

第 167 回

日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期:平成 30 年 12 月 1 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) 2111(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 渡辺 昌文

事務局:山形大学医学部内科学第一講座

山形市飯田西 2-2-2

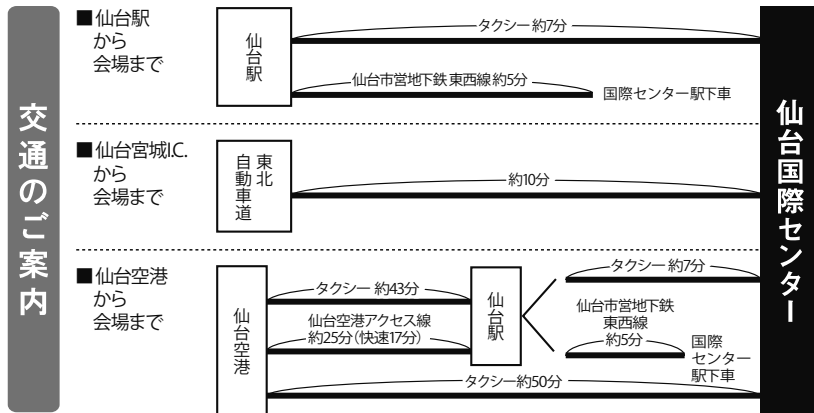
TEL 023 (628) 5302

FAX 023 (628) 5305

- 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 Power Point2010、2013、2016 で作成して下さい。
 - 動画は使用できません。
 - Macintosh 及び持込 PC での発表はできません。
 - **発表 30 分前までに**、作成したデータを USB メモリーに入れて 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 山形太郎.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 22 日(木)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。

交通のご案内



■ 仙台駅から仙台国際センターまでの交通機関

仙台市地下鉄東西線利用

料金200円（所要時間5分）

【乗車駅】

地下鉄東西線「仙台駅」(八木山動物公園行)

【降車駅】

地下鉄東西線「国際センター駅」(「南口1」出口より徒歩1分)

※会場へは会議棟1階地下鉄駅側入口よりお入りください。

なお、展示棟入口は利用不可となります。

タクシー利用

料金 約1,000円（仙台駅より所要時間約7分）

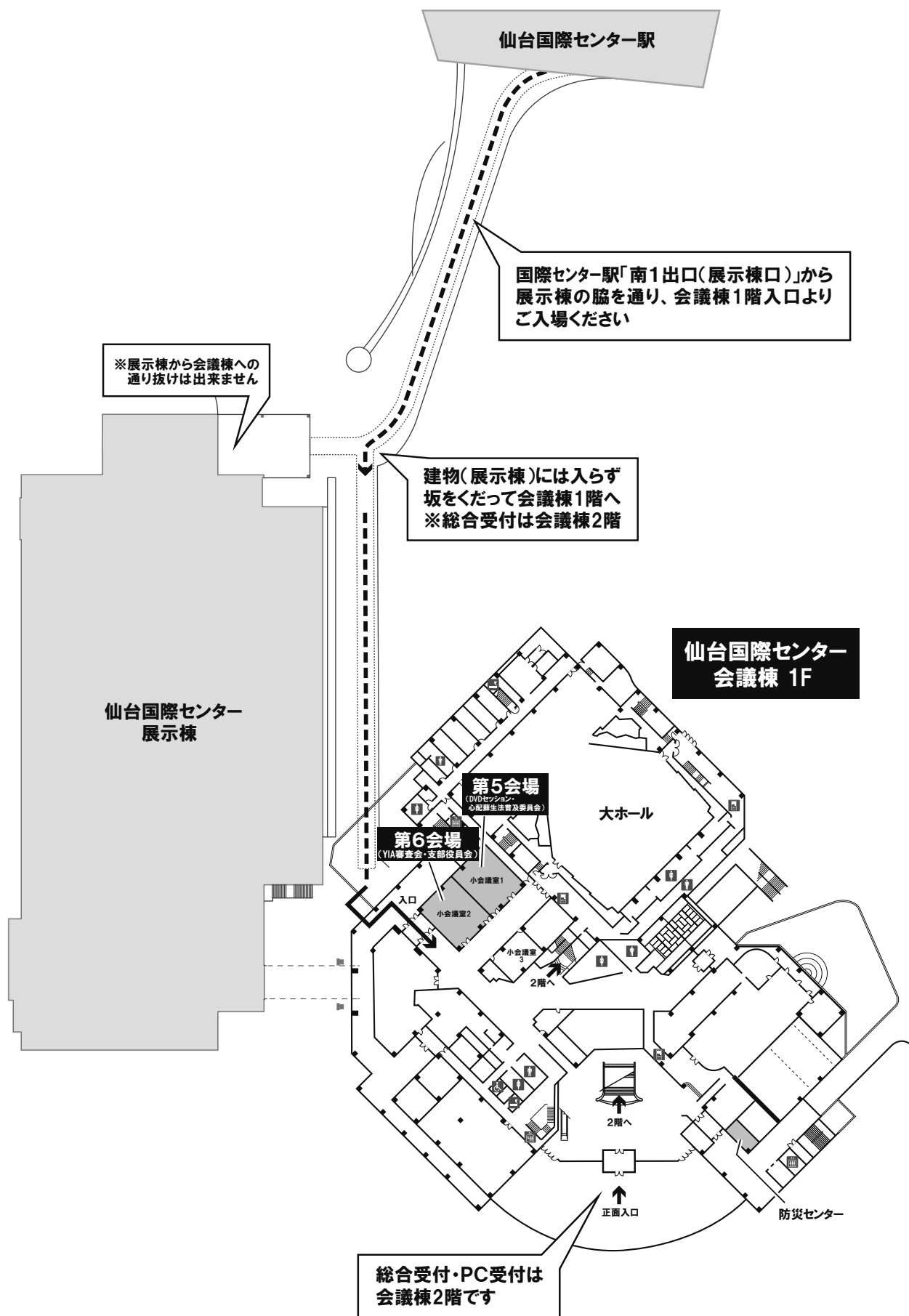
※会場へは会議棟1階正面入口よりお入りください。

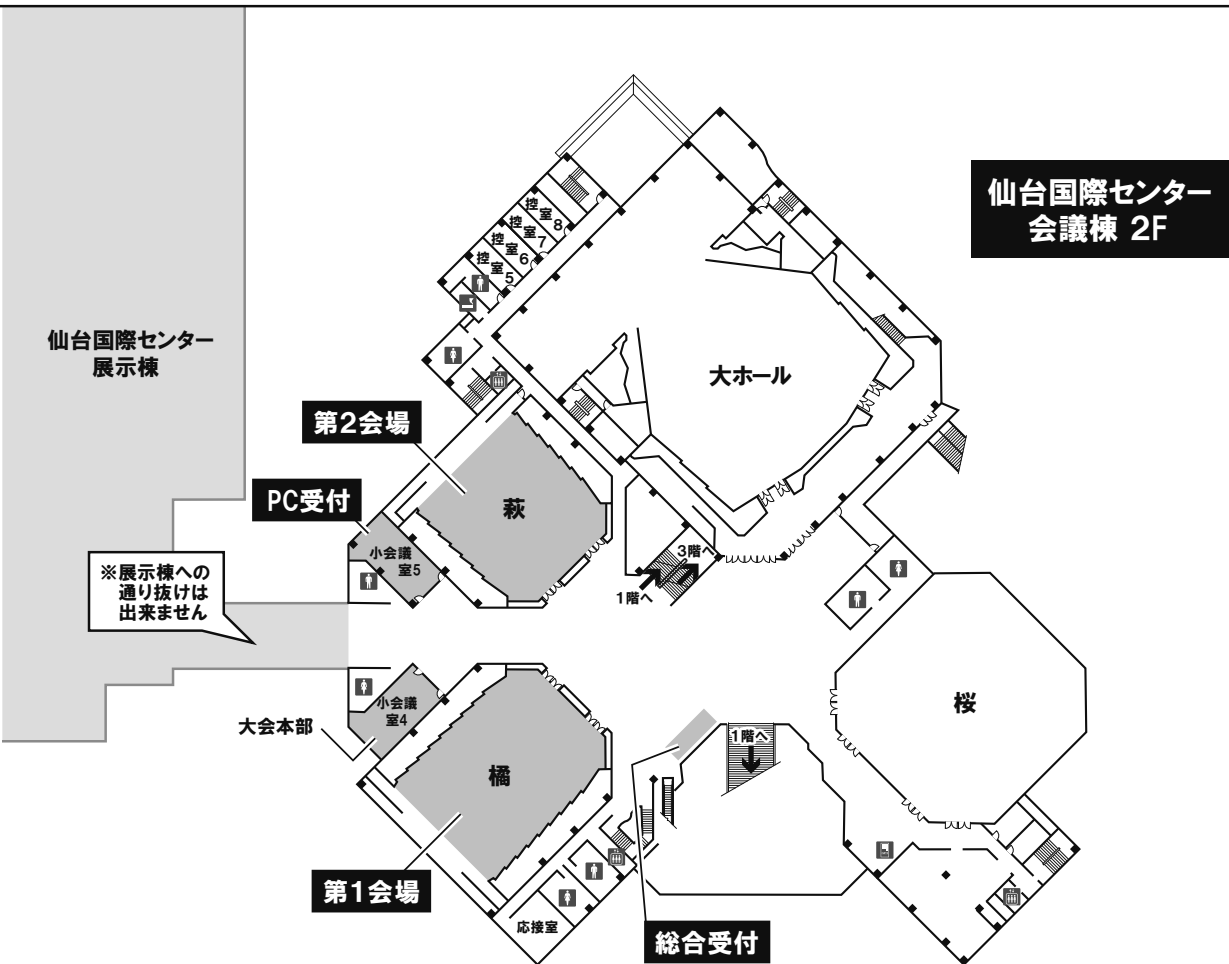
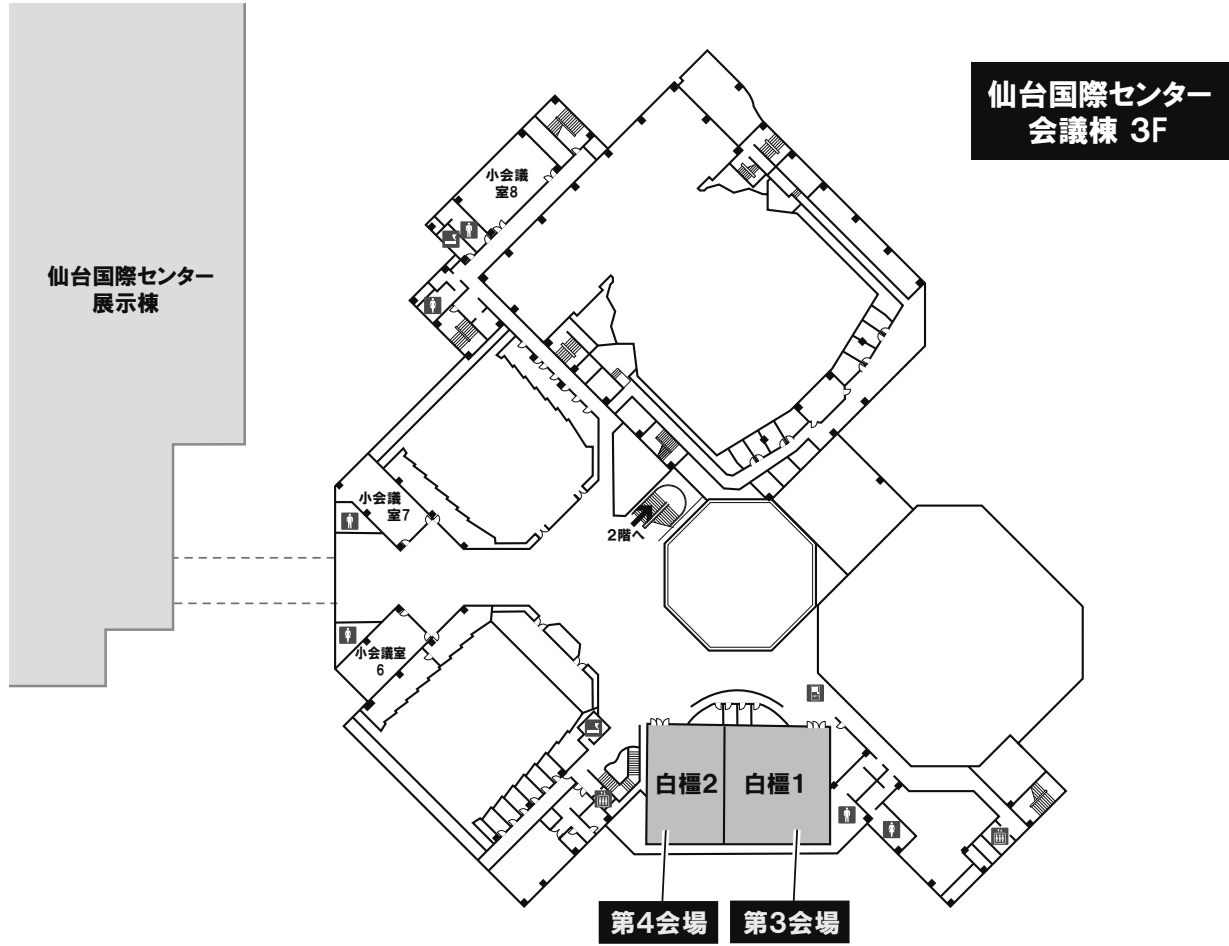
■ 自家用車

東北自動車道「仙台宮城I.C」から所要時間約10分（仙台西道路経由「青葉城跡（仙台城跡）」方面の標識に従ってご走行ください）

※有料地下駐車場（収容台数96台）がございますが、できるだけ公共の交通機関をご利用ください。

会場案内図





プログラム(敬称略)

	第1会場 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
8:30	8:30 受付開始					
9:00	8:55～9:00開会挨拶 会長 渡辺 昌文 (山形大学)					
10:00	9:00～9:50 YIA症例発表部門 座長 渡辺 昌文 (山形大学)	9:00～9:35 不整脈Ⅰ 心房細動 座長 八木 哲夫 (仙台市立病院) 座長 熊谷 浩司 (東北医科薬科大学)	9:00～9:35 虚血性心疾患Ⅰ 座長 富岡 智子 (みやぎ県南中核病院) 座長 大道寺 飛雄馬 (山形県立中央病院)	9:00～9:35 心筋炎・心筋症 座長 田村 晴俊 (山形大学) 座長 熊谷 亜希子 (岩手医科大学)	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	
	9:50～10:40 YIA研究発表部門 座長 渡辺 昌文 (山形大学)	9:35～10:10 不整脈Ⅱ 上室不整脈 座長 平 カヤノ (米沢市立病院) 座長 大和田 真玄 (岩手医科大学)	9:35～10:10 虚血性心疾患Ⅱ 座長 高橋 大 (山形大学) 座長 中村 裕一 (竹田総合病院)	9:35～10:10 感染性心膜炎 座長 尾上 紀子 (仙台医療センター) 座長 大和田 尊之 (福島赤十字病院)		
11:00	10:40～11:15 心不全Ⅰ 座長 高野 真澄 (福島県立医科大学) 座長 宮本 卓也 (山形県立新庄病院)	10:10～10:45 不整脈Ⅲ 心室不整脈 座長 中野 誠 (東北大学) 座長 池田 こずえ (篠田総合病院)	10:10～10:38 虚血性心疾患Ⅲ 座長 飯野 健二 (秋田大学) 座長 芳沢 美知子 (岩手医科大学)	10:10～10:45 心膜・腫瘍 座長 伏見 悦子 (平鹿総合病院) 座長 及川 雅啓 (福島県立医科大学)	10:40～11:15 YIA審査会 集 計(10:40～11:00) 審査会(11:00～11:15)	
	11:15～11:50 心不全Ⅱ・疫学 座長 佐藤 和奏 (秋田大学) 座長 肥田 頼彦 (岩手医科大学)	10:45～11:20 不整脈Ⅳ ICD・CRT 座長 佐々木 真吾 (弘前大学) 座長 武田 寛人 (太田西ノ内病院)	10:38～11:20 次世代カテーテル治療 structure heart disease 座長 秋山 正年 (東北大学) 座長 飯野 貴子 (秋田大学)	10:45～11:55 ダイバシティ 推進セミナー 座長 杉 正文 (市立総合磐城共立病院) 座長 熊谷 亜希子 (岩手医科大学)	11:15～11:45 支部役員会	
12:00	12:00～12:40 支部評議員会 YIA授賞式	11:20～11:55 肺高血圧・血栓・その他 座長 佐藤 公雄 (東北大学) 座長 山本 沙織 (東北大学)	11:20～11:55 二次性心筋症 座長 西山 悟史 (山形大学) 座長 西崎 史恵 (弘前大学)		11:45～12:00 心肺蘇生法普及委員会	
13:00	12:50～13:50 教育セッションⅠ ランチョンセミナー1 Nazzareno Galiè 循環器内科(DIMES-UNIBO) ポローニャ大学 イタリア 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 石原 正治 兵庫医科大学内科学 循環器内科・冠疾患科 座長 竹石 恭知 (福島県医科大学)				
14:00	13:50～14:50 教育セッションⅢ 特別講演 渡邊 博之 秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座 座長 渡辺 昌文 (山形大学)					

* 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(今回は12月開催、28年度より毎年6月開催)」、「支部評議員会(毎回開催)」

従来通り一般会員の先生方のご参加は可能ですが、議決権は有しません。

YIA 症例発表部門(第1会場) 9:00~9:50

座長 渡辺 昌文

01 粘液腫と酷似した左房原発内膜肉腫の一例

秋田大学 循環器内科学

○貝森 亮太、小武海雄介、田村 善一、新保 麻衣
佐藤 輝紀、佐藤 和奏、飯野 貴子、関 勝仁
飯野 健二、渡邊 博之

秋田大学 心臓血管外科学

田中 郁信、山浦 玄武、山本 浩史

02 前立腺癌で加療中にたこつぼ型心筋症を発症し、後にステロイド自己中断による副腎不全が原因と判明した一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○酒井峻太郎、西崎 史恵、遠藤 知秀、澁谷 修司
花田 賢二、横田 貴志、富田 泰史

03 PGI₂ 製剤による下垂体炎から副腎不全をきたした肺動脈性肺高血圧症の一例

東北大学 循環器内科学

○佐藤 遥、杉村宏一郎、山本 沙織、建部 俊介
青木 竜男、三浦 正暢、鈴木 秀明、紺野 亮
照井 洋輔、佐藤 公雄、下川 宏明

04 ステロイドパルス療法および大量免疫グロブリン療法が著効し救命することができた劇症型心筋炎の1例

公立置賜総合病院

○立花 紳吾、新関 武史、中村 元治、竹村 昭宣
熊谷 遊、岩山 忠輝、北原 辰郎、池野栄一郎

05 V122I 変異を伴う孤発性トランスサイレチン型心アミロイドーシスの一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○根橋 健、及川 雅啓、菅野 優紀、天海 一明
山田 慎哉、國井 浩行、中里 和彦、石田 隆史
竹石 恭知

YIA 研究発表部門(第1会場) 9:50~10:40

座長 渡辺 昌文

06 HFpEF 患者の予後予測のための簡便かつ普遍的な「3A3B リスクスコア」の開発

東北大学 循環器内科学

○笠原信太郎、坂田 泰彦、後岡広太郎、阿部 瑠璃
佐藤 雅之、青柳 肇、藤橋 敬英、山中 信介
三浦 正暢、白戸 崇、高橋 潤、杉村宏一郎
下川 宏明

東北大学 循環器 EBM 開発学

宮田 敏

シンガポール国立大学 シンガポールナショナルハートセンター

テイ ワンティン、テン テウハ キャサリン

ハーバード大学 ブリガムウイメンズ病院

クラゲット ブライアン リー

07 左室内同期不全における左室内渦動態の特徴: Vector Flow Mapping を用いた検討

秋田大学 循環器内科学

○須藤 佑太、飯野 貴子、小武海雄介、佐藤 和奏
佐藤 輝紀、関 勝仁、飯野 健二、渡邊 博之

08 安定冠動脈疾患でのエベロリムス溶出性ステント留置後の Irregular Protrusion 予測因子の検討

岩手医科大学 循環器内科

○田口 裕哉、伊藤 智範、佐々木 航、小田 英人
内村 洋平、兼古 恭輔、坂本 翼、後藤 巖
佐久間雅文、石田 大、大竹 寛雅、森野 禎浩
寺下 大輔
新家 俊郎

神戸大学 循環器内科学

昭和大学 循環器内科学

09 microRNA-21 が関与する線維化シグナルと拡張型心筋症における左室逆リモデリング

山形大学 第一内科

○渡部 賢、成味 太郎、青野 智典、後藤 準
須貝 孝幸、豊島 拓、加藤 重彦、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎
渡邊 哲、渡辺 昌文

10 心不全患者におけるがんの既往と予後および新規がん発症に関する検討

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○渡邊孝一郎、義久 精臣、横川 哲朗、三阪 智史
佐藤 崇匡、及川 雅啓、小林 淳、国井 浩行
八巻 尚洋、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

心不全 I (第1会場) 10:40~11:15

座長 高野 真澄
宮本 卓也

11 貧血により Diastolic Ventricular Interaction と急性心不全をきたした1例

仙台医療センター

○鈴木 亭子、高橋 佳美、江口久美子、山口 展寛
尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

12 右総腸骨動静脈瘻に対し EVAR 施行後に左心不全の悪化を認めた1例

東北大学 循環器内科学

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

13 経皮的動脈弁バルーン形成術により心不全から脱却し得た高度動脈弁狭窄症の一例

星総合病院 心臓病センター 循環器科

○黒沢 雄太、丸山 幸夫、木島 幹博、清野 義胤
坂本 圭司、松井 佑子、清水 竹史、佐藤 彰彦
八重樫大輝、磯松 大介

14 β 遮断薬休薬がカテコールアミンおよび ASV のウイニングに有効であった慢性心不全の一例

宮城利府掖済会病院 内科

○片寄 大

15 ASV 使用心不全患者における呼吸安定時間測定の意義

市立秋田総合病院 循環器内科

○安部 誓也、中川 正康、若林 飛友、島田 俊亮
藤原美貴子、柴原 徹、藤原 敏弥

きびら内科クリニック

鬼平 聡

秋田大学 循環器内科学

渡邊 博之

心不全Ⅱ・疫学(第1会場) 11:15～11:50

座長 佐藤 和奏
肥田 頼彦

16 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予後との関連:CHART-2 研究

東北大学 循環器内科学

○青柳 肇、坂田 泰彦、後岡広太郎、三浦 正暢
笠原信太郎、佐藤 雅之、藤橋 敬英、山中 信介
白戸 崇、杉村宏一郎、高橋 潤、下川 宏明
東北大学循環器 EBM 開発学 宮田 敏

17 慢性心不全患者における栄養状態、サルコペニアと予後の検討-CHART-2 研究からの報告-

東北大学 循環器内科学

○佐藤 雅之、坂田 泰彦、後岡広太郎、三浦 正暢
阿部 瑠璃、笠原信太郎、青柳 肇、藤橋 敬英
山中 信介、白戸 崇、杉村宏一郎、高橋 潤
下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏

18 在宅医療患者における心不全合併について

齋藤病院

○盛田 真樹

19 植え込み型ループレコーダーを植え込んだ患者には不整脈に関連した外傷歴が多い

仙台医療センター 循環器内科

○江口久美子、高橋 佳美、山口 展寛、尾上 紀子
石塚 豪、篠崎 毅

20 本学における医学科初年次生への心エコー実習・OSCE の試み

秋田大学 医学教育学

○新保 麻衣、長谷川仁志

秋田大学 総合地域医療推進学講座

佐藤 和奏

秋田大学 循環器内科学

渡邊 博之

不整脈 I 心房細動(第2会場) 9:00~9:35

座長 八木 哲夫
熊谷 浩司

- 21 cryoballoon ablation による食道潰瘍とダビガトラン起因性食道潰瘍が鑑別困難であった発作性心房細動の 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、青木 恒介
鈴木 啓資、井筒 琢磨、倉島 真一、八木 哲夫

- 22 肺静脈切除後に発症した発作性心房細動に対して冷凍凝固バルーンを使用し隔離できた 1 例
仙台市立病院 循環器内科

○倉島 真一、鈴木 啓資、伏見 八重、井筒 琢磨
鈴木 舞、青木 恒介、佐藤 英二、中川 孝
佐藤 弘和、山科 順裕、三引 義明、石田 明彦
八木 哲夫

- 23 クライオバルーンによる右上肺静脈隔離中に上大静脈電位の遅延を認めた一例
仙台市立病院 循環器内科

○寺嶋 祥、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、佐藤 舞、井筒 琢磨
倉島 真一、伏見 八重

- 24 CARTO を使用した非肺静脈起源心房細動に対するマッピング法の工夫
仙台厚生病院 循環器内科

○富樫 大輔、箆井 宣任、須知 太郎、大友 達志
目黒泰一郎

- 25 上大静脈頻拍がドライバーであった発作性心房細動の 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

不整脈Ⅱ 上室不整脈(第2会場) 9:35～10:10

座長 平 カヤノ
大和田真玄

26 2種類の頻拍が誘発された複数副伝導路の1例

仙台市立病院 循環器内科

○鈴木 啓資、石田 明彦、倉島 真一、伏見 八重
井筒 琢磨、佐藤 舞、佐藤 英二、中川 孝
佐藤 弘和、山科 順裕、三引 義明、八木 哲夫

27 全身性エリテマトーデスに合併した不適切洞頻脈に対して sinus node modification を施行した1例

岩手県立釜石病院 内科・循環器科

岩手医科大学 循環器内科

○芳沢 礼佑、山屋 昌平、永田 恭平、川上 幹夫
小島 香、中村真理絵、櫛田 房紀、大和田真玄
小松 隆

28 偽性アルドステロン症による心室細動を合併した徐脈性心房細動に対してセレクトセキアを留置した一例

山形大学 第一内科

○横山 美雪、田村 晴俊、沓澤 大輔、大瀧陽一郎
土屋 隼人、青野 智典、高橋 徹也、橋本 直明
石垣 大輔、成味 太郎、和根崎真大、加藤 重彦
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎
渡邊 哲、渡辺 昌文

29 His 束近傍右側中中隔副伝導路にクライオアブレーションが奏功した一例

仙台市立病院 循環器内科

○山科 順裕、八木 哲夫、石田 明彦、三引 義明
佐藤 弘和、中川 孝、佐藤 英二、青木 恒介
鈴木 啓資、井筒 琢磨、倉島 真一、伏見 八重

30 最早期興奮部位と異なる場所の通電で治癒しえた ATP 感受性心房頻拍の一例

米沢市立病院 循環器内科

○平 カヤノ、上北 洋徳、渡辺 達也

不整脈Ⅲ 心室不整脈(第2会場) 10:10~10:45

座長 中野 誠
池田こずえ

31 Reversed U curve technique を用いて焼灼に成功した肺動脈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

○瀧澤 栞、上岡 正志、金城 貴士、天海 一明
松本 善幸、肱岡奈保子、八巻 尚洋、竹石 恭知

32 ステロイド治療慢性期に房室伝導が改善した心サルコイドーシスの一例

日本海総合病院 循環器内科

○禰津 俊介、枝村 峻佑、小林 祐太、門脇 心平
菊地 彰洋、桐林 伸幸、佐藤 陽子、近江 晃樹
菅原 重生

33 心腔内エコーが有用であった流出路起源心室期外収縮の一例

弘前大学 循環器腎臓内科

弘前大学 不整脈先進治療学講座

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

34 リード破損を生じながら抜去に成功した、長期留置ペースメーカー感染症例

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、林 秀華、下川 宏明

35 LV summit 起源の心室頻拍で心機能が低下したと考えられた一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院

○増田 大晃、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

不整脈Ⅳ ICD・CRT(第2会場) 10:45～11:20

座長 佐々木真吾
武田 寛人

36 当院に於ける高位右室中隔ペーシング患者の予後の検討

山形県立河北病院内科

○見沢 達夫、太田 郁郎

37 CRTにおけるマルチポイントペーシング設定可能な割合の検討

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○箆井 宣任、須知 太郎、富樫 大輔、多田 憲生
本多 卓、大友 達志、目黒泰一郎

38 経静脈両心室ペースメーカー植込術が可能であった修正大血管転位症術後症例

岩手県立中央病院 循環器内科

○山田 魁人、近藤 正輝、泉 聖也、和山 啓馬
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

39 スクリーニングの自動化がS-ICDに及ぼす潜在的有用性の検討

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○外山 佑一、石田 祐司、佐々木真吾、金城 貴彦
伊藤 太平

弘前大学 不整脈先進医学講座

堀内 大輔、木村 正臣

40 冠静脈側壁枝入口部高度狭窄に対してretrograde approach及びVenoplastyを行いCRT-D植込みに成功した1例

仙台厚生病院 循環器科

○須知 太郎、箆井 宣任、富樫 大輔、松本 崇
目黒泰一郎

肺高血圧・血栓・その他(第2会場) 11:20~11:55

座長 佐藤 公雄
山本 沙織

41 ポスチニブによって肺高血圧を生じた症例

仙台医療センター 循環器内科

○高橋 佳美、江口久美子、山口 展寛、尾上 紀子
石塚 豪、篠崎 毅

42 神経線維腫症1型ともやもや病に併発した成人発症末梢性肺動脈狭窄症の1例

山形県立新庄病院

東北大学 循環器内科学

山形大学 第一内科

○宮本 卓也、水戸 琢章、奥山 英伸、結城 孝一
杉村宏一郎、下川 宏明
渡邊 哲、加藤 重彦、西山 悟史、横山 美雪
渡辺 昌文

43 葉酸欠乏症と高ホモシステイン血症を伴い肺血栓塞栓症を発症したアルコール依存症の一例

山形市立病院済生館 循環器内科

○金子 一善、屋代 祥典、中田 茂和、宮脇 洋

44 左心耳内血栓に対する治療戦略として開胸左心耳閉鎖術を選択した2症例

秋田大学 循環器内科学

○阿部 起実、関 勝仁、田村 善一、小武海雄介
鈴木 智人、飯野 健二、渡邊 博之

45 SMIを用いた新しい血管内皮機能評価法の有用性

秋田大学 循環器内科学

○山中 卓之、佐藤 和奏、須藤 佑太、飯野 貴子
飯野 健二、渡邊 博之

虚血性心疾患 I (第3会場) 9:00~9:35

座長 富岡 智子
大道寺飛雄馬

46 心筋梗塞症例における駆出期の主流軸線の評価

東北医科薬科大学病院 循環器内科

○長谷川 薫、田中 元直、小丸 達也

東北医科薬科大学病院 中央検査室

中島 博行、黒川 貴文

東北医科薬科大学病院 心臓血管外科

皆川 忠徳

東北医科薬科大学病院 総合診療科

大原 貴裕

東北大学 大学院 医工学研究科

Sri Oktamuliani、西條 芳文

47 Type 1 心筋梗塞と Type 2 心筋梗塞の予後

仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科

○浪打 成人、川原 翔太、砂村慎一郎、牛込 亮一

野田 一樹、瀧井 暢

48 血管内視鏡にて非狭窄部位に黄色プラークを認めた虚血性心疾患の2症例

秋田大学 循環器内科学

○加藤 宗、小武海雄介、佐藤 輝紀、関 勝仁

鈴木 智人、飯野 健二、渡邊 博之

49 多枝攣縮が誘発なしにドキュメントされ、異なる動脈硬化の形態を呈した院外心停止蘇生例の一例

東北大学 循環器内科学

○菊地 翼、土屋 聡、三木 景太、進藤 智彦

池田 尚平、長谷部雄飛、相澤健太郎、羽尾 清貴

白戸 崇、中野 誠、松本 泰治、高橋 潤

坂田 泰彦、下川 宏明

50 心室中隔穿孔で搬送された急性下壁心筋梗塞の一例

山形大学 医学部 附属病院 卒後臨床研修センター

○小山 響子

山形大学 第一内科

成味 太郎、青野 智典、横山 美雪、石垣 大輔

沓澤 大輔、加藤 重彦、渡辺 昌文

山形大学 第二外科

浜崎 安純、貞弘 光章

虚血性心疾患Ⅱ(第3会場) 9:35~10:10

座長 高橋 大
中村 裕一

51 診断に難渋した心タンポナーデの一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○藤原 純平、佐々木健太、二宮 亮、新山 正展
肥田 頼彦、下田 祐大、森野 禎浩

52 心破裂合併の急性心筋梗塞に対し待機的血行再建後に遅発性再破裂を起こした1症例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

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

53 薬剤溶出性ステント閉塞を認めた急性心不全の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○羽金 裕也、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

54 バルデナフィル内服後に発症した急性心筋梗塞の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○須藤 一達、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

55 腹痛を主訴とし上腸間膜動脈虚血に後壁冬眠心筋を合併した透析患者の一例

雄勝中央病院 内科・循環器科

○松田 健一

虚血性心疾患Ⅲ(第3会場) 10:10~10:38

座長 飯野 健二
芳沢美知子

56 ワルファリン休薬1ヶ月後に血栓閉塞による心筋梗塞を再発した一例

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(循環器内科)

○菊田 寿、小丸 達也、熊谷 浩司、中野 陽夫
菅井 義尚、山家 実、亀山 剛義、関口 祐子
長谷川 薫、住吉 剛忠

57 SAPHO症候群に合併した冠動脈3枝病変に対してCABGを施行した一例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

○三浦 崇裕
山形大学医学部附属病院 第一内科 成味 太郎、橋本 直明、加藤 重彦、有本 貴範
渡辺 昌文
山形大学医学部附属病院 第二外科 浜崎 安純、貞弘 光章

58 IgG4関連疾患に合併した冠動脈病変を血管内超音波検査で観察し得た一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○山崎 堅、遠藤 知秀、川村 陽介、野坂 匡史
西崎 史恵、澁谷 修司、花田 賢二、横田 貴志
富田 泰史

59 大動脈基部に局限した炎症により、冠動脈起始部高度狭窄を来した高安動脈炎の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○市村 祥平、瀧澤 栞、安藤 卓也、金城 貴士
國井 浩行、竹石 恭知

次世代カテーテル治療(第3会場) 10:38~11:20

座長 秋山 正年
飯野 貴子

60 IVC フィルター留置のため、腋窩動静脈で PCPS をスタンバイし TAVI を施行した超高齢女性の 1 例
山形県立中央病院

○永井 貴之、福井 昭男、木下 大資、佐々木真太郎
大道寺飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、松井 幹之
矢作 友保

61 当院における外科生体弁機能不全に対する経カテーテル的大動脈弁置換術 (TAV in SAV)の経験
仙台厚生病院 循環器内科

○野村 丈紘、多田 憲生、遠田 佑介、水谷有克子
田中綾紀子、箴井 宣任、松本 崇、堀江 和紀
伊澤 毅、宗久 雅人、櫻井 美恵、本多 卓
大友 達志、井上 直人

62 大動脈四尖弁に対する経カテーテル大動脈弁留置術を施行した1例
岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

岩手医科大学 臨床検査医学講座
岩手医科大学 心臓血管外科

○芳沢美知子、熊谷亜希子、二宮 亮、坂本 翼
中島 祥文、石川 有、房崎 哲也、森野 禎浩
田代 敦
鎌田 武、金 一

63 三尖弁との鑑別に心臓超音波および TAVI-CT が有用であった二尖弁の症例
慶應義塾大学病院

○福田 芽森、板橋 裕史、白川 公亮、遠藤 仁
鶴田ひかる、村田 光繁、林田健太郎、福田 恵一

64 化学療法後心筋症に伴う高度機能性僧帽弁逆流症に対して MitraClip を用い経カテーテル治療を行なった一例
岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

岩手医科大学 心臓血管外科学講座

○中島 祥文、熊谷亜希子、二宮 亮、佐々木健太
芳沢美知子、田代 敦、森野 禎浩
金 一

65 大動脈側周囲縁完全欠損を伴う二次孔心房中隔欠損に Figulla FlexII 閉鎖栓で治療した 5 例の検討
岩手医科大学 臨床検査医学講座・循環器医療センター

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

岩手医科大学 小児科学講座

○田代 敦
上田 寛修、芳沢美知子、熊谷亜希子、二宮 亮
中島 祥文、森野 禎浩
高橋 信、小山耕太郎

二次性心筋症(第3会場) 11:20~11:55

座長 西山 悟史
西崎 史恵

66 心肥大患者における心臓 MRI T1 mapping を用いたファブリー病スクリーニングの有用性

東北大学 循環器内科学

○照井 洋輔、杉村宏一郎、山本 沙織、建部 俊介
青木 竜男、三浦 正暢、鈴木 秀明、菊池 順裕
佐藤 遥、紺野 亮、下川 宏明

67 不幸な転帰をとった Morquio 症候群の 1 例

竹田総合病院 初期研修医

○湯田健太郎

竹田総合病院 循環器内科

中村 裕一、片平 正隆、横川沙代子、三浦 俊輔
鈴木 聡

竹田総合病院 心臓血管外科

齋藤 正博、川島 大

68 発作生心房細動、洞不全症候群を契機に発見されたトランスサイレチン心アミロイドーシスの一例

青森県立中央病院 循環器科

○赤石 楓、西崎 公貴、鈴木 晃子、舘山 俊太
櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

69 老人性 TTR 型心アミロイドーシスの一例

山形県立中央病院 循環器内科

○木下 大資、福井 昭男、永井 貴之、佐々木真太郎
大道寺飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、矢作 友保
松井 幹之

70 副腎腫瘍摘除により心機能の改善を認めたクッシング症候群合併妊娠の 1 例

東北大学 循環器内科学

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

心筋炎・心筋症(第4会場) 9:00~9:35

座長 田村 晴俊
熊谷亜希子

71 心房細動による頻脈誘発性心筋症の1例

公益財団法人 星総合病院

○亀岡 英介

公益財団法人 星総合病院 循環器内科

佐藤 彰彦、磯松 大介、黒沢 雄太、八重樫大輝

清水 竹史、松井 佑子、坂本 圭司、清野 義胤

木島 幹博、丸山 幸夫

72 劇症型心筋炎に対して経皮的人工心臓(IMPELLA)を用いて救命した一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○那須 崇人、木村 優、二宮 亮、新山 正展

肥田 頼彦、下田 祐大、房崎 哲也、伊藤 智範

森野 禎浩

73 劇症型心筋炎により不可逆的な完全房室ブロックとなった一例

日本海総合病院 循環器内科

○大野 紘枝、小林 祐太、枝村 峻佑、門脇 心平

禰津 俊介、菊地 彰洋、桐林 伸幸、佐藤 陽子

近江 晃樹、菅原 重生

74 たこつぼ症候群を合併した後腹膜膿瘍による敗血症性ショックの1例

岩手県立釜石病院 内科・循環器科

○小林 敬正、芳沢 礼佑、山屋 昌平、永田 恭平

川上 幹夫

岩手医科大学附属病院 内科学講座 循環器内科分野

那須 崇人、田口 裕哉、二宮 亮、後藤 巖

中島 悟史、木村 琢巳

75 きのかん中中毒を契機に発症したたこつぼ心筋症の一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○佐々木健太、下田 祐大、那須 崇人、後藤 巖

肥田 頼彦、伊藤 智範、森野 禎浩

感染性心膜炎(第4会場) 9:35~10:10

座長 尾上 紀子
大和田尊之

76 Valsalva 洞破裂を来した感染性心内膜炎の1例

竹田総合病院 初期研修医

○千葉 直貴

竹田総合病院 循環器内科

中村 裕一、片平 正隆、横川沙代子、三浦 俊輔

鈴木 聡

竹田総合病院 心臓血管外科

齋藤 正博、川島 大

77 炎症反応改善後に弁破壊の進行した感染性心内膜炎の一例

東北医科薬科大学病院 循環器科

○関口 祐子、山家 実、長谷川 薫、菊田 寿

住吉 剛忠、亀山 剛義、菅井 義尚、中野 陽夫

熊谷 浩司、大原 貴裕、小丸 達也

78 抗菌薬で鎮静化し得た黄色ブドウ球菌による若年感染性心内膜炎の1例

山形県立中央病院

○大道寺飛雄馬、永井 貴之、木下 大資、佐々木真太郎

高橋 克明、福井 昭男、玉田 芳明、松井 幹之

矢作 友保

79 アトピー性皮膚炎と心室中隔欠損症に合併した右心系感染性心内膜炎の一例

大原総合病院 臨床研修センター

○菅原 崇寛

大原総合病院 循環器内科

大竹 秀樹、谷 哲也、佐藤 雅之、待井 宏文

斎藤 修一

大原総合病院 総合診療科

菅藤 賢治

福島県立医科大学 循環器内科学講座

佐藤 崇匡、竹石 恭知

80 大動脈弁僧帽弁間穿孔に対し心内再建術で救命した感染性心内膜炎の一例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

○山口 翔

山形大学医学部附属病院 第一内科

成味 太郎、橋本 直明、加藤 重彦、有本 貴範

渡辺 昌文

山形大学医学部附属病院 第二外科

内田 徹郎、貞弘 光章

81 心室中隔欠損症に感染性心内膜炎を合併した1例

星総合病院

○磯松 大介、丸山 幸夫、木島 幹博、清野 義胤

坂本 圭司、松井 佑子、清水 竹史、佐藤 彰彦

八重樫大輝、黒沢 雄太

心膜・腫瘍(第4会場) 10:10~10:45

座長 伏見 悦子
及川 雅啓

82 急速に増大した右心室内悪性腫瘍の症例

総合南東北病院 循環器科

○宍戸奈美子、土川 幹史、永沼和香子、川村 敬一
大杉 拓、武藤 満、小野 正博

83 失神を契機に発見された心臓悪性腫瘍の一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○竹内 愛、山中 多聞、田中 裕紀、高畑 葵
安藤 薫、山浦 玄斎、玉淵 智昭、小山 容

84 僧帽弁置換術後早期に発症した収縮性心膜炎の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○富田 湧介、佐藤 崇匡、喜古 崇豊、松本 善幸
小林 淳、中里 和彦、竹石 恭知

85 再発性心嚢液を契機に診断に至った全身性エリテマトーデスの一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○鹿内 駿、金城 貴彦、佐々木真吾、伊藤 太平
石田 祐司、富田 泰史
弘前大学 不整脈先進医学講座 木村 正臣、堀内 大輔

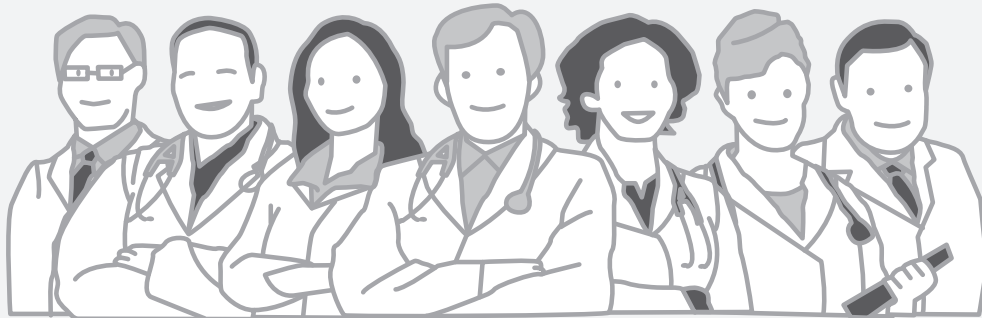


第167回 東北地方会

第14回 ダイバーシティ 推進委員会 セミナー



多様性のある働き方を考える
—ダイバーシティって何?—



2018年12月1日(土) 10:45~11:55

会場: 仙台国際センター 第4会場 (3階 白樺2)

【開会ご挨拶】

富岡 智子 (みやぎ県南中核病院 循環器内科)

【座長】

杉 正文 (いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科)
熊谷 亜希子 (岩手医科大学 内科学講座循環器内科分野)

【講演1】「Work hard, play harder!
~理由のいらぬ月1有給休暇の取得を目指して~」

有本 貴範 (山形大学 内科学第一講座)

【講演2】「楽しく循環器医師を続ける方法」

副島 京子 (杏林大学 第二内科)

【閉会ご挨拶】

後岡 広太郎 (東北大学 循環器内科)



アクセスマップ

- 〒980-0856 宮城県仙台市青葉区青葉山無番地
- 仙台空港よりタクシーで約50分
- 仙台駅よりタクシーで約7分
- 仙台駅より徒歩約30分
- 仙台駅→仙台市営地下鉄東西線国際センター駅→徒歩1分
- 仙台宮城ICより自動車約10分

YIA 審査会 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

ランチョンセミナー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

「PAH patient assessment today for a better tomorrow」

(イタリア)ボローニャ大学医学部 循環器内科(DIMES-UNIBO)
教授 Nazzareno Galiè 先生

共催: 第 167 回日本循環器学会東北地方会
アクテリオン ファーマシューティカルズ ジャパン

教育セッション II

ランチョンセミナー2

12:50 ~ 13:50 (第2会場: 2F 萩)
座長: 福島県立医科大学 循環器内科学講座 教授 竹石 恭知 先生

「心筋梗塞二次予防のための糖尿病管理を考える」

兵庫医科大学 内科学 循環器内科・冠疾患科
教授 石原 正治 先生

共催: 第 167 回日本循環器学会東北地方会
MSD 株式会社

教育セッション III

特別講演

13:50 ~ 14:50 (第1会場: 2F 橘)
座長: 山形大学 内科学第一講座 教授 渡辺 昌文 先生

「心血管病態の解明に挑む;

イオンメカニズムから超音波新技術の応用まで」

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座
教授 渡邊 博之 先生

共催: 第 167 回日本循環器学会東北地方会
日本メドトロニック

DVDセッション 「医療安全・医療倫理に関する講演会」

専門医の認定更新に必修の「医療安全・医療倫理に関する研修」に関する2単位を取得できるDVDセッションを開催致します。
3月の日本循環器学会学術総会もしくはインターネットでも視聴できます。
詳細は以下をご覧ください。

<必修研修と単位数>

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

専門医認定更新には下記の必修研修単位を含む合計50単位が必要となります。

(1) 最新医療の知識習得に関する研修・・・30単位以上

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

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

(2) 医療安全・医療倫理に関する研修・・・2単位以上

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

単位数・・・(上記どの方法で取得されても)2単位

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

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

一般社団法人日本循環器学会 支部規程

(総則)

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

(事務局)

第2条 各支部の事務局は、日本循環器学会定款施行細則に定める地区に置く。

(目的および事業)

第3条 各支部は日本循環器学会の目的達成のため次の事業を行う。

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

(会員)

第4条 各支部の会員は、当該地区に所属する日本循環器学会の正会員および準会員とする。
2. 支部名誉会員/支部特別会員/支部顧問等の設置は各支部役員会で定めることとする。

(社員)

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

(支部長)

第6条 各支部に支部長1名を置く。
2. 支部長は定款に基づき選出された支部所属理事の協議で決定し、支部社員総会において報告する。
3. 支部長は支部を統括する。
4. 支部長の任期は2年とし、再任を妨げない。

(支部役員)

第7条 各支部に支部役員を若干名置く。
2. 支部役員は支部所属理事及び支部長の推薦で選出された会員とし、支部長を除いた支部役員を支部社員総会で承認する。
3. 支部役員は、地方会、事業計画・報告、予算・決算、その他支部長の求めに応じて支部運営にあたる。
4. 支部役員の任期は2年とし、再任は妨げない。

(支部監事)

第8条 各支部に支部監事を若干名置く。
2. 支部監事は支部長が候補者を会員から推薦で選出し、支部社員総会で承認する。
3. 支部監事は支部の監査を行い、不正の事実があれば支部社員総会及び日本循環器学会本部に報告する。
4. 支部監事の任期は2年とし、連続して就任できる期数は3期までとする。

(支部幹事)

第9条 各支部に支部幹事を若干名置く。
2. 支部事務局担当幹事およびJCS-ITC担当幹事の設置は必須とする。
3. 支部幹事は支部長が会員から選出する。
4. 支部幹事は支部長を補佐し、役員会/社員総会において会計報告及びJCS-ITC業務の報告等を行う。
5. 支部幹事の任期は支部長の任期に準じ、再任を妨げない。

(支部評議員)

第10条 各支部に支部評議員を置くことができる。
2. 支部評議員は会員から選出する。
3. 支部評議員は支部業務を補佐する。
4. 支部評議員の選出方法/任期/定年等は各支部役員会で定めることとする。

(地方会会長)

第11条 各地方会に会長1名を置く。

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

(支部役員会)

第12条 支部役員会は、支部役員で構成する。

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

(支部社員総会)

第13条 支部社員総会は、社員で構成する。

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

(支部評議員会)

第14条 支部評議員会は、支部評議員で構成する。

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

(支部事務局業務)

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

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

(地方会)

第16条 各支部は地方会を年1回以上開催する。

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

(JCS-ITC 講習会)

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

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

附則

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

支部コンプライアンス・倫理規程

(目的)

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

(定義)

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

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

(支部役職者及び支部職員の責務)

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

2. 支部役職者・支部職員は、次に掲げることを理由として、自らのコンプライアンス違反行為の責任をのがれることはできない。

- 1) 規程について正しい知識がなかったこと
- 2) 規程に違反しようとする意思がなかったこと。
- 3) 支部の利益に資する目的で行ったこと

附 則

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

一般社団法人日本循環器学会 東北支部運営内規

平成 28 年 4 月 1 日施行

平成 30 年 6 月 2 日改定

(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7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

平成 28 年 4 月 1 日施行

平成 30 年 6 月 2 日改定

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のある会員は、単位加算ができない。地方会会長は事前にプログラム等でその旨を告知し、当日も会場に掲示すること。

(プログラム・抄録)

- 27 プログラムは、本学会告(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。ただし、宮城県に於いては東北大学と東北医科薬科大学の教授が交代で務めることとする。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 AGLS(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

平成 28 年 4 月 1 日施行

平成 30 年 6 月 2 日改定

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。ただし、宮城県に於いては東北大学と東北医科薬科大学の教授が交代で務めることとする。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 167 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
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10月1日現在）

支 部 長	下川 宏明			
副 支 部 長	竹石 恭知			
理 事	下川 宏明	竹石 恭知	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）			
	横山 齐（福島県立医科大学／理事／外科分野）			
	中村 元行（岩手医科大学）		富田 泰史（弘前大学）	
	竹石 恭知（福島県立医科大学）		渡辺 昌文（山形大学）	
	森野 禎浩（岩手医科大学）		小丸 達也（東北医科薬科大学）	
	伊藤 貞嘉（東北大学／その他分野）		渡邊 博之（秋田大学）	
	齋木 佳克（東北大学／外科分野）			
	富岡 智子（みやぎ県南中核病院／女性分野）			
名 誉 特 別 会 員	白土 邦男	平 則夫	丸山 幸夫	三浦 博
	伊藤 宏			
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
	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	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 撰
	福井 昭男	松井 幹之	宮脇 洋	○渡邊 哲
宮 城	○伊藤 健太	○伊藤 貞嘉 ³	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

ダイバーシティ推進委員（旧 男女共同参画委員）＊ 委員長

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）
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 167 回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

平成 30 年 12 月 1 日 仙台国際センター

会長: 渡辺 昌文

(山形大学医学部内科学第一講座)

01

粘液腫と酷似した左房原発内膜肉腫の一例

¹秋田大学 循環器内科学

²秋田大学 心臓血管外科

○貝森 亮太¹、小武海 雄介¹、田村 善一¹、新保 麻衣¹
田中 郁信²、山浦 玄武²、佐藤 輝紀¹、佐藤 和奏¹
飯野 貴子¹、関 勝仁¹、飯野 健二¹、山本 浩史²
渡邊 博之¹

50歳女性。数日前からの咳嗽を主訴に来院した。来院後3時間で急激に心不全症状が増悪し、非代償性肺水腫に至った。心エコー検査で、左心房内に可動性に富む不整形の腫瘍を認めた。腫瘍は拡張期に僧帽弁に嵌頓し、高度僧帽弁逆流を伴っていた。心房中隔より発生していたことから、分葉状粘液腫を疑った。救命のため緊急摘出術を施行したところ、腫瘍は心房中隔に広範に付着するのみならず、左房壁にも浸潤しており姑息的切除にとどまった。病理組織学的に、vimentin陽性、MDM2陽性の異形細胞増殖を認め、内膜肉腫と診断された。内膜肉腫の左房発生例は非常に稀で、これまで数例しか報告されていない。本症例は、腫瘍が心房中隔より発生しており、粘液腫との鑑別が困難であった。鑑別のために画像診断において着目すべき所見を含め、報告する。

03

PGI₂製剤による下垂体炎から副腎不全をきたした肺動脈性肺高血圧症の一例

東北大学 循環器内科学

○佐藤 遥、杉村 宏一郎、山本 沙織、建部 俊介
青木 竜男、三浦 正暢、鈴木 秀明、紺野 亮
照井 洋輔、佐藤 公雄、下川 宏明

症例は36歳女性。X年下肢浮腫が出現、超音波検査で肺高血圧症が疑われ当科紹介。mPAP67mmHg、PAWP9mmHgであり肺動脈性肺高血圧症と診断。マシテンタン10mg・リオシグアト7.5mg・トレブロステニル(TRE)皮下注を開始した。X+1年胃腸炎を契機に入院。対症療法で症状は改善したが、その後もTRE刺入部変更に伴い嘔気・下痢を繰り返しTREによる胃腸症状と考えた。エポプロステノール静注へ変更しmPAP46mmHgで経過していたが、X+2年胃腸炎による脱水症のため入院。入院後、血圧低下・意識障害が出現。頭部MRIで下垂体腫大を認め下垂体炎による副腎不全と診断。ステロイド投与により意識障害・血行動態は著明に改善。現在も糖質コルチコイドを補充しながら慎重にPGI₂製剤を継続している。PGI₂製剤による下垂体炎について文献的考察を加え報告する。

05

V122I変異を伴う孤発性トランスサイレチン型心アミロイドーシスの一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○根橋 健、及川 雅啓、菅野 優紀、天海 一明
山田 慎哉、國井 浩行、中里 和彦、石田 隆史、
竹石 恭知

症例は50歳代男性。労作時息切れの精査にて前医入院し、心エコーでの著明な心肥大、両室収縮不全を認め、心筋生検にて心アミロイドーシスと診断された。蛋白分画や骨髄生検で異常はなく、心不全症状の悪化を来したため、精査目的に当院紹介となった。Tc-99mピロリン酸のびまん性心集積と心筋組織のトランスサイレチン染色が陽性であり、TTR遺伝子変異(V122I, c.424G>A, ヘテロ接合型)から家族歴はないが、変異型ATTRアミロイドーシスと診断し、外来にて薬剤調整を行っている。手根管症候群以外の神経障害所見はなく、心症状が主である特徴的な臨床所見を示した。孤発性の変異型ATTRは少なく、特に本邦でのV122I変異は非常に稀であり、アミロイドーシス確定診断の重要性を示す症例であり報告する。

02

前立腺癌で加療中にたこつぼ型心筋症を発症し、後にステロイド自己中断による副腎不全が原因と判明した一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

