

第 149 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成21年12月12日（土）午前8時30分より

会 場：仙台国際センター

仙台市青葉区青葉山 TEL 022 (265) 2111

第1会場：橘（2F）

第2会場：萩（2F）

第3会場：白檀（3F）

会長 久保田 功

事務局：山形大学医学部内科学第一講座

山形市飯田西2-2-2

TEL 023 (628) 5302

FAX 023 (628) 5305

○一般演題：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 Point2000、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山形太郎.ppt）。
- ・不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ち下さい。

*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。

プログラム（敬称略）

第1会場 (2F：橘)	第2会場 (2F：萩)	第3会場 (3F：白檀)	小会議室
8:30～8:35 開会 挨拶 会長：久保田 功			
8:35～9:25 YIA症例発表部門 座長：久保田 功 (山形大学)	8:35～9:10 虚血性心疾患Ⅰ 座長：安田 聡 (東北大学)	8:35～9:10 不整脈Ⅰ 座長：八木 哲夫 (仙台市立病院)	
9:25～10:05 YIA研究発表部門 座長：久保田 功 (山形大学)	9:10～9:45 心不全・心筋症 座長：宮脇 洋 (山形市立病院済生館)	9:10～9:45 不整脈Ⅱ 座長：篠崎 毅 (仙台医療センター)	
10:05～10:40 虚血性心疾患Ⅱ 座長：渡邊 博之 (秋田大学)	9:45～10:20 心筋炎・心筋症 座長：花田 裕之 (弘前大学)	9:45～10:20 不整脈Ⅲ 座長：鈴木 均 (福島県立医科大学)	
10:40～11:15 虚血性心疾患Ⅲ・その他 座長：伊藤 智範 (岩手医科大学)	10:20～10:55 心膜疾患・心臓腫瘍 座長：長内 智宏 (弘前大学)	10:20～10:55 不整脈Ⅳ・肺 座長：福井 昭男 (山形県立中央病院)	10:15～10:45 YIA審査 小会議室4 (2F)
11:15～11:43 虚血性心疾患Ⅳ・末梢血管 座長：石橋 敏幸 (福島県立医科大学)	10:55～11:30 弁膜症・先天性疾患・その他 座長：藤原 敏弥 (市立秋田総合病院)	10:55～11:30 大動脈・静脈・その他 座長：蒔田 真司 (岩手医科大学)	10:50～11:20 心肺蘇生法普及委員会 小会議室4 (2F)
			11:30～12:00 評議員会 小会議室8 (3F) ※会場は3階になります。 ご注意ください。
12:10～12:30 総会・YIA授賞式			
	12:30～13:30 教育セッション1 清水 渉 国立循環器病センター・心臓血管内科 医長 座長：奥村 謙 (弘前大学)	12:30～13:30 教育セッション2 井上 晃男 獨協医科大学心臓・血管内科 教授 座長：下川 宏明 (東北大学)	
13:45～14:45 教育セッション3 田宮 元 山形大学医学部先端分子疫学研究所・ ゲノム情報解析ユニット 教授 座長：久保田 功 (山形大学)			
15:00～15:05 閉会 会長：久保田 功			

YIA症例発表部門（第1会場）（8:35~9:25）

座長 久保田 功

- 1 大動脈弁無冠尖（NCC）からのアブレーションで根治したATP感受性心房頻拍（AT）の1例

山形大学 医学部 第一内科 ○岩山 忠輝、有本 貴範、二藤部 丈司
長谷川 寛真、西山 悟史、本田 晋太郎
沓沢 大輔、佐々木 真太郎、桐林 伸幸
玉淵 智昭、田村 晴俊、鈴木 聡
高橋 大、穴戸 哲郎、宮下 武彦
宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功
公立置賜総合病院 循環器内科 角田 裕一

- 2 末期腎不全患者に僧帽弁輪石灰化の無菌性膿瘍を合併した一例

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、宗久 佳子
飯野 健二、石田 大、寺田 豊
高橋 陽一郎、野堀 潔、小坂 俊光
渡邊 博之、伊藤 宏
秋田大学大学院 心臓血管外科学 山本 文雄

- 3 ドクターヘリによる搬送と低体温療法が奏功し完全社会復帰しえた院外CPAで発症した急性心筋梗塞の一例

福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○中村 裕一、国井 浩行、星野 寧人
神山 美之、義久 精臣、杉本 浩一
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一
石橋 敏幸、竹石 恭知
福島県立医科大学附属病院救急センター 長谷川 有史、多勢 長一郎

- 4 運動後のT波オーバーセンシングによるICD不適切作動を認めたブルガダ症候群の1例

弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科 ○祐川 誉徳、大和田 真玄、伊藤 太平
佐々木 憲一、佐々木 真吾、奥村 謙

- 5 肺塞栓症を合併した肺動脈原発血管肉腫の1剖検例

東北大学 循環器病態学 ○清水 亨、杉村 宏一郎、福本 義弘
及川 美奈子、佐藤 公雄、中野 誠
下川 宏明
東北大学病院 放射線科 高瀬 圭
東北大学病院 病理部 伊藤 しげみ、中村 保宏

YIA研究発表部門（第1会場）（9:25~10:05）

座長 久保田 功

- 6 院外心停止の成因および予後：冠攣縮と心室細動の二重誘発試験の重要性
東北大学 循環器病態学 ○高木 祐介、安田 聡、高橋 潤
武田 守彦、中山 雅晴、伊藤 健太
広瀬 尚徳、若山 裕司、福田 浩二
下川 宏明
- 7 肥満者における低BNP血症：日本人地域一般住民での横断研究
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 ○小 泉 恵、渡邊 博之、飯野 健二
石田 大、小坂 俊光、伊藤 宏
- 8 Toll-like receptor(TLR)-4を介した心房内皮障害は、心房内血栓形成に關与する
山形大学 医学部 第一内科 ○加藤 重彦、渡邊 哲、鈴木 聡
石野 光則、佐々木 敏樹、舟山 哲
瀬津 俊介、穴戸 哲郎、久保田 功
- 9 慢性腎臓病を合併した慢性心不全患者の予後予測因子の検討
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○佐藤 崇匡、三阪 智史、義久 精臣
高野 真澄、国井 浩行、中里 和彦
鈴木 均、斎藤 修一、石橋 敏幸
竹石 恭知

第1会場

虚血性心疾患Ⅱ (10:05~10:40)

座長 渡邊 博之

- 10 宮城県における心筋梗塞に対する心臓リハビリテーションの実施状況について
東北大学大学院 医学系研究科 内部障害学 ○坂田 佳、伊藤 修、上月 正博
- 11 長期ミルリノン投与が有効であった虚血性重症僧帽弁閉鎖不全症の一例
東北大学 循環器病態学 ○高橋 潤、安田 聡、瀧井 暢
武田 守彦、伊藤 愛剛、中山 雅晴
高木 祐介、伊藤 健太、下川 宏明
- 12 腹部大動脈完全閉塞のACSに対する順行性IABP下緊急PCIの経験
三友堂病院 循環器科 ○川島 理、阿部 秀樹、桜井 美恵
仙台厚生病院 心臓センター 大友 達志
- 13 原因として腸腰筋膿瘍が考えられた左冠動脈感染性冠動脈瘤の一例
山形県立中央病院 ○本多 勇希、福井 昭男、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
- 14 心肺運動負荷試験 (CPX) が冠動脈肺動脈瘻の診断と治療の効果判定に有用であった一例
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○山内 宏之、佐藤 崇匡、星野 寧人
小林 淳、泉田 次郎、中里 和彦
斎藤 修一、石橋 敏幸、竹石 恭知
医療生協わたり病院 渡部 朋幸

第1会場

虚血性心疾患Ⅲ・その他 (10:40~11:15)

座長 伊藤 智範

- 15 シロリムス溶出型ステント留置後4年にて血栓性閉塞を来たした1症例
白河厚生総合病院 第二内科 ○上岡 正志、斎藤 恒儀、斎藤 富善
前原 和平
- 16 冠動脈多枝病変を認めた急性心筋梗塞の一例
岩手県立中部病院 ○西澤 健吾、織笠 俊樹、永野 雅英
齊藤 秀典、八子 多賀志
- 17 Angiosealによる感染に対し、保存的加療により改善した2例
仙台厚生病院 心臓血管センター ○金子 海彦、青野 豪、森 俊平
鈴木 健之、滝澤 要、密岡 幹夫
井上 直人、目黒 泰一郎
- 18 妊娠、出産を契機に発症した急性心筋梗塞の1例
国立病院機構仙台医療センター ○田丸 貴規、池田 尚平、尾上 紀子
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅
- 19 移植心冠動脈におけるOCT使用の経験
東北大学 循環器病態学 ○吉田 直樹、高橋 潤、安田 聡
武田 守彦、伊藤 愛剛、中山 雅晴
高木 祐介、瀧井 暢、伊藤 健太
柴 信行、下川 宏明

第1会場

虚血性心疾患Ⅳ・末梢血管 (11:15~11:43)

座長 石橋 敏幸

- 20 MR coronary angiographyにおけるT2強調VISTA法による冠動脈ソフトプラークの描出
国立病院機構 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
- 21 左室自由壁破裂に至る回旋枝閉塞に続いて短時間で対角枝が閉塞し、大腸癌合併が判明した急性冠症候群の一例
宮城県立循環器・呼吸器病センター ○渡邊 誠、大沢 上、三引 義明
柴田 宗一、住吉 剛忠、菊田 寿
- 22 再発する肺水腫に経皮的腎動脈形成術が有効であった長期維持透析患者の一例
秋田組合総合病院循環器科 ○宗久 佳子、阿部 元、池田 研
松岡 悟、田村 芳一、斉藤 崇
藤原記念病院 津谷 裕之
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏
- 23 側副血行路を介した逆行性アプローチにより再開通に成功した浅大腿動脈慢性完全閉塞の一例
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

第2会場

虚血性心疾患 I (8:35~9:10)

座長 安田 聡

- 24 巨大冠動脈-肺動脈瘻／瘤の一例
東北大学 循環器病態学 ○金子 仁彦、福本 義弘、杉村 宏一郎
中野 誠、宮道 沙織、建部 俊介
及川 美奈子、佐藤 公雄、下川 宏明
- 25 急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術後の腎機能低下は遷延する
仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科 ○浪打 成人、二瓶 太郎、杉 江 正
高橋 務子、加藤 敦、金澤 正晴
- 26 救命に成功した急性心筋梗塞に伴うblow-out type自由壁破裂の1例
岩手県立中央病院 循環器科 ○宇津志 美帆、遠藤 秀晃、工藤 俊
佐竹 洋之、高田 剛史、三浦 正暢
福井 重文、花田 晃一、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 早津 幸弘、永谷 公一、長 嶺 進
- 27 Repeat MIと冠危険因子の関連性について
仙台市医療センター 仙台オープン病院 ○瀧井 暢、浪打 成人、二瓶 太郎
高橋 務子、杉 江 正、加藤 敦
- 28 若年者急性心筋梗塞の1例
あおもり協立病院 ○内藤 貴之、澤岡 孝幸、熊谷 真史

第2会場

心不全・心筋症 (9:10~9:45)

座長 宮脇 洋

- 29 ステロイド減量に伴い心不全の増悪を繰り返したChurg-Strauss Syndrome合併僧帽弁閉鎖不全症の1症例
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○大和田 卓史、義久 精臣、中村 裕一
山田 慎哉、神山 美之、杉本 浩一
国井 浩行、斎藤 修一、石橋 敏幸
竹石 恭知
- 30 当院における心臓再同期療法の左室逆リモデリング効果の検討
東北大学 循環器病態学 ○若山 裕司、福田 浩二、広瀬 尚徳
山口 展寛、近藤 正輝、下川 宏明
- 31 僧帽弁口血流速波形の心房収縮波（A波）の終了からQRSの立ち上がりまでの時間による左室機能評価
秋田組合総合病院循環器科 ○宗久 佳子、池田 研、阿部 元
松岡 悟、田村 芳一、斉藤 崇
きびら内科クリニック 鬼平 聡
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 渡邊 博之、伊藤 宏
- 32 慢性心不全症例における低T3症候群の特徴とその頻度 -CHART-2研究中間解析より-
東北大学 循環器病態学 ○後岡 広太郎、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
岩手県立中央病院 循環器内科 三浦 正暢
- 33 完全房室ブロックに対してDDDペースメーカー植え込み後、心不全を発症した1例
仙台医療センター 循環器科 ○前川 重人、田中 光昭、池田 尚平
田丸 貴規、尾上 紀子、石塚 豪
篠崎 毅

第2会場

心筋炎・心筋症 (9:45~10:20)

座長 花田 裕之

- 34 左単冠動脈を合併した拡張型心筋症の一例
社会福祉法人 恩賜財団済生会 北上済生会病院 循環器科 ○南 仁 貴、齊 藤 大
岩手県立中部病院 循環器科 八子 多賀志、齊藤 秀典
岩手医科大学内科学講座循環器・腎・内分泌分野 佐藤 衛、中村 元行
- 35 ステロイド投与後、心室頻拍が消失した心サルコイドーシスの一例
弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科 ○石田 祐司¹、佐々木 憲¹、祐川 誉徳
伊藤 太平、大和田 真玄、佐々木 真吾
奥村 謙
- 36 内臓逆位に拡張型心筋症を発症した症例
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○岩谷 章司、岩谷 章司、横川 哲朗
三阪 智史、水上 浩行、小林 淳
中里 和彦、斎藤 修一、石橋 敏幸
竹石 恭知
南相馬市立総合病院 鈴木 史雄
- 37 LVAS+RVAS-ECMOを導入したが救命できなかった劇症型心筋炎の一例
弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科 ○櫛 引 基、山田 雅大、斎藤 新
阿部 直樹、樋熊 拓未、花田 裕之
長内 智宏、奥村 謙
- 38 肥大型心筋症患者における遅延造影MRIの予後予測因子としての有用性について
東北大学 循環器病態学 ○宮道 沙織、及川 美奈子、福本 義弘
杉村 宏一郎、佐藤 公雄、中野 誠
下川 宏明
東北大学 医学部 量子診断学講座 高橋 昭喜

第2会場

心膜疾患・心臓腫瘍 (10:20~10:55)

座長 長内 智宏

- 39 心不全で発症し、緊急手術を行うも短期間で再発した心臓悪性腫瘍の一例
東北大学 循環器病態学 ○高木 祐介、下川 宏明
いわき市立総合磐城共立病院 循環器科 杉 正文、埴 健一郎、白戸 崇
多田 智洋、湊谷 豊、山本 義人
油井 満、市原 利勝
いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科 廣田 潤
- 40 肺動脈弁に発生した心臓腫瘍の一例
山形大学 医学部 第一内科 ○佐々木 真太郎、宮本 卓也、本田 晋太郎
鈴木 聡、有本 貴範、高橋 大
穴戸 哲郎、宮下 武彦、二藤部 丈司
渡邊 哲、久保田 功
山形大学 医学部 第二外科 外山 秀司、貞弘 光章
- 41 心室頻拍を呈した心臓腫瘍の一例
みやぎ県南中核病院 循環器内科 ○大柳 琢、小山 二郎、塩入 裕樹
富岡 智子、堀口 聡、井上 寛一
- 42 急性心外膜炎で発症したChurg-Strauss症候群の一例
弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科 ○西川 薫、山田 雅大、斎藤 新
櫛引 基、阿部 直樹、樋熊 拓未
花田 裕之、長内 智宏、奥村 謙
むつ総合病院 及川 広一
- 43 大動脈弁位感染性心内膜炎で発症した左室右房交通症 (Gerbode defect) の一症例
星総合病院 心臓病センター 循環器内科 ○松井 佑子、金山 純二、金子 博智
坂本 圭司、氏家 勇一、三浦 英介
清野 義胤、木島 幹博、丸山 幸夫
星総合病院 心臓病センター 心臓外科 五十嵐 崇、高橋 昌一

第2会場

弁膜症・先天性疾患・その他 (10:55~11:30)

座長 藤原 敏弥

- 44 大動脈弁バルーン拡張術が著効した低心機能重症大動脈弁狭窄症の一例
山形大学 医学部 第一内科 ○田村 晴俊、二藤部 丈司、高橋 大
桐林 伸幸、沓沢 大輔、本田 晋太郎
長谷川 寛真、佐々木 真太郎、岩山 忠輝
玉淵 智昭、鈴木 聡、西山 悟史
有本 貴範、穴戸 哲郎、宮下 武彦
宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功
池上総合病院 ハートセンター循環器内科 葉山 泰史、坂田 芳人
- 45 前毛細血管性および後毛細血管性肺高血圧症を有した歌舞伎症候群の一例
東北大学 循環器病態学 ○金子 仁彦、福本 義弘、杉村 宏一郎
中野 誠、宮道 沙織、建部 俊介
及川 美奈子、佐藤 公雄、下川 宏明
- 46 房室ブロックを合併したたこつぼ心筋障害の一例
山形市立病院 済生館 ○佐藤 紘子、宮脇 洋、南幅 修
中田 茂和
- 47 保存的加療にて改善した外傷性心室中隔裂傷の一例
岩手医科大学内科学講座循環器・腎・内分泌分野 ○肥田 親彦、房崎 哲也、三船 俊英
小室 堅太郎、菅原 正磨、松井 宏樹
長沼 雄二郎、伊藤 智範、中村 元行
- 48 心嚢ドレーン抜去困難となった心膜液貯留の一例
大崎市民病院循環器科 ○神戸 茂雄、岩 渕 薫、竹内 雅治
矢作 浩一、長谷部 雄飛、平本 哲也
坂元 和宏

第3会場

不整脈Ⅰ (8:35~9:10)

座長 八木 哲夫

- 49 縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーに洞不全症候群を合併した一例
独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター ○深瀬 正彦、池田 尚平、田丸 貴規
清水 亨、尾上 紀子、田中 光昭
石塚 豪、馬場 恵夫、篠崎 毅
- 50 三尖弁輪後壁に起源を有する心房頻拍の1例
岩手医科大学内科学講座循環器・腎・内分泌分野 ○梶田 房紀、小松 隆、橋 英明
佐藤 嘉洋、小澤 真人、中村 元行
- 51 CARTOシステムガイド下に、至適ペーシング部位を施行した高度房室ブロックの1例
岩手医科大学内科学講座循環器・腎・内分泌分野 ○橋 英明、小松 隆、佐藤 嘉洋
梶田 房紀、小澤 真人、中村 元行
- 52 発熱によりST上昇が顕在化し、頻回の心室細動を来したBrugada症候群の1症例
太田総合病院附属太田西ノ内病院 ○中尾 阿沙子、白岩 理、武田 寛人
小松 宣夫、新妻 健夫、遠藤 教子
石田 悟朗、金澤 晃子、池田 浩
- 53 心臓再同期療法の左室ペーシング不全から慢性心不全の増悪をきたした一例
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○横川 哲朗、鈴木 均、星野 寧人
金城 貴士、上北 洋徳、神山 美之
小林 淳、泉田 次郎、中里 和彦
斎藤 修一、石橋 敏幸、竹石 恭知

第3会場

不整脈Ⅱ (9:10~9:45)

座長 篠崎 毅

- 54 心房頻拍のアブレーションが神経調節性失神の予防に有効であった一例
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○神山 美之、鈴木 均、岩谷 章司
山田 慎哉、金城 貴士、上北 洋徳
小林 淳、中里 和彦、斎藤 修一
石橋 敏幸、竹石 恭知
- 55 QT延長を伴った洞不全症候群にTorsades de pointesを合併した一例
福島県立医科大学 循環器血液内科学 ○益田 敦朗、神山 美之、中村 裕一
水上 浩行、山田 慎哉、金城 貴士
上北 洋徳、義久 精臣、杉本 浩一
国井 浩行、鈴木 均、斎藤 修一
石橋 敏幸、竹石 恭知
- 56 Entrainment pacingで頻拍回路の検討を行ったHis束近傍起源心房頻拍の1例
仙台市立病院 循環器内科 ○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、菊地 次郎
- 57 コンタクトプレッシャーの加減により両方向性ブロックの作成が得られた心房粗動の1例
仙台市立病院 循環器内科 ○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、菊地 次郎
- 58 His束近傍を起源とする右室起源心室性期外収縮の2症例
仙台市立病院 循環器内科 ○櫻本 万治郎、八木 哲夫、滑川 明男
石田 明彦、山科 順裕、佐藤 弘和
中川 孝、佐藤 英二、菊地 次郎

第3会場

不整脈Ⅲ (9:45~10:20)

座長 鈴木 均

- 59 心外膜側の副伝導路に対して、irrigation catheterを用いて通電するも無効であった2症例
仙台市立病院 循環器内科 ○櫻本 万治郎、八木 哲夫、滑川 明男
石田 明彦、山科 順裕、佐藤 弘和
中川 孝、佐藤 英二、菊地 次郎
- 60 心房細動に対するカテーテルアブレーション後に緩徐な心嚢液貯留、急性心膜炎を来した1例
仙台市立病院 循環器内科 ○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
- 61 カテーテルアブレーションが有効でなかった徐脈頻脈症候群患者についての検討
仙台市立病院 循環器内科 ○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
- 62 運動後の心電図測定にて診断しえたQT延長症候群の2症例
白河厚生総合病院 第二内科 ○上岡 正志、斎藤 恒儀、斎藤 富善
前原 和平
- 63 右鎖骨下静脈高度狭窄に対し段階的拡張法にてリード留置に成功したPMI症例
JA秋田厚生連 平鹿総合病院 第二内科 ○深堀 耕平、菅井 義尚、國生 泰範
武田 智、伏見 悦子、高橋 俊明
関口 展代、林 雅人

第3会場

不整脈Ⅳ・肺 (10:20~10:55)

座長 福井 昭男

- 64 WPW症候群に心房頻拍を合併しwide QRS頻拍を呈した1例
仙台市立病院 循環器科 ○菊地 次郎、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、中川 孝、佐藤 英二
- 65 ステロイドにより房室伝導が回復し洞性頻脈に対してICD誤作動を認めた心サルコイドーシスの一例
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
- 66 脳梗塞発症により植込み型除細動器作動（ICD）の発見が遅れ早期電池消耗を来した肥大型心筋症の一例
JA秋田厚生連 平鹿総合病院 第2内科 ○西宮 健介、菅井 義尚、深堀 耕平
伏見 悦子、國生 泰範、武田 智
高橋 俊明、関口 展代、林 雅人
秋田県成人病医療センター 阿部 芳久、寺田 健
- 67 急性肺血栓症治療後、右心カテーテル検査所見の検討
岩手県立中央病院 循環器科 ○高橋 徹、佐竹 洋之、工藤 俊
高田 剛史、三浦 正暢、福井 重文
遠藤 秀晃、花田 晃一、中村 明浩
野崎 英二、田巻 健治
- 68 エンドセリンⅠ受容体拮抗薬が著効した二次性肺高血圧症の一例
社会福祉法人恩賜財団 済生会 北上済生会病院 循環器科 ○南 仁貴、高橋 智弘、斉藤 大
岩手医科大学内科学講座循環器・腎・内分泌分野 小林 昇、山崎 琢也、中村 元行

第3会場

大動脈・静脈・その他 (10:55~11:30)

座長 蒔田 真司

- 69 特異な血圧所見を呈した大動脈炎症候群の1例
岩手県立中央病院 循環器科 ○後村 大祐、高橋 徹、佐竹 洋之
工藤 俊、高田 剛史、三浦 正暢
福井 重文、遠藤 秀晃、花田 晃一
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 早津 幸弘、佐久間 啓、長 嶺 進
- 70 Stanford A型大動脈解離の慢性期に偽腔より右房内へ破裂を起こした1例
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器科 ○榎田 俊生、井上 直人、密岡 幹夫
大友 達志、滝澤 要、鈴木 健之
森 俊平、目黒 泰一郎
- 71 Behcet病に腹部大動脈瘤、冠動脈瘤、心外膜炎を同時に合併した1例
東北厚生年金病院 循環器センター(循環器科) ○河部 周子、田淵 晴名、山口 濟
山家 実、山中 多聞、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) 藤川 拓也、増田 信也、渡辺 卓
三浦 誠
- 72 当院における下大静脈フィルター留置の現状
山形県立中央病院 内科 ○高橋 克明、福井 昭男、本多 勇希
矢尾板 信裕、菊地 彰洋、高橋 健太郎
玉田 芳明、松井 幹之、矢作 友保
後藤 敏和
- 73 脈波伝搬速度の上昇と血中脂質異常との関連性:地域住民を対象とした縦断研究
岩手医科大学内科学講座循環器・腎・内分泌分野 ○永野 雅英、田中 文隆、佐藤 権裕
高橋 智弘、瀬川 利恵、肥田 頼彦
中村 元行

YIA審査会	10:15～10:45 (2F：小会議室4)
心肺蘇生法普及委員会	10:50～11:20 (2F：小会議室4)
評議員会	11:30～12:00 (3F：小会議室8)
総会・YIA授賞式	12:10～12:30 (2F：第1会場)

教育セッション1 12:30～13:30 (第2会場)

座長：奥村 謙 先生 (弘前大学 循環呼吸腎臓内科 教授)

「遺伝性不整脈の最新の診断と治療」

国立循環器病センター
心臓血管内科医長 清水 渉 先生

共催：第149回日本循環器学会東北地方会
第一三共株式会社

教育セッション2 12:30～13:30 (第3会場)

座長：下川 宏明 先生 (東北大学 循環器病態学 教授)

「血管不全の観点からみた冠動脈疾患治療の今後」

獨協医科大学 心臓・血管内科
教授 井上 晃男 先生

共催：第149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3 13:45～14:45 (第1会場)

座長：久保田 功 (山形大学 医学部 第一内科 教授)

「疾患遺伝子同定のための最新の遺伝統計学」

山形大学医学部先端分子疫学研究所・ゲノム情報解析ユニット
教授 田宮 元 先生

共催：第149回日本循環器学会東北地方会
塩野義製薬株式会社

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日からはじまり翌年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149回日本循環器学会東北地方会YIA審査委員
(敬称略)

青森

弘前大学医学部 循環呼吸腎臓内科 教授 奥村 謙
青森県立中央病院 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 教授 中村 元行
岩手県立中央病院 統括副院長 田巻 健治

秋田

秋田大学医学部 循環器内科学 教授 伊藤 宏
秋田組合総合病院 副院長 齊藤 崇

山形

山形大学医学部 内科学第一講座 教授 久保田 功
済生会山形済生病院 内科診療部長 池田 こずえ

宮城

東北大学循環器病態学 教授 下川 宏明
東北労災病院 循環器科部長 小丸 達也

福島

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座 教授 竹石 恭知
白河厚生総合病院 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10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	傅	
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
	盛	英機	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	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	田巻	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	山本 文雄
	○渡辺	博之			

山形	熱海 裕之 金谷 透 齋藤 公男 福井 昭男 八巻 通安	石井 邦明 ○久保田 功 貞弘 光章 松井 幹之 ○渡邊 哲	小熊 正樹 後藤 敏和 廣野 摂 宮脇 洋
宮城	井口 篤志 井上 直人 金澤 正晴 上月 正博 佐藤 昇一 ○田林 晁一 安田 聡	石出 信正 今井 潤 金塚 完 小丸 達也 柴 信行 布川 徹 柳澤 輝行	○伊藤 貞嘉 ○加賀谷 豊 小岩 喜郎 西條 芳文 ○下川 宏明 福本 義弘 山家 智之
福島	青木 孝直 大和田 憲司 ○竹石 恭知 ○横山 齊	石川 和信 木島 幹博 前原 和平 渡辺 毅	○石橋 敏幸 杉 正文 室井 秀一
会計監事	阿部 圭志	田中 元直	
幹事	柴 信行	安田 聡	福本 義弘

第 149 回 日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

平成 21 年 12 月 12 日 仙台国際センター
会長：久保田 功
(山形大学医学部 第一内科)

