

神戸大学循環器内科 第27回研修医勉強会

プログラム/発表要項/抄録集

- 日時:2026年6月20日(土)(15:00開始)
- 場所: 地域医療活性化センター 2F 多目的ホール
- 実行委員: 杉崎陽一郎、福田旭伸、鳥羽敬義
- E-mail: junnai@med.kobe-u.ac.jp、Tel: 078 (382) 5846 (医局)

【懇親会】

勉強会終了後、18時過ぎより福利厚生棟4F ホールにて懇親会を行います。

懇親会の会場にて「優秀発表賞」、「優秀質問病院賞」、「優秀論文賞」の

発表を行います。皆さん、奮って御参加ください。

会場: 地域医療活性化センター



懇親会会場:福利厚生施設 4F ホール

下図の赤枠 6 番の建物です。



プログラム

1. 開会の挨拶 高見 充 15:00-

2. 【セッション A】 座長:桑原 直也 (15:00-16:06)

- A-1)側副血行消失後の Electrical Storm に対し、非責任病変右冠動脈 CTO-PCI が有効であった左前下行枝急性心筋梗塞の一例 加古川中央市民病院 治田将太郎
- A-2)高齢男性に偶然発見された無症候性左冠動脈主幹部自然解離の一例
済生会兵庫県病院 日向 葵
- A-3)CRT 即時導入が困難であった重症心不全症例に対し、一時的左脚ペーシングが奏功した一例
兵庫県立淡路医療センター 森 翔矢
- A-4)エポプロステノールを長期持続静注中の特発性肺動脈性肺高血圧症患者へのソタテルセプトの投与経験 兵庫県立丹波医療センター 今井 歩空
- A-5)好酸球性肺炎加療中に左房内血栓を認めた僧帽弁置換術後の一例
神戸医療センター 石川 大悟
- A-6)肺動脈拡大を契機に発見され外科治療に至った部分肺静脈還流異常症を伴う上大静脈洞欠損の1例 北播磨総合医療センター 循環器内科 河合龍一

3. 【レクチャー】 座長:桑原 直也 (16:06-16:36)

演者:仲宗根 和孝 演題:ちょっとだけマニアックな VT マネージメント
—休憩(10分)—

4. 【セッション B】 座長:近都 正幸 (16:46-17:52)

- B-1)急性心筋梗塞後の難治性 electrical storm に対し EC-PELLA 補助下にハートチームで集学的加療を行った1例. 愛仁会高槻病院 坂田 雅英
- B-2)電気風呂による外部電氣的干渉が原因と考えられた完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)不適切作動の1例 明石医療センター 錦織 タケル
- B-3)骨盤内腫瘍に PTTM を伴わない急変時 VA ECMO にて救命し得た一例
神戸赤十字病院 三浦 知也
- B-4)在宅診療へつなぐことができた、拡張型心筋症を背景とした強心薬依存状態の末期心不全患者の1例 兵庫県立はりま姫路総合医療センター 三木万梨子
- B-5)10年越しに再発した心外膜炎の1例
神戸市立医療センター西市民病院 田代一樹
- B-6)冠動脈形成術後早期にステント血栓症をきたした一例 三田市民・済生会病院 湊川 祐介

5. 大学院の案内 川森 裕之 17:52-18:00

6. 閉会の挨拶 大竹 寛雅 18:00-

* 懇親会 終了後～ 福利厚生施設 4F ホールにて

発表要項

演者の先生方へ

1. 発表時間

・発表 7 分、質疑応答 4 分

- ・開始 7 分、及び 11 分後にベルを鳴らします。
- ・時間厳守でお願い致します。(審査では発表時間延長は減点されます。)

2. 受付ならびにスライド動作チェック

- ・発表者の方は、14:30～14:50 の間に会場でスライドチェックをお願いします。
- ・進行をスムーズにするため、医局の PC (Windows) で発表して頂きます。PPT のデータを USB でお持ちください。
- * 自分の Mac PC で発表される方は、HDMI コネクタをお持ちください。
- ・上記の時間内にスライドチェックができない先生は、前日 (6/19) までにスライドの提出をお願いします。メール、またはクラウド上で、データの授受を行いますので、杉崎 (junnai@med.kobe-u.ac.jp) まで御連絡ください。

3. 「優秀発表賞」、「優秀質問病院賞」審査(各セッション 1 名)

- ・循環器内科教官が厳正に審査を行い、懇親会場にて優秀発表者、優秀質問病院を発表し表彰します。

参加頂く研修医・専攻医の先生方へ

発表頂く施設の研修医・専攻医(発表者を含む)の先生方には、セッション毎に分けて、前方の席に座って頂きます。**質問の前に必ず「所属と名前」を述べ、演題毎に質問は1人1つまで**をお願いします。活発な質疑応答を宜しくお願いします。

