

第 118 回日本循環器学会北海道地方会

(第 97 回北海道医学大会 循環器分科会)

日 時 : 平成 29 年 11 月 25 日(土) 9:00~16:10

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院 循環器・呼吸器外科 松居 喜郎

■教育セッション I (12:00~13:00)

座 長 : 松居 喜郎

(北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科 教授)

「TEVAR 時代の B 型大動脈解離のマネージメント」

浜松医科大学 外科学第一講座 教授 椎谷 紀彦 先生

■教育セッション II (13:00~14:00)

座 長 : 大岡 智学

(北海道大学病院 循環器・呼吸器外科 診療講師)

「重症心不全治療の新たな展開」

九州大学病院 循環器内科 診療講師 肥後 太基 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院 循環器・呼吸器外科学教室 大岡 智学

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 討論時間 : 2分

- すべての発表は PowerPoint と液晶プロジェクターを用いた発表のみとさせていただきます。
セッション開始 30 分前までに PC 受付にお越しください。
※一番最初のセッションの演者は開会 30 分前までに PC 受付にお越しください。
※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。
- 発表用の PC (Windows7) は事務局で用意します。事務局にて準備する PC のアプリケーションは PowerPoint2007、2010、2013、2016。 解像度は 1024×768 です。
PowerPoint 以外のアプリケーションを使用する場合は PC 本体をお持ち込み下さい。
いずれの場合も必ずバックアップはお持ち下さい。
- 発表用のデータをメディアでお持ちいただく際は、CD-R もしくは USB フラッシュメモリーをお願いします。
お持ちいただくデータは、作成された PC 以外でも正常に動作することを確認した上でお持ち下さい。
- 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。
- PC をお持ち込みいただく場合は、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、環境設定の変更等は一切しないでください。
- 演台上にはモニターを設置します。リモートで行いますので、発表者ご自身で演台上のキーボード、マウス、レーザーポインターを操作しご発表ください。PowerPoint のシート枚数の制限はございませんが、発表時間を厳守してください。残り時間は演台上の計時ランプを目安としてください（発表終了 1 分前に黄色ランプ、終了時に赤色ランプが点灯します）。
- 発表開始時間の 10 分前までに、次演者席に着席してお待ちください。

