

第 150 回

日本循環器学会東北地方会

(第150回記念企画 パネルディスカッション・特別講演)

プログラム

会 期：平成22年6月5日（土）午前8時30分より

会 場：岩手医科大学六十周年記念館

盛岡市中央一丁目二の一

TEL (019) 651-5111 (2324)

第一会場：9階第一講義室

第二会場：9階第二講義室

第三会場：8階研修室

会長 奥 村 謙

事務局：弘前大学大学院 医学研究科

循環呼吸腎臓内科学

弘前市在府町 5

TEL (0172) 39-5057

FAX (0172) 35-9190

- 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 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青森太郎.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 (9階第一講義室)	第2会場 (9階第二講義室)	第3会場 (8階研修室)	3階研修室
8:25~8:30 開会 挨拶 会長：奥村 謙 (弘前大学)			
8:30~9:20 YIA 症例発表部門 座長 奥村 謙 (弘前大学)	8:30~9:05 虚血性心疾患 I 座長 安田 聡 (東北大学)	8:30~9:19 心筋炎・心筋症 座長 佐藤 公雄 (東北大学)	
9:20~10:00 YIA 研究発表部門 座長 奥村 謙 (弘前大学)	9:05~9:47 不整脈 I 座長 福井 昭男 (山形県立中央病院)	9:19~10:08 心膜・腫瘍・心内膜炎 座長 渡辺 博之 (秋田大学)	
10:00~10:49 虚血性心疾患 II 座長 伊藤 智範 (岩手医科大学)	9:47~10:29 不整脈 II 座長 鈴木 均 (福島県立医科大学)	10:08~11:04 先天性・大動脈・肺 座長 樋熊 拓末 (弘前大学)	10:10~10:45 YIA 審査 研修室 (3F)
10:49~11:49 第150回記念企画 パネルディスカッション 座長 花田 裕之 (弘前大学)	10:29~11:04 不整脈 III 座長 阿部 芳久 (秋田県成人医療センター)	11:04~11:46 弁膜症・末梢血管 座長 渡辺 哲 (山形大学)	
11:49~12:17 虚血性心疾患 III 座長 森 康宏 (青森市民病院)	11:04~11:39 不整脈 IV 座長 小松 隆 (岩手医科大学)	12:10~12:30 評議員会	11:50~12:05 心肺蘇生法普及委員会 研修室 (3F)
12:35~12:50 総会・YIA 授賞式	11:39~12:35 心不全・高血圧 座長 斎藤 修一 (福島県立医科大学)		
12:50~13:50 教育セッション1 ランチョンセミナー 北村 和雄 宮崎大学医学部・内科学講座・ 循環体液制御学分野 座長 奥村 謙 (弘前大学)			
13:50~14:50 教育セッション2 第150回記念特別講演 長谷川仁志 秋田大学医学部総合地域医療推進学講座 座長 奥村 謙 (弘前大学)			

YIA 症例発表部門 (第 1 会場)

(8:30-9:20)

座長 奥村 謙

- 1 進行性の巨大冠動脈瘤に対し冠動脈バイパス術とコイル塞栓術によるハイブリッド治療を施行した Dor 術後症例
東北大学 循環器病態学 ○圓谷 隆治、高橋 潤、安田 聡
武田 守彦、伊藤 愛剛、高木 祐介
中山 雅晴、伊藤 健太、下川 宏明
東北大学病院 心臓血管外科 川本 俊輔、小田 克彦
東北大学病院 放射線科 高瀬 圭
東北厚生年金病院 心臓血管外科 田林 暁一
- 2 生体肝移植後に繰り返す肝静脈狭窄に対して経皮的血管形成術を施行した一例
福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座 ○山田 慎哉、中里 和彦、坂本 信雄
国井 浩行、斎藤 修一、竹石 恭知
福島県立医科大学 医学部 臓器再生外科学講座 見城 明、斎藤 拓朗、後藤 満一
- 3 56歳まで無症状で経過した Bland-White-Garland 症候群の一例
山形大学 医学部 第一内科 ○長谷川寛真、有本 貴範、岩山 忠輝
本田晋太郎、沓沢 大輔、佐々木真太郎
大道寺飛雄馬、玉淵 智昭、田村 晴俊
西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎
宮下 武彦、宮本 卓也、二藤部丈司
渡邊 哲、久保田 功
早坂内科循環器科医院 早坂真喜雄
山形大学 医学部 第二外科 貞弘 光章
- 4 拡張期肺動脈前方血流から右室拘束性障害が示唆された 2 症例
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○真壁 伸、渡邊 博之、寺田 茂則
佐藤 貴子、山崎 大輔、石田 大
寺田 豊、飯野 健二、小坂 俊光
伊藤 宏
- 5 Electrical storm に対するカテーテルアブレーション：心外膜アプローチの有用性と限界
弘前大学医学部循環器呼吸器腎臓内科 ○鈴木 晃子、佐々木真吾、佐々木憲一
伊藤 太平、大和田真玄、堀内 大輔
木村 正臣、奥村 謙

YIA 研究発表部門 (第 1 会場) (9:20-10:00)

座長 奥村 謙

- 6 圧負荷肥大心に対する生理的運動の効果：心機能と VEGF の役割の検討
弘前大学 循環器内科 ○花田 賢二、長内 智宏、相樂 繁樹
泉山 圭、関口 祐子、澁谷 修司
奥村 謙
- 7 脳梗塞急性期における血漿 BNP の上昇は心原性脳塞栓を予測する有用なマーカーである
山形大学 医学部 内科学第一講座 ○田村 晴俊、渡邊 哲、西山 悟史
佐々木真太郎、沓沢 大輔、玉淵 智昭
大道寺飛雄馬、有本 貴範、高橋 大
穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也
二藤部丈司、久保田 功
- 8 チェーンストークス呼吸合併心不全患者に対する ASV の心機能及び予後改善効果の検討
福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座
○三阪 智史、義久 精臣、大和田卓史
佐藤 崇匡、鈴木 聡、杉本 浩一
国井 浩行、中里 和彦、斎藤 修一
石橋 敏幸、竹石 恭知
- 9 心筋の線維化が予後に与える影響－心筋生検の有用性－
東北大学 循環器病態学 ○青木 竜男、福本 義弘、杉村宏一郎
及川美奈子、佐藤 公雄、中野 誠
中山 雅晴、下川 宏明

第1会場

虚血性心疾患 II (10:00-10:49)

座長 伊藤 智範

- 10 PCI中にステント内血栓で心停止となったヘパリン起因性血小板減少症の一例
弘前大学 大学院医学研究科 循環呼吸腎臓内科学講座
○斎藤 新、大矢 史恵、横田 貴志
山田 雅大、櫛引 基、阿部 直樹
樋熊 拓未、花田 裕之、長内 智宏
奥村 謙
- 11 Pressure wireで診断し得た冠動脈左室瘻を合併した左前下行枝亜完全閉塞の一例
秋田県成人病医療センター 循環器科 ○宗久 雅人、佐藤 匡也、寺田 健
熊谷 肇、阿部 芳久、門脇 謙
秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏
- 12 発症後3週間以上経過した心基部下壁心室中隔穿孔の剖検症例
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 ○三宅 弘恭、金子 海彦、森 俊平
小田 理史、茂井 宣任、山本 大
伊澤 毅、松本 崇、堀江 和紀
榎田 俊生、上村 直、武蔵 美保
多田 憲生、櫻井 美恵、鈴木 健之
滝澤 要、大友 達志、密岡 幹夫
伊藤 祐子、井上 直人、目黒泰一郎
- 13 多枝冠攣縮から急性心筋梗塞症を発症した16歳男性の1例
岩手県立中部病院 循環器内科 ○永野 雅英、芳沢 礼佑、織笠 俊樹
西澤 健吾、齋藤 秀典、八子多賀志
- 14 PCI後のクロピドグレル投与によって発症したと考えられる重症横紋筋融解症の一例
仙台厚生病院 循環器科 ○多田 憲生
三友堂病院 川島 理、阿部 秀樹、遠藤 国勝
仁科 盛之
- 15 Cypherステント留置3年後に超遅発性ステント血栓症を発症し、更にその2年半後に院外心停止を来した一例
東北大学 循環器病態学 ○武田 守彦、高橋 潤、圓谷 隆治
伊藤 愛剛、高木 祐介、中山 雅晴
伊藤 健太、安田 聡、下川 宏明
- 16 冠動脈CTを断念すべき冠動脈石灰化スコア指標の検討
みやぎ東部循環器科 ○菊地 雄一、本多 卓、小野寺勝紀

第1会場

第150回記念企画 (10:49-11:49)

パネルディスカッション：東北地区の循環器救急について

座長 花田 裕之

青森県 「救急車内12誘導心電図電送システムの試み」

弘前大学高度救命救急センター 花田 裕之

秋田県 「秋田県循環器医療体制の現状」

秋田大学循環器内科 飯野 健二

岩手県 「岩手県心肺蘇生法普及推進会議の活動」

岩手医科大学 救急医学講座 非常勤講師 及川 浩平

山形県 「山形県における急性心筋梗塞疑い

患者搬送事案に係る事後検証の試み」

東北中央病院 循環器科 金谷 透

宮城県 「宮城県における急性心筋梗塞の実態：

MIYAGI-AMI Registry 30年データより」

東北大学 循環器病態学 安田 聡

福島県 「福島県におけるドクターヘリを用いた循環器救急医療の現状」

福島県立医科大学 循環器内科 坂本 信雄

第1会場

虚血性心疾患 III (11:49-12:17)

座長 森 康宏

- 17 冠動脈攣縮により心筋梗塞を発症し、心肺停止に陥った一救命例
宮城県立循環器・呼吸器病センター 循環器科
○菊田 寿、大沢 上、三引 義明
渡邊 誠、柴田 宗一、住吉 剛忠
栗原市立栗原中央病院 小松 誠司
- 18 自然発症の冠動脈解離・血腫により急性心筋梗塞を発症した一例
福島赤十字病院 循環器科 ○益田 淳朗、渡部 研一、鷲阪 公昭
浅間 宏之、阪本 貴之、大和田尊之
- 19 Brugada様心電図を呈した冠攣縮性狭心症の一例
国立病院機構 仙台医療センター 循環器科
○大場 瑠璃、尾上 紀子、田丸 貴規
池田 尚平、田中 光昭、石塚 豪
馬場 恵夫、篠崎 毅
- 20 悪性リンパ腫化学療法後に不安定化を繰り返した難治性冠攣縮性狭心症の1例
東北大学 循環器病態学 ○圓谷 隆治、高橋 潤、安田 聡
伊藤 愛剛、高木 祐介、武田 守彦
中山 雅晴、伊藤 健太、下川 宏明
大崎市民病院循環器内科 竹内 雅治

第2会場

虚血性心疾患 I (8:30-9:05)

座長 安田 聡

- 21 性差による冠動脈疾患発症リスクの違い 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、三浦 正暢、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、菅谷真由美
- 22 心電図同期SPECTを用いた狭心症例における左室同期不全の評価
市立秋田総合病院 循環器内科 ○中川 正康、小武海雄介、柴原 徹
藤原 敏弥
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 木村 俊介、伊藤 宏
- 23 小血管における薬剤溶出性ステントの有効性と安全性
仙台厚生病院 心臓血管センター ○堀江 和紀、滝澤 要、松本 崇
榎田 俊生、上村 直、武蔵 美保
金子 海彦、小野寺勝紀、櫻井 美恵
多田 憲生、青野 豪、森 俊平
鈴木 健之、大友 達志、密岡 幹夫
伊藤 祐子、井上 直人、目黒泰一郎
- 24 DES時代における当院でのBMSの治療成績 ~multilink-visionについて~
市立秋田総合病院 循環器科 ○藤原 敏弥、中川 正康、柴原 徹
小武海雄介
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏
きびら内科クリニック 鬼平 聡
- 25 2008年選択的薬剤溶出ステント使用の中期成績
仙台厚生病院 心臓血管センター ○滝澤 要、井上 直人、森 俊平
櫻井 美恵、金子 海彦、上村 直
榎田 俊生、堀江 和紀、伊澤 毅
三宅 弘恭、密岡 幹夫、鈴木 健之
目黒泰一郎

第2会場

不整脈 I (9:05-9:47)

座長 福井 昭男

- 26 左上大静脈遺残と右上大静脈欠損を合併した完全房室ブロックに対してペースメーカー移植術を施行した1例
岩手医科大学医学部 循環器・腎・内分泌内科分野
○橘 英明、小松 隆、佐藤 嘉洋
 梶田 房紀、小澤 真人、中村 元行
- 27 Short coupled variant of torsade de pointesが示唆された運動誘発性心室細動の1例
岩手医科大学医学部 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
- 28 アミオダロン内服再開後急激に発症した甲状腺中毒症の一例
福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座
○岩谷 章司、鈴木 均、山田 慎哉
 大和田卓史、春山 圭、上北 洋徳
 神山 美之、小林 淳、中里 和彦
 斎藤 修一、竹石 恭知
- 29 心臓再同期療法が心室頻拍の抑制に有効であった一例
福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座
○神山 美之、鈴木 均、山田 慎哉
 三阪 智史、山田 慎哉、待井 宏文
 鈴木 聡、上北 洋徳、坂本 信雄
 斎藤 修一、竹石 恭知
福島県立喜多方病院 大竹 敦
- 30 下方誘導にて早期再分極を認める特発性心室細動の1症例
福島県立医科大学循環器内科 ○佐藤 友美、上岡 正志、鈴木 均
 竹石 恭知
- 31 VF発作の起源となるPVC抑制にイソプロテレノールが有効であったブルガダ症候群症例
東北大学 循環器病態学 ○中野 誠、福田 浩二、若山 裕司
 広瀬 尚徳、山口 展寛、近藤 正輝
 下川 宏明

第2会場

不整脈 II (9:47-10:29)

座長 鈴木 均

- 32 アミオダロン内服でブルガダ型心電図を呈した一例
岩手県立中部病院 循環器科 ○織笠 俊樹、齊藤 秀典、芳沢 礼佑
西澤 健吾、永野 雅英、八子多賀志
- 33 診断に苦慮したPJRTの1例
仙台市立病院 循環器内科 ○菊地 次郎、石田 明彦、八木 哲夫
滑川 明男、山科 順裕、佐藤 弘和
中川 孝、櫻本万治郎、佐藤 英二
- 34 妊娠中の特発性左室起源心室頻拍に対してピルジカイニドが有効であった一例
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
- 35 植え込み型心電用データレコーダが診断に有用であった洞不全症候群の1例
山形市立病院済生館 臨床研修センター ○山木 哲、齊藤 陽
山形市立病院済生館 循環器内科 宮脇 洋、中田 茂和
- 36 左上大静脈遺残を經由して心室リードを留置し、ペースメーカー植え込み術を施行した完全房室ブロックの一例
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○山崎 大輔、石田 大、寺田 茂則
飯野 健二、小山 崇、高橋陽一郎
寺田 豊、野堀 潔、小坂 俊光
渡邊 博之、伊藤 宏
- 37 洞結節近傍起源と鑑別を要したRSPV起源AT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、中野 誠
下川 宏明

第2会場

不整脈 Ⅲ (10:29-11:04)

座長 阿部 芳久

38 左室流出路起源心室頻拍の一例

仙台市立病院 循環器内科 ○佐藤 英二、八木 哲夫、滑川 明男
石田 明彦、山科 順裕、佐藤 弘和
中川 孝、櫻本万治郎

39 CFAEアブレーションが著効した持続性心房細動の一例

仙台市立病院 循環器内科 ○中川 孝、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、八木 哲夫

40 右室三尖弁輪中隔側からの通電が有効であった下壁梗塞後心室頻拍の一例

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、中野 誠
下川 宏明

41 非定型的なP波を呈する2種類の心房頻拍を根治しえたVSD術後心房頻拍の1例
弘前大学 医学部 循環器呼吸器腎臓内科

○舘山 俊太、大和田真玄、伊藤 太平
佐々木憲一、堀内 大輔、佐々木真吾
長内 智宏、奥村 謙

42 心室中隔ペーシング術後スクリーインリード脱落により心嚢液貯留をきたした1例

仙台市立病院 ○櫻本万治郎、滑川 明男、石田 明彦
山科 順裕、佐藤 弘和、中川 孝
佐藤 英二、八木 哲夫

第2会場

不整脈 IV (11:04-11:39)

