

第 166 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成30年6月2日(土)午前8時55分より

会 場：アイーナ いわて県民情報交流センター 8F

岩手県盛岡市盛岡駅西通1丁目7番1号

TEL 019(606)1717

第1会場：会議室803

第2会場：会議室804A

第3会場：会議室804B

第4会場：研修室812

会長 富田 泰史

事務局：弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座
弘前市在府町5

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

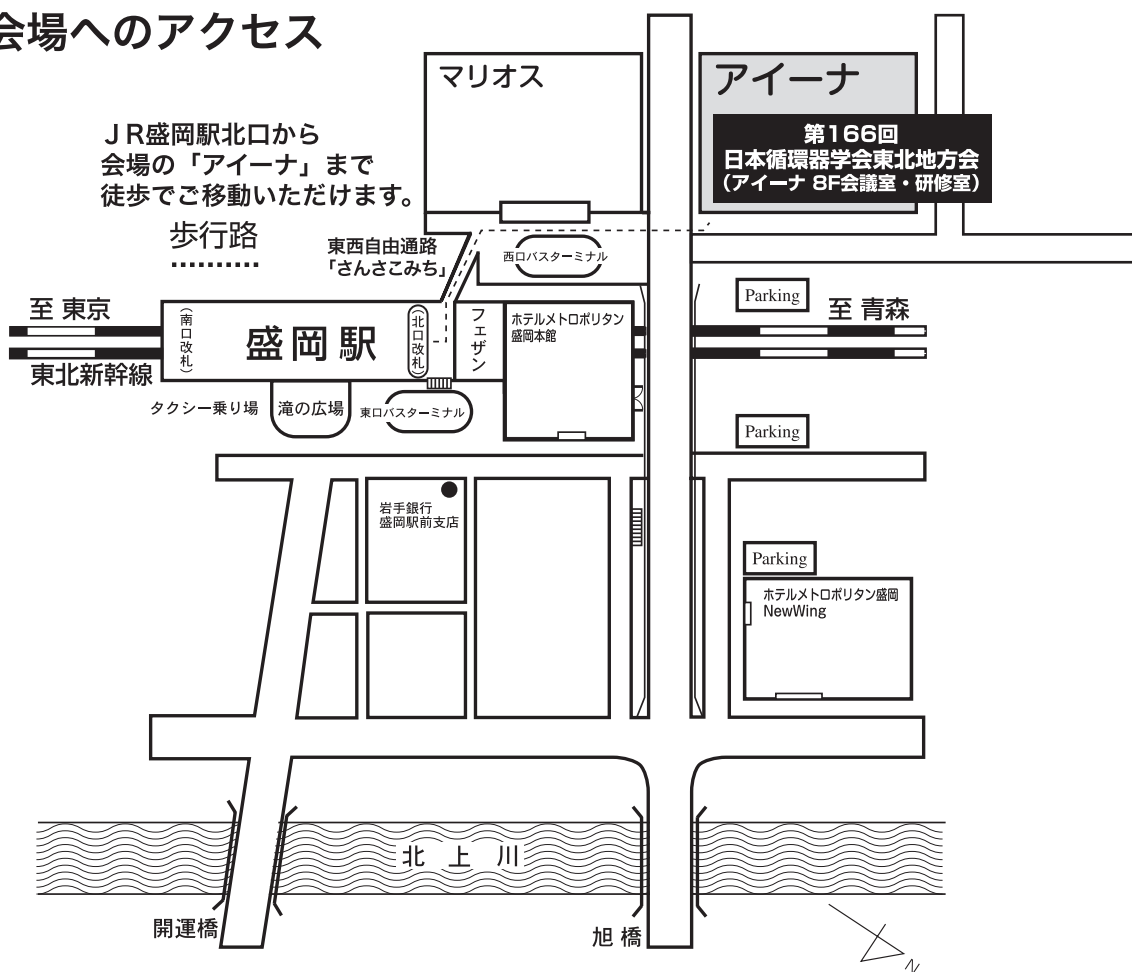
- 当日受付にて参加費のお支払いをお願いいたします。
(医師/その他 3,000円、コメディカル 1,000円、学生・初期研修医 無料)
 - 一般演題：発表時間は5分(予鈴4分)、追加討論2分、YIAの発表時間は7分(予鈴6分)、追加討論3分とします。時間厳守をお願いします。
 - コンピュータープレゼンテーションによる発表のみとします。
 - Windows版PowerPoint2010、2013、2016で作成して下さい。
 - 動画は使用できません。
 - Macintosh及び持ち込みPCでの発表はできません。
 - 発表30分前まで**に、作成したデータをUSBメモリに入れてPC受付にお持ち下さい。
 - 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：20弘前太郎.ppt)。
 - 不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ち下さい。
 - 本会場内に託児施設を設置いたします。ご希望の方は東北支部HPをご参照の上、5月25日(金)までにお申し込みください。
 - 学術集会(5単位)、教育セッション(3単位)とします。
 - DVDセッション「医療安全・医療倫理に関する講演会」を第4会場(研修室812)で行います。専門医認定更新に必修の2単位が取得できます。(P20参照)
- 追記：学会案内状・プログラムは、原則として日本循環器学会会費納入者に限り発送いたします。
会場にクロークの設置はございません。

■会場のご案内

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



■会場へのアクセス



【東北新幹線】 盛岡駅北口から徒歩4分

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

盛
岡

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

■会場案内図



プログラム（敬称略）

	第1会場 会議室 803	第2会場 会議室 804A	第3会場 会議室 804B	第4会場 研修室 812	会議室 802
9:00	8:30～ 受付開始				
	8:55～9:00 開会挨拶 会長 富田 泰史 (弘前大学)				
10:00	9:00～9:50 YIA 症例発表部門 座長：富田 泰史 (弘前大学)	9:00～9:35 虚血性心疾患 座長：高橋 潤 (東北大学) 加藤 千里 (つがる総合病院)	9:00～9:35 不整脈 1 高周波アブレーション 座長：八木 哲夫 (仙台市立病院) 大和田真玄 (岩手医科大学)	9:00～9:28 肺循環・血栓症 座長：堀内 大輔 (弘前大学) 尾上 紀子 (仙台医療センター)	
	9:50～10:30 YIA 研究発表部門 座長：富田 泰史 (弘前大学)	9:35～10:10 大動脈 座長：皆川 正仁 (弘前大学) 櫛引 基 (青森県立中央病院)	9:35～10:10 不整脈 2 クライオアブレーション他 座長：木村 正臣 (弘前大学) 金城 貴士 (福島県立医科大学)	9:40～11:40 DVD セッション 「医療安全・医療倫理に 関する講演会」	
11:00	10:30～11:05 心不全・疫学研究 座長：渡邊 哲 (山形大学) 池田 こずえ (篠田総合病院)	10:10～10:45 弁膜症 座長：飯野 健二 (秋田大学) 富岡 智子 (みやぎ県南中核病院)	10:10～10:45 不整脈 3 CRT/S-ICD 座長：阿部 芳久 (秋田県立脳血管研究センター) 上岡 正志 (福島県立医科大学)		10:35～11:10 YIA 審査会 集 計 (10:35～10:55) 審査会 (10:55～11:10)
	11:05～11:33 心筋症・心筋炎 座長：横田 貴志 (弘前大学) 高野 真澄 (福島県立医科大学)	10:45～11:20 心膜・腫瘍 座長：大徳 和之 (弘前大学) 伏見 悦子 (平鹿総合病院)	10:45～11:20 不整脈 4 次世代ペーシング治療 座長：武田 寛人 (太田西ノ内病院) 福井 昭男 (山形県立中央病院)		11:10～11:40 支部役員会
12:00	11:20～11:55 心不全・次世代カテーテル治療 座長：秋山 正年 (東北大学) 熊谷亜希子 (岩手医科大学)		11:20～11:55 心内膜炎・エコー診断 座長：中野 陽夫 (東北医科薬科大学) 飯野 貴子 (秋田大学)		11:40～12:00 男女共同参画委員会
	12:00～12:40 支部社員総会 支部評議員会 YIA 授賞式			11:45～12:00 心肺蘇生法普及委員会	
13:00		12:50～13:50 教育セッション1 ランチョンセミナー1 演者：草野 研吾 国立循環器病研究センター 心臓血管内科 座長：竹石 恭知 (福島県立医科大学)	12:50～13:50 教育セッション2 ランチョンセミナー2 演者：志賀 太郎 がん研究会有明病院 腫瘍循環器・循環器内科 座長：下川 宏明 (東北大学)		
	13:50～14:50 教育セッション3 特別講演 演者：渡辺 昌文 山形大学医学部 内科学第一講座 座長：富田 泰史 (弘前大学)				
14:50					

*平成27年12月より、下記3つの会を開催します。

「支部役員会（毎回開催）」、「支部社員総会（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 富田 泰史

01 大動脈二尖弁に合併した左冠動脈主幹部狭窄により狭心症を生じた一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○谷 哲矢、八巻 尚洋、佐藤 悠、脇岡奈保子
金城 貴士、中里 和彦、鈴木 均、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

山本 晃裕、高瀬 信弥、横山 斉

02 多彩な壁運動低下（タコツボ型－逆タコツボ型－全周性）の左心不全を繰り返したカテ
コラミン産生副腎腫瘍の1例

東北大学 循環器内科学

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

03 卵巣腫瘍に心内血栓を併発し shower embolism を発症した Trousseau 症候群の一
例

青森県立中央病院

○鹿内 駿、中田 真道、鈴木 晃子、舘山 俊太
佐々木憲一、櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

04 急性心タンポナーデを繰り返す右房腫瘍症例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○三浦 健、佐藤 輝紀、新保 麻衣、奈良 育美
山中 卓之、関 勝仁、飯野 健二、渡邊 博之

秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学講座

田中 郁信、山浦 玄武、山本 浩史

北秋田市民病院 循環器内科

佐藤 誠

05 S-ICDによるセンシングの限界が示唆された不整脈原性右室心筋症の1例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○北山 和敬、石田 祐司、佐々木真吾、伊藤 太平
金城 貴彦 外山 佑一 富田 泰史

弘前大学 不整脈先進治療学講座

木村 正臣、堀内 大輔

06 心筋バイオマーカーは虚血性脳梗塞患者の予後を予測する

山形大学 医学部 内科学第一講座

○土屋 隼人、渡邊 哲、大瀧陽一郎、橋本 直土
和根崎真大、田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範
高橋 大、穴戸 哲郎、渡辺 昌文

07 心不全合併心房細動症例における肺静脈隔離術後の予後予測因子の検討

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○外山 佑一、伊藤 太平、石田 祐司、金城 貴彦
佐々木真吾、富田 泰史

弘前大学 不整脈先進治療学講座

木村 正臣、堀内 大輔

08 慢性心不全患者における心臓再分極異常と生命予後との関連について

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○安藤 卓也、山田 慎哉、義久 精臣、鈴木 均
石田 隆史、竹石 恭知

09 非閉塞性冠動脈疾患における冠微小循環障害の意義に関する検討

東北大学 循環器内科学

○須田 彬、高橋 潤、羽尾 清貴、菊地 翼
進藤 智彦、佐藤 公一、杉澤 潤、松本 泰治
宮田 敏、坂田 泰彦、下川 宏明

心不全・疫学研究（第1会場） 10：30～11：05

座長 渡邊 哲
池田こずえ

10 心疾患の血清亜鉛濃度

仙台市医療センター仙台オープン病院

○浪打 成人、牛込 亮一、瀧井 暢、小鷹 悠二
杉江 正、加藤 敦

11 心不全発症高リスク症例における左室駆出率の経時的変化とその関連因子：
CHART-2研究

東北大学 循環器内科学

○青柳 肇、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、三浦 正暢
杉村宏一郎、高橋 潤、宮田 敏、坂田 泰彦
下川 宏明

12 精度の高いBNPとNT-proBNPの換算式の開発

東北大学 循環器内科学

○笠原信太郎、後岡広太郎、阿部 瑠璃、及川 卓也
佐藤 雅之、青柳 肇、白戸 崇、三浦 正暢
杉村宏一郎、高橋 潤、宮田 敏、坂田 泰彦
下川 宏明

13 当院における心房細動患者に対する抗血栓療法を検討

石巻市立病院 循環器内科

○二瓶 太郎、千葉 貴彦、柴田 佳子、赤井健次郎

14 住民・職域健診受診者と生活習慣病における心房細動症例の心電図の特徴：AMED研究の中間解析

東北大学 循環器内科学

○後岡広太郎、坂田 泰彦、白戸 崇、三浦 正暢
阿部 瑠璃、笠原信太郎、佐藤 雅之、青柳 肇
藤橋 敬英、宮田 敏、下川 宏明

東北大学 産業医学

五十嵐 侑、黒澤 一

心筋症・心筋炎（第1会場） 11:05～11:33

座長 横田 貴志
高野 真澄

15 ステロイドが有効であった好酸球性心筋炎の一例

山形県立中央病院

○永井 貴之、大道寺飛雄馬、加藤 重彦、高橋 克明
福井 昭男、玉田 芳明、松井 幹之、矢作 友保

16 急性心筋炎の再発の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○反町 悠也、花田 賢二、遠藤 知秀、西崎 史恵
澁谷 修司、横田 貴志、富田 泰史

17 透析導入期にたこつぼ心筋症を合併し、2回目の透析後に突然死をきたした一例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○高橋 亮吉、坂田 英恵、福井 健人、伊藤 愛剛
塩入 裕樹、富岡 智子、小山 二郎、井上 寛一

18 小児期の抗癌剤治療により発症した薬剤性誘発性心筋症の一例

東北大学病院 卒後研修センター

○齋藤 早紀
東北大学 循環器内科学 青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介、三浦 正暢
山本 沙織、佐藤 遥、後岡広太郎、佐藤 公雄
下川 宏明

虚血性心疾患（第2会場） 9：00～9：35

座長 高橋 潤
加藤 千里

19 OCTとIVUSの両方で評価し得た冠危険因子を有さない若年女性に発症した急性心筋梗塞の1例

明理会中央総合病院

○伊藤 智志、廣瀬 瑞紀、築地美和子、伊藤 博之
屋形 智之、飯田健太郎

20 1年の経過で左主幹部に急速な狭窄病変の進行を認めたACS患者に対して、DCAによる血行再建術を施行した1例

太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科

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

21 冠攣縮性狭心症のためVFstormとなり、経皮的心肺補助装置（PCPS）使用し救命した症例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○木村 優、新山 正展、佐々木 航、坂本 翼
肥田 頼彦、中島 祥文、下田 祐大、房崎 哲也
伊藤 智範、森野 禎浩

