

第 154 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成 24 年 6 月 2 日（土）午前 8 時 35 分より
会 場：岩手医科大学附属循環器医療センター
（創立 60 周年記念館 8F・9F）
盛岡市中央通 1 - 2 - 1
TEL 019 (651) 5111

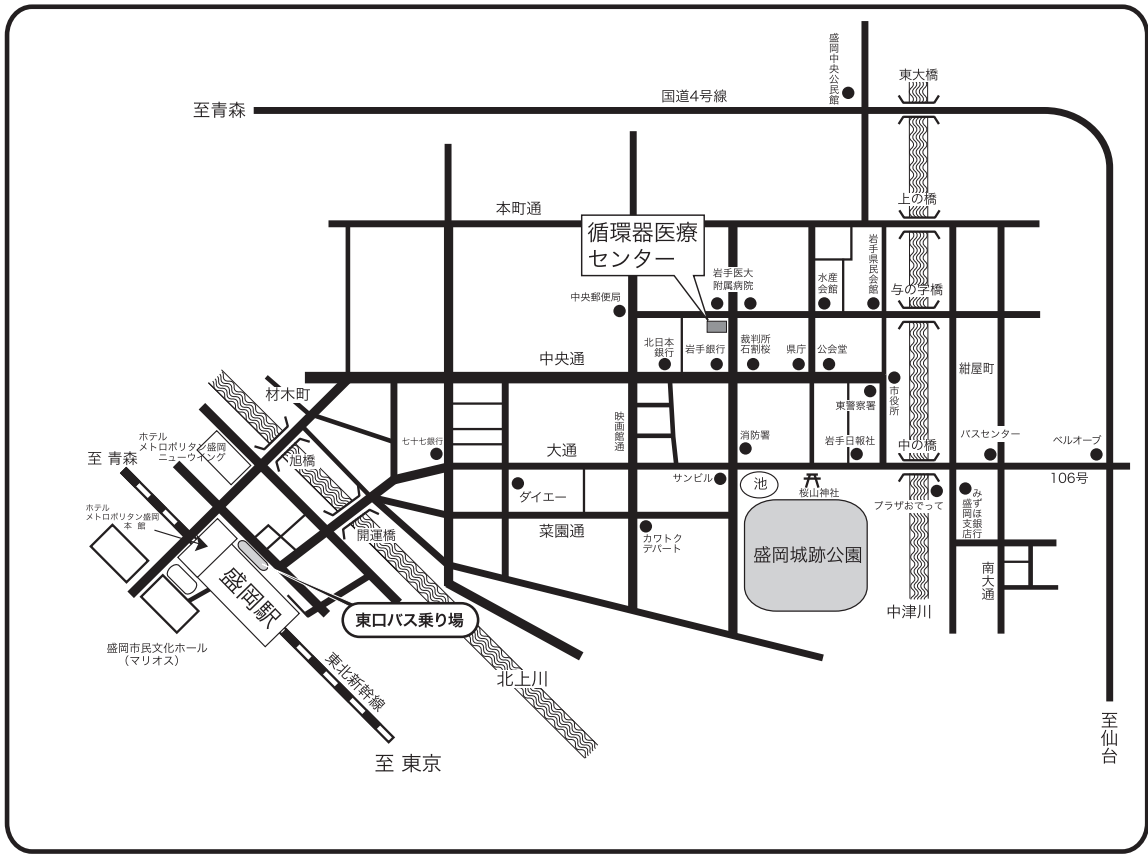
第 1 会場：9F 第二講義室
第 2 会場：9F 第一講義室
第 3 会場：8F 研修室

会長 伊 藤 宏

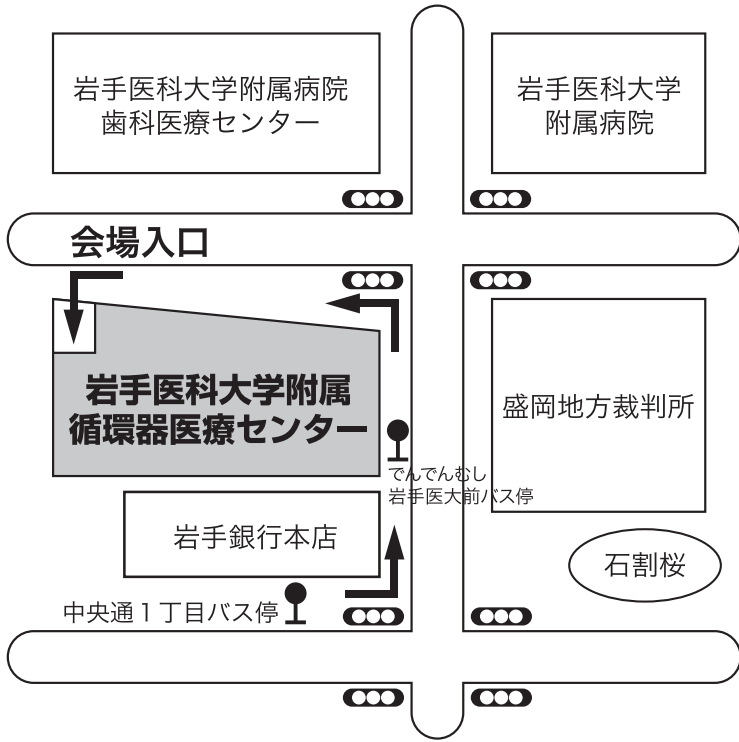
事務局：秋田大学大学院医学系研究科
循環器内科学・呼吸器内科学
秋田市本道一丁目 1 - 1
TEL 018 (884) 6110
FAX 018 (836) 2612

- 当日受付にて参加費のお支払いをお願いいたします。
（医師 3,000 円、コメディカル 1,000 円、学生・初期研修医 無料）
- 一般演題：**発表時間は 5 分（予鈴 4 分）、追加討論 2 分、YIA の発表時間は 7 分（予鈴 6 分）、追加討論 3 分**とします。時間厳守をお願いします。
コンピュータープレゼンテーションによる発表のみとします。
Windows 版 Power Point 2000、2002、2003、2007、2010 で作成して下さい。
 - ・動画は使用できません。
 - ・Macintosh 及び持込 PC での発表はできません。
 - ・**発表 30 分前までに**、作成したデータを USB メモリーに入れて PC 受付にお持ち下さい。
 - ・データのファイル名には演題番号（半角）に続けて発表者の氏名（漢字）を必ず付けて下さい（例：10 岩手太郎 .ppt）。
 - ・不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ち下さい。*** 35mm スライドによる発表はできません。**
- 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 3F 研修室で行います。
専門医認定更新に必修の 2 単位が取得できます。（P25）
追記：学会案内状・プログラムは、原則として日本循環器学会会費納入者に限り発送いたします。

会場案内図

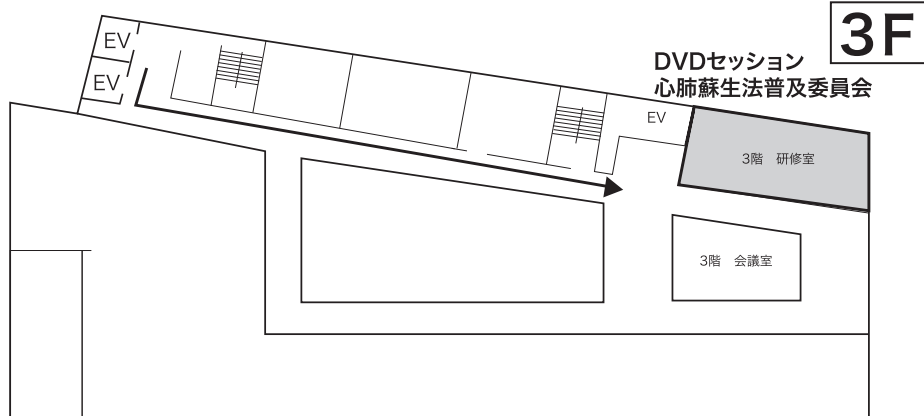
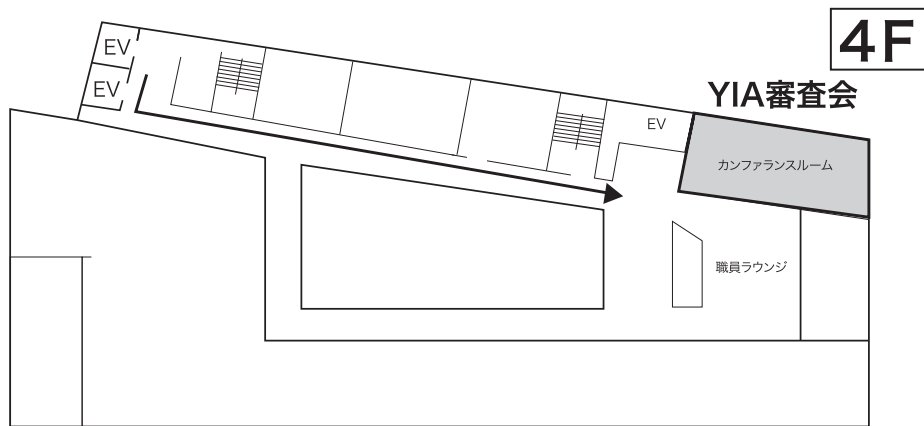
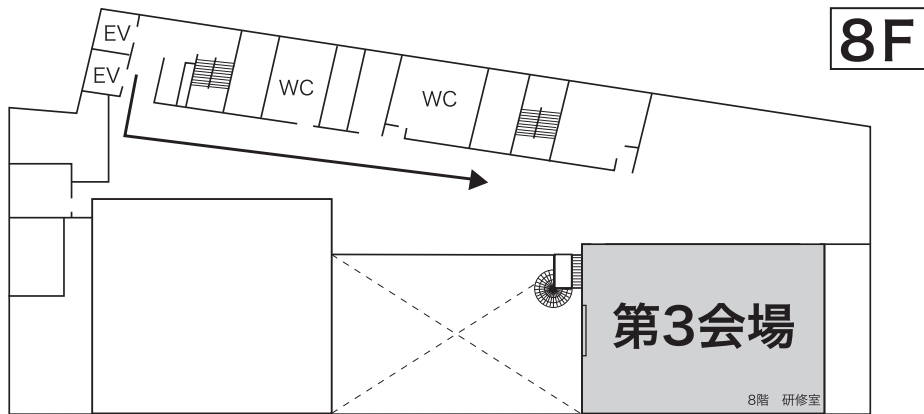
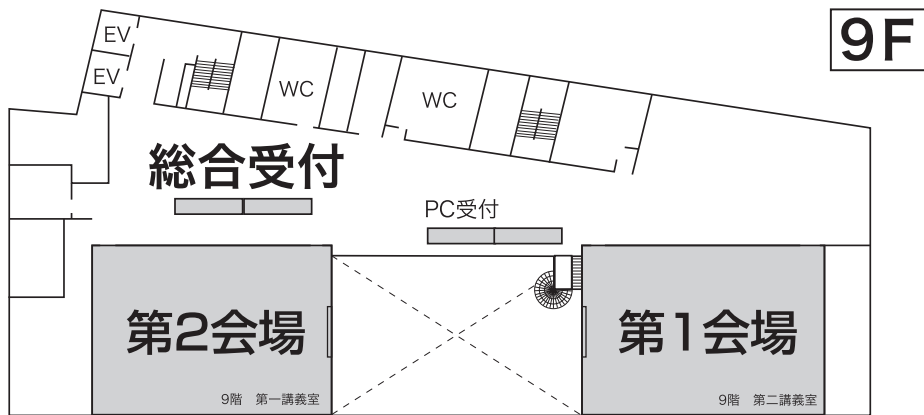


バス 盛岡駅からは東口バス乗り場より⑥番発 「盛岡バスセンター方面」、「中央通一丁目」で下車。
 所要時間は10分です。
 ※⑮番発 盛岡都心循環バス「でんでんむし」大人100円 「岩手医大前」下車。



会場入口
 当日、岩手医科大学附属循環器医療センター（創立60周年記念館）への入場は、センター正面右側、歯科医療センターとの間の通路を進み奥の入口をご利用ください。入ってすぐエレベーターがございます。
 ※総合受付、PC受付は9階です。

会場内案内図



プログラム（敬称略）

第1会場 (9階 第二講義室)	第2会場 (9階 第一講義室)	第3会場 (8階 研修室)	研修室 (3階)	会議室 (3階)	カンファレンス室 (4階)
8:00 受付開始					
8:35～8:40 開会挨拶 会長：伊藤 宏 (秋田大学)					
8:40～9:30 YIA症例発表部門 座長：伊藤 宏 (秋田大学)	8:40～9:15 心筋炎・心筋症 座長：福本 義弘 (東北大学)	8:40～9:15 肺循環・末梢血管 座長：齋藤 修一 (福島県立医科大学)			
	9:15～9:50 虚血性心疾患1 座長：伊藤 健太 (東北大学)	9:15～9:50 不整脈1 座長：小松 隆 (岩手医科大学)			
9:30～10:20 YIA研究発表部門 座長：伊藤 宏 (秋田大学)	9:50～10:18 虚血性心疾患2 座長：飯野 健二 (秋田大学)	9:50～10:18 弁膜症・心内膜炎・その他 座長：花田 裕之 (弘前大学)	9:35～11:05 DVDセッション	講師控室	
	10:18～10:53 心臓腫瘍・その他 座長：渡邊 博之 (秋田大学)	10:18～10:53 不整脈2 座長：渡邊 哲 (山形大学)			[医療安全・医療倫理に 関する講演会]
10:20～10:55 大動脈疾患 座長：川本 俊輔 (東北大学)					
10:55～11:30 心不全・その他 座長：長内 智宏 (弘前大学)	10:53～11:28 先天性心疾患 座長：小山耕太郎 (岩手医科大学)	10:53～11:28 不整脈3 座長：鈴木 均 (福島県立医科大学)	11:15～11:25 心肺蘇生法普及委員会		
11:45～12:30 総会・YIA授賞式					
12:40～13:40 教育セッション1 ランチョンセミナー1 野出 孝一 佐賀大学医学部 循環器内科 座長：中村 元行 (岩手医科大学)	12:40～13:40 教育セッション2 ランチョンセミナー2 山本 一博 鳥取大学医学部 病態情報内科学 座長：久保田 功 (山形大学)				
13:40～14:40 教育セッション3 特別講演 森野 禎浩 岩手医科大学 循環器内科 座長：伊藤 宏 (秋田大学)					

