

第 153 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会期:平成 23 年 12 月 3 日(土)午前 8 時 30 分より

会場:仙台サンプラザ

仙台市宮城野区榴岡五丁目 11-1 TEL:022(257)3303

第1会場:クリスタル(3F)

第2会場:青葉(2F)

第3会場:宮城野(3F)

第4会場:カトリア(5F)

会 長 竹 石 恭 知

事務局:福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

福島市光が丘1番地

TEL: 024(547)1190 FAX: 024(548)1821

- 演題発表:一般演題は発表時間 5 分(予鈴 4 分)、追加討論 2 分、YIA は発表時間 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 及び持ち込み 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、終了 30 分前まで)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 2F 広瀬 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。(P29 参照)

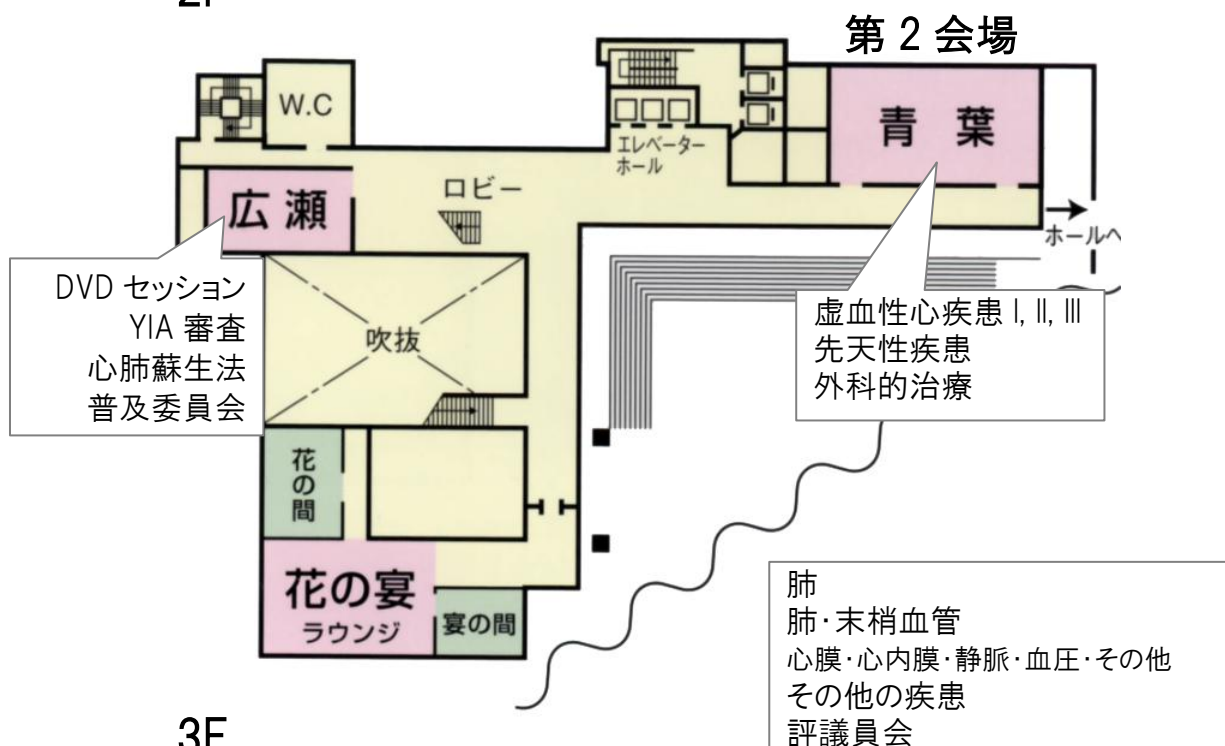
追記:学会案内状・プログラムは、原則として日本循環器学会会費納入者に限り発送いたします。



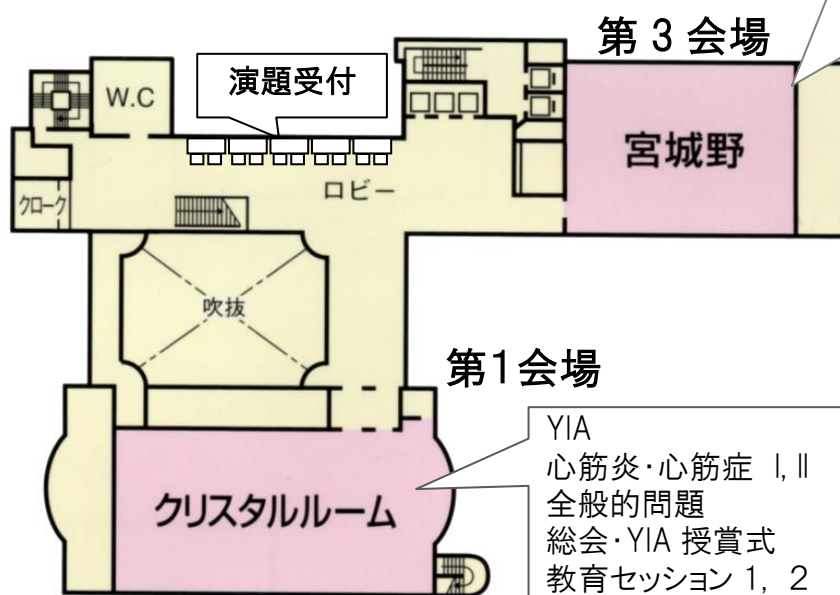
- JR
仙台駅 仙石線(10番線)乗車→仙石線 榴ヶ岡(つつじがおか)駅下車
2番出口。
- 徒歩
仙台駅から東口方面に徒歩約13分。
- タクシー
仙台駅東口タクシープールより約5分
- 仙台市営バス
仙台駅西口バスプール4番乗車→新寺四丁目サンプラザ入口下車 徒歩約5分
- 車
東北自動車道 仙台宮城ICから約30分
仙台東部有料道路 仙台東ICから約20分
仙台空港から約40分
- 駐車場
ホール専用の駐車場はありません。
併設するホテルの駐車場は、空車の場合のみ駐車可能です。
料金:1時間300円・以降20分ごと100円
高さ制限 2.15m

会場案内図(受付は3Fです)

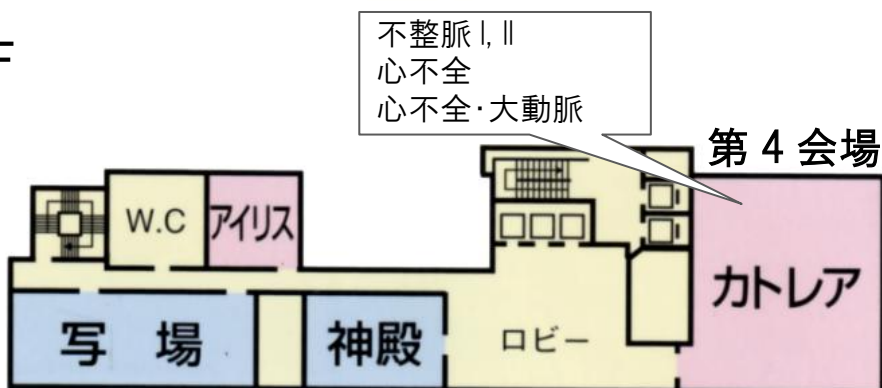
2F



3F



5F



プログラム（敬称略）

第1会場 3F クリスタル	第2会場 2F 青葉	第3会場 3F 宮城野	第4会場 5F カトレア	2F 広瀬
8:30 受付開始				
8:40～8:45開会挨拶				
8:45～9:35 YIA症例発表部門 座長 竹石 恭知 (福島県立医科大学)	8:45～9:27 虚血性心疾患Ⅰ 座長 加藤 敦 (仙台オープン病院)	8:45～9:34 肺 座長 福本 義弘 (東北大学)	8:45～9:41 不整脈Ⅰ 座長 福田 浩二 (東北大学)	8:45～10:15 DVDセッション
9:35～10:25 YIA研究発表部門 座長 竹石 恭知 (福島県立医科大学)	9:27～10:09 虚血性心疾患Ⅱ 座長 小松 宣夫 (太田西ノ内病院)	9:34～10:16 肺・末梢血管 座長 杉 正文 (いわき市立総合磐城共立病院)	9:41～10:37 不整脈Ⅱ 座長 寺田 健 (秋田県成人病医療センター)	
10:25～11:07 心筋炎・心筋症Ⅰ 座長 松井 幹之 (山形県立中央病院)	10:09～10:58 虚血性心疾患Ⅲ 座長 野崎 英二 (岩手県立中央病院)	10:16～10:58 心膜・心内臓・静脈・血圧・その他 座長 飯野 健二 (秋田大学大学院)	10:37～11:19 心不全 座長 渡邊 哲 (山形大学)	10:30～11:20 YIA審査 (10:30～11:10集計) (11:10～11:20審査会)
11:07～11:42 心筋炎・心筋症Ⅱ 座長 杉村 宏一郎 (東北大学)	10:58～11:47 先天性疾患 座長 樋熊 拓未 (弘前大学)	10:58～11:47 その他の疾患 座長 長内 智宏 (弘前大学)	11:19～11:54 心不全・大動脈 座長 伊藤 智範 (岩手医科大学)	11:25～11:40 心肺蘇生法普及委員会
11:42～12:17 全般の問題 座長 中里 和彦 (福島県立医科大学)	11:47～12:36 外科的治療 座長 佐戸川 弘之 (福島県立医科大学)	12:00～12:30 評議員会		
12:35～13:00 総会・YIA授賞式				
13:00～14:00 教育セッション1 ランチョンセミナー 山岸 正和 金沢大学医薬保健研究域 医学系血管病態制御学 臓器機能制御学 座長 竹石 恭知 (福島県立医科大学)				
14:00～15:00 教育セッション2 永井 良三 東京大学医学系研究科・医学部 器官病態内科学講座 循環器内科学 座長 竹石 恭知 (福島県立医科大学)				

YIA 症例発表部門（第1会場）8:45～9:35

座長 竹石 恭知

- 001 左室形成術および心臓再同期療法が奏功した左心室瘤を合併した拡張相肥大型心筋症の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○佐藤 彰彦, 坂本 信雄, 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
同 心臓血管外科 横山 斉

東京医科歯科大学 難治疾患研究所分子病態分野

有村 卓朗, 木村 彰方

- 002 難治性心室細動で発症した Isolated Right Ventricular Myocardial Infarction の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○木曾 博典, 石田 大, 小武海 雄介
小熊 康教, 飯野 健二, 小坂 俊光
渡邊 博之, 伊藤 宏

- 003 心筋ブリッジ部の冠動脈解離による心筋梗塞を発症した若年女性で入院中に右冠動脈の冠攣縮発作を認めた一例

仙台循環器病センター

○岡山 大, 藤井 真也, 嶋崎 健介
星野 大雅, 尾崎 友里, 五味田 敬子
小林 弘, 八木 勝宏, 内田 達郎

- 004 著明な右室内低電位の症例に対する新しいデバイストラブルシューティング

山形大学 第一内科

○石垣 大輔, 有本 貴範, 沓沢 大輔
岩山 忠輝, 穴戸 哲郎, 佐々木 真太郎
本多 勇希, 和根崎 真大, 屋代 祥典
大道寺 飛雄馬, 石野 光則, 田村 晴俊
宮本 卓也, 渡邊 哲, 久保田 功
篠田総合病院 二藤部 丈司
石巻赤十字病院 玉渕 智昭

- 005 肢体型筋ジストロフィーに合併した非通常型心房粗動により心機能低下をきたした一例

東北大学 循環器内科学

○近藤 正輝, 福田 浩二, 若山 裕司
中野 誠, 川名 暁子, 長谷部 雄飛
下川 宏明

YIA 研究発表部門（第1会場） 9:35～10:25

座長 竹石 恭知

- 006 慢性心不全患者において睡眠呼吸障害の合併は致死性不整脈発生の基盤を形成する
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○山田 慎哉, 鈴木 均, 上岡 正志
神山 美之, 斎藤 修一, 竹石 恭知
同 心臓病先進治療学講座 義久 精臣, 鈴木 聡

- 007 Integrated backscattered(IVUS)による解析と血清 PAPP-A 値は PCIに伴う no-reflow
の発症予測に有用である

山形大学 第一内科 ○大道寺 飛雄馬, 高橋 大, 大瀧 陽一郎
舟山 哲, 田村 晴俊, 有本 貴範
穴戸 哲郎, 宮下 武彦, 宮本 卓也
渡邊 哲, 久保田 功

- 008 冠攣縮性狭心症の診断と臨床評価における Rho キナーゼ活性のバイオマーカーとしての
有用性

東北大学 循環器内科学 ○菊地 翼, 安田 聡, 相澤 健太郎
圓谷 隆治, 伊藤 愛剛, 大橋 潤子
高木 祐介, 武田 守彦, 中山 雅晴
伊藤 健太, 高橋 潤, 下川 宏明

- 009 心不全患者を対象とした ASV の交感神経活性抑制効果に関する検討

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○田村 善一, 小山 崇, 五十嵐 巖
小熊 康教, 石田 大, 飯野 健二
渡邊 博之, 伊藤 宏

- 010 冠動脈疾患の血管内皮前駆細胞での SIRT1 の発現について:スタチンによる無作為試験
による検討

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野

○田 渕 剛, 佐藤 衛, 伊藤 智範
中村 元行

第1会場

心筋炎・心筋症 I (10:25~11:07)

座長 松井 幹之

011 ショックを来した敗血症性心筋症の1例

福島赤十字病院 循環器科 ○横川 哲朗, 渡部 研一, 菅野 優紀
阪本 貴之, 大和田 尊之

012 血清M蛋白を伴ったAAアミロイドーシスの一例

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, 三田 正行, 中村 研一
前原 和平
白河厚生総合病院 病理診断科 野沢 佳弘

013 学校検診の心電図異常で発見され、思春期の著名な心電図変化と心筋の肥厚を追跡できた肥大型心筋症の一例

山形市立病院 済生館 循環器内科 ○鈴木 康太, 中田 茂和, 伊藤 誠
宮脇 洋

014 左室心筋にも脂肪変性が確認された不整脈原性右室心筋症の一例

仙台厚生病院 循環器内科 ○田中 綾紀子, 森 俊平, 伊澤 毅
水谷 有克子, 井筒 大人, 南條 光晴
加畑 充, 増田 新一郎, 箆井 宣任
矢西 賢次, 上村 直, 武蔵 美保
多田 憲生, 櫻井 美恵, 鈴木 健之
本多 卓, 大友 潔, 滝澤 要
密岡 幹夫, 井上 直人, 目黒 泰一郎

015 高齢者虐待による、たこつぼ型心筋症の1例

仙台市立病院 循環器内科 ○関野 啓史, 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

016 ビタミンB1誘導体投与後に急激な改善がみられ診断的治療に成功した脚気心の一例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

○亀井 啓太
山形大学 第一内科 田村 晴俊, 沓沢 大輔, 西山 悟史
有本 貴範, 高橋 大, 穴戸 哲郎
宮下 武彦, 宮本 卓也, 渡邊 哲
久保田 功

第1会場

心筋炎・心筋症 II (11:07~11:42)

座長 杉村 宏一郎

- 017 多系統萎縮症に心不全と高度な睡眠時無呼吸症候群(SAS)の合併を認め ASV が著効した1例

山形大学医学部附属病院卒後臨床研修センター

○坂下 徳
山形大学 第一内科 石野 光則, 西山 悟史, 穴戸 哲郎
本多 勇希, 田村 晴俊, 有本 貴範
高橋 大, 宮下 武彦, 宮本 卓也
渡邊 哲, 久保田 功

- 018 心室細動にて発症した若年女性の左室緻密化障害の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○佐藤 雅之, 上岡 正志, 義久 精臣
国井 浩行, 鈴木 均, 斎藤 修一
竹石 恭知

- 019 両心室で壁運動異常が認められたタコつぼ型心筋症の一例

東北大学 循環器内科学

○圓谷 隆治, 高橋 潤, 伊藤 愛剛
高木 祐介, 大橋 潤子, 中山 雅晴
松本 泰治, 武田 守彦, 伊藤 健太
安田 聡, 下川 宏明
みやぎ県南中核病院 循環器内科 堀口 聡

- 020 常染色体優性遺伝肢帯型筋ジストロフィー患者の心不全管理に両心室ペーシングが有効であった一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○野寺 穰, 鈴木 聡, 中村 裕一
水上 浩行, 神山 美之, 中里 和彦
鈴木 均, 斎藤 修一, 竹石 恭知
太田綜合病院附属太田熱海病院 飯國 洋一郎

- 021 慢性期にステロイドが著効した劇症型心筋炎の1例

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 循環器医療センター

○中島 悟史, 房崎 哲也, 小室 堅太郎
肥田 親彦, 伊藤 智範, 佐藤 衛
小澤 真人, 佐藤 嘉洋, 橘 英明
小松 隆, 中村 元行

第1会場

全般的問題 (11:42~12:17)

座長 中里 和彦

022 当院における東日本大震災直後の循環器診療について

宮城厚生協会 坂総合病院 循環器科 ○渡部 潔, 小鷹 悠二, 越川 智康
濱田 一路, 佐々木 伸也, 渋谷 清貴
小幡 篤

023 利尿薬投与中の慢性心不全患者における心拍数管理の意義

東北大学 循環器内科学 ○高田 剛史, 高橋 潤, 後岡 広太郎
三浦 正暢, 下川 宏明
国際医療福祉大学病院 柴 信行

024 東日本大震災後の当院での循環器疾患に関する報告

岩手県立大船渡病院 循環器科 ○前川 真理絵, 大崎 拓也, 下田 祐大
遠藤 浩司, 小島 剛史

025 CONUT スコア(Controlling Nutritional Status)を用いた Stage-B 心不全のリスク評価; CHART-2 研究

東北大学 循環器内科学 ○後岡 広太郎, 高橋 潤, 三浦 正暢
高田 剛史, 下川 宏明
国際医療福祉大学病院 柴 信行

026 心臓外科術後患者の ADL と予後について

(財) 星総合病院 心臓病センター 循環器内科
○坂本 圭司

第2会場

虚血性心疾患 I (8:45~9:27)

座長 加藤 敦

027 腹部大動脈瘤を合併した急性心筋梗塞の1例

(財)大原総合病院附属大原医療センター 循環器内科

○大槻 歩, 阿部 之彦, 山口 修
三浦 俊輔, 上北 洋徳, 石橋 敏幸
同 心臓血管外科 三澤 幸辰, 萩原 賢一

028 急性心筋梗塞患者に対してベアメタルステントを留置し、その直後に急性冠閉塞を来たした1例

山形県日本海総合病院 ○新関 武史, 菅原 重生, 金子 一善
佐々木 敏樹, 近江 晃樹, 桐林 伸幸
齋藤 博樹
山形大学 第一内科 久保田 功

029 LAD、LCX 同時閉塞によるAMIの1例

あおり協立病院 内科 ○熊谷 真史, 澤岡 孝幸, 内藤 貴之

030 前壁梗塞発症2週間後に下壁梗塞を発症した1例

山形県立中央病院 ○木下 大資, 福井 昭男, 山内 毅
會田 敏, 安藤 薫, 會田 敏
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

031 DCA施行後に留置した13年目のbare metal stentにlate catch upを認めた一症例 -OCT及びIVUS所見からの考察-

星総合病院 心臓病センター 循環器科

○清水 竹史, 三浦 英介, 清水 康博
後藤 洋平, 金子 博智, 坂本 圭司
氏家 勇一, 清野 義胤, 木島 幹博
池田 精宏, 丸山 幸夫

032 右冠動脈の慢性完全閉塞の治療時に末梢への解離の進行を認め、逆行性アプローチにてBail-outした一例

仙台厚生病院循環器科 ○伊澤 毅, 井上 直人, 井筒 大人
水谷 有克子, 加畑 充, 増田 新一郎
箴井 宣任, 三宅 弘恭, 松本 崇
堀江 和紀, 榎田 俊生, 上村 直
武蔵 美保, 櫻井 美恵, 多田 憲生
森 俊平, 鈴木 健之, 大友 潔
滝澤 要, 大友 達志, 目黒 泰一郎

第2会場

虚血性心疾患 II (9:27~10:09)

座長 小松 宣夫

033 ペアメタルステント留置半年後に冠動脈瘤様の造影所見を認めた一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○滝口 舞, 八巻 尚洋, 及川 雅啓
小林 淳, 坂本 信雄, 杉本 浩一
國井 浩行, 中里 和彦, 鈴木 均
斎藤 修一, 竹石 恭知

034 ペースメーカー植込み患者における冠動脈 CT320 列 Area Detector CT (=ADCT) の有用性

大原医療センター 心臓血管外科 ○萩原 賢一, 三澤 幸辰
福島県立医科大学 心臓血管外科 黒澤 博之

035 冠血流予備能(FFR)測定における重篤な合併症が起こった1例

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

036 慢性透析患者の冠疾患に対する外科治療成績改善のための臨床的解析

東北大学 心臓血管外科 ○川本 俊輔, 増田 信也, 早津 幸弘
齋木 佳克
同 循環器内科学 高橋 潤, 下川 宏明

037 70歳以上の高齢者AMI患者の慢性期経過に関する考察

(財)星総合病院 心臓病センター 循環器内科

○坂本 圭司, 金子 博智, 氏家 勇一
三浦 英介, 清野 義胤, 木島 幹博

038 心原性血栓による右冠動脈入口部閉塞が疑われた急性下壁心筋梗塞の一例

北福島医療センター ○福本 優作, 上川 雄士

第2会場

虚血性心疾患 III (10:09~10:58)

座長 野崎 英二

039 術中ステロイド静注後に発生した冠動脈攣縮による心肺停止の1例

仙台医療センター 循環器科 ○尾形 剛, 但木 壮一郎, 藤田 央
山口 展寛, 尾上 紀子, 田中 光昭
石塚 豪, 篠崎 毅

040 急性心筋梗塞後に blow-out 型心破裂を合併し救命後、慢性期左室仮性瘤形成のため再手術を要した症例

東北大学 循環器内科学 ○大橋 潤子, 松本 泰治, 高橋 潤
武田 守彦, 伊藤 健太, 中山 雅晴
伊藤 愛剛, 圓谷 隆治, 高木 祐介
二瓶 太郎, 安田 聡, 下川 宏明
同 心臓血管外科 川本 俊輔, 齋木 佳克
仙台徳洲会病院 北向 修, 尾形 公彦

041 Holter ECGにてVFを記録した異型狭心症の1例

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

042 冠微小血管攣縮を合併した冠攣縮性狭心症の1例

東北大学 循環器内科学 ○神戸 茂雄, 松本 泰治, 高橋 潤
圓谷 隆治, 伊藤 愛剛, 大橋 潤子
高木 祐介, 武田 守彦, 中山 雅晴
伊藤 健太, 下川 宏明

