

第 151 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成 22 年 12 月 4 日（土）午前 8 時 55 分より

会 場：フォレスト仙台

仙台市青葉区柏木 1 - 2 - 45

TEL 022 (271) 9340

第 1 会場：第 1 フォレストホール

第 2 会場：第 2 フォレストホール

第 3 会場：第 5・6 会議室

第 4 会場：第 7 会議室

会長 下 川 宏 明

事務局：東北大学大学院医学系研究科循環器病態学

仙台市青葉区星陵町 1 - 1

TEL 022 (717) 7153

FAX 022 (717) 7156

○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 メモリーにいれて 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 仙台太郎.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。

○学術集会（5 単位）、教育セッション（3 単位）とします。

○DVD セッション「医療安全・医療倫理に関する講演会」を第 2 会議室で行います。

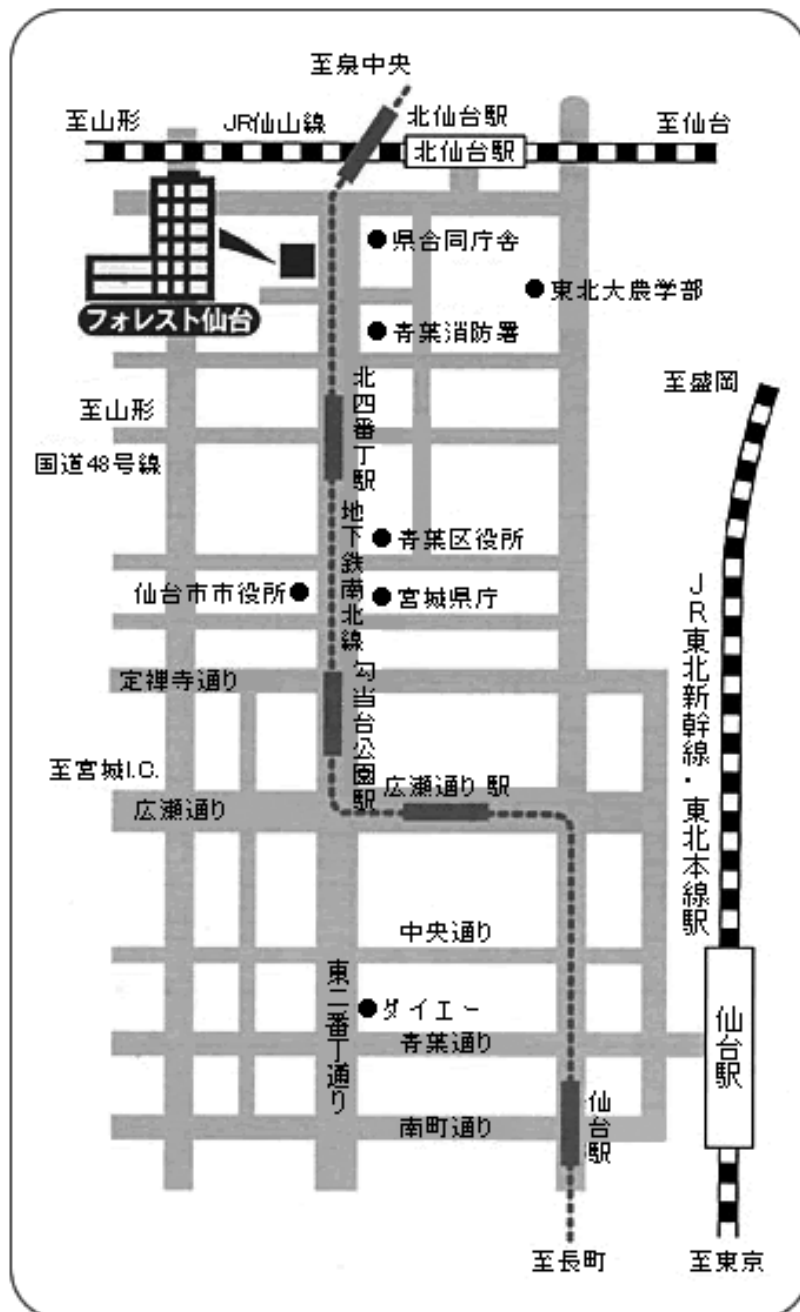
専門医認定更新に必修の 2 単位が取得できます。（P27）

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。

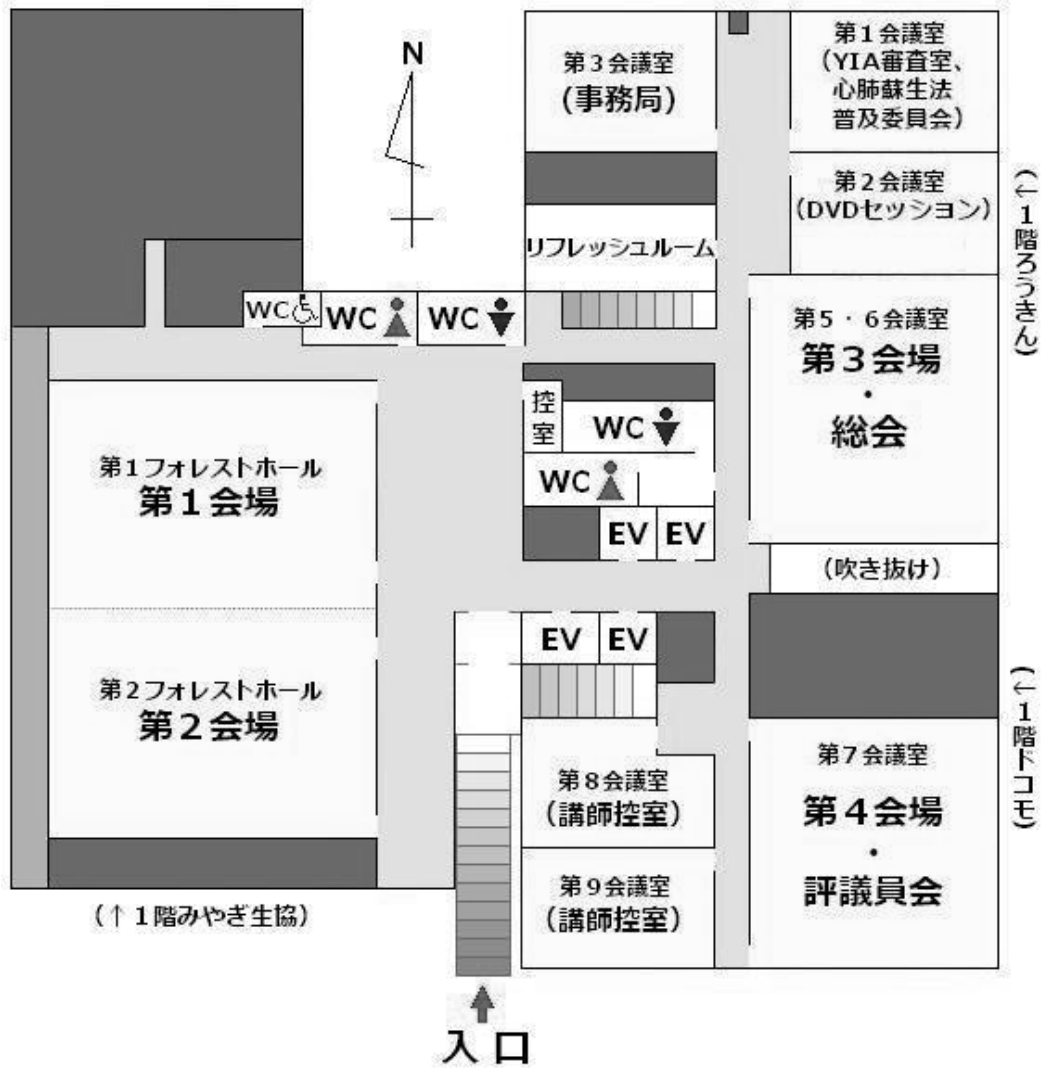
フォレスト仙台

- 所在地 〒 981-0933 仙台市青葉区柏木 1-2-45
TEL : 022-271-9340 FAX : 022-275-1979
- 交通 地下鉄「北四番丁」駅下車、北2出口より徒歩約7分
JR「北仙台」駅下車、徒歩約10分
JR仙台駅よりタクシー約10分
JR仙台駅周辺のバス停より北仙台方面行き「堤通雨宮町」下車、徒歩2分
- 駐車場 立体および平面駐車場有り (30分毎100円)

交通案内図



会場図 (2階平面図)



プログラム（敬称略）

第1会場 (第1フォレストホール)	第2会場 (第2フォレストホール)	第3会場 (第5・6会議室)	第4会場 (第7会議室)	第1会議室	第2会議室
8:30 受付開始					
8:55~9:00開会挨拶 会長:下川 宏明 (東北大学)					
9:00~9:50 YIA症例発表部門 座長 下川 宏明 (東北大学)	9:00~9:56 虚血性心疾患 I 座長 加藤 敦 (仙台オープン病院)	9:00~9:56 不整脈 I 座長 鈴木 均 (福島県立医科大学)	9:00~9:42 弁膜症・心奇形 座長 杉 正文 (磐城共立病院)		9:10~10:40 DVDセッション
9:50~10:50 YIA研究発表部門 座長 下川 宏明 (東北大学)	9:56~10:52 虚血性心疾患 II 座長 小松 宣夫 (太田西ノ内病院)	9:56~10:45 不整脈 II 座長 阿部 芳久 (秋田県成人病 医療センター)	9:42~10:17 外科治療 座長 川本 俊輔 (東北大学・心外)		
10:50~11:46 肺高血圧症 他 座長 福本 義弘 (東北大学)	10:52~11:20 虚血性心疾患 III 座長 野崎 英二 (岩手県立中央病院)	10:45~11:27 不整脈 III 座長 福田 浩二 (東北大学)	10:17~10:59 心膜疾患・心内膜炎 座長 渡邊 博之 (秋田大学)	10:50~11:30 YIA審査 (10:50~11:20 集計) (11:20~11:30 審査会)	10:50~12:20 DVDセッション
11:46~12:28 動脈疾患・静脈疾患 座長 齋藤 修一 (福島県立医科大学)	11:20~11:55 心不全 I 座長 渡邊 哲 (山形大学)	11:27~12:16 心筋症・心筋疾患 座長 松井 幹之 (山形県立中央病院)	(会場準備)	11:35~11:55 心肺蘇生法普及 委員会	
	11:55~12:23 心不全 II 座長 伊藤 智範 (岩手医科大学)		12:00~12:25 評議員会		
(会場準備)		12:30~12:55 総会・受賞式			
13:00~14:00 教育セッション1 ランチョンセミナー 伊藤 浩 岡山大学医学部医学科循環器内科学 座長 久保田 功 (山形大学)					
14:00~15:00 教育セッション2 特別講演 永井 良三 東京大学大学院医学系研究科循環器内科学 座長 下川 宏明 (東北大学)					

YIA 症例発表部門（第1会場）

座長 下川 宏明

1. 9:00～9:10

腹部大動脈狭窄の治療待機中に大動脈プラーク破綻を認めた1例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○五十嵐 巖、柿崎 学、寺田 豊
小熊 康教、小山 崇、石田 大
飯野 健二、小坂 俊光、渡邊 博之
伊藤 宏

2. 9:10～9:20

心臓カテーテル検査後にアナフィラクトイド紫斑病を急性発症した1例

東北大学 循環器病態学 ○前田 恵、伊藤 愛剛、圓谷 隆治
松本 泰治、武田 守彦、高橋 潤
中山 雅晴、伊藤 健太、安田 聡
下川 宏明
同上 血液・免疫病学 高澤 徳彦
同上 消化器病態学 遠藤 克哉
同上 皮膚科学 小川 英作

3. 9:20～9:30

右冠動脈から対角枝への心外膜側側副血行路を介して、左前下行枝慢性閉塞病変に対しPCIを施行した1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○中村 裕一、国井 浩行、上岡 正志
義久 精臣、中里 和彦、斎藤 修一
竹石 恭知

4. 9:30～9:40

アデノシン三リン酸（ATP）により誘発された運動誘発心房期外収縮・頻拍の1例：ATPの催不整脈作用の応用

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学 ○遠藤 知秀、堀内 大輔、伊藤 太平
大和田真玄、佐々木真吾、奥村 謙

5. 9:40～9:50

大動脈解離発症前後に大動脈病変の劇的変化がみられた食道穿破の1例

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 ○玉田真希子、安孫子明彦、佐藤 権裕
菅原 正磨、長沼雄二郎、蒔田 真司
中村 元行
同上 心臓血管外科分野 鎌田 武、湊谷 謙司

YIA 研究発表部門（第1会場）

座長 下川 宏明

6. 9:50 ~ 10:00

末梢血血管形成性T細胞の増加は心筋虚血の存在を反映する

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○柿崎 学、野堀 潔、宗久 佳子
寺田 舞、小熊 康教、大場 貴喜
高橋陽一郎、小山 崇、寺田 豊
石田 大、飯野 健二、小坂 俊光
渡邊 博之、長谷川仁志、伊藤 宏

7. 10:00 ~ 10:10

チェーン・ストークス呼吸合併心不全における adaptive servo ventilation の効果：在宅酸素療法との比較

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○宮田真希子、義久 精臣、杉本 浩一
八巻 尚洋、国井 浩行、中里 和彦
鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

8. 10:10 ~ 10:20

正常高値血圧群におけるリスク管理の重要性と臓器障害について

山形大学 第一内科 ○玉刈 智昭、渡邊 哲、西山 悟史
高橋 大、有本 貴範、穴戸 哲郎
宮本 卓也、二藤部丈司、久保田 功

9. 10:20 ~ 10:30

膠原病性肺動脈性肺高血圧症に対する免疫抑制療法の有効性

東北大学 循環器病態学 ○宮道 沙織、福本 義弘、杉村宏一郎
佐藤 公雄、中野 誠、三浦 裕
建部 俊介、下川 宏明
同上 血液免疫学 石井 智徳、

10. 10:30 ~ 10:40

光干渉断層法 (OCT) による冠動脈ステント留置部の新生内膜の形態および性状の評価

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 ○後藤 巖、伊藤 智範、木村 琢巳
房崎 哲也、松井 宏樹、菅原 正磨
小室堅太郎、中村 元行

11. 10:40 ~ 10:50

内因性プロスタサイクリン阻害物質 Coupling Factor 6 は生理的心肥大を抑制する

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学 ○相樂 繁樹、長内 智宏、大矢 史恵
祐川 誉徳、伊藤 太平、泉山 圭
澁谷 修司、花田 賢二、山本 祐子
奥村 謙

第1会場

肺高血圧症 他

座長 福本 義弘

12. 10:50～10:57
大動脈炎症候群による肺動脈狭窄に肺動脈バイパス施行後、再狭窄に対しステント留置が有効であった1例
東北大学 循環器病態学 ○建部 俊介、福本 義弘、杉村宏一郎
佐藤 公雄、中野 誠、三浦 裕
宮道 沙織、下川 宏明
13. 10:57～11:04
末梢型慢性血栓性肺高血圧症（CTEPH）に対する経皮的肺動脈形成術（PTPA）の有効性
東北大学 循環器病態学 ○杉村宏一郎、福本 義弘、佐藤 公雄
三浦 裕、建部 俊介、宮道 沙織
下川 宏明
14. 11:04～11:11
右房内血栓を認めた肺塞栓症の1例
国立病院機構 仙台医療センター ○水野 真依、山口 展寛、木村 義隆
但木壮一郎、田丸 貴規、尾上 紀子
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅
15. 11:11～11:18
肺血栓塞栓症後に右膝下静脈静脈性血管瘤内に血栓形成が発見され原因と考えられた1例
宮城社会保険病院 循環器科 ○亀山 剛義、渡邊 誠、花立 安志
秋野 能久
16. 11:18～11:25
高度の肥満があり診断に難渋した肺血栓塞栓症の1例
仙台オープン病院 ○川口 朋宏、杉江 正、浪打 成人
二瓶 太郎、瀧井 暢、高橋 務子
加藤 敦
17. 11:25～11:32
急性肺血栓塞栓症と精神科疾患等の関連因子
国立病院機構 仙台医療センター 循環器科 ○亀田 拓哉、篠崎 毅、石塚 豪
田中 光昭、尾上 紀子、山口 展寛
田丸 貴規、木村 義隆、但木壮一郎
18. 11:32～11:39
エポプロステノール持続静注療法中にACTH単独欠損を合併した特発性肺動脈性肺高血圧症の1例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○杉本 浩一、国井 浩行、中村 裕一
神山 美之、義久 精臣、中里 和彦
鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知
19. 11:39～11:46
抗リン脂質抗体症候群が原因と考えられた肺高血圧症の1例
市立秋田総合病院 循環器内科 ○柴原 徹、小武海雄介、藤原 敏弥
中川 正康
きびら内科クリニック 鬼平 聡
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏

第1会場

動脈疾患・静脈疾患

座長 齋藤 修一

20. 11:46～11:53
腹部大動脈、胸部大動脈、冠動脈に瘤を形成し、若年時より心血管イベントを繰り返したSLEの1例
東北労災病院 循環器内科 ○室井 優也、佐治 賢哉、加藤 浩
小丸 達也
21. 11:53～12:00
救命し得た左冠動脈主幹部心筋梗塞を合併した急性大動脈解離の1例
宮城県立循環器・呼吸器病センター ○菊田 寿、大沢 上、三引 義明
柴田 宗一、柴田 宗一、住吉 剛忠
22. 12:00～12:07
慢性両側腸骨動脈閉塞に対して経皮的動脈形成術を施行し開存に成功した1例
いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科 ○鈴木 淳美、浅海 泰栄、多田 智洋
湊谷 豊、山本 義人、油井 満
杉 正文
23. 12:07～12:14
新しい末梢保護デバイス FilterWireEZTM の使用経験（初期3例の報告）
三友堂病院 循環器科 ○青野 豪、川島 理、阿部 秀樹
同上 脳神経外科 新宮 正
24. 12:14～12:21
孤立性上腸間膜動脈解離の10症例
白河厚生総合病院 第二内科 ○大和田卓史、齋藤 富善、泉田 次郎
齋藤 恒儀、前原 和平
25. 12:21～12:28
抗凝固療法中止後に再発を認めた深部静脈血栓症の4例
国立病院機構 仙台医療センター 循環器科 ○加賀谷知己雄、但木壮一郎、木村 義隆
田丸 貴規、山口 展寛、尾上 紀子
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

第2会場

虚血性心疾患 I

座長 加藤 敦

26. 9:00～9:07
Xience ステント留置3ヶ月後に再狭窄・不安定狭心症を発症した維持透析症例
東北大学 循環器病態学 ○伊藤 愛剛、高橋 潤、安田 聡
圓谷 隆治、高木 祐介、武田 守彦
中山 雅晴、伊藤 健太、下川 宏明
27. 9:07～9:14
尋常性乾癬に急性心筋梗塞を発症した1例
東北労災病院 循環器内科 ○佐治 賢哉、加藤 浩、小丸 達也
28. 9:14～9:21
著明な石灰化を伴う3枝疾患+両側大腿動脈アプローチ不可のPADを有するAMIの1例
いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科 ○湊谷 豊、山本 義人、多田 智洋
浅海 泰栄、油井 満、杉 正文
29. 9:21～9:28
ステント内急性冠閉塞を3回繰り返した不安定狭心症の1例
米沢三友堂病院 ○川島 理、青野 豪、阿部 秀樹
30. 9:28～9:35
既往に出血性胃潰瘍をもつ狭心症の治療方針決定にCTが有用であった1例
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○寺田 豊、飯野 健二、飯野 貴子、
小泉 恵、小熊 康教、大場 貴喜、
小山 崇、石田 大、野堀 潔、
小坂 俊光、渡邊 博之、伊藤 宏、
本荘第一病院 眞壁 伸
31. 9:35～9:42
右冠動脈の血栓閉塞性病変に対して、Dio™による血栓吸引が有効であった一例
J A秋田厚生連平鹿総合病院 ○田村 善一、武田 智、國生 泰範
深堀 耕平、菅井 義尚、伏見 悦子
高橋 俊明、関口 展代
32. 9:42～9:49
腹部大動脈瘤の外科治療予定患者における術前冠動脈造影の有用性
東北大学 循環器病態学 ○武田 守彦、高橋 潤、伊藤 健太
中山 雅晴、安田 聡、下川 宏明
33. 9:49～9:56
いわき地区における地域医療パスの導入とその後の検討～いわきメディカルサークル～
いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科 ○多田 智洋、杉 正文、浅海 泰栄
湊谷 豊、山本 義人、油井 満