※平成24年度より、総会は支部評議員により構成し、審議されます。
従来通り一般会員の先生方のご参加は可能ですが、議決権は有しません。

YIA 症例発表部門（第 1 会場） 8：40～9：30

座長 伊藤 宏

1. エリスロポイエチン（Epo）＋多剤抗血小板投与により下肢切断術が延期された重症虚血肢（Fontaine4）の一例

星総合病院 循環器内科 ○小林 一貴、三浦 英介、清水 竹史
清水 康博、後藤 洋平、松井 佑子
金子 博智、坂本 圭司、氏家 勇一
清野 義胤、木島 幹博、丸山 幸夫

2. 2D スペックルトラッキング心エコーが術前の部位診断に有用であった WPW 症候群を合併した肥大型心筋症の一例

山形大学 第一内科 ○和根崎真大、有本 貴範、岩山 忠輝
石垣 大輔、沓沢 大輔、佐々木真太郎
田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大
穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也
二藤部丈司、青山 浩、渡邊 哲
久保田 功

3. 心タンポナーデで発症し、外科的切除と術後化学療法により長期生存中の心臓原発悪性リンパ腫の 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、青木 竜男
建部 俊介、山本 沙織、下川 宏明
熊谷紀一郎、齋木 佳克
同上 心臓血管外科
同上 血液・免疫科 山本 譲司、福原 規子、石澤 賢一
張替 秀郎

4. 感染性心内膜炎様所見を呈した転移性心臓腫瘍の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○斉藤 翔伍、飯野 健二、新保 麻衣
小熊 康教、小山 崇、寺田 豊
石田 大、小坂 俊光、渡邊 博之
伊藤 宏
同上 心臓血管外科 山本 文雄

5. 留置後 10 年経過したベアメタルステント内に発生した不安定プラークの破綻により急性冠症候群を発症した 1 例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○横川 哲朗、国井 浩行、星野 寧人
上岡 正志、義久 精臣、鈴木 均
齋藤 修一、竹石 恭知

6. 冠攣縮性狭心症患者における東日本大震災の影響
- Rho キナーゼ活性に基づく疾患活動性の検討 -

東北大学 循環器内科学 ○二瓶 太郎、高橋 潤、菊地 翼
高木 祐介、羽尾 清貴、圓谷 隆治
伊藤 愛剛、松本 泰治、中山 雅晴
伊藤 健太、下川 宏明
国立循環器病研究センター 安田 聡

7. 冠攣縮誘発と JALS スコアの関係

山形大学 第一内科 ○舟山 哲、渡邊 哲、門脇 心平
成味 太郎、大瀧陽一郎、本多 勇希
長谷川寛真、本田晋太郎、石野 光則
有本 貴範、高橋 大、穴戸 哲郎
宮下 武彦、宮本 卓也、久保田 功

8. 冠血流予備能の長期的心血管イベントへの関与：器質的狭窄および冠攣縮を認めない症例での検討

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○岩谷 章司、坂本 信雄、杉本 浩一
八巻 尚洋、国井 浩行、中里 和彦
鈴木 均、齋藤 修一、竹石 恭知

9. 慢性腎臓病患者に行う RIPC は造影剤腎障害を軽減する：尿中 L-FABP 測定による評価

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○五十嵐 徹、飯野 健二、渡邊 博之
伊藤 宏

10. 脈波伝播速度，増大係数，中心血圧，末梢動脈脈圧の心血管事故および死亡の予測能の比較：地域一般住民での検討

岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科 ○石曾根武徳、田中 文隆、佐藤 権裕
小野寺正幸、中村 元行
同上 循環器内科 肥田 頼彦
熊本大学 永野 雅英

第1会場

大動脈疾患（10：20～10：55）

座長 川本 俊輔

11. Stanford A型偽腔閉塞型急性解離症例に対する Matsui Kitamura stent を使用した治療経験
脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院 ○菅野 恵、緑川 博文、高野 隆志
12. 急性大動脈解離（stanford B, 血栓閉鎖型）の保存的加療中に肺動脈血栓塞栓症を合併した1例
山形県立中央病院 循環器内科 ○橋本 直土、菊地 翼、菊地 順裕
田中 修平、木下 大資、山内 毅
高橋 克明、高橋健太郎、玉田 芳明
福井 昭男、矢作 友保、松井 幹之
後藤 敏和
13. 大動脈解離の偽腔による大動脈入口部狭細化に対するステント術
米沢三友堂病院 循環器科 ○川島 理、阿部 秀樹、槇田 俊生
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 大友 達志、多田 憲生
14. 慎重な経過観察にもかかわらず大動脈解離を発症した Marfan 症候群合併妊娠の一例
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○木村 俊介、石田 大、小武海雄介
佐藤 和奏、小熊 康教、小山 崇
寺田 豊、飯野 健二、小坂 俊光
渡邊 博之、伊藤 宏
同上 心臓血管外科 山本 文雄
15. Zenith TX2、8例の検討
東北大学 心臓血管外科 ○齋藤 武志、熊谷紀一郎、川本 俊輔
本吉 直孝、齋木 佳克

第1会場

心不全・その他（10：55～11：30）

座長 長内 智宏

16. 心血管疾患における癌の既往と予後に関する検討

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

17. 2種類の左室駆出率が維持された心不全—左室肥大の有無による新しい分類—

仙台医療センター 循環器科 ○篠崎 毅、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

18. 加齢と心房細動が左室駆出率が維持された心不全に伴う中枢性睡眠時無呼吸と関連する

仙台医療センター 循環器科 ○篠崎 毅、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

19. 低体温療法適応院外心肺停止蘇生例における自己心拍再開直後の12誘導心電図の意義

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、小松 寿里
同上 救急部 野上 慶彦、安藤 幸吉、亀山 元信

20. 低心機能を伴う院外心肺停止蘇生例に対する急速冷却輸液による脳低体温療法の効果

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、小松 寿里
同上 救急部 野上 慶彦、安藤 幸吉、亀山 元信

第2会場

心筋炎・心筋症 (8:40～9:15)

座長 福本 義弘

21. 肥大型心筋症にたこつぼ型心筋症の合併が疑われた一例
岩手県立中部病院 循環器内科 ○芳沢 礼佑、土岐 祐介、織笠 俊樹
盛川 宗孝、齊藤 秀典、八子多賀志
22. CRT 植え込みにて僧房弁逆流が改善した陳旧性心筋梗塞の一例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○秋田 堯、神山 美之、野寺 穰
山田 慎哉、上岡 正志、鈴木 聡
中里 和彦、鈴木 均、齋藤 修一
竹石 恭知
23. ミトコンドリア心筋症の病態と臨床経過についての検討
弘前大学 循環呼吸腎臓内科 ○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
24. 安静心電図同期心筋 SPECT を用いた左室肥大例における左室同期不全評価の意義
市立秋田総合病院 循環器内科 ○中川 正康、阿部 起実、奈良 育美
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
25. 多枝冠攣縮性狭心症を合併したたこつぼ心筋症の一例
東北大学 循環器内科学 ○圓谷 隆治、高橋 潤、二瓶 太郎
高木 祐介、伊藤 愛剛、松本 泰治
中山 雅晴、伊藤 健太、下川 宏明

第2会場

虚血性心疾患 1 (9:15 ~ 9:50)

座長 伊藤 健太

26. 高IgE症候群の冠動脈病変に急性心筋梗塞症を合併した一例
岩手県立中部病院 循環器内科 ○齊藤 秀典、芳沢 礼佑、西澤 健吾
織笠 俊樹、八子多賀志
27. 特発性冠動脈解離が多発し多彩な造影所見を呈した急性心筋梗塞の一例
東北大学 循環器内科学 ○伊藤 愛剛、高橋 潤、二瓶 太郎
羽尾 清貴、高木 祐介、圓谷 隆治
松本 泰治、中山 雅晴、伊藤 健太
下川 宏明
28. PCIによる完全血行再建によりカテコラミンを離脱できた重症心不全の一例
弘前大学 循環呼吸腎臓内科 ○遠藤 知秀、斎藤 新、舘山 俊太
花田 賢二、横山 公章、越前 崇
横田 貴志、山田 雅大、櫛引 基
阿部 直樹、樋熊 拓未、長内 智宏
奥村 謙
29. 急性心筋梗塞急性期にNo flow現象のため再灌流できなかったが慢性期に再灌流に成功した一例
福島赤十字病院 ○近藤 愛、大和田尊之、阪本 貴之
渡部 研一
30. 緊急心臓再同期療法を要した虚血性心筋症の一例
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

第2会場

虚血性心疾患2 (9:50 ~ 10:18)

座長 飯野 健二

31. Leriche 症候群を伴った虚血性心筋症に対する左室形成術の1例

東北大学 心臓血管外科 ○吉岡 一郎、川本 俊輔、齋木 佳克
同上 循環器内科学 高橋 潤、下川 宏明

32. 心室中隔穿孔をきたし内科的治療後、経右室 double patch 閉鎖術にて救命し得た急性下壁心筋梗塞の1例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 ○箆井 宣任、多田 憲生、森 俊平
水谷有克子、南條 光晴、加畑 充
増田新一郎、三宅 弘恭、上村 直
武蔵 美保、櫻井 美恵、鈴木 健之
本多 卓、大友 潔、滝澤 要
大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎
同上 心臓血管外科 阿部 和男、畑 正樹、柳沼 厳弥

33. コレステロール結晶塞栓症の4例

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

34. 上行大動脈プラークからの血栓塞栓による左冠動脈主幹部の急性心筋梗塞の1例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科 ○館山 俊太、横田 貴志、横山 公章
花田 賢二、越前 崇、阿部 直樹
富田 泰史、樋熊 拓未、長内 智宏
奥村 謙

第2会場

心臓腫瘍・その他 (10:18 ~ 10:53)

座長 渡邊 博之

35. 当院における若年者の病院外心肺停止の現状 ~ Autopsy imaging の結果から~
仙台医療センター 循環器科 ○尾形 剛、藤田 央、山口 展寛
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪
篠崎 毅
36. 微小冠動脈周囲線維化の冠動脈血流障害への関与
東北大学 循環器内科学 ○戴 哲皓、青木 竜男、福本 義弘
下川 宏明
37. 植込み型補助人工心臓時代の重症心不全外科治療
東北大学 心臓血管外科 ○秋山 正年、川本 俊輔、齋木 佳克
同上 臓器移植部 秋場 美紀、片桐 光葉
同上 循環器内科学 福田 浩二、福本 義弘、下川 宏明
38. Calcified amorphous tumor の一手術例
東北大学 心臓血管外科 ○増田 信也、本吉 直孝、秋山 正年
川本 俊輔、齋木 佳克
同上 循環器内科学 佐藤 公雄、福本 義弘、下川 宏明
39. 肺動脈肉腫の術前診断に経静脈的カテーテル擦過細胞診が有用であった一例
石巻赤十字病院 循環器内科 ○橋本 直明、玉刈 智昭、小山 容
祐川 博康
山形済生病院 循環器内科 池野栄一郎
山形大学 第二外科 内田 徹郎、大泉 弘幸、貞弘 光章

第2会場

先天性心疾患（10：53～11：28）

座長 小山耕太郎

40. 多発冠動脈瘤・冠動脈瘻を合併した重症僧帽弁閉鎖不全症の一例
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○高橋久美子、新保 麻衣、山崎 大輔
寺田 豊、渡邊 博之、伊藤 宏
41. 心房中隔欠損症に上大静脈遺残を合併した一例
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
42. 心室中隔欠損症が自然閉鎖した成人右室二腔症の一例
東北厚生年金病院 循環器センター ○法井 薫、河部 周子、田淵 晴名
山家 実、山中 多聞、中野 陽夫
片平 美明
43. 左室心筋緻密化障害・単冠動脈を合併した左室右房交通症の一例
秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 ○寺田 豊、高橋久美子、山崎 大輔
坂本 麻衣、渡邊 博之、伊藤 宏
44. MDCT を用いた膜性部心室中隔瘤の形態評価
みやぎ東部循環器科 ○菊地 雄一、青野 豪、増田新一郎

第3会場

肺循環・末梢血管（8：40～9：15）

座長 齋藤 修一

45. 肺高血圧症を合併した Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema Syndrome (CPFE) の3症例

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

46. 重症肺高血圧症を来した pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) の一例

東北大学 循環器内科学 ○青木 竜男、佐藤 公雄、杉村宏一郎
三浦 裕、後岡広太郎、建部 俊介
山本 沙織、福本 義弘、下川 宏明
東北大学病院 病理部 笠島 敦子

47. 末梢型慢性血栓栓性肺高血圧症における経皮的肺動脈形成術の最適病変の検討

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

48. 間歇性跛行を有する末梢動脈疾患患者に対する低出力体外衝撃波治療

東北大学 先進外科学分野 ○河村圭一郎、芹澤 玄、佐藤 成
里見 進
同上 循環器内科学 伊藤 健太、下川 宏明

49. 頸動脈狭窄に対する頸動脈内膜剥離術の経験

弘前大学 胸部心臓血管外科 ○渡辺 健一、谷口 哲、齋藤 良明
野村 亜南、小笠原尚志、大徳 和之
皆川 正仁、福井 康三、鈴木 保之
福田 幾夫

第3会場

不整脈1 (9:15 ~ 9:50)

座長 小松 隆

50. 術前心電図診断の重要性：一回の通電で根治した僧帽弁後壁起源の心室性期外収縮の一例
山形大学 第一内科 ○沓沢 大輔、有本 貴範、石垣 大輔
田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大
穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也
二藤部丈司、渡邊 哲、青山 浩
久保田 功
51. 僧房弁輪起源の心室頻拍に対してアブレーションを行った一例
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、岩谷 章司
山田 慎哉、佐藤 崇匡、上岡 正志
中里 和彦、鈴木 均、齋藤 修一
竹石 恭知
52. 心室細動発症 13 ヲ月後に J-wave 症候群と診断した一例
中通総合病院 循環器内科 ○五十嵐知規、佐藤 誠、阪本 亮平
播間 崇記
53. 植え込み型ループレコーダーで心停止イベントを同定した一例
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
54. 開心術後心房頻拍に対するカテーテルアブレーションの検討
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3会場

弁膜症・心内膜炎・その他 (9:50～10:18)

座長 花田 裕之

55. 左房内血栓を合併した肺動脈血栓塞栓症の一例

山形県立中央病院 循環器内科 ○田中 修平、高橋 克明、菊地 順裕
橋本 直土、木下 大資、山内 毅
菊地 翼、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

