

第165回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会期:平成29年12月2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(代表)

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 竹石 恭知

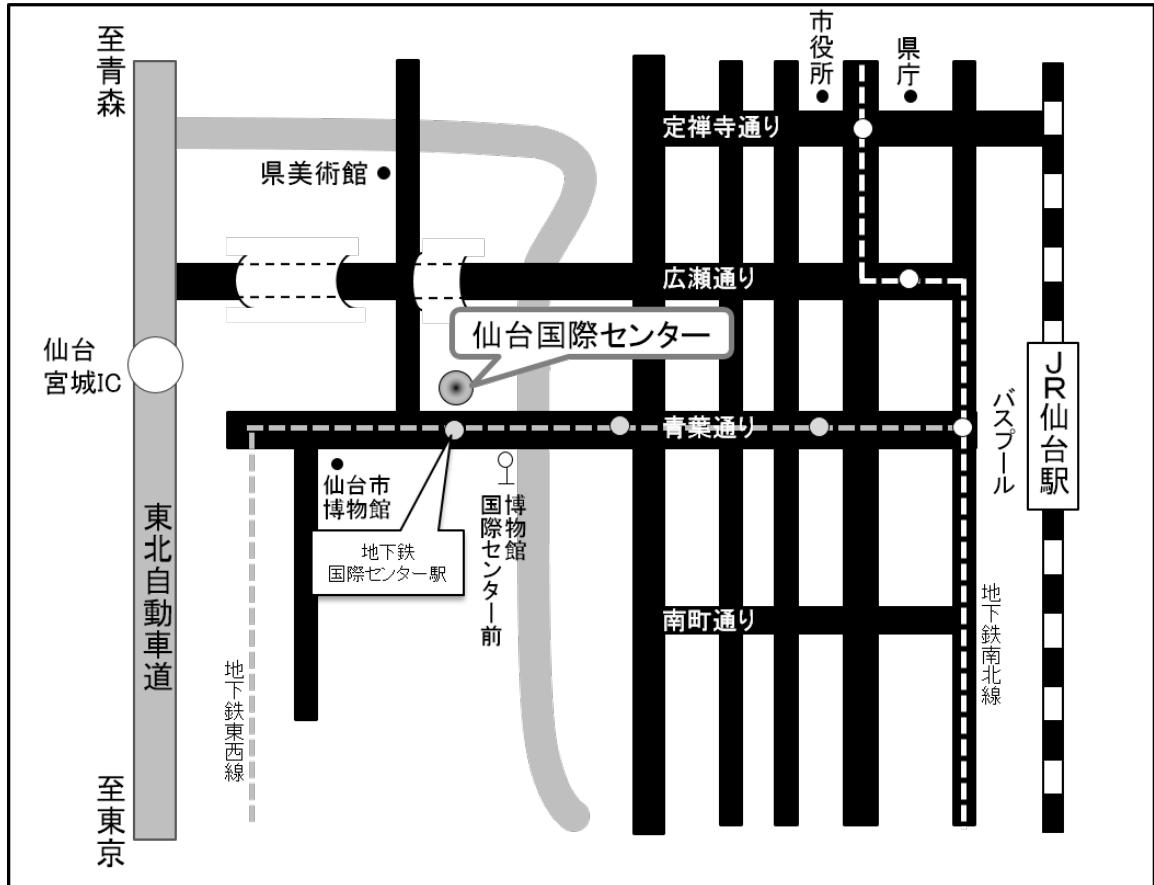
事務局:福島県立医科大学 循環器内科学講座

福島市光が丘1番地

TEL: 024(547)1190 FAX: 024(548)1821

- 当日受付にて参加費のお支払いをお願い致します。
(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 Power Point2010、2013、2016 で作成して下さい。
 - ・ 動画は使用できません
 - ・ Macintosh 及び持ち込み 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メモリーに入れて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)を必ず付けて下さい。
(例: 10 福島太郎. 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24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。(P24参照)
- 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



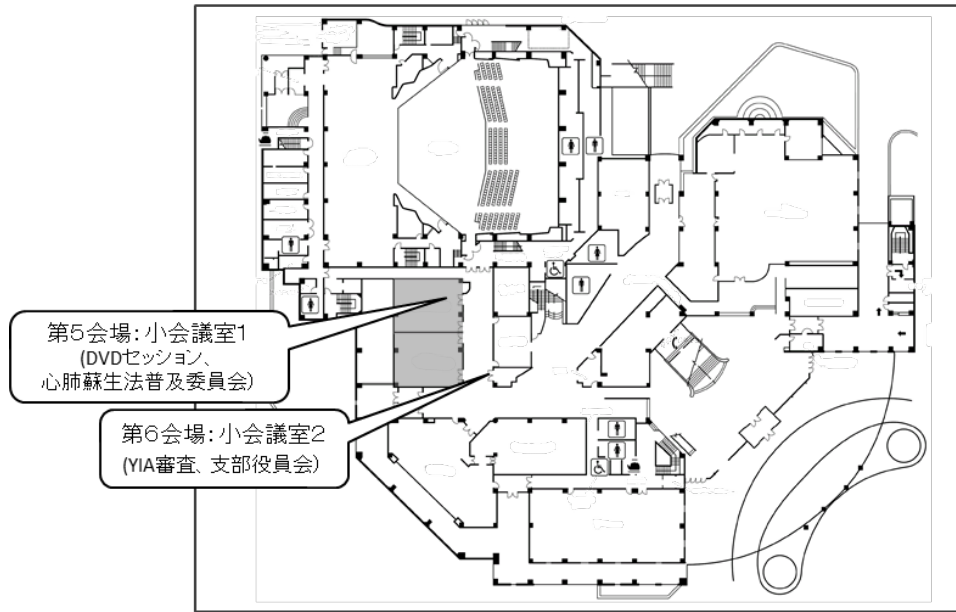
会場: 仙台国際センター 〒980-0856 仙台市青葉区青葉山
TEL:022-265-2211 FAX:022-265-2485

仙台国際センターまでの交通機関

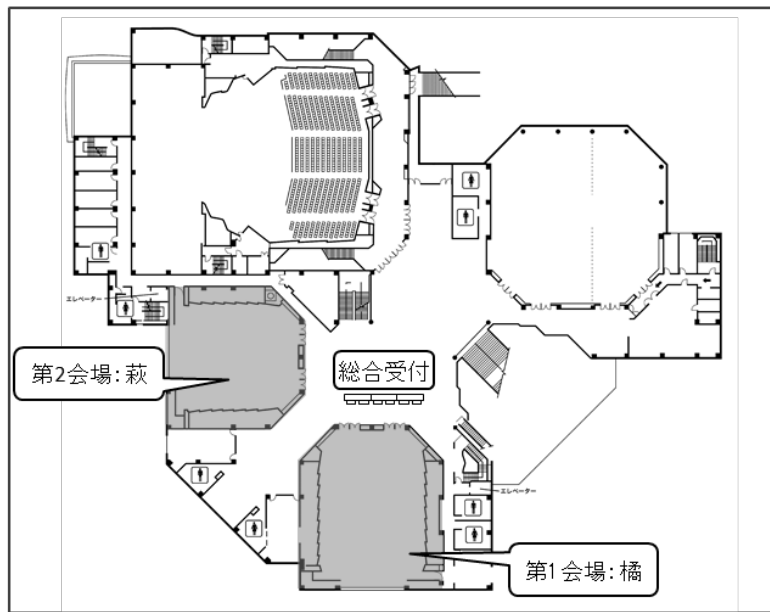
- 【地下鉄】
- ・仙台市営地下鉄東西線
 - ・八木山動物公園方面「国際センター駅」下車
 - ・料 金: 片道 200 円 ・所要時間: 仙台駅より約 5 分
- 【バ ス】
- ・乗 車: 仙台駅西口バスプール 9 番乗り場より
710「宮教大・青葉台」 713「宮教大・成田山」
715「宮教大」 719「動物公園循環(青葉通・工学部経由)」
720「交通公園・川内営業所」 のいずれかにお乗り下さい。
 - ・降 車: 「博物館国際センター前」でお降り下さい。
 - ・料 金: 片道 180 円 ・所要時間: 約 10 分
- 【タクシー】
- ・仙台駅より所要 約 7 分 / 料金 1,000 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下さい)

会場案内図(受付は2Fです)

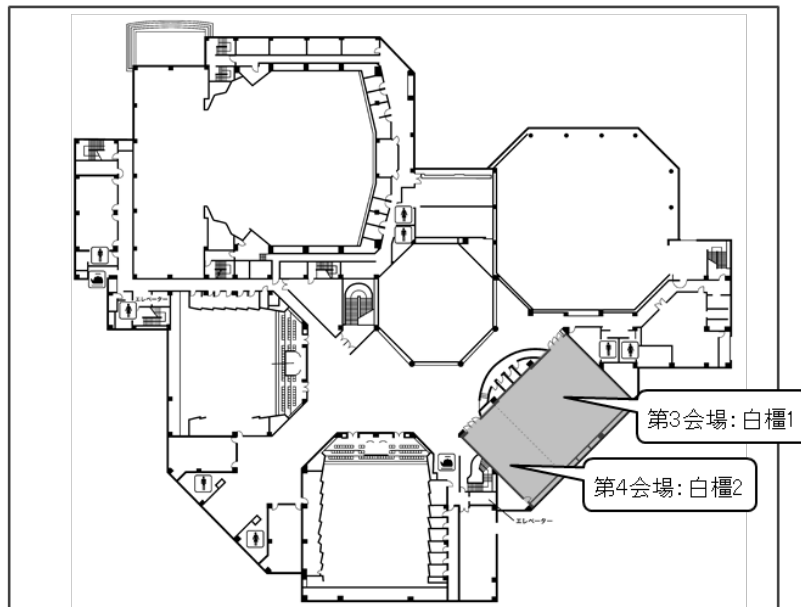
1階



2階



3階



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 白樺1)	第4会場 (3F 白樺2)	第5会場 (1F 小会議室1)	第6会場 (1F 小会議室2)
8:15	8:15 受付開始					
	8:55～9:00 開会挨拶					
9:00	9:00～9:50 YIA症例発表部門 座長 竹石恭知 (福島県立医科大学)	9:00～9:35 心不全 座長 穴戸哲郎 (山形大学)	9:00～9:35 不整脈1 座長 鈴木 均 (福島県立医科大学)	9:00～9:35 心内膜炎 座長 富岡智子 (みやぎ県南中核病院)	9:00～11:00 DVDセッション 医療安全・医療倫理 に関する講演会	9:00～9:35 大動脈 座長 高瀬信弥 (福島県立医科大学)
		9:35～10:10 弁膜症 座長 伏見悦子 (平鹿総合病院)	9:35～10:10 不整脈2 座長 八木哲夫 (仙台市立病院)	9:35～10:10 左室内血栓 座長 樋熊拓未 (弘前大学)		9:35～10:10 末梢血管 座長 中村明浩 (岩手県立中央病院)
10:00	9:50～10:40 YIA研究発表部門 座長 竹石恭知 (福島県立医科大学)	10:10～10:45 虚血性心疾患1 座長 伊藤智範 (岩手医科大学)	10:10～10:45 不整脈3 座長 平力ヤノ (米沢市立病院)	10:25～11:55 男女共同参画セミナー		
	10:40～11:15 心筋炎・心筋症 座長 青木竜男 (東北大学)	10:45～11:20 虚血性心疾患2 座長 飯野健二 (秋田大学)	10:45～11:20 血栓症 座長 佐々木真吾 (弘前大学)	座長 熊谷亜希子 (岩手医科大学) 飯野貴子 (秋田大学)		10:40～11:15 YIA審査会 集計(10:40～11:00) 審査会(11:00～11:15)
11:00	11:15～11:43 肺循環 座長 杉本浩一 (福島県立医科大学)	11:20～11:55 虚血性心疾患3 座長 高橋 潤 (東北大学)	11:20～11:55 心筋炎・その他 座長 大和田尊之 (福島赤十字病院)			11:15～11:45 支部役員会
						11:45～12:00 心肺蘇生法普及委員会
12:00	12:00～12:40 支部評議員会 YIA授賞式					
13:00	12:50～13:50 教育セッションⅠ ランチョンセミナー1 絹川弘一郎 富山大学大学院 医学薬学研究部 内科学第二 座長 下川宏明 (東北大学)	12:50～13:50 教育セッションⅡ ランチョンセミナー2 安田 聡 国立循環器病研究センター 心臓血管内科 座長 森野禎浩 (岩手医科大学)				
14:00	13:50～14:50 教育セッションⅢ 特別講演 富田泰史 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座 座長 竹石恭知 (福島県立医科大学)					
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 竹石恭知

01 術前診断困難であった右脚ブロックと左側副伝導路を合併した発作性心房細動、逆方向性房室回帰性頻拍の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○外山 佑一、金城 貴彦、石田 祐司

小路 祥紘、富田 泰史

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

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

02 心肺蘇生から1週間後STEMI発症を契機に冠動脈自然解離の診断に至った若年女性の1症例

山形大学医学部循環・呼吸・腎臓学講座

○横山 美雪、宮本 卓也、山内 聡

熊谷 遊、山中 多聞、齋藤 悠司

後藤 準、土屋 隼人、木下 大資

山浦 玄齋、大瀧陽一郎、和根崎真大

沓澤 大輔、田村 晴俊、西山 悟史

有本 貴範、高橋 大、宍戸 哲郎

渡邊 哲

03 血流依存性血管拡張反応を利用した coronary-subclavian steal 症候群の非侵襲的診断例

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 貴子、木村 俊介

飯野 健二、渡邊 博之

04 心房細動に対するクライオアブレーション施行中に、冠動脈多枝スパズムを生じた1症例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○横川沙代子、金城 貴士、松本 善幸

野寺 穰、上岡 正志、鈴木 均

斎藤 修一、石田 隆史、竹石 恭知

05 TAVIによりvWF 高分子量多量体欠損の改善と毛細血管拡張症の消退を認めた Heyde 症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○土屋 聡、松本 泰治、菊地 翼

杉澤 潤、進藤 智彦、池田 尚平

羽尾 清貴、高橋 潤、下川 宏明

東北大学大学院心臓血管外科学

川本 俊輔、熊谷紀一郎、齋木 佳克

東北大学加齢医学研究所加齢制御研究部門基礎加齢研究分野

堀内 久徳

YIA 研究発表部門（第1会場）9:50～10:40

座長 竹石 恭知

06 新しい超音波イメージング SMI による動脈壁内新生血管の描出とその臨床応用

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学講座

○佐藤 和奏、奈良 育美、新保 麻衣
佐藤 輝紀、飯野 貴子、飯野 健二
渡邊 博之

07 急性心筋梗塞患者における入院前ADLがPCI施行率と急性期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

○豊島 拓、渡邊 哲、西山 悟史
和根崎真大、後藤 準、田村 晴俊
有本 貴範、高橋 大、宍戸 哲郎
山内 聡、山中 多聞、宮本 卓也
柴田 陽光、久保田 功

08 Heart failure with mid-range EF (HFmrEF)とpreserved EF (HFpEF) 患者のEFはどのように変化するか？

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
山口 展寛、尾上 紀子、石塚 豪
篠崎 毅

09 心臓サルコイドーシス患者の心筋障害に関連した左室収縮能が予後に及ぼす影響

東北大学 循環器内科学

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

国際医療福祉大学病院 循環器内科

福田 浩二

10 肺高血圧症患者における肝線維化マーカーの検討

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○喜古 崇豊、義久 精臣、君島 勇輔
渡邊 俊介、菅野 優紀、阿部 諭史
巽 真希子、佐藤 崇匡、鈴木 聡
及川 雅啓、小林 淳、八巻 尚洋
杉本 浩一、国井 浩行、中里 和彦
竹石 恭知

心筋炎・心筋症（第1会場） 10:40～11:15

座長 青木竜男

11 抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎に合併した非虚血性心不全の1例

竹田総合病院 循環器内科 ○片平 正隆、横川 哲朗、三浦 俊輔
中村 裕一、鈴木 聡
福島県立医科大学 循環器内科学講座
山田 慎哉、及川 雅啓、竹石 恭知

12 経時的な心エコーにて、心機能の改善を確認できている産褥性心筋症の2例

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

13 常染色体優性多発嚢胞腎に拡張型心筋症を合併した一例

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

14 免疫チェックポイント阻害薬で急性心筋炎と完全房室ブロックを生じペースメーカーを要した肺癌患者の一例

仙台厚生病院 循環器内科 ○勝目 有美、伊澤 毅、大友 達志
井上 直人、目黒泰一郎
仙台厚生病院 呼吸器内科 戸井 之裕、菅原 俊一

15 anthracycline 系抗癌剤による心毒性の組織学的評価における心臓 MRI の有用性

東北大学 循環器内科学 ○照井 洋輔、杉村宏一郎、佐藤 遥
後岡広太郎、建部 俊介、青木 竜男
山本 沙織、神津 克也、紺野 亮
下川 宏明
東北大学 放射線診断学 大田 英揮、高瀬 圭

肺循環（第1会場） 11:15～11:43

座長 杉本浩一

16 末梢型肺動脈狭窄の一例

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、清水 亨
神津 克也、紺野 亮、照井 洋輔
佐藤 公雄、下川 宏明

17 妊娠を契機に診断された総肺静脈還流異常症修復術後肺静脈狭窄の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○高橋 唯、及川 雅啓、佐藤 悠
山田 慎哉、佐藤 崇匡、杉本 浩一
中里 和彦、斎藤 修一、竹石 恭知

18 バルーン肺動脈形成術後の運動負荷右心カテーテル検査

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、清水 亨、佐藤 遥
神津 克也、紺野 亮、照井 洋輔
後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

