

第 160 回 日本循環器学会東北地方会

プログラム

会 期：平成 27 年 6 月 6 日（土）午前 8 時 25 分より

会 場：盛岡地域交流センター「マリオス」18F

盛岡市盛岡駅西通二丁目 9 番 1 号

TEL 019 (621) 5000

第 1 会場：183～185 会議室

第 2 会場：180・181 会議室

第 3 会場：188 会議室

第 4 会場：187 会議室

会長 伊 藤 宏

事務局：秋田大学大学院医学系研究科

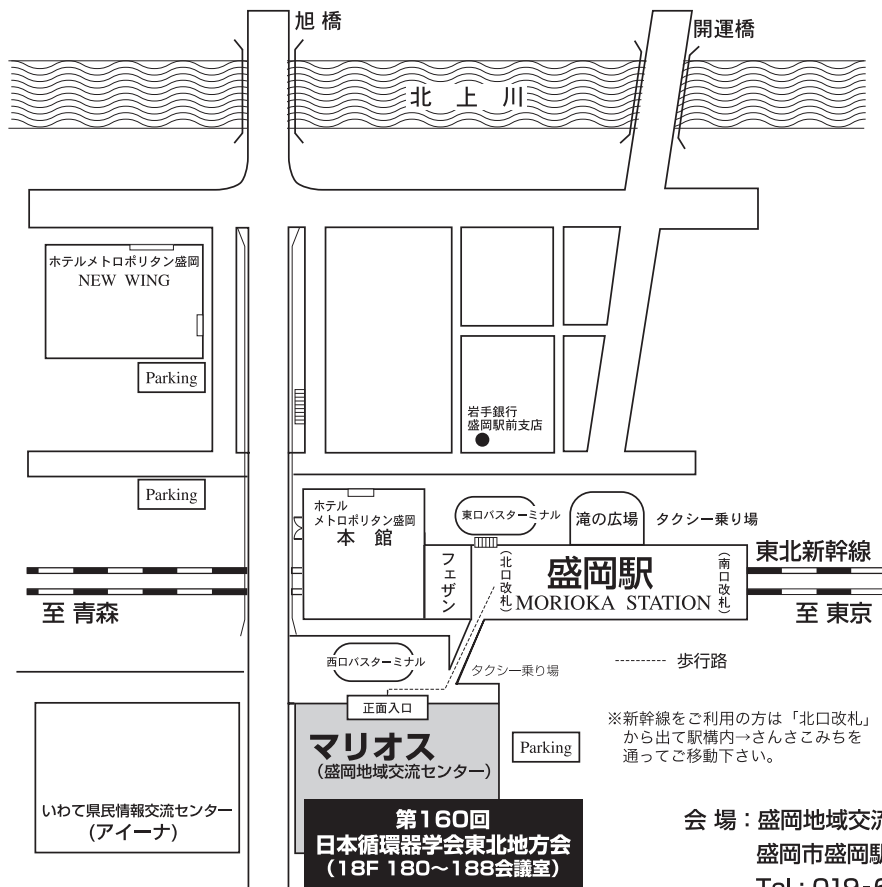
循環器内科学・呼吸器内科学講座

秋田県秋田市本道 1-1-1

TEL 018 (884) 6110

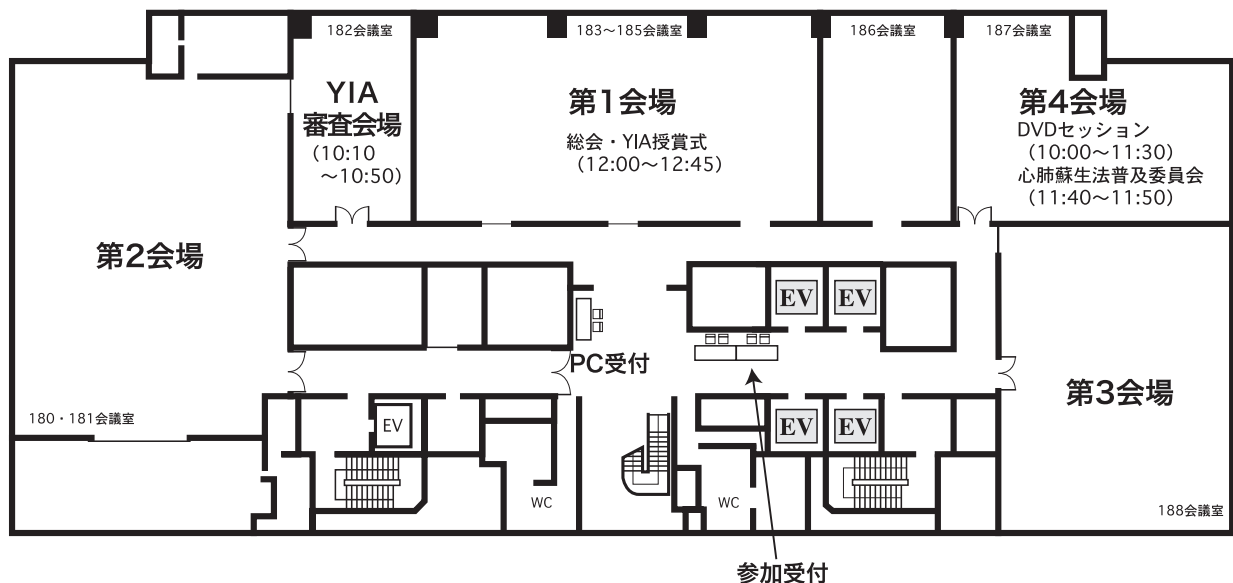
- 当日受付にて参加費のお支払いをお願いいたします。
（医師 / その他 3,000 円、コメディカル 1,000 円、学生・初期研修医 無料）
- 一般演題：発表時間は 5 分（予鈴 4 分）、追加討論 2 分、YIA の発表時間は 7 分（予鈴 6 分）、追加討論 3 分とします。時間厳守をお願いします。
 - ・コンピュータープレゼンテーションによる発表のみとします。
 - ・Windows 版 Power Point 2007、2010、2013 で作成して下さい。
 - ・動画は使用できません。
 - ・Macintosh 及び持込 PC での発表はできません。
 - ・**発表 30 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 秋田太郎 .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。
- 本会場内に託児施設を設置いたします。ご希望の方は東北支部 HP をご参照の上、5 月 29 日（金）までにお申し込みください。
- 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 187 会議室で行います。
専門医認定更新に必修の 2 単位が取得できます。（P18 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。

■会場案内図



会場：盛岡地域交流センター マリオス18階(会議室)
 盛岡市盛岡駅西通二丁目9番1号
 Tel : 019-621-5000
 URL <http://www.malios.co.jp/>

■マリオス18F平面図



プログラム（敬称略）

	第1会場 (183~185会議室)	第2会場 (180・181会議室)	第3会場 (188会議室)	第4会場 (187会議室)	(182会議室)
8:00	8:00 受付開始				
8:30	8:25~8:30 開会挨拶 会長:伊藤 宏 (秋田大学)				
9:00	8:30~9:20 YIA 症例発表部門 座長:伊藤 宏 (秋田大学)		8:30~9:05 感染性心内膜炎1・心臓腫瘍 座長:田代 敦 (岩手医科大学)		
	9:20~10:00 YIA 研究発表部門 座長:伊藤 宏 (秋田大学)	9:00~9:35 心筋疾患1 座長:伊藤智範 (岩手医科大学)	9:05~9:47 感染性心内膜炎2・その他 座長:飯野貴子 (秋田大学)	9:00~9:49 外科、Structural Heart Disease 座長:角浜孝行 (秋田大学)	
10:00	10:05~10:33 肺高血圧・末梢血管 座長:杉村宏一郎 (東北大学)	9:35~10:03 心筋疾患2 座長:高橋 潤 (東北大学)	9:52~10:27 不整脈1 座長:佐々木真吾 (弘前大学)		
11:00		10:08~10:43 虚血性心疾患1 座長:宮本卓也 (山形大学)	10:27~11:09 不整脈2 座長:鈴木 均 (福島県立医科大学)	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」	10:10~10:50 YIA審査会 集計(10:10~10:30) 審査会(10:30~10:50)
		10:43~11:11 虚血性心疾患2 座長:富岡智子 (みやぎ県南中核病院)	11:09~11:44 不整脈3 座長:武田寛人 (太田西ノ内病院)		
12:00	12:00~12:45 総会・YIA受賞式			11:40~11:50 心肺蘇生法普及委員会	
13:00		12:50~13:50 教育セッション1 ランチョンセミナー1 大手信之 名古屋市立大学 循環器内科 座長:久保田 功 (山形大学)	12:50~13:50 教育セッション2 ランチョンセミナー2 冨田 浩 福井大学 循環器内科 座長:竹石恭知 (福島県立医科大学)		
14:00	13:55~14:55 教育セッション3 特別講演 久場敬司 秋田大学 分子機能学・代謝機能学 座長:伊藤 宏 (秋田大学)				

YIA 症例発表部門 (第 1 会場 183 ~ 185 会議室) 8:30 ~ 9:20

座長 伊藤 宏

1. 左心耳内巨大血栓を合併した劇症型心筋炎の一例
弘前大学医学部附属病院 循環器・腎臓内科 ○成田 憲紀、澁谷 修司、西崎 史恵
泉山 圭、横山 公章、山田 雅大
阿部 直樹、富田 泰史、樋熊 拓未
長内 智宏、奥村 謙
2. 嚴重な循環管理が奏功した左室流出路狭窄を伴うたこつぼ心筋症の一例
山形大学医学部附属病院 第一内科 ○山浦 玄斎、有本 貴範、熊谷 遊
橋本 直明、安藤 薫、和根崎真大
大瀧陽一郎、舟山 哲、岩山 忠輝
西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎
宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功
3. 左室原発巨大内膜肉腫に対して集学的治療を行い長期生存をえた一例
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 ○細谷 知樹、飯野 健二、新保 麻衣
真壁 伸、小山 崇、渡邊 博之
伊藤 宏
市立横手病院 循環器内科 和泉千香子
4. イマチニブ投与により長期生存が得られた肺静脈閉塞性疾患の一例
東北大学 循環器内科学 ○佐藤 遥、三浦 正暢、杉村宏一郎
青木 竜男、建部 俊介、山本 沙織
矢尾板信裕、佐藤 公雄、下川 宏明
5. 経静脈的心房腫瘍生検によって確定診断をつけることができた血管肉腫の一例
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、野寺 穰
上岡 正志、小林 淳、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知

YIA 研究発表部門（第 1 会場 183 ～ 185 会議室） 9：20 ～ 10：00

座長 伊藤 宏

6. 慢性腎臓病合併心不全患者の予後における低カルシウム血症の影響

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○三浦 俊輔、滝口 舞、清水 竹史
大和田卓史、山内 宏之、中村 裕一
阿部 諭史、鈴木 聡、及川 雅啓
八巻 尚洋、杉本 浩一、国井 浩行
中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一
竹石 恭知
福島県立医科大学 心臓病先進治療学講座 義久 精臣

7. 地域一般住民を対象とした大動脈弁石灰化の頻度と関連因子の検討ー岩木健康増進プロジェクトからの報告ー

弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座 ○西崎 公貴、山田 雅大、富田 泰史
藤井 裕子、金城 貴彦、丹野 倫宏
村上 和男、西崎 史恵、奥村 謙
弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座 萱場 広之
弘前大学大学院医学研究科 社会医学講座 中路 重之

8. Sokolow-Lyon 電位の変動は心不全患者の予後を予測する

山形大学医学部 内科学第一講座 ○木下 大資、穴戸 哲郎、渡邊 哲
高橋 徹也、横山 美雪、成味 太郎
門脇 心平、本多 勇希、久保田 功

9. 心臓病患者における東日本大震災後の心的外傷後ストレス障害の経時変化と予後に及ぼす影響の検討

東北大学 循環器内科学 ○小野瀬剛生、坂田 泰彦、後岡広太郎
三浦 正暢、但木壮一郎、牛込 亮一
山内 毅、佐藤謙二郎、辻 薫菜子
阿部 瑠璃、高橋 潤、下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏

第1会場（183～185会議室）

肺高血圧・末梢血管（10：05～10：33）

座長 杉村宏一郎

10. ポセタンが繰り返す失神に対して著効した慢性腎不全を合併する肺動脈性肺高血圧症の1例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○一條 靖洋、小林 淳、野寺 穰
上岡 正志、中里 和彦、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知
福島県立医科大学会津医療センター 循環器内科 玉川 和亮
11. 悪性高血圧に血栓性微小血管障害症を合併した一例
山形県立中央病院 循環器内科 ○志鎌 拓、菊地 翼、渡部 賢
大道寺飛雄馬、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
12. 大動脈炎症候群患者における稀な頸動脈狭窄形態
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 ○佐藤 和奏、渡邊 博之、伊藤 宏
13. 慢性血栓性肺高血圧患者において経皮的肺動脈拡張術は血行動態に加えて酸素化も改善させる
東北大学 循環器内科学 ○青木 竜男、杉村宏一郎、三浦 正暢
建部 俊介、矢尾板信裕、佐藤 遥
佐藤 公雄、下川 宏明

第2会場(180・181会議室)

心筋疾患1(9:00~9:35)

座長 伊藤 智範

14. たこつぼ型心筋症様の収縮障害を来した褐色細胞腫の一例
東北大学病院 卒後研修センター ○古知龍三郎
東北大学 循環器内科学 青木 竜男、杉村宏一郎、建部 俊介
三浦 正暢、矢尾板信裕、佐藤 遥
高橋 潤、松本 泰治、羽尾 清貴
佐藤 公雄、下川 宏明
15. 一過性の左上肢脱力発作を合併したたこつぼ心筋症の1例
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 ○赤間 浄、坂本 信雄、君島 勇輔
金城 貴士、杉本 浩一、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知
16. 誘引なく再発したたこつぼ型心筋症の一例
山形県立中央病院 循環器内科 ○渡部 賢、菊地 翼、大道寺飛雄馬
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
17. 閉塞性肥大型心筋症にたこつぼ型心筋症を併発した肺移植症例
東北大学 循環器内科学 ○西宮 健介、羽尾 清貴、圓谷 隆治
松本 泰治、高橋 潤、伊藤 健太
下川 宏明
東北大学 呼吸器外科学 渡邊 龍秋、星川 康、岡田 克典
18. 回復期にサイトメガロウイルス感染症を呈した劇症型心筋炎の一例
福島県立医科大学 循環器・血液内科 ○安藤 卓也、八巻 尚洋、佐藤 彰彦
鈴木 聡、及川 雅啓、杉本 浩一
国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均
斎藤 修一、竹石 恭知

