

水芭蕉咲く湿原より至仏山を望む

撮影 小林 璿

特定非営利活動法人 中日本PCI研究会 主催

# 第6回 中日本 Case Review Course

プログラム・抄録集

テーマ「技術の継承」

会期：2013年5月25日（土）10時～17時

会長：高橋 稔（立川総合病院）

会場：大宮ソニックシティ

## 第6回 中日本 Case Review Course

### 会長挨拶

第6回中日本 Case Review Course の開催にあたり、御挨拶申し上げます。

中日本 PCI 研究会のテーマは、設立当初から一貫して『技術の継承』です。PCI の EBM は、長期的な予後の観点から重要ですが、1 人の患者さんと向き合った時、PCI を高い成功率で安全に行い、今まで通りの日常生活に戻っていただくことが、最初の到達目標です。その為には、継続した技術の習得、経験の積み重ねが必須です。Case Review Course は、経験豊富な医師と若手医師が 1 症例を、場面々々で問題提起しながら、時間をかけて討論することによって、技術の継承と EBM を共有していただける会だと思います。

今回の、PCI のテーマは『入口部病変』とさせていただきます。BMS から DES の時代となり、再狭窄は激減、左主幹部入口部や左前下行枝入口部病変に対するステント留置も一般的になりました。更に、右冠動脈入口部病変も解剖学的特性により、再狭窄は高率でしたが、DES によって状況が変わりました。入口部病変にスポットを当て、EBM や、最適なステントの選択、留置方法、CABG の選択も含め討論していただければと思います。

ランチョンセミナーは、『BAV』について、小倉記念病院の白井伸一先生にお願いいたしました。高齢化に伴い、重症 AS による心不全で入院される患者さんが増加していることは、皆様も実感しているかと思います。TAVR は本邦の治験も終了し、実臨床への登場は間近と思われませんが、施行可能な施設は、限られます。20 年程前に BAV は施行されていましたが、長期成績が悪く一旦途絶えました。BAV は、急性心不全を発症した重症 AS に対する AVR, TAVR へのブリッジとして、また高齢者に対し短期成績のみ期待して施行するなど、継承すべき技術と思われま。明日からでも行える BAV について、御講演いただく予定です。

PCI 施行施設において、EVT は年々増加しています。今回から EVT もテーマとさせていただき、『失敗、難渋した症例』といたしました。EVT は、高い成功率を得られますが、苦い経験もあるかと思われま。症例を共有することによって、患者さんのために、より質の高い EVT が可能になると思われま。

コーヒブレイクセッションは、登場して間もない 2 つの SFA ステント『Misago, Zilver PTX ステントの tip and trick』を御講演していただく予定でしたが、御存知の如く Zilver PTX ステントは自主回収となりました。Misago ステントの実臨床の成績や留置のピットホールなどを、御講演していただけるかと思われま。

参加していただいた皆様に少しでも、明日からの診療の一助となれば、幸いです。御協力をいただいた先生方、コメディカル、医療機器・製薬会社、事務局の皆様方に厚くお礼申し上げます。

第6回 中日本 Case Review Course  
会長 高橋 稔 (立川総合病院)

### Co-medical Course Director 挨拶

第6回中日本 Case Review Course『コメディカルセッション』は、コメディカルの役割が益々重要視されているカテ室でのチームカアップを目指し企画させていただきました。

コメディカル演題では、『カテ室業務強化への取り組み』、『急変時の対応』をテーマとして、日頃業務への取り組みや、症例から学んだことをご発表いただきます。

教育講演は、『炭酸ガス造影の実際』です。炭酸ガスの準備から撮影時の注意点など具体的なお話が伺えると思います。最後に、近年急増している EVT を取り上げ、コメディカルならではの取り組みや工夫していることをご報告いただきます。

様々な職種のスタッフが、カテ室という一つの医療現場で垣根なく円滑な連携・協力を図ることは、即患者さんのメリットとなります。今開催がそのための道標となり、微力ながらお役に立てれば幸いです。各先生方に感謝申し上げますとともに、ご参加の皆様で本セッションを盛り上げていただければ幸いです。

山崎まゆみ (立川総合病院 臨床検査技師)

## 第6回 中日本 Case Review Course

テーマ『技術の継承』			
会場	メディカル【国際会議室】	コメディカル【市民ホール（401.402）】	
10:00	開会の挨拶 高橋 稔	開会の挨拶 山崎まゆみ	
10:00	<b>Case Review Session 第一部</b> <b>『PCI 入口部病変の治療戦略 -1』</b>  <u>座長</u> 小田弘隆（新潟市民病院 循環器内科） 関口 誠（深谷赤十字病院 内科・循環器内科）	10:00	<b>コメディカルテーマ</b> <b>『協働』 “チームケアアップへのナビゲーション”</b>  <b>コメディカル演題 1</b> <b>『カテ室業務強化への取り組み』</b> <u>座長</u> 田島 修（埼玉県立循環器・呼吸器病センター）
10:15	<u>EBM プレゼンター</u> 尾崎和幸（新潟市民病院 循環器内科）  <u>コメンテーター</u> 外山堅太郎（埼玉医科大学総合医療センター 心臓内科） 下地顕一郎（済生会宇都宮病院 循環器内科） 杉本 努（立川総合病院 心臓血管外科）  <u>ケースプレゼンター</u> ①阿部七郎（獨協医科大学病院 循環器内科） ※2 演題 ②中西啓太（茨城西南医療センター病院 循環器内科）		<u>演者</u> ①大築慎一（済生会宇都宮病院 診療放射線技師） 「心カテ助手認定技師について～チームの役割の変化～」 ②田倉寛恵（総合新川橋病院 診療放射線技師） 「当院心カテ室におけるチームとしての取り組み」  <b>コメディカル演題 2</b> <b>『急変時の対応』</b> <u>座長</u> 佐野始也（高瀬クリニック）  <u>演者</u> ①中曽根仁志（高瀬クリニック 看護師） 「夜間心筋梗塞と脳梗塞を同時発症しショック状態に陥った一例への考察」 ②佐藤咲紀（総合新川橋病院 看護師） 「当院カテ室における急変時の取り組み」
11:50		11:40	
12:00	<b>ランチョンセミナー</b> <b>『BAV 経皮的動脈弁形成術の実際』</b> <u>座長</u> 高橋 稔（立川総合病院 循環器内科） 12:50 <u>演者</u> 白井伸一（小倉記念病院 循環器内科）		
13:00	<b>Case Review Session 第一部</b> <b>『PCI 入口部病変の治療戦略 -2』</b>  <u>座長</u> 野口祐一（筑波メディカルセンター病院 循環器内科） 太田吉実（済生会栗橋病院 循環器科）  <u>コメンテーター</u> 杉浦広隆（新潟県厚生農業協同組合連合会 新潟医療センター 循環器内科） 上原良樹（東京慈恵医科大学葛飾医療センター 循環器内科） 中西啓太（茨城西南医療センター病院 循環器内科）  <u>ケースプレゼンター</u> ③下地顕一郎（済生会宇都宮病院 循環器内科） ④武藤 誠（埼玉県立循環器・呼吸器病センター 循環器内科）	13:00	
14:00			

14:00	<p>コーヒーブレイクセッション (共催: テルモ株式会社) 『Misago Stent (EVT の治療戦略)』</p> <p><u>座長</u> 内山隆史 (戸田中央総合病院 心臓血管センター内科)</p> <p><u>演者</u> 三宅隆之 (所沢ハートセンター) 丹野 巡 (埼玉医科大学国際医療センター 心臓内科)</p>	14:00	コーヒーブレイク
14:40		14:40	
15:00	<p>Case Review Session 第二部 『EVT 難渋した症例、失敗した症例』</p> <p><u>座長</u> 大井田史継 (高瀬クリニック 循環器内科) 後藤 亮 (秀和総合病院 循環器科)</p> <p><u>EBM プレゼンター</u> 安齋 均 (富士重工業健康保険組合 太田記念病院 循環器内科)</p> <p><u>コメンテーター</u> 目黒 昌 (長岡中央総合病院 血管外科) 新井清仁 (埼玉県済生会栗橋病院 循環器科) 相原英明 (筑波メディカルセンター病院 循環器内科)</p> <p><u>ケースプレゼンター</u> ①後藤 亮 (秀和総合病院 循環器科) ②新井清仁 (埼玉県済生会栗橋病院 循環器科) ③相原英明 (筑波メディカルセンター病院 循環器内科)</p>	15:00	<p>コメディカル 教育講演 『炭酸ガス造影の実際』</p> <p><u>座長</u> 富永真和 (立川総合病院 診療放射線技師)</p> <p><u>演者</u> 小山 豊 (総合新川橋病院 心臓血管センター) 田倉寛恵 (総合新川橋病院 診療放射線技師)</p>
		15:30	<p>コメディカル演題 3 『EVT での工夫』</p> <p><u>座長</u> 五十嵐直大 (新潟市民病院 臨床工学技士) 行方桐代 (立川総合病院 看護師)</p> <p><u>Dr コメンテーター</u> 真木山八城 (佐渡総合病院 循環器内科)</p> <p><u>演者</u> ①西山佳孝 (友愛記念病院 循環器内科) 「左膝窩動脈閉塞による下肢疼痛に対し EVT 施行した一例」 ②小林悟士 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター 診療放射線技師) 「EVT における総大腿動脈のエコー下穿刺について ー 放射線技師のエッセンス ー」 ③塚越健太郎 (高瀬クリニック 臨床検査技師) 「深部静脈血栓症のエコー診断」</p>
17:00 終了		16:30 終了	
閉会挨拶	太田吉実 (埼玉県済生会栗橋病院 循環器科)		宝田 順 (埼玉県済生会栗橋病院 診療放射線技師)
理事会	市民ホール 403		
運営委員会	市民ホール 403		

1 症例 1

阿部七郎（獨協医科大学病院 心臓・血管内科）

【症 例】 50 歳代女性

【主 訴】 呼吸困難感

【既往歴】 脂質異常症 高血圧 糖尿病 強皮症 閉塞性動脈硬化症

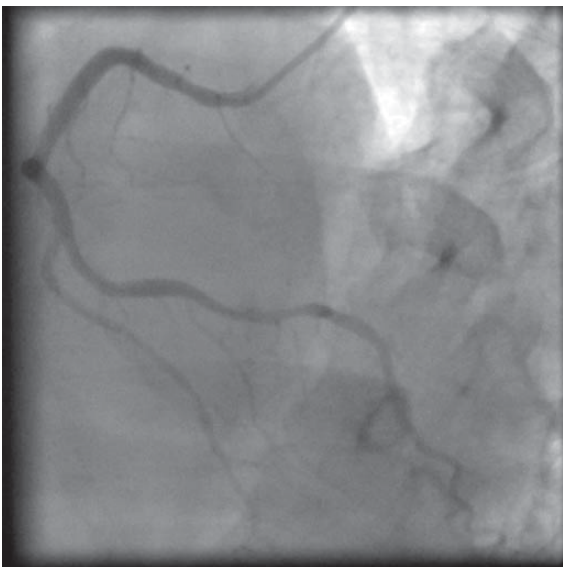
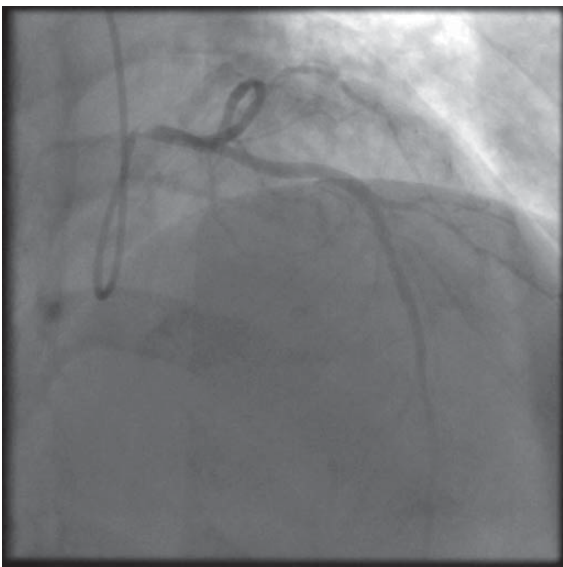
【現病歴】 肺炎に併発した心不全にて近医を介して入院

心臓超音波検査では左室のびまん性壁運動低下あり、左室駆出率 27%

BNP = 1452pg/ml

心機能低下原因精査目的の冠動脈造影検査にて左主幹部入口部 90%狭窄

【来院時冠動脈造影像】



1 症例 2

阿部七郎（獨協医科大学病院 心臓・血管内科）

【症 例】 70 歳代女性

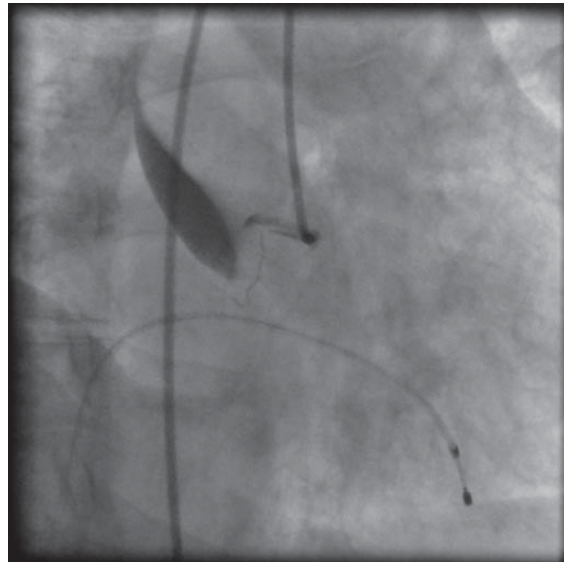
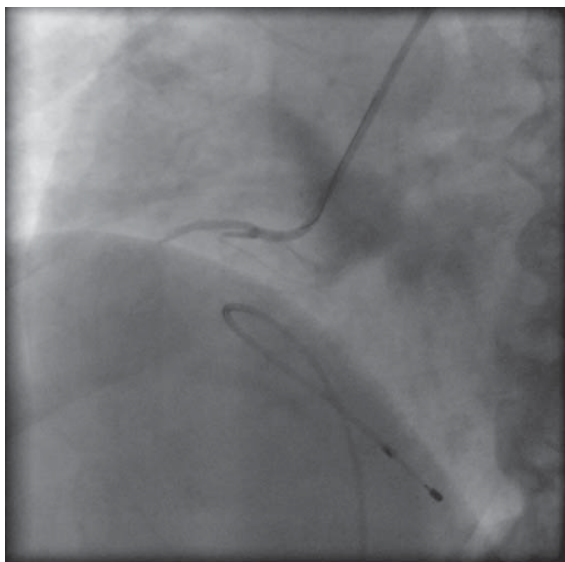
【主 訴】 胸痛

【既往歴】 脂質異常症 高血圧

【現病歴】 右冠動脈近位部狭窄に起因する狭心症に対して PCI 目的に近医に入院。

待期的に PCI を施行。ステント留置時にステント近位端から上行大動脈にかけて解離を形成。ステントにてバイルアウトを試みるもガイドワイヤー抜去され、再通過を試みるも偽腔にしか迷入せず、除脈低血圧を併発したため一時的ペースメーカーを留置しバイルアウト目的に当院に搬送となった。

【来院時冠動脈造影像】



2 著明な冠動脈石灰化をともなった虚血性心疾患の一例

中西啓太（茨城西南医療センター病院 循環器内科）

【症例】73歳 男性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】平成7年頃より糖尿病，高血圧で近医にて内服加療を続けていた男性．平成17年頃に急性心筋梗塞となり，近医に搬送されたが，カテーテル治療は行わず，保存的治療で経過観察となった．その後，糖尿病性腎症，腎硬化症による腎不全が進行し，呼吸困難，浮腫のコントロールもできなくなってきたため，平成24年10月にシャント造設，透析導入目的で当院腎臓内科に入院となった．心エコーで下壁の severe hypokinesis を認めたため，精査目的で循環器内科受診となった．10月18日に冠動脈造影を施行．

