

第179回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期: 令和6年11月30日(土)

会 場: 山形テルサ (一部オンライン配信) 山形市双葉町1丁目 2-3 TEL 023-646-6677

第1会場: 1階 テルサホール

第2会場: 3階 アプローチ1

第3会場: 3階 アプローチ2

第4会場: 3階 交流室 A

第5会場: 3階 研修室 B

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

- 参加登録受付 令和6年10月1日(火)~11月29日(金)15時まで
日循地方会ページから参加登録が可能です。
オンライン登録いただいた方に Web 閲覧用の ID と PW を設定していただきます。
- 会費及び支払方法 医師/その他 3,000 円、メディカルスタッフ 1,000 円、学生・初期研修医 無料
参加登録および会費納入は、オンラインでのクレジット決済のみといたします。
- 視聴方法と単位付与 WEB 閲覧用の ID と PW でログインしご視聴いただけます。
ライブ配信で視聴アクセス確認ができましたら、学会参加の 5 単位を付与いたします。
教育セッション1・2両方の視聴アクセス確認で、3 単位を付与いたします。

○ 演題について

一般演題: 発表時間 5 分、質疑応答 2 分

YIA(ライブ配信)及び学生・初期研修医 AWARD: 発表時間 7 分、質疑応答 5 分

*** 発表時間は手元の計時機器に表示され、発表時間残り 1 分前に黄色点灯、終了時に赤色点灯します。**

- 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 Point で作成して下さい。発表者ツールのご利用はできません。
- 動画の使用は YIA と学生・初期研修医 AWARD でのみ可能です。
- Macintosh はご自身の PC をご持参ください。(HDMI への変換を必ずご持参ください)
- **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。

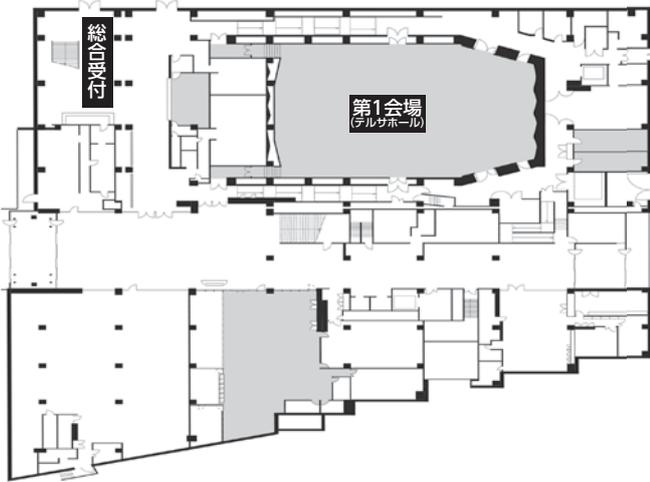
本会場内に託児施設を設置いたします。ご希望の方は東北支部 HP をご確認ください。

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

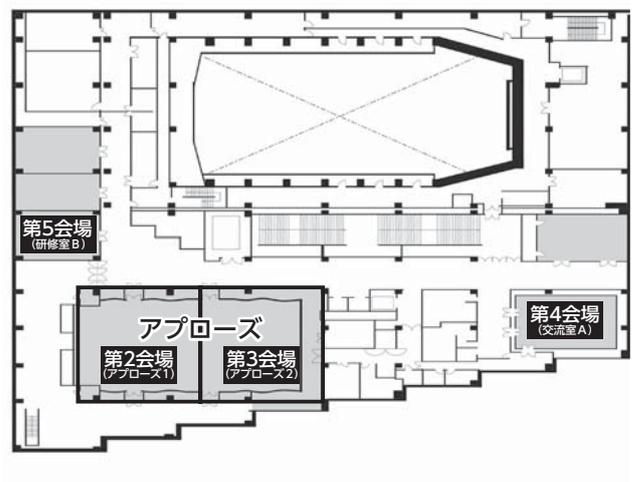
会場にクロークの設置はございません。

フロア案内図

【山形テルサ 1階】



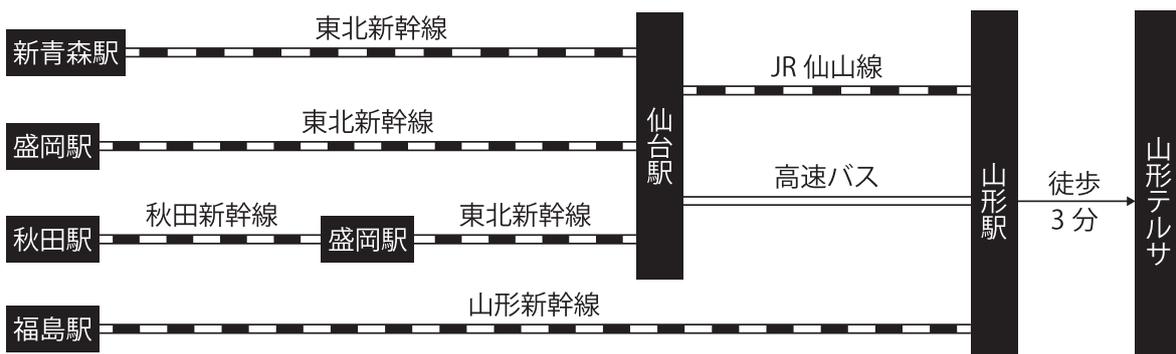
【山形テルサ 3階】



【会場および周辺図】



【会場までの交通機関】



プログラム

(敬称略)

	第1会場 1F テルサホール	第2会場 3F アブローズ1	第3会場 3F アブローズ2	第4会場 3F 交流室A	第5会場 3F 研修室B
8:30	配信 8:30~受付開始				
9:00	8:55~会長あいさつ				
9:30	9:00~10:00 YIA症例発表部門 座長:渡辺 昌文 (山形大学)	9:00~10:00 学生・初期研修医 AWARD発表部門 座長:渡邊 哲 (山形大学)	9:00~9:35 虚血性心疾患1 座長:尾上 紀子(仙台医療センター) 座長:高橋 徹也(石巻赤十字病院)	9:00~9:42 心不全 座長:佐藤 崇匡 (福島県立医科大学) 座長:加藤 宗 (秋田大学)	
10:00			9:35~10:03 虚血性心疾患2 座長:亀山 剛義(東北医科薬科大学) 座長:宮下 武彦(仙台市立病院)	9:42~10:17 心筋症 座長:後岡広太郎(東北大学) 座長:和根崎真大(山形大学)	9:30~10:00 成人先天性心疾患部会
10:30	10:00~11:00 YIA研究発表部門 座長:渡辺 昌文 (山形大学)	10:00~10:35 不整脈1 座長:渡部 賢(山形県立中央病院) 座長:澤 陽平(奥州市総合水沢病院)	10:03~10:45 弁膜症 座長:宗久 佳子 (仙台厚生病院) 座長:芳沢美知子 (岩手医科大学)	10:17~10:45 心筋炎・心臓腫瘍 座長:大原 貴裕 (東北医科薬科大学) 座長:三阪 智史 (福島県立医科大学)	10:10~10:40 学生・初期研修医 AWARD 審査会
11:00		10:35~11:03 不整脈2 座長:木村 正臣(弘前大学) 座長:橋本 直明(山形大学)	10:45~11:20 成人先天性心疾患1 座長:西山 悟史 (山形大学) 座長:妹尾麻衣子 (弘前大学)	10:45~11:13 大動脈・その他 座長:加藤 重彦 (山形大学) 座長:中里 和彦 (福島県立医科大学)	10:40~11:10 心肺蘇生法普及委員会
11:30	11:00~11:50 特別セミナー 東北地方の心移植を考える 座長:和根崎真大 (山形大学) 演者:後岡広太郎 (東北大学) 演者:佐藤 崇匡 (福島県立医科大学)	11:10~12:00 ダイバーシティフォーラム 研修医向けセミナー 座長:山本 沙織(東北大学) 座長:登坂 憲吾(岩手医科大学) 演者:谷口 達典 (ダイバーシティ推進委員会 Next Generation部会 部会長)	11:20~11:48 成人先天性心疾患2 座長:豊野 学朋(秋田大学) 座長:及川 雅啓(福島県立医科大学)		11:10~11:40 YIA 審査会
12:00					11:40~12:10 支部役員会
12:30	12:10~13:00 ランチョンセミナー1 座長:富田 泰史 (弘前大学) 演者:倉林 正彦 (群馬大学)	12:10~13:00 ランチョンセミナー2 座長:渡邊 博之 (秋田大学) 演者:江崎 裕敬 (所沢ハートセンター)	12:10~13:00 ランチョンセミナー3 座長:森野 禎浩 (岩手医科大学) 演者:田村 晴俊 (山形大学) 演者:加藤 宗 (秋田大学)	12:10~13:00 ランチョンセミナー4 座長:竹石 恭知 (福島県立医科大学) 演者:有本 貴範 (山形大学) 演者:石井 秀樹 (群馬大学)	
13:00					
13:30	13:10~13:40 評議員会 YIA表彰式 学生・初期研修医AWARD表彰式				
14:00	13:50~14:35 教育セッション1(臨床) 座長:安田 聡 (東北大学) 演者:中嶋 博之 (秋田大学)				
14:30	14:35~15:20 教育セッション2(基礎) 座長:熊谷 浩司 (東北医科薬科大学) 演者:佐藤 大樹 (東北大学)				
15:00					
15:30					

座長 渡辺 昌文 (山形大学)

01 RNF213遺伝子変異を認めたLMTの冠攣縮による急性心筋梗塞の1例

公立置賜総合病院 循環器内科

○羅 世成、高畑 葵、大沼 類、黒川 佑、岩山 忠輝、佐々木敏樹、
新関 武史

02 バルーン肺動脈形成術が有効であったJAK2V617F変異クローン性造血を有する慢性血栓塞栓性肺高血圧症の一例

¹福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

²福島県立医科大学 医学部 地域先端循環器病治療学講座

³福島県立医科大学 医学部 輸血・移植免疫学講座

○鈴木 喜敬¹、君島 勇輔¹、三阪 智史^{1,2}、横川 哲朗¹、及川 雅啓¹、杉本 浩一¹、
中里 和彦¹、石田 隆史¹、池田 和彦³、竹石 恭知¹

03 難治性心室細動に対し集学的治療が奏功した若年Short-coupled variant of torsade de pointesの一例

¹いわき市医療センター 循環器科

²東北大学病院 循環器内科

³水戸済生会総合病院 循環器内科

○渡辺 翼¹、瀬川 将人¹、伊藤 和繁¹、隈部 将太¹、則政 颯¹、土屋 聡¹、
野木 正道¹、石井 和典¹、工藤 俊¹、塙 健一郎¹、山下 文男¹、山本 義人¹、
杉 正文¹、山本 惟彦²、佐藤 宏行²、中野 誠²、青沼 和隆³、安田 聡²

04 退院後、ICD植込に関し異なった方針を取った難治性致死性心室性不整脈を繰り返した劇症型心筋炎の2症例

東北大学病院 循環器内科

○武内 広樹、鈴木 秀明、佐藤 遥、佐藤 大樹、山本 沙織、矢尾板信裕、
林 秀華、後岡広太郎、高濱 博幸、建部 俊介、安田 聡

05 冠動脈の血栓閉塞を繰り返した分節性中膜融解症の一例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科

○鹿内 駿、山崎 堅、對馬 迪子、妹尾麻衣子、成田 憲紀、市川 博章、
澁谷 修司、花田 賢二、横山 公章、富田 泰史

座長 渡辺 昌文 (山形大学)

06 経皮的冠動脈インターベンション後の非心血管死における栄養状態の影響

石巻赤十字病院 循環器内科

○豊嶋 麻集、高橋 徹也、柿沼 稜、澤田 拓実、石垣 大河、片脇 航、
豊島 拓、熊谷 遊、山中 多聞

07 経カテーテル的大動脈弁置換術後の腎機能改善予測に術前の腎うっ血評価が有用である

¹福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座

²福島県立医科大学 医学部 地域先端循環器病治療学講座

³福島県立医科大学 保健科学部 臨床検査学科

○佐藤勇太郎¹、佐藤 彰彦¹、武藤 雄紀¹、横川 哲朗¹、清水 竹史¹、三阪 智史^{1,2}、
金城 貴士¹、小林 淳^{1,2}、及川 雅啓¹、義久 精臣^{1,3}、中里 和彦¹、石田 隆史¹、
竹石 恭知¹

08 強皮症を含む膠原病合併肺高血圧症に対する強化免疫抑制療法の長期的な予後・血行動態への影響

東北大学医学部医学系研究科 循環器内科学分野

○山田 魁人、矢尾板信裕、佐藤 大樹、山本 沙織、小丸 航平、千葉 直貴、
山田 祐資、佐藤 遥、菊地 順裕、後岡広太郎、建部 俊介、安田 聡

09 AVNRTに対するpivot-turn部位をターゲットとした新たなslow pathwayアブレーションの有用性に関する検討

東北医科薬科大学病院 循環器内科

○杵渕 和志、前田 真吾、長谷部雄飛、黒柳 浩志、久野 晴貴、黒瀬 裕樹、
長谷川 薫、菊田 寿、住吉 剛忠、関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、
小丸 達也、熊谷 浩司

10 プラーク性状と凝固および線溶バイオマーカーの関連

山形大学 医学部 第一内科

○水戸 琢章、木下 大資、志鎌 拓、後藤 準、橋本 直明、和根崎真大、
大瀧陽一郎、加藤 重彦、田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範、渡邊 哲、
渡辺 昌文

11 心不全を契機にアミロイドーシスを発症し、原発性マクログロブリン血症の関与が疑われた一例

¹公立置賜総合病院 教育研修部

²公立置賜総合病院 循環器内科

³公立置賜総合病院 血液内科

⁴公立置賜総合病院 病理科

○法月 康太¹、黒川 佑²、大沼 類²、羅 世成²、高畑 葵²、岩山 忠輝²、
佐々木敏樹²、佐藤 諒³、前田 邦彦⁴、新関 武史²

12 横隔膜ヘルニアを背景とした胃潰瘍・心嚢穿破に対して緊急手術を行い救命した1例

¹独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

²独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 外科

³独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 心臓血管外科

○小倉雄太郎¹、渋谷 和之¹、尾上 紀子¹、安川 遥¹、松田 航星¹、高 俊弘¹、
高橋 佳美¹、笠原信太郎¹、江口久美子¹、玉淵 智昭¹、山口 展寛¹、湯目 玄²、
秋山 正年³、篠崎 毅¹

13 体外式補助人工心臓を離脱できたDuchenne型筋ジストロフィーの家族歴を有する重症心不全の一例

¹岩手県立中央病院 循環器内科

²岩手県立中央病院 心臓血管外科

³岩手県立中央病院 病理診断科

○佐藤 剛広¹、三浦 正暢¹、荒沢 和也¹、太田 悠自¹、田中聡一郎¹、小山あずさ¹、
長谷川喬彦²、赤沼 利奈²、武富 龍一²、高橋 誠²、加賀谷裕太¹、齊藤 大樹¹、
佐藤謙二郎¹、金澤 正範¹、近藤 正輝¹、片平晋太郎²、遠藤 秀晃¹、小田 克彦²、
中村 明浩¹、佐熊 勉³、千場 良司³

14 巨大右冠動脈瘤術後の心室頻拍ストームに対してカテーテルアブレーションが有効であった一例

¹山形県立中央病院 初期研修医

²山形県立中央病院 循環器内科

○玉谷 紘悠¹、渡部 賢²、福井 昭男²、青野 智典²、會田 敏²、長谷川寛真²、
大道寺飛雄馬²、高橋 克明²、玉田 芳明²、松井 幹之²

15 心嚢液貯留を呈したHHV8 negative common effusion lymphoma (HENCEL) 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山形大学医学部附属病院 第一内科

○川口 彪人¹、須貝 孝幸²、小林 智貴²、後藤 準²、橋本 直明²、大瀧陽一郎²、
和根崎真大²、田村 晴俊²、加藤 重彦²、西山 悟史²、有本 貴範²、渡邊 哲²、
渡辺 昌文²

不整脈1 (第2会場: 3F アプローチ1) 10:00~10:35

座長 渡部 賢 (山形県立中央病院)

澤 陽平 (奥州市総合水沢病院)

16 心房細動アブレーション食道胃合併症予防のための食道・胃3DCT構築による解剖学的評価

東北医科薬科大学病院

○久野 晴貴、前田 真吾、長谷部雄飛、黒柳 浩志、杵淵 和志、黒瀬 裕樹、
長谷川 薫、菊田 寿、住吉 剛史、関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、
小丸 達也、熊谷 浩司