第2会場(180・181会議室)

心筋疾患2(9:35~10:03)

座長 高橋 潤

19. 心サルコイドーシスの診断・治療方針の決定に心臓PET/MRIが有効と考えられた一例
一般財団太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科 ○和田 健斗、新妻 健夫、小松 宣夫
遠藤 教子、石田 悟朗、金澤 晃子
渡邊 俊介、神 雄一朗、武田 寛人
福島県立医科大学 循環器・血液内科 八巻 尚洋、竹石 恭知
ふくしま国際医療科学センター 伊藤 浩、穴戸 文男、竹之下誠一
20. 心室細動から蘇生された多発性左心室瘤の一例
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 ○佐藤 輝紀、新保 麻衣、阿部 起実
小山 崇、渡邊 博之、伊藤 宏
21. 当院における周産期心筋症の2症例
石巻赤十字病院 循環器内科 ○土屋 隼人、小山 容、長谷川寛真
玉淵 智昭、祐川 博康
22. Electrical Stormに、ステロイドが奏効したSLE関連心膜心筋炎の一例
太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター ○神 雄一朗、武田 寛人、渡邊 俊介
金澤 晃子、石田 悟朗、遠藤 教子
新妻 健夫、小松 宣夫
福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座 竹石 恭知

第2会場(180・181会議室)

虚血性心疾患1(10:08~10:43)

座長 宮本 卓也

23. 左前下行枝の高度狭窄を有する狭小血管病変に対して二次的血行再建が有用であった急性冠症候群の一例

山形大学 第一内科 ○橋本 直明、宮本 卓也、佐々木真太郎
西山 悟史、有本 貴範、高橋 大
穴戸 哲郎、渡邊 哲、久保田 功

24. 蘇生直後の心電図でST変化を全く認めなかった高位側壁枝急性閉塞と異型狭心症を合併した心肺停止蘇生後例

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、佐藤 舞
鈴木 啓資

25. 冠動脈解離による急性心筋梗塞を2度起こした50代女性の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科 ○鈴木 智人、水上 浩行、出町 順
金澤 正晴

26. 当院でのDoor to balloon time短縮の試み

岩手県立二戸病院 ○小田 英人、酒井 敏彰、田淵 剛
西山 理

27. 過去に留置されたステントより遠位にある病変へのステントの持ち運びにGuidezillaが有用であった一例

仙台厚生病院 循環器科 ○伊澤 毅、堀江 和紀、富樫 大輔
遠田 佑介、土岐 祐介、石井 和典
伊藤 真輝、田中綾紀子、南條 光晴
宮坂 政紀、桑原 謙典、箆井 宣任
松本 崇、多田 憲生、桜井 美恵
本多 卓、滝澤 要、大友 達志
井上 直人、目黒泰一郎

第2会場（180・181会議室）

虚血性心疾患2（10：43～11：11）

座長 富岡 智子

28. 心筋梗塞急性期患者における不穏

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、瀧井 暢、佐治 賢哉
杉江 正、加藤 敦

29. 3枝病変に対するPCI周術期に遷延性意識障害を来した1例

岩手県立中央病院 循環器内科 ○長田 佳整、高橋 徹、門間 雄斗
梶谷 翔子、神津 克也、池田 尚平
野田 一樹、中嶋 壮太、遠藤 秀晃
中村 明浩、野崎 英二

30. 乳酸アシドーシスを合併した非ST上昇型心筋梗塞の一例

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

31. 頭部外傷後の抗凝固療法中断により全身性塞栓症を発症した心房細動の一例

東北大学病院 高度救命救急センター ○田中 健子、浅沼敬一郎、久志本成樹
東北大学 循環器内科学 鈴木 秀明、中野 誠、杉村宏一郎
坂田 泰彦、下川 宏明

第3会場（188会議室）

感染性心内膜炎1・心臓腫瘍（8：30～9：05）

座長 田代 敦

32. 臍管内乳頭粘液性腫瘍からの転移と考えられた心臓腫瘍の一例

岩手県立中央病院 循環器科 ○門間 雄斗、中村 明浩、野崎 英二
高橋 徹、遠藤 秀晃、中嶋 壮太
野田 一樹、大浦 翔子、小野 貞英
神津 克也

33. Sepsis-induced encepharopathy により遷延性意識障害を呈した感染性心内膜炎の一例

東北大学病院 高度救命救急センター ○山崎 龍一、久志本成樹
東北大学 循環器内科学 鈴木 秀明、下川 宏明

34. 細菌性髄膜炎にて発症した肺炎球菌による感染性心内膜炎の1例

東北大学病院 高度救命救急センター ○伊藤ゆきの、大邊 寛幸、久志本成樹
東北大学 循環器内科学 鈴木 秀明、建部 俊介、青木 竜男
杉村宏一郎、下川 宏明

35. 頸椎化膿性脊椎炎を合併した感染性心内膜炎の高齢男性の1例

仙台市立病院 循環器内科 ○佐野 寛仁、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、八木 哲夫

36. 右心内転移を来した子宮頸部扁平上皮癌の1例

弘前大学医学部 循環器腎臓内科学講座 ○妹尾麻衣子、泉山 圭、西崎 史恵
澁谷 修司、横山 公章、山田 雅大
阿部 直樹、富田 泰史、樋熊 拓未
長内 智宏、奥村 謙

第3会場（188 会議室）

感染性心内膜炎2・その他（9：05～9：47）

座長 飯野 貴子

37. 動脈管開存症の感染性心内膜炎に肺膿瘍を合併した一例
岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野 ○芳沢美知子、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 田代 敦、熊谷亜希子、玉田真希子
高橋 祐司、佐藤 権裕、安孫子明彦
中村 元行
岩手医科大学 心臓血管外科 岡林 均
38. 末梢動脈閉塞、敗血症性肺塞栓症、感染性肺動脈瘤を来した感染性心内膜炎の一例
弘前大学医学部附属病院 循環腎臓内科学講座 ○成田 真人、澁谷 修司、西崎 史恵
泉山 圭、横山 公章、山田 雅大
阿部 直樹、富田 泰史、樋熊 拓未
長内 智宏、奥村 謙
39. 肺動脈弁位の感染性心内膜炎の診断に MDCT が有用であったフォロー四徴症術後の1例
青森県立中央病院循環器センター 循環器科 ○中山 遙、大和田真玄、市川 博章
横田 貴志、今田 篤、藤野 安弘
榊原記念病院 小児循環器科 上田 知実
榊原記念病院 小児循環器外科 高橋 幸宏
40. 慢性心不全におけるメタボリック症候群の意義の検討—CHART-2—研究からの報告—
東北大学 循環器内科学 ○但木壯一郎、坂田 泰彦、三浦 正暢
牛込 亮一、佐藤謙二郎、小野瀬剛生
山内 毅、辻 薫菜子、阿部 瑠璃
下川 宏明
東北大学 循環器 EBM 開発学 宮田 敏
41. パーキンソン病患者における左室収縮障害：global longitudinal strain による評価
地方独立行政法人秋田県立病院機構秋田県立脳血管研究センター 循環器内科 ○藤原理佐子
福島県立医科大学 集中治療部 高野 真澄
名古屋市立大学 心臓・腎高血圧内科 大手 信之
秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 伊藤 宏
42. 経カテーテル的大動脈弁植込術（TAVI）における経食道心エコーでの人工弁周囲逆流の簡易的半定量評価
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 芳沢美知子、阪本 亮平、白井 雄太
中島 祥文、石川 有、房崎 哲也
森野 禎浩
岩手医科大学附属病院 心臓血管外科 鎌田 武、岡林 均

第3会場（188会議室）

不整脈1（9：52～10：27）

座長 佐々木真吾

43. 僧帽弁閉鎖不全症を伴う、His側に近接した副伝導路に対して術中 cryoablation が奏功した1例
仙台循環器病センター 心臓血管外科 ○小林 慶、椎川 彰、細田 進
44. 陳旧性心筋梗塞に合併したPVCに対するアブレーションが有用だった1例
福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座 ○安齋 文弥、神山 美之、野寺 穰
上岡 正志、金城 貴士、八巻 尚洋
国井 浩行、鈴木 均、斎藤 修一
竹石 恭知
45. 鎖骨下静脈閉塞に対し、側副血行路から左室リードを追加し得た植込型除細動器移植術後拡張型心筋症の一例
岩手医科大学内科学講座 循環器内科分野 ○松本 裕樹、芳沢 礼佑、高橋 完
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 小澤 真人、小松 隆、中村 元行
46. 遠隔モニタリングシステムによりICDショック作動不全を早期に診断できた拡張型心筋症の一例
東北大学 循環器内科学 ○近藤 正輝、福田 浩二、中野 誠
瀬川 将人、平野 道基、千葉 貴彦
下川 宏明
47. Anchor Sleeve 静脈側端での心房リード断線症例
東北薬科大学病院 ○山中 多間、長谷川 薫、菊田 寿
関口 祐子、住吉 剛忠、山家 実
宮下 武彦、中野 陽夫、片平 美明

第3会場 (188 会議室)

不整脈 2 (10:27 ~ 11:09)

座長 鈴木 均

48. High DFT を呈し、ICD リードの変更が有効であった Brugada 症候群の一例
東北大学 循環器内科学 ○中野 誠、福田 浩二、近藤 正輝
瀬川 将人、平野 道基、千葉 貴彦
下川 宏明
49. リスク管理における着用型自動除細動器の潜在的役割と有用性の検討
弘前大学大学院医学研究科 循環呼吸腎臓内科学講座 ○小路 祥紘、泉山 圭、澁谷 修司
伊藤 太平、佐々木憲一、木村 正臣
富田 泰史、奥村 謙
弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学講座 佐々木真吾、堀内 大輔
50. ホームモニタリングにより早期介入が可能であった Brugada 症候群の electrical storm の 1 例
仙台市立病院 循環器内科 ○鈴木 啓資、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、八木 哲夫
51. 減衰伝導特性を有した ATP 感受性左側後壁潜在性 WPW 症候群の 1 例
仙台市立病院 循環器内科 ○鈴木 啓資、佐藤 弘和、石田 明彦
三引 義明、山科 順裕、中川 孝
佐藤 英二、小松 寿里、佐藤 舞
八木 哲夫
52. 無冠尖 - 右冠尖接合部を起源とした心室性期外収縮の 1 例
仙台市立病院 循環器内科 ○佐藤 舞、山科 順裕、小松 寿里
佐藤 英二、中川 孝、佐藤 弘和
三引 義明、石田 明彦、八木 哲夫
53. 低容量アミオダロン内服で生じた薬剤性肺炎の 2 例
仙台市立病院 循環器内科 ○澁谷 悠馬、佐藤 弘和、石田 明彦
三引 義明、山科 順裕、中川 孝
佐藤 英二、小松 寿里、鈴木 啓資
佐藤 舞、八木 哲夫

第3会場（188会議室）

不整脈3（11：09～11：44）

座長 武田 寛人

54. 2年越しの治療を行った“perimitral flutter”の1例
一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院 ○穴戸奈美子、佐藤 雅之、永沼和香子
川村 敬一、大杉 拓、武藤 満
小野 正博
55. 右脚ブロックとの鑑別を要した偽性心室頻拍の一例
仙台医療センター 循環器内科 ○山口 展寛、藤田 央、尾上 紀子
石塚 豪、篠崎 毅
56. 心房副伝導路間ブロックを確認し得た正方向性房室回帰性頻拍の一例
仙台厚生病院心臓血管センター 循環器内科 ○箴井 宣任、富樫 大輔、遠田 佑介
土岐 祐介、石井 和典、伊藤 真輝
南條 光晴、田中綾紀子、桑原 謙典
宮坂 政紀、松本 崇、堀江 和紀
伊澤 毅、多田 憲生、櫻井 美恵
本多 卓、滝澤 要、大友 達志
井上 直人、目黒泰一郎
57. 大動脈右冠尖からの通電が有効であった右室流出路の Exit をもつ流出路起源 PVC の一例
東北大学 循環器内科学 ○千葉 貴彦、福田 浩二、中野 誠
近藤 正輝、瀬川 将人、平野 道基
下川 宏明
58. 大動脈冠尖直下にて preferential pathway が確認された頻発性心室期外収縮の1例
弘前大学大学院医学研究科 循環呼吸腎臓内科 ○米倉 学、伊藤 太平、木村 正臣
小路 祥紘、西崎 公貴、金城 貴彦
佐々木憲一、堀内 大輔、佐々木真吾
奥村 謙