22 胸痛を伴う運動誘発性左脚ブロックの一例

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
下川 宏明

23 除脳硬直を呈し、脳梗塞疑いとして紹介となった蘇生後脳症の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○成田 憲紀、北山 和敬、富田 泰史

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

藤田 彩香、萩井 譲士、目時 典文、斎藤 新
保嶋 実

大動脈（第2会場） 9:35～10:10

座長 皆川 正仁
櫛引 基

24 急性心筋梗塞後に偽性仮性心室瘤と中隔穿孔を合併し、慢性期にパッチ閉鎖術と左室形成術を施行した一例

東北大学 循環器内科学 ○菊地 翼、佐藤 公一、杉澤 潤、土屋 聡
進藤 智彦、池田 尚平、羽尾 清貴、白戸 崇
松本 泰治、高橋 潤、下川 宏明
東北大学病院 心臓血管外科 川本 俊輔、鈴木 祐輔、秋山 正年、齋木 佳克
みやぎ県南中核病院 循環器内科
伊藤 愛剛、井上 寛一

25 大動脈弁閉鎖不全症と三心房心を合併した成人大動脈縮窄症の一例

竹田綜合病院 循環器内科 ○片平 正隆、横川沙代子、三浦 俊輔、中村 裕一
鈴木 聡
竹田綜合病院 心臓血管外科 齋藤 正博、川島 大
福島県立医科大学 循環器内科学講座
横川 哲朗、竹石 恭知

26 襟巻き状－術後吻合部仮性動脈瘤を形成した偽腔開存型大動脈解離症例

一般財団法人 三友堂病院 循環器科
○阿部 秀樹、川島 理
仙台厚生病院 心臓血管センター
多田 憲生

27 腸骨動脈瘤に対する Excluder iliac branch endoprosthesis (IBE) の経験

総合南東北病院 心臓血管外科
○緑川 博文、植野 恭平、滝浪 学、菅野 恵

28 瘤破裂による Valsalva-肺動脈瘻で発見された偽腔開存型右 Valsalva 洞限局急性大動脈解離の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
○藤原 純平、肥田 頼彦、二宮 亮、新山 正展
下田 祐大、森野 禎浩
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
金 一

弁膜症（第2会場） 10：10～10：45

座長 飯野 健二
富岡 智子

29 10代若年女性の大動脈弁閉鎖不全症に対して自己心膜を用いた大動脈弁再建術を施行した1例

岩手医科大学 心臓血管外科 ○岩瀬 友幸、小泉 淳一、大崎 洸、田林 東
大山 翔吾、熊谷 和也、鎌田 武、坪井 潤一
金 一

30 一尖弁による重度の大動脈弁閉鎖不全症を発症した比較的若年の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座
○立石 桜、花田 賢二、遠藤 知秀、西崎 史恵
澁谷 修司、横田 貴志、富田 泰史

31 連合弁膜症による心不全を契機に診断に至った骨形成不全症の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座
○天海 一明、及川 雅啓、松本 善幸、益田 淳朗
佐藤 崇匡、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

32 高度僧帽弁閉鎖不全症によるうっ血性心不全に2型呼吸不全を合併した1例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野
○大関 萌子、後藤 巖、那須 崇人、田口 裕哉
二宮 亮、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

33 鈍的外傷により心嚢液貯留と心室瘤をきたした1例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野
○後藤 巖、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
岩手県立釜石病院 循環器科 山屋 昌平
岩手県立二戸病院 循環器科 朴澤麻衣子
岩手県立大船渡病院 循環器科
松本 裕樹
三愛病院 循環器科 佐々木加弥

心膜・腫瘍（第2会場） 10：45～11：20

座長 大徳 和之
伏見 悦子

34 術前診断が困難であった、上大静脈症候群を来した 浸潤性胸腺腫の一例

社会医療法人明和会中通総合病院 循環器内科

○脇田 哲平、播間 崇記

35 右房内腫瘍を呈した悪性リンパ腫の一例

市立秋田総合病院 循環器内科

○安部 誓也、柴原 徹、島田 俊亮、藤原美貴子
藤原 敏弥、中川 正康

きびら内科クリニック

鬼平 聡

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学

渡邊 博之

36 初診時DOACが無効なVTEを合併し、卵巣癌根治後にDOACが有効に転じた Trousseau症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○照井 洋輔、杉村宏一郎、建部 俊介、青木 竜男
三浦 正暢、山本 沙織、菊池 順裕、佐藤 遥
紺野 亮、後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

37 短期間に大動脈壁在血栓増大を認めた担がん患者の2症例

宮城県立がんセンター

○加藤 浩

38 経時的にクマジン稜が明瞭化し左房内腫瘍が疑われた一例

石巻赤十字病院

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

心不全・次世代カテーテル治療（第2会場） 11:20～11:55

座長 秋山 正年
熊谷亜希子

- 39 Multipoint pacingならびにSync AV機能を使用したCRT-Dによる心不全治療が奏効した拡張型心筋症の1例
東北大学 循環器内科学 ○三木 景太、中野 誠、相澤健太郎、長谷部雄飛
諸沢 薦、下川 宏明
- 40 当院における心房中隔欠損症に対する経皮的閉鎖術30症例の経験と現状
福島県立医科大学 ○佐久間裕也、小林 淳、喜古 崇豊、三阪 智史
上岡 正志、国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均
竹石 恭知
- 41 慢性腎不全を合併した大動脈弁狭窄症に経皮的な大動脈弁留置術が有効であった若年症例
弘前大学 循環器腎臓内科学講座
○川村 陽介、横田 貴志、遠藤 知秀、西崎 史恵
渋谷 修司、花田 賢二、富田 泰史
- 42 MitraClip NT システムを用いた経皮的僧帽弁形成術の一例
仙台厚生病院 循環器内科 ○水谷有克子、松本 崇、遠田 佑介、井上 新
石井 和典、櫻井 美恵、多田 憲生、宗久 佳子
大友 達志
仙台厚生病院 麻酔科 井上 洋、伊藤 淳
仙台厚生病院 心臓血管外科 畑 正樹
- 43 体外式補助循環治療の新たな治療体制の可能性
東北大学病院 心臓血管外科 ○秋山 正年、長沼 政亮、齋木 佳克
東北大学 循環器内科学 羽尾 清貴、青木 竜男、下川 宏明

不整脈 1 (第3会場) 9:00~9:35

座長 八木 哲夫
大和田真玄

44 カテーテルアブレーション直前に診断に至った偽性心房粗動の1例

むつ総合病院 循環器内科 ○奈川 大輝

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

三浦 尚武、金城 貴彦、石田 祐司、伊藤 太平
堀内 大輔、木村 正臣、佐々木真吾、富田 泰史

45 冠静脈洞内からの通電が必要であったWPW症候群の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○三浦 尚武、金城 貴彦、佐々木真吾、伊藤 太平
石田 祐司、小路 祥紘、外山 佑一、富田 泰史

弘前大学 不整脈先進治療学講座

木村 正臣、堀内 大輔

46 CFAE mapが上大静脈起源の心房細動に有効であった一例

仙台市立病院 循環器内科

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

47 心外膜側および心内膜側からアプローチにて根治しえたLV summit起源心室性期外収縮の1例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○田中健太郎、大和田真玄、小島 香、中村真理絵
芳沢 礼佑、梶田 房紀、小松 隆、森野 禎浩

48 頻脈性心房細動に伴い生じる心室頻拍発作が房室結節アブレーション後に抑制されたアルコール性心筋症の一例

東北大学 循環器内科学

○長谷部雄飛、三木 景太、諸沢 薦、相澤健太郎
中野 誠、青木 竜男、杉村宏一郎、下川 宏明

不整脈 2 (第3会場) 9:35~10:10

座長 木村 正臣
金城 貴士

49 Dual-loop様の頻拍を呈したASD術後のAFL症例

東北大学 循環器内科学 ○中野 誠、相澤健太郎、長谷部雄飛、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

50 治療抵抗性の左心耳起源異所性心房頻拍の一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院

○佐久間真悠、神山 美之、西浦 司人、遠藤圭一郎
和田 健斗、金澤 晃子、石田 悟朗、小松 宣夫
武田 寛人

51 造影剤を用いず3次元ロードマップ下にクライオバルーンアブレーションを施行し得た発作性心房細動の1例

仙台市立病院

○青木 恒介、滑川 明男、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、佐藤 舞、井筒 琢磨、倉島 真一
伏見 八重、八木 哲夫

52 高周波肺静脈拡大隔離術後の心房細動再発症例に対し、クライオアバルーンを用いて治療し得た1例

仙台市立病院

○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
青木 恒介、鈴木 啓資、鈴木 舞

53 リードレスペースメーカーを留置後に心房細動アブレーションを施行した一例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○齋藤 悠司、沓澤 大輔、有本 貴範、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎、山内 聡
渡邊 哲、渡辺 昌文

不整脈 3 (第3会場) 10:10~10:45

座長 阿部 芳久
上岡 正志

- 54 蛇行と狭窄の強い冠状静脈に対しアンカーバルーンテクニックで左室リードを挿入した一例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○熊谷 遊、有本 貴範、山内 聡、沓澤 大輔
土屋 隼人、渡邊 哲、渡辺 昌文

- 55 リード抜去におけるニードル・アイ・スネアを用いたリード把持の工夫：“Spaghetti Twisting” Technique

仙台厚生病院 循環器内科 ○伊澤 毅、本多 卓、大友 達志、井上 直人
目黒泰一郎

仙台厚生病院 心臓血管外科 山谷 一広

- 56 皮下植え込み型除細動器とペースメーカー併用の経験

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○梶田 房紀、大和田真玄、中村真理絵、小島 香
田中健太郎、小松 隆、森野 禎浩

- 57 S-ICDの作動を伴わない意識消失発作を繰り返し、側頭葉てんかんの診断に至ったブルガダ症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○長谷部雄飛、三木 景太、諸沢 薦、相澤健太郎
中野 誠、下川 宏明

- 58 S-ICD 植込み前スクリーニングで推奨ベクトルに差異がみられた心室細動蘇生後の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○山崎 堅、石田 祐司、佐々木真吾、伊藤 太平
金城 貴彦、外山 佑一、富田 泰史

弘前大学 不整脈先進治療学講座

木村 正臣、堀内 大輔

不整脈 4 (第3会場) 10:45~11:20

座長 武田 寛人
福井 昭男

- 59 当院における高位右室中隔ペーシングペースメーカー植え込み患者の予後
山形県立河北病院 内科 ○見澤 達夫、太田 郁郎、太田 郁郎
- 60 当院におけるリードレスペースメーカーの初期成績
岩手県立中央病院 循環器内科
○近藤 正輝、和山 啓馬、中田 貴史、渡辺 翼
門坂 崇秀、加賀谷裕太、佐藤謙二郎、金澤 正範
遠藤 秀晃、高橋 徹、中村 明浩、野崎 英二
- 61 当院におけるリードレスペースメーカーの現況
山形県立中央病院 循環器内科
○福井 昭男、永井 貴之、大道寺飛雄馬、北原 辰郎
高橋 克明、玉田 芳明、松井 幹之、矢作 友保
- 62 経静脈ペースメーカーリード誘発性心室頻拍に対してリードレスペースメーカー植込みが有効であった一例
秋田大学医学部附属病院 ○小武海雄介、阿部 起実、関 勝仁、飯野 健二
渡邊 博之
- 63 His束ペーシングの経験
太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター
○武田 寛人、神山 美之、和田 健斗、西浦 司人
遠藤圭一郎、金澤 晃子、石田 悟朗、小松 宣夫

心内膜炎・エコー診断（第3会場） 11:20～11:55

座長 中野 陽夫
飯野 貴子

64 Speckle tracking法による乳がん患者への化学療法後の心筋障害の評価：AMED研究

東北大学 循環器内科学 ○後岡広太郎、杉村宏一郎、照井 洋輔、山本 沙織
坂田 泰彦、下川 宏明
東北大学病院 生理検査部 藤原 淳子、船水 康陽、三木 俊
東北大学 放射線診断学 大田 英揮、高瀬 圭
東北大学 乳腺・内分泌外科学 多田 寛、石田 孝宣

65 化膿性脊椎炎を合併した*Aerococcus urinae*による感染性心内膜炎の一例

米沢市立病院 循環器内科 ○上北 洋徳、渡辺 達也、平 カヤノ
米沢市立病院 心臓血管外科 佐藤 洋一

66 アトピー性皮膚炎を有する患者に合併した黄色ブドウ球菌による感染性心内膜炎の3例

仙台市立病院 循環器内科 ○倉島 真一、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、青木 恒介、鈴木 舞、井筒 琢磨

67 三尖弁位人工弁輪に関連した感染性心内膜炎の診断にFDG-PETが有用だった一例

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

68 完全房室ブロックの発症を契機に診断された成人期修正大血管転位症の一例

岩手県立中央病院 循環器内科 ○和山 啓馬、高橋 徹、中田 貴史、門坂 崇秀
渡辺 翼、加賀谷裕太、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

肺循環・血栓症（第4会場） 9:00～9:28

座長 堀内 大輔
尾上 紀子

69 血液疾患に伴う肺高血圧症の一例

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
三浦 正暢、山本 沙織、神津 克也、紺野 亮
照井 洋輔、下川 宏明

70 脳静脈洞血栓症の治療中にヘパリン起因性血小板減少症による肺血栓塞栓症を発症した一例

秋田大学 医学部 大学院医学系研究科 循環器内科学

○加藤 宗、飯野 貴子、木村 俊介、飯野 健二
渡邊 博之

71 DOACとワルファリン服用中の心原性脳塞栓症の重症度の違い

弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 内科

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

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

富田 泰史

弘前大学大学院保健学研究科

長内 智宏

済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門

奥村 謙

72 チロシンキナーゼ阻害剤が原因と考えられるPAD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

○江尻 博紀、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

DVDセッション	9:40～11:40 (第4会場 研修室812)
YIA 審査会	10:35～11:10 (会議室802)
支部役員会	11:10～11:40 (会議室802)
男女共同参画委員会	11:40～12:00 (会議室802)
心肺蘇生法普及委員会	11:45～12:00 (第4会場 研修室812)

