

第 180 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：令和 7 年 6 月 7 日（土）

会 場：あきた芸術劇場ミルハス（第 1 会場のみオンライン配信）

秋田県秋田市千秋明德町 2-52 TEL 018-838-5822

秋田市文化創造館

秋田県秋田市千秋明德町 3-16 TEL 018-893-5656

- 第 1 会場：3F 大ホール（あきた芸術劇場ミルハス）
- 第 2 会場：3F 中ホール（あきた芸術劇場ミルハス）
- 第 3 会場：4F 小ホール A（あきた芸術劇場ミルハス）
- 第 4 会場：B1F 小ホール B（あきた芸術劇場ミルハス）
- 第 5 会場：1F 創作室（あきた芸術劇場ミルハス）
- 第 6 会場：1F 研修室（あきた芸術劇場ミルハス）
- 第 7 会場：2F スタジオ B（秋田市文化創造館）

会長 渡邊 博之

事務局：秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

秋田県秋田市本道 1-1-1 TEL 018(884)6110

- 参加登録受付 令和 7 年 4 月 24 日（木）～6 月 6 日（金）18 時まで
日循地方会ページから参加登録可能です。
- 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。
- Web 視聴方法 Web 視聴はウェビナー登録が必要となります。参加登録完了メールにウェビナー登録 URL
が記載されますので、あわせてご登録をお願いいたします。
- 単位付与 <学会研修 単位：5 単位>
現地参加：当日現地会場の総合受付付近に設置しています「循環器専門医単位登録受付」より
受付いたします。
Web参加：本会においてライブ配信視聴ログを確認後、単位認定条件を満たしている場合、2
週間を目処に単位が自動付与されます。
<教育セッション 単位：3 単位>
現地参加：第 1 会場前セッション開始 30 分前より設置しています「教育セッション単位登録
受付」より受付いたします。
Web参加：対象セッションを累計 45 分以上視聴いただいた方に、ライブ配信視聴ログを確認
後、2 週間を目処に単位が自動付与されます。

○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。**

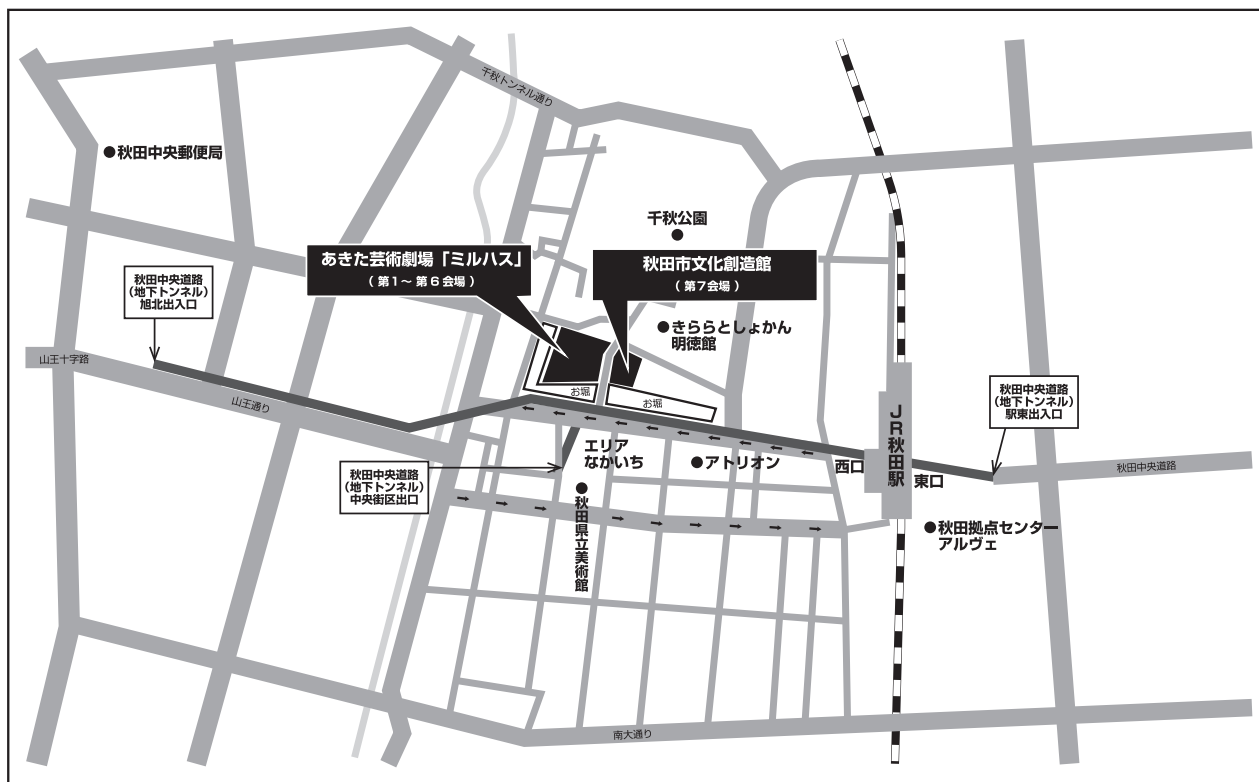
- ・コンピュータプレゼンテーションによる発表のみとします。
- ・Windows 版 Power Point で作成して下さい。発表者ツールのご利用はできません。
- ・動画の使用は YIA と学生・初期研修医 AWARD でのみ可能です。
- ・Macintosh はご自身の PC をご持参ください。（HDMI への変換を必ずご持参ください）
- ・**発表 30 分前までに**、作成したデータを USB メモリーにいて PC 受付にお持ち下さい。
- ・データのファイル名には演題番号（半角）に続けて発表者の氏名（漢字）を必ず付けて下さい（例：10 山形太郎 .ppt）。
- ・不測の事態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。

会場案内図



■あきた芸術劇場ミルハス（第1会場～第6会場）

〒010-0875 秋田県秋田市千秋明徳町 2-52

■秋田市文化創造館（第7会場）

〒010-0875 秋田県秋田市千秋明徳町 3-16

電車・新幹線でお越しの場合

JR 秋田駅から徒歩 10 分（約 800m）

バスでお越しの場合

中心市街地循環バス（ぐるる）

バス停「ミルハス前」

秋田中央交通

バス停「千秋公園入口」下車徒歩 3 分

飛行機でお越しの場合

秋田空港→JR 秋田駅 秋田空港リムジンバスで 40 分

（JR 秋田駅から各種バスもご利用いただけます）

お車でお越しの場合

秋田自動車道・秋田中央 IC から 10 分（約 6 km）

< 駐車場のご案内 >

あきた芸術劇場「ミルハス」附属駐車場

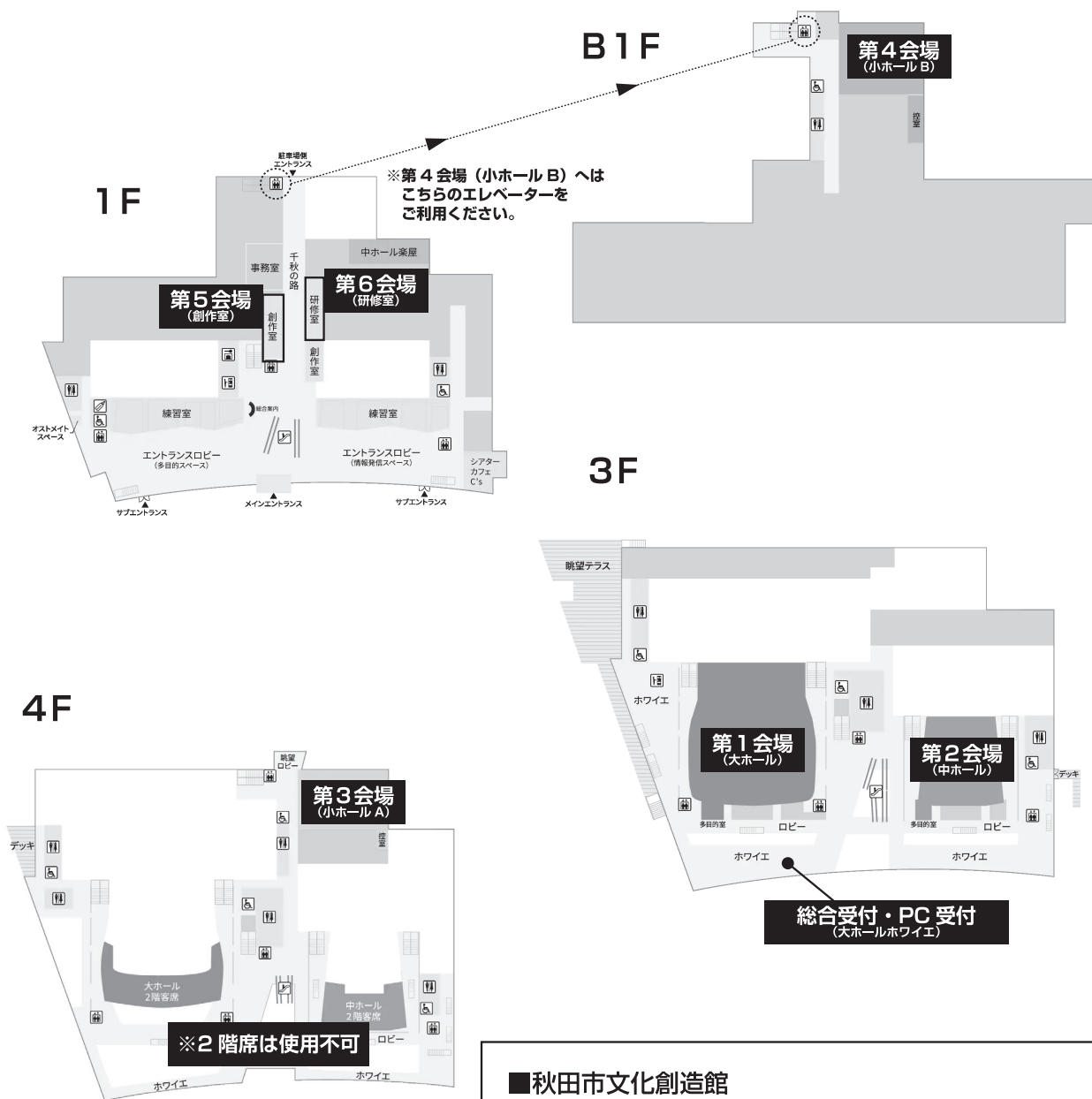
駐車台数：194 台

営業時間：午後 8 時から午後 11 時 15 分まで（入庫・出庫可能時間）

駐車料金：最初の 60 分まで 200 円、以降 60 分ごと 100 円

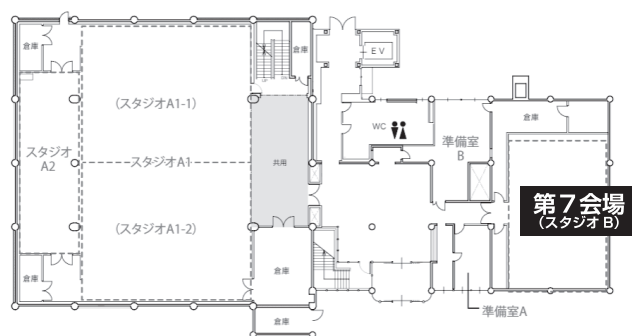
フロア案内図

■あきた芸術劇場ミルハス



■秋田市文化創造館

2F



プログラム

(敬称略)

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場	第6会場	第7会場
	あきた芸術劇場 ミルハス						秋田市文化創造館
	3F 大ホール	3F 中ホール	4F 小ホール A	B1F 小ホール B	1F 創作室	1F 研修室	2F スタジオ B
8:00							
	8:20～ 受付開始						
9:00	8:55～ 開会あいさつ						
	9:00～10:00 YIA症例発表部門 座長:渡邊 博之 (秋田大学)	9:00～10:00 学生・初期研修医 AWARD発表部門 座長:寺田 健 (秋田大学)	9:00～9:56 虚血性心疾患 座長:亀山 剛義 (東北医科薬科大学) 座長:横山 公章 (弘前大学)	9:00～9:42 不整脈1 座長:有本 貴範 (山形大学) 座長:大和田真玄 (岩手医科大学)	9:00～9:42 肺循環・血栓症 座長:木村 州孝 (能代厚生医療センター) 座長:三浦 正暢 (岩手県立中央病院)		
10:00	10:00～11:00 YIA研究発表部門 座長:渡邊 博之 (秋田大学)	10:00～10:50 学術セミナー1 座長:熊谷 浩司 (東北医科薬科大学) 演者:羽尾 清貴 (東北大学) 演者:佐藤 彰彦 (福島県立医科大学)		9:55～10:30 不整脈2 座長:三橋 武司 (星総合病院) 座長:小野寺康介 (仙台厚生病院)	9:55～10:23 心筋症・心筋炎 座長:佐藤 和泰 (秋田大学) 座長:後岡広太郎 (東北大学)	9:30～10:00 成人先天性 心疾患部会	
			10:10～10:52 成人先天性心疾患 座長:小泉 淳一 (岩手医科大学) 座長:妹尾麻衣子 (弘前大学)			10:00～10:30 学生・初期研修医 AWARD 審査会	
11:00	11:00～11:50 ACHDセミナー 座長:豊野 学朋 (秋田大学) 演者:旗 義仁 (東京蒲田病院)	11:00～11:50 学術セミナー2 座長:佐々木真吾 (弘前大学) 演者:高橋 尚彦 (大分大学)	11:05～11:47 心不全 座長:鈴木 智人 (秋田大学) 座長:佐藤 宏行 (東北大学)	10:40～11:22 SHD・補助循環 座長:清水 竹史 (福島県立医科大学) 座長:田村 晴俊 (山形大学)	10:35～11:10 心内膜炎・心膜炎 座長:佐藤 輝紀 (秋田大学) 座長:芳沢美知子 (岩手医科大学)	10:30～11:00 心肺蘇生法 普及委員会	
						11:00～11:20 YIA 審査会	11:00～11:50 学術セミナー3 座長:中里 和彦 (福島県立医科大学) 演者:杉村宏一郎 (国際医療福祉大学)
12:00						11:20～11:50 支部役員会	
			12:00～12:50 ランチョンセミナー1 座長:竹石 恭知 (福島県立医科大学) 演者:山口 修 (愛媛大学)	12:00～12:50 ランチョンセミナー2 座長:渡辺 昌文 (山形大学) 演者:安田 聡 (東北大学)	12:00～12:50 ランチョンセミナー3 座長:森野 禎浩 (岩手医科大学) 演者:阿古 潤哉 (北里大学)		12:00～12:50 ランチョンセミナー4 座長:富田 泰史 (弘前大学) 演者:合屋 雅彦 (国際医療福祉大学)
13:00	13:00～13:30 支部社員総会・ 評議員会 授賞式						
14:00	13:40～14:25 教育セッション1 座長:中嶋 博之 (秋田大学) 演者:今坂 堅一 (福島県立医科大学)						
15:00	14:25～15:10 教育セッション2 座長:渡邊 博之 (秋田大学) 演者:長谷川仁志 (秋田大学)						

YIA症例発表部門（第1会場：3F 大ホール） 9：00～10：00

座長：渡邊 博之（秋田大学）

01 乳頭筋断裂に伴う急性僧帽弁閉鎖不全症（MR）に経皮的治療と外科手術のハイブリッド戦略を要した症例

一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓センター 循環器内科

○伊藤 菜穂、遠田 佑介、田澤 大志、滕 云、里見 夏子、西願 誠、
中嶋 正貴、土岐 祐介、宗久 佳子、多田 憲生

02 ギラン・バレー症候群再発を契機にたこつぼ症候群を来し、急性E型肝炎の関与が示唆された一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○島田龍太郎、近藤 優希、登坂 憲吾、那須 崇人、二宮 亮、木村 琢巳、
森野 禎浩