第2会場

虚血性心疾患 II

座長 小松 宣夫

34. 9:56 ~ 10:03

冠動脈瘤残存・バイパス術後で妊娠・出産した川崎病の1例

東北大学 循環器病態学 ○川名 暁子、高橋 潤、安田 聡
伊藤 愛剛、圓谷 隆治、高木 祐介
武田 守彦、中山 雅晴、松本 泰治
伊藤 健太、下川 宏明
同上 産婦人科 林 千賀

35. 10:03 ~ 10:10

HIT 抗体陰性ながらも2度にわたり PCI 施行時冠動脈内に急激に血栓形成が認められた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、松本 泰治、伊藤 健太
下川 宏明

36. 10:10 ~ 10:17

ソタロリムス溶出性ステントを留置した糖尿病患者と非糖尿病患者の血管造影および臨床経過の比較

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、武蔵 美保、上村 直
金子 海彦、櫻井 美恵、多田 憲生
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

37. 10:17 ~ 10:24

胸部症状に対し FFR を測定し生理的狭窄なく "Defer" となり、3年後に治療になった労作性狭心症の1例

大崎市民病院 ○矢作 浩一、牛込 亮一、神戸 茂雄
高橋 望、竹内 雅治、岩淵 薫
平本 哲也

38. 10:24 ~ 10:31

ステント留置後の遠位部残存血栓に対し pulse infusion thrombolysis が有効であった急性心筋梗塞の1例

福島赤十字病院 循環器科 ○横川 哲朗、渡部 研一、阪本 貴之
大和田尊之

39. 10:31 ~ 10:38

当院における dual sourceCT の有用性と安全性についての検討

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科 ○石塚 豪、篠崎 毅、田中 光昭
尾上 紀子、山口 展寛、田丸 貴規

40. 10:38 ~ 10:45

冠動脈プラーク形成と Shear Stress との関係について:MDCT と Shear Stress カラーマッピング法を用いた検討

北福島医療センター ○福本 優作、上川 雄士

41. 10:45 ~ 10:52

安静時心電図における非特異的 ST 低下の臨床的意義

小白川至誠堂病院 内科 ○盛田 真樹

第2会場

虚血性心疾患 III

座長 野崎 英二

42. 10:52 ~ 10:59
失神発作で入院し、2種類の自然発作 ST 上昇心電図が記録された冠動脈攣縮性狭心症 (VSA) の1例
みやぎ東部循環器科 ○菊地 雄一、本多 卓、小野寺勝紀
43. 10:59 ~ 11:06
冠攣縮性狭心症への睡眠時無呼吸症候群の関与に関する検討
東北厚生年金病院 循環器センター 循環器科
○山口 濟、河部 周子、田淵 晴名
山家 実、山中 多間、中野 陽夫
菅原 重生、片平 美明
44. 11:06 ~ 11:13
心室細動発症に不整脈基質の関与が考えられた冠攣縮性狭心症の1例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○三浦 俊輔、神山 美之、山田 慎哉
水上 浩行、上岡 正志、小林 淳
鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知
45. 11:13 ~ 11:20
冠攣縮性狭心症により心室細動をきたした Churg-Strauss 症候群の1例
山形大学 第一内科 ○屋代 祥典、二藤部丈司、田村 晴俊
大道寺飛雄馬、西山 悟史、有本 貴範
高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也
渡邊 哲、久保田 功

第2会場

心不全 I

座長 渡邊 哲

46. 11:20～11:27
甲状腺クリーゼに合併したうっ血性心不全の1例
総合南東北病院 ○川村 敬一、永沼和香子、大杉 拓
武藤 満、小野 正博
47. 11:27～11:34
甲状腺クリーゼに伴う急性循環不全に PCPS(経皮的人工心肺補助装置)が有用であった1例
岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 ○肥田 親彦、伊藤 智範、後藤 巖
小室堅太郎、石川 有、瀬川 利恵
松井 宏樹、菅原 正磨、長沼雄二郎
房崎 哲也、中村 元行
48. 11:34～11:41
拡張障害型心不全患者の収縮機能の経時的変化
国立病院機構 仙台医療センター 循環器科 ○田丸 貴規、木村 義隆、但木壮一郎
山口 展寛、尾上 紀子、田中 光昭
石塚 豪、篠崎 毅
49. 11:41～11:48
心不全の治療中にヘパリン起因性血小板減少症(HITTS)を発症した1症例
みやぎ県南中核病院 ○河本 啓介、富岡 智子、塩入 裕樹
小山 二郎、堀口 聡、井上 寛一
50. 11:48～11:55
組織パルスドプラ法を用いた左室肥大例の心機能評価
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 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏

第2会場

心不全 II

座長 伊藤 智範

51. 11:55～12:02

収縮不全を呈する心不全入院患者における栄養状態の変化
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、杉江 正、二瓶 太郎
川口 朋宏、瀧井 暢、高橋 務子
加藤 敦

52. 12:02～12:09

慢性心不全患者におけるアルブミン尿の測定意義 - 第二次東北慢性心不全登録研究からの報告 -
東北大学 循環器病態学

○三浦 正暢、柴 信行、後岡広太郎
河野 春香、菅谷麻由美、下川 宏明

53. 12:09～12:16

心不全地域連携パス導入の試み

みやぎ県南中核病院 循環器科

○小山 二郎、塩入 裕樹、富岡 智子
堀口 聡、井上 寛一

54. 12:16～12:23

同時期に心不全で発症した拡張型心筋症の双生児姉妹

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○三阪 智史、義久 精臣、水上 浩行
佐藤 崇匡、小林 淳、八巻 尚洋
杉本 浩一、国井 浩行、中里 和彦
鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知
鈴木 史雄

南相馬市立総合病院

第3会場

不整脈 I

座長 鈴木 均

55. 9:00 ~ 9:07

Brugada 型心電図を伴う特発性右室流出路起原心室性不整脈

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

56. 9:07 ~ 9:14

左室乳頭筋起源と考えられた頻発性心室性期外収縮に対して RFCA を施行した 1 例

東北大学 循環器病態学 ○中野 誠、福田 浩二、若山 裕司
近藤 正輝、長谷部雄飛、下川 宏明

57. 9:14 ~ 9:21

ペプリジルによる QT 延長から Vf を来した 1 例

山形県立中央病院 循環器内科 ○宮下 武彦、福井 昭男、安藤 薫
会田 敏、本多 勇希、青木 竜男
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

58. 9:21 ~ 9:28

Vf 発作を繰り返し、trigger となる VPC に対し RFCA が有効であった心筋炎の 1 例

岩手県立胆沢病院 内科 ○菊池 彩、八木 卓也、小野瀬剛生
平野 道基、野崎 哲司、中川 誠

59. 9:28 ~ 9:35

カテーテルアブレーション翌日に根治が得られた反復性心室頻拍の 1 例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○上岡 正志、神山 美之、山田 慎哉
益田 淳朗、待井 宏文、上北 洋徳
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一
竹石 恭知

60. 9:35 ~ 9:42

心室内伝導障害による心不全の悪化、ならびに ICD 作動が得られなかった持続性心室頻拍の 1 例
(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター

○味原 隆大、武田 寛人、山内 宏之
金澤 晃子、石田 悟朗、遠藤 教子
新妻 健夫、小松 宣夫

61. 9:42 ~ 9:49

左側中隔に副伝導路を認めた 1 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

62. 9:49 ~ 9:56

RR alternance を伴う wide QRS tachycardia を認めた顕性 WPW 症候群の 1 例

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 ○小澤 真人、小松 隆、橋 英明
佐藤 嘉洋、梶田 房紀、中村 元行

第3会場

不整脈 II

座長 阿部 芳久

63. 9:56 ~ 10:03
SVC を起源とする心房細動の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
64. 10:03 ~ 10:10
CARTO-Merge を指標として食道を避けた肺静脈隔離術は、食道障害を回避し得るか
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
65. 10:10 ~ 10:17
心房細動のカテーテルアブレーション：当科における初期連続 50 例の検討
山形大学 第一内科 ○有本 貴範、二藤部丈司、沓沢 大輔
高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也
渡邊 哲、久保田 功
66. 10:17 ~ 10:24
診断に苦慮した通常型心房粗動アブレーション後再発の1例
東北大学 循環器病態学 ○若山 裕司、福田 浩二、近藤 正輝
中野 誠、下川 宏明
67. 10:24 ~ 10:31
心房粗動治療における catheter selection
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
佐藤 英二、櫻本万治郎
68. 10:31 ~ 10:38
繰り返す上室性頻拍に対するカテーテルアブレーションが心機能改善に有効であった拡張型
心筋症の1例
東北大学病院 卒後研修センター ○瀬川 将人、
東北大学 循環器病態学 福田 浩二、若山 裕司、中野 誠
近藤 正輝、長谷部雄飛、下川 宏明
69. 10:38 ~ 10:45
カテーテルアブレーションにより根治しえた洞結節リエントリー性頻拍の1例
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器科 ○金子 海彦、森 俊平、滝澤 要
井上 直人、目黒泰一郎
仙台市立病院 循環器科 八木 哲夫

第3会場

不整脈 Ⅲ

座長 福田 浩二

70. 10:45～10:52
治療に難渋したICDリード感染症の1例
東北大学 循環器病態学 ○近藤 正輝、中野 誠、若山 裕司
福田 浩二、下川 宏明
71. 10:52～10:59
メンタルストレスと運動により失神発作を繰り返したQT延長症候群の1例
岩手県立中部病院 循環器内科 ○芳沢 礼佑、織笠 俊樹、西澤 健吾
永野 雅英、齊藤、秀典、八子多賀志
72. 10:59～11:06
Brugada 症候群に対して一時予防で装着した植え込み型除細動器が作動した1例
岩手県立中央病院 循環器科 ○坂本 翼、福井 重文、中村 明浩
齊藤 大樹、佐藤謙二郎、工藤 俊
佐竹 洋之、高田 剛史、遠藤 秀晃
花田 晃一、高橋 徹、野崎 英二
田巻 健治
73. 11:06～11:13
Vf storm に対しPCPS を施行することで救命が可能であった急性心筋梗塞の1例
東北厚生年金病院 循環器センター ○久保田文恵、山中 多聞、河部 周子
田淵 晴名、山口 済、山家 実
中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明
74. 11:13～11:20
炭酸水素ナトリウム投与により房室伝導が回復したピルジカイニド中毒の1例
岩手県立磐井病院 循環器科 ○大坂 英通、盛川 宗考、鈴木 修
小野寺洋幸、中村 紳
75. 11:20～11:27
DC ショック抵抗性の心室細動が長時間持続したトリカプト中毒の1例
弘前大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター ○坪井堅太郎、
同上 高度救命救急センター 越前 崇、花田 裕之
同上 循環呼吸腎臓内科 奥村 謙

第3会場

心筋症・心筋疾患

座長 松井 幹之

76. 11:27～11:34
経口腸管洗浄剤服用を契機にたこつぼ型心筋症を発症した1例
仙台市医療センター 仙台オープン病院 循環器内科
○二瓶 太郎、杉江 正、川口 朋宏
瀧井 暢、高橋 務子、浪打 成人
加藤 敦
77. 11:34～11:41
心サルコイドーシスによる高度房室ブロックに対しステロイドが著効し、ペースメーカー植込を回避し得た1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、高橋 望、牛込 亮一
平本 哲也
同上 病理診断科 坂元 和宏
78. 11:41～11:48
electrical storm を来たしたたこつぼ型心筋症の1例
岩手県立中央病院 循環器科 ○佐藤謙二郎、工藤 俊、佐竹 洋之
高田 剛史、福井 重文、遠藤 秀晃
花田 晃一、高橋 徹、中村 明浩
野崎 英二、田巻 健治
79. 11:48～11:55
一過性左室流出路狭窄により、意識消失を生じた1例
山形市立病院 済生館 ○狩野 峻子、伊藤 誠、中田 茂和
宮脇 洋
80. 11:55～12:02
心尖部に巨大な血栓を認めたたこつぼ型心筋症の1例
山形県立中央病院 内科 ○安藤 薫、福井 昭男、会田 敏
本多 勇希、青木 竜男、宮下 武彦
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
81. 12:02～12:09
心肺蘇生後に逆タコツボ様左室壁運動を呈し、急速に心機能低下・回復した1例
山形県立中央病院 内科 ○會田 敏、安藤 薫、本多 勇希
青木 竜男、高橋 克明、宮下 武彦
高橋健太郎、玉田 芳明、福井 昭男
松井 幹之、矢作 友保、後藤 敏和
82. 12:09～12:16
心臓 MRI でフォローし得たたこつぼ型心筋症の1例
町立羽後病院 内科 ○渡邊 健、安田 修、松田 健一

第4会場

弁膜症・心奇形

座長 杉 正文

83. 9:00～9:07

日本人の心血管疾患における弁機能障害の予後に対する影響度：CHART-2 研究より
東北大学 循環器病態学 ○後岡広太郎、三浦 正暢、下川 宏明
同上 循環器 EBM 開発学講座 柴 信行、河野 春香、菅谷麻由美

84. 9:07～9:14

仙台厚生病院における経皮的動脈弁形成術の短期成績
仙台厚生病院 循環器科 ○多田 憲生、大友 達志、密岡 幹夫
滝澤 要、鈴木 健之、森 俊平
櫻井 美恵、金子 海彦、武蔵 美保
上村 直、井上 直人、目黒泰一郎

85. 9:14～9:21

完全血行再建後、僧帽弁形成術を要した虚血性心筋症の1例
総合南東北病院 循環器内科 ○永沼和香子、川村 敬一、大杉 拓
武藤 満、小野 正博、
同上 心臓血管外科 高野 隆志、緑川 博文、菅野 恵

86. 9:21～9:28

経皮的動脈弁形成術 (PTAV) を施行した高齢者の重症動脈弁狭窄症例
岩手県立中央病院 ○工藤 俊、佐竹 洋之、高田 剛史
福井 重文、遠藤 秀晃、花田 晃一
高橋 徹、中村 明浩、野崎 英二
田巻 健治
池上総合病院 葉山 泰史、坂田 芳人

87. 9:28～9:35

心エコー検査にて疑われた左側心膜完全欠損症の2例
東北厚生年金病院 循環器センター ○河部 周子、菅原 重生、中野 陽夫
山中 多聞、山家 実、山口 清
田淵 晴名、片平 美明

88. 9:35～9:42

Ebstein 奇形に合併した stretched foramen ovale の1例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○清水 竹史、小林 淳、水上 浩行
義久 精臣、杉本 浩一、国井 浩行
高野 真澄、鈴木 均、斎藤 修一
竹石 恭知

第4会場

外科治療

座長 川本 俊輔

89. 9:42 ~ 9:49

左主幹部病変(LMD)を含む多枝病変に対する心拍動下冠動脈バイパス術(OPCAB)の成績

福島県立医科大学 心臓血管外科学講座 ○高瀬 信弥、佐戸川弘之、三澤 幸辰
若松 大樹、黒沢 博之、瀬戸 夕輝
坪井 栄俊、五十嵐 崇、横山 斉

90. 9:49 ~ 9:56

変性性の僧帽弁閉鎖不全症に対する僧帽弁形成術の検討

仙台循環器病センター 心臓血管外科 ○勝部 健、椎川 彰、細田 進
兼村 禎大

91. 9:56 ~ 10:03

胸骨後食道再建術後の巨大左房粘液腫に対し port-access 手技による腫瘍摘出術が有効であった1例

いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科 ○廣田 潤、山部 剛史、近藤 俊一
同上 循環器科 湊谷 豊、杉 正文

92. 10:03 ~ 10:10

ポートアクセス心臓手術 16 例の経験

いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科 ○近藤 俊一、山部 剛史、廣田 潤
福島県立医科大学 心臓血管外科学講座 坪井 栄俊、村松 賢一、横山 斉
会津中央病院 心臓血管外科 渡邊 正明

93. 10:10 ~ 10:17

東北大学における重症心不全に対する補助人工心臓治療

東北大学病院 心臓血管外科 ○秋山 正年、齋木 佳克、川本 俊輔
同上 循環器内科 安田 聡、柴 信行、下川 宏明

第4会場

心膜疾患・心内膜炎

座長 渡邊 博之

94. 10:17～10:24
脳梗塞の精査にて診断された感染性心内膜炎の1例
東北厚生年金病院 循環器センター ○早坂 礼、山中 多聞、河部 周子
田淵 晴名、山口 濟、山家 実
中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明
95. 10:24～10:31
感染性心内膜炎を契機に発見された膵癌術後多発転移の1例
大原総合病院附属大原医療センター 循環器科
○阿部 美香、山口 修、石幡 貴子
阿部 之彦、石橋 敏幸
96. 10:31～10:38
心臓 MR が診断に有用であった放射線性収縮性心膜炎の1例
国立病院機構仙台医療センター 循環器科 ○木村 義隆、但木壮一郎、田丸 貴規
山口 展寛、尾上 紀子、田中 光昭
石塚 豪、篠崎 毅
97. 10:38～10:45
拘束型心筋症所見を合併し、心膜切除術後も拡張不全が残存した放射線照射後収縮性心膜炎の1例
山形大学 第一内科 ○和根崎真大、宮本 卓也、西山 悟史
本田晋太郎、佐々木真太郎、田村 晴俊
有本 貴範、高橋 大、穴戸 哲郎
二藤部丈司、渡邊 哲、久保田 功
同上 第二外科 宮崎 良太、金 哲樹、外山 秀司
吉村 幸浩、貞弘 光章
98. 10:45～10:52
難治性心嚢液貯留に対して心膜腹膜開窓術を施行した心アミロイドーシスの1例
JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 第二内科 ○深堀 耕平、國生 泰範、武田 智
菅井 義尚、伏見 悦子、高橋 俊明
関口 展代、林 雅人
同上 心臓血管外科 相田 弘秋、加賀谷 聡
秋田大学 心臓血管外科学 山本 文雄
99. 10:52～10:59
急速に心タンポナーデに移行した感染経路不明の細菌性心外膜炎が疑われた1例
弘前大学 循環呼吸腎臓内科学 ○村上 和男、越前 崇、大和田真玄
奥村 謙
弘前脳卒中センター 遠藤 知秀

第4会場

血压 他

座長 長内 智宏

100. 10:59 ~ 11:06
降圧薬大量服用による低血圧の1例
仙台徳洲会病院 循環器内科 ○杉村 彰彦、北向 修、尾形 公彦
福地 満正
101. 11:06 ~ 11:13
各 ARB の高血圧治療ガイドライン降圧目標達成率
済生会山形済生病院 循環器内科 ○池田こずえ
102. 11:13 ~ 11:20
食後採血時の LDL 直接法と計算法との乖離の検証
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
103. 11:20 ~ 11:27
当院における CPA 症例の予後
岩手県立胆沢病院 ○小野瀬剛生、八木 卓也、菊池 彩
平野 道基、野崎 哲司、中川 誠

YIA 審査 10:50 ~ 11:30

心肺蘇生法普及委員会 11:35 ~ 11:55

評議員会 12:00 ~ 12:25

総会・YIA 授賞式 12:30 ~ 12:55

教育セッション1

ランチョンセミナー 13:00 ~ 14:00 (第1会場・第1フォレストホール)

座長：山形大学医学部内科学第一講座 教授 久保田 功 先生

「虚血性心疾患診療の最前線：降圧治療をどうする」

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科循環器内科学

教授 伊藤 浩 先生

共催：第151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

特別講演 14:00 ~ 15:00 (第1会場・第1フォレストホール)