1

大動脈弁無冠尖(NCC)からのアブレーションで根治したATP感受性心房頻拍(AT)の1例

¹山形大学 医学部 第一内科、
²公立置賜総合病院 循環器内科
○岩山 忠輝¹、有本 貴範¹、二藤部 丈司¹、長谷川 寛真¹、
西山 悟史¹、本田 晋太郎¹、沓沢 大輔¹、佐々木 真太郎¹
桐林 伸幸¹、玉淵 智昭¹、田村 晴俊¹、鈴木 聡¹、
高橋 大¹、宍戸 哲郎¹、宮下 武彦¹、鈴木 卓也¹、
渡邊 哲¹、久保田 功¹、角田 裕一²

症例は59歳男性。1年前より動悸を自覚。症状が頻回になり、当院に紹介された。頻拍は、HR 155回/分のlong RP¹を呈するnarrow QRS頻拍で、心臓電気生理検査でHis束近傍を起源とするATと診断し、少量のアデノシン三リン酸(ATP)で停止した。右房内最早期興奮部位では、His束電位を認め、通電できなかった。NCCでのATの最早期興奮部位マッピングでは、His束電位を認めず、洞調律下に15~35W、60秒の通電を施行した。通電後に、インプロテレンール持続静注下で心房頻回刺激を行ったが、ATは誘発されなくなった。以後、抗不整脈薬などで8ヶ月間再発を認めない。当院でアブレーション前にMDCTを施行した、連続24例のNCC-His束の解剖学的距離を解析したので合わせて報告する。

2

末期腎不全患者に僧帽弁輪石灰化の無菌性膿瘍を合併した一例

¹秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学、
²秋田大学大学院 心臓血管外科
○小武海 雄介¹、小山 崇¹、宗久 佳子¹、飯野 健二¹、
石田 大¹、寺田 豊¹、高橋 陽一郎¹、野堀 潔¹、
小坂 俊光¹、渡邊 博之¹、伊藤 宏¹、山本 文雄²

維持透析中の57歳男性。僧帽弁の感染性心内膜炎を疑われ紹介受診となった。入院時、WBC 5800/μl、CRP 5.99mg/dl、血液培養陰性。心臓エコー検査では僧帽弁逆流は軽度で弁破壊なし、僧帽弁後尖弁輪部に付着し左房左室間を往復運動する紡錘状構造物と、僧帽弁輪石灰化と連続した左室高位後壁心内膜側のhyper echoic massを認めた。準緊急的に両方の異常構造物の摘出術を施行、後壁側腫瘍の内部は液状の内容物で占められていた。病理検査では僧帽弁輪石灰化の融解壊死による乾酪性膿瘍であり、炎症所見は認められず無菌であった。末期腎不全患者は僧帽弁輪石灰化を合併することが多いが、それが無菌性膿瘍となりvegetationと鑑別を要することは稀であるため、ここに報告する。

3

ドクターヘリによる搬送と低体温療法が奏功し完全社会復帰しえた院外CPAで発症した急性心筋梗塞の一例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学、
²福島県立医科大学 附属病院 救急センター
○中村 裕一¹、国井 浩行¹、星野 寧人¹、神山 美之¹、
義久 精臣¹、杉本 浩一¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、
斎藤 修一¹、石橋 敏幸¹、竹石 恭知¹、長谷川 有史²、
多勢 長一郎²

症例は50代男性。冠危険因子は高血圧、脂質代謝異常。ハイキング下山直後に失神、脈拍は触知できなかった。AEDによる除動後、by-stander CPR開始。ドクターヘリ到着時JCS 300、除脳硬直を認めた。後のAED解析結果はVFであった。当院搬送時の心電図上II、III、aVFでST上昇を認め、AMIと診断し緊急冠動脈造影を施行。左回旋枝に閉塞を認め、ステントを留置し血行再建に成功。その後発症7時間目から低体温療法を開始。48時間の同療法後、意識は回復し神経学的後遺症は認めなかった。院外CPAの社会復帰率は約3%であるが、AEDによる除動、by-stander CPR、ドクターヘリによる搬送、迅速なPCI、低体温療法にて救命し、完全社会復帰しえたAMI症例を経験したので考察を加え報告する。

4

運動後のT波オーバーセンシングによるICD不適切作動を認められたブルガダ症候群の1例

¹弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科
○祐川 誉徳¹、大和田 真玄¹、伊藤 太平¹、佐々木 憲一¹、
佐々木 真吾¹、奥村 謙¹

症例は37歳男性。35歳時に心室細動(VF)による心停止から蘇生され、ブルガダ症候群の診断でICDが植込まれた。2年間に1回のICD適切作動と2回の不適切作動が確認されたが、不適切作動は2回とも自転車に乗っている時で、ICDテレメトリーではT波oversensing(TOS)に起因するダブルカウントによるものであった。運動負荷試験では負荷終了後にサドルバック型のST上昇を来し、同時にTOSが捉えられた。β遮断薬は投与しづらく、またICDの感度調整でもTOSを予防できず、他社製ICDに変更し、心室リードを追加した。その後は運動負荷でもTOSが発生しないことが確認された。ブルガダ症候群では運動後、TOSによる不適切作動が起こりうる。デバイス選択やリード留置部位を工夫することで予防可能と考えられた。

5

肺塞栓症を合併した肺動脈原発血管肉腫の1剖検例

¹東北大学 循環器病態学、²東北大学病院 放射線科、
³東北大学病院 病理部
○清水 亨¹、杉村 宏一郎¹、福本 義弘¹、及川 美奈子¹、
佐藤 公雄¹、中野 誠¹、下川 宏明¹、高瀬 圭²、
伊藤 しげみ³、中村 保宏³

症例は71歳、女性。平成20年10月より発熱、全身倦怠感があり、近医にて右肺動脈主幹部閉塞の肺血栓塞栓症と診断され、抗凝固療法が開始された。平成21年2月19日心タンポナーデを呈し、心嚢穿刺にて血性心嚢液が排出され、24日当科転院し、胸部CT施行にて右房から左房背側に広がり右肺動脈に浸潤する腫瘍を認めた。肺動脈造影にて右下肺動脈に濃染する腫瘍を認め、左房へのシャント血流を認めた。左右冠動脈からの栄養血管によるtumor stainも認めた。CTガイド下生検にて、血管腔を形成する異型細胞が増勢しており血管肉腫が疑われ、化学療法開始したが、転院後第55病日に永眠された。剖検により、右肺動脈原発血管肉腫を確認した。今回、肺塞栓を合併し、左房へのシャントを認めた、肺動脈原発血管肉腫という稀な症例を経験したので報告する。

6

院外心停止の成因および予後:冠攣縮と心室細動の二重誘発試験の重要性

¹東北大学 循環器病態学
○高木 祐介¹、安田 聡¹、高橋 潤¹、武田 彦彦¹、
中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、広瀬 尚徳¹、若山 裕司¹、
福田 浩二¹、下川 宏明¹

【目的】明らかな器質的異常を認めない院外心停止の成因は未だ十分解明されていない。【方法】04年12月~09年7月に器質的心疾患のない院外心停止蘇生例連続16例を対象に、発症から1ヶ月後に冠攣縮(VSA)誘発試験と電気生理検査による心室細動(VF)誘発試験を施行した。【結果】全例でVSAまたはVFのいずれかが陽性で、内訳は、両者陽性10例、VSA単独3例、VF単独3例であった。全例に植え込み型除動器(ICD)植込み術を施行し、VSA陽性例ではCa拮抗薬を投与し、平均18ヶ月経過観察を行った。VF陽性群では4例(31%)にICD適切作動を伴うVF再発が認められたのに対し、VSA単独群では認められなかった。【結語】院外心停止の成因にVSA・VFの機能的異常が関与している可能性が示唆された。VSA例に対するICD適応に関しては更なる検討が必要である。

7

肥満者における低BNP血症;日本人地域一般住民での横断研究

¹秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○小泉 恵¹、渡邊 博之¹、飯野 健二¹、石田 大¹、
小坂 俊光¹、伊藤 宏¹

肥満心不全患者における低BNP血症が欧米から報告されたが、日本人や一般集団での検討は少なく、その機序も不明である。【目的】日本人一般集団で肥満とBNPの関係性を明確にし、その機序への影響因子を抽出する。【方法】2006年度A地区健康診断を受診した非心疾患患者775人を対象とし、BNPとBMI、腹囲、他血液検査の関係性を、既知の心疾患関連因子で調整した多変量回帰分析を用い検討した。【結果】BMIはBNPと有意な負の相関を示し(偏相関係数-0.08)、それは男性でより顕著であった。また低BNP血症に最も強い影響因子は、BMIよりも腹囲であり(同-0.13)、糖尿病、脂質異常症、メタボリック症候群は関連がなかった。【結果】:日本人地域一般住民でも肥満とBNPは負の関係を示し、その機序として腹囲増大(内臓脂肪)が寄与している可能性がある。

8

Toll-like receptor (TLR)-4を介した心房内皮障害は、心房内血栓形成に關与する

¹山形大学 医学部 第一内科
○加藤 重彦¹、渡邊 哲¹、鈴木 聡¹、石野 光則¹、
佐々木 敏樹¹、舟山 哲¹、禰津 俊介¹、宍戸 哲郎¹、
久保田 功¹

近年、心房内皮障害が血栓形成に重要な役割を果たすことが報告された。また心房細動患者の心筋において、TLR-4の内因性リガンドであるHSP60発現が亢進することが報告された。そこで我々はTLR-4と内皮障害について検討した。野生型(WT)マウスとTLR-4欠損(KO)マウスに大動脈縮窄術(TAC)を行い検討した。TAC 4週後、KOマウスではWTマウスと比較し、心房内血栓が少なかった(p<0.05)。KOマウスでは、VCAM-1の発現亢進とeNOSリン酸化の抑制が減弱していた(p<0.05)。更にKOマウスでは、p38リン酸化とNFκB活性が抑制されていた。これより、TLR-4/p38、NFκB経路が心房内皮障害による心房内血栓形成に關与していると考えられた。

9

慢性腎臓病を合併した慢性心不全患者の予後予測因子の検討

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学
○佐藤 崇匡¹、三阪 智史¹、義久 精臣¹、高野 真澄¹、
国井 浩行¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、齋藤 修一¹、
石橋 敏幸¹、竹石 恭知¹

【目的】慢性心不全の予後予測因子が慢性腎臓病(CKD)の有無によって異なるかどうかを検討すること。【方法と結果】当院に入院した慢性心不全者280名(男性 226名、年齢 59±14歳)をCKD(-)群(GFR≥60, n=158)、CKD(+)群(GFR<60, n=122) 2群にわけ、退院後の心イベント発症の予測因子について採血、心臓超音波による収縮能・拡張能、心肺運動負荷試験で得られた指標に関して比較検討した。単変量解析にて有意であった項目に関して多変量解析を行ったところ、CKD(-)群ではBNP、Peak VO2が心イベント発症の独立した危険因子であった。一方、CKD(+)群ではヘモグロビン濃度とdeceleration timeが独立した予後予測因子であった。【結論】CKDの有無によって慢性心不全の予後予測因子は異なり、診療に当たり考慮する必要がある。

10

宮城県における心筋梗塞に対する心臓リハビリテーションの実施状況について

¹東北大学大学院 医学系研究科 内部障害学分野
○坂田 佳子¹、伊藤 修¹、上月 正博¹

【目的】宮城県における心筋梗塞に対する心臓リハビリの実施状況を明らかにする。【方法】宮城県心筋梗塞対策協議会加盟施設40施設を対象に平成21年4月から5月にかけて郵送アンケート方式で調査を行った。【結果】38施設から回答があった(回答率95.0%)。心筋梗塞急性期の心臓リハビリ実施施設は、全体では13施設(34.4%)、16ある循環器専門医研修施設では11施設(73.3%)であった。心臓リハビリ実施施設の84.6%が包括的プログラムに沿って実施していた。実施していない施設ではスタッフや設備の不足が主な実施阻害因子であった。回復期の心臓リハビリ実施施設はリハビリ科で実施している1施設のみであった。【結論】宮城県における心筋梗塞に対する心臓リハビリは急性期の実施で留まり、回復期心臓リハビリの普及への対策が必要と思われる。

11

長期ミルリノン投与が有効であった虚血性重症僧帽弁閉鎖不全症の一例

¹東北大学 循環器病態学
○高橋 潤¹、安田 聡¹、瀧井 暢¹、武田 守彦¹、
伊藤 愛剛¹、中山 雅晴¹、高木 祐介¹、伊藤 健太¹、
下川 宏明¹

症例は60歳代女性。2009年3月胸痛出現から2日後に近医受診、急性心筋梗塞が疑われたため当院紹介となった。緊急冠動脈造影では回旋枝近位部の完全閉塞と右冠動脈末梢に造影遅延を伴う有意狭窄が認められた。回旋枝近位部病変に対しステントを留置したがno reflowの状態を終了、その後乏尿と低血圧が遷延した。ドブタミンとノルアドレナリンの投与を開始したところ急速に肺水腫が増悪した。心エコー上、僧帽弁逆流の増悪が認められたが、弁構造破壊所見は明らかではなく後乳頭筋不全と考えられた。IABPを挿入し右冠動脈残存狭窄にPCIを追加するとともにミルリノンを開始した。以降ショック状態からは離脱、ミルリノンの投与を約1ヶ月継続し最終的には外科的修復を行うことなく心機能は代償され退院可能であった。

12

腹部大動脈完全閉塞のACSに対する順行性IABP下緊急PCIの経験

¹三友堂病院 循環器科、²仙台厚生病院 心臓センター
○川島 理¹、阿部 秀樹¹、桜井 美恵¹、大友 達志²

症例62歳女性。2007年秋より歩行時しびれあるも放置。2009年7月14日深夜より背部痛胸痛を自覚し翌朝近医受診ECGでV1~V5ST上昇みとめ急性冠症候群疑いに当院緊急入院。緊急PCI(左radial)にて左前下行枝#6totalにPCI。IABP挿入回るも両鼠径部の動脈触知不良。AOGにて腹部大動脈完全閉塞と判明。右上腕経路で順行性にIABP挿入し血行動態の安定化を図った。peakCPK1813。その後の経過順調にて7月31日退院。歩行時のしびれがあるためLeriche症候群の加療目的に当院再入院。8月25日にPTA施行。その後順調に経過し歩行時のしびれも消失。術後7日目に退院となった。総括;本症例はIABP挿入の際に両鼠径部の動脈触知不良のためAOGを行い腹部大動脈完全閉塞と判明。順行性IABP挿入は右上腕アプローチのほうが左より屈曲が少なく有利と思われた。

13

原因として腸腰筋膿瘍が考えられた左冠動脈感染性冠動脈瘤の一例

¹山形県立中央病院

○本多 勇希¹、福井 昭男¹、矢尾板 信裕¹、菊地 彰洋¹、高橋 克明¹、高橋 健太郎¹、玉田 芳明¹、松井 幹之¹、矢作 友保¹、後藤 敏和¹

症例は73歳男性。S63年 AMI(下壁)を発症、H3年 左主幹部病変を認めCABG(LITA to #7, SVG to D1, SVG to #12)施行。翌年LITA 100%, SVG to D1の吻合部狭窄を認め、左主幹部にPCI施行したが3ヵ月後に再狭窄を認めre-CABG(SVG to #8)施行。H20年 胸痛出現、#4PD 99%、#4AV 75%と狭窄の進行を認め、PCIを施行。PESを#4AV末梢より2本留置し0%で終了。H21年確認カテで右冠動脈入口部狭窄を認め8月26日同部位にPCIを施行した。H21年8月中旬より腰痛、9月中旬より胸痛、発熱出現し当院患急室受診。心電図上V2~6 ST低下、aVR ST上昇を認め、心カテで#6に冠動脈瘤、distalに99%狭窄を認めた。熱源検索で右腸腰筋膿瘍を認め、血培で黄色ブドウ球菌を検出した。急激に形成された冠動脈瘤の原因が腸腰筋膿瘍と考えられた一例を経験したので報告する。

14

心肺運動負荷試験(CPX)が冠動脈肺動脈瘤の診断と治療の効果判定に有用であった一例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学、

²医療生協わたり病院

○山内 宏之¹、佐藤 崇国¹、星野 寧人¹、小林 淳¹、泉田 次郎¹、中里 和彦¹、斎藤 修一¹、石橋 敏幸¹、渡部 朋幸²、竹石 恭知¹

症例は64歳女性。労作時息切れ、胸部不快感を主訴に前医受診し、冠動脈造影検査で左冠動脈および右動脈に冠動脈肺動脈瘤を認められたが、運動負荷心筋シンチにて虚血否定的であったため経過観察されていた。しかし、徐々に症状の悪化を認めためたため当院紹介となった。運動負荷心筋シンチではやはり虚血性変化は否定的であった。そこでCPXを施行したところ胸痛、息切れ、心電図のST低下に加えて、最大酸素摂取量、酸素脈(VO2/HR)の低下、及びVE/VC2 slopeの上昇を認めた。病態に冠動脈肺動脈瘤が関与していると考え、同部位にコイル塞栓術を施行した。術後CPXを施行したところ、上記指標の改善を認めた。心筋シンチにて虚血を同定できず、CPXが診断、治療の効果判定に有用であった貴重な症例であり報告する。

15

シロリムス溶出型ステント留置後4年にて血栓性閉塞を来した1症例

¹白河厚生総合病院 第二内科

○上岡 正志¹、斎藤 恒儀¹、斎藤 富善¹、前原 和平¹

症例は83歳女性、H17年3月狭心症に対し左冠動脈主幹部~前下行枝へシロリムス溶出型ステントを留置した。さらに同年6月左冠動脈回旋枝にも同ステントを留置された。以後近医通院中であったがH21年9月25日急性心筋梗塞を発症し搬送となった。緊急冠動脈造影にて左冠動脈回旋枝のステント内での完全閉塞を認めた。吸引にて赤色血栓を引き、その後TIMI IIIに改善した。患者はテクロピジンのみ内服となっていた。J-Cypherにおいてはステント留置後2年の時点でステント血栓症の発症率は0.77%と報告されており、アスピリンまたはテクロピジンの内服下においては二剤併用と血栓症の発症率に有意差は認めなかった。抗血小板剤の単剤内服下におけるステント血栓症はまれであるため報告する。

16

冠動脈多枝病変を認めた急性心筋梗塞の一例

¹岩手県立中部病院

○西澤 健吾¹、織笠 俊樹¹、永野 雅英¹、齊藤 秀典¹、八子 多賀志¹

72歳男性。DM、HTN、smoking。H21年7月、早朝に胸痛を自覚したが自然軽快。2時間後、昏睡状態となり当院に救急搬送。ECGで下壁領域にST上昇認めAMIの診断で緊急CAG施行。左冠動脈造影でLAD90%・LCX90%の狭窄、LCXから右冠動脈に側副血行路認めた。viewを変えて造影したところLADのflowはさらに低下しshockを呈した。多枝攣縮と考えニコランジル冠注し狭窄は解除され血行動態も改善。Max CK/MBは2563/225。ニコランジル、ジルチアゼム内服開始後胸部症状なく退院。今回我々はmulti coronary spasmによってAMIをきたした症例を経験し、攣縮時の動画をとらえることができたので報告する。

17

Angiosealによる感染に対し、保存的加療により改善した2例

¹仙台厚生病院 心臓血管センター

○金子 海彦¹、青野 豪¹、森 俊平¹、鈴木 健之¹、滝澤 要¹、密岡 幹夫¹、井上 直人¹、目黒 泰一郎¹

Angioseal STS PLUSは、十分な止血効果、および安全性から広く使用されている。しかし、感染を生じると難治性となり、死亡例も報告されている。Angiosealに感染を合併し、保存的加療により改善した2例を経験したので報告する。症例1は54歳、男性、左前下行枝の慢性完全閉塞に対して経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を行い、右大腿動脈のシース挿入部をAngiosealで止血した。術後4日目より穿刺部の発赤、圧痛を認め、CTで止血部位の脂肪織濃度上昇を認め、感染と診断し抗生剤投与を開始した。術後9日目より排膿があり、排膿と抗生剤投与を継続し、最終的に治癒した。症例2は66歳、男性、左回旋枝の高度狭窄に対してPCIを行い、左大腿動脈のシース挿入部をAngiosealで止血した。術後4日目より感染を合併したが抗生剤投与のみで改善した。

18

妊娠、出産を契機に発症した急性心筋梗塞の1例

¹国立病院機構 仙台医療センター

○田丸 貴規¹、池田 尚平、尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

症例は36歳、女性。第1子を帝王切開にて出産直後より左上肢痛出現、分娩2日頃より後頸部痛出現し、症状が増強したため分娩60日目に当院救急搬送となった。3、aVF誘導の異常Q波、V3~V6誘導の陰性T波、CKとトロポニンIの上昇、心臓超音波検査Bモード画像における壁運動異常を認めた。心臓MRIにて心尖部から下壁にかけての貫壁性delayed enhancementを認めた。入院後に症状は消失し、CK、トロポニンIは正常化した。冠動脈造影にて有意狭窄を認めなかった。左室造影にて#4、#6の壁運動低下、心室瘤あり。経食道心臓超音波検査にて、心内血栓を認めず、卵円孔は開存していた。下肢静脈超音波検査にて深部静脈血栓を認めなかった。明らかな塞栓源を確定できなかったが、妊娠、出産が心筋梗塞発症に関与した可能性があると思われたので報告する。

19

移植心冠動脈におけるOCT使用の経験

¹東北大学 循環器病態学

○吉田 直樹¹、高橋 潤¹、安田 聡¹、武田 守彦¹、伊藤 愛剛¹、中山 雅晴¹、高木 祐介¹、瀧井 暢¹、伊藤 健太¹、柴 信行¹、下川 宏明¹

症例は20歳代女性。Marfan症候群に伴う弁機能不全のため数回の弁置換術が行われた。しかしながら心機能が低下し、23歳時に重症心不全のために補助人工心臓装着され、26歳時に心移植手術が施行された。タクロリムスを中心とした免疫抑制剤により明らかな移植後拒絶反応は認めることなく経過している。年1回冠動脈造影と血管内超音波(IVUS)による冠動脈硬化の評価を行っていたが、移植から3年が経過した今回、光干渉断層計(OCT)を併せて施行した。冠動脈造影で左右冠動脈とも狭窄を認めず、IVUSでも正常三層構造が保たれていた。一方OCTでは軽度の内膜肥厚が認められ早期の動脈硬化性変化を示唆する結果であった。移植心冠動脈における動脈硬化性変化の評価に、組織分解能に優れたOCTが有効であると考えられた。

20

MR coronary angiographyにおけるT2強調VISTA法による冠動脈ソフトプラークの描出

¹国立病院機構 仙台医療センター 循環器科

○池田 尚平¹、田丸 貴規¹、尾上 紀子¹、田中 光昭¹、石塚 豪¹、馬場 恵夫¹、篠崎 毅¹

近年、MR coronary angiography(MRCA)による冠動脈プラークの描出が試みられているが、未だ確立した方法はない。我々はT2強調Volume Isotropic Tse Acquisition Black Blood (VISTA)法による冠動脈プラークの描出に成功したので報告する。症例は47歳女性で、心室細動後、蘇生に成功し来院した。入院後精査にて、冠動脈CTで左前下行枝近位部(＃6)のpositive remodelingを示す部位にプラーク(density: 約80HU)を認めた。MRCAにて、同部位にhigh intensity信号を記録できた。カテーテルインターベンションの際に行ったIVUSによって、同部位のプラークの存在を確認できた。本法は新しい冠動脈評価法となり得る。

21

左室自由壁破裂に至る回旋枝閉塞に続いて短時間で対角枝が閉塞し、大腸癌合併が判明した急性冠症候群の一例

¹宮城県立循環器・呼吸器病センター

○渡邊 誠¹、大沢 上¹、三引 義明¹、柴田 宗一¹、住吉 剛忠¹、菊田 寿¹

症例は80代女性。入院2日前からの胸背部痛の増悪と、aVLでのST上昇から急性冠症候群として緊急入院。心エコーで左室側壁の壁運動消失と心嚢液貯留を認めた。緊急冠動脈CTでは大動脈解離は否定的で、左回旋枝閉塞を認めるも対角枝は90%狭窄ながら疎通していた。前下行枝の描出が不十分で約1時間30分後に冠動脈造影を施行したところ、回旋枝閉塞と右冠動脈及び左前下行枝の有意狭窄に加えて対角枝の閉塞を来していた。左室自由壁修復術及び左前下行枝への冠動脈バイパス術を行ったが、術後低心拍出症候群を呈し術後管理は困難であった。その後食欲不振でIVH管理としたが腸閉塞をきたし、下行結腸癌が判明した。短時間での責任病変以外の冠動脈閉塞に関して、左室破裂および悪性腫瘍合併による凝固能亢進の関与も無視できないものと思われた。

22

再発する肺水腫に経皮的腎動脈形成術が有効であった長期維持透析患者の一例

¹秋田組合総合病院 循環器科、²藤原記念病院、

³秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○宗久 佳子¹、阿部 元¹、津谷 裕之²、池田 研¹、松岡 悟¹、田村 芳一¹、斉藤 崇¹、伊藤 宏³

症例は81歳の女性。1998年に透析導入。2009年3月、4月に二度の急性肺水腫を発症し近医入院。心精査目的に当院紹介となった。UCG上EF56%でAVA 1.4cm²の中等度ASを呈していた。afterload mismatchによる心不全と診断し、厳密な降圧と除水管理を行ったが、退院当日に再度急性肺水腫を発症した。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄なく、右腎動脈に高度狭窄を認めた。Ao-LV圧較差は20mmHg、SGカテーテルではPCWP 22mmHg、PAP 44/24(26)mmHgであった。腎動脈狭窄によるflash pulmonary edemaを考え、経皮的腎動脈形成術を施行。その後、肺水腫の再発なく、臨床症状およびBNPの改善がみられている。【結語】腎動脈狭窄を有する維持透析患者の急性肺水腫に、経皮的腎動脈形成術が有効であった。

23

側副血行路を介した逆行性アプローチにより再開通に成功した浅大腿動脈慢性完全閉塞の一例

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¹、中川 正康¹、柴原 徹¹、木村 俊介¹、伊藤 宏²

順行性アプローチでワイヤー不通過となり、側副血行路を介した逆行性アプローチにより再開通に成功した浅大腿動脈完全閉塞症例を報告する。症例は60歳代男性、主訴は下肢冷感と間欠跛行。血管造影上、左浅大腿動脈末梢の完全閉塞を認めた。左大腿動脈から順行性アプローチで治療を開始したが、ガイドワイヤーが偽腔に迷入し末梢の真腔を捉えられず難渋した。良好な側副血行路に着目し、側副血行路を用いて逆行性にワイヤーを進めることによりワイヤーの通過に成功、最終的にステントを植え込み手技終了した。末梢動脈のインターベンションにおいて、側副血行路を介した逆行性アプローチが有効であった症例を提示した。第一選択とするべき方法ではないが、同じシステムで治療でき膝窩動脈を穿孔せずにすむなどのメリットがあり報告する。

24

巨大冠動脈-肺動脈瘻/瘤の一例

¹東北大学 循環器病態学

○金子 仁彦¹、福本 義弘¹、杉村 宏一郎¹、中野 誠¹、宮道 沙織¹、建部 俊介¹、及川 美奈子¹、佐藤 公雄¹、下川 宏明¹

61歳男性。【主訴】無症候性冠動脈-肺動脈瘻/瘤の精査。【現病歴】元来健康。2008年3月、GISTにて胃全摘術施行。2009年7月、経過観察のCT上、心尖部腹側頭側に40mm大の腫瘤影があり、心電図同期CTにて冠動脈-肺動脈瘻/瘤を認め、心カテ目的で入院となった。【経過】圧所見は正常。左-右シャント率は9.8%であった。冠動脈造影上、LAD及びRCAの枝からの瘤への造影剤の流入、瘤から肺動脈への流出を認めた。造影上は肺動脈瘻への流量が多かったが、冠動脈に有意狭窄は認めなかった。今後の治療方針として、外科的治療-コイル塞栓術のオプションを考え、破裂のリスクなど説明した上で、現時点では定期的なCTで注意深く観察し、瘤の拡大傾向があればまずコイル塞栓を施行することとした。今回、巨大な冠動脈-肺動脈瘻/瘤例を経験したので報告する。