論文賞

会の最後に「優秀論文賞」(1名)を発表し表彰いたします。

応募論文一覧

1. Masaki Fujiwara, Kosuke Tanimura, Ryo Matsutera, Kenji Nakajima, Hideyuki Takaoka. Vasospastic Angina Masquerading as Plaque Erosion on Optical Coherence Tomography. JACC Case Rep. 2026;31:107052.
2. Takanori Maeda, Koji Kuroda, Makoto Takemoto, Wataru Fujimoto, Soichiro Yamashita, Junichi Imanishi, Masamichi Iwasaki, Takafumi Todoroki and Masanori Okuda. Efficacy of drug-coated balloon for repeated short-term restenosis of dialysis arteriovenous fistulas. Acta Radiol Open. 2025 Jun 19;14(6):20584601251352987.
3. Atsuki Yamamoto, Tatsuya Kitagawa, Yusuke Hirao, Tomonori Haraguchi, Yoshitaka Ohashi. Severe Aortic Regurgitation in Osteogenesis Imperfecta Complicated by Mediastinal Hematoma. JACC Case Rep. 2026;31:107745.

【A-1】

側副血行消失後の Electrical Storm に対し、非責任病変右冠動脈 CTO-PCI が有効であった左前下行枝急性心筋梗塞の一例

加古川中央市民病院 循環器内科

治田将太郎, 上山淳一, 小原真樹, 西谷朱穂美, 細江里緒, 横田桜, 佐田崇典, 安齋想, 小田木緋里, 工藤大周, 杉本ゆう, 高橋拓哉, 長野紘平, 辻本誠長, 坂井淳, 松岡庸一郎, 向井淳, 永松裕一, 今田宙志, 下浦広之, 寺尾侑也, 中西智之, 伊藤達郎, 澤田隆弘, 岡嶋克則, 角谷誠, 平田健一, 大西祥男

抄録本文

67 歳男性. 呼吸困難, 嘔吐で救急搬送. 前壁梗塞による心原性ショックと判断し Impella 挿入. 前下行枝(LAD)と右冠動脈(RCA)の慢性完全閉塞(CTO)を認め, LAD を責任病変として PCI. 循環動態改善し第5病日に Impella 離脱. 第7病日より頻回の心室性期外収縮, 第9病日に前乳頭筋起源を疑う心室頻拍により循環動態破綻し IABP 挿入. LAD ステント内血栓と RCA への側副血行路が消失し PCI を施行も Electrical Storm は消失せず抗不整脈にも不応. RCA-CTO の電氣的不安定性の関与を疑い第 11 病日に CTO へ PCI 施行, Electrical Storm は消失. CTO による電氣的不安定性は不整脈基質になりうるとされる. 今回, 急性心筋梗塞亜急性期に非責任血管である CTO への介入により電氣的安定性が得られた一例を経験したため報告する.

【A-2】

高齢男性に偶然発見された無症候性左冠動脈主幹部自然解離の一例

済生会兵庫県病院 循環器内科

日向葵, 武田匡史, 住本恵子, 福原健三, 木全玲, 呉羽布美恵, 谷口博章, 松田祐一

症例 79 歳男性。他院で脳梗塞治療中に施行した経胸壁心エコー図検査にて左室駆出率約 50%と軽度左室収縮能低下を認めた。脳梗塞加療退院後、精査目的にて当院紹介となり虚血性心疾患精査として冠動脈 CT を施行したところ左冠動脈主幹部の解離が疑われた。これを受けて冠動脈造影を施行したところ、CT 画像と一致して左主幹部から左前下行枝にかけて解離を認め、偽腔が真腔を高度に圧排しているのを確認し、血管内超音波 (IVUS) においても明瞭なフラップと両腔を確認し左主幹部解離と診断した。心機能低下の原因である可能性が高く病変進展のリスクを懸念し、同日経皮的冠動脈形成術を施行した。ステントは左主幹部から左前下行枝にかけて留置し良好な拡張を得た。無症候性に発症した高齢男性における左冠動脈主幹部自然解離は稀であるとともに、IVUS 像等からは特発性冠動脈解離の可能性が高いと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

【A-3】

CRT 即時導入が困難であった重症心不全症例に対し、一時的左脚ペーシングが奏功した一例

兵庫県立淡路医療センター

森翔矢、黒田浩史、佐伯翼、米原昇吾、谷賢一、藤本恒、山下宗一郎、今西純一、岩崎正道、轟貴史、奥田正則

抄録本文:

症例は 84 歳男性。洞不全症候群に対するペースメーカー植込み後。三枝病変に左回旋枝閉塞を合併し心肺停止に至り搬送された。経皮的心肺補助下に自己心拍再開が得られ、可及的血行再建の後に CABG を施行した。術後、房室伝導低下により右室ペーシング依存となり血圧低下を認めた。IABP の離脱が困難と考えられたが、高炎症のため CRT アップグレードは躊躇された。そこで、右鎖骨下静脈より左脚領域ヘリードを留置し一時ペーシングを行った。心室同期の改善により血行動態は安定化し、IABP 抜去を行えた。感染制御を得た段階で後日 CRT へアップグレードを行った。CRT を要する重症心不全症例において、即時留置が困難な状況下で、ブリッジとして一時的左脚ペーシングが有用であった一例を経験したため報告する。

【A-4】

エポプロステノールを長期持続静注中の特発性肺動脈性肺高血圧症患者へのソタテルセプトの投与経験

兵庫県立丹波医療センター 循環器内科

今井歩空, 新倉悠人, 岩本直樹, 石見広大, 藤本優菜, 西尾亮, 星島正彦, 河崎悟

症例は 47 歳女性. 10 年前に特発性肺動脈性肺高血圧症と診断しエポプロステノールの持続静注を含めた多剤併用療法が開始された. 当初改善傾向を示すもその後経時的な悪化を示しており、直近では mPAP 61mmHg, CI(Fick) 2.28L/min/m², PVR 15.7 WU であり高リスク群と判断しソタテルセプト皮下注の導入を行った. 開始直後から自覚症状の改善を認め、投与 3 か月後には mPAP 46mmHg, CI 2.97L/min/m², PVR 8.1 WU と大幅な改善を認めた. ソタテルセプトは既存の肺高血圧治療薬とは異なる経路を介する薬剤であり、本症のように診断から長期間経過かつ静注エポプロステノールを含めた多剤併用療法中の症例に対しても十分な有効性があると考えられる. 肺高血圧症の正確な診断およびリスク評価に基づきソタテルセプトを適切に使用することが肺高血圧症患者の予後を大きく改善させる可能性が示された.

【A-5】

好酸球性肺炎加療中に左房内血栓を認めた僧帽弁置換術後の一例

独立行政法人国立病院機構神戸医療センター 循環器内科

石川大悟, 得能正史, 横田政児, 中村匡志, 坂本優樹, 本出圭, 山内由貴, 張木洋寿,
清水雅俊, 三輪陽一

3年前に僧帽弁狭窄及び閉鎖不全症に対して生体弁置換術の施行歴がある80代男性。呼吸困難を主訴に受診、好酸球性肺炎に対して入院加療が開始となった。造影CTを実施すると左房内に造影欠損域を認めた。心エコーでは左房径82mm、左房容積係数199ml/m²と左房拡大を認め、左房天井側に付着する腫瘤(40*23mm)を認めた。左室収縮能は38.2%と低下し、僧帽弁逆流は認めなかった。腫瘤の鑑別は血栓や心臓腫瘍が考えられた。心房細動に対してワーファリンで抗凝固療法が行われていたが、PT-INRのコントロールは不良であった。アピキサバンに変更すると、4ヶ月後に腫瘤は消失し、血栓であったと診断した。僧帽弁置換術後の左房内血栓形成は塞栓症などのリスクを伴う稀な合併症である。一方、好酸球性疾患は凝固能亢進により静脈血栓塞栓症や心内血栓を惹起することがある。本症例のように心臓手術歴のある患者が好酸球性疾患を発症した際は、心内血栓形成のリスクに留意すべきである。

【A-6】

肺動脈拡大を契機に発見され外科治療に至った部分肺静脈還流異常症を伴う上大静脈洞欠損の1例

北播磨総合医療センター 循環器内科

河合龍一, 鈴木 麻希子, 高見 薫, 田頭 達, 津田 成康, 寺下 大輔, 高橋 悠, 鈴木 雄也, 西條 記未, 斉藤 大樹, 中田 康仁, 山田 慎一郎, 吉田 明弘

77歳男性. 5年前より健診で肺動脈拡大を指摘されており循環器疾患を疑われ当院紹介となった. 心エコー図検査で明らかなシャント血流はないが, 容量負荷を伴う著明な右心拡大を認めた. シャント疾患の合併を疑い冠動脈 CT 検査したところ, 右上肺静脈2本の上大静脈への流入と上大静脈洞欠損を認めた. 右心カテーテル検査で肺血管抵抗 2.2 wood 単位, $Q_p/Q_s=1.8$ と有意な左→右シャントがあり, 心内修復術を行った. 術後経過良好で独歩で退院した. 心房中隔欠損症(ASD)のうち2次孔欠損型はエコーで診断されることが多いが, 上大静脈洞欠損はシャント血流の描出が困難なため見逃されやすい. 容量負荷を伴う右心拡大を認めるにも関わらずシャント疾患が明瞭でない場合, 2次孔欠損型 ASD 以外のシャント疾患を念頭に置いた画像精査が重要であり報告する.

