

第 110 回日本循環器学会北海道地方会

(第 93 回北海道医学大会 循環器分科会)

日 時:平成 25 年 11 月 23 日(土) 9:10～16:30

会 場:北海道大学 学術交流会館

(札幌市北区北 8 条西 5 丁目 TEL:011-706-2141)

会 長:国立病院機構北海道医療センター 内科系診療部長 岡本 洋

■教育セッション I (12:00～13:00)

座長:筒井 裕之(北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学)

「心不全治療の現状と将来展望」

東京大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 小室 一成先生

■教育セッション II (13:00～14:00)

座長:岡本 洋(国立病院機構北海道医療センター)

「心房細動に対する抗凝固療法 -臨床・ベネフィットからみた NOAC の特徴-」

大阪府立成人病センター総長・大阪大学名誉教授 堀 正二先生



参加者の皆様へ

- ・参加費:医師 1,000 円(名誉会員、初期研修医、医学生、コメディカルの方は参加費免除)
- ・「北海道地方会 YIA」と「無料託児所」を設けます(本冊子巻末参照)。

専門医の皆様へ(専門医カードをご持参ください)

- ・規定時間聴講されますと下記単位が付与されます。
- 地方会参加登録(5 単位)／教育セッション(3 単位)／
- 医療安全・医療倫理に関する講演会(DVD セッション)(2 単位)



[当番事務局] 国立病院機構北海道医療センター 循環器内科 竹中 孝・寺西 純一

TEL:011-611-8111 FAX: 011-611-5820

E-mail:110jcs@hok-mc.hosp.go.jp

◆◆◆◆◆演者の皆様へ◆◆◆◆◆

発表時間：5分（ただしYIAセッションは7分） 討論時間：2分（ただしYIAセッションは3分）

○すべて PC 持ち込みによる発表となります。セッション開始 30 分前までに PC 受付にお越しください。

※高血圧・血管、虚血1のセッションの演者は 9:05 までに PC 受付にお越しください。但し、9:00 まで会場内には入れません。

※ご持参の PC は演台からのリモート操作の為、発表者ツールは使用できませんのでご注意ください。

○MiniD-sub15 ピンの外部出力コネクタが装備された PCまたは、変換コネクタを取り付けた PC 本体（画面解像度は 1024×768 ピクセル、リフレッシュレートは 60Hz に設定）と、AC アダプタをお持ちいただき、発表前に PC 受付で外部出力での動作確認をしてください。スクリーンセーバー・省電力設定の解除をし発表中にポップアップウィンドウが出ないようにしてください。バッテリーによる発表はできません。

○Macintosh を使用する場合は発表データの動作確認をした PC 本体（画面解像度は 1024×768 ピクセル、リフレッシュレートは 60Hz に設定）と、MiniD-sub15 ピンへの外部出力が可能な変換コネクタと AC アダプタをお持ちいただき、発表前に PC 受付で外部出力での動作確認をしてください。

○受付後の発表データの修正等は一切できません。また、音声の使用もできません。

○動画（ムービー・アニメーション）等を PowerPoint に埋め込む場合、発表データはデータファイル単体で動作するように作成してください。他のファイルとリンクされている場合、正常に動作しない場合があります。また、フォント Windows 標準フォント（MS 明朝、MS P 明朝、MS ゴシック、MS P ゴシック等）を使用し、静止画像 PowerPoint に貼り付ける場合は、JPEG/TIFF/BMP 形式で作成してください。これ以外のフォントや画像形式の場合、正常に表示できないことがあります。

○発表受付と動作確認終了後は必ず「パソコン・メディア返却券」をお受け取りいただき、発表終了後、本体と引き換えに返却致します。返却は **16:30 で終了**致しますので、必ず時間内に PC お受け取りください。

○演台上にはモニターを設置します。リモートで行いますので、発表者ご自身で演台上のキーボード、マウス、レーザーポインターを操作しご発表ください。

○PowerPoint のシート枚数の制限はございませんが、発表時間を厳守してください。残り時間は演台上の計時ランプを目安としてください。（発表終了1分前に黄色ランプ、終了時に赤色ランプが点灯します）

○発表開始時間の 10 分前までに、次演者席に着席してお待ちください。

◆◆◆◆◆座長の皆様へ◆◆◆◆◆

○セッション開始の 10 分前までに、次座長席に着席してお待ち下さい。

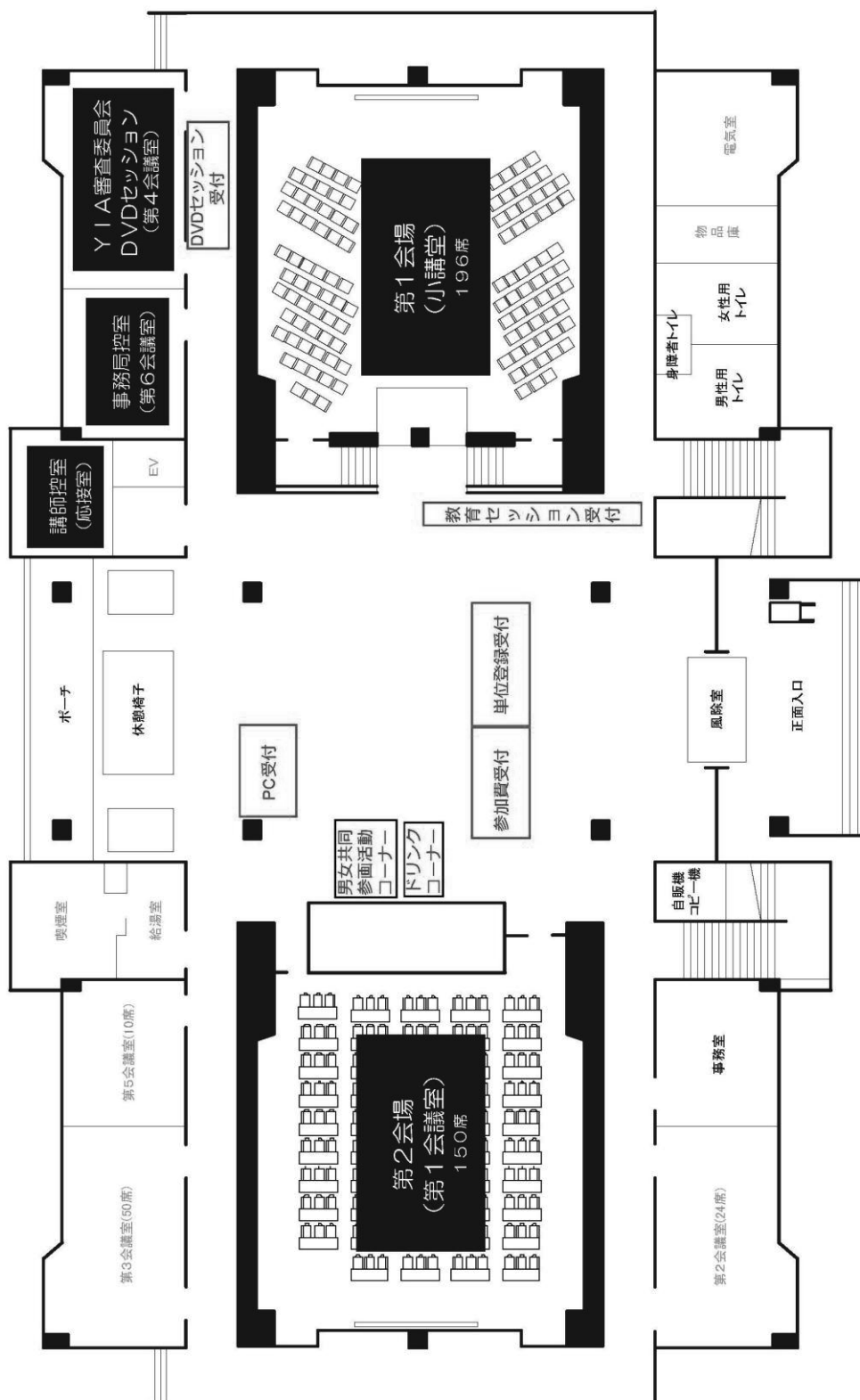
◆◆◆◆◆会場のご案内◆◆◆◆◆



会 場:北海道大学学术交流会館
住 所:札幌市北区北8条西5丁目
電 話:011-706-2141

JR「札幌駅」:徒歩 10 分
市営交通・地下鉄南北線・東豊線「札幌駅」:徒歩 15 分
市営交通・地下鉄南北線「北 12 条駅」徒歩 10 分

◆◆◆◆◆会場案内図◆◆◆◆◆



第110回日本循環器学会北海道地方会タイムテーブル

第1会場（小講堂）	第2会場（第1会議室）	第4会議室	1Fホール
9:10 開会の辞 9:15 高血圧・血管 (1～5) 9:50 9:53 不整脈 (6～11) 10:35 10:38 YIA (12～17) 11:38 11:53 YIA表彰式 11:58 12:00 教育セッションI (ランチョン) 東京大学 小室 一成先生 (共催 武田薬品工業株式会社) 13:00 教育セッションII 大阪府立成人病センター 堀 正二先生 (共催 興和創薬株式会社) 14:00 内科・外科合同 (37～40) 14:28 14:30 日本循環器学会 男女共同参画委員会主催 「第4回男女共同参画 委員会セミナー」 16:30	9:15 虚血1 (18～22) 9:50 9:53 虚血2 (23～27) 10:28 10:31 心筋炎・心内膜炎 (28～32) 11:06 11:09 心筋症 (33～36) 11:37 14:30 外科・冠動脈 (41～44) 14:58 15:01 外科・術式 (45～49) 15:36 15:39 外科・血管 (50～53) 16:07	11:38 YIA審査委員会 11:53 14:30 DVDセッション 医療安全・医療倫理 に関する講演会 16:00	9:00 9:00 ドリンク サービス 無料臨時 託児室 (完全予約制) 16:30

第 1 会場 （小講堂）

開会の辞 (09:10~09:15) 会長 岡本 洋 (国立病院機構北海道医療センター 循環器内科)

一般演題 午前の部 (09:15~10:35)

■高血圧・血管 (9:15~9:50) ■

座長: 柏木 雄介 (北海道循環器病院 循環器内科)

金子 壮朗 (国立病院機構北海道医療センター 循環器内科)

1. 陽圧換気療法中の閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA) 患者に対するアジルサルタンの夜間高血圧改善効果について

○武藤 晴達, 加藤 瑞季, 大津 圭介, 杉田 翼, 本間 恒章, 小松 博史, 金子 壮朗,
藤田 雅章, 佐藤 実, 井上 仁喜, 寺西 純一, 竹中 孝, 岡本 洋
国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

2. 高血圧症例の発症前における ABPM データの検討

○長島 仁, 沼崎 太
士別市立病院 循環器内科

3. 腎筋跛行を主訴とする孤立性右内腸骨動脈狭窄に経皮的動脈形成術が有効であった症例

○斎藤 泰史, 今井 斎博, 前野 大志, 森田 亨, 長島 雅人, 中川 俊昭, 山下 武廣
心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科

4. 若年女性の深部静脈血栓症に対して血管内治療が奏功した 1 症例

○中川 裕也, 丹 通直, 越田 亮司, 佐藤 勝彦, 浦澤 一史
時計台記念病院 循環器センター

5. エコーガイド下静脈穿刺の安全性や有効性についての検討

○柿木 梨沙, 石丸 伸司, 田所 心仁, 川崎 まり子, 管家 鉄平, 五十嵐 正, 岡林 宏明,
古谷 純吾, 五十嵐 康己, 五十嵐 慶一
北海道社会保険病院 心臓内科

■不整脈（9:53～10:35）■

座長： 三山 博史（北海道大学 循環病態内科）

佐藤 実（国立病院機構北海道医療センター 循環器内科）

6. ドネペジルの内服に起因すると診断した薬剤性除脈の1例

○工藤 雅人, 福島 新, 絹川 真太郎, 納谷 昌直, 筒井 裕之
北海道大学 循環病態内科

7. 拡張型心筋症に合併した持続性心房細動に対しアミオダロンが著効した1例

○遠藤 康弘, 北井 敬之, 山下 洋平, 磯部 更紗
自衛隊札幌病院 内科

8. 洞調律時に高度の房室伝導遅延を伴い alternating cycle length を示す房室結節リエントリ一頻拍の1例

○南部 忠詞
日鋼記念病院 循環器科

9. ネフローゼ症候群に合併し、発熱を契機に診断に至った Brugada 症候群の1例

○水野 雅司, 小山 雅之, 太田 英喜, 土井 崇裕, 寺島 慶明, 進士 靖幸, 高橋 亨, 林 学
帯広厚生病院 第二内科

10. 心房リードの dislocation を認識せずに経過した1例

○沖下 卓也, 大岩 均, 松本 倫明, 大畑 純一, 吉田 大輔, 加藤 伸朗, 堀田 寛之, 伊藤 孝仁,
斉藤 礼
王子総合病院 循環器内科

11. 高周波心房中隔穿刺針（RF ニードル）を用いて安全に心房中隔穿刺を施行した自験例

○畠 信哉, 宮本 憲次郎, 矢加部 大輔, 杉本 洋一郎, 廣上 貢
手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

YIA 演題

■YIA セッション (10:38~11:38) ■

座長: 橋本 暁佳 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)

竹内 利治 (旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科)

横式 尚司 (北海道大学 循環病態内科)

YIA1

12. 右冠動脈円錐枝の選択造影にて coved 型心電図変化を呈した院外心肺停止蘇生後 Brugada 症候群の 1 例

○齋藤 麻里絵, 鎌田 祐介, 瀬野 結, 村上 沙耶香, 西田 絢一, 村中 敦子, 矢野 俊之, 丹野 雅也, 吉田 英昭, 三浦 哲嗣

札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科

YIA2

13. 適切な房室結節修飾術はもう一つの心不全治療となる

○寺田 拓仁, 南部 忠詞

日鋼記念病院 循環器科

YIA3

14. 長期経過の上心不全死となり剖検を行った拡張期肥大型心筋症の 1 例

○中尾 元基, 多田 篤司, 徳田 裕輔, 山梨 克真, 宜保 浩之, 今川 正吾, 蒔田 泰宏, 松村 尚哉

市立函館病院 循環器内科

YIA4

15. 偽性アルドステロン症を契機にうっ血性心不全を来した 1 例

○江畑 拓, 福田 洋之, 宮本 憲行, 川嶋 望, 乗安 和将

NTT 東日本札幌病院 循環器内科

YIA5

16. 急性大動脈解離 (Stanford B) の治療中に肺動脈塞栓症を発症し抗凝固治療を行った 1 例

○笠原 卓, 佐々木 晴樹, 矢加部 大輔, 杉本 洋一郎, 畠 信哉, 佐々木 俊輔, 橘 賢廣, 廣上 貢, 村上 弘則, 田中 繁道

手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

YIA6

17. 脾梗塞から診断された感染性心内膜炎の 1 例

○中山 あずさ, 乗安 和将, 江畑 拓, 川嶋 望, 宮本 憲行, 福田 洋之

NTT 東日本札幌病院 循環器内科

第2会場 (第1会議室)

一般演題 午前の部 (9:15~11:37)

■虚血1 (9:15~9:50) ■

座長: 廣上 貢 (手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科)

森田 亨 (心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科)

18. 金属アレルギーとプロテインS欠乏症を有しヘパリン起因性血小板減少症も関与した急性冠症候群の1例

○小西 崇夫¹, 堀田 大介², 菊池 紅², 山本 匡², 桜井 聖一郎², 山崎 香子², 柏木 雄介², 佐々 保基², 儀間 充², 田中 秀一², 菊池 健次郎²

¹自衛隊中央病院 循環器内科 ²北海道循環器病院 循環器内科

19. Single coronary artery arising from right sinus valsalva (R-2A) へPCIを施行した1例

○前野 大志, 今井 斎博, 岩切 直樹, 齋藤 泰史, 長島 雅人, 森田 亨, 山下 武廣, 中川 俊昭

心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科

20. 難治性気管支喘息として加療されていた不安定狭心症の1例

○貴田岡 享¹, 柴山 佳一郎¹, 野呂 忠孝¹, 太田 貴文¹, 塩越 隆広¹, 小川 裕二¹, 加藤 淳一¹, 山本 泰司², 長谷部 直幸³

¹旭川厚生病院 循環器科 ²旭川医科大学 呼吸器センター

³旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科

21. OCTで経過をみることができたPeri-stent contrast staining (PSS)の1例

○平林 鑑, 町田 正晴, 中島 孝之, 尾畑 嘉一, 南部 秀雄

苫小牧市立病院 循環器内科

22. 10年以上前に留置したbare metal stent (BMS)に発症した超遅発性ステント血栓症 (VLST)の2例

○松谷 健一, 白川 亮介, 徳原 教, 小野 太祐, 齋藤 高彦

北見赤十字病院 循環器内科

■虚血 2 (9:53~10:28) ■

座長： 町田 正晴（苫小牧市立病院 循環器内科）

牧野 隆雄（市立札幌病院 循環器センター 循環器内科）

23. Woven coronary artery とは～その特徴と問題点～

○堀田 大介¹, 菊池 紅¹, 山本 匡¹, 桜井 聖一郎¹, 山崎 香子¹, 柏木 雄介¹, 佐々 保基¹,
儀間 充¹, 田中 秀一¹, 菊池 健次郎¹, 横山 秀雄², 大堀 克己¹

¹北海道循環器病院 循環器内科 ²北海道循環器病院 心臓血管外科

24. 20 年の経過を観察し得た woven coronary の 1 例

○菊池 紅¹, 堀田 大介¹, 山本 匡¹, 桜井 聖一郎¹, 山崎 香子¹, 柏木 雄介¹, 佐々 保基¹,
儀間 充¹, 田中 秀一¹, 菊池 健次郎¹, 坂田 純一², 横山 秀雄², 大堀 克己¹

¹北海道循環器病院 循環器内科 ²北海道循環器病院 心臓血管外科

25. 側副血行路に冠動脈瘤を認めた全身性エリテマトーデス (SLE) の 1 例

○大津 圭介¹, 加藤 瑞季¹, 杉田 翼¹, 本間 恒章¹, 武藤 晴達¹, 小松 博史¹, 金子 壮朗¹,
藤田 雅章¹, 佐藤 実¹, 井上 仁喜¹, 寺西 純一¹, 竹中 孝¹, 岡本 洋¹, 井上 望²,
国重 英之², 森本 清貴², 川崎 正和², 石橋 義光²

¹国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

²国立病院機構北海道医療センター 心臓血管外科

26. 悪性リンパ腫に心筋梗塞を合併した患者の 1 剖検例

○石破 光咲子, 平井 俊浩, 井澤 和真, 八巻 多, 酒井 博司
名寄市立総合病院 循環器内科

27. 各都道府県医師数と急性心筋梗塞死亡数の検討

○長島 仁, 沼崎 太
士別市立病院 循環器内科

■心筋炎・心内膜炎（10:31～11:06）■

座長： 福田 洋之（NTT 東日本札幌病院 循環器内科）

坂本 央 （旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科）

28. 持続性心室頻拍にて発症し肝機能障害を伴ったサルコイドーシスの1症例

○豊嶋 更紗, 坂本 央, シヤリフィ ムヒブ, 後藤 全英, 會田 誠, 河端 奈穂子, 簗島 暁帆,
島村 浩平, 田邊 康子, 竹原 有史, 竹内 利治, 佐藤 伸之, 川村 祐一郎, 長谷部 直幸
旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科

29. 体外補助循環と大量γグロブリン療法にて救命し得た劇症型心筋炎の1例

○鳥羽 真弘, 表 和徳, 小梁川 和宏, 高橋 雅之, 浅川 響子, 檀浦 裕, 小松 義和,
相馬 孝光, 牧野 隆雄, 甲谷 哲郎, 加藤 法喜
市立札幌病院 循環器センター 循環器内科

30. 輸血依存性の骨髄異型性症候群に続発した心ヘモクロマトーシスの1例

○大場 彩音, 木谷 祐也, 菅野 貴康, 平山 康高, 井川 貴行, 浅野目 晃, 石井 良直
市立旭川病院 循環器内科

31. 完全房室ブロックで発症し診断に時間を要した感染性心内膜炎の1例

○和田 玲緒名¹, 八戸 大輔¹, 棒田 浩基¹, 萱沼 圭悟¹, 片桐 勇貴¹,
竹之内 豪¹, 後平 泰信¹, 土反 英昌¹, 山崎 和正¹, 畑中 憲行², 巢山 環¹, 上田 高士²,
山崎 誠治¹, 齋藤 滋¹

¹札幌東徳洲会病院 循環器内科 ²札幌東徳洲会病院 心臓血管科

32. 当院における感染性心内膜炎の疫学的傾向

○杉田 翼, 小松 博史, 加藤 瑞季, 大津 圭介, 本間 恒章, 武藤 晴達, 金子 壮朗,
藤田 雅章, 佐藤 実, 井上 仁喜, 寺西 純一, 竹中 孝, 岡本 洋
国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

■心筋症（11:09～11:37）■

座長： 丹野 雅也（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科）

寺西 純一（国立病院機構北海道医療センター 循環器内科）

33. 周産期心筋症に対して抗プロラクチン療法を行なった2例

○南部 秀雄¹, 尾畑 嘉一¹, 中島 孝之¹, 平林 鑑¹, 小松 博史², 町田 正晴¹

¹苫小牧市立病院 循環器内科 ²国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

34. 高度房室ブロックを合併した閉塞性肥大型心筋症患者がVT study後にたこつぼ心筋症を合併した1例

○川崎 まり子, 石丸 伸司, 柿木 梨沙, 高畑 昌弘, 田所 心仁, 木谷 俊介, 管家 鉄平,

五十嵐 正, 岡林 宏明, 古谷 純吾, 五十嵐 康己, 五十嵐 慶一

北海道社会保険病院 心臓内科

35. 心基部のバルーニングを呈した逆たこつぼ型心筋症の1例

○前川 聡¹, 更科 美羽¹, 森本 信太郎¹, 本間 之子¹, 吉谷 敬², 清水 紀宏¹, 平林 高之¹

¹砂川市立病院 循環器内科 ²北海道大学 循環病態内科

36. 3D心エコーで壁運動経過を詳細にフォローしたタコツボ心筋症の1例

○高木 覚, 内藤 和幸, 藤井 徳幸, 中野 淳, 中原 学史

札幌社会保険総合病院 循環器内科

第1会場（小講堂）

教育セッションⅠ（12:00～13:00）

座長： 筒井 裕之（北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学）

「心不全治療の現状と将来展望」

東京大学大学院医学系研究科 循環器内科学 教授 小室 一成先生

共催： 武田薬品工業株式会社

教育セッションⅡ（13:00～14:00）

座長： 岡本 洋（国立病院機構北海道医療センター）

「心房細動に対する抗凝固療法

－クリニカル・ベネフィットからみた NOAC の特徴－

大阪府立成人病センター総長・大阪大学名誉教授 堀 正二先生

共催： 興和創薬株式会社

第1会場 (小講堂)

一般演題 午後の部 (14:00~14:28)

■内科・外科合同 (14:00~14:28) ■

座長： 榊原 守 (北海道大学 循環病態内科)

久保田 卓 (北海道大学 循環器・呼吸器外科)

内科・外科合同 1

37. 貧血を契機に発見された冠動脈肺動脈瘻の1例

○名取 俊介¹, 羽根田 俊², 石井 良直³, 平山 康高³, 井川 貴行³, 青木 秀俊⁴,
大場 淳一⁴, 宮武 司⁴, 吉本 公洋⁴, 長谷部 直幸⁵

¹北海道社会事業協会富良野病院 循環器内科 ²北海道社会事業協会富良野病院 内科

³市立旭川病院 内科 ⁴市立旭川病院 胸部外科 ⁵旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科

内科・外科合同 2

38. 成人の心房中隔欠損症に対し経皮的閉鎖療法を施行した4症例

○矢加部 大輔, 廣上 貢, 杉本 洋一郎, 畠 信哉, 佐々木 俊輔, 橘 賢廣, 吉岡 拓司,
佐々木 晴樹, 浅野 嘉一, 宮本 憲次郎, 大本 泰裕, 村上 弘則
手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

内科・外科合同 3

39. 成人に対する低侵襲心臓手術(MICS)の経験

○新宮 康栄, 若狭 哲, 大岡 智学, 橘 剛, 久保田 卓, 松居 喜郎
北海道大学 循環器・呼吸器外科

内科・外科合同 4

40. 北海道における心臓移植登録の現状と問題点

○小林 真梨子¹, 絹川 真太郎², 榊原 守², 筒井 裕之², 久保田 卓³, 大岡 智学³,
新宮 康栄³, 松居 喜郎³

¹北海道大学病院 臓器移植部 ²北海道大学 循環病態内科 ³北海道大学 循環器・呼吸器外科

日本循環器学会男女共同参画委員会主催

■「第4回 男女共同参画委員会セミナー」 (14:30～16:30) ■

座長: 赤坂 和美 (旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科)

土橋 和文 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)

■基調講演 日本循環器学会男女共同参画委員会委員長

大阪市立大学 医学研究科病理病態学 教授 上田 真喜子先生

■パネルディスカッション

北海道地区循環器領域での男女参画への取り組み

真の男女共同参画 をめざして今なにが必要か?— 職場環境の鏡 —

～内科の立場から～

旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科 河端 奈穂子

国立病院機構函館病院 循環器内科 小室 薫

～外科の立場から～

札幌医科大学 心臓血管外科 宮木 靖子

名寄市立総合病院 心臓血管外科 和泉 裕一

第2会場 (第1会議室)

一般演題 午後の部(14:30~16:07)

■外科・冠動脈(14:30~14:58)■

座長： 中村 雅則(市立札幌病院 循環器センター 循環器外科)

森本 清貴(国立病院機構北海道医療センター 心臓血管外科)

41. 巨大冠動脈右室瘻に対する瘻孔閉鎖の1治験例

○菅原 基史, 宮木 靖子, 渡邊 俊貴, 山田 広幸, 柳清 洋佑, 上原 麻由子, 橘 一俊,
高木 伸之, 樋上 哲哉

札幌医科大学 心臓血管外科

42. 再CABGの成績および問題点と対策

○櫻田 卓¹, 大澤 久慶¹, 村木 里誌¹, 川原田 修義¹, 佐々木 潤¹, 荒木 英司¹,
中島 慎治²

¹札幌中央病院 心臓血管外科 ²札幌中央病院 呼吸器外科

43. 左室前壁中隔壁運動異常に対し外科的介入を行った陳旧性心筋梗塞症例の検討

○山田 陽, 中西 克彦, 丸山 隆史, 長谷川 幸生, 西岡 成知, 氏平 功祐, 栗本 義彦,
八田 英一郎, 酒井 圭輔

手稲溪仁会病院 心臓血管外科

44. スタンフォードA型急性大動脈解離術後ICUにて左冠動脈閉塞をきたした1例

○宇塚 武司, 中島 智博, 中村 雅則, 渡辺 祝安

市立札幌病院 循環器センター 循環器外科

■外科・術式（15:01～15:36）■

座長： 赤坂 伸之（旭川医科大学 心臓外科）

大岡 智学（北海道大学 循環器・呼吸器外科）

45. 一尖大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対する自己心膜を使用した大動脈弁形成術の1例

○神吉 和重

新札幌循環器病院 心臓血管外科

46. 当院における重症三尖弁閉鎖不全症に対する三尖弁置換術の検討

○奥山 淳, 大場 淳一, 宮武 司, 吉本 公洋, 杉本 聡, 青木 秀俊

市立旭川病院 胸部外科

47. AVR・MAP 後遠隔期に Intervalvular Fibrous Body 再建を伴う Bentall 手術・MVR を施行した大動脈炎症候群の1例

○内藤 祐嗣, 新宮 康栄, 若狭 哲, 大岡 智学, 加藤 裕貴, 橘 剛, 久保田 卓, 松居 喜郎

北海道大学 循環器・呼吸器外科

48. 右開胸小切開開心術（Minimally Invasive Cardiac Surgery : MICS）による再手術の検討

○大川 洋平¹, 安達 昭¹, 鈴木 正人¹, 野村 文一¹, 杉木 健司¹, 数井 暉久¹, 大野 猛三¹, 山下 武廣², 今井 斎博², 前野 大志², 斎藤 泰史², 岩切 直樹², 長島 雅人², 森田 亨², 中川 俊昭²

¹心臓血管センター北海道大野病院 心臓血管外科

²心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科

49. 20年以上の長期透析歴患者に対する開心術症例

○大澤 久慶¹, 村木 里志¹, 櫻田 卓¹, 川原田 修義¹, 佐々木 潤¹, 荒木 英司¹, 中島 慎治²

¹札幌中央病院 心臓血管外科 ²札幌中央病院 呼吸器外科

■外科・血管（15:39～16:07）■

座長：川原田 修義（札幌中央病院 心臓血管外科）

宮武 司 （市立旭川病院 胸部外科）

50. 当院での胸部大動脈疾患に対する緊急手術の成績

○黒田 陽介, 伊藤 寿朗, 安田 尚美, 小柳 哲也, 樋上 哲哉

札幌医科大学 心臓血管外科

51. Stanford A型偽腔閉塞型大動脈解離の2例

○坂田 純一, 塚本 勝, 斉藤 達弥, 横山 秀雄, 安倍 十三夫, 中瀬 篤信, 伊達 修, 大堀 克己

北海道循環器病院 心臓血管外科

52. 偽腔開存型慢性大動脈解離に対する血管内治療

○角浜 孝行¹, 赤坂 伸之¹, 光部 啓治郎¹, 伊勢 隼人¹, 内田 恒², 東 信良²

¹旭川医科大学 心臓外科 ²旭川医科大学 血管外科

53. 腸骨動脈瘤に対する企業製ステントグラフトによる血管内治療

○川崎 正和, 石橋 義光, 森本 清貴, 國重 英之, 井上 望

国立病院機構北海道医療センター 心臓血管外科

第4会議室

DVD セッション 医療安全・医療倫理に関する講演会（14:30～16:00）

❖❖❖専門医の皆様へ❖❖❖

規定時間聴講されますと2単位が付与されます。

1 陽圧換気療法中の閉塞性睡眠時無呼吸 (OSA)患者に対する
アジルサルタンの夜間高血圧改善効果について
国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

武藤 晴達、加藤 瑞季、大津 圭介、杉田 翼、本間 恒章、小
松 博史、金子 壮朗、藤田 雅章、佐藤 実、井上 仁喜、寺西
純一、竹中 孝、岡本 洋

OSA 患者は夜間高血圧が多く、CPAP 療法でその改善が得られる (JSH2009)。アジルサルタンは夜間高血圧の改善が期待できる。
【目的方法】CPAP/ASV 療法中で、夜間高血圧の 4 症例(平均 64.8 歳, 男性 3 例, 平均 BMI 30.4, 平均夜間血圧 140.6mmHg, riser 2 例, non-dipper 2 例, 平均 AHI 36.8 回/時, 全例 ARB 内服中)に対し、ARB をアジルサルタンへ切り替え、ABPM 検査により検討した。【結果】24 時間の平均血圧は、投与前 140.4mmHg, 投与後 136.5mmHg ($p=0.029$)で、有意に低下した。夜間血圧は投与前 140.6mmHg, 投与後 131.6mmHg へ低下したが有意差はなかった($p=0.111$)。血圧変動パターンは、riser の 2 症例は dipper/non-dipper への改善が見られたが、non-dipper の 2 例は変わらなかった。【まとめ】アジルサルタンによる OSA 患者の夜間高血圧改善効果が示唆された。

2 高血圧症例の発症前における ABPM データの検討
士別市立病院 循環器内科

長島 仁、沼崎 太

後に高血圧を発症した正常血圧者における ABPM データの検討を行った。1993 年に正常血圧で ABPM を施行し、その後 20 年間経過を観察し得た健常成人である 23 例について検討した。23 例中 4 例が 2013 年 8 月の時点で高血圧を発症していた。それらの高血圧発症者 4 例(高血圧発症群)と高血圧非発症者 19 例(高血圧非発症群)の 1993 年の ABPM データを retrospective に検討した。高血圧発症群は高血圧非発症群に比べて、24 時間収縮期及び拡張期血圧平均値、昼間の収縮期及び拡張期血圧平均値がより高い傾向を認め、昼間の収縮期及び拡張期血圧平均値では統計学的有意差を認めた。24 時間収縮期及び拡張期血圧値、昼間及び夜間の収縮期及び拡張期血圧値の変動係数は高血圧発症群と高血圧非発症群とで有意差を認めなかった。

3 腎筋跛行を主訴とする孤立性右内腸骨動脈狭窄に経皮的動脈形成術が有効であった症例
心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科

斎藤 泰史、今井 斎博、前野 大志、森田 亨、長島 雅人、中川 俊昭、山下 武廣

症例は 61 歳男性。10 年前より高血圧で近医通院。5 年前より数分の登坂歩行で右臀部痛を自覚動脈。末梢動脈硬化症の診断で投薬開始となったが改善なく 2013 年 2 月 4 日当院外来を受診。骨盤造影 CT にて右内腸骨動脈に高度狭窄を認め、右上腎筋動脈領の虚血による腎筋跛行を疑い、整形外科領域の疾患を鑑別の後 5 月 9 日当院入院。入院後施行した運動負荷 ABI 検査では 80m 歩行で右臀部痛を認めたが前後の ABI に変化はなかった。5 月 10 日経皮的動脈形成術施行。右内腸骨動脈入口部の狭窄をカテーティングバルーンで拡張。治療後に再度運動負荷 ABI 検査を施行、1500m 歩行でも右臀部痛なく退院となる。孤立性内腸骨動脈に対する血行再建術について、本症例での治療経過を、若干の考察を加えて報告する。

4 若年女性の深部静脈血栓症に対して血管内治療が奏功した 1 症例
時計台記念病院 循環器センター

中川 裕也、丹 通直、越田 亮司、佐藤 勝彦、浦澤 一史

症例は 33 歳女性。突然の左下肢腫脹・疼痛で発症した深部静脈血栓症にて入院。下肢静脈エコー・造影 CT にて左総腸骨静脈より末梢側の血栓閉塞と下大静脈の壁在血栓、両肺血栓塞栓症を認めた。下大静脈フィルターを留置し血栓溶解療法と抗凝固療法を開始したが、1 週間後のフォロー CT にて血栓がほとんど解けておらず、下肢静脈に対して血管内治療の方針とした。右大腿静脈穿刺、6Fr ガイディングシースを挿入し対側山越えアプローチ。4Fr 造影カテのバックアップ下に 0.035 inch wire が膝下静脈に通過、総腸骨静脈から膝窩静脈にかけてバルーン拡張+血栓吸引を繰り返し、最終的に下腿末梢より下大静脈までの再灌流に成功した。術後は再度の血栓溶解療法と抗凝固療法を継続し、血栓の大部分が消失した。下大静脈フィルターは抜去し退院となった。

5 エコーガイド下静脈穿刺の安全性や有効性についての検討

北海道社会保険病院 心臓内科

柿木 梨沙、石丸 伸司、田所 心仁、川崎 まり子、管家 鉄平、五十嵐 正、岡林 宏明、古谷 純吾、五十嵐 康己、五十嵐 慶一

【背景】中心静脈穿刺は医療現場で必要な手技の一つで、比較的安全で確立された手技でもあるが時に致死的な合併症を引き起こす事がある。心房細動の患者は抗凝固療法を受けている事が多く、アブレーションに際して特に穿刺時の出血合併症が懸念される。【目的・方法】2011年5月から2013年2月までの間に心房細動に対するアブレーションを行った連続60症例を対象に、エコーガイド下中心静脈穿刺時の安全性について検討した。【結果】計218回(大腿静脈162回、内頸静脈56回)の穿刺のうち全例で穿刺可能であり合併症は1例も認めなかった。【結論】従来の盲目的手技による中心静脈穿刺には少なからず合併症を起こす危険があり、特に抗凝固療法を受けている患者において、エコーガイド下中心静脈穿刺法は安全性が高く、より有用であると考ええる。

6 ドネペジルの内服に起因すると診断した薬剤性徐脈の1例

北海道大学 循環病態内科

工藤 雅人、福島 新、絹川 真太郎、納谷 昌直、筒井 裕之

85歳、女性。突然の胸苦の後、意識消失し救急要請された。意識状態は改善したが、心拍数30台の完全房室ブロックを併発していた。イソプレナリンへの反応性に乏しく、一時的ペーシング施行。冠動脈造影では三枝病変を認めるものの、いずれも末梢病変であり、虚血の関与は否定的であった。他の原因としては加齢変化による刺激伝導系障害、電解質異常、薬剤性が考慮された。本症例では長期に渡りドネペジル5mgを内服されており、休薬後1週間の経過で徐脈は改善した。電気生理学的検査にてHIS束-心室伝導の評価を行ったが、ジソピラミド負荷後もHV伝導の延長を認めず、電解質異常も認めなかったため、ドネペジルによる薬剤性徐脈と診断した。ドネペジルの副作用として徐脈は知られているが、頻度は少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

7 拡張型心筋症に合併した持続性心房細動に対しアミオダロンが著効した1例

自衛隊札幌病院 内科

遠藤 康弘、北井 敬之、山下 洋平、磯部 更紗

症例は51歳男性。平成18年心電図異常(V4-V6 陰性T波)を指摘され当院初診。左室拡大、びまん性の壁運動低下(LVEF 40%)を認め拡張型心筋症の診断で内服加療。平成24年12月頃より持続性心房細動、翌年4月上気道感染に伴ううつ血性心不全のため当院入院。心拡大(CTR 58%)および両側胸水貯留(BNP 922pg/ml)、頻脈性心房細動(HR 140-160bpm)、左室壁運動低下(LVEF 20-30%)を認めた。利尿剤への反応は良かったが、心拍数調節が困難のためβ遮断薬に加えアミオダロンを併用した。徐々に心拍数は低下、内服10日目に電氣的除細動を行い洞調律へ復帰。心不全は徐々に軽快し、退院時CTR 46%、BNP 114pg/ml、退院3か月後CTR 40%、BNP 7.9pg/ml、LVEF 46%に改善、洞調律を維持している。心房細動に対するアミオダロンを中心に文献的考察を加え報告する。

8 洞調律時に高度の房室伝導遅延を伴い alternating cycle length を示す房室結節リエントリー頻拍の1例

日鋼記念病院 循環器科

南部 忠詞

症例は67歳男性、前立腺疾患で入院した際に徐脈と頻脈、心停止を認めた。安静時心電図では高度のPR時間の延長と断続的な発作性上室性頻拍(PSVT)を認めた。電気生理学検査では室房伝導は不良。PSVT時に30msec程度のalternating cycle lengthを認めた。早期心房刺激で心房捕捉後のVA時間の変化はなく、心室からの連続刺激ではVA時間の延長を認め、AVNRTと診断した。遅伝導路焼灼による房室ブロック発生を回避するため逆伝導の最早期心房興奮部位を付近を焼灼したが効果は無かった。CSOSの通電で頻拍は徐拍化したが持続、Koch三角の頂点よりやや右房よりの下方でVAブロックとなり遅い頻拍が持続した。本症例ではpure nodal reentryが証明された。

9 ネフローゼ症候群に合併し発熱を契機に診断に至った Brugada 症候群の 1 例
帯広厚生病院 第二内科

水野 雅司、小山 雅之、太田 英喜、土井 崇裕、寺島 慶明、進士 靖幸、高橋 亨、林 学
症例は 68 歳男性。2009 年 10 月 下腿浮腫を認め近医を受診。全身性浮腫と血清 Alb 低値、蛋白尿を認めネフローゼ症候群(NS)が疑われ、精査・加療目的に当科入院。腎生検より微小変化群と診断。ステロイド加療後、尿蛋白は著明に減少したが、入院第 18 日発熱・血圧低下を認めた。同日夜間に心室細動(VF)が出現。除細動にて洞調律に復帰したが、その後も VF を繰り返した。洞調律復帰後の心電図上、Brugada 型心電図 type1 を認め、ICD 植込み術を施行。その後の経過は良好で退院となっている。本例は入院時の心電図所見では Brugada 型変化は明らかではなかった。これまでに発熱に伴い Brugada 型心電図が顕在化する報告は稀ではあるが存在する。今回我々は NS を合併し、発熱にて顕在化した Brugada 症候群の 1 例を経験したので、文献的考察も添え報告する。

11 高周波心房中隔穿刺針(RF ニードル)を用いて安全に心房中隔穿刺を施行した自験例
手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

畠 信哉、宮本 憲次郎、矢加部 大輔、杉本 洋一郎、廣上 貢

心房細動や WPW 症候群(左側 kent 束)のアブレーションにおいて、心房中隔穿刺(TS)は必須の手技である。その一方で心タンポナーデの risk を含み安全な操作が必要とされる。TS における合併症の原因は不適切な穿刺部位、心房中隔の肥厚・硬化(心臓手術後など)や過伸展する場合である。RF ニードルは過度な力を必要としないため、ズレなく硬化・過伸展する心房中隔を穿刺可能である。当院で連続5例に RF ニードルで TS を施行した。これまでの angio ガイド下の標準ニードル法と比べ、穿刺部位の良好な tenting 造影が確認でき、いずれも一度の通電(10W2秒間)で穿刺に成功した。また合併症も認めなかった。RF ニードルは安全かつ一度の通電で穿刺可能である。当院での施行方法、自験例を報告する。

10 心房リードの dislocation を認識せずに経過した 1 例
王子総合病院 循環器内科

沖下 卓也、大岩 均、松本 倫明、大畑 純一、吉田 大輔、加藤 伸朗、堀田 寛之、伊藤 孝仁、斉藤 礼
症例は 58 歳男性。平成 11 年完全房室ブロックにより他院でペースメーカーを留置。その後外来心電図にて波形の違う心室ペーシングが見られていたが fusion beat と判断していた。平成 25 年 8 月 21 日に電池交換術を施行。術中に心房ペーシングしたところ心室ペーシング波形が見られた。DDD にし心房ペーシングを行うと心室リードは心室センシングしていることが確認できた。しかし心房リードは心室ペーシングするにもかかわらず心房波形をセンシングしていた。以上より心房リードは三尖弁輪近傍で心室センシングをしつつ心室ペーシングする位置にあることがわかった。以上心房リードにて心室センシングをしかつ心室ペーシングをしていた稀な症例を経験したので報告する。

YIA1

12 右冠動脈円錐枝の選択造影にて coved 型心電図変化を呈した院外心肺停止蘇生後 Brugada 症候群の 1 例
札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科

齋藤 麻里絵、鎌田 祐介、瀬野 結、村上 沙耶香、西田 絢一、村中 敦子、矢野 俊之、丹野 雅也、吉田 英昭、三浦 哲嗣

症例は 58 歳男性。胸痛や失神の既往はなし。夕食中に突然意識消失し、救急隊到着時の心電図で心室細動を認めた。電氣的除細動により心拍再開し当院高度救命救急センターに搬入された。安静心電図で V1-2 誘導の saddleback 型心電図変化を認めるも、心エコー上器質的心疾患を認めなかった。緊急冠動脈造影では有意狭窄は認めなかったが、右冠動脈造影の際に円錐枝に造影剤を注入したところ、coved 型の Brugada 型心電図を呈した後、心室細動に移行した。後日施行したピルジカイニド負荷試験でも V1-3 誘導で J 点が 0.3 mV 上昇する coved 型 ST 上昇を認め Brugada 症候群と診断した。Brugada 症候群で右冠動脈円錐枝の選択造影によって saddleback 型から coved 型への心電図変化が誘発された報告例は極めて稀であり、文献的考察を含め報告する。

YIA2

13 適切な房室結節修飾術はもう一つの心不全治療となる

日鋼記念病院 循環器科

寺田 弘仁、南部 忠詞

症例は68歳、女性。2000年、僧帽弁置換術後から発作性心房細動(PAF)が出現。有症候性、薬剤抵抗性のPAFであり、両側の肺静脈隔離術を施行した。その後はアミオダロンを内服し、動悸発作は消失していた。2013年、心房頻拍(AT)、心房粗動(AFL)、PAFによる心不全で再入院した。ATは複数あり、周期長不定、マッピング不能であった。再ABL治療で、AFL、PAFは消失したがATは再発。心拍数調整のため房室結節修飾術を行った。遅伝導路と速伝導路を焼灼し、良好な房室伝導遅延を得た。治療後は洞調律が維持され心不全は軽快した。僧帽弁疾患に伴う頻脈は時として難治性であり、ABLで完治が得られない。本症例は、正常伝導を保ちながら頻脈のコントロールが容易に得られ、投薬も減った。房室結節修飾術は利益が多く、方法をさらに追究するべきである。

YIA4

15 偽性アルドステロン症を契機にうつ血性心不全を来した1例

NTT 東日本札幌病院 循環器内科

江畑 拓、福田 洋之、宮本 憲行、川嶋 望、乗安 和将

症例は62歳女性。2000年より慢性腎臓病、陳旧性心筋梗塞等で当院通院中。2013年6月14日頃より呼吸苦と四肢の重だるさが出現したため、6月17日に当科受診。NTproBNPの高値と胸部X線肺うっ血の所見を認め、うつ血性心不全の診断で当科入院となった。入院時、低K血症と代謝性アルカローシスを認め、漢方薬内服後より血清K値の低下を認めていたことから、偽性アルドステロン症を考慮。入院後うつ血性心不全に対して利尿剤の投与を行うとともに、偽性アルドステロン症に対し漢方薬を中止し、K製剤とスピロラクトンの投与等を行ったところ改善を認めた。入院時の血清アルドステロン値・レニン活性ともに正常下限に近く、臨床経過からも上記診断と思われた。今回偽性アルドステロン症により心不全を合併した症例を経験したので報告する。

YIA3

14 長期経過の上心不全死となり剖検を行った拡張期肥大型心筋症の1例

市立函館病院 循環器内科

中尾 元基、多田 篤司、徳田 裕輔、山梨 克真、宜保 浩之、今川 正吾、蒔田 泰宏、松村 尚哉

【症例】77歳男性【病歴】30歳代に肥大型心筋症を指摘され、H15年慢性心房細動出現し当科通院となった。H22年から慢性心不全増悪の診断で入退院を繰り返していた。H24年7/7、胸苦を主訴に当科入院となった。心不全治療を行い、また経過中に高度房室ブロック・徐脈による血行動態の悪化を認めCRT植え込みを行った。一時は血行動態の改善を認めるも、その後数ヶ月の経過で全身状態が徐々に悪化し、H25年2/5死亡退院となった。【剖検所見】残存心筋に錯綜配列が見られ、心外膜にリンパ球浸潤・線維化を認め、冠動脈狭窄は認めなかった。拡張相肥大型心筋症として矛盾のない所見であり、心不全を基礎に衰弱死したと思われる所見であった。【まとめ】拡張相肥大型心筋症で長期経過の末心不全死となり、剖検を行った症例を経験したので報告する。

YIA5

16 急性大動脈解離(Stanford B)の治療中に肺動脈塞栓症を発症し抗凝固治療を行った1例

手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

笠原 卓、佐々木 晴樹、矢加部 大輔、杉本 洋一郎、畠 信哉、佐々木 俊輔、橘 賢廣、廣上 貢、村上 弘則、田中 繁道

【症例】症例は60歳女性。突然の頸部から背部の疼痛を主訴に当院を受診。造影CTにてStanford B型、偽腔開存型大動脈解離を認め、内科治療を開始した。第13病日、酸素化低下を認めたため、造影CTを撮像したところ両側の肺動脈塞栓症を、下肢静脈エコーでは両側ヒラメ静脈に器質化した血栓を認めた。大動脈解離の亜急性期であったが、抗凝固治療を開始した。第26病日、酸素化は改善しており、造影CTでは偽腔の一部血栓化を認め、肺動脈塞栓塊の縮小も認められた。全身状態も良好なため第27病日に退院となった。急性大動脈解離の治療経過中に発症した肺動脈塞栓症に対して、抗凝固療法の是非に関する報告は少なく、文献的考察を含めて報告する。

YIA6

17 脾梗塞から診断された感染性心内膜炎の1例

NTT 東日本札幌病院 循環器内科

中山 あずさ、乗安 和将、江畑 拓、川嶋 望、宮本 憲行、
福田 洋之

症例は40代男性。数年前から心雑音は指摘され、2ヶ月前に39度の発熱と感冒様症状を認めた。今回、左側腹部痛が出現し、近医を受診。血液検査で白血球増多、CRP高値、腹部CTでの脾梗塞を認め、当科を紹介受診。聴診上、心尖部に最強点を持つ汎収縮期雑音を聴取し、心エコー図検査では重症僧帽弁閉鎖不全症(MR)を認めた。経過より感染性心内膜炎(IE)を疑い入院。血液培養検査でStreptococcus sanguisを2度検出し、経食道エコー図検査で左房に7mmの疣贅所見を認め、IEの診断となった。抗生剤治療を施行し、MRも手術適応のため、第12病日に僧帽弁置換術を施行した。術後経過は良好で、第41病日に退院となった。脾梗塞による側腹部痛を主訴としたIEの一例を経験したので報告する。