25

急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術後の腎機能低下は遷延する

¹仙台市医療センター 仙台オープン病院 循環器内科
○浪打 成人¹、二瓶 太郎¹、杉江 正¹、高橋 務子¹、
加藤 敦¹、金澤 正晴¹

【背景】造影剤使用後の腎機能低下は一時的なものと考えられている。【方法】急性心筋梗塞に対して経皮的冠動脈形成術を施行、生存退院、慢性期(90-365日後)に腎機能を確認できた115症例において推算糸球体濾過量の推移を検討した。慢性期までに心不全、急性冠症候群を発生した症例、外科手術を受けた症例、造影剤を使用した症例は除外した。【結果】形成術後に血清クレアチニン濃度が25%以上あるいは0.5mg/dl以上上昇した群では慢性期においても糸球体濾過量の低下は持続していた(p<0.0001)。また術前後で糸球体濾過量が減少しているほど慢性期における糸球体濾過量の減少も大きかった(p<0.0001)。【結論】急性心筋梗塞後に腎機能が低下した症例では慢性期においても腎機能低下が遷延している。

26

救命に成功した急性心筋梗塞に伴うblow-out type自由壁破裂の1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
○宇津 美帆¹、遠藤 秀晃¹、工藤 俊¹、佐竹 洋之¹、
高田 剛史¹、三浦 正暢¹、福井 重文¹、花田 晃一¹、
高橋 徹¹、中村 明浩¹、野崎 英二¹、田巻 健治¹、
早津 幸弘²、永谷 公一²、長嶺 進²

症例は67歳の女性。意識障害の主訴にてショック状態にて当院救急搬送された。心電図上II、III、aVf、V3-V5のST上昇を認め急性心筋梗塞が疑われた。心臓超音波検査にて心嚢液貯留、心尖部の瘤化、心腔の虚脱を認めた。胸部CTではCT値の高い心嚢液の貯留を認めたが大動脈解離の所見は認められなかった。心嚢穿刺施行したところ、凝血を伴う血性の心嚢液を認め、心破裂が疑われた。緊急冠動脈造影にて左前下行枝遠位部の完全閉塞が認められたため、急性心筋梗塞に伴う自由壁破裂を疑い緊急手術とした。術中所見では心尖部後面の血餅下にpin-holeが存在し血液の噴出を認め、左室自由壁破裂修復術、冠動脈バイパス術を施行した。本症例は救命困難とされる心筋梗塞急性期のblow-out typeの心破裂であったが、適切な治療により救命し得た一例であるため報告する。

27

Repeat MIと冠危険因子の関連性について

¹仙台市医療センター 仙台オープン病院
○瀧井 暢¹、浪打 成人¹、二瓶 太郎¹、高橋 務子¹、
杉江 正¹、加藤 敦¹

【背景】高齢化および心筋梗塞の若年発症の増加に伴い、繰り返し発症する心筋梗塞(repeat MI)が増加している。【目的】当院におけるrepeat MI症例の冠危険因子について検討する。【方法】2001年12月から2009年9月に当院に入院した心筋梗塞患者連続612例について、初回心筋梗塞(first MI)488例、repeat MI 124例で患者背景、冠危険因子、院内死亡率を比較した。【結果】first MI群に比較してrepeat MI群では糖尿病罹患率が有意に高く(48% vs 34%, p<0.01)、喫煙率は有意に低かった(29% vs 46%, p=0.003)。またrepeat MI群で来院時の血行動態は不良であったが、血行再建施行率と院内死亡率に有意差を認めなかった。【考察】より厳密な血糖コントロールが心筋梗塞の再発を予防できる可能性がある。

28

若年者急性心筋梗塞の1例

¹あおり協立病院
○内藤 貴之¹、澤岡 幸幸¹、熊谷 真史¹

症例は29歳男性。22歳時に糖尿病と高血圧を指摘されたが、放置していた。2009年9月夜テレビを見ていて胸痛出現し、救急外来受診。急性心筋梗塞の診断で入院となった。緊急冠動脈造影では左冠動脈前下行枝#6にて完全閉塞を認め、PCI施行した。ステント留置し、良好な血流となった。造影剤は170ml使用した。帰室後、収縮期血圧200mmHgをこえる高血圧を認め、ニカルジピン、ニトログリセリン点滴を開始した。エナブプリル2.5mg服用を開始した。しかし、帰室後よりほぼ無尿となったため、持続的血液ろ過透析を必要とした。以後、尿量安定した。無治療の糖尿病、高血圧、脂質異常症、さらに喫煙、肥満など複数の冠危険因子があり、加えて定職がないという社会的要素も考慮し、今後の慢性期管理が重要と考えられる。

29

ステロイド減量に伴い心不全の増悪を繰り返したChurg-Strauss Syndrome合併僧帽弁閉鎖不全症の1症例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学
○大和田 卓史¹、義久 精臣¹、中村 裕一¹、山田 慎哉¹、
神山 美之¹、杉本 浩一¹、国井 浩行¹、斎藤 修一¹、
石橋 敏幸¹、竹石 恭知¹

好酸球増多症にて種々の心病変を合併する。今回我々は、ステロイド減量に伴い心不全(HF)の増悪を繰り返したChurg-Strauss Syndrome(CSS)合併 僧帽弁閉鎖不全症(MR)の1例を経験した。症例は30代女性。2006年、喘息発作、下腿浮腫、手掌、足底部の発疹出現、この際心嚢液貯留、左室肥大、中等度MRを認めた。BNPは1190pg/ml、MPO-ANCA640倍以上、好酸球血症(8294/ μ l)を認め、CSSおよびHF、MRの診断となった。PSL内服にて心不全症状軽快し、左室肥大、心嚢液貯留も改善した。以降経過良好であったが、2007年、2009年、PSL減量と共に、再度BNP上昇、HF及びMRの増悪が認められた。左室心筋生検では好酸球浸潤認めなかったものの、PSL増量にて、HF、MRが改善した。PSLの減量及び増量がHFの増悪完解に関与したと思われる症例を経験した。

30

当院における心臓再同期療法の左室逆りモデリング効果の検討

¹東北大学 循環器病態学
○若山 裕司¹、福田 浩二¹、八瀬 尚徳¹、山口 展寛¹、
近藤 正輝¹、下川 宏明¹

【背景】左室逆りモデリングは心臓再同期療法(CRT)の効果として重要である。【方法】当院でCRTを施行した90例中59例において、心筋血流シンチQGS法でCRT前と6ヶ月後の左室容積を評価した。収縮末期容積が10%以上減少した症例を逆りモデリングありと定義した。【結果】59例中49例(83%)で臨床的に心不全改善効果を認めたが、逆りモデリングありの症例は34例(58%)であった。逆りモデリングを来した症例は有意にQRS幅が広く(>140msec; 94% vs. 40%; P<0.01)、そのほとんどは左脚ブロック型を呈した。平均34±15ヶ月のフォローアップ期間において、逆りモデリングを来した症例は有意に心イベントが少なかった(24% vs. 64%; P<0.01)。【結論】左脚ブロック型QRS幅延長を来す心不全症例は、早期のCRT適応を検討すべきである。

31

僧帽弁口血流速波形の心房収縮波(A波)の終了からQRSの立ち上がりまでの時間による左室機能評価

¹秋田組合総合病院 循環器科、²きびら内科クリニック、
³秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○宗久 佳子¹、鬼平 聡²、池田 研¹、阿部 元¹、
松岡 悟¹、田村 芳一¹、渡邊 博之³、斉藤 崇¹、
伊藤 宏³

E/E'は左室拡張末期圧と相関する。僧帽弁血流速波形(TMf)のA波の終了からQRSの立ち上がりまでの時間(A-Q interval)とE/E'との関係について検討した。78例を対象に、バルスドップラー法にてTMfの拡張早期波(E)とA-Q intervalを求めた。QRSの立ち上がりを0とし、それより早くA波が終了する場合をマイナスとした。E/E'とA-Q intervalは良い相関関係を認めた($r=0.41, p<0.001$)。治療前後における変化を15症例で検討したところ、A-Q intervalが -7.2 ± 8.9 から 30.2 ± 3.4 msecに増加した群(9例)は、E/E'、BNPの有意な改善がみられた($p<0.005, p<0.001$)。一方、A-Q intervalの減少した群では、E/E'、BNPの増悪が認められた。【結語】心房収縮波(A)の終了からQRSの立ち上がりまでの時間(A-Q interval)はE/E'及び臨床経過との良い相関がみられた。

32

慢性心不全症例における低T3症候群の特徴とその頻度—CHART-2研究中間解析より—

¹東北大学 循環器病態学、
²東北大学大学院 循環器EBM開発学講座、
³岩手県立中央病院 循環器内科
○後岡 広太郎¹、柴 信行²、三浦 正暢³、河野 春香²、
下川 宏明¹

【背景】低T3症候群を合併した慢性心不全の頻度や臨床的特徴は明らかでない。【方法】東北慢性心不全登録研究-2(CHART-2)において十分なデータのある1171名のStage-C/D例を甲状腺機能正常例(N群)と低T3症候群例(L群:T3<2.5pg/dl, TSH and fT4:normal)の2群に分類した(甲状腺治療例は除外)。【結果】全体の平均年齢は68.1歳(男性78%)でT群(N=432)のfT3濃度は 2.0 ± 0.4 pg/dlであった。N群と比較してT群は高齢、低ヘモグロビン濃度、hsCRP高値、BNP高値であった。amiodarone使用率や心房細動合併に差は認めなかった。【結論】低T3症候群は慢性心不全例でかなりの頻度を占めた。今後予後に対する影響を調べる予定である。

33

完全房室ブロックに対してDDDペースメーカー植え込み後、心不全を発症した1例

¹仙台医療センター 循環器科
○前川 重人¹、田中 光昭¹、池田 尚平¹、田丸 貴規¹、
尾上 紀子¹、石塚 豪¹、篠崎 毅¹

症例は84歳男性。完全房室ブロック(接合部補充調律、心拍数36bpm)のため近医にて経過観察中であった。膀胱癌術前にペースメーカー植え込み(PMI)を施行した(DDD、心拍数70bpm、右室心尖部ペースング)。PMI7日後に心拡大の増悪と両側胸水貯留を認め、心不全を発症した。Pacing rateを低下させることで接合部補充調律を優先させ、利尿薬投与にて、心不全は改善した。右室ペースングが心不全の原因と考え、pacingによるwide QRS(DDD、心拍数70bpm)と、接合部補充調律を優先させたnarrow QRS(心拍数37bpm)における心機能を心臓超音波検査によって解析した。左室駆出率や僧帽弁逆流には著変なかったが、三尖弁逆流がwide QRS時のみ著明に増大した。Wide QRSに伴う三尖弁逆流の増大が心不全発症に関連していた可能性がある。

34

左単冠動脈を合併した拡張型心筋症の一例

¹社会福祉法人恩賜財団 済生会 北上済生会病院 循環器科、
²岩手県立中部病院 循環器科、
³岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌分野
○南 仁貴¹、斉藤 大¹、八子 多賀志²、
斉藤 秀典²、佐藤 衛³、中村 元行³

症例は54歳の男性。平成21年9月、完全右脚ブロックの精査目的に紹介となる。身長171cm、体重89kg。心音および呼吸音 異常なし。心電図:洞調律、左軸偏位、完全右脚ブロック。胸部X線写真 CTR 48%、肺野に異常なし。心エコー図:中隔/後壁=9/9mm、左室拡張末期径/収縮末期径=57/41mm、左室駆出率 46%。冠動脈造影 左冠動脈洞から起始する左単冠動脈。左心室造影 左室駆出率 38%、左室拡張末期容量/収縮末期容量 138/85mL。右室側心内膜心筋生検所見:心筋細胞の肥大と細胞質の空胞変性を認めた。明らかな炎症細胞浸潤や異常沈着物は認めない。【結語】本症例は、拡張型心筋症に左単冠動脈を合併した稀有な症例であり報告する。

35

ステロイド投与後、心室頻拍が消失した心サルコイドーシスの一例

¹弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科
○石田 祐司¹、佐々木 憲一¹、祐川 蒼徳¹、伊藤 太平¹、
大和田 真玄¹、佐々木 真吾¹、奥村 謙¹

サルコイドーシス(以下サ症)は原因不明の全身性疾患であり、死因の大半は心病変による。今回我々は心室頻拍(以下VT)で発症し、ステロイド投与が著効した心サ症の一例を経験したので報告する。症例は53歳女性。突然の頻拍感を自覚し近医を受診した。心電図にてHR170bpmの頻拍が捕捉され当科紹介となった。電気生理検査では2種のVTが誘発され、左室造影では前壁に心室瘤を認めた。心筋生検は陰性だが、ツ反陰性、Gaシンチでの異常集積像あり、サ症と診断した。VT中の血圧は維持されていたが、原疾患を考慮しICD植込みを行った。その後のVT が頻回に出現したが、β遮断薬、ステロイド投与後はVTの出現なく経過している。Gaシンチでは異常集積像の改善を認めたが、今後も注意深い経過観察が必要であると思われる。

36

内臓逆位に拡張型心筋症を発症した症例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学、
²南相馬市立総合病院
○岩谷 章司¹、岩谷 章司¹、横川 哲朗¹、三阪 智史¹、
水上 浩行¹、小林 淳¹、中里 和彦¹、斎藤 修一¹、
石橋 敏幸¹、竹石 泰知¹、鈴木 史雄²

症例は49歳、女性。中学時に初めて内臓逆位を指摘されたが、特に既往歴は認めなかった。2009年5月、次第に増悪する下肢の浮腫に加え呼吸困難も出現するようになったため、前医を受診し、うっ血性心不全の診断で入院となった。心エコーでは全周性の左室壁運動低下がみられ、拡張型心筋症が疑われた。心不全加療を行った後、原因検索のため当科に転院となった。体幹CT所見より、完全内臓逆位であることが判明した。心臓カテーテル検査を行い、冠動脈に異常はみられなかった。左室造影では駆出率33.4%、全周性に壁運動が低下しており、心筋生検では拡張型心筋症に矛盾しない所見であった。内臓逆位に、先天性心疾患を合併することはあるが、成人になってから拡張型心筋症を発症する例は稀であり、文献的考察も含めて報告する。

