

# 第 155 回 日本循環器学会東北地方会

## プログラム

会 期：平成24年12月 8 日(土)午前 8 時55分より

会 場：仙台国際センター

仙台市青葉区青葉山 TEL 022 (265) 2211

第 1 会場：橘 (2 F)

第 2 会場：萩 (2 F)

第 3 会場：白檀 1 (3 F)

第 4 会場：白檀 2 (3 F)

会長 久保田 功

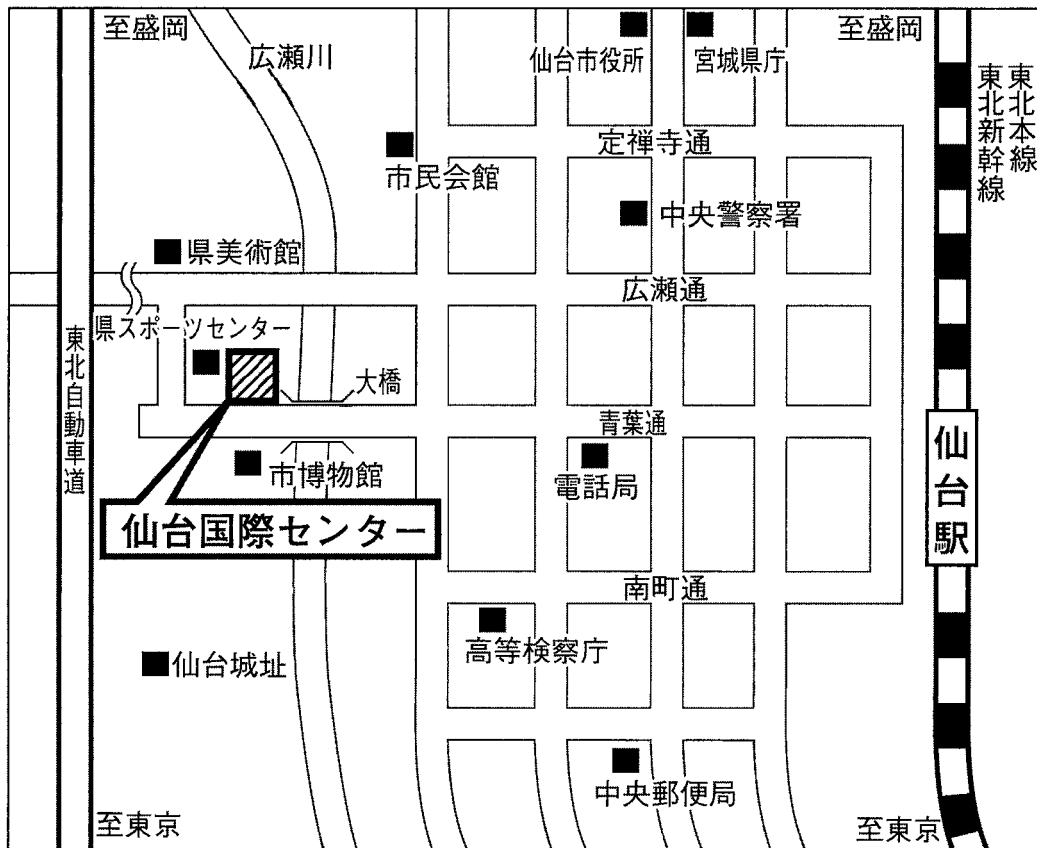
事務局：山形大学医学部内科学第一講座

山形市飯田西 2 - 2 - 2

TEL 023 (628) 5302 FAX 023 (628) 5305

- 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 Point2000、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山形太郎.ppt）。
    - 不測の事態に備えて必ずバックアップデータをお持ち下さい。  
※35mmスライドによる発表はできません。
  - 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2F小会議室4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。（P28参照）
- 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。

# 会場へのアクセスマップ

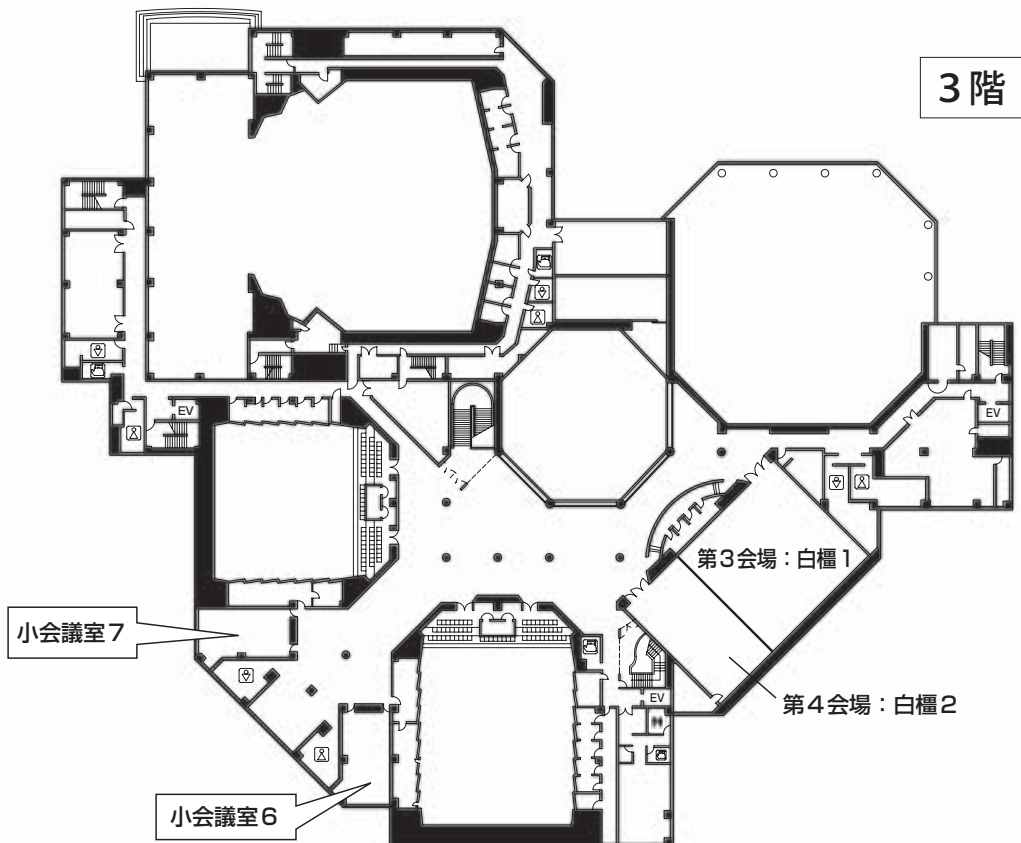
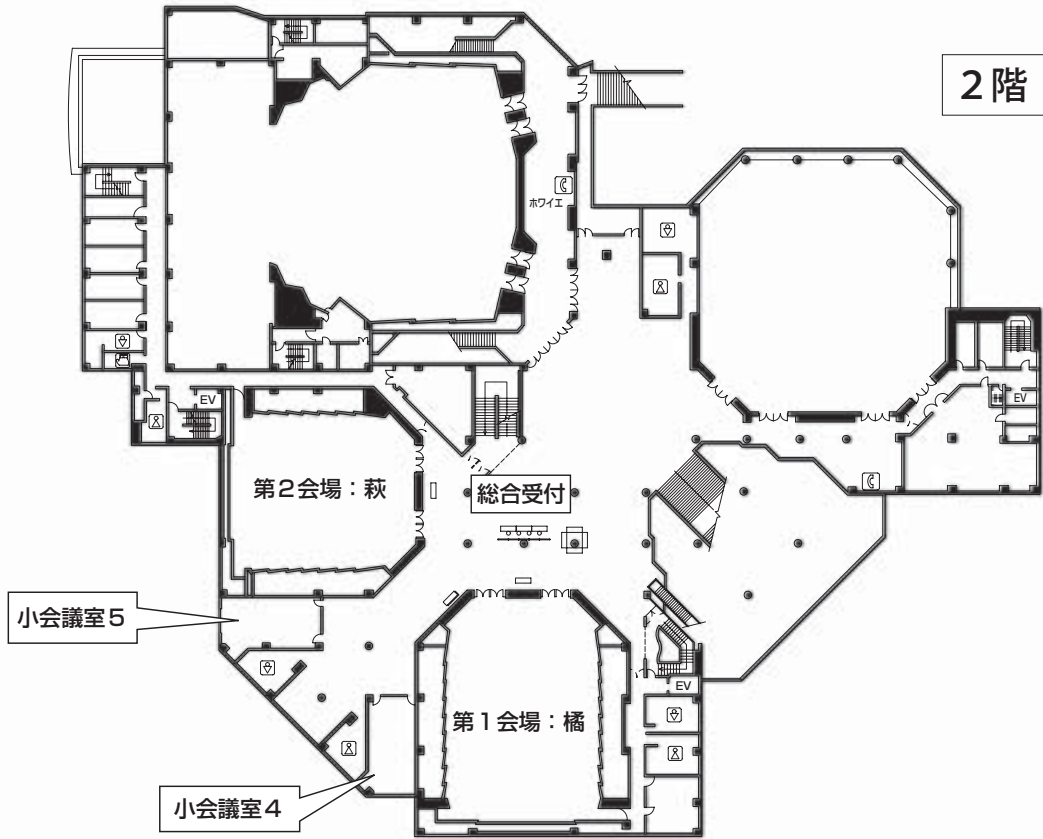


会 場：仙台国際センター 〒 980-0856 仙台市青葉区青葉山  
 TEL：022-265-2211 FAX：022-265-2485

## 【仙台国際センターまでの交通機関】

- バ ス ● 乗 車：仙台駅前（西口バスプール9番乗り場）  
 「W8-2 宮教大」, 「W8-3 青葉台」, 「W8-4 成田山」,  
 「W7-1 青葉通経由青葉城址循環」  
 降 車：「博物館・国際センター前」（徒歩1分）  
 所要時間：約10分
- 乗 車：仙台駅前（西口バスプール16番乗り場）  
 「W9-3 広瀬通り経由交通公園」, 「W9-4 広瀬通り経由交通公園循環」  
 降 車：「二高・仙商前」（徒歩5分）
- タクシー 仙台駅より所要約7分 / 料金1,000円程度
- 自家用車 東北自動車道仙台宮城I.C.から所要約5分  
 （仙台西道路経由：「仙台城」方面の標識に従ってご走行ください）

# 会場案内図



# プログラム (敬称略)

第1会場 2F 橘	第2会場 2F 萩	第3会場 3F 白檀1	第4会場 3F 白檀2	小会議室4 2F	小会議室5 2F
8:30 受付開始					
8:55~9:00開会挨拶 会長：久保田 功 (山形大学)					
9:00~9:50 YIA症例発表部門 座長 久保田 功 (山形大学)	9:00~9:35 虚血性心疾患Ⅰ 座長 伊藤 健太 (東北大学)	9:00~9:35 不整脈Ⅰ 座長 鈴木 均 (福島県立医科大学)	9:00~9:35 弁膜症・心奇形 座長 宮脇 洋 (山形市立病院済生館)	9:00~10:30 DVDセッション 「医療安全・医療倫理 に関する講演会」	
9:50~10:40 YIA研究発表部門 座長 久保田 功 (山形大学)	9:35~10:10 虚血性心疾患Ⅱ 座長 宮下 武彦 (山形大学)	9:35~10:10 不整脈Ⅱ 座長 有本 貴範 (山形大学)	9:35~10:17 心筋炎・心筋症Ⅰ 座長 花田 裕之 (弘前大学)		
10:40~11:15 大動脈疾患 小松 宣夫 (太田西ノ内病院)	10:10~10:45 虚血性心疾患Ⅲ 座長 飯野 健二 (秋田大学)	10:10~10:52 不整脈Ⅲ 座長 佐藤 嘉洋 (岩手医科大学)	10:17~10:59 心筋炎・心筋症Ⅱ 座長 野崎 英二 (岩手県立中央病院)		
11:15~11:43 肺高血圧症 他 座長 福本 義弘 (東北大学)	10:45~11:13 動脈疾患・静脈疾患 座長 齋藤 修一 (福島県立医科大学)	10:52~11:20 心内膜炎 座長 長内 智弘 (弘前大学)	10:59~11:34 心不全 他 座長 渡邊 博之 (秋田大学)		10:40~11:15 YIA審査会  集計 (10:40~11:00) 審査会 (11:00~11:15)
11:55~12:35 総会・YIA授賞式				11:20~11:30 心肺蘇生法普及委員会	
12:40~13:40 教育セッション1 ランチョンセミナー1 中谷 敏 大阪大学大学院医学系研究科 保健学科機能診断学 座長：伊藤 宏 (秋田大学)	12:40~13:40 教育セッション2 ランチョンセミナー2 長坂昌一郎 自治医科大学 内分泌代謝科 座長：竹石 恭知 (福島県立医科大学)				
13:40~14:40 教育セッション3 特別講演 玉木 長良 北海道大学病態情報学講座 核医学分野 座長：久保田 功 (山形大学)					

\*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。

01 右心不全の原因となった未破裂弓部大動脈瘤の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○新保 麻衣、渡邊 博之、木村 俊介  
石田 大、伊藤 宏、  
同上 心臓血管外科 山本 文雄

02 左内胸動脈－肺動脈瘻による肺高血圧症に対してカテーテル塞栓術が有効であった1症例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○横山 公章、樋熊 拓未、西崎 公貴  
花田 賢二、越前 崇、横田 貴志  
斎藤 新、阿部 直樹、花田 裕之  
長内 智宏、奥村 謙

03 薬剤溶出性ステント留置冠動脈に生じた難治性冠攣縮にRho-kinase阻害薬が著効した1例

東北大学 循環器内科学

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

04 右心不全と肺高血圧を合併したCrow-Fukase症候群の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○横川 哲朗、中里 和彦、菅野 優紀  
水上 浩行、小林 淳、義久 精臣  
鈴木 均、斎藤 修一、小川 一英  
竹石 恭知

05 不整脈原性右室心筋症の診断5年後にFDG-PETで心サルコイドーシスが判明した一例

山形大学 第一内科

○石野 光則、有本 貴範、宮下 武彦  
平山 敦士、佐藤 知佳、安藤 薫  
石垣 大輔、和根崎真大、舟山 哲  
屋代 祥典、田村 晴俊、西山 悟史  
高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也  
渡邊 哲、久保田 功

- 06 冠動脈疾患でのmicroRNAによるSIRT1の発現制御に関する研究：スタチンによる無作為比較臨床試験による検討

岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○田渕 剛、佐藤 衛、伊藤 智範  
中村 元行

- 07 メタボリック症候群を有する心不全患者ではobesity paradoxは存在しない

山形大学 第一内科

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

- 08 急性心不全入院中のBUN増加は長期予後を予測する

東北大学 循環器内科学

○三浦 正暢、坂田 泰彦、後岡広太郎  
高田 剛史、高橋 潤、下川 宏明

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

- 09 慢性腎臓病は左室拡張能を低下させる独立因子となる：負荷心筋SPECTによる検討

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 和奏、小坂 俊光、小熊 康教  
小山 崇、寺田 豊、石田 大  
飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

- 10 可溶性APP770は急性冠症候群の新規バイオマーカーとなる

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○益田 淳朗、八巻 尚洋、及川 雅啓  
義久 精臣、鈴木 均、斎藤 修一  
竹石 恭知

大動脈疾患（第1会場） 10：40～11：15

座長 小松 宣夫

- 11 ハイリスク遠位弓部大動脈瘤に対して開窓型血管内ステント(Najuta)を使用した2例

仙台循環器病センター 心臓血管外科

○細田 進、磯村 彰吾、椎川 彰

東京女子医科大学病院 心臓血管外科

東 隆、横井 良彦

- 12 Valsalva洞動脈瘤、僧帽弁閉鎖不全症および胸部下行大動脈瘤の合併例に対するハイブリッド一期的手術の1例

福島県立医科大学 心臓血管外科

○瀬戸 夕輝、佐戸川弘之、高瀬 信弥

三澤 幸辰、若松 大樹、黒澤 博之

五十嵐 崇、籠島 彰人、藤宮 剛

横山 斉

- 13 Japan scoreからみた当施設の急性A型大動脈解離の外科治療成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○小田 克彦、藤原 英記、坂爪 公