03 心サルコイドーシス様の病像を呈した自己免疫性心筋炎の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○高橋 潤、佐藤 輝紀、丹波 佑介、鈴木 暢容、鈴木 真由、畠山 葉月、
鵜沼 真由、須藤 佑太、渡邊 博之

04 繰り返す急性ステント内閉塞を契機に診断されたMPN関連血管炎の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

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

05 胸部大動脈脈瘤に伴う platypnea-orthodeoxia syndrome に対して経皮的卵円孔閉鎖術を施行した1例

¹ 東北大学病院 循環器内科

² 榊原記念病院 循環器内科

○船木 崇裕¹、羽尾 清貴¹、齊藤 将哉¹、小沼 翔¹、勝田 祐子¹、進藤 智彦¹、
大山 宗馬¹、矢尾板信裕¹、神戸 茂雄¹、白戸 崇¹、高橋 潤¹、七里 守²、
安田 聡¹

座長：渡邊 博之（秋田大学）

06 クライオバルーンによる肺静脈隔離術における横隔神経障害の解剖学的予測因子の検討

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 心臓調律制御医学講座

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

07 HFimpEF における心電図異常と心不全増悪の関連：多施設後ろ向き観察研究

¹ 岩手医科大学附属病院 内科学講座 循環器内科分野

² 昭和医科大学病院 循環器内科

³ 岩手県立中部病院 循環器内科

⁴ 岩手県立大船渡病院 循環器内科

⁵ 岩手県立宮古病院 循環器内科

⁶ 岩手県立久慈病院 循環器内科

○佐々木拓渡¹、那須 崇人¹、上野 倫平²、菊池 熙人³、山屋 昌平¹、森岡 英美⁴、
田口 裕哉⁵、松本 裕樹¹、二宮 亮¹、大崎 拓也⁶、肥田 頼彦¹、石田 大¹、
森野 禎浩¹

08 急性冠症候群患者における非責任病変プラークの特徴－CCT 解析－

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○畠山 葉月、加藤 宗、若木 富貴、岩川 英弘、佐藤 和奏、佐藤 輝紀、
鈴木 智人、寺田 健、渡邊 博之

09 パルスフィールドアブレーションによる急性期の腎機能変化に関する検討

東北医科薬科大学病院 内科学第一（循環器内科）

○松田 航星、長谷部雄飛、久野 晴貴、杵渕 和志、市橋 克拓、黒瀬 裕樹、
長谷川 薫、菊田 寿、関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、熊谷 浩司、
小丸 達也

10 急性肺血管反応試験による術後肺血管抵抗とICU滞在期間の予測：LVAD 植込み前評価としての有用性

¹ 東北大学大学院医学系研究科 循環器内科

² 東北大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学分野

○小丸 航平¹、矢尾板信裕¹、佐藤 大樹¹、山本 沙織¹、千葉 直貴¹、山田 祐資¹、
佐藤 遥¹、菊地 順裕¹、後岡広太郎¹、建部 俊介¹、新井真理奈¹、鈴木 秀明¹、
高濱 博幸¹、細山 勝寛²、齋木 佳克²、安田 聡¹

座長：寺田 健（秋田大学）

11 左室リード挿入困難で左脚領域ペーシングに変更した心房細動・非持続性心室頻拍合併非虚血性心筋症の一例

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

○大平 彩乃¹、堀内 大輔²、野坂 侑矢²、齋藤 数正²、酒井峻太郎²、遠藤 知秀²、松井 宏光²

12 頻脈誘発性心筋症による重症心不全を合併した甲状腺クリーゼの一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○小湊 秀真、登坂 憲吾、金濱 望、那須 崇人、二宮 亮、森野 禎浩

13 抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎に合併した不整脈誘発性心筋症の一例

つがる西北五広域連合 つがる総合病院

○佐藤 菜津、和島 将太

14 経皮的中隔心筋焼灼術後にマバカムテンの導入予定の閉塞性肥大型心筋症の一例

公立置賜総合病院 循環器

○梅津 康宏、新関 武史、佐々木敏樹、岩山 忠輝、枝村 峻祐、黒川 佑、大沼 類

15 ステロイドパルス療法が著効したウイルス性心筋炎の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

○澤口 紫昇、三浦 正暢、今野 駿平、畠山 梓、前沢 樹、荒沢 和也、山田 魁人、加賀谷裕太、齋藤 大樹、金澤 正範、近藤 正輝、遠藤 秀晃、中村 明浩

虚血性心疾患（第3会場：4F 小ホール A） 9：00～9：56

座長：亀山 剛義（東北医科薬科大学）

横山 公章（弘前大学）

16 ST 上昇型急性心筋梗塞の転院搬送もと施設における院内滞在時間の検証

¹ 北秋田市民病院 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

○渡邊 晃市¹、小笠原暢宏¹、佐藤 誠¹、渡邊 博之²

17 診断が遅れた若年急性冠症候群の一例

¹ 市立秋田総合病院 卒後臨床研修センター

² 市立秋田総合病院 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

○三浦友梨乃¹、柴原 徹²、中島 真依²、佐々木 琢²、藤原理佐子²、藤原 敏弥²、阿部 芳久²、渡邊 博之³

18 急性心筋梗塞に続発した ICU-acquired weakness に対して、心臓リハビリが奏功した一例

¹ 秋田大学医学部附属病院

² 大曲厚生医療センター 循環器内科

○宮澤 幸一¹、田村 善一²、畠山 葉月²、若林 飛友²、高橋陽一郎²

19 STEMI に対して緊急 PCI を施行し、特発性冠動脈解離の診断を得た 1 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

○船木 理央¹、高橋 知生²、高橋茉莉恵²、加藤 僚祐²、山中 卓之¹、中西 徹¹

20 複数の冠血管拡張薬内服中に発症した冠攣縮による急性心筋梗塞の一例

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

○飯野さくら¹、亀山 剛義²、市橋 克拓²、杵渕 和志²、黒瀬 裕樹²、菊田 寿²、関口 祐子²、佐井 友美^{1,2}、久野 晴貴²、松田 航星²、長谷川 薫²、長谷部雄飛²、山家 実²、小丸 達也²、熊谷 浩司²

21 心室中隔解離を合併した急性心筋下壁梗塞に対して補助循環装置を導入し外科手術に至った一例

岩手県立中央病院

○今野 駿平、中村 明浩、遠藤 秀晃、近藤 正輝、三浦 正暢、金澤 正範、齊藤 大樹、加賀谷裕太、山田 魁人、荒沢 和也、前沢 樹

22 非侵襲的冠動脈 CT によるプラーク評価は ACS 発症予測に有用か？：責任病変と非責任病変の比較解析

¹ 岩手医科大学 医学部 医学科

² 岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

³ 岩手医科大学 医療教育学講座 地域医療学分野

○大坪 宗太¹、本間 千尋¹、藤田 優翔¹、登坂 憲吾²、二宮 開²、伊藤 智範³、森野 禎浩²

23 タスクシフト / シェアによる循環器インターベンション術者被ばく低減

¹ 秋田県立病院機構 秋田県立循環器・脳脊髄センター 放射線部

² 仙台赤十字病院 循環器内科

³ 伊奈病院 内科

⁴ 東北労災病院 循環器内科

○加藤 守¹、佐々本文昭¹、高橋 徹²、天水 宏和³、藤橋 敬英⁴

成人先天性心疾患（第3会場：4F 小ホール A） 10：10～10：52

座長：小泉 淳一（岩手医科大学）

妹尾麻衣子（弘前大学）

24 体心室機能不全を呈した修正大血管転位症に対して三尖弁置換術が奏功した2例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○関 みちる、加藤 宗、久米 佑美、鈴木 真由、高橋 潤、若木 富貴、
岩川 英弘、佐藤 和奏、佐藤 輝紀、鈴木 智人、寺田 健、渡邊 博之

25 両大血管右室起始症術後の重症三尖弁閉鎖不全症例へのペースメーカー植え込みと三尖弁置換術の同時施行

¹ 岩手医科大学附属病院 心臓血管外科

² 岩手医科大学附属病院 循環器内科

○枝木 大治¹、小泉 淳一¹、辻 龍典¹、正木 直樹¹、芳沢美知子²、森野 禎浩²、
金 一¹

26 右房瘻を伴う右冠動脈瘤に対し外科的手術を施行した一例

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

○笠原 慎也¹、清水 竹史¹、佐藤勇太郎¹、赤間 浄¹、三浦 俊輔¹、及川 雅啓¹、
小林 淳¹、中里 和彦¹、今坂 堅一²、竹石 恭知¹

27 長期生存を得た末修復左室型単心室の一例

¹ 福島県立医科大学 循環器内科

² 福島県立医科大学附属病院 検査部

○岡部 亮斗¹、及川 雅啓¹、池田 彩乃¹、武藤 雄紀¹、佐藤 悠¹、横川 哲朗¹、
小林 淳¹、大沼 秀知²、中里 和彦¹、竹石 恭知¹

28 成人先天性肺動脈狭窄症の1例

¹ 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

² 東北大学病院 心臓血管外科

○秋山 正年¹、河津 聡¹、伊藤 美和¹、菅原 留美¹、正木 直樹²

29 部分肺静脈還流異常症に対する成人期外科治療例の検討

¹ 福島県立医科大学附属病院 心臓血管外科

² 福島県立医科大学附属病院 循環器内科

○若松 大樹¹、永田 恵実¹、今坂 堅一¹、及川 雅啓²、中里 和彦²、竹石 恭知²

心不全（第3会場：4F 小ホール A） 11：05～11：47

座長：鈴木 智人（秋田大学）

佐藤 宏行（東北大学）

30 脚気を合併した高血圧性心不全の1例

¹ 仙台市立病院 診療部

² 仙台市立病院 循環器内科

○田島 隆斗¹、鈴木 啓資²、柳澤 直²、瀬戸 秋香²、古山 和樹²、藤田 壺成²、
中潟 寛²、池田 尚平²、青木 恒介²、佐藤 英二²、山科 順裕²、宮下 武彦²、
三引 義明²、石田 明彦²、八木 哲夫²

31 BNP と NT-ProBNP の乖離が認められた心不全の一例

東北医科薬科大学 循環器内科

○久野 晴貴、菊田 寿、杵渕 和志、市橋 克拓、松田 航星、黒瀬 裕樹、
長谷川 薫、長谷部雄飛、関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、熊谷 浩司、
小丸 達也

32 周産期に重症僧帽弁閉鎖不全を認めた心不全の一例

東北医科薬科大学病院 初期研修医

○坂本 直輝

33 肥満低換気症候群を背景にうっ血性心不全をきたした 220kg の高度肥満症例

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

○大島 旦¹、山中 卓之¹、高橋茉莉恵²、高橋 知生²、石井 啓吾¹、加藤 僚祐²、
中西 徹¹、渡邊 博之²

34 片側性肺水腫をきたした僧帽弁閉鎖不全症の1例

¹ 仙台市立病院 診療部

² 仙台市立病院 循環器内科

○関 直哉¹、鈴木 啓資²、柳澤 直²、瀬戸 秋香²、古山 和樹²、藤田 壺成²、
中潟 寛²、池田 尚平²、青木 恒介²、佐藤 英二²、山科 順裕²、宮下 武彦²、
三引 義明²、石田 明彦²、八木 哲夫²

35 心筋梗塞後の心不全発症に対する便秘の影響

公益財団法人 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、谷田 篤史、砂村慎一郎、尾形 剛、野田 一樹、瀧井 暢

不整脈 1 (第 4 会場: B1F 小ホール B) 9:00~9:42

座長: 有本 貴範 (山形大学)

大和田真玄 (岩手医科大学)

36 失神をきたした発作性上室頻拍の 1 例

¹ 仙台市立病院 診療部

² 仙台市立病院 循環器内科

○赤野 智彦¹、鈴木 啓資²、瀬戸 秋香²、柳澤 直²、古山 和樹²、藤田 壺成²、
中潟 寛²、池田 尚平²、青木 恒介²、佐藤 英二²、山科 順裕²、宮下 武彦²、
三引 義明²、石田 明彦²、八木 哲夫²

37 Unroofed small cardiac vein が焼灼困難の要因であった通常型心房粗動の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○沼崎 大諄、森 皓太郎、漆久保 敬、芳沢 礼佑、折居 誠、大和田真玄、
森野 禎浩

38 非弁膜症性心房細動の非肺静脈起源同定に CARTO での complex signal identification が有用であった一例

¹ 市立秋田総合病院 循環器内科

² 能代厚生医療センター 循環器内科

³ 秋田大学医学部付属病院 循環器内科

○佐々木 琢¹、阿部 芳久¹、藤原 敏弥¹、柴原 徹¹、藤原理佐子¹、梅田 有理²、
寺田 健³、渡邊 博之³

39 下肺静脈共通管を有する心房細動患者に対するパルスフィールドアブレーションの有用性の検討

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

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

40 心筋梗塞後の心室細動ストームに対し集学的治療と緊急カテーテルアブレーションで救命できた一例

山形大学医学部 内科学第一講座

○小林 智貴、橋本 直明、小山 響子、後藤 準、須貝 孝幸、木下 大資、
田村 晴俊、有本 貴範、渡邊 哲、渡辺 昌文

41 異常プルキンエ起源の心室頻拍に対するアブレーションが奏功した拡張型心筋症の一例

¹ 山形大学 医学部医学科

² 山形大学 内科学第一講座

○小田 祐樹¹、小林 祐太²、有本 貴範²、和根崎真大²、橋本 直明²、木下 大資²、
大瀧陽一郎²、加藤 重彦²、田村 晴俊²、渡邊 哲²、渡辺 昌文²

不整脈 2（第 4 会場：B1F 小ホール B） 9：55～10：30

座長：三橋 武司（星総合病院）

小野寺康介（仙台厚生病院）

42 ボール弁を用いた三尖弁置換術後患者のペースメーカー植え込み時に冠静脈洞へ心室リードを留置した一例

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

○津田 尚彦、安藤 卓也、入江 友梨、佐藤 智基、金澤 晃子、石田 悟朗、
神山 美之、八巻 尚洋

43 初期経験から見えた血管外植込み型除細動器（EV-ICD）の有用性と課題

弘前大学医学部 循環器内科

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

44 持続性心房細動を合併した CRT 植込み患者に対し、心房細動アブレーションが有用であった一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科学

○安田 真穂、鈴木 智人、鈴木 豪、青川 麻子、小林 雄紀、岩川 英弘、
渡邊 博之

45 カルバマゼピンによる薬剤性洞不全症候群と考えられた一例

¹ 大曲厚生医療センター 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

○若林 飛友¹、宮澤 幸一¹、畠山 葉月¹、田村 善一¹、寺田 健²、渡邊 博之²

46 繰り返す心抑制型反射性失神に対して DDD-CLS ペースメーカーが奏功した一例

¹ 一般財団法人大原記念財団大原総合病院 総合臨床研修センター

² 一般財団法人大原記念財団大原総合病院 循環器内科

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

SHD・補助循環（第4会場：B1F 小ホール B） 10：40～11：22

座長：清水 竹史（福島県立医科大学）

田村 晴俊（山形大学）

47 Trifecta 弁による大動脈弁位人工弁早期機能不全の1例

¹ 福島県立医科大学 循環器内科

² 福島県立医科大学 循環器内科

○上田 捷太¹、武藤 雄紀¹、横川 哲朗¹、池田 彩乃¹、飯田あかね¹、佐藤 悠¹、
及川 雅啓¹、小林 淳¹、中里 和彦¹、竹石 恭知¹

48 BAV（バルーン大動脈弁形成術）を施行し、異なる転帰をたどった透析合併超重症大動脈弁狭窄症の二例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座

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

49 経カテーテル的僧帽弁修復術後に血行動態により重症度が変化した機能性僧帽弁逆流の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○室伏 明子、芳沢美知子、島田 佳穂、佐藤 慎、熊谷亜希子、二宮 亮、
二宮 開、森野 禎浩

