

第 113 回日本循環器学会北海道地方会

日 時 : 平成 27 年 6 月 27 日 (土) 9:45~16:40

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 : 札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学 三浦 哲嗣

■教育セッション I (12:00~13:00)

座 長 : 土橋 和文 (札幌医科大学医学部 病院管理学)

「冠動脈疾患の病態と治療: OCT による検討」

和歌山県立医科大学 循環器内科 教授
赤坂 隆史 先生

■教育セッション II (13:00~14:00)

座 長 : 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)

「高血圧・糖尿病の視点からの心臓保護」

岐阜大学大学院医学系研究科 循環・呼吸病態学 教授
湊口 信也 先生

■支部評議員会 (14:05~14:30・第 2 会場)・支部総会 (14:35~14:55・第 1 会場)

議 長 : 筒井 裕之 (日本循環器学会北海道支部長)

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)
- ・「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] 札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学 三木 隆幸
TEL: 011-611-2111 (3225) FAX: 011-644-7958

◆◆◆◆◆ 演者の皆様へ ◆◆◆◆◆

発表時間 : 5分 討論時間 : 2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。
※内科・外科合同、心筋炎・心筋症 1 のセッションの演者は 9:30 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、フォントは 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 17:00 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

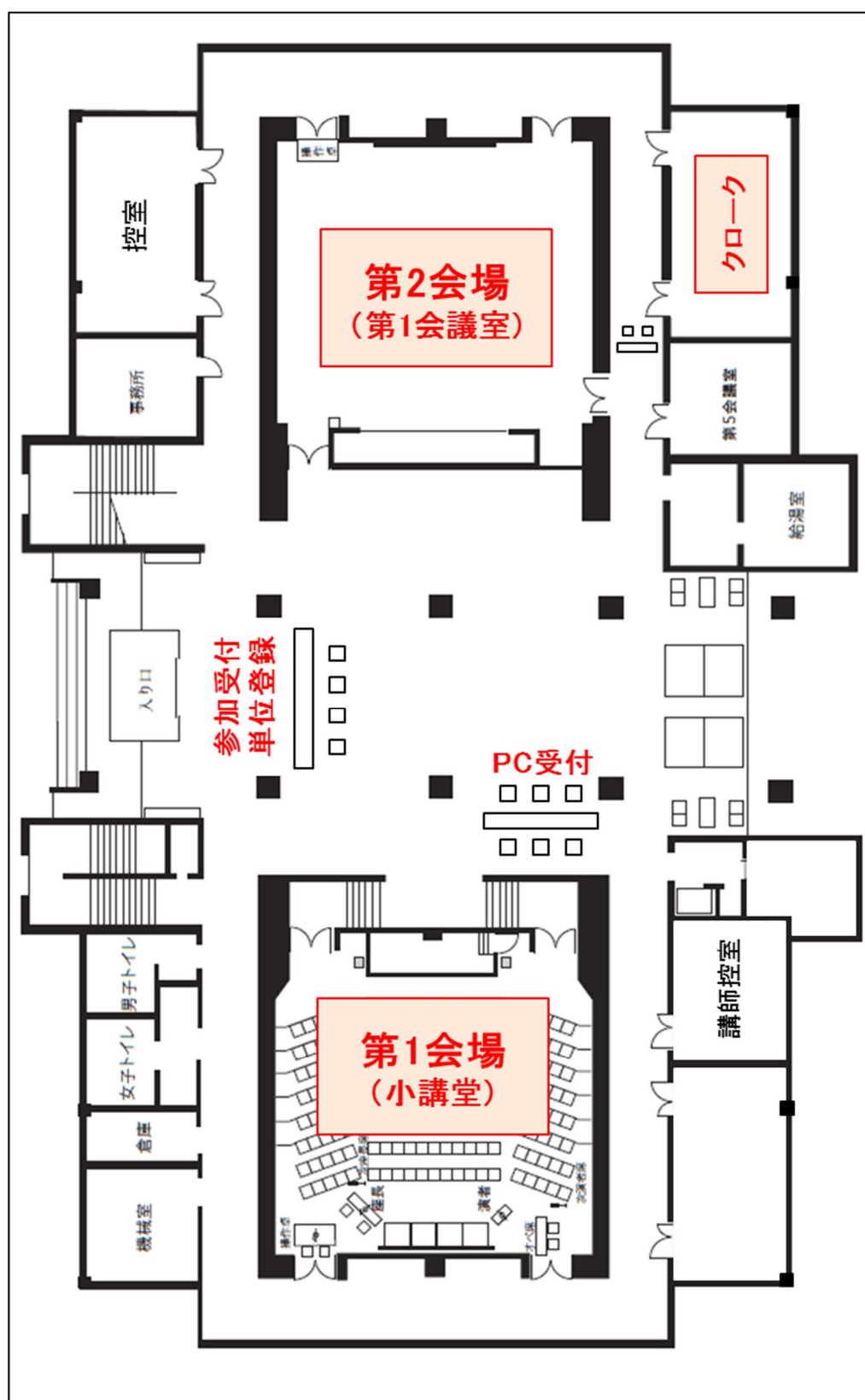
J R 「札幌駅」：徒歩 10 分

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113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)		1F
9:45～9:50	開会の辞			無料臨時 託児室 完全予約制
9:50～10:18	内科・外科合同 (1～4)	9:50～10:18	心筋炎・心筋症1 (17～20)	
10:18～10:46	外科治療 (5～8)	10:18～10:46	心筋炎・心筋症2 (21～24)	
10:50～11:18	虚血性心疾患1 (9～12)	10:50～11:18	大動脈・末梢血管 (25～28)	
11:18～11:46	虚血性心疾患2 (13～16)	11:18～11:53	肺高血圧・その他 (29～33)	
12:00～13:00	教育セッションI (ランチョン) 和歌山医科大学 赤坂 隆史 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			
13:00～14:00	教育セッションII 岐阜大学 湊口 信也 先生 共催: 武田薬品工業株式会社			
		14:05～14:30	評議員会	
14:35～14:55	総会			
15:00～15:28	先天性・弁膜症 (34～37)	15:00～16:30	DVDセッション 医療安全・医療倫理に 関する講演会	
15:30～16:05	不整脈1 (38～42)			
16:05～16:40	不整脈2 (43～47)			

9:30～17:00

第1会場 (小講堂)

開会の辞 (9:45~9:50) 会長 三浦 哲嗣 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学)

一般演題 午前の部 (9:50~11:46)

■ 内科・外科合同 (9:50~10:18) ■

座 長: 山田 陽 (手稲溪仁会病院 心臓血管外科)

村中 敦子 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学)

1. 大動脈弁狭窄症を合併した巨大左房粘液腫に対して外科的治療が奏効した超高齢者の一例

○小西 崇夫¹、舟山 直宏¹、山口 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、堀田 大介¹、菊池 健次郎¹、
坂田 純一²、塚本 勝²、大堀 克己²

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

2. 生体弁による僧帽弁置換術の4年後に再弁置換術を必要とした若年者拡張型心筋症の1例

○大川 洋平¹、安達 昭¹、鈴木 正人¹、野村 文一¹、杉木 健司¹、大野 猛三¹、
山下 武廣²、呉林 英悟²、今井 斎博²、小熊 康教²、長堀 亘²、前野 大志²、
中川 俊昭²、斎藤 泰史²、岩切 直樹²、長島 雅人²、森田 亨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
循環器科

3. 広範な僧帽弁後尖逸脱症例に対し Mitral natural folding plasty を施行した二例

○坂田 純一、藤井 明、伊達 修、横山 秀雄、大堀 克己

北海道循環器病院 心臓血管外科

4. 心臓原発 undifferentiated/unclassified sarcoma の1例

○前川 聡¹、岩野 弘幸¹、南部 秀雄¹、木村 銀河¹、水上 和也¹、横田 卓¹、
菅野 宏美²、納谷 昌直¹、筒井 裕之¹

¹北海道大学大学院 循環病態内科学、²北海道大学病院 病理診断科

■ 外科治療（10:18～10:46） ■

座 長： 新宮 康栄 （北海道大学病院 循環器・呼吸器外科）
村木 里誌 （札幌中央病院 心臓血管外科）

5. 下壁梗塞による低心機能の虚血性心疾患症例に対し、冠動脈バイパス術および左室形成術を施行した1例
○安田 尚美、中村 雅則、近藤 麻代、宇塚 武司、渡辺 祝安
市立札幌病院
6. 交連部脱落による大動脈弁閉鎖不全症に対して大動脈弁形成術を施行した1例
○村瀬 亮太、新宮 康栄、杉本 聡、佐藤 公治、浅井 英嗣、太安 孝允、小林 一哉、大岡 智学、加藤 裕貴、若狭 哲、橘 剛、松居 喜郎
北海道大学病院 循環器・呼吸器外科
7. 当科における肋間小開胸下心臓手術（MICS）の適応
○山田 陽、中西 克彦、伊庭 裕、西岡 成知、氏平 功祐、丸山 隆、栗本 義彦、八田 英一郎、酒井 圭輔
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院
8. MICSアプローチを念頭においた僧帽弁逸脱症患者の胸郭形態の特徴
○新宮 康栄、村瀬 亮太、佐藤 公治、小林 一哉、若狭 哲、大岡 智学、浅井 英嗣、橘 剛、松居 喜郎
北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

■ 虚血性心疾患 1 (10:50~11:18) ■

座 長: 白井 真也 (KKR 札幌医療センター 循環器内科)
大沼 義人 (JR 札幌病院 循環器内科)

9. 特発性冠動脈解離の AMI に対する Cutting balloon angioplasty の治療経過を OCT で追跡した一例

○太田 真之、佐藤 宏行、広上 貢、大本 泰裕、浅野 嘉一、佐々木 晴樹、吉岡 拓司、
矢加部 大輔
手稲溪仁会病院

10. 右室梗塞と心室中隔穿孔を合併し治療に難渋した急性下後壁心筋梗塞の一例

○小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、山本 匡、桜井 聖一郎、山崎 香子、柏木 雄介、
佐々 保基、儀間 充、田中 秀一、堀田 大介、菊池 健次郎
北海道循環器病院 循環器内科

11. ビソプロロールテープ剤 (ビソノテープ) を用いた冠動脈 CT 検査の有用性に関する検討

○堀田 大介¹、小西 崇夫¹、舟山 直宏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、大堀 克己²
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

12. 日本における人口高齢化と急性心筋梗塞死亡率の検討

○長島 仁、沼崎 太
士別市立病院 循環器内科

■ 虚血性心疾患 2 (11:18~11:46) ■

座 長: 川嶋 望 (NTT 東日本札幌病院 循環器内科)

北 宏之 (JCHO 札幌北辰病院 循環器内科)

13. 急性心筋梗塞に対してステント留置し 4 か月後に妊娠 33 週と判明した 1 例

○小野 太祐¹、斉藤 高彦¹、徳原 教¹、松谷 健一¹、白川 亮介²、小森山 弘和¹、
多田 篤司¹

¹北見赤十字病院、²北海道大学循環病態内科学

14. MRI によって術前に真性瘤の可能性が高いと判断できた左心室瘤の一例

○只野 雄飛、鹿島 由史、菅野 大太郎、喜古 崇豊、渡邊 智彦、平良 智彦、
杉江 多久郎、金子 海彦、小林 健、榎本 守雄、古堅 あずさ、道井 洋吏、藤田 勉
札幌心臓血管クリニック

15. 当院におけるステント血栓症の実態

○高橋 亨¹、井垣 勇祐¹、美田 知宏¹、小山 雅之¹、石村 周太郎¹、太田 英喜¹、
土井 崇裕¹、寺島 慶明¹、佐藤 直利²

¹JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 循環器内科、²JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 地域医療科

16. 札幌 ACS ネットワーク調査票の初期集計 data が意味するところ

○堀田 大介¹、竹中 孝²、村上 弘則³、五十嵐 康己⁴、長谷 守⁵、神田 孝一⁶、
野崎 洋一⁷、岩切 直樹⁸、榎原 守⁹、川嶋 望¹⁰、越田 亮司¹¹、櫻田 卓¹²、
神垣 光徳¹³、今村 英一郎¹⁴、山田 陽一¹⁵、清水 元良¹⁶、鈴木 隆司¹⁷、藤田 勉¹⁸、
山崎 誠治¹⁹、棚澤 哲²⁰

¹ 社会医療法人北海道循環器病院、²KKR 北海道医療センター、³ 手稲溪仁会病院、⁴JCHO 北海道
病院、⁵ 札幌医科大学附属病院高度救命救急センター、⁶ 札幌厚生病院、⁷ 北光記念病院、⁸ 心臓
血管センター北海道大野病院、⁹ 北海道大学病院、¹⁰NTT 東日本札幌病院、¹¹ 時計台記念病院、
¹² 札幌中央病院、¹³KKR 札幌医療センター、¹⁴ 小笠原クリニック札幌病院、¹⁵ 新札幌循環器病院、
¹⁶ 愛心メモリアル病院、¹⁷ 勤医協中央病院、¹⁸ 札幌心臓血管クリニック、¹⁹ 札幌徳洲会病院、
²⁰ 北成病院、

第2会場 (第1会議室)

一般演題 午前の部 (9:50~11:53)

■ 心筋炎・心筋症1 (9:50~10:18) ■

座 長: 矢野 俊之 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学)

牧野 隆雄 (市立札幌病院 循環器内科)

17. 診断、治療に難渋し、ギランバレー症候群を併発した、急性心筋炎の1例

○儀間 充、小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、桜井 聖一郎、山本 匡、山崎 香子、
柏木 雄介、佐々 保基、堀田 大介、横山 秀雄、菊池 健次郎、大堀 克己
北海道循環器病院 循環器内科

18. 下痢、動悸を主訴に発症した好酸球性心筋炎の1例

○堀田 大介¹、小西 崇夫¹、山口 紅¹、舟山 直宏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、大堀 克己²、
續木 徳子³

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、³川端医院

19. 心臓サルコイドーシスが疑われる左室瘤の1例

○更科 美羽、竹中 孝、加藤 瑞季、菊池 麻美、本間 恒章、明上 卓也、武藤 晴達、
大村 計、金子 壮朗、藤田 雅章、佐藤 実、井上 仁喜
北海道医療センター 循環器内科

20. 心不全を契機に診断に至った超高齢者特発性右房拡張症の1例

○中田 潤¹、伊藤 孝仁¹、堀田 寛之¹、加藤 伸郎¹、吉田 大輔¹、大畑 純一¹、
松本 倫明¹、大岩 均¹、藤瀬 幸保²

¹王子総合病院 循環器内科、²王子総合病院 内科

■ 心筋炎・心筋症 2 (10:18~10:46) ■

座 長: 松島 将士 (北海道大学 循環病態内科学)

神津 英至 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学)

21. アレルギーの関与が強く示唆された高 IgE 血症を伴う好酸球性心筋炎の一例

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

北海道循環器病院 循環器内科

22. 6 年間酵素補充療法を施行した Fabry 病症例の MRI 及び心筋生検所見

○長南 新太、大島 洸人、水野 雅司、村中 敦子、田中 希尚、矢野 俊之、
古橋 真人、丹野 雅也、三木 隆幸、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

23. 細菌性心外膜炎から収縮性心膜炎を呈し心膜切開術で劇的に症状の改善をみとめた 1 例

○表 和徳¹、加藤 喜哉¹、小梁川 和宏¹、鳥羽 真弘¹、南部 秀雄¹、高橋 雅之¹、
浅川 響子¹、壇浦 裕¹、松井 裕¹、牧野 隆雄¹、甲谷 哲郎¹、安田 尚美²、
宇塚 武司²、中村 雅則²、渡辺 祝安²

¹市立札幌病院 循環器内科センター 循環器内科、²市立札幌病院 循環器センター
心臓血管外科

24. 診断時から 7 年以上生存した重症心アミロイドーシスの一例

○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

■ 大動脈・末梢血管（10:50～11:18） ■

座 長： 伊藤 寿朗 （札幌医科大学 心臓血管外科）
古屋 敦宏 （旭川医科大学 血管外科）

25. 当科における SFA TASC CD 病変の治療方針の変遷-EVH の導入へ-
○柴田 豪、檜山 耕平、佐賀 俊文、馬場 俊雄、森下 清文
市立函館病院 心臓血管外科
26. 当院における大動脈基部手術の治療戦略とその成績
○伊庭 裕、中西 克彦、栗本 義彦、山田 陽、八田 英一郎、丸山 隆史、西岡 成知、
氏平 功祐、酒井 圭輔
手稲溪仁会病院 心臓血管外科
27. 上腸間膜動脈閉塞を伴った Stanford A 型急性大動脈解離の 1 例
○沼口 亮介、伊藤 寿朗、黒田 陽介、中島 智博、樋上 哲哉
札幌医科大学医学部 心臓血管外科学
28. 橈骨動脈アプローチによる腎動脈ステント術後に副上腕動脈穿孔を来した 1 例
○高川 芳勅、古川 哲章、高川 志保
小樽市立病院 循環器内科

■ 肺高血圧・その他（11:18～11:53） ■

座長： 蓑島 暁帆（旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科学）

西田 絢一（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学）

29. 巨大子宮筋腫による深部静脈血栓症に対して手術治療を施行した1例
○宮武 司、大場 淳一、吉本 公洋、奥山 淳、内藤 祐嗣
市立旭川病院 胸部外科
30. 肺血栓塞栓症に右室内血栓を合併した一例
○薄井 環、名取 俊介、野呂 忠孝
社会事業協会富良野病院
31. 閉経後乳癌に対しアナストロゾールによる内分泌療法中に慢性血栓塞栓性肺高血圧症を
起こした一例
○多田 智洋、青山 ちひろ、村瀬 弘通、須永 大介、佐藤 健司、福真 隆行、
中田 智明、老松 寛
函館五稜郭病院 循環器内科
32. 両側性の副腎腫瘍に対して副腎静脈サンプリングを施行した2例
○神山 直之、野沢 幸永、西原 昌宏、土井 敦、西宮 孝敏
旭川赤十字病院 循環器内科
33. 当院における副腎静脈採血の成績と採取不成功例・困難例の検討
○大沼 義人¹、大野 紘平³、山下 智久²、高田 明典¹、富樫 信彦²、長谷川 徹¹、
遠藤 利昭¹、土田 哲人¹、安藤 利昭¹
¹JR 札幌病院 循環器内科、²JR 札幌病院 腎臓内科、³札幌医科大学 循環器・腎臓・
代謝内分泌内科学

教育セッションⅠ (12:00～13:00)

座長：土橋 和文 (札幌医科大学医学部 病院管理学)

「冠動脈疾患の病態と治療：OCTによる検討」

和歌山県立医科大学 循環器内科 教授

赤阪 隆史 先生

教育セッションⅡ (13:00～14:00)

座長：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)

「高血圧・糖尿病の視点からの心臓保護」

岐阜大学大学院医学系研究科 循環・呼吸病態学 教授

湊口 信也 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
武田薬品工業株式会社

第 1 会場 （小講堂）

一般演題 午後の部（15:00～16:40）

■ 先天性・弁膜症（15:00～15:28） ■

座長： 久馬 理史（天使病院 循環器内科）

八巻 多（名寄市立総合病院 循環器内科）

34. 3D 経食道心臓超音波検査を用いて左房内隔壁を詳細に観察しえた高齢者三心房心の一例

○小西 崇夫¹、山崎 香子¹、舟山 直宏¹、山口 紅¹、山本 匡¹、桜井 聖一郎¹、
柏木 雄介¹、佐々 保基¹、儀間 充¹、田中 秀一¹、堀田 大介¹、菊池 健次郎¹、
坂田 純一²、塚本 勝²、大堀 克己²

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

35. 著明な右冠動脈拡張を伴う右冠動脈右房瘻が原因と考えられた高拍出性心不全の一例

○三俣 兼人、坂本 賢一、高橋 弘、中村 裕一、岡崎 雄介、大島 洸人、山内 一暁、
松木 高雪

製鉄記念室蘭病院 循環器科

36. 孤発性の粘液腫様変性が原因と考えられた後尖僧帽弁瘤による僧帽弁逸脱症候群の一例

○小西 崇夫¹、舟山 直宏¹、山口 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、堀田 大介¹、菊池 健次郎¹、
坂田 純一²、塚本 勝²、大堀 克己²、

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

37. 心臓 CT が診断に有用であった上位静脈洞型心房中隔欠損症に部分肺静脈還流異常症を
合併した高齢患者の一例

○杉本 絢子、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 循環器科

■ 不整脈 1 (15:30~16:05) ■

座長： 三山 博史 (北海道大学 循環病態内科学)

佐藤 実 (北海道医療センター 循環器内科)

38. 左上大静脈遺残 (PLSVC) が発生、維持に関与した心房細動
○内海 喜晴、益子 春江、南部 忠詞
日鋼記念病院
39. 心房細動アブレーション後の重症食道潰瘍の治癒過程を画像評価した一例
○石破 光咲子、岩田 周耕、黒嶋 健起、井澤 和真、八巻 多、酒井 博司
名寄市立総合病院 循環器内科
40. 心房細動アブレーション前の心内血栓評価における遅延造影 MDCT の有効性評価
○石丸 伸司¹、川崎 まり子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、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独立行政法人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独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院 ME 部
41. 心停止をきたした Wolff-Parkinson-White 症候群の 2 例
○藤田 雄吾、井垣 勇祐、大島 洸人、西沢 慶太郎、藤戸 健史、望月 敦史、
神津 英至、赤坂 憲、下重 晋也、湯田 聡、丹野 雅也、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
42. 頻拍性心房細動より重症急性心不全/循環不全を来した甲状腺クリーゼの 1 救命例
○早坂 太希¹、田邊 康子¹、後藤 全英¹、伊達 歩¹、杉山 英太郎¹、簗島 暁帆¹、
坂本 央¹、竹内 利治¹、佐藤 伸之¹、川村 祐一郎²、長谷部 直幸¹
¹旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野、²旭川医科大学
保健管理センター

■ 不整脈 2 (16:05~16:40) ■

座長： 永原 大五（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学）

杉山 英太郎（旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科学）

43. てんかんによる意識消失と診断された先天性 QT 延長症候群の一例
○園田 祥子¹、三山 博史¹、辻永 真吾¹、白川 亮介¹、徳田 裕輔¹、鎌田 壘¹、
齋藤 晶理¹、神谷 究¹、牛島 桂司²、蒔田 直昌³、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函館中央病院、³長崎大学分子生理学
44. 拡大肺静脈隔離後に肺静脈内で細動が持続し、ピルジカイニド投与にて除細動された一例
○菊地 麻美、佐藤 実、更科 美羽、加藤 瑞季、本間 恒章、明上 卓也、武藤 晴達、
大村 計、金子 壮朗、藤田 雅章、井上 仁喜、竹中 孝
独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科
45. 静脈麻酔によるペースメーカー関連手術時の鎮静の工夫
○齋藤 達弥¹、田中 秀一²
¹北海道循環器病院 心臓血管外科、²北海道循環器病院 循環器内科
46. 当院での MAZE 手術症例についての検討
○奥山 淳、大場 淳一、宮武 司、吉本 公洋、内藤 祐嗣
市立旭川病院
47. Cryoballoon Ablation for Atrial Fibrillation : 当院における経験
○鈴木 丈二、四倉 昭彦、佐野 文彦、吉田 泉、加藤 法喜、櫻井 正之
北光記念病院 循環器科

第2会場（第1会議室）

DVD セッション 医療安全・医療倫理に関する講演会（15:00～16:30）

※※※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 大動脈弁狭窄症を合併した巨大左房粘液腫に対して外科的治療が奏効した超高齢者の一例

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

○小西 崇夫¹、舟山 直宏¹、山口 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、堀田 大介¹、菊池 健次郎¹、坂田 純一²、塚本 勝²、大堀 克己²

症例は89歳女性。CS 1、Nohria-Stevenson 分類 B (warm and wet) の急性心不全で入院した。心電図上、洞調律であったが、心臓超音波検査所見上、左房内の心房中隔後部に茎を有する 35mm 大の巨大腫瘤を認めた。一部、高度の可動性を示し組織の脆弱性が疑われる構造を認め、腫瘤本体から分離し塞栓症を来す可能性が高いと考えられた。心不全管理後、早期に外科的腫瘍切除術を行い、術後合併症なく退院となった。病理組織学的診断上、左房粘液腫と診断された。以後、心不全増悪を来すことなく経過している。本症例においては、左房粘液腫が僧帽弁を通過する血流を障害し僧帽弁狭窄症様の病態を示すと共に、大動脈弁狭窄症を合併することで、心不全増悪に関与していたものと考えられた。

2 生体弁による僧帽弁置換術の4年後に再弁置換術を必要とした若年者拡張型心筋症の1例

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、大野 猛三¹、山下 武廣²、呉林 英悟²、今井 斎博²、小熊 康教²、長堀 亘²、前野 大志²、中川 俊昭²、斎藤 泰史²、岩切 直樹²、長島 雅人²、森田 亨²

【目的】僧帽弁逆流症(MR)に対する外科治療の第一選択は僧帽弁形成術であるが、場合によっては弁置換(MVR)を施行する場合がある。今回、我々は若年者の拡張型心筋症(DCM)に合併したMRに対して、生体弁によるMVRを施行、その4年後に置換弁の機能不全に対し再MVRを施行したので報告する。【症例】症例は50歳、男性。46歳時に生体弁による両尖温存MVRを施行した。その4年後に心不全が出現。生体弁の機能不全のため再MVR目的で入院となった。【結果】前回移植された僧帽弁は温存した前尖と癒着しており、これが生体弁の機能不全の原因であった。前回の人工弁を摘出後、前尖を切除し、再MVRを施行した。【結論】DCMに対する生体弁によるMVRにおいて、前尖温存は早期の人工弁機能不全を惹起する可能性があり、注意する必要がある。

3 広範な僧帽弁後尖逸脱症例に対し Mitral natural folding plasty を施行した二例

北海道循環器病院 心臓血管外科

○坂田 純一、藤井 明、伊達 修、横山 秀雄、大堀 克己

僧帽弁後尖逸脱症例に対する標準術式は逸脱弁尖の矩形切除と弁輪縫縮であるが逸脱範囲が広範な場合は人工腱索での再建や sliding 法などが必要となり形成が困難な場合がある。今回我々は、広範な後尖逸脱による僧帽弁閉鎖不全症例二例に対し、近藤らが報告した Mitral natural folding plasty を施行し良好な結果を得たので報告する。本法は弁尖を切除せず、後尖逸脱部分を左室側に織り込んで後尖の面がそろうように縫合する方法で局所の弁輪縫縮が不要で弁のゆがみが少なく弁形成の成功に有効であると思われた。

4 心臓原発 undifferentiated/unclassified sarcoma の1例

¹ 北海道大学大学院 循環病態内科学、² 北海道大学病院 病理診断科

○前川 聡¹、岩野 弘幸¹、南部 秀雄¹、木村 銀河¹、水上 和也¹、横田 卓¹、菅野 宏美²、納谷 昌直¹、筒井 裕之¹

症例は70歳代、女性。6か月前から左前頭部に皮下腫瘤が出現した。1週間前から労作時息切れを自覚して近医を受診し、心エコーで左房後方に腫瘤が、頭部MRIで頭蓋骨に腫瘤が認められて当科紹介となった。心エコーでは左房後面の心膜腔内に4x10 cm大の充実性腫瘤が認められ一部は左房内に浸潤していたが、心内血流への影響は認められなかった。原発性と転移性の心臓腫瘍を念頭に全身FDG-PET-CT検査を行ったところ、心臓腫瘍のほか左前頭骨、第一胸椎、右前腕骨に骨破壊を伴う腫瘤と、同部位への異常集積が認められた。他臓器に原発巣は認められず、心臓原発腫瘍の多発骨転移と診断した。頭部からの生検結果は、undifferentiated/unclassified sarcomaであった。心臓原発のundifferentiated/unclassified sarcomaの報告は少ないため、報告する。

5 下壁梗塞による低心機能の虚血性心疾患症例に対し、冠動脈バイパス術および左室形成術を施行した1例

市立札幌病院

○安田 尚美、中村 雅則、近藤 麻代、宇塚 武司、渡辺 祝安

虚血性心筋症に対する左室形成術が近年多く行われている。今回、当科での経験症例を報告する。症例は71歳、男性。高血圧、糖尿病、脳梗塞後で近医通院中。2014年5月より呼吸困難感を自覚。心エコーで心拡大と下壁中心の壁運動異常があり、EF 34%であった。冠動脈造影では#3、#7、#12で閉塞、#13で90%狭窄の3枝病変で、対角枝より左前下行枝と回旋枝に側副血行路が発達していた。手術は大動脈バルーンパンピングを挿入後、人工心肺を確立、#4PDと#14に静脈グラフトを吻合。続いて、左室心筋を切開し乳頭筋の relocation と suspension を行った。その後右側左房より僧帽弁形成を行い、最後に左内胸動脈を前下行枝に吻合した。肺気腫あり呼吸器の離脱に時間を要したが、経過良好で術後22日目に転院となった。

6 交連部脱落による大動脈弁閉鎖不全症に対して大動脈弁形成術を施行した1例

北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

○村瀬 亮太、新宮 康栄、杉本 聡、佐藤 公治、浅井 英嗣、太安 孝允、小林 一哉、大岡 智学、加藤 裕貴、若狭 哲、橘 剛、松居 喜郎

【症例】68歳男性。1年前に大動脈弁閉鎖不全症(AR)の診断で内服治療が開始も増悪傾向にて当科紹介。経食道心エコー検査(TEE)にて右冠尖(RCC)逸脱が疑われたが、無冠尖(NCC)および左冠尖(LCC)に器質的異常は指摘できなかった。大動脈基部も軽度拡大を認めた。【手術・術後経過】各弁尖の硬化はなく RCC/NCCの交連が大動脈壁から脱落していた。NCCはfenestrationを伴い、遺残索状物で交連部に繋がっていたため弁縁の逸脱を免れていた。その他弁尖の接合は良好。手術はRCC/NCCの交連再建、external subcommissural annuloplasty、STJ plication、上行大動脈縫縮を施行。経過良好で術後15日目に独歩で退院。TEEではARはtrivialで、有意な狭窄所見も認めなかった。【結語】RCC/NCCの交連部脱落によるARの症例に対してAVPを施行し良好な結果を得た。

7 当科における肋間小開胸下心臓手術(MICS)の適応

医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院

○山田 陽、中西 克彦、伊庭 裕、西岡 成知、氏平 功祐、丸山 隆史、栗本 義彦、八田 英一郎、酒井 圭輔

【目的】近年低侵襲心臓手術(MICS)として肋間小開胸下心臓手術が普及する一方、適応は施設間で異なる。当院でも2013年11月に肋間小開胸手術を開始した。現時点での適応の妥当性について検討した。【症例】2013年11月より右肋間小開胸下僧帽弁形成術(MVP)6例、2014年12月より左肋間小開胸下心拍動下冠動脈バイパス術(MICS-OPCAB)3例施行した。男性5例、女性4例。平均年齢56.1歳(18-70歳)。適応はMVPは僧帽弁後尖逸脱、MICS-OPCABはLAD1枝病変(2例)または重篤な併存症を有する多枝病変でのhybrid治療(1例)でLITA-LAD1枝バイパスを施行した。【成績】全例周術期合併症なく順調に経過し早期に自宅退院した。【結論】当院における肋間小開胸下心臓手術の初期成績は適応限定により良好であった。

8 MICSアプローチを念頭においた僧帽弁逸脱症患者の胸郭形態の特徴

北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

○新宮 康栄、村瀬 亮太、佐藤 公治、小林 一哉、若狭 哲、大岡 智学、浅井 英嗣、橘 剛、松居 喜郎

背景：僧帽弁逸脱(MVP)症患者では漏斗胸様「8の字型」や鳩胸様「C字型」が多いとされ、右小開胸僧帽弁手術(MICS)では注意が必要。方法：MVP患者23例(うちMICS7例)と腹部大動脈瘤(AAA)患者23例。術前CTで比較：胸骨から椎体までの距離(APD)、胸郭横径(TD)、APD/TD比、右側傍胸骨から僧帽弁前尖弁輪まで(D1)、僧帽弁前尖弁輪から右側nipple下まで(D2)、それと僧帽弁輪との角度(A1)、僧帽弁前尖弁輪から右胸壁まで(D3)。結果：APD、APD/TD、A1には有意差なし。D1、D2、D3はMVP群で有意に短縮。MVP群に「8の字型」2例「C字型」3例。「8の字型」の1例でMICSの際、前尖弁輪の視野が非常に悪く難渋。結語：MVP群では僧帽弁輪が右前側方に変移する傾向。「8の字型」の形態の場合にはMICSアプローチの際工夫が必要

9 特発性冠動脈解離の AMI に対する Cutting balloon angioplasty の治療経過を OCT で追跡した一例

手稲溪仁会病院

○太田 真之、佐藤 宏行、広上 貢、大本 泰裕、
浅野 嘉一、佐々木 晴樹、吉岡 拓司、矢加部 大輔

喫煙歴のある 40 歳女性が来院 1 時間前からの胸背部痛を主訴に当院へ救急搬送された。ECG で下壁の AMI と診断し緊急 CAG を施行したところ RCA#3 から #4AV にかけてびまん性の 90% 狭窄を認めた。閉経前の女性で他部位の冠動脈硬化所見が乏しいことから特発性冠動脈解離 (SCD) を疑って OCT を施行したところ狭窄部に解離に伴う壁在血腫を認めた。妊孕性のある女性のためステント留置ではなく Cutting balloon angioplasty (CBA) による血行再建を行い、OCT で壁在血腫の reentry 形成を確認して急性期治療を終えた。その後は冠動脈再開塞なく良好に経過し、亜急性期と慢性期にも OCT を行って病変部の治癒過程を追跡できた。SCD の AMI に対する CBA の治療経過を OCT で追跡した貴重な症例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

10 右室梗塞と心室中隔穿孔を合併し治療に難渋した急性下後壁心筋梗塞の一例

北海道循環器病院 循環器内科

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

症例は 86 歳男性。1 日前から胸痛が出現し、当院に救急搬送となった。心電図上、II, III, aVF で ST 上昇と異常 Q 波、V₁ で R 波増高を認め、心臓超音波検査上、下後壁の高度壁運動低下を認めた。緊急冠動脈造影では、右冠動脈中間部 (#2) に 100% 閉塞所見を認め、経皮的冠動脈ステント留置術を施行した。入院 4 日目に血行動態が不安定となり、心臓超音波検査を施行したところ、心基部後方中隔に心室中隔穿孔 (VSP) を認めたため、緊急手術のため転院となった。一般的に、下壁梗塞に合併した VSP は、前壁梗塞の VSP よりも頻度は低いが、広範囲の右室梗塞を伴うことが多く、予後不良である。本症例の VSP の危険因子として、完全閉塞で側副血行路が乏しく、発症から再灌流までの時間が長かったことが考えられた。

11 ビソプロロールテープ剤 (ビソノテープ) を用いた冠動脈 CT 検査の有用性に関する検討

¹ 社会医療法人 北海道循環器病院 循環器内科、² 社会医療法人 北海道循環器病院 心臓血管外科

○堀田 大介¹、小西 崇夫¹、舟山 直宏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、大堀 克己²

冠動脈 CT 検査は、現在冠動脈評価に有用な検査となっている。しかし、その検査にあたっては心拍コントロールが必要となる。従来のプロトコルでは、 β -blocker の経口投与法と静注法があるが、前者は検査 2 時間前に来院してもらい、検査後も一定の観察が必要である。一方、後者は短時間作用型の静注薬剤は有効性は高いが、コスト面では患者への大きな負担となる。また、非短時間作用注薬剤は静注後最大効果出現時間の 3~4 時間は、観察が必要である。今回、我々は高血圧患者で冠動脈 CT 検査を必要とした症例に対して、経皮剤であるビソプロロールテープ剤 (ビソノテープ) を用いたプロトコルを開発し、有用性と安全性を検討したので報告する。

12 日本における人口高齢化と急性心筋梗塞死亡率の検討

士別市立病院 循環器内科

○長島 仁、沼崎 太

厚生労働省の 2012 年人口動態統計から各都道府県の急性心筋梗塞死亡率および人口高齢化率をまた日本循環器学会 HP より 2012 年の各都道府県の人口 10 万人当たりおよび km² 面積当たり日本循環器学会認定循環器専門医数 (循環器専門医数) を求め、各データ間の単相関係数を求めた。2012 年の各都道府県における急性心筋梗塞死亡率と人口高齢化率との間には $r=0.376$ 、 $p=0.009$ の相関を認めた。また急性心筋梗塞死亡率と人口当たり循環器専門医数の間には有意な相関は認めなかったが、面積当たり循環器専門医数との間には $r=-0.3523$ 、 $P=0.0151$ の相関を認めた。以上より日本の急性心筋梗塞死亡に人口高齢化が影響を与えていると思われ、また面積当たりの循環器専門医数に有意な相関を認めたことより専門医配置の地理的要因も影響を与えていると思われる。

13 急性心筋梗塞に対してステント留置し 4 か月後に妊娠 33 週と判明した 1 例

¹北見赤十字病院、²北海道大学循環病態内科学

○小野 太祐¹、斉藤 高彦¹、徳原 教¹、松谷 健一¹、白川 亮介²、小森山 弘和¹、多田 篤司¹

症例は 38 才女性。平成 26 年 10 月胸苦にて近医受診し急性心筋梗塞疑いにて当科紹介。心電図上 II, III, aVF 誘導で ST 上昇あり緊急冠動脈造影を施行した。右冠動脈末梢に造影遅延を伴う 99%狭窄を認めたため経皮的冠動脈形成術を行った。病変形態はびまん性で潰瘍形成もあったため薬剤溶出性ステントを留置した。冠危険因子は糖尿病であった。退院後の外来では月経は確認できなかった。平成 27 年 2 月に腹部緊満あり近医を受診したところ妊娠 33 週と指摘され当院産婦人科紹介入院となった。逆算すると当科初診時はすでに妊娠 16 週であったが患者、医療者側も認識していなかった。入院後抗血小板薬中止し、2 週間の休薬後帝王切開により分娩した。閉経前女性で認識しない妊娠もあり急性期の治療について議論となる症例であった。

14 MRI によって術前に真性瘤の可能性が高いと判断できた左心室瘤の一例

札幌心臓血管クリニック

○只野 雄飛、鹿島 由史、菅野 大太郎、喜古 崇豊、渡邊 智彦、平良 智彦、杉江 多久郎、金子 海彦、小林 健、榎本 守雄、古堅 あずさ、道井 洋吏、藤田 勉

51 歳男性。健診の心電図で下壁誘導の異常 Q 波を指摘、心エコーにて下後壁の左心室瘤 (5cm) を認めたため当院に紹介。存在部位が下後壁である点が真性瘤としては非典型的であったが、MRI にて瘤の口径/最大内径比は 1.0、EF19.1%、LVEDV248.0ml、壁側心膜の delayed enhancement score は 0 点であり、真性瘤の可能性が高いと判断された。瘤径などから手術適応と判断し外科的手術 (瘤切除+パッチ閉鎖) が行われた。手術所見にて厚さ 1cm の壁在血栓を認め、壁側心膜との癒着はなく真性左心室瘤と判明した。

今回我々は、2005 年に Eli Konen らが報告した MRI を用いた鑑別法により術前に真性の左心室瘤の可能性が高いと判断できた症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

15 当院におけるステント血栓症の実態

¹JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 循環器内科、²JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 地域医療科

○高橋 亨¹、井垣 勇祐¹、美田 知宏¹、小山 雅之¹、石村 周太郎¹、太田 英喜¹、土井 崇裕¹、寺島 慶明¹、佐藤 直利²

ステント留置後の抗血小板薬 2 剤併用療法 (DAPT) が標準となつてからステント血栓症は比較的まれな合併症となった。しかし、リアルワールドでは少ないながらも経験することがあり、しばしば重篤な転帰をたどる。今回、当院で経験したステント血栓症について検討し、その問題点を考察した。過去 8 年間に当院では 12 例のステント血栓症を経験した。そのうち、3 例は自己判断により抗血小板薬を服用していないケースであった。1 年以内の発症が 8 例であった一方、5 年以上経過してから発症したのも 3 例みられた。患者背景として透析患者が 4 例、糖尿病患者が 5 例含まれていた。またステントを複数留置したケースが 7 例含まれており、患者要因以外に病変背景や手技的要因も問題点として存在していると考えられた。

16 札幌 ACS ネットワーク調査票の初期集計 data が意味するところ

¹社会医療法人北海道循環器病院、²KKR 北海道医療センター、³手稲溪仁会病院、⁴JCHO 北海道病院、⁵札幌医科大学附属病院高度救命救急センター、⁶札幌厚生病院、⁷北光記念病院、⁸心臓血管センター北海道大野病院、⁹北海道大学病院、¹⁰NTT 東日本札幌病院、¹¹時計台記念病院、¹²札幌中央病院、¹³KKR 札幌医療センター、¹⁴小笠原クリニック札幌病院、¹⁵新札幌循環器病院、¹⁶愛心メモリアル病院、¹⁷勤医協中央病院、¹⁸札幌心臓血管クリニック、¹⁹札幌徳洲会病院、²⁰北成病院

○堀田 大介¹、竹中 孝²、村上 弘則³、五十嵐 康己⁴、長谷 守⁵、神田 孝一⁶、野崎 洋一⁷、岩切 直樹⁸、榎原 守⁹、川嶋 望¹⁰、越田 亮司¹¹、櫻田 卓¹²、神垣 光徳¹³、今村 英一郎¹⁴、山田 陽一¹⁵、清水 元良¹⁶、鈴木 隆司¹⁷、藤田 勉¹⁸、山崎 誠治¹⁹、棚澤 哲²⁰

【研究目的】札幌 ACS ネットワークの現状を、症例の実態調査を通して明らかにし、問題点をさぐる。【対象症例】2014. 1. 1~2014. 5. 31 の期間中に ACS ネットワーク医療機関へ搬送され記入不備例を除いた 519 例で検討を行った。【検討・結果】1) ACS ネットワーク医療機関へは月平均 140 件で、この内調査票の未回収率は 23. 8% であった。疾患の内訳としては、心血管系疾患が約半数であった。2) ACS の平均月別発症件数は、26. 4 件で、急性心筋梗塞と不安定狭心症の比率は 2 : 1 であった。3) 全搬入症例数の内院内死亡例は 3. 8% に認められた。院内死亡症例の中で、ACS 症例は 61% と半数以上で占められていた。4) ACS 症例の死亡率は 8. 3% であったが、急性心筋梗塞症例の死亡率は 11. 4% と 1 割を超えていた。

17 診断、治療に難渋し、ギランバレー症候群を併発した、急性心筋炎の1例

北海道循環器病院 循環器内科

○儀間 充、小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、桜井 聖一郎、山本 匡、山崎 香子、柏木 雄介、佐々 保基、堀田 大介、横山 秀雄、菊池 健次郎、大堀 克己

84 歳、女性。主訴は呼吸苦。H25 年 11 月上旬頃から咳嗽、呼吸苦が出現し近医通院加療。11/19 に肺炎で入院。胸水貯留のため、11/25 当院転院となる。MR (II), TR (III) による心不全と診断し、内服治療、ヘパリン点滴、胸水ドレナージ等で心不全症状軽減するが、CPK 高値は持続。12/16 意識レベル低下、両上下肢筋力低下認め、脳外科紹介受診したが有意な異常所見なし。同日呼吸抑制、微弱認め人工呼吸器管理。心筋炎にステロイド点滴施行。1/9 に神経内科医往診にてギランバレー症候群と診断。免疫グロブリン製剤を4日間投与にて、両上下肢筋力は改善。その後徐々に血小板減少、肝障害が出現し、1/19 よりタール便出現、徐々に血圧低下、1/23 永眠となる。病理解剖所見も合わせて報告する。

18 下痢、動悸を主訴に発症した好酸球性心筋炎の一例

¹社会医療法人 北海道循環器病院 循環器内科、²社会医療法人 北海道循環器病院 心臓血管外科、³川端医院

○堀田 大介¹、小西 崇夫¹、山口 紅¹、舟山 直宏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、大堀 克己²、續木 徳子³

【症例】81 歳、男性【主訴】動悸、息切れ、下痢【既往歴】胆摘：平成 21 年【喫煙歴】7 本/日【現病歴及び入院経過】2014/12/12 頃より除雪などの労作で息切れ・動悸出現、その後食欲低下、下痢も加わってきたことから 12/19 当院紹介受診。血圧 104/82mmHg、脈拍 105/分・整。検査所見では、胸部レ線 上 CTR 50.2%、心電図では、右軸偏位に加、T 波の異常 (全体的に T 波減高し V5, 6 で陰性 T 波) と V1-6 誘導における R 波増高不良を認めた。心エコー検査では、LVEF 50.5%, E/E' = 18.1 (E/A = 0.49, Dct = 213msec) であった。採血検査では、WBC 5900、好酸球 9.7%, CPK1375IU/L であったことから好酸球性心筋炎を疑い即入。冠動脈造影検査では有意狭窄を認めず、右室心筋生検で好酸球浸潤を確認し好酸球性心筋炎と診断。プレドニン 30mg/日投与開始し徐々に心機能改善をみた。

19 心臓サルコイドーシスが疑われる左室瘤の1例

北海道医療センター 循環器内科

○更科 美羽、竹中 孝、加藤 瑞季、菊池 麻美、本間 恒章、明上 卓也、武藤 晴達、大村 計、金子 壮朗、藤田 雅章、佐藤 実、井上 仁喜

症例は生来健康な 53 歳女性。自覚症状はなかったが 2014 年健康診断を契機に心拡大と左室壁運動低下を指摘され当科に紹介された。胸部 X 線で心胸比 52%。心電図にて二束ブロック、心室性期外収縮を認め、心エコー図で心室中隔基部の菲薄化と左室の軽度収縮低下を認めたが、他にサルコイドーシスを示唆する所見を得られず経過観察としていた。1 年後に心エコー図にて左室収縮の増悪を認め心筋生検目的に入院となった。左室造影にて高位側壁に局限した心室瘤の所見を認め、心臓 MRI、心筋シンチグラフィ、FDGPET において、心室中隔の菲薄化部位と心室瘤の部位に一致して、それぞれガドリニウム遅延造影像、血流低下、FDG 集積の所見を認めた。他臓器病変はなく、心筋生検による組織診断も得られなかったが、心臓サルコイドーシスが強く疑われた。

20 心不全を契機に診断に至った超高齢者特発性右房拡張症の1例

¹王子総合病院 循環器内科、²王子総合病院 内科

○中田 潤¹、伊藤 孝仁¹、堀田 寛之¹、加藤 伸郎¹、吉田 大輔¹、大畑 純一¹、松本 倫明¹、大岩 均¹、藤瀬 幸保²

症例は 88 歳女性。高血圧、慢性心房細動、気管支喘息にて近医通院中であった。2014 年 12 月より労作時息切れ、下腿及び眼瞼の浮腫を認め当科紹介受診。心エコーでは右房径 88x68mm と高度に拡大し重度三尖弁逆流を認めたが、三尖弁付着位置は正常、左心系に異常を認めなかった。右心カテーテル検査では肺動脈圧は正常で 0. step up は認めず、心拍出量の低下を認めた。器質的疾患が否定的であり、右房長径が 66.7mm/m²BSA であることから特発性右房拡張症と診断した。高齢であることから薬物による加療を選択、レートコントロール及び利尿薬調整を行ったところ症状は改善、現在は外来経過観察中である。心不全を契機に診断に至った超高齢者特発性右房拡張症の 1 例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

21 アレルギーの関与が強く示唆された高 IgE 血症を伴う好酸球性心筋炎の一例

北海道循環器病院 循環器内科

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

症例は 39 歳男性。2 日前から胸痛が出現し近医を受診したところ、心筋梗塞が疑われ当院に紹介受診となった。心電図上、II, III, aVF, V3-6 で ST 上昇があり、心臓超音波検査では、左室肥大を伴った下後壁の高度壁運動低下を認めた。また、入院時 IgE 1280 IU/ml (正常:<170 IU/ml) と高値を認めていた。冠動脈造影検査上、有意狭窄を認めず、心筋生検では、心筋の線維化を伴った好酸球、及び、リンパ球浸潤を認めた。入院時の末梢血好酸球は 6.1%であったが、その後、35.0%まで上昇し、ステロイドを開始した。その後、心電図、心臓超音波検査は正常所見へと改善し、現在、症状なく経過している。アレルギー検索を行ったところ、明らかな抗原暴露があり、アレルギーが関与した好酸球性心筋炎が考えられた。