18 金属アレルギーとプロテイン S 欠乏症を有しヘパリン起因性血小板減少症も関与した急性冠症候群の1例

¹自衛隊中央病院 循環器内科、²北海道循環器病院 循環器内科

小西 崇夫¹、堀田 大介²、菊池 紅²、山本 匡²、桜井 聖一郎²、山崎 香子²、柏木 雄介²、佐々 保基²、儀間 充²、田中 秀一²、菊池 健次郎²

症例は43歳女性。2010年急性心筋梗塞で左冠動脈中間部にDriver 4.0×18mmが留置された。その後2回の急性冠症候群を発症し、今回も胸痛にて救急搬送となった。冠動脈造影検査を施行し、左冠動脈中間部のステント内に血栓像を確認した。繰り返し血栓吸引を行うも、次々と形成される血栓像を認めた。ヘパリン起因性血小板減少症を疑いヘパリンを中止し、モンテプラザー40万単位投与、アルガトロバン冠動脈投与に加え末梢静脈より点滴投与した。その後、バルーン拡張術のみ施行し新たな血栓形成を認めないことを確認して手技を終了した。入院精査後、ニッケルアレルギー、プロテイン S 欠乏症、HIT 抗体陽性を有していることが判明した。若年者で繰り返し発症する急性冠症候群を見た場合、血栓要因について詳細な精査、検討を行うことが重要である。

19 Single coronary artery arising from right sinus valsalva (R-2A) へPCIを施行した1例

心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科

前野 大志、今井 斎博、岩切 直樹、齋藤 泰史、長島 雅人、森田 亨、山下 武廣、中川 俊昭

【症例】67歳、女性

【主訴】労作時胸痛

【現病歴】労作時の胸痛を自覚し外来受診。冠動脈CT施行され、right valsalva 起始のSingle coronary arteryを認めた。また、Seg.2高度狭窄が疑われた。CAG施行されSeg.2に高度狭窄が認められ同部位へPCI施行された。

【考察】Single coronary arteryは非常にまれな先天性奇形でありその頻度は人口の0.024%から0.066%と報告されている。1979年に提唱されたLiptonの分類が使用されている。本例は分類上R-2Aに分類された。Single coronary arteryの予後は比較的良好と言われているが、突然死などを呈する例も存在する。また、Single coronary arteryへのPCIはリスクが高いと言われている。本例もガイディングカテーテルによる左冠動脈分岐部の血流障害等が起こったが特に合併症なくPCI施行することができた。

20 難治性気管支喘息として加療されていた不安定狭心症の1例

¹旭川厚生病院 循環器科、²旭川医科大学 呼吸器センター、³旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科

貴田岡 享¹、柴山 佳一郎¹、野呂 忠孝¹、太田 貴文¹、塩越 隆広¹、小川 裕二¹、加藤 淳一¹、山本 泰司²、長谷部 直幸³

症例は57歳男性。40歳頃より気管支喘息で呼吸器専門医院へ通院中。平成25年1月頃から階段昇降時の息切れが出現し、多剤併用でも改善せず旭川医大呼吸器センターへ紹介。胸部症状はなかったが、画像・呼吸機能検査で異常を認めず、症状と呼吸機能の乖離が大きいためホルター心電図を施行したところ、症状に一致したST低下を認め当科へ紹介となった。CAGでRCA seg3 100%、LAD seg7 75%、LCX seg13 90%の3枝病変であり、RCA/LCXの病変に対してPCIを行ったところ症状は消失。再評価入院時には各種気管支喘息治療薬を全て自己中断していたが、息切れ等の呼吸器症状はなかった。虚血性心疾患は典型的な胸痛以外にも様々な症状を呈しえるが、本症例の場合元々の呼吸器疾患のため確定診断に時間を要した。呼吸器疾患との関連性も含め考察し提示する。

21 OCT で経過をみることができた Peri-stent contrast staining (PSS) の 1 例
苫小牧市立病院 循環器内科

平林 鑑、町田 正晴、中島 孝之、尾畑 嘉一、南部 秀雄

急性心筋梗塞の加療で DES を用い、その後の経過で冠動脈に複数の PSS を生じた症例を経験した。今回 OCT を用いてその PSS の経過をみることができたため若干の文献的考察を加え報告する。症例は 55 歳男性、2012 年 4 月前壁の急性心筋梗塞を発症し LAD #7 の culprit に対して PCI を施行。Peak CPK は 1794mg/dl。リハビリ後入院中に RCA 及び LAD 近位部の高度狭窄病変に対しても PCI を施行し加療し退院。PCI は全て DES を用いて加療。2012 年 9 月に CAG を施行し、LAD 近位部に PSS を認めた。経過観察の方針として 2012 年 12 月と 2013 年 8 月に再度 CAG を施行し各々 OCT で評価した。2013 年 8 月の OCT 所見では LAD に認められた PSS の消失が確認できた。

22 10 年以上前に留置した bare metal stent (BMS) に発症した 超遅発性ステント血栓症 (VLST) の 2 例
北見赤十字病院 循環器内科

松谷 健一、白川 亮介、徳原 教、小野 太祐、齋藤 高彦

症例 1 は、40 歳男性。1999 年に前壁急性心筋梗塞 (AMI) を発症。経皮的冠動脈ステント留置術 (PCI) を施行し左前下行枝 (LAD) に BMS を留置。2013 年 1 月に胸痛を自覚し当院救急外来に搬送。緊急冠動脈造影 (CAG) を施行し LAD のステント内で完全閉塞を認めた。PCI を施行し DES を留置。経過良好にて第 12 病日に退院。症例 2 は、68 歳男性。2002 年に他院で労作性狭心症に対して PCI を施行し LAD に BMS を留置。当院で PCI を施行し右冠動脈に BMS を留置。2012 年 11 月に胸痛を自覚し当院救急外来に搬送。緊急 CAG を施行し LAD のステント内で完全閉塞を認めた。PCI を施行し DES を留置し、経過良好にて第 13 病日に退院。10 年以上前に留置した BMS に発症した VLST の 2 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

23 Woven coronary artery とは～その特徴と問題点～

¹ 北海道循環器病院 循環器内科、² 北海道循環器病院 心臓血管外科

堀田 大介¹、菊池 紅¹、山本 匡¹、桜井 聖一郎¹、山崎 香子¹、柏木 雄介¹、佐々 保基¹、儀間 充¹、田中 秀一¹、菊池 健次郎¹、横山 秀雄²、大堀 克己¹

Woven Coronary Artery は 1988 年 Sane らが Am J Cardiol に初めて報告した冠動脈の先天奇形である。特徴は言葉の由来の如く冠動脈が複雑に分離し、その冠動脈があたかも編みこまれたように巻きつきながら走行する。本邦では、演者らが初めて 1995 年に報告したが、これまでの報告例は極めて少ない。報告例の特徴から、Woven Coronary Artery には、途中から分離し再度末梢側で合流するタイプ A と、合流しないタイプ B との 2 型に分けられる。当院では、これまで 2 例の症例を経験し、共にタイプ A であった。病態的には、病的意義は少ないとする報告があるが、冠動脈自体に動脈硬化性病変が進展すると、分離しているが故に、分離血管には高度の狭窄が起りやすく心筋虚血を招き予後に影響すると考えられる。文献的考察も含め報告したい。

24 20 年の経過を観察し得た woven coronary の 1 例

¹ 北海道循環器病院 循環器内科 ² 北海道循環器病院 心臓血管外科

菊池 紅¹、堀田 大介¹、山本 匡¹、桜井 聖一郎¹、山崎 香子¹、柏木 雄介¹、佐々 保基¹、儀間 充¹、田中 秀一¹、菊池 健次郎¹、坂田 純一²、横山 秀雄²、大堀 克己¹

【経過】80 歳男性【既往歴】脳梗塞 60 歳、79 歳。【現病歴および入院経過】60 歳児脳梗塞を発症し、心原性塞栓症精査のため循環器内科を受診した。冠動脈造影検査を含む各種検査所見より woven coronary (#1, #6~7, #9-1) と診断され、左室造影では科壁に心室瘤の形成を認めた。虚血所見および胸部症状の出現なく、薬物治療にて経過観察となった。その後も胸痛などを自覚することはなかったが、平成 25 年 5 月に施行した薬物負荷シンチにて中隔側に虚血所見を認め、加えて心尖部側に新たな瘤形成をみたことから CABG の適応ありと判断し平成 25 年 7 月冠動脈バイパス術を受けた。【考察】woven coronary はまれな疾患であり、benign disease とする論文もあるが、本症例の如く徐々に虚血が進行し心機能低下を招くため、注意深い経過観察が必要と思われた。

25 側副血行路に冠動脈瘤を認めた全身性エリテマトーデス(SLE)の1例

¹国立病院機構北海道医療センター 循環器内科、²国立病院機構北海道医療センター 心臓血管外科

大津 圭介¹、加藤 瑞季¹、杉田 翼¹、本間 恒章¹、武藤 晴達¹、小松 博史¹、金子 壮朗¹、藤田 雅章¹、佐藤 実¹、井上 仁喜¹、寺西 純一¹、竹中 孝¹、岡本 洋¹、井上 望²、国重 英之²、森本 清貴²、川崎 正和²、石橋 義光²

症例は65歳女性。34歳時にSLEと診断され、ステロイド治療が施行されていた。2013年6月に安静時呼吸困難を訴え当科に入院し、僧帽弁閉鎖不全(MR)による心不全と診断された。冠動脈造影ではRCAがタンデムに拡張しており、#4AVで閉塞、LCx左房枝から#4AVへの側副血行路に冠動脈瘤を認めた。MRは手術適応であり、僧房弁置換術・冠動脈バイパス術・冠動脈瘤縫縮術を施行した。近年SLEでは早期診断と治療、合併症の管理技術が向上し長期予後が改善したことから、動脈硬化性病変や血管炎による心血管病変の罹病率、死亡率の増加が報告されている。冠動脈解離や冠動脈瘤の併発例も散見されるが、本症例のように側副血行路に冠動脈瘤を認める例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

26 悪性リンパ腫に心筋梗塞を合併した患者の1剖検例

名寄市立総合病院 循環器内科

石破 光咲子、平井 俊浩、井澤 和眞、八巻 多、酒井 博司

(症例)60歳台男性 H24年7月に前胸部痛を主訴に近医を受診。心電図上V2-5にST上昇を認め、急性心筋梗塞の診断で当院に救急搬送となった。CAG上、LAD#6 100%を認め、同病変にDESを留置して再環流を得た。入院時血液検査より、貧血、低Na血症を認め、経過中低Na血症の進行があり、原因検索を行った。第11病日からは不穏、呼吸回数増加があり、第13病日の血液検査でDIC、多臓器不全が認められた。同日、呼吸停止、心停止に至った。剖検結果から、縦郭リンパ節を主病巣としたリンパ形質細胞性リンパ腫で、心臓を含めた全身浸潤の所見が得られた。今回の症例における悪性リンパ腫と心筋梗塞との関連につき、剖検所見、文献的考察を含め、報告する。

27 各都道府県医師数と急性心筋梗塞死亡数の検討

士別市立病院 循環器内科

長島 仁、沼崎 太

日本における医療崩壊現象が進行している中で、とくに地方においては循環器専門医療に医師不足が影響を与えている可能性が考えられる。そこで日本の各都道府県における医師数が急性心筋梗塞死亡に影響を与えているか検討を行った。厚生労働省が発表した2010年の各都道府県の人口10万人当たり医療施設従事医師数のデータおよび2011年、2012年人口動態統計から、各都道府県の人口10万人当たり医師数および急性心筋梗塞死亡数の変化率(2012年の急性心筋梗塞死亡数/2011年の急性心筋梗塞死亡数)を確定し、それらの間に有意な相関が認められるか検討した。両者の間には $r=-0.545$ 、 $p=0.00007$ の有意な負の相関を認めた。人口当たりの医師数が急性心筋梗塞死亡減少に関与している可能性が考えられた。

28 持続性心室頻拍にて発症し肝機能障害を伴ったサルコイドーシスの1症例

旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科

豊嶋 更紗、坂本 央、シャリフィ ムヒブ、後藤 全英、會田 誠、河端 奈穂子、簗島 暁帆、島村 浩平、田邊 康子、竹原 有史、竹内 利治、佐藤 伸之、川村 祐一郎、長谷部 直幸