50 当院における Sentinel 導入後の初期成績

¹ 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓センター 循環器内科

² 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓センター 麻酔・集中治療科

³ 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 病理診断・臨床検査科

⁴ 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓血管外科

⁵ 秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○田澤 大志¹、西願 誠¹、遠田 佑介¹、中嶋 正貴¹、里見 夏子¹、膝 云¹、
三浦 健⁵、佐藤 允俊¹、長谷川雄平¹、土岐 祐介¹、前田 真歩¹、小菅 桃¹、
宗久 佳子¹、伊藤 淳²、赤平 純一³、早津 幸弘⁴、多田 憲生¹

51 僧帽弁形成術後に心原性ショックとなり経皮的補助人工心臓を要した一例

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、今野 駿平¹、畠山 梓¹、前沢 樹¹、山田 魁人¹、
加賀谷裕太¹、齊藤 大樹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、高橋 誠²

52 植込型補助人工心臓装着後に来した肝動脈瘤胆道穿破に対し血管内治療を施行した一例

福島県立医科大学附属病院 循環器内科

○芳賀 文香、佐藤 崇匡、大和田光司、大河内 諭、小河原 峻、遠藤圭一郎、
安齋 文弥、佐藤 悠、及川 雅啓、小林 淳、中里 和彦、石田 隆史、
竹石 恭知

肺循環・血栓症（第5会場：1F 創作室） 9：00～9：42

座長：木村 州孝（能代厚生医療センター）

三浦 正暢（岩手県立中央病院）

53 治療薬増量後に心不全増悪を来した肺動脈性肺高血圧症例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座 循環器内科

○三浦 千尋、佐藤 輝紀、久米 翔弥、鈴木 暢容、楡井 周作、渡邊 博之

54 IPAH with pulmonary phenotype と 3 群 PH 境界症例への肺血管拡張療法

¹ 独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター 循環器内科

² 独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター リウマチ内科

³ 独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター 呼吸器内科

○高橋 信¹、千葉 実行²、木村 啓二³

55 門脈肺高血圧症に対してエンドセリン受容体拮抗薬が有効であった一例

みやぎ県南中核病院

○座間 峻、富岡 智子

56 82%の肺静脈血栓患者は、d-ダイマーは、正常である。

たけうち内科クリニック

○竹内 秀和

57 右下肺静脈から伸展した左房内血栓は、heterogeneous で、石灰化があり、急性心筋梗塞を起こしうる。

たけうち内科クリニック

○竹内 秀和

58 急性下肢虚血を発症した新型コロナウイルス感染の1症例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○中林光一郎、水上 浩行、谷川 俊了、廣坂 諒

心筋症・心筋炎（第5会場：1F 創作室） 9：55～10：23

座長：佐藤 和奏（秋田大学）

後岡広太郎（東北大学）

59 心筋異常が先行した抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の一例

雄勝中央病院 循環器科

○阿部 起実、安部 誓也

60 IMPELLA CP が奏効したたこつぼ心筋症による左室流出路狭窄を伴う心原性ショックの一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○石原 歩葉、若木 富貴、戸嶋 優、仙場 志保、三浦 健、渡邊 博之

61 心室細動を契機に診断に至った心尖部瘤を合併した心室中部閉塞性肥大型心筋症の一例

¹ 白河厚生総合病院 循環器内科

² 公立相馬総合病院 循環器内科

○佐久間裕也¹、谷 哲矢²、安藤 勝也²、佐藤 雅彦²

62 心筋脂肪沈着を経胸壁心エコーで捉えた1例

¹ 市立秋田総合病院 循環器内科

² 秋田大学大学院 循環器内科学

○藤原理佐子¹、柴原 徹¹、佐々木 琢¹、中島 真依¹、阿部 芳久¹、藤原 敏弥¹、
渡邊 博之²

心内膜炎・心膜炎（第5会場：1F 創作室） 10：35～11：10

座長：佐藤 輝紀（秋田大学）

芳沢美知子（岩手医科大学）

63 Staphylococcus aureus が原因菌と考えられる下顎骨骨髓炎に合併した細菌性心外膜炎の一例

大館市立総合病院 NP 室 循環器内科

○古川 茜、貝森 亮太、齋藤 数正、藤倉 佑光、成田 真人

64 Basedow 病に併発した急性心膜炎・心嚢液で心タンポナーデに至った妊婦の一症例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○草野 亮太、佐藤 彰彦、芳賀 文香、大橋 尚人、君島 勇輔、横川 哲朗、
清水 竹史、三阪 智史、金城 貴士、及川 雅啓、小林 淳、中里 和彦、
石田 隆史、竹石 恭知

65 心不全治療後も心嚢液貯留を認めたため診断に至った IgG4 関連心外膜炎の一例

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

○小倉雄太郎、山口 展寛、小山あずさ、高橋 佳美、江口久美子、玉渕 智昭、
尾上 紀子、篠崎 毅

66 犬咬傷による Capnocytophaga canimorsus が起因となり亜急性感染性心内膜炎を発症した一例

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

○小山あずさ、江口久美子、小倉雄太郎、高橋 佳美、玉渕 智昭、山口 展寛、
尾上 紀子、篠崎 毅

67 多臓器塞栓所見や右冠動脈入口部仮性瘤を伴った ANCA 陽性感染性心内膜炎の一例

¹ 青森県立中央病院 循環器内科

² 青森県立中央病院 心臓血管外科

○相馬 宇伸¹、櫛引 基¹、舘山 俊太¹、鈴木 晃子¹、加藤 朋¹、中村 宙哉¹、
永谷 公一²、増田 信也²

成人先天性心疾患セミナー（第1会場：3F 大ホール） 11：00～11：50

座長：秋田大学大学院医学系研究科 小児科学講座 豊野 学朋

「知っておきたい ACHD に合併する不整脈」

演者：東京蒲田病院 不整脈・成人先天性心疾患センター長 簗 義仁

共催：日本循環器学会東北支部 成人先天性心疾患部会

学術セミナー 1（第2会場：3F 中ホール） 10：00～10：50

座長：東北医科薬科大学 循環器内科 熊谷 浩司

「Supra annular 自己拡張型弁の成績から見えてくる実力 —Low risk 患者に対する最新のエビデンス—」

演者：東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学 羽尾 清貴

「自己拡張型 TAVI デバイスの進化 —TAVI 治療の実際—」

演者：福島県立医科大学 循環器内科学講座 佐藤 彰彦

共催：日本メドトロニック株式会社

学術セミナー 2（第2会場：3F 中ホール） 11：00～11：50

座長：弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科 佐々木真吾

「心房細動 一早期発見へ向けて私たちができること・

高齢患者に対する抗凝固療法再考」

演者：大分大学医学部 循環器内科・臨床検査診断学講座 高橋 尚彦

共催：第一三共株式会社

学術セミナー 3（第7会場：秋田市文化創造館 2F スタジオ B） 11：00～11：50

座長：福島県立医科大学 地域医療支援センター／循環器内科学講座 中里 和彦

「最新の知見を踏まえた PAH 治療戦略」

演者：国際医療福祉大学医学部／国際医療福祉大学成田病院 循環器内科 杉村宏一郎

共催：MSD 株式会社

ランチオンセミナー 1（第 3 会場：4F 小ホール A） 12：00～12：50

座長：福島県立医科大学 循環器内科学講座 竹石 恭知

「生命予後改善を目指した心不全の治療戦略 —心不全ガイドラインの改定ポイントをふまえて—」

演者：愛媛大学大学院医学系研究科 循環器・呼吸器・腎高血圧内科学講座 山口 修

共催：アストラゼネカ株式会社

ランチオンセミナー 2（第 4 会場：B1F 小ホール B） 12：00～12：50

座長：山形大学医学部 内科学第一講座 渡辺 昌文

「心房細動および冠動脈疾患に対する抗血栓療法 —“Less is More”を実現する治療戦略とは？—」

演者：東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学 安田 聡

共催：ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社

ランチョンセミナー 3（第 5 会場：1F 創作室） 12：00～12：50

座長：岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野 森野 禎浩

「心・腎・代謝を意識した治療戦略

—糖尿病治療薬の枠を超えた SGLT2 阻害剤—

演者：北里大学医学部 循環器内科学 阿古 潤哉

共催：ベーリンガーインゲルハイム株式会社 / 日本イーライリリー株式会社

ランチョンセミナー 4（第 7 会場：秋田市文化創造館 2F スタジオ B） 12：00～12：50

座長：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

「ペースメーカー・ICD 患者の QOL を考える

—リードマネージメント—

演者：国際医療福祉大学三田病院 循環器内科 合屋 雅彦

共催：日本ライフライン株式会社

教育セッション 1（第 1 会場：3F 大ホール） 13：40～14：25

座長：秋田大学大学院医学系研究科 心臓血管外科学講座 中嶋 博之

「Redo cardiovascular surgery:

Hope for the best, but prepare for the worst」

演者：福島県立医科大学 心臓血管外科 今坂 堅一

教育セッション 2（第 1 会場：3F 大ホール） 14：25～15：10

座長：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

「カリキュラムオーバーロード時代にコアカリの質を

保証するための循環器教育ポイント

—少ない負担で学修硬化をより高める初年次からの

シミュレーション×デジタルハイブリッド統合教育の取り組み—」

演者：秋田大学大学院医学系研究科 医学教育学講座 長谷川仁志

審査会・会議

(第 6 会場：1F 研修室)

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 : 00～10 : 30
心肺蘇生法普及委員会	10 : 30～11 : 00
YIA 審査会	11 : 00～11 : 20
支部役員会	11 : 20～11 : 50

(第 1 会場：3F 大ホール)

支部評議員会・YIA 表彰式、 学生初期研修医 AWARD 表彰式	13 : 00～13 : 30
--------------------------------------	-----------------

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

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) 本規程は、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 6 年 6 月 1 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カ月前とする。
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。

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、使用者が施設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、振込対応ではなく、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 180 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系研究科 循環器腎臓内科学講座
つがる総合病院 循環器・呼吸器・腎臓内科

富田 泰史
阿部 直樹

岩 手

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野
岩手県立二戸病院 循環器内科

森野 禎浩
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
いいの内科クリニック

渡邊 博之
飯野 健二

山 形

山形大学医学部 内科学第一講座
山形県立中央病院 循環器内科

渡辺 昌文
福井 昭男

宮 城

東北医科薬科大学 循環器内科
東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学
仙台オープン病院 循環器内科学

(症例発表部門) 熊谷 浩司
(研究発表部門) 安田 聡
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
福島赤十字病院 循環器内科学

竹石 恭知
大和田尊之

第 180 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系研究科 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
公立置賜総合病院 循環器内科

渡邊 哲
新関 武史

宮 城

東北大学大学院医学系研究科 循環器内科学
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12月現在）

支 部 長	渡辺 昌文（山形大学）			
副 支 部 長	安田 聡（東北大学）			
理 事 員	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（いいの内科クリニック）	
	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 ござえ
	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
	金谷 透 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	
岩 手	横田 貴志 横山 公章			
	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	
秋 田	房崎 哲也 三浦 正暢	○森野 禎浩	八木 卓也	
	飯野 健二 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	
山 形	藤原 敏弥 堀口 聡	松岡 悟	○渡邊 博之	
	有本 貴範 池野 栄一郎	内田 徹郎	佐藤 匡	
	穴戸 哲郎 菅原 重生	須藤 直行	高橋 大	
	新関 武史 西山 悟史	廣野 摂	福井 昭男	
宮 城	宮本 卓也 宮脇 洋	○渡邊 哲	○渡辺 昌文	
	伊藤 健太 岩渕 薫	大原 貴裕	川本 俊輔	
	菊地 翼 熊谷 浩司	○齋木 佳克	西條 芳文	
	佐藤 公雄 ○篠崎 毅	白戸 崇	○高橋 潤	
	高濱 博幸 建部 俊介	○富岡 智子	中野 誠	
	浪打 成人 野田 崇	後岡 広太郎	羽尾 清貴	
福 島	矢尾板 信裕 ○安田 聡	山本 沙織		
	石田 隆史 及川 雅啓	大和田 尊之	金城 貴士	
	國井 浩行 小林 淳	小松 宣夫	齋藤 修一	
	杉 正文 杉本 浩一	○竹石 恭知	武田 寛人	
	○中里 和彦 福島 賢慈	八巻 尚洋	義久 精臣	
支 部 監 事	那須 雅孝 前原 和平			
支 部 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（令和6年12月現在）

*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）
芳沢美知子（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 180 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)
- 虚血性心疾患 (16 ～ 23)
- 成人先天性心疾患 (24 ～ 29)
- 心不全 (30 ～ 35)
- 不整脈 1 (36 ～ 41)
- 不整脈 2 (42 ～ 46)
- SHD・補助循環 (47 ～ 52)
- 肺循環・血栓症 (53 ～ 58)
- 心筋症・心筋炎 (59 ～ 62)
- 心内膜炎・心膜炎 (63 ～ 67)

会 長：渡邊 博之

(秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座)

01

乳頭筋断裂に伴う急性僧帽弁閉鎖不全症（MR）に経皮的治療と外科手術のハイブリッド戦略を要した症例

一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓センター 循環器内科

○伊藤 菜穂、遠田 佑介、田澤 大志、勝 云、
里見 夏子、西願 誠、中嶋 正貴、土岐 祐介、
宗久 佳子、多田 憲生

84歳女性。胸痛、呼吸苦で前医搬送。右冠動脈の急性心筋梗塞と後乳頭筋断裂によるMRの外科治療目的に当院搬送。右室梗塞、右心不全認め、外科治療は人工心肺が離脱困難、長期臥床によるFrail増悪が懸念された。経皮的僧帽弁修復術（M-TEER）の内側病変治療は不得手な解剖であるが、救命目的に急性期はM-TEER、右室機能改善後、二期的に外科手術の方針とした。M-TEERでMRは軽度まで改善、術後40日でリハビリ転院となった。6ヶ月目にMR再増悪を認めたが、右室機能と全身状態の改善を認め、外科的僧帽弁置換術を施行した。乳頭筋断裂の死亡率は高いが、しばしば手術困難な症例がある。急性期に低侵襲かつ人工心肺を要しないM-TEERで治療することで、より安全に外科手術に挑むことができる可能性が示唆された症例を経験したため報告する。

03

心サルコイドーシス様の病像を呈した自己免疫性心筋炎の一例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○高橋 潤、佐藤 輝紀、丹波 佑介、鈴木 暢容、
鈴木 真由、畠山 葉月、鵜沼 真由、須藤 佑太、
渡邊 博之

60歳代女性、再発性失神にて当科紹介。非持続性心室頻拍、完全房室ブロックに加えて左室駆出率39%と低下、基部後壁の無収縮と菲薄化を認めたが冠動脈疾患は否定された。心臓MRI遅延造影像ならびにPET-CT所見から心臓限局性サルコイドーシス臨床診断群の基準を満たす一方で、血清CK値が漸増を示したことを契機に血液検査にて抗ミトコンドリアM2抗体（AMA-M2）が検出され、針筋電図所見と合わせて自己免疫性筋炎合併心筋炎の診断に至った。心サルコイドーシスを含む炎症性心疾患は、病理組織像を除いては臨床経過や画像検査所見が類似するため鑑別が困難であるが、AMA-M2陽性心筋炎は原発性胆汁性胆管炎などの合併病態も配慮した治療戦略が必要であり、病態や診断の臨床的意義について考察含めて報告する。

