

# 第 148 回

## 日本循環器学会東北地方会

### プログラム

会 期：平成21年6月6日(土)午前8：40より

会 場：岩手医科大学附属循環器医療センター  
(創立60周年記念館 9F)

盛岡市中央通1-2-1

T E L (019) 651-5111

第1会場：9F講義室2

第2会場：9F講義室1

### 会 長 伊 藤 宏

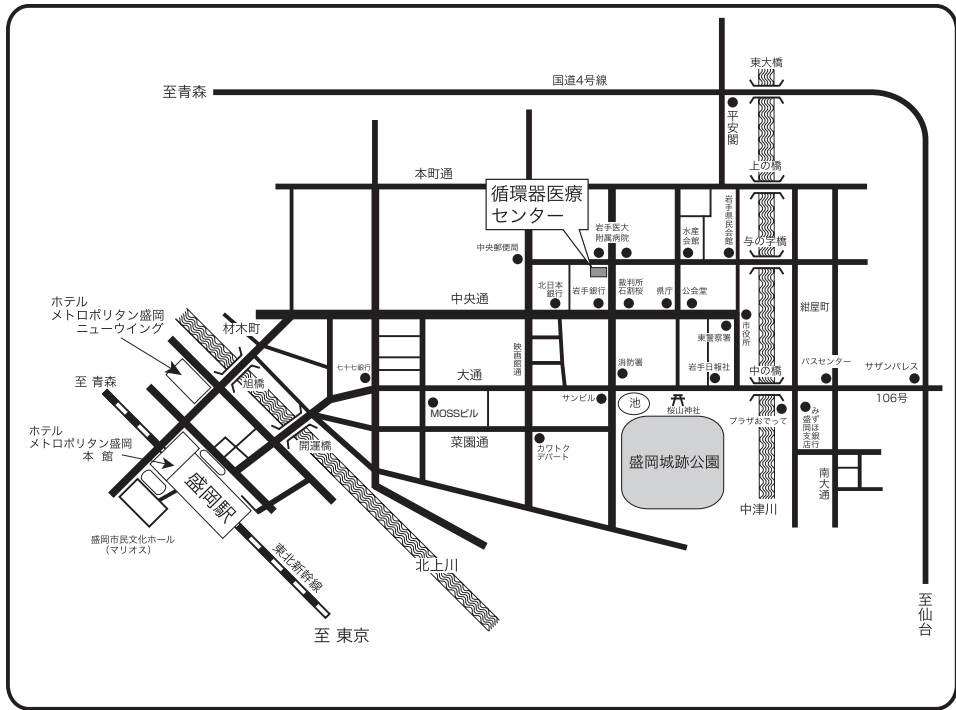
事務局：秋田大学大学院医学系研究科  
循環器内科学・呼吸器内科学  
秋田市本道一丁目1-1

T E L : (018) 884-6110

F A X : (018) 836-2612

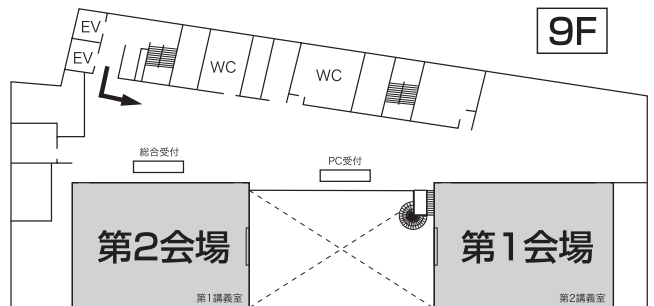
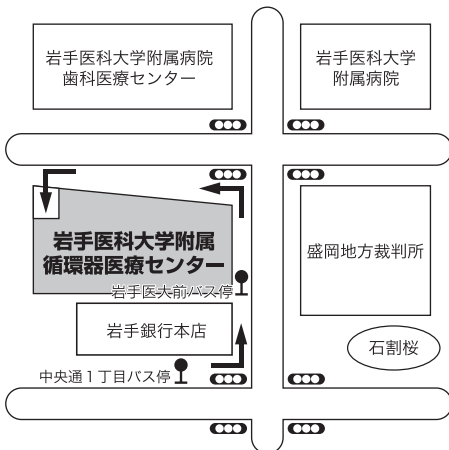
- 一般演題の発表時間は5分(予鈴4分)、追加討論2分、YIAの発表時間は7分(予鈴6分)、追加討論3分とします。時間厳守をお願いします。  
コンピュータープレゼンテーションによる発表のみとします。Windows版Power Point 2000、2002、2003、2007で作成して下さい。動画は使用できません。Macintosh及び持込PCでの発表はできません。発表30分前までに、作成したデータをUSBメモリーに入れてPC受付にお持ち下さい。データのファイル名には演題番号(半角)に続けて発表者の氏名(漢字)を必ず付けて下さい(例：10岩手太郎.ppt)。  
不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ち下さい。  
※35mmスライドによる発表はできません。
  - 演者ならびに共同演者は日本循環器学会の会員であることが必要です。非加入の方は入会の手続きをお取り下さい。
  - 循環器学会教育セッション(3単位)とします。
- 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。

# 会場案内図



盛岡駅からは「バスセンター」方面、「中央通一丁目」で下車。所要時間は約10分です。

※「柳新道経由」の場合、「中央通一丁目」は通りませんので、「県庁市役所前」で下車して下さい。  
 盛岡都心循環バス・でんでんむし号右回り線は、盛岡駅前バスターミナル15番発「岩手医大前」下車。  
 岩手医科大学附属循環器医療センター（創立60周年記念館）の9階へはセンター正面右側、歯科医療センターとの間の道路を進み奥の入口をご利用下さい。入ってすぐにエレベーターがあります。



## プログラム及び座長 (敬称略)

第1会場 (9階 講義室2)	第2会場 (9階 講義室1)	8階研修室
8:40~8:45 開会挨拶 会長：伊藤 宏		
8:45~9:25 Y I A研究発表部門 座長：伊藤 宏 (秋田大学)	8:45~9:27 心不全、心筋症、心筋炎 座長：花田 裕之 (弘前大学)	
9:25~10:15 Y I A症例発表部門 座長：伊藤 宏 (秋田大学)	9:27~10:09 M S C T、大血管 座長：石橋 敏幸 (福島県立医科大学)	
10:15~10:57 虚血① 座長：伊藤 智範 (岩手医科大学)	10:09~10:51 虚血、I C D、ペーシング 座長：渡邊 哲 (山形大学)	10:20~11:20 Y I A 審査会
10:57~11:46 心筋症、心膜炎、心不全 座長：渡邊 博之 (秋田大学)	10:51~11:33 不整脈① 座長：阿部 芳久 (秋田県成人病医療センター)	11:20~12:00 心肺蘇生法普及委員会
11:46~12:28 虚血② 座長：安田 聡 (東北大学)	11:33~12:22 不整脈② 座長：小松 隆 (岩手医科大学)	12:15~12:45 評議員会
12:50~13:50 教育セッション1 講師：増山 理 (兵庫医科大学) 座長：奥村 謙 (弘前大学)		
14:00~15:00 教育セッション2 講師：今井由美子 (秋田大学) 座長：伊藤 宏 (秋田大学)		
15:00~15:15 総 会		
15:15~15:20 閉会式(Y I A授賞式)		

## 第1会場

Y I A研究発表部門 (8:45 ~ 9:25)

座長：伊藤 宏 (秋田大学)

### 1 C反応性蛋白高値の慢性腎臓病は心血管疾患発症の高リスク群である；地域住民での縦断研究

岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野

○肥田 頼彦、瀬川 利恵、田中 文隆

高橋 智弘、酒井 敏彰、佐藤 権裕

金矢 宜紀、佐久間雅文、中村 元行

岩手医科大学 医学部 衛生学公衆衛生

小野田敏行、板井 一好、坂田 清美

岩手県予防医学協会

川村 和子

結核予防協会

岡山 明

岩手医科大学 医学部 脳神経外科学

吉田 雄樹

### 2 DES留置後の新生内膜はBMSとどう異なるか？

岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野

○後藤 巖、伊藤 智範、松井 宏樹

木村 琢巳、房崎 哲也、菅原 正磨

荻野 義信、折居 誠、中村 元行

### 3 右室心尖部ペーシング施行患者における左室機能障害に関する検討および評価

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 ○佐藤 貴子、小山 崇、高橋陽一郎

寺田 豊、石田 大、野堀 潔

飯野 健二、小坂 俊光、渡邊 博之

伊藤 宏

### 4 肺高血圧症の新たな予後規定因子の検索

東北大学 循環器病態学

○三浦 裕、福本 義弘、中野 誠

佐藤 公雄、杉村宏一郎、及川美奈子

下川 宏明

## 第1会場

Y I A症例発表部門 (9:25 ~ 10:15)

座長：伊藤 宏 (秋田大学)

### 5 大動脈内バルーンパンピング(IABP)の長期治療により救命し得た、褐色細胞腫による重症心不全の一例

東北大学 循環器病態学

○福井 重文、福本 義弘、杉村宏一郎  
縄田 淳、中野 誠、安田 聡  
加賀谷 豊、下川 宏明

東北大学 腎・高血圧・内分泌科

阿部 倫明、種本 雅之、阿部 高明  
伊藤 貞嘉

東北大学 移植・再建・内視鏡外科

関口 悟

### 6 脳膿瘍を契機に左腕頭静脈-左上肺静脈シャントを診断した一例

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 輝紀、飯野 健二、佐藤 貴子  
高橋陽一郎、小山 崇、寺田 豊  
石田 大、野堀 潔、小坂 俊光  
渡邊 博之、伊藤 宏

### 7 非心臓手術周術期に遅発性ステント血栓症を発症した1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○三阪 智史、中里 和彦、星野 寧人  
水上 浩行、安藤 勝也、待井 宏文  
義久 精臣、坂本 信雄、泉田 次郎  
国井 浩行、竹石 恭知

### 8 三尖弁輪後壁に起源を有する心房頻拍の1例

岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野

○佐藤 嘉洋、小松 隆、橘 英明  
小澤 真人、梶田 房紀、中村 元行

### 9 低K血症が心室細動の誘因になったと思われたBrugada症候群の2例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○沓沢 大輔、渡邊 哲、玉渕 智昭  
岩山 忠輝、田村 晴俊、鈴木 聡  
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範  
六戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也  
二藤部丈司、久保田 功

## 第1会場

虚血① (10:15 ~ 10:57)

座長：伊藤 智範 (岩手医科大学)

### 10 迅速なPCPSおよびIABPの導入とPCIにより救命し得た急性心筋梗塞の一例

市立秋田総合病院 循環器科

○藤原 敏弥、中川 正康、柴原 徹  
木村 俊介

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

伊藤 宏

### 11 SESの遅発性血栓症に留置したBMSが、4ヵ月後に血栓性閉塞を来した1例

宮城県立循環器呼吸器病センター 循環器科

○三引 義明、菊田 寿、住吉 剛忠  
柴田 宗一、渡邊 誠、大沢 上

### 12 石灰化を伴う冠動脈瘤を閉塞断端とするLAD#6のCTO病変に対しreverse CARTを行い血行再建に成功した一例

仙台厚生病院

○本多 卓、井上 直人、滝澤 要  
鈴木 健之、大友 達志、密岡 幹夫  
目黒泰一郎

### 13 OCTガイド下PCIの困難を感じた急性心筋梗塞の一例

東北大学 循環器病態学

○瀧井 暢、武田 守彦、伊藤 愛剛  
中山 雅晴、伊藤 健太、高橋 潤  
安田 聡、下川 宏明

### 14 Paclitaxel-Eluting Stent内再狭窄病変をOCTにて観察することができた一症例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○中村 裕一、国井 浩行、三阪 智史  
水上 浩行、安藤 勝也、金城 貴士  
上北 洋徳、坂本 信雄、中里 和彦  
鈴木 均、竹石 恭知

### 15 バクリタキセル溶出性ステント再狭窄症例における血管内超音波と内視鏡所見の比較

山形大学 医学部 内科学第一講座

○沓沢 大輔、宮本 卓也、玉渕 智昭  
岩山 忠輝、田村 晴俊、鈴木 聡  
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範  
穴戸 哲郎、宮下 武彦、二藤部丈司  
渡邊 哲、久保田 功

## 第1会場

心筋症、心膜炎、心不全（10：57～11：46）

座長：渡邊 博之（秋田大学）

### 16 右室自由壁に疣贅を認めた感染性心内膜炎（IE）の一例

仙台医療センター 循環器科

○佐藤 信一、馬場 恵夫、池田 尚平  
田丸 貴規、尾上 紀子、田中 光昭  
石塚 豪、篠崎 毅

### 17 脳梗塞を発症し感染性脳動脈瘤の破裂を起こした感染性心内膜炎の一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○鈴木 晃子、阿部 直樹、伊藤 太平  
山田 雅大、及川 広一、樋熊 拓未  
花田 裕之、長内 智宏、奥村 謙

### 18 漏斗胸に対する治療経過観察中に心不全をきたした1症例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○桐林 伸幸、二藤部丈司、玉渕 智昭  
岩山 忠輝、田村 晴俊、鈴木 聡  
西山 悟史、高橋 大、有本 貴範  
宍戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也  
渡邊 哲、久保田 功

### 19 当院における左室心筋緻密化障害13症例の検討

仙台医療センター 循環器科

○大橋 威信、池田 尚平、田丸 貴規  
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪  
篠崎 毅

### 20 繰り返す失神発作を主訴とした肺動脈弁下狭窄症の一例

東北労災病院 循環器内科

○神山 理明、佐治 賢哉、加藤 浩  
小丸 達也

### 21 閉塞性肥大型心筋症の急性増悪にアミオダロン静注が有効であった一例

岩手県立中央病院 循環器科

○中山 学、花田 晃一、三浦 正暢  
遠藤 秀晃、高橋 徹、中村 明浩  
野崎 英二、田巻 健治

### 22 鉄剤とErythropoietinにより右心不全の改善をみた慢性血栓塞栓性肺高血圧症の1例

東北大学 循環器病態学

○太田 淳、佐藤 公雄、福本 義弘  
杉村宏一郎、及川美奈子、中野 誠  
三浦 裕、下川 宏明

## 第1会場

虚血② (11:46 ~ 12:28)

座長：安田 聡 (東北大学)

### 23 左室内血栓症の一例

青森県立中央病院 循環器科

○三浦 大、會田 悦久、坂本 幸則  
今田 篤、吉町 文暢、藤野 安弘

### 24 抗PF4/ヘパリン抗体陰性確認後に冠動脈バイパス術を実施したヘパリン起因性血小板減少症の一例

盛岡赤十字病院 循環器科

○齋藤 雅彦、市川 隆

岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野

中村 元行

岩手医科大学附属循環器医療センター 循環器内科

伊藤 智範、肥田 龍彦、長井 瑞祥  
松井 宏樹、房崎 哲也

岩手医科大学附属循環器医療センター 心臓血管外科

金 一、片岡 剛、岡林 均

### 25 Acetazolamideが冠動脈虚血を誘発したと考えられた一例

仙台医療センター

○鈴木 智、池田 尚平、田丸 貴規  
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪  
篠崎 毅

### 26 睡眠時無呼吸症候群を合併した冠血管攣縮性狭心症に対し陽圧換気療法が奏功した1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○星野 寧人、義久 精臣、待井 宏文  
安藤 勝也、坂本 信雄、泉田 次郎  
中里 和彦、斎藤 修一、石橋 敏幸  
竹石 恭知  
鈴木 史雄

南相馬市立病院

### 27 閉経前女性に認められた冠微小血管性狭心症の1例

東北大学 循環器病態学

○宮道 沙織、高橋 潤、安田 聡  
武田 守彦、中山 雅晴、伊藤 健太  
伊藤 愛剛、瀧井 暢、高木 祐介  
下川 宏明

### 28 血管内皮機能障害における膜型1マトリックスメタロプロテアーゼ(MT1-MMP)の役割

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○杉本 浩一、石橋 敏幸、上北 洋徳  
坂本 信雄、竹石 恭知

国立循環器病センター 脈管生理部

沢村 達也

金沢大学 血管分子生理学

多久和 陽

帝京大学 内科

寺本 民夫



## 第2会場

### 心不全、心筋症、心筋炎（8：45～9：27）

座長：花田 裕之（弘前大学）

#### 29 内シャント閉塞と心不全治療薬により著しく心機能が改善した、長期維持透析心不全の一例

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 ○新保 麻衣、石田 大、寺田 舞  
寺田 茂則、高橋陽一郎、小山 崇  
寺田 豊、野堀 潔、飯野 健二  
小坂 俊光、渡邊 博之、伊藤 宏

#### 30 早期の持続的血液濾過透析導入が有効と思われた慢性心不全急性増悪の一例

東北大学 循環器病態学 ○後岡広太郎、三浦 正暢、高橋 潤  
下川 宏明  
東北大学大学院循環器EBM開発学講座 柴 信行、河野 春香

#### 31 急性心筋梗塞後、収縮性心膜炎を発症した一症例

みやぎ県南中核病院 循環器科 ○太田 真澄、富岡 智子、塩入 裕樹  
小山 二郎、堀口 聡、井上 寛一

#### 32 当科で経験した劇症型心筋炎5例の検討

岩手県立中央病院 循環器科 ○大江 佑治、中村 明浩、三浦 正暢  
福井 重文、遠藤 秀晃、花田 晃一  
高橋 徹、野崎 英二、田巻 健治

#### 33 未破裂脳動脈瘤術後にたこつぼ型心筋症を発症した1症例

秋田県立脳血管研究センター 内科・循環器科 ○藤原理佐子、小野 幸彦、泉 学  
秋田県成人病医療センター 循環器科 佐藤 匡也、宗久 雅人  
秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏

#### 34 心室細動を発症した頻脈誘発性心筋症の1例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科 ○関口 祐子、大和田真玄、伊藤 太平  
佐々木憲一、佐々木真吾、奥村 謙  
青森県立中央病院 循環器内科 會田 悦久、吉町 文暢、藤野 安弘

## 第2会場

### MSCT、大血管（9：27～10：09）

座長：石橋 敏幸（福島県立医科大学）

- 35 心臓血管外科領域における疾患別の喫煙歴調査（急性大動脈解離症例は喫煙率が高率）  
総合南東北病院 心臓血管外科 ○菅野 恵、緑川 博文、高野 隆志
- 36 Gore TAG deviceによる緊急ステントグラフト内挿術を施行した胸部大動脈瘤の2例  
総合南東北病院 心臓血管外科 ○緑川 博文、菅野 恵、高野 隆志  
須賀川病院 心臓血管外科 佐藤 晃一、津田 晃洋
- 37 64列マルチスライスCTが診断に有用であったStanford分類B型慢性大動脈解離を合併した右側大動脈弓の一例  
仙台循環器病センター ○島谷有希子、八木 勝宏、藤井 真也  
藤森 完一、小林 弘、米村 滋人  
箕田紳一郎、喜多村一孝、星野 大雅  
内田 達郎
- 38 心臓CTにて偶発的に脾動脈瘤が診断され治療し得た1例  
山形大学 医学部 内科学第一講座 ○岩山 忠輝、二藤部丈司、舟山 哲  
禰津 俊介、沓沢 大輔、玉渕 智昭  
田村 晴俊、宍戸 哲郎、宮下 武彦  
宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功  
山形大学 医学部 環境病態統御学講座 映像解析統御学分野  
本間 次男、菅井 幸雄、細矢 貴亮
- 39 MDCTが診断に有用であった部分肺静脈還流異常の一例  
岩手県立中央病院 循環器科 ○佐賀 雄大、花田 晃一、三浦 正暢  
遠藤 秀晃、高橋 徹、中村 明浩  
野崎 英二、田巻 健治  
岩手県立中央病院 心臓血管外科 佐久間 啓、長嶺 進  
岩手県立中央病院 放射線科 熊坂由紀子
- 40 クモ膜下出血発症直後に生じた胸痛発作の鑑別に心臓MSCTが有用であった1例  
東北大学 循環器病態学 ○伊藤 愛剛、高橋 潤、中山 雅晴  
武田 守彦、伊藤 健太、安田 聡  
下川 宏明

## 第2会場

虚血、ICD、ペーシング（10：09～10：51）

座長：渡邊 哲（山形大学）

### 41 急性心筋梗塞に対する冠血行再建術後に発症した造影剤腎症の頻度

仙台市医療センター 仙台オープン病院

○二瓶 太郎、浪打 成人、加藤 敦  
杉江 正、高橋 務子、金澤 正晴

### 42 左冠動脈主幹部に冠動脈瘤を合併した心筋梗塞後自由壁破裂を保存的治療で救命しえた症例

日本海総合病院

○大瀧陽一郎、大道寺飛雄馬、成味 太郎  
門脇 心平、桐林 伸幸、新関 武史  
金子 一善、伊藤 誠、小熊 正樹

### 43 左主幹部心筋梗塞後の高度心機能低下例に対して右室心尖部ペーシングが有効であった一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○神山 美之、鈴木 均、星野 寧人  
山田 慎哉、佐藤 崇匡、金城 貴士  
上北 洋徳、坂本 信雄、泉田 次郎  
中里 和彦、斎藤 修一、石橋 敏幸  
竹石 恭知

### 44 ペースメーカー心房リードの留置にCARTOシステムの使用が有用であった洞不全症候群の一例

東北大学 循環器病態学

○広瀬 尚徳、近藤 正輝、山口 展寛  
若山 裕司、福田 浩二、下川 宏明

### 45 ICDリード留置の工夫を要した著明な右室拡大を伴う不整脈源性右室心筋症の一例

東北大学 循環器病態学

○山口 展寛、福田 浩二、若山 裕司  
広瀬 尚徳、近藤 正輝、下川 宏明

### 46 Ca拮抗薬内服中の冠攣縮性狭心症患者で心室細動を発症し、植え込み型除細動器により救命し得た1例

仙台医療センター 循環器科

○池田 尚平、田丸 貴規、尾上 紀子  
田中 光昭、石塚 豪、馬場 恵夫  
篠崎 毅

## 第2会場

### 不整脈① (10:51 ~ 11:33)

座長：阿部 芳久 (秋田県成人病医療センター)

47 カテーテルアブレーションが奏効した左房ループを起源とする持続性心房頻拍 (AT) の一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○伊藤 太平、大和田真玄、佐々木憲一  
佐々木真吾、奥村 謙

48 イソプロテレノール負荷で顕在化した遅伝導路を介す通常型および非通常型房室結節リエントリー性頻拍の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○上北 洋徳、鈴木 均、山田 慎哉  
金城 貴士、神山 美之、斎藤 修一  
石橋 敏幸、竹石 恭知

49 順行性速伝導路を障害した後に遅伝導路のアブレーションを行った通常型房室結節リエントリー性頻拍の1例

仙台市立病院 循環器科

○佐藤 弘和、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、山科 順裕、中川 孝  
櫻本万治郎、佐藤 英二

50 右心房に広範な低電位領域を有し、多数の心房頻拍を認めた1例

仙台市立病院 循環器科

○中川 孝、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、山科 順裕、佐藤 弘和  
櫻本万治郎、佐藤 英二、菊地 次郎

51 誘発不能な特発性右室流出路起原心室性不整脈に対するカテーテルアブレーション

仙台市立病院 循環器科

○山科 順裕、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、佐藤 弘和、中川 孝  
櫻本万治郎、佐藤 英二、菊地 次郎

52 遅伝導路電位への高周波通電後に自動能亢進によるWideQRS頻拍を認めた房室結節回帰性頻拍の1例

岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野

○梶田 房紀、小松 隆、橘 英明  
佐藤 嘉洋、小澤 真人、中村 元行

## 第2会場

不整脈② (11:33 ~ 12:22)

座長：小松 隆 (岩手医科大学)

### 53 蜂毒ショックによる低体温に伴い心電図上Osborn波を認めた一例

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 ○小武海雄介、小山 崇、飯野 健二  
佐藤 貴子、高橋陽一郎、寺田 豊  
石田 大、野堀 潔、小坂 俊光  
渡邊 博之、伊藤 宏

### 54 徐拍性心房細動にQT延長を伴いTorsade de Pointesをきたしたジギタリス中毒の1例

秋田組合総合病院 循環器科 ○山崎 大輔、阿部 元、松岡 悟  
田村 芳一、齊藤 崇  
秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏

### 55 アミオダロン内服中に重症急性間質性肺炎を発症した心室頻拍の1例

東北大学 循環器病態学 ○鈴木 秀明、山口 展寛、近藤 正輝  
広瀬 尚徳、若山 裕司、福田 浩二  
下川 宏明

### 56 ニフェカランが無効で、アミオダロン静注が有効だった3例

山形県立中央病院 循環器科 ○福井 昭男、本多 勇希、矢尾板信裕  
菊地 彰洋、高橋 克明、高橋健太郎  
玉田 芳明、松井 幹之、矢作 友保  
後藤 敏和

### 57 後側壁領域にlow voltage areaを認め、2種類の心室頻拍を認めた症例

大崎市民病院 循環器科 ○岩渕 薫、神戸 茂雄、矢作 浩一  
長谷部雄飛、宮道 沙織、竹内 雅治  
平本 哲也

### 58 頻拍中にPVCの嵌入を認め上室性頻拍と鑑別を要した特発性左室起源心室頻拍の一例

東北大学 循環器病態学 ○近藤 正輝、福田 浩二、若山 裕司  
広瀬 尚徳、山口 展寛、下川 宏明

59 心房頻拍を合併した慢性心不全に対しカテーテルアブレーションと心臓再同期療法 (CRT) が有効であった1例

東北厚生年金病院 循環器センター 循環器科

○田渕 晴名、山中 多聞、山口 済  
山家 実、中野 陽夫、菅原 重生  
片平 美明

東北厚生年金病院 循環器センター 心臓血管外科

増田 信也、渡辺 卓、藤川 拓也  
三浦 誠

仙台市立病院 循環器科

八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦  
山科 順裕、佐藤 弘和

10:20～11:20 Y I A 審査会 (8階研修室)

11:20～12:00 心肺蘇生法普及委員会 (8階研修室)

12:15～12:45 評議員会 (8階研修室)

《教育セッション1》

12:50～13:50 (第1会場 9階講義室2)

座長：弘前大学循環呼吸腎臓内科 教授 奥村 謙 先生

「慢性心不全の最近のトピックス」

兵庫医科大学内科学講座循環器内科 教授 増山 理 先生

共催：第148回日本循環器学会東北地方会  
万有製薬株式会社

《教育セッション2》

14:00～15:00 (第1会場 9階講義室2)