【既往歴】56歳 糖尿病；インスリン導入 65歳 AMI 保存的治療

【冠危険因子】喫煙，高血圧，糖尿病

【入院時現症】血圧 132/85 mmHg, 脈拍 75bpm, reg,

意識清明，心音；整・収縮期雑音あり，肺音；清，末梢浮腫なし

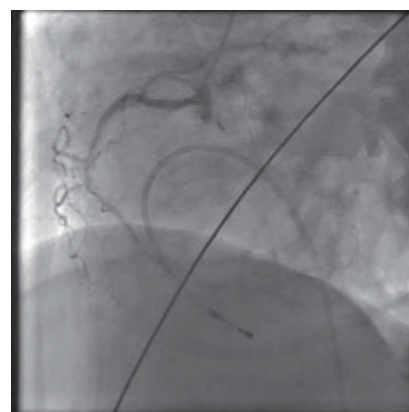
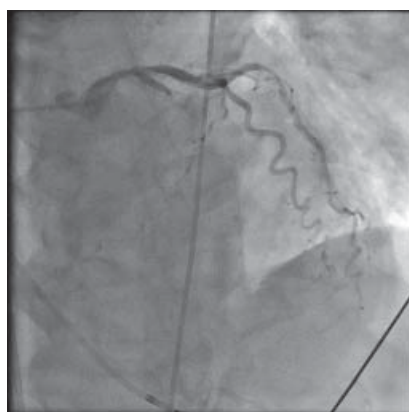
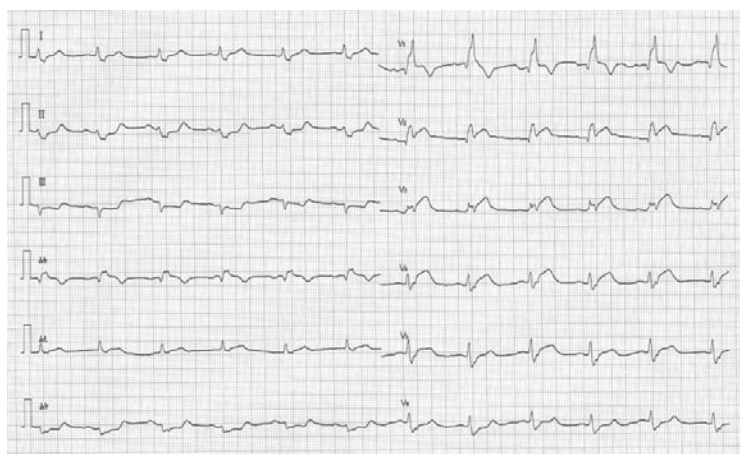
【検査所見】<血算>WBC 6300 / $\mu$ l, Hb 10.0 g/dl, Hct 30.5 %, Plt 12.8 万 / $\mu$ l,

<生化学>TP 5.5 g/dl, Alb 2.9 g/dl, UA 10.3 mg/dl, BUN 102.8 mg/dl, Cre 10.92 mg/dl,  
GOT 5 U/l, GPT 7 U/l, ALP 248 U/l, LDH 348U/l, GGT 51 U/l, CK 242 U/l,  
CRP 0.309mg/dl, T-Cho 166 mg/dl, LDL-C 109 mg/dl, TG 103 mg/dl

<耐糖能> 随時血糖 76 mg/dl, HbA1c 6.0 %

<胸部X線> 心拡大あり (CTR 58%), うっ血なし, 胸水なし,  
右内頸静脈よりシヨルドンカテーテル挿入中

<心電図> 洞調律, HR 62 bpm, V5-6 で ST 下降を認める



3 グラフト閉塞によって CCS II の症状を呈し LMT の CTO に対して PCI を試みた症例

下地顕一郎（済生会宇都宮病院 循環器内科）

【症例】 59 歳男性

【主訴】 労作時胸痛

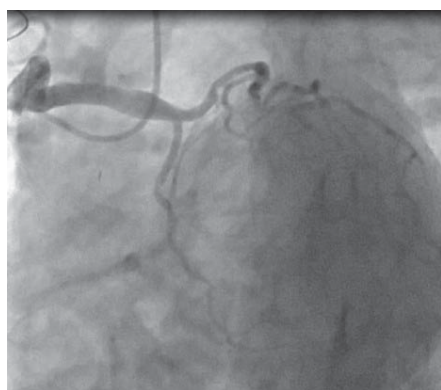
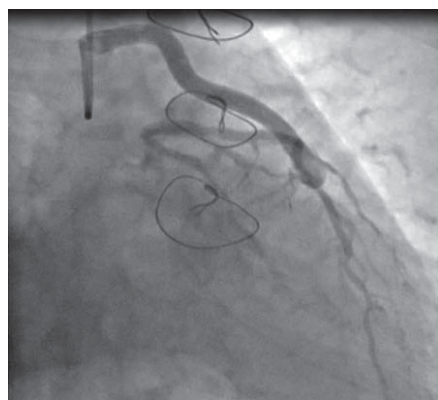
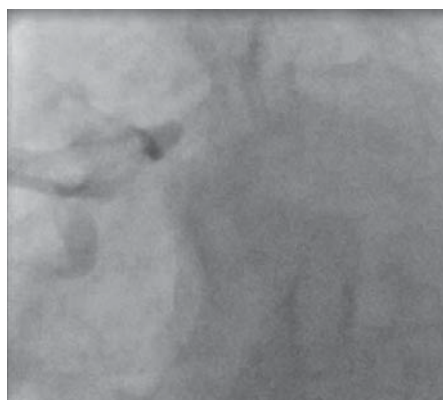
【経過】 48 歳時 UAP に対して施行した CAG で #5.99% with delay の所見を得て CABG（SVG-LAD, SVG-OM）を施行した。今回新規の CCSII の労作時呼吸苦を主訴に受診、CAG を施行した。

【冠危険因子】 高血圧、脂質異常症

【既往歴】 特になし

【内服薬】 aspirin 100mg, atvastatin 10mg, clopidogrel 75mg, bisoprolol 5mg, rabeprazole 10mg

【検査所見】 UCG: 左室収縮は正常、壁運動異常なし、有意な弁膜症なし。SPECT: LW に運動負荷による集積低下と安静時再分布を認める。ECG: 正常。Cxr: CTR 44%, 肺野に異常所見なし、採血検査に特記すべき所見なし。CAG: SVG-OM 閉塞、SVG-LAD 開存、#5. Os. 100%. CAG: SVG-OM 閉塞、SVG-LAD 開存、#5. Os. 100%.





4 RCA ostial CTO の 1 症例

武藤 誠 (埼玉県立循環器・呼吸器病センター 循環器内科)

症例 1 : 32 才, 女性

主 訴 : 無症状

既往歴 : 川崎病, 冠動脈の精査は未施行

冠危険因子 : 特記すべきなし

現病歴

乳児期に川崎病に罹患, 冠動脈精査は行わなかった. 2007 年の検診で ECG 異常を指摘され近医を受診. 心エコーにて前壁の運動低下を認め 2007 年 4 月に心臓カテーテル検査を施行した. 冠動脈造影にて右冠動脈 (RCA) 入口部および左前下行枝 (LAD) 近位部からの慢性完全閉塞病変 (CTO) を認めた. RCA 末梢には左回旋枝 (LCX) から #4AV への, LAD 末梢には bridge collateral から LAD 近位部への側副血流を認めた. 左心室造影 (LVG) では前壁中隔の壁運動低下を認めた. EF は 46.4% であった.

入院時現症

身長 162cm, 体重 55kg, 血圧 114/65, 脈拍 76/分, 胸部腹部, 四肢に異常なし.

血液検査

WBC 3,700, RBC  $4.16 \times 10^6$ , Hb 11.8, Ht 36.8, Plt  $318 \times 10^6$ , BUN 10, Cr 0.5, BNP 12.7, CRP 0.45, TC 200, TG 60, HLD 62, LDL 121, HbA1c 4.8

心電図

洞調律, V1 ~ V3 にて QS パターン

胸部レントゲン写真

CTR 48%, 異常所見なし

心臓超音波検査 : 心尖部前壁中隔の壁運動低下

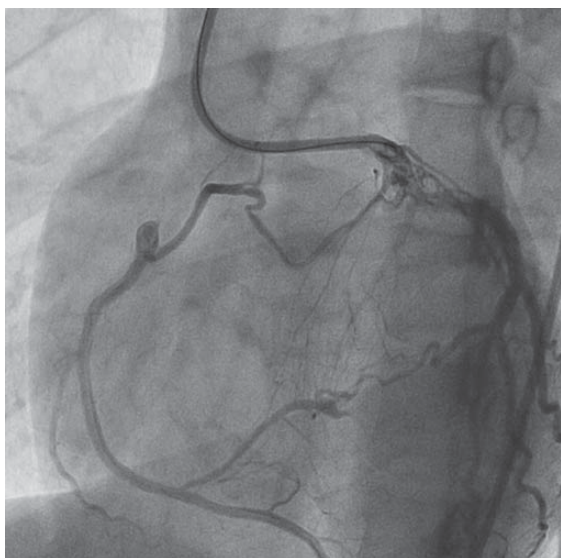


Fig. RCA 入口部からの CTO

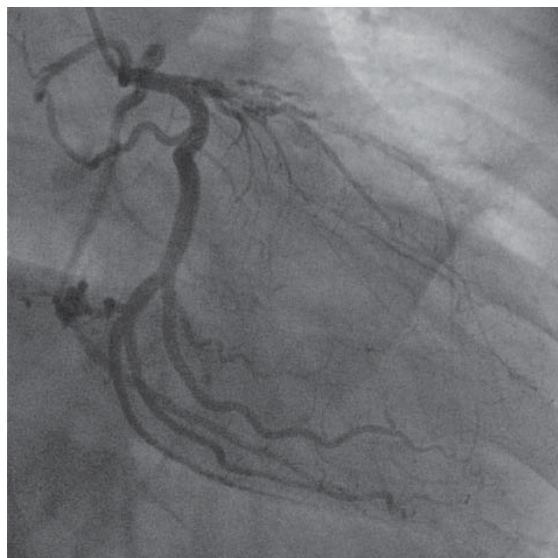


Fig. LAD 近位部の CTO.  
発達した bridge collateral のため  
CTO 入口部の位置が同定困難.

1 慢性心不全・慢性腎不全のASOに対し cross over でPPI を施行した症例。

後藤 亮 (秀和総合病院 循環器内科)

【症例】60歳台 男性

【主訴】間欠性跛行

【病歴】他院通院中。2年程前から徐々に主訴出現。跛行距離は600m程(10分程)。症状は右でより強い。他院にて両側の浅大腿動脈の閉塞を指摘されていたが治療困難とのことで内服にて経過観察されていた。最近になり症状が強くなり血行再建を希望し当院受診。

【既往歴】2010年2月 心房細動・慢性心不全・慢性腎不全 で入院

2013年2月 急性膵炎・DICで入院

処方)

- |                  |    |      |         |
|------------------|----|------|---------|
| 1. アーチスト錠10mg    | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |
| 2. ザイロリック錠100mg  | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |
| 3. ワーファリン錠【1mg】  | 3錠 | 内服1回 | 夕食後     |
| 4. アムロジンOD錠2.5mg | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |
| 5. ランックス錠20mg    | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |
| 6. ニューロタン錠25mg   | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |
| 7. アンブラグ錠100mg   | 3錠 | 内服3回 | 朝・昼・夕食後 |
| 8. クレストール錠2.5mg  | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |
| 9. タケブロンOD錠30    | 1錠 | 内服1回 | 朝食後     |

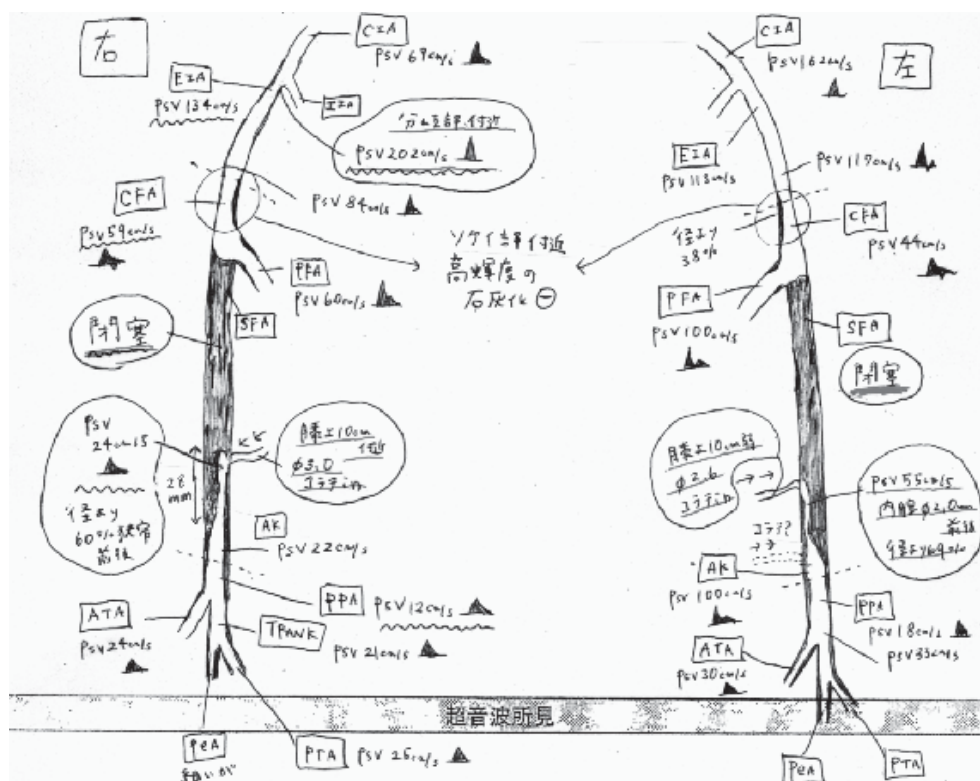
【入院時現症】身長165cm, 体重70kg, BP103/62mmHg, HR72bpm, BT36.6℃

胸部：心雑音・異常呼吸音聴取せず 四肢：両側足背動脈・後脛骨動脈触知不良

【検査所見】血液検査：WBC8800/μl, RBC376×10<sup>4</sup>/μl, Hb11.9g/dl, Ht36.1%, Plt23.4×10<sup>4</sup>/μl, AST38IU/l, ALT32IU/l, CK41IU/L, UA9.1mg/dl, UN18.8mg/dl, Cr2.04mg/dl, Na140mEq/l, K5.5mEq/l, Cl109mEq/l, NT-proBNP1684.0pg/ml, HbA1c5.2%, TG88mg/dl, LDL-C98mg/dl, TC164mg/dl, PT-INR2.10

心電図：心房細動 胸部レントゲン：CTR54% ABI：0.65/0.69

心臓超音波検査：diffuse hypokinesis EF40%



**2** EVT に難渋した Subacute Limb Ischemia の一例

新井清仁（埼玉県済生会栗橋病院 循環器内科）

【症例】78歳，女性

【既往歴】DM(-) HT(-) HL(-) Non-Smoker, その他特記事項なし

【家族歴】特記事項なし

【現病歴】2013年1月末より右下腿の冷感・痺れを自覚。症状の改善なく2月に入ると，間歇性跛行から安静時痛へと増悪を認めた。下肢チアノーゼも伴う様になり，2/13近医を受診。同日当科外来紹介受診となった。

【現症】Ht155cm BW53kg BMI22 BT37.2℃ PR84/min, reg

右下腿チアノーゼ (+) 冷感 (+) 右 PoP/DA/PTA 触知不良 右下肢知覚異常 (+)/ 運動麻痺 (軽度 +)