座長：東北大学大学院医学系研究科循環器病態学 教授 下川 宏明 先生

「慢性炎症による循環・代謝病態」

東京大学大学院医学系研究科循環器内科学

教授 永井 良三 先生

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たときには臨時総会を開くことができる。

12. 役員任期

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

13. 会 計

本支部の会計年度は毎年 4 月 1 日から始まり翌年 3 月 31 日におわる。
本支部の経費は、部費、各種補助金および寄付金をもってあてる。

14. 部則の変更

本部則の変更は評議員会の議を経て総会の出席者の 3 分の 2 以上の賛成を要する。

15. 付 則

- ①本支部の事務室は当分の間、東北大学大学院循環器病態学におく。
- ②年間部費は個人部費 2,000 円とし、本部より一括徴収となる。

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

1. 日本循環器学会東北支部は、東北地区の循環器病学の発展と優秀な若手循環器専門医の育成を目的として、「日本循環器学会東北地方会 Young Investigator' s Award」(東北地方会 YIA) を設ける。
2. 本会則は平成21年2月14日に開催される第147回東北地方会から有効とし、本会則の変更は評議委員会で審議・決定される。
3. 東北地方会 YIA の応募資格、応募方法は演題応募要領に記載するが、地方会主催の当番校会長の裁定をもって変更は許可されるものとする。
4. YIA 選考委員会は大会長を選考委員長として、各県大学の循環器内科教授6名と大会長が選出する6名の選考委員の計12名で構成される。選考委員の代理を置く場合は、大会長の推薦を必要とする。

第 151 回日本循環器学会東北地方会 Y I A 審査員（敬称略）

青森

弘前大学大学院医学研究科循環呼吸腎臓内科学
青森県立中央病院

教授 奥村 謙
副院長兼循環器センター長 藤野 安弘

岩手

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野
岩手県立中央病院 循環器科

教授 中村 元行
統括副院長 田巻 健治

秋田

秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
秋田組合総合病院

教授 伊藤 宏
副院長 齊藤 崇

山形

山形大学 第一内科
山形県立中央病院

教授 久保田 功
副院長兼救命救急センター副所長 後藤 敏和

宮城

東北大学 循環器病態学
仙台医療センター

教授 下川 宏明
循環器科部長 篠崎 毅

福島

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
大原総合病院附属大原医療センター

教授 竹石 恭知
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 三浦 傅			平 則 夫				平 盛 勝 彦				丸 山 幸 夫								
名誉支部員	芦川 紘一 伊藤 和司 大和 謙男 香川 恒福 高津 雅英 林 盛 英	川藤 明憲 田川 橋田	一一司 謙男 視人 機	虻猪 小高 小仁 星 横	川岡 田岩 松田 野山	輝英 純喜 新俊 紘	夫二 士郎 滋一 一一	阿遠 小佐 立布 三	部藤 野木 木川 浦	圭政 一 幸	志夫 男弥 楷徹 雄	池大 小鈴 田羽 根毛	田友 野木 中根 田利	精 幸 典元	宏尚 彦夫 直隆 平					

評議員（各県ごと五十音順、○印は全国評議員）

青森	○奥藤 村野 謙弘		○長内 智宏 三国 谷					花元 田裕 之成			福保 田嶋 幾夫										
岩手	青木 英彦 佐藤 衛行 ○中村 元行		伊瀬 那 須雅					岡田 蒔 真			均敦 司	○小田 茂	松卷 木 健							隆治 格	
秋田	阿斎 部 芳久 中 藤川 正康		○伊佐 長 匡仁					門鈴 山 文			謙泰 雄	小田 渡	林村 邊	政芳 博						雄一 之	
山形	熱後 裕之 福井 敏昭 ○渡邊 哲		石齋 井 邦明 松 井 公幹 男之					小貞 熊 正光 宮 弘 脇			樹章 洋	○久保 廣八	田野 卷 通							功摂 安	
宮城	石出 信正 ○加賀 谷 芳文 ○西 林 一 ○田柳 澤 輝		○伊金 佐福 山					井上 上月 直 柴堀 内 信久			人博 行 徳	今小 下 安	井丸 川 田	達宏							潤也 明聡
福島	青木 孝直 ○竹石 島 恭 ○横山 知 斉		石齋 武 渡					○石齋 橋 敏 幸 前 藤 富 善 原 和 平			金杉 澤 正 室 井 正 秀										晴文 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													

DVD セッション 「医療安全・医療倫理に関する講演会」

専門医の認定更新に必修の「医療安全・医療倫理に関する研修」に関する2単位を取得できるDVDセッションを開催致します。

3月の日本循環器学会学術総会もしくはインターネットでも視聴できます。

詳細は以下をご覧ください。

循環器専門医認定年度と必修研修取得期間について

認定年度	最新の認定 or 更新年度	現在の認定期間	必修研修取得期間
1990	2010 年度	2010/4/1 ～ 2015/3/31	同左
1995			
2000			
2005			
2010			
1991	2006 年度	2006/4/1 ～ 2011/3/31	更新後の 2011/4/1 ～ 2016/3/31
1996			
2001			
2006			
1992	2007 年度	2007/4/1 ～ 2012/3/31	同左
1997			
2002			
2007			
1993	2008 年度	2008/4/1 ～ 2013/3/31	同左
1998			
2003			
2008			
1994	2009 年度	2009/4/1 ～ 2014/3/31	同左
1999			
2004			
2009			

←今年度更新時期の先生につきましては、今回DVDセッションを受講しても、2011年4月からの認定期間への単位の持ち越しはできません。

<必修研修と単位数>

専門医制度委員会、理事会、2009年3月20日の評議員会の審議を経て循環器専門医認定更新の際に所定の研修が必修となりました。

専門医認定更新には下記の必修研修単位を含む合計50単位が必要となります。

(1) 最新医療の知識習得に関する研修・・・30単位以上

日本循環器学会主催の学術集会・地方会（いずれも教育セッションを含む）への参加にて単位を取得してください。

該当の研修単位数・・・本会年次学術集会10単位、（学術集会時の）教育セッション5単位、各地方会5単位、（地方会時の）教育セッション3単位

(2) 医療安全・医療倫理に関する研修・・・2単位以上

本会学術集会または本会地方会で開催の「医療安全・医療倫理に関する講演会」への参加。

あるいはインターネットでの視聴研修プログラムによる研修で単位を取得してください。

単位数・・・（上記どの方法で取得されても）2単位

※同じ研修内容を視聴された場合には重複して単位は加算されませんのでご注意ください。

お問い合わせ先：(社)日本循環器学会 専門医制度委員会 TEL：075-257-5830 E-mail: senmoni@j-circ.or.jp
--

第 151 回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

2010年12月4日 フォレスト仙台
会長：下 川 宏 明
(東北大学大学院医学系研究科 循環器病態学)

1

腹部大動脈狭窄の治療待機中に大動脈プラーク破綻を認めた1例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学
○五十嵐 巖、柿崎 学、寺田 豊、小熊 康教、
小山 崇、石田 大、飯野 健二、小坂 俊光、
渡邊 博之、伊藤 宏

60歳代男性。両足の間欠性跛行を主訴に近医受診。上腕足関節血圧比、右0.67、左0.69と低下。造影CTにて腹部大動脈に高度狭窄病変を認めた。冠動脈造影では#6に90%狭窄、動脈造影で腹部大動脈90%狭窄と右総大腿動脈起始部90%狭窄病変を認めた。腹部大動脈狭窄に対しては、Yグラフによる大動脈両側腸骨動脈バイパス手術も考慮されたが、狭窄長が短いため血管内治療を先行する方針とした。術当日の造影にて前医での所見と異なり、大動脈狭窄部位の解離様所見を認めた。血管内超音波にてプラークの破綻と診断しPPIを継続した。大動脈の直径が2cmであったため、自己拡張型ステントを2本並行に大動脈から左右総腸骨動脈にかけて留置し良好な拡張を得た。短期間で大動脈プラーク破綻を造影にて確認し得た稀な症例であり報告する。

2

心臓カテーテル検査後にアナフィラクトイド紫斑病を急性発症した1例

¹東北大学 循環器病態学、²東北大学 血液・免疫病学、
³東北大学 消化器病態学、⁴東北大学 皮膚科学
○前田 恵¹、伊藤 愛剛¹、圓谷 隆治¹、松本 泰治¹、
武田 守彦¹、高橋 潤¹、中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、
高澤 徳彦²、遠藤 克哉³、小川 英作⁴、安田 聡¹、
下川 宏明¹

61歳女性。僧帽弁置換術後。平成22年3月、家族と口論後に胸部圧迫感が出現し当科受診。緊急冠動脈造影では器質的有意狭窄は認められなかったが、左室造影でたこぼし様に壁運動が低下していた。第12病日に冠攣縮誘発試験を施行したところ、左冠動脈に多発的に攣縮が誘発され冠攣縮性狭心症の確定診断を得て合併症を起こすことなく検査を終了した。帰室直後から嘔吐、腹痛、粘血便といった急性の消化器症状と、止血処置を施行した右下肢に急速に拡大する紫斑の出現を認め、下部消化管内視鏡にてびまん性に腸管粘膜下出血が認められ、皮膚生検では白血球破砕性血管炎の像を呈していたためアナフィラクトイド紫斑病と診断した。心臓カテーテル検査後に急性発症したアナフィラクトイド紫斑病の1例を経験したので報告する。

3

右冠動脈から対角枝への心外膜側側副血行路を介して、左前下行枝慢性閉塞病変に対しPCIを施行した1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
○中村 裕一、国井 浩行、内岡 正志、義久 精臣、
中里 和彦、斎藤 修一、竹石 恭知

慢性完全閉塞病変(CTO)に対するPCIデバイスや技術の進歩は著しく、中隔枝を介した逆行性アプローチによりCTOの成功率は上昇した。今回、後下行枝(#4PD)から対角枝への心外膜側側副血行路を介して、左前下行枝(#6)CTOに対しPCIを施行した症例を報告する。70代男性、99年労作時胸痛を認めCAGにて#6CTOを指摘されたがPCIは不成功だった。本年になり労作時胸痛を自覚しPCI目的に紹介。逆行性アプローチではCTO遠位側真腔を捉えられず、逆行性アプローチとした。右冠動脈から中隔枝を介した側副血行路は逆行性アプローチに不適であり、#4PDから対角枝への心外膜側側副血行路を介しreverse CARTを行い#6CTOの血行再建に成功した。心外膜側側副血行路を介した逆行性アプローチにより更なるCTO成功率の向上が期待される。

4

アデノシン三リン酸(ATP)により誘発された運動誘発心房期外収縮・頻拍の1例：ATPの催不整脈作用の応用

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学
○遠藤 知秀、堀内 大輔、伊藤 太平、大和田真玄、
佐々木真吾、奥村 謙

31歳女性。労作時の頻脈を訴え受診した。心房期外収縮(PAC)の多発、非持続性心房頻拍(AT)を認め、運動負荷で誘発された。薬物療法抵抗性で、アブレーション目的で入院した。術中は不整脈なく、イソプロテレノール、エビネフリン負荷、プログラム刺激でAT、PACは誘発されず、アデノシン三リン酸(ATP)10mgの急速静注で再現性よく運動負荷と同じP波形のPACが誘発された。EnSiteで左房前壁にPAC起源を同定し、同部位で通電した。通電後はATにてもPACは誘発されず、トレッドミル負荷でもPAC、ATは認めなかった。症状消失し、退院後のホルター心電図はPACの散発のみであった。ATPは種々の負荷で誘発不能のPAC、ATの誘発に有用で、さらに心房不整脈の発症機序への関与が示唆された。

5

大動脈解離発症前後に大動脈病変の劇的変化がみられた食道穿破の1例

¹岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野
²岩手医科大学 心臓血管外科分野
○玉田真希子¹、安孫子明彦¹、佐藤 権裕¹、菅原 正磨¹、
長沼雄二郎¹、蒔田 真司¹、中村 元行¹、鎌田 武²、
湊谷 謙司²

70歳男性。背部痛と両下肢脱力が出現し、脊髄梗塞による対麻痺の診断で近医に入院。造影CT検査では大動脈弓部の一部に粥腫様の壁肥厚がみられた。入院1週間後に左側胸水が出現し、造影CTで大動脈解離(IIIa偽腔閉塞型)がみられ当院へ搬送された。その後のCTで近位下行大動脈の嚢状突出像が急激に拡大してきたため、早期手術の適応と判断した。第20病日から無気肺による低酸素血症で人工呼吸器管理とした。第23病日、突然に吐血し内視鏡検査で食道穿破が確認された。再度の大量吐血でショックとなりS-Bチューブを挿入後、直ちにステントグラフト内挿術を行った。数日後の内視鏡検査でも食道に穿孔が残存しており、食道抜去と再建術が行われた。解離発症前後に短期間で胸部大動脈の形態が劇的に変化した希な症例と考えられた。

6

末梢血管形成性T細胞の増加は心筋虚血の存在を反映する

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学
○柿崎 学、野堀 潔、宗久 佳子、寺田 舞、
小熊 康教、大場 貴喜、高橋陽一郎、小山 崇、
寺田 豊、石田 大、飯野 健二、小坂 俊光、
渡邊 博之、長谷川仁志、伊藤 宏

目的-血管形成性T細胞(Ang-TC)は、血管内皮前駆細胞(EPC)を集簇させるCD3⁺CD31⁺T細胞で、最近、EPC数と正相関することが報告された。私達は、末梢血Ang-TC比率を測定し、その心筋虚血検出指標としての有用性を検討した。方法・結果-冠動脈疾患(CAD)群(急性冠症候群ACS n=10;安定狭心症SAP n=13)、非CAD群(n=23)を対象とし、両群の入院時、CAD群のPCI直後、6-12カ月後における末梢血Ang-TC比率をflow cytometryで測定した。入院時、CAD群のAng-TCは、非CAD群と比較し有意に高値だった(51.4 ± 9.7% vs 31.2 ± 7.1%, p < 0.001)が、ACSとSAP間では有意差を認めず、また、CAD群の高値Ang-TCは、心筋虚血解除6カ月以降、著明に減少した(51.4 ± 9.7% to 34.0 ± 9.6%, p < 0.001)。結論-末梢血Ang-TCの増加は、心筋虚血の存在を反映することが示唆された。

7

チェーン・ストークス呼吸合併心不全における adaptive servo ventilation の効果：在宅酸素療法との比較

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○宮田真希子、義久 精臣、杉本 浩一、八巻 尚洋、
国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、
竹石 恭知

【目的】心不全に合併するチェーン・ストークス呼吸 (CSR) の治療法として adaptive servo ventilation (ASV) と在宅酸素療法 (HOT) が行われている。CSR 合併心不全における心負荷、心筋細胞障害、交感神経活性に対する両者の効果を比較検討した。【方法】CSR 合併心不全患者 42 名 (平均年齢 62.0 歳、LVEF34.6%、無呼吸低呼吸指数 41.4 回/時) を対象とした。連続 3 日間 (baseline、HOT、ASV 使用下) の終夜睡眠ポリグラフを施行し、心拍数、血圧、BNP、NT-proBNP、高感度トロポニン T、尿中カテコラミン量を測定した。【結果】ASV は HOT と比較し、無呼吸低呼吸指数、夜間平均心拍数、トロポニン T、尿中カテコラミンをより低下した。また、ASV においてのみ BNP、NT-proBNP は低下した。【結語】ASV は CSR 合併心不全患者に対する有効な治療法となる。

8

正常高値血圧群におけるリスク管理の重要性と臓器障害について

山形大学 第一内科

○玉淵 智昭、渡邊 哲、西山 悟史、高橋 大、
有本 貴範、穴戸 哲郎、宮本 卓也、二藤部丈司、
久保田 功

JSH2009 脳心血管リスク層別化により正常高値血圧でも積極的な降圧療法が推奨されている。本リスク層別化と臓器障害の関連について十分に明らかになっていない。一般住民 3114 人 (≥ 40 歳) を対象に、推定糸球体濾過率 (eGFR)、尿中アルブミン・クレアチニン比 (UACR)、脳型ナトリウム利尿ペプチド (BNP)、心臓由来脂肪酸結合蛋白 (H-FABP) を測定した。正常血圧群は 31.7%、正常高値群 24.4%、I 度高血圧群 36.2%、II 度 7.1%、III 度 0.6% であった。血圧上昇に伴い eGFR 減少を認め、各階層とも血圧上昇に伴い UACR 上昇を認めた。リスク第三層では血圧上昇により著明な UACR と BNP、H-FABP の増加を認めた。正常高値血圧でも第一層から第三層へ移行するに伴い UACR が上昇した。正常高値群でも生活習慣の改善や血圧管理が重要であることが示された。

9

膠原病性肺動脈性肺高血圧症に対する免疫抑制療法の有効性

¹ 東北大学 循環器病態学、² 東北大学血液免疫学

○宮道 沙織¹、福本 義弘¹、杉村宏一郎¹、佐藤 公雄¹、
中野 誠¹、三浦 裕¹、建部 俊介¹、石井 智徳²、
下川 宏明¹

背景：膠原病性肺動脈性肺高血圧症 (CTD-PAH) は予後不良疾患である。本研究では CTD-PAH における免疫抑制療法の有効性について検討した。対象と方法：当科肺高血圧データベースに登録された 136 名の内、13 名の CTD-PAH 患者にステロイド (1 mg/kg/day PO 1 ヶ月以上)・シクロフォスファミドパルス療法 (500 mg/month IV 6 ヶ月以上) の併用免疫抑制療法を施行し、治療前後で肺血行動態の評価を行った。結果：平均肺動脈圧 (mPAP) は治療前後で有意に低下し (39.5 ± 9.1 → 28.9 ± 11.0 mmHg, P < 0.01)、肺血管抵抗は低下傾向を示した (700 ± 434 → 481 ± 418 dyn*sec/cm⁵, P = 0.07)。対象患者のうち 6 名 (46%) は、mPAP が正常化した。この血行動態改善は 1 6 ヶ月以上持続した。結論：CTD-PAH において積極的免疫抑制療法により肺血行動態が著明に改善した。

10

光干渉断層法 (OCT) による冠動脈ステント留置部の新生内膜の形態および性状の評価

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野

○後藤 巖、伊藤 智範、木村 琢巳、房崎 哲也、
松井 宏樹、菅原 正磨、小室堅太郎、中村 元行

背景：SES は新生内膜内に炎症性変化を引き起こすこと、また、OCT により冠動脈プラーク内の炎症性細胞浸潤の程度を定量化できる可能性が報告されている。しかし、新生内膜でのこの指標に関しては不明である。目的：SES 留置後の新生内膜による被覆状況と炎症性指標を OCT で評価する。方法：待機的ステント留置後の 37 例を対象とし、確認造影時に OCT で新生内膜によるステント被覆状況を評価した。OCT シグナルのばらつき (OCT-NSD)、hsCRP 値を算出した。結果：SES 群の Peri-stent ulcer like appearance の割合、OCT-NSD 値と hsCRP 値は、BMS 群に比べて有意に高値であった (p=0.01)。log hsCRP 値は、log OCT-NSD 値と有意な正相関を認めた (r=0.471)。結論：SES の新生内膜組織は、OCT 輝度のばらつきが大きく、炎症反応の亢進を示唆すると考えられた。

11

内因性プロスタサイクリン阻害物質 Coupling Factor 6 は生理的心肥大を抑制する

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学

○相樂 繁樹、長内 智宏、大矢 史恵、祐川 誉徳、
伊藤 太平、泉山 圭、澁谷 修司、花田 賢二、
山本 祐子、奥村 謙

運動による生理的心肥大は有益とされている。Coupling Factor 6 (CF6) は細胞内酸性化を介して一酸化窒素産生を抑制する。CF6 の生理的心肥大と心収縮能に及ぼす影響を検討した。21 週齢雌の CF6 過剰発現マウス (TG) と野生型マウス (WT) に運動負荷 (水泳 90 分、1 日 2 回) を 4 週間行った。運動負荷により、WT では心室中隔壁厚と左室後壁厚が増加したが (両 P < 0.01)、TG では変化なかった。左室短縮率は WT では増加 (P < 0.01)、TG では変化なかった。左室心筋細胞の p-Akt/Akt 蛋白比は WT で上昇したが、TG では変化なかった。CF6 は Akt 経路を介する生理的心肥大を抑制する可能性がある。CF6 の増加する病態では心不全に陥りやすくなることが示唆された。