043 急性心筋梗塞に合併した後乳頭筋断裂による僧帽弁閉鎖不全症の1例

岩手県立中央病院 循環器科 ○佐竹 洋之, 田巻 健治, 野崎 英二
中村 明浩, 高橋 徹, 遠藤 秀晃
福井 重文, 佐藤 謙二郎, 齋藤 大樹

044 本態性血小板血症に合併した、若年の心筋梗塞の一例

岩手県立中央病院 循環器科 ○阿部 秋代, 福井 重文, 中村 明浩
齋藤 大樹, 佐藤 謙二郎, 佐竹 洋之
遠藤 秀晃, 高橋 徹, 野崎 英二
田巻 健治
同 心臓血管外科 坂爪 公, 藤原 英記, 浜崎 安純
小田 克彦, 長嶺 進

045 スtent血栓症を繰り返し救命し得なかったヘパリン起因性血小板減少症の1例

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

第2会場

先天性疾患 (10:58~11:47)

座長 樋熊 拓未

046 左単冠動脈に合併した先天性冠動脈瘻に対する選択的右冠動脈コイル塞栓術

岩手医科大学 循環器小児科 ○高橋 信, 佐藤 陽子, 早田 航
小山 耕太郎
同 循環器・腎・内分泌内科分野 伊藤 智範
同 放射線科 田中 良一

047 MRI で診断に至った先天性心膜欠損症の一例

仙台医療センター循環器科 ○加賀谷 隼輔 但木 壮一郎 山口 展寛
尾上 紀子, 田中 光昭, 石塚 豪
篠崎 毅
国立循環器病研究センター病院 木村 義隆
川崎社会保険病院 田丸 貴規

048 運動時の失神を主訴とした冠動脈起始異常の一例

岩手医科大学 心血管腎内分泌内科 ○石曾根 武徳 金矢 宣紀, 新山 正展
長井 瑞祥, 菅原 正磨, 佐藤 衛
中村 元行
同 心臓血管外科 岡林 均

049 心房中隔欠損,僧帽弁+三尖弁逆流,心房細動,冠動脈狭窄に経皮的 Amplatzer 閉鎖とPCI 行い心機能改善した症例

仙台厚生病院 心臓血管センター ○多田 憲生, 滝澤 要, 櫻井 美恵
大友 達志, 鈴木 健之, 森 俊平
上村 直, 武蔵 美保, 榎田 俊生
堀江 和紀, 伊澤 毅, 三宅 弘恭
箴井 宣任, 井筒 大人, 南条 光晴
水谷 有克子, 井上 直人, 目黒 泰一郎

050 Platypnea-orthodeoxia の1例

山形市立病院 済生館 ○今野 寛子, 宮脇 洋, 中田 茂和
伊藤 誠

051 虚血性心疾患、心房細動、三尖弁閉鎖不全症を合併した高齢者心房中隔欠損症の一例

福島労災病院 循環器科 ○春山 圭, 鈴木 重文, 大楽 英明
三戸 征仁, 渡邊 康之, 吉成 和之
大和田 憲司

052 TEE にて、経皮的心房中隔欠損孔閉鎖術の非適応症例を除外し得た心房中隔欠損症の一例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器科
○櫻井 美恵, 滝澤 要, 多田 憲生
井上 直人, 伊藤 祐子, 大友 達志
本多 卓, 鈴木 健之, 森 俊平
上村 直, 武蔵 美保, 伊澤 毅
増田 新一郎, 井筒 大人, 南条 光晴
水谷 有克子, 目黒 泰一郎

第2会場

外科的治療 (11:47~12:36)

座長 佐戸川 弘之

053 ABIOMED AB-5000 から EVAHEART へ移行した1例

東北大学 心臓血管外科 ○伊藤 校輝, 秋山 正年, 本吉 直孝
川本 俊輔, 齋木 佳克

054 当院における心臓移植の現状

東北大学 心臓血管外科 ○早津 幸弘, 秋山 正年, 安達 理
熊谷 紀一郎, 本吉 直孝, 川本 俊輔
齋木 佳克

055 総大腿動脈病変に対して内膜摘除術を行った2例

中通総合病院 循環器内科 ○齋藤 雅也, 佐藤 誠, 播間 崇記
阪本 亮平, 五十嵐 知規

056 超高齢者の大動脈弁狭窄症に対する手術成績

東北大学 心臓血管外科 ○鈴木 佑輔, 本吉 直孝, 川本 俊輔
秋山 正年, 熊谷 紀一郎, 安達 理
齋藤 武志, 増田 信也, 渋谷 拓見
佐藤 真一, 佐藤 充, 早津 幸弘
伊藤 校輝, 松尾 諭志, 齋木 佳克

057 僧帽弁形成術 当科100例の報告

東北大学 心臓血管外科 ○本吉 直孝, 増田 信也, 安達 理
秋山 正年, 熊谷 紀一郎, 川本 俊輔
齋木 佳克

058 食欲不振の精査にて発見された巨大左房粘液腫の一治験例

竹田総合病院 心臓血管外科 ○大吉 希, 前場 覚, 田中 鶴人

059 脳梗塞発症で発見された巨大左心耳瘤の1例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学 ○遠藤 知秀, 阿部 直樹, 越前 崇
山田 雅大, 齋藤 新, 櫛引 基
樋熊 拓未, 長内 智宏, 奥村 謙
同 心臓血管外科 福田 幾夫

第3会場
肺(8:45~9:34)

座長 福本 義弘

060 妊娠中に肺塞栓症を発症しAT-3欠損症と考えられた一例

寿泉堂総合病院 循環器内科 ○大槻 彩香, 谷川 俊了, 鈴木 智人
岩谷 真人, 金澤 正晴

061 経皮的肺動脈形成術にてPGI₂持続静注療法から離脱しえた慢性血栓塞栓性肺高血圧症の一例

東北大学 循環器内科学 ○杉村 宏一郎 福本 義弘, 佐藤 公雄
三浦 裕, 後岡 広太郎 青木 竜男
建部 俊介, 山本 沙織, 下川 宏明
山形大学 第一内科 宮本 卓也, 久保田 功

062 脳梗塞後の急性肺塞栓症に対しPCPSを装着し救命し得たが、HITを併発し血栓症のコントロールに難渋した一例

仙台医療センター 循環器科 ○尾上 紀子, 尾形 剛, 但木 壮一郎
藤田 央, 山口 展寛, 田中 光昭
石塚 豪, 篠崎 毅

063 アイゼンメンジャー化した心房中隔欠損症にボセンタン・タダラフィル併用療法が有効と考えられた一例

大原総合病院附属大原医療センター ○三浦 俊輔, 石橋 敏幸, 阿部 之彦
山口 修, 上北 洋徳, 野寺 穰

064 重症肺血栓塞栓症発症後も妊娠継続し出産した一例

岩手県立中央病院 循環器科 ○加賀谷 裕太 高橋 徹, 斉藤 大樹
佐藤 謙二郎 佐竹 洋之, 福井 重文
遠藤 秀晃, 中村 明浩, 野崎 英二
田巻 健治

065 NO吸入で増悪した肺静脈閉塞症(PVOD)疑いの一例

東北大学 循環器内科学 ○三浦 裕, 福本 義弘, 杉村 宏一郎
佐藤 公雄, 後岡 広太郎 青木 竜男
建部 俊介, 山本 沙織, 下川 宏明

066 多発性脳梗塞・腎梗塞を合併した肺血栓塞栓症の1例

仙台医療センター 循環器科 ○鈴木 菜絵子, 尾形 剛, 但木 壮一郎
藤田 央, 山口 展寛, 山口 展寛
尾上 紀子, 田中 光昭, 篠崎 毅

第3会場

肺・末梢血管 (9:34~10:16)

座長 杉 正文

067 慢性の下痢を主訴とした特発性肺動脈性肺高血圧症の一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学 ○金城 貴彦, 木村 正臣, 石田 祐司
伊藤 太平, 佐々木 憲一, 堀内 大輔
佐々木 真吾, 奥村 謙
同 救急・災害医学講座 大和田 真玄

068 気腫合併肺線維症に肺高血圧症を併発した一例

東北大学 循環器内科学 ○大歳 晃平, 青木 竜男, 杉村 宏一郎
福本 義弘, 後岡 広太郎, 三浦 裕
山本 沙織, 建部 俊介, 佐藤 公雄
下川 宏明

069 非侵襲的陽圧換気(NPPV)の効果をも右心カテーテルにて観察しえた肥満低換気症候群の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
○近藤 愛, 義久 精臣, 杉本 浩一
佐藤 雅之, 佐藤 崇匡, 坂本 信雄
鈴木 均, 斎藤 修一, 竹石 恭知

070 低侵襲膝窩動脈穿刺(表裏パン)を用いた Bi-directional approach で EVT に成功した SFA-CTO の1例

宮城厚生協会 坂総合病院 循環器科 ○佐々木 伸也, 小幡 篤, 渡部 潔
渋谷 清貴, 濱田 一路, 越川 智康
小鷹 悠二

071 虚血性心疾患に合併した片腎の腎動脈狭窄症に対し経皮的腎動脈形成術が有効であった一例

(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器科
○山内 宏之, 小松 宣夫, 益田 淳朗
中村 裕一, 金澤 晃子, 石田 悟朗
遠藤 教子, 新妻 健夫, 武田 寛人

072 短期間に生じた右上肢閉塞性動脈硬化症の一例

市立秋田総合病院 循環器科 ○藤原 敏弥, 奈良 育美, 柴原 徹
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3会場

心膜・心内膜・静脈・血圧・その他 (10:16~10:58)

座長 飯野 健二

073 負荷心電図にて著明な ST 低下をきたした僧帽弁閉鎖不全症の一例

東北労災病院 循環器科 ○田代 篤史, 佐治 賢哉, 加藤 浩
小丸 達也

074 感染を契機に収縮性心膜炎に進行し致命的となった尿毒症性心外膜炎の一例

米沢三友堂病院 循環器科 ○川島 理, 榎田 俊生, 阿部 秀樹
仙台厚生病院心臓センター 大友 達志

075 腎静脈分岐部に及ぶ巨大血栓を認めた、プロテイン S 欠乏症による深部静脈血栓症の 1 例

仙台市立病院 循環器内科 ○田邊 雄大, 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

076 エストロゲンはカップリングファクター 6 過剰発現による食塩感受性高血圧と心機能障害に拮抗する

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学 ○泉 山 圭, 長内 智宏, 相樂 繁樹
山本 祐子, 祐川 誉徳, 大矢 史恵
奥村 謙

077 腹部血管雑音がきっかけとなった高齢女性腎血管性高血圧症

山形県立中央病院 ○渋間 啓, 鈴木 恵綾, 玉田 芳明
後藤 敏和

078 東日本大震災における感染性心内膜炎の増加

東北大学 循環器内科学 ○青木 竜男, 福本 義弘, 杉村 宏一郎
後岡 広太郎, 三浦 裕, 山本 沙織
建部 俊介, 佐藤 公雄, 下川 宏明

第3会場

その他の疾患 (10:58~11:47)

座長 長内 智宏

079 PCI後にプロタミンを投与しショック状態となった1例

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科 循環器医療センター

○小室 堅太郎 金 矢 宣紀, 伊藤 智範
房崎 哲也, 菅原 正磨, 石川 有
後藤 巖, 肥田 親彦, 小野寺 正幸
中村 元行

080 放射線治療後、放射線性心障害を生じた3症例

仙台医療センター 循環器科

○高木 英誠, 尾形 剛, 但木 壮一郎
藤田 央, 山口 展寛, 尾上 紀子
石塚 豪, 田中 光昭, 篠崎 毅

081 肺動脈瘤の1例

福島赤十字病院 循環器科

○横川 哲朗, 大和田 尊之, 菅野 優紀
阪本 貴之, 渡部 研一

082 特異な局在を示した左心房瘤の一例

山形大学 第一内科

○佐々木 真太郎 宮本 卓也, 本多 勇希
大道寺 飛雄馬 石垣 大輔, 和根崎 真大
杳沢 大輔, 屋代 祥典, 岩山 忠輝
石野 光則, 田村 晴俊, 西山 悟史
有本 貴範, 高橋 大, 穴戸 哲郎
宮下 武彦, 渡邊 哲, 久保田 功
同 第二外科 内田 徹郎, 貞弘 光章

083 当院における頸動脈ステント留置術(CAS)の現況—37例の経験—

(財)三友堂病院 循環器科

○阿部 秀樹, 川島 理, 榎田 俊生
同 脳神経外科 新宮 正

084 外科的切除を行った巨大瘤を合併した冠動脈肺動脈瘤の1例

岩手県立中央病院

○齊藤 大樹, 佐藤 謙二郎, 佐竹 洋之
福井 重文, 遠藤 秀晃, 高橋 徹
中村 明浩, 野崎 英二, 田巻 健治

085 ビタミンB1が著効した衝心脚気の一例

日本海総合病院

○高橋 徹也, 近江 晃樹, 齋藤 博樹
桐林 伸幸, 新関 武史, 佐々木 敏樹
金子 一善, 菅原 重生

第4会場

不整脈 I (8:45~9:41)

座長 福田 浩二

086 ワイヤレス遠隔モニタリングシステムの初期導入経験

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○森 俊平, 井筒 大人, 南條 光晴
水谷 有克子, 田中 綾紀子, 増田 新一郎
箴井 宣任, 矢西 賢次, 伊澤 毅
武蔵 美保, 上村 直, 櫻井 美恵
多田 憲生, 鈴木 健之, 本多 卓
大友 潔, 滝澤 要, 大友 達志
伊藤 祐子, 井上 直人

同 臨床工学室

佐々木 健吾

087 急性期にのみ J 波が顕在化した心室細動蘇生後の 1 例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学

○石田 祐司, 伊藤 太平, 佐々木 憲一
堀内 大輔, 大和田 真玄, 木村 正臣
佐々木 真吾, 奥村 謙

088 洞機能不全症候群(SSS)に対する心室ペーシングの影響

中通総合病院 循環器内科

○佐藤 誠, 播間 崇記, 阪本 亮平
五十嵐 知規

089 体表露出による感染のためペースメーカーシステム除去を要した一例

仙台医療センター 循環器科

○塚西 麻衣, 山口 展寛, 尾形 剛
但木 壮一郎, 藤田 央, 尾上 紀子
石塚 豪, 田中 光昭, 篠崎 毅

090 外科的高周波肺静脈隔離術後に経静脈的肺静脈隔離術を追加した 1 例

秋田県成人病医療センター 循環器科

○寺田 健, 阿部 芳久, 寺田 茂則
佐藤 匡也, 熊谷 肇, 門脇 謙

同 心臓血管外科

千田 佳史, 関 啓二

秋田大学 心臓血管外科

山本 文雄

同 循環器内科学・呼吸器内科学

小山 崇, 伊藤 宏

091 右室流出路への伝導隔離によって根治した再発性肺動脈起源心室性期外収縮の 1 例

仙台市立病院 循環器内科

○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

092 右室流出路起源が疑われたが、大動脈右冠尖での焼灼が有効であった心室性期外収縮の一例

東北大学 循環器内科学

○中野 誠, 福田 浩二, 若山 裕司
近藤 正輝, 長谷部 雄飛, 川名 暁子
下川 宏明

093 electrical storm を来した心サルコイドーシスの 1 例

山形県立中央病院

○山内 毅, 福井 昭男, 木下 大資
會田 敏, 安藤 薫, 菊地 翼
高橋 克明, 高橋 健太郎, 玉田 芳明
矢作 友保, 松井 幹之, 後藤 敏和

第4会場

不整脈Ⅱ(9:41~10:37)

座長 寺田 健

094 Torsades de Pointesによる意識消失発作で発見された原発性アルドステロン症の1例

秋田組合総合病院 循環器科 ○木村 俊介, 松岡 悟, 庄司 亮
阿部 元, 田村 芳一, 斉藤 崇
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏

095 左冠尖からpurkinje電位が記録され左脚前枝領域のpurkinje線維が複数の頻拍に
関与したと考えられた1例

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

096 細動興奮周期の延長を指標に通電する事で心房細動を抑制しえた1例

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

097 起源・治療部位同定に術前MRIが有用であった左室側壁起源心室頻拍の一例

東北大学 循環器内科学 ○川名 暁子, 長谷部 雄飛, 近藤 正輝
中野 誠, 若山 裕司, 福田 浩二
下川 宏明

098 リチウム中毒により洞性徐脈をきたし長期の透析治療を要した一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○山崎 大輔, 寺田 豊, 伊藤 宏
小坂 俊光, 渡邊 博之, 飯野 健二
石田 大, 小山 崇, 大場 貴喜
小熊 康教, 坂本 麻衣

099 大動脈バルサルバ洞左冠尖ならびに左冠尖近傍起源不整脈の心電学的特徴

仙台市立病院 循環器内科 ○石井 和典, 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, 佐藤 英二

100 副腎不全による急激な体重減少が原因と考えられたペースメーカーリード不全の1例

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

101 東日本大震災におけるデバイス植え込み患者の不整脈発生に関する検討

東北大学 循環器内科学 ○近藤 正輝, 福田 浩二, 若山 裕司
中野 誠, 川名 暁子, 長谷部 雄飛
下川 宏明

第4会場

心不全 (10:37~11:19)

座長 渡邊 哲

102 ACSとの鑑別に難渋した脚気衝心の一例

岩手県立中部病院 ○西澤 健吾, 芳沢 礼佑, 織笠 俊樹
齊藤 秀典, 八子 多賀志

103 心不全を契機に診断されたミトコンドリア遺伝子異常の一例

中通総合病院 循環器内科 ○播間 崇記, 佐藤 誠, 阪本 亮平
五十嵐 知規

104 保険償還となった埋め込み型補助心臓 DuraHeart®を装着し経過良好な拡張型心筋症の1例

東北大学 循環器内科学 ○後岡 広太郎, 福本 義弘, 杉村 宏一郎
佐藤 公雄, 三浦 裕, 山本 沙織
建部 俊介, 青木 竜男, 下川 宏明
同 心臓血管外科 秋山 正年, 川本 俊輔, 齋木 佳克
同 臓器移植医療部 秋場 美紀

105 アミオダロン抵抗性の心房頻拍に対し、カテーテルアブレーションを施行した頻脈誘発性心筋症の一例

東北大学 循環器内科学 ○谷内 亜衣, 福田 浩二, 若山 裕司
中野 誠, 近藤 正輝, 長谷部 雄飛
川名 暁子, 下川 宏明

106 大動脈-肺動脈瘻を生じ、右側のみの肺うっ血と多量の胸水貯留を認めた弓部大動脈瘤の一例

市立秋田総合病院 循環器内科 ○奈良 育美, 藤原 敏弥, 柴原 徹
中川 正康
きびら内科クリニック 循環器内科 鬼平 聡
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏

107 急性心不全入院時におけるBNP非測定は院内死亡と関連する

東北大学 循環器内科学 ○三浦 正暢, 後岡 広太郎
高橋 潤, 高田 剛史
国際医療福祉大学病院 循環器内科 柴 信行
大崎市民病院 循環器内科 平本 哲也
みやぎ県南中核病院 循環器内科 井上 寛一
岩手県立中央病院 循環器科 田巻 健治

第4会場

心不全・大動脈 (11:19~11:54)

座長 伊藤 智範

108 心室緻密化障害による心不全の経過中に脳梗塞を発症した一例

岩手県立中央病院 循環器科 ○佐藤 謙二郎 斎藤 大樹, 佐竹 洋之
福井 重文, 遠藤 秀晃, 高橋 徹
中村 明浩, 野崎 英二, 田巻 健治

109 拡張期心不全における睡眠時呼吸障害の検討

仙台医療センター 循環器科 ○但木 壮一郎 尾形 剛, 藤田 央
山口 展寛, 尾上 紀子, 田中 光昭
石塚 豪, 篠崎 毅

110 ハイリスク腹部大動脈瘤(AAA)に Iliac extender(IE)にてステントグラフト内挿術(EVAR)を施行した一例

(財)脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 心臓血管外科
○植野 恭平, 緑川 博文, 菅野 恵
高野 隆志, 渡邊 晃佑

111 Leriche 症候群を有する両側腎動脈狭窄に対し実施した PTRA の工夫が奏功した一例

山形市立病院 済生館 循環器内科 ○鈴木 康太, 中田 茂和, 伊藤 誠
宮脇 洋

112 短期間に急激な形態変化をきたした炎症性腹部大動脈瘤の切迫破裂の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
蒔田 真司, 中村 元行
同 心臓血管外科 片岡 剛, 満永 義乃, 鎌田 武
同 放射線科 田中 良一

YIA 審査	10:30～11:20
心肺蘇生法普及委員会	11:25～11:40
評議員会	12:00～12:30
総会・YIA 授賞式	12:35～13:00

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 3F クリスタル)

座長:福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
教授 竹石 恭知 先生

「遺伝性心血管疾患の臨床—最近の話題から—」

金沢大学医薬保健研究域 医学系血管病態制御学 臓器機能制御学

教授 山岸 正和 先生

共催:第153回日本循環器学会東北地方会
MSD 株式会社

教育セッション2

特別講演 14:00～15:00 (第1会場 3F クリスタル)

座長:福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
教授 竹石 恭知 先生

「循環器病態の基盤としての慢性炎症」

東京大学医学系研究科・医学部 器官病態内科学講座 循環器内科学

教授 永井 良三 先生

共催:第153回日本循環器学会東北地方会
武田薬品工業株式会社

日本循環器学会東北支部則

1. 名 称

本支部は日本循環器学会東北支部と称する。

(「地方会」より「支部」へ名称変更 →平成 15 年 3 月改正)

2. 目 的

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

3. 事 業

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

4. 学術集会

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

5. 支部員

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

6. 名誉支部員

年齢満 65 歳以上の会員で、支部評議員を 3 期以上務めた者を名誉支部員とする。

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

7. 名誉特別会員

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

処遇については、名誉支部員に準用する。

8. 支部長

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

9. 支部評議員

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

9-1. 支部評議員辞職にあたっての細則

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

9-2. 支部評議員推薦にあたっての細則

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

9-3. 支部評議員辞職・支部評議員選出にあたっての細則

支部評議員の辞職及び推薦は、支部評議員会の同意を必要とする。

10. 支部評議員会

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

11. 総会

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

12. 役員任期

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

13. 会計

本支部の会計年度は毎年4月1日から始まり翌年3月31日におわる。

本支部の経費は、部費、各種補助金および寄付金をもってあてる。

14. 部則の変更

本部則の変更は評議員会の議を経て総会の出席者の3分の2以上の賛成を要する。

15. 付則

①本支部の事務室は当分の間、東北大学大学院循環器病態学におく。

②年間部費は個人部費2,000円とし、本部より一括徴収となる。

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

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

第 153 回日本循環器学会東北地方会 YIA 審査員(敬称略)