37

LVAS+RVAS-ECMOを導入したが救命できなかった劇症型心筋炎の一例

¹弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科

○榊引 基¹、山田 雅大¹、斎藤 新¹、阿部 直樹¹、樋熊 拓未¹、花田 裕之¹、長内 智宏¹、奥村 謙¹

症例は感冒様症状で発症した15歳男性。3日後に胸部不快感が出現、近医救急外来を受診し、完全房室ブロックとうっ血性心不全を認め、心エコーで壁運動低下を認めたため、急性心筋炎疑いで当院に搬送された。冠動脈には異常を認めなかった。IABP、人工呼吸を開始し、腎不全に対しCHDFを導入した。徐々に徐脈となり、壁運動低下も増悪したため、PCPSを導入した。第3病日には自己心拍も消失した。IABP+PCPS+CHDFを継続したが、心室静止が持続したため、第7病日に心移植を前提としてLVAS+RVAS-ECMOを装着した。しかし循環不全、多臓器不全で第9病日に死亡した。剖検では肝臓、腎臓にも広範に壊死像を認めた。ウイルス感染に起因する劇症型心筋炎、劇症肝炎、尿細管壊死と考えられた。

38

肥大型心筋症患者における遅延造影MRIの予後予測因子としての有用性について

¹東北大学 循環器病態学、²東北大学 量子診断学講座

○宮道 沙織¹、及川 美奈子¹、福本 義弘¹、杉村 宏一郎¹、佐藤 公雄¹、中野 誠¹、高橋 昭喜²、下川 宏明¹

(背景)遅延造影MRIは、肥大型心筋症における心筋の線維化を描出する。今回我々は、遅延造影効果領域の程度と肥大型心筋症患者における突然死の危険因子との関連性について検討した。(対象と方法)連続した47肥大型心筋症患者全例に遅延造影MRIを施行した。遅延造影効果領域の程度は、遅延造影効果領域の心筋総体積に占める比率(%DCE)で評価した。突然死の危険因子は心室性頻拍、失神の有無で決定した。(結果)遅延造影効果は50例全例に認められた。47例中14例に心室性頻拍、10例に失神を認めた。%DCEは心室性頻拍と失神を有する患者で有意に高かった。また、%DCEと心筋体積は有意な正の相関を認めた。(結論)肥大型心筋症における遅延造影効果領域の程度は突然死の危険因子と強い関連を認めた。

39

心不全で発症し、緊急手術を行うも短期間で再発した心臓悪性腫瘍の一例

¹東北大学 循環器病態学、

²いわき市立総合磐城共立病院 循環器科、

³いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科

○高木 祐介¹、杉 正文²、廣田 潤³、塙 健一郎²、

白戸 崇²、多田 智洋²、湊谷 豊²、山本 義人²、

油井 満²、市原 利勝²、下川 宏明¹

症例は79歳女性。体動時の息切れと胸水貯留を認め、近医から心不全として当院へ紹介。来院時プレシヨック状態。心エコーおよび胸部造影CTにて左房内を占拠する巨大な腫瘍性病変を認めた。左房腫瘍による急性循環不全の診断で、同日緊急開胸術を施行。左房内から約110gの腫瘍を切除した。病理組織診断は悪性線維性組織球腫であった。術後第42病日に独歩退院するも、第150病日頃から再び息切れを認めるようになった。心エコーおよび胸部造影CTにて、左房腫瘍の再発を認めた。年齢、全身状態から再手術および化学療法は困難と考えられた。第160病日心不全により死亡した。心不全で発症し、緊急手術を行うも短期間で再発した悪性線維性組織球腫の一例を経験した。心臓原発の悪性腫瘍は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

40

肺動脈弁に発生した心臓腫瘍の一例

¹山形大学 医学部 第一内科、

²山形大学 医学部 第二外科

○佐々木 真太郎¹、宮本 卓也¹、本田 晋太郎¹、鈴木 聡¹、

有本 貴範¹、高橋 大¹、穴戸 哲郎¹、宮下 武彦¹、

二藤部 文司¹、渡邊 哲¹、久保田 功¹、外山 秀司²、

貞貞 光章²

症例は45歳の男性。動悸を主訴に近医を受診した。心エコー上心臓腫瘍が疑われ、精査のため当院紹介。心エコーにて右室流出路に約20mmの可動性のある腫瘍を認めた。表面は平滑であるが、一部索状構造物を認めた。人工心肺下に腫瘍摘出術を施行した。肺動脈弁弁尖に付着した腫瘍を弁尖を含め切除し、自己心膜パッチで肺動脈弁を形成した。病理組織から乳頭状線維性腫瘍 papillary fibroelastomaと診断した。papillary fibroelastomaは、良性の心臓腫瘍であり原発性心臓腫瘍の中でも比較的古くから知られている。通常は大動脈弁や僧帽弁など左心系に多く発生するとされており、右心系に発生した報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

41

心室頻拍を呈した心臓腫瘍の一例

¹みやぎ県南中核病院 循環器内科

○大柳 琢¹、小山 二郎¹、塩入 裕樹¹、富岡 智子¹、

堀口 聡¹、井上 寛一¹

【症例】70代男性【既往歴】60代より糖尿病、高血圧【現病歴】心窩部重苦感、動悸にて近医受診。160拍/分の心室頻拍をみとめソノピラミド50mg投与にて洞調律に復帰した。精査加療目的で当院に紹介となった。【入院後経過】入院後は心室頻拍はみられなかった。各種画像診断にて左室前壁に心臓腫瘍が存在することが判明し、心室頻拍の原因である可能性を考えた。【各種検査結果】【胸部写真】左第4弓に石灰化を伴う突出した陰影【心エコー】左室前壁心尖部に内部に点状の高輝度の腫瘍【造影CT】同部位に高度石灰化の腫瘍【造影MRI】T2W1で低信号を示し内部に石灰化【Gaシンチグラム】腫瘍に一致した径15mm程の高集積【心臓カテーテル検査】左室前壁に石灰化を伴う腫瘍【考察】画像からfibromaが最も考えられた。

42

急性心外膜炎で発症したChurg-Strauss症候群の一例

¹弘前大学 循環器呼吸器腎臓内科、²むつ総合病院

○西川 薫¹、山田 雅大¹、斎藤 新¹、榊引 基¹、

阿部 直樹¹、及川 広一²、樋熊 拓未¹、花田 裕之¹、

長内 智宏¹、奥村 謙¹

症例は気管支喘息で加療中の18歳女性。本年5月初旬に胸痛、呼吸困難で近医を受診。胸部CTで心嚢液貯留を認め、急性心外膜炎疑いで当科に搬送された。心タンポナーデの所見を認めず経過観察としたが、次第に心嚢液が増加したため入院第4病日に心嚢穿刺を施行。末梢血と心嚢液中の好酸球増多を認め、喘息の既往歴より、原因疾患としてChurg-Strauss症候群(CSS)が疑われた。しかしLPMO-ANCAは陰性で、末梢神経症状も認めず、確定診断には至らず経過観察となった。6月下旬より四肢に皮疹と感覚異常が出現し、皮膚生検でCSSと確定診断された。7月に再入院し、ステロイドパルス療法により諸症状は改善した。急性心外膜炎で発症するCSSも報告されており、とくに気管支喘息既往例では考慮すべきと考えられた。

43

大動脈弁位感染性心内膜炎で発症した左室右房交通症(Gerbode defect)の一症例

¹星総合病院 心臓病センター 循環器内科、
²星総合病院 心臓病センター 心臓外科
○松井 佑子¹、金山 純二¹、金子 博智¹、坂本 圭司¹、
氏家 勇一¹、三浦 英介¹、清野 義胤¹、木島 幹博¹、
丸山 幸夫¹、五十嵐 崇²、高橋 昌一²

症例は73歳女性。3カ月前より持続する倦怠感、腰痛、体重減少のため受診。入院後38度台の発熱が出現、経胸壁心エコーでは大動脈弁右冠尖に尤贅と心室中隔に可動性のある膜様構造物を認め、推定右室圧は80mmHgと肺高血圧症を呈していた。経食道心エコーでの精査にて大動脈弁右冠尖を中心に可動性の尤贅を認め、また心室中隔膜様部から三尖弁上部へのLV-RAシャントを認めた。第8病日に血液培養からstreptococcusを検出し、ABPC 4g+GM 80mgを投与開始。血行動態は安定しているため第16病日に大動脈弁置換術+心室中隔欠損孔パッチ閉鎖術を施行。術後経過良好のため第53病日に退院。大動脈弁位感染性心内膜炎で発症した左室右房交通症の一症例を報告する。

44

大動脈弁バルーン拡張術が著効した低心機能重症大動脈弁狭窄症の一症例

¹山形大学 医学部 第一内科、
²池上総合病院 ハートセンター循環器内科
○田村 晴俊¹、二藤部 丈司¹、高橋 大¹、桐林 伸幸¹、
沓沢 大輔¹、本田 晋太郎¹、長谷川 寛真¹、佐々木 真太郎¹、
岩山 忠輝¹、玉淵 智昭¹、鈴木 聡¹、西山 悟史¹、
有本 貴範¹、穴戸 哲郎¹、宮下 武彦¹、宮本 卓也¹、
渡邊 哲¹、久保田 功¹、葉山 泰史²、坂田 芳人²

83歳男性。大動脈弁狭窄症(AS)の診断がなされていたが、自覚症状が乏しいため経過観察されていた。2009年4月にうっ血性心不全を発症し、当科第1回入院となる。心エコー上、大動脈弁弁口面積0.50cm²、左室内腔拡大(68mm)、左室駆出率低下(15%)とASによる末期状態と診断した。徐々に心不全が増悪し、カテコラミン離脱が困難な重症心不全となった。弁置換術はリスクが高いと考え、経皮的な大動脈弁バルーン拡張術(PTAV)を施行した。心房中隔穿刺後に左房-左室から大動脈弁へ順行性にバルーンを進めて弁を数回拡張した。左室-大動脈圧較差は30→0mmHgへ低下し、術直後より自覚症状の改善、その後カテコラミンも離脱可能となり独歩にて退院された。低心機能重症ASに対して、PTAVが安全に施行され、かつ著効した症例を経験したので報告する。

45

前毛細血管性および後毛細血管性肺高血圧症を有した歌舞伎症候群の一症例

¹東北大学 循環器病態学
○金子 仁彦¹、福本 義弘¹、杉村 宏一郎¹、中野 誠¹、
宮道 沙織¹、建部 俊介¹、及川 美奈子¹、佐藤 公雄¹、
下川 宏明¹

33歳女性。[主訴]労作時呼吸困難。[既往歴]生後2ヶ月心室中隔欠損、肺高血圧症。生後7ヶ月心室中隔欠損閉鎖術施行。[現病歴]幼少時より感冒にかかりやすかった。2008年、肺炎にて入院時に心エコーで著明な肺高血圧を認め在宅酸素導入。その後トラクリア導入。今回、肺高血圧症への更なる加療目的で当科紹介。[経過]心臓カテーテル検査を施行し、肺動脈楔入圧23mmHg、平均肺動脈69mmHgであり、前毛細血管性および後毛細血管性肺高血圧症の併存と考えた。左室造影では前壁運動低下、冠動脈造影で前下行枝の閉塞を認めた。また、特徴的な顔貌や身体所見、先天性心疾患の既往、易感染性などから歌舞伎症候群と診断した。冠動脈閉塞に関しても先天性の要素も否定できず、多彩な心疾患を有する歌舞伎症候群を経験したので報告する。

46

房室ブロックを合併したたこつば心筋障害の一例

¹山形市立病院 済生館
○佐藤 紘子¹、宮脇 洋¹、南幅 修¹、中田 茂和¹

71歳女性。意識消失発作で転倒し救急搬送され、左大腿骨骨折で入院。来院時ECGにて、HR/45分、2:1伝導の房室ブロック、QT延長、陰性T波を認めた。同日TdPからVTとなり痙攣発作を生じた。心エコーでは心尖部の低収縮と心基部の良好な収縮を認め、たこつば心筋障害と考えられた。心筋酵素、ウイルス抗体価の上昇は認められず、体外ペーシングにてVTは消失した。翌日以降房室ブロックは回復せず、V2~6では巨大陰性T波が明らかであった。第3病日ペースメーカー植え込み術(PMI)施行した。第11病日CAGで有意な狭窄なし。LVGでは心尖部は良好に収縮しており、壁運動改善が認められた。しかしECGでは房室ブロックの改善は認められず、PMIが必要な症例であることが確認できた。

47

保存的加療にて改善した外傷性心室中隔裂傷の一例

¹岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌分野
○肥田 親彦¹、房崎 哲也¹、三船 俊英¹、小室 堅太郎¹、
菅原 正磨¹、松井 宏樹¹、長沼 雄二郎¹、伊藤 智範¹、
中村 元行¹

58歳男性。船上で一人作業中に約3kgの滑車が左胸部を直撃し意識消失した。覚醒後、同僚に援助を要請し、受傷2時間後に近隣の救急外来を受診した。受診時は意識清明で血圧125/70mmHg、12誘導心電図上、広範にST上昇を認め、採血で血清CKの上昇を認めた。心臓超音波検査で心室中隔に裂孔で血清CKの上昇を認めた。心臓超音波検査で心室中隔に裂孔を疑わせる所見があるため、造影CT検査を施行したところ同様な所見を認めた。外傷性心室中隔裂傷の診断で当院CCU搬送となった。CCU入室後、心臓外科と相談の上、心破裂予防を目的とした保存的加療を行った。超音波検査とCT検査を適宜行い、MRI検査においても心室中隔裂傷の修復と器質化が確認され、第35病日に退院となった。本症例は、保存的加療のみで良好な経過をたどった稀有な症例と考えられた。

