第 171 回
日本循環器学会東北地方会（ハイブリッド開催）

プログラム

会期：令和２年１２月５日(土) 会場＋ライブ配信

令和２年１２月５日(土)15 時～１２月１２日(土)15 時 オンデマンド配信

会場：コラッセふくしま

（福島県福島市三河南町 1-20　TEL：024-525-4089）

メイン会場 ： ４階 多目的ホール

第 ２ 会 場 ： ４階 401 会議室

会 長　　竹 石 恭 知

事務局：福島県立医科大学 循環器内科学講座

福島県福島市光が丘１番地

TEL: 024(547)1190　FAX: 024(548)1821

◇参加登録受付　　令和2年10月19日(月)～12月12日(土) 15時まで

地方会HPよりご登録いただいた方に、WEB閲覧用IDとPWを発行いたします。

◇会費及び支払方法　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

参加登録の際、クレジット決済にてお支払いをお願いいたします。

※当日、会場でのお支払いは受付いたしません。

◇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きます。

ライブ配信・オンデマンド配信のどちらかで視聴アクセス確認が出来ましたら、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。

当日ご来場の方には、受付にて単位を付与いたします。

◆演題について

Ｙ　Ｉ　Ａ：　発表時間7分　質疑応答5分（ライブ配信／発表者、YIA 審査員）

教育セッション：　発表（ライブ配信）、質疑応答あり（ライブで質問入力可能）

一 般 演 題：　発表時間5分（録画データ）、質疑応答なし

学生・初期研修医AWARD：　発表時間5分（録画データ）、質疑応答なし

学 術 セ ミ ナ ー：　発表60分（ライブ配信）、質疑応答あり（ライブで質問入力可能）

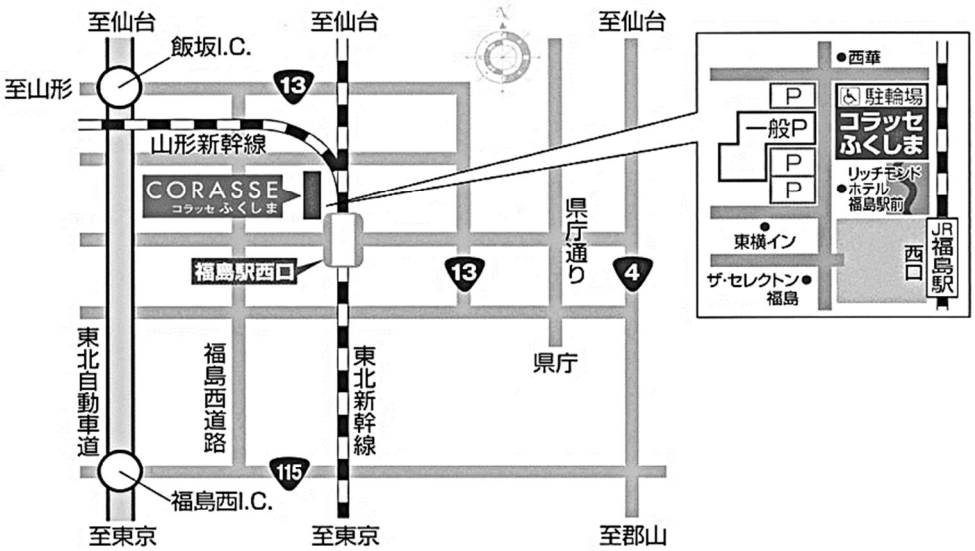
今回はＤＶＤセッション「医療安全・医療倫理に関する講演会」は実施いたしません。

尚、詳細は随時地方会ホームページにてご確認をお願いいたします。

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

会場案内図

概略図

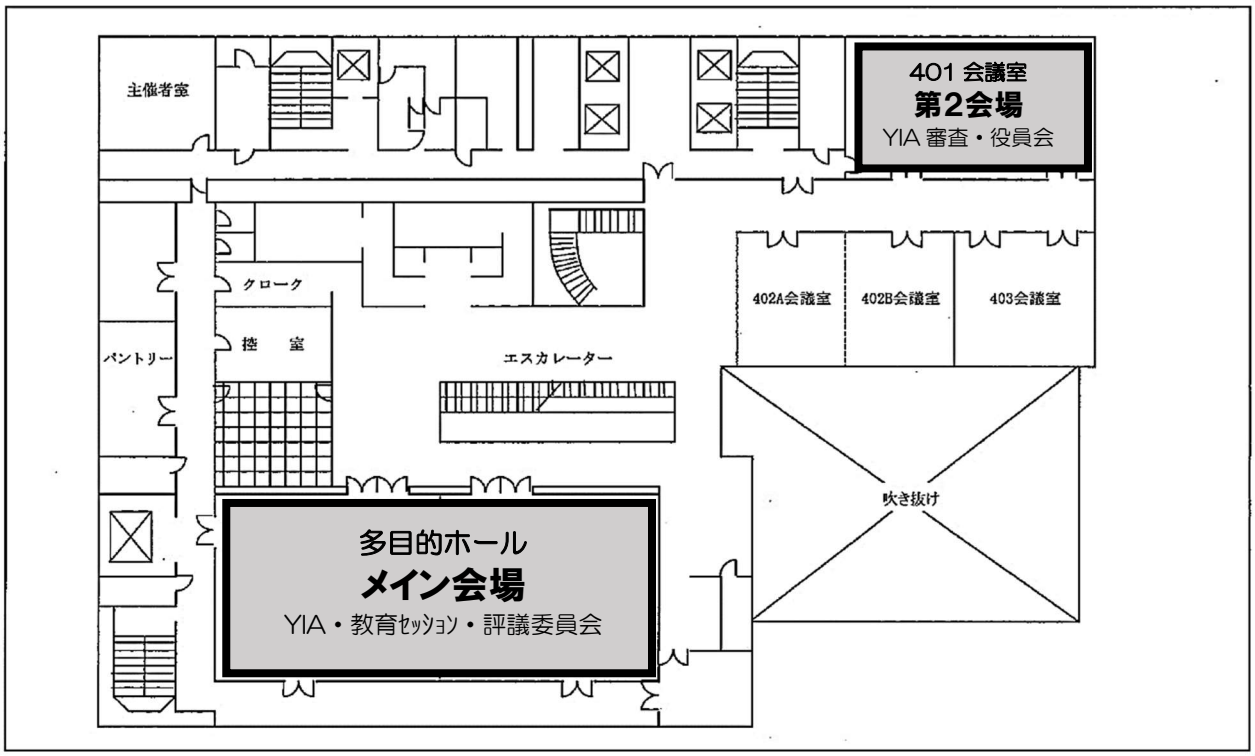


■福島駅西口から徒歩3分
■東北自動車道福島西I.C、飯坂I.Cから車で約15分
■駐車場（有料）の台数に限りありますので、ご来館の際はなるべく公共交通機関をご利用ください。

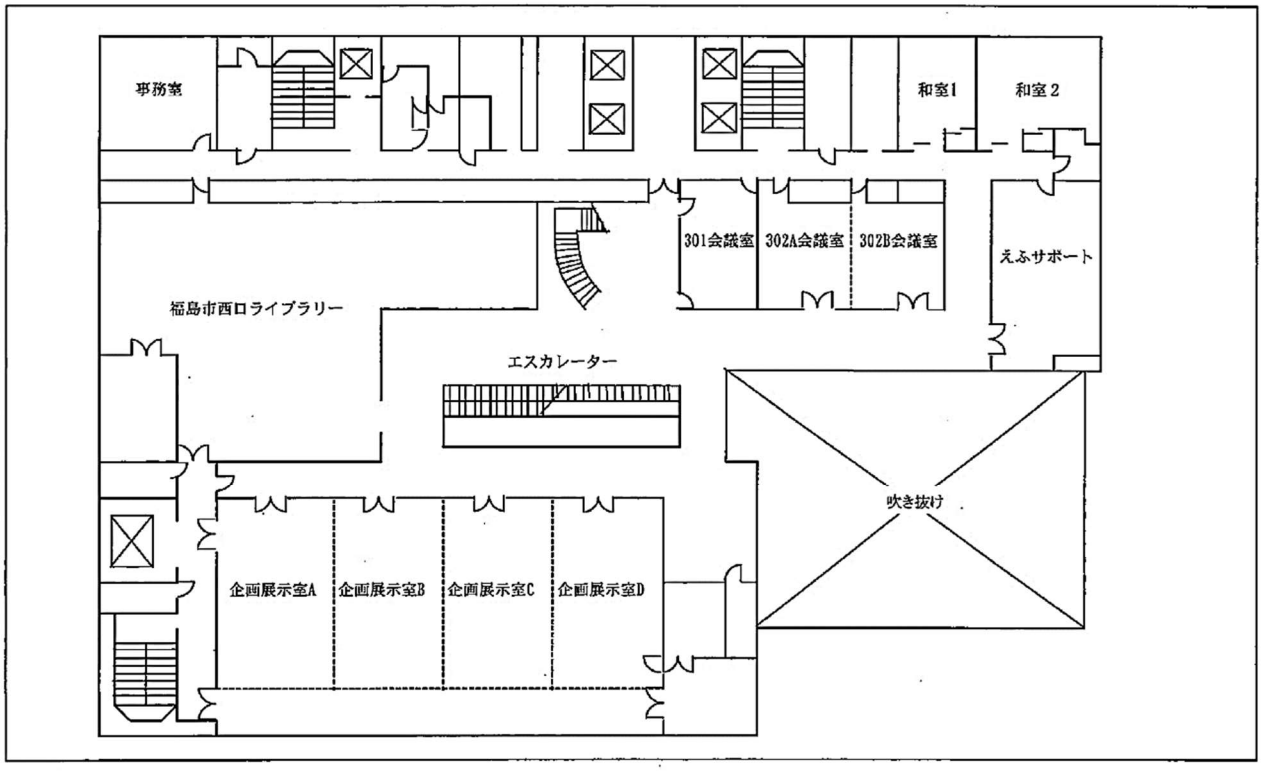
周辺詳細図

フロア案内図

コラッセふくしま　4階フロアー図



コラッセふくしま　3階フロアー図



プログラム

（敬称略）

メイン会場
12月5日(土)のみ

ZOOMを使用した
ライブ配信

8:55～　開会挨拶

9：00

9:00～10:00
1. YIA症例発表部門(1～5)

座長　竹石　恭知
（福島県立医科大学）

10：00

10:00～10:45
2. YIA研究発表部門(6～8)

座長　竹石　恭知
（福島県立医科大学）

11：00

12：00

11:50～12:20
支部評議委員会

12:20～13:00
3.教育セッション1
演者：後藤　あや
福島県立医科大学
総合科学教育研究センター
座長　渡邊　博之
（秋田大学大学院医学系研究科）

13：00

13:00～14:00
4.教育セッション2　-特別講演-

演者：安田　聡
東北大学大学院医学系研究科
循環器内科学分野

座長　竹石　恭知(福島県立医科大学)

14：00

15：00

オンデマンドチャンネル
12月5日(土)15時 ～12月12日(土)15時

期間内はオンデマンドで
視聴が出来ます

＜公開期間＞

12月5日(土)15時～
12月12日(土)15時

1.YIA症例発表部門(1～5)
※発表のみ

2.YIA研究発表部門(6～8)
※発表のみ

3.学生・初期研修医AWARD
(9～14)

4.一般演題
虚血性心疾患1(15～19)
虚血性心疾患2(20～24)
不整脈1(25～30)
不整脈2(31～36)
心不全(37～41)
心筋炎・心筋症(42～47)
肺循環・弁膜症(48～51)
心膜・腫瘍(52～57)
先天性心疾患・補助循環(58～62)

5.教育セッション1
教育セッション2-特別講演-

YIA発表部門、教育セッション
につきましては、
12/6(日)正午～
の配信になります。

第2会場
12月5日(土)のみ

10:45～11:15
YIA審査会

11:15～11:45
支部役員会

学術セミナー
12月5日(土)のみ

ZOOMを使用した
ライブ配信

10:45～12:15
ダイバーシティ推進フォーラム

演者　西崎 史恵
弘前大学医学系研究科
循環器・腎臓内科学講座

演者　那須 崇人
岩手医科大学
内科学講座循環器内科分野

座長　佐藤 宏行(手稲渓仁会病院　循環器内科)

14:10～15:10
1.学術セミナー

演者　小林　欣夫
千葉大学大学院医学研究院
循環器内科学

座長：森野　禎浩
（岩手医科大学）
共催：武田薬品工業株式会社

14:10～15:10
2.学術セミナー

演者　久留　一郎
鳥取大学医学部ゲノム再生医療学講座
再生医療学分野

座長：渡辺　昌文
（山形大学医学部）
共催：帝人ファーマ株式会社

14:10～15:10
3.学術セミナー

演者　福井　重文
東北大学大学院医学系研究科
循環器内科分野

座長：富田　泰史
（弘前大学）
共催：帝人ファーマ株式会社

ライブチャンネル ＜メイン会場＞

1.YIA 症例発表部門（ライブ配信）12 月 5 日(土)9：00～10：00

（オンデマンド配信）12 月 5 日(土)15 時～12 月 12 日(土)15 時

座長： 竹石 恭知

01 デバイス完全露出を認めた高度るい痩例に対する腋窩筋間ペースメーカポケット作成の有用性

弘前大学医学部附属病院

○金野 佑基、石田 祐司、濱浦 奨悟、西崎 公貴、金城 貴彦
伊藤 太平、要 致嘉、堀内 大輔、木村 正臣、佐々木 真吾

02 無症候かつ高い身体活動レベルを保持した成人大動脈縮窄症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○小野 優斗、佐藤 和奏、田村 善一、飯野 貴子、鈴木 智人
関 勝仁、寺田 健、飯野 健二、渡邊 博之

03 劇症型好酸球性心筋炎に対し補助循環用ポンプカテーテル(IMPELLA CP)を用いて良好な転帰を得た一例

岩手医科大学附属病院

○菊池 熙人、那須 崇人、田口 智、二宮 亮、佐久間 雅文
木村 琢巳、石田 大、房崎 哲也、森野 禎浩

04 免疫抑制状態を背景に重篤な細菌性化膿性心膜炎をきたしたが救命に成功しえた一例

[1]山形大学 医学部 内科学第一講座
[2]山形大学 医学部 外科学第二講座

○永井 貴之[1]、和根崎 真大[1]、石垣 大輔[1]、渡部 賢[1]、有本 貴範[1]
大瀧 陽一郎[1]、沓澤 大輔[1]、加藤 重彦[1]、田村 晴俊[1]、西山 悟史[1]
高橋 大[1]、渡邉 哲[1]、大塲 栄一[2]、内田 徹郎[2]、貞弘 光章[2]
渡辺 昌文[1]

05 糸球体腎炎を併発した Bartnella henselae による血液培養陰性の感染性心内膜炎の一例

[1]福島県立医科大学 医学部 循環器内科
[2]福島県立医科大学 医学部 心臓血管外科

○武藤 雄紀[1]、小林 淳[1]、清水 竹史[1]、五十嵐 崇[2]、及川 雅啓[1]
義久 精臣[1]、八巻 尚洋[1]、國井 浩行[1]、中里 和彦[1]、石田 隆史[1]
横山 斉[2]、竹石 恭知[1]

2. YIA 研究発表部門（ライブ配信）12 月 5 日(土)10：00～10：45

（オンデマンド配信）12 月 5 日(土)15 時～12 月 12 日(土)15 時

座長： 竹石 恭知

06　経皮的冠動脈形成術を施行した患者の出血イベントに対する血清アルブミン値の影響についての検討

福島県立医科大学　循環器内科学講座
〇黒沢　雄太、清水　竹史、安藤　卓也、赤間　浄、安齋　文弥
武藤　雄紀、君島　勇輔、喜古　崇豊、義久　精臣、八巻　尚洋
國井　浩行、中里　和彦、石田　隆史、竹石　恭知

07　認知機能障害が冬季の心不全発症に及ぼす影響

公立置賜総合病院　循環器内科
〇小山　響子、新関　武史、樫村　圭亮、水戸　琢章、熊谷　遊
岩山　忠輝、北原　辰郎、池野　栄一郎

08　慢性心不全患者における突然死発症と長期予後規定因子の性差についての検討

[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 EBM 開発学寄附講座
〇林　秀華[1]、坂田　泰彦[1,2]、後岡　広太郎[1,2]、青柳　肇[1]、山中　伸介[1]
藤橋　敬英[1]、白戸　崇[1]、中野　誠[1]、杉村　宏一郎[1]、髙橋　潤[1]
宮田　敏[3]、下川　宏明[1,2,3]、安田　聡[1]