◆◆◆◆◆ 座長の皆様へ ◆◆◆◆◆

- セッション開始の 10 分前までに、次座長席に着席してお待ち下さい。

◆◆◆◆◆ 会場のご案内 ◆◆◆◆◆



会 場：北海道大学 学术交流会館

住 所：札幌市北区北8条西5丁目

電 話：011-706-2141

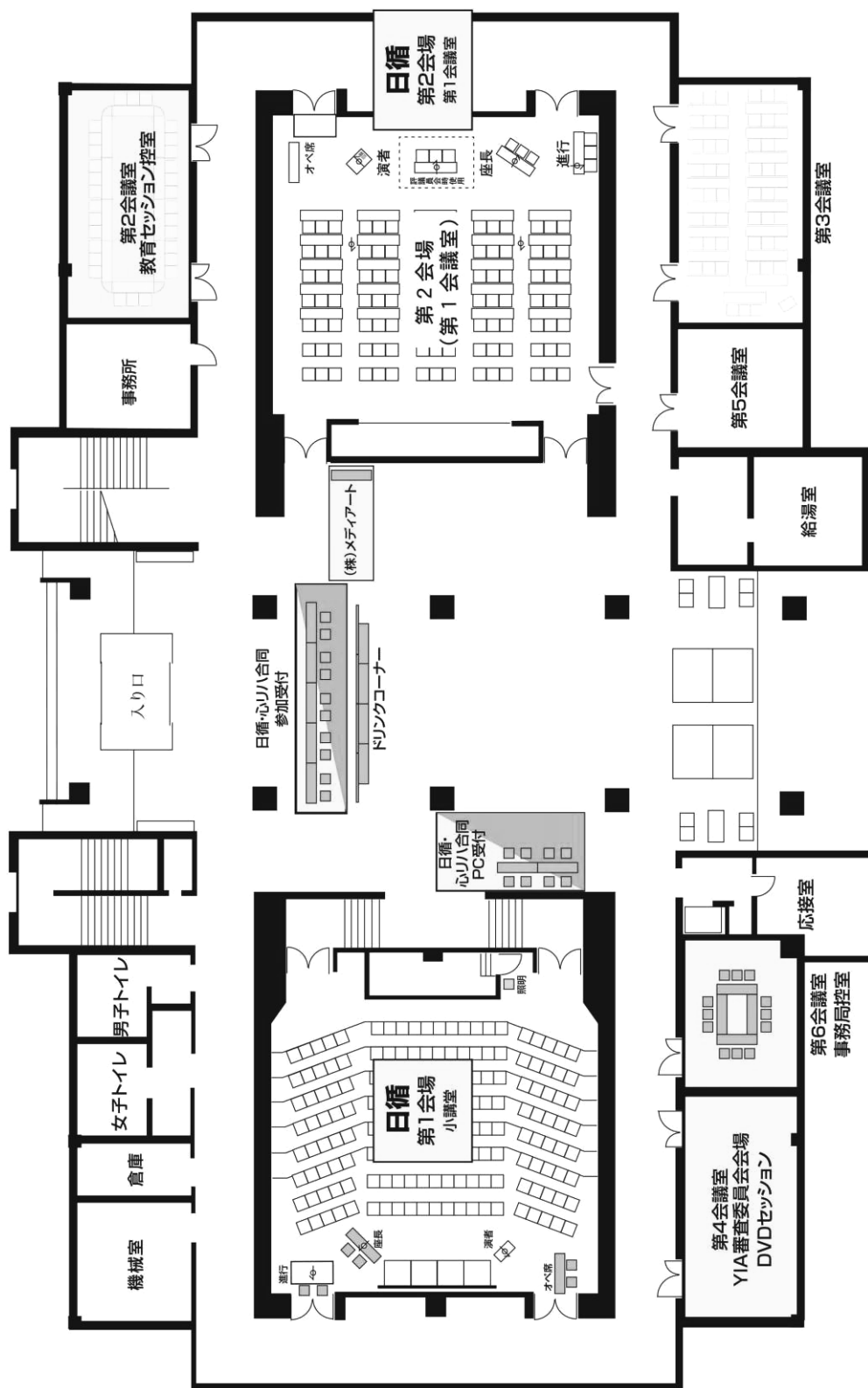
J R 「札幌駅」：徒歩 10 分

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118回 日本循環器学会北海道地方会 タイムテーブル

	第1会場(小講堂)	第2会場(第1会議室)	第4会議室	1Fホール
9:00~9:05	開会の辞			
9:05~9:33	機械的補助循環・ 外傷 (1~4) 4×7分	9:05~9:42 弁膜症 (20~23) 4×7分		
9:33~10:01	虚血性心疾患 (5~8) 4×7分	9:33~10:01 心筋炎・心筋症・ 心不全(24~27) 4×7分		
10:05~11:05	YIAセッションⅠ (初期研修医・ 医学生) (9~13) 5×10分			
	YIAセッションⅡ (後期研修医) (14) 1×10分			
11:05~11:40	不整脈・その他 (15~19) 5×7分			
11:45~12:00	YIA表彰式	11:05~11:45 YIA審査委員会		
12:00~13:00	教育セッションⅠ 浜松医科大学 外科学第一講座 椎谷 紀彦先生 (ジョンソン・エンド・ジョン ソン株式会社)			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 九州大学病院 循環器内科 診療講師 肥後 太基先生 (ニプロ株式会社)			
14:10~14:45	大動脈 (28~32) 5×7分			
14:45~15:13	心膜・腫瘍・心内膜炎 (33~36) 4×7分	14:10~15:30 男女共同参画委員会 セミナー	14:10~16:10 DVDセッション	

第 1 会場 （小講堂）

開会の辞(9:00～9:05) 会長 松居 喜郎（北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科）

一般演題 午前の部(9:05～11:40)

■機械的補助循環・外傷（9:05～9:33）■

座 長：村井 大輔（市立札幌病院 循環器内科）

座 長：杉木 宏司（市立旭川病院 胸部外科）

1. 自殺企図による穿通性右心室損傷の 1 例

○内山 博貴、橘 一俊、奈良岡 秀一

函館五稜郭病院 心臓血管外科

2. PCPS により救命し得たくも膜下出血後たこつぼ心筋症の 1 例

○夏井 宏征、斉藤 高彦、徳原 教、小野 太祐、本居 昂、内藤 正一郎

北見赤十字病院 循環器内科

3. 植込型補助人工心臓（LVAD）術後の大動脈弁逆流に対する検討

○石垣 隆弘、大岡 智学、安東 悟央、村瀬 亮太、杉本 聡、関 達也、新宮 康栄、加藤 裕貴、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科

4. 植込型補助人工心臓装着後に消化管出血をきたした 2 例

○関 達也、新宮 康栄、大岡 智学、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科

■虚血性心疾患（9:33～10:01）■

座 長：高木 千佳（小樽協会病院 循環器科）

座 長：中村 雅則（市立札幌病院 心臓血管外科）

5. イダルシズマブを使用し急性心筋梗塞を発症した1例

○澤岡 亜衣、池田 大輔、中村 順一、小岩 弘明、竹内 剛
市立千歳市民病院 循環器内科

6. 心尖部の菲薄化を伴った壁運動低下を示した健常成人例

○鈴木 三和子、呉林 英悟、今井 斎博、三浦 史郎、前野 大志、小熊 康教、長堀 亘、
岩切 直樹、長島 雅人、中川 俊昭、大艸 孝則、山下 武廣
北海道大野記念病院 循環器科

7. 非血行再建部位での心破裂が示唆される、急性心筋梗塞の一例

○高田 明典、高橋 遼、東浦 幸村、飛澤 利之、岡崎 雄介、中村 裕一、高橋 弘、松木 高雪
製鉄記念室蘭病院 循環器内科

8. 心室中隔穿孔に対する手術の検討

○内藤 祐嗣、須野 賢一郎、杉木 宏司、村上 達哉
市立旭川病院 胸部外科

■YIA セッション I（10:05～10:55）■

座 長：納谷 昌直（北海道大学病院 循環器内科）

座 長：丹野 雅也（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座）

座 長：竹内 利治（旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科学分野）

9. リバロキサバンが奏功し、MRI 評価が有用であった産後卵巣静脈下大静脈血栓症

○伊東 しほり¹、森 雄一郎¹、石井 奈津子¹、工藤 雅人¹、佐々木 俊輔¹、常松 梨紗²、
児玉 芳尚³、酒井 基⁴、湯田 聡¹、廣上 貢¹
手稲溪仁会病院 循環器内科¹、手稲溪仁会病院 産科・婦人科²、手稲溪仁会病院 放射線科³、
手稲溪仁会病院 血液内科⁴

10. 急性心筋梗塞と大動脈弁閉鎖不全を合併し、集学的治療を要した高安動脈炎の1例

○鉢呂 直記¹、長南 新太¹、清水 将輝¹、永野 伸卓¹、矢野 俊之¹、青山 ちひろ²、原田 亮³、
道井 洋吏³、川原田 修義³、三浦 哲嗣¹

札幌医科大学 医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座¹、
独立行政法人 地域医療機能推進機構 札幌北辰病院 循環器内科²、
札幌医科大学 医学部 心臓血管外科学講座³

11. CTとMRIが診断に有用であったALCAPA症候群の一例

○高橋 一輝、鈴木 伸穂、浅野目 晃、菅野 貴康、井川 貴行、井澤 和眞、石井 良直
市立旭川病院 循環器内科

12. 当院におけるペースメーカーリード抜去症例の検討

○小泉 雄人¹、中西 仙太郎²、竜川 貴光²、伊勢 隼人²、石川 成津矢²、紙谷 寛之²
旭川医科大学 卒後臨床研修センター¹、旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野²

13. 心房イメージングが有用であった上室頻拍の一例

○岩原 素子、八巻 多、徳野 翔太、中川 敬太、岩田 周耕、豊嶋 更紗、西浦 猛、酒井 博司
名寄市立総合病院 診療部

■YIAセッションII (10:55～11:05) ■

座 長： 納谷 昌直（北海道大学病院 循環器内科）

座 長： 丹野 雅也（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座）

座 長： 竹内 利治（旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科学分野）

14. 急性心不全患者へのバソプレシン V2 受容体遮断薬長期投与の効果：BOREAS-ADHF

レジストリ研究

○長南 新太、丹野 雅也、能登 貴弘、永野 伸卓、神津 英至、村上 直人、西田 絢一、
国分 宣明、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

■不整脈・その他（11:05～11:40）■

座 長：田邊 康子（旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科学分野）

座 長：三山 博史（北海道大野記念病院 循環器内科）

15. 腎機能の保たれている高血圧患者ではビソプロロールにより自律神経機能が改善しやすい

○千葉 知、篠原 かほる

医療法人研成会 札幌鈴木病院 内科

16. 心房中隔欠損症の経過観察中に発症した肺動脈性肺高血圧症の1例

○大野 紘平¹、松本 倫明¹、戸田 悠貴¹、伊藤 孝仁¹、堀田 寛之¹、加藤 伸郎¹、
吉田 大輔¹、大岩 均¹、藤瀬 幸保²

王子総合病院 循環器内科¹、王子総合病院 内科²

17. 心室細動を発症し、冠攣縮性狭心症、ブルガダ症候群、早期再分極症候群の3疾患併存が疑われた一例

○伊藤 良介¹、神山 直之¹、藤戸 健史¹、望月 敦史¹、永原 大五²、三浦 哲嗣¹

札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座¹、

札幌医科大学 感染制御・臨床検査医学講座²

18. 脳塞栓症急性期における心房細動と抗血栓剤選択の現状

○平尾 紀文

柏葉脳神経外科病院 循環器内科

19. 左心耳前壁をcritical isthmusとするmacro-reentrant atrial tachycardiaの一例

○太田 真之、廣上 貢、大本 泰裕、湯田 聡、林 健太郎、佐藤 宏行

手稲溪仁会病院 循環器内科

第2会場 (第1会議室)

一般演題 午前の部 (9:05~10:01)

■ 弁膜症 (9:05~9:33) ■

座 長: 村中 敦子 (札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座)

座 長: 津久井 宏行 (北海道循環器病院 心臓血管外科)

20. 経胸壁 3D 心エコー検査が再手術の契機となった大動脈弁形成術の一例

○村井 大輔¹、小松 博史¹、立田 大志郎¹、佐藤 友哉¹、鈴木 理穂¹、鳥羽 真弘¹、浅川 響子¹、
近藤 麻代²、佐藤 宏²、檀浦 裕¹、宇塚 武司²、中村 雅則²、牧野 隆雄¹、甲谷 哲郎¹
市立札幌病院 循環器内科¹、市立札幌病院 心臓血管外科²

21. 心原性ショックに至った重症大動脈弁狭窄症に対し外科的介入が奏功した1例

○竜川 貴光、伊勢 隼人、中西 仙太郎、石川 成津矢、紙谷 寛之
旭川医科大学 心臓大血管外科学講座

22. 左室流出路狭窄を伴う有症候性の高度大動脈弁狭窄症に対して TAVI を施行した1例

○加藤 喜哉¹、浅川 直也¹、表 和徳¹、徳田 裕輔¹、岩野 弘幸¹、山田 聡¹、森 敏洋²、
新宮 康栄³、久保田 卓³、松居 喜郎³、安斉 俊久¹
北海道大学病院 循環器内科¹、北海道大学病院 麻酔科²、北海道大学病院 循環器外科³