座長 小松 隆

- 43 ABLAZE S-curveによりmidcardiac vein内での通電が有効であった顕性WPW症候群の1例
弘前大学 医学部 循環器呼吸器腎臓内科
○石田 祐司、大和田真玄、伊藤 太平
佐々木憲一、堀内 大輔、佐々木真吾
奥村 謙
- 44 薬物療法で房室伝導の改善を認めた、高齢者徐脈性心不全の1例
東北厚生年金病院 循環器センター ○氷室 直哉、田淵 晴名、河部 周子
山口 済、山家 実、山中 多聞
中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明
- 45 AVNRTを合併した2本の副伝導路を有する潜在性WPW症候群の1例
仙台循環器病センター ○尾崎 友里、藤森 完一、星野 大雅
喜多村一孝、島谷有希子、箕田紳一郎
小林 弘、藤井 真也、八木 勝宏
内田 達郎
- 46 多源性心室性期外収縮を呈した心サルコイドーシスの一例
東北大学 循環器病態学 ○中野 誠、若山 裕司、福田 浩二
近藤 正輝、下川 宏明
- 47 通常型心房粗動に対する右房解剖学的峡部のカテーテルアブレーション中に一過性の房室ブロックを来した症例
JA秋田厚生連 平鹿総合病院 第二内科 ○田村 善一、菅井 義尚、深堀 耕平
武田 智、國生 泰範、伏見 悦子
高橋 俊明、関口 展代、林 雅人

第2会場

心不全・高血圧 (11:39-12:35)

座長 斎藤 修一

- 48 Adaptive-Servo Ventilationはチェンストークス呼吸を伴う心不全患者の
Ultradian Rhythmを改善させる
国立病院機構 仙台医療センター 循環器科 ○篠崎 毅、池田 尚平、田丸 貴規
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪
- 49 甲状腺クリーゼに伴う高心拍出性心不全の1死亡例
岩手医科大学 内科学講座 循環器・腎・内分泌分野 ○長沼雄二郎、長井 瑞祥、佐久間雅文
小島 剛史、小室堅太郎、三船 俊英
松井 宏樹、菅原 正磨、房崎 哲也
伊藤 智範、中村 元行
- 50 日本人の慢性心不全患者におけるメタボリックシンドロームの特徴
東北大学 循環器病態学 ○三浦 裕、福本 義弘、下川 宏明
山口大学 器官病態内科学 三浦 俊郎、松崎 益徳
順天堂大学 循環器内科学 島田 和典、岩間 義孝、高木 篤俊
代田 浩之
飯塚病院 循環器内科 堤 孝樹、山田 明
北海道大学 循環器病態内科学 絹川真太郎、筒井 裕之
国立循環器病センター 臨床研究開発部 朝倉 正紀、友池 仁暢
- 51 慢性心不全患者における利尿薬投与の現状 第一次、第二次東北慢性心不全登録研究の比較
東北大学 循環器病態学 ○三浦 正暢、後岡広太郎、下川 宏明
東北大学大学院 循環器EBM開発学寄附講座 柴 信行、河野 春香
- 52 急性心不全治療におけるASVの可能性
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
- 53 術後収縮性心外膜炎の鑑別に難渋した心不全の一例
岩手県立中央病院 循環器科 ○石木 愛子、福井 重文、野崎 英二
中村 明浩、高橋 徹、花田 晃一
遠藤 秀晃、工藤 俊、田巻 健治
- 54 多剤薬物療法が有効であった慢性血栓閉塞性肺高血圧症の1例
八戸赤十字病院 循環器科 ○肥田 頼彦、那須 和広、盛合 美光
- 55 片側腎動脈狭窄を有する糖尿病合併多剤抵抗性高血圧症例においてアリスキレンの追加投与が著効した1例
医療法人 青山医院 ○青山 浩

第3会場

心筋炎・心筋症 (8:30-9:19)

座長 佐藤 公雄

- 56 サルコイドーシスに合併したAA型心アミロイドーシスの一例
山形大学 医学部 第一内科 ○本田晋太郎、宮本 卓也、矢萩 淑恵
沓沢 大輔、長谷川寛真、桐林 伸幸
佐々木真太郎、玉淵 智昭、岩山 忠輝
大道寺飛雄馬、田村 晴俊、鈴木 聡
西山 悟史、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
- 57 発症超急性期に心臓MSCTで診断した、たこつぼ型心筋障害の一例
秋田県成人病医療センター 循環器科 ○宗久 雅人、佐藤 匡也、寺田 健
熊谷 肇、阿部 芳久、門脇 謙
秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏
- 58 拡張型心筋症に対して心臓リハビリテーションを継続し、運動耐容能の改善が認められた症例
太田総合病院附属西ノ内病院 ○金澤 晃子、遠藤 教子、石田 悟朗
白岩 理、新妻 健夫、小松 宣夫
武田 寛人
- 59 全身に好酸球浸潤をともなう好酸球性心筋炎の一例
福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座 ○水上 浩行、義久 精臣、岩谷 章司
安藤 勝也、野田真由美、杉本 浩一
国井 浩行、斎藤 修一、石橋 敏幸
竹石 恭知
- 60 心Farbry病に伴う、うっ血性心不全の一例
独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科 ○加納 伸介、石塚 豪、田丸 貴規
池田 尚平、尾上 紀子、田中 光昭
篠崎 毅
同上 臨床検査科 鈴木 博義
- 61 薬剤過敏性症候群に起因した劇症型好酸球性心筋炎の一例
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 ○寺田 茂則、石田 大、飯野 健二
高橋陽一郎、小山 崇、寺田 豊
小坂 俊光、渡邊 博之、伊藤 宏
- 62 心室頻拍を発症した不整脈源性右室心筋症の1例
東北厚生年金病院 循環器センター ○山中 多聞、片平 美明、菅原 重生
中野 陽夫、山家 実、山口 濟
田淵 晴名、河部 周子、氷室 直哉
仙台市立病院 循環器科 八木 哲夫、石田 明彦

第3会場

心膜・腫瘍・心内膜炎 (9:19-10:08)

座長 渡辺 博之

- 63 MRSAによる化膿性心膜炎の一例
秋田大学大学院循環器内科学・呼吸器内科学 ○小泉 恵、小武海雄介、宗久 佳子
小山 崇、飯野 健二、小坂 俊光
渡邊 博之、伊藤 宏
同上 心臓血管外科学 山本 文雄
- 64 著明な石灰化を伴った巨大左房悪性腫瘍の一例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○大和田卓史、中里 和彦、山田 慎哉
春山 圭、上北 洋徳、小林 淳
高野 真澄、斎藤 修一、石橋 敏幸
竹石 恭知
同上 病理病態診断学講座 喜古雄一郎、阿部 正文
同上 心臓血管外科学講座 高瀬 信弥、横山 斉
- 65 右房原発の巨大腫瘍の一例
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 ○藤原美貴子、渡邊 博之、佐藤 輝紀
飯野 貴子、飯野 健二、小坂 俊光
伊藤 宏
- 66 左房内Spindle cell sarcomaの一手術例
福島県立医科大学心臓血管外科 ○黒澤 博之、佐戸川弘之、佐藤 洋一
高瀬 信弥、若松 大樹、佐藤 善之
瀬戸 夕輝、籠島 彰人、山部 剛史
山本 晃裕、横山 斉
- 67 無冠尖バルサルバ洞穿孔及び完全房室ブロックを合併した三尖弁中隔尖近傍の感染性心内膜炎剖検症例
仙台厚生病院 心臓血管センター ○櫻井 美恵、箆井 宣任、森 俊平
三宅 弘恭、伊澤 毅、山本 大
小田 理史、堀江 和紀、榎田 俊生
上村 直、金子 海彦、多田 憲生
鈴木 健之、滝澤 要、大友 達志
密岡 幹夫、伊藤 祐子、井上 直人
目黒泰一郎
- 68 脳塞栓症の原因として特異な心エコー所見を呈しフレブル心内膜炎が疑われた一例
日本海総合病院 ○門脇 心平、金子 一善、成味 太郎
新関 武史、小熊 正樹
山形市立病院済生館 伊藤 誠、
山形大学医学部 大瀧陽一郎、
- 69 診断、手術時期決定に苦慮した人工弁置換術後感染性心内膜炎(PVE)の1例
弘前大学 循環呼吸腎臓内科 ○吉田 えり、山田 雅大、石田 祐司
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
弘前大学 胸部心臓血管外科 大徳 和之、福井 康三、福田 幾夫

第3会場

先天性・大動脈・肺 (10:08-11:04)

座長 樋熊 拓末

- 70 大動脈弁右冠尖逸脱を伴う心室中隔欠損症の診断にmultislice computed tomography (MSCT) が有効であった1例
財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 小児心臓外科
○森島 重弘、小野 隆志
同上 小児・生涯心臓疾患研究所 中澤 誠
- 71 当科で経験した部分肺静脈還流異常症および心房中隔欠損症術後に発症した心不全の一例
岩手県立胆沢病院 循環器内科 ○那須友里恵、野崎 哲司、平野 道基
菊池 彩、八木 卓也、中川 誠
岩手県立中央病院 心臓血管外科 長嶺 進、
- 72 腹部大動脈瘤に対する企業製ステントグラフトの初期及び中期成績
総合南東北病院 心臓血管外科 ○緑川 博文、菅野 恵、高野 隆志
渡邊 晃佑
仙台厚生病院 心臓血管外科 石川 和徳
須賀川病院 心臓血管外科 佐藤 晃一
- 73 特発性腹腔動脈解離の一例
みやぎ県南中核病院 ○小山 二郎、塩入 裕樹、富岡 智子
堀口 聡、井上 寛一
- 74 Stanford A型急性大動脈解離により多彩な心電図変化を示した一例
岩手県立中央病院 循環器科 ○工藤 俊、花田 晃一、佐竹 洋之
高田 剛史、福井 重文、遠藤 秀晃
高橋 徹、中村 明浩、野崎 英二
田巻 健治
東北大学 循環器病態学 三浦 正暢
- 75 破裂性腹部大動脈瘤術後の小腸瘻孔形成を伴うグラフト感染の1例
岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野 ○後藤 巖、安孫子明彦、蒔田 真司
中村 元行
岩手医科大学 心臓血管外科 湊谷 謙司、片岡 剛、鎌田 武
岡林 均
岩手医科大学 放射線科 田中 良一、吉岡 邦浩
- 76 アミオダロン低用量療法中に間質性肺炎を発症した1例
山形市立病院 済生館 ○斎藤 陽、宮脇 洋、八田 俊介
中田 茂和
- 77 重症慢性血栓栓性肺高血圧症に経皮的肺動脈形成術が著効した一例
東北大学 循環器病態学 ○杉村宏一郎、福本 義弘、佐藤 公雄
及川美奈子、中野 誠、建部 俊介
宮道 沙織、下川 宏明

第3会場

弁膜症・末梢血管 (11:04-11:46)

座長 渡辺 哲

- 78 外傷性大動脈弁閉鎖不全症の2症例
岩手医科大学 医学部 循環器・腎・内分泌内科 ○小島 剛史、小林 昇、山崎 琢也
高橋 祐司、新沼 廣幸、佐藤 衛
田代 敦、照井 克俊、中村 元行
岩手医科大学 医学部 心臓血管外科 岡林 均
- 79 高齢者症候性大動脈弁狭窄症に対する経皮的な大動脈弁バルーン形成術の治療経験
山形大学 医学部 第一内科 ○大道寺飛雄馬、宮本 卓也、久保田 功
渡邊 哲、二藤部丈司、宮下 武彦
穴戸 哲郎、有本 貴範、高橋 大
西山 悟史、田村 晴俊、佐々木真太郎
玉淵 智昭、長谷川寛真、本田晋太郎
沓沢 大輔
- 80 閉塞性動脈硬化症による間歇跛行と腰部脊柱管狭窄症による間歇跛行が鑑別困難であった2症例
社会医療法人明和会 中通総合病院 循環器内科
○佐藤 誠、阪本 亮平、佐々木憲一
五十嵐知規
- 81 下肢静脈血栓症に合併する肺塞栓
国立病院機構 仙台医療センター 臨床検査科 ○大平 里佳、三上 秀光、伊藤真理子
鈴木 博義
同上 循環器科 田丸 貴規、池田 尚平、尾上 紀子
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅
- 82 外傷による総大腿動脈閉塞に対して経皮的な血管形成術を施行した一例
寿泉堂総合病院 ○岩谷 真人、谷川 俊了、鈴木 智人
金澤 正晴
- 83 血管内治療を行った臀部巨大動静脈奇形の1例
独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 循環器科
○橋本 研、尾上 紀子、池田 尚平
田丸 貴規、石塚 豪、田中 光昭
篠崎 毅
同上 放射線科 力丸 裕哉、佐藤 明弘

YIA 審査	10:10-10:45 (3F:研修室)
心肺蘇生法普及委員会	11:50-12:05 (3F:研修室)
評議員会	12:10-12:30 (8F:第三会場)
総会・YIA 授賞式	12:35-12:50 (9F:第一会場)

教育セッション1

ランチョンセミナー 12:50-13:50 (第一会場)

座長 弘前大学大学院 医学研究科 循環呼吸腎臓内科学 奥村 謙 教授

「循環制御因子研究の新展開

—アドレノメデュリンを中心として—」

宮崎大学医学部・内科学講座・循環体液制御学分野

北村 和雄 教授

教育セッション2

第150回記念特別講演 13:50-14:50 (第一会場)

座長 弘前大学大学院 医学研究科 循環呼吸腎臓内科学 奥村 謙 教授

「循環器医による熱意ある教育の連鎖が、

日本の医療と循環器学会自身を救う！

—これからの時代の循環器医・学会は

どう展開すべきかを考える—」

秋田大学医学部総合地域医療推進学講座

長谷川仁志 教授

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150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
青森市民病院 第二内科 医療局長 森 康宏

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
岩手医科大学医学部内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野 准教授 小松 隆

秋田

秋田大学医学部 循環器内科学 教授 伊藤 宏
秋田大学 総合地域医療推進学講座 教授 長谷川仁志

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
東北大学病院 卒後研修センター 特命教授 加賀谷 豊

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
大原総合病院附属大原医療センター 院長代理 石橋 敏幸

日本循環器学会東北支部役員

(平成22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	三浦博		
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	大和田憲司	
	小田純士	小野一男	小野幸彦	
	香川謙	小岩喜郎	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	布川徹	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	
	田代敦孝	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	門脇謙	
	小林政雄	斎藤崇	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	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	野脇
	福井昭男	松井幹之	宮脇
	八巻通安	○渡辺哲	

宮城	石出信正	○伊藤貞嘉	井上直人
	今井潤完	○加賀谷豐博	金澤丸達也
	西塚芳文明	上月正昇一	小柴福山
	○下川宏明	○田林眺輝	柴福山
	安田聡	柳澤	山家智弘之

福島	青木孝直	石川和信	○石橋敏幸
	木島幹博	杉正文	○竹石恭
	前原和	室井秀一	○横山
	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
----	-----	-----	------

メ モ

第 150 回 日本循環器学会東北地方会 一般演題抄録

2010 年 6 月 5 日 岩手医科大学六十周年記念館

会長：奥 村 謙

(弘前大学大学院 医学研究科 循環呼吸腎臓内科学)

1

進行性の巨大冠動脈瘤に対し冠動脈バイパス術とコイル塞栓術によるハイブリッド治療を施行したDor術後症例

¹東北大学 循環器病態学、²東北大学病院 心臓血管外科、³東北大学病院 放射線科、⁴東北厚生年金病院 心臓血管外科
○圓谷 隆治¹、高橋 潤¹、安田 聡¹、小田 克彦²、川本 俊輔²、高瀬 圭³、武田 守彦¹、伊藤 愛剛¹、高木 祐介¹、中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、田林 暎一⁴、下川 宏明¹

55歳女性。6年前冠動脈バイパス術・Dor手術施行。SLEのためプレドニン服用中であったが、昨年胸部異常陰影を指摘され以降急激に増大。胸部CTで右房を圧排する最大径74mm大の巨大右冠動脈瘤を認めた。同時期に心筋梗塞を発生し入院。MRIにて瘤内の血栓形成とともに血管外漏出像があり切迫破裂も疑われた。低心機能・手術既往例であることから1)右冠動脈瘤遠位部を直視下に結紮しその末梢へ右胃大網動脈を用いオフポンプバイパス術を行い、2)翌日冠動脈瘤入口部を経カテーテル的にコイル塞栓した。周術期心筋梗塞合併はなく、術後4ヶ月に施行したCTでも瘤内血流は認めず、最大径68mmまでに縮小した。進行性の瘤状血管病変のみならず全身的にもハイリスクのためハイブリッド治療を選択し救命し得た稀な症例であり報告する。

2

生体肝移植後に繰り返す肝静脈狭窄に対して経皮的血管形成術を施行した一例

¹福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座、²福島県立医科大学 医学部 臓器再生外科学講座
○山田 慎哉¹、中里 和彦¹、坂本 信雄¹、国井 浩行¹、斎藤 修一¹、竹石 恭知¹、見城 明²、斎藤 拓朗²、後藤 満一²

症例は30歳代男性。原発性硬化性胆管炎に対して2007年3月19日当院外科にて生体肝移植術が施行されたが、術後難治性の腹水貯留を認めた。腹部エコーでは門脈血流は低下し、肝静脈狭窄が疑われた。同年8月14日肝静脈造影にて肝静脈狭窄と診断し血管拡張術を施行した。しかし、その後も肝静脈狭窄を繰り返し、計6回血管拡張術を施行し、最終的に他院にてステント留置術を施行され抗凝薬が追加となった。その後状態は安定したが、2010年1月頃より下肢浮腫が出現した。腹部エコーでは門脈血流は低下し、造影CT上肝静脈ステント内の血栓性狭窄が疑われた。同年2月4日血管拡張術を施行し、その際IVUSにてステント内に血栓様エコーを認めた。生体肝移植後の肝静脈狭窄は稀で治療法は確立されておらず、治療に難渋した為ここに報告する。

3

56歳まで無症状で経過したBland-White-Garland症候群の一例

¹山形大学 医学部 第一内科、²早坂内科循環器科医院、³山形大学 医学部 第二外科
○長谷川寛真、有本 貴範¹、岩山 忠輝¹、本田晋太郎¹、沓沢 大輔¹、佐々木真太郎¹、大道寺飛雄馬¹、玉瀧 智昭¹、田村 晴俊¹、西山 悟史¹、高橋 大¹、宍戸 哲郎¹、宮下 武彦¹、宮本 卓也¹、二藤部文司¹、渡邊 哲¹、早坂真喜雄²、貞弘 光章³、久保田 功¹

56歳、男性。豊富な運動歴があるが無症状だった。健康診断でR波増高不良、V4-6 陰性T波を指摘され、心エコーで左室前壁運動の低下を認めた。冠動脈造影で、左前下行枝が肺動脈から起始しており、Bland-White-Garland (BWG) 症候群と診断した。右冠動脈及び回旋枝から左前下行枝に側副血管路が発達しており、右室流出路-肺動脈間でO₂ step upが確認された。心筋シンチで左前下行枝領域の血流低下を認めたため、動脈グラフトを用いて左前下行枝にバイパス術を施行し、術後の心筋シンチで血流改善を認めた。側副血管路が発達していること、左前下行枝から肺動脈への盗血が比較的少ないことが、無症状で長期間経過できた理由と考えられた。50歳以上の無症状のBWG症候群は非常に稀な疾患であるが、突然死を防ぐため外科的修復が必要である。

4

拡張期肺動脈前方血流から右室拘束性障害が示唆された2症例

秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○真壁 伸、渡邊 博之、寺田 茂則、佐藤 貴子、山崎 大輔、石田 大、寺田 豊、飯野 健二、小坂 俊光、伊藤 宏

拡張末期心房収縮の時相で肺動脈弁の早期開放と、右室から肺動脈に向かう順行性ドップラー血流を認めた2症例を経験した。原疾患は、完全大血管転位術後肺動脈狭窄(症例1, 44歳男性)と右室収縮障害を伴った拡張型心筋症(症例2, 36歳女性)で、両例とも右心不全を繰り返していた。右室・肺動脈同時圧測定では、右室拡張期圧の上昇については右房収縮後の拡張末期に右室圧が肺動脈圧を凌駕する現象が両症例で確認された。両症例とも拡張期右室コンプライアンスの著明な低下により、右房収縮の時相で右室が単に導管としてしか働かず、右室拡張期圧の急激な上昇を来たしたものと考えられ、右室拘束性障害が示唆された。重症右心不全症例における拡張期肺動脈前方血流の出現は、成人例では非常に稀であり、その後の経過も含め報告する。

5

Electrical stormに対するカテーテルアブレーション：心外膜アプローチの有用性と限界

弘前大学医学部循環器呼吸器腎臓内科
○鈴木 晃子、佐々木真吾、佐々木憲一、伊藤 太平、大和田真玄、堀内 大輔、木村 正臣、奥村 謙

Electrical storm (ES) はQOL、生命予後を障害する。症例1は催不整脈性右室心筋症の35歳男性で、25歳時に心室頻拍(VT)に対してICD植込み術、30歳時に心内膜側よりアブレーション(ABL)を施行した。本年1月ESとなったが、心内膜側ABLは無効で心外膜側ABLを施行した。VT中に拡張期をカバーする分裂電位を認め、右冠動脈分枝間の異常電位部に対して広範囲に通電し、VTは消失した。症例2は拡張型心筋症、VTの57歳男性で、56歳時にCRT-Dが植込まれた。本年1月ESに対して心内膜側ABLを行ったが再度ESとなり、心外膜側ABLを施行した。左室側壁に広範囲に異常電位部を認めたが、左冠動脈回旋枝と重なったため十分な通電が困難で、VTは再発した。心外膜アプローチは有用な手段であるが、冠動脈損傷や脂肪組織による効果減弱など今後の検討を要する。

6

圧負荷肥大心に対する生理的運動の効果：心機能とVEGFの役割の検討

弘前大学 循環器内科
○花田 賢二、長内 智宏、相楽 繁樹、泉山 圭、関口 祐子、澁谷 修司、奥村 謙

【背景】運動療法は心不全の予後を改善するが、その機序は不明である。
【方法】8週齢雄性C57BL/6Jマウスに大動脈縮窄術(TAC)を施行し、水泳(90分1日2回、5週間)の心機能改善効果を検討した。【結果】TAC(+)水泳(+)群の左室短縮率は、TAC(+)水泳(-)群より有意に高く(31±5 vs 24±5%, p<0.05)、TAC(-)群と同程度まで改善した。心肥大はTAC(+)水泳(+)群とTAC(+)水泳(-)群で差はなく、左室のVEGF蛋白発現はTAC(+)水泳(+)群がTAC(+)水泳(-)群と比較して4倍であり(p<0.05)、左室毛細血管密度には差はなかった。
【結論】運動療法は圧負荷肥大心の収縮機能低下を抑制する。VEGFの関与が示唆されたが、血管新生以外の機序を検討する必要がある。

7

脳梗塞急性期における血漿BNPの上昇は心原性脳塞栓を予測する有用なマーカーである

山形大学 医学部 内科学第一講座

○田村 晴俊、渡邊 哲、西山 悟史、佐々木真太郎、
香沢 大輔、玉瀧 智昭、大道 寺飛雄馬、有本 貴範、
高橋 大、穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也、
二藤部丈司、久保田 功

心原性脳塞栓症は左心耳機能低下に伴う血栓形成に起因し、致命的疾患であるのみならず寝たきりの主要な原因疾患である。心房細動患者において心房からBNPが分泌されることが報告されており、BNPの上昇と左心耳機能低下の関連が示唆される。急性脳梗塞患者223例を対象としBNPが心原性脳塞栓の予測因子となりうるかを検討した。脳梗塞発症後7日間以内に経食道心エコーを施行した。器質的心疾患を有する症例は除外した。BNPは心原性脳塞栓において有意に高値であった(144 vs. 35 pg/ml, $p < 0.05$)。BNPと左心耳内血流速度は有意に相関した($R = -0.436, p < 0.01$)。多変量ロジスティック解析では、BNP上昇(> 90 pg/ml)は独立した心原性脳塞栓の予測因子であった(ハザード比 41倍, $p = 0.0358$)。BNP測定は簡便な左心耳機能評価指標として有用である。

8

チェーンストークス呼吸合併心不全患者に対するASVの心機能及び予後改善効果の検討

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座

○三阪 智史、義久 精田、大和田卓史、佐藤 崇臣、
鈴木 聡、杉本 浩一、国井 浩行、中里 和彦、
斎藤 修一、石橋 敏幸、竹石 恭知

【背景】Cheyne-Stokes respiration (CSR)は心不全患者の予後を悪化するとされるが、CSR合併心不全患者において、adaptive servo ventilation (ASV)療法的心機能及び予後に対する効果については十分検討されていない。

【方法と結果】対象はCSRを合併した心不全患者30名で、ASV治療群15名と非ASV治療群15名に分け前向きに検討した。ASV治療群では、6ヵ月後のBNP、左室駆出率、左室心筋重量係数及び左房容積係数は、有意に改善を認めしたが、非ASV治療群では有意な変化を認めなかった。退院後追跡調査(平均観察期間345日)においては、ASV治療群における心臓死+再入院率は、非ASV治療群と比べて低い傾向にあった(Logrank $P = 0.11$)。

【結論】ASV治療は、CSR合併心不全患者の心機能を改善し、また予後改善効果が期待できる。

9

心筋の線維化が予後に与える影響—心筋生検の有用性—

東北大学 循環器病態学

○青木 竜男、福本 義弘、杉村宏一郎、及川美奈子、
佐藤 公雄、中野 誠、中山 雅晴、下川 宏明

背景：心筋の線維化は心不全進行に大きな役割を果たすが、その予後との関係は明らかでない。

方法と結果：2001年1月から2008年9月に当院で心筋生検を行った172例について、生検組織内のcollagen volume fraction (CVF)と予後の関係を検討した。LVEF $> 50\%$ をA群、LVEF $\leq 50\%$ をB群とした。CVFは2群間で有意差を認めなかったが(1.83% vs 2.07%, $P = 0.44$)、B群でのみ9例の死亡を認めた。多変量解析でCVFは全症例およびB群において死亡の有意な予測因子であった(全症例：HR 1.44, $P = 0.039$ 、B群：HR 1.44, $P = 0.014$)。

結語：心筋生検による線維化評価は予後予測に有用であり、また、線維化心筋が重要な治療対象である可能性が示唆された。

10

PCI中にステント内血栓で心停止となったヘパリン起因性血小板減少症の一例

弘前大学 大学院医学研究科 循環呼吸腎臓内科学講座

○斎藤 新、大矢 史恵、横田 貴志、山田 雅大、
櫛引 基、阿部 直樹、熊籠 拓未、花田 裕之、
長内 智宏、奥村 謙

60代女性。既往に高血圧と糖尿病あり。急性心不全を伴う急性心筋梗塞で搬送された。左前下行枝(LAD)に90%狭窄と左回旋枝(LCX)に造影遅延を伴う99%狭窄を認め、大動脈内バルーンポンピング(IABP)作動下にLCXにPCIを行った。2週間後の冠動脈造影ではLCXが閉塞しており、LCX、LADの順でPCIを行ったが、ステント内血栓の多発により心停止に至った。経皮的心肺補助装置(PCPS)とIABP作動下にPCIを継続し、LADとLCXの血流を確保した。術後血小板減少を認め、ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)を疑ってヘパリンを中止した。PCPSの回路内と脱血管先端の右房内に血栓が認められ、血栓増大を危惧してPCPSを早期に離脱したが血栓が残存して肺塞栓を発症した。後日HIT抗体陽性により確定診断に至ったHITの一例を文献を交えて報告する。

11

Pressure wireで診断し得た冠動脈左室瘻を合併した左前下行枝亜完全閉塞の一例

¹秋田県成人病医療センター 循環器科、

²秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学

○宗久 雅人¹、佐藤 匡也¹、寺田 健¹、熊谷 肇¹、
阿部 芳久¹、門脇 謙¹、伊藤 宏²

50歳代男性。糖尿病で近医通院中、心電図異常で紹介されトレッドミル負荷試験では前胸部誘導でのST-T変化を認めた。冠動脈MSCTでは左前下行枝中間部の亜完全閉塞と閉塞部より遠位の血管が心臓後部表面を通過して左室後面に開口すると思われる異常走行を認めた。アデノシン負荷心筋シンチでは心尖部に軽度の集積低下を認めた。冠動脈造影では冠動脈MSCTと同様の所見が確認されたが開口部の同定はできなかった。病態把握の目的でPressure wireを用いて閉塞部末梢の冠動脈圧を測定したところ、閉塞部末梢の圧波形は通常の狭窄病変で検出される圧波形とは明らかに異なり、左室圧と同様であった。本症例は前下行枝の冠動脈左室瘻であり、Pressure wireによる情報が確定診断の有効な手がかりとなった。治療に関してはPCIもしくはCABGを検索中である。

12

発症後3週間以上経過した心基部下壁心室中隔穿孔の剖検症例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○三宅 弘恭、金子 海彦、森 俊平、小田 理史、
箴井 宣任、山本 大、伊澤 毅、松本 崇、
堀江 和紀、横田 俊生、上村 直、武蔵 美保、
多田 憲生、櫻井 美恵、鈴木 健之、滝澤 要、
大友 達志、密岡 幹夫、伊藤 祐子、井上 直人、
目黒泰一郎

症例は82歳男性。平成22年2月、7時間持続する胸背部痛を自覚し、翌日に近医を受診した。急性心筋梗塞と診断され、左回旋枝遠位部の閉塞部位にペーメタルステント2本が留置された。術後より心不全を呈し、ドパミン・ミルリノンによる治療が行われたが徐々に血行動態が悪化した。第5病日に心エコーで心基部下壁心室中隔に穿孔が確認され、当院へ転院となった。エコー上、僧帽弁直下後壁に40×32×24mmの仮性心室瘤と27×20mmの心室中隔穿孔を確認した。血液ガス分析でQp/Qsは3.81であった。人工呼吸器管理とし、大動脈バルーンポンピングを挿入、ドブタミンを主とする内科的管理で循環動態を維持した。手術への同意が得られず、心不全増悪のため第24病日に死亡確認した。発症から約3週間経過した心基部下壁心室中隔穿孔の剖検症例を報告する。

13
多枝冠攣縮から急性心筋梗塞症を発症した16歳男性の1例

岩手県立中部病院 循環器内科
○永野 雅英、芳沢 礼佑、織笠 俊樹、西澤 健吾、
齋藤 秀典、八子多賀志

症例は16歳男性。既往歴なし、冠危険因子なし、喫煙歴なし。通学バス内で突然胸部圧迫感自覚し続いて意識消失。数分で意識改善したが胸部症状残存しており当科受診。頭部CT、胸部単純写真、心電図、心エコー図検査等全て異常なかったが、採血検査で心筋逸脱酵素上昇（CK/MB 780/55）およびトロポニンT陽性みとめ、精査加療目的に当科入院。入院後は症状なく経過し心筋逸脱酵素も低下。冠動脈CTで有意狭窄なし。1肋間上方で記録した心電図も正常。冠攣縮性狭心症精査のためにアセチルコリン（Ach）負荷冠動脈造影検査施行。左右冠動脈ともAch 50 μ g負荷で入院前と同じ症状を伴う重完全閉塞を示した。冠攣縮から急性心筋梗塞を発症した未成年男性の1例を経験したのでここに報告する。

14
PCI後のクロピドグレル投与によって発症したと考えられる重症横紋筋融解症の一例

¹仙台厚生病院 循環器科、²三友堂病院
○多田 憲生¹、川島 理²、阿部 秀樹²、遠藤 国勝²、
仁科 盛之²

79歳女性、不安定狭心症にて左前下降枝、左回旋枝鈍縁枝病変に対し経皮的冠動脈形成術（PCI）を施行した。術後30分後にクロピドグレル300mg投与された。1時間後鈍縁枝の急性ステント血栓症を認めIABP下にPCIを施行したが術後も血圧低下は遷延し乏尿、代謝性アシドーシスを認め血液透析を開始した。術翌日WBC 44800/ μ g、CPK 4724 IU/lと異常高値でCPKのピークは13420 IU/lだった。心電図心エコー上冠動脈に新たな合併症を示唆する所見はなかった。術翌日の血清ミオグロビンは17000nM/mlと異常高値にてクロピドグレルによる横紋筋融解症を疑い中止した。中止後CPKは低下したが術50日後の現在も未だICU管理下にある。現在ASAとクロピドグレルの二剤抗血小板療法は標準治療だが本症例はクロピドグレルによる横紋筋融解症発症が疑われる。

15
Cypherステント留置3年後に超遅発性ステント血栓症を発症し、更にその2年半後に院外心停止を来した一例

東北大学 循環器病態学
○武田 彦彦、高橋 潤、圓谷 隆治、伊藤 愛剛、
高木 祐介、中山 雅晴、伊藤 健太、安田 聡、
下川 宏明

40代男性。狭心症にて2004年9月にPCI施行し、左前下行枝#7にCypher3.0x18mmを留置した。抗血小板剤はアスピリンとチクロピジンを経過し、以後アスピリンを継続した。2007年8月に急性心筋梗塞を発症し冠動脈造影を施行した。Cypher内で閉塞を認め、血栓吸引とPOBAを施行しTIMI3の血流を得た。3ヶ月後の冠動脈造影ではCypher留置部位に著明な瘤状病変が出現していた。以降、アスピリン、チクロピジンに加えワーファリンの内服を継続し心イベントなく経過していたが、2010年2月に院外心停止を発症し、AEDにより蘇生後搬送された。冠動脈造影では狭窄は無いものの#7の冠動脈瘤は残存し、アセチルコリンによる冠攣縮誘発試験にてCypherの前後に著明なスパズムを呈し、心イベントと関連すると思われた。OCTの観察も施行したので報告する。

16
冠動脈CTを断念すべき冠動脈石灰化スコア指標の検討

みやぎ東部循環器科
○菊地 雄一、本多 卓、小野寺勝紀

ガイドラインでは「冠動脈石灰化スコア（スコア）が高い場合の冠動脈CT（CTA）の有用性は確立していない。」とされているが、CTAを断念すべきとされるスコアの値は定まっていない

【目的】スコアの程度と判定不能となった症例頻度を検討し、CTAを断念すべきスコアの値を検討

【対象】2009.11.1～2010.1.31までに320列CTによりCTAを施行した517例

【方法】Agatston scoreを用い、スコア0から600までを100スコア毎及び601以上の7群に分け、石灰化によるアーチファクトのために判定不能となった症例の頻度を検討統計処理は χ^2 乗検定を使用

【結果】判定不能例の頻度はスコア400以下0～7.4%、401～500:15.4%、501～600:14.3%、601以上42%で、401以上では有意に増加した

【結論】CTAを断念すべきスコアの値は400前後と考えられた

17
冠動脈攣縮により心筋梗塞を発症し、心肺停止に陥った一救命例

¹宮城県立循環器・呼吸器病センター 循環器科、
²栗原市立栗原中央病院
○菊田 寿¹、大沢 上¹、三引 義明¹、渡邊 誠¹、
柴田 宗一¹、住吉 剛忠¹、小松 誠司²

症例は60歳代男性。平成21年10月東京から秋田への高速バス内でCPAとなり、運転手がbystander CPR施行。前医へ搬送され、AMIの診断にて当科紹介。搬送時に再びCPAとなり、徐細動を6回行い、心拍再開したところで当院へ到着した。到着時血圧106/69mmHg。カテ室へ移動中に再びPEAとなった。直ちにCPRを再開するが、PEA、VFを繰り返した。ACLS施行しながらPCPSを挿入。引き続き冠動脈造影施行したが、冠動脈に閉塞、有意狭窄を認めなかった。解離、肺塞栓も認めなかった。帰室直前に心電図上II、III、aVF、V4-6にST上昇を認め、冠動脈攣縮によるAMIと診断した。今回冠動脈攣縮により心筋梗塞を発症し、心室細動、心肺停止に陥った症例を経験し、これを救命し得たので報告する。

18
自然発症の冠動脈解離・血腫により急性心筋梗塞を発症した一例

福島赤十字病院 循環器科
○益田 淳朗、渡部 研一、鷲阪 公昭、浅間 宏之、
阪本 貴之、大和田尊之

症例は50代女性。2月某日18時より突然の前胸部痛を自覚し治まらないため20時17分当院へ救急搬送された。心電図上V1-5でST上昇を認め、心エコーで左室前壁～心尖部が無収縮となっており急性心筋梗塞の診断で入院となった。緊急冠動脈造影を施行したところ左前下行枝の#7から99%で#8が完全閉塞していた。引き続き経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を施行、PCI前の血管内超音波で病変部は冠動脈血腫により狭窄・閉塞しており明らかなrich plaqueを認めず、自然発症の冠動脈解離・血腫による急性心筋梗塞と考えられた。解離・血腫を被うようにステントを留置し再灌流を得た。自然発症冠動脈血腫は急性心筋梗塞の成因として稀な病態と考えられるため、文献的考察を含めて報告する。

Brugada様心電図を呈した冠攣縮性狭心症の一例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科
 ○大場 瑠璃、尾上 紀子、田丸 貴規、池田 尚平、
 田中 光昭、石塚 豪、馬場 恵夫、篠崎 毅

症例は58歳男性。家族歴に突然死なし。既往歴は高血圧、肺気腫。2009年5月7日22時頃工事現場で道路整備中に冷汗、胸部不快感を伴う意識消失があり救急要請、当院搬送。来院時には意識清明、心電図は洞調律、V1誘導でcoved型のST変化を認めた。冠動脈造影を施行。左右冠動脈に器質的な有意狭窄はなし。アセチルコリン負荷にて左前下行枝が100%閉塞、回旋枝で90%狭窄、胸痛出現、V3-V6でST上昇を認めた。心室頻拍誘発試験では右室流出路と右室心尖部からの3連刺激で心室頻拍が7連発誘発されたが持続はしなかった。以上より冠攣縮性狭心症の診断となり、Ca拮抗薬の投与を開始した。Brugada症候群は冠攣縮性狭心症との合併の報告があり、ICDの適応も含めて今後も注意深い観察が必要である。

悪性リンパ腫化学療法後に不安定化を繰り返した難治性冠攣縮性狭心症の1例

¹東北大学 循環器病態学、²大崎市民病院循環器内科
 ○圓谷 隆治¹、高橋 潤¹、安田 聡¹、伊藤 愛剛¹、
 高木 祐介¹、武田 守彦¹、中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、
 竹内 雅治²、下川 宏明¹

53歳女性。2年前より冠攣縮性狭心症と診断され内服加療中であった。2009年9月悪性リンパ腫と診断されリツキシマブ投与が行われた。この化学療法終了後からST上昇を伴う胸痛発作が頻発、約1ヶ月間の硝酸イソソルビド(ISDN)持続静注、カルシウム拮抗薬の内服調整により軽快し小康を得ていた。しかしながら2010年1月同レジメによる化学療法施行2週間後より再び不安定化し、ISDN持続静注下でもECGモニター上ST上昇発作から心室頻拍へ移行する狭心症が頻発した。ニコランジル持続静注(4mg/hr)と長時間作用型ジルチアゼム(200mg/日)、ニフェジピン(60mg/日)を併用投与することで狭心症発作のコントロールが可能となった。悪性リンパ腫化学療法後に繰り返し不安定化し治療抵抗性を示す冠攣縮性狭心症を経験したので報告する。

性差による冠動脈疾患発症リスクの違い 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
 ○後岡広太郎¹、柴 信行²、三浦 正暢¹、河野 春香²、
 菅谷真由美²、下川 宏明¹

【背景】日本人の冠動脈疾患発症のリスクファクターに対する性差の寄与度は不明である。【方法】第二次東北慢性心不全登録研究(N=10,210)に登録された冠動脈疾患を基礎疾患とする5,031名を対象とし性別により分類し(男性:MC,女性:FC)、2群間で基礎的特徴を比較した。【結果】全体の平均年齢は69.1±10.8歳(女性は22.9%)であった。MC群と比較しFC群は有意に高齢で(FC;72.2±10.8,MC;68.2±10.9)、高頻度に高血圧(79.3%,55.2%)と慢性腎臓病(47.1%,38.6%)を合併していた。MC群では有意にメタボリックシンドロームの合併が多く(MC;47.8%,FC;23.5%)、喫煙歴の頻度も高かった(52.0%,14.8%)。【結論】冠動脈疾患発症において男性では生活習慣の占める要素が強く女性では高齢化が重要な要素であることが示唆された。

心電図同期SPECTを用いた狭心症例における左室同期不全の評価

¹市立秋田総合病院 循環器内科、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
 ○中川 正康¹、小武海雄介¹、柴原 徹¹、藤原 敏弥¹、
 鬼平 聡²、木村 俊介³、伊藤 宏³

狭心症の診断または疑いにて心電図同期^{99m}Tc-MIBI心筋SPECTと冠動脈造影を施行した、洞調律で壁運動障害、心室内伝導障害を有さない症例を対象とした。cardioGRAFを用いて左室17領域の収縮末期までの時間(TES)を算出し、max ΔT=(最大TES-最小TES)/R-R間隔×100とTESの変動係数(%CV)を算出し、左室同期不全の指標とした。90%以上の高度狭窄例では、1)安静時にも左室同期不全を認める例が多く、max ΔTおよび%CVは狭窄病変のない例に比し有意に高値となった、2)負荷により左室同期不全は悪化～顕在化した、3)冠動脈カテーテル治療後には左室同期不全は改善したが、再狭窄例では不変～悪化を呈した。心電図同期心筋SPECTを用いた左室同期不全の評価は、高度狭窄病変例の診断や治療後の評価に有用であることが示唆された。

小血管における薬剤溶出性ステントの有効性と安全性

仙台厚生病院 心臓血管センター
 ○堀江 和紀、滝澤 要、松本 崇、榎田 俊生、
 上村 直、武蔵 美保、金子 海彦、小野寺勝紀、
 櫻井 美恵、多田 憲生、青野 豪、森 俊平、
 鈴木 健之、大友 達志、密岡 幹夫、伊藤 祐子、
 井上 直人、目黒泰一郎

背景:薬剤溶出性ステント(DES)によりステント再狭窄(ISR)は減少したが、血管径はなおDESのISRの規定因子の一つである。目的:小血管におけるDESの成績をベアメタルステント(BMS)と比較し後ろ向きに検討した。方法:2007年1月からの2年間で2.5mm径のステントを待機的に留置した449人、572病変を解析対象とした。結果:DES群(419病変)はBMS群(153病変)と比較し、術後6カ月間のISR率が有意に低かった(8.9% vs. 22.3%, P<0.001)。遅発性ステント血栓症の頻度には有意差を認めなかった。DES群のサブ解析ではシロリムス群(249病変)がバクリタキセル群(170病変)に比して、術後12ヶ月間のISR率が有意に低かった(5.8% vs. 12.6%, p=0.034)。結語:当院実臨床において小血管でのDESの有効性、安全性が確認された。

DES時代における当院でのBMSの治療成績～multilink-visionについて～

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、³きびら内科クリニック
 ○藤原 敏弥¹、中川 正康¹、柴原 徹¹、小武海雄介¹、
 伊藤 宏²、鬼平 聡³

【目的】当院におけるDES時代のmultilink-visionの臨床成績の検討。

【方法】対象は2007年1月から2009年4月まで当院でmultilink-visionを植え込んだ症例。安全性と6ヶ月後の成績を後ろ向きに調査。

【結果】対象は46例59病変。平均61歳。男性86.9%。使用ステント総数は61本、手技成功率100%、急性期死亡0例、合併症は非Q波MI1例であった。観察期間中、心臓死は心不全死一例でAMI・APの新規発症を認めなかった。6ヶ月後の確認造影を施行した40病変において、再狭窄率は17.5%(7病変)、標的血管再血行再建率(TLR)10.0%(4病変)であった。使用ステント径と再狭窄率には相関を認めなかった。

【結論】DES時代における当院でのmultilink-visionの再狭窄率は17.5%、TLR10.0%であり、DES時代でも容認できる良好な結果と思われた。

仙台厚生病院 心臓血管センター

○滝澤 要、井上 直人、森 俊平、櫻井 美恵、
金子 海彦、上村 直、横田 俊生、堀江 和紀、
伊澤 毅、三宅 弘恭、密岡 幹夫、鈴木 健之、
目黒泰一郎

【背景】薬剤溶出ステントの使用には遅発性ステント血栓症と遅発性再狭窄また抗血小板剤の最適投与期間の問題がある。【方法】2008年の選択的薬剤溶出ステント留置1年後の成績を検討した。958名の患者1327病変にPCIを施行。Bare Metal Stent 596名756病変と Sirolimus eluting stent 195名318病変と Paclitaxel eluting stent 167名253病変をそれぞれの適応因子を考慮し選択的に留置した。【結果】1年後標的血管再血行再建はBMS; 86 (14%), SES; 13 (7%), PES; 13 (8%), P value; 0.0031。死亡はBMS; 31 (5%), SES; 4 (2%), PES; 3 (2%), P value; 0.0423。【結論】選択的薬剤溶出ステントの使用では死亡を増加させることなく、通常金属ステント留置よりも1年後標的血管再血行再建を減少させた。

左上大静脈遺残と右上大静脈欠損を併せた完全房室ブロックに対してペースメーカー移植術を施行した1例

岩手医科大学医学部 循環器・腎・内分泌内科分野

○橋 英明、小松 隆、佐藤 嘉洋、櫛田 房紀、
小澤 真人、中村 元行

症例は83歳、男性。主訴は動悸。平成21年12月に12誘導心電図で心拍数39/分の完全房室ブロックを認め紹介入院。胸部X線では心拡大ならびに肺うっ血を認め、緊急一時的ペースメーカーならびに利尿剤投与により心不全は軽快した。経胸壁心臓超音波検査 (TTE) で左上大静脈遺残 (PLSVC) の存在が疑われ、両側の鎖骨下静脈造影では左上大静脈遺残と右上大静脈欠損を認めた。右心房に開口していた PLSVC より、ステイレットをカテーテルにて作成したスクリュエイン・リードの先端を右室中位中隔部に固定し、以後ペースメーカーならびにペースメーカーとも良好な経過を得ることができた。左鎖骨下静脈アプローチからの恒久的心室中隔ペースメーカーにより良好な臨床経過が得られた症例を経験したので報告する。