座長：秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 教授 伊藤 宏 先生

「レニンアンジオテンシン系と疾患分子病態」

秋田大学大学院情報制御学・実験治療学 教授 今井由美子 先生

共催：第148回日本循環器学会東北地方会  
ファイザー株式会社

15:00～15:15 総 会 (第1会場 9階講義室2)

15:15～15:20 閉会式 (Y I A授賞式) (第1会場 9階講義室2)

# MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.



# 日本循環器学会東北支部則

## 1. 名 称

本支部は日本循環器学会東北支部と称する。

(「地方会」より「支部」へ名称変更→平成15年3月改正)

## 2. 目 的

本支部は日本循環器学会の目的に協力し、本支部における循環器学会の進歩と普及発展を期し、あわせて会員相互の親睦を図ることを目的とする。

## 3. 事 業

本支部は原則として年2回の学術集会を開催し、その他本支部の目的達成上必要な事業を行う。

## 4. 学術集会

学術集会に演題を提出するものは日本循環器学会に入会しなければならない。学術集会の記事は日本循環器学会誌に掲載する。

## 5. 支部員

本支部は日本循環器学会会員であって東北地方に在住する者および支部評議員会において承認された者をもって組織する。支部員は支部費を納める。

## 6. 名誉支部員

年齢満65歳以上の会員で、支部評議員を3期以上務めた者を名誉支部員とする。

名誉支部員は評議員会に出席して意見を述べることができる。ただし、議決権は有しない。

## 7. 名誉特別会員

名誉支部員の条件に加え、東北地方会で会長を務めた者、支部長を務めた者とする。

処遇については、名誉支部員に準用する。

## 8. 支部長

本支部に支部長を1名おく。支部長は支部評議員会の互選により定める。支部長は本支部を代表する。

## 9. 支部評議員

本支部に支部評議員をおく。支部評議員は本地方の日本循環器学会評議員およびその推薦により選出された各県若干の本支部部員をもってあてる。支部評議員は本支部の運営にあたる。支部評議員のうち2名を会計監事とし、支部長はこれを委嘱する。

9-1. 支部評議員辞職にあたっての細則

任期途中で支部評議員の辞職を希望する者は、理由を記した書面を支部長に提出する。

9-2. 支部評議員推薦にあたっての細則

支部評議員の推薦を希望する者は、推薦理由と推薦される者の略歴を支部長に提出する。推薦の資格を有する者は本地方の日本循環器学会全国評議員とする。

9-3. 支部評議員辞職・支部評議員選出にあたっての細則

支部評議員の辞職及び推薦は、支部評議員会の同意を必要とする。

10. 支部評議員会

原則として学術集会の機会に定例支部評議員会（以下、[評議員会]と略す。）を開き会務を審議する。支部長は必要に応じ臨時に評議員会を開催できる。評議員会は支部員の中から幹事を委嘱し、本支部の日常業務を分掌させることができる。

11. 総 会

年1回原則としてその年度の最初の学術集会の際に総会を開く。総会の議長には支部長の指名した評議員があたる。評議員会が必要と認めるときには臨時総会を開くことができる。

12. 役員任期

支部長及び支部評議員の任期は4年とし、再任はさまたげない。役員に欠員が生じた場合は速やかに補充し、その任期は前任者の残任期間とする。

13. 会 計

本支部の会計年度は毎年4月1日から始まり翌年3月31日におわる。

本支部の経費は、部費、各種補助金および寄付金をもってあてる。

14. 部則の変更

本部則の変更は評議員会の議を経て総会の出席者の3分の2以上の賛成を要する。

15. 付 則

①本支部の事務室は当分の間、東北大学大学院循環器病態学におく。

②年間部費は個人部費2,000円とし、本部より一括徴収となる。

# 日本循環器学会東北地方会Young Investigator's Award会則

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、本会則の変更は評議委員会で審議・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。選考委員の代理を置く場合は、大会長の推薦を必要とする。

# 第148回日本循環器学会東北地方会YIA審査委員

(敬称略)

## 青森

弘前大学循環呼吸腎臓内科  
青森県立中央病院

教授 奥村 謙  
循環器センター長 藤野 安弘

## 岩手

岩手医科大学医学部内科学講座循環器・腎・内分泌内科分野  
岩手県立中央病院

教授 中村 元行  
統括副院長 田巻 健治

## 秋田

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科  
秋田組合総合病院

教授 伊藤 宏  
副院長 齊藤 崇

## 山形

山形大学医学部内科学第一講座  
山形済生病院

教授 久保田 功  
内科診療部長 池田こずえ

## 宮城

東北大学循環器病態学  
東北労災病院

教授 下川 宏明  
循環器内科部長 小丸 達也

## 福島

福島県立医科大学循環器・血液内科  
白河厚生総合病院

教授 竹石 恭知  
第二内科部長 斎藤 富善

# 日本循環器学会東北支部役員

(平成21年4月1日現在)

支部長 下川 宏明  
理事 下川 宏明  
名誉特別会員 白土 邦男 平 則夫 平盛 勝彦 丸山 幸夫 三浦 傳

名誉支部員 芦川 紘一 虻川 輝夫 阿部 圭志  
池田 精宏 伊藤 明一 猪岡 英二  
遠藤 政夫 大友 尚 小田 純士  
小野 一男 香川 謙 佐々木 弥  
鈴木 典夫 高橋 恒男 高松 滋  
立木 楷 田中 元直 津田 福視  
仁田 新一 羽根田 隆 林 雅人  
星野 俊一 三浦 幸雄 毛利 平  
横山 紘一

評議員 (各県ごと五十音順、○印は全国評議員)

青 森 ○奥村 謙 ○長内 智宏 花田 裕之  
福田 幾夫 藤野 安弘 三国谷 淳  
元村 成 盛 英機 保嶋 実

岩 手 青木 英彦 伊藤 智範 岡林 均  
○小松 隆 佐藤 衛 瀬川 郁夫  
田代 敦 田卷 健治 ○中村 元行  
那須 雅孝 蒔田 真司 茂木 格

秋 田 阿部 芳久 ○伊藤 宏 小野 幸彦  
門脇 謙 小林 政雄 齊藤 崇  
佐藤 匡也 鈴木 泰 田村 芳一  
中川 正康 長谷川仁志 松岡 一志  
山本 文雄 ○渡邊 博之

山 形 熱海 裕之 石井 邦明 小熊 正樹  
金谷 透 ○久保田 功 後藤 敏和  
齋藤 公男 貞弘 光章 廣野 撰  
福井 昭男 松井 幹之 宮脇 洋  
八卷 通安 ○渡邊 哲

宮 城	井口 篤志	石出 信正	○伊藤 貞嘉
	井上 直人	今井 潤	○加賀谷 豊
	金澤 正晴	金塚 完	小岩 喜郎
	上月 正博	小丸 達也	西條 芳文
	佐久間聖仁	佐藤 昇一	柴 信行
	○下川 宏明	○田林 暁一	布川 徹
	福本 義弘	安田 聡	柳澤 輝行
	山家 智之		

福 島	青木 孝直	石川 和信	○石橋 敏幸
	市原 利勝	大和田憲司	木島 幹博
	○竹石 恭知	前原 和平	室井 秀一
	○横山 齊	渡辺 毅	

会計監事	阿部 圭志	田中 元直
------	-------	-------

幹 事	柴 信行	安田 聡	福本 義弘
-----	------	------	-------

# MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing.

# 第148回日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

平成21年6月6日 岩手医科大学附属循環器医療センター  
会長：伊藤 宏  
(秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学)



1 C反応性蛋白高値の慢性腎臓病は心血管疾患発症の高リスク群である；地域住民での縦断研究

- 1) 岩手医科大学 医学部 内科学講座  
循環器・腎・内分泌内科学
- 2) 岩手医科大学 医学部 衛生学公衆衛生
- 3) 岩手県予防医学協会
- 4) 結核予防協会
- 5) 岩手医科大学 医学部 脳神経外科学

○肥田 頼彦<sup>1</sup>、瀬川 利恵<sup>1</sup>、田中 文隆<sup>1</sup>、高橋 智弘<sup>1</sup>  
酒井 敏彰<sup>2</sup>、佐藤 権裕<sup>3</sup>、金矢 宣紀<sup>1</sup>、佐久間雅文<sup>1</sup>  
小野田敏行<sup>2</sup>、板井 一好<sup>2</sup>、坂田 清美<sup>1</sup>、川村 和子<sup>3</sup>  
岡山 明<sup>4</sup>、吉田 雄樹<sup>5</sup>、中村 元行<sup>1</sup>

慢性腎臓病（CKD）は心血管疾患（CVD）発症リスクが高いとされている。また、血清C反応性蛋白（CRP）高値は動脈硬化性CVDの発症リスクと報告されている。本研究では地域住民を対象としてCRP高値のCKDはCVD発症の明らかな高リスク群であるかどうかを検討した。対象は岩手県北地域住民男性（7249名、平均65歳）とした。推算GFRと尿蛋白検査よりCKDを定義した。また、CKDの有無とCRP値（中央値以上・以下より1）非CKD-低CRP、2）非CKD-高CRP、3）CKD-低CRP、4）CKD-高CRPの4群としてCVD発症リスクをCoxの比例ハザードモデルで解析した。その結果、1）非CKD-低CRPに比べ、4）CKD-高CRPは明らかにCVD発症リスクが高かった（ハザード比 $>2$ ;  $p < 0.01$ ）。【結論】一般住民のCKDの内でもCRP高値を示す群は将来CVDを明らかに発症し易いものと考えた。

2 DES留置後の新生内膜はBMSとどう異なるか？

岩手医科大学 医学部 内科学講座  
循環器・腎・内分泌内科学

○後藤 巖、伊藤 智範、松井 宏樹、木村 琢巳  
房崎 哲也、菅原 正磨、荻野 義信、折居 誠  
中村 元行

【目的】DES留置後のステント内新生内膜の組織性状をOCTとIB-IVUSで評価し、BMS留置後との差異を検討する。【対象】冠動脈ステント留置後に確認造影を行った24例（BMS群18例、DES群6例）。【結果】DES群の新生内膜は、BMS群に比べてIB-IVUSでの低IB値領域が有意に高く（ $25.5\% \pm 9.3\%$  vs  $35.9 \pm 4.1\%$ ;  $p < 0.01$ ）、OCT-NSD値が有意に高値であった。（ $0.198 \pm 0.005$  vs  $0.209 \pm 0.007$ ;  $p < 0.01$ ）。さらに、DES群での高感度CRPは、BMS群に比べて高い傾向にあった（ $0.22 \pm 0.03$  vs  $0.41 \pm 0.27$ ;  $p = 0.09$ ）。【結論】DES群では、BMS群と比べ新生内膜の炎症状態などが異なる可能性がある。

3 右室心尖部ペーシング施行患者における左室機能障害に関する検討および評価

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 貴子、小山 崇、高橋陽一郎、寺田 豊  
石田 大、野堀 潔、飯野 健二、小坂 俊光  
渡邊 博之、伊藤 宏

【背景】長期間の右室心尖部ペーシング（RVAP）により左室局所壁運動異常が生じるという報告が散見されるが十分な検討はなされていない。【目的】RVAP施行症例の経時的な左室機能障害の出現様式を検討する。【方法】2000～2003年にペースメーカー植込み術（PMI）およびRVAPが行われた連続74名を対象とし、術後5年間、心エコー検査による心機能評価を行った。【結果】RVAP施行例の16%に左室壁運動異常が出現、RVAP開始3年後、Wall Motion Score Index（WMSI）は1から1.18に上昇し、心尖部において壁運動異常が多く出現した。心室ペーシング率が50%を超える群で、左室拡張末期径は拡大し、駆出率は低値であった。【結論】RVAP施行症例における壁運動異常は左室心尖部で多く出現し、左室機能低下の一因となったことが示唆された。

4 肺高血圧症の新たな予後規定因子の探索

東北大学 循環器病態学

○三浦 裕、福本 義弘、中野 誠、佐藤 公雄  
杉村宏一郎、及川美奈子、下川 宏明

【目的】肺高血圧症は未だ予後不良だが、治療の進歩により生存率が改善し、既知の予後規定因子では予後予測が困難な場合がある。本研究では、しばしば合併する甲状腺機能障害の特徴・加療による経時的肺循環動態・肺動脈径と肺高血圧症の予後を検討した。【方法】当院の139例について後向きに検討した。【成績】甲状腺機能障害合併例では、甲状腺機能障害時にBNP値の有意な上昇を認めたが、生命予後に影響しなかった。一方、診断時に低心拍出状態（ $CI < 2.5$ ）であったが、治療後正常化（ $CI \geq 2.5$ ）した群では、治療後も $CI < 2.5$ であった群よりも有意な長期生存を認めた。また肺動脈径が $>36$ mmの群では、それ以下の群よりも有意に予後が良好であった。【結論】 $CI$ の正常化と肺動脈径拡大は、肺高血圧症の新たな予後規定因子である可能性が示唆された

