

第 114 回日本循環器学会北海道地方会

(第95回北海道医学大会 循環器分科会)

日 時：平成27年11月28日(土) 8:55～15:40

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：旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経内科学分野 長谷部 直幸

■教育セッションⅠ(12:00～13:00)

座 長：長谷部 直幸

(旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経内科学分野 教授)

「心不全診療と研究の最前線」

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：紙谷 寛之

(旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野 教授)

「低侵襲心臟手術」

名古屋第一赤十字病院心臓血管外科 部長 伊藤 敏明 先生

[illegible]

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)

A decorative horizontal separator composed of approximately 60 small black diamonds arranged in a single row across the width of the page.

[当番事務局] 旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経内科学分野 佐藤 伸之

TEL: 0166-68-2442 FAX: 0166-68-2449

E-mail: nsato@asahikawa-med.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

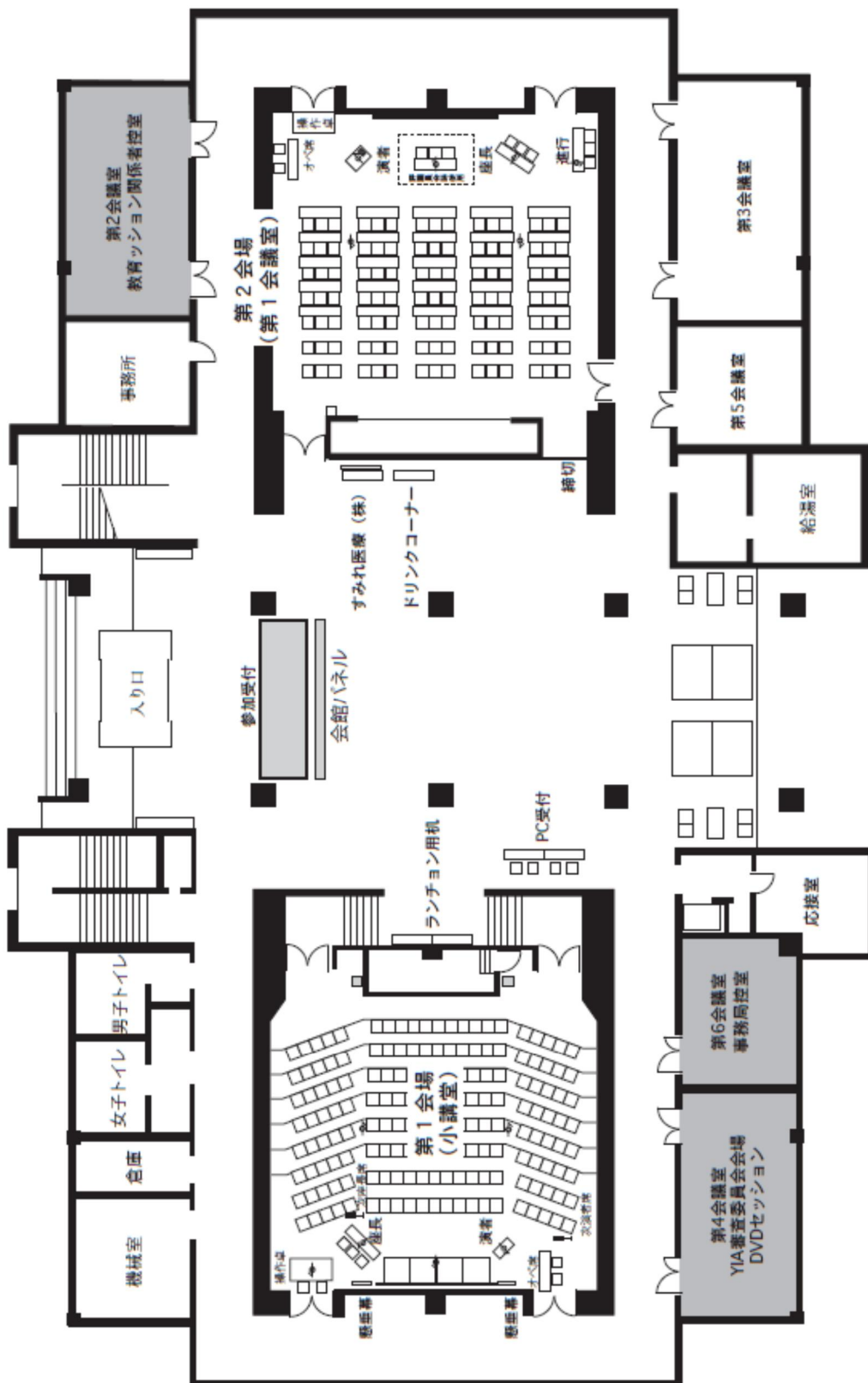
J R 「札幌駅」：徒歩 10 分

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114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
8:55～9:00	開会の辞				
9:00～9:28	不整脈 (1～4) 4×7分	9:00～9:28	内科外科合同 (19～22) 4×7分		
9:28～9:56	心筋症、心内膜炎 (5～8) 4×7分	9:28～10:03	弁膜症、外科治療1 (23～27) 5×7分		
10:00～11:20	YIAセッションⅠ (初期研修医・医学生) (9～16) 8×10分				
11:20～11:40	YIAセッションⅡ (後期研修医) (17～18) 2×10分				
11:55～12:00	YIA表彰式		11:40～11:50	YIA審査委員会	
12:00～13:00	教育セッションⅠ (ランチョン) 東京大学 循環器内科 小室 一成先生 (共催 武田薬品工業株式会社)				9:00～18:00 無料臨時 託児室 (完全予約制)
13:00～14:00	教育セッションⅡ 名古屋第一赤十字病院 心臓血管外科 伊藤 敏明先生 (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)				
14:05～14:40	虚血性心疾患、末梢血管 (28～32) 5×7分	14:05～14:40	弁膜症、外科治療2 (38～42) 5×7分	14:05～15:35	
14:40～15:15	その他 (33～37) 5×7分	14:40～15:40	男女共同参画 フォーラム	DVD セッション	

第 1 会場 （小講堂）

開会の辞(8:55～9:00) 会長 長谷部 直幸

(旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経内科学分野)

一般演題 午前部(9:00～9:56)

■ 不整脈 (9:00～9:28) ■

座 長:下重 晋也(釧路孝仁会記念病院 循環器内科)

座 長:佐藤 実(北海道医療センター 循環器内科)

1. 鎖骨下静脈閉塞を認める症例に対して皮下トンネルを作成してLV リード留置に成功した二例

○柿木 梨沙、石丸 伸司、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

地域医療機能推進機構 北海道病院 心臓血管センター 心臓内科

2. Bipolar アブレーションが奏功した肥大型心筋症に伴う VT storm の一例

○大津 圭介¹、坂本 央¹、川口 哲¹、杉山 英太郎¹、蓑島 暁帆¹、田邊 康子¹、竹内 利治¹、関口 幸夫²、佐藤 伸之¹、野上 昭彦²、川村 祐一郎¹、長谷部 直幸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¹、筑波大学 循環器不整脈講座²

3. 尿細管機能障害による低 K 血症を契機に心室細動を発症した先天性 QT 延長症候群の一例

○辻永 真吾、白川 亮介、神谷 究、齋藤 晶理、三山 博史、筒井 裕之

北海道大学病院 循環器内科

4. アミオダロン投与早期に薬剤性 SIADH を発症した一例

○石丸 伸司、川崎 まり子、柿木 梨沙、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

JCHO 北海道病院 心臓血管センター 心臓内科

■心筋症・心内膜炎（9:28～9:56）■

座 長： 岩野 弘幸（北海道大学 循環器内科）

座 長： 尾形 仁子（心臓血管センター北海道大野病院 健診部）

5. 6年間の酵素補充療法中のファブリー病の一例

○中川 直樹¹、坂本 央¹、田邊 康子¹、竹内 利治¹、赤坂 和美²、佐藤 伸之¹、長谷部 直幸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¹、旭川医科大学 臨床検査医学²

6. 大動脈内血栓症を合併した感染性心内膜炎の一例

○鈴木 理穂、鳥羽 真弘、小林 雄太、加藤 喜哉、山梨 克真、浅川 響子、檀浦 裕、小松 博史、
松井 裕、牧野 隆雄、甲谷 哲郎
市立札幌病院 循環器センター 循環器内科

7. 心臓サルコイドーシスの診断確定に 18F-FDG PET が有用であった一例

○馬場 菜月、鳥羽 真弘、鈴木 理穂、小林 雄太、加藤 喜哉、山梨 克真、浅川 響子、檀浦 裕、
小松 博史、松井 裕、牧野 隆雄、甲谷 哲郎
市立札幌病院 循環器センター 循環器内科

8. 右室にのみ収縮障害を呈する心サルコイドーシスに持続性心室頻拍が生じた1例

○南部 秀雄¹、岩野 弘幸¹、前川 聡¹、木村 銀河¹、水上 和也¹、横田 卓¹、畑中 佳奈子²、
納谷 昌直¹、筒井 裕之¹
北海道大学大学院 医学研究科 循環病態内科学¹、北海道大学病院 病理部²

■ YIA セッション I（初期研修医・医学生）（10:00～11:30） ■

座 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）

座 長： 丹野 雅也（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科）

座 長： 横式 尚司（北海道大学 循環器内科）

【症例報告】

9. 急速な病勢の進行を認めた *streptococcus tigurinus* による感染性心内膜炎の一例

○石井 奈津子、工藤 雅人、太田 真之、佐藤 宏行、吉岡 拓司、佐々木 晴樹、広上 貢、村上 弘則
手稲溪人会病院 循環器内科

10. 抗プロラクチン療法を施行した周産期心筋症の一例

○押田 達朗¹、小山 雅之¹、土井 崇裕¹、井垣 勇祐¹、美田 知宏¹、石村 周太郎¹、太田 英喜¹、
寺島 慶明¹、山口 修²、坂田 泰史²、高橋 亨¹

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 循環器内科¹、大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学²

11. 急性冠症候群として発見された von Recklinghausen 病に合併した褐色細胞腫の一例

○船越 健司、佐々木 晴樹、高松 直岐、佐藤 宏行、工藤 雅人、吉岡 拓司、村上 弘則、
広上 貢

手稲溪仁会病院 循環器内科

12. 多発脳梗塞を契機に診断された、特発性好酸球増加症候群に Loefller 心内膜心筋炎を合併した一例

○大岩 修太郎、能登 貴弘、瀬野 結、神津 英至、村中 敦子、矢野 俊之、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

13. 右室中隔ペースング時の左室壁運動の観察

○中本 裕紀、益子 春江、南部 忠詞

社会医療法人母恋 日鋼記念病院 循環器科

14. 薬剤性過敏症症候群（DIHS : drug-induced hypersensitivity syndrome）に合併した急性心筋炎の一例

○須野 賢一郎、高橋 雅之、表 和徳、白川 亮介、辻永 真吾、神谷 究、斎藤 晶理、三山 博史、
筒井 裕之

北海道大学 循環病態内科

15. 主要体肺側副血行路（MAPCA）を合併した成人ファロー四徴症の1例

○堀内 至、木谷 祐也、伊達 歩、杉山 英太郎、蓑島 暁帆、坂本 央、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・神経内科学分野

16. 心筋梗塞後の心室頻拍に対して着用型自動徐細動器を使用した一例

○田中 雅裕、岩田 周耕、黒嶋 健起、石破 光咲子、井澤 和眞、八巻 多、酒井 博司

名寄市立総合病院 循環器内科

■YIA セッションⅡ（後期研修医）（11:30～11:40）■

座 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）

座 長： 丹野 雅也（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科）

座 長： 横式 尚司（北海道大学 循環器内科）

【臨床研究】

17. 心房細動のカテーテルアブレーションは1000日脳梗塞を予防する。

○萩原 光¹、益子 春江²、南部 忠詞²

市立釧路総合病院 心臓血管内科¹、日鋼記念病院²

18. 心不全と糖尿病が、睡眠呼吸障害と血糖変動の関連へ与える影響

○藤田 雄吾、中田 圭、丹野 雅也、鈴木 洋平、長南 新太、舘越 勇輝、能登 貴弘、瀬野 結、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

第2会場 (第1会議室)

一般演題 午前の部(9:00~10:03)

■内科外科合同(9:00~9:28)■

座 長: 宮武 司(市立旭川病院 心臓血管外科)

座 長: 坂本 央(旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野)

19. 低酸素血症が遷延し診断に苦慮した卵円孔開存(PFO)の一例

○平山 康高¹、中村 愛¹、浅野目 晃¹、井川 貴行¹、菅野 貴康¹、石井 良直¹、奥山 淳²、
内藤 祐嗣²、吉本 公洋²、宮武 司²、大場 淳一²

市立旭川病院 循環器内科¹、市立旭川病院 胸部外科²

20. 右心不全を優位にきたす疾患での、手術前後の心臓MRI所見の検討

○奥山 淳、内藤 祐嗣、吉本 公洋、宮武 司、大場 淳一

市立旭川病院 胸部外科

21. 肺扁平上皮癌を伴った心臓血管筋脂肪腫の一症例

○豊嶋 更紗¹、坂本 央²、遠藤 哲史²、蓑島 暁帆¹、紙谷 寛之³、田邊 康子¹、竹内 利治¹、
赤坂 和美³、北田 正博²、佐藤 伸之¹、川村 祐一郎¹、大崎 能伸²、長谷部 直幸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¹、旭川医科大学病院 呼吸器センター²、
旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野³

22. 脳塞栓症によりたこつぼ型心筋症を発症したと考えられる左房粘液腫の一例

○小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、大堀 克彦、山本 匡、桜井 聖一郎、山崎 香子、柏木 雄介、
佐々 保基、福山 周三郎、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

■ 弁膜症・外科治療 1 (9:28～10:03) ■

座 長: 伊藤 寿朗 (札幌医科大学 心臓血管外科)

座 長: 中村 雅則 (市立札幌病院 心臓血管外科)

23. 経心尖部アプローチ経カテーテル大動脈弁留置術 (TA-TAVI) の患者背景と初期成績

○山田 陽¹、栗本 義彦¹、丸山 隆史¹、伊庭 裕¹、西岡 成知¹、氏平 功祐¹、八田 英一郎¹、
中西 克彦¹、廣上 貢²、吉岡 拓司²、村上 弘則²

手稲溪仁会病院 心臓血管外科¹、手稲溪仁会病院 循環器科²

24. Bad Aorta 症例における安全な大動脈弁置換術 (AVR) —TAVI 時代の Surgical AVR の発展

○宇塚 武司、中村 雅則、近藤 麻代、渡辺 祝安

市立札幌病院 心臓血管外科

25. 急性心筋梗塞後の後乳頭筋部分断裂による僧帽弁閉鎖不全症に対して弁形成術を施行した 1 例

○飯島 誠、新宮 康栄、小林 一哉、若狭 哲、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

北海道大学 循環器・呼吸器外科

26. 臨床経過を観察した四尖弁を有する大動脈弁逆流症の 1 例

○下岡 良典¹、牧口 展子¹、成田 浩二¹、福澤 純²

北晨会 恵み野病院¹、千寿会 三愛病院²

27. 外科手術が奏功した高齢者の ASD の一症例

○下岡 良典、牧口 展子、成田 浩二

北晨会 恵み野病院

第 1 会場 （小講堂）

教育セッション I (12:00～13:00)

座長: 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 教授)

「心不全診療と研究の最前線」

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: 紙谷 寛之

(旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野 教授)

「低侵襲心臓手術」

名古屋第一赤十字病院 心臓血管外科 部長
伊藤 敏明 先生

共催: 武田薬品工業株式会社

ブリistol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(14:05～15:15)

■ 虚血性心疾患、末梢血管（14:05～14:40） ■

座 長： 高木 千佳（小樽協会病院 循環器科）

座 長： 酒井 博司（名寄市立総合病院 循環器内科）

28. 虚血性心不全の超高齢者に対して PCI を施行した1例

○貴田岡 享¹、山内 敦司¹、塩越 隆広¹、小川 裕二¹、加藤 淳一¹、長谷部 直幸²

JA 北海道厚生連旭川厚生病院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

29. 蜂刺症によるアナフィラキシーショックに冠攣縮発作を合併した一例

○宮田 雅大、平井 俊浩、谷口 治、中村 秀樹

JA 北海道厚生連網走厚生病院 循環器科

30. 比較的急速に増大した calcified nodule に対し PCI を施行した一例

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

国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科

31. 緊急血行再建術後、心破裂をきたした冠動脈塞栓症の一例

○小岩 弘明、大橋 洋介、竹内 剛、池田 大輔

市立千歳市民病院

32. 浅大腿動脈(SFA)の慢性完全閉塞(CTO)に対するクロッサーの有効性の検討

○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、藤田 勉

札幌心臓血管クリニック

■ その他（14:40～15:15） ■

座 長： 堀田 大介（北海道循環器病院 循環器内科）

座 長： 矢野 俊之（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内科内科）

33. 成人発症の不完全型房室中隔（心内膜床）欠損症の一例

○上北 和実¹、會田 誠¹、長谷部 直幸⁴、渡邊 俊貴²、前田 俊之²、井上 聡巳²、新井田 周宏³
北海道立北見病院 循環器内科¹、北海道立北見病院 心臓血管外科²、北海道立北見病院 麻酔科³、
旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野⁴

34. トラスツズマブにより心機能障害を呈した症例の検討より一抗がん剤心障害データベースの必要性

○井上 仁喜¹、山本 清二²、明上 卓也²、竹中 孝²、長谷部 直幸³
北海道がんセンター・医療センター 循環器内科¹、北海道医療センター 循環器内科²、旭川医科大学
内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野³