05

胸部大動脈脈瘤に伴うplatypnea-orthodeoxia syndromeに対して経皮的卵円孔閉鎖術を施行した1例

¹ 東北大学病院 循環器内科

² 榊原記念病院 循環器内科

○船木 崇裕¹、羽尾 清貴¹、齊藤 将哉¹、小沼 翔¹、
勝田 祐子¹、進藤 智彦¹、大山 宗馬¹、矢尾板信裕¹、
神戸 茂雄¹、白戸 崇¹、高橋 潤¹、七里 守²、
安田 聡¹

症例は73歳男性。2年前にStanford B型大動脈解離を発症し、保存的に加療された。半年前に小脳梗塞を発症した際の心エコーでbubble test陽性であり、卵円孔開存症に伴う塞栓が疑われたが、閉鎖術を希望されず経過観察となった。胸部大動脈瘤の拡大とともに呼吸苦を訴え、仰臥位から左側臥位でSpO₂96%から77%に低下を認めた。CT上、拡大した胸部大動脈が右心系を圧排しており、心房中隔の変形によるplatypnea-orthodeoxia syndrome（POS）と診断し、経皮的卵円孔閉鎖術の方針とした。全身麻酔下で左側臥位での卵円孔からの右シヤントの増悪と酸素化低下が確認され、ワイヤーフレーム型閉鎖栓を留置後、低酸素血症は改善した。左側臥位でのみ低酸素血症となるPOSは稀であり報告する。

02

ギラン・バレー症候群再発を契機にしたこつば症候群を来し、急性E型肝炎の関与が示唆された一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○島田龍太郎、近藤 優希、登坂 憲吾、那須 崇人、
二宮 亮、木村 琢巳、森野 禎浩

症例は過去にギランバレー症候群（GBS）の既往がある40歳男性。発熱、四肢脱力を呈し救急搬送された。来院時、ショック状態であり、心エコー図では左室壁運動低下を認めた。左室造影で心尖部を除く壁運動の低下を認めた後、心室頻拍から心肺停止に至り、ECPELLAを導入した。当初は心筋炎の可能性を考え、ステロイドパルスとIVIg大量静注療法を行ったが、後日判明した心筋生検では心筋炎の所見を認めず、こつば症候群の診断に至った。全身状態の改善とともに、球麻痺・四肢麻痺が明らかとなり、髄液検査で蛋白細胞解離を認めGBSの再発と診断された。さらに、HEV-RNAが陽性であることから急性E型肝炎とGBSとの関与が疑われた。GBSの再発を契機にしたこつば症候群による心原性ショックに至った稀な1例であり、文献的考察を加え報告する。

04

繰り返す急性ステント内閉塞を契機に診断されたMPN関連血管炎の一例

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

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

症例は50代男性、冠攣縮性狭心症の既往あり。労作時胸痛を主訴に受診し、冠動脈造影にて左前下行枝（LAD）#7に90%狭窄を認め、薬剤溶出性ステントを留置した。翌日退院後ST上昇を伴う胸痛で救急搬送され、同部位のステント内閉塞を認め再PCIを施行した。抗血小板剤に対する遺伝子多型の可能性も考慮し内服変更などを行ったが、2週間後に胸痛が再燃しステント内再閉塞を認めた。カテーテル治療によるステント開存維持は困難と判断し冠動脈バイパス術を施行した。手術時の病理所見では動脈炎が疑われ、追加検査でJAK2変異陽性、血小板数の著増を認め、MPN（骨髄増殖性腫瘍）関連血管炎の確定診断となった。本症例は攣縮、血管炎、血小板増多が複合的に関与しステント内閉塞を繰り返した稀な一例と考えられる。若干の文献的考察を加え報告する。

06

クライオバルーンによる肺静脈隔離術における横隔神経障害の解剖学的予測因子の検討

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 心臓調律制御医学講座

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

【背景】新規31mmクライオバルーン（CB）による肺静脈隔離術（PVI）において、横隔神経障害（PNI）の発症頻度や解剖学的予測因子は不明である。【方法】CB PVIを受けた連続246例（28mm群150例、31mm群96例）で、CT画像で計測した複数の解剖学的指標とPNI発症との関連を検討した。【結果】PNIの発症率は両群間で有意差を認めなかったが、術後まで遷延したPNIの発症率は28mm群よりも31mm群で有意に低値であった（4% vs. 0%、 $P<0.05$ ）。両群ともに左房からのRSPV分岐角度（RSPV-LA angle）がPNI発症の独立した予測因子であった（28mm群：オッズ比1.99、 $P<0.05$ 、31mm群：オッズ比1.87、 $P<0.05$ ）。【結論】31mm CBは術後遷延するPNIの発症リスクを減らす可能性がある。またバルーンサイズに関わらず、RSPV-LA angleはPNI発症の独立した予測因子であった。

HFimpEF における心電図異常と心不全増悪の関連：多施設後ろ向き観察研究

¹ 岩手医科大学附属病院 内科学講座 循環器内科分野
² 昭和医科大学病院 循環器内科、³ 岩手県立中部病院 循環器内科
⁴ 岩手県立大船渡病院 循環器内科、⁵ 岩手県立宮古病院 循環器内科
⁶ 岩手県立久慈病院 循環器内科
 ○佐々木拓渡¹、那須 崇人¹、上野 倫平²、菊池 熙人³、
 山屋 昌平¹、森岡 英美⁴、田口 裕哉⁵、松本 裕樹¹、
 二宮 亮¹、大崎 拓也⁶、肥田 頼彦¹、石田 大¹、
 森野 禎浩¹

【目的】 HFimpEF では多くの心電図異常が正常化するが、一部は残存する。残存する心電図異常と心不全増悪の関連は不明であり、本研究では両者の関連を評価した。
 【方法】 2016～2023年に4施設でHFimpEFと診断された143例を対象とし、確認時の心電図所見とその後の心不全増悪との関連を解析した。
 【結果】 17.3%に心不全増悪を認めた。HFimpEF時点で、fragmented QRS (fQRS) は23.8%に、陰性T波は30.1%に残存しており、これらの残存は心不全増悪と有意に関連した (fQRS: $p<0.001$, HR 1.48; 陰性T波: $p=0.03$, HR 1.28)。
 【結論】 HFimpEF 患者の残存するfQRSや陰性T波は、心不全増悪の指標となり得る。

パルスフィールドアブレーションによる急性期の腎機能変化に関する検討

東北医科薬科大学病院 内科学第一 (循環器内科)
 ○松田 航星、長谷部雄飛、久野 晴貴、杵渕 和志、
 市橋 克拓、黒瀬 裕樹、長谷川 薫、菊田 寿、
 関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、熊谷 浩司、
 小丸 達也

心房細動に対するパルスフィールドアブレーション (PFA) の特異的な合併症として、溶血に伴う急性腎障害 (AKI) が報告されている。当科におけるPFA導入期の65症例 (2024年11月～2025年3月、PulseSelect™:46例、FARAPULSE™:19例) を対象に腎機能増悪に関連する因子を検討した。男性29人 (67.4%)、年齢 71.9 ± 8.8 歳。CKDステージ分類はG1:33.8%、G2:38.5%、G3:26.0%、G4:1.5%。術翌日にG2の1例において血清Crが1.19から2.44 mg/dLに上昇しAKIと診断された。全体の24.6%においてCcrの10%以上の低下を認めた。低下群ではアブレーション回数に有意に多く、PulseSelect™で 51.7 ± 9.8 vs 58.5 ± 7.6 回 ($P=0.035$)、FARAPULSE™で 36.3 ± 6.6 vs 49.3 ± 3.8 回 ($P=0.0018$) であり、PFA後の腎機能低下への影響が示唆された。

左室リード挿入困難で左脚領域ペーシングに変更した心房細動・非持続性心室頻拍合併非虚血性心筋症の一例

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
 ○大平 彩乃¹、堀内 大輔²、野坂 侑矢²、齋藤 数正²、
 酒井峻太郎²、遠藤 知秀²、松井 宏光²

症例は66歳男性。永続性心房細動・低左心機能・非持続性心室頻拍 (NSVT) に対する精査加療目的で紹介となった。前医で至適薬剤が継続されていたが、ホルター心電図で最大15連発のNSVTが確認され、心エコーではEF 27%と左室壁運動低下を認めた。冠動脈造影では左右冠動脈に優位狭窄はなかった。不整脈に対する薬物治療強化を要し、ペーシング率増加が予想されCRT-D適応と判断した。しかし冠静脈の蛇行が高度で、左室リード挿入を断念した。MRI撮影禁忌となることの承諾を得て、左脚領域ペーシング (LBBAP) に変更した。5Vペーシング中にV1でのLate R増高を確認しながら心室中隔から左脚領域にdeep screwした。ショックリードは右室心尖部中隔留置とした。術後経過良好で、薬物治療を強化し退院した。
 LBBAPの有効性についての考察を含め報告する。

急性冠症候群患者における非責任病変プラークの特徴 —CCT解析—

秋田大学医学部附属病院 循環器内科
 ○畠山 葉月、加藤 宗、若木 富貴、岩川 英弘、
 佐藤 和奏、佐藤 輝紀、鈴木 智人、寺田 健、
 渡邊 博之

【背景】 急性冠症候群 (ACS) の非責任病変 (NCL) に関連した心血管イベント発生は未だ多いが、非侵襲的画像診断による形態評価とリスク層別化は十分でない。【目的】 ACSと慢性冠症候群のNCLをCCTで解析し、プラーク性状と形態的特徴を比較した。【方法】 PCIと同時にCCTを行った40例 (ACS 22例) のNCL全96病変を解析した。プラークはCT値からsoft、fibrous、calcifiedに分類した。softプラークは内腔突出性のprotrusion型と非突出性のsmooth型に分類した。【結果】 ACSのNCLではsoftプラーク割合が高く (6.1% vs 4.9%, $p=0.006$)、protrusion型が多くみられた (64.7% vs 22.2%, $p<0.0001$)。多変量解析でprotrusion型はACSと強い関連を認めた。 (OR:3.6, $p=0.01$)。【結語】 ACSのNCLはprotrusion型softプラークが多く、CCTで診断し得る重要な特徴である。

急性肺血管反応試験による術後肺血管抵抗とICU滞在期間の予測：LVAD植込み前評価としての有用性

¹ 東北大学大学院医学系研究科 循環器内科
² 東北大学大学院医学系研究科 心臓血管外科分野
 ○小丸 航平¹、矢尾板信裕¹、佐藤 大樹¹、山本 沙織¹、
 千葉 直貴¹、山田 祐資¹、佐藤 遥¹、菊地 順裕¹、
 後岡広太郎¹、建部 俊介¹、新井真理奈¹、鈴木 秀明¹、
 高濱 博幸¹、細山 勝寛²、齋木 佳克²、安田 聡¹

日本循環器学会のガイドラインでは、肺血管抵抗 (PVR) ≥ 6 Wood単位 (WU) は補助人工心臓 (LVAD) 植込みの除外基準であり、PVR ≥ 3 WUの症例には急性肺血管反応試験 (AVT) の実施が推奨されているが、その意義は不明である。2012年～2022年に当院でLVAD植込み前にAVTを行った15例 (男/女10/5例、年齢 42.1 ± 13.1 歳、PVR 6.1 ± 1.8 WU) を後ろ向きに解析した。AVT後PVR ≥ 3 WUの7例を抵抗性PVR群、PVR < 3 WUに改善した8例を正常化PVR群とした。AVT時のPVR改善率は、LVAD前後のPVR改善率と有意に正の相関を示し ($R=0.79$, $p=0.01$)、ICU滞在が2週間以上となった症例は抵抗性PVR群で正常化PVR群に比較して有意に多かった (0% vs. 42.8%, $p=0.038$)。術前AVTは、LVAD後のPVR改善やICU滞在期間の予測に有用である可能性が示唆された。

頻脈誘発性心筋症による重症心不全を合併した甲状腺クリーゼの一例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野
 ○小湊 秀真、登坂 憲吾、金濱 望、那須 崇人、
 二宮 亮、森野 禎浩

47歳男性。6カ月前に近医でバセドウ病と診断とされたが通院を自己中断していた。数日前より心不全症状、消化器症状が出現し前医を受診。甲状腺クリーゼと診断されたが、頻脈性心房細動、低心機能による循環不全を伴っており、集学的治療目的に当院転院となった。甲状腺クリーゼの治療が開始され、アミオダロンによる徐拍化、カテコラミン併用により循環動態の安定を得た。低心機能の原因として頻脈誘発性心筋症が考えられ、第13病日に電氣的除細動を施行した。経過良好のため第23病日に退院となった。甲状腺機能亢進症は高心拍出性心不全の原因となるが、未治療のまま放置されると本症例のように頻脈により低心機能を来し、重症心不全に至る場合がある。今回早期の集学的治療により良好な転帰を辿った一例を経験したため報告する。

13

抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎に合併した不整脈誘発性心筋症の一例

つがる西北五広域連合 つがる総合病院

○佐藤 菜津、和島 将太

54 歳女性。2017 年から肩凝り、2019 年からは右大腿痛も自覚し CK 上昇も指摘。2023 年 10 月、健康診断で施行した胸部レントゲン検査で心拡大を指摘され、血液検査では CK 1113 U/L と上昇。トロポニン T 陽性であり精査加療目的に当科紹介。12 誘導心電図で心拍数 127bpm の頻拍を認め、経胸壁心エコーでは LVEF45% と低下。冠動脈 CT で有意狭窄を認めず、非虚血性心筋症として薬物治療を開始。CK 高値に加え、身体診察で体幹や肢帯筋の筋力低下を認め、血液検査で抗ミトコンドリア M2 抗体陽性が判明し神経内科に紹介。筋生検にて抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎と診断された。ステロイドおよび免疫抑制薬を開始し、病勢は安定した。今回、抗ミトコンドリア M2 抗体陽性筋炎に合併した不整脈誘発性心筋症の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

15

ステロイドパルス療法が著効したウイルス性心筋炎の一例

岩手県立中央病院 循環器内科

○澤口 紫昇、三浦 正暢、今野 駿平、畠山 梓、
前沢 樹、荒沢 和也、山田 魁人、加賀谷裕太、
齋藤 大樹、金澤 正範、近藤 正輝、遠藤 秀晃、
中村 明浩

【症例】60 歳女性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】X 月 Y 日心窩部痛のため A 医院を受診、インフルエンザ A 型と診断された。Y + 4 日失神したため B 病院に搬送、心筋炎が疑われ入院となった。しかし、Y+7 日 PEA となり VA-ECMO 導入し、当院に転院となった。【入院後経過】転院後 IMPELLA を導入したが、心筋の浮腫が著明に進行し左室内腔が狭小化した。Y+ 9 日、浮腫の改善目的にステロイドパルス療法を施行したところ、心筋の浮腫は速やかに改善、Y+13 日に補助循環装置を離脱した。以後リハビリを進め自宅退院となった。【考察】ウイルス性心筋炎に対するステロイドパルス療法はルーチンには推奨されないが、急速に進行する心筋の浮腫の制御にステロイドパルス療法が有効である可能性があり、心筋の性状の変化を捉えタイムリーに治療介入がすることが求められる。

17

診断が遅れた若年急性冠症候群の一例

¹ 市立秋田総合病院 卒後臨床研修センター² 市立秋田総合病院 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