○酒井 峻太郎、西崎 史恵、遠藤 知秀、澁谷 修司
花田 賢二、横田 貴志、富田 泰史

症例は77歳男性。前立腺癌再発の診断で当院泌尿器科へ通院しステロイド内服中であった。前日より持続する胸部不快感を自覚し泌尿器科を受診。心電図で胸部誘導のST上昇と血液検査で心筋逸脱酵素上昇を認め当科紹介となった。緊急冠動脈造影では有意狭窄を認めず、左室造影所見よりたこつぼ型心筋症の診断となり入院となった。入院後に施行した血液検査で血清ナトリウム値116mEq/Lと著明な低ナトリウム血症を認め、確認したところステロイド自己中断により副腎不全を来した可能性が考えられた。入院前の精神的ストレスとなるエピソードはなく、ステロイド自己中断が誘因となりたこつぼ型心筋症を発症したと考えられた。

04

ステロイドパルス療法および大量免疫グロブリン療法が著効し救命することができた劇症型心筋炎の1例

公立置賜総合病院

○立花 紳吾、新関 武史、中村 元治、竹村 昭宣
熊谷 遊、岩山 忠輝、北原 辰郎、池野 栄一郎

64歳男性【主訴】胸痛、意識消失【経過】心電図で完全房室ブロックとST上昇を認め、TTEで全周性壁運動低下を認め、AGSが疑われ、緊急でCAGを行ったが有意病変はなかった。第2病日：炎症反応、心筋逸脱酵素の上昇を認め、TTEで心筋浮腫・心機能低下の増悪(LVEF10%)を認め、急性心筋炎と診断し循環不全も呈していたためIABP/PCPSによる機械的補助循環を開始した。第7病日：心機能の改善を認めず、心停止状態で補助循環からの離脱は不可能だった。第8病日：末血で好酸球増加は認めないが、ステロイドパルス・大量免疫グロブリン療法を試み著明に心筋浮腫、心機能は改善した。第15病日：PCPS/IABP離脱し、自宅退院を目指しリハビリ中である。【結語】救命に成功した劇症型心筋炎の症例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

06

HFpEF患者の予後予測のための簡便かつ普遍的な「3A3Bリスクコア」の開発

¹東北大学 循環器内科学

²シンガポール国立大学 シンガポールナショナルハートセンター

³ハーバード大学 プリガムウイメンズ病院

⁴東北大学 循環器 EBM 開発学

○笠原 信太郎¹、坂田 泰彦¹、後岡 広太郎¹、
テイ ワンティン²、クラゲット プライアン リー³、
阿部 瑠璃¹、佐藤 雅之¹、青柳 肇¹、藤橋 敬英¹、
山中 信介¹、三浦 正暢¹、白戸 崇¹、高橋 潤¹、
杉村 宏一郎¹、テン テウハ キャサリン²、宮田 敏⁴、
下川 宏明¹

【背景】左室駆出率(LVEF)が保たれた心不全(HFpEF)における簡便で普遍的な予後予測リスクコアは存在しない。【方法と結果】CHART-2研究のHFpEF症例(LVEF≥50%, N=1,277)においてCox比例ハザード解析とRandom survival forest解析を行い、全死亡に強く関連する変数を選択し、そのハザード比を基にAge(75歳以上)を2点、Anemia(貧血)、血清Alb低値(<3.7g/dl)、低BMI(<22kg/m²)、BUN高値(≥25mg/dl)、BNP高値(BNP≥300pg/ml or NT-proBNP≥1,400pg/ml)を1点としてリスクコアを開発した。死亡予測に対するc-indexは、CHART-2コホート0.708、TOPCATコホート(アメリカ大陸)0.652、ASIAN-HF登録コホート(アジア諸国)0.741と人種・地域を問わず良好であった。【結論】HFpEF患者の予後を良好に予測する簡便で普遍的な「3A3Bスコア」を開発した。

07

左室内同期不全における左室内渦動態の特徴：Vector Flow Mapping を用いた検討

秋田大学 循環器内科学

○須藤 佑太、飯野 貴子、小武海 雄介、佐藤 和奏
佐藤 輝紀、関 勝仁、飯野 健二、渡邊 博之

【背景】左室内同期不全 (LVD) では左室収縮、充満とも障害されるが、左室内渦動態は不明である。【目的】LVDにおける左室内渦動態の特徴を解明すること。【方法】ペースメーカー植込み後の33例を対象に、同心拍数のAAI及びDDDモードでVector Flow Mappingを用いて左室内渦動態を解析した。【結果】QRS幅、長軸方向ストレーンピークまでの時間の標準偏差より、DDDでLVDの存在を確認した。AAI、DDDとも、充満期から駆出期までは同様の渦動態を示した。等容弛緩期において、渦検出率はDDDで有意に高値で(82% vs 21%, $p < 0.0001$)、充満時間短縮例では全例で検出された。等容弛緩期の渦の強さは、QRS幅 ($r = 0.48$, $p < 0.05$)のみならず充満時間変化率 ($r = -0.44$, $p < 0.05$)とも有意に相関した。【結語】LVDでは等容弛緩期に左室内渦が検出される。

09

microRNA-21 が関与する線維化シグナルと拡張型心筋症における左室逆リモデリング

山形大学 第一内科

○渡部 賢、成味 太郎、青野 智典、後藤 準
須貝 孝幸、豊島 拓、加藤 重彦、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範、宍戸 哲郎
渡邊 哲、渡辺 昌文

拡張型心筋症 (DCM) において治療により左室逆リモデリング (LVRR) が生じる症例は予後良好であることが知られている。治療抵抗性でLVRRの見られない患者の臨床背景とマイクロRNA (miR) の関連を検討した。急性心不全を発症し入院した初発DCM患者96例を対象とした。非LVRR群はLVRR群に比べ、QRS幅が有意に延長しており心室内伝導障害を認めた。心室内伝導障害には心筋線維化が関与することから、線維化に関与するmiR-21、miR-27、miR-146を解析した。非LVRR群では、LVRR群に比べmiR-21が有意に高値であった ($p = 0.021$)。他のmiRには有意差を認めなかった。miR-21が関与する線維化シグナルの活性化が、DCM患者のLVRR形成阻害に関与する可能性が示唆された。

11

貧血によりDiastolic Ventricular Interactionと急性心不全をきたした1例

仙台医療センター

○鈴木 亭子、高橋 佳美、江口 久美子、山口 展寛
尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

症例) 52歳、女性。現病歴) 労作時息切れ、浮腫、著明な貧血 (Hb 2.9g/dl)、胸水から心不全と診断され入院となった。心電図と冠動脈に異常なく、UCGにて右室の著明な拡大、肺高血圧 (推定肺動脈収縮期圧 60mmHg)、重度の三尖弁逆流を認め、吸気時に僧帽弁流入血流速度が30%以上低下した (diastolic ventricular interaction, DVI)。第8病日にHbは8.6g/dlまで改善し、上記の所見は全て消失していた。左室拡張末期径は初診時51mmから第8病日に54mmまで拡大し、右室横径 (四腔像) は52mmから39mmに縮小していた。貧血による高心拍出性心不全において、右室拡大に伴う心膜伸展がDVIを引き起こしたと考えられた。

08

安定冠動脈疾患でのエペロリムス溶出性ステント留置後のIrregular Protrusion 予測因子の検討

¹岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

²神戸大学 内科学講座 循環器内科学分野

³昭和大学 内科学講座 循環器内科学部門

○田口 裕哉¹、伊藤 智範¹、佐々木 航¹、小田 英人¹
内村 洋平¹、兼古 恭輔¹、坂本 翼¹、後藤 巖¹
佐久間 雅文¹、石田 大¹、寺下 大輔²、大竹 寛雅¹
森野 禎浩¹、新家 俊郎³

【目的】Optical coherence Tomography (OCT) によるIrregular protrusion (IRP)は、内腔に突出した辺縁不整な構造物とされており、PCI後の心血管イベントと関連すると報告されている。IRPの予測因子を検討する。【方法】MECHANISM Elective studyの連続84例を、IRPの有無によりIRP群とnon-IRP群に分類した。臨床背景、pre-OCT所見を比較した。【結果】総コレステロール値、血糖値、ステント留置前のRuptured plaqueの頻度は、non-IRP群と比較してIRP群で有意に高かった ($p = 0.02$, $p = 0.03$, $p < 0.01$)。さらに、多変量解析ではRuptured plaqueがIRPの有意な独立予測因子であった (OR: 8.7, 95% CI: 1.7-44.6, $p = 0.01$)。【結語】ステント留置前のRuptured plaqueは、IRP出現の独立予測因子であり、IRP出現には留置前のプラーク性状が関連している。

10

心不全患者におけるがんの既往と予後および新規がん発症に関する検討

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○渡邊 孝一郎、義久 精臣、横川 哲朗、三阪 智史
佐藤 崇匡、及川 雅啓、小林 淳、国井 浩行
八巻 尚洋、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

近年、腫瘍循環器領域への関心が高まっているが、心臓病患者におけるがんの関連については検討されていない。心不全患者連続2103名におけるがん既往の有無と予後、退院後の新規がん発症率について検討した。がん既往を275名 (13.1%) に認めた。がん既往群では、非既往群1828名 (86.9%) に比して、慢性腎臓病、貧血、慢性閉塞性肺疾患、心房細動合併率が高値であった。観察期間695日にて、がん既往群では114名 (6.2%) に、非既往群では17名 (6.2%) に新規にがんを発症した (胃、大腸、肺、造血器等)。また、83名 (3.9%) にがん関連死 (肝、胃、造血器、肺等) を認めた。がん既往群では非既往群に比して、心イベント発生率 (HR 1.450, $P = 0.001$)、総死亡率 (HR 2.483, $P = 0.001$) は高値であった。心不全患者におけるがん対策が必要である。

12

右総腸骨動静脈瘻に対しEVAR施行後に左心不全の悪化を認めた1例

東北大学 循環器内科学

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

症例は高拍出性心不全の精査目的に入院した71歳男性。造影CTで右総腸骨動脈瘤と右総腸骨動静脈瘻を認め、心不全の原因と考え同部位に対してステントグラフト内挿術を施行した。術後より呼吸状態が悪化し、胸部X線両側の肺うっ血、心電図上V4誘導のST上昇とV4-6誘導のT波陰転化、心エコーで左室中部から心尖部の全周性壁運動低下を認めた。たこつぼ型心筋症を疑い強心剤と利尿剤にて加療し、術後第5病日には左室収縮は正常化した。冠動脈造影では本症の心機能低下を説明しうる病変を認めず、MIBGシンチで左室にびまん性高度集積低下を認めた。動静脈瘻閉鎖に伴う急激な血行動態の変化が、一過性の心機能障害を惹起したと考えられた。動静脈瘻閉鎖術後に心不全を発症した症例報告はこれまでになく、貴重な症例を経験した。

13

経皮的動脈弁バルーン形成術により心不全から脱却し得た高度動脈弁狭窄症の一例

星総合病院 心臓病センター 循環器科

○黒沢 雄太、丸山 幸夫、木島 幹博、清野 義胤
坂本 圭司、松井 佑子、清水 竹史、佐藤 彰彦
八重樫 大輝、磯松 大介

【症例】88歳女性。【現病歴】2018年某月、呼吸困難を主訴に近医を受診し、高度動脈弁狭窄症に伴う心不全と診断され入院加療となった。薬物加療を受けたが軽快せず当院に紹介転院となった。【経過】左室収縮能の高度低下を認め、ドブタミン投与にて心不全の軽快傾向を得たが離脱できずドブタミン依存状態となった。患者が大動脈弁置換術を希望されなかったため、心不全からの脱却を目的に経皮的動脈弁バルーン形成術を VACS 18×40mm にて施行した。高度腎機能障害を合併したためバルーンサイズは経胸壁心エコーにて決定した。拡張後は大動脈弁口面積の拡大を認め、ドブタミンを離脱できた。【結語】薬物治療抵抗性であった高度動脈弁狭窄症に対して経皮的動脈弁バルーン形成術が奏功した一例について提示する。

15

ASV 使用心不全患者における呼吸安定時間測定の意義

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 循環器内科学

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

呼吸安定時間 (RST) は麻野井が考案し、非接触センサーを用いた検討で心事故発生予測因子としての有用性が示されている。我々は ASV 装置に記録される呼吸流速データから RST を算出し、ASV 使用心不全患者における RST の測定意義を検討した。心不全入院し ASV 導入時の RST は終夜低値を示し、睡眠呼吸周期は消失していたが、心不全が軽快し退院する直前には睡眠呼吸周期は回復し、RST は改善した。6 例の軽快退院患者の RST は導入時 20.4 ± 8.4 秒、退院直前 69.1 ± 24.2 秒と有意な改善を示した (p < 0.001)。一方救命できなかった例では RST は改善と増悪を繰り返しながら徐々に増悪した。RST は心不全の重症度評価や治療効果判定に有用であり、ASV 使用心不全患者の新たな管理指標となることが期待される。

17

慢性心不全患者における栄養状態、サルコペニアと予後の検討-CHART-2 研究からの報告-

¹東北大学 循環器内科学

²東北大学 循環器内科学、ビッグデータメディシンセンター

³東北大学 循環器 EBM 開発学

⁴東北大学 循環器内科学、循環器 EBM 開発学、ビッグデータメディシンセンター

○佐藤 雅之¹、坂田 泰彦²、後岡 広太郎²、三浦 正暢¹
阿部 瑠璃¹、笠原 信太郎¹、青柳 肇¹、藤橋 敬英¹
山中 信介¹、白戸 崇¹、杉村 宏一郎¹、高橋 潤¹
宮田 敏³、下川 宏明⁴

【背景】栄養に加え筋量が心不全予後に与える影響の検討。【方法・結果】CHART-2 研究の Stage C/D 慢性心不全 4,876 症例を対象とし、栄養指標 prognostic nutritional index (PNI) に加え、筋量に相関する推算 Cr 排泄率 (estimated creatinine excretion rate, eCER) を身長 (m)² で除した eCERi を用い、4 群 (G1, PNI ≥ 39, eCERi (/100) ≥ 4.5, N=1,331; G2, PNI ≥ 39, eCERi (/100) < 4.5, N=1,359; G3, PNI < 39, eCERi (/100) ≥ 4.5, N=307; G4, PNI < 39, eCERi (/100) < 4.5, N=724) に分類した。KM 曲線では G1, G2, G3, G4 の順に全死亡は有意に増加し、その傾向は < 65 歳群では有意ではなかったが、≥ 65 歳群で有意であった。多変量 Cox 解析においても PNI と eCERi の組み合わせは ≥ 65 歳群の死亡リスクを層別した。【結論】栄養に加え推定筋量が予後をより明確に層別する。

14

β 遮断薬休薬がカテコールアミンおよび ASV のウイニングに有効であった慢性心不全の一例

宮城利府掖済会病院 内科

○片寄 大

【緒言】カテコールアミンおよび ASV のウイニングが困難であった左室駆出率が保持された心不全 (HFpEF) において β 遮断薬の中止によりそのウイニングに成功した一例を経験した。【症例・臨床診断】90 歳女性。慢性心不全、連合弁膜症、心房細動【現病歴】うっ血性心不全にて入退院を繰り返し DOB のウイニングができず入院長期化し X 年 Y 月 Z 日当院転院。【臨床経過】心エコー上 EF0.51 と HFpEF に区分、一方収縮期血圧が時に 80~90mmHg。HFpEF における β 遮断薬の有効性は不明であり本症例においては β 遮断薬のもたらす不利益が大と思われた。ビソプロロール 1.25mg/日を減量中止。Y+1 月 DOA、Y+2 月 ASV のウイニングに成功。【結語】HFpEF に対する β 遮断薬の投与の意義は症例において個別に検討する必要がある。

16

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予後との関連 : CHART-2 研究

¹東北大学 循環器内科学

²東北大学ビッグデータメディシンセンター

³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、三浦 正暢¹
笠原 信太郎¹、佐藤 雅之¹、藤橋 敬英¹、山中 信介¹
白戸 崇¹、杉村 宏一郎¹、高橋 潤¹、宮田 敏³
下川 宏明¹

【背景】心不全発症高リスク症例 (Stage B) における左室駆出率の経時的変化とその予後との関連は不明である。【方法・結果】CHART-2 研究 (10219 例) に登録された Stage B 1964 例において左室駆出率に基づき 40% 未満を R 群、40~49% を M 群、50% 以上を P 群と定義した。登録時と 1 年次にともに P 群であった症例と比較して、登録時から 1 年次にかけて P 群から R 群 (ハザード比 (HR) 6.7, 95% 信頼区間 (CI) 3.0~15.2, P < 0.001)、M 群から M 群 (HR 2.4, 95% CI 1.4~4.1, P=0.002)、M 群から R 群 (HR 3.8, 95% CI 1.6~9.3, P=0.003) へ移行した症例は心不全が、M 群から R 群 (HR 2.8, 95% CI 1.4~5.7, P=0.004) へ移行した症例は死亡が有意に多かった。【結論】心不全発症高リスク症例では、左室駆出率の経時的低下は予後と関連した。

18

在宅医療患者における心不全合併について

齋藤病院

○盛田 真樹

在宅医療 (以下宅) における心不全合併患者 (以下 C) について検討した。X-6 年から X 年にかけて宅を行なった患者中、C 合併を検討し得た 469 名を対象として、患者プロフィール、診察所見、検査値、予後について C と心不全非合併患者 (以下 N) を比較した。平均年齢 83 歳、男女比 2:3、高血圧症 (以下 H) 合併 46%、af 合併 7%。経過中の C 発症 (以下 CO) は 9.8%、CO では N と比べて、心疾患及び C 既往者 (以下 CP) 及び H 合併者が有意に多く、高齢、CTR 大、af、心雑音、足背動脈非触知者及び死亡が有意に多かった。一方、CO では N に比べて Barthel Index が有意に良かった。一方、CP は 3.9%、N と比べて、高齢で、貧血、腎機能悪化、af が有意に多かった。C は ADL や認知機能とは無関係に、高齢・H、af、弁膜症及び PAD の合併によって生じ、生命予後不良である。

植え込み型ループレコーダーを植え込んだ患者には不整脈に関連した外傷歴が多い

仙台医療センター 循環器内科

○江口 久美子、高橋 佳美、山口 展寛、尾上 紀子
石塚 豪、篠崎 毅

当院において失神の診断目的に植え込み型ループレコーダー(ILR)を植え込まれた患者の特徴を報告する。2013年4月から5年間に15名(男性13名、女性2名、平均年齢56歳)の患者に対しILRが植え込まれた。平均391日間の観察期間中に5名が不整脈関連性(心抑制型神経調節性失神を含む)、4名がてんかん、5名が非心抑制型神経調節性失神と診断された。交通事故や外傷歴を有する患者の診断としては不整脈関連性が43%、てんかんが29%、非心抑制型神経調節性失神が14%であった。結論: 植え込み型ループレコーダーを植え込んだ患者には不整脈に関連した外傷の割合が多い。

cryoballoon ablationによる食道潰瘍とダビガトラン起因性食道潰瘍が鑑別困難であった発作性心房細動の1例

仙台市立病院

○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、青木 恒介
鈴木 啓資、井筒 琢磨、倉島 真一、八木 哲夫