佐藤 卓、大浦 翔子、長嶺 進

- 14 大動脈解離発症に関わる気象要因および身体活動性についての検討

岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○肥田 親彦、蒔田 真司、玉田真希子

安孫子明彦、佐藤 権裕、中村 元行

同上 循環器内科 森野 禎浩

- 15 Kommerell憩室遠位端に狭窄を合併した左鎖骨下動脈起始異常の1例

山形県立中央病院

○橋本 直土、福井 昭男、菊池 順裕

田中 修平、木下 大資、山内 毅

菊地 翼、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

肺高血圧症 他（第1会場） 11：15～11：43

座長 福本 義弘

- 16 9年間のエポプロステノール治療後に門脈圧亢進症を呈した難治性肺動脈性肺高血圧症の1例

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

- 17 心疾患合併閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)患者に導入したCPAP治療のアドヒアランス  
みやぎ東部循環器科 ○菊地 雄一、堀江 和紀、加畑 充

- 18 左反回神経麻痺を契機に診断された肺塞栓症の一例

仙台市立病院 循環器内科 ○小松 寿里、滑川 明男、八木 哲夫  
石田 明彦、三引 義明、山科 順裕  
佐藤 弘和、中川 孝、櫻本万治郎  
佐藤 英二

- 19 抗凝固／血栓溶解療法とIVCフィルター留置中に重篤な再発性肺塞栓を生じたプロテインS欠乏症の1例

仙台市立病院 循環器内科 ○岩崎 夢大、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、三引 義明、山科 順裕  
佐藤 弘和、中川 孝、櫻本万治郎  
佐藤 英二、小松 寿里



虚血性心疾患 I (第 2 会場) 9 : 00 ~ 9 : 35

座長 伊藤 健太

20 動脈硬化性プラークの性差についての検討

仙台市医療センター 仙台オープン病院

○川口 朋宏、浪打 成人、杉江 正  
佐治 賢哉、瀧井 暢、須田 彬  
加藤 敦

21 右冠動脈起始異常を伴う冠動脈病変に対してPCIを施行した一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○橋津 俊介、小山 容、熊谷 遊  
橋本 直明、玉渕 智昭、祐川 博康

22 脂質管理下における冠動脈プラークの経時的変化 —心臓CTを用いて—

町立羽後病院 内科

○加賀谷丈紘、松田 健一、安田 修  
佐藤 裕太

23 心筋梗塞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、鎌田ななみ、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

24 急速に増大した巨大仮性心室瘤の 1 例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

○菊地 佑樹、山口 展寛、尾形 剛  
藤田 央、尾上 紀子、田中 光昭  
石塚 豪、篠崎 毅

虚血性心疾患Ⅱ（第2会場） 9：35～10：10

座長 宮下 武彦

25 無症候性に二枝閉塞をきたしていた若年発症虚血性心筋症の一例

秋田組合総合病院 循環器科

○庄司 亮、阿部 起実、阿部 元  
松岡 悟、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

26 左冠動脈主幹部閉塞の急性心筋梗塞に対して補助循環を併用した緊急PCIにて救命し得た一例

秋田組合総合病院 循環器科

○庄司 亮、阿部 起実、阿部 元  
松岡 悟、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

27 多剤抗血小板薬中断後に発症したシロリムス溶出性ステント留置冠動脈2枝閉塞による心原性ショックの一例

星総合病院 循環器内科

○柳沼 和史、三浦 英介、清水 竹史  
水野 裕之、清水 康博、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

28 シスプラチンによる動注化学療法後に発症した急性心筋梗塞の1例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

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

同上 泌尿器科

吉川 和夫

29 Amplatzer septal occluderによる経カテーテル的閉鎖術を施行した心筋梗塞後心室中隔穿孔の一例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○多田 憲生、滝澤 要、櫻井 美恵  
大友 達志、大友 潔、鈴木 健之  
森 俊平、上村 直、榎田 俊生  
堀江 和紀、伊澤 毅、三宅 弘恭  
箴井 宣任、井上 直人、目黒泰一郎  
同上 心臓血管外科 柳沼 厳弥、畑 正樹

虚血性心疾患Ⅲ（第2会場） 10：10～10：45

座長 飯野 健二

- 30 ベアメタルステント留置4ヶ月後に遅発性ステント血栓症を来した1例  
坂総合病院 循環器科 ○越川 智康、小幡 篤、渡部 潔  
渋谷 清貴、佐々木伸也、濱田 一路  
小鷹 悠二、望田 幸
- 31 シロリムス溶出ステント留置後にPeri-stent contrast staining (PSS) を伴い晩期再狭窄を  
来した2例  
東北大学 循環器内科学 ○白戸 崇、高橋 潤、圓谷 隆治  
高木 祐介、羽尾 清貴、伊藤 愛剛  
松本 泰治、中山 雅晴、伊藤 健太  
下川 宏明
- 32 冠攣縮誘発試験によらず多発性の冠攣縮を捉えたChurg-Strauss症候群の1例  
岩手県立二戸病院 循環器内科 ○鈴木 悠地、酒井 敏彰、西山 理  
岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科  
新山 正展、中村 元行  
同上 循環器内科 伊藤 智範
- 33 抗リン脂質抗体症候群に合併した若年者の急性冠症候群の1例  
国立病院機構 仙台医療センター ○押切みずず、田中 光昭、尾形 剛  
藤田 央、山口 展寛、尾上 紀子  
石塚 豪、篠崎 毅
- 34 多量の不安定プラークに対し、強力な脂質低下療法で短期間にプラーク退縮をみたAMI  
の一例  
寿泉堂総合病院 循環器内科 ○神 雄一郎、鈴木 智人、谷川 俊了  
金澤 正晴

35 腹痛で発症した上腸間膜動脈瘤破裂の一例

岩手県立中央病院

○阿部 秋代、中村 明浩、加賀谷裕太  
神津 克也、佐藤謙二郎、中嶋 壮太  
福井 重文、遠藤 秀晃、高橋 徹  
野崎 英二

36 孤立性総腸骨動脈瘤に対しカバードステントによる血管内治療を施行した一例

仙台厚生病院 循環器科

○伊澤 毅、鈴木 健之、田中綾紀子  
増田新一郎、笹井 宣任、三宅 弘恭  
堀江 和紀、槇田 俊生、武蔵 美保  
上村 直、櫻井 美恵、多田 憲生  
森 俊平、本多 卓、大友 潔  
滝澤 要、大友 達志、井上 直人  
目黒泰一郎

37 重症肺血栓塞栓症(PE)に対する治療成績と外科的治療の予後

弘前大学 胸部心臓血管外科

○渡辺 健一、谷口 哲、福田 幾夫

38 腎静脈血栓症の一例

山形県立中央病院 内科

○山田 尚弘、木下 大資、田中 修平  
菊池 順裕、橋本 直土、山内 毅  
菊地 翼、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

不整脈 I (第3会場) 9:00~9:35

座長 鈴木 均

~~39~~ 下部共通路を有する房室結節回帰性頻拍と房室回帰性頻拍が混在した1例

~~岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科~~

~~○肥田 親彦、小松 隆、佐藤 嘉洋  
—小澤 真人、梶田 房紀、中村 元行~~

40 フレカイニド中毒により心室及び心房のペースング閾値が上昇した一例

山形県立新庄病院

○坂下 徳、奥山 英伸、結城 孝一  
廣野 摂

41 心房中隔穿刺の直後にST上昇を経て心室細動を合併した一例

山形大学 第一内科

○石垣 大輔、有本 貴範、沓沢 大輔  
屋代 祥典、高橋 大、穴戸 哲郎  
宮下 武彦、宮本 卓也、渡邊 哲  
久保田 功

篠田総合病院 循環器内科

二藤部丈司

青山医院 循環器内科

青山 浩

42 CARTO sound下で後乳頭筋に拡張期電位が記録されたペラパミル感受性特発性心室頻拍の一例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 英二、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、三引 義明、山科 順裕  
佐藤 弘和、櫻本万治郎、中川 孝  
小松 寿里、後藤 礼美

43 肺静脈内の細動が持続し肺静脈隔離に難渋した持続性心房細動の1例

秋田県成人病医療センター

○寺田 健、阿部 芳久、田代 晴生  
寺田 茂則、佐藤 匡也、門脇 謙

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

田村 善一、小山 崇、伊藤 宏

不整脈Ⅱ（第3会場） 9：35～10：10

座長 有本 貴範

- 44 AVNRTに対する通電で誘発されなくなったATP感受性房室結節近傍起源心房頻拍の一例  
岩手県立胆沢病院 ○八木 卓也、平野 道基、小野瀬剛生  
野崎 哲司、中川 誠
- 45 ホルター心電図で多彩な心電図波形を呈した非通常型房室結節リエントリー性頻拍の一例  
仙台市立病院 循環器内科 ○後藤 礼美、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、山科 順裕、佐藤 弘和  
三引 義明、中川 孝
- 46 ペースメーカー植込み後にたこつぼ型心筋症を発症し心室リードの閾値上昇を認めた完全房室ブロックの一例  
仙台市立病院 循環器内科 ○岩崎 夢大、八木 哲夫、滑川 明男  
石田 明彦、三引 義明、山科 順裕  
佐藤 弘和、櫻本万治郎、中川 孝  
佐藤 英二、小松 寿里、後藤 礼美
- 47 ファロー四徴症術後に生じた広範囲な低電位領域が関与した非通常型心房粗動の一例  
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  
佐竹 洋之、下川 宏明
- 48 Electrical Stormにablationによる加療が有効であった心室頻拍の2症例  
太田総合病院附属太田西ノ内病院  
○野寺 穰、武田 寛人、金澤 晃子  
石田 悟朗、遠藤 教子、武田 禎規  
新妻 健夫、小松 宣夫、山本 晃裕  
高橋 皇基、丹治 雅博  
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座  
竹石 恭知

不整脈Ⅲ（第3会場） 10：10～10：52

座長 佐藤 嘉洋

- 49 ICD埋め込み7年後に心室細動を発症した無症候性ブルガダ症候群の一例  
東北大学 循環器内科学 ○高橋 忠久、福田 浩二、若山 裕司  
中野 誠、近藤 正輝、川名 暁子  
長谷部雄飛、佐竹 洋之、下川 宏明
- 50 解剖学的位置関係を利用し、右心、左心双方からの治療が奏功したPVC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  
モハメド アブデルシャフィー  
下川 宏明
- 51 拡張型心筋症に伴う心室頻拍に対し冠静脈内からのアブレーションが有効だった1例  
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座  
○神山 美之、鈴木 均、山田 慎哉  
中里 和彦、斎藤 修一、竹石 恭知
- 52 アンカロンの長期内服により甲状腺機能亢進症をきたした肥大型心筋症の一例  
岩手県立胆沢病院 ○八木 卓也、平野 道基、小野瀬剛生  
野崎 哲司、中川 誠
- 53 イソプロテレノール負荷がdriver同定に有用であった上大静脈起源発作性心房細動の1例  
弘前大学 循環呼吸腎臓内科学  
○堀内 大輔、石田 祐司、伊藤 太平  
佐々木憲一、大和田真玄、木村 正臣  
佐々木真吾、奥村 謙
- 54 アミオダロン内服中に甲状腺中毒症を呈した2例  
日本海総合病院 循環器内科  
○齋藤 博樹、豊島 拓、高橋 徹也  
桐林 伸幸、近江 晃樹、金子 一善  
菅原 重生

心内膜炎（第3会場） 10：52～11：20

座長 長内 智弘

55 当院における感染性心内膜炎29症例の検討

坂総合病院 循環器科 ○小鷹 悠二、小幡 篤、渡部 潔  
渋谷 清貴、佐々木伸也、濱田 一路  
越川 智康、望田 幸

56 三尖弁の贅腫と多発性空洞性肺病変を伴う感染性心内膜炎(IE)を発症したアトピー性皮膚炎の若年男性の一例

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

57 ICDリードの導線露出に加え、感染性心内膜炎を合併し、リード抜去に至った一例

石巻赤十字病院 循環器内科  
○熊谷 遊、玉淵 智昭、橋本 直明  
禰津 俊介、小山 容、祐川 博康

58 アトピー性皮膚炎から発症した心室中隔欠損閉鎖パッチ部に付着する疣贅を認めた感染性心内膜炎の一例

仙台厚生病院 循環器内科  
○井筒 大人、増田新一郎、田中綾紀子  
箴井 宣任、三宅 弘恭、伊澤 毅  
榎田 俊生、上村 直、櫻井 美恵  
多田 憲生、森 俊平、鈴木 健之  
本多 卓、大友 潔、滝澤 要  
大友 達志、井上 直人、阿部 和男  
畑 正樹、柳沼 巖弥、目黒泰一郎



弁膜症・心奇形（第4会場） 9：00～9：35

座長 宮脇 洋

59 重症大動脈弁狭窄症に対して順行性経皮の大動脈弁形成術を施行した一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○中村 裕一、国井 浩行、益田 淳朗  
及川 雅啓、中里 和彦、鈴木 均  
斎藤 修一、竹石 恭知

60 原因不明な僧帽弁尖の間欠的接合不全により急性左心不全を呈した一例

太田総合病院附属太田西ノ内病院

○金澤 晃子、武田 寛人、野寺 穰  
石田 悟朗、遠藤 教子、武田 禎規  
新妻 健夫、小松 宣夫、山本 晃裕  
高橋 皇基、丹治 雅博

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

竹石 恭知

61 Quadricuspid aortic valve with four equal cuspsの1例

栗原市立栗原中央病院

○千葉 貴彦、赤井健次郎、小松 誠司

62 左室心筋緻密化障害との鑑別が困難であった修正大血管転位症の1例

東北大学 循環器内科学

○大槻 知広、建部 俊介、福本 義弘  
杉村宏一郎、三浦 裕、後岡広太郎  
青木 竜男、下川 宏明

63 上行大動脈の拡大、屈曲と卵円孔開存が原因のPlatypnea-Orthodeoxia Syndromeに経皮的閉鎖術を施行した一例

仙台厚生病院

○富樫 大輔、多田 憲生、滝澤 要  
桜井 美恵、大友 達志、大友 潔  
鈴木 健之、森 俊平、上村 直  
武蔵 美保、槇田 俊生、堀江 和紀  
伊澤 毅、三宅 弘恭、箴井 宣任  
増田新一郎、加畑 充、水谷有克子  
井筒 大人、田中綾紀子

心筋炎・心筋症 I (第4会場) 9:35~10:17

座長 花田 裕之

- 64 完全房室ブロックを合併したサルコイドーシスの補助診断にFDG-PETが有効であった一例

白河厚生総合病院 第2内科

○佐藤 彰彦、斎藤 富善、泉田 次郎  
斎藤 恒儀、前原 和平

- 65 家族性多発嚢胞腎に拡張型心筋症を合併した1例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

○澁井 彩、尾上 紀子、尾形 剛  
藤田 央、山口 展寛、石塚 豪  
田中 光昭、篠崎 毅

- 66 たこつぼ型心筋障害様の左室壁運動異常を呈したマムシ咬傷の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 和奏、石田 大、木村 俊介  
渡邊 博之、伊藤 宏

- 67 房室結節アブレーションとペースメーカー植込み術を行った閉塞性肥大型心筋症の一例

山形県立中央病院

○山内 毅、福井 昭男、菊池 順裕  
田中 修平、橋本 直土、木下 大資  
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

- 68 診断早期のステロイド治療により多彩な全身所見の改善が得られたサルコイドーシスの一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

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

- 69 鎮痛薬投与後に発症した逆たこつぼ型心筋症の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○菅野 優紀、小林 淳、横川 哲朗  
水上 浩行、中里 和彦、鈴木 均  
斎藤 修一、竹石 恭知

心筋炎・心筋症Ⅱ（第4会場） 10：17～10：59

座長 野崎 英二

70 Guillain-Barre症候群に合併したたこつぼ型心筋症の一例

仙台厚生病院 循環器内科 ○石井 和典、櫻井 美恵、加畑 充  
増田新一郎、箴井 宣任、三宅 弘恭  
伊澤 毅、松本 崇、堀江 和紀  
榎田 俊生、武蔵 美保、上村 直  
多田 憲生、森 俊平、鈴木 健之  
本田 卓、大友 潔、滝澤 要  
大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

71 家族歴と臨床所見で疑った女性Fabry病の一例

八戸赤十字病院 循環器内科  
○安岡 辰雄、後藤 巖、肥田 龍彦  
菅原 正磨  
岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科  
佐藤 衛