ライブチャンネル ＜メイン会場＞

3. 教育セッション１（ライブ配信）12 月 5 日(土)12：20～13：00

（オンデマンド配信）12 月 5 日(土)15 時～12 月 12 日(土)15 時

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 先生

「実践で使えるデータ収集と分析の知識とスキル」

福島県立医科大学 総合科学教育研究センター

教授　後藤　あや 先生

4. 教育セッション２（ライブ配信）12 月 5 日(土)13：00～14：00

（オンデマンド配信）12 月 5 日(土)15 時～12 月 12 日(土)15 時

座長：福島県立医科大学 循環器内科学講座 主任教授 竹石 恭知 先生

「高齢化と多疾患罹患時代の循環器診療を考える」

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 先生

◇ダイバーシティ推進フォーラム

（ライブ配信）12 月 5 日(土)10：45～12：15

循環器疾患の“多様性”についてみんなで議論しよう
～Zoom による双方向性ディスカッション・LIVE 配信～

開会挨拶：みやぎ県南中核病院　循環器内科　富岡 智子 先生

座　　長：手稲渓仁会病院　循環器内科　佐藤 宏行 先生

症例①：がん治療関連心筋障害を併発した進行性乳癌の 1 例

弘前大学医学系研究科循環器・腎臓内科学講座

西崎 史恵 先生

症例②：ペースメーカ植込み後の治療抵抗性 HFpEF の 1 例

岩手医科大学　内科学講座循環器内科分野

那須 崇人 先生

コメンテーター：

大阪大学大学院医学系研究科循環器内科学　教授　坂田 泰史 先生

ディスカッサント：

弘前大学　医学系研究科循環器・腎臓内科学講座　西崎 公貴 先生

弘前大学　医学系研究科循環器・腎臓内科学講座　妹尾 麻衣子 先生

岩手県立中央病院　循環器内科　三浦 正暢 先生

中通総合病院　心臓血管外科　大山 翔吾 先生

東北大学　大学院医学系研究科循環器内科学　佐藤 遥 先生

山形大学　医学部内科学第一講座　和根崎 真大 先生

福島県立医科大学　循環器内科学講座　肱岡　奈保子 先生

ライブチャンネル

1. 学術セミナー（ライブ配信）12 月 5 日(土)14：10～15：10

座長：岩手医科大学内科学講座 循環器内科分野 教授 森野　禎浩 先生

**「2020 年ＪＣＳガイドライン フォーカスアップデート
～冠動脈疾患患者における抗血栓療法～」**

千葉大学大学院医学研究院　循環器内科学

教授　小林　欣夫 先生

共催：第 171 回日本循環器学会東北地方会　武田薬品工業株式会社

2. 学術セミナー（ライブ配信）12 月 5 日(土)14：10～15：10

座長：山形大学医学部　内科学第一講座　教授　渡辺　昌文 先生

**「心腎障害合併高尿酸血症治療のアップデート：
ＸＯ阻害薬の功と罪」**

鳥取大学医学部　ゲノム再生医療学講座　再生医療学分野

教授　久留　一郎 先生

共催：第 171 回日本循環器学会東北地方会　帝人ファーマ株式会社

3. 学術セミナー（ライブ配信）12 月 5 日(土)14：10～15：10

座長：弘前大学大学院医学研究科循環器内科学講座 教授 富田 泰史 先生

「ＰＡＨ治療における最新トピックス」

東北大学大学院医学系研究科　循環器内科分野

助教　福井　重文 先生

共催：第 171 回日本循環器学会東北地方会　グラクソ・スミスクライン株式会社

オンデマンドチャンネル　【学生・初期研修医 AWARD】

09　肺動脈血細胞診で早期診断しえた肺腫瘍血栓性微小血管症の一例

[1]みやぎ県南中核病院　臨床研修医
[2]みやぎ県南中核病院　循環器内科
○武内　広樹[1]、田中　修平[2]、伊藤　知宏[2]、高橋　亮吉[2]、井汲　陽祐[2]
伊藤　愛剛[2]、塩入　裕樹[2]、富岡　智子[2]

10　多彩な感染症により VSA と診断されるまで 2 ヶ月を要した STEMI の一例

[1]仙台徳洲会病院　初期研修医　１年次
[2]仙台徳洲会病院　循環器内科
○引地　智基[1]、小池　達也[2]、上川　雄士[2]、福本　優作[2]

11　妊婦の広範な DVT に対し下大静脈フィルターを留置した 1 例

国立病院機構仙台医療センター
○新井　萌子、笠原　信太郎、尾上　紀子、山口　展寛、江口　久美子
高橋　桂美、宮城　暢明、篠崎　毅

12　稀な走行異常の冠動脈内を血管内超音波で観察した狭心症の一例

岩手医科大学　循環器内科
○佐藤　慎、石田　大、中島　祥文、菊池　熙人、田口　智
那須　崇人、二宮　亮、佐久間　雅文、木村　琢巳、森野　禎浩

13　発作性心房細動における高周波カテーテルアブレーション後の短期、長期の再発予後因子の検討

東北医科薬科大学　循環器内科
○梅田　匠、熊谷　浩司、黒瀬　裕樹、長谷川　薫、住吉　剛忠
菊田　　寿、関口　祐子、亀山　剛義、山家　　実、菅井　義尚
中野　陽夫、小丸　達也

14　心タンポナーデを発症した冠動脈肺動脈瘻-肺動脈瘤破裂の一例

[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
○木之村　聡介[1]、宮脇　洋[2]、中田　茂和[2]、金子　一善[2]、屋代　祥典[2]

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○虚血性心疾患1

15　右室梗塞による心原性ショックで来院し、血行動態改善後に心破裂を起こした1例

公益財団法人星総合病院　循環器内科
○佐川　有理子、片平　正隆、大河内　諭、佐久間　裕也、國分　知樹
佐藤　彰彦、松井　佑子、坂本　圭司、三橋　武司、清野　義胤
木島　幹博

16　急性心筋梗塞発症2ヶ月後に偶発的に診断された左心室瘤切迫破裂の一例

[1]弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座
[2]弘前大学大学院医学研究科　胸部心臓血管外科学講座
○岩崎　俊浩[1]、木村　嘉宏[1]、酒井　峻太郎[1]、市川　博章[1]、西崎　史恵[1]
花田　賢二[1]、横山　公章[1]、横田　貴志[1]、山田　雅大[1]、近藤　慎浩[2]
皆川　正仁[2]、富田　泰史[1]

17　抗血小板薬・抗凝固薬を中止中に右冠動脈の血栓閉塞を再発した一例

寿泉堂綜合病院　循環器内科
○西浦　司人、水上　浩行、谷川　俊了、金澤　正晴

18　保存的加療中に解離が2枝に及び緊急冠動脈バイパス術を要した特発性冠動脈解離の一例

[1]秋田厚生医療センター　循環器内科
[2]秋田大学医学部付属病院　循環器内科
[3]秋田大学医学部付属病院　心臓血管外科
○楡井　周作[1]、田村　芳一[1]、戸嶋　優[1]、庄司　亮[1]、阿部　元[1]
松岡　悟[1]、齊藤　崇[1]、飯野　健二[2]、渡邊　博之[2]、角浜　孝行[3]
山本　浩史[3]

19　冠攣縮性狭心症を合併し心停止に至った肥大型心筋症の一例

[1]大原綜合病院　総合臨床研修センター
[2]大原綜合病院　診療部　循環器内科
○角田　拓也[1]、佐藤　雅之[2]、佐久間　真悠[2]、滝口　舞[2]、大竹　秀樹[2]
齋藤　修一[2]

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○虚血性心疾患２

20　大動脈瘤および冠動脈瘤を合併した狭心症３枝病変の１例

[1]東北医科薬科大学病院　循環器内科
[2]東北医科薬科大学病院　心臓血管外科
○岩本　直生[1]、小丸　達也[1]、中野　陽夫[1]、亀山　剛義[1]、菊田　寿[1]
黒瀬　裕樹[1]、川本　俊輔[2]、清水　拓也[2]、皆川　忠徳[2]

21　急性心筋梗塞を発症した単冠動脈症の一例

福島県立医科大学　循環器内科学講座
○芳賀　文香、谷　哲矢、遠藤　圭一郎、喜古　崇豊、佐藤　崇匡
八巻　尚洋、國井　浩行、中里　和彦、石田　隆史、竹石　恭知

22　急性心筋梗塞に補助循環用ポンプカテーテル IMPELLA を併用しヘモグロビン尿を合併した一例

東北大学病院　循環器内科
○小丸　航平、進藤　智彦、神戸　茂雄、西宮　健介、菊地　翼
白戸　崇、高橋　潤、坂田　泰彦、下川　宏明、安田　聡

23　心臓カテーテル検査施行中、痛風発作を誘因とする無症候性心筋虚血を生じた一例

東北大学　循環器内科学
○西宮　健介、迫田　みく、松本　泰治、佐藤　公一、進藤　智彦
神戸　茂雄、菊地　翼、白戸　崇、安田　聡

24　心停止蘇生後に IMPELLA による循環補助と低体温療法を行い重篤な後遺症なく救命し得た一例

日本海総合病院　循環器内科
○大橋　尚人、近江　晃樹、大野　紘枝、村形　寿彦、横山　美雪
門脇　心平、菊地　彰洋、佐藤　陽子、桐林　伸幸、菅原　重生

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○不整脈1

25　血行動態が破綻する心筋梗塞後心室頻拍の critical isthmus 同定に grid mapping catheter が有用であった一例

弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座
○濱浦　奨悟、伊藤　太平、石田　祐司、西崎　公貴、金城　貴彦
要　致嘉、堀内　大輔、木村　正臣、佐々木　真吾、富田　泰史

26　右室流出路起源の心室性期外収縮が契機となった特発性心室細動の一例

公益財団法人　星総合病院　循環器内科
○工藤　慶祐、佐藤　彰彦、大河内　諭、片平　正隆、佐久間　裕也
國分　知樹、松井　佑子、坂本　圭司、清野　義胤、三橋　武司
木島　幹博

27　通信機能付き携帯心電計による不整脈診断～地域医療連携にいかす～

仙台徳洲会病院　循環器内科
○福本　優作、江里　正弘、小池　達也、上川　雄士

28　器質的心疾患を認めない心室頻拍に対して心外膜アプローチによる高周波アブレーションが奏功した1症例

東北医科薬科大学　循環器内科
○熊谷　浩司、黒瀬　裕樹、長谷川　薫、住吉　剛忠、菊田　寿
関口　祐子、亀山　剛義、山家　実、菅井　義尚、中野　陽夫
小丸　達也

29　クライオバルーンにて左房後壁由来のトリガーを治療し得た発作性心房細動の2症例

福島県立医科大学　会津医療センター附属病院　循環器内科
○星野　弘尊、鶴谷　善夫、玉川　和亮

30　第2世代クライオバルーンによる肺静脈隔離術の有効性と安全性

[1]岩手医科大学　内科学講座　循環器内科分野
[2]岩手県立中部病院　循環器内科
[3]総合花巻病院　内科
○澤　陽平[1]、小松　隆[1]、小島　香[2]、中村　真理絵[1]、芳沢　礼佑[1]
椚田　房紀[3]、大和田　真玄[1]、森野　禎浩[1]

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○不整脈2

31　左室中隔基部起源特発性心室性期外収縮アブレーションで経中隔･経大動脈双方向性アプローチが奏功した１例

[1]東北医科薬科大学　医学部　内科学第一（循環器内科）
[2]JA 秋田厚生連　平鹿総合病院　循環器内科
○菅井　義尚[1]、熊谷　浩司[1]、中嶋　壮太[2]、安齋　潤[2]、黒瀬　裕樹[1]
長谷川　薫[1]、菊田　寿[1]、住吉　剛忠[1]、関口　祐子[1]、亀山　剛義[1]
山家　実[1]、中野　陽夫[1]、深堀　耕平[2]、武田　智[2]、小丸　達也[1]

32　自律神経の関与が示唆された会話誘発性心房頻拍の一例

弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座
○加藤　和史、西崎　公貴、伊藤　太平、木村　正臣、濱浦　奨悟
金城　貴彦、石田　祐司、堀内　大輔、要　致嘉、佐々木　真吾
富田　泰史

33　Sync AV が著効したと考えられる Narrow QRS を呈した虚血性心筋症の１例

東北大学病院　循環器内科
○山本　惟彦、中野　誠、長谷部　雄飛、諸沢　薦、林　秀華
安田　聡

34　左房後壁 box 隔離に Advisor HD Grid カテーテルによるマッピングが奏功した難治性発作性心房細動の１症例

[1]自衛隊仙台病院
[2]東北医科薬科大学　循環器内科
○佐藤　司[1]、熊谷　浩司[2]、黒瀬　裕樹[2]、長谷川　薫[2]、住吉　剛忠[2]
菊田　寿[2]、関口　祐子[2]、亀山　剛義[2]、山家　実[2]、菅井　義尚[2]
中野　陽夫[2]、小丸　達也[2]

35　心筋虚血による左室リード閾値の上昇に対して血行再建後に改善が得られた CRT-D 植え込み患者の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座
○冨田　湧介、山田　慎哉、金城　貴士、室田　定洋、肱岡　奈保子
清水　竹史、竹石　恭知

36　留置後半年で心室リード自体の不良によりリード追加を要した一例

仙台徳洲会病院　循環器内科
○小池　達也、上川　雄士、福本　優作

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○心不全

37　生活指導を重点においたチーム医療による心不全再入院の予防

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、牛込　亮一、谷田　篤史、砂村　慎一郎、野田　一樹
滝井　暢

38　全身性強皮症に左心不全を合併した可能性がある症例

山形県立新庄病院
○今井　洋汰、宮本　卓也、結城　孝一、奥山　英伸、立花　紳吾

39　急性期および慢性期にそれぞれイバブラジンを導入した拡張型心筋症の 2 例

秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科
○工藤　廣大、飯野　健二、貝森　亮太、岩川　英弘、田村　善一
関　勝仁、飯野　貴子、鈴木　智人、寺田　健、渡邊　博之

40　SGLT2 阻害薬が溢水の改善に有効であった糖尿病合併心不全の 1 例

公益財団法人星総合病院　循環器内科
○佐藤　孝紀、片平　正隆、大河内　諭、佐久間　裕也、國分　知樹
佐藤　彰彦、松井　佑子、坂本　圭司、清野　義胤、三橋　武司
木島　幹博

41　子宮頸癌に対し化学放射線療法後に著明な心不全をきたし、治療に難渋した 1 例

山形大学医学部附属病院　第一内科
○中村　元治、西山　悟史、須貝　孝幸、高橋　大、黒川　佑
髙畑　葵、土屋　隼人、渡部　賢、橋本　直明、石垣　大輔
大瀧　陽一郎、和根崎　真大、沓澤　大輔、加藤　重彦、田村　晴俊
有本　貴範、渡邉　哲、渡辺　昌文

○心筋炎・心筋症

42　多発性嚢胞腎の腎外合併症として拡張型心筋症を合併した一例

公益財団法人 星総合病院 循環器内科
○上田　捷太、佐藤　彰彦、大河内　諭、佐久間　裕也、片平　正隆
國分　知樹、松井　佑子、坂本　圭司、清野　義胤、三橋　武司
木島　幹博

43　ペムブロリズマブによる薬剤性心筋炎を発症した一例

青森県立中央病院　循環器内科
○齋藤　数正、和島　将太、加藤　朋、鈴木　晃子、舘山　俊太
櫛引　基、今田　篤

44　産後 HELLP 症候群に逆たこつぼ型心筋症を合併した一例

[1]寿泉堂綜合病院　循環器内科
[2]寿泉堂綜合病院　産婦人科
○小野　直人[1]、西浦　司人[1]、水上　浩行[1]、谷川　俊了[1]、金澤　正晴[1]
白岩　彩[2]、大和田　真人[2]、鈴木　博志[2]

45　窒息を契機にたこつぼ型心筋症を発症した一例

[1]東北医科薬科大学病院　循環器内科
[2]東北医科薬科大学病院　救急科
○日渡　早紀[1]、亀山　剛義[1]、黒瀬　裕樹[1]、菊田　寿[1]、中野　陽夫[1]
山家　研一郎[2]、眞田　千穂[2]、大村　拓[2]、遠藤　智之[2]、小丸　達也[1]

46　たこつぼ型心筋症による左室内血栓の一例

[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
○高橋　洵太[1]、三浦　正暢[1]、内村　久美[1]、薄田　海[1]、山田　祐資[1]
安達　歩[1]、畠山　翔翼[1]、山田　魁人[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]、遠藤　秀晃[1]、中村　明浩[1]
大谷　将之[2]、田林　侑花[2]、神田　圭輔[2]、河津　聡[2]、小田　克彦[2]