Short coupled variant of torsade de pointes が示唆された運動誘発性心室細動の1例

岩手医科大学医学部 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、
櫛田 房紀、中村 元行

症例は55歳、女性。主訴は失神発作。家族歴なし。平成21年10月に搬送中の救急車内で心室細動に対する電気的除細動がなされた。入院時心電図では洞調律と心拍数130/分の long R P 頻拍を認めたが、QT 間隔ならびに ST-T に異常を認めなかった。植込み型除細動器移植術を施行した後、β遮断薬単独ならびにアミオダロンとの併用後に施行したトレッドミル運動負荷試験では、いずれも上室性期外収縮に引き続き、連結期280-320msec、右胸ブロック上方軸型の心室性期外収縮が出現し多形性心室頻拍へ移行する心電図所見を認めた。運動誘発性 Short coupled variant of torsade de pointes が示唆された稀な症例を経験したので報告する。

アミオダロン内服再開後急激に発症した甲状腺中毒症の一例

福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座

○岩谷 章司、鈴木 均、山田 慎哉、大和田卓史、
春山 圭、上北 洋徳、神山 美之、小林 淳、
中里 和彦、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は30歳代男性。2006年に心サルコイドーシスと診断された。同年7月心室頻拍に対してアミオダロンを開始したが、2009年4月角膜色素沈着を指摘され中止した。同年10月房室ブロックと心不全発症しCRT-D植込みを行った。その後CRT-Dの適切作動ありアミオダロンを再開した。再開翌日、動悸出現しTSH 0.018 μIU/ml、FT4 2.35ng/dl、FT3 2.32 pg/mlと甲状腺機能亢進を認めた。甲状腺エコーでは、甲状腺血流の増加はなく破壊性甲状腺炎が疑われた。アミオダロンによる影響と考え、ステロイドにチアマゾールを追加改善傾向となった。甲状腺中毒症発症に長期のアミオダロン内服が関与した可能性はあるが、内服再開後早期に発症する例は極めて稀であり報告する。

心臓再同期療法が心室頻拍の抑制に有効であった一例

¹福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座、

²福島県立喜多方病院

○神山 美之¹、鈴木 均¹、山田 慎哉¹、三阪 智史¹、
山田 慎哉¹、待井 宏文¹、鈴木 聡¹、上北 洋徳¹、
坂本 信雄¹、斎藤 修一¹、竹石 恭知¹、大竹 敦²

80代男性。拡張型心筋症 (EF 20%)、心室頻拍 (VT) にて近医で加療中であった。アミオダロン導入されていたが、平成22年1月にVTのため同院入院し、CRT-D目的に当科に転院となった。VT頻回のため、まずアブレーションを施行した。洞調律中に左室後壁に遅延伝導電位を認め通電したが減高せず、心外膜起源とも考えられた。アブレーション翌日からさらにVTが増加し薬剤抵抗性のためCRT-D植込みを行った。その後はVT出現なく退院となった。アブレーション中に生じた心室内伝導障害がVT増加の一因とも考えられ、心臓再同期療法を行うことで興奮伝導様式と心不全を改善することでVTは抑制されたと思われた。

下方誘導にて早期再分極を認める特発性心室細動の1症例

福島県立医科大学循環器内科

○佐藤 友美、上岡 正志、鈴木 均、竹石 恭知

症例は48歳男性であり、元来健康であった。平成20年11月19日飲酒中に心肺停止状態となり除細動が行われ蘇生された。同日近医入院となり循環器内科にて心臓カテーテル検査施行。エルゴノビン負荷行われるも有意所見無く退院となった。平成22年3月より夜間に胸痛を訴えるようになり当院受診。十二誘導心電図にてII, III, aVf, V5/6にて0.1mVのST上昇を認めた。入院後アセチルコリン負荷では冠攣縮は認めなかった。引き続きVT studyを行ったところ右室心尖部3連刺激にて心室細動が誘発された。その後プロタノール持続静注下に同様に誘発を行うもVT/Vfは認めなかった。今回の症例は2008年にHaissaguerre Mらにより報告された早期再分極を伴う特発性心室細動の症例と考えられるため報告する。

31

VF発作の起源となるPVC抑制にイソプロテレノールが有効であったブルガダ症候群症例

東北大学 循環器病態学

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

症例は43歳男性。心肺停止蘇生後、ブルガダ症候群の診断で2007年5月にICD植え込み施行した。年数回の心室細動発作、ICD適正作動を認めていた。いずれも同型の期外収縮からVFへ移行していた。2010年3月夕食後にICD作動を2回来たし、当院救命センター受診。受診時に左脚ブロック、上方軸タイプのPVCの頻発を認め、そのうちの1発からVFへ移行し、ICD適正作動で停止を見た。心室細動発作前後では、明らかなブルガダ型心電図を示していなかったが、イソプロテレノール投与にてこのPVCは抑制された。入院後このPVCに対してRFCAを施行し、現在経過観察中である。VF発作の起源となるPVC抑制にイソプロテレノールが有効であったブルガダ症候群症例を経験したので報告をする。

32

アミオダロン内服でブルガダ型心電図を呈した一例

岩手県立中部病院 循環器科

○織笠 俊樹、齊藤 秀典、芳沢 礼佑、西澤 健吾、永野 雅英、八子多賀志

64歳男性。心室細動の蘇生後に当院搬送された。来院時は意識清明。トロポニンT陽性で心臓カテーテル施行したが、冠動脈に有意狭窄を認めなかった。アミオダロン200mg/日の内服を開始し、内服13日目の心電図でBrugada型心電図(V2でsaddle back型のST上昇)を認めた。ICD植え込みを施行し、アミオダロンは内服継続した。その後もST上昇は持続したが、心室頻拍/心室細動は認めなかった。内服開始3ヶ月後、乾性咳嗽の訴えありアミオダロンを中止した。アミオダロン中止後47日目の心電図ではST上昇は持続していたが、中止87日目に基線へ復帰した。アミオダロンの内服慢性期にBrugada型心電図を認めた症例を経験したので報告する。

33

診断に苦慮したPJRTの1例

仙台市立病院 循環器内科

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

78才男性。ホルター心電図でnarrow QRS頻拍を認めカテーテルアブレーション目的に入院。心臓電気生理学的検査を施行、心室刺激による最早期心房興奮部位はヒス束記録部位で減衰伝導を示した。心房早期刺激から再現性をもってjump upなく頻拍が誘発。頻拍の心房興奮順序は心室刺激時とは異なり三尖弁輪自由壁で、頻拍中の心室単発刺激で再現性をもって心房興奮の奇異性遅延が認められた。これらの所見から頻拍の機序は遅延伝導特性を有する副伝導路を室房伝導路とする房室リエントリー性頻拍、いわゆるPJRT (Permanent form of junctional reciprocating tachycardia)の可能性が高いと考え、頻拍中の最早期心房興奮部位である三尖弁輪後側壁で通電を行い根治した。三尖弁輪自由壁に副伝導路が存在した希有なPJRT症例と考え報告する。

34

妊娠中の特発性左室起源心室頻拍に対してビルジカイニドが有効であった一例

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

症例は28歳女性。妊娠28週時、動悸を自覚後、嘔吐し前医受診。心拍数190bpmの頻拍を認め、ベラパミルにて一過性に停止したが再発し、ATPとジソピラミドは無効なため当院へ紹介。ベラパミル投与を繰り返したが頻拍は間欠性に再発した。βブロッカー併用により頻拍は徐拍化するも停止せず、ビルジカイニド投与にて頻拍は停止した。同日帝王切開術を行い、ビルジカイニドとベラパミル内服にて心室性期外収縮の連発にコントロールされた。誤嚥性肺炎を合併したため抗生剤を投与し、肺炎の改善とともに心室性期外収縮は認めず。その後頻拍は再発したがベラパミルにより停止、後日頻拍に対してカテーテルアブレーションを施行した。今回妊娠中に認めた特発性左室起源心室頻拍に対してビルジカイニドが有効であった症例を経験した。

35

植え込み型心電図データレコーダが診断に有用であった洞不全症候群の1例

¹山形市立病院済生館 臨床研修センター、

²山形市立病院済生館 循環器内科

○山木 哲、宮脇 洋²、齊藤 陽¹、中田 茂和²

【症例】78歳、男性。

【主訴】意識消失発作

【既往歴】高血圧、慢性硬膜下血腫、膀胱癌

【経過】平成19年12月頃より年に1回日中活動中に数秒間意識消失する発作を繰り返していた。その都度近医や脳神経外科で精査したが異常を認めなかったため平成22年3月当科紹介された。心臓超音波検査、Holter心電図ではやはり異常所見は認めなかった。患者、家族の同意を得て精査のため植え込み型心電図データレコーダの植え込みを行った。術後1日目に発作性心房細動、7秒間の洞停止を認め洞不全症候群と診断した。永久型ペースメーカーを植え込み退院した。

【考察】失神は入院精査しても原因が判明しないことが多い。今回は診断に植え込み型心電図データレコーダが有用であった1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

36

左上大静脈遺残を經由して心室リードを留置し、ペースメーカー植え込み術を施行した完全房室ブロックの一例

秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学

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

症例は68歳男性。慢性腎不全にて近医で外来透析を受けていた。透析中に徐脈を指摘、心電図上完全房室ブロックと診断され当院紹介入院。ペースメーカー植え込みの適応と考えられた。本症例は左腕の度重なる内シャントトラブルのため右腕に内シャントを再造設され、また右腕内シャントにもトラブルを生じていたため、シャント肢の温存・静脈狭窄等を回避する必要があった。さらに静脈造影にて左上大静脈遺残(PLSVC)を認めた。そのため、左右どちらにペースメーカー植え込みをするかの決定に苦慮したが、シャント肢の温存を第一に考え、左鎖骨下静脈よりPLSVCを經由して心室リードを留置し、ペースメーカー植え込み術(VVI)を施行した。PLSVC經由で心室リードを留置し、ペースメーカー植え込みを施行した症例を経験したので報告する。

37

洞結節近傍起源と鑑別を要したRSPV起源AT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、中野 誠、下川 宏明

症例は18歳男性。15歳頃から運動時に動悸を自覚し、前医受診。心電図上、繰り返すlong RP型上室性頻拍を認めRFCA目的に紹介となる。頻拍中のP波は停止直後に出現するP波と同型で（I、II、III、aVf及びV1陽性）、洞結節近傍由来のATの可能性を考えた。右房CARTOマップでは停止直後に出現する心房興奮含めて、ほぼ全ての心房興奮が高位右房後壁を最早期興奮部位としていた。同部位でP波に40ms先行する電位を認め、通電を試みるも無効。中隔穿刺後、左房内マッピングで右房内最早期部位対側の左房RSPV入口部前壁で、右房内最早期より10-20ms先行する電位を認め、同部位の通電で徐々にCLが延長し、約24秒の通電でATは消失した。洞結節近傍起源との鑑別を要したRSPV起源のATを経験した。

38

左室流出路起源心室頻拍の一例

仙台市立病院 循環器内科

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

32歳女性。健診でPVCが指摘され、心エコーにてEF45%と低下を認めDCM疑いとしてフォロー中、DCM、PVCの精査のため紹介となった。PVCは下方軸、左脚ブロック、Inferior leadsのR波高は2mV以上で、胸部誘導の移行帯はV2-V3で認められた。右室流出路中隔側でQRSより20msec先行した部位での通電にて、PVCの減少を認めたと根治には至らず、左室流出路（LVOT）中隔側にて、QRSより33msec先行した部位での通電でPVCは消失した。局所電位はprepotentialを伴うmulticomponentであり、右室中隔の良好な部位でQRSより先行するdullな電位が認められた。LVOT中隔側が起源のPVC/VTでは、右室中隔側で左室の良好なprepotentialをfarfield potentialとして記録できることがあり、右室中隔側の詳細なマッピングでLVOT中隔側起源のPVC/VTと推測できる可能性がある。

39

CFAEアブレーションが著効した持続性心房細動の一例

仙台市立病院 循環器内科

○中川 孝、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、八木 哲夫

70歳男性。薬剤抵抗性の心房細動で、H21年2月にRFCAを施行した。4本の肺静脈隔離に成功したが、心房細動のコントロールはできなかった。その後徐脈頻脈症候群による眼前暗黒感が頻回となりDDDペースメーカー植え込みを行った。ペブリジル150mg/dayとビルジカイニド100mg/dayの内服でも数日持続する心房細動が生じ、H22年2月に2回目のRFCAを施行した。肺静脈隔離の再完成後も心房細動は容易に誘発されたため、左心耳周辺、左房roofなどのCFAE記録部位を集中的に通電し、心房細動は停止した。その後ペースメーカーの記録でも心房細動は確認されていない。CFAEアブレーションはその有効性や手法に関して議論がなされてるが、著効したと考えられる症例について検討したので報告する。

40

右室三尖弁輪中隔側からの通電が有効であった下壁梗塞後心室頻拍の一例

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、中野 誠、下川 宏明

症例は62歳男性。陈旧性下壁梗塞にて当科通院中であった。2009年9月に動悸発作あり、当科受診。HR166bpm、LBBB、下方軸の心室頻拍（VT）を認めた。CAG施行したところ左回旋枝に狭窄を認めPCI施行し内服で加療していた。同年10月に動悸発作出現。VTの再発を認め入院となった。心臓MRIでは心基部中隔側から下壁に遅延造影をみとめた。VTに対しRFCA施行。CARTOを用いてLV substrate map施行。下壁中隔側に低電位領域を認めたと、同部位でのpacemapはclinical VTとは異なっていた。右室substrate mapを作成後、VTを誘発。三尖弁輪中隔側がVTの最早期であった。His束下三尖弁輪心室側でVT中に76msec先行する電位を認め、同部位の通電でVTは停止し以後誘発不能となった。

41

非定型的なP波を呈する2種類の心房頻拍を根治しえたVSD術後心室頻拍の1例

弘前大学 医学部 循環器呼吸器腎臓内科

○館山 俊太、大和田真玄、伊藤 太平、佐々木憲一、堀内 大輔、佐々木真吾、長内 智宏、奥村 謙

症例は24歳男性。12年前に心室中隔欠損症の根治術を施行。動悸と息切れで近医を受診し、心拍数230回・分のnarrow QRS regular頻拍と胸部X線で心拡大が確認された。心房頻拍および心不全の診断で当科入院となった。頻拍時のP波はV1誘導で+/-/+の3相性であった。右房自由壁に広範な低電位領域を認め、同部位を周囲するリエントリー性心房頻拍が確認された。下大静脈側のチャンネル通電にて頻拍は停止したが、同様に3相性のP波を呈する心拍数110回・分の頻拍が出現した。通電部位の前方を起源とする異所性心房頻拍と確認し、同部位の通電にて頻拍は停止した。P波形は頻拍の機序を推定する上で重要であるが、広範な低電位領域を器質とする心房頻拍においては、非定型的なP波を呈する事があり注意を要する。

42

心室中隔ペーシング術後スクリーインリード脱落により心嚢液貯留をきたした1例

仙台市立病院

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

66歳男性。H21年6月よりふらつきなどを自覚し8月に当科受診。有症状の心拍数30-40/分の洞性徐脈、洞停止を認め入院。モニター観察で、発作性心房細動も認め、心房細動停止時に6秒の洞停止を認めた。8月17日DDDペースメーカー植込術を施行。心室リードはスクリーインリードを用いて右室中隔に固定した。術後ワーファリゼーションを行い24日に退院。11月10日に受診した際に、心室リードのpacing閾値が3mVと上昇し心室リードのdislodgeを認めた。CTで心室リードが右室心尖部に脱落しており心嚢液の貯留も認められた。ワーファリンを中止の上入院し、11月19日心室リードの抜去を行い、AAIペースメーカー植込を行った。術後心嚢液は減少し良好に経過している。スクリーインリード脱落に伴い心嚢液貯留をきたした症例を経験したので報告する。