教育セッション 1

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

座長 福島県立医科大学 循環器内科学講座 教授 竹石 恭知 先生

『デバイスによる不整脈診断・治療の最前線』

国立循環器病研究センター 心臓血管内科 部長 草野 研吾 先生

共催：第166回日本循環器学会東北地方会
日本メドトロニック株式会社

教育セッション 2

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

座長 東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 下川 宏明 先生

『Onco-Cardiology ～血栓症の対応も含めて～』

がん研究会有明病院 腫瘍循環器・循環器内科 部長 志賀 太郎 先生

共催：第166回日本循環器学会東北地方会
第一三共株式会社

教育セッション 3

特別講演 13:50～14:50 (第1会場 会議室803)

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

『心不全パンデミックを迎えて』

山形大学医学部 内科学第一講座 教授 渡辺 昌文 先生

共催：第166回日本循環器学会東北地方会
日本ライフライン株式会社

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、議長は支部役員の内選により選出する。
 4. 支部社員総会は支部社員の内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げら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、本会学術集会同様、日本たばこ産業・鳥居薬品からの寄付受入は禁ずる。
- 6 地方会において市民公開講座及び託児室設置を実施する場合は、本支部よりその経費を補助する。ただし、上限を100万円とする。補助金は、経費内訳及び証憑書類の提出を持って交付するものとする。
- 7 地方会において男女共同参画セミナーを実施する場合は、本支部より講師招請経費を補助する。ただし上限を20万円とする。補助金は、経費内訳及び証憑書類の提出を持って交付するものとする。
- 8 地方会開催にあたり開設する金融機関の口座名義は、「一般社団法人日本循環器学会 第〇〇回 東北地方会 会長 〇〇〇〇」とする。
- 9 地方会当日の現金（参加費）の取扱いについて、不正や過誤が発生しないよう関係するスタッフの教育を十分行わなければならない。
- 10 地方会当日に徴収した参加費について、当日中に口座入金するか金庫に保管することとする。地方会終了後、翌営業日には口座入金することとする。
- 11 教育講演の招請者への待遇について、謝金上限は演者100,000円（源泉税抜）、座長50,000円（源泉税抜）、交通費は実費支給とし、地方会当日、直接本人へ現金もしくは振込対応する。これ以外の対応を行う場合は、支部役員会での承認が必要とする。
- 12 地方会で支払われた講演謝金及び会長校スタッフ臨時雇用費の源泉所得税は、地方会会長事務局において納付対応する。なお東北支部事務局から参加したスタッフ臨時雇用費は、東北支部事務局において納付対応する。
- 13 地方会経費の精算は、リスク管理の観点から現金での精算を禁じ、原則請求書対応とする。請求書対応が難しい場合は、企画会社・スタッフによる立替精算を行い、後日レシートや領収書をもとに精算する。
- 14 地方会終了後、余剰金が発生した場合、支部管轄の地方会繰越金専用口座に振り込む

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

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

(会 議)

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

(演題募集)

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

(専門医単位登録)

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

(プログラム・抄録)

- 27 プログラムは、本学会告（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166回日本循環器学会東北地方会 YIA 審査委員

(敬称略)

青 森

弘前大学 循環器腎臓内科学講座
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

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 渡辺 昌文
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30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 齐 (外科分野/東日本地区)	
支 部 役 員	下川 宏明 (東北大学/支部長・理事)	久保田 功 (山形大学/副支部長・理事)		
	横山 齐 (福島県立医科大学/理事/外科分野)			
	伊藤 宏 (秋田大学)	中村 元行 (岩手医科大学)		
	竹石 恭知 (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)		
	渡辺 昌文 (山形大学)			
名誉特別会員	白土 邦男	平 則夫	丸山 幸夫	三浦 傅
名誉支部員	青木 孝直	芦川 紘一	池田 精宏	石出 信正
	伊藤 明一	猪岡 英二	今井 潤	大和田憲司
	岡林 均	小野 幸彦	門脇 謙	金澤 正晴
	金塚 完	木島 幹博	小岩 喜郎	後藤 敏和
	齋藤 公男	佐々木 弥	佐藤 昇一	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
	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	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
	中里 和彦	○横山 齐 ¹		

1. 外科分野、2. 女性分野、3. その他の分野

男女共同参画委員	木村 正臣 (青森)	加藤 千里 (青森)	熊谷亜希子 (岩手)	八木 卓也 (岩手)
(*:委員長)	伏見 悦子 (秋田)	飯野 貴子 (秋田)	池田こずえ (山形)	有本 貴範 (山形)
	*富岡 智子 (宮城)	後岡広太郎 (宮城)	巽 真希子 (福島)	杉 正文 (福島)

会 計 監 事 石出 信正 猪岡 英二

幹 事 支部事務局担当幹事：杉村宏一郎 (東北大学)
 JCS-ITC 講習会担当幹事：花田 裕之 (青森県立中央病院)
 幹事：坂田 泰彦 (東北大学)

第166回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

平成30年6月2日 アイーナ いわて県民情報交流センター 8F

会 長：富田 泰史

(弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座)

01

大動脈二尖弁に合併した左冠動脈主幹部狭窄により狭心症を生じた一例

¹福島県立医科大学 循環器内科学講座

²福島県立医科大学 心臓血管外科学講座

○谷 哲矢¹、八巻 尚洋¹、佐藤 悠¹、脇岡奈保子¹
金城 貴士¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、石田 隆史¹
竹石 恭知¹、山本 晃裕²、高瀬 信弥²、横山 育²

43歳女性。1年前より労作時の胸部不快感が出現。精査目的で当科に紹介となった。心エコー検査で大動脈二尖弁、中等度大動脈弁狭窄症を認めた。冠動脈CTで冠動脈起始異常とバルサルバ洞拡大に伴い左冠動脈主幹部(LMT)が屈曲している所見を認めた。¹³N-ammonia PETで左冠動脈領域の広範囲な虚血所見を認めた。冠動脈造影検査を施行し、LMTに90%狭窄を認め、IVUSではブレークを認めなかったが、Fractional Flow Reserve (FFR)は低値で、左冠動脈起始異常とバルサルバ洞拡大によるLMT狭窄に起因する狭心症と診断した。外科的治療の方針としBentall手術を施行した。術後経過は良好で、狭心症状と¹³N-ammonia PETの虚血所見は消失した。大動脈二尖弁に合併したバルサルバ洞拡大によるLMT狭窄をきたすことは稀であり、興味深い症例と考え報告する。

03

卵巣腫瘍に心内血栓を併発し shower embolism を発症した Trousseau 症候群の一例

青森県立中央病院

○鹿内 駿、中田 真道、鈴木 晃子、舘山 俊太
佐々木憲一、櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

症例は50代、女性。深夜に胸痛を自覚し、当院を受診。心電図でV2-6にST上昇を認め、急性心筋梗塞の診断となり、緊急心臓カテーテル検査を施行。LAD#8及びLCX#14に血栓を認め、塞栓症による心筋梗塞が疑われた。血栓吸引のみで良好なflowが得られた。心房細動は認めず、心エコーにて心尖部に血栓像が疑われたため、造影CTを施行。心尖部に血栓を認め、腎及び脾梗塞、また肺塞栓症も併発していた。骨盤内に卵巣腫瘍を疑う所見も認めた。後日施行した頭部MRIでは脳塞栓が多発しており、卵巣腫瘍に伴うTrousseau症候群と考えられたため、ワルファリンによる治療を開始した。Trousseau症候群は卵巣腫瘍など女性特有の癌でみられることが多く、今回心内血栓から shower embolism を発症した症例を経験したので報告する。

05

S-ICDによるセンシングの限界が示唆された不整脈原性右室心筋症の1例

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前大学 不整脈先進治療学講座

○北山 和敬¹、石田 祐司¹、佐々木真吾¹、木村 正臣²
堀内 大輔²、伊藤 太平¹、金城 貴彦¹、外山 佑一¹
富田 泰史¹

症例は心室細動蘇生後の17歳、男性。不整脈原性右室心筋症と診断され、S-ICDが植込まれた。植込み時のセンシングは全ての極性で良好であり、デバイスによる至適ベクトル(Alternate (Alt))による極性を設定した。植込み後298日後、臥床時に頸拍エピソードが捕捉された。その際の皮下心電図(S-ECG)では体位変換に伴うR波高の減衰によるオーバーセンシング(OS)が確認された。体位の影響の少ないPrimaryへと極性を変更した。設定変更83日後、洗髪中にショック作動を認めた。同様の動作にて筋電位のOSが再現され、筋電位干渉のないAltへと再度極性を変更したが、その後再び不適切作動を認めた。S-ECGではQRS波形の経時的変化が体表面心電図に比しより顕著であり、QRS波形が経時的に変化する慢性進行性疾患に対するS-ICD適用の限界が示唆された。

02

多彩な壁運動低下(タコツボ型-逆タコツボ型-全周性)の左心不全を繰り返したカテコラミン産生副腎腫瘍の1例

東北大学 循環器内科学

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

症例は50歳女性。5年間に急性左心不全発作を3回発症し、1回目はタコツボ型心筋症様、2回目は逆タコツボ型心筋症様、3回目が全周性左室収縮不全を呈した。発作は食後に発生し胸部の絞扼感を伴い増悪。当科に入院後行った腹部超音波検査で右副腎周囲に4.5X3.5 cm大の腫瘍が認められ切除術を施行した。カテコラミン産生性副腎腫瘍(傍神経節腫瘍)と診断され、食事刺激による同腫瘍からのカテコラミン放出が急性左心不全の原因と考えられた。術後、心カテ時にアセチルコリン負荷試験を施行し、心表面の冠動脈攣縮と冠微小循環障害も認められた。褐色細胞腫をはじめ副腎腫瘍による急性左心不全は知られているが、本症例は経過中に多彩な左室壁運動異常を呈しており、冠循環機能異常も病態に大きく影響した可能性が示唆された。

04

急性心タンポナーデを繰り返す右房腫瘍症例

¹秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

²秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学講座

³北秋田市市民病院 循環器内科

○三浦 健¹、佐藤 輝紀¹、新保 麻衣¹、奈良 育美¹
山中 卓之¹、関 勝仁¹、佐藤 誠³、田中 郁信²
山浦 玄武²、飯野 健二¹、山本 浩史²、渡邊 博之¹

70歳台女性、嘔気を主訴にA病院に入院。入院翌日心タンポナーデからショック状態となり、緊急心膜腔ドレナージを施行した。心エコーにて右房自由壁に腫瘤を認め、心膜液も濃血性であったが、悪性細胞が検出されず確定診断に至らなかった。右房腫瘍はPET-CT所見から原発性心臓腫瘍が疑われ、当院紹介となった。経食道エコー検査中、凝血塊が心膜腔に急増、心停止に陥り、再度緊急ドレナージと心肺蘇生を要した。心拍再開し血行動態安定後、腫瘍切除および心膜パッチ修復術を施行、その後心タンポナーデは来していない。腫瘍は摘出標本から血管肉腫と診断された。心臓原発血管肉腫は稀かつ診断が困難な疾患であるが、血管に富むため易出血性である特徴を有する。急性心タンポナーデを繰り返す例では考慮されるべき疾患の一つである。

06

心筋バイオマーカーは虚血性脳梗塞患者の予後を予測する

山形大学 医学部 内科学第一講座

○土屋 隼人、渡邊 哲、大瀧陽一郎、橋本 直土
和根崎真大、田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範
高橋 大、宍戸 哲郎、渡辺 昌文

背景:虚血性脳梗塞、特に心原性脳梗塞は予後不良な疾患で、高齢化に伴い増加している。心筋バイオマーカーは、心原性脳梗塞の診断および予後予測に有用と報告されている。しかし、虚血性脳梗塞において、複数の心筋バイオマーカーを比較検討した報告はなく、心筋バイオマーカーの意義は十分に確立していない。方法および結果:虚血性脳梗塞で入院した282例に対し、経食道心エコーと心筋バイオマーカー(ANP、BNP、NT-proBNP、高感度トロポニンT)測定を行った。脳血管イベントを主要評価項目とし、前向きに検討を行った。いずれの心筋バイオマーカーも脳血管イベントと関係したが、特にBNPとNT-proBNPが最も強い予後予測因子であった。結論:脳性ナトリウム利尿ペプチドの測定は、虚血性脳梗塞患者の予後予測に有用である。

07

心不全合併心房細動症例における肺静脈隔離術後の予後予測因子の検討

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前大学 不整脈先進治療学講座

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

【背景】心不全合併心房細動症例に対する肺静脈隔離術後の予後予測因子について明らかではない。【方法】2012年1月から2017年9月までに当院で施行した初回AFアブレーション連続1019例のうち、有症候性(NYHA II-IV)の心不全(BNP \geq 100pg/mLまたはLVEF $<$ 40%)を有し、フォローアップが可能であった172例(66 \pm 9歳、発作性AF 90例)を対象とした。【結果】平均観察期間(300 \pm 144日)内に24例(14%)でAF再発を認めた。死亡例はなく、脳梗塞2例、脳出血1例、喀血1例、心不全増悪2例を認めた。AF再発群、非再発群において年齢、性別、LVEF、BNP、発作性、左房径に有意差を認めず、心筋梗塞の既往のある症例が再発群で有意に多かった(59% vs. 28%, $p<$ 0.05)。【結論】心筋梗塞の既往は心不全合併心房細動症例のアブレーション後のAF再発と関連していた。

09

非閉塞性冠動脈疾患における冠微小循環障害の意義に関する検討

東北大学 循環器内科学

○須田 彬、高橋 潤、羽尾 清貴、菊地 翼
進藤 智彦、佐藤 公一、杉澤 潤、松本 泰治
宮田 敏、坂田 泰彦、下川 宏明

非閉塞性冠動脈疾患における冠微小循環障害の意義は明らかではない。非閉塞性冠動脈疾患連続187例(男/女:113/74,63.2 \pm 12.3[SD]歳)において、冠血流予備能(CFR)と微小血管抵抗指数(IMR)を測定し、冠微小血管拡張能を評価した。CFR2.0/IMR20を閾値とし4群(G1:正常、G2:IMR高値、G3:CFR低値、G4:CFR低値かつIMR高値)に分けると、G4は他の3群に比し、ACh負荷による冠攣縮陽性率が大きく(G1:63.1%、G2:75.7%、G3:59.0%、G4:89.0%、 $P=$ 0.02)、慢性期心血管イベントが多く発生した。多変量解析でも冠微小血管拡張障害($<$ CFR2.0かつ $>$ IMR20)と冠攣縮の合併は有意な負の予後規定因子であった。

