテーテルで圧を確認し穿孔を予防できるとの報告もあるが、当院で施行したRVOT-PVC2症例ではCFを確認しても、穿孔予防はできなかったため報告する。

14

様々な不整脈を呈した虚血性心疾患の一例

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科

○間 彩、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

症例は70歳代男性。10年前より維持透析療法を導入されていた。H28年7月右間欠性跛行を主訴に当科紹介、8月CAG施行したところseg.1 90%, seg.6 75%, seg.11 CTOの3枝病変を認めた。8月下旬にseg.1、9月上旬にseg.6にPCI施行した。同年12月に易疲労感を主訴に当科外来受診。完全房室ブロックを認め、同日当科入院、翌日CAG施行した。seg.1 ISR、seg.2に高度狭窄を認めた。seg.7にも高度狭窄を認めたが、seg.1を責任病変と判断して同日PCI施行した。術後房室ブロックも改善傾向となった。3日後の透析中に突然心肺停止状態となり、心肺蘇生術にて心拍再開した。作動したAEDを解析したところVfが記録されていた。緊急CAG施行したところ、右冠動脈の血流は良好であった。左冠動脈の虚血が関与したと考えPCI施行し、ICD植え込み術の方針となった。

16

心室中隔欠損症術後遠隔期に発生した三尖弁輪側壁を共通路としたDual loop re-entry 心房頻拍の一例

福島県立医科大学循環器内科

○武田由紀子、上岡 正志、神 雄一郎、鈴木 聡
小林 淳、鈴木 均、竹石 恭知

症例は50歳女性で6歳時に心室中隔欠損孔閉鎖術を受けた。4年前より動悸を自覚しており心房頻拍と診断され当院へ紹介。頻拍中に3Dマッピングを作成したところ三尖弁輪側壁に存在する瘢痕を旋回する心房頻拍であった。瘢痕から下大静脈へ通電中に頻拍周期が延長し、P波Morphologyも変化した。通常型心房粗動であったため三尖弁輪より下大静脈へ線状焼灼を施行、通電中に頻拍は停止した。本症例にて認めた2種の頻拍は三尖弁輪側壁を共通路としたDual loop reentryであった。近年開心術後遠隔期に発生する心房頻拍は増加しており、その中でDual loop reentryは約20%に認めるとされる。本症例では共通路及び頻拍の移行が把握しやすい典型的症例であった為ここに報告する。

18

Rhythmia™による詳細なマッピングにより根治しえた分界陵起源心房頻拍の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

○川村 陽介、石田 祐司、木村 正臣、對馬 佑一
小路 祥紘、金城 貴彦、堀内 大輔、佐々木真吾
富田 泰史

36歳女性。ベラパミル静注で停止するnarrow QRS regular頻拍に対するカテーテル治療目的に紹介となった。プログラム刺激で容易に頻拍は誘発され、ATP投与では房室ブロックを認めるが頻拍は持続することから心房頻拍(AT)と診断した。Rhythmia™を用いて、洞調律時およびAT中のactivation mapを作成した。AT mapでは分界陵を最早期心房興奮部位(EAS)とする巣状興奮パターンを示した。またEASでのentrainment pacingではpost pacing intervalは頻拍周期と一致しなかった。以上よりATの機序はマイクロリエントリーが示唆された。洞結節とEASは16mm離れており、EASでの通電後、頻拍は誘発不能となった。Rhythmia™は従来の3Dマッピングシステムと比較し、高密度のマッピングが可能となり、EASを詳細に検討でき、安全な治療が可能であった。

19

心房細動を伴った弁膜症に対して新しいアブレーションシステム (CryoICE) を用いてメイズ手術を行った1例

仙台循環器病センター 心臓血管外科
○日野阿斗務、椎川 彰、細田 進

症例は68歳男性。僧帽弁逆流症による僧帽弁逆流症および発作性心房細動のため、当院紹介、外科的治療の方針となった。手術は僧帽弁形成術、三尖弁形成術を行い、心房細動に対してはAtriCure Cryo アブレーションシステム (CryoICE) を用いてmodified Cox-Maze4術および左心耳閉鎖を行った。術後心房細動や他不整脈の出現なく、終始洞調律で経過し、術後17日目退院となった。CryoICEは2016年11月日本で承認され、プローブ先端は長さや形状が自由に調節できることから様々なアブレーションラインに合った形を作り出せること、従来より短い時間で冷却と再加温ができることが特徴の新しいデバイスである。今回臨床使用により良好な結果を得られたため、ここに発表する。

21

CRT-D 抜去後に冠静脈側壁枝の閉塞が見られた1例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科
○箧井 宣任、伊澤 毅、富樫 大輔、須知 太郎
不破 貴史、松本 崇、堀江 和紀、多田 憲生
桜井 美恵、宗久 佳子、宗久 雅人、本多 卓
大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

77歳男性。完全房室ブロックに対するペースメーカー植込み後に経年的に左室機能が低下し、慢性心不全に至ったため、CRT-Dへupgradeした。今回、電池交換を契機に創部感染を発生し、システム全抜去目的に入院となった。心房リード、ショックリードはエキシマレーザーシースを使用し、左室リードは単純牽引で抜去に成功した。抗生剤加療後、対側胸部に新規CRT-D植込みを行なった。術中冠静脈造影では元々左室リードを留置していた側壁枝の閉塞が確認された。初回治療時に中心臓静脈から分枝する後側壁枝が第二候補として確認されており、この血管を標的として左室リードの再留置が可能であった。左室リード抜去後には冠静脈閉塞を合併することが報告されており、再留置時には標的冠静脈が閉塞している可能性を念頭に戦略を考える必要がある。

23

左室充満時間低下を認めた患者に対し心臓再同期療法が奏功した一例

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
○奈良 育美、関 勝仁、木村 俊介、新保 麻衣
飯野 貴子、真壁 伸、小山 崇、飯野 健二
渡邊 博之、伊藤 宏

症例は65歳女性。平成17年、肥大型心筋症の診断で治療開始。平成27年、持続性心室頻拍の出現ありICD植込み術を施行。以降、ICDの設定変更や内服薬追加を行うも、心不全増悪のため入院を繰り返していた。平成28年12月、心不全のため4度目の当科入院となった。心電図はI度房室ブロック、QRS時間は125msecであった。心臓超音波検査ではEF32%、高度MRを認め、%FT (filling time) 41%であった。また、循環不全に起因すると思われる高度腎機能障害を認めた。非侵襲的治療のみではこれ以上の状態改善は見込めず、ICDからCRTDへのup gradeを行った。これにより心エコー上EF43%、%FT 50%まで改善しPSSは消失した。また、NYHAはIIIからIIへ改善した。左室充満時間が両室ペーシング適応評価に有用であった一例を経験したのでここに報告する。

20

筋電位のオーバーセンシングにより完全皮下植え込み型除細動器 (S-ICD) の不適切作動に至った一例

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、小山 崇、阿部 起実、田村 善一
真壁 伸、関 勝仁、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

20代男性。Brugada型心電図と診断され当科へ紹介、失神の既往や突然死の家族歴は認められなかったもののEPSでVfが誘発されたためBrugada症候群と診断された。スクリーニング後に完全皮下植え込み型除細動器 (S-ICD) が挿入されたが、退院1ヵ月後に筋電位のオーバーセンシングによる不適切作動が認められた。術前のスクリーニングではprimaryが最も適した誘導であったが、腹筋の収縮による筋電位がprimary・alternateで再現性を持って認められた。リード近位側の電極に腹筋の筋電位が混入していると考えられたため、sensing configurationをsecondaryに設定し、ゲインを変更した。以後不適切作動は認めず経過している。S-ICDの不適切作動の原因として筋電位の混入が考えられた症例であり、ここに報告する。

22

“tetra-axial” system を用いた大腿静脈アプローチによるリード抜去術

¹ 仙台厚生病院 循環器科
² 高石藤井心臓血管病院 心臓血管センター
³ 仙台厚生病院 心臓血管外科
○勝目 有美¹、伊澤 毅¹、山田 貴之²、本多 卓¹
山谷 一広³、畑 正樹³、大友 達志¹、井上 直人¹
目黒泰一郎¹

80歳女性。21年前に完全房室ブロックでペースメーカー留置 (VDD)、12年前にリード不全で2本目のVDDリード追加。6ヵ月前から創腫脹と熱感があり、ポケット感染の診断で経静脈的リード抜去を施行した。新しいリードは上方アプローチによるレーザーシースで抜去できたが、古いリードは右室からは外れたものの、上大静脈と癒着が強く抜去できなかった。この為、大腿静脈アプローチに移行した。単純なスネア牽引では抜去できなかった為、18Frシース、16Frレーザーシース、8.5Frアジリス、6Frスネアを組み合わせた“tetra-axial” systemを構築し、抜去に成功した。リード抜去ではペイルアウトに大腿静脈アプローチを用いる場合が多い。本法はその一つのテクニックとして有用である。

24

両室ペーシング機能付き植え込み型除細動器の電池交換時に左心不全を呈した一例

¹ 太田総合病院附属 太田西ノ内病院
² 福島県立医科大学 循環器内科学講座
○西浦 司人¹、武田 寛人¹、大原妃美佳¹、和田 健斗¹
安藤 卓也¹、金澤 晃子¹、石田 悟朗¹、神山 美之¹
小松 宣夫¹、竹石 恭知²

症例は66歳女性。拡張型心筋症に伴う低心機能、完全左脚ブロックに対し5年前に両室ペーシング機能付き植え込み型除細動器 (CRTD) による心臓再同期療法を施行されている。デバイスの電池消耗に伴い、電池交換目的に入院し術直前まで症状なく心臓カテーテル室に独歩で入室したが、両室ペーシング機能をオフして手術を開始し皮膚切開を行った直後に突然呼吸苦症状を訴えた。その後急速に肺水腫を呈し動脈血液酸素飽和度が65%まで低下。急性左心不全の診断で即座に手術を中止。人工呼吸・補助循環装置を導入し集中治療室へ入室し加療された。本症例は両室ペーシングをオフしたことが一因で左室収縮能低下を招き、急性左心不全を発生したと考えられた。CRTDレスポンスに対する電池交換時に、急性左心不全を発生した症例を経験したので報告する。

25

着用型自動除細動器の使用により十分な ICD 適応判定が可能であった流出路起源心室期外収縮誘発性心筋症の 1 例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