19 生体肺移植を施行した小児期発症の肺動脈性肺高血圧症の1例

東北大学 循環器内科学

○建部 俊介、杉村宏一郎、青木 竜男
山本 沙織、清水 亨、佐藤 遥
大槻 知広、神津 克也、紺野 亮
照井 洋輔、佐藤 公雄、下川 宏明

東北大学病院 呼吸器外科

岡田 克典

東北大学病院 心臓血管外科

安達 理

東北大学病院 臓器移植医療部

秋場 美紀

心不全（第2会場） 9:00～9:35

座長 穴戸哲郎

20 トルバプタン早期投与が有用であった CKD 合併超高齢者急性心不全の3例

庄内余目病院 心臓血管外科

○圓本 剛司、鳶田 泰之、寺田 康

21 ネフローゼ症候群を合併した慢性心不全の体液貯留に対しアセタゾラミドが奏功したと考えられた一例

地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

○本間 博、桐林 伸幸、青野 智典
本田晋太郎、禰津 俊介、菊地 彰洋
近江 晃樹、菅原 重生

22 HFpEF 患者における簡便な予後予測リスクスコア -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

23 高齢者心不全の臨床的特徴と予後規定因子および性差についての検討-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
三浦 正暢、後岡広太郎、白戸 崇
高橋 潤、宮田 敏、下川 宏明

24 慢性心不全患者に対する外来点滴加療の意義

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○武田由紀子、鈴木 聡、小林 淳
松本 善幸、君島 勇輔、竹石 恭知

弁膜症（第2会場） 9:35～10:10

座長 伏見悦子

25 低心機能を伴った重症大動脈弁狭窄症にTAVIを施行した後に低酸素脳症と思われる意識障害が遷延した1例

山形県立中央病院 循環器内科

○佐藤 大樹、福井 昭男、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

26 脳梗塞を契機に発見された大動脈弁乳頭状線維弾性腫の一例

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、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

弘前大学大学院医学研究科 心臓血管外科

福田 幾夫
人見 博康

弘前脳卒中センター

27 Doxorubicin 心筋症に伴うMRに対して乳頭筋吊上げ術を施行した1例

秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科

○板垣 吉典、山浦 玄武、角浜 孝行
千田 佳史、田中 郁信、高木 大地
桐生健太郎、山本 浩史

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

飯野 貴子、渡邊 博之、伊藤 宏

28 著明なSTJ石灰化を有する重度大動脈弁狭窄症に対し段階的な拡張でSapien3を留置した一例

山形大学医学部附属病院 第一内科

○齋藤 悠司、田村 晴俊、宮本 卓也
山中 多聞、横山 美雪、山内 聡
和根崎真大、西山 悟史、高橋 大
有本 貴範、宍戸 哲郎、渡邊 哲

29 当院における80歳以上の超高齢者の大動脈弁狭窄症に対する大動脈弁置換術症例の検討

仙台循環器病センター

○日野阿斗務、椎川 彰、細田 進

虚血性心疾患1（第2会場） 10:10～10:45

座長 伊藤智範

30 運動負荷誘発性冠攣縮性狭心症の1例

東北大学 循環器内科学 ○佐藤 公一、羽尾 清貴、杉澤 潤
土屋 聡、進藤 智彦、池田 尚平
菊地 翼、松本 泰治、高橋 潤
下川 宏明

31 冠攣縮による冠動脈解離から急性心筋梗塞を再発した1例

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

32 労作時兼安静時胸痛を伴う心筋架橋を合併した冠攣縮性狭心症の一例

東北大学 循環器内科学 ○進藤 智彦、高橋 潤、松本 泰治
白戸 崇、菊地 翼、羽尾 清貴
池田 尚平、須田 彬、杉澤 潤
土屋 聡、梶谷 翔子、佐藤 公一
照井 洋輔、青柳 肇、下川 宏明

33 運動負荷後の回復期に虚血が誘発された冠攣縮性狭心症の一例

公益財団法人 星総合病院 循環器内科 ○竹田悠太郎、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、坂本 圭司、清野 義胤
木島 幹博、丸山 幸夫

34 当院における器質的冠動脈病変を伴うAMIと、伴わないAMI(MINOCA)の比較

仙台オープン病院 ○小鷹 悠二、浪打 成人、牛込 亮一
瀧井 暢、杉江 正、加藤 敦

虚血性心疾患2（第2会場） 10:45～11:20

座長 飯野健二

- 35 Third universal definition により新たに追加された急性心筋梗塞症例の特徴と予後
仙台市医療センター仙台オープン病院
○浪打 成人、杉江 正、瀧井 暢
牛込 亮一、小鷹 悠二、加藤 敦
- 36 動脈硬化のためアプローチに苦慮し一期的に左鎖骨下動脈形成術とPCIを施行した症例
山形大学 医学部附属病院 ○山浦 玄斎、渡邊 哲、山中 多聞
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範
宍戸 哲郎、山内 聡、宮本 卓也
久保田 功
- 37 治療難渋した高度蛇行・拡張した冠動脈病変に冠攣縮の関与が示された院外心肺停止した急性心筋梗塞の1例
栗原中央病院 ○矢作 浩一、平本 哲也、尾形 剛
- 38 急性冠症候群発症時点でiFRが陰性であったが、早期に同部位を責任血管とする急性心筋梗塞を発症した一例
岩手県立 中部病院 ○藤原 純平、齊藤 秀典、西澤 健吾
盛川 宗孝、井筒 大人、土川 幹史
河合 悠
- 39 蘇生後に亜急性ステント血栓症を発症した2本の慢性完全閉塞を伴う急性心筋梗塞の1救命例
仙台市立病院 循環器内科 ○倉島 真一、中川 孝、八木 哲夫
石田 明彦、三引 義明、山科 順裕
佐藤 弘和、佐藤 英二、鈴木 啓資
井筒 琢磨

虚血性心疾患3（第2会場） 11:20～11:55

座長 高橋 潤

40 非責任病変に対する待機的 PCI 中に HIT を発症した急性心筋梗塞の 1 例

弘前大学医学研究科循環器腎臓内科学講座

○三浦 尚武、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

41 腎塞栓を契機に発見された冠動脈瘤閉塞による心筋梗塞、左室内血栓の一例

青森市民病院 循環器内科

○山崎 堅、川村 陽介、丹野 倫宏
澁谷 修司、藤田 紀生、森 康宏

42 特異的な血栓付着により ACS を来たしたと考えられた一例

公立相馬総合病院循環器内科

○一條 靖洋、佐藤 雅彦、鈴木 健太
安藤 勝也

43 PCI 後に左室自由壁破裂をきたした亜急性心筋梗塞の一例

青森県立中央病院

○相馬 宇伸、舘山 俊太、鈴木 晃子
佐々木憲一、櫛引 基、今田 篤
藤野 安弘

44 巨大左室仮性瘤を合併し再手術に至った心筋梗塞後左室自由壁破裂の一例

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学

○新保 麻衣、関 勝仁、須藤 佑太
加藤 宗、岩川 英弘、阿部 起実
木村 俊介、佐藤 輝紀、飯野 健二
渡邊 博之

秋田大学大学院 医学系研究科 心臓血管外科学

山本 浩史

不整脈1（第3会場） 9:00～9:35

座長 鈴木 均

45 心不全ステージが心房細動と予後との関係に及ぼす影響と性差：CHART-2 研究からの知見

東北大学 循環器内科学 ○青柳 肇、坂田 泰彦、後岡広太郎
白戸 崇、及川 卓也、阿部 瑠璃
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

46 心房細動に対するカテーテルアブレーションを施行した永久型下大静脈フィルター留置後の一例

東北大学 循環器内科学 ○長谷部雄飛、三木 景太、諸沢 薦
木村 義隆、千葉 貴彦、深澤恭之朗
中野 誠、下川 宏明

47 Cryoballoon Ablation 後に再発した発作性心房細動の一例

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

48 Cryoballoon ablation 後 carina の伝導残存などにより複数の AT が生じた 1 例

仙台市立病院 循環器内科 ○伏見 八重、石田 明彦、三引 義明
山科 順裕、佐藤 弘和、中川 孝
佐藤 英二、鈴木 啓資、井筒 琢磨
八木 哲夫

49 Rhythmia mapping system で上大静脈内の driver を特定し得た 1 例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座 ○北山 和敬、小路 祥紘、對馬 佑一
金城 貴彦、石田 祐司、伊藤 太平
堀内 大輔、木村 正臣、樋熊 拓未
佐々木真吾、富田 泰史

不整脈2（第3会場） 9:35～10:10

座長 八木哲夫

50 新規 3D マッピングシステム Rhythmia によって検出された微小電位への治療が奏功した通常型心房粗動症例

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

51 ファロー四徴症根治術後の ATP 感受性心房頻拍に対し、カテーテルアブレーションを施行した一例

東北大学 循環器内科学

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

52 両心房を回路に含むマクロリエントリー性頻拍の 1 例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座

○小路 祥紘、對馬 佑一、金城 貴彦
石田 祐司、伊藤 太平、堀内 大輔
木村 正臣、樋熊 拓未、佐々木真吾
富田 泰史

53 治療に難渋した LV summit 起源心室性期外収縮の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○脇岡奈保子、上岡 正志、金城 貴士
野寺 穰、松本 善幸、国井 浩行
鈴木 均、竹石 恭知

54 ミトコンドリア異常による心筋障害により約 40 年の経過後に心臓死した一例

JA 秋田厚生連平鹿総合病院

○深堀 耕平、小野 優斗、中嶋 壮太
武田 智、伏見 悦子、高橋 俊明
堀口 聡

不整脈3（第3会場） 10:10～10:45

座長 平カヤノ

55 ルーズピンが原因と考えられた心房リードの閾値上昇を認めた一例

石巻赤十字病院

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

56 20年以上前DDDペースメーカー挿入し同時期に心房・心室leadとも閾値上昇しlead交換を余儀なくされた一例

公立相馬総合病院循環器内科

○阿部 直人、一條 靖洋、安藤 勝也
佐藤 雅彦

57 リードレスペースメーカーの使用経験

山形県立中央病院

○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

58 パッチテスト結果に基づき、ゴアテックスを使用せずにICD植込術を施行した金属アレルギーの1例

東北大学 循環器内科学

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

59 皮下植え込み型除細動器植え込み後に心室頻拍をきたし正常作動が確認された2症例の検討

岩手医科大学内科学講座心血管・腎・内分泌分野

○梶田 房紀

岩手医科大学内科学講座循環器分野

小松 隆、大和田真玄、田中健太郎
中村真理絵、澤 陽平、森野 禎浩
中村 元行

血栓症（第3会場） 10:45～11:20

座長 佐々木真吾

60 DOAC 内服中に急性心筋梗塞を発症した抗リン脂質抗体症候群の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

○渡辺 翼、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

61 妊娠を契機に静脈血栓塞栓症を発症した先天性血液凝固異常症の2例

仙台医療センター 循環器内科

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

62 抗凝固療法により早期退院が可能となった重症肺血栓塞栓症の1例

岩手県立中央病院

○畠山 翔翼、高橋 徹、和山 啓馬
門坂 崇秀、中田 貴史、渡辺 翼
金澤 正範、近藤 正輝、遠藤 秀晃
中村 明浩、野崎 英二

63 脳梗塞を発症し t-PA と血栓回収療法により後遺症なく改善した DCM の一症例

東北大学病院 卒後研修センター

○齋藤 元一
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、清水 亨、佐藤 遥
神津 克也、紺野 亮、照井 洋輔
後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

64 当院における肺血栓塞栓症に対するワルファリンと DOAC の治療成績の比較

岩手県立中央病院 循環器内科

○中田 貴史、高橋 徹、和山 啓馬
門坂 崇秀、渡辺 翼、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

心膜炎・その他（第3会場） 11:20～11:55

座長 大和田尊之

65 診断に苦慮したメチシリン耐性黄色ブドウ球菌性化膿性心膜炎の一例

気仙沼市立病院 循環器科 ○河村 心、圓谷 隆治、小枝 秀仁
但木壮一郎、尾形 和則
東北大学 循環器内科学 青木 竜男、杉村宏一郎、下川 宏明

66 侵襲性肺炎球菌感染症による心外膜炎の一例

東北医科薬科大学病院 循環器内科
○長谷川 薫、宮下 武彦、中潟 寛
門脇 心平、菊田 寿、住吉 剛忠
関口 祐子、山家 実、中野 陽夫
小丸 達也、片平 美明

67 CABG 後の ARDS に対し VV ECMO を使用し救命した一例

(財)脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院
○植野 恭平、菅野 恵、緑川 博文
滝浪 学、影山 理恵、関 晴永

68 僧帽弁閉鎖不全症を合併した成人性 Brand-White-Garland 症候群の一例

岩手医科大学 内科学 循環器内科学講座
○那須 崇人、二宮 亮、中島 悟史
下田 祐大、石田 大、房崎 哲也
伊藤 智範、森野 禎浩

69 多職種協働で在宅医療を導入した末期心不全の一例

石巻市立病院 内科 ○二瓶 太郎、佐藤 寿和、西 俊祐
柴田 佳子、長 純一、赤井健次郎

心内膜炎（第4会場） 9:00～9:35

座長 富岡智子

70 感染性動脈瘤を多数合併した感染性心内膜炎の一例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○齊藤 有佳、伊藤 愛剛、福井 健人
塩入 裕樹、富岡 智子、小山 二郎
井上 寛一

71 大動脈炎症候群に感染性心内膜炎を併発した一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○後藤 巖、山屋 昌平、朴澤麻衣子
松本 裕樹、佐々木加弥、新山 正展
中島 悟史、木村 琢巳、森野 禎浩
岩手医科大学 心臓血管外科 金 一

72 心原性塞栓による心筋梗塞と脳梗塞を発症し非感染性血栓性心内膜炎と診断した一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○齋藤美加子、谷川 俊了、叶多 諒
二瓶多恵子、水上 浩行、鈴木 智人
金澤 正晴
寿泉堂総合病院 病理診断科 日下部 崇

73 治療に難渋した維持透析患者に発症した人工弁心内膜炎の一例

大崎市民病院 循環器内科

○藤橋 敬英、高橋 望、小田 惇仁
辻 薫菜子、山内 毅、竹内 雅治
岩渕 薫

74 爪甲剥離症が原因と考えられた三尖弁感染性心内膜炎の一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○佐々木 航、坂本 翼、中島 悟史
下田 祐大、森野 禎浩

岩手県立二戸病院 循環器内科

朴澤麻衣子
八戸赤十字病院 循環器内科 佐久間雅文
北村山公立病院 内科 小室堅太郎

左室内血栓（第4会場） 9:35～10:10

座長 樋熊拓未

75 左室内血栓を合併したたこつぼ型心筋症の1例

山形県立新庄病院 循環器内科

○水戸 琢章、奥山 英伸、結城 孝一
廣野 摂

76 急性肺塞栓症を合併したたこつぼ型心筋症の左室内血栓に対しリバーロキサバンが奏功した一例

山形大学 医学部 附属病院 卒後臨床研修センター

○黒川 佑

山形大学 医学部 第一内科 熊谷 遊、大瀧陽一郎、高橋 大
有本 貴範、宍戸 哲郎、山内 聡
山中 多聞、宮本 卓也、渡邊 哲
久保田 功

77 発症時に左室内血栓を認めた左回旋枝急性冠症候群の一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院

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

福島県立医科大学 循環器内科学講座

竹石 恭知

78 急性心不全発症を契機に発見された巨大左室内血栓の1例

東北大学 循環器内科学

○杉澤 潤、菊地 翼、土屋 聡
佐藤 公一、照井 洋輔、青柳 肇
進藤 智彦、池田 尚平、羽尾 清貴
白戸 崇、松本 泰治、高橋 潤
坂田 泰彦、下川 宏明

東北大学 心臓血管外科学

河津 聡、川本 俊輔、齋木 佳克

79 血栓塞栓症を繰り返した孤立性左室緻密化障害の一例

山形市立病院済生館 循環器内科

○畑山 裕、宮脇 洋、中田 茂和
佐々木真太郎

大動脈（第6会場） 9:00～9:35

座長 高瀬信弥

80 大動脈基部置換後の妊娠出産の1例

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、下川 宏明

81 腰痛と急激な左下腿浮腫を主訴に来院した左総腸骨動脈瘤の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科 ○佐々木加弥、後藤 巖、森野 禎浩
かつの厚生病院 松本 裕樹、内村 洋平

82 不明熱で発症した大動脈解離の一例

秋田大学 医学部 循環器内科 ○真壁 伸、奈良 育美、飯野 健二
渡邊 博之

83 異所性右鎖骨下動脈を合併した大動脈解離に対し TEVAR 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
田林 侑花、大谷 将之、長嶺 進

84 Valsalva 洞動脈瘤を伴わない右 Valsalva 洞—右室瘻の1例

公益財団法人 星総合病院 ○石崎 優斗、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、坂本 圭司、清野 義胤
木島 幹博

末梢血管（第6会場） 9:35～10:10

座長 中村明浩

85 一期的に治療しえた狭心症を有する重症下肢虚血患者の一例

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

86 腎移植後早期に生じた移植腎血流不全に対して経皮的血管形成術を行った1例

弘前大学 大学院 医学研究科 循環器腎臓内科学
○奈川 大輝、樋熊 拓未、藤田 雄
山田 雅大、横田 貴志、横山 公章
花田 賢二、西崎 史恵、遠藤 知秀
村上 礼一、島田美智子、成田 育代
佐々木真吾、中村 典雄、富田 泰史