72 心筋に限局するALアミロイドーシスの1例

岩手県立胆沢病院 循環器科  
○小野瀬剛生、平野 道基、八木 卓也  
野崎 哲司、中川 誠

73 たこつぼ心筋症様の病態を呈した周産期心筋症の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座  
○三浦 俊輔、杉本 浩一、渡邊 俊介  
鈴木 聡、坂本 信雄、鈴木 均  
斎藤 修一、竹石 恭知

74 アレルギー性肉芽腫性血管炎による好酸球性心筋炎の一例

東北大学 循環器内科学 ○桃野 友太、圓谷 隆治、高橋 潤  
羽尾 清貴、伊藤 愛剛、白戸 崇  
松本 泰治、中山 雅晴、伊藤 健太  
下川 宏明

75 左室壁肥厚に関する敏感な心電図指標について

齋藤病院 内科 ○盛田 真樹、白土 邦男

76 原発性副甲状腺機能亢進症に合併した心不全の一例

東北大学 循環器内科学 ○高橋 秀徳、青木 竜男、福本 義弘  
杉村宏一郎、後岡広太郎、三浦 裕  
建部 俊介、山本 沙織、下川 宏明  
坂総合病院 循環器科 渋谷 清貴

77 左室拡張障害の悪化が心不全増悪因子と考えられた高齢左室緻密化障害の1例

医療法人青山医院 ○青山 浩  
山形大学 第一内科 石垣 大輔、沓沢 大輔、田村 晴俊  
西山 悟史、有本 貴範、渡邊 哲  
久保田 功

78 神経性食思不振症の治療中にうっ血性心不全を併発した一症例

日本海総合病院 循環器内科  
○高橋 徹也、近江 晃樹、豊島 拓  
齋藤 博樹、桐林 伸幸、金子 一善  
菅原 重生  
山形大学 第一内科 久保田 功

79 当院における高齢者に対するサムス力使用経験

岩手県立中央病院 ○佐藤謙二郎、阿部 秋代、加賀谷裕太  
神津 克也、中嶋 壮太、福井 重文  
遠藤 秀晃、高橋 徹、中村 明浩  
野崎 英二

80 当院における心肺停止蘇生後低体温療法の検討

平鹿総合病院 循環器内科 ○宇塚 裕紀、深堀 耕平、相澤健太郎  
武田 智、菅井 義尚、伏見 悦子  
高橋 俊明、関口 展代

YIA審査会 10:40～11:15

心肺蘇生法普及委員会 11:20～11:30

総会・YIA授賞式 11:55～12:35

### 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: 2F 橘)

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

「慢性心不全での利尿薬使用を再考する～J-MELODIC試験結果を受けて～」

大阪大学大学院医学系研究科 保健学専攻機能診断科学 教授 中谷 敏 先生

共催: 第155回日本循環器学会東北地方会  
株式会社三和化学研究所

### 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: 2F 萩)

座長: 福島県立医科大学 循環器・血液内科学 教授 竹石 恭知 先生

「メトホルミン療法のコツと注意点: 糖尿病医からのメッセージ」

自治医科大学 内分泌代謝科 准教授 長坂 昌一郎 先生

共催: 第155回日本循環器学会東北地方会  
大日本住友製薬株式会社

### 教育セッション3

特別講演 13:40～14:40 (第1会場: 2F 橘)

座長: 山形大学 内科学第一講座 教授 久保田 功 先生

「PET検査の循環器領域への応用—血流定量評価から分子機能解析まで—」

北海道大学 病態情報学講座 核医学分野 教授 玉木 長良 先生

共催: 第155回日本循環器学会東北地方会  
富士フィルムRIファーマ株式会社

# 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) 学術集会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155回日本循環器学会東北地方会YIA審査委員（敬称略）

### 青森

弘前大学 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  
岩手県立中央病院

教授 中村 元行  
循環器センター長 中村 明浩

### 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 内科学第一講座  
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  
国立病院機構 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9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	平 則夫	平盛 勝彦	
	丸山 幸夫	三浦 傅		
名 誉 支 部 員	芦川 紘一	池田 精宏	石出 信正	
	伊藤 明一	猪岡 英二	今井 潤	
	大友 尚	大和田憲司	小野 幸彦	
	小岩 喜郎	佐々木 弥	鈴木 典夫	
	高橋 恒男	高松 滋	立木 楷	
	田中 元直	田巻 健治	津田 福視	
	布川 徹	星野 俊一	三浦 幸雄	
	室井 秀一	元村 成	盛 英機	
	保嶋 実	横山 紘一		

### 支部評議員 (各県ごと五十音順、○印は社員)

青 森	○奥村 謙	長内 智宏	花田 裕之
	平賀 仁	福田 幾夫	藤野 安弘
	三国谷 淳	森 康宏	
岩 手	伊藤 智範	岡林 均	小松 隆
	佐藤 衛	瀬川 郁夫	田代 敦
	○中村 元行	那須 雅孝	蒔田 真司
	茂木 格	森野 禎浩	
秋 田	阿部 芳久	○伊藤 宏	門脇 謙
	小林 政雄	齊藤 崇	佐藤 匡也
	鈴木 泰	田村 芳一	中川 正康
	長谷川仁志	山本 文雄	○渡邊 博之
山 形	池田こずえ	石井 邦明	小熊 正樹
	金谷 透	○久保田 功	後藤 敏和
	齋藤 公男	貞弘 光章	角田 裕一
	廣野 摂	福井 昭男	松井 幹之
	宮脇 洋	○渡邊 哲	

宮 城	○伊藤 健太 加賀谷 豊 小丸 達也 坂田 泰彦 ○富岡 智子 2 柳澤 輝行	○伊藤 貞嘉 3 金塚 完 ○齋木 佳克 1 佐藤 昇一 ○福本 義弘 山家 智之	井上 直人 上月 正博 西條 芳文 ○下川 宏明 堀内 久徳
福 島	青木 孝直 金澤 正晴 斎藤 富善 武田 寛人 渡辺 毅	石川 和信 木島 幹博 杉 正文 前原 和平	石橋 敏幸 ○齋藤 修一 ○竹石 恭知 ○横山 齐 1
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
-----------------------------------------------------------------------------

01

右心不全の原因となった未破裂弓部大動脈瘤の一例

<sup>1</sup>秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学、  
<sup>2</sup>秋田大学 心臓血管外科

○新保 麻衣<sup>1</sup>、渡邊 博之<sup>1</sup>、木村 俊介<sup>1</sup>、石田 大<sup>1</sup>、  
山本 文雄<sup>2</sup>、伊藤 宏<sup>1</sup>

**【症例】** 70代男性  
**【既往】** 弓部大動脈瘤（未手術）  
**【現病歴】** 本年2月、下腿浮腫、胸水貯留の右心不全徴候出現し当科入院となった。  
**【経過・考察】** UCG上、左室収縮能は保たれるも、右室拡大と下大静脈の著明な拡張（径38mm）を認めた。TEEでは、肺動脈幹の外側腫瘤による圧排と、同部位に2.7m/sの加速血流を観察した。3DCTで9cm大の弓部大動脈瘤による上方からの肺動脈幹圧排を確認。さらに血管内超音波上、肺動脈幹は最小径3mmと狭小化しており、狭窄前後で30mmHgの圧較差を記録した。以上より、未破裂弓部大動脈瘤による肺動脈幹の機械的圧排が、肺動脈狭窄、結果的に右心不全を惹起したと判断。弓部大動脈置換術が施行され、速やかに右心不全の改善が得られた。本病態は右心不全の原因として非常に稀であり、文献的考察を含め報告する。

03

薬剤溶出性ステント留置冠動脈に生じた難治性冠攣縮にRho-kinase阻害薬が著効した1例

東北大学 循環器内科学

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

52歳男性。2008年狭心症を発症し左前下行枝近位部にCypherステントを留置。2011年の冠動脈造影（CAG）で同ステント閉塞を認め、再血行再建施行しTaxusステントをCypher内に留置。2012年9月、朝の通勤中に胸痛が出現し不安定狭心症疑いで入院。ステント再狭窄や新規病変が認められなかったため冠攣縮誘発試験を施行した。アセチルコリン25 $\mu$ gの左冠動脈内投与でTaxusステント遠位端に強い攣縮が生じ血流途絶し胸痛出現。ISDN15mgまで冠注するも攣縮は解除されなかったが、Rho-kinase阻害薬Fasudil（30mg）の追加投与により速やかな攣縮解除と胸痛消失を得た。本症例は薬剤溶出性ステント留置血管の冠攣縮を起因とする不安定狭心症であり、その増悪にRho-kinaseの関与が示唆された。

05

不整脈原性右室心筋症の診断5年後にFDG-PETで心サルコイドーシスが判明した一例

山形大学 第一内科

○石野 光則、有本 貴範、宮下 武彦、平山 敦士、  
佐藤 知佳、安藤 薫、石垣 大輔、和根崎真大、  
舟山 哲、屋代 祥典、田村 晴俊、西山 悟史、  
高橋 大、穴戸 哲郎、宮本 卓也、渡邊 哲、  
久保田 功

**【症例】** 50歳女性。  
**【主訴】** 自覚症状なし。  
**【現病歴】** 45歳時に無脈性心室頻拍あり。完全右脚ブロックと $\epsilon$ 波、MRIで右室拡大と右室前壁の脂肪変性を認めることから、不整脈原性右室心筋症（ARVC）と診断され、植込み型除細動器移植術を施行された。定期検査の心臓超音波検査で後壁菲薄化、また皮疹に対して皮膚生検を行ったところ非乾酪性肉芽腫を認め皮膚サルコイドーシスと診断された。心臓FDG-PETを施行したところ心筋後壁と中隔さらに縦隔リンパ節に異常集積を認め、心サルコイドーシスと診断しプレドニゾロンを開始した。  
**【考察】** 5年間ARVCとして加療されてきたが、FDG-PETにより心サルコイドーシスの診断に至った稀な一例を経験した。プレドニゾロン使用後の経過と合わせて報告する。

02

左内胸動脈-肺動脈瘻による肺高血圧症に対してカテーテル塞栓術が有効であった1症例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○横山 公章、樋熊 拓未、西崎 公貴、花田 賢二、  
越前 崇、横田 貴志、斎藤 新、阿部 直樹、  
花田 裕之、長内 智宏、奥村 謙

70歳代女性。慢性心不全、慢性心房細動にて近医で加療されていた。平成24年2月頃より全身浮腫や呼吸苦が出現し、利尿剤を増量されるも軽快せず、治療抵抗性心不全として紹介受診。入院のうえ心不全治療を行い、症状軽快後の心臓カテーテル検査で肺動脈圧の上昇と冠動脈-肺動脈瘻を認めた。胸部造影CTで左内胸動脈-肺動脈瘻も認めた。左肺動脈近位部にてO<sub>2</sub> step-upを認め、Qp/Qs=5.03、シャント率=82%と著明な左右シャントを認めた。左内胸動脈-肺動脈瘻に対してカテーテルコイル塞栓術を施行したところ、シャントは消失し肺高血圧症は著明に改善した。BNPも低下し、現在、外来加療継続中である。肺動脈へのシャントは、シャント量によっては肺高血圧症の原因となりうる。治療可能な肺高血圧症であり、正確な病態診断が重要と考えられた。

04

右心不全と肺高血圧を合併したCrow-Fukase症候群の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○横川 哲朗、中里 和彦、菅野 優紀、水上 浩行、  
小林 淳、義久 精臣、鈴木 均、斎藤 修一、  
小川 一英、竹石 恭知

67歳の男性。平成23年7月から労作時の息切れと下肢の浮腫が出現し近医に入院。薬物治療を受けたが改善せず、平成24年4月に当科紹介入院。心臓カテーテル検査では冠動脈に有意狭窄を認めず、左室造影にて左室の壁運動は良好であった。しかし、心拍出量6.5L/min、平均肺動脈圧が31mmHgと高心拍出性の肺高血圧症を示した。精査にて形質細胞腫、多発性神経炎、脾腫、甲状腺機能低下症、血清・尿中M蛋白を認め、血管内皮増殖因子（VEGF）が1340pg/mlと高値であり、Crow-Fukase症候群と診断。引き続きサリドマイドを含む形質細胞腫に対する化学療法を行ったところ症状は改善し、VEGFは54.4pg/ml、平均肺動脈圧は21mmHgへ低下した。Crow-Fukase症候群に肺高血圧症を合併した稀な症例を経験した。

06

冠動脈疾患でのmicroRNAによるSIRT1の発現制御に関する研究：スタチンによる無作為比較臨床試験による検討

岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○田淵 剛、佐藤 衛、伊藤 智範、中村 元行

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。また最近microRNAがSIRT1の発現を制御しているという報告がある。本研究では、冠動脈疾患（CAD）の血管内皮前駆細胞（EPC）でのSIRT1とmicroRNA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。CAD70例および対照48例を対象とし、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とmicroRNAの変動を検討した。CAD群のEPCでは他のmicroRNAと比較しmiR-34aが高値であり、SIRT1が低値であった。さらにスタチン投与8か月後のA群のEPCではmiR-34aの発現が低下し、SIRT1の発現が増加した。一方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の進展の抑制因子となる。

07

メタボリック症候群を有する心不全患者ではobesity paradoxは存在しない

山形大学 第一内科

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

肥満は心血管疾患の危険因子である一方、肥満者が痩身者より予後が良いことが知られている。Obesity paradoxと呼ばれ、心不全患者においても報告されている。しかしメタボリック症候群の有無により肥満が心不全患者の予後に与える影響が異なるかは不明である。

374名の心不全患者を対象に2年間の追跡調査をした結果、126例の心血管イベントが発生した。Kaplan-Meier生存解析の結果、メタボリック症候群を有さない心不全患者では、肥満群は有意に心血管イベント発生率が低かった。しかしメタボリック症候群を有する心不全患者では、肥満と予後には有意な関係を認めなかった。

肥満の生命予後に対する優位性は、メタボリック症候群を有する心不全患者では認められなかった。

09

慢性腎臓病は左室拡張能を低下させる独立因子となる：負荷心筋SPECTによる検討

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 和奏、小坂 俊光、小熊 康教、小山 崇、寺田 豊、石田 大、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

【目的】 負荷心筋SPECTを用いて左室拡張能に対する心筋虚血と慢性腎臓病(CKD)の影響を検討した。

【対象と方法】 対象は負荷99mTc心筋SPECTを施行した連続134例。summed difference score(SDS)≥2点を心筋虚血ありとし、対象をControl群68例、心筋虚血群24例、CKD群34例、両合併群10例の4群に分け検討した。左室拡張能の指標はpeak filling rate(PFR)などを評価した。

【結果】 PFRはcontrol群(2.30±0.56 EDV/s)に対しCKD群(1.90±0.61 EDV/s)、両合併群(1.67±0.53 EDV/s)で有意に低下し(p<0.001)、PFRとeGFRとの間に有意な正の相関を認めた(r=0.30、P<0.01)。さらに重回帰分析の結果、PFRに影響を与える独立因子はeGFR、次いでSDSであった。

【結論】 腎機能障害は心筋虚血以上に左室拡張能を障害することが示唆される。

11

ハイリスク遠位弓部大動脈瘤に対して開窓型血管内ステント(Najuta)を使用した2例

<sup>1</sup>仙台循環器病センター 心臓血管外科、

<sup>2</sup>東京女子医科大学病院 心臓血管外科

○細田 進<sup>1</sup>、磯村 彰吾<sup>1</sup>、椎川 彰<sup>1</sup>、東 隆<sup>2</sup>、横井 良彦<sup>2</sup>

開胸手術がハイリスクな遠位弓部大動脈瘤に対して開窓型血管内ステント(Najuta)を使用した2症例を経験したので報告する。症例1は76歳男性。遠位弓部大動脈瘤バッチ形成術+1枝冠動脈バイパス術後の遠位弓部大動脈瘤再発で陳旧性心筋梗塞による心機能低下、腎癌術後片腎で腎機能低下を認める患者。症例2は84歳男性。高齢で腎機能低下、前立腺癌を認める患者。以上2症例に対してNajutaを用いたTEVARを行い、術後早期はendoleakなく良好な経過を得た。現在Najutaは治験中であるが、今後は適応基準と遠隔期成績が課題である。

08

急性心不全入院中のBUN増加は長期予後を予測する

<sup>1</sup>東北大学 循環器内科学、<sup>2</sup>大崎市民病院 循環器内科、

<sup>3</sup>みやぎ県南中核病院 循環器内科、

<sup>4</sup>岩手県立中央病院 循環器科

○三浦 正暢<sup>1</sup>、坂田 泰彦<sup>1</sup>、後岡広太郎<sup>1</sup>、高田 剛史<sup>1</sup>、高橋 潤<sup>1</sup>、平本 哲也<sup>2</sup>、井上 寛一<sup>3</sup>、田巻 健治<sup>4</sup>、下川 宏明<sup>1</sup>