【血液検査】TP 7.7g/dl TC 191mg/dl HDL-C 46mg/dl LDL-C 127mg/dl

TG 90mg/dl BUN 12mg/dl Cr 0.57mg/dl Na 138mEq/l K 4.3mEq/l

Cl 102mEq/l CK 204U/l T-Bil 0.76mg/dl AST 24U/l ALT 21U/l

LDH 301U/l ALP 229U/l  $\gamma$ GTP 21U/l CRP 0.44mg/dl HbA1c 5.3%

BNP 29.8pg/ml

【臨床経過】入院のうえ直ちにカテーテル下肢動脈造影を行った。

**3** 浅大腿動脈に留置したステント遠位端にトラップされたフィルトラップの  
回収に難渋した一症例

相原英明（筑波メディカルセンター病院 循環器内科）

標的血管：左浅大腿動脈

年齢：73 性別：女性

主訴：下肢間欠性跛行（Rutherford class3）

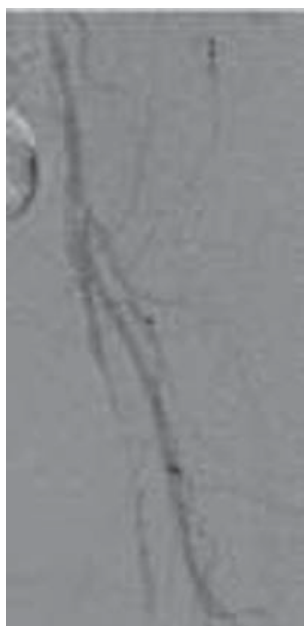
既往歴：拡張型心筋症（CRTP 導入後）、CKD(eGFR12.67)

Risk Factor：HTN+, HL-, DM-, SMK-

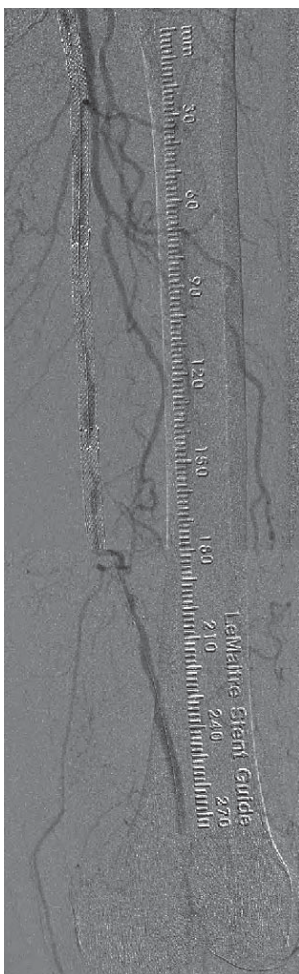
症例は73歳女性、左下肢間欠性跛行から精査にて左浅大腿動脈の完全閉塞を指摘され、ステント留置にて治療されたが、9か月後に再閉塞を認めバルーンにて再治療が施行された。しかし、半年後に同部の再狭窄が確認されたため薬剤溶出性ステントを用いた再治療が予定された。再治療は右総大腿動脈からのアプローチにて開始し、ガイドワイヤー通過のちにIVUSを施行すると多量のプラークが確認された。遠位塞栓が懸念されたため、フィルトラップを留置してから前拡張を行い、ZilverPTX 6/120を3本留置し、FILTRAPを回収しようとしたところステントの遠位端にトラップされていた。FILTRAPは完全にスタックしていた。

<治療前のCO2造影>

左SFA近位部

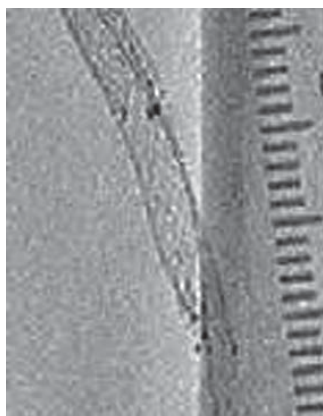


左SFA遠位部



<治療中>

スタックしたFILTRAP



## コメディカル演題1 『カテ室業務強化への取り組み』

### 1 心カテ助手認定技師について～チームの役割の変化～

○大築慎一<sup>1</sup>、君嶋賢一<sup>1</sup>、野間重孝<sup>2</sup>  
(<sup>1</sup>済生会宇都宮病院 診療放射線技術科、<sup>2</sup>済生会宇都宮病院 循環器内科)

(背景)

研修医の人数が減少してしまったことから心臓カテーテル検査の助手が不足してしまい、医師以外のスタッフで助手を行うことになった。そこで、医師支援、またチーム医療への積極的参加を目指す診療放射線技師が助手業務を行うことになったので報告する。

(内容)

助手を病院内の認定制にするにあたり、助手に必要な知識・技術を習得するために医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師、デバイスメーカーにご協力をいただき講義を行なった。認定試験に合格した者を心カテ助手認定技師に認定したが、その講義の内容や実際の助手業務の内容、また診療放射線技師が助手に入ることによってチームの役割やスタッフの意識がどのように変化したかを発表する。

### 2 当院心カテ室におけるチームとしての取り組み

田倉寛恵（総合新川橋病院 放射線科）

2009年11月に心臓カテーテル検査・治療（以後；心カテ）室が開設され、現在では年間約1500件の検査・治療が行われている。

心カテには他検査にはない多くの職種が関わっており医療の効率化・質の向上の為、チームとしての協働が重要とされている。

心カテ室開設直後は、未経験者が多数を占めスタッフ間のコミュニケーション不足や件数の増加等に伴いチームとして潤滑に協働出来ていなかった。そこでチーム再建のために、自由なコミュニケーションを取れる場を設け意見交換や情報共有を行った。さらにスタッフの知識・モチベーション向上のために医師や関わるスタッフと共に学び成長出来るような環境作りを行った。また、カテ件数増加に対応するため心カテ室業務経験のある看護師にカテーテルコーディネート業務を専任させスケジュール作成と予約を行っている。

今回、心カテ開設から現在までのチームの組織変化と環境改善のための取り組みで個々のスタッフがプロ意識を持ちながらチームとして協働し、医療の質が向上できたと考えているので報告する。

## コメディカル演題2 『急変時の対応』

### 1 夜間心筋梗塞と脳梗塞を同時発症しショック状態に陥った一例への考察

○中曽根仁志、桑山誉昌、森下ひとみ  
(高瀬クリニック 看護師)

今回私たちは夜間当院に急性心筋梗塞のためショック状態になりPCI治療により救命した症例を経験した。当院では当直医師1名、夜勤看護師3名の体制をとっている。患者が搬送され治療が終了するまで迅速かつ無駄なく統一した看護が行えるよう、常に意識付けを行うことが義務だと考えられた為、ここで症例を報告する。

### 2 当院カテ室における急変時の取り組み

佐藤咲紀 (総合新川橋病院 看護師)

#### 【背景】

当院では2009年11月より、心臓カテーテル検査・治療(以下、心カテ)が開始され、現在は年間1500件の心カテを施行している。心カテ施行時には、造影剤アレルギー、不整脈、slow flow/ No flow、などの合併症があり、重篤化することもあるため迅速な対応が必要となる。カテ室内の限られたメンバーで迅速かつ効果的な急変時の対応をするためには、カテチームとしてどのような取り組みをしていけばよいのか、あるいは各スタッフがどのような役割分担や連携すればよいのかを、アナフィラキシーショックを起こした事例から振り返る。

#### 【事例】

70歳代男性のPPI stand-by 症例。アレルギー歴なし。造影直後に咳嗽あり、約3分後にアナフィラキシーショックにより急変した。カテ室メンバーによる治療・ケア、および麻酔科コールにより約15分後に状態は安定し病室に帰室した。

#### 【コメディカルの動き】

当院のカテチームは医師・看護師・放射線技師・臨床工学技士で構成されている。

アナフィラキシーショック発生時は、医師の指示のもと、

注射投与：医師および看護師

麻酔科コール：放射線技師、

患者の上体挙上や声かけ胸骨圧迫スタンバイ：臨床工学技士

人工呼吸器スタンバイ：臨床工学技士

記録：看護師

と声を掛け合いながら、役割が重複することなく対応できた。

#### 【考察および課題】

救急対応で重要なことは、蘇生チームのダイナミクスと各スタッフの高度な知識と技術である。当院ではBLS訓練を全職員対象に行っている。また、定期ミーティングを通して、問題点の改善や必要な知識の共有を図っている。何より各自が知識と技術の向上を図るように努力しており、これらが本症例に対しての迅速で効果的な対応につながったと考える。しかし、急変に対する教育システムや事例検討などに関しては、システムが構築されていないため検討していく必要がある。

### 1 左膝窩動脈閉塞による下肢疼痛に対し EVT 施行した一例

西山佳孝（友愛記念病院 循環器内科）

【症例】45歳男性 設計

【主訴】左下肢の痺れ・痺れ・痛み

【現病歴】2週間前から仕事中に左下肢の痺れ・感覚鈍麻・脱力感が出現した。普段は設計で椅子に座っているため症状ないが、工場を歩いていると上記症状が出て大腿部から脱力し、座ると5分くらいで改善する。前日よりしびれがひどく、さらに左足を冷たく感じさわっても冷たいため受診。まずは抗血小板薬内服としたが、症状改善がないため血管内治療目的に入院となる。

【既往歴】

2012年5月末大動脈瘤で人工血管置換（9月末にステント留置（胸部）2回に分けた）

21年前に交通外傷（左下腿の開放性骨折、恥骨骨折、内臓破裂）

現在内服薬なし

【嗜好】喫煙：昨年11月から再開 飲酒：毎日1500ml/日

【家族歴】特記事項なし

【冠危険因子】喫煙

【入院時現症】

両側 大腿動脈触知良好（bruit-）

膝窩動脈触知可

右足背・内果動脈触知良好

左足背・内果は触れず

明らかな色調変化はない

左のcapillary filling がやや遅い

【検査所見】

ABI：右 1.01 左 0.55

下肢造影CT：左膝窩動脈から三分岐の完全閉塞を認める

【血管内治療】

左鼠径部よりアプローチ

左膝下動脈にPOBA 施行も血栓閉塞しリコイルをくり返したため、

MISAGO 7.0/40mm を留置した。足先まで血流改善し手技終了となる。

ABI：左 0.55 → 1.02

### コメディカル演題3 『EVTでの工夫』

---

#### 2 EVTにおける総大腿動脈のエコー下穿刺について — 放射線技師的エッセンス —

○小林悟士<sup>1</sup>、田島 修<sup>1</sup>、武藤 誠<sup>2</sup>

(<sup>1</sup> 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 放射線技術部、<sup>2</sup> 埼玉県立循環器・呼吸器病センター 循環器科)

当院のEVTにおける総大腿動脈のエコー下穿刺について、放射線技師の視点でのエコー下穿刺について紹介する。内容としては、エコー下穿刺の定義、適応、手順、症例提示、実施上での注意点などの基本的事項である。これらの事項を血管造影、CTA、エコーの画像を提示しながら発表する予定である。



### 3 深部静脈血栓症のエコー診断

塚越健太郎（高瀬クリニック 検査室）

#### 【はじめに】

肺血栓塞栓症（PTE）には深部静脈血栓症（DVT）が大きく関与しているといわれている。近年はエコノミー症候群や震災後の合併症として周知されるようになり、術後など長期の安静臥床患者にも注意を要する疾患の1つである。

超音波装置の進歩により、静脈血栓症の検査には超音波検査が第一選択となりつつある。その最大の利点は無侵襲でベッドサイドでも繰り返し行えること、ドプラ法により血流評価や血栓の状態等をリアルタイムに観察できることが挙げられる。

#### 【DVTについて】

DVTという疾患についての基礎知識

#### 【DVTの超音波検査の実際】

現在行われているDVTの検査手順。

断層法やドプラ法などで血栓を同定するポイント。

#### 【DVTの超音波画像】

典型的なDVTの超音波画像を提示し、急性と慢性による血管や血栓の性状の違いなど。

また血栓が浮遊するなどしてPTEを発症するリスクを、超音波検査にて推測可能か。

#### 【DVT症例についての検討】

H24年11月からH25年4月の間に当院の外来を受診し、DVT疑いにて下肢静脈超音波検査が依頼され、血栓が同定された連続10症例に関して、超音波検査後のCT検査、PTEの合併、IVCフィルター留置の有無についてまとめた。

#### 【まとめ】

DVTは超音波検査にて診断が可能である。

また超音波検査にて、血栓が中枢側へ伸展あるいは浮遊するリスクに関しては、今後の検討課題である。

# ASAHI Hyperion

PTCA GUIDING CATHETER

PCIに集中できる環境作りを Back up します。

販売名：ガイディングカテーテルV  
医療機器承認番号：22400BZX00378000  
特定保険医療材料機能区分：ガイディングカテーテル 冠動脈用

# Kamui

ASAHI Douvan  
PTCA Dilatation Catheter

触って感じ、使って実感する — 総合力という強み

販売名：血管処置用バルーンカテーテルV  
医療機器承認番号：22000BZX00579000  
特定保険医療材料機能区分：心臓手術用カテーテル 経皮的冠動脈形成術用カテーテル 一般型

「ASAHI」、「ASAHI Hyperion」及び「Kamui」は、朝日インテック株式会社の日本及びその他の国における商標または登録商標です。

製造販売元

**ASAHI INTECC**

朝日インテック株式会社

〒489-0071 愛知県瀬戸市暁町3番地100  
TEL:0561-48-5551 FAX:0561-48-5552  
<http://www.asahi-intecc.co.jp/>

販売元

**ASAHI INTECC J-sales**  
朝日インテックJセールス株式会社

〒160-0023

東京都新宿区西新宿一丁目22番2号 新宿サンエービル13階  
TEL:03-5339-6290 FAX:03-5339-6291  
<http://www.asahi-inteccj.com/>



胆汁排泄型持続性AT<sub>1</sub>受容体ブロッカー/  
持続性Ca拮抗薬合剤

AP:薬価基準収載

BP:薬価基準未収載

## ミカムロ<sup>®</sup> 配合錠 AP BP

テルミサルタン/アムロジピンベシル酸塩配合錠

劇薬、処方せん医薬品

(注意・医師等の処方せんにより使用すること)

Micamlo<sup>®</sup> Combination Tablets AP・BP

AP:テルミサルタン40mg/アムロジピン5mg 配合錠 BP:テルミサルタン80mg/アムロジピン5mg 配合錠

胆汁排泄型持続性AT<sub>1</sub>受容体ブロッカー

薬価基準収載

## ミカルディス<sup>®</sup> 錠 20mg 40mg 80mg

テルミサルタン

処方せん医薬品

(注意・医師等の処方せんにより使用すること)

Micardis<sup>®</sup> Tablets

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

発売 アステラス製薬株式会社

東京都板橋区蓮根3-17-1

【資料請求先】本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

製造販売 日本ベーリンガー・インゲルハイム株式会社

東京都品川区大崎2丁目1番1号

資料請求先: Dセンター



HMG-CoA還元酵素阻害剤

薬価基準収載

**Crestor<sup>®</sup>錠 2.5mg  
5mg**

ロスバスタチンカルシウム錠

処方せん医薬品<sup>注)</sup>

**CRESTOR<sup>®</sup>**

注) 注意 — 医師等の処方せんにより使用すること  
®: アストラゼネカグループであるIPR社の登録商標です。

● 効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等につきましては製品添付文書をご参照ください。

製造販売元〔資料請求先〕

**アストラゼネカ株式会社**

〒531-0076 大阪市北区大淀中1丁目1番88号

☎ 0120-189-115 (問い合わせフリーダイヤル  
メディカルインフォメーションセンター)

発売〔資料請求先〕



**シオノギ製薬**

〒541-0045 大阪市中央区道修町3-1-8

☎ 0120-956-734 (問い合わせフリーダイヤル  
シオノギ医薬情報センター)

2011年12月作成



# Xience PRIME<sup>®</sup>

Everolimus Eluting  
Coronary Stent System

## PRIME Solution

Now Available

**2.25**  
mm

医療機器承認番号：22400BZX00145000 販売名：XIENCE PRIME 薬剤溶出ステント 一般的名称：冠動脈ステント 分類：高度管理医療機器 特定保険医療材料分類：冠動脈用ステントセット・再狭窄抑制型  
医療機器承認番号：22500BZX00070000 販売名：XIENCE PRIME SV 薬剤溶出ステント 一般的名称：冠動脈ステント 分類：高度管理医療機器 特定保険医療材料分類：冠動脈用ステントセット・再狭窄抑制型