11

心不全発症高リスク症例における左室駆出率の経時的変化とその関連因子: CHART-2研究

東北大学 循環器内科学

○青柳 肇、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、三浦 正暢
杉村宏一郎、高橋 潤、宮田 敏、坂田 泰彦
下川 宏明

【背景】心不全発症高リスク症例(Stage A/B)における左室駆出率(LVEF)の経時的変化とその関連因子は不明である。【方法】CHART-2研究に登録されたStage A/B症例3606例を登録時LVEFに基づきR群(40%以下, $N=$ 136)、B群(41-49%, $N=$ 234)、P群(50%以上, $N=$ 3,234)に分類し、各群におけるLVEFの経時的変化とその関連因子を検討した。【方法・結果】登録後1年でB群の50%がP群、R群の30%がB群、23%がP群へと移行した。LVEF変化には左室拡張末期径がB群(回帰係数 $-$ 5.3, $P<$ 0.001)とR群(同 $-$ 5.8, $P<$ 0.001)、拡張期血圧がP群(同0.4, $P=$ 0.005)、Ca拮抗薬がB群(同4.0, $P=$ 0.008)、高血圧性心疾患がR群(同7.6, $P=$ 0.037)において有意な関連を認めた。【結論】Stage A/B症例のLVEFは経時的に変化し、その関連因子は登録時LVEFにより異なる。

08

慢性心不全患者における心臓再分極異常と生命予後との関連について

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○安藤 卓也、山田 慎哉、義久 精臣、鈴木 均
石田 隆史、竹石 恭知

慢性心不全(CHF)の予後における心臓再分極異常の影響は十分に検討されていない。入院加療を要したCHF患者215例(平均62歳)に、退院前のホルター心電図からT波交互脈(TWA)と心拍回復速度(TS)を測定した。退院後(平均2.9年)に心イベント83例(心不全再入院51例、心臓死32例)の発生を認めた。心イベントを認めた群と認めなかった群で測定項目を比較した。心イベント(+)群では、心イベント(-)群に比し、平均TWAは高値(66.1 vs. 54.7 μ V, $P<$ 0.01)、平均TSは低値であった(3.0 vs. 5.3 ms/RR, $P<$ 0.01)。多変量解析にてTWAとTSはそれぞれ独立した予後規定因子であった。再分極異常はCHFの生命予後を規定する重要な因子である。

10

心疾患の血清亜鉛濃度

仙台市医療センター仙台オープン病院

○浪打 成人、牛込 亮一、瀧井 暢、小鷹 悠二
杉江 正、加藤 敦

【背景】亜鉛は必須微量元素の一つであり、欠乏により様々な症状を示す。心筋梗塞や心不全症例では亜鉛濃度が低下しており、予後に関する報告がある。【目的】心疾患の亜鉛濃度を調査する。【方法と結果】急性心筋梗塞137症例、急性心不全65症例で入院時亜鉛濃度を測定した。入院時亜鉛濃度は心筋梗塞症例67 \pm 13 μ g/dL、心不全症例62 \pm 20 μ g/dLで、正常範囲(\geq 80 μ g/dL)だったのはそれぞれ19%、18%にすぎず、約8割が亜鉛欠乏状態にあった。血清アルブミン濃度は亜鉛濃度とある程度の相関を示したが、左室駆出分画やBNP濃度とは相関を示さなかった。院内死亡率・一年後までの生命予後との間には相関が認められなかった。【結論】心筋梗塞および心不全急性期では低い血清亜鉛濃度を呈する。

12

精度の高いBNPとNT-proBNPの換算式の開発

東北大学 循環器内科学

○笠原信太郎、後岡広太郎、阿部 瑠璃、及川 卓也
佐藤 雅之、青柳 肇、白戸 崇、三浦 正暢
杉村宏一郎、高橋 潤、宮田 敏、坂田 泰彦
下川 宏明

【背景】実臨床で信頼性高く使用可能なBNPとNT-proBNPの換算式は存在しない。【方法・結果】SUPPORT試験($N=$ 1,147)に登録した心不全患者の血清($N=$ 928)を用い、年齢、性別、BMI、クレアチニンクリアランス、ヘモグロビン値を共変量とした多変量非線形回帰モデルを作成し、BNPからNT-proBNPへの換算式を開発した。NT-proBNP実測値と、換算式を用いてBNP値から算出したNT-proBNP予測値との相関は、開発コホート($r=$ 0.91)および検証コホートとして用いた東北大学病院循環器内科受診症例1,160例($r=$ 0.92)において共に良好であった。本換算式のRMSE(root mean squared error; 換算の当てはまりの指標)は、Alibayらの換算式など既存の式と比較し良好であった。【結論】BNPからNT-proBNPへの精度の高い換算式を開発した。

13

当院における心房細動患者に対する抗血栓療法の見直し

石巻市立病院 循環器内科

○二瓶 太郎、千葉 貴彦、柴田 佳子、赤井健次郎

【背景】高齢心房細動患者の増加やDOACの普及により非循環器内科での心房細動治療例が増加している。【方法】2016年9月から2018年2月までに当院で心房細動と診断された375症例を対象とし、循環器内科通院群（C群：N=252、77±11歳）と非循環器内科群（NC群：N=123、82±9歳）の治療状況や予後を比較した。【結果】CHADS₂スコアは両群間で有意差を認めず、抗凝固薬の使用率も同等だった（C群93% vs. NC群91%）。DOACは61%が低用量で使用され、低用量非適合例はC群で多く認められた（C群44% vs. NC群38%）。平均7.5±5.7ヶ月の観察期間中、脳梗塞1例（0.2%）、全身性塞栓症1例（0.2%）、大出血2例（0.4%）を認めたが、イベント発症率は両群間で有意差を認めなかった。【結語】当院での抗血栓療法は担当医の専門性に関わらず概ね良好な効果が得られている。

15

ステロイドが有効であった好酸球性心筋炎の一例

山形県立中央病院

○永井 貴之、大道寺飛雄馬、加藤 重彦、高橋 克明
福井 昭男、玉田 芳明、松井 幹之、矢作 友保

症例は42歳の男性、高血圧で近医通院中であった。宴会後に心窩部痛を自覚し改善しないため翌日前医を受診した。心電図ST上昇および血液検査で心原性逸脱酵素の上昇を認めたため急性冠症候群疑いで当院へ救急搬送された。来院時の血液検査で好酸球の上昇、心エコーでは後下壁の壁運動低下と心嚢液の貯留を認めた。心臓カテーテル検査では冠動脈狭窄は認めず心筋生検を施行した。（後日病理所見では好酸球浸潤を認めた）。好酸球性心筋炎が疑われたため生検結果を待たずにプレドニゾロン40mg/日で開始した。ステロイド開始後好酸球低下し、心不全も速やかに改善、独歩軽快退院された。退院後1年間外来で経過観察したが経過良好であった。ステロイドが有効であった好酸球性心筋炎の一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

17

透析導入期にたこつば心筋症を合併し、2回目の透析後に突然死をきたした一例

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○高橋 亮吉、坂田 英恵、福井 健人、伊藤 愛剛
塩入 裕樹、富岡 智子、小山 二郎、井上 寛一

腎硬化症由来の末期腎不全に対して維持透析を導入した77歳女性。透析導入前の心エコーでは左室収縮能は良好であった。初回透析において1.5L除水を行い、血圧低下や不均衡症候群なく終了したが、透析終了3時間後に突然ショックとなった。心電図変化やトロポニンI上昇を認め、緊急CAGを施行。冠動脈に有意狭窄なく、左室造影や心エコーの結果、たこつば心筋症と診断した。鬱血性心不全の合併に対して、翌日に2回目の透析療法を行い0.5L除水した。透析経過は良好であったが、透析終了6時間後に心肺停止となった。心肺蘇生術下で急速補液やPCPS導入を行ったが、自己心拍再開なく死亡確認した。透析導入期にたこつば心筋症を合併し、不可逆的な血行動態の破綻をきたした一例を経験したので報告する。

14

住民・職域健診受診者と生活習慣病における心房細動症例の心電図の特徴：AMED研究の中間解析

¹東北大学 循環器内科学

²東北大学 産業医学

○後岡広太郎¹、坂田 泰彦¹、五十嵐 侑²、白戸 崇¹
三浦 正暢¹、阿部 瑠璃¹、笠原信太郎¹、佐藤 雅之¹
青柳 肇¹、藤橋 敬英¹、宮田 敏¹、黒澤 一²
下川 宏明¹

【背景】住民・職域健診における心房細動（AF）の頻度と心電図の特徴は十分検討されていない。【方法】仙台産業医学推進協議会と共同して住民・職域健診受診者と、CHART-2研究に登録された生活習慣病患者の心電図所見（ミネソタコード）の比較検討を行った。【結果】住民・職域健診受診者では102,579例中532例（0.5%）にAFを認め、8-3-2（心房細動）に続き、高いR波を示す3-3と3-1の頻度が23%、22%と順に高かった。一方、CHART-2研究の生活習慣病患者では1,385例中101例（6.8%）にAFを認め、ともにT波異常を示す5-5（22%）、5-3（21%）の順に頻度が高かった。【結論】健診受診者と生活習慣病患者におけるAF症例の頻度とその心電図所見の違いを認めた。

16

急性心筋炎の再発の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○反町 悠也、花田 賢二、遠藤 知秀、西崎 史恵
澁谷 修司、横田 貴志、富田 泰史

症例は60歳代、女性。6年前に急性心筋炎で入院歴があった。某年12月、全身倦怠感と悪心とを主訴に前医を受診し、心電図でST上昇を認めたため当科へ搬送となった。心エコーではびまん性の左室壁運動の低下を認め、LVEF 20%であった。冠動脈に有意狭窄は認めず、ショック状態であったためIABPを留置して入院となった。DICを合併しCHDFも行ったが、第7病日にどちらも離脱した。心筋生検では単球主体の炎症細胞の浸潤を認めた。その後、低拍出による低血圧とめまい、食欲不振、易疲労感が持続した。第37病日頃になりようやく疲労感や食欲不振などの症状が改善傾向となり、心エコーではLVEF 40%まで改善し、第47病日に退院となった。今回、我々は急性心筋炎の再発例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

18

小児期の抗癌剤治療により発症した薬剤性誘発性心筋症の一例

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 早紀¹、青木 竜男²、杉村宏一郎²、建部 俊介²
三浦 正暢²、山本 沙織²、佐藤 遥²、後岡広太郎²
佐藤 公雄²、下川 宏明²

【症例】24歳 女性【現病歴】200X年に骨肉腫と診断され、ドキソルビシンを用いた化学療法を施行した。急性期に心不全を合併したが、治療により軽快した。201Y年1月、肺膿瘍による敗血症により心不全が悪化し、加療を要した。しかし、ドブタミンの減量により体重が増加傾向となるため、移植適応検討のため当院に転院した。心臓カテーテル検査ではPCWP 18mmHg、RAP 14mmHg、心係数 1.43L/min/m²、SvO₂ 55%と両心室の拡張末期圧の上昇と低心拍出、循環不全を認めた。一時的な強心剤の増量と利尿剤の追加によりドブタミンは中止可能であったが、生検では高度の線維化を認めており、今後も心臓移植も念頭に慎重な経過観察が必要と考えられた。【結語】小児期の悪性腫瘍治療が関連した心不全症例を経験した。文献的考察を加え、報告する。

19

OCTとIVUSの両方で評価し得た冠危険因子を有さない若年女性に発症した急性心筋梗塞の1例

明理会中央総合病院

○伊藤 智志、廣瀬 瑞紀、築地美和子、伊藤 博之
屋形 智之、飯田健太郎

症例は33歳女性。夜間安静時に出現した突然の胸部圧迫感が改善しないため当院へ救急搬送された。既往歴、家族歴に特記すべき事項は認めなかった。受診時の心電図にて胸部誘導のST上昇を認め、急性心筋梗塞の診断で同日緊急CAGを行った。その結果、LAD#7=90%の1枝病変を認めた。冠動脈危険因子を全く有さない若年女性に発症した急性心筋梗塞であり、特発性冠動脈解離と動脈硬化性病変の鑑別が必要と考え、IVUSとOCTを合わせて行い両者の画像所見により明らかな解離腔を有さない高度狭窄病変を確認し、plaque形成による動脈硬化性病変と判断しballoonで拡張後、薬剤溶出ステントを留置し良好な血流を確保した。今回、冠動脈危険因子を有さない若年女性の急性心筋梗塞例に対してIVUS、OCTでの画像診断を行った症例を経験したため報告する。

21

冠攣縮性狭心症のためVFstormとなり、経皮的心肺補助装置(PCPS)使用し救命した症例

岩手医大附属病院 循環器内科

○木村 優、新山 正展、佐々木 航、坂本 翼
肥田 頼彦、中島 祥文、下田 祐大、房崎 哲也
伊藤 智範、森野 禎浩

62歳男性。2018年2月仕事中突然倒れ、同僚が心肺蘇生開始し救急要請した。救急車内で心室細動(VF)と自己心拍再開を繰り返した。当院へ救急搬送となった。入院時頸動脈触知、自発呼吸認めていたが、カテ室へ移動中にVFstormとなり、心肺蘇生しつつ経皮的心肺補助装置(PCPS)を挿入した。冠動脈造影施行したが、冠動脈に有意狭窄は認めなかった。PCPS挿入後は、一度心室細動出現したのみであった。第4病日PCPSを離脱した。第28病日にCa拮抗薬、硝酸薬を中止、第30病日深夜に胸痛とST低下を認め、硝酸薬舌下で改善した。同日冠動脈造影施行し、前下行枝にびまん性の90%狭窄を認めた。硝酸薬冠注後、狭窄の改善を認めたため、冠攣縮性狭心症と診断した。冠攣縮性狭心症によりVFstormとなり、PCPSを用いて救命しえた症例を経験した。