17 クライオバルーンを用いた持続性心房細動の治療における心房頻拍発生とその治療経験

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科

○安藤 桃子、濱浦 奨悟、木村 正臣、伊藤 太平、石田 祐司、外山 佑一、
日山 芽維、佐々木真吾、富田 泰史

18 手術切開線およびリエントリー回路を明らかにし、アブレーションに成功した僧帽弁形成術後心房粗動の1例

¹福島県立医科大学附属病院 循環器内科学講座

²福島県立医科大学附属病院 心臓調律制御医学講座

○入江 友梨¹、野寺 稔¹、室田 定洋¹、山田 慎哉^{1,2}、金城 貴士¹、竹石 恭知¹

19 complex signal identificationを参考に上大静脈隔離との分界稜への通電で治療し得た発作性心房細動の1例

大崎市民病院

○下山 稔、佐竹 洋之、山中 真一、田中 俊二、山内 毅、相澤健太郎、
圓谷 隆治、竹内 雅治、岩淵 薫

20 房室中隔欠損症術後の心房粗動に対するカテテルアブレーションにおけるActivation Search機能の有用性

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

○日山 芽維、外山 佑一、木村 正臣、伊藤 太平、濱浦 奨悟、石田 祐司、
佐々木真吾、富田 泰史

不整脈2 (第2会場: 3F アプローチ1) 10:35~11:03

座長 木村 正臣 (弘前大学)

橋本 直明 (山形大学)

21 再発後にTrue tricuspid annulus (TTA) 心房側の焼灼で根治が得られたEbstein奇形 (EA) 合併WPW症候群の1例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○佐々木 豪、森 皓太郎、漆久保 敬、永田 恭平、芳沢 礼佑、大和田真玄、
森野 禎浩

22 難治性心室頻拍に対して定期的な星状神経節ブロックが有効であった一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○佐々木 琢、岩川 英弘、久米 佑美、戸嶋 優、田代 晴生、寺田 健、
渡邊 博之

23 アミオダロンによるQT延長で多形性心室頻拍を生じた頻脈誘発性心筋症の一例

山形県立中央病院

○青野 智典、黒柳あずさ、高橋 興史、渡部 賢、會田 敏、長谷川寛真、
大道寺飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男、松井 幹之

24 3次元電気解剖学的マッピングの所見が右心房リード留置に有用であった部分的心房静止の1例

¹仙台循環器病センター 臨床工学科

²仙台循環器病センター 循環器内科

○村上 桃子¹、佐々木皇司¹、田中 直之²、宮澤 聡²、前田 寿¹

虚血性心疾患 1 (第3会場: 3F アプローチ2) 9:00~9:35

座長 尾上 紀子 (仙台医療センター)

高橋 徹也 (石巻赤十字病院)

25 Evolut pro+留置後の急性冠症候群に対して経皮的冠動脈ステント留置術を施行した一例

¹山形県立中央病院 初期研修医

²山形県立中央病院 循環器内科

○瑞木 優祐¹、渡部 賢²、大道寺飛雄馬²、青野 智典²、會田 敏²、長谷川寛真²、高橋 克明²、玉田 芳明²、福井 昭男²、松井 幹之²

26 急性心筋梗塞による心原性ショックに対し、VA-ECMO・IMPELLAを使用し救命できたが、脊髄梗塞を発症した1例

青森県立中央病院

○浅沼 千滉、相馬 宇伸、川村 陽介、加藤 朋、館山 俊太、鈴木 晃子、今田 篤、櫛引 基

27 経皮的冠動脈形成術におけるバーチャルリアリティを用いたガイディングカテーテルシミュレーション

¹山形大学医学部附属病院 第一内科

²公立置賜総合病院 循環器内科

○後藤 準¹、新関 武史²、水戸 琢章¹、木下 大資¹、大瀧陽一郎¹、加藤 重彦¹、和根崎真大¹、田村 晴俊¹、西山 悟史¹、有本 貴範¹、渡邊 哲¹、渡辺 昌文¹

28 乾癬性関節炎を伴った虚血性心筋症の一例

福島赤十字病院 循環器内科

○五十嵐菜央、佐藤 洋太、草野 亮太、石橋 伸幸、阪本 貴之、渡部 研一、大和田尊之

29 たこつぼ型心筋症様の壁運動低下を呈し心尖部血栓を伴った冠攣縮性狭心症の一例

¹東北医科薬科大学病院 初期研修医

²東北医科薬科大学病院 循環器内科

○氏原 理貴^{1,2}、長谷川 薫²、杵渕 和志²、久野 晴貴²、黒柳 浩志²、黒瀬 裕樹²、長谷部雄飛²、菊田 寿²、関口 祐子²、亀山 剛義²、山家 実²、前田 真吾²、小丸 達也²、熊谷 浩司²

虚血性心疾患 2 (第3会場: 3F アプローチ2) 9:35~10:03

座長 亀山 剛義 (東北医科薬科大学)

宮下 武彦 (仙台市立病院)

30 健診を契機に診断に至った冠動脈肺動脈瘻に合併した巨大冠動脈瘤の一例

¹岩手県立宮古病院 循環器内科

²岩手医科大学附属病院 心臓血管外科

○佐々木拓渡¹、田口 裕哉¹、田口 智¹、人見 晶¹、迫田 直也²、田林 東²、
金 一²

31 冠動脈有意狭窄を認めない心肺停止蘇生後症例に対しIVUSで特発性冠動脈解離を診断し得た一例

一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科

○高橋 明生、大和田光司、津田 尚彦、佐藤 智基、安藤 卓也、金澤 晃子、
石田 悟朗、神山 美之、八巻 尚洋

32 急性下壁心筋梗塞を合併した完全房室ブロックが再灌流2週間後に房室伝導改善しペースメーカーを回避した1例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科

○中村 宙哉、鹿内 駿、山崎 堅、對馬 迪子、妹尾麻衣子、成田 憲紀、
市川 博章、澁谷 修司、花田 賢二、横山 公章、富田 泰史

33 補助循環の適切使用で植え込み型LVADへの移行に成功した重症STEMI患者の一例

東北大学大学院医学系研究科

○吉町 文子、進藤 智彦、神戸 茂雄、西宮 健介、羽尾 清貴、白戸 崇、
高橋 潤、安田 聡

座長 宗久 佳子（仙台厚生病院）

芳沢美知子（岩手医科大学）

34 Mitral Annular Disjunction (MAD) の家族性発症の可能性が示唆された症例

北村山公立病院 内科

○小松優佳理、山浦 玄斎

35 大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症に対しTAVIおよびTEERを施行した虚血性心筋症の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○藤塚 瑞穂、清水 竹史、菅原由紀子、武藤 雄紀、佐藤 悠、三浦 俊輔、横川 哲朗、佐藤 彰彦、及川 雅啓、小林 淳、中里 和彦、竹石 恭知

36 大動脈弁狭窄症におけるTAVI前後のCAVI値変化

¹東北医科薬科大学病院 循環器内科

²東北医科薬科大学病院 総合診療科

○相原 晃暢^{1,2}、亀山 剛義¹、久野 晴貴¹、杵渕 和志¹、黒柳 浩志¹、黒瀬 裕樹¹、長谷川 薫¹、長谷部雄飛¹、菊田 寿¹、関口 祐子¹、前田 真吾¹、山家 実¹、大原 貴裕²、小丸 達也¹、熊谷 浩司¹

37 TAVI術後約2年で人工弁機能不全に至った1例

日本海総合病院 循環器内科

○和田 茉与、門脇 心平、小村 優駿、結城 翔太、齋藤 博生、高橋 興史、東海林弘太郎、禰津 俊介、菊地 彰洋、桐林 伸幸、佐藤 陽子、近江 晃樹、菅原 重生

38 経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）術後に心房間血腫を合併した一症例

大崎市民病院 循環器内科

○藤田 壺成、圓谷 隆治、下山 穰、田中 俊次、山内 毅、佐竹 洋之、相澤健太郎、竹内 雅治、岩渕 薫

39 度重なる感染症により経カテーテル大動脈弁留置術後早期に人工弁感染をきたした一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○鈴木 豪、田代 晴生、富樫 颯、畠山 葉月、鶴沼 真由、渡邊 博之

成人先天性心疾患 1 (第3会場: 3F アプローチ2) 10:45~11:20

座長 西山 悟史 (山形大学)

妹尾麻衣子 (弘前大学)

40 疾患由来の合併症を伴った小欠損VSD患者の妊娠・出産

¹弘前大学大学院医学研究科 医療安全学講座

²弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

³弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座

○大徳 和之¹、妹尾麻衣子²、富田 泰史²、小渡 亮介³、皆川 正仁³

41 大動脈弁の手術介入を要した成人期漏斗部心室中隔欠損症の2例

山形大学医学部外科学第二講座

○水本 雅弘、落合 智徳、黒田 吉則、林 潤、廣岡 秀人、中井 信吾、
小林 龍宏、赤羽根健太郎、内田 徹郎

42 肺動脈性肺高血圧を合併した心房中隔欠損症に対してTreat and Repairを行った一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○芳賀 文香、及川 雅啓、佐藤勇太郎、池田 彩乃、武藤 雄紀、君島 勇輔、
佐藤 悠、横川 哲朗、小林 淳、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

43 Fontan術後成人患者における頭痛の検討

秋田大学大学院医学系研究科 小児科学講座

○豊野 学朋

44 PHを合併するASD症例の肺組織所見と臨床予後を検証する

¹東北大学 心臓血管外科

²東北大学 東北大学医学教育推進センター

○正木 直樹¹、齋木由利子²、前田 恵¹、齋木 佳克¹

成人先天性心疾患2 (第3会場: 3F アプローチ2) 11:20~11:48

座長 豊野 学朋 (秋田大学)

及川 雅啓 (福島県立医科大学)

45 動脈スイッチ術後遠隔期にゴアテックス弁付き導管を用いた右室流出路再建術を施行した1例

¹岩手医科大学心臓血管外科

²岩手医科大学循環器内科

○小泉 淳一¹、辻 龍典¹、八鍬 一貴¹、斉藤 大樹¹、迫田 直也¹、田林 東¹、
山屋 昌平²、芳沢美知子²、金 一¹

46 フォンタン術後遠隔期に2度の感染性心内膜炎を発症し、再大動脈弁置換術を要した1例

¹岩手医科大学付属病院 循環器内科

²国立病院機構盛岡医療センター 循環器内科

³岩手医科大学付属病院 心臓血管外科

○後藤 晟久¹、山屋 昌平¹、沼崎 大諄¹、沼畑 亘¹、佐々木 航¹、朴澤麻衣子¹、
上田 寛修¹、高橋 祐司¹、高橋 信²、石田 大¹、小泉 淳一³、森野 禎浩¹

47 感染性心内膜炎による心室中隔欠損術後遠隔期に再発を生じた遺残短絡を有する成人の1例

¹東北大学病院 循環器内科

²東北大学病院 心臓血管外科

○建部 俊介¹、山本 沙織¹、佐藤 遥¹、菊地 順裕¹、佐藤 大樹¹、矢尾板信裕¹、
齋木 佳克²、安田 聡¹

48 Treat and Repairが奏功したVSD-PAHの一例

山形大学 医学部 第一内科

○水戸 琢章、加藤 重彦、橋本 直明、木下 大資、和根崎真大、大瀧陽一郎、
田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範、渡邊 哲、渡辺 昌文

座長 佐藤 崇匡（福島県立医科大学）

加藤 宗（秋田大学）

49 心不全チームの介入が困難な患者群についての検討

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、尾形 剛、砂村慎一郎、鈴木 健広、谷田 篤史、野田 一樹、
龍井 暢

50 強皮症と間質性肺炎を合併した慢性心不全にCOVID19を罹患し心臓リハビリテーションに難渋した一例

¹山形大学医学附属病院 リハビリテーション部

²山形大学医学部 内科学第一講座

○大森 允¹、有本 貴範²、佐々木 健¹、荒川 忍¹、加藤以知子¹、渡邊 彩那¹、
渡辺 昌文²

51 感染性心内膜炎を契機にValsalva洞動脈瘤破裂を来した一例

¹岩手県立中央病院 循環器内科

²岩手県立中央病院 心臓血管外科

○荒沢 和也¹、三浦 正暢¹、太田 悠自¹、田中聡一郎¹、小山あずさ¹、加賀谷裕太¹、
齊藤 大樹¹、佐藤謙二郎¹、金澤 正範¹、近藤 正輝¹、片平晋太郎²、遠藤 秀晃¹、
小田 克彦²、中村 明浩¹

52 T細胞の心内膜浸潤を認めたB細胞性急性リンパ性白血病の一例

青森県立中央病院 循環器内科

○相馬 宇伸、川村 陽介、加藤 朋、鈴木 晃子、舘山 俊太、櫛引 基

53 左主幹部の心筋梗塞治療後に治療抵抗性の重症心不全を発症し、心臓リハビリテーションが奏功した一例

¹由利組合総合病院 循環器内科

²秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学講座

○石井 啓吾¹、若木 富貴²、須藤 佑太²、鈴木 真由²、宮澤 幸一²、渡邊 博之²

54 CS1心不全を発症した腎血管性高血圧の一例

山形県立中央病院 循環器内科

○黒柳あずさ、渡部 賢、高橋 興史、青野 智則、會田 敏、長谷川寛真、
大道寺飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男、松井 幹之

座長 後岡広太郎（東北大学）

和根崎真大（山形大学）

55 ^{99m}Tc -HMDP骨シンチグラフィで経時的な心臓集積の増強を認めたATTR心アミロイドーシスの1例

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

○安川 遥、江口久美子、松田 航星、高 俊弘、高橋 佳美、笠原信太郎、
玉淵 智昭、山口 展寛、尾上 紀子、篠崎 毅

56 遺伝性ATTRアミロイドーシスの診断に至った1例

日本海総合病院 循環器内科

○結城 翔太、菊地 彰洋、小村 優駿、西村 英人、齋藤 博生、東海林弘太郎、
和田 茉与、門脇 心平、禰津 俊介、桐林 伸幸、佐藤 陽子、近江 晃樹、
菅原 重生

57 トランスサイレチン心臓アミロイドーシスは、診断前から左室肥大の急速な進行が生じている

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

○高橋 佳美、安川 遥、松田 航星、江口久美子、笠原信太郎、玉淵 智昭、
山口 展寛、尾上 紀子、篠崎 毅

58 PET-CTを施行することで診断に至った心臓サルコイドーシスの二例

公立置賜総合病院 循環器内科

○大沼 類、黒川 佑、高畑 葵、羅 世成、岩山 忠輝、佐々木敏樹、
新関 武史

59 経皮的左室補助装置が著効し、救命に成功したたこつぼ型心筋症の一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○富樫 彩季、加藤 宗、久米 翔弥、阿部 健、小野 優斗、佐藤 和奏、
佐藤 輝紀、鈴木 智人、寺田 健、渡邊 博之

心筋炎・心臓腫瘍（第4会場：3F 交流室A）10：17～10：45

座長 大原 貴裕（東北医科薬科大学）

三阪 智史（福島県立医科大学）

60 経過中に致死性不整脈を繰り返し、治療に難渋した好酸球性心筋炎の一例

石巻赤十字病院

○豊島 拓、市橋 克拓、柿沼 稜、石垣 大河、豊嶋 麻集、片脇 航、
熊谷 遊、高橋 徹也、山中 多聞

61 左室内血栓を形成したLong Covid関連リンパ球性心筋炎の一例

¹岩手県立中央病院循環器内科

²岩手県立中央病院病理診断科

○太田 悠自¹、三浦 正暢¹、荒沢 和也¹、田中聡一郎¹、小山あずさ¹、西谷 匡央²、
加賀谷裕太¹、佐藤 直美²、齊藤 大樹¹、佐藤謙二郎¹、金澤 正範¹、近藤 正輝¹、
遠藤 秀晃¹、佐熊 勉²、中村 明浩¹