5 大動脈内バルーンパンピング（IABP）の長期治療により救命し得た、褐色細胞腫による重症心不全の一例

- 1) 東北大学 循環器病態学
- 2) 東北大学 腎・高血圧・内分泌科
- 3) 東北大学 移植・再建・内視鏡外科

○福井 重文<sup>1</sup>、福本 義弘<sup>1</sup>、杉村 宏一郎<sup>1</sup>、縄田 淳<sup>1</sup>  
中野 誠<sup>1</sup>、阿部 倫明<sup>2</sup>、種本 雅之<sup>2</sup>、関口 悟<sup>3</sup>  
安田 聡<sup>1</sup>、阿部 高明<sup>2</sup>、加賀谷 豊<sup>1</sup>、伊藤 貞嘉<sup>2</sup>  
下川 宏明<sup>1</sup>

35歳男性。【主訴】呼吸困難【既往歴】32歳高血圧症【現病歴】2007年12月重症急性心不全で近医入院。IABP、カテコラミンなどで加療されたが、左副腎に径7cmの褐色細胞腫を認め、心不全管理と腫瘍摘出術目的にて当院転院となった。【経過】転院時LVEF20%と低下しており、心不全管理も極めて困難であったため2008年1月IABPを再挿入し血行動態を安定化させ、準緊急で腫瘍切除術を施行。術後も心不全コントロールに難渋したが、組織学的にリンパ節転移を伴う褐色細胞腫との診断にて、LVADの適応なしと考えIABPを2ヶ月間継続とした。徐々に血行動態が改善し7月に退院。現在はLVEF40%に回復し、褐色細胞腫の再発もない。【結語】重症カテコラミン心筋症に対しIABPによる長期サポートが心不全からの離脱に有効であった症例を経験したので報告する。

6 脳膿瘍を契機に左腕頭静脈-左上肺静脈シャントを診断した一例

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 輝紀、飯野 健二、佐藤 貴子、高橋陽一郎  
小山 崇、寺田 豊、石田 大、野堀 潔  
小坂 俊光、渡邊 博之、伊藤 宏

【症例】50歳男性【既往歴】胃潰瘍【現病歴】平成20年12月、全身性の痙攣を呈し救急搬送。頭部CT、MRIの結果、左頭頂葉の脳膿瘍の診断で脳外科入院。穿頭ドレナージと抗生剤にて加療。脳膿瘍の原因検索目的の造影CTで左腕頭静脈から左上肺静脈へ交通する異常血管を認めた。心エコーでは特記所見なし。心臓カテーテル検査で、冠動脈、左室造影は異常なく、血液サンプリングではシャント率11%の左右シャントを認めた。左腕頭静脈造影では、明らかな異常血管を指摘できず、半座位での左腕頭静脈造影にて左上肺静脈への短絡血流を確認することが可能だった。以上より、臥位では左右シャント、立位などの体位変換にて左右シャントとなることが示唆された。左上大静脈遺残の左房還流型と同様の血行動態を示す稀な症例であり考察を含めて報告する。

7 非心臓手術周術期に遅発性ステント血栓症を発症した1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○三阪 智史、中里 和彦、星野 寧人、水上 浩行  
安藤 勝也、待井 宏文、義久 精臣、坂本 信雄  
泉田 次郎、国井 浩行、竹石 恭知

症例は70歳男性。狭心症のため#6 CTOに対してPCIを施行。#6にSES (Cypher 3.0×18mm)を留置することに成功し、IVUSでもステントの拡張は良好であった。その後の経過で腰部脊椎症のため手術の方針となり、SES留置6か月後の確認も含めて、術前に冠動脈造影を行った。ステント内再狭窄を認めなかったため、抗血小板薬2剤を中止とし、腰椎後方固定術が施行された。術後2時間後から胸痛が出現し、急性心筋梗塞の診断で緊急冠動脈造影を施行した。#6 SES内で完全閉塞を認め、血栓吸引後のIVUSでは血管壁の著明なpositive remodelingの所見がみられた。ステント血栓症の原因として、抗血小板薬中止の他に、late-acquired incomplete stent appositionの関与も示唆され、興味深い症例と考え報告する。

8 三尖弁輪後壁に起源を有する心房頻拍の1例

岩手医科大学 医学部 内科学講座  
循環器・腎・内分泌内科分野

○佐藤 嘉洋、小松 隆、橋 英明、小澤 真人  
梶田 房紀、中村 元行

症例は12歳男性。主訴は動悸9歳頃から動悸発作があり、高周波カテーテル心筋焼灼術による根治療法を希望して入院。発作時の12誘導心電図ではaVf誘導に陰性P波を有する心拍数160/分のlongR P頻拍を認めた。高位右房頻回刺激法にて頻拍周期560msecの心房頻拍(AT)が再現性を持って誘発され、三尖弁輪5-6時方向に右房内最早期興奮部位を有していた。Electro-anatomical mappingを作成したところ、同部から同心円状に右房内へ興奮伝播しており、アデノシン三リン酸(ATP) 2mgの急速静注にて容易に停止した。頻拍の開始となる上室性期外収縮と頻拍中の右房内興奮順序ならびに興奮様式が一致しており、同部の高周波通電により反復性心房応答を認めた後に頻拍は停止した。以上の所見より、撃発活動によるfocal ATが示唆された。

9 低K血症が心室細動の誘因になったと思われたBrugada症候群の2例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○沓沢 大輔、渡邊 哲、玉瀧 智昭、岩山 忠輝  
田村 晴俊、鈴木 聡、西山 悟史、高橋 大  
有本 貴範、穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也  
二藤部丈司、久保田 功

症例1: 50歳男性。飲酒後に意識消失をきたし、救急隊到着時にAEDで心室細動(VF)に対し除細動を受けた。救急搬送時の心電図でsaddle back型のST上昇を認めBrugada症候群と考えられた。入院時に低カリウム血症を指摘され、補正を行ったところ翌日にはST上昇は消失した。EPSでVFが誘発され、ICDが植込まれた。症例2: 53歳男性。飲酒後に意識消失をきたした。呼吸停止あり、バイスタンダー CPRで意識を回復した。救急搬送時に低カリウム血症と心電図上covered typeのST上昇を指摘された。症例1と同様にカリウム補正でST上昇の軽快を認めた。飲酒後の低カリウム血症がVF発症の誘因になったと思われたBrugada症候群を2例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

10 迅速なPCPSおよびIABPの導入とPCIにより救命し得た急性心筋梗塞の一例

1) 市立秋田総合病院 循環器科  
2) 秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○藤原 敏弥<sup>1</sup>、中川 正康<sup>1</sup>、柴原 徹<sup>1</sup>、木村 俊介<sup>1</sup>  
伊藤 宏<sup>2</sup>

症例は50歳代女性。冠危険因子は喫煙のみ、梗塞前狭心症なし。平成21年1月某日安静時に突然胸痛を自覚し、当院へ救急搬送された。当院到着直後に循環虚脱となり意識消失、PEAとViを裸り返し、脈を触れない状態となり、約20分間の心肺蘇生に全く反応しなかった。救急室にてPCPSおよびIABPを導入したところ、脈圧得られバイタルが安定した。緊急冠動脈造影で左主幹部の解離を認め、前下行枝は血腫により閉塞していた。PCIにより良好な再灌流が得られ、手技終了。その後順調にPCPSとIABPを離脱しリハビリを行い、心不全を乗り切り神経脱落症状なく回復、完全社会復帰した。結語: 通常的心肺蘇生に反応しない急性心筋梗塞に対し、迅速なPCPSおよびIABPの導入とPCIが奏功し救命しえた症例を経験したので報告する。

11 SESの遅発性血栓症に留置したBMSが、4ヵ月後に血栓性閉塞を来した1例

宮城県立循環器呼吸器病センター 循環器科

○三引 義明、菊田 寿、住吉 剛忠、柴田 宗一  
渡邊 誠、大沢 上

症例は80歳代女性。既往歴は慢性関節リウマチ、高血圧、糖尿病、認知症。平成17年RCA、LADに経皮的冠動脈形成術PCI (SES植込)、平成18年RCA、LADに再PCI (SES植込) 施行している。平成19年1月にLCX#11 75%、#13 75%にPCI (#13にSES3.0/18、#11にSES3.5/13植込) 施行した。平成19年10月冠動脈造影で再狭窄なし。平成20年10月急性心筋梗塞を発症、緊急冠動脈造影で#13に血栓による90%狭窄を認め、SES遅発性血栓症と判断し、PCIを施行した。血栓吸引後にBMSドライバー 3.0/24を留置した。3週間後の冠動脈造影で再狭窄なし。以後胸痛はなかったが、平成21年1月MSCTにて#13の閉塞を認めた。運動負荷シンチにて側壁に再分布があり、平成21年2月再々PCIを施行した。2度の血栓性閉塞を来した症例は稀であり、報告する。

12 石灰化を伴う冠動脈瘤を閉塞断端とするLAD#6のCTO病変に対しreverse CARTを行い血行再建に成功した一例

仙台厚生病院

○本多 卓、井上 直人、滝澤 要、鈴木 健之  
大友 達志、密岡 幹夫、目黒泰一郎

症例は62才男性、労作性の胸部圧迫感あり前医でCAG施行、LAD#6に冠動脈瘤を閉塞断端とするCTOを認め当院へ紹介、PCIを行った。7Fr両側大腿動脈からantegradeおよび中隔枝を介したretrograde approachでスタート、retrogradeからFielder FCを4PD枝～中隔枝を通じてCTO部まで進めた。しかし病変は通過できず、antegrade approachに切り替えた。病変を通過したが未梢側の真腔を捉えることはできず、閉塞部を1.5mmのバルーンで拡張、しかしretrogradeのワイヤーを通すことはできず、次にIVUSを行ったところ病変部の閉塞直後の部分でワイヤーが真腔をとらえていることが確認できたので2.5mmのバルーンで拡張、retro側から真腔を捉えることができた。その後antegradeからもワイヤーを通し、最終的にTaxusを留置し血行再建に成功した。

13 OCTガイド下PCIの困難を感じた急性心筋梗塞の一例

東北大学 循環器病態学

○瀧井 暢、武田 守彦、伊藤 愛剛、中山 雅晴  
伊藤 健太、高橋 潤、安田 聡、下川 宏明

症例は60代男性。急性心筋梗塞にて当院に搬送。冠動脈造影では左回旋枝#11に閉塞を認めた。血栓吸引術の後、OCTを施行した。病変部血管は内腔が約2mmと狭小化し、内膜のびらん及び全周性の低輝度構造物を認め、後方の観察は不可能であった。そのため、血管径の計測は困難であった。脂質成分の豊富なプラークと思われた。IVUSを用いて同部位を観察したところ、血管径は約5mmと陽性リモデリングを呈しており、attenuationを伴う多量のプラークが観察された。IVUS所見を参考に4mm径のステントを留置し終了した。OCTはその解像度の高さから、血管内腔の観察に有用であるが、本症例のように陽性リモデリングを呈した症例や脂質成分の豊富なプラークを有する症例にはOCTガイド下PCIは不適と思われた。

14 Paclitaxel-Eluting Stent内再狭窄病変をOCTにて観察することができた一症例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○中村 裕一、国井 浩行、三阪 智史、水上 浩行  
安藤 勝也、金城 貴士、上北 洋徳、坂本 信雄  
中里 和彦、鈴木 均、竹石 恭知

症例は60歳代、男性。冠危険因子は高血圧、高脂血症、糖尿病、肥満、喫煙。'08年6月上旬頃から軽労作にて胸部絞扼感を自覚。不安定狭心症が疑われ7月1日冠動脈造影を施行され、#1-75%、#2-90%、#6-99% with delayであった。同日#6に対しPaclitaxel-Eluting Stent (PES) 3.0×24mmを留置された。7月7日、#1～2にかけてPES 3.0×16mmを留置され血行再建に成功。'09年3月23日、確認冠動脈造影を施行され、#6のPESは良好な開存を示していたが、#1のPES内に造影遅延を伴うステント内再狭窄病変を認めた。Sirolimus-Eluting Stent 3.5×13mmをステント内に留置し、良好な開存が得られた。術前にOptical Coherence TomographyとIntravascular Ultra Soundgraphyにて責任病変を観察したため、病変の特徴について報告する。

15 バクリタキセル溶出性ステント再狭窄症例における血管内超音波と内視鏡所見の比較

山形大学 医学部 内科学第一講座

○沓沢 大輔、宮本 卓也、玉淵 智昭、岩山 忠輝  
田村 晴俊、鈴木 聡、西山 悟史、高橋 大  
有本 貴範、穴戸 哲郎、宮下 武彦、二藤部丈司  
渡邊 哲、久保田 功

症例は安静兼労作性狭心症の77歳女性。アセチルコリン負荷試験により左右冠動脈の攣縮が証明されている。薬剤抵抗性の胸痛に対して、左前下行枝（#7：75%）に対して、バクリタキセル溶出性ステント（PES）を留置。更に、PES留置3ヶ月後に左回旋枝（#13：90%）に対して、シロリムス溶出性ステント（SES）を留置した。この際、PES留置部#7の再狭窄を認めた。同再狭窄部を血管内超音波及び血管内視鏡により観察した症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