アボット バスキュラー ジャパン株式会社

本社：〒108-6304 東京都港区三田 3-5-27 住友不動産三田ツインビル西館 4階 お問い合わせ：Tel (03) 4560-0780 Fax (03) 4560-0781  
製品の使用にあたりましては、製品に同封されている添付文書をご確認のうえ、適正使用にご協力をお願い申し上げます。  
本広告に含まれる情報は日本国内のみを対象としています。

[www.AbbottVascular.jp](http://www.AbbottVascular.jp) XIENCE PRIME<sup>®</sup> is a trademark of Abbott Group Companies. © 2013 Abbott. All rights reserved. (3-CT-ST-XPSV-AD-1-5)

 **Abbott**  
Vascular

# Plavix®

## ATIS\*への挑戦

### \*プラビックスの効能又は効果

- 虚血性脳血管障害(心原性脳塞栓症を除く)後の再発抑制
- 経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される下記の虚血性心疾患  
急性冠症候群(不安定狭心症、非ST上昇心筋梗塞、ST上昇心筋梗塞)、安定狭心症、陳旧性心筋梗塞
- 末梢動脈疾患における血栓・塞栓形成の抑制

### 抗血小板剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

# プラビックス錠 75mg 25mg

クロピドグレル硫酸塩製剤 ●薬価基準収載

#### 【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 出血している患者(血友病、頭蓋内出血、消化管出血、尿路出血、喀血、硝子体出血等)[出血を助長するおそれがある。]
2. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

#### 効能又は効果

- 虚血性脳血管障害(心原性脳塞栓症を除く)後の再発抑制
- 経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される下記の虚血性心疾患  
急性冠症候群(不安定狭心症、非ST上昇心筋梗塞、ST上昇心筋梗塞)  
安定狭心症、陳旧性心筋梗塞
- 末梢動脈疾患における血栓・塞栓形成の抑制

#### 〈効能又は効果に関連する使用上の注意〉

- 経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される虚血性心疾患の場合  
PCIが適用予定の虚血性心疾患患者への投与は可能である。冠動脈造影により、保存的治療あるいは冠動脈バイパス術が選択され、PCIを適用しない場合には、以後の投与は控えること。

#### 用法及び用量

- 虚血性脳血管障害(心原性脳塞栓症を除く)後の再発抑制の場合  
通常、成人には、クロピドグレルとして75mgを1日1回経口投与するが、年齢、体重、症状によりクロピドグレルとして50mgを1日1回経口投与する。
- 経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される虚血性心疾患の場合  
通常、成人には、投与開始日にクロピドグレルとして300mgを1日1回経口投与し、その後、維持量として1日1回75mgを経口投与する。
- 末梢動脈疾患における血栓・塞栓形成の抑制の場合  
通常、成人には、クロピドグレルとして75mgを1日1回経口投与する。

#### 〈用法及び用量に関連する使用上の注意〉

空腹時の投与は避けることが望ましい(国内第1相臨床試験において絶食投与時に消化器症

状がみられている)。

- 虚血性脳血管障害(心原性脳塞栓症を除く)後の再発抑制の場合  
出血を増強するおそれがあるので、特に出血傾向、その素因のある患者等については、50mg 1日1回から投与すること。【1. 慎重投与】の項参照
- 経皮的冠動脈形成術(PCI)が適用される虚血性心疾患の場合  
1. アスピリン(81~100mg/日)と併用すること。  
2. スtent留置患者への本剤投与時には該当医療機器の添付文書を必ず参照すること。  
3. PCI施行前にクロピドグレル75mgを少なくとも4日間投与されている場合、ローディング投与(投与開始日に300mgを投与すること)は必須ではない。

#### 使用上の注意(抜粋)

##### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

次の患者では出血の危険性が高くなるおそれがあるので慎重に投与すること。なお、虚血性脳血管障害(心原性脳塞栓症を除く)後の再発抑制の場合は、50mg 1日1回投与などを考慮すること。(1)出血傾向及びその素因のある患者 (2)重篤な肝障害のある患者 (3)重篤な腎障害のある患者 (4)高血圧が持続している患者 (5)高齢者 (6)低体重の患者

##### 2. 重要な基本的注意

(1)血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)、無顆粒球症、重篤な肝障害等の重大な副作用が発現することがあるので、投与開始後2カ月間は、2週間に1回程度の血液検査等の実施を考慮すること。【4. 副作用】の項参照 (2)虚血性心疾患を対象として本剤を適用するにあたっては、ローディング投与(投与開始日に300mgを投与すること)及びアスピリンとの併用によって出血のリスクが高まる可能性があることを十分考慮すること。【臨床成績】の項参照 (3)本剤による血小板凝集抑制が問題となるような手術の場合には、14日以上前に投与を中止することが望ましい。なお、十分な休薬期間を設けることが出来ない場合は重大な出血のリスクが高まることが報告されているので十分に観察すること。また、投与中止期間中の血栓症や塞栓症のリスクの高い症例では、適切な発症抑制策を講じること。手術後に本剤の再投与が必要な場合には、手術部位の止血を確認してから再開すること。【臨床成績】、【薬効薬理】の項参照 (4)他の出血の危険性を増加させる薬剤等との相互作用に注意するとともに、高血圧が持続する患者への投与は慎重に行い、本剤投与中は十分な血圧のコントロールを行うこと。【1. 慎重投与】、【3. 相互作用】の項参照 (5)再発の危険性の高い虚血性脳血管障害患者において、アスピリンと併用した時、クロピドグレル単剤に比べ重大な出血の発現率の増加が海外で報告されているので、併用する場合は十分注意すること。(6)出血の危険性及び血液学的副作用のおそれがある



アテローム血栓症 (ATIS: Atherothrombosis) は、  
脳、心臓、末梢血管に共通する全身性の血管性疾患です。

ことから、出血を起こす危険性が高いと考えられる場合には、中止・減量等を考慮すること。また、出血を示唆する臨床症状が疑われた場合は、直ちに血球算定等の適切な検査を実施すること。【4.副作用】の項参照】 (7) 患者には通常よりも出血しやすくなることを説明し、異常な出血が認められた場合には医師に連絡するよう注意を促すこと。また、他院(他科)を受診する際には、本剤を服用している旨を医師に必ず伝えるよう患者に注意を促すこと。【【薬効薬理】の項参照】

### 3. 相互作用

本剤は、主にCYP3A4、CYP1A2、CYP2C19及びCYP2B6により活性代謝物に代謝される。

併用注意(併用に注意すること)

非ステロイド性消炎鎮痛薬(ナプロキセン等)、抗凝固薬(ワルファリン、ヘパリン等)、血小板凝集抑制作用を有する薬剤(アスピリン等)、血栓溶解薬(ウロキナーゼ、アルテプラナーゼ等)、薬物代謝酵素(CYP2C19)を阻害する薬剤(オメプラゾール)

### 4. 副作用

#### (1) 重大な副作用

##### 1) 出血(頭蓋内出血、胃腸出血等の出血)

【脳出血等の頭蓋内出血(1%未満)、硬膜下血腫(0.1%未満)等】…脳出血等の頭蓋内出血(初期症状:頭痛、悪心・嘔吐、意識障害、片麻痺等)、硬膜下血腫等があらわれることがある。このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

【吐血(頻度不明<sup>※1)</sup>、下血、胃腸出血、眼底出血(いずれも1%未満)、関節血腫(0.1%未満)等】…吐血、下血、胃腸出血、眼底出血、関節血腫、腹部血腫(0.1%未満)、後腹膜出血(頻度不明<sup>※1)</sup>等があらわれることがある。このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

2) 胃・十二指腸潰瘍(頻度不明<sup>※1)</sup>…出血を伴う胃・十二指腸潰瘍があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

3) 肝機能障害、黄疸…ALT(GPT)上昇、γ-GTP上昇、AST(GOT)上昇、黄疸、急性肝不全(頻度不明<sup>※1)</sup>、肝炎(頻度不明<sup>※1)</sup>等があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、必要に応じ適切な処置を行うこと。

- 4) 血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)(頻度不明<sup>※1)</sup>…TTPがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、TTPの初期症状である倦怠感、食欲不振、紫斑等の出血症状、意識障害等の精神・神経症状、血小板減少、破碎赤血球の出現を認める溶血性貧血、発熱、腎機能障害等が発現した場合には、直ちに投与を中止し、血液検査(網赤血球、破碎赤血球の同定を含む)を実施し、必要に応じ血漿交換等の適切な処置を行うこと。
- 5) 間質性肺炎(0.1%未満)…間質性肺炎があらわれることがあるので、胸部X線検査等を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 6) 血小板減少、無顆粒球症、再生不良性貧血を含む汎血球減少症(頻度不明<sup>※1)</sup>…血小板減少、無顆粒球症、再生不良性貧血を含む汎血球減少症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 7) 中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson 症候群)、多形滲出性紅斑(頻度不明<sup>※1)</sup>…中毒性表皮壊死融解症、皮膚粘膜眼症候群、多形滲出性紅斑があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 8) 横紋筋融解症(頻度不明<sup>※1)</sup>…筋肉痛、脱力感、CK(CPK)上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれ、これに伴って急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、このような場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。

注1) 海外あるいは国内市販後において認められた副作用のため頻度不明。

2012年10月改訂(第13版)

- その他の使用上の注意等の詳細は現品添付文書をご参照ください。
- 「禁忌を含む使用上の注意」の改訂には十分ご注意ください。
- 資料は当社医薬情報担当者にご請求ください。

詳しくは製品情報  
サイトをご覧ください。 e-MR

e-MR 検索

2013年2月作成 JP.CLO.13.03.04

製造販売: サノフィ株式会社

〒163-1488  
東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

SANOFI

システムには確実な安全装置と機能拡張の  
大きな可能性を…



セットアップ



新製品

メラ遠心ポンプ NSH-R  
HCF-MP23H



メラ遠心血液ポンプ装置

## HAS-CFP

Centrifugal Blood Pump System

- JaSECT勧告「人工心臓における安全装置設置基準(2007)」内容に全て対応しています。(※)
- 流量センサに付加された気泡検出機能、オートクランプ装置、シグナルタワー報知等の安全装置が装備されています。
- プログラマブルなプライミングモードや定流量・定圧モードなどの動作モードを選択できます。
- 小型軽量なので、ボールに取り付けられます。(専用架台使用時)
- 流量グラフデータ記録、警報発生履歴などのエビデンスデータ表示機能があります。
- PCPS、ECMOなどで、メラ関連機器との連動性の高いシステムの構築が可能です。

(※)遠心ポンプ装置対象項目

●承認番号:HAS-CFP:22100BZX00361000/HPMシリーズ:20400BZZ00296000  
HPM-15G:20900BZZ00681000  
HCF-MP23:22300BZX00048000  
HCF-MP23H:22400BZX00154000

## 更なる高機能の実現。

当社独自の高性能なオートマティックモードや  
予圧コントロール方式に加え、新機能として  
バルーン応答性を向上させるターボ駆動を導入。  
様々な状況下でも、より有効な補助が可能になりました。

IABP駆動装置 (販売名:コラートBP21)

## corart BP21-T

安心・安全・確実な補助を実現する多彩な機能。

●承認番号:21200BZZ0069000



製造販売業者

**MERA 泉工医科工業株式会社**

埼玉県春日部市浜川戸2-11-1 ■問い合わせ先:本社商品企画 TEL.03-3812-3254 FAX.03-3815-7011

■営業拠点:札幌支店・函館・東北支店・青森・盛岡・福島・関東支店・つくば・松本・新潟・東京支店・横浜・中部支店・静岡・金沢・関西支店・中四国支店・岡山・高松・九州支店・鹿児島

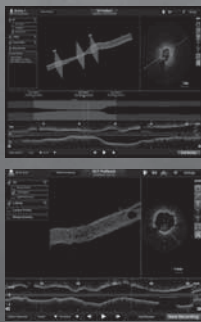
■常に研究・改良に努めておりますので、外観及び仕様の一部は予告なく変更する場合があります。あらかじめご了承下さい。 www.mera.co.jp



ILUMIEN™ OPTIS™

INTRODUCING THE FIRST  
COMBINED FFR AND OCT SYSTEM

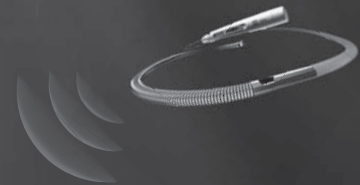
# ONE PLATFORM. LIGHT YEARS AHEAD.



Dragonfly™ JP  
Intravascular Imaging Catheter



PressureWire™ Aeris™  
Wireless FFR Measurement System



Wi-Box™  
Wireless Solution



WIRELESS. MOBILE. ONE SYSTEM – MULTIPLE LABS.

[www.sjm.co.jp](http://www.sjm.co.jp)

製造販売業者

セント・ジュード・メディカル株式会社

〒105-7115 東京都港区東新橋一丁目5番2号 汐留シティセンター  
Tel:03-6255-6374 Fax:03-6255-6375



ST. JUDE MEDICAL™

MORE CONTROL. LESS RISK.

© The familiar gold color and Golden Image™ of OCT are available exclusively with the St. Jude Medical C7-XR™ and ILUMIEN systems.

**SJMprofessional.com**    **FAMEStudy.com**

販売名: SJM FD-OCTイメージングシステム    承認番号: 22300BZX00306000    販売名: SJM OCTイメージングカテーテル    承認番号: 22300BZX00307000  
販売名: SJM プレッシャワイヤ    アエリス    承認番号: 22300BZX00469000  
製造元: ライトラボイメージング社 (米国)    製造販売元: セント・ジュード・メディカル株式会社

PressureWire is designed, developed and manufactured by St. Jude Medical Systems, AB. ILUMIEN, C7-XR, Mobile Integration, Golden Image, the color gold, PressureWire, Aeris, LightLab, Radi, ST. JUDE MEDICAL, the nine-squares symbol and MORE CONTROL. LESS RISK. are registered and unregistered trademarks and service marks of St. Jude Medical, Inc. and its related companies. ©2012 St. Jude Medical, Inc. All rights reserved.