62 偶発的に見つかった左室内巨大海綿状血管腫の一例

¹石巻赤十字病院

²東北医科薬科大学病院

○市橋 克拓¹、高橋 徹也¹、柿沼 稜¹、石垣 大河¹、片脇 航¹、豊嶋 麻集¹、
豊島 拓¹、熊谷 遊¹、山中 多聞¹、川本 俊輔²

63 悪性リンパ腫心臓浸潤による洞不全症候群に対して化学療法が有効であった1例

福島県立医科大学 循環器内科

○五十嵐盛滉、横川 哲朗、飯田あかね、清水 竹史、及川 雅啓、小林 淳、
竹石 恭知

座長 加藤 重彦（山形大学）

中里 和彦（福島県立医科大学）

64 高齢男性のPET-CTで集積を認めなかった高安動脈炎の一例

八戸赤十字病院 循環器内科

○大塚 明花、新山 正展、内村 洋平、大関 萌子、浅野 峻見

65 保存的に加療し得た感染性大動脈瘤の1例

¹大原総合病院 初期臨床研修医

²大原総合病院 循環器内科

○猪股 佳幸¹、中村 裕一²、片平 正隆²、黒沢 雄太²、大木 理次²、國井 浩行²、齋藤 修一²

66 慢性血栓塞栓性肺高血圧症を伴う盲腸癌に対し、術前の薬物療法とバルーン肺動脈形成術が有効であった一例

¹八戸市立市民病院 臨床研修センター

²八戸市立市民病院 循環器内科

○松崎 凌佑¹、遠藤 知秀²、五十嵐 舜²、目時 美雪²、濱舘 美里²、堀内 大輔²、松井 宏光²

67 脳梗塞後の急性肺塞栓症に対し VA-ECMO 使用で救命し得たが、左片側性低酸素脳症を来した一例

¹山形市立病院済生館 臨床研修センター

²山形市立病院済生館 循環器内科

○安藤 彩香¹、屋代 祥典²、村形 寿彦²、中田 茂和²、宮脇 洋²

特別セミナー（第1会場：1F テルサホール）11:00～11:50

テーマ「東北地方の心移植を考える」

座長：山形大学 内科学第一講座 助教 和根崎真大

「心移植の適応申請とそのタイミング： 東北地方での心移植施設の立場から」

演者：東北大学大学院 循環器内科学 特任准教授 後岡広太郎

「重症心不全の“いま”を見極める： 植込み型補助人工心臓実施施設への的確な患者移行の鍵」

演者：福島県立医科大学 循環器内科学講座 准教授 佐藤 崇匡

ダイバーシティフォーラム（第2会場：3F アプローチ1）11:10～12:00

研修医向けセミナー

座長：東北大学大学院 循環器内科学 助教 山本 沙織

座長：岩手医科大学 内科学講座循環器内科分野 助教 登坂 憲吾

「アメリカでは当たり前!?～医師が切り拓く医療イノベーション～」

演者：ダイバーシティ推進委員会 Next Generation部会 部会長 谷口 達典

ランチオンセミナー 1 (第1会場：1F テルサホール) 12:10~13:00

座長：弘前大学大学院 循環器腎臓器内科学講座 教授 富田 泰史

「SGLT2阻害薬による心腎保護をどう活かす： メカニズムからプラクティスまで」

演者：群馬大学 名誉教授／

藤岡市国民健康保険鬼石病院 地域連携医療センター長 倉林 正彦

共催：日本イーライリリー株式会社/日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

ランチオンセミナー 2 (第2会場：3F アプローチ1) 12:10~13:00

座長：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

「漢方薬を用いた心不全治療と急性増悪の防止」

演者：所沢ハートセンター 循環器科 部長 江崎 裕敬

共催：株式会社ツムラ

ランチョンセミナー3 (第3会場: 3F アプローチ2) 12:10~13:00

座長: 岩手医科大学附属病院病院長／

岩手医科大学 内科学講座循環器内科分野 主任教授 森野 禎浩

「AS早期診断の重要性

～適切な介入時期を逃さずtoo lateを防ぐ～

演者: 山形大学 内科学第一講座 助教 田村 晴俊

「実症例から学ぶTAVI治療の進歩と残された課題」

演者: 秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学講座 助教 加藤 宗

共催: 日本メドトロニック株式会社

ランチョンセミナー4 (第4会場: 3F 交流室A) 12:10~13:00

座長: 福島県立医科大学附属病院病院長／

福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座 主任教授 竹石 恭知

「健康寿命延伸を目指した心房細動マネジメント

～抗Xa活性の知見を臨床に活かす～

演者: 山形大学 内科学第一講座 講師 有本 貴範

「2025年問題を前に循環器診療を考える

～適切なPCI後の抗血栓療法とは～

演者: 群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 循環器内科学 教授 石井 秀樹

共催: ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社／ファイザー株式会社

教育セッション1（臨床部門）（第1会場：1F テルサホール）13：50～14：35

座長：東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学分野 教授 安田 聡

「冠動脈バイパス術のエッセンス 守るべきは守り、変えるものは変える」

演者：秋田大学大学院医学系研究科 医学専攻 機能展開医学系
心臓血管外科学講座 教授 中嶋 博之

教育セッション2（基礎部門）（第1会場：1F テルサホール）14：35～15：20

座長：東北医科薬科大学 内科学第一（循環器内科） 教授 熊谷 浩司

「肺高血圧症の肺血管機能異常における新規病態解明」

演者：東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学分野 助教 佐藤 大樹

審査会・会議

(審査会場：第5会場 3F 研修室B)

成人先天性心疾患部会	9 : 30~10 : 00
学生・初期研修医AWARD審査会	10 : 10~10 : 40
心肺蘇生法普及委員会	10 : 40~11 : 10
YIA審査会	11 : 10~11 : 40
支部役員会	11 : 40~12 : 10

(第1会場 1F テルサホール)

支部評議員会・YIA表彰式	
学生・初期研修医AWARD表彰式	13 : 10~13 : 40

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

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
令和2年8月23日改定
令和5年6月3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支部長が主宰する教室内に設置する。

(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理事就任開始日からとする。

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の中から選出することとする。ファカルティ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

平成28年4月1日施行
令和4年12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、本会会告(偶数月25日発行)への抱き合わせで本支部会員へ発送することができる。希望する場合は、「地方会プログラム冊子抱合発送申請書」を本会及び本支部へ提出すること。プログラム以外の発送物(チラシ等)があれば、その内容を申請書に明記すること。申請書の提出期限は、会告発行1か月前とする。
28. 抄録については、冊子発行を行わず本会ホームページに掲載する。本会ホームページへの掲載にあたり、抄録著者による校正は行わない。訂正等がある場合には、地方会終了後速やかに本会へ連絡することとする。なお、地方会会長事務局は、その旨をプログラムに記載し会員に告知すること。
29. プログラム完成後、本支部へ2部、本会へ5部を

送付すること。

30. 地方会会長は、抄録データを本会に提出しなければならない。当日発表されなかった演題は抄録データとして扱わない。

(演題発表)

31. 地方会演者は、発表前のスライドにおいて定められた様式「利益相反の自己申告書」を提示する必要がある。
32. 日本循環器学会東北地方会Young Investigator's Awardについて
 - 1) 当支部は、東北地区の循環器病学の発展と優秀な若手循環器専門医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会Young Investigator's Award」(東北地方会YIA「症例発表部門」「研究発表部門」)を設ける。
 - 2) 東北地方会YIAの応募資格、応募方法、演題応募要領は以下に記載する。ただし、地方会主催の当番校会長の裁定をもって変更は許可されるものとする。

①応募資格

日本循環器学会会員であり、各地方会開催日において満35歳以下または卒後10年以下の方。

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。

33. 日本循環器学会東北地方会 学生・初期研修医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 学生・初期研修医AWARD」を設ける。

- 2) 東北地方会 学生・初期研修医AWARD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

各地方会開催日において学生・初期研修医の方（日循会員の有無は不問）。

東北地方会において過去に学生・初期研修医AWARDを受賞した者は、再応募はできない。

②対象演題

筆頭演者である応募者が担当医として治療を行った症例報告もしくは重要な役割を果たした研究で、演題募集締切日までに他の学会で未発表かつ印刷公表されていない演題内容を対象とする。他の学会賞への応募と重複しないこととし、1施設2題（ただし1科1演題）までの応募とする。

募とする。

③選考方法

地方会演題募集時に学生・初期研修医AWARD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審査委員会において厳重な審査を行う。なお、希望演題数が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。学生・初期研修医AWARD応募希望者は応募資格を確認のうえ、「学生・初期研修医AWARDに応募する」にチェックを入れ応募する。

⑤賞

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。

⑥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) 研修医AWARD選考委員会は会長校の准教授を選考委員長として、各県大学の循環器内科准教授/講師/助教より6名と、大会長が選出する6名の選考委員（循環器専門医研修施設より選出）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准教授が交代で務めることとする。

（その他）

34. 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。

35. 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

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歳以下または卒後10年以下の方。
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。

日本循環器学会東北地方会学生・初期研修医AWARD会則

2019年12月1日施行

2021年6月5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研修医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会学生・初期研修医AWARD」を設ける。
2. 本会則は2019年6月1日に開催される第168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. 東北地方会学生・初期研修医AWARD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. 研修医AWARD選考委員会は会長校の准教授を選考委員長として、各県大学の循環器内科准教授／講師／助教より6名と、大会長が選出する6名の選考委員（循環器専門医研修施設より選出）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准教授が交代で務めることとする。

日本循環器学会東北地方会 学生・初期研修医AWARD 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 学生・初期研修医AWARD」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

各地方会開催日において学生・初期研修医の方（日循会員の有無は不問）。東北地方会において過去に学生・初期研修医AWARDを受賞した者は、再応募はできない。

対象演題

筆頭演者である応募者が担当医として治療を行った症例報告もしくは重要な役割を果たした研究で、演題募集締切日までに他の学会で未発表かつ印刷公表されていない演題内容を対象とする。他の学会賞への応募と重複しないこととし、1施設2題（ただし1科1演題）までの応募とする。

選考方法

地方会演題募集時に学生・初期研修医AWARD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審査委員会において厳重な審査を行う。なお、希望演題数が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。

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。学生・初期研修医AWARD応募希望者は応募資格を確認のうえ、「学生・初期研修医AWARDに応募する」にチェックを入れ応募する。

賞

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。

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179回 日本循環器学会東北地方会 YIA審査委員

(敬称略)

青 森

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

富田 泰史

つがる総合病院 循環器・呼吸器・腎臓内科

阿部 直樹

岩 手

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

森野 禎浩

岩手県立二戸病院 循環器内科

西山 理

秋 田

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

渡邊 博之

いいの内科クリニック

飯野 健二

山 形

山形大学医学部 内科学第一講座

渡辺 昌文

日本海総合病院 循環器内科

菅原 重生

宮 城

東北医科薬科大学 内科学第一講座

熊谷 浩司

仙台オープン病院 循環器内科

浪打 成人

福 島

福島県立医科大学医学部 循環器内科学講座

竹石 恭知

福島赤十字病院 循環器内科

大和田尊之

第179回 日本循環器学会東北地方会 学生・初期研修医AWARD審査委員

(敬称略)

青 森

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

青森県立中央病院 循環器内科

佐々木真吾

櫛引 基

岩 手

岩手医科大学 医学教育学講座 地域医療学分野

岩手県立胆沢病院 循環器内科

伊藤 智範

八木 卓也

秋 田

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

市立秋田総合病院 循環器内科

寺田 健

藤原 敏弥

山 形

山形大学医学部 内科学第一講座

山形県立新庄病院 循環器内科

渡邊 哲

宮本 卓也

宮 城

東北大学病院 循環器内科

仙台市立病院 循環器内科

神戸 茂雄

八木 哲夫

福 島

福島県立医科大学医学部 循環器内科学講座

太田西ノ内病院 循環器内科

及川 雅啓

八巻 尚洋

日本循環器学会東北支部役員（令和6年6月現在）

（敬称略）

支 部 長	渡辺 昌文 (山形大学)			
副 支 部 長	安田 聡 (東北大学)			
理 事	渡辺 昌文 (山形大学)			
	安田 聡 (東北大学)			
支 部 役 員	竹石 恭知 (福島県立医科大学)	森野 禎浩 (岩手医科大学)		
	富田 泰史 (弘前大学)	金 一 (岩手医科大学)		
	渡邊 博之 (秋田大学)	飯野 貴子 (きびら内科クリニック)		
	齋木 佳克 (東北大学)	安田 聡 (東北大学)		
	熊谷 浩司 (東北医科薬科大学)	富岡 智子 (みやぎ県南中核病院)		
	渡辺 昌文 (山形大学)			
名誉特別会員	伊藤 宏	白土 邦男	平 則夫	中村 元行
名誉支部員	丸山 幸夫	久保田 功	下川 宏明	小丸 達也
	青木 孝直	芦川 紘一	阿部 芳久	池田こずえ
	池田 精宏	石出 信正	石橋 敏幸	伊藤 貞嘉
	猪岡 英二	今井 潤	大和田憲司	岡林 均
	小熊 正樹	長内 智宏	小野 幸彦	加賀谷 豊
	門脇 謙	金澤 正晴	金塚 完	上月 正博
	木島 幹博	小岩 喜郎	後藤 敏和	小林 政雄
	齋藤 公男	齊藤 崇	齋藤 富善	佐々木 弥
	貞弘 光章	佐藤 昇一	佐藤 匡也	鈴木 泰
	瀨川 郁夫	高松 滋	立木 楷	田巻 健治
	田代 敦	田村 芳一	野崎 英二	福田 幾夫
	藤野 安弘	前原 和平	松井 幹之	三国谷 淳
	室井 秀一	元村 成	盛 英機	保嶋 実
	柳澤 輝行	山家 智之	山本 文雄	横山 斉
	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	阿部 直樹	木村 正臣	櫛引 基	○佐々木真吾
	齋藤 新	大徳 和之	○富田 泰史	萩井 讓士
	花田 裕之	松井 宏光	皆川 正仁	森 康宏
	横田 貴志	横山 公章		
岩 手	石田 大	○伊藤 智範	遠藤 秀晃	大和田真玄
	木村 琢巳	○金 一	熊谷亜希子	肥田 頼彦
	小松 隆	高橋 智弘	中村 明浩	西山 理
	房崎 哲也	三浦 正暢	○森野 禎浩	八木 卓也
秋 田	飯野 健二	○飯野 貴子	小坂 俊光	阪本 亮平
	佐藤 輝紀	佐藤 誠	鈴木 智人	関 勝仁
	武田 智	寺田 健	豊野 学朋	中嶋 博之
	長谷川仁志	藤原 敏弥	堀口 聡	松岡 悟
山 形	○渡邊 博之	池野栄一郎	内田 徹郎	佐藤 匡
	有本 貴範	菅原 重生	須藤 直行	高橋 大
	穴戸 哲郎	西山 悟史	廣野 撰	福井 昭男
	新関 武史	宮脇 洋	○渡邊 哲	○渡辺 昌文
宮 城	宮本 卓也	岩渕 薫	大原 貴裕	川本 俊輔
	伊藤 健太	熊谷 浩司	○齋木 佳克	西條 芳文
	菊地 翼	○篠崎 毅	白戸 崇	○高橋 潤
	佐藤 公雄	建部 俊介	○富岡 智子	中野 誠
	高濱 博幸	野田 崇	後岡広太郎	羽尾 清貴
	浪打 成人	○安田 聡	山本 沙織	
	矢尾板信裕	及川 雅啓	大和田尊之	金城 貴士
福 島	石田 隆史	小林 淳	小松 宣夫	齋藤 修一
	國井 浩行	杉本 浩一	○竹石 恭知	武田 寛人
	杉 正文	福島 賢慈	八巻 尚洋	義久 精臣
	○中里 和彦			
会 計 監 事	那須 雅孝			
	前原 和平			
幹 事	支部事務局担当幹事：渡邊 哲 (山形大学)			
	支部幹事：有本 貴範 (山形大学)			
	JCS-ITC 講習会担当幹事：花田 裕之 (弘前大学)			

日本循環器学会東北支部 各種委員会 委員名簿 (令和6年6月現在)

(敬称略)

* 委員長

ダイバーシティ推進委員 (旧 男女共同参画委員)

相馬 宇伸 (青森)	對馬 迪子 (青森)	小島 香 (岩手)	登坂 憲吾 (岩手)
岩川 英弘 (秋田)	梅田 有理 (秋田)	渡部 賢 (山形)	* 齋藤 悠司 (山形)
山本 沙織 (宮城)	佐藤 遥 (宮城)	黒沢 雄太 (福島)	菅原由紀子 (福島)

オブザーバー

有本 貴範 (山形)	富岡 智子 (宮城)
------------	------------

心肺蘇生法普及委員

花田 裕之 (青森)	齋藤 新 (青森)	鈴木 智人 (秋田)	深堀 耕平 (秋田)
及川 浩平 (岩手)	照井 克俊 (岩手)	* 渡辺 昌文 (山形)	宮本 卓也 (山形)
須貝 孝幸 (山形)	篠崎 毅 (宮城)	羽尾 清貴 (宮城)	水上 浩行 (福島)
佐藤 悠 (福島)			

成人先天性心疾患部会委員

大徳 和之 (青森)	三浦 文武 (青森)	妹尾麻衣子 (青森)	高木 大地 (秋田)
豊野 学朋 (秋田)	寺田 健 (秋田)	小泉 淳一 (岩手)	齋木 宏文 (岩手)
上田 寛修 (岩手)	水本 雅弘 (山形)	鈴木 康太 (山形)	西山 悟史 (山形)
* 齋木 佳克 (宮城)	帯刀 英樹 (宮城)	多田 憲生 (宮城)	建部 俊介 (宮城)
若松 大樹 (福島)	桃井 伸緒 (福島)	及川 雅啓 (福島)	

第 179 回 日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

- YIA 症例発表部門(01~05)
- YIA 研究発表部門(06~10)
- 学生・初期研修医 AWARD (11~15)
- 不 整 脈 1 (16~20)
- 不 整 脈 2 (21~24)
- 虚血性心疾患 1 (25~29)
- 虚血性心疾患 2 (30~33)
- 弁 膜 症 (34~39)
- 成人先天性疾患 1 (40~44)
- 成人先天性疾患 2 (45~48)
- 心 不 全 (49~54)
- 心 筋 症 (55~59)
- 心筋炎・心臓腫瘍(60~63)
- 大動脈・その他(64~67)