87 総頸動脈収縮期血流が呼気時にだけ逆転する特異な現象を認めた一例

仙台医療センター ○阿部翔太郎、篠崎 毅、石塚 豪
尾上 紀子、山口 展寛、藤田 央
山中 信介、高橋 佳美、人見 泰弘
林 秀華

88 左外腸骨静脈の血栓閉塞病変に DOAC が有効だった一例

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科
○森 美紗希、水上 浩行、谷川 俊了
鈴木 智人、金澤 正晴
公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 産婦人科
佐藤 哲、大越 千弘、田中 昌代
大和田真人、鈴木 和夫、鈴木 博志

89 クリップル・トレノネー・ウェーバー症候群に合併した深部静脈血栓症に対してDOACを使用した1例

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学分野
○関 勝仁、佐藤 和奏、須藤 佑太
加藤 宗、新保 麻衣、飯野 健二
渡邊 博之

日本循環器学会 男女共同参画フォーラム

12月2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)

JCS男女共同参画委員会企画

ワークライフバランスの再確認

— 大学病院・海外病院の現況は？ —

座長: 熊谷 亜希子 先生 (岩手医科大学附属病院 心血管・腎・内分泌内科 助教)

飯野 貴子 先生 (秋田大学医学部附属病院 循環器内科 助教)

・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 主任部長)

・講演 1:

『 留学中に出会った海外女性医師・研究者の奮闘
: ライフワークバランス 』

後岡 広太郎 先生 (東北大学病院 臨床研究推進センター 特任講師)

・講演 2:

『 多様なライフワーク・バランス実現のための
大学病院活用術 』

東條 美奈子 先生 (北里大学東病院 病院長補佐/心臓二次予防センター長)

・閉会の辞:

竹石 恭知 先生 (福島県立医科大学附属病院 循環器内科 診療科部長)



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	10:40～11:15(1F 小会議室2)
支部役員会	11:15～11:45(1F 小会議室2)
心肺蘇生法普及委員会	11:45～12:00(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

ランチオンセミナー1 12:50～13:50(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

「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165回日本循環器学会東北地方会
大塚製薬

教育セッション II

ランチオンセミナー2 12:50～13:50(第2会場:2F 萩)

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

「高齢化・多疾患罹患時代の抗血栓療法を考える」

国立循環器病研究センター 心臓血管内科
部門長 安田 聡 先生

共催:第165回日本循環器学会東北地方会
バイエル薬品

教育セッション III

特別講演 13:50～14:50(第1会場:2F 橘)

座長:福島県立医科大学 循環器内科学講座 教授 竹石 恭知 先生

「動脈硬化・冠攣縮から脳卒中まで

～脳心血管病の克服を目指して～

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座
教授 富田 泰史 先生

共催:第165回日本循環器学会東北地方会
福島県立医科大学 循環器内科学講座

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、本会学術集合同様、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 JCS-ITC(国際トレーニングセンター)を開設している。循環器専門医は心停止や心停止前後での蘇生や心拍再開後の集中治療を必要としていることから、AHA ACLS(二次救命救急措置)の資格取得を受験の条件としている。

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

※支部運営内規 第 6 条 3 にて定められる JCS-ITC 業務担当幹事はファカルティから選出される。

ファカルティは各コースの運営統括責任者であり、新たなインストラクターを教育する立場である。

1. 年 4 回のインストラクター一覧更新時に、本会事務局より受領したインストラクター一覧を支部長ならびに幹事に提出すること。
 2. コース開催日程は、支部ホームページに掲載することとする。
 3. コース募集期間中、コースディレクター（以下、CD と略す）と連携を取り、受講者からの問い合わせ対応を行うこと。
 4. 下記内容についての受講者への連絡を行うこと。
採択通知、追受講者の代理登録（CD より指示があった場合）、会場変更、コース中止
 5. 講習会管理システムから受講者を確認し、受講者からの受講料入金確認を行うこと。規定日までに入金を確認できない場合には、入金督促を行うこと。
 6. 受講者より受講料領収書の発行依頼があった場合の発行手続きを行うこと。
 7. 支部担当者が交代する場合には業務内容を明確の上、後任者へ引継ぎを行い、業務に支障が生じないようにすること。また支部担当者が急病等で業務を行えない場合は、事務局担当幹事より JCS-ITC 業務幹事に速やかに連絡をし、JCS-ITC 業務幹事と支部長において今後の対応を検討すること。
 8. 業務管理を明確化することを目的として、JCS-ITC 業務専用の口座を開設してよい。
 9. 専用口座は、通帳管理者・印鑑管理者・キャッシュカード使用者（作成している場合のみ）を明確にし、一覧にして支部長へ提出しなければならない。（一覧に変更が生じた場合は随時、見直しを行い更新の上、提出する。）
 10. 専用口座の通帳、印鑑は、使用者が施錠出来る場所に必ず保管しなければならない。また、キャッシュカード、パスワードについては使用者が変更となる度に更新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での領収書を頂き、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 165 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

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
岩手県立胆沢病院 循環器内科

教授 森野 禎浩
内科長 八木 卓也

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

講師 渡邊 哲
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 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 齊	(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 齊	(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)	富 田 泰 史	(弘前大学)
名誉特別会員	白 土 邦 男	平 則 夫	丸 山 幸 夫	三 浦 傳
名誉支部員	青 木 孝 直	芦 川 紘 一	池 田 精 宏	石 出 信 正
	伊 藤 明 一	猪 岡 英 二	今 井 潤	大 和 田 憲 司
	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 卷 健 治	布 川 徹
	星 野 俊 一	前 原 和 平	三 浦 幸 雄	三 国 谷 淳 実
	室 井 秀 一	元 村 成	盛 英 機	保 嶋
	柳 澤 輝 行	山 本 文 雄	渡 辺 毅	

支 部 評 議 員	各県ごと五十音順、○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
	齊 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 田 栄 一 郎	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 博
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	杉 村 宏 一 郎	高 橋 潤	○富 岡 智 子 ²
	○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 齊 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 165 回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

平成 29 年 12 月 2 日 仙台国際センター
会 長:竹 石 恭 知
(福島県立医科大学 循環器内科学講座)

01

術前診断困難であった右脚ブロックと左側副伝導路を合併した発作性心房細動、逆方向性房室回帰性頻拍の一例

- 1 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座
- 2 弘前大学大学院医学研究科 高血圧・脳卒中内科学講座
- 3 弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学講座

○外山 佑一¹、金城 貴彦¹、木村 正臣²、佐々木真吾³
堀内 大輔³、石田 祐司¹、小路 祥紘¹、富田 泰史¹

56歳男性。5年前より数秒間の動悸および眼前暗黒感を認めていた。平成29年某日、動悸が持続し近医へ救急搬送、モニター心電図でwide QRS irregular tachycardia (平均HR 199 bpm)を認めたが自然停止した。完全右脚ブロックおよび発作性心房細動の診断で当科へ紹介されたが電気生理学的検査にて左側副伝導路の存在が証明された。肺静脈隔離術後の心房頻回刺激でwide QRS regular tachycardia (HR 227 bpm)が誘発され、血圧低下を伴い、動悸、眼前暗黒感が再現された。逆方向性房室回帰性頻拍と診断し副伝導路を焼灼したが、術前後の12誘導心電図は同波形であり術前診断は困難であった。慎重な鑑別が必要であった興味深い症例であり、報告する。

03

血流依存性血管拡張反応を利用した coronary-subclavian steal 症候群の非侵襲的診断例

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 貴子、木村 俊介、飯野 健二
渡邊 博之

79歳男性。左内胸動脈(LITA)-左前下行枝(LAD)バイパス術から7年後、血圧左右差(右>左)と労作時胸痛、左上肢脱力感を主訴に来院した。エコー上、左鎖骨下動脈(SCA)起始部の高速血流とLITA血流速度の軽度低下を認めた。SCA狭窄に伴う労作時LITA血流低下を疑いハンドグリップ負荷を施行したが、LITA血流は変化しなかった。しかし、左上肢への更なる盗血を目的に血流依存性血管拡張反応(FMD)を施行したところLITA血流が途絶し狭心症が誘発された。造影検査でもSCA起始部高度狭窄とLADを介したLITAの逆行性造影が確認され、coronary-subclavian steal 症候群(CSSS)と診断した。SCAへの経皮的血管形成術後はFMD負荷でのLITA血流減少はなくCSSSの改善が確認された。FMD負荷によるLITA血流評価はCSSSの非侵襲的診断に有用であった。

05

TAVIによりvWF高分子量多量体欠損の改善と毛細血管拡張症の消退を認めた Heyde 症候群の一例

- 1 東北大学 循環器内科学
- 2 東北大学大学院心臓血管外科
- 3 東北大学加齢医学研究所加齢制御研究部門基礎加齢研究分野

○土屋 聡¹、松本 泰治¹、菊地 翼¹、杉澤 潤¹
進藤 智彦¹、池田 尚平¹、羽尾 清貴¹、高橋 潤¹
川本 俊輔²、熊谷紀一郎²、堀内 久徳³、齋木 佳克²
下川 宏明¹

Heyde 症候群は大動脈弁狭窄症(AS)に血管異形成による消化管出血を合併する症候群で、その病態は必ず心力による von Willebrand 因子(vWF)マルチマーの分解亢進である。症例は83歳女性で労作時息切れを主訴に来院。精査の結果、重症 AS(弁口面積 0.42cm²)と毛細血管拡張症による上部消化管出血が原因の貧血と診断された。手術ハイリスクで、貧血と心不全コントロールがつかないため、抗血小板剤なしに経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)を施行。術後、貧血の増悪を認めず毛細血管拡張症は消退した。術後のvWFマルチマー解析では、術前認めた高分子量の欠損が改善した。Heyde 症候群を呈する重症 AS に TAVI を施行し、vWF 高分子量マルチマー欠損の改善と毛細血管拡張症の消退のいずれも確認できた世界初の症例であり、文献的考察を加え報告する。

02

心肺蘇生から1週間後STEMI発症を契機に冠動脈自然解離の診断に至った若年女性の1症例

山形大学医学部循環・呼吸・腎臓学講座

○横山 美雪、宮本 卓也、山内 聡、熊谷 遊
山中 多聞、齋藤 悠司、後藤 準、土屋 隼人
木下 大資、山浦 玄斎、大瀧陽一郎、和根崎真大
沓澤 大輔、田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範
高橋 大、穴戸 哲郎、渡邊 哲

症例は18歳女性。生来健康。倒れているところを発見され、PEAから蘇生に成功し、当院へ搬送された。緊急冠動脈造影では異常所見を指摘できなかった。低体温療法を施行し、後遺症なく回復した。第7病日早朝にSTEMIを発症した。冠動脈造影で#6から#7のびまん性狭窄を認め冠攣縮を疑うも、硝酸剤冠注では狭窄解除に至らなかった。IVUSで冠動脈解離の診断に至り、Scoring balloonにより血行再建に成功した。その後、しばしば安静時胸痛があり冠拡張薬で軽快した。第39病日の冠動脈造影で再狭窄は認めなかったが、解離形成部のpositive remodelingを認めた。過換気負荷試験で冠攣縮が誘発され、EPSで徐脈性不整脈は否定された。第56病日にWCDを着用し退院した。若年女性にACSを疑った際は冠攣縮のみならず冠動脈解離を考慮すべきである。

04

心房細動に対するクライオアブレーション施行中に、冠動脈多枝スパズムを生じた1症例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○横川沙代子、金城 貴士、松本 善幸、野寺 穰
上岡 正志、鈴木 均、齋藤 修一、石田 隆史
竹石 恭知

症例は70歳代男性の発作性心房細動患者。抗不整脈薬は無効で、クライオバルーン(CB)での肺静脈隔離術を施行した。左上肺静脈への1回目のCB施行開始159秒後に、心電図上胸部誘導でのST上昇、下壁誘導でのST低下を認めた。冠動脈造影を施行したところ、左回旋枝本幹の亜完全閉塞と左右冠動脈のびまん性のスパズムが確認された。硝酸薬の冠注でスパズムは解除され、下壁誘導の陰性T波残存認めるものの、ST変化は改善した。左上肺静脈は隔離されており、引き続き左下肺静脈および右上・下肺静脈へのCBで、冠動脈イベントを認めることなく肺静脈隔離に至った。肺静脈隔離術後に施行した最終冠動脈造影では、良好な冠拡張が確認された。CBにより冠動脈多枝スパズムが惹起された報告例は極めて稀であり報告する。

06

新しい超音波イメージング SMI による動脈壁内新生血管の描出とその臨床応用

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学講座

○佐藤 和奏、奈良 育美、新保 麻衣、佐藤 輝紀
飯野 貴子、飯野 健二、渡邊 博之

目的;動脈壁内血管新生(AWV)は血管炎症活動性を反映するが、これまでその描出は困難であった。私達は新規超音波技術 SMI を用い血管病変での AWV 検出とその意義を検討した。方法・結果;血管炎症病態として高動脈炎と症候性頸動脈狭窄症を対象とした。study I; 高動脈炎 6 例 48 部位での FDG 集積と AWV 検出を比較した。FDG 集積は 3 例 5 部位で認められたが、全同一部位で AWV を検出した。陽性的中率 83%、陰性的中率 100%であった。study II; 内臓剥離術予定の症候性頸動脈狭窄 7 症例で AWV 検出と病理組織を比較した。術前 4 例で AWV が検出されたが、全例同一部位で組織上新生血管が証明され、陽性的中率 80%、陰性的中率 100%であった。結論;SMI は in vivo での AWV 検出を可能にし、血管炎症の局所活動性やプラーク不安定性を反映することが示唆された。

07

急性心筋梗塞患者における入院前 ADL が PCI 施行率と急性期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

○豊島 拓、渡邊 哲、西山 悟史、和根崎真大
後藤 準、田村 晴俊、有本 貴範、高橋 大
穴戸 哲郎、山内 聡、山中 多聞、宮本 卓也
柴田 陽光、久保田 功

背景: 経皮的冠動脈形成術(PCI)施行率と急性心筋梗塞(AMI)の予後は密接に関連する。入院前の日常生活活動(ADL)が PCI 施行率とAMIの予後に与える影響を検討した。方法: 平成 27 年から平成 28 年までに山形県急性心筋梗塞発症登録評価事業に登録された 955 例のうち、データ欠損例を除く 886 例を対象とした。障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準をもとに評価した入院前 ADL により 3 群に分け、PCI 施行率と急性期予後を検討した。結果: ADL 低下群は非低下群と比較して高齢で女性の割合が高かった。ADL 低下群では PCI 施行率が低く、急性期死亡率が高かった。75 歳以上の高齢者で検討しても同様の結果だった。多変量解析では、入院前 ADL は急性期死亡の独立した危険因子であった。結論: 入院前 ADL は PCI 施行率と関連し、AMI の予後予測因子であった。

09

心臓サルコイドーシス患者の心筋障害に関連した左室収縮能が予後に及ぼす影響

1 東北大学 循環器内科学
2 国際医療福祉大学病院 循環器内科

○千葉 貴彦¹、中野 誠¹、長谷部雄飛¹、木村 義隆¹
深澤恭之朗¹、三木 景太¹、諸沢 薦¹、福田 浩二²
下川 宏明¹

【背景】心臓サルコイドーシス(CS)患者において、心筋障害に関連した左室収縮能(LVEF)の予後に対する影響は不明のままである。【方法】連続 91 名の CS 患者(男性/女性 25/66 名、57±11 歳)を LVEF ≥ 50%(N=56)、LVEF < 50%(N=35) の 2 群に分け、心血管イベント(MACE)と MRI を含む複数の画像診断による心筋障害について検討した。【結果】LVEF ≥ 50%群は、LVEF < 50%群に比し、MACE 発生率が有意に低く、MRI の遅延造影領域も有意に小さかった(共に P < 0.001)。多変量解析では、LVEF の経時的低下と持続的な右室ペースキングが遠隔期の MACE 発生に関与しており、2つの因子を有する患者はいずれも有さない患者に比して MACE 発生率が有意に高かった(P < 0.001)。【結論】心筋障害に関連した LVEF の評価は CS 患者の予後予測のリスク層別化に有用である。

11

抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎に合併した非虚血性心不全の 1 例

1 竹田総合病院 循環器内科
2 福島県立医科大学 循環器内科学講座

○片平 正隆¹、横川 哲朗¹、三浦 俊輔¹、中村 裕一¹
鈴木 聡¹、山田 慎哉²、及川 雅啓²、竹石 恭知²

症例は 52 歳女性。2016 年夏から倦怠感を自覚。同年 11 月に当院を受診。心不全疑いで当科紹介。胸部 X 線で心拡大、心エコーで LVEF 31%と心機能低下、BNP 678 pg/ml であり、心不全の診断で外来での薬物加療を開始。冠動脈 CT では冠動脈に有意狭窄はなく、非虚血性心不全であった。CK 1278 IU/L、CK-MB 46 IU/L であったが、胃薬などによる横紋筋融解症の疑いで経過をみた。半年後の心エコーで LVEF 50%と心機能は改善。しかし、被疑薬休薬後も CK 高値遷延、血中トロポニン陽性を認めていたため、神経内科へ紹介。血中抗ミトコンドリア抗体陽性が判明。他院で筋生検と心筋生検を施行、抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎と診断。神経内科でステロイドの投薬開始となり加療中。抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎に合併した非虚血性心不全は稀であり報告する。

08

Heart failure with mid-range EF (HFmrEF)と preserved EF (HFpEF) 患者の EF はどのように変化するか?