43

ABLAZE S-curveによりmidcardiac vein内での通電が有効であった顕性WPW症候群の1例

弘前大学 医学部 循環器呼吸器腎臓内科

○石田 祐司、大和田真玄、伊藤 謙、佐々木憲一、堀内 大輔、佐々木真吾、奥村 太

症例は55歳女性。18歳時から突然出現する頻拍感を自覚。頻拍の頻度が増えるため当科に入院した。安静時心電図にてδ波あり、中隔の副伝導路が示唆された。プログラム刺激にて容易に頻拍が誘発され、頻拍時の逆行性最早期は冠静脈洞入口部であった。右室刺激にて頻拍周期はリセットされ、同部位の副伝導路を介する房室回帰性頻拍と診断した。洞調律下でマッピングし、Midcardiac vein分岐部で心房と心室の電位が近接した。同部位での通電後すぐに副伝導路の離断が得られたが抵抗値が150Ωを超え、通電を継続出来なかった。カテーテルをABLAZE S-curve (5Fr)に変えたところ、抵抗値は120Ω程度で安定し、十分な通電を継続出来た。冠静脈洞内通電でも、カテーテルのサイズダウンにより安全に通電を行う事が可能であった。

44

薬物療法で房室伝導の改善を認めた、高齢者徐脈性心不全の1例

東北厚生年金病院 循環器センター

○氷室 直哉、田淵 晴名、河部 周子、山口 済、山家 実、山中 多聞、中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明

95歳女性。平成22年2月下旬頃から夜間呼吸困難を自覚増悪し当科受診した。心拍数37/分の高高度房室ブロック、完全右脚ブロック、心拡大、肺うっ血、胸水、浮腫を認め即日入院加療となった。ペースメーカー移植術も検討したが、ご本人、ご家族の希望もありペースメーカー移植術は施行しない方針とした。カルペリチド、利尿剤、シロスタゾール、ユビテカレノン等の点滴、内服治療を行ったところ、第25病日より高度房室ブロックから1:1伝導し、洞調律、完全右脚ブロック、心拍数87/分、PQ時間0.125sと房室伝導の改善を認め、心不全も小康状態となった。シロスタゾールの刺激伝導系に対する作用を含め報告する。

45

AVNRTを合併した2本の副伝導路を有する潜在性WPW症候群の1例

仙台循環器病センター

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

症例は37歳、男性。2010年2月16日、動悸を主訴に当院受診。心電図上narrow QRS tachycardia (HR 214bpm)を認め、ATP急速静注で停止したことからPSVTと診断した。洞調律時デルタ波なし。3月19日EPS施行。室房伝導の最早期は中隔後壁領域で、AH jumpからslow-fast AVNRTが誘発された。Slow pathwayに対して高周波通電を行い、modificationに成功。室房伝導は残存しており、伝導特性から副伝導路と考えられ、潜在性WPW症候群と診断された。同副伝導路を介するorthodromic AVRTが誘発されたため、同副伝導路に対してもアブレーションを施行し、焼灼に成功。その後さらに、左側前側壁領域の副伝導路の存在が発覚し、non-sustained AVRTも誘発されたことから、アブレーションを行った。複数機序が混在するPSVTの症例を経験したため報告する。

46

多源性心室性期外収縮を呈した心サルコイドーシスの一例

東北大学 循環器病態学

○中野 誠、若山 裕司、福田 浩二、近藤 正輝、下川 宏明

【症例】59歳女性。【現病歴】近医で多源性心室性期外収縮(PVC)を指摘され、2009年精査目的に当科紹介、内服でも効果なく精査目的に入院。心臓カテーテル検査では冠動脈狭窄なく、心機能はほぼ正常だった。アブレーションも検討したが、マッピングでは心内電位は正常に保たれ、PVCの起源は多数あり根治は困難だった。採血上IL-2R上昇を認め、心サルコイドの可能性も考え、FDG-PETを施行。心筋の局所的な集積と胸部リンパ節への集積を認めた。心臓MRIではごくわずかな遅延造影所見を認めた。その他の検査所見も含め、サルコイドーシスの臨床診断群と診断し、ステロイド加療を行った。【結語】原因不明の多源性心室性期外収縮の中で心サルコイドが潜在する可能性もあり、診断及び治療において慎重な検討が必要である。

47

通常型心房粗動に対する右房解剖学的峡部のカテーテルアブレーション中に一過性の房室ブロックを来した症例

JA秋田厚生連 平鹿総合病院 第二内科

○田村 善一、菅井 義尚、深堀 耕平、武田 智、國生 泰範、伏見 悦子、高橋 俊明、関口 展代、林 雅人

症例は55歳男性。検診にて心電図異常を指摘され、非通常型心房粗動が認められカテーテルアブレーション(RFCA)目的に入院となった。心エコーで特記すべき所見なし。EnSiteマッピングシステムを用いRFCA施行、通常型心房粗動が誘発され、右房解剖学的峡部電気的ブロックラインの作成を施行中、三尖弁輪一下大静脈の中間付近にて通電中に突然Wenckebach型房室ブロックが発生した。再現性あり、通電終了とともに房室ブロックは速やかに消失した。さらに下大静脈寄りの通電にてブロックラインの作成に成功した。その後別回路の非通常型心房粗動が誘発されたが、通電にて停止に成功し手技を終了した。その後房室ブロックや頻拍再発は認めていない。迷走神経反射や右冠動脈房室枝の一過性障害の可能性が考えられ、興味深い症例と考え報告する。

48

Adaptive-Servo Ventilationはチェーンストークス呼吸を伴う心不全患者のUltradian Rhythmを改善させる

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科

○篠崎 毅、池田 尚平、田丸 貴規、尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪

チェーンストークス呼吸を伴うCHF患者に対する酸素療法(OT)とadaptive-servo ventilation (ASV)が睡眠のultradian rhythm (UR)に与える影響を検討する。睡眠ポリグラフをCHF患者(n=7)に連続3日間行い、無作為にコントロール、OT、ASVを割り当てた。30秒間の脳波記録に周波数解析を行い、指数スペクトラムカーブの最小自乗法による近似直線の傾き(周波数分布の指標)を計算し、その傾きの時系列データを周波数解析し、1-2時間サイクルの成分が8時間サイクル以下の成分に対する比(%UR)を算出した。結果:OTとASVはAHIを38±10/hから24±12/hと11±10/hへ有意に低下させた。ASVは%URを16±11%から29±12%へ有意に増大させたが、OTは変化させなかった(20±7%)。結論:睡眠のURはASVによってのみ回復する。

甲状腺クリーゼに伴う高心拍出性心不全の1死亡例

岩手医科大学 内科学講座 循環器・腎・内分泌分野
 ○長沼雄二郎、長井 瑞祥、佐久間雅文、小島 剛史、
 小室堅太郎、三船 俊英、松井 宏樹、菅原 正磨、
 房崎 哲也、伊藤 智範、中村 元行

症例は37歳の男性。2009年11月下旬から呼吸困難感を自覚し近医を經由して当院へ紹介となった。身体所見で甲状腺腫大あり、血液検査所見をもとにバセドウ病と診断した。入院後に施行した心エコー図では駆出率低下 (EF=40%) と僧帽弁逆流があり、血管エコー図では末梢血管抵抗低下を示唆するフローパターンを認めた。精神症状と消化器症状もみられ、甲状腺クリーゼに伴う高心拍出性心不全が考えられた。その後心不全が増悪し、人工呼吸器管理と抗甲状腺薬、β遮断薬、ステロイドの投与を開始した。集学的治療を継続したが、経過中に併発した肺炎を契機に播種性血管内凝固へ進行し、多臓器不全のために第8病日に永眠した。甲状腺クリーゼによる高心拍出性心不全の1死亡例を経験したので報告する。

日本人の慢性心不全患者におけるメタボリックシンドロームの特徴

¹東北大学 循環器病態学、²山口大学 器官病態内科学、
³順天堂大学 循環器内科学、⁴飯塚病院 循環器内科、
⁵北海道大学 循環器病態内科学、⁶国立循環器病センター
 臨床研究開発部

○三浦 裕¹、福本 義弘¹、三浦 俊郎²、松崎 益徳²、
 島田 和典³、岩間 義孝³、高木 篤俊³、代田 浩之³、
 堤 孝樹⁴、山田 明⁴、絹川真太郎⁵、筒井 裕之⁵、
 朝倉 正紀⁶、友池 仁暢⁶、下川 宏明¹

【目的】メタボリックシンドローム (MetS) は動脈硬化性疾患の危険因子として知られているが、慢性心不全 (CHF) に対するMetSの関与は、明らかではない。【方法】東北大学を中心に全国規模で、厚生労働省班研究「慢性心不全に対するメタボリックシンドロームの意義に関する研究」を行った。【成績】Stage C/DのCHF患者3,373例を登録した (年齢69±0.2 [SE]、男性68%)。MetSは全体の37%で、有病率は男性が有意に高く (男性46%、女性20%; P<0.001)、男女とも日本の一般人口の2倍の有病率であった。また、heart failure with preserved ejection fraction (HFPEF) の合併は女性に多く (P<0.001)、虚血性心疾患 (IHD) の合併は男性に多かった (P<0.001)。【結論】CHFでは、女性のHFPEFと男性のIHDの合併は、MetSと密接な関係があることが示唆された。

慢性心不全患者における利尿薬投与の現状 第一次、第二次東北慢性心不全登録研究の比較

¹東北大学 循環器病態学
²東北大学大学院 循環器学EBM開発学寄附講座
 ○三浦 正暢¹、柴 信行²、後岡広太郎¹、河野 春香²、
 下川 宏明¹

背景:慢性心不全 (CHF) 患者において利尿薬による予後改善のエビデンスはない。目的:第一次、第二次東北慢性心不全登録研究 (C1、C2) を用いて利尿薬投与の現状を把握する。方法:C1 (2000~2005年)、C2 (2006年~) のStage C/D症例 (C1: N=1078、C2: N=3899) を対象とした。結果:C1に比較しC2では全体の利尿薬投与率が低下 (76% VS 30%) し、ループ利尿薬投与率も低下 (98% VS 76%) していたが、サイアザイド系利尿薬投与率は上昇 (1% VS 12%) していた。利尿薬投与時はレニン・アンギオテンシン系 (RAS) 抑制薬の併用が望ましいと考えられるが、併用率はC2で上昇 (53% VS 80%) していた。結論:C1、C2を比較するとCHF患者では利尿薬投与は減少し、RAS抑制薬の併用率は上昇していた。今後予後の検討を進める予定である。

急性心不全治療におけるASVの可能性

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

心不全には高率に睡眠時無呼吸が合併し、それ自体が増悪因子となることが示されている。Adaptive-servo ventilation (ASV) は心不全に合併する睡眠時無呼吸を改善し、慢性心不全の予後を改善し得る治療として注目されている。当院では慢性心不全のみならず急性心不全の患者に対してもASVを使用する例があり、呼吸不全状態の改善に有効であった症例を経験している。ASVを急性心不全治療に用いた例に関しての報告は少ないが慢性期のみならず急性期治療においてもASVを活用できる可能性があると考え報告する。

術後収縮性心外膜炎の鑑別に難渋した心不全の一例

岩手県立中央病院循環器科
 ○石木 愛子、福井 重文、野崎 英二、中村 明浩
 高橋 徹、花田 晃一、遠藤 秀晃、工藤 俊
 田巻 健治

【症例】78歳女性
 【既往歴】52歳:脳梗塞
 【現病歴】60歳時僧帽弁狭窄症兼閉鎖不全症にて直視下僧帽弁交連切開術・左房内血栓摘出術、70歳時急性心筋梗塞、僧帽弁置換術施行。以降慢性心不全で近医通院中、H21年12月下腿浮腫が増悪し当科紹介。
 【経過】心エコーにて人工弁の機能は良好だったが高度の三尖弁閉鎖不全症を認めた。また心臓カテーテル検査にてRV、LV圧共に dip and plateauを呈し、RA圧15mmHgと上昇を認めた。以上から、2度の開心術による収縮性心膜炎及び重症の三尖弁閉鎖不全症と考えられ、心臓外科にて手術を施行したが心膜炎の肥厚は認めず、三尖弁置換術のみ施行した。
 【結論】2度の開心術後に心不全増悪を来した、術後収縮性心膜炎との鑑別を要した症例を経験したので報告する。

多剤薬物療法が有効であった慢性血栓閉塞性肺高血圧症の1例

八戸赤十字病院 循環器科
 ○肥田 頼彦、那須 和広、盛合 美光

16歳、女性。H21年2月頃より呼吸苦が出現した。胸部CT検査、肺血流シンチで肺血栓閉塞症が疑われ入院となる。PaO₂と著明な低酸素血症を認めD-dimerが8.46 μg/mLと上昇していた。造影CT検査で右下葉枝に血栓閉塞像と肺血流シンチでは両肺野に楔状欠損が散在し心エコー図検査では右心系の拡大、重度三尖弁逆流を認め推定右室圧66mmHgであった。在宅酸素療法を導入しワーファリンとベラボロスト徐放剤の内服で治療したが症状は改善しなかった。ポセントンを漸増法で開始したところ4ヶ月で6分間歩行が200m→325m、BNPが591pg/mL→133pg/mLまで改善し、自覚症状もほぼ消失した。これらの薬剤は肺動脈性肺高血圧症に有効といわれているが、保険適応はないものの本症例のような慢性血栓閉塞性肺高血圧症に対して有効である可能性が示唆された。

55

片側腎動脈狭窄を有する糖尿病合併多剤抵抗性高血圧症例においてアリスキレンの追加投与が著効した1例

医療法人 青山医院
○青山 浩

【症例】72歳糖尿病合併高血圧症例。カルシウムチャネルブロッカー (CCB)、アンジオテンシン受容体拮抗薬 (ARB) により降圧療法中であった。CTで片側腎動脈狭窄を認めたが、CCB、ARBの増量、利尿薬、β-ブロッカーの追加投与で血圧コントロールは良好となった。双極性障害に対する炭酸リチウムの併用により高度徐脈となり、β-ブロッカー継続困難となった。ARBがすでに投与中で、レニンアンジオテンシンシステム (RAS) 系抑制薬に対する忍容性があると考え、アリスキレン150mgの追加投与を開始した。投与後、血清レニン活性が抑制され、血圧は162/60から132/52mmHgへと低下した。ARBに直接的レニン阻害薬の追加によりRAS抑制が増強し、有効な降圧を得られた腎血管性高血圧例を経験した。

56

サルコイドーシスに合併したAA型心アミロイドーシスの一例

山形大学 医学部 第一内科

○本田晋太郎、宮本 卓也、矢萩 淑恵、沓沢 大輔、長谷川寛真、桐林 伸幸、佐々木真太郎、玉淵 智昭、岩山 忠輝、大道寺飛雄馬、田村 晴俊、鈴木 聡、西山 悟史、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

症例は52歳男性。40歳時から心電図異常を指摘され45歳時にサルコイドーシスによる両側肺門部リンパ節腫大と診断されていた。平成21年6月うっ血性心不全を発症し近医入院、第54病日に持続性心室頻拍から心停止となり、心肺蘇生後当院へ転院となった。心臓超音波検査では著明な求心性左室肥大を呈し、全周性の壁運動の低下を認めた。心筋生検でアミロイド沈着が証明された。治療抵抗性心不全に対しCRT-D植込み術を試みたが術5日後にポンプ失調で死亡した。剖検では全身性AAアミロイドーシスと診断され、心臓では間質及び血管壁にAAアミロイドの沈着を認めた。肺門部リンパ節にアミロイドは認めず、硝子化を伴う類上皮肉芽腫が証明された。サルコイドーシスを併発しかつ重篤な心不全を来したAA型心アミロイドーシスの併発は極めて稀である。