○北山 和敬、石田 祐司、木村 正臣、對馬 佑一
小路 祥紘、金城 貴彦、堀内 大輔、佐々木真吾
富田 泰史

53 歳男性。夜間呼吸困難感が出現したため近医を受診し、多発心室期外収縮(PVC)および心不全加療目的に紹介となった。左室駆出率(LVEF)30%の非虚血性心筋症で PVC burden 21%、最大 11 連の非持続性心室頻拍も認められた。頻脈誘発性心筋症が疑われ、カテーテルアブレーション(RFCA)を行った。3 種類の PVC を認めたが、マッピング可能な PVC1 をターゲットとし、経中隔的に右冠尖での通電で PVC は消失した。ICD が考慮される心機能だが、PVC 減少による心機能改善が期待できるため、着用型自動除細動器(WCD)を使用し退院となった。しかし未治療の PVC2 を認めたため、3 か月後に再 RFCA を行った。経中隔的アプローチでの通電は一過性の抑制のみで、経大動脈的に右冠尖での通電で PVC は消失した。LVEF は 45% と改善しており、ICD の非適応として WCD を離脱した。

27

僧帽弁輪 3 時方向に心房最早期興奮部位を認めた fast/slow 型 AVNRT の一例

東北大学 循環器内科学

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

症例は 74 歳女性。Long RP' 頻拍(158bpm, CRBBB)を発症。ベラパミル内服後も発作あり、RFCA 施行。心房期外刺激にて、房室伝導は減衰伝導を示し、Jump up 認めず。心室頻回刺激にて頻拍が誘発され、心房最早期部位は左房側壁であった。右室からの刺激にて頻拍リセットせず、心室ペーシング中の ATP20mg 投与にて VA 伝導は消失した。頻拍は全て V-A-V で誘発され、differential atrial overdrive pacing では Δ VA 時間は不変であった。心室期外刺激にて、VA 伝導の Jump up を認め、心房最早期部位が His 束記録部から左房側壁へと移り、頻拍が誘発された。以上より、fast/slow AVNRT と診断。僧帽弁輪 3 時方向の心房最早期部位の焼灼により、VA block で頻拍は停止した。CSos からの距離 5cm 程度の leftward extension が逆行性遅延伝導路に関与した例と考えられた。

29

三尖弁輪側壁を起源とする ATP 感受性心房頻拍の一例

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

○田中健太郎¹、大和田真玄¹、芳沢 礼祐¹、梶田 房紀²
小松 隆²、森野 禎浩¹、中村 元行²

動悸を主訴とする 60 代の女性。頻拍時の 12 誘導心電図は 180 回/分の long RP' tachycardia であり、根治のため EPS / アブレーションを施行した。プログラム刺激で誘発された頻拍(頻拍周期 320ms)中の心室頻回刺激では心房も capture され、ペーシング終了後は V-A-A-V pattern で頻拍に復帰した。心房内 2 点での、頻回刺激後の VA 間隔の差は明らかに 14ms 以上であった。ATP 5mg の急速静注で頻拍は停止した。ATP 感受性心房頻拍と診断し、CARTO マッピングで三尖弁輪側壁を最早期興奮部位とする centrifugal pattern を確認した。最早期近傍の fractionated potential 記録部の焼灼で頻拍は停止し、完全に誘発不能となった。ATP 感受性心房頻拍は中隔側に局在することが多く、三尖弁輪側壁での報告は少ない。文献的考察を加えて報告する。

26

術後一過性房室ブロックを呈した中隔副伝導路を有する WPW 症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、長谷部雄飛、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 45 歳女性、前失神を伴う中隔副伝導路 WPW 症候群として当科紹介。ホルターで pseudo VT 様波形を認め、RFCA の方針。順伝導は CSos やや頭側が心室興奮最早期であり、PAS で His 電位のないことを確認して通電、16 秒で kent block となるも再発。CS 内、大動脈冠尖からの通電は無効。心房中隔穿刺にて左房側から右心系の有効通電部位に近づけ、His 電位のないことを確認して通電、5 秒で kent block。追加通電中に AH 延長を認め通電中止。経時的に AH 間隔は改善し、ブロックも認めず、手技終了。術後 2 日目 wenckebach ブロック、術後 3 日目には 3 度房室ブロックも散見。その後は経時的に房室伝導は改善。左房側からの中隔 kent 束の通電は房室ブロックのリスクを伴う可能性がある。

28

Reverse common AFL に類似した propagation を呈した LLRA 起源 AT の一例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、長谷部雄飛、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 64 歳男性、cAFL への RFCA 施行後。心房頻拍を認め RFCA の方針。AT1-3 が誘発され、AT1 は sinus 近傍の focal pattern。最早期部位への通電で停止。AT 2,3 は Activation mapping で三尖弁輪を時計回転に旋回したが PPI は三尖弁輪で一致せず。より詳細に検討すると AT 2,3 は LLRA に isthmus を有する頻拍と考えられ、以前の CTI blockline が存在するため、reverse common AFL 様に見えたものと考えられた。LLRA で fragment する電位を認め、PPI も一致。通電開始 2 秒で頻拍停止。CTI blockline のために、LLRA に生じた AT の propagation が reverse common AFL に類似した 1 例を経験した。

30

慢性 B 型大動脈解離に対する TEVAR 後の Type1a エンドリークに対して、偽腔からのコイル塞栓術を施行した一例

¹福島県立医科大学 心臓血管外科

²東京医科歯科大学 放射線科

○瀬戸 夕輝¹、片田 芳明²、佐戸川弘之¹、高瀬 信弥¹
若松 大樹¹、佐藤 善之¹、黒澤 博之¹、山本 晃裕¹
横山 齊¹

45 歳男性。2012 年に B 型大動脈解離を発症し保存的加療後、2015 年に最大径 55mm となったため 1-debranching TEVAR (VALIANT) を施行した。その後 Type1a エンドリーク、最大径 65mm と瘤拡大を認め、追加治療を計画した。Tear は遠位弓部、左腎動脈、左総腸骨動脈にあり、まず遠位弓部の entry を閉鎖する方針とした。2016 年 2 月に両側大腿動脈穿刺によるコイル塞栓術を施行した。偽腔血圧は真腔より約 30mmHg 高く、entry を小湾側に認めた。マイクロカテーテルを偽腔から entry を通してステントグラフト脇の真腔へ進め、コイル(Interlock)を留置し、塞栓物質を注入した。最終造影では Type1a エンドリークの消失を確認した。真腔偽腔同時圧測定で依然として約 30mmHg の圧較差を認めた。1 年後の CT を検査で偽腔の血栓化を認め、最大短径は 50mm と縮小を認めた。

31

経皮的冠動脈形成術によるバルサルバ洞解離から1年後に上行大動脈解離を来した一例

山形大学 医学部 第一内科

○大瀧陽一郎、宮本 卓也、山浦 玄斎、和根崎 真大
沓澤 大輔、田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大
有本 貴範、穴戸 哲郎、山中 多聞、渡邊 哲
久保田 功

症例は69歳女性。2015年9月に右冠動脈の慢性完全閉塞に対して経皮的冠動脈形成術を施行した。その際に、ガイドカテーテルでバルサルバ洞に解離を来した。血行動態は安定しており、大動脈へ解離が波及しないのを確認し終了した。翌日の胸部大動脈造影CT検査では、バルサルバ洞解離を認めず退院した。その後、症状なく、外来で経過を観察していた。2016年10月、心機能の評価のために、心臓超音波検査を施行したところ、心嚢液貯留を認めた。造影CT検査では、バルサルバ洞解離は認めないものの、Stanford A型大動脈解離を認めた。2017年1月、心臓血管外科に入院の上、上行弓部全置換術を施行した。限局したバルサルバ洞解離は、自然治癒することが報告されている。遅発性に上行大動脈解離を来した症例は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

33

4回の手術にて胸腹部大動脈全置換術を施行した1例
—手術の工夫—

脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 心臓血管外科

○滝浪 学、菅野 恵、緑川 博文、植野 恭平
影山 理恵

我々は今回、計4回の手術にて胸腹部大動脈全置換術を施行した症例を経験したので報告する。症例は71歳男性。64歳時にCrawford 3型胸腹部大動脈瘤(TAAA)の診断で胸腹部人工血管置換術を施行した。70歳時にTAAA手術時の島状再建部仮性動脈瘤及び下行大動脈限局性解離を認め、腹部分枝de-branching 胸部ステントグラフト内挿術(TEVAR)を施行した。その後、弓部に広範囲胸腹部大動脈瘤と前回のTEVAR中極側末端に解離様仮性瘤を認めたため、71歳時にTEVAR+Open stent graft(OSG)併用全弓部置換術を施行した。術後、脳脊髄虚血などの合併症なく独歩で退院した。ハイリスクな広範囲胸・腹部瘤に対し、従来の外科手術に加え、TEVARを応用することで危険性を低減し得る可能性が示唆された。

35

当院で経験した左心系心内血栓について

岩手県立中部病院

○西澤 健吾、土川 幹史、井筒 大人、佐々木 航
盛川 宗孝、齊藤 秀典

日常診療において心房細動による左心耳血栓や左室低収縮による左室内血栓に時折遭遇する。脳血管への塞栓法はいったん発症すると重篤な経過をたどり、たとえ急性期を乗り越えても慢性期に重大な後遺症を残すことから慎重な治療方針の決定が必要である。しかし心内血栓予防のガイドラインはあるが、心内血栓形成後の一定の見解は得られていない。治療は抗凝固療法、または血栓摘出術となるが、外科的侵襲を考えると抗凝固療法で経過を見る場合が多いのが現状である。血栓の形状や可動性の有無、血栓の形成の部位等で心源性塞栓症の発生率が異なるとされる。最近ではDOACの有効性の報告も散見される。当院で経験した左心系心内血栓症例をもとに文献的考察を交えて報告する。

32

冠動脈疾患の合併が大動脈瘤患者の予後に与える影響の検討

山形大学 医学部 内科学第一講座

○渡部 賢、渡邊 哲、田村 晴俊、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、山内 聡
山中 多聞、宮本 卓也、久保田 功

【背景】大動脈瘤患者は高率に冠動脈疾患を合併する。冠動脈有意狭窄は治療介入されるが、非有意狭窄は治療介入されないことが多い。【方法】胸部下行大動脈および腹部大動脈瘤術前に冠動脈造影を施行した196例を、非狭窄群(n=91)、非有意狭窄群(n=39)、有意狭窄群(n=66)の3群に分け、追跡調査を行った。【結果】追跡期間中央値855日中に23例で心血管事故を認めた。多変量解析では、非有意狭窄(ハザード比=3.2, 95%信頼区間1.01-10.8, p=0.0485)および有意狭窄(ハザード比=3.1, 95%信頼区間1.1-9.8, p=0.0322)ともに、心血管事故の独立した危険因子であった。【結論】大動脈瘤に合併した冠動脈疾患は狭窄度によらず、術後の心血管事故の危険因子であった。

34

手術適応の大動脈瘤に合併する冠動脈疾患の検討

山形県立中央病院

○齋藤 拓矢、高橋 克明、數野 健、佐藤 大樹
鈴木 康太、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