56. 市中感染 MRSA による感染性心内膜炎

仙台医療センター 循環器科 ○神野 愛望、尾形 剛、但木壯一郎
藤田 央、山口 展寛、尾上 紀子
田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

57. 心不全入院患者への薬剤管理指導は生命予後と関連する

仙台医療センター 薬剤科 ○矢田 充男、板垣 礼香、諏江 裕
同上 循環器科 尾形 剛、但木壯一郎、藤田 央
山口 展寛、尾上 紀子、田中 光昭
石塚 豪、篠崎 毅

58. 生体弁置換術後3年半で弁機能不全をきたした慢性維持透析の1例

中通総合病院 循環器内科 ○伊藤 行信、佐藤 誠、播間 崇記
阪本 亮平、五十嵐知規
同上 心臓血管外科 大内 真吾、大久保 正
きびら内科クリニック 鬼平 聡

第3会場

不整脈2 (10:18 ~ 10:53)

座長 渡邊 哲

59. ブルガダ症候群と特発性心室細動の心電図学的特徴ならびに心室細動誘発性に関する検討
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
モハメド シャフィー、下川 宏明
60. 肺静脈隔離の術中に冠攣縮を生じた一例
岩手県立中央病院 循環器科 ○遠藤 秀晃、佐藤謙二郎、中嶋 壮太
福井 重文、高橋 徹、中村 明浩
野崎 英二、田巻 健治
岩手県立胆沢病院 八木 卓也
岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科 梶田 房紀、小澤 真人、小松 隆
61. 心室再同期ペーシング療法が著効した薬物治療抵抗性心不全の2症例
岩手医科大学 循環器内科 ○臼井 雄太
同上 心血管・腎・内分泌内科 小松 隆、橘 英明、佐藤 嘉洋
小澤 真人、梶田 房紀、中村 元行
62. 左房前壁起源の focal atrial fibrillation の一例
(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器科 ○益田 淳朗、武田 寛人、中村 裕一
金澤 晃子、石田 悟朗、遠藤 教子
新妻 健夫、小松 宣夫
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 竹石 恭知
63. 心房細動カテーテルアブレーション後の医原性心房中隔欠損症の一例
仙台市立病院 循環器内科 ○中川 孝、八木 哲夫、滑川 明男
石田 明彦、山科 順裕、佐藤 弘和
櫻本万治郎、佐藤 英二、小松 寿里

第3会場

不整脈3 (10:53 ~ 11:28)

座長 鈴木 均

64. 肺静脈内に血栓を認めた心房細動の1例

(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器科

○石田 圭一、武田 寛人、金澤 晃子
石田 悟朗、遠藤 教子、新妻 健夫
小松 宣夫

65. 房室結節リエントリー性頻拍に対する CARTO を用いたアブレーションの有効性評価

秋田県成人病医療センター

○寺田 健、阿部 芳久、田村 善一
寺田 茂則、熊谷 肇、佐藤 匡也
門脇 謙
小山 崇、伊藤 宏

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

66. Torsade de points (TdP) を招いた抗不整脈薬による薬剤性 QT 延長症候群の1例

東北厚生年金病院 循環器センター

○田淵 晴名、法井 薫、金子 礼
河部 周子、山口 済、山家 実
山中 多聞、中野 陽夫、片平 美明

67. 肺静脈隔離中に右上肺静脈内の高頻度興奮が関与した心房頻拍へ移行した発作性心房細動の1例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

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

68. ASV を導入した超高齢者心不全の二例

市立秋田総合病院 循環器内科

○柴原 徹、奈良 育美、藤原 敏弥
中川 正康
伊藤 宏

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

YIA 審査会 10:20～10:55

心肺蘇生法普及委員会 11:15～11:25

総会・YIA 授賞式 11:45～12:30

教育セッション1

ランチョンセミナー1 12:40～13:40 (第1会場:9階 第二講義室)

座長:岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科 教授 中村 元行 先生

「血糖管理による心血管不全治療ーインクレチン製剤への期待ー」

佐賀大学医学部 循環器内科

教授 野出 孝一 先生

共催:第154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

ランチョンセミナー2 12:40～13:40 (第2会場:9階 第一講義室)

座長:山形大学 第一内科 教授 久保田 功 先生

「拡張不全に期待する診断法、治療法」

鳥取大学医学部 病態情報内科学

教授 山本 一博 先生

共催:第154回日本循環器学会東北地方会

ノバルティスファーマ株式会社

教育セッション3

特別講演 13:40～14:40 (第1会場:9階 第二講義室)

座長:秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学 教授 伊藤 宏 先生

「心血管インターベンションの変遷と今後の展望」

岩手医科大学 循環器内科

教授 森野 禎浩 先生

共催:第154回日本循環器学会東北地方会

第一三共株式会社

一般社団法人日本循環器学会東北支部規則

(総則)

第1条 この会は一般社団法人日本循環器学会東北支部（以下「本支部」という。）と称し、一般社団法人日本循環器学会（以下「日本循環器学会」という。）の支部とする。

(事務局)

第2条 本支部の事務局は、東北大学大学院医学系研究科循環器内科学に置く。

(目的および事業)

第3条 本支部は日本循環器学会の目的達成のため次の事業を行う。

- 1) 東北支部における年2回の学術集会（地方会）の開催
- 2) 日本循環器学会本部からの委託事項の処理
- 3) 日本循環器学会国際トレーニングセンター（JCS-ITC）としての東北支部における講習会等の開催
- 4) その他目的の達成に必要な事業

(会員)

第4条 本支部の会員は、勤務先または居住地が日本循環器学会定款施行細則第16条に定める東北地区にある日本循環器学会の会員とする。

2. 本支部に名誉支部員・名誉特別会員を置く。

- 1) 名誉支部員は年齢65歳以上の会員で、支部評議員を3期以上務めた者とする。総会に出席して意見を述べることができるが、議決権は有しない。
- 2) 名誉特別会員は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。

(社員の選出)

第5条 日本循環器学会本部からの委託により、本支部にて日本循環器学会の社員を選出する。

2. 選出する社員数は、日本循環器学会から指定された数とする。
3. 選挙権および被選挙権をもつものは、本支部の会員とする。

(支部選挙管理委員会)

第6条 本支部に東北支部選挙管理委員会（以下「選挙管理委員会」という。）を置き、社員選出手続きを担当する。

2. 選挙管理委員会の委員長は、支部監事または支部幹事から選出し、支部総会で選任する。
3. 選挙管理委員は、会員から選出し、支部総会で選任する。
4. 選挙管理委員長は、選挙結果を支部総会および日本循環器学会に報告する。

(社員選出方法)

第7条 第6条に定める社員は、第4条に定める会員の無記名投票により選出する。

2. 会員一人につき、一個の投票権とする。
3. 各都道府県毎の最多得票者を当選者として選出した後、全地区を対象として得票数の多い順から、第5条第2項に定める選出すべき数までを当選者とする。

(社員の補充)

第8条 日本循環器学会から社員補充の依頼があった場合は、選挙管理委員会が直前の選挙結果に基づき得票数の多い順から補充すべき数までを社員として補充する。

2. 前項の規程に関わらず、前条第3項の都道府県条件を満たさない場合には、その条件を優先して補充する。

(支部評議員)

第9条 本支部に支部評議員若干名を置くことができる。

2. 支部評議員は、下記の規則に基づいて会員から選出し、支部総会で選任する。
3. 支部評議員の選出・辞職についての規程は、別に定める。
 - 1) 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支部の日本循環器学会社員とする。
 - 2) 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。
 - 3) 支部評議員の辞職および推薦は、支部総会の同意を必要とする。
4. 支部評議員は、総会を組織し、支部長の求めに応じて支部の運営についての諮問を行う。
5. 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。

(支部長)

第10条 本支部に支部長1名を置く。

2. 支部長は日本循環器学会理事から選出し、支部総会において選任する。
3. 支部長は支部を統括する。
4. 支部長の任期および定年については、日本循環器学会定款および定款施行細則に準ずる。

(支部幹事)

第11条 本支部に支部幹事若干名を置く。

2. 支部幹事は会員から支部総会において選任する。
3. 支部幹事は支部長を補佐し、支部運営にあたる。
4. 支部幹事の任期は支部長の任期に準じ、再任を妨げない。

(支部監事)

第12条 本支部に支部監事若干名を置く。

2. 支部監事は会員から支部総会において選任する。
3. 支部監事は支部の事業および会計について監査を行い、不正の事実があれば支部総会あるいは日本循環器学会に報告する。
4. 支部監事の任期は支部長の任期に準じ、再任を妨げない。

(地方会会長)

第13条 本支部に地方会会長1名を置く。

2. 地方会会長は会員から支部総会において選任する。
3. 地方会会長は地方会を主催し、その経理および事業内容を支部長に報告する。
4. 地方会会長の任期は、直前の地方会終了日の翌日から主催地方会終了日までとする。

(支部総会)

第14条 支部総会は、日本循環器学会の社員および支部で選出した支部評議員で構成する。

2. 支部総会は年1回以上開催し、以下の事項を審議する。
 - 1) 地方会会長の選出
 - 2) 地方会開催地の決定
 - 3) 支部事業計画および事業報告
 - 4) 社員および支部評議員の選出
 - 5) 本会規則の変更
 - 6) その他本会の運営に必要な事項
3. 支部総会は、支部長が招集し、議長となる。ただし支部長に事故あるときは、支部監事が招集する。この場合、議長は支部総会議員の互選により選出する。
4. 支部総会は、支部総会議員の過半数が出席しなければ、その議事を決議できない。ただし、当該議事につき予め書面をもって意思を表示したもの、および他の支部会員を代理人として表決を委任したものは出席者とみなす。
5. 支部総会の議事は出席者の過半数をもって決し、可否同数の時は議長の決するところによる。

(運営資金)

第15条 この支部の運営には次の資金を充てる。

- 1) 本部から助成される運営費
- 2) 地方会参加費
- 3) 事業に伴う収入
- 4) 寄付金
- 5) その他収入

(会計年度)

第16条 この支部の会計年度は、日本循環器学会定款に準ずる。

附則

- 1) この規則は、平成24年4月1日から施行する。
- 2) 学術集會に演題を提出する者は原則として日本循環器学会に入会しなければならない。ただし支部長が許可した場合はその限りではない。

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、本会則の変更は総会で審議・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 154 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 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 心血管・腎・内分泌内科
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24年4月1日現在）

支部長	下川宏明																			
理事	下川宏明	伊藤宏																		
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 猪岡英憲 大和田司 佐々木弥 立木楷 布川徹 元 村 成	池田精宏 今井幸彦 小野典夫 鈴木元直 田中俊一 星盛 英 機	石出信正 遠藤政夫 香川恒健 高橋卷幸 田三保 浦 嶋 実	伊藤明一 大友喜郎 小岩松福 高津田秀 室井山 紘 横 山 一																

支部評議員（各県ごと五十音順、○印は社員）

青森	○奥藤村野謙弘	長内智宏	花田裕之	福田幾夫
岩手	青木英彦 佐藤須雅	伊藤智範 瀬川郁夫 時 田 真 司	岡田茂	林代木均 敦格
秋田	阿部芳久 齊藤正康	○伊藤長谷川匡仁	門鈴山宏也志	脇木文謙 本 文 泰 雄
山形	熱海裕之 ○久保田功 廣野通 八 卷 安	石後福 ○渡 邊 哲	井藤邦明 井藤敏和 井 邊 昭 哲	小齋熊正樹 松 井 公 幹 男 之
宮城	○伊藤健太 金塚芳智 ○富山智之	○伊藤上佐福	藤月貞正 藤本昇義	嘉博一弘 ³
福島	青木孝直 ○竹島石博 渡 辺 恭 毅	石齋武	川藤和信 田修一人	石齋橋敏幸 前藤富平
会計監事	石出信正	猪岡英二		
幹事	福本義弘	伊藤健太	福田浩二	

1. 外科分野 2. 女性分野 3. その他の分野

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
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			
1991	2011年度	2011/4/1～ 2016/3/31	同左
1996			
2001			
2006			
2011			
1992	2007年度	2007/4/1～ 2012/3/31	同左
1997			
2002			
2007			
2012			

<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 154 回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

平成 24 年 6 月 2 日 岩手医科大学附属循環器医療センター
会長：伊 藤 宏
(秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学・呼吸器内科学)

1

エリスロポイエチン (Epo) + 多剤抗血小板投与により下肢切断術が延期された重症虚血肢 (Fontaine4) の一例

星総合病院 循環器内科

○小林 一貴、三浦 英介、清水 竹史、清水 康博、後藤 洋平、松井 佑子、金子 博智、坂本 圭司、氏家 勇一、清野 義胤、木島 幹博、丸山 幸夫

症例は60歳代男性で糖尿病、喫煙歴あり4年前に維持透析開始。2カ月前より右第4+5趾に皮膚壊死出現し近医総合病院紹介となる。膝下のskin-perfusion-pressure (SPP)は10~30mmHg台で血行再建困難とされ切断術が予定されたが本人の切断回避の希望強く当院を受診され内科的薬物療法とEpo投与を開始した。1週間後に壊死組織より出血を認め2週間後の右足SPPは40~70mmHg台まで上昇、下腿切断術は延期となり4週間後には壊死部の肉芽形成を認めた。Epoには血管新生効果やアポトーシス抑制作用があるとされ近年、VEGF投与や細胞療法との併用による有効性が報告されているが単独投与での効果は充分ではない。今回、我々はEpoと日常臨床で使用可能な薬剤との併用が重症虚血肢に対する新たな治療戦略となる可能性を示唆する症例を経験したのでここに報告する。

2

2Dスペックルトラッキング心エコーが術前の部位診断に有用であったWPW症候群を合併した肥大型心筋症の一例

山形大学 第一内科

○和根崎真大、有本 貴範、岩山 忠輝、石垣 大輔、沓沢 大輔、佐々木真太郎、田村 晴俊、西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎、宮下 武彦、宮本 卓也、二藤部丈司、青山 浩、渡邊 哲、久保田 功

症例は、WPW症候群を合併した肥大型心筋症の14歳男性。頻回の発作性上室性頻拍が出現したためアブレーションを予定した。心電図で著明な左室肥大とデルタ波を認め、正確な副伝導路の診断は困難だった。術前に2Dスペックルトラッキング心エコーによる左室・右室のストレイン解析を行ったところ、左室の局所ストレインは正常だったが、右室では前壁が大動脈弁閉鎖に先行して収縮しており、副伝導路の局在を右室前壁と推定した。推定どおり、右室前壁で連続した房室伝導を認め、通電で容易に副伝導路が離断できた。手術時間48分、透視時間10分であった。術後、右室の局所ストレインは正常化した。新しい副伝導路の部位診断法として、2Dスペックルトラッキング心エコーは有用であり、アブレーション時間短縮に寄与できた。