35. 著明なケトアシドーシスに伴い循環不全に陥った1型糖尿病の一例

○堀田 大介¹、小西 崇夫¹、山口 紅¹、舟山 直宏¹、大堀 克彦¹、桜井 聖一郎¹、山本 匡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、福山 周三郎¹、菊池 健次郎¹、
大堀 克己²、種田 紳二³
北海道循環器病院 循環器内科¹、北海道循環器病院 心臓血管外科²、
医療法人 満田記念病院 糖尿病センター³

36. 突然死を来した ANCA 関連血管炎の一例

○白井 真也¹、伊東 直史¹、神垣 光徳¹、佐藤 大樹²
KKR札幌医療センター¹、東北大学医学部循環器内科学分野²

37. リオシグアトが有効であった慢性血栓閉塞性肺高血圧の一例

○山内 敦司、貴田岡 享、塩越 隆広、小川 裕二、加藤 淳一
JA 北海道厚生連旭川厚生病院

第2会場（第1会議室）

一般演題 午後の部(14:05～14:40)

■ 弁膜症、外科治療 2 (14:05～14:40) ■

座 長： 若狭 哲（北海道大学 循環器・呼吸器外科）

座 長： 木村 文昭（旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野）

38. 当院における右小開胸 MICS 手術の初期成績

○木村 文昭、栗山 直樹、筒井 真博、森 和樹、紙谷 寛之
旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野

39. 左室仕事係数は機能性僧帽弁逆流に対する僧帽弁形成術後の予後予測因子

○新宮 康栄、若狭 哲、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

40. Bridge to recover となった Heartmate II 装着例に対する治療経験

○佐藤 公治、大岡 智学、飯島 誠、小林 一哉、新宮 康栄、若狭 哲、加藤 裕貴、橘 剛、
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

41. 左室心筋リードが心機能改善に寄与したと考えられる一例

○筒井 真博、森 和樹、木村 文昭、金森 太郎、紙谷 寛之
旭川医科大学 心臓外科

42. Atypical CoA に対し胸部下行大動脈-腹部大動脈バイパス術を施行した1症例

○萩原 敬之、伊藤 寿朗、沼口 亮介、黒田 陽介、橘 一俊、高木 伸之、川原田 修義
札幌医科大学 心臓血管外科

第2会場 （第1会議室）

「第1回男女共同参画フォーラム」(14:40～15:40)
テーマ 「多様化の時代にキャリアパスと職場環境を考える」

座長: 日本循環器学会北海道支部「男女共同参画」小委員会

委員長 土橋 和文(札幌医科大学)

副委員長 赤坂 和美(旭川医科大学)

1. 特別講演 (14:40～15:10)

「全医療人の働きやすい環境をめざして

—きらめきプロジェクトのめざすところ—」

九州大学大学院医学研究院保健学部門 教授

きらめきプロジェクトキャリア支援センター 副センター長

樗木 晶子 先生

2. 循環器医師からの提言 (15:10～15:40)

NTT 東日本札幌病院 循環器内科 濱口早苗 先生

旭川医科大学内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野 島村浩平 先生

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(14:05～15:35)

◆◆◆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 鎖骨下静脈閉塞を認める症例に対して皮下トンネルを作成して LV リード留置に成功した二例

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

○柿木 梨沙、石丸 伸司、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

恒久式ペースメーカー(PPM)から両心室ペーシング(CRT)へ upgrade する際に鎖骨下静脈が閉塞している事がある。今回我々は鎖骨下静脈閉塞例に対して皮下トンネルを作成して CRT へ upgrade できた二例を経験したため報告する。【症例 1】70 代男性。術中に左鎖骨下静脈の閉塞が判明したため右側からアプローチして LV リードを留置。その後皮下トンネルを作成して左側のジェネレーターと接続した。【症例 2】80 代女性。左側からアプローチしたが鎖骨下静脈の閉塞を認めたため、後日右側からアプローチして LV リードを留置し、皮下トンネルを作成して左側のジェネレーターと接続した。何れの症例も埋込型ポートキットを用いることにより皮下トンネルを容易に作成できたため、その簡便性について報告する。

3 尿細管機能障害による低 K 血症を契機に心室細動を発症した先天性 QT 延長症候群の一例

北海道大学病院 循環器内科

○辻永 真吾、白川 亮介、神谷 究、齋藤 晶理、三山 博史、筒井 裕之

症例は 55 歳女性。低 K 血症(2.2mEq/l)を伴った著明な QT 間隔延長(QTc694msec)から心室細動を発症した。低 K 血症やファモチジン内服による後天性 QT 延長と考えられ、K 是正やファモチジン内服中止後も QT 間隔は変動・延長を認めた。Schwartz の診断基準を満たし、先天性 QT 延長症候群と診断した。カテコラミン負荷試験で type I が疑われ、遺伝子検索で KCNQ1 を認め type I の診断となった。低 K 血症の原因は Gitelman 症候群などの尿細管機能障害と診断した。治療は、ビスプロロール 2.5mg 内服や運動禁止に加え、突然死二次予防目的に ICD を留置した。また、低 K 血症は正に塩化カリウム 5400mg とスピロラクトン 25mg 内服を要した。今回、我々は尿細管機能障害による低 K 血症を契機に心室細動を発症した先天性 QT 延長症候群の一例を経験したので報告する。

2 Bipolar アブレーションが奏功した肥大型心筋症に伴う VT storm の一例

旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野¹、筑波大学 循環器不整脈講座²

○大津 圭介¹、坂本 央¹、川口 哲¹、杉山 英太郎¹、養島 暁帆¹、田邊 康子¹、竹内 利治¹、関口 幸夫²、佐藤 伸之¹、野上 昭彦²、川村 祐一郎¹、長谷部 直幸¹

症例は 63 歳男性。55 歳時に肥大型心筋症(HCM)に伴う心室頻拍(VT)に対して ICD 植込術を施行。脳梗塞発症を機に VT storm を呈した。薬物治療では VT の抑制は難しく、心内膜および心外膜アプローチにてカテーテルアブレーションを行った。心外膜側の左室基部前壁に低電位領域が存在し、造影 CT にて心筋中層に認めた遅延造影域の局在と一致していた。VT 中の activation map では同領域内に最早期興奮部位を認めたが、心内膜・心外膜側共に巣状興奮パターンを示し、最早期部位での通電は両側共に無効であった。心筋中層起源の VT と考えられ、最早期部位の心内膜・心外膜両側にカテーテルを配して bipolar アブレーションを施行した。通電中に VT は停止して再発なく経過。HCM に伴う心筋中層起源の難治性 VT に対して bipolar アブレーションは有効であった。

4 アミオダロン投与早期に薬剤性 SIADH を発症した一例

JCHO 北海道病院 心臓血管センター 心臓内科

○石丸 伸司、川崎 まり子、柿木 梨沙、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

症例は 84 歳男性。弓部大動脈置換術後外来フォロー中、めまいとふらつきを自覚されホルター心電図を施行したところ持続性心室頻拍(SVT)が認められた。右冠動脈の狭窄が原因と考えられ冠動脈形成術を施行したが、その後も SVT が認められたためアミオダロン(AMD)を開始。頻拍は抑制されたものの開始後早期より血清 Na の低下が認められた。AMD による SIADH と考えられ、内服中止とトルバプタン投与により対処し改善を見た。AMD 開始早期に SIADH を発症した症例を経験したため報告する。

5 6年間の酵素補充療法中のファブリー病の一例

旭川医科大学 内科学講座 循環呼吸神経病態内科学分野¹、旭川医科大学 臨床検査医学²

○中川 直樹¹、坂本 央¹、田邊 康子¹、竹内 利治¹、赤坂 和美²、佐藤 伸之¹、長谷部 直幸¹

ファブリー病は、 α ガラクトシダーゼ A 欠損により、グロボトリアシルセラミド (GL-3) が蓄積する X 連鎖性遺伝子病である。その治療として酵素補充療法が開発され、本邦では 2004 年から一般臨床での使用が可能となっている。症例は 50 歳女性。2009 年に当科でファブリー病と診断され、酵素補充療法として、アガルシダーゼ β の投与が開始された。心不全兆候はなく経過していたが、2015 年に心筋生検を含めた再評価目的に当科に入院した。酵素補充療法前後での心電図、心臓超音波所見、心臓核医学・MRI 所見、および心臓カテーテル、心筋病理組織所見を提示し、6 年間の酵素補充療法の効果について報告する。