12

大動脈炎症候群による肺動脈狭窄に肺動脈バイパス施行後、再狭窄に対しステント留置が有効であった 1 例

東北大学 循環器病態学

○建部 俊介、福本 義弘、杉村宏一郎、佐藤 公雄、
中野 誠、三浦 裕、宮道 沙織、下川 宏明

58 歳女性。大動脈炎症候群に伴う肺動脈狭窄 (P S) に対し、2006 年、人工血管による両側肺動脈バイパス術を施行した。2009 年 1 月から労作時息切れが出現、心カテにて肺高血圧と左肺動脈狭窄 (P S) を認めた。選択的肺血管拡張薬の内服を開始したが改善が得られず、10 月当科転院となった。入院後フローランを導入したが右心不全のコントロールに難渋した。左 P S の関与が強いと考え、経皮的肺動脈バルーン形成術を 2 回施行したが、recoil が認められた。右心不全も進行性に増悪することから、同部位にステント留置を行った。手技中に大量喀血、呼吸不全となり、3 週間の人工呼吸管理と CHDF を要したが、離脱後に血行動態の著明な改善が得られ、退院が可能となった。

13

末梢型慢性血栓性肺高血圧症 (CTEPH) に対する経皮的肺動脈形成術 (PTPA) の有効性

東北大学 循環器病態学

○杉村宏一郎、福本 義弘、佐藤 公雄、三浦 裕、建部 俊介、宮道 沙織、下川 宏明

背景：手術非適応例の末梢型慢性血栓性肺高血圧 (CTEPH) に対し行った経皮的肺動脈形成 (PTPA) の有効性を検討した。方法：末梢型 CTEPH8 名に対して薬物療法と PTPA の効果について評価した。結果：薬物療法 (エボプロステノール 6 名、ベラプロスト 2 名、シルデナフィル 7 名、ボセンタン 5 名) により、心係数は $2.03 \pm 0.28 \rightarrow 2.56 \pm 0.49$ L/min/m² (P < 0.05) へ、BNP は $486 \pm 396 \rightarrow 99 \pm 135$ pg/dl (P < 0.05) へ、有意に改善した。十分な薬物療法を行った後に、PTPA を行い、平均肺動脈圧は $46.6 \pm 7.5 \rightarrow 35.3 \pm 5.3$ mmHg (P < 0.01) へ、肺血管抵抗は $764 \pm 188 \rightarrow 438 \pm 108$ dyn⁵cm⁵ (P < 0.01) へ、有意に改善した。合併症として 5 人に喀血を認めた。結語：末梢型 CTEPH に対して、これまでの薬物療法に加え PTPA を行うことで、血行動態の著しい改善を得ることができた。

14

右房内血栓を認めた肺塞栓症の 1 例

国立病院機構 仙台医療センター

○水野 真依、山口 展寛、木村 義隆、但木壮一郎、田丸 貴規、尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

症例は 61 歳男性。脳梗塞にて入院中突然の胸痛を自覚し、心エコーにて右心負荷所見及び右房内に可動性のある構造物を認めた。胸部造影 CT にて右主肺動脈、左上肺動脈、右房内に陰影欠損を認め肺塞栓症と診断した。血圧低下はなく血行動態は安定していたため抗凝固療法を開始した。3 日後の心エコーにて右房内構造物は消失し、胸部造影 CT でも同様に右房内構造物は消失、新たに左主肺動脈の陰影欠損を認めた。2 週後には肺動脈の陰影欠損はほぼ認めず、右房内構造物は血栓が疑われた。経食道心エコーにて卵円孔開存や心房中隔欠損は認めなかった。凝固異常はなく下肢静脈エコーにて麻痺側の左大腿深部静脈に血流うっ滞と器質化血栓を認めた。深部静脈血栓が右房内に一時停滞後新たに肺塞栓症をきたした 1 例を報告する。

15

肺血栓性肺高血圧症後に右膝下静脈静脈性血管瘤内に血栓形成が発見され原因と考えられた 1 例

宮城社会保険病院 循環器科

○亀山 剛義、渡邊 誠、花立 安志、秋野 能久

症例は 54 歳男性。2009 年 12 月より右下肢疼痛あり、2010 年 1 月呼吸不全出現し近医より紹介。頻呼吸と SpO₂ 低下があり、心電図 II, III, aVF, V1-6 に陰性 T 波、心エコー上右心負荷著明であった。肺血栓性肺高血圧症を疑い、造影 CT で確定診断とし入院とした。ヘパリン、ワーファリンで加療し軽快したが、血栓の原因検索のため下肢造影 CT とエコー検査を施行したところ、右膝下静脈静に 4×2 cm の静脈性血管瘤 (Venous aneurysm) とその中血栓形成を疑う所見であり、肺血栓の原因であると考えられた。静脈造影にても静脈性血管瘤が確認され、肺血栓性肺高血圧症の状態安定後、血管外科に紹介し IVC フィルター留置後、静脈瘤切除術が施行された。

16

高度の肥満があり診断に難渋した肺血栓性肺高血圧症の 1 例

仙台オープン病院

○川口 朋宏、杉江 正、浪打 成人、二瓶 太郎、瀧井 暢、高橋 務子、加藤 敦

症例は 33 歳女性。身長 156cm、体重 160kg (BMI 65.7)。起立時意識消失発作を主訴に前医へ救急搬送され、頭部 MRI で異常を認めなかったが持続する低酸素血症があり、精査目的に当院紹介となった。高度の肥満で十分な評価が行えなかったが、胸部レントゲン、心エコー、BNP 高値から当初うっ血性心不全を疑い、カルペリチドにより治療を開始した。経過は良好であったが、第 5 病日に突然呼吸困難の訴えあり、心エコーにて辛うじて左室虚脱、右室径拡大所見を認めため、造影 CT を施行して初めて肺血栓性肺高血圧症と診断し、t-PA を用いた血栓溶解療法を行い症状の改善を得た。本症例は高度の肥満のため検査で十分な評価ができず診断に難渋、反省も踏まえて示唆に富む症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

17

急性肺血栓性肺高血圧症と精神科疾患等の関連因子

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科

○亀田 拓哉、篠崎 毅、石塚 豪、田中 光昭、尾上 紀子、山口 展寛、田丸 貴規、木村 義隆、但木壮一郎

急性肺血栓性肺高血圧症の危険因子のうち、精神科疾患の詳細な報告は少ない。今回我々は当院における 2005 年 7 月から 5 年間の入院患者のうち、新規発症の症候性急性肺血栓性肺高血圧症 82 例について、精神科疾患とその他のリスク因子について検討した。結果) 年齢別の発症患者数は男女ともに 71 歳 ~ 80 歳が最も多く (36%)、高齢者 (65 歳以上) は 60% であった。女性が 64% を占めた。各関連因子疾患の有病率は、肥満 (BMI > 25) 32%、悪性疾患 29%、精神科疾患 19%、整形外科疾患 13%、脳卒中 5% であった。肥満症や悪性疾患について、精神科疾患の有病率が高かった。結語) 精神科疾患は急性肺血栓性肺高血圧症への影響が大きかった。しかし、他の因子との複合的な影響も否定できない。

18

エボプロステノール持続静注療法中に ACTH 単独欠損を合併した特発性肺動脈性肺高血圧症の 1 例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○杉本 浩一、国井 浩行、中村 裕一、神山 美之、義久 精臣、中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例：40 歳台 女性。特発性肺動脈性肺高血圧症 (IPAH) の診断にてエボプロステノール (PGI₂) 開始。導入 11 か月目より食思不振、体重減少が出現し ACTH とコルチゾールの低下を認めた。CRH 負荷試験にて ACTH は反応不良、ACTH 負荷試験にてコルチゾールの反応は良好であり、他の下垂体ホルモンには異常がなかったことから ACTH 単独欠損症と診断された。抗下垂体抗体陰性、頭部 MRI では下垂体腫大を認め、下垂体炎を疑う所見であった。ACTH 単独欠損症の年間発症率は 100 万人中、0.7 人前後とされ比較的稀であるが、近年、PGI₂ 持続静注中に ACTH 単独欠損を来した症例が知られており、薬剤または肺高血圧症の病態と何らかの関連が示唆され、興味深い症例であると考えられ報告する。

19

抗リン脂質抗体症候群が原因と考えられた肺高血圧症の1例

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 循環器内科学・呼吸器内科学
○柴原 徹¹、小武海雄介¹、藤原 敏弥¹、中川 正康¹、
鬼平 聡²、伊藤 宏³

症例は50歳代女性。平成22年5月より労作時呼吸苦を自覚し、6月某日近医を受診、狭心症疑いで当科に紹介され受診した。心エコーを施行し、右室の著明な拡大と左室のD-shapeを認め胸部CT検査を施行、右肺動脈内に血栓を認めたが、バイタルは安定しており、急性肺塞栓とは考えにくく精査加療目的に入院となった。酸素吸入、ワルファリンカリウムの内服を開始し、第9病日心臓カテーテル検査を施行した。肺動脈圧52/15/29mmHgと肺高血圧を認め、酸素吸入後も不変であり、肺動脈造影上、血栓や肺動脈の先細りを認めなかった。入院時の採血でカルジオリピン抗体の上昇と、過去に3回流産の既往あり、高リン脂質抗体症候群による肺動脈末梢の微小血栓が肺高血圧の原因と考えた。ワルファリンカリウムの内服を継続とし、第19病日退院となった。

20

腹部大動脈、胸部大動脈、冠動脈に瘤を形成し、若年時より心血管イベントを繰り返したSLEの1例

東北労災病院 循環器内科
○室井 優也、佐治 賢哉、加藤 浩、小丸 達也

48歳女性。15歳でSLEと診断され、以来ステロイドを長期投与されている。20歳時脳出血、25歳時心筋梗塞を発症。33歳で狭心症にてステント留置術施行。40歳で腹部大動脈瘤にて外科手術施行。以後血圧や脂質などの冠危険因子は良好にコントロールされていた。平成22年5月9日より胸部不快出現し当科受診。トロポニンT弱陽性示し、不安定狭心症として入院。冠動脈造影では、左冠動脈主幹部に動脈瘤を認め、左回旋枝入口部と左前下行枝近位部に90%狭窄を認め、CABGの方針とした。術前のCTで胸部大動脈弓部にも動脈瘤の存在が判明。PET-CTでは動脈瘤部に明らかな炎症所見は認められなかった。SLEDAIスコアではSLEは低活動度と判定。複数の動脈瘤形成を特徴とし、若年時より心血管イベントを繰り返す興味深い症例と考えられた。

21

救命し得た左冠動脈主幹部心筋梗塞を合併した急性大動脈解離の1例

宮城県立循環器・呼吸器病センター
○菊田 寿、大沢 上、三引 義明、柴田 宗一、
柴田 宗一、住吉 剛志

症例は50代後半の男性。平成21年11月18時半ころ突然胸痛が出現。冷感を伴い持続するため救急要請。当院へ搬送となった。心電図変化、心エコー所見よりLMTの心筋梗塞と判断。病棟のエコーでは上行大動脈にflapは確認できなかったため、大動脈解離の関与はないと考えた。緊急CAGにてLMTに99%狭窄病変を認めた。まずIABPを挿入し、引き続きPCIを施行。LMT-LAD方向にPES(3.5/24)を留置し、KBTを行った。t-PA冠注も併用。術後心不全合併し、カテコラミン、PDE3阻害剤など使用。第5病日にIABP抜去。慢性期にエコーを再検。上行大動脈にflapを指摘され、造影CTにてA型解離を認め、解離がAMIの原因であったことが判明。上行大動脈は60mmに拡張しており、破裂のリスクが高いと判断。東北大学病院へ紹介し、12月中旬転院となった。

22

慢性両側腸骨動脈閉塞に対して経皮的動脈形成術を施行し開存に成功した1例

いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科
○鈴木 淳美、浅海 泰栄、多田 智洋、湊谷 豊、
山本 義人、油井 満、杉 正文

症例は75歳女性。数年前より間欠性跛行を自覚し当科紹介。ABIは右0.25、左0.45であった。造影CTにて右外腸骨動脈・左総腸骨動脈の完全閉塞、右浅大腿動脈分岐直後近位部に高度狭窄病変を認めた。外科的療法も検討したが、本人希望にて経皮的動脈形成術による二期的加療とした。両腸骨動脈に対しては大腸動脈より逆行性にワイヤにて閉塞病変部を通過させたのち、両側とも腹部大動脈遠位部から大腿動脈直上までステント留置、バルーン拡張を行い終了。翌日右膝窩動脈アプローチにて逆行性に浅大腿動脈病変に対してステント留置、バルーン拡張を行い終了した。術後自覚症状と併せABIは右0.85、左0.75と著明な改善を認めた。従来外科的療法の適応と考えられたが、血管内治療にて良好な初期成功を得られた一症例であり、文献的考察を加え報告する

23

新しい末梢保護デバイス FilterWireEZTM の使用経験 (初期3例の報告)

¹ 三友堂病院 循環器科、² 三友堂病院 脳神経外科
○青野 豪¹、川島 理¹、阿部 秀樹¹、新宮 正²

背景 2010年7月よりWallstent™、FilterWireEZ™ が使用可能となった。今回本デバイスを用いた症例を経験したので報告する。症例1:78歳、男性。一過性脳虚血発作にて緊急入院。MRAにて右内頸動脈の高度狭窄が指摘。症例2:76歳、男性。脳梗塞の既往があり薬物治療中。MRA検査にて潰瘍性病変を伴う右内頸動脈75%狭窄が指摘。症例3:61歳、男性。陳旧性ラクナ梗塞にて薬物治療を施行中。MRAにて左内頸動脈75%狭窄と判断。上記3症例ともCAS施行し、手術手技は問題なく終了。術後の神経学的またその他の合併症は認めず、翌日のMRA所見においてもhot spotは認めなかった。結語今回使用した末梢保護デバイスFilterWireEZ™ は、アンジオガードXP™ に比してデブリスの捕捉能力は高い。今後、さらに症例を重ね検討したい。

24

孤立性上腸間膜動脈解離の10症例

白河厚生総合病院 第二内科
○大和田卓史、斎藤 富善、泉田 次郎、斎藤 恒儀、
前原 和平

大動脈の解離を伴わない孤立性上腸間膜動脈(SMA)解離は、報告例が少ないため臨床経過も不明で治療方針も確立されていない。一旦腸管虚血による下血が認められれば外科的腸管切除もしくは血管治療が必要であるが、腸管虚血を認めない症例では保存的加療で軽快する例も多い。当院において2008年5月から2010年7月までの間に、孤立性SMA解離の10症例(全て男性、平均年齢62.7歳)を経験した。腹痛を伴った6例と無症候性4例で、10例中8例に喫煙、7例に高血圧を認めた。症候性6例の内、1例のみ腸管虚血のため経皮的ステント留置術を行ったが、5例は保存的に加療した。SMA解離は腹痛の鑑別疾患として重要であり、造影CTの分解能が良くなっており今後も診療する機会が増えると思われるため文献的考察を含めて報告する。

25

抗凝固療法中止後に再発を認めた深部静脈血栓症の4例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科
○加賀谷知己雄、但木壮一郎、木村 義隆、田丸 貴規、
山口 展寛、尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、
篠崎 毅

初発の深部静脈血栓症(DVT)に対する抗凝固療法の継続期間は担癌患者を除いて最低3カ月間が推奨されている。今回我々は抗凝固療法中止後に再発を認めたDVTの4例を報告する。症例1:61歳男性、既往に鬱病。腎癌にて片腎摘出術後にDVTを発症。6カ月間抗凝固療法施行し中止したところ長期臥床によりDVTが再発。症例2:57歳男性、ホジキンリンパ腫に対するステロイド療法中にDVTを発症。12カ月間の抗凝固療法後、無断休薬しDVTを再発。症例3:27歳女性、BMI 26.3、妊娠を契機にDVTを発症。出産後抗凝固療法を6カ月間施行。第2子妊娠を契機にDVT再発。症例4:44歳女性、BMI 37.0、DVT発症。3カ月間抗凝固薬投与し中止後にDVTが再発。静脈血栓症の危険因子が不可逆性である場合、ガイドラインには示されていないが長期間の抗凝固療法を考慮すべきである。

26

Xience スtent留置3ヶ月後に再狭窄・不安定狭心症を発症した維持透析症例

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

54歳男性。I型糖尿病、糖尿病性腎症のため42歳で血液透析導入。47歳時に前下行枝、回旋枝に2枝CABG施行。2008年1月不安定狭心症のために当科入院。緊急冠動脈造影検査では右冠動脈#3 99%狭窄を認め責任病変と考えられた。顕著な冠動脈石灰化のためにデバイス通過性が極めて不良であり、初回と慢性期再狭窄(5ヶ月)に対するPCIはバルーン単独で終了した。2009年2月びまん性再々狭窄病変に対して、通過性に優れるXience Stentを全長にわたり留置することが可能であった。しかしながらわずか3ヶ月後に不安定狭心症を発症し再入院となった。厚い石灰化病変のためにいびつに拡張された部位に一致してXience内に偏心性の再狭窄を認めた。Xience Stentは通過性に優れるものの石灰化病変の保持性に劣る可能性があり注意を要すると思われた。

27

尋常性乾癬に急性心筋梗塞を発症した1例

東北労災病院 循環器内科
○佐治 賢哉、加藤 浩、小丸 達也

症例は54歳男性。40歳より尋常性乾癬として皮膚科通院中。重症のため、現在シクロスポリンを内服している。また、高血圧、高コレステロール血症、糖尿病を指摘されている。2009年1月16日、2日前から続く前胸部痛を主訴に当科受診。心筋梗塞として心カテ施行し、回旋枝#13の完全閉塞認め血栓吸引を行い50%の開存を得て、バルーンやStentは使用せず終了した。その後、当科外来で危険因子の管理を行っていた。同年11月の負荷心電図で完全左脚ブロック認められていた。その後労作時息切れも出現し、翌年5月31日心カテ施行。前回閉塞部位は75%狭窄となっており、症状もあることからPCI施行された。尋常性乾癬と急性心筋梗塞の関係について若干の文献的考察を交えて報告する。

28

著明な石灰化を伴う3枝疾患+両側大腿動脈アプローチ不可のPADを有するAMIの1例

いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科
○湊谷 豊、山本 義人、多田 智洋、浅海 泰栄、
油井 満、杉 正文

症例は近医より紹介されたHT、HL、DM、CKD、CHF、MR、VDD植込み後の60歳代女性のAMI。橈骨及び大腿動脈は両側触知不良であり右上腕動脈から緊急CAGを施行した。#1CTO、LMT50%、#6 75%、#7 75-90%、#13 99% delay、右外腸骨動脈CTO、左総腸骨~外腸骨動脈90%、左浅大腿動脈99% delayも有していた。#13にPCIを行いTIMI-3のflowを得た。肺うっ血を伴っており、急性期に血行動態不安定に陥る可能性も考え、左総腸骨~浅大腿動脈にPTAも行いIABP挿入路を確保した。術後はカテコラミン投与にて血行動態も安定し、一時透析も要したが心不全改善後CABG+MVPを行い、自宅退院に至った。緊急PCI時治療戦略に苦慮した症例であり報告する。

29

Stent内急性冠閉塞を3回繰り返した不安定狭心症の1例

米沢三友堂病院
○川島 理、青野 豪、阿部 秀樹

症例は59歳男性。2010/7/21に不安定狭心症加療目的に当院紹介受診。#6にStent留置(Xience)後にslowflowとなりプラークの逸脱を認めた。ニコランジル投与後IABP挿入して終了。翌22日のCPKは1116。翌日の再CAGにてプラークの増量をもとめバルーンにて圧排するも拡張不十分のためCypherを留置。29日朝、冷汗を伴う胸痛みられ緊急CAG施行。Stent内でSATを認め、血栓吸引後バルーンで高圧拡張しBMS留置しヘパリンをアルガトロバンに変更し抗血小板剤をアスピリン、クロピドグレルにシロスタゾールを追加した。8月7日午前に再度胸痛を認め緊急造影したところ再SATを認めバルーンでStent内を高圧拡張しIABP挿入し他院に転院の上CABGを施行した。プラークのStentからの逸脱が増大しSATを繰り返しCABGを要した症例を経験したので報告する。

30

既往に出血性胃潰瘍をもつ狭心症の治療方針決定にCTが有用であった1例

¹秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学、²本荘第一病院
○寺田 豊¹、飯野 健二¹、真壁 伸²、飯野 貴子¹、
小泉 恵¹、小熊 康教¹、大場 貴喜¹、小山 崇¹、
石田 大¹、野堀 潔¹、小坂 俊光¹、渡邊 博之¹、
伊藤 宏¹