症例は48歳女性。持続性心室性頻拍(VT)にて紹介となり、amiodarone、bisoprolol投与等でVTはコントロールされた。左室後側壁の肥厚と壁運動低下を認め、12誘導心電図から同部位がVT起源と予想された。心臓MRIでは同部位に遅延造影所見を認め、FDG-PETでは同部位への強い集積の他に、肝門部への集積を認めた。血清学的にはACE、リゾチーム上昇の他、肝機能障害を伴っていたが、皮膚生検から病理組織学的にサルコイドーシスと診断した。経過中に発熱と胆道系酵素の上昇あり、自己免疫性胆管炎の合併が考えられた。ステロイド治療により解熱し、肝機能障害は改善。左室後側壁の肥厚と壁運動も改善した。1ヶ月後のFDG-PETでは心筋への集積は著明改善し、肝門部への集積は消失していた。

29 体外補助循環と大量γグロブリン療法にて救命し得た劇症型心筋炎の1例
市立札幌病院 循環器センター 循環器内科

鳥羽 真弘、表 和徳、小梁川 和宏、高橋 雅之、浅川 響子、檀浦 裕、小松 義和、相馬 孝光、牧野 隆雄、甲谷 哲郎、加藤 法喜

症例は52歳女性。末期腎不全にて維持透析、気管支喘息、SLEの既往がある。発熱にて前医を受診しインフルエンザB(+)と診断された。抗インフルエンザ薬の投与を開始されたが、呼吸状態は徐々に悪化した。また胸部X線で心拡大、肺うっ血を認め、心エコーでEF 30%と心機能低下を認めたため、当院転院となった。転院後も心機能はさらに悪化し、EFは10%以下まで低下した。劇症型心筋炎が疑われ、カテコラミン投与にても循環動態の維持が困難となり第6病日に体外補助循環を導入した。また第7病日から大量γグロブリン療法(2g/kg/3日間)を開始した。その後徐々に心機能は改善し、第16病日に体外補助循環から離脱し、第98病日に前医転院となった。本症例では体外補助循環の導入、大量γグロブリン療法が救命に寄与したと考えられる。

30 輸血依存性の骨髄異型性症候群に続発した心ヘモクロマトーシスの1例
市立旭川病院 循環器内科

大場 彩音、木谷 祐也、菅野 貴康、平山 康高、井川 貴行、浅野目 晃、石井 良直

症例は80歳男性。5年前に当院血液内科で骨髄異形成症候群と診断され、病勢の進行に伴い輸血依存となり鉄キレート療法も開始された。2012年8月に両側下腿浮腫と歩行時の息切れが出現し当科を受診した。心電図では頻脈性心房細動であり、胸部X-Pでは心拡大と両側胸水を認め、心エコーではびまん性の壁運動の低下を認めた。うっ血性心不全の診断で入院となり、利尿薬、hANP、カテコラミン等の投与を施されたが治療抵抗性であり第16病日に永眠された。病理解剖では、左室心筋に著明な鉄の沈着を認めていた。頻回な輸血による心ヘモクロマトーシスが心不全の原因と考えられた。心ヘモクロマトーシスは通常進行性で予後不良の疾患であり、鉄過剰に対する早期診断、早期介入が重要であると思われる。

31 完全房室ブロックで発症し診断に時間を要した感染性心内膜炎の1例
¹札幌東徳洲会病院 循環器内科、²札幌東徳洲会病院 心臓血管科

和田 玲緒名¹、八戸 大輔¹、棒田 浩基¹、萱沼 圭悟¹、片桐 勇貴¹、竹之内 豪¹、後平 泰信¹、土反 英昌¹、山崎和正¹、畑中 憲行²、巢山 環¹、上田 高士²、山崎 誠治¹、齋藤 滋¹

症例は60歳男性。失神を主訴に当院搬送され、発作的な完全房室ブロック、心停止となり、心肺蘇生を繰り返しながら、経静脈的ペースングを開始。冠動脈造影では狭窄病変を認めなかった。カテーテル室での経胸壁心エコーでは大動脈二尖弁、大動脈弁逆流II度を認めたが、心筋症や感染性心内膜炎を疑う所見を得られず、恒久的ペースメーカー植込術を施行。しかし、その後も心不全が進行し、第4病日に経胸壁心エコーでは大動脈弁逆流の悪化を認め、第5病日に経食道心エコーでは大動脈弁、僧帽弁に疣贅、弁破壊像を認め、先天性二尖弁に伴う感染性心内膜炎と診断し緊急手術となった。若年性に急性に高度伝導障害を来す疾患は、虚血、心筋症、心筋炎等があるが、感染性心内膜炎に伴う弁周囲感染にも留意すべきであり、文献的考察を含め報告する。

32 当院における感染性心内膜炎の疫学的傾向

国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

杉田 翼、小松 博史、加藤 瑞季、大津 圭介、本間 恒章、武藤 晴達、金子 壮朗、藤田 雅章、佐藤 実、井上 仁喜、寺西 純一、竹中 孝、岡本 洋

当院設立より3年半の間に感染性心内膜炎が疑われた全38症例中、Duke診断基準に基づき確定診断に至ったのは10例であった。確診例の全例で心エコーにより疣腫が認められ、感染部位の内訳は僧帽弁が8例、大動脈弁が4例、左室内が1例であった。9例で血液培養により起因菌が同定され、Staphylococcus aureusが5例(MRSAは2例)、Streptococcusは3例、E.coliが1例であった。38℃以上の発熱は6例、塞栓症は9例に認められた。全例に抗生剤治療が行われ、更に緊急外科治療を施行した症例が2例、塞栓症予防を目的に準緊急的外科治療を施行した症例が1例、炎症の消退後に心不全及び弁膜症に対する外科治療を施行した症例が3例であった。外科治療例は全例が生存しているのに対し、保存的治療を行った4例中4例が死亡した。これらの疫学的傾向について提示したい。

33 周産期心筋症に対して抗プロラクチン療法を行なった 2 例

¹ 苫小牧市立病院 循環器内科、² 国立病院機構北海道医療センター 循環器内科

南部 秀雄¹、尾畑 嘉一¹、中島 孝之¹、平林 鑑¹、小松 博史²、町田 正晴¹

症例 1 は 23 歳、女性。第 1 子出産の 2 週間前から咳嗽が出現。出産後呼吸苦症状が徐々に増悪し産褥 13 日目に当院へ救急搬送された。両側胸水貯留、左室拡大とびまん性の左室壁運動低下 (EF 30%) を認め、心精査の結果と経過から周産期心筋症と診断し通常の心不全治療に加え第 16 病日からプロモクリプチン 8 週投与を開始しその後経過は良好である。症例 2 は 31 歳、女性。第 3 子妊娠中に妊娠高血圧腎症を指摘され 36 週 4 日に帝王切開術施行。術後 12 日目から呼吸苦の増悪と胸水貯留、びまん性の左室壁運動低下 (EF 28%) が出現した。心精査の結果と経過から周産期心筋症と診断。第 19 病日からプロモクリプチン 8 週投与を開始し心機能は改善した。周産期心筋症に対して抗プロラクチン療法の有効性が報告されており、文献的考案を交えて報告する。

34 高度房室ブロックを合併した閉塞性肥大型心筋症患者が VT study 後にたこつぼ心筋症を合併した 1 例
北海道社会保険病院

川崎 まり子、石丸 伸司、柿木 梨沙、高畑 昌弘、田所 心仁、木谷 俊介、管家 鉄平、五十嵐 正、岡林 宏明、古谷 純吾、五十嵐 康己、五十嵐 慶一

患者は 76 歳女性。高血圧、脂質代謝異常で加療中だったが労作時呼吸困難を訴え当院紹介となった。CT で冠動脈に狭窄なく心エコーで閉塞性肥大型心筋症と診断され β blocker にくわえてシベンゾリンが開始となった。その後ふらつき出現、心電図で 2:1 の高度房室ブロックを認めたため、入院となった。入院後一時的ペースングを施行するも、内服中止にてブロックは軽快したため終了した。VT study にて植込み型除細動器の適応判断の予定としたが、前日から患者の緊張も非常に強くなり血圧も低下傾向であった。検査終了後に壁運動低下、心電図変化、酸素化悪化し CCU での人工呼吸管理を要した。心エコー、心電図変化よりたこつぼ心筋症と診断した。最終的に合併症なく退院に至ったものの反省点も多く示唆に富む症例であり、ここに報告する。

35 心基部のバルーニングを呈した逆たこつぼ型心筋症の 1 例

¹ 砂川市立病院 循環器内科、² 北海道大学 循環病態内科

前川 聡¹、更科 美羽¹、森本 信太郎¹、本間 之子¹、吉谷 敬²、清水 紀宏¹、平林 高之¹

症例は 71 歳女性。昼食の準備中に突然胸苦しさを自覚し救急搬送された。心電図では V1-V4 で ST 上昇を認め、血液検査ではトロポニン T、CK の軽度上昇を認めた。急性心筋梗塞の疑いで心臓カテーテル検査を行ったが冠動脈に有意狭窄はなかった。左室造影では心尖部の壁運動は正常であったが心基部にバルーニングがみられた。その後は経過観察のみで壁運動は正常化し、胸部部症状の再発なく経過は良好であった。心電図では T 波陰転化や QT 延長等の変化を認めた。臨床経過から逆たこつぼ型心筋症と考えた。心基部のバルーニングを呈した逆たこつぼ型心筋症を経験したので文献的考察を交えて報告する。

36 3D 心エコーで壁運動経過を詳細にフォローしたタコツボ心筋症の 1 例

札幌社会保険総合病院 循環器内科

高木 寛、内藤 和幸、藤井 徳幸、中野 淳、中原 学史

77 才女性。喘息と不安神経症で当院呼吸器通院、 β 刺激薬を使用。2012 年 12 月 17 日呼吸苦、胸痛出現し受診。心電図 ST 上昇あり急性冠症候群を疑われ当科へ紹介入院。侵襲的検査に不安強く CAG 拒否したため冠動脈 C T 実施するも狭窄病変なし。心エコーで左室基部の過収縮と心尖部の無収縮を認め、タコツボ心筋症と診断。第 3 病日には左室流出路圧格差 82mmHg と高度で収縮期血圧 64mmHg とショックとなるも β 刺激薬の減量等で回復。タコツボ様壁運動異常は一般に左室造影 LVG により評価されるが、LVG は侵襲的で経過観察には適さない。GE 社製心エコー装置 E9 による 3D LV Volume 評価は LVG とほぼ同様の壁運動評価が可能で、本症例のタコツボ様壁運動異常の経時的な改善過程を観察することができた。

内科・外科合同 1

37 貧血を契機に発見された冠動脈肺動脈瘻の 1 例

¹北海道社会事業協会富良野病院 循環器内科、²北海道社会事業協会富良野病院 内科、³市立旭川病院 内科、⁴市立旭川病院 胸部外科、⁵旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科

名取 俊介¹、羽根田 俊²、石井 良直³、平山 康高³、井川 貴行³、青木 秀俊⁴、大場 淳一⁴、宮武 司⁴、吉本 公洋⁴、長谷部 直幸⁵

症例は 75 歳、男性。既往歴は 5 年前より高血圧で近医に通院している。H25.2 に貧血の精査で下部消化管検査を行い多発性ポリープを認め当院消化器内科紹介。入院の上ポリペクトミーを施行されたがポリープが貧血の原因とは考えにくく CT を施行したところ冠動脈肺動脈瘻を指摘され当科受診となる。冠動脈 CT では冠動脈肺動脈瘻と一部瘤化した血管を認め精査加療のため入院となった。心臓カテーテル検査で左前下降枝から数本および右冠動脈から 1 本の異常血管が肺動脈内に流入しており一部 15x25mm 大の瘤が判明した。破裂の危険性があることから外科的な治療の適応となった症例を経験したので報告する。

内科・外科合同 2

38 成人の心房中隔欠損症に対し経皮的閉鎖療法を施行した 4 症例

手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

矢加部 大輔、廣上 貢、杉本 洋一郎、畠 信哉、佐々木 俊輔、橘 賢廣、吉岡 拓司、佐々木 晴樹、浅野 嘉一、宮本 憲次郎、大本 泰裕、村上 弘則

心房中隔欠損症 (ASD) は、先天性心疾患の中でも特に頻度が高く、小児期に発見されずそのまま放置された場合は、奇異性脳塞栓や上室性不整脈、肺高血圧症、重症右心不全の合併が問題となる。2006 年より、同疾患に対するアンブラッツァー閉鎖栓 (ASO) による経皮的閉鎖療法が保険収載され、当院でも 2013 年 5 月から成人 ASD 患者に対しての ASO による経皮的閉鎖療法が施行できるようになった。これまでに 4 例の成人患者に対し経皮的閉鎖療法を行い、4 例とも良好な治療成績が得られたため、文献的考察を加えてここに報告する。