23

除脳硬直を呈し、脳梗塞疑いとして紹介となった蘇生後脳症の一例

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前脳卒中・リハビリテーションセンター

○成田 憲紀¹、北山 和敬¹、藤田 彩香²、萩井 謙士²
目時 典文²、斎藤 新²、保嶋 実²、富田 泰史¹

症例は74歳、男性。某日朝8時半、自宅で物音に気づいた妻が倒れている夫を発見し救急要請した。JCS3桁、除脳硬直を呈しており近医にて頭部CT施行、出血性病変なく脳梗塞疑いとして当院紹介となった。臨床所見からt-PA投与を考慮したが、MRIで主幹動脈の閉塞は認めなかった。入院後不随意運動を認めたことから脳虚血、てんかんを疑い治療を開始した。脳波検査でも特記所見を認めなかったが、妻より発見時に胸骨圧迫をしていた病歴が聴取され、心停止による一連の病態と考えられた。循環器内科紹介し右冠動脈の慢性完全閉塞、左冠動脈主幹部に潰瘍形成を伴う高度狭窄を指摘され、準緊急で冠動脈バイパス術が施行された。除脳硬直を呈した意識障害症例で脳幹部病変を第一に想起したが、心停止を含めた病歴聴取が重要であると考えられた。

20

1年の経過で左主幹部に急速な狭窄病変の進行を認めたACS患者に対して、DCAによる血行再建術を施行した1例

太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科

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

症例は50歳男性。早朝の安静時や日中の労作時に胸痛があり、1年前に他院で冠動脈造影検査(CAG)を施行されたが、冠動脈に有意狭窄を認めず経過観察の方針となった。1ヶ月前より同症状が出現し、症状が増悪したため当院を受診した。来院時胸部症状が持続しており、急性冠症候群(ACS)疑いにて緊急CAG検査を行った。CAGにて左冠動脈主幹部(LMT)に99%狭窄(TIMI3)を認めたため、方向性冠動脈粥腫切除術(DCA、最大10気圧、69カット)を施行し良好な拡張が得られた。切除標本の病理所見は、器質化血栓とfibrous plaqueであった。約1年の経過でLMTに急速な狭窄病変の進行を認めたACS患者に対して、DCAによる血行再建術を施行した1例を経験したため報告する。

22

胸痛を伴う運動誘発性左脚ブロックの一例

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
下川 宏明

症例は68歳男性、7年前に労作性狭心症の診断で左前下行枝(LAD)に薬剤溶出性ステントを留置。1月某日に雪かきをしていたところ、10分程度の胸部絞扼感が出現し当院を受診。翌日、外来でエルゴメーター負荷心電図を行ったところ、心拍数110回/分を超えた段階で胸痛の再現とともに左脚ブロック(LBBB)が出現。不安定狭心症の疑いで即日入院となった。心臓カテーテル検査では、ステント留置部に再狭窄を認めず、その他に新規病変は認めなかった。続いて、頻拍負荷試験では、心拍数120回/分を超えた段階でLBBBが出現し同時に胸部症状が再現、冠動脈造影では明らかな変化なく乳酸値の産生もみられなかった。今回、労作によりLBBBと胸痛が出現し、労作性狭心症との鑑別を要した運動誘発性LBBBの一例を経験したため報告する。

24

急性心筋梗塞後に偽性仮性心室瘤と中隔穿孔を合併し、慢性期にパッチ閉鎖術と左室形成術を施行した一例

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みやぎ県南中核病院 循環器内科

○菊地 翼¹、佐藤 公一¹、杉澤 潤¹、土屋 聡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、下川 宏明¹、川本 俊輔²
鈴木 祐輔²、秋山 正年²、齋木 佳克²、伊藤 愛剛³
井上 寛一³

症例は66歳男性、急性心筋梗塞を発症し#6にPCIを施行されたがTIMI2で終了した。リハビリ中の第9病日に急変しIABP、PCPS、人工呼吸器管理となり、抜管後に心雑音を聴取し中隔穿孔孔が疑われ当科に紹介された。第29病日の転院時に心不全が増悪し、不整脈から循環動態も破綻したため再度IABP、PCPS、人工呼吸器管理となった。精査の結果、広範な梗塞に中隔穿孔孔と心室瘤を合併していることが判明した。心不全管理とリハビリに多くの時間を費やしたが、瘤破裂や左室リモデリング予防目的に転院約3か月後にパッチ閉鎖術と左室形成術を施行した。術後は低血圧が改善し、約1か月後に独歩転院した。仮性瘤や偽性仮性瘤の合併は稀であり、手術の是非についても一定の見解が得られていない。今回我々は慢性期に手術が奏功した一例を経験したため報告する。

25

大動脈弁閉鎖不全症と三心房心を合併した成人大動脈縮窄症の一例

¹竹田綜合病院 循環器内科

²竹田綜合病院 心臓血管外科

³福島県立医科大学 循環器内科学講座

○片平 正隆¹、横川沙代子¹、三浦 俊輔¹、横川 哲朗³
中村 裕一¹、鈴木 聡¹、齋藤 正博²、川島 大²
竹石 恭知³

症例は52歳男性、過去に高血圧を指摘されたものの未治療であった。胸部不快感と冷汗が出現し救急搬送されと、著明な低酸素血症と胸部X線写真での心拡大、BNPの上昇を認めた。造影CTを施行したところ、下行大動脈に高度狭窄と著しい側副血路の発達を認めた。心エコーでは、上行大動脈の拡大と重等度大動脈弁閉鎖不全症を認めた。大動脈縮窄及び大動脈弁閉鎖不全症による心不全の診断で入院となった。心不全改善後に経食道心エコーを施行したところ、左房内に異常隔壁を認め三心房心であった。大動脈弁閉鎖不全症および大動脈縮窄に対して手術の方針となり、心臓血管外科に転科しBentall手術及び鎖骨下-大腿動脈バイパス術を施行した。術後、合併症なく退院となった。成人後に指摘された大動脈縮窄複合は稀であり報告する。

27

腸骨動脈瘤に対するExcluder iliac branch endoprosthesis (IBE)の経験

総合南東北病院 心臓血管外科

○緑川 博文、植野 恭平、滝浪 学、菅野 恵

腹部大動脈瘤 (AAA) におけるステントグラフト内挿術 (EVAR) は、その有効性から広く普及し、本領域における重要な治療法となっている。しかし、AAAのうち20-30%程度は腸骨動脈にも病変が波及しており、従来はEVAR施行のために内腸骨動脈を閉鎖し外腸骨動脈まで延長する必要性があった。そのため、症例によってはEVAR適応外や、留置後の腎筋跛行や腸管虚血が問題となり、ハイリスクにも関わらず外科的治療を選択せざるを得ない場合が生じた。今回内腸骨動脈再建デバイスであるIBEを使用しEVARを施行した2例を経験したので報告する。

29

10代若年女性の動脈弁閉鎖不全症に対して自己心膜を用いた大動脈弁再建術を施行した1例

岩手医科大学 心臓血管外科

○岩瀬 友幸、小泉 淳一、大崎 洸、田林 東
大山 翔吾、熊谷 和也、鏑田 武、坪井 潤一
金 一

症例は14歳女性。小学校の就学時検診で心雑音を指摘され、大動脈二尖弁による中等度大動脈弁閉鎖不全症 (AR) の診断。9歳時にタンパク尿を指摘され、慢性腎炎の疑いで経過を見ていたが、血圧も上昇傾向となり、徐々にARが増悪し、12歳頃よりSevere ARとなった。心不全症状もなく、左室拡張末期径も50mmであったが、血圧コントロールも不十分であり、今後さらに増悪する可能性が高いこと、また腎機能悪化も懸念されたことから手術介入を判断。若年女性であり、ワーファリン服用の回避と生体弁のdurabilityを考慮して尾崎法による自己心膜を用いた大動脈弁再建術を施行した。術後、mild ARのみで第21病日には退院となり経過は良好に推移している。文献的考察も含めて報告する。

26

襟巻き状一術後吻合部仮性動脈瘤を形成した偽腔開存型大動脈解離症例

¹一般財団法人 三友堂病院 循環器科

²仙台厚生病院 心臓血管センター

○阿部 秀樹¹、川島 理¹、多田 憲生²

【症例】79歳女性 冠危険因子) 高血圧症、高尿酸血症、
【既往】15年前に腹部大動脈急性解離 (Stanford B) 発症、5年前に急性大動脈解離 (Stanford A) 発症。急性心タンポナーデ併発⇒仙台某病院にて上行大動脈人工血管置換術を施行。
【臨床経過】術後5年後に大動脈弁閉鎖不全症AR3' 発症。吻合部襟巻き状一仮性動脈瘤形成、を認めた。再手術は術後癒着のためハイリスクであり、ステントグラフト内挿術は、中枢側のため適応外で、冠動脈入口部閉塞の危険が高く断念。現在、経過観察中。
【結語】急性大動脈解離 (Stanford A) 症例に上行大動脈人工血管置換術施行5年後、吻合部襟巻き状一仮性動脈瘤が形成された。仮性動脈瘤の描出には経食道心臓超音波検査が有用で、収縮期の流入部Flow (entry) と拡張期の流出部Flow (re-entry) が確認された。

28

瘤破裂によるValsalva-肺動脈瘻で発見された偽腔開存型右Valsalva洞限局急性大動脈解離の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

○藤原 純平¹、肥田 頼彦¹、二宮 亮¹、新山 正展¹
下田 祐大¹、金 一²、森野 禎浩¹

症例は68歳、男性。紫斑病性腎炎によるネフローゼ症候群とIgA血管炎の既往あり、当院腎臓内科に通院中であった。8年前に大動脈弁閉鎖不全症と僧帽弁閉鎖不全症のため大動脈弁置換術と僧帽弁形成術を施行した。201X年7月1日に胸部不快感を主訴に救急外来を受診した。胸部単純CTで心嚢液の貯留を認め、急性心膜炎の診断で同日入院した。収縮期心雑音を認め、第3病日に経食道心エコーを施行。Valsalva洞に限局した動脈解離とValsalva-肺動脈瘻を認め、集中治療室へ入室した。第4病日にBentall手術+上行置換術+冠動脈バイパス術 (右冠動脈#1-大伏在静脈グラフト) を施行。第34病日に退院した。Valsalva洞に限局した急性大動脈解離は比較的稀な病態であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

30

一尖弁による重度の大動脈弁閉鎖不全症を発症した比較的若年の一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○立石 桜、花田 賢二、遠藤 知秀、西崎 史恵
澁谷 修司、横田 貴志、富田 泰史

症例は30歳台、男性。小児期に大動脈弁閉鎖不全症を指摘され定期的に経過観察されていたが、転居に伴い受診が中断されていた。某年5月、感冒症状を主訴に近医を受診し、心雑音を指摘され心エコーを行ったところ、重度の大動脈弁閉鎖不全症 (AR) を認めたため、精査加療のため当科紹介受診となった。経胸壁および経食道心エコーでは、大動脈弁は一尖であり、それに伴う重度のARを認め、左室の拡大 (LVDd 79mm) および収縮の低下 (LVEF 47%) を認めた。大動脈造影ではSellersIII度のARを認め、上行大動脈の拡張もあったため、当院心臓血管外科にてBentall手術が行われた。今回、我々は、一尖弁による重度の大動脈弁閉鎖不全症を発症した若年の一例を経験したので、文献的考察も含めて報告する。

31
連合弁膜症による心不全を契機に診断に至った骨形成不全症の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○天海 一明、及川 雅啓、松本 善幸、益田 淳朗
佐藤 崇匡、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

側弯症を有する36歳男性。感冒を契機に呼吸困難となり、当院に救急搬送となった。肺うっ血、冷汗が著明であり、急性心不全と診断した。大動脈弁は三尖とも逸脱し重度大動脈弁閉鎖不全症を認めた。僧帽弁は両尖が延長し、A2-A3、P3の高度逸脱による重度僧帽弁閉鎖不全症を認めた。側弯症、低身長、皮膚手指の過伸展、青色強膜などの身体的特徴と幼少時より骨折を繰り返したことから、骨形成不全を疑った。骨形成不全の診断基準のうち骨脆弱性(側弯症)、成長障害(低身長)、青色強膜、家族歴、小児期の骨折歴を満たし、長管骨や頭蓋骨の変形、骨密度低下などの所見から骨形成不全症と診断した。成人期に骨形成不全と診断される例は少なく、心エコーによる弁膜症診断をきっかけに診断へ至った一例を経験したため報告する。

33
鈍的外傷により心嚢液貯留と心室瘤をきたした1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
³岩手県立釜石病院 循環器科
⁴岩手県立二戸病院 循環器科
⁵岩手県立大船渡病院 循環器科
⁶三愛病院 循環器科

○後藤 巖¹、中島 悟史¹、木村 琢巳¹、山屋 昌平³
朴澤麻衣子⁴、松本 裕樹⁵、佐々木加弥⁶、森野 禎浩¹
金 一²

30歳代、男性。X年3月上旬に作業現場でコンクリートブロックに挟まれて胸腹部を殴打した。当院へ救急搬送となった。肺挫傷、脾損傷、外傷性心破裂に伴う心嚢液貯留が疑われ当院救急科に入院した。バイタルは安定しており、心嚢液は経過観察で減少した。3月下旬に一度退院した。X年5月上旬に胸痛と呼吸困難を自覚したため当院救急外来を受診した。血圧が低めで、心エコー図上、心嚢液の増加と左室瘤の所見を認めた。心タンポナーデの診断で当科に入院した。心嚢穿刺を施行し、血性心嚢液650mlを排液しバイタルは安定した。破裂のリスクが高いと判断し、当院心臓血管外科で左室瘤切除術を施行した。術後第10病日に独歩退院した。外傷に伴う心室瘤は比較的少なく、文献的考察を加えて報告とする。

35
右房内腫瘍を呈した悪性リンパ腫の一例

¹市立秋田総合病院 循環器内科
²きびら内科クリニック
³秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学

○安部 誓也¹、柴原 徹¹、島田 俊亮¹、藤原美貴子¹
藤原 敏弥¹、中川 正康¹、鬼平 聡²、渡邊 博之³

症例は80歳代男性。洞不全症候群、ペースメーカー植え込み後、高血圧等にて当科通院中。某年某月気管支炎を契機に心不全を発症し入院した。入院時の心エコーで右房内に腫瘍状構造物(41.2×39.7mm)を認めた。2週間後に施行した心臓MRIでは腫瘍が疑われ、sizeの増大も認めた。外科的摘除が必要と考えられたが、患者の年齢や全身状態から困難と判断した。突然死の可能性など予後不良であることを説明した上で退院となった。約1ヵ月後吐血にて当院救急外来受診、胃体部腫瘍からの出血を認め、生検でB細胞性リンパ腫と診断された。化学療法を開始したところ右房内腫瘍の縮小を認め、これもリンパ腫によるものと考えられた。右房内腫瘍状構造物の鑑別診断について、文献的考察を加えて報告する。