23. アルカプトン尿症に伴う大動脈弁置換術の経験

○佐藤 公治、若狭 哲
KKR 札幌医療センター 心臓血管外科

■心筋炎・心筋症・心不全（9:33～10:01）■

座 長： 福島 新 （北海道大学病院 循環器内科）

座 長： 久保田 卓（北海道大学病院 循環器・呼吸器外科）

24. 心不全を合併した Loey-Dietz 症候群の一例

○横田 卓¹、津田 正哉¹、松島 将士²

北海道大学大学院医学研究院循環病態内科学¹、九州大学病院循環器内科²

25. 造影 CT での遅延造影が診断の契機となった心臓限局性サルコイドーシスの一例

○石丸 伸司¹、山口 隆義²、柿木 梨沙¹、川崎 まり子¹、管家 鉄平¹、五十嵐 正¹、岡林 宏明¹、古谷 純吾¹、華岡 慶一¹

医療法人 春林会 華岡青洲記念心臓血管クリニック¹、

医療法人 春林会 華岡青洲記念心臓血管クリニック 放射線部²

26. 12 年の治療を経て心不全が難治化し、Empagliflozin が奏効した左室緻密化障害の一例

○千葉 泰之¹、米澤 一也¹、姫野 雅史¹、雪野 碧¹、島津 香¹、今川 正吾¹、小室 薫¹、安在 貞祐¹、木村 伯子²

国立病院機構 函館病院 循環器科¹、国立病院機構 函館病院 病理診断科²

27. たこつぼ型心筋症が疑われる循環動態不安定化を契機に不全対麻痺を発症した胸腹部大動脈瘤の 1 例

○前田 俊之、櫻田 卓、村木 里誌、佐々木 潤、荒木 英司

札幌中央病院 心臓血管外科

第1会場 (小講堂)

教育セッションⅠ(12:00～13:00)

座長: 松居 喜郎

(北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科 教授)

「TEVAR時代のB型大動脈解離のマネージメント」

浜松医科大学 外科学第一講座 教授 椎谷 紀彦 先生

教育セッションⅡ(13:00～14:00)

座長: 大岡 智学

(北海道大学病院 循環器・呼吸器外科 診療講師)

「重症心不全治療の新たな展開」

九州大学病院 循環器内科 診療講師 肥後 太基 先生

共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社、ニプロ株式会社

第1会場（小講堂）

一般演題 午後の部（14:10～15:13）

■大動脈（14:10～14:45）■

座 長： 黒田 陽介（札幌医科大学附属病院 心臓血管外科）

座 長： 若狭 哲（KKR 札幌医療センター 心臓血管外科）

28. 第 XIII 因子低下による出血を認めた解離性大動脈瘤による DIC の 1 例

○三上 拓真、伊藤 寿朗、沼口 亮介、安田 尚美、渡邊 俊貴、仲澤 順二、黒田 陽介、
原田 亮、川原田 修義

札幌医科大学附属病院 心臓血管外科

29. 人工血管内血栓による消費性凝固障害に対してダビガトランが奏功した 1 例

○村瀬 亮太、新宮 康栄、大岡 智学、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎

北海道大学 循環器・呼吸器外科

30. Intimal intussusception を伴った全周性 Stanford A 型急性大動脈解離の経験

○柳清 洋佑、大川 陽史、井上 聡巳

北海道立北見病院 心臓血管外科

31. 血管型エーラスダンロス症候群の合併が疑われた大動脈弁輪拡張症の一例

○松本 嶺、渡邊 昌也、萩原 光、高橋 佑美、林 大知、降旗 高明、岩野 弘幸、安斉 俊久

北海道大学病院 循環器内科

32. 2debranching TEVAR 後の Type Ia Endoleak に対して chimney technique を用いた TEVAR の一例

○檜山 耕平、森下 清文、馬場 俊雄、新垣 正美、柴田 豪

市立函館病院 心臓血管外科

■心膜・腫瘍・心内膜炎（14:45～15:13）■

座 長： 赤坂 和美（旭川医科大学病院 臨床検査・輸血部）

座 長： 横田 卓（北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学）

33. 非細菌性血栓性心内膜炎を合併した急性呼吸促迫症候群の一剖検例

○小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、大堀 克彦、山本 匡、桜井 聖一郎、柏木 雄介、
佐々 保基、福山 周三郎、村上 弘則、堀田大介