青森

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学
青森県立中央病院

教授 奥村 謙
循環器センター長 藤野 安弘

岩手

岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野
日高見中央クリニック

教授 中村 元行
糖尿病センター長 瀬川 郁夫

秋田

秋田大学 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
篠田総合病院 循環器科

教授 久保田 功
医長 池田 こずえ

宮城

東北大学 循環器内科学
仙台医療センター 循環器科

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 循環器内科

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 23 年 9 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 傳	平 則夫	平盛 勝彦	丸山 幸夫
名誉支部員	芦川 紘一 猪岡 英二 小野 幸彦 鈴木 典夫 田中 元直 三浦 幸雄	池田 精宏 遠藤 政夫 香川 謙 高橋 恒男 津田 福視 室井 秀一	石出 信正 大友 尚 小岩 喜郎 高松 滋 布川 徹 盛 英機	伊藤 明一 大和田 憲司 佐々木 弥 立木 楷 星野 俊一 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 藤野 安弘	○長内 智宏 三国谷 淳	花田 裕之 元村 成	福田 幾夫 保嶋 夫
岩手	青木 英彦 佐藤 衛 ○中村 元行	伊藤 智範 瀬川 郁夫 那須 雅孝	岡林 均 田代 敦 蒔田 真司	○小松 隆 田卷 健治 茂木 格
秋田	阿部 芳久 斎藤 崇 中川 正康	○伊藤 宏 佐藤 匡也 長谷川 仁志	門脇 謙 鈴木 泰 山本 文雄	小林 政雄 田村 芳一 ○渡邊 博之
山形	熱海 裕之 ○久保田 功 廣野 撰 八巻 通安	石井 邦明 後藤 敏和 福井 昭男 ○渡邊 哲	小熊 正樹 齋藤 公男 松井 幹之	金谷 透 貞弘 光章 宮脇 洋
宮城	○伊藤 貞嘉 金塚 完 佐藤 昇一 堀内 久徳	井上 直人 上月 正博 ○下川 宏明 柳澤 輝行	今井 潤 小丸 達也 ○田林 眺一 山家 智之	○加賀谷 豊 西條 芳文 福本 義弘
福島	青木 孝直 木島 幹博 ○竹石 恭知 渡辺 毅	石川 和信 齋藤 修一 武田 寛人	○石橋 敏幸 齋藤 富善 前原 和平	金澤 正晴 杉 正文 ○横山 齐
会計監事	田中 元直			
幹事	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
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			
1990	2010 年度	2010/4/1～ 2015/3/31	同左
1995			
2000			
2005			
2010	2011 年度	2011/4/1～ 2016/3/31	同左
1991			
1996			
2001			
2006			
2011			

＜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 153 回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

2011 年 12 月 3 日 仙台サンプラザ
会長 竹石 恭知
(福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座)

001

左室形成術および心臓再同期療法が奏功した左心室瘤を合併した拡張相肥大型心筋症の一例

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座、
²福島県立医科大学 心臓血管外科、
³東京医科歯科大学 難治疾患研究所分子病態分野

○佐藤 彰彦¹、坂本 信雄、杉本 浩一¹、八巻 尚洋、
国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均¹、齋藤 修一¹、
竹石 恭知、
横山 齊²、有村 卓朗、木村 彰芳

拡張相肥大型心筋症は稀に左心室瘤を合併し予後不良の疾患であるが、未だ病態解明をみず治療法も確立されていない。我々は、左心室瘤を呈した拡張相肥大型心筋症症例を経験したのでその病態や遺伝子変異を考察も含めて報告する。症例は61歳女性。43歳時に肥大型心筋症と診断されたが60歳頃より徐々に労作時息切れを認め当科紹介となった。心エコーで左室の拡大と全周性壁運動低下を認め心尖部左心室瘤を呈していたが冠動脈造影で有意な狭窄・閉塞を認めなかった。薬剤抵抗性心不全と非持続性心室頻拍に対して左心室切除および心臓再同期療法を行い心機能、ADLともに改善した。なお遺伝子解析から肥大型心筋症の原因遺伝子である MYBPC3 の複合ヘテロ変異が確認された。現在順調に外来通院中であるが、今後も厳密にフォローアップを行っていく。

003

心筋ブリッジ部の冠動脈解離による心筋梗塞を発症した若年女性で入院中に右冠動脈の冠縮閉発作を認めたと一例

¹仙台循環器病センター

○岡山 大¹、藤井 真也¹、嶋崎 健介¹、星野 大雅¹、
尾崎 友里¹、五味田 敬子¹、小林 弘¹、八木 勝宏¹、
内田 達郎¹

症例は42歳女性。胸部圧迫感および心電図上前胸部誘導のST上昇を認め、急性冠症候群の診断で、緊急冠動脈造影を行い、#7:99%狭窄を認めた。冠動脈内超音波で血栓様エコー像を認め、白色構造物や多量の微小白色粒が吸引され、再開通した。病変部は造影所見にて心筋ブリッジによる squeezing と解離を認めていたが、ステント留置はせず終了した。4日後の夜、II,III,aVF誘導のST上昇発作を認めたがニトログリセリン舌下により速やかに軽快した。抗血小板薬2剤、Ca拮抗薬、ARBを導入し、以後症状の再燃なく退院した。病理所見では白色構造物は血管内皮であり、動脈硬化性変化は認められなかった。心筋ブリッジと解離が関与すると思われる動脈硬化のない閉経前女性の心筋梗塞例につき文献的考察を加え報告する。

005

肢体型筋ジストロフィーに合併した非通常型心房粗動により心機能低下をきたした一例

東北大学 循環器内科学

○近藤 正輝¹、福田 浩二¹、若山 裕司¹、中野 誠¹、
川名 暁子¹、長谷部 雄飛¹、下川 宏明¹

症例は54歳、女性。東日本大震災後より動悸を自覚し前医受診。心拍数180台の頻脈、肺うっ血を認めた。抗不整脈薬の投与も奏功せず、電気的除細動施行され当科転院となった。転院後頻脈の再発はなく、β遮断薬等の内服にて心不全は改善、EF40%であった心収縮能も正常化し明らかな心基礎疾患は同定されなかった。退院後、頻脈の再発を認めRFCA施行した。右房内に広範囲な低電位領域が存在し、頻脈は右房分界稜を巡回する心房粗動で、分界稜の下側壁側に認めた fragment 電位への通電で治療に成功した。術後洞調律を維持したが左脚前肢ブロックは残存した。また経過中CPKの持続高値を認め骨格筋生検施行。肢体型筋ジストロフィーと診断された。本症での刺激伝導系障害の報告はあるが、上室性不整脈の合併は稀であり文献的考察を加え報告する。

002

難治性心室細動で発症した Isolated Right Ventricular Myocardial Infarction の一例

¹秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○木曾 博典¹、石田 大¹、小武海 雄介、小熊 康教、
飯野 健二、小坂 俊光、渡邊 博之¹、伊藤 宏¹

49歳男性。47歳時腎移植歴あり。本年2月、作中に突然痙攣を伴い意識消失。約3分後、救急隊現着時には心室細動であった。AEDにて除細動できず、救急外来でのアミオダロン静注後によりやく除細動され、血行動態安定。来院時の諸検査にて急性冠症候群を示唆する所見はなかったが、完全に否定もできず、緊急冠動脈造影を施行した。結果、低形成な右冠動脈に完全閉塞を認め、直ちにPCIを施行。術後ICUにて低体温療法を施行し、後遺症なく改善。慢性期の評価では左室に障害を認めず、右室単独の心筋梗塞で心室細動が生じたものと考えられた。近年、Isolated Right Ventricular Myocardial Infarction という疾患名で同様の報告が見られるが、診断法や予後など不明な点も多い。難治性心室細動合併の報告もあり、文献的考察を加えて報告する。

004

著明な右室内低電位の症例に対する新しいデバイストラブルシューティング

¹山形大学 第一内科、²篠田総合病院、³石巻赤十字病院

○石垣 大輔¹、有本 貴範¹、沓沢 大輔¹、岩山 忠輝¹、
穴戸 哲郎¹、玉淵 智昭³、佐々木 真太郎¹、本多 勇希¹、
和根崎 真大¹、屋代 祥典¹、大道寺 飛雄馬¹、石野 光則¹、
田村 晴俊¹、西山 悟史¹、高橋 大¹、宮下 武彦¹、
宮本 卓也¹、二藤部 丈司²、渡邊 哲¹、久保田 功¹

68歳女性。2000年に心サルコイドーシスと診断された。2010年某日動悸と眼前暗黒感のために救急搬送された。血行動態が破綻した心室頻拍(211/分)であり電気的除細動を行い洞調律に回復した。慢性期に植込み型除細動器の植込みを行った。左鎖骨下静脈より経静脈的にリードを挿入したが、右室の心内R波は低く広範囲でセンス感度以下だった。右室内でのセンスは困難と考え、冠静脈洞内に新たにリードを挿入し10mV以上の心内R波を確認した。除細動リードは右室心尖部中隔向きに留置し、冠静脈洞内リードを本体のRV:IS-1(ペース/センスポート)に接続した。誘発した心室細動は、冠静脈洞内リードでセンス不全なく感知でき、9Jで除細動できた。術後1年が経過したが、リード位置は安定しており、冠静脈洞内リードの心内R波は19.7mVで良好である。

006

慢性心不全患者において睡眠呼吸障害の合併は致死性不整脈発生の基盤を形成する

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座、
²福島県立医科大学 心臓病先進治療学講座

○山田 慎哉¹、鈴木 均¹、上岡 正志¹、鈴木 聡²、
神山 美之¹、義久 精臣²、齋藤 修一¹、竹石 恭知¹

背景:慢性心不全(CHF)における睡眠呼吸障害の合併は予後規定因子となるが、心室頻拍(VT)との関連は不明である。方法:CHF患者50例(平均61歳、左室駆出率42%)に対し、終夜睡眠ポリグラフとホルター心電図を施行した。無呼吸低呼吸指数20回/時以上をA群(n=24)、未満をB群(n=26)とし、0-6時、6-12時、12-18時、18-24時の6時間毎にT波交互脈(TWA)の陽性(>65μV)率とVT(>5連発)出現率を比較した。結果:TWA陽性率は、全時間帯においてA群がB群より高値を示した(0-6時:23% vs. 8%, 6-12時:50% vs. 25%, 12-18時:55% vs. 25%, 18-24時:36% vs. 4%, P<0.05)。また、VTの出現率はA群(46%)がB群(19%)より高値を示した(P<0.05)。結語:CHFにおける睡眠呼吸障害の合併は、再分極異常を助長し致死性不整脈の出現に影響する可能性が示唆された。

007

Integrated backscattered (IB)-IVUS による解析と血清 PAPP-A 値は PCI に伴う no-reflow の発症予測に有用である

¹山形大学 第一内科

○大道寺 飛雄馬¹、高橋 大¹、大瀧 陽一郎¹、舟山 哲¹、
田村 晴俊¹、有本 貴範¹、穴戸 哲郎¹、宮下 武彦¹、
宮本 卓也¹、渡邊 哲¹、久保田 功¹

PCI 時の no-reflow(NR)は予後不良因子である。IB-IVUS によるブ
ラーク性状解析と、ブランク安定性との関連が示唆される血清
pregnancy-associated plasma protein(PAPP-A)値を用いて NR 発
症リスクを検討した。2009 年 7 月～2010 年 12 月の間、IB-IVUS
を用いて PCI を行い、血清 PAPP-A を測定した 85 例で検討した。
末梢保護デバイス使用による一過性 NR も含め、計 18 例で NR を
認めた。最小内腔断面における Lipid 面積比(%LA)と血清 PAPP-A
は、NR 発症群で有意に高く、両者とも独立した NR 発症の予測因
子であった。ROC 解析で得られた NR 発症の cut-off 値は、%LA
62%、血清 PAPP-A 7.68 ng/ml で、双方とも cut-off 値以上の群
の odds 比は、双方とも cut-off 値未満の群の 194 倍だった。
IB-IVUS 解析に加え、血清 PAPP-A 値も考慮することで NR 発症
のハイリスク症例が選別できる。

009

心不全患者を対象とした ASV の交感神経活性抑制効果に関する
検討

¹秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○田村 善一¹、小山 崇¹、五十嵐 巖¹、小熊 康教¹、
石田 大¹、飯野 健二¹、渡邊 博之¹、伊藤 宏¹

中枢性無呼吸優位の睡眠呼吸障害(SDB)を合併した心不全患
者に ASV を導入し、心臓交感神経活性の抑制効果について検討
した。NYHAII-III 度、LVEF45%未満の心不全患者を SDB 群と非
SDB 群に分け、さらに SDB 群を ASV 使用群と非使用群に分け、検
討を行った。結果、全患者の無呼吸及び低呼吸イベント数と
¹²³I-MIBG シンチグラフィの Washout Rate(WR)との間に正の相
関を認めた。また、ASV 使用群において、6ヶ月後に有意な WR の
減少、LVEF の上昇、血中 BNP 濃度の低下を認め、WR の変化率
と LVEF の変化率の間に有意な相関を認めた。以上より、ASV は中
枢性無呼吸のような不安定呼吸を安定化させ、心臓交感神経活
性の抑制をもたらす、心不全の改善効果が期待できると考えられ
た。

011

ショックを来した敗血症性心筋症の 1 例

¹福島赤十字病院 循環器科

○横川 哲朗¹、渡部 研一¹、菅野 優紀¹、阪本 貴之¹、
大和田 尊之¹

症例は 80 代男性。平成 23 年 7 月に転んで右肘と膝に怪我をし、
38℃の発熱を認め当院に来院。受診時収縮期血圧が 50 mmHg
台、心電図で広範な ST 上昇、心エコーで左室壁運動のびまん性
低下を認めた。心原性ショックの疑いでカテーテル検査を施行。大
動脈内バルーンポンピングを挿入後に、冠動脈造影を施行したが
有意狭窄を認めず、左室造影で左室壁運動も正常化していた。心
電図上の ST 変化も改善傾向であった。敗血症性ショックと考えカ
テコロールアミン、メロペナムなどで薬物加療を行った。起病菌は同
定されなかったが、右肘部の怪我は皮膚科で丹毒と診断、プロカ
ルトニンが 11.5 ng/ml と高値であり敗血症とも診断した。敗血症
に起因した一過性の心機能低下は敗血症性心筋症と言われている。
敗血症性心筋症について文献的考察を踏まえ報告する。

008

冠縮性狭心症の診断と臨床評価における Rho キナーゼ活性の
バイオマーカーとしての有用性

¹東北大学 循環器内科学

○菊地 翼¹、安田 聡¹、相澤 健太郎¹、圓谷 隆治¹、
伊藤 愛剛¹、大橋 潤子¹、高木 祐介¹、武田 守彦¹、
中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、高橋 潤¹、下川 宏明¹

【目的】冠縮性狭心症(VSA)患者の Rho キナーゼ活性を測定し
実臨床における有用性を明らかにする。【方法・結果】胸痛を主訴
にアセチルコリン負荷試験を施行した連続 53 症例において末梢血
好中球の Rho キナーゼ活性を測定した。VSA 群(n=33)では非
VSA 群(n=20)に比べ、有意に Rho キナーゼ活性が亢進していた
(基質 MBS のリン酸化/総量比、1.33±0.37 vs. 0.95±0.22、P
<0.001)。薬物治療 3 ヶ月後、VSA 群の Rho キナーゼ活性は有意
に低下した(1.08±0.31、P<0.001)。ROC 解析で MBS 比 1.18
が VSA 診断の鋭敏なカットオフ値であった。【結論】Rho キナーゼ
活性は VSA 患者で亢進しており、診断と臨床評価に有用なバイオ
マーカーであることが明らかになった。

010

冠動脈疾患の血管内皮前駆細胞での SIRT1 の発現について:スタ
チンによる無作為試験による検討

¹岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野

○田 淵 剛¹、佐藤 衛¹、伊藤 智範¹、中村 元行¹

Silent information regulator 1(SIRT1)は、老化プロセスを抑制す
る遺伝子として注目されている。本研究では、冠動脈疾患(CAD)の
血管内皮前駆細胞(EPC)での SIRT1 の発現とスタチン投与による
その変動について検討した。

CAD 70 例(67.9 歳±9.1)および対照 48 例(65.1 歳±8.7)を対
象とし、CAD 群をアトルバスタチン(A)投与群とロスバスタチン(R)
投与群に無作為割付し、EPC での SIRT1 の発現を検討した。SIRT1
の発現は、対照群より CAD 群で低値であった(P<0.01)。SIRT1 の
発現は、EPC 数と正の相関を認めた(r = 0.35, P<0.05)。投与 8
ヶ月後の SIRT1 の発現は、A 群で増加し(P<0.05)、R 群では変化
を認めなかった。

【結 語】スタチンによる EPC での SIRT1 発現の増加は、CAD の
進展を抑制する可能性がある。

012

血清 M 蛋白を伴った AA アミロイドーシスの一例

¹白河厚生総合病院 第二内科、²白河厚生総合病院 病理診断科

○大和田 卓史¹、斎藤 富善¹、泉田 次郎¹、斎藤 恒儀¹、
三田 正行¹、中村 研一¹、野沢 佳弘²、前原 和平¹

65 歳男性。心不全の原因検索のため当院紹介入院。心電図は
低電位差、1 度房室ブロック、V1-3 で QS パターン、心エコーは両
室肥大と心筋の輝度上昇がみられた。左室心筋生検で AA アミロ
イドーシスと診断された。血清 M 蛋白が陽性であったが、尿中ベン
スジョーンズ蛋白は陰性であった。骨髄生検で形質細胞数は
12.2%と増加していたが、貧血や腎機能低下、高カルシウム血症
などはなく、PET-CT 検査でも骨病変はなく無症候性骨髄腫と診断
された。アミロイドーシス診断ガイドラインによると AA アミロイドーシ
スの原因としては続発性(主に関節リウマチ)や遺伝性が考えられ、
AL アミロイドーシスである原発性や多発性骨髄腫は除外される。
本症例は AA アミロイドーシスと無症候性骨髄腫を併発している稀
な症例と考えられ報告する。

013

学校検診の心電図異常で発見され、思春期の著名な心電図変化と心筋の肥厚を追跡できた肥大型心筋症の一例

¹山形市立病院 済生館 循環器内科

○鈴木 康太¹、中田 茂和¹、伊藤 誠¹、宮脇 洋¹

初診時、15 歳男性。学校検診の心電図にて左室肥大を指摘され当科受診。自覚症状なく、心雑音を聴取しなかった。心疾患・突然死の家族歴はなし。既往に、以前小児科での心エコー検査で心臓がやや厚めかなとの指摘を受けていた。初診時心電図は V1-3 の ST 上昇・左室高電位を認めた。心エコー検査では、肥大した右室構造物を除いた心室中隔壁厚で 13mm・後壁厚 6mm を認めた。15 歳の左室平均壁厚は 6-7mm とされており、肥大型心筋症を疑い経過観察を行った。18 歳時には中隔・前側壁厚は 20mm を超え、右室構造物と中隔の間隙は消失し、T 波の陰転化など心電図も著名に変化した。思春期に急激な進行を認めた例を経験し、中隔の肥大が顕著となる以前の肥大した右室構造物をどう考えるべきか Maron らの文献的考察も含め報告する。

015

高齢者虐待による、たこつぼ型心筋症の 1 例

¹山形市立病院 循環器内科

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

83 歳女性。近医を定期受診した際に、心電図で広範な ST 上昇とロボニン T の陽転化を認め、急性心筋梗塞の疑いで当院に救急搬送された。冠動脈に閉塞はなく、心筋梗塞は否定された。左室造影で心尖部の無収縮と心基部の過収縮という特徴的な所見を認め、たこつぼ型心筋症の診断で入院した。胸部には大きな内出血があり、胸痛の原因と考えられた。また、左肘、腰部、足背に熱傷を認めた。後日、同居していた家族による虐待の事実が判明した。急性心不全の状態であったが、薬物療法で比較的容易にコントロールされ、左室の収縮異常も約 1 カ月の経過で回復した。高齢者虐待防止法に基づいて市町村に通報し、「分離」がなされることになり、退院後は介護施設に入所した。社会的に重要な症例と考えられ、報告する。

017

多系統萎縮症に心不全と高度な睡眠時無呼吸症候群(SAS)の合併を認め ASV が著効した 1 例

¹山形大学医学部附属病院卒後臨床研修センター、

²山形大学 第一内科

○坂下 徳¹、石野 光則²、西山 悟史²、宍戸 哲郎²、本多 勇希²、田村 晴俊²、有本 貴範²、高橋 大²、宮下 武彦²、宮本 卓也²、渡邊 哲²、久保田 功²

症例は 52 歳男性。多系統萎縮症で通院中。X 年 1 月より下肢の浮腫出現、5 月より咳嗽、労作時息切れあり。5 月 9 日呼吸苦認め当院受診。肺うっ血、低心機能(EF 31%)を認め、心不全と診断し入院した。心不全改善後、心臓カテーテル検査で心筋生検し慢性心筋炎と診断された。入院時より呼吸管理を NIPPV(非侵襲的陽圧換気療法)で行ったが夜間の低酸素症が残存しアプノモニター検査を施行した。AHI(apnea hypopnea index) 68.0 と重度の SAS の合併を認めた。1L 酸素下で ASV(適応換気補助装置)を開始し AHI 13.2 と改善し、状態も安定し退院となった。多系統萎縮症に SAS を高率に合併することは知られているが、慢性心筋炎を合併し、ASV が有効であった稀な症例を経験したため報告する。

014

左室心筋にも脂肪変性が確認された不整脈原性右室心筋症の一例

¹仙台厚生病院 循環器内科

○田中 綾紀子¹、森 俊平¹、伊澤 毅¹、水谷 有克子¹、井筒 大人¹、南條 光晴¹、加畑 充¹、増田 新一郎¹、箴井 宣任¹、矢西 賢次¹、上村 直¹、武蔵 美保¹、多田 憲生¹、櫻井 美恵¹、鈴木 健之¹、本多 卓¹、大友 潔¹、滝澤 要¹、密岡 幹夫¹、井上 直人¹、目黒 泰一郎¹

症例は 79 歳女性。既往歴は高血圧症のみ。失神歴および突然死の家族歴はなし。2010 年 5 月動悸および胸部苦悶を自覚し当院に救急搬送された。来院時、左脚ブロック型の持続性心室頻拍を認め、電氣的除細動にて洞調律に復帰した。心エコーにて著明な右室拡大と壁運動低下、心室瘤所見を認めた。洞調律復帰後の心電図にてイブシロン波が確認され、不整脈原性右室心筋症(ARVC)と診断した。胸部単純 CT にて左室心筋にも脂肪変性を疑う所見が認められた。アミオダロン導入および植込型除細動器留置後、不整脈イベントは無かったが、右心不全の増悪を繰り返し 2011 年 4 月に死亡した。病理解剖にて右室心筋の脂肪変性、線維化、心筋の菲薄化とともに、左室心筋にも同様の所見が確認された。両心室心筋に脂肪変性を認めた ARVC の一例を経験したので報告する。