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、山口 展寛
尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

HFmrEF(40 ≤ EF ≤ 49)と HFpEF(50 ≤ EF)患者の経時的 EF 変化を調査する。対象は 3 回以上 UCG を施行し、年齢と性別をマッチさせた HFmrEF 群 15 例、HFpEF 群 41 例、健常群 23 例。除外基準は壁運動異常、心筋症、心房細動、カテコラミン使用、貧血による心不全。平均観察期間 34 ヶ月間の EF-LVEDVI 関係と EF-収縮期血圧関係を評価。HFmrEF 群と HFpEF 群の EF-LVEDVI 関係は負相関(傾き: -0.5 ± 0.2, -0.4 ± 0.3, r < SUP>2</SUP>: 0.6, 0.6)を、健常群のそれは正相関(傾き: 0.3 ± 0.3, r < SUP>2</SUP>: 0.3 ± 0.2)を示した。EF が一方向性に变化する症例は 40%, 20%, 9%であった。各群の EF-収縮期血圧関係は一定の傾向を示さなかった。結論: 過半数の HFmrEF と HFpEF 患者の EF は左室 loading 依存性に変動する。LVEDVI 増大は心不全患者の EF を低下させ、健常人の EF を増大させる。

10

肺高血圧症患者における肝線維化マーカーの検討

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○喜古 崇豊、義久 精臣、君島 勇輔、渡邊 俊介
菅野 優紀、阿部 諭史、巽 真希子、佐藤 崇匡
鈴木 聡、及川 雅啓、小林 淳、八巻 尚洋
杉本 浩一、国井 浩行、中里 和彦、竹石 恭知

肺動脈性肺高血圧(PAH)患者における肝臓の線維化指標 7S domain of collagen type IV (P4NP7S)と血行動態および生命予後の関連について検討した。PAH 患者連続 76 名を P4NP7S 値に基づき分類(3 分位)し、右心カテーテル検査所見および生命予後について比較検討した。第 3 分位では第 1、第 2 分位と比して平均右房圧は高値であったが(10.0 vs. 5.7 and 6.0 mmHg, P=0.002)、平均肺動脈圧、肺動脈楔入圧、心拍出量、肺血管抵抗には 3 郡間で有意差を認めなかった。Kaplan-Meier 解析では、第 1 から第 3 分位にかけて段階的に死亡率は上昇した(0, 13, and 36%, log-rank P=0.002)。Cox 比例ハザード解析にて P4NP7S は総死亡に関する独立した予後予測因子であった(HR 1.293, P < 0.001)。PAH 患者において P4NP7S は中心静脈圧と関連し、予後予測因子となる。

12

経時的な心エコーにて、心機能の改善を確認できている産褥性心筋症の 2 例

1 太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター
2 福島県立医科大学 循環器内科学講座

○西浦 司人¹、小松 宣夫¹、大原妃美佳¹、安藤 卓也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、竹石 恭知²

症例 1 は 33 歳女性。妊娠 28 週、双胎妊娠、妊娠高血圧症候群、切迫早産のため前医入院中に急性肺水腫を発症。当院産婦人科に搬送され緊急帝王切開を施行した。心エコーにて左室壁運動低下(LVEF 20%)を認め、産褥期心筋症の診断にて当科へ転科した。症例 2 は 35 歳女性。品胎妊娠のため周産期管理目的に当院産婦人科へ入院した。妊娠 29 週に予定帝王切開施行。術前より低酸素血症を認め、術後にうっ血性心不全の診断にて当科へ紹介。心エコーにて左室壁運動低下(LVEF 40%)を認め、産褥期心筋症の診断にて転科した。2 症例とも急性期は NPPV と薬物療法にて心不全の改善を認めた。退院後も薬物療法を継続し、現在、外来通院中である。当院で経験した産褥性心筋症の 2 症例について、文献的考察を加えて報告する。

13
常染色体優性多発嚢胞腎に拡張型心筋症を合併した一例

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

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

40 歳男性。家族歴:家系に 5 人の多発嚢胞腎(PKD)あり。現病歴:呼吸苦を主訴に近医を受診し、胸部 Xp で心拡大と両側胸水を認め当院紹介となった。心臓超音波検査では左室が LVDd 70mm と拡大し、左室壁運動がびまん性に低下し、駆出率は 14%であった。また、Cre 3.8 mg/dl、両側腎嚢胞、肝嚢胞、および、家族歴より常染色体優性 PKD と診断した。腎機能障害より冠動脈造影は施行していないが、心筋血流シンチグラフィは正常であったことから拡張型心筋症と診断した。常染色体優性 PKD と拡張型心筋症の合併頻度は非常に低い。PKD の持つ遺伝子異常と心筋障害について文献的に検討した。

15
anthracycline 系抗癌剤による心毒性の組織学的評価における心臓 MRI の有用性

1 東北大学 循環器内科学
2 東北大学 放射線診断学

○照井 洋輔¹、杉村宏一郎¹、大田 英揮²、佐藤 遥¹
後岡広太郎¹、建部 俊介¹、青木 竜男¹、山本 沙織¹
神津 克也¹、紺野 亮¹、高瀬 圭²、下川 宏明¹

anthracycline 系抗癌剤は有効な薬剤として現在も広く使用されるが、その心毒性は重大な副作用として以前より報告され癌患者の予後に大きく影響する。心臓 MRI を用いた心筋 T1 緩和時間の定量により、心筋組織性状を客観的に評価できる。anthracycline を含む化学療法後の癌患者 15 名(乳癌 6 名、血液癌 6 名、子宮癌 3 名)を対象に心臓 MRI の T1 mapping を用いて心臓の組織学的評価を行った。症候性心不全をきたした患者 9 名は無症候性患者に比し、左室駆出率が有意に低下した(37.4±14.7% vs 66.0±6.2%, P=0.01)。anthracycline 系抗癌剤による左室機能低下例において有意な T1 緩和時間の延長を認めた(1329±78msec vs. 1255±38msec, P=0.03)。心臓 MRI を用いた心筋性状評価は、化学療法による心毒性の早期診断や左室機能低下の予見に有用な可能性がある。

17
妊娠を契機に診断された総肺静脈還流異常症修復術後肺静脈狭窄の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○高橋 唯、及川 雅啓、佐藤 悠、山田 慎哉
佐藤 崇匡、杉本 浩一、中里 和彦、斎藤 修一
竹石 恭知

症例は 30 代女性。総肺静脈還流異常症に対し修復術を施行され、心エコーにて三尖弁収縮期圧較差 50 mmHg の肺高血圧を指摘されていたが、通院は不定期であり評価不十分であった。今回妊娠のため、心機能評価目的に当科紹介となった。心エコーにて肺静脈から左房内へ平均圧較差 8 mmHg のモザイク血流を認め、肺静脈狭窄が疑われた。右心カテーテル検査にて、平均肺動脈圧 60 mmHg の著明な肺高血圧を認め、CT 検査では、左右肺静脈の左房吻合部での狭窄が認められた。著明な肺高血圧のため、これ以上の妊娠継続は困難と判断し、妊娠 29 週にて帝王切開術となったが、周術期の血行動態は破綻せずに経過し退院となった。今回、妊娠を契機に総肺静脈還流異常症修復術後の肺静脈狭窄を診断した症例を経験したので報告する。

14
免疫チェックポイント阻害薬で急性心筋炎と完全房室ブロックを生じペースメーカーを要した肺癌患者の一例

1 仙台厚生病院 循環器内科
2 仙台厚生病院 呼吸器内科

○勝目 有美¹、伊澤 毅¹、戸井 之裕²、菅原 俊一²
大友 達志¹、井上 直人¹、目黒泰一郎¹

免疫チェックポイント阻害薬であるペンブロリズマブは、PD-L1 陽性の進行性非小細胞肺癌に対し第一選択とされ、その効果は従来の殺細胞性抗癌薬に優っているが、重篤な免疫関連有害事象を引き起こしうると報告されている。今回、ペンブロリズマブ投与後に急性心筋炎および完全房室ブロックを合併した一例を報告する。73 歳男性。ペンブロリズマブ投与 16 日後にめまいと倦怠感を主訴に来院。トロポニン陽性、完全房室ブロックを認め、冠動脈病変がないことから、免疫関連有害事象として急性心筋炎を発症し完全房室ブロックを合併したと診断しペースメーカーを移植した。ペンブロリズマブによる心筋炎は致死的合併症である。早期発見のため綿密なフォローアップが重要で、腫瘍内科・循環器内科を含む集学的チームでのマネジメントが必要とされる。

16
末梢型肺動脈狭窄の一例

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、清水 亨、神津 克也、紺野 亮
照井 洋輔、佐藤 公雄、下川 宏明

症例は 16 歳男性、小学生の頃より息切れを自覚。高校入学時に心電図異常を指摘され近医を受診、心臓超音波検査で右心系拡大を認め当科紹介。来院時、NYHA3 度、IIp 音が亢進していた。胸部レントゲンで左第二弓の突出、心電図で完全右脚ブロックを認め、肺高血圧症が疑われ心臓カテーテルを施行した。平均肺動脈圧は 54mmHg、肺動脈楔入圧 10mmHg、肺血管抵抗 7.8WU と前毛細管性肺高血圧症、また肺血管反応試験では平均肺動脈圧 44mmHg へ低下した。肺動脈造影では亜区域枝遠位側に多発する狭窄病変を認め、末梢型肺動脈狭窄と診断した。血管拡張薬の内服を開始し、経過を診ている。多発性・末梢型肺動脈狭窄症は稀な疾患であるが、右心不全をきたすと予後不良であり肺移植も検討されるべき疾患である。本症例も慎重な経過観察を要すると考えられる。

18
バルーン肺動脈形成術後の運動負荷右心カテーテル検査

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
清水 亨、佐藤 遥、神津 克也、紺野 亮
照井 洋輔、後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

【背景】バルーン肺動脈形成術(BPA)は、慢性血栓塞栓性肺高血圧症の血行動態と予後の改善に有効であるが、運動時の血行動態に与える影響について検討した研究はない。【方法と結果】2015 年 9 月から 2017 年 3 月までに、BPA が終了し、肺血管拡張薬を中止し得た 18 例を対象とした(平均年齢 66±8 歳、女性 16 例)。臥位のままエルゴメーターを用いて多段階負荷を行い、平均肺動脈圧(mPAP、24±4 vs 45±7 mmHg)、肺血管抵抗(PVR、3.5±1.7 vs 4.3±1.7 WU)はいずれも有意に上昇した(いずれも P<0.01)。ΔmPAP/ΔCO slope は PVR の低い症例(≤3WU)に比し、高い症例(>3WU)で急峻であった(14.7 vs. 7.2 mmHg/L/min、各群 9 例、P<0.01)。【結語】BAP 施行後の残存病変は運動に対する血行動態の異常反応に寄与している可能性がある。

19

生体肺移植を施行した小児期発症の肺動脈性肺高血圧症の1例

- 1 東北大学 循環器内科学
- 2 東北大学病院 呼吸器外科
- 3 東北大学病院 心臓血管外科
- 4 東北大学病院 臓器移植医療部

○建部 俊介¹、杉村 宏一郎¹、青木 竜男¹、山本 沙織¹
 清水 亨¹、佐藤 遥¹、大槻 知広¹、神津 克也¹
 紺野 亮¹、照井 洋輔¹、安達 理³、秋場 美紀⁴
 佐藤 公雄¹、岡田 克典²、下川 宏明

【症例】14 歳、女性【主訴】失神【経過】公衆浴場での失神で発症した肺動脈性高血圧症 (PAH) の症例。当科初診時、WHO-Fc III、BNP450 pg/ml、平均肺動脈圧 73mmHg、心係数 1.4L/分/m²/^分、肺血管抵抗 29WU、6 分間歩行で失神を再現した。初期よりエポプロステノール持続静注 (最大 60ng/kg/分) を含む、肺血管拡張薬 3 剤を用いて加療したが、改善が得られず、16 歳時に脳死肺移植登録を行った。しかしその後、急速に強心薬依存の末期右心不全に進行し、脳死肺移植登録後 8 ヶ月で両親から生体肺移植を行った。【考察】生体肺移植は、脳死肺移植待機リスト期間以下 (約 2 年 5 か月) の余命が想定される、最重症の PAH が適応である。【結語】生体肺移植により救命しえた小児期発症の PAH を経験した。

21

ネフローゼ症候群を合併した慢性心不全の体液貯留に対しアセタゾラミドが奏功したと考えられた一例

地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

○本間 博、桐林 伸幸、青野 智典、本田晋太郎
 禰津 俊介、菊地 彰洋、近江 晃樹、菅原 重生

症例は 58 歳男性。呼吸苦、下腿浮腫を訴え救急外来を受診し、うっ血性心不全の診断で循環器内科へ入院した。未治療の高血圧症、糖尿病、ネフローゼ症候群も判明し、投薬治療を開始した。ループ利尿薬、抗アルドステロン薬投与で下腿浮腫は残ったものの体重 92kg から 74kg まで減少した。外来で治療継続したが半年で体重 84kg まで増加し、呼吸苦も出現したため再度入院し内服調整し、退院時 69kg まで改善した。その後体重 74kg 前後で経過、BNP300-400pg/ml 台で推移していた。そこで体液貯留に対し、アセタゾラミドを追加したところ著効し体重は 64kg となり、それ以降安定している。ネフローゼ症候群を合併した慢性心不全の治療にアセタゾラミド投与が効果的であったと考えられた症例を経験したので報告する。

23

高齢者心不全の臨床的特徴と予後規定因子および性差についての検討-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、三浦 正暢、後岡広太郎
 白戸 崇、高橋 潤、宮田 敏、下川 宏明

【背景】本邦の高齢者心不全の特徴と性差を明らかにする。【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、女性 32%) を 3 群 (G1, ≤64 歳, N=1,521; G2, 65-74 歳, N=1,510; G3, ≥75 歳, N=1,845) に分類し、臨床的特徴と予後の性差を比較検討した。女性の割合、左室駆出率、BNP 値、千人・年あたりの死亡数は、G1、G2、G3 の順に増加 (全て P<0.001) する一方、男女共に高齢群ほど心血管死の割合が減少した。2 群 (G1, ≤64 歳, N=1,521; G2, ≥65 歳, N=3,355) に再分類し多変量解析による性差の検討を追加し、女性の心房細動が、G1、G2 共に有意に全死亡と関連を認め、男性の脳卒中既往が、G1、G2 共に有意に心血管死と関連を認めた。Hb は男女共に G2 で心血管死と関連を認めた。【結論】高齢心不全患者の予後・予後規定因子に性差を認める。

20

トルバプタン早期投与が有用であった CKD 合併超高齢者急性心不全の3例

庄内余目病院 心臓血管外科

○圓本 剛司、島田 泰之、寺田 康

症例は、91 歳、87 歳、90 歳の女性 3 例。いずれも CKD (G3a: 1 例、G3b: 2 例) を合併しフロセミド内服中であった。今回、労作時呼吸困難と下腿浮腫増強を主訴に来院、胸部 X 線で肺うっ血と胸水貯留を認めた。緊急入院後直ちにカルペリチドと既存利尿剤の併用下にトルバプタン経口投与 (7.5mg: 2 例、15mg: 1 例) を開始、1 例 (投与期間 2 日) を除き退院後も継続した。入院時から翌日服用までの総尿量は、2100、2300、5300ml で、全例翌日までに自覚症状は消失し、14、17、12 日目に独歩退院となった。退院時の体重減少率は、13、10、12% で、全例肺うっ血が改善し胸水が消失した。CKD を合併した超高齢者に対する水利尿薬トルバプタンの早期投与は、速やかな過剰体液排泄効果により自覚症状の早期改善が得られ、ADL 低下防止と早期退院に有用であった。

22

HFpEF 患者における簡便な予後予測リスクスコア -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】近年、左室駆出率が 50% 以上に保たれた心不全 (HFpEF) の予後予測因子は左室駆出率の低下した心不全と異なることが報告されている。【方法】CHART-2 研究 (N=10,219) に登録されたうちの HFpEF 症例 (N=3,193) に対し、Cox 比例ハザードモデルの解析を行い、ステップワイズ法で選択された全死亡の予測因子とそのハザード比を基にリスクスコアを作成した。【結果】リスクスコアは年齢 (≥75 歳、2 点)、貧血 (1 点)、アルブミン (<3.7g/dl、1 点)、BNP (≥100pg/ml、1 点)、BUN (≥25mg/dl、1 点) の 5 項目の点数の総和とした。予後予測能を表す c-index は 0.758 で良好だった。【結論】HFpEF 患者における簡便な予後予測リスクスコアを開発した。

24

慢性心不全患者に対する外来点滴加療の意義

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○武田由紀子、鈴木 聡、小林 淳、松本 善幸
 君島 勇輔、竹石 恭知

症例は 66 歳女性、2007 年に冠縮性狭心症による完全房室ブロックを呈して植込み型除細動器移植術を受けた後、外来通院の過程で徐々に心収縮能が低下したため両心室ペースメーカーアップグレードされた。しかしその後もうっ血性心不全による入退院を繰り返し、BNP の基礎値が上昇した。以前より自宅での生活を希望されており、再入院を防ぐ目的で外来にてフロセミドの静注とドブタミンの短時間持続投与 (5-6 時間/日) を行い、尿量が増加して体重が減少し、入院回数を減らすことができている。心不全治療における薬物療法および非薬物療法の発展により重症心不全患者を外来で管理する機会が増加しており、繰り返す入退院を減らすことは循環器分野の大きな課題である。その一助として治療が奏功した一症例を報告する。

低心機能を伴った重症大動脈弁狭窄症に TAVI を施行した後に低酸素脳症と思われる意識障害が遷延した 1 例

山形県立中央病院 循環器内科

○佐藤 大樹、福井 昭男、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 82 歳男性。重症大動脈弁狭窄症(AS)による心不全の入院歴があり労作時息切れが続いていた。EF 40%程度、Euro Score 9.1%と high risk であり、AS に対して TAVI を施行した。前拡張時バルーンのスリップと拡張不良が疑われ、計 3 回のバルーン拡張を要した。3 回目の拡張後に、心室細動が出現し、電氣的除細動を施行した。洞調律に復するも血圧が維持できず、AS を解除するため Sapien 3 を留置したが、再度心室細動が出現し、PCPS を導入、術直後 PCPS は離脱できたが、低酸素脳症と思われる意識障害がみられ低体温療法を施行した。意識清明となるまで 22 日間を要したが、徐々にリハビリが進み、術後 52 日目に独歩退院となった。低心機能患者に対して TAVI を行い周術期管理に苦慮した症例について、文献的考察を加え報告する。