【B-1】

急性心筋梗塞後の難治性 electrical storm に対し EC-PELLA 補助下にハートチームで集学的加療を行った 1 例

坂田雅英¹⁾、谷村幸亮¹⁾、竹内佑¹⁾、森本健太¹⁾、齋藤勝太郎¹⁾、藤原正貴¹⁾、上村航也¹⁾、田中悠介¹⁾、湯口賢¹⁾、松寺亮¹⁾、中島健爾¹⁾、常深孝太²⁾、佐久間大輝³⁾、田中友望³⁾、山城荒平³⁾、高岡 秀幸¹⁾

- 1) 社会医療法人 愛仁会 高槻病院 循環器内科
- 2) " 心臓血管外科
- 3) " 不整脈内科

1 型糖尿病を有する 78 歳男性。ST 上昇型急性前壁心筋梗塞に対して緊急 PCI を施行し、血行再建を行った。第 5 病日に持続性心室頻拍と心室細動による electrical storm を発症し、抗不整脈薬、電氣的除細動、心室 overdrive pacing でも制御困難となり、心原性ショックへ進行した。CAG で冠血流は保たれており、VA-ECMO と Impella CP による EC-PELLA 管理を開始した。その後も不整脈は難治で、ハートチームで協議し、第 13 病日に Impella 5.5 へ upgrade のうえ、MCS 離脱を目的に EC-PELLA 補助下 VT アブレーションを施行した。術後不整脈は減少し、MCS を順に離脱し、リハビリ転院となった。心筋梗塞後の難治性 electrical storm の管理において、EC-PELLA は循環動態を安定化し、カテーテルアブレーションを含む集学的治療戦略を可能にした。

【B-2】

電気風呂による外部電氣的干渉が原因と考えられた完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)不適切作動の1例

明石医療センター

錦織タケル、衣笠允雄、篠原佑樹、尾家勇哉、門原響生、新宮資央、大隅祐人、石橋健太、西川達哉、石井俊光、平石真奈、平山恭孝、民田浩一

症例は70代男性。虚血性心筋症に伴う心室細動(VF)に対し完全皮下植込み型除細動器(S-ICD)埋め込み後、作動履歴は認めていなかった。20XX年4月電気風呂入浴中にS-ICD作動を認め、一過性意識消失を伴ったため救急外来受診となった。来院時バイタルは安定しており、各種検査で異常は認めなかった。波形解析により電気風呂のパルス波によるS-ICDの誤作動が考えられた。そこで、S-ICDを用いて電気風呂で検証したところ、入浴位置によりセンシング波形が変化し、特定条件下でノイズ増強を認めた。波形の推移から、電気風呂のパルス波によるS-ICD誤作動が考えられた。S-ICDは皮下の電極から波形解析を行うため、外部からの電氣的干渉による影響を受けやすい。今回、電気風呂によりS-ICDが作動した症例を経験し、その検証を行った事を報告する。

【B-3】

骨盤内腫瘍に PTTM を伴ない急変時 VA ECMO にて救命し得た一例

神戸赤十字病院

三浦知也、福石悠太、阿部亮太、山室健、大竹伸明、徳田拓人、荒木一貴、矢富敦亮、曾我文隆、末廣英也、田原奈津子、村田武臣、五十嵐宣明、土井智文

症例は 50 歳代女性。2 週間前に右足関節の腫脹出現し近医にて蜂窩織炎として加療も徐々に呼吸困難出現し、再度別の近医を受診したところ D ダイマーの上昇認めため当院紹介入院となる。入院時の造影 CT にて左膝窩静脈内と右上肺動脈に血栓を認め骨盤内に嚢胞性腫瘍を認めた。心エコーでは肺の塞栓領域に比して TR-PG50mmHg で左室の著明な D shape を認め、肺高血圧が著明であったことからリバーロキサバン投与を開始した。しかしながら第 2 病日に貧血の進行を認めたため中止せざるを得なかった。婦人科ともコンサルトし骨盤内腫瘍は子宮体癌とそれに伴う卵巣転移の可能性が高いと指摘された。肺塞栓発症下での婦人科的治療はリスクが高いと検討の最中、第 5 病日に呼吸状態が急激に悪化した。気管内挿管での対応も考慮されたが別症例での急変事案を参考にして本症例では VA ECMO を第一選択として初期対応した。肺塞栓の画像所見以上に急激に病態が悪化したことから PTTM(肺腫瘍血栓性微小血管症)と判断され、第 6 病日高次医療加療目的のため神戸大学病院へ紹介転院となった。