大動脈瘤にステントグラフト内挿術が適用されるようになり、動脈瘤手術はこれまでより高齢で多くの合併症をもつ症例にも行われるようになった。動脈瘤に合併する冠動脈疾患は多く、重症冠動脈病変では動脈瘤術前の冠血行再建が予後を改善すると報告されている。当院で過去2年間に大動脈瘤術前の冠動脈造影検査を行った連続109例における冠動脈疾患の合併について検討した。平均年齢は71.6歳、男性94例、女性15例。冠動脈に75%以上の狭窄を有する症例は33例(全体の約30%)であった。このうち3枝病変は9%、2枝病変は36%であり多枝病変の割合が高かった。動脈瘤術前にPCIを行ったのは5例、動脈瘤手術と同時にCABGを施行したのは2例であった。同時手術のうち1例で術後に心不全を発症した。周術期の心血管死亡および心筋梗塞の発症はなかった。

36

ダビガトラン不応性の左房血栓をリバーロキサパンに変更し溶解しえた持続性心房細動の1例

仙台市立病院 循環器内科

○伏見 八重、佐藤 弘和、石田 明彦、三引 義明
山科 順裕、中川 孝、佐藤 英二、鈴木 啓資
井筒 琢磨、八木 哲夫

症例62歳男性。検診で心房細動を指摘され受診となった。無症候性の心拍数30台徐脈性心房細動をみるとBNPは486.8と上昇しており、心エコーでEF50%と心機能は保たれているが左房径は53mmと拡大していた。CHADS2 3点で当院受診時ダビガトラン220mgを約1ヶ月間内服していた。電氣的除細動、アブレーション治療を検討したが体表心エコー・左房CTにて左房内に23mmの左房血栓を認めた。ダビガトラン300mgに増量し4ヶ月治療を行い血栓18mmとやや縮小も溶解せず、ダビガトランからリバーロキサパン15mgに変更した。変更後徐々に血栓縮小し、5ヶ月後の心エコー・CTにて左房血栓の消失を確認した。DOACは心房細動に広く用いられるようになってきたが、左房血栓に対するDOAC間の効果の報告は少なく文献的考察を加え報告する。

37

片腎動脈高度狭窄に対して腎動脈形成術が奏功した腎血管性高血圧症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学

○佐藤 輝紀、飯野 健二、岩川 英弘、山中 卓之
小山 崇、渡邊 博之、伊藤 宏

80歳男性、右尿管癌にて右腎摘出の既往がある。血圧調節不良と易疲労感にて近医より紹介入院。血液検査にて腎機能障害(Cre 2.80mg/dl)とレニン活性高値があり、胸部写真では胸水貯留を認めた。また、腹部超音波検査にて左腎動脈の加速血流と、腹部MRAにて腎動脈起始部狭窄を認めた。腎機能障害による溢水および腎血管性高血圧症と診断し、経皮的腎動脈形成術(PTRA)を施行した。左腎動脈高度狭窄に対し、ペアメタルステントを留置し、良好な拡張を得た。術後、腎機能、血清レニン活性および血圧は速やかに改善し降圧薬と利尿薬の減量が可能であった。PTRAは長期予後においては薬物療法と同等と報告され、その適応は限定的かつ慎重な判断を要するが、好適であった本症例を経験したため、考察を加えて報告する。

39

カテーテル治療で救済した重症上肢虚血の一症例

仙台厚生病院

○堀江 和紀、田中 綾紀子、宗久 雅人、大友 達志
井上 直人

症例は69歳男性。臨床診断は重症上肢虚血、高血圧症、糖尿病、末期腎不全。2014年10月から右上肢の冷感を自覚するようになった。症状が悪化し翌月には右中指背側に難治性の潰瘍を認めたため、当院外来を受診した。右上腕の血圧は146/79mmHgと高値であったが、同側手根部のskin perfusion pressure(SPP)は掌側で51mmHg、手背側で49mmHgと正常下限であった。血管造影で患側の撓骨動脈に高度石灰化を伴う90%狭窄、骨間動脈の閉塞性病変を認めた。カテーテル治療を施行し、それぞれ2.0mmのバルーンで拡張した。造影上、中指の創部に順行性の血流が確認されたため手技を終了とした。術後SPPは掌側74mmHg、手背側56mmHgに改善し、創傷の治癒転換を認めた。現在まで上肢虚血の再燃なく経過している。

41

当院における好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の心合併症に対する検討

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

○大山亜紗美、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

2002年から2017年までに当院で診断された11例の好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)患者の心合併症について検討した。患者は29~77歳で男女比は1:3、いずれも喘息、末梢血好酸球数増加、血管炎を有していた。このうち3例が心合併症を有していた。1例目はMRIにて造影遅延を伴うびまん性左室壁運動異常を認めた。2例目はびまん性左室壁運動低下と心内血栓を認めた。3例目は心内血栓と、それによる多発性脳塞栓を認めた。3例全例において血清トロポニンTが陽性であることが心臓精査を行うきっかけであった。EGPA患者において、心合併症の診断のためにトロポニンTは重要である。

38

腎動脈瘤に対してカバードステント留置術を施行した2例

仙台厚生病院 心臓センター 循環器内科

○柳内 隆、堀江 和紀、田中綾紀子、宗久 雅人
井上 直人

【症例報告】症例1は64歳、女性。全身検索目的で実施した単純CTで左腎動脈瘤を指摘した。径19×22mmであり、造影CTで瘤内部に血流を認めた。症例2は67歳、男性。右腰部痛を主訴に当院救急受診した。造影CTで径16×22mmの内部血流を有する右腎動脈瘤を指摘し、自覚症状との関連が示唆された。2症例はいずれも総大腿動脈アプローチで、腎動脈本幹に径5mmのカバードステント(Advanta V12 LD stent™)を留置し、合併症なく良好な経過をたどった。症例2は、腎動脈分岐部に瘤が存在したため、側枝にコイル塞栓術を施行した。【結論】腎動脈瘤に対してカバードステント留置術を施行し、良好な経過が得られた2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

40

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症による心不全と診断した一剖検例

¹公益財団法人星総合病院循環器内科

²福島県立医科大学 病理病態診断学講座

○磯松 大介¹、安齋 文弥¹、市村 祥平¹、八重樫大輝¹
佐藤 彰彦¹、清水 竹史¹、松井 佑子¹、金子 博智¹
坂本 圭司¹、清野 義胤¹、木島 幹博¹、丸山 幸夫¹
金居 李紗²、橋本 優子²

症例は60歳台男性。左上肢麻痺にて当院搬送。頭部MRIで右基底核脳梗塞の診断にて入院。好酸球数2204/ μ lと高値で多発脳梗塞を反復し第55病日には好酸球数16014/ μ lと上昇した。第58病日心不全を発症し心臓超音波検査でびまん性壁運動低下を認めたため好酸球性心筋症疑いにてPSL10mgを開始した。冠動脈造影では有意狭窄無く、心筋生検にて好酸球浸潤を伴う心筋組織の凝固壊死像を認めPSLを継続とした。第71病日両側後頭葉の皮質下出血にて永眠した。病理解剖にて心筋周囲微小血管のフィブリノイド壊死と周囲に好酸球浸潤を伴った肉芽腫形成を認め、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に伴う心機能低下と判断した。多発脳梗塞、心不全をきたし、剖検にて好酸球性多発血管性肉芽腫症と診断された症例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

42

完全房室ブロックで発症した急性心筋炎の一例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

○横川沙代子、及川 雅啓、寶槻 優、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72歳男性。労作時息切れを主訴に近医受診し、待合室にて意識消失を来し、心電図にて完全房室ブロックを認めたため、当院へ緊急搬送となった。当院到着後に補充調律が消失し、経静脈的ペースメーカーを留置した。心筋逸脱酵素の上昇と全周性の左室肥大認め、冠動脈閉塞所見がなく、右室心筋生検の結果からウイルス性心筋炎の診断となった。第3病日まで左室駆出率低下、心筋浮腫が進行したものの、血行動態は破綻せずに経過し、第6病日には左室駆出率、心筋浮腫の改善が認められ、第15病日に退院となった。急性心筋炎はウイルス感染症状が先行することが多いが、本症例は完全房室ブロックが初発症状であり、医療機関受診時に意識消失を来したため救命することができた稀な症例と考えられたため報告する。

東北大学 循環器内科学

○山本 沙織、杉村宏一郎、青木 竜男、建部 俊介
佐藤 遥、神津 克也、紺野 亮、後岡広太郎
佐藤 公雄、下川 宏明

【背景】Fabry 病は X 連鎖性遺伝性を呈する稀な疾患で基質である α -ガラクトースが組織に蓄積し、様々な臨床症状を呈する疾患である。今回我々は同一家系内において複数の Fabry 病患者を診断したので報告する。【経過】60 代女性を発端者として、R301Q 遺伝子変異を認める Fabry 病患者 6 名（男性 1 名、女性 5 名）を診断した。診断には詳細な家族歴の聴取と、白血球 α -ガラクトシダーゼ活性 (α -GAL)、血中グルボトリアオシルスフィンゴシン (Lyso-Gb3) が有用であった。R301Q 遺伝子変異は遅発型であり、主に心病変を認めた。【結語】R301Q 遺伝子変異のヘテロ型は Lyso-Gb3 値がほぼ一定であり、世代における臨床像の比較により臓器障害の発症時期をある程度予測できると思われた。

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

症例は 67 歳男性。1 年前より慢性肺気腫、潰瘍性大腸炎の加療中。1 ヶ月前より増悪する労作時息切れを主訴に当院へ救急搬送、肺炎の診断で治療開始。入院 2 週間後、胸痛を訴えた。ECG で V2-4 の ST 上昇、トロポニン T の微増 (0.121 ng/ml)、UCG における心尖部壁運動低下と心基部過収縮、正常 CT 冠動脈像からたこつば心筋症と診断した。同時に得られた左室心筋 perfusion-CT 画像を詳細に観察すると、壁運動異常を示す心尖部領域に一致した心内膜の低灌流領域を認めた。これらの異常所見は 1 ヶ月後には完全に消失した。以上の所見は、microcirculation 異常がたこつば心筋症の原因であるという仮説を支持する。

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

○富樫 大輔¹、畑 正樹²、田中綾紀子¹、茂井 宣任¹
松本 崇¹、堀江 和紀¹、伊澤 毅¹、桜井 美恵¹
多田 憲生¹、宗久 佳子¹、宗久 雅人¹、本多 卓¹
大友 達志¹