【背景】 急性心不全(AHF)入院時の血中尿素窒素(BUN)高値は予後予測因子である。BUNはAHF入院中に増減するが入院中のBUN変化と長期予後の関係は不明である。

【方法】 2007年にAHFで入院し生存退院した連続337例を、入院中のBUNの変化でBUN低下群(n=112)、安定群(n=113)、上昇群(n=112)に分け予後への影響を検討した。

【結果】 平均年齢76歳、男性52%。BUN低下群は入院時の腎機能が不良であった。BUN上昇群は入院時収縮期血圧が高かった。全死亡に対する生存曲線ではBUN安定群に比し上昇群が最も予後不良で、多変量解析後も上昇群は予後不良因子であった(P<0.01)。BUNの入院時高値、退院時高値、入院中増加の中では、入院中増加が最も全死亡に対するハザード比(HR)が高かった(HR2.5、P<0.01)。

【結論】 AHF入院中のBUN上昇は長期予後を予測する。

10

可溶性APP770は急性冠症候群の新規バイオマーカーとなる

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○益田 淳朗、八巻 尚洋、及川 雅啓、義久 精臣、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

アルツハイマー病患者の脳に蓄積するアミロイドβペプチドの前駆体タンパク質であるAmyloid Precursor Protein(APP)のうち、APP770は血管内皮細胞に特異的に発現すると報告されている。我々は、可溶性APP770は血小板の活性化(脱顆粒)により血小板から血中に放出されることを見いだした。そこで、急性冠症候群におけるAPP770血中濃度について検討した。ラットでは左前下行枝結紮により、血中APP770は1時間後に対照群の約4倍に上昇し、心筋トロポニンやクレアチンキナーゼに比し早期に上昇していた。また、急性冠症候群(n=87)、安定狭心症(n=234)および対照患者(n=23)の血中の可溶性APP770濃度について検討したところ、急性冠症候群では安定狭心症群、対照群に比し有意に高値であった。可溶性APP770は急性冠症候群の早期診断に有用である。

12

Valsalva洞動脈瘤、僧帽弁閉鎖不全症および胸部下行大動脈瘤の合併例に対するハイブリッド一期的手術の1例

福島県立医科大学 心臓血管外科

○瀬戸 夕輝、佐戸川弘之、高瀬 信弥、三澤 幸辰、若松 大樹、黒澤 博之、五十嵐 崇、籠島 彰人、藤宮 剛、横山 斉

症例は72歳の男性。PCI後のカテーテル検査で大動脈弁閉鎖不全症を指摘され、手術目的に当科紹介となった。Valsalva洞動脈瘤と僧帽弁閉鎖不全症を合併し基部置換術と僧帽弁輪形成術が必要と判断された。また胸部下行大動脈の嚢状瘤も指摘されたが、両側総腸骨動脈の狭窄と石灰化があるため順行性にステントグラフトを挿入する同時手術を施行する方針とした。Bentall手術と僧帽弁輪形成術を施行し、止血を得た。再度ヘパリンを投与し、置換した上行大動脈の1分枝管からGore TAG 3415を挿入し、胸部下行大動脈で透視下に留置した。術中の血管損傷やエンドリークは認めなかった。術後経過は良好であった。基部置換術と胸部ステントグラフト内挿術の同時手術を安全に施行することができ、文献的考察を含め報告する。

## Japan scoreからみた当施設の急性A型大動脈解離の外科治療成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○小田 克彦、藤原 英記、坂爪 公、佐藤 卓、大浦 翔子、長嶺 進

【目的】 当施設の急性A型解離の手術成績をJapan Scoreと比較検討する。

【対象】 2008年1月から2012年4月までに当施設で施行された急性A型解離に対する手術連続39例。男性19例。2009年までの19例を前期、それ以降の20例を後期とした。術前リスクをJapan scoreで算定。

【手術方法】 SCP下、CPB下に、エントリー閉鎖を原則として人工血管置換術施行。

【成績】 平均年齢は前期 64歳、後期 72歳。Japan scoreによる予測入院死亡率は、前期 8.8%、後期 8.8%、主要合併症の予測発生率は前期 34%、後期 33.9%と両期間同等。実際の成績は、前期 死亡1例、出血再開胸3例、脳梗塞2例、術後透析1例、後期 死亡0、出血再開胸0、脳梗塞0、術後透析0と、後期で良好。

【結論】 当施設の急性大動脈解離の外科治療成績は、極めて良好であった。

## Kommerell憩室遠位端に狭窄を合併した左鎖骨下動脈起始異常の1例

山形県立中央病院

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

症例は70歳台男性。平成24年6月初旬に急性下壁心筋梗塞で当院に入院された。胸部下行大動脈は右側胸部での蛇行が強くカテ操作に難渋したが、右大腿動脈アプローチで緊急冠動脈造影は施行可能であった。同月下旬にLAD#7の残存狭窄病変に対するPCIを行った。左橈骨動脈からアプローチしたがガイドワイヤーが大動脈弓部に通過せず。血管造影にて左鎖骨下動脈近位部は瘤状に拡張し、Kommerell憩室遠位端の狭窄を介して右側大動脈弓が確認された。右橈骨動脈アプローチに変更してPCIを完遂した。後日、CTにて右側大動脈弓、左鎖骨下動脈起始異常(Edward分類3B)と診断した。発生頻度は0.05-0.1%と稀である。本症例はKommerell憩室遠位端に狭窄を合併しており、左鎖骨下動脈近位部の動脈瘤についても慎重に経過をみていく必要があると考えられた。

## 心疾患合併閉塞性睡眠時無呼吸症候群(OSAS)患者に導入したCPAP治療のアドヒアランス

みやぎ東部循環器科

○菊地 雄一、堀江 和紀、加畑 充

【背景】 心疾患に合併した中等度以上のOSASは心事故リスクが高く、CPAP治療によりリスク低下がもたらされる。有効なCPAP治療のためにはアドヒアランスが重要な因子であるとされる。

【目的と方法】 CPAPを導入した心疾患合併OSAS患者50例で脱落例と継続例を比較検討し、アドヒアランス改善のための要因を検討する。

【成績】 CPAP脱落は16% (8例) で全例導入初期90日以内であった。脱落例では継続例に比して、AHIの改善程度に差はなく、導入初期30日の「CPAP使用率(日数%)」と「CPAP使用日における4時間以上使用率(%)」が有意に低値であった

【結論】 CPAPアドヒアランス改善のためには導入初期90日以内の適切な介入が重要で、導入初期30日の「CPAP使用率(日数%)」と「CPAP使用日における4時間以上使用率(%)」が低値である患者に脱落例が多い。

## 大動脈解離発症に関わる気象要因および身体活動性についての検討

<sup>1</sup>岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科、<sup>2</sup>岩手医科大学 循環器内科○肥田 親彦<sup>1</sup>、蒔田 真司<sup>1</sup>、玉田真希子<sup>1</sup>、安孫子明彦<sup>1</sup>、佐藤 権裕<sup>1</sup>、森野 禎浩<sup>2</sup>、中村 元行<sup>1</sup>

これまで大動脈解離発症時の外的要因を検討した報告は少ない。本研究では、当院へ搬送された急性大動脈解離(AD)症例を対象に、気象要因や身体活動性が発症にどのように関連しているかを検討した。2009年1月~2011年2月までに当院へ搬送されたADは105例(Stanford A型56例、B型49例、平均年齢64.9歳)だった。AD発症日の1日平均気圧(盛岡気象台の海面気圧)は、非発症日のそれに比べて高値(1015.2±7.6vs1013.6±7.1hPa, p=0.034)で、高気圧日発症数は66件(15.2%)、低気圧日発症数は39件(11.0%)(p=0.074)だった。AD発症は安静時よりも屋外活動や体動時に多かった(27% vs 73%)。

【結論】 ADは気圧が高い日に発症しやすいことが推測され、これには地域が高気圧等の好気象条件の日に身体活動性が高くなることが関連している可能性がある。

## 9年間のエボプロステノール治療後に門脈圧亢進症を呈した難治性肺動脈性肺高血圧症の1例

東北大学 循環器内科学

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

症例は31歳の男性。21歳時に近医で特発性肺動脈性肺高血圧症と診断され、22歳時にPGI2持続静注療法が開始された。28歳頃より高心拍出と右房圧上昇を認め、心不全による入退院を繰り返していた。2012年5月28日、経過観察のために当院へ入院となった。入院時所見では、頸静脈怒張、腹水貯留、高度の肝脾腫、腹部静脈瘤、下腿浮腫を認めた。6月1日、心臓カテーテル検査では平均肺動脈圧31mmHg、右房圧17mmHg、心係数3.13L/分/m<sup>2</sup>であった。上部内視鏡検査では胃静脈瘤を認め、門脈圧亢進症の存在が疑われた。尿量も徐々に減少し腎機能増悪を認めたため、CHDFを導入したが、敗血症を併発し、7月17日永眠された。PGI2持続静注療法開始から約9年の経過で門脈圧亢進症の所見を呈した症例を経験したため報告する。

## 左反回神経麻痺を契機に診断された肺塞栓症の一例

仙台市立病院 循環器内科

○小松 寿里、滑川 明男、八木 哲夫、石田 明彦、三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和、中川 孝、櫻本万治郎、佐藤 英二

症例は、50歳女性。嘔声を主訴に耳鼻科を受診、左反回神経麻痺と診断された。また、同時に心電図異常を指摘され、精査により肺塞栓症と診断された。肺塞栓症に伴う肺動脈の拡張により左反回神経が圧迫され、麻痺を来したと考えられた。肺塞栓症の治療後に、左反回神経麻痺は改善した。心疾患に伴って起こる左反回神経麻痺は、Ortner症候群、別名Cardio-vocal syndromeと呼ばれ、その原因疾患として、僧房弁狭窄症、心房中隔欠損、高血圧性心疾患、大動脈瘤、冠動脈疾患、肺塞栓症、原発性肺高血圧症などが報告されている。今回、我々は本症候群の基礎疾患としては稀な、肺塞栓症によるOrtner症候群を呈した一例を経験したので報告する。



### 抗凝固／血栓溶解療法とIVCフィルター留置中に重篤な再発性肺塞栓を生じたプロテインS欠乏症の1例

仙台市立病院 循環器内科

○岩崎 夢大、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦、  
三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和、中川 孝、  
櫻本万治郎、佐藤 英二、小松 寿里

60歳男性。塞栓症の濃厚な家族歴がある。左下腿腫脹のため当院を受診し、造影CTで肺塞栓、左総腸骨静脈中極側まで進展する深部静脈塞栓を認めた。血行動態は維持されていた。ヘパリン、ウロキナーゼを開始するとともに、回収可能型下大静脈フィルターを留置した。第8病日に呼吸困難、冷汗、胸痛を訴え、一時ショック状態を呈した。造影CT再検にて肺塞栓増悪を認め、t-PAの投与と昇圧剤の投与を行い回復した。血液検査の結果、プロテインS欠乏症と診断された。ワーファリンに移行してフィルターは回収して退院した。下大静脈フィルターを留置していても、重篤な肺塞栓を生じる可能性に注意するべきである。

### 右冠動脈起始異常を伴う冠動脈病変に対してPCIを施行した一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○禰津 俊介、小山 容、熊谷 遊、橋本 直明、  
玉淵 智昭、祐川 博康

症例は88歳女性。高血圧、脂質異常症で内服加療中であった。平成24年6月6日、起床後より持続する胸痛を訴え、当院へ救急搬送された。心電図上、Ⅱ・Ⅲ・aVFでST上昇を認め、急性下壁心筋梗塞と判断し、緊急冠動脈造影検査を施行した。回旋枝は低形成であった。右冠動脈は起始異常であり、良好な造影ができず、IABPを留置して終了した。冠動脈CT上、右冠動脈は左冠尖の前より起始しており、再度冠動脈造影を施行したところ、#4 AV: 90%の狭窄を認め、PCIの方針とした。JL4.0でengage可能であったが、起始部の屈曲が強く、back upが不良で、Dioを用いてPCIを施行した。起始異常を伴う冠動脈病変に対して心臓CT・Dioを用いて、PCIを施行可能であった症例を経験したので報告する。

### 心筋梗塞例における左室同期不全評価の意義

<sup>1</sup>市立秋田総合病院 循環器内科、<sup>2</sup>きびら内科クリニック、  
<sup>3</sup>秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○中川 正康<sup>1</sup>、鎌田ななみ<sup>1</sup>、柴原 徹<sup>1</sup>、藤原 敏弥<sup>1</sup>、  
鬼平 聡<sup>2</sup>、伊藤 宏<sup>3</sup>

急性心筋梗塞にて入院し冠動脈カテーテル治療（PCI）を施行、慢性期にも冠動脈造影を施行しえた洞調律で心室内伝導障害のない連続28例を対象とした。急性期（2週間以内）と慢性期（6ヵ月後）に安静心電図同期<sup>99m</sup>Tc心筋SPECTを施行し、左室同期不全の有無を評価した。患者を慢性期の冠動脈造影所見より、PCI施行部を含め90%以上の高度狭窄病変を認めなかった15例（A群）と認めた13例（B群）に分けて比較検討した。A群では慢性期に壁運動障害が残存しても左室同期不全は改善したが、B群では左室同期不全は不変あるいは増悪を呈した。心筋梗塞例における急性期および慢性期の安静心電図同期心筋SPECTを用いた左室同期不全の評価は、心筋梗塞慢性期の残存虚血の診断に有用なことが示唆された。

### 動脈硬化性プラークの性差についての検討

仙台市医療センター 仙台オープン病院

○川口 朋宏、浪打 成人、杉江 正、佐治 賢哉、  
瀧井 暢、須田 彬、加藤 敦

【背景】 動脈硬化性プラークの性差に関する検討は充分でない。  
【方法】 左前下行枝近位部に冠動脈ステントを留置した160病変（男性115病変、女性45病変）でIB-IVUSにより1mm毎に血管断面面積（CSA）、プラーク面積、脂質成分面積を計測、積分して病変長全体の血管容積、プラーク容積、脂質量を算出し、性差について検討した。

【結果】 体表面積と病変長で補正したCSA、プラーク面積には性差はみられなかった。しかし、プラーク容積に占める脂質量の割合女性で男性より有意に少なく（52.8±15.1% vs. 57.9±13.3%, p=0.037）、多変量解析でも性別は脂質量の割合に有意に影響する因子であった（p=0.030）。

【結論】 冠動脈硬化性プラークの組成において性差が存在する。

### 脂質管理下における冠動脈プラークの経時的変化—心臓CTを用いて—

町立羽後病院 内科

○加賀谷丈紘、松田 健一、安田 修、佐藤 裕太

【目的】 内服による脂質管理（LDLコレステロール32%減）が冠動脈プラーク性状と面積、内腔面積にどう影響するか検討

【方法】 狭心症が疑われ心臓CTを行い、プラークを有する中間病変を認めた8症例10病変（男女比1:1、平均年齢（治療前）67.1歳、平均観察期間36.9ヶ月）を対象にCPR像（curved multi planar reconstruction）による血管断面でCT値（HU）、プラークおよび内腔面積（mm<sup>2</sup>）を治療前後で測定計算し、t検定（p<0.05を有意とする）を用いて比較

【結果】 CT値（66.7±24.8→96.2±33.3, p=0.002）、プラーク面積（16.8±3.3→15.0±4.9, p=0.04）、内腔面積（5.04±2.8→5.9±2.5, p=0.04）で治療前後に有意差を認めた

【考察】 長期間の脂質管理はプラークの安定化と退縮、内腔面積の獲得に寄与する。

### 急速に増大した巨大仮性心室瘤の1例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

○菊地 佑樹、山口 展寛、尾形 剛、藤田 央、  
尾上 紀子、田中 光昭、石塚 豪、篠崎 毅

症例は76歳男性。2週間前に突然の心窩部痛を自覚したが軽快したため放置していた。数日前から息切れを自覚し増悪したため当科外来受診、急性心不全のため入院した。心臓超音波検査で下壁の心室瘤と僧帽弁閉鎖不全症を認めたが駆出率（EF）は保たれていた。血管拡張剤と利尿剤にて速やかに心不全は軽快した。冠動脈造影では#3が完全閉塞し、左室造影ではEF45%、下壁に最大径60mmの心室瘤を認めた。MRIでは後下壁で腫瘤状突出と壁の菲薄化を認め、陈旧性心筋梗塞による仮性心室瘤と診断した。心不全増悪はなかったが、胸部単純写真で心胸郭比の拡大を認め、造影CT検査でも心室瘤の増大と心嚢液増加を認めたため、冠動脈バイパス術、左室形成術、僧帽弁置換術目的に転院した。術後経過良好で術後27日で独歩退院となった。