会長： 渡辺 昌文

(山形大学医学部内科学第一講座)

O1

RNF213 遺伝子変異を認めた LMT の冠攣縮による急性心筋梗塞の1例

公立置賜総合病院 循環器内科

羅 世成、高畑 葵、大沼 類、黒川 佑、岩山 忠輝、佐々木 敏樹、新関 武史

44 歳女性。もやもや病の既往あり。胸痛を主訴に当院救急部を受診した。トロポニンの上昇と心電図で広範な ST 低下を認め、急性心筋梗塞と診断した。緊急 CAG を行ったところ LMT に高度狭窄を認めた。冠拡張薬の反応性と IVUS 所見から冠攣縮による心筋梗塞と考え冠拡張薬による治療を開始した。後日行った CAG で LMT の狭窄は改善していた。独歩退院し、再発なく安定して経過している。もやもや病は RNF213 遺伝子変異がリスク変異として知られているが、近年、冠攣縮性狭心症においても RNF213 遺伝子変異との関連が報告されている。本症例についても RNF213 遺伝子変異を認め、もやもや病と冠攣縮性狭心症の発症に関与していることが示唆された。RNF213 遺伝子変異の確認された LMT の冠攣縮性狭心症はこれまで報告がなく、文献的考察を加えて報告する。

O3

難治性心室細動に対し集学的治療が奏功した若年 Short-coupled variant of torsade de pointes の一例

¹いわき市医療センター 循環器科
²東北大学病院 循環器内科
³水戸済生会総合病院 循環器内科

渡辺 翼¹、瀬川 将人¹、伊藤 和繁¹、隈部 将太¹、則政 颯¹、土屋 聡¹、野木 正道¹、石井 和典¹、工藤 俊¹、塙 健一郎¹、山下 文男¹、山本 義人¹、杉 正文¹、山本 惟彦²、佐藤 宏行²、中野 誠²、青沼 和隆³、安田 聡²

症例は 25 歳男性。朝 8 時頃に卒倒し、初期波形は心室細動(VF)で計 7 回の AED 作動にて洞調律に復した。心電図上 QTc は正常範囲内、心臓超音波検査での形態学的異常を認めず、冠動脈造影は intact であった。同日 13 時頃、心室性期外収縮(PVC)から VF へ移行した。抗不整脈薬併用下にも電氣的除細動(DC)で停止せず、VA-ECMO と IMPELLA (ECPELLA) を導入し、翌日の DC で洞調律へ復した。補助循環離脱後、VF 発生時と同形態の PVC(coupling time 270ms)が頻発したため、再発予防のカテーテルアブレーション(CA)を施行し、左脚後枝への通電で PVC は消失した。その後独歩退院となり、S-ICD 植込み後も作動なく経過している。難治性 VF を ECPELLA で脱し、CA が奏功した Short-coupled variant of torsade de pointes の非常に稀な 1 例を経験したので報告する。

O5

冠動脈の血栓閉塞を繰り返した分節性中膜融解症の一例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科

鹿内 駿、山崎 堅、對馬 迪子、妹尾 麻衣子、成田 憲紀、市川 博章、澁谷 修司、花田 賢二、横山 公章、富田 泰史

症例は 70 代、男性。冠動脈拡張症に伴う右冠動脈血栓閉塞の既往が 2 度ある。某日、胸痛のため前医へ救急搬送され、右冠動脈血栓閉塞による急性心筋梗塞と診断し血栓溶解療法が施行された。第 3 病日、突然の腹痛あり、CT で胃大網動脈瘤破裂を認め当院へ転院し経皮的コイル塞栓術が施行された。第 9 病日に前医へ転院し順調に経過していたが、第 29 病日に左胃動脈瘤切迫破裂を発生し、当院へ再転院し経皮的コイル塞栓術が施行された。第 37 病日に残存する脾動脈瘤に対し経皮的コイル塞栓術が施行され第 41 病日に退院となった。腹部動脈に多発動脈瘤を認め、分節性中膜融解症(SAM)と診断した。SAM は腹部動脈の中膜平滑筋が変性・融解し解離性瘤を形成する疾患であり、冠動脈病変合併例もある。冠動脈拡張症と SAM の関連について文献的考察を加え報告する。

O2

バルーン肺動脈形成術が有効であった JAK2V617F 変異クローン性造血を有する慢性血栓性肺高血圧症の一例

¹福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座
²福島県立医科大学 医学部 地域先端循環器病治療学講座
³福島県立医科大学 医学部 輸血・移植免疫学講座

鈴木 喜敬¹、君島 勇輔¹、三阪 智史^{1,2}、横川 哲朗¹、及川 雅啓¹、杉本 浩一¹、中里 和彦¹、石田 隆史¹、池田 和彦³、竹石 恭知¹

クローン性造血は、新しい心血管疾患リスクとして注目されている。症例は 70 代男性。労作時呼吸困難を主訴に受診し造影 CT で肺血栓性肺高血圧と診断された。抗凝固療法を開始したが肺高血圧症の改善が得られず当科に紹介。右心カテーテルで平均肺動脈圧 41 mmHg、肺動脈造影で左右肺動脈の狭窄・閉塞病変を認め、慢性血栓性肺高血圧症(CTEPH)と診断した。末梢血の血球数は正常範囲だったが、末梢血 DNA を用いたアリル特異的定量 PCR 法により JAK2V617F 変異を解析した結果、変異アリル頻度は 70.9%と高値で、JAK2V617F クローン性造血が認められた。バルーン肺動脈形成術(BPA)を 5 セッション施行し、血行動態及び自覚症状は改善した。クローン性造血を有する CTEPH 患者に BPA を施行した初の報告であり、我々の研究成果とともに考察する。

O4

退院後、ICD 植込に関し異なった方針を取った難治性致死性心室性不整脈を繰り返した劇症型心筋炎の 2 症例

東北大学病院 循環器内科

武内 広樹、鈴木 秀明、佐藤 遥、佐藤 大樹、山本 沙織、矢尾板 信裕、林 秀華、後岡 広太郎、高濱 博幸、建部 俊介、安田 聡

【症例 1】55 歳女性。入院時心原性ショックを呈し、IMPELLA-CP+VA-ECMO を留置。第 7-10 病日に致死性心室性不整脈(FVAE)を繰り返し、第 14 病日に機械循環補助より離脱。第 92 病日の心臓 MRI 上遅延造影は僅か(2%)で、心室性不整脈も目立たず、外来経過観察とした。【症例 2】40 歳男性。静注強心薬投薬で治療中、第 12-15 病日に FVAE を繰り返し、第 13-20 病日に VA-ECMO による機械循環補助管理を行なった。第 131 病日の心臓 MRI 上遅延造影が目立ち(23%)、ホルター上 18%以上の心室性期外収縮があり、第 185 病日に ICD 植込を行った。【結語】FVAE を繰り返したリンパ球性劇症型心筋炎に対し、退院後に遅延造影・心室性不整脈の観点から、ICD 植込の可否を検討した。

O6

経皮的冠動脈インターベンション後の非心血管死における栄養状態の影響

石巻赤十字病院 循環器内科

豊嶋 麻集、高橋 徹也、柿沼 稜、澤田 拓実、石垣 大河、片脇 航、豊島 拓、熊谷 遊、山中 多聞

経皮的冠動脈インターベンション(PCI)は虚血性心疾患において心血管イベントを減少させることが知られているが、非心血管イベントを増加させる可能性がある。しかし、非心血管イベントのリスク因子は明らかになっていない。近年、低栄養が予後に関与している可能性が示唆されており、本研究では PCI 後における非心血管死の栄養状態を調査した。対象は当院で PCI を施行した 1481 人で、Geriatric Nutrition Risk Index(GNRI)で 3 群(normal, mild, moderate-severe)に層別化した。結果は 322 人(4.6%)で低栄養がみられ、98 人に非心血管死を認めた。また、Kaplan-Meier 曲線では、低栄養は非心血管死と有意に関連していたことが分かった。PCI 後において GNRI で層別化された低栄養は非心血管死と関連しており、リスクの層別化に有用と考えられる。

07

経カテーテル的大動脈弁置換術後の腎機能改善予測に術前の腎うっ血評価が有用である

¹ 福島県立医科大学 医学部 循環器内科学講座
² 福島県立医科大学 医学部 地域先端循環器病治療学講座
³ 福島県立医科大学 保健科学部 臨床検査学科

佐藤 勇太郎¹、佐藤 彰彦¹、武藤 雄紀¹、横川 哲朗¹、清水 竹史¹、三阪 智史^{1,2}、金城 貴士¹、小林 淳^{1,2}、及川 雅啓¹、義久 精臣^{1,3}、中里 和彦¹、石田 隆史¹、竹石 恭知¹

【背景】経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)後に腎機能が改善することが報告されているが、その機序に関しては明らかになっていない。【方法・結果】当院でTAVIを行った132名の患者に対して術前に腎エコーを施行し、腎うっ血指標である腎静脈血流波形(IRVF)を評価し、症例をうっ血パターンと非うっ血パターンに分類した。TAVI前と比較し55症例(42%)で術後腎機能改善を認め、腎機能改善群は非改善群と比較し有意にIRVFうっ血パターンが多かった(27.3% vs 9.1%, P=0.012)。TAVI前のIRVFのうっ血パターンは多変量解析にて独立したTAVI後腎機能改善の予測因子であった(オッズ比: 3.30, 95%信頼区間 1.07-10.60, P=0.037)。【結語】腎エコーで評価したTAVI前の腎うっ血はTAVI後の腎機能改善を予測するマーカーになり得る。

09

AVNRTに対するpivot-turn部位をターゲットとした新たなslow pathwayアブレーションの有用性に関する検討

東北医科薬科大学病院 循環器内科

杵淵 和志、前田 真吾、長谷部 雄飛、黒柳 浩志、久野 晴貴、黒瀬 裕樹、長谷川 薫、菊田 寿、住吉 剛忠、関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、小丸 達也、熊谷 浩司

【目的】房室結節リエントリー性頻拍症(AVNRT)に対するslow pathway (SP)アブレーションでは、従来局所電位のA/V比やslow potential記録部位を至適通電部位としていた。近年洞調律中の伝導がpivot-turnする三尖弁輪4-5時部位がSPアブレーション(PTSPA)の新たなターゲット部位として報告された。【方法】PTSPAの有用性を評価する為、洞調律中のSP伝導を描出し同部位での通電効果を評価した。【結果】PTSPAを行った8例のslow/fast AVNRT患者を検討した。PTSPA成功部位のA/V比の平均は0.42で通電中に記録された補充調律周期は平均611msであった。全症例で頻拍は誘発不能となり、4例でSPは完全に消失した。合併症は認めなかった。【結論】PTSPAは従来の方法と比べ、房室ブロックのリスクを減らし、治療効果を上げる有用な方法と考えられた。

11

心不全を契機にアミロイドーシスを発症し、原発性マクログロブリン血症の関与が疑われた一例

¹ 公立置賜総合病院 教育研修部
² 公立置賜総合病院 循環器内科
³ 公立置賜総合病院 血液内科
⁴ 公立置賜総合病院 病理科

法月 康太¹、黒川 佑²、大沼 類²、羅 世成²、高畑 葵²、岩山 忠輝²、佐々木 敏樹²、佐藤 諒³、前田 邦彦⁴、新関 武史²

症例は47歳女性。5年前から検診でNT-proBNPの上昇を指摘されていたが、精査のうえ異常を指摘されなかった。2ヶ月前より労作時息切れを自覚し、夜間起座呼吸があり、急性心不全として入院した。血清FLCλ鎖の著増があり、免疫電気泳動にてIgM-λ型のM蛋白を認めた。心エコーで左室収縮能は保たれ、左室流入血流波形は拘束性障害パターンを呈した。ピロリン酸シンチで有意な集積はなく、心臓MRIで心内膜下優位、心房中隔に遅延造影を認めた。腹壁脂肪生検、心筋生検でコンゴレッド陽性所見を認めた。血液内科に紹介し、MYD88遺伝子変異を伴う原発性マクログロブリン血症と診断された。原発性マクログロブリン血症に続発するアミロイドーシスは非常に稀であり、文献的な考察を交えて報告する。

08

強皮症を含む膠原病合併肺高血圧症に対する強化免疫抑制療法の長期的な予後・血行動態への影響

東北大学医学部医学系研究科 循環器内科学分野

山田 魁人、矢尾板 信裕、佐藤 大樹、山本 沙織、小丸 航平、千葉 直貴、山田 祐資、佐藤 遥、菊地 順裕、後岡 広太郎、建部 俊介、安田 聡

膠原病合併肺高血圧症(CTD-PAH)には強化免疫抑制療法(IIT)が施行されるが、長期的な予後と肺血行動態への影響は不明である。また、強皮症合併肺高血圧症(SSc-PAH)へのIITの有効性も不明である。当院でCTD-PAHと診断した69名(SSc-PAH 27例)を後ろ向きにIIT群(41例)と非IIT群(28例)に分け予後と肺血行動態を検討した。観察期間53ヵ月(31-98ヵ月)で、IIT群は非IIT群に比べ全死亡及びPAH関連死が有意に低かった。さらに、IIT群では平均肺動脈圧(mPAP)が有意に改善したが、非IIT群では有意な変化を認めなかった。一方、SSc-PAHでもIIT群は非IIT群に比べ有意にmPAPが改善した(1年後ΔmPAP:IIT群 -13.4±6.5mmHg vs.非IIT群 -3.0±6.2mmHg, p<0.05)。以上からIITはSSc-PAHを含むCTD-PAH患者の長期的な予後と肺血行動態を改善する可能性が示唆された。

10

プラーク性状と凝固および線溶バイオマーカーの関連

山形大学 医学部 第一内科

水戸 琢章、木下 大資、志鎌 拓、後藤 準、橋本 直明、和根 崎 真大、大瀧 陽一郎、加藤 重彦、田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範、渡邊 哲、渡辺 昌文

【背景】血栓形成および線溶系の規定因子は心血管リスクと関連するが、プラーク性状との関連は明らかではない。【方法】経皮的冠動脈形成術時に光干渉層撮影(OCT)が施行された慢性冠動脈疾患119例を対象に、凝固線溶系バイオマーカーを網羅的に測定した。OCT画像に基づくプラーク性状は標的病変で解析された。因子分析により、凝固線溶バイオマーカー間の多次元的関係を血栓および線溶系因子の2つの変数に集約し、プラーク性状との関連を調査した。【結果】線溶系因子が高い患者では、層状プラークの増大が認められ、石灰化の程度が低かった。一方、血栓性因子は、関連を認めなかった。両因子ともに、脆弱性プラークとの関連は認めなかった。【結論】線溶系因子は、層状プラーク形成と石灰化の進行抑制に寄与する可能性が示唆された。

12

横隔膜ヘルニアを背景とした胃潰瘍・心嚢穿孔に対して緊急手術を行い救命した1例

¹ 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科
² 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 外科
³ 独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 心臓血管外科

小倉 雄太郎¹、渋谷 和之¹、尾上 紀子¹、安川 遥¹、松田 航星¹、高 俊弘¹、高橋 佳美¹、笠原 信太郎¹、江口 久美子¹、玉淵 智昭¹、山口 展寛¹、湯目 玄²、秋山 正年³、篠崎 毅¹

症例は84歳女性。慢性心不全の急性増悪で入院中、突然の発熱、血圧低下、意識障害を認めた。敗血症性ショックを疑いCT検査を行ったところ、心嚢気腫を認めた。胃穹窿部が縦隔へ突出し心嚢と接しており、胃穿孔・心嚢穿孔が疑われた。心嚢ドレーンを留置し、内視鏡検査で胃穹窿部に潰瘍及び穿孔を認めため、緊急手術の方針とした。左横隔膜に胃穹窿部が嵌頓しており、嵌頓部を剥離し胃部分切除を行った。嵌頓部の横隔膜が欠損しており、横隔膜ヘルニアが疑われた。術後数日間、心嚢洗浄と抗生剤投与を行い、経過良好で1ヶ月後に退院した。消化性潰瘍が心嚢に穿孔した症例は非常に稀であり、死亡率が高い。横隔膜ヘルニアを背景とした胃穿孔・心嚢穿孔の症例はさらに報告が少なく治療方針に難渋したが、緊急手術により救命することができた。

13

体外式補助人工心臓を離脱できた Duchenne 型筋ジストロフィーの家族歴を有する重症心不全の一例

¹岩手県立中央病院 循環器内科
²岩手県立中央病院 心臓血管外科
³岩手県立中央病院 病理診断科

佐藤 剛広¹、三浦 正暢¹、荒沢 和也¹、太田 悠自¹、田中 聡一郎¹、小山 あずさ¹、長谷川 喬彦²、赤沼 利奈²、武富 龍一²、高橋 誠²、加賀谷 裕太¹、齊藤 大樹¹、佐藤 謙二郎¹、金澤 正範¹、近藤 正輝¹、片平 晋太郎²、遠藤 秀晃¹、小田 克彦²、中村 明浩¹、佐熊 勉³、干場 良司³