内科・外科合同 3

39 成人に対する低侵襲心臓手術 (MICS) の経験

北海道大学 循環器・呼吸器外科

新宮 康栄、若狭 哲、大岡 智学、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎

2011 年から 2013 年 9 月までに 10 例の成人 (女性 5 例) に対して MICS を施行。小児科より紹介の 16 歳、18 歳の心房中隔欠損症 (ASD) 患者には右後側方小開胸にて直接閉鎖を施行 (同時期の 15 歳未満の同手術は 41 例)。内科より紹介の 18 歳、33 歳、44 歳の ASD 患者には右前側方開胸、内視鏡補助下 (ポータアクセス法) に直接閉鎖を施行。42 歳、49 歳、58 歳、63 歳の僧帽弁逸脱症の患者に対して僧帽弁形成術を、31 歳の左房粘液腫の患者に対して経中隔的に腫瘍切除術をいずれもポータアクセス法にて施行。全例無輸血手術。術後挿管時間 30 分から 12 時間 (中央値 2.5 時間)、術後在院日数 7 日から 25 日 (中央値 9 日)。MICS は正中に手術痕がつかず美容上のメリットがあるほか、退院後早期から重労働が可能であることから女性や早期社会復帰には有利であると考えられる。

内科・外科合同 4

40 北海道における心臓移植登録の現状と問題点

¹北海道大学病院 臓器移植部、²北海道大学 循環病態内科、³北海道大学 循環器・呼吸器外科

小林 真梨子¹、絹川 真太郎²、榊原 守²、筒井 裕之²、久保田 卓³、大岡 智学³、新宮 康栄³、松居 喜郎³

【目的】 現在、本邦の心移植待機期間は平均 3 年半であり、体外式人工心臓での待機は難しい。植込型人工心臓は有用であるが、その適応には移植登録が必要である。今回、道内における心臓移植登録に関する現状および問題点について報告する。

【対象】 2010 年 4 月から 2013 年 8 月までに当院で移植登録を検討した 23 症例を検討した。【結果】 他施設移植 1 例、移植待機 7 例、その内 6 例が植込型人工心臓で待機中。体外式人工心臓装着 9 例 (待機中死亡 2 例、離脱 1 例、合併症で登録不可 5 例、社会的環境による除外 1 例)。人工心臓未導入 6 例 (他施設登録 1 例、死亡 2 例、身体的除外 3 例、社会的環境による除外 1 例) であった。【結語】 心臓移植の登録申請には厳格なレシピエント選定、登録前の状態悪化を考慮した対応が必要である。

41 巨大冠動脈右室瘻に対する瘻孔閉鎖の1治験例

札幌医科大学 心臓血管外科

菅原 基史、宮木 靖子、渡邊 俊貴、山田 広幸、柳清 洋佑、上原 麻由子、橘 一俊、高木 伸之、樋上 哲哉
症例は27歳女性。生後1カ月検診で心雑音を指摘され、2歳時にCAGにて、LMTからRVへの3本の冠動脈瘻を認め、冠動脈右室瘻と診断された。その後2本は自然閉鎖したが、残存瘻孔に対して11歳時にコイル塞栓術を施行された。27歳時に健診にて心電図異常を指摘され、精査の上、冠動脈右室瘻の遺残に対する手術治療となった。手術は人工心肺・心停止下に行った。冠動脈右室瘻は、心臓表面より視認できるほど巨大で異常な瘤を形成していた。瘤はLADに近接しており、LMTから分岐していた。瘤の表面の一番薄い右室心筋ごと瘤を切開、近接する冠動脈の走行を確認し、入口部を結紮、内腔からも閉鎖した。瘻の流出部も同様に閉鎖し、連続縫合にて瘤をつぶすように閉鎖した。術後経過良好にて術後17病日で退院となった。

42 再CABGの成績および問題点と対策

¹札幌中央病院 心臓血管外科、²札幌中央病院 呼吸器外科

櫻田 卓¹、大澤 久慶¹、村木 里誌¹、川原田 修義¹、佐々木 潤¹、荒木 英司¹、中島 慎治²
単独CABG264例のうちの再CABG症例17例(6.4%)を対象。男性16例。平均年齢68.8±10.8(48-84)歳。透析患者3例、不安定狭心症のための緊急手術3例。初回バイパス枝数は2.5±1.0枝。初回手術時のグラフトは、全てSVGの症例が7例、LITA-LAD使用例は8例(うちMIDCAB閉塞例1例)、RITA-radial A-RCが1例、RITA-LADのcross bypassは1例。全グラフトが閉塞していたのは8例で、開存グラフトが残っていた症例は9例。RGEA使用例の術後胃癌発症に対する再手術が1例。再手術は胸骨再正中切開13例、逆T字部分胸骨正中切開4例。Scheduled IABPを4例に施行。再手術時のバイパス枝数は2.3±0.9枝。OPCAB2例、on-pump beating CABG15例。再手術時のLITA採取時にMIを発症した症例を術後30日目に失ったが、その他16例はすべて軽快退院。

43 左室前壁中隔壁運動異常に対し外科的介入を行った陳旧性心筋梗塞症例の検討 手稲溪仁会病院 心臓血管外科

山田 陽、中西 克彦、丸山 隆史、長谷川 幸生、西岡 成知、氏平 功祐、栗本 義彦、八田 英一郎、酒井 圭輔
【目的】陳旧性心筋梗塞による前壁中隔の dyskinesis に対し左室形成術を行った症例の術後中期遠隔成績を検討。【対象と方法】対象は2006年始めから2010年末までの5年間に陳旧性心筋梗塞にて左室前壁中隔の形成術を施行した10例(2.6%)。男性7例、女性3例、手術時年齢63.1±8.8歳。全例人工心肺使用、心停止下に虚血領域のCABGとdyskinesisの範囲により左室形成の術式を選択した。【成績】NYHA分類による心不全症状は術前2.4±0.8度から術後1.5±0.7度に改善(p<0.05)。現時点で術後31ヶ月目に肝がんにて死亡した1例を除く9例が生存し社会生活を送っている。【結論】陳旧性心筋梗塞にて前壁中隔の dyskinesis を来した症例に対しCABGに左室形成術を併施することにより心不全症状の改善と良好な中期遠隔予後が得られた。

44 スタンフォードA型急性大動脈解離術後ICUにて左冠動脈閉塞をきたした1例 市立札幌病院 循環器センター 循環器外科

宇塚 武司、中島 智博、中村 雅則、渡辺 祝安

症例は77歳女性。胸背部痛を主訴に当院救急外来を受診、スタンフォードA型急性大動脈解離の診断で同日緊急上行大動脈置換術を行った。ICU入室後急激な血圧の低下がみられ、CPR施行しながらPCPSを導入した。緊急造影CTにて冠動脈の評価が困難で、さらに冠動脈造影を行ったが左冠動脈が描出できず、中枢側の再解離を疑い同日再手術を行った。中枢側吻合部を再見するも中枢側に解離は明らかでなく、左冠動脈主幹部内腔は保たれていた。再度断端固定、中枢側吻合を行った後、LADにA-Cバイパスを追加し手術を終了した。術後重度の左心不全をきたし長期のPCPS、IABP管理を要したが徐々に回復、現在術後4か月経過し病棟でリハビリ中である。本症例における再手術時の所見などをふまえ本症例における問題点について考察する。

45 一尖大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対する自己心膜を使用した大動脈弁形成術の1例
新札幌循環器病院 心臓血管外科

神吉 和重

症例は73歳男性、大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対する手術目的で紹介された。心エコー検査で、弁は著明な石灰化を呈し、左室大動脈圧較差は最高183mmHg、逆流はIII/IV度。手術は自己心膜を使用した大動脈弁形成術（尾崎法）を施行した。大動脈弁は単尖弁であった。弁尖切除し、グルタールアルデヒド処理を施した自己心膜で再建した。大動脈遮断時間135分、人工心肺時間180分。術後心房細動を繰り返えし、リハビリに時間を要したが、40病日に独歩退院した。術後心エコー検査で弁逆流なく、圧較差は最大24mmHgであった。自己心膜を使用した大動脈弁形成術は、自己組織を使用するため抗凝固療法が不要であること、人工弁の弁座にあたる部分がなく、術後圧較差は少ないなどの利点がある。形態異常の一尖弁に対しても有用な方法であった。

46 当院における重症三尖弁閉鎖不全症に対する三尖弁置換術の検討
市立旭川病院 胸部外科

奥山 淳、大場 淳一、宮武 司、吉本 公洋、杉本 聡、青木 秀俊

背景：重症の三尖弁閉鎖不全症(TR)は主に右心不全を呈し肝障害、消化管機能低下、低心拍出量症候群などで予後を悪化させる。しかし左心不全を主とする疾患に対しバイタルサイン悪化は来たしづらく、積極的に侵襲的治療に踏み切りづらい。当院における三尖弁置換術について検討した。対象：重症TRに対して三尖弁置換術を行った17例。術前後のNYHAで改善群と非改善群とし、術前の状態と検討。結果：院内死亡は0人。肝機能は $p=0.65$ 、腎機能は $p=0.11$ 、心拍出量は $p=0.95$ 、肺動脈圧は $p=0.80$ 、年齢は $p=0.46$ といずれも2群間で有意差はないが、腎機能が非改善群で高めの傾向であった。NYHA4度は2症例とも非改善群であった。結語：合併症を有していても重症TRは手術の対象となるが、腎機能悪化前、NYHA4度前の手術施行が肝要であると示唆された。

47 AVR・MAP 後遠隔期に Intervalvular Fibrous Body 再建を伴う Bentall 手術・MVR を施行した大動脈炎症候群の1例
北海道大学 循環器・呼吸器外科

内藤 祐嗣、新宮 康栄、若狭 哲、大岡 智学、加藤 裕貴、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎

【症例】50代男性。【現病歴】10年前から大動脈炎症候群に対してプレドニンを服用、同年AR・MRに対してAVRとMAPが行われた。その後炎症反応再燃なくプレドニンは5mg/dayに漸減されたが大動脈基部拡大(60mm)と重症MSを認め当科紹介となった。【手術】大動脈基部内腔から僧帽弁位人工弁輪の一部を認め、大動脈弁位人工弁縫着部は非常に脆弱であった。Superior-transseptal approachで僧帽弁を観察すると前尖は大動脈壁に癒着し可動性は無く、人工弁輪と前尖、intervalvular fibrous body (IFB)を切除し27mm機械弁を縫着した。IFB欠損部は馬心膜パッチで再建し23mm機械弁付26mm人工血管にて基部再建を行った。術後経過は良好で術後27日目に独歩退院となった。【結語】IFB再建を伴うBentall手術・MVRを行い良好な結果を得たので報告する。

48 右開胸小切開開心術 (Minimally Invasive Cardiac Surgery : MICS) による再手術の検討

¹心臓血管センター北海道大野病院 心臓血管外科、²心臓血管センター北海道大野病院 循環器内科

大川 洋平¹、安達 昭¹、鈴木 正人¹、野村 文一¹、杉木 健司¹、数井 暉久¹、大野 猛三¹、山下 武廣²、今井 斎博²、前野 大志²、斎藤 泰史²、岩切 直樹²、長島 雅人²、森田 亨²、中川 俊昭²

【目的】医療の発達に伴い術後患者の高齢化が進み、心臓再手術症例が増加していると言われている。再手術には初回手術にはない特有なリスクがあり、治療成績は初回手術と比し不良と報告されている。今回我々は4例の再手術において右開胸小切開開心術(MICS)を行い、良好な結果を得たので報告する。【方法】4例の初回手術はそれぞれ、冠動脈バイパス術後が3例、弁膜症術後が1例であった。再手術は僧帽弁形成術が2例、僧帽弁置換術が2例であった。【成績】手術死亡は無く、全例経過は良好であった。【結論】再手術におけるMICSは心室の剥離をほとんど必要としないため、心筋損傷の予防や手術時間の短縮が期待できる。また冠動脈バイパスグラフトの損傷が回避可能である。