第4会場（187会議室）

外科、Structural Heart Disease（9：00～9：49）

座長 角浜 孝行

59. 当院における緊急胸部大動脈ステントグラフト内挿術の治療成績
岩手県立中央病院 心臓血管外科 ○鷹谷 紘樹、小田 克彦、寺尾 尚哉
高橋 悟朗、長嶺 進
60. 当院における小切開心臓手術について
竹田総合病院 心臓血管外科 ○川島 大、齋藤 正博
上尾中央総合病院 心臓血管外科 前場 寛
61. 伸展性卵円孔開存により Platypnea-Orthodeoxia を来した胸部大動脈瘤の1例
青森県立中央病院循環器センター 循環器科 ○立田 卓登、大和田真玄、市川 博章
横田 貴志、今田 篤、藤野 安弘
青森県立中央病院循環器センター 心臓血管外科 伊藤 校輝、畠山 正治、河原井駿一
榊原記念病院 小児循環器外科 永谷 公一
62. 体外式 VAD から植込型 VAD へ conversion した症例の検討
東北大学 心臓血管外科 ○片平晋太郎、秋山 正年、河津 聡
高原 真吾、渡邊 晃佑、藤原 英記
安達 理、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
63. 拡張相肥大型心筋症に対する機械的補助循環治療の治療戦略の検討
東北大学病院 心臓血管外科 ○秋山 正年、片平晋太郎、河津 聡
渡邊 晃佑、高原 真吾、藤原 英記
安達 理、熊谷紀一郎、川本 俊輔
齋木 佳克
東北大学 循環器内科学 青木 竜男、福田 浩二、高橋 潤
杉村宏一郎、下川 宏明
64. 多孔性かつ心房中隔瘤を合併した心房中隔欠損症に経カテーテル的閉鎖術で治療した1例
岩手医科大学附属病院 循環器内科 ○上田 寛修、石田 大、芳沢美知子
森野 禎浩、中村 元行
岩手医科大学附属病院 心腎内科 田代 敦
65. 当院での経カテーテル的大動脈弁留置術（TAVI）の経験
岩手医科大学 心臓血管外科学講座 ○鎌田 武、岡林 均
岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野 熊谷亜希子、田代 敦、中村 元行
岩手医科大学内科学講座 循環器内科分野 臼井 雄太、石川 有、阪本 亮平
房崎 哲也、森野 禎浩

DVD セッション 10:00～11:30 (第4会場:187会議室)
「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:187会議室)

YIA 審査会 10:10～10:50 (182会議室)

総会・YIA 授賞式 12:00～12:45 (第1会場:183～185会議室)

教育セッション1
ランチョンセミナー1 12:50～13:50 (第2会場:180～181会議室)
座長:山形大学医学部 内科学第一講座 教授 久保田 功 先生

「HFpEF、何が解って何が解ってないのか？」

名古屋市立大学大学院 心臓・腎高血圧内科学
教授 大手 信之 先生

共催:第160回日本循環器学会東北地方会
武田薬品工業株式会社

教育セッション2
ランチョンセミナー2 12:50～13:50 (第3会場:188会議室)
座長:福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座 教授 竹石 恭知 先生

「難治性不整脈に対するカテーテル焼灼術:現状と展望」

福井大学医学部 循環器内科学
教授 弓田 浩 先生

共催:第160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3
特別講演 13:55～14:55 (第1会場:183～185会議室)
座長:秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学 教授 伊藤 宏 先生

「アンジオテンシン変換酵素2 (ACE2) の多彩な生理機能と制御機構の解明」
秋田大学大学院 分子機能学・代謝機能学
教授 久場 敬司 先生

共催:第160回日本循環器学会東北地方会
バイエル薬品株式会社

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 160 回日本循環器学会東北地方会 YIA 審査員（敬称略）

青森

弘前大学大学院医学研究科 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

准教授 富田 泰史
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
盛岡赤十字病院

教授 中村 元行
副院長 市川 隆

秋田

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
市立秋田総合病院 循環器内科

教授 伊藤 宏
内科診療部長 中川 正康

山形

山形大学医学部 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
仙台医療センター 循環器内科

教授 下川 宏明
部長 篠崎 毅

福島

福島県立医科大学医学部 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27年4月1日現在）

支部長	下川宏明																		
理事	下川宏明	伊藤宏																	
名誉特別会員	白土邦男 三浦 傅	平 則夫						平盛勝彦	丸山幸夫										
名誉支部員	青木孝直 伊藤藤明 大和田憲 金澤正 佐々木晴 立木弥 星野楷 室井俊 山本秀文	芦猪小 川岡野塚 紘英幸 一彦完 二彦完 昇元和 昇元和 昇元和 昇元和 昇元和	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実	池今小 田井岩 精喜幹 宏潤郎 石大門 出友脇 信公 正尚謙 男滋 徹淳 実

支部評議員（各県ごと五十音順、○印は社員）

青森	○奥村謙夫	幾夫	長藤内智宏	花田裕之	平賀仁
岩手	伊藤智範	藤川郁夫	岡田森	林代野	均敦浩
秋田	阿部芳久	藤藤仁志	○伊藤久	藤木邊博	宏泰之
山形	池田こずえ	菅原重洋	○池田久保	野田野邊	栄一郎功撰哲
宮城	○伊藤健太	藤月正博	○伊藤小丸	藤丸川家	貞達宏智
福島	石川和信	佐藤匡也	○石橋敏幸	○齋藤修一	○竹石修一

会計監事 石出信正 猪岡英二

幹事 坂田泰彦 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

第 160 回 日本循環器学会東北地方会
一般演題抄録

平成 27 年 6 月 6 日 盛岡地域交流センター「マリオス」

会長：伊 藤 宏

(秋田大学大学院医学系研究科 循環器内科学・呼吸器内科学)

1

左心耳内巨大血栓を合併した劇症型心筋炎の一例

弘前大学医学部附属病院 循環器・腎臓内科

○成田 憲紀、澁谷 修司、西崎 史恵、泉山 圭、
横山 公章、山田 雅大、阿部 直樹、富田 泰史、
樋熊 拓未、長内 智宏、奥村 謙

症例は30代女性。感冒症状、皮疹で前医加療中に心不全症状が出現し、劇症型心筋炎と診断され当院搬送された。血行動態不安定であり、PCPS、IABPを留置しICU管理となった。LVEFは10%まで低下したが、その後徐々に改善し、第6病日にPCPS離脱した。洞調律を維持したが、39度台の発熱が遷延し、経胸壁心エコーにて左心耳～左房内に10mm径のmassを新たに認めた。可動性があり、塞栓症のリスクが高いと判断、第10病日に緊急手術を施行した。切除標本は病理学的には10×25mmの血栓であった。洞調律症例での左心耳内血栓症は少なく、本症例では劇症型心筋炎による心機能低下が要因として挙げられた。病理所見、文献的考察を加えて報告する。

2

嚴重な循環管理が奏功した左室流出路狭窄を伴うたこつぼ心筋症の一例

山形大学医学部附属病院 第一内科

○山浦 玄齋、有本 貴範、熊谷 遊、橋本 直明、
安藤 薫、和根崎真大、大瀧陽一郎、舟山 哲、
岩山 忠輝、西山 悟史、高橋 大、穴戸 哲郎、
宮本 卓也、渡邊 哲、久保田 功

症例は60代、女性。仕事でストレスの多い生活を送っていた。胸部不快感を主訴に近医を受診し、広範なST上昇と心筋逸脱酵素の上昇を指摘され、当院へ救急搬送された。冠動脈造影で有意狭窄を認めず、左室造影で心尖部領域の低収縮と心基部の過剰収縮を認めた。左室引き抜き圧格差および心臓超音波検査で左室流出路狭窄とそれに伴う僧帽弁の収縮期前方運動が認められ、左室流出路狭窄を伴うたこつぼ心筋症と診断した。低心拍出量症候群によるショックを来していたが、経皮的な心肺補助装置を念頭に置いて、ピンプロロールを開始し大量補液で循環を安定させた。酸素化の悪化を認めたが、大量補液を継続しピンプロロールを漸増し、徐々に左室流出路狭窄は消失した。嚴重な循環管理下に病態を考慮したたこつぼ心筋症の治療が奏功した一例を経験した。

3

左室原発巨大内膜肉腫に対して集学的治療を行い長期生存をえた一例

¹秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学

²市立横手病院 循環器内科

○細谷 知樹¹、飯野 健二¹、和泉千香子²、新保 麻衣¹、
真壁 伸¹、小山 崇¹、渡邊 博之¹、伊藤 宏¹

48歳女性。息切れを主訴に来院した。胸部X-p上、肺うっ血像を認め低酸素血症を呈していた。UCGにて左室側壁を主座として内腔側、大動脈弁、僧帽弁周囲に進展する69×29mmの巨大腫瘍を認めた。そのため大動脈弁、僧帽弁はともに高度狭窄を呈していた。左室壁への広範囲浸潤と多発骨転移のため根治術の適応はなかったが、救命のため準緊急で腫瘍摘出術と二弁置換術を行い血行動態の改善をえた。内膜肉腫の病理診断をふまえ、術後ゲムシタピン、ドセタキセルによる化学療法、骨病変に放射線照射を行った結果、19ヶ月間の長期生存を得た。左室原発の内膜肉腫は非常に稀であり、数例の報告しかない。さらに、左室原発の内膜肉腫に対して集学的治療を行い、長期生存を得た例も非常に稀であり、文献的な考察を含め報告する。

4

イマチニブ投与により長期生存が得られた肺静脈閉塞性疾患の一例

東北大学 循環器内科学

○佐藤 遥、三浦 正暢、杉村宏一郎、青木 竜男、
建部 俊介、山本 沙織、矢尾板信裕、佐藤 公雄、
下川 宏明

症例は55歳女性。2010年に息切れを主訴に前医を受診、肺高血圧症疑いで当科紹介となった。入院直前に症状増悪で救急搬送され、心臓超音波検査で肺高血圧症に伴う右心不全と診断された。一酸化窒素(NO)吸入療法により三尖弁逆流圧較差は95mmHgから54mmHgへ低下したが、その後、呼吸苦が増悪し、胸部X線で肺水腫が認められた。CT所見から肺静脈閉塞性疾患(PVOD)と診断し、NOを中止しイマチニブ投与を開始した。イマチニブ投与下に肺血管拡張薬を慎重に導入し、現在では平均肺動脈圧48→32mmHg、肺血管抵抗10→3.9WUと改善を認めている。PVODは極めて予後不良な希少疾患であるが、本症例はイマチニブ投与により約5年間の長期生存が得られた貴重な症例であり、文献的考察を加え報告する。

5

経静脈的心房腫瘍生検によって確定診断をつけることができた血管肉腫の一例

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、野寺 穰、上岡 正志、
小林 淳、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は50歳代男性。体動時の息切れで近医を受診し、右側胸水と肺門部腫瘍を認め、肺原発の悪性腫瘍が疑われた。急速に心不全症状を呈し、精査加療のため当科へ紹介された。CT画像からは肺原発腫瘍の心臓浸潤、又は心臓原発腫瘍の肺浸潤の両方の可能性があり、組織診断が必要であったが、試験開胸はリスクが高いと判断され、経静脈的に右心房内側から生検を行った。迅速病理診断から心臓原発血管肉腫と診断し、直ちにパクリタキセルによる化学療法を開始したが、多臓器不全にて永眠された。心臓原発血管肉腫は稀な疾患であるが、本例では2親等内に同じ疾患を発症した患者が存在した。両者は生検組織の免疫染色ではCD34とvimentinが陽性であり、血管肉腫の診断を得ることができた。その後の病理解剖で共に右房原発の血管肉腫と確定診断された。

6

慢性腎臓病合併心不全患者の予後における低カルシウム血症の影響

¹福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

²福島県立医科大学 心臓病先進治療学講座

○三浦 俊輔¹、義久 精臣²、滝口 舞¹、清水 竹史¹、
大和田卓史¹、山内 宏之¹、中村 裕一¹、阿部 諭史¹、
鈴木 聡¹、及川 雅啓¹、八巻 尚洋¹、杉本 浩一¹、
国井 浩行¹、中里 和彦¹、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、
竹石 恭知¹

【背景】慢性腎臓病(CKD)患者ではミネラル代謝異常は予後不良因子である。一方、CKD合併心不全患者における血清カルシウム(Ca)値の予後への影響は明らかでない。【方法】CKD合併心不全患者191名をCa値に基づき、低Ca群(Ca<8.4mg/dl, n=32)、正常Ca群(8.4≤Ca<10.0, n=149)、高Ca群(10.0≤Ca, n=10)の3群に分類し、生命予後について追跡調査した。【結果】Kaplan-Meier解析にて、低Ca群は正常Ca群・高Ca群と比して、心臓死亡率(37% vs. 19% and 0%, log-rank P=0.003)及び総死亡率(52% vs. 33% and 0%, P<0.001)は高値であった。Cox比例ハザード解析にて低Ca血症は心臓死(HR 2.41, P=0.032)および総死亡(HR 1.91, P=0.037)に関する独立した予後予測因子であった。【結論】低Ca血症はCKD合併心不全患者の予後不良因子である。

7

地域一般住民を対象とした大動脈弁石灰化の頻度と関連因子の検討—岩木健康増進プロジェクトからの報告—

¹ 弘前大学大学院医学研究科 循環器腎臓内科学講座
² 弘前大学大学院医学研究科 臨床検査医学講座
³ 弘前大学大学院医学研究科 社会医学講座
○西崎 公貴¹、山田 雅大¹、富田 泰史¹、藤井 裕子¹、
金城 貴彦¹、丹野 倫宏¹、村上 和男¹、西崎 史恵¹、
萱場 広之²、中路 重之³、奥村 謙¹

【背景】本邦での一般住民を対象とした無症候性大動脈弁石灰化 (AVC) に関する頻度とその意義はこれまで報告されていない。
【方法】青森県旧岩木町民を対象とした岩木健康増進プロジェクト参加者 (1167名) のうち、経胸壁心エコーを行った1130名 (平均年齢 54.3 歳、男性 428 名) における無症候性 AVC の頻度とその関連因子を検討した。
【結果】大動脈弁狭窄症 21 例、二尖弁 5 例、人工弁 2 例、画像不良例 15 例を除いた 1087 例中、無症候性 AVC は 391 例 (35.9%) に認められた。多変量解析では、年齢 (オッズ比 1.04, p=0.0001)、男性 (1.72, p=0.004)、PWV (1.09, p=0.01)、最終糖化産物 (AGE) (1.61, p=0.02) が無症候性 AVC 検出の独立規定因子であった。
【結語】無症候性 AVC は本邦の一般住民において比較的高頻度に認められ、老化や動脈硬化との関連性が示唆された。