7 心臓サルコイドーシスの診断確定に 18F-FDG PET が有用であった一例

市立札幌病院 循環器センター 循環器内科

○馬場 菜月、鳥羽 真弘、鈴木 理穂、小林 雄太、加藤 喜哉、山梨 克真、浅川 響子、檀浦 裕、小松 博史、松井 裕、牧野 隆雄、甲谷 哲郎

症例は 55 歳女性。2015 年 3 月息切れと倦怠感を主訴に当科受診し、完全房室ブロックに伴う徐脈のためペースメーカー植込み術を施行した。5 月下旬に再び呼吸困難を生じ、心エコーにて心機能低下と僧房弁閉鎖不全症を認め、再度入院となった。心エコー上認めた心室中隔基部の菲薄化、中年期女性の心機能低下と完全房室ブロックという経過から、サルコイドーシスを含む二次性心筋症を疑い精査を行った。肺門リンパ節腫脹、血清 ACE 活性高値、Ga-67 シンチグラムの集積等は認めず、最終的に PET で心臓左室全体に集積を認めたため心臓サルコイドーシスの診断に至り、プレドニゾン 30mg/日の内服を開始した。今回我々は心臓サルコイドーシスの診断確定に PET が有用であった症例を経験したので報告する。

6 大動脈内血栓症を合併した感染性心内膜炎の一例

市立札幌病院 循環器センター 循環器内科

○鈴木 理穂、鳥羽 真弘、小林 雄太、加藤 喜哉、山梨 克真、浅川 響子、檀浦 裕、小松 博史、松井 裕、牧野 隆雄、甲谷 哲郎

症例は 55 歳女性。突然の左下肢の冷感にて受診。左足背動脈触知できず、発熱も認めた。CT にて腹部大動脈から両側総腸骨動脈にかけて血栓が認められた。血液検査にて抗リン脂質抗体症候群が指摘され、これに伴う血栓症として血栓除去術を施行。その後の血液培養結果では黄色ブドウ球菌が検出され、血栓の原因として感染性心内膜炎が疑われたが、心エコーでは特記所見は認めなかった。1 週間後、心不全徴候・心雑音が出現し、心エコーにて僧帽弁閉鎖不全症、疣贅が認められた。感染性心内膜炎と診断し、僧帽弁形成術を施行した。感染性心内膜炎の合併症として、動脈塞栓症は特徴的だが、大動脈内血栓症の報告は稀である。今回は大動脈内血栓症を合併した感染性心内膜炎の一例を経験したので報告する。

8 右室にのみ収縮障害を呈する心サルコイドーシスに持続性心室頻拍が生じた 1 例

北海道大学大学院 医学研究科 循環病態内科学¹、北海道大学病院 病理部²

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

症例は 60 代の女性。労作時息切れを主訴に近医を受診し、心電図にて完全房室ブロックが認められたために当科紹介となった。心エコー上、左室壁運動異常や壁菲薄化は認められなかったが、右室に拡大と収縮の低下が認められた。房室ブロックの原因疾患診断目的に行った FDG-PET CT にて左室と右室および縦隔・腋窩リンパ節に異常集積が認められた。心内膜下心筋生検ではサルコイド結節は検出されなかったが、右腋窩リンパ節生検で類上皮肉芽種が認められ、心サルコイドーシスと診断された。恒久式ペースメーカー植え込みとステロイド治療の開始後に退院となったが、退院 47 日後に持続性心室頻拍が出現したために再入院となった。右室にのみ収縮障害を呈する心サルコイドーシスと、その心室頻拍との関連について文献的考案を含め報告する。

9 急速な病勢の進行を認めた streptococcus tigurinus による感染性心内膜炎の一例

手稲溪人会病院 循環器内科

○石井 奈津子、工藤 雅人、太田 真之、佐藤 宏行、吉岡 拓司、佐々木 晴樹、広上 貢、村上 弘則

呼吸苦を主訴に搬送された 60 代男性。心電図で V1-V4 誘導に ST 上昇あり、ST 上昇型急性心筋梗塞と診断されたが、経胸壁心エコーでは大動脈弁に可動性のある 11x12mm 大の疣贅があり冠動脈造影を回避。薬物治療による心不全管理とした。大動脈弁位の感染性心内膜炎 (IE) を疑うが、血培陰性。第 1 病日より CTRX2g/日、VCM1g/日、第 6 病日からは GEM60mg/日を併用するも大動脈弁の破壊は進行し塞栓性脳梗塞のため意識障害を伴い外科的加療待機中の、第 34 病日に急速な呼吸不全のため死亡。剖検では大動脈弁尖部穿孔と弁輪部膿瘍を認め、PCR 法とシーケンス法解析により、streptococcus tigurinus が同定された。血液培養では起因菌を同定しえず、急速な病勢の進行を認めた streptococcus tigurinus による IE の一例に関し、文献的考察を交えて報告する。

11 急性冠症候群として発見された von Recklinghausen 病に合併した褐色細胞腫の一例

手稲溪仁会病院 循環器内科

○船越 健司、佐々木 晴樹、高松 直岐、佐藤 宏行、工藤 雅人、吉岡 拓司、村上 弘則、広上 貢

症例は von Recklinghausen 病既往の 61 歳女性。胸部圧迫感を主訴に来院され、V2-V6 の ST 低下、トロポニン I の上昇を認めたため急性冠症候群と診断。冠動脈造影検査を施行したが、有意狭窄は認めなかった。胸痛の原因検索目的に造影 CT を撮像したところ 3cm 大の左副腎腫瘤を認めた。発作性頭痛と発作性高血圧、発汗過多などの既往や採血、蓄尿検査でのカテコラミン高値、MIBG 心筋シンチでの副腎への集積亢進から褐色細胞腫と診断し、手術を行った。急性心筋虚血の原因としては冠動脈攣縮もしくは褐色細胞腫による酸素需要増大に伴う相対的な心筋虚血が考えられた。急性心筋虚血で発見される褐色細胞腫は報告が少ないため、今回文献的考察を交えて報告する。

10 抗プロラクチン療法を施行した周産期心筋症の一例

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 循環器内科¹、大阪大学大学院医学系研究科 循環器内科学²

○押田 達朗¹、小山 雅之¹、土井 崇裕¹、井垣 勇祐¹、美田 知宏¹、石村 周太郎¹、太田 英喜¹、寺島 慶明¹、山口 修²、坂田 泰史²、高橋 亨¹

34 歳、初産婦。妊娠高血圧腎症のため 39 週 2 日に帝王切開にて児を娩出。産後 1 週間で退院となったが、5 日後 自宅にて心肺停止状態で発見され当院へ救急搬送となった。搬入時、JCS 300、初期波形は VF。PCPS を確立後、6 回の除細動にて洞調律に復した。経胸壁心エコーでは、全周性の壁運動低下と左室内腔の拡大 (LVEF 22%, LVDd 54mm) を認め、周産期心筋症 (PPCM) と診断した。抗プロラクチン (PRL) 療法を開始し、心機能は著明に改善したが、第 48 病日 多臓器不全のため永眠された。近年 PPCM の病因として cleaved-PRL (cPRL) が心筋傷害を引き起こす説が提唱されている。本例の治療前後の血清を Western blot 法を用いて解析すると、治療前の cPRL 検出および治療後の消失が確認された。PPCM に対する抗 PRL 療法の効果を示唆しており、文献的考察と併せ報告する。

12 多発脳梗塞を契機に診断された、特発性好酸球増加症候群に Loeffler 心内膜心筋炎を合併した一例

札幌医科大学医学部循環器・腎臓・代謝内分泌内科

○大岩 修太郎、能登 貴弘、瀬野 結、神津 英至、村中 敦子、矢野 俊之、丹野 雅也、三浦 哲嗣

症例は 70 歳台、男性。2012 年近医で好酸球増多を認めたが精査は行われなかった。2015 年 7 月に複視を契機に多発脳梗塞と診断され、心原性脳塞栓症の疑いで当科紹介入院となった。心電図は洞調律であり、心エコーでは左室基部下壁が瘤化していた。また、好酸球数 (6615/ μ L) と、好酸球脱顆粒の指標である好酸球性カチオン性蛋白 (41.7 μ g/L) の著名な上昇を認めた。右室心内膜下心筋生検組織に高度の線維化を認め、PET-CT では左室心内膜に異常集積を認めた。Loeffler 心内膜心筋炎による左室内血栓からの多発脳梗塞を疑いプレドニゾン及び抗凝固療法を開始し、再発は認めていない。好酸球増多症例が脳梗塞を呈した症例では心内膜心筋障害を考慮し、早期に精査、治療介入を行うことが重要と考えられた。