北海道循環器病院 循環器内科

34. 左房粘液腫摘出術9年後に血性心嚢液貯留による心不全を来した1例

○甲谷 太郎¹、高橋 将成¹、小泉 拓也¹、神谷 究¹、坂井 英世¹、稗田 哲也²、杉木 孝司²、
上久保 康弘²、井上 玲³、飯村 泰昭³、守田 玲菜⁴

市立釧路総合病院 心臓血管内科¹、市立釧路総合病院 心臓血管外科²、市立釧路総合病院 外科³、市立釧路総合病院 病理診断科⁴

35. 心腔内超音波ガイド下心筋生検により Lipomatous Hypertrophy と診断した1例

○小林 祐也、竹内 利治、木谷 祐也、簗島 暁帆、細口 翔平、杉山 英太郎、伊達 歩、
坂本 央、田邊 康子、赤坂 和美、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・神経病病態内科学分野

36. AAE を伴う Severe AR に合併した僧帽弁感染性心内膜炎に対し自己弁温存手術を施行した一例

○宇塚 武司¹、中村 雅則¹、近藤 麻代¹、佐藤 宏¹、鈴木 理穂²、村井 大輔²、小松 博史²、
牧野 隆雄²、甲谷 哲郎²

市立札幌病院 循環器センター 外科¹、市立札幌病院 循環器センター 内科²



第118回 日本循環器学会北海道地方会

第12回 男女共同 参画委員会 セミナー



北の国から男女共同参画

2017年11月25日(土)
14:10~15:30

会場(第2会場)

北海道大学学術交流会館(札幌市)



アクセスマップ

〒060-0808 北海道札幌市北区北8条西5丁目

●JR札幌駅より徒歩10分

●市営交通・地下鉄南北線・東豊線札幌駅より徒歩15分

●市営交通・地下鉄南北線北12条駅より徒歩10分

お問い合わせ:男女共同参画委員会 TEL:03-5501-0862



一般社団法人 日本循環器学会 主催

【座長】

瀧原 圭子

(大阪大学 キャンパスライフ健康支援センター)

長谷部 直幸

(旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科学)

【演者】

1. オープニングリマークス

瀧原 圭子

2. 地方病院の循環器常勤医としての
出産育児経験から

松田 夏菜子

(JA北海道厚生連遠軽厚生病院)

3. 北海道の女性医師と女性職員が
共に活躍するために

高見 里佳

(北海道総務部人事局人事課人事グループ・
女性支援室 主幹)

4. イクボス宣言ことはじめ

長谷部 直幸

5. クロージングリマークス(総括)

長谷部 直幸

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(14:10～16:10)

❖❖❖ 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. 自殺企図による穿通性右心室損傷の1例

○内山 博貴、橘 一俊、奈良岡 秀一
函館五稜郭病院 心臓血管外科

症例は38歳、男性。某日20:30頃に自分で果物ナイフを左心窩部に刺し、同日23:30頃に発見され、近医へ救急搬送。単純CTで心臓損傷、心タンポナーデを疑われ、当院転院搬送となった。バイタルは安定しており、果物ナイフは左心窩部に刺されたままであり、緊急手術となった。手術室で消毒直前に果物ナイフを抜去し、胸骨正中切開で開胸。縦隔血腫を認め、心膜開窓すると心嚢内に多量の赤色血腫を認めた。ナイフは右心室自由壁に約15mmの裂創を形成していたが、修復可能だった。また、ナイフは第6肋軟骨と左内胸動脈を通過しており、左内胸動脈を止血した。その他損傷がないことを確認し閉胸した。術後は特記すべき合併症はなく、経過良好であったが、自殺企図、適応障害のため、自宅退院は困難であり、術後10日目に他院精神科へ転院となった。