8

Sokolow-Lyon 電位の変動は心不全患者の予後を予測する

山形大学医学部 内科学第一講座
○木下 大資、穴戸 哲郎、渡邊 哲、高橋 徹也、
横山 美雪、成味 太郎、門脇 心平、本多 勇希、
久保田 功

【背景】心不全急性期では体液貯留などにより QRS 電位の減弱が観察される。Sokolow-Lyon 電位 (SL 電位, SV1+RV5) の変動と心不全患者の予後との関係は不明である。
【方法・結果】当院に入院した心不全患者連続 167 例を対象に、急性期と回復期に 12 誘導心電図を施行し SL 電位の変化率 (Δ SL) を計測した。 Δ SL は NYHA 重症度に従って増加した。経過観察中に 51 例の心イベントを認めた。イベント群は非イベント群に比べ有意に Δ SL が大きかった。多変量 Cox 解析では年齢、NYHA、BNP で補正後も Δ SL は独立した予後規定因子 (HR 2.66, p < 0.001) であった。ROC 解析で得られたカットオフ値は 15.1% だった。Kaplan-Meier 解析で Δ SL 高値群は低値群に比べ有意に予後不良であった。
【結語】SL 電位の変動は心不全患者の予後を予測する。

9

心臓病患者における東日本大震災後の心的外傷後ストレス障害の経時変化と予後に及ぼす影響の検討

¹ 東北大学 循環器内科学、² 東北大学 循環器 EBM 開発学
○小野瀬剛生¹、坂田 泰彦¹、後岡広太郎¹、宮田 敏²、
三浦 正暢¹、但木壮一郎¹、牛込 亮一¹、山内 毅¹、
佐藤謙二郎¹、辻 薫菜子¹、阿部 瑠璃¹、高橋 潤¹、
下川 宏明¹

【目的】心臓病患者における東日本大震災後の PTSD の経時変化と予後への影響を検討する。
【方法】CHART-2 登録研究 (N=10,219) の心臓病患者に 2011 年から 3 年間連続して調査を行い、IES-R-J 25 点以上を PTSD と判定した。
【結果】2011、2012、2013 各年の全体の PTSD 保有率は 14.7%、15.7%、7.4% と高頻度で、津波被災地域で最も高かった。2 年間の追跡中 18.3% に死亡を含む心血管事故が発生し、PTSD と関連した (HR 1.3, P < 0.05)。男女とも PTSD 保有に不眠薬使用が強く関連したが (HR 男 8.8、女 10.0、共に P < 0.01)、他に男性では経済的困窮 (HR 4.6, P < 0.01)、女性では津波被害 (HR 4.4, P=0.02) が関連した。
【結論】東日本大震災後 3 年にわたり高頻度に PTSD を認め、予後と関連した。また、被災地における性差を考慮した長期的なメンタルケアの必要性が示された。

10

ポセンタンが繰り返す失神に対して著効した慢性腎不全を合併する肺動脈性肺高血圧症の 1 例

¹ 福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
² 福島県立医科大学会津医療センター 循環器内科
○一條 靖洋¹、小林 淳¹、野寺 稜¹、上岡 正志¹、
中里 和彦¹、玉川 和亮²、鈴木 均¹、斎藤 修一¹、
竹石 恭知¹

症例は 50 歳台の男性。主訴は失神。7 年前より血液透析が開始された。透析中に胸苦や失神があり、冠動脈狭窄にステント留置が行われたが、治療後も失神が頻回に認められた。右心カテーテル検査では肺動脈圧が上昇していたが、CT での肺動脈血栓像や肺血流シンチでの欠損像は認めず、当科に紹介となった。当院にて施行した右心カテーテル検査では、肺動脈楔入圧の上昇はなく、肺動脈圧と肺血管抵抗の上昇を認め、肺動脈性肺高血圧症と診断した。診断後にポセンタン開始したところ、右室拡大や三尖弁逆流圧格差が改善し、失神も認めなくなった。右心カテーテル検査でも肺動脈性肺高血圧症の改善が確認された。肺血管性肺高血圧症にポセンタンが著効し、病因を考えるうえでも貴重な症例と考えられるため報告する。

11

悪性高血圧に血柱性微小血管障害を合併した一例

山形県立中央病院 循環器内科
○志鎌 拓、菊地 翼、渡部 賢、大道寺飛雄馬、
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 34 歳、男性。32 歳時に高血圧を指摘され、33 歳時から治療を開始も通院を中断してしまっていた。入院 1 週間前に夜間の息苦しさのため近医を受診し、血圧は 234/132mmHg、心不全を合併しており降圧薬と利尿薬を処方された。その後腎機能の悪化があり、当科に紹介され悪性高血圧の診断で入院となった。LDH の上昇と貧血から溶血性貧血が示唆され、また血小板減少から血柱性微小血管障害 (TMA) の合併を疑った。ARB の内服を開始したところ速やかに血圧は低下し、腎機能障害の進行もなく退院可能であった。近年、降圧療法の普及により悪性高血圧の頻度は減少したが、臓器障害のため予後不良となりうる疾患である。TMA を引き起こす原因は多岐にわたるが、悪性高血圧もその一因であり、文献的考察も加え報告する。

12

大動脈炎症候群患者における稀な頸動脈狭窄形態

秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
○佐藤 和奏、渡邊 博之、伊藤 宏

【1】40 代女性。大動脈炎症候群 1 型。血管エコー検査で左総頸動脈完全閉塞、左鎖骨下動脈狭小化を認めた。さらに、右総頸動脈 3 か所に可動性のない薄い隔壁様構造物があり、同部で中等度狭窄を来たしていた。すでに炎症は鎮静化しており、抗血小板薬のみ導入した。【2】50 代女性。20 代で大動脈炎症候群 2b 型と診断。心不全のため入院した際、左総頸動脈のマカロニサインに加え、右総頸動脈分岐部に隔壁様構造物も認めた。同部で 3.0 m/s の加速血流を捉えたが、無症候性で、脳血流シンチでは明らかな脳血流の低下は認めず、手術適応とはならなかった。大動脈炎症候群の頸動脈狭窄形態としては、動脈壁の全周性肥厚 (マカロニサイン) が典型的で、本症例のような隔壁様構造物による狭窄の報告は非常に稀であり、文献的考察を含めて報告する。

13

慢性血栓性肺高血圧患者において経皮的肺動脈拡張術は血行動態に加えて酸素化も改善させる

東北大学 循環器内科学

○青木 竜男、杉村宏一郎、三浦 正暢、建部 俊介、矢尾板信裕、佐藤 遥、佐藤 公雄、下川 宏明

【背景】経皮的肺動脈形成術 (PTPA) は慢性血栓性肺高血圧症 (CTEPH) 患者において血行動態を改善するが、酸素化や呼吸機能に与える影響はまだ検討されていない。

【方法・結果】2011年7月から2014年10月までの間に当院でPTPAを施行したCTEPH患者61例のうち、25例で血行動態指標と共に肺内シャント率や酸素飽和度、A-a DO₂を評価した。術前後で比較すると平均肺動脈圧 (前 40 ± 10、後 26 ± 6mmHg、P < 0.01) に加え、酸素飽和度 (前 87 ± 6、後 90 ± 6%、P < 0.05)、A-a DO₂ (前 49 ± 11、後 39 ± 11、P < 0.01) も有意に改善しており、平均肺動脈圧の低下と肺内シャント率の減少は有意な相関を示した (r²=0.17, P=0.04)。【結語】PTPAは、CTEPH患者の血行動態のみならず、酸素化も改善させることが示された。

14

たこつぼ型心筋症様の収縮障害を来した褐色細胞腫の一例

¹ 東北大学病院 卒後研修センター

² 東北大学 循環器内科学

○古知龍三郎¹、青木 竜男²、杉村宏一郎²、建部 俊介²、三浦 正暢²、矢尾板信裕²、佐藤 遥²、高橋 潤²、松本 泰治²、羽尾 清貴²、佐藤 公雄²、下川 宏明²

【症例】78歳、女性【主訴】息切れ【現病歴】褐色細胞腫、大動脈弁置換術後、慢性心不全で当院通院中。来院4日前からの息切れ、高血圧、頭痛を主訴に当院来院。来院時、血圧171/110 mmHg、脈拍105 bpm、四肢冷感、発汗著明、心電図でV1～V6に陰性T波、心エコーで左室心尖部の収縮低下と基部の過収縮を認めた。冠動脈造影では有意な冠動脈狭窄を認めず、左室および右室造影で両心室心尖部の収縮低下を認め、経過から褐色細胞腫のクリーゼによるカテコラミン過剰により、たこつぼ型心筋症様の収縮障害が惹起されたと考えられた。入院後、褐色細胞腫に準じた内科的加療を行い、心機能及び症状の改善を認めた。【考察】カテコラミン過剰を背景に、たこつぼ型心筋症様の両心室心尖部の収縮障害を認めた一例を経験した。

15

一過性の左上肢脱力発作を合併したたこつぼ心筋症の1例

福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座

○赤間 浄、坂本 信雄、君島 勇輔、金城 貴士、杉本 浩一、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は60歳代女性。友人と口論中より胸痛を自覚。翌日に近医受診し急性冠症候群として当科紹介された。緊急冠動脈造影で有意狭窄なく左室造影にて特徴的な壁運動を認めたたこつぼ心筋症と診断した。直ちに抗凝固薬の持続投与が開始されたが、翌日の朝食後に一過性の左上肢脱力を認め、頭部MRI検査にて右傍側脳室領域の脳塞栓症と診断された。なお発症直前に心エコーで左室壁運動正常化を確認していた。その後抗凝固療法強化およびリハビリにて第10病日に麻痺なく退院となった。本症例では発症から受診まで経過が長かったため入院時すでに少量の心内血栓が存在し、通常より速やかな心機能回復に伴い遊離して脳塞栓症を発生したと考えた。本症では、発症一定時間が経過している時は心内血栓の存在を疑い抗凝固療法を厳格に行う必要がある。

16

誘引なく再発したたこつぼ型心筋症の一例

山形県立中央病院 循環器内科

○渡部 賢、菊地 翼、大道寺飛雄馬、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80歳代男性。10年前労作性狭心症に対して経皮的冠動脈ステント留置術、4年前特に誘引なくたこつぼ型心筋症を発生した既往がある。H26年12月朝方に誘引なく胸部絞扼感が出現し当院外来を受診した。心電図でII, III, aVF, V5-6でST上昇を認めたが、心エコー所見からはたこつぼ型心筋症が疑われた。緊急冠動脈造影ではステントを含め冠動脈に有意狭窄を認めず、左室造影ではたこつぼ型心筋症に矛盾しない所見であった。入院第9病日の心エコーでは左室壁運動の改善を認めた。後日エルゴノビン負荷試験を行ったが、攣縮は誘発されなかった。たこつぼ型心筋症の原因に冠攣縮による心筋虚血やカテコラミン毒性などが挙げられるが、本症例は特に誘引なくたこつぼ型心筋症を再発した稀な症例であり報告する。

17

閉塞性肥大型心筋症にたこつぼ型心筋症を併発した肺移植症例

¹ 東北大学 循環器内科学、² 東北大学 呼吸器外科学

○西宮 健介¹、羽尾 清貴¹、圓谷 隆治¹、松本 泰治¹、高橋 潤¹、伊藤 健太¹、渡邊 龍秋²、星川 康²、岡田 克典²、下川 宏明¹

症例51歳女性。平成25年肺リンパ脈管腫瘍に対して左肺移植を施行。平成26年12月、閉塞性肥大型心筋症と診断されβ遮断薬導入。平成27年3月8日、会合中に立ちくらみを自覚し当院受診、心電図で胸部誘導のST上昇とTrop-T陽性を認め、緊急カテーテル検査を施行。冠動脈造影上有意狭窄を認めず、左・右室造影にてたこつぼ型心筋症の所見を認めた。左室流出路圧較差は90mmHg。経過観察のみにて、第9病日には心エコー上左室心尖部壁運動低下は消失、左室流出路圧較差は27mmHgに減少した。改善後の核医学検査にて、心筋血流 (MIBI) は正常、心筋脂肪酸 (BMIPP) は心尖部で低下、糖代謝 (PET) は心尖部で亢進していた。閉塞性肥大型心筋症にたこつぼ型心筋症を併発した肺移植症例を経験したので報告する。

18

回復期にサイトメガロウイルス感染症を呈した劇症型心筋炎の一例

福島県立医科大学 循環器・血液内科

○安藤 卓也、八巻 尚洋、佐藤 彰彦、鈴木 聡、及川 雅啓、杉本 浩一、国井 浩行、中里 和彦、鈴木 均、斎藤 修一、竹石 恭知

症例は60歳代女性。発熱、食欲不振にて近医で加療を受けていたが、体動困難となり救急病院を受診。多臓器不全を認めため当院へ搬送された。搬送時ショック状態であり、心エコーにてびまん性壁運動低下を認め、急性心筋炎と診断し、PCPSおよびIABPによる補助循環を開始した。一時無収縮であったが徐々に改善し、第6病日にはPCPS、第8病日にはIABPから離脱した。第26病日に人工呼吸器より離脱後、発熱、肝機能障害、皮疹を認め、感染源の検索を施行したところサイトメガロウイルス抗原血症検査陽性であった。サイトメガロウイルス感染症と診断し、ガンシクロビルを投与したところ、解熱し全身状態も改善した。補助循環装置を要した劇症型心筋炎において、サイトメガロウイルス感染症に対する治療が奏功した症例を経験したため報告する。

19

心サルコイドーシスの診断・治療方針の決定に心臓 PET/MRI が有効と考えられた一例

- ¹ 一般財団太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器内科
² 福島県立医科大学 循環器・血液内科
³ Fukushima International Medical Science Center
- 和田 健斗¹、新妻 健夫¹、小松 宣夫¹、遠藤 教子¹、
 石田 悟朗¹、金澤 晃子¹、渡邊 俊介¹、神 雄一朗¹、
 武田 寛人¹、八巻 尚洋²、竹石 恭知²、伊藤 浩³、
 穴戸 文男³、竹之下誠一³