3

心タンポナーデで発症し、外科的切除と術後化学療法により長期生存中の心臓原発悪性リンパ腫の1例

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 血液・免疫科

○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、青木 竜男¹、建部 俊介¹、山本 沙織¹、下川 宏明¹、熊谷紀一郎²、齋木 佳克²、山本 謙司³、福原 規子³、石澤 賢一³、張替 秀郎³

心臓原発腫瘍の中で悪性リンパ腫は文献的に約1%であり、1年以上の生存例は非常に稀である。症例は60歳女性。51歳時に血小板増多症の既往あり。息切れを主訴に近医受診。胸部レントゲン写真上、心陰影の拡大があり当科紹介。心エコーで心嚢液の大量貯留を認め心タンポナーデと診断。心嚢液は血性で、細胞診ではリンパ球由来の異形細胞を指摘。心嚢穿刺後の胸部CTで右房から上大静脈にかけて腫瘍を認めた。腫瘍生検は出血のリスクが高く施行せず、PET検査から明らかな転移巣を認めなかったため、限局性右房内心臓腫瘍と診断し、外科的摘出術施行。diffuse large B-cell lymphomaと病理診断された。術後R-CHOP療法を6クール施行した後に退院。現在完全寛解し、約2年間観察中である。非常に希な症例を経験したので、文献的考察も加え報告する。

4

感染性心内膜炎様所見を呈した転移性心臓腫瘍の一例

¹秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

²秋田大学 心臓血管外科

○斉藤 翔伍¹、飯野 健二¹、新保 麻衣¹、小熊 康教¹、小山 崇¹、寺田 豊¹、石田 大¹、小坂 俊光¹、渡邊 博之¹、山本 文雄²、伊藤 宏¹

【症例】72歳男性、左眼の一過性黒内障を主訴に受診。心エコーにて大動脈弁僧房弁線維性結合部に付着する疣贅様病変、左室後壁肥厚及び心筋内低エコー所見を認めた。CT検査にて肺膿瘍様病変を認め、同病変を原因とした感染性心内膜炎、心筋内膿瘍と診断し疣贅の摘出術を施行。疣贅には、好中球、リンパ球を認めるのみであった。術後13病日の心エコーにて、左室後壁肥厚増大と左房内腔へ突出する16mmの腫瘤が出現。肺野病変精査にて非小細胞肺癌を認め化学療法を開始した。以後、左室後壁肥厚の縮小傾向を認めている。大動脈弁下および左房へ突出する疣贅様構造物は、左室後壁の肺癌心筋内転移が心腔内へ進展し形成されたものと考えられた。肺癌の心筋内転移が、感染性心内膜炎様症状を呈した事を契機に診断に至った一例を報告する。

5

留置後10年経過したベアメタルステント内に発生した不安定プラークの破綻により急性冠症候群を発症した1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○横川 哲朗、国井 浩行、星野 寧人、上岡 正志、義久 精臣、鈴木 均、齋藤 修一、竹石 恭知

80歳代女性。'02年2月#1を責任病変とした急性心筋梗塞を発症、#1~2にBMSを留置。その後の確認冠動脈造影では再狭窄は認めなかった。'11年1月突然胸痛を自覚し当院救急受診。II、III、aVFでST上昇を認め、急性心筋梗塞と診断し緊急カテーテル検査を施行。#1のステント内閉塞を認めPCIを施行。IVUS上ステント内に強いattenuationや微少石灰化を伴う不安定プラークを、OCTではthin-cap fibroatheromaを認めた。血栓吸引後、DESを留置し残存狭窄0%、TIMI IIIにて終了。吸引物病理所見では壊死性コア、泡沫上マクロファージを含む組織を認め二次性動脈硬化性変化に合致する所見であった。BMSの再狭窄・閉塞の原因として新生内膜増殖によるものは経験するが、不安定プラーク形成は稀な病態である。IVUS、OCT画像、病理所見を含め提示する。

6

冠攣縮性狭心症患者における東日本大震災の影響 - Rhoキナーゼ活性に基づく疾患活動性の検討 -

¹東北大学 循環器内科学、²国立循環器病研究センター

○二瓶 太郎¹、高橋 潤¹、菊地 翼¹、高木 祐介¹、羽尾 清貴¹、圓谷 隆治¹、伊藤 愛剛¹、松本 泰治¹、中山 雅晴¹、伊藤 健太¹、安田 聡²、下川 宏明¹

東日本大震災が冠攣縮性狭心症 (VSA) の疾患活動性に及ぼした影響を検討した。震災前に末梢血好中球 Rho キナーゼ活性を測定していた VSA 患者 10 症例の震災 6 ヶ月、1 年後の Rho キナーゼ活性を計測した。震災 6 ヶ月後の Rho キナーゼ活性は震災前に比べ有意に亢進したが 1 年後には震災前と同程度まで戻っていた (基質 MBS のリン酸化/総量比、震災 6 ヶ月後 1.72 ± 0.23 vs. 震災前 1.01 ± 0.36、vs. 震災 1 年後 0.87 ± 0.37、それぞれ P = 0.001、P = 0.004、震災前 vs. 震災 1 年後 P = ns)。震災後に胸痛頻度が増加した群 (n=3) では不変群 (n=7) に比べ、PTSD スコア (32 ± 7 vs. 3 ± 7, P < 0.001)、震災 6 ヶ月後 Rho キナーゼ活性変化率 (268 ± 232% vs. 48 ± 31%, P < 0.05) が有意に高値だった。震災により VSA の疾患活動性が一過性に上昇したことが示された。

冠攣縮誘発と JALS スコアの関係

山形大学 第一内科

○舟山 哲、渡邊 哲、門脇 心平、成味 太郎、
大瀧陽一郎、本多 勇希、長谷川寛真、本田晋太郎、
石野 光則、有本 貴範、高橋 大、穴戸 哲郎、
宮下 武彦、宮本 卓也、久保田 功

【背景】日本動脈硬化縦断研究 (JALS) スコアが心筋梗塞発症予測に有用であることが近年報告された。本研究は JALS スコアと冠攣縮性狭心症 (VSA) 誘発率の関係を検討した。【方法】VSA 精査目的に、109 例にアセチルコリン負荷試験を行った。【結果】51 例で VSA が誘発された。VSA 群の JALS スコアは非 VSA 群と比較し有意に高値であった (37.9 ± 12.2 vs. 29.5 ± 13.3 , $p < 0.01$)。スコアが高値になるに従い、有意に VSA 誘発率が上昇した。スコア高値群は低値群に比べ、約 4 倍 VSA 誘発の危険度が高かった。多変量解析で JALS スコアは VSA 誘発の独立した危険因子であった。【結論】JALS スコアは VSA リスク層別化に有用である可能性が示唆された。

冠血流予備能の長期的心血管イベントへの関与：器質的狭窄および冠攣縮を認めない症例での検討

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○岩谷 章司、坂本 信雄、杉本 浩一、八巻 尚洋、
国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均、齋藤 修一、
竹石 恭知

冠血流予備能 (CFR) は心筋の酸素需要に対して血流を供給しうる能力を示す指標であり冠動脈狭窄を認めない場合には冠微小循環障害の指標とされるが、その後の心血管イベントとの関連は不明である。今回我々は虚血性心疾患を疑われたが冠動脈狭窄を認めず、さらに冠攣縮誘発テスト陰性であった 69 例で CFR を測定し、その後の長期心血管イベント発生率との関与を検討した。患者の平均年齢は 63 歳、平均観察期間は 8.4 年であり、CFR 低下を 9 例に認めた。観察期間中に 7 例が心血管イベントを発生 (突然死 2 例、急性冠症候群 5 例) したが、CFR 低下群では 3 例に認め、正常群より有意に心血管イベント発生率が高かった (33.3% vs. 6.7% , $P=0.042$)。他の危険因子を含めての検討でも CFR 低下のみが心血管イベントの発生予測因子となり得ることが分かった。

慢性腎臓病患者に行う RIPIC は造影剤腎障害を軽減する：尿中 L-FABP 測定による評価

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○五十嵐 巖、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

背景：造影剤による急性腎障害 (CI-AKI) は血管造影に伴う一般的な合併症である。最近の研究で、遠隔虚血プレコンディショニング (RIPIC) は心臓血管手術を受ける患者で腎障害を軽減したことを示しているが、CI-AKI に RIPIC が影響するかどうかは不明である。方法と結果：中等度の慢性腎臓病 ($eGFR < 60$ ml/min/1.73m²) 患者で待機的に血管造影を受ける 52 人の患者を無作為に RIPIC 群 ($n = 26$) または対照群 ($n = 26$) に割り当てた。CI-AKI は尿中肝型脂肪酸結合蛋白 (L-FABP) により評価した。CI-AKI は対照群で 7 例 (26.9%) 発生したが、RIPIC 群は 2 例 (7.7%) であった。24 時間後における対照群の尿中 L-FABP 増加量は RIPIC 群よりも有意に大きかった (7.1 ± 8.7 対 3.1 ± 5.6 μ g/gCr, $p < 0.05$)。結論：RIPIC は血管造影を受ける患者で CI-AKI を軽減させることが示唆された。

脈波伝播速度、増大係数、中心血圧、末梢動脈脈圧の心血管事故および死亡の予測能の比較：地域一般住民での検討

¹岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科²岩手医科大学 循環器内科、³熊本大学

○石曾根武徳¹、田中文隆¹、佐藤 権裕¹、永野 雅英³、
肥田 頼彦²、小野寺正幸¹、中村 元行¹

種々の動脈スティフネスが知られている。本研究では、末梢脈圧 (PP)、中心動脈増大係数 (AI)、中心動脈圧 (CBP)、脈波伝播速度 (PWV) の 4 種類を測定し、どれが心血管事故発症またはそれによる死亡を予測するうえで最も有用かを地域一般住民 (928 名、平均年齢 59 ± 11 歳) で検討した。平均 7.8 年の追跡期間で心血管事故が 34 名 (発症 27 名、死亡 7 名) に確認された。CV 事故回避率は PWV の 4 分位間で明らかに差があり ($p < 0.05$)、コックス回帰でも PWV の 1 標準偏差の上昇は独立して心血管事故リスクの増大と関連した ($p < 0.05$)。他の指標はこのような関連性は明らかではなかった。以上から、PWV は、心血管事故の発症およびその死亡との関連が最も強い動脈スティフネス指標と考えられた。

Stanford A 型偽腔閉塞型急性解離症例に対する Matsui Kitamura stent を使用した治療経験

脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院

○菅野 恵、緑川 博文、高野 隆志

症例 76 才男性。臨床経過：2011.11.24 突然左胸痛出現し他院に緊急搬送、断層撮影で急性大動脈解離 (Stanford A 偽腔閉塞型) と判明し当院へ紹介となった。上行大動脈最大短径 52 ミリ、偽腔壁厚 11 ミリにて早期手術の適応基準を満たしていたため、集中治療室で厳重な降圧管理とし数日内に手術予定とした。第 4 病日朝から多呼吸を認めた。断層撮影では心嚢液貯留を認め手術施行。300ml の心嚢内出血を認めた。上行大動脈偽腔に多量認めた。遠位部は腕頭動脈と左総動脈間で切断し open stent 法 (UBE 32 mm, MK stent 30x50mm) とし弓部各分枝を再建した。本手技の長所は大動脈遠位部吻合が視野の点で優れる事と、遠隔期における弓部大動脈からの瘤発生を防止しうる可能性が高い事と思われる。

急性大動脈解離 (stanford B, 血栓閉鎖型) の保存的加療中に肺動脈血栓塞栓症を合併した 1 例

山形県立中央病院 循環器内科

○橋本 直土、菊地 翼、菊地 順裕、田中 修平、
木下 大資、山内 毅、高橋 克明、高橋健太郎、
玉田 芳明、福井 昭男、矢作 友保、松井 幹之、
後藤 敏和

症例は 63 歳女性。突然の背部痛を主訴に当院救急外来へ搬送された。来院時の血圧 197/103mmHg、心電図では有意な所見なく大動脈解離を疑い造影 CT を施行した。大動脈弓部から壁の肥厚と CT 値の上昇を認め、急性大動脈解離 (Stanford B, 血栓閉鎖型) と診断した。降圧と鎮痛のため薬物療法を開始し、JCS ガイドライン 2011 に沿ってリハビリを進めた。第 8 病日にフォローの CT を撮影したところ、偽腔は縮小していたが両側肺動脈に多数の血栓像を認め無症候性の肺動脈血栓塞栓症と診断した。下肢静脈エコーでは右膝窩静脈にもやもやエコーとヒラメ静脈に器質化した血栓を認め、DVT からの塞栓症が疑われた。急性大動脈解離の保存的加療中に肺動脈血栓塞栓症を合併した報告は散見され、考察を含めて報告する。

13

大動脈解離の偽腔による大動脈入口部狭細化に対するステント術

¹ 米沢三友堂病院 循環器科

² 仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○川島 理¹、阿部 秀樹¹、楨田 俊生¹、大友 達志²、多田 憲生²

症例は70歳女性。3年前にRCA閉塞のAMIを合併した急性大動脈解離に緊急でRCA入口部にステント留置し、血行動態の安定化と救命に成功したが、宗教上の理由で輸血ができないことから外科的治療ができず、偽腔の減圧と解離の拡大防止目的に真腔から偽腔にBrockenbrough針でfenestrationし偽腔の減圧を図り、真腔にステント留置した既往がある患者。その後3年間が経過し労作時の息切れ、胸苦感を自覚するようになった。フォローアップのCTにて上行大動脈の径は51mmから76mmに増大しており偽腔の血栓が器質化して真腔を圧排しているのが認められた。真腔の圧迫解除を目的に上行大動脈の起始部にステントを留置した。左室一大動脈圧較差は18mmHgから2mmHgに改善しTEEでも上行大動脈真腔の増大と偽腔の血流の減少を認めた。