25

無症候性に二枝閉塞をきたしていた若年発症虚血性心筋症の一例

<sup>1</sup>秋田組合総合病院 循環器科、  
<sup>2</sup>秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○庄司 亮<sup>1</sup>、阿部 起実<sup>1</sup>、阿部 元<sup>1</sup>、松岡 悟<sup>1</sup>、  
田村 芳一<sup>1</sup>、斉藤 崇<sup>1</sup>、伊藤 宏<sup>2</sup>

症例は39歳男性。呼吸苦を主訴に受診。心エコーで前壁中隔から下壁領域で左室壁運動が低下 (EF 16.8%)、左室拡張末期径77mmと左室拡大を呈しており、心不全状態で入院。後日行った冠動脈造影で左前下行枝起始部および右冠動脈Seg1で完全閉塞の2枝閉塞の状態であった。胸痛のエピソードは無く、冠危険因子は低HDL血症のみ。はじめに右冠動脈のPCIを行い再開通が得られたが、その後経過中にpulseless VTの出現がありICD植込み術を施行した。半年間心不全の再燃およびICD作働エピソード無く経過され、followCAGでは右冠動脈に再狭窄は認めず、左前下行枝への側副血行路が発達、そのため容易に左前下行枝の再開通が得られた。心不全発症を契機に発覚した若年発症の虚血性心筋症の一例を経験したので報告する。

27

多剤抗血小板薬中断後に発症したシロリムス溶出性ステント留置冠動脈2枝閉塞による心原性ショックの一例

星総合病院 循環器内科

○柳沼 和史、三浦 英介、清水 竹史、水野 裕之、  
清水 康博、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

症例は東海地方在住50歳代男性、3年前LAD, RCAにシロリムス溶出ステント (SES)、CXにエベロリムス溶出ステント留置。本年9月、当地来訪も多忙にて内服できず数日後、胸痛出現し当院搬送。心原性ショックにてIABP開始しCAG施行。LAD完全閉塞で同血行再建するが心肺停止となりPCPS開始しICU入室。その後、意識回復も肢誘導ST上昇残存のためCAG再施行。RCA閉塞確認後に同部血行再建も施行。数日後、左室壁運動は改善傾向を示したがPCPS離脱できず多臓器不全により第8病日に永眠された。昨年、製造中止となったSESは国内だけでも10万人以上に留置されたとされ遅発性ステント血栓症 (LST) の頻度を年間0.3%とすれば毎年300人前後がLSTにより危機的状況を生じていることになる。今回、SESのLSTという我々が背負った負の遺産に対する警鐘として本症例を報告する。

29

Amplatzer septal occluderによる経カテーテル的閉鎖術を施行した心筋梗塞後心室中隔穿孔の一例

<sup>1</sup>仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科、  
<sup>2</sup>仙台厚生病院 心臓血管センター 心臓血管外科

○多田 憲生<sup>1</sup>、滝澤 要<sup>1</sup>、櫻井 美恵<sup>1</sup>、大友 達志<sup>1</sup>、  
大友 潔<sup>1</sup>、鈴木 健之<sup>1</sup>、森 俊平<sup>1</sup>、上村 直<sup>1</sup>、  
楨田 俊生<sup>1</sup>、堀江 和紀<sup>1</sup>、伊澤 毅<sup>1</sup>、三宅 弘恭<sup>1</sup>、  
箄井 宣任<sup>1</sup>、柳沼 厳弥<sup>2</sup>、畑 正樹<sup>2</sup>、井上 直人<sup>1</sup>、  
目黒泰一郎<sup>1</sup>

77歳女性、主訴は呼吸苦。急性前壁心筋梗塞および心室中隔穿孔にて当院紹介受診した。緊急外科手術を検討したがショックにより全身状態が著しく不良で、まずは内科治療による2週間の生存を目指す方針となった。左前下降枝中間部99%狭窄病変に対しカテーテル治療行い大動脈内バルーンパンピング (IABP) を留置し循環動態はなんとか維持された。2週間後再度検討したが外科治療は選択されなかった。救命には欠損孔の閉鎖が必須にて、当院倫理委員会承認のもとAmplatzer septal occluderによる経皮的な心筋梗塞後心室中隔穿孔閉鎖術が発症28日後に行われた。デバイス留置にてわずかな遺残シャントを認めたがQp/Qsは3.38から1.48に改善した。術翌日IABP離脱に成功し1ヶ月後生存退院した。国内初となる経皮的な心筋梗塞後心室中隔穿孔閉鎖術を報告する。

26

左冠動脈主幹部閉塞の急性心筋梗塞に対して補助循環を併用した緊急PCIにて救命し得た一例

<sup>1</sup>秋田組合総合病院 循環器科、  
<sup>2</sup>秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○庄司 亮<sup>1</sup>、阿部 起実<sup>1</sup>、阿部 元<sup>1</sup>、松岡 悟<sup>1</sup>、  
田村 芳一<sup>1</sup>、斉藤 崇<sup>1</sup>、伊藤 宏<sup>2</sup>

症例は46歳男性。仕事中に前胸部痛が出現、救急車を要請し当院へ搬送。来院時意識清明、血圧124/103mmHg。心電図はI aVL V1~6でST上昇、心エコーで広範前壁の壁運動低下を認めた。急性心筋梗塞と診断し、緊急冠動脈造影を施行。LMT完全閉塞で直ちにIABPを挿入、救命目的にPCIを施行した。再還流後心室頻拍が頻回となり、アミオダロン持続静注を開始し著効した。血栓吸引後LMTからLADにかけてステントを留置、LMTからLADとLCXにかけてKBT施行し、造影遅延無く終了した。ピークCK 9836 IU/l、4日目にIABP離脱可能となり9日目には心臓リハビリを開始した。その後の確認造影ではステント開存良好で退院となった。左冠動脈主幹部閉塞の急性心筋梗塞で緊急PCIにより救命し得た症例を経験したので報告する。

28

シスプラチンによる動注化学療法後に発症した急性心筋梗塞の1例

<sup>1</sup>国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科、  
<sup>2</sup>国立病院機構 仙台医療センター 泌尿器科

○尾形 剛<sup>1</sup>、藤田 央<sup>1</sup>、山口 展寛<sup>1</sup>、尾上 紀子<sup>1</sup>、  
田中 光昭<sup>1</sup>、石塚 豪<sup>1</sup>、篠崎 毅<sup>1</sup>、吉川 和夫<sup>2</sup>

【背景】 シスプラチンの副作用として脳梗塞、心筋梗塞等が報告されているが、その機序は不明である。我々はシスプラチンを用いた動注化学療法後に急性心筋梗塞を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】 80歳の男性。冠危険因子に高血圧、喫煙歴、糖尿病を有する。平成24年9月、再発膀胱癌に対して4回目の動注化学療法 (シスプラチン100mg) を施行した。その10時間後に持続する前胸部痛、心電図でII, III, aVF誘導のST上昇を認め、心筋梗塞の診断となった。IVUSでは血栓は認めず、大量の粥腫を認め、右冠動脈近位部にステントを留置した。

【考察】 当院では平成24年1月~9月まで106例のシスプラチン使用患者がいたが、急性心筋梗塞を発症したのはこの1例のみであった。シスプラチンと心筋梗塞の関連に関して文献的考察を加えて報告する。

30

ベアメタルステント留置4ヶ月後に遅発性ステント血栓症を来した1例

坂総合病院 循環器科

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

症例は36歳、男性。2012年2月初旬、RCA#1 totalの急性心筋梗塞に対し、ベアメタルステントを留置し、血行再建を行った。退院後は当院外来に通院していたが、2012年5月末以降、自己中断していた。2012年6月中旬、前日夜からの胸部重苦感を主訴に当院受診。心電図上、下壁誘導でST上昇を認め、緊急で冠動脈造影を施行。#1ステント留置部totalであり、急性心筋梗塞と診断した。ワイヤクロス後、血栓吸引カテーテルを用いて、多量の混合血栓を吸引。IVUSで観察したが、明らかなステントフラクチャーは認めず、バルーン形成術のみ施行し、再血行再建を行った。今回ベアメタルステント留置4ヶ月後に遅発性ステント血栓症を来した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

シロリムス溶出ステント留置後に Peri-stent contrast staining (PSS)を伴い晩期再狭窄を来した2例

東北大学 循環器内科学

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

近年、シロリムス溶出ステント (SES)留置後慢性期の Peri-stent contrast staining (PSS)は晩期再狭窄・超遅発性ステント血栓症の規定因子であることが報告された。SES留置2年以上経過した後に、PSS部に晩期再狭窄を来し狭心症を再発した2例を経験した。症例1:75歳女性。2009年前下行枝(LAD) #6-7にSES留置。翌年の冠動脈造影(CAG)でSES周囲にPSSを認めた。2011年9月胸痛再発し、PSS部に90%狭窄を認め再血行再建(TLR)施行した。症例2:82歳男性。2006年LAD #6-7にSES留置。8ヶ月後再狭窄なし。2012年4月胸痛再発しSES近位端に90%狭窄、遠位側にPSSと冠動脈瘤を認めた。再狭窄部をバルーンのみでTLRを施行した。

抗リン脂質抗体症候群に合併した若年者の急性冠症候群の1例

国立病院機構 仙台医療センター

○押切みずず、田中 光昭、尾形 剛、藤田 央、  
山口 展寛、尾上 紀子、石塚 豪、篠崎 毅

症例は33歳男性。冠危険因子は高血圧症と高脂血症。30歳時に腎生検でthrombotic microangiopathyを認め、抗リン脂質抗体症候群と診断されたが無治療だった。胸痛を主訴に前医を受診し、心電図でV1~V6、I、aVLでST上昇が認められたため当院に救急搬送された。来院時、胸痛は軽減し、STは基線に復していた。緊急心臓カテーテル検査では、左前下行枝近位部に90%狭窄を認め、引き続き冠動脈形成術を施行した。まず、血栓吸引を試みたが、何も吸引されなかった。血管内超音波では全周性の高輝度プラークが認められたため、同部位にステントを留置した。今回、抗リン脂質抗体症候群に急性冠症候群を合併した症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

腹痛で発症した上腸間膜動脈瘤破裂の一例

岩手県立中央病院

○阿部 秋代、中村 明浩、加賀谷裕太、神津 克也、  
佐藤謙二郎、中嶋 壮太、福井 重文、遠藤 秀晃、  
高橋 徹、野崎 英二

【症例】 70歳代男性

【主訴】 腹痛

【既往歴】 高血圧症、発作性心房細動、うっ血性心不全、中毒疹

【現病歴】 平成×年×月×日午前2時から腹痛あり、次第に腹痛増強するため救急車で当院救急受診。

【検査所見と経過】 徐脈を認め、臍周囲を最強点とする激しい自発痛、圧痛あり、筋性防御なし。直腸診所見なし。ABGAで代謝性アシドーシスと呼吸性代償、血液検査でWBC15640/ $\mu$ l、Hb9.0g/dl、CPK221U/l、CRP0.05mg/dlと急性期炎症所見を認め、造影CTで上行結腸周囲での出血を認めたため緊急コイル塞栓術施行。上腸間膜動脈瘤破裂と判明、コイル塞栓術施行するも止血得られず、右半結腸切除術施行、良好な経過を得た。

【結語】 上腸間膜動脈瘤破裂の一例に対し、経カテーテル治療、血行再建術を施行し、良好な経過を得た症例を経験した。

冠攣縮誘発試験によらず多発性の冠攣縮を捉えたChurg-Strauss症候群の1例

<sup>1</sup>岩手県立二戸病院 循環器内科、

<sup>2</sup>岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科、

<sup>3</sup>岩手医科大学 循環器内科

○鈴木 悠地<sup>1</sup>、新山 正展<sup>2</sup>、酒井 敏彰<sup>1</sup>、西山 理<sup>1</sup>、  
伊藤 智範<sup>3</sup>、中村 元行<sup>2</sup>

Churg-Strauss症候群(CSS)は、血管炎症候群の一つで、ステロイドに反応し予後良好とされているが、心血管合併例は予後不良との報告がある。今回、急性冠症候群を呈したCSSで、誘発試験を行わずに多発性の冠攣縮を捉えた稀な症例を経験したので報告する。症例は40代女性。既往はアスピリン喘息、慢性副鼻腔炎、好酸球増多症。冷汗を伴う胸痛を自覚し当院搬送となった。ST上昇発作を認め、緊急冠動脈造影検査を施行した。右冠動脈に多発性の狭窄を認めたが、ニコランジル、硝酸薬の冠動脈注入で狭窄は消失した。末梢血で好酸球増多を認め、アレルギー疾患に伴う冠攣縮性狭心症を疑いベタメタゾンを投与したところ、好酸球正常化に伴い胸痛は消失した。既往と臨床経過よりCSSと診断した。現在、ベタメタゾン内服で症状再燃なく経過している。

多量の不安定プラークに対し、強力な脂質低下療法で短期間にプラーク退縮をみたAMIの1例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○神 雄一朗、鈴木 智人、谷川 俊了、金澤 正晴

症例は51歳男性。高血圧症、高尿酸血症で近医通院中。早朝、突然の胸痛で発症した。緊急冠動脈造影で、右冠動脈 #4AV末梢に高度狭窄を認めた。IVUSを施行したところ、#2-#3-#4AVにかけて多量の不安定プラークを認めた。一部プラークラプチャーした部分があり、ここから末梢塞栓をきたしていた。血栓吸引で再灌流を得た。プラーク量が多量であることと、血管径自体が5mm以上であることから、ステント留置はせず、強力な脂質低下療法で治療することとした。ロスバスタチンとエゼチミブによりLDL値を50mg/dl以下まで低下させた。2週間後の冠動脈造影では、冠動脈壁が安定してきており、プラークが安定したと考えられた。強力な脂質低下療法により、短期間で不安定プラークの退縮を認めた症例であり報告する。

孤立性総腸骨動脈瘤に対しカバードステントによる血管内治療を施行した一例

仙台厚生病院 循環器科

○伊澤 毅、鈴木 健之、田中綾紀子、増田新一郎、  
笹井 宣任、三宅 弘恭、堀江 和紀、槇田 俊生、  
武蔵 美保、上村 直、櫻井 美恵、多田 憲生、  
森 俊平、本多 卓、大友 潔、滝澤 要、  
大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

症例は79歳男性。Fontain2b度の間欠性跛行で来院。血管造影で右総腸骨動脈の有意狭窄と動脈瘤、左総腸骨動脈の有意狭窄と左浅大腿動脈の慢性閉塞を認めた。右総腸骨動脈の狭窄は瘤近位端に存在し、瘤遠位端と内腸骨動脈分岐とは15mm離れていた。最初に右総腸骨動脈と左総腸骨動脈を治療した。右大腿動脈から7Fr Flexor®でクロスオーバーし、左総腸骨動脈の狭窄を前拡張後しExpress Vascular® 8.0×27mmを留置。次にRx-Genity® 7×20mmで右総腸骨動脈の狭窄を前拡張した後、V12 covered stent® 9×20mmを狭窄部と瘤を覆いかつ内腸骨動脈分岐にかけられない様に留置。留置直後は造影剤が瘤に流入していたが、SHIDEN OTW® 9×20mmで後拡張後、血管に密着し瘤への血流は消失した。1カ月後のエコーでは瘤への血流は消失したままである。

## 重症肺血栓栓塞症(PE)に対する治療成績と外科的治療の予後

弘前大学 胸部心臓血管外科

○渡辺 健一、谷口 哲、福田 幾夫

【はじめに】 亜広範型以上のPEの死亡率は15%以上と改善の余地が大きい。

【対象】 2003年から2012年6月に当院で加療したVTE 247例中、亜広範型以上の重症PE 57例の治療と外科的治療の予後を検討した。

【結果】 平均年齢60.4±17.5歳、男性/女性22/35例。PEの重症度は亜広範型27例、広範型26例、循環虚脱4例。発症リスクは術後13例、妊娠3例、外傷8例、悪性腫瘍6例、膠原病8例。治療はPCPS導入7例、外科的治療16例、線溶療法14例。治療別死亡率は外科的治療1/16例(6.3%)、線溶療法0%、血管内治療1/1(100%)、抗凝固のみ1/28(3.6%)、発症時CPA4例。外科的治療は妊婦3/3例、胎児2/3例を救命、遠隔期再発、肺高血圧は認めなかった。