47　幼少期に大動脈離断症に対して治療歴があり、成人になり拡張型心筋症を呈した1例

竹田綜合病院　循環器内科
○関根　虎之介、野﨑　祐司、根橋　健、中村　裕一、鈴木　聡

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○肺循環・弁膜症

48　初期併用療法により肺水腫をきたした肺静脈閉塞症(PVDO)が疑われる肺高血圧症の一症例

弘前大学医学部附属病院　循環器腎臓内科学講座
○鹿内　駿、横田　貴志、酒井　峻太郎、市川　博章、木村　嘉宏
西崎　史恵、花田　賢二、横山　公章、山田　雅大、富田　泰史

49　結腸癌術後に再発を来したヘパリン抵抗性肺血栓塞栓症の一例

石巻市立病院
○青柳　肇、千葉　貴彦、赤井　健次郎

50　シェーグレン症候群に合併した肺高血圧症の１例

東北大学病院
○堀川　達雄、山本　沙織、建部　俊介、千葉　直貴、迫田　みく
菊地　順裕、矢尾板　信裕、鈴木　秀明、後岡　広太郎、福井　重文
安田　聡

51　経カテーテル的大動脈弁留置術中の経食道心エコーにて乳頭状線維弾性腫が疑われた２症例

弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座
○酒井　峻太郎、横山　公章、市川　博章、木村　嘉宏、西崎　史恵
花田　賢二、横田　貴志、山田　雅大、富田　泰史

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○心膜・腫瘍

52　胃癌術後再発で癌性心膜炎による心タンポナーデを発症した１例

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
○宮城　暢明、尾上　紀子、高橋　佳美、笠原　信太郎、江口　久美子
山口　展寛、篠崎　毅

53　感染性心内膜炎に併発したsubmitral aneurysmの一例

秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学講座
○戸嶋　優、鈴木　智人、大髙　麻子、須藤　佑太、佐藤　和奏
渡邊　博之

54　左室内血栓除去術により救命し得た慢性好酸球性白血病によるLöffler心内膜炎の一例

[1]岩手県立中央病院　循環器内科
[2]岩手県立中央病院　心臓血管外科
[3]岩手県立中央病院　血液内科
○山田　祐資[1]、遠藤　秀晃[1]、内村　久美[1]、薄田　海[1]、安達　歩[1]
畠山　翔翼[1]、加賀谷　裕太[1]、齋藤　大樹[1]、佐藤　謙二郎[1]、金澤　正範[1]
近藤　正輝[1]、三浦　正暢[1]、宮入　泰郎[3]、小田　克彦[2]、中村　明浩[1]

55　閉塞性肥大型心筋症に感染性心内膜炎を合併し中隔心筋切除術及び僧帽弁置換術にて根治を得た一例

[1]太田綜合病院付属太田西ノ内病院　循環器センター循環器内科
[2]太田綜合病院付属太田西ノ内病院　循環器センター心臓血管外科
○瀧澤　栞[1]、小松　宣夫[1]、武田　寛人[1]、神山　美之[1]、石田　悟朗[1]
金澤　晃子[1]、市村　祥平[1]、小河原　崚[1]、高橋　皇基[2]、佐藤　善之[2]
高野　智弘[2]

56　心電図異常の精査で施行した経胸壁心エコー図検査で偶然発見した左室内腫瘍の一例

[1]岩手医科大学附属病院　循環器内科
[2]岩手医科大学附属病院　心臓血管外科
[3]岩手医科大学附属病院　臨床検査医学科
○押切　祐哉[1]、上田　寛修[1]、田代　敦[3]、下田　祐大[1]、川上　淳[1]
松下　尚子[1]、佐々木　航人[1]、芳沢　美知子[1]、熊谷　亜希子[1]、斎藤　大樹[2]
金　一[2]、森野　禎浩[1]

57　心臓原発悪性リンパ腫に伴う心不全に対して放射線化学療法が著効した一例

[1]東北大学病院　循環器内科
[2]東北大学病院　血液免疫科
○千葉　直貴[1]、矢尾板　信裕[1]、三浦　正暢[1]、小野寺　晃一[2]、建部　俊介[1]
福井　重文[1]、後岡　広太郎[1]、山本　沙織[1]、鈴木　秀明[1]、菊地　順裕[1]
安田　聡[1]

オンデマンドチャンネル【一般演題】

○先天性心疾患・補助循環など

58　経時的左室拡大を呈し開心術を行なった右冠動脈-左房瘻の１例

[1]福島県立医科大学　循環器内科学講座
[2]福島県立医科大学　心臓血管外科学講座
○佐藤　勇太朗[1]、及川　雅啓[1]、五十嵐　崇[2]、冨田　湧介[1]、武藤　雄紀[1]
清水　竹史[1]、國井　浩行[1]、中里　和彦[1]、石田　隆史[1]、竹石　恭知[1]

59　デバイス感染に対するリード抜去後に右房内構造物が出現した一例

秋田大学医学部附属病院　循環器内科
○柳澤　和哉、関　勝仁、小林　雄紀、大高　麻子、三浦　健
山中　卓之、岩川　英弘、田村　善一、鈴木　智人、寺田　健
飯野　健二、渡邊　博之

60　当院における PCPS の使用成績

[1]由利組合総合病院　卒後臨床研修プログラム
[2]由利組合総合病院　循環器内科
[3]秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科学講座
○藤倉　佑光[1]、高橋　潤[2]、三浦　健[2]、小野　優斗[2]、中西　徹[2]
渡邊　博之[3]

61　経食道心臓超音波検査において左心耳内血栓との鑑別を要するアーチファクトを認めた１例

秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科学
○田代　晴生、寺田　健、加藤　僚祐、田村　善一、佐藤　和奏
飯野　貴子、関　勝仁、鈴木　智人、飯野　健二、渡邊　博之

62　ワーファリン-ヘパリン療法は、肺静脈血栓の標準的治療になりえ、糖尿病を改善した

函館新都市病院　内科・循環器内科
たけうち内科クリニック
○竹内　秀和

審査会 ・ 会議

◇ YIA 審査会 10:45～11:15 第2会場

◇ 支部役員会 11:15～11:45 第2会場

◇ 支部評議委員会 11:50～12:20 メイン会場

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
令和 2 年 8 月 23 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ーの中から選出することとする。ファカルティーがいない場合は会員かつコースディレクターの中から選出する。
5.　支部幹事は、それぞれの業務において投資が必要な場合は、事業計画、予算において明確化し、支部役員会・支部社員総会において発言し、承認を得なければならない。

（支部評議員）
第 8 条　支部規程第 10 条に定める支部評議員は、支部役員 1 名の推薦により選出し、支部役員会及び

支部社員総会において承認する。
2. 候補者は、支部役員会予定日より 15 日以前に所定の用紙を用いた履歴書、業績書及び支部役員 1 名が署名・捺印した推薦書を支部長へ提出する。
3. 支部評議委員会に正当な理由なく 3 回連続して欠席した者、退会した者、東北地区から移動した者は、支部評議員の資格を喪失する。
4. 支部評議員の任期は 4 年とし再任は妨げない。
5. 支部評議員の辞職は支部役員会及び支部社員総会において承認する。
6. 支部評議員の期中での辞職については、速やかに補充を行うこととし、支部役員会にて承認した上で、後日支部社員総会において追認する。なお任期は前任者を引継ぐこととする。

（地方会会長）
第 9 条　地方会会長は、「支部コンプライアンス・倫理規程」に定められた内容を遵守しなければならない。
2. 地方会会長は、「臨床研究の利益相反に関する共通指針の細則」に定められた様式の利益相反の自己申告書を支部長経由で本会へ提出しなければならない。
3. 地方会会長は、地方会開催日程の決定を行う。
4. 地方会の主題および演題の選定および採択は、会長が裁量する。
5. 地方会実施にあたり、会長の推薦にて会長校事務局長を任命してよい。会長校事務局長は、会長からの指示に基づき、地方会運営を補助することとする。
6. 地方会運営にあたる企画会社の選定は、会長一任とするが、企画会社手数料が過多とならないことを事前に確認しなければならない。
7. 地方会開催にあたり収入の受入れ、費用の精算の為、会長名において専用口座を開設しなければならない。口座開設と同時にキャッシュカードを作成する場合は、会長から使用者・保管者を指名し、それ以外のものが利用出来ない体制を構築しなければならない。
8. お届け印、通帳は会長または会長が指名した者が保管する。保管にあたっては必ず施錠し、本人のみが解錠出来る体制としなければならない。

（支部名誉会員）
第 10 条　支部規程第 4 条 2 項に定める支部名誉会員は、東北地区単独の支部社員総会において選任する
2. 支部名誉会員の被推薦資格は、支部社員総会開催日において年齢 65 歳以上（当日に 65 歳を迎える者を含む）の東北支部所属の会員であり、支部評議員を 3 期以上務めたものとする。
3. 支部名誉会員は、支部評議員会に出席することができる。また、支部社員総会にも出席することができるが議決権は有しない。
4. 支部名誉会員は、支部役員、支部幹事の兼務を不可とする。
5. 支部名誉会員は、永年資格とする。
6. 支部名誉会員の内、東北地方会で会長を務めた者、支部長を務めた者は、支部特別名誉会員と呼ぶ。処遇は支部名誉会員に準用する。

（支部社員総会、支部評議員会）
第 11 条　支部規程第 13 条に定める支部社員総会、支部規程第 14 条の支部評議員会は、同時開催することとする。

（支部事務局業務）
第 12 条　支部規程第 15 条における支部事務局業務は、事務局担当幹事を補佐し、円滑に業務を遂行することを目的として、本業務に従事する人員を支部役員会の承認のもと採用しても構わない。雇用条件の変更がある場合は、支部役員会での承認を必要とする。

（地方会）
第 13 条　支部規程第 16 条 1 項に定める地方会について、本支部は原則として毎年 2 回地方会を開催する。
2. 地方会の名称は、第〇〇回日本循環器学会東北地方会とする。
地方会運営に関するその他の事項は地方会運営要領に定めることとする。

（JCS-ITC 講習会）

第 14 条　支部規程第 17 条 1 項に定める JCS-ITC 講習会について、本支部は JCS-ITC 業務担当幹事との協議により支部事務局において事務業務（受講者への連絡、受講料受付・謝金や立替金の精算等）を行う。なお、これらの事務業務について、円滑に業務を遂行することを目的として、支部役員会の承認のもと、外部業者へ業務委託を行っても構わない。委託範囲・経済条件の変更がある場合は、支部役員会での承認を必要とする。

2.　JCS-ITC 講習会の事務業務については JCS-ITC 講習会事務要領に定めることとする。

附則

1）この内規は、平成 27 年 2 月 1 日から試行期間とし、平成 28 年 4 月 1 日から完全実施とする。

2）この内規改正は、支部役員会において審議し、支部社員総会にて決定する。

一般社団法人日本循環器学会　東北支部　地方会運営要領

平成 28 年 4 月 1 日施行
令和元年 12 月 7 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　地方会における華美な懇親会の開催を禁じる。

（演題募集）

20　地方会会長は、演題募集スケジュールを決定し、「地方会演題募集ホームページ利用申請書」を本会及び本支部へ提出する。演題募集の開始日・締切日は前後に祝日のない火曜日から木曜日で設定すること。申請書の提出期限はオンライン演題募集システム利用開始の２カ月前とする。

21　本支部は、オンライン演題募集システムの管理者用 ID 及びパスワードを地方会会長事務局へ通知する。なお、パスワードについては、本支部が毎年度更新することとし、変更後のパスワードを本会に通知する。

22　募集締切日延長等の連絡は、混乱を避けるために必ず本会経由で行うこととする。

（専門医単位登録）

23　地方会会長は、詳細が決まり次第「教育セッション開催届」ならびに「DVD セッション開催届」（DVD セッションを開催する場合に限る）を本会及び本支部へ提出しなければならない。

24　地方会会長事務局は、地方会時に専門医単位登録（地方会参加５単位、教育セッション参加３単位、ＤＶＤセッション参加２単位）を行うこととするが、本会から明示された「単位登録の運営方法について」に沿って対応しなければならない。

25　教育セッション及びＤＶＤセッションの専門医単位登録は、不正やミスを防止するため、時間を限定して行わなければならない。（例：セッション開始 1 時間（又は 30 分）前から終了 30 分前）

26　ＤＶＤセッションについて、同じ内容の講演会を学術集会及びインターネットで聴講したことのある会員は、単位加算ができない。地方会会長は事前にプログラム等でその旨を告知し、当日も会場に掲示すること。

（プログラム・抄録）

27　プログラムは、本会会告（偶数月 25 日発行）への抱き合わせで本支部会員へ発送することができる。希望する場合は、「地方会プログラム冊子抱合発送申請書」を本会及び本支部へ提出すること。プログラム以外の発送物（チラシ等）があれば、その内容を申請書に明記すること。申請書の提出期限は、会告発行 1 か月前とする。

28　抄録については、冊子発行を行わず本会ホームページに掲載する。本会ホームページへの掲載にあたり、抄録著者による校正は行わない。訂正等がある場合には、地方会終了後速やかに本会へ連絡することとする。なお、地方会会長事務局は、その旨をプログラムに記載し会員に告知すること。

29　プログラム完成後、本支部へ２部、本会へ５部を送付すること。

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

（演題発表）

31　地方会演者は、発表前のスライドにおいて定められた様式「利益相反の自己申告書」を提示する必要がある。

32　日本循環器学会東北地方会 Young Investigator’s Award について

1)　当支部は、東北地区の循環器病学の発展と優秀な若手循環器専門医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会 Young Investigator’s Award」（東北地方会 YIA「症例発表部門」「研究発表部門」）を設ける。

2)　東北地方会 YIA の応募資格、応募方法、演題応募要領は以下に記載する。ただし、地方会主催の当番校会長の裁定をもって変更は許可されるものとする。

① 応募資格
日本循環器学会員であり、各地方会開催日において満 35 歳以下の方。
東北地方会において過去に YIA を受賞した者は、最優秀賞・優秀賞を問わず、同じ部門への再応募はできない。他部門への申請は可とする。

② 対象演題
日本循環器学会東北地方会で行われた循環器学に関する臨床・基礎研究、且つ、症例報告を受け付ける。発表時点で印刷公表されていない演題内容を対象とする。ただし、応募者は筆頭演者でありその内容に中心的役割を果たしたものであることを必要とする。他の学会賞への応募と重複しないこととし、各部門毎に１施設２題（ただし１科１演題）までの応募とする。本 YIA は症例発表部門と研究発表部門それぞれで選考と表彰を行う。

③ 選考方法
地方会演題募集時に YIA 応募希望を募り、地方会開催時には希望演題のみを対象とする YIA セッションを設ける。選考委員は本セッションに参加し、引き続き開催される YIA 審査委員会において厳重な審査を行う。症例発表部門と研究発表部門それぞれで最優秀賞１名および優秀賞若干名選定する。なお、希望演題数が各部門 5 題を超えた場合は、予め選考委員による第一次審査を行う。

④ 会長奨励賞
ＹＩＡ希望演題の内、一般病院の演題から１題を会長奨励賞としてあらかじめ選出しておき、当日表彰が行われる旨を演者に通知する。ただし、この演題がＹＩＡ最優秀賞または優秀賞に選出された場合はＹＩＡを優先し、その回の会長奨励賞はなしとする。

⑤ 応募方法
一般演題応募と同様に日本循環器学会ホームページより登録。Young Investigator's Award 応募希望者は応募資格を確認のうえ、「YIA に応募する」にチェックを入れ、症例発表部門と研究発表部門のどちらに応募するかを予め明記する。

⑥ 賞
部門毎に最優秀賞１名（賞金 10 万円）および優秀賞若干名（賞金 5 万円）と表彰状。同点の場合は要検討とする。会長奨励賞は１名（賞金 5 万円と表彰状）。

⑦ 締切り
一般演題締切日と同日とする。一次審査後採択されなかった場合は、自動的に一般演題に採択される。

3) YIA 選考委員会は大会長を選考委員長として、各県大学の循環器内科教授 6 名と大会長が選出する 6 名の選考委員の計 12 名で構成される。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。

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。

4)

（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。規定日までに入金が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学生・初期研修医 AWARD 会則

2019 年 12 月 1 日施行

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 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。

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

日本循環器学会員であり、各地方会開催日において学生・初期研修医の方。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171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	教　授	富田　泰史
つがる総合病院　循環器・呼吸器・腎臓内科	科　長	阿部　直樹

岩　　手

岩手医科大学　内科学講座　循環器内科分野	教　授	森野　禎浩
岩手県立二戸病院　循環器内科	科　長	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	教　授	渡邊　博之
市立秋田総合病院	副院長	阿部　芳久