Doxorubicin 心筋症に伴う MR に対して乳頭筋吊上げ術を施行した 1 例

1 秋田大学医学部附属病院 心臓血管外科
2 秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○板垣 吉典¹、山浦 玄武¹、角浜 孝行¹、千田 佳史¹
田中 郁信¹、高木 大地¹、桐生健太郎¹、山本 浩史¹
飯野 貴子²、渡邊 博之²、伊藤 宏²

心筋症の左室拡大に伴う tethering に起因する僧帽弁閉鎖不全症(MR)に対する弁形成術は、弁下組織への介入を要する。乳頭筋吊上げは tethering に対して有効であるが、吊上げの程度は術者の経験による。今回、体外循環終了後に経食道エコーガイド下に吊上げ糸の長さを調節できるように工夫を行った。症例は 54 歳男性。Doxorubicin 心筋症に伴う低心機能、MR、NYHA IV 度の心不全を認めた。弁輪形成後、上行大動脈を切開し大動脈弁越しに前後乳頭筋にプレジェット付き ePTFE 縫合糸を刺通した。その糸を僧帽弁輪から大動脈壁外に出しておき、体外循環終了後に経食道エコーガイド下に糸の長さを調節した。MR は II 度から trivial まで改善した。本方法を用いることで経食道エコーガイド下に吊上げ糸を調節することができ、機能性 MR に有効な方法と考えられた。

当院における 80 歳以上の超高齢者の大動脈弁狭窄症に対する大動脈弁置換術症例の検討

仙台循環器病センター

○日野阿斗務、椎川 彰、細田 進

2003 年から 2016 年 11 月までの 13 年間に当院で施行した 80 歳以上の重症大動脈弁狭窄症(AS)に対して行った大動脈弁置換術(AVR)症例 12 例を高齢者群とし、80 歳未満の同条件の症例 67 例を対照群として 2 群間で比較検討を行った。平均年齢は高齢者群で 82.6 歳、対照群で 69.5 歳であり、男女比に有意差は認めなかった。AS の重症度に有意差はなく、術前合併症としては腎機能障害が高齢者群に多く、有意差を認めなかったものの、他合併症に有意差は認めなかった。使用した弁のサイズは両群共に 19mm が最多であった。手術死亡は両群共に 0%で、その他術後合併症頻度に有意差を認めなかった。高齢者群の手術成績ならびに遠隔成績は良好であり、80 代以上の超高齢者であっても症例選択を的確に行えば外科的治療であっても良好な成績を得られると考えられた。

脳梗塞を契機に発見された大動脈弁乳頭状線維弾性腫の一例

1 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科
2 弘前大学大学院医学研究科 心臓血管外科
3 弘前脳卒中センター

○三浦 尚武¹、山田 雅大¹、遠藤 知秀¹、西崎 史恵¹
花田 賢二¹、横山 公章¹、横田 貴志¹、樋熊 拓未¹
富田 泰史¹、福田 幾夫²、人見 博康³

【症例】69 歳男性。左前下行枝の心筋梗塞の既往あり。6 月某日会話困難を主訴に前医受診。運動性失語を認め、頭部 MRI にて左中大脳動脈領域に塞栓性の新鮮梗塞を認めた。心源性塞栓と考えられたが心房細動はなく頸動脈に不安定プラークも認めず。経胸壁及び経食道心エコーにて大動脈弁無冠弁に 7mm 程の可動性の強い疣腫の付着を認めた。臨床経過や疣腫の形態より乳頭状線維弾性腫(PFE)と診断し外科的摘出術が施行された。術中所見では 8mm 大の有茎性のインゴギンチャク様の腫瘍を認め、腫瘍は大動脈弁を温存し切除可能であった。病理診断では間質の弾性線維所見より PFE の確定診断を得た。【考察】大動脈弁の疣腫は鑑別診断が困難で手術の適否判断が難しいことが多いが、今症例は PFE として典型的な形態であったため症例提示する。

著明な STJ 石灰化を有する重度大動脈弁狭窄症に対し段階的な拡張で Sapien3 を留置した一例

山形大学医学部附属病院 第一内科

○齋藤 悠司、田村 晴俊、宮本 卓也、山中 多聞
横山 美雪、山内 聡、和根崎真大、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、渡邊 哲

89 歳女性。重度大動脈弁狭窄症による心不全で入院。消化管出血の既往あり Heyde 症候群の合併も考えられ TAVI の方針となった。CT 計測上、STJ の石灰化が内腔へ突出しており注意が必要と考えられた。20mm バルーンで前拡張を施行したところ、STJ の突出した石灰化に干渉が確認されたため、Sapien3 (S3) 23mm を左室側寄りに留置する方針とした。拡張中に S3 の edge が STJ の石灰化を押し、強い抵抗を感じたため最大拡張までいく前に deflation し、バルーンを左室側寄りに進め後拡張を行った。エコー上 AR trivial、心嚢液出現や大動脈解離を疑う所見は認めず終了とした。段階的な拡張により合併症なく S3 留置に成功した症例を経験したため報告する。

運動負荷誘発性冠攣縮性狭心症の 1 例

東北大学 循環器内科学

○佐藤 公一、羽尾 清貴、杉澤 潤、土屋 聡
進藤 智彦、池田 尚平、菊地 翼、松本 泰治
高橋 潤、下川 宏明

症例は 66 歳の男性。主訴は早朝安静時や深夜入浴時の前胸部痛。心肺運動負荷試験(CPX)で前胸部痛の出現と共に心電図上、下壁誘導において ST 低下を認めた。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、卓上型エルゴメーターを用いた運動負荷を施行した。胸痛、心電図変化が再現され、負荷直後の右冠動脈造影で #3 に亜閉塞を認め冠攣縮と考えた。左冠動脈では攣縮を認めなかった。アセチルコリン負荷冠攣縮誘発試験を施行すると右冠動脈、左冠動脈共にびまん性攣縮を認めた。運動誘発性冠攣縮性狭心症と診断しベニジピン内服を開始し症状の改善が得られ、一か月後 CPX では運動耐用能の改善を確認した。運動誘発性冠攣縮性狭心症において運動負荷後の造影で冠攣縮を確認した報告は数少なく内服治療で運動耐用能の改善を確認できた点でも貴重な症例と考える。

31

冠攣縮による冠動脈解離から急性心筋梗塞を再発した 1 例

岩手県立中部病院

○盛川 宗孝、藤原 純平、土川 幹史、井筒 大人
河合 悠、西澤 健吾、齊藤 秀典

58 歳男性、2010 年 8 月に急性心筋梗塞(下壁)を発症し冠動脈造影(CAG)を施行したが有意狭窄は無く、冠攣縮が原因して加療した既往あり。2017 年 8 月に以前と同様の胸痛を自覚し当院に救急搬送された。来院時の心電図で II, III, aVf で ST 上昇、心エコーで下壁に壁運動低下を認めため CAG を施行した。#3-99%狭窄を認め、引き続き経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行した。IVUS で冠動脈解離と血腫を認めた。STEMI の診断で entry を塞ぐようにステントを留置した。最終 IVUS でステント外近位部の血腫の残存を認めたが、TIMI3 を確認して終了とした。冠攣縮による冠動脈解離から急性心筋梗塞を再発した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

33

運動負荷後の回復期に虚血が誘発された冠攣縮性狭心症の 1 例

公益財団法人 星総合病院 循環器内科

○竹田悠太郎、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、坂本 圭司
清野 義胤、木島 幹博、丸山 幸夫

症例は 42 歳男性。24 年間の喫煙歴あり。日中の肉体労働後、数十秒たってから出現する胸部絞扼感を主訴に当科を受診した。トレッドミル運動負荷試験を施行したところ、最大負荷までは胸部症状や ST 変化はみられなかったが、負荷終了後 5 分経過後より胸部絞扼感および下壁誘導の ST 上昇が認められ、硝酸薬投与にて改善した。冠動脈造影にて器質的有意狭窄はなく、アセチルコリン負荷試験を施行したところ左右冠動脈のびまん性冠攣縮が誘発された。冠攣縮性狭心症と診断し、ニフェジピンおよびニコランジルの投与を開始した。後日、治療開始前と同じ条件で運動負荷試験を行ったところ、胸部症状や ST 変化は誘発されなかった。最大運動負荷時に虚血が誘発されず回復期に誘発された、運動誘発冠攣縮性狭心症の非典型例であり、報告する。

35

Third universal definition により新たに追加された急性心筋梗塞症例の特徴と予後

仙台市医療センター仙台オープン病院

○浪打 成人、杉江 正、瀧井 暢、牛込 亮一
小鷹 悠二、加藤 敦

【背景】Third universal definition 提示後、CK 基準値二倍以上の上昇がない症例の診断は各施設に委ねられている。【方法】2012 年から 2016 年に加療した初回心筋梗塞 489 症例を WHO 基準群 (n = 305) と Third universal definition による追加群 (n = 184) にわけて各群の特徴と予後を検討した。【結果】追加群は WHO 基準群に比較して NSTMI が多く、左室駆出分画が高く、血行再建率は低かった。平均観察期間 500 ± 490 日で全死亡および心臓死リスクは WHO 基準群が高い傾向にあり、心不全入院リスクは差がなく、急性冠症候群発症リスクは追加群で高い傾向にあった。全死亡・心不全入院・急性冠症候群の複合リスクは有意差を認めなかった。【結語】基準値二倍以上の CK 上昇が認められない心筋梗塞症例の予後は、従来の WHO 基準による心筋梗塞症例と同等である。

32

労作時兼安静時胸痛を伴う心筋架橋を合併した冠攣縮性狭心症の 1 例

東北大学 循環器内科学

○進藤 智彦、高橋 潤、松本 泰治、白戸 崇
菊地 翼、羽尾 清貴、池田 尚平、須田 彬
杉澤 潤、土屋 聡、梶谷 翔子、佐藤 公一
照井 洋輔、青柳 肇、下川 宏明

症例は 63 歳男性、高血圧、脂質異常症で近医通院中。朝方の安静時と労作時に生じる胸部圧迫感の精査目的で当科紹介。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄なく、左前下行枝#7 に心筋架橋(MB)を認めた。カテーテル検査中の桌上エルゴメーター負荷試験では下側壁誘導の ST 部低下と心筋内乳酸産生が認められた。一方、負荷直後の冠動脈造影では心表面冠動脈に明らかな変化は無く、収縮期に冠動脈を圧迫する MB より末梢心筋組織の血液供給不均衡が生じていた可能性や微小血管障害の関与が示唆された。引き続き行われたアセチルコリン負荷試験では、胸痛を伴う MB 部の局所的な攣縮が誘発され硝酸薬の投与により速やかに解除された。労作時と安静時に胸痛を生じ、冠動脈有意狭窄のない症例では心筋架橋の関与を考慮する必要がある。

34

当院における器質的冠動脈病変を伴う AMI と、伴わない AMI(MINOCA)の比較

仙台オープン病院

○小鷹 悠二、浪打 成人、牛込 亮一、瀧井 暢
杉江 正、加藤 敦

AMI患者のうち、約 10%の患者では有意な冠動脈病変を認めないことが報告されている。今回我々は、当院における 955 例の AMI症例を冠動脈器質病変の有無別に比較し、報告する。冠動脈病変を有する(Myocardial infarction with CAD:MICAD)群 912 例と、有さない(Myocardial infarction with no obstructive CAD:MINOCA)群 43 例に分類した。MINOCA 群が有意に若年であり、BMI 低値で女性の比率が多く、糖尿病合併例が少なかった。MICAD 症例においては有意に発症前胸痛を認める症例、ST 上昇型心筋梗塞の比率が多く、Peak CK も高値であった。院内死亡率は MICAD 群で多い傾向であったが、有意な差を認めなかった。

36

動脈硬化のためアプローチに苦慮し一期的に左鎖骨下動脈形成術と PCI を施行した症例

山形大学 医学部附属病院

○山浦 玄斎、渡邊 哲、山中 多聞、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎、山内 聡
宮本 卓也、久保田 功

症例は 87 歳、男性。高血圧で近医へ通院。労作時胸痛で狭心症を疑われ、当院へ紹介された。冠動脈造影検査で冠動脈 3 枝病変を認め、十分な IC の上 PCI で血行再建術を施行する方針とした。初めに左橈骨動脈からアプローチしたが左鎖骨下動脈の高度狭窄のためガイドリングカテーテルが進まなかった。次に右橈骨動脈からアプローチしたが右腕頭動脈の高度蛇行のためガイドリングカテーテルが進まず一度治療を断念した。後日、造影 CT で左総腸骨動脈起始部から左外腸骨動脈までの閉塞を認めた。そこで、右総大腿動脈アプローチで右冠動脈の治療を先行し、その後左上腕動脈アプローチで左鎖骨下動脈形成術と左冠動脈 PCI を一期的に施行した。高度の動脈硬化のためアプローチに苦慮し、一期的に左鎖骨下動脈形成術と PCI を施行した症例を経験した。

治療難渋した高度蛇行・拡張した冠動脈病変に冠攣縮の関与が示された院外心肺停止した急性心筋梗塞の1例

栗原中央病院

○矢作 浩一、平本 哲也、尾形 剛

57歳、男性。2ヶ月前に冠動脈造影を施行していたが、院外心肺停止で心室細動(Vf)にDCをかけ洞調律に戻り搬送された。緊急冠動脈造影にてRCA#2が50→99%になっていた。高度蛇行、拡張した右冠動脈でデバイスが病変まで到達困難で、特殊な子カテーテル(Guideplus)を使用して血栓溶解療法からバルーン拡張でTIMI3が得られ手技を終了。ステント留置はしなかった。その後冠攣縮、致死性不整脈誘発試験を施行した。薬物内服下で、責任病変はアセチルコリンでは誘発されなかったがエルゴノビンで誘発された。Vfは誘発されなかった。内服は変更してICD植え込み術を受けることとなった。責任病変に対する治療方法に対して考察を加えるとともに、高度蛇行、拡張した冠動脈との関連性も考察を加える。

蘇生後に亜急性ステント血栓症を発症した2本の慢性完全閉塞を伴う急性心筋梗塞の1救命例

仙台市立病院 循環器内科

○倉島 真一、中川 孝、八木 哲夫、石田 明彦
三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和、佐藤 英二
鈴木 啓資、井筒 琢磨

70歳代女性、院外心停止。初期波形VF、心停止時間40分。緊急CAGではLCXとRCAの慢性完全閉塞で、側副血行を供給するLADが近位部で90%であった。LMTからLADに薬剤溶出性ステントを留置して急性期の血行再建を終了した。鼻出血が多量で経鼻胃管挿入不能、抗血小板薬は投与できず。目標体温管理後に意識が回復し第6病日からアスピリンとクロピドグレルを開始した。残存病変に対するCABGを予定していたが、第19病日にショックになり再CAGを施行した。LADステント内に血栓を認め、血栓吸引後に薬剤溶出性ステントを追加留置した。クロピドグレルからプラスグレルに変更し、抗血小板薬2剤を継続したままCABGを施行し、独歩退院した。急性期に抗血小板薬が投与できなかった事やクロピドグレル抵抗性がステント血栓症の要因として考えられた。

腎塞栓を契機に発見された冠動脈瘤閉塞による心筋梗塞、左室内血栓の一例

青森市民病院 循環器内科

○山崎 堅、川村 陽介、丹野 倫宏、澁谷 修司
藤田 紀生、森 康宏

症例は30代男性。2年前に胸部圧迫感が1日中続いたが病院には受診しなかった。今回右腰背部痛が出現し当院時間外外来へ紹介受診。CT上腎梗塞、心電図上心筋梗塞が疑われ、当科紹介。心臓超音波検査より前壁の壁運動低下あり、同部位に血栓を認め、陈旧性心筋梗塞、左室内血栓、それによる腎塞栓と考えられた。腎塞栓により5日間高熱が続き、呼吸状態が悪化、レントゲン上両側肺野の浸潤影が増悪、腎塞栓から急性呼吸窮迫症候群の合併と考えられたが徐々に改善した。冠動脈CT、冠動脈造影にて左冠動脈前下行枝に冠動脈瘤を認め、同部位で慢性閉塞を認めた。ヘパリンからワーファリンに切り替え、CT、心臓超音波検査上心尖部の血栓は消失した。冠動脈瘤閉塞により心筋梗塞、左室内血栓をきたし腎塞栓を引き起こした一例を経験したので報告する。

急性冠症候群発症時点でiFRが陰性であったが、早期に同部位を責任血管とする急性心筋梗塞を発症した一例

岩手県立 中部病院

○藤原 純平、齊藤 秀典、西澤 健吾、盛川 宗孝
井筒 大人、土川 幹史、河合 悠

症例は66歳男性。早期に15分に及ぶ2回の安静時胸痛で当院を受診した。心電図で前胸部誘導の陰性T波とST低下、採血でトロポニンIの上昇を認め、急性冠症候群の診断で冠動脈造影(CAG)を施行した。左前下行枝#6に中等度狭窄を認めたが、瞬時血流予備能比(iFR)0.95と陰性であり、冠攣縮性狭心症疑いで冠拡張薬を開始した。しかし、初回発作から17日後に胸痛のため搬送され、前胸部誘導のST上昇を認めた。緊急CAGを施行し前回の狭窄部位に血栓性閉塞を認め、引き続き冠動脈ステント挿入術を施行した。今回、急性冠症候群発症時点でiFRが陰性であったが、早期に同部位を責任血管とする急性心筋梗塞を発症した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて考察する。