○三浦友梨乃¹、柴原 徹²、中島 真依²、佐々木 琢²、
藤原理佐子²、藤原 敏弥²、阿部 芳久²、渡邊 博之³

症例は 26 歳男性。特記すべき既往歴はなし。繰り返す前胸痛を主訴に当院救急外来を受診した。心電図で軽度 ST 変化、血液検査でトロポニン I の軽度上昇を認めたため狭心症の可能性を否定できず経過観察入院となった。入院第 2 病日の夜間に胸痛の増悪があり、朝に検査を施行したところ心電図で V1-4 にて ST 上昇、血液検査で CK、トロポニン I の上昇を認めた。緊急冠動脈造影を実施し、左前下行枝 #6 の完全閉塞を認めたため同部位に対して経皮的冠動脈形成術を施行した。若年であり、ステント留置ではなく薬剤コーティングバルーンを使用した。治療後の経過は良好で第 15 病日に退院した。今回、若年男性の診断が遅れた急性冠症候群の一例を経験したため報告する。

14

経皮的中隔心筋焼灼術後にマバカムテンの導入予定の閉塞性肥大型心筋症の一例

公立置賜総合病院 循環器

○梅津 康宏、新関 武史、佐々木敏樹、岩山 忠輝、
枝村 峻祐、黒川 佑、大沼 類

症例は 68 歳男性。主訴は労作時息切れ。X-2 年に心雑音を契機に経胸壁心エコー検査で閉塞性肥大型心筋症 (HOCM) を指摘された。前医での薬物治療後も左室流出路圧較差 140mmHg と改善なく、薬剤抵抗性 HOCM と診断した。経皮的中隔心筋焼灼術 (PTSMA) 目的のため、X 年 4 月に他院へ紹介した。経食道心エコー検査、心臓形態 CT では、左室流出路閉塞に寄与する異常腱索や異常乳頭筋は認めず、PTSMA を施行した。入念なコントラストエコーの結果、標的中隔枝が高位側壁枝から分岐しており、エタノール計 3.7ml を注入し焼灼した。左室流出路圧較差は安静時 148mmHg から 40mmHg まで改善した。現在、残存の圧格差の治療目的に新しい HOCM の治療薬であるマバカムテン導入予定であり、文献的考察を踏まえ報告する。

16

ST 上昇型急性心筋梗塞の転院搬送もと施設における院内滞在時間の検証

¹ 北秋田市民病院 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○渡邊 晃市¹、小笠原暢宏¹、佐藤 誠¹、渡邊 博之²

我々は 2020 年に当院に搬送され ST 上昇型急性心筋梗塞 (STEMI) と診断されて緊急転院搬送となった 39 例の院内滞在時間 (DIDO 時間) が 95 分、救急隊到着時から再灌流までの FMC to balloon (FMCtoB) 時間が 238 分と虚血時間が延長していることを報告した。管内の全救急車両に心電図伝送システム (PH-ECG) が搭載され、隣市に緊急 PCI 対応施設が稼働した後の 2023 年と 2024 年の当院に搬送された PH-ECG ありの STEMI 例 (2023 年が 3 例、2024 年が 5 例) における DIDO 時間、FMCtoB 時間を検証した。DIDO 時間中央値は 19 分、35 分、FMCtoB 時間は 124 分、152 分であった。平日時間内かつ同乗する循環器専門医が外来担当時間外という条件の時のみ DIDO 時間 30 分未満での対応が可能であった。広域画像連携など ICT を活用したバイパス搬送なども検討の余地があると思われる。

18

急性心筋梗塞に続発した ICU-acquired weakness に対して、心臓リハビリが奏功した一例

¹ 秋田大学医学部附属病院² 大曲厚生医療センター 循環器内科

○宮澤 幸一¹、田村 善一²、畠山 葉月²、若林 飛友²、
高橋陽一郎²

48 歳男性。胸痛を主訴に救急外来を受診し、急性広範前壁心筋梗塞と診断。緊急 PCI を施行し、LAD#6 の閉塞病変に対して DES を留置。心原性ショックの合併があり、カテコラミン点滴や IABP 留置を要した。最高 CK 値は 10,196 IU/L まで上昇。急性腎障害の合併に対して CHDF 管理も要した。急性期の集中治療に伴い、臥床を余儀なくされ、デコンディショニングの進行をきたし、ICU-AW と診断した。心保護薬の調整と並行して、心臓リハビリを導入し、骨格筋電気刺激療法、低強度レジスタンストレーニング、有酸素運動を行った。経時的に心機能および運動耐容能の改善が得られ、第 98 病日に歩行退院が可能となった。重症心筋梗塞後の ICU-AW に対して、心臓リハビリを含む包括的治療が奏功した一例を報告する。

19

STEMI に対して緊急 PCI を施行し、特発性冠動脈解離の診断を得た 1 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

○船木 理央¹、高橋 知生²、高橋茉莉恵²、加藤 僚祐²、
山中 卓之¹、中西 徹¹

症例は既往歴のない 40 代女性。前胸部痛を主訴に前医を受診し、12 誘導心電図にて広範な ST 上昇、心臓超音波検査にて心尖部の収縮低下を認めた。たこつぼ型心筋症疑いとして当院へ救急搬送、虚血評価のため緊急冠動脈造影を行った。左前下行枝遠位部に閉塞を認めたため、経皮的冠動脈形成術 (PCI) を施行する方針とした。血管内超音波にて、冠動脈壁内に血腫と flap を認め、特発性冠動脈解離と診断した。PCI はバルーン拡張のみで終了し、その後胸部症状なく経過、第 17 病日に退院した。退院後の心臓超音波検査で、心尖部に血栓を認めたため、入院下で抗凝固療法を開始した。血栓は抗凝固療法にて消失し、第 25 病日に退院した。比較的新しい若年女性の STEMI の成因として鑑別が必要な特発性冠動脈解離を経験したため、文献的考察を加え報告する。

21

心室中隔解離を合併した急性心筋下壁梗塞に対して補助循環装置を導入し外科手術に至った一例

岩手県立中央病院

○今野 駿平、中村 明浩、遠藤 秀晃、近藤 正輝、
三浦 正暢、金澤 正範、齊藤 大樹、加賀谷裕太、
山田 魁人、荒沢 和也、前沢 樹

症例は 50 代男性。X 年 9 月にめまいと嘔気にて救急搬送され、急性下壁心筋梗塞と診断された。入院時の心臓超音波検査にて左心室側中隔と右心室側中隔の解離並びに巨大な解離腔形成を認め、かつ心尖部中隔に相当する部分からは心室中隔穿孔によるシャント血流が認められた。緊急冠動脈造影では三枝病変を有していた。血行動態の安定のため IMPELLA[®]、V-A ECMO による補助循環装置の管理を経て、第 12 病日に冠動脈バイパス術並びに心室中隔解離と心室中隔穿孔に対するパッチ閉鎖術を実施した。以後リハビリを行い、第 89 病日に独歩自宅退院した。心室中隔解離は急性心筋梗塞の非常に稀な合併症で心室中隔穿孔を合併し血行動態が不安定化する。本症例の特徴的な画像を提示するとともに、補助循環装置を用いた外科手術までの治療経過について報告する。

23

タスクシフト / シェアによる循環器インターベンション術者被ばく低減

¹ 秋田県立病院機構 秋田県立循環器・脳脊髄センター 放射線部

² 仙台赤十字病院 循環器内科、³ 伊奈病院 内科

⁴ 東北労災病院 循環器内科

○加藤 守¹、佐々木文昭¹、高橋 徹²、天水 宏和³、
藤橋 敬英⁴

【背景】循環器内科医が実施する冠動脈造影検査 (CAG) や経皮的冠動脈インターベンション (PCI) は、他の手技と比較して術者の被ばく線量が高いことが知られている。

【目的】タスクシフト / シェアを導入し、医師が行っていた清潔野での 2nd 業務を放射線技師が担う事で、医師の被ばく線量を分散化し、その低減効果を評価する。

【方法】タスクシフト / シェア導入前後の年度における循環器内科医の個人被ばく線量計のデータを基に、被ばく低減効果を評価する。

【結果】CAG・PCI に携わる循環器内科医師全員の被ばく線量低下が確認できた。

【考察】CAG や PCI は C アームの角度が多岐にわたり防護板の設置が難しく、被ばく低減が困難であった。しかし、タスクシフト / シェアも医師の被ばく低減のための有効な手段となり得る事が示唆された。

20

複数の冠血管拡張薬内服中に発症した冠攣縮による急性心筋梗塞の一例

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

○飯野さくら¹、亀山 剛義²、市橋 克拓²、杵渕 和志²、
黒瀬 裕樹²、菊田 寿²、関口 祐子²、佐井 友美^{1,2}、
久野 晴貴²、松田 航星²、長谷川 薫²、長谷部雄飛²、
山家 実²、小丸 達也²、熊谷 浩司²

60 歳代男性。労作性狭心症の症状があり冠動脈 CT と負荷心電図を施行したが異常を認めなかった。経過観察となっていたが、強い胸痛発作とトロポニン上昇を認め入院となった。冠動脈造影では #4PD 75%、#7 ~ 8 びまん性 90%、#15 99% の狭窄を認めたが、硝酸イソソルビド冠注によって改善したため、冠攣縮による急性心筋梗塞と診断した。入院前からカルシウム拮抗薬 3 剤と硝酸薬、ニコランジルを内服中であったが効果不十分と判断し、入院後にアムロジピンをベニジピンへ変更、ニフェジピンの増量を行った。冠血管拡張薬での治療強化により、症状および検査所見は改善した。冠血管拡張薬の併用による治療中にも関わらず心筋梗塞を発症した冠攣縮性狭心症を経験したため、文献的考察を含め報告する。

22

非侵襲的冠動脈 CT によるプラーク評価は ACS 発症予測に有用か？：責任病変と非責任病変の比較解析

¹ 岩手医科大学 医学部 医学科

² 岩手医科大学 内科学講座 循環器内科学分野

³ 岩手医科大学 医療教育学講座 地域医療学分野

○大坪 宗太¹、本間 千尋¹、藤田 優翔¹、登坂 憲吾²、
二宮 開²、伊藤 智範³、森野 禎浩²

【背景】ACS の重要な課題は予防戦略を探ることにある。冠動脈 CT (CCTA) でプラークの特徴を評価することは ACS リスクを層別化する可能性を持っている。

【目的】CCTA を用いて ACS の発症プラークを評価すること。

【方法】当院で ACS 発症の 1 ヶ月から 5 年前 (中央値 = 1567 日) に CCTA を受けた 59 例の患者を解析し、解析可能な合計 33 例、83 血管を対象とした。

【結果】ハイリスクプラークの有病率は非責任病変より責任病変で有意に高かった (90.6% vs 64.7%、p=0.009) が、狭窄度 (%DS) は同等であった (56.2 ± 21.2 vs 61.8 ± 21.3、p=0.248)。

【結語】CCTA を用いた非侵襲的プラーク評価はリスク層別化を改善し、将来の ACS イベントを減少させることが期待される。

24

体心室機能不全を呈した修正大血管転位症に対して三尖弁置換術が奏功した 2 例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座

○関 みちる、加藤 宗、久米 佑美、鈴木 真由、
高橋 潤、若木 富貴、岩川 英弘、佐藤 和奏、
佐藤 輝紀、鈴木 智人、寺田 健、渡邊 博之

修正大血管転位症 (ccTGA) は房室弁逆流と体心室機能不全を合併し、比較的若年期に心不全を発症する。今回、体心室機能不全を呈した ccTGA に三尖弁置換術 (TVR) が奏功した 2 例を経験したため報告する。症例 1：70 歳女性。呼吸困難と浮腫にて受診し、ccTGA および心不全と診断された。重度の三尖弁逆流と体心室機能不全によりカテコラミン依存となったが、TVR が奏功し独歩退院した。症例 2：61 歳男性。呼吸困難にて受診し、ccTGA および心不全と診断された。重度の三尖弁逆流と体心室機能不全、房室ブロックを呈し、TVR と後日 CRT-D 植え込み術が施行された。術後は NYHA I 度まで改善し、心不全再燃なく経過している。体心室機能不全を伴う ccTGA においても、TVR は有効な治療選択肢となり得ると考える。ccTGA に対する治療法の選択について文献的に考察する。

25

両大血管右室起始症術後の重症三尖弁閉鎖不全症例へのペースメーカー植え込みと三尖弁置換術の同時施行

¹ 岩手医科大学附属病院 心臓血管外科

² 岩手医科大学附属病院 循環器内科

○枝木 大治¹、小泉 淳一¹、辻 龍典¹、正木 直樹¹、芳沢美知子²、森野 禎浩²、金 一¹

重症三尖弁閉鎖不全症 (TR) への手術介入の遅れは、不可逆的な右心機能低下・肝機能障害・多臓器不全を招き予後不良となる。内科治療の奏功しない孤立性二次性 TR では、適切な時期の手術介入検討を要する。今回、ペースメーカー植え込みを契機に TR への外科的介入に至った成人先天性心疾患 (ACHD) 症例を経験した。症例は 41 歳女性、両大血管右室起始症・遠位型心室中隔欠損症に対して 2 歳時に心室内血流転換術を、15 歳・17 歳時に左室流出路狭窄解除術を施行された二心室修復例。経過中に重症 TR を呈していた。29 歳・35 歳時に心房粗動に対するカテーテルアブレーションを施行された。今回、失神・転倒あり救急搬送となり、房室ブロック、洞不全症候群を認めた。ペースメーカー植え込み、および三尖弁置換術 (Epic Mitral 31mm) を同時に施行された。

27

長期生存を得た未修復左室型単心室の一例

¹ 福島県立医科大学 循環器内科

² 福島県立医科大学附属病院 検査部

○岡部 亮斗¹、及川 雅啓¹、池田 彩乃¹、武藤 雄紀¹、佐藤 悠¹、横川 哲朗¹、小林 淳¹、大沼 秀知²、中里 和彦¹、竹石 恭知¹

症例は 66 歳女性。小児期の詳細な病歴は不明だが、未修復両大血管左室起始として近医通院し、正常分娩を行えたが、その後通院は途絶えていた。53 歳時より慢性心不全のため通院再開したが、動悸症状も強く、今後の心不全管理目的に当科紹介となった。心エコー、CT では大動脈は痕跡の右室より起始し、肺動脈は体心室左室より起始し、両房室弁左室挿入形態であった。肺動脈弁狭窄は最大圧較差 103mmHg と高度であり、肺血流が適度に制限されていたことでチアノーゼはあるものの循環破綻なく生存できていたと考えられた。発作性上室性頻拍を認めたが、ジギタリスによる房室伝導調整により発作は抑えられ、外来通院を継続していたが、68 歳時に脳膿瘍を発症し、地元の医療機関へ転院となった。

29

部分肺静脈還流異常症に対する成人期外科治療例の検討

¹ 福島県立医科大学附属病院 心臓血管外科

² 福島県立医科大学附属病院 循環器内科

○若松 大樹¹、永田 恵実¹、今坂 堅一¹、及川 雅啓²、中里 和彦²、竹石 恭知²

【はじめに】部分肺静脈還流異常症 (PAPVR) は稀少で、未加療で成人期に至る場合 PAH の対応や外科治療法が問題となる。

【方法】当科で外科治療を行った PAPVR 症例を検討した。

【結果】症例は 8 例、全て SVC 還流型で、心内異常のない isolated PAPVR が 4 例。年齢は 59.8 ± 7.2 歳、術前 NYHA III 以上が 4 例。診断困難例は 6 例で、isolated PAPVR が 4 例を占めた。術前 PAH 合併は 4 例、1 例は Severe PAH で Treat and repair を施行。手術は心内 re-routing が 6 例、Warden 法が 2 例。手術死亡なし。Warden 法の 1 例で洞機能不全からペースメーカー植え込みを要した。心内 re-routing 施行の 1 例に PV route 狭窄を認めた。

【まとめ】Isolated PAPVR では診断が困難な場合があり注意を要する。外科治療では術式選択と、SVC と PV の狭窄予防、Sinus node の保護が重要。