症例は 50 代、女性で健康診断にて心電図上で完全右脚ブロック、異常 Q 波を指摘され当院循環器を受診し、心臓超音波で心室中隔基部に菲薄化及び心室瘤を伴う壁運動低下を認め、心サルコイドーシスを疑われ、精査目的に当科入院となった。入院後冠動脈造影では明らかな冠動脈病変は認められず、Ga シンチグラフィーにて気管分岐部リンパ節及び左心室壁に全周性に集積を認めた。医大にて PET-MRI を施行し、FDG では右室、左室（主に中隔/後壁/側壁）への広範な取り込みを認め、MRI では後壁の一部に遅延造影が認められた。両者の所見から線維化及び炎症の局在診断、活動性の双方が評価できる可能性が示唆され、心サルコイドーシスの臨床的診断で、ステロイド治療を開始した。

20

心室細動から蘇生された多発性左心室瘤の一例

- 秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
 ○佐藤 輝紀、新保 麻衣、阿部 起実、小山 崇、
 渡邊 博之、伊藤 宏

症例は 50 歳代女性。職場（病院職員）で突然心肺停止となった。心室細動に対して電氣的除細動が 5 回施行され心拍再開した。原因検索と加療目的に当院へ転院搬送となった。冠動脈造影上、虚血性心疾患は否定的であり、心エコー検査では、左心室に多発する心室瘤と心室中隔基部の菲薄化が認められた。皮膚組織から類上皮細胞性肉芽腫を認め、サルコイドーシスの確定診断に至った。植え込み型除細動器植え込み術、ステロイド内服治療を開始の後、第 58 病日に独歩退院となった。左心室瘤を形成する疾患は多岐にわたるものの、その多くは虚血性心疾患である。今回、サルコイドーシスに起因する多発性左心室瘤に心室細動を合併した、心肺蘇生成功例を経験したため、考察を含めて報告する。

21

当院における周産期心筋症の 2 症例

- 石巻赤十字病院 循環器内科
 ○土屋 隼人、小山 容、長谷川寛真、玉淵 智昭、
 祐川 博康

周産期心筋症は心疾患既往のない女性が妊娠、出産を機に心不全を発症し、拡張型心筋症様の病態を呈す疾患とされる。頻度は 1-2 万出産に 1 例程度だが重症例では致死的となり得るため重要である。当院ではここ 3 年間に 2 例ほど周産期心筋症と診断し加療した症例を経験したので報告する。
 症例 1、33 歳 1 経産婦。37 週 3 日で双胎のため帝王切開で出産。術後より咳嗽あり感染症として加療されるも増悪、BNP 著明高値にて心不全が疑われた。心エコー上全周性の壁運動低下あり。カルペリチド投与で軽快。退院後経過により収縮能改善を認めている。
 症例 2、36 歳 2 経産婦。38 週 1 日で自然分娩。産後 8 日目に呼吸苦あり受診。両下腿浮腫と胸水貯留、全周性の壁運動低下あり。カルペリチド、フロセミド投与で改善。退院時の収縮能に著変なく経過観察中。

22

Electrical Storm に、ステロイドが奏効した SLE 関連心膜心筋炎の一例

- ¹ 太田総合病院附属太田西ノ内病院 循環器センター、
² 福島県立医科大学 循環器・血液内科学講座
- 神 雄一朗¹、武田 寛人¹、渡邊 俊介¹、金澤 晃子¹、
 石田 悟朗¹、遠藤 教子¹、新妻 健夫¹、小松 宣夫¹、
 竹石 恭知²

症例は 30 歳代、女性。潰瘍性大腸炎、自己免疫性肝炎にて当院消化器内科通院中。入院 2 か月前より 38 度台の発熱が持続していた。平成 26 年 9 月、自宅で座っていた際に急に意識を失い前のめりに倒れ、5-7 分の bystander CPR 後、AED にて Vf と解析され、除細動 1 回施行。現場で心拍再開し、当院に救急搬送となった。入院後、低体温療法を施行。低体温中に 2 回 Vf が起こり、復温後、連日 38-39 度台の発熱を認め、第 4 病日にも Vf が出現した。第 13 病日に Vf が出現し、DC にて停止。その後、心筋生検にてリンパ球、炎症細胞浸潤を認め、SLE 関連心膜心筋炎と考えられた。プレドニゾロンを開始したところ、Vf の出現は抑制され、発熱、EF の改善を認めた。後日、ICD 植込み術を行い退院となった。SLE 関連心膜心筋炎により Vf storm を生じた報告はまれであり、報告する。

23

左前下行枝の高度狭窄を有する狭小血管病変に対して二次的 血行再建が有用であった急性冠症候群の一例

- 山形大学 第一内科
 ○橋本 直明、宮本 卓也、佐々木真太郎、西山 悟史、
 有本 貴範、高橋 大、穴戸 哲郎、渡邊 哲、
 久保田 功

症例は 67 歳男性、急性冠症候群の疑いで紹介された。冠動脈造影検査で、左前下行枝 #7 近位部に 99% 狭窄を認め、冠動脈インターベンションを施行した。病変部通過にはマイクロカテーテルを要し、小径バルーンよりサイズアップしながらバルーン拡張を行い、TIMI 3 を得た。IVUS で確認すると、狭窄解除後も病変部から遠位部は血流低下していた影響で虚脱しており、内腔径が 2.0 mm に満たない状態だった。ステント留置は困難と判断し、一定期間後に再度造影を行い、可能であればステント留置する方針とした。1 ヶ月後の造影で、左前下行枝は血管径の拡大が確認され、最終的に 2.5 mm 径の薬剤溶出性ステントの留置に成功した。高度狭窄解除後にステント留置困難であった狭小血管病変に対して二次的 血行再建が有用であったため報告する。

24

蘇生直後の心電図で ST 変化を全く認めなかった高位側壁枝 急性閉塞と異型狭心症を合併した心肺停止蘇生後例

- 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、
 佐藤 舞、鈴木 啓資

56 歳男性。早朝にうなり声をあげて卒倒した。救急隊接触時心肺停止。初期調律として心室細動を確認し、電氣的除細動を実施して心拍が再開した。救急センターに到着時は意識清明で胸痛の訴えなし。12 誘導心電図は洞調律で ST 変化は全く認めなかった。心エコーでも壁運動異常はなかった。しかし、緊急冠動脈造影で高位側壁枝が完全閉塞しており、同部に経皮的冠動脈形成術 (PCI) を施行した。他の部位に有意病変は認めなかった。蘇生後ならびに PCI 後の経過観察目的に ICU 入室したが、当日深夜に下壁誘導の著明な ST 上昇から III 度房室ブロック、ショックを呈した。アトロピンの投与で速やかにブロックは改善し ST も正常に復帰した。特異的な蘇生後経過を示した心肺停止蘇生例を報告した。

25

冠動脈解離による急性心筋梗塞を2度起こした50代女性の一例

寿泉堂総合病院 循環器内科

○鈴木 智人、水上 浩行、出町 順、金澤 正晴

症例は53才女性。51歳時に左回旋枝の急性心筋梗塞を発症し、ステント治療を受けている。1年後の冠動脈造影では、ステント内は良好に開存しており、右冠動脈に異常を認めなかった。その2か月後、胸痛で救急搬送された。下壁誘導でST上昇を認めた。緊急冠動脈造影で、2か月前に問題のなかった右冠動脈#3に高度狭窄を認めた。形態や血管内超音波所見から冠動脈解離と考えられた。ステントとカッティングバルーンで治療し、良好に拡張した。リハビリを施行し、2週間で退院となった。1回目の急性心筋梗塞時の血管内超音波所見も冠動脈解離に矛盾しないものであった。冠動脈解離によると思われる急性心筋梗塞を2回繰り返した症例を経験したので報告する。

26

当院でのDoor to balloon time短縮の試み

岩手県立二戸病院

○小田 英人、酒井 敏彰、田淵 剛、西山 理

【背景】STEMI患者のDTBTを90分に抑えることを推奨されている。平成26年3月より岩手県二戸圏域で岩手県で初めて12誘導心電図伝送システムを導入した。

【目的】二戸広域消防組合一戸分署管内に伝送システムを導入し、STEMI患者のDTBTにどのように影響を与えたのか検証する。

【方法】12誘導心電図伝送システム(ラブテックパソコン心電計EC-12RS)を導入し、平成26年3月17日から12月31日まで当院へ伝送されたSTEMI患者の6症例と、平成18年2月2日から平成24年7月31日26症例のDTBTと比較検討した。

【結果】DTBTは158分から109分まで短縮できた。

【結語】この伝送システムを導入することで、STEMIのDTBTを短縮できることができた。今後、導入地域の拡大により、さらにSTEMI患者のDTBTを短縮できると考えられる。

27

過去に留置されたステントより遠位にある病変へのステントの持ち運びにGuidezillaが有用であった一例

仙台厚生病院 循環器科

○伊澤 毅、堀江 和紀、富樫 大輔、遠田 佑介、土岐 祐介、石井 和典、伊藤 真輝、田中綾紀子、南條 光晴、宮坂 政紀、桑原 謙典、箆井 宣任、松本 崇、多田 憲生、桜井 美恵、本多 卓、滝澤 要、大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

糖尿病性腎症で維持透析の62歳男性。3年前に狭心症でステントが右冠動脈入口部から中間部に留置されていた。今回、急性心筋梗塞で経大腿動脈にて緊急CAG施行。右冠動脈近位部閉塞および入口部の高度狭窄を認めPCIを施行。ステントが入口部まで留置されていた為、エンゲージし易さを考慮しJR4を選択。Runthrough NSは入口部狭窄を通過せず、XT-Rで病変通過した。その後、φ1,2,3mmのバルーンで拡張した。TIMI3を得るも中間部のステントの遠位に解離が残存していた。解離をカバーするためステントを持ち運びとしたが、Shepherd-Crook型の右冠動脈の為、持ち運びできず。そこでアンカーバルーンでGuidezillaを中間部まで導入する事に成功しステントを持ち運べた。Guidezillaは簡便に強力なバックアップを得る事ができ有用と考えられた。

28

心筋梗塞急性期患者における不穏

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、瀧井 暢、佐治 賢哉、杉江 正、加藤 敦

【背景】集中治療で不穏管理は重要な課題だが、循環器領域では十分検討されていない。【方法】急性心筋梗塞で入院し生存退院、カルテを確認できた800症例について急性期の不穏状況を調査した。軽度興奮あるが注意で落ち着く状態を軽度不穏、興奮強く注意で落ち着かない状態を重度不穏として、患者状態・長期予後と比較した。【結果】軽度不穏は80症例10%、重度不穏は19症例2.3%でみられ、不穏を示さなかった症例と比較していずれも高齢だった。女性は軽度不穏が多く、男性は重度不穏が多かった。血行再建やIABPなど下肢動脈を使用した症例では不穏を示す症例が多かった。急性期不穏を示す症例は長期予後不良だったが、年齢の影響が大きかった。【結語】循環器領域でも不穏を示す症例は多く、今後管理対象として考慮する必要がある。

29

3枝病変に対するPCI周術期に遷延性意識障害を来した1例

岩手県立中央病院 循環器内科

○長田 佳整、高橋 徹、門間 雄斗、梶谷 翔子、神津 克也、池田 尚平、野田 一樹、中嶋 壮太、遠藤 秀晃、中村 明浩、野崎 英二

症例は50代、男性。慢性腎不全のため維持透析中。狭心症と診断され3枝病変のため紹介された。冠動脈病変は高度石灰化を伴い低心機能のため、バイパス手術を勧めたがPCIを強く希望し右冠動脈に対しPCIを施行した。Volume負荷、IABP、体外式Pacingを装着し、高度石灰化病変に対してRotaを施行。Slow flowを来したため、間欠的に血圧60-80mmHgへの低下を認めた。JCS300の意識障害が出現した。PCI後も意識障害が遷延し、術後は人工呼吸器管理とした。第2病位血圧回復に伴い意識に回復が得られた。左冠動脈の残存病変に対してCABGを施行した。その後は経過良好で退院となった。本症例はMRAで脳血管、頸動脈で狭窄を認め、PCIにおけるリスク評価の重要性を再認識させられた症例として報告する。

30

乳酸アシドーシスを合併した非ST上昇型心筋梗塞の一例

東北大学 循環器内科学

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

症例は70代女性、糖尿病、高血圧加療中。非ST上昇型心筋梗塞による急性心不全を呈し当院に救急搬送。緊急冠動脈造影では3枝全てに高度狭窄病変を認めたが、急性閉塞病変なく高度貧血を合併していたことから、保存的に加療することとした。輸血とカテコラミン投与を開始するも、血圧低下が遷延し意識状態が増悪。カテコラミン増量にも反応なく血行動態の維持に苦慮した。血液ガスにて乳酸値の著明上昇を伴うアシドーシスを認め乳酸アシドーシスを疑い、重炭酸ナトリウムを投与したところ循環動態、意識障害の劇的な改善を認めた。ピグアナイド製剤による乳酸アシドーシスは造影剤投用時のみならず循環不全時に発症のリスクが高まることが知られており、本例のような急性冠症候群の治療においては注意すべき合併症と考えられた。

31

頭部外傷後の抗凝固療法中断により全身性血栓症を発生した心房細動の一例

¹ 東北大学病院 高度救命救急センター

² 東北大学 循環器内科学

○田中 健子¹、鈴木 秀明²、浅沼敬一郎¹、中野 誠²、
杉村宏一郎²、坂田 泰彦²、久志本成樹¹、下川 宏明²

71歳、男性。陳旧性心筋梗塞により左室収縮率は20%程度であり、慢性心房細動に対しワーファリンを内服していた。来院12日前、頭部打撲による外傷性クモ膜下出血にて入院した。ワーファリンを中止し保存的治療を行い、来院5日前にアピキサパンを開始し退院した。しかし、来院前日より腹痛、食思不振が出現し、来院時の体幹部造影CTにて、右腎動脈本幹と上腸間膜動脈末梢に造影欠損領域を認めた。アピキサパンを一旦中止した上でヘパリン投与にて保存的に加療し、第6病日には腹痛は改善し、CTにおいても造影欠損領域は縮小した。アピキサパンを再開し、第12病日に退院とした。頭部外傷患者に対する抗凝固療法の中止・再開の基準は存在しないが、低心機能の心房細動等の複数のリスクを有する患者では早期の抗凝固療法再開を検討すべきである。