50代女性、発作性心房細動に対して施行されたCryoballoon ablation翌日に胸痛を訴えた。術後3日目の上部消化管内視鏡検査にて中部から下部食道に白色調の粘膜肥厚認め、6日後には病変は縮小し症状も消失した。術前2日前にエドキサパン60mgをダビガトラン300mgへ変更し術中はヘパリンを使用した。合併症のないことを確認し術後2日目にエドキサパンに再度変更した。ダビガトランは直接トロンビン阻害作用を持つ新規経口抗凝固薬(以下DOAC)であり拮抗薬が販売されている唯一のDOACであり術前に変更することがある。ダビガトラン服用後に胸痛を伴う食道粘膜障害の報告があるが本症例では術後に症状が出現しており、臨床経過からはアブレーションによる食道粘膜障害と鑑別が困難であった。既存の報告と比較し文献的考察を行った。

クライオバルーンによる右上肺静脈隔離中に上大静脈電位の遅延を認めた一例

仙台市立病院 循環器内科

○寺嶋 祥、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、佐藤 舞、井筒 琢磨
倉島 真一、伏見 八重

【症例】55歳男性【現病歴】54歳時に動悸あり近医にて発作性心房細動を指摘、アブレーションの目的で入院となった。クライオバルーンにて肺静脈隔離を施行、右上肺静脈(RSPV)の隔離中に、上大静脈(SVC)電位の時相遅延を認めた。4本の肺静脈隔離後、SVC隔離を施行しようとしたところSVC電位は前側壁にのみ認められ同部へのカテーテル刺激でbump現象によりSVCが隔離された。再発を認めたため同部位への通電を行い手技終了とした。術後2か月で心房細動の再発は認めていない。【考察】RSPVへのCryo-Ablation中、SVC電位の隔離を認めた症例も報告されており。本症例も、RSPVへの冷却により右房-SVC伝導に影響を与えたものと考えられた。

本学における医学科初年次生への心エコー実習・OSCEの試み

¹秋田大学 医学教育学

²秋田大学 総合地域医療推進学講座

³秋田大学 循環器内科学

○新保 麻衣¹、佐藤 和奏²、渡邊 博之³、長谷川 仁志¹

【目的】これからの医学教育では基礎と臨床を統合教育することが重要視される。本学では基礎医学を学ぶ前の初年次で心エコー(TTE)実習とOSCEを実施しているため報告する。【方法】対象は初年次生124名。e-learningを用いてTTE各断面像の名称、描出方法を事前に自己学習させた。実習前小テスト後、5人組でTTE実習を計3回行った。OSCEでTTE手技を評価し、アンケートを行った。【結果】e-learningで自己学習してきたのは86名(70%)。実習前小テストは、平均9.3点(18点満点、最高点18点、最低点1点)とばらつきがあった。OSCEは116名が合格。アンケートでは、TTE実習で学習意欲が向上したとの回答が得られた。

【結語】初年次からのTTE実習は医学学習への意欲向上に有用であった。自己学習だけでなくテストを併用した学習が必要と考えられた。

肺静脈切除後に発症した発作性心房細動に対して冷凍凝固バルーンを使用し隔離できた1例

仙台市立病院

○倉島 真一、鈴木 啓資、伏見 八重、井筒 琢磨
鈴木 舞、青木 恒介、佐藤 英二、中川 孝
佐藤 弘和、山科 順裕、三引 義明、石田 明彦
八木 哲夫

症例は61歳女性。38歳時に縦隔嚢腫の治療のため、左肺上葉切除を施行された。2018年5月にかかりつけ医で発作性心房細動を指摘され、ピソプロロール、ビルシカイニドで加療開始となった。ビルシカイニド内服下でも動悸が頻回のためカテーテルアブレーションが行われた。左肺上葉が切除されていたが、3DCT画像から冷凍凝固バルーンでの治療が可能と判断した。冷却前の左上肺静脈近位端には電位を認めたため、冷却し前庭部の電位は消失した。他の3本も隔離に成功し手技終了とした。以降薬物不要となり、動悸発作なく経過されている。肺切除後の心房細動発症は、手術の合併症として知られており、高周波カテーテルでの加療の報告は散見するが、冷凍凝固バルーンでの加療の報告は少ないため報告する。

CARTOを使用した非肺静脈起源心房細動に対するマッピング法の工夫

仙台厚生病院 循環器内科

○富樫 大輔、箴井 宣任、須知 太郎、大友 達志
目黒 泰一郎

心房細動(AF)に対するアブレーションにおいて非肺静脈trigger(Non-PV)の焼灼可否は治療成績に影響する。しかし、電氣的除細動(CV)直後にnon-PV出現とともにAFに移行する症例においては頻回のCVが必要になり、CV直後の心房dull potentialの存在、reference catheterの不安定性、心室波のオーバーラップなどの問題から3D mapping systemを用いた通常のマッピングは困難で治療に難渋する。この場合でもCARTOシステムにおいてPentaRay catheterを用いたマッピング法とreferenceの工夫を組み合わせる事で、効率的なNon-PV起源同定が可能となる。CARTOを用いたNon-PVアブレーションにおける当院の工夫について症例を提示し、報告する。

上大静脈頻拍がドライバーであった発作性心房細動の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 薫、下川 宏明

症例は76歳、女性。発作性心房細動(PAF)に伴う徐脈頻脈症候群からめまいと最大4.1秒の洞停止を認めたため、今回PAFに対するカテーテルアブレーションの方針となった。通常通りに肺静脈隔離術を施行した後、上大静脈(SVC)からの期外収縮が頻回にみられたことに加え、期外収縮からAFに移行する所見が再現性をもって認められたため、SVC隔離術も追加した。SVC隔離術後に心臓全体のAFは停止したものの、電気的に隔離されたSVC内でのみAFが持続する所見を認めた。本症例において、SVCはAFを維持する機構(Driver)の役割も有していたと考えられた。SVCがTriggerのみでなく、Driverとしての役割を有するという報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

全身性エリテマトーデスに合併した不適切洞頻脈に対してsinus node modificationを施行した1例

¹岩手県立釜石病院 内科・循環器科²岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野○芳沢 礼佑¹、山屋 昌平¹、永田 恭平¹、川上 幹夫¹
小島 香²、中村 真理絵²、梶田 房紀²、大和田 真玄²
小松 隆²

症例は33歳、女性。16歳時に全身性エリテマトーデス(SLE)を発症。主訴は動悸発作。12誘導心電図では洞性頻脈を認め、ホルター心電図でも心拍数71-156拍/分、平均心拍数103拍/分の洞性頻脈を認めた。明らかな内分分泌疾患や神経原性の基礎疾患は否定的であり、心エコー上も弁構造物や左室機能に異常を認めなかった。不適切洞頻脈(IST)を疑い、薬物治療抵抗性であったためアブレーションを施行した。β刺激薬ならびに遮断薬による心拍調節を行い、EnSite systemによる洞結節のマッピングを施行した。高心拍数調律部位のEarliest activation siteとBreakout site(B0)を同定し、同部のB0に対して通電を施行したところ、術後最大心拍数は125拍/分に低下し、自覚症状の改善が得られた。今回、我々はSLEに合併したISTの治療例を経験したため報告する。

His 束近傍右側中中隔副伝導路にクライオアブレーションが奏功した一例

仙台市立病院 循環器内科

○山科 順裕、八木 哲夫、石田 明彦、三引 義明
佐藤 弘和、中川 孝、佐藤 英二、青木 恒介
鈴木 啓資、井筒 琢磨、倉島 真一、伏見 八重

症例は58歳男性。症候性の顕性WPW症候群に対して高周波カテーテルアブレーションを施行した。デルタ波の極性はV1誘導で陰性、QSパターンを示し、副伝導路は中隔起源が推定された。His束近傍の右側中中隔において副伝導路の順伝導、逆伝導ともに早期性が最も良好であり、同部位で低出力から通電を開始した。通電開始直後に副伝導路は離断されたが、明瞭なHis束電位が捉えられ一過性に房室ブロックを生じ、通電を止めると副伝導路は再発した。経過観察中に心房細動(AF with preexcitation)を認め、クライオアブレーションによる2回目の治療を実施した。肺静脈隔離後、クライオカテーテルを用いて1回目のアブレーションと同じ右側中中隔で副伝導路に対して冷凍凝固を実施した。結果、房室伝導に障害を与えることなく副伝導路の根治に成功した。

2種類の頻拍が誘発された複数副伝導路の1例

仙台市立病院 循環器内科

○鈴木 啓資、石田 明彦、倉島 真一、伏見 八重
井筒 琢磨、佐藤 舞、佐藤 英二、中川 孝
佐藤 弘和、山科 順裕、三引 義明、八木 哲夫

症例36歳の男性。小学生の頃に顕性WPW症候群と診断された。他院にてカテーテルアブレーションを施行されたが根治されず、36歳時当院紹介となった。心電図で180/minのwide QRS頻拍を認めた。電気生理学的検査では、脚枝間リエントリーから誘発される160/minの軸変位を伴わないnarrow QRS頻拍(NT)と、PACから誘発される臨床的に認められた波形と同様の190/minの右軸偏移、右脚ブロックを示すwide QRS頻拍(WT)がみられた。房室結節(AVN)の逆伝導はみられず、中隔副伝導路(SAP)には順伝導・逆伝導を認め、左側副伝導路(LAP)には順伝導のみ認められた。NTはAVNを順伝導、SAPを逆伝導し、WTはLAPを順伝導、SAPを逆伝導したものと診断された。複数副伝導路頻拍の診断は困難なことが多いが、本症例は電位の詳細な解析により診断することができた。

偽性アルドステロン症による心室細動を合併した徐脈性心房細動に対してセレクトセキアを留置した一例

山形大学 第一内科

○横山 美雪、田村 晴俊、沓澤 大輔、大瀧 陽一郎
土屋 隼人、青野 智典、高橋 徹也、橋本 直明
石垣 大輔、成味 太郎、和根崎 真大、加藤 重彦
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎
渡邊 哲、渡辺 昌文

症例は87歳女性。徐脈性心房細動で近院Aに通院しており、ペースメーカー植込みを考慮されていた。X年8月中旬、感冒で近医Bを受診し漢方薬3剤を処方された。8月下旬、意識消失し当院へ救急搬送された。生化学検査で低カリウム血症を認め、心電図で徐脈性心房細動に加えてQT延長、心室性期外収縮頻発を認めた。R on Tによる心室細動を疑い高頻拍ペーシングによる抑制を図った。しかし、両心房ともに著明に拡大しており、体外式ペースメーカーの留置に難渋し、更には第2病日に脱落した。Torsade de Pointesから心室細動を来したが電氣的除細動で対処した。カリウム補正により、QT間隔は正常化した。第9病日にセレクトセキアを用いて恒久的ペースメーカー植込み術を施行した。著明な心房拡大例においてセレクトセキアが有用であった症例を経験した。

最早期興奮部位と異なる場所の通電で治癒しえたATP感受性心房頻拍の一例

米沢市立病院

○平 カヤノ、上北 洋徳、渡辺 達也

背景: ATP感受性心房頻拍の最早期興奮部位は房室結節近傍に見られることが多く、リエントリー回路のエントランスは冠静脈入口部、三尖弁輪、僧帽弁輪などにあると報告されている。今回、Yamabe/Okumuraらが提唱したエントレインをガイドにした焼灼方法をもちい、遅延伝導部位のエントランス近傍を焼灼することにより頻拍を治癒できた症例を経験したので報告する。症例: 60歳女性。心房高頻度刺激で房室解離を伴う心房頻拍を認めた。マッピングにて最早期興奮部位はHis束近傍であり、アデノシン4mgで頻拍は停止した。頻拍中にHis束心電位が順行性にエントレインされる部位から最早期興奮部位へ向かって通電し、His束から1.5センチ離れた三尖弁輪の前壁の通電8秒で頻拍は停止した。本法によりHis束への影響を回避することができる。

31

Reversed U curve technique を用いて焼灼に成功した肺動脈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

○瀧澤 菜、上岡 正志、金城 貴士、天海 一明
松本 善幸、脇岡 奈保子、八巻 尚洋、竹石 恭知

症例は 69 歳男性。1 年前より脈の不整を自覚していた。検診にて心室性期外収縮を指摘され、近医受診。ホルター心電図にて 28% の PVC burden を認めカテーテルアブレーション目的に当院へ紹介となった。Clinical PVC は R in II 2.8mV, R in III 3.3mV と高電位を認め、移行帯は V3 であった。3D マッピングシステムを用いて起源を検索したところ肺動脈弁直下に最早期電位を認め、同部位での良好なペースマップを得られた。しかしカテーテルの固定に難渋認め右室造影を行い肺動脈走行を確認した後に Reversed U curve technique を用いたところ安定したカテーテル操作が可能となった。引き続きアブレーションを行い、Clinical PVC の治療に成功した。

33

心腔内エコーが有用であった流出路起源心室期外収縮の一例

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

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

61 歳女性。頻発性心室期外収縮 (PVC) に対してアブレーションを施行した。PVC1 (左脚ブロック、下方軸) は右室流出路 (RVOT) anterior attachment が最早期興奮部位 (EAS) で、PVC onset に 21ms 先行し、通電により PVC1 は消失した。しかし間もなく波形の似た PVC2 が出現した。PVC2 の EAS は PVC1 焼灼部より後方で、EAS へ通電したが無効であった。心腔内エコー (ICE) で観察したところカテーテル先端の接触が不十分であり、ICE ガイド下にマッピングを追加したところ EAS は RVOT の右冠尖-左冠尖接合部対側で、PVC onset に 36ms 先行し、通電により PVC2 は消失した。ICE が解剖の把握および心筋へのコンタクト確認に有用であった。

35

LV summit 起源の心室頻拍で心機能が低下したと考えられた一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院

○増田 大晃、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 歳代男性。労作で息切れを自覚し近医を受診。ホルター心電図にて心室頻拍と VPC が 4 万発以上と頻発しており当科紹介。左室流出路起源の VPC を認め、心エコー検査では左室駆出率が 30% 台に低下していた。β 遮断薬と ACE 阻害薬の追加で症状はやや軽快したが精査加療のため当科に入院。冠動脈造影では高度狭窄はなく、左室造影では全周性の壁運動低下を認めた。CARTO で mapping を行ったが冠静脈洞の遠位部が最早期であり、pacemap もほぼ一致。左室心内膜側から 40W 設定で通電を行ったところ約 10 秒で VPC 消失し LV summit 起源と考えられ、周囲を追加通電し左室心筋生検を行った終了した。アブレーション後も不整脈の再燃なく経過しており、今後心機能の経過をみていく方針である。

32

ステロイド治療慢性期に房室伝導が改善した心サルコイドーシスの一例

日本海総合病院 循環器内科

○禰津 俊介、枝村 峻佑、小林 祐太、門脇 心平
菊地 彰洋、桐林 伸幸、佐藤 陽子、近江 晃樹
菅原 重生

症例は 50 代女性。徐脈を指摘され、当科紹介となった。心電図上は HR 45/分の完全房室ブロックであった。FDG-PET、心臓 MRI の所見から、心サルコイドーシス (臨床診断群) と診断した。労作時息切れを自覚していたため、ペースメーカー植え込み後に、プレドニゾン 30mg 内服によるステロイド治療を開始し、以後 5mg ずつ漸減していた。ステロイド開始 6 か月後の FDG-PET ではリンパ節・心筋への集積が消失していた。ステロイド開始から 23 か月後のペースメーカーチェックでは房室伝導が改善していた。心サルコイドーシスでは、ステロイド治療後に房室伝導が改善する症例が報告されているが、改善する時期や関連する因子について、過去の報告と当院での自験例をまとめながら報告する。

34

リード破損を生じながら抜去に成功した、長期留置ペースメーカー感染症例

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 薫、林 秀華、下川 宏明

症例は 65 歳男性。1997 年、他院にて房室ブロックに対してペースメーカー (PM) 植え込み術施行。2017 年ころから PM 植え込み部の疼痛を自覚するも受診せず。2018 年 9 月前医受診、デバイス感染が疑われ、加療目的に当科紹介。発熱はなく、ポケット感染が疑われ、システム全除去の方針。エキシマレーザーを用いてリード抜去を施行。リード先端の右室への癒着が高度であったが、抜去に成功。抜去したリードを観察すると、シース先端、途中には多くの肉芽組織が付着していた。また、リング電極付近でポリウレタンは壊れており、そこからはコイルが露出していた。長期留置リードの抜去に際しては、リード破損のリスクがあり得ると言われているが、実際にリード破損を生じながら抜去しえた一例を経験したため、報告する。

36

当院に於ける高位右室中隔ペースメーカーの予後の検討

山形県立河北病院内科

○見沢 達夫、太田 郁郎

2013 年 1 月～2016 年 12 月までの全ペースメーカー手術 126 例を新規植え込み群：新規群 101 例 (全例：高位右室中隔ペースメーカー) と電池交換群：交換群 25 例 (全例：右室心尖部ペースメーカー) に分けて予後の比較検討を行った。新規群は平均年齢 81 歳、心胸比 56%、ペースメーカー率 44%、ペースメーカー QRS 幅 131msec で、交換群は平均年齢 83 歳、心胸比 60%、ペースメーカー率 71%、ペースメーカー QRS 幅 153msec であった。全死亡をエンドポイントとして 2 群で Kaplan-Meier 曲線を描くと、新規群で有意に生存率が良好であった (Log-rank test: P<0.05)。次に、交換群と年齢、心胸比、ペースメーカー率を揃えた新たな新規群 36 例と交換群を比較しても、新新規群の生存率が有意に良好であった (P<0.05)。以上より、高位中隔ペースメーカーは予後の改善に寄与することが示唆された。

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○箄井 宣任、須知 太郎、富樫 大輔、多田 憲生
本多 卓、大友 達志、目黒 泰一郎