【結論】 迅速な確定診断のもと、PCPSを含む早期循環補助と外科手術を組み合わせることで成績改善が期待される。

## 下部共通路を有する房室結節回帰性頻拍と房室回帰性頻拍が混在した1例

岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○肥田 親彦、小松 隆、佐藤 嘉洋、小澤 真人、  
梶田 房紀、中村 元行

症例は30代、男性。主訴は動悸発作。初発は小学校2年生で、発作が頻回となり根治治療を希望して入院。臨床心臓電気生理学的検査ではHis束心房波と右室自由壁側心房波を最早期とする2種類の室房伝導を認め、心房早期刺激法では房室結節2重伝導路の存在も示唆された。心房頻回刺激で再現性を持って右室自由壁側心房波を逆行性最早期とする心拍数160前後のNarrow QRS頻拍が誘発されたが、心室単発早期刺激により、逆行性心房内最早期部位がHis束心房波へ変化し房室伝導比2:1のNarrow QRS頻拍へと移行した。下部共通路を有する房室結節回帰性頻拍と房室回帰性頻拍が混在した比較的稀な症例と考えられ、文献学的考察を加えて報告する。

## 心房中隔穿刺の直後にST上昇を経て心室細動を合併した一例

<sup>1</sup>山形大学 第一内科、  
<sup>2</sup>篠田総合病院 循環器内科、  
<sup>3</sup>青山医院 循環器内科

○石垣 大輔<sup>1</sup>、有本 貴範<sup>1</sup>、沓沢 大輔<sup>1</sup>、屋代 祥典<sup>1</sup>、  
高橋 大<sup>1</sup>、穴戸 哲郎<sup>1</sup>、宮下 武彦<sup>1</sup>、宮本 卓也<sup>1</sup>、  
二藤部丈司<sup>2</sup>、青山 浩<sup>3</sup>、渡邊 哲<sup>1</sup>、久保田 功<sup>1</sup>

心房中隔穿刺に伴うST上昇についての報告は散見されるが、心室細動を合併した報告はない。症例は47歳、男性。薬剤抵抗性心房細動のためカテーテルアブレーションを予定し、Brockenbrough法により左房アブレーションを行った。心房中隔穿刺に続いてシースを挿入した直後、前胸部痛に伴ってII・III・aVF誘導のST上昇が出現し、心室頻拍を経て心室細動に変化した。直ちに電氣的除細動を行い洞調律に回復したが、ST上昇は継続した。冠動脈造影上冠動脈の攣縮や塞栓を認めなかった。硝酸イソソルビドを冠注後、前胸部痛とST上昇は回復した。肺静脈隔離術は通常通り成功できた。術後よりベニジピンと硝酸イソソルビドを開始し、経過中前胸部痛や心電図変化を認めなかった。術後15ヶ月が経過したが、心房細動はなく、全ての薬剤を中止し経過良好である。

## 腎静脈血栓症の一例

山形県立中央病院 内科

○山田 尚弘、木下 大資、田中 修平、菊池 順裕、  
橋本 直土、山内 毅、菊地 翼、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37歳、男性。既往歴に特記すべきものなし。8月中旬より左側腹部痛が出現し、徐々に疼痛が増悪したため9月に当院を受診された。血尿と軽度血清Cr上昇、腹部エコーで左腎の腫大を認めた。造影CTを施行したところ、左腎静脈一下大静脈分岐部に血栓を認めた。肺動脈や深部静脈に血栓は認めなかった。腎静脈血栓症と診断し即日入院となり、抗凝固療法を開始した。血栓は順調に縮小し、抗凝固療法を継続し退院となった。原因精査の結果、抗カルジオリピンβ2GPI、抗カルジオリピン抗体ともに高値であり、抗リン脂質抗体症候群が疑われた。腎静脈血栓症を契機に抗リン脂質抗体症候群が診断された報告は少なく、稀な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

## フレカイニド中毒により心室及び心房のペーシング閾値が上昇した一例

山形県立新庄病院

○坂下 徳、奥山 英伸、結城 孝一、廣野 撰

症例は87歳女性。X年前、高度房室ブロックに対し、恒久的ペースメーカー植込み術を施行、以降近医通院中。Y年6月、全身倦怠感を訴え受診した。心電図上、心拍数30/分とペースメーカー機能不全を認めた。緊急一時ペースメーカー留置を行った。その際、ペースメーカーの閾値の上昇を認めたが、胸部レントゲン上、リードの位置異常なく、電解質に異常認めず、原因としてフレカイニド中毒が考えられた。入院後フレカイニドを中止し、点滴加療した。連日ペースメーカーの閾値を測定し、心房、心室内、共に閾値の改善を認め、10日程度で閾値は正常化した。入院時の血中フレカイニド濃度は、異常高値であり、中止10日後の血中フレカイニド濃度正常化を示した。フレカイニド中毒の報告は稀であるため、文献的考察を交えて報告する。

## CARTO sound下で後乳頭筋に拡張期電位が記録されたペラバミル感受性特異性心室頻拍の一例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 英二、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦、  
三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和、櫻本万治郎、  
中川 孝、小松 寿里、後藤 礼美

34歳男性。14年前、心臓電気生理検査にてペラバミル感受性特異性心室頻拍(ILVT)と診断されていたが、動悸発作が頻回となりカテーテルアブレーションを施行した。左室心尖部からの心室刺激により頻拍周期370msのILVTが誘発された。ILVT中のCARTO mappingでは拡張期電位(P1)が記録され、P1はCARTO soundにて後乳頭筋(PPM)上をPPM尖部側からPPM基部側方向へ伝播する所見を認めた。P1が記録されるPPM尖部側にて通電を行い、通電開始直後にP1-V波間のブロックを伴い頻拍は停止した。しかしその後ILVTは再発し、最終的にカテーテルの固定が比較的良好なPPM基部側における通電により根治が得られた。ILVTのP1電位がCARTO sound上でPPM上に記録され、ILVTとPPMの関与が強く示唆された一例を報告する。

肺静脈内の細動が持続し肺静脈隔離に難渋した持続性心房細動の1例

<sup>1</sup>秋田県成人病医療センター、

<sup>2</sup>秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○寺田 健<sup>1</sup>、阿部 芳久<sup>1</sup>、田代 晴生<sup>1</sup>、寺田 茂則<sup>1</sup>、  
佐藤 匡也<sup>1</sup>、門脇 謙<sup>1</sup>、田村 善一<sup>2</sup>、小山 崇<sup>2</sup>、  
伊藤 宏<sup>2</sup>

65才男性。抗不整脈薬抵抗性で約2年間心房細動が持続したため紹介となる。Cardioversionで洞調律に復したため高周波カテテルアブレーション目的に入院。心房細動中に拡大肺静脈隔離を行った。左肺静脈は隔離できず心房細動持続。右肺静脈は隔離できたが心房細動が持続。Cardioversionでは洞調律に戻らず、左肺静脈carinaの追加通電をしたが心房細動持続。2回目のcardioversionで洞調律に復したが左肺静脈内は細動が持続していた。肺静脈-左房の伝導ブロックができた。10分後に再伝導がみられ期外収縮が頻発するようになったため焼灼ラインの心房側をマッピング。左房最早期興奮部位を天井に認め同部位の通電で期外収縮は消失し洞調律を維持できた。1時間待ってISP負荷でも洞調律を維持し肺静脈内細動が持続したまま手技を終了した。

ホルター心電図で多彩な心電図波形を呈した非通常型房室結節リエントリー性頻拍の一例

仙台市立病院 循環器内科

○後藤 礼美、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦、  
山科 順裕、佐藤 弘和、三引 義明、中川 孝

症例は59才男性、動悸を主訴に近医を受診、ホルター心電図ではnarrow QRS、右脚ブロック、左脚ブロック、2:1の房室ブロックを伴うregular tachycardiaがみられ、頻拍レートはほぼ同一であった。電気生理学的検査(EP)で逆行性室房伝導の最早期興奮部位は冠静脈洞と三尖弁輪間にあり、para-His pacingなどによりslow pathway伝導と考えられた。頻拍はlong RP' 頻拍を呈し、II、III、aVFで深いP'を示す頻拍で、Hisが不応期の時の心室刺激でリセット現象はみられず。EP中にnarrow QRS頻拍、右脚ブロック型頻拍、2:1伝導の頻拍が単発心室刺激で1:1に移行する現象が観察された。非通常型房室結節リエントリーと診断し、classic slow pathwayアブレーションを行い室房ブロックとなり頻拍は消失。多彩な心電図波形がEP中に再現された症例を報告する。

ファロー四徴症術後に生じた広範囲な低電位領域が関与した非通常型心房粗動の一例

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、佐竹 洋之、下川 宏明

症例は16歳男性。2歳11か月時にファロー四徴症に対し根治術が施行された。平成24年3月の定期受診で非通常型心房粗動を指摘され当科紹介となった。入院時は洞調律。CARTO systemを用い右房のsubstrate mapを作成。右房拡大をみとめ、後壁・分界後(CT)の中部から下部にかけて広範囲な低電位領域をみとめた。プログラム刺激でcycle length(CL) 230msの心房粗動が誘発。activation mapではCLを満たすことができず、post pacing interval (PPI)はSVC周囲で一致、こちらを巡回する回路が想定された。PPIが一致する部位への通電でCLが延長。最終的にCT中部で約140msの波高の小さいfragment potentialをみとめ、同部位への通電で頻拍は停止した。広範囲な低電位領域が関与し、頻拍回路の同定に難渋した症例を経験した。

AVNRTに対する通電で誘発されなくなったATP感受性房室結節近傍起源心房頻拍の一例

岩手県立胆沢病院

○八木 卓也、平野 道基、小野瀬剛生、野崎 哲司、  
中川 誠

【症例】 57歳、女性。

【主訴】 動悸。

【既往歴】 左房粘液腫の術後。

【現病歴】 15年ほど前より頻拍発作を自覚していたが、薬物治療にも抵抗性であったためEPSを施行した。

【経過】 頻拍を誘発したところ、2種類の頻拍が誘発された。頻拍1は、jump upに引き続き誘発され、AVNRTと診断した。頻拍2は、jump upなしに誘発され、最早期興奮部位は冠静脈洞の上部の中隔であった。しかし、頻拍中の心内電位のsequence、EnSiteを用いたactivation mapでは、明らかにAVNRTとは異なっていた。ATP 5mgの静注で停止したことより、ATP感受性房室結節近傍起源心房頻拍と診断した。AVNRTに対するアブレーションを行ったところ、両頻拍とも誘発されなくなり、slow pathwayの近傍にATP感受性房室結節近傍起源心房頻拍の起源が存在したものと考えられた。

ペースメーカー植込み後にたこつぼ型心筋症を発症し心室リードの閾値上昇を認めた完全房室ブロックの一例

仙台市立病院 循環器内科

○岩崎 夢大、八木 哲夫、滑川 明男、石田 明彦、  
三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和、櫻本万治郎、  
中川 孝、佐藤 英二、小松 寿里、後藤 礼美

85歳女性。胸苦、ふらつきを主訴に当院受診。心電図にて完全房室ブロックを認め、永久ペースメーカー(PM)植込み術を施行した。術後3日目、胸苦の訴えあり、心エコー検査にて心尖部の壁運動低下を認め冠動脈造影を施行した。冠動脈に有意狭窄を認めず、左心室造影にて心尖部の無収縮、心基部の過収縮を認め、たこつぼ型心筋症の診断となった。同日のPMチェックにて右心室中隔に留置した心室リードのペーシング閾値が、植込時0.75V/0.4msから1.75V/0.4msに悪化を認めた。壁運動異常は徐々に回復したが、心室リードの閾値は改善せず経過した。術後45日目、心エコー検査にて壁運動は正常に回復したが、ペーシング閾値は2.75V/1.0msにさらに悪化を認めた。たこつぼ型心筋症による心室リードペーシング閾値への影響が示唆され報告する。

Electrical Stormにablationによる加療が有効であった心室頻拍の2症例

<sup>1</sup>太田総合病院附属太田西ノ内病院、

<sup>2</sup>福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○野寺 穰<sup>1</sup>、武田 寛人<sup>1</sup>、金澤 晃子<sup>1</sup>、石田 悟朗<sup>1</sup>、  
遠藤 教子<sup>1</sup>、武田 禎規<sup>1</sup>、新妻 健夫<sup>1</sup>、小松 宣夫<sup>1</sup>、  
山本 晃裕<sup>1</sup>、高橋 皇基<sup>1</sup>、丹治 雅博<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>2</sup>

症例1は81歳男性。2010年8月VT、心筋症のためICDの植込術を施行。2012年9月ICDの頻回作動を自覚し入院。12誘導モニターにてRBBB下方軸、LBBB下方軸のVTを認めた。頻拍はISP負荷の高頻度ペーシングにて誘発され、4種類のVTを認めた。頻拍中の最早期興奮部位の通電で2種類は消失したが、他の2種類は心外膜側起源と考えられた。症例2は74歳男性。2010年12月、下壁梗塞、VTのため入院し、ICD植込術施行。2012年8月、眩暈発作があり、ICD頻回作動を認め入院。12誘導モニターにてRBBB上方軸のVTを認めた。頻拍はPESにて誘発され、下壁を巡回するfigure 8のactivation mapが得られ、通電にて頻拍は停止し誘発不能となった。両者ともICDの頻回作動は消失した。

49

ICD埋め込み7年後に心室細動を発症した無症候性ブルガダ症候群の一例

東北大学 循環器内科学

○高橋 忠久、福田 浩二、若山 裕司、中野 誠、  
近藤 正輝、川名 暁子、長谷部雄飛、佐竹 洋之、  
下川 宏明

症例は47歳男性。叔父が25歳で突然死。2005年健診にてブルガダ型Type 1 ECGを指摘され当科紹介となった。同年8月EPS施行、VFが誘発された。サンリズム負荷試験は陽性であった。無症候性ブルガダ症候群と診断、一次予防目的にICD埋め込み術を施行した。以後、ICDの作動なく経過していた。2012年7月、就寝中にICD作動を自覚したため7月31日当科受診。ICDチェックで7月11から14日にかけてVFに対し計8回のICD適正作動があった。また電池残量の低下をみとめたため準緊急入院とした。ペブニコール内服を開始したところVFの再発なし。ICD交換術施行し退院となった。無症候性ブルガダ症候群に対しICD埋め込み術を行い、7年後に初回適切作動した一例を経験した。

51

拡張型心筋症に伴う心室頻拍に対し冠静脈内からのアブレーションが有効だった1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○神山 美之、鈴木 均、山田 慎哉、中里 和彦、  
斎藤 修一、竹石 恭知

症例は60歳代、男性。拡張型心筋症にて当科加療中であったが、平成23年に心室頻拍(VT)出現し入院となった。VTの起源は右室流出路であり、アブレーションにより軽快したが、低心機能であったことからICDを植え込み退院とした。しかし動悸と遠隔モニタリングにてVTに対するICDの作動を認めたため、平成24年に再入院となった。マッピングを施行したところ、頻発するVTの最早期興奮部位は冠静脈洞から挿入した電極カテテルから得られた左室前側壁基部で心外膜起源と考えられた。ペースマップも一致したため、冠動脈の走行に注意しながら慎重に通電を行ったところ、頻回に出現していたVTは消失し、以後誘発不能となった。心外膜起源VTに対して冠静脈からのアブレーションが有効であった1例を経験したので報告する。

53

イソプロテレノール負荷がdriver同定に有用であった上大静脈起源発作性心房細動の1例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

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

症例は50歳男性。H18年初発の発作性心房細動(PAF)にH23年2月肺静脈隔離術(PVI)を行った。右上肺静脈(RSPV)通電中に心房細動(AF)となり持続。RSPV通電中に洞調律となるも、RSPV内は細動波が持続した。右carina通電中にRSPV内の細動波も停止した。初回PVI後15カ月目でPAFが再発。H24年8月再PVIを行った。全肺静脈の両方向性ブロックを確認後、イソプロテレノール(ISP)負荷を開始したところ、上大静脈(SVC)起源のPAFが誘発された。SVC通電中に洞調律となるも、SVC内は細動波が持続。SVC内の細動波を連続的に周波数解析したところ最大5.73Hzであった。ISP負荷中にも関わらず、そのDominant frequency(DF)値は前回RSPV内で記録された7.87Hzより低値であった。SVC起源の同定には、DF値が高い肺静脈を隔離した後にISP負荷を行うことが重要である。