26

右房瘻を伴う右冠動脈瘤に対し外科的手術を施行した一例

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 心臓血管外科科学講座

○笠原 慎也¹、清水 竹史¹、佐藤勇太郎¹、赤間 浄¹、三浦 俊輔¹、及川 雅啓¹、小林 淳¹、中里 和彦¹、今坂 堅一²、竹石 恭知¹

症例は 29 歳女性。動悸の自覚があり健診で上室性期外収縮を指摘されたため前医を受診し、心エコーで右房内に異常血流を認め当院に紹介となった。エコーで拡大した右房内に多孔性の管腔状構造物を認め、同部より複数の血流ジェットが右房内に流入していた。CT では右バルサルバ洞から生じ蛇行した右冠動脈瘤と、瘤から右房へ連続する 3 つの瘻孔を認めた。右心カテーテル検査では右房での O2 ステップアップを認め Qp/Qs は 1.84 と上昇していたが、肺動脈圧の上昇は認めなかった。手術適応と判断し、右バルサルバ洞パッチ閉鎖術、冠動脈瘤右房瘻閉鎖術および右冠動脈バイパス術を施行した。動脈瘤の組織は中膜に弾性線維の断裂を一部認めたが層構造は保たれていた。稀な形態の冠動脈瘤を外科的に治療し得た症例であり、文献的考察を交えて報告する。

28

成人先天性肺動脈狭窄症の 1 例

¹ 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

² 東北大学病院 心臓血管外科

○秋山 正年¹、河津 聡¹、伊藤 美和¹、菅原 留美¹、正木 直樹²

【症例】41 歳男性。生後肺動脈狭窄症と診断された。心不全症状なく、18 歳でフォロー終了。39 歳時に腹部手術前の CT で径 58mm の肺動脈瘤を認めた。心内圧検査では肺動脈弁圧較差 23mmHg、軽度肺高血圧上昇を認めた (42/14/23mmHg)。その 1 年半後肺動脈径が 60mm に達したため肺動脈人工血管置換術、肺動脈弁交連切開術を行った。術後 16 日目に退院。現在社会復帰している。

【考察】肺動脈瘤は比較的稀であり、有症状の場合や瘤径の増大する場合、あるいは一定以上の瘤径の症例では外科的治療を行うという意見が多い。本症例では拡大傾向有り、60mm に達したこと、軽度肺高血圧上昇を伴い、拡大リスクを有すると判断し外科治療を選択した。軽度の肺動脈狭窄症でも成人期に肺動脈瘤を合併することがあり得る。

30

脚気を合併した高血圧性心不全の 1 例

¹ 仙台市立病院 診療部

² 仙台市立病院 循環器内科

○田島 隆斗¹、鈴木 啓資²、柳澤 直²、瀬戸 秋香²、古山 和樹²、藤田 壺成²、中潟 寛²、池田 尚平²、青木 恒介²、佐藤 英二²、山科 順裕²、宮下 武彦²、三引 義明²、石田 明彦²、八木 哲夫²

症例は 68 歳男性。高血圧症治療を自己中断していた。Y 月呼吸困難のため救急要請し当院に搬送された。収縮期血圧は 200mmHg を超え、X 線上心拡大と肺うっ血、全身浮腫を認め、高血圧による急性心不全と診断した。心不全は薬物で代償されたが、偏食の経過と末梢神経障害も認め、血液検査を施行すると、ビタミン B1 の低値 (1.8 μg/dL) を認め、脚気の合併を考慮した。常食を全量摂取していたが、ビタミン B1 は上昇せず、その際の食事のビタミン B1 含有量を確認すると 0.77mg であった。食事のみの摂取では補充に時間がかかる可能性があり、ビタミン内服を追加した。外来受診時のビタミン B は基準値以上となり吸収不良の可能性は低いと考えた。脚気の患者にとって病院食でのビタミン B1 の含有量では補充に時間がかかる場合があるので薬物での補充を検討する。

東北医科薬科大学 循環器内科

○久野 晴貴、菊田 寿、杵渕 和志、市橋 克拓、
松田 航星、黒瀬 裕樹、長谷川 薫、長谷部雄飛、
関口 祐子、亀山 剛義、山家 実、熊谷 浩司、
小丸 達也

90 歳代男性。冠動脈 3 枝病変が判明していたが、高齢で症状もないため積極的治療は行わず投薬加療の方針となっていた。2 週間前から起坐呼吸出現、下肢浮腫増悪もあり近医を受診し当科に紹介。胸部 Xp で心拡大を認めた。心エコーで EF 39% と以前より収縮能低下が認められ、TRPG 34mmHg と右心負荷所見も認めた。心不全増悪と考えられたが、採血では NT-ProBNP は測定感度以下であった。入院後の採血では BNP 697 pg/mL と高値を認め、乖離を認めた。うっ血の改善に伴い、BNP は低下傾向であったが、NT-ProBNP は測定感度以下で経過した。NT-ProBNP 測定には免疫グロブリンなどが干渉物質として作用することが報告されている。試薬の性能確認を行うと、本症例ではその可能性は低く、乖離の原因として遺伝子異常が示唆された。極めて稀な症例であり報告する。

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

○大島 旦¹、山中 卓之¹、高橋茉莉恵²、高橋 知生²、
石井 啓吾¹、加藤 僚祐²、中西 徹¹、渡邊 博之²

40 代男性、2 週間前からの全身浮腫を主訴に前医を受診した。うっ血性心不全として利尿薬で加療され一時改善したものの、再増悪したため当院へ搬送された。高度肥満により精査が困難であったが、全身浮腫や胸部単純写真上の心拡大、肺水腫所見、また高 CO₂ 血症等から肥満低換気症候群を背景とした心不全と診断した。初期治療への反応に乏しく、血圧低下、意識障害が進行したため、気管挿管、循環作動薬投与の上で高次医療機関へ転院搬送した。転院後、CHDF を含む集中加療により 3 週間で約 60kg の減量が得られた。リハビリテーションを経て再転院後、重症睡眠時無呼吸症候群に対する CPAP を導入しつつ独歩で退院した。肥満に伴う心不全症例を経験したため、肥満低換気と心不全の関連も踏まえた文献的考察を含め報告する。

公益財団法人 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、谷田 篤史、砂村慎一郎、尾形 剛、
野田 一樹、瀧井 暢

【背景】便秘を有する循環器疾患患者は多く、心血管イベントとの関連も報告されている。【方法と結果】心筋梗塞で入院、生存退院した 1324 症例で便秘の有無による予後を比較した。便秘薬の定期的内服で便秘と定義した。3.6 ± 3.2 年の観察期間中に便秘群で 32 例 13%、非便秘群で 67 例 6% が心不全再入院していた。カプランマイヤー解析では便秘群で特に退院から半年後までの心不全入院が多く、コックスハザード解析で補正モデルにおいて非便秘群に対する便秘群の心不全入院のハザード比は 1.90 (95%CI 1.09-3.30, p = 0.023) であった。【結論】便秘状態は心筋梗塞患者の心不全入院に強く関連している。

東北医科薬科大学病院 初期研修医

○坂本 直輝

30 歳代女性。正期産分娩、産褥 7 日に産科定期受診、その際、呼吸困難感の訴えがあり、胸部 Xp では肺うっ血、心エコーにて重症僧帽弁閉鎖不全を認めたため同日入院となった。体重は、妊娠前 60.0kg、出産後 67.0kg、当科受診時 74.3kg と著明に増加していた。利尿薬などにより、体重は速やかに減少、症状も改善した。改善後の心エコーでは、僧帽弁閉鎖不全はごく軽度となっていた。周産期は、血管の透過性亢進や低蛋白血症により肺水腫を来しやすいとされており、器質的弁膜症などの基礎心疾患や周産期心筋症が心不全発症の原因となることが多い。本症例では、周産期の体液過剰により重症機能的僧帽弁閉鎖不全、心不全を引き起こしたと考えられるが、周産期の体液過剰により重症弁膜症を来した報告はまれであり、報告する。

¹ 仙台市立病院 診療部² 仙台市立病院 循環器内科

○関 直哉¹、鈴木 啓資²、柳澤 直²、瀬戸 秋香²、
古山 和樹²、藤田 壺成²、中潟 寛²、池田 尚平²、
青木 恒介²、佐藤 英二²、山科 順裕²、宮下 武彦²、
三引 義明²、石田 明彦²、八木 哲夫²

症例は 63 歳男性。X-9 年に僧帽弁逸脱に対し僧帽弁形成術が施行されたが、X-8 年から経胸壁心臓超音波検査 (TTE) で僧帽弁閉鎖不全症 (MR) が確認された。経時的に逆流量は増え、X-4 年頃に肺高血圧症が疑われたが、本人が経過観察を希望した。X 年に呼吸困難と発熱で救急外来を受診し、片側性の陰影を認め肺炎の診断で抗菌薬治療されたが、浸潤影が改善せず、心不全として当科紹介となった。経食道心臓超音波検査 (TEE) と右心カテーテル (RHC) を施行し、片側性肺水腫の原因は僧帽弁前尖の相対的逸脱により逆流した血流が、右肺静脈に流入したことにより、右肺静脈の圧が左と比較して上昇したことと判断した。薬物療法強化後に再手術を施行し、心不全は代償された。本症例は慢性 MR の経過だったが、TEE, RHC でその評価が逆流機序や血行動態の把握に有用であったため報告する。

¹ 仙台市立病院 診療部² 仙台市立病院 循環器内科

○赤野 智彦¹、鈴木 啓資²、瀬戸 秋香²、柳澤 直²、
古山 和樹²、藤田 壺成²、中潟 寛²、池田 尚平²、
青木 恒介²、佐藤 英二²、山科 順裕²、宮下 武彦²、
三引 義明²、石田 明彦²、八木 哲夫²

症例は 75 歳男性。X-5 年前から失神を繰り返し、X 年に精査目的に当科紹介。外来受診時にも失神を認めたため緊急入院とし、精査により不整脈以外の循環器緊急症を否定した。病状説明時に座位のまま失神、その際の心電図は narrow QRS regular tachycardia であり、発作性上室頻拍 (PSVT) が原因で失神していると考えられた。入院中のモニター心電図では心室期外収縮により頻拍がリセットされている所見と間欠的にデルタ波を認めた。本人と相談の上、準緊急で電気生理学的検査を施行。左側壁の副伝導路を介する房室回帰性頻拍と診断し、副伝導路を離断し頻拍は誘発不能となった。以降外来で経過観察しているが、頻拍発作や失神は認めていない。PSVT での失神は当院でもアブレーション患者の約 6% に認めており、過去の報告と比較しつつ報告する。

37

Unroofed small cardiac vein が焼灼困難の要因であった通常型心房粗動の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○沼崎 大諄、森 皓太郎、漆久保 敬、芳沢 礼佑、折居 誠、大和田真玄、森野 禎浩

症例は 50 代男性。左心系単心室、肺動脈狭窄に対して BT シャントの既往あり。X-1 年に通常型心房粗動と診断し下大静脈三尖弁峡部 (CTI) を焼灼した。X 年に再発し治療を行った。造影 CT で small cardiac vein (SCV) の心筋側が欠損した unroofed SCV の状態を確認した。頻拍中マッピングで、unroofed SCV が陥凹した CTI (concave CTI) を形成し、同部に遅延電位が残存していた。残存電位の焼灼で頻拍は停止した。concave CTI は焼灼困難の要因となるが、unroofed SCV が基質となったものの報告は見当たらない。非常に稀な構造異常だが、本症例のような先天性心疾患例の頻拍を治療する際には、unroofed SCV の存在も考慮すべきである。

39

下肺静脈共通管を有する心房細動患者に対するパルスフィールドアブレーションの有用性の検討

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座

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

【背景】下肺静脈共通管 (ICPV) は肺静脈隔離術 (PVI) が困難で合併症も懸念される解剖学的変異である。パルスフィールドアブレーション (PFA) は選択的組織障害により安全かつ効果的な PVI が期待される。【方法】2023 年から 2025 年にかけて、ICPV を有する心房細動患者に初回 PVI を施行した 8 例を、4 例ずつ高周波群 (R 群) とパルスフィールド群 (P 群) に分けて比較検討した。【結果】全例で PVI を完遂し、周術期合併症を認めなかった。左房滞在時間・手技時間・入退室時間は R 群で 89 ± 36 , 103 ± 36 , 114 ± 26 分, P 群で 49 ± 18 , 63 ± 25 , 90 ± 28 分と、P 群で有意に短縮した。R 群で心房性不整脈再発および術後肺静脈狭窄を 1 例で認めた。【結語】PFA は ICPV 例に対する PVI においても安全かつ有効と考えられた。

41

異常プルキンエ起源の心室頻拍に対するアブレーションが奏功した拡張型心筋症の一例

¹ 山形大学 医学部医学科

² 山形大学 内科学第一講座

○小田 祐樹¹、小林 祐太²、有本 貴範²、和根崎真大²、橋本 直明²、木下 大資²、大瀧陽一郎²、加藤 重彦²、田村 晴俊²、渡邊 哲²、渡辺 昌文²

症例は 68 歳女性。X-8 年に拡張型心筋症の診断となり、薬物療法を受け心機能の改善が得られていた。X 年、動悸を自覚し当院を受診した。心電図で心室頻拍 (VT) 及び心室性期外収縮 (PVC) の頻発とそれに伴う心機能低下を認め、カテテルアブレーションの方針となった。心臓電気生理学的検査では、左脚から分岐して大動脈弁下に走行する異常プルキンエ (retro-aortic root branch) が不整脈の起源であると考えられ、異常プルキンエの最早期部位に対してアブレーションを行った。術後、VT や PVC は認められず、心機能の改善が得られ、術後半年後も再発なく経過良好である。Retro-aortic root branch 起源の VT は稀であり、拡張型心筋症に合併した報告はない。アブレーションが奏功した症例を経験したので報告する。

38

非弁膜症性心房細動の非肺静脈起源同定に CARTO での complex signal identification が有用であった一例

¹ 市立秋田総合病院 循環器内科

² 能代厚生医療センター 循環器内科

³ 秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○佐々木 琢¹、阿部 芳久¹、藤原 敏弥¹、柴原 徹¹、藤原理佐子¹、梅田 有理²、寺田 健³、渡邊 博之³

症例は 77 才女性。

8 年前に pill in the pocket で対応可能な発作性心房細動 (af) を発症。2 年前に発作で前医に救急受診時、ベラパミル静注後の徐脈と血圧低下に対してカテコラミンを必要としたため、1 年前に当院でクライオアブレーション (肺静脈隔離術+右房峡部焼灼) を行った。

5 ヶ月前に再発を来し、高周波で 2 回目のアブレーションを行った。前回治療の再伝導がないことを確認後、心房刺激で再現性を持って af が誘発され、心房ペーシング中に complex signal identification (CSI) で天蓋部と前壁に著しい fragmentation (frag) を認めた。持続するようになった af 中に天蓋部の線状焼灼後、前壁の frag 部位の焼灼で af は停止し誘発不能となった。

CSI を用いて frag を評価することで非肺静脈起源を同定できた af 再発例の一例を経験したため報告する。

40

心筋梗塞後の心室細動ストームに対し集学的治療と緊急カテテルアブレーションで救命できた一例

山形大学医学部 内科学第一講座

○小林 智貴、橋本 直明、小山 響子、後藤 準、須貝 孝幸、木下 大資、田村 晴俊、有本 貴範、渡邊 哲、渡辺 昌文

心筋梗塞後の心室細動 (VF) ストームは逼迫した状態で救命困難な場合が少なくない。69 歳男性。心肺停止で緊急搬送され、繰り返す VF に対して電氣的除細動を要した。緊急冠動脈造影では左前下行枝の閉塞を認め、心筋梗塞発症から数日が経過していると推測された。一旦、ICU に入室したが VF ストームになり、第 1 病日に経皮的補助循環装置と人工呼吸管理下に冠動脈ステント留置術を行った。しかしアミオダロン投与、深鎮静、抗頻拍ペーシングを行っても VF ストーム制御は困難で、第 3 病日、緊急カテテルアブレーションを施行した。左室中隔の梗塞瘢痕周囲の異常プルキンエ線維を起源とする撃発活動が原因であり、数回の通電で激しい異常興奮は消失した。周辺の異常領域に焼灼追加して終了した。術後経過は良好で第 34 病日に独歩退院した。