# ダブルチェーン ドメインによる 優れた降圧

## 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人(「妊婦、産婦、授乳婦等への投与」の項参照)
3. アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病患者(ただし、他の降圧治療を行ってもなお血圧のコントロールが著しく不良の患者を除く)〔非致死性脳卒中、腎機能障害、高カリウム血症及び低血圧のリスク増加が報告されている。〕(「重要な基本的注意」の項参照)

## 効能・効果 高血圧症

**用法・用量** 通常、成人にはオルメサルタンメドキシミルとして10~20mgを1日1回経口投与する。なお、1日5~10mgから投与を開始し、年齢、症状により適宜増減するが、1日最大投与量は40mgまでとする。

## 使用上の注意

**1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)** (1) 両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者(「重要な基本的注意」の項参照) (2) 高カリウム血症の患者(「重要な基本的注意」の項参照) (3) 重篤な腎機能障害のある患者〔腎機能を悪化させるおそれがある。血清クレアチニン値が3.0mg/dL以上の患者での十分な使用経験はないので、このような患者に対しては状態を観察しながら慎重に投与すること。〕 (4) 肝機能障害のある患者〔外国において、軽度又は中等度の肝機能障害患者でオルメサルタンの血漿中濃度(AUC)が、健康な成人と比較してそれぞれ1.1倍と1.7倍に上昇することが報告されている。〕 (5) 脳血管障害のある患者〔過度の降圧が脳血流不全を惹起し、病態を悪化させるおそれがある。〕 (6) 高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

**2. 重要な基本的注意** (1) 両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体過剰の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。(2) 高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるので、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるので、血清カリウム値に注意すること。(3) 本剤の投与によって、一過性の急激な血圧低下を起こすおそれがあるので、そのような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。また、特に次の患者では低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。1) 血液透析中の患者 2) 利尿剤投与中の患者 3) 厳重な減塩療法中の患者 (4) アリスキレンフマル酸塩を併用する場合、腎機能障害、高カリウム血症及び低血圧を起こすおそれがあるので、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。なお、eGFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の腎機能障害のある患者へのアリスキレンフマル酸塩との併用については、治療上やむを得ないと判断される場合を除き避けること。(5) 本剤を含むアンジオテンシンII受容体拮抗剤投与中に重篤な肝機能障害があらわれたとの報告がある。肝機能検査を実施するなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には

投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(6) 手術前24時間は投与しないことが望ましい。(7) 降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるので、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。

**3. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)** ●カリウム保持性利尿剤:スピロノラクトン、トリウムテレン等 ●カリウム補給剤:塩化カリウム等 ●リチウム製剤:炭酸リチウム ●アリスキレンフマル酸塩 ●非ステロイド性消炎鎮痛剤

**4. 副作用** 総症例569例中65例(11.4%)に自覚症状の副作用が認められた。臨床検査値異常変動の副作用は15.5%(87/563例)に認められた。(承認時) 使用成績調査6,327例中244例(3.9%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。(再審査申請時)

(1) **重大な副作用** 1) **血管浮腫**(頻度不明<sup>※1)</sup>:顔面、口唇、咽頭、舌の腫脹等が症状としてあらわれることがあるので観察を十分に行うこと。2) **腎不全**(0.1%未満):腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。3) **高カリウム血症**(頻度不明<sup>※1)</sup>:重篤な高カリウム血症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。特に血液透析中、厳重な減塩療法中、利尿剤投与中の患者では低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うこと。5) **肝機能障害**(0.1%未満)、**黄疸**(頻度不明<sup>※1)</sup>:AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GTPの上昇等の肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。6) **血小板減少**(頻度不明<sup>※1)</sup>:血小板減少があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。7) **低血糖**(頻度不明<sup>※1)</sup>:低血糖があらわれることがある(糖尿病治療中の患者であらわれやすい)ので、観察を十分に行い、脱力感、空腹感、冷汗、手の震え、集中力低下、痙攣、意識障害等があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。8) **横紋筋融解症**(頻度不明<sup>※1)</sup>:筋肉痛、脱力感、CK(CPK)上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。9) **アナフィラキシー**(頻度不明<sup>※1)</sup>:そう痒感、全身発赤、血圧低下、呼吸困難等が症状としてあらわれることがあり、またアナフィラキシーショックを起こしたとの報告もあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

注1) 自発報告又は海外のみで認められている副作用については頻度不明とした。

● 上記以外の使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。

高親和性AT<sub>1</sub>レセプターブロッカー

薬価基準収載



**オルメテック錠** 5mg 10mg  
20mg 40mg

処方せん医薬品;注意—医師等の処方せんにより使用すること  
—般名/オルメサルタン メドキシミル

製造販売元(資料請求先)



**第一三共株式会社**  
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2013年3月作成



# 2013年 5月1日より 投与期間制限が 解除されました。

POWER  
with  
Quality

持続性AT<sub>1</sub>レセプターブロッカー  
処方せん医薬品<sup>注</sup>

薬価基準収載

## アジルバ<sup>®</sup>錠 20mg 40mg

(アジルサルタン錠)

注)注意—医師等の処方せんにより使用すること

### 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
- (3) アリスキレンフマル酸塩を投与中の糖尿病患者(ただし、他の降圧治療を行ってもなお血圧のコントロールが著しく不良の患者を除く)

### 効能・効果

高血圧症

### 用法・用量

通常、成人にはアジルサルタンとして20mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、1日最大投与量は40mgとする。

### <用法・用量に関連する使用上の注意>

本剤の降圧効果を考慮し、本剤適用の可否を慎重に判断するとともに、20mgより低用量からの開始も考慮すること。

### 使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
  - (1) 両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者(「重要な基本的注意」の項参照)
  - (2) 高カリウム血症の患者(「重要な基本的注意」の項参照)
  - (3) 重篤な腎機能障害のある患者[腎機能を悪化させるおそれがある。eGFR 15mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の患者での使用経験は少ないので、このような患者に対しては、低用量から投与を開始し、増量する場合は患者の状態を十分に観察しながら徐々に行うなど慎重に投与すること。]
  - (4) 肝機能障害のある患者[外国において、中等度の肝機能障害患者でアジルサルタンの血中濃度(AUC)

は、健康成人と比較して64%上昇することが報告されている。高度な肝機能障害患者での使用経験はない。]

- (5) 脳血管障害のある患者[過度の降圧が脳血流不全を引き起こし、病態を悪化させるおそれがある。]
- (6) 薬剤過敏症の既往歴のある患者
- (7) 高齢者

### 2. 重要な基本的注意

- (1) 両側性腎動脈狭窄のある患者又は片腎で腎動脈狭窄のある患者においては、腎血流量の減少や糸球体ろ過の低下により急速に腎機能を悪化させるおそれがあるため、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。
- (2) 高カリウム血症の患者においては、高カリウム血症を増悪させるおそれがあるため、治療上やむを得ないと判断される場合を除き、使用は避けること。また、腎機能障害、コントロール不良の糖尿病等により血清カリウム値が高くなりやすい患者では、高カリウム血症が発現するおそれがあるため、血清カリウム値に注意すること。
- (3) アリスキレンフマル酸塩を併用する場合、腎機能障害、高カリウム血症及び低血圧を起こすおそれがあるため、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。なお、eGFRが60mL/min/1.73m<sup>2</sup>未満の腎機能障害のある患者へのアリスキレンフマル酸塩との併用については、治療上やむを得ないと判断される場合を除き避けること。
- (4) 本剤の投与により、急激な血圧の低下を起こすおそれがあるため、特に次の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
  - A. 血液透析中の患者
  - B. 軽重な減塩療法中の患者
  - C. 利尿剤投与中の患者
- (5) 降圧作用に基づくめまい、ふらつきがあらわれることがあるため、高所作業、自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。
- (6) 手術前24時間は投与しないことが望ましい(アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤投与中の患者は、麻酔及び手術中にレニン-アンジオテンシン系の抑制作用による高度な血圧低下を起こす可能性がある)。

### 3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

アルドステロン拮抗剤・カリウム保持性利尿剤  
スピロラクトン、トリウムテレン、エフレノン等  
カリウム補給剤  
塩化カリウム等  
利尿剤  
フロセミド、トリクロルメチアジド等  
アリスキレンフマル酸塩  
リチウム

非ステロイド性消炎鎮痛剤(NSAIDs)・COX-2選択的阻害剤  
インドメタシン等

### 4. 副作用

承認時までの国内の臨床試験では、930例中の97例(10.4%)に臨床検査値の異常を含む副作用が認められた。

#### (1) 重大な副作用(いずれも頻度不明)

以下の副作用があらわれることがあるので注意すること。

- 1) 血管浮腫: 顔面、口唇、舌、咽・喉頭等の腫脹を症状とする血管浮腫があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) ショック、失神、意識消失: ショック、血圧低下に伴う失神、意識消失があらわれることがあるので、観察を十分に行い、冷感、嘔吐、意識消失等があらわれた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。特に血液透析中、重篤な減塩療法中あるいは利尿剤投与中の患者では低用量から投与を開始するなど、患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。
- 3) 急性腎不全: 急性腎不全があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 4) 高カリウム血症: 重篤な高カリウム血症があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。

●注意: 使用上の注意などの詳細については、添付文書をご参照ください

2013年4月作成

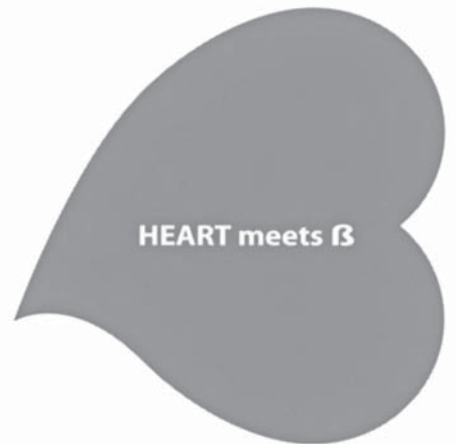


【資料請求先】

武田薬品工業株式会社

医薬営業本部  
〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

# The $\beta$ blocker MAINTATE



## 【警告】

- 慢性心不全患者に使用する場合には、慢性心不全治療の経験が十分にある医師のもとで使用すること。
- 慢性心不全患者に使用する場合には、投与初期及び増量時に症状が悪化することに注意し、慎重に用量調節を行うこと。〔用法・用量に関連する使用上の注意〕、「重要な基本的注意」及び「その他の注意」の項参照

## 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- 高度の徐脈(著しい洞性徐脈)、房室ブロック(Ⅱ、Ⅲ度)、洞房ブロック、洞不全症候群のある患者
- 糖尿病性ケトアシドーシス、代謝性アシドーシスのある患者
- 心原性ショックのある患者
- 肺高血圧による右心不全のある患者
- 強心薬又は血管拡張薬を静脈内投与する必要のある心不全患者
- 非代償性の心不全患者
- 重度の末梢循環障害のある患者(壊疽等)
- 未治療の褐色細胞腫の患者
- 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
- 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

## 【効能・効果】

錠2.5mg、錠5mg

●本態性高血圧症(軽症～中等症) ●狭心症 ●心室性期外収縮

錠0.625mg、錠2.5mg、錠5mg

●次の状態で、アンジオテンシン変換酵素阻害薬又はアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬、利尿薬、ジギタリス製剤等の基礎治療を受けている患者

虚血性心疾患又は拡張型心筋症に基づく慢性心不全

## 【用法・用量】

### 1. 本態性高血圧症(軽症～中等症)、狭心症、心室性期外収縮

通常、成人にはピンプロロールフマル酸塩として、5mgを1日1回経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜増減する。

### 2. 虚血性心疾患又は拡張型心筋症に基づく慢性心不全

通常、成人にはピンプロロールフマル酸塩として、1日1回0.625mg経口投与から開始する。1日1回0.625mgの用量で2週間以上経口投与し、忍容性がある場合には、1日1回1.25mgに増量する。その後忍容性がある場合には、4週間以上の間隔で忍容性をみながら段階的に増量し、忍容性がない場合は減量する。用量の増減は1回投与量を0.625、1.25、2.5、3.75又は5mgとして必ず段階的に行い、いずれの用量においても、1日1回経口投与とする。通常、維持量として1日1回1.25～5mgを経口投与する。なお、年齢、症状により、開始用量は更に低用量に、増量幅は更に小さくしてもよい。また、患者の本剤に対する反応性により、維持量は適宜増減するが、最高投与量は1日1回5mgを超えないこと。

### <用法・用量に関連する使用上の注意>

1. 褐色細胞腫の患者では、本剤の単独投与により急激に血圧が上昇することがあるので、 $\alpha$ 遮断剤で初期治療を行った後に本剤を投与し、常に $\alpha$ 遮断剤を併用すること。2. 慢性心不全を合併する本態性高血圧症、狭心症の患者又は心室性期外収縮のある患者では、慢性心不全の用法・用量に従うこと。3. 慢性心不全の場合 1) 慢性心不全患者に投与する場合には、必ず1日1回0.625mg又は更に低用量から開始し、忍容性を基に患者毎に維持量を設定すること。2) 本剤の投与初期及び増量時は、心不全の悪化、浮腫、体重増加、めまい、低血圧、徐脈、血糖値の変動及び腎機能の悪化が起こりやすいので、観察を十分に行い、忍容性を確認すること。3) 本剤の投与初期又は増量時における心不全や体液貯留の悪化(浮腫、体重増加等)を防ぐため、本剤の投与前に体液貯留の治療を十分に行うこと。心不全や体液貯留の悪化(浮腫、体重増加等)がみられ、利尿薬増量で改善がみられない場合には本剤を減量又は中止すること。低血圧、めまいなどの症状がみられ、アンジオテンシン変換酵素阻害薬や利尿薬の減量により改善しない場合には本剤を減量すること。高度な徐脈を来した場合には、本剤を減量すること。また、これら症状が安定化するまで本剤を増量しないこと。4) 本剤の投与を急に中止した場合、心不全が一過性に悪化するおそれがあるので、本剤を中止する場合には、急に投与を中止せず、原則として徐々に減量し中止すること。5) 2週間以上休薬した後、投与を再開する場合には、「用法・用量」の項に従って、低用量から開始し、段階的に増量すること。

## 【使用上の注意】

### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

1) 気管支喘息、気管支痙攣のおそれのある患者 2) 特発性低血糖症、コントロール不十分な糖尿病、長期間絶食状態の患者 3) 甲状腺中毒症の患者 4) 重篤な肝、腎機能障害のある患者 5) 末梢循環障害のある患者(レイノー症候群、間欠性跛行症等) 6) 徐脈、房室ブロック(Ⅰ度)のある患者 7) 過度に血圧の低い患者 8) 異型狭心症の患者 9) 乾癬の患者又は乾癬の既往のある患者 10) 高齢者

### 2. 重要な基本的注意

1) 投与が長期にわたる場合は、心機能検査(脈拍、血圧、心電図、X線等)を定期的に行うこと。徐脈又は低血圧の症状があらわれた場合には減量又は投与を中止すること。また、必要に応じアトロピンを使用すること。なお、肝機能、腎機能、血液像等に注意すること。2) 類似化合物(プロプラノロール塩酸塩)使用中の狭心症患者で急に投与を中止したとき、症状が悪化したり、心筋梗塞を起こした症例が報告されているので、休薬を要する場合は徐々に減量し、観察を十分に行うこと。また、患者に医師の指示なしに服薬を中止しないよう注意すること。狭心症以外の適用、例えば不整脈で投与する場合でも、特に高齢者においては同様の注意をすること。3) 甲状腺中毒症の患者では急に投与を中止すると、症状が悪化させることがあるので、休薬を要する場合には徐々に減量し、観察を十分に行うこと。4) 手術前48時間は投与しないことが望ましい。5) めまい、ふらつきがあらわれることがあるので、本剤投与中の患者(特に投与初期)には自動車の運転等危険を伴う機械を操作する際には注意させること。6) 慢性心不全の場合・慢性心不全患者に投与する場合には、本剤の投与初期及び増量時は、入院下で投与することが望ましい。●重症慢性心不全患者に対する本剤の投与では特に慎重な管理を要するので、投与初期及び増量時は入院下で投与すること。

### 3. 相互作用

#### 併用注意(併用に注意すること)

交感神経系に対し抑制的に作用する薬剤(レセルピン等) 血糖降下剤(インスリン製剤、トルブタミド等) Ca拮抗剤(ベラパミル塩酸塩、ジルチアゼム塩酸塩等) シギタリス製剤(ジゴキシン、メチルジゴキシン) クロニジン塩酸塩、グアナベズ酢酸塩、クラスⅠ抗不整脈剤(リン酸シニブラミド、プロカイナムド塩酸塩、アジマリン等)及びクラスⅢ抗不整脈剤(アミオダロン塩酸塩) 非ステロイド性抗炎症剤(インドメタシン等) 降圧作用を有する薬剤(降圧剤、硝酸剤)

### 4. 副作用

#### 本態性高血圧症、狭心症、心室性期外収縮

臨床試験(承認時)で: 総症例数969例中、副作用が報告されたのは99例(10.22%)であり、その主なものは、徐脈15例(1.55%)、心胸部増大14例(1.44%)、倦怠感12例(1.24%)、ふらつき9例(0.93%)、めまい7例(0.72%)等であった。また、主な臨床検査値異常変動は、AST(GOT)上昇15例(1.55%)、ALT(GPT)上昇13例(1.34%)等であった。

使用成績調査(再審査期間終了時): 総症例数8,818例中、副作用が報告されたのは215例(2.44%)であり、その主なものは、徐脈84例(0.95%)、めまい13例(0.15%)、浮腫11例(0.12%)、房室ブロック10例(0.11%)等であった。