症例は 52 歳男性、5 年前より労作時の息切れを自覚、検診で心室性期外収縮を指摘されたことより当科紹介となった。心エコー上心室中部閉塞性肥大型心筋症の診断で内服加療開始となったが、安静時の胸痛が出現してきたため、心筋切除術を行う方針となった。術前の CT 撮影で得られた情報から 3D プリンタを使用し、心臓モデルを作製することで立体構造を把握した。手術はまず経大動脈弁アプローチでの心筋切除を行ったが、内腔狭小化のため乳頭筋付着部まで視野におさめる事が困難であった。心臓モデルからも視野確保困難となることを予想しており、計画していた通りに左室心尖部アプローチに変更、最終的に総重量 28g 心筋を切除し終了した。術後合併症は無く息切れの症状も改善が得られ良好に経過している。

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科

○三浦 尚武、山田 雅大、樋熊 拓未、富田 泰史

【症例】72 歳男性。前立腺癌の術前心電図にて心房細動を指摘。心エコー精査にて前壁から側壁に局限する著明な心筋肥厚を認め、腫瘍様の形態から心臓腫瘍が疑われ手術は延期。心臓 MRI では同部位の不整な肥厚と一部に不均一な遅延造影所見を認めた。長時間絶食下での FDG-PET では同領域に陽性集積を認めた。Cancer board で検討した結果、心筋生検が必要と判断された。開胸心筋生検後の病理学的診断では心筋に腫瘍性変化は認めず不均一な心筋肥大と高度の線維化を認めるのみであった。総合的に特異な形態の肥大型心筋症と診断し画像フォローを続けているが、心形態や機能に変化は認めていない。【考察】腫瘍との鑑別を要した肥大型心筋症を経験した。各種画像診断の特性を理解する上でも重要な症例と思われここに報告する。

石巻赤十字病院 循環器内科

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

症例は 80 歳代女性。以前から閉塞性肥大型心筋症 (HOCM) を指摘されていた。嘔吐を主訴に近医を受診したところ、SpO₂ 77% と低酸素血症を認め、精査治療目的に当院搬送となった。来院時心電図で完全房室ブロックによる心拍数 40 台の徐脈を認め、胸部 Xp で肺水腫を認めた。心エコーでは左室流出路に 120mmHg の圧較差を認めた。完全房室ブロック、HOCM による急性心不全の診断で入院となった。体外ペースメーカーによる右室ペーシングとシベンゾリン静注を行い左室流出路の圧較差は 30mmHg 程度に改善した。HOCM に徐脈性不整脈を合併することは比較的稀と言われているが、完全房室ブロックを合併したことで心不全が急激に悪化したと考えられた一例を経験したので報告する。

¹ いわき市立総合警城共立病院 初期研修医

² いわき市立総合警城共立病院 循環器内科

○鴻地 由大¹、瀬川 将人²、工藤 俊²、塙 健一郎²
高木 祐介²、相澤健太郎²、山下 文男²、山本 義人²
杉 正文²

症例は 50 代女性。201X 年、高度房室ブロックに伴う失神を認めペースメーカー植え込みを行った。このとき基礎疾患の検索が行われたが異常所見はみられなかった。その後近医で継続加療を受けていたが、徐々に体動時息切れ・動悸が見られる様になり心精査依頼で再度紹介となった。ペースメーカーの記録をみると、心室性期外収縮の割合が著増し非持続性心室頻拍も散見された。心臓カテーテル検査を施行したところ、左室造影検査にて虚血では証明し得ない前壁領域の壁運動異常を認めた。心臓 MRI では前壁・中隔・心尖部の一部に遅延造影効果を認め、心臓 PET では中隔・心尖部に濃い集積像を呈していた。確定診断には至っていないが、房室ブロック発症から 4 年の経過で疑われた心サルコイドーシス疑いの一例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

心アミロイドーシスの鑑別に心臓 MRI T1 マッピングが有用であった多発性骨髄腫の一例

¹ 東北大学 循環器内科学

² 東北大学 血液免疫学分野

○佐藤 遥¹、杉村宏一郎¹、建部 俊介¹、青木 竜男¹
山本 沙織¹、矢尾板信裕¹、神津 克也¹、紺野 亮¹
佐藤 公雄¹、福原 規子²、下川 宏明¹

症例は73歳、多発性骨髄腫の男性。寛解と再燃を繰り返したが、ボルテゾミブ+デキサメタゾンの併用療法で再燃はなく経過していた。心電図で完全左脚ブロックとQT延長を認め当科紹介となった。心臓超音波検査では左室駆出率56%、左房径37mmと拡大はなく左室壁肥厚も軽度であったが、心臓MRIでnative T1が高値であり心アミロイドーシスが疑われた。心臓カテーテル検査を行い、心筋生検の結果アミロイド沈着が確認され、心アミロイドーシスの診断に至った。ボルテゾミブの副作用としても心筋障害・QT延長が報告されているが、原疾患治療のためボルテゾミブは継続し、慎重な経過観察を行っている。心アミロイドーシスの鑑別に心臓MRI T1 マッピングが有用であった一例を経験したので報告する。

当院における経カテーテル的大動脈弁置換術100症例の治療成績

¹ 岩手医科大学附属病院循環器医療センター 循環器内科

² 中通総合病院 循環器内科

³ 岩手医科大学附属病院循環器医療センター 心臓血管外科

⁴ 岩手医科大学附属病院循環器医療センター 放射線科

○坂本 翼¹、肥田 頼彦¹、古味 良亮¹、小田 英人¹
二宮 亮¹、臼井 雄太¹、石川 有¹、阪本 亮平²
下田 祐大¹、鎌田 武³、房崎 哲也¹、田代 敦¹
金 一³、吉岡 邦浩⁴、森野 禎浩¹

わが国で2013年8月に保険償還された経カテーテル的大動脈弁置換術(transcatheter aortic valve replacement: TAVR)は、外科的大動脈弁置換術と比較して侵襲度の低い治療とされ、全国で急速に普及しつつある。しかし、現時点では本邦におけるTAVRの治療成績について不明な点が多い。当院では2013年12月より北東北で唯一の実施設としてTAVRが開始され、2017年4月5日現在までの期間で91例(平均年齢82.5±5.6歳、男性38例)に施行された。5月には100例に達する予定である。現時点で院内死亡は2件(2.2%)と過去の報告と遜色がない。今回われわれは、当院におけるTAVR患者の臨床的背景および治療成績について報告する。

Valsalva 洞径から検討した経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI) device の選択 - 当院における経験 -

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、菊地 翼¹、杉澤 潤¹
羽尾 清貴¹、高橋 潤¹、川本 俊輔²、熊谷紀一郎²
齋木 佳克²、下川 宏明¹

2016年1月から大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)施行時にバルーン拡張型であるSapienの他、自己拡張型であるcorevalveが日本で使用開始となった。しかし日本人は欧米人と比較し体格が小さく、valsalva洞径が小さいことから自己拡張型valveが使用できない症例が少なからず存在する。日本人における解剖学的サイジングから考えたdevice選択に関する検討は少ないため、当院での経験を踏まえて考察する。2016年1月から2017年4月まで当院でTAVIを施行した症例は22例、女性の割合は86%と高かった。平均valsalva洞径は28.5mmであったが、valsalva洞径から自己拡張型valveが使用不可症例は8例(36.4%)であった。自己拡張型valveの有用性は多々報告されているが、我々の施設では約3割が自己拡張型valveを使用できなかった。

イダルシズマブを使用した緊急TAVIの一例

¹ 仙台厚生病院 循環器内科、² 仙台厚生病院 麻酔科

³ 仙台厚生病院 心臓血管外科

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

症例は81歳、男性。大動脈弁口面積0.85cm²、大動脈弁平均圧較差66mmHg、左室駆出率39%の重症大動脈弁狭窄症(AS)による急性うっ血性心不全のため入院治療を開始した。脳幹梗塞の既往、慢性腎臓病のため手術ハイリスクと考え、心不全改善後に経カテーテル大動脈弁植込術(TAVI)を予定していた。しかし、DOB使用下の某日朝に急激な全身状態悪化を認めたため、緊急TAVIを行う方針とした。慢性心房細動に対しダビガトランを内服しており、当日朝も内服していたため、イダルシズマブを投与し、TAVIを施行した。術中術後とも出血及び塞栓系合併症なく経過し、第14病日に退院した。イダルシズマブは直接ダビガトランに結合し抗凝固作用を中和することで、侵襲的処置時の出血を抑制する。今回イダルシズマブを使用した緊急TAVIの症例を報告する。

高度大動脈弁狭窄症に対するTAVR後に貧血の改善を認め、Heyde症候群が疑われた1例

¹ 岩手医科大学附属病院循環器医療センター 循環器内科

² 中通総合病院 循環器内科

³ 岩手医科大学附属病院循環器医療センター 心臓血管外科

⁴ 岩手医科大学附属病院循環器医療センター 放射線科

○坂本 翼¹、肥田 頼彦¹、古味 良亮¹、小田 英人¹
二宮 亮¹、臼井 雄太¹、石川 有¹、阪本 亮平²
下田 祐大¹、鎌田 武³、房崎 哲也¹、田代 敦¹
金 一³、吉岡 邦浩⁴、森野 禎浩¹

高度大動脈弁狭窄症によってvWFマルチマーの低下が起こり貧血を来す疾患としてHeyde症候群がある。症例は80歳男性。消化管出血によると考えられる貧血を認めたが、消化管内視鏡検査では小腸の血管異形成を認めるのみで、止血処置が必要な病変は無く、繰り返す輸血による対応のみで経過観察となっていた。心エコー検査で高度大動脈弁狭窄症を認め、Heyde症候群が疑われたが、vWFマルチマーの低下は認めなかった。心不全を繰り返すようになったため大動脈弁狭窄症に対して経大腿動脈アプローチでTAVR(transcatheter aortic valve replacement)を施行したところ、以後貧血の再燃無く経過した。Heyde症候群が疑われた一例を経験したので報告する。

緊急バルーン大動脈弁形成術にて救命できた重度大動脈弁狭窄症による心原性ショックの一例

いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科

○安達 祐里、工藤 俊、高木 祐介、鴻地 由大
瀬川 将人、塙 健一郎、相澤健太郎、山下 文男
山本 義人、杉 正文

症例は95歳女性。呼吸苦、胸痛を自覚し当院に救急搬送された。心臓超音波検査にて平均大動脈弁圧較差101mmHg、弁口面積0.41cm²の重度大動脈弁狭窄症(AS)を認め、ASによるうっ血性心不全の診断で当科へ入院した。カルペリチド、ドブタミンにて心不全の改善が得られたが、入院第25病日に突然心原性ショック、失神を呈したため、保存的加療では救命困難と判断し緊急でバルーン大動脈弁形成術(BAV)を施行した。IABP挿入下に逆行性アプローチにてφ16mm、φ20mmバルーンで順次拡張を行い、平均圧較差は82.8から66.0mmHg、弁口面積は0.47から0.68cm²と改善を認め血行動態の安定が得られた。術後は合併症なく安定して経過している。超高齢の重症ASによる心原性ショック症例に対し、緊急BAVで救命できた症例を経験した。