山　　形

山形大学医学部　内科学第一講座	教　授	渡辺　昌文
山形県立中央病院　循環器内科	科　長	松井　幹之

宮　　城

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
仙台オープン病院　循環器内科	主任部長	浪打　成人

福　　島

福島県立医科大学　循環器内科学講座	主任教授	竹石　恭知
大原医療センター	院　長	石橋　敏幸

第171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
（今回は事前オンライン審査となります）

（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	准教授	佐々木　真吾
青森県立中央病院　循環器内科	部　長	櫛引　基

岩　　手

岩手医科大学　内科学講座循環器内科分野	教　授	伊藤　智範
岩手県立中部病院　第一循環器内科	科　長	齊藤　秀典

秋　　田

秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科学講座	准教授	飯野　健二
秋田厚生医療センター　循環器内科	診療部長	松岡　悟

山　　形

山形大学医学部　内科学第一講座	准教授	渡邉　哲
山形市立病院済生館　循環器内科	科　長	宮脇　洋

宮　　城

東北大学　循環器内科学講座	講　師	高橋　潤
仙台医療センター	副院長	篠崎　毅

福　　島

福島県立医科大学　循環器内科学講座	准教授	中里　和彦
白河厚生総合病院	副院長	斎藤　富善

日本循環器学会東北支部役員（令和2年10月23日現在）

支部長	竹石 恭知			
副支部長	森野 禎浩			
理事	竹石 恭知		森野 禎浩	
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（秋田大学）	
	齋木 佳克（東北大学）		堀内 久徳（東北大学）	
	安田 聡（東北大学）		小丸 達也（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
	丸山 幸夫	久保田 功	下川 宏明	
名誉支部員	青木 孝直	芦川 紘一	池田 精宏	石出 信正
	伊藤 貞嘉	猪岡 英二	今井 潤	大和田 憲司
	岡林 均	小熊 正樹	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	小林 政雄	齋藤 公男	齊藤 崇
	佐々木 弥	佐藤 昇一	瀬川 郁夫	高松 滋
	立木 楷	田中 元直	田巻 健治	布川 徹
	野崎 英二	福田 幾夫	藤野 安弘	前原 和平
	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	阿部 直樹	長内 智宏	木村 正臣	櫛引 基
	○ 佐々木 真吾	○ 富田 泰史	花田 裕之	森 康宏
	横田 貴志	横山 公章		
岩手	安孫子 明彦	石田 大	○ 伊藤 智範	大和田 真玄
	○ 金 一	小松 隆	佐藤 衛	高橋 智弘
	田代 敦	田中 文隆	中村 明浩	西山 理
	房崎 哲也	○ 森野 禎浩	八木 卓哉	
秋田	○ 阿部 芳久	飯野 健二	○ 飯野 貴子	小坂 俊光
	佐藤 誠	鈴木 智人	鈴木 泰	武田 智
	田村 芳一	寺田 健	照井 元	豊野 学朋
	羽尾 清貴	長谷川 仁志	堀口 聡	松岡 悟
	○ 渡邊 博之			
山形	有本 貴範	池田 こずえ	池野 栄一郎	内田 徹郎
	金谷 透	貞弘 光章	佐藤 匡	宍戸 哲郎
	菅原 重生	須藤 直行	高橋 大	西山 悟史
	廣野 摂	福井 昭男	松井 幹之	宮本 卓也
	宮脇 洋	○ 渡邉 哲	○ 渡辺 昌文	
宮城	伊藤 健太	大原 貴裕	加賀谷 豊	熊谷 浩司
	上月 正博	○ 小丸 達也	○ 齋木 佳克	西條 芳文
	坂田 泰彦	佐藤 公雄	佐藤 匡也	篠崎 毅
	白戸 崇	髙橋 潤	建部 俊介	○ 富岡 智子
	中野 誠	後岡 広太郎	○ 堀内 久徳	○ 安田 聡
	山家 智之			
福島	石田 隆史	石橋 敏幸	金城 貴士	國井 浩行
	齋藤 修一	斎藤 富善	杉 正文	杉本 浩一
	○ 竹石 恭知	武田 寛人	○ 中里 和彦	八巻 尚洋
	横山 斉	義久 精臣		

会計監事	那須 雅孝　前原 和平
幹事	支部事務局担当幹事：高橋 潤（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）

日本循環器学会東北支部
各種委員会　委員名簿（令和２年10月現在）

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）

心肺蘇生法普及委員 *委員長

花田 裕之（青森）　西崎 史恵（青森）　飯野 健二（秋田）　深堀 耕平（秋田）
及川 浩平（岩手）　照井 克俊（岩手）　金谷 透（山形）　宮本 卓也（山形）
篠崎 毅（宮城）　須田 彬（宮城）　*竹石 恭知（福島）　水上 浩行（福島）
阿部 諭史（福島）

成人先天性心疾患部会委員 *委員長

大徳 和之（青森）　大谷 勝記（青森）　金城 貴彦（青森）　高木 大地（秋田）
豊野 学朋（秋田）　飯野 貴子（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）　安孫子 雅之（山形）　西山 悟史（山形）
＊齋木 佳克（宮城）　安達　理（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171回日本循環器学会東北地方会

一 般 演 題 抄 録

＜公開期間＞

オンデマンド配信：2020年12月5日(土)15時～12月12日(土)15時

- YIA 症例発表部門（1～5）
- YIA 研究発表部門（6～8）
- 学生・初期研修医AWARD（9～14）
- 虚血性心疾患１（15～19）
- 虚血性心疾患２（20～24）
- 不整脈１（25～30）
- 不整脈２（31～36）
- 心不全（37～41）
- 心筋炎・心筋症（42～47）
- 肺循環・弁膜症（48～51）
- 心膜・腫瘍（52～57）
- 先天性心疾患・補助循環（58～62）

会　長：竹石　恭知

（福島県立医科大学　循環器内科学講座）

01

デバイス完全露出を認めた高度るい痩例に対する腋窩筋間ペースメーカポケット作成の有用性

弘前大学医学部附属病院

○金野　佑基、石田　祐司、濱浦　奨悟、西崎　公貴、金城　貴彦、伊藤　太平、要　致嘉、堀内　大輔、木村　正臣、佐々木　真吾

症例は高度るい痩（BMI 16.6 kg/m^2）を伴う洞不全症候群の 80 歳台女性。AAI ペースメーカ植込み 5 年後に左前胸部ポケットの圧迫壊死により、デバイス本体が完全に露出した状態で当科を受診した。受診時には発熱はなく、血液培養も陰性であり、感染性心内膜炎の所見も認められなかった。左鎖骨下静脈に高度狭窄所見を認めたが、単純牽引のみでリード抜去は可能であった。抜去後、反対側へのペースメーカ再植込みを検討したが、高度のるい痩により右大胸筋の菲薄化を認めたため、右腋窩に広背筋・前鋸筋間の筋間ポケットを作成し、AAI ペースメーカを植込んだ。植込み後はポケット感染の兆候はなく経過している。筋間ポケットを用いたペースメーカ植込みは高度のるい痩患者に対して有用であることが示唆された。

02

無症候かつ高い身体活動レベルを保持した成人大動脈縮窄症の一例

秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科学講座

○小野　優斗、佐藤　和奏、田村　善一、飯野　貴子、鈴木　智人、関　勝仁、寺田　健、飯野　健二、渡邊　博之

60 歳代男性。大動脈二尖弁精査のため紹介された。胸部 X 線写真にて、figure 3 sign と肋骨浸食像を認めた。ABI で両下肢虚血が示唆されたため造影 CT を施行した結果、胸部下行大動脈に最小血管内径 2.0mm の高度大動脈縮窄を認めた。縮窄以下の下行大動脈は両側鎖骨下動脈などからの豊富な側副血行路を介して遅延して造影され、また両下肢動脈はサスペンダー様に発達した両側内胸動脈からも血液供給を受けていた。大動脈縮窄症は自然予後不良なため、成人での初診断例は稀である。また、本症例は無症状かつ 8Mets 以上の運動も可能な高い身体活動レベルを保持していた。これらの理由として、豊富な側副血行路に加え、優れた末梢血管内皮機能や、高い骨格筋率が関与していると考えられた。FMD、CPX データ等の検討や文献的考察を含め報告する。

03

劇症型好酸球性心筋炎に対し補助循環用ポンプカテーテル(IMPELLA CP)を用いて良好な転帰を得た一例

岩手医科大学附属病院

○菊池　熙人、那須　崇人、田口　智、二宮　亮、佐久間　雅文、木村　琢巳、石田　大、房崎　哲也、森野　禎浩

69 歳、女性。X-12 日、胸痛を自覚し精査を受け冠攣縮性狭心症として加療を受けていた。X 日に再度胸痛を自覚。劇症型心筋炎の疑いとして当院へ緊急搬送となった。カテコラミン使用下でもショックの改善なく、心拡大と著明な肺うっ血、左室駆出率の低下(20%)を認めた。心臓カテーテル検査で冠動脈に有意狭窄を伴わない心機能低下と循環障害を認め、IMPELLA CP を挿入し循環動態の改善を得た。好酸球(12,500/ml)と心筋生検で好酸球浸潤を認め、好酸球性心筋炎と診断しステロイドパルス療法と大量免疫グロブリン療法を行った。2 週間の IMPELLA CP 管理を要したが致死的合併症なく経過し、左室駆出率は正常まで改善し第 35 病日で独歩退院となった。本症例から IMPELLA CP が劇症型心筋炎の急性期治療に有効であると示唆され、文献的考察を踏まえ報告する。

04

免疫抑制状態を背景に重篤な細菌性化膿性心膜炎をきたしたが救命に成功しえた一例

[1]山形大学 医学部 内科学第一講座
[2]山形大学 医学部 外科学第二講座

○永井　貴之[1]、和根崎　真大[1]、石垣　大輔[1]、渡部　賢[1]、有本　貴範[1]、大瀧　陽一郎[1]、沓澤　大輔[1]、加藤　重彦[1]、田村　晴俊[1]、西山　悟史[1]高橋　大[1]、渡邉　哲[1]、大塲　栄一[2]、内田　徹郎[2]、貞弘　光章[2]、渡辺　昌文[1]

症例は自己免疫疾患に対して免疫抑制薬を内服している 60 歳代の女性。3 日前から出現した呼吸困難感が増悪し救急搬送された。多量の心嚢液貯留を認め、心嚢液は濃褐色で混濁し培養検査で Staphylococcus aureus (MSSA)が同定され細菌性化膿性心膜炎と診断した。心嚢穿刺ドレナージと抗生剤投与による保存的治療を選択したが血液所見の改善に乏しく、心臓超音波検査や CT で収縮性心膜炎を示唆する所見を認め、さらに肝硬変を背景とした低アルブミン血症の合併もあり、全身浮腫や胸水貯留をきたして全身状態は著しく不良であった。外科的心膜切除術を施行したことで血液所見と体液貯留は徐々に改善を得られ、自宅に退院できるまで軽快した。重篤な細菌性化膿性心膜炎の救命に成功した一例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

05

糸球体腎炎を併発した Bartnella henselae による血液培養陰性の感染性心内膜炎の一例

[1]福島県立医科大学　医学部　循環器内科
[2]福島県立医科大学　医学部　心臓血管外科

○武藤　雄紀[1]、小林　淳[1]、清水　竹史[1]、五十嵐　崇[2]、及川　雅啓[1]義久　精臣[1]、八巻　尚洋[1]、國井　浩行[1]、中里　和彦[1]、石田　隆史[1]横山　斉[2]、竹石　恭知[1]

症例は 71 歳男性。労作時息切れにて前医受診し、心エコー検査にて重度大動脈弁閉鎖不全症と大動脈弁尖に付着する紐状エコーを認めた。うっ血性心不全と腎機能低下にて当科紹介となり、ドブタミン、利尿剤にて心不全は改善したが、腎機能障害は遷延した。血液培養を 3 回施行し、14 日間の培養を行ったが培養は陰性であった。腎生検で感染関連腎炎の診断となり抗菌薬投与を開始した。大動脈弁置換術を施行し、弁組織の培養は陰性であったが、PCR 法で Bartnella henselae が検出された。術後ミノサイクリンの投与を行い退院した。Bartnella henselae は猫ひっかき病の原因菌であり血液培養陰性感染性心内膜炎の原因となるが、診断が困難であり本邦での報告は稀少である。血液培養陰性の場合は Bartonella 感染症も念頭において診療することが重要である。

06

経皮的冠動脈形成術を施行した患者の出血イベントに対する血清アルブミン値の影響についての検討

福島県立医科大学　循環器内科学講座

○黒沢　雄太、清水　竹史、安藤　卓也、赤間　浄、安齋　文弥、武藤　雄紀、君島　勇輔、喜古　崇豊、義久　精臣、八巻　尚洋、國井　浩行、中里　和彦、石田　隆史、竹石　恭知

背景：経皮的冠動脈形成術（PCI）後の出血イベントに関していくつかのリスク評価指標が提唱されているが、血清アルブミン（ALB）と出血イベントの関連については十分な検討がされていない。方法と結果：PCI を施行した冠動脈疾患患者 1376 人を、入院時血清 ALB 値により低値群（ALB<3.6 g/dl）、中間群（3.6≦ALB＜4.1）、高値群（4.1≦ALB）の 3 群に分け出血イベントの発生を追跡した（平均 1677 日）。低値群は中・高値群に比し高齢で、慢性腎臓病、貧血、心房細動の罹患率が高かった。カプランマイヤー法にて低値群は出血イベントが有意に高率であった。Cox 比例ハザード解析では、ALB 低値は出血イベントの独立した予測因子であった（ハザード比 2.41、P = 0.001）。結論：血清アルブミンは PCI 後の出血イベントの独立した予測因子であった。

07
認知機能障害が冬季の心不全発症に及ぼす影響

公立置賜総合病院　循環器内科

○小山　響子、新関　武史、樫村　圭亮、水戸　琢章、熊谷　遊、岩山　忠輝、北原　辰郎、池野　栄一郎

【目的】認知機能障害は、自己管理能力を低下させ、心不全の発症に影響を及ぼす可能性がある。今回、認知機能障害が心不全の発症時期に与える影響を検討した。【方法】心不全のため当院に入院した 750 人を対象に、改訂長谷川式簡易知能評価スケールを行い、19 点以下を認知機能障害として臨床的特徴を検討した。【結果】750 人中 330 人に認知機能障害を認めた。認知機能障害を有する患者群は、認知機能の保たれている患者群と比較して、高齢（85±7 歳 vs. 75±12 歳、P＜0.0001）で、eGFR 値が低く（50.8±20.7 vs. 58.6±22.9 ml/min/1.73m^2、P＜0.0001）、冬季の心不全発症率が有意に高かった（35% vs. 26%、P=0.047）。【結語】認知機能障害は、心不全患者の全身管理に悪影響を及ぼす因子であると考えられ、冬季にはより一層の注意が必要である。

08
慢性心不全患者における突然死発症と長期予後規定因子の性差についての検討

[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 EBM 開発学寄附講座
○林　秀華[1]、坂田　泰彦[1,2]、後岡　広太郎[1,2]、青柳　肇[1]、山中　伸介[1]
藤橋　敬英[1]、白戸　崇[1]、中野　誠[1]、杉村　宏一郎[1]、髙橋　潤[1]
宮田　敏[3]、下川　宏明[1,2,3]、安田　聡[1]

【背景】慢性心不全患者は寛解と増悪を繰り返し死亡に至る。長期的な経過の中で突然死の発症と予後規定因子に関する検討は十分行われていない。【方法と結果】第二次東北慢性心不全登録(CHART-2)研究に登録された慢性心不全患者(N=4,876)を男性群と女性群に分類し、比較検討した。女性群の方が高齢で心機能は保たれていたが、心不全入院歴が多くBNP 値も高かった。基礎心疾患は男女とも虚血性心疾患が最も多く、中央値 6.3 年の追跡期間中に男性群で 120 人、女性群で 41 人に突然死を認めた。突然死発症の予測因子は、BNP 値が共通する以外は、男女間で異なる因子が関与していた。【結論】慢性心不全患者は突然死の発生頻度に性差はないが、予後規定因子は男女間で異なる因子が関与していることが明らかとなった。

09
肺動脈血細胞診で早期診断しえた肺腫瘍血栓性微小血管症の一例

[1] みやぎ県南中核病院　臨床研修医
[2] みやぎ県南中核病院　循環器内科

○武内　広樹[1]、田中　修平[2]、伊藤　知宏[2]、高橋　亮吉[2]、井汲　陽祐[2]
伊藤　愛剛[2]、塩入　裕樹[2]、富岡　智子[2]