13 右室中隔ペーシング時の左室壁運動の観察

社会医療法人母恋 日鋼記念病院 循環器科

○中本 裕紀、益子 春江、南部 忠詞

症例は40歳代女性。突然の頭痛を訴え近医を受診、高血圧、房室ブロックと判明した。ペーシングに依存する状態が続き、永久的ペースメーカーを装着した。心室ペーシングの部位は右室中隔の心基部よりになり、ペーシング時のQRS幅は150msecと広がった。ペーシング後、左室収縮観察のため心臓MRIを撮影、磁気標識(tag)を印加した画像を得たのち、心動態解析ソフト(CardyoDyna)を用いて壁運動解析を行った。ペーシング直後に左室壁運動はペーシング部位に引っ張られるような同期不全(dyssynchrony)を呈したが、約100msec後には正常な捻れ運動を伴う収縮が観察された。ペーシング時のQRS波形は約70msec後に急峻な変曲が観察された。右室中隔ペーシングにより正常な捻れ運動は障害されるものの、その影響は局所に限定され心機能は保たれる。

14 薬剤性過敏症症候群(DIHS: drug-induced hypersensitivity syndrome)に合併した急性心筋炎の一例

北海道大学 循環病態内科

○須野 賢一郎、高橋 雅之、表 和徳、白川 亮介、辻永 真吾、神谷 究、斎藤 晶理、三山 博史、筒井 裕之

症例は37歳男性。平成27年2月、鬱および不眠症状を認め近医で躁鬱病と診断され炭酸リチウム製剤開始。3月下旬より発熱と皮疹が出現し精神病薬中止するも改善なく、全身性多発紅色丘疹、表在リンパ節腫脹、好酸球増多から薬剤性過敏症症候群(DIHS)と診断。ステロイドパルス療法とプレドニゾロン0.5mg/kg/日開始され皮疹の改善に伴いプレドニゾロン漸減されたが、7月より息切れ、腹部膨満感を自覚。肝酵素とCK-MBの上昇、びまん性の左室収縮障害(EF41%)と左室壁肥厚、下大静脈拡張を認め、また皮疹増悪も見られたためDIHS関連心筋炎疑いにて当科入院。拡張障害主体の両心不全が進行、生検で心筋へ著明な好酸球浸潤を認め、プレドニゾロン1mg/kg/日まで増量し心機能改善を得た。心筋炎はDIHSの致死合併症であり文献的考察も含め報告する。

15 主要体肺側副血行路(MAPCA)を合併した成人ファロー四徴症の1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

○堀内 至、木谷 祐也、伊達 歩、杉山 英太郎、蓑島 暁帆、坂本 央、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50代歳男性。学童期より運動時にチアノーゼを認めることがあったが、経過観察していた。数日前より咳嗽、発熱、呼吸困難が出現し近医を受診。著明な低酸素血症を認め、X線・CTでは肺炎を疑われ緊急入院。心エコーを行ったところファロー四徴症(TOF)＋肺動脈閉鎖が認められたため、精査治療を目的に当院へ搬送。ICUにてECMO、NPPVを使用し、心不全および呼吸不全は軽快した。造影CTでは下行大動脈より右へ3本、左へ1本の主要体肺側副血行路(MAPCA)を認めた。心臓カテーテル検査においてQp/Qs 3.83、右上MAPCAの平均圧は29mmHgであった。MAPCAは解剖学的にunifocalizationは困難と思われ、まずHOTを導入し肺高血圧治療薬については経過を見て検討することにした。MAPCA＋TOFの未手術での成人例はまれであり、文献的考察を加え報告する。

16 心筋梗塞後の心室頻拍に対して着用型自動除細動器を使用した一例

名寄市立総合病院 循環器内科

○田中 雅裕、岩田 周耕、黒嶋 健起、石破 光咲子、井澤 和真、八巻 多、酒井 博司

【緒言】米国では心筋梗塞後の致死性不整脈には再灌流療法施行で3ヶ月、未施行で40日待機した後での植え込み型除細動器(ICD)が推奨されている。しかし、待機期間に心臓突然死する患者も多い。【症例】60代男性。1ヶ月前に胸痛を認めたが受診せず、息切れが出現し近医受診。心疾患疑われ当院に搬送された。心電図にてHR 150/minの心室頻拍(VT)を認め、抗不整脈薬静注にて洞調律回復を得た。緊急冠動脈造影施行し#13に100%の閉塞病変認め、経皮的冠動脈形成術(PCI)を施行した。PCI後もVTが頻回に認められ、アミオダロン持続静注を行った。ICDの適応と考え、待機期間には着用型自動除細動器(WCD)を使用した。【考察】本邦でのWCD使用の報告は少なく、本症例はWCDの適応を考える上で示唆に富む一例であり、文献的考察を加えて報告する。

17 心房細動のカテーテルアブレーションは1000日脳梗塞を予防する。

市立釧路総合病院 心臓血管内科¹、日鋼記念病院²

○萩原 光¹、益子 春江²、南部 忠詞²

【方法】対象は当院で2009年から2014年3月までに新規に心房細動に対してカテーテルアブレーションを受け、外来で観察継続された155例。カテーテルアブレーションは左右の拡大肺静脈一括隔離、再発症例では肺静脈再発部の再隔離＋上大静脈隔離、心房細動は発作性、持続性、永続性(10年以上持続)にわけて洞調律維持率を検討した。【結果】最後のカテーテルアブレーションから一年後、二年後の洞調律維持率は発作性98.6、96.3%、持続性91.2、91.0%、慢性65.0、60.0%で、以後いずれの群も1000日程度は安定していた。経過中脳梗塞発症は一例もなかった。1000日を超えるあたりから再発がみられるようになった。【結論】洞調律を維持していれば脳梗塞は発症しない。この治療の場合、1000日程度では抗凝固療法がなくとも安定した生活が送れる。

18 心不全と糖尿病が、睡眠呼吸障害と血糖変動の関連へ与える影響

札幌医科大学医学部循環器・腎臓・代謝内分泌内科

○藤田 雄吾、中田 圭、丹野 雅也、鈴木 洋平、長南 新太、館越 勇輝、能登 貴弘、瀬野 結、三木 隆幸、三浦 哲嗣

【背景】心不全は睡眠呼吸障害(SDB)を高率に合併する。血糖変動は心血管イベントを増加させるが、SDBが血糖変動に与える影響は不明である。【方法と結果】心不全および/または糖尿病(DM)で当科に入院した63症例に持続血糖モニタリングと睡眠ポリソムノグラフィを施行した。DMでは平均血糖変動幅(MAGE: 99.2 ± 42.1 vs 67.6 ± 23.4 mg/dl)が非DMよりも有意に高かったが無呼吸低呼吸指数(AHI)とBNPには差がなかった。BNP<100 pg/mLの非DMではAHIはBNPと正相関した($R^2=0.34$)。しかし、BNP<100 pg/mLのDM、BNP $\geq$ 100 pg/mLの非DMとDMでは相関は無かった。【結論】心不全が管理された非DMではSDBへの介入が血糖変動を減少させる。

19 低酸素血症が遷延し診断に苦慮した卵円孔開存(PFO)の一例

市立旭川病院 循環器内科¹、市立旭川病院 胸部外科²

○平山 康高¹、中村 愛¹、浅野目 晃¹、井川 貴行¹、菅野 貴康¹、石井 良直¹、奥山 淳²、内藤 祐嗣²、吉本 公洋²、宮武 司²、大場 淳一²

症例)66歳、男性。24歳時に当院にて肺動脈漏斗部狭窄の診断でパッチ形成術を施行。以後症状なく経過していたが、H27年1月より労作時呼吸困難、下腿浮腫、低酸素血症が出現し6月に当科入院。心電図上は心房細動、心エコーでは中等度三尖弁閉鎖不全、右室拡大を認めた。保存的治療にて浮腫は改善したが、酸素化の改善は遷延した。安定期に施行した心臓カテーテル検査では、肺高血圧を認めず血液サンプリングにて左右短絡を認めなかったが、心エコーの再検にて心房中隔に左右短絡を認め、PFOの診断となり、欠損孔閉鎖および三尖弁置換術を施行した。考察)右房圧上昇によるPFOを介した左右短絡出現の報告は散見されるが、遷延する低酸素血症の病態の解明に苦慮したことから報告する。

20 右心不全を優位にきたす疾患での、手術前後の心臓MRI所見の検討

市立旭川病院 胸部外科

○奥山 淳、内藤 祐嗣、吉本 公洋、宮武 司、大場 淳一

右心不全有意の心疾患は、左室機能が良い場合バイタルサインの異常を呈さず、保存的治療を継続しがちである。しかし長期に渡る右心不全は予後やQOLを損なう。右心機能評価に簡便・実用的なものがない背景があり、どの程度から手術適応か不明な点が多い。今回手術前後でMRIを行った症例を検討した。症例1は重症三尖弁閉鎖不全症。LVEF良好も、CI低値、RA圧高値。TVR施行。RVEDVI203.6→102.7と縮小、CI2.5→3.8と上昇。右心不全改善。症例2は収縮性心膜炎。心室中隔 bounce 所見、dip and plateau 所見あり。心膜剥離術施行。胸水減少、IVC径16→13mm、呼吸性変動消失と体液減少認められるなか、RVEDVI55.8→61.3と右室容量増加しCI3.0→3.7と上昇。今後症例を累積し、MRIでの術前後の値と予後の関連を検討し、治療方針・手術適応の指標としたい。

