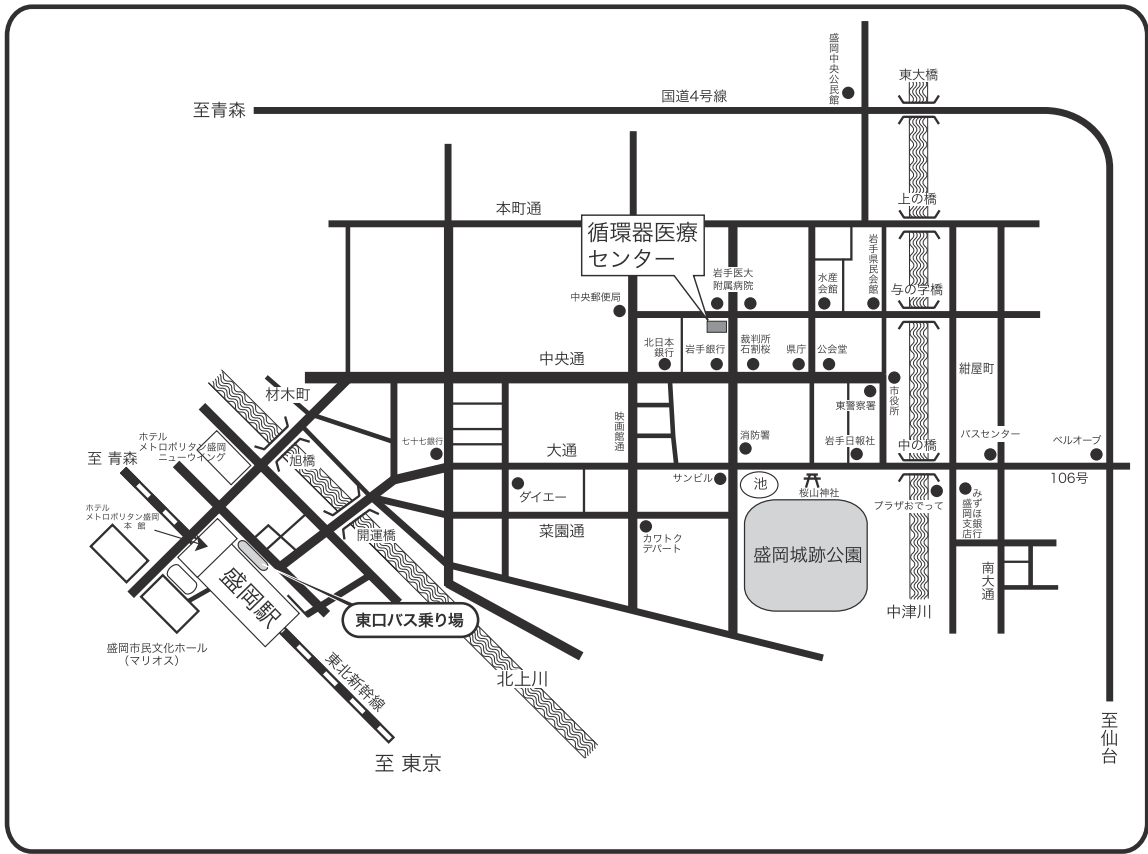
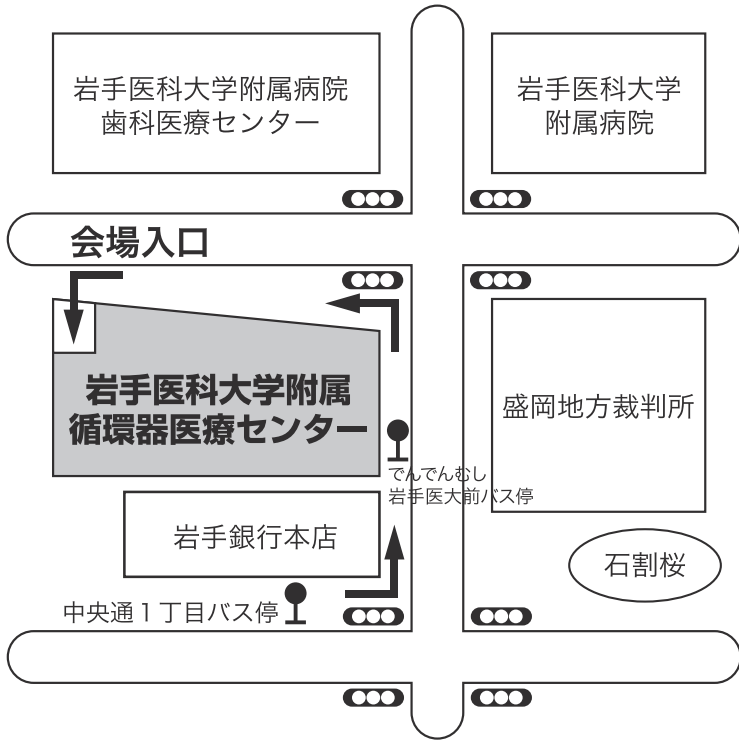


# 会場案内図

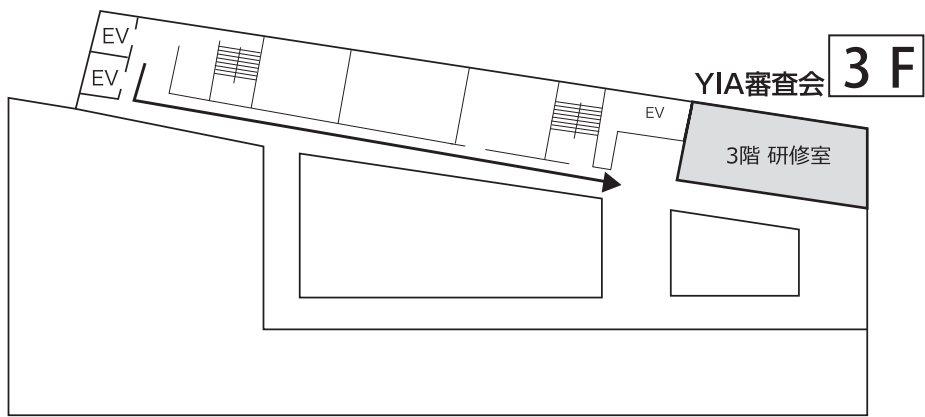
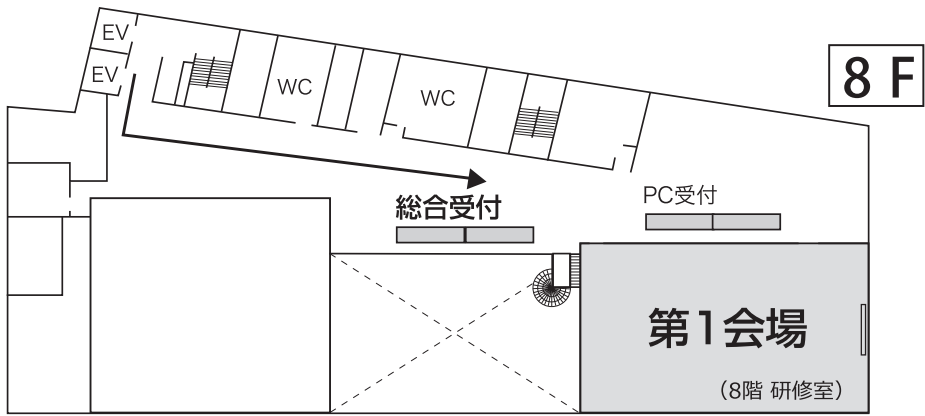
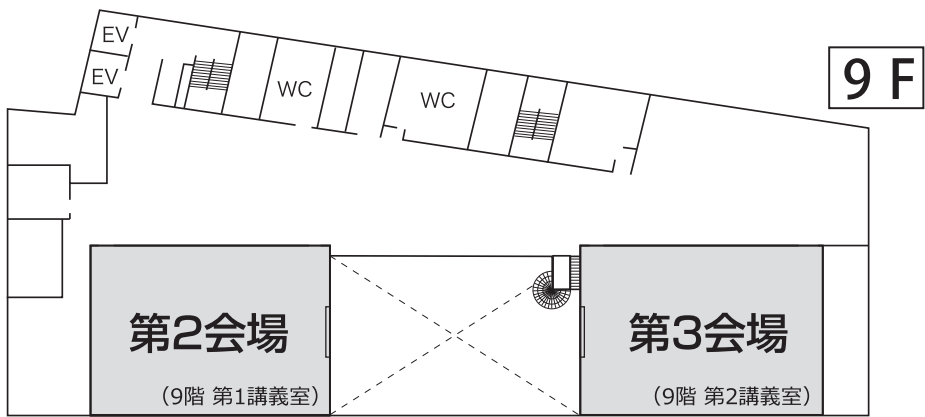
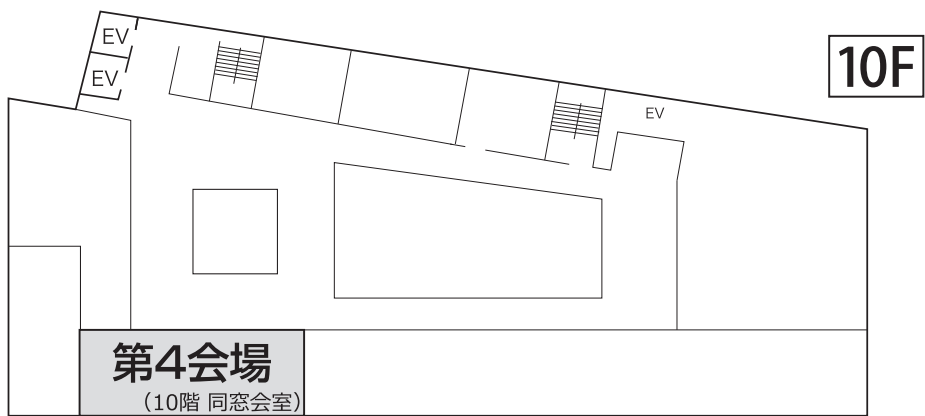


バス 盛岡駅からは東口バス乗り場より⑥番発 「盛岡バスセンター方面」、「中央通一丁目」で下車。  
 所要時間は10分です。  
 ※⑮番発 盛岡都心循環バス「でんでんむし」大人100円 「岩手医大前」下車。



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8階です。

# 会場内案内図



## プログラム（敬称略）

	第1会場 (8F 研修室)	第2会場 (9F 第1講義室)	第3会場 (9F 第2講義室)	第4会場 (10F 同窓会室)	研修室 (3F)
8:00	8:00 受付開始				
8:30	8:25~8:30 開会挨拶 会長:中村 元行 (岩手医科大学)				
9:00	8:30~9:20 YIA症例発表部門 座長 中村 元行 (岩手医科大学)	8:30~9:05 虚血性心疾患Ⅰ 座長 伊藤 智範 (岩手医科大学)	8:30~9:05 不整脈Ⅰ 座長 福田 浩二 (東北大学)		
10:00	9:20~10:10 YIA研究発表部門 座長 中村 元行 (岩手医科大学)	9:05~9:54 虚血性心疾患Ⅱ 座長 野崎 英二 (岩手県立中央病院)	9:05~9:40 不整脈Ⅱ 座長 八木 哲夫 (仙台市立病院)	9:00~9:49 肺循環・その他 座長 斎藤 修一 (福島県立医科大学)	
11:00	10:10~10:59 心筋炎・心筋症 座長 福井 昭男 (山形県立中央病院)	9:54~10:29 虚血性心疾患Ⅲ 座長 伊藤 健太 (東北大学)	9:40~10:15 不整脈Ⅲ 座長 渡辺 哲 (山形大学)	10:00~11:30 DVDセッション 「医療安全・医療倫理に 関する講演会」	10:20~11:00 YIA審査会 集計(10:20~10:40) 審査会(10:40~11:00)
12:00	10:59~11:48 心膜・心臓腫瘍・その他 座長 渡邊 博之 (秋田大学)	10:29~11:11 虚血性心疾患Ⅳ 座長 樋熊 拓末 (弘前大学)	10:15~10:50 不整脈Ⅳ・その他 座長 鈴木 均 (福島県立医科大学)		
13:00	12:00~12:45 総会・YIA受賞式	11:11~11:53 高血圧・脈管・その他 座長 長内 智宏 (弘前大学)	10:50~11:46 弁膜症・心内膜炎 座長 田代 敦 (岩手医科大学)	11:40~11:50 心肺蘇生法普及委員会	
14:00	13:50~14:50 教育セッションⅢ 特別講演 桑島 巖 東京都健康長寿 医療センター 座長 中村 元行 (岩手医科大学)	12:50~13:50 教育セッションⅠ ランチョンセミナー1 阿部 芳久 秋田県成人病医療センター 副センター長 座長 久保田 功 (山形大学)	12:50~13:50 教育セッションⅡ ランチョンセミナー2 山下 武志 公益財団法人 心臓血管研究所 座長 森野 禎浩 (岩手医科大学)		

YIA 症例発表部門（第 1 会場） 8:30 ~ 9:20

座長 中村 元行

1. 不明熱を主訴とした感染性回結腸動脈瘤の診断に PET-CT が有用であった 1 例  
秋田大学 大学院医学系研究科 循環器内科学 ○佐藤 和奏、関 勝仁、眞壁 伸  
寺田 茂則、小山 崇、寺田 豊  
飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏
2. 二次孔心房中隔欠損症に Amplatzer 閉鎖栓で経皮的心房中隔欠損閉鎖術後 5 ヶ月で Erosion  
発症し緊急手術した 1 例  
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 ○遠田 佑介、多田 憲生、櫻井 美恵  
水谷有克子、加畑 充、宮坂 政紀  
箴井 宣任、榎田 俊生、堀江 和紀  
伊澤 毅、上村 直、清水 岳久  
鈴木 健之、本多 卓、大友 潔  
大友 達志、滝澤 要、井上 直人  
目黒泰一郎  
仙台厚生病院 心臓血管センター 心臓血管外科 山谷 一広、畑 正樹
3. 心室中隔起源心室頻拍の治療に難渋したラミン A/C 遺伝子関連家族性拡張型心筋症の一部検例  
東北大学 循環器内科学 ○長谷部雄飛、福田 浩二、中野 誠  
近藤 正輝、佐竹 洋之、平野 道基  
下川 宏明
4. 非虚血性心室瘤を起源とする心室頻拍ストームに対して心室瘤切除術を施行した一例  
弘前大学 医学部 循環器科 ○木村 嘉宏、伊藤 太平、金城 貴彦  
佐々木憲一、木村 正臣、奥村 謙  
弘前大学 医学部 不整脈先進治療学講座 堀内 大輔、佐々木真吾
5. エベロリムス溶出性ステント留置後の慢性期にステント内再狭窄を繰り返した一例  
岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野 ○中島 祥文、伊藤 智範、木村 琢巳  
石川 有、中島 悟史、阪本 亮平  
房崎 哲也、森野 禎浩  
岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野 小松 隆、中村 元行

6. 特発性流出路起源心室性不整脈のQRS波形と起源マップ法との関連について  
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○野寺 穰、金城 貴士、神山 美之  
斎藤 修一、竹石 恭知  
福島県立医科大学 不整脈先端治療学講座 鈴木 均
7. CHADS<sub>2</sub> スコア 0-1 点の発作性心房細動患者における左房 D ダイマーの検討  
山形大学 第一内科 ○橋本 直明、有本 貴範、屋代 祥典  
岩山 忠輝、石垣 大輔、西山 悟史  
高橋 大、穴戸 哲郎、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
8. 冠攣縮性狭心症患者における血漿エイコサペンタエン酸 / アラキドン酸 (EPA/AA) 比の検討  
秋田大学医学部附属病院 ○阿部 起実、飯野 健二、関 勝仁  
真壁 伸、寺田 茂則、小山 崇  
寺田 豊、渡邊 博之、伊藤 宏
9. 慢性心不全患者の予後に及ぼす貧血の影響と左室駆出率の関連—CHART-2 研究からの報告—  
東北大学 循環器内科学 ○山内 毅、坂田 泰彦、後岡広太郎  
三浦 正暢、高田 剛史、但木壮一郎  
牛込 亮一、高橋 潤、下川 宏明  
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏
10. 心不全発症率の長期的変動とその臨床的特徴：岩手県北地域ベースでの研究  
岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌内科 ○本間 美穂、田中 文隆、佐藤 権裕  
高橋 智弘、中村 元行  
岩手医科大学 衛生学公衆衛生学講座 小野田敏行、坂田 清美  
岩手県立二戸病院 酒井 敏彰、西山 理  
岩手県立久慈病院 小野寺正幸、松本 立也

## 第1会場

### 心筋炎・心筋症（10：10～10：59）

座長 福井 昭男

11. 小児期に悪性リンパ腫で化学療法を受けた、30代拡張型心筋症の一例  
寿泉堂総合病院 循環器科 ○山田優里子、鈴木 智人、水上 浩行  
出町 順、金澤 正晴
12. 62歳で診断した心ファブリ病の一例  
大原総合病院 総合臨床研修センター ○吉田 圭佑  
大原総合病院附属大原医療センター 循環器内科 待井 宏文  
大原総合病院 循環器内科 石橋 敏幸
13. 急性心筋炎と急性心筋梗塞の併発が疑われた一例  
岩手県立宮古病院 循環器科 ○大崎 拓也、石曾根武徳、前川 裕子  
田巻 健治
14. 心不全で発症した強皮症心筋症の1例  
東北大学 循環器内科学 ○建部 俊介、杉村宏一郎、後岡広太郎  
三浦 正暢、山本 沙織、下川 宏明
15. A型インフルエンザ感染による心筋炎が疑われた1例  
福島赤十字病院 循環器科 ○菅野 優紀、阪本 貴之、渡部 研一  
大和田尊之
16. 当院における植込み型補助人工心臓治療の成績  
東北大学 心臓血管外科 ○秋山 正年、河津 聡、早津 幸弘  
川本 俊輔、齋木 佳克  
東北大学 循環器内科学 後岡広太郎、杉村宏一郎、福田 浩二  
下川 宏明
17. 急速なLVAD装着で救命した心筋症急性増悪の1例  
東北大学 心臓血管外科 ○片平晋太郎、秋山 正年、河津 聡  
熊谷紀一郎、川本 俊輔、齋木 佳克  
東北大学 循環器内科学 杉村宏一郎、下川 宏明

## 第1会場

### 心膜・心臓腫瘍・その他 (10:59 ~ 11:48)

座長 渡邊 博之

18. 伏針による心タンポナーデからショックとなり救命しえた1症例  
盛岡赤十字病院 循環器科 ○高橋 完、齋藤 雅彦、市川 隆  
岩手県立大船渡病院 循環器科 長沼雄二郎  
岩手医科大学 心臓血管外科 金 一、坪井 潤一、岡林 均
19. 巨大な血栓性脳動脈瘤を合併した感染性心内膜炎の一例  
福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座 ○松本 善幸、八巻 尚洋、国分 知樹  
鈴木 聡、及川 雅啓、鈴木 均  
齋藤 修一、竹石 恭知  
福島県立医科大学 医学部 心臓血管外科学講座 五十嵐 崇、高瀬 信弥、横山 斉  
福島県立医科大学 医学部 脳神経外科学講座 織田 恵子、齋藤 清
20. 急性心膜炎から緩徐に心嚢液が貯留し、1年以上経過後に細菌性心膜炎を発症した1例  
山形県立中央病院 循環器内科 ○渡部 賢、菊地 翼、天水 宏和  
井汲 陽祐、加藤 重彦、高橋 克明  
玉田 芳明、福井 昭男、矢作 友保  
松井 幹之、後藤 敏和
21. 当院における収縮性心膜炎による治療抵抗性心不全に対する V<sub>2</sub> 受容体拮抗薬トルバプタンの使用経験2症例  
石巻赤十字病院 ○土屋 隼人、玉淵 智昭、須貝 孝幸  
熊谷 遊、瀬津 俊介、小山 容  
祐川 博康
22. 慢性心不全急性増悪とともにレストレスレッグス症候群の増悪をきたした1例  
国立病院機構 仙台医療センター 循環器内科 ○田代 亮介、尾上 紀子、佐藤 大樹  
藤田 央、山口 展寛、石塚 豪  
篠崎 毅  
国立病院機構 仙台医療センター 神経内科 鈴木 靖士
23. Glasgow Prognostic Score と急性非代償性心不全症例の予後  
仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科 ○浪打 成人、杉江 正、佐治 賢哉  
瀧井 暢、須田 彬、加藤 敦
24. 意識消失発作を契機に診断された心臓原発悪性リンパ腫の1例  
山形県立中央病院 循環器内科 ○井汲 陽祐、高橋 克明