近年、薬剤溶出Stentが使用され、Stent血栓症予防のため、2剤の抗血小板薬の長期継続の重要性が議論されている。我々は、抗血小板薬の継続可能を確認後にPCIを施行した症例を報告する。50歳代男性。出血性胃潰瘍の既往。労作時胸部不快感あり精査。冠動脈造影では#6に90%狭窄を認めた。問題点として、出血性胃潰瘍の既往、腹痛の自覚あり、ヘリコバクターピロリ(HP)感染を確認し陽性であった。HPと動脈硬化の関連の報告もあり、除菌後、抗血小板薬継続の安全性を確認してからのPCIの方針とした。治療まで数か月を要するため、病変性状確認目的に冠動脈CTを施行した。病変部のCT値は114 HUであり安定した狭窄病変と考えられ、3か月後にHP除菌とGIFでの確認後PCIを施行し良好な経過を示している。

31

右冠動脈の血栓閉塞性病変に対して、Dio™による血栓吸引が有効であった一例

J A 秋田厚生連平鹿総合病院

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

症例は 81 歳男性。平成 22 年 9 月中旬、約 3 日前からの全身倦怠感を主訴に近医を受診し、心拍数 40 台の洞性徐脈、70mmHg 台の血圧低下を認め、精査加療目的に当科紹介受診。心電図で III の Q 波、III、V₆ の陰性 T 波、心臓超音波検査で下壁の壁運動低下を認め、急性下壁梗塞の診断となり、同日冠動脈造影検査を施行。右冠動脈 #3 に血栓閉塞性病変を認め、スロンバスター™III GR (6Fr) で血栓吸引を試みたが、吸引困難のため、Dio™ (5Fr) を用いたところ、大量の血栓吸引に成功した。その後、ステントを留置し、TIMI 3 flow が得られた。Dio™ はデバイスデリバリーシステムとして用いられることが多いが、通常の血栓吸引カテーテルで吸引困難な血栓閉塞性病変に対して、Dio™ が有効であった症例を経験したので、報告する。

32

腹部大動脈瘤の外科治療予定患者における術前冠動脈造影の有用性

東北大学 循環器病態学

○武田 守彦、高橋 潤、伊藤 健太、中山 雅晴、安田 聡、下川 宏明

【背景】腹部大動脈瘤 (AAA) 患者には高率に冠動脈疾患が合併する。術前の冠血行再建が周術期心合併症を減少させるか否か不明である。【方法】当院にて AAA の手術前に CAG を施行した 76 例を検討した。【結果】76 例中 46 例に冠動脈病変 (1 枝病変 32 例、2 枝病変 9 例、3 枝病変 4 例、左主幹部病変 1 例) を認めた。有症状例、心筋シンチにて虚血が証明された症例、左前下行枝近位部病変の症例など計 13 例に術前に PCI を施行した。重症多枝病変 2 例は CABG を先行させ、2 期的に動脈瘤手術を行った。2 枝慢性完全閉塞病変 1 例では On-pump CABG と動脈瘤切除の同時手術を施行した。手術を施行した全例で、周術期心合併症を認めなかった。【結論】AAA 術前の CAG は冠動脈病変を高率に発見できる。適切なリスク評価に基づき冠血行再建を行えば、周術期心合併症を減少させる。

33

いわき地区における地域医療パスの導入とその後の検討～いわきメディカルサークル～

いわき市立総合磐城共立病院 循環器内科

○多田 智洋、杉 正文、浅海 泰栄、湊谷 豊、山本 義人、油井 満

【背景】PCI 施行数の増加に伴い、外来管理を含めた PCI 担当医の負担が増加している。【方法】かかりつけ医の専門性によらない PCI 術後の円滑な管理を目標とした。退院時資料には、ステントなどの治療情報のみでなく、血圧、脂質代謝、血糖の目標値、抗血小板薬内服の期間と注意点などを記載することで、外来管理、副作用発現確認およびリスク再評価を容易にしている。また従来の MS-Excel の表形式ではなく MS-Word の文書形式で作成することで、管理が容易で十分な追加記載が可能となり、パスに不慣れな場合でも管理を可能としている。【結果】導入により、抗血小板薬投与などの問い合わせが減少する一方、医師間のコミュニケーションがとりやすくなった。【結論】いわき地区に導入した PCI 地域医療パスが円滑に行われたことについて報告する。

34

冠動脈瘤残存・バイパス術後で妊娠・出産した川崎病の 1 例

¹ 東北大学 循環器病態学、² 東北大学 産婦人科

○川名 暁子¹、高橋 潤¹、安田 聡¹、伊藤 愛剛¹、圓谷 隆治¹、高木 祐介¹、武田 守彦¹、中山 雅晴¹、松本 泰治¹、伊藤 健太¹、林 千賀²、下川 宏明¹

31 歳女性。幼少時川崎病を発症し、14 歳の時左冠動脈に右内胸動脈と大伏在静脈を用いた冠動脈バイパス術が施行された。拳児希望があり心精査のため当科紹介。心電図同期 CT で左冠動脈は主幹部で完全閉塞しているものの 2 本のバイパスグラフトにより良好に灌流されていた。右冠動脈には有意狭窄は認めなかったが起始部に径 11mm の冠動脈瘤が残存していた。運動負荷心電図検査で虚血所見を認めなかったため妊娠可能と判断した。催奇形性を考慮しワルファリンを中止、低容量アスピリンのみを抗血栓療法として継続した。平成 21 年 7 月に妊娠。妊娠 35 週にアスピリンを中止しヘパリン持続静注に切り替え、帝王切開で合併症無く出産した。川崎病冠動脈障害合併成人例が増加する中、妊娠、出産に関する報告は少なく、教育的な一例であると考え報告する。

35

HIT 抗体陰性ながらも 2 度にわたり PCI 施行時冠動脈内に急激に血栓形成が認められた 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、松本 泰治、伊藤 健太、下川 宏明

60 歳女性、糖尿病。5 年前に前下行枝 #7 にステント留置。2010 年 3 月狭心症増悪したため入院し、冠動脈造影検査を施行。右冠動脈と前回留置ステント近位部に高度狭窄病変を認め、1 週間後待機的に PCI を施行。コントロール造影で左冠動脈の全枝に多発性陰影欠損を認めたため、ヘパリン起因性血栓症 (HIT) を疑いアルガトロパンを開始、IABP 挿入し終了した。血小板数は術前 18 万、術後 13 万であり HIT 抗体も陰性であった。2 週間後アルガトロパン投与下に再度を PCI 施行。活性凝固時間を 300 秒とし Xience ステント留置、後拡張直後にステント内血栓症が進行し左主幹部閉塞、ショック状態となった。IABP 挿入の上主幹部に Xience ステントを追加留置し bail-out した。HIT 抗体陰性ながらも 2 度にわたり冠動脈内に急激に血栓形成が認められた一例であり報告する。

36

ゾタロリムス溶出性ステントを留置した糖尿病患者と非糖尿病患者の血管造影および臨床経過の比較

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、武蔵 美保、上村 直、金子 海彦、櫻井 美恵、多田 憲生、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時代でも糖尿病はステント内再狭窄の予測因子の一つである。ゾタロリムス溶出性ステント (ZES) の糖尿病患者における有効性は明らかではない。【方法】当院にて ZES を留置した連続 176 症例、232 病変を糖尿病の有無で 2 群に分け、6 か月間の経過を後ろ向きに比較検討した。【結果】糖尿病群 (71 症例、93 病変) は非糖尿病群 (105 症例、139 病変) と比較し、ステント内晩期喪失 (0.89mm vs. 0.60mm, p = 0.011) が大きく、再狭窄率 (10.7% vs. 3.6%, p = 0.022) も高率だった。再血行再建率は糖尿病群で高率だったが (9.7% vs. 2.2%, p = 0.009)、全死亡率とステント血栓症の発生率は同等だった。【結論】糖尿病患者は ZES 留置後のステント内晩期喪失が大きく、再血行再建率が高値であった。

37

胸部症状に対しFFRを測定し生理的狭窄なく"Defer"となり、3年後に治療になった労作性狭心症の1例

大崎市民病院

○矢作 浩一、牛込 亮一、神戸 茂雄、高橋 望、竹内 雅治、岩淵 薫、平本 哲也

症例は70代男性。強皮症で内科に通院中、平成19年2月胸痛に対し心臓カテーテル検査(心カテ)を施行。LAD#7中等度狭窄を認め、薬物負荷心筋シンチで虚血を疑われたためFFR測定を施行した。FFR=0.83、CFR=3.3と生理的狭窄はなく治療を"Defer"した。平成20年6月労作時胸部苦渋感に対し心カテを施行。狭窄の進行がなく治療施行しなかった。平成21年4月に薬物負荷心筋シンチでフォローアップしたがLAD領域の虚血は認められなかった。平成22年5月頃から労作時胸部不快感が出現し、薬物負荷心筋シンチで前壁中隔に虚血が認められたため、8月に心カテを施行。LAD#799%となっておりPCIを施行し血行再建を行った。中等度狭窄の虚血の診断にFFR測定が有効で3年半PCIを"Defer"できた症例を報告する。

38

ステント留置後の遠位部残存血栓に対しpulse infusion thrombolysisが有効であった急性心筋梗塞の1例

福島赤十字病院 循環器科

○横川 哲朗、渡部 研一、阪本 貴之、大和田尊之

症例は60代男性。8月某日突然の前胸部痛と呼吸困難を自覚し当院へ救急搬送された。心電図上完全房室ブロックを呈しておりII・III・aVFでST上昇を認め急性心筋梗塞と診断した。救急外来で心室細動となり電気的除細動で蘇生するもショック状態、緊急冠動脈造影にて右冠動脈#1が蟹爪様に完全閉塞しており、引き続き経皮的冠動脈インターベンションを施行した。血栓吸引後#1-#2にステントを留置し拡張したが、#3-4AVに大量の血栓が残存しTIMI2のため末梢血栓に対しpulse infusion thrombolysis(PIT)を追加、ウロキナーゼ24万単位で血栓の著明な減少を認めTIMI3に近い再灌流を得た。ステントとPITの併用が奏効した一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

39

当院におけるdual sourceCTの有用性と安全性についての検討

国立病院機構仙台医療センター 循環器科

○石塚 豪、篠崎 毅、田中 光昭、尾上 紀子、山口 展寛、田丸 貴規

目的: Dual source CT (DSCT)の冠動脈疾患診断精度と被曝量の低減効果を検討する。DSCT画像のうち冠動脈造影(CAG)と対比できた32例190病変を対象に、75%以上の狭窄の診断精度を検討した。石灰化例は除外した。また、撮影モードごとの放射線被曝量を評価した。結果: DSCTの診断精度は感度83%、特異度97%であった。被曝量はCardio flash mode(心拍数 < 60bpm, n=13)で1.1 ± 0.3mSv、Cardio sequence mode(60bpm < 心拍数 < 75bpm, n=8)で6.3 ± 4.8 mSv、Normal spiral mode(75bpm < 心拍数, n=11)で12.6 ± 5.2mSvであった。結語: DSCTは高い精度で、安全に冠動脈疾患を診断できる。

40

冠動脈プラーク形成とShear Stressとの関係について: MDCTとShear Stressカラーマッピング法を用いた検討

北福島医療センター

○福本 優作、上川 雄士

【背景・目的】血管内shear stressは、動脈粥状硬化性病変形成の重要な局所的物理的因子の一つとして知られている。本研究の目的は、MDCTを用いて冠動脈内shear stress分布をカラーマッピング化し、プラーク形成とshear stressとの関係について検討を行うことである。【方法】冠動脈疾患患者30症例に対してMDCTを行い、LAD及びLCX近位部180断面について、プラークの最大厚、最小厚、プラークの偏心性およびshear stressのカラーマッピングを行った。【結果】冠動脈プラークの厚さとshear stress値には有意な負の相関関係が認められた(p < 0.0001)。shear stressの非対称性とプラークの偏心性には有意な正の相関がみられた(p < 0.0001)。【結語】冠動脈プラーク形成と冠動脈内shear stressの分布との間に有意な関係があることが示唆された。

41

安静時心電図における非特異的ST低下の臨床的意義

小白川至誠堂病院 内科

○盛田 真樹

心疾患の既往のない1914名の患者で、安静時心電図(E)をトレッドミル負荷心電図(S; 257名)、心エコー図(U; 429名)及び冠動脈造影(C; 42名)と比較した。EにおけるST正常者(N; ΔST -0.05 mV以上)956名中180名(18.8%)が左室肥大(L; Sokolow-Lyon voltage (SLV) 3.5 mV以上)を示し、ST低下者(D; ΔST -0.05 mV以下)442名中169名(38.2%); odds ratio (OR) = 2.67, p 0.0001以下)がLを示した。U異常(左室肥大・拡張、弁膜症)はN 229名中29名(21.4%)に対しD 156名中56名(35.9%); OR = 2.06, p = 0.0017)だった。ΔSTはSLV(r = -0.46, p 0.0001以下)及びUの拡張期心室中隔厚(IVSTd; r = -0.31, p 0.0001以下)と相関した。一方、ΔSTはSの各指標及びCの結果とは有意に相関しなかった。Eにおける非特異的ST低下はL診断の指標である。

42

失神発作で入院し、2種類の自然発作ST上昇心電図が記録された冠動脈攣縮性狭心症(VSA)の1例

みやぎ東部循環器科

○菊地 雄一、本多 卓、小野寺勝紀

症例 56歳 男。労作時失神発作にて救急搬送。前兆は前胸部から喉の圧迫感。心電図で前兆の再現と共に2種類のST上昇心電図及びNSVTが記録され、VSAと診断し薬物コントロールと禁煙指導施行。diltiazem, verapamilでは発作をコントロールできず、benidipineが有効。薬物療法後の過換気・寒冷昇圧負荷試験正常。ICD適応も考慮したが、薬物療法にて経過観察。失神の診断・治療ガイドラインではVSAの失神発作に対するアプローチの難しさが記述されている。薬物療法不耐例ではICDの選択枝が提示されているが、個々の症例における選択のタイミングは難しい。近年、VSAに対するCa拮抗薬のclass differenceが注目され、日本のmeta-analysisにてbenidipineの有用性が明らかとされた。同薬が有効で失神の治療に悩んだVSAを経験したので報告する。

43

冠攣縮性狭心症への睡眠時無呼吸症候群の関与に関する検討

東北厚生年金病院 循環器センター 循環器科
○山口 濟、河部 周子、田淵 晴名、山家 実、
山中 多聞、中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明

【目的】冠攣縮性狭心症(VSA)患者における睡眠時無呼吸症候群(SAS)の合併につき検討を行う。【対象】冠動脈造影で有意な動脈硬化性病変を認めず、胸部症状を伴う明らかなST変化を示した、あるいは、アセチルコリン負荷試験で陽性を示した、冠攣縮性狭心症を有する17名(男性10名、女性7名)。【方法】睡眠検査(type3の簡易型検査、または、ポリソムノグラフィー)を実行した。【結果】無呼吸低呼吸指数は、 26.3 ± 19.1 であった。14名がSASを有し、そのうち11名が中等症以上のSASを合併した。SASを合併しない3名は、女性であった。【結語】VSA患者にSASが高率に合併する可能性が示唆された。特に、中等度以上のSAS患者が多かった。女性ではSASを合併しない可能性があり、他の誘因の関与が示唆された。

44

心室細動発症に不整脈基質の関与が考えられた冠攣縮性狭心症の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
○三浦 俊輔、神山 美之、山田 慎哉、水上 浩行、
上岡 正志、小林 淳、鈴木 均、斎藤 修一、
竹石 恭知

50歳台男性。平成20年に胸痛のために近医を受診し、冠動脈に有意狭窄はなく冠攣縮性狭心症疑いにて内服薬を処方されていた。平成22年6月27日朝方に胸痛後に意識消失し救急要請。心室細動のためAEDによる合計6回の除細動を施行され当院搬送となった。入院後に心カテを行い冠攣縮性狭心症と診断し、内服薬の強化を行った後に無症候性の発作がないかホルター心電図を行った。ST変化は認めなかったが、TWAでは夜間にPVCの増加とともに陽性化する所見を認めた。またLPも陽性であり冠攣縮以外の不整脈基質の存在が疑われEPSを行ったところ心室細動が誘発された。心室細動を合併した冠攣縮性狭心症においては、上記のことを考慮してICD植え込みの適応を検討する必要があると考えられ報告する。

45

冠攣縮性狭心症により心室細動をきたしたChurg-Strauss症候群の1例

山形大学 第一内科
○屋代 祥典、二藤部丈司、田村 晴俊、大道寺飛雄馬、
西山 悟史、有本 貴範、高橋 大、宍戸 哲郎、
宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功

症例は30代女性。主訴は胸痛。2003年に気管支喘息、冠攣縮性狭心症として加療開始。2004年1月胸痛後に心肺停止となり蘇生された。2010年3月胸痛頻回にて入院したが、翌朝、胸痛再発し、 $1 \cdot aV_L \cdot V_2-6$ にてST上昇、その後心室細動となり、再び蘇生された。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、左室の全周性壁運動低下を認めた。薬剤抵抗性冠攣縮による心室細動と考え、ICD植え込み術を施行。末血中の好酸球増多、臨床経過、心筋生検・皮膚生検の病理所見よりChurg-Strauss症候群と診断した。プレドニゾロンを開始し、好酸球は正常化し、胸痛発作は消失した。冠攣縮によって心停止を繰り返したと思われるChurg-Strauss症候群を経験したので報告する。

46

甲状腺クリーゼに合併したうつ血性心不全の1例

総合南東北病院
○川村 敬一、永沼和香子、大杉 拓、武藤 満、
小野 正博

症例は35歳男性。両下肢浮腫、呼吸困難で当院を初診した。血圧97/72 mmHg、発汗著明、甲状腺腫を触知した。頻脈性心房細動、心拡大と肺うっ血を認め、心エコーで左室駆出率21%と心機能低下を認めた。甲状腺機能亢進症に伴ううつ血性心不全と診断し同日入院となった。発熱、嘔吐、心不全症状があり甲状腺クリーゼと判断し、無機ヨード、抗甲状腺薬の大量投与、β遮断薬、ステロイドなどにて治療開始した。心不全は改善したが甲状腺コントロールが困難で、抗甲状腺薬の減量ができず甲状腺亜全摘術を行った。その後、状態安定し退院となった。甲状腺クリーゼは致死率の高い疾患であるが、今回早期治療を開始し救命できたので、若干の文献的考察を含め報告する。

47

甲状腺クリーゼに伴う急性循環不全にPCPS(経皮的人工心肺補助装置)が有用であった1例

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科学分野
○肥田 親彦、伊藤 智範、後藤 巖、小室堅太郎、
石川 有、瀬川 利恵、松井 宏樹、菅原 正磨、
長沼雄二郎、房崎 哲也、中村 元行

症例は40歳代男性。平成10年からBasedow病と診断されていたが、治療を自己中止していた。平成22年7月下旬から動悸と全身倦怠感があり当科を受診した。診察時はショック状態で、脈拍140bpm前後の頻脈性心房細動だった。心エコー図検査は駆出率20%で、SVRIの低下も認め、甲状腺クリーゼによる高拍出性心不全の非代償期と考えられた。肺うっ血があり、人工呼吸器管理とした。カテコラミンとIABPを使用するも循環動態は改善せず、入院2時間後にPCPSを装着した。甲状腺クリーゼに対し抗甲状腺薬、ステロイド、ルゴールを投与し、第6病日には循環動態は改善し、PCPSから離脱できた。甲状腺クリーゼによる急性循環不全にPCPSが有効であった1例を経験した。

48

拡張障害型心不全患者の収縮機能の経時的変化

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科
○田丸 貴規、木村 義隆、但木壮一郎、山口 展寛、
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

拡張障害型心不全患者の収縮機能は障害されていることが示唆されている。1989年から2007年に当院にて急性心不全にて入院加療を行った患者のうち無作為に選出された515人のうち、退院後フォローアップの心臓超音波検査を施行している200人の患者を抽出した。EF50%未満の収縮不全患者と、EF50%以上の拡張不全患者の、EF、収縮末期左室容積、一回拍出量を初回検査と最終検査で比較した。収縮不全患者、拡張不全のフォロー期間に有意差はなかった。収縮不全患者では、EF、一回拍出量は有意に増加し、収縮末期左室容積は有意に減少した。拡張不全患者では、EF、一回拍出量は有意に減少し、収縮末期左室容積は有意に増加した。拡張不全患者において収縮機能は経時的に減弱する。