症例は 40 歳代男性。兄は Duchenne 型筋ジストロフィーで早逝した。X 年 Y-1 月に呼吸困難を認め、前医で精査の結果左室駆出率 20%未滿、左室内血栓が指摘された。肝・腎機能障害を認め ECMO、IABP を装着した後 Y 月に当院に転院した。ハートチームで治療方針を検討、第 2 病日に体外式補助人工心臓(LVAD)を装着した。肺うっ血は改善し第 7 病日に人工肺を除去、その後 LVAD 回路内血栓で脳梗塞を発生したが循環は安定した。心不全治療薬を強化後、第 93 病日に LVAD 離脱試験を行い心拍出量は保持されていたため、第 102 病日に LVAD を離脱、第 177 病日にリハビリ目的に転院した。本症例はジストロフィン遺伝子異常を認めず、病理学的に拡張型心筋症の可能性が示唆された。ハートチームによる集学的治療により LVAD を離脱できた重症心不全の一例を報告する。

15

心嚢液貯留を呈した HHV8 negative common effusion lymphoma(HENCEL)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山形大学医学部附属病院 第一内科

川口 彪人¹、須貝 孝幸²、小林 智貴²、後藤 準²、橋本 直明²、大瀧 陽一郎²、和根崎 真大²、田村 晴俊²、加藤 重彦²、西山 悟史²、有本 貴範²、渡邊 哲²、渡辺 昌文²

症例は 79 歳男性。2023 年に左胸水貯留のため入院した。胸水中から HHV8 陰性の形質細胞腫瘍が検出された。胸水の再貯留なく経過観察されていた。2024 年 8 月に労作時息切れを自覚し、多量の心嚢液貯留を認め即日入院した。心嚢穿刺施行し血性心嚢液が 1050ml 排液された。CD20(-)、CD38(+)、CD138(+), MuM-1(+) であり形質細胞腫瘍が疑われ、経過から HHV8 negative common effusion lymphoma(HENCEL)と診断した。心嚢液の再貯留なく経過し退院した。HENCEL は明らかな腫瘍形成することなく心嚢・胸腔・腹腔内等の体腔液内に腫瘍細胞が増殖するリンパ腫のうち HHV8 陰性のものとされる。比較的急速に進行する症例がいる一方で、貯留した体腔液を排出後無治療で小康状態を保つ症例がいる。文献的考察を含め報告する。

17

クライオバルーンを用いた持続性心房細動の治療における心房頻拍発生とその治療経験

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科

安藤 桃子、濱浦 奨悟、木村 正臣、伊藤 太平、石田 祐司、外山 佑一、日山 芽維、佐々木 真吾、富田 泰史

68 歳男性の持続性心房細動(AF)に対して肺静脈隔離術(PVI)を施行した。クライオバルーンアブレーション後も AF が持続したため、電気的カルディオバージョンを実施したところ心房頻拍(AT1, TCL 373ms)へ移行した。activation map では、三尖弁輪 12 時方向に最早期興奮部位(EAS)を有する focal パターンが確認された。同部位に対し Freezor MAX を用いて冷却アブレーションを行ったところ、AT1 は徐拍化し停止した。その後、さらに AT2(TCL 422ms、ヒス束近傍)が誘発された。右房前壁からの overdrive pacing ではヒス束および冠静脈洞(OS)で orthodromic に、CS からは antidromic に capture された。冷却にて AT2 も徐拍化し停止し、その後 AT は誘発されなかった。PVI 後に発生した異なる焦点を有する AT に対し冷却アブレーションが有効であった 1 例を経験した。

14

巨大右冠動脈瘤術後の心室頻拍ストームに対してカテーテルアブレーションが有効であった一例

¹山形県立中央病院 初期研修医
²山形県立中央病院 循環器内科

玉谷 紘悠¹、渡部 賢²、福井 昭男²、青野 智典²、會田 敏²、長谷川 寛真²、大道寺 飛雄馬²、高橋 克明²、玉田 芳明²、松井 幹之²

症例は 75 歳男性。5 か月前に巨大右冠動脈瘤に対して人工血管置換術を施行し、術後に右室梗塞を発生した。突然の動悸を自覚し救急搬送され、心電図で左脚ブロック下方軸型の心室頻拍(VT)を認めた。電気的除細動を行うも VT は再燃し、ストームの状態となったためカテーテルアブレーションを施行した。VT は右室前方のヒンジ部を最早期とする巣状興奮パターンを示したが通電で停止しなかった。右室自由壁側の拡張期電位記録部位で concealed entrainment が得られ、同部位への通電で VT は停止した。洞調律中に自由壁側の低電位領域内に認めた遅延電位に対して追加通電を行い終了した。アブレーション後は VT 再燃なく経過良好で退院した。巨大右冠動脈瘤術後の右室梗塞から癩痕関連 VT を発生したと考えられる非常に稀な症例を経験したため報告する。

16

心房細動アブレーション食道胃合併症予防のための食道・胃 3DCT 構築による解剖学的評価

東北医科薬科大学病院

久野 晴貴、前田 真吾、長谷部 雄飛、黒柳 浩志、杵淵 和志、黒瀬 裕樹、長谷川 薫、菊田 寿、住吉 剛史、関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、小丸 達也、熊谷 浩司

【目的】急性胃拡張は心房細動アブレーション(CA)後の合併症の一つで、CA 時に迷走神経や胃を支配する神経傷害で生じる。今回左房(LA)、食道に加え胃の 3D を構築し解剖学的評価を行った。

【方法】CA 前に胃と食道の 3D を作成し LA と胃大弯(GCS)/胃噴門(GG)の距離を測定した。

【結果】初回心房細動アブレーションを行った連続 11 例の心房細動患者を対象とした。症例 1 は食道癌術後の食道再建後症例で、LA と GCS/GG の距離は 1.6/1.0mm であった。症例 2 は下部肺静脈共通幹症例で、術後に急性胃拡張を認めた。術前の LA と GCS 間の距離は 18mm で、術前から巨大な胃を認めた。他症例では、LA と GCS/GG 間の平均距離は 32±11/40±7mm であった。

【結論】食道と胃の 3DCT を行ったところ解剖的には個人差があり、合併症予防のため胃の 3D の術前からの構築が推奨される。

18

手術切開線およびリエントリー回路を明らかにし、アブレーションに成功した僧帽弁形成術後心房粗動の 1 例

¹福島県立医科大学附属病院 循環器内科学講座
²福島県立医科大学附属病院 心臓調律制御医学講座

入江 友梨¹、野寺 穰¹、室田 定洋¹、山田 慎哉^{1,2}、金城 貴士¹、竹石 恭知¹

症例は 60 歳代男性。約 20 年前に僧帽弁形成術(MVP)を施行された既往があったが、術式等の詳細は不明であった。X 年に動悸発作があり、非通常型心房粗動(AFL)を認めたため、アブレーション施行となった。マッピングの結果、右心房の側壁中部から中隔までを横断する double potential を認め、同部位が MVP 時の切開線(superior trans-septal approach)と考えられた。切開線と三尖弁輪間を共通回路とする複数のリエントリー性 AFL が誘発されたが、最終的に三尖弁輪-下大静脈間峡部および切開線の後端から下大静脈までの線状焼灼を行い、いかなる頻拍も誘発不能となった。詳細なマッピングにより手術切開線およびリエントリー回路を明らかにし、治療に成功した MVP 後の AFL 症例を報告する。

19

complex signal identification を参考に上大静脈隔離との分界稜への通電で治療し得た発作性心房細動の1例

大崎市民病院

下山 穰、佐竹 洋之、山中 真一、田中 俊二、山内 毅、相澤 健太郎、圓谷 隆治、竹内 雅治、岩淵 薫

症例は68歳女性。x-2年SSSに対しペースメーカー移植。その際にHOCMを指摘。今回x年発作性心房細動(AF)発作の症状が悪化しヘンゾリンが無効、CARTOシステムを用いてカテーテルアブレーション施行。肺静脈術、三尖弁輪下大静脈狭部後線状焼灼後にISP及びATPの使用でAFが自然発生。心房シークエンスから右房起源と判断。再度ATPを使用しAFを誘発、多極Mappingカテーテル(Octary)のシークエンスからNon-PV fociは洞結節(SN)近傍と判断。洞調律中にOctaryで右房をMappingしSNの位置を把握。CARTO ver8に搭載されたComplex Signal Identification(CSI)の高得点はSN-分界稜に密集。CSIを参考にSNも多少修飾するようにSVC隔離と分界稜-右心耳付け根への通電を施行。ATP40mgの投与でAFは誘発不能となり終了。今回CSIを参考にSNを把握でき通電に有用であった1例を経験したため考察を交え報告する。

21

再発後にTrue tricuspid annulus(TTA)心房側の焼灼で根治が得られたEbstein奇形(EA)合併WPW症候群の1例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

佐々木 豪、森 皓太郎、漆久保 敬、永田 恭平、芳沢 礼佑、大和田 真玄、森野 禎浩

症例は10歳代の女性。WPW症候群とEAが確認されており、頻拍発作が増加しカテーテルアブレーションを施行。program刺激で誘発された正方向性房室回帰性頻拍中のopen window mapping(OWM)では、三尖弁輪(TA)5時方向でV波とA波の近接性が確認された。TTA心室側、A/V比=0.1~0.3の部位で複数回焼灼し、漸く副伝導路(AP)の電気的離断を得た。数か月後にΔ波が再発し頻拍再燃もあり、再治療を行なった。APは順伝導のみ残存し、program刺激で逆方向性房室回帰性の3echoが誘発された。順伝導のOWMを行い、TA5時方向でA波とV波の近接性が確認された。TTA心房側、A/V比=1.0程度の部位の焼灼で直ちにΔ波は消失した。EA合併例では、通常のWPW症候群より再発しやすい。A波とV波の近接性のみならず、解剖学的特徴を踏まえた焼灼を行うことが重要である。

23

アミオダロンによるQT延長で多形性心室頻拍を生じた頻脈誘発性心筋症の一例

山形県立中央病院

青野 智典、黒柳 あずさ、高橋 興史、渡部 賢、會田 敏、長谷川 寛真、大道寺 飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男、松井 幹之

症例は72歳の男性。高血圧症に対して近医で加療を受けていた。動悸症状を自覚し浮腫・息切れの症状も出現するようになり前医を受診した。心電図は心拍数150回/分の頻脈性通常型心房粗動を認めた。入院しアミオダロン400mgの内服が開始となり入院翌日には洞調律に復帰した。しかし第6病日に持続性多形性心室頻拍となり除細動を要し、精査加療のため当院に転院となった。洞調律時の心電図はQTc514msecのQT延長とT波陰転化を認めた。アミオダロン中止で経過観察するとQTcは最大544msecまで延長したが、その後は正常域に改善し退院した。アミオダロンの継続は困難であり、待機的にカテーテルアブレーションを施行し以後は良好な経過をたどっている。アミオダロン導入の早期にQT延長する症例は報告があるが少数であり、治療経験を報告する。

20

房室中隔欠損症術後の心房粗動に対するカテーテルアブレーションにおけるActivation Search機能の有用性

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

日山 芽維、外山 佑一、木村 正臣、伊藤 太平、濱浦 奨悟、石田 祐司、佐々木 真吾、富田 泰史

60歳代女性、不完全型房室中隔欠損症術後の心房粗動(AFL)に対してカテーテルアブレーションを目的に入院。誘発されたAFLは通常型と考えられたため、右側房室弁輪-下大静脈峡部に対して線状焼灼を実施した。焼灼ライン作成後、冠静脈洞入口部ペーシング下にORIONカテーテルを使用しマッピングしたところ、焼灼ライン側壁側に巣状パターンの興奮とライン上でのdouble potentialを認めた。Activation mapでは焼灼ラインとの連続性は確認できなかったが、RUMIPOINTのActivation SearchおよびTrend機能を使用することで、焼灼ラインとの連続性を同定できた。これに基づき焼灼範囲を拡大し、ブロックラインを完成した。本症例は、標準的なマッピング技術では困難な回路同定において、Activation Search機能が有用であることを示した一例である。

22

難治性心室頻拍に対して定期的な星状神経節ブロックが有効であった一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

佐々木 琢、岩川 英弘、久米 佑美、戸嶋 優、田代 晴生、寺田 健、渡邊 博之

71歳男性。拡張型心筋症を背景とした心室頻拍(VT)に対して、他院で計3回高周波カテーテルアブレーションが施行されたものの再発し、除細動器からの電気ショック送出しが頻回であったため加療目的に当院へ紹介となった。4回目のカテーテルアブレーションを施行したところ前室間静脈に留置した電極にVT中、拡張期電位を認めたため冠静脈エタノールアブレーションを行うも再発し、数日おきに電気ショックが送られる状態であった。胸部交感神経節切除術は高リスクとの判断に至り、2週間おきの星状神経節ブロック(SGB)を開始したところ、以後4カ月のフォローアップ期間中にVTの再発は認めていない。VT stormへのSGBの有効性は報告されているが定期的なSGBの有効性に関する報告は稀であり、文献的考察を交え報告する。

24

3次元電気解剖学的マッピングの所見が右心房リード留置に有用であった部分的心房静止の1例

¹仙台循環器病センター 臨床工学科

²仙台循環器病センター 循環器内科

村上 桃子¹、佐々木 皇司¹、田中 直之²、宮澤 聡²、前田 寿¹

症例は60歳女性。心機能低下を伴う持続性心房細動に対して肺静脈隔離術(PVI)が施行されたが、術後、有症候性の洞不全が遷延した為、両心室ペーシング機能付きペースメーカー植え込みの方針となった。PVI時に冠静脈洞ペーシング下で取得した3次元電気解剖学的マッピングのVoltage map所見を確認すると、右心房(RA)内の大部分が低電位領域となっており、心房静止の状態となっていた。しかしながら低位心房中隔のわずかな領域に残存電位を認めていたことから、同部位に対してRAリードの留置を行なったところ、有効な心房ペーシングを行う事が可能であった。今回、RAリード留置に際して、先行するアブレーション治療の際のVoltage map所見が有用であった症例を経験したため、報告する。

25

Evolut pro+留置後の急性冠症候群に対して経皮的冠動脈ステント留置術を施行した一例

¹山形県立中央病院 初期研修医
²山形県立中央病院 循環器内科

瑞木 優祐¹、渡部 賢²、大道寺 飛雄馬²、青野 智典²、會田敏²、長谷川 寛真²、高橋 克明²、玉田 芳明²、福井 昭男²、松井 幹之²

症例は 84 歳男性。3 年前に重症大動脈弁狭窄症に対し Evolut PRO+を用いた経カテーテル大動脈弁置換術を受けていた。外来フォロー中に持続性心房細動となり DOAC 投与中であった。散歩中に冷汗を伴う胸部圧迫感を自覚し急性冠症候群の診断で当院に救急搬送された。緊急 CAG で、左前下行枝 #7 100%を認め PCI に移行した。Evolut PRO+のストラット越しに左冠動脈を捉えるのに難渋した。RAO/CRA 方向の透視をみながら Hyperion JL4 を左冠動脈入口部近傍まで持ち込み、ガイドワイヤーを冠動脈内に導くことができた。ガイドエクステンションを左前下行枝まで進め、無事に血行再建を完遂した。IVUS 所見からは血栓塞栓が疑われ、DOAC が減量投与されていたことが要因と考えられた。Evolut PRO+留置後の急性冠症候群に PCI を施行した症例を経験したため報告する。

27

経皮的冠動脈形成術におけるバーチャルリアリティを用いたガイドリングカテーテルシミュレーション

¹山形大学医学部附属病院 第一内科
²公立置賜総合病院 循環器内科

後藤 準¹、新関 武史²、水戸 琢章¹、木下 大資¹、大瀧 陽一郎¹、加藤 重彦¹、和根崎 真大¹、田村 晴俊¹、西山 悟史¹、有本 貴範¹、渡邊 哲¹、渡辺 昌文¹

近年、医療におけるバーチャルリアリティ(VR)の活用が注目されている。心臓カテーテル治療の分野でもその利用が報告されている。解剖学的異常を有する患者においてはガイドリングカテーテル(GC)のエンゲージが経皮的冠動脈形成術(PCI)を成功させるうえで非常に重要な因子である。我々は以前に解剖学的異常を有する患者に VR ガイド下 GC シミュレーションを用いた PCI の症例報告を行った。今回、冠動脈起始異常などへの PCI や慢性完全閉塞病変などの複雑な PCI を受ける予定の患者において、PCI 前に VR シミュレーションを行い、実際に使用したガイドカテーテルを比較した。PCI 前に事前に CT 撮影のある 24 冠動脈への GC エンゲージを VR でシミュレーションを行った。症例報告を交えて、VR による GC シミュレーションの有用性を報告する。