22 6 年間酵素補充療法を施行した Fabry 病症例の MRI 及び心筋生検所見

札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座

○長南 新太、大島 洸人、水野 雅司、村中 敦子、田中 希尚、矢野 俊之、古橋 真人、丹野 雅也、三木 隆幸、三浦 哲嗣

症例は、48 歳男性。平成 20 年、心エコー上、全周性の心筋肥大が認められ、 α -galactosidase A 活性が低値 (1.3 nmol/hr/mg protein) であることから Fabry 病と診断。同年から酵素補充療法が開始となった。平成 26 年、一過性浮動性めまいの精査目的に当科入院。造影 MRI では、Fabry 病に特徴的な下側壁領域の遅延造影はなかったが、心室中隔中層、心尖部及び心室中隔右室接合部に遅延造影が認められ、肥大型心筋症に類似した所見であった。一方、心筋生検組織の光顕では、レース状変性を伴う空胞変性が観察され、電顕では多数の層状封入体の蓄積があり、未治療 Fabry 病の所見と同様であった。Fabry 病による心筋病理学的変化への酵素補充療法の効果について文献的考察も交えて報告する。

23 細菌性心外膜炎から収縮性心膜炎を呈し心膜切開術で劇的に症状の改善をみとめた 1 例

¹ 市立札幌病院 循環器内科センター 循環器内科、² 市立札幌病院 循環器センター 心臓血管外科

○表 和徳¹、加藤 喜哉¹、小梁川 和宏¹、鳥羽 真弘¹、南部 秀雄¹、高橋 雅之¹、浅川 響子¹、壇浦 裕¹、松井 裕¹、牧野 隆雄¹、甲谷 哲郎¹、安田 尚美²、宇塚 武司²、中村 雅則²、渡辺 祝安²

症例は 69 歳女性。感冒症状で前医を受診し、造影 CT で心外膜の肥厚と全周性の心嚢液をみとめた。心電図では広範に ST 上昇がみられ、急性心膜炎が疑われ当科紹介となった。血液培養で *Staphylococcus aureus* が検出され抗生剤治療を開始した。経過で右心不全を発症し利尿薬、強心薬の投与や心嚢ドレナージを施行した。右心カテーテル検査では右室圧で dip and plateau と低心拍出を示し収縮性心膜炎の病態と判断した。画像検査では心膜により器質化された心嚢液が右室を圧排していた。内科的治療では改善が乏しく心膜切開術を施行し症状は劇的に改善した。近年、細菌性心外膜炎は稀な疾患とされているが今回我々は細菌性心外膜炎から収縮性心膜炎をきたした症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

24 診断時から 7 年以上生存した重症心アミロイドーシスの一例

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

診断から比較的長期間生存し剖検まで行った心アミロイドーシスの症例を報告する【症例】生来健康であった 80 歳代男性【病歴】7 年前初診。著しい左室肥大と心機能低下で精査し、左室心筋生検で心アミロイドーシスと診断。5 年前心房細動を発症。2 年前から心不全で入院を繰り返していた。【経過】今回の入院後は心室頻拍・細動を発症しアミオダロンで対処も、全身状態が徐々に悪化し死亡された【剖検】左右の心室、心房の全体に高度のアミロイド (トランスサイレチン) 沈着があり、複数の心外臓器にアミロイドの沈着を認め、全身性老人性アミロイドーシス (SSA) と診断された。【考察】SSA は剖検例でみられることが多いが生前診断の報告は稀である。本症例は診断から剖検までの経過を追うことができたので、その病態と特徴について報告する。

25 当科における SFA TASC CD 病変の治療方針の変遷
-EVH の導入へ-

市立函館病院 心臓血管外科

○柴田 豪、檜山 耕平、佐賀 俊文、馬場 俊雄、
森下 清文

【はじめに】今まで当科の施行した SFA TASC CD 病変における血行再建の成績を吟味し、2014/12 より血行再建の治療方針を大きく変更した。その経緯を報告したい。
【方法・結果】2008-2014/11 までの当科で施行した FP bypass(AK)65 例の成績を検討してみると、人工血管使用率 92%、1 年次の primary patency は 62%、secondary patency は 78%と満足できる結果ではなかった。成績向上のため、2014/12 から SFA TASC CD 病変は耐術能/vein の状況に応じて bypass(GSV graft)または EVT を選択するように治療方針を変更した。また GSV graft は人工血管に比べて創部が多くなる傾向にある。一方 PAD においては創部の治癒不全に陥りやすいことから、静脈採取に EVH(Endoscopic Vessel Harvesting)を導入した。その手技を供覧したい。

26 当院における大動脈基部手術の治療戦略とその成績

手稲溪仁会病院 心臓血管外科

○伊庭 裕、中西 克彦、栗本 義彦、山田 陽、
八田 英一郎、丸山 隆史、西岡 成知、氏平 功祐、
酒井 圭輔

【目的】大動脈基部手術において、近年自己弁温存術式が普及してきており、従来の Bentall 手術との術式選択などその治療戦略について検討する。【対象】2013 年 12 月～2015 年 3 月までに大動脈基部置換術を施行した 16 例。平均年齢は 64 才(39～88 才)。病変は基部拡大 10 例、解離 5 例、感染 1 例。術式は、Bentall 手術 12 例、自己弁温存基部置換術(Reimplantation 法)4 例。【成績】入院死亡は 1 例(6%)。PCI 中の大動脈解離、冠動脈閉塞にて術前 PCPS 補助にて Bentall 手術を施行した症例を 9 か月後に肺炎で失った。脳障害は認めず。自己弁温存術式の 4 例は、術後 Ar は全て mild 以下であった。【結論】現時点では両術式とも良好な結果であり、若年者や大動脈弁の性状が比較的保たれている症例を中心に積極的に自己弁温存術式を選択していくことは可能と思われる。

27 上腸間膜動脈閉塞を伴った Stanford A 型急性大動脈解離の 1 例

札幌医科大学医学部 心臓血管外科学

○沼口 亮介、伊藤 寿朗、黒田 陽介、中島 智博、
樋上 哲哉

39 歳男性。突然の胸痛を自覚し前医にて急性 A 型大動脈解離と診断され、手術目的に当科緊急搬送された。CT 上大動脈基部から両腸骨動脈に及ぶ解離を認め、上腸間膜動脈は解離の進展により閉塞していた。経食道エコー上大動脈弁輪拡張症と重症大動脈弁逆流症を認めた。右腋窩-右大腿動脈送血、右房脱血で人工心肺確立、直腸温 25℃で循環停止とし選択的脳灌流下に弓部大動脈、大動脈基部置換術を施行した。翌日の CT で上腸間膜動脈は再疎通しており腸管虚血の所見は認めなかったが、試験開腹で胆嚢壊死を認め胆嚢摘出術を施行した。術後 33 日で軽快退院した。腹部臓器虚血を伴う A 型急性大動脈解離は予後不良であり、症例ごとの治療選択が重要である。今回上腸間膜動脈閉塞を伴う A 型急性大動脈解離に胆嚢壊死を合併した症例を経験したので報告する。

28 橈骨動脈アプローチによる腎動脈ステント術後に副上腕動脈穿孔を来した 1 例

小樽市立病院 循環器内科

○高川 芳勅、古川 哲章、高川 志保

68 歳男性、薬剤抵抗性高血圧症。腎動脈エコーで腎動脈狭窄症が疑われた。左橈骨動脈から 3F 造影カテーテルで選択的冠動脈造影を施行し有意病変なし。続けてシースレス 6F カテーテル(Parent Plus)に交換して左腎動脈入口部の 75%狭窄にステント(Genesis 4.0x18mm)を留置した。帰室後に左上腕の腫脹に気付き、上腕動脈分枝からの出血を疑ったがエコーでは出血点を確認できず、右鼠径から 3F 造影カテーテルで順行性に造影したところ、上腕動脈の内側を並走する副動脈からの出血が認められた。透視下に止血部位を確認して用手圧迫し、造影剤の漏出がなくなったことを確認して止血綿での圧迫に変更した。以後腫脹は進行せず、翌日の造影で副動脈は閉塞せず止血されていた。小径カテーテルは小血管への誤挿入に気付きにくく注意を要すると思われた。

29 巨大子宮筋腫による深部静脈血栓症に対して手術治療を施行した1例

市立旭川病院 胸部外科

○宮武 司、大場 淳一、吉本 公洋、奥山 淳、内藤 祐嗣

【はじめに】下肢深部静脈血栓症の治療は抗凝固剤の治療を第1選択とするが、血栓溶解、血栓摘除、下大静脈フィルタ挿入などを追加するかどうかは日常診療において迷うところである。【症例】40代女性。3日前からの突然の左下肢腫脹と痛みのために当科紹介受診となった。USおよび造影CTで巨大子宮筋腫とそれに伴う静脈血流不全を認め、1週後に一時的な下大静脈フィルタを挿入の上、子宮全摘術施行。左下肢症状改善せず、その5日後に永久下大静脈フィルタ挿入、静脈血栓摘除、左腸骨静脈ステント留置、大腿動脈静脈シャント作成術を施行した。【結果】完全な血栓摘除とはなっていないが下肢症状は改善した。【考察】単径部から骨盤にかけての静脈血流を認めない深部静脈血栓症症例では積極的な治療が予後を改善する可能性があるだろう。

30 肺血栓塞栓症に右室内血栓を合併した一例

社会事業協会富良野病院

○薄井 環、名取 俊介、野呂 忠孝

症例は75歳女性。以前より躁うつ病・高血圧・高脂血症で近医に通院。当院入院5日前より労作時に10分程度の胸苦・動悸・冷汗認め、漢方内服で症状改善していた。2014年12月末に歩行時の胸苦あり、しゃがみ込んでいたところを通行人に発見され当院救急外来受診。症状は5分程度持続し、来院時には消失していた。当初急性冠症候群を疑い、抗血小板薬と冠拡張薬を開始。しかし精査の結果、右室内血栓合併肺血栓塞栓症、下肢深部静脈血栓症の診断に至った。肺血栓塞栓症に右室内血栓を合併していた貴重な症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