21 肺扁平上皮癌を伴った心臓血管筋脂肪腫の一症例

旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野
1、旭川医科大学病院 呼吸器センター²、旭川医科大学 外科学
講座 心臓大血管外科学分野³

○豊嶋 更紗¹、坂本 央¹、遠藤 哲史²、養島 暁帆¹、
紙谷 寛之³、田邊 康子¹、竹内 利治¹、赤坂 和美¹、
北田 正博²、佐藤 伸之¹、川村 祐一郎¹、大崎 能伸²、
長谷部 直幸¹

症例は64歳女性。心嚢液貯留にて心精査を行い、画像診断にて心房内隔に直径17mm大の腫瘍を認めた。心エコー図では腫瘍の表面は平滑で、腫瘍内に血流が確認された。心臓MRIではT1およびT2強調像にて、脂肪組織よりも低信号、筋組織より高信号を呈し、強い造影効果を認めた。FDG-PETでは心房内隔腫瘍には集積を認めなかったが、左肺S1+S2の不整形結節への異常集積を認めたため原発性肺癌が疑われた。肺腫瘍については経気管支肺生検にて肺扁平上皮癌と診断。心臓および肺腫瘍に対して、二期的に外科的手術を施行。心臓腫瘍は病理組織学的に血管筋脂肪腫であり良性腫瘍と診断された。心臓原発の血管筋脂肪腫は非常に稀であるが、肺扁平上皮癌を合併した報告はこれまでになく、文献的考察を加えて報告する。

23 経心尖部アプローチ経カテーテル大動脈弁留置術(TA-TAVI)の患者背景と初期成績

手稲溪仁会病院 循環器科

○山田 陽¹、栗本 義彦¹、丸山 隆史¹、伊庭 裕¹、
西岡 成知¹、氏平 功祐¹、八田 英一郎¹、中西 克彦¹、
廣上 貢²、吉岡 拓司²、村上 弘則²

【目的】経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)では経大腿動脈アプローチ(TF)が第一選択だがアクセスルートの性状等の要因で経心尖部アプローチ(TA)が選択される場合がある。当院で2014年6月より施行したTAVI症例28例中6例にTAを選択。TA選択の患者背景と術中術後経過につき検討。【患者背景】当院で2014年6月より2015年9月までに大動脈弁狭窄症に対しTAVIを施行した28例が対象。手術時の平均年齢はTF群84.5歳、TA群84.5歳で有意差なし。TA選択理由は腸骨-大腿動脈狭小・閉塞3例、腹部大動脈瘤術後1例、大動脈-腸骨動脈高度屈曲1例、遠位弓部大動脈瘤1例。【成績】TF群、TA群とも全例人工弁留置に成功し術後30日死亡を認めず自宅退院。結論】TAによるTAVIの術後早期成績は良好だがTF症例よりも併存症が多い場合があり慎重な治療を要する。

22 脳塞栓症によりたこつぼ型心筋症を発症したと考えられる左房粘液腫の一例

北海道循環器病院 循環器内科

○小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、大堀 克彦、山本 匡、
桜井聖一郎、山崎 香子、柏木 雄介、佐々 保基、
福山 周三郎、儀間 充、田中 秀一、堀田 大介、菊池 健次郎

症例は80歳女性。小脳梗塞を発症し緊急入院となった。心エコー上、左房内腫瘍を認めたため、当院に転院搬送となった。来院時の胸部X線写真上、肺水腫の所見を認め、心電図ではV3-5でST上昇、II, III, aVF, V3-6で陰性T波を認めていた。心エコー上、高度の可動性を有する35×15mm大の左房内腫瘍を認め、また、心尖部の無収縮を認めた。冠動脈CT上、有意狭窄を認めなかった。再塞栓の危険性が高いと考えられ、手術施行となった。心房粘液腫が塞栓症を引き起こす頻度は0.5%程度であり、また、脳梗塞によりたこつぼ型心筋症を発症する頻度は1.2%と報告されている。左房粘液腫により脳塞栓症を発症し、それに引き続き、たこつぼ型心筋症を発症したと考えられる、稀有な症例を経験したため報告する。

24 Bad Aorta 症例における安全な大動脈弁置換術(AVR)―TAVI時代の Surgical AVR の発展

市立札幌病院 心臓血管外科

○宇塚 武司、中村 雅則、近藤 麻代、渡辺 祝安

症例)症例1は84歳男性。広範な上行大動脈石灰化を伴うSevere AS 症例に対し腋窩動脈送血、低体温循環停止を用いて上行大動脈置換術、AVR、肺静脈隔離術を施行した。術後経過は良好で術後7日目に循環器内科へ転科となった。症例2は68歳男性。脳梗塞の既往を有するBad Aorta, Severe AS 症例で同様に上行大動脈置換術、AVRを施行した。経過は良好で術後2週間目に紹介元循環器内科へ転院となった。考察)Bad aorta 症例に上行大動脈操作を行う場合、脳梗塞や出血が大きなリスクとなる。当科では造影CT(CT color mapping)、術中の触診、epiaortic ultrasoundでの詳細な上行大動脈評価を行い術式を決定している。今後北海道においてもTAVIの普及が予想されるが、本術式はBad Aortaを伴う大動脈弁狭窄症例において安全に施行可能である。

25 急性心筋梗塞後の後乳頭筋部分断裂による僧帽弁閉鎖不全症に対して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

○飯島 誠、新宮 康栄、小林 一哉、若狭 哲、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

今回、我々は乳頭筋部分断裂による僧帽弁閉鎖不全(MR)症例に対し、弁形成術および冠血行再建術を施行し良好な結果を得たので、文献的考察を加え報告する。【症例】50代 男性。現病歴:2014年9月に胸部圧迫感を自覚。その後、労作時呼吸苦が増悪したため、5日後に近医救急外来受診。重症MR及びうつ血性心不全と診断され、入院加療となった。冠動脈造影で3枝病変も指摘され当科紹介。症状出現後52日目に手術施行された。【手術】術式:僧帽弁形成術+冠動脈バイパス術(RITA-LAD, LITA-OM, GEA-PD)。右側左房アプローチで僧帽弁を観察すると、A2を支配する腱索が起始する後乳頭筋頭が基部より断裂していた。A2に人工腱索を3対再建、残存する乳頭筋頭に縫着し、更に弁輪形成も併施した。術後MRはtrivialで、術後20日目に前医転院となった。

27 外科手術が奏功した高齢者のASDの一症例

北晨会 恵み野病院

○下岡 良典、牧口 展子、成田 浩二

患者は70歳代男性。10年以上前から労作時の息切れと動悸を自覚し、数年前から徐々に増悪していた。平成25年7月初旬に内視鏡治療目的で他院へ入院し、検査後から両下肢の浮腫と呼吸困難の増悪を認めた。精査の結果、ASDが初めて指摘され、外科治療も含めて精査目的で当院へ紹介された。心電図では心房細動を認め、病歴から慢性心房細動と考えられた。心エコーでは直径30mmの2次孔欠損と重度三尖弁逆流症、右室負荷所見を認めた。右心カテーテル検査では右心房でのStep upを認めQp/Qs 2.84、肺血管抵抗値3.3単位/m²であった。内科治療による心不全の管理後に待機的に外科手術を施行した。術後の経過は順調で心房細動も消失し、労作時の困難も軽快した。高齢者であるがASDへ外科手術が奏功した1例を経験したので文献的考察も含めて報告する。

26 臨床経過を観察した四尖弁を有する大動脈弁逆流症の1例

北晨会 恵み野病院¹、千寿会 三愛病院²

○下岡 良典¹、牧口 展子¹、成田 浩二¹、福澤 純²

症例は60代男性。健診で高血圧を指摘され、2010年9月に当院を初診となった。聴診上で拡張性雑音を聴取し精査目的で当科へ入院となった。心臓CT検査、経食道エコー検査、経胸壁3D心エコーで大動脈四尖弁を認めた。大動脈造影検査ではSellers 3度の大動脈弁逆流を認めた。経胸壁心エコー検査ではLVDd 60mm, LVDs 41mm, EF 57%であった。自覚症状は呈しておらず、高血圧の管理目的へARBを処方し、心エコーでの経過観察を行う方針として退院とした。現在まで5年間当科で外来管理を施行している。2015年10月の心エコー検査では逆流の程度は変わらず、LVDd 56mm, LVDs 36mm, EF 68%で、自覚症状も出現していない。大動脈四尖弁は稀な疾患で臨床経過は不明な点も多い。5年間の臨床経過を含めて、四尖弁を有する大動脈弁逆流症の症例を報告する。