55

バルサルバ洞に局限した大動脈解離による大動脈弁閉鎖不全症の一例

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学講座

○黒沢 雄太¹、八巻 尚洋¹、佐藤 悠¹、益田 淳朗¹
金城 貴士¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、石田 隆史¹
竹石 恭知¹、瀬戸 夕輝²、高瀬 信弥²、横山 齊²

症例は60歳代女性。混合性結合組織病にて近医通院中であつた。呼吸困難、湿性咳嗽、発熱が出現するようになり、前医を受診。肺うっ血及び心拡大を認め、うっ血性心不全の診断にて入院となった。前医での治療にも関わらず低酸素血症が遷延し、肺高血圧症の合併も疑われ、当院へ転院となった。当院での経胸壁心エコー図検査では大動脈弁閉鎖不全（重度）を認め、NIPPV及び利尿剤の投与にて肺うっ血は改善した。造影CTを施行したが大動脈解離の診断には至らず、経食道心エコー図検査にてバルサルバ洞に局限した解離所見を認め、大動脈解離による大動脈弁閉鎖不全症と診断した。準緊急的にBentall手術を行い、独歩退院された。バルサルバ洞に局限した大動脈解離による大動脈弁閉鎖不全を経験したため報告する。

57

大動脈弁狭窄症を合併した非心臓手術患者における術前バルーン拡張術

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、山下 文男、山本 義人、杉 正文

【背景】大動脈弁狭窄症（AS）の患者が増加する近年、非心臓手術におけるASの合併がしばしば問題となる。【方法】2014年1月から2017年4月で、重症AS患者に対する68件の大動脈弁バルーン拡張術（BAV）のうち、非心臓手術の耐術能の向上を目的に行った6件（男性3例、平均79.8±12.4歳）を検討した。【結果】非心臓手術は、整形外科疾患が3例、悪性腫瘍が3例だった。カテーテル計測上、BAV前後で左室一大動脈平均圧較差は49.6±17.6mmHgから31.5±13.1mmHgに軽減した（P=0.028）。BAVの致死合併症、非心臓手術の周術期の心イベントとも、0例（0%）だった。平均4.1±3.9ヶ月の観察期間中、全例が生存した。【結語】ASを合併した非心臓手術の術前で、BAVは考慮され得るものと考えられた。

59

ウロキナーゼ冠動脈内投与が有効であった若年発症の心筋梗塞の2症例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

症例1は42歳男性、近医より心筋梗塞疑いにて紹介され、緊急でCAG施行したところ両冠動脈の拡張、#2に血栓、#4PD、#4AVの完全閉塞を認めた。血栓吸引を繰り返し、#2は再灌流を得られたが、末梢の閉塞はバルーン拡張後もflowの改善は得られず、ウロキナーゼ冠注し終了とした。症例2は30歳男性、胸痛を主訴に独歩にて救急外来受診。心電図にて前胸部誘導でST上昇認め、心電図検査中にVfとなり除細動後に緊急でCAG施行した。両冠動脈の拡張と、LAD近位部に血栓による閉塞を認めた。血栓は吸引されず、ウロキナーゼ冠注後に血栓が吸引され、TIMI2となったためIABP装着し終了した。2症例とも後日のCAGでは良好なflowが得られていた。ウロキナーゼ冠動脈内投与が有効であった若年発症の心筋梗塞2症例を経験したので報告する。

56

肺動脈四尖弁に伴う肺動脈弁狭窄症に対し経皮的肺動脈弁形成術を施行した一例

¹ 星総合病院 循環器内科

² 仙台厚生病院 循環器内科

○野崎 祐司¹、清水 竹史¹、多田 憲生²、市村 祥平¹
八重樫大輝¹、安齋 文弥¹、佐藤 彰彦¹、松井 佑子¹
金子 博智¹、坂本 圭司¹、清野 義胤¹、木島 幹博¹
丸山 幸夫¹

62歳男性。健康診断で心雑音、心電図異常を指摘され当院受診。心電図で右心負荷所見を認め、心エコーにて肺動脈弁でのモザイクエコー（血流速度4.1 m/s、圧較差67 mmHg）と軽度肺動脈弁逆流を認めた。明らかな弁上下部狭窄や肺動脈拡張はみられなかった。心電図同期MDCTにて肺動脈四尖弁が観察され、右心カテーテル検査で収縮期右室圧102 mmHg、肺動脈圧20 mmHgであり右室造影にて肺動脈弁のドローイングを認めた。肺動脈四尖弁に伴う肺動脈弁狭窄症と診断し、経皮的肺動脈弁形成術を施行した。僧帽弁用イノウエ・バルーン（22-26）を26 mmまで拡張し弁の拡張を得た。収縮期右室圧は拡張直後より152→48 mmHgに低下し、術後、肺動脈弁逆流の増悪は認めなかった。肺動脈四尖弁に伴う肺動脈弁狭窄症は稀であり文献的考察とともに報告する。

58

黄色ブドウ球菌を起炎菌とする感染性心内膜炎に運動失調を合併した1例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○福井 健人、富岡 智子、伊藤 愛剛、塩入 裕樹
小山 二郎、井上 寛一

【症例】32歳男性【現病歴】朝から悪寒・全身倦怠感を自覚し、日中駅で意識朦朧とし倒れたため救急搬送された。【既往歴】心室中隔欠損症（VSD）【臨床経過】心臓超音波にてVSD欠損孔に付着する疣贅を認め、血液培養にて黄色ブドウ球菌（SA）が検出され、感染性心内膜炎（IE）と診断し抗菌薬の投与を開始した。また初診時から見当識障害、小脳失調、腱反射消失を認め、脳血流シンチグラフィにて両側小脳血流低下を認めたが、炎症の消退に伴い症状は軽快した。【考察】本症例はSAを起炎菌とするIEに伴いなんらかの自己抗体が産生されフィッシャー症候群を合併したと考えられる。SAによるIEにギランバレー症候群を合併した報告はあるが、運動失調を伴う重症例の報告は見られず極めて珍しいと考えられ報告する。

60

2枝慢性完全閉塞病変で発症した急性冠症候群の一例

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

症例は70歳代男性。某日就寝前より胸痛が持続するため救急車要請し、当院へ搬送された。来院時冷汗著明でショックバイタルであり、心電図ではaVR誘導でのST上昇を認めた。急性冠症候群の診断で同日緊急心臓カテーテル検査の方針となった。左前下行枝seg.7および右冠動脈seg.1の慢性完全閉塞（CTO）、左回旋枝seg.13の遅延造影を伴う99%狭窄を認めた。左回旋枝が責任病変と判断してIABP駆動下で同部位に対してPCI施行した。薬剤溶解性ステント留置で血行再建は成功したが、血行動態が不安定のため、同日右冠動脈の慢CTOに対してもPCI施行した。

61

心破裂に対して保存療法で経過をみたが、再度心破裂して左室自由壁修復術で救命しえた一例

岩手県立中部病院

○盛川 宗孝、齊藤 秀典、西澤 健吾、井筒 大人
土川 幹史

67歳男性、狭心症で回旋枝にPCIの施行歴あり。1週間前に数時間続く胸痛を自覚、葬儀参列中に意識消失あり、JCS10、ショックバイタルで、救急車内で血圧低下、JCS300となりCPRを開始し当院到着後に心拍再開した。胸部CTで心嚢液、上縦隔の血腫を認めた。心電図で広範囲のST低下、緊急CAGでステント閉塞を認めたため、心破裂による心嚢液がCPRにより上縦隔に穿破したと考えた。PCIは施行せず低体温療法を開始した。神経学的後遺症はなく、第24病日に歩行後より血圧低下、心エコーで心嚢液の増加を認め心嚢穿刺して血性心嚢液を確認した。心破裂の再発に対して手術目的で転院、タコシールを用いた左室自由壁破裂修復術を施行し救命しえた。急性心筋梗塞に2回の心破裂を合併した症例を経験したので報告する。

63

特発性血小板減少性紫斑病を合併した重症三枝病変の急性冠症候群に対する治療経験

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 血液内科

³ 福島県立医科大学 循環器内科学講座

○安藤 卓也¹、小松 宣夫¹、大原妃美佳¹、和田 健斗¹
金澤 晃子¹、石田 悟朗¹、神山 美之¹、武田 寛人¹
高橋 裕志²、竹石 恭知³

症例:70歳代男性。現病歴:高血圧症、脂質異常症に対し内服加療を受けていた。2016年11月、胸痛発作にて前医を受診、ACS疑いで入院となったが、PLT 7000/ μ Lと低値のため、薬物療法にて経過観察された。PLT低値はITPが疑われたが、前医には血液内科医不在のため、循環器内科・血液内科医が常勤する当院へACS、ITP加療目的に転院となった。血液内科と協議し、ITP治療を優先する方針としステロイドが開始された。第3病日、心不全と心筋逸脱酵素上昇を認めた。PLT 8.6万/ μ Lへ改善しており、同日、緊急CAGを施行。#1:75%、#7:99%、#13:90%狭窄病変を認め、IABPサポート下にLAD、LCxへDESを留置した。術後はDAPTを継続したが出血性合併症なく、第29病日、退院となった。ITP合併ACS症例に対し、ITP治療先行によりPCIにて治療し得たので報告する。

65

運動誘発性冠攣縮に伴う無症候性心筋虚血の1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、松本 泰治、土屋 聡、須田 彬
進藤 智彦、羽尾 清貴、菊地 翼、高橋 潤
坂田 泰彦、下川 宏明

症例は2型糖尿病の66歳男性。日常生活で胸痛はないが、心電図異常を指摘され、当科紹介となった。午前中に施行した運動負荷試験で虚血性変化を認めたために、冠動脈造影を施行した。左前下行枝に器質的狭窄を認めたが、FFR0.85と血行再建の適応ではなかった。引き続き血管機能異常評価のためにアセチルコリン負荷試験を施行、心電図変化を伴う冠攣縮が誘発されたが、無症候であった。器質的狭窄に運動誘発性冠攣縮を伴った無症候性心筋虚血と診断しカルシウム拮抗薬の投与を開始した。内服開始6ヵ月後に施行した運動負荷試験では心電図変化と運動耐容能が改善した。無症候性心筋虚血は症候性と同様に予後不良な病態であり、冠攣縮に伴う無症候性心筋虚血に対するカルシウム拮抗薬の有効性を示唆する一例を経験したので報告する。