## 第2会場

### 虚血性心疾患 I (8:30 ~ 9:05)

座長 伊藤 智範

25. 救命しえた右冠動脈と左前下行枝2枝近位部の急性閉塞による心筋梗塞の一例  
岩手県立中央病院 循環器科 ○神津 克也、遠藤 秀晃、阿部 秋代  
加賀谷裕太、佐藤謙二郎、野田 一樹  
清水 亨、中嶋 壮太、高橋 徹  
中村 明浩、野崎 英二
26. 治療に苦慮した自然冠動脈解離の一例  
岩手県立中部病院循環器科 ○織笠 俊樹、齊藤 秀典、小池 泰弘  
小島 剛史、盛川 宗孝、八子多賀志
27. ドクターヘリ搬送が有用であったST上昇型心筋梗塞症の2例  
岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野 ○中島 悟史、小室堅太郎、石川 有  
下田 祐大、石田 大、房崎 哲也  
伊藤 智範、森野 禎浩  
岩手医科大学 救急医学講座 照井 克俊  
岩手医科大学 内科学講座 心血管腎内分泌内科分野 中村 元行
28. 急性心筋梗塞(AMI)による心肺停止(CPA)蘇生後脳機能予後良好例の退院後経過に関する検討  
仙台市立病院 循環器内科 ○山科 順裕、八木 哲夫、石田 明彦  
三引 義明、佐藤 弘和、中川 孝  
佐藤 英二、小松 寿里
29. 冠動脈ステント破損が冠動脈瘤形成に関与した若年川崎病後遺症の一例  
東北大学 循環器内科学 ○二瓶 太郎、高橋 潤、圓谷 隆治  
羽尾 清貴、西宮 健介、小鷹 悠二  
松本 泰治、伊藤 健太、坂田 泰彦  
下川 宏明



## 第2会場

### 虚血性心疾患Ⅱ (9:05～9:54)

座長 野崎 英二

#### 30. 当院における RenalGuard™ System の使用経験報告

仙台厚生病院 心臓血管センター ○加畑 充、堀江 和紀、滝澤 要  
井上 直人、目黒泰一郎

#### 31. 産褥期冠動脈自然解離による急性心筋梗塞の一例

仙台厚生病院 ○田中綾紀子、滝澤 要、多田 憲生  
箴井 宣任、富樫 大輔、遠田 佑介  
伊藤 真輝、水谷有克子、井筒 大人  
宮坂 政紀、加畑 充、堀江 和紀  
清水 岳久、上村 直、櫻井 美恵  
鈴木 健之、本多 卓、大友 潔  
大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

#### 32. 超重症 COPD を伴う心筋梗塞後狭心症例に対する OPCAB 施行の1例

仙台循環器病センター 心臓血管外科 ○小林 慶、細田 進、椎川 彰

#### 33. OCTにより壁在血栓を認めた冠攣縮性急性冠症候群の一症例

星総合病院循環器内科 ○角田 宇司、三浦 英介、横川 哲朗  
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

#### 34. 冠攣縮性狭心症の鑑別が有用であった冠動脈インターベンションによる完全血行再建後の1例

東北大学 循環器内科学 ○羽尾 清貴、高橋 潤、二瓶 太郎  
西宮 健介、圓谷 隆治、松本 泰治  
伊藤 健太、坂田 泰彦、下川 宏明

#### 35. ステンント内再狭窄に対する薬剤溶出型バルーンによる PCI6例の経験

岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器内科分野 ○下田 祐大、伊藤 智範、石川 有  
中島 祥文、中島 悟史、小室堅太郎  
阪本 亮平、坂本 翼、三船 俊英  
石田 大、房崎 哲也、森野 禎浩

#### 36. 急性心筋梗塞を合併した活動期感染性心内膜炎に対し、緊急僧帽弁置換術兼冠動脈バイパス術を施行した1例

竹田総合病院 心臓血管外科 ○工藤 新吾、川島 大、前場 覚

## 第2会場

### 虚血性心疾患Ⅲ (9:54～10:29)

座長 伊藤 健太

37. 緊急冠動脈インターベンション施行枝と実際の責任病変が異なっていたと思われる急性冠症候群の2例

平鹿総合病院 ○大西 宏和、三木 景太、加賀瀬 藍  
相澤健太郎、武田 智、深堀 耕平  
菅井 義尚、伏見 悦子、高橋 俊明  
堀口 聡

38. 同一症例における Zotarolimus と Everolimus 溶出性ステントの6ヶ月後OCT所見

秋田大学大学院 循環器内科学 ○真壁 伸、寺田 茂則、関 勝仁  
小山 崇、寺田 豊、飯野 健二  
渡邊 博之、伊藤 宏

39. LMT 病変の虚血評価に Instantaneous wave-free ratio (iFR) を使用した症例

秋田大学大学院 循環器内科 ○寺田 茂則、真壁 伸、関 勝仁  
小山 崇、寺田 豊、飯野 健二  
渡邊 博之、伊藤 宏

40. 急性冠閉塞を繰り返し、緊急冠動脈バイパス術を施行した一例

三友堂病院 循環器科 ○伊澤 毅、阿部 秀樹、川島 理

41. 左回旋枝の同定が困難であった左主幹部心筋梗塞の一例

(財)大原総合病院 総合臨床研修センター ○武藤 雄紀、吉田 圭佑、石橋 敏幸  
(財)大原総合病院附属大原医療センター 循環器内科 待井 宏文、山田 慎也、山口 修

## 第2会場

### 虚血性心疾患Ⅳ (10:29 ~ 11:11)

座長 樋熊 拓未

#### 42. 二枝同時閉塞による急性心筋梗塞の一例

山形大学 医学部 第一内科

○石垣 大輔、西山 悟史、穴戸 哲郎  
橋本 直明、安藤 薫、山浦 玄斎  
長谷川寛真、舟山 哲、本田晋太郎  
佐々木真太郎、岩山 忠輝、有本 貴範  
高橋 大、宮本 卓也、渡邊 哲  
久保田 功

#### 43. Wellens 症候群の1例について

公立置賜総合病院 循環器内科

○新関 武史、山内 聡、北原 辰郎  
石野 光則、池野栄一郎

#### 44. 当院での急性心筋梗塞に対するPCPS装着例の検討

仙台市立病院

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

#### 45. 侵襲的診断モダリティによりPCIを回避した心肺停止蘇生例

弘前大学 医学部 循環呼吸腎臓内科学講座

○白戸 弘志、樋熊 拓未、阿部 直樹  
澁谷 修司、横山 公章、山田 雅大  
阿部 直樹、富田 泰史、長内 智宏  
奥村 謙

#### 46. 薬剤負荷心筋血流シンチにて陽性所見を呈した冠攣縮性狭心症の一例

東北大学 循環器内科学

○山内 悠平、圓谷 隆治、二瓶 太郎  
西宮 健介、羽尾 清貴、松本 泰治  
高橋 潤、伊藤 健太、坂田 泰彦  
下川 宏明

#### 47. 上行大動脈置換術7年後に急性上行大動脈解離を合併し左冠動脈主幹部閉塞による急性心筋梗塞を生じた1例

福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座

○國分 知樹、国井 浩行、中村 裕一  
水上 浩行、及川 雅啓、坂本 信雄  
八巻 尚洋、中里 和彦、鈴木 均  
斎藤 修一、竹石 恭知

## 第2会場

### 高血圧・脈管・その他（11：11～11：53）

座長 長内 智宏

48. Candesartan と Telmisartan の 5 年間使用における臨床効果の後ろ向き比較  
齋藤病院 内科 ○盛田 真樹
49. 中心静脈ポート留置後の内頸静脈血栓症を契機としてプロテイン S 欠乏症と診断された 1 例  
星総合病院 循環器内科 ○安藤 卓也、横川 哲朗、國分 知樹  
水野 裕之、清水 康博、松井 佑子  
金子 博智、坂本 圭司、氏家 勇一  
三浦 英介、清野 義胤、木島 幹博  
丸山 幸夫  
福島県立医科大学 循環器、血液内科学講座 竹石 恭知
50. 当科における腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術（EVAR）の治療成績  
岩手県立中央病院 心臓血管外科 ○鷹谷 紘樹、小田 克彦、松尾 諭志  
吉岡 一朗、長嶺 進
51. 両下肢閉塞性動脈硬化症を合併した胸腹部大動脈瘤に対し逆行性再建を施行した 1 例  
総合南東北病院 心臓血管外科 ○緑川 博文、菅野 恵、渡邊 晃佑  
植野 恭平、滝浪 学
52. 心臓カテーテル検査中に pigtail カテーテルの先端が血管内で断裂し、回収に成功した 1 例  
仙台医療センター 循環器科 ○藤田 央、山口 展寛、尾上 紀子  
石塚 豪、篠崎 毅
53. コレステロール塞栓症と急性冠症候群を同時期に発症した高 HDL コレステロール血症の一例  
星総合病院 循環器内科 ○小橋亮一郎、三浦 英介、水野 裕之  
横川 哲朗、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

### 第3会場

#### 不整脈Ⅰ（8：30～9：05）

座長 福田 浩二

54. 長期自然歴を観察し得た陳旧性心筋梗塞、三束ブロックの一例

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

55. 運動誘発性発作性房室ブロックの1例

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科 ○芳沢 礼佑、森野 禎浩  
岩手医科大学 内科学講座 心血管腎内分泌内科 小松 隆、佐藤 嘉洋、小澤 真人  
梶田 房紀、中村 元行

56. 誘発にランジオロール塩酸塩が有効であった右室流出路起源の心室性期外収縮の一例

石巻赤十字病院 循環器内科 ○小山 容、土屋 隼人、須貝 孝幸  
玉泷 智昭、祐川 博康

57. 心内膜側アブレーションにより根治した Vein of Marshall-related Macroreentrant Atrial Tachycardia の一例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 ○大友 潔、箆井 宣任、滝澤 要  
井上 直人、目黒泰一郎

58. 慢性期リード再移動の予防に左室リードの変更が有用と思われた一例

国立病院機構 仙台医療センター ○山口 展寛、藤田 央、尾上 紀子  
石塚 豪、篠崎 毅

### 第3会場

#### 不整脈Ⅱ (9:05～9:40)

座長 八木 哲夫

59. 心室電極で心房波の over sensing が確認された VDD リードペースメーカーの1例  
岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野 ○佐藤 嘉洋、芳沢 礼佑、小澤 真人  
梶田 房紀、小松 隆、森野 禎浩  
中村 元行
60. 心房粗細動に対する CTI ブロックライン作成および房室結節アブレーションが奏功した CRT-D 移植後の DCM の一例  
東北大学 循環器内科学 ○平野 道基、福田 浩二、中野 誠  
近藤 正輝、長谷部雄飛、佐竹 洋之  
下川 宏明
61. ペースメーカー設定の効果を心肺運動負荷試験 (CPX) にて評価し得た一例  
太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科 ○遠藤 教子、渡邊 俊介、金澤 晃子  
石田 悟朗、新妻 健夫、小松 宣夫  
武田 寛人  
福島県立医科大学医学部 循環器血液内科学講座 野寺 穰、竹石 恭知
62. アブレーションにより根治した右房 - 下大静脈境界部にトリガーおよびドライバーを有する慢性心房細動の一例  
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 ○大友 潔、箆井 宣、滝澤 要  
井上 直人、目黒泰一郎
63. アミオダロン静注薬から内服薬への移行時に再増悪を来した頻脈誘発性心筋症の1例  
青森県立中央病院 循環器科 ○斉藤 孝幸、大和田真玄、木村 嘉宏  
横田 貴志、今田 篤、藤野 安弘  
津軽保健生活協同組合健生病院 内科 阿部 慎一  
青森市立市民病院 森 康宏

### 第3会場

不整脈Ⅲ (9:40～10:15)

座長 渡辺 哲

64. Crux 領域起源の心室期外収縮に対し左室心内膜側からの焼灼が得られた2例  
仙台市立病院 循環器内科 ○佐藤 英二、八木 哲夫、石田 明彦  
三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和  
中川 孝、小松 寿里、滑川 明男
65. 内頸静脈アプローチが有効であった三尖弁輪起源心室性期外収縮の一例  
東北大学 循環器内科学 ○近藤 正輝、福田 浩二、中野 誠  
長谷部雄飛、佐竹 洋之、平野 道基  
下川 宏明
66. 肺静脈遠位部に最も高い Dominant frequency を認め、隔離後も肺静脈内で細動が持続した発作性心房細動の1例  
弘前大学大学院医学研究科 ○金城 貴彦、木村 正臣、堀内 大輔  
石田 祐司、伊藤 太平、佐々木憲一  
佐々木真吾、奥村 謙
67. 大動脈洞無冠尖内の焼灼により離断された右側傍中隔部心外膜側付着副伝導路を有する潜在性WPW 症候群の一例  
仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科 ○大友 潔、箆井 宣任、滝澤 要  
井上 直人、目黒泰一郎
68. PEA で搬送された ICD 植込み後の肥大型心筋症の1例  
秋田県成人病医療センター 循環器科 ○寺田 健、田代 晴生、阿部 芳久  
真壁 伸、佐藤 匡也、門脇 謙  
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 伊藤 宏

### 第3会場

#### 不整脈Ⅳ・その他 (10:15～10:50)

座長 鈴木 均

69. 高齢者の高カリウム血症による高度徐脈の症例

山形市立病院済生館 ○石井 悠翔、菅原 裕人、伊藤 誠  
中田 茂和、宮脇 洋

70. 1時間30秒ごとに心室過剰感知を認めたDDDペースメーカーの1例

米沢市立病院 循環器内科 ○平 カヤノ、上北 洋徳、渡辺 達也  
藤野 彰久

71. 発作性心房細動のレートコントロール治療前後での心室収縮メカニズムの検討

後田内科クリニック ○後田 真一

72. Late potential は type2 ブルガダ心電図患者のリスク層別化に有用な可能性がある

東北大学 循環器内科学 ○中野 誠、福田 浩二、近藤 正輝  
長谷部雄飛、佐竹 洋之、平野 道基  
下川 宏明

73. 悪性リンパ腫に伴う頸動脈洞症候群により失神を繰り返した1例

仙台市立病院 循環器内科 ○小笠原紀信、中川 孝、小松 寿里  
佐藤 英二、佐藤 弘和、山科 順裕  
三引 義明、石田 明彦、滑川 明男  
八木 哲夫



### 第3会場

#### 弁膜症・心内膜炎（10：50～11：46）

座長 田代 敦

##### 74. バルーン大動脈弁形成術後の1剖検例

岩手県立中央病院 循環器科

○高橋 徹、阿部 秋代、加賀谷裕太  
神津 克也、佐藤謙二郎、野田 一樹  
清水 亨、中嶋 壮太、遠藤 秀晃  
中村 明浩、野崎 英二  
八重樫 弘、佐熊 勉

岩手県立中央病院 病理科

##### 75. 当院における経皮的な大動脈弁置換術の成績

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科

○水谷有克子、多田 憲生、櫻井 美恵  
加畑 充、宮坂 政紀、田中綾紀子  
箴井 宣任、堀江 和紀、上村 直  
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

仙台厚生病院 心臓血管センター 心臓血管外科

山谷 一広、畑 正樹

##### 76. TAVI 合併症評価における経食道心エコー図の役割：3症例の経験

岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌分野

岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

○熊谷亜希子、田代 敦、中村 元行  
中島 祥文、阪本 亮平、房崎 哲也  
森野 禎浩  
鎌田 武、岡林 均

岩手医科大学 心臓血管外科

##### 77. 心腔内エコー（ICE）が経皮経静脈的僧帽弁交連切開術（PTMC）に有用であった一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○山田 雅大、横山 公章、澁谷 修司  
阿部 直樹、富田 泰史、樋熊 拓未  
長内 智宏、奥村 謙

##### 78. 急性前側壁梗塞より発症した僧帽弁乳頭筋断裂による急性左心不全症例

白河厚生総合病院 第2内科

○藤田 禎規、根岸 紘子、沼野 和彦  
泉田 次郎、斎藤 恒儀、斎藤 富善  
前原 和平

財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 心臓血管外科

丹治 雅博、高橋 皇基、石田 圭一

##### 79. 重症大動脈弁狭窄症に合併した Heyde 症候群の1例

弘前大学医学部附属病院

○澁谷 修司、樋熊 拓未、横山 公章  
山田 雅大、阿部 直樹、奥村 謙

##### 80. 感冒症状を初発とし、重症呼吸不全へと移行した僧帽弁逸脱症の一例

竹田総合病院 診療部 内科

竹田総合病院 診療部 心臓血管外科

○野沢 永貴、小池 貴之、神本 昌宗  
川島 大、尾形 誠弥、前場 寛

##### 81. TAVI 不適症例での PTAV の一治療経験

三友堂病院 循環器科

仙台厚生病院 循環器科

○伊澤 毅、阿部 秀樹、川島 理  
多田 憲生、大友 達志

## 第4会場

### 肺循環・その他 (9:00 ~ 9:49)

座長 斎藤 修一

#### 82. 混合性結合組織病に肺高血圧症を合併した一例

東北大学 循環器内科学 ○矢尾板信裕、三浦 正暢、杉村宏一郎  
後岡広太郎、青木 竜男、建部 俊介  
山本 沙織、下川 宏明  
東北大学病院 血液免疫科 藤井 博司、石井 智徳

#### 83. 肥満低換気・睡眠時無呼吸症候群に伴う心不全、APRV が有効であった一例

みやぎ県南中核病院 循環器内科 ○佐藤 遥、富岡 智子、坂田 英恵  
伊藤 愛剛、塩入 裕樹、小山 二郎  
井上 寛一

#### 84. バルーン肺動脈形成術による病態改善を心エコーにて観察しえた慢性血栓塞栓性肺高血圧症の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○肱岡奈保子、中里 和彦、清水 竹史  
大和田卓史、小林 淳、鈴木 均  
斎藤 修一、竹石 恭知

#### 85. 準緊急的肺動脈形成術が著効した慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) の症例

福島県立医科大学 医学部 循環器内科 ○野地 芳恵、杉本 浩一、坂本 信雄  
金城 貴士、岩谷 章司、佐藤 崇匡  
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一  
竹石 恭知  
南相馬市立病院 鈴木 文雄

#### 86. ASD へのカテーテル閉鎖栓治療における治療回避・留置困難因子の検討

岩手医科大学附属病院 循環器内科 ○上田 寛修、森野 禎浩  
岩手医科大学附属病院 心血管腎内分泌内科 田代 敦、熊谷亜希子、中村 元行  
岩手医科大学附属病院 循環器小児科 中野 智、早田 航、小山耕太郎  
岩手医科大学附属病院 心臓血管外科 岡林 均