#### 慢性心不全

臨床試験(承認時)で:<国内臨床試験>(プラセボ対照二重盲検比較試験)

国内の臨床試験では、総症例数100例中、副作用が報告されたのは57例(57.0%)であった(平均投与期間約543日(プラインド期間))。その主なものは、倦怠感10例(10.0%)、浮動性めまい9例(9.0%)、AST(GOT)上昇9例(9.0%)、ALT(GPT)上昇8例(8.0%)、心不全7例(7.0%)、体位性めまい17例(7.0%)等であった。

<海外臨床試験>(プラセボ対照二重盲検比較試験)

欧州で実施された中等症～重症の慢性心不全患者を対象とした第Ⅲ相試験(CIBISⅡ)において、本剤1.25～10mgを投与された1,328例中に報告された主な副作用は、心不全207例(15.6%)、徐脈200例(15.1%)、浮動性めまい171例(12.9%)、呼吸困難162例(12.2%)、低血圧146例(11.0%)、疲労116例(8.7%)等であった。

#### (1) 重大な副作用

心不全(高血圧症等の場合:0.1%未満、慢性心不全の場合:7.0%)、完全房室ブロック、高度徐脈、洞不全症候群(高血圧症等の場合:0.1%未満、慢性心不全の場合:頻度不明)があらわれることがあるので、心機能検査を定期的に行い、このような副作用が発現した場合には減量又は投与を中止するなどの適切な処置を行うこと。

●その他の使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

●使用上の注意の改訂に十分ご留意ください。

## 選択的 $\beta_1$ アンタゴニスト

【薬価基準収載】

MAINTATE® 錠 0.625mg  
2.5mg  
5mg

MAINTATE® Tablets 0.625mg・Tablets 2.5mg・Tablets 5mg

(日本薬局方 ピンプロロールフマル酸塩錠)

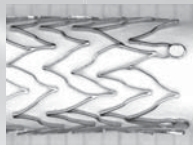
【処方せん医薬品】(注意-医師等の処方せんにより使用すること)



柔軟性、耐久性を追求。  
使いやすいRXタイプのSFAステント\*。

高い柔軟性と耐久性を追求した、  
ニッケル-チタン合金製のZig-Zag 8 cell-2Link 構造

- 血管の動きによるステントへの負荷を軽減させるために、曲げ・捻り・伸縮などによる歪みが集中しにくい独自の構造を採用。



下肢用ステントでは世界初の  
RX(Rapid Exchange)構造

- 先端のみが可動する構造のため摩擦が小さく、狙った位置への正確留置をサポート。
- 片手で簡単にリリースできるホイール内蔵グリップ。

自己拡張型ペリフェラルステント

**Misago**<sup>®</sup>

一般的名称: 血管用ステント

販売名: ミサゴ 医療機器承認番号: 22400BZX00463

\*浅大腿動脈領域における症候性の動脈疾患に対する、経皮的血管形成術の不成功に伴う急性もしくは切迫閉塞の治療目的のみの適用となります。

製造販売業者 **テルモ株式会社** 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1

Ⓜ、TERUMO、Misago、ミサゴはテルモ株式会社の登録商標です。

©テルモ株式会社2012年12月

# 驚きの抗キック性能

血栓吸引カテーテル

# TVAC® II

BOTTLE TYPE / SYRINGE TYPE / TVAC® 吸引器



### Anti-Kinking Braid tube

Pushability を損なうことなく  
優れた抗キック性能を実現しました。

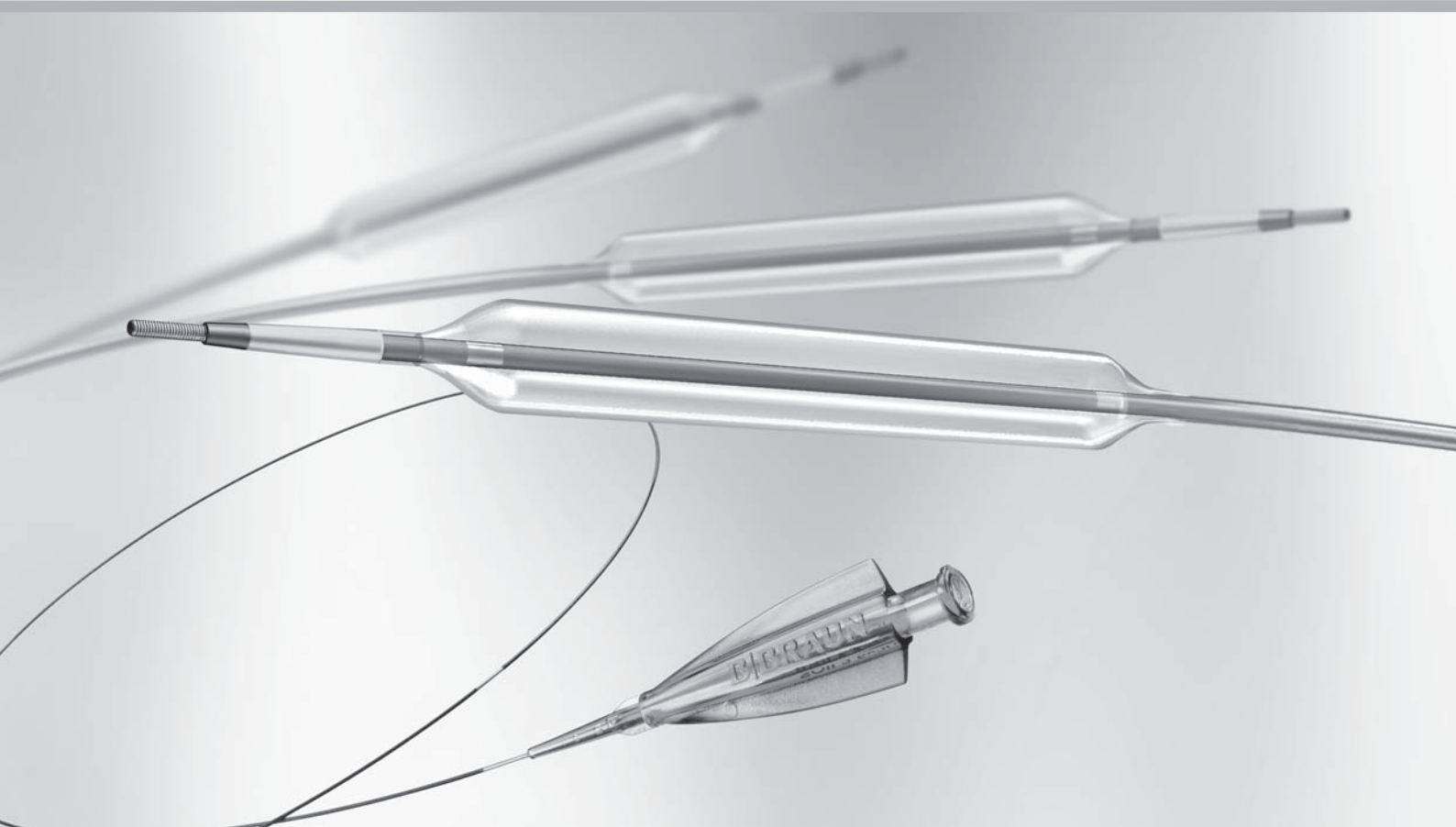
 **NIPRO** 製造販売

ニプロ株式会社  
大阪市北区本庄西3丁目9番3号  
(資料請求先)

クラス分類：クラスⅣ(高度管理医療機器)  
一般名称：中心循環系血栓除去用カテーテル  
販売名：ニプロ TVAC TYPE-II  
医療機器承認番号：22300BZX00187000  
特定保険医療材料請求分類：血栓除去用カテーテル 経皮的血栓除去用

2012年11月作成

# SeQuent<sup>®</sup> II PTCA Balloon Catheter



## Crossabilityの追求

- ▶ エントリープロファイルを0.016インチまで細径化しました。
- ▶ 最適なテーパ形状に改良しました。



## 最適化されたTip

- ▶ 柔らかな部分を伸ばすことで、追従性と病変通過性を向上しました。
- ▶ 石灰化病変やRe crossに対処するため、短縮された硬めの最先端としました。細径化された硬めの最先端としました。

・ クラス分類：クラスVI (高度管理医療機器)      ・ 医療機器承認番号：22400BZX00217000  
・ 一般的名称：冠血管向けバルーン拡張式血管形成術用カテーテル      ・ 特定保険医療材料請求分類：心臓手術用カテーテル/経皮的冠動脈形成術用カテーテル 一般型  
・ 販売名：SeQuent II PTCA RX バルーンカテーテル



販売元  
ニプロ株式会社  
大阪市北区本庄西3丁目9番3号  
(資料請求先)



製造販売元  
ビー・ブラウン エースクラップ株式会社  
〒113-0033東京都文京区本郷2-38-16



# Resolute Integrity

ZOTAROLIMUS-ELUTING CORONARY STENT SYSTEM



**SIMPLIFY**  
THE CHALLENGE.

販売名: リゾリュートインテグリティコナリーステントシステム  
医療機器承認番号: 22400BZX00176000

日本メドトロニック株式会社  
<http://www.medtronic.co.jp>

効能・効果、禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の添付文書をご参照ください。



ATHLETE 0.018" Peripheral Guide Wire

**Debut!**

# Paddler

PADに挑む、0.018"のオールラウンダー

ATHLETE 0.018" Peripheral Guide Wire

# GLAIVE

**Debut!**

閉塞病変を貫く、  
20gの突破力。

販売名: JLLマイクロワイヤPLC 一般的名称: 心臓・中心循環系用カテーテルガイドワイヤ 医療機器承認番号: 22200BZX00671000

製造販売業者

日本ライフライン株式会社

〒140-0002 東京都品川区東品川二丁目2番20号 天王洲郵船ビル TVI事業部 TEL.03-6711-5232  
<http://www.jll.co.jp>

**JLL** Japan Lifeline

# すべての経口糖尿病薬 およびインスリンとの 併用療法が 可能になりました。

※スルホニルウレア剤又はインスリン製剤を投与中の患者に対しては慎重投与とされています。

## 【禁忌（次の患者には投与しないこと）】

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡、1型糖尿病の患者〔インスリンの適用である。〕
3. 重度の肝機能障害のある患者〔肝機能障害が悪化するおそれがある。〕
4. 重症感染症、手術前後、重篤な外傷のある患者〔インスリンの適用である。〕

## 【効能又は効果】

### 2型糖尿病

#### 【用法及び用量】

通常、成人には、ビルダグリプチンとして50mgを1日2回朝、夕に経口投与する。なお、患者の状態に応じて50mgを1日1回朝に投与することができる。

#### （用法及び用量に関連する使用上の注意）

中等度以上の腎機能障害のある患者又は透析中の末期腎不全患者では、本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるため、50mgを1日1回朝に投与するなど、慎重に投与すること。（「1. 慎重投与」の項参照）

#### 【使用上の注意】

### 1. 慎重投与（次の患者には慎重に投与すること）

- (1) 肝機能障害のある患者〔肝機能障害が悪化するおそれがある。〕
- (2) 中等度以上の腎機能障害のある患者又は透析中の末期腎不全患者（用法及び用量に関連する使用上の注意）の項参照
- (3) 心不全（NYHA分類Ⅲ～Ⅳ）のある患者〔使用経験がなく安全性が確立していない。〕
- (4) スルホニルウレア剤又はインスリン製剤を投与中の患者〔低血糖のリスクが増加するおそれがある。〕（「2. 重要な基本的注意」、「3. 相互作用」、「4. 副作用」の項参照）
- (5) 次に掲げる患者又は状態〔低血糖を起こすおそれがある。〕
  - 1) 脳下垂体機能不全又は副腎機能不全
  - 2) 栄養不良状態、飢餓状態、不規則な食事摂取、食事摂取量の不足又は衰弱状態
  - 3) 激しい筋肉運動
  - 4) 過度のアルコール摂取者
- (6) 腹部手術の既往又は腸閉塞の既往のある患者〔腸閉塞を起こすおそれがある。〕

### 2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤の使用にあたっては、患者に対し低血糖症状及びその対処方法について十分説明すること。特に、スルホニルウレア剤又はインスリン製剤と併用する場合、低血糖のリスクが増加するおそれがある。スルホニルウレア剤又はインスリン製剤による低血糖のリスクを軽減するため、これらの薬剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤又はインスリン製剤の減量を検討すること。（「1. 慎重投与」、「3. 相互作用」、「4. 副作用」の項参照）
- (2) 肝機能障害（肝炎を含む）があらわれることがあるので、本剤投与開始前、投与開始後1年間は少なくとも3ヵ月毎に、その後も定期的に肝機能検査を行うこと。ALT（GPT）又はAST（GOT）等の肝機能検査値の異常を認めた場合には、本剤の投与を中止するなど適切な処置を行うこと。黄疸や肝機能障害を示唆するその他の症状があらわれた場合には、本剤の投与を中止し、その後回復した場合でも再投与しないこと。（「4. 副作用」の項参照）
- (3) 急性膵炎があらわれることがあるので、持続的な激しい腹痛、嘔吐等の初期症状があらわれた場合には、速やかに医師の診察を受けるよう患者に指導すること。（「4. 副作用」の項参照）
- (4) 糖尿病の診断が確立した患者に対してのみ適用を考慮すること。糖尿病以外にも耐糖能異常・尿糖陽性等、糖尿病類似の症状（腎性糖尿、甲状腺機能異常等）を有する疾患があることに留意すること。
- (5) 本剤の適用はあらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分に行った上で効果が不十分な場合に限り考慮すること。
- (6) 本剤投与中は、血糖、尿糖を定期的に検査し、薬剤の効果を確認、本剤を3ヵ月投与しても効果が不十分な場合には他の治療法への変更を考慮すること。
- (7) 投与の継続中に、投与の必要がなくなる場合や減量する必要がある場合があり、また、患者の不養生、感染症の合併等により効果がなくなったり、不十分となる場合があるので、食事摂取量、体重の推移、血糖値、感染症の有無



選択的DPP-4阻害薬

【薬価基準収載】

# エクア錠50mg

【処方せん医薬品】（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

Equa®

ビルダグリプチン錠

等に留意の上、常に投与継続の可否、投与量、薬剤の選択等に注意すること。

- (8) 低血糖及び低血糖症状を起こすおそれがあるため、高所作業、自動車の運転等に従事している患者に投与するときには注意すること。
- (9) 本剤とインスリン製剤との併用投与の有効性及び安全性は検討されていない。

### 3. 相互作用

本剤は主に代謝により消失し、未変化体の尿中排泄率は23%であった。

#### 併用注意（併用に注意すること）

薬剤名等：血糖降下作用を増強する薬剤

糖尿病用剤：スルホニルアミド系及びスルホニルウレア系薬剤、ビッグuanid系薬剤、インスリン製剤、チアゾリジン系薬剤、 $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害剤、速効型インスリン分泌促進剤、GLP-1アナログ製剤等

$\beta$ -遮断剤・サリチル酸剤・MAO阻害剤・フィブрат系薬剤等

血糖降下作用を減弱する薬剤

アドレナリン・副腎皮質ホルモン・甲状腺ホルモン等

アンジオテンシン変換酵素阻害剤

### 4. 副作用

国内で実施された臨床試験において、1,128例中290例（25.7%）に臨床検査値異常を含む副作用が認められた。主な副作用は便秘36例（3.2%）、空腹34例（3.0%）、無力症22例（2.0%）等であった。