非責任病変に対する待機的PCI中にHITを発症した急性心筋梗塞の1例

弘前大学医学研究科循環器腎臓内科学講座

○三浦 尚武、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

症例は70歳台、男性。急性心筋梗塞を発症して当科へ搬送となり、左前下行枝#7の完全閉塞に対して薬剤溶出性ステントを留置した。2週間後、回旋枝の狭窄に対してPCIを施行したが、PCI中に左前下行枝のステント内に血栓が発生した。HITと考え、回旋枝病変にステント留置後にカテーテル類をすべて交換し、アルガトロバンの持続投与を開始した。左冠動脈を造影すると、左前下行枝、回旋枝に留置されたステントはいずれも閉塞していた。バルーン拡張を繰り返し、IABPを留置して最終的には血栓形成は抑制された。アルガトロバンの持続投与によってACTを250-400秒に保ち、血栓症の再発なく経過した。今回、左前下行枝、回旋枝どちらも完全閉塞にいたった重症のHIT症例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

特異的な血栓付着によりACSを来したと考えられた一例

公立相馬総合病院循環器内科

○一條 靖洋、佐藤 雅彦、鈴木 健太、安藤 勝也

症例は50歳女性。H29年5月10日18時30分頃に単身赴任している夫と飲酒中、胸痛出現し救急搬送される。党員到着時ECG上II,III,aVFにてST上昇、心エコーで左心室下壁の壁運動低下が認められACSの診断で緊急カテとなる。CAG上#1-3まで75%のびまん性狭窄が認められ、#3は99%with delayの所見であった。IVUS上一部血栓も疑われたが高輝度プラークも認められた。Ultimaster3.0 x 38mmを留置しTIMI IIIでPCI終了。終了時の冠動脈の狭窄は軽減していた。リハビリテーション後同23日に心カテ施行した。stent siteはrestenosisなく、また#1-3までのプラーク所見も消失していた。ACS時の右冠動脈の状態はIVUSなどの所見より冠攣縮は関与しているものの血栓付着が主体と考えられた。このような血栓付着は希なものと思われ若干の考察をいれ報告したい。

PCI後に左室自由壁破裂をきたした亜急性心筋梗塞の一例

青森県立中央病院

○相馬 宇伸、館山 俊太、鈴木 晃子、佐々木 憲一
櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

症例は87歳女性。1週間前からの胸部不快と呼吸苦が増悪し救急搬送された。Bx-pで胸水貯留と肺うつ血を認め、心電図ではV1～V4のR波増高不良、心エコーでは前壁中隔領域の無収縮を認めた。亜急性心筋梗塞に伴う心不全と判断し、利尿薬投与にて加療を行った。心不全改善後、第18病日にCAG施行したところ、LAD#7に99%狭窄を認め、第21病日にPCI施行。帰室後、突然ショックとなり緊急CAG施行。留置したステントは良好に開存していたが、心エコーにて心嚢液の増加を認め、心嚢ドレナージ施行。血性の心嚢液が吸引され循環動態は改善した。その後は保存的加療を継続し良好に経過。リハビリテーション継続目的に第71病日近医へ転院となった。PCI後に左室自由壁破裂をきたした亜急性心筋梗塞をきたした稀な症例を経験したので報告する。

心不全ステージが心房細動と予後との関係に及ぼす影響と性差：CHART-2研究からの知見

1 東北大学 循環器内科学
2 東北大学 循環器 EBM 開発学○青柳 肇¹、坂田 泰彦¹、後岡広太郎¹、白戸 崇¹
及川 卓也¹、阿部 瑠璃¹、笠原信太郎¹、佐藤 雅之¹
高橋 潤¹、宮田 敏²、下川 宏明¹

【背景】心不全のステージが心房細動と予後との関係に及ぼす影響は明らかではない。【方法・結果】CHART-2 研究に登録された心不全未発症の高リスク症例である5331例(Stage A/B)とすでに心不全を有する4875例(Stage C/D)を対象とした。Stage A/B、C/Dともに心房細動と全死亡には関連を認めなかったが、心不全入院については関連を認めた。心房細動が心不全入院増加に及ぼす影響に関しては、男性ではStage A/BとC/Dとの間に有意差を認めたが(A/B:調整ハザード比 1.51:95%CI 1.03-2.20, P=0.03, C/D: 1.21:0.99-1.47, P=0.05, P for interaction= 0.036)、女性では認めなかった。【結論】心不全のステージが心房細動と予後との関係に及ぼす影響は男性で明らかであり、早期の治療介入が必要であることが示された。

Cryoballoon Ablation後に再発した発作性心房細動の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

症例は30歳代女性。2014年10月より発作性心房細動を指摘され、抗不整脈薬が開始となった。その後徐々に動悸頻度増加したため治療目的に当科へ紹介となり、2016年8月にCryoballoon Ablationにて肺静脈隔離術を施行した。しかし術後早期から心房細動再発を認めた。ベプリジル内服を開始したが、洞調律維持が困難であったため2nd sessionを施行した。心内電位を確認すると肺静脈の再伝導は認めなかったが、左房後壁起源心房頻拍が確認された。このため左房後壁隔離を追加、術後は洞調律を維持し経過している。今回われわれは、Cryoballoon Ablation後に再発した発作性心房細動の一例を経験したので報告する。

巨大左室仮性瘤を合併し再手術に至った心筋梗塞後左室自由壁破裂の一例

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 心臓血管外科学○新保 麻衣¹、関 勝仁¹、須藤 佑太¹、加藤 宗¹
岩川 英弘¹、阿部 起実¹、木村 俊介¹、佐藤 輝紀¹
飯野 健二¹、山本 浩史²、渡邊 博之¹

【症例】60代女性【現病歴】胸痛の7日後に近医受診。心エコー検査(UCG)で心室中隔穿孔(VSR)を認め当科に転院。【経過】緊急カテーテル検査で右冠動脈seg3閉塞、QpQs 3.8であり、VSR合併亜急性心筋梗塞と診断。緊急手術ではoozing型左室自由壁破裂(LVFWR)も認め、VSRパッチ閉鎖術、心破裂部修復術を施行。術後経過良好だったが、UCGで左室仮性瘤の合併を認めた。経時的に左室瘤拡大(65x40mm)が進行し、左室形成術を施行。独歩退院したが、左室瘤拡大、僧帽弁逆流増大、心不全増悪をきたし、5カ月後に左室再形成術、僧帽弁置換術を施行した。【考察】LVFWRは救命率50%と低く、左室仮性瘤はその約0.9%に発生する。再灌流療法の普及とともにLVFWR合併率は低下しており、早期診断、再灌流が重要である。

心房細動に対するカテーテルアブレーションを施行した永久型下大静脈フィルター留置後の一例

東北大学 循環器内科学

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

症例は、58歳男性。2008年に急性肺塞栓発症し、永久型IVCフィルターTrapEase留置、ワルファリンが開始された。2016年6月から持続性心房細動となり、NYHA2度の心不全症状出現。LVEF=40%と心房細動に伴う心機能低下が疑われ、RFCA目的に当科紹介。CT-3D像にてフィルターの留置された方向を確認し、ストラット間をアジリスが通過することをモデルで確認した。マルチパーパスカテーテルをガイドに、ラジフォーカスワイヤーでフィルター内を通過させた。SL-0シースイにて経心房中隔穿刺を施行後、アジリスに入れ替え、フィルターと干渉しないことを確認した。他の電極カテーテルは頸静脈アプローチで挿入。左房内はアブレーションカテーテルのみ挿入し、CARTOガイドで両側肺静脈隔離術を施行した。現在まで6ヶ月間、洞調律を維持している。

Cryoballoon ablation後carinaの伝導残存などにより複数のATが生じた1例

仙台市立病院 循環器内科

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

症例は69歳男性。DCM治療中に心房細動を認め紹介となった。Cryoballoon ablationにて肺静脈隔離を施行したが術中に心房頻拍(AT)が認められた。安定して持続せずCTI ablationを追加し終了した。術後1か月でATが出現したため2nd ablationを施行。肺静脈隔離を確認後に誘発されたATは後壁を尾側から頭側、前壁を頭側から尾側へ巡回するmacro-reentry ATと診断。LSPV-RSPV間の線状焼灼で頻拍は停止。更なる誘発でAT2が出現し持続AT2はLIPVを巡回する頻拍と診断。LIPV-RIPV間の線状焼灼にて頻拍は停止した。その後いかなる刺激に対しても頻拍は誘発不能となったが後壁に電位が残存した。LSPV-LIPV間から後壁への伝導侵入が確認され、carinaの追加通電により左房後壁は無電位化した。Cryoballoon ablation後carinaの伝導残存により複数のATが生じた1例を報告する。

Rhythmia mapping system で上大静脈内の driver を特定し得た 1 例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座

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

62 歳の男性。主訴は動悸。61 歳時に発作性心房細動(PAF)に対して当院で Cryoballoon を用いて肺静脈隔離術(PVI)を施行した。治療後約 1 カ月後に PAF が再発し、Blanking period 後も再発が確認され、再治療目的に入院した。Rhythmia system を用いて左房内の voltage を評価したが肺静脈の明らかな再伝導は認めなかった。術中に上大静脈(SVC)から firing し、AF が自然発生したため SVC を全周性に隔離した。隔離中に洞調律に復帰したが SVC 内の高頻度興奮(CL94msec)が持続した。Rhythmia system で SVC 内の driver を特定し通電すると SVC 内細動が停止した。その後の isoproterenol 負荷でも Non-PV foci は誘発されず SVC 内の異常興奮も出現しなかった。SVC 内興奮に起因する AF に対して SVC 隔離のみならず SVC 内の driver を特定し得た症例を経験したので報告する。

51

フォロー四徴症根治術後の ATP 感受性心房頻拍に対し、カテーテルアブレーションを施行した一例

東北大学 循環器内科学

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

51 歳男性。6 歳時にフォロー四徴症の根治術を受けた。2015 年(49 歳)、肺動脈弁置換術、心房中隔欠損・卵円孔閉鎖術を施行した。術後に心室頻拍を認めカテーテルアブレーションを行ったが、通常型心房粗動のみが誘発され、下大静脈三尖弁間峡部(CTI)の線状焼灼のみ施行し、植込み型除細動器(ICD)の移植術を行った。2017 年 2 月、心房頻拍(AT)に対し ICD 作動あり、カテーテルアブレーションを行った。心房からの高頻度刺激にて、TCL 380 ms の AT が誘発された。Ultra-High Density Mapping を使用し、再早期興奮部位は前中隔であり、ATP 4mg 静注で停止した。ATP 感受性 AT と診断し、Entrainment pacing より想定される三尖弁輪近傍の緩徐伝導路を横断する形で焼灼し、通電中に AT は停止した。同症例に関して、文献的考察を加えて報告する。

53

治療に難渋した LV summit 起源心室性期外収縮の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○脇岡奈保子、上岡 正志、金城 貴士、野寺 穰
松本 善幸、国井 浩行、鈴木 均、竹石 恭知

症例は拡張型心筋症の 58 歳男性。仕事中心に心肺停止となり蘇生され当院へ搬送となった。アンカロン導入にて多源性心室期外収縮が単源性心室期外収縮となるも高頻度であったためアブレーションを行った。期外収縮(PVC)は大心静脈(GCV)を最早期としていた。マッピングではバルサルバ洞左右冠尖接合部において GCV とほぼ同じ早期性を認め同部位への通電にて PVC は消失した。しかし再発した。次いで GCV での通電を試みるも血管経が細く末梢まで留置できなかった。5Fr アブレーションカテーテルに変更したところ GCV 末梢にてより早期性を持った電位を認めた。通電を行うも温度上昇により出力を得られなかったため、ロングシースを冠静脈洞へ進め生食をフラッシュしながら通電を行ったところ PVC が消失した。

新規 3D マッピングシステム Rhythmia によって検出された微小電位への治療が奏功した通常型心房粗動症例

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 薫、下川 宏明

症例は 54 歳、男性。既往歴に眼咽頭遠位型ミオパチーを有する。2015 年 12 月前医にて通常型心房粗動(cAFL)に対する RFCA を施行し成功するも 2017 年 2 月再発を認め、当科紹介。再 RFCA の方針となった。RFCA 時、入室時から心房粗動が持続し、activation map を作成すると、三尖弁輪を反時計回転に巡回しており、cAFL と考えられた。Rhythmia 上、CTI ブロックラインの mid 付近に微小な fragment した電位を認めた。同電位はアブレーションカテーテルでは同定が難しい非常に微小な電位であった。同部位への通電中に cAFL 停止。通電後、differential pacing で両方向性ブロックを確認。Rhythmia によって微小電位が検出できたことにより非常に効率的な治療ができた 1 例であったと考えられるため、報告する。

52

両心房を回路に含むマクロリエントリー性頻拍の 1 例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座

○小路 祥紘、對馬 佑一、金城 貴彦、石田 祐司
伊藤 太平、堀内 大輔、木村 正臣、樋熊 拓未
佐々木真吾、富田 泰史

症例は 49 歳の女性。主訴は動悸。28 歳時に感染性心内膜炎に対して僧帽弁形成術と大動脈弁置換術を施行。43 歳時に弁機能不全による心不全増悪あり大動脈弁・僧帽弁置換術と上行大動脈置換術を施行。手術後約 5 カ月後に心房頻拍(AT)となり、カテーテルアブレーション目的に入院。誘発された頻拍を Rhythmia system を用いて activation map を作成すると右房後壁と心房中隔を connection とし、両心房を巡回するマクロリエントリーであり、両心房での entrainment で post pacing interval は頻拍周期と一致した。右房後壁の癒痕組織間の峡部に対して通電し頻拍は停止した。通常型心房粗動も誘発され、三尖弁輪下大静脈間峡部にブロックラインを完成させ、以後 AT は誘発不能となった。両心房を回路に含むマクロリエントリー性頻拍は稀有であり報告する。

54

ミトコンドリア異常による心筋障害により約 40 年の経過後に心臓死した一例

JA 秋田厚生連平鹿総合病院

○深堀 耕平、小野 優斗、中嶋 壮太、武田 智
伏見 悦子、高橋 俊明、堀口 聡

症例は 55 歳男性。16 歳時に心拡大を指摘され当院にて精査を行うも確定診断に至らず。その後約 35 年間問題なく経過した。2013 年 1 月うつ血性心不全にて当科入院。心エコー上両心房、両心室の著明な拡大を認めた。2016 年 6 月約 38 年ぶりに心臓カテーテル検査を施行。冠動脈には異常を認めず、心筋生検(電顕)にて非特異的なミトコンドリアの異常を認めた。2017 年 3 月職場で心室細動にて心肺停止となり近くの総合病院に搬送され約 90 分後に心拍再開、治療継続目的に当院へ搬送された。体温管理療法を含む心肺蘇生後治療を行うも低酸素脳症にて発症 13 日後に永眠。病理解剖では両心房は紙風船様に菲薄、拡大、また両心室は拡張性肥大を認めた。病理学的にミトコンドリアの異常を認め、これが心筋障害に関与した可能性が示唆された。

ルーズピンが原因と考えられた心房リードの閾値上昇を認めた一例

石巻赤十字病院

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

症例は 69 歳女性。2009 年に完全房室ブロックの診断でペースメーカー植え込み術を行った。2016 年 5 月のペースメーカーチェックでは心房リードの閾値が 1.5V/0.6ms であったが、11 月のチェックで閾値が 2.3V/0.6ms に上昇していた。2017 年 5 月にバッテリー残年数 0.5 年以下となり、2017 年 6 月にペースメーカー本体交換術ならびに心房リード追加を予定した。ペースメーカー交換時にリードを本体から外し閾値を調べたところ、心房リードの閾値は 0.8V/0.4ms であった。事前の胸部レントゲン写真を確認すると心房リードの接続が不十分であり、ルーズピンの可能性を考え、リード追加は行わず現行のリードを使用し、本体交換を行った。ルーズピンが原因の閾値上昇と考えられた一例を経験した。

リードレスペースメーカーの使用経験

山形県立中央病院

○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】80 歳台後半女性 【既往歴】2012 年から肝細胞癌で加療【現病歴】2017 年 8 月某日意識がなくなる感じがあり救急室受診、洞性徐脈を認め消化器内科に経過観察入院。入院約 2 週間後、気分不良時、心室レート 30bpm の完全房室ブロックを認めた。超高齢、末期肝癌で長期余命が期待できず、一過性の完全房室ブロックであり、本人・家人が PM 植込みを強く希望したことよりリードレス PM を選択した。右大腿静脈から super stiff ガイドワイヤーを用いて 23F シースを挿入、造影剤を用いて位置を確認しながら右室中隔に留置した。【考察】リードレスペースメーカーは VVI のため、主に徐脈性心房細動が対象であるが、デバイス感染後、透析患者、超高齢者などに対する適応も考慮すべきと考えられた。

皮下植え込み型除細動器植込み後に心室頻拍をきたし正常作動が確認された 2 症例の検討

1 岩手医科大学内科学講座心血管・腎・内分泌分野
2 岩手医科大学内科学講座循環器分野

○梶田 房紀¹、小松 隆²、大和田真玄²、田中健太郎²
中村真理絵²、澤 陽平²、森野 禎浩²、中村 元行¹

皮下植え込み型除細動器(SICD)植込み後に心室頻拍/細動が確認された 2 症例においてその特徴を検討した。症例 1: 29 歳の男性。Brugada 症候群による心室細動蘇生後で SICD 植込みを行った。植込み後約 1 か月半後に心室細動再発あり、SICD の正常作動で停止した。心室期外収縮の R on T からの心室細動が示唆された。症例 2: 43 歳の男性。冠攣縮性狭心症を有し 2 回の心室細動蘇生の既往あり、SICD 植込みを行った。植込み術後 4 回の心室頻拍が記録されいずれも電気ショック作動が確認された。ST 上昇と心室頻拍が確認され冠攣縮性狭心症の発作が示唆された。3 回はショック作動で停止、1 回は自然停止したがショック送電が確認された。SICD は心室頻拍/細動再発時の治療に有効であり、不整脈の原因評価に有用な可能性がある。