49 20年以上の長期透析歴患者に対する開心術症例

¹札幌中央病院 心臓血管外科、²札幌中央病院 呼吸器外科

大澤 久慶¹、村木 里志¹、櫻田 卓¹、川原田 修義¹、佐々木 潤¹、荒木 英司¹、中島 慎治²
20年以上の長期透析歴をもつ患者は少なく、20~25年で3.6%、25年以上で4.0%と報告されている。今回、われわれは20年以上の長期透析患者の開心術を5例経験したので報告する。対象症例は5例で、男性2例、女性3例、平均年齢66±10.9歳、平均透析期間326.4±42.8(264-372)ヵ月であった。腎原疾患は、慢性糸球体腎炎が3例、ネフローゼ、多発性のう胞腎(PCK)が各々1例であった。心疾患は、虚血性心疾患(IHD)2例、大動脈狭窄症(AS)2例、大動脈弁閉鎖不全(AR)1例で、それぞれ冠動脈バイパス術(CABG)、大動脈弁置換術(AVR)を施行した。全例、経過は問題なかった。症例3で術後3年目にASの進行とグラフト不全のため、再手術を施行した。予後に関しては、症例1が急性上腸間膜動脈閉塞(SMAO)、症例2が膀胱癌でそれぞれ開心術後6年目に死亡した。

50 当院での胸部大動脈疾患に対する緊急手術の成績

札幌医科大学 心臓血管外科

黒田 陽介、伊藤 寿朗、安田 尚美、小柳 哲也、樋上 哲哉
当院での胸部・胸腹部大動脈疾患に対する緊急手術におけるopen surgery(OS)とTEVARの使い分けについて術後成績を含め検討した。2006年12月から2013年6月までの胸部大動脈疾患緊急症例218例のうちA型解離(114例)を除く104例を対象とした。診断の内訳は、B型解離17例、動脈瘤破裂・切迫破裂75例、外傷性大動脈損傷12例であった。疾患別のTEVARの割合はB型解離で82%、動脈瘤破裂・切迫破裂で64%、外傷性大動脈損傷で92%であった。院内死亡率はB型解離でOS:33%、TEVAR:14%、動脈瘤破裂でOS:30%、TEVAR:13%、外傷性大動脈損傷でOS:0%、TEVAR:9%であった。

51 Stanford A型偽腔閉塞型大動脈解離の2例

北海道循環器病院 心臓血管外科

坂田 純一、塚本 勝、斉藤 達弥、横山 秀雄、安倍 十三夫、中瀬 篤信、伊達 修、大堀 克己
Stanford A型の偽腔閉塞型解離(以下偽腔閉塞)の治療指針は、緊急手術の是非で意見が分かれる。本邦のガイドラインでは合併症のある症例や高危険群では緊急手術が推奨され、そうでない症例では早期の内科治療は可能としている。今回我々は偽腔閉塞の2例を経験した。症例1は65歳女性。朝食後、背部痛を自覚して救急搬送。CTにて偽腔閉塞で内科治療を施行したが再解離を認め、発症18日後に上行大動脈人工血管置換術を施行。症例2は42歳男性。起床後突然背部痛を自覚し搬送。CTにて偽腔閉塞で嚴重な降圧療法で43日後自宅退院された。保存療法では嚴重な血圧管理が必要で安易なADL拡大は解離の進展を起し緊急手術へつながることもある。また長期の頻回なCT検査を要し、対術能のある症例では早期手術でのリスク回避も有効と考える。

52 偽腔開存型慢性大動脈解離に対する血管内治療

¹旭川医科大学 心臓外科、²旭川医科大学 血管外科

角浜 孝行¹、赤坂 伸之¹、光部 啓治郎¹、伊勢 隼人¹、内田 恒²、東 信良²
企業製ステントグラフトが使用可能となった2009年以降、経過観察中に下行大動脈径の拡大を認めた偽腔開存型慢性大動脈解離14例に対してTEVARを行った。年齢は平均72.9(62-82)歳で、8例が弓部全置換、3例が腹部分枝再建を伴う胸腹部置換術後だった。術前CTでAdamkiewicz動脈を同定、可能な限り同動脈を回避する方針とした。使用機種は、TAG 9、TX2 4、TAG+Talent 1例。弓部全置換後のElephant trunkはLanding zoneとして有用だった。術後対麻痺発生はなく、在院死亡も認めなかった。全例で下行大動脈の偽腔の血栓化が促進された。平均観察期間404(4-1280)日で、経過中に追加治療を要した症例はなかった。しかし、術後にリエントリーやType II エンドリークを認める症例では、大動脈径の拡大を認めることがあり注意深い経過観察が必要である。

53 腸骨動脈瘤に対する企業製ステントグラフトによる血管内治療

国立病院機構北海道医療センター 心臓血管外科

川崎 正和、石橋 義光、森本 清貴、國重 英之、井上 望

2008 年 5 月以降当科において EVAR を施行した 46 例中、腸骨動脈瘤が 30mm 以上に拡大し、企業製ステントグラフトを用いて血管相治療を行った 11 例について検討を加えた。年齢は 67～87 歳で平均 80.2 歳。男性 8 例、女性 3 例。手術適応となった腸骨動脈瘤の部位は総腸骨動脈 7 例、内腸骨動脈 3 例、両者を合併した症例が 1 例であった。腹部大動脈瘤を合併した 3 例を含めた計 5 例については分岐型デバイスを併用し、その他の 6 例については補助デバイスのみを使用、また全例に内腸骨動脈に対するコイル塞栓術を施行した。観察期間は 1～31 ヶ月で平均 10.4 ヶ月と短い、瘤径が拡大した症例は 1 例もなく、endoleak は内腸骨動脈瘤の 1 例に内腸骨動脈からの type 2 を認めるのみで、死亡症例は 1 例もなかった。上記症例につき文献的考察を加えて報告する。

第 110 回日本循環器学会北海道地方会 Young Investigator's Award 実施要綱

北海道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「Young Investigator's Award（北海道地方会 YIA）」を行っています。

■実施要領

- ・研修医あるいは医学生(演題応募時点)による発表演題を対象とし、初期研修医・医学生は「症例報告」、後期研修医は「臨床研究」に関する発表とします。
- ・演題登録時に、「YIA・症例報告セッション」に応募する(初期研修医・医学生)あるいは、「YIA・臨床研究セッション」に応募する(後期研修医)を選択して下さい。
- ・「症例報告セッション」および「臨床研究セッション」とも、優秀演題を顕彰するほか、発表者全員に参加賞を授与します。
- ・施設あたりの応募演題数に制限は設けず、複数演題応募可能です。ただし、YIA セッション演題は「症例報告セッション」と「臨床研究セッション」合わせて 10 題を上限とし、応募多数の場合は審査委員によって提出された抄録と履歴書をもとに事前選考を行なわせていただきます。
- ・YIA セッション事前選考から外れた演題については、一般演題セッションでご発表いただくことになります。選考の結果については、地方会開催1ヶ月程度前に地方会プログラムが日本循環器学会ホームページ(http://www.j-circ.or.jp/information/chihoukai/chihou_schedule.htm)にアップロードされますので、各自ご確認ください。
- ・当日の口述発表では下記の各項目 5 点満点(総点数 25 点満点)で審査いたします。
 1. 正しい医学用語の使用(抄録も審査対象)
 2. スライドの構成・プレゼンテーション能力
 3. 考察の内容
 4. 質問に対する応答
 5. 循環器臨床に対する貢献度
- ・発表時間 7 分、討論 3 分とします。発表時間制限を超過した場合はには超過時間に応じて減点されますのでご注意ください
- ・YIA セッションは教育セッション直前の午前のセッションとし、セッション終了後に審査会を開催して選考いたします。
- ・教育セッション直前の時間帯で開催する表彰式で優秀賞 3 演題を顕彰いたします。

■第 110 回日本循環器学会北海道地方会 YIA 選考委員会

委員長: 岡本 洋	(国立病院機構北海道医療センター 循環器内科)
委 員: 筒井 裕之	(北海道大学 循環病態内科)
委 員: 松居 喜郎	(北海道大学 循環器・呼吸器外科)
委 員: 三浦 哲嗣	(札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)
委 員: 樋上 哲哉	(札幌医科大学 心臓血管外科)
委 員: 長谷部 直幸	(旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科)
委 員: 赤坂 伸之	(旭川医科大学 心臓外科)

第 110 回日本循環器学会北海道地方会 無料臨時託児室のご案内

会場内に無料臨時託児室をご用意いたします。ご利用は第 110 回日本循環器学会北海道地方会の参加者に限ります。ご希望の方は必ず下記ご利用規約に同意の上、お申し込みください。

【ご利用規約】

第 110 回日本循環器学会北海道地方会無料臨時託児室のご利用にあたり、以下の利用規約を必ずご了解の上、お申し込みいただきますようお願いいたします。

■託児委託先: 有限会社札幌シッターサービス

■ご利用資格: 第 110 回地方会参加者を保護者とする健康な生後 3 ヶ月～6 歳未満の小児

■託児室開設日時: 平成 25 年 11 月 23 日(土) 9:00～16:30

■定員: 6 名

(定員に達した場合にはキャンセル待ちとなります。キャンセルが出た場合にのみお申し込み順にご連絡させていただきますので、何卒ご了承ください。)

■開設場所: セキュリティ確保の為、お申込者のみにご案内いたします。

■料金: 無料

■ご持参頂くもの

- ・ 保護者の身分証明書
- ・ 利用申込書・同意書(捺印の上、受付時に託児スタッフにお渡しください)
- ・ 受領確認書

(利用申込書・同意書に記入の上 FAX にてお申し込みいただいた後、受領確認書を FAX にてお送りいたします。)

＜託児に必要なもの＞

- ・ 飲み物(お茶・お水等)
- ・ 離乳食、哺乳瓶、お湯、1 回分ずつに小分けした粉ミルク(必要な方のみ)
- ・ お着替え
- ・ オムツ、おしり拭き、汚れ物用ビニール袋(汚れ物はお持ち帰りください)

※ 持ち物には必ずご記名をお願いします。

■お食事について

- ・ 託児室でのお食事の用意はございません。昼食時はお子さまをお迎えいただくか、昼食をご持参ください。
- ・ おやつ、お飲物はすべてご持参いただいたものをお召し上がりいただきます。

■お薬について

- ・ 投薬は保護者様にお願い致します。シッターからの投薬は控えさせていただきます。
- ・ その日の体調や希望など受付時にお伝えください。

■その他

- ・ お熱が 38 度以上ある場合、嘔吐・下痢が激しい場合、伝染性の病気・皮膚疾患がある場合(水疱瘡・インフルエンザ・とびひ等)は、お預かりができません。1 週間以内にこれらの症状があった場合は、受付時にお知らせください。
- ・ 安全配慮上、お預け入れとお迎えは、同じ方(保護者様)にてお願い致します。

■補償内容

有限会社札幌シッターサービスのベビーシッターサービスは、保護者のご依頼を受けて下記のことを承諾していただくことを条件に、お子様のお世話をさせていただきます。

万一、ベビーシッターサービス期間中に、保護養育しているお子様の身体ないし器物に損傷等の事故が生じた時、その原因が当方の責任によると認められる正当な理由がある場合は、当社の加入している保険によって補償される金額の範囲内で賠償させて頂き、有限会社札幌シッターサービスはそれ以上の責任を負うことは致しかねます。

尚、有限会社札幌シッターサービスのサービスに起因しないお客様の急激な体調の変化等については、責任を負いかねますので何卒ご了承下さい。

また、日本循環器学会及び日本循環器学会北海道支部ではいかなる責任も負いかねます。

【お申し込み方法】

別紙「利用申込書・同意書」に必要事項をご記入のうえ、11月13日(水)までにFAXにてお申し込みください。後日、「受領確認書」をFAXにてお送りいたします。お申し込み後に「受領確認書」が届かない場合には、下記のお申し込み先・お問い合わせ先まで必ずお問い合わせください。

※託児室の場所は、「受領確認書」に記載させていただきます。

※お子様を託児室にお連れいただく際に、「受領確認書」および「利用申込書・同意書(捺印済)」の原本をご持参ください。

【お申し込み先・お問い合わせ先】

有限会社札幌シッターサービス

〒006-0052 札幌市中央区南2条東6丁目5-102

TEL011-281-0511 / FAX011-261-1873