32
高度僧帽弁閉鎖不全症によるうっ血性心不全に2型呼吸不全を合併した1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

○大関 萌子¹、後藤 巖¹、那須 崇人¹、田口 裕哉¹
二宮 亮¹、中島 悟史¹、木村 琢巳¹、森野 禎浩¹
金 一²

70歳代、女性。X年12月に労作時の息切れ、下腿浮腫を主訴に近医を受診した。収縮期雑音を聴取し、胸部レントゲン写真で肺うっ血、胸水を認めた。高度僧帽弁閉鎖不全症(後尖逸脱)によるうっ血性心不全の診断で加療目的に当院に転院した。2型呼吸不全の状態でもNPPV、ドブタミン、フロセミド等で心不全は改善したが、高CO2血症の改善を認めなかった。換気障害の精査を施行したところ、呼吸筋優位の筋萎縮性側索硬化症と診断された。人工呼吸器のハイリスクだったが、当院心臓血管外科で全身麻酔下で僧帽弁置換術と三尖弁形成術を施行した。経過良好で術後35時間で人工呼吸器より離脱、術後14日目に独歩退院した。2型呼吸不全の鑑別で示唆に富む症例であり、文献的考察を加えて報告する。

34
術前診断が困難であった、上大静脈症候群を来した浸潤性胸腺腫の一例

社会医療法人明和会中通総合病院 循環器内科

○脇田 哲平、播間 崇記

【症例】75歳男性【主訴】顔面と右上肢浮腫【現病歴】画像検査で右内頸静脈から上大静脈にかけて血管内占拠性病変を認めた。抗凝固療法を行うと、症状は速やかに改善し、内頸静脈病変は消失したが、上大静脈病変は残存した。約4ヵ月後に再び顔面浮腫を訴え、呼吸困難感も伴った。CTにて上大静脈病変の右房内への進展が明らかになり、腫瘍の可能性を疑った。人工心肺下による開胸手術により血管内腫瘍および胸腺全摘出、無名静脈合併切除を行った。術中迅速病理診断では血管内腫瘍と胸腺腫は同一組織像で、最終病理診断はWHO分類B2型胸腺腫であった。術後3ヵ月後に放射線療法を施行した。【考察】術前は静脈血栓による血管閉塞と診断されたが、経過中に血管内および右房内への腫瘍進展と判明した胸腺腫の一例を経験した。

36
初診時DOACが無効なVTEを合併し、卵巣癌根治後にDOACが有効に転じたTrousseau症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○照井 洋輔、杉村宏一郎、建部 俊介、青木 竜男
三浦 正暢、山本 沙織、菊池 順裕、佐藤 遥
紺野 亮、後岡広太郎、佐藤 公雄、下川 宏明

症例は61歳女性、癌性腹水・卵巣腫瘍の疑いで近医より当院産婦人科へ紹介、入院となった。入院時よりD-dimer 22.8μg/mLと上昇あり、下肢静脈超音波検査で深部静脈血栓を認めたため当科紹介となり、未分画ヘパリンによる抗凝固療法を開始しD-dimer、fibrin-monomer complex (FMC)の改善を認めた。第17病日、診断目的に試験開腹術が施行され卵巣癌の診断で化学療法後に根治手術の方針となった。手術翌日よりDOAC内服としたが、FMCが著明に上昇し再度ヘパリンに変更した。化学療法後の第134病日に卵巣癌に対し根治術が施行された。第141病日にDOAC内服へ変更し、その後もFMC上昇なく経過した。今回FMCを用いて静脈血栓症に対する抗凝固療法の評価を行い、卵巣癌の治療前後でDOACが有効に転じた一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

37
短期間に大動脈壁在血栓増大を認めた担がん患者の2症例
宮城県立がんセンター

○加藤 浩

症例1、60代女性。2012年4月肺腺癌cT4N3M1b stage4、EGFR (+) の診断で化療開始。4th line エルロチニブ投与中の2017年11月CTで腹部大動脈壁在血栓を確認。1か月後、増大傾向のためアスピリン追加投与で経過観察。症例2、70代男性。2016年4月、胃癌cT3N2M1 stage4に対しSP療法開始。心房細動に対しダビガトラン内服中も同年6月CTで胸腹部大動脈壁在血栓を確認。8月CT血栓増大?も胃病変の出血が懸念され抗血小板剤は追加できず経過観察中。2例とも血栓性素因となる疾患は否定。進行性の悪性疾患を有し、塞栓症状はないがTrousseau症候群の前駆状態も疑われた。短期間に進展する大動脈内血栓を認め、悪性腫瘍による凝固亢進の関与が疑われたので報告する。

39
Multipoint pacingならびにSync AV機能を使用したCRT-Dによる心不全治療が奏効した拡張型心筋症の1例

東北大学 循環器内科学

○三木 景太、中野 誠、相澤健太郎、長谷部雄飛
諸沢 薦、下川 宏明

症例は55歳、男性。拡張型心筋症による低心機能 (EF10-20%) から心不全増悪、カテコラミン依存となった。完全左脚ブロック (QRS 158ms) と非持続性心室頻拍を認めることから除細動器付き両心室ペースメーカー (以下CRT-D) 植込術を施行 (St. Jude Medical社: Quadra Assura MP)。本機種の特徴であるmulti point pacing (MPP) およびSync AV機能をオンとしたところ、著明なQRS幅の短縮を認め (158ms→95ms)、カテコラミンから離脱、胸部X線写真でCTRの減少 (63%→53%) を認めた。Multipoint pacing とSync AV機能付きのCRT-Dが有効であったため、文献的考察を加え報告する。

41
慢性腎不全を合併した大動脈弁狭窄症に経皮的大動脈弁留置術が有効であった若年症例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○川村 陽介、横田 貴志、遠藤 知秀、西崎 史恵
渋谷 修司、花田 賢二、富田 泰史

症例は50代、男性。慢性腎不全、慢性膵炎、膵性糖尿病で通院していた。BNP上昇したため心エコーを行ったところ、重度の大動脈弁狭窄症 (AS) とびまん性の壁運動低下 (EF25%) を認め当科へ紹介となった。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄はなく、弁口面積0.3-0.4cm²の重度ASを認めた。手術を検討中に心不全のため入院となり利尿剤増量したがNYHAIIIであり、早期の手術が必要と判断した。低心機能、eGFR15mL/min/1.73m²の慢性腎不全状態のため、経皮的大動脈弁留置術 (TAVR) を行う方針とし、転院となった。術後BNPは4124→200pg/mL前後まで低下し、心不全はNYHAIまで改善したが、腎機能は徐々に悪化し血液透析導入となった。若年であったが、重度の慢性腎不全と低心機能の状態のため、TAVRを施行した症例を文献による考察を含め報告する。

38
経時的にクマジン稜が明瞭化し左房内腫瘍が疑われた一例
石巻赤十字病院

○加藤 裕司、安藤 薫、田中 裕紀、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48才、女性。全身性エリテマトーデスとループス腎炎に対してステロイド治療を行なっている。また、以前より軽度心収縮能低下があり、定期的に心エコーを施行し経過観察されている。発熱、倦怠感があり当院救急外来を受診し、腎盂腎炎と腎前性腎不全の診断で入院となった。その際に心エコーを施行し、左房後壁側に約8mm大の構造物を認め腫瘍が疑われた。経食道心エコー、心臓MRIを施行し、左房後壁側に左上肺静脈前面の血管壁から連続した構造物を認めクマジン稜と考えられた。以前の心エコー、心臓MRIの所見と比較して脱水により左房が縮小し、クマジン稜が明瞭化したものと考えられた。今回我々は、画像所見の経時変化からクマジン稜と左房内腫瘍を鑑別し得た一例を経験したので報告する。

40
当院における心房中隔欠損症に対する経皮的閉鎖術30症例の経験と現状

福島県立医科大学

○佐久間裕也、小林 淳、喜古 崇豊、三阪 智史
上岡 正志、国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均
竹石 恭知

Amplatzer septal occluderによる経皮的心房中隔欠損閉鎖術 (ASO) は2006年の保険収載以降、低侵襲な治療法として行われている。また2016年2月より新規デバイスであるFigulla Flex II septal occluderが使用可能となった。当院は2015年にASOの施設認定を得て、2015年9月より2018年2月までに30症例に対し治療を行った。平均年齢は57.2±19.5歳、男性11症例、女性19症例。心房中隔欠損孔の最大径は18.6±7.2mmで、留置デバイスはAmplatzer septal occluderが18症例、Figulla Flex II Septal occluderが12症例だった。手技中・術直後の合併症は認めなかった。入院期間は7.4±4.4日。外来でのフォローアップを1、3、6、12か月後に行い体表心エコー図にて右心系の縮小が観察されている。当院で施行されたASOの30症例について報告する。

42
MitraClip NT システムを用いた経皮的僧帽弁形成術の一例

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

○水谷有克子¹、松本 崇¹、遠田 佑介¹、井上 新¹
石井 和典¹、櫻井 美恵¹、多田 憲生¹、宗久 佳子¹
井上 洋²、伊藤 淳²、畑 正樹³、大友 達志¹

背景：外科的治療ハイリスクの重症僧帽弁閉鎖不全症に対しMitraClip NTシステムを用いた経皮的僧帽弁形成術が保険償還された。償還後に当院で経験した症例を報告する。症例：77歳男性。陳旧性心筋梗塞に対し冠動脈バイパス術の既往がある。重症機能性僧帽弁閉鎖不全による心不全を繰り返すも左室駆出率34%の低心機能ならびに開胸術の既往のため外科的治療は困難と判断され、経皮的僧帽弁形成術の方針となった。治療は全身麻酔・経食道心エコーガイド下で施行。A2/P2領域に1個のMitraClipを留置、僧帽弁逆流は軽度に減少、機能性僧帽弁狭窄を含め手技合併症も認めなかった。結語：MitraClip NTシステムを用いた経皮的僧帽弁形成術を経験した。本邦での普及に当たり、症例選択・治療の実際・術前術後管理を含めて考察する。

43

体外式補助循環治療の新たな治療体制の可能性

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、長沼 政亮¹、羽尾 清貴²、青木 竜男²
下川 宏明²、齋木 佳克¹

2011年以降、植込み型左心補助人工心臓が普及し、年々症例数は増えている。一方国内では深刻なドナー不足の状態に変わりはなく、今後の重症心不全治療として、植込み型左心補助人工心臓による永久使用 (Destination therapy) の導入が進められている。そのような状況においても、慢性心不全の急性増悪、劇症型心筋炎、あるいはACSに対しては体外式補助循環を用いざるを得ない状況は続いている。昨年経皮的循環用ポンプカテーテル (IMPELLA) が本邦でも導入され、経皮的に左室減圧を行いつつ全身循環補助が可能なデバイスが使用できるようになった。今後の体外式補助循環治療の方向性について、これまでの当施設症例を参考に考察する。

45

冠静脈洞内からの通電が必要であったWPW症候群の一例

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前大学 不整脈先進治療学講座

○三浦 尚武¹、金城 貴彦¹、木村 正臣²、佐々木真吾¹
堀内 大輔²、伊藤 太平¹、石田 祐司¹、小路 祥紘¹
外山 佑一¹、富田 泰史¹

症例は84歳男性。2004年にWPW症候群、正方向性房室回帰性頻拍に対して経中隔、経大動脈アプローチでカテーテルアブレーションが施行されたが不成功であった。2018年某日、胸痛のため前医へ救急搬送され、12誘導心電図でwide QRS regular tachycardiaが認められ、カルディオバージョンが施行された。精査目的に当科へ紹介された。冠動脈疾患、器質的心疾患は否定的で、電気生理学検査で心室頻拍は誘発されず、心房頻拍+WPW症候群と診断した。左前側壁副伝導路に対してCARTOを併用し経中隔的に弁上、弁下および左心耳基部から通電したが無効で、冠静脈洞内からの通電で離断に成功した。左前側壁副伝導路の離断に冠静脈洞内からの通電を要する症例は稀であり、考察を含めて報告する。

47

心外膜側および心内膜側からアプローチにて根治しえたLV summit起源心室性期外収縮の1例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○田中健太郎、大和田真玄、小島 香、中村真理絵
芳沢 礼佑、梶田 房紀、小松 隆、森野 禎浩

動悸を主訴とする60代の男性。健診で心室性期外収縮 (PVC) を指摘され受診。PVC波形は右脚ブロック右軸変位型で、QRS幅166msec、Maximal Deflection Index (MDI) =0.63と左側心外膜起源が示唆された。PVCの頻度も多く (総心拍数の49%)、カテーテルアブレーションを施行した。CARTOシステムで再早期をマッピングし、大心静脈内遠位側で焼灼を施行した (出力10→15W)。成功の判断で終了したが1か月後に再発した。再発後のPVC波形はQRS幅147msec、MDI=0.59であり、exitが変化した可能性が考えられた。再セッションを施行し左室心内膜側からの焼灼にてPVCは消失。以後再発なく経過している。三次元マッピングの発達により、根治可能となった特異性PVCであるが、本症例のように難治例も存在する。文献的考察を踏まえて報告する。

44

カテーテルアブレーション直前に診断に至った偽性心房粗動の1例

¹むつ総合病院 循環器内科

²弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○奈川 大輝¹、三浦 尚武²、金城 貴彦²、石田 祐司²
伊藤 太平²、堀内 大輔²、木村 正臣²、佐々木真吾²
富田 泰史²

70歳台、女性。パーキンソン病 (PD) 加療中、服薬自己中断による症状悪化のため2018年1月に前医へ紹介された。その際の心電図で心房粗動が疑われ、当院へ紹介となった。カテーテルアブレーション準備中の12誘導心電図で、肢誘導に前医と同様の粗動波を認めたと胸部誘導は洞調律であった。患者は断続的に下肢振戦を繰り返し、再現性をもって振戦による粗動波が記録された。振戦の性状や電極装着部位により鋸歯状波は変化したものの、前医で記録された粗動波と完全には一致しなかった。記録されたいずれの心電図もRR間隔は一定であったが、粗動周期と解離していることが確認され、PD増悪時の振戦による偽性心房粗動の診断に至った。肢誘導のみならず胸部誘導にまで粗動波を認める偽性心房粗動は稀であり、文献的考察を含め報告する。

