

**第21回（2010年度）社団法人日本循環器学会認定  
循環器専門医資格認定審査申請書**

社団法人日本循環器学会  
専門医制度委員会 委員長 殿

2010年4月30日

私は社団法人日本循環器学会認定循環器専門医の認定を受けたく、必要書類及び審査料を添えて申請します。  
また、喫煙が心血管病の危険因子であることを認識し、禁煙の啓発に努めます。

フリガナ 申請者氏名	ニジユン タロウ 日循 太郎 (印)	生年月日(西暦)	1965年8月31日
日本循環器学会 会員番号	156789	日本循環器学会 入会年度(西暦)	1995 年度
医籍番号	第2143587	医師免許取得年月 (西暦)	1995年5月
所属先名 (部科名称)	日本循環器大学医学部 部科名 循環器内科 役職名 医員		
所属先住所	〒 604-8172 京都市中京区烏丸通姉小路下る場之町599番地 CUBE OIKE 8階 TEL: 075-257-5830 FAX: 075-213-1675		
自宅住所	〒 604-8172 京都市中京区烏丸通姉小路下る場之町599番地 CUBE OIKE 8階 TEL: 075-257-5830 FAX: 075-213-1675		
最終学歴	日本循環器大学医学部 1995年3月 (卒業)・修了 (どちらかに○)		

**基本領域の資格**

(該当する資格に○印)	認定番号(認定証の番号)	認定・更新年度
内科系 (認定内科医)、内科専門医、米国内科学フェロー		
外科系 : 外科学会認定医、外科専門医	123456 号	2009 年
小児科系 : 小児科学会認定医、小児科専門医		

※ 証書のコピー (A4サイズに縮小) を提出してください。

※ 新規に取得された場合は認定年度、更新されている場合は直近の更新年度をご記入ください。

**AHA ACLSプロバイダーコース、AHA PALSコース受講認定資格**

No. 2

(該当する資格に○印)

発行年月日

~~AHA ACLSプロバイダーコース~~ ・ AHA PALSコース

2010年4月1日

※ プロバイダーカードはA4サイズ用の紙にコピーして提出してください。

**履歴**

所属期間(西暦)	施設名及び所属部科	業務内容 (複数に○をしてもよい)
1995年4月～1996年5月 ( 1 年 1ヶ月)	日循病院	臨床・研究・その他
1996年6月～1996年12月 ( 年 7ヶ月)	日循循環器センター	臨床・研究・その他
1997年1月～1998年5月 ( 1 年 5ヶ月)	日循大学 循環器内科	臨床・研究・その他
1998年6月～2000年12月 ( 2 年 7ヶ月)	Circulation 大学	臨床・研究・その他
2001年1月～2002年12月 ( 2 年 ヶ月)	日循循環器センター	臨床・研究・その他
2003年1月～2010年8月 ( 7 年 8ヶ月)	日本循環器大学医学部 循環器内科	臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
年 月～年 月 ( 年 ヶ月)		臨床・研究・その他
臨床歴通算		
15 年 4 ヶ月		

**責任者記入欄 (下記をご確認の上、記入・捺印してください。)**

- ・責任者は申請者が研修した主たる研修施設 (研修時に日本循環器学会指定の研修・研修関連施設であること) の責任者 (理事長・教授・部長・院長等) であること。現在日本循環器学会の会員であること。
- ・責任者は診療実績表(A)ないし(E)の記載内容について適切に指導してください。
- ・申請者の診療実績表審査結果が不合格の場合、責任者に対しても不合格と判定された理由を通知します。

申請者の記載内容に誤りがないことを証明します。

責任者所属先名	役職名	会員番号	責任者氏名
日本循環器大学	教授	179999	日本 循男 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span>