50

解剖学的位置関係を利用し、右心、左心双方からの治療が奏功したPVC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、モハメド アブデルシャフィー、  
下川 宏明

症例は58歳女性。心エコー上、器質的心疾患を認めない。脈不整の自覚あり、ホルター心電図で24808/日とPVC多発を認め、薬物療法無効にてRFCAの方針となった。PVCは下方軸、左脚ブロック型、移行帯はV3。右室流出路後壁でpacemapが近似する部位を認めたが、早期性は認めず。大動脈右冠尖の前壁上方でPVCに対し20msecの早期性を有する部位を認め、同部位で良好なpacemapを得たが、通電施行するも無効。再度右室流出路にて、PVCに先行する電位は認めなかったが、大動脈右冠尖の対面に位置する右室流出路後壁での通電でPVCのaccelerationを認め、以後PVCを認めず。解剖学的位置関係を利用し、右心、左心双方からの通電が奏功したと考えられるPVCの一例を経験した。

52

アンカロンの長期内服により甲状腺機能亢進症をきたした肥大型心筋症の一例

岩手県立胆沢病院

○八木 卓也、平野 道基、小野瀬剛生、野崎 哲司、  
中川 誠

【症例】 50代、男性。

【主訴】 体重減少

【現病歴】 8年前より肥大型心筋症として外来通院中。経過中持続性心室頻拍を認め、アミオダロンを内服中であった。平成24年、体重減少を主訴に来院した。T3 16.48pg/ml、T4 6.00ng/dl以上、TSH 0.01μU/ml以下と甲状腺機能亢進の状態であり入院とした。甲状腺エコーでは血流の増加はなく、TSH刺激性レセプター抗体157%、抗サイログロブリン抗体 17 IU/mlであり、アミオダロンによる破壊性甲状腺炎と診断した。

【経過】 アミオダロン中止により非持続性心室頻拍が出現し、心房細動にもなったため、ソタロールの投与を開始した上で植込み型除細動器を植え込んだ。甲状腺機能は、ステロイドの投与はせずに経過を見たが、約3か月の経過で正常化した。

54

アミオダロン内服中に甲状腺中毒症を呈した2例

日本海総合病院 循環器内科

○齋藤 博樹、豊島 拓、高橋 徹也、桐林 伸幸、  
近江 晃樹、金子 一善、菅原 重生

アミオダロンは致死的心室性不整脈や心房細動などの治療・予防にしばしば使用される抗不整脈薬である。しかし肺毒性や甲状腺毒性などが知られており、アミオダロンは37%のヨードを含有し、そのため甲状腺に対し多彩な影響を及ぼす。甲状腺機能低下症はしばしばみられるのに対し機能亢進症(アミオダロン誘発性甲状腺中毒症: Amiodarone induced thyrotoxicosis: AIT)は比較的まれとされ、その発症型、背景にてI型、II型に分類され病態・治療にいくつかの差異がある。またアミオダロンは長い半減期を有し、治療においてその継続・中止について議論がある。今回我々はアミオダロン内服中に甲状腺中毒症を呈した2症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

## 当院における感染性心内膜炎29症例の検討

宮城厚生協会 坂総合病院 循環器科

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

【目的】 1970年代以降の感染性心内膜炎の疫学をまとめた文献によれば、過去数十年の間、有病率だけでなく、治療成績も変化が少ないと報告されている。当院における起炎菌や患者層の変化などを評価するため、10年間の症例を検討した。

【対象】 期間は2002/4月～2012/8月までの約10年間とした。対象は、対象期間に当院で診断、加療を要した29症例とした。

【結果】 男女比は1.9:1、平均年齢は68±20歳となり、70代以上が約60%を占めた。起炎菌としては、S.aureusの頻度が最も多かった。

【考察】 これまでも報告されていたように、起炎菌はS.aureus優位に変化してきている事が明らかとなった。また、高齢者が多く、死亡率は文献的なものに比べると高かった。今後は本邦全体で、同様の欧米化の傾向が進んでくるものと予想される。

## ICDリードの導線露出に加え、感染性心内膜炎を合併し、リード抜去に至った一例

石巻赤十字病院 循環器内科

○熊谷 遊、玉淵 智昭、橋本 直明、禰津 俊介、  
小山 容、祐川 博康

最近S社製RIATA ICDリードの内部を通る導線が絶縁被覆の外に飛び出し、問題となっている。リード破損はRVリードのインピーダンス変化や閾値上昇で発見される。今回、同リードの導線露出に感染性心内膜炎を合併し、リード抜去に至った症例を経験したため報告する。患者は33歳男性。Brugada症候群・心室細動の診断でICDを植え込まれた。2012年1月・7月とRVリードの閾値が上昇し、胸部X線写真で導線露出を認めたが、その後ICDジェネレーターの一部が皮膚から露出したため緊急でジェネレーター交換術を施行した。血液培養でMSSAが陽性となり経食道心エコーで右房内ICDリードに疣贅を認め、感染性心内膜炎が疑われた。抗生剤治療の後、開胸でリード抜去術を施行。RIATAリード問題について現在までの報告を踏まえ考察する。

## 重症大動脈弁狭窄症に対して順行性経皮的動脈弁形成術を施行した一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○中村 裕一、国井 浩行、益田 淳朗、及川 雅啓、  
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は高血圧・慢性腎不全の既往のある80歳代男性。咳嗽と下腿浮腫を主訴に近医を受診し心不全の診断で前医入院となった。心エコー上弁口面積0.81cm<sup>2</sup>、最大圧較差62mmHgの重度大動脈弁狭窄症を認めた。薬剤投与では心不全軽快せず当科へ紹介。大動脈弁狭窄症に対する介入が必要であったが、大動脈弁置換術の高リスク群であり経皮的動脈弁形成術(PTAV)の方針となった。大腿静脈から経心房中隔的に大動脈弁まで順行性にイノウエバルーンカテーテルを進め、大動脈弁を拡張した。術後弁口面積は1.23cm<sup>2</sup>、最大圧較差は10mmHgに改善した。退院後は自覚症状無く経過している。順行性PTAVは逆行性アプローチに比し術後成績・合併症発症率の面で優れている報告がある。今回順行性アプローチにて術後経過が良好な症例を経験したため報告する。

## 三尖弁の贅腫と多発性空洞性肺病変を伴う感染性心内膜炎(IE)を発症したアトピー性皮膚炎の若年男性の一例

岩手県立中部病院 循環器内科

○土岐 祐介、芳沢 礼佑、織笠 俊樹、盛川 宗孝、  
齊藤 秀典、八子多賀志

33歳男性。アトピー性皮膚炎からカボジ水痘様発疹を繰り返していた。その他IEのリスクとなる既往歴や家族歴はなし。平成24年4月下旬から37～40度の発熱が持続していた。近医での内服治療に奏功せず、5月上旬に当院総合診療科を受診した。血液培養検査でMSSAを認め、敗血症の診断で入院した。呼吸困難は認めなかったが、胸部CT検査で両側肺野に炎症性浸潤を伴う多発性空洞病変と心エコー図検査で三尖弁に可動性のあるhigh echoを認めたため当科に転科した。CEZとGMで治療開始し、肺病変は徐々に改善し、三尖弁の贅腫も縮小傾向を認めた。手術検討目的で6月上旬に転院したが、抗菌薬投与によりIEは鎮静化したため退院となった。今回我々は敗血症性肺塞栓症を伴う三尖弁のみに贅腫を認めたIEを経験したため報告する。

## アトピー性皮膚炎から発症した心室中隔欠損閉鎖パッチ部に付着する疣贅を認めた感染性心内膜炎の一例

仙台厚生病院 循環器内科

○井筒 大人、増田新一郎、田中綾紀子、笹井 宣任、  
三宅 弘恭、伊澤 毅、榎田 俊生、上村 直、  
櫻井 美恵、多田 憲生、森 俊平、鈴木 健之、  
本多 卓、大友 潔、滝澤 要、大友 達志、  
井上 直人、阿部 和男、畑 正樹、柳沼 厳弥、  
目黒泰一郎

症例は21歳男性、7歳時に弁下部心室中隔欠損症でパッチ閉鎖術の既往。アトピー性皮膚炎にて治療を行っていた。1週間前から発熱、全身倦怠感を認め前医を受診した。心エコーにて大動脈弁に疣贅を認め感染性心内膜炎が疑われ当院へ紹介受診した。血液培養よりStaphylococcus aureusが検出された。エコーでは大動脈弁逆流は少量だが、右冠尖に付着する疣贅を認めた。造影CTにて脾臓に梗塞巣、頭部MRIにて微小梗塞の散在が認められた。外科的加療を施行したところ、疣贅は心室中隔欠損のパッチ部に付着し大動脈弁部まで進展していたが、大動脈弁自体には炎症所見は認めなかった。感染源はアトピー性皮膚炎が疑われ希少な感染性心内膜炎として病理所見と併せて報告する。

## 原因不明な僧帽弁尖の間欠的接合不全により急性左心不全を呈した一例

<sup>1</sup>太田総合病院附属太田西ノ内病院、<sup>2</sup>福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座○金澤 晃子<sup>1</sup>、武田 寛人<sup>1</sup>、野寺 穰<sup>1</sup>、石田 悟朗<sup>1</sup>、  
遠藤 教子<sup>1</sup>、武田 禎規<sup>1</sup>、新妻 健夫<sup>1</sup>、小松 宣夫<sup>1</sup>、  
山本 晃裕<sup>1</sup>、高橋 皇基<sup>1</sup>、丹治 雅博<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>2</sup>

症例は60代男性。数年前より意識消失を3回認めていたが、原因は不明であった。増悪する呼吸苦症状あり当科を受診。平成24年5月より中等度の僧帽弁逆流・慢性心不全の診断で内服加療を開始した。しかし心不全の増悪傾向があり9月にTEEを施行したところ、僧帽弁は数分間隔で心周期によらず離開と接合を繰り返し、離開時に著明なMR増加と左室の過収縮・心拍数増加・後乳頭筋の可動性低下を認めた。入院後のCAGでは有意狭窄を認めなかったが、同検査中より著明な血圧低下を呈した。持続する僧帽弁の離開を認め、血行動態が不安定となりIABPを挿入したが、挿入後も血行動態の維持が困難であった為、緊急でMVRを施行した。手術所見では形態的な異常はなく、前尖中央に後乳頭筋より短い腱索が多く付着している程度であった。

61

Quadracuspid aortic valve with four equal cuspsの1例

栗原市立 栗原中央病院

○千葉 貴彦、赤井 健次郎、小松 誠司

【症例】 62歳 男性

【主訴】 易疲労感

【既往歴】 特記事項なし

【生活歴】 喫煙歴あり(20本/日を30年)

【現病歴】 平成19年頃から徐々に易疲労感を自覚するようになった。平成23年11月の健診で心電図異常を指摘され、平成24年2月に当科外来を受診。経胸壁心臓超音波検査では弁尖数が不明であり、手術適応と考えられる重度の大動脈弁閉鎖不全症を認めため、術前精査目的に入院となった。

【経過】 入院後に施行した心臓カテーテル検査ではSeller分類3度の大動脈弁逆流に加え、大動脈の四尖弁構造が疑われた。経食道心臓超音波検査では、短軸像でほぼ同じ大きさの4つの弁尖を認めた。

【まとめ】 今回Quadracuspid aortic valve with four equal cuspsの1例を経験した。後日施行された手術所見と合わせて、若干の文献的考察を加えて報告する。

63

上行大動脈の拡大、屈曲と卵円孔開存が原因のPlatypnea-Orthodeoxia Syndromeに経皮的閉鎖術を施行した一例

仙台厚生病院

○富樫 大輔、多田 憲生、滝澤 要、桜井 美恵、大友 達志、大友 潔、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、笹井 宣任、増田新一郎、加畑 充、水谷有克子、井筒 大人、田中綾紀子

87歳、女性。主訴は座位での呼吸苦。脳梗塞を発症し他院にて保存的加療が行われた。入院時より座位にて特異的に呼吸苦を認めた。精査にて卵円孔開存と過延長した上行大動脈の影響で座位になった際、右房から左房へとシャントが生じるPlatypnea-Orthodeoxia Syndromeと考えられ、経皮的閉鎖術目的に当院紹介となった。経食道心エコー検査にて卵円孔開存を認め仰臥位、半座位で発生しなかった右→左シャントを座位にて認めた。経皮的閉鎖術が施行され、心房中隔にAmplatzer閉鎖栓を留置しシャント閉鎖に成功、術後体位変換にてSpO<sub>2</sub>は変化せず退院した。本疾患は珍しいが、QOLを損なう重症疾患である。Amplatzer閉鎖栓は主に心房中隔欠損症に対して用いられるが、本疾患に対しても低侵襲に治療可能である。

65

家族性多発性嚢胞腎に拡張型心筋症を合併した1例

国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科

○澁井 彩、尾上 紀子、尾形 剛、藤田 央、山口 展寛、石塚 豪、田中 光昭、篠崎 毅

症例：64歳女性。既往歴：多発性嚢胞腎、多発性肝嚢胞。家族歴：母、叔父、いとこ、長女が多発性嚢胞腎。経過：平成12年心室性期外収縮精査目的に当院初診。左室は拡大していたが、左室緻密化障害を認めず、EFは正常であった。H23年よりEF低下(48%)を認めた。安静時心電図に変化なく、運動負荷心電図検査も正常であることより拡張型心筋症と診断した。その後もEFは進行性に低下し、平成24年3月頻脈性心房細動と心不全のため入院となる。心房細動に対する充分なrate control下でもEFは25~35%であった。7月に心不全再発のため再入院となる。充分な尿量が得られていたが、持続性心室頻拍と多臓器不全のため9月に死亡した。常染色体優性多発性嚢胞腎に拡張型心筋症が合併したとする報告は未だないため報告する。

62

左室心筋緻密化障害との鑑別が困難であった修正大血管転位症の1例

東北大学 循環器内科学

○大槻 知広、建部 俊介、福本 義弘、杉村 宏一郎、三浦 裕、後岡広太郎、青木 竜男、下川 宏明

【背景】 修正大血管転位症は心房心室及び心室大血管関係が逆転した稀な先天性心疾患である。解剖学的右室が体心室の為、成人期に右室機能低下や三尖弁閉鎖不全から心不全を合併する。一方、その他の合併奇形が無ければ、小児期に診断されないこともある。

【症例】 52歳の男性。生来健康。昨年末に心不全を発症し、前医で加療を行った際、重度の僧帽弁閉鎖不全と著明な肉柱形成から左室心筋緻密化障害が疑われた。本年9月、更なる精査加療の為、当科紹介となった。心エコー上、両房室弁の中隔付着位置や半月弁との関係、左側心室の乳頭筋形態等から修正大血管転位症と診断した。冠動脈造影上、心室冠動脈関係は一致していた。現在、三尖弁置換を検討している。

【結語】 左室心筋緻密化障害が疑われた修正大血管転位症を経験したので報告する。

64

完全房室ブロックを合併したサルコイドーシスの補助診断にFDG-PETが有効であった一例

白河厚生総合病院 第2内科

○佐藤 彰彦、斎藤 富善、泉田 次郎、斎藤 恒儀、前原 和平

症例は65歳女性。労作時息切れを主訴にかかりつけ医を受診。徐脈性不整脈あり当科紹介された。心電図にて完全房室ブロックを認めペースメーカー植え込み術を施行。その後施行した胸部造影CTにて縦隔リンパ節腫大を認めサルコイド心臓病変による房室ブロックを疑い生検を含む精査を行ったがサルコイドを示唆する所見は得られず、(18) F-FDG PETを施行したところ心臓を含む胸腹部、骨盤内リンパ節に異常集積を認めた。サルコイドーシスの診断でPSL30mg/日開始し1か月後の(18) F-FDG PETでは異常集積像が消失し完全房室ブロックも改善した。サルコイドーシス診断への(18) F-FDG PETの有用性は既に報告されており従来の画像検査よりも診断能に優れている可能性が示唆されている。今回FDG-PETが補助診断に有効であった症例を経験したため報告する。