46

CFAE mapが上大静脈起源の心房細動に有効であった一例

仙台市立病院 循環器内科

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

症例は46歳男性。発作性心房細動 (PAF) による洞不全症候群に対しペースメーカー 植え込み施行した。PAFに対し初回はcryoで肺静脈隔離 (PVI) と三尖弁一下大静脈間峡部のblock lineを作成した。9ヵ月後PAF再発を認め、2回目のablationを施行した。PVは再発しており、同部位を再隔離したがAFは停止しなかった。non PV fociはSVCでありSVC隔離を施行したが、SVC fibrillation (fib) が持続していた。不整脈基質の検索のためComplex Fractionated Atrial Electrogram (CFAE) mapをPentarayで作成したところ、lateral側に限局的にCFAEを認めた。同部位の通電でSVC fibは停止した。CFAE mapがAF ablationに有効であったため報告する。

48

頻脈性心房細動に伴い生じる心室頻拍発作が房室結節アブレーション後に抑制されたアルコール性心筋症の一例

東北大学 循環器内科学

○長谷部雄飛、三木 景太、諸沢 薦、相澤健太郎
中野 誠、青木 竜男、杉村宏一郎、下川 宏明

55歳男性。2014年の初回心不全入院時から慢性心房細動。冠動脈狭窄を認めず、アルコール依存症だったことから、アルコール性心筋症と診断。以降、心不全入院を繰り返し、LVEF30%、Severe TRによる両心不全にてドブタミン離脱困難となり、当科転院。150/分程度の血行動態が破綻するVT出現あり、CRT-D植込み施行。軽労作にて心房細動レートが150/分程度まで上昇するに伴い、同程度の心拍数のVTが発生したが、detection困難でICD作動せず、VFへ移行後にDC作動した。レートコントロールの薬剤増量後も、同様の発作を2回認めたため、房室結節アブレーションを施行した。以降、ドブタミン離脱可能となり退院。VT発作も抑制され、5ヶ月間再発を認めていない。房室結節アブレーションがVT抑制にも奏功した症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

49

Dual-loop様の頻拍を呈したASD術後のAFL症例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠、相澤健太郎、長谷部雄飛、三木 景太
諸沢 薦、下川 宏明

症例は、60歳男性。4歳時ASDパッチ閉鎖術施行。今回有症候性AFLを呈し、アブレーションの方針。Rhythmiaでマッピングを施行。Activationからはreverse common AFLと思われた。CTIに通電するも無効。再度マッピング、ならびに最初のマップを見直してみると、右房自由壁の癒痕を反時計方向に旋回する頻拍も合併し、Dual-loop様の様相を呈していた。CTI通電後のマップではCTIブロックラインは作成されているようであった。右房自由壁の癒痕組織から大下静脈に向かって線状焼灼を施行中に頻拍は停止。AFL誘発不能で手技を終了した。Rhythmiaにより頻拍回路の同定が容易となり、治療効率が向上したものと思われた。

51

造影剤を用いず3次元ロードマップ下にクライオバルーンアブレーションを施行し得た発作性心房細動の1例

仙台市立病院

○青木 恒介、滑川 明男、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、佐藤 舞、井筒 琢磨、倉島 真一
伏見 八重、八木 哲夫

症例は80歳男性。IgA腎症のためeGFR20前後、プレドニゾロン内服中であった。この度薬剤抵抗性有症候性発作性心房細動に対するアブレーション目的に入院した。事前に撮像した単純CTから作成した3次元ロードマップ(EP Navigator™)を用いることで、術中は造影剤を投与することなく肺静脈の分岐および入口部を容易に確認し得た。上下左右4本の肺静脈はそれぞれクライオバルーンによる単回の冷凍焼灼にて隔離に成功した。造影剤を使用せずに手技時間71分、透視時間21分(透視線量89mGy)にて合併症なく手技を終了できた。心房細動の再発なく外来経過観察中である。この度、造影剤を用いずにクライオバルーンにて肺静脈を隔離し得た症例を経験したので報告する。

53

リードスペースメーカーを留置後に心房細動アブレーションを施行した一例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○齋藤 悠司、沓澤 大輔、有本 貴範、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、宍戸 哲郎、山内 聡
渡邊 哲、渡辺 昌文

【症例】53歳、男性。【既往歴】近医で発作性心房細動(PAF)と冠攣縮性狭心症を治療中だった。2016年8月に意識消失発作の既往がある。入院精査を受けたが、その原因は明らかにならなかった。初回発作だったため植込み型心電計(ICM)は植込みされていない。【現病歴】2017年6月意識消失し、転倒して受傷し、外傷性くも膜下出血のため脳外科に入院した。循環器内科に紹介され、ICM植込みを予定したが、モニター心電図でPAF停止時に5秒の洞停止を認め、意識消失の原因と診断した。リードスペースメーカーを先行して植込み、後日心房細動アブレーション(ABL)を行いどちらも合併症なく終了した。【考察】リードレスだったため、ABLによるリードへのストレスを軽減でき、またABLまでの待機時間を短縮することができる良い方法だった。

50

治療抵抗性の左心耳起源異所性心房頻拍の一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院

○佐久間真悠、神山 美之、西浦 司人、遠藤圭一郎
和田 健斗、金澤 晃子、石田 悟朗、小松 宣夫
武田 寛人

症例は40歳代女性。数年前から動悸を自覚して近医を受診し、ホルター心電図で頻脈を繰り返しており当科紹介。I、aVLで陰性P波であり左房起源のATが予測され、mappingを行ったが左心耳前側遠位部が最早期であった。高周波で前側の基部側に通電を行ってAT停止した。しかしながら直後に再発したためβ遮断薬で経過をみていたが、3日後にHR 200/mまで上昇しショック状態となりPCPS、IABPを導入し人工呼吸管理とした。翌日、再度mappingを行ったが最早期は前回同様であり、冷凍凝固アブレーション(Freezor max catheter)を用いて前回停止した部位へアブレーションを行って徐々にCLが延長しAT停止。ISP負荷とburst pacingで誘発されないことを確認して終了。その後は洞調律で経過し補助循環から離脱可能となった。

52

高周波肺静脈拡大隔離術後の心房細動再発症例に対し、クライオバルーンを用いて治療し得た1例

仙台市立病院

○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
青木 恒介、鈴木 啓資、鈴木 舞

【背景】心房細動へのカテーテルアブレーション(CA)は高周波、クライオバルーンとも有効な治療法であり、クライオバルーンでの治療も多彩化している。【症例】症例は66歳男性、2016年に持続性心房細動に対して高周波肺静脈隔離術を施行するも、左肺静脈への通電で容易に食道温度の上昇を認め隔離を断念した。その後心房細動の再発を認め再度CAの希望があり、クライオバルーンを用いて2ndアブレーションを施行した。【結果】左肺静脈へのアブレーションでも食道温の著明な低下は認めず、肺静脈隔離を施行し、左房後壁roof lineにも隔離ラインを作成し終了とした。以後抗不整脈薬を減量するも洞調律を維持している。【結語】高周波肺静脈隔離術で難渋した症例に対しクライオバルーンを用いて、安全でかつ良好なアブレーションを施行し得た。

54

蛇行と狭窄の強い冠状静脈に対しアンカーバルーンテクニックで左室リードを挿入した一例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○熊谷 遊、有本 貴範、山内 聡、沓澤 大輔
土屋 隼人、渡邊 哲、渡辺 昌文

症例は86歳女性。非虚血性心筋症に伴う低心機能と完全左脚ブロックを認めたが、フレイルや認知症を認めなかった。心臓再同期療法(CRT)植え込みみでは、左室リード留置の候補となるlateral veinが、狭窄し強く蛇行していた。通常の方法では左室リードが進まないため、冠動脈形成術用バルーンで冠状静脈の狭窄部を拡張した。それでもリードが進まないため、アンカーバルーンテクニックを用いて、ガイディングカテーテルをlateral veinの中間部まで進めることに成功し、適切な位置に左室リードを留置できた。術後8か月が経過したが経過良好である。狭窄した冠状静脈に対してバルーン拡張やステント留置を行って左室リードを挿入した報告はあるが、本症例はアンカーバルーンテクニックを併用しリード挿入に成功した。

55

リード抜去におけるニードル・アイ・スネアを用いたリード把持の工夫：“Spaghetti Twisting” Technique

¹仙台厚生病院 循環器科

²仙台厚生病院 心臓血管外科

○伊澤 毅¹、本多 卓¹、山谷 一広²、大友 達志¹
井上 直人¹、目黒泰一郎¹

リード抜去で下肢から把持牽引が必要な状況は多い。今回、ニードル・アイ・スネアを工夫して用いたリードを容易に把持できた症例を報告する。89歳女性。洞不全で12年前に左からPMI。1年前にポケット感染症がありデブリードメントとリード短切、対側からのPMIを施行。しかし、2週間前から左ポケット感染の再発がありリード抜去を施行した。まず右からのリードを単純牽引で抜去した。次に左からのリードのうち、心房リードは短切されていて上方から把持できなかった。このためニードル・アイ・スネアを上大静脈内まで進め、そこで回転させリードに絡めることで容易に把持できた。我々はこの使用方法を“Spaghetti Twisting” Techniqueと名付けた。利点は、すぐ把持できるので手技時間が短縮できる事にあると思われた。

57

S-ICDの作動を伴わない意識消失発作を繰り返し、側頭葉てんかんの診断に至ったブルガダ症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○長谷部雄飛、三木 景太、諸沢 薫、相澤健太郎
中野 誠、下川 宏明

60歳男性。49歳からブルガダ心電図の指摘あり。夕食後ソファで休んでいたところ意識消失し、失禁、昏睡状態のところを発見された。痙攣は無く、約10分後の救急隊到着時、JCS10、洞調律。当院搬送時、JCS1で神経学的異常所見なく、V1-2誘導でcoved型ST上昇、PVC頻発を認めた。脳波は、てんかんを示唆する所見無し。ピルジカインド負荷試験陽性、EPSにて心室期外刺激2連でVF誘発あり。ブルガダ症候群と診断し、一次予防でS-ICD植込み術を施行。6ヶ月後、歩行中に失神。約10秒の痙攣後、意識回復し、ICD作動なし。その3ヶ月後、就寝中にうめき声をあげ昏睡となったため救急搬送も、ICD作動なし。ビデオ脳波モニタリングおよび頭部MRI、PETの結果、側頭葉てんかんと診断された。ブルガダとてんかんの合併について文献的考察を加えて報告する。

59

当院における高位右室中隔ペーシングペースメーカー植込み患者の予後

山形県立河北病院 内科

○見澤 達夫、太田 郁郎、太田 郁郎

当院の右室中隔ペーシング患者さんの予後調査を行い、二腔ペースメーカー植込み患者さん(2013-16年:89名 観察期間:平均2.8年)を房室ブロック群(AVB)37名と洞不全症候群(SSS)52名に分け、比較検討した。AVB群:平均年齢82±7歳 男性22名、SSS群:平均年齢78±10歳 男性32名と、AVB群が有意に(P<0.05)高齢で男女比には差がなかった。植込み時の胸部レ線上の心胸郭比はAVB群:55±6%、SSS群:56±6%と差を認めなかった。右室ペーシング率(植込み後約1カ月)はAVB群:86±28%、SSS群:17±28%とAVB群で有意に(P<0.01)ペーシング率が高かった。つぎに、Kaplan-Meier法により生存曲線を描くと、両群の生存曲線に差を認めなかった(log-rank P=0.84)。以上より、中隔ペーシングは予後を悪化させないことが示唆された。

56

皮下植込み型除細動器とペースメーカー併用の経験

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○栢田 房紀、大和田真玄、中村真理絵、小島 香
田中健太郎、小松 隆、森野 禎浩

59才男性。肥大型心筋症と診断されている。平成10年に洞機能不全症候群でペースメーカー施行。その後徐脈性心房細動に移行している。平成28年から腎機能悪化あり、重度の僧帽弁閉鎖不全、三尖弁閉鎖不全で利尿剤、NPPVで治療するも心不全で入院を繰り返すようになった。平成30年1月に僧房弁置換術、三尖弁形成術を行った。術後腎機能悪化進行あり血液透析開始した。2月某日透析室で意識消失あり。心電図モニターで多形性心室頻拍確認され電氣的除細動で回復している。三尖弁術後であり、心室リードの追加は三尖閉鎖不全悪化のリスクと考えられた。皮下植込み型除細動器の植込みを3月某日実施している。皮下植込み型除細動器とペースメーカーの併用は除細動時のリセットの可能性やペーシング棘波による誤認識の可能性など注意が必要である。

58

S-ICD植込み前スクリーニングで推奨ベクトルに差異がみられた心室細動蘇生後の一例

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前大学 不整脈先進治療学講座

○山崎 堅¹、石田 祐司¹、佐々木真吾¹、木村 正臣²
堀内 大輔²、伊藤 太平¹、金城 貴彦¹、外山 佑一¹
富田 泰史¹

症例は20歳台男性。夜勤中に心室細動(VF)を発症し、AEDにより蘇生された。器質心疾患の合併なく、冠攣縮誘発試験、薬物負荷試験はいずれも陰性であり特発性VFと診断した。若年発症のVF蘇生例であり、二次予防的に皮下植込み型除細動器(S-ICD)植込みを選択した。S-ICD植込み想定部位に電極を貼付した状態での術前の手動スクリーニング(MST)ではsecondary vector(SV)のみが推奨されたが、プログラマーを用いた自動スクリーニングではSVとalternate vector(AV)の二つが推奨された。S-ICD植込み後にはAVが自動選択され、除細動テストでVFの停止に成功した。スクリーニングの方法により推奨ベクトルに差異が認められ、従来のMSTの結果からS-ICD適応外と判定された症例の中にも、少なからずS-ICDの潜在的適応例が存在する可能性が示唆された。