16 右室自由壁に疣贅を認めた感染性心内膜炎（IE）の一例

仙台医療センター 循環器科

○佐藤 信一、馬場 恵夫、池田 尚平、田丸 貴規  
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

【症例】24歳男性【主訴】発熱【現病歴】出生時よりVSDを認められたが未治療であった。H20年8月23日から発熱、下痢が出現。8月25日に近医を受診し投薬されたが、翌日も39℃台の発熱が継続し8月26日当科紹介受診となった。心エコーで心内に疣贅は認めないが、発熱が続くため8月29日当科再受診。CTにて多発肺膿瘍、脾の一部造影不良の所見があり、感染性心内膜炎（IE）の疑いにて同日入院となった。【経過】PCG+AMKにて治療開始。血液培養で黄色ブドウ球菌が検出され、CEZ+GMへ変更した。9月3日の経食道エコーで右室自由壁に疣贅を認めIEと診断確定した。10月14日心臓カテーテル検査を行いL-Rshunt44%、Qp/Qs1.79のため手術適応と判断、10月29日VSDpatch閉鎖術を施行した。【結語】右室自由壁に疣贅を認めた感染性心内膜炎の一例を経験した。

17 脳梗塞を発症し感染性脳動脈瘤の破裂を起こした感染性心内膜炎の一例

弘前大学 循環呼吸器臓内科

○鈴木 晃子、阿部 直樹、伊藤 太平、山田 雅大  
及川 広一、樋熊 拓末、花田 裕之、長内 智宏  
奥村 謙

25歳男性。40℃の発熱と左上肢の脱力で近医入院。髄液中の白血球が上昇し血液培養でMSSA(+)であり髄膜炎脳炎として治療開始となった。入院中の心エコーにて大動脈弁に疣贅を確認し感染性心内膜炎の診断となり当科紹介となった。入院時DICで脳梗塞急性期であったため内科で治療開始した。第9病日、心不全が悪化し緊急で大動脈弁置換術が施行された。第17病日のCTにて脳動脈瘤は4mmから7mmまで拡大。第19病日、頭痛出現し意識レベル低下。頭部CTにて左脳出血とくも膜下出血あり。ワーファリン中和の上、期待的に血管造影を行う方針となった。その後、血圧が低下、瞳孔散大、対光反射消失。くも膜下出血が増悪し脳ヘルニアに至った。急速に増大し破裂に至った感染性動脈瘤の症例を経験したので報告する。

18 漏斗胸に対する治療経過観察中に心不全をきたした1症例

山形大学 医学部 内科学第一講座

○桐林 伸幸、二藤部丈司、玉淵 智昭、岩山 忠輝  
田村 晴俊、鈴木 聡、西山 悟史、高橋 大  
有本 貴範、穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也  
渡邊 哲、久保田 功

症例は50歳代の女性。漏斗胸による気道狭窄を指摘され、それによると思われる呼吸困難が徐々に増悪したため外科手術（Nuss法）を施行。18ヵ月後にマイコプラズマ肺炎をきたして入院となったが、経過中に心不全を合併した。心エコー上、左室拡大と全周性の壁運動低下（左室駆出率20%）、軽度の僧帽弁逆流を認めた。心臓カテーテル検査では、血行動態は正常、冠動脈に有意狭窄を認めず。左室拡張末期容積149ml/m<sup>2</sup>、収縮末期容積89ml/m<sup>2</sup>と左室拡大を認めた。心筋生検では、ごく軽度の間質の線維化を認めるも、炎症細胞浸潤は認めず。漏斗胸による解剖学的特徴から低心拍出となる可能性が報告されているが、その詳細は不明である。拡張型心筋症様の形態を呈した漏斗胸の本症例を文献的考察を加えて報告する。

19 当院における左室心筋緻密化障害13症例の検討

仙台医療センター 循環器科

○大橋 威信、池田 尚平、田丸 貴規、尾上 紀子  
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

当院で2007年4月から2009年3月までの心臓超音波検査を施行した患者7415例のうち、左室心筋緻密化障害を13症例（平均46.7±18.7歳）に認めた。4例にMRI施行し左室壁の肉柱形成と緻密層の2層構造を呈する所見、及びT2強調画像における心内膜のhigh intensityを認めた。また、13例中無症候性は4例、心不全は5例、洞不全症候群は1例、1例、心原性脳塞栓症は4例であった。また13例中4例は同一家族内の発症であった。左室心筋緻密化障害は、心筋の形態的特徴を示す先天性の疾患とされているが、成人発症例も稀ではない。脳塞栓発症例もあるため注意が必要である。

20 繰り返す失神発作を主訴とした肺動脈弁下狭窄症の一例

東北労災病院 循環器内科

○神山 理明、佐治 賢哉、加藤 浩、小丸 達也

71歳男性。中学生の頃より心雑音を指摘。平成元年、Roger型の心室中隔欠損症と診断され、同時期より飲酒時の失神発作が23年に一度出現。次第にその頻度を増し、平成21年1月、約1分間の意識消失発作があった。近医脳外科受診し、CT、MRI脳波にて異常なしとされ、心精査のため当科紹介。ホルター心電図にて重篤な不整脈は見られなかった。心臓超音波検査にて左心系の形態、機能共正常なるも、著明な三尖弁逆流と右室-右房圧較差の増大（150 mmHg）を認めたため心臓カテーテル検査を施行。左室機能は正常。心係数の低下（1.6 L/min/m<sup>2</sup>）、著明な右室圧の上昇と正常肺動脈圧が認められ、右室造影では右室流出路の著明な狭窄が確認された。本症例は著しい肺動脈弁下狭窄による低拍出状態が失神発作をもたらしたものと考えられた。

21 閉塞性肥大型心筋症の急性増悪にアミオダロン静注が有効であった一例

岩手県立中央病院 循環器科

○中山 学、花田 晃一、三浦 正暢、遠藤 秀晃  
高橋 徹、中村 明浩、野崎 英二、田巻 健治

症例は80歳代女性。平成19年閉塞性肥大型心筋症と診断（左室流出路圧較差59mmHg）。β遮断薬を内服開始した。平成21年1月、溶血性貧血で入院。Cre7.15と急性腎不全を併発。第7病日透析開始したが、除水による血圧低下ありβ遮断薬中止。心不全発症し転科となった。ピソプロロール2.5mg内服再開、補液により心不全一時改善した。しかし、第17病日徐脈から心停止となった。一時ペースリング開始、カテコラミン投与し血圧回復。その直後にHR130の発作性心房細動となり、再びオールペースリング、体血圧55/30、肺動脈圧44/20（29）となった。アミオダロン急速静注を行い体血圧85/55、肺動脈圧45/21（32）へ改善した。エコーで左室流出路圧較差も消失し心不全は改善した。閉塞性肥大型心筋症の急性増悪に対してアミオダロン静注が有効であったため報告する。

22 鉄剤とErythropoietinにより右心不全の改善をみた慢性血栓性肺高血圧症の1例

東北大学 循環器病態学

○太田 淳、佐藤 公雄、福本 義弘、杉村宏一郎  
及川美奈子、中野 誠、三浦 裕、下川 宏明

症例は71歳男性。18年前に肺塞栓を発症後、慢性血栓性肺高血圧症を併発。各種の内服薬により、肺高血圧および右心不全の加療を継続してきた。ここ5年間で右心不全による入院歴4回。2008年10月、呼吸苦・末梢冷感・全身浮腫の増悪を主訴に外来受診。胸部写真上の著明な心拡大および胸水貯留を認めた。BNP1400と急上昇。右心不全急性増悪と判断し、緊急入院し強心剤・利尿剤の持続点滴投与を開始。しかし部分的な改善が得られるものの、点滴離脱に難渋。ここで、慢性腎不全に伴う貧血に対してエリスロポエチンおよび鉄剤の投与を開始。貧血の改善に伴い全身浮腫が軽減。著明な自覚症状の改善を得る。右心不全を合併した重症肺高血圧症例ではしばしば貧血を伴うが、貧血の改善が右心不全改善に大きく寄与した症例を経験したので報告した。

23 左室内血栓症の一例

青森県立中央病院 循環器科

○三浦 大、會田 悦久、坂本 幸則、今田 篤  
吉町 文暢、藤野 安弘

【症例】60歳男性【主訴】胸痛【現病歴】平成21年2月より断続的に胸痛が出現。その後左上肢の脱力を自覚。3月5日に再度胸痛出現し当科紹介となった。【既往歴】躁うつ病【経過】左室駆出率は30%で3×4cmの左室内血栓がみられた。胸痛が持続しており冠動脈造影を施行。対角枝の血栓による99%狭窄のみであり保存的治療とした。CTにて脳梗塞、両側腎梗塞、両側膝窩動脈血栓が確認され、左室内血栓による全身への塞栓が主たる病態であった。3月27日の超音波にて左室内血栓が消失しておりCTでは左外腸骨動脈に血栓閉塞を認め血栓除去術を行った。【考察】左室内血栓の原因として低左心機能が考えられた。心筋梗塞及び低左心機能があり緊急で左室内血栓摘出をすべきかの判断は困難であった。手術時期を検討する必要性を考えさせる症例であった。

24 抗PF4/ヘパリン抗体陰性確認後に冠動脈バイパス術を実施したヘパリン起因性血小板減少症の一例

- 1) 盛岡赤十字病院 循環器科
- 2) 岩手医科大学 医学部 内科講座  
循環器・腎・内分泌内科分野
- 3) 岩手医科大学附属循環器医療センター 循環器内科
- 4) 岩手医科大学附属循環器医療センター 心臓血管外科

○齋藤 雅彦<sup>1</sup>、伊藤 智範<sup>3</sup>、肥田 龍彦<sup>3</sup>、長井 瑞祥<sup>3</sup>  
松井 宏樹<sup>3</sup>、房崎 哲也<sup>4</sup>、金 一<sup>4</sup>、片岡 剛<sup>4</sup>  
市川 隆<sup>1</sup>、岡崎 均<sup>2</sup>、中村 元行<sup>2</sup>

ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）は、原則的にヘパリン再投与は禁忌とされる。抗PF4/ヘパリン（HIT）抗体陰性化を確認後に、冠動脈バイパス術（CABG）を行った症例を経験したので報告する。症例は透析中の69歳女性。急性前壁心筋梗塞を発症して、緊急カテーテル治療を試みたがステント留置困難。血小板減少と血液浄化回路内血栓形成、および抗体陽性からHITと診断した。左主幹部を含む多枝病変であり、待期的CABGを計画した。第147病日のHIT抗体が陰性であることを確認して、人工心臓のみヘパリン6,000単位投与下にCABG施行。術後は血小板減少および血栓症を起こさずに良好に経過し、HIT抗体も産生されなかった。HIT抗体陰性化を確認することで、ヘパリン使用下にCABGが可能であった。

25 Acetazolamideが冠動脈虚血を誘発したと考えられた一例

仙台医療センター

○鈴木 智、池田 尚平、田丸 貴規、尾上 紀子  
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

【症例】75歳男性。【現病歴】平成20年7月不安定狭心症で入院。左前下行枝入口部の99%狭窄に対してBMS留置。3ヶ月後、ステント内再狭窄による不安定狭心症で再入院。拡張不全のステントに対してバルーン拡張術施行。更に3ヵ月後、ステント内再々狭窄、LMT50%狭窄、LCX末梢75%狭窄があり、患者の希望でCABG予定となる。【入院後経過】ニコランジル点滴にて狭心発作なく経過。術前、acetazolamide負荷脳血流シンチ施行。Acetazolamide負荷15分後より心電図上V4-6のST低下を伴う強い背部痛が出現。ニトロ舌下無効であり、モルヒネ静注にて約1時間後に症状は消失した。【考察】acetazolamideが冠動脈虚血を誘発したと考えられた一例を経験したので報告する。

26 睡眠時無呼吸症候群を合併した冠血管攣縮性狭心症に対し陽圧換気療法が奏功した1例

1) 福島県立医科大学 循環器・血液内科  
2) 南相馬市立病院

○星野 寧人<sup>1</sup>、義久 精臣<sup>1</sup>、待井 宏文<sup>1</sup>、安藤 勝也<sup>1</sup>  
坂本 信雄<sup>1</sup>、泉田 次郎<sup>1</sup>、中里 和彦<sup>1</sup>、斎藤 修一<sup>1</sup>  
鈴木 史雄<sup>2</sup>、石橋 敏幸<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>1</sup>

症例は70歳代男性。平成20年意識失神発作あり。前医にて一過性のST上昇を伴う2度房室ブロック (AVB) を認め、冠攣縮性狭心症 (VSA) の関与も疑われ、精査目的に当科紹介。心臓カテテル検査施行。冠動脈に有意狭窄は認めず、アセチルコリン負荷試験にて胸痛を伴わないST上昇及びComplete AVBが誘発され、VSAと診断された。以後Ca拮抗剤等内服開始するも、モニター心電図上夜間無症状のST上昇やAVB散見された。投薬調節にて発作頻度減少するが完全には抑制できず。さらに夜間の無呼吸発作があり、精査にて重症睡眠時無呼吸症候群 (無呼吸低呼吸指数44.2回/時、最低SPO2 75%) と診断し、陽圧治療開始した所、VSA症状が軽快した。薬剤治療に併せて睡眠時無呼吸治療にてVSAコントロールができた一例を経験したので、文献的な考察とともに報告する。