【B-4】

在宅診療へつなぐことができた、拡張型心筋症を背景とした強心薬依存状態の末期心不全患者の1例

兵庫県立はりま姫路総合医療センター 循環器内科

三木万梨子、市川靖士、松濱考志、塚本祥太、竹内仁一、竹本良、三和圭介、中野槇介、山本裕之、高橋伸幸、宮田大嗣、伊藤光哲、井上智裕、横井公宣、嶋根章、谷口泰代、川合宏哉、高谷具史

抄録:症例は73歳男性。13年前に心不全入院を契機に拡張型心筋症、連合弁膜症と診断され、6年前に弁膜症手術を施行された。その後は薬物治療を継続していたが、慢性心房細動、非持続性心室頻拍、慢性腎不全を合併していた。今回、明らかな誘因なく心不全が増悪し緊急入院となった。入院時EFは12%と著明に低下しており、ドブタミン3γを開始した。一時的に症状改善を認めたため漸減を試みたが、体動時呼吸困難、食思不振、尿量低下が出現し、徐々に酸素需要も増大した。根本的治療は困難と判断しACPを実施したところ、患者本人および家族より自宅退院・在宅看取りの強い希望が示された。遠方在住であり、在宅ドブタミン持続投与が可能な診療所と連携し、第40病日に自宅退院となった。その後、退院3週後に自宅で永眠された。終末期心不全患者に対するACPや在宅診療連携の重要性について、当院のこれまでの試みも含めて報告する。

【B-5】

10年越しに再発した心外膜炎の1例

神戸市立医療センター西市民病院 循環器内科

田代一樹、平沼永敏、藤岡知夫、永野雄一郎、吉野智亮

症例は75歳男性。X-10年に心タンポナーデを伴う心膜液貯留に対して、心嚢ドレナージ術、心膜切開術が施行された。病理所見より特発性心外膜炎と診断され、その後近医にて外来加療を行っていたが、X-3年に通院を自己中断した。X年に呼吸困難と下腿浮腫を認め、心不全が疑われ近医から当院に紹介となった。来院時の心エコー図検査では心膜液貯留に加えTR-PG 54mmHgと右心負荷所見を認めた。心嚢穿刺を行い、黄色透明の心膜液を合計約1600ml抜去し、前後の右心カテーテル検査にてmeanPCWP 14mmHg→12mmHg, meanPA 42mmHg→37mmHg, meanRA 12mmHg→9mmHgと右心負荷が軽快した。ドレナージと利尿剤にて体重は11.95kg減少した。再発性心膜炎の疑いで、コルヒチンを開始した。退院後50日間、心膜液の再貯留はみられていない。10年越しに再発した心外膜炎に対し、ドレナージおよび、コルヒチンを含む治療により心不全の改善を得た1例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

【B-6】

冠動脈形成術後早期にステント血栓症をきたした一例

三田市民・済生会病院 循環器内科

湊川 祐介, 吉川 糧平, 若山 克則, 多和 秀人, 岡本 允信, 近藤 健介, 安田 直矢,
藤本 大地, 上田 泰大, 出口 絵里加, 宇野 将真, 森 佑史, 岡本 茉莉, 藺浦 愛果

【症例】72歳、男性【主訴】胸痛【現病歴】X-9日に狭心症に対し近医でLCX、RCAにステント留置を行った。X日に黒色嘔吐で当院に搬送となり、同日より抗血小板薬が中止となった。X+4日に胸痛、心電図でST変化を認め、緊急冠動脈造影検査を行った。前回治療したLCXのステント入口部より巨大血栓による閉塞を認めた。ワイヤー通過は予想以上に困難であったが最終的に通過することができ、IVUSではワイヤーはステント外を走行しており、ステント拡張が不十分であったことが判明した。IVUSガイドでステント内に再度ワイヤリングし、血栓吸引を行ったのちPOBA+DCBで治療を終了した。【考察】本症例では消化管出血に伴う抗血小板薬の中止に加え、ステント拡張不十分といった複合的要因により早期ステント血栓症を発生したと考える。ステント血栓症について、文献的考察を加えて報告する。