

狭心症超音波治験

下記の基準を満たす患者さんがいらした場合は、東北大学病院循環器内科までご連絡下さい。

お問合せ先

東北大学病院 循環器内科
〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1
TEL:022-717-7153 FAX:022-717-7156
E-mail:ustiken@cardio.med.tohoku.ac.jp

選択基準（以下の全ての項目を満たすものとする）	適格	不適格
1 文書で本人より治験参加の同意が得られている患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2 同意取得時に年齢が20歳以上の患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3 治験治療ならびに実治療の初回予定日から6日間の入院が可能な患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4 登録時に虚血性心疾患の薬物療法に対して抵抗性を有し、かつ経皮的冠動脈インターベンション又は冠動脈バイパス術による治療が困難、あるいは利益に比してリスクが高い虚血性心疾患と診断された患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5 登録時にガイドラインに沿った十分な薬物治療下にもかかわらず、平均して1週間に1回以上、狭心症発作で硝酸薬を服用あるいは吸入する患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6 登録時に負荷心筋シンチグラフィーで心筋虚血が示唆される領域が存在する患者	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7 治験ノートの記載が可能な患者（同意取得時から登録まで（28日間以上）、記載率が70%以上）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

除外基準（以下の全ての項目に該当しないものとする）	適格	不適格
1 登録時に、心臓超音波装置にて目標範囲を同定できないと判断した患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
2 登録時に、心臓超音波検査の画像診断で心内血栓を認めると判断した患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
3 登録時に、最後の経皮的冠動脈インターベンション・冠動脈バイパス術から28日以内の患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
4 登録時から前84日以内に、Q波心筋梗塞をおこしている患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
5 登録時から前42日以内に、非Q波心筋梗塞をおこしている患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
6 登録時に、心原性ショックあるいは心不全増悪状態の患者（強心薬・心血管拡張薬など血管作動薬の持続静注を要する患者）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
7 同意取得時から前3年以内のうち直近の心臓カテーテル検査後に、狭心症パターンや臨床状態の変化した患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
8 登録時に、コントロールのできていない糖尿病性網膜症（活動性の眼底出血を認める）の患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
9 登録時に、悪性腫瘍が併存する、あるいは登録時から5年以内に悪性腫瘍の手術を受けている患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
10 妊娠している患者及び妊娠の可能性のある患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
11 他の臨床試験や治験に参加している患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
12 その他、治験責任医師又は治験分担医師が不適格と判断した患者	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい