

第 112 回日本循環器学会北海道地方会

(第 94 回北海道医学大会 循環器分科会)

日 時 : 平成 26 年 11 月 22 日(土) 9:15~15:45

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 : 北海道大学大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科学 松居喜郎

■教育セッション I (12:00~13:00)

座 長 : 筒井 裕之、絹川 真太郎

(北海道大学 大学院医学研究科 循環病態内科学)

「重症心不全の遠隔診療:preclinical HF を知る、治す」

岡山大学 循環器内科 教授 伊藤 浩 先生

■教育セッション II (13:00~14:00)

座 長 : 松居 喜郎(北海道大学 大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科学)

「心臓移植と補助人工心臓:現状と将来展望」

東京大学 大学院医学系研究科 心臓外科 教授 小野 稔 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] 北海道大学 大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科 若狭 哲

TEL: 011-706-6042 FAX: 011-706-7612

E-mail: jungeka@med.hokudai.ac.jp

◆◆◆◆◆◆ 演者の皆様へ ◆◆◆◆◆◆

発表時間：5分（YIAセッション:7分）
討論時間：2分（YIAセッション: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。
※虚血性・YIAセッション I・末梢血管のセッションの演者は 9:00 までに PC 受付にお越しください。
※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・省電力設定を解除し、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、音声の使用はできません。受付後の発表データの修正等は一切できません。
- 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。
- 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。
- 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)。
- 発表終了後に、発表受付・動作確認時にお渡しした「パソコン・メディア返却券」と引き換えに、PC 本体を返却致します。PC の返却は 16:00 で終了致します。必ず時間内に PC 受付でお受け取りください。

◆◆◆◆◆◆ 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

J R 「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

※学术交流会館には駐車場がありませんので、最寄りの公共交通機関をご利用願います。

◆◆◆◆◆ 会場案内図 ◆◆◆◆◆



第112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2会議室	1Fホール
9:15~9:20	開会の辞			
9:20~9:50	虚血性 (1~4) 4x7分=30分	9:50~10:25 末梢血管 (15~18) 4x7分=30分		
9:55~10:45	YIAセッション I (初期研修医・医学生) (5-9) 5x10分	10:25~11:07 心筋症・心臓腫瘍 (19~24) 6x7分=42分		
10:45~11:35	YIAセッション II (後期研修医) (10~14) 5x10分	11:10~11:45 不整脈 (25~29) 5x7分=35分		
11:50~11:58	YIA表彰式		11:35~11:50 YIA審査委員会	
12:00~13:00	教育セッション I (ランチョン) 岡山大学 循環器内科 伊藤 浩先生 <small>(共催 プリストルマイヤーズ株式会社/ ファイザー株式会社)</small>			9:00~16:00 無料臨時 託児室 <small>(完全予約制)</small>
13:00~14:00	教育セッション II 東京大学 心臓外科 小野 稔先生 <small>(共催 プリストルマイヤーズ株式会社/ ファイザー株式会社)</small>			
14:05~14:35	大動脈 (30~33) 4x7分=30分			
14:35~15:10	先天性・弁膜症 (34~38) 5x7分=35分		14:05~15:35 DVDセッション 医療安全・医療倫理に 関する講演会	
15:10~15:45	心臓その他 (39~43) 5x7分=35分			

第1会場 (小講堂)

開会の辞 (09:15~09:20) 会長 松居 喜郎 (北海道大学大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科)

一般演題 午前部 (09:20~09:50)

■ 虚血性 (9:20~9:50) ■

座長: 神津 英至 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)

橘 一俊 (札幌医科大学 心臓血管外科)

1. 担癌患者における外科的冠動脈血行再建

○宇塚 武司、安田 尚美、中村 雅則、渡辺 祝安
市立札幌病院 循環器センター 外科

2. 冠動脈ステント内再狭窄病変に対する Drug-coated balloon の使用経験

○鏡 和樹、安在 貞祐、米澤 一也、広瀬 尚徳、小室 薫
国立病院機構 函館病院 循環器科

3. Complete Healing of SCAD: Serial Follow-up Using Angiography, IVUS and OCT

○今井 斎博、山下 武廣、呉林 英悟、前野 大志、小熊 康教、長堀 亘、斎藤 泰史、
岩切 直樹、長島 雅人、森田 亨、中川 俊昭
心臓血管センター北海道大野病院

4. 当院での STEMI 症例における年齢別臨床像の検討

○大蔵 美奈子、高橋 文彦、細口 翔平
留萌市立病院 循環器内科

■ YIAセッション I (09:55~10:45) ■

座 長： 川辺 淳一（旭川医科大学 心血管再生先端医療開発講座）
丹野 雅也（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科）
横式 尚司（北海道大学 循環病態内科）

【症例報告】

5. 嚢状動脈瘤合併冠動脈肺動脈瘻を伴った成人左側相同の1例

○伊藤 憲、今川 正吾、石戸谷 裕樹、山梨 克真、宜保 浩之、蒔田 泰宏、松村 尚哉
市立函館病院 循環器内科

6. 周産期心筋症の1例：当院過去10年の発症状況とともに

○金子 直哉、久馬 理史、川俣 美帆、渡利 道子、吉田 博、松本 環、西里 仁男、
占部 和之、西村 光弘
社会医療法人母恋 天使病院 臨床研修室

7. 病勢コントロール良好なHIV患者に発症した心筋症の一例

○在原 房子¹、徳田 裕輔²、松谷 健一²、齋藤 晶理²、納谷 昌直²、絹川 真太郎²、榊原 守²、
筒井 裕之²
¹北海道大学病院 初期研修医、²北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学

8. シェーグレン症候群が発症に関与したと推察される心筋炎の1症例

○長南 新太¹、高橋祐美²、仲野 一平²、森本 信太郎²、平林 鑑²、町田 正晴²
¹苫小牧市立病院 初期研修医、²苫小牧市立病院 循環器内科

9. 心房中隔欠損と肺動脈狭窄の合併による肺高血圧症に対し、薬物療法後に心房中隔欠損閉鎖術を施行し得た一例

○渡邊 晃一、井垣 勇祐、能登 貴弘、西沢 慶太郎、村上 沙耶香、西田 絢一、望月 敦史、
石村 周太郎、吉田 英昭、橋本 暁佳、三浦 哲嗣
札幌医科大学 医学部 循環器腎臓代謝内分泌内科学講座

■ YIAセッションⅡ (10:45~11:35) ■

座長：山田 聡 (北海道大学 循環病態内科)

湯田 聡 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座兼検査部)

竹内 利治 (旭川医科大学循環・呼吸・神経病態内科)

【症例報告】

10. 経静脈的カテーテル生検で組織採取に成功し化学療法で寛解を得た巨大右房原発悪性リンパ腫の一例

○本居 昂¹、高橋 将成¹、萩原 光¹、尾畑 嘉一¹、辻永 真吾¹、前川 聡¹、工藤 雅人²、坂井 英世¹

¹市立釧路総合病院 心臓血管内科、²北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学講座

11. 急速に心不全が進行し補助人工心臓の植込みに至ったダノン病の1例

○横山 翔大¹、三山 博史¹、相川 忠夫¹、片山 貴史¹、笹井 春江¹、榊原 守¹、絹川 真太郎¹、山田 聡¹、大岡 智学²、松居 喜郎²、筒井 裕之¹

¹北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学、²北海道大学大学院医学研究科 循環器外科

【臨床研究】

12. 安定冠動脈疾患患者のPCI後の予後予測における、SYNTAX scoreとGensini scoreの有用性の比較

○神山 直之、國分 宣明、村上 直人、藤戸 健史、川向 美奈、永野 伸卓、望月 敦史、西田 絢一、神津 英至、村中 敦子、下重 晋也、湯田 聡、長谷 守、橋本 暁佳、土橋 和文、三浦 哲嗣

札幌医科大学 医学部 循環器腎臓代謝内分泌内科学講座

13. 当院における大動脈解離・大動脈瘤の救急症例の検討

○細口 翔平、高橋 文彦、大蔵 美奈子

留萌市立病院 循環器内科

14. 当院における経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVR)を施行した10例の報告

○佐藤 宏行、矢加部 大輔、杉本 洋一郎、畠 信哉、佐々木 晴樹、吉岡 拓司、浅野 嘉一、宮本 憲次郎、大本 泰裕、広上 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

第2会場 (第1会議室)

一般演題 午前の部(9:50~11:45)

■ 末梢血管 (9:50~10:25) ■

座長: 内田 恒 (旭川医科大学 血管外科)

八巻 多 (名寄市立総合病院 循環器内科)

15. 血管型ペーチェット病による深部静脈血栓症の一例

○阿部 智絵、寺山 敬介、伊東 直史、白井 真也、築詰 徹彦、神垣 光徳
KKR 札幌医療センター 循環器内科

16. 孤立性腹腔動脈解離慢性期に孤立性上腸間膜動脈解離を生じた1例

○吉村 喬樹、鈴木 隆司、鈴木 ひとみ、河野 龍平、奥山 道記、郡司 尚玲、幕内 智子、
星合 愛
勤医協中央病院 心臓血管センター

17. Angio-Seal に起因した大腿動脈狭窄性病変に対して血管形成術を施行した1例

○川崎 正和¹、石橋 義光¹、森本 清貴¹、國重 英之¹、井上 望¹、菅野 宏美²
¹独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 心臓血管外科・²北海道大学病院 病理部

18. F-P bypass failure の浅大腿動脈及び膝窩動脈慢性完全閉塞へ EVT を行った CLI の一例

○丹 通直、浦澤 一史、佐藤 勝彦、越田 亮司、中川 裕也、原口 拓也
社会医療法人 社団カレスサッポロ 時計台記念病院 循環器内科

■ 心筋症・心臓腫瘍（10:25～11:07） ■

座長： 横田 卓 （北海道大学 循環器病態内科）

大岡 智学 （北海道大学 循環器・呼吸器外科）

19. 巨大右室内腫瘍, 肺動脈塞栓症の一例

○田所 心仁、高畑 正弘、柿木 梨沙、木谷 俊介、川崎 まり子、管家 鉄平、五十嵐 正、石丸 伸司、岡林 宏明、古谷 純吾、五十嵐 康己、五十嵐 慶一
地域医療機能促進機構 北海道病院 心臓内科

20. 心臓サルコイドーシスに肺高血圧症を合併した一症例

○河端 奈穂子、坂本 央、黒嶋 健起、後藤 全英、伊達 歩、杉山 英太郎、簗島 暁帆、田邊 康子、竹内 利治、佐藤 伸之、川村 祐一郎、長谷部 直幸
旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野

21. たこつぼ心筋症の入院初日に心破裂に至った1例

○鏡 和樹、米澤 一也、安在 貞祐、広瀬 尚徳、小室 薫
国立病院機構 函館病院 循環器科

22. たこつぼ型心筋症からの回復後に心尖部肥大型心筋症と判明した一例

○浅野目 晃、木谷 裕也、井川 貴行、平山 康高、菅野 貴康、石井 良直
市立旭川病院 循環器内科

23. ステロイド治療により高度房室ブロックが改善した心臓サルコイドーシスの1例

○小森山 弘和、齋藤 高彦、小野 太祐、徳原 教、白川 亮介
北見赤十字病院 循環器内科

24. 北海道における心臓移植

○大岡 智学¹、新宮 康栄¹、若狭 哲¹、橘 剛¹、松居 喜郎¹、榊原 守²、絹川 真太郎²、筒井 裕之²

¹北海道大学大学院医学研究科循環器呼吸器外科、²循環病態内科学

■ 不整脈 (11:10~11:45) ■

座長： 宮木 靖子 (札幌医科大学 心臓血管外科)

下重 晋也 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)

25. **デバイス関連感染性心内膜炎に対しエキシマレーザーによる経静脈的リード拔去が奏効した一例**

○徳田 裕輔¹、鎌田 墨¹、神谷 究¹、松島 将士¹、横田 卓¹、榊原 守¹、四倉 昭彦²、筒井 裕之¹

¹北海道大学病院 循環器内科、²北光記念病院 循環器内科

26. **頻脈性心筋症に対して経皮的心筋焼灼術を施行して心機能が改善した一例**

○柿木 梨沙、石丸 伸司、高畑 昌弘、田所 心仁、木谷 俊介、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
地域医療機能促進機構 北海道病院 心臓内科

27. **新規抗凝固薬継続で心房細動のアブレーションを行うことの有効性、安全性の評価**

○石丸 伸司¹、川崎 まり子¹、柿木 梨沙¹、高畑 昌弘¹、田所 心仁¹、木谷 俊介¹、管家 鉄平¹、五十嵐 正¹、岡林 宏明¹、古谷 純吾¹、五十嵐 康己¹、五十嵐 慶一¹、多羽田 雅樹²

¹ 地域医療機能推進機構 北海道病院 心臓血管センター 心臓内科、² 地域医療機能推進機構 北海道病院 ME 部

28. **巨大左心房に対する spiral plication による左心房縫縮の治療経験**

○杉木 宏司

社会医療法人社団 カレスサッポロ 北光記念病院 心臓血管外科

29. **心房細動を合併する大動脈弁狭窄症症例に対する大動脈弁置換術の際に不整脈手術を併施することの意義**

○関 達也、若狭 哲、新宮 康栄、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

北海道大学病院 循環器呼吸器外科

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、絹川 真太郎
(北海道大学大学院医学研究科 循環病内科学分野)

「重症心不全の遠隔診療 - preclinical HF を知る、治す -」

岡山大学 循環器内科 教授 伊藤 浩先生

教育セッション II (13:00~14:00)

座長：松居 喜郎 (北海道大学大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科学分野)

「心臓移植と補助人工心臓：現状と将来展望」

東京大学大学院医学系研究科 心臓外科 教授 小野 稔先生

共催：ブリストル・マイヤーズ株式会社

ファイザー株式会社

第1会場 (小講堂)

一般演題 午後の部 (14:05~15:45)

■ 大動脈 (14:05~14:35) ■

座長： 川原田 修義 (札幌中央病院 心臓血管外科)

富樫 信彦 (JR札幌病院 循環器・腎臓内科)

30. 胸腔内血腫を伴う胸部下行大動脈瘤破裂に対する TEVAR

○中島 智博、伊藤 寿朗、佐藤 宏、黒田 陽介、樋上 哲哉
札幌医科大学 心臓血管外科

31. 高レニン性肺水腫が診断の契機となった高安動脈炎の一例

○川崎 まり子¹、高畑 昌弘¹、柿木 梨沙¹、田所 心仁¹、木谷 俊介¹、管家 鉄平¹、五十嵐 正¹、
石丸 伸司¹、岡林 宏明¹、古谷 純吾¹、五十嵐 康己¹、五十嵐 慶一¹、吉田 俊人²、小林 一哉²
¹地域医療機能推進機構 北海道病院 心臓内科、²地域医療機能推進機構 北海道病院
心臓血管外科

32. 心サルコイドーシスに上行大動脈瘤を合併した1例

○仲澤 順二、奈良岡秀一
函館五稜郭病院 心臓血管外科

33. 解離性総肝動脈瘤・脾動脈瘤を合併した Stanford B型大動脈解離の一例

○松谷 健一、片山 貴史、神谷 究、松島 将士、横田 卓、榊原 守、筒井 裕之
北海道大学病院 循環器内科

■ 先天性・弁膜症 (14:35~15:10) ■

座長： 榊原 守 (北海道大学 循環器病態内科)

新宮 康栄 (北海道大学 循環器・呼吸器外科)

34. 2D心エコーによるファロー四徴症(TOF)術後の右室容量負荷判定についての検討

○武井 黄太、武田 充人、山澤 弘州、古川 卓朗、泉 岳

北海道大学大学院 小児科学

35. 肺動静脈瘻に伴う心不全に対して外科的切除が奏功した一例

○三俣 兼人、坂本 健一、高橋 弘、中村 裕一、岡崎 雄介、中田 圭、西川 諒、山内 一暁、
松木 高雪

製鉄記念室蘭病院 循環器科

36. 肺血管拡張薬導入により手術治療し得た IPAH 合併 PAPVR の 1 症例

○萩原 敬之、橘 一俊、沼口 亮介、宮木 靖子、石川 成津矢、高木 伸之、樋上 哲哉

札幌医科大学 心臓血管外科学講座

37. 僧帽弁輪石灰化に腫瘤を合併した透析患者の 2 症例

○萩原 光、高橋 将成、尾畑 嘉一、辻永 真吾、前川 聡、坂井 英世

市立釧路総合病院 心臓血管内科

38. 大動脈二尖弁とパラシュート僧房弁を合併した 1 手術例

○櫻田 卓、村木 里誌、川原田 修義、佐々木 潤、荒木 英司

社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院 心臓血管外科

■ 心臓その他 (15:10~15:45) ■

座長： 眞岸 克明 (名寄市立総合病院 心臓血管外科)

竹内 利治 (旭川医科大学循環・呼吸・神経病態内科)

39. 高齢者心不全患者へのトルバプタン使用経験

○山田 豊

元生会森山病院 循環器内科

40. 日本における都市部および非都市部の医師数、循環器疾患死亡率の検討

○長島 仁、沼崎 太

士別市立病院 循環器内科

41. 心臓血管外科術後、ピソノテープの使用経験

○窪田 武浩

国立病院機構函館病院 心臓血管外科

42. 抗リン脂質抗体症候群を合併した症例に対する開心術の経験

○新井 洋輔、稗田 哲也、浅井 英嗣、小林 一哉、内藤 祐嗣、新宮 康栄、若狭 哲、
加藤 裕貴、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

43. 適切な抗凝固治療のために Cockcroft-Gault 式の日本人係数を算出する必要がある

○平尾 紀文、井上 直樹、加藤 康寛、神田 孝一、佐藤 俊也、鈴木 喜之、相馬 孝光

札幌厚生病院 循環器内科

第2会議室

DVD セッション 医療安全・医療倫理に関する講演会 (14:05~15:35)

❖❖❖ 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 担癌患者における外科的冠動脈血行再建

市立札幌病院 循環器センター 外科

○宇塚 武司、安田 尚美、中村 雅則、渡辺 祝安

背景)担癌患者における外科的冠動脈血行再建方法は議論の多いところである。PCI と比較し、複雑、重症病変に対応可能、術後のDAPT の必要性が低い事などが長所として考えられるが、その一方で手術侵襲が比較的高いことが短所として挙げられる。対象)2010年12月より2014年9月までに当科にて外科的血行再建手術を受けた担癌患者 12 名において術前因子、術式、術後成績について検討した。結果)対象症例のうち AVR が必要だった 1 例を除き全例で OPCAB にて血行再建が行われた。バイパス本数は 1-6 本で平均 3.1 本であった。手術死亡、病院死亡ともに認めなかった。平均 15 か月のフォローアップ期間において手術後 2 年 4 か月で癌死亡した 1 例を除き全例が生存していた。

3 Complete Healing of SCAD: Serial Follow-up Using Angiography, IVUS and OCT

心臓血管センター北海道大野病院

○今井 斎博、山下 武廣、呉林 英悟、前野 大志、
小熊 康教、長堀 亘、斎藤 泰史、岩切 直樹、長島 雅人、
森田 亨、中川 俊昭

Spontaneous coronary artery dissection (SCAD) is a rare cause of acute coronary syndrome with the pathophysiology and prognosis remaining poorly understood. We report here a SCAD case, in which serial angiography, intravascular ultrasound, and optical coherence tomography demonstrated its complete healing.

2 冠動脈ステント内再狭窄病変に対する Drug-coated balloon の使用経験

国立病院機構 函館病院 循環器科

○鏡 和樹、安在 貞祐、米澤 一也、広瀬 尚徳、小室 薫

【症例 1】60 歳代男性。2011 年 3 月労作時胸痛あり。#1-90%、#2-75%に Cypher select+ Stent 3.0x33mm を留置。1.5 年後ステント内再狭窄(ISR)なし。2014 年 6 月労作時胸痛が出現。#2-90%ISRあり。耐圧バルーンで高圧拡張後 Drug-coated balloon(DCB)を用いた。【症例 2】60 歳代男性。2013 年 5 月急性心筋梗塞で #7-99%(TIMI-1)に Xience PRIME Stent 3.5x28mm を留置。1 年後 #7-75%ISRあり。スコアリングバルーンで前拡張しその後 DCB を用いた。【結語】DCB は本邦では保険償還されたばかりのデバイスであり、使用上の注意点も併せて当院での使用経験を報告する。

4 当院での STEMI 症例における年齢別臨床像の検討

留萌市立病院 循環器内科

○大蔵 美奈子、高橋 文彦、細口 翔平

約 4 万 5 千人の医療圏人口を有する留萌管内の中核病院のため、2 次医療以上を要する患者は、ほぼ当院へ搬入となる。よって地域の全体像が反映される。緊急治療を施行した STEMI 症例における年齢別の臨床像を検討した。前期生産年齢群(EP 群; ~54 歳)9 例、後期生産年齢群(LP 群;55~64 歳)12 例、前期高齢者群(EE 群;65~74 歳)8 例、後期高齢者群(LE;75 歳~)7 例の 4 群とした。男性の割合や、糖尿病の罹患率、喫煙率は、EP 群と LP 群で多く、高血圧は、EE 群、LE 群で多く認められた。脂質異常症は、全群で罹患率は高く、EP 群と LP 群では 100%、多くは未加療であった。入院時の BMI は、EP 群で 29 と同年代日本人の平均 BMI を超えていた。生活習慣の欧米化に伴う、今後の課題が浮かび上がる。

5 嚢状動脈瘤合併冠動脈肺動脈瘻を伴った成人左側相同の1例

市立函館病院 循環器内科

○伊藤 憲、今川 正吾、石戸谷 裕樹、山梨 克真、
宜保 浩之、蒔田 泰宏、松村 尚哉

症例は 60 歳代女性。持続性心房細動による急性心不全で入院した。電氣的除細動により洞調律復帰が得られ、心不全代償化後に施行された冠動脈造影検査にて瘤形成を伴う冠動脈肺動脈瘻が認められた。オキシメトリーでは肺体血流比の増加は検出されなかった。また、造影 CT 検査にて多脾症、両側二肺葉、脾体尾部欠損、腸回転異常および下大静脈奇静脈結合が認められ、本症例は嚢状動脈瘤合併冠動脈肺動脈瘻を伴った左側相同と診断された。冠動脈肺動脈瘻は冠動脈造影検査施行例の 0.3 から 0.8%に認められ、先天性冠動脈奇形で最も多い疾患であるが、瘤形成の合併は 0.06%と稀である。さらに、冠動脈肺動脈瘻を合併した左側相同の報告はない。今回我々は嚢状動脈瘤合併冠動脈肺動脈瘻を伴った成人左側相同の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

6 周産期心筋症の1例:当院過去10年の発症状況とともに

社会医療法人母恋 天使病院 臨床研修室

○金子 直哉、久馬 理史、川俣 美帆、渡利 道子、吉田 博、
松本 環、西里 仁男、占部 和之、西村 光弘

症例は 41 歳女性。妊娠直後の心エコー(UCG)では左室駆出率(EF)54%であった。妊娠 29 週に切迫早産のため当院産科で子宮収縮抑制薬開始。妊娠 35 週より労作時呼吸苦を認め、36 週に入院。帝王切開術を施行された。術後更なる呼吸状態の悪化を認め当科紹介、UCG 上 EF39%であり周産期心筋症(PPCM)と診断した。利尿薬の投与で体液管理可能であったが、1週後の UCG で依然として EF40%のため、利尿薬にエナラプリルを追加した。術後 25 日の時点で症状の悪化なく退院となった。PPCM は妊娠最終月から分娩後 5 カ月までに発症する EF50%未満の心筋疾患で、本邦では 2 万分娩に 1 例と発症は稀である。近年その病因に異型プロラクチンの関与が指摘され、プロモクリプチン投与の有効性が報告されている。当院ではこの 10 年で 6 例の PPCM 発症があり文献的考察を加えて報告する。

7 病勢コントロール良好な HIV 患者に発症した心筋症の一例

¹北海道大学病院 初期研修医、²北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学

○在原 房子¹、徳田 裕輔²、松谷 健一²、齋藤 晶理²、
納谷 昌直²、絹川 真太郎²、榊原 守²、筒井 裕之²

50 歳代男性。HIV 感染症の診断で 10 年以上前から HAART(Highly Active Anti-Retroviral Therapy)療法開始され HIV-1 RNA 量は検出感度以下と病勢はコントロールされていた。今回、息切れ並びに胸部 X 線にて心拡大と肺うっ血を認めたため当科紹介受診。心エコーにて LVDd6mm・LVEF18%、BNP 1137pg/ml を認め、心不全の精査加療目的で入院となった。左室収縮障害をきたす明らかな原因を認めず、臨床経過、心筋生検の所見より HIV 関連心筋症と診断した。HAART 導入後 HIV 患者の予後は劇的に改善した一方、慢性期に生じる心筋症の併発が懸念されている。病勢コントロール良好な HIV 患者に発症した心筋症を経験したため報告する。

8 シェーグレン症候群が発症に関与したと推察される心筋炎の1症例

¹苫小牧市立病院 初期研修医、²苫小牧市立病院 循環器内科

○長南 新太¹、高橋祐美²、仲野 一平²、森本 信太郎²、
平林 鑑²、町田 正晴²

症例は 35 歳女性。橋本病で内服加療中。受診 3 日前より腹痛と発熱を認め前医受診。完全房室ブロックのショックバイタルで当院搬送。UCG で壁運動障害(EF20%)を認めたが CAG で有意狭窄なし。循環サポート、大量免疫グロブリン療法、ステロイド投与を行い心機能は改善。入院第 2 病日施行の心筋生検で心筋炎と矛盾ない所見を認めた。同時期の血液検査で抗 SS-A 抗体高値を認め口唇生検の結果からシェーグレン症候群の合併が疑われた。ウイルス抗体価のベア血清は有意な所見なく、膠原病の関与を疑い心筋生検と口唇生検を比較した。結果、類似するリンパ球浸潤を認めシェーグレン症候群の関与を否定できないため現在もステロイド療法を継続中である。シェーグレン症候群合併の心筋炎の症例は少なく示唆に富むものとして報告する。

9 心房中隔欠損と肺動脈狭窄の合併による肺高血圧症に対し、薬物療法後に心房中隔欠損閉鎖術を施行し得た一例

札幌医科大学 医学部 循環器腎臓代謝内分泌内科学講座

○渡邊 晃一、井垣 勇祐、能登 貴弘、西沢 慶太郎、村上 沙耶香、西田 絢一、望月 敦史、石村 周太郎、吉田 英昭、橋本 暁佳、三浦 哲嗣

症例は37歳女性。2001年に心房中隔欠損症および肺動脈狭窄症と診断された。2010年労作時息切れのため当科紹介。平均肺動脈圧55mmHg、肺血管抵抗686dyn・sec/cm⁵、肺体血流比1.3、左右シャント率40%、右左シャント率22%とEisenmenger症候群への進展が疑われた。また肺動脈造影では狭窄病変を多数認めた。酸素負荷後に反応性の肺血管抵抗低下を認めたためボセンタンおよびシルデナフィルを開始した。2013年11月に施行したPET/CTにて弓部大動脈と肺動脈に集積を認め活動性大動脈炎が示唆され、プレドニゾロンを開始。2014年5月には平均肺動脈圧21mmHg、肺血管抵抗153dyn・sec/cm⁵まで改善し右左シャントが消失したため心房中隔欠損閉鎖術を施行した。

11 急速に心不全が進行し補助人工心臓の植込みに至ったダン病の1例

¹ 北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学、² 北海道大学大学院医学研究科 循環器外科

○横山 翔大¹、三山 博史¹、相川 忠夫¹、片山 貴史¹、笹井 春江¹、榑原 守¹、絹川 真太郎¹、山田 聡¹、大岡 智学²、松居 喜郎²、筒井 裕之¹

症例は20歳女性。兄(ダン病)の家族調査目的に平成12年遺伝子解析を施行し、LAMP-2欠損が認められ兄同様ダン病の確定診断となった。兄は平成21年に突然死。左室肥大が著明であったが、心収縮能の低下(左室駆出率EF42%)が認められ平成23年7月精査目的に入院。内服調整とともに、植込み型除細動器(ICD)植込み術を行った。しかし急速に心機能が悪化し(EF22%)、平成24年8月再入院。強心薬依存となり平成25年2月植込み型補助人工心臓(VAD)植込み術施行された。現在移植待機中である。ダン病は肥大型心筋症様心臓形態を示し、拡張相に移行し最終的には心不全死または心臓突然死に至る予後不良の疾患であるが、極めて稀な疾患で本邦での移植登録例が少なく貴重な症例と考えられ報告する。

10 経静脈的カテーテル生検で組織採取に成功し化学療法で寛解を得た巨大右房原発悪性リンパ腫の1例

¹ 市立釧路総合病院 心臓血管内科、² 北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学講座

○本居 昂¹、高橋 将成¹、萩原 光¹、尾畑 嘉一¹、辻永 真吾¹、前川 聡¹、工藤 雅人²、坂井 英世¹

63歳男性。3か月間持続する発熱、体重減少を主訴に受診。CT及び経胸壁心臓エコー法で右房内から連続する62×44mmの可動性に富む多房性の構造物を認め入院となった。FDG-PET、Gaシンチグラフィで右心房に局限した強い集積を認め、心臓原発性腫瘍を疑った。2週間で構造物が急速に増大し、陥頓が危惧されたため早期の組織確定診断を要した。内視鏡用生検鉗子を用いた透視下経静脈的生検で、B細胞性非ホジキンリンパ腫の診断となり、CHOP-R療法、Hyper-CVAD/MA療法が奏功し腫瘍は化学療法によって寛解した。通常、経カテーテル生検での腫瘍組織採取は困難であるが、本例では内視鏡用生検鉗子の使用によって良好な検体採取に成功し、低侵襲かつ迅速な組織診断に繋がった。その後の化学療法で寛解が得られた症例であり報告する。

12 安定冠動脈疾患患者のPCI後の予後予測における、SYNTAX scoreとGensini scoreの有用性の比較

札幌医科大学 医学部 循環器腎臓代謝内分泌内科

○神山 直之、國分 宣明、村上 直人、藤戸 健史、川向 美奈、永野 伸卓、望月 敦史、西田 絢一、神津 英至、村中 敦子、下重 晋也、湯田 聡、長谷 守、橋本 暁佳、土橋 和文、三浦 哲嗣

【方法】2007年1月から2012年8月に初回PCIを施行した安定狭心症159例の冠動脈重症度をSYNTAX score(SS)とGensini score(GS)を用いて評価した。両スコアの平均を用い、それぞれ高値群と低値群に二分し、各群の予後の検討を行った。転帰は心臓死、心筋梗塞、標的血管再血行再建、新規血行再建、心不全入院のいずれかの発生とした。【結果】SSの平均は19.0±12.4、GSの平均は47.8±26.9であった。GS高値群は、低値群に比べて心血管イベント発生が有意に高値となったが、SS高値群と低値群の心血管イベント発生には有意差を認めなかった。【結語】Gensini scoreを用いた冠動脈重症度評価は、安定冠動脈疾患患者のPCI後の予後予測に有用である可能性が示唆された。

13 当院における大動脈解離・大動脈瘤の救急症例の検討

留萌市立病院 循環器内科

○細口 翔平、高橋 文彦、大蔵 美奈子

我が国における大動脈解離・大動脈瘤の頻度に関する検討は少なく、十分ではない。そこで留萌管内の重症患者が集まる当院の救急外来を受診した大動脈解離・大動脈瘤の患者に関して調査した。過去3年間の救急外来患者数は23,552人であった。このうち鎚頸・交通事故を除く心肺停止(CPA)患者は103人であり、原因検索のCT検査は87人(84.4%)で施行された。CPA患者のうち急性大動脈解離は7人(5.6%)で男性が5人、女性が2人、Stanford A型が6人、Stanford B型が1人であった。また、大動脈瘤破裂は5人(4.0%)で男性が3人、女性が2人、胸部が3人、腹部が2人であった。生存例も含めると大動脈解離は24人、大動脈瘤は13人であった。今回の検討により当地域におけるCPA患者に占める大血管疾患患者の頻度が高いことが示唆され、今後更なる検討を要する。

15 血管型ベーチェット病による深部静脈血栓症の一例

KKR 札幌医療センター 循環器内科

○阿部 智絵、寺山 敬介、伊東 直史、白井 真也、築詰 徹彦、神垣 光徳

【症例】31歳男性**【主訴】**左下肢浮腫**【現病歴】**2014年5月に左下肢浮腫を主訴に当院を受診。左大腿静脈から膝窩・腓骨・後脛骨静脈の血栓を認め、深部静脈血栓症の診断で入院となった。**【経過】**血栓性素因や自己抗体の検索では異常を明らかにできず、ワルファリンによる抗凝固療法を導入して退院した。1カ月後に右手の腫脹と両前腕の硬結が生じて当院を再診。その後、肛門部に潰瘍も生じ、皮膚科受診などを経て血管型ベーチェット病の診断となった。深部静脈血栓症はベーチェット病による血管病変と考えられた。**【考察】**本邦の疫学研究では血管型ベーチェット病のうち、血管病変がベーチェット病の診断に先行した例は非常に稀であった。頻度は明らかでないが、深部静脈血栓症の病因として、血管型ベーチェット病があることを考慮すべきである。

14 当院における経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVR)を施行した10例の報告

手稲溪仁会病院 心臓血管センター 循環器内科

○佐藤 宏行、矢加部 大輔、杉本 洋一郎、畠 信哉、佐々木 晴樹、吉岡 拓司、浅野 嘉一、宮本 憲次郎、大本 泰裕、広上 貢、村上 弘則、田中 繁道

高齢者が急増する昨今、大動脈弁狭窄症(AS)患者が増えている。外科的大動脈弁置換術(SAVR)に対して耐術能のない高齢者の重症ASに対して、欧米では数年前から経カテーテル的大動脈弁置換術(TAVR)が普及しており、2013年10月にはついに国内でも施行されるようになった。当院では2014年6月より10月まで、計10例のTAVRを経験した。当院でTAVRを施行した患者の平均年齢は85歳、男性、女性ともに5名ずつであった。アプローチ別には経大腿部(TF:trans-femoral)アプローチが7例、経心尖部(TA:trans-apical)アプローチが3例であった。全例とも主要な合併症なく術後経過は良好であり、独歩で退院した。今回、当院でのTAVRの適応、患者背景、心エコーでの術前後の変化について、文献的考察も含め報告する。

16 孤立性腹腔動脈解離慢性期に孤立性上腸間膜動脈解離を生じた1例

勤医協中央病院 心臓血管センター

○吉村 喬樹、鈴木 隆司、鈴木 ひとみ、河野 龍平、奥山 道記、郡司 尚玲、幕内 智子、星合 愛

症例は高血圧症と喫煙歴のある40代男性。2013年4月に突然発症の心窩部痛があり、発症翌日に当院へ救急搬送された。CTで腹腔動脈から脾動脈にかけて偽腔開存型解離が確認され、脾梗塞を合併していた。安静、鎮痛、血圧管理で保存的に治療し、第13病日に退院した。退院後も通院治療を続け症状なく経過していたが、2014年7月に再び突然発症の心窩部痛があり、出張先の病院を受診したところ、CTで偽腔開存型上腸間膜動脈解離が確認された。同日入院し、翌日に当院へ転院となった。安静、鎮痛、血圧管理で保存的に治療し、第10病日に退院した。孤立性の腹部内蔵動脈解離は報告数が少なく治療方針が確立されていない。今回、同一患者に腹腔動脈解離と上腸間膜動脈解離を発症した1例を経験したため報告する。

17 Angio-Seal に起因した大腿動脈狭窄性病変に対して血管形成術を施行した 1 例

¹独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 心臓血管外科 ²北海道大学病院 病理部

○川崎 正和¹、石橋 義光¹、森本 清貴¹、國重 英之¹、井上 望¹、菅野 宏美²

EVT 後の穿刺部止血に際して止血デバイスを使用することにより止血・安静時間の短縮が得られるため、用手圧迫と比較して患者への負担及び入院期間の短縮が得られる反面、合併症も報告されている。今回我々はこの止血デバイスである Angio-Seal 使用後に大腿動脈の狭窄を来した症例を経験したので報告する。症例は 67 歳女性で他院にて右大腿動脈穿刺による脳低動脈瘤塞栓術を施行し、止血の際 Angio-Seal が使用された。退院後より 300m 歩行後の右間欠性跛行が出現。Angio-Seal による大腿動脈の狭窄が疑われ当科紹介受診。血管エコー及び CT Angio 施行にて右大腿動脈 75% 狭窄を認め、右大腿動脈血管形成術を施行した。術後経過は順調で、ABI は 0.82 から 1.15 に改善、CT Angio 上、右大腿動脈に狭窄性病変を認めず、間欠性跛行も消失した。

19 巨大右室内腫瘍,肺動脈塞栓症の一例

地域医療機能促進機構 北海道病院 心臓内科

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

症例は 82 歳弾性。平成 25 年より軽度大動脈弁狭窄症にて当科フォローされていた。軽労作時の息切れを自覚し、外来心エコーにて三尖弁～右室流出路にかけて巨大腫瘍を認め、造影 CT では右室内腫瘍の他、右肺動脈塞栓症を認めた。右室内腫瘍、肺動脈塞栓症と診断し緊急入院。肺動脈塞栓症に対し抗凝固療法を開始したが、塞栓子は増大傾向だった。臨床経過より悪性腫瘍の可能性が疑われ、侵襲的加療が必要と考えられたが、高度肺高血圧が存在し手術のリスクが非常に高かったため、外科的加療は行わず内科的加療を継続したが、全身状態は悪化し、第 40 病日に死亡した。病理解剖は施行せず死後組織生検を施行したところ、病理診断は低分化扁平上皮癌の心臓侵潤或いは転移との結果であった。心臓内腫瘍について文献的考察を用いて報告する。

18 F-P bypass failure の浅大腿動脈及び膝窩動脈慢性完全閉塞へ EVT を行った CLI の一例

社会医療法人 社団カレスサッポロ 時計台記念病院 循環器内科

○丹 通直、浦澤 一史、佐藤 勝彦、越田 亮司、中川 裕也、原口 拓也

症例は 75 歳男性。他院で右 F-P bypass 施行後 2 年後に閉塞。1 か月前から右第 V 趾及び踵部に潰瘍が出現し当科紹介、CLI の診断で EVT となった。first session は contralateral approach で施行、SFA CTO 近位端は F-P bypass の閉塞端との分離が難しく、4Fr angled type サポートで順行性に wiring したが高度石灰化にて不通過であった。second session は ipsilateral approach としたが、やはり CTO 近位端は wire 不通過で、SFA distal puncture にて、Ruby super hard と Astatto XS9-40 を step up、step down しながら石灰化を指標に wiring し direct cross に成功。順行性の system と Rendez-vous し、wire を pull through とした。SFA distal から POPA の CTO は順行性に Astatto XS9-40 が通過、POBA 及び stent 留置し血行再建に成功した。SPP 及び創の改善が得られ退院となった。

20 心臓サルコイドーシスに肺高血圧症を合併した一症例

旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野

○河端 奈穂子、坂本 央、黒嶋 健起、後藤 全英、伊達 歩、杉山 英太郎、簗島 暁帆、田邊 康子、竹内 利治、佐藤 伸之、川村 祐一郎、長谷部 直幸

症例は 72 歳女性、主訴は労作時息切れ。左室収縮能は保たれていたが、完全右脚ブロック、右心負荷が著明で、平均肺動脈圧(PAP)43mmHg と肺高血圧症を認めた。眼ぶどう膜炎、肺門リンパ節腫脹、ACE 高値を認め、FDG-PET ではリンパ節、左室基部と右室心筋への異常集積あり。縦隔リンパ生検より組織学的サルコイドーシスの診断に至り、自己抗体等からシェーグレン症候群と強皮症(限局性皮膚硬化型)の合併も認めた。酸素投与とプレドニゾロン 25mg を開始し、1 ヶ月後の FDG-PET における心筋への異常集積は改善も、PAP は著変なし。さらに、シルデナフィル 60mg、ボセンタン 125mg を併用して、1 ヶ月後には PAP25mmHg と改善し、サルコイドーシスに肺動脈性肺高血圧症を合併した病態が考えられた。

21 たこつぼ心筋症の入院初日に心破裂に至った1例

国立病院機構 函館病院 循環器科

○鏡 和樹、米澤 一也、安在 貞祐、広瀬 尚徳、小室 薫

【現症】70 歳代女性。2014 年 6 月胸部違和感出現し救急搬送。来院時バイタル安定、冷汗あり。心電図 II,III,aVF,V2-6 で ST 上昇、心エコーで左室基部の過収縮と中部以下の壁運動低下を認め、急性心筋梗塞を疑い緊急冠動脈造影施行。左右冠動脈に有意狭窄なく、左室造影で左室基部過収縮と中部以下壁運動低下、左室流出路で約 50mmHg の圧較差を認めた。【入院後経過】たこつぼ心筋症と診断し ICU 収容。入室 20 分後突然意識レベル低下、心肺停止となった。心エコーで多量の心嚢液貯留を認め心破裂と診断したが救命できなかつた。【考察】たこつぼ心筋症の稀な合併症に心破裂がある。発症当日に心破裂に至り救命できなかつた報告は非常に稀であり、文献的考察も含めて報告する。

23 ステロイド治療により高度房室ブロックが改善した心臓サルコイドーシスの 1 例

北見赤十字病院 循環器内科

○小森山 弘和、齋藤 高彦、小野 太祐、徳原 教、白川 亮介

症例は 60 才、女性。労作時息切れを主訴に近医を受診したところ、高度房室ブロックを指摘され、当科紹介受診となった。既往として 54 才時に皮膚サルコイドーシスと診断されていた。受診時の心電図で右脚ブロックを伴う高度房室ブロックを認め、MRI 検査にて心筋の遅延造影を認めたことより、心臓サルコイドーシスと診断した。労作時息切れを伴う高度房室ブロックであり恒久的ペースメーカー植え込みを行ったうえで、ステロイド治療を開始した。治療開始 3 ヶ月後の定期検査では高度房室ブロックは改善し、ほぼすべて心室センシングとなっていた。心臓サルコイドーシスによる房室ブロックがステロイド治療により改善することは比較的まれであり、文献的考察を加え報告する。

22 たこつぼ型心筋症からの回復後に心尖部肥大型心筋症と判明した一例

市立旭川病院 循環器内科

○浅野目 晃、木谷 裕也、井川 貴行、平山 康高、菅野 貴康、石井 良直

症例)79 歳、女性。数日前より下痢・嘔吐が持続しており他院受診し、急性腸炎の診断で入院となった。同院入院時の心電図で II,III,aVF,V3-6 誘導にて ST 上昇と陰性 T 波を認め、心エコーで左室心尖部が無収縮であったため翌日当科転院となった。当院で施行した心エコーでも左室心尖部は同様に無収縮であり、たこつぼ型心筋症が疑われた。第 13 病日の心エコーでは、心尖部の壁運動は改善していたが急性期には認めなかつた心尖部の肥大を認めた。その後施行した MRI や左室造影にても同様の所見であった。考案)急性期には心尖部の肥大がマスクされた、心尖部肥大型心筋症に合併したたこつぼ型心筋症の一例を経験したので報告する。

24 北海道における心臓移植

¹北海道大学大学院医学研究科循環器呼吸器外科、²循環病態内科学

○大岡 智学¹、新宮 康栄¹、若狭 哲¹、橘 剛¹、松居 喜郎¹、榊原 守²、絹川 真太郎²、筒井 裕之²

【背景】当施設は、改正臓器移植法施行に合わせて心移植実施施設と認定され、道内の重症心不全患者に対する集学的治療を行ってきた。【目的】当施設で施行した心移植 2 例を後方視的に検討し、今後の課題を検討する。【症例 1】慢性心筋炎を原疾患とする 20 歳代男性、植込型 VAD 装着 894 日後に移植施行。(心虚血時間 254 分)【症例 2】拡張型心筋症を原疾患とする 30 歳代男性、植込型 VAD 装着 1039 日後に移植施行。(心虚血時間 90 分)ともに術後経過は良好で、約 3 ヶ月後退院。【考察】症例 1 は、厳冬期に施行された。ドナー心搬送では、新千歳空港からの搬送となったため、搬送時間は想定より 30 分程度延長し、虚血時間は 4 時間を超えた。【結語】当施設における心移植の経過は良好であった。厳冬期に施行される移植時の搬送は、天候に大きく左右される。

25 デバイス関連感染性心内膜炎に対しエキシマレーザーによる経静脈的リード抜去が奏効した一例

¹北海道大学病院 循環器内科、²北光記念病院 循環器内科

○徳田 裕輔¹、鎌田 壘¹、神谷 究¹、松島 将士¹、横田 卓¹、榊原 守¹、四倉 昭彦²、筒井 裕之¹

40 歳台男性。大動脈弁閉鎖不全症による高度左室機能障害、重症心不全に対して、2 度の開胸心臓手術および CRT-D 植え込み術の施行歴あり。2014 年 4 月、カテーテル感染を契機に MRSA 菌血症を伴い、CRT-D リード感染を生じた。心エコーにてリードに付着した 18mm の疣贅を確認した。適切な抗生物質治療を行うも徐々にサイズの増大を認めた。開胸手術の既往、低左心機能 (LVEF11%) および腎不全を有することから外科的デバイス抜去術は困難と判断し、エキシマレーザーを用いた経静脈的リード抜去術を施行した。リード抜去後に血液培養は陰性化し良好な経過をたどっている。重症心不全患者に生じたデバイス関連感染性心内膜炎に対し、エキシマレーザーを用いたリード抜去術が奏効した一例を経験したので報告する。

27 新規抗凝固薬継続で心房細動のアブレーションを行うことの有効性、安全性の評価

¹地域医療機能推進機構 北海道病院 心臓血管センター 心臓内科、²地域医療機能推進機構 北海道病院 ME 部

○石丸 伸司¹、川崎 まり子¹、柿木 梨沙¹、高畑 昌弘¹、田所 心仁¹、木谷 俊介¹、管家 鉄平¹、五十嵐 正¹、岡林 宏明¹、古谷 純吾¹、五十嵐 康己¹、五十嵐 慶一¹、多羽田 雅樹²

心房細動 (AF) のアブレーション時にヘパリンブリッジを施行せず、ワルファリンを継続したまま手技を施行することによって周術期の血栓塞栓性のみならず出血性イベントが抑制できることが報告されている。一方、最近新規抗凝固薬 (NOACs) が心房細動の血栓塞栓症イベントをワルファリンと同等に抑制することが報告されており、臨床の場で広く使用されてきているが、AF のアブレーション時に NOACs を使用した場合の有効性および安全性についての報告は少ない。今回我々は AF のアブレーション時にワルファリンおよび NOACs 継続で AF のアブレーションを行い、合併症について比較、検討した結果を報告する。

26 頻脈性心筋症に対して経皮的筋焼灼術を施行して心機能が改善した一例

地域医療機能促進機構 北海道病院 心臓内科

○柿木 梨沙、石丸 伸司、高畑 昌弘、田所 心仁、木谷 俊介、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

症例は 64 歳女性。2013 年から高血圧症、発作性心房頻拍の診断で他院通院中であったが 2014 年 2 月うつ血性心不全の診断で当科紹介入院となった。入院時の心電図は心房頻拍を呈し、心エコーでは左室拡大、びまん性壁運動低下 (EF20%)、両側胸水貯留を認め BNP656pg/dl であった。内服による心不全加療を開始して第 3 病日に洞調律へ復帰、第 14 病日に退院するも一週間後に心房頻拍が再発して 3 月に再入院となった。薬物治療が無効な心房頻拍と判断して経皮的筋焼灼術を施行し、再度洞調律へ復帰した以降は再発なく経過し、9 月 12 日時点で EF57%、BNP18pg/dl まで状態は改善した。今回、低左心機能を呈する頻脈性心筋症に対して経皮的筋焼灼術を施行し心機能が改善した一例を経験したため報告する。

28 巨大左心房に対する spiral plication による左心房縫縮の治療経験

社会医療法人社団 カレスサッポロ 北光記念病院 心臓血管外科

○杉木 宏司

【背景】Spiral plication の過去の報告では CTR の縮小が報告されたが、容量の縮小程度は報告されていない。今回同術式を施行した一例に関しその縫縮効果を報告する。【症例】70 歳女性。僧帽弁狭窄症 + 慢性心房細動に伴った巨大左心房。NYHA3°。LAD78.8mm。3DCT 計測での左心房容量は 1050ml。【術式】MVR + TAP + spiral plication。ope 時間 5 時間 7 分、CPB 時間 198 分、AoX 時間 135 分。本症例は original のように左心房左側縫縮ラインは cut and sew とはせず幅 4-5cm で連続マットレス縫合で縫縮した。【結果】術翌日に抜管、安定して経過。3DCT の左心房容量は 195ml だった。【考察】十分な左心房容量の減量ができた。また縫縮ラインを一部非切離としたことで止血は容易だった。【結語】spiral plication は左心房縫縮の術式の一つとして十分有効である。

29 心房細動を合併する大動脈弁狭窄症症例に対する大動脈弁置換術の際に不整脈手術を併施することの意義

北海道大学病院 循環器呼吸器外科

○関 達也、若狭 哲、新宮 康栄、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

【背景】高齢者 AVR は生体弁が用いられるが Af 合併例においては抗凝固療法が必要である。【方法】対象は 1998 年から 2014 年 6 月の間に AS に対して AVR を施行した連続 221 例中、うち術前に Af を合併していた 11 例。【結果】平均年齢 75 ± 4 歳。全例生体弁を使用し、Maze 手術を 5 例(45%、cAf 100%)に、PVI を 4 例(36%、pAf 75%)に併施。大動脈遮断時間は単独 AVR 群、Maze 群、PVI 群で差なし(P = 0.10)、人工心肺時間も差はなかった(P = 0.44)。洞調律回帰率は単独 AVR 群、Maze 群、PVI 群で各々退院時 0 例、4/5 例(80%)、2/4 例(50%)(P = 0.15)【結語】Af 合併 AS に対する単独 AVR に際しては、Maze 手術の併施症例では大動脈遮断時間、人工心肺時間もともに延長する傾向にあったが、洞調律維持率も高く Maze 手術併施の意義は十分高いと考えられた。

31 高レニン性肺水腫が診断の契機となった高安動脈炎の一例

¹地域医療機能推進機構 北海道病院 心臓内科、²地域医療機能推進機構 北海道病院 心臓血管外科

○川崎 まり子¹、高畑 昌弘¹、柿木 梨沙¹、田所 心仁¹、木谷 俊介¹、管家 鉄平¹、五十嵐 正¹、石丸 伸司¹、岡林 宏明¹、古谷 純吾¹、五十嵐 康己¹、五十嵐 慶一¹、吉田 俊人²、小林 一哉²

患者は 44 歳女性。5 年前から間欠性跛行、左上肢疼痛の出現を認めた。呼吸困難、肺水腫のため前医に入院、壁運動のびまん性低下、BNP 上昇を認めた。症状改善して間もなく自主退院し他院外来通院していたが、背部痛出現し再入院となった。最終的に両側腎動脈狭窄および閉塞、肺塞栓症、腹部大動脈閉塞、左鎖骨下動脈狭窄を来した高安動脈炎と診断され、炎症活動性低く血行再建術を早期に施行し良好な経過を得た。心症状が診断の契機となった示唆に富む症例であり、ここに報告する。

30 胸腔内血腫を伴う胸部下行大動脈瘤破裂に対する TEVAR

札幌医科大学 心臓血管外科

○中島 智博、伊藤 寿朗、佐藤 宏、黒田 陽介、樋上 哲哉

【目的】当院における胸腔血腫を伴う胸部下行大動脈瘤破裂に対する TEVAR 治療の手術成績を検討する。【対象と方法】2007 年 01 月から 2014 年 08 月までに胸部下行大動脈瘤破裂(胸腔血腫、縦隔血腫、喀血を伴う)に対して EVAR を施行した症例を対象とした。【結果】症例数は 32 例であった。男性 21 例(65.6%)、女性 11 例であり年齢は 72.8 ± 11.0 歳。術前にショック 6 例(18.8%)を認めた。手術は全例 TEVAR を緊急手術で施行した。合併症として、対麻痺 3 例(9.3%)、気管切開 3 例(9.3%)、腸管手術 2 例(6.3%)であった。手術死亡は 5 例(15.6%)であった。【結語】胸部下行大動脈破裂に対して TEVAR 症例について検討した。文献的考察を加えて報告する。

32 心サルコイドーシスに上行大動脈瘤を合併した 1 例

函館五稜郭病院 心臓血管外科

○仲澤 順二、奈良岡秀一

症例は 72 歳女性。労作時胸痛を主訴に来院され、心サルコイドーシスの診断に至った。胸部 CT にて上行大動脈の Sino-Tubular Junction 付近に 56mm 大の嚢状瘤を認めた。心サルコイドーシスの影響から、AV ブロックを呈しペースメーカーを埋め込まれているが、心機能は保たれていた。手術は胸骨正中切開で、上行大動脈瘤を 28mm 人工血管で置換した。切除した大動脈壁は菲薄化し、病理像では弾性繊維の断裂や中膜の myxoid 変化による嚢胞性中膜壊死と、リンパ球を中心とした炎症細胞浸潤を認める一方、通常の動脈瘤に認められるコレステリン血漿裂隙や石灰化を認めなかった。心筋生検では多核巨細胞を伴う類上皮肉芽腫を認め、心サルコイドーシスの診断を確認した。本症例における心サルコイドーシスと大動脈瘤の関連性を、文献的考察を加えて報告する。

33 解離性総肝動脈瘤・脾動脈瘤を合併した Stanford B 型大動脈解離の一例

北海道大学病院 循環器内科

○松谷 健一、片山 貴史、神谷 究、松島 将士、横田 卓、榊原 守、筒井 裕之

40歳代男性。2013年12月に解離性総肝動脈瘤・脾動脈瘤を合併した Stanford B 型急性大動脈解離で前医に入院となり保存的治療が行われた。2014年4月に胸痛精査で当科入院。冠動脈造影を施行したが有意狭窄は認めなかった。その際心エコーで認めた限局性左室収縮障害の原因検索で施行した MRI では異常所見はなく原因不明の左室収縮障害と診断。Stanford B 型大動脈解離は胸部大動脈から両側内腸骨動脈におよび一部偽腔血栓閉塞を認め、解離性総肝動脈瘤・脾動脈瘤を合併していた。解離性総肝動脈瘤は偽腔により圧迫された真腔が高度に狭小化し、解離性脾動脈瘤は血管径が 24mm と拡張していた。Stanford B 型大動脈解離に解離性総肝動脈瘤・脾動脈瘤を合併した症例報告はなく、非常に稀な症例と考えられたため病因を含めた文献的考察を加えて報告する。

35 肺動静脈瘻に伴う心不全に対して外科的切除が奏功した一例

製鉄記念室蘭病院 循環器科

○三俣 兼人、坂本 健一、高橋 弘、中村 裕一、岡崎 雄介、中田 圭、西川 諒、山内 一暁、松木 高雪

肺動静脈瘻は肺動脈と肺静脈が先天的に異常短絡を呈する疾患で心不全を合併する場合がある。今回、我々は肺動静脈瘻に伴う心不全に対して、外科的切除を行った症例を報告する。症例は 70 歳女性、労作時息切れを主訴に当院を受診した。診察時胸部レントゲンにて心拡大を認め、心不全の診断にて入院となった。入院後、精査のため施行した胸部 CT にて左 A8b-V8 肺動静脈瘻を認め、左右シャントが心不全の原因と考えられた。治療選択としては、コイル塞栓術及び外科的切除が考えられたが、患者の希望により外科的切除を行った。術前 pO_2 は 56mmHg 程度であったが、術後 12 日目には 73.1mmHg と改善を認め、利尿剤等の投与は行わず心拡大・心不全症状も消失した。心不全を伴う肺動静脈瘻の本症例に対しての外科的切除が有用であったと考えられた。

34 2D 心エコーによるファロー四徴症(TOF)術後の右室容量負荷判定についての検討

北海道大学大学院 小児科学

○武井 黄太、武田 充人、山澤 弘州、古川 卓朗、泉 岳

【背景】TOF では術後も残存病変のため再手術を要する症例があり MRI やカテーテル(Cath)で適応が決定されるが、通常は 2D 心エコー(2DE)により経過観察される。【目的】TOF 術後の右室拡張末期容積(RVEDV)推計に有用な 2DE 指標を検討すること。【方法と結果】対象は 2006～2014 年に当院で 2DE と Cath を施行した 13 歳以上の TOF 術後 28 例(26±9 歳)。2DE 短軸、長軸、四腔像の右室計測値(BSA で補正)と Cath の REDVI の相関を検討したところ、中部横径、三尖弁輪径(四腔像)、前後径(単軸像)で比較的強い相関を示した($R=0.72, 0.70, 0.66$)。また ROC 曲線で $RVEDV > 150 \text{ ml/m}^2$ の予測能を検討したところ前後径、中部横径で AUI が高値であった(AUI=0.84, 0.81, cut off 値=22.0, 30.2 mm/m^2)。【結論】TOF 術後の RVEDV は、右室前後径、三尖弁輪径、中部横径に反映される。

36 肺血管拡張薬導入により手術治療し得た IPAH 合併 PAPVR の1症例

札幌医科大学 心臓血管外科学講座

○萩原 敬之、橘 一俊、沼口 亮介、宮木 靖子、石川 成津矢、高木 伸之、樋上 哲哉

症例は 35 歳男性。近医にて孤発性部分肺静脈還流異常症の診断を得たが、特発性肺動脈性肺高血圧の合併により手術は困難な症例であった。しかし sildenafil, ambrisentan 及び epoprostenol による併用療法開始後 2 年の経過で肺高血圧の改善を認め、手術施行の方針となった。本症例は ASD を伴わず、かつ右上肺静脈が左腕頭静脈と同じ高さで上大静脈へと還流する点が特徴的である。手術は自己心膜ロールにより作成した conduit を用いて、左右腕頭静脈の血流を右心耳へと還流することで新上大静脈を形成し、右上肺静脈の血流は作成した ASD を介して左房へと還流するように rerouting を施行した。術後肺高血圧の更なる改善を認め、酸素使用量の減量に成功した。

37 僧帽弁輪石灰化に腫瘍を合併した透析患者の2症例

市立釧路総合病院 心臓血管内科

○萩原 光、高橋 将成、尾畑 嘉一、辻永 真吾、前川 聡、坂井 英世

僧帽弁輪石灰化(Mitral annular calcification:MAC)は高頻度に血液透析患者にみられ、頻度は不明だが塞栓症や感染性心内膜炎など致死的な合併症を呈する。血液透析患者のMACに可動性構造物を形成し画像所見は類似したが、異なる診断と治療に至った2症例を報告する。【症例1】50代女性。2か月間発熱が持続し、経胸壁心エコーでMR mild, MACと僧房弁後尖に15mm大の可動性構造物を認めた。血液培養陰性だが Roth 斑を認め感染性心内膜炎の診断で CTRX を4週間投与して解熱と構造物の縮小を認めた。【症例2】60代男性。右前頭葉脳梗塞を認め経胸壁心エコーでMR moderate, MACと僧房弁後尖に18mm大の可動性構造物を認めた。発熱なく、血液培養は陰性で塞栓症を生じたことから構造物は血栓と考え、抗凝固療法導入し2週間後に構造物の縮小を認めた。

39 高齢者心不全患者へのトルバプタン使用経験

元生会森山病院 循環器内科

○山田 豊

【目的】トルバプタンの高齢者への使用経験をえたので報告する。【方法】対象は86~98(平均91.3±3.4)歳の心不全患者21(男性8)例。全例7.5mgを服用し、服用早期の検査値評価を行った。【成績】身長146.9±8.8cm、体重49.2±11.9kg。投与前後の検査値変動は、血清Na(mEq/l)138.7±6.4→140.5±5.6(p<0.05)、Cre(mg/dl)1.11±0.58→1.13±0.58(N.S.)、尿浸透圧(mosm)498.6±187.7→276.1±157.5(P<0.01)。【結論】今回の症例群では、Na値上昇は+1.8mEq/lであった。尿浸透圧は低下したが、その他急激な変化は認めず、検査値異常による投与中止例はいなかった。女性が多く身長・体重ともに低値の症例が対象であったが、安全に使用できた。

38 大動脈二尖弁とパラシュート僧房弁を合併した1手術例

社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院 心臓血管外科

○櫻田 卓、村木 里誌、川原田 修義、佐々木 潤、荒木 英司

パラシュート僧帽弁は腱索の短縮を伴う乳頭筋異常が原因の比較的稀な先天性心疾患である。今回我々は大動脈二尖弁とパラシュート僧帽弁を合併した1手術例を経験したので報告する。症例は38歳男性。中学生時検診で心電図異常と大動脈弁逆流を指摘されるも詳細不明。前医での精査にて大動脈二尖弁による高度大動脈弁逆流、前尖 prolaps による僧帽弁逆流の診断で手術加療を目的に当院へ紹介となった。術前心エコーでは大動脈弁は左右冠尖間に raphe を伴った二尖弁が疑われた。僧房弁は開口部が後交連部に偏在しておりすべての腱索が後乳頭筋に付着していて前乳頭筋ははっきりしなかった。大動脈弁は23mmSJMで置換し、僧房弁は腱索断裂で prolaps した部位の切除縫合および30mm Physio II ring による弁輪形成を施行した。

40 日本における都市部および非都市部の医師数、循環器疾患死亡率の検討

士別市立病院 循環器内科

○長島 仁、沼崎 太

日本の18大都市(東京都区部、札幌市、仙台市、さいたま市、千葉市、横浜市、川崎市、新潟市、静岡市、浜松市、名古屋市、京都市、大阪市、堺市、神戸市、広島市、北九州市、福岡市)を都市部、それ以外の地域を非都市部として、それらの各地域の医師数、循環器疾患死亡率について検討を行った。厚生労働省の発表しているデータより、2008年、2010年、2012年のそれらの各地域の人口10万人当たりの医師数、「循環器系の疾患」死亡率、「急性心筋梗塞」死亡率を求めた。人口10万人当たりの医師数は各年とも、都市部の方が非都市部より多く、医療崩壊現象の表れと思われたが、都市部、非都市部とも経年的に増加傾向を認めた。非都市部の人口10万当たり「循環器系の疾患」死亡数は経年的に増加傾向を示したが、そのほかに一定の傾向は認めなかった。

41 心臓血管外科術後、ピソノテープの使用経験

国立病院機構函館病院 心臓血管外科

○窪田 武浩

心臓血管外科手術後、頻脈性の不整脈は時に血行動態を破たんさせることがあり、それを予防することは重要である。また術前からβブロッカーを内服していた患者には、速やかにβブロッカーを再開したいところである。術後早期は腸管の吸収に左右されない投与方法が望ましく、超短時間作用性のβブロッカーはその要求を満たす薬剤である。また、βブロッカーの早期投与が、心房細動などの頻脈性不整脈を抑制するとの報告もある。当科では使用可能となった昨年11月より、術後ICU入室後よりピソノテープを使用してきた。症例数としては9月現在21例と少ないがその中でその効果には満足できるものであった。また中には途中使用を中止したものもあった。これら経験を踏まえ、若干の文献的考察も含め報告する。

43 適切な抗凝固治療のために Cockcroft-Gault 式の日本人係数を算出する必要がある

札幌厚生病院 循環器内科

○平尾 紀文、井上 直樹、加藤 康寛、神田 孝一、佐藤 俊也、鈴木 喜之、相馬 孝光

Cockcroft-Gault 法 (CG 法) のクリアチニンクリアランス (CCR) と 24 時間蓄尿法 (蓄尿法) の値に差異があることが少なくない。【目的】両法による CCR を比較検討する。【対象】当院で 2012/1/1 から 2/13/6/30 に蓄尿法が施行された全検体 (810) を 1 症例 1 検体とした 324 症例。【結果】原点を通る回帰直線は、CG 法 = $0.889 * \text{蓄尿法}$ で CG 法は蓄尿法より低値であった。オリジナル論文に準じて CCR 推定式を導出すると係数は (140, 72) ではなく (282, 193) となった。また女性計数 0.85 は小さすぎることが示唆された。【考察】日本人高齢者では白人男性より加齢による Cr 排泄量減少率が小さいので CG 法は蓄尿法より低値になる。適切な抗凝固治療のために日本人係数を算出する必要がある。

42 抗リン脂質抗体症候群を合併した症例に対する開心術の経験

北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

○新井 洋輔、稗田 哲也、浅井 英嗣、小林 一哉、内藤 祐嗣、新宮 康栄、若狭 哲、加藤 裕貴、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

【背景】抗リン脂質抗体症候群合併患者は自己抗体がリン脂質依存性の凝固機能検査を阻害し、見かけ上凝固延長を呈するため、開心術における ACT などの抗凝固療法モニタリングに注意を必要とする。【症例 1】54 歳女性。僧帽弁位の心臓腫瘍に対して腫瘍摘出術施行。【症例 2】58 歳女性。修正大血管転位症に対する Conventional Rastelli 手術後の MR, TR, PS に伴う心不全に対して MVR+TVR+re-Rastelli 手術施行。いずれの症例も術前に Heparin titration curve を作成し、血中の heparin 3U/ml に相当する ACT を維持するように体外循環中の抗凝固管理を行い、人工心肺に問題なく手術を終了した。術後も塞栓症などの合併症なく良好な経過であった。【結語】抗リン脂質抗体症候群の 2 症例に対して術前に heparin titration を施行し手術を安全に施行し得た。

第 112 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・臨床研セッションに応募する(後期研修医)」を選択して下さい。
- ・一般演題として応募登録した場合でも発表者が要件を満たしている場合には、地方会会長の判断によりYIA演題として推薦します。
- ・YIA 応募の場合に限り、医師免許を取得されている方は、医師免許取得年を記載して下さい。
- ・「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演題を顕彰いたします。

■第 112 回日本循環器学会北海道地方会 YIA 選考委員会

- 委員長：松居 喜郎 (北海道大学循環器・呼吸器外科 教授)
- 委 長：三浦 哲嗣 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)
- 委 長：高木 伸之 (札幌医科大学心臓血管外科)
- 委 長：赤坂 伸之 (社会医療法人製鉄記念室蘭病院)
- 委 長：竹内 利治 (旭川医科大学内科学講座循環・呼吸・神経病態内科学分野)
- 委 長：横式 尚司 (北海道大学大学院医学研究科循環病態内科学分野)

112 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112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112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112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26年11月22日(土) 9:00～16:00
- ・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、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、保護者様にお預け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いただきます。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ください。

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12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