31 閉経後乳癌に対しアナストロゾールによる内分泌療法中に慢性血栓塞栓性肺高血圧症を起こした一例

函館五稜郭病院 循環器内科

○多田 智洋、青山 ちひろ、村瀬 弘通、須永 大介、佐藤 健司、福真 隆行、中田 智明、老松 寛

症例：50代女性。既往歴：閉経後乳がん。現病歴：乳がん再発のため、当院を紹介受診。心臓超音波検査にて心機能良好、下肢静脈エコーにて深部静脈血栓は認めず、アナストロゾールによる治療を開始した。開始から16ヶ月後、浮腫と労作性呼吸困難があり、当科受診。心臓超音波検査にて心室中隔の扁平化と右心拡大、肺血流シンチにて換気分布に異常のない区域性血流分布欠損を認め、肺動脈造影にて慢性化した器質性血栓による狭窄を認めたため、慢性血栓塞栓性肺高血圧症と診断。リオシグアト、エドキサバン開始にて症状軽快し、今後バルーンによる肺動脈形成術を施行する方針である。考察：アナストロゾールは、従来薬よりも血栓形成のリスクが低いとされている。今回、同薬によると思われる慢性血栓塞栓性肺高血圧症を経験したので報告する。

32 両側性の副腎腫瘍に対して副腎静脈サンプリングを施行した2例

旭川赤十字病院 循環器内科

○神山 直之、野沢 幸永、西原 昌宏、土井 敦、西宮 孝敏

【症例1】41歳女性。自己血圧測定で180/100 mmHgと高値を認め当科受診。採血で PAC208pg/mL、PRA0.2ng/mL/h (ARR1040)、CTで両側性に副腎腫瘍を認め、AVSを施行した。その結果、左副腎優位にアルドステロン過剰産生の所見を認め、左副腎摘出術を施行した。【症例2】63歳男性。当院腎臓内科より BP220/120 mmHgと高値を認め、当科紹介受診。採血で PAC122pg/mL、PRA0.6ng/mL/h (ARR203)、CTで両側性に副腎腫瘍を認め、AVSを施行した。その結果、右副腎優位にアルドステロン過剰産生の所見を認め、右副腎摘出術を施行した。【結語】両側性副腎腫瘍を認めるPAの局在診断にAVSは有用であった。

33 当院における副腎静脈採血の成績と採取不成功例・困難例の検討

¹JR 札幌病院 循環器内科、²JR 札幌病院 腎臓内科、³札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌講座

○大沼 義人¹、大野 紘平³、山下 智久²、高田 明典¹、富樫 信彦²、長谷川 徹¹、遠藤 利昭¹、土田 哲人¹、安藤 利昭¹

当院では外来高血圧患者に対し原発性アルドステロン症（PA）のスクリーニングとして血漿アルドステロン濃度と血漿レニン活性の比率を測定し、200以上の患者に対し積極的に精査を勧めている。PAの治療方針決定に際し副腎静脈採血は重要な検査であるが、一部の習熟した術者が行っていた。当院では副腎静脈造影3Dマップ法を導入し、容易にかつ比較的好成績に副腎静脈採血が可能となった。平成24年4月～平成27年3月までの期間に44例の副腎静脈採血を行ったが、成功率は右88.6%、左97.7%と以前の当院での成績と比し改善が認められた。しかしながら比較的容易とされる左副腎静脈でも100%の成功は認めていない。今回われわれは、実際の症例を提示し、不成功・困難例でのその要因を検討したので報告する。

34 3D 経食道心臓超音波検査を用いて左房内隔壁を詳細に観察しえた高齢者三心房心の一例

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

○小西 崇夫¹、山崎 香子¹、舟山 直宏¹、山口 紅¹、山本 匡¹、桜井 聖一郎¹、柏木 雄介¹、佐々 保基¹、儀間 充¹、田中 秀一¹、堀田 大介¹、菊池 健次郎¹、坂田 純一²、塚本 勝²、大堀 克己²

症例は71歳男性。20年前から、三心房心、心房細動、慢性心不全の診断にて当院でフォローアップされていた。5年前から心不全を繰り返すようになり、内服コントロール困難となり、三心房心に対する手術のために入院となった。術前の経食道心臓超音波検査上、左心房隔壁の開孔部は左房上壁前方に認め、小さな交通室を形成し、左房前室（肺静脈側）と後室（僧帽弁側）が交通していることが観察された。交通孔の断面積は、前室側入口部側が2.88cm²、後室側出口側が1.88cm²であった。左房内隔壁除去術後、前室側から後室側への入口部面積は11.6cm²へと改善していることが観察された。3D経食道心臓超音波検査は、三心房心の左房内の解剖学的構造を非侵襲的に、かつ、迅速に把握することができ有用であると考えられた。

35 著明な右冠動脈拡張を伴う右冠動脈右房瘻が原因と考えられた高拍出性心不全の一例

製鉄記念室蘭病院 循環器科

○三俣 兼人、坂本 賢一、高橋 弘、中村 裕一、岡崎 雄介、大島 洸人、山内 一暁、松木 高雪

動静脈瘻に伴う左右シャントは高拍出性心不全の原因となることが知られている。今回、右冠動脈を介する右房へのシャントにより高拍出性心不全を呈した稀な一例を報告する。症例は81歳女性、2012年6月に呼吸苦を主訴に来院、うっ血性心不全の診断にて当院入院となった。入院後施行した心臓CTでは、右房との瘻孔を形成する全長にわたり拡張する右冠動脈（最大直径5mm）を認めた。右心カテーテルでは、肺動脈楔入圧上昇、肺高血圧、心拍出量6.02l/minと高拍出状態、Qp/Qsは1.77であることから左右シャントに伴う高拍出性心不全と診断した。利尿剤の投与により心不全症状は改善、拡張した右冠動脈に対して外科的切除も検討したが患者の希望なく外来管理となった。今回、我々は拡張右冠動脈右房瘻に伴う高拍出性心不全を呈した一例を経験した。

36 孤発性の粘液腫様変性が原因と考えられた後尖僧帽弁瘤による僧帽弁逸脱症候群の一例

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

○小西 崇夫¹、舟山 直宏¹、山口 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、堀田 大介¹、菊池 健次郎¹、坂田 純一²、塚本 勝²、大堀 克己²

症例は47歳男性。2-3週間前から動悸があり当院を受診した。心臓超音波検査所見上、僧帽弁後尖P2のP1側の逸脱と、左心房前壁から側壁にかけて約90度の範囲に扇型に逆流しているジェット血流を認めた。経食道心臓超音波検査を施行したところ、2D画像では明らかでなかったが、3D画像にて僧帽弁後尖の弁腹に11mm大の僧帽弁瘤が存在していることが確認できた。僧帽弁瘤の三角切除と僧帽弁輪縫縮術が施行された。病理組織学的所見上、僧帽弁瘤は粘液腫様変性を認めたが、明らかな心内膜炎、リウマチ様変化を疑う所見認めなかった。本症例の僧帽弁瘤の成因として、先天的に比較的限制性の脆弱な部位があり、後天性に左室圧が作用し徐々に瘤状の変化を生じたものと推察された。

37 心臓 CT が診断に有用であった上位静脈洞型心房中隔欠損症に部分肺静脈還流異常症を合併した高齢患者の一例

KKR 札幌医療センター 循環器科

○杉本 絢子、伊東 直史、白井 真也、築舘 徹彦、神垣 光徳

症例は 66 歳男性。2004 年頃から動悸、2009 年頃から労作時息切れが出現したが放置していた。2014 年 10 月より夜間の咳嗽、呼吸困難を生じ、12 月に当科初診となった。胸部 X 線で心拡大、ECG では心房細動を認め、精査目的で入院となった。TTE では右心系拡大と肺高血圧を認めたが、左右シャントは指摘されなかった。しかしオキシメトリーで右房レベルでの O_2 step up を認め、TEE で左房と上大静脈の交通を確認できた。心臓 CT で上位静脈洞型心房中隔欠損症の存在と部分肺静脈還流異常症の合併も認めた。Qp/Qs 2.6 のため手術適応とされた。2015 年 1 月に心臓血管外科で心房中隔欠損閉鎖術、部分肺静脈還流異常症修復術、メイズ手術、三尖弁輪形成術が施行された。上位静脈洞型心房中隔欠損症は比較的稀な先天性心疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

38 左上大静脈遺残 (PLSVC) が発生、維持に関与した心房細動

日鋼記念病院

○内海 喜晴、益子 春江、南部 忠詞

症例は 71 歳男性。50 歳から心房細動を指摘。胸部造影 CT で左上大静脈遺残 (PLSVC) とそれに続く拡大した冠状静脈洞 (CS) を認めた。拡大肺静脈隔離をうけた際、PLSVC に留置した電極を最早期とする心房性期外収縮や一過性心房細動が観察された。拡大肺静脈隔離後、洞調律は数日しか維持されなかった。二回目のセッションで PLSVC の隔離を行った。洞調律に復帰させ PLSVC 電位を確認、左心耳ペーシング下に PLSVC を隔離した。治療後は洞調律が維持された。本症例では、心房細動の trigger と driver は PLSVC にあると推定された。PLSVC を有する心房細動症例では同部位に不整脈源性がないか注意する必要がある。

39 心房細動アブレーション後の重症食道潰瘍の治癒過程を画像評価した一例

名寄市立総合病院 循環器内科

○石破 光咲子、岩田 周耕、黒嶋 健起、井澤 和真、八巻 多、酒井 博司

心房細動アブレーション治療の致死合併症として、左房焼灼による食道熱傷から起こる食道左房瘻が報告されている。当施設では心房細動アブレーションを 2012 年～2015 年まで 62 例施行し、全例に治療後 EGD を施行してきた。その内アブレーション治療によるものと考えられる食道潰瘍を認め、縦隔炎が疑われた 1 症例を経験した。食道左房瘻の報告例ではアブレーション後 3～4 週間目に敗血症や空気塞栓を起こして発見、死亡に至ったものが散見され、慎重な経過観察を行った。EGD は食道内圧の上昇を伴うため、造影剤内服下 CT で食道から縦隔への造影剤の leak を評価し、心臓造影 CT で左房瘻がないことを確認しながら follow した。アブレーション後 8 週間目に退院するまでの経過と画像、文献的考察を含め報告する。