27 閉経前女性に認められた冠微小血管性狭心症の1例

東北大学 循環器病態学

○宮道 沙織、高橋 潤、安田 聡、武田 守彦  
中山 雅晴、伊藤 健太、伊藤 愛剛、瀧井 暢  
高木 祐介、下川 宏明

症例は44歳女性。母親と叔父が心筋梗塞のため死亡。家族性高コレステロール血症のためロスバスタチンとエゼチミブにて加療中であった。昨年暮れごろより夜間安静時の胸部圧迫感を自覚するようになり精査目的にて当科入院。冠動脈造影検査では器質的狭窄病変は認められなかった。左冠動脈へのアセチルコリン100  $\mu$ g注入により胸部圧迫感と有意な心電図変化が出現したが、冠動脈造影では完全閉塞や亜完全閉塞は認められなかった。一方同時に施行した冠静脈洞採血では、乳酸値の有意な上昇が認められ心筋虚血を示唆する所見と考えられた。家族性高コレステロール血症を背景に持つ閉経前女性に認められた冠微小血管性狭心症と考えられたので報告する。

28 血管内皮機能障害における膜型1マトリックスメタロプロテアーゼ (MT1-MMP) の役割

1) 福島県立医科大学 循環器・血液内科  
2) 国立循環器病センター 脈管生理部  
3) 金沢大学 血管分子生理学  
4) 帝京大学 内科

○杉本 浩一<sup>1</sup>、石橋 敏幸<sup>1</sup>、上北 洋徳<sup>1</sup>、坂本 信雄<sup>1</sup>  
沢村 達也<sup>2</sup>、多久和 陽<sup>3</sup>、寺本 民夫<sup>4</sup>、竹石 恭知<sup>1</sup>

【背景】酸化LDLにより血管内皮機能が誘導されることは周知の事実である。また、動脈硬化薬においてはマトリックスメタロプロテアーゼ (MMPs) の発現が亢進していることが知られているが、内皮機能不全との関連については不明点が多い。【目的】酸化LDLによる血管内皮機能不全におけるMT1-MMPの役割を明らかにする【方法と結果】MT1-MMPに対するsiRNAを培養ヒト大動脈内皮細胞に導入したところ、酸化LDLによる内皮型一酸化窒素合成酵素の産生低下が改善し、活性酸素種の産生も抑制された。また、蛍光免疫染色と免疫沈降により、酸化LDL受容体の1つであるLOX-1がMT1-MMPと一部会合していることが明らかとなった。【結論】以上の結果より、LOX-1/MT1-MMPは酸化LDL誘導内皮機能不全において重要な役割を果たしていると考えられた。

29 内シャント閉塞と心不全治療薬により著しく心機能が改善した、長期維持透析心不全の一例

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○新保 麻衣、石田 大、寺田 舞、寺田 茂則  
高橋陽一郎、小山 崇、寺田 豊、野堀 潔  
飯野 健二、小坂 俊光、渡邊 博之、伊藤 宏

症例は59歳女性。43歳から維持透析開始。54歳時に生体腎移植をうけるも、慢性拒絶のため、57歳から透析を再導入。当時から左室駆出率30%台と低心機能であった。2007年4月に心不全増悪で入院。肺うっ血が著明であるが、カテコラミン投与下でも透析の継続が困難であり、左室駆出率16%、BNP3860pg/dlと重症の心不全であった。内科的治療に抵抗性であったが、なんらかの減負荷が必要であったため、内シャント閉塞術および前腕動脈表在化を施行。以後血行動態が改善し、カテコラミンから離脱できた。その後ARBや $\beta$ 遮断薬を導入し、約1年半後には左室駆出率60%、BNPも128.9pg/dlに改善した。本症例のように腎移植もせずに内シャント閉塞を施行し心機能が改善した慢性心不全症例は稀と考えられ、ここに報告する。

30 早期の持続的血液濾過透析導入が有効と思われた慢性心不全急性増悪の一例

1) 東北大学 循環器病態学  
2) 東北大学大学院循環器E BM開発学講座

○後岡広太郎<sup>1</sup>、柴 信行<sup>2</sup>、河野 春香<sup>2</sup>、三浦 正暢<sup>1</sup>  
高橋 潤<sup>1</sup>、下川 宏明<sup>1</sup>

【背景】心不全治療において利尿薬は必須の薬剤である。しかし重症例では利尿薬抵抗性のため治療に難渋することが多い。【症例】66歳男性【既往歴】僧帽弁閉鎖不全で僧帽弁置換術を2回施行【現病歴】通院中に呼吸困難・下肢浮腫が出現し慢性心不全急性増悪のため入院。ドブタミンとカルペリチド持続投与が行われたが、中心静脈カテテル感染を併発し心不全増悪と尿量低下を認めた。フロセミドのボーラス投与に反応せず、2日後CHDF導入となった。除水は2000ml/日、2日間行われ心不全は改善したが感染症を契機に循環動態は不安定となった。エンドトキシン高値のためエンドトキシン吸着療法が行われ、以降経過良好で退院可能となった。心不全増悪時の利尿薬抵抗性機序と透析導入のタイミングにつき文献的考察を交えて報告する。

31 急性心筋梗塞後、収縮性心膜炎を発症した一症例

みやぎ県南中核病院 循環器科

○太田 真澄、富岡 智子、塩入 裕樹、小山 二郎  
堀口 聡、井上 寛一

症例は50歳台男性。2000年11月に急性心筋梗塞を発症。左前下行枝にPCIを施行されている。2005年7月以降、胸部X線と胸水貯留を認め心不全の診断で近医に入退院を繰り返していた。2008年5月以降、腹水貯留も認め当院紹介となった。心エコー上左右心室とも狭小化しDeceleration timeは短縮していた。更にCTにて心膜肥厚、下大静脈の造影剤のうっ滞を認め収縮性心膜炎を疑い心臓カテーテル検査を行った。その結果左右心室は dip and plateauを示し、生理食塩水1000mlの急速投与にて左右心室の拡張末期圧は等圧となった。以上より収縮性心膜炎と診断し心臓外科紹介となった。心筋梗塞発症より5年後に収縮性心膜炎を発症した一症例を経験した。両者の因果関係につき考察する。

32 当科で経験した劇症型心筋炎5例の検討

岩手県立中央病院 循環器科

○大江 佑治、中村 明浩、三浦 正暢、福井 重文  
遠藤 秀晃、花田 晃一、高橋 徹、野崎 英二  
田巻 健治

過去5年間に経験した劇症型心筋炎5例の臨床像を検討した。平均年齢は53歳(27-75歳)、全例が男性で、好酸球性1例、ウイルス性もしくは原因不明は4例であった。全例で心原性ショックに対しIABP、PCPSを使用した。3例はPCPSを離脱出来ず死亡した。死亡例の平均PCPS装着期間は9日間(2-15日間)で、PCPS装着中に感染症、DICや出血などの合併を認めた。PCPSを離脱出来た2例の装着期間は4日間と8日間であり、生存退院が可能であった。劇症型心筋炎の予後は依然不良であるが、体外循環補助を併用し、極期を乗り越えれば予後良好な症例も存在する。特にPCPS装着中の合併症対策が重要と考えられた。

33 未破裂脳動脈瘤術後にたこつば型心筋症を発症した1症例

1) 秋田県立脳血管研究センター 内科・循環器科  
2) 秋田県成人病医療センター 循環器科  
3) 秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○藤原理佐子<sup>1</sup>、小野 幸彦<sup>1</sup>、泉 学<sup>1</sup>、佐藤 匡也<sup>2</sup>  
宗久 雅人<sup>2</sup>、伊藤 宏<sup>3</sup>

49歳女性、2008年11月12日左中大脳動脈瘤破裂のくも膜下出血での手術既往があり、経胸壁心エコーでは特記所見はなかった。2009年2月25日に、前回入院時に指摘された右中大脳動脈瘤のクリッピング術を施行したが、術後数時間後に胸背部絞扼感が出現、ECGでV1～3にQS pattern及びST-T上昇、V4、5でsmall q波が見られ、心エコー上乳頭筋レベル前壁から心尖部全体に壁運低下、心尖部は一部dyskinesisを呈し、冠動脈CTを施行し有意狭窄は明らかではなく、たこつば型心筋症が疑われた。心筋SPECTではT1、MIBG共に中部～心尖部に取り込み低下を認め、遅延造影心臓MRIでは壁運低下部位は造影されなかった。くも膜下出血発症時は特記事項がなかったが未破裂脳動脈瘤術後にたこつば型心筋症を合併した症例を経験したので報告する。

34 心室細動を発症した頻脈誘発性心筋症の1例

1) 弘前大学 循環呼吸腎臓内科  
2) 青森県立中央病院 循環器内科

○関口 祐子<sup>1</sup>、大和田真玄<sup>1</sup>、伊藤 太平<sup>1</sup>、佐々木憲一<sup>1</sup>  
佐々木真吾<sup>1</sup>、奥村 謙<sup>1</sup>、會田 悦久<sup>2</sup>、吉町 文暢<sup>2</sup>  
藤野 安弘<sup>2</sup>

症例は43歳男性。数年前より持続性心房細動(AF)として近医で加療されていた。労作時に息切れや疲労感を自覚していたが、ジョギング中に約1分間の意識消失が3回あった。平成20年9月下旬、ジョギング中に意識消失したが、心室細動(VF)を認め、bystander CPRおよびAEDの使用にて蘇生された。急性期加療後に当科転院となった。冠動脈に器質狭窄なく、EFは25%と低下していたが、アミオダロンおよびβ遮断薬によるAFのレートコントロールでEFは改善傾向にあった。頻脈誘発性心筋症と考える電氣的除細動を施行した。ICD植え込み術、およびAFに対するカテーテルアブレーションを施行し現在に至るが、洞調律を維持しEFは62%と改善が得られた。AFによる頻脈誘発性心筋症よりVFに至ったと考えられた。

35 心臓血管外科領域における疾患別の喫煙歴調査(急性大動脈解離症例は喫煙率が高率)

総合南東北病院 心臓血管外科

○菅野 恵、緑川 博文、高野 隆志

目的:循環器領域疾患(外科系)における喫煙の影響調査。方法と対象:正確な喫煙歴が聴取され、かつ手術歴あるいは集中治療室に入院歴のある722例を抽出し検討した。喫煙と関連のない心臓手術症例を対照とした。結果:弁膜症での喫煙歴が50.8%であったのに対し他のすべての疾患で有意に高い喫煙歴を認めた。急性大動脈解離症例では男女ともに有意に高い喫煙歴を認めた(解離例の喫煙率:対照群の喫煙率;男性96.0 vs. 80%; p<0.05, 女性 52.9 vs. 14.3%; p<0.001)。結語:動脈硬化性疾患での喫煙の関与の高さが再確認され、さらに近年指摘されてきている急性大動脈解離と喫煙の関連も今回の検討で確認された。

36 Gore TAG deviceによる緊急ステントグラフト内挿術を施行した胸部大動脈瘤の2例

1) 総合南東北病院 心臓血管外科  
2) 須賀川病院 心臓血管外科

○緑川 博文<sup>1</sup>、菅野 恵<sup>1</sup>、高野 隆志<sup>1</sup>、佐藤 晃一<sup>2</sup>  
津田 晃洋<sup>2</sup>

昨年8月より、保険請求しえる胸部大動脈瘤(TAA)に対するステントグラフト内挿術(TEVAR)のデバイスとしてGore TAG device (TAG)が認められた。今回我々は、切迫ないし破裂をきたしたTAAに対し緊急TEVARを施行した2例を経験したので報告する。症例1は、63歳、女性、背部痛を主訴に近医来院、TAA切迫破裂の診断にて当院救急搬送、TAGによる緊急TEVAR施行、完全な瘤血栓化に成功し、救命しえた。症例2は、87歳、男性、背部痛とともにショック状態にて救急搬送、血胸を伴う破裂性TAAにて緊急TAG施行、止血に成功し、瘤の完全な血栓化が得られ、救命しえた。切迫ないし破裂性TAAに対するTAGによるTEVARは極めて有効な治療法と考えられた。

37 64列マルチスライスCTが診断に有用であったStanford分類B型慢性大動脈解離を合併した右側大動脈弓の一例

仙台循環器病センター

○鳥谷有希子、八木 勝宏、藤井 真也、藤森 完一  
小林 弘、米村 滋人、箕田紳一郎、喜多村一孝  
星野 大雅、内田 達郎

今回、我々はStanford分類B型慢性大動脈解離を合併した右側大動脈弓の1例を経験したので文献的考察も加えて報告する。症例は、64歳男性。健診で右側大動脈弓を指摘されていた。2008年11月ころ突然背部痛が出現し、近医受診するも異常を指摘されなかった。同年12月に早期胃癌の術前CT検査で大動脈解離を疑われ当科受診となった。64列マルチスライスCT検査では解離腔は右側大動脈弓の遠位弓部から胸部下行大動脈に存在し偽腔は開存していた。弓部大動脈近位部から順に左総頸動脈、右総頸動脈、右鎖骨下動脈、Kommerell憩室から左鎖骨下動脈が分枝し、左鎖骨下動脈は食道、気管の背側を走行していた。マルチスライスCTは大動脈周囲の解剖学的理解を容易にし、手術アプローチを検討する上で従来の血管造影にない情報を提供するものと考えられた。