42

ボール弁を用いた三尖弁置換術後患者のペースメーカー植え込み時に冠静脈洞へ心室リードを留置した一例

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

○津田 尚彦、安藤 卓也、入江 友梨、佐藤 智基、金澤 晃子、石田 悟朗、神山 美之、八巻 尚洋

症例は 73 歳男性、Fallot 四徴症術後で X-47 年にボール弁による三尖弁置換術が施行された。重度の三尖弁逆流を認めていたが肝硬変の併発があり手術は適応外と判断され、心不全入院を繰り返していた。X 年に心不全増悪で入院、完全房室ブロックによる高度徐脈を認め、薬物治療と並行し恒久的ペースメーカー植込みの方針とした。三尖弁置換術後のため右室リードの留置が不可能であり、冠静脈洞側壁枝に双極リードを留置した。術後経過良好で自宅退院され、約 1 年間心不全増悪なく外来加療を継続している。本例のように通常の右室リード留置が困難な症例に対し、冠静脈洞への留置は有効な手立てとなり得る。今回、三尖弁置換術後のペースメーカー植込み時に冠静脈洞ヘリードを留置した症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

43

初期経験から見えた血管外植込み型除細動器 (EV-ICD) の有用性と課題

弘前大学医学部 循環器内科

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

2025 年 3 月より血管外植込み型除細動器 (EV-ICD) が使用可能となり、従来の ICD 機能への相補的役割が期待されている。症例は 20 年来、肥大型心筋症 (HCM) に対し薬物療法がなされた 70 代女性。労作時に前失神を伴う頻拍感を自覚し、ホルター心電図で症状に一致した非持続性心室頻拍が捕捉された。造影 MRI では左室中部から心尖部に遅延造影を認め、中部閉塞性 HCM として当科紹介となった。徐脈のない ICD 一次予防適応例であり、抗頻拍ペースング (ATP) が可能な EV-ICD を選択した。全身麻酔下にリードを胸骨下に、デバイス本体を左側胸部へ植込み、誘発した心室細動の初回ショックでの停止を確認した。周術期合併症なく経過したが、ペースングは高閾値であり、強い胸部不快感を伴った。EV-ICD の有用性と課題について症例経験を基に報告する。

45

カルバマゼピンによる薬剤性洞不全症候群と考えられた一例

¹ 大曲厚生医療センター 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

○若林 飛友¹、宮澤 幸一¹、畠山 葉月¹、田村 善一¹、
寺田 健²、渡邊 博之²

症例は 70 代女性。X 日、意識消失にて当院救急搬送。病着時の意識は清明であったが、12 誘導心電図で、逆行性 P 波を伴う接合部調律を認めた。洞不全症候群による失神として入院加療。入院当日の夜間、5 秒前後の洞停止を複数認め、X+1 日に体外ペースングカテーテルを挿入とした。X-5 日より、三叉神経痛に対してカルバマゼピン 200mg/day の内服が開始となっていた。洞不全の被疑薬として入院時より中止。カルバマゼピンの血中濃度は正常値内 (5.6 μg/ml) であったが、中止後に洞不全は改善したため、カルバマゼピンによる薬剤性洞不全症候群と診断した。恒久的ペースメーカー植込みを回避し、X+10 日に独歩退院となった。

今回、カルバマゼピンによる薬剤性洞不全症候群の一例を経験する事が出来たので、文献的考察を交えて報告する。

47

Trifecta 弁による大動脈弁位人工弁早期機能不全の 1 例

¹ 福島県立医科大学 循環器内科

² 福島県立医科大学 循環器内科

○上田 捷太¹、武藤 雄紀¹、横川 哲朗¹、池田 彩乃¹、
飯田あかね¹、佐藤 悠¹、及川 雅啓¹、小林 淳¹、
中里 和彦¹、竹石 恭知¹

症例は 80 歳代男性。現病歴：X-4 年に大動脈弁閉鎖不全症、僧帽弁閉鎖不全症に対して、大動脈弁置換術 (Trifecta 23 mm)、僧帽弁輪縫縮術を施行。その後外来通院。X 年 Y 月に、うっ血性心不全で前医へ入院。心エコー検査で人工弁機能不全を認め、当科紹介。当科の心エコーで、左室駆出率 23%、大動脈弁位人工弁の最大血流速度 3.6 m/s、有効弁口面積 0.49 cm²、弁周囲逆流疑いによる中等度大動脈弁逆流といった人工弁の構造的劣化あり。治療適応と判断し、経カテーテルの大動脈弁留置術 (Evolute FX 26 mm) を施行。術後経過は問題なし。Trifecta 弁は外巻き弁とすることで、大きい有効弁口面積を得られるように開発された生体弁であるが、早期の構造的劣化が報告される。Trifecta 弁による大動脈弁位人工弁早期機能不全の 1 例を経験した。

44

持続性心房細動を合併した CRT 植込み患者に対し、心房細動アブレーションが有用であった一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科学

○安田 真穂、鈴木 智人、鈴木 豪、青川 麻子、
小林 雄紀、岩川 英弘、渡邊 博之

56 歳男性。拡張相肥大型心筋症による慢性心不全の方。2024 年 5 月、3 回目の心不全入院の際に LVEF 11%、完全左脚ブロックであり CRT 植込み術を行った。しかし手技困難及び頻脈性心房細動 (AF) により心房リードを留置できず心室ペースング率は 79.9% に留まった。同年 12 月に AF アブレーション (ABL) を施行し心房リードを留置した。両室ペースング率は 96% へ上昇し LVEF、NT-proBNP は改善した。持続性 AF 症例における CRT の効果はいまだ有用性が証明されていない。理由として房室同期が不十分、両室ペースング率の低下が挙げられる。CRT の効果向上のため房室結節 ABL や AF-ABL は有用とされるが後者の研究は進んでいない。AF-ABL により房室同期性を担保し、房室伝導の亢進を抑制することで両室ペースング率の向上さらには心機能への良い影響が期待できる。

46

繰り返す心抑制型反射性失神に対して DDD-CLS ペースメーカーが奏功した一例

¹ 一般財団法人大原記念財団大原総合病院 総合臨床研修センター

² 一般財団法人大原記念財団大原総合病院 循環器内科

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

症例は 70 歳代女性。過去に複数回意識消失を起こしていたが精査はしていなかった。X 年某日、右冠動脈近位部を責任病変とする非 ST 上昇型心筋梗塞を発症し PCI を施行された。心不全など合併なく経過した。入院中に心抑制型の反射性失神を繰り返し、Head up tilt 試験陽性であった。薬剤治療を行うも間欠の高度房室ブロックを合併していたことから、十分な薬物に難渋した。高度房室ブロックを合併した心抑制型反射性失神であることから DDD-closed loop stimulation (CLS) ペースメーカー植込み術を施行し、十分な薬物療法を導入できた。近年、心抑制型反射性失神に対する DDD-CLS ペースメーカー植込みは失神再発抑制、QOL 改善効果が示されており、本症例について文献的考察を交えて報告する。

48

BAV (バルーン大動脈弁形成術) を施行し、異なる転帰をたどった透析合併超重症大動脈弁狭窄症の二例

弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座

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

症例 1 は 74 歳男性、維持透析。CFS7、EF35% の低心機能と very severe AS を認め、強心薬依存で透析困難となり当科に紹介。せん妄や低栄養もあり、BAV を先行した。BAV 後は EF45%、AS も severe まで改善、4 ヶ月後に TAVI を施行した。症例 2 は 84 歳男性、維持透析。CFS6、AF 合併、EF30% の低心機能と very severe AS、多量の心嚢液を認めた。早期 TAVI の方針で調整していたが、心不全増悪で緊急入院となり、緊急 BAV を行った。AS は severe へ改善を認めたが、EF11% と低下し、強心薬依存となり、第 5 病日に死亡退院となった。

両症例とも透析合併超重症 AS に対して BAV を施行したが、異なる転帰をたどっており、文献的考察を加えて報告する。

経カテーテル的僧帽弁修復術後に血行動態により重症度が変化した機能性僧帽弁逆流の一例

岩手医科大学附属病院 循環器内科

○室伏 明子、芳沢美知子、島田 佳穂、佐藤 慎、熊谷亜希子、二宮 亮、二宮 開、森野 禎浩

80代男性。前医の経胸壁心エコー（TTE）で高度心房機能性僧帽弁逆流（MR）を認め、至適薬物治療後も心不全症状の残存がありMRに対する治療目的に当院紹介となった。高齢なため手術ハイリスクと判断し、経カテーテル的僧帽弁修復術（TEER）の方針とした。X日にMitra Clip（XT）を1個留置し、MRは痕跡的まで減少したため手技を終了した。しかし、X+1日のTTEでClipに脱落はないがその両側から高度の残存逆流を認め、X+2日に準緊急的にClipの追加を行う方針とした。全身麻酔導入後の経食道心エコーでは、覚醒下において高度であったMRは痕跡的に減少していた。TEER後に僅かであったMRが血行動態によりダイナミックに変化した一例を経験したので報告する。

51

僧帽弁形成術後に心原性ショックとなり経皮的補助人工心臓を要した一例

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、今野 駿平¹、畠山 梓¹、前沢 樹¹、山田 魁人¹、加賀谷裕太¹、齊藤 大樹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、高橋 誠²

症例は40歳代男性。検診で収縮期心雑音を指摘され精査目的に前医受診。僧帽弁閉鎖不全症（MR）、うっ血性心不全の診断で加療開始されたが、うっ血の改善がないため精査加療目的に当院紹介となる。心臓超音波検査では後尖逸脱に伴う高度のMRを認め、心臓カテーテル検査ではForrester IVの血行動態で後毛細血管性肺高血圧症を呈していた。心不全治療後、第23病日に僧帽弁形成術を施行した。しかし、術翌日に大幅な左室収縮率の低下を認め、心原性ショックの状態となり、同日経皮的補助人工心臓（Impella®）を挿入。その後徐々に心機能の改善が得られ、第29病日にImpella®を離脱した。リハビリテーションを行い、第50病日に自宅退院となった。重症MRの術後心不全増悪を予測し得たのか、開心術後ショックに対するImpella®の有用性について報告する。

53

治療薬増量後に心不全増悪を来した肺動脈性肺高血圧症例

秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学講座 循環器内科

○三浦 千尋、佐藤 輝紀、久米 翔弥、鈴木 暢容、楡井 周作、渡邊 博之

症例は70歳女性、60歳時にCREST症候群と診断され、67歳時に結合組織病性肺動脈性肺高血圧症（PAH）の診断に対してマシテンタン10mg内服開始した。3年後にPAH増悪にてセレキシバグ0.8mg内服開始、1.2mgまで漸増した後に呼吸困難と全身浮腫を自覚し、心不全増悪の診断で入院となった。セレキシバグ休薬と利尿薬投与にて肺うっ血は改善したが、呼吸機能検査では肺拡散能の低下（%DL_{CO} 38.5）を認め、肺静脈閉塞症（PVOD）の併存が疑われた。PVODは強皮症関連疾患においてはその血管障害が後毛細血管肺静脈に進展することで発症するPAHの稀な病型である。肺血管拡張薬投与により肺水腫が誘発される可能性があるため、PAH診療において本症併存の可能性を念頭におくことが重要であり、本症例における心不全発症の病態生理を文献的考察とともに報告する。

当院における Sentinel 導入後の初期成績

¹ 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓センター 循環器内科
² 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓センター 麻酔・集中治療科
³ 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 病理診断・臨床検査科
⁴ 一般財団法人厚生会 仙台厚生病院 心臓血管外科
⁵ 秋田大学医学部附属病院 循環器内科
 ○田澤 大志¹、西願 誠¹、遠田 佑介^{1,5}、中嶋 正貴¹、里見 夏子¹、藤 祐云¹、三浦 健¹、佐藤 允俊¹、長谷川雄平¹、土岐 祐介¹、前田 真歩¹、小菅 桃¹、宗久 佳子¹、伊藤 淳²、赤平 純一³、早津 幸弘⁴、多田 憲生¹

重症大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈弁植込み術（TAVI）中の脳塞栓症予防として、Sentinel 脳塞栓保護デバイス（以下、Sentinel）が2025年1月に国内導入された。Sentinelは6Frシステムで右橈骨動脈より挿入し、腕頭動脈および左総頸動脈にフィルターを展開することで、塞栓物質の脳血流への移行を防止する。当院では同年1月30日から3月31日にTAVI弁を留置した連続60例のうち20例（33.3%）にSentinelを使用し、うち18例（90%）で留置に成功した。macro debrisは10例（55.6%）で確認され、病理的には大動脈弁の一部5例、プラーク様3例、その他2例であった。使用したTAVI弁は、Sentinel使用例ではSAPIEN3 Ultra Resilia 16例、Evolute FX 1例、Navitor VISION 3例であった。当院でのSentinelの実装初期における実臨床成績を報告する。

52

植込型補助人工心臓装着後に来した肝動脈瘤胆道穿破に対し血管内治療を施行した一例

福島県立医科大学附属病院 循環器内科

○芳賀 文香、佐藤 崇匡、大和田光司、大河内 諭、小河原 峻、遠藤圭一郎、安齋 文弥、佐藤 悠、及川 雅啓、小林 淳、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

症例は40歳代男性。特発性拡張型心筋症に対し植込型補助人工心臓（iVAD）移植術を施行し、経過は良好であったが、術後1715日目に腹痛と下血を主訴に受診。胆道出血が疑われ、保存的加療により一時軽快したものの、下血が再燃した。造影CT等で肝動脈瘤の胆道穿破による出血と診断し、速やかな治療が必要と判断した。シアンアクリレート系薬剤およびコイルによる血管内塞栓術を施行し、術後は出血の再発なく経過した。iVAD移植術後1881日目に心臓移植を施行し、移植後1年以上経過した現在、経過は良好である。出血はiVAD装着後の合併症として重要であるが、肝動脈瘤の胆道穿破による出血の報告はこれまでにない。本症例では血管内治療が奏功し、心臓移植に到達し良好な転帰を得た貴重な症例として報告する。

54

IPAH with pulmonary phenotype と3群PH境界症例への肺血管拡張療法

¹ 独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター 循環器内科

² 独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター リウマチ内科

³ 独立行政法人 国立病院機構 盛岡医療センター 呼吸器内科

○高橋 信¹、千葉 実行²、木村 啓二³

症例は84歳男性。気腫合併間質性肺炎の診断で肺高血圧が疑われ当科に紹介。心電図で右軸偏位、V1-4の陰性T波、心エコーで右室拡大、心室中隔扁平化、TR moderate、TRPG 50mmHg、心嚢液貯留を認めBNP 1315.7pg/ml。造影CTで肺動脈血栓塞栓はなく、呼吸機能検査は%FVC 68.2%、FEV1.0% 87.0%、%DL_{CO} 31.4%で境界拘束性および肺拡散能低下を認めた。右心カテーテル検査（RHC）を施行し、PA 72/25/45mmHg、PAWP 13mmHg、CI 1.91L/min/m²、PVR 8.49WUの所見があり肺血管拡張薬2剤（Sildenafil, Selexipag）を開始した。6か月後のRHCは、PA 45/16/27mmHg、PAWP 11mmHg、CI 2.6L/min/m²、PVR 5.37WUで治療に反応した。その後Treprostinil吸入を導入した。本症例はIPAH with pulmonary phenotype と3群PHの境界症例と考えられたが治療に反応した。