28 虚血性心不全の超高齢者に対してPCIを施行した1例

JA北海道厚生連旭川厚生病院¹、旭川医科大学 内科学講座 循環病態内科学分野²

○貴田岡 享¹、山内 敦司¹、塩越 隆広¹、小川 裕二¹、加藤 淳一¹、長谷部 直幸²

症例は92歳女性。3年前に狭心症で左前下降枝にステント留置歴あり。今回、心不全で入院となった。心エコーで以前にはなかった後下壁の運動低下を認め、虚血性心不全と診断。超高齢ではあるが、認知症もなくADLも保たれていたため本人・家族の希望に添い冠動脈造影を施行。結果、回旋枝入口部に99%造影遅延を認めた。高度石灰化を伴う分岐部病変であったが、年齢や患者背景を考慮し経桡骨動脈PCIを選択。Anchoring, kissing balloon techniqueを駆使しscoring balloon, Crusade等を用いてステントを留置し拡張に成功。その後心不全の再発なく経過している。デバイスの進歩によりcomplexな病変であっても低侵襲治療が可能になりつつある。年齢だけではなく患者背景や治療の侵襲性を考慮して最適な治療を選択すべきと考えられた。

29 蜂刺症によるアナフィラキシーショックに冠攣縮発作を合併した一例

JA 北海道厚生連網走厚生病院 循環器科

○宮田 雅大、平井 俊浩、谷口 治、中村 秀樹

症例は 54 歳男性。2015 年 7 月 20 日、スズメバチに右母指を刺された後、呼吸苦、胸部圧迫感等を認め救急要請。当院来院時はショック状態にあり、急速補液等で対応したが、心電図で下壁誘導に著明な ST 上昇を認め、アナフィラキシーと ACS の同時発症が示唆された。急速補液、ノルアドレナリンによる昇圧治療で経過を見ると、胸痛と共に下壁誘導の ST は上昇・下降を繰り返しながら落ち着いていった。状態安定後に冠攣縮負荷試験を行うと、再現性のある胸部症状と共に左右冠動脈に攣縮が誘発された。アレルギー反応に伴い ACS を発症する病態は Kounis 症候群と定義され、肥満細胞から放出される炎症性メディエーターが冠攣縮に関与しているとされる。蜂刺傷によるアナフィラキシーに冠攣縮発作を合併した一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

31 緊急血行再建術後、心破裂をきたした冠動脈塞栓症の一例

市立千歳市民病院

○小岩 弘明、大橋 洋介、竹内 剛、池田 大輔

発作性心房細動、高血圧で近医通院中の 70 代女性。胸痛を主訴に救急搬送、急性冠症候群を疑い、緊急カテーテル検査を施行。左主幹部から左前下行枝、回旋枝にかけて血栓を認めた。造影検査中に心室細動となるも電気的除細動施行。IABP を挿入後、血栓吸引、溶解、破砕療法を施行し終了。IABP 挿入下で抗凝固療法を開始し入院管理とした。入院翌日朝、突然 PEA となる。心エコーでは心嚢液貯留があり心破裂と判断。PCPS を挿入、心嚢ドレーンを留置し一旦脈圧の改善がみられたが、その後 PCPS が脱血不良となり永眠された。本症例は抗凝固療法をされていない発作性心房細動症例で、冠動脈造影所見から冠動脈塞栓症と判断した。冠動脈塞栓症再灌流治療後に心破裂を起こした症例でその因果関係について文献的考察を加え報告する。

30 比較的急速に増大した calcified nodule に対し PCI を施行した一例

国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科

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

症例は 70 歳代女性。2014 年 9 月、左前下行枝近位部の高度狭窄に対し、ロータブレーター施行後ステント留置されている。この造影時には右冠動脈近位部に高度狭窄は認めていなかったが、1 年後に行った冠動脈造影では内腔に突出する透亮像を認め高度狭窄を呈していた。負荷心筋シンチグラフィにて下壁領域の虚血が示され、同部位へ PCI 施行となった。病変部は OFDI では信号減衰を伴う冠動脈内に突出する不整形を呈しており、IVUS では高輝度で acoustic shadow を引いていた。calcified nodule と考え、ロータブレーターにてアブレーション後、ステント留置を行った。calcified nodule は未だ不明な点が多く文献的考察を加え報告する。

32 浅大腿動脈(SFA)の慢性完全閉塞(CTO)に対するクロスナーの有効性の検討

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、藤田 勉

【目的】この施設、後ろ向き研究では SFA-CTO に対するクロスナー治療群(C 群)と 0.035' ナックルワイヤー治療群(K 群)、それぞれ 39 症例を比較しクロスナーの有効性を検証した。【結果】全症例で手技成功が得られた。K 群は 38% が単独で CTO を通過したのに対し C 群は 21% だった($p=0.08$)。しかし偽腔に迷入した場合にガイドワイヤーが遠位部の真腔に通過するまでの時間は、K 群が 46.3 分、C 群が 27.8 分($p=0.09$)と C 群に短い傾向があった。C 群では 9 例が血管外への逸脱を疑われたが、K 群では 1 例も認めなかった。【結論】SFA-CTO に対しクロスナーは偽腔に迷入した場合に、ガイドワイヤーが真腔へ通過する時間を短くできる傾向にあった。しかし、クロスナー群でのみデバイスの血管外への逸脱を認めており、使用方法などに工夫や改善が必要であると考えられた。

33 成人発症の不完全型房室中隔(心内膜床)欠損症の一例

北海道立北見病院 循環器内科

○上北 和実¹、會田 誠¹、長谷部 直幸⁴、渡邊 俊貴²、
前田 俊之²、井上 聡巳²、新井田 周宏³

症例は67歳男性。小学生より心雑音を指摘されH17年8月～僧帽弁閉鎖不全を指摘された。H27年3月上旬～四肢浮腫・労作時動悸息切れで近医受診し心不全で入院治療後、心精査目的で3/25当院紹介された。II音の固定性分裂、心電図上不完全右脚ブロックと左軸偏位、心エコー上心房中隔一次孔欠損を認め5/7当科入院した。3D経食道エコーで僧帽弁前尖のクレフトが確認され5/15心臓カテーテル検査施行しQp/Qs=8.13、左→右シャント率は87.8%、肺高血圧は認めずForrester Iであった。左室造影上心室中隔欠損を認めず、7/16心房中隔作成術＋クレフト閉鎖術が施行された。成人発症の不完全型房室中隔欠損症は稀であり、3D経食道エコーでのクレフトの形状の報告はされておらず、その画像・考察を含め報告する。

34 トラスツズマブにより心機能障害を呈した症例の検討より抗がん剤心障害データベースの必要性

北海道がんセンター・医療センター 循環器内科¹、北海道医療センター 循環器内科²、旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野³

○井上 仁喜¹、山本 清二²、明上 卓也²、竹中 孝²、
長谷部 直幸³

【症例1】61歳女性、H22年左乳癌で乳房温存手術、放射線照射後Her投与。リンパ節再発で一時FEC(5-FU, Epirubicin, CPA)4サイクル(Cy)に変更、その後Her再開も心エコーで左室駆出率EFの低下を認めた。【症例2】52歳女性、H24年左乳癌でFEC4Cy、更に乳房切除術前後にTXT+Her各々4、12Cy施行にてEFの低下を認めた。症例1、2ともFEC後Her前の収縮、拡張機能に異常を認めず。紹介時のEFは各々61.3→48.3%、65.9→41.0%と低下、Her休業8か月後50.4%、10か月後29.0%と改善せず。【総括】HerによりEFがひとたび低下すると中止後も遷延、CTxが中断される症例がある。対策の第一歩として化学療法の実態の把握とEFに代わる鋭敏な心障害の指標の分析を可能とするCTxデータベースが必要と考える。今回センターの取り組みも併せて紹介する。

35 著明なケトアシドーシスに伴い循環不全に陥った1型糖尿病の一例

社会医療法人 北海道循環器病院 循環器内科

○堀田 大介¹、小西 崇夫¹、山口 紅¹、舟山 直宏¹、
大堀 克彦¹、桜井 聖一郎¹、山本 匡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、
福山 周三郎¹、菊池 健次郎¹、大堀 克己²、種田 紳二³

【症例】42歳、男性。【主訴】意識障害、四肢冷感。【家族歴】糖尿病。【職業】会社員。【既往歴】24歳時より1型糖尿病(インスリン持続注入療法)。【現病歴及び入院経過】平成27年9月7日会社へ出勤してこないため同僚が訪問すると床に倒れているところを発見し救急車にて前医搬入。血圧60、意識レベルの低下(100)に加え、血糖1250mg/dlと高血糖状態であることを確認。心電図にて、急性心筋梗塞も疑われ循環動態管理必要と判断され当院転院となった。動脈血では、PH 6.899、BE -28.7mmol/Lと著明な代謝性アシドーシスを確認。意識レベルは100～200、血圧(触診)60mmHg、脈拍80台/minで、血糖は測定不能であった。