016

ビタミン B1 誘導体投与後に急激な改善がみられ診断的治療に成功した脚気心の一例

¹山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、

²山形大学 第一内科

○亀井 啓太¹、田村 晴俊²、沓沢 大輔²、西山 悟史²、有本 貴範²、高橋 大²、宍戸 哲郎²、宮下 武彦²、宮本 卓也²、渡邊 哲²、久保田 功²

症例は 57 歳男性。独身、偏食、アルコール多飲者。X 年 2 月下旬から体動時息切れ、下肢浮腫を自覚。X 年 4 月中旬、近医を受診し両側胸水貯留と縦隔拡大を認め精査目的に当科入院。心エコーでは全周性左室壁運動低下を認めうっ血性心不全と診断、造影 CT にて慢性下行大動脈解離の合併も認めた。カルペリチドで心不全治療を開始したが反応なく、第 3 病日より突然収縮期血圧が低下、心エコー上、左室駆出率が入院時の 46%から 20%へ低下、ショック状態となった。心内圧測定では高心拍出性心不全を呈しており、生活歴から脚気心を疑いビタミン B1 誘導体の投与を行ったところ、12 時間後にはショック状態を離脱した。ビタミン B1 誘導体投与後に急激な改善がみられ診断的治療に成功した脚気心を経験したので文献的考察を加えて報告する。

018

心室細動にて発症した若年女性の左室緻密化障害の一例

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○佐藤 雅之¹、上岡 正志¹、義久 精臣¹、国井 浩行¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、竹石 恭知¹

左室緻密化障害は比較的稀ではあるが、予後が良好とは言えない一群を含む疾患である。今回我々は、心室細動にて発症し蘇生しえた左室緻密化障害の一例を経験したので報告する。症例は 20 歳代女性。仕事に誘因無く意識消失し、心肺停止となった。直ちに心肺蘇生が行われ、近医へ搬送され低体温療法が施行された。心室性不整脈の精査加療のため当院紹介となった。心臓超音波検査にて左室後側壁に肉柱形成とその間に入り込む血流を認め、緻密化障害と診断された。冠動脈造影では有意狭窄は認めず、心臓電気生理検査において多形性心室頻拍が再現性を持って誘発された。ICD 植込込み術を施行し退院した。心機能が比較的保たれた緻密化障害においても、致死性不整脈を来すことを念頭に精査加療をすすめる必要があると思われた。

両心室で壁運動異常が認められたタコつぼ型心筋症の一例

¹東北大学 循環器内科学、²みやぎ県南中核病院 循環器内科○圓谷 隆治¹、高橋 潤¹、伊藤 愛剛¹、高木 祐介¹、
大橋 潤子¹、中山 雅晴¹、松本 泰治¹、武田 守彦¹、
伊藤 健太¹、安田 聡¹、堀口 聡²、下川 宏明¹

74歳女性、てんかん重責発作にて前医入院加療中、第3病日に血圧低下、心電図上広範なST上昇と心エコーで壁運動著明低下を認め、急性心筋炎疑いにて当科転院となった。冠動脈に有意狭窄なく、左右心室造影でタコつぼ様の心尖部壁運動低下を認めた。血圧低下の遷延と心室頻拍が多発したためカテコラミン、ニフェカラントに加えIABPによる循環補助を要した。転院後第3病日にIABPより離脱、第7病日には壁運動は完全に正常化した。心筋生検では炎症細胞の浸潤認めず、心臓MRIでは心尖部側に遅延造影陰性、T2強調画像での信号上昇が認められ、タコつぼ型心筋症と矛盾しない所見であった。左室のみならず右室心尖部側でも壁運動が低下し、特徴的なMRI所見を呈した重症タコつぼ型心筋症の一例を経験したので報告する。

021

慢性期にステロイドが著効した劇症型心筋炎の1例

¹岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 循環器医療センター○中島 悟史¹、房崎 哲也¹、小室 堅太郎¹、肥田 親彦¹、
伊藤 智範¹、佐藤 衛¹、小澤 真人¹、佐藤 嘉洋¹、
橘 英明¹、小松 隆¹、中村 元行¹

30歳代女性。平成23年4月心原性ショックと心室頻拍(VT)合併の劇症型心筋炎で当センターCCUへ入院。IABP、PCPSで加療して、アミオダロン内服とした。慢性期にEPSを行い、ICDを検討する予定で6月に独歩退院した。退院18日後、動悸が出現して当センターを受診。VTのため、再入院した。入院時のCKは237IU/Lで、CRPは0.4mg/dlであった。心筋への炎症が残存していると考えられ、ステロイドパルス療法を開始した。ステロイド導入後、徐々にQRS幅が回復し、導入3日後には、ほぼ正常伝導となった。EFも38%から44%まで改善して、ICD植え込みを行い、41病日に退院した。慢性期にステロイドが著効した劇症型心筋炎の1例を経験したので報告する。

023

利尿薬投与中の慢性心不全患者における心拍数管理の意義

¹東北大学 循環器内科学、²国際医療福祉大学病院○高田 剛史¹、柴 信行²、高橋 潤¹、後岡 広太郎¹、
三浦 正暢¹、下川 宏明¹

【背景】慢性心不全(CHF)患者の予後と心拍数(HR)には有意な関連があり、利尿薬(DU)はHRを変化させる。今回我々は、HRとDUの関係性を調べたので報告する。【方法と結果】CHART-2研究における洞調律のCHF患者2,469人を対象とした。HR及びDUの使用の有無で、A群(HR<70、DUなし)、B群(HR≥70、DUなし)、C群(HR<70、DUあり)、D群(HR≥70、DUあり)の4群に分類したところ、有意にD群が予後不良であった。D群は有意に女性が高頻度で、駆出率は低く、BNPは高かった。多変量解析では、D群の死亡ハザード比はA群に比較して3.0であった。【結論】CHF患者においてDUを使用する場合は、HRのコントロールを厳重に行う必要が示唆された。

020

常染色体優性遺伝肢帯型筋ジストロフィー患者の心不全管理に両心室ペーシングが有効であった一例

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座、
²太田総合病院附属太田熱海病院○野寺 稜¹、鈴木 聡¹、飯國 洋一郎²、中村 裕一¹、
水上 浩行¹、神山 美之¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、
齋藤 修一¹、竹石 恭知¹

症例は42歳女性。30歳頃から下肢筋力の低下を自覚し、家族歴から常染色体優性遺伝形式の肢帯型筋ジストロフィー(LGMD)と診断された。既往歴に心房粗動と洞不全症候群があり、ペースメーカー植え込み術を施行された。数ヶ月前から下肢の浮腫が徐々に強くなり近医での精査の結果、拡張型心筋症と診断されたため、平成23年1月に加療目的に当院へ紹介となった。入院後、心室頻拍(VT)を認め、心臓電気生理学的検査はVTの起源が多源性であったため、両心室ペーシング機能付き植え込み型除細動器(CRT-D)を植え込んだ。術後はβブロッカーを増量し、退院後はBNPの低下も認められ心拡大も改善した。筋生検組織による免疫染色では欠損タンパクは同定されなかったが、心不全管理にCRT-Dが有効であったLGMDを経験したので報告する。

022

当院における東日本大震災直後の循環器診療について

¹宮城厚生協会 坂総合病院 循環器科○渡部 潔¹、小鷹 悠二¹、越川 智康¹、濱田 一路¹、
佐々木 伸也¹、渋谷 清貴¹、小幡 篤¹

本年3月11日、東日本大震災とそれに伴う大津波によって、東北地方の太平洋沿岸地域は壊滅的な被害を受けた。当院は宮城県塩釜市に位置し、震災当初から多数の傷病者受け入れを行った。外来は3/11-22の12日間トリアージ体制で対応し、約2500名の診療を行った。トリアージ対象者の中で循環器疾患を疑わせる症状を訴えたものは108名(約4%)であった。入院は震災後一か月間に596名の新規入院を受け入れ、その内循環器疾患は45名(約7.5%)であった。入院症例のうち、急性肺動脈血栓塞栓症は3例、たこつぼ型心筋症は2例であり、例年より多い傾向を認めた。また、緊急PCIや手術が必要な症例は3例あり、仙台市内の高次医療機関へ搬送した。震災後急性期の循環器診療について集計を行ったので報告する。

024

東日本大震災後の当院での循環器疾患に関する報告

¹岩手県立大船渡病院 循環器科○前川 真理絵¹、大崎 拓也¹、下田 祐大¹、遠藤 浩司¹、
小島 剛史¹

【目的】2011年3月11日に発生した東日本大震災後から2ヵ月間の当院での循環器疾患に関して報告する。【方法】2011年3月11日からの2ヵ月間で、当院循環器科に入院した循環器疾患の疾患別入院数を前年の同時期と比較した。【結果】前年に比べ心不全、大動脈疾患、たこつぼ型心筋症の増加が認められた。また、循環器疾患を基礎とする心肺停止蘇生後の入院数や、肺炎などの呼吸器疾患も増加した。【考察】今回の震災では、これまでの震災同様に循環器疾患の増加傾向が認められた。これには震災後のストレス、環境変化による血圧上昇などが関連しているものと推察された。災害時には、心血管イベントの発生が震災後早期から増加していることを念頭に置き、診断、治療にあたることが重要である。

025

CONUT スコア(Controlling Nutritional Status)を用いた Stage-B 心不全のリスク評価; CHART-2 研究

¹東北大学 循環器内科学、²国際医療福祉大学病院

○後岡 広太郎¹、柴 信行²、高橋 潤¹、三浦 正暢¹、高田 剛史¹、下川 宏明¹

【背景】心血管疾患において栄養状態評価は重要であるが、Stage-B 心不全における CONUT(Controlling Nutritional Status)スコアの有用性は十分に評価されていない。【方法】対象は CHART-2 研究に登録された Stage-B 心不全 5484 例。CONUT スコアで 3 群に分類し(A: 0~1, B: 2~4, C: 5 以上)、各群の特徴と予後との関連を検討。【結果】平均追跡期間は 842 日、平均年齢は 67.6 歳(男性 71%)、虚血性心疾患が 58%を占めた。A 群 2489 例、B 群 1441 例、C 群 112 例であった。A 群に比較して B 群、C 群は高齢で、貧血、高血圧、虚血性心疾患の既往、利尿薬の使用頻度が高かった。Kaplan-Meier 生存分析では C 群が最も予後不良で、多変量 Cox 解析では CONUT スコア高値は有意に全死亡発生と関連していた。【結論】Stage-B 心不全のリスク評価に CONUT スコアは有用であった。

027

腹部大動脈瘤を合併した急性心筋梗塞の 1 例

¹(財)大原総合病院附属大原医療センター 循環器内科、²(財)大原総合病院附属大原医療センター 心臓血管外科

○大槻 歩¹、阿部 之彦¹、山口 修¹、三浦 俊輔¹、上北 洋徳¹、石橋 敏幸¹、三澤 幸辰²、萩原 賢一²

症例は 50 才代男性。AMI の診断で CAG 施行。胸腹部 CT で腹部大動脈瘤(嚢状瘤)を認めたが腹部症状はないため、そけい部からロングシースを用いて PCI を行う方針とした。#6JP が完全閉塞しており IABP の使用は避ける必要があり心機能を出来る限り保護するため、左回旋枝をフィルタップで保護しつつ左前下行枝に対して血栓吸引、POBA を施行。POBA 後に左回旋枝のフィルタップが血栓により閉塞し血圧が低下したため、フィルタップを抜去したところ血行動態は安定。#6 にステントを留置し手技を終了。冠動脈の残存狭窄病変と腹部動脈瘤に対する早期治療の必要があり、待機的に#7 および#13 の狭窄に対し PCI を施行後、同日腹部大動脈にステントグラフトを留置した。

029

LAD、LCX 同時閉塞による AMI の 1 例

¹あおもり協立病院 内科

○熊谷 真史¹、澤岡 孝幸¹、内藤 貴之¹

症例は 59 歳、男性。24 時間以上持続する胸痛を主訴に当院救急外来を受診。心電図にて V1~2 で QS パターン、及び aVr で ST 上昇を認めた。LMT に及ぶ可能性のある LCA 領域の AMI と判断し、緊急カテを行った。CAG にて LAD、LCX はいずれも起始部より完全閉塞となっており、LAD → RCA からの collateral flow が確認された。LAD、LCX の同時閉塞による AMI と判断し、IABP 留置下にそれぞれに対して PCI を行った。左室機能の著しい低下を認め、EF は 42%と低値であった。数日間 IABP 及びカテコラミンの併用による集中治療を要した。徐々に心臓リハビリテーションを行い、最終的には ADL 自立まで回復。約 3 週間の入院治療にて退院となった。

026

心臓外科術後患者の ADL と予後について

¹(財)星総合病院 心臓病センター 循環器内科

○坂本 圭司¹

当院で施行された心臓外科手術の心臓リハビリテーションの状況と慢性経過に関して検討した。対象は 2008 年 4 月から 2009 年 3 月までの 83 例を対象とした。入院中の心臓リハビリは 98.8%に施行されていた。退院時の ADL は独歩退院が 82.7%であった。退院時独歩群を N 群、退院時杖歩行以下であった群を L 群とし慢性期の検討を行った。観察期間は 483 ± 288 日。年齢や性別、手術内容に差は認めなかった。慢性期の再入院および心疾患での再入院に関しては両群間に差を認めなかった。しかし、死亡に関しては N 群 7.4%、L 群 35.7%と L 群の方が高いことが分かった。心臓外科手術後では年齢に関係なく退院時に ADL が低い患者は予後不良であることが予想された。

028

急性心筋梗塞患者に対してベアメタルステントを留置し、その直後に急性冠閉塞を来した 1 例

¹山形県日本海総合病院、²山形大学 第一内科

○新関 武史¹、菅原 重生¹、金子 一善¹、佐々木 敏樹¹、近江 晃樹¹、桐林 伸幸¹、齋藤 博樹¹、久保田 功²

55 歳男性。労作時の胸痛、冷汗を主訴に当院救急外来を受診。心電図、心エコーより急性下壁心筋梗塞と診断し、緊急心臓カテテル検査を施行。RCA (#2) で閉塞しており、血栓吸引、バルーン前拡張後に、Driver 4.0 × 18mm を留置した。ステント留置直後より、ST 再上昇、胸痛悪化、血圧低下を認め、stent 部位からの完全閉塞を来していた。ACT は 300 秒以上あり、HIT を疑いアルゴトロパンを投与し、再度、血栓吸引、バルーンによる血栓破砕を行い血行再建術に成功した。術後経過は良好で、第 33 病日に退院。術後の検査結果より HIT は否定的だったが、急性冠閉塞は経皮的冠動脈形成術の 3-5%に合併するとされ、死亡へ至る場合もある重篤な合併症の一つである。今回、HIT 治療に準じて治療を行い救命できた症例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

030

前壁梗塞発症 2 週間後に下壁梗塞を発症した 1 例

¹山形県立中央病院

○木下 大資¹、福井 昭男¹、山内 毅¹、會田 敏¹、安藤 薫¹、會田 敏¹、高橋 克明¹、高橋 健太郎¹、玉田 芳明¹、松井 幹之¹、矢作 友保¹、後藤 敏和¹

症例は 50 歳台後半男性。本年 8 月 A 日胸痛を主訴に某病院を受診したが、心電図、採血上有意な所見を認めず帰宅、症状は 2 日間持続した。2 週間後の 8 月下旬に再び胸痛が出現、心電図上 II, III, aVf で ST 上昇、V1-4 で QS パターンを認め、当院へ救急搬送となった。ショック状態であり、IABP 補助下に緊急心カテを施行、左前下行枝(LAD)近位部で完全閉塞、右冠動脈遠位部で 99%狭窄を認め、#3 に対し POBA を施行した。8 月 A 日の心電図では前胸部誘導で R 波を認め、QS パターンではないことより、前壁梗塞の発症は 8 月 A 日と推定された。以後 LAD に対し薬剤溶出性ステントを留置し、IABP を離脱できた。本症例は 2 週間という非常に短い期間に 2 枝を責任病変とする心筋梗塞を発症した稀な症例と考えられた。

031

DCA 施行後に留置した 13 年目の bare metal stent に late catch up を認めた一症例 -OCT 及び IVUS 所見からの考察-

¹ 星総合病院 心臓病センター 循環器科

○清水 竹史¹、三浦 英介¹、清水 康博¹、後藤 洋平¹、金子 博智¹、坂本 圭司¹、氏家 勇一¹、清野 義胤¹、木島 幹博¹、池田 精宏¹、丸山 幸夫¹

症例は 71 歳男性。1998 年に不安定狭心症で左前下行枝近位部に方向性冠動脈粥腫切除術(DCA)を施行した後、bare metal stent(gfx 3.5×18mm)を留置した。2011 年 8 月某日、胸部不快感を訴え当院で心臓カテーテル検査を施行したところ、ステント内近位側に 90%狭窄を認め血管内治療を施行した。術前に施行した OCT でステント内増殖内膜は大きな脂質性プラークが主体の病変で、内腔に近いプラーク内新生血管の増殖を認めたが、その遠位には石灰を含む線維性プラーク主体の組織を認め、同部の新生血管はステントストラット周囲に限局していた。13 年という非常に長期間を経て出現した BMS の再狭窄症例を、OCT と IVUS の RF 信号解析結果からの発症機序に関する考察を含めて、ここに報告する。

033

ベアメタルステント留置半年後に冠動脈瘤様の造影所見を認めた一例

¹ 福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○滝口 舞¹、八巻 尚洋¹、及川 雅啓¹、小林 淳¹、坂本 信雄¹、杉本 浩一¹、國井 浩行¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、竹石 恭知¹

61 歳男性。10 年前より高血圧、脂質異常症にて内服加療を受けていた。平成 22 年 12 月胸痛が改善せず当院へ搬送され、急性心筋梗塞の診断にて心臓カテーテル検査を施行された。冠動脈造影にて左前下行枝 #7 99%を認め、ベアメタルステント 3.5x20mm を direct stent 法にて留置し、後拡張後に IVUS を施行され、良好なステントの圧着を確認し手技終了された。その後順調に経過されていたが、6 か月後に確認造影を行ったところ、STENT 留置部に peri stent staining の所見を認め、造影ではステント留置後の冠動脈瘤が疑われた。IVUS を施行したところ、急性期と比し血管径およびステント径に変化を認めなかったが、片側のステントが冠動脈壁より浮いている所見を認めた。同部に対して、バルーンにて拡張しステントを冠動脈へ圧着させ、良好な拡張を認めた。

035

冠血流予備能(FFR)測定における重篤な合併症が起こった1例

¹ 大崎市民病院

○矢作 浩一¹、牛込 亮一¹、高橋 望¹、竹内 雅治¹、岩 澗 薫¹、平本 哲也¹

症例は 80 歳代、男性。2011 年 2 月上旬、重症心不全を合併した急性冠症候群で入院。緊急心臓カテーテル検査で、1>LAD#7 99%、2>LCx#13+#14 の分岐部 90%の 2 枝病変であった。責任病変である 1>を治療し、2 週間かけて回復した。入院 20 日後に残存病変の 2>に対し、生理的有意狭窄の有無を確認するため FFR 測定を施行した。当院では塩酸パバペリン冠注を最大充血を得るために使用しているが、QT 延長による VT、Vf の重篤な合併症があることが知られている。本症例では、LCx に 12mg 塩酸パバペリン冠注し FFR 測定し、測定終了後、QT 延長、血圧低下がみられ、VT、Vf が全く起こらず、そのまま心停止した。心停止後、意識が戻るまで 3 分 42 秒かかった。塩酸パバペリン冠注による心停止の合併症は非常に稀であるため、考察を含めて報告する。

032

右冠動脈の慢性完全閉塞の治療時に末梢への解離の進行を認め、逆行性アプローチにて Bail-out した一例

¹ 仙台厚生病院循環器科

○伊澤 毅¹、井上 直人¹、井筒 大人¹、水谷 有克子¹、加畑 充¹、増田 新一郎¹、箆井 宣任¹、三宅 弘恭¹、松本 崇¹、堀江 和紀¹、榎田 俊生¹、上村 直¹、武蔵 美保¹、櫻井 美恵¹、多田 憲生¹、森 俊平¹、鈴木 健之¹、大友 潔¹、滝澤 要¹、大友 達志¹、目黒 泰一郎¹

症例は労作性狭心症の 68 歳女性。右冠動脈 #2 が慢性完全閉塞で、鋭角枝及び中隔枝より右冠動脈末梢に側副路があった。閉塞長は長くないため順行性に Wizard78、次に Ultimate Bros3g を試みるも病変を通過しなかった。その最中に右冠動脈 #1 に解離を生じ Bail-out stent を行ったが、閉塞病変より末梢の造影が不良となった。解離が右冠動脈末梢まで進展した可能性を考え、中隔枝を介した逆行性アプローチに変更。Fielder FC を右冠動脈末梢まで通過させ、順行性の Ultimate Bros3g から IVUS にて Fielder FC との位置を確認した後、Reverse CART で 3mm のバルーンで拡張したところ、Fielder FC を右冠動脈近位部に進めることができた。Trapping にて Corsair をガイドカテーテル内に収納し externalization してステント留置、Bail-out に成功した。

034

ペースメーカー植込み患者における冠動脈 CT320 列 Area Detector CT (=ADCT) の有用性

¹ 大原医療センター 心臓血管外科、² 福島県立医科大学 心臓血管外科

○萩原 賢一¹、三澤 幸辰¹、黒澤 博之²

ペースメーカー植込み患者は比較的高齢者が多く、虚血性心疾患を合併する頻度が高いが、ペーシング波形のために ST、T 変化を判断しづらく診断に悩むことが多い。そこで 320 列 ADCT の有用性を 1 ペーシングリードアーチファクトの有無と程度 2 撮影時間 3 造影剤使用量 4 放射線被ばく量より検討したので報告する。(結語) 320 列 ADCT 冠 CT は放射線被曝量を低減し、少ない造影剤量で良好な画像を得ることが可能であった。ペーシングリードによる右冠動脈の軽度のアーチファクトを認めたが内腔評価は可能であり、胸痛時スクリーニング検査として有用であると考えられた。