29

たこつぼ型心筋症様の壁運動低下を呈し心尖部血栓を伴った冠攣縮性狭心症の一例

¹東北医科薬科大学病院 初期研修医
²東北医科薬科大学病院 循環器内科

氏原 理貴^{1,2}、長谷川 薫²、杵渕 和志²、久野 晴貴²、黒柳浩志²、黒瀬 裕樹²、長谷部 雄飛²、菊田 寿²、関口 祐子²、亀山 剛義²、山家 実²、前田 真吾²、小丸 達也²、熊谷 浩司²

症例は 70 歳代女性。冠危険因子はない。数時間持続する胸部重苦感があり、3 日後近医を受診したところ、トロポニン T 陽性、下壁・側壁誘導での陰性 T 波を認め心筋梗塞として当院へ紹介となった。心エコーでは心尖部壁運動低下と心尖部血栓を認め、亜急性心筋梗塞として入院した。冠動脈 CT では有意狭窄は認めず、BMIPP/TI シンチでは心尖部において代謝血流ミスマッチを認めたため、たこつぼ型心筋症が疑われた。入院中胸部症状が時折みられ、改善傾向であった陰性 T 波の増悪を認めた。アセチルコリン負荷試験を施行したところ、spasm が誘発され、冠攣縮性狭心症と診断した。その後、壁運動の改善とともに心尖部の血栓も消退した。たこつぼ型心筋症様の壁運動低下を呈し心尖部血栓を伴った冠攣縮性狭心症の一例を経験したので報告する。

26

急性心筋梗塞による心原性ショックに対し、VA-ECMO・IMPELLA を使用し救命できたが、脊髄梗塞を併発した 1 例

青森県立中央病院

浅沼 千滉、相馬 宇伸、川村 陽介、加藤 朋、舘山 俊太、鈴木 晃子、今田 篤、櫛引 基

症例:53 歳男性。既往歴:特記事項なし。現病歴:仕事中に突然倒れバイスタンダー CPR が開始された。救急隊接触時の初期波形は VF であり、DC3 回施行したが VF 持続しており、当院救命センターに搬送となった。到着後に DC1 回施行され、PEA に移行。直ちに VA-ECMO が導入され、原因検索を行うこととした。IMPELLA®挿入後に冠動脈造影を施行し、左前下行枝に 99%狭窄を認めたため、同部位に経皮的冠動脈形成術を施行した。術後 ICU 管理を行い、第 2 病日に ECMO、IMPELLA®を離脱することができた。第 5 病日に人工呼吸器離脱したが、その後の評価で両側下腿の知覚低下、運動麻痺を認め、精査の結果 Th10-12 レベルでの脊髄梗塞の診断となった。蘇生後や ECMO 導入後の脊髄梗塞は稀であるが、重篤な合併症である。本症例について文献的考察を含めて報告する。

28

乾癬性関節炎を伴った虚血性心筋症の一例

福島赤十字病院 循環器内科

五十嵐 菜央、佐藤 洋太、草野 亮太、石橋 伸幸、阪本 貴之、渡部 研一、大和田 尊之

症例は 50 代男性。20 代より乾癬に罹患しており、30 代に高血圧・40 代に糖尿病・脂質異常症で治療を開始されている。今回近医より多関節痛精査のため当院リウマチ内科へ紹介となり、入院精査にて乾癬性関節炎と診断され入院治療を開始。セクキヌマブの使用で症状安定したため退院となったが、退院後夜間の呼吸苦が見られるようになったため、心精査目的に当科紹介となった。心エコーでびまん性の壁運動低下を認め、慢性心不全として入院の上精査加療し、心不全安定化後に冠動脈造影を施行したところ、右冠動脈の慢性完全閉塞を含む三枝病変をみとめ、虚血性心筋症が考えられた。近年乾癬は心血管イベントリスクを上昇されることが報告されており、臨床上重要と考えられるため考察を加えて報告する。

30

健診を契機に診断に至った冠動脈肺動脈瘻に合併した巨大冠動脈瘤の一例

¹岩手県立宮古病院 循環器内科
²岩手医科大学附属病院 心臓血管外科

佐々木 拓渡¹、田口 裕哉¹、田口 智¹、人見 晶¹、迫田 直也²、田林 東²、金 一²

症例は 64 歳男性。202X 年 Y 月、健診の胸部レントゲン写真で左第 2 弓の突出を指摘され、精査目的に当科を紹介受診した。胸部聴診で連続性雑音を聴取し、冠動脈 CT 検査および冠動脈造影検査で右冠動脈近位部、左冠動脈主幹部、左前下行枝から冠動脈肺動脈瘻が分岐し、62mm 大の巨大冠動脈瘤を伴っていた。破裂の危険性が高いと判断し、Y+1 月に冠動脈肺動脈瘻・冠動脈瘤切除術を行い、術後第 11 病日に自宅退院とした。冠動脈瘤はしばしば認める冠動脈形態異常の一つであるが、本症例のように瘤径が大きく、かつ複数の冠動脈肺動脈瘻を合併する症例は非常に稀で、確立された治療方針はない。今回、冠動脈肺動脈瘻に合併した巨大冠動脈瘤に対して外科的切除術を行った症例を経験したため報告する。

31

冠動脈有意狭窄を認めない心肺停止蘇生後症例に対し IVUS で特発性冠動脈解離を診断し得た一例

一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科

高橋 明生、大和田 光司、津田 尚彦、佐藤 智基、安藤 卓也、金澤 晃子、石田 悟朗、神山 美之、八巻 尚洋

50 代女性。目撃あり心肺停止状態で救急搬送された。心室細動に対する除細動後の心電図でⅡⅢaVF、V1-3 誘導で ST 上昇を認め、急性心筋梗塞の疑いで緊急冠動脈造影を施行した。左前下行枝(LAD)末梢にびまん性の中等度狭窄を認めたが、有意狭窄を指摘できなかった。左室造影では心尖部の壁運動低下を認めた。冠攣縮性狭心症やたこぼ型心筋症も鑑別に挙げられたが、LAD 末梢所見を IVUS で観察したところ、#7 に冠動脈解離のエントリーを認め、特発性冠動脈解離(SCAD)と診断した。TIMIⅢを得られていたため保存的治療の方針とした。神経学的予後は良好であり、第 24 病日に自宅退院した。冠血管リスク因子がない女性の急性冠症候群症例に対して SCAD の可能性を考慮して疑わしい病変に対しては IVUS を用いて正しく診断することが重要であると考えられた。

33

補助循環の適切使用で植え込み型 LVAD への移行に成功した重症 STEMI 患者の一例

東北大学大学院医学系研究科

吉町 文子、進藤 智彦、神戸 茂雄、西宮 健介、羽尾 清貴、白戸 崇、高橋 潤、安田 聡

心原性ショックを併発した ST 上昇型急性心筋梗塞の予後は、機械的補助循環装置の使用が可能な現在においても依然として極めて不良である。重症心不全や多臓器不全、播種性血管内凝固症候群、重症感染症の合併により補助人工心臓(LVAD)が適用できる症例は少ない。本症例は冠動脈二枝同時閉塞による広範な急性心筋梗塞を発生し、心室細動による心肺停止に至ったが、急性期対応により蘇生に成功した。そして、急性期の補助循環用ポンプカテーテル(IMPELLA)と動静脈体外膜型人工肺(VA-ECMO)の併用、大動脈内バルーンポンプ(IABP)の使用、そして体外設置型 LVAD の導入を間断なく適切に選択し、最終的には神経学的後遺症なく植え込み型 LVAD へと移行した。本症例の経験を踏まえ考察とともにここに報告する。

35

大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症に対し TAVI および TEER を施行した虚血性心筋症の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

藤塚 瑞穂、清水 竹史、菅原 由紀子、武藤 雄紀、佐藤 悠、三浦 俊輔、横川 哲朗、佐藤 彰彦、及川 雅啓、小林 淳、中里 和彦、竹石 恭知

症例は 80 歳女性。前医で心不全入院を繰り返し、ドブタミン依存状態となったため当院に転院となった。左室駆出率 22%と低心機能であり、左前下行枝の高度狭窄病変に対し経皮的冠動脈形成術を施行したが、心機能の改善は得られなかった。大動脈弁狭窄症は平均圧較差 21 mmHg、弁口面積 0.6 cm² であり、ドブタミン負荷エコーにて偽性重症であったが、臨床的に重症相当と判断し経カテーテルの大動脈弁留置術(TAVI)を施行した。その後ドブタミンは離脱し得たが、BNP 高値と労作時息切れが持続した。ハンドグリップ負荷にて僧帽弁逆流が軽度から重度に増加したため、経カテーテル的僧帽弁修復術(TEER)を行い、息切れは改善した。外科手術高リスクの弁膜症合併虚血性心筋症に対し、集学的治療により治療し得た症例を経験したため報告する。

32

急性下壁心筋梗塞を合併した完全房室ブロックが再灌流 2 週間後に房室伝導改善しペースメーカを回避した1例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科

中村 宙哉、鹿内 駿、山崎 堅、對馬 迪子、妹尾 麻衣子、成田 憲紀、市川 博章、澁谷 修司、花田 賢二、横山 公章、富田 泰史

症例は 70 代男性。前医で完全房室ブロックを合併した急性下壁心筋梗塞と診断され当院へ転院搬送。一時的ペースメーカ挿入後、多量の血栓を伴う右冠動脈近位部閉塞に対して PCI を施行し血栓吸引、バルーン拡張、IABP にて TIMI3 の血流が得られた。抗凝固療法を行い第 3 病日に二期的に PCI を施行し、薬剤溶出性ステントを留置した。その後も完全房室ブロックが持続したが、第 11 病日にはⅡ度房室ブロックに改善し、第 16 病日にⅠ度房室ブロックおよび間欠的 Wenckebach 型房室ブロックのみとなった。ペースメーカ留置術は施行せず第 34 病日に自宅退院となった。急性下壁心筋梗塞に合併する房室伝導障害は数日で改善する症例が多いとされるが、適切な経過観察期間は明らかではない。急性心筋梗塞に合併した房室ブロックについて文献的考察を加えて報告する。

34

Mitral Annular Disjunction(MAD)の家族性発症の可能性が示唆された症例

北村山公立病院 内科

小松 優佳理、山浦 玄斎

本症例は、16 歳女性における学校健診で心雑音が指摘され、心臓超音波検査により家族性の Mitral Annular Disjunction (MAD)が発見されたものである。患者の母親も以前に同様の MAD が診断され、僧帽弁逸脱症を発生し、僧帽弁形成術を受けた経過がある。家族性 MAD の報告は非常に稀であり、その発症には遺伝的要因の関与が強く示唆される。MAD は僧帽弁逸脱症や致死性不整脈のリスクと関連する可能性が指摘されているものの、発症のメカニズムや予後への影響については未解明の部分が多い。本症例の報告は、家族性 MAD に対する早期診断と予防的管理の重要性を強調し、今後の治療戦略や予後管理において有益な情報を提供すると考えられる。

36

大動脈弁狭窄症における TAVI 前後の CAVI 値変化

¹東北医科薬科大学病院 循環器内科

²東北医科薬科大学病院 総合診療科

相原 晃暢^{1,2}、亀山 剛義¹、久野 晴貴¹、杵渕 和志¹、黒柳 浩志¹、黒瀬 裕樹¹、長谷川 薫¹、長谷部 雄飛¹、菊田 寿¹、関口 祐子¹、前田 真吾¹、山家 実¹、大原 貴裕²、小丸 達也¹、熊谷 浩司¹

大動脈弁狭窄症(AS)の進行と共に CAVI(Cardio Ankle Vascular Index)値が低下し、経カテーテル大動脈弁植込み術(TAVI)後に上昇する症例を経験した。要因を検討するために、TAVI 術前後に CAVI を施行した連続 70 例(平均 82 歳)を解析した。術前の平均値±標準偏差は 7.50±2.23、術後は 9.43±1.54 であり、有意な差が認められた(p<0.001)。CAVI 値は 8 未満が正常範囲とされ、動脈硬化進行に伴い上昇するが、AS のような病態では血行動態が大きく影響を受けるため、一般的な動脈硬化とは異なる挙動を示す。AS では脈の立ち上がりが遅くなることから知られており、TAVI による大動脈弁狭窄解除により、この遅延が改善されるためと考えられる。この CAVI 値変化は AS 患者の病態評価や治療効果の評価において重要であり、文献的考察を交えて提示する。

37

TAVI 術後約2年で人工弁機能不全に至った1例

日本海総合病院 循環器内科

和田 菜与、門脇 心平、小村 優駿、結城 翔太、齋藤 博生、高橋 興史、東海林 弘太郎、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 90 歳代女性。80 歳代で心雑音を契機に大動脈弁狭窄症を指摘された。以後近医にて心臓超音波検査でフォローされていたが、狭窄進行認め、精査加療目的に当院へ紹介された。精査の結果、経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)の適応と判断され、SAPIEN 20mm で TAVI を施行された。術後の定期検査で、徐々に人工弁圧差の増悪を認めていたが、心不全症状なく過ごされており、経過観察となっていた。しかし、術後約2年に心不全症状出現し、当院受診した。心臓超音波検査で重症大動脈弁狭窄症および中等度弁周囲逆流を認めており、入院治療で一時心不全は代償されるも早期に増悪を繰り返す状態であり、TAV-in-TAV も考慮された。TAVI 施行後、約2年で人工弁機能不全が発生した症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

39

度重なる感染症により経カテーテル大動脈弁留置術後早期に人工弁感染をきたした一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

鈴木 豪、田代 晴生、富樫 颯、畠山 葉月、鶴沼 真由、渡邊 博之

症例は 85 歳女性。2 年前より大動脈弁狭窄症を指摘されており、呼吸苦を主訴に当院へ救急搬送となった。肺うっ血および左室収縮能の低下、重症大動脈弁狭窄症を認め、うっ血性心不全として入院となった。MRSA 菌血症を併発し、炎症反応の陰転化は得られていなかったが、心不全増悪を繰り返したため第18 病日に経カテーテル大動脈弁留置術を施行した。術後心不全は徐々に改善を認めたが、ESBL 産生大腸菌感染やカンジダ感染が判明した。抗菌薬、抗真菌薬治療を行ったが炎症反応の改善が得られず、次第に人工弁の開放制限を認めた。心不全再増悪も認め、第79 病日に死亡退院となった。剖検の結果、人工弁3 尖に疣贅による癒着を認め、人工弁感染と考えられた。術後早期に人工弁感染をきたした症例であり、文献的考察を加え報告する。

41

大動脈弁の手術介入を要した成人期漏斗部心室中隔欠損症の2例

山形大学医学部外科学第二講座

水本 雅弘、落合 智徳、黒田 吉則、林 潤、廣岡 秀人、中井 信吾、小林 龍宏、赤羽根 健太郎、内田 徹郎

漏斗部欠損 VSD は右冠尖逸脱(RCCP)による AR を合併しやすく、バルサルバ洞動脈瘤、大動脈弁輪拡大(AAE)へ進展するリスクがある。多くは幼少期に AR を認めた時点で経肺動脈弁的に VSD パッチ閉鎖術が行われるが、今回、経大動脈弁的に VSD パッチ閉鎖と大動脈弁の手術介入を要した成人期漏斗部 VSD の2 例を経験したので報告する。症例①は 78 歳女性。幼少期より心疾患を指摘(詳細不明)。重症 MR と漏斗部 VSD による RCCP、AR を認め、MVR+AVR を行った。症例②は 50 歳男性。1 歳 6 ヶ月時に漏斗部 VSD のパッチ閉鎖術の既往あり。VSD パッチ石灰化と遺残短絡による AR、AAE60mm を認め Bentall 手術を行った。VSD 辺縁と大動脈弁輪の境界が不明瞭であり、パッチ閉鎖の縫合、AVR 運針に工夫を要した。適切な病態認識とフォローアップ、手術介入時期の検討が重要である。

37

経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVI)術後に心房間血腫を合併した一例

大崎市民病院 循環器内科

藤田 壱成、圓谷 隆治、下山 穰、田中 俊次、山内 毅、佐竹 洋之、相澤 健太郎、竹内 雅治、岩淵 薫

90 歳、女性。労作時呼吸困難を主訴に当科を受診。経胸壁心臓超音波検査で大動脈弁最高流速 4.8 m/sec、弁口面積 0.4 cm² と重症大動脈弁狭窄症(AS)を認めた。入院後心臓カテーテル検査で冠動脈狭窄を認めず、経大腿アプローチで SAPIEN3 23mm を留置した。術後1 日目、経胸壁心臓超音波検査で左房に血流流入のない空洞が認められ、造影 CT で大動脈基部、右房、左房の間に 6×5 cm 大の血腫が出現し、左房を圧排する所見が認められた。血腫内に造影効果はなく、左房圧排による血圧の低下がないことから保存的加療を行った。造影 CT では術後2 日目まで血腫の増大が認められたが、術後3 日目以降は血腫の増大はなく凝血の進行が確認された。その後症状の出現はなく退院し、1 年後の経胸壁心臓超音波検査では血腫の消失を認めている。