症例は 80 歳代女性。数日前から動悸、呼吸困難感を自覚し当院を受診した。急性右心負荷所見を伴うI型呼吸不全を呈し、来院時の造影 CT では肺動脈塞栓像を認めなかったが、肺血流シンチグラフィでは両肺に楔状集積低下が多発していた。CT で胆嚢体部の腫瘤、腹腔内多発リンパ節腫大を認めた。右心カテーテル検査にて平均肺動脈圧 60mmHg の前毛細血管性肺高血圧症と診断し、楔入して採取した肺動脈血細胞診から異型細胞を複数認めた。以上より進行胆嚢癌を起源とする肺腫瘍血栓性微小血管症と診断し、第 3 病日よりリオシグアト 3mg/日を開始した。肺腫瘍血栓性微小血管症はまれな疾患であり、生前診断は困難とされている。今回、肺動脈血細胞診により確定診断し、早期治療を開始しえた肺腫瘍血栓性微小血管症の一例を経験したため報告する。

10
多彩な感染症により VSA と診断されるまで 2 ヶ月を要した STEMI の一例

[1] 仙台徳洲会病院　初期研修医　1年次
[2] 仙台徳洲会病院　循環器内科

○引地　智基[1]、小池　達也[2]、上川　雄士[2]、福本　優作[2]

症例は 75 歳女性。発熱・2 日前からの体動困難を主訴に救急搬送され、尿路感染症・STEMI・横紋筋融解症・腎障害と診断。STEMI は発症後 12 時間以上経過していると考えられ、また腎障害・横紋筋融解症も併発していることから、DAPT・ヘパリン・ACE 阻害薬・β-blocker 開始し、併存疾患の治療を優先することとなった。治療中に急性胆嚢炎を発症、次に CD 腸炎発症、続いて貧血・便潜血陽性となったため、それぞれの検査・治療を終了するまで DAPT・ヘパリンは中止、CAG は延期となった。約 2 ヶ月後に併存症の治療が終了し CAG 施行したが冠動脈に有意狭窄は認めなかった。cineMRI・BMIPP 心筋シンチグラフィーにより心電図変化と一致する部位の虚血イベントが示唆され、Ach 負荷試験を施行し VSA が証明され、β-blocker を中止した。

11
妊婦の広範な DVT に対し下大静脈フィルターを留置した 1 例

国立病院機構仙台医療センター

○新井　萌子、笠原　信太郎、尾上　紀子、山口　展寛、江口　久美子、高橋　桂美、宮城　暢明、篠崎　毅

症例は 26 歳女性、妊娠 31 週。初産。左大腿部痛を主訴に前医受診し、下肢静脈超音波で左総大腿静脈から浅・深大腿静脈にかけて血栓を認め、深部静脈血栓症（DVT）の診断で当院へ転院搬送となった。血栓性素因なし。ヘパリンの持続点滴を開始したが、DVT が増悪したため下大静脈フィルター留置、予定帝王切開術施行の方針とした。妊娠 36 週 5 日、一時留置型下大静脈フィルターを右内頸静脈アプローチで留置した。本症例では増大した妊娠子宮により腎静脈下の下大静脈が狭小化しており、事前に MRI でシミュレーションを行い、フィルターを胸椎 11～12 の高さに留置した。妊娠 36 週 6 日、帝王切開術施行し女児を出産した。留置 3 日後、フィルターに血栓付着を認めなかったため抜去した。抗凝固療法をワルファリンに切り替え、産後 11 日目、退院となった。

12
稀な走行異常の冠動脈内を血管内超音波で観察した狭心症の一例

岩手医科大学　循環器内科

○佐藤　慎、石田　大、中島　祥文、菊池　熙人、田口　智、那須　崇人、二宮　亮、佐久間　雅文、木村　琢巳、森野　禎浩

【症例】48 歳男性【主訴】胸痛と意識消失【現病歴】7 ヶ月前より前記主訴を自覚し当院受診。冠動脈 CT で高度狭窄と起始異常が認められたため、カテーテル検査および治療目的に入院となった。【経過】冠動脈造影検査では対角枝以外の冠動脈が右バルサルバ洞から起始し、回旋枝に相当する血管は左右心房と大動脈の間を走行していた。右冠動脈と起始異常を伴う回旋枝に高度狭窄を認めたため引き続きステント留置術を施行した。その際に確認した血管内超音波イメージング（IVUS）では回旋枝狭窄の遠位部において冠動脈が大動脈と心房に挟まれ拍動に一致して不完全に圧排される様子が観察された。【まとめ】稀な冠動脈起始異常を伴う狭心症の症例を経験した。走行異常を伴う冠動脈内を IVUS にて観察した症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

13
発作性心房細動における高周波カテーテルアブレーション後の短期、長期の再発予後因子の検討

東北医科薬科大学　循環器内科

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

目的・方法　当院で発作性心房細動に対して高周波カテーテルアブレーション(CA)を受けた連続 142 例を対象とした。CA 後 3 か月以内と 3 か月以降において心房細動再発群と非再発群の 2 群(n=50 vs.92, n=24 vs.118)に分け、再発予後因子を後ろ向きに検討した。 結果　術前 BNP、造影 CT での左房容積の値が術後 3 か月以内の再発群で有意に高く(P＜0.003, P=0.013)、心房細動罹病期間が CA 後 3 か月以降の再発群で有意に長かった(P＜0.001)。術後3か月以内に再発を認めた例では3か月以降にも有意に多く再発を認めた(P≦0.001)。Cox 比例ハザードモデルによる多変量解析では心房細動罹病期間と術後 3 か月以内の再発のいずれも心房細動再発の予後因子であった(P＝0.004,P＝0.001)。結論　心房細動罹病期間と術後3か月以内の再発が術後3か月以降の再発予後因子であった。

14
心タンポナーデを発症した冠動脈肺動脈瘻−肺動脈瘤破裂の一例

[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

○木之村　聡[1]、宮脇　洋[2]、中田　茂和[2]、金子　一善[2]、屋代　祥典[2]

【症例】47 歳，女性【主訴】呼吸苦，意識消失【既往歴】未治療境界高血圧【現病歴・入院経過】201X 年 12 月下旬呼吸苦で初診，CT で少量の心嚢液を認め経過観察入院．諸検査後，一時退院となったが，数日後に意識消失・低血圧で救急搬送．心タンポナーデの診断で緊急入院．心嚢穿刺を行い，血性心嚢液 500ml をドレナージした．PR3-ANCA と MPO-ANCA の両者陽性が判明したため，ANCA 関連血管炎を疑いステロイド治療を開始した．ステロイドを維持量まで漸減した後，心臓 CT と冠動脈造影を施行．破裂後の血栓化した冠動脈肺動脈瘻(CAVF)・肺動脈瘤が明らかとなり，山形大学病院へ転院して異常血管の閉鎖と瘤の摘出術を施行した．【考察】CAVF は比較的稀な冠動脈奇形であるが，それが動脈瘤化しての破裂例は非常に稀である．文献的考察を加え報告する

15
右室梗塞による心原性ショックで来院し、血行動態改善後に心破裂を起こした 1 例

公益財団法人星総合病院　循環器内科

○佐川　有理子、片平　正隆、大河内　諭、佐久間　裕也、國分　知樹、佐藤　彰彦、松井　佑子、坂本　圭司、三橋　武司、清野　義胤、木島　幹博

症例は 68 歳男性。X 年 Y 月 1 日、体動困難を主訴に当院に救急搬送となった。ショックバイタル、12 誘導心電図で完全房室ブロック、Ⅱ・Ⅲ・aVF での ST 上昇、心エコー検査で下壁・右室の壁運動低下を認め、右室梗塞が疑われた。緊急で冠動脈造影を施行し、RCA#1 に完全閉塞、LAD#6 に 90%の狭窄を認め、RCA に対して PCI を施行した。Y 月 3 日に LAD#6 に対する PCI を施行し、Y 月 5 日に昇圧薬を終了した。Y 月 6 日朝、車椅子でトイレに移動する際 CPA となり、心エコーで前日まで認めていなかった心嚢液貯留を認め、心破裂が疑われた。PCPS を導入するも、flow が確保できず、波形も asystole が続いていたため、手術は施行しなかった。今回我々は、右室梗塞による心原性ショックの状態を離脱後、心破裂を来した症例を経験したため、報告する。

16
急性心筋梗塞発症 2 ヶ月後に偶発的に診断された左心室瘤切迫破裂の一例

[1]弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座
[2]弘前大学大学院医学研究科　胸部心臓血管外科学講座

○岩崎　俊浩[1]、木村　嘉宏[1]、酒井　峻太郎[1]、市川　博章[1]、西崎　史恵[1]、花田　賢二[1]、横山　公章[1]、横田　貴志[1]、山田　雅大[1]、近藤　慎浩[2]、皆川　正仁[2]、富田　泰史[1]

症例は 60 代、男性。20XX 年 6 月に急性心筋梗塞を発症し、左回旋枝 #12 に対し緊急 PCI が施行された。入院中に急性心外膜炎を合併したが、経過良好にて心筋梗塞発症から 21 日後に自宅退院された。同年 7 月の定期外来受診日には、特に異常は認められなかった。同年 8 月の定期外来受診日に施行した胸部レントゲン写真にて心陰影の拡大が確認された。自覚症状やバイタルサインに異常はなかったが、胸部 CT 検査を施行したところ、左心室側壁に 40 mm 大の仮性心室瘤と心嚢液貯留が認められ、左心室瘤切迫破裂の診断で緊急入院となった。入院翌日、準緊急で左室形成術を施行した。今回、急性心筋梗塞発症 2 ヶ月後に胸部レントゲン写真を契機に診断に至った、左心室瘤切迫破裂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。

17
抗血小板薬・抗凝固薬を中止中に右冠動脈の血栓閉塞を再発した一例

寿泉堂綜合病院　循環器内科

○西浦　司人、水上　浩行、谷川　俊了、金澤　正晴

70 歳男性。2017 年に右冠動脈#3 の血栓閉塞を認め、当科で緊急 PCI を施行した。血栓吸引のみで再灌流得られ、バイアスピリンを導入。また入院中に発作性心房細動も認め、エドキサバンも導入した。しかし、8 か月後に視床出血を認めたため、抗血小板薬と抗凝固薬は中止して、外来通院を継続していた。しかし、2020 年 5 月に胸痛を主訴に来院し、ⅡⅢaVF の ST 上昇より、急性心筋梗塞と診断した。緊急 CAG を実施し、右冠動脈#3 の閉塞を認めた。血栓吸引を施行し、多量の赤色血栓を認め、IABP を導入。POBA かつ血栓吸引で再灌流を得られたので、PCI 終了した。出血リスクかつ血栓病変を考慮し、リバロキサバンを導入し、経過良好で第 15 病日に当科退院した。今回出血リスクのある再発した急性心筋梗塞への治療戦略に対して文献的考察も加えて、報告する。

18
保存的加療中に解離が 2 枝に及び緊急冠動脈バイパス術を要した特発性冠動脈解離の一例

[1]秋田厚生医療センター　循環器内科
[2]秋田大学医学部付属病院　循環器内科
[3]秋田大学医学部付属病院　心臓血管外科
○楡井　周作[1]、田村　芳一[1]、戸嶋　優[1]、庄司　亮[1]、阿部　元[1]、松岡　悟[1]、齊藤　崇[1]、飯野　健二[2]、渡邊　博之[2]、角浜　孝行[3]、山本　浩史[3]

症例は 40 歳女性。特記既往なし、一年以内の妊娠出産歴なし。某日職場から独歩で帰宅中に突然胸痛を自覚。一時軽快も間歇的に繰り返すため近医救急外来を受診し、有意所見なく経過観察入院。翌日胸痛再燃あり、心電図上前胸部誘導で ST 上昇、心エコーで心尖部に akinesis を認め ACS として当院へ搬送となる。冠動脈造影で左前下行枝中間部に偏心性の高度狭窄を認め、近位部にびまん性の狭窄あり、特発性冠動脈解離の診断で保存的加療を選択した。しかし第 8 病日に誘因なく胸痛の再発あり、再度冠動脈造影を施行したところ新たに高位側壁枝に偏心性高度狭窄を認め、緊急冠動脈バイパス術を施行した。特発性冠動脈解離は非動脈硬化性心筋梗塞の原因となる稀な疾患であり、文献的考察を交えながら報告する。

19
冠攣縮性狭心症を合併し心停止に至った肥大型心筋症の一例

[1]大原綜合病院　総合臨床研修センター
[2]大原綜合病院　診療部　循環器内科

○角田　拓也[1]、佐藤　雅之[2]、佐久間　真悠[2]、滝口　舞[2]、大竹　秀樹[2]、齋藤　修一[2]

症例は52歳男性。バス運転中に突然意識を失い車両は縁石にぶつかり停止した。乗客が救急要請と心肺蘇生を行い、救急隊による AED 使用で自己心拍再開し当院へ搬送された。 心エコーでびまん性左室肥大を認め、冠動脈造影で主要分枝に有意狭窄は認められずアセチルコリン負荷にて右冠動脈末梢 99%狭窄を認め冠攣縮性狭心症の診断が得られた カルシウム拮抗薬導入後は血行動態破綻に繋がる不整脈捕捉なく、第 16 病日施行のアセチルコリン負荷試験再検は陰性、心筋生検では錯綜配列は指摘されず二次性心筋症も否定的であった。植え込み型除細動器適応にて第 31 病日に高次医療機関に転院。転院後に施行された心臓 MRI から肥大型心筋症の診断に至った。

20
大動脈瘤および冠動脈瘤を合併した狭心症3枝病変の 1 例

[1]東北医科薬科大学病院　循環器内科
[2]東北医科薬科大学病院　心臓血管外科

○岩本　直生[1]、小丸　達也[1]、中野　陽夫[1]、亀山　剛義[1]、菊田　寿[1]、黒瀬　裕樹[1]、川本　俊輔[2]、清水　拓也[2]、皆川　忠徳[2]

症例は 50 歳代男性。川崎病の既往は不明。数ヶ月前から労作時息切れあり。検診にて胸腹部大動脈瘤を指摘され、当院心臓血管外科通院中。大動脈瘤は拡大傾向で術前の冠動脈精査目的に当科へ紹介された。CT では左前下行枝に 15 mm の瘤と 3 枝病変を疑われ、また遠位弓部大動脈に 50 mm、腎下部腹部大動脈に 47 mm の瘤を認めた。CAG では右冠動脈#1-3 の完全閉塞、左前下行枝#7 に冠動脈瘤および 75%狭窄、左回旋枝#13 に冠動脈瘤、#14 に 90%狭窄を認めた。狭心症3枝病変、冠動脈瘤、胸腹部大動脈瘤の診断となり、まずは CABG、大動脈弓部置換術を施行し、腹部大動脈瘤は二期的に施行する方針となった。全身性に動脈瘤合併した狭心症の 1 例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

21
急性心筋梗塞を発症した単冠動脈症の一例

福島県立医科大学　循環器内科学講座

○芳賀　文香、谷　哲矢、遠藤　圭一郎、喜古　崇豊、佐藤　崇匡、八巻　尚洋、國井　浩行、中里　和彦、石田　隆史、竹石　恭知

症例は 70 代男性。自家用車を運転中に胸痛を自覚し、当院へ救急搬送された。来院時の 12 誘導心電図Ⅱ、Ⅲ、aVF 誘導で ST 上昇、心臓超音波検査で下壁領域の壁運動低下を認め、緊急で冠動脈造影検査を施行した。右冠動脈入口部は不明であったが、左回旋枝近位部の閉塞を認め、左回旋枝に対して経皮的冠動脈形成術の方針とした。左回旋枝の責任病変をバルーン拡張後に血流は改善し、造影で左回旋枝が右冠動脈領域を灌流していることを確認した。心電図のST上昇と胸痛は改善し、薬剤溶出性ステントを留置して手技を終了とした。術後の冠動脈 CT 検査で、右冠動脈入口部は確認されず、左回旋枝から右冠動脈領域への分枝を認め単冠動脈症と診断した。急性心筋梗塞を合併した単冠動脈症は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

22
急性心筋梗塞に補助循環用ポンプカテーテル IMPELLA を併用しヘモグロビン尿を合併した一例

東北大学病院　循環器内科

○小丸　航平、進藤　智彦、神戸　茂雄、西宮　健介、菊地　翼、白戸　崇、高橋　潤、坂田　泰彦、下川　宏明、安田　聡

症例は 47 歳男性、ST 上昇型急性心筋梗塞を発症し、心原性ショックのため補助循環用ポンプカテーテル（IMPELLA）を併用したが（P8：最大 5 万回転）、その後機械的破砕機序によると思われる高度な溶血（LDH 3939 U/l）とヘモグロビン尿、急性腎障害（cre 5.07 mg/dl）をきたした。IMPELLA は、経皮的に挿入し左室内から直接脱血して上行大動脈へ順行性に送血することで体循環を補助する。IMPELLA 2.5 は 5.0 と比較して回転数が大きく、赤血球の機械的破砕が誘発されるとの報告がある。今回、IMPELLA 2.5 によるヘモグロビン尿と急性腎障害に対して、ハプトグロビンが奏功（LDH 273U/l、cre 1.98mg/dl）した一例を経験したため、ここに報告する。