036

慢性透析患者の冠疾患に対する外科治療成績改善のための臨床的解析

¹ 東北大学 心臓血管外科、² 東北大学 循環器内科学

○川本 俊輔¹、増田 信也¹、早津 幸弘¹、高橋 潤²、下川 宏明²、齋木 佳克¹

【背景/目的】透析(HD)患者の CABG の在院死亡率は全国平均 6.5%と依然高い。そこで HD 患者の CABG 成績を検証し、その問題点を解明することを目的とした。【対象/方法】過去 10 年間に CABG を受けた HD 患者 51 例を対象とし、周術期/遠隔成績を後方視的に検討した。【結果】在院死亡は 3 例(5.8%)で、それぞれ心室性不整脈、感染、脳梗塞で失った。5 年生存率は 45%、遠隔死亡 24 例中 12 例が術後 1 年以内の死亡で、主な死因は心不全、感染であった。PCI 既往が術後 1 年以内死亡の有意な危険因子であった。また 1 年以内死亡群で JapanSCORE 15.7%と、1 年以上生存群の 9.6%と比して有意に高値であった。【結論】HD 患者の CABG では、PCI 既往例や JapanSCORE 重症例において、術後 1 年以内の心不全や感染などのリスクが高く、遠隔成績改善のためにこの時期の管理が重要である。

¹(財) 星総合病院 心臓病センター 循環器内科

○坂本 圭司¹、金子 博智¹、氏家 勇一¹、三浦 英介¹、
清野 義胤¹、木島 幹博¹

70歳以上の高齢者AMI患者を対象に心臓リハビリの急性期、および慢性期の効果を検討した。対象患者は、2008年4月から2009年12月までに当院に搬送されたAMI患者の内、70歳以上でPCIを施行された65例を対象とした。心臓リハビリは89.4%に施行されていた。退院時のADLで自立歩行群(N群n=49)と杖歩行以下の歩行障害あり群(L群n=16)に分け12か月後の心疾患による再入院を検討した。12か月後の心疾患での再入院は27%に認められた(N20.8%、L50% P<0.05)。慢性期の死亡率は全体で6.1%(N群2%、L群18.8% P<0.05)。高齢者のAMIにおける心臓リハビリは退院時のADL改善を行うことで慢性期の再入院と死亡率を減らすことが可能であると思われる。

¹ 仙台医療センター 循環器科

○尾形 剛¹、但木 壮一郎¹、藤田 央¹、山口 展寛¹、
尾上 紀子¹、田中 光昭¹、石塚 豪¹、篠崎 毅¹

全身麻酔手術中にメチルプレドニゾロンを静注した後に冠動脈攣縮を来し、心肺停止となった1例を経験したので報告する。【患者】60代、男性【現病歴】平成23年5月、後縦靭帯硬化症で前方固定術が開始された。吸入麻酔開始から100分後、メチルプレドニゾロンの静注を開始した。半量ほど静注した時点で、突然の血圧低下とモニター心電図II誘導のST上昇が認められた。昇圧剤、冠血管拡張薬に反応せず心肺停止状態となり、経皮的循環補助装置(PCPS)が挿入された。心停止の状態で行った冠動脈造影は正常で、その後、心室細動に移行し、アミオダロンとカルディオバージョンによって洞調律に復帰した。この時点のSTは正常化し、その後循環動態は保たれ、PCPSから離脱した。【考察】術中の冠攣縮性狭心症について、文献的考察を加えて報告する。

¹ 宮城県立循環器・呼吸器病センター

○住吉 剛志¹、大沢 上¹、三引 義明¹、柴田 宗一¹、
菊田 寿¹

症例は50歳代男性。平成21年頃より早朝安静時の胸痛あり、冠動脈CT上有意狭窄はないが右冠動脈高位起始により近位部で大動脈と肺動脈に挟まれていた。CAGも同様の所見で亜硝酸剤による血管拡張は顕著だった。運動負荷RIで機能的虚血は誘発されず、冠攣縮性狭心症として薬物療法で安定していた。平成22年某日夜、亜硝酸剤貼付を忘れ翌朝胸痛が出現し救急搬送。来院時は症状消失、心電図異常もないためHolter ECGを装着し帰宅予定であったが院内で急変、VFを認め除細動およびCPR開始。その後もVFを繰り返し治療抵抗性と考え、PCPSを導入。緊急CAG所見は著変なかったが、Holter ECGの記録でVFに先行するST上昇が確認され異型狭心症による難治性VFと診断。低体温療法等を行い、軽度の高次機能障害を残す程度に回復。DDD ICD植込を施行しているが、現在まで作動はない。

¹ 北福島医療センター

○福本 優作¹、上川 雄士¹

症例は71歳男性。高血圧、慢性心房細動で近医へ外来通院中であつたが、抗凝固療法は受けていなかった。2010年2月、突然の胸痛で前医を受診し、心電図で急性下壁心筋梗塞を疑われ、当院へ緊急紹介となった。緊急冠動脈造影を施行したが、明らかな冠動脈の閉塞、狭窄病変はみられなかった。翌朝、左手の冷感、しびれが出現し、左橈骨動脈の触知が不能であった。造影CTを行ったところ左上腕動脈が閉塞しており、カテーテルで血栓吸引術を行った。当初、冠攣縮による下壁心筋梗塞も疑っていたが、後日行ったAch負荷試験は陰性であり、一連の経過から慢性心房細動による比較的大きな心原性血栓が塞栓子として右冠動脈、左上腕動脈を移動性に順に閉塞させていたことが疑われた。

¹ 東北大学 循環器内科学、² 東北大学 心臓血管外科、
³ 仙台徳洲会病院

○大橋 潤子¹、松本 泰治¹、高橋 潤¹、武田 守彦¹、
伊藤 健太¹、中山 雅晴¹、伊藤 愛剛¹、圓谷 隆治¹、
高木 祐介¹、二瓶 太郎¹、安田 聡¹、北向 修³、
尾形 公彦³、川本 俊輔²、齋木 佳克²、下川 宏明¹

【症例】症例は60才女性。【病歴】胸背部の重苦しさを主訴に、前医受診。心筋梗塞の診断にて当院へ搬送後、緊急心カテを行った。2枝病変であつたが、心電図でI、aVL、V5-6でST上昇し、側副血行のない回旋枝の完全閉塞部位が責任病変と考え、同部位をPCIした。PCI3日後に、突然意識消失、Vfとなり、心肺蘇生を開始。心破裂と診断し、CCUにて緊急開胸ドレナージを行い、手術室へ搬送し、SVGによるLADへのグラフト術、人工血管を用いた側壁のパッチ閉鎖術を行った。術後42日目の造影CTで、左室形成術後仮性瘤が認められ再手術を施行。【考察】急性心筋梗塞後に心破裂を合併し、パッチによる左室形成術による救命後の慢性期に仮性左室瘤を生じた症例は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

¹ 東北大学 循環器内科学

○神戸 茂雄¹、松本 泰治¹、高橋 潤¹、圓谷 隆治¹、
伊藤 愛剛¹、大橋 潤子¹、高木 祐介¹、武田 守彦¹、
中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、下川 宏明¹

症例は76歳女性。朝方安静時の胸痛が頻発し一過性の失神も認められたため近医受診。近医で施行された発作時心電図で下壁誘導の一過性ST上昇が認められ、急性冠症候群が疑われ当科紹介入院となった。緊急冠動脈造影検査で左右冠動脈に器質的有意狭窄を認めなかったため、引き続きアセチルコリン負荷試験を施行した。左冠動脈にアセチルコリンを100μgまで漸増、冠注したところ、造影上心表面の冠動脈に有意な攣縮は誘発されなかったが、胸痛が出現し冠静脈洞採血において乳酸産生の有意な上昇が認められた。さらに右冠動脈にアセチルコリン25μg冠注したところ胸痛、心電図変化とともに心表面冠動脈Seg2に99%冠動脈収縮の出現を認め、NGの冠注で消失。冠微小血管攣縮を合併した冠攣縮性狭心症と考えられる興味ある1例を経験したので報告する。

043

急性心筋梗塞に合併した後乳頭筋断裂による僧帽弁閉鎖不全症の1例

¹岩手県立中央病院 循環器科

○佐竹 洋之¹、田巻 健治¹、野崎 英二¹、中村 明浩¹、高橋 徹¹、遠藤 秀晃¹、福井 重文¹、佐藤 謙二郎¹、斉藤 大樹¹

症例は69歳女性。ショックを伴う胸痛を主訴に当院救急外来を受診した。来院時収縮期血圧は60mmHg台であり、SpO₂は酸素10L投与下で80%台であった。心電図では胸部誘導で著名なST低下を認め、心臓超音波検査では下壁の壁運動の低下と僧帽弁前尖の高度逸脱を認めたため、急性心筋梗塞に伴う乳頭筋断裂による急性僧帽弁閉鎖不全症、急性心不全と考え、気管内挿管、IABP挿入の上、緊急心臓カテーテル検査を施行した。結果、3枝病変であり、回旋枝末梢の完全閉塞を認めた。回旋枝に対してはPCIを行い、カテコラミンを投与し虚血の改善での循環動態の維持を期待し、オーバーナイトした。しかし、翌朝の胸部レントゲンにて肺水腫の増悪を認め、心臓血管外科にてCABG+MVRを行い救命することができた。

045

ステント血栓症を繰り返し救命し得なかったヘパリン起因性血小板減少症の1例

¹仙台市立病院 循環器内科

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

68歳男性。6年前に左前下行枝にステント留置。2011年7月、胸痛が出現し救急搬送。来院時3度房室ブロック、下壁誘導にST上昇を認め、CAGでは右冠動脈#1に血栓閉塞を認め同部位へステント留置を行った。術後ヘパリン投与を継続中、第8病日に胸痛、房室ブロックが出現。CAGにて前回留置したステント部に血栓を認め、PCIを施行したが進行性のステント血栓症が出現しIABPを挿入し終了した。第10病日、意識障害、右片麻痺などの脳梗塞症状が出現し、血小板数6.9万/ μ lに急激な低下を認めヘパリン起因性血小板減少症(HIT)が疑われた。アルガトロバン投与を開始したが、第12病日に再びAMIとなり救命し得なかった。後日HIT抗体陽性が明らかとなり、HITが亜急性ステント血栓症の経過に影響を及ぼした症例と推測され報告する。

047

MRIで診断に至った先天性心膜欠損症の一例

¹仙台医療センター循環器科、²国立循環器病研究センター病院、³川崎社会保険病院

○加賀谷 隼輔¹、木村 義隆²、但木 壮一郎¹、田丸 貴規³、山口 展寛¹、尾上 紀子¹、田中 光昭¹、石塚 豪¹、篠崎 毅¹

【症例】25歳女性【主訴】なし【現病歴】健康診断にて心電図異常を指摘されたため受診。心電図：完全右脚ブロック陰性T波(V4-V5)心臓超音波検査：EF69%左側臥位で記録した右室径は38mmと拡大していたが、短軸像では心室中隔の左室側への圧迫像を認めなかった。左側臥位にて心室中隔の奇異性運動あり、右側臥位にて軽減した。心内シャントはなかった。MRI：cine-MRIにて心基部側の左室側壁に心膜部分欠損あり。仰臥位で記録した心臓の位置は左方へ偏位しており、左側臥位でそれはさらに増強した。【経過】無症候性であり、欠損部への心筋の嵌頓もないため経過観察とした。【結語】MRI検査は先天性心膜欠損症の診断に有用である

044

本態性血小板血症に合併した、若年の心筋梗塞の一例

¹岩手県立中央病院 循環器科、²岩手県立中央病院 心臓血管外科

○阿部 秋代¹、福井 重文¹、中村 明浩¹、齊藤 大樹¹、佐藤 謙二郎¹、佐竹 洋之¹、遠藤 秀晃¹、高橋 徹¹、野崎 英二¹、田巻 健治¹、坂爪 公²、藤原 英記²、浜崎 安純²、小田 克彦²、長 嶺 進²

【症例】40歳代女性【主訴】前胸部痛【既往歴】20年前に狭心症、10年前に特発性血小板血症(治療自己中断)、高血圧、高尿酸血症【現病歴】1週間前から間欠的前胸部痛持続し、近医受診するも改善せず当院救急外来受診。【検査所見と経過】心電図で下壁誘導で0.2mVのST上昇、血液検査でWBC7420/ μ l、Plt112.1万/ μ l、CPK137IU/l、CK-MB16.9IU/l、TpT陽性、心エコー上後下壁のasynergyを認め、AMIとして緊急カテーテル検査施行。CAGで#6100%閉塞と側副血行路を認め、ガイドワイヤー進めるも通過せず、CTO病変と考えられた。入院後血液内科紹介し、本態性血小板血症と診断、アルキル化薬開始後CABGを施行した。【結語】AMI発症の原因として本態性血小板血症の関連が強く疑われ、血小板コントロールとCABGにより良好な経過を得た症例を経験した。

046

左単冠動脈に合併した先天性冠動脈瘻に対する選択的右冠動脈コイル塞栓術

¹岩手医科大学 循環器小児科、²岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野、³岩手医科大学 放射線科

○高橋 信¹、佐藤 陽子¹、早田 航¹、小山 耕太郎¹、伊藤 智範²、田中 良一³

左単冠動脈に合併した先天性冠動脈瘻に対しコイル塞栓術を施行した。【症例】1歳女児。心雑音精査のecho、coronary CTから、左単冠動脈と左前下行枝から起始する太い右冠動脈と右室瘻を認めた。左冠動脈のstealが生じる懸念があるためコイル塞栓の方針とした。コイル塞栓前に右冠動脈中枢部の閉塞試験を行いPA圧、AO圧およびAVブロック、ST変化がないことを確認し塞栓は可能と判断した。右冠動脈右室瘻の2ヶ所のcaliber changeを認める数珠状血管内に計11本のCoilを留置した。塞栓後の冠動脈造影で左前下行枝と回旋枝からの少量の右室瘻を確認したが手技は終了とした。術後6か月後の冠動脈造影で右冠動脈末梢血流は消失していたが、心室壁運動異常は認めなかった。【まとめ】塞栓血管の機能評価と塞栓術の適否の判断に閉塞試験が有用であった。

048

運動時の失神を主訴とした冠動脈起始異常の一例

¹岩手医科大学 心血管腎内分泌内科、²岩手医科大学 心臓血管外科

○石曾根 武徳¹、金矢 宣紀¹、新山 正展¹、長井 瑞祥¹、菅原 正磨¹、佐藤 衛¹、岡林 均²、中村 元行¹

症例は17歳、男性。16歳時から、バスケットボール中に倒れ、失神することが何度かあり受診。心電図、胸部レントゲンには異常なし。頭部MRI、脳波では問題無く、心エコー、ホルター心電図では特記所見なし。トレッドミル運動負荷では症状の出現なし。冠動脈CTアンギオで右冠尖から左冠動脈が起始し、主幹部が、肺動脈と大動脈の間を通過していた。冠動脈造影では有意狭窄病変無く、CT所見と同様に右冠尖から左冠動脈が起始していた。運動負荷は陰性であったが、運動時に大動脈と肺動脈の間で左冠動脈主幹部が圧排される事が失神の原因と考えられ、左冠動脈口パッチ形成術を施行した。その後は症状無く経過している。若年で、運動時の失神患者を診た際には、冠動脈起始異常を疑う必要があり、その検索にはCTアンギオが有用であると考えられた。

心房中隔欠損,僧帽弁+三尖弁逆流,心房細動,冠動脈狭窄に経皮的 Amplatzer 閉鎖と PCI 行い心機能改善した症例

¹ 仙台厚生病院 心臓血管センター

○多田 憲生¹、滝澤 要¹、櫻井 美恵¹、大友 達志¹、鈴木 健之¹、森 俊平¹、上村 直¹、武蔵 美保¹、榎田 俊生¹、堀江 和紀¹、伊澤 毅¹、三宅 弘恭¹、箴井 宣任¹、井筒 大人¹、南条 光晴¹、水谷 有克子¹、井上 直人¹、目黒 泰一郎¹

心房中隔欠損症に対する経皮的閉鎖は構造的疾患を伴う場合外科治療との選択に苦慮することがある。症例は80歳男性。呼吸苦を訴え当院受診しうっ血性心不全と診断した。Qp/Qs=2.98の二次孔心房中隔欠損、弁輪拡張による軽～中等度の僧帽弁閉鎖不全、高度三尖弁逆流、左前下行枝高度狭窄、心房細動を認めた。開心術(心房中隔欠損閉鎖,冠動脈バイパス,僧帽弁輪形成,三尖弁輪形成,MAZE)か経皮的治療(Amplatzer ASD 閉鎖+PCI)の選択に悩んだが経皮的治療を選択した。術後、三尖弁逆流は改善、僧帽弁閉鎖不全はごくわずか増加し心房細動は不変だったが、心胸郭比の減少と症状の改善を認めた。構造的疾患を伴う心房中隔欠損症でも経皮的治療のみで心機能改善を得ることができる場合もあり、その適応を計る上で教育的な症例であったため報告する。

虚血性心疾患、心房細動、三尖弁閉鎖不全症を合併した高齢者心房中隔欠損症の一例

¹ 福島労災病院 循環器科

○春山 圭¹、鈴木 重文¹、大楽 英明¹、三戸 征仁¹、渡邊 康之¹、吉成 和之¹、大和田 憲司¹

【症例】74歳男性【主訴】心窩部重苦感【既往歴】42歳より2型糖尿病【家族歴】特記すべきこと無し【現病歴・経過】2008年1月、一過性意識障害のため紹介され受診。心房細動、低血圧、心拡大、貧血を認め入院。心臓カテーテル検査は希望されず。ワーファリン追加し外来経過観察。2010年12月腹部膨満感あり受診し心不全と診断。右室拡張、失神発作既往あり ARVC 疑い MRI 撮影。心筋変性所見認めず ASD を確認。主幹部病変を伴った3枝疾患を認めたが無症候性であった。RVGにてTR 4度。その後、G型溶連菌、ブドウ球菌による皮膚障害強く治療中に東日本震災・福島原発事故のため広島に避難。その後心房中隔閉鎖、三尖弁輪縫縮術、CABG 施行され現在外来通院中。【考察・結語】種々の病態を合併し慎重な検討が必要であった症例を報告する。

ABIOMED AB-5000 から EVAHEART へ移行した1例

¹ 東北大学 心臓血管外科

○伊藤 校輝¹、秋山 正年¹、本吉 直孝¹、川本 俊輔¹、齋木 佳克¹

【症例】50歳代男性。拡張型心筋症。治療抵抗性心不全のため、体外設置型左心補助人工心臓(ABIOMED AB-5000)装着術施行。その後、心臓移植レシピエント登録され、入院治療を継続し移植待機となった。装着後1年から溶血を認めたため、装着後1年5ヵ月時に植込み型左心補助人工心臓(EVAHEART)再装着術を施行。【考察】ABIOMED AB-5000 装着期間は長期に及んだが、比較的安定した状態で経過し、明らかな Mechanical failure も経験しなかった。一方で入院期間延長に伴い、患者への肉体的、精神的負担は増大する。待機期間が長期に及ぶと予想される症例に対する植込み型補助人工心臓への変更は、在宅での管理を可能とし、待機患者のQOLの維持という点から有用である。

Platypnea-orthodeoxia の1例

¹ 山形市立病院 済生館

○今野 寛子¹、宮脇 洋¹、中田 茂和¹、伊藤 誠¹

【症例】84歳代女性【主訴】呼吸困難【既往歴】心房中隔欠損症、洞不全症候群、発作性心房細動、高血圧、脳梗塞【現病歴】感冒症状を契機とし、徐々に呼吸困難が出現した。チアノーゼを生じ、救急搬送となった。【入院後経過】臥位では症状が乏しく、坐位にて呼吸困難・低酸素血症が出現する、仰臥呼吸(platypnea-orthodeoxia;p-o)の状態であると考えられた。p-o 増悪時、ASV 装着が有効で、症状は徐々に改善した。【考察】p-o は報告の少ない稀な病態である。主な原因として R-Lshunt の存在が考えられている。本患者では、ASDに加え、上行大動脈の拡張・延長があり、坐位での心房中隔の変形がR-Lshuntの増大をきたした可能性が高い。文献的考察を行いたい。

TEEにて、経皮的心房中隔欠損孔閉鎖術の非適応症例を除外し得た心房中隔欠損症の一例

¹ 仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器科

○櫻井 美恵¹、滝澤 要¹、多田 憲生¹、井上 直人¹、伊藤 祐子¹、大友 達志¹、本多 卓¹、鈴木 健之¹、森 俊平¹、上村 直¹、武蔵 美保¹、伊澤 毅¹、増田 新一郎¹、井筒 大人¹、南条 光晴¹、水谷 有克子¹、目黒 泰一郎¹

症例は52歳女性。主訴:動悸。現病歴:平成23年6月動悸を主訴にかかりつけ医を受診し、精査科目的に当院を紹介受診。現症:血圧187/103mmHg、心拍数89回/分、整、心音:S1増強、P2亢進、3LSBで収縮期雑音を聴取。TTE:長軸方向15mm、短軸方向15mm程度の心房中隔欠損孔、右室の拡大、左室内径の狭小化あり、Qp/Qs 2.22。TEE:最大径24.7mm、二次孔欠損型の心房中隔欠損孔を認めた。Rimについては当日詳細説明。ニッケル、コバルトに対するパッチテストが陽性であり、外科的に欠損孔閉鎖手術の方針となったが、TEEで、Superior rim欠損を認めており、Amplatzer Septal Occluderによる経皮的心房中隔欠損閉鎖術には適さない症例であった。経食道心エコー検査の詳細及び、文献的考察を含め報告する。

当院における心臓移植の現状

¹ 東北大学 心臓血管外科

○早津 幸弘¹、秋山 正年¹、安達 理¹、熊谷 紀一郎¹、本吉 直孝¹、川本 俊輔¹、齋木 佳克¹

当科において心臓移植目的に、2002年6月～2011年3月に重症心不全23名に対し左心補助装置(LVAD)を装着した(拡張型心筋症14名、心筋炎後心筋症3名、虚血性心筋症2名、拡張相肥大大型心筋症1名、その他3名)。その内5名は当科で、2名は海外渡航し心臓移植が行われた。移植時の平均年齢は23.1±18.1歳、平均LVAD装着期間は698±492日であった。術後遠隔期において、サイトメガロウイルス腸炎を1例に認めたが、全例加療を要する拒絶反応を認めず経過している。本邦ではLVAD装着期間が欧米に比べ長期であり、さらに marginal donor の割合が高く、それに伴う長期成績も問題となっている。これらの現状を、当院の症例を踏まえ報告する。