62

Plaque erosionで発症した若年急性心筋梗塞の1例

¹ むつ総合病院

² 弘前大学 医学部 附属病院 循環器内科

○外崎 桃子^{1,2}、樋熊 拓未²、遠藤 知秀²、西崎 史恵²
花田 賢二²、横山 公章²、横田 貴志²、山田 雅大²
富田 泰史²

症例は20代、男性。入浴中にめまい、胸部圧迫感あり救急車にて当院へ搬送された。心電図では胸部誘導にhyper acute T waveあり、急性心筋梗塞の疑いで緊急冠動脈造影を施行した。前下行枝#6に造影遅延を伴う99%狭窄を認め、血栓吸引後の光干渉画像法では、病変部はintact fibrous capであり、Plaque erosionを病態とする急性心筋梗塞が示唆された。バルーン拡張後に薬剤溶出ステントを留置し、TIMI3で終了した。Plaque erosionは若年、女性、喫煙者に多く発症し、急性冠症候群の原因の1/4から1/3を占めるが、その予測因子、予後に関しては明らかではない。文献的考察を含め、本症例の背景、経過を報告する。

64

甲状腺機能低下症の治療中断が影響した、虚血性心疾患に対し手術を施行した1例

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

甲状腺機能低下症が、虚血性心疾患のリスクファクターであることが以前より報告されている。東日本大震災後に甲状腺機能低下症に対する内服薬を自己中断し、4年後に虚血性心疾患が進行、手術を施行した1例を、文献的考察を含め報告する。症例は60歳、女性。甲状腺機能低下症と診断され加療を行っていたが、大震災後より休業していた。2016年10月に心不全を発症し、緊急入院。心臓カテーテル検査にて、左主幹部病変と3枝病変、僧帽弁閉鎖不全症、低左心機能(EF35%)を認めた。同時に甲状腺機能低下症に対する治療も開始した。手術は僧帽弁置換術及び冠動脈バイパス術2枝(LITA-LAD、SVG-4PD)を施行した。術後、創部感染を認めたが、軽快し独歩退院した。

66

繰り返す冠攣縮に伴う心室細動に対して皮下植込型除細動器(S-ICD)を施行した若年男性の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○辻 佳子、木村 琢巳、二宮 亮、後藤 巖
中島 悟史、梶田 房紀、大和田真玄、小松 隆
房崎 哲也、伊藤 智範、森野 禎浩

症例は40歳代男性。失神の既往はない。2016年4月の早朝に心停止のため救急要請された。モニター上心室細動であり搬送中に除細動後、洞調律に復帰した。当院へ搬送後に施行した緊急冠動脈造影では、冠動脈に閉塞や有意狭窄は認めなかった。後日施行したアセチルコリン負荷試験で右冠動脈の閉塞を認め陽性であった。以上から冠攣縮性狭心症に起因する心室細動からの心停止と診断し、植込型除細動器(ICD)を検討したが、同意が得られず退院となった。しかし6月中旬の朝に再度心室細動で当院へ搬送され、除細動を再試行し洞調律に復帰した。回復後、皮下植込型除細動器(S-ICD)を提案し同意が得られ、埋込み術後退院となった。今回二度に渡り心室細動から蘇生し、S-ICD埋込み術を施行した1例を経験したので報告する。

67

急性冠症候群に対する緊急心臓カテーテル検査で発見された膜様部心室中隔瘤の一例

岩手医科大学附属病院循環器医療センター 循環器内科

○古味 良亮、肥田 頼彦、後藤 巖、坂本 翼
下田 祐大、森野 禎浩

今回われわれは急性冠症候群で入院し、心臓カテーテル検査で膜様部心室中隔瘤 (membranous septal aneurysm: MSA) が偶然発見された症例を経験した。症例は71歳女性。脂質異常症で近医に通院中であった。201X年2月某日に前胸部通が出現し、当科外来を受診。心電図で明らかなST変化を認めないが、トロポニンIが陽性であり急性冠症候群の疑いで緊急入院した。冠動脈造影検査では冠動脈に有意狭窄なし(後の検査で下壁領域の冠攣縮によるeventと診断)。左室造影で後下壁の壁運動低下と、左室から右室側へ突出する嚢状の構造物を認め左室憩室もしくは心室瘤が疑われた。入院中に各種検査を行い、MSAと診断した。MSAは心室中隔欠損症において比較的高い頻度で認められるが、高齢者で発見される事は極めて稀な疾患であり、文献的考察を含め報告する。

69

冠攣縮部位の器質的狭窄の進行をOFDIで観察できた1例

東北大学 循環器内科学

○菊地 翼、土屋 聡、杉澤 潤、須田 彬
進藤 智彦、羽尾 清貴、白戸 崇、松本 泰治
高橋 潤、下川 宏明

症例は60歳、男性。2015年3月より運動中の胸部絞扼感を自覚した。意識消失を伴い、前医で精査の結果、冠動脈CTでLADに狭窄が疑われた。CAG目的に当科に入院し、ST上昇を伴う自然発作があり、造影ではRCAの#3が完全閉塞していた。ISDN投与により再灌流が得られ、冠攣縮による閉塞と診断した。LAD#6-7に高度狭窄もみられ、DES2本を留置し、カルシウム拮抗薬も追加し退院した。1年後フォローアップ目的に入院、運動による狭心痛を訴えていた。冠動脈造影ではLADに再狭窄はみられなかったが、RCA#3に90%の器質的狭窄をみとめた。OFDIで観察すると血栓の再疎通像を疑う管腔構造をみとめ、DESを留置しPCIを終了した。冠攣縮部位の動脈硬化進行について、文献的考察も加え報告する。

71

初回心筋梗塞発症後の長期経過について

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
小鷹 悠二、加藤 敦

【背景】入院後の急性心筋梗塞症例の急性期死亡率は改善しているが、慢性期の転帰については十分検討されていない。【方法】急性心筋梗塞の初回発症で入院、生存退院した997症例について長期経過を調査した。【結果】観察期間平均3.6±3.7年で97症例が死亡、うち心臓死は27症例であった。心不全入院は74症例に、急性冠症候群発症は81症例で認められた。初回心筋梗塞発症から5年後での全死亡リスクは10.8%、心臓死リスクは2.6%、心不全入院リスクは8.9%、急性冠症候群発症リスクは11.9%であった。全死亡、心不全入院、急性冠症候群発症の複合リスクは5年で26.2%であった。【結論】急性心筋梗塞生存症例において退院後の心臓死のリスクは高くないが、5年間に一割を超える症例が再度急性冠症候群を発症する。

68

アキレス腱のレントゲン撮影が家族性高コレステロール血症の診断に寄与した症例

仙台厚生病院

○伊澤 毅、堀江 和紀、伊藤 真輝、柳内 隆
水谷有克子、田中綾紀子、箆井 宣任、松本 崇
桜井 美恵、多田 憲生、宗久 雅人、宗久 佳子
本多 卓、大友 達志 井上 直人、目黒泰一郎

家族性高コレステロール血症(FH)ヘテロ接合体の診断基準に、アキレス腱肥厚が挙げられている。家族歴が十分聴取できない場合、アキレス腱撮影で肥厚を見つける事が、未診断のFHを特定するに有用と感じた経験を報告する。74歳女性。48歳で急性心筋梗塞に罹患して以来、67歳と69歳の時に狭心症でPCI歴あり。家族と疎遠で詳細な家族歴を聴取できず、またアキレス腱撮影は未施行で、FHの診断がされないままスタチンで管理されていた。74歳時に再度の狭心症でPCI。この際、初めてアキレス腱撮影がなされ13.6mmと有意に肥厚していた。ロスバスタチン1日5mgでLDL171mg/dLであり、未治療時LDL300mg/dL程度と推定された。FHヘテロ接合体と診断し、抗PCSK-9抗体を導入、現在はLDL60mg/dLで推移している。

70

失神を主訴に搬送、2回心破裂を来した1例

山形県立中央病院 循環器内科

○數野 健、福井 昭男、佐藤 大樹、鈴木 康太
大道寺飛雄馬、加藤 重彦、高橋 克明、玉田 芳明
松井 幹之、矢作 友保

症例は60歳台女性。2016年11月こたつから起き上がろうとして前のめりに転倒、尿失禁を認め当院に搬送された。来院時の血圧は70mmHg前後、心電図でIII, aVf, V1-V5でST上昇、心エコーでは全周性に15mm程度の心嚢液を認めたが、左室壁運動は良好であった。入院後急激に心嚢液は減少したが、3日後突然ショック状態となり、心嚢液の再貯留を認めドレナージ術を施行した。心嚢液は血性、浸出液、特異的な所見は認めなかった。以後再貯留なく原因検索のため心カテ施行、左前下行枝末梢に99%狭窄、その領域に一致するdyskinetic aneurysmを認めた。今回の経過中CKの上昇は認めず、来院時及び3日後にショックとなったことより、発症時期不明の前壁心筋梗塞で2回的心破裂を認めた可能性が示唆された。

72

責任病変の同定が困難で2枝同時PCIを要した周術期心筋梗塞の1症例

山形大学医学部附属病院 第一内科

○宮本 卓也、山中 多聞、水戸 琢章、熊谷 遊
横山 美雪、和根崎真大、大瀧陽一郎、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範、宍戸 哲郎
渡邊 哲、久保田 功

【症例】72歳、男性。【主訴】意識消失【既往歴】高血圧症、糖尿病で加療中。【現病歴】左大腿軟部肉腫の術前心電図にて下壁誘導で異常Q波あり。胸部症状はなく、心エコー上壁運動は良好だった。全身麻酔下の手術は施行可能と判断され、手術は無事終了したが、帰室後心室細動の状態が発見された。ROSC後の12誘導心電図にて下壁誘導でST上昇あり。緊急冠動脈造影でLCX#11の完全閉塞を含む3枝病変であった(#2; 90%, #9; 90%)。RCA、引き続きLCXへPCIを施行し、成功した。今回の責任病変はLCXと考えられた。【考察】責任病変の同定が困難で2枝同時PCIを要した周術期心筋梗塞の症例を経験した。非心臓手術において周術期心筋梗塞の回避は極めて重要な課題であり、非心臓手術患者への術前心臓リスク評価に関して考察する。

73

心膜肥厚、石灰化を伴わず診断に難渋した収縮性心膜炎の一例

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

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

68歳男性。利尿剤抵抗性の両側胸水の精査のため紹介となった。冠動脈造影と左室造影は正常、dip and plateau 波形を認めず、拡張障害による心不全と考えた。UCG では心外膜と心膜の癒着、septal bounce、全ての弁の doppler 波形の呼吸性変動を認めず、CT では心膜肥厚、石灰化を認めず、漏斗胸により心臓が圧排されていた。心筋 MRI と心筋生検では異常はなかった。その後投与したトルバプタンにも抵抗性であった。収縮性心膜炎を強く疑い、生理食塩水負荷心臓カテーテル検査を施行した。その結果、dip and plateau 波形が顕在化し収縮性心膜炎と診断した。原因不明の胸水では収縮性心膜炎を疑うことが重要であり、診断には生理食塩水負荷による心内圧の評価が重要である。