心臓再同期療法(CRT)導入後も効果に乏しいノンレスポonderの存在はCRTの課題である。従来のCRTと比較し、レスポンスレート上昇が期待されている左心室多点ペーシング(MPP)機能が搭載されたCRTデバイスが本邦でも使用可能になった。MPPを活かすためには1.左室伝導遅延部位からのペーシング、2.ペーシング閾値良好な離れた2点を確保、3.横隔神経刺激回避が必要になる。当院で2017年10月から2018年9月までCRT植込みを行なった12症例についてMPP設定可能な割合を検討した。術中にペーシングカテーテルで最遅延部位および横隔神経刺激部位を同定し、その後左室4極リードを留置した。123を全て満たす至適部位に左室リードを留置し、MPP設定可能な症例は7/12例(58.3%)であった。術中にマッピングを行っても至適部位でMPP設定可能な割合は高くなかった。

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前大学 不整脈先進医学講座

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

皮下植込み型除細動器(S-ICD)の術前スクリーニングには手動スクリーニング法(MST)とプログラマーを用いた自動スクリーニング法(AST)がある。対象は2018年3月から8月まで当科でS-ICDを植込んだ連続10例(平均年齢54歳、男性7例)。各症例でMST、ASTにおいてパスする誘導を検討した。全例でMSTおよびASTにてスクリーニングをパスした。各誘導(Primary, Secondary, Alternate)のパス率はMSTで30%, 70%, 40%, ASTで70%, 70%, 40%であった。10例中5例はMSTとASTの結果が一致したが、結果の一致しない5例中4例ではASTでパスする誘導数がMSTよりも多く、複数の誘導を選択することが可能となった。ASTはデバイスと同じ基準で至適誘導を選択するとされる。ASTによる至適誘導数の増加はS-ICD適応の拡大と不適切作動の抑制に寄与する可能性がある。

仙台医療センター 循環器内科

○高橋 佳美、江口 久美子、山口 展寛、尾上 紀子
石塚 豪、篠崎 毅

73歳女性。慢性骨髄性白血病に対しポスチニブが開始された。ポスチニブ開始前の心臓超音波検査所見は正常であった。開始4か月後から労作時呼吸苦が出現し、カテーテル検査により前毛細血管性肺高血圧(平均肺動脈圧36mmHg)と診断した。心臓超音波検査では肺動脈収縮期流速加速時間(AcT)は60msecに短縮し、推定平均肺動脈圧は30mmHgであった。肺高血圧と関連する他の疾患を認めないことからポスチニブによる薬剤性肺高血圧を疑い休業したところ、3か月後より症状の改善を認め、AcTは90msecに延長し、推定平均肺動脈圧は23mmHgまで低下した。AcTは平均肺動脈圧と良好な相関を示すことからポスチニブによる肺高血圧症と診断した。ポスチニブによる肺高血圧症の報告は非常に少ないが、労作時呼吸苦を認める場合には考慮する必要がある。

岩手県立中央病院 循環器内科

○山田 魁人、近藤 正輝、泉 聖也、和山 啓馬
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

症例は50代男性。2007年に心不全を発症、前医にて修正大血管転位の診断。2012年に心不全再増悪のため当科へ入院。徐脈性心房細動、重度の僧帽弁逆流、三尖弁逆流をみとめ、僧帽弁置換術および三尖弁輪縫縮術、さらに心筋電極リード、腹部ジェネレーター留置による両心室ペースメーカー植込術を施行した。心筋電極の閾値が高めで経過し、2015年にジェネレーター交換術を施行。2018年にジェネレーター消耗があり、経静脈リードでの両心室ペーシングを行う方針とした。術前に造影CTで機能的左室方向への冠静脈分枝を確認できた。機能的右室および冠静脈洞経路で機能的左室ヘリードをそれぞれ留置した。術前に画像診断で解剖を再評価し、両心室ペースメーカー植込術が可能であった修正大血管転位症術後症例を経験した。

仙台厚生病院 循環器科

○須知 太郎、箄井 宣任、富樫 大輔、松本 崇
目黒 泰一郎

症例は50代女性。拡張相肥大型心筋症を基礎心疾患とする慢性心不全(EF 15%, QRS幅180ms)に対してCRT-D植込みを行なった。冠静脈(CS)造影を行うと側壁枝(LV)入口部に高度狭窄を認め、順行性にワイヤーは不通過であった。代替血管はなく、retrograde approachに変更した。前側壁枝(ALV)を介した側副血路を利用し、逆行性にALV→LV→CS本幹へワイヤーを通過させ、スネアでexternalizationし、マイクロカテーテルを用いて順行性にLVを確保した。左室リードはLV入口部の狭窄を超えないため、バルーンでCoronary Venoplastyを行うと同時に、アンカーバルーンテクニックを用いて子カテを狭窄奥まで進め、左室リード留置に成功した。以降心不全入院なく経過している。難渋症例ではretrograde approachも選択肢となり得る。

¹山形県立新庄病院

²東北大学 循環器内科学

³山形大学 第一内科

○宮本 卓也¹、杉村 宏一郎²、渡邊 哲³、加藤 重彦³
西山 悟史³、横山 美雪³、水戸 琢章¹、奥山 英伸¹
結城 孝一¹、下川 宏明²、渡辺 昌文³

症例は29歳女性。神経線維腫症1型(NF1)、もやもや病(MMD)と診断されている。労作時息切れが増悪し入院となった。平均肺動脈86mmHgと重度の前毛細血管性肺高血圧症を認めた。肺血流シンチで区域性血流欠損を認めたが、CTにて肺動脈内血栓は認めず、末梢性肺動脈狭窄症(PPS)を疑う所見だった。PPSの原因に高血圧性肺動脈炎(TA)を疑ったが、炎症所見はなく、CT上弓部3分枝を含む大動脈に病変は認めなかった。PETCTにて肺動脈に淡い集積を認めたことからTAと診断し、PSLと肺血管拡張薬併用にて自覚症状は改善したが、治療後の平均肺動脈は60mmHgと効果不十分だった。成人発症PPSは稀でその病因は良くわかっていない。近年成人発症PPSとMMDの関連が報告されており、本症は両者の関連を示唆する貴重な症例と考えられ報告する。

43

葉酸欠乏症と高ホモシステイン血症を伴い肺血栓塞栓症を発生したアルコール依存症の一例

山形市立病院済生館 循環器内科

○金子 一善、屋代 祥典、中田 茂和、宮脇 洋

症例は40歳台男性。アルコール依存症で精神病院入院中、胸痛、呼吸困難、血圧低下にて当院へ救急転院搬送。造影CTにて肺血栓塞栓及び下肢静脈血栓と診断。下大静脈フィルター留置後t-PAを投与しバイタル改善。翌日よりリバロキサパン30mg/日を開始し経過良好。各種ビタミン値、プロテインC及びSは正常、抗リン脂質抗体症候群も否定的であったが、血中葉酸値が1.1ng/mlと低値、血中ホモシステインは20.3nmol/mlと高値であり、今回の血栓塞栓症の一因と考え葉酸内服投与を開始した。2週間後の造影CTで肺動脈血栓消失、下肢静脈血栓縮小確認し下大静脈フィルター抜去後退院とした。近年、低葉酸血症に起因する高ホモシステイン血症と血栓症との関連が示唆されており、若干の文献的考察を交え報告する。

45

SMIを用いた新しい血管内皮機能評価法の有用性

秋田大学 循環器内科学

○山中 卓之、佐藤 和奏、須藤 佑太、飯野 貴子
飯野 健二、渡邊 博之

【目的】血管内皮機能評価法としてFMD(Flow Mediated Dilation)が広く活用されているが、煩雑な手技などの方法的な問題から必ずしも一般的に使用されていない。本研究では超低流速血流を定量化できる超音波技術SMI(Superb Microvascular Imaging)を用いて指先の微小血管反応性充血を評価し、SMIの内皮機能検査法としての有用性を検討した。【方法・結果】対象は成人20例、上腕駆血前後で同時にFMDとSMIによる反応性充血を評価した。FMDは血管径の変化率を、SMIは微小小血管床(PMA: Peripheral Microvascular Area)の変化(PMA%)を評価した。PMA%の平均値は駆血前後で17.8%から25%に有意に増大し、PMA%はΔFMDと有意な正の相関を認めた($r=0.42$, $P<0.05$)。【結語】PMA%は血管内皮機能を反映し、新たなモダリティとなる可能性がある。

47

Type 1 心筋梗塞と Type 2 心筋梗塞の予後

仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科

○浪打 成人、川原 翔太、砂村 慎一郎、牛込 亮一
野田 一樹、瀧井 暢

Type1心筋梗塞に比較してType2心筋梗塞の予後が不良であることが報告されている。Universal definitionが提示された2012年以降に当院で加療した初回心筋梗塞連続症例のうち、冠動脈造影施行により判定したType1心筋梗塞481症例とType2心筋梗塞72症例の背景、経過、予後を比較した。Type2心筋梗塞には冠縮63症例、冠塞栓6症例、特発性冠動脈解離3症例が含まれ、Type1症例に比較して若年で冠危険因子の罹患率が低く、来院時状態の重篤度やPeakCK濃度も低く、院内死亡率は低い傾向にあった。しかし平均597日の観察期間で全死亡、急性冠症候群発症、心不全入院いずれもType1とType2心筋梗塞症例に差を認めなかった。過去の報告とは異なり、当院においてType1とType2心筋梗塞症例の予後は同等であった。

44

左心耳内血栓に対する治療ストラテジーとして開胸左心耳閉鎖術を選択した2症例

秋田大学 循環器内科学

○阿部 起実、関 勝仁、田村 善一、小武海 雄介
鈴木 智人、飯野 健二、渡邊 博之

【症例1】49歳男性。慢性心房細動に対して抗凝固療法を施行中に消化管出血を呈し、全身の造影CT撮影で左心耳内の血栓が確認され、脳MRIで無症候性脳塞栓が認められた。抗凝固療法に対する反応性が低く、再発の可能性があることと判断されたことから開胸による心耳閉鎖術を施行することとなった。【症例2】75歳女性。抗凝固療法は未施行の発作性心房細動患者。右上肢の急性動脈閉塞が疑われ、全身の造影CT撮影で左心耳血栓を認めた。可動性に富み、すでに末梢塞栓を呈していることからハイリスクと判断し、開胸による心耳閉鎖術を施行することとなった。左心耳内血栓に対する標準的な治療法としては抗血栓療法が一般的だが、症例によっては観血的な血栓除去を選択する必要があると、当院での経験に文献的考察を加えて報告する。

46

心筋梗塞症例における駆出期の主流軸線の評価

¹東北医科薬科大学病院 循環器内科

²東北医科薬科大学病院 中央検査室

³東北医科薬科大学病院 心臓血管外科

⁴東北医科薬科大学病院 総合診療科

⁵東北大学 大学院 医工学研究科

○長谷川 薫¹、Sri Oktamuliani⁵、中島 博行²、黒川 貴文²
皆川 忠徳³、大原 貴裕⁴、田中 元直¹、西條 芳文⁵
小丸 達也¹

心筋梗塞後の心不全発症予測のため、新たな指標が求められている。Echocardiography(EDG法)はカラードプラの情報から非侵襲的に血流ベクトルを求める方法である。正常11例と前壁梗塞(AMI)8例を対象とし、EDG法を用いて駆出期の左室内の最大速度をプロットした主流軸線を描出し評価した。AMIは発症後3週間以内、6か月後に評価した。主流軸線開始点は急性期では正常と比較し心尖部から離れ(normal: 9.2 ± 6.8 mm, AMI: 30.1 ± 11.2 mm, $p = 0.0011$)、主流軸線上速度分布曲線の最大勾配は正常例で急峻であった(normal: 25.6 ± 8.7 , AMI: 15.1 ± 5.2 , $p = 0.0105$)。壁運動が改善した症例では曲線は正常例と類似した。EDG法により心筋梗塞と正常の血流動態の差異を明らかにすることができた。

48

血管内視鏡にて非狭窄部位に黄色プラークを認めた虚血性心疾患の2症例

秋田大学 循環器内科学

○加藤 宗、小武海 雄介、佐藤 輝紀、関 勝仁
鈴木 智人、飯野 健二、渡邊 博之

症例1: 20歳代男性、2015年朝に胸痛を自覚し当院へ搬送。急性冠症候群として緊急カテーテル検査を施行。右冠動脈Seg1の完全閉塞を認め血栓吸引後にステント留置を行った。血管内視鏡による評価では、責任病変において黄色プラークを認め、さらに末梢の非狭窄部位にも黄色プラークを認めた。症例2: 40歳代男性、2016年に安静時の胸痛を主訴に当科受診。不安定狭心症として冠動脈造影を施行。Seg7に中等度狭窄を認め、Ach負荷試験では左冠動脈に高度の冠縮を認めた。狭窄部位のFFRは0.78であり至適薬物治療を行った。9か月後の冠動脈造影では、狭窄部位の改善を認めるものの末梢の非狭窄部位に黄色プラークを認めた。血管内視鏡にて非狭窄部位に黄色プラークを認めた虚血性心疾患の2症例についてLDL-Cの治療目標に着目して報告する。

49

多枝攣縮が誘発なしにドキュメントされ、異なる動脈硬化の形態を呈した院外心停止蘇生例の一例

東北大学 循環器内科学

○菊地 翼、土屋 聡、三木 景太、進藤 智彦
池田 尚平、長谷部 雄飛、相澤 健太郎、羽尾 清貴
白戸 崇、中野 誠、松本 泰治、高橋 潤
坂田 泰彦、下川 宏明

症例は 67 歳男性、高血圧でアムロジピン内服中。5 月某日朝に自宅で倒れ、救急要請。救急隊接触時は心静止、胸骨圧迫により心拍再開。某病院へ搬送され、全身状態改善後、原因精査のため当科紹介。冠動脈造影の穿刺前から前胸部誘導で変動する ST 上昇を認め、#2 90%、#7 99%であった。ISDN 投与後にいずれも 50%に改善、右冠動脈は脂質性、左前下行枝は石灰化を伴う線維性プラークであった。電気生理検査では洞機能と房室伝導は正常、VF は誘発されず。入院中モニターではベニジピン導入後も胸痛時に ST 上昇と 2:1 房室ブロックがみられ増量。ペースメーカー植込後に退院した。他枝攣縮、器質的狭窄部位の攣縮は冠攣縮性狭心症の予後不良因子であり、今回自然に攣縮した 2 枝が異なる形態を呈した例を経験したため報告する。

51

診断に難渋した心タンポナーデの一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○藤原 純平、佐々木 健太、二宮 亮、新山 正展
肥田 頼彦、下田 祐大、森野 禎浩

症例は 65 歳女性。胸部圧迫感を自覚した数日後に動悸症状の後意識消失し救急要請。現着時心肺停止状態であり蘇生を開始。心拍再開するもショック状態であり前医へ搬送。血性心嚢液貯留を認め、心タンポナーデの疑いで心嚢穿刺後に当院搬送。明らかな心筋梗塞や大動脈解離所見を認めず保存的に加療し入院後経過は良好。慢性期に冠動脈造影を施行し、冠動脈に有意狭窄認めず鈍角枝の抹消に 2mm 程度の pooling を認め冠動脈瘤と診断。瘤破裂による心嚢液貯留の可能性が高いと考えコイル塞栓術の方針。数か月後の手術時に再度冠動脈造影を施行すると、造影剤の pooling は消失。最終的に、回旋枝の心筋梗塞による心破裂と診断し保存的加療の方針。今回、診断に難渋した心タンポナーデの一例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

53

薬剤溶出性ステント閉塞を認めた急性心不全の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○羽金 裕也、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

症例は 70 歳代男性。H29 年 7 月下旬、急性冠症候群の診断にて緊急心臓カテーテル検査施行。左主幹部の完全閉塞を認め、左前下行枝から左主幹部にかけて薬剤溶出性ステント (DES) 2 本を重ねて留置した。術後心不全加療に難渋するも第 34 病日独歩で退院できた。退院後は当科外来に通院加療していた。H30.2 月上旬、就寝中突然の呼吸不全状態となり当院救急搬送となった。胸部 X-p で心陰影拡大、両側肺水腫が確認された。急性心不全の診断で同日当科入院となった。入院後の加療で心不全は徐々に改善傾向を認めた。第 18 病日心臓カテーテル検査施行したところ、seg.7 のステント内から完全閉塞を認め、同部位に対しての PCI に移行した。バルーンでステント内を拡張した。今回我々は DES 閉塞を認めた急性心不全の一例を経験したので、ここに報告する。

50

心室中隔穿孔で搬送された急性下壁心筋梗塞の一例

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 第一内科

³山形大学 第二外科

○小山 響子¹、成味 太郎²、青野 智典²、横山 美雪²
石垣 大輔²、沓澤 大輔²、加藤 重彦²、浜崎 安純³
貞弘 光章³、渡辺 昌文²

症例は 79 歳女性。深夜に胸部絞扼感、呼吸困難感を自覚したが自宅で経過をみていた。その後も症状は改善せず、翌日早朝当院に救急搬送された。心電図では、前胸部誘導で ST 低下と下壁誘導で ST 上昇を認めた。心臓超音波では、中隔下壁の壁運動低下と心室中隔穿孔を認めた。緊急冠動脈造影では、#3 の完全閉塞と、#1、#6-7、#13、#14 の高度狭窄を認めた。右冠動脈を責任病変とする急性心筋梗塞と、それに伴う心室中隔穿孔と診断した。同日、穿孔部パッチ閉鎖術と冠動脈バイパス術が施行された。心室中隔穿孔は、前壁中隔梗塞または下壁梗塞に合併することが知られているが、下壁梗塞での発症頻度は極めて低く、予後や手術成績も不良である。今回、下壁梗塞に合併した心室中隔穿孔の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

52

心破裂合併の急性心筋梗塞に対し待機的血行再建後に遅発性再破裂を起こした 1 症例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座

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

症例は 70 代男性、めまい、ふらつきで前医を受診し、発症 3 日後の急性心筋梗塞として当院へ紹介となった。心電図では完全房室ブロックによる徐脈と II、III、aVF の ST 上昇あり、心エコーでは後壁の運動低下と心嚢液貯留を認めた。冠動脈造影では左回旋枝 LCx#13 の完全閉塞があり心破裂合併の AMI と診断したが、発症 24 時間以上経過し、バイタル安定していたため保存的治療の方針となった。全身状態改善後の MRI では後壁は心室瘤となっていた。約 3 週間後に LCx へ経皮的冠動脈形成術を施行し退院されたが、約 2 か月後に心室瘤再発からの心タンポナーデで緊急搬送され、緊急心室瘤切除術を施行し救命し得た。早期再血行再建を行えなかった心破裂合併 AMI 症例に対し、待機的に PCI を行った結果、遅発性心破裂を発症した症例を経験したため報告する。

54

バルデナフィル内服後に発症した急性心筋梗塞の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○須藤 一達、水上 浩行、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴

5 型ホスホジエステラーゼ (PDE-5) 阻害剤は、死亡例を含む心筋梗塞等の重篤な心血管系等の有害事象が報告されているが、その数は少数であり、機序もいまだ明らかではない。症例は 40 歳代男性、主訴は胸部痛。高血圧の内服加療をされていた。2018 年 7 月下旬、自己輸入のバルデナフィルを 1 錠内服後に今まで感じたことのない胸部痛を自覚。持続するため同日救急要請し、当院へ救急搬送された。心電図で胸部誘導の ST 上昇を認めたため STEMI の診断で緊急心臓カテーテル検査を行ったところ左前下行枝近位部に完全閉塞病変を認め、血栓吸引後に薬剤溶出性ステントを留置した。今回我々は PDE-5 阻害剤内服後に急性心筋梗塞を発症した症例を経験したので報告する。

55

腹痛を主訴とし上腸間膜動脈虚血に後壁冬眠心筋を合併した透析患者の一例

雄勝中央病院 内科・循環器科
○松田 健一

症例は66歳女性。非糖尿病性末期腎不全で透析歴15年。透析中の血圧低下に伴う腹痛を主訴に頻回に救急受診したが原因が不明。腹痛下で多列検出器CTを用いた腹部造影検査を行ったところ、再構成画像で上腸間膜動脈に石灰化を伴う75%狭窄像を認め、血圧低下による一過性虚血が腹痛の原因と判断。以後血圧低下に留意し症状は軽減。定期心臓超音波で新たに後壁の壁運動低下を認め、冠動脈造影を行ったところ左冠動脈回旋枝に90%狭窄を確認。救急受診時の心電図上のST-T変化やQ波は見られず、採血でも心筋逸脱酵素の上昇はなし。腹痛の原因として一過性的上腸間膜動脈虚血だけでなく、回旋枝領域の虚血も合併していた可能性が示唆。後壁の収縮力低下は長期間の虚血による冬眠心筋が推定された。

57

SAPHO症候群に合併した冠動脈3枝病変に対してCABGを施行した一例

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 第一内科
³山形大学 第二外科
○三浦 崇裕¹、成味 太郎²、橋本 直明²、加藤 重彦²、
有本 貴範²、浜崎 安純³、貞弘 光章³、渡辺 昌文²

症例は57歳女性。SAPHO症候群(掌蹠膿疱症性関節炎)で皮膚科・整形外科にて外来加療中に、労作時の動悸・胸部違和感を自覚し紹介となった。トレッドミル運動負荷試験で虚血反応陽性であった。頻回の胸部症状の訴えと運動負荷陽性から入院精査の方針となった。冠動脈造影でLCx慢性完全閉塞を含む3枝病変を認め、外科的治療の方針となった。過去の報告から、術中のグラフトデザインの変更も予め考慮した上でCABGを施行した。LITA及びRITAと、胸骨柄との癒着が高度であり剥離に難渋したが、無事手術を終了している。術後経過は良好であり、狭心症状は改善した。SAPHO症候群に合併した冠動脈疾患に対してCABGを施行した例は極めて稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

59

大動脈基部に限局した炎症により、冠動脈起始部高度狭窄を来した高安動脈炎の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座
○市村 祥平、瀧澤 菜、安藤 卓也、金城 貴士
國井 浩行、竹石 恭知

症例は18歳女性。労作時の胸部不快感を主訴に近医を受診し、心電図ではI, aVL, V2-4でST低下、Holter心電図では胸部症状の出現と一致したST低下が認められた。冠動脈CTでは両側冠動脈起始部の高度狭窄が認められ当院紹介となった。当院で施行した冠動脈造影検査では#1os 90%、#5os 90%であった。来院時の採血では炎症反応の上昇が見られ、18F-FDG PET/CTでは大動脈基部に限局した集積亢進を認め、高安動脈炎と診断した。狭心症に対して抗血小板薬、β-ブロッカー、硝酸薬、スタチン、ニコランジルを開始し、高安動脈炎に対してはPSL40mgから内服を開始し、トシリズマブ、メトトレキサートの併用で炎症は改善傾向となった。軽労作では狭心症状なく経過した。高安動脈炎は比較的高齢な患者であるため、若干の文献的考察を交えて報告する。

56

ワルファリン休薬1ヶ月後に血栓閉塞による心筋梗塞を再発した一例

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(循環器内科)
○菊田 寿、小丸 達也、熊谷 浩司、中野 陽夫
菅井 義尚、山家 実、亀山 剛義、関口 祐子
長谷川 薫、住吉 剛忠

症例は50歳代男性。2018年5月某日午前4時頃から心窩部痛が持続。翌日の午前2時頃から冷汗も伴ったため、当院に搬送された。心電図でST上昇を認め、緊急冠動脈造影検査を施行。拡張を有する右冠動脈遠位部(#3)に血栓閉塞を認め、引き続きPCIを施行。血栓吸引を試みたが、吸引できず、3.0mmバルーンで拡張。#4PDへの血流は確保できたが、#4PDにはワイヤーが通過せず、閉塞のまま手技を終了した。患者は2005年9月に心筋梗塞の既往があり、同部位に血栓閉塞を起こしていた。ワルファリンを導入し、継続していたが、2018年4月に休薬されていた。今回冠動脈拡張を有し心筋梗塞の既往のある患者が、ワルファリン休薬一ヶ月後に心筋梗塞を再発したため、これを報告する。

58

IgG4関連疾患に合併した冠動脈病変を血管内超音波検査で観察し得た一例

弘前大学 循環器腎臓内科学講座
○山崎 堅、遠藤 知秀、川村 陽介、野坂 匡史
西崎 史恵、澁谷 修司、花田 賢二、横田 貴志
富田 泰史

症例は78歳男性。10年前に急性下壁心筋梗塞を発症し当院で経皮的冠動脈形成術を施行された。その後IgG4関連リンパ節炎を発症し、近医にてステロイドによる加療が開始された。ステロイドへの反応性は比較的良好であり悪化なく経過していた。CT検査で以前は認められなかった右冠動脈の拡張と冠動脈壁の肥厚を指摘され、精査目的に当科へ紹介となった。心臓カテーテル検査を施行したところ、冠動脈造影では10年前と比較して右冠動脈に数珠状の拡張病変を認めた。右冠動脈に血管内超音波検査(IVUS)を施行したところ、10年前と比較してびまん性の血管内の拡張と血管周囲の線維化と思われる広範なlow echoic areaを認めた。IgG4関連疾患に合併した冠動脈病変をIVUSで観察し得た稀な一例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

60

IVCフィルター留置のため、腋窩動静脈でPCPSをスタンバイしTAVIを施行した超高齢女性の1例

山形県立中央病院
○永井 貴之、福井 昭男、木下 大資、佐々木 真太郎
大道寺 飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、松井 幹之
矢作 友保

【症例】90歳台女性【既往歴】心房細動、高血圧症、深部静脈血栓症(DVT)【現病歴】有症候性の重症大動脈弁狭窄症に対して経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)の方針とした。低心機能のため経皮的心肺補助(PCPS)が必要となる可能性が高いと考えられたが左腸骨動脈の狭窄を認め、またDVTに対するIVCフィルターが留置されており、大腿アプローチによるPCPS導入は困難であった。代替手段として腋窩動静脈にシースを挿入しPCPSスタンバイでTAVIを施行、幸いPCPSが必要な事態にはならなかった。【結語】下肢動脈狭窄やIVCフィルター留置などが原因で大腿アプローチによるPCPS挿入が困難な患者において、腋窩動静脈からのPCPSは選択肢の一つとなりうると思われた。

61

当院における外科生体弁機能不全に対する経カテーテルの大動脈弁置換術 (TAV in SAV) の経験

仙台厚生病院 循環器内科

○野村 文紘、多田 憲生、遠田 佑介、水谷 有克子
田中 綾紀子、箆井 宣任、松本 崇、堀江 和紀
伊澤 毅、宗久 雅人、櫻井 美恵、本多 卓
大友 達志、井上 直人

2018年7月より外科生体弁機能不全に対するTAVIが保険適応となった。今回、2例の本治療を報告する。1例目は73歳女性。2016年にASに対しSAVR (CEPmagna#19)を施行されたが、本年に感染性心内膜炎に伴いAVAi 0.37と弁機能不全を来した。EvoluR 23mmを留置しEOAi 1.06と血行動態は改善し、心不全症状も改善して術後第8日に退院した。2例目は79歳男性。2010年にASとMSに対してMosaic Ultra #21とMosaic# 25によるDVRを施行されたが、慢性的な弁機能不全により中等度経弁逆流と重度AS (AVAi 0.52)を来した。EvoluR 23mmを留置し心不全症状の改善を得て術後第7日に退院した。退院時EOAi 0.72であった。再開胸による弁置換術は高侵襲であり、本治療は外科生体弁機能不全に対する有用な治療選択肢であることが示唆され、文献的考察を加えて報告する。

63

三尖弁との鑑別に心臓超音波およびTAVI-CTが有用であった二尖弁の症例

慶應義塾大学病院

○福田 芽森、板橋 裕史、白川 公亮、遠藤 仁
鶴田 ひかる、村田 光繁、林田 健太郎、福田 恵一

大動脈二尖弁症例は、若年者の大動脈弁閉鎖不全症 (AR) や大動脈弁狭窄症 (AS) の原疾患として重要である。近年、大動脈二尖弁症例のARに対する形成術やASに対するTAVI (経カテーテル大動脈弁置換術) が実施されるようになり、二尖弁と三尖弁を鑑別することや、二尖弁の診断のみならず、rapheや交連部の有無を基にしたタイプ別分類を正確に判定することが、その治療戦略において重要視されている。また、画像診断技術の進歩により従来三尖弁と考えられていた症例の中にもある一定数二尖弁症例が含まれている可能性がある。今回、心臓超音波検査及びTAVI-CTが二尖弁と三尖弁症例の鑑別に有用であり、二尖弁と適切に診断することで良好な治療成績を得た症例を基に、二尖弁に対する診断の重要性と治療戦略を報告する。

65

大動脈側周囲縁完全欠損を伴う二次孔心房中隔欠損に Figulla FlexII 閉鎖栓で治療した5例の検討

¹岩手医科大学 臨床検査医学講座・循環器医療センター

²岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

³岩手医科大学 小児科学講座

○田代 敦¹、上田 寛修²、芳沢 美知子²、熊谷 亜希子²
二宮 亮²、中島 祥文²、高橋 信³、小山 耕太郎³
森野 禎浩²

Amplatzer ASD 閉鎖栓は、大動脈側周囲縁完全欠損 (Ao bald) 例では心穿孔リスクが高くなり、治療は選択され難かった。最近のFigulla FlexII 閉鎖栓 (FSO) は心穿孔リスクが少なく、Ao bald 例にも flared shape での閉鎖が始められている。今回当院にてFSOで治療したAo baldの5例を報告する。女性3例・男性2例、年齢30-78歳、経食道心エコー図 (TEE) での欠損径は平均最大径22mmで、Ao rim以外のrim欠損はなく、全麻下TEEガイドで治療した。flared shapeでの閉鎖栓サイズは、術前TEEでの欠損径とstop flow balloon径から決定した。結果は、閉鎖栓サイズは欠損径より平均で+7.5mm (7~8mm) 大きかった。5例とも合併症なく経過している。Ao bald症例において、FSOを用いてflared shapeで閉鎖するには、欠損径より7~8mm大きな閉鎖栓を選択する必要がある。

62

大動脈四尖弁に対する経カテーテル大動脈弁留置術を施行した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 臨床検査医学講座

³岩手医科大学 心臓血管外科

○芳沢 美知子¹、田代 敦²、熊谷 亜希子¹、二宮 亮¹
坂本 翼¹、中島 祥文¹、石川 有¹、鎌田 武³
房崎 哲也¹、金 一³、森野 禎浩¹

症例は80歳代女性。非ST上昇型心筋梗塞、うっ血性心不全を発症し、前医入院。経胸壁心エコー図検査において、高度大動脈弁狭窄症 (AV peak velocity 4.6m/s, peak PG/ mean PG 86/54mmHg, AVA index 0.36cm²) と中等度大動脈逆流を認め、治療検討のため当科紹介となった。経胸壁心エコー図検査およびCTにおいて、弁尖が均等である大動脈四尖弁と診断。貧血精査の際に大腸癌を認めたことや年齢を考慮し、経大腿アプローチによる経カテーテル大動脈弁留置術を選択した。術前CTによる弁輪面積は369mm²であり、SAPIEN3 23mmを選択し、nominalで留置した。術後の経食道心エコー図検査で弁周囲逆流は認めず、終了とした。大動脈四尖弁は稀な先天性心疾患である。四尖弁に対してTAVIを施行した貴重な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

64

化学療法後心筋症に伴う高度機能性僧帽弁逆流症に対して MitraClip を用い経カテーテル治療を行なった一例

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 心臓血管外科学講座

○中島 祥文¹、熊谷 亜希子¹、二宮 亮¹、佐々木 健太¹
芳沢 美知子¹、田代 敦¹、金 一²、森野 禎浩¹

症例は50代女性、既往に急性骨髄性白血病に対して骨髄移植後、化学療法後、血清クレアチニン3.5mg/dlと高度腎機能障害のある方。心不全症状を呈し、心臓超音波検査にて左室の拡大と収縮能の低下があり化学療法後心筋症による心不全と診断した。経過中に僧帽弁逆流の増悪を認め後尖の tethering による高度機能性僧帽弁逆流であった。侵襲的治療が必要と判断したものの、若年ではあるが並存疾患が多数あり、全身状態を含めて高リスクであるとハートチームで判断し、経カテーテル僧帽弁クリップ術を行なった。クリップ一つで僧帽弁逆流は高度から軽度へ減少し、合併症なく手技終了した。術後自覚症状は軽快し、術後第3病日で自宅退院とした。カテーテル治療が有効であった一例を経験したので報告する。

66

心肥大患者における心臓MRI T1 mapping を用いたファブリー病スクリーニングの有用性

東北大学 循環器内科学

○照井 洋輔、杉村 宏一郎、山本 沙織、建部 俊介

青木 竜男、三浦 正暢、鈴木 秀明、菊池 順裕

佐藤 遥、紺野 亮、下川 宏明

【背景】ファブリー病 (FD) は、 α ガラクトシダーゼAの活性低下により糖脂質がライソゾーム内に蓄積し、心臓を含む多臓器障害を来す。【目的・結果】心臓MRIによるT1mappingを用いてFD患者の心筋の質的評価を行い、心アミロイドーシスなどの心肥大を来す他疾患と比較した。東北大学病院循環器内科にて遺伝子異常によりFDの診断を受けた11例 (平均年齢 51.6 \pm 15.3 [SD] 歳、男/女=1/10) を対象とした。心肥大を呈したFD患者 (N=7) は肥大的でないFD患者 (N=4) に比し、native T1値は短縮しており (1111 \pm 81.2msec vs 1273 \pm 38.3msec)、他の左室肥大患者 (N=8) と比し有意に native T1値の短縮を認めた (1111 \pm 81.2msec vs 1325 \pm 60.5msec, P=0.001) 【結論】FD患者の心筋 native T1値の短縮は心臓病変を反映した結果と考えられ、肥大心臓の鑑別に有用な可能性がある。

67

不幸な転帰をとった Morquio 症候群の 1 例

¹竹田総合病院 初期研修医

²竹田総合病院 循環器内科

³竹田総合病院 心臓血管外科

○湯田 健太郎¹、中村 裕一²、片平 正隆²、横川 沙代子²
三浦 俊輔²、鈴木 聡²、齋藤 正博³、川島 大³

Morquio 症候群は Lysosome 酵素の欠損によるムコ多糖症の一種であり、脊椎後弯、低身長などの骨格病変を主体とする。50 万人に 1 人の頻度と非常に稀な常染色体性劣性遺伝性疾患であり、僧房弁や大動脈弁の肥厚や狭窄をきたす事が知られている。今回 Morquio 症候群による心不全の 1 例を経験したので報告する。症例は 60 代男性で、20 代で右大腿骨手術を受けた際に Morquio 症候群と診断された。2016 年 8 月にうっ血性心不全のため当科入院し、心エコーで重度の大動脈弁狭窄症を認め利尿剤投与で心不全は改善した。手術を検討されたが、リスクが高いため保存的加療の方針となった。2018 年 6 月に再度心不全を発症し当科入院となるも、僧帽弁狭窄症も合併しており、治療に反応せず死亡した。

69

老人性 TTR 型心アミロイドーシスの一例

山形県立中央病院 循環器内科

○木下 大資、福井 昭男、永井 貴之、佐々木 真太郎
大道寺 飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、矢作 友保
松井 幹之

【症例】84 歳 女性【現病歴】201X 年夏頃より労作時呼吸困難を認め、心不全が疑われ当院へ紹介となった。胸部 XP 上胸水貯留と心拡大を認め、12 誘導心電図では低電位の所見であったが、心臓超音波検査では、全周性の高度左室肥大を認めた。利尿剤の内服により心不全は軽快し、原因検索を行った。Tc-PYP は左室に瀰漫性に集積し、造影 MRI で心内膜下に遅延造影を認めた。左室より心筋生検を行い、Congo Red 染色で赤色に染色され、偏光観察にて偏光を有するアミロイド沈着巣を認めた。AL 型や AA 型を疑う所見を認めず、TTR 型と診断した。近年 TTR 安定化薬の有効性が報告されており、今後心不全の状態次第では、導入が検討される症例と思われる。【結語】TTR 型心アミロイドーシスと診断しえた一例を経験した。文献的考察を加え報告する。

71

心房細動による頻脈誘発性心筋症の 1 例

¹公益財団法人 星総合病院

²公益財団法人 星総合病院 循環器内科

○亀岡 英介¹、佐藤 彰彦²、磯松 大介²、黒沢 雄太²
八重樫 大輝²、清水 竹史²、松井 佑子²、坂本 圭司²
清野 義胤²、木島 幹博²、丸山 幸夫²

症例は 42 歳男性で、2018 年 6 月に高度左室機能不全を伴う頻脈性心房細動、心不全の精査加療目的に当院に入院となった。心房細動の発症時期が不明であるため、抗凝固療法を開始後、電気的除細動は待機的に施行する方針とした。ドブタミンとオルプリノン、利尿薬により心不全症状改善し、アミオダロン、ランジオロールにて頻脈も正常範囲内となった。冠動脈造影検査では冠動脈の狭窄は認められず、右室心筋生検でも心機能低下の原因となる器質的疾患の所見は認めなかった。第 13 病日、経食道心エコーにて左心耳内血栓がない事を確認し、電気的除細動により洞調律が得られ、第 19 病日に退院となった。退院後 1 ヶ月後、左室壁運動は正常化していた。上記の経過より頻脈誘発性心筋症と診断した 1 例を経験したため文献的考察も含め報告する。