32

膵管内乳頭粘液性腫瘍からの転移と考えられた心臓腫瘍の一例

岩手県立中央病院 循環器科

○門間 雄斗、中村 明浩、野崎 英二、高橋 徹、
遠藤 秀晃、中嶋 壮太、野田 一樹、大浦 翔子、
小野 貞英、神津 克也

【症例】80歳代。男性【主訴】呼吸苦【既往歴】膵管内乳頭状粘液性腫瘍【現病歴】2ヶ月前より呼吸苦あり、近医より心不全の疑いで当科紹介。心臓超音波検査で右房内に40×30mm大の腫瘍を認め、造影CTで同部位に軟部陰影を認めた。血液検査でCA19-9の異常高値(31410U/ml)、PET-CTで右房内腫瘍に有意な集積を認めた。第12病日にDICをきたし、第15病日に肺出血、頭蓋内出血をきたし永眠した。病理解剖で右房の自由壁に軟部腫瘍を認め、組織所見でadenocarcinomaを確認し、膵臓癌の心臓転移と診断した。【考察】転移性心臓腫瘍は肺癌、乳癌、軟部組織肉腫、腎癌などが代表的で膵臓からの転移の報告はきわめて稀である。また、転移様式は直接浸潤がほとんどであり血行性転移の報告は希少で、貴重な症例と考えられたのでここに報告する。

33

Sepsis-induced encephalopathyにより遷延性意識障害を呈した感染性心内膜炎の一例

¹ 東北大学病院 高度救命救急センター

² 東北大学 循環器内科学

○山崎 龍一¹、鈴木 秀明²、久志本成樹¹、下川 宏明²

42歳、男性。意識障害にて搬送。来院時JCS - 300、血圧71/45mmHg、HR 124回/分、体温40℃、心エコー上僧帽弁後尖の逸脱と同部位の疣贅を認め、感染性心内膜炎による敗血症性ショックと診断した。抗菌薬、大量輸液、昇圧薬、エンドトキシン吸着療法を行い、ショック状態より離脱した。来院時の血液培養よりメチシリン感受性ブドウ球菌を検出したが、第4病日以降血液培養は陰性化し、全身状態の改善を認めた。しかし、JCS 20程度の意識障害が遷延し、第51病日、大脳白質全域にびまん性にCT上低吸収域、MRI上T2/DWI高信号域が出現し、意識状態の改善を認めず転院となった。本症例の遷延する意識障害の原因として、画像所見よりsepsis-induced encephalopathyが考えられたが、感染性心内膜炎に合併する重篤な脳合併症として認識する必要がある。

34

細菌性髄膜炎にて発症した肺炎球菌による感染性心内膜炎の1例

¹ 東北大学病院 高度救命救急センター

² 東北大学 循環器内科学

○伊藤ゆきの¹、鈴木 秀明²、大邊 寛幸¹、建部 俊介²、
青木 竜男²、杉村宏一郎²、久志本成樹¹、下川 宏明²

80歳、女性。来院当日、意識障害を主訴に当院救急搬送された。来院時、髄膜刺激症状があり、炎症反応の上昇に加え、髄液細胞数の上昇、髄液糖の低下を認め、細菌性髄膜炎と診断し治療を開始した。来院時の髄液・血液培養から肺炎球菌を検出したが、第4病日以後髄液・血液培養は陰性化し、第9病日には意識レベルは改善した。しかし、第10病日に突然呼吸状態が悪化し、第14病日に心エコー上重度の僧帽弁逆流と僧帽弁前尖に長径2cmの疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断し、第15病日に僧帽弁置換術を施行した。肺炎球菌は感染性心内膜炎の起病菌として稀ではあるが、髄膜炎の合併頻度が高く、弁破壊性が強い。肺炎球菌性髄膜炎においては、病初期に特異的症状を呈さなくても感染性心内膜炎の合併を念頭に置くことが重要である。

35

頸椎化膿性脊椎炎を合併した感染性心内膜炎の高齢男性の1例

仙台市立病院 循環器内科

○佐野 寛仁、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、
八木 哲夫

94歳男性。ペースメーカー植込み後、糖尿病あり。後頸部の激痛で整形外科や神経内科を受診したが原因を特定できず。循環器内科の定期外来で発熱を指摘され入院した。血液培養でEnterococcus faecalisが3セット陽性、CTで頸椎化膿性脊椎炎と腎梗塞を認めた。心エコーでは疣贅を指摘できなかったが感染性心内膜炎と診断し治療を開始。ABPC + GMを4週間使用した時点で全身性の皮疹を生じVCMに変更。合計8週間で治療終了とした。後日施行した心エコーで入院時に大動脈弁に認めた構造物の消失があり、疣贅であったと考えられた。ペースメーカー感染の所見はなく抜去は行わず、以後外来で経過観察中である。化膿性脊椎炎の感染性心内膜炎合併率は9%から30%と報告されている。特に血液培養陽性例では積極的に感染性心内膜炎を検索する必要がある。

36

右心内転移を来した子宮頸部扁平上皮癌の1例

弘前大学医学部 循環器腎臓内科学講座

○妹尾麻衣子、泉山 圭、西崎 史恵、澁谷 修司、
横山 公章、山田 雅大、阿部 直樹、富田 泰史、
熊熊 拓木、長内 智宏、奥村 謙

症例は65歳、女性。3ヶ月前から徐々に進行する全身浮腫と体重増加あり精査加療目的に当科紹介入院。採血にて著明な血小板減少と凝固能亢進あり、心エコーでは右心系内腔に可動性に富む腫瘍性病変を認めた。病変は表面平滑で等輝度かつ内部均一で一部分葉化、右房室内壁に広基性に付着し内腔全体を占拠していた。血液培養は陰性で感染兆候を認めず感染性心内膜炎は否定的であった。腫瘍マーカー上昇や無痛性リンパ節腫大、凝固能亢進等の所見より悪性腫瘍とそれに伴う血栓症の合併が疑われた。原発巣の検索を進めていたが、経過中に肺塞栓症を発生し永眠された。病理解剖と生前に施行した子宮頸部組織生検の結果、子宮頸部扁平上皮癌の心臓転移との診断に至った。子宮悪性腫瘍の心臓転移は稀であり、病理解剖の所見も含めここに報告する。

動脈管開存症の感染性心内膜炎に肺膿瘍を合併した一例

- ¹岩手医科大学 内科学講座 循環器内科分野
²岩手医科大学 内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野、
³岩手医科大学 心臓血管外科
 ○芳沢美知子¹、田代 敦²、熊谷亜希子²、玉田真希子²、
 高橋 祐司²、佐藤 権裕²、安孫子明彦²、森野 禎浩¹、
 中村 元行²、岡林 均³

症例は57歳女性。20年前に動脈管開存症と診断されていた。2ヶ月前から微熱と体重減少を認め近医受診、心雑音を聴取し当科に紹介された。心エコー図検査で肺動脈弁に疣腫様所見あり、感染性心内膜炎疑いで入院した。血液培養でStreptococcus sanguisが陽性となり抗菌薬治療を行った。造影CTでは、肺膿瘍、動脈管の肺動脈側にポリープ状に突出した疣腫を認めた。口腔内は根尖病巣を認めた。心エコーとCTで経過観察し、疣腫と肺膿瘍が縮小傾向となり炎症の改善を認めたことから、動脈管開存閉鎖術と肺動脈弁形成術が施行された。病理所見では動脈管内部に疣腫を認めた。退院後は口腔ケアを継続し、感染兆候なく経過している。今回、動脈管開存症の感染性心内膜炎に肺膿瘍を合併した症例を経験したので報告する。

末梢動脈閉塞、敗血症性肺塞栓症、感染性肺動脈瘤を来した感染性心内膜炎の一例

- 弘前大学医学部附属病院 循環器腎臓内科学講座
 ○成田 真人、澁谷 修司、西崎 史恵、泉山 圭、
 横山 公章、山田 雅大、阿部 直樹、富田 泰史、
 樋熊 拓未、長内 智宏、奥村 謙

症例は20代男性、心室中隔欠損症(VSD)の既往あり。呼吸困難、右上肢のしびれで前医受診、三尖弁、肺動脈弁に疣贅を認め当院搬送。造影CTで広範な肺動脈塞栓症、右上腕動脈の閉塞を認め、DICを合併していた。第1病日に左大腿動脈に塞栓症を発症。UCGよりVSDに付着した血栓、疣贅の塞栓が疑われた。感染性心内膜炎(IE)と診断し、第2病日三尖弁・肺動脈弁置換術、VSD閉鎖術を施行。術中所見でVSDの欠損孔は疣贅により閉塞していた。6週間抗生剤治療後血液培養陰性を確認し退院。5か月後に喀血し当院受診、感染性肺動脈瘤からの出血と考えられ右肺下葉切除を施行した。VSDを原因としたIEであるが、両心系から多彩な感染、塞栓症を引き起こした症例は稀であり、文献とともに報告する。

肺動脈弁位の感染性心内膜炎の診断にMDCTが有用であったファロー四徴症術後の1例

- ¹青森県立中央病院循環器センター 循環器科
²榊原記念病院 小児循環器科
³榊原記念病院 小児循環器外科
 ○中山 遙¹、大和田真玄¹、市川 博章¹、横田 貴志¹、
 今田 篤¹、藤野 安弘¹、上田 知実²、高橋 幸宏³

症例は10代の男性。2歳時にファロー四徴症の根治術が、1年前に肺動脈弁狭窄症の再増悪に対してRastelli術が施行されていた。39度以上の発熱が出現し、近医で抗菌薬投与されたが、3週間以上持続するため当科受診となった。炎症反応は著明に上昇しており、胸部CTでは両側下肺野に結節影を認めた。心エコーでは疣贅を確認することが出来なかったが、MDCTで肺動脈のconduit内に疣贅を疑う不整陰影を認めた。感染性心内膜炎の疑いが強いと判断し、エンピリックで抗菌薬治療(バンコマイシン+ゲンタマイシン)を行ったところ解熱が得られ、待機的にconduitの置換術を施行することが可能であった。心エコー所見はDuke基準に含まれるが、開心術後症例では解釈が困難なことがある。心エコーのみでなくMDCTを含めた画像診断を行うことが有用であった。

慢性心不全におけるメタボリック症候群の意義の検討—CHART-2—研究からの報告—

- ¹東北大学 循環器内科学
²東北大学 循環器 EBM 開発学
 ○但木壯一郎¹、坂田 泰彦¹、宮田 敏²、三浦 正暢¹、
 牛込 亮一¹、佐藤謙二郎¹、小野瀬剛生¹、山内 毅¹、
 辻 薫菜子¹、阿部 瑠璃¹、下川 宏明¹

【目的】慢性心不全におけるメタボリック症候群構成要素(MetS-R)の集積と心血管事故との関連を明らかにする。
 【方法】CHART-2研究(N=10,219)に登録された非糖尿病症例5,996例を腹囲に基づきW1群(男 \leq 81.5cm、女 \leq 77.9cm)、W2群(男81.6-89.0cm、女77.9-86.9cm)、W3群(男 $>$ 89.1cm、女 $>$ 86.9cm)に分類し、心血管リスクとの関連を検討した。
 【結果】MetS-R合併数は男女共に腹囲増大(W1 $<$ W2 $<$ W3)に伴い増加した(各々P $<$ 0.01)。中央値3.2年の観察期間中、男性ではW1 $<$ W2 $<$ W3の順に死亡率は減少したが(16%, 9%, 8%, p $<$ 0.001)、女性は3群で差はなかった。MetS-R集積と心血管事故増加との関連は男性W2・W3群においてのみ認められた。
 【結論】慢性心不全症例では、男性ではMetS-R集積と心血管リスク増大との関連を認めたが女性では認めなかった。

パーキンソン病患者における左室収縮障害: global longitudinal strain による評価

- ¹地方独立行政法人秋田県立病院機構
 秋田県立脳血管研究センター 循環器内科
²福島県立医科大学 集中治療部
³名古屋市立大学 心臓・腎高血圧内科
⁴秋田大学大学院 循環器内科学・呼吸器内科学
 ○藤原理佐子¹、高野 真澄²、大手 信之³、伊藤 宏⁴

【背景】Parkinson病では、心機能障害が存在するか明らかではない。
 【目的】Parkinson病患者での左室機能障害を検討する。
 【対象】2011年2月~2014年6月に経胸壁心エコーを施行したParkinson病患者9例(PD群、平均年齢75 \pm 8歳)、年齢を合わせたコントロール9例(C群、同75 \pm 7歳)。
 【方法】心機能評価指標、左室弁輪部の組織ドブラ波、2D speckle tracking法での左室global longitudinal strain(GLS)にて評価を行った。
 【結果】PD群ではC群に比し左房径は拡大(36.0 \pm 2.4 vs 32.7 \pm 3.5 mm, P $<$ 0.05)、s'はPD群で低い傾向にあり(7.3 \pm 1.3 vs 11.0 \pm 4.4 cm/s, P=0.17)、GLSはPD群で低下していた(-21.2 \pm 2.0 vs -23.5 \pm 2.5%, P $<$ 0.05)。
 【結論】Parkinson病ではGLSの低下があり、心駆出率で検出できないような左室収縮障害が示唆された。

経カテーテル的大動脈弁植込術(TAVI)における経食道心エコーでの人工弁周囲逆流の簡易的半定量評価

- ¹岩手医科大学附属病院 心血管腎臓内分泌内科
²岩手医科大学附属病院 循環器内科
³岩手医科大学附属病院 心臓血管外科
 ○田代 敦¹、熊谷亜希子¹、芳沢美知子²、阪本 亮平²、
 臼井 雄太²、中島 祥文²、石川 有²、房崎 哲也²、
 森野 禎浩²、中村 元行¹、鎌田 武³、岡林 均³