14

慎重な経過観察にもかかわらず大動脈解離を発生したMarfan症候群合併妊娠の一例

¹ 秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

² 秋田大学 心臓血管外科

○木村 俊介¹、石田 大¹、小武海雄¹、佐藤 和奏¹、小野 康教¹、小山 崇¹、寺田 豊¹、飯野 健二¹、小坂 俊光¹、渡邊 博之¹、山本 文雄²、伊藤 宏¹

30代女性。父と姉がMarfan症候群に伴う大動脈解離を発生。学童期にMarfan症候群を指摘。側弯症と僧房弁閉鎖不全症にて僧房弁形成術の手術既往あり。妊娠13週時に当科紹介受診。初診時心エコー検査にて42mmの上行大動脈径と中等度大動脈弁閉鎖不全を認めた。ガイドライン上禁忌に該当せず本人の挙児希望も強い。β blockerの内服と頻回的心エコー検査で慎重な経過観察のもと妊娠継続の方針とした。しかし妊娠29週でStanford A型大動脈解離を発生し緊急入院した。急性期に保存的加療を行い、二期的に帝王切開術とBentall手術を施行。母児共に救命する事ができた。今回我々は慎重な経過観察にもかかわらず大動脈解離を発生したMarfan症候群合併妊娠の一例を経験した。本症候群の周産期管理を考える上で示唆に富む症例であり、ここに報告する。

15

Zenith TX2、8例の検討

東北大学 心臓血管外科

○齋藤 武志、熊谷紀一郎、川本 俊輔、本吉 直孝、齋木 佳克

【目的】2011年3月にZenith TX2が厚労省の薬事承認を受けたが、当科では同年8月に1例目を行い2012年3月までに8例施行した。その初期治療成績を報告する。【方法】2011年8月から2012年3月までに胸部大動脈瘤に対してZenith TX2を用いて治療を行った8例(男6例、女2例)を対象とした。【成績】Shaggy aorta症例で術後脳梗塞を認めたが、その他の7例でPrimary successが得られた。【結論】Zenith TX2の初期治療成績は良好だった。分枝ぎりぎりからの位置決めが容易でアプローチが悪い症例に対しても有利であった。

16

心血管疾患における癌の既往と予後に関する検討

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

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

【背景】癌は本邦の死因で最多であるが、心血管疾患(CVD)における癌の既往(MT)と予後の検討は十分ではない。【方法】CHART-2に登録され追跡可能であった10114例を対象に、MTと予後について検討した。CVDのステージ(St)とMTにより4群に分けた。G1(St B, MT (-), N=4785), G2(St B, MT (+), N=630), G3(St C/D, MT (-), N=4165), G4(St C/D, MT (+), N=534)。【結果】症例は平均68±12歳、男性は70%、MTは12%で認め、胃癌、大腸癌が多かった。MTがあるG2とG4は高齢で男性が多く、G4はやせ型、低血圧、心拍数が早かった。平均3年の追跡期間でG4が最も全死亡が多かった(26.2%)。G2とG3の間に差はなかった(15.2 vs. 14.3, P=N.S.)。【結語】MTのある症例はStに関わらず予後不良で、St BのMTのある症例はC/DでMTのない症例と同等の予後であった。

17

2種類の左室駆出率が維持された心不全-左室肥大の有無による新しい分類-

仙台医療センター 循環器科

○篠崎 毅、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

左室肥大を有さない左室駆出率が維持された心不全(HFpEF)の特徴を明らかにする。【方法】エントリー基準：平成22年6月から8ヶ月間の心臓超音波検査連続症例、安定したHFpEF、左房容積係数(LAVI)とE/e'を計測、洞調律、局所壁運動異常がないこと。LV mass index ≥ 125 (男)、≥ 110 (女)をLVHと定義した。【結果】HFpEFはLVH群(37例)と非LVH群(26例)に分類できた。両群のNT-proBNP, eGFR, E/e', 心係数に有意差を認めなかった。非LVH群はLVH群に比較して、有意に高齢で、糖尿病有病率が高く、LVEDVIとLAVIが低値であった。【結語】HFpEFはLVHの有無により2群に分類できるかもしれない。

18

加齢と心房細動が左室駆出率が維持された心不全に伴う中枢性睡眠時無呼吸と関連する

仙台医療センター 循環器科

○篠崎 毅、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

左室駆出率が維持された心不全(HFpEF)患者において、中枢性睡眠時無呼吸(CSA)に関連する因子を明らかにする。安定したHFpEF連続40例を対象とした。終夜SpO2モニターにて3% ODI < 5/hの症例を正常呼吸(NB)と定義した。3% ODI ≥ 5/hの症例は終夜睡眠ポリグラフによってCSAと閉塞性睡眠時無呼吸(OSA)を診断した。ロジスティック解析によりCSA予知因子を検討した。CSA, OSA, NBはそれぞれ、38%, 10%, 53%であった。年齢とafがCSAを予知した(オッズ比: 10才ごとに1.13 and 1.44)。【結語】CSAはHFpEFに高頻度に合併する。年齢とafがその診断の手がかりになる。

19

低体温療法適応院外心肺停止蘇生例における自己心拍再開直後の12誘導心電図の意義

¹ 仙台市立病院 循環器内科、² 仙台市立病院 救急部
○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、
小松 寿里¹、野上 慶彦²、安藤 幸吉²、亀山 元信²

背景：低体温療法（TH）適応院外心肺停止（OHCA）において冠動脈病変の初期評価は重要だが、自己心拍再開（ROSC）直後の心電図の診断有用性については議論がある。方法：冠動脈造影（CAG）が解剖で冠動脈を観察したTH実施OHCA41例でROSC直後の12誘導心電図所見と冠動脈病変との関連を検討した。結果：急性心筋梗塞（AMI）の予測にST上昇単独の感度は53%、特異度は76%に止まり、ST上昇/ST低下/完全左脚ブロック/非特異的wide QRSのいずれかを予測因子としても感度80%、特異度30%であった。冠攣縮は6例に認められたがROSC直後にST上昇を示した例はなく、1例でTH中にST上昇から心室細動に移行した。結論：ROSC直後の12誘導心電図の診断能には限界があり、TH適応例には心電図所見に関わらずCAGを速やかに行なう事が治療戦略を決定する上で重要である。

20

低心機能を伴う院外心肺停止蘇生例に対する急速冷却輸液による脳低体温療法の効果

¹ 仙台市立病院 循環器内科、² 仙台市立病院 救急部
○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、
小松 寿里¹、野上 慶彦²、安藤 幸吉²、亀山 元信²

背景：院外心肺停止（OHCA）蘇生例に対する急速冷却輸液による低体温療法（TH）導入の低心機能例に対する有効性は明らかではない。方法：急速冷却輸液によりTHを導入した連続49例のOHCA例を低心機能群（LVEF ≤ 45%）と心機能維持群（LVEF > 45%）の2群に分けて両群の臨床データを比較した。結果：LVEFは低心機能群で有意に低く（29 ± 11 vs. 66 ± 10%、P < 0.001）、蘇生初期の収縮期血圧、平均血圧ともに低かった（102 ± 39 vs. 128 ± 42 mmHg、P < 0.05）、（81 ± 31 vs. 101 ± 31 mmHg、P < 0.05）。機械的循環補助を要した例は低心機能群で有意に多かった（86 vs. 23%、P < 0.001）。しかし、生存退院率、退院時脳機能良好例の割合に有意差はなかった（45 vs. 58%、P = 0.6）、（40 vs. 41%、P = 0.8）。結論：適切な循環管理下での急速冷却輸液によるTHは低心機能例でも有用である。

21

肥大型心筋症にたこつば型心筋症の合併が疑われた一例

岩手県立中部病院 循環器内科
○芳沢 礼佑、土岐 祐介、織笠 俊樹、盛川 宗孝、
齊藤 秀典、八子多賀志

症例は64歳男性。2012年2月26日洗顔中に突然眼球上転し卒倒したため他院へ救急搬送。救急車で心室細動を認め、電気的除細動により洞調律に復帰。他院での心電図でⅡⅢaVFのST上昇を認めたため急性心筋梗塞症を疑い当院へ救急搬送。緊急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、左室造影で左室心尖部のバルーン状拡張と壁運動低下、左室基部の過収縮を認め、たこつば型心筋症と疑った。急性期の心エコー上肥大型心筋症も疑われたため、亜急性期に心筋生検を施行し、肥大型心筋症と診断された。その後は心合併症なく経過したが、心室細動に対して植込み型除細動器の適応と考えられた。本症例は肥大型心筋症患者にたこつば型心筋症が合併したことが疑われ、貴重な症例と思われるため報告する。

22

CRT 植え込みにて僧房弁逆流が改善した陳旧性心筋梗塞の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
○秋田 発、神山 美之、野寺 穰、山田 慎哉、
上岡 正志、鈴木 聡、中里 和彦、鈴木 均、
齋藤 修一、竹石 恭知

CRTは伝導障害を伴った心不全に有効な治療法である。今回、CRT-D植え込みにて僧房弁逆流が改善した陳旧性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代・男性【主訴】呼吸困難【現病歴】平成21年に急性下壁梗塞（#1 total #7 CTO #13 CTO）にて、RCAにPCIを施行。その後残存病変へのPCIを行ったが心機能改善なく、薬剤抵抗性の心不全を呈するようになり精査目的に当科転院となった。心エコーではEFは30%台で弁輪拡大による僧房弁逆流を中等度以上に認めたが、心電図は洞調律で一度房室ブロックを伴うがQRS幅は110msだった。外科手術も考慮されたがCRTの効果も期待して植え込み術を行ったところ、直後から心不全症状は改善し、半年後には僧房弁逆流の改善も得られた。

23

ミトコンドリア心筋症の病態と臨床経過についての検討

弘前大学 循環呼吸腎臓内科
○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

ミトコンドリア心筋症は主に肥大型心筋症（HCM）の所見を示し、糖尿病（DM）、感音性難聴、低身長等の全身症状を伴う。当科で経験した2症例を報告する。症例1はDM、難聴の家族歴を有する53歳男性。32歳時にI型DM、40歳より難聴を発症。心精査ではHCMの病像を呈し、遺伝子検査、難聴にて確定診断に至った。56歳時に完全左脚ブロックを併発しCRTが開始されたが治療抵抗性であり、60歳時に心不全死した。症例2は70歳男性。家族歴なし。40歳時にI型DMを発症し、71歳時に完全房室ブロックに対しペースメーカーが植え込まれた。心収縮性の低下が認められ、心筋生検、遺伝子検査により確定診断に至った。いずれの症例もDMにより発症後、経時的に房室ならびに心室内伝導障害と心室リモデリングが進行し、拡張相HCM様の薬物治療抵抗性心不全を呈した。

24

安静心電図同期心筋SPECTを用いた左室肥大例における左室同期不全評価の意義

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、阿部 起実¹、奈良 育美¹、柴原 徹¹、
藤原 敏弥¹、鬼平 聡²、伊藤 宏³

洞調律で心室内伝導障害および壁運動障害のない左室肥大例に安静心電図同期心筋SPECTを施行し、左室容積、左室駆出率、peak filling rate等を算出した。また左室17領域の収縮末期までの時間の変動係数（%CV）を算出し左室同期不全の指標とした。左室肥大例においては健常例に比しpeak filling rateは有意に低値を示し、左室拡張障害の存在が疑われた。さらに左室肥大例を心不全の既往の有無にて2群に分けて検討すると、心不全非既往例の%CVは健常例と差を認めなかったが、心不全既往例の%CVは他の2群に比し有意に高値を示した。左室肥大例における心不全の発症に、左室同期不全が関与している可能性が示唆された。

25

多枝冠攣縮性狭心症を合併したたこつば心筋症の一例

東北大学 循環器内科学

○圓谷 隆治、高橋 潤、二瓶 太郎、高木 祐介、
伊藤 愛剛、松本 泰治、中山 雅晴、伊藤 健太、
下川 宏明

74歳女性、糖尿病と高血圧で近医加療中。肺癌術後で通院中の当院呼吸器外科を労作時呼吸困難が1週間持続し受診。心嚢液および前壁中隔から心尖部にかけての壁運動異常を指摘され虚血性心疾患疑いで当科紹介された。冠動脈造影では冠動脈に器質的有意狭窄なく、左室造影でタコツボ様の心尖部壁運動低下を認めた。引き続き施行したアセチルコリン25μg左冠動脈内投与で左冠動脈に広範かつ高度の冠攣縮が誘発された。心臓MRIでは冠動脈支配領域に一致しない心尖部から中部にかけてのT2信号上昇と遅延造影陰性所見を認め、たこつば心筋症と診断した。カルシウム拮抗薬を投与し症状は消失、壁運動も改善したため第14病日に退院となる。多枝冠攣縮を合併し診断に苦慮したがMRIが診断に有用であったたこつば心筋症の一例を報告する。

26

高IgE症候群の冠動脈病変に急性心筋梗塞症を合併した一例

岩手県立中部病院 循環器内科

○齊藤 秀典、芳沢 礼佑、西澤 健吾、織笠 俊樹、
八子多賀志

症例は21歳男性。高IgE症候群(HIES)で当院小児科通院中であった。2011年3月7日1時から持続する胸痛のため3月8日小児科を受診した。採血でCK上昇を認め、同日15時当科紹介となった。心電図でST上昇を認め、心エコーでは前壁の無収縮を認めた。急性心筋梗塞症の診断で緊急冠動脈造影を施行し、左前下行枝の閉塞と左主幹部と回旋枝本幹の瘤状拡張を認めた。側副血行路から造影された前下行枝は狭小化していた。引き続き左前下行枝に経皮的冠動脈インターベンションを試みたが、ガイドワイヤーが通過せず断念した。胸部症状は改善し、血行動態は安定しているため保存的加療とした。近年、HIESに血管病変が合併するという報告が散見され、本症例もその一例と考えられたため報告する。

27

特発性冠動脈解離が多発し多彩な造影所見を呈した急性心筋梗塞の一例

東北大学 循環器内科学

○伊藤 愛剛、高橋 潤、二瓶 太郎、羽尾 清貴、
高木 祐介、圓谷 隆治、松本 泰治、中山 雅晴、
伊藤 健太、下川 宏明

53歳女性。2011年11月朝胸背部痛が出現し救急搬送された。冠動脈造影(CAG)にて左冠動脈主幹部(LMT) #5:50%、前下行枝(LAD) #7:99%狭窄を認め#7に経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行した。血管内超音波検査(IVUS)で#5-7の血管周囲に低輝度域を認め、特発性冠動脈解離に伴う血腫が疑われた。#7にステントを留置しLADの血流は回復したが、回旋枝の血流が低下したためIABPを挿入しPCIを終えた。第6病日の追跡CAGでLMT、#7に新規の冠動脈解離が認められ、追加PCI施行するも加療に難渋した。その後経時的に施行した冠動脈CT、CAGで冠動脈解離腔の縮小と内腔拡大が観察された。特発性冠動脈解離が多発し多彩な造影所見を呈した急性心筋梗塞の一例を経験した。