055

総大腿動脈病変に対して内膜摘除術を行った2例

¹ 社会医療法人明和会 中通総合病院 循環器内科

○齋藤 雅也¹、佐藤 誠¹、播間 崇記¹、阪本 亮平¹、
五十嵐 知規¹

【症例1】症例は77歳男性。主訴は左足趾潰瘍。初診時ABIは左0.51と著明に低下。第2病日に血管造影施行、左CFA起始部に99%delayと石灰化による陰影欠損を認めた。第5病日に左CFA内膜摘除術施行。術後ABIは1.03と正常化し、足趾潰瘍は急速に治癒した。【症例2】症例は70歳男性。主訴は両側間歇跛行。初診時ABIは右0.84/左0.74。血管造影の結果、両側とも同部位で99%delayとなっていた。右CFAに対する内膜摘除術、左CFAは瘤状拡大も合併しており人工血管置換術(Gore-Tex リング付8mm)を1期的に施行した。術後両側ABIは正常化し間歇跛行は消失。2例ともに長期開存良好である。【考察】ADLの高い若年の間歇跛行例など遠隔期開存率が求められる症例における総大腿動脈病変に対する治療としては、外科的内膜摘除術を第一選択とすべきと考えられる。

057

僧帽弁形成術 当科100例の報告

¹ 東北大学 心臓血管外科

○本吉 直孝¹、増田 信也¹、安達 理¹、秋山 正年¹、
熊谷 紀一郎¹、川本 俊輔¹、齋木 佳克¹

【背景と目的】近年僧帽弁形成術(以下 MVP)は増加した。当科 MVP の変遷と成績を述べる。【対象と方法】1998-2011年の当科 MVP100例(平均62歳、女性33例)を対象とした。前期31例は弁輪拡大か後尖逸脱、後期69例は前尖病変、tethering、感染性心内膜炎(以下 IE)も対象とし、倍増した。【結果】弁輪縫縮は弁輪拡大に使用した(92%)。小範囲後尖逸脱には弁尖切除縫合を、前尖・広範囲後尖逸脱には人工腱索を用いた。edge to edge repair は逆流の最終的な調節に用いた。30日、院内死亡率は各0、2%だった。technical failure、IEの2例が再手術で弁置換となった。【結論】MVP は成績良好で対象も拡大した。遠隔期でも良好な成績が期待される。

059

脳梗塞発症で発見された巨大左心耳瘤の1例

¹ 弘前大学 循環呼吸腎臓内科学、² 弘前大学 心臓血管外科

○遠藤 知秀¹、阿部 直樹¹、越前 崇¹、山田 雅大¹、
斎藤 新¹、櫛引 基¹、樋熊 拓未¹、長内 智宏¹、
奥村 謙¹、福田 幾夫²

症例は60代女性、構音障害と左不全麻痺で脳梗塞を発症し近医入院となった。胸部単純 X 線で左第2弓の突出が認められ、精査目的に当科紹介となった。心電図では心房細動であり、心臓超音波検査、造影 CT 検査で巨大左心耳瘤と左心耳内血栓、右房の拡大を認めた。左心耳瘤と左心耳内血栓による心原性脳塞栓症と診断し、ワーファリンによる抗凝固療法を開始した。1ヶ月間の抗凝固療法にも関わらず左心耳内血栓が残存し、脳梗塞再発の危険性が高いため、外科的切除の適応と考えられた。左心耳瘤切除術+Maze 手術+三尖弁形成術が施行され、病理学的所見では、先天性異形成であった。巨大左心耳瘤は非常に稀な症例であり、文献的考察を交えて報告する。

056

超高齢者の大動脈弁狭窄症に対する手術成績

¹ 東北大学 心臓血管外科

○鈴木 佑輔¹、本吉 直孝¹、川本 俊輔¹、秋山 正年¹、
熊谷 紀一郎¹、安達 理¹、齋藤 武志¹、増田 信也¹、
渋谷 拓見¹、佐藤 真一¹、佐藤 充¹、早津 幸弘¹、
伊藤 校輝¹、松尾 諭志¹、齋木 佳克¹

【目的】80歳以上の超高齢者の大動脈弁狭窄症(AS)に対する手術成績を検討する。【対象】2000年1月~2010年12月にASで大動脈弁置換術(AVR)を初回施行した80歳以上の15例を対象とした。年齢は平均82.9歳、男女比は4:11。術式は、AVR単独8例。併施手術は、弁輪拡大1例、CABG4例、PV isolation 2例。用いた弁は機械弁8例、生体弁7例。これらの症例の手術成績、遠隔期生存率の検討を行った。【結果】手術成績は在院死亡と遠隔死亡はなく、全例生存していた。JAPAN SCOREによる術前の危険評価では、手術死亡率6.4%、30日以内の合併症を含む手術死亡率21.2%であった。【まとめ】手術に対して中等度の危険を有する症例であったが、遠隔期において全例生存しており、良好な成績であると考えられた。

058

食欲不振の精査にて発見された巨大左房粘液腫の一治験例

¹(財) 竹田総合病院 心臓血管外科

○大吉 希¹、前場 覚¹、田中 鶴人¹

【症例】71歳女性【現病歴】数か月前より食欲不振が出現、食事摂取不可能になり当院紹介受診、CTにて左房内腫瘍の指摘があり、当科紹介となる。【入院後経過】心エコーにて左房内に42×21mmの腫瘍を認め、僧帽弁前尖を圧迫し左房腫瘍切迫嵌頓と判断、同日緊急手術をおこなった。手術は胸骨正中切開・人工心肺使用・心停止下にて、腫瘍とその付着する心房中隔壁を同時に切除した。腫瘍は5cm大の不均一な暗赤色、極めて脆弱な巨大腫瘍であった。心房に形成された欠損孔は自己心膜にて閉鎖をおこなった。術後1日目抜管、術後3日目一般病棟に転床、腎機能障害のコントロール、ADLの回復に時間を要したが、術後44日目に自宅退院となった。病理結果は粘液腫であった。【結語】巨大左房粘液腫の一例を経験したので報告する。

060

妊娠中に肺塞栓症を発症しAT-3欠損症と考えられた一例

¹ 寿泉堂総合病院 循環器内科

○大槻 彩香¹、谷川 俊了¹、鈴木 智人¹、岩谷 真人¹、
金澤 正晴¹

29歳女性(妊娠9週)。帝王切開(25歳)の既往あり。妊娠9週目の平成22年9月、突然動悸と息苦しさが出現し受診した。BP 99/87mmHg、HR150bpm(洞性頻脈)、SpO₂82%(room air)。肺動脈造影CTにて両肺動脈の肺塞栓症と左下肢深部静脈血栓症を認め入院となった。一時的な大静脈フィルターを留置し、ヘパリンを使用した。APTTの十分な延長にヘパリン2.5~3万単位/日の持続点滴を必要とした。AT-3活性が20%台に低下しており、先天性AT-3欠損症と考えられた。AT-3欠損症は若年で重篤な血栓症を発症することが報告されている。肺塞栓症を発症したAT-3欠損症と考えられる一例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

061

経皮的肺動脈形成術にて PGI2 持続静注療法から離脱しえた慢性血栓塞栓性肺高血圧症の一例

¹東北大学 循環器内科学、²山形大学 第一内科

○杉村 宏一郎¹、福本 義弘¹、佐藤 公雄¹、三浦 裕¹、
後岡 広太郎¹、青木 竜男¹、建部 俊介¹、山本 沙織¹、
下川 宏明¹、宮本 卓也²、久保田 功²

症例は、急性肺塞栓症の既往を有する 55 歳の女性で、平成 22 年 2 月右心不全の増悪で山形大学病院に入院し、精査の結果、慢性血栓塞栓性肺高血圧症(CTEPH)と診断された。ワーファリン、PGI2 持続静注療法で十分な改善は得られなかったため、経皮的肺動脈形成術(PTPA) 目的で当院へ転院となった。6 回の PTPA により WHO-Fc2 度へ改善し、平成 23 年 5 月 11 日 PGI2 持続静注療法から離脱した。その後も増悪を認めず経過している。PTPA 前後を比較し、6 分間歩行は 280m から 490m、平均肺動脈圧は 53mmHg より 26mmHg、心係数は 2.65 L/min/m² から 3.19L/min/m²、肺血管抵抗は 869dyn*sec*cm⁻⁵ から 314dyn*sec*cm⁻⁵ へ改善を認めた。PTPA により PGI2 持続静注療法から離脱し、その後も良好な経過を示した症例を経験したので報告する。

063

アイゼンメンジャー化した心房中隔欠損症にボセンタン・タダラフィル併用療法が有効と考えられた一例

¹大原総合病院附属大原医療センター

○三浦 俊輔¹、石橋 敏幸¹、阿部 之彦¹、山口 修¹、
上北 洋徳¹、野寺 穰¹

症例は 36 歳男性。16 歳から 30 歳まで心房中隔欠損症にて某病院に通院し手術を勧められたが、本人及び家族は同意せず、31 歳以降は通院していなかった。34 歳頃より労作時の息切れと動悸、安静時の胸部背部痛を自覚するようになり症状が増悪したため、近医より当院へ紹介となった。心エコー図法、320 列 ADCT 検査、カテーテル検査にて右左シャント、著明な肺高血圧、肺体血流比低値、肺血管抵抗高値(15.95 wood)を認め、手術は困難であると判断した。酸素療法とボセンタン内服にて自覚症状の改善、更にタダラフィルの追加により肺動脈圧の低下、6 分間歩行試験の著明な改善を認めた。アイゼンメンジャー化した心房中隔欠損症にボセンタン・タダラフィルの併用療法が有用と考えられた 1 例を経験したので報告する。

065

NO 吸入で増悪した肺静脈閉塞症(PVOD)疑いの一例

¹東北大学 循環器内科学

○三浦 裕¹、福本 義弘¹、杉村 宏一郎¹、佐藤 公雄¹、
後岡 広太郎¹、青木 竜男¹、建部 俊介¹、山本 沙織¹、
下川 宏明¹

【症例】55 歳、女性【現病歴】2010 年 9 月から息切れが出現し持続するため、12 月に前医受診。肺高血圧症疑いにて当科を紹介され検査入院の予定であったが、入院前日に発熱し息切れが増悪したため、救急搬送された。【入院後経過】心エコー所見等から重症肺高血圧と診断し、著明な右心負荷のため NO 吸入を開始。TR-PG 95 から 54mmHg へと劇的に低下し、左室の圧排も減弱したが、1 時間後に急激な呼吸困難・肺水腫が出現したため、気管内挿管管理とした。NO 吸入で増悪したことから、臨床的に PVOD と診断しイマチニブを開始、肺血行動態の改善・安定化を認めた。【まとめ】イマチニブが著効した PVOD の 1 例を経験した。しかし、PVOD の予後は約 2 年と報告されており、今後の臨床経過を注意深く観察する必要がある。

062

脳梗塞後の急性肺塞栓症に対し PCPS を装着し救命し得たが、HIT を併発し血栓症のコントロールに難渋した一例

¹仙台医療センター 循環器科

○尾上 紀子¹、尾形 剛¹、但木 壮一郎¹、藤田 央¹、
山口 展寛¹、田中 光昭¹、石塚 豪¹、篠崎 毅¹

症例は 46 歳、男性。脳梗塞にて入院しリハビリ中に急性肺塞栓症発症。ショック状態であり人工呼吸器、PCPS を装着した。脳梗塞後のため血栓溶解は施行できず、ヘパリンを投与した。その後バイタル安定し、45 時間後に PCPS を抜去。D-dimer 順調に低下、酸素化改善し人工呼吸から離脱。しかし APTT の十分な延長にも関わらず、第 7 病日に D-dimer が再上昇し、肺塞栓発症時からの血小板低値も持続。第 14 病日の造影 CT にて新たな血栓を認め、HIT を疑いヘパリンをアルガトロンへ変更し、その後ようやく血栓が改善した。明らかな凝固能異常は認めず、HIT 抗体は陽性であった。肺塞栓においては肺血流減少を防ぐため PCPS 早期抜去が推奨されており、本症例ではそれに成功したがその後の治療に難渋し、右心カテーテル留置も血栓症の増悪因子と考えられた。

064

重症肺血栓塞栓症発症後も妊娠継続し出産した一例

¹岩手県立中央病院 循環器科

○加賀谷 裕太¹、高橋 徹¹、斉藤 大樹¹、佐藤 謙二郎¹、
佐竹 洋之¹、福井 重文¹、遠藤 秀晃¹、中村 明浩¹、
野崎 英二¹、田巻 健治¹

症例、20 歳代、女性、近医にて妊娠と診断されて以後、検診では特に異常を指摘されていなかった。妊娠 7 週時に自宅で突然意識消失し、当院救急外来へ搬送された。来院時は心肺停止状態であったが、心肺蘇生を開始し、エピネフリン 1mg 投与したところ自己心拍再開した。人工呼吸管理し、造影 CT を施行した。左右肺動脈に血栓を認めた。モンテプラーゼ 80 万単位投与し、ICU 入室、低体温療法と未分画ヘパリンを 1.5-2 万単位/日投与した。その後再発、後遺症なく経過した。児の生存が認められ、挙児希望したため、妊娠継続した。退院後はヘパリンカルシウム 1 万単位/日の自己注射を行い、無事出産した。蘇生後、抗凝固療法し、妊娠を継続し出産した、重症肺血栓塞栓症を経験したので報告する。

066

多発性脳梗塞・腎梗塞を合併した肺血栓塞栓症の 1 例

¹仙台医療センター 循環器科

○鈴木 菜絵子¹、尾形 剛¹、但木 壮一郎¹、藤田 央¹、
山口 展寛¹、山口 展寛¹、尾上 紀子¹、田中 光昭¹、
篠崎 毅¹

症例は統合失調症の 46 歳女性。2011 年 7 月中旬より精神状態が不安定だった。7 月 27 日朝、ベッドの脇に倒れており当院へ搬送された。来院時 JCS10、HR128bpm、BP124/53 mmHg、SpO2 90%(O2 3l)、D ダイマー 82。頭部 MRI で左基底核に新鮮な梗塞巣、造影 CT で両肺動脈や右下肢に血栓、心臓超音波検査で両心房内に長径 30mm 大の可動性構造物を認めた。下大静脈フィルターを留置し、ヘパリン投与を開始した。第 4 病日に意識レベルは回復し、以後症状なく経過した。第 8 病日の心臓超音波検査で両心房内の構造物は消失しており、同日 CT で新たな小脳梗塞と左腎梗塞を認めた。第 21 病日の CT で肺動脈や下肢の血栓縮小を確認し、下大静脈フィルターを抜去した。奇異性塞栓症を合併した肺血栓塞栓症に対して、内科的治療で改善した 1 例を経験したので報告する。

¹弘前大学 循環呼吸腎臓内科学、²弘前大学 救急・災害医学講座

○金城 貴彦¹、木村 正臣¹、石田 祐司¹、伊藤 太平¹、
佐々木 憲一¹、堀内 大輔¹、大和田 真玄²、佐々木 真吾¹、
奥村 謙¹

53歳男性。平成22年11月より慢性の下痢を自覚するようになった。近医消化器内科にて精査されるも異常を認めず、過敏性腸症候群として内服薬治療が開始された。また精神科を紹介され抗不安薬などで加療されていた。下痢症状は変化なかったが徐々に労作時息切れが出現、増悪を認めたため、平成23年7月当科受診。心エコーにて推定肺動脈圧 97mmHg と肺高血圧を認め、精査目的に入院となった。二次性肺高血圧症は否定的であり、特発性肺動脈性肺高血圧症と診断された。酸素、利尿剤投与により下痢は速やかに消失し、ペラプロスト、アンプリセンタン、シルデナフィルの導入により平均肺動脈圧は38mmHgから26mmHgに低下し、労作時息切れも消失した。肺高血圧症患者が慢性下痢を主訴に来院する例は稀であり、鑑別診断として注意を要すると考えられた。

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○近藤 愛¹、義久 精臣¹、杉本 浩一¹、佐藤 雅之¹、
佐藤 崇匡¹、坂本 信雄¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、
竹石 恭知¹

症例は70代男性。元来高度肥満(BMI 34)を指摘されていた。労作時息切れ、下腿浮腫、食欲不振で近医受診。右心不全の診断で当科紹介され入院した。入院時、大気圧でPaCO₂ 61.4mmHg、PaO₂ 38.7mmHgと2型呼吸不全を認めた。右心カテーテルで肺動脈圧(PAP) 49/24(33)mmHgと肺高血圧であり、重症の閉塞性睡眠時無呼吸症候群(AHI 60)も認め、スワンガンツカテーテルモニター下にNPPVの効果、設定の至適化を検討した。夜間換気低下によりSpO₂ 63%まで低下したことに伴い、PAP 67/23(40)mmHgと上昇した。酸素投与とNPPVの併用にて、PAP 38/17(26)mmHgまで低下し肺高血圧の改善を認めた。また、PaCO₂ 46.2mmHg、PaO₂ 97.1mmHgと2型呼吸不全の改善を認めた。スワンガンツカテーテルによる持続モニタリングにて病態の改善を評価しえた症例であり報告する。

¹(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器科

○山内 宏之¹、小松 宣夫¹、益田 淳朗¹、中村 裕一¹、
金澤 晃子¹、石田 悟朗¹、遠藤 教子¹、新妻 健夫¹、
武田 寛人¹

症例は70代女性。糖尿病、高血圧症で近医通院中。平成22年某日、うっ血性心不全の診断で当科入院し、薬物治療で軽快した。冠動脈造影検査では3枝病変を認め、後日経皮的冠動脈形成術を施行した。入院時から腎機能障害があり、腎動脈エコーを施行したところ、左腎萎縮を認め、右側は腎動脈血流速度が200cm/sec以上と狭窄を疑う所見であった。大動脈造影検査では右腎動脈狭窄を認め、これに対し経皮的腎動脈形成術を施行しステントを留置した。その後は腎機能の改善を認めた。腎動脈エコーにて虚血性心疾患に合併した腎動脈狭窄症のスクリーニングを行い、経皮的腎動脈形成術を施行し、血清クレアチニン値の改善を認めた症例を経験したので、ここに報告する。

¹東北大学 循環器内科学

○大歳 晃平¹、青木 竜男¹、杉村 宏一郎¹、福本 義弘¹、
後岡 広太郎¹、三浦 裕¹、山本 沙織¹、建部 俊介¹、
佐藤 公雄¹、下川 宏明¹

【症例】60歳代、男性。【主訴】労作時息切れ。【生活歴】喫煙 1日50本 15年間(30年前まで)。【現病歴・経過】3年前から呼吸困難、労作時息切れを自覚、気腫合併肺線維症(CPFE)と診断され、在宅酸素療法、チオトロピウム吸入、ステロイド内服を開始した。心エコー上、TR-PGの上昇(44mmHg)より肺高血圧症が疑われ、2011年7月に心臓カテーテル検査を施行した。肺動脈楔入圧5mmHg、肺動脈圧47/15(27)mmHg、肺血管抵抗274 dyne·sec·cm⁻⁵で、NO吸入により肺血管抵抗が24%低下した。前毛細血管性肺高血圧症と診断し、肺血管拡張薬シルデナフィルを開始した。【結語】CPFE患者では他の呼吸器疾患に比し高率に肺高血圧症を合併し、予後が不良(1年生存率60%、Eur Respir J 2010)であることから、本疾患の肺高血圧症への積極的介入が重要である。

¹宮城厚生協会 坂総合病院 循環器科

○佐々木 伸也¹、小幡 篤¹、渡部 潔¹、渋谷 清貴¹、
濱田 一路¹、越川 智康¹、小鷹 悠二¹

症例は89歳男性。数年来の左跛行。ABI左0.59、左SFAに15cmの閉塞病変を認め7/29にEVTを施行した。対側山越えアプローチ。順行性にASTATO-XSでwiringしたが近位石灰化部分で通過せず0.035 J radifocusで鈍的に偽腔へ進め閉塞遠位端でre-entryを試みたが困難なため膝窩動脈穿刺を施行した。仰臥位のまま左下肢を台で挙上させUSガイド下に膝裏を穿刺。シースの代わりにマイクロカテーテル(一番槍)を挿入した。Deja-vu MASTER 23gで逆行性に偽腔へのre-entryに成功しPull throughを完成。SMART stent 2本を留置し終了。膝窩穿刺部はUSガイド下に2分で止血された。SFA-CTOへのEVTでbi-directional approach法として膝窩穿刺を用いる際、体位変換・シースを用いない低侵襲な方法で成功した症例を経験したため報告する。

¹市立秋田総合病院 循環器科、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

○藤原 敏弥¹、奈良 育美¹、柴原 徹¹、中川 正康¹、
鬼平 聡²、伊藤 宏³

【症例】70歳台女性、主訴は右手チアノーゼと疼痛。【既往歴】下壁心筋梗塞、高血圧症、胃潰瘍、レイノー症状を伴う強皮症、HOCM【冠危険因子】高血圧症、高尿酸血症【現病歴】5ヶ月前右橈骨動脈はエコー上問題なし。抗血小板剤2種、ステロイド、ペラプロストナトリウム内服中。ペラプロスト中止1ヶ月後突然右手の虚血性疼痛出現し受診。ペラプロスト再開後も改善せず。エコーで右橈骨動脈閉塞を認め入院。血管造影上右橈骨動脈は閉塞、尺骨動脈から手動脈弓への血流も微弱。血栓塞栓症は否定的であった。右橈骨動脈PTAの適応と判断、POBA2.0mmで繰り返し拡張し右橈骨動脈狭窄は50%まで改善した。PTA後、右手チアノーゼと疼痛は消失した。【結語】比較的まれな上肢閉塞性動脈硬化症を経験したので文献的考察を加えて報告する。

073

負荷心電図にて著明な ST 低下をきたした僧帽弁閉鎖不全症の一例

¹ 東北労災病院 循環器科

○田代 篤史¹、佐治 賢哉¹、加藤 浩¹、小丸 達也¹

51 歳男性。高血圧にて近医加療中。平成 14 年頃から歩行時の胸苦しさを自覚、頻度が増してきたため当科紹介。労作性狭心症を疑い負荷心電図を施行、安静時は正常だが、負荷後は広範な誘導で著明な ST 低下(最大 0.5mV)。心エコーでは有意の僧帽弁逆流認められるも左室のサイズ、壁運動は正常。経過から不安定狭心症を否定できず、準緊急的に冠動脈造影を施行。冠動脈に器質的狭窄は認めなかったが、左室造影にて高度な僧帽弁逆流(Seller 3 度)を認めた。左室拡張末期圧は 19mmHg と高値、左室造影後に 30mmHg と著明に上昇、同時に ST 低下を認めた。以上より、ST 低下は左室拡張末期圧の上昇に伴う心内膜下虚血が原因と考え、外科的治療の適応として心臓外科転科とした。狭心症を疑わせる経過、心電図所見を呈した僧帽弁閉鎖不全症を経験したので報告する。