## 診療実績表 (B) ・ 研修記録

診療実績表 (A) の番号 : 2

添付記録 (あるものに○印) : (C) 手術所見 (D) 外科手術記録 (E) 剖検記録・証明書

**患者年齢・性別** : 72 歳・女性

**入院年月日** : 2005 年 3 月 10 日

**退院年月日** : 2005 年 5 月 12 日

**主治医** : 日循 太郎 (受持期間 : 2005 年 3 月 10 日 ~ 2005 年 5 月 12 日)

- 診断** : ① 急性心筋梗塞、② 心破裂、③ 心原性ショック、④ 低酸素脳症、⑤ 薬剤性骨髄抑制による貧血、⑥ 腎機能障害
- 主訴** : 胸痛と意識消失
- 既往歴** : 45 歳時に胆石症。高血圧、糖尿病、高脂血症は指摘されていない。
- 家族歴** : 父親が脳卒中で死亡 (65 歳)、母親が胃がんで死亡 (75 歳)。
- 嗜好・生活歴** : 喫煙歴なし、飲酒習慣なし、服薬なし、その他特記事項なし。
- 現病歴** : これまでに胸痛の既往はなし。2005 年 3 月 10 日、午前 6 時頃より胸痛が出現し、午前 8 時に近医を受診した。待合室で突然意識を消失した。脈拍触知せず、CPR 後に意識が回復し、午前 9 時 5 分に救急センターへ搬送された。心エコー図検査で心膜液貯留と右室内腔の拡張期 collapse を認めた。午前 9 時 40 分に血圧が低下し (脈拍触知せず)、挿管、レスピレータ管理され、午前 9 時 55 分に当院救急外来へ搬送された。
- 入院時現症** : 身長 170 cm、体重 53 kg、意識は JCS300、気管内挿管下にレスピレータ装着、脈拍 98/分で整、血圧 60/32 mmHg、体温 35.4℃、顔貌蒼白、結膜に貧血・黄染なし、頸静脈怒張あり、胸部聴診上 I 音、II 音とも減弱、III 音なし、心尖部に IV 音を聴取、心雑音なし、肺野にラ音聴取せず、腹部は軟で肝、脾、腎は触知せず、血管雑音なし、下腿浮腫なし。
- 検査成績** : WBC 9,380/ $\mu$ l、RBC  $418 \times 10^4$ / $\mu$ l、Hb 14.4 g/dl、Ht 44.5%、血小板数  $21.1 \times 10^4$ / $\mu$ l、TP 6.4 g/dl、Alb 3.9 g/dl、Na 139 mEq/l、K 3.9 mEq/l、Cl 110 mEq/l、BUN 15.0 mg/dl、Creatinine 1.1 mg/dl、AST 87 IU/l、ALT 22 IU/l、LDH 328 IU/l、総ビリルビン 0.4 mg/dl、CRP 0.2 mg/dl、血糖 143 mg/dl、CK 763 IU/l、CK-MB 61 IU/l、トロポニン T ; 0.6 ng/ml、心電図 ; 洞調律、II, III, aVF, V4-6 で ST 上昇、QRS 波の低電位差あり、胸部 X 線写真 ; 心胸郭比 55%、肺野にうっ血なし、心エコー図 ; 心膜液貯留と左室側壁の壁運動低下あり、左室駆出率 45%、大動脈解離の所見なし、造影 CT ; CT 値 60 の心膜液を認め、大動脈解離の所見なし。
- 入院後経過** : 直ちに心膜腔穿刺、カテコラミン投与を行い、経皮的心肺補助装置 (PCPS) を装着した。緊急冠動脈造影検査では左回旋枝 #14 に 99% (TIMI-1)、右冠動脈# 4PD

## 記入例

に75%の狭窄病変を認め、急性心筋梗塞による心破裂、心原性ショックと診断した。外科的心膜開窓、ドレナージにより約200 mlの血性心膜液を排液し、血圧は上昇した。ドレナージ後も心膜腔と縦隔のドレーンから血性の排液が続き、血圧が低下したため、3月11日、止血目的で開胸手術を施行した。左室後側壁に梗塞巣を認め、同部位にフィブリングをスプレーした後タココンブを密着固定した。3月12日、ICUからCCUへ転室した。転室後、心膜液の増加はなかったが、両側の胸水貯留が著明となり、人工呼吸器からの離脱に難渋した。低タンパク血症に対し、アルブミン製剤と利尿薬を使用し、胸水は減少した。3月24日、人工呼吸器から離脱した。覚醒後右片麻酔を認め、神経内科にて低酸素脳症と診断された。右片麻痺は経過中に改善し、歩行器使用で歩行可の状態となった。4月1日、一般病棟へ転棟し、麻痺はほぼ回復し、5月12日に退院した。

10. **退院時処方**：再梗塞予防目的にアスピリン100 mg/日、左室リモデリング予防目的にエナラプリル5 mg/日を投与した。
11. **考察** (300字以上)：急性心筋梗塞による院内死亡率は10%を下回り、その原因の大部分は、ポンプ失調である。心破裂がそれに次ぎ、2-3%の例に発生するとされる(文献1)。心破裂は高齢女性、高血圧例、初回梗塞例に多いとされ、発症パターンからは穿孔型と滲出型に分類される。本症例は高齢女性の初回梗塞例で、救急搬送された時点では滲出型心破裂が疑われた。心膜腔穿刺と緊急のPCPSで循環を確立後、冠動脈造影を施行し、外科的ドレナージを実施した。冠動脈造影では、左回旋枝に梗塞責任病変を認めたが、末梢病変のため、冠動脈バイパス手術の適応はないと考えられた。手術所見では、左室後側壁に梗塞巣を認めたが、明らかな穿孔は認められず、滲出型と診断した。滲出型心破裂は、穿孔型と比較して救命率が高いとされるが、本例のように心タンポナーデをきたした例では、迅速な処置が実施されなければ、救命は困難である。わが国では急性期再疎通療法が普及し、心破裂の発生頻度は減少したとされているが、救急搬送前に心破裂をきたす例も少なくなく、より早期の搬送、収容が必要となるであろう(文献2,3)。心破裂の発生機序として、心筋での組織プラスミノゲンアクチベータ(tPA)遺伝子発現亢進やmatrix metalloproteinase (MMP)の活性化が最近指摘されている(文献4)。