#### 87. 末梢型慢性血栓塞栓性肺高血圧症に対する経皮的肺動脈形成術の有用性

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

#### 88. 虚血性脳卒中の塞栓源検索における経食道心エコー図所見

岩手医科大学附属病院 心血管腎内分泌内科 ○田代 敦、熊谷亜希子、中村 元行  
岩手医科大学附属病院 循環器内科 松本 裕樹、上田 寛修、森野 禎浩  
岩手医科大学附属病院 循環器小児科 小山耕太郎

**DVD セッション** 10:00～11:30 (第4会場:10F 同窓会室)  
「医療安全・医療倫理に関する講演会」

**心肺蘇生法普及委員会** 11:40～11:50 (第4会場:10F 同窓会室)

**YIA 審査会** 10:20～11:00 (3F 研修室)

**総会・YIA 授賞式** 12:00～12:45 (第1会場:8F 研修室)

**教育セッションⅠ**  
**ランチョンセミナー 1** 12:50～13:50 (第2会場:9F 第1講義室)  
座長:山形大学 医学部 内科学第一講座 教授 久保田 功 先生

「心房細動における適切な抗血栓療法 ～当センターでの経験をふまえて考える～」  
秋田県成人病医療センター  
副センター長 阿部 芳久 先生

共催:第158回日本循環器学会東北地方会  
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

**教育セッションⅡ**  
**ランチョンセミナー 2** 12:50～13:50 (第3会場:9F 第2講義室)  
座長:岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野 教授 森野 禎浩 先生

「心不全における心房細動の急性管理 –新しいツールをどう使うか?–」  
公益財団法人心臓血管研究所  
病院長 山下 武志 先生

共催:第158回日本循環器学会東北地方会  
小野薬品工業株式会社

**教育セッションⅢ**  
**特別講演** 13:50～14:50 (第1会場:8F 研修室)  
座長:岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野 教授 中村 元行 先生

「臨床研究を正しく読み解くための20の心得」  
東京都健康長寿医療センター  
顧問 桑島 巖 先生

# 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。

＜必修研修と単位数＞

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：（一社）日本循環器学会 専門医制度委員会  
TEL：03-5501-0863 E-mail: senmoni@j-circ.or.jp

# 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。選考委員に代理を置く場合は、教授選考員の場合は教室の准教授または講師に委託し、その他の 6 名の選考委員については大会長が再度選出する。



# 日本循環器学会東北地方会 Young Investigator's Award (東北地方会 YIA) 演題応募要領

## 趣 旨

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、毎回の東北地方会において、優秀演題の表彰を行う。

## 応募資格

日本循環器学会会員であり、各地方会開催日において満 35 歳以下の方。  
東北地方会において過去に YIA を受賞した者は、最優秀賞・優秀賞を問わず、同じ部門への再応募はできない。他部門への申請は可とする。

## 対象演題

日本循環器学会東北地方会で行われた循環器学に関する臨床・基礎研究、且つ、症例報告を受け付ける。発表時点で印刷公表されていない演題内容を対象とする。ただし、応募者は筆頭演者でありその内容に中心的役割を果たしたものであることを必要とする。他の学会賞への応募と重複しないこととし、各部門毎に 1 施設 2 題(ただし 1 科 1 演題)までの応募とする。本 YIA は症例発表部門と研究発表部門それぞれで選考と表彰を行う。

## 選考方法

地方会演題募集時に YIA 応募希望を募り、地方会開催時には希望演題のみを対象とする YIA セッションを設ける。選考委員は本セッションに参加し、引き続き開催される YIA 審査委員会において厳重な審査を行う。症例発表部門と研究発表部門それぞれで最優秀賞 1 名および優秀賞若干名選定する。なお、希望演題数が各部門 5 題を超えた場合は、予め選考委員による第一次審査を行う。

## 会長奨励賞

YIA 希望演題の内、一般病院の演題から 1 題を会長奨励賞としてあらかじめ選出しておき、当日表彰が行われる旨を演者に通知する。ただし、この演題が YIA 最優秀賞または優秀賞に選出された場合は YIA を優先し、その回の会長奨励賞はなしとする。

## 応募方法

一般演題応募と同様に日本循環器学会ホームページより登録。Young Investigator's Award 応募希望者は応募資格を確認のうえ、「YIA に応募する」にチェックを入れ、症例発表部門と研究発表部門のどちらに応募するかを予め明記する。

## 賞

部門毎に最優秀賞 1 名(賞金 10 万円)および優秀賞若干名(賞金 5 万円)と表彰状。同点の場合は要検討とする。

会長奨励賞は 1 名(賞金 5 万円と表彰状)。

## 締 切

一般演題締切日と同日とする。一次審査後採択されなかった場合は、自動的に一般演題に採択される。

## 第 158 回日本循環器学会東北地方会 YIA 審査員（敬称略）

### 青森

弘前大学 循環呼吸腎臓内科学講座  
青森県立中央病院 循環器センター

教授 奥村 謙  
センター長 藤野 安弘

### 岩手

岩手医科大学 心血管・腎・内分泌内科分野  
岩手県立中央病院 循環器センター

教授 中村 元行  
センター長 中村 明浩

### 秋田

秋田大学医学部 循環器内科学・呼吸器内科学  
秋田組合総合病院 循環器内科

教授 伊藤 宏  
診療部長 中川 正康

### 山形

山形大学 内科学第一講座  
山形県立中央病院

教授 久保田 功  
院長 後藤 敏和

### 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

教授 竹石 恭知  
副院長 石橋 敏幸

# 日本循環器学会東北支部役員（平成26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 盛彦	丸山幸夫										
名誉支部員	青木孝直 伊藤明一 大和田憲司 佐々木弥楷 立木俊一成 星野村 成	芦猪小鈴 川岡野木中 紘英幸典元 一二彦夫直 池今小高田 田井岩橋卷 精喜恒健 宏潤郎男治 石大齋高布 出友藤松川 信公 秀	正尚男 滋徹一											

## 支部評議員（各県ごと五十音順、○印は社員）

青森	○奥村謙夫 福田 幾夫	長藤内野智安 宏弘	花田裕之 森 康宏	平賀 仁										
岩手	伊藤智範 瀬川郁夫 蒔田 真司	岡田林代野 森 野 禎	均敦浩	小松元隆 ○中村 行	佐藤英二 野崎 二	衛二								
秋田	阿部芳久 小田林村邊 ○渡 博	久雄一之	○伊藤藤川正 齊 正	宏崇康	飯野健二 佐藤匡仁 長谷川 志	門脇文謙 鈴木本 文	謙泰雄							
山形	池田こずえ ○久保野邊 廣 哲	石後福井邦明 石 敏昭	邦明男	嘉 <sup>3</sup> 博彦徳	小熊正樹 貞弘光 松 幹 章	金谷裕透 角田脇 裕	透一洋							
宮城	○伊藤健太 金塚芳智 西 子 <sup>2</sup> ○富岡	太完文子 <sup>2</sup>	○伊藤藤月内 上坂堀 久	貞正泰久	井上丸藤澤 小佐柳 輝	直達昇輝	人 也 行	加賀谷佳宏 ○齋木川家 ○下山 智	豊克 <sup>1</sup> 明之					
福島	石川和信 ○齋藤修寛 武田 一人	石斎前橋藤原 石 敏和	幸善平	金杉澤正晴 ○横山 正 文	澤正晴 山 正 文	木島幹博 ○竹石石 恭	博知毅							
会計監事	石出信正	猪岡英二												
幹事	坂田泰彦	伊藤健太												

1. 外科分野 2. 女性分野 3. その他の分野



第 158 回 日本循環器学会東北地方会  
一般演題抄録

平成 26 年 6 月 7 日 岩手医科大学附属病院循環器医療センター  
会長：中 村 元 行  
(岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野)

1

不明熱を主訴とした感染性回結腸動脈瘤の診断に PET-CT が有用であった 1 例

秋田大学 大学院医学系研究科 循環器内科学  
○佐藤 和奏、関 勝仁、真壁 伸、寺田 茂則、  
小山 崇、寺田 豊、飯野 健二、渡邊 博之、  
伊藤 宏

68 歳男性、平成 24 年 7 月 高熱を主訴として繰返し近医受診。造影 CT 検査では感染源は特定できず、炎症反応も比較的軽度であった。繰り返す不明熱の原因検索目的に施行された UCG で感染性心内膜炎 (IE) が疑われ同年 9 月に当院紹介となった。血液培養にて Streptococcus species を検出するものの、経食道超音波検査では疣贅は確認されず IE は否定的であった。感染源検索のため施行した PET-CT にて回結腸動脈領域に FDG 集積を認めた。3DCT angio 施行にて直径約 3cm の回結腸動脈瘤が確認され、感染性回結腸動脈瘤と診断した。心臓血管外科で動脈瘤切除ならびに血行再建術を施行し経過良好である。不明熱の原因となった末梢型の感染性動脈瘤を PET-CT により診断し得た症例を経験したので報告する。

2

二次孔心房中隔欠損症に Amplatzer 閉鎖栓で経皮的に心房中隔欠損閉鎖術後 5 ヶ月で Erosion 発症し緊急手術した 1 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  
○遠田 佑介<sup>1</sup>、多田 憲生<sup>1</sup>、櫻井 美恵<sup>1</sup>、水谷有克子<sup>1</sup>、  
加畑 充<sup>1</sup>、宮坂 政紀<sup>1</sup>、茂井 宣任<sup>1</sup>、榎田 俊生<sup>1</sup>、  
堀江 和紀<sup>1</sup>、伊澤 毅<sup>1</sup>、上村 直<sup>1</sup>、清水 岳久<sup>2</sup>、  
鈴木 健之<sup>1</sup>、本多 卓<sup>1</sup>、大友 潔<sup>1</sup>、山谷 一広<sup>2</sup>、  
畑 正樹<sup>2</sup>、大友 達志<sup>1</sup>、滝澤 要<sup>1</sup>、井上 直人<sup>1</sup>、  
目黒泰一郎<sup>1</sup>

症例は 31 歳、女性。2013 年 7 月に動悸を訴え当院受診した。経胸壁心エコー図 (TTE) で右室拡大を伴う最大径 8mm の二次孔心房中隔欠損症 (ASD) を認めた。同年 10 月に経皮的 ASD 閉鎖術を施行、11mm の Amplatzer 閉鎖栓 (ASO) を留置した。術後 1、3 ヶ月と TTE でデバイス異常、心嚢液貯留は認めなかった。術後 5 ヶ月、排便後に胸部絞扼感を自覚した直後に失神し救急外来受診した。TTE で心嚢液貯留認め、デバイス接触刺激による心穿孔 (Erosion) の診断で緊急手術を行った。手術所見では右房ディスクが外壁に突出し、接触する上行大動脈に亀裂を認めた。Amplatzer を除去し Erosion 部位を修復し ASD をパッチ閉鎖し、術後は良好に経過した。ASO の Erosion 発症率は 0.2% で術後 3 日以内の発症がほとんどだが、今回術後 5 ヶ月に発症した Erosion を経験したため報告する。

3

心室中隔起源心室頻拍の治療に難渋したラミン A/C 遺伝子関連家族性拡張型心筋症の一剖検例

東北大学 循環器内科学  
○長谷部雄飛、福田 浩二、中野 誠、近藤 正輝、  
佐竹 洋之、平野 道基、下川 宏明

症例は 54 歳、男性。48 歳、心不全にて入院。左室収縮能低下、徐脈性心房細動を認めた。母が突然死、兄が DCM の家族歴があり、ラミン A/C 遺伝子変異を認め、家族性 DCM と診断。51 歳、心室中隔起源 VT に対して RFCA 施行。31 ヶ月後、VT 再発による ICD 頻回作動を認め、2nd session 施行。中隔基部の低電位領域境界から exit する VT が複数誘発され、前壁中隔基部の先行電位を認める箇所でも有効通電が得られ、VT 誘発性は低下した。12 ヶ月後に再発。心外膜側 RFCA 施行し、左室前壁中隔基部の拡張期電位を認める箇所でも停止に成功した。14 ヶ月後、VT 再発。心不全増悪による多臓器不全にて永眠した。病理組織では、房室結節周囲と心室中隔深部に線維脂肪変性を認め、VT の起源と考えられた。ラミン A/C 遺伝子関連 DCM に合併する VT に関して、文献的考察を加え報告する。

4

非虚血性心室瘤を起源とする心室頻拍ストームに対して心室瘤切除術を施行した一例

<sup>1</sup> 弘前大学 医学部 循環器科  
<sup>2</sup> 弘前大学 医学部 不整脈先進治療学講座  
○木村 嘉宏<sup>1</sup>、伊藤 太平<sup>1</sup>、金城 貴彦<sup>1</sup>、佐々木憲一<sup>1</sup>、  
堀内 大輔<sup>2</sup>、木村 正臣<sup>1</sup>、佐々木真吾<sup>2</sup>、奥村 謙<sup>1</sup>

30 代女性。15 歳時感冒罹患後の検診で初めて心電図異常を指摘され、心機能低下、多腔性心室瘤より心筋炎後と診断された。平成 25 年 4 月失神し、当院へ救急搬送された。左脚ブロック、右軸偏位型心室頻拍 (VT) を認め、電気的除細動を行った。心室瘤に血栓を認め、抗凝固療法と植込み型除細動器 (ICD) 移植術を施行した。平成 26 年 1 月 ICD 作動を自覚し、救急搬送された。VT に対して計 4 回のショックが無効で自然停止していた。心内膜ペースマッピングを行い、心室瘤の右室中隔側が VT の exit と診断した。同年 2 月洞調律下の心外膜マッピング後、心室瘤切除、切除断端に対する cryoablation、左室形成術を施行し、VT は消失した。心筋炎遠隔期の VT ストームに対して心室瘤切除が有効であった稀な症例であり、考察を加えて報告する。

5

エベロリムス溶出性ステント留置後の慢性期にステント内再狭窄を繰り返した一例

<sup>1</sup> 岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野  
<sup>2</sup> 岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野  
○中島 祥文<sup>1</sup>、伊藤 智範<sup>1</sup>、木村 琢巳<sup>1</sup>、石川 有<sup>1</sup>、  
中島 悟史<sup>1</sup>、阪本 亮平<sup>1</sup>、房崎 哲也<sup>1</sup>、小松 隆<sup>2</sup>、  
中村 元行<sup>2</sup>、森野 禎浩<sup>1</sup>

症例:54 歳。主訴:胸部不快。冠動脈造影検査 (CAG) で回旋枝および対角枝に狭窄を認め、2 枝にコバルトクロムエベロリムス溶出性ステント (CoCr-EES) を留置した。初回治療 6 カ月後に回旋枝及び対角枝のステント内狭窄 (ISR) による不安定狭心症 (uAP) のため再経皮的冠動脈形成術 (PCI) を行った。後に金属アレルギーが判明し、ステントによるパッチテストを行った。CoCr-BMS 強陽性、CoCr-EES 弱陽性であり、ステント合金のアレルギーの存在を確認した。再 PCI 後 5 週間後に再度 uAP 発症し、再び 2 枝の ISR を認め PCI を行った。繰り返す ISR に対してステロイドおよび抗アレルギー薬の内服を開始し、症状再燃なく経過し、フォロー CAG にても ISR を認めなくなった。繰り返す ISR に薬物療法が有効であった金属アレルギーの一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

6

特発性流出路起源心室性不整脈の QRS 波形と起源マップ法との関連について

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座  
<sup>2</sup> 福島県立医科大学 不整脈先端治療学講座  
○野寺 穰<sup>1</sup>、金城 貴士<sup>1</sup>、神山 美之<sup>1</sup>、鈴木 均<sup>2</sup>、  
斎藤 修一<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>1</sup>

経皮的に心筋焼灼術で根治しえた特発性流出路起源心室性不整脈 28 例 30 起源を対象に、peak deflection index (PDI: 最大 R 波高を有する下壁誘導 QRS 時間に対する QRS 開始点からピークまでの時間比で、高値であれば心筋深層起源を示唆する指標) および焼灼成功部位における activation time (AT)、pace map (PM) score との関連を検討した。右室流出路に 22 起源、左室流出路に 8 起源を認め、うち 3 起源は左冠尖であった。成功部位での AT は平均 26.3 ± 9.9ms で、PDI と AT に有意な相関は認めなかった。一方、心外膜側からの PM が可能である左冠尖を除いた 27 起源では、PDI と PM score に有意な強い負の相関を認めた (R=-0.840, P < 0.0001)。心筋深層および心外膜側起源が示唆される場合は焼灼成功部位でも心内膜側からの PM score は低く、AT がより有用であると考えられた。

7

CHADS<sub>2</sub> スコア 0-1 点の発作性心房細動患者における左房 D ダイマーの検討

<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

○橋本 直明<sup>1</sup>、有本 貴範<sup>1</sup>、屋代 祥典<sup>1</sup>、岩山 忠輝<sup>1</sup>、石垣 大輔<sup>1</sup>、西山 悟史<sup>1</sup>、高橋 大<sup>1</sup>、穴戸 哲郎<sup>1</sup>、宮本 卓也<sup>1</sup>、二藤部文司<sup>2</sup>、青山 浩<sup>3</sup>、渡邊 哲<sup>1</sup>、久保田 功<sup>1</sup>

【背景】CHADS<sub>2</sub> スコア 0-1 点でも心原性脳塞栓症の発症は皆無ではない。【方法と結果】発作性心房細動 (Paf) に対してアブレーションを施行した CHADS<sub>2</sub> スコア 0-1 点の 89 例で、手術前日に抗凝固薬を中止し、上大静脈と左房から同時に採血して D ダイマーを測定した。D ダイマー陽性率 (≥ 0.5 μg/ml) は上大静脈よりも左房で高値だった (11.2% vs. 23.6%, p < 0.05)。左房 D ダイマー陽性群は、陰性群と比較して左房容積係数 (LAVI) が有意に上昇していた (p < 0.01)。多変量解析で、LAVI は左房 D ダイマー陽性の独立した予測因子だった (p < 0.01)。抗凝固薬の継続により左房 D ダイマー陽性率は低下した (p < 0.05)。【結論】低リスクの Paf 患者において左房容積の拡大は左房内凝固亢進と関連することが示唆された。抗凝固薬の使用により左房内凝固亢進が抑制された。

8

冠攣縮性狭心症患者における血漿エイコサペンタエン酸 / アラキドン酸 (EPA/AA) 比の検討

秋田大学医学部付属病院

○阿部 起実、飯野 健二、関 勝仁、真壁 伸、寺田 茂則、小山 崇、寺田 豊、渡邊 博之、伊藤 宏

【背景】低 EPA/AA は冠動脈疾患のリスク因子であるが冠攣縮性狭心症 (VSA) における EPA/AA に関しては十分に検討されていない。我々は冠動脈疾患患者の血漿 EPA/AA を測定し、器質的狭窄患者 70 人 (CAD 群) と VSA 群 18 人を比較検討した。【結果】EPA/AA は CAD 群に比し VSA 群で有意に低値であった (0.6 vs 0.41, p < 0.05)。CAD 群での 1、2、3 枝病変毎の分類では 1 枝病変が 2、3 枝病変に比して有意に高値であった (0.65 vs 0.49 vs 0.48, p < 0.05)。急性冠症候群では安定狭心症に比して有意に低値であり (0.68 vs 0.41, p < 0.05)、VSA 患者 (0.41) とほぼ同等の値であった。【結論】低 EPA/AA は VSA のリスク因子となる可能性が考慮された。