75

完全房室ブロックを契機に発見された心臓原性悪性リンパ腫の一例

¹岩手県立磐井病院

²岩手医科大学付属病院

³岩手県立大船渡病院

○小田 英人¹、古味 良亮²、坂本 翼²、肥田 頼彦²
石川 有³、下田 祐大²、森野 禎浩²

完全房室ブロックを契機に発見された心臓原性悪性リンパ腫の一例を経験したので報告する。症例は83歳女性。高血圧、糖尿病、脂質異常症の既往歴あり。201X年8月中旬から発熱あり、近医を受診し脱水症と診断された。9月中旬近医を受診した際に顔面浮腫著明、胸部XPで心拡大あり、心不全の診断で利尿剤が開始された。9月下旬頃より眼前暗黒感を自覚し、心電図で完全房室ブロックを認めため当科へ紹介され入院した。心不全改善後にペースメーカー植え込み術を施行する方針としたが、術前に施行した胸部造影CTで心筋内に浸潤する腫瘤を認め、完全房室ブロックの原因と推定された。CT下生検で悪性リンパ腫もしくは肉腫と診断された。その後心不全が徐々に増悪し、第27病日に死亡した。病理解剖で悪性リンパ腫と診断された。

77

DPP-4 阻害薬ビルダグリプチン投与中に心嚢液貯留を認めた一例

庄内余目病院 心臓血管外科

○圓本 剛司、鳶田 鳶田、寺田 康

症例は69歳男性。メトホルミンとアカルボースによる糖尿病内服治療中であった。アガルボースをビルダグリプチンに変更した3か月後に労作時呼吸困難、両下腿浮腫のため当科外来受診。胸部CT・心エコー検査で中等量の心嚢液貯留を認め精査加療目的で入院となった。心機能・腎機能低下はなくビルダグリプチン服用開始後より体重増加・下腿浮腫が出現していることから、薬剤性の浮腫・心嚢液貯留を疑い入院後直ちに同剤を中止し、経口利尿剤投与を開始した。速やかな体重減少に伴い両下腿浮腫は消失、心嚢液貯留は改善し8日後に退院した。心嚢液貯留は添付文書には明記されていないが他の原因は否定的であり、臨床経過からビルダグリプチンによる薬剤性心嚢液貯留と考えられた希少な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。

74

心膜剥皮術によって症状改善後も constrictive パターンの残存した収縮性心膜炎の一例

¹東北医科薬科大学病院 循環器内科

²東北医科薬科大学病院 総合診療内科

³東北医科薬科大学病院 心臓外科

○長谷川 薫¹、門脇 心平¹、菊田 寿¹、住吉 剛忠¹
関口 祐子¹、山家 実¹、宮下 武彦¹、中野 陽夫¹
小丸 達也¹、片平 美明¹、大原 貴裕²、三浦 誠³

【症例】60代男性。【現病歴】利尿剤抵抗性右心不全を認め入院。心エコー上左室収縮能は正常であったが下大静脈が緊満、心膜の肥厚と輝度の上昇、右室/左室流入血流の有意な呼吸性変動を認めた。両心カテーテル検査上右房圧上昇と深いy谷、右室-左室同時圧の discordant pattern を認めた。収縮性心膜炎(CP)と診断し心膜剥皮術実施、右心不全症状は改善した。術後、心エコー上の右室/左室流入血流の呼吸性変動は改善したが、肝静脈血流にCPパターンが残存。両心カテーテル検査で右房圧、肺動脈楔入圧は低下していたが、右室/左室の dip and plateau pattern が残存した。【結語】心膜剥皮術で症状改善後も constrictive パターンの残存したCP例を経験し、考察を加え報告する。

76

心膜炎を発症し発見された気管支原性嚢胞の一例

¹岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

²岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野

³岩手医科大学 心臓血管外科学講座

○中村真理絵¹、佐々木加弥¹、菅原 正磨²、安孫子明彦²
下田 祐大¹、森野 禎浩¹、中村 元行²、岡林 均³

症例は58歳男性。胸痛を主訴に近医を受診。ST上昇、炎症反応高値と心嚢液貯留を認め、心膜炎の診断で入院した。原因精査のため施行されたCT検査で縦隔腫瘍を認め、気管支原性嚢胞が疑われた。腫瘍は心嚢内にかけて存在しており、更なる精査、加療目的に当院へ紹介された。当院で施行したMRI検査も同様に気管支原性嚢胞が疑われ、嚢胞による炎症が心膜側に波及した状態と考えられた。保存的治療を行い、その後、当院心臓血管外科で切除術を施行、病理組織診で気管支原性嚢胞と診断された。気管支原性嚢胞とは気管支の異常出芽から生じる比較的稀な疾患で、その発生部位は肺内型と縦隔型とに大別される。中でも心膜炎を発症し発見された報告は稀であり、本症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

78

鎖骨下静脈血栓症の一例

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一教室 循環器内科

○菊田 寿、片平 美明、小丸 達也、中野 陽夫
宮下 武彦、山家 実、関口 祐子、住吉 剛忠
門脇 心平、中潟 寛

症例は40歳代女性。病歴：平成29年1月中旬にみぎ上肢が腫脹していることに気が付いた。翌日当院総合診療科を受診。みぎ鎖骨下静脈に血栓を指摘され、当科に紹介となった。給食センターに勤務しており、特記すべき既往はない。造影CTで肺塞栓の合併を認めたため、ヘパリンの持続点滴を開始、その後経口抗凝固薬に切り替えた。上肢の静脈血栓症は静脈カテーテルや心ペースメーカーの留置、外傷、膠原病、悪性腫瘍などに由来する2次性のものが殆どである。本症例のような明確な基礎疾患を有さない原発性の鎖骨下静脈血栓症は比較的まれであり、退院後の経過も含めてこれを報告する。

79

バルーン肺動脈形成術後に突然死した慢性血栓性肺高血圧症の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

症例は70代女性。心不全のため当科紹介となる。心エコーにて著明な右心負荷を認め、造影CTでは両側肺動脈に血栓像を認めた。急性肺血栓塞栓症として加療を開始し、臨床症状の改善と血栓の縮小を認めたが右心負荷所見と末梢病変は残存し、慢性血栓性肺高血圧症（CTEPH）の診断となった。ドブタミン、肺血管拡張薬による加療を開始し、バルーン肺動脈形成術（BPA）を施行した。バルーン拡張を施行した肺動脈は二箇所留めたが、肺血管抵抗は581→716 dyne・sec・cm⁻⁵と上昇を認めた。術後3日目に突然心肺停止状態となり、心肺蘇生に反応なく死亡確認となった。剖検では肺動脈に新旧混在する多数の血栓を認め、三尖弁をまたぐ形で巨大な新鮮血栓が付着し、新鮮肺血栓の原因と考えられた。BPA後に突然死したCTEPHの一例を経験したので報告する。

81

慢性血栓性肺高血圧症に対するバルーン肺動脈形成術の長期予後

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、紺野 亮
後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

【背景】近年、非手術適応の慢性血栓性肺高血圧症（CTEPH）に対し、肺動脈バルーン形成術（BPA）が施行されている。【方法と結果】当院で2009年7月から2016年10月までに初回のBPAを施行し手技が終了した77名を対象に、血行動態の推移と合併症の頻度を調査した。BPAにより、平均肺動脈圧は38±10から25±6 mmHgに、6分間歩行距離は380±138から486±112 mに改善した（共にP<0.01）。合併症は、血痰を60セッション（14%）で認め、非侵襲的陽圧換気は33セッション（8%）で施行され、経口挿管を必要としたのは1セッションのみ（0.2%）であった。5年生存率は94%で、手技に関連した死亡はなかった。【結語】非手術適応のCTEPH患者において、BPAは比較的安全に施行でき、血行動態と運動耐用量および長期予後を改善することが示唆された。

83

右室内血栓を伴う肺動脈血栓塞栓症の一例

竹田総合病院 心臓血管外科

○齋藤 正博、川島 大、前場 覚

右心室内血栓を伴う肺動脈血栓症は肺動脈血栓症例の中で約4%と稀であり、重篤な経過をとることが多い。今回右心室内血栓を伴う肺動脈血栓症に対して準緊急的に血栓除去を施行したので報告する。42歳女性。1か月前から労作時呼吸困難があり、次第に増悪し、当院受診した。精査で左総腸骨静脈血栓と右室内血栓を伴う肺動脈血栓塞栓症を認めた。入院後に呼吸困難と循環不全の増悪を認め、準緊急血栓摘除術の方針とした。人工心肺、心停止下に肺動脈を切開し、血栓様構造物を除去した。右房切開し、経三尖弁的に右室内にいたり、3×3cm大の血栓様構造物を除去した。術後1日目からリバーロキサパン30mg開始し、下大静脈フィルターを挿入した。術後造影CTでは末梢側に血栓は残るものの、右心カテテル検査では肺動脈圧は正常値となった。

80

右内腸骨静脈血栓症により肺梗塞を発症した一例

石巻市立病院

○二瓶 太郎、遠藤 貴士、赤井健次郎

症例は44歳男性。突然発症した吸気時の右側胸部痛を主訴に当院へ救急搬送となった。室内気下の酸素飽和度は94%で低酸素血症を呈しており、単純CTで右肺下葉の胸膜側に濃いスリガラス状陰影を認めた。造影CTでは右肺動脈末梢と右内腸骨静脈に血栓を認め、右内腸骨静脈血栓症による肺梗塞と診断した。血行動態は維持されており、心エコー図で右心負荷所見を認めなかったため、下大静脈フィルターは挿入せず抗凝固療法を行った。呼吸状態は速やかに改善し、第19病日に施行した造影CTでは肺動脈血栓は溶解していたが、右内腸骨静脈の血栓はやや吸収されたものの残存していた。第28病日に退院し、外来でアピキサバンによる抗凝固療法を継続中である。内腸骨静脈血栓症に起因する肺梗塞症例は比較的稀であり、考察を含め報告する。

82

トレプロステニルを皮下投与で導入した肺動脈性肺高血圧症の5症例

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、紺野 亮
後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

【背景】当院でトレプロステニル（TRE）を皮下投与で導入した肺動脈性肺高血圧症の症例について報告する。【症例】2015年6月から2016年12月までの間に、5症例でTREの皮下投与が開始され、3例は特発性肺動脈性肺高血圧症、2例は先天性心疾患を合併した肺高血圧症であった。TRE開始時、内服の肺血管拡張薬が投与下で平均肺動脈圧52±8mmHgと重度の肺高血圧症を呈していた。全症例で皮下投与局所の発赤と疼痛を認め、看護師が疼痛のスケールングを行い、麻酔科医師と連携し、NSAIDsとトラマドールにより疼痛コントロールが可能で、脱落例はなかった。【結語】TRE皮下投与は、肺高血圧症に対する併用療法の新たなオプションであり、看護師、麻酔科医などの多職種連携により、投与に伴う疼痛コントロールが可能であった。