## 文献

1. Hayashi T, et al. Recent decline in hospital mortality among patients with acute myocardial infarction. *Circ J* 2005;69:420-426.
2. Masaki N, et al. Oozing-type of left ventricular rupture treated under percutaneous cardiopulmonary support without surgical repair. *Circ J* 2002 ;66:769-772.
3. Ikeda N, et al. Effect of reperfusion therapy on cardiac rupture after myocardial infarction in Japanese. *Circ J* 2004;68:422-426.
4. Kameda K, et al. Increased pericardial fluid level of matrix metalloproteinase-9 activity in patients with acute myocardial infarction: Possible role in the development of cardiac rupture. *Circ J* 2006;70:673-678.

## 診療実績表 (C) ・手術所見 (内科)

診療実績表 (A) (B)の番号 : 2

**患者年齢・性別** : 72 歳・女性

**入院年月日** : 2005 年 3 月 10 日

**退院年月日** : 2005 年 5 月 12 日

**手術施行日** : 2005 年 3 月 10 日 及び 3 月 11 日

**主治医** : 日循 太郎 (受持期間 : 2005 年 3 月 10 日 ~ 2005 年 5 月 12 日)

1. **診断** : 急性心筋梗塞 (後側壁)、心破裂、心原性ショック
2. **術式** : 開胸心膜腔ドレナージおよび滲出型心破裂部位のフィブリングルによる固着術
3. **手術所見** : 3 月 10 日、外科的に下部胸骨 3 分の 1 切開で開胸心膜腔ドレナージを施行した。血性心膜液を約 200 ml 排液直後に血圧が上昇した。ドレナージ後も心膜腔および縦隔ドレーンから血液の排液が続き、血圧も低下したため、3 月 11 日、止血目的に胸骨正中切開で止血術を施行した。経皮的心肺補助循環装置 (PCPS) による循環補助を行いながら手術を行った。術前診断通り、後側壁に出血性心筋梗塞巣を認めた。ここからの滲出型心破裂 (oozing type rupture) と診断し、同部位にフィブリングルをスプレーした後タココンブを密着固定した。その後、出血なく、PCPS からの離脱は容易であった。型通りに止血閉胸した。
4. **術後経過** : 心膜液の再貯留はなかったが、両側胸水、右麻痺などの合併症を認め、リハビリテーションに時間を要した。最終的に全身状態は回復し、退院した。
5. **内科側からみた考察** : 本症例は、救急搬送された時点では穿孔型心破裂も否定できず、緊急で PCPS により循環動態を確保した後、冠動脈造影を施行した。引き続き外科的心膜液ドレナージを施行した。手術所見では、冠動脈造影所見に対応する左室後側壁に梗塞巣を認めたが、明かな穿孔を認めず、滲出型心破裂と診断した。急性心筋梗塞に合併した心破裂が疑われ、かつ血行動態の破綻をきたしている症例では、穿孔型心破裂と滲出型心破裂の鑑別が困難なことがある。鑑別診断に時間をかけるより、緊急の心膜腔ドレナージや PCPS 挿入により循環動態を確保し、その後、破裂部位に対する外科的修復などを試みるべきと考えられる。