9

慢性心不全患者の予後に及ぼす貧血の影響と左室駆出率の関連—CHART-2 研究からの報告—

<sup>1</sup>東北大学 循環器内科学、<sup>2</sup>東北大学 循環器 EBM 開発学

○山内 毅<sup>1</sup>、坂田 泰彦<sup>1</sup>、宮田 敏<sup>2</sup>、後岡広太郎<sup>1</sup>、三浦 正暢<sup>1</sup>、高田 剛史<sup>1</sup>、但木壮一郎<sup>1</sup>、牛込 亮一<sup>1</sup>、高橋 潤<sup>1</sup>、下川 宏明<sup>1</sup>

【背景】慢性心不全患者の予後に及ぼす貧血の影響と左室駆出率 (EF) との関連は明らかではない。【方法・結果】CHART-2 研究 (N=10,219) に登録された慢性心不全症例 4,736 例中、1,627 例 (35%) に貧血を認めた (WHO 基準: 男 < 13g/dl、女 < 12g/dl)。貧血患者は高齢 (73 vs. 66 歳) で、腎機能低下例 (eGFR < 60ml/min) が多く (37 vs. 65%)、RAS 阻害薬 (75 vs. 71%) と利尿薬 (55 vs. 42%) の処方頻度が高かったが (全て P < 0.01)、両群の EF に差はなかった (58 vs. 57%)。貧血が予後に及ぼすリスク (背景調整後ハザード比) は全体では 1.39 (P < 0.001) であったが、EF ≥ 50% 群では 1.55 (P < 0.001)、< 50% 群では 1.076 (P=0.633) と、前者でのみ予後に影響を与えていた (P=0.026)。【結論】貧血は慢性心不全患者の予後を規定するが、EF 保持症例でより顕著である。

10

心不全発症率の長期的変動とその臨床的特徴: 岩手県北地域ベースでの研究

<sup>1</sup>岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌内科、

<sup>2</sup>岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座、<sup>3</sup>岩手県立二戸病院、

<sup>4</sup>岩手県立久慈病院

○本間 美穂<sup>1</sup>、田中 文隆<sup>1</sup>、佐藤 権裕<sup>1</sup>、高橋 智弘<sup>1</sup>、小野田敏行<sup>2</sup>、酒井 敏彰<sup>3</sup>、西山 理<sup>3</sup>、坂田 清美<sup>2</sup>、小野寺正幸<sup>4</sup>、松本 立也<sup>4</sup>、中村 元行<sup>1</sup>

【背景】心不全 (HF) の発症率を含む疫学的特徴やその経時的変動がどのようなものかは不明である。【方法】岩手県の二戸医療圏と久慈医療圏の有床病院を対象として、2003 年 1 月から 2012 年 12 月までの 10 年間の HF 入院症例をフラミンガム基準に基づいて登録した。【結果】この間 2673 件 (男性が 45%、新規発症が 55%) の入院があり、年齢の中央値は男性 79 歳、女性 85 歳であった。年齢調整発症率 (10 万人年) は男性では 115 から 118 と不変で、女性では 132 から 101 と減少した。また、左室収縮能正常 HF の新規発症率は男性で増加し、左室収縮能低下の新規発症は女性で減少した。【結論】女性では左室収縮能低下 HF の発症率が減少しているが、男性では収縮能正常 HF の増加がみられており、収縮能正常 HF の発症予防対策が重要であると考えられる。

11

小児期に悪性リンパ腫で化学療法を受けた、30 代拡張型心筋症の一例

寿泉堂総合病院 循環器科

○山田優里子、鈴木 智人、水上 浩行、出町 順、金澤 正晴

症例は 37 歳男性。小学生で悪性リンパ腫にて化学療法 (投与薬剤・使用量不明) を施行。高校まで経過観察され、その後症状なく治療終了。他既往なし。2 年前から心電図異常を指摘されたが自覚症状なし。某年 5 月の検診で左室肥大を指摘され、7 月当科受診。初診時心エコーで駆出率 0.50、LVDd56mm、11 月のフォローでは駆出率 0.44 ~ 0.48、LVDd61.0mm であった。心臓カテーテル検査では心内圧上昇を認めたが、心拍出量正常、冠動脈病変なし。左室造影は左室拡大と全周性壁運動低下を認め、心筋生検は拡張型心筋症の所見であった。現在 β 遮断薬の内服でコントロール良好。本症例は化学療法の詳細不明だがアントラサイクリン系薬剤の関連が推測される。薬剤使用から発症までの期間は様々で、化学療法を受けた患者は長期的心機能のフォローが重要である。

12

62 歳で診断した心ファブリ病の一例

<sup>1</sup>大原総合病院 総合臨床研修センター

<sup>2</sup>大原総合病院付属大原医療センター 循環器内科

<sup>3</sup>大原総合病院 循環器内科

○吉田 圭佑<sup>1</sup>、待井 宏文<sup>2</sup>、石橋 敏幸<sup>3</sup>

症例は 63 歳男性。高血圧の既往なし。平成 23 年 11 月 (60 歳)、胃癌の術前検査にて循環器科紹介。心エコーにて著明な心肥大を認め、HCM の疑いにて ACE-I、β-blocker、Ca-blocker の内服加療により術後抗凝固投与を継続していた。平成 25 年 1 月 (62 歳)、労作時息切れ・下腿浮腫が出現し、BNP 373.1 pg/ml、LVEF 51% で心不全と診断した。詳細な家族歴の聴取にて母・兄・弟に透析施行歴があり、二次性心筋症が示唆された。血清・白血球 α-ガラクトシダーゼ活性を測定したところ著明な低下を認め、遺伝子検索にてエクソン 6 の R301Q のミスセンス変異 (CGA → CAA) が同定されファブリ病と診断した。平成 25 年 8 月より酵素補充療法を開始し心機能の改善を認めたが、平成 26 年 3 月頃より左脚ブロックの増悪と徐脈による症状を認めペースメーカー植え込み術を施行した。

## 急性心筋炎と急性心筋梗塞の併発が疑われた一例

岩手県立宮古病院 循環器科

○大崎 拓也、石曾根武徳、前川 裕子、田巻 健治

64歳女性。気管支拡張症、糖尿病で通院歴あり。平成26年2月4日発熱あり、インフルエンザA型感染症、急性肺炎の診断で呼吸器科入院。入院後呼吸苦、意識レベル低下、数分の心室頻拍様波形あり、肺炎増悪と考えられNPPV開始。翌日心電図でII・III・aVf・V4-6でST上昇、CK/CK-MB上昇あり、当科コンサルトされた。心エコーでびまん性に左室壁運動低下しLVEF30%程度、急性心筋梗塞疑いで当科に転科し、緊急冠動脈造影施行。右冠動脈#4PD 99%狭窄で造影遅延を伴い、側副血行路を認めた。各所見、その後の経過よりインフルエンザによる急性心筋炎（心膜心筋炎）に急性下壁心筋梗塞を併発した可能性を考え、保存的加療を行った。第25病日に退院され外来加療中である。今回我々は急性心筋炎と急性心筋梗塞の併発が疑われた症例を経験したので報告する。

## 心不全で発症した強皮症心筋症の1例

東北大学 循環器内科学

○建部 俊介、杉村宏一郎、後岡広太郎、三浦 正暢、山本 沙織、下川 宏明

【症例】42歳、女性。2013年10月よりRaynaud現象、全身の暗赤色皮疹、皮膚硬化、浮腫が急速に出現した。11月、著明な心機能低下（EF20%）を認め前医入院となったが、膠原病も疑われ3日後、当科転院となった。入院時、頸静脈怒張、心III音、下肢浮腫、四肢冷感、像皮様色素沈着、指趾潰瘍を認めた。BNP 776pg/ml、抗核抗体640倍、抗セントロメア抗体陽性。心不全症状は強心薬と利尿剤を使用し改善した。感染症、悪性疾患は他検査から否定的で、皮膚・心筋検体から線維化の亢進が認められ、強皮症による心筋障害、心不全と診断した。現在ARB、β遮断薬を導入し、心機能は正常化している。【考察】強皮症の心病変は線維化の進行とされる。本症例も線維化を認めたが、Global EFは可逆的であった。

## A型インフルエンザ感染による心筋炎が疑われた1例

福島赤十字病院 循環器科

○菅野 優紀、阪本 貴之、渡部 研一、大和田尊之

症例は40歳代女性。平成26年1月初旬から発熱あり2日後に近医受診。A型インフルエンザの診断で吸入薬による治療が行われた。翌日午後には発熱は改善したが全身倦怠感が強くなり近医受診。受診時にはショック状態であったため当院へ紹介され救急搬送された。受診時の心電図ではIII、aVf、V4-6でST上昇あり、心エコーでは左室壁運動が全周性に低下していた。急性心筋炎または心筋梗塞が疑われ、緊急カテーテル検査施行。冠動脈に有意狭窄なく、心筋炎と診断し心筋生検を行った。血圧は補液とカテコラミン投与にて徐々に回復した。入院3日目には心エコーにて左室壁運動はやや改善を認め、入院13日目にはほぼ正常まで改善していた。今回、A型インフルエンザ感染による心筋炎と考えられる貴重な症例を経験したので報告する。

## 当院における植込み型補助人工心臓治療の成績

<sup>1</sup>東北大学 心臓血管外科、<sup>2</sup>東北大学 循環器内科学○秋山 正年<sup>1</sup>、河津 聡<sup>1</sup>、早津 幸弘<sup>1</sup>、川本 俊輔<sup>1</sup>、後岡広太郎<sup>2</sup>、杉村宏一郎<sup>2</sup>、福田 浩二<sup>2</sup>、下川 宏明<sup>2</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>

治療例2例と2011年以降21例の計23例が対象。平均年齢45.3歳。男：女 19：4。治療目的はbridge to transplantが22例、Destination therapyが1例。DuraHeart 8例、EVAHEART 6例、HeartMate II 9例。7例はNipro社製体外設置型VADからの切り替え症例だった。装着期間は平均551日（12～1126日）。現在装着中15例、心臓移植到達4例、死亡4例で死因はMOF、SAH、機器トラブル、縦隔炎。1年、2年生存率はいずれも89.2%。再入院の主な理由は、ドライブライン感染、脳血管障害、機器トラブルだった。社会復帰を志すの移植待機となりQOLの高い移植待機が可能になっている。

## 急速なLVAD装着で救命した心筋症急性増悪の1例

<sup>1</sup>東北大学 心臓血管外科、<sup>2</sup>東北大学 循環器内科学○片平晋太郎<sup>1</sup>、秋山 正年<sup>1</sup>、河津 聡<sup>1</sup>、熊谷紀一郎<sup>1</sup>、川本 俊輔<sup>1</sup>、齋木 佳克<sup>1</sup>、杉村宏一郎<sup>2</sup>、下川 宏明<sup>2</sup>

植込み型補助人工心臓（VAD）の発達によりショック前の重症心不全症例の治療成績は向上した。しかし、ショックとなり、補助循環装着のタイミングを逸すると多臓器不全の進行により救命が困難である。今回、急性増悪しショック状態となった後に、早急に補助人工心臓が装着可能な施設への搬送およびLVAD装着にて救命した1例を経験したので報告する。症例は40歳代、男性。拡張相肥大型心筋症による心不全で入院を繰り返していた。前医入院中、内科的治療で心不全コントロールがつかず、急性肺水腫となった。PCPSを装着したが離脱困難となった。当院へ搬送後、緊急で体外式LVAD装着術を施行した。術後は肺水腫も改善し循環動態も安定した。

## 伏針による心タンポナーデからショックとなり救命しえた1症例

<sup>1</sup>盛岡赤十字病院 循環器科<sup>2</sup>岩手県立大船渡病院 循環器科<sup>3</sup>岩手医科大学 心臓血管外科○高橋 完<sup>1</sup>、齋藤 雅彦<sup>1</sup>、長沼雄二郎<sup>2</sup>、金 一<sup>3</sup>、坪井 潤一<sup>3</sup>、岡林 均<sup>3</sup>、市川 隆<sup>1</sup>

68歳女性。夜間自室で心窩部に縫い針2本を刺入。翌朝精神科デイケアで通院中の病院へ行き、顔面蒼白となり当院へ救急搬送、意識消失した。CTで心タンポナーデと診断。創状突起部皮下に2本の針状構造物を確認。1本は心膜を穿通。気管内挿管・レスピレータ管理を開始し心嚢ドレンを留置。昇圧薬を持続点滴しショック状態を離脱。意識回復後に警察署員が面談し自殺目的であったことを確認した。循環動態が安定後本人も伏針の除去を希望し、入院3日目に心臓血管外科を有する大学病院へ転院。同日全身麻酔下で縫い針と心嚢内の血腫を除去した。術後経過は順調で自宅へ退院。自殺目的で心窩部へ針を刺入後、時間が経ってから急変した症例であった。精神疾患例で心タンポナーデによる急変をみた場合、稀ではあるが原因の1つとして鑑別すべきである。



## 巨大な血栓性脳動脈瘤を合併した感染性心内膜炎の一例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座

<sup>2</sup> 福島県立医科大学 医学部 心臓血管外科学講座

<sup>3</sup> 福島県立医科大学 医学部 脳神経外科学講座

○松本 善幸<sup>1</sup>、八巻 尚洋<sup>1</sup>、国分 知樹<sup>1</sup>、鈴木 聡<sup>1</sup>、  
及川 雅啓<sup>1</sup>、鈴木 均<sup>1</sup>、齋藤 修一<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>1</sup>、  
五十嵐 崇<sup>2</sup>、高瀬 信弥<sup>2</sup>、横山 齊<sup>2</sup>、織田 恵子<sup>3</sup>、  
齋藤 清<sup>3</sup>

症例は60歳代女性。尿路感染症として抗生剤加療を受けた既往がある。めまいを自覚し、近医を受診。頭部CTにて脳出血および脳梗塞と診断された。原因検索として心エコー図検査を施行され、僧帽弁、大動脈弁および三尖弁に疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断され、加療目的に当院へ搬送された。頭部MRIおよび脳血管造影検査にて、感染性血栓性脳動脈瘤と診断された。脳神経外科および心臓血管外科と協議し、疣贅による塞栓症を回避するため、翌日、僧帽弁、三尖弁人工弁置換術および大動脈弁疣贅切除術を施行。心臓術後44日目に開頭脳動脈瘤摘出術を施行された。術後経過良好にて独歩退院された。巨大な血栓性脳動脈瘤を合併したが、二期的手術にて治療した感染性心内膜炎の症例を経験したので報告する。

## 急性心膜炎から徐々に心嚢液が貯留し、1年以上経過後に細菌性心膜炎を発症した1例

山形県立中央病院 循環器内科

○渡部 賢、菊地 翼、天水 宏和、井汲 陽祐、  
加藤 重彦、高橋 克明、玉田 芳明、福井 昭男、  
矢作 友保、松井 幹之、後藤 敏和

症例は44歳男性。H23年から再生不良性貧血のため、免疫抑制療法や末梢造血幹細胞移植を受けていた。H24年12月、PRESのため入院。心膜摩擦音を聴取し、急性心膜炎と診断した。H25年6月に右心不全症状があり、急性期に認めなかった心嚢液貯留を確認した。カテーテル検査から拡張障害による左心不全であり心嚢ドレナージを施行、細菌、結核ともに培養は陰性だった。以後、心嚢液を認めるものの症状なく経過していた。年末から感冒症状が続き、H26年2月、発熱と血圧低下のため入院。エコーで右室を圧搾する程の心嚢液貯留を認め、心タンポナーデと判断し心嚢ドレナージを施行した。培養ではブドウ球菌が検出され、血液培養と一致した。細菌性心膜炎のため、開窓術を施行した。抗生剤が普及した現代では細菌性心膜炎は稀であり、報告する。

当院における収縮性心膜炎による治療抵抗性心不全に対するV<sub>2</sub>受容体拮抗薬トルバプタンの使用経験2症例

石巻赤十字病院

○土屋 隼人、玉瀧 智昭、須貝 孝幸、熊谷 遊、  
櫛津 俊介、小山 容、祐川 博康

収縮性心膜炎の病態は心膜の線維性肥厚や癒着、石灰化などによってもたらされる心室拡張不全であり、全身性浮腫を特徴とする右心不全徴候が症状の主体となる。通常CT検査などにより心膜の肥厚、石灰化を認めることで疑われるが、これを認めない症例ではしばしば診断に難渋する。診断がついた際にはすでに心不全が進行し内科的治療に抵抗する症例も散見され、全身状態不良のため根治的治療としての外科的心膜剥離術が困難である場合も少なくない。トルバプタンはV<sub>2</sub>受容体を阻害することで腎集合管での水の再吸収を抑制し効率的に自由水を体外に排出する水利尿薬として注目されている。今回我々は従来の内科的心不全治療に抵抗性的心不全患者に対してトルバプタンを使用し、良好な経過をたどった症例を2例経験したので報告する。

## 慢性心不全急性増悪とともにレストレスレッグス症候群の増悪をきたした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 神経内科

○田代 亮介<sup>1</sup>、尾上 紀子<sup>1</sup>、佐藤 大樹<sup>1</sup>、藤田 央<sup>1</sup>、  
山口 展寛<sup>1</sup>、石塚 豪<sup>1</sup>、鈴木 靖士<sup>2</sup>、篠崎 毅<sup>1</sup>

レストレスレッグス症候群(RLS)は、脚の異常感覚のために脚を動かしたいという衝動が夜間に生じ、周期性下肢運動のために睡眠障害をきたす末梢神経知覚障害である。我々は慢性心不全急性増悪を繰り返す虚血性心筋症に合併したRLS患者を経験したので報告する。症例は69歳の男性。慢性心不全症状の増悪とともにRLSを発症した。RLSの症状悪化に伴い重度睡眠障害、せん妄、記憶障害、異常行動を認め、入院継続が困難となった。ドカルパミン、ドパミン、ドブタミンの投与は再現性をもってRLSの症状を増悪させた。本症例は中枢神経系でのドパミン代謝異常がRLSの病態に関与するという仮説に合致する症例であった。RLSは見逃されやすい疾患であるが、RLSと慢性心不全の間には強い関連があると報告されており、その病態と治療につき考察する。

## Glasgow Prognostic Scoreと急性非代償性心不全症例の予後

仙台市医療センター仙台オープン病院 循環器内科

○浪打 成人、杉江 正、佐治 賢哉、瀧井 暢、  
須田 彬、加藤 敦

【背景】Glasgow Prognostic Score (GPS)はCRPとアルブミンから算出される予後予測因子である。炎症、低栄養状態を呈する心不全症例は稀ではない。【方法】急性非代償性心不全454症例を入院時GPSにより三群にわけ(0; CRP ≤ 1.0mg/dlかつalbumin ≥ 3.5g/dl、1; CRP > 1.0mg/dlあるいはalbumin < 3.5g/dl、2; CRP > 1.0mg/dlかつalbumin < 3.5g/dl)、左室駆出率(LVEF)50%未満群、50%以上群と入院時BNP中央値による低値群、高値群別に院内予後、長期予後を検討した。【結果】LVEF50%未満、50%以上、またBNP低値群、高値群いずれの群でもGPSは院内死亡リスクおよび長期予後に関連し、比例ハザードモデルにおいてもLVEF、BNPとは独立した予後予測因子であった。【結語】GPSは急性心不全症例の予後予測に有用である。