36 突然死を来したANCA関連血管炎の一例

KKR札幌医療センター

○白井 真也¹、伊東 直史¹、神垣 光徳¹、佐藤 大樹²

症例は80才男性。2012年10月に発熱・倦怠感を自覚。抗生剤では改善せずに当院に紹介。CRP 16.87mg/dlと高値を示したが上・下気道の所見に乏しく、10日ほどの経過でCr 1.2→3.74mg/dlと急速に悪化。血尿・蛋白尿のほか各種円柱を認め、MPO-ANCA130IU/mlと高値を認めたことから急性進行性糸球体腎炎を示す顕微鏡的多発血管炎を疑った。他医腎臓内科にも相談してステロイド治療を開始する予定だったが、その当日未明に病室で心肺停止状態で発見、病理解剖となった。腎臓のほか心筋に肉芽腫形成性血管炎が著明に認められ、死因は不整脈死と考えた。血管炎症候群にて突然死の報告は少ないが、心筋への浸潤が起ることから早期診断・治療や心電図モニターの必要性を痛感した。本例から得る教訓は大きいものと思われ、文献的考察を加えて報告する

37 リオシグアトが有効であった慢性血栓閉塞性肺高血圧の一例

JA 北海道厚生連旭川厚生病院

○山内 敦司、貴田岡 亨、塩越 隆広、小川 裕二、加藤 淳一

症例は 66 歳女性。平成 27 年 1 月より、倦怠感出現した。労作時呼吸苦、体重減少にて、同年 4 月、心房細動と低酸素血症にて、当科紹介。心臓超音波検査では、右心系の拡大、左室の圧排、推定肺動脈圧 100mmHg を認め、肺高血圧の診断で即日入院。肺動脈 CT では、右肺動脈主幹、左肺動脈下葉枝は血栓による閉塞、下肢静脈エコーでも両下腿に血栓を認めた。以上より、慢性血栓閉塞性肺高血圧 (CTEPH) と診断し、抗凝固療法を開始。リオシグアトを少量より開始し、徐々に増量。退院時には、推定肺動脈圧は 70mmHg に改善。CTEPH は難治性で予後不良の疾患であり、リオシグアトは、唯一保険適応のある薬品である。今回我々は、慢性血栓閉塞性肺高血圧に対してリオシグアトを使用し、良好な経過をたどっている症例を経験し、文献的考察を加え報告する

38 当院における右小開胸 MICS 手術の初期成績

旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野

○木村 文昭、栗山 直樹、筒井 真博、森 和樹、紙谷 寛之

【目的】当院における右小開胸 MICS の初期成績を報告する。【対象】右小開胸 MICS を導入した 2014 年 4 月から 2015 年 8 月までに当科で施行した 25 例を対象。男性 16 例、女性 9 例、平均年齢 59 歳。疾患は、MR14 例 (うち IE3 例)、MR+TR2 例、MSr+TR1 例、ASD4 例、左房粘液種 4 例。【手術成績】術式は、MVP14 例、MVP+TAP2 例、MVR+TAP1 例、ASD 閉鎖 4 例、腫瘍切除 4 例。平均手術時間 210 分、平均体外循環時間 151 分、平均心停止時間 84 分。手術室拔管は 19 例 (76%)、無輸血手術を 18 例 (72%)、平均出血量は 582ml、平均在院日数は 14 日。【結語】新規手術である右小開胸 MICS は、心停止時間が有意に延長するといわれているが、当院での初期成績は良好であり、低侵襲な治療が可能であると考えられた。

39 左室仕事係数は機能性僧帽弁逆流に対する僧帽弁形成術後の予後予測因子

北海道大学病院 循環器・呼吸器外科

○新宮 康栄、若狭 哲、大岡 智学、橘 剛、松居 喜郎

背景:機能性僧帽弁逆流(FMR)を有する重症心不全患者に対して僧帽弁形成術(MVP)が有効である場合が多いが、効果判定が重要である。本研究の目的は FMR に対する MVP 後の予後予測因子を検討すること。方法:対象は 2006 年から 2013 年に施行した FMR にたいする MVP 術 46 例中、31 例 (非虚血性 13 例、虚血性 18 例)。全例に弁輪形成と乳頭筋接合を含む MVP を、18 例 (56%) に左室形成を追加。結果: Cox 比例ハザードモデルにより左室形成術、非虚血性/虚血性、左室駆出率、左室仕事係数、虚血性心不全の超高齢者に対して PCI を施行した 1 例の 4 因子で心臓関連死亡につき多変量解析施行。非虚血性 (P 値 0.003、ハザード比 1.121) と左室仕事係数 (P 値 0.044、ハザード比 0.901) が有意。結語:左室仕事係数は病態とは独立した予後予測因子。

40 Bridge to recover となった Heartmate II 装着例に対する治療経験

北海道大学大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科

○佐藤 公治、大岡 智学、飯島 誠、小林 一哉、新宮 康栄、若狭 哲、加藤 裕貴、橘 剛、松居 喜郎

本邦で Heartmate II (HM2) 装着後の心機能回復による離脱例はない。症例は 60 歳代、男性、原疾患は拡張型心筋症。3 年間の薬物療法・CRT-D 植込後も心不全増悪、強心剤・IABP 依存状態となり移植適応と判断、適応取得後 HM2 装着を施行。植込 4 ヶ月後に自宅退院、外来薬物治療は carvedilol 20mg・enalapril 2.5mg・spironolactone 25mg。左室駆出率の経時的改善 (植込前 15%→植込 18 ヶ月後 60%) を認め、当院規定の離脱テストで離脱可能と判断した。手術は左前側方開胸と腹部正中切開から HM2 ポンプを露出、大腿動静脈より人工心肺を確立後、誘発 Vt 下にポンプ摘出。心尖部カフを残し handmade plug を挿入、送血グラフトは剣状突起レベルで離断した。IABP 下に強心剤非使用で人工心肺離脱可能であった。経過良好で術後 1 ヶ月目に退院、摘出 2 ヶ月後の BNP は約 30ng/ml であった。

41 左室心筋リードが心機能改善に寄与したと考えられる一例

旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野

○筒井 真博、森 和樹、木村 文昭、金森 太郎、紙谷 寛之

74歳男性。8年前に完全房室ブロックでペースメーカー挿入されていた。突如 39 度台の発熱を起し、肺炎疑いで前医入院。発症6日目に心エコーで三尖弁及び右室リードに vegetation を認め、感染性心内膜炎の診断となり当科紹介。抗生剤で感染コントロールをした上で、感染リード抜去及び左室心筋リードを用いたペースメーカー再留置を行った。手術は左第4肋間側開胸で行い、左心耳・左室心筋にリードを固定した後、感染リードを抜去した。固定したリードは左季肋部皮下に通し本体と接続した。術後は合併症なく経過し、術後9日目に前医に転院した。心エコー上、術前術後の左室駆出率が 37%から 56%と推移しており、著明な心機能改善が認められた。左室心筋がリード固定部位として有効であったと考えられた為、若干の文献的考察を加え報告する。

42 Atypical CoA に対し胸部下行大動脈-腹部大動脈バイパス術を施行した 1 症例

札幌医科大学 心臓血管外科

○萩原 敬之、伊藤 寿朗、沼口 亮介、黒田 陽介、橘 一俊、高木 伸之、川原田 修義

症例は 26 歳男性。腹部血管雑音を健診で指摘され、近医受診。腹部血管雑音、高血圧フォロー中に施行された CT にて腹部大動脈及び両側腎動脈狭窄を認め atypical CoA の診断となる。手術は分離肺換気、Stoney の体位で施行。第 8 肋間開胸で胸部下行大動脈を露出、後腹膜アプローチにて腹部大動脈分岐部で露出した。横隔膜弧状切開はせず、横隔膜にグラフトが通るトンネルを作成。右大腿動静脈にて部分体外循環を確立した後、胸部下行大動脈に Th11 の高さで単純遮断下に 11mm J-graft を端側吻合した。人工血管をトンネル内に通し、腹部大動脈分岐部に単純遮断下に端側吻合した。止血、閉胸し手術を終了した。術後翌日に腹壁からの出血に対し止血術を行ったが、その他術後大きな合併症無く経過し、術後 15 日目に自宅退院した。

**第 114 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。
- ・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 114 回日本循環器学会北海道地方会 YIA 選考委員会

委員長：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)

委 長：紙谷 寛之(旭川医科大学 外科学講座 心臓血管外科学分野)

委 長：三浦 哲嗣(札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座)

委 長：伊藤 寿朗(札幌医科大学 心臓血管外科学講座)

委 長：若狭 哲(北海道大学大学院医学研究科 循環器・呼吸器外科学分野)

委 長：筒井 裕之(北海道大学大学院医学研究科 循環病態内科学分野)

第 114 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 114 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 114 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 114 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 11 月 28 日(土) 9:00 ～ 18:00(予定)
- ・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 18 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