66

たこつぼ型心筋障害様の左室壁運動異常を呈したマムシ咬傷の一例

秋田大学 循環器内科学・呼吸器内科学

○佐藤 和奏、石田 大、木村 俊介、渡邊 博之、伊藤 宏

症例は68歳男性。山歩き中に左第2指をマムシに咬まれ、徐々に左手指から上腕にかけて腫脹し、めまいと冷汗も生じたため受傷13時間後に当院救急外来を受診。諸検査で横紋筋融解と腎機能障害を認めため、緊急入院となった。心電図でI, II, aVL、V3-V6に陰性T波を認めたため入院時に心臓超音波検査を施行。心尖部から乳頭筋レベルまで全周性に無収縮であり、たこつぼ型心筋障害様の左室壁運動異常を呈していた。前腕の横紋筋融解によりCKは最大25,316 IU/Lまで上昇したが保存的加療で改善し、第5病日には心尖部のごく一部を除き左室壁運動異常も認められなくなった。さらに約1か月後には左室収縮は正常化していた。マムシ咬傷によりたこつぼ型心筋障害が生じた報告はこれまでにないため、考察を加えここに報告する。



67

房室結節アブレーションとペースメーカー植込み術を行った閉塞性肥大型心筋症の一例

山形県立中央病院

○山内 毅、福井 昭男、菊池 順裕、田中 修平、橋本 直土、木下 大資、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

症例は50歳代男性、閉塞性肥大型心筋症、発作性心房細動のため外来通院中であった。H24年6月、左側腹部痛のため当院を受診された。来院時の心電図は頻脈性心房細動であり、造影CT検査で左腎梗塞の診断となった。入院後に心不全も合併し、薬物療法後も息切れ等の自覚症状を認めた。rate controlにも難渋し、また左室流出路圧較差も改善しなかった。このため房室結節アブレーションとペースメーカー植込み術を施行したところ、圧較差が改善し、自覚症状も改善した。その後抗不整脈薬を追加し、電気的除細動後に洞調律に復帰した。現在は退院され、外来通院中である。房室結節アブレーションと心尖部ペーシングが圧較差、自覚症状、心房細動のコントロールに有用であった一例を経験したため、考察を加え報告する。

69

鎮痛薬投与後に発症した逆たこつぼ型心筋症の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○菅野 優紀、小林 淳、横川 哲朗、水上 浩行、中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は40歳代の女性。2012年4月、冷汗を伴う心窩部痛が出現した。症状が改善しないため近医を受診し、消化器系の検査を施行されたが明らかな所見を認めなかった。腹部症状に対してペンタゾシンとヒドロキシジンの筋肉注射が行われた直後より激しい胸痛と動悸を自覚し、心電図にて全誘導のST低下を認めた。急性冠症候群が疑われたため当院に救急搬送され、緊急力テーテル検査を施行された。冠動脈造影では有意狭窄なく、アセチルコリン負荷試験は陰性であった。左室造影では基部の壁運動が高度に低下し、心尖部の過収縮が認められ、逆たこつぼ型心筋症の所見であった。翌日の心エコーでは壁運動異常は改善していた。今回、我々は逆たこつぼ型心筋症様を呈した貴重な症例を経験したので報告する。

71

家族歴と臨床所見で疑った女性Fabry病の一例

<sup>1</sup>八戸赤十字病院 循環器内科、

<sup>2</sup>岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科

○安岡 辰雄<sup>1</sup>、後藤 巖<sup>1</sup>、肥田 龍彦<sup>1</sup>、菅原 正磨<sup>1</sup>、佐藤 衛<sup>2</sup>

症例は56歳女性。家族歴として姉二人にペースメーカー加療歴あり。H24年2月頃より胸部不快感等の自覚があり、同年3月に近医を受診した。胸部レントゲン写真でCTR:61%と心拡大を認め、HolterECGでは発作性心房細動と一過性完全房室ブロックの所見がみられた。心精査加療目的で当院紹介となる。心エコー図検査では、全周性に左室の高度肥大所見を認め肥大型心筋症が疑われた。ペースメーカー加療後に、心筋生検も含めた心臓カテーテル検査を施行した。冠動脈に有意狭窄はみられず、心筋病理所見よりFabry病が強く疑われた。α-ガラクトシダーゼ活性低値、遺伝子検査よりFabry病と診断した。Fabry病はX連鎖劣性の遺伝形式に従う疾患で女性患者では比較的稀とされており、文献的考察を加え報告する。

68

診断早期のステロイド治療により多彩な全身所見の改善が得られたサルコイドーシスの一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

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

症例は52歳女性。心疾患の家族歴、失神の既往なし。安静時の呼吸困難を主訴に近医を受診。低心機能 (EF 34%) かつ3枝ブロックを伴った急性うっ血性心不全として当科へと緊急入院となった。入院後、高度房室ブロックによるAdams-Stokes発作を認めた。胸部X線での両側肺門リンパ節腫脹、心筋生検及び皮膚生検で非乾酪性肉芽腫が確認され、ガリウムシンチグラムでの心筋への特徴的集積により心サルコイドーシス (心サ症) の診断を得た。経口ステロイド治療を開始後、速やかに心機能の改善 (EF 48%)、3枝ブロックの消失が認められ、心臓電気生理検査でも房室伝導異常は認められなかった。心疾患の既往のない初発心不全例で、特徴的臨床所見から心サ症の確定診断へと至り、診断後早期のステロイド投与により劇的な治療効果の得られた症例を経験した。

70

Guillain-Barre症候群に合併したたこつぼ型心筋症の一例

仙台厚生病院 循環器内科

○石井 和典、櫻井 美恵、加畑 充、増田新一郎、箴 宣任、三宅 弘恭、伊澤 毅、松本 崇、堀江 和紀、槇田 俊生、武蔵 美保、上村 直、多田 憲生、森 俊平、鈴木 健之、本田 卓、大友 潔、滝澤 要、大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

症例は79歳女性。2012年8月10日から下痢の症状あり。8月24日朝から進行性脱力が出現し前医入院しMRIで脳梗塞は否定された。入院後心肺停止となったが、心肺蘇生開始後まもなく心拍再開した。心電図前胸部誘導でST上昇を認め当科紹介。緊急力テーテル検査施行し、たこつぼ型心筋症と診断。入院時には眼球運動による従命可能で自発呼吸は微弱だが存在し四肢運動、深部腱反射は消失していた。翌日にはJCS200の意識障害、自発呼吸消失。神経所見の急速な進行からGuillain-Barre症候群を疑った。抗GM1IgG抗体陽性、髄液蛋白細胞解離があり、末梢神経伝導検査では高度軸索損傷を認めた。Guillain-Barre症候群に合併したたこつぼ型心筋症について、文献的考察を加えて報告する。

72

心筋に限局するALアミロイドーシスの1例

岩手県立胆沢病院 循環器科

○小野瀬剛生、平野 道基、八木 卓也、野崎 哲司、中川 誠

症例は53歳男性。平成14年より心房細動を指摘され近医通院中であつたが、心エコー図検査で全周性の左室壁運動の低下 (EF 37%) を指摘され、精査目的に当院紹介となった。心筋生検で心筋間および心内膜下に広範囲なコンゴレッドおよびダイロン陽性の複屈折性を呈するアミロイド沈着を認め、AL型アミロイドーシスと診断した。血清M蛋白陰性であり骨髓生検上形質細胞の増加も見られなかったため、原発性アミロイドーシスと考へて他臓器の精査を行ったが心外病変は認められなかった。心臓に限局したALアミロイドーシスという稀な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

## たこつぼ心筋症様の病態を呈した周産期心筋症の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○三浦 俊輔、杉本 浩一、渡邊 俊介、鈴木 聡、坂本 信雄、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は40歳代の女性。妊娠37週時、子宮筋腫合併妊娠にて予定されていた帝王切開術直前に呼吸困難を呈し、当院へ緊急搬送された。全身麻酔下に緊急で帝王切開術を施行されたが、同日術後の胸部X線写真にて肺水腫を認め、心エコー上EF 20%台と著明な壁運動低下を認めたため、周産期心筋症が疑われ、当科へ転科となった。人工呼吸器管理の上、心不全治療を行い、人工呼吸器を離脱できた時点で施行した心エコーではEF 40%台まで回復したが、たこつぼ様の壁運動を呈していた。ACE阻害薬、β遮断薬を導入し、経過に伴い左室壁運動は回復を認めた。周産期のストレスに伴い、たこつぼ心筋症と類似する病態を呈した周産期心筋症の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## 左室壁肥厚に関する敏感な心電図指標について

齋藤病院 内科

○盛田 真樹、白土 邦男

左室肥大(L)は心血管イベント危険因子である。心電図(E)は安価かつ簡便であるが、L診断の感受度は低い。今回L診断におけるE各指標の診断能力を考察した。E及び心エコー(U)を同時施行した130例、平均年齢65歳、男女比1:1.2を対象とした。Eの指標として、Sokolow-Lyon's Voltage (SLV)、RI+SIII、Romhilt-Estes Score、Cornell Voltage-Duration Index、Framingham Criteria、Perugia Score、Delta ST、Delta T、及び上記8指標をカットオフ値で除したものの和をLVH Ratioと名付けた。E各指標はUにおける心室中隔厚、左室後壁厚と弱い相関を示し(相関係数平均[mean r]、それぞれ0.24、0.19)、左室筋重量とは半数が有意な正相関を示した(mean r=0.14)。ROC曲線からは、SLVが最も敏感にLを示した。E各指標は敏感ではないがLをある程度示す。

## 左室拡張障害の悪化が心不全増悪因子と考えられた高齢左室緻密化障害の1例

1医療法人青山医院、

2山形大学 第一内科

○青山 浩<sup>1</sup>、石垣 大輔<sup>2</sup>、沓沢 大輔<sup>2</sup>、田村 晴俊<sup>2</sup>、西山 悟史<sup>2</sup>、有本 貴範<sup>2</sup>、渡邊 哲<sup>2</sup>、久保田 功<sup>2</sup>

【症例】肺水腫を合併した心不全初発の85歳女性。急性期EFは49%で、冠動脈造影は正常、心エコー上左室緻密化障害(ILVNC)と診断された。急性期治療直後のEFは50%で僧帽弁輪部左室流入波形ではE/A 0.91、Deceleration time (DCT)は241msec、E/e'は11.7であった。2D Speckle tracking法でILVNC部位に一致した側壁心尖部から基部においてPeak Systolic Strainの低下を認め、同部でPost Systolic Shorteningが陽性であった。左室壁全体の収縮能を示すGlobal Longitudinal Peak Strain (GLPS)は-16.7%であった。約2年後に心不全増悪を認めた。増悪時のEFは49%、GLPSは-16.5%と収縮能に著変はなかったが、E/A 2.06、DCT 181msec、E/e'は23.7と拡張障害が増悪していた。心不全増悪に左室拡張障害の悪化が関与した高齢ILVNCを経験した。

## アレルギー性肉芽腫性血管炎による好酸球性心筋炎の一例

東北大学 循環器内科学

○桃野 友太、圓谷 隆治、高橋 潤、羽尾 清貴、伊藤 愛剛、白戸 崇、松本 泰治、中山 雅晴、伊藤 健太、下川 宏明

60代女性、高血圧、気管支喘息で内服加療中に蜂窩織炎発症し前医入院。入院加療中に突然の呼吸困難出現、心エコーで左室壁運動のびまん性低下あり。うっ血性心不全が疑われ、心不全治療が開始されるも反応なく当科転院。転院後施行した胸部CTで両肺に非定型の浸潤影を認め、血中好酸球増多、右下肢多発性単神経炎の合併があり、アレルギー性肉芽腫性血管炎と診断。ステロイドパルス治療施行し呼吸状態の速やかな改善を得た。その後の心臓カテテル検査では冠動脈有意狭窄病変なく、心筋生検を行い好酸球性心筋炎と診断した。免疫抑制剤投与により血中好酸球はほぼ消失したが、左室壁運動異常の改善は認められなかった。肺浸潤病変に加え心筋炎を合併したため診断・治療に苦慮したアレルギー性肉芽腫性血管炎の一例を経験したので報告する。

## 原発性副甲状腺機能亢進症に合併した心不全の一例

1東北大学 循環器内科学、

2坂総合病院 循環器科

○高橋 秀徳<sup>1</sup>、青木 竜男<sup>1</sup>、福本 義弘<sup>1</sup>、杉村宏一郎<sup>1</sup>、後岡広太郎<sup>1</sup>、三浦 裕<sup>1</sup>、建部 俊介<sup>1</sup>、山本 沙織<sup>1</sup>、下川 宏明<sup>1</sup>、渋谷 清貴<sup>2</sup>

【症例】47歳女性

【主訴】呼吸困難感

【現病歴】2012年1月、高Ca血症による意識障害で前医搬送。2月、原発性副甲状腺機能亢進症(PHPT)に対し上皮小体切除術施行。リハビリ中心不全発症。心エコーで収縮能低下、CTで左室壁内石灰化を認め、石灰化による拘束性心筋症が疑われ当科紹介。【経過】来院時、起坐呼吸、高血圧(175/100mmHg)、胸部X-p上の肺うっ血を認めた。硝酸薬、Ca拮抗薬、PDEIII阻害薬等で加療開始。第2病日に循環動態把握のためSGカテ挿入。Cl:2.5L/min/m<sup>2</sup>と心拍出量は保たれており利尿剤持続静注追加。第8病日、肺うっ血改善しClも保たれておりSGカテ抜去。第39病日、心臓カテテル検査にてLVEF:58%、Cl:2.7L/min/m<sup>2</sup>、LVEDP:5mmHgと収縮・拡張能共に正常範囲。第47病日、退院。

【結語】PHPTに合併した心不全の症例を経験した。

## 神経性食思不振症の治療中にうっ血性心不全を併発した一症例

1日本海総合病院 循環器内科、

2山形大学 第一内科

○高橋 徹也<sup>1</sup>、近江 晃樹<sup>1</sup>、豊島 拓<sup>1</sup>、齋藤 博樹<sup>1</sup>、桐林 伸幸<sup>1</sup>、金子 一善<sup>1</sup>、菅原 重生<sup>1</sup>、久保田 功<sup>2</sup>

患者は30歳代女性。神経性食思不振症によるるい瘦のため、当院精神科に入院中であった。入院後、血圧の低下と肺野のうっ血を認めたため当科紹介となった。BNP値が3045pg/mlと上昇し、低リン血症をはじめとした高度な電解質異常を認めた。心電図では陰性T波が出現し、心エコーではEF 15%でたこつぼ型心筋症様の左室壁運動異常を認めた。カテコラミン及び少量利尿剤を投与しつつ、電解質の補正をしながら徐々に投与カロリーを増加を図った。その後、電解質は補正され、左室壁運動及び心不全の改善を認めた。低栄養状態にある患者の精神的ストレスや低リン血症などの電解質異常が、たこつぼ型心筋症とrefeeding syndromeに伴う心不全の発症に關与している可能性が示唆されたため、文献的考察を踏まえて報告する。

## 当院における高齢者に対するサムスカ使用経験

岩手県立中央病院

- 佐藤謙二郎、阿部 秋代、加賀谷裕太、神津 克也、  
中嶋 壮太、福井 重文、遠藤 秀晃、高橋 徹、  
中村 明浩、野崎 英二

バソプレシンV2-受容体拮抗薬トリバブタン（サムスカ）は新規利尿剤であるが、高齢者に対する臨床使用実績は未だ少ない。当院において2010年11月1日から2012年9月30日までに心不全を有する高齢者に対して同剤を使用した経験を、用量による効果および安全性の考察を含めて報告する。

## 当院における心肺停止蘇生後低体温療法の検討

平鹿総合病院 循環器内科

- 宇塚 裕紀、深堀 耕平、相澤健太郎、武田 智、  
菅井 義尚、伏見 悦子、高橋 俊明、関口 展代

【背景】 心肺蘇生と救急心血管治療のためのガイドラインにおいて、低体温療法は院外心停止心室細動で心拍再開後昏睡状態にある成人患者に対してClass2aで推奨されており、院内発症例ないし心室細動以外での院外心停止例においても有益である可能性が指摘されている。一方で実臨床における明確な適応、プロトコールは標準化されていない。

【目的】 当科では平成22年9月から平成24年10月までに6例の低体温療法施行例を経験した。その治療成績を報告する。

【方法】 心拍再開後に24時間の34℃を維持するプロトコールのもと、6例に対して低体温療法を施行した。

【結論】 平成24年10月時点で生存3例（神経予後良好は2例）、死亡3例。心肺停止に至った原因は急性心筋梗塞3例、弁膜症術後の心不全2例、QT延長症候群+虚血性心疾患1例であった。