075

腎静脈分岐部に及ぶ巨大血栓を認めた、プロテイン S 欠乏症による深部静脈血栓症の 1 例

¹ 仙台市立病院 循環器内科

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

36 歳男性。左下肢の腫脹と疼痛を訴えて受診した。D ダイマーは 26 μ g/ml と高値で、造影 CT で左大腿静脈から下大静脈の腎静脈分岐レベルまで連続する巨大な血栓を認めた。超音波検査では腎静脈分岐部より中枢側にも血栓を疑わせる所見を認めたため、下大静脈フィルターの留置も危険と判断した。血栓溶解剤と抗凝固療法により、2 週間の経過で下腿の症状改善と D ダイマーの正常化が見られた。3 週間後の造影 CT では血栓は著明に縮小し、肺塞栓症も生じていなかった。左大腿静脈に残存した血栓は器質化したと考えられ、フィルターは留置せずに退院した。血栓性素因の検索で、プロテイン S の活性のみが 37% と低下していた。プロテイン S 欠乏症(type2)による深部静脈血栓症と診断し、抗凝固療法を継続し経過良好である。

077

腹部血管雑音がきっかけとなった高齢女性腎血管性高血圧症

¹ 山形県立中央病院

○渋谷 啓¹、鈴木 恵綾¹、玉田 芳明¹、後藤 敏和¹

20 年前より高血圧症として加療していた 81 歳女性。腎機能障害精査目的で、当院に紹介となった。2010 年 6 月、血圧 206/107mmHg と突然上昇し、診察室血圧も 240/130mmHg と高値を示した。腹部血管雑音を聴取し、腎血管性高血圧症を疑い精査を施行。腎動脈エコーで、右腎動脈主幹部の PSV220cm/sec と右人動脈狭窄が疑われ、MDCT でも右腎動脈に石灰化を伴う高度狭窄を認めた。このため、腎血管造影検査を施行。右腎動脈に 90%狭窄を認め、同部位に PTRR を施行した。術後の腎動脈エコーでは、ステント植え込み部の PSV は 95.8cm/sec と正常範囲に低下。術前と同様の内服しているが、血圧は安定し血圧上昇発作を認めず。5 ヶ月後、平均家庭血圧 133/73 mmHg で経過している。

074

感染を契機に収縮性心膜炎に進行し致命的となった尿毒症性心外膜炎の一例

¹ 米沢三友堂病院 循環器科、² 仙台厚生病院心臓センター

○川島 理¹、榎田 俊生¹、阿部 秀樹¹、大友 達志²

症例は 65 歳男性。45 歳時(1991 年)より糖尿病の既往あり。2010 年 1 月より維持透析導入。2011 年 4 月全身倦怠感、発熱、食思不振で入院となり、胸部 CT 所見にて心膜の肥厚と心嚢液の貯留みとめ、抗生剤の投与を開始し軽快し退院となる。その後透析中に血圧低下を認めるようになり 7 月にシャント閉塞のため入院となる。入院時、息切れと全身浮腫著明であり、循環器科紹介となる。心エコー図所見では左室の内径が縮小し右室の狭小化みられるも IVC は拡張していた。入院翌々日に心臓カテーテルで精査したところ右室圧曲線にて dip and plateau パターンをみとめ、心拍量は低下しており収縮性心膜炎の診断となった。また右房圧も上昇も認め、右房圧の上昇からシャントが閉塞した可能性が示唆された。心外膜剥離術の予定となったが翌日急変し永眠された。

076

エストロゲンはカップリングファクター 6 過剰発現による食塩感受性高血圧と心機能障害に拮抗する

¹ 弘前大学 循環呼吸腎臓内科学

○泉山 圭¹、長内 智宏¹、相樂 繁樹¹、山本 祐子¹、祐川 誉徳¹、大矢 史恵¹、奥村 謙¹

カップリングファクター 6(CF6)過剰発現マウスを用いて、食塩感受性高血圧と心機能障害発症時期の性差による違いとエストロゲンの作用を検討した。雄性及び雌性過剰発現マウス・野生型マウスを普通食群、高食塩食群に分け、血圧、心拍数の測定と心臓超音波検査を施行した。雄性では食塩負荷後 20 週で過剰発現マウスの収縮期血圧が上昇し、左室短縮率は低下した。雌性では閉経後である 60 週後から同様の変化を認めた。次に雌性過剰発現マウスで両側卵巣摘出術とエストロゲン補充を行い、高食塩食下で、前述の測定を行った。卵巣摘出術施行マウスで収縮期血圧の上昇と、左室短縮率の低下を認めた。エストロゲン補充によってこれらの変化は抑制された。エストロゲンは CF6 による食塩感受性高血圧と心機能障害に拮抗する。

078

東日本大震災における感染性心内膜炎の増加

¹ 東北大学 循環器内科学

○青木 竜男¹、福本 義弘¹、杉村 宏一郎¹、後岡 広太郎¹、三浦 裕¹、山本 沙織¹、建部 俊介¹、佐藤 公雄¹、下川 宏明¹

【背景】2011 年 3 月 11 日の大震災後、様々な感染症が増加したが、過去の震災において感染性心内膜炎が増加したという報告はない。今回、我々は感染性心内膜炎が本震災後に増加したか否かを検討した。【方法と結果】震災後 4 ヶ月間(3 月 11 日から 7 月 10 日まで)と震災前 3 年間の同時期に当科に入院した感染性心内膜炎患者について検討を行った。2008 年、2009 年、2010 年、2011 年の感染性心内膜炎患者数は、各々 2、1、0、6 例であり、2011 年の感染性心内膜炎患者は有意に増加していた($X^2=9.22$, $P=0.038$)。震災後に発症した感染性心内膜炎患者 6 例の平均年齢は 45.5 歳で、性別は男性 3 名、女性 3 名、原因菌はブドウ球菌属が 2 例、溶連菌属が 4 例であった。【結語】感染性心内膜炎の増加は、震災による環境の変化が影響を及ぼしている可能性があると考えられた。

079

PCI後にプロタミンを投与しショック状態となった1例

¹岩手医科大学 循環器・腎・内分泌内科分野 循環器医療センター

○小室 堅太郎¹、金矢 宣紀¹、伊藤 智範¹、房崎 哲也¹、
菅原 正磨¹、石川 有¹、後藤 巖¹、肥田 親彦¹、
小野寺 正幸¹、中村 元行¹

症例は50歳の男性。3年前に2型糖尿病を診断され、プロタミン含有インスリンの使用歴があった。急性前壁心筋梗塞で前医にて保存的加療を受けた。その後、当センターでの冠動脈造影で左前下行枝に高度狭窄病変あり、薬物溶出性ステントを留置し拡張に成功した。PCI後に、ヘパリン中和目的に硫酸プロタミン 20mg 投与したところ、ショック状態となり心停止した。気管内挿管し、心臓マッサージ下に PCPS、IABP を開始し血行動態が維持された。順次 PCPS、IABP、人工呼吸器から離脱した。第64病日に退院した。その後のプロタミン皮内テストが陽性であることを確認した。プロタミン含有インスリン使用歴があると、プロタミンの投与により重篤なショックに陥る可能性があるため、注意が必要と思われた。

081

肺動脈瘤の1例

¹福島赤十字病院 循環器科

○横川 哲朗¹、大和田 尊之¹、菅野 優紀¹、阪本 貴之¹、
渡部 研一¹

症例は70代女性。昭和58年に心房中隔欠損症で欠損孔の閉鎖術を施行した。平成23年4月頃から下肢のむくみを認めた。5月4日に突然意識障害が出現したため救急車にて当院搬送。来院時意識混濁、SpO₂測定不能であり気管内挿管を施行。胸部レントゲンにて急性心不全と診断し入院となった。薬物加療にて心不全は徐々に軽快、再増悪なく経過した。5月27日に心臓カテーテル検査を施行。冠動脈造影では有意狭窄を認めず、左室造影で左室壁運動は良好であった。肺動脈造影を施行したところ肺動脈主幹部の拡張を認め、MDC Tで最大径48.6mmの肺動脈瘤を指摘した。肺動脈瘤の拡大による周囲への圧迫で呼吸不全や心不全を来したとの報告もあり、同様に本症例でも肺動脈瘤が心不全の原因である可能性が示唆された。

083

当院における頸動脈ステント留置術(CAS)の現況—37例の経験—

¹(財)三友堂病院 循環器科、²(財)三友堂病院 脳神経外科

○阿部 秀樹¹、川島 理¹、榎田 俊生¹、新宮 正²

【目的】当院での頸動脈ステント留置術(CAS)の現況検討から、最近の末梢プロテクションデバイスの有用性を知る。【方法】脳神経外科と循環器科の共同チームにより2007年6月より頸動脈ステント留置術(CAS)37例を施行。手技成功率、合併症、短期予後を検討。【成績】CAS37症例の年齢:77.9歳±7.9歳、男36例(97.3%)。脳梗塞の既往;24例(64.9%)。37例全例で、頸動脈ステント留置術(CAS)に手技上、成功。合併症;死亡0例、一過性脳虚血発作TIA2例(5.4%)、RIND1例(2.7%)、退院時機能障害永続0例。TIA2例は、血管奇形1例、手技中に末梢プロテクションデバイスからデブリが流失1例。【結論】末梢プロテクションデバイス;AngioguardXP→FilterwireEZ(N=8/37、21.6%)の登場により、重大なデブリの流出事故は皆無となった。

080

放射線治療後、放射性心障害を生じた3症例

¹仙台医療センター 循環器科

○高木 英誠¹、尾形 剛¹、但木 壮一郎¹、藤田 央¹、
山口 展寛¹、尾上 紀子¹、石塚 豪¹、田中 光昭¹、
篠崎 毅¹

放射性心障害の頻度は低いが重篤化することが多い。経験した3症例を報告する。1)75歳女性、左乳癌術後に計45Gyの放射線が照射、急性心外膜炎による心不全を発症。慢性収縮性心膜炎に移行し、#1:75%狭窄が認められた。23年後、保存的治療不応性となり心膜剝離術施行。2)44歳女性、Hodgkin病で縦隔に計40Gyの放射線照射。心嚢水の貯留が緩徐に進行し、28年後に心タンポナーデを発症。心嚢穿刺で血行動態が改善したことから、浸出性収縮性心膜炎ではないと診断。ステロイドが著効した。3)32歳男性、Hodgkin病に対して左肺門部に計60Gyの放射線を照射、12年後に狭心症を発症。#5:90%狭窄、#1:90%狭窄に対しCABGを施行。結語)放射性心障害は30-40Gy以上で出現することが多い。照射後遠隔期に症状が出現するため、長期にわたる経過観察が必要。

082

特異な局在を示した左心房瘤の一例

¹山形大学 第一内科、²山形大学 第二外科

○佐々木 真太郎¹、宮本 卓也¹、本多 勇希¹、大道寺 飛雄馬¹、
石垣 大輔¹、和根崎 真大¹、沓沢 大輔¹、屋代 祥典¹、
岩山 忠輝¹、石野 光則¹、田村 晴俊¹、西山 悟史¹、
有本 貴範¹、高橋 大¹、穴戸 哲郎¹、宮下 武彦¹、
渡邊 哲¹、久保田 功¹、内田 徹郎²、貞弘 光章²

症例は71歳の男性。60歳より心房細動、糖尿病で加療中であった。心不全症状が増悪したため心エコーを施行したところ、左房後方に瘤状の構造物を認め当院に紹介された。CT上左心房瘤であることが判明し、左房後下壁部に回旋枝と冠状静脈を分断するように突出していた。心臓カテーテル検査上心内シャントや他の心奇形合併は認められず、肺静脈造影で左房後下方に突出する瘤状構造物を認めた。左心房瘤は稀な疾患であり、左心耳から発生することが多いとされている。左心房瘤は上室性不整脈、血栓塞栓症、心不全増悪、破裂の危険性があり外科的切除が推奨される。本症例は左心房瘤縫縮術が施行され良好に経過されている。左房後下壁から発生した心房瘤は極めて稀であり報告する。

084

外科的切除を行った巨大瘤を合併した冠動脈肺動脈瘤の1例

¹岩手県立中央病院

○齊藤 大樹¹、佐藤 謙二郎¹、佐竹 洋之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

症例は60歳台女性。主訴は夜間の安静時胸痛。平成22年頃から夜間の胸痛を訴え、発作性心房細動の診断で治療を受けていた。その後も労作とは無関係に胸痛が出現するため、冠攣縮性狭心症(VSA)が疑われ、精査目的に入院となった。冠動脈造影では有意狭窄は認めなかったが、右冠動脈及び左回旋枝から右肺動脈へ瘻孔を形成し、それらの一部が最大径23mmの瘤形成を伴う異常血管が認められた。盗血による狭心症状の改善が見込めること、瘤の破裂の危険性があることから、心臓血管外科にて、瘤切除、瘻孔閉鎖術が施行された。狭心症状を主訴に発見された巨大瘤を合併した冠動脈肺動脈瘤に対して外科的切除を施行した一例を経験したため報告した。

¹ 日本海総合病院

○高橋 徹也¹、近江 晃樹¹、齋藤 博樹¹、桐林 伸幸¹、
新関 武史¹、佐々木 敏樹¹、金子 一善¹、菅原 重生¹

77 歳、男性。2010 年 10 月より全身倦怠感、下腿浮腫を認め、2011 年 1 月より心不全が増悪した為、当院に紹介となった。利尿剤増量で症候の改善を認めたが、その後、食欲不振、嘔吐が出現し、呼吸状態の悪化及び意識レベルの低下を認めた。心エコーでは EF 78%と左心機能は良好で、肺高血圧症の増悪を認め、胸部レントゲン撮影では肺鬱血と胸水増量を認めた。カテコラミン及び利尿剤による治療を開始したが症候は悪化した。動脈血ガス分析で著名な代謝性アシドーシスを認めたことから、ビタミン B1 欠乏による脚気心を疑い、診断的治療としてビタミン B1 を大量投与した所、翌日には呼吸・循環動態が改善し、第 26 病日にはハビリ転院する事ができた。ビタミン B1 欠乏症の診断に苦慮した衝心脚気の一例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

087

急性期にのみ J 波が顕在化した心室細動蘇生後の 1 例

¹ 弘前大学 循環呼吸腎臓内科学

○石田 祐司¹、伊藤 太平¹、佐々木 憲一¹、堀内 大輔¹、
大和田 真玄¹、木村 正臣¹、佐々木 真吾¹、奥村 謙¹

J 波は特発性心室細動(VF)の基質となり、下側壁誘導の J 波は VF 発症リスクが高いとされる。今回、急性期にのみ顕著な J 波を認めた高齢の VF 蘇生例を経験した。70 歳男性で胸部症状は認めていない。突然死の家族歴あり。午後、公衆浴場内で入浴中に突然意識消失し、救急隊により VF が確認され DC で蘇生がなされた。DC 直後のモニター心電図では明瞭な J 波が確認された。近医へ救急搬送時の 12 誘導心電図では下側壁誘導で僅かに J 波が認められるのみであった。冠動脈に狭窄なく、アセチルコリン負荷で右冠動脈の完全閉塞および下壁誘導の ST 上昇が誘発されたが、急性期と同様の J 波は再現されなかった。電気生理学的検査、あらゆる薬物負荷試験でも J 波の顕在化は認められなかった。虚血性または特発性 J 波が考えられたが、確定には至らず ICD 治療を行った。

089

体表露出による感染のためペースメーカーシステム除去を要した一例

¹ 仙台医療センター 循環器科

○塚西 麻衣¹、山口 展寛¹、尾形 剛¹、但木 壮一郎¹、
藤田 央¹、尾上 紀子¹、石塚 豪¹、田中 光昭¹、
篠崎 毅¹

症例は 62 歳男性。61 歳時に高度房室ブロックのためペースメーカー植込み術を行われた。1 年後に左前胸部のペースメーカー植込み部の発赤を認め、当科外来受診時ペースメーカー本体が露出したため同日入院した。リードを含むペースメーカー全システム除去術を施行した。心房リードは牽引のみで容易に抜去可能であったが、心室リードが右心房と上大静脈の接合部、上大静脈から無名静脈への分岐部の 2 箇所まで癒着しており難渋した。リード抜去後にポケットをデブリドマンし、ドレーンを留置して終了した。術後は、1 度房室ブロックのため再植込みを行わずに退院した。半年後に失神発作を認めたため右前胸部へペースメーカー植込み術を行い、術後感染は認めていない。ペースメーカー感染のためデバイス全システム除去を要した一例を経験した。

¹ 仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科、

² 仙台厚生病院 臨床工学室

○森 俊平¹、佐々木 健吾²、井筒 大人¹、南條 光晴¹、
水谷 有克子¹、田中 綾紀子¹、増田 新一郎¹、箆井 宣任¹、
矢西 賢次¹、伊澤 毅¹、武蔵 美保¹、上村 直¹、
櫻井 美恵¹、多田 憲生¹、鈴木 健之¹、本多 卓¹、
大友 潔¹、滝澤 要¹、大友 達志¹、伊藤 祐子¹、
井上 直人¹

背景)植込み型デバイス遠隔モニタリングの有用性が報告されている。目的)BIOTRONIK 社製ワイヤレス自動送信システムの初期導入経験を報告する。方法)本年 3 月から遠隔モニタリングの導入を開始した。導入成功率、不整脈イベント発生率を調査した。結果)全 28 症例から同意が得られた。導入 16 日後の T 波オーバーセーシングによる VF の誤検出、導入 6 日後の VT に対する適切な抗頻拍ペーシング治療、導入 53 日後の心室細動に対する適切作動の 3 症例(10%)で不整脈イベントが発生した。いずれも即日来院を指示、対応できた。結語)不整脈イベントの早期発見により、ショック治療を回避できた症例を経験した。ワイヤレス遠隔モニタリングシステムは、設置および操作が簡便で、患者のアドヒアランスも良好であった。

088

洞機能不全症候群(SSS)に対する心室ペーシングの影響

¹ 社会医療法人明和会 中通総合病院 循環器内科

○佐藤 誠¹、播間 崇記¹、阪本 亮平¹、五十嵐 知規¹

目的)AAI ペーシングと DDD ペーシングを行った SSS 例の長期経過観察におけるイベント発生を検討する。【対象】電気生理学的検査において房室伝導が良好と判断された SSS 48 例(平均 71 歳)に AAI ペーシングを、それ以外の 40 例(平均 70 歳)に DDD ペーシングを行った。DDD ペーシングの症例のうち心室ペーシング率が 40%を超える群とそれ以下の群とでイベント発生率の比較を行った。【結果】平均 10 年の経過観察中、複合イベント(総死亡・AF・CHF 入院・脳梗塞)発生率は AAI 群が 35%で DDD 群が 48%と DDD 群に多かった。DDD 群のうち心室ペーシング率が 40%未満の群では同 33%であり、AAI 群と同等であった。【結論】洞不全症候群の患者において心室ペーシングが 40%未満であればリスク低減が期待できる。

090

外科的高周波肺静脈隔離術後に経静脈的肺静脈隔離術を追加した 1 例

¹ 秋田県成人病医療センター 循環器科、

² 秋田県成人病医療センター 心臓血管外科、

³ 秋田大学 心臓血管外科、⁴ 秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○寺田 健¹、阿部 芳久¹、寺田 茂則¹、佐藤 匡也¹、
熊谷 肇¹、門脇 謙¹、千田 佳史²、関 啓二²、
山本文雄³、小山 崇⁴、伊藤 宏⁴

60 代女性。頻回な心房細動発作あり紹介。経食道心エコーで左心耳に可動性血栓あり緊急手術を施行。その際外科的に高周波肺静脈隔離術も行った。術後も心房細動発作を繰り返し薬剤抵抗性であるため経静脈的高周波カテーテルアブレーションを追加。術前の CT で左肺静脈にわずかな線状の肺静脈狭窄を認め、外科的アブレーションでの焼灼位置と思われた。右下肺静脈の底部が再伝導しており同部位の通電で右上下肺静脈は同時隔離できた。術後洞調律を維持できた。外科的高周波肺静脈隔離の部位は内科的経静脈肺静脈隔離よりも肺静脈側になり肺静脈狭窄の報告もある。本症例でもわずかな狭窄がみられ CT でも焼灼部位の同定ができた。肺静脈の解剖、特に大きさや走行には個人差があるため外科的高周波肺静脈隔離でも肺静脈狭窄は注意すべきと思われた。

091

右室流出路への伝導隔離によって根治した再発性肺動脈起源心室性期外収縮の1例

¹ 仙台市立病院 循環器内科

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

症例は 60 歳男性。頻発する左脚ブロック、下方軸型の心室性期外収縮(PVC)に対してアブレーションを施行した。PVC の最早期部位は前中隔側の肺動脈弁上 15mm の部位で、局所電位は PVC 中の QRS から 30msec 先行し、同部への局所通電で PVC を消失させ終了した。しかし、再発したため再アブレーションを施行した。肺動脈弁上の最早期部位を扇状に取り囲むように肺動脈冠尖直下の右室流出路で前中隔側から後中隔側へ通電を行うと、通電毎に PVC の出現頻度は減少して QRS 波形はわずかに変化し、とくに誘導の陽性成分が次第に減衰して最終的に PVC は全く認めなくなった。以後再発も認めない。通電回数は多くなるが、再発性の肺動脈起源心室性不整脈には、右室流出路への伝導隔離を意図したアブレーションが安全かつ有効かもしれない。

093

electrical storm を来した心サルコイドーシスの1例

¹ 山形県立中央病院

○山内 毅¹、福井 昭男¹、木下 大資¹、會田 敏¹、
安藤 薫¹、菊地 翼¹、高橋 克明¹、高橋 健太郎¹、
玉田 芳明¹、矢作 友保¹、松井 幹之¹、後藤 敏和¹

症例は 60 歳台後半女性。2004 年前医で完全房室ブロックのためペースメーカー植込み、心サ症と診断。2009 年意識消失を認め ICD へ upgrade。2011 年 8 月友人宅で突然意識消失、ICD の頻回作動で当院へ救急搬送された。来院時意識清明、VPC 頻発、心機能は良好であった。以後も polymorphic VT が頻発、ICD を一時停止した。nifekalant で悪化、lidocaine の効果も一時的で、amiodarone 持続静注、沈静、気管内挿管で状態は落ち着いた。入院後も体交や覚醒で NSVT を認めたが、bisoprolol を 2.5mg まで漸増したところ徐々に改善した。本症例は本年 6 月より bepridil が開始されており、同剤の催不整脈作用が storm の原因となった可能性が示唆された。

095

左冠尖から purkinje 電位が記録され左脚前枝領域の purkinje 線維が複数の頻拍に関与したと考えられた1例

¹ 仙台市立病院 循環器内科

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

23 歳女性。ホルター心電図で narrow QRS 頻拍を認めた。EPS 開始時、持続する頻拍はなく、P 波が先行しない不規則な narrow QRS の調律が見られた。不規則な調律は QRS に先行して His 束電位(HBE)が見られ、左冠尖内で QRS よりも 68ms、HBE より 15ms 先行した spiky な single potential(SSP)が記録された。SSP は高頻度心房刺激で HBE と興奮順序が逆転して記録され、刺激間隔を短縮しても HBE-SSP-V(心室)間は一定で推移した。SSP が記録される左冠尖内で通電したところ、RR 間隔 700ms の regular な調律へ移行し不規則な調律は消失した。Isoproterenol 負荷にて頻拍誘発を行うと、RR 間隔 375ms、右脚ブロック・右軸偏位の wide QRS 頻拍が誘発された。この頻拍は左脚前枝領域で QRS に 20 ms 先行する電位を認め、通電で Wide QRS 頻拍が消失すると共に洞調律へ復調した。