38 心臓CTにて偶発的に脾動脈瘤が診断され治療し得た1例

- 1) 山形大学 医学部 内科学第一講座
- 2) 山形大学 医学部 環境病態統御学講座  
映像解析統御学分野

○岩山 忠輝<sup>1</sup>、二藤部 丈司<sup>1</sup>、舟山 哲<sup>1</sup>、襦瀨 俊介<sup>1</sup>  
沓沢 大輔<sup>1</sup>、玉渕 智昭<sup>1</sup>、田村 晴俊<sup>1</sup>、六戸 哲郎<sup>1</sup>  
宮下 武彦<sup>1</sup>、宮本 卓也<sup>1</sup>、渡邊 哲<sup>1</sup>、久保田 功<sup>1</sup>  
本間 次男<sup>2</sup>、菅井 幸雄<sup>2</sup>、細矢 貴亮<sup>2</sup>

症例は81歳の女性。高血圧性心不全にて入院、薬物治療にて心不全は改善。高血圧症、脂質代謝異常症、糖尿病を合併し、虚血性心疾患のスクリーニングとして心臓CTを施行。冠動脈には狭窄を疑う所見を認められなかったが、CTのスキャン範囲内に脾動脈瘤を疑う所見を認めた。後日、腹部造影CTにて脾動脈本幹遠位端に最大径31mmの嚢胞状動脈瘤が認められた。無症候性であったが、瘤径が2cm以上であり、脾動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行し、外来にて瘤径の縮小を認めた。心臓CTにて偶発的に心臓以外の疾患が診断されることがあり、その読影には心臓以外の観察にも注意を必要とする。今回我々は、心臓CTから脾動脈瘤が疑われ、診断、治療し得た1例を経験したので報告する。

39 MDCTが診断に有用であった部分肺静脈還流異常の一例

- 1) 岩手県立中央病院 循環器科
- 2) 岩手県立中央病院 心臓血管外科
- 3) 岩手県立中央病院 放射線科

○佐賀 雄大<sup>1</sup>、花田 晃一<sup>1</sup>、三浦 正暢<sup>1</sup>、遠藤 秀晃<sup>1</sup>  
高橋 徹<sup>1</sup>、中村 明浩<sup>1</sup>、野崎 英二<sup>1</sup>、田巻 健治<sup>1</sup>  
佐久間 啓<sup>2</sup>、長嶺 進<sup>2</sup>、熊坂 由紀子<sup>3</sup>

症例は60代男性。主訴は労作時息切れ。平成20年12月心エコーで心房中隔欠損症を指摘され精査目的に来院した。心電図は正軸、完全左脚ブロック、I° AVブロック。心臓カテテル検査で上大静脈と右房間にO<sub>2</sub> step upあり、左右シャント率55%、PAGではシャント血流を認めたが詳細は分からなかった。64列MDCT (TOSHIBA Aquilion 1mmスライス) では上下右肺静脈→奇静脈に位置する共通幹→上大静脈へのシャントが確認できた。平成21年1月心内修復術を施行。通常、部分肺静脈還流異常では右肺静脈は右主静脈系へ流入する。本症例は心房中隔欠損を伴わず奇静脈に位置する共通幹に流入する極めて稀な症例であった。MDCTが術前診断に有用であった部分肺静脈還流異常を経験したので報告する。

40 クモ膜下出血発症直後に生じた胸痛発作の鑑別に心臓MSCTが有用であった1例

東北大学 循環器病態学

○伊藤 愛剛、高橋 潤、中山 雅晴、武田 守彦  
伊藤 健太、安田 聡、下川 宏明

症例は70代女性。失語を突然発症し近医に搬送された。くも膜下出血 (SAH) と診断され入院後に胸部苦悶感を自覚。心電図に広範な誘導でのST上昇と心筋酵素逸脱 (CK 518IU/L) が認められた。急性冠症候群の合併が疑われ当科紹介となった。SAH急性期であったことからまず鑑別のために心臓マルチスライスCT (MSCT) を行ったところ、左右冠動脈とも明らかな造影剤の途絶を認めず末梢までの冠動脈血流は保たれていると思われた。さらに心尖部側に限局した全周性の壁無収縮を認め、急性冠症候群よりもたつは型心筋症を強く疑う所見であり保存的に加療する方針とした。本症例のように冠動脈造影検査のリスクを有する場合、胸痛発作の鑑別診断・治療法の選択に心臓MSCTは有用であると考えられた。

41 急性心筋梗塞に対する冠血行再建術後に発症した造影剤腎症の頻度

仙台市医療センター 仙台オープン病院

○二瓶 太郎、浪打 成人、加藤 敦、杉江 正  
高橋 務子、金澤 正晴

【背景】造影剤腎症は造影剤使用後1-6%に発症する。【方法】当院で急性心筋梗塞に対する冠血行再建術 (primary PCI) を施行した連続106症例を対象とし、造影剤使用後一週間以内のクレアチニン濃度が25%以上上昇した場合を造影剤腎症と定義した。狭心症に対し待期的冠血行再建術 (elective PCI) を施行した132症例を対照群とした。【結果】両群で造影剤使用前のクレアチニン濃度に差はなかったが、造影剤腎症はprimary PCI群で有意に多かった (17.9% vs 3.0%, p=0.0003)。primary PCI群で使用造影剤量は有意に多く (166±42ml vs 139±40ml, p<0.0001)、左室駆出率はprimary PCI群で有意に低かった (56±14% vs 62±13%, p=0.004)。【結論】急性心筋梗塞は特に造影剤腎症を発症しやすい状況であり、腎保護を考慮した造影に努める必要がある。

42 左冠動脈主幹部に冠動脈瘤を合併した心筋梗塞後自由壁破裂を保存的治療で救命しえた症例

日本海総合病院

○大瀧陽一郎、大道寺飛雄馬、成味 太郎、門脇 心平  
桐林 伸幸、新関 武史、金子 一善、伊藤 誠  
小熊 正樹

冠動脈瘤は血栓症などを来す頻度の低い疾患である。また、心筋梗塞後自由壁破裂は死亡率が高い疾患である。今回内科的治療で救命しえた症例を経験したので報告する。症例は86歳男性。自宅で意識消失しているのを家人に発見され救急搬送。来院時、ショック状態、心タンポナーデと診断。PCPS挿入下に心嚢ドレーナージ施行、血性心嚢水100mlの排液を認めた。緊急心臓カテテル検査では、左冠動脈主幹部に冠動脈瘤を認め、前下行枝および回旋枝に高度狭窄を認めた。PCI困難と判断し保存的治療を行った。第8病日に心嚢ドレーン抜きし以後再発なし。慢性期の左室造影で後壁領域に瘤状変化を認め、急性下壁梗塞および自由壁破裂と診断した。冠動脈瘤を伴う心筋梗塞後心破裂を保存的に治療し救命しえた症例は報告例がほとんどなく稀有な症例であった。

- 43 左主幹部心筋梗塞後の高度心機能低下例に対して右室心尖部ペーシングが有効であった一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○神山 美之、鈴木 均、星野 寧人、山田 慎哉  
佐藤 崇匡、金城 貴士、上北 洋徳、坂本 信雄  
泉田 次郎、中里 和彦、斎藤 修一、石橋 敏幸  
竹石 恭知

40代男性。平成20年11月に左主幹部 (LMT) のAMIによる心原性ショックのため当院搬送となり、IABPとPCPS導入後にPCI施行し入院となった。ACE-Iやβブロッカーを導入し強心剤からも離脱することが可能となったが、低心機能 (EF 20%) でnsVTも認めることからCRT-Dを検討した。しかし側壁はOMI領域であり無収縮でviabilityを認めないことからDaul chamber ICD植え込みを行った。術前はCRBBBでQRSも188msと延長しdyssynchronyも認められていたが、DDDペーシングにてQRSも128msに縮小しdyssynchronyの改善も認められた。現在右室心尖部ペーシングは心不全悪化の要因とされて、心不全症例においてはCRTや中隔ペーシングが試みられているが、本症例は右室心尖部ペーシングにてCRT様の効果を示したと考えられた興味ある一例でありここに報告する。

- 44 ペースメーカー心房リードの留置にCARTOシステムの使用が有用であった洞不全症候群の一例

東北大学 循環器病態学

○広瀬 尚徳、近藤 正輝、山口 展寛、若山 裕司  
福田 浩二、下川 宏明

症例は68歳女性。息切れのため近医受診。心拡大と胸水貯留、徐脈 (洞不全症候群) あり近医で精査加療。心臓カテーテル検査では冠動脈狭窄は認めず左室壁運動も良好であったが、心拍出量低下と右室圧の上昇、dip and plateau様波形を認めたことから、右室拡張障害と徐脈が心不全の主因と考えられた。心不全は薬剤抵抗性のため、加療およびペースメーカー植え込み目的に当院紹介。心臓電気生理検査では右心房内は著明な低電位で、ペーシングを補足する場所はいく一部であり、Atrial Standstill様であった。右心室単独ペーシングでは心拍出量の更なる低下を認めたため、CARTOシステムを用いて右心房電位の残存する場所をマッピングし、右心耳近傍に心房リードをscrew inした。ペースメーカー植え込み後、房室順次ペーシングにより心不全は軽快した。

- 45 ICDリード留置の工夫を要した著明な右室拡大を伴う不整脈源性右室心筋症の一例

東北大学 循環器病態学

○山口 展寛、福田 浩二、若山 裕司、広瀬 尚徳  
近藤 正輝、下川 宏明

1992年に心電図異常を指摘され、前医にて不整脈源性右室心筋症と診断された。2002年1月心不全のため当院へ転院した。同年7月洞性徐脈を認め、ペースメーカー植え込み (AAIR) 施行した。2008年から頻繁に心不全入院を繰り返し、心不全増悪に伴う房室ブロックや頻脈性不整脈による突然死のリスクが高いため、ICD植え込み術を施行した。造影CT上、右室の著明な拡大のため左室の背側への変位を認めた。右室内へのICDリード留置では高除細動閾値が予想されたため、ICDリードを中心静脈へ留置、センシングリードを右室中隔へ留置した。作動テストにてDC25Jで誘発された心室頻拍は停止した。今回、中心静脈へのICDリード留置が有効と思われた著明な右室拡大を伴う不整脈源性右室心筋症を経験したので報告する。

- 46 Ca拮抗薬内服中の冠攣縮性狭心症患者で心室細動を発生し、植え込み型除細動器により救命し得た1例

仙台医療センター 循環器科

○池田 尚平、田丸 貴規、尾上 紀子、田中 光昭  
石塚 豪、馬場 恵夫、篠崎 毅

症例は65歳、男性。入院2ヶ月前より心窩部違和感を自覚。平成21年8月3日の朝に心肺停止で発見された。救急隊到着時に心室細動 (VF) を認め、AEDによる蘇生に成功した。アセチルコリン負荷試験によって胸痛とST上昇を伴う冠攣縮が誘発された。冠攣縮性狭心症と診断し、ベニジピン4mgの内服を開始したが、その後も胸痛を認めたためジルチアゼム徐放剤100mgに変更し、胸痛は消失した。安静時と運動負荷時に非持続性心室頻拍を認めた。ICDを植え込み後に退院となった。平成21年1月朝に同僚と口論中に意識消失を発生した。逆行性健忘のため、胸痛が先行したか否かは不明である。ICDメモリーによってVFに対する適切作動が確認された。冠攣縮性狭心症においてVFによる失神や突然死に至る症例が存在する。このような症例にはICDの適応がある。

- 47 カテーテルアブレーションが奏効した左房ルーフを起源とする持続性心房頻拍 (AT) の一例

弘前大学 循環呼吸器臓内科

○伊藤 太平、大和田真玄、佐々木憲一、佐々木真吾  
奥村 謙

症例は一度房室ブロック、完全左脚ブロックを有する持続性AT例。10年前より近医で加療されていた。レートコントロールが困難となったため、カテーテルアブレーション目的で当科を受診。頻拍は約160拍/分のP波を有し、P波の極性はI誘導で+/-、II・III・aVF誘導および前胸部誘導の全誘導で+で、左房起源と考えられた。頻拍中のCARTOマッピングでは、左房ルーフから興奮伝播するfocal ATパターンを呈していた。同部位を起源とするATと診断し、アブレーションにて頻拍は停止した。通電後に洞結節最大回復時間の延長を確認し、洞不全症候群の診断にて、後日ペースメーカ移植術 (AAI/DDD) を施行した。本症例は、左房ルーフを起源とする比較的稀な頻拍でCARTOシステムが起源の同定に有用であった。

- 48 イソプロテレノール負荷で顕在化した遅伝導路を介す通常型および非通常型房室結節リエントリー性頻拍の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○上北 洋徳、鈴木 均、山田 慎哉、金城 貴士  
神山 美之、斎藤 修一、石橋 敏幸、竹石 恭知

症例は20歳代の男性。2008年12月より数分間の動悸を頻回に自覚するようになり、ホルター心電図にて心拍数150/分のPSVTが記録されたため2009年3月当科に入院した。電気生理学的検査では室房伝導を認めず、房室結節の順行性有効応期は520msecと延長していた。イソプロテレノール負荷にて室房伝導が出現し、順行性および逆行性に房室結節二重伝導路が確認された。右室早期期外刺激にて非通常型房室結節リエントリー性頻拍が誘発され、逆行性遅伝導路に対しアブレーションを施行した。さらに順行性遅伝導路に対してもアブレーション施行し、PSVTは誘発されなくなった。イソプロテレノール負荷にて両方向性の遅伝導路が顕在化した興味深い症例と思われる報告した。



49 順行性速伝導路を障害した後に遅伝導路のアブレーションを行った通常型房室結節リエントリー性頻拍の1例

仙台市立病院 循環器科

○佐藤 弘和、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦  
山科 順裕、中川 孝、櫻本万治郎、佐藤 英二