【背景と目的】TAVI術中に経食道心エコー(TEE)での弁周囲逆流(PVL)評価は後拡張の判断に必要なが、SAPIEN生体弁のPVL評価は容易ではない。そこで簡易的半定量法としてPVL scoreを考案した。
 【対象と方法】当院で施行したTAVI連続18例を対象にした(83 \pm 5歳)。TEEでの弁輪部短軸像で、全周を時計盤と同様に計12点として0.5点毎の半定量評価を試みた。逆流なしは0点(0%)、全周性逆流は12点(100%)とした。
 【結果】TAVI直後の評価ではPVL scoreは1.0~5.5点、平均2.4点(20%)であった。PVL score 2.5点以上の全例に後拡張が施行され、平均3.3点(28%)から1.7点(19%)に改善した(P $<$ 0.001)。AOGでのAR gradeとPVL scoreには有意な正相関がみられた(r=0.70)。
 【結論】TAVI術中のTEEでのPVL評価には、簡易的半定量法のPVL scoreが有用と考えられた。

43

僧帽弁閉鎖不全症を伴う、His 側に近接した副伝導路に対して術中 cryoablation が奏功した 1 例

仙台循環器病センター 心臓血管外科
○小林 慶、椎川 彰、細田 進

症例は 77 歳女性。1982 年より WPW 症候群の診断。2012 年より僧帽弁閉鎖不全症 (MR) を認め、2014 年より心房細動を認め息切れも出現。2015 年 1 月精査にて P2 prolapse による MR3 度の診断で手術の方針となった。入院時より心拍数 140/分の心房細動であり、各種抗不整脈薬投与も改善認めず、カテーテルアブレーション施行。逆伝導の離断には成功したが、順伝導は His 側に近接しており洞房ブロックになる可能性があることから術中アブレーションの方針となった。2 月 MVP+TAP+modified Maze (PV isolation+RA isthmus) +Kent 束に対する cryoablation 施行。Kent 束への cryoablation は心拍動下に、術前 EPS で推測された His 束近傍を AV 間隔の延長に注意しながら 2 分間行った。術後 δ 波の消失を認め心拍数 70/分の洞調律となり、頻脈も改善した。経過良好で退院。

44

陳旧性心筋梗塞に合併した PVC に対するアブレーションが有用だった 1 例

福島県立医科大学医学部 循環器・血液内科学講座
○安齋 文弥、神山 美之、野寺 稔、上岡 正志、
金城 貴士、八巻 尚洋、国井 浩行、鈴木 均、
齋藤 修一、竹石 恭知

症例は 70 歳代の男性。陳旧性下壁心筋梗塞にて近医で加療中であったが、平成 26 年 7 月から心不全症状が出現するようになった。利尿剤などの内服治療で改善が得られないため 12 月に当科入院となった。心エコーでは左室駆出率 50% 程度に保たれていたが、左脚ブロック、上方軸タイプの PVC と NSVT がホルター心電図上、総心拍数の 30% と頻発しておりアブレーションを施行する方針とした。CKD stage4 のため CARTO Sound[®] で geometry を作成後に右室、左室のマッピングを行った。左室下壁は異常電位を認めるが早期性に乏しく、その対側の三尖弁輪中隔への通電にて PVC の消失に成功した。陳旧性心筋梗塞に合併した PVC の機序を考える上で興味深いと思われたので報告した。

45

鎖骨下静脈閉塞に対し、側副血行路から左室リードを追加し得た植込型除細動器移植術後拡張型心筋症の一例

¹ 岩手医科大学内科学講座 循環器内科分野
² 岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野
○松本 裕樹¹、小澤 真人²、芳沢 礼佑¹、高橋 完¹、
小松 隆²、森野 禎浩¹、中村 元行²

症例は 73 歳男性。2008 年に持続性心室頻拍の診断で当院入院。心精査で拡張型心筋症と診断され、同年 5 月に植込型除細動器移植術を施行している。その後は近医で加療されていた。2012 年頃よりうっ血性心不全で入院を繰り返すようになり、徐々にカテコラミンの離脱も困難になってきたため、2014 年 12 月に心臓再同期療法目的に当院入院となった。心電図では心房細動の心室ペーシング波形であった。静脈造影では左鎖骨下静脈の完全閉塞を認めたが、頭側に血管径も良好な発達した側副血行路を認め、経静脈アプローチで側副血管からワイヤーを挿入し左室リードを留置することに成功した。静脈閉塞や狭窄によりリード追加困難な症例があるが、今回は側副血行路からリード追加が可能であった症例を経験したので報告する。

46

遠隔モニタリングシステムにより ICD ショック作動不全を早期に診断できた拡張型心筋症の一例

東北大学 循環器内科学
○近藤 正輝、福田 浩二、中野 誠、瀬川 将人、
平野 道基、千葉 貴彦、下川 宏明

症例は 65 歳男性。平成 12 年に拡張型心筋症と診断。平成 21 年に低左心機能、非持続性心室頻拍のため CRT-D 植え込み術を施行。2 年前より遠隔モニタリングシステム (RMS) を開始していた。平成 26 年 12 月 RMS で HR 187bpm の心室頻拍のアラートを受信。抗頻拍ペーシングは無効。ショックのため充電が開始されたが、リードインピーダンス低下 (<10 Ω) のためショックが作動せず、その後頻拍は自然停止していた。このため患者へ連絡し緊急入院とした。入院後 CRT-D チェックで SVC coil のショートが判明、翌日 ICD リード追加術を施行した。術後トラブルなく、現在外来で RMS を継続し経過観察中である。今回 RMS により SVC coil 部位のショートによるショック作動不全を早期に診断しえた一例を経験した。

47

Anchor Sleeve 静脈側端での心房リード断線症例

東北薬科大学病院
○山中 多聞、長谷川 薫、菊田 寿、関口 祐子、
住吉 剛忠、山家 実、宮下 武彦、中野 陽夫、
片平 美明

(症例) 70 歳代 女性 (現病歴) CRT-P 術後 13 ヶ月後左大胸筋 twitching 自覚し、受診。心房リードインピーダンスの上昇、閾値上昇を認め心房リードの断線を疑い、入院。入院後透視にて、CRT 本体後部の心房リード断線像を確認し、心房リード追加術及び本体交換術施行した。術中に Anchor Sleeve 静脈側端で X 線にて認めたリードの亀裂を確認した。
(考察) リード断線の好発部位として、Anchor Sleeve 静脈側端が知られている。Anchor Sleeve は大胸筋筋膜に固定されているため、上肢挙上時強い屈曲がおこり、繰り返す屈曲による断線が推測された。本症例では胸部レントゲンでは断線部同定は困難であった。断線等リード不全を疑う症例においては多方向からの透視確認が必要である。

48

High DFT を呈し、ICD リードの変更が有効であった Brugada 症候群の一例

東北大学 循環器内科学
○中野 誠、福田 浩二、近藤 正輝、瀬川 将人、
平野 道基、千葉 貴彦、下川 宏明

症例は 23 歳男性。VF による心肺停止を生じたが神経学的後遺症なく蘇生され、精査加療目的に当科紹介。心機能は保たれており、冠動脈に有意狭窄なし。冠攣縮誘発試験も陰性。心電図上 type 1 Brugada 心電図変化を認め、EPS では VF 誘発陽性となり、Brugada 症候群の診断。2 次予防目的に ICD 植え込みの方針となった。右室心尖部に single coil lead を留置し DFT を施行したところ、10J 以上のマージンを有して除細動することができず、single coil lead を抜去し、dual coil lead を留置。再度 DFT を施行したところ、再現性をもって 10J 以上のマージンを有して除細動に成功した。High DFT を呈し、ICD リードの変更が有効であった一例を経験したため、報告する。

49

リスク管理における着用型自動除細動器の潜在的役割と有用性の検討

¹ 弘前大学大学院医学研究科 循環呼吸腎臓内科学講座
² 弘前大学大学院医学研究科 不整脈先進治療学講座
 ○小路 祥紘¹、佐々木真吾²、泉山 圭¹、澁谷 修司¹、
 伊藤 太平¹、佐々木憲一¹、堀内 大輔²、木村 正臣¹、
 富田 泰史¹、奥村 謙¹

着用型自動除細動器 (WCD) の使用はまだまだ限定的でリスク管理における有用性についての検証は不十分である。対象は心室細動 (VF) 蘇生後または心臓突然死 (SCD) の高リスクとして WCD が装着された 25 例 (二次予防 19 例)。16 例 (64%) は ICU から転棟時、9 例は転院搬送直後に WCD を着用し一般病棟での管理を開始した。一般病棟における WCD 使用の安全性、合併症について検討した。院内着用期間は中央値 14 (10-27.5) (日間)、1 日着用時間は平均 23.3 ± 0.6 (時間) であり、患者コンプライアンスは良好であった。WCD 着用期間中に持続性心室頻拍 (VT) は 2 例に認められ、1 例でショック作動を認めたが、1 例はレスポンスボタンにより作動が回避され、心事故は認めなかった。WCD は SCD リスクの高い症例における一般病棟でのリスク管理に安全かつ有用である。

50

ホームモニタリングにより早期介入が可能であった Brugada 症候群の electrical storm の 1 例

仙台市立病院 循環器内科
 ○鈴木 啓資、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、
 八木 哲夫

42 歳男性。40 歳の時に Brugada 症候群の診断で ICD 植込みをしたが発作なく経過していた。38 度台の高熱があり、熱発当日の深夜に心室細動に対する ICD 適正作動が 2 回あったが、入眠中のため気づかなかった。ホームモニタリングシステムにより ICD 作動を確認し、翌日に患者に連絡し経過観察目的に入院させた。入院 2 日目の夕食後に 30 分間で 3 回の心室細動と ICD による除細動あり。Electrical storm の基準を満たしたため isoproterenol の持続静注を開始。以後心室細動なく経過した。解熱後に isoproterenol を減量中止し、cilostazol の内服に切り替えて退院した。Brugada 症候群の心室細動は入眠中に生じることが多く、ICD 作動も気づかない場合がある。無自覚の心室細動、ICD 作動を発見し早期介入が可能である点でホームモニタリングの有用性が示された。

51

減衰伝導特性を有した ATP 感受性左側後壁潜在性 WPW 症候群の 1 例

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

症例 54 歳男性。narrow QRS 頻拍に対しアブレーションを施行した。心室刺激での最早期心房興奮部位は冠動脈洞中間部で刺激間隔を短縮させると室房間隔は 65msec から 90msec へ延長した。心房期外刺激から頻拍 (頻拍周期 380msec) が誘発され、頻拍中の心房波興奮順序は心室刺激時と同一であった。His 不応期に加えた心室単発刺激で頻拍はリセットされ、ParaHisian Pacing では副伝導路パターンを呈した。頻拍中左脚ブロック型 wide QRS から narrow QRS へ移行し頻拍周期は 402msec から 380msec へ短縮した。心室刺激中に ATP20mg 投与したところ、室房伝導は消失した。左側後壁副伝導路による房室回帰性頻拍と診断し、アブレーションにより副伝導路の離断に成功した。減衰伝導特性を有する ATP 感受性副伝導路の報告は少なく、文献的考察を加え報告する。

52

無冠尖 - 右冠尖接合部を起源とした心室性期外収縮の 1 例

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

68 歳女性。基礎心疾患を認めなかった。動悸症状の原因となる、左脚ブロック下方軸タイプの多発する心室性期外収縮 (PVC) に対してカテーテルアブレーション (RFCA) を実施した。PVC の右室内最早期興奮部位は His 束電位記録部位に一致したが、同部でのペースマップスコアは不良 (10/12) であった。左心系のマッピングで PVC の最早期興奮部位は無冠尖 - 右冠尖接合部に認め右室側より早かった。同部でも His 束電位が記録され、かつ、刺激 - QRS 時間の延長を伴うパーフェクトペースマップが得られた。同部の通電直後に PVC は消失した。無冠尖起源の PVC は非常に稀で、さらに、本症例は過去の報告と一部異なる心臓電気生理学的特徴を示した。

53

低容量アミオダロン内服で生じた薬剤性肺炎の 2 例

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

【背景】アミオダロンに伴う薬剤性肺炎は容量依存に増加するとされる。【症例 1】66 歳男性。特発性心室頻拍のため 2 回アブレーション施行するも根治に至らずアミオダロン 125mg/ 日内服を行った。内服開始 6 ヶ月後呼吸苦あり、CT で両側の間質陰影を認めた。間質性肺炎と診断しアミオダロンを中止し 3 週間で自然軽快した。【症例 2】91 歳女性。頻脈性心房細動に伴う心不全のためアミオダロン 100mg/ 日内服で洞調律維持され良好に経過された。内服開始 3 ヶ月後心房細動となったが、心拍数コントロールは良好であったため内服継続した。内服開始 11 ヶ月後 CT 検査で両側胸膜直下に air bronchogram を伴う陰影がみられ、薬剤性肺炎と診断しアミオダロンの内服を中止し軽快した。低容量アミオダロンによる薬剤性肺炎の 2 例を経験し、文献的考察を加え報告する。

54

2 年越しの治療を行った “perimitral flutter” の 1 例

一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
 ○宍戸奈美子、佐藤 雅之、永沼和香子、川村 敬一、
 大杉 拓、武藤 満、小野 正博

症例は 70 歳、女性。66 歳時より高血圧症にて当院総合診療科に通院していた。2012 年 12 月より動悸を自覚し当科紹介受診した。心電図にて心拍数 140/ 分の上室性頻拍が認められ、精査加療目的に入院した。電位マッピングにて僧帽弁輪を反時計回りに旋回する心房粗動が確認されたが、エントレインメントペーシング中に頻拍が停止しその後誘発されず、三尖弁輪下大静脈間の線状焼灼のみで手技を終了した。以後外来にて経過観察中、2014 年 12 月下旬から動悸が持続し、心拍数 140/ 分の心房粗動が確認された。ジルチアゼムの内服を開始し、2015 年 1 月に再度カテーテルアブレーションを施行した。拡大肺静脈隔離、左房天蓋部線状焼灼、僧帽弁輪峡部焼灼を行った。以後、頻脈の再発はなく経過している。文献的考察を加えて報告する。