49

心不全の治療中にヘパリン起因性血小板減少症 (HITTS) を発症した1症例

みやぎ県南中核病院

○河本 啓介、富岡 智子、塩入 裕樹、小山 二郎、堀口 聡、井上 寛一

【症例】76歳女性。既往は肥大型心筋症、慢性心房細動。数日前より息切れを自覚し受診し、心房細動によるうっ血性心不全の診断で入院となった。カルペリチド、ヘパリン、フロセミドにてうっ血は改善したが、第8病日に右下肢疼痛と右下腿チアノーゼが出現し、エコーにて右大腿動脈から末梢にかけてびまん性血栓が認められた。他院血管外科へ転院し緊急の Fogarty 血栓除去術が施行され患肢は救済された。その後もヘパリン継続していたが血小板が6万まで低下し、HIT 抗体陽性にて HITTS と診断された。ヘパリン中止しアルガトロン投与にて血小板増加がみられた。この度の急性下肢動脈閉塞は HITTS によるものと考えた。【考察】心不全の治療中に HITTS を発症し急性動脈閉塞をきたした症例を経験したので報告する。

50

組織パルスドプラ法を用いた左室肥大例の心機能評価

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 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、伊藤 宏³

健康者と洞調律で壁運動障害や心室内伝導障害のない左室駆出率の保たれた（左室駆出率>60%）患者を対象とし、大動脈弁僧帽弁線維性結合の組織パルスドプラ波形を記録した。患者群はさらに左室肥大の有無にて2群に分けて比較検討した。S'の後に出現する70msec以上持続する陽性波をV_{IR}と定義した。E'は健康者>左室肥大なし>左室肥大ありの順に有意に低値となった。S'は左室肥大ありで他の2群に比し有意に低値となった。V_{IR}は左室肥大ありで有意に高頻度に認められ、V_{IR}陽性例では陰性例に比しE'、S'とも有意に低値となった。左室肥大例では左室駆出率は保たれている例においても潜在的な左室拡張障害と収縮障害が存在し、またV_{IR}の出現には左室拡張障害と収縮障害が関与していることが示唆された。

51

収縮不全を呈する心不全入院患者における栄養状態の変化

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、杉江 正、二瓶 太郎、川口 朋宏、瀧井 暢、高橋 務子、加藤 敦

【背景】心不全入院中の栄養状態については十分な検討がなされていない。【方法】収縮不全（左室駆出率<50%）を呈する心不全で入院し生存退院した176症例について入院中の栄養状態を検討した。【結果】症例は74±12歳、LVEF33±9%、BNP1170±1102pg/ml、入院日数30±19日だった。入院時アルブミン濃度は3.6±0.5g/dlと維持されていたが、入院後8±10日で最低値3.0±0.5g/dlをとり、減少率は13.8±10.4%だった。退院時には3.5±0.5g/dlと回復が認められた。入院時アルブミン濃度と入院日数に相関はなかったが、アルブミン減少率が大きいほど入院は長期化した(r=0.467, p<0.0001)。アルブミン減少率と入院中の体重減少に有意な相関は認められなかった。【結語】入院中の栄養状態維持が収縮不全による心不全入院期間を短縮させる可能性がある。

52

慢性心不全患者におけるアルブミン尿の測定意義 - 第二次東北慢性心不全登録研究からの報告 -

東北大学 循環器病態学

○三浦 正暢、柴 信行、後岡広太郎、河野 春香、菅谷麻由美、下川 宏明

背景：アルブミン尿 (Ualb) は心血管イベントのリスクとされているが、腎機能は糸球体濾過量 (eGFR) により判定され、Ualb の測定は十分に なされていない。方法：第二次東北慢性心不全研究に登録された症候性心不全症例 (N=1728) を対象とし、尿中アルブミン/クレアチニン比 (Ualb/Cr) と eGFR により G1 (eGFR ≥ 60、Ualb/Cr < 30)、G2 (eGFR ≥ 60、Ualb/Cr ≥ 30)、G3 (eGFR < 60、Ualb/Cr < 30)、G4 (eGFR < 60、Ualb/Cr ≥ 30) に分け慢性心不全 (CHF) における Ualb の測定意義を検討した。結果：全体の年齢は 67.4 ± 12.5 歳、男性は 69% であった。各群に左室機能や β 遮断薬等の使用頻度に差を認めなかったが、G2・G4 では有意に BNP が高く心不全入院歴が多かった。結論：Ualb を伴う CHF は重症度が高い傾向にあり、腎機能評価は eGFR のみならず Ualb を測定する必要がある。

53

心不全地域連携バス導入の試み

みやぎ県南中核病院 循環器科

○小山 二郎、塩入 裕樹、富岡 智子、堀口 聡、井上 寛一

【背景】人口の高齢化により心不全患者は増加しており、各患者者に最適な治療を地域全体でいかに実現するか課題となっている。【目的】かかりつけ医と専門医とのより密接で実効ある連携を行い、地域全体の患者に適切な治療を行うことを目的として心不全地域連携バスの構築を試みた。【方法】当院と各市町の病院・診療所の代表者によるバス作成委員会を結成した。【実際】心不全で退院された際に各診療所へ当院で施行した栄養指導教室、薬剤指導内容をバス用紙に添付し診療所に情報を提供した。診療所医師が使いやすく患者にも理解が容易なバスにするため、身体所見、検査結果、投薬内容等が一枚の紙に記載されるように工夫した。【成果】バスの内容や仕組みについてはおおむね地域に受け入れられた。

54

同時期に心不全で発症した拡張型心筋症の双生児姉妹

¹ 福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座、

² 南相馬市立総合病院

○三阪 智史¹、義久 精臣¹、水上 浩行¹、佐藤 崇匡¹、小林 淳¹、八巻 尚洋¹、杉本 浩一¹、国井 浩行¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、竹石 恭知¹、鈴木 史雄²

同時期に心不全で発症した拡張型心筋症の双生児姉妹を経験した。症例は40代姉妹。妹は幼少期から内臓逆位を指摘、2009年2月より呼吸苦が出現、うっ血性心不全の診断で入院。心エコー上全周性の左室壁運動低下 (EF=33%) を認め、心臓カテーテル検査にて冠動脈に有意狭窄を認めず、心筋生検を施行し、拡張型心筋症と診断した。姉は2009年7月から呼吸苦を認め、うっ血性心不全の診断で入院。心エコー及び心臓カテーテル検査所見は、内臓逆位である妹のミラーイメージを呈しており、妹と同様に拡張型心筋症と診断した。姉妹とも標準的薬物療法が奏効し、心不全は安定して経過している。興味深いことに姉妹は生直後から別々の環境で成長しており、拡張型心筋症による心不全発症に遺伝的因子の関与が大きいと考えられ、文献的考察も含め報告する。

55

Brugada 型心電図を伴う特発性右室流出路起原心室性不整脈

仙台市立病院 循環器科

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

背景：Brugada 症候群の致死性不整脈の trigger は右室流出路 (RVOT) 起原の心室性不整脈 (VA) が多いとされているが実臨床では稀である。特発性 RVOT-VA に Brugada 型心電図を合併した頻度と特徴を調べた。方法と結果：カテーテルアブレーション (CA) を実施した連続 122 例の特発性 RVOT-VA のうち 3 例 (2.5%, 53 ± 7 歳、男性 2 名) に Type2-Brugada 心電図を認めた。全例心室細動 (VF)、失神、家族歴を認めず、ピルジカナイド負荷で Type1 への移行は認めなかった。CA は全例で成功したが、1 例は CA 中に VF をきたし、他の 1 例で持続性心室頻拍が誘発された。結論：特発性 RVOT-VA 症例の Brugada 型心電図合併は稀であるが、その不整脈源性は一般的症例と異なる可能性がある。

56

左室乳頭筋起源と考えられた頻発性心室性期外収縮に対して RFCA を施行した 1 例

東北大学 循環器病態学

○中野 誠、福田 浩二、若山 裕司、近藤 正輝、
長谷部雄飛、下川 宏明

症例は 58 歳男性、特記すべき既往歴なし。健診で不整脈を指摘され、近医受診。ホルター心電図上、PVC 多発、心エコーで左室拡大、収縮力低下を認め、DCM の診断で β 遮断薬導入。その後も PVC 減少なく、左室拡大傾向を認め、加療目的に当科紹介。心臓カテーテル検査にて冠動脈に有意狭窄なし。頻発性 PVC も心機能低下の一因と考えられ、RFCA 施行。PVC は monoform で、RBBB type、下方軸、rS in V6 で左室起源と考えられた。CARTO 上、左室基部前壁が最早であり、LV 内腔の前乳頭筋上で QRS に 52msec 先行する prepotential を認めた。同部位での通電にて PVC は消失した。今回、左室乳頭筋起源と考えられた PVC を経験したので報告する。

57

ベプリジルによる QT 延長から Vf を来した 1 例

山形県立中央病院 循環器内科

○宮下 武彦、福井 昭男、安藤 薫、会田 敏、
本多 勇希、青木 竜男、高橋 克明、高橋健太郎、
玉田 芳明、松井 幹之、友保 友保、後藤 敏和

【症例】70 歳代、女性。【主訴】意識消失発作。【既往歴】af に対し 2009 年 10 月からベプリジル 100mg 内服中。【現病歴】2010 年 4 月早期胃癌に対する内視鏡下粘膜下層剥離術目的に当院へ入院。翌日、同手術施行。一週間後の GTF で経過良好なため、退院しようとして自家用車に乗車した際に突然意識消失。すぐに救命センターに搬送。モニター上 Vf であり、DC360J で自己心拍再開。薬剤性 QT 延長に伴う Tdp・Vf を疑った。抗不整脈薬は全て中止するも QT 延長は一週間以上持続したため、ICD 移植術を施行。発作性頻脈性 af に対して ICD が誤作動を繰り返したため、房室結節のアブレーションを追加。以後、イベントなく経過している。当院における外来でのベプリジル内服患者の検討を踏まえて考察する。

58

Vf 発作を繰り返し、trigger となる VPC に対し RFCA が有効であった心筋炎の 1 例

岩手県立胆沢病院 内科

○菊池 彩、八木 卓也、小野瀬剛生、平野 道基、
野崎 哲司、中川 誠

【症例】78 歳、男性。自宅にて突然前胸部圧迫感が生じ、2 日後眩暈、全身倦怠感、熱感が生じたため当院救急外来受診。軽度の心筋逸脱酵素の上昇と突然の完全左脚ブロックを認め、精査加療目的に入院となった。入院後経過は良好であり、第 11 病日に施行した心臓カテーテル検査では、冠動脈に有意狭窄はなく、左室壁運動も正常であった。第 12 病日 focal な心室性期外収縮 (VPC) を trigger とする心室細動 (Vf) が多発した。アミオダロンも奏功せず、第 14 病日 trigger となる VPC に対して高周波カテーテルアブレーション (RFCA) を施行。術後より Vf は認められなくなった。心筋炎回復期に Vf 発作を繰り返し、RFCA が有効であった 1 症例を経験したので、報告する。

59

カテーテルアブレーション翌日に根治が得られた反復性心室頻拍の 1 例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○上岡 正志、神山 美之、山田 慎哉、益田 淳朗、
待井 宏文、上北 洋徳、中里 和彦、鈴木 均、
斎藤 修一、竹石 恭知

症例は 50 歳代女性。検診にて左脚ブロック下方軸偏位を示す反復性の非持続性心室頻拍を指摘され、当院へ紹介となった。ホルター心電図にて心室性期外収縮を 1 日 59000 回認め、加療目的に入院となった。心エコーでは左室壁運動は正常であり、有意な弁膜症は認めなかった。冠動脈造影では左右冠動脈の狭窄は認めず、器質的心疾患は無かった。肺動脈弁上にて perfect pace map を認めたため同部位へ通電を行ったが、治療効果は一時的であった。引き続き右室流出路中隔側、大動脈弁上の至適部位に通電を行ったが、根治に至らなかった。しかしながら翌日より心室性期外収縮の消失を認め、その後も再発しなかった。術直後は不成功と思われたが、時間を置くことで心室頻拍が消失した点において興味深い症例であり報告する。

60

心室内伝導障害による心不全の悪化、ならびに ICD 作動が得られなかった持続性心室頻拍の 1 例

(財) 太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター

○財原 隆大、武田 寛人、山内 宏之、金澤 晃子、
石田 悟朗、遠藤 教子、新妻 健夫、小松 宣夫

症例は 70 歳代、男性。心筋症、持続性心室頻拍のため ICD 植込術を施行されていた。平成 19 年 8 月、平成 21 年 2 月心室頻拍をアブレーションにて加療、以後 ICD 作動なく経過。平成 22 年 6 月、食欲不振と腹部膨満を主訴に受診。123 bpm、右脚ブロックパターン、上方軸の持続性心室頻拍が 3 ~ 4 日間持続していた。以後、軽労作にても息切れを強く自覚し、入院。BNP1958.8pg/ml。頻拍は心室刺激にて容易に誘発され、electroanatomical mapping では左室下壁の一カ所から興奮が伝播していく focal pattern を示した。最早期興奮部位で concealed entrainment が得られ、同部からの 1 回の通電で頻拍は停止し、以後誘発不能となった。左室内には高度の伝導障害を認め、ICD を CRTD に upgrade することにより、1 週間で BNP は 722.9pg/ml に低下し自覚症状も改善した。

61

左側中隔に副伝導路を認めた1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

54歳女性。発作性心房細動のアブレーション目的に当科紹介。肺静脈隔離術を行ったが、HR180/minのnarrow QRS頻拍も認め、これに対しEPSを行った。心室刺激時の最早期心房興奮部位はCS中間部であり、減衰伝導は呈さず、副伝導路の伝導と考えられた。頻拍中の心房興奮順序は心室刺激時のものと同一であり、頻拍中のHis束が不応期の際の心室単発刺激で頻拍のresetを認め、この頻拍は房室回帰性頻拍と診断した。経中隔アプローチで心室刺激中に僧帽弁輪をマッピングしたところ、中隔側のCS開口部よりもやや前方でVAの近接した電位が記録され、通電によりVAブロックとなった。同部位の洞調律中の電位はAsp様であり通電部位は左中側中隔と考えられた。左側中隔の副伝導路は極めて稀であると考えられ報告する。

62

RR alternanceを伴うwide QRS tachycardiaを認めた顕性WPW症候群の1例

岩手医科大学 循環器腎内分泌内科分野

○小澤 真人、小松 隆、橘 英明、佐藤 嘉洋、
棚田 房紀、中村 元行

症例は56歳男性。主訴は動悸。心電図検診でWPW症候群を指摘され、近医ホルター心電図で、心拍数153/分のRR alternanceを伴うwide QRS tachycardiaを認め当院紹介。電気生理学的検査では左室側壁を順行するKent束を認め、連結期310msecの心房早期刺激法にてQRS波形が洞調律時のデルタ波極性に一致し、いずれもHis束A波を逆行性最早期興奮部位とする368msec(N)と498msec(N+1)の頻拍周期を交互に繰り返すwide QRS tachycardiaを認めた。頻拍中のVA間隔は186msec(N),284msec(N+1)と交互に変化した。AV間隔は190msecとほぼ一定であった。比較的稀な症例と思われ、若干の文献学的考察を加えて報告する。

63

SVCを起源とする心房細動の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

症例は59歳女性。薬剤抵抗性の心房細動に対し2009年10月肺静脈隔離術を施行後、心房細動が再発したため2010年8月再度アブレーションを施行した。RIPVのみ伝導再開が認められ通電にて隔離に成功し、4本の肺静脈隔離を確認した。その後、isoproterenolを負荷し誘発を試みると臨床的に認められた頻拍が出現した。最早期部位はSVC遠位側であり、lassoカテーテルを2本上下にSVC内に留置すると遠位側から近位側にかけてSVC内での伝導ブロックが認められさらにSVCでの頻拍が2:1伝導で右房に伝播している所見であった。SVCの造影施行後通電を行い、数回の通電にてSVC頻拍は持続しているものの心房細動は停止し洞調律となった。SVC前壁側の通電でSVC頻拍も停止し以後頻拍は誘発されず、術後の経過も良好である。

64

CARTO-Mergeを指標として食道を避けた肺静脈隔離術は、食道障害を回避し得るか

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

【背景】左房食道瘻は心房細動アブレーションの致命的な合併症である。CARTO-Mergeは食道のCT像の表示が可能であるが、リアルタイムの食道位置を反映していない可能性がある。【目的】CARTO-Mergeを指標として食道への通電を避けて肺静脈隔離術(PVI)を施行した場合の食道障害の有無を評価する。【方法】対象はPVIを施行した21例。PVI2日前にCTは撮影した。CARTO-Mergeで食道のCT画像を表示してPVIを行った。左房後壁での通電はイリゲーションカテーテルで25W、15-20秒を上限とし、表示された食道から2mm以上離して施行した。2日後に上部消化管内視鏡を行った。【結果】全例で食道に異常所見を認めなかった。【結論】CARTO-Mergeを指標としたPVIは、食道障害回避のための簡便で有効な方法である。

65

心房細動のカテーテルアブレーション：当科における初期連続50例の検討

山形大学医学部 第一内科

○有本 貴範、二藤部丈司、沓沢 大輔、高橋 大、
穴戸 哲郎、宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功

当院では2007年2月から心房細動に対するカテーテルアブレーションを開始し、2010年8月までに50例を経験した。これまでの手技や治療成績をまとめ、今後の課題も含めて検討した。症例は58±9歳(37-73歳)、発作性心房細動45例(90%)だった。CARTOガイドのアブレーションを行い、肺静脈隔離は49例で成功、1例は部分隔離で終了した。1例で心タンポナーデを合併した。7例で観察期間中(中央値8ヶ月、0.5-33ヶ月)に2回目のアブレーションを行った。Irrigationカテーテル導入時や連続焼灼法の採用時に、手技時間が短縮し、初めの10例と比較して最近の10例では、手技時間(430±88min vs.209±50min)と透視時間(214±60min vs.88±18min)が短縮した。経験数による手技の安定は重要であり、また今後もより高い安全性と成功率を目指す工夫が必要である。

66

診断に苦慮した通常型心房粗動アブレーション後再発の1例

東北大学 循環器病態学

○若山 裕司、福田 浩二、近藤 正輝、中野 誠、
下川 宏明

【症例】62歳、男性。【既往歴】頻拍性心房粗動(AFL)による心不全、アブレーションにて右房解剖学的峡部(CTI)ブロックライン作成。【現病歴】H22年7月薬剤抵抗性心房細動に対するアブレーション目的に入院。【経過】double Lasso法で左右肺静脈拡大隔離術を施行。イソプロテレノール下心房ペーシングにてAFLが誘発された。CTI伝導再発を疑うも、冠静脈ペーシングでの三尖弁輪興奮パターン及び右房自由壁ペーシングから冠静脈入口部までの伝導時間の検討からは否定的だった。詳細な検討ではAFLは通常型AFLであったが、冠静脈入口部とCTI間の伝導ブロックを認めた。CTI中隔側に留置したカテーテルからのペーシングでCTI伝導再発が顕在化し、CTI追加焼灼でブロックライン作成。【結論】CTIブロックラインの確認は慎重に行う必要がある。

67

心房粗動治療における catheter selection

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、佐藤 英二、櫻本万治郎

心房粗動治療において conventional な 4mm-tip と比べ 8mm-tip と irrigation の有効性は報告されているが、両者を比較した報告は少ない。今回心房粗動患者 55 人に対し、8mm-tip (n=40)・irrigation (n=15) を比較し検討した。全例で両方向性ブロックが得られ、irrigation 群では 5 例で 8mm-tip への移行を要した。アブレーション時間に関して両群で有意差を認めなかったが (667 ± 347s vs 572 ± 374s, respectively, p=ns)、Cavotricuspid isthmus morphology 別に比べると straight type では有意差を持って 8mm-tip 群でアブレーション時間が短縮した (359 ± 270s vs 460 ± 431s, respectively, p < 0.05)。心房粗動治療において irrigation・8mm-tip カテーテルとも効果的であるが、straight type に関しては 8mm-tip の方がより効果的である。