57

発症超急性期に心臓MSCTで診断した、たこつぼ型心筋障害の一例

¹秋田県成人病医療センター 循環器科
²秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学

○宗久 雅人¹、佐藤 匡也¹、寺田 健¹、熊谷 肇¹、阿部 芳久¹、門脇 謙¹、伊藤 宏²

70歳代女性。高血圧症、発作性心房細動で当センター外来来院中。食思不振、心窩部痛ありH21年10月当センター消化器科受診し、上部消化管内視鏡検査施行、出血性多発性胃潰瘍の診断で入院。内視鏡検査終了後、胸部不快と一過性の血圧低下あり、心電図上前胸部誘導でST上昇を認め、UCGにてたこつぼ型心筋障害様の壁運動異常を認めた。確定診断のため緊急心臓MSCT施行し、冠動脈に有意狭窄を認めず、心臓4Dでは心尖部のakinesisとballooning、心基部の過収縮が明瞭に観察された。また、著明なSAMを認めた。たこつぼ型心筋障害の診断で、安静と経過観察のみで第5病日には経胸壁心臓超音波検査上、壁運動異常はほぼ正常化した。発症超急性期にMSCTで確定診断をし得た、たこつぼ型心筋障害の一例を経験したので報告する。

58

拡張型心筋症に対して心臓リハビリテーションを継続し、運動耐容能の改善が認められた症例

太田総合病院附属西ノ内病院

○金澤 晃子、遠藤 教子、石田 悟朗、白岩 理、新妻 健夫、小松 宣夫、武田 寛人

症例は54歳男性。拡張型心筋症による初発心不全にて入院した。心エコーにてEF16%、左室内血栓、左室壁の菲薄化を認め血栓除去・左室形成術・CRT-D植込み術を行った。術後の初回CPXでATを検出しATレベルで入院中の心臓リハビリテーション (CR) を施行し第92病日に退院した。退院後3カ月間CR参加がなく、CPX再評価で呼吸性oscillationが見られ、運動耐容能の低下を認めた。Borg12を目安に半年間の外来CRを継続しpeakVO2の改善 (13.3 ml/kg/min→20.0 ml/kg/min) を認めた。本症例ではCRの一時中断により、運動耐容能の低下を認めたが、CRの再開・継続によりATレベルでの運動が可能となった。CR継続による運動耐容能の改善が認められた症例を経験したので報告する。

59

全身に好酸球浸潤をともなう好酸球性心筋炎の一例

福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座

○水上 浩行、義久 精臣、岩谷 章司、安藤 勝也、野田真由美、杉本 浩一、国井 浩行、斎藤 修一、石橋 敏幸、竹石 恭知

症例は40才台男性。H22年2月25日より39度の発熱を認めた。近医で抗生剤など処方され、一旦は改善したが3月1日朝より息切れ、胸部苦悶感出現した。症状持続のため3月3日夜当院救急外来受診。心エコーでは全周性に浮腫性変化と思われる心肥大が認められ、心嚢液も後側壁を中心に認められた。心筋逸脱酵素の上昇もあり、急性心筋炎の診断にて同日緊急入院となった。翌日心臓カテーター検査施行したところ冠動脈造影で有意狭窄認めず左室造影では左室壁運動は正常だった。心筋生検を施行して終了した。病理診断で好酸球の心筋への浸潤が指摘され、尿・痰からも好酸球が確認された。全身に好酸球浸潤をともなう好酸球性心筋炎と考えられた。劇症化も懸念され慎重にステロイド内服治療を開始した。臨床経過を文献観察を含めて報告する。

60

心Fabry病に伴う、うっ血性心不全の一例

¹独立行政法人 国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科
²同上 臨床検査科

○加納 伸介¹、石塚 豪¹、田丸 貴規¹、池田 尚平¹、尾上 紀子¹、田中 光昭¹、篠崎 毅¹、鈴木 博義²

症例は66歳女性。古典的ファブリー病の家系に属し、10歳代に四肢末端の疼痛を、50歳より心肥大を指摘されていた。63歳時に胸痛を主訴に当科初診、α-ガラクトシダーゼ活性低下を認め、Fabry病として外来フォローされていた。肝細胞癌に対する分子標的薬 (ネクサバル) 治療中、心不全症状が出現した。著明な求心性心肥大、及び左室駆出率64%であることから拡張期心不全と診断した。薬物療法後に心臓カテーター検査を施行した。左室造影と冠動脈造影に異常なく、左室拡張末期圧5mmHg、左室拡張末期容積係数76ml/m²と正常であった。心筋光顕像にて間質の著名な線維化と心筋細胞の一部空胞化を認め、電顕像にて電子密度の高いミエリン状封入体を認めた。以上より心Fabry病と診断し、現在、酵素補充療法を行なっている。

61
薬剤過敏性症候群に起因した劇症型好酸球性心筋炎の一例

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

症例は65歳女性。約6カ月前に隆起性紅斑の治療薬に起因する薬剤過敏性症候群(DIHS)を発症。皮膚科にてプレドニゾロンの内服加療を受けていたが、感冒様症状と胸部不快感を主訴に当院受診。精査にて心筋炎と考えられ、当科入院。右室心筋生検を施行し好酸球心筋炎の診断が得られメチルプレドニゾロンによるステロイドパルス療法を開始。しかし、パルス療法前後から急速に血行動態が悪化、左室駆出率10%以下となり心室細動も出現、IABPとPCPSの装着を余儀なくされた。ステロイドにより心機能が改善しPCPSやIABPの離脱には成功したが、最終的にはサイトメガロウイルス感染による多臓器不全のため死亡した。DIHSは原因薬剤中止後も皮疹が遷延する重症薬疹であるが、好酸球性心筋炎を合併したとの報告はなく、稀な症例と考えここに報告する。

62
心室頻拍を発症した不整脈源性右室心筋症の1例

¹東北厚生年金病院 循環器センター
²仙台市立病院 循環器科
○山中 多聞¹、片平 美明¹、菅原 重生¹、中野 陽夫¹、
山家 実¹、山口 清¹、田淵 晴名¹、河部 周子¹、
水室 直哉¹、八木 哲夫²、石田 明彦²

(症例)30台男性(現病歴)平成22年1月突然の動悸を認め、当院に救急搬送。心電図上心室頻拍を認め電氣的除細動施行し、洞調律に回復した。心エコー上、右室の壁運動低下、壁肥厚を認め、不整脈源性右室心筋症と診断し、加療目的にて仙台市立病院に転院。仙台市立病院にて心室頻拍に対し、内服、カテーテルアブレーション施行。その後当院にてICD移植術施行。(考察)不整脈源性右室心筋症(ARVC)は1977年、Fontaineらにより初めて報告された疾患概念である。右室心筋が局所的に脂肪変性、線維化におちいり、右室拡大、右室壁運動異常を起こし、右室起源の心室性不整脈(心室頻拍)、心不全、突然死を起こす疾患である。本症例は明らかな家族歴がないものの経過から上記と考えられ若干の文献的考察も含め報告する。

63
MRSAによる化膿性心膜炎の一例

¹秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学、
²同上 心臓血管外科
○小泉 恵¹、小武海雄介¹、宗久 佳子¹、小山 崇¹、
飯野 健二¹、小坂 俊光¹、渡邊 博之¹、山本 文雄²、
伊藤 宏¹

症例は75歳、女性。2009年1月、食欲低下にて近医へ入院し、原因不明の炎症反応を認め、抗生剤投与されるも軽快しなかった。同年3月心エコー検査にて心膜液貯留を認めたため、当院へ紹介・転院となった。転院時心エコー上、心前方から心尖部にかけて、エコー輝度の高い実質様の一部器質化した心室内構造物および心膜液貯留を認めた。心嚢穿刺にて赤褐色膿性の心膜液を採取した。グラム染色で、白血球によるグラム陽性球菌貪食像が認められ、後にMRSAと同定された。バンコマイシン、リネゾリドの全身投与を行うも改善得られず、外科的に心嚢切開・心嚢ドレナージを行い、さらに繰り返し心嚢内洗浄を行い軽快に至った。MRSAによる化膿性心膜炎の一例を経験したので報告する。

64
著明な石灰化を伴った巨大左房悪性腫瘍の一例

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
²同上 病理病態診断学講座
³同上 心臓血管外科講座
○大和田卓史¹、中里 和彦¹、山田 慎哉¹、春山 圭¹、
上北 洋徳¹、小林 淳¹、高野 真澄¹、斎藤 修一¹、
石橋 敏幸¹、喜古雄一郎²、阿部 正文²、高瀬 信弥³、
横山 齊³、竹石 恭知¹

【症例】70代男性【既往歴】平成21年3月甲状腺腫瘍右葉摘出術(紡錘形細胞型未分化癌)【現病歴】平成21年12月末より労作時息切れが出現し、平成22年1月近医受診。左房内に石灰化を伴う巨大腫瘍を認め、当院紹介となった。心エコー、胸部造影CTでは左房自由壁に付着し、石灰化を伴った巨大な腫瘍(直径8.7cm)を認め、僧帽弁後尖および、左肺静脈への浸潤像を認めた。FDG-PETでは心臓以外への集積を認めなかった。平成22年3月に心臓血管外科にて腫瘍摘出術を施行。摘出標本では石灰化を伴う紡錘形細胞型悪性腫瘍の診断であり、以前摘出された甲状腺腫瘍と類似の組織像を示し、甲状腺未分化癌の転移性心臓腫瘍と考えられた。本症例のような石灰化を伴った心臓悪性腫瘍の報告は非常に少なく、稀な一例を経験したので報告する。

65
右房原発の巨大腫瘍の一例

秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○藤原美貴子、渡邊 博之、佐藤 輝紀、飯野 貴子、
飯野 健二、小坂 俊光、伊藤 宏

症例は75歳女性。H20年5月頃より易疲労感が続いていた。H21年4月近医にて肝機能障害と下腿浮腫を指摘され、造影CT上右室内に造影欠損を認めたため、精査加療目的で当科入院となった。心エコーでは、収縮期に右室から右房に突出してくる巨大腫瘍を認めた。右室内はほぼ巨大腫瘍により占拠され、腫瘍と右室壁にわずかな間隙を残すのみであった。血液検査では肝酵素、CRP、IL-6、CA125の高値を認めた。右室原発腫瘍を疑い、同年6月摘出術が施行された。手術所見では、腫瘍茎は冠静脈洞近傍の心房中隔に付着しており、右房原発の腫瘍(12.5cm×7.5cm×2.0cm)で、病理組織診の結果、粘液腫と診断された。右室内を占拠するように発達した巨大右房粘液腫の一例を経験したので報告する。

66
左房内Spindle cell sarcomaの一手術例

福島県立医科大学心臓血管外科
○黒澤 博之、佐戸川弘之、佐藤 洋一、高瀬 信弥、
若松 大樹、佐藤 善之、瀬戸 夕輝、籠島 彰人、
山部 剛史、山本 晃裕、横山 齊

症例は70歳男性。平成22年1月、息切れを主訴に近医受診し、心エコーで左房内腫瘍を認め当院へ紹介・入院した。CTでは一部石灰化を伴う充実性腫瘍が左房内をほぼ占有し、僧帽弁への進展や左肺静脈閉塞を認めた。UCGでは僧帽弁後尖に腫瘍が進展し、逆流は軽度であったが中等度狭窄を認めた。腫瘍の僧帽弁嵌頓による突然死の可能性も考えられ、平成22年3月2日、腫瘍切除術を施行し容量減少と左房内腔の確保をはかった。切除標本の病理診断はspindle cell sarcomaで、甲状腺腫瘍に対する手術歴があり、その組織型と今回の腫瘍が類似しているため甲状腺腫瘍の転移と考えられた。心臓悪性腫瘍には悪性リンパ腫や血管肉腫の報告があるが、転移性心臓悪性腫瘍は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

67

無冠尖バルサルバ洞穿孔及び完全房室ブロックを合併した三尖弁中隔尖近傍の感染性心内膜炎剖検症例

仙台厚生病院 心臓血管センター

○櫻井 美恵、茂山 宣任、森 俊平、三宅 弘恭、伊澤 毅、篠井 大、小田 理史、堀江 和紀、横田 俊生、上村 直、金子 海彦、多田 憲生、鈴木 健之、滝澤 要、大友 達志、密岡 幹夫、伊藤 祐子、井上 直人、目黒泰一郎

症例は65歳男性。55歳で糖尿病性腎症のため透析導入となった。平成22年1月弁膜症、心不全で紹介となった。第2病日、突然完全房室ブロックに伴うショックを呈し挿管人工呼吸器管理とした。心エコーで、三尖弁中隔尖基部の尤贅、無冠尖バルサルバ洞から右房へ向かう連続性の左右シャントを確認した。血液培養からは *Corynebacterium macginleyi* を検出した。感染性心内膜炎、完全房室ブロックによる心原性ショックと診断した。外科治療の侵襲度の大きさも考慮し、まずは一時的ペースメーカーを挿入し、抗生剤投与を開始した。しかし感染コントロールは困難で、心エコー上、シャント量の増大を認めた。第18病日、心室頻拍から血行動態が破綻し永眠した。剖検所見を加え報告する。

68

脳塞栓症の原因として特異な心エコー所見を呈しレフレル心内膜炎が疑われた一例

¹日本海総合病院、²山形市立病院済生館、³山形大学医学部
○門脇 心平¹、金子 一善¹、成味 太郎¹、大瀧陽一郎³、新関 武史¹、伊藤 誠²、小熊 正樹¹

症例は54歳女性。以前無症候性の好酸球増多症 (3045/ μ l) の診断で経過観察となっていた。今回急性意識障害と右片麻痺で当院受診し頭部MRIにて塞栓症と診断。心エコー上左室壁運動正常で有意な弁膜症を認めなかったが、左室の限局性内膜肥厚と可動性腫瘍および左室心尖部の狭窄を認め塞栓源と考えられた。白血球増多と炎症所見の併発を認め、腫瘍、血栓、細菌性疣贅いずれの可能性も考え抗生剤と抗凝固薬の併用で治療を開始。血液培養は陰性で経過観察の心エコー検査で可動性腫瘍影は縮小消失したが左室の限局性内膜肥厚所見は残存した。心内膜生検は未施行のため確定診断には至らなかったが、心エコー所見と臨床経過よりレフレル心内膜炎による左室内血栓症を原因とした脳塞栓症が疑われる症例と考えたため若干の文献的考察を含め報告する。

69

診断、手術時期決定に苦慮した人工弁置換術後感染性心内膜炎 (PVE) の1例

¹弘前大学 循環呼吸腎臓内科、²弘前大学 胸部心臓血管外科
○吉田 えり¹、山田 雅大¹、石田 祐司¹、齋藤 新¹、櫛引 基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、大徳 和之²、福井 康三²、福田 幾夫²

症例は54歳男性。5年前に大動脈弁置換術 (生体弁) を施行され、また発作性心房細動の既往がある。発熱と脾臓及び左腎臓への塞栓症よりPVEが疑われ近医より紹介された。入院時、血液培養陰性でエコー上の弁破壊所見も乏しいため、PVEの確定診断には至れず、また、発作性心房細動による塞栓症も否定できず、早期の手術より抗生剤治療を優先させた。その後血液培養にて腸球菌が検出され、この時点でPVEと診断が確定した。以降、心不全、再塞栓症は認めなかったが、抗生剤抵抗性となり、大動脈弁再置換術 (機械弁) を準緊急的に施行した。術中所見では人工弁の疣贅や弁周囲膿瘍を認めた。本症例のように弁破壊所見に乏しいPVEは自己感染と比べ診断や治療の選択、手術時期の判断が難しい症例が多いためここに報告する。