## 診療実績表 (D)・外科手術記録 (外科)

診療実績表 (A) (B)の番号 : 3

**患者年齢・性別** : 75 歳・男性

**入院年月日** : 2006 年 9 月 1 日

**手術施行日** : 2006 年 9 月 17 日

**退院年月日** : 2006 年 11 月 15 日

**主治医** : 日循 太郎 (**受持期間** : 2006 年 9 月 1 日 ~ 2006 年 11 月 15 日)

1. **診断** : 腹部大動脈瘤
2. **手術の適応** : 腹部 CT 検査により直径が 6~7 cm の動脈瘤が確認され、外科的治療の適応と考えられた。
3. **手術術式・手術所見** :
  - ①腹部正中切開にて開腹、後壁側腹膜を正中線やや左方で縦切開し後腹膜腔に至った。腹部大動脈瘤は図の如くで (\*)、最大横径 7.0cm で腎動脈分岐下から両側総腸骨動脈に及ぶ巨大なものであった。慎重に剥離操作を行い、腹部大動脈、両側内外腸骨動脈をテーピングした。
  - ②瘤の中枢側腹部大動脈と両側内外腸骨動脈を clamp し、瘤壁を縦切開し、末梢側は離断した。瘤内部には多量の壁在血栓を認めた。Lumbar artery からの出血は、3-0 ポリプロピレン糸 (with pledget)にて縫合止血した。
  - ③1608 Dacron graft (low polocity)を用いて grafting  
中枢側吻合 3-0 ポリプロピレン糸連続縫合 (後壁は瘤壁に縫合)  
末梢側吻合 4-0 ポリプロピレン糸連続縫合  
末梢側は人工血管を斜めに切り、吻合口の拡大をはかった。
  - ④循環動態に注意しながら徐々に declamp した。人工血管を残存する瘤壁で wrapping、止血を確認し閉創した。
  - ⑤大動脈遮断時間 : 90 分
4. **術後経過** : 術後第 9 病日にイレウス状態となったが、対症療法により回復した。
5. **術式等に関する考察** :

腹部大動脈瘤の手術成績は、待機手術例では安定しており、手術手技も確立されている。

  - ① 瘤処理 : 動脈瘤は切開して開放するのみに留め、瘤壁自体の切除、摘出は行わない。
  - ② 吻合 : 瘤の中枢側と末梢側で大動脈を完全に離断して人工血管と吻合す

る。

①により手術時間の短縮と出血量の軽減が得られる。②により人工血管との確実な吻合が行われ、吻合部出血の軽減、遠隔期吻合部仮性動脈瘤の発生を予防しうると考えられる。本例では、中枢側は瘤壁に縫合してあり、改めるべき点といえる。大動脈瘤後壁は石灰化、壁在血栓付着等で血管壁がぜい弱な場合が多く、瘤切開時の lumbar artery からの出血に対し幅広の pledget で止血するのは非常に有用である。また、末梢側のグラフトを斜めに切り、十分な吻合口を得るのも有効な工夫と考えられる。

\*図の添付は必須ではないが、理解を容易にするために推奨される。

## 診療実績表 (E)・剖検記録

診療実績表 (A) (B)の番号 : 3

**患者年齢・性別** : 76 歳・女性

**入院年月日** : 2006 年 11 月 5 日

**剖検年月日** : 2006 年 11 月 13 日 (死後 6 時間)

**主治医** : 日循 太郎 (**受持期間** : 2006 年 11 月 5 日 ~ 2006 年 11 月 13 日)

**臨床診断名** : ①急性心筋梗塞 (側壁)、②心臓破裂 (①による)

**剖検診断名** : ①急性心筋梗塞 (側壁)、②梗塞部破裂

### 1. 剖検所見 :

主病変 : 急性心筋梗塞 (側壁)、梗塞部破裂

副病変 : 1. 全身動脈硬化症 (高度)

2. 腎動脈硬化および細動脈硬化性腎硬化 (高度)

3. 冠動脈硬化 (高度, 血栓性閉塞無し)

4. 膀胱粘膜下点状出血

5. 右胸膜線維性癒着 (瀰漫性)

6. 右肺尖部小線維化巣

7. 左胸水 (1000ml)

8. 慢性肝炎

身長 : 165 cm、体重 : 60kg

心 : 550g、左肺 : 740g、右肺 : 980g、肝 : 940g、左腎 : 160g、右腎 : 160g、心膜

液 : 血性 100 ml、左胸水 : 1000 ml、右胸水 : 200 ml

### 2. 考察 :

半年前より労作時に胸痛発作があった 76 歳の女性。2006 年 11 月 4 日より持続性の胸痛があり、翌日入院した。トロポニン T、CK、CK-MB、GOT、WBC が高値を示し、心電図変化、心エコー所見より急性心筋梗塞と診断した。保存的に治療を行っていたところ、第 9 病日に突然心停止をきたし、死亡した。

剖検により、左室側壁の梗塞巣と自由壁破裂の所見が認められた。組織学的にも第 9 病日という病歴に合致する心筋梗塞の所見であった。臨床経過から穿孔型心破裂が疑われた症例で、剖検により確認された。高齢の女性では、閉経後の冠動脈狭窄の進行に対して、相対的に側副血行路の発達が悪いため、心破裂の発生頻度が高いとされている (文献 1)

1) Milner KA, et al. Gender differences in symptom presentation associated with coronary heart disease. Am J Cardiol 1999;84:396-399.

\* 病理医からの正式な剖検報告書コピーを添付すること。