55

右脚ブロックとの鑑別を要した偽性心室頻拍の一例

仙台医療センター 循環器内科

○山口 展寛、藤田 央、尾上 紀子、石塚 豪、
篠崎 毅

症例は 35 歳男性。洞調律時の 12 誘導心電図では明らかなデルタ波は認めず。心房細動時には V1 誘導で Rs r 波形であり、右軸偏位を認めた。心房細動による動悸など症状はない。最小 R-R 間隔が 220 ms と短縮しており、偽性心室頻拍が否定できないため電気生理学的検査を施行した。心房期外刺激では、ヒス束記録部位で A-H 間隔の減衰伝導を認め、冠静脈カテーテルでは A-V 間隔は延長せず。12 誘導心電図では徐々に QRS 幅が延長し、右脚ブロック、右軸偏位を認め、心房細動時の QRS 波形と似ていた。僧帽弁輪をマッピングし、前側壁 2 時方向にケント電位を認め、同部位への通電でケントブロックとなった。通電後の心房期外刺激では、減衰伝導を認め、QRS 波形も変化しなかった。今回右脚ブロックとの鑑別を要した偽性心室頻拍について報告する。

56

心房副伝導路間ブロックを確認し得た正方向性房室回帰性頻拍の一例

仙台厚生病院心臓血管センター 循環器内科

○箆井 宣任、富樫 大輔、遠田 佑介、土岐 祐介、
石井 和典、伊藤 真輝、南條 光晴、田中綾紀子、
桑原 謙典、宮坂 政紀、松本 崇、堀江 和紀、
伊澤 毅、多田 憲生、櫻井 美恵、本多 卓、
滝澤 要、大友 達志、井上 直人、目黒泰一郎

70 歳女性。発作性上室性頻拍に対して高周波カテーテルアブレーションを施行した。心室期外刺激で室房伝導の最早期心房興奮部位は左側側壁部で、減衰伝導は示さなかった。房室結節二重伝導は認めず、心房連続刺激で頻拍周期 340ms の上室性頻拍が誘発された。潜在性左側側壁副伝導路を介した房室回帰性頻拍と最終診断した。経心房中隔アプローチで心室刺激中にマッピングし、僧房弁輪側壁での通電で副伝導路離断を得た。成功通電部位で心房心室電位間に Kent potential (KP) を疑わせる spiky な電位を認めた。心室期外刺激で刺激心房電位間隔は減衰伝導を示したが、刺激 KP 間隔は一定で、有効不応期の連結期で KP のみ消失した。弁上通電で心房 Kent 間ブロックが作成され、電気生理学的検査で確認し得た興味深い症例を経験した為、考察を加え報告する。

57

大動脈右冠尖からの通電が有効であった右室流出路の Exit をもつ流出路起源 PVC の一例

東北大学 循環器内科

○千葉 貴彦、福田 浩二、中野 誠、近藤 正輝、
瀬川 将人、平野 道基、下川 宏明

症例は 34 歳女性。健診で PVC (下方軸、移行帯 V3) を指摘され、平成 23 年 RFCA 施行。RVOT から通電し、術中は PVC 消失したものの、その後再発。平成 26 年のホルター心電図で 33699 回/日の PVC を認め、再セッション施行。RVOT 後中隔でペースマップは一致したが、局所電位の先行度は 20msec 程度。RCC 前方では 20msec 先行する prepotential を認めたがペースマップは一致せず、中隔深部起源と考えられた。RCC からの通電施行後、PVC 消失。Exit と考えられる、解剖学的に対側に位置する RVOT から追加通電を施行し手技を終了。術後 PVC を認めず経過している。右心系と左心系の双方からの通電が有効であったと考えられる PVC の一例を経験したため報告する。

58

大動脈冠尖直下にて preferential pathway が確認された頻発性心室期外収縮の 1 例

弘前大学大学院医学研究科 循環呼吸腎臓内科

○米倉 学、伊藤 太平、木村 正臣、小路 祥紘、
西崎 公貴、金城 貴彦、佐々木憲一、堀内 大輔、
佐々木真吾、奥村 謙

60 代男性。頻発性 PVC (32119 拍/日) に対するアブレーションを目的に当科紹介。下方軸左脚ブロック型、移行帯は V2。流出路起源と考えマッピングを開始。右室マッピングでは流出路中隔側に、冠静脈洞 (CS) に留置したカテーテルでは前室間静脈に屈曲する部分にそれぞれ最早期興奮を認め、CS カテーテルが先行していた。CS 最早期部位でのペーシングで good pace map が得られた。経心房中隔アプローチにて左室流出路マッピングを行った。LCC-RCC 接合部直下にて QRS onset に 82msec 先行する電位を認め、同部位にてペーシングを行うも QRS 波形は一致しなかった。preferential pathway を想定し同部位の通電にて同電位と QRS onset は徐々に延長し PVC は消失した。大動脈冠尖直下にて preferential pathway が確認され治療に成功した 1 例を経験したので報告する。

59

当院における緊急胸部大動脈ステントグラフト内挿術の治療成績

岩手県立中央病院 心臓血管外科

○鷹谷 紘樹、小田 克彦、寺尾 尚哉、高橋 悟朗、
長嶺 進

【はじめに】胸部大動脈破裂は致死率が高く、緊急手術の対象となる。当院では本疾患に対して積極的に緊急 TEVAR を選択している。当院で行われた緊急 TEVAR 患者について検討したので報告する。【対象】2012 年 11 月から 2015 年 1 月までに緊急 TEVAR が行われた患者 7 例を対象とした。男性 6 例、女性 1 例、平均年齢 69.7 ± 5.5 歳であった。【結果】平均手術時間は 134.5 ± 91.3 分、平均出血量は 223.3 ± 358.1ml であった。周術期死亡は 1 例(消化管出血)であった。転帰は 3 例が独歩退院、3 例が他院へ転院であった。平均在院日数は 33.7 ± 15.7 日であった。平均 8 ヶ月の追跡では瘤閉連死、他病死ともに認めなかった。【まとめ】当院における緊急 TEVAR の短期成績は概ね良好であった。今後の慎重な経過観察を行いつつ、中・長期成績についても検討していきたい。

60

当院における小切開心臓手術について

¹ 竹田総合病院 心臓血管外科

² 上尾中央総合病院 心臓血管外科

○川島 大¹、齋藤 正博¹、前場 寛²

背景：小切開心臓手術 (MICS) は、低侵襲治療であるが、初期の高い合併症率や、高度な技術を要するため、安全な手技として確立される必要がある。当院で行われた MICS の成績を検討した。対象：2014 年 1 月～2015 年 2 月までの 10 例。平均年齢 64.2 ± 14.6 才、男性：女性 = 3：7、NYHA 1 度が 3 例、2 度が 6 例、3 度が 1 例であった。結果：僧帽弁形成術 (MVP) 7 例、僧帽弁置換術が 1 例、三尖弁置換術が 1 例、ASD 閉鎖術が 1 例。平均大動脈遮断時間は 103 ± 23 分、平均手術時間は、272 ± 39 分。胸骨正中切開への Conversion を認めず、MVP においては、全例完遂することができ、術後全例 mild 以下であった。手術死亡は認めず、ICU 滞在日数は 1.8 ± 0.4 日、術後在院日数は 14.9 ± 6.6 日であった。結語：MICS 治療における成績は良好であり、早期社会復帰が可能な手技である。

61

伸展性卵円孔開存により Platypnea-Orthodeoxia を来した胸部大動脈瘤の 1 例

¹青森県立中央病院循環器センター 循環器科
²青森県立中央病院循環器センター 心臓血管外科
³榊原記念病院 小児循環器外科

○立田 卓登¹、大和田真玄¹、市川 博章¹、横田 貴志¹、
伊藤 校輝²、畠山 正治²、河原井駿一²、永谷 公一³、
今田 篤¹、藤野 安弘¹

症例は 70 代の男性。平成 26 年夏ごろから息切れを自覚。近医で低酸素血症を併発した胸部大動脈瘤を指摘され、当科に紹介受診となった。胸部 X 線および CT では肺野の器質的な変化は見られず、肺機能検査は正常範囲であった。経食道心エコーおよび心臓カテーテル検査では心房間の交通が確認されたが、Qp/Qs=1.18、左右短絡率 0.03、右左短絡率は 0.22 と右左シャントが有意であった。坐位での呼吸困難および動脈血酸素分圧の低下 (Platypnea-orthodeoxia) が確認され、胸部動脈瘤により生じた伸展性卵円孔開存 (stretched PFO) を介した右左シャントが原因と考えられた。卵円孔閉鎖および弓部大動脈置換術を施行後は、酸素化は改善した。短絡量の少ないシャントであっても、解剖学的条件によっては重篤な症状を来しうる貴重な症例と考え、ここに報告する。

62

体外式 VAD から植込型 VAD へ conversion した症例の検討

¹東北大学 心臓血管外科、²東北大学 循環器内科学
○片平晋太郎¹、秋山 正年¹、河津 聡¹、高原 真吾¹、
渡邊 晃佑¹、藤原 英記¹、安達 理¹、熊谷紀一郎¹、
川本 俊輔¹、杉村宏一郎²、下川 宏明²、齋木 佳克¹

植込型補助人工心臓 (VAD) の発達により重症心不全症例の治療成績は改善されてきている。しかし、ショック症例 (INTERMACS profile1) の場合は、すぐに植込型 VAD の適応はなく、体外式 VAD にて全身状態を改善させた後に (BTB)、心臓移植申請を行い植込型 VAD へ conversion (BTB) する必要がある。体外式 VAD から植込型 VAD への conversion は送脱血管皮膚貫通部からのポケット感染 (縦隔炎) のリスクが上昇する可能性がある。今回、当科で植込型 VAD を装着した 30 例中、BTB から BTB を行った症例は 6 例を検討し、問題点や今後の課題につき考察する。

63

拡張相肥大型心筋症に対する機械的補助循環治療の治療戦略の検討

¹東北大学病院 心臓血管外科
²東北大学 循環器内科学
○秋山 正年¹、片平晋太郎¹、河津 聡¹、渡邊 晃佑¹、
高原 真吾¹、藤原 英記¹、安達 理¹、熊谷紀一郎¹、
川本 俊輔¹、青木 竜男²、福田 浩二²、高橋 潤²、
杉村宏一郎²、下川 宏明²、齋木 佳克¹

本邦における心臓移植対象疾患の 3 分の 2 は拡張型心筋症 (DCM) であるのに対して、拡張相肥大型心筋症 (dHCM) は約 1 割を占めるのみである。また病態に拡張障害を伴うことなどから補助循環治療の効果についての詳細な検討を要する。自験例の dHCM と DCM の比較から、dHCM に対する治療方針を検討した。2011 年 4 月～2015 年 3 月までの dHCM 7 例と DCM 25 例を対象とした (他の疾患は除外)。術後の強心剤使用期間、人工呼吸器装着期間、ICU 滞在期間が dHCM で有意に長かった。死亡率は dHCM で有意に高かった。最重症 (Intermacs profile1) で体外式 VAD 装着となった dHCM 2 例は全例死亡した。dHCM は DCM よりも機械的補助循環装着後の経過が不良であり、補助人工心臓の機種選択をはじめ、さらなる改善の余地がある。

64

多孔性かつ心房中隔瘤を併発した心房中隔欠損症に経カテーテル的閉鎖術で治療した 1 例

¹岩手医科大学附属病院 循環器内科
²岩手医科大学附属病院 心腎内科
○上田 寛修¹、田代 敦²、石田 大¹、芳沢美知子¹、
森野 禎浩¹、中村 元行¹

症例は 52 歳女性。動悸を主訴に近県総合病院を受診。精査で二次孔心房中隔欠損を指摘され、カテーテル治療依頼で紹介。経胸壁心エコーで右室の拡大と Qp/Qs2.3、経食道心エコー図検査では心房中隔瘤を伴う 14mm、7mm、2mm の多孔性心房中隔欠損で Aortic rim が 2mm と乏しい以外は rim 欠損なし。Amplatzer 閉鎖栓による経カテーテル的閉鎖術を施行。3D エコーでガイドワイヤーが一番大きな欠損孔を通過していることを確認し、バルーンで欠損孔径を測定。計測径は 16mm で、残存孔までの距離を考慮して 18mm のデバイスを選択。心房中隔瘤とすべての欠損孔を覆う形でデバイス留置に成功。術後合併症なく順調に経過し退院。今回、3 つの欠損孔を有する多孔性かつ心房中隔瘤併発の心房中隔欠損症に対し、1 つのデバイスで残存短絡なく治療できた 1 例を経験した。

65

当院での経カテーテル的大動脈弁留置術 (TAVI) の経験

¹岩手医科大学 心臓血管外科学講座
²岩手医科大学内科学講座 心血管・腎・内分泌内科分野
³岩手医科大学内科学講座 循環器内科分野
○鎌田 武¹、熊谷亜希子²、臼井 雄太³、石川 有³、
阪本 亮平³、田代 敦²、房崎 哲也³、中村 元行²、
森野 禎浩³、岡林 均¹

2013 年 12 月以降、重症大動脈弁狭窄症に対し当院で施行した TAVI 19 例中、術中 AVR に移行した 1 例 (TA 予定) を除く 18 例 (TF/TA ; 9/9) について検討した。平均年齢は TF/TA ; 84.3 ± 4.4/81.7 ± 6.7 歳、大動脈弁位での圧格差 (peak) は TF/TA ; 112.3 ± 35.3/95.8 ± 29.3mmHg、平均 STS score は TF/TA ; 7.0 ± 3.8/8.8 ± 2.9% であった。術中に PCPS による循環補助を 2 例 (TF、TA 1 例ずつ) に要した。平均手術時間は TF/TA ; 135.0 ± 19.7/136.7 ± 59.7 分であった。術後に症候性脳梗塞を 1 例 (TA)、上行大動脈限局解離を 1 例 (TF) に認め、恒久的ペースメーカー植込みを 1 例 (TF) に要した。周術期死亡は認めなかった。重症大動脈炎狭窄症で AVR 困難症例に対し TAVI を施行し致命的合併症なく経過した。