28

PCIによる完全血行再建によりカテコラミンを離脱できた重症心不全の一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○遠藤 知秀、斎藤 新、館山 俊太、花田 賢二、
横山 公章、越前 崇、横田 貴志、山田 雅大、
榎引 基、阿部 直樹、樋熊 拓未、長内 智宏、
奥村 謙

症例は60歳代男性。15年前に不安定狭心症のためLADにPCI施行しBMSが留置された。平成23年某月LADの超遅発性ステント血栓症を発生し緊急PCIを施行した。RCA #1CTO、LCx #12CTOの3枝病変であり、LADからRCAにかけてjeopardized collateralを認め広範囲の梗塞となり、心原性ショックへ至った。CHDFとIABP留置し、カテコラミン投与下で治療を行った。CHDFは第5病日で、IABPからは第7病日で離脱できたが、カテコラミンに依存する状態でドブタミンの離脱は困難であった。薬物治療の限界であり、完全血行再建を検討しPCIを選択した。RCAとLCxのCTOに対するPCI施行後、ドブタミンは漸減可能となった。その後は心不全の増悪なく経過し自宅退院となった。PCIによる完全血行再建によりカテコラミンを離脱できた重症心不全の一例を経験したので報告する。

29

急性心筋梗塞急性期にNo flow現象のため再灌流できなかったが慢性期に再灌流に成功した一例

福島赤十字病院

○近藤 愛、大和田尊之、阪本 貴之、渡部 研一

症例は51才男性、2012年2月25日昼頃に胸背部痛あるも家で我慢していた。2月27日AMIの診断で近医より当科に紹介となり緊急冠動脈造影で#1 total, #7 75%, #8 90%のため#1にPCI施行。OCT上血栓による閉塞のため吸引し#4PDのflowが得られたがその後no flowとなりIVUSにて解離も疑われ#3~#1にstentを挿入したが#1 totalでかわらず。吸引、シグマート冠注、ニトプロ50μgを冠注するも再灌流はできなかった。その後心不全となるも治療により軽快し、3月28日冠動脈造影施行。#1 totalでCXから#4AVにcollateralを認めためたためflowが回復している可能性あり#1にPCI施行。#1と#4AVにstentingし良好なflowとなった。急性期no flowとなるも1ヶ月後に再灌流に成功した症例を報告する。

30

緊急心臓再同期療法を要した虚血性心筋症の一例

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

症例は58歳男性。46歳より心房細動(AF)、多血症にて前医で加療中であった。H23年10月、車の運転中に心窩部痛が出現し前医救急外来受診。心電図で前胸部誘導ST上昇、緊急CAGにてLAD近位部完全閉塞病変を認めた。PCI施行後のpeak CKは10724まで上昇した。その後EF30%台の低心機能、頻拍性AFの状態が持続した。β遮断薬開始で容易に心不全増悪、カテコラミン離脱が困難となり当院へ転院となった。頻拍性AFに少量のアミオダロン導入後、房室ブロック出現・ショック状態となり、IABP、体外式ペースメーカー植え込み施行。翌日準緊急でCRT-Dの植え込みを行い、IABP離脱可能となった。虚血性心筋症による難治性心不全症例に対し緊急的にCRT-D治療を要した一例を経験したので報告する。

31

Lerische 症候群を伴った虚血性心筋症に対する左室形成術の 1 例

¹ 東北大学 心臓血管外科、² 東北大学 循環器内科学
○吉岡 一郎¹、川本 俊輔¹、高橋 潤²、下川 宏明²、
齋木 佳克¹

症例は 57 歳男性。前医で心筋梗塞の加療中、持続性心室性頻拍、虚血性心筋症および左室内血栓を認め手術加療目的に紹介となる。冠動脈造影では LMT を含む 3 枝病変、左室機能は #2-4 severe hypokinesis #3 diskinesis EF35%であった。既往に Lerische 症候群で Y グラフト置換術を受けていたがグラフトは閉塞しており ABI は 0.5 に低下し間歇性跛行を認めた。内胸動脈は下肢への重要な側副血路となっていたため、手術は右腋窩動脈→大腿動脈バイパス術を先行し左腋窩動脈からの IABP 下に、右内胸動脈と大伏在静脈を用いた冠動脈バイパス術 3 枝、SAVE、左室血栓除去、cryoablation 手術を施行した。術後の経過は良好で心不全および下肢虚血の改善をみた。

32

心室中隔穿孔をきたし内科的治療後、経右室 double patch 閉鎖術にて救命し得た急性下壁心筋梗塞の 1 例

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 心臓血管センター 心臓血管外科
○茂井 宣任¹、多田 憲生¹、森 俊平¹、水谷有克子¹、
南條 光晴¹、加畑 充¹、増田新一郎¹、三宅 弘恭¹、
上村 直¹、武蔵 美保¹、櫻井 美恵¹、鈴木 健之¹、
本多 卓¹、大友 潔¹、滝澤 要¹、大友 達志¹、
井上 直人²、目黒泰一郎¹、阿部 和男²、畑 正樹²、
柳沼 巖弥²

症例は 81 歳女性。急性下壁心筋梗塞に対して前医で PCI 施行。PCI 翌日に心不全発症し、収縮期雑音を聴取したため心エコーを施行。基部後中隔に 10mm の心室中隔穿孔を認め当院紹介。IABP 留置、カテコラミン併用で血行動態は比較的安定、心不全管理も可能であった。心室中隔穿孔に対する緊急手術は脆弱心筋のため難渋する症例をしばしば経験する。内科的治療で血行動態安定していたことから待機的手術を行う方針とした。第 28 病日に経右室 double patch 閉鎖術を施行。術前の右心カテーテルでは Qp/Qs3.8。右室側から周囲が線維化し、安定した穿孔部を確認、両心室に patch をあて穿孔部を閉鎖した。術後経過良好で、第 50 病日に退院した。待機的手術で救命し得た心室中隔穿孔合併、急性下壁心筋梗塞の 1 例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

33

コレステロール結晶塞栓症の 4 例

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

コレステロール結晶塞栓症 (CCE) は、全身性の心血管系疾患の 1 つであり、カテーテル操作に伴う重大な合併症の一つであるが、抗凝固療法が誘因となることもある。我々は平成 18 年から平成 23 年までの間に 4 例の CCE を経験したので報告する。2 例はカテーテル手技に伴い発症した (平均 71 才)。残る 2 例はカテーテル手技を施行することなく発症した (平均 84 才)。後者のうち、1 例はヘパリン使用中に CCE を発生した。残る 1 例はワーファリンを中止し、ヘパリン開始後に CCE を発症した。いずれも、blue toe により診断された。結語) 高齢者においてはカテーテル操作と関連なしに発症する CCE 症例も少なくない。注意深い観察が重要である。

34

上行大動脈プラークからの血栓塞栓による左冠動脈主幹部の急性心筋梗塞の 1 例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科
○館山 俊太、横田 貴志、横山 公章、花田 賢二、
越前 崇、阿部 直樹、富田 泰史、樋熊 拓末、
長内 智宏、奥村 謙

症例は 60 代男性。突然の胸痛にて当院へ搬送となった。緊急冠動脈造影にて LMT の血栓性閉塞を認めた。血栓吸引にて多量の血栓が吸引され、再灌流を得たが、血管内超音波では破綻したプラークを認めず、ステント留置せずに PCI 終了した。後日施行した胸部 CT にて大動脈解離、心タンポナーデが疑われ、心臓血管外科にて緊急手術となったが、術中超音波では上行大動脈壁に潰瘍形成を伴うプラークを認めるのみであった。PCI 時に吸引された血栓の病理組織では、内皮細胞に被覆された器質化血栓を認め、冠動脈内でのプラーク破綻で形成された血栓ではないと考えられた。現在まで心房細動を含む心疾患の既往はなく、心内血栓形成の可能性は低く、上行大動脈プラークの血栓が逆行性に移動し、急性心筋梗塞の原因となったものと考えた。

35

当院における若年者の病院外心肺停止の現状 ~ Autopsy imaging の結果から ~

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

目的) 院外心肺停止例の Autopsy imaging を用いて心筋肥大の果たす役割を検討した。方法) 平成 21 年 7 月~平成 23 年 11 月までに当院に搬送された 1 歳以上 69 歳以下の院外心肺停止連続 94 症例のうち、胸部 CT 検査を施行し、左室壁厚が計測可能な画像を得られた 69 症例を対象とした。結果) 心筋梗塞、急性冠症候群、拡張型心筋症、心タンポナーデ、急性大動脈解離、肺塞栓、脳血管障害、その他の出血性病変が診断できた確定群 (20 例) と、それ以外の非確定群 (49 例) に症例を分類した。確定群の心室中隔壁厚と左室後壁厚正常上限をそれぞれの平均+SD、及び、平均+2SD と設定した時、非確定群の中で異常な左室壁厚増大を示した症例は、それぞれ 22 例 (32%)、12 例 (24%) であった。結語) 異常な心肥大は内因性心肺停止に関連している。

36

微小冠動脈周囲線維化の冠動脈血流障害への関与

東北大学 循環器内科学
○戴 哲皓、青木 竜男、福本 義弘、下川 宏明

微小冠動脈周囲線維化の病的意義は明らかにされていない。2001 年 1 月から 2009 年 4 月までに、東北大学病院で心臓カテーテルおよび心内膜心筋生検を施行した肥大型心筋症 (HCM, n=16)、高血圧性心疾患 (HHD, n=11)、拡張型心筋症 (DCM, n=37) の計 64 名の慢性心不全患者を対象とし、微小冠動脈周囲線維化度を評価・検討した。微小冠動脈周囲線維化度は冠動脈左前下行枝の TIMI frame count との有意な正の相関を認めた ($r=0.3351, P < 0.0001, n=64$)。この相関は HCM, HHD, DCM の疾患別でも有意であった (HCM; $r=0.2874, P < 0.05$, HHD; $r=0.7356, P < 0.01$, DCM; $r=0.1646, P=0.01$)。微小冠動脈周囲線維化は心筋間質線維化と無関係で、冠動脈血流障害に関与していることが示唆された。

植込み型補助人工心臓時代の重症心不全外科治療

¹ 東北大学 心臓血管外科、² 東北大学 臓器移植部³ 東北大学 循環器内科学○秋山 正年¹、川本 俊輔¹、秋場 美紀²、片桐 光葉²、
福田 浩二³、福本 義弘³、下川 宏明³、齋木 佳克¹

植込み型補助人工心臓の保険償還の開始、実施認定施設の増加、臓器移植法改正による心臓移植症例の増加など、本邦における重症心不全の治療戦略は大きく変化しつつある。当院はこれまで東北地方の重症心不全治療施設として心臓移植および補助循環治療の中心的役割を担ってきた。2002年以降、本年3月までに補助人工心臓治療36例を経験した。昨年以降植込み型補助人工心臓患者数が体外設置型人工心臓患者数を上回り、QOLの高い在宅治療を行いつつ心臓移植を待機している。心臓移植に至った症例は当院で5例、海外渡航で2例の計7例で、全例補助人工心臓を装着していた。現在の補助人工心臓治療について、東北地方の循環器内科医に情報提供する。

Calcified amorphous tumor の一手術例

¹ 東北大学 心臓血管外科、² 東北大学 循環器内科学○増田 信也¹、本吉 直孝¹、秋山 正年¹、川本 俊輔¹、
齋木 佳克¹、佐藤 公雄²、福本 義弘²、下川 宏明²

Calcified amorphous tumor の一手術例を経験したので報告する。症例は69歳女性。主訴は易疲労感。2008年心肥大指摘、エコーで僧帽弁周囲に石灰化腫瘍指摘、当院循環器科紹介、可動性なく経過観察となった。震災後、胸部不快増大し本人が手術決断、当科紹介入院。手術は人工心肺下に心停止後、左房切開した。腫瘍は左房左室に渡り径8mmで表面滑、硬だった。腫瘍摘除後グルタルアルデヒド処理自己心膜で弁欠損部をパッチ形成し弁輪形成も施行。他問題なく手術終了。術後は翌日抜管し7病日ICU退室、エコーは問題なし。組織所見は石灰化著名で炎症細胞浸潤や組織球集簇と結合織を認めるが腫瘍細胞なく Calcified amorphous tumor の診断。31病日退院、その後再発は認めない。

肺動脈肉腫の術前診断に経静脈的カテーテル擦過細胞診が有用であった一例

¹ 石巻赤十字病院 循環器内科² 山形済生病院 循環器内科³、山形大学 第二外科○橋本 直明¹、玉淵 智昭¹、小山 容¹、池野栄一郎²、
祐川 博康¹、内田 徹郎³、大泉 弘幸³、貞弘 光章³

症例は62歳男性。2011年3月から持続する咳嗽の精査のため9月に当院へ紹介された。胸部CTで左主肺動脈を閉塞する腫瘍が認められ、経静脈的カテーテル生検施行の方針とした。肺動脈造影で造影欠損としての腫瘍を確認し、右冠動脈造影用カテーテルを用いた吸引細胞診と気管支擦過細胞診用ブラシを用いた擦過細胞診を施行した。擦過細胞診標本から肺動脈肉腫と診断された。肺動脈肉腫は非常に稀で予後不良の疾患であるが、肺動脈血栓との鑑別が困難であり、術前に確定診断に至ることは少ない。鑑別細胞診が有用であったとの報告もあるが、腫瘍は血栓に覆われておりその感度は高くないとされる。今回、我々は気管支擦過細胞診用ブラシを用いた経静脈的カテーテル擦過細胞診で確定診断に至った肺動脈肉腫の一例を経験したので報告する。

多発冠動脈瘤・冠動脈瘤を合併した重症僧帽弁閉鎖不全症の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○高橋久美子、新保 麻衣、山崎 大輔、寺田 豊、
渡邊 博之、伊藤 宏