55

門脈肺高血圧症に対してエンドセリン受容体拮抗薬が有効であった一例

みやぎ県南中核病院

○座間 峻、富岡 智子

Child-Pugh 分類 C のアルコール性肝硬変で慢性左胸水貯留があった 55 歳男性。臍胸で呼吸器内科入院中に施行された心エコーで TRPG 103 mmHg と著明な右心負荷所見を認め BNP 1154 pg/ml と高値で当科に紹介となった。CT では肺塞栓症を認めず利尿薬を増量したが改善は乏しかった。X 日のコントラスト心エコーでは左房内への微小気泡は認めず、右心カテーテル検査で HVP 13 mmHg, mPA 62 mmHg, mPAWP 5 mmHg, PVR 9.5 wood の結果から門脈肺高血圧症と診断した。X+1 日よりマシテンタン内服を開始し X+14 日の心エコーで TRPG 61 mmHg, 採血で BNP 124 pg/ml と改善を認めた。フォローの右心カテーテル検査でも PVR 4.8 wood と改善を認めマシテンタンが有効であった。エビデンスの乏しい門脈肺高血圧症に対しても肺血管拡張薬が予後を改善させる可能性がある。

57

右下肺静脈から伸展した左房内血栓は、heterogeneous で、石灰化があり、急性心筋梗塞を起こしうる。

たけうち内科クリニック

○竹内 秀和

背景：急性心筋梗塞・脳梗塞の患者から回収した血栓成分の研究で、パウダー様石灰化が見つかり、どこかにある血栓が、飛んできた事が分かった。肺静脈血栓・伸展左房内血栓に石灰化病変が無いか検討した。

方法：66 歳の女性、高血圧・高脂血症加療中。ここ 2、3 年めまいを感じる。D-ダイマーは、0.7 µg/ml。

結果：経胸壁心エコーで、右上肺静脈の出口辺りにハイパーエコー的な領域を認めた。胸部単純 CT で、白っぽい領域を、右上下肺静脈の出口の周り及び左肺静脈に認めた。経食道心エコーで、一部白い shadow を伴う血栓を認めた。3 ヶ月間ダビガトラン（110mg；一日 2 回）投与で、単純 CT の白っぽい領域は消失した。

結論：肺静脈や左房内に、石灰化を伴う血栓があり、脳梗塞や心筋梗塞を起こす可能性がある。

59

心筋異常が先行した抗ミトコンドリア抗体陽性筋炎の一例

雄勝中央病院 循環器科

○阿部 起実、安部 誓也

症例は 60 歳代女性。X 年 1 月、発作性頻脈性心房粗動を発症し救急外来を受診した。洞調律時の心臓超音波検査で下壁に局所壁運動異常を認め、精査目的で入院した。冠動脈造影・心筋精検で有意所見を認めず、その他二次性心筋症のスクリーニングを行うも有意な所見を認めず、心保護薬での治療を継続した。アルコール性肝障害の既往があったが節酒後も肝胆道系酵素の上昇が続き X 年 5 月に消化器内科へコンサルトし、抗ミトコンドリア抗体陽性を認め原発性胆汁性胆管炎と診断された。徐々に階段昇降のしにくさを自覚され、X+2 年 1 月に神経内科へコンサルトし、抗ミトコンドリア抗体関連筋炎と診断され、心筋障害も同疾患の合併症と考えられた。抗ミトコンドリア抗体関連筋炎による心筋障害は比較的稀であり、文献的考察を含め報告する。

56

82%の肺静脈血栓患者は、d-ダイマーは、正常である。

たけうち内科クリニック

○竹内 秀和

背景：血栓ができれば、d-ダイマーは増加すると考えられている。多くの肺静脈血栓患者の d-ダイマーは、正常範囲内である。今回は、全体的な割合を調べた。

方法：218 人の患者、平均年齢 73.6 (± 11.3) 歳、男性 99 人。高血圧 (139)、脂質異常症 (57)、狭心症 (31)、糖尿病 (27)、心房細動 (32) を、造影 CT、経食道心エコーで検査し、98.3%の患者は、検出可能な肺静脈血栓を持っていた。218 人の d-ダイマーを検討した。

結果：177 (82%) の患者は d-ダイマーは、正常範囲内であった (< 1.0 µg/ml). 17 人は 1.0 µg/ml であった。18 人は 1 ~ 2 µg/ml. 4 人は 2 ~ 3 µg/ml であった。一人が、16.5 µg/ml であった。

結論：82%の肺静脈血栓患者は、d-ダイマーは、正常である。d-ダイマーが正常であるから、肺静脈血栓が無いとは、考えてはならない。

58

急性下肢虚血を発症した新型コロナウイルス感染の 1 症例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○中林光一郎、水上 浩行、谷川 俊了、廣坂 諒

症例は 90 歳男性。X 年 Y - 1 月に COVID-19 に罹患。同年 Y 月に左下肢の疼痛が出現し同日当院へ救急搬送された。左足背動脈は触知せず、左足部に冷感を認めた。造影 CT で左膝窩動脈以降に閉塞を認め急性下肢動脈閉塞と診断した。発症から 6 時間以内であり血行再建の適応と考えられた。高齢であり、CT にて肺炎像を認めたため血管内治療を選択し同日 EVT を施行した。左総大腿動脈より順行穿刺し前・後脛骨動脈にガイドワイヤーを通過、それぞれ血栓吸引し、バルーン拡張を繰り返して末梢まで血流を確認した。術後抗血小板療法、抗凝固療法を追加し合併症なく POD7 独歩退院した。COVID-19 の合併症として動脈性・静脈性等血栓症の報告が散見される。今回 COVID-19 感染との関連が考えられる ALI 症例を経験した。

60

IMPELLA CP が奏効したたこつぼ心筋症による左室流出路狭窄を伴う心原性ショックの一例

秋田大学医学部附属病院 循環器内科

○石原 歩葉、若木 富貴、戸嶋 優、仙場 志保、三浦 健、渡邊 博之

たこつぼ心筋症は一過性の左室壁運動異常を呈し、時に心原性ショックを来す。左室流出路狭窄 (LVOTO) や収縮期前方運動 (SAM) による僧帽弁逆流 (MR) を伴うと治療が難渋し、カテコラミンの使用は逆効果となる場合がある。70 代女性が軽運動中に意識消失し、収縮期血圧 60 mmHg で搬送された。心エコーで LVOTO、SAM、MR、基部過収縮と心尖部無収縮を認め、冠動脈に有意狭窄なく、たこつぼ心筋症による心原性ショックと診断した。IMPELLA CP の導入により、カテコラミンを使用せずに血行動態は安定、気管挿管も回避された。初日より β 遮断薬を導入し、自然経過で左室機能は改善、合併症なく退院した。IMPELLA は左室流出路の開存性を保ちつつ血行動態を安定させることが可能であり、本病態における有用性が示唆された。文献的考察とともに報告する。

61

心室細動を契機に診断に至った心尖部瘤を合併した心室中部閉塞性肥大型心筋症の一例

¹ 白河厚生総合病院 循環器内科

² 公立相馬総合病院 循環器内科

○佐久間裕也¹、谷 哲矢²、安藤 勝也²、佐藤 雅彦²

症例は肺がん(StageⅣ)の既往があるADL自立の83歳女性。自宅内で意識消失をきたし家族が救急要請した。救急隊接触時の初期波形は心室細動(VF)でAEDにて4回の電氣的除細動が施行され、自己心拍再開が得られ当院へ救急搬送となった。入院後の心エコーで左室肥大と左室内圧較差を認めた。冠動脈造影では左右冠動脈に有意狭窄は認めず、右室生検で心筋細胞の錯綜配列を認め、心臓MRIで心室中部の肥大所見と心尖部瘤があり、同部位に遅延造影像を認めたことから心室中部閉塞性肥大型心筋症の診断となった。VFの二次予防目的にICD植え込み術が考慮されたが、肺がんの予後が1年末満であり内服加療の方針とし心臓リハビリ後、第48病日に独歩退院された。心尖部瘤を合併した心室中部閉塞性肥大型心筋症の一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

63

Staphylococcus aureus が原因菌と考えられる下顎骨髄炎に合併した細菌性心外膜炎の一例

大館市立総合病院 NP 室 循環器内科

○古川 茜、貝森 亮太、齋藤 数正、藤倉 佑光、成田 真人

60歳代男性、急性冠症候群を疑われ紹介搬送。心電図では広範囲でST上昇認め、超音波検査では心嚢液貯留を認めた。緊急冠動脈造影検査施行したが、有意狭窄は認めず、急性心膜炎と診断し高容量バイアスピリンとメロペネムでの治療を開始。血液培養からStaphylococcus aureusが検出、精査の結果下顎骨髄炎の診断もあり、二次感染症として細菌性心外膜炎を合併したと考えた。循環動態は安定し症状は改善傾向であったため、抗菌薬治療を優先したが、第5病日に胸痛・全身冷汗が出現。心タンポナーデと判断し緊急ドレナージを施行。ドレナージ後は速やかに症状消失。細菌性心外膜炎は近年比較的な稀な症例であり、早期診断と早期介入が重要であるため報告する。

65

心不全治療後も心嚢液貯留を認めたため診断に至ったIgG4関連心外膜炎の一例

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

○小倉雄太郎、山口 展寛、小山あずさ、高橋 佳美、江口久美子、玉淵 智昭、尾上 紀子、篠崎 毅

79歳男性。高血圧と発作性心房細動(PAF)のため外来通院中、動悸と労作時呼吸困難と下腿浮腫が出現した。心エコーでは心嚢液が貯留した。両側胸水を認め、頻脈性心房細動によるうっ血性心不全のため入院した。加療にて心不全は軽快し、胸水及び下腿浮腫は消失したが心嚢液は変化なかった。自己抗体は陰性だったが血清IgGは軽度高値を示した。コルヒチン及びNSAIDsを投与したが心嚢液は減少しなかった。造影CTでの心膜造影増強効果と血清IgG4上昇を認めたため心膜生検を行い、IgG4陽性形質細胞浸潤を認め、IgG4関連心膜炎と診断した。プレドニゾロン30mgを開始し心嚢液は消失した。IgG4関連疾患では心膜の関与は稀だが、収縮性心膜炎や心タンポナーデをきたし死亡した報告もある。今回我々はIgG4関連心膜炎の一例を経験したため報告する。

62

心筋脂肪沈着を経胸壁心エコーで捉えた1例

¹ 市立秋田総合病院 循環器内科

² 秋田大学大学院 循環器内科学

○藤原理佐子¹、柴原 徹¹、佐々木 琢¹、中島 真依¹、阿部 芳久¹、藤原 敏弥¹、渡邊 博之²

症例:69歳女性。既往歴:脂質異常症、不完全右脚ブロック。現病歴:近医で収縮期雑音あり経胸壁心エコー(TTE)を施行、右室流出路に肥大あり精査目的にご紹介となった。当科TTEでは右室前方壁肥厚は脂肪付着と判断、また左室は基部〜乳頭筋レベル下壁に輝度上昇を、またGLSで側、下壁に低下を認めた。CTで右室壁に脂肪付着を、左室中間部から心尖部に脂肪変性と思われる変化を、MRIでは右室は脂肪付着を、左室中間部から心尖部中隔と側、下壁に一部脂肪変性した心筋を認めた。TTEでの下壁心筋輝度上昇、GLS低下はCTやMRIでの脂肪沈着所見と合致する事から、脂肪変性の所見の可能性はある。結論:TTEでの下壁の輝度上昇や側、下壁のGLS低下は脂肪沈着を表している可能性が示唆された。今後、脂肪沈着疾患描出にGLSが有用な可能性がある。

64

Basedow病に併発した急性心膜炎・心嚢液で心タンポナーデに至った妊婦の一症例

福島県立医科大学 循環器内科学講座

○草野 亮太、佐藤 彰彦、芳賀 文香、大橋 尚人、君島 勇輔、横川 哲朗、清水 竹史、三阪 智史、金城 貴士、及川 雅啓、小林 淳、中里 和彦、石田 隆史、竹石 恭知

症例は32歳女性。14歳時にBasedow病と診断され、プロピルチオウラシルとヨウ化カリウムで管理していたがアドヒアランス不良で、X年9月の妊娠後に内服を再開し妊娠経過中甲状腺機能はコントロール下にあった。X年12月下旬(妊娠21週)に胸痛を主訴に受診し、心電図にて広範なST上昇あり心エコーにて少量の心嚢液貯留を認め、急性心膜炎の診断で当科入院となった。急性心膜炎に対して対症療法で経過をみていたが、心嚢液が経時的に増加し洞性頻脈・血圧低下を伴い心タンポナーデの診断となった。血性心嚢液をドレナージ後は血行動態安定し、その後外来フォローとなった。甲状腺機能亢進症は稀ではあるが心膜炎を合併することが知られ本症例のように甲状腺機能コントロール下でも血性心嚢液貯留を認めることがあり、文献的考察を含めて報告する。

66

犬咬傷によるCapnocytophaga canimorsusが起因となり亜急性感染性心内膜炎を発症した一例

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

○小山あずさ、江口久美子、小倉雄太郎、高橋 佳美、玉淵 智昭、山口 展寛、尾上 紀子、篠崎 毅

特に既往のない73歳女性。飼い犬に咬まれた後持続する発熱を主訴に、受傷1ヵ月後に近医を受診した。炎症反応高値のため当院へ紹介となったが血液培養での起炎菌同定には2週間を要しCapnocytophaga canimorsusが検出された。その間エンピリックにAMPC/SBTを投与し炎症反応は改善傾向であったが、受傷44日後に心不全を発症した。痰贅を伴う大動脈弁閉鎖不全症を認め、感染性心内膜炎疑いで当科に紹介となった。心不全加療への反応性に乏しく、手術の方針となった。Capnocytophaga canimorsusは猫や犬の口腔内常在菌であるが感染性心内膜炎の原因としては非常に稀である。また菌の増殖が緩徐であり同定にも時間を要することが多い。犬咬傷は免疫不全状態でなくても亜急性に破壊的な経過をたどる可能性があり、慎重な経過観察が必要である。

多臓器塞栓所見や右冠動脈入口部仮性瘤を伴った ANCA 陽性
感染性心内膜炎の一例

¹ 青森県立中央病院 循環器内科

² 青森県立中央病院 心臓血管外科

○相馬 宇伸¹、櫛引 基¹、舘山 俊太¹、鈴木 晃子¹、
加藤 朋¹、中村 宙哉¹、永谷 公一²、増田 信也²

37 歳男性。8 か月前に脳梗塞、6 か月前に腎出血のため腎動脈塞栓術を施行された。数か月間続く倦怠感や発熱の精査目的に当院総合診療部に紹介。PR3-ANCA 陽性かつ糸球体腎炎の所見を認め、ANCA 関連血管炎が疑われた。血液培養から *Streptococcus gordonii* が検出され、心エコーで大動脈弁および僧帽弁に疣贅と逆流を認め、感染性心内膜炎 (IE) の診断で当科入院。精査で脾梗塞および多発脳梗塞を認め、冠動脈 CT では右冠動脈入口部に仮性瘤を認めた。早期手術の方針となり第 9 病日に大動脈基部置換術および僧帽弁置換術を施行。術後、抗菌薬投与を継続し自宅退院した。術後から PR3-ANCA の力価は著明に低下し、血管炎所見を認めず経過した。多彩な既往や合併症を有し、ANCA 関連血管炎との鑑別を要した稀な IE を経験したため報告する。