40

疾患由来の合併症を伴った小欠損 VSD 患者の妊娠・出産

¹ 弘前大学大学院医学研究科 医療安全学講座

² 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

³ 弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科学講座

大徳 和之¹、妹尾 麻衣子²、富田 泰史²、小渡 亮介³、皆川 正仁³

VSD 由来と思われる合併症管理を要した妊娠出産の 2 症例を報告する。

症例 1: 30 歳台女性。X 年 6 月に成人先天性心疾患外来(ACHD)外来へ小児科より移行した。UCG では VSD defect 5 mm 程度、Qp/Qs=1.5、左室壁運動は良好に保たれていた。同月に三人目を妊娠したと報告あり、当院産婦人科とともに管理を行った。8 月にうっ血性心不全の症状を呈し、利尿剤の内服を開始した。X+1 年 1 月に帝王切開で出産に至った。

症例 2: 20 歳台女性。X-1 年 2 月、小児科より small VSD, mild PS として紹介となった。1 年後の定期受診予定としていたが、妊娠が判明し、X 年 6 月に第2子を帝王切開で出産した。X+1 年 3 月より発熱あり、外来受診時、全身倦怠感、息切れあり、採血で感染性心内膜炎(IE)が疑われた。循環器内科へ相談し、抗生剤による入院加療を行い退院に至った。

42

肺動脈性肺高血圧を合併した心房中隔欠損症に対して Treat and Repair を行った一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

芳賀 文香、及川 雅啓、佐藤 勇太郎、池田 彩乃、武藤 雄紀、君島 勇輔、佐藤 悠、横川 哲朗、小林 淳、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

症例は 32 歳女性。肺炎にて前医入院し、肺高血圧症を指摘され当院紹介となった。心エコー検査にて心室中隔扁平化を伴う最大径 24 mm の二次孔型心房中隔欠損症(ASD)を認めた。心臓カテーテル検査では Qp/Qs 3.7、平均肺動脈圧 45 mmHg と肺動脈性肺高血圧症を合併しており、肺血管拡張薬使用後に ASD 閉鎖の方針とした。経口薬のみでは肺動脈圧低下は不十分であり、エポプロステノール持続静注療法を開始し、10 か月後に 59 ng/kg/min まで増量したところ、平均肺動脈圧 40mmHg、肺血管抵抗 6.2 WU へと軽度の改善が得られた。肺動脈圧低下は不十分であるが、バルーン閉鎖テストにて血行動態は安定しており経カテーテル ASD 閉鎖術を行い、合併症なく退院とすることができた。現行ガイドラインでの閉鎖適応基準を含め治療適応を考察する。

43

Fontan 術後成人患者における頭痛の検討

秋田大学大学院医学系研究科 小児科学講座

豊野 学朋

【背景】Fontan 術後の患者における頭痛についての知見が散見される。

【目的】Fontan 術後の頭痛と関連する要因を検討すること。

【方法】診療機会の全てにおいて頭痛の訴えがあった例を頭痛ありと定義した。頭痛の有無において、各臨床情報と生活状況を比較した。

【結果】対象は 13 例で 6 例が頭痛ありと判定された。頭痛の有無で群間比較を行った結果、頭痛ありの群では女性が多く、中心静脈圧と N 末端プロ B 型ナトリウム利尿ペプチドが低く、また就業・在学率も低値であった (全て $p < 0.05$)。

【結語】成人 Fontan 術後患者において頭痛は約半数に発生する症状であった。女性は発生要因と推測され、また良好な循環指標を有する群でも発生が多く、社会生活と関連している可能性が示唆された。

45

動脈スイッチ術後遠隔期にゴアテックス弁付き導管を用いた右室流出路再建術を施行した 1 例

¹岩手医科大学心臓血管外科

²岩手医科大学循環器内科

小泉 淳一¹、辻 龍典¹、八鍬 一貴¹、齊藤 大樹¹、迫田 直也¹、田林 東¹、山屋 昌平²、芳沢 美知子²、金 一¹

症例は 25 歳男性。生後 7 日完全大血管転位 1 型の診断でジャテン手術が施行された。徐々に肺動脈弁狭窄が進行し右室左室圧比 1.0 となり再介入となった。CT で肺動脈弁は胸骨と拡大した大動脈基部(径 40mm)に挟まれ扁平化しており、その前後径は 10mm であった。心エコーでは大動脈弁閉鎖不全は中心から軽度であった。手術は右大腿、右頸部経末梢動静脈から人工心肺を確立後に胸骨切開。肺動脈基部を離断し 20mm 弁付き ePTFE 導管で右室流出路から左肺動脈通路を再建した。右肺動脈再建は左肺動脈との連続性を保ったまま主肺動脈離断部を縫合閉鎖し、これを ePTFE 導管右側へ端側吻合した。ePTFE 導管は上行大動脈の左方へ位置し胸骨からの圧迫を回避した。心拍動下に手技を完遂した。術後の右室左室圧比は 0.5 へ低下した。右室流出路再介入方法について考察する。

47

感染性心内膜炎による心室中隔欠損術後遠隔期に再発を生じた遺残短絡を有する成人の 1 例

¹東北大学病院 循環器内科

²東北大学病院 心臓血管外科

建部 俊介¹、山本 沙織¹、佐藤 遥¹、菊地 順裕¹、佐藤 大樹¹、矢尾板 信裕¹、齋木 佳克²、安田 聡¹

【症例】22 歳、男性。漏斗部欠損型 VSD として経過観察されていたが、12 歳時に Abiotrophia defectiva による大動脈弁、肺動脈弁の感染性心内膜炎(IE)を発症、抗菌薬治療後に VSD パッチ閉鎖を行った。18 歳時に当科紹介、VSD 遺残および中等症 AR が認められた。22 歳時、歯科治療後に発熱、TTE/TEE では明らかな疣贅はないものの、血培より MSSA 陽性、胸部 CT で多発敗血症性肺塞栓を認め、IE 再発と診断した。CEZ の 6 週投与により加療した。退院後、AR による左室拡大、左心機能低下も進行し、24 歳時に大動脈弁置換術、遺残 VSD 閉鎖、右室流出路形成術を行った。【結語】IE 既往およびパッチ修復後の遺残病変は IE 再発の高リスクであり、患者への疾病教育が特に重要である。

44

PH を合併する ASD 症例の肺組織所見と臨床予後を検証する

¹東北大学 心臓血管外科

²東北大学 東北大学医学教育推進センター

正木 直樹¹、齋木 由利子²、前田 恵¹、齋木 佳克¹

【背景】ASD/PH の小児例の組織病理学的所見は十分に評価されておらず、予後との関連性も明らかになっていない。

【方法】2024 年までに肺生検/剖検を施行した ASD/PH39 例の組織学的所見、遠隔予後を後方視的に検証した。

【結果】肺生検/剖検時の中央値年齢は 10 ヶ月。mPAP44mmHg、PVR6.9w/u・m2。肺小動脈に高度中膜肥厚を 23% の症例で認められたが、不可逆性の内膜病変は観察されなかった。死亡例(7 例)では PAP、PVR が有意に高く、高度の肺小動脈中膜肥厚がより頻高頻度で観察され、PHcrisis や周術期における PH 遷延に寄与していた。

【結論】高度の肺小動脈中膜肥厚は、予後不良因子であった。高い PAP、PVR を有する症例でも組織学的には、肺動脈のリモデリングが可逆的である可能性が示唆され、ASD 閉鎖においてはこれらを考慮して慎重に行うべきであると思われた。

46

フォンタン術後遠隔期に 2 度の感染性心内膜炎を発症し、再大動脈弁置換術を要した 1 例

¹岩手医科大学付属病院 循環器内科

²国立病院機構盛岡医療センター 循環器内科

³岩手医科大学付属病院 心臓血管外科

後藤 晟久¹、山屋 昌平¹、沼崎 大諄¹、沼畑 亘¹、佐々木 航¹、朴澤 麻衣子¹、上田 寛修¹、高橋 祐司¹、高橋 信²、石田 大¹、小泉 淳一³、森野 禎浩¹

症例は 19 歳女性。出生時に両大血管右室起始、肺動脈弁下心中隔欠損、三尖弁狭窄、右室低形成に対して 2 歳時に Fontan 手術を受けた。X-7 年前に Staphylococcus aureus を原因菌とする感染性心内膜炎(IE)から高度大動脈弁閉鎖不全症に至り、機械弁置換術(AVR)を施行した。その後 X 年に発熱、頭痛で前医受診し、CT で脳出血および腎梗塞を認めた。血液培養で前回と同菌が検出され、IE 疑われ当院紹介。抗菌薬治療中に大動脈弁輪部膿瘍が形成されたため、2 度目の弁輪部パッチ形成を伴う生体弁 AVR を施行した。複雑性チアノーゼ性先天性心疾患や人工弁使用、IE 既往がある患者では、罹患率および重症化リスクが増加すると報告されている。今回、先天性心疾患を背景に持ち、同菌による 2 度の重症 IE を発症した 1 例を報告する。

48

Treat and Repair が奏功した VSD-PAH の一例

山形大学 医学部 第一内科

水戸 琢章、加藤 重彦、橋本 直明、木下 大資、和根崎 真大、大瀧 陽一郎、田村 晴俊、西山 悟史、有本 貴範、渡邊 哲、渡辺 昌文

症例は 64 歳男性。幼少期から心臓が悪いと言われて成人後の会社の健診でも異常を指摘されたが放置していた。X 年 12 月頃から労作時息切れの増悪を認め A 病院循環器内科を受診した。心エコー上未修復 VSD と著明な肺高血圧を認め、心不全に対する加療を受け退院後、当科に紹介され X+1 年 2 月に精査加療目的に入院した。心エコーで欠損孔 22 mm の膜性部周囲型 VSD を認め、右心カテーテル検査(RHC)にて mean PAP 50 mmHg、mean PAWP 11 mmHg、PVR 18.1 WU、NO 負荷陽性であった。VSD-PAH として肺血管拡張薬が順次導入された。X+1 年 5 月の RHC では PVR 5.2 WU まで改善を認め、当院第二外科で X+1 年 8 月に VSD 閉鎖術を施行された。退院後も外来で内服治療を継続され経過良好である。VSD-PAH に対して Treat and Repair が奏功した本症例について文献的考察を含め報告する。

49

心不全チームの介入が困難な患者群についての検討

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、尾形 剛、砂村 慎一郎、鈴木 健広、谷田 篤史、野田 一樹、瀧井 暢

背景:心不全管理に多職種チームによる教育・支援が有用だが、介入困難な患者群は特定されていない。目的:心不全チームの介入困難な患者群の特徴を検討する。

方法:心不全入院、生存退院した356症例についてリハビリ、栄養指導、生活指導の介入状況を確認、介入なしか一種類のみの介入の介入0/1群と二種類以上の介入がされた介入2/3群にわけて比較した。結果:介入はリハビリ75%、栄養指導37%、生活指導52%でなされ、介入0/1群は49%、介入2/3群は51%だった。180日までの心不全再入院率は介入0/1群で37.6%、介入2/3群で20.4%だった。介入困難症例を強く規定する因子は独力外出不能、フレイル、心不全入院既往だった。結論:多職種による介入は心不全再入院予防に効果的であるが、介入が困難な患者群が存在し、対応を検討する必要がある。

51

感染性心内膜炎を契機にValsalva洞動脈瘤破裂を来した一例

¹岩手県立中央病院 循環器内科

²岩手県立中央病院 心臓血管外科

荒沢 和也¹、三浦 正暢¹、太田 悠自¹、田中 聡一郎¹、小山 あずさ¹、加賀谷 裕太¹、齊藤 大樹¹、佐藤 謙二郎¹、金澤 正範¹、近藤 正輝¹、片平 晋太郎²、遠藤 秀晃¹、小田 克彦²、中村 明浩¹

症例は60歳台男性。既往にアルコール性肝硬変(Child-Pugh B)、心室中隔欠損症がある。発熱、労作時呼吸困難感を主訴に前医受診。抗菌薬を投与されるも発熱を繰り返し精査目的に当院紹介となった。血液培養よりMSSAを検出、心臓超音波検査ではValsalva洞から右室にシャント血流を認め、感染性心内膜炎を契機としたValsalva洞動脈瘤破裂と診断した。心臓カテーター検査では、右室レベルでのO₂ step upを認めQp/Qs 1.80であった。肝硬変の合併のため周術期リスクが高かったが、抗菌薬投与並びに心不全治療を行った後、第29病日にValsalva洞動脈瘤破裂修復術を施行した。術後、侵襲による腹水増加や血小板減少などを認めたが徐々に状態は改善し第61病日に退院となる。術前評価や周術期管理に苦慮したValsalva洞動脈瘤破裂の一例を報告する。

53

左主幹部の心筋梗塞治療後に治療抵抗性の重症心不全を発生し、心臓リハビリテーションが奏功した一例

¹由利組合総合病院 循環器内科

²秋田大学大学院 医学系研究科 循環器内科学講座

石井 啓吾¹、若木 富貴²、須藤 佑太²、鈴木 真由²、宮澤 幸一²、渡邊 博之²

症例は60歳代女性。2024年5月、前医で左主幹部の急性心筋梗塞に対して経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行した。術後低心機能による重症心不全を発生し、カテコラミンからの離脱が困難となり、当院に転院となった。補助人工心臓の導入を考慮する症例であったが、ケアギバーがおらず適応を満たさなかった。残存病変へのPCIや補助循環装置使用下で薬物加療などを行ったが、高用量のカテコラミン投与からは離脱できなかった。有酸素運動とともにレジスタンストレーニングによる心臓リハビリテーションを行い、全身状態は徐々に改善し、カテコラミン離脱と室内独歩が可能となった。治療抵抗性の重症心不全に対する心臓リハビリテーションの有用性に関して、文献的考察を含めて報告する。

50

強皮症と間質性肺炎を合併した慢性心不全にCOVID19を罹患し心臓リハビリテーションに難渋した一例

¹山形大学医学附属病院 リハビリテーション部

²山形大学医学部 内科学第一講座

大森 允¹、有本 貴範²、佐々木 健¹、荒川 忍¹、加藤 以知子¹、渡邊 彩那¹、渡辺 昌文²

強皮症・間質性肺炎の既往がある75歳男性。体動時の息切れはあるもののADLは自立していた。うつ血性心不全で入院し、NPPV、フロセミド、ドブタミンで加療され改善傾向であったが、第2病日にCOVID19に罹患していることが判明し、抗ウイルス薬とステロイドが投与された。第6病日から心臓リハビリテーションを開始された。SPPBは0点、BIは0点であった。第14病日から立位練習を開始し、第23病日に室内歩行が自立した。最終的に独歩で連続80m歩行可能となり、SPPBは7点、BIは80点まで改善し、第40病日に自宅退院した。息切れや易疲労感があり1回当たりの介入が短時間に制限されたため、1日複数回の介入で離床と運動の機会を増やし、自主トレーニングを併せて指導したことが身体機能の改善に寄与したと考えられた。

52

T細胞の心内膜浸潤を認めたB細胞性急性リンパ性白血病の一例

青森県立中央病院 循環器内科

相馬 宇伸、川村 陽介、加藤 朋、鈴木 晃子、舘山 俊太、榎引 基

症例は40代男性。睡眠時無呼吸症候群でCPAP療法施行中。数日前から胸部違和感を主訴に近医を受診した。血液検査でトロポニン陽性とNT-proBNPの上昇を認め、急性冠症候群疑いで当院へ搬送となった。心電図変化はみられず心臓超音波検査でも明らかな壁運動異常は認めなかった。緊急冠動脈造影検査では冠動脈に有意狭窄を認めず、HFpEFとして薬物治療を開始した。リンパ球異常高値や二次性貧血がみられ、背景に血液疾患の可能性が示唆された。心不全精査のため心筋生検を施行したところ、内膜側を中心にT細胞の浸潤を認めた。骨髓生検でB細胞性急性リンパ性白血病の診断となった。心不全症状を初発とし、心内膜にT細胞の浸潤を認めた急性リンパ性白血病は稀であり、文献学的考察を交えて報告する。

54

CS1心不全を発症した腎血管性高血圧の一例

山形県立中央病院 循環器内科

黒柳 あずさ、渡部 賢、高橋 興史、青野 智則、會田 敏、長谷川 寛真、大道寺 飛雄馬、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男、松井 幹之

74歳男性。3日前からの呼吸困難で救急搬送された。未治療の高血圧があり、来院時は247/129 mmHgと著明に高値だった。胸部単純X線で肺うっ血あり、心エコーで求心性左室肥大を認め、高血圧性心疾患を背景としたCS1心不全と考えられた。二次性高血圧スクリーニングの単純CTで右腎動脈起始部の石灰化と右腎の萎縮を認めた。腎動脈エコーで右腎動脈は描出されず、レノグラムシンチでは右腎の機能は廃絶していた。腎動脈造影では右腎動脈は閉塞しており、内分泌検査の結果を踏まえ腎血管性高血圧と診断した。腎血管性高血圧では経皮的腎血管形成術が治療法の一つだが、本症例の腎動脈は閉塞しており腎血管形成術のメリットは少ないと考え薬物治療を選択した。右腎動脈閉塞による腎血管性高血圧からCS1心不全を発生した一例を経験したため報告する。

55

^{99m}Tc-HMDP 骨シンチグラフィで経時的な心臓集積の増強を認めた ATTR 心アミロイドーシスの1例

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

安川 遥、江口 久美子、松田 航星、高 俊弘、高橋 佳美、笠原 信太郎、玉淵 智昭、山口 展寛、尾上 紀子、篠崎 毅

84 歳女性。9 年前に乳癌手術歴があり、初発心不全にて当科紹介された。Kumamoto criteria 2 点および進行性の伝導障害を認め心アミロイドーシスが疑われた。^{99m}Tc ピロリン酸シンチグラフィにて Grade3 の集積を認め、最終的に心筋生検で ATTR 心アミロイドーシス (ATTR-CA) と確定診断された。本症例は乳癌術後の再発検索目的で、別の核種である ^{99m}Tc-hydroxymethylene diphosphonate (^{99m}Tc-HMDP) を用いた骨シンチグラフィを毎年施行されていたが、後ろ向きに確認すると 8 年前から集積を認め徐々に増強し 2 年前にはかなり強い集積を認めている。^{99m}Tc-HMDP 骨シンチグラフィはピロリン酸シンチグラフィと同等の ATTR-CA 診断能があるとされているが、その施行主科は循環器以外の科である。他科医師との連携をとりつつ ^{99m}Tc-HMDP の有用性について周知していくことが ATTR-CA の早期発見・治療に重要である。

57

トランスサイレチン心臓アミロイドーシスは、診断前から左室肥大の急速な進行が生じている

国立病院機構仙台医療センター 循環器内科

高橋 佳美、安川 遥、松田 航星、江口 久美子、笠原 信太郎、玉淵 智昭、山口 展寛、尾上 紀子、篠崎 毅

背景:トランスサイレチン心臓アミロイドーシス(ATTR-CM)患者の左室壁厚は診断前からどのように変化しているか不明である。我々は ATTR-CM 患者の左室壁厚増大速度が肥大型心筋症(HCM)よりも早いと仮説をたてた。方法:ATTR-CM 患者(n=7)と、年齢・性別をマッチさせた HCM 患者(n=7)を対象とした。ATTR-CM 診断に至るまでの変化を心臓エコーB モードで後方視的に観察し HCM 患者と比較した。左室後壁厚(PWT)と相対壁厚(RWT)の変化率を観察期間における一次関数の傾きとして定義した。結果:ATTR 群の PWT と RWT の変化率は HCM 群に比べて有意に高かった。(PWT: 0.80±0.30mm/年 vs 0.04±0.07mm/年、p<0.001、RWT: 0.03±0.04mm/年 vs -0.01±0.02mm/年、p<0.05)。結論:ATTR-CM では診断前から PWT と RWT が HCM 患者に比べて急速に増大する。

59

経皮的左室補助装置が著効し、救命に成功したたこぼ型心筋症の一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

富樫 彩季、加藤 宗、久米 翔弥、阿部 健、小野 優斗、佐藤和奏、佐藤 輝紀、鈴木 智人、寺田 健、渡邊 博之

症例は 56 歳男性。家人の前で卒倒し救急要請された。救急隊接触時は pulseless VT を呈しており、電気的除細動後に心拍再開した。V1~6 誘導で ST 上昇を認めたが冠動脈造影では有意狭窄を認めず、左室造影によりたこぼ型心筋症と診断した。IABP を留置し強心薬使用下で SCAI Shock Stage C,D が持続し、LVEDP 32 mmHg と高値を認めたため、当院へ転院後に経皮的左室補助装置(PVAD)を留置した。PVAD 挿入後は速やかに平均動脈圧が上昇し、強心薬減量に成功した。心尖部壁運動異常は経時的に改善し、第 8 病日に PVAD を離脱した。第 15 病日に紹介元へ転院後、社会復帰に成功した。CPA に至る重症たこぼ型心筋症の報告は稀であるが、高度の低心機能と左室流出路狭窄を主病態とするたこぼ型心筋症に PVAD は有効と考えられ、文献的考察を踏まえて報告する。

56

遺伝性 ATTR アミロイドーシスの診断に至った 1 例

日本海総合病院 循環器内科

結城 翔太、菊地 彰洋、小村 優駿、西村 英人、齋藤 博生、東海林 弘太郎、和田 茉与、門脇 心平、禰津 俊介、桐林 伸幸、佐藤 陽子、近江 晃樹、菅原 重生

症例は 72 歳女性。持続性心房細動加療目的に近医より当科紹介となった。心電図で心房細動、四肢誘導低電位、R 波増高不良を認め、経胸壁心臓超音波検査で左室の全周性壁肥厚、びまん性壁運動低下、apical sparing を認め、両側手根管症候群の既往もことからアミロイドーシスが疑われた。冠動脈造影検査で有意狭窄なく、ピロリン酸シンチグラフィは Grade3 であり、心筋生検でアミロイドの沈着を認め、心アミロイドーシスと診断した。年齢から野生型 ATTR アミロイドーシスの可能性が高いと考えタファミジス導入を検討していたが、TTR 遺伝子変異解析にて病的バリエント(Val 122 Ile)を認め、遺伝性 ATTR アミロイドーシスの診断に至った。遺伝子学的検査を含めた診断プロセスにより病型の確定に至った症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

58

PET-CT を施行することで診断に至った心臓サルコイドーシスの二例

公立置賜総合病院 循環器内科

大沼 類、黒川 佑、高畑 葵、羅 世成、岩山 忠輝、佐々木 敏樹、新関 武史

症例①66 歳女性。眼・肺サルコイドーシスの既往あり。人間ドックで房室ブロックを指摘され当科に精査入院した。Ga シンチグラフィや造影 MRI では特記異常所見は指摘できなかったが、完全房室ブロックに加え PET-CT で心臓への異常集積があり、心臓サルコイドーシスと診断した。症例②66 歳男性。慢性心不全で加療中の心エコーで局所的心室壁運動異常と菲薄化があり、造影 MRI や Ga シンチグラフィまで施行したが診断には至らなかった。慢性心不全増悪のため当科に入院したことを契機に PET-CT を施行したところ心臓への異常集積があり、心臓限局性サルコイドーシスと診断した。今回、PET-CT を施行することで心臓サルコイドーシスの診断に至ることができた二症例について、文献的考察を踏まえて報告する。

60

経過中に致死性不整脈を繰り返し、治療に難渋した好酸球性心筋炎の一例

石巻赤十字病院

豊島 拓、市橋 克拓、柿沼 稜、石垣 大河、豊嶋 麻集、片脇航、熊谷 遊、高橋 徹也、山中 多聞

症例は 74 歳の男性。好酸球性胃腸炎の既往がありステロイド製剤を内服していた。肺炎のため外来加療中だった。再診時に胸部不快感を訴え、心電図で広範な誘導での ST 上昇を、心エコーで全周性の左室壁運動低下を認めた。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、急性心筋炎の診断で入院した。トロポニン値は低下傾向だったが、第 6 病日に多型性心室頻拍から心室細動となり、電気的除細動を要した。深鎮静のため挿管管理とした。第 10 病日に抜管するも同日再度心室細動となり抗不整脈薬を開始した。心筋生検の結果から好酸球性心筋炎と診断し、ステロイドパルス療法を施行した。粗大な後遺症なく回復し、第 43 病日に ICD 移植術検討のため転院した。ステロイド内服中に好酸球性心筋炎を発症し、致死性不整脈のため治療に難渋した症例を経験したので報告する。

61

左室内血栓を形成した Long Covid 関連リンパ球性心筋炎の一例

¹岩手県立中央病院循環器内科

²岩手県立中央病院病理診断科

太田 悠自¹、三浦 正暢¹、荒沢 和也¹、田中 聡一郎¹、小山 あずさ¹、西谷 匡央²、加賀谷 裕太¹、佐藤 直美²、齋藤 大樹¹、佐藤 謙二郎¹、金澤 正範¹、近藤 正輝¹、遠藤 秀晃¹、佐熊 勉²、中村 明浩¹

症例は60歳台男性、著明な肺気腫を指摘されている。X年11月にCOVID-19に感染し咳嗽が持続した。X+1年5月より労作時呼吸困難が増悪し近医での心臓超音波検査にて三日月様の左室内血栓を指摘され紹介となった。血液検査では好酸球増多なく抗核抗体は陰性であった。右心カテーテル検査(RHC)では肺動脈楔入圧(PCW)19 mmHg、熱希釈法で心係数 1.91L/min/m²、一回拍出係数(SVI)23.3 mL/beats/m²であり Forrester IV 群相当の血行動態であった。心筋生検にてリンパ球が 32/HPF みられリンパ球性心筋炎と診断した。フルフルリンとプレドニゾロン 30mg の投与で徐々に症状が軽快、X+1年9月のRHCでPCW 6mmHg、SVI 35.2mL/beats/m²と改善、心筋生検ではリンパ球は 8/HPF と炎症細胞浸潤は軽快した。Long COVID 関連心筋炎に伴う左室内血栓を形成した一例を報告する。

63

悪性リンパ腫心臓浸潤による洞不全症候群に対して化学療法が有効であった1例

福島県立医科大学 循環器内科

五十嵐 盛滉、横川 哲朗、飯田 あかね、清水 竹史、及川 雅啓、小林 淳、竹石 恭知

症例は40歳代女性。X年両側卵巣腫瘍の切除術を施行。組織診断で悪性リンパ腫の診断となり血液内科で加療された。X+4年Y月造影CTで全身性の多発性腫瘍、右房内腫瘍を指摘され、FDG-PET/CTでは右房内腫瘍へのFDG集積を認め、悪性リンパ腫の再発及び心臓浸潤による右房内腫瘍と考えられたため化学療法再開となった。X+4年Y月X日に眼前暗黒感、約5秒の洞停止あり、洞不全症候群と診断し一時的ペースメーカを留置した。化学療法継続し、高度徐脈の再発なく経過したため、留置12日目に一時的ペースメーカを抜去した。その後の造影CTでは右房内腫瘍は消退し、経過から洞不全症候群は悪性リンパ腫の心臓浸潤と考えられた。結語：悪性リンパ腫心臓浸潤に伴う洞不全症候群に対して化学療法が奏功し、Adam-Stokes 症状の再発なく経過した1例を経験した。

65

保存的に加療し得た感染性大動脈瘤の1例

¹大原総合病院 初期臨床研修医

²大原総合病院 循環器内科

猪股 佳幸¹、中村 裕一²、片平 正隆²、黒沢 雄太²、大木 理次²、國井 浩行²、齋藤 修一²

症例は糖尿病とリウマチ性多発筋痛症で加療中の80歳代男性。前胸部の持続痛にて来院、冠動脈CTが予定された。CT施行日に発熱と胸背部痛を自覚しており、CT検査で大動脈遠位弓部に5日前に認めなかった周囲にガス像を伴う大動脈瘤を認めた。著明な炎症反応の上昇を認め、血液培養から大腸菌が検出され感染性大動脈瘤と診断、入院となった。心臓血管外科と協議し外科的介入はリスクが高いため、抗菌薬と血圧コントロールで保存的治療を行う方針とした。抗菌薬は6週間継続し炎症反応は改善、瘤の拡大は認めず、リハビリ目的に転院となった。感染性大動脈瘤は比較的稀な疾患であり、通常の大動脈瘤より破裂の危険性は高く、外科的介入が行われない場合の予後は非常に不良である。保存的治療で加療し得た1例を報告する。

62

偶発的に見つかった左室内巨大海綿状血管腫の一例

¹石巻赤十字病院

²東北医科薬科大学病院

市橋 克拓¹、高橋 徹也¹、柿沼 稜¹、石垣 大河¹、片脇 航¹、豊嶋 麻集¹、豊島 拓¹、熊谷 遊¹、山中 多聞¹、川本 俊輔²

症例は75歳男性で、これまで特記すべき胸部症状の自覚はなかった。X年5月に当院整形外科にて頸髄症術前のスクリーニング目的に施行した心エコーで偶発的に左室下壁心尖部に腫瘍を認めた。聴診上、明らかな心雑音は聴取せず、心電図は正常洞調律であり、胸部X線では心胸郭比は53%で明らかなうっ血像なく、採血ではBNPの有義な上昇はなかった。心臓MRIでは腫瘍の質的評価は困難だった。腫瘍径は18.5mm×53.4mmと巨大であり、動揺性を認めたため外科的切除の方針となった。同月準緊急的に手術が施行され、良性の海綿状血管腫の病理診断となった。腫瘍の一部は残存したものの、その後の経過は良好で1年後のフォローアップでは残存病変の増大なく経過した。海綿状血管腫の報告は心臓腫瘍の中でも稀であり、文献的考察を加えた上で報告する。

64

高齢男性のPET-CTで集積を認めなかった高安動脈炎の一例

八戸赤十字病院 循環器内科

大塚 明花、新山 正展、内村 洋平、大関 萌子、浅野 峻晃

症例は63歳男性。健診で心電図異常を指摘され、心エコーで重度大動脈弁閉鎖不全症を認めた。心機能低下も認めており、大動脈弁置換術方針となった。術前の造影CTで大動脈弓部から下行大動脈に粗大な凹凸を示すびまん性拡張を認め、総頸動脈の壁肥厚もあり、高安動脈炎を疑った。しかし、高齢男性で長年の喫煙歴もあり、動脈硬化疾患を否定しきれず、PET-CTを行ったところ、大動脈に集積を認めなかった。炎症も軽度であり、他院の心臓血管外科で上行大動脈置換術と大動脈弁置換術を施行した。しかし、術後に炎症が増悪し、組織診断も踏まえ、高安動脈炎と診断した。診断後、ステロイド治療開始し、炎症は速やかに改善した。今回高齢男性かつPET-CTで集積を認めなかった極めて稀な一例を経験したため報告する。

66

慢性血栓性肺高血圧症を伴う盲腸癌に対し、術前の薬物療法とバルーン肺動脈形成術が有効であった一例

¹八戸市立市民病院 臨床研修センター

²八戸市立市民病院 循環器内科

松崎 凌佑¹、遠藤 知秀²、五十嵐 舜²、日時 美雪²、濱舘 美里²、堀内 大輔²、松井 宏光²

症例は70歳代男性。1年前に肺血栓性肺高血圧症と診断され、近医にて抗凝固療法が開始された。その後、盲腸癌が発見され手術の予定であったが、低酸素血症のため延期となり、当科紹介となった。造影CT検査で肺動脈末梢側に血栓を認め、右心カテーテル検査で平均肺動脈圧(mPAP)が43mmHgであり、慢性血栓性肺高血圧症(CTEPH)の診断となった。盲腸癌の進行具合から1ヶ月以内の手術が必要であると判断され、耐術能獲得のため薬物療法とバルーン肺動脈形成術(BPA)を施行した。mPAPは35mmHgまで軽減し、回盲部切除術が施行された。その後、薬物療法の強化と計4回のBPAにより、動悸や息切れ等の自覚症状も消失した。CTEPHを伴う盲腸癌に対し、術前の薬物療法とBPAが有効であった症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

67

脳梗塞後の急性肺塞栓症に対し VA-ECMO 使用で救命し得たが、左片側性低酸素脳症を来した一例

¹山形市立病院済生館 臨床研修センター

²山形市立病院済生館 循環器内科

安藤 彩香¹、屋代 祥典²、村形 寿彦²、中田 茂和²、宮脇 洋²

症例は62歳、男性。X-15日アテローム性血栓性脳梗塞および左内頸動脈高度狭窄症による進行性右麻痺と診断され緊急脳アンギオを施行された。DAPT+ヘパリンで検査中から血栓の縮小と血流改善を認め、待機的にPTAの方針になり脳神経外科へ入院した。入院後順調にリハビリが進んでいたが、X日急な呼吸困難出現。CTで肺動脈血栓症を認めたが撮影中に心肺停止となり、CPR施行しつつVA-ECMOを装着した。ECMO装着後は循環動態安定しX+4日ECMOを離脱した。頭部CT施行したところ左大脳半球の低吸収を認め左片側性低酸素脳症の可能性指摘あり。X+14日抜管。左低酸素脳症による全失語の状態。肺塞栓症に伴う院内発症心肺停止に対して、VA-ECMOでの救命に成功したが、左内頸動脈狭窄の影響によると考えられる左片側性低酸素脳症を来した一例を経験した。