68

繰り返す上室性頻拍に対するカテーテルアブレーションが心機能改善に有効であった拡張型心筋症の 1 例

¹ 東北大学病院 卒後研修センター、

² 東北大学 循環器病態学

○瀬川 将人¹、福田 浩二²、若山 裕司²、中野 誠²、
近藤 正輝²、長谷部雄飛²、下川 宏明²

【症例】23 歳、男性。【現病歴】平成 21 年 12 月末より、心窩部不快感・下腹部膨満感が出現。前医にて心エコー上 LVDd 75mm、LVEF 12% と著明な心拡大と低左心機能を確認、拡張型心筋症を疑われ紹介入院となる。入院時より心拍数 120-160bpm の繰り返す上室性頻拍発作を認め、頻拍に対してカテーテルアブレーションを施行。冠状静脈洞入口部を起源とする心房頻拍と診断、同部位への通電で治療に成功した。心機能の正常化までは至っていないが、頻拍治療 6 ヶ月経過時点で LVD d 51mm, LVEF 30% に改善を認めている。【考察】心機能改善にカテーテルアブレーションによる頻拍治療が有効であった拡張型心筋症を経験した。その病因としては特発性と頻拍誘発性の 2 つの可能性が考えられ、慎重に経過観察中である。

69

カテーテルアブレーションにより根治しえた洞結節リエントリー性頻拍の 1 例

¹ 仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器科、

² 仙台市立病院 循環器科

○金子 海彦¹、森 俊平¹、滝澤 要¹、井上 直人¹、
目黒泰一郎¹、八木 哲夫²

症例は 62 歳、女性。2 ヶ月前より動悸があり、HR144, narrow QRS tachycardia を認めた。心臓電気生理検査を行い、頻拍中の最早期心房興奮は高位右房 (HRA) で認め、頻拍中に室房解離を認めた。slow pathway を介する逆伝導を認めたが、頻拍中の心房興奮順序とは異なっていた。頻拍中の心房興奮順序は洞調律中と一致していた。頻拍中に HRA, および冠状静脈洞入口部 (CS os) からのペーシングにより、entrainment、および inverse relationship を認め、post pacing interval は CS os よりも HRA からの方が短かった。洞結節リエントリー性頻拍と診断し、頻拍中に右房後側壁で P 波より 10msec 先行した fractionated potential を認め、通電により頻拍が停止し、25W, 90 秒間通電した。その後、頻拍の根治が得られ、また洞結節回復時間も変化がなかった。

70

治療に難渋した ICD リード感染症の 1 例

東北大学 循環器病態学

○近藤 正輝、中野 誠、若山 裕司、福田 浩二、
下川 宏明

症例は 46 歳男性。既往歴は 18 歳で大動脈縮窄症根治術及び二尖弁に対し大動脈弁置換術施行。心室頻拍を発症し 2006 年 7 月 ICD 植え込み術施行。左上大静脈遺残のため右側から挿入した。その後、2007 年 5 月に創部感染あり。デブリードマン施行も改善せず、9 月に ICD 本体を摘出。創部治癒後左側より再植え込み術施行した。2009 年 12 月頃より、夜間発汗・微熱が出現。デバイス感染が疑われ入院。心エコーで ICD リードに一致した約 20mm 大の疣贅を認め、血液培養からグラム陰性桿菌 (Ralstonia pickettii) が検出され、ICD リード感染症と診断した。抗生剤投与による感染コントロール後、外科的にシステム全除去術を施行した。デバイス感染を繰り返し治療に難渋した一例を経験したので報告する。

71

メンタルストレスと運動により失神発作を繰り返した QT 延長症候群の 1 例

岩手県立中部病院 循環器内科

○芳沢 礼佑、織笠 俊樹、西澤 健吾、永野 雅英、
齊藤 秀典、八子多賀志

症例は 17 才女性。12 歳からストレスを自覚しており、その頃から数えきれない程失神を繰り返していた。平成 22 年 4 月 4 日縄跳び中に突然胸部圧迫感を自覚した後 CPA 状態となった。直ちに bystander による CPR が開始され、AED にて除細動施行後当院へ救急搬送された。除細動前後のモニター心電図上 Torsade de pointes (TdP) を認め、非発作時の心電図で著明な QT 延長を認めた。QT 延長の原因となる家族歴、電解質異常、服用歴は認めないため、病歴と T 波の形状から先天性 QT 延長症候群 1 型と診断し運動制限と β-blocker にて治療開始した。6 月 15 日植え込み型除細動器 (ICD) 埋込み術を施行した。メンタルストレスと運動により失神発作を繰り返した QT 延長症候群の 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

72

Brugada 症候群に対して一時予防で装着した植え込み型除細動器が作動した 1 例

岩手県立中央病院 循環器科

○坂本 翼、福井 重文、中村 明浩、齊藤 大樹、
佐藤謙二郎、工藤 俊、佐竹 洋之、高田 剛史、
遠藤 秀晃、花田 晃一、高橋 徹、野崎 英二、
田巻 健治

【症例】30 代男性【主訴】心電図異常【既往歴】特記事項なし。【家族歴】父親が心疾患で内服治療中。【現病歴】生来健康であったが検診で心電図異常を指摘され当科初診となる。自覚症状は特になし。【経過】心電図上不完全右脚ブロック、V1 ~ V3 で coved type の ST 上昇を認めた。これより Brugada 症候群を疑い EPS を行ったところ 230-210-210 の 3 連刺激で Vf が誘発され、Brugada 症候群 type 1 と診断し Vf の予防的に ICD 植込み術を施行した。その 3 年後就寝中に Vf が出現し、ICD が適切作動し除細動されていたことが判明した。【結語】無症候性の Brugada 症候群に対して一時予防で植え込んだ ICD が適切に作動した一例を経験した。本症例は診療ガイドラインではクラス 2b であったが、ICD の植え込みの効果が実際に確認された貴重な症例であったと考えられる。

73

Vf storm に対し PCPS を施行することで救命が可能であった急性心筋梗塞の 1 例

東北厚生年金病院 循環器センター

○久保田文恵、山中 多聞、河部 周子、田淵 晴名、山口 濟、山家 実、中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明

50 歳代男性。2010 年 8 月上旬より断続的に胸痛あり近医を受診し当院に救急搬送となる。ECG にて II,III,aVF の ST 上昇を認め急性心筋梗塞の診断で緊急 CAG 目的に心カテ室に入室した。体外式ペースメーカー挿入直後から Vf storm となり、繰り返しの電氣的除細動、アミオダロン投与でもコントロール不能であったため、CPR を継続しつつ PCPS を開始した。その後 Vf はコントロールされ、引き続き行った CAG にて #1 の 100%閉塞を認め血栓吸引後、ステントを留置した。翌日には PCPS より離脱し、リハビリテーションは順調に進行、神経学的異常なく社会復帰可能となった。Vf storm に対し PCPS を施行することで救命が可能であった急性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。

74

炭酸水素ナトリウム投与により房室伝導が回復したピルジカイド中毒の 1 例

岩手県立磐井病院 循環器科、

○大坂 英通、盛川 宗考、鈴木 修、小野寺洋幸、中村 紳

ピルジカイド中毒 (pil) でペースング (PM) 不全、ショック例に炭酸水素ナトリウム (HSB) 投与後心電図異常が回復した症例を報告する。85 歳女性、洞不全症候群と頻脈性心房細動の診断でペースメーカ (AAI80)、β遮断薬とピルジカイド (pil) で加療中であった。2009 年 6 月 4 日失神を主訴に救急搬送され当院受診。初診時意識清明、血圧 50/32、脈拍 70/分、モニター波形は PM 不全と wideQRS。直ちに一時的 PM を留置したが PM 不全。腎不全で Pil 濃度上昇が原因と考え HSB 投与し、直後に PM リズムに回復、房室伝導と QRS 幅も回復した。若干の考察を加え報告する。

75

DC ショック抵抗性の心室細動が長時間持続したトリカプト中毒の 1 例

¹ 弘前大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

² 弘前大学医学部附属病院 高度救命救急センター

³ 弘前大学医学部附属病院 循環呼吸腎臓内科

○坪井堅太郎¹、越前 崇²、花田 裕之²、奥村 謙³

50 歳代、女性。胸苦を訴え前医を早朝に救急受診、心室頻拍 (VT) と心室細動 (VF) が繰り返し認められた。前日の夕方頃に自殺目的で自宅庭のトリカプトの根を摂取したことが判明し、当院へ搬送された。DC ショック抵抗性でアミオダロン、フェニトインも効果が無く、PCPS + IABP にて補助循環を行った。約 7 時間に渡り DC ショック抵抗性の VF が継続。約 8 時間後、硫酸マグネシウム投与下の DC ショック後に数拍の洞調律と TdP を繰り返し、約 12 時間継続後、自然に洞調律となった。心筋 stunning とみられるび慢性の左室壁運動低下が認められたが、徐々に回復して第 4 病日に PCPS、IABP を抜去。神経学的問題なく第 6 病日に退院した。VT/VF が長時間持続しても心筋収縮は回復可能である。トリカプト中毒には十分な補助循環による管理が重要と考えられた。

76

経口腸管洗浄剤服用を契機にたこつば型心筋症を発症した 1 例

仙台市医療センター 仙台オープン病院 循環器内科

○二瓶 太郎、杉江 正、川口 朋宏、瀧井 暢、高橋 務子、浪打 成人、加藤 敦、

82 歳男性。既往歴は MobitzII 型 II 度房室ブロックで恒久的心臓ペースメーカー植込み後。平成 22 年 3 月 30 日全大腸内視鏡検査施行前に、自宅で経口腸管洗浄剤を服用した。その後前胸部の重苦感が出現し来院時まで持続した。心電図はペースング下だったが胸部誘導で ST 上昇を認めた。TroponinI、CK-MB が陽性であり、急性冠症候群を疑い緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈に有意狭窄は認めず、左室造影では心尖部の無収縮と基部の過収縮を認めたため、たこつば型心筋症と診断した。4 月 30 日に施行した心臓カテーテル検査では心尖部壁運動の改善を認め、冠動脈造影時に行ったアセチルコリン負荷試験は陰性だった。経口腸管洗浄剤服用後にたこつば型心筋症を発症した稀な一例を経験したので報告する。

77

心サルコイドーシスによる高度房室ブロックに対しステロイドが著効し、ペースメーカー植込を回避し得た 1 例

¹ 大崎市民病院 循環器科、² 大崎市民病院 病理診断科

○神戸 茂雄¹、岩淵 薫¹、竹内 雅治¹、矢作 浩一¹、高橋 望¹、牛込 亮一¹、平本 哲也¹、坂元 和宏²

70 歳代女性。2 年前に肺サルコイドーシスと診断された。頭重感と労作時息切れを主訴に近医受診し、心電図で高度房室ブロックを認めたため、当科紹介された。心エコーで心室中隔基部の菲薄化、Gd 造影心臓 MRI で心室中隔基部などの中層に帯状の遅延造影像、血清 ACE および sIL-2R の高値、ツ反陰性。Ga シンチ、心筋生検では特異的所見なし。心サルコイドーシスによる高度房室ブロックと診断したが、ペースメーカー植込は同意が得られず、プレドニゾン 60mg 隔日投与を開始した。翌日より房室伝導の改善を認め、維持量まで漸減可能であった。血清 ACE 値と sIL-2R も正常化した。ステロイドが著効し恒久型ペースメーカー植込を回避し得た心サルコイドーシス例を経験し、病勢マーカーとして血清 ACE 値および sIL-2R が有用であったので、報告する。

78

electrical storm を来したたこつば型心筋症の 1 例

岩手県立中央病院 循環器科

○佐藤謙二郎、工藤 俊、佐竹 洋之、高田 剛史、福井 重文、遠藤 秀晃、花田 晃一、高橋 徹、中村 明浩、野崎 英二、田巻 健治

症例は 80 歳代女性。平成 14 年に僧房弁置換術および三尖弁形成術を施行した。平成 16 年に意識消失を伴う VT を来たすとともに QT 時間の延長を認めたため、ICD の植え込みを勧められていたが拒否していた。平成 22 年 6 月下旬に感冒様症状と前胸部痛を認め、心臓カテーテル検査によりたこつば型心筋症の診断となった。入院日に薬物抵抗性の持続性 VT が出現し、Tdp から VF となった。DC を施行するも electrical storm の状態を呈したため、一時的ペースメーカーを留置して頻回ペースングを行ったが、留置後 3 週間を経て VT が出現することから ICD 植え込み術を行った。植え込み後は ICD の作動もなく良好に経過している。

79

一過性左室流出路狭窄により、意識消失を生じた1例

山形市立病院 済生館

○狩野 峻子、伊藤 誠、中田 茂和、宮脇 洋

症例は64歳女性。高血圧・狭心症疑いで近医通院中。数日前から心窩部不快感・嘔気を訴えていた。動悸に対し硝酸薬内服した10分後、意識消失状態で発見され救急要請。到着時は胸痛を訴え、4LSB中心に振戦を伴う収縮期駆出性心雑音を聴取。UCGで左室壁運動良好だが、S字状中隔を認め、左室流出路圧較差(LVOTPG)200mmHg超とHOCM様の病態を呈していた。β遮断薬静注で胸痛と心雑音は軽減。翌日のUCGではLVOTPG 237mmHgと高値であったが、β遮断薬内服を継続し胸痛消失、第12病日にLVOTPG 77mmHgで退院した。外来で治療継続し、1ヶ月後には心雑音、LVOTPGは改善した。第10病日のBMIPP心筋シンチでは側後壁の脂肪酸代謝異常を認めたが、3ヶ月後には著明な改善をみた。一過性に高度左室流出路狭窄を生じたS字状中隔の一例を報告する。

80

心尖部に巨大な血栓を認めたたこつぼ型心筋症の1例

山形県立中央病院 内科

○安藤 薫、福井 昭男、会田 敏、本多 勇希、青木 竜男、宮下 武彦、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

症例は70歳台の女性。主訴は心窩部～臍周囲痛。心電図上V3-5でST上昇を認め、心臓超音波検査で心尖部の壁運動低下を認めた。緊急心臓カテーテル検査を施行したところ、冠動脈に有意狭窄はなく、左室造影で心尖部の dyskinesis を認めたため、たこつぼ型心筋症の診断で入院となった。第3病日に血小板の減少を認め、心臓超音波検査で心尖部に巨大な血栓を認めた。heparin 起因性血小板減少症(以下HIT)の関与も考え、argatroban と warfarin による抗凝固療法を開始し、1週間の投与で血栓は消失した。結果的にHeparin-PF4 複合体抗体は陰性であり、HITは否定されたが、たこつぼ型心筋症に合併した心尖部巨大血栓に対し argatroban が有効であった1例を経験したので報告する。

81

心肺蘇生後に逆タコツボ様左室壁運動を呈し、急速に心機能低下・回復した1例

山形県立中央病院 内科

○會田 敏、安藤 薫、本多 勇希、青木 竜男、高橋 克明、宮下 武彦、高橋健太郎、玉田 芳明、福井 昭男、松井 幹之、矢作 友保、後藤 敏和

症例は50歳代男性。本年7月、他院の廊下で倒れているのを発見され直ちに心肺蘇生を受けた。心室細動に対し除細動施行後、当院へ救急搬送された。緊急冠動脈造影では#3に75%狭窄を認めるのみであったが、左室造影で心基部の壁運動低下と心尖部過収縮を認めた。CCUへ入室後急激に血圧が低下しPCPSを導入した。心エコー上左室はほぼ無収縮となっていたが、比較的速やかに回復し3日後にPCPSを離脱、左室壁運動異常を残さず回復した。慢性期のエルゴノピン負荷により冠攣縮が誘発され、心室細動に至った原因が示唆された。ICD移植術を施行し、退院。心室細動からの蘇生後に冠攣縮性狭心症だけでは説明がつかない急速な心機能低下が進行したが、早期のPCPS導入により速やかに改善した一例を経験したので報告する。

82

心臓MRIでフォローし得たたこつぼ型心筋症の1例

町立羽後病院 内科

○渡邊 健、安田 修、松田 健一

症例は79歳女性。2010年5月27日に夫が心筋梗塞で入院してから強いストレスがあり、食欲不振、夜間不眠が続いていた。その後、症状改善なく6月14日に当院を受診。心電図でV1～V6誘導でST上昇、血液生化学検査で心筋逸脱酵素の上昇、さらに心臓超音波検査で心尖部寄りの全周性の心収縮異常を認めたため、心筋梗塞の疑いで入院。6月16日施行の心臓カテーテル検査で冠動脈に有意狭窄を認めず、左室造影で心尖部の壁運動低下及び心基部の過収縮を認め、たこつぼ型心筋症と診断した。心筋性状評価の目的で6月24日、8月6日に心臓MRIを施行。その結果、シネMRIで左室収縮能は改善を認めたが、遅延造影で心尖部寄りの心筋の造影効果が残存していた。心臓MRIでフォローし得たたこつぼ型心筋症を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

83

日本人の心血管疾患における弁機能障害の予後に対する影響度：CHART-2研究より

¹ 東北大学 循環器病態学

² 東北大学 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、菅谷麻由美²、下川 宏明¹

背景 弁機能障害 (valvular dysfunction; VD) の予後に対する影響度は未だ十分検討されていない。方法 第二次東北慢性心不全登録研究の10219例から弁手術後の症例566例を除外した9653例を対象とした。VDを有する群の臨床的特徴と予後を多変量Cox比例ハザードモデルを用いて解析した。結果 平均年齢は68.2歳で男性は71%を占めた。有病率は僧帽弁閉鎖不全症(5.3%)、大動脈閉鎖不全症(3.6%)、大動脈狭窄症(2.2%)、僧帽弁狭窄症(0.5%)であった。VDを持つ症例は持たない症例と比較し高齢(71.7 ± 12.1 vs. 67.6 ± 12.1)で女性の割合が高かった(45.6% vs. 26.6%)。CoxモデルではVDの有無のハザード比は1.36(1.07-1.72)と全死亡に関連した。結論 VDに対する有効な治療戦略が求められている。

84

仙台厚生病院における経皮的動脈弁形成術の短期成績

仙台厚生病院 循環器科

○多田 憲生、大友 達志、密岡 幹夫、滝澤 要、鈴木 健之、森 俊平、櫻井 美恵、金子 海彦、武蔵 美保、上村 直、井上 直人、目黒泰一郎

【背景】PARTNER trialの結果をうけて重症大動脈弁狭窄症に対するカテーテル治療は今後発展していくことが予想される【目的】当院にて経皮的動脈弁形成術(PTAV)を施行した9例の成績を検討する【方法、結果】2010年7月から9月までに外科的大動脈弁置換術がハイリスクと考えられた有症状の重症大動脈弁狭窄症9例に対してPTAVを施行した。平均年齢は80.4歳、平均大動脈弁口面積(AVA)は0.55cm²だった。全例に対して手技の成功を認め重症合併症は一例も認めなかった。術後平均大動脈弁口面積0.86cm²と良好な弁の拡張を認めた。術後30日死亡率は0%であった。【結語】当院にて施行されたPTAVは良好な短期成績を認めたが、更なる症例の検討、長期成績のフォローが必要である。

85

完全血行再建後、僧帽弁形成術を要した虚血性心筋症の1例

¹総合南東北病院 循環器内科、
²総合南東北病院 心臓血管外科
○永沼和香子¹、川村 敬一¹、大杉 拓¹、武藤 満¹、
小野 正博¹、高野 隆志²、緑川 博文²、菅野 恵²

症例は50歳代男性。2009年4月急性心筋梗塞を発症、緊急冠動脈造影にて左前下行枝近位部での完全閉塞と、右冠動脈入口部での慢性完全閉塞(CTO)が認められた。左前下行枝に対し経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行。1ヶ月後の慢性期に右冠動脈のCTOに対しPCIを試みるも不成功。同年10月逆行性アプローチにて右冠動脈の血行再建に成功した。しかし僧帽弁閉鎖不全症と心房細動を併発し徐々に心不全が増悪。2010年4月冠動脈造影では再狭窄なし。左室造影にてEF 20%、僧帽弁逆流3度であり手術適応と判断。同年6月僧帽弁輪縫縮術、三尖弁輪縫縮術、メイズ手術を施行した。術後経過は良好で、現在NYHA 1で外来通院中である。虚血性心筋症による僧帽弁閉鎖不全症症例について、適応や手術時期など若干の文献的考察も含め報告する。