（効能又は効果の一変承認時までの集計）

#### (1) 重大な副作用

- 1) 肝炎、肝機能障害（いずれも頻度不明）：ALT（GPT）又はAST（GOT）の上昇等を伴う肝炎又は肝機能障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、適切な処置を行うこと。（「2. 重要な基本的注意」の項参照）
- 2) 血管浮腫（頻度不明）：アンジオテンシン変換酵素阻害剤を併用している患者では、併用していない患者に比べて血管浮腫の発現頻度が高かったとの報告があるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。（「3. 相互作用」の項参照）
- 3) 低血糖症：本剤の投与により低血糖症があらわれることがある。スルホニルウレア剤との併用で重篤な低血糖症があらわれ、意識消失を来す例も報告されていることから、スルホニルウレア剤と併用する場合には、スルホニルウレア剤の減量を検討すること。低血糖症状が認められた場合には、糖質を含む食品を摂取するなど適切な処置を行うこと。（「1. 慎重投与」、「2. 重要な基本的注意」、「3. 相互作用」の項参照）
- 4) 横紋筋融解症（頻度不明）：筋肉痛、脱力感、CK（CPK）上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれることがあるので、このような場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 5) 急性膵炎（頻度不明）：急性膵炎があらわれることがあるので、観察を十分に行い、持続的な激しい腹痛、嘔吐等の異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。（「2. 重要な基本的注意」の項参照）
- 6) 腸閉塞（頻度不明）：腸閉塞があらわれることがあるので、観察を十分に行い、高度の便秘、腹部膨満、持続する腹痛、嘔吐等の異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。（「1. 慎重投与」の項参照）

- その他の使用上の注意等詳細については、製品添付文書をご参照ください。

製販販売

（資料請求先）

**ノバルティス ファーマ株式会社**  
東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

NOVARTIS DIRECT

0120-003-293

受付時間：月～金 9:00～17:30

（祝祭日及び当社休日は除く）

www.novartis.co.jp

# いま、高コレステロール血症治療に “吸収阻害”という選択。

## Zetia®

### 【禁忌】(次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 本剤とHMG-CoA還元酵素阻害剤を併用する場合、重篤な肝機能障害のある患者【重要な基本的注意】の項参照

### 【効能・効果】

高コレステロール血症、家族性高コレステロール血症、ホモ接合体性シトステロール血症

#### ＜効能・効果に関連する使用上の注意＞

1. 適用の前に十分な検査を実施し、高コレステロール血症、家族性高コレステロール血症、ホモ接合体性シトステロール血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。
2. ホモ接合体性家族性高コレステロール血症については、HMG-CoA還元酵素阻害剤及びLDLアフェレーシス等の非薬物療法の補助として、あるいはそれらの治療法が実施不能な場合に本剤の適用を考慮すること。

### 【用法・用量】

通常、成人にはエゼチミブとして1回10mgを1日1回食後経口投与する。なお、年齢、症状により適宜減量する。

### 【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
  - (1) シクロスポリンを投与中の患者【相互作用】の項参照
  - (2) 肝機能障害のある患者【薬物動態】「1.血漿中濃度」(3)の項参照
  - (3) 糖尿病患者【空腹時血糖の上昇が報告されている。(【臨床成績】「3.その他」(4)の項参照)]
2. 重要な基本的注意
  - (1) あらかじめ高コレステロール血症治療の基本である食事療法を行い、更に運動療法や、高血圧・喫煙等の虚性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。
  - (2) 甲状腺機能低下症、閉塞性胆のう胆道疾患、慢性腎不全、膵炎等の疾患の合併、血清脂質に悪影響を与える薬剤の服用等の二次的要因により高脂血症を呈している場合は、原疾患の治療、薬剤の切り替え等を可能な限り実施した上で本剤での治療を考慮すること。
  - (3) 本剤は中等度又は重度の肝機能障害を有する患者には投与しないことが望ましい。【本剤の血漿中濃度が上昇するおそれがある。(【薬物動態】「1.血漿中濃度」(3)の項参照)]
  - (4) 本剤とHMG-CoA還元酵素阻害剤を併用する場合、併用するHMG-CoA還元酵素阻害剤の添付文書を必ず参照し、【使用上の注意】の禁忌、慎重投与、重要な基本的注意、重大な副作用等の記載を確認すること。また、肝機能検査を、併用開始時及び併用するHMG-CoA還元酵素阻害剤の添付文書で推奨されている時期に実施すること。
  - (5) フィbrates系薬剤との併用に関しては、有効性及び安全性が十分に確認されておらず、併用しないことが望ましい。【フィbrates系薬剤では胆汁へのコレステロール排泄を増加させ、胆石形成がみられることがある。本剤はイヌで胆のう

胆汁中のコレステロール濃度の上昇が報告されている。(【その他の注意】(1)及び(2)の項参照)

- (6) 投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。

### 3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること)

●陰イオン交換樹脂: コlestチミド、コレステラミン等 ●シクロスポリン ●グマリ系抗凝血剤: ワルファリン等

### 4. 副作用

承認時までの長期投与試験を含む臨床試験(HMG-CoA還元酵素阻害剤との併用投与を含む)で、副作用は504例中95例(18.8%)に認められた。主なものは、便秘15件(3.0%)、発疹12件(2.4%)、下痢11件(2.2%)、腹痛10件(2.0%)、腹部膨満及び悪心・嘔吐のそれぞれ8件(1.6%)であった。また、臨床検査値の異常変動は504例中61例(12.1%)に認められた。主なものは、γ-GTP上昇13件<sup>注1)</sup>(2.6%)、CK(CPK)上昇11件<sup>注2)</sup>(2.2%)、ALT(GPT)上昇11件<sup>注3)</sup>(2.2%)であった。

- 注1) 基準値上限の3倍以上2件
- 注2) 基準値上限の10倍以上1件
- 注3) 全て基準値上限の3倍未満

#### (1) 重大な副作用

- 1) 過敏症(頻度不明): アナフィラキシー、血管神経性浮腫、発疹を含む過敏症状があらわれたとの報告があるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。
- 2) 横紋筋融解症(頻度不明): 本剤との因果関係は確立していないが、まれに横紋筋融解症、ミオパシーの報告があるので、観察を十分に行い、筋肉痛、脱力感、CK(CPK)上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇等が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。特に、本剤をHMG-CoA還元酵素阻害剤と併用する場合、併用薬の添付文書のモニタリングに関する記載を参照すること。
- 3) 肝機能障害(頻度不明): AST(GOT)上昇、ALT(GPT)上昇等を伴う肝機能障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には、投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。

●その他の使用上の注意等の詳細は添付文書をご参照ください。

小腸コレステロールトランスポーター阻害剤 薬価基準収載  
—高脂血症治療剤—

# ゼチーア®錠10mg

エゼチミブ錠

Zetia®

処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)



製造販売元【資料請求先】  
**MSD株式会社**

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

http://www.msdd.co.jp/  
【MSDカスタマーサポートセンター】

医療関係者の方 0120-024-961

<受付時間> 9:00~18:00 (土日祝日・当社休日を除く)



販売元【資料請求先】

**ハイエル薬品株式会社**

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

http://www.bayer.co.jp/byl

# 1錠の力。

さらなる脳梗塞\*発症抑制をめざして

2013年  
5月1日より  
投薬期間制限が  
解除  
されました

\*本邦で承認された効能・効果は「非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制」です。

## ■警告

本剤の投与により出血が発現し、重篤な出血の場合には、死亡に至るおそれがある。本剤の使用にあたっては、出血の危険性を考慮し、本剤投与の適否を慎重に判断すること。本剤による出血リスクを正確に評価できる指標は確立されておらず、本剤の抗凝固作用を中和する薬剤はないため、本剤投与中は、血液凝固に関する検査値のみならず、出血や貧血等の徴候を十分に観察すること。これらの徴候が認められた場合には、直ちに適切な処置を行うこと。〔禁忌〕、〔用法・用量〕に関連する使用上の注意、〔慎重投与〕、〔重要な基本的注意〕、〔過量投与〕の項参照

## ■禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 出血している患者(頭蓋内出血、消化管出血等の臨床的に重大な出血)[出血を助長するおそれがある。]
- (3) 凝固障害を伴う肝疾患の患者[出血の危険性が增大するおそれがある。]
- (4) 中等度以上の肝障害(Child-Pugh分類B又はCに相当)のある患者[出血の危険性が增大するおそれがある。]
- (5) 腎不全(クレアチニンクリアランス15mL/min未満)の患者[使用経験がない。]
- (6) 妊婦又は妊娠している可能性のある女性〔妊婦、産婦、授乳婦等への投与〕の項参照
- (7) HIVプロテアーゼ阻害剤(リトナビル、アタザナビル、インジナビル等)を投与中の患者〔相互作用〕、〔薬物動態〕の項参照
- (8) アゾール系抗真菌剤(フルコナゾールを除く、イトラコナゾール、ボリコナゾール、ケトコナゾール等)の経口又は注射剤を投与中の患者〔相互作用〕、〔薬物動態〕の項参照
- (9) 急性細菌性心内膜炎の患者[血栓剥離に伴う血栓塞栓様症状を呈するおそれがある。]

## ■効能・効果

非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中及び全身性塞栓症の発症抑制

## ■用法・用量

通常、成人にはリバーロキサバンとして15mgを1日1回食後に経口投与する。なお、腎障害のある患者に対しては、腎機能の程度に応じて10mg1日1回に減量する。

## ＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

(1) クレアチニンクリアランス30~49mL/minの患者には、10mgを1日1回投与する。〔慎重投与〕及び〔臨床成績〕の項参照 (2) クレアチニンクリアランス15~29mL/minの患者では、本剤の血中濃度が上昇することが示唆されており、これらの患者における有効性及び安全性は確立していないので、本剤投与の適否を慎重に検討した上で、投与する場合は、10mgを1日1回投与する。〔慎重投与〕及び〔薬物動態〕の項参照

## ■使用上の注意

### 1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 出血リスクが高い患者(止血障害、凝固障害、先天性又は後天性の出血性疾患、コントロールできない重症の高血圧症、活動性の潰瘍性消化管障害、血管性網膜症、もしくは頭蓋内出血発症後日の浅い患者、脊髄内又は脳内にある血管異常のある患者、脊髄や眼の手術後の浅い患者、気管支拡張症又は肺出血の既往のある患者)[出血の危険性が增大する。]
- (2) 腎障害のある患者(クレアチニンクリアランス15~49mL/min)〔用法・用量〕に関連する使用上の注意の項参照 (3) 高齢者〔高齢者への投与〕の項参照 (4) 低体重の患者〔低体重の患者では出血の危険性が增大することがある。]

### 2. 重要な基本的注意

(1) プロトロンビン時間国際標準比(PT-INR)は本剤の抗凝固作用について標準化された指標でなく、活性化部分トロンボプラスチン時間(aPTT)等の凝固能検査は、本剤の抗凝固作用をモニタリングする指標として推奨されない。投与にあたっては、臨床症状を注意深く観察し、出血等が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。(2) 本剤と他の抗凝固剤との切り替えにおいては、以下の点に留意すること。1) フルファリンから本剤に切り替える必要がある場合は、フルファリンの投与を中止した後、PT-INR等、血液凝固能検査を実施し、治療域の下限以下になったことを確認した後、可及的速やかに本剤の投与を開始すること。2) 注射剤の抗凝固剤(ヘパリン等)から本剤に切り替える場合、本剤の静脈内又は皮下投与が予定された時間の0~2時間前又は持続静注中止後より、本剤の投与を開始すること。3) 本剤からフルファリンへの切り替え時において抗凝固作用が不十分になる可能性が示唆されているので、抗凝固作用が維持されるよう注意し、PT-INR等、血液凝固能検査の値が治療域の下限を超えるまでは、フルファリンと本剤を併用すること。なお、本剤の投与終了後24時間経過するまでは、PT-INRがフルファリンの抗凝固作用を正確に反映し

ない。4) 本剤から注射剤の抗凝固剤に切り替える場合、本剤の投与を中止し、次の本剤投与が予定された時間に抗凝固剤の静脈内投与又は皮下投与を開始すること。(3) 本剤の投与中に手術や侵襲的処置を行う場合、臨床的に可能であれば本剤の投与後24時間以上経過した後に行うことが望ましい。手術や侵襲的処置の開始を遅らせることができない場合は、緊急性と出血リスクを評価すること。本剤の投与は、手術や侵襲的処置後、患者の臨床状態に問題がなく出血がないことを確認してから、可及的速やかに再開すること。(4) 出血等の副作用が生じることがあるので、必要に応じて血算(ヘモグロビン値)、便潜血等の検査を実施し、急激なヘモグロビン値や血圧の低下等の出血の徴候が認められた場合には、適切な処置を行うこと。(5) 患者には、鼻出血、皮下出血、歯肉出血、血尿、咯血、吐血及び血便等、異常な出血の徴候が認められた場合には、医師に連絡するよう指導すること。(6) アスピリン、クロピドグレル硫酸塩等の抗血小板剤との併用により、出血の危険性が增大するおそれがあるので、注意すること。これらの薬剤と本剤の併用については、治療上の有益性と危険性を考慮して慎重に判断すること。〔相互作用〕の項参照 (7) 潰瘍性消化管障害のおそれのある患者には、潰瘍性消化管障害に対する適切な予防に配慮すること。(8) 服用を忘れた場合は直ちに本剤を服用し、翌日から毎日1回の服用を行うよう患者に指導すること。服用を忘れた場合でも、一度に2回分を服用せず、次の服用まで12時間以上空けるよう、患者に指導すること。

### 3. 相互作用

本剤は主としてチトクロームP450 3A4及び2J2(CYP3A4及びCYP2J2)により代謝される。また、本剤はP-糖蛋白及び乳糖耐性蛋白(BCRP)の基質である。〔薬物動態〕の項参照 (1) 併用禁忌(併用しないこと): HIVプロテアーゼ阻害剤、アゾール系抗真菌剤(経口又は注射剤、フルコナゾールを除く) (2) 併用注意(併用に注意すること): 抗凝固剤、血小板凝集抑制作用を有する薬剤、サリチル酸誘導体、血栓溶解剤、非ステロイド性解熱鎮痛消炎剤、フルコナゾール、クラリスロマイシン、エリスロマイシン、リファンピシン、フェニトイン、カルバマゼピン、フェニバルビタール、セイヨウオトギリソウ(St. John's Wort、セント・ジョーンズ・ワート)含有食品

### 4. 副作用

国内データ: 非弁膜症性心房細動患者を対象とした国内第Ⅲ相試験において、本剤15mg(クレアチニンクリアランス30~49mL/minの患者には10mg)が1日1回投与された639例中326例(51.0%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。主な副作用は、鼻出血88例(13.8%)、皮下出血50例(7.8%)、歯肉出血40例(6.3%)、血尿24例(3.8%)、結腸出血23例(3.6%)、尿中血陽性18例(2.8%)、貧血17例(2.7%)、創傷出血15例(2.3%)、咯血14例(2.2%)、口腔内出血12例(1.9%)、痔出血11例(1.7%)、便潜血陽性9例(1.4%)、網膜出血7例(1.1%)、メナ7例(1.1%)、便潜血7例(1.1%)、出血7例(1.1%)等であった。(承認時)

外国データ: 非弁膜症性心房細動患者を対象とした国外第Ⅲ相試験において、本剤20mg(クレアチニンクリアランス30~49mL/minの患者には15mg)が1日1回投与された7,111例中2,096例(29.5%)に副作用(臨床検査値異常を含む)が認められた。主な副作用は、鼻出血1,967例(7.6%)、歯肉出血1,951例(2.8%)、血尿1,951例(2.7%)、血腫1,241例(1.7%)、斑状出血1,177例(1.6%)、控嚥94例(1.3%)、貧血92例(1.3%)、直腸出血89例(1.3%)、胃腸出血81例(1.1%)、結腸出血77例(1.1%)等であった。(承認時)