## 意識消失発作を契機に診断された心臓原発悪性リンパ腫の1例

山形県立中央病院 循環器内科

○井汲 陽祐、高橋 克明

症例は73歳男性。失神あり、ホルター心電図、頭部MRIや脳波検査を施行したが、原因不明であり経過観察となっていた。約2か月後、呼吸苦を主訴に当院救急外来を受診した。血圧60/47mmHg、脈拍136/分、頻脈性心房細動あり。心エコーで左房内に50×40mmの大きな腫瘤を認めた。循環不全の原因と考えられ、準緊急で手術を行った。開胸すると、腫瘍は左房外に広がり、肺動脈に沿って両側肺門部まで浸潤していた。心臓外浸潤部位の迅速病理診断で悪性腫瘍と判明し、腫瘍全切除は不可能であるため、試験開胸のみで手術は中止した。病理組織診断は悪性リンパ腫(びまん性大細胞性B細胞性リンパ腫)であった。全身検索を行った結果、心臓原発の悪性リンパ腫と診断され化学療法を行った。心臓原発悪性リンパ腫に関して文献的考察を含めて報告する。

25

救命しえた右冠動脈と左前下行枝2枝近位部の急性閉塞による心筋梗塞の一例

岩手県立中央病院 循環器科

○神津 克也、遠藤 秀晃、阿部 秋代、加賀谷裕太、  
佐藤謙二郎、野田 一樹、清水 亨、中嶋 壮太、  
高橋 徹、中村 明浩、野崎 英二

症例は70歳代男性。ショックバイタル並びに消化器症状で当院救急外来搬送された。心電図上心房細動、完全房室ブロック、II III aVF V3V4V5V6誘導でST上昇を呈し急性冠症候群の診断で緊急冠動脈造影となった。冠動脈造影上右冠動脈近位部(#1)の完全閉塞、左主幹部(#5)の75%狭窄、左前下行枝近位部(#6)の完全閉塞を呈していたため、引き続きIABP使用下に3病変に対して血行再建を施行し救命に成功した。最大CPK値7600IU/L、CK-MB値500IU/Lであった。多枝閉塞心筋梗塞は散見されるものの、多くの症例では慢性完全閉塞合併例である。本例はfirst wireで治療可能であり治療所見からも二枝急性閉塞が考えられた。左主幹部病変を伴う近位部の2枝閉塞病変であるにもかかわらず救命された貴重な一例として考察、報告する。

26

治療に苦慮した自然冠動脈解離の一例

岩手県立中部病院 循環器科

○織笠 俊樹、齊藤 秀典、小池 泰弘、小島 剛史、  
盛川 宗孝、八子多賀志

症例は43歳の女性。心肺停止で当院へ搬送。CPR、除細動で当院到着時はSRに復帰。右脚ブロック、1、aVL、aVRのST上昇、他誘導のST低下を認め、ACSの診断でIABP留置下に冠動脈造影を施行。LMTの狭窄とLCXの完全閉塞を認めた。IVUSでLMTからLCXに連続する解離を認めた。動脈硬化性変化は認めないことから自然冠動脈解離と考えた。同部位をCBで拡張しTIMI3となり終了。第10病日の冠動脈CTでLMTに解離が残存し、RCAに新たな解離を認めた。第16病日のCTはLCAに変化なく、RCAの解離は消失。薬剤負荷心筋シンチグラムは陰性であったため第22病日に退院。治療に苦慮した冠動脈解離の一例を経験したので報告する。

27

ドクターヘリ搬送が有用であったST上昇型心筋梗塞症の2例

<sup>1</sup>岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野

<sup>2</sup>岩手医科大学 救急医学講座

<sup>3</sup>岩手医科大学 内科学講座 心血管腎内分泌内科分野

○中島 悟史<sup>1</sup>、小室堅太郎<sup>1</sup>、石川 有<sup>1</sup>、下田 祐大<sup>1</sup>、  
石田 大<sup>1</sup>、房崎 哲也<sup>1</sup>、伊藤 智範<sup>1</sup>、照井 克俊<sup>2</sup>、  
中村 元行<sup>3</sup>、森野 禎浩<sup>1</sup>

ST上昇型心筋梗塞(STEMI)に対し、door to balloon time(D2BT)90分未満の達成率は上昇してきている。しかし、発症から再灌流までの時間(on set to balloon time; O2BT)は、120分未満が推奨されているものの、達成が困難なことも多い。岩手県では、地域基幹病院受診までに約1時間の搬送、さらにPCI可能施設への転送に2時間以上必要な場合もあるため、救命率や予後に影響している可能性がある。今回、ドクターヘリ搬送が有用であったSTEMI2症例を経験したので報告する。【症例1】三陸沿岸、船上で定置網の作業中に胸痛を自覚。救急要請。ドクターヘリで、当センターに搬送。D2BTは35分、O2BTは175分だった。【症例2】県北の山間部の自宅で胸痛を自覚。救急要請。ドクターヘリで、当センターに搬送。D2BTは62分、O2BTは156分だった。

28

急性心筋梗塞(AMI)による心肺停止(CPA)蘇生後脳機能予後良好例の退院後経過に関する検討

仙台市立病院 循環器内科

○山科 順裕、八木 哲夫、石田 明彦、三引 義明、  
佐藤 弘和、中川 孝、佐藤 英二、小松 寿里

AMIによるCPAから蘇生されて退院した連続18例の脳機能予後良好例の経過について報告する。CPA発症時の初期波形は17例が心室細動で、1例がArrestであった。全例で緊急PCIが施行されて成功した。2例は他院でフォローアップとなり、残りの16例の退院後平均観察期間は40±29ヶ月で、退院時の平均左室駆出率は59±10%だった。1例が退院後2ヶ月で突然死したが、この症例は胸部誘導でBrugada型の早期再分極を示していた。他の1例でICDが植え込みされたが、退院後にICD誤作動が認められた。残りの14例は退院後に致命的不整脈や突然死を認めなかった。結語:AMI-CPA例に早期にICDを植え込むことは妥当ではないが、CPAに至る機序は症例ごとに異なっている可能性があり、個別にリスク評価を十分行う必要がある。

29

冠動脈ステント破損が冠動脈瘤形成に関与した若年川崎病後遺症の一例

東北大学 循環器内科学

○二瓶 太郎、高橋 潤、圓谷 隆治、羽尾 清貴、  
西宮 健介、小鷹 悠二、松本 泰治、伊藤 健太、  
坂田 泰彦、下川 宏明

症例は19歳男性。2歳時に川崎病を発症。左右冠動脈瘤を形成し当院小児科に通院。18歳時に施行した冠動脈造影で右冠動脈近位部に著大な石灰化を伴うびまん性90%狭窄病変を認め、当科で冠動脈インターベンション(PCI)施行。ロータブレードで切削後に薬剤溶出性ステント2本を間隙無く留置し良好な拡張を得た。7か月後施行した冠動脈造影で、ステントが2つの部分に完全に離断しており、同部に一致した拡張性変化・冠動脈瘤の出現を認めた。OFDIではステントストラットの一部分断絶と瘤内における不完全密着を認めるとともに、冠動脈壁3層構造も失われおり、冠動脈ステント破損が冠動脈瘤形成に関与したと考えられた。本症例は今後増加する成人川崎病後遺症に伴う虚血性心疾患治療において示唆に富むと思われるので報告する。

30

当院におけるRenalGuard™ Systemの使用経験報告

仙台厚生病院 心臓血管センター

○加畑 充、堀江 和紀、滝澤 要、井上 直人、  
目黒泰一郎

カテーテル治療で全身の動脈硬化性疾患の血行再建が可能となった。慢性腎臓病の罹患率も増加しており、特に造影剤腎症(CIN)は術後の重篤な合併症である。その予防に造影剤暴露前後の補液が有効であるが、適正な手法は未だ確立していない。海外の臨床研究でRenalGuard™ Systemの有効性が報告され、我々は日本人で同システムの予防効果を検討しており、一症例を報告する。症例は80歳男性で労作性狭心症に対して待機的に冠動脈インターベンションを行った。術前の血清クレアチニン1.65mg/dl及びeGFR31.9mL/min/1.73m<sup>2</sup>であり、造影剤は137ml使用したが、同システムにより術後のCINを回避できた。いくつかの文献的考察を加えこれを報告する。

## 産褥期冠動脈自然解離による急性心筋梗塞の一例

## 仙台厚生病院

○田中綾紀子、滝澤 要、多田 憲生、笹井 宣任、  
富樫 大輔、遠田 佑介、伊藤 真輝、水谷有克子、  
井筒 大人、宮坂 政紀、加畑 充、堀江 和紀、  
清水 岳久、上村 直、櫻井 美恵、鈴木 健之、  
本多 卓、大友 潔、大友 達志、井上 直人、  
目黒泰一郎

症例は30歳女性。既往歴に妊娠高血圧、家族歴に母親の若年での心筋梗塞がある。2014年2月半ばに第二子を出産し、その後より時折胸部不快が出現するようになった。出産4週後、継続する胸痛が出現したため当院に救急搬送され、心電図にて胸部誘導の異常Q波、採血にて心筋逸脱酵素の上昇を認め急性冠症候群が疑われ冠動脈造影を施行した。左前下行枝近位部に造影剤貯留を伴う閉塞が認められ、血管拡張薬投与にても改善がみられず、経皮的冠動脈形成術を施行し血行再建に成功した。手術中に行った血管内超音波検査にて閉塞部から抹消まで解離を疑わせる所見が認められ心筋梗塞の原因と考えられた。産褥期冠動脈自然解離 (spontaneous coronary artery dissection: SCAD) による急性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。

## 超重症 COPD を伴う心筋梗塞後狭心症例に対する OPCAB 施行の 1 例

## 仙台循環器病センター 心臓血管外科

○小林 慶、細田 進、椎川 彰

症例は76歳男性。1992年胸痛で入院、LMT含む1枝病変で、薬物療法でフォロー。2001年咳嗽増悪認め、COPDの診断でテオフィリン製剤、ステロイド治療導入。定期的にCAG施行されていた。2013年10月胸痛及び肺炎で緊急入院。LMT狭窄の進行を認め手術の方針。術前精査で%VC52.8、FEV1.0% 38.89、一秒量0.63Lと重度の混合性障害認め、26日間の抗菌薬治療、吸入ステロイド強化で%VC 61.5、FEV1.0% 42.8、一秒量0.77Lまで改善。OPCAB (LITA- #7、SVG-PL、SVG-#2) 施行。術後手術室で抜管。POD27でHOTを導入し退院。COPDは開心術の危険因子であり、周術期管理に関して文献的考察を交えて報告する。

## OCTにより壁在血栓を認めた冠攣縮性急性冠症候群の一例

## 星総合病院 循環器内科

○角田 宇司、三浦 英介、横川 哲朗、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

症例は高血圧加療中の74歳男性。20××年9月起床後に冷汗を伴う胸痛が持続し当院を受診。急性心筋梗塞が疑われ緊急心臓カテーテル検査を施行。初回造影でLAD#7の完全閉塞を認めたがISDN冠注後に再疎通し病変部は25%に拡張。同部にIVUSとOCTを施行し線維性プラーク主体の内膜肥厚と壁在血栓を認めたがプラーク破裂や大きな新鮮血栓は認めず検査を終了。カルシウム拮抗薬と抗血小板薬を開始し胸痛の再発がないことを確認して退院とした。内膜びらんは急性冠症候群の原因の10～30%を占め内皮機能障害に基づいた血栓形成が関与するとされるがその病態は不明な点が多い。今回、我々はスパズムが原因の急性冠症候群ではあるものの病変部に壁在血栓形成も確認された症例を経験したので、びらんとスパズムとの関係に関して若干の考察を加えて報告する。

## 冠攣縮性狭心症の鑑別が有用であった冠動脈インターベンションによる完全血行再建後の1例

## 東北大学 循環器内科学

○羽尾 清貴、高橋 潤、二瓶 太郎、西宮 健介、  
圓谷 隆治、松本 泰治、伊藤 健太、坂田 泰彦、  
下川 宏明

65歳男性、2008年に冠動脈造影を施行され、右冠動脈(RCA)は慢性完全閉塞(CTO)、左前下行枝、回旋枝に高度狭窄を認めた。3枝に冠動脈インターベンション(PCI)を施行するもRCAは不成功。2010年に胸痛再燃したため、CTO病変にRetrograde approachでPCIを再施行しステントが留置され、完全血行再建となった。以後胸痛は改善するも2013年に再燃。βブロッカー、硝酸薬、ニコランジルと薬物治療を強化するも胸痛は改善せず、衝撃波治療の適応評価目的で当院紹介。当科で施行した冠動脈造影では末梢病変のみであったので、冠攣縮誘発試験を施行しRCAに有意な攣縮を認めた。同日よりベニジピンの内服を開始し胸痛は劇的に消失。有意狭窄病変が存在しても胸痛の鑑別として冠攣縮は常に念頭に置く必要があると考えられた。

## ステント内再狭窄に対する薬剤溶出型バルーンによるPCI6例の経験

## 岩手医科大学 医学部 内科学講座 循環器内科分野

○下田 祐大、伊藤 智範、石川 有、中島 祥文、  
中島 悟史、小室堅太郎、阪本 亮平、坂本 翼、  
三船 俊英、石田 大、房崎 哲也、森野 禎浩

従来、国内ではステント内再狭窄(ISR)症例へ対して、再度、ステント留置を行う治療が主体だったが、薬剤溶出型バルーン(DEB)によりステントの追加を回避することが可能となった。今回、当院で施行したDEBによるPCIの6例を報告する。症例は2014年1月から3月までに施行したISR6例。男性5例、女性1例、年齢42～73歳。安定型狭心症3例、不安定狭心症3例。BMS-ISR2例、DES-ISR4例、ステント径3.0～4.0mm、長16～38mm。ISRの原因は新生内膜増殖4例、ステント拡張不十分1例、ステントのショートニング1例。ステント留置後からISRまでの期間6カ月～12年間。6例中1例でステント追加を行ったが、その他の症例はバルーン拡張のみで良好な拡張を得られた。当院でのDEBによるPCIの経験例について報告する。

## 急性心筋梗塞を合併した活動期感染性心内膜炎に対し、緊急僧帽弁置換術兼冠動脈バイパス術を施行した1例

## 竹田総合病院 心臓血管外科

○工藤 新吾、川島 大、前場 寛

症例は歯周病治療中の48歳男性。原因不明熱、下腹部痛を呈し前医にて2ヶ月に及ぶ保存的抗生剤治療が継続されていた。経胸壁心エコーにて可動性を有する有茎性疣腫と僧房弁逸脱による高度僧房弁逆流を認め、活動期感染性心内膜炎と診断、当院緊急搬送となった。搬送当日朝より胸痛を認め、心電図にてV2～4 ST上昇、心エコーにて前壁中隔の壁運動低下を認めたため、緊急冠動脈造影を施行。左前下行枝近位部が完全閉塞していた。内科治療に強い抵抗性を有する敗血症を示し、かつ冠動脈塞栓によると考えられる急性心筋梗塞を認め、手術適応と判断。緊急僧房弁置換術兼冠動脈バイパス手術を施行。術後は敗血症から回復し、左室収縮機能低下も可及的に回避できた。活動期感染性心内膜炎による急性心筋梗塞例の一治験例を報告する。

37

緊急冠動脈インターベンション施行枝と実際の責任病変が異なっていたと思われる急性冠症候群の2例

平鹿総合病院

○大西 宏和、三木 景太、加賀瀬 藍、相澤健太郎、  
武田 智、深堀 耕平、菅井 義尚、伏見 悦子、  
高橋 俊明、堀口 聡

症例1：60歳男性。胸痛あり下壁梗塞を疑い冠動脈造影（CAG）を施行したところ、右冠動脈（RCA）#1および左前下行枝（LAD）#7の閉塞とRCAからLADへの側副血行路を認めた。#1を責任病変と判断し、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を実施したが、後日施行のCAGにてLADが再灌流しており、今回の責任病変であったと考えられた。症例2：79歳男性。労作時胸痛あり受診。急性冠症候群を疑いCAGを施行したところ、RCA#2の閉塞および左回旋枝（LCx）#13の90%狭窄を認め、LCxからRCAへの良好な側副血行路が認められた。LCx#13を責任病変と判断し、PCIを実施した。後日施行のCAGにてRCAが再灌流しており、今回の責任病変であったと考えられた。以上、緊急PCI施行枝と実際の責任病変が異なっていたと考えられる急性冠症候群の2例を報告する。

38

同一症例におけるZotarolimusとEverolimus溶出性ステントの6ヶ月後OCT所見

秋田大学大学院 循環器内科学

○真壁 伸、寺田 茂則、関 勝仁、小山 崇、  
寺田 豊、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

【背景】薬物溶出性ステント（DES）では新生内膜の増殖遅延が指摘されている。我々は、同一症例にzotarolimus（ZES）とeverolimus溶出性ステント（EES）を留置し6か月後にOCTにて評価し得た症例を経験した。【症例】50歳代男性、不安定狭心症にて冠動脈造影施行。右冠動脈（RCA）Seg4PD 99%狭窄と造影遅延、左前下行枝（LAD）Seg7 99%狭窄を認めた。2期的にRCAにZES、LADにEESを留置した。6か月後のOCTでは概ね新生内膜に被膜されていたが、EESではステント周囲に高輝度でHomogeneousな組織、ZESでは低輝度でHeterogeneousな組織が観察された。【結語】DESの違いにより新生内膜増殖様式の違いが起こる可能性が考慮された。

39

LMT病変の虚血評価にInstantaneous wave-free ratio（iFR）を使用した症例

秋田大学大学院 循環器内科

○寺田 茂則、真壁 伸、関 勝仁、小山 崇、  
寺田 豊、飯野 健二、渡邊 博之、伊藤 宏

【背景】iFRは血管拡張薬を用いずに冠動脈の機能的狭窄度を評価する方法である。我々は左冠動脈主幹部（LMT）と左前下行枝（LAD）の病変を有する症例にiFRを用いて狭窄の重症度を評価した。【症例】67歳男性、労作性狭心症にて冠動脈造影施行。LMTに50～75%の中等度狭窄およびLADに90%狭窄を認めた。PCI前のLAD末梢にてiFR=0.87、FFR=0.69でありLADに対してstentを留置した。治療後にはiFR=0.95、FFR=0.81と改善を認めたため、LMTに対しては内科的治療を選択した。【結語】LMT病変は冠動脈造影のみによる重症度評価は困難である。血管拡張薬を必要としないiFRはLMT病変においてより安全に簡便に冠動脈の機能的狭窄度を評価しうる可能性が考慮された。

40

急性冠閉塞を繰り返し、緊急冠動脈バイパス術を施行した一例

三友堂病院 循環器科

○伊澤 毅、阿部 秀樹、川島 理

急性冠閉塞に対し時期を逸さないバイパス手術が大切と痛感した症例を報告する。狭心症の63歳男性。左前下行枝（LAD）中間部に75%、対角枝（Dg）に90%狭窄を認めた。DgにResolute Integrity 2.5 x 22 mm、LADにXience Prime 3 x 28 mmをMini-Crushで留置。直後の造影でDg入口部に透亮像があり血流消失。Dgを高圧拡張後、kissing balloonを行い、Dgの血流が回復したため手技終了。しかし、直後にLADのステントが閉塞。血管内超音波で拡張不良なし。kissing balloonを行いLADの血流良好となるもDg閉塞のままであった。大動脈内バルーン留置し終了。しかし再びステント閉塞。アルゴトロバン追加したが、血栓が近位まで進んできたためLAD近位にステント追加。その後も透亮像が付着するため冠動脈バイパス術を施行。患者は術後25日目に独歩退院。

41

左回旋枝の同定が困難であった左主幹部心筋梗塞の一例

<sup>1</sup>（財）大原総合病院 総合臨床研修センター

<sup>2</sup>（財）大原総合病院附属大原医療センター 循環器内科

○武藤 雄紀<sup>1</sup>、待井 宏文<sup>2</sup>、吉田 圭佑、山田 慎也<sup>2</sup>、  
山口 修<sup>2</sup>、石橋 敏幸<sup>1</sup>

症例は86歳女性。II型糖尿病で近医診療所に通院中であった。平成25年11月某日に急性心筋梗塞の診断で近医より当科紹介。同日緊急心臓カテーテル検査を施行。右冠動脈造影ではPCI適応病変は認めず引き続き左冠動脈造影のテストショットを行ったところLMT-totalであったため対側よりIABPを挿入してCAGを施行。LMTを責任病変とするAMIと確定診断しPCIを開始。LADへのワイヤー通過はスムーズであったがLCxは入口部が不明でありワイヤー挿入は出来なかった。最終的にはLMTからLADへDESを留置しLADのTIMI-IIIで終了。後日、心臓CTにて冠動脈の評価をしたところLCxの描出は不良であり元々CTOであったものと考えられた。LCxの評価が困難なLMTの心筋梗塞であり急性期の治療方針を決めるのに難渋した症例を経験したので報告する。

42

二枝同時閉塞による急性心筋梗塞の一例

山形大学 医学部 第一内科

○石垣 大輔、西山 悟史、穴戸 哲郎、橋本 直明、  
安藤 薫、山浦 玄齋、長谷川寛真、舟山 哲、  
本田晋太郎、佐々木真太郎、岩山 忠輝、有本 貴範、  
高橋 大、宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功

症例は58歳男性。夕食中前胸部圧迫感が出現し、救急搬送された。来院時の心電図上、下壁誘導でST上昇あり。心臓超音波検査で左室前壁・前壁中隔から心尖部及び下壁領域で高度壁運動低下を認め、急性心筋梗塞と診断された。緊急冠動脈造影にて、右冠動脈近位部と左前下行枝近位部に完全閉塞を認めた。心電図所見より右冠動脈を責任病変と考え、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を施行した。PCI施行中に前胸部誘導でST上昇を認め、かつ右冠動脈再灌流後も左前下行枝への側副血行は認めず、左前下行枝も急性閉塞と考えPCIを施行した。心原性ショック・肺水腫及び心室頻拍を呈したが、大動脈内バルーンパンピングを含めた集中治療により改善し、生存退院した。文献的考察を交えて報告する。

公立置賜総合病院 循環器内科

○新関 武史、山内 聡、北原 辰郎、石野 光則、池野栄一郎

【症例】80 歳・男性【主訴】安静時の前胸部痛【現病歴】安静時に前胸部痛が出現し近医を受診した。心電図異常は認めず、一旦、経過観察となったが、3 日後に、再度、同様の痛みが出現した。頓用のイソソルビド 1 錠を舌下し胸部症状の改善を認めたが、当院救命救急センターを受診した。【経過】当院受診時には、胸部症状は消失していた。血液検査では、心筋逸脱酵素の上昇を認めず、心臓超音波検査でも、asynergy は認めなかった。胸痛時心電図は、以前の心電図と比較して著変無く異常所見は認めなかったが、非胸痛時心電図において、V1-3 誘導で、2 相性 T 波の出現を認め、Wellens 症候群が疑われ、心臓カテーテル検査を施行した。心臓カテーテル検査の結果、#6 90% の有意狭窄を認め、引き続き、PCI を施行した。術後経過は良好で退院した。

仙台市立病院

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

急性心筋梗塞 (AMI) により血行動態が維持できない症例に対して、当院で経皮的人工心肺 (PCPS) を導入した症例を検討した。平成 25 年に当科に AMI で入院した 41 名の内、PCPS 導入したのは 6 例。平均年齢 55.8 歳 (32-78 歳)、男性 5 例。全例経過中に一旦心肺停止に陥っており、心肺停止時初期調律は心室細動 2 例、脈なし心室頻拍 1 例、無脈静電気活動 2 例、心静止 1 例であった。4 例は胸骨圧迫中に PCPS 挿入。術後低体温療法を 4 例に施行。責任冠動脈は LAD2 例、LCX1 例、RCA1 例、LMT2 例。死亡 3 例はいずれも心源性ショックによる死亡。生存 3 例は全例神経学的予後良好で退院した。PCPS 装着までの時間に差はないが、生存例では再灌流までの時間が短い傾向が見られた。心肺停止に陥った AMI の予後は不良だが、適切な症例に対して PCPS は有効である。

弘前大学 医学部 循環呼吸腎臓内科学講座

○白戸 弘志、樋熊 拓未、阿部 直樹、澁谷 修司、横山 公章、山田 雅大、阿部 直樹、富田 泰史、長内 智宏、奥村 謙

症例は 60 代、男性。直腸癌の精査のため当院外科受診中に心肺停止となったが、CPR にて自己心拍再開、意識も改善した。蘇生後、救急外来にて観察中に下壁誘導にて ST 上昇がみられ、その後高度徐脈から心停止に至った。再度蘇生後に急性冠症候群 (ACS) として心臓カテーテル検査を行った。右冠動脈は低形成、左回旋枝は狭窄なし、左冠動脈前下行枝近位部に 75% 狭窄を認めた。OCT では血栓像やプラーク破綻像は見られなかった。前下行枝の FFR は最大充血後 0.85 であった。以上より前下行枝病変は今回の責任病変と考えられず、PCI を回避した。冠攣縮が原因と考えられ、Ca 拮抗薬投与にて再発しない。侵襲的ではあるが、複数の冠動脈診断モダリティを使用することで ACS の原因検索が可能で、不必要な PCI を回避できることが示唆された。

東北大学 循環器内科学

○山内 悠平、圓谷 隆治、二瓶 太郎、西宮 健介、羽尾 清貴、松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太、坂田 泰彦、下川 宏明

症例は 70 代男性。高脂血症にて近医加療中、労作時胸痛精査目的に当科紹介。冠動脈 CT にて左右冠動脈近位部に石灰化を伴う狭窄病変を認め、アデノシン負荷 201Tl 心筋血流シンチにて心尖部から中部前壁、側壁に再分布像を呈したため精査目的に心臓カテーテル検査を施行。左右冠動脈造影上有意狭窄病変は認められず、アセチルコリン負荷試験を施行。最終的に左前下行枝、回旋枝近位からびまん性攣縮が誘発され、症状および心電図変化も伴い冠攣縮性狭心症と診断。カルシウム拮抗薬を開始以後症状なく経過している。冠攣縮性狭心症における薬剤負荷心筋血流シンチの有用性はガイドライン上クラス IIb に分類され確認されていないが、陽性例では冠動脈病変の器質的狭窄のみならず冠攣縮の関与も念頭におく必要があると思われる。

福島県立医科大学 医学部 循環器・血液内科学講座

○國分 知樹、国井 浩行、中村 裕一、水上 浩行、及川 雅啓、坂本 信雄、八巻 尚洋、中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

大動脈弁置換、上行大動脈置換術の既往がある 50 歳台男性。胸背部痛のため救急要請。来院時ショック状態、ECG は wide QRS、I、aVR、aVL、V1-3 で ST 上昇、II、III、aVF で ST 低下。造影 CT は大動脈基部から冠動脈起始部に血腫様低吸収領域、左冠動脈領域心筋不染像を認めた。心臓血管外科と協議後、CAG を施行、大動脈基部に造影剤の染み込み、LMT から LAD に高度狭窄を認め、大動脈解離が LMT に冠動脈狭窄を来したと判断。ショックの状態であり再開胸術では血行再建に時間を要するため、IABP、PCPS を挿入後 LMT から LAD ヘス TENT を留置し血行再建に成功。Peak CK は 10656 IU/L であったが PCPS、IABP、カテコラミンからの離脱に成功した。大動脈解離に伴う急性心筋梗塞合併例に対し急性期治療としてステントによる早期再灌流が有効であった一例を報告する。

齋藤病院 内科

○盛田 真樹

【背景と目的】異なる ARB 間の臨床効果を後ろ向きに比較した。【対象】高血圧患者に対して candesartan (C) 165 例、telmisartan (T) 111 例を比較した。平均年齢 74 歳、処方年数 5 年。【結果】ARB 使用前血圧 C 149 ± 19 mmHg, T 148 ± 21 mmHg (p=0.63); ARB 使用直後血圧 C 137 ± 16 mmHg, T 141 ± 17 mmHg (p=0.054); 最新血圧値 C 132 ± 16 mmHg, T 133 ± 10 mmHg (p=0.93)。最新血清クレアチニン値 C 0.87 ± 0.34 mg/dl, T 0.91 ± 0.44 mg/dl (p=0.53)。全イベント (MACE + 非心血管イベント) C 4/165 (2.4%), T 6/111 (5.4%:  $\chi^2=0.94$ ; p=0.33)。年齢補正 ARB 使用直後血圧値には有意差なし (p=0.54)。【結語】C と T の間には血圧値、腎機能、全イベントにおいて、有効性には差なし。

49

中心静脈ポート留置後の内頸静脈血栓症を契機としてプロテインS欠乏症と診断された1例

<sup>1</sup> 星総合病院 循環器内科

<sup>2</sup> 福島県立医科大学 循環器、血液内科学講座

○安藤 卓也<sup>1</sup>、横川 哲朗<sup>1</sup>、國分 知樹<sup>1</sup>、水野 裕之<sup>1</sup>、  
清水 康博<sup>1</sup>、松井 佑子<sup>1</sup>、金子 博智<sup>1</sup>、坂本 圭司<sup>1</sup>、  
氏家 勇一<sup>1</sup>、三浦 英介<sup>1</sup>、清野 義胤<sup>1</sup>、木島 幹博<sup>1</sup>、  
丸山 幸夫<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>2</sup>

【症例】67歳女性【主訴】左頸部、上肢の腫脹【既往歴】特記なし【家族歴】血栓症なし【現病歴】2013年8月に当院で右乳癌切除術。同年10月左鎖骨下に中心静脈ポート植え込み術。その後抗癌剤治療を開始。同年11月に左頸部、上肢腫脹を認め、前医を受診。エコーにて血栓症が疑われ当科紹介。造影CTにて左内頸静脈の完全閉塞を認め入院となった。【入院後経過】抗凝固としてヘパリンとワルファリンを開始。入院時の採血でプロテインS欠乏症が判明。第10病日にワルファリンをダビガトランへ変更。経過良好で、第16病日の造影CTで内頸静脈内の血栓は著明に縮小していた。【考察】中心静脈ポートにより内頸静脈血栓症を来し、その原因としてプロテインS欠乏症が考えられた貴重な1例を経験したため報告する。

50

当科における腹部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術(EVAR)の治療成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○鷹谷 紘樹、小田 克彦、松尾 諭志、吉岡 一郎、  
長嶺 進

当科では2009年11月から2014年3月の間に111例の待機的腹部大動脈瘤患者の治療を行った。EVARを施行したのは61例(E群)、open surgeryを施行したのは50例(O群)で、いずれも入院死亡0であった。術後早期合併症として、E群では創感染1例、O群では消化管出血2例、腸管虚血1例、創感染2例であった。遠隔成績としてはE群において、Type 1b endoleakを1例認め、ステントを追加した。Type 5 endoleakによる瘤径拡大をきたした1例に対し、人工血管置換術を施行した。その他、追加治療や瘤径拡大をきたすendoleakは認めなかった。両群ともに動脈瘤関連死は認めなかった。在院日数はE群で平均12.9日、中央値12日、O群で平均26.2日、中央値24日であった。

当科における腹部大動脈瘤の治療成績はEVAR, open surgeryともに良好であった。

51

両下肢閉塞性動脈硬化症を合併した胸腹部大動脈瘤に対し逆行性再建を施行した1例

総合南東北病院 心臓血管外科

○緑川 博文、菅野 恵、渡邊 晃佑、植野 恭平、  
滝浪 学

<目的>両下肢閉塞性動脈硬化症(PAD)を合併したCrawford IV型胸腹部大動脈瘤(TAAA)に対し、逆行性再建を用いた1例を報告する。<症例>72歳、男性、TAAAを指摘され紹介受診。既往歴として両側大腿膝窩動脈バイパス術、CABGを施行されていた。TAAAは最大径50mmで嚢状瘤であり、硬化性変化高度であった。手術はStony incision、第7肋間開胸にてアプローチ、まず両側総腸骨動脈にY graft (20X10mm)末梢吻合、その側枝から送血、左腸骨静脈経路で脱血し人工心肺開始、その後24mm graftにて腹部分枝再建、その末梢をY graftと吻合後、中樞吻合し手術を終了、術後経過良好であった。<結語>PAD合併しF-F bypass困難なTAAAでは、逆行性再建は有効な方法と考えられた。

52

心臓カテーテル検査中にpigtailカテーテルの先端が血管内で断裂し、回収に成功した1例

仙台医療センター 循環器科

○藤田 央、山口 展寛、尾上 紀子、石塚 豪、  
篠崎 毅

症例は82歳の女性、術前心評価の心エコーで中等度以上の大動脈弁狭窄症が疑われたため心臓カテーテル検査が行われた。右大腿動脈より6Frenchシースを留置し、4French pigtailカテーテルを左室内に挿入するためガイドワイヤーを先端まで入れて、大動脈弁に押し当てるように進めた。同操作を2回繰り返した後、ガイドワイヤーがカテーテル先端まで入っておらず、カテーテルがpigtailの手前で折れ曲がっていた。ガイドワイヤーを入れ直そうとしたところカテーテル先端のpigtail部位が断裂し、左総腸骨動脈に移動してしまった。放射線科医にコンサルトし、シースを8Frenchに交換し、cobraカテーテルで造影して確認後、snearカテーテルでpigtailカテーテルを捕獲し、回収に成功した。

53

コレステロール塞栓症と急性冠症候群を同時期に発症した高HDLコレステロール血症の一例

星総合病院 循環器内科

○小橋亮一郎、三浦 英介、水野 裕之、横川 哲朗、  
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

症例は高血圧症などで近医加療中の80歳代男性。2014年3月、両足指に疼痛伴う急速な潰瘍/壊死が出現し当院入院となった。入院時HbA1cNGS 5.8%、HDL 106mg/dl、LDL-C 35.8mg/dl、CTでは広範囲な強い動脈硬化所見を認めた。臨床経過に加えて好酸球増加も認めたためコレステロール塞栓症が疑われステロイド投与を開始したが入院16病日に左冠動脈主幹部～前下行枝近位部を責任病変とする急性冠症候群を発症し血管内治療を施行した。治療は成功したが心不全が進行し現在もICUにて管理中である。近年、HDL-C管理における質の重要性がクローズアップされている。今回、血漿HDL-C高値にもかかわらず、高度の粥状動脈硬化所見に加えてコレステロール塞栓と急性冠症候群をほぼ同時期に発症した症例を経験したので若干の考察を加えてここに報告する。

54

長期自然歴を観察し得た陳旧性心筋梗塞、三束ブロックの一例

仙台市立病院 循環器内科

○佐藤 舞、石田 明彦、八木 哲夫、滑川 明男、  
三引 義明、山科 順裕、佐藤 弘和、中川 孝、  
佐藤 英二、小松 寿里

症例は91才男性。72才時に心筋梗塞を発症、冠動脈造影で左冠動脈前下行枝#7の閉塞を認めたが右冠動脈から良好な側副血行の発達を認めインターベンションは施行されなかった。外来での経過観察中、76才時、心電図で右脚ブロック、左軸変位が出現。89才時、失神発作を認め発作性房室ブロックや心室性不整脈が疑われたが、心電図は著変無く、本人・家族と相談しペースメーカー植込み(PMI)は見送る方針となった。90才時、2:1房室ブロックが認められたが自覚症状無く、再度の話し合いでPMIは見合わせた。91才時、自宅で失神、救急隊到着時に房室ブロックによる心停止を認めたが蘇生された。蘇生後、自己洞調律は安定したが、家族との話し合いでPMIを施行した。長期にわたり房室ブロック進行の自然歴を確認し得た希な症例として考察を交え報告する。

55

運動誘発性発作性房室ブロックの1例

<sup>1</sup>岩手医科大学 内科学講座 循環器内科  
<sup>2</sup>岩手医科大学 内科学講座 心血管腎内分泌内科  
○芳沢 礼佑<sup>1</sup>、小松 隆<sup>2</sup>、佐藤 嘉洋<sup>2</sup>、小澤 真人<sup>2</sup>、  
梶田 房紀<sup>2</sup>、森野 禎浩<sup>1</sup>、中村 元行<sup>2</sup>

症例は73歳、女性。主訴は労作時の易疲労感。外来トレッドミル運動負荷試験ではBruce-1段階で2:1～3:1房室伝導の発作性房室ブロックを認め入院となった。経胸壁心臓超音波検査ならびに冠動脈造影では異常を認めなかった。臨床心臓電気生理学的検査で、コントロール時は洞調律、PP間隔1037msec、AH間隔135msec、HV30msecで異常を認めなかった。高位右房ペーシングによるWenckebach rateは無投薬下80/分、Isoproterenol (ISP) 負荷時(0.5μg/kg/min)80/分とISPで改善を認めず、ISP負荷後の心腔内His束心電図ではコントロール時に認められなかったHis束分裂の顕著化を認め、His束内ブロックの存在が示唆された。永久的ペースメーカー移植術後良好な経過をたどっているが、比較的稀な症例と考えられ報告する。

56

誘発にランジオロール塩酸塩が有効であった右室流出路起源の心室性期外収縮の一例

石巻赤十字病院 循環器内科  
○小山 容、土屋 隼人、須貝 孝幸、玉淵 智昭、  
祐川 博康

症例は60歳、男性。検診で心室性期外収縮(PVC)を指摘され当院を受診。PVCは左脚ブロック+下方軸で、1日2万発以上と頻発しており、ビンプロロールフル酸塩を内服したが効果を認めず、カテーテルアブレーションを施行した。入室時の心拍数100/分で、入室してからtargetのPVCは全く出現しなかった。塩酸イソプロテレノール点滴を行い心拍数120/分程度まで増加させたが、PVCは誘発されなかった。ランジオロール塩酸塩を点滴し、心拍数80/分程度まで低下させたところ、targetのPVCが頻発するようになった。PVCの最早は右室流出路の自由壁にあり、同部位を焼灼しPVCは消失した。今回、我々は、右室流出路起源のPVCの誘発にランジオロール塩酸塩が有効であった症例を経験したので報告する。

57

心内膜側アブレーションにより根治したVein of Marshall-related Macroreentrant Atrial Tachycardiaの一例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科  
○大友 潔、箆井 宣任、滝澤 要、井上 直人、  
目黒泰一郎

症例は2年間持続する慢性心房細動の75歳女性。過去2回のセッション施行後、抗不整脈薬無投薬下に持続性心房頻拍の再発が認められたため3回目のセッションを施行した。心房頻拍は左房(LA)峡部を最早期興奮部位とする巣状興奮様式を呈し同部のPPIは頻拍周期+15msecであったが同部における焼灼は無効であった。左肺静脈-左心耳間鞍部の長さ約15mmの領域においてP波から50msec先行し電位持続時間が長く低電位波高を呈する分裂電位が連続的に記録され、同領域内におけるPPIは全て頻拍周期に一致した。同部の焼灼で頻拍は停止した。マーシャル静脈(VOM)選択的造影により焼灼成功部位はVOM遠位端に位置し、心房内最早期興奮部位はVOM-CS接合部近傍のLA側壁であることが判明した。VOM内またはVOM-LA筋筋間のmacroreentryが機序と考えられた。

58

慢性期リード再移動の予防に左室リードの変更が有用と思われた一例

国立病院機構 仙台医療センター  
○山口 展寛、藤田 央、尾上 紀子、石塚 豪、  
篠崎 毅

症例は65歳女性。56歳で完全房室ブロックのためペースメーカー植え込み術(DDD)を施行された。62歳時にうっ血性心不全のため入院し、心臓カテーテル検査では、冠動脈に有意狭窄なく左室造影ではEF27%と低下しており、両心室ペースメーカーへアップグレードを行った。左室リード(ACUITY Steerable, Boston Scientific)を用いて、冠静脈前側壁枝を選択し心尖部寄りでは横隔神経刺激を認めたため中間部に留置した。外来フォローでは胸部単純写真上、左室リードは徐々に移動し約1年後に前側壁枝基部まで抜け、ペーシング不全となった。左室リード(1258T-86, SJM)を変更し、前側壁枝の中間部に再留置したが、術後にリード移動を認めていない。今回リードの再移動予防のためにリードの形状を変更することが有効と思われた。

59

心室電極で心房波のover sensingが確認されたVDDリードペースメーカーの1例

岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野  
○佐藤 嘉洋、芳沢 礼佑、小澤 真人、梶田 房紀、  
小松 隆、森野 禎浩、中村 元行

60歳代 男性 1995年9月20日、完全房室ブロックに対してVDDペースメーカー移植術が施行された。2013年10月、Holter心電図でペースメーカー不全と思われるR-R延長が確認された。延長したR-R間には心房波が確認された。R-R延長はプログラマーでも確認され、EGMでは心房sensingと同じタイミングで心室sensingが確認された。Over sensingはunipolarでは確認されず、Bipolarでのみ確認された。リードは右室心尖部に留置されているが、心室電極間が28mmと比較的長く、心房波をover sensingしやすい構造である可能性がある。また、心房波の心室電極でのover sensingはプログラマーを用いた通常のペースメーカークリニックでは発見し難く、Holter心電図による確認が必要である。

60

心房粗細動に対するCTIブロックライン作成および房室結節アブレーションが奏功したCRT-D移植後のDCMの一例

東北大学 循環器内科学  
○平野 道基、福田 浩二、中野 誠、近藤 正輝、  
長谷部雄飛、佐竹 洋之、下川 宏明

症例は61歳男性、CRT-D移植後の拡張型心筋症症例である。平成25年11月心不全増悪を来し、当科入院。入院後、強心剤、利尿剤で心不全治療を施行するも、通常型心房粗動の発症もあり、心不全管理は難渋化し、人工呼吸器管理を余儀なくされた。抜管後も心不全改善に乏しく、強心剤依存状態が持続した。経過中に頻脈性心房細動によるCRT-D誤作動も呈したため、通常型心房粗動に対して下大静脈-三尖弁峡部ブロックライン作成、ならびに頻脈性心房細動に対して房室結節アブレーションを施行した。術後、強心剤離脱可能となり、独歩退院した。心房粗動、心房細動の合併による心不全増悪、CRT-D誤作動に対し、カテーテルアブレーションが奏功した症例を経験したため、報告する。

61

ペースメーカー設定の効果を心肺運動負荷試験 (CPX) にて評価し得た一例

<sup>1</sup> 太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科  
<sup>2</sup> 福島県立医科大学医学部 循環器血液内科学講座  
○遠藤 教子<sup>1</sup>、渡邊 俊介<sup>1</sup>、野寺 穰<sup>2</sup>、金澤 晃子<sup>1</sup>、  
石田 悟朗<sup>1</sup>、新妻 健夫<sup>1</sup>、小松 宣夫<sup>1</sup>、武田 寛人<sup>1</sup>、  
竹石 恭知<sup>2</sup>

80歳代女性。徐脈性心房細動にてペースメーカー (VVI) 植え込み術施行。植え込み後3か月後のチェック時、日常生活での息切れの訴えあり。CPX (TR-2) 施行。PeakVO2 13.3ml/kg/min と低運動耐容能で、換気応答能 (VE vsVCO2 値) は 37.2 と心不全傾向を認めた。運動負荷中、HR70bpm とペースメーカー調律であり、心拍応答が運動耐容能に影響していると考え VVIR へ変更。自覚症状は設定変更直後から改善。1か月後の CPX では PeakVO2 15.9ml/kg/min と増加し、VE vsVCO2 値は 31.7 と改善した。現在農作業を行える程度まで ADL は改善した。本症例では、自覚症状の他に CPX にてその効果を客観的に評価確認し得た。CPX はペースメーカー設定の評価に有用な検査であると思われた。

62

アブレーションにより根治した右房-下大静脈境界部にトリガーおよびドライバーを有する慢性心房細動の一例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科  
○大友 潔、茂井 宣、滝澤 要、井上 直人、  
目黒泰一郎

症例は2年間持続する慢性心房細動 (AF) の62歳男性。初回セッション施行後、抗不整脈薬無投薬下に発作性 AF の再発が認められたため再セッションを施行した。左房-肺静脈間、右房-上大静脈間および右房峡部再発性伝導は認められなかった。アイソプロテレンール負荷下に反復性心房性期外収縮 (PAC) をトリガーとする AF が発生し、電気的除細動直後に再現性をもって同部のトリガーから AF が再発した。除細動直後に AF トリガーのマッピングを行ったところ、右房造影上右房-下大静脈境界部中隔壁の右側卵円窩下縁にトリガー PAC の最早期心房興奮が認められ AF 中には高頻度興奮が認められた。AF 中に同部に対し焼灼を加えたところ AF は停止し、以後 AF および PAC は誘発不能となった。慢性 AF において同部を起源とする AF トリガーおよびドライバーの報告は稀であるため報告する。

63

アミオダロン静注薬から内服薬への移行時に再増悪を来した頻脈誘発性心筋症の1例

<sup>1</sup> 青森県立中央病院 循環器科  
<sup>2</sup> 津軽保健生活協同組合健生病院 内科  
<sup>3</sup> 青森市立市民病院  
○斉藤 孝幸<sup>1</sup>、大和田真玄<sup>1</sup>、木村 嘉宏<sup>1</sup>、阿部 慎一<sup>2</sup>、  
横田 貴志<sup>1</sup>、森 康宏<sup>3</sup>、今田 篤<sup>1</sup>、藤野 安弘<sup>1</sup>

症例は40代の男性。1週間前から続く呼吸苦が増悪し受診した。心電図は180拍/分以上の心房細動であり、心エコーで著明な左室収縮の低下が確認された。胸部X線所見と併せて鬱血性心不全と診断した。心拍数コントロールの目的でアミオダロン静注薬を使用し、重複して内服薬も開始した。心拍数は100-120拍/分まで低下し、48時間 (3病日) で静注薬を終了したが、数時間で心拍数が再上昇した。静注薬の再投与で徐拍化、5病日で洞調律に復帰し、全身状態は改善した。2ヶ月後の心エコーで左室収縮の改善を認め、頻脈誘発性心筋症と診断した。アミオダロン静注薬から内服薬への移行に標準的方法はなく、難渋することもある。個々の状況に応じて、数日間の静注薬持続、くわえて内服薬の重複投与を要することも念頭におくべきと考え、ここに報告する。

64

Crux 領域起源の心室期外収縮に対し左室心内膜側からの焼灼が得られた2例

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

症例1は74歳男性。12年前から動悸を自覚。左脚ブロック、左上方軸の心室期外収縮 (PVC) を43000拍/日認めカテーテルアブレーション (RFCA) を施行。左室基部後中隔 (LVPS) にて PVC の QRS に34msの早期性を認め、ペースマップ (PM) は11/12。同部位での通電にて根治が得られた。LVPS 対側の右室基部後中隔 (RVPS) は10msの早期性を認めたが無効通電であった。症例2は56歳男性。PVC 数18000拍/日認め RFCA を施行。LVPS ではQRSに25msの早期性を認め、PMは11/12。しかし通電によるPVC抑制効果は一過性であった。追加通電によりPVCの波形が変化し、PVC出現頻度の減少が得られ終了。帰宅後 delayed success が得られた。RVPS、冠静脈洞入口部、中心静脈内では10msの早期性を認めたが無効通電であった。PVC 起源として Crux 領域は比較的稀な領域と考えられ報告する。

65

内頸静脈アプローチが有効であった三尖弁輪起源心室性期外収縮の一例

東北大学 循環器内科学  
○近藤 正輝、福田 浩二、中野 誠、長谷部雄飛、  
佐竹 洋之、平野 道基、下川 宏明

症例は22歳、男性。2009年より心室性期外収縮 (PVC) の頻発を指摘されていた。2013年IgA腎症にて前医入院。ホルター心電図にて総心拍数の15-20%と頻発するPVCを認め当科紹介。動悸の自覚症状もあり、2014年1月RFCA施行。術中にPVC出現せず、三尖弁輪9時方向でペースマップが一致した部位へ通電した。しかし、術翌日よりPVCが再発し、同年3月に2nd Sessionを施行。PVCは散発しており、右大腿静脈アプローチで局所電位が先行する部位へ通電するもPVCは消失しなかった。内頸静脈アプローチへ変更し、PVCから約20ms先行する電位を認める部位で有効通電が得られPVCは消失した。成功通電部位に大腿静脈アプローチではカテーテルが届かず、内頸静脈アプローチが有効であった三尖弁輪起源心室性期外収縮の一例を経験したので報告する。

66

肺静脈遠位部に最も高いDominant frequencyを認め、隔離後も肺静脈内で細動が持続した発作性心房細動の1例

弘前大学大学院医学研究科  
○金城 貴彦、木村 正臣、堀内 大輔、石田 祐司、  
伊藤 太平、佐々木憲一、佐々木真吾、奥村 謙

心房細動を持続させるドライバーは高いDominant frequency (DF) を有する。発作性心房細動 (AF) の66歳男性。AF中に全肺静脈 (PV) のDFを算出した。PV隔離前のDFは右上PV:7.6 Hz、右下PV:6.1 Hz、左上PV:8.0 Hz、左下PV:8.2 Hzであり、高いDFを有する左側PVがドライバーと考えられた。しかし左側PV隔離後も右上PVは低下せず7.9 Hzと高頻度興奮を維持した。左側PVへのentrance blockを確認後、右側拡大隔離中carinaに通電したところ洞調律となったが、洞調律にもかかわらず右上PV内では細動が持続していることが確認された。マッピングにより、近位部のDFは6.3 Hz (AF cycle length:150 ms) と低頻度興奮であったが、通常は電位が減弱する遠位部で8.8 Hz (AF cycle length:112 ms) と最も高いDFを認め、右上PVが真のAFドライバーであった。



67

大動脈洞無冠尖内の焼灼により離断された右側傍中隔部心外膜側付着副伝導路を有する潜在性 WPW 症候群の一例

仙台厚生病院 心臓血管センター 循環器内科  
○大友 潔、箄井 宣任、滝澤 要、井上 直人、  
目黒泰一郎

症例は regular, narrow QRS, short-RP' 頻拍を呈する 76 歳女性。高頻度心房刺激により順行性房室回帰性頻拍が誘発され、ヒス束電位記録部位に最早期逆行性心房興奮 (ERAA) が記録された。三尖弁輪周囲の詳細なマッピングではヒス束記録部位よりやや側方の三尖弁輪 11:30 部位で ERAA が記録されたが、同部位における焼灼は無効であった。経心房中隔の僧房弁輪前中隔領域のマッピングを行ったが右房側より先行する電位は認められなかった。大動脈洞無冠尖 (NCC) 内のマッピングでは右房側より 5msec 先行する ERAA が記録され、同部位における焼灼にて AH 時間の延長なく副伝導路離断に成功した。本例の副伝導路は右側傍中隔部心外膜側に付着していたため NCC 内の焼灼が奏功したものと考えられた。

68

PEA で搬送された ICD 植込み後の肥大型心筋症の 1 例

<sup>1</sup>秋田県成人病医療センター 循環器科  
<sup>2</sup>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  
○寺田 健<sup>1</sup>、田代 晴生<sup>1</sup>、阿部 芳久<sup>1</sup>、真壁 伸<sup>1</sup>、  
佐藤 匡也<sup>1</sup>、門脇 謙<sup>1</sup>、伊藤 宏<sup>2</sup>

51 才男性、12 年前に呼吸困難で近医入院。心電図異常を認め心臓カテーテル検査施行。冠動脈に有意狭窄なく肥大型心筋症型の診断。1 年前に呼吸困難のため救急要請、モニターでは心室頻拍。近医総合病院へ救急搬送された。心室頻拍はアミオダロン静注と電氣的除細動で洞調律に復したが人工呼吸管理を要した。肥大型心筋症による心室頻拍と診断され当センターに転院。11 か月前に植込み型除細動器植込み術を施行。今回、再度呼吸困難が出現し救急要請。救急車内で呼吸状態がさらに悪化し脈拍触知不能。モニターは HR 40bpm のペースング調律。PEA となり当センターに到着。気管支喘息重積発作と判断しボスミン筋注後改善した。今までの呼吸困難はすべて気管支喘息発作でそれが誘因となり肥大型心筋症を基礎心疾患に心室頻拍が生じたものと思われた。

69

高齢者の高カリウム血症による高度徐脈の症例

山形市立病院済生館  
○石井 悠翔、菅原 裕人、伊藤 誠、中田 茂和、  
宮脇 洋

(症例 1) 87 歳男性。下肢骨折後のリハビリテーション中に突然高度徐脈から心肺停止となり当院に救急搬送された。高カリウム血症のため、体外式ペースメーカー植え込みと補液を行い、1 週間程度で改善し退院となった。降圧薬として高用量の ARB とカルシウムチャネル拮抗薬を内服中であった。(症例 2) 81 歳女性。前日感染性胃腸炎に罹患し動けなくなった。消化器内科受診時検査で高カリウム血症と高度徐脈を認め当科紹介となった。体外式ペースメーカー植え込み術と補液行い 1 例目と同様に回復した。ARB と ACEI 併用例であった。(考察) 当院での過去 2 年間における高カリウム血症に対する体外式ペースメーカー植え込みで早期に回復を認めた症例と文献的考察をまとめ報告する。

70

1 時間 30 秒ごとに心室過剰感知を認めた DDD ペースメーカーの 1 例

米沢市立病院 循環器内科  
○平 カヤノ、上北 洋徳、渡辺 達也、藤野 彰久

症例:55 歳女性 労作時の心窩部痛で受診し 2:1 房室ブロックを認めた。消化管検査や冠動脈検査では異常なく電気生理学的検査で BH ブロックを認めた。ペースメーカーの植え込みにより症状は消失したがホルターで 1 時間 30 秒ごとに心室の過剰感知による心停止をみとめた。感知不全は 1 心拍のみで心室感度を 1.2mV から 2.0mV に変更しこの現象は抑制された。考察:ペースメーカーの心内心電図データの保存機能が自動的に作動することにより、心電図増幅器が 1 時間 30 秒ごとにオンオフされ、この電氣的ノイズを心室リードが感知することによる誤動作であった。増幅器の動作の静止は不可能であるが、心室感度初期設定から変更することにより現象を回避できる。当該事象の起こりうる機種植え込みの際には留意すべきであると考えられた。

71

発作性心房細動のレートコントロール治療前後での心室収縮メカニズムの検討

後田内科クリニック  
○後田 真一

【症例】41 歳、男性。以前より前医から発作性心房細動を指摘されていた。明け方より突然動悸が始まり当院を受診した。心電図上、頻脈性心房細動であり、Impedance cardiography でモニターしながら、ベラパミル 5mg を静注し、レートコントロール治療を行い、その前後での心機能の変化を新しく開発した心房細動の心室収縮メカニズム解析法を用いて検討した。【結果】平均心拍数は 108/分から 78/分に低下した。Frank-Starling mechanism + mechanical restitution の作用は増強したが、postextrasystolic potentiation の作用は著しく減弱した。【結語】心房細動のレートコントロール治療の際には、特定の心室収縮メカニズムの作用だけが著しく損なわれないようなバランスのとれた薬物治療の戦略が大切である。

72

Late potential は type2 ブルガダ心電図患者のリスク層別化に有用な可能性がある

東北大学 循環器内科学  
○中野 誠、福田 浩二、近藤 正輝、長谷部雄飛、  
佐竹 洋之、平野 道基、下川 宏明

Type2 ブルガダ心電図症例のリスク層別化は十分にされていない。当科初診時第 4、第 3 肋間で type2 心電図を呈した連続 32 例の臨床的、心電図的特徴を検討した。平均年齢は 45 ± 14 歳、31 例が男性。7 例が VF 蘇生例であり、ブルガダ症候群の診断となり (VF 群)、25 名は無症候性であり、その後も type1 心電図を呈さなかった (対照群)。心電図上の計測値 (rJ 間隔、r-Tpeak 間隔、r-Tend 間隔) は VF 群と対象群との間に有意差を認めなかった。LAS40、fQRS には両群で有意差を認めないが、RMS40 は VF 群で低値の傾向を認めた (12.1 ± 3.08 vs. 17.4 ± 1.63, p=0.051)。本研究の結果から、type2 心電図症例における RAS40 の有用性が示唆された。

73

悪性リンパ腫に伴う頸動脈洞症候群により失神を繰り返した1例

仙台市立病院 循環器内科

○小笠原紀信、中川 孝、小松 寿里、佐藤 英二、  
佐藤 弘和、山科 順裕、三引 義明、石田 明彦、  
滑川 明男、八木 哲夫

71歳女性。悪性リンパ腫の終末期で緩和的化学療法中であった。失神が頻繁に起こり外来受診した。洞停止に一致した眼前暗黒感を認め、徐脈による失神と考えた。半年以上の予後が期待されたためペースメーカーの適応と判断し、手技時間短縮目的にVVIペースメーカーを植え込んだ。悪性リンパ腫に関しては咽頭から頸部のリンパ節が腫大し、窒息の危険があるため化学療法が開始された。植え込み1週間後に再度失神した。ペースメーカーは正常作動したが、血圧が低下しており、硫酸アトロピンで改善した。リンパ腫が頸動脈を物理的に圧迫し頸動脈洞症候群(混合型)を生じたと考えられた。その後化学療法が奏功し、リンパ腫の縮小と共に失神や徐脈を認めなくなった。悪性リンパ腫による頸動脈症候群はまれであり、治療上の反省点を含め報告する。

74

バルーン大動脈弁形成術後の1剖検例

<sup>1</sup>岩手県立中央病院 循環器科

<sup>2</sup>岩手県立中央病院 病理科

○高橋 徹<sup>1</sup>、阿部 秋代<sup>1</sup>、加賀谷裕太<sup>1</sup>、神津 克也<sup>1</sup>、  
佐藤謙二郎<sup>1</sup>、野田 一樹<sup>1</sup>、清水 亨<sup>1</sup>、中嶋 壮太<sup>2</sup>、  
遠藤 秀晃<sup>1</sup>、中村 明浩<sup>1</sup>、野崎 英二<sup>1</sup>、八重樫 弘<sup>2</sup>、  
佐熊 勉<sup>2</sup>

バルーン大動脈弁形成術(BAV)は重症大動脈弁狭窄症(AS)の姑息的治療方として、外科手術までのbridgeや癌術前治療に行われている。症例は80代、男性。平成25年5月、脳梗塞発症し入院の際、ASを指摘された。同年11月心不全発症、状態悪化し当院紹介転院した。来院時、ショック状態であり、IABP装着、気管内挿管した。当院ではBAVはインフレーターを用いて順行性に拡張することが多いが、本症例では、緊急治療のため、8mm、25mmのEVT用バルーンを逆行性に進め、Rapid pacing下にBAV施行した。手技終了時の圧格差は22mmHgであった。治療後、肺うっ血は改善したが、敗血症により第5病日に死亡した。死後、病理解剖を行った。大動脈弁はブラックが付着し、無冠尖に亀裂が入り出血していた。BAV後の剖検例を経験したので供覧する。

75

当院における経皮的動脈弁置換術の成績

<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

○水谷有克子<sup>1</sup>、多田 憲生<sup>1</sup>、櫻井 美恵<sup>1</sup>、加畑 充<sup>1</sup>、  
宮坂 政紀<sup>1</sup>、田中綾紀子<sup>1</sup>、茂井 宣任<sup>1</sup>、堀江 和紀<sup>1</sup>、  
上村 直<sup>1</sup>、鈴木 健之<sup>1</sup>、本多 卓<sup>1</sup>、大友 潔<sup>1</sup>、  
山谷 一広<sup>2</sup>、畑 正樹<sup>2</sup>、滝澤 要<sup>1</sup>、大友 達志<sup>1</sup>、  
井上 直人<sup>1</sup>、目黒泰一郎<sup>1</sup>

2013年10月に重症大動脈弁狭窄症に対する経皮的動脈弁置換術(TAVI)が保険償還となり、当院では2014年1月30日から3月20日までに8例の経大腿アプローチTAVIを施行した。平均年齢84.5歳、平均STSscore 8.62%、平均手技時間93分、平均麻酔時間125.2分、平均CCU入院期間1.9日であった。1症例で術後間欠的房室ブロックに対し恒久的ペースメーカー留置および両心室ペースメーカーへのversion upを行ったため入院日数43日となったが、他7症例は術中・術後合併症を認めず平均入院日数は13.4日で、全症例が独自自宅退院した。当院ではTAVI施行を見据え2010年から現在まで117例の逆行性経皮的動脈弁形成術を施行しており、この経験が良好なTAVIの結果に繋がっていると思われる。今後とも安全なTAVI施行に向け研鑽していく所存である。

76

TAVI合併症評価における経食道心エコー図の役割：3症例の経験

<sup>1</sup>岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌分野

<sup>2</sup>岩手医科大学内科学講座 循環器内科分野

<sup>3</sup>岩手医科大学 心臓血管外科

○熊谷亜希子<sup>1</sup>、田代 敦<sup>1</sup>、中島 祥文<sup>2</sup>、阪本 亮平<sup>2</sup>、  
房崎 哲也<sup>2</sup>、森野 禎浩<sup>2</sup>、鎌田 武<sup>3</sup>、岡村 均<sup>3</sup>、  
中村 元行<sup>1</sup>

経皮的動脈弁置換術(TAVI)施行において経食道心エコー図の果たす役割は大きい。当院は2013年12月に施設認定され、これまでに3症例を経験した。全例男性で、平均年齢80歳。術前の経胸壁心エコー図指標は、最大流速4.6m/sec、弁口面積係数0.54cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>、弁輪径2.2cm、STJ 2.4cm、ARは中等度1例、軽度2例であった。2例が経大腿、1例が経心尖アプローチで施行し、全例26mm SAPIEN XTを留置した。術中合併症は、初症例で弁留置前のバルーン拡張後ショックが遷延し、迅速な原因検索が必要とされた。また全例で留置後の弁周囲逆流(PVL)を認め、後拡張を行い逆流の減少を認めた。術後は最大流速2.3m/sec、弁口面積係数1.33cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>でPVLの増悪はなかった。3症例を経験した術中合併症に対し経食道心エコー図の役割の実際を報告する。

77

心腔内エコー(ICE)が経皮経静脈的僧帽弁交連切開術(PTMC)に有用であった一例

弘前大学 循環呼吸腎臓内科

○山田 雅大、横山 公章、澁谷 修司、阿部 直樹、  
富田 泰史、樋熊 拓末、長内 智宏、奥村 謙

【症例】65歳女性。44歳時に大動脈弁置換術と直视下僧帽弁交連切開術の既往あり。NYHA IIの僧帽弁狭窄症(MS)に対するPTMC目的に入院。心エコーではリウマチ性MSで弁口面積1.0cm<sup>2</sup>、Wilkins score 6点。PTMC手技中にICEで右房内に浮遊する細長い血栓を認め、血栓症の危険性があったが、ICEガイド下にガイディングカテーテルで吸引除去に成功。次に高周波エネルギー経中隔穿刺針での心房内隔穿刺を試みたが、心房内隔は肥厚し強固で穿刺困難であった。Brockenbrough針に切り替え穿刺できた。その後もICEガイド下に安全にPTMCを施行できた。【考察】PTMCはX線透視のみで施行可能な確立した治療法ではあるが、ICE併用することで今症例のような複雑な症例においても安全、確実に手技を進めることが可能となると思われる。

78

急性前側壁梗塞より発症した僧帽弁乳頭筋断裂による急性左心不全症例

<sup>1</sup>白河厚生総合病院 第2内科

<sup>2</sup>財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 心臓血管外科

○藤田 禎規<sup>1</sup>、根岸 紘子<sup>1</sup>、沼野 和彦<sup>1</sup>、泉田 次郎<sup>1</sup>、  
斎藤 恒儀<sup>1</sup>、斎藤 富善<sup>1</sup>、前原 和平<sup>1</sup>、丹治 雅博<sup>2</sup>、  
高橋 皇基<sup>2</sup>、石田 圭一<sup>2</sup>

症例は58歳、男性。2013年12月1時間程の胸痛を認め、4日後頃より労作時の息切れを認め近医受診した。胸部X線検査にて全肺野の間質性陰影を認め急性左心不全を疑われ当院へ紹介された。血圧60mmHg台、脈拍110bpmと心原性ショック状態であり全肺野の湿性ラ音、心尖部中心に汎収縮期雑音を聴取した。心エコー検査にて前外側乳頭筋断裂と僧帽弁逸脱による重度の僧帽弁閉鎖不全症を認め緊急に僧帽弁置換術を施行した。僧帽弁乳頭筋断裂は急性心筋梗塞の重篤な合併症であり急激に血行動態が悪化する。内科的治療のみでは24時間以内に約半数が死亡し、可及的な手術が必要である。症例は対角枝閉塞による急性前側壁梗塞から前外側乳頭筋断裂を発症し急性左心不全を呈した。前外側乳頭筋断裂は稀な発症であり救命しえたため考察を加えて報告する。

弘前大学医学部附属病院

○澁谷 修司、樋熊 拓未、横山 公章、山田 雅大、  
阿部 直樹、奥村 謙

50 代男性、11 年前より維持透析開始。胸痛が出現し当科搬送。大動脈弁狭窄症を認め入院。冠動脈造影にて右冠動脈が完全閉塞。大動脈置換術+冠動脈バイパス術予定となった。第 4 病日心静止となり蘇生抵抗性であり PCPS を挿入。活動性的下血を認め、Heyde 症候群が合併したと考えた。内視鏡にて止血術を施行。その後 PCPS を抜去し手術予定となったが、手術予定 2 日前より再度下血、出血源精査のため造影 CT 検査中に心室細動となりショック抵抗性であり再度 PCPS を挿入。IVR 施行も出血源が変わり止血困難であった。PCPS 下で 2 週間下血しないことを確認し、第 32 病日大動脈弁置換術を施行。心肺蘇生抵抗性の心停止に対して PCPS 使用により救命したが、出血源同定困難な下血によって手術施行を難渋させた Heyde 症候群の 1 例を経験したので報告する。

<sup>1</sup> 竹田総合病院 診療部 内科<sup>2</sup> 竹田総合病院 診療部 心臓血管外科○野沢 永貴<sup>1</sup>、川島 大<sup>2</sup>、小池 貴之<sup>1</sup>、神本 昌宗<sup>1</sup>、  
尾形 誠弥<sup>2</sup>、前場 寛<sup>2</sup>

症例は 44 歳男性。感冒症状が持続し、低酸素血症と呼吸不全にて当院救急を受診した。精査にて、僧帽弁逸脱症と重症肺炎に伴う ARDS と診断し、直ちに ICU にて集学的治療を開始した。炎症反応と呼吸状態の速やかな改善を得て、10 病日に人工呼吸器離脱に成功した。さらに重症僧帽弁逸脱症による心不全に対し、待機的に僧帽弁形成術を施行した。術後経過は極めて良好であった。術中所見から僧帽弁逸脱症を契機とした感染性心内膜炎が病態の主座であると考えた。感冒症状が初発症状である感染性心内膜炎は、ときに診断および治療の遅延を招き、感染が重症化した場合は治療に難渋することが多いが、適切な診断と迅速かつ綿密な集学的治療を行うことで大変良好な結果を得たので報告する。

<sup>1</sup> 三友堂病院 循環器科、<sup>2</sup> 仙台厚生病院 循環器科○伊澤 毅<sup>1</sup>、阿部 秀樹<sup>1</sup>、川島 理<sup>1</sup>、多田 憲生<sup>2</sup>、  
大友 達志<sup>2</sup>

80 歳男性、175cm 52kg。AVA 0.73 cm<sup>2</sup>、AVAI 0.45cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup>、NYHA2 度の重症大動脈弁狭窄症。高齢、frail にて手術ハイリスクと考え TAVI 候補症例として術前検査をしたが、CT による弁輪の仮想正円直径は 29mm であった。25mm バルーンで PTAV 施行、AVAI 1.0cm<sup>2</sup>/m<sup>2</sup> に改善した。バルーン拡張中にバルサルバ洞造影を行ったところ、バルーン両端から大動脈弁逆流を確認した。この所見から TAVI を行うに SAPIEN XT 26mm はアンダーサイズであり、日本で未承認の 29mm が必要と考えられた。現行の TAVI デバイスでは少数ながらサイズミスマッチで治療不可能な患者層が存在する。安全な TAVI 実施の為に PTAV による適応評価が有用であり、TAVI 不適例に対して PTAV による病態改善が得られた症例を経験したので報告する。

<sup>1</sup> 東北大学 循環器内科学、<sup>2</sup> 東北大学病院 血液免疫科○矢尾板信裕<sup>1</sup>、三浦 正暢<sup>1</sup>、杉村宏一郎<sup>1</sup>、後岡広太郎<sup>1</sup>、  
青木 竜男<sup>1</sup>、建部 俊介<sup>1</sup>、山本 沙織<sup>1</sup>、藤井 博司<sup>2</sup>、  
石井 智徳<sup>2</sup>、下川 宏明<sup>1</sup>

症例は 30 歳女性、2007 年混合性結合組織病で近医通院。2010 年末労作時呼吸苦出現、2011 年 1 月肺高血圧症と診断された。ボセンタン、シルデナフィル、ペラプロストにて加療するも症状の改善なく 2012 年 12 月当院紹介となった。心臓カテーテル検査では平均肺動脈 (mPA) 45mmHg、心係数 (CI) 1.87L/min/m<sup>2</sup>、肺血管抵抗 (PVR) 842dyne・sec・cm<sup>-5</sup> であった。エポプロステノール持続静注開始した後、血液免疫科にてエンドキサンパルス療法を施行した。2013 年 12 月の検査では mPA40mmHg、CI3.00 L/min/m<sup>2</sup>、PVR639dyne・sec・cm<sup>-5</sup> と改善傾向を認め、また 6 分間歩行距離が延長した。本症例は当科と血液免疫科の連携により良好に経過した一例である。膠原病に合併する肺高血圧症は予後不良であり、早期治療・膠原病専門医との連携の重要性について考察したい。

みやぎ県南中核病院 循環器内科

○佐藤 遥、富岡 智子、坂田 英恵、伊藤 愛剛、  
塩入 裕樹、小山 二郎、井上 寛一

患者は 60 歳女性、身長 155cm・体重 108kg と高度の肥満、高血圧の既往があり、心疾患の家族歴はない。40 歳から 1 日 40 本の喫煙歴があり、普段から睡眠中に無呼吸・いびきを認めていた。2013 年 10 月より気管支喘息として治療されたが、12 月呼吸困難が増悪し肥満低換気・睡眠時無呼吸症候群による心不全として入院となった。入院後、利尿剤を投与し非侵襲的人工呼吸管理を行ったが、二酸化炭素が貯留し酸素化は改善しなかった。侵襲的人工呼吸管理へ移行したが十分な効果は得られず、換気モードを気道圧開放換気 (APRV) へ変更したところ、肺水腫は改善し人工呼吸器から離脱した。APRV は近年、急性呼吸促進症候群に対する換気モードとして見直されているが、本症例のような換気障害を伴う重症な肺水腫にも有効であるといえる。

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○脇岡奈保子、中里 和彦、清水 竹史、大和田卓史、  
小林 淳、鈴木 均、齋藤 修一、竹石 恭知

症例は 50 歳代女性。2009 年 3 月労作時の息切れにて A 病院を受診し、入院精査にて慢性血栓性肺高血圧症 (CTEPH) と診断された。その後徐々に症状が増悪し、2012 年 3 月当院紹介となった。心エコーで TR-PG 104mmHg と高値で、右心カテでは肺動脈圧 96/36 (52) mmHg であった。段階的にバルーン肺動脈形成術 (BPA) を計 10 回施行した。心エコーで TR-PG 29mmHg と改善し、TAPSE は 12.0mm から 21.3mm、fractional area change (FAC) は 28% から 47%、TDI による S' は 7.41cm/s から 13.9cm/s といずれも右心機能指標の改善を認めた。右心カテでも肺動脈圧 48/15 (26) mmHg、心係数 1.69 から 2.73 と改善を認めた。現在は外来通院で安定している。末梢型 CTEPH に対して BPA は極めて有効な治療法であり、病態改善を心エコーにて観察しえた症例を経験したので報告する。

### 準緊急的肺動脈形成術が著効した肺血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) の症例

<sup>1</sup> 福島県立医科大学 医学部 循環器内科

<sup>2</sup> 南相馬市立病院

○野地 芳恵<sup>1</sup>、杉本 浩一<sup>1</sup>、坂本 信雄<sup>1</sup>、岩谷 章司<sup>1</sup>、  
佐藤 崇匡<sup>1</sup>、鈴木 文雄<sup>2</sup>、中里 和彦<sup>1</sup>、鈴木 均<sup>1</sup>、  
齋藤 修一<sup>1</sup>、竹石 恭知<sup>1</sup>

【症例】50歳代 女性【現病歴】2013年12月より労作時息切れを自覚。2014年2月めまいも伴うようになり近医受診。心エコー上、TR-PG 125 mmHg、高度の左室扁平化を認め当院緊急搬送。肺血流シンチグラムにて多発性楔状欠損像を認め肺血栓塞栓性肺高血圧症と診断。第2病日、病棟内にて失神をきたし、第4病日に右心カテーテル施行。平均肺動脈圧 55 mmHg、肺動脈造影上、多発性のweb、閉塞病変を認め、右A8に対して肺動脈形成術 (BPA) を施行した。術後胸部X線上、軽度の浸潤影が出現したが呼吸状態の増悪認めず、第9病日の心エコー上、左室扁平化はほぼ完全消失。第14病日、平均肺動脈圧 31 mmHg、左A6にもBPAを施行し第19病日退院となった。【考察】本症例は準緊急的に施行したBPAが極めて有効かつ安全に施行し得た症例であった。

### ASD へのカテーテル閉鎖栓治療における治療回避・留置困難因子の検討

<sup>1</sup> 岩手医科大学附属病院 循環器内科

<sup>2</sup> 岩手医科大学附属病院 心血管腎内分泌内科

<sup>3</sup> 岩手医科大学附属病院 循環器小児科

<sup>4</sup> 岩手医科大学附属病院 心臓血管外科

○上田 寛修<sup>1</sup>、田代 敦<sup>2</sup>、森野 禎浩<sup>1</sup>、熊谷亜希子<sup>2</sup>、  
中野 智<sup>3</sup>、早田 航<sup>3</sup>、小山耕太郎<sup>3</sup>、中村 元行<sup>2</sup>、  
岡林 均<sup>4</sup>

2013年4月からASDへのカテーテル閉鎖栓治療 (ASO) を開始し、1年間での治療回避・留置困難因子を検討した。内科・小児科でASOの適応を満たした症例は29例あり、そのうち9例がハートチームカンファランスでASOを回避し、うち6例で開心術が施行された。回避因子は、広範なrim欠損2例、対面する複数rim欠損2例、rim欠損かつ対側floppy rim2例、多孔性欠損かつfloppy rim2例、中等度MRが1例であった。20例にASOを施行し、3例が留置困難 (内科:1例、小児科2例)。留置困難の因子は、複数rimかつ対側floppy1例、floppy rim1例、心房中隔長不十分1例であった。ASOには、rim欠損範囲、欠損対側のrimの状態、心房中隔長、MRなどの評価が大切である。

### 末梢型慢性血栓塞栓性肺高血圧症に対する経皮的肺動脈形成術の有用性

東北大学 循環器内科学

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

【背景】慢性血栓塞栓性肺高血圧症 (CTEPH) は器質化血栓による肺動脈の閉塞、狭窄により肺高血圧症を呈する予後不良の疾患である。手術適応のない末梢型CTEPHについてOCTを用いた経皮的肺動脈形成術 (PTPA) による治療効果を検討した。【方法と結果】2009年7月より2013年12月までにPTPAを行ったCTEPH 48例 (41 ± 11歳) について検討した。PTPAを行った279病変をOCTで評価し、85%でメッシュ構造、10%は壁在血栓、5%でスリット用病変を認めた。治療後、平均肺動脈圧 (41 から 26mmHg)、肺血管抵抗 (738 から 283 dyne・sec・cm<sup>-5</sup>)、WHO機能分類クラス (3 から 2) は有意に改善した。OCTでの評価では血管内腔は63%拡大した。【結語】OCTガイドによるPTPAは非手術適応CTEPH症例の血行動態を改善させる有効な治療法である。

### 虚血性脳卒中中の塞栓源検索における経食道心エコー図所見

<sup>1</sup> 岩手医科大学附属病院 心血管腎内分泌内科

<sup>2</sup> 岩手医科大学附属病院 循環器内科

<sup>3</sup> 岩手医科大学附属病院 循環器小児科

○田代 敦<sup>1</sup>、熊谷亜希子<sup>1</sup>、松本 裕樹<sup>2</sup>、上田 寛修<sup>2</sup>、  
森野 禎浩<sup>2</sup>、小山耕太郎<sup>3</sup>、中村 元行<sup>1</sup>

【目的と対象】心房中隔欠損症や大動脈弁狭窄症以外に、左心耳や卵円孔への構造的疾患インターベンションも考慮されている。2011年3月下旬から虚血性脳卒中中の塞栓源検索で依頼され、経食道心エコー図 (TEE) を施行した連続179例を対象に異常所見を検討した (男性64%、平均65歳)。【成績】持続性または発作性心房細動41例 (22.9%)、左心耳内血栓13例 (7.3%)、左心耳内モヤモヤエコー (SCE) 33例 (18.4%)、卵円孔開存 (PFO) 22例 (12.3%)、大動脈弓部可動性プラーク7例 (3.9%)・潰瘍形成21例 (11.7%)であった。生食攪拌コントラストエコーを施行した72例中4例 (5.6%)でPFOでの右→左逆シャントがみられた。【結論】虚血性脳卒中中例で施行したTEEにおいて、SCEとPFO逆シャントは合わせて21%に認められた。