23
心臓カテーテル検査施行中、痛風発作を誘因とする無症候性心筋虚血を生じた一例

東北大学　循環器内科学 循環器内科

○西宮　健介、迫田　みく、松本　泰治、佐藤　公一、進藤　智彦、神戸　茂雄、菊地　翼、白戸　崇、安田　聡

症例は 56 歳男性、痛風発作時に胸痛を自覚するとの主訴にて精査を行った。入院時の血清尿酸値はフェブキソスタット 40 mg 内服下で 5.8 mg/dL、左肘部に痛風結節を認めた。左橈骨動脈アプローチにて冠動脈造影を施行するも有意狭窄を認めず、冠攣縮誘発試験に移行した。左冠動脈に対するアセチルコリン負荷にて ST 上昇を伴う冠攣縮が誘発された。冠動脈/静脈血の乳酸値逆転が冠攣縮に先行し、微小血管障害の存在が示唆された。一方、胸痛は再現されず、確定診断には至らなかった。硝酸イソソルビドの注入中、突如左肘に痛風発作が出現し、左前下行枝は slow flow となり、乳酸値異常が進行した。硝酸イソソルビド 5 mg を再注入すると速やかに slow flow は解除され、左肘痛も消失した。追加の画像情報、文献的考察を加え、報告する。

24
心停止蘇生後に IMPELLA による循環補助と低体温療法を行い重篤な後遺症なく救命し得た一例

日本海総合病院　循環器内科

○大橋　尚人、近江　晃樹、大野　紘枝、村形　寿彦、横山　美雪、門脇　心平、菊地　彰洋、佐藤　陽子、桐林　伸幸、菅原　重生

症例は 60 歳代男性。職場で心停止し心肺蘇生処置を受けつつ搬送された。急性冠症候群が疑われ、気管挿管後に緊急カテーテル検査を行い、左前下行枝近位部を責任病変とする急性広範前壁梗塞に伴う心室細動と考えられた。心原性ショックを伴っており IMPELLA CP による循環補助を開始した後に PCI に移行した。また、意識障害が遷延したため低体温療法を開始した。心臓超音波検査では前壁を主体とした全周性の高度壁運動低下を認めたが、補助循環により循環動態は比較的安定して経過した。徐々に心機能は改善し、IMPELLA と低体温療法から離脱することが可能となり、神経学的には軽度の高次機能障害を残すのみであった。心臓リハビリテーションを外来でも継続することとなり第 34 病日に独歩退院した。本症例を文献的考察を含めて報告する。

25

血行動態が破綻する心筋梗塞後心室頻拍の critical isthmus 同定に grid mapping catheter が有用であった一例

弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座

○濱浦　奨悟、伊藤　太平、石田　祐司、西崎　公貴、金城　貴彦、要　致嘉、堀内　大輔、木村　正臣、佐々木　真吾、富田　泰史

70 代男性の心筋梗塞後心室頻拍（VT）に対してカテーテルアブレーションを施行した．血行動態が破綻する複数の VT が誘発されたため grid mapping catheter（GMC）を用いて voltage mapping を行った結果，左室中部・心尖部後側壁に瘢痕を認めた．同瘢痕内の遅延電位（LP）記録部に GMC を留置後，Spline-C からのペーシングで異なる刺激潜時を有する 2 つの VT の excellent pace map を認め，一方の VT が誘発された．VT 中，Spline-C，Spline-B にそれぞれ拡張早期，中期電位が記録され，Spline-B からのペーシングで VT 波形が変化することなく VT は停止した．同部位が critical isthmus（CI）と判明し，CI ならびに周囲の LP 記録部を通電後，いかなる VT も誘発不能に至った．GMC が unmappable VT の迅速かつ正確な CI 同定に有用であった症例を経験し，ここに報告する．

26

右室流出路起源の心室性期外収縮が契機となった特発性心室細動の一例

公益財団法人　星総合病院　循環器内科

○工藤　慶祐、佐藤　彰彦、大河内　諭、片平　正隆、佐久間　裕也、國分知樹、松井　佑子、坂本　圭司、清野　義胤、三橋　武司、木島　幹博

症例は 38 歳女性。学童期より心室性期外収縮（PVC）を指摘されていたが、突然死の家族歴や失神歴なく経過観察されていた。2019 年 10 月動悸、気分不快からの一過性意識消失を主訴に救急搬送された。搬送後の心電図で、連結期の短い心室性期外収縮を認め、その後、心室細動へ移行したため心肺蘇生を施行、（電気的）除細動で自己心拍再開が得られ、緊急入院となった。今回のイベントの原因は、右室流出路（RVOT）起源の心室性期外収縮であると考えられ、右室流出路中隔側と肺動脈弁直下にアブレーションを施行した。また、突然死 2 次予防として S-ICD の植込みを行った。器質的心疾患のない患者で、RVOT 起源の PVC から心室細動へ移行する症例は稀であり、若干の文献的考察を含め報告する。

27

通信機能付き携帯心電計による不整脈診断～地域医療連携にいかす～

仙台徳洲会病院　循環器内科

○福本　優作、江里　正弘、小池　達也、上川　雄士

突然の動悸をきたす発作性上室性頻拍症をはじめとする頻脈性不整脈や、失神の原因となる徐脈性不整脈は、発作頻度や持続時間によっては、しばしば診断が困難である。長期にわたり症状に苦しみながら、診断までに数年を要した症例も経験される　当院では、以下のような症例に対し、通信機能付き携帯心電計を活用した新たな試みを行っている　アナムネから不整脈発作が疑われるが、少ない発作頻度と短い発作時間により、心電図や Holter 心電図検査では検出できなかった症例に対する不整脈診断 頻脈性不整脈に対するアブレーション治療後のフォロー　記録された心電図データをクラウドサーバー上で共有することで、病院間を行き来することなく地域医療連携を行う それぞれのケースについて、実際に携帯心電計が非常に有効であった症例を紹介する

28

器質的心疾患を認めない心室頻拍に対して心外膜アプローチによる高周波アブレーションが奏功した 1 症例

東北医科薬科大学　循環器内科

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

器質的心疾患を疑う所見認めない持続性心室頻拍(VT)に対して心外膜アプローチにより心外膜側にのみ不整脈基質が存在し高周波アブレーションが奏功した 1 症例を報告する。症例は 51 歳女性。薬剤抵抗性 VT(190bpm、右脚ブロック型+下方軸)は、前側乳頭筋が最早期興奮部位であったが、通電は無効であった。その後、冠静静脈 anterolateral vein に留置した電極カテーテルが VT の最早期部位であり、心外膜アプローチを施行。左室下側壁に低電位領域とその辺縁に遅延電位を認めた。VT 中血行動態が不安定なため、isochronal late activation map を作成。VT 回路は、左室中部側壁に存在することが予想され、同部位での pacemap 波形は VT 波形と一致し s-QRS 間隔が延長していた。遅延電位を指標に線上焼灼し、VT は誘発不能となった。

29

クライオバルーンにて左房後壁由来のトリガーを治療し得た発作性心房細動の 2 症例

福島県立医科大学　会津医療センター附属病院　循環器内科

○星野　弘尊、鶴谷　善夫、玉川　和亮

【症例１】71 才男性。薬剤抵抗性発作性心房細動(AF)。X年、クライオバルーン(CB)による肺静脈隔離後、心房高頻度刺激にて AF 誘発された。除細動で洞調律化しても、すぐに AF に移行した。AF のトリガーは左房後壁左側下部付近であり、CB を移動し冷却すると、AF は停止し、その後 AF 誘発されず再発無し。【症例 2】90 才男性。発作性 AF にてうっ血性心不全をきたす症例。Y年入院時は AF で心不全状態、改善すると洞調律化し、上室性期外収縮(APC)連発を繰り返した。超高齢であったが CB アブレーションを実施。APC は左房後壁左側天蓋部付近より出現し、肺静脈隔離後もトリガー消失せず、CB を移動し冷却すると期外収縮は消失した。その後 AF 誘発無く、再発無し。今回の 2 症例は期せずして左房後壁のトリガーからの AF だったが、CB を有効利用し根治できた。

30

第 2 世代クライオバルーンによる肺静脈隔離術の有効性と安全性

[1] 岩手医科大学　内科学講座　循環器内科分野
[2] 岩手県立中部病院　循環器内科
[3] 総合花巻病院　内科
○澤　陽平 [1]、小松　隆 [1]、小島　香 [2]、中村　真理絵 [1]、芳沢　礼佑 [1]、椚田房紀 [3]、大和田　真玄 [1]、森野　禎浩 [1]

【背景・目的】高齢者心房細動(AF)例に対する第 2 世代クライオバルーンによる肺静脈隔離術(PVI)の有効性・安全性について未だ不明な点が多い。今回同バルーンを用いて治療した発作性・持続性 AF 例において 75 歳未満（Ⅰ群: 238 例）、75 歳以上（Ⅱ群: 30 例）の 2 群に分けて患者背景、周術期合併症の有無、心房細動の非再発率を比較検討したので報告する。【結果】2 群間における PVI の急性期成功率ならびに周術期合併症の発症率に有意差を認めなかったが術後 12 ヶ月の時点での初回 PVI 後の AF 非再発率Ⅰ群が 81%、Ⅱ群が 63%でありⅠ群に比しⅡ群で有意に低率であった(Log-rank, P=0.029)。【結語】Ⅱ群における PVI の急性期有効性・安全性はⅠ群と同等であったが、術後12ヶ月時点のAF再発予防効果はⅠ群に比しⅡ群でより不良であった。

31

左室中隔基部起源特発性心室性期外収縮アブレーションで経中隔・経大動脈双方向性アプローチが奏功した 1 例

[1]東北医科薬科大学　医学部　内科学第一（循環器内科）
[2]JA 秋田厚生連　平鹿総合病院　循環器内科

○菅井　義尚[1]、熊谷　浩司[1]、中嶋　壮太[2v]、安齋　潤[2]、黒瀬　裕樹[1]、長谷川　薫[1]、菊田　寿[1]、住吉　剛忠[1]、関口　祐子[1]、亀山　剛義[1]、山家　実[1]、中野　陽夫[1]、深堀　耕平[2]、武田　智[2]、小丸　達也[1]

65 歳男性。右脚ブロック型＋上方軸の特発性心室性期外収縮（VPC）に対するカテーテルアブレーション治療を施行した。多極マッピングカテーテルを用いた VPC の activation map では His 束電位記録部少し下方の左室中隔側下壁寄りが再早期興奮部位であった。アブレーションカテーテルを経心房中隔的順行性に左室へ挿入してマッピングを継続、多極カテーテルでの再早期興奮部位①の下方部②で早期度が高く、②から①にかけ線状焼灼を施行し VPC は減少も完全には消失せず。②の基部下方寄りの部位③の早期性が高いと思われたが順行性アプローチでは到達困難であったため、経大動脈的逆行性アプローチにて③への到達に成功して通電を施行したところ VPC 出現が消失し手技を終了した。左室への双方向性アプローチが奏功した VPC 症例を経験したので報告する。

32

自律神経の関与が示唆された会話誘発性心房頻拍の一例

弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座

○加藤　和史、西崎　公貴、伊藤　太平、木村　正臣、濱浦　奨悟、金城　貴彦、石田　祐司、堀内　大輔、要　致嘉、佐々木　真吾、富田　泰史

基礎心疾患のない 60 代男性に発症した反復性心房頻拍（AT）再発に対しカテーテルアブレーションを行った。AT 中の P 波形は V1 誘導で iso/+、aVL 誘導で+を示した。イソプロテレノール（ISP）負荷で AT 頻度は一過性に増加したが、activation mapping 中に減少した。患者との会話中に incessant に AT が誘発されたため、会話を促しながらリング状カテーテルを用いて冠静脈洞（CS）内の activation mapping を追加した。CS 入口部天蓋部に P 波に 46 msec 先行する最早期興奮(EA)を認め、同 EA 部への高頻度刺激により一過性に洞徐脈をきたした。通電後、会話ならびにISP 負荷による AT 誘発性は消失し、半年間、再発なく経過している。EA 部への連続刺激により洞徐脈が誘発され、心臓自律感神経の関与が疑われた会話誘発性 AT 症例を経験したので報告する。

33

Sync AV が著効したと考えられる Narrow QRS を呈した虚血性心筋症の 1 例

東北大学病院　循環器内科

○山本　惟彦、中野　誠、長谷部　雄飛、諸沢　薫、林　秀華、安田　聡

症例は 57 歳男性。LAD, RCA の陳旧性心筋梗塞のため EF 20%, LVDd 62mm の低心機能であり，過去 3 回の心不全入院歴がある。LVAD，心臓移植も検討を要し，当科紹介となった。心電図上，QRS は 117msec.だが心エコーで dyssynchrony を認めたため，CRT-D 植込術を施行した(Abbott, DDD)。CRT 導入により，QRS 幅は 101msec.に短縮し，1 年後の心エコーでも EF 36%, LVDd46mm と改善を認めた。Sync AV On/Off にて CPX による運動耐容能を評価したところ，Sync AV 使用にて VE/VCO2 の改善を認めた。一般には，narrow QRS 症例に対する CRT は有効性が低いと考えられているが，画像モダリティでの非同期所見など，症例の特徴を認識することにより CRT の有効な症例を発見できると考えられ，文献的考察を含めて報告する。

34

左房後壁 box 隔離に Advisor HD Grid カテーテルによるマッピングが奏功した難治性発作性心房細動の１症例

[1]自衛隊仙台病院
[2]東北医科薬科大学　循環器内科

○佐藤　司[1]、熊谷　浩司[2]、黒瀬　裕樹[2]、長谷川　薫[2]、住吉　剛忠[2]、菊田　寿[2]、関口　祐子[2]、亀山　剛義[2]、山家　実[2]、菅井　義尚[2]、中野　陽夫[2]、小丸　達也[2]

症例は 67 歳男性。持続性心房細動に対して高周波カテーテルアブレーションを他院で施行。再発繰り返すため当院に紹介となった。両肺静脈再隔離後、左心耳連続刺激下、通常の電極マッピングカテーテルにて voltage map を作成したところ、左房後壁に scar が広範囲に記録され、一見前医での Box 隔離が完成しているようにみえた。Duplicate アルゴリズムを使用しての Advisor HD Grid カテーテル NK12 mode でのマッピングでは、後壁中部に島状電位が記録され Box 隔離は不完全であった。同部位の通電後後壁は完全に隔離された。通常のマッピングカテーテルは電極に直行する興奮伝導は記録されないが、NK12 mode では、興奮伝導方向に依存しないため残存電位の記録が可能であった。box 隔離作成時、心外膜側からの興奮伝導を留意する必要がある。

35

心筋虚血による左室リード閾値の上昇に対して血行再建後に改善が得られた CRT-D 植え込み患者の一例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○冨田　湧介、山田　慎哉、金城　貴士、室田　定洋、肱岡　奈保子、清水　竹史、竹石　恭知

症例は 73 歳男性。陳旧性心筋梗塞による左室駆出率低下と完全左脚ブロックあり、心室頻拍による失神のため入院した。冠動脈造影で左回旋枝の高度狭窄を認めたが左室リード留置部位の心筋血流は保たれており両室ペーシング機能付き植込み型除細動器植込み術を先行させた。植込み時の左室リード閾値は 0.5 V / 0.4 ms であったが、植え込み 4 日後に 2.75 V / 0.4 ms と急激な上昇を認めた。胸部レントゲンにてリード偏位は認められず、植込み 8 日後に冠動脈造影を施行したところ左室リード電極周囲を灌流する鈍角枝の完全閉塞を認め、バルーン拡張術にて良好な灌流が得られた。血行再建後、左室リード閾値はベースラインまで低下した。血行再建後に左室リード閾値の改善が得られたため、心筋虚血が左室リード閾値の急激な上昇の原因と考えられた。