症例は71才、女性。PSVTの治療を目的として紹介。電気生理学的検査では、通常型房室結節リエントリー (AVNRT) と診断された。アブレーションは遅伝導路領域にて行い接合部調律 (JR) が出現したが、深吸気時にカテーテルが前中隔へ一過性に変移、同時に心房ブロックが出現したため通電を中止。しかし逆行性速伝導路はみられたが、PQ間隔が0.32秒 (AH間隔が234msec) と延長を示した。後日頻拍が頻発し2nd sessionを行った。PQ間隔は0.22秒 (AH 119msec) と1度房室ブロックを呈し早期心房刺激においてもjump現象は無く順行性速伝導路の存在は見られなかった。Jumpなく頻拍は誘発され前回同様slow/fast AVNRTと考えられた。アブレーションは再度遅伝導路領域で行った。JRがみられ、その後、房室及び室房伝導の悪化は見られず、頻拍は消失した。

50 右心房に広範な低電位領域を有し、多数の心房頻拍を認めた1例

仙台市立病院 循環器科

○中川 孝、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦  
山科 順裕、佐藤 弘和、櫻本万治郎、佐藤 英二  
菊地 次郎

53歳男性。H11年に心房細動・心房粗動・心房頻拍を指摘された。カテーテルアブレーション (RFCA) で心房粗動は根治したが、心房頻拍は数種類認め、薬物療法で経過観察された。一般検査で基礎疾患を疑わせる所見はなかったが、CARTOでは右房自由壁側に広範な低電位領域を認めた。H21年2月に動悸で再来。心房細動と複数の心房頻拍を認めたが、ピルジカニド内服で心房レート200bpmの心房頻拍に固定したため、RFCAを施行。頻拍中のmappingで、右房前下方・低電位領域中のscarを反時計方向に回旋するマクロリエントリーを確認、scarとIVC間のliner ablationにより、この頻拍は停止し誘発不能となった。その後は異なる心房頻拍が誘発されたが、持続しないため手技終了とした。多数の心房頻拍が出現し治療に難渋した症例を経験したので報告する。

51 誘発不能な特発性右室流出路起原心室性不整脈に対するカテーテルアブレーション

仙台市立病院 循環器科

○山科 順裕、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦  
佐藤 弘和、中川 孝、櫻本万治郎、佐藤 英二  
菊地 次郎

背景：特発性右室流出路起原心室頻拍 (RVOT-VT) に対してカテーテルアブレーション (RFCA) を施行する場合、頻拍誘発不能例ではMapping、RFCAに難渋する。目的：誘発不能なRVOT-VTに対するRFCAの方法を検討する。方法：他医にて頻拍誘発不能を理由にRFCAを断念された特発性VTの3例に洞調律中にCARTO systemを用いてRVOTのvoltage mappingを行い、0.5mVから1.5mVを示す右室流出路領域 (transitional voltage zone: TVZ) で25mm×15mmの範囲に通電した。結果：3例とも当院でのEPS中頻拍は誘発されなかった。平均通電回数は16±4回で平均手技時間は50±12分であった。手技関連合併症は認めず、3例とも頻拍再発を認めない。結論：TVZを指標に取り入れたsquare ablationが誘発不能によりRFCAが困難なRVOT-VT症例の代替療法になりえると考えられた。

52 遅伝導路電位への高周波通電後に自動能亢進によるWideQRS頻拍を認めた房室結節回帰性頻拍の1例

岩手医科大学 医学部 内科学講座  
循環器・腎・内分泌内科分野

○梶田 房紀、小松 隆、橋 英明、佐藤 嘉洋  
小澤 真人、中村 元行

症例は30歳女性。主訴は動悸。17歳頃から動悸発作があり、高周波カテーテル心筋焼灼術 (RFCA) 目的にて入院。右室早期刺激法では、逆伝導の心房内再早期興奮部位がHis束に存在し減衰伝導を認めた。高位右房早期刺激法では房室結節3重伝導路の存在が示唆され、slow-fast型ならびにintermediate-fast型による2種類の房室結節回帰性頻拍 (AVNRT) が誘発された。遅伝導路電位 (SPP) を指標に出力30W、先端温度50度で高周波通電を施行した直後に、頻拍周期570msecの左脚ブロック型wide QRS頻拍が出現し、Warm-upならびにCool-down現象を認めた。SPP焼灼後の異常自動能亢進によると考えられるwide QRS頻拍の1例を経験し、若干の文献学的考察を加えて報告する。

53 蜂毒ショックによる低体温に伴い心電図上Osborn波を認めた1例

秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○小武海雄介、小山 崇、飯野 健二、佐藤 貴子  
高橋陽一郎、寺田 豊、石田 大、野堀 潔  
小坂 俊光、渡邊 博之、伊藤 宏

【症例】症例は蜂刺症によるアナフィラキシーショックと診断された68歳の男性。【身体所見】ショック症状に伴い気管支狭窄音が聴取された。体温34度、血圧60mmHg台。【検査所見】軽度の心機能低下に伴い心電図上II、III、aVF誘導、胸部誘導でQRS波終末に先鋭なOsborn波が認められた。【経過】蜂毒によるI型アレルギーを介したアナフィラキシーショックおよび低体温症と診断し、抗ヒスタミン薬および6mg/kgの水溶性ステロイドを使用した。薬剤使用後30分で意識レベルは回復、体温は36度台、血圧は120台まで上昇し、気管支狭窄音は消失、Osborn波も消失した。【考察および結語】Osborn波は主に低体温時に認められる所見であるが、本症例のようにアナフィラキシーショックに伴いOsborn波が認められた例は稀有でありここに報告する。

54 徐拍性心房細動にQT延長を伴いTorsade de Pointesをきたしたジギタリス中毒の1例

1) 秋田組合総合病院 循環器科  
2) 秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学

○山崎 大輔<sup>1</sup>、阿部 元<sup>1</sup>、松岡 悟<sup>1</sup>、田村 芳一<sup>1</sup>  
齋藤 崇<sup>2</sup>、伊藤 宏<sup>2</sup>

症例は81歳女性。意識消失発作で受診、30台の接合部性調律と心室性期外収縮 (以下VPC) との2段階を示し入院。4年前より心房細動、慢性心不全にてジギタリス服用中。2ヶ月前の胃癌手術後に食欲は低下、体重減少。入院当日に失神し、R on T型VPCからTorsade de Pointes (以下TdP) がみられ多源性VPCが頻発していた。同時にジギタリス過量 (1.67ng/ml) 低カリウム血症 (3.4 mEq/l)、低カルシウム血症 (7.9 mEq/l) を認めた。ジギタリス中止、補液、血清カリウム補正、キシロカインおよびマグネシウム投与によりVPCはほぼ消失、徐脈およびQT延長はやや改善した。安全のためベスメーカー植込みを行った。ジギタリスは本来QTを短縮するが、過量投与による高度徐脈と電解質異常の結果、QTは延長、VPCを誘発しTdPを生じたものと思われる。

55 アミオダロン内服中に重症急性間質性肺炎を発症した心室頻拍の1例

東北大学 循環器病態学

○鈴木 秀明、山口 展寛、近藤 正輝、広瀬 尚徳  
若山 裕司、福田 浩二、下川 宏明

症例は58歳、男性。完全房室ブロックのためペースメーカーを植え込まれ、心サルコイドーシス疑いとして当科外来通院中、心室頻拍を認め、カテーテルアブレーション、ICDの植え込みを施行し、アミオダロンの内服を開始した。外来通院中の一酸化炭素肺拡散能力 (DLCO) と KL-6 は正常であり、呼吸器症状もなかった。内服6ヶ月後、呼吸苦が出現し、近医を受診した。1型呼吸不全、胸部CT上両肺野に広範な間質影を認め、当科へ紹介された。アミオダロンの内服を中止し、メチルプレドニゾロン1000mg/日を3日間投与した。転院3日目より症状は改善し、ステロイドの漸減により間質性肺炎の増悪を認めずに経過した。今回、アミオダロン内服中に重症急性間質性肺炎を発症した心室頻拍の一例を経験したので報告する。

56 ニフェカレントが無効で、アミオダロン静注が有効だった3例

山形県立中央病院 循環器科

○福井 昭男、本多 勇希、矢尾板信裕、菊地 彰洋  
高橋 克明、高橋健太郎、玉田 芳明、松井 幹之  
矢作 友保、後藤 敏和

V-W分類III群薬である、nifekalant (NIF) が無効で、アミオダロン (AMD) 静注がVT/VFの停止、抑制に有効と考えられた3例を報告する。【症例1】80才代後半男性。肺炎で入院中心肺停止状態となった。CPR後VTが頻発し、Lidocaine, NIF無効でAMDでVTは抑制された。【症例2】70才代前半男性。10年前からDCMで加療中。自宅でCPA。来院時PEA。自己心拍再開後、VTが頻発しNIF 18mg iv後CCU入室、VTが頻発し、AMDの投与でVTは抑制された。【症例3】60才代前半女性。慢性腎不全でCAPD中であった。自宅でCPA。来院時VF。Lidocaine, Mg, AMD, NIFを静注し、自己心拍が再開、NIFを持続静注しCCU入室、pulseless VTが頻発し、AMD持続静注でVTは抑制された。【まとめ】VT/VFの停止・抑制にNIF無効でAMD有効例が少なからず存在すると推察された。

57 後側壁領域にlow voltage areaを認め、2種類の心室頻拍を認めた症例

大崎市民病院 循環器科

○岩淵 薫、神戸 茂雄、矢作 浩一、長谷部雄飛  
宮道 沙織、竹内 雅治、平本 哲也

80歳代男性。VTを来とし、当科紹介入院。VT1はHR:200/分、wide QRS、右脚ブロック、上方軸であり、verapamil無効。直流除細動にて洞調律に復帰した。心カテ上、左右冠動脈に有意狭窄なし。後下壁に壁運動低下あり。第20病日にRFCAを施行。Voltage mapにて、後下壁に広範囲のlow voltage areaを認め、側壁mid刺激で、VT1が誘発された。同部位は最早期興奮部位であり、Perfect mapping得られ、通電し停止時にVT2 (HR:216/分、wide QRS、右脚ブロック、下方軸) が出現して停止。VT2の最早期興奮部位は、側壁baseであり、側壁midからbaseまで、線状通電を行い、VT1、2ともに誘発不能となった。Low voltage areaから発生するVTへのRFCA中に別のVTへ乗り変わったと思われる、併せて線状通電することで、誘発不能となった症例を経験したので報告する。

58 頻拍中にPVCの嵌入を認め上室性頻拍と鑑別を要した特発性左室起源心室頻拍の一例

東北大学 循環器病態学

○近藤 正輝、福田 浩二、若山 裕司、広瀬 尚徳  
山口 展寛、下川 宏明

症例は61歳男性。慢性心房細動で加療中であった。動悸発作のため近医受診、加療目的に当科紹介となる。ホルター心電図ではincessant Wide QRS tachycardiaを認め、頻拍中に波形の異なるWide QRSの期外収縮の嵌入を認めていた。EPSにてRBBB型左軸偏位のWide QRS tachycardiaが誘発。頻拍中、QRS onsetより遅れるHis電位を認めVTと診断。期外収縮は先行するHis電位を認めずPVCと診断した。VTは心尖部下壁中隔側に先行するprukinje電位を認める特発性左室起源心室頻拍 (ILVT) であった。QRSから36msec先行するprepotentialを認める部位での通電でVTは停止した。VT中にPVCの嵌入を認め上室性との鑑別を要したILVTの一例を経験したので報告する。

59 心房頻拍を合併した慢性心不全に対しカテーテルアブレーションと心臓再同期療法 (CRT) が有効であった1例

- 1) 東北厚生年金病院 循環器センター 循環器科
- 2) 東北厚生年金病院 循環器センター 心臓血管外科
- 3) 仙台市立病院 循環器科

○田淵 晴名<sup>1</sup>、山中 多聞<sup>1</sup>、山口 濟<sup>1</sup>、山家 実<sup>1</sup>  
中野 陽夫<sup>1</sup>、菅原 重生<sup>1</sup>、片平 美明<sup>1</sup>、増田 信也<sup>2</sup>  
渡辺 卓<sup>2</sup>、藤川 拓也<sup>2</sup>、三浦 誠<sup>2</sup>、八木 哲夫<sup>3</sup>  
滑川 明男<sup>3</sup>、石田 明彦<sup>3</sup>、山科 順裕<sup>3</sup>、佐藤 弘和<sup>3</sup>

76歳男性。DCM、EF16%、NYHAIVの慢性心不全。洞調律、CRBBBだが心エコーとSPECT上dyssynchronyを認めCRT適応と評価した。しかし頻拍周期540msec、CRBBB頻拍がincessantとなり、CRT手術前カテーテルアブレーションを施行した。頻拍は1) 室房解離、2) His束近傍が最早で巣状興奮を呈す、3) 少量のATPで停止可能なことからHis束近傍起源のFocalATと診断した。His束電位が検出され従来では通電不能部位が最早期で、通電で頻拍誘発不能となったが完全房室ブロックとなった。引き続きCRT移植術施行。NYHAII、EF35%、LVDd縮小を認めCRTresponderとなる。ATを合併した低心機能例にRFCAとCRTが有効であった例を経験し報告する。