40 心房細動アブレーション前の心内血栓評価における遅延造影 MDCT の有効性評価

¹ 独立行政法人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 独立行政法人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、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

背景：心房細動 (AF) アブレーション前の心腔内血栓評価に経食道心エコー (TEE) がルーチンで行われることが多いが、侵襲的であり検査には苦痛を伴う。一方で Multidetector Computed Tomography (MDCT) の進歩は著しく、近年のメタ解析では心耳や心房内血栓の評価において遅延造影 MDCT は TEE に代わるモダリティとして注目されてきている。目的：心内血栓評価における MDCT の有用性について評価した方法：2011 年 3 月より 2015 年 1 月までの期間で AF アブレーション前 24 時間以内に遅延造影 MDCT にて心腔内血栓の評価を行った。結果：検査を行った 134 名では血栓は認められずアブレーションを施行した。治療前に INR が不十分であった 1 名のみ治療翌日に小脳梗塞を発症した。

41 心停止をきたした Wolff-Parkinson-White 症候群の2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

○藤田 雄吾、井垣 勇祐、大島 洸人、西沢 慶太郎、
藤戸 健史、望月 敦史、神津 英至、赤坂 憲、
下重 晋也、湯田 聡、丹野 雅也、三浦 哲嗣

症例は20歳代と40歳代の男性。いずれも小学生時よりWPW症候群を指摘されていた。心室細動を発症し当院搬送となったが、神経学的後遺症なく回復した。発作性心房細動や偽性心室頻拍は同定されていなかったが、副伝導路に対してはカテーテルアブレーションを行った。器質的心疾患の合併を認めず、サンリズム負荷試験陰性よりBrugada症候群も否定されたが、いずれの症例もアセチルコリン負荷試験にて冠攣縮性狭心症と診断された。冠拡張薬の多剤併用を追加し、1例では植え込み型除細動器の植え込みを行った。【考察】無症候性WPW症候群における突然死のリスクは極めて稀と報告されている。蘇生に成功した心停止症例では、副伝導路への介入に加え、他の心停止の原因を積極的に検索して2次予防に努めることが重要である。

42 頻拍性心房細動より重症急性心不全/循環不全を来した甲状腺クリーゼの1救命例

¹旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野、²旭川医科大学 保険管理センター

○早坂 太希¹、田邊 康子¹、後藤 全英¹、伊達 歩¹、
杉山 英太郎¹、簗島 暁帆¹、坂本 央¹、竹内 利治¹、
佐藤 伸之¹、川村 祐一郎²、長谷部 直幸¹

症例は40歳代、女性。動悸、労作時呼吸困難感、全身浮腫を自覚したが放置。症状は徐々に増悪し起座呼吸となり当院緊急搬送。心拍数240/分の頻拍性心房細動および収縮期血圧80mmHg台のショックバイタル、泡沫状の喀痰を認め肺水腫を来しており挿管。電気的除細動にても洞調律維持できず、更に血行動態悪化し経皮的心肺補助法(PCPS)を併用した。甲状腺ホルモン高値であり、甲状腺クリーゼによる急性循環不全と診断。無機ヨード、チアマゾール、ヒドロコルチゾンを投与し、頻拍に対してランジオロールの投与を開始したが頻拍コントロールつかず、血漿交換も併用し頻拍をコントロール、第5病日でPCPS離脱した。甲状腺クリーゼに伴う重症急性心不全に対し、PCPS/血漿交換で致死的となる急性期の治療を行えた一例を経験したので報告する。

43 てんかんによる意識消失と診断された先天性QT延長症候群の一例

¹北海道大学大学院医学研究科循環病態内科学、²函館中央病院、³長崎大学分子生理学

○園田 祥子¹、三山 博史¹、辻永 真吾¹、白川 亮介¹、
徳田 裕輔¹、鎌田 壘¹、齋藤 晶理¹、神谷 究¹、
牛島 桂司²、蒔田 直昌³、筒井 裕之¹

症例はてんかんの既往のある38歳女性。2014年10月自宅で意識消失し目撃者により救急要請された。かかりつけ医に搬送されたが、てんかんによる症状と判断され帰宅した。翌日脳波検査目的に同院を受診。外来で心肺停止となり心室細動が確認された。AEDで除細動され、停止後の心電図でQTc750msと著明なQT延長を認め、精査加療目的に当院に転院となった。植え込み型除細動器植え込み術を施行後、エピネフリン負荷試験、運動負荷試験を行ったところLQT1が疑われたが、遺伝子解析ではKCNH2の変異を認めLQT2の診断となった。てんかんに先天性QT延長症候群を合併することは過去にも報告されており、てんかん患者が意識消失を来した場合、QT延長に伴う致死性不整脈である可能性も考慮しなければならない。

44 拡大肺静脈隔離後に肺静脈内で細動が持続し、ピルジカイニド投与にて除細動された一例

独立行政法人 国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科

○菊地 麻美、佐藤 実、更科 美羽、加藤 瑞季、
本間 恒章、明上 卓也、武藤 晴達、大村 計、
金子 壮朗、藤田 雅章、井上 仁喜、竹中 孝

症例は67歳、女性。2010年、発作性心房細動に対して拡大肺静脈隔離術を施行。その後、発作性心房細動/粗動が出現し、2014年2度目のカテーテルアブレーションを施行。シース類を挿入中に心房粗動となり心房細動へ移行。電気的除細動で体表心電図や左房内は洞調律へ復帰したが、左肺静脈内でのみ細動が持続した。右肺静脈は上下とも肺静脈電位の再発があり、再早期電位を指標に焼灼を行った。その後、左肺静脈の電位を再確認すると左肺静脈内のみで細動は持続していた。ISPやATP投与でdormant conductionは認めなかった。ピルジカイニド25mgの投与で左肺静脈内の細動は停止した。拡大肺静脈隔離術後4年経過した症例で左肺静脈内でのみ細動が持続し珍しい症例と思われる報告する。

45 静脈麻酔によるペースメーカー関連手術時の鎮静の工夫

¹北海道循環器病院 心臓血管外科、²北海道循環器病院 循環器内科

○齋藤 達弥¹、田中 秀一²

ペースメーカー関連手術において、患者の高齢化や認知症などにより術中に安静を保つことが困難である場合や、強い不安感から全身麻酔を希望されることが増加しており、このため患者満足を得るとともに麻酔科管理を要しない簡便な方法として、数年前より術中に静脈麻酔を使用している。
手術開始前にフェンタニルクエン酸塩 0.05mg (1ml) とミダゾラム 3mg (1A 2ml に生理食塩水 8ml を追加し全量 10ml としたうちの 3ml) を静注し、皮膚切開前に局所麻酔を行うことを基本とし、術中は覚醒度合いや疼痛の訴えにより適宜ミダゾラム 2mg ずつを追加静注し、疼痛が強い場合にはフェンタニル 0.05mg を追加静注する。手術終了時にフルマゼニルで中和することで良好な覚醒が得られ、重大合併症なく安全に施行できている。

46 当院での MAZE 手術症例についての検討

市立旭川病院

○奥山 淳、大場 淳一、宮武 司、吉本 公洋、内藤 祐嗣

対象は 2010 年 1 月～2015 年 3 月までの 33 症例。術式は MAZE4。原疾患手術は僧帽弁手術 23 例、DVR5 例、ASD パッチ閉鎖 4 例、冠動脈肺動脈ろう結紮術 1 例。平均 66.3 歳 (男 17 女 16)。術後退院時に洞調律が 22 例、心房細動 11 例。各項目と退院時 AF の関連を検討。左房径は退院時心房細動例で有意に拡大 ($P=0.026$)。その他年齢 ($P=0.46$)、原疾患術式 ($P=0.51$)、EF 値 ($P=0.56$) 等に有意差は認められなかった。術後、退院時洞調律維持症例では 22 例中 20 例に抗不整脈薬が投与されていた (1 群 9 例、2 群 1 例、3 群 8 例、4 群 2 例、未使用 2 例)。 $P=0.056$ とわずかに有意差はつかないものの、洞調律維持に抗不整脈薬の後療法が効果を成している可能性が示唆された。

47 Cryoballoon Ablation for Atrial Fibrillation : 当院における経験

北光記念病院 循環器科

○鈴木 丈二、四倉 昭彦、佐野 文彦、吉田 泉、加藤 法喜、櫻井 正之

Haïssaguerre 等による心房細動 (AF) のトリガーの約 90% が肺静脈 (PV) 起源の反復性異常興奮であるとの報告以後、AF 非薬物治療は、高周波カテーテルアブレーション (RFCA) による PV 隔離、修飾法追加へと飛躍的に進化した。一方、多施設無作為比較試験 (MANTRA-PAF、RAAFT-2) は、その再発率、合併症などから、未だ CA が第 1 選択治療と成り得ないことを示した。Cryoballoon ablation (CBCA) は、手技の単純性から術者間技量差、合併症減少が、また、PV 周囲の確実な連続性ライン作成、境界明瞭な組織瘢痕形成から再発率減少が期待される。当院では、2015 年 1 月より 90 日間に 72 例に対して第 2 世代 CB による CA を実施し、RF での補足例を含め、全例で PV 隔離に成功した。手技的事項を中心に提示する。

第 113 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 113 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 113 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 113 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 27 年 6 月 27 日（土）9：30～17：00
- ・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いております。

万一、ベビーシッターサービス期間中に、保護者様にお子様を預けている間に、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■

日本循環器学会北海道地方会のアドレス（http://www.j-circ.or.jp/information/chihoukai/hokkaido_113.htm）から、「申込書・同意書」をダウンロードし、必要事項をご記入のうえ、6 月 17 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 TEL 011-281-0511 / FAX 011-261-1873