36

留置後半年で心室リード自体の不良によりリード追加を要した一例

仙台徳洲会病院　循環器内科

○小池　達也、上川　雄士、福本　優作

【症例】72 歳 男性 【既往】大腸癌 完全房室ブロックに対してペースメーカー留置後、半年間で急速に閾値上昇・pacing failure 認め再度心室リード留置を要した。元々の心室リードは screw を 30～40 回ほど回転させて抜去試みるも電極間が伸び screw を完全に収納できず、中隔にも癒着しており抜去困難であった。新しい心室リードは初回留置リードの近くではあるが閾値・抵抗など問題ない部位に留置でき、術後も問題なく経過している。ペースメーカー業者本部にも問い合わせたが、本症例のような前例はなく、リードの screw については 400 回程度の回転での品質テストを行っており 30～40 回程度の回転で破損することは通常考えられなかった。電極間の乖離所見、新しいリードの留置部位および術後経過から、リード自体の不良によるリード不全と判断された。

37
生活指導を重点においたチーム医療による心不全再入院の予防

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、牛込 亮一、谷田 篤史、砂村 慎一郎、野田 一樹、滝井 暢

背景：高齢化を背景に心不全入院患者数、心不全再入院が増加している。心不全管理に多職種によるチームアプローチを用いた教育・支援が推奨されている。目的：生活指導を含む心不全チーム活動が心不全患者の予後に与える影響を検討する。方法：当院に初回心不全入院し、生存退院した症例の一年後までの死亡、心不全再入院をチーム活動開始前後で比較した。結果：チーム活動導入前(2010/2011 年、150 症例)と比較して、導入後(2016/2019 年、248 症例)は患者の高齢化が認められた。症例全体での Kaplan-Meier 解析で死亡、心不全再入院とも導入前後に差は認められなかったが、80 歳未満の症例に限ると導入後の心不全再入院が少ない傾向にあった(p = 0.069)。結語：生活指導を重点としたチーム医療により心不全再入院を減らせる可能性がある。

38
全身性強皮症に左心不全を合併した可能性がある症例

山形県立新庄病院

○今井 洋汰、宮本 卓也、結城 孝一、奥山 英伸、立花 紳吾

60 歳代女性。初発の心不全で入院。心エコー上、EF 30%程度と全周性の壁運動低下を認めたが、明らかな左室壁厚の異常や左室拡大は認めなかった。心電図は洞調律であったが肢誘導・前胸部誘導ともに陰性 T 波を認めた。心不全の原因精査のため、心臓カテーテル検査を行ったが、冠動脈狭窄や肺高血圧症は認めず、心筋生検を行った。二次性心筋症のスクリーニング検査で抗セントロメア抗体が陽性となり、数年前からレイノー症状を認めており、身体診察上も開口障害や両手指の浮腫状腫脹を認めたことから全身性強皮症と診断された。心筋生検の結果は軽度の間質性線維化を認めた。以上より、今回我々は全身性強皮症に左心不全（myocardial fibrosis）を合併した可能性のある症例を経験したため報告する。

39
急性期および慢性期にそれぞれイバブラジンを導入した拡張型心筋症の 2 例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科

○工藤 廣大、飯野 健二、貝森 亮太、岩川 英弘、田村 善一、関 勝仁、飯野 貴子、鈴木 智人、寺田 健、渡邊 博之

【症例 1】35 歳男性。胸部 X 線で心拡大があり紹介。心エコーで EF 17%と左室収縮能の低下を認め、拡張型心筋症が疑われた。カルベジロール 5mg 導入したが HR 90bpm 程度と頻脈傾向が持続し、イバブラジン 5mg を導入。血圧低下なく HR 70bpm 台まで低下し、心エコーにて EF 35%まで改善を得た。【症例 2】42 歳男性。拡張型心筋症、慢性心不全急性増悪のため IABP 挿入。心エコーで LVDd 86mm、EF 21%と高度の心拡大と左室収縮能の低下を認めた。一旦は IABP 離脱できたが再度心不全増悪を来たし、IABP 再導入した。HR 80bpm 台の頻脈傾向であり、イバブラジン 5mg で導入。血圧低下はなく HR 60bpm 台まで低下し、心不全改善し IABP を再度離脱できた。【考察】心不全の急性期および慢性期にイバブラジンを導入し、奏功した症例を経験したので報告する。

40
SGLT2 阻害薬が溢水の改善に有効であった糖尿病合併心不全の 1 例

公益財団法人星総合病院 循環器内科

○佐藤 孝紀、片平 正隆、大河内 諭、佐久間 裕也、國分 知樹、佐藤 彰彦、松井 佑子、坂本 圭司、清野 義胤、三橋 武司、木島 幹博

症例は 77 歳男性。高血圧、糖尿病、慢性腎臓病で加療中、弁膜症性心筋症があり、X-6 年に大動脈弁・僧帽弁置換術、三尖弁輪縫縮、左心耳閉鎖を施行した。低左心機能の為、弁膜症術後も心不全増悪にて年 1-2 回の入退院を繰り返し、X-2 年に ASV 導入、X-3 年に CRT-D 植え込みを施行した。心不全治療薬としては β 遮断薬、ACE 阻害薬、トルバプタン含む利尿剤、経口強心剤を導入していた。X 年 Y 月、息切れ、呼吸困難、浮腫、体重増加があり、心不全・腎不全増悪の診断で入院した。カテコラミン、血管拡張剤、利尿剤で反応性が良好だったが、強心剤を減量すると尿量低下し、点滴からの離脱に難渋した。SGLT2 阻害薬を導入したところ、尿量が増加し、強心剤を離脱した。今回我々は SGLT2 阻害薬が強心剤からの離脱、溢水の改善に有用であった症例を報告する。

41
子宮頸癌に対し化学放射線療法後に著明な心不全をきたし、治療に難渋した 1 例

山形大学医学部附属病院 第一内科

○中村 元治、西山 悟史、須貝 孝幸、高橋 大、黒川 佑、髙畑 葵、土屋 隼人、渡部 賢、橋本 直明、石垣 大輔、大瀧 陽一郎、和根崎 真大、沓澤 大輔、加藤 重彦、田村 晴俊、有本 貴範、渡邉 哲、渡辺 昌文

症例は 68 歳女性、子宮頸癌にて婦人科に入院。化学放射線治療中、徐々に体重増加と浮腫を認めていたが、頻脈性心房細動を契機に急速に心不全増悪を来した。紹介時低 Alb,Na,K 血症と左室収縮障害を認め、β 遮断薬・アミオダロン・スピロノラクトン・トルバプタンにて心不全は改善し一時的に洞調律へ復した。しかし心房細動再発と共に心不全再増悪を認め、薬物治療に抵抗を示し多臓器不全を呈した。更に薬剤性 QT 延長症候群から torsades de pointes を頻回に繰り返したため、一時ペースメーカと持続血液濾過透析等を用いて急性期治療を行った。最終的に心不全は安定し、再度子宮頸癌の治療のために婦人科へ転科となった。治療に難渋し、集学的治療を要した心不全症例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

42
多発性嚢胞腎の腎外合併症として拡張型心筋症を合併した一例

公益財団法人 星総合病院 循環器内科

○上田 捷太、佐藤 彰彦、大河内 諭、佐久間 裕也、片平 正隆、國分 知樹、松井 佑子、坂本 圭司、清野 義胤、三橋 武司、木島 幹博

症例は 32 歳男性。X 年 6 月に初回急性心不全にて前医で入院加療と精査が行われ、嚢胞腎と拡張型心筋症(DCM)と診断された。退院後転居に伴い内服を自己中断し、X＋1 年 1 月に息切れと全身浮腫の増悪で当院を受診しうっ血性心不全の診断で入院した。入院時の心胸郭比は 65.4%と著明な心拡大を認めたが、ドブタミンサポート下に利尿薬で治療を行い、心胸郭比は 50%まで低下し β 遮断薬やトルバプタンを導入し退院した。本症例では両腎に 5 個以上の嚢胞を認め、父・弟・妹にも嚢胞腎を認める家族歴と併せて常染色体優性多発性嚢胞腎(ADPKD)と診断された。ADPKD の腎外合併症として稀ではあるが DCM が報告されており、その場合家族歴を有することが多いとされている。父も DCM の診断を受けており、今後は弟と妹に対しても心機能精査が必要であると考えられた。

43
ペムブロリズマブによる薬剤性心筋炎を発症した一例

青森県立中央病院　循環器内科

○齋藤　数正、和島　将太、加藤　朋、鈴木　晃子、舘山　俊太、櫛引　基、今田　篤

【症例】58 歳，女性【現病歴】肺扁平上皮癌の局所再発で当院呼吸器内科通院中．X 年 Y 月 Z 日にペムブロリズマブ投与された．Z+7 日の外来受診時に胸部症状ないものの，血液検査で CK・CK-MB・トロポニンの上昇，心電図の胸部誘導で ST 上昇，心エコーで前壁の壁運動低下を認め，心筋炎の診断で集中治療室へ入院となった．【経過】ペンブロリズマブによる薬剤性心筋炎を疑い，メチルプレドニゾロン 2mg/kg/日で治療開始した．治療開始後に速やかに CK・CK-MB はピークアウトし，経過良好のため一般病棟へ転棟した．後日冠動脈CTでは有意狭窄なく，心筋生検にてリンパ球とマクロファージの浸潤を認め心筋炎の確定診断となった．【考察】免疫チェックポイント阻害薬による心筋炎に対してステロイドで軽快した一例を経験したので，文献的考察を加え報告する

44
産後 HELLP 症候群に逆たこつぼ型心筋症を合併した一例

[1]寿泉堂綜合病院　循環器内科
[2]寿泉堂綜合病院　産婦人科

○小野　直人[1]、西浦　司人[1]、水上　浩行[1]、谷川　俊了[1]、金澤　正晴[1]、白岩　彩[2]、大和田　真人[2]、鈴木　博志[2]

症例は 30 歳女性。近医産婦人科で第 1 子を出産し、数時間後に突然の心窩部痛を認めた。当院産婦人科へ転院搬送となり、HELLP 症候群と診断されたが、心エコーで心尖部以外の全周性壁運動低下を認めた。当院産婦人科も併診し、うっ血性心不全、左室壁運動低下の精査加療目的に当科入院加療となった。周産期心筋症を疑い、強心薬や血管拡張薬、利尿薬で心不全加療を開始。第 2 病日に HELLP 症候群は軽快。第 7 病日には心不全軽快傾向かつ左室壁運動の改善傾向を認めた。最終的に、心機能は正常範囲内まで改善し、第 21 病日に当科退院した。短期間で心機能軽快した経過より、本症例は HELLP 症候群を契機に発症した逆たこつぼ型心筋症と考えた。若年女性が逆たこつぼ型心筋症を発症した症例は稀であるため、文献的考察も含め報告する。

45
窒息を契機にたこつぼ型心筋症を発症した一例

[1]東北医科薬科大学病院　循環器内科
[2]東北医科薬科大学病院　救急科

○日渡　早紀[1]、亀山　剛義[1]、黒瀬　裕樹[1]、菊田　寿[1]、中野　陽夫[1]、山家研一郎[2]、眞田　千穂[2]、大村　拓[2]、遠藤　智之[2]、小丸　達也[1]

80 歳代女性。X 年 8 月、食事中に窒息したようだと救急搬送された。心電図でV1-3でST上昇、心エコーで前壁心尖部の壁運動低下、トロポニン T 0.511ng/ml と上昇を認めた。一時 SpO^2 低下もその後安定したため急性冠症候群疑いとして緊急心カテーテル検査を施行。冠動脈造影で有意狭窄なく、左室造影にて特徴的な心尖部壁運動低下を認め、たこつぼ型心筋症と診断した。検査後に SpO^2 低下し挿管、人工呼吸器管理を行った。気管支鏡で気管内に大量のご飯粒を認め、可及的に除去した。状態安定後には心電図は正常化し、心エコーでの壁運動異常も改善した。たこつぼ型心筋症はストレスが誘因となることが知られており、今回は身体的ストレスとして窒息が契機となったと考えられる。救急科の尽力により良好な結果を得たが、教訓的な症例と思われ報告する。

46
たこつぼ型心筋症による左室内血栓の一例

[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

○高橋　洵太[1]、三浦　正暢[1]、内村　久美[1]、薄田　海[1]、山田　祐資[1]、安達　歩[1]、畠山　翔翼[1]、山田　魁人[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]、遠藤　秀晃[1]、中村　明浩[1]、大谷将之[2]、田林　侑花[2]、神田　圭輔[2]、河津　聡[2]、小田　克彦[2]

症例は 60 歳代男性。X 月 Y 日呼吸困難のため A 病院受診、COPD 増悪の診断で同院に入院となった。造影 CT で偶発的に左室心尖部に腫瘤を認め当院に転院となった。前医の心電図で Ⅱ、Ⅲ、aVF 誘導でST上昇を認めたが、当院では広範な誘導で陰性T波に変化していた。心臓超音波検査では心尖部の壁運動が低下、可動性の高い 3 ㎝大の腫瘤を認めた。冠動脈造影検査では有意狭窄病変を認めず、たこつぼ型心筋症による血栓形成と考え、その形態から塞栓症のハイリスクと判断し緊急手術となった。たこつぼ心筋症の約 3%に心内血栓を合併すると報告され、治療は抗凝固療法が推奨されている。しかし、塞栓症を発症し重篤な状態になった症例報告もあり、血栓の形態によっては外科的介入を躊躇しないことが重要である。文献的考察を交え報告する。

47
幼少期に大動脈離断症に対して治療歴があり、成人になり拡張型心筋症を呈した 1 例

竹田綜合病院　循環器内科

○関根　虎之介、野﨑　祐司、根橋　健、中村　裕一、鈴木　聡

31 歳男性。0 歳時に大動脈離断症(type A)と診断され大動脈弓再建術を施行され、17 歳まで定期受診し心機能に問題はなかった。29 歳頃から咳・息切れを自覚したため近医を受診し気管支喘息の治療を受けたが、症状は徐々に悪化し血痰も伴ってきたため当科を受診した。経胸壁心臓超音波では左室駆出率 33%とびまん性に壁運動低下し、左室拡張末期径 61 mm と拡大を認めた。胸部 X 線では心胸郭比 63%、肺門部血管陰影は増強していた。CT 検査では下行大動脈に狭窄を認めた。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄を認めず、Forrester Ⅳ群と低心機能を示したが、下行大動脈の圧較差は認めなかった。心保護薬を導入し、BNP の低下が得られた。大動脈離断症術後に拡張型心筋症を呈した1例を経験したため報告する。

48
初期併用療法により肺水腫をきたした肺静脈閉塞症(PVDO)が疑われる肺高血圧症の一症例

弘前大学医学部附属病院　循環器腎臓内科学講座

○鹿内　駿、横田　貴志、酒井　峻太郎、市川　博章、木村　嘉宏、西崎史恵、花田　賢二、横山　公章、山田　雅大、富田　泰史

症例は 50 歳台女性。息切れと咳嗽あり近医を受診、心エコーで肺高血圧症が疑われ当院へ紹介された。心エコーでは三尖弁最大圧較差 61mmHg、CT や肺血流シンチでは異常所見なく、心臓カテーテル検査では肺動脈楔入圧 8mmHg、平均肺動脈圧(mPAP)45mmHg、肺血管抵抗(PVR)7.6WU だった。膠原病は否定され肺動脈性肺高血圧症と診断しホスホジエステラーゼ 5 阻害薬とエンドセリン受容体拮抗薬(ERA)の初期併用療法を行い、mPAP32mmHg、PVR2.5WU まで改善した。しかし、2 週間後に両下肢浮腫と息切れあり肺水腫と貧血(Hb5.7g/dL)を認めた。痔核出血あり貧血進行による心不全と考えられたが止血後も貧血が続き利尿剤で肺水腫は改善しなかった。薬剤の関与を疑い ERA を中止したところ貧血、肺水腫ともに改善した。臨床経過より PVOD による肺高血圧症と考えられた。

49
結腸癌術後に再発を来したヘパリン抵抗性肺血栓塞栓症の一例

石巻市立病院

○青柳　肇、千葉　貴彦、赤井　健次郎

症例は 54 歳,白人男性.深部静脈血栓症の既往歴あり.下腿浮腫を主訴に外来を受診,深部静脈血栓症(DVT),および肺血栓塞栓症(PE)の診断で入院となった.ヘパリン 2 万単位/日の持続静注を行い,D-dimer は減少傾向となり,7 日後にアピキサバン 10mg/日内服に移行した.入院中に貧血が進行して便潜血陽性となったため,下部内視鏡検査を施行し S 状結腸癌を認めた.手術の方針となり,術前にアピキサバンを中止してヘパリン 2 万単位/日の持続静注を行っていた.術翌日にヘパリン 2 万単位/日を再開したが,術後 5 日目に D-dimer が上昇し,下肢エコーで左総大腿静脈まで充満する血栓を認め,造影 CT で右肺動脈主幹部に血栓を認めた.下大静脈フィルターを留置し,アピキサバン 20mg/日を 1 週間内服したところ PE は消失した.ヘパリン抵抗性や人種差等に関して考察し報告する