48

心嚢ドレーン抜去困難となった心膜液貯留の一例

大崎市民病院 循環器科
○神戸 茂雄、岩淵 薫、竹内 雅治、矢作 浩一、
長谷部 雄飛、平本 哲也、坂元 和宏

症例は70歳男性。2年前に肺癌と診断され、標準的な放射線化学療法を施行された。再発なく経過していたが、3週間前より発熱と前胸部痛が出現し、心電図で広範な誘導のST上昇、心エコーで少量の心嚢液貯留が認められ、急性心外膜炎と診断した。その後心嚢液増加し心タンポナーデ所見を認めたため、心嚢ドレーン置入を目的に入院した。淡血性の心嚢液を排液後、心嚢ドレーンを留置した。翌日抜去を試みるも抵抗が強く、心膜と癒着しており抜去困難であった。ワイヤーで心膜腔内の癒着を剥離して腔を拡張しドレーン抜去可能となった。心嚢ドレーン留置後約24時間で癒着を生じ抜去困難となった心嚢液貯留の一例を経験したので報告する。

49

縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチーに洞不全症候群を合併した一例

¹独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター
○深瀬 正彦¹、池田 尚平¹、田丸 貴規¹、清水 亨¹、
尾上 紀子¹、田中 光昭¹、石塚 豪¹、馬場 恵夫¹、
篠崎 毅¹

【症例】69歳、女性【主訴】頭痛、嘔気【既往歴】60歳から縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー（DMRV, distal myopathy with rimmed vacuoles）で他院入院中。【現病歴】随意運動はほぼ不能だが発語可能。Holter心電図での平均心拍数が2003年に60、2008年に42と低下認められた。翌年3月に心拍数が30台へ低下、意識低下、嘔気、頭痛を繰り返したため当院紹介。【入院経過】心電図は洞調律でaVLに陰性T波。血液検査上異常認めず。心臓超音波検査にてLVEF 41%とびまん性の壁運動低下を認めた。心臓MRIにて左室perfusionと冠動脈に異常なく、拡張末期左室容積75ml、LVEF52.8%とびまん性の壁運動低下を認めるも、左室拡張なし。delayed enhancement認めず。以上から、DMRVと関連した心筋障害に伴う洞不全症候群と診断した。ペースメーカー植え込みを本人と家族が希望せず退院。

50

三尖弁輪後壁に起源を有する心房頻拍の1例

¹岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌分野
○梶田 房紀¹、小松 隆¹、橋 英明¹、佐藤 嘉洋¹、
小澤 真人¹、中村 元行¹

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心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1例を経験したので報告する。

51

CARTOシステムガイド下に、至適ペーシング部位を施行した高度房室ブロックの1例

¹岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌分野
○橋 英明¹、小松 隆¹、佐藤 嘉洋¹、梶田 房紀¹、
小澤 真人¹、中村 元行¹

症例は52歳、女性。主訴は眩暈。平成21年3月に12誘導心電図で心拍数42/分の高度房室ブロックを認め某医入院。その際の永久的ペースメーカー移植術では低電位の自己心内R波高、高い刺激閾値であったために右心室内膜リードの留置を断念。当施設紹介となり、心臓MRIでは右室自由壁側の心内膜に帯状の脂肪沈着を認めたが、右室心筋生検では心筋細胞の軽度線維化を認めるのみであった。CARTOシステムを用いたvoltage-mapでは、右室流入路自由壁～心尖部にかけて広範囲の低電位領域を認めたが、中位心室中隔側に心内R波7V以上、刺激閾値0.5msec-1.0V以下の部位を認め、同部にscrew-inを留置し良好な経過を得ることができた。CARTOシステムガイド下に至適ペーシング部位を留置できた1例を経験し文献学的考察を加えて報告する。

52

発熱によりST上昇が顕在化し、頻回の心室細動を来したBrugada症候群の1症例

¹太田総合病院附属太田西ノ内病院
○中尾 阿沙子¹、白岩 理¹、武田 寛人¹、小松 宣夫¹、
新妻 健夫¹、遠藤 教子¹、石田 悟朗¹、金澤 晃子¹、
池田 浩¹

【症例】63歳、男性【既往歴】高血圧【家族歴】心臓病なし【現病歴】39度台の発熱で当院受診し、ウイルス感染の診断で内服加療開始。翌日20分続く心窩部痛、呼吸困難出現し当院再診。心電図ではV1, 2でcoved typeのST上昇を認め、診察中に突然VfとなりDCを施行。10分後に再びVf。虚血心、心筋炎が疑われCAG施行し、虚血心は否定された。検査中Vfストームの状態となり、劇症型心筋炎の可能性も考えPCPS導入した。帰室後はVfを1回認めるのみでST上昇は徐々に基線化した。pilsicainide負荷およびEPSにてBrugada症候群と診断。ICD植え込み術施行し退院となった。Brugada症候群では発熱で心電図変化が顕在化し、致死性不整脈を来たしうることで報告されている。本症例も心電図の経過から、発熱により顕在化したBrugada症候群と考えられた。

53

心臓再同期療法の左室ペーシング不全から慢性心不全の増悪をきたした1例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学
○横川 哲朗¹、鈴木 均¹、星野 寧人¹、金城 貴士¹、
上北 洋徳¹、神山 美之¹、小林 淳¹、泉田 次郎¹、
中里 和彦¹、斎藤 修一¹、石橋 敏幸¹、竹石 恭知¹

症例は81歳男性。昭和59年拡張型心筋症と診断された。平成19年3回心不全で入院し、平成20年7月心不全増悪で入院した際にCRT-D植え込み術を施行した。6ヶ月後左室収縮末期容積は87mlから58mlに、左室駆出率は34%から41%に改善し入院なく安定していた。平成21年6月心不全症状が出現し、デバイスで測定した胸郭内インピーダンスは低下し、その加算設定閾値(60Ω)を越え180Ωであり入院した。心電図上左室ペーシング不全が疑われ、デバイスチェックにて左室のペーシング域値は上昇していた。出力設定を変更し、酸素とhANP投与で軽快退院した。当院においては最近在宅モニタリングシステムが導入され、今後本症例のような心不全の入院を事前に回避することが可能になると考え報告した。

54

心房頻拍のアブレーションが神経調節性失神の予防に有効であった1例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学
○神山 美之¹、鈴木 均¹、岩谷 章司¹、山田 慎哉¹、
金城 貴士¹、上北 洋徳¹、小林 淳¹、中里 和彦¹、
斎藤 修一¹、石橋 敏幸¹、竹石 恭知¹

症例は60代女性。平成13年頃から動悸を認め心電図にて上室性頻拍と診断された。平成18年から発作頻度が増加し抗不整脈は無効であった。平成21年8月動悸後に失神し、家人の CPRで改善し近医に搬送された。チルトテストが施行され、頻拍出現後に血圧低下し失神し、頻拍自然停止後心停止を認めた。薬剤抵抗性でありアブレーション目的に当科紹介され入院となった。電気生理検査中頻拍が出現すると血圧は低下したが、停止後も血圧低下が持続する所見が得られた。頻拍機序は右房中位後側壁を起源とする異索性心房頻拍であり、最早期興奮部位の通電にて頻拍は停止した。その後失神は認められず、頻拍出現にて神経調節性失神が誘発される興味深い症例と思われ報告した。

55

QT延長を伴った洞不全症候群にTorsades de pointesを合併した一例

¹福島県立医科大学 循環器血液内科学

○益田 敦朗¹、神山 美之¹、中村 裕一¹、水上 浩行¹、山田 慎哉¹、金城 貴士¹、上北 洋徳¹、義久 精田¹、杉本 浩一¹、国井 浩行¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、石橋 敏幸¹、竹石 泰知¹

症例は60代女性。家族歴と既往歴に特記すべきことは認めなかった。21年9月に突然の意識消失のために当院に緊急搬送された。心電図にてQT延長を伴った洞性徐脈とTorsades de pointesを認めたため体外式ペースメーカーを挿入後に入院となった。入院時の血液検査では電解質異常や徐脈やQT延長をきたす薬剤の服用は認められなかった。冠動脈造影では有意狭窄はなく、左室造影と右室造影でも収縮力低下は認められなかった。電気生理学的検査ではHV時間は正常であったが、SNRTは6359 msecと延長していた。心房ペーシングを行ってもQT時間は延長しており、Torsades de pointesが自然発生したため通常のペースメーカーでは突然死の回避が困難と判断しDual chamber ICD植込みを施行した。

56

Entrainment pacingで頻拍回路の検討を行ったHis束近傍起源心房頻拍の1例

¹仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 弘和¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、山科 順裕¹、中川 孝¹、櫻本 万治郎¹、佐藤 英二¹、菊地 次郎¹

69歳女性。発作性上室性頻拍を認めアブレーション施行した。心臓電気生理検査で室房伝導を認めず、心房頻回刺激で頻拍周期(CL)325msecの頻拍が誘発された。頻拍中の最早期心房興奮部位(EAAS)はHisのA波で、頻拍中の心室刺激により室房解離を呈した。CSからentrainment可能で、return cycleは逆相関しreentryが示唆された。ATP5mgの急速静注で頻拍周期が徐々に延長し停止した。頻拍中のCARTOではHis近傍がEAASであり径15mmの範囲でPostPacingInterval(PPI)はCLに一致した。周囲でのentrainmentはPPIがCLに一致せず、右房側ではPPIがCLに一致するのは限局された部位のみであった。His近傍心房頻拍と診断し右房側の最早期部位で通電を行い以後頻拍は誘発不能となった。His近傍心房頻拍でentrainmentを詳細に検討した例は少なく報告する。

57

コンタクトプレッシャーの加減により両方向性ブロックの作成が得られた心房粗動の1例

¹仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 弘和¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、山科 順裕¹、中川 孝¹、櫻本 万治郎¹、佐藤 英二¹、菊地 次郎¹

62歳男性。動悸を訴え外来受診し心房粗動を認めた為アブレーションを施行した。洞調律中にCARTOを用いて右房のvoltage mappingを作成した。右房造影ならびにCARTOで作成したCavotricuspid isthmus(CTI)の形態にてpouchを認めた。CARTOの形態を指標にpouchを避けたラインでCTI上のhigh voltageの部位より通電を開始した。pouchを避けたにもかかわらず初回通電部位には7Wしかかからなかったが、周囲には40Wの通電が可能で、最終的には13回目の通電で両方向性ブロックが得られた。最終通電部位は初回通電部位と同部位であったが、カテーテルの屈曲を弱めた事で35Wの通電が可能であった。欧米ではコンタクトプレッシャー(CP)測定可能なカテーテルも使用されており、CPの重要性を示唆する症例と考えられた。

58

His束近傍を起源とする右室起源心室性期外収縮の2症例

¹仙台市立病院 循環器内科

○櫻本 万治郎¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、山科 順裕¹、佐藤 弘和¹、中川 孝¹、佐藤 英二¹、菊地 次郎¹

症例1、30歳女性。多発する心室性期外収縮(PVC)に対し、アブレーション(ABL)を施行。PVC時の心室波は、CARTO上His束電位記録部位(HBE)から9mm心室側で、QRSより35ms先行を示す部位が最早期で、同部で通電し消失した。症例2、73歳女性。多発するPVCに対し、ABLを施行。HBEよりやや心室側の右脚領域でQRSより20ms先行する部位で通電。通電後10秒ほどでPQ間隔が15ms延長したため中止。そのため先行度は劣るがさらに心室側で通電し(His束との距離はCARTOで32mm)一過性の右脚ブロックがみられたがPVCは消失した。同部のPVCのアブレーションは、PQ延長や右脚ブロックの出現のリスクもあり、注意深いアブレーションを要する。

59

心外膜側の副伝導路に対して、irrigation catheterを用いて通電するも無効であった2症例

¹仙台市立病院 循環器内科

○櫻本 万治郎¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、山科 順裕¹、佐藤 弘和¹、中川 孝¹、佐藤 英二¹、菊地 次郎¹

症例1、41歳男性。心室刺激中の最早期は右心系ではmiddle cardiac vein(MCV)であった。経大動脈アプローチにより僧帽弁(MV)後中隔をマッピングしたがMCVよりも早期性は不良であった。冠静脈からMCVを詳細にマッピングしVAが最短37msの部位で通電するも無効。症例2、65歳女性。過去に心外膜側の副伝導路に対してアブレーションするも再発。H21年9月に再度アブレーションを施行。心房中隔穿刺法にてMVをマッピングしたが至適通電部位は認めず。前回一過性に副伝導路を離断されたMCVを造影所見も併用したが、AVが最も近接した部位が40msで、通電するも無効。2症例とも良好な局所電位が得られず、irrigation catheterを用い20Wの出力で通電したが無効であった。

60

心房細動に対するカテーテルアブレーション後に緩徐な心囊液貯留、急性心膜炎を来した1例

¹仙台市立病院 循環器内科

○中川 孝¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、山科 順裕¹、佐藤 弘和¹、櫻本 万治郎¹、佐藤 英二¹、菊地 次郎¹

57歳男性。発作性心房細動のアブレーション目的に入院した。アブレーション終了時の心エコーでは術前と所見に変化はなく帰宅した。術後約3時間で呼吸性の胸痛が出現、わずかに心囊液貯留を認めたため、CCUで嚴重に経過観察した。翌日以降、心電図では心膜炎様のST変化と高度の炎症反応を認め、徐々に心囊液の増加もみられた。バイタルは安定していたため心囊穿刺は行わなかったが、約10日間心囊液は増加を続け、炎症所見の改善とともに自然軽快した。術後約4週間で退院したが、退院2週後に心囊液の増加はなかったが炎症反応の再上昇がみられた。自然軽快し、現在は無投薬下で心房細動再発もなく経過良好である。心房細動のアブレーションでは、術後特に慎重な経過観察が必要と思われる。

61

カテーテルアブレーションが有効でなかった徐脈頻脈症候群患者についての検討

¹仙台市立病院 循環器内科

○中川 孝¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、
山科 順裕¹、佐藤 弘和¹、櫻本 万治郎¹、佐藤 英二¹、
菊地 次郎¹

65歳女性。60歳から発作性心房細動(paf)がみられた。ベプリジル内服後に洞停止がみられるようになった。左房径は32mm、左心耳血流速度は保たれており、カテーテルアブレーション(RFCA)を行った。2回のRFCAで拡大肺静脈隔離、Cavo-tricuspid isthmus、左房後壁roof、bottomの線状焼灼、CFAEへの通電を行った。しかし、その後も心房細動は抑制できず、ペースメーカー植え込みが必要となった。この患者の左房は広範に低電位領域が広がり、心房自体に不整脈基質が存在していると考えられた。徐脈頻脈症候群(BTS)患者においてRFCAでペースメーカー植え込みを回避できるという報告が散見されるが、RFCAによるpafの治療が困難であったBTS症例について検討したので報告する。