68

発作性心房細動、洞不全症候群を契機に発見されたトランスサイレチン心アミロイドーシスの一例

青森県立中央病院 循環器科

○赤石 楓、西崎 公貴、鈴木 晃子、館山 俊太
櫛引 基、今田 篤、藤野 安弘

80 代男性。動機と倦怠感を主訴に紹介。ホルター心電図で心房細動と停止時のめまいを伴う約 3 秒の pause と夜間の洞徐脈を認め当科入院。心電図は比較的低電位であり、心臓超音波検査でも全周性に左室肥大を認めた。第 2 病日に右室心筋生検を行い、第 3 病日にペースメーカー植え込み術を施行した。心筋生検からは心筋間質にアミロイド沈着を認め、他院にて免疫染色を追加検討しトランスサイレチン(TTR)の沈着が証明された。不整脈を契機に発見された TTR 心アミロイドーシスであり、最新の治療法も含めた文献的考察を加え報告する。

70

副腎腫瘍摘除により心機能の改善を認めたクッシング症候群合併妊娠の 1 例

東北大学 循環器内科学

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

症例は 35 歳女性。妊娠 35 週 2 日に急性心不全のため当院へ救急搬送された。左室駆出率 29%と全周性の壁運動低下、低酸素血症を認め、挿管下に同日緊急帝王切開を施行し生児を得た。帝王切開後、CT 検査で左副腎に径 30mm の腫瘍を認め、内分泌学的検査にて副腎性クッシング症候群と判明した。心筋生検は非特異的な心筋障害の病理像であり、クッシング症候群に起因する二次性心筋症と判断し、左副腎腫瘍摘除術を施行した。術後 12 か月の心臓カテーテル検査では心内圧は正常化し、心臓 MRI 検査では左室駆出率、左室拡張末期容積、T1 マッピング値はいずれも改善していた。周産期の心不全では内分泌疾患を含めた二次性心筋症の鑑別が重要である。副腎腫瘍摘除により血行動態学的改善が得られた 1 例であり、文献的考察を加え報告する。

72

劇症型心筋炎に対して経皮的人工心臓(IMPELLA)を用いて救命した一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○那須 崇人、木村 優、二宮 亮、新山 正展
肥田 頼彦、下田 祐大、房崎 哲也、伊藤 智範
森野 禎浩

症例は 41 歳男性、発作性心房細動で当院通院中。定期外来通院予定日 1 週間前から発熱、倦怠感、咽頭痛を認めていた。定期外来受診時、全身倦怠感とめまいを訴え、収縮期血圧 70mmHg と wide QRS を伴った完全房室ブロック、左室駆出率の著明な低下を認めた。心筋炎を疑い、緊急冠動脈造影検査を施行し、冠動脈に有意狭窄がないことを確認した。経皮的一次的ペースメーカーと強心薬を併用するも循環動態は安定せず、心原性ショックから離脱得られず経皮的人工心臓(IMPELLA)を右大腿動脈から挿入した。左室駆出率は 20%まで低下したが、肺うっ血・臓器障害は軽微で経過し、心機能の改善と完全房室ブロックから改善を認めた第 6 病日に IMPELLA を抜去し、良好な経過を得た。IMPELLA に関する文献も含めて本症例を考察する。

劇症型心筋炎により不可逆的な完全房室ブロックとなった一例

日本海総合病院 循環器内科

○大野 紘枝、小林 祐太、枝村 峻佑、門脇 心平
禰津 俊介、菊地 彰洋、桐林 伸幸、佐藤 陽子
近江 晃樹、菅原 重生

症例は37歳女性。腹痛と発熱で当院救急外来を受診し、急性腸炎およびDICと診断され入院した。第5病日より完全房室ブロックとなり、当科へ紹介され緊急で体外式ペースメーカーを留置された。心エコーで心嚢液貯留、血液検査でトロポニンT上昇を認めため、心筋炎としてエンドトキシン吸着療法を開始した。しかし、一過性にペーシングに反応しなくなり、壁運動低下も認め、劇症型心筋症と診断し、PCPSおよびIABPを挿入、全身管理を行った。その後壁運動は改善しPCPSおよびIABPを離脱することはできたが、完全房室ブロックは改善しなかったため、恒久的ペースメーカー植込みを行った。術前に撮像した心臓MRIで遅延造影は認められなかった。劇症型心筋炎により不可逆的な完全房室ブロックとなった一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

きのこ中毒を契機に発症したたこつぼ心筋症の一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○佐々木 健太、下田 祐大、那須 崇人、後藤 巖
肥田 頼彦、伊藤 智範、森野 禎浩

症例は80歳女性。家族が採ってきたきのこを家族3人で食べた。2時間後から嘔吐が始まり近医を受診した。きのこを食べた3人に同様の症状があり、きのこ中毒の診断で当院救急外来に紹介搬送された。病歴からきのこ中毒を疑い、対症療法を行った。来院2時間後に症状を確認すると、嘔吐後から胸痛があったことが分かった。心電図変化、経胸壁心エコー図検査で心室中部から心尖部の低収縮、トロポニンI 2356 pg/mLと上昇があり、急性冠症候群を疑い循環器内科に紹介された。緊急カテーテル検査で冠動脈に有意狭窄はなかったが、左室造影で心尖部の無収縮を認め、たこつぼ心筋症と診断した。きのこ中毒を契機に発症したたこつぼ心筋症の報告は稀であり報告とした。

炎症反応改善後に弁破壊の進行した感染性心内膜炎の一例

東北医科薬科大学病院 循環器科

○関口 祐子、山家 実、長谷川 薫、菊田 寿
住吉 剛忠、亀山 剛義、菅井 義尚、中野 陽夫
熊谷 浩司、大原 貴裕、小丸 達也

症例は40歳男性。職業は自衛官。尋常性乾癬、糖尿病で加療中だった。2018年6月某日、脱水症、熱中症の診断で近医入院。その後発熱、左膝関節腫脹が出現し、炎症反応は20台と高値になった。抗生剤にて加療され、炎症反応は改善、一度退院するも、徐々に両下肢浮腫、胸水などの心不全症状が出現し、再入院、当院に紹介となった。来院時BNPは、600台に上昇し、心エコーにて、重度の大動脈弁逆流の所見を認めた。この時点で、発熱等の症状はなく、プロカルシトニン、血液培養、関節液培養は陰性、炎症反応も低下していた。抗生剤の継続投与と濃厚な心不全加療にも関わらず、大動脈弁破壊進行し、心不全コントロール不能となった。準緊急的に大動脈弁置換術となった。3尖中2尖に穿孔を認め、感染性心内膜炎に相違ない所見であった。

たこつぼ症候群を合併した後腹膜膿瘍による敗血症性ショックの1例

¹岩手県立釜石病院 内科・循環器科²岩手医科大学附属病院 循環器医療センター 内科学講座 循環器内科分野○小林 敬正¹、芳沢 礼佑¹、山屋 昌平¹、永田 恭平¹
川上 幹夫¹、那須 崇人²、田口 裕哉²、二宮 亮²
後藤 巖²、中島 悟史²、木村 琢巴²

症例は80歳、女性。既往歴は糖尿病、陳旧性脳梗塞。体調不良後、意識消失しているところを発見され救急搬送となった。検査所見上、白血球とCRPの上昇、心筋逸脱酵素の上昇を認め、空腹時血糖1062 mg/dl、HbA1c12.7%と糖尿病の状態は不良であった。心電図でI、aVL、V1-5の広範な誘導でST上昇を、心エコー図検査で広範囲の壁運動低下を認め、緊急CAGを施行したが、閉塞病変は認めず、たこつぼ症候群と診断された。血圧不安定のためIABPが挿入され、循環動態は改善した。CT検査を施行し、後腹膜に膿瘍を認め、ドレーンを留置。その後は敗血症は改善し、良好な経過を辿り退院に至った。今回、糖尿病の経過中に後腹膜膿瘍を合併する敗血症をきたし、敗血症性ショックを契機にたこつぼ症候群を発症したと考えられる症例を経験したため報告する。

Valsalva洞破裂を来した感染性心内膜炎の1例

¹竹田総合病院 初期研修医²竹田総合病院 循環器内科³竹田総合病院 心臓血管外科○千葉 直貴¹、中村 裕一²、片平 正隆²、横川 沙代子²
三浦 俊輔²、鈴木 聡²、齋藤 正博³、川島 大³

症例は糖尿病の既往のある79歳男性。頸部痛と発熱を自覚し当院を受診したところ、MRIで頸椎化膿性脊椎炎と診断され整形外科に入院となった。抗生剤で加療を開始したが、入院時の血液培養からStaphylococcus lugdunensisが検出され、心エコーで大動脈弁及び右室中隔に疣贅を認めたため、感染性心内膜炎と診断し当科転科となった。抗生剤加療を継続していたが、Valsalva洞破裂をきたしたために、大動脈弁置換術および右心室・Valsalva修復術を施行した。術後も抗生剤投与を継続し合併症なく経過し退院となった。Staphylococcus lugdunensisは黄色ブドウ球菌より組織破壊性が強く、死亡率も高いことが知られているが、Valsalva洞破裂をきたすことは稀であり、良好な経過が得られた貴重な症例と考えられる。

抗菌薬で鎮静化し得た黄色ブドウ球菌による若年感染性心内膜炎の1例

山形県立中央病院

○大道寺 飛雄馬、永井 貴之、木下 大資、佐々木 真太郎
高橋 克明、福井 昭男、玉田 芳明、松井 幹之
矢作 友保

症例は20歳の男性、生来健康であった。来院1週間前から発熱、食思不振を認め、近医受診しアセトアミノフェンで経過観察されていた。症状軽快せず、手指の紫斑や構音障害も出現したため当院救急搬送された。入院後の血液培養では黄色ブドウ球菌が検出され、経食道エコーでは二尖大動脈弁に疣贅を認めた。感染性心内膜炎と診断し抗生剤治療を開始した。(VCM+GEM)入院中脳動脈瘤へのコイル塞栓術を要したが順調に炎症反応は改善し疣贅も消退した。6週間抗生剤を継続し終了した。弁置換術を推奨したものの拒否された。現在は約1年外来で経過観察中であるが再発なく社会復帰されている。若年者の感染性心内膜炎は何らかの器質的心疾患がベースに存在することが多く文献的な考察を踏まえて報告する。

アトピー性皮膚炎と心室中隔欠損症に合併した右心系感染性心内膜炎の一例

¹大原総合病院 臨床研修センター

²大原総合病院 循環器内科

³大原総合病院 総合診療科

⁴福島県立医科大学 循環器内科学講座

○菅原 崇寛¹、大竹 秀樹²、谷 哲也²、佐藤 雅之²
待井 宏文²、菅藤 賢治³、斎藤 修一²、佐藤 崇匡⁴
竹石 恭知⁴

症例は30代、男性。アトピー性皮膚炎、心室中隔欠損症(VSD)にて近医通院中であった。2017年1月に肺炎、菌血症にて当院内科入院、抗生剤投与にて軽快退院。2018年3月に発熱出現、精査加療目的に当院総合診療科入院。血液培養にてMRSAが検出され、胸部CTにて敗血症性肺塞栓を示唆する肺多発浸潤影を認めた。VSDの存在も考慮し感染性心内膜炎(IE)が疑われ当科紹介となった。経食道心エコーで膜様部欠損孔付近に疣贅を疑わず所見を認めた。抗生剤バンコマイシンを継続投与し、経過良好にて当科退院となった。心室中隔欠損閉鎖術を念頭に置いた治療が必要と考え心臓血管外科を併設する病院へ紹介とした。アトピー性皮膚炎、VSDはIE発症の危険因子と考えられているが、その両者が合併した右心系IEの報告は少なく、文献的考察を含めて報告する。

心室中隔欠損症に感染性心内膜炎を合併した1例

星総合病院

○磯松 大介、丸山 幸夫、木島 幹博、清野 義胤
坂本 圭司、松井 佑子、清水 竹史、佐藤 彰彦
八重樫 大輝、黒沢 雄太

症例は31歳女性。既往に幼少期から指摘された心室中隔欠損(VSD)、29歳時の敗血症があり、発熱のため当院受診。心エコーで大動脈弁、心室中隔の右室側に付着する疣贅あり、感染性心内膜炎(IE)と診断しゲンタシン、バンコマイシン、セフトリアキソンを投与した。VSD 12mm、Qp/Qs=2.4だった。血液培養3セットからグラム陽性球菌(streptococcus mitis)が検出され、経食道心エコーで疣贅の増大なきことを確認してゲンタシン、バンコマイシンは中止とした。心臓血管外科に転科し、大動脈弁置換術、心室中隔閉鎖術施行予定とされた。大動脈弁には右冠尖に繊維性肥厚を認めるも明らかな感染徴候も認めなかったため大動脈弁に対する介入は行われなかった。VSD閉鎖術は施行され、合併症なく退院した。VSDを放置し、IEを発症した1例を経験した。

失神を契機に発見された心臓悪性腫瘍の一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○竹内 愛、山中 多聞、田中 裕紀、高畑 葵
安藤 薫、山浦 玄斎、玉淵 智昭、小山 容

(症例)70歳台女性(現病歴)平成30年●月一過性の失神にて当院搬送。受診時意識清明、バイタルサインに異常は認めなかった。造影CT、心エコーにて、左房内に50mm前後の可動性のある腫瘍を認め、入院となる。(入院後所見)左房内腫瘍による失神と考え、入院第7病日腫瘍摘出術を施行。病理診断にて断端(+)、未分化肉腫の診断となり、現在放射線治療中である。(考察)原発性心臓腫瘍は比較的古い疾患である。遠藤らの報告によると、全剖検中、0.0017~0.19%の確率にて原発性心臓腫瘍を認め、悪性腫瘍はその中の約10~15%を占める。心臓悪性腫瘍の予後は一般に不良であり、本症例は術後放射線療法施行中であるが、放射線療法にて改善を認めた報告もみられる。(結語)今回偶発的に発見された心臓悪性腫瘍の一例を経験したので、報告する。

大動脈弁僧帽弁間穿孔に対し心内再建術で救命した感染性心内膜炎の一例

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 第一内科

³山形大学 第二外科

○山口 翔¹、成味 太郎²、橋本 直明²、加藤 重彦²
有本 貴範²、内田 徹郎³、貞弘 光章³、渡辺 昌文²

66歳の男性。数年前から大動脈弁逆流症で手術を勧められたが拒否し、定期観察されていた。体調不良による歩行困難で前医に入院した。その後、呼吸困難の増悪を認め、播種性血管内凝固症候群(DIC)、多臓器不全を呈した。原因検索のため心エコーを施行されたところ、大動脈弁、僧帽弁に巨大な疣贅を認め、感染性心内膜炎(IE)と診断された。治療目的に当院へ転院搬送されたが、大動脈弁僧帽弁間に穿孔を認め外科的治療が必要な状態だった。集中治療でDICの改善傾向を得られたため、僧帽弁置換術、大動脈弁置換術、大動脈弁輪一僧帽弁前尖ウシ心膜パッチ形成術、三尖弁輪形成術が施行された。IEは時に非常に重篤な病態を呈することが知られている。心内再建術に成功し、救命できたIEは極めてまれであり、文献的考察を加えて報告する。

急速に増大した右心室内悪性腫瘍の症例

総合南東北病院 循環器科

○宍戸 奈美子、土川 幹史、永沼 和香子、川村 敬一
大杉 拓、武藤 満、小野 正博

症例は、63歳、男性。33歳時より慢性腎不全のために血液透析が行われていた。今回は頸椎性脊髄症の手術目的に当院整形外科に入院した。術後7日目より原因不明の発熱があり、30日目に播種性血管内凝固症を発症した。諸検査の結果、右心室内に占拠性病変が見つかり40日目に当科へコンサルトがあったが、播種性血管内凝固が進み対処不能な状態であった。49日目に死亡し、同日に病理解剖を施行した。右心室内は右室自由壁側から発生したと思われる巨大な腫瘍が占拠されていた。腫瘍は右室流出路の肺動脈弁手前まで進展していた。現在、組織診断中であるが、原発性心臓悪性腫瘍と思われる。稀な症例であるため発表する。

僧帽弁置換術後早期に発症した収縮性心膜炎の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○富田 湧介、佐藤 崇匡、喜古 崇豊、松本 善幸
小林 淳、中里 和彦、竹石 恭知

開心術が原因の収縮性心膜炎は稀な病態であり、発症時期は4~20カ月の間がもっとも多いと言われている。症例は72歳男性。重症僧帽弁狭窄症に対して僧帽弁置換術が施行された。術後16日目より下腿浮腫と呼吸困難感の増悪あり、難治性浮腫に対する精査加療目的に当科紹介された。CT検査にて心膜の軽度肥厚を認め、右心カテーテル検査では左室・右室圧波形共にdip and plateauを認めた。FDG PET/MRIでは右房周囲、左室側壁心膜への取り込み像が認められ、経過より開心術後に生じた収縮性心膜炎が考えられた。転院後は内科的治療のみで症状の改善が得られ、術後一過性の収縮性心膜炎の病態も考えられた。術後心不全増悪の中には診断されていない収縮性心膜炎が混在している可能性があり、本疾患の可能性を常に念頭に置く必要がある。

再発性心嚢液を契機に診断に至った全身性エリテマトーデスの一例

¹弘前大学 循環器腎臓内科学講座

²弘前大学 不整脈先進医学講座

○鹿内 駿¹、金城 貴彦¹、佐々木 真吾¹、木村 正臣²
堀内 大輔²、伊藤 太平¹、石田 祐司¹、富田 泰史¹

74歳女性。2017年9月に息切れを自覚し近医を受診、心肥大と心嚢液貯留を指摘された。利尿剤への反応に乏しく心嚢液が増加したため2018年1月に心嚢ドレナージを施行した。心嚢液は滲出性で、全身検索、細胞診、一般細菌および抗酸菌培養では診断確定に至らなかった。その後心嚢液が再貯留し、呼吸困難が出現したため同年3月、7月に再度心嚢ドレナージを施行した。初診時は膠原病関連の自己抗体は陰性だったが、経過中に抗二本鎖DNA抗体が陽性化し、さらに7月に採取した心嚢液中の抗二本鎖DNA抗体が陽性であったことから全身性エリテマトーデス(SLE)による心膜炎と診断した。ステロイド全身投与を行い、心嚢液増加なく経過している。再発性心嚢液貯留を契機に診断に至ったSLEの一例であり、考察を加えて報告する。