20 年以上前 DDD ペースメーカー挿入し同時期に心房・心室 lead とも閾値上昇し lead 交換を余儀なくされた一例

公立相馬総合病院循環器内科

○阿部 直人、一條 靖洋、安藤 勝也、佐藤 雅彦

症例は 70 歳女性。平成 7 年 7 月 4 日に DDD PM を Y 大学にて植え込んだ。平成 29 年 3 月の PM check (PM; DDD Intermedic 社 lead; Telectronics 社製)にて著しい閾値の上昇を認めた。心房・心室ともに閾値が同時期に上昇することは珍しく、挿入手技、体型など人為的なものとは考えにくくリードそのものの寿命が考えられた。耐久年数については、材質など関与する要因はあると思われるが、自然劣化と思われる症例を経験したので植え込む際の説明に参考になると思われ、若干の文献的考察を含め報告したい。

パッチテスト結果に基づき、ゴアテックスを使用せずに ICD 植込術を施行した金属アレルギーの 1 例

東北大学 循環器内科学

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

症例は 60 歳、男性。虚血性心筋症による低心機能を認め、突然死の 1 次予防目的に植込み型除細動器(ICD)植込術の予定となった。20 歳代の頃より時計や指輪の接触部に発赤を認め金属アレルギーが疑われたため金属パッチテストを施行。アレルギーは、ニッケルに陽性ではあったが、ICD に使用されている金属にはすべて陰性であった。また、約 1 か月後にもパッチテスト施行部位を確認したが、異常所見を認めなかった。上記結果を鑑み、ゴアテックスを使用せず通常通り ICD 植込術を施行した。植込み後、3 か月が経過したが、特に植込み部にトラブルは生じていない。金属アレルギー患者の ICD 移植術の際にゴアテックスを使用すべきかどうかは定まった方針はないのが現状であり、今回文献的考察を加え報告する。

DOAC 内服中に急性心筋梗塞を発症した抗リン脂質抗体症候群の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

○渡辺 翼、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 36 歳女性。左鎖骨下静脈血栓症を発症し、アピキサバンの内服を 20mg/day で開始した。抗リン脂質抗体症候群(APS)の診断となり、退院後も 10mg/day にて内服を継続していた。外来フォローでは血栓症が示唆される所見なく安定した経過であった。約 1 年後、感冒症状にて受診した際に筋逸脱酵素の上昇を認めた。造影 CT にて左室心尖部に造影欠損を認め、冠動脈造影検査では高位側壁枝に造影遅延を認め、また左室造影では心尖部領域にて壁運動低下を呈していた。以上の所見から急性心筋梗塞と診断した。APS は動脈系、静脈系のどちらにも血栓病変をきたすことが知られている。APS の静脈血栓症に対して DOAC が有効であった報告は散見されるが、DOAC 内服中にも関わらず動脈血栓症を発症した APS の一例を経験したので報告する。

61

妊娠を契機に静脈血栓塞栓症を発症した先天性血液凝固異常症の2例

仙台医療センター 循環器内科

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

症例1:31歳女性、0経妊0経産、妊娠12週。既往に統合失調症。2007年左下肢腫脹にて当院受診。プロテインC欠乏症による深部静脈血栓症(DVT)と診断。当時は在宅自己注射が保険適応されておらず、通院にてヘパリン皮下注射を行った。しかし通院が困難となったためチクロピジンの内服に変更し、DVTの増悪なく37週で経産分娩に至った。症例2:29歳女性、2経妊2経産、妊娠28週。母、妹に血栓症あり。2017年左下肢痛、呼吸苦にて当院受診。アンチトロンビン欠乏症、DVTが認められた。急性期はアンチトロンビン製剤とヘパリンの投与を行った。退院後は在宅ヘパリン皮下注射を行いDVT退縮し、38週で経産分娩に至った。まとめ:先天性血栓性素因を伴った妊娠において適切な血栓症管理を行い母体、出生児ともに致死性血栓症を防止できた2例を経験した。

63

脳梗塞を発症しt-PAと血栓回収療法により後遺症なく改善したDCMの一症例

1 東北大学病院 卒後研修センター
2 東北大学 循環器内科学

○齋藤 元一¹、青木 竜男²、杉村宏一郎²、建部 俊介²
山本 紗織²、清水 亨²、佐藤 遥²、神津 克也²
紺野 亮²、照井 洋輔²、後岡広太郎²、佐藤 公雄²
下川 宏明²

【症例】59歳男性【現病歴】拡張型心筋症による難治性心不全に対し、心移植の適応を検討するため、201X年Y月に当院紹介。入院時から心房細動を含めた頻拍発作は認められなかったが、第5病日13:20頃に運動性失語、右片麻痺を認め、緊急で頭部CTを撮影した。脳出血や脳梗塞の所見を認めなかったが、造影CTで左中大脳動脈領域に狭窄あり左中大脳動脈抹消も描出が低下しており、急性期脳梗塞と診断し、14:25にてt-PAを全身投与。引き続き血栓回収療法施行し、左中大脳動脈と左前大脳動脈は完全再開通した。血栓回収療法後、失語は消失し、右片麻痺も改善した。【結語】早期治療で後遺症なく改善した低心機能患者の急性期脳梗塞を経験した。洞調律の維持された低心機能症例に対する抗凝固療法の適応についても文献的考察を加え報告する。

65

診断に苦慮したメチシリン耐性黄色ブドウ球菌性化膿性心膜炎の一例

1 気仙沼市立病院 循環器科
2 東北大学 循環器内科学

○河村 心¹、圓谷 隆治¹、小枝 秀仁¹、但木壮一郎¹
尾形 和則¹、青木 竜男²、杉村宏一郎²、下川 宏明²

症例は70才女性、自己免疫性肝炎、尋常性乾癬にてステロイドで治療中、皮膚病変の悪化にて入院、その後発熱、頻拍、低酸素血症が出現、心嚢液貯留を認め当科紹介となった。大動脈解離や急性心筋梗塞は否定的であり、心膜炎を疑った。可溶性IL-2の上昇、CTにて全身のリンパ節腫脹を認めたが、鼠径部リンパ節生検ではリンパ腫細胞は認めず、その他悪性疾患を示唆する所見は認めなかった。経皮的な穿刺が困難であり他院へ紹介、外科的ドレナージを施行後心嚢液培養及び血液培養からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)が検出され、バンコマイシンの投与を開始、改善を得られた。MRSA 性感染性心膜炎は比較的稀であるが、本例のように Compromised host においては念頭におくべき病態の一つであり報告する。

62

抗凝固療法により早期退院が可能となった重症肺血栓塞栓症の1例

岩手県立中央病院

○畠山 翔翼、高橋 徹、和山 啓馬、門坂 崇秀
中田 貴史、渡辺 翼、金澤 正範、近藤 正輝
遠藤 秀晃、中村 明浩、野崎 英二

症例は30代男性。先天性水腎症で入院歴有り。退院翌日の歩行中、突然呼吸困難感が出現。その場に転倒し救急搬送された。来院時は低血圧、頻脈、頻呼吸をみとめた。心エコーにて右心負荷所見と、造影CTで両側肺動脈主幹部に血栓像をみとめ、モンテプラーゼ160万単位投与を行った。その後ヘパリンをAPTTコントロール値の1.5-2.5倍となるように投与し、第9病日ヘパリンをエドキサバン60mg内服へと切り替え、第17病日に退院した。〈BR〉従来のワーファリンを使用した治療法と比較し、新規経口抗凝固薬を用いた抗凝固療法を選択することで、早期退院できたと考えられる一例を経験したので報告する。

64

当院における肺血栓塞栓症に対するワルファリンとDOACの治療成績の比較

岩手県立中央病院 循環器内科

○中田 貴史、高橋 徹、和山 啓馬、門坂 崇秀
渡辺 翼、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

【背景】近年、効果発現が早く血液検査によるモニタリングが不要とされている直接経口抗凝固薬(DOAC)がVTEに対して使用可能となり、入院期間が短縮されたとの報告が散見されるようになった。当院での入院加療を要した肺血栓塞栓症(PTE)に対するDOACとワーファリンの治療成績に関して入院期間を中心に比較検討した。【方法】当院で2014年1月から2016年12月までの間に入院加療を要したPTE症例56例(ワルファリン使用27例、DOAC使用29例)に関して治療経過を検討した。【結果】平均入院期間はワルファリン群で19日間、DOAC群で18.4日間と差を認めなかった。今後入院期間を短縮させるためのDOAC使用方法につき検討した。

66

侵襲性肺炎球菌感染症による心外膜炎の一例

東北医科薬科大学病院 循環器内科

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

症例は40歳代女性。主訴は胸背部・左膝痛。2017年2月某日、高熱のため近医を受診。インフルエンザ陰性であり、解熱・鎮痛剤を投与。しかし、症状が増強したため、当院へ救急搬送。心エコーで心嚢液貯留を認め、採血上、プロカルシトニン高値であり、心外膜炎として加療。しかし、著明な左膝関節痛と腫脹があり、試験吸引で膿性の液体が排出されたため、化膿性関節炎として搔把術を施行。しかし、心嚢液も多量に貯留してきており、直前に心嚢ドレナージを施行したところ、膿性の液体が排出された。緊急で心膜切開を行い、生食洗浄ドレナージを施行。引き続き、左膝関節搔把術も行った。血液培養、関節液、心嚢液の全てから肺炎球菌が検出され、侵襲性肺炎球菌感染症による敗血症、関節炎、心外膜炎と診断した一例を経験したので報告する。

CABG 後の ARDS に対し VV ECMO を使用し救命した一例

(財)脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院

○植野 恭平、菅野 恵、緑川 博文、滝浪 学
影山 理恵、関 晴永

【目的】基礎疾患を有する手術後 ARDS は 40-45%の死亡率とされ重篤な合併症であり、人工呼吸器のみでは治療できない場合も多い。開心後 ARDS に対し、VV ECMO を用いて救命した1例について報告する。【症例】76 歳、男性。胸痛を主訴に来院。冠動脈造影にて LMT 99%狭窄を認め準緊急で off pump CABG 3枝を施行した。術翌日に人工呼吸器を離脱するも頻呼吸と低酸素血症を認め、V-V ECMO を導入した。閉鎖回路を用いて右房送血、下大静脈脱血で回路を確立。鎮静下に人工呼吸器は FiO₂ 0.6、一回換気量 300ml の設定で rest lung を保った。酸素化改善ののち6日目に ECMO を離脱し、9 日目に人工呼吸器を離脱した。【結語】人工呼吸器で改善の得られない ARDS に対し、VV ECMO は有用な救命措置と考えられた。

多職種協働で在宅医療を導入した末期心不全の一例

石巻市立病院 内科

○二瓶 太郎、佐藤 寿和、西 俊祐、柴田 佳子
長 純一、赤井健次郎

症例は 77 歳女性。陳旧性心筋梗塞に対し CABG、PCI が施行され、LVEF30%台の低心機能症例。慢性心不全の増悪により 2013 年 9 月から 2017 年 1 月まで合計 5 回、いずれも他院で 2 ヶ月以上の長期入院を要した。廃用症候群により外来通院が困難となったため、在宅医療の希望あり。2017 年 1 月から当院訪問診療チームに紹介となったが 2 週間で心不全が再増悪し前医再入院、その後当院へ転院した。訪問診療チームと共同でアドバンスケアプランニング、多職種カンファレンスを行い問題点を共有した後、訪問診療を再導入した。7 月初旬の退院後は月 2 回の訪問診療による管理下で BNP は 2500pg/ml と高値だが、心不全症状の著明な増悪なく入院を回避できている。末期心不全患者の在宅医療にあたっては循環器科医を含めた多職種での情報共有が重要であると考えられた。

大動脈炎症候群に感染性心内膜炎を併発した一例

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 心臓血管外科○後藤 巖¹、山屋 昌平¹、朴澤麻衣子¹、松本 裕樹¹
佐々木加弥¹、新山 正展¹、中島 悟史¹、木村 琢己¹
森野 禎浩¹、金 一²

症例は、40 代女性。発熱の持続があり、前医に入院した。造影 CT で大動脈にびまん性の動脈壁肥厚、内腔不整の所見があり大動脈炎症候群が疑われた。また、心エコー図で大動脈弁の疣贅と高度大動脈弁逆流を認め、感染性心内膜炎(IE)の合併も疑われ当院に転院となった。抗生剤加療を行ったが発熱、炎症反応の改善を認めず、IE が healed out している可能性、炎症の原因が大動脈炎症候群である可能性が高いと判断しステロイド導入後に手術の方針とした。炎症反応は改善したが、うつ血性心不全を発症し、第 37 病日に外科的手術が施行された。病理組織は、大動脈弁尖は IE、大動脈壁は大動脈炎症候群に矛盾しない所見であった。不明熱の原因として、大動脈炎症候群に感染性心内膜炎を併発した一例を経験したので報告する。

僧帽弁閉鎖不全症を合併した成人性 Brand-White-Garland 症候群の一例

岩手医科大学 内科学 循環器内科学講座

○那須 崇人、二宮 亮、中島 悟史、下田 祐大
石田 大、房崎 哲也、伊藤 智範、森野 禎浩

症例は 42 歳女性、8 歳時に僧帽弁閉鎖不全症を指摘され経過観察となっていた。42 歳時ホルター心電図で一過性の ST 低下、核医学検査で左室前壁の虚血所見を認めた。冠動脈 CT 施行では、肺動脈から左冠動脈が起始し、気管支動脈冠動脈吻合を認めた。カテーテル検査では、右冠動脈から左冠動脈を介して肺動脈が描出され、大動脈造影で左冠動脈が描出されなかった。以上から Brand-White-Garland 症候群(BWG 症候群)と診断に至った。僧帽弁閉鎖不全症は虚血性変化と考えられ、僧帽弁形成術・左冠動脈主幹部再建術施行した。BWG 症候群は先天性心奇形の 0.3% で、その 8割が 2 歳までに死亡すると報告されている。成人性 BWG 症候群は稀な疾患であるため、文献的考察とともに報告する。

感染性動脈瘤を多数合併した感染性心内膜炎の一例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○齊藤 有佳、伊藤 愛剛、福井 健人、塩入 裕樹
富岡 智子、小山 二郎、井上 寛一

61 歳、男性。2017 年 3 月頃より発熱、食欲不振を認め 3 月下旬に近医を受診。採血上炎症反応高値、貧血を認め、精査目的に当院に紹介され入院。血液培養でグラム陰性桿菌が検出されたが当初菌種は同定できず。心エコー上疣贅は認めないが僧帽弁逸脱を認め、感染性心内膜炎疑いにて抗生物質を投与し加療した。第 7 病日、疼痛を伴う右下腿腫脹が出現し、血管エコー、造影 CT にて右膝窩動脈瘤切迫破裂を認め準緊急的に動脈瘤切除術を施行。手術所見では感染性動脈瘤が疑われた。その後抗菌薬を継続投与し炎症反応は改善するも陰性化せず。腹部 CT にて腸間膜動脈瘤の出現、経時的増大も認めため摘出した。保存していた血液検体の質量分析器での解析にて Aggregatibacter actinomycetemcomitans が検出され感染性心内膜炎と確定診断した。

心原性塞栓による心筋梗塞と脳梗塞を発症し非感染性血栓性心内膜炎と診断した一例

1 寿泉堂総合病院 循環器内科
2 寿泉堂総合病院 病理診断科○齋藤美加子¹、谷川 俊了¹、叶多 諒¹、二瓶多恵子¹
水上 浩行¹、鈴木 智人¹、日下部 崇²、金澤 正晴¹

【症例】71 歳、男性【既往歴】心房細動、高血圧【経過】2017 年 3 月心筋梗塞にて緊急 CAG 施行、回旋枝に血栓閉塞を認め血栓吸引により 0%狭窄に改善した。UCG で心内血栓は認めずヘパリンとアピキサバン投与を開始したが、翌日右半盲出現し頭部 MRI で左後大脳動脈塞栓症を認めた。保存的加療で 25 病日に独歩退院するも退院 22 日目に肺炎にて入院し D ダイマー高値を認めた。6 病日に意識障害を呈し頭部 MRI で多発脳塞栓の所見を認め、15 病日に死亡した。【考察】抗凝固療法中にも 2 ヶ月間に 3 回の塞栓症を発症し死亡したため悪性腫瘍に伴う Trousseau 症候群を疑い剖検を施行した。剖検で悪性腫瘍を認めなかったが大動脈弁に無菌性疣贅を認め、塞栓症は非感染性血栓性心内膜炎の可能性が考えられた。

大崎市民病院 循環器内科

○藤橋 敬英、高橋 望、小田 惇仁、辻 薫菓子
山内 毅、竹内 雅治、岩淵 薫

維持透析中の 70 歳男性。2 度の開心術後で大動脈弁置換術(機械弁)の既往あり。発熱、DIC で紹介。MEPM、VCM、トロンボモジュリンを開始後、血液培養で黄色ブドウ球菌を検出し、経食道心エコーで機械弁に疣腫を認め CEZ、GM に変更した。痙攣が生じ、くも膜下出血を認めたため抗痙攣薬投与を行うも改善せず、CEZ 中毒を疑い ABPC/SBT に変更し消失した。PT-INR 5-7 台で推移し、感染性心内膜炎に抗凝固療法は原則禁忌だが、血栓弁の恐れもあり抗凝固療法再開時期の判断が困難だった。心不全管理も難渋したが、6 週間の抗菌薬点滴で、炎症所見とともに改善を認め内服に変更した。再検した経食道心エコーで大動脈弁輪部に膿瘍があり、手術を検討している。維持透析中の人工弁心内膜炎に対する抗菌薬の至適投与量の指標がなく、加療に難渋した一例であった。