70

大動脈弁右冠尖逸脱を伴う心室中隔欠損症の診断に multislice computed tomography (MSCT) が有効であった1例

¹財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 小児心臓外科、²同上 小児・生涯心臓疾患研究所

○森島 重弘¹、小野 隆志¹、中澤 誠²

大動脈弁右冠尖逸脱 (RCCP) を伴う高位漏斗部心室中隔欠損症 (VSD) は大動脈弁の変形、大動脈弁閉鎖不全症 (AR) の進行を来すため、短絡量に限らず外科治療が必要とされている。しかし、大動脈弁右冠尖 (RCC) が大きくVSDにはまり込んで、RCCの変形がはっきりしない時は心臓超音波検査 (UCG)、心臓カテーテル検査 (Cath) を行っても確定診断に難渋することがある。今回、MSCTでVSD、RCCPの確定診断を得た症例を経験したので報告する。症例は26歳男性。乳児期より心雑音を指摘されVSDと診断された。短絡量も少なく、RCCの変形も認めなかったため経過観察されていた。25歳時にUCGでARを認めたためCathを行ったがRCCPの確定診断を得られなかった。MSCTを施行したところVSD、RCCPと確定診断された。

71

当科で経験した部分肺静脈還流異常症および心房中隔欠損症術後に発症した心不全の一例

¹岩手県立胆沢病院 循環器内科、²岩手県立中央病院 心臓血管外科
○那須友里恵¹、野崎 哲司¹、平野 道基¹、菊池 彩¹、八木 卓也¹、長嶺 進²、中川 誠¹

症例は68歳女性。既往歴として、27歳時に部分肺静脈還流異常症、心房中隔欠損症の根治手術を施行しその後は無症状で経過していた。平成22年1月より増悪する呼吸困難感で受診。心不全の診断で入院、利尿薬にて加療を行ったところ症状は速やかに改善した。経胸壁心臓超音波検査上、右心系の拡大と3度の三尖弁閉鎖不全症、肺高血圧症を認めた。心臓カテーテル検査では左心房と下大静脈間に大きなシャントの遺残があり、左右シャント率は36%、mean50・peak70mmHgのPHを認めた。経食道心臓超音波検査ではシャントは ϕ 8~11mmと大きく、CTでもまた同様の所見であった。手術適応と考え岩手県立中央病院に紹介、3/29に閉鎖手術を施行した。

72

腹部大動脈瘤に対する企業製ステントグラフトの初期及び中期成績

¹総合南東北病院 心臓血管外科、²仙台厚生病院 心臓血管外科、³須賀川病院 心臓血管外科
○緑川 博文¹、菅野 恵¹、高野 隆志¹、渡邊 晃佑¹、石川 和徳²、佐藤 晃一³

当院における腹部大動脈瘤 (AAA) に対する企業製ステントグラフト治療 (EVAR) の初期及び中期成績を検討したので報告する。2007年1月から2010年3月までの96例 (男女比88/12、年齢53~91、平均74歳) を対象とした。全例留置に成功し、術後1ヶ月のCTでは87例 (91%) に瘤の完全な血栓化が認められた。Endoleakは9例 (9%、type 1:3例、type 2:4、type 3:2) に認めた。合併症として脳梗塞を1例認めた。術後遠隔期にendoleakに対する secondary intervention を4例 (4%) に施行した。中期において、呼吸不全にて1例死亡した以外に瘤破裂及び瘤関連死亡は認められなかった。現在ではAAA治療体系におけるEVARは必須の治療法と考えられた。

73

特発性腹腔動脈解離の一例

みやぎ県南中核病院

○小山 二郎、塩入 裕樹、富岡 智子、堀口 聡、井上 寛一

【症例】50代男性

【既往歴】28歳：急性肺炎（内科的に保存的治療）小児期鼠径ヘルニア手術 高血圧歴なし 喫煙歴：40本/日40年

【現病歴】平成21年7月14日上腹部に鈍痛を自覚し当院救急外来を受診。血液検査では特に異常所見はみとめられなかった。腹部造影CT検査にて腹腔動脈幹に解離をみとめられた。解離は総肝動脈近位部、左胃動脈近位部におよんでいた。偽腔は血栓化がみられ、真腔が狭窄していた。腸管の壊死所見はなし。腹腔動脈解離による腹痛と診断し当科入院となった。

【入院後経過】入院時には症状は消失していた。絶食管理として絶対安静から徐々にADLを拡大し経口摂取を開始した後も解離の進展や腹部症状の出現はなく第11病日に退院した。

今回我々は発症早期に造影CT検査にて腹腔動脈解離を診断し保存的に治療した一例を経験した。

74

Stanford A型急性大動脈解離により多彩な心電図変化を示した一例

¹岩手県立中央病院 循環器科

²東北大学大学院医学系研究科 循環器病態学分野

○工藤 俊¹、花田 晃一¹、佐竹 洋之¹、高田 剛史¹、福井 重文¹、遠藤 秀晃¹、高橋 徹¹、中村 明浩¹、野崎 英二¹、田巻 健治¹、三浦 正暢²

症例は60歳代女性。平成22年1月突然の胸背部痛を発症し近医へ救急搬送された。搬送時ショックであり、心電図ではaVR以外の全誘導のST低下を認め、急性心筋梗塞の疑いで当科に紹介搬送された。当院搬送時、血圧は回復し、心電図にてST低下の回復を認めた。心エコーでは中等度の大動脈弁閉鎖不全があり、造影CTにてStanford A型急性大動脈解離を認めた。同時に行った冠動脈CTでは、血栓化した偽腔による右冠動脈起始部の圧排を認めたが、左右冠動脈に狭窄はなかった。緊急手術にて上行大動脈置換と大動脈弁断端形成が施行され、第25病日に軽快退院した。Stanford A型大動脈解離による経時的な心電図変化をとらえた症例を報告する。

75

破裂性腹部大動脈瘤術後の小腸瘻孔形成を伴うグラフト感染の1例

¹岩手医科大学内科学講座 循環器・腎・内分泌内科分野、

²岩手医科大学 心臓血管外科、³岩手医科大学 放射線科

○後藤 謙司¹、安孫子明彦¹、蒔田 真司¹、中村 元行¹、湊谷 謙司²、片岡 剛²、鎌田 武²、岡林 均²、田中 良一³、吉岡 邦浩³

60歳、男性。平成21年7月に径9cmの腹部大動脈瘤破裂で緊急Y字人工血管置換術を施行。2ヶ月後のCTでグラフト周囲にfree airがみられ、小腸瘻孔形成によるグラフト感染が疑われた。抗生剤で加療していたが、胸部大動脈瘤が急激に拡大し、10月に下行大動脈人工血管置換術が行われた。術後に発熱し、血液培養で緑膿菌が検出されたが、腹部瘤再手術リスクが高いと判断され抗生剤治療を行い、感染症候・腹部CT所見ともに改善し退院。12月に感染症候が再燃し入院のうえ抗生剤治療を継続。しかしCTで再びグラフト周囲のfree airがみられ、平成22年3月から弛張熱が出現して感染コントロールが困難となり腹部再手術を施行した。術中に瘤壁と小腸の瘻孔が確認され人工血管再置換と小腸部分切除が行われた。

76

アミオダロン低用量療法中に間質性肺炎を発症した1例

山形市立病院 済生館

○斎藤 陽、宮脇 洋、八田 俊介、中田 茂和

症例は79歳、男性。2009年3月、急性心筋梗塞で当院にて経皮的冠動脈インターベンションを施行、その後心室性不整脈のためamiodarone 50mgを内服している。2009年12月発熱、呼吸苦を主訴に当院を受診した。胸部CTで両肺野のすりガラス影を認め、異型肺炎あるいは間質性肺炎の疑いで入院となった。抗生剤を投与するもすりガラス影の改善なく、KL-6 3,410U/μl、呼吸機能検査で拘束性換気障害を認め、気管支肺胞洗浄でリンパ球増多を認めた。薬剤性間質性肺炎を考え、第21病日amiodarone内服中止しPSL 20mg内服開始した。第35病日胸部CTですりガラス影の著明な改善を認め退院となった。現在はPSL 5mg内服で経過観察中である。今回我々はamiodarone 50mgという低用量で間質性肺炎を発症した1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

77

重症慢性血栓性肺動脈高血圧症に経皮的肺動脈形成術が著効した一例

東北大学 循環器病態学

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

症例は74歳の女性で、当院にて末梢型慢性血栓性肺動脈高血圧症と診断された。内服治療で経過を診ていたが、2007年12月21日に失神で入院された。右心不全の増悪あり改善ないためDOB、フロセミド、プロスタサイクリン持続静注に加え、シルデナフィル内服、フルイトラン内服を併用したが治療に難渋した。2009年7月15日より経皮的肺動脈形成術を5回にわたり施行、平均肺動脈圧57mmHgより37mmHg、心係数2.28L/min/m²より2.84L/min/m²、PVR1357 dyne・sec・cm⁵から601 dyne・sec・cm⁵へ改善を認めた。2009年12月20日退院、現在は外来通院にて治療を継続している。重症慢性血栓性肺動脈高血圧症に経皮的肺動脈形成術は治療の選択肢の1つになりえる。

78

外傷性大動脈弁閉鎖不全症の2症例

¹岩手医科大学 医学部 循環器・腎・内分泌内科

²岩手医科大学 医学部 心臓血管外科

○小島 剛史¹、小林 昇¹、山崎 琢也¹、高橋 祐司¹、新沼 廣幸¹、佐藤 衛¹、田代 敦¹、照井 克俊¹、中村 元行¹、岡林 均²

胸部打撲などによる外傷性大動脈弁閉鎖不全症 (AR) は稀と考えられている。〔症例1〕21歳男性、平成20年4月交通外傷で当院高度救急救命センターに入院。脳梗塞あり、塞栓源検索のため心エコー図検査を施行したところ、中等度ARが検出された。その後、左室拡大と左室駆出率の低下あり、精査を施行した結果、外傷による右冠尖 (RCC) の穿孔が疑われた。〔症例2〕54歳男性、平成21年10月木上作業中に転落し、肺挫傷等多発外傷を受傷した。翌年1月整形外科的手術前の診察で心雑音を指摘された。心エコー図検査上、右冠尖断裂による高度ARを認め、外傷性ARと診断された。今回、外傷によるRCC損傷が原因と考えられる外傷性ARの2症例を経験したので報告する。

79

高齢者症候性大動脈弁狭窄症に対する経皮的動脈弁バルーン形成術の治療経験

山形大学 医学部 第一内科

○大道寺飛雄馬、宮本 卓也、久保田 功、渡邊 哲、二藤部文司、宮下 武彦、宍戸 哲郎、有本 貴範、高橋 大、西山 悟史、田村 晴俊、佐々木真太郎、玉淵 智昭、長谷川寛真、本田晋太郎、沓沢 大輔

症候性ASにはAVRが第一選択であるが、AVRが選択されない高齢者には有効な代替治療はない。当科において、AVRが施行困難で経皮的動脈弁バルーン形成術(PTAV)を施行した5症例の患者背景と短期治療成績を検討した。年齢83±4.4歳、男性1例、全例NYHA3度以上で、Logistic EuroSCOREは15.7±9.7であった。AVA0.58±1.33cm²、PG96±34mmHg、EF 57±23%、ARは2度未満であった。PTAVは井上バルーンを使用し、経心房中隔アプローチにて施行した。PTAVによりAVA 0.78±0.26cm²、PG65±21mmHgへ改善し、NYHAクラスも全例改善した。合併症や入院中MACEの発生は1例も認めなかった。PTAVはAVRの代替治療とはならないが、安全に施行可能であれば、その低侵襲性から重篤な状況に対する救命処置としての選択の余地は残されているといえる。

80

閉塞性動脈硬化症による間歇跛行と腰部脊柱管狭窄症による間歇跛行が鑑別困難であった2症例

社会医療法人明和会 中通総合病院 循環器内科

○佐藤 誠、阪本 亮平、佐々木憲一、五十嵐知規

【背景】閉塞性動脈硬化症(以下ASO)と腰部脊柱管狭窄症(以下LCS)による間歇跛行の鑑別は時に困難である。

【症例1】83歳男性。両側間歇跛行で紹介受診。ABIは右0.71、左0.78と両側ともに低値であったが、腰部MRIでL4/5に高度の脊柱管狭窄を認め、LCSによる症状が主体と判断し血行再建を行わずに退院となった。

【症例2】72歳男性。歩行時の右臀部痛あり、腰部MRIではL3/4に高度狭窄を認めLCSと診断されていた。当科外来受診時にABIを測定し右0.56、左0.92と右側の低下を認め、CTAでは総腸骨動脈に狭窄病変あり、治療目的に入院。右総腸骨動脈にステントを留置したところ症状も軽快した。

【考察】ASOとLCSの鑑別において、両疾患を合併している場合には、詳細な病歴聴取、理学所見が非常に重要である。

81

下肢静脈血栓症に合併する肺塞栓

¹国立病院機構 仙台医療センター 臨床検査科

²同上 循環器科

○大平 里佳¹、三上 秀光¹、伊藤真理子¹、田丸 貴規²、池田 尚平²、尾上 紀子²、田中 光昭²、石塚 豪²、篠崎 毅²、鈴木 博義¹

DVTの形態と肺塞栓(PE)の関係性を明らかにする。平成21年に下肢静脈超音波検査によって診断された連続147例のDVT症例中、PE診断目的に胸部CTを施行した57例を対象。DVTの形態を完全閉塞型(閉塞型)、遊離型、壁在型、下腿末梢静脈型(末梢型)に分類。6例(11%)に症候性PEを、13例(23%)に無症候性PEを認め、38例(67%)にPEを認めず。症候性PE群、無症候性PE群、PEのない群のDVTの形態(閉塞型/遊離型/壁在型/末梢型)は、それぞれ、1/0/3/2例、3/2/6/2例、7/2/18/11例であり、3群間に有意差を認めなかった。3群間のDダイマーは25±22、16±20、18±20mg/mlと有意差を認めなかった。結語)DVT症例のうち約1割が症候性PEを、約2割が無症候性PEを生じる。DVT形態はPEの発症や症候と無関係である。DダイマーはDVT症例のPE診断に無効である。

82

外傷による総大動脈閉塞に対して経皮的血管形成術を施行した一例

寿泉堂総合病院

○岩谷 真人、谷川 俊了、鈴木 智人、金澤 正晴

症例は60歳男性、農作業中、牛に角で右ソケイ部を突かれ救急病院を受診した。皮下血腫に対して注射器で血を抜く処置を受けて帰宅したが、その後より徐々に右足のしびれを自覚するようになった。半年後に閉塞性動脈硬化症の疑いで近医より紹介となった。血管造影を行ったところ右外腸骨動脈の閉塞を認め、総大動脈下部より抹消は側副血行にて造影された。後日同部に経皮的血管形成術を行い、ステントとバルーン拡張にて再疎通した。鈍的外傷によって総大動脈の閉塞をきたす疾患はMotor-Scooter Handlebar syndromeとして報告されているが、ほぼ全例外科手術にて治療されている。本症例は5ヶ月後にPWV/ABIと体表面エコーにて経過観察したが血流は保たれており、症状の再発も認めず良好に経過している。

83

血管内治療を行った臀部巨大動脈静脈奇形の1例

¹独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 循環器科

²同上 放射線科

○橋本 研¹、尾上 紀子¹、池田 尚平¹、田丸 貴規¹、石塚 豪¹、田中 光昭¹、篠崎 毅¹、力丸 裕哉²、佐藤 明弘²

【症例】33歳、男性 【主訴】左下肢痛 【既往歴】腰椎椎間板ヘルニア 【現病歴】平成18年12月より左下肢痛が出現した。CTにて左臀部の巨大動脈静脈奇形(AVM)による神経圧迫症状と診断された。左室拡張末期径74mm、心胸郭比66%であり、AVMによる高心拍出状態と診断した。心不全症状は認めなかった。薬剤不応性の疼痛管理、及び、心筋保護を目的に経動脈的塞栓術(TAE)を施行後、鎮痛薬併用下に疼痛コントロールが可能となった。その後、左下肢痛が再発し、排尿障害も併発したため計3回のTAEを施行し、症状は軽減している。4回の治療後、左室拡張末期径は68mmへ、心胸郭比は57%へ低下した。TAEはAVMによる高心拍出状態に対して有効な治療である。