62

運動後の心電図測定にて診断しえたQT延長症候群の2症例

¹白河厚生総合病院 第二内科

○上岡 正志¹、斎藤 恒儀¹、斎藤 富善¹、前原 和平¹

今回我々は偶然に運動後に心電図測定をおこなわれたことでQT延長が顕在化したと思われる2症例を経験したので報告する。症例1は16歳男性、健診に遅れそうになり走ってすぐに心電図を測定した。QTc=454msecを認めた。症例2は33歳女性、検査室が二階にあったため階段を昇りすぐに心電図測定を行いQTc=480msecであった。共に来院時の安静時ではQT時間はほぼ正常範囲であったが、トレッドミル負荷、エピネフリン負荷にてQT延長を来たしLQTと診断された。QT延長症候群は全例がQT延長を来たすわけではなくその中には潜在性QT延長症候群も存在する。その鑑別には上記負荷試験が有用であることが報告されており、安静時心電図のみでは見落とす危険があるため報告する。

63

右鎖骨下静脈高度狭窄に対し段階的拡張法にてリード留置に成功したPMI症例

¹JA秋田厚生連 平鹿総合病院 第二内科

○深堀 耕平¹、菅井 義尚¹、國生 泰範¹、武田 智¹、
伏見 悦子¹、高橋 俊明¹、関口 展代¹、林 雅人¹

79歳男性。ふらつき感を主訴に近医受診。洞性徐脈を認め当科紹介受診。Holter心電図で約5.3秒の心停止を認め精査治療目的で入院。EPSにてoverdrive suppression 試験で3秒以上の洞停止を記録。SSSによるAdams-Stokes症候群と診断、PMIの方針となる。

術前の左鎖骨下静脈造影にて遠位部の閉塞を認めたため右鎖骨下静脈アプローチに変更。同静脈造影にて遠位部の高度狭窄を認めた。硝酸イソソルビド静注にて拡張せず。逆行性にガイドワイヤ及び4Frの造影用カテーテルを挿入。次いで順行性にガイドワイヤ、6Frシース、7Frシースの順に狭窄部を拡張。皮下ポケット作成後シース基部を切除し5Fr心室リードを挿入した。

右鎖骨下静脈狭窄に対し造影用カテーテル及びシースを用いた段階的な拡張法にてリード挿入に成功した一例を経験したので報告する。

64

WPW症候群に心房頻拍を合併しwide QRS頻拍を呈した1例

¹仙台市立病院 循環器科

○菊地 次郎¹、八木 哲夫¹、滑川 明男¹、石田 明彦¹、
山科 順裕¹、佐藤 弘和¹、櫻本 万治郎¹、中川 孝¹、
佐藤 英二¹

症例は81歳、男性。動悸時にwide QRS 頻拍を認めた。洞調律では明らかなデルタ波はなかった。電気的生理検査では、冠静脈洞(CS)からの高頻度心房刺激でデルタ波がみられ、心室刺激ではCSの遠位部を最早期とする逆行性伝導がみられた。早期心室刺激よりnarrow QRS頻拍が誘発され、この頻拍は順行性房室リエントリー性頻拍と診断された。また、心室早期刺激からVAAのパターンで臨床的に認められたwide QRS頻拍に移行した。この頻拍は、VA dissociationを呈し心房頻拍と考えられた。また、この頻拍はATPで停止せず、CARTOではcavotricuspid isthmusからのfocal patternを呈した。WPW症候群に心房頻拍を合併したまれな症例を報告する。

65

ステロイドにより房室伝導が回復し洞性頻脈に対してICD誤作動を認めた心サルコイドーシスの一例

¹東北大学 循環器病態学

○近藤 正輝¹、福田 浩二¹、若山 裕司¹、広瀬 尚徳¹、
山口 展寛¹、下川 宏明¹

症例は58歳、男性。1996年完全房室ブロックのためペースメーカー植え込み術を行われ、心サルコイドーシス疑いとして精査したが確定診断に至らず、外来にて経過観察していた。2008年8月失神発作あり、ペースメーカーの記録より心室頻拍(VT)と診断した。カテーテルアブレーションと植え込み型除細動器(ICD)移植術を行い、アミオダロン内服を開始した。内服6ヶ月後に呼吸苦が出現し胸部CT上両肺野に広範な間質影を認めたため入院した。アミオダロンを中止しステロイドパルス療法を施行した。ステロイド内服にて間質性肺炎の増悪を認めず。退院後労作時にICDが作動したため当院受診し、来院時心電図では心拍数130bpmの洞性頻脈であった。ステロイド導入後に房室伝導が回復し、ICD誤作動を認めた心サルコイドーシス症例を経験したので報告する。

66

脳梗塞発症により植込み型除細動器作動(ICD)の発見が遅れ早期電池消耗を来した肥大型心筋症の一例

¹JA秋田厚生連 平鹿総合病院 第2内科、

²秋田県成人病医療センター
○西宮 健介¹、菅井 義尚¹、深堀 耕平¹、伏見 悦子¹、
國生 泰範¹、武田 智¹、高橋 俊明¹、関口 展代¹、
林 雅人¹、阿部 芳久²、寺田 健²

肥大型心筋症の70歳女性。一次予防目的で平成17年9月に植込み型除細動器(ICD)植込みを行った。平成19年6月、意識低下と右片麻痺を呈し搬送、左中大脳動脈領域の広範な脳梗塞となり、失語、寝たきりとなった。

平成20年11月、嘔吐、不穏症状出現し当院に救急搬送された。血圧、脈拍は安定していたが、ICDチェックにて電池切れ、「End of Life(EOL)」の表示となっていた。計160回のVFエピソードが確認され、110回目までは作動していたが、以降は電池切れのため作動していなかった。VFエピソードは頻拍性心房細動に対する誤作動と考えられた。脳梗塞後遺症のため本人の自覚症状の訴えなく、ICD作動を確認できない状況で経過し電池切れとなったと考えられた。ICD交換術施行し設定を変更後、ICDの作動は認められていない。稀な症例と考え報告する。

67

急性肺血栓症治療後、右心カテーテル検査所見の検討

¹岩手県立中央病院 循環器科

○高橋 徹¹、佐竹 洋之¹、工藤 俊¹、高田 剛史¹、
三浦 正暢¹、福井 重文¹、遠藤 秀晃¹、花田 晃一¹、
中村 明浩¹、野崎 英二¹、田巻 健治¹

肺血行動態の評価のため急性肺血栓症の治療を受けた連続9例に対し治療後右心カテーテル検査施行した。結果：2例に肺高血圧を認めた。1例はprecapillary PHで1例はpostcapillary PHであった。postcapillary PHの症例は低酸素血症が残存したため酸素吸入を再開した。precapillary PHの症例にはベラプロストを投与した。結語：全例無症状であったにもかかわらず、一部症例で肺高血圧を認めた。ほとんどの症例で急性期治療後、右房圧、肺動脈圧、心系数は正常化した。肺血管抵抗は正常値を上回り肺血行動態障害が残存することが示唆された。

68

エンドセリンⅠ受容体拮抗薬が著効した二次性肺高血圧症の一例

¹社会福祉法人恩賜財団 済生会北上済生会病院循環器科、

²岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌分野

○南 仁貴¹、高橋 智弘¹、斉藤 大¹、小林 昇²、
山崎 琢也²、中村 元行²

80歳女性。70歳時にVSDパッチ閉鎖術、三尖弁置換術を施行。H21年3月より労作時の呼吸苦が出現し近医を受診し、胸部X線上、肺うっ血並びに胸水の貯留を認めた。利尿薬の増量をしたが改善せず心不全の診断で当科紹介入院となった。入院時心エコー図検査では左室機能はEF74%と保たれていたが、推定右室圧94mmHgと著明な右室負荷所見が認められた。利尿薬の内服のみでは心不全の増悪あり、CPAP導入、その後呼吸苦症状は改善したが労作性呼吸苦、推定右室圧の改善は認められなかった。このため肺高血圧に対してエンドセリンⅠ受容体拮抗薬を処方したところ内服開始後1ヶ月で推定右室圧が53mmHgと著明な低下と認め、労作時の呼吸苦症状も改善した。エンドセリンⅠ受容体拮抗薬が著効した二次性肺高血圧症の一例を経験したので報告する。

69

特異な血圧所見を呈した大動脈炎症候群の1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

○後村 大祐¹、高橋 徹¹、佐竹 洋之¹、工藤 俊¹、
高田 剛史¹、三浦 正暢¹、福井 重文¹、遠藤 秀晃¹、
花田 晃一¹、中村 明浩¹、野崎 英二¹、田巻 健治¹、
早津 幸弘²、佐久間 啓²、長嶺 進²

症例は50歳代女性。心不全にて近医入院、精査加療のため当科紹介された。心臓カテーテル検査を施行した。冠動脈造影では器質的な狭窄は認められず、左室肥大を認めた。上肢の血圧に左右差は認められなかったが、下行大動脈と上行大動脈の間に約100mmHgの圧較差を認めた。後日、造影CTを施行したところ、左右鎖骨下動脈の閉塞と胸部大動脈に高度石灰化を伴う狭窄を認めた。大動脈炎症候群による左右鎖骨下動脈と大動脈の狭窄・閉塞のため中枢側の血圧上昇をきたし、後負荷増により肥大型心筋症の病状を呈し、心不全の原因となったと推察された。本症例は、末梢血圧の上昇、左右差を認めなかったため、心臓カテーテル検査前には左室圧負荷の原因はわからなかった。以上、特異な血圧所見を認めた大動脈炎症候群の1例を経験したので報告する。

70

Stanford A型大動脈解離の慢性期に偽腔より右房内へ破裂を起こした1例

¹仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器科

○横田 俊生¹、井上 直人¹、密岡 幹夫¹、大友 達志¹、
滝澤 要¹、鈴木 健之¹、森 俊平¹、目黒 泰一郎¹

症例は63歳男性。2009年6月4日に急性心筋梗塞を合併したStanford A型急性大動脈解離を発生した。緊急PCIを施行し、大動脈解離に対しては慢性期に手術予定となっていたが、微熱が遷延していたため入院を継続していたところ、8月19日突如完全房室ブロックを発生し、上行大動脈の解離偽腔内から右心房に向けて破裂を起こしたことが判明した。内科的治療を継続するが右心不全が増悪傾向をたどり、8月24日には徐脈から一時多形性心室頻拍となりCPRを施行した。一時的ペースングにて回復、蘇生に成功し、8月26日準緊急で穿孔部のパッチ閉鎖術に加え上行大動脈置換術を施行することで救命し得た。内科的管理、手術時期の決定に際し示唆に富む症例のため若干の文献的考察を加えて報告する。

71

Behcet病に腹部大動脈瘤、冠動脈瘤、心外膜炎を同時に合併した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

○河部 周子¹、田淵 晴名¹、山口 清¹、山家 実¹、
山中 多聞¹、中野 健夫¹、菅原 重生¹、片平 美明¹、
藤川 拓也²、増田 信也²、渡辺 卓²、三浦 誠²

38歳男性。31歳時から発熱、頭痛、口内炎、毛囊炎を繰り返した後、33歳時に左顔面神経麻痺、右上肢不全麻痺、複視神経内科でBehcet病と診断。ステロイド内服加療されてきた。平成21年9月中旬から38℃台の発熱と腰痛が出現し9月26日頃から左側胸痛と呼吸苦を伴った。炎症反応上昇、心嚢液貯留と12誘導心電図上全誘導でST上昇、腹部大動脈に44×55mmの一部解離し血栓閉塞かつ周囲に血腫を認める大動脈瘤を認め、冠動脈造影上右冠動脈#2に約30mm径の巨大冠動脈瘤を認めた。ステロイドを増量し、大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を行い、冠動脈瘤は保存加療で慎重に経過観察とし入院加療中である。Behcet病に大動脈瘤、冠動脈瘤、心外膜炎を同時に合併した例の報告は少なく文献的考察を加えて報告する。

72

当院における下大静脈フィルター留置の現状

¹山形県立中央病院 内科

○高橋 克明¹、福井 昭男¹、本多 勇希¹、矢尾板 信裕¹、
菊地 彰洋¹、高橋 健太郎¹、玉田 芳明¹、松井 幹之¹、
矢作 友保¹、後藤 敏和¹

当院における下大静脈フィルター留置の現状について検討した。対象は2007.1月から2009.9月までの連続29例で、男性10例、女性19例、年齢は66±14歳であった。原因疾患は、肺血栓塞栓症(PTE)単独が3例、深部静脈血栓(DVT)単独が10例、PTEとDVTの合併が16例であった。基礎疾患に悪性腫瘍を有する症例が13例(45%)と高率であった。中心静脈カテーテル関連のDVTが5例あった。フィルター留置後は、可能な限り抗凝固療法を行う方針で臨み、27例(93%)にワーファリンを使用した。PTEの新規発症はなく、フィルター血栓症を含むDVT増悪を5例(17%)に認めた。フィルター留置後のDVTは比較的多く、慎重に経過をみていく必要があると考えられた。

¹岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌分野
○永野 雅英¹、田中 文隆¹、佐藤 権裕¹、高橋 智弘¹、
瀬川 利恵¹、肥田 頼彦¹、中村 元行¹

脈波伝搬速度(PWV)は動脈硬化指標であり、心血管事故のリスクと関連すると考えられている。しかし、PWVの経時的増加はどのような因子と関連をもつものかは明らかではない。本研究では地域住民を対象として上腕-足首PWVを経時的(平均2.6年間隔)に測定し、初回のどのような臨床指標がその後のPWVの変化に関連するかを検討した。平均PWV値は1521から1560cm/秒に増加した($p < 0.001$)。この変化量を目的変数としてどのような臨床指標が関連するかをステップワイズ回帰分析で検討した。その結果、年齢、収縮期血圧以外にLDL/HDLコレステロール比がPWV変化量と有意に関連した(standard $\beta = 0.142$, $p < 0.01$)。以上から、PWVの上昇にこの脂質異常が重要な因子であると考えられた。