【症例】50代女性【現病歴】40代時に心房細動・心原性脳塞栓症を発症し、近医通院中であった。経過中、重症僧帽弁閉鎖不全症・重症三尖弁閉鎖不全症をきたし、うっ血性心不全での入退院を繰り返したため、弁膜症手術目的に当科紹介受診し、術前精査目的に入院となった。心エコー検査では、左室収縮能は保たれているが、弁輪郭大・前尖の軽度逸脱による重症僧帽弁逆流、肺高血圧所見を認めた。また、左冠動脈主幹部拡大、心表面のう胞様構造物が観察された。冠動脈造影を施行したところ、左冠動脈主幹部・対角枝・右冠動脈に多発する冠動脈瘤、左冠動脈前下行枝-肺動脈・対角枝-左室の冠動脈瘤が明らかとなった。本症例は偶発的に多発冠動脈瘤・冠動脈瘤が発見された稀な症例であり、ここに報告する。

心房中隔欠損症に上大静脈遺残を合併した一例

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

症例は50歳台男性。幼少期より心疾患を指摘され運動制限を行っていたが、平成24年に健診で胸部レントゲン異常を認めたことから近医を受診した。胸部レントゲンでは左第2弓の突出を認め、聴診で心雑音を聴取、心エコーで二次孔欠損を認めるとともに冠静脈洞の拡大所見を認めたことから精査目的で当科紹介となった。心房中隔欠損症の分類において二次孔欠損型の頻度は多いが、頻度が少ない冠静脈洞型に分類されるものには上大静脈遺残を合併することが多いと言われている。本症例は、二次孔欠損型に上大静脈遺残を合併しており稀な症例と考えられることから検査所見と経過を併せて供覧する。

心室中隔欠損症が自然閉鎖した成人右室二腔症の一例

東北厚生年金病院 循環器センター

○法井 薫、河部 周子、田淵 晴名、山家 実、
山中 多聞、中野 陽夫、片平 美明

症例は40歳代女性。生後6ヶ月時心室中隔欠損症と診断、以降経過観察していた。40歳代時の経胸壁心臓超音波検査で三尖弁逆流圧格差145mmHg、カラードプラーで左室から右室へのシャント様血流を認め心室中隔欠損症は以前と変わらず認められると考えられた。臨床的心不全症状が出現したため経胸壁心臓超音波検査に加え心臓カテーテル検査を施行したところ心腔内酸素分圧測定結果から左心系と右心系間のシャントは認めず肺動脈楔入圧8mmHg、肺動脈圧28/2mmHg、右室圧163/0mmHgと右室流出路の圧格差を認めた。右室内圧格差、右室造影より右室二腔症と診断し右室二腔症修復術を行った。経胸壁心臓超音波検査で診断に苦慮し右室造影検査と開胸手術にて心室中隔欠損症が自然閉鎖した成人右室二腔症と診断しえた1例を経験し文献的考察を加え報告する。

43

左室心筋緻密化障害・単冠動脈を合併した左室右房交通症の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○寺田 豊、高橋久美子、山崎 大輔、坂本 麻衣、
渡邊 博之、伊藤 宏

【症例】30代女性【現病歴】1歳時に心室中隔欠損症と診断され外来にて経過観察されていたが、平成15年から通院を自己中断していた。平成23年6月動悸を主訴に当科受診し、ホルター心電図で最大5連発の非持続性心室頻拍を認め、精査目的に当科に入院した。心エコー検査で左室右房交通症および左室心筋緻密化障害を認め、心臓カテーテル検査にて左前下行枝から右冠動脈が起始する単冠動脈を認めた。左室右房交通症・左室心筋緻密化障害・単冠動脈からなる複合心奇形の成人例は稀であり、ここに報告する。

44

MDCTを用いた膜性部心室中隔瘤の形態評価

みやぎ東部循環器科

○菊地 雄一、青野 豪、増田新一郎

【症例】60歳女性。主訴は動悸。心エコー図にて心室中隔膜性部に一致して右室流出路に突出する瘤を認めた。瘤は広い茎を有し、凹凸のある膜状で、瘤内には回旋する血流が認められた。シャント血流は認めなかった。MDCTでは瘤の外縁は複雑な多房性である事が明瞭に描出され、瘤の拡張末期容量は6.7ml、収縮末期容量は6.6mlであった。

【考察】膜性部心室中隔瘤はVSDの自然閉鎖課程で膜様部が瘤を形成した病態とされる。成人で偶発的に認められる頻度はMDCT施行患者の0.23%との報告がある。自然経過は一般的には良性であるとされているが、TR、AR、RVOT狭窄、瘤破裂、脳塞栓症、悪性不整脈やIEを併発した症例報告がある。

MDCTを用いて形態評価を行うことが出来た稀な先天性心疾患である膜性部心室中隔瘤の1例を経験したので報告する。

45

肺高血圧症を合併した Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema Syndrome (CPFES) の3症例

東北大学 循環器内科学

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

今回、我々は肺高血圧症を合併したCPFESの3症例を経験したので報告する。【症例】症例は60～70代の男性で、いずれも喫煙の既往を有していた。CTでは、軽度の上肺野の気腫性変化と下肺野の線維性変化を認め、呼吸機能検査は正常かごく軽度の閉塞性変化を認めるのみであった。しかし、労作時の息切れは高度であり、酸素投与を要する低酸素血症を認め、症状は進行性であった。平均肺動脈圧はそれぞれ、27、45、43 mmHg、肺血管抵抗は274、836、763 dyne・sec・cm⁻⁵であった。3例中2例は、観察期間中に呼吸不全および肺炎で死亡、残る1例も呼吸不全による入院を繰り返している。【結語】CPFES患者の肺高血圧症合併率は、他の呼吸器疾患に比較し高率であり、合併した場合は予後不良であるため、肺高血圧症の発見に努める事が重要である。

46

重症肺高血圧症を来した pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) の一例

¹ 東北大学 循環器内科学、² 東北大学病院 病理部

○青木 竜男¹、佐藤 公雄¹、杉村宏一郎¹、三浦 裕¹、
後岡広太郎¹、建部 俊介¹、山本 沙織¹、福本 義弘¹、
下川 宏明¹、笠島 敦子²

【症例】27歳、女性【主訴】息切れ【現病歴】2011年4月労作時息切れが出現し前医受診。心臓カテーテル検査で著明な肺動脈圧上昇を認め、当院へ搬送された。循環不全の状態であり、体外循環補助装置(PCPS)を導入し、肺血管拡張薬を開始したが、その後も肺動脈圧高値が持続したため、イマチニブを導入し、PCPS管理から離脱した。その後も微熱と痰が続ぎ、鑑別診断のため行ったPET-CTで腹部や縦隔リンパ節に軽度取り込み認められた。しかし、腹部エコーや上部内視鏡では、明らかな異常所見は指摘されなかった。更に検査を進めていたところ、喀血後に呼吸状態、肺高血圧が急激に悪化し9月20日永眠された。病理解剖では、肺微小動脈内への印環細胞の多発性塞栓を認め、PTTMと診断された。【考察】PTTMにより重症肺高血圧を来した一例を経験した。

47

末梢型慢性血栓性肺高血圧症における経皮的肺動脈形成術の最適病変の検討

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

背景：末梢型慢性血栓性肺高血圧症(d-CTEPH)に対する経皮的肺動脈形成術(PTPA)の前または後で光干渉断層法(OCT)を用い、PTPAの有効病変について検討した。方法：2009年7月より当院でPTPAを試行したd-CTEPH患者8名についてPTPA前または後で肺動脈病変をOCTで評価した。結果：PTPA前では、肺動脈の閉塞、フラップ様構造の典型的なOCT像を得た。PTPA後、フラップ様構造は辺縁にシフトし、血流は改善したが、OCT像での器質化血栓完全閉塞病変では、PTPAにより末梢血管の血流改善は得られなかった。1例においては半年の経過で同一病変を評価したが、再狭窄は認められなかった。結語：OCTはPTPA病変の評価に有用であった。

48

間歇性跛行を有する末梢動脈疾患患者に対する低出力体外衝撃波治療

¹ 東北大学 先進外科学分野

² 東北大学 循環器内科学
○河村圭一郎¹、伊藤 健太²、芹澤 玄¹、佐藤 成¹、
下川 宏明²、里見 進¹

【背景】我々は、低出力体外衝撃波治療(SW)が血管新生を促進して心筋虚血や下肢虚血を改善することを、動物モデルや狭心症患者で報告している。【目的】間歇性跛行を有する末梢動脈疾患(PAD)患者において、SWが歩行能力を改善するか検討した。【方法】対象はFontaine 2度の患者12人(19肢)。SWは週3回3週連続で施行した(計9回)。トレッドミルによる最大歩行距離、下腿筋の組織酸素化指標の回復時間(R-TOI)を評価した。【結果】治療4週後、最大歩行距離は有意に延長し、その効果は24週後も維持されていた(治療前比180±74%, P<0.01)。また、R-TOIも有意に改善した。治療に伴う副作用は認めなかった。【結論】SWは間歇性跛行を有するPAD患者の歩行能力を改善した。

弘前大学 胸部心臓血管外科

○渡辺 健一、谷口 哲、齊藤 良明、野村 亜南、
小笠原尚志、大徳 和之、皆川 正仁、福井 康三、
鈴木 保之、福田 幾夫

【はじめに】心疾患、末梢血管疾患症例では頸動脈病変の合併を多く認める。【症例】当科では2008年から2012年まで3症例に対してCEAを施行した。1例目：78歳男性。陳旧性心筋梗塞の診断で冠動脈バイパス術の術前検査で指摘された。冠動脈バイパス術後にCEAを施行した。特に合併症を認めなかった。2例目：78歳男性。胸部大動脈瘤、腹部大動脈瘤の術前検査で指摘された。腹部大動脈瘤切除術を施行した後、CEAを施行した。特に合併症を認めず、その後胸部大動脈瘤に対してDebranched TEVARを施行した。3例目：閉塞性動脈硬化症に対する加療歴があり、糖尿病性網膜症の精査の際に指摘された。CEAを施行し、特に合併症は認めなかった。【考察】最近の大規模臨床試験でもCEAの成績は良好であり、今後積極的に施行していく予定である。

山形大学 第一内科

○沓沢 大輔、有本 貴範、石垣 大輔、田村 晴俊、
西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎、宮下 武彦、
宮本 卓也、二藤部丈司、渡邊 哲、青山 浩、
久保田 功

【症例】53歳、女性。【現病歴】2008年頃から脈拍の欠滞を自覚し、心室性期外収縮（VPC）と診断されていた。2009年8月から症状が悪化したためアブレーション目的に紹介とされた。ホルター心電図では17368 beats/dayのmonofocul VPCがみられ、12誘導心電図では上方軸、下壁誘導でノッチがあり、RBBB type、移行帯は<V1であり、僧帽弁後壁起源と推定された。推定されたVPC起源の近傍にカテーテルを配置したところ、僧帽弁輪の4時方向が最早期興奮部位であり、QRSから31 msec先行する部位でUnipolarのQS patternとpace map scoreが高いことを確認した。通電直後にVPCは消滅した。その後、無投薬で2年半VPCの再発はない。【結語】術前の12誘導心電図からVPC起源をほぼ正確に推定し、比較的稀な僧帽弁後壁起源のVPCを一回の通電で根治できた。

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、岩谷 章司、山田 慎哉、
佐藤 崇匡、上岡 正志、中里 和彦、鈴木 均、
齋藤 修一、竹石 恭知

【症例】80歳代・男性【主訴】動悸【現病歴】平成21年にACS疑いのため近医でCAGを行ったが有意狭窄はなく、心機能低下が認められ何らかの心筋症が疑われた。また心室頻拍のためにアミオダロン導入されたが、間質性肺炎のために中止となっていた。平成24年1月に心室頻拍によるショックのために同院救急搬送となりcardioversion後に入院となった。その後も心室頻拍を認めたため精査目的に当院転院となった。EPSを行ったところ容易に心室頻拍誘発されたが血行動態は不安定だった。そこで洞調律中にmappingを行ったところ、僧房弁輪後中隔から後側壁でhigh pacemap scoreと異常電位を認めアブレーションを行った。アブレーション後は頻拍誘発不能となり、ICD植え込み後に当科退院となった。

中通総合病院 循環器内科

○五十嵐知規、佐藤 誠、阪本 亮平、播間 崇記

症例は33歳、男性。失神の既往、突然死の家族歴はなかった。2011年2月に心室細動を発症し、蘇生された。肥大型心筋症に伴った心室細動と診断し、同年4月、植込み型除細動器（ICD）の植込みを行った。その後は無症状で経過したが、2012年1月に心室細動が生じ、ICDが適切作動した。2月よりアミオダロンを導入したが、3月に再び心室細動が生じ、ICDが適切作動した。3月の心電図でこれまで認められなかったJ波が認められ、一連の心室細動の原因疾患はJ-wave症候群と診断した。J-wave症候群は心室細動を生じ、突然死の原因となる疾患として注目されているが、診断法や治療法は確立されていない。本症例は最初的心室細動から1年余り経ってから診断に至ったもので、今後の診療において教訓となると思われ、文献的考察を加えて報告する。

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

症例は70歳男性。5年前から年数回の失神発作があり、頭部精査施行も異常所見をみとめず経過観察となっていた。2011年8月、軽労作時に失神を発症し前医へ入院。完全右脚ブロックを指摘され当科紹介となった。心エコー等では明らかな器質的心基礎疾患は認めず、Head-up tilt試験、電気生理学的検査を含め精査を行ったが、明らかな失神の原因は特定できず、植え込み型ループレコーダー（ILR）を挿入した。退院1週間後、労作時に前駆症状なく意識消失を発症し救急搬送となった。ILRを解析したところ、完全房室ブロックによる最大約160秒の心停止を繰り返す約10分のイベントを同定、ペースメーカー植え込み術を施行した。ILRが失神の診断に有用であった一例を経験した。

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

2009年1月から2012年1月までの間、開心術後に生じた心房性不整脈に対してカテーテルアブレーションを施行した連続症例の臨床的特徴について検討した。症例は24例。平均年齢54.3±19.5歳、男/女16/8例。うち7例(29.1%)に心不全入院の既往があった。誘発された持続性頻拍の内訳はcavo-tricuspid isthmus dependent atrial flutter (AFL) 16頻拍(41.0%)、intra-atrial reentrant atrial tachycardia (IART) 10頻拍(25.6%)、focal atrial tachycardia (FAT) 11頻拍(28.2%)、AVNRT 2頻拍(5.1%)で、複数の頻拍を合併した症例は11例(45.8%)であった。またFATは先天性心疾患例で多く認められた(15例中6例、40%)。心臓術後症例では複数の頻拍の合併が多く、治療の際に詳細な検討が必要と考えられた。