092

右室流出路起源が疑われたが、大動脈右冠尖での焼灼が有効であった心室性期外収縮の1例

¹ 東北大学 循環器内科学

○中野 誠¹、福田 浩二¹、若山 裕司¹、近藤 正輝¹、
長谷部 雄飛¹、川名 暁子¹、下川 宏明¹

症例は 39 歳男性。今回、額骨嚢胞術前心精査にて当科へ紹介。12 誘導心電図上、左脚ブロック下方軸型、移行帯 V3 の PVC が頻発。心エコー上、器質的心疾患なし。ホルター ECG 上 PVC 40551/日と多発、NSVT の出現、薬剤抵抗性であり、RFCA の方針。RVOT 後壁にて良好な pacemap が得られたが、QRS からの早期性は 20 msec であり、同部位の通電は無効。大動脈冠尖からのアプローチに変更し、RCC にて良好な pacemap が得られ、QRS から 27msec 先行する prepotential を認めた。CAG にて RCA と離れた部位であることを確認し、同部位の通電開始後 4.5 秒で PVC は消失。RVOT-PVC が疑われたが、RCC からの通電で根治可能であった PVC 症例を経験したので報告する。

094

Torsades de Pointes による意識消失発作で発見された原発性アルドステロン症の1例

¹ 秋田組合総合病院 循環器科、

² 秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○木村 俊介¹、松岡 悟¹、庄司 亮¹、阿部 元¹、
田村 芳一¹、斎藤 崇¹、伊藤 宏²

症例は 46 歳女性。意識消失で救急搬送。到着時 QT 延長(0.56 秒、QTc0.66 秒)延長を呈し、心室性期外収縮(PVC)は多原性で short run を認めた。低 K 血症(2.1mEq/L)を示し、K 製剤および Mg 製剤を投与したが Torsades de Pointes(以下TdP)をくり返し心室細動へ移行したため AED 作動により停止。塩酸リドカインの追加投与後に TdP は持続せず安定。その後血清 K 濃度の補正とともに QT 間隔は短縮。なお未治療の高血圧症を合併していた。血中アルドステロン濃度(206pg/ml) / 血中レニン活性(1.0ng/ml/hr) > 200 にて原発性アルドステロン症が疑われた。腹部 CT で右副腎腫瘍を認め、副腎静脈血サンプリングより右副腎からのアルドステロン過剰分泌が証明され診断確定。腹腔鏡下右副腎摘出術後、無投薬下に血清 K 値および QT 間隔は正常化した。

096

細動興奮周期の延長を指標に通電する事で心房細動を抑制しえた1例

¹ 仙台市立病院 循環器内科

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

39 歳男性。5 年持続する薬剤抵抗性慢性心房細動のためアブレーションを施行した。4 本の肺静脈隔離を行ったが 3 ヶ月後心房細動が再発した為再度アブレーションを施行した。LSPV は再伝導がみられたが造影にて狭窄を認めた為通電を行わず再伝導を認めた LIPV、RIPV isolation を行った。しかし心房細動が持続した為左房の CFAE 様 fractionated potential がみられた部位に通電を行い局所の細動興奮周期の延長を指標として通電を行った。同電位は左房 roof、左房前壁、心房中隔でみられ、記録された全ての部位で通電し局所の細動興奮周期を延長させたところ心房細動は停止した。術後は洞調律を維持し、経過良好である。慢性心房細動例で fractionated potential を通電し局所の細動興奮周期の延長を指標とする事で心房細動が抑えられる可能性が示唆された。

097

起源・治療部位同定に術前 MRI が有用であった左室側壁起源心室頻拍の一例

¹ 東北大学 循環器内科学

○川名 暁子¹、長谷部 雄飛¹、近藤 正輝¹、中野 誠¹、若山 裕司¹、福田 浩二¹、下川 宏明¹

症例は 42 歳男性、2010 年 9 月より数分の動悸を自覚していた。2011 年 1 月 19 日、頻回嘔吐で近医を受診、診察中に動悸が出現、心電図で HR200bpm の心室頻拍(VT)を認め救急搬送となった。明らかな器質的心疾患は同定されなかったが心臓 MRI で左室側壁基部心外膜側に遅延造影(DE)を認めた。2 月 16 日にカテーテルアブレーションを施行、Clinical VT はプログラム刺激で容易に誘発された。3 次元マッピングを用いた VT 中の substrate map で MRI の DE と同部位に低電位領域、activation map にて同部位弁輪側に最早期を示す focal pattern を認めた。その近傍に mid-diastolic potential(MDP)を認め、MDP を補足した concealed entrainment が確認された。同部位の通電で VT は停止し誘発不能となった。術前 MRI が不整脈の治療部位同定に有効な症例を経験したので報告する。

099

大動脈バルサルバ洞左冠尖ならびに左冠尖近傍起源不整脈の心電学的特徴

¹ 仙台市立病院 循環器内科

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

最近カテーテルアブレーションを施行した左冠尖ならびに左冠尖近傍を起源とした不整脈の QRS 波形の特徴を報告する。症例は特発性心室頻拍(VT)/心室性期外収縮(PVC)が 2 例と、顕性 WPW 症候群の 1 例である。いずれの症例も基礎心疾患は認めない。症例 1 は左冠動脈主幹部から 10mm 離れた左冠尖内の通電で持続性 VT が根治し、症例 2 は左冠尖直下、Aorto-Mitral Continuity(AMC)における通電で多発性 PVC が根治した。症例 3 では左冠尖直下の僧帽弁輪前壁側の通電でデルタ波が消失した。症例 1,2 の VT/PVC 中の 12 誘導心電図上の QRS 波形と症例 3 のデルタ波を伴う洞調律時の QRS 波形は類似していた。3 例の etiology は異なるが、左冠尖、AMC、僧帽弁輪前壁は解剖学的に近接しており、同部からの異所性心室興奮は類似した QRS 波形を呈すると考えられる。

101

東日本大震災におけるデバイス植え込み患者の不整脈発生に関する検討

¹ 東北大学 循環器内科学

○近藤 正輝¹、福田 浩二¹、若山 裕司¹、中野 誠¹、川名 暁子¹、長谷部 雄飛¹、下川 宏明¹

【背景・方法】2011 年 3 月 11 日の東日本大震災大震災におけるデバイス植え込み患者の不整脈発生について検討した。震災後外来で定期的チェックをうけたデバイス植え込み患者 175 例(平均年齢 60.9±15.9 歳、男/女 127/48)について、震災前後 6 ヶ月間に記録された不整脈(VT/VF、電気的除細動、抗頻拍ペースング、非持続性心室頻拍、上室性頻拍)について解析した。【結果】デバイスの内訳は、ICD108 例、CRT-D 40 例、ペースメーカー 27 例であった。心室性不整脈は、震災前 38 例から震災後 57 例と著明に増加した(P=0.03)。しかし抗頻拍ペースングを含む適切作動は震災前 6 例から震災後 11 例と有意には増加しなかった。【結語】東日本大震災において心室性不整脈は有意に増加したが、適切作動は変化しなかった。

098

リチウム中毒により洞性徐脈をきたし長期の透析治療を要した一例

¹ 秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○山崎 大輔¹、寺田 豊¹、伊藤 宏¹、小坂 俊光¹、渡邊 博之¹、飯野 健二¹、石田 大¹、小山 崇¹、大場 貴喜¹、小熊 康教¹、坂本 麻衣¹

リチウム中毒の治療に長期間の透析治療を要した症例を報告する。54 歳女性。自傷行為を伴う躁鬱病にて近医に入院。多弁で食事もできない強い躁状態にあったため、炭酸リチウム 1 日 1600mg から投与開始された。5 日後から意識レベルが低下し、血清リチウム濃度が 4.4mEq/L に上昇を認めたため投与中止された。中止 4 日後に徐脈、血圧低下、尿量低下を認め、当科に紹介入院した。心電図にて心拍数 26/分の洞性徐脈を認め、一時的体外ペースングを開始、当科入院時の血清リチウム濃度は 5.8 mEq/L と更に上昇を認め、リチウム除去目的に CHDF を開始した。CHDF 開始後洞性徐脈は改善したが、意識障害はしばらく遷延した。

100

副腎不全による急激な体重減少が原因と考えられたペースメーカーリード不全の 1 例

¹ 仙台市立病院 循環器内科

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

68 歳女性、洞不全症候群で H16 に AAI ペースメーカーを植込み良好に経過していたが、H21 夏頃より食欲低下、体重減少が出現。H21.12 月、半年前に比し P 波高値が 5.6mV から 1.0mV、リード抵抗も 1308 Ω から 1218 Ω に低下したが、ペースング閾値 0.25V/0.4ms は変わらず経過観察とした。H23.5 月抵抗は 1130 Ω に低下、ペースング閾値 4.0V/1.0ms と上昇、ペースング不全を認め入院、翌日リード抵抗 2637 Ω と上昇、最高出力でもペースング不全で、心房リードの再挿入を行った。体重減少の原因は副腎不全で -16kg/2 年と著明な体型変化が認められた。最終的にはリード抵抗値が上昇、リード断線と考えられたが、それ以前にノイズ(over sense)の記録はなく、抵抗値、波高値の低下がみられたことから、体型変化によるリード先端の micro dislodge、それに続くリード断線が疑われた。

102

ACS との鑑別に難渋した脚気衝心の一例

¹ 岩手県立中部病院

○西澤 健吾¹、芳沢 礼佑¹、織笠 俊樹¹、齊藤 秀典¹、八子 多賀志¹

症例は 65 歳男性。既往として平成 21 年に狭心症で内服加療、平成 12 年に胃癌手術(Billroth1 法)、虫垂炎手術がある。平成 22 年 10 月、心不全症状と心電図で ST 低下を認め ACS 疑いで当院転院となった。ショックバイタル、心不全増悪のため緊急カテーテル検査施行。#6 に有意狭窄を認めたため同部位に PCI 施行したがショックバイタル、心不全は改善されなかった。PCI 後に肺動脈カテーテルを挿入したところ末梢血管抵抗低値だったため脚気衝心を疑い VitB1(100mg)静注した。翌日にはショック状態を離脱し心不全改善した。胃癌術後長期間を経て発症した vitB1 欠乏症であり、かつ #6 に狭窄があったため ACS との鑑別に難渋した脚気衝心を経験したので報告する。

¹ 社会医療法人明和会 中通総合病院 循環器内科

○播間 崇記¹、佐藤 誠¹、阪本 亮平¹、五十嵐 知規¹

症例は 39 歳男性。20 歳代より糖尿病治療が開始され同時期より難聴も出現、27 歳でインスリン導入。母と弟も糖尿病で、若年で急死。38 歳時に腎不全進行し腹膜透析導入したがその後も体重増加と心拡大あり心不全治療目的に当科へ入院。心臓超音波検査ではびまん性壁運動低下(EF25%)と左室拡大があり、心臓カテーター検査では冠動脈に異常なし。特徴的な家族歴よりミトコンドリア異常が疑われ、心筋生検を実施。組織はミトコンドリア心筋症疑いで、遺伝子検査ではミトコンドリア DNA 変異を確認しミトコンドリア遺伝子異常症の確定診断となった。家族歴を有する糖尿病・難聴合併例は同疾患を鑑別として挙げ、さらに突然死予防や心不全の早期治療の観点から心臓精査も必要と考えられた。

¹ 東北大学 循環器内科学

○谷内 亜衣¹、福田 浩二¹、若山 裕司¹、中野 誠¹、近藤 正輝¹、長谷部 雄飛¹、川名 暁子¹、下川 宏明¹

症例は 32 歳男性。心不全ならびに心房頻拍加療目的に当科紹介。来院時心拍数 140/分の心房頻拍であるが、動悸の自覚症状なし。心エコー上、駆出率 30%程度の低心機能を認め、頻脈誘発性心筋症疑いにて入院。アンカロン投与ならびに心不全治療を開始し、翌日には洞調律に復した。心不全改善後にもアンカロン内服下で 120/分の心房頻拍が再発し、RFCA 施行。LIPV 起源の心房頻拍が誘発され、LIPV 尾側の P 波に 80msec 先行する部位の通電で頻拍は停止。その後再発し、最終的には LIPV を individual に隔離。左房後壁を最早期とする心房頻拍も誘発されたが、同部位の通電で停止。以後は両頻拍とも誘発不能。後日の心臓カテーター検査では駆出率 54%に改善。現在、外来で頻拍の再発なく経過している。

¹ 東北大学 循環器内科学、² 国際医療福祉大学病院 循環器内科、³ 大崎市民病院 循環器内科、⁴ みやぎ県南中核病院 循環器内科、⁵ 岩手県立中央病院 循環器科

○三浦 正暢¹、柴 信行²、後岡 広太郎¹、高橋 潤¹、高田 剛史¹、平本 哲也³、井上 寛一⁴、田巻 健治⁵

【背景】急性心不全(AHF)患者の入院時BNPは大半の症例で上昇しており、その測定意義は明らかではない。【方法】研究対象は 2007 年に宮城・岩手県の 4 施設に入院した AHF489 例。BNP 測定症例を低位群(平均 299pg/dl)、中位群(平均 787pg/dl)、高位群(平均 2219pg/dl)に分け、BNP 非測定群との治療や予後の相違を検討した。【結果】平均年齢 76±12 歳、男性は 53%。83%の症例で入院時に BNP を測定していた。BNP 高位群では LVEF、eGFR が低く、強心薬が多く使用され死亡率が高かった(13%)。BNP 非測定群は高齢で、重症例が多く利尿薬中心の加療を受けていたが、最も院内死亡が高かった(17%)。【結語】BNP 非測定は院内死亡と関連している可能性がある。

¹ 東北大学 循環器内科学、² 東北大学 心臓血管外科、³ 東北大学病院 臓器移植医療部

○後岡 広太郎¹、福本 義弘¹、杉村 宏一郎¹、佐藤 公雄¹、三浦 裕¹、山本 沙織¹、建部 俊介¹、青木 竜男¹、下川 宏明¹、秋山 正年²、川本 俊輔²、齋木 佳克²、秋場 美紀³

【症例】42 歳男性【主訴】全身倦怠感【病歴】H17 年心不全発症。心筋生検施行され DCM の診断。薬物治療開始。以後心不全入院を繰り返し、H22 年 7 月近医に 5 回目の心不全入院時に機能性僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症に対して MVP+TAP 施行。6 回目入院時の H22 年 3 月 CRTD 施行。H23 年 7 月心不全コントロール不良のため心移植を目指した埋め込み型補助人工心臓目的にて当院転院。入院後心臓カテーター検査施行。PCWP34mmHg、mPA39mmHg、CI 1.87l/min/m²、冠動脈に有意狭窄認めず、LVEF 24%、MRII 度。その後、テルモ社製 DuraHeart®を装着。術後合併症なく経過良好であり現在心移植待機中。【結語】心不全治療に埋め込み型補助人工心臓 DuraHeart は有効であった。埋め込み型は従来型と比べ、心移植待機中の QOL が著明に改善した。

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 循環器内科、³ 秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○奈良 育美¹、藤原 敏弥¹、柴原 徹¹、中川 正康¹、鬼平 聡²、伊藤 宏³

症例は 70 歳代、男性。平成 23 年 6 月、突然の呼吸困難が出現し当院を受診。胸部 CT で多量の右側胸水及び最大径 7.6cm の嚢状弓部動脈瘤を認め入院。加療を行うも、胸部レントゲン写真で右肺門部陰影の増強と右側胸水の増加を認めた。精査の結果、弓部大動脈瘤が肺動脈に穿破し、弓部大動脈-肺動脈瘻を形成していると考えた。Swan-Ganz カテーターを挿入し血液ガスサンプリングを施行。右室から右肺動脈にかけて step up あり、左→右シャントが確認された。弓部大動脈瘤破裂による大動脈-肺動脈瘻、それに伴う心不全と診断した。手術の同意が得られず保存的に加療したが、第 14 病日に永眠された。大動脈瘤を有する患者に突然の呼吸困難や胸痛が出現した場合は、大動脈瘤-肺動脈瘻の可能性を考慮すべきと考えられた。

¹ 岩手県立中央病院 循環器科

○佐藤 謙二郎¹、齋藤 大樹¹、佐竹 洋之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

症例 30 歳代女性。アトピー性皮膚炎、気管支喘息の既往。平成 23 年 4 月上旬より下腹部から両下腿にかけての浮腫が出現し、呼吸苦も伴ってきたことから当院救急外来を受診した。心電図、心エコー上右心負荷所見があり、肺高血圧症の疑いで入院精査となった。採血検査からは SLE や MCTD、SSc は否定的で、抗リン脂質抗体症候群が疑われた。第 4 病日に右片麻痺が発症し、CT・MRI により左内頸動脈閉塞を認めた。低心機能や梗塞の経過、MRI にて左室外側から下壁にかけて網目状の肉柱形成、深い肉柱の間隙所見から左室緻密化障害が疑われた。心不全が軽快したため心臓カテーター検査・生検目的で再入院予定として第 50 病日に退院となった。

拡張期心不全における睡眠時呼吸障害の検討

¹ 仙台医療センター 循環器科○但木 壮一郎¹、尾形 剛¹、藤田 央¹、山口 展寛¹、
尾上 紀子¹、田中 光昭¹、石塚 豪¹、篠崎 毅¹

背景: 拡張期心不全(DHF)と睡眠時呼吸障害(SDB)の関係は不明である。本研究の目的は、DHF 患者における SDB の頻度と分類を明らかにすることである。方法: 安定した DHF 患者 40 人に終夜パルスオキシメトリーを施行した。3% oxygen desaturation index (ODI) $\geq 15/h$ であった患者に対して、終夜ポリソムグラフィを施行し、SDB を中枢性無呼吸 (CSA) と閉塞性無呼吸 (OSA) に分類した。3% ODI $< 15/h$ の患者は正常呼吸 (NB) に分類した。各群間における年齢、心房細動の頻度、end-tidal CO₂、ESS、NYHA、NT-proBNP、左房径を比較した。結果: CSA 群は 15 人 (38%)、OSA 群は 4 人 (10%)、NB 群は 21 人 (53%) であった。CSA 群の年齢 (それぞれ 83 ± 9 , 72 ± 12 , 72 ± 15 才) と心房細動の頻度 (それぞれ 80%, 50%, 29%) は他の 2 群よりも有意に高かった。

Leriche 症候群を有する両側腎動脈狭窄に対し実施した PTRA の工夫が奏功した一例

¹ 山形市立病院 済生館 循環器内科○鈴木 康太¹、中田 茂和¹、伊藤 誠¹、宮脇 洋¹

65 歳男性、20 歳で Burger 病と診断され両側大腿切断。50 歳より糖尿病・高血圧で治療を開始。高血圧のコントロール不良で当院受診され、レニン活性高値より CT 検査を施行し、Leriche 症候群と両側腎動脈狭窄を指摘された。腹部大動脈造影では右腎動脈 90% 狭窄・左腎動脈 75% 狭窄を認め、腹部大動脈は腎動脈分岐直後に閉塞していた。後日、右橈骨動脈より両側腎動脈に PTRA を施行した。腹部大動脈閉塞部の隆起による腎動脈入口部位への影響や閉塞の危険性を考慮し、腎動脈入口部よりステントを腹部大動脈内に長めに出し (右 7.3mm、左 4.4mm)、断端の上に乗るように留置したところ、1 年後もステント内狭窄は認めず開在し、結果は良好であった。大動脈主要分枝分岐直後の大動脈閉塞例で、分枝入口部病変に対するステント留置を経験したので報告する。

ハイリスク腹部大動脈瘤(AAA)に iliac extender(IE)にてステントグラフト内挿術(EVAR)を施行した一例

¹(財) 脳神経疾患研究所 附属 総合南東北病院 心臓血管外科○植野 恭平¹、緑川 博文¹、菅野 恵¹、高野 隆志¹、
渡邊 晃佑¹

<目的> 重症慢性閉塞性肺障害(COPD)を合併し、腹部大動脈狭窄の存在する AAA に対し、IE を用いて EVAR を施行した一例を報告する。<症例> 69 歳、男性。AAA を指摘され紹介受診。呼吸機能検査では COPD を合併していた。瘤は腸骨動脈分岐部直上にあり、最大径 38mm の嚢状瘤であった。瘤直上に 9mm の狭窄を認め、通常のデバイスによる EVAR は不適用であり、一方、呼吸機能から開腹手術も困難であった。そこで局所麻酔下に、IE をメインデバイスとして、右総腸骨動脈に対し aorto-uniliac EVAR 施行し、左総腸骨動脈はコイル塞栓、大腿-大腿交差バイパスを追加した。術後、瘤は血栓化しグラフト開存も良好であった。<結語> 欧米人に比し小柄な日本人は、通常のデバイスでは適用困難な場合があり、IE を用いた aorto-uniliac EVAR は有効な術式であった。

短期間に急激な形態変化をきたした炎症性腹部大動脈瘤の切迫破裂の 1 例

¹ 岩手医科大学 内科学講座 循環器・腎・内分泌内科学分野、
² 岩手医科大学 心臓血管外科、³ 岩手医科大学 放射線科○玉田 真希子¹、安孫子 明彦¹、佐藤 権裕¹、蒔田 真司¹、
中村 元行¹、片岡 剛²、満永 義乃²、鎌田 武²、
田中 良一³

70 代男性、3 年前に胃癌で胃全摘出術の既往。前日から持続する腹痛を主訴に救急外来を受診。CT 等の諸検査で大きな異常所見が指摘されず、消炎鎮痛薬を処方され帰宅したが、腹痛が増悪し 3 日目に再来。膿尿を認め泌尿器科に入院。CT 検査で、腹部大動脈に最大短径 30mm の紡錘状動脈瘤と瘤周囲脂肪組織濃度の上昇を認めた。炎症性もしくは感染性腹部大動脈瘤によるものと判断し 5 日目に当科へ転科。腹痛が強くなり、再度造影 CT を施行。前回と比べて動脈瘤の外膜側低吸収域が拡大し、辺縁部の造影増強効果を認めた。瘤は前方に突出し径 38mm と 4 日間で 8mm 増大。切迫破裂を疑い同日緊急で開腹手術を行った。術中所見で炎症性腹部大動脈瘤と判断。短期間で急激に形態が変化し術前に感染瘤との鑑別が困難で、炎症性瘤として稀な経過を辿った症例と考えられた。