60

当院におけるリードレスペースメーカーの初期成績

岩手県立中央病院 循環器内科

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

本邦においてリードレスペースメーカーが使用可能となり、全国で植込み件数が増加している。当院では平成29年9月から平成30年2月の期間で、11例(平均年齢81.4±5.6歳、男性8例)にリードレスペースメーカー植込み術を施行した。適応疾患は徐脈性心房細動6例、徐脈頻脈症候群4例、房室ブロック1例であった。周術期合併症として、心嚢液貯留、心タンポナーデはみとめず、植込み直後に設定変更が必要となった心室波高の低下が1例、閾値上昇が1例みとめた。リードレスペースメーカーはリード、ポケットに関連した合併症を回避できるメリットがあり、適応拡大が期待される。一方で長期予後に関する報告は少なく、今後も慎重なフォローアップが必要と考えられる。

61

当院におけるリードスペースメーカーの現況

山形県立中央病院 循環器内科

○福井 昭男、永井 貴之、大道寺飛雄馬、北原 辰郎
高橋 克明、玉田 芳明、松井 幹之、矢作 友保

リードスペースメーカー (LP) が保険償還され、デバイス治療の選択肢の一つとなった。当院における現況を報告する。【結果】2017年9月から2018年3月までのLP症例は17例(男性10例、女性7例)、平均年齢82.3±8.2歳、徐脈性心房細動(AF)5例、洞不全症候群6例、完全房室ブロック6例であった。非AFでLPの選択理由は、高齢、認知症、担癌、透析、感染などであった。全例植込みに成功し、平均手技時間は29.9±15.7分であった。2例で3回以上の展開を要した。この2例はTAVI後、MR IIIと弁膜症を有していた。LP目的に入院した患者の術後退院期間は平均2日であった。【結語】LPは高齢者にも安全、短時間に挿入可能であり、入院期間の短縮にも繋がることより、徐脈性不整脈の重要なオプションの一つとして位置づけられると考えられる。

63

His束ペーシングの経験

太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター

○武田 寛人、神山 美之、和田 健斗、西浦 司人
遠藤圭一郎、金澤 晃子、石田 悟朗、小松 宣夫

症例1はp-Af、失神を認め、ablation2年後に再発、停止時に最大6.5secの心停止を認めた。再ablation後、ペースメーカー植込み術を行った。症例2は薬剤抵抗性のp-Af、停止時の4秒以上の心停止を認めた。PR時間は0.342secと延長し、ablation後にペースメーカー植込み術を行った。2例とも心室リードはC315 delivery catheterを用いて3830 Select Secure leadをHis束電位記録部位にscrew inした。植込直後、1週間後、1か月後の閾値は症例1ではS-HBP(全て0.5V/0.4ms)、NS-HBP(4.5V/1.0ms, 5.5V/1.0ms, 3.75V/1.0ms)、症例2ではS-HBP(1.25V/0.4ms, 0.5V/0.4ms, 0.5V/0.4ms)、NS-HBP(3.75V/0.4ms, 2.5V/1.0ms, 2.5V/1.0ms)と、安定していた。心機能低下が懸念される症例においてHis束ペーシングの有用性、安全性が示唆された。

65

化膿性脊椎炎を合併したAerococcus urinaeによる感染性心内膜炎の一例

¹米沢市立病院 循環器内科
²米沢市立病院 心臓血管外科

○上北 洋徳¹、渡辺 達也¹、平 カヤノ¹、佐藤 洋一²

症例は、前立腺癌術後尿道狭窄のため尿道カテーテル留置中の66歳男性。多発脳梗塞で入院となり、化膿性脊椎炎の合併が判明した。血液培養からはAerococcus urinaeが同定された。抗菌薬治療中にうっ血性心不全を発症、心エコーで僧帽弁の疣腫と重度僧帽弁逆流を認めた。感染性心内膜炎と診断し僧帽弁置換術を施行した。術後はペニシリン系抗菌薬の投与を継続し軽快退院となった。Aerococcus urinaeは尿路感染症の稀な起炎菌であるが、高齢者や泌尿器疾患を持つ患者では血流感染を背景として感染性心内膜炎や化膿性脊椎炎を引き起こすことがある。また、細菌学的な特徴により同定困難例や誤同定の可能性もあるため注意を要する。治療はペニシリン系抗菌薬が第一選択で予後も比較的良好とされるため、診断や治療が遅れないようにすべきである。

62

経静脈ペースメーカーリード誘発性心室頻拍に対してリードレスペースメーカー植込みが有効であった一例

秋田大学医学部附属病院

○小武海雄介、阿部 起実、関 勝仁、飯野 健二
渡邊 博之

症例は84歳男性。2005年に完全房室ブロックに対してPMIが施行されている。2017年に意識障害を伴うVTが出現し、当院へ緊急搬送された。精査中に判明した2枝病変に対してPCIを施行し、ICD植込み術を追加した。鎖骨下静脈が閉塞していたこともあり、感染リスク減らすためにペースメーカーはODOの設定として残した。4ヶ月後に皮膚からジェネレーター本体が露出したためICD全抜去したが自己QRSが出現せず、既存のペースメーカーを作動させるとペーシング後からVTが頻発した。ペーシングリード誘発性VTと診断され、リードレスペースメーカーを経静脈ペーシングリードから離れた部位に留置し、その後は心室頻拍の出現を認めていない。経静脈ペースメーカーリード誘発性VTに対してリードレスペースメーカー植込みが有効であった一例を報告する。

64

Speckle tracking法による乳がん患者への化学療法後の心筋障害の評価：AMED研究

¹東北大学 循環器内科学
²東北大学病院 生理検査部
³東北大学 放射線診断学
⁴東北大学 乳腺・内分泌外科学

○後岡広太郎¹、杉村宏一郎¹、藤原 淳子²、照井 洋輔¹
山本 沙織¹、船水 康陽²、大田 英揮³、多田 寛⁴
三木 俊²、坂田 泰彦¹、石田 孝宣⁴、高瀬 圭³
下川 宏明¹

【目的】乳がん患者における化学療法の心毒性は、早期検出が必要である。2D speckle tracking法によるlongitudinal strain (LS)を測定し、乳がん患者における化学療法に伴う心筋局所障害を評価する。【方法】当院で化学療法中の女性乳がん患者20例(C群；平均56.0歳)と治療前10例(N群；54.5歳)を比較した。【結果】左室駆出率(C群60.8% vs. N群63.8%, P=0.232)とglobal LS(-18.9% vs. -20.4%, P=0.07)に差は認めなかったが、C群は有意に心尖部中隔領域にのみLS低値を示した(-22.3±4.0 vs. -26.2±4.6%, P=0.036)。【結論】抗がん剤による心筋障害は早期に心尖部に生じる可能性が示唆された。

66

アトピー性皮膚炎を有する患者に合併した黄色ブドウ球菌による感染性心内膜炎の3例

仙台市立病院 循環器内科

○倉島 真一、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、青木 恒介、鈴木 舞、井筒 琢磨

アトピー性皮膚炎を有する患者では黄色ブドウ球菌のコロニー形成が多いと言われている。また、慢性的な搔破により皮膚バリアが欠損するため黄色ブドウ球菌の菌血症になりやすく、感染性心内膜炎に至る例が報告されている。今回、アトピー性皮膚炎を有し黄色ブドウ球菌による感染性心内膜炎を3例経験したため報告する。3症例はいずれも若年の男性で、黄色ブドウ球菌による感染性心内膜炎であった。いずれも弁破壊による急性の高度弁機能不全をきたしており、塞栓症を合併していた。抗菌薬治療と弁置換術または弁形成術を施行され、感染の再燃なく経過良好にて退院した。既報ではアトピー性皮膚炎の患者は黄色ブドウ球菌による感染性心内膜炎をきたすことがあり、急性の経過をたどることが多いため注意が必要である。

67

三尖弁人工弁輪に関連した感染性心内膜炎の診断にFDG-PETが有用だった一例

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

症例は74歳、男性。左室形成、僧帽弁形成、三尖弁形成術の既往がある。発熱、腰痛があり当院を受診し、化膿性脊椎炎として入院した。入院後血液からStaphylococcus capitisが培養され、心エコーで三尖弁に疣贅を認めた。感染性心内膜炎(IE)の診断となりバンコマイシンで治療を行い退院した。しかしその後、炎症が再燃し再入院した。炎症の主座を同定するためFDG-PETを施行し、三尖弁人工弁輪周囲に高度の集積を認めただけで、左心系には異常集積を認めなかった。活動性の炎症は右心単独と判断し、ダブトマイシンを含む抗菌薬多剤併用療法を行い炎症の改善を得て退院した。人工物関連の炎症は診断に難渋する例が少なくない。今回我々は診断にFDG-PETが有用だったIEの一例を経験したので報告する。

69

血液疾患に伴う肺高血圧症の一例

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
三浦 正暢、山本 沙織、神津 克也、紺野 亮
照井 洋輔、下川 宏明

症例は74歳男性。労作時の呼吸苦を主訴に近医呼吸器内科を受診。労作時低酸素を認めたが胸部CTや呼吸機能検査で異常所見はなく当院当科紹介。心臓超音波検査でTRPG40mmHg、カテーテル検査で肺動脈楔入圧8mmHg、平均肺動脈圧(mPAP)39mmHgと上昇していた。各自己免疫抗体は陰性、肺動脈造影は枯れ枝様であり、特発性肺動脈性肺高血圧症と診断した。ペラプロスト、アンブリセンタン、シルデナフィル導入後はmPAP24mmHgへ低下し、転居に伴い転院となった。3年後、汎血球減少を認め骨髄異形成症候群と診断され、さらに4年後、転居に伴い当科へ再紹介。来院時の超音波検査でTRPG78mmHgと高値であった。mPAP47mmHgと上昇しており、ペラプロストをセレキシパグへ変更し経過を見ている。血液疾患に伴う肺高血圧症を経験したので報告する。

71

DOACとワルファリン服用中の心原性脳塞栓症の重症度の違い

¹弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 内科

²弘前大学 循環器腎臓内科学講座

³弘前大学大学院保健学研究科

⁴済生会熊本病院心臓血管センター不整脈先端治療部門

○萩井 譲士¹、目時 典文¹、齋藤 新¹、白戸 弘志¹
佐々木都子¹、高橋 広希¹、人見 博康¹、鎌田 孝篤¹
保嶋 実¹、長内 智宏³、富田 泰史²、奥村 謙⁴

【目的】心原性脳塞栓症(CE)の発症前抗凝固療法別の重症度を明らかにする【対象と方法】2011年から6年間に入院したCE例のうち発症前mRS0,1かつ発症48h以内入院のNVAF475例。これらを発症前内服なし群338例、WF群101例、DOAC群36例に分けて比較検討【結果】なし、WF、DOAC各々中央値年齢80、80、78歳、男53、58、69%、CHADS2スコア3,3,3。重症度は入院時NIHSS11,10.5,退院時mRS3,2,2。ロジステック回帰分析で年齢、性別、CHADS2スコアで調整、入院時にNIHSS8未満の軽症になるオッズが、なしと比べDOACで3.37倍(95%CI(1.61-7.50),p=0.0012)だったが、WFは1.19倍。475例のうちMRIが撮像可能症例で閉塞血管を比較したところ、DOACは重症脳梗塞である内頸動脈閉塞が少ない傾向だった。【結論】DOAC服用のCEは軽症化しておりWFはしていない。

68

完全房室ブロックの発症を契機に診断された成人期修正大血管転位症の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

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

【症例】30代女性【既往歴】特記事項なし【現病歴】浴槽内で入浴中に意識消失発作が出現。前胸部から両上肢にかけての高度熱傷を認め、当院へ救急搬送となった。来院時に完全房室ブロックを認め、体外式ペースメーカーを装着した。【臨床経過】入院後、房室ブロックの改善を認めなかったため、第4病日にペースメーカー植込み術を施行した。術後経過は良好であり、皮膚科へ転科し、熱傷に対する分層植皮術が施行された。完全房室ブロックの原因精査ではサルコイドーシスを示唆する眼病変や皮膚病変、Gaシンチグラフィでの心筋内への集積は認められなかった。心エコーにて三尖弁が頭側に偏移した所見が認められ、修正大血管転位症と診断した。今回、完全房室ブロックを契機に診断された修正大血管転位症の一例を経験したので報告する。

70

脳静脈洞血栓症の治療中にヘパリン起因性血小板減少症による肺血栓症を併発した一例

秋田大学 医学部 大学院医学系研究科 循環器内科学

○加藤 宗、飯野 貴子、木村 俊介、飯野 健二
渡邊 博之

症例は27歳男性。意識障害があり救急搬送。脳静脈洞血栓症の診断で緊急入院し、ヘパリンを開始した。徐々に意識状態は改善し、CT上も脳静脈洞血栓は縮小した。しかし、第7病日に突然の呼吸困難が出現。造影CT上、両側肺動脈に造影欠損を多数認め、肺血栓症と診断。循環不全を伴ったため、血栓溶解療法を併用した。しかし、Dダイマーはさらに上昇し、急激な血小板減少も認められた。ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)の可能性が高いと判断し、第10病日よりアルガトロバンに変更した。その後、血小板数は速やかに改善し、肺動脈内血栓は縮小した。結果的にHIT抗体陽性であり、ヘパリン使用後に続発した肺血栓症はHITが原因と判断した。ヘパリンは循環器領域において頻用薬剤であり、本症例の経験を文献的考察を含め報告する。

72

チロシンキナーゼ阻害剤が原因と考えられるPAD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

○江尻 博紀、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

【症例】50歳代男性【主訴】両側間欠性跛行【冠危険因子】高血圧症、脂質異常症、喫煙歴【現病歴】2012年より慢性骨髄性白血病(CML)に対してチロシンキナーゼ阻害剤(TKI)による内服治療が開始。2年後より両側の間欠性跛行を自覚するようになり、症状増悪傾向のため2017年11月当科紹介受診となった。ABI測定で右0.50、左0.43と両側で低値を認めた。造影CT検査で右は浅大腿動脈分岐部より膝窩動脈まで完全閉塞、左は腸骨回旋動脈との分岐部より総大腿動脈から浅大腿動脈遠位部までの完全閉塞を認めた。EVTによる血行再建術を希望され、段階的に施行した。【考察】CKIの登場によりCMLの予後は大きく改善された。しかし、最近TKIによる血管系の副作用が大きな問題となってきている。今回の症例もTKIがPADに大きく関与したものと考えられた。