50
シェーグレン症候群に合併した肺高血圧症の 1 例

東北大学病院

○堀川　達雄、山本　沙織、建部　俊介、千葉　直貴、迫田　みく、菊地　順裕、矢尾板　信裕、鈴木　秀明、後岡　広太郎、福井　重文、安田　聡

症例は 30 代女性、労作時の息切れが一カ月程度持続するため近医受診中に失神を起こしたため前医に搬送された。心エコーで右室の著明拡大、三尖弁逆流圧較差 38mmHg と右心不全を認め、肺高血圧症を疑われ当院に救急搬送となった。入院後のカテーテル検査では、肺動脈楔入圧 6mmHg、平均肺動脈圧 47mmHg であり前毛細血管性肺高血圧症(pre-capillary PH) の状態であった。肺高血圧症の原因として、抗 SSA 抗体陽性と唾液腺の生検結果よりシェーグレン症候群が考えられた。肺血管拡張薬、併せて免疫抑制療法（PSL1mg/kg、エンドキサンパルス）を開始した。マシテンタン 10mg、タダラフィル 40mg、セレキシパグ 1.2mg 内服下で、平均肺動脈圧は 33mmHg と低下し、経過良好である。

51
経カテーテル的大動脈弁留置術中の経食道心エコーにて乳頭状線維弾性腫が疑われた 2 症例

弘前大学大学院医学研究科　循環器腎臓内科学講座

○酒井　峻太郎、横山　公章、市川　博章、木村　嘉宏、西崎　史恵、花田　賢二、横田　貴志、山田　雅大、富田　泰史

【症例 1】80 代女性。急性心不全にて前医入院。有症候性の重症大動脈弁狭窄症(AS)に対し経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)を施行。術中の経食道心エコー(TEE)にて右冠尖に乳頭状線維弾性腫(CPF)が疑われたため、塞栓症のリスクを考慮しバルーンによる前拡張(Pre-BAV)を行わず Sapien3 23mm をダイレクトで留置した。【症例 2】70 代女性。急性心不全にて当院救命科に緊急入院。有症候性の重症 AS に対して TAVI を施行。術中の TEE で無冠尖に CPF が疑われたため Pre-BAV は行わず、Sapien3 26mm をダイレクトで留置した。 TAVI 術中の TEE で CPF が疑われ、pre-BAV は施行せずダイレクトで弁留置を行った 2 症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

52
胃癌術後再発で癌性心膜炎による心タンポナーデを発症した 1 例

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

○宮城　暢明、尾上　紀子、高橋　佳美、笠原　信太郎、江口　久美子、山口　展寛、篠崎　毅

症例は 72 歳男性。10 年前に胃癌に対して幽門側胃切除術が施行され、定期健診で局所再発や転移を認めていなかった。また、慢性骨髄性白血病に対して分子標的薬で加療されていたが病態は落ち着いていた。夜間呼吸困難、下腿浮腫、体重増加を主訴に当科外来受診し入院となった。精査で心嚢液、両側胸水貯留あり、右心不全と診断された。利尿薬では反応に乏しく、心タンポナーデを呈し、エコーガイド下に心嚢液ドレナージ術を施行した。排液は血性であり、細胞診は Adenocarcinoma class Ⅴ であった。ドレナージ後は利尿薬に反応し、心嚢液、両側胸水の減少がみられ、症状も軽快した。心嚢液の再貯留なく経過し、化学療法が開始され退院となった。胃癌治療後の長期生存例であっても、局所再発なしに癌性心膜炎を生じることがある。

53
感染性心内膜炎に併発した submitral aneurysm の一例

秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学講座

○戸嶋　優、鈴木　智人、大髙　麻子、須藤　佑太、佐藤　和奏、渡邊　博之

症例は 60 歳代の女性。発熱と体動困難を主訴に近医へ救急搬送された。左上下肢の不全麻痺と軽度の呂律不良を認め、頭部 MRI の拡散強調像で高信号域の散在を認めた。多発性脳梗塞を伴う感染源不明の発熱として抗菌薬治療を開始した。後日血液培養検体から B 群溶連菌が検出され、心臓超音波で僧帽弁後尖に 10mm 大の可動性を伴う疣贅を認め感染性心内膜炎の診断に至った。抗菌薬治療を継続したが、感染コントロールに難渋した。第 5 病日の心臓超音波で左室側の僧帽弁後尖付着部に瘤を認め、徐々に増大していた。submitral aneurysm と判断して外科治療に踏み切り、僧帽弁置換術に加え瘤入口部のパッチ閉鎖を施行した。瘤の成因は僧帽弁輪の石灰化に感染が波及し、組織が脆弱化したところに圧負荷が加わったためと推察された。

54
左室内血栓除去術により救命し得た慢性好酸球性白血病による Löffler 心内膜炎の一例

[1]岩手県立中央病院　循環器内科
[2]岩手県立中央病院　心臓血管外科
[3]岩手県立中央病院　血液内科
○山田　祐資[1]、遠藤　秀晃[1]、内村　久美[1]、薄田　海[1]、安達　歩[1]、畠山　翔翼[1]、加賀谷　裕太[1]、齋藤　大樹[1]、佐藤　謙二郎[1]、金澤　正範[1]、近藤　正輝[1]、三浦　正暢[1]、宮入　泰郎[3]、小田　克彦[2]、中村　明浩[1]

症例は 34 歳男性。悪性リンパ腫精査のため当院血液内科を受診した際、労作時息切れ、胸水貯留を認め当科紹介となった。心臓超音波検査では左室心尖部に血栓を認め拡張障害を伴っていた。好酸球増多(7200/μl)、 FIP1L1-PDGFα 融合遺伝子陽性のため慢性好酸球性白血病の診断となり、Löffler 心内膜炎と考えられた。イマチニブとプレドニゾロン投与により原疾患のコントロールは良好であったが、左室内血栓は抗凝固療法でも縮小せず、さらに血栓の部分剥離を認めたため緊急左室内血栓除去術を施行した。左室内から 4cm 大の器質化した血栓が摘出され、病理組織は陳旧化した血栓であった。Löffler 心内膜炎の外科手術例は予後不良とされるが、本症例は術後抗血栓療法を継続し再発なく経過している。本症例について文献的考察を踏まえ報告する。

55
閉塞性肥大型心筋症に感染性心内膜炎を合併し中隔心筋切除術及び僧帽弁置換術にて根治を得た一例

[1]太田綜合病院付属太田西ノ内病院　循環器センター循環器内科
[2]太田綜合病院付属太田西ノ内病院　循環器センター心臓血管外科

○瀧澤　栞[1]、小松　宣夫[1]、武田　寛人[1]、神山　美之[1]、石田　悟朗[1]、金澤　晃子[1]、市村　祥平[1]、小河原　崚[1]、高橋　皇基[2]、佐藤　善之[2]、高野　智弘[2]

症例は 65 歳の男性、閉塞性肥大型心筋症の診断にて薬物治療中（β 遮断薬、カルシウム拮抗薬、ARB）であったが、2019 年 12 月頃からめまいを自覚され，心エコーでも流出路狭窄の程度，SAM，MR の増悪を認めたため、2020 年 3 月からシベンゾリン導入したところ症状及びエコー所見は改善した。4 月に発熱・意識消失にて救急搬送され、心エコー検査にて僧帽弁後尖に疣贅を認めたため感染性心内膜炎疑いにて入院となった。入院後、抗生剤加療を開始したが、解熱得られず，弁機能不全を伴う 10mm を超える疣贅であったため、第 8 病日に中隔心筋切除術及び僧帽弁置換術を施行した。術後、経過良好にて第 42 病日に独歩退院した。今回、我々は閉塞性肥大型心筋症に感染性心内膜症を合併し、中隔心筋切除術及び僧帽弁置換術を施行した症例を経験したので報告する。

56
心電図異常の精査で施行した経胸壁心エコー図検査で偶然発見した左室内腫瘍の一例

[1]岩手医科大学附属病院　循環器内科
[2]岩手医科大学附属病院　心臓血管外科
[3]岩手医科大学附属病院　臨床検査医学科
○押切　祐哉[1]、上田　寛修[1]、田代　敦[3]、下田　祐大[1]、川上　淳[1]、松下　尚子[1]、佐々木　航人[1]、芳沢　美知子[1]、熊谷　亜希子[1]、斎藤　大樹[2]、金　一[2]、森野　禎浩[1]

80 歳代女性。高血圧と脂質異常症で近医通院中。健康診断で右脚ブロックを指摘され、前医での経胸壁心エコー図検査(TTE)で左室内に腫瘍を認め、当院で精査入院とした。当院のTTEで左室下側壁に突出する 16×13mmで可動性のある腫瘍を認めた。内部はほぼ均一で表面はやや不整で茎の有無ははっきりしなかった。頭部MRIで陳旧性脳梗塞が散在していたが、体幹部造影CT検査で塞栓症はなかった。冠動脈造影検査で栄養血管を認めなかった。TTEから左室粘液種を疑い、準緊急で外科的切除術を施行。腫瘍は後乳頭筋に茎を伴い発生し、ゼリー状の myxomatous な形状を呈していた。後日病理検査で乳頭線維腫と診断された。原発性心臓腫瘍は極めて稀で、乳頭線維腫は 7-10%を占める。今回、左室から発症した乳頭線維腫を経験したので報告する。

57
心臓原発悪性リンパ腫に伴う心不全に対して放射線化学療法が著効した一例

[1]東北大学病院　循環器内科
[2]東北大学病院　血液免疫科

○千葉　直貴[1]、矢尾板　信裕[1]、三浦　正暢[1]、小野寺　晃一[2]、建部　俊介[1]、福井　重文[1]、後岡　広太郎[1]、山本　沙織[1]、鈴木　秀明[1]、菊地　順裕[1]、安田　聡[1]

症例は 60 代男性。頻脈誘発性心筋症で外来経過観察中。心電図で新規の巨大陰性 T 波を認め、心エコー上急速に進行した左室肥大に伴う心不全の悪化を認め当院に緊急入院となった。造影 MRI では 28mm と著明な左室肥大を認めた。採血上可溶性 IL2 受容体が高値であり、さらに心筋生検により心筋内に N/C 比の大きいリンパ球のびまん性の増殖を認めた。PET では他に集積を認めず、心臓原発性のびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)と診断した。その後放射線化学療法により、心筋壁厚は正常化した（壁厚 9mm）。その結果 DLBCL の再発や心不全の悪化なく経過している。今回、放射線化学療法により著明な左室肥大が正常化し、心不全コントロールに成功した心臓原発悪性リンパ腫の症例を経験したので報告する。

58
経時的左室拡大を呈し開心術を行なった右冠動脈-左房瘻の 1 例

[1]福島県立医科大学　循環器内科学講座
[2]福島県立医科大学　心臓血管外科学講座

○佐藤　勇太朗[1]、及川　雅啓[1]、五十嵐　崇[2]、冨田　湧介[1]、武藤　雄紀[1]、清水　竹史[1]、國井　浩行[1]、中里　和彦[1]、石田　隆史[1]、竹石　恭知[1]

症例は 38 歳男性。自宅にて階段から転落し左肩関節脱臼骨折を受傷、当院整形外科にて加療が行われたが、造影 CT にて肺動脈血栓を認めたため当科に紹介となった。肺動脈血栓は少量であり、心エコーにて右心負荷認めなかったが、左心房に還流する血管構造を認めたため、冠動脈 CT を行ったところ右冠動脈-左房瘻を認めた。左室拡張末期径 59m，左室収縮末期径 35mm，左室駆出率 66%であり左心系拡大を認めたが、心筋シンチでの coronary steal 現象は確認されず、自覚症状は乏しいため経過観察となった。しかし、一年後の心エコーにて左室拡張末期径 65mm と拡大傾向であり、冠動脈-左房瘻閉鎖および右冠動脈再建術を行ない、左室拡張末期径は 51mm と改善した。冠動脈左房瘻は稀な先天性冠動脈発生異常であり、文献的考察を含めて報告する。

59
デバイス感染に対するリード抜去後に右房内構造物が出現した一例

秋田大学医学部附属病院　循環器内科

○柳澤　和哉、関　勝仁、小林　雄紀、大高　麻子、三浦　健、山中　卓之、岩川　英弘、田村　善一、鈴木　智人、寺田　健、飯野　健二、渡邊　博之

症例は 89 歳男性。X-8 年洞不全症候群に対してペースメーカー植え込み術、X 年 X-1 月電池交換術が施行された。X 年 X 月ジェネレーター感染を来したため、デバイス抜去術目的に当院紹介となった。全身麻酔下にリード抜去を試みると上大静脈右心房移行部の癒着が高度のためローテショナルシースでは困難であり、メカニカルシースへ交換して完全抜去に成功した。抜去リードの先端には明らかな付着組織は認めなかったが、術後に経胸壁心臓超音波検査で新規出現した右房内構造物が疑われた。心電図同期造影 CT 撮影及び経食道心臓超音波検査では上大静脈～右心房に付着していることが確認された。心房 Tined リード抜去後に剥離された内膜、またはリード周囲組織によると思われる右房内構造物が認められた症例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

60
当院における PCPS の使用成績

[1]由利組合総合病院　卒後臨床研修プログラム
[2]由利組合総合病院　循環器内科
[3]秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科学講座
○藤倉　佑光[1]、高橋　潤[2]、三浦　健[2]、小野　優斗[2]、中西　徹[2]、渡邊　博之[3]

当院では PCPS を 2007 年より導入している。2007 年から 2017 年までは年間 1～2 例の使用に留まっていたが、2018 年から 2020 年にかけては、3 年間で計 17 症例と劇的に増加している。今回我々はその 17 症例について使用成績を検討した。年齢は 56-80 歳（平均 67 歳）であり、男性 10 例、女性 7 例であった。離脱成功例は 11 例（65%）、1 年生存例は 10 例（59%）であった。中でも 2020 年に限ると、7 例全てが離脱成功しており生存例は 6 例であった。使用頻度が増加したことに伴いスタッフの技能向上が得られており、PCPS の駆動からその後の管理に至るまでをよりいっそう円滑に行うことができている。それが離脱成功率や生存率の上昇の一因となっていると推察される。また、生存率の向上は心停止症例や心原性ショック症例へのより積極的な PCPS 使用につながると考える。

61

経食道心臓超音波検査において左心耳内血栓との鑑別を要するアーチファクトを認めた１例

秋田大学大学院医学系研究科　循環器内科学

○田代　晴生、寺田　健、加藤　僚祐、田村　善一、佐藤　和奏、飯野　貴子、関　勝仁、鈴木　智人、飯野　健二、渡邊　博之

症例は 62 歳男性。持続性心房細動に対するカテーテルアブレーション目的で入院。CT で左心耳先端の造影不良があり、経食道心臓超音波検査(TEE)を施行した。左心耳内に可動性のある腫瘤状構造物と左房内のもやもやエコーを認めたため、左心耳内血栓を疑い、翌日に造影 CT を再検したところ左心耳内に造影欠損は認めなかった。TEE を再度施行したところ、前回同様の所見を認めたが、CT の結果から最終的に腫瘤状構造物はアーチファクトと判断した。左心耳内血栓は櫛状筋などの正常構造物やスラッジとの鑑別がしばしば問題になる。本症例で確認された左心耳内構造物は塊状を呈し、TEE のみでは血栓と鑑別困難であり、モダリティを組み合わせて経時的に評価することの重要性が示唆された。左心耳内血栓の鑑別について文献的考察を含めて報告する。

62

ワーファリン-ヘパリン療法は、肺静脈血栓の標準的治療になりえ、糖尿病を改善した。

函館新都市病院　内科・循環器内科
たけうち内科クリニック

○竹内　秀和

我々は、62%の、加齢胸痛患者に、肺静脈血栓があることを CT-アンギオ（CT-A）を使い報告した。ワーファリンや DOAC(Direct oral anticoagulant)で、血栓が溶ける場合を報告した。しかし、常に溶けるわけではない。肺静脈血栓の、標準的治療は、確立していない。72 歳の糖尿病患者に、右下肺静脈血栓が有る事が、経食道心エコー（TEE）,CT-A で、確認された。ヘパリンとワーファリンで、約一か月入院加療した。加療後、TEE で血栓が一部を残し溶けていることが確認された。新規の脳梗塞や心筋梗塞は、発症しなかった。入院時、糖尿病薬を内服していたが、13, 14 病日に、低血糖発作を起こした。その後、糖尿病薬を、3種から、1種に減量できた。ワーファリン-ヘパリン療法は、肺静脈血栓溶解に有効であるだけでなく、糖尿病を、軽減できた。