山形県立新庄病院 循環器内科

○水戸 琢章、奥山 英伸、結城 孝一、廣野 撰

【症例】40 歳、女性【主訴】胸部絞扼感【現病歴】発作性心房細動を指摘されていたが服薬はなかった。X 年 7 月中旬、胸部絞扼感を主訴に当院を受診。12 誘導心電図の II、III、aVF、V4-6 で ST 上昇が認められ、緊急心臓カテーテル検査を施行。冠動脈に有意狭窄なく、左室造影にて心尖部無収縮と心基部過収縮の所見を認め、たこつぼ型心筋症と診断した。第 7 病日の経胸壁心エコーで左室心尖部血栓が認められたためダビガトラン内服開始した。第 28 病日の経胸壁心エコーでは血栓は消失し、壁運動異常も改善していた。【考察】たこつぼ型心筋症において左室内血栓を合併する症例は稀ではあるがこれまでも報告されている。たこつぼ型心筋症に左室内血栓を合併し抗凝固療法により血栓の消失を確認できた症例を若干の文献的考察を含めて報告する。

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

症例は 70 歳代男性。胸痛のため救急搬送され、急性冠症候群疑いにて緊急 CAG を施行。LCX#12 99%(TIMI2)、LAD#6 の完全閉塞を認めた。RCA から LAD への良好な collateral を認め、LAD は CTO と判断、LCX#12 へ Synergy 3.0*24mm を留置した。Peak CK は 696 IU/L。入院当日の心エコー検査にて前壁中隔領域の akinesis と心尖部に血栓を認め、入院翌日より血栓溶解療法(ウロキナーゼ)を施行した。第 18 病日の心エコー検査にて前壁中隔の壁運動改善と左室内血栓の消失を認めた。後日、LAD に対する PCI を施行したが、LAD は再開通していた。発症時に左室内血栓を認めた左回旋枝急性冠症候群の一例を経験したので報告する。

1 岩手医科大学 内科学講座 循環器内科学分野
2 岩手県立二戸病院 循環器内科
3 八戸赤十字病院 循環器内科
4 北村山公立病院 内科○佐々木 航¹、朴澤麻衣子²、坂本 翼¹、佐久間雅文³
小室堅太郎⁴、中島 悟史¹、下田 祐大¹、森野 禎浩¹

症例は 33 歳男性、特記すべき既往なし。高熱を主訴に近医を受診し、菌血症を伴う重症肺炎の疑いで、当院呼吸器内科に紹介となった。血液培養検査で黄色ブドウ球菌が 3 回連続で陽性となったため、感染性心内膜炎の疑いで当科紹介となった。心エコーにて三尖弁中隔尖に疣贅の付着あり、高度三尖弁閉鎖不全症を認め、造影 CT で両側肺に膿瘍がみられた。感染性心内膜炎の診断で内科的に加療を開始し、改善を認めた。三尖弁の感染性心内膜炎は頻度が少なく、静脈点滴ラインの長期留置や麻薬注射などの薬物乱用、ペースメーカー患者や先天性心疾患患者での感染が多いと言われている。本症例は上記の素因を認めなかったが、もともと自らの足の爪を剥がす癖があり、今回の感染の原因と考えられた。本症例に関し、若干の文献的考察を加え報告する。

1 山形大学 医学部 附属病院 卒後臨床研修センター
2 山形大学 医学部 第一内科○黒川 佑¹、熊谷 遊²、大瀧陽一郎²、高橋 大²
有本 貴範²、尖戸 哲郎²、山内 聡²、山中 多聞²
宮本 卓也²、渡邊 哲²、久保田 功²

【症例】32 歳男性【現病歴】約 1 週間持続する発熱と多臓器不全のため近院で加療を受けていた。中心静脈カテーテル遠位部が断裂し、血管内に迷入した。カテーテル抜去目的に当院に転院した。【経過】経皮的血管内異物除去術を施行し、中心静脈カテーテルを抜去した。入院時の心臓超音波検査で基部過収縮と心尖部無収縮ならびに左室内血栓を認めた。造影 CT 検査で、急性肺塞栓症を認めた。急性肺塞栓症の治療に従い、リバーロキサパン 30mg/日を 3 週間投与し、15mg/日に減量した。冠動脈造影を施行し、たこつぼ型心筋症と診断した。第 38 病日、造影 CT 検査で、肺動脈および左室内血栓の溶解を確認し合併症なく退院した。【考察】たこつぼ型心筋症の左室内血栓に対して、直接経口抗凝固薬で治療した報告はなく、文献的考察を含めて報告する。

1 東北大学 循環器内科学
2 東北大学 心臓血管外科学○杉澤 潤¹、菊地 翼¹、土屋 聡¹、佐藤 公一¹
照井 洋輔¹、青柳 肇¹、進藤 智彦¹、池田 尚平¹
羽尾 清貴¹、白戸 崇¹、松本 泰治¹、高橋 潤¹
坂田 泰彦¹、河津 聡²、川本 俊輔²、齋木 佳克²
下川 宏明¹

症例は 57 歳男性。糖尿病、冠動脈ステント留置の既往があり近医通院中であった。しかしながら内服コンプライアンスが悪く通院を自己中断し、急性心不全を発症した。近医へ救急搬送され、入院後に施行された心エコーで著明な全周性壁運動低下に加え、最大径 47mm の左室内巨大血栓が認められ、抗凝固療法が開始された。冠動脈造影でも 3 枝病変を認め、また頭部 MRI では新鮮な多発性脳梗塞が認められた。さらに左室内血栓は有茎性で抗凝固療法開始後より徐々に可動性が増大したため、左室内血栓除去および冠動脈バイパス術目的で当院転院となった。摘出された検体は病理学的にも新鮮血栓の所見であった。心室瘤を伴わず左室内に有茎性の巨大血栓が出現することは稀であり、本症例における血栓形成の原因考察を含め報告する。

79
血栓塞栓症を繰り返した孤立性左室緻密化障害の一例

山形市立病院済生館 循環器内科

○畑山 裕、宮脇 洋、中田 茂和、佐々木真太郎

【症例】54歳、男性。【現病歴および入院経過】201X年6月、高熱・乾性咳嗽・呼吸困難主訴のマイコプラズマ肺炎で呼吸器内科入院。心エコーでびまん性左室壁運動異常を認め、DCMによる心不全合併が疑われたため当科転科。Dダイマー上昇を認めワルファリンを開始したが低下せず、ダビガトランへ変更後、脳塞栓を発症し緊急血管内治療で回復した。その後腹痛主訴の両腎梗塞と脾梗塞も発症。繰り返す血栓塞栓症と精密心エコー検査での心尖部～下壁の異常肉柱の観察から孤立性左室緻密化障害(LVNC)と診断。以後ワルファリンコントロールにて血栓塞栓症の再発は認めず。経過中に多源性心室期外収縮を認め、ICD/CRT-D 目的の紹介予約をして退院。【考察】びまん性壁運動低下を認めた場合はLVNCを念頭に置き、心尖部中心に詳細に観察する必要がある。

81
腰痛と急激な左下腿浮腫を主訴に来院した左総腸骨動脈瘤の一例

1 岩手医科大学附属病院 循環器内科
2 かつの厚生病院

○佐々木加弥¹、松本 裕樹²、後藤 巖¹、森野 禎浩¹
内村 洋平²

症例は60代男性。心房細動、高血圧症等で近医に通院中であった。これまで動脈瘤の指摘はなかった。腰痛と急激な左下腿浮腫の出現を認め、前医を受診した。診察時、拍動性の左下肢静脈瘤と左下腿浮腫、把握痛を認めた。深部静脈血栓症を疑い、造影CTを施行した。左総腸骨動脈に紡錘状で最大短径75mmの動脈瘤と下大静脈の著明な拡張を認めた。瘤径が大きく手術検討目的に当院へ搬送された。CT所見より左総腸骨動脈による静脈への穿破と診断し、緊急でYグラフト人工血管置換術を施行した。術後、第16病日に自宅退院した。臨床所見が興味深い症例と考え、報告する。

83
異所性右鎖骨下動脈を合併した大動脈解離に対しTEVAR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、田林 侑花
大谷 将之、長嶺 進

今回我々は、異所性右鎖骨下動脈合併した慢性大動脈解離に頸部分枝バイパス術とTEVARを施行し良好な結果を経験したので、文献的考察を含め報告する。症例は44歳男性。胸背部痛を主訴に、前医を受診した。急性大動脈解離の診断で当院へ搬送となった。CTにて左鎖骨下動脈より遠位部にentryを認めた。また、右鎖骨下動脈が遠位弓部の後壁より起始していた。降圧安静療法を行い、発症から二週間後にCTを撮像した。遠位弓部の偽腔及びの拡大を認め、発症後17日目に左総頸動脈-左鎖骨下動脈バイパス術、左腋窩動脈-右腋窩動脈バイパス術、TEVARを施行した。術後造影では遠位弓部の偽腔は造影されずバイパスも開存していた。

80
大動脈基部置換後の妊娠出産の1例

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、下川 宏明

家族性大動脈瘤に対して大動脈基部置換術を施行後、妊娠し、当科にて周産期管理を行い、母子ともに無事に出産に至った症例を報告する。25歳女性、大動脈弁閉鎖不全症(AR)、大動脈弁輪拡張症(AAE)、上行大動脈瘤の診断となり、20歳時に大動脈基部置換術を施行した。今回妊娠したため、周産期管理を目的に当科に紹介となった。本症例は機械弁の管理と大動脈拡張疾患の管理を必要とした。機械弁に対する抗凝固の調整には妊娠週数にあわせてヘパリン静脈投与、皮下注、またワーファリンの内服を行った。大動脈拡張疾患に関しては心エコー、およびMRIで適宜評価を行い、出産は硬膜外麻酔を用いた無痛分娩を予定した。機械弁、大動脈拡張疾患を抱えた妊婦の周産期管理に関して考察を含め報告する。

82
不明熱で発症した大動脈解離の一例

秋田大学 医学部 循環器内科

○真壁 伸、奈良 育美、飯野 健二、渡邊 博之

60代男性。数日前からの発熱を主訴に前医受診。状態が改善しないことから胸腹部造影CTを施行した所、びまん性の大動脈内石灰化所見と腕頭動脈及び下行大動脈に局在する壁血栓が認められるのみで、不明熱の原因検索目的に紹介となった。血液検査で感染を示唆する所見は認められず、心エコーで疣贅も認められなかった。再検した造影CTで下行大動脈壁に血栓付着部に、血栓の縮小と共に解離腔が出現し大動脈解離と診断した。急性大動脈解離における発熱は比較的経験する事も多く約30%に認められるとの報告もあるが、不明熱の原因として急性大動脈解離を経験することは稀である。一方、不明熱で発症した大動脈解離は死亡率が約10%と報告されており、診断に至るまでの経過の長さが一因と考えられる。文献的考察をふまえて報告する。

84
Valsalva 洞動脈瘤を伴わない右 Valsalva 洞-右室瘻の1例

公益財団法人 星総合病院

○石崎 優斗、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、坂本 圭司
清野 義胤、木島 幹博

症例は60歳代女性。幼少期から弁膜症を指摘されていたが詳細不明。H26年10月に息切れを主訴に当院を受診。第2肋骨胸骨右縁に連続性雑音、及び2尖弁による中等度大動脈狭窄症を認めたが心不全を呈しておらず、症状は自然経過した。心臓超音波検査にて大動脈弁狭窄症のフォローを行っていたところ、H29年3月に右Valsalva洞から右室流出路へのshunt flowが偶然見つかかり、Valsalva洞動脈瘤は認めなかった。大動脈造影にてValsalva洞から右室流出路への造影剤の流入があり、かつ右室内にてO2 step upを認めQp/Qs 1.61であった。大動脈弁口面積1.0cm²でかつ最大流速3.9 m/秒と進行あり、シャント閉鎖及び大動脈弁置換術の予定となった。今回、Valsalva洞動脈瘤を伴わない右Valsalva洞-右室瘻の1例を経験したため文献的な考察を含めて報告する。

公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科

○富田ひかる、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

症例は50歳代の女性。H29年3月下旬左足蜂窩織炎で当院形成外科入院。難治性で虚血の関与が疑われ当科紹介。MRAで両側浅大腿動脈の高度狭窄および左膝窩動脈の完全閉塞を認めた。EVTの方針で右大腿動脈穿刺にて造影検査を行った。冠動脈造影で対角枝の高度狭窄を認め、下肢動脈造影で左浅大腿動脈に高度狭窄・膝下動脈の完全閉塞を認めた。左浅大腿動脈に対して自己拡張型ステントを展開し、カテーテルを膝窩動脈まで進め、ガイドワイヤーを前脛骨動脈に通過させることに成功した。前脛骨動脈をバルーンで拡張後にペダルアーチを介して後脛骨動脈も通過させ、前脛骨から足背動脈・後脛骨から足底動脈にかけてそれぞれバルーンで拡張し血行再建しえた。続いて左冠動脈対角枝に対して薬剤溶出性ステントを留置して終了した。

仙台医療センター

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

66歳男性。左内頸動脈ステント術施行後、脳神経外科でフォローされていた。定期的頸動脈エコー検査において、右総頸動脈(rCCA)収縮期血流が呼気時に逆転するが、拡張期血流は呼吸性変動を認めない特異な現象を認めた。症状は無かった。心電図同期 multi-slice CTによって右大動脈弓とrCCAの起始異常を認めた。rCCAは下行大動脈低位前面から起始し、その前壁に沿って上行していた。等容性弛緩期に撮影された画像において、rCCA起始部は、呼気時に縦隔内を上昇し右胸肋関節に圧迫され、断面がスリット状～線状に変形したが、吸気時に縦隔内を下降し断面は楕円形となった。収縮期のわずかな大動脈径の増大が呼気時に狭小化したrCCA起始部を閉塞させ、収縮期に限定した側副血行がこの異常血流を引き起こしたと推定した。稀な症例であり報告とした。

秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学分野

○関 勝仁、佐藤 和奏、須藤 佑太、加藤 宗
新保 麻衣、飯野 健二、渡邊 博之

症例はクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群の54歳女性。硬化療法等で血管腫縮小が得られず、疼痛や皮膚潰瘍への対症療法のみとなっていたが、Dダイマー上昇のため当院紹介。造影CTでは患肢の静脈血栓および肺血栓塞栓を認め、超音波検査では緩慢な静脈内血流が確認された。アピキサバン 10mg/日で開始し、2週間後の造影CTで血栓縮小が認められたが消化管出血のため投与中止。貧血改善後にダビガトランを220mg/日へ変更し、抗凝固療法を継続中である。本症は四肢の片側肥大・皮膚毛細血管奇形・二次性静脈瘤を三徴とする脈管奇形疾患であり、治療抵抗性であることが多く、対症療法による継続的管理を要する。巨大血管腫に合併した深部静脈血栓症に対してDOACを使用した1例を経験したので報告する。

弘前大学 大学院 医学研究科 循環器腎臓内科学

○奈川 大輝、樋熊 拓未、藤田 雄、山田 雅大
横田 貴志、横山 公章、花田 賢二、西崎 史恵
遠藤 知秀、村上 礼一、島田美智子、成田 育代
佐々木真吾、中村 典雄、富田 泰史

50歳台、男性。2週間前に母をドナーとする生体腎移植が他院で施行された。腎移植後より移植腎血流低下あり、血圧低下にともない腎機能悪化、尿量低下を認めたため、精査加療目的に当科紹介入院となった。造影CTにて移植腎動脈グラフト接合部付近および内腸骨動脈分岐部の2か所に狭窄を認めたため、経皮的血管形成術(PTA)の方針となった。血管造影所見はCTと同様であったが、より狭窄度の強い移植腎動脈グラフト接合部付近の狭窄に対してバルーン拡張、ステント留置を行った。PTA直後より尿量増加を認め、体重減少、血清クレアチニン値の低下(2.6から1.5 mg/dL)が得られ、退院となった。レシピエント側の内腸骨動脈狭窄が原因の移植後腎不全例であり、文献的考察を含め報告する。

1 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 循環器内科

2 公益財団法人 湯浅報恩会 寿泉堂総合病院 産婦人科

○森 美紗希¹、水上 浩行¹、谷川 俊了¹、鈴木 智人¹
佐藤 哲²、大越 千弘²、田中 昌代²、大和田真人²
鈴木 和夫²、鈴木 博志²、金澤 正晴¹

症例は60歳代の女性。子宮下垂に対する加療目的に当院婦人科入院し、腹腔鏡下に仙骨腔固定術を施行された。術中に左外腸骨静脈損傷したため開腹術に切り替え、損傷修復術施行された。術直後の造影CTで左外腸骨静脈付近での血液うっ滞を認め、翌日の下肢静脈エコーで外腸骨静脈領域からの血栓閉塞が確認されたため、同日当科紹介された。IVCフィルターを留置し、ヘパリンの持続点滴およびウロキナーゼの点滴投与を1週間行った。1週間後の造影CTでは外腸骨静脈から下腿静脈にかけて連続性の血栓閉塞を確認した。フィルター抜去し、DOAC(エドキサバン 30mg/day)内服で経過を見ていたところ、徐々に左下肢の浮腫は改善傾向となり、半年後の造影CTでは血栓は著明に減少し、血流を認めるようになった。