山形県立中央病院 循環器内科

○田中 修平、高橋 克明、菊地 順裕、橋本 直土、
木下 大資、山内 毅、菊地 翼、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79歳女性。主訴は呼吸苦と血痰。両側膿胸と縦隔炎の既往あり。数年前から浮腫と肝機能障害を指摘されている。平成23年11月初旬、当院受診時には低アルブミン血症 (Alb 1.3 g/dl)、全身浮腫が著明であった。胸部レントゲン写真で胸水貯留、右肺野の浸潤影あり。肺炎を疑って検査を進めたところCTにて両側肺動脈血栓と肺梗塞、左心房血栓が認められた。下肢深部静脈血栓はなし。心電図は洞調律であった。血行動態は安定しており、入院のうえ抗凝固療法を開始した。抗凝固療法継続中の第26病日に脳梗塞を発症した。頭部CTで梗塞巣は多発しており、心エコーで左房内血栓が消失していた。心原性肺塞栓症と考えた。意識障害が進行し第39病日に永眠された。肺動脈血栓症に左心房血栓を合併した比較的稀な症例を経験したので報告する。

仙台医療センター 循環器科

○神野 愛望、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

海外では市中感染 MRSA が感染性心内膜炎の原因として注目されているが、本邦における頻度と病像は不明である。平成18年1月から平成24年3月までに当院で経験した感染性心内膜炎27例のうち、5例においてMRSAが動脈血培養から検出された。そのうち1例が市中感染MRSAであった。この市中感染MRSA症例を報告する。55歳、男性、糖尿病の既往あり。主訴は嘔気、初期診断は腎盂腎炎、髄膜炎であった。心不全のため当科紹介入院となった。僧帽弁に直径6mmのvegetationを認めた。内科治療の後に僧帽弁置換術を施行し退院となった。市中感染MRSAによる感染性心内膜炎について、若干の考察を加え報告する。

1 仙台医療センター 薬剤科

2 仙台医療センター 循環器科

○矢田 充男¹、板垣 礼香¹、尾形 剛²、但木壮一郎²、
藤田 央²、山口 展寛²、尾上 紀子²、田中 光昭²、
石塚 豪²、篠崎 毅²、諏江 裕¹

背景) 心不全患者に対する薬剤管理指導は服薬アドヒアランスの向上、誤認防止、薬物治療の質を高めるために重要であるが、その予後改善効果は不明である。本研究の目的は薬剤管理指導が予後に与える影響を検討することである。方法) 2006年4月から2010年12月までに慢性心不全急性増悪で入院した患者の中で、癌性心膜炎と甲状腺機能亢進症を除き、生存退院した連続379名を対象とした。うち159名に薬剤管理指導を実施し、220名には実施しなかった。結果) 退院後、15±17ヶ月経過観察期間中に87件の死亡と92件の心不全増悪入院が発生した。薬剤管理指導は全死亡と心イベント(全死亡+心不全増悪入院)の減少に関連した(HR:0.54and0.69,95%CI:0.34-0.86,p<0.005,and0.48-0.99,p<0.05)。結語) 薬剤管理指導は心不全患者の予後改善と関連する。

1 中通総合病院 循環器内科

2 中通総合病院 心臓血管外科

3 きびら内科クリニック

○伊藤 行信¹、佐藤 誠¹、播間 崇記¹、阪本 亮平¹、
五十嵐知規¹、大内 真吾²、大久保 正²、鬼平 聡³

【症例】75歳、男性。腎硬化症で透析導入し7年。平成20年大動脈弁狭窄症に対し、大動脈弁置換術を施行した(CEP 21mm)。術後3年間で心不全入院を5回繰り返していたが、心エコー上94-108mmHgの圧較差を認めたため、平成23年2回目の大動脈弁置換術(CarboMedics 21R)を施行した。病理上弁尖は高度石灰化していた。術後経過良好で、その後再入院を認めていない。iPTHは129pg/mlと高値であった。【考察】透析患者では出血性の合併症が多いことから抗凝固療法の不要な生体弁を使用すべきという説もある。しかし、時に認める急速な石灰沈着により生体弁の劣化が通常よりも早く生じる例では、危険度の高い再手術が必要となる。本症例のようにiPTH値高値の非糖尿病性腎不全の患者には機械弁を選択すべきと考えられる。

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、モハメド シャフィ、
下川 宏明

背景；ブルガダ症候群(BS)と特発性心室細動(IVF)における心電図学的、電気生理学的差異は不明である。対象と方法；心室細動を呈したBS14例ならびにIVF10例の12誘導心電図上の特徴(PR interval, r-J interval, r-Tp interval, r-Te interval, J-Te interval)、電気生理学的検査(EPS)での心室細動(VF)誘発性を検討。結果；BSでは、IVFに比して、r-J interval (V2)が有意に延長。また、EPSでは、BS13例(92.8%)が2連刺激でVFが誘発されたが、IVFの前例がVF誘発に3連刺激を要した。結論；IVFに比してBSでは、伝導異常を呈する症例が多く、EPSでのVF易誘発性を有する可能性が示唆された。両者の間には不整脈原性に関与し得る電気生理学的差異が存在すると考えられる。

1 岩手県立中央病院 循環器科、2 岩手県立胆沢病院

3 岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○遠藤 秀晃¹、佐藤謙二郎¹、中嶋 壮太¹、福井 重文¹、
高橋 徹¹、中村 明浩¹、野崎 英二¹、田巻 健治¹、
八木 卓也²、櫛田 房紀³、小澤 真人³、小松 隆³

症例62歳女性、有症候性発作性心房細動としてカテーテルアブレーション施行の運びとなった。かつて狭心症の既往はなかった。平成23年11月某日肺静脈隔離術を施行。冠動脈造影を施行し有意狭窄のないことを術前に確認した後、プロクレンブロー法にて左房アプローチし、右肺静脈を隔離し引き続き左肺静脈隔離を行っていた。経過中、記録していた心電図II誘導のST上昇が明らかとなったため、冠動脈造影を施行したところ右冠動脈近位部に完全閉塞を認めたが、インソルビドの冠注により速やかに血流が再開した。心電図変化は速やかに改善し、その後両肺静脈の隔離を確認し術終了した。カテーテルアブレーション中の冠攣縮の発症は報告があるものの、非常に稀な症例と考え症例提示する。

61

心室再同期ペーシング療法が著効した薬物治療抵抗性心不全の2症例

¹岩手医科大学 循環器内科

²岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○白井 雄太¹、小松 隆²、橋 英明²、佐藤 嘉洋²、小澤 真人²、栢田 房紀²、中村 元行²

症例1は77歳、男性。平成13年心室細動による蘇生術を受け、心筋生検で心筋炎の診断後に植え込み型除細動器移植術を施行。症例2は62歳、男性。平成11年に心筋生検で拡張型心筋症の診断、平成23年4月に心室頻拍のために植え込み型除細動器移植術を施行。いずれの症例も、心臓超音波検査にて左室内非同期収縮を認め、カテコールアミン治療抵抗性の臨床経過を呈し、大動脈バルーンポンプによる補助循環を心不全管理に長期間必要としたが、感染症の憎悪や腎機能障害の進行もなく経過した。補助循環の離脱ならびに難治性心不全の管理目的で心室再同期ペーシング療法(CRTD)を施行したところ、以後、良好な臨床経過を呈し独歩退院が可能となった。今回の自施設経験例をふまえて、CRTD移植術までの心不全管理法と術後の治療効果について考察する。

62

左房前壁起源の focal atrial fibrillation の一例

¹(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器科

²福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○益田 淳朗¹、武田 寛人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、小松 宣夫¹、竹石 恭知²

症例は76歳男性。平成23年12月心房細動のablationを目的に12月入院。BASELINEの心電図は心房細動で両側肺静脈拡大隔離術を施行し、Internal DCを施行したが、停止後すぐ再発し、洞調律維持は困難であった。両側PV間のroof line ablation、SVC isolation、CFAE ablationでも心房細動は持続した。心房細動中の心内電位は心房頻拍様ではあるがactivation sequence、興奮周期が時間とともに変化した。比較的早期に前壁が興奮しており、中隔よりの最早期と思われる部位およびその周囲で通電したところ、心房細動は停止し、洞調律の維持が可能となった。左房前壁起源のfocal Afは比較的稀と考えられ、報告する。

63

心房細動カテーテルアブレーション後の医原性心房中隔欠損症の一例

仙台市立病院 循環器内科

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

61歳男性。発作性心房細動に対し、平成22年6月にカテーテルアブレーション(RFCA)を施行した。心房中隔穿刺後、3本のロングシース左房に挿入して肺静脈隔離術を行った。再発のため施行した2回目(4週間後)は、心房中隔穿刺せず左房に侵入可能で、肺静脈隔離を再完成させ終了した。H23年10月に心房細動が再発して来院した。約16カ月経過していたが心エコーで心房中隔に左→右シャント血流を認めた。3回目のRFCAも心房中隔穿刺を施行せず左房に侵入可能であり、医原性心房中隔欠損(iASD)の長期開存と考えられた。心房中隔穿刺によるiASDの多くは6カ月以内に閉鎖するが、大口徑のシースを使用した場合6~9カ月後の開存率が3~30%と報告されている。本症例では短期間での再セッション、複数のロングシースを左房に入れた影響などが考えられた。

64

肺静脈内に血栓を認めた心房細動の1例

(財)太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器科

○石田 圭一、武田 寛人、金澤 晃子、石田 悟朗、遠藤 教子、新妻 健夫、小松 宣夫

症例は30歳男性。平成19年9月激症型心筋炎のため心肺停止状態となり、PCPSを用い加療され回復し、近医で加療中であった。平成20年のLVEFは50.3%であった。平成23年7月より心房細動が持続し、LVEFは20.6%に低下した。ワーファリン、β-blockerが投与され、8月にはLVEFは34.6%となった。歩行時には200bpm以上の心拍数となっていたため頻拍誘発性心筋症の可能性があり、心房細動のアブレーション治療を目的に紹介された。MDCTを施行したところ、左下肺静脈内に血栓像を認めた。ウロキナーゼの投与、抗凝固療法を行い、血栓の消失を確認した後、アブレーションを施行し洞調律を維持している。血流のある肺静脈に血栓を認めることは極めて稀であり、その検出にMDCTは有用であった。

65

房室結節リエントリー性頻拍に対するCARTOを用いたアブレーションの有効性評価

¹秋田県成人病医療センター

²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、田村 善一¹、寺田 茂則¹、熊谷 肇¹、佐藤 匡也¹、門脇 謙¹、小山 崇²、伊藤 宏²

房室結節リエントリー性頻拍(AVNRT)のカテーテルアブレーション(ABL)にCARTO3を用いることは、His束電位記録部位の視覚化、CS入口部の形状の認識、カテーテルの位置情報の正確性のメリットがある。最近1年間に行ったAVNRTのABL連続20例をCARTO3使用群(10例)、未使用群(10例)に分けて術時間、透視時間、線量、通電回数、合併症を検討した。使用群と未使用群ではそれぞれ術時間(2時間18分 vs 2時間3分)、透視時間(13分28秒 vs 12分34秒)、放射線量(373.2 mGy vs 371.1 mGy)、通電回数(2.8回 vs 2.5回)であり有意差はなかった。全例再発はなく、合併症もなかった。AVNRTのABLはすでに確立した治療であり、CARTO3を使用しても術時間や透視時間を減らすことはできなかった。

66

Torsade de points (TdP)を招いた抗不整脈薬による薬剤性QT延長症候群の1例

東北厚生年金病院 循環器センター

○田淵 晴名、法井 薫、金子 礼、河部 周子、山口 清、山家 実、山中 多聞、中野 陽夫、片平 美明

60歳台女性、動悸と息切れを主訴に当科受診。持続性心房細動に伴う左室駆出率40%台の慢性心不全状態で入院加療し、利尿剤、hANP等点滴治療で心不全は速やかに小康状態となった。しかし動悸症状の強い心房細動が終日持続した。数ヶ月前洞調律を確認していること、rate controlではQOL損なう点からrhythm controlを選択するも電氣的除細動、フレカイニドに抵抗性であった。抗不整脈薬をペブリジル150mg/日、アプリンジン40mg/日に変更後洞調律に復帰、動悸は消失した。投与開始12日目心電図でQTc0.45であったが、その20時間後にTdPによる意識消失を起こし、TdP自然停止後の心電図でQTc0.528と著明に延長を認めた。薬剤中止により幸いにも後遺症なく経過したが、心電図推移を過信しTdPを招いた1症例と考えられ薬剤投与量等反省点も含め報告する

67

肺静脈隔離中に右上肺静脈内の高頻度興奮が関与した心房頻拍へ移行した発作性心房細動の1例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

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

症例は50才代男性。平成14年に発作性心房細動を発症、平成23年から薬物による発作のコントロールが不良となり平成24年2月カテーテルアブレーションを行った。心房バーストペーシングにより心房細動（AF）を誘発し、CARTO-SOUND使用下に肺静脈隔離術（PVAI）を施行した。右上肺静脈（RSPV）内に高頻度興奮を認め、同側から隔離を開始したが、肺静脈電位の消失を得られず、AFが持続したまま左肺静脈の隔離に移った。左肺静脈の隔離が完成するとAFは停止し、心房頻拍（AT）へ移行したが、RSPV内の高頻度興奮が2:1で心房に伝導していた。RSPV前庭部での隔離が困難で、遠位側の高頻度興奮の起源へ通電したところATは停止、しかもこの通電によりRSPVの両方向性ブロックを得ることができた。以後、AF、ATともに誘発不可能となった。

68

ASVを導入した超高齢者心不全の二例

¹ 市立秋田総合病院 循環器内科

² 秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○柴原 徹¹、奈良 育美¹、藤原 敏弥¹、中川 正康¹、
伊藤 宏²

症例1は95歳、男性。平成17年2月SSS（III）に対してPMI施行、平成21年3月より4回心不全入院を繰り返し、平成22年11月心不全増悪にて当科入院。心不全治療を行うも遷延し、平成23年1月ASVを導入。心不全は徐々に改善し退院。症例2は87歳、女性。平成7年より心房細動、大動脈弁狭窄症（AS）で当科通院開始。徐々にASは進行し以降7回心不全入院を繰り返す。平成23年2月より排便時の失神を繰り返すため入院。SASの合併なく、日中ASV装着にて排便時の失神は消失し退院。心不全コントロール不良症例に対して夜間ASV装着の有効性は以前より報告があるが、日中の数時間でも効果があるとの報告もあり、今後内科的治療でコントロールが難しい心不全症例に対しASVは非常に有効な治療法になると考えられた。