84

Bridge to candidacyとして体外式VADと肺血管拡張薬療法を行った修正大血管転位症の1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

³岩手医科大学 小児科

○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 公雄¹、安達 理²
小山耕太郎³、齋木 佳克²、下川 宏明¹

【背景】修正大血管転位症（ccTGA）は、成人期に体心室機能低下から心不全を発症することがある。【症例】ccTGAの28歳女性。VSD、PSの合併あり。24歳頃から体心室機能が低下、28歳時に心不全で前医へ入院した。その後カテコラミン依存の末期心不全となり当科紹介となる。心カテではPVR12WUのcombined post-capillary PH（Cpc-PH）を認め、心移植申請は困難と判断された。Bridge to candidacy（BTC）として体外式LVAD（+心内修復）と肺血管拡張薬を導入したところ、PVRの改善（4.2WU）を認めた。心移植申請受理後、植込型LVADへの変更を行った。【結語】末期心不全のccTGAに対する体外式LVADと肺血管拡張薬はBTCとして有用であった。

85

治療抵抗性の HFpEF 症例に ASV (Adaptive Servo-Ventilator) の導入が有用であった一例

みやぎ県南中核病院

○小山 二郎、福井 健人、伊藤 愛剛、塩入 裕樹
富岡 智子、井上 寛一

【症例】80 歳台女性【既往歴】67 歳 SSS に対し PMI 80 歳 心原性脳塞栓 Af CKD【現病歴】数年前から入退院を繰り返されている HFpEF の症例でここ 1 年ほどは毎月入院され利尿薬の微調整により軽快し退院していた。今回咳嗽および息切れが通常よりもつよいということで入院された。トルバブタン 7.5mg の投与追加にて浮腫は軽減したが咳嗽ならびに息切れの改善はみとめられなかったため 在宅酸素療法ならびに ASV を導入した。ASV 装着を日中から励行し夜間は必ず装着するように指導した。症状は漸次消退し退院された。在宅において継続使用され外来通院されている。【考察】HFpEF に対する薬物治療は確立していない。ASV は急性期、慢性期を問わずうっ血に対する治療として用いられ、薬物治療を最適化できない場合の補助的治療として有用である。

87

当院における植込み型左心補助人工心臓 50 例の成績

¹ 東北大学病院 心臓血管外科

² 東北大学 循環器内科学

○秋山 正年¹、河津 聡¹、吉岡 一郎¹、安達 理¹
熊谷紀一郎¹、高橋 潤²、杉村宏一郎²、青木 竜男²
川本 俊輔¹、下川 宏明²、齋木 佳克¹

心臓移植目的の植込み型左心補助人工心臓 (LVAD) 装着患者は年々増加し、かつ昨年から Destination therapy の国内臨床試験も始まっている。今後本邦においても重症心不全に対する標準治療の一つになる可能性がある。2016 年 3 月までに 50 例の植込み型 LVAD 治療を行った。平均年齢 43.9 歳、男性 38 名、主な疾患は拡張型心筋症 31 名、拡張相肥大型心筋症 8 名。平均補助期間 657 日 (12 - 1456 日)。補助中 29 名 (94 - 1375 日)、心臓移植到達 9 名 (待機期間 591 - 1456 日)、LVAD 離脱 1 名 (834 日)、死亡 11 名 (在院死亡 6 名、周術期死亡 1 名)。1、2、3 年生存率はそれぞれ 87.1%、80.3%、71.6%。当院における植込み型補助人工心臓治療成績について考察する。

89

脚気心を併発した急性心不全の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

症例は 50 代男性。平成 28 年 3 月中旬より食欲低下が出現し、体重減少を呈したため、4 月某日近医を受診した。血液検査にて CRP14.32mg/dL と炎症反応が高値であり、尿蛋白 1+、尿潜血 2+ と検尿異常を伴うため、血管炎の疑いで当院腎臓内科を受診し入院となった。精査の結果、ANCA 関連血管炎の診断となりプレドニゾン 50mg/日 で加療開始された。入院第 3 病日夜間より両側足背浮腫が出現し、第 5 病日には起坐呼吸が出現した。胸部単純写真で肺うっ血の所見を認め、急性心不全の診断で人工呼吸器管理となった。普段の食事摂取が不規則であったことから Vit.B1 欠乏による脚気心の可能性が考えられた。フルスルチアミン投与にて心機能の改善と心陰影の縮小を認めた。今回、経口摂取不良に伴う脚気心により増悪した急性心不全の一例を経験したので報告する。

86

ミルリノン負荷を行った肺高血圧合併重症心不全の一例

福島県立医科大学 循環器内科

○遠藤圭一郎、佐藤 崇匡、武藤 雄紀、国分 知樹
國井 浩行、竹石 恭知

症例は 33 歳女性。27 歳時に労作時息切れを主訴に当科受診。精査により特発性心筋症と診断された。以後、心不全の増悪と寛解を繰り返していたが、32 歳時に慢性心不全の急性増悪にて入院となった (BNP 1040 pg/ml)。状態安定後に施行した右心カテーテル検査では、心係数 1.6 L/min/m²、平均肺動脈楔入圧 30 mmHg、肺血管抵抗 (PVR) 4.61 wood と低心拍出および肺高血圧を認めた。心臓移植適応検討が必要な重症心不全と判断したが、肺血管反応性評価が必要であると考えられた。純酸素負荷試験では肺血管抵抗の改善を認めなかったが、ミルリノン負荷試験にて、PVR は 2.75 wood まで低下した。肺高血圧合併重症心不全患者におけるミルリノン負荷試験の有用性を示唆する貴重な症例と考えられ、報告する。

88

人工呼吸器管理を要した産褥心筋症の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

症例は 30 代の女性。子宮筋腫合併妊娠のため当院産婦人科に通院中であった。妊娠 35 週より切迫早産のため当院産婦人科入院。妊娠高血圧症のため 37 週よりヒドラルアジンを開始。同時期より両下肢の浮腫がみられていた。妊娠 38 週に帝王切開で女児を出産。術後第 4 病日より呼吸困難感があり、第 5 病日に著明な酸素化の低下と心拡大を認め当科紹介。心臓超音波検査で EF30% と全周性の壁運動低下を認めた。診察中に呼吸状態が悪化し、人工呼吸器管理とし、ICU 入室。強心薬、利尿薬を使用し心不全治療を行った。ICU 入室後第 4 病日に人工呼吸器を離脱。その後強心薬を離脱し、β blocker、ACE-I を内服し、EF45% まで回復し自宅退院。重症心不全を発症し ICU 管理を要した産褥心筋症の一例を経験したため、過去の文献と合わせ、考察し報告する。

90

慢性心不全終末期例に対するアドバンスケアプランニングのとりくみ

社会医療法人明和会 中通総合病院

○佐藤 誠、篠崎真莉子、播間 崇記、阪本 亮平
五十嵐知規

【はじめに】心不全患者の終末期ケアでは、多くが急な状態変化で救急要請されるため、終末期と認識していた患者であっても、心肺蘇生や高度な集中治療を適応されるケースが少なくない。緩和ケア認定看護師の協力のもと心不全患者に対するアドバンスケアプランニングの導入を試みたため、その取り組みについて報告する。【方法】心不全の進行ステージ D に当てはまりかつ自己意思決定可能な患者を対象に本人家族への意思確認を行い、その内容をもとに多職種による臨床倫理 4 分割カンファレンス、病状説明を実施した。それら対象者の中から何例かの自宅死亡例、救急搬送例を経験したので、報告する。

91
慢性心不全患者における健康管理意識と性差に関する研究
-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
笠原信太郎¹、及川 卓也¹、佐藤 雅之¹、青柳 肇¹
後岡広太郎¹、白戸 崇¹、高橋 潤¹、下川 宏明¹

【背景】日本の慢性心不全患者の健康管理意識と性差に関する検討は十分ではない。【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の慢性心不全患者2,233人において性差を検討した。【結果】男性と比べ女性では、息切れ・下腿浮腫・疲労に関する医療従事者への相談、息切れ時の安静や日中の休憩、インフルエンザ予防接種の頻度が有意に高かった。中央値2.6年の追跡期間で、男性では健康意識が低い群で有意に予後(全死亡、心不全入院)が悪かったが、女性では意識の高低と予後に関連はなかった。【結論】慢性心不全患者の健康管理意識は女性が高い。健康管理意識の高さは男性では予後不良と関連するが女性では関連しない。

93
HFpEF、HFmrEF、HFrEFにおけるBNPの予後予測能
-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
³ 東北大学 循環器内科学、循環器 EBM 開発学
○笠原信太郎¹、坂田 泰彦¹、後岡広太郎¹、阿部 瑠璃¹
及川 卓也¹、佐藤 雅之¹、青柳 肇¹、白戸 崇¹
高橋 潤¹、宮田 敏²、下川 宏明³

【背景】慢性心不全患者におけるBNPの予後予測能に対するLVEFの高低の影響は明らかでない。【方法】CHART-2研究(N=10,219)に登録されたうちの慢性心不全患者(N=3,204)を、HFpEF(LVEF \geq 50%, N=1,964)、HFmrEF(LVEF 40-49%, N=547)、HFrEF(LVEF $<$ 40%, N=693)に分け、BNPの予後予測能を比較した。【結果】log₂BNPと死亡率の関係は3群で同等であった(P $<$ 0.01)。BNPを3つのカットオフ(100, 250, 500pg/ml)で区切ってCox比例ハザードモデルの解析を行うと、BNPの段階が上昇するに従い、死亡リスクのハザード比も3群で同等に上昇した(HR 1.7, 2.3 and 3.9 in HFpEF, 1.4, 2.1 and 4.0 in HFmrEF, and 1.7, 2.7 and 4.0 in HFrEF, all P $<$ 0.05)。【結論】HFpEF、HFmrEF、HFrEFにおけるBNPの予後予測能は同等である。

92
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、及川 卓也、阿部 瑠璃
笠原信太郎、青柳 肇、後岡広太郎、白戸 崇
高橋 潤、宮田 敏、下川 宏明

【背景】わが国の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, \leq 64歳, N=1,521; G2, 65-74歳, N=1,510; G3, \geq 75歳, 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、左室駆出率(LVEF)、BNPはG1,G2,G3の順に増加した(全てP $<$ 0.001)。千人・年あたりの死亡数は、23,45,113とG1,G2,G3の順に増加(P $<$ 0.001)する一方で、男女ともに高齢群ほど心臓血管死の割合が減少した。多変量解析では、癌及び脳卒中の既往、BNP、Albは全群で全死亡と有意に関連したが、心拍数、LVEF、高尿酸血症はG2、Hb、高血圧、脂質異常症はG3のみで有意に関連した。【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。