(1) 重大な副作用 1) 出血: 頭蓋内出血(0.13%)、脳出血(0.10%)、出血性卒中(0.10%)、関節内出血(0.21%)、眼出血(0.27%)、網膜出血(0.12%)、直腸出血(0.15%)、胃腸出血(1.05%)、上部消化管出血(0.55%)、メナ(0.68%)、下部消化管出血(0.23%)、出血性胃潰瘍(0.19%)、コンパートメント症候群を伴う筋肉内出血(0.01%)等の重篤な出血があらわれることがあり、死亡に至る例が報告されている。本剤投与中は観察を十分に行い、重篤な出血等の異常が認められた場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。なお、出血に伴う合併症として、ショック、腎不全、呼吸困難、浮腫、頭痛、浮動性めまい、蒼白、脱力感があらわれることがある。また、一部の例では貧血の結果として胸痛又は狭心症様の心虚血症状があらわれている。2) 肝機能障害: 黄疸: ALT(GPT)上昇、AST(GOT)上昇を伴う肝機能障害(0.1~1%未満)、黄疸(頻度不明)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合は投与を中止し、適切な処置を行うこと。

● その他の使用上の注意等の詳細は、製品添付文書をご参照ください。



選択的 direct作用型第Ⅹa因子阻害剤

# イグザレルト錠

10mg 15mg

Xarelto® (リバーロキサバン錠) 薬価基準収載

処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<http://www.bayer.co.jp/byl>



2013年2月作成

# **PROMUS Element™ Plus**

Everolimus-Eluting Platinum Chromium Coronary Stent System

**New Balloon<sup>+</sup>**

**Flexibility<sup>+</sup>**



**Clinical Outcomes<sup>+</sup>**

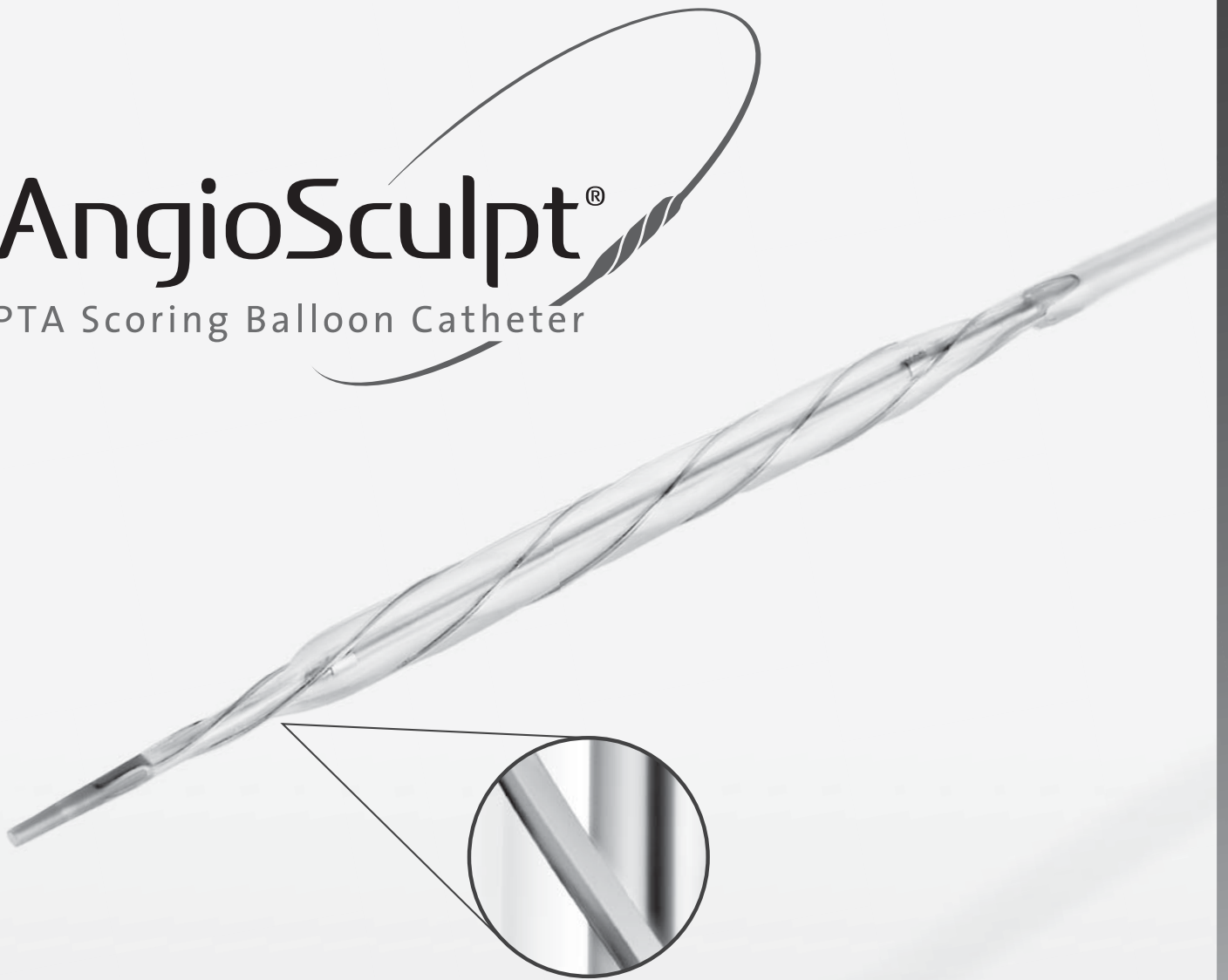
## **結果を出すDESは、Element™**

ステントのプラットフォームの素材から開発したElement™  
血管追従性の手応え感は、結果を出せるDESとして選択いただいております。

[ **Flexibility<sup>+</sup>** ] = [ **Conformability<sup>+</sup>** ]

# AngioSculpt®

PTA Scoring Balloon Catheter



## スコアリングエレメントが生み出す技術

- ▶ スリッピングを起こしにくいらせん状のスコアリングエレメント
- ▶ 末梢血管の幅広い血管径に対応 (2.0~6.0mm)

### WE'RE MAKING IT PERSONAL.

Volcano's intravascular guidance technologies help physicians personalize the treatment path for patients.

販売名  
医療機器承認番号  
保険材料分類

アンジオスカルプトPTAバルーンカテーテル  
22100BZX00716000  
133 血管内手術用カテーテル  
(3)PTAバルーンカテーテル (5)スリッピング防止型

製造販売業者 **ボルケーノ・ジャパン株式会社**

〒105-0013 東京都港区浜松町1-30-5 浜松町スクエア6F 電話:03-6430-9400 FAX:03-6430-9401  
[www.volcanojapan.com](http://www.volcanojapan.com)

製造業者 **米国 AngioScore, Inc.**

Find out more at [Volcanojapan.com](http://Volcanojapan.com)

Volcano and the Volcano Logo are registered trademarks of Volcano corporation. ©2011 Volcano Corporation. All rights reserved.

 **VOLCANO**  
PRECISION GUIDED THERAPY

**NOVEL**  
Technology

**PrimeWire Prestige® PLUS**  
Pressure Guide Wire

# PWPP PLUS

**PrimeWire Prestige® PLUS**  
Pressure Guide Wire

## Trust PLUS

for Precise Pressures and  
Excellent Maneuverability



PRECISION GUIDED THERAPY

製造販売業者

**ボルケーノ・ジャパン株式会社**

〒105-0013

東京都港区浜松町1-30-5 浜松町スクエア6階

Tel: 03-6430-9400 Fax: 03-6430-9401

販売名: プライムワイヤ プレステージ  
医療機器承認番号: 22300BZX00128000

Parent Plus 45™

メディキット血管造影キット

# Parent Plus 45™

Medikit Peripheral Sheathless Guiding System

—— ペアレント プラス 45 ——

- Parent Plus™ に、より細径のシースレスガイディングシステムがラインナップされました。
- SFAやBK病変に対するPTA(POBA)をより低侵襲に行うことができます。



**メディキット株式会社**

発売元：メディキット株式会社 〒113-0034 東京都文京区湯島 1-13-2 TEL.03-3839-0201  
製造販売元：東郷メディキット株式会社 〒883-0062 宮崎県日向市大字日知屋字亀川 17148-6 TEL.0982-53-8000  
<http://www.medikit.co.jp/>  
<http://www.togomedikit.co.jp/>

販売名：メディキット血管造影キット  
承認番号：20200BZZ01460000



Parent Plus

メディキット血管造影キット

# Parent Plus

Medikit Peripheral Sheathless-Guiding System

—— ペアレント プラス ——

- ガイディングカテーテルと導入用シースを融合させたニューシステムです。
- 現行品と比較し、ガイディングカテーテルのスムーズな導入、確実なデリバリー、および併用デバイスの通過性・操作性が飛躍的に向上。それぞれの場面でストレスの無い手技が可能となりました。



**メディキット株式会社**

承認番号：20200BZZ01460000

発 売 元：メディキット株式会社 〒113-0034 東京都文京区湯島 1-13-2 TEL.03-3839-0201  
製造販売元：東郷メディキット株式会社 〒883-0062 宮崎県日向市大字日知屋字亀川 17148-6 TEL.0982-53-8000  
<http://www.medikit.co.jp/>  
<http://www.togomedikit.co.jp/>



# ULTRAVERSE<sup>®</sup> 018 ULTRAVERSE<sup>®</sup> 014

PTA Dilatation Catheter

**Advanced Innovation for  
Exceptional Performance**



# RIVAL<sup>®</sup>

PTA Dilatation Catheter

**First-line PTA Balloon with  
Unmatched Trackability**

販売名：BARD ULTRAVERSE PTA バルーンカテーテル  
承認番号：22400BZX00139000  
償還区分：PTAカテ・一般・特殊  
PTAカテ・一般・標準

販売名：BARD RIVAL PTA バルーンカテーテル  
承認番号：22300BZX00337000  
償還区分：PTAカテ・一般・標準

※事前に必ず添付文書を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、警告、使用上の注意等を守り、使用方法に従って正しくご使用ください。本製品の添付文書は、弊社WEBサイト及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)の医薬品医療機器情報提供ホームページでも閲覧できます。  
※製品の仕様・形状等は、改良等の理由により予告なく変更する場合がございますので、あらかじめご了承ください。  
※Bard、バード、RIVAL、ライバル、ULTRAVERSE、ウルトラバースは、C. R. Bard社の登録商標です。

製造販売元  **株式会社 メディコン**

本社 大阪市中央区平野町2丁目5-8  
☎06(6203)6541(代)  
<http://www.medicon.co.jp>

**BARD** | PERIPHERAL  
VASCULAR

## 協賛企業一覧表 (50 音順)

朝日インテックJセールス株式会社  
アステラス製薬株式会社  
アストラゼネカ株式会社  
アボットバスキュラー・ジャパン株式会社  
サノフィ株式会社  
泉工医科工業株式会社  
セント・ジュード・メディカル株式会社  
第一三共株式会社  
武田薬品工業株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
テルモ株式会社  
ニプロ株式会社  
日本メドトロニック株式会社  
日本ライフライン株式会社  
ノバルティスファーマ株式会社  
バイエル薬品株式会社  
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社  
ボルケーノ・ジャパン株式会社  
メディキット株式会社  
株式会社メディコン

この度は、第6回 中日本 Case Review Course に協賛いただきまして、誠にありがとうございました。

この場をかりて御礼申し上げます。

第6回 中日本 Case Review Course  
会長 高橋 稔

# 特定非営利活動法人 中日本PCI研究会 活動内容

## ● 月例 CTO ライブデモンストレーション

術者に“PCIの匠”加藤修先生を招聘し、高瀬クリニック内に常設されたハイビジョンのライブシステムを活用して、CTO症例を中心のライブデモンストレーションを開催しています。

また症例持ち込みによる術者の募集、座長の募集は随時行っており、規模の大きなライブでは伝えられない、Tips, tricks を分かりやすく開催しております。

開催日程に関しては、ホームページを参照下さい。

近日開催予定：6/8(土)、7/13(土)、8/24(土)、9/28(土)

## ● 第七回 中日本ライブデモンストレーション

会期：2013年11月23日(土) 勤労感謝の日

会長：太田 吉実 (埼玉県済生会栗橋病院)

会場：ホテルメトロポリタン高崎 (JR 高崎駅ビル)

## ● 第7回 中日本ケースレビューコース

会期：2014年5月24日(土)

会長：小山 豊 (総合新川橋病院 心臓血管センター)

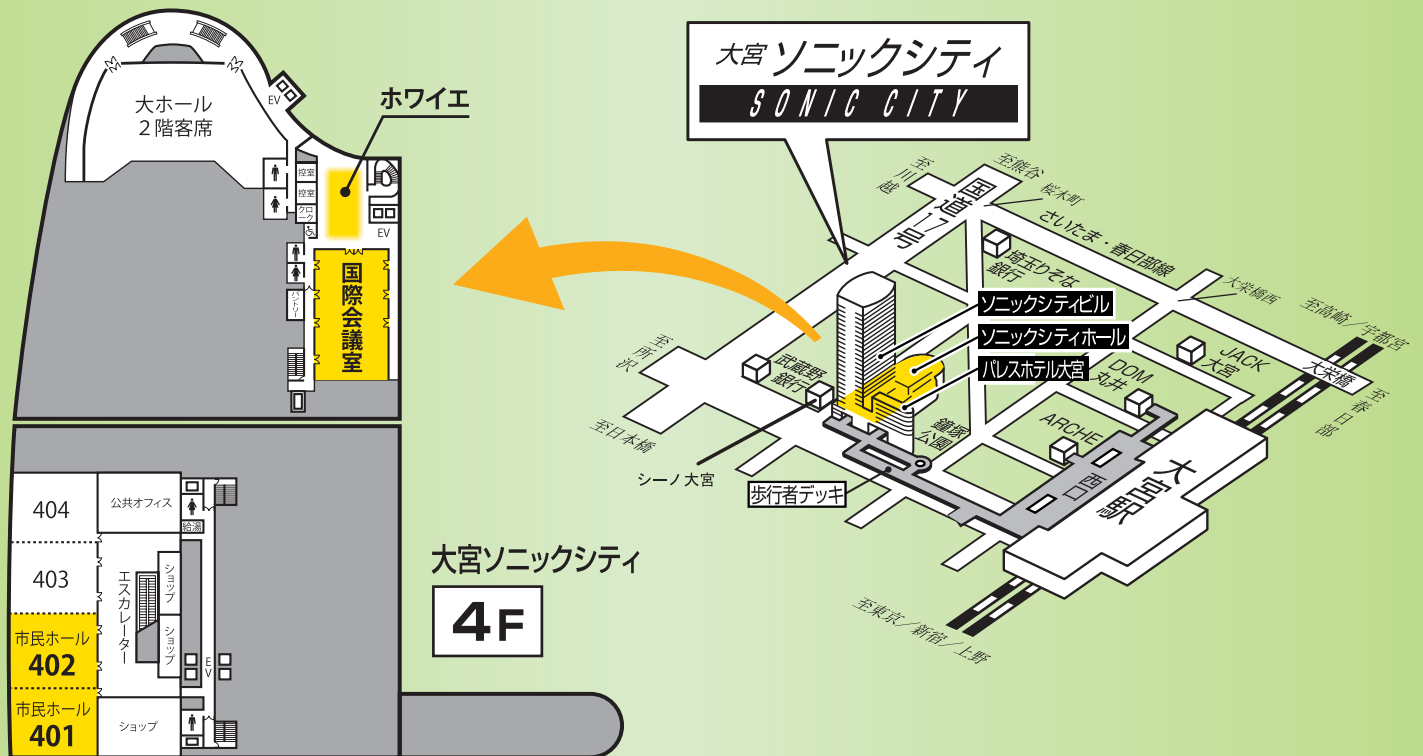
会場：大宮ソニックシティ (JR 大宮駅)

### 会場案内図

- 【メイン会場】**…………… 国際会議室
- 【展示会場】**…………… (国際会議室前) ホワイエ
- 【comedical会場】**…………… 市民ホール 401、402

### 大宮ソニックシティ案内図

大宮駅西口 徒歩3分



## 特定非営利活動法人 中日本PCI研究会 事務局

〒370-0036 高崎市南大類町 885-2 高瀬クリニック内

TEL : 027-353-1156 FAX : 027-353-6123

E-mail : [info@nakanihonpci.com](mailto:info@nakanihonpci.com)

<http://www.nakanihonpci.com>