86

経皮的動脈弁形成術(PTAV)を施行した高齢者の重症動脈弁狭窄症例

¹岩手県立中央病院、²池上総合病院
○工藤 俊¹、佐竹 洋之¹、高田 剛史¹、福井 重文¹、
遠藤 秀晃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、葉山 泰史²、坂田 芳人²

症例は80歳代女性。慢性腎不全のため40年来血液透析中であった。2年前にうっ血性心不全のため当科に入院し、重症動脈弁狭窄症(AS)と診断された。手術は希望せず保存的に加療されていたが、ASによる透析困難が出現したため、PTAV目的に当科へ再入院となった。
ブロッケンブロー法による順行性アプローチにて動脈弁にワイヤーを通過させた後、Inoue balloonにて動脈弁拡張を行った。最大圧格差は82mmHgから12mmHg、弁口面積は0.38cm²から1.98cm²へと改善が得られた。その後、経胸壁心エコーでは約2週間の経過で徐々に圧格差が再上昇したものの、透析困難は生じなくなった。今回我々は手術困難な高齢者の重症動脈弁狭窄症例に対するPTAVを経験したので報告する。

87

心エコー検査にて疑われた左側心膜完全欠損症の2例

東北厚生年金病院 循環器センター
○河部 周子、菅原 重生、中野 陽夫、山中 多間、
山家 実、山口 濟、田淵 晴名、片平 美明

【症例1】65歳女性。健診の心電図にて著明な軸偏位を指摘され近医受診、胸部単純X線写真上肺動脈拡大あり、精査目的に当院紹介され受診となる。【症例2】18歳女性。感冒症状にて近医受診した際、胸部X線写真上心拡大を指摘され、精査目的に当院紹介され受診となる。2例共に、心エコー上左側臥位では心臓が左背方に落ち込み、右室内腔の拡大が認められた。また心室中隔の奇異性運動、左室後壁の過剰運動も認め、右側臥位ではこれらの所見が消失し、左側心膜欠損症が疑われた。心臓CT、MRIでは背臥位にて心臓の左方偏位、左側臥位にて著明な偏位増強を認めた。また広範囲に左側心膜の欠損を認め、左側心膜完全欠損症と診断された。【結語】心エコー検査で疑われた左側心膜完全欠損症の2例を経験したので報告する。

88

Ebstein 奇形に合併した stretched foramen ovale の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
○清水 竹史、小林 淳、水上 浩行、義久 精臣、
杉本 浩一、国井 浩行、高野 真澄、鈴木 均、
斎藤 修一、竹石 恭知

30歳女性。12歳時に心エコーにてEbstein 奇形と心房中隔欠損症を指摘される。16歳時心カテにてO2 step upを認めなかった。29歳時に妊娠。妊娠33週にて周産期管理のため近医紹介となり、心エコーにて重症三尖弁閉鎖不全症(TR)と右房拡大、左右短絡を認めた。帝王切開予定とされていたが、妊娠35週にて破水、陣痛時に眼前暗黒感とチアノーゼを認め、緊急帝王切開にて出産した。出産6ヶ月後の心エコーにてTR中等度と改善を認めた。精査のため当院で施行した3次元経食道エコーで拡大した心房により卵円孔に常に間隙が生じるstretched foramen ovaleが観察された。本症例は心房への容量負荷により短絡血流の増大をきたしたと考えられる。心房間の短絡血流の原因を3D経食道エコーで立体構造を構築することにより観察し得た症例であり報告する。

89

左主幹部病変(LMD)を含む多枝病変に対する心拍動下冠動脈バイパス術(OPCAB)の成績

福島県立医科大学 心臓血管外科学講座
○高瀬 信弥、佐戸川弘之、三澤 幸辰、若松 大樹、
黒沢 博之、瀬戸 夕輝、坪井 栄俊、五十嵐 崇、
横山 音

【目的】LMDを含む多枝病変に対するOPCABの妥当性について検討する。【方法】423例の連続する冠動脈バイパス症例を対象とした。LMT群(≥75%, n=143, 69±8y)およびnon-LMT群(n=299, 68±10y)に分類し早期遠隔成績について検討した。【成績】術前因子に差を認めなかった。OPCAB完遂率98%。バイパス枝数、完全血行再建率には差はなく(LMT vs non-LMT, 2.5vs2.5, 98% v 98%)、病院死亡(0.8%)にも差はなかった。遠隔成績では心関連事故回避率(5-year:95.6% vs91.7%)、心臓関連死亡回避率(98% vs97.3%) および全死亡(94.2% vs91.3%)にも差を認めなかった。【結論】LMT病変に対するOPCABの治療成績は良好であり、長期生存も期待できる。

90

変性性の僧帽弁閉鎖不全症に対する僧帽弁形成術の検討

仙台循環器病センター 心臓血管外科
○勝部 健、椎川 彰、細田 進、兼村 禎大

変性性僧帽弁閉鎖不全症(MR)に対する僧帽弁形成術(MVP)において当科では後尖病変には矩形切除を基本としているが、前尖病変に対してはA2を中心とした広範囲逸脱には人工腱索を用いるが、他は楔状切除や交連形成を用いて逆流を制御している。97年7月から10年2月までの67例を検討した。平均年齢57.5歳男性46例、エコー上の術前MRは2度1例、3度10例、4度56例、病変は前尖15例、後尖42例、両弁尖10例であった。術後早期MRは0度30例、1度32例、2度5例で在院死亡は認めなかった。平均観察期間は3.5年で遠隔期MRは0度10例、1度34例、2度11例、3度1例、4度2例で、再発に対する弁置換術を2例に施行した(新たな腱索断裂、後尖穿孔)。遠隔期死亡は3例で非心臓死2例、不明1例であった。変性性のMRに対するMVPは良好な成績であった。

91

胸骨後食道再建術後の巨大左房粘液腫に対し port-access 手技による腫瘍摘出術が有効であった 1 例

¹ いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科
² いわき市立総合磐城共立病院 循環器科
○廣田 潤¹、山部 剛史¹、近藤 俊一¹、湊谷 豊²、杉 正文²

症例は 63 歳、男性。12 年前に食道癌のため胸骨後食道再建術を受けている。左脳梗塞治療精査中に心エコー検査で巨大左心房腫瘍を指摘され、直径 8cm 大の有茎性左心房腫瘍が卵円窩から派生して左心房と左心室の間で振り運動をしていた。準緊急手術は右前側方皮切 10cm の port-access 手技で左心房腫瘍摘出術を行った。小切開口であるが腫瘍を破壊することなく人工心肺を確立した後に、通常の手技で心停止下に腫瘍摘出術を行うことができた。腫瘍は左心房粘液腫であった。人工心肺 88 分、大動脈遮断 61 分、手術時間 3 時間 36 分。経過良好にて術後 10 日目に退院した。胸骨正中切開が困難な症例において port-access 手技は低侵襲開心術を行うことができ、専門医として備えておくべき手技と思われた。

92

ポータアクセス心臓手術 16 例の経験

¹ いわき市立総合磐城共立病院 心臓血管外科、
² 福島県立医科大学 心臓血管外科学講座、
³ 会津中央病院 心臓血管外科
○近藤 俊一¹、坪井 栄俊²、山部 剛史¹、廣田 潤¹、村松 賢一²、渡邊 正明³、横山 斉²

MVP 7 例、AVR 6 例、ASD2 例、左房粘液腫 1 例を行った。平均年齢 54.1 歳。手術：MVP は右第 4 肋間開胸で 8cm の皮膚切開で行った。術後心エコーで問題なかった。1 例で左心耳からの出血のため正中切開に移行した。AVR は右第 3 肋間開胸で 6cm の皮膚切開で行った。AR 2 例、AS 4 例であった。1 例で冠動脈入口部がはっきりせず正中切開に移行した。ASD の 2 例は女性で、右乳房下に約 7cm の切開で行った。ASD は直接閉鎖した。左房粘液腫 1 例は、63 才で、摘出後の心房中隔は直接閉鎖した。術後経過：正中切開にコンバートした 2 例以外、術翌日に独歩し、ICU を退室した。平均術後在院日数 7.9 日であった。まとめ：小切開ポータアクセス手術は明らかに低侵襲であった。正中切開に移行した症例が 2 例あったが、経験の蓄積により回避できると考える。

93

東北大学における重症心不全に対する補助人工心臓治療

¹ 東北大学病院 心臓血管外科、² 東北大学病院 循環器内科
○秋山 正年¹、齋木 佳克¹、川本 俊輔¹、安田 聡²、柴 信行²、下川 宏明²

7 月の臓器移植法改正以降、臓器提供数が増えている。また、植込み型補助人工心臓 (VAD) の国内治療が進み、来年には保険診療下に使用可能な見通しであり、重症心不全の治療大系が変わろうとしている。当院では 2004 年以降左室脱血方式の VAD 治療を 23 名に行っており、5 名が心臓移植、1 名が自己心回復により VAD を離脱した。Ongoing 7 名のうち、2 名は植込み型 VAD を装着し在宅治療により QOL の高い環境で心臓移植待機中である。当院の重症心不全治療を紹介する。

94

脳梗塞の精査にて診断された感染性心内膜炎の 1 例

東北厚生年金病院 循環器センター
○早坂 礼、山中 多聞、河部 周子、田淵 晴名、山口 済、山家 実、中野 陽夫、菅原 重生、片平 美明

(症例) 50 歳代男性。(主訴) 左上肢感覚障害、構音障害、歩行障害。(現病歴) 平成 22 年 5 月に脳梗塞で近医入院、退院後症状残存し、当院受診。MRI で左側頭葉に脳梗塞巣認め、入院。塞栓源精査の為施行した TEE にて LA 内に血栓なく M 弁に vegetation 様陰影あり。血液培養にて St mitis を認め、感染性心内膜炎と診断。歯科治療の既往はなく、感染源の特定は困難であった。抗生剤で加療も次第に逆流の増加を認めため、弁置換術施行。M 弁は A2、P2 に vegetation を認めしたが、弁輪や他の部分に感染は認めず。(考察) 感染性心内膜炎は発熱や脾腫、オスラ結節を伴い、炎症を認めるとされているが、本症例は入院時発熱なく、WBC4800、CRP0.48 と炎症も明らかでなかった。脳梗塞を契機に発見された感染性心内膜炎の 1 例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

95

感染性心内膜炎を契機に発見された膵癌術後多発転移の 1 例

大原総合病院附属大原医療センター 循環器科
○阿部 美香、山口 修、石幡 貴子、阿部 之彦、石橋 敏幸

症例は 80 歳代男性。1996 年膵臓癌にて膵頭十二指腸切除術を受けた。2010 年 3 月、発熱・意識障害を主訴に救急搬送された。髄膜炎が疑われ入院加療が開始されたが、血液培養にて E.coli が検出され、心エコー図検査で三尖弁に疣贅が認められたため、感染性心内膜炎と診断した。また、入院時より血中 ALP 高値 (3000 U/l 前後) が持続し、大腿部と頸下部に小結節が認められたため、血液疾患の合併を疑い精査した。結果、腫瘍マーカー (DUPAN-2、Span-1、CEA) の上昇、骨シンチにて多発性骨転移、大腿部腫瘍組織診で腺癌細胞を認め、膵臓癌術後の多発転移であると考えられた。悪性腫瘍による免疫不全状態において感染性心内膜炎を併発した 1 例を経験したので報告する。

96

心臓 MR が診断に有用であった放射線性収縮性心膜炎の 1 例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器科
○木村 義隆、但木 壮一郎、田丸 貴規、山口 展寛、尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

【症例】 75 歳女性【主訴】 息切れ【既往歴】 24 年前に左乳癌に対し術後放射線療法施行【現病歴】 放射線療法施行半年後に心不全発症。以後内科管理を行っていたが、症状増悪に伴い入院。【経過】 心不全の管理に 600mg のフロセミドを要した。心臓 MR シネモードにより右房右室前面の周辺組織との癒着と可動性の制限を認めた。右房全周性に delayed enhancement を認めたが、左右心室には認めなかった。内科治療に抵抗性であること、癒着が限局性であること、心室筋線維化が軽度であることから、心膜剥離術の適応と判断した。【考察】 放射線性収縮性心膜炎は拘束型心筋症が併存する 경우가多く、両者の鑑別は容易でないため手術適応の判断が難しい。心臓 MR は収縮性心膜炎の詳細な病態を明らかにし、手術適応とその術式の決定に有益であると考えられた。

97

拘束型心筋症所見を合併し、心膜切除術後も拡張不全が残存した放射線照射後収縮性心膜炎の1例

¹山形大学 第一内科、²山形大学 第二外科
 ○和根崎真大¹、宮本 卓也¹、西山 悟史¹、本田晋太郎¹、
 佐々木真太郎¹、田村 晴俊¹、有本 貴範¹、高橋 大¹、
 穴戸 哲郎¹、二藤部丈司¹、渡邊 哲¹、久保田 功¹、
 宮崎 良太²、金 哲樹²、外山 秀司²、吉村 幸浩²、
 貞弘 光章²

症例は50歳代女性。4年前に胸腺腫術後の胸膜播種に対し放射線療法を施行している。2年前より下腿浮腫、労作時息切れなど右心不全症状が出現し、利尿剤内服を開始したが、以降右心不全による入退院を繰り返した。心臓カテーテル検査では右室・左室同時圧曲線でdip and plateauを呈し、心臓超音波検査では心外膜の可動性消失とE/A 2.9、E/E' 14と左室拡張不全所見を認めた。CT所見と合わせ放射線照射による収縮性心膜炎と診断し、心膜切除術、僧帽弁置換術および三尖弁輪縫縮術を施行。術中の肉眼所見では、心膜の線維性肥厚を認めたが、心筋・心外膜自体の肥厚も認めた。術後も拡張不全は残存し、心不全治療に長期入院を要した。経過から、収縮性心膜炎のみでなく放射線照射による拘束型心筋症を合併した症例と考えられた。

98

難治性心嚢液貯留に対して心膜腹膜開窓術を施行した心アミロイドーシスの1例

¹JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 第二内科
²JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 心臓血管外科
³秋田大学 心臓血管外科学
 ○深堀 耕平¹、國生 泰範¹、武田 智¹、菅井 義尚¹、
 伏見 悦子¹、高橋 俊明¹、関口 展代¹、林 雅人¹、
 相田 弘秋²、加賀谷 聡²、山本 文雄³

症例は66歳女性。腎アミロイドーシスに伴うネフローゼ症候群にて当科外来通院中。2009年夏より呼吸困難感を自覚。胸部Xp上著明な心拡大を認め精査加療目的で入院となる。血圧94/64 mmHg、脈拍106回/分。心エコーにて全周性の心筋肥大及びgranular sparkling patternを認め心アミロイドーシスが疑われた。また多量的心嚢液貯留を認めた。心臓カテーテル検査では冠動脈に異常なく高度心肥大を認めた。心筋生検では心筋細胞周囲にアミロイド繊維を確認。その後持続的な心嚢液の貯留を認め、月に一度の頻度で約1000mlの経皮的な心嚢ドレナージを要した。栄養状態も悪化、身体的・精神的苦痛の訴えも強くなったため2010年6月心膜腹膜開窓術を施行。施行後心嚢液の再貯留はなく呼吸症状や栄養状態も改善した。

99

急速に心タンポナーデに移行した感染経路不明の細菌性心外膜炎が疑われた1例

¹弘前大学 循環呼吸腎臓内科学
²弘前脳卒中センター
 ○村上 和男¹、遠藤 知秀²、越前 崇¹、大和田真玄¹、
 奥村 謙¹

30代男性、既往は特記なし。主訴は胸背部痛、呼吸苦、発熱。平成22年6月中旬より左記症状あり近医受診し感冒にて抗生剤処方となる。数日後に発熱改善せず、不明熱精査目的に当科紹介となる。ECGにてII III aVF、胸部誘導にてST上昇認められ、心エコーにて10-20mmのecho-free spaceを認めた。これらより急性心外膜炎の診断で入院となる。同日夜に急速に心嚢液増量し心タンポナーデとなりショック状態となったため、心嚢穿刺し淡血性心嚢液が500mlドレナージされ症状は改善した。心嚢液培養、血液培養は陰性であったが心嚢液内細胞数増加、好中球増加、結核菌も陰性であったことから細菌性心外膜炎が疑われ抗生剤にて治療した。外部からの細菌の侵入経路不明であるが細菌性心外膜炎疑われ急速にタンポナーデに移行したため報告する。

100

降圧薬大量服用による低血圧の1例

山台徳洲会病院 循環器内科
 ○杉村 彰彦、北向 修、尾形 公彦、福地 満正

40歳代男性。高血圧症にて近医より内服治療中。平成22年3月16日、兄と飲酒中に口論となり、午前1時30分頃アラートL(20)60錠とデタントールR(3)58錠を服用した。一旦眠った後、6時ころに気分不快で目が覚め、救急車にて7時45分当院へ搬送された。来院時意識清明でBP 79/38 mmHg カルチコール入りの点滴と昇圧薬の静注及び活性炭を内服後、ICU入室となった。カテコラミンの大量持続投与を行ったが反応悪く、BP 60/台で推移した。悪心・胸部不快が続いたが、12時過ぎから血圧は上昇に転じ、カテコラミンは漸減し、翌日には持続点滴を中止できた。その後は特に合併症なく経過し退院した。入院時の血中濃度はニフェジピン684 ng/ml、塩酸ブナゾシン37.75 mg/mlで、治療域の5~10倍の濃度であったと推定された。

101

各ARBの高血圧治療ガイドライン降圧目標達成率

済生会山形済生病院 循環器内科
 ○池田こずえ

【目的】各ARBのJSH2009降圧目標達成率を高血圧専門外来ではなく一般病院において調査する。【方法】2010年1月~3月に済生会山形済生病院でARB(ロサルタン、カンデサルタン、バルサルタン、テルミサルタン、オルメサルタン、イルベサルタン)を投与した高血圧患者を対象とし、単独投与、併用投与での降圧目標達成率を調査した。【成績】対象2151人中、降圧目標達成は1513人(70.3%)、65歳以上<140/90mmHg 79.4%、65歳未満<130/85mmHg 69.5%、DM・CKD・MI合併<130/80mmHg 56.2%であった。ARB単独投与では71.5%、ARB+アムロジピン(他の降圧薬併用も含む)は69.7%、ARB+他のCa拮抗薬(同)は67.6%、ARB+他の降圧薬は76.8%、また利尿薬との併用は267人(全対象の12.4%)で68.9%であった。【結論】各ARBの降圧目標への達成率は概ね良好であった。

102

食後採血時のLDL直接法と計算法との乖離の検証

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】日本動脈硬化学会では、LDL-CについてF式で求めることを推奨している。一方で、LDL-C直接測定法は特定健診の開始に合わせ全国に急速に普及し、食後採血結果をもとにフォローアップを受けている脂質異常症患者は少なくない。【方法と結果】2010年某月に当科で食後採血を行った71名(平均73歳)の検体について調査した。LDL-C直接法と計算法の相関は比較的良好であった(y=0.859x+2.689)。TG≤149の群とTG≥150の群におけるLDL-C測定方法間の差はそれぞれ平均10.6と22.9で、TG濃度上昇に伴い、乖離が大きくなる傾向を認めた。【結論】食後採血の際には引き続きLDL-C直接法による測定も妥当と考えるが、ガイドラインに則った診療に向けて改めて定期通院患者への空腹時採血の徹底を図る必要がある。

岩手県立胆沢病院

○小野瀬剛生、八木 卓也、菊池 彩、平野 道基、
野崎 哲司、中川 誠

当院における CPA 症例の予後につき報告する。平成 21 年 1 月 1 日より、平成 22 年 9 月 30 日まで、当院に搬送された CPA 症例は 193 例であった。このうち入院加療の後、社会復帰に至ったものは 6 例であった。来院時に自己心拍が再開していなかった例では、全例が死亡に至った。社会復帰ができた 6 例はすべて bystander CPR を施行され、bystander あるいは救急隊により徐細動を受けた後、自己心拍が再開してからの来院であった。bystander による CPR、AED の使用の重要性が改めて認識される。