2. PCPSにより救命し得たくも膜下出血後たこつぼ心筋症の1例

○夏井 宏征、斉藤 高彦、徳原 教、小野 太祐、本居 昂、内藤 正一郎
北見赤十字病院 循環器内科

たこつぼ心筋症は身体的、肉体的ストレスを誘因として発症する一過性の心筋障害で、一般的に予後は良好とされる。今回我々はIABP、PCPSによる心肺補助で救命し得たたこつぼ心筋症を経験したので報告する。症例は60歳代女性。意識障害を主訴に他院に救急搬送され、頭部CTでくも膜下出血と診断され、手術目的に当院脳神経外科に転院となった。来院時よりたこつぼ心筋症による心不全兆候を認めたが、循環動態は安定していたため、緊急脳動脈瘤頸部クリッピング術が施行された。術後より急激な血圧低下を認め、IABPを挿入した。しかし循環動態が維持できず、PCPSによる心肺補助も追加した。術後2日目には心収縮の改善が認められPCPSは離脱、術後3日目にIABPも抜去可能となった。その後心機能はほぼ正常化し、再発なく経過した。

3. 植込型補助人工心臓（LVAD）術後の大動脈弁逆流に対する検討

○石垣 隆弘、大岡 智学、安東 悟央、村瀬 亮太、杉本 聡、関 達也、新宮 康栄、加藤 裕貴、橘 剛、久保田 卓、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

【症例】当院ではLVAD術後大動脈弁逆流(de novo AI)の重症度を臨床所見と右心カテーテル併施下ramp testで評価し手術介入時期を判断している。遠隔期に2例でAI severeを認めた。1例は術前AI認めず。術後1.5ヶ月目よりmoderate AIを認めたが右心不全(RHF)・低心拍出症候群(LOS)なく経過観察。1.5年目にAI severeへ進行。ramp testでRHFとLOSを認め、AVR施行。別の1例は術前AI trivial。術直後AIはほぼ消失したが1年目にAI severe、血清Cr値上昇。ramp testで回転数増加したがAI増悪なくCr値低下し経過観察中。【結語】de novo AIへの手術介入時期決定に、臨床所見と右心カテーテル併施下ramp testが有用であった。

4. 植込型補助人工心臓装着後に消化管出血をきたした2例

○関 達也、新宮 康栄、大岡 智学、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎
北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科

【背景】定常流型補助人工心臓装着後は消化管の血管異形成をきたし、高度の抗凝固療法が必須であるため、消化管出血の治療に難渋する場合がある。【症例1】50代女性、拡張相肥大型心筋症にてHeart mate II装着。術後3か月目に消化管出血発症。びまん性の小腸出血であり内視鏡的に治療困難であった。3回の血管内塞栓治療を施行したが止血得られず、45cmの小腸切除を要した。【症例2】50代男性、拡張型心筋症を基礎疾患にもち、難治性VTのためHeart mate II装着。術後5か月目に消化管出血発症。造影CTにて回腸出血あり。血管造影を施行したが出血源不明であった。絶食による保存的加療により止血得られた。【結語】補助人工心臓装着後の消化管出血血管造影時にはすでに止血されている場合が多く、部位の同定が困難な場合がある。

5. イダルシズマブを使用し急性心筋梗塞を発症した1例

○澤岡 亜衣、池田 大輔、中村 順一、小岩 弘明、竹内 剛
市立千歳市民病院 循環器内科

症例は 77 歳男性。糖尿病・脂質異常症で近医通院。発作性心房細動で脳梗塞の既往がありダビガトランを内服していた。また、前立腺肥大症に対し経尿道的前立腺切除術の既往があった。X・1 日に血尿にて近医受診し膀胱内に血腫を認めたが抗菌薬投与のみで経過観察された。X 日体動困難で当院へ救急搬送となり、前立腺出血とメトホルミンによる乳酸アシドーシスを認め入院。前立腺出血が止血困難であったためダビガトランの拮抗薬であるイダルシズマブを使用した。投与 4 時間後に胸部不快感・心電図で ST 上昇がみられ、緊急冠動脈造影にて#1 100 %、#6 90 %狭窄を認め、ST 上昇型急性心筋梗塞と診断。#1 に対して冠動脈ステント留置術を施行した。今回我々はイダルシズマブの使用直後に急性心筋梗塞を発症した 1 例を経験した。貴重な症例と考え報告する。

6. 心尖部の菲薄化を伴った壁運動低下を示した健常成人例

○鈴木 三和子、呉林 英悟、今井 斎博、三浦 史郎、前野 大志、小熊 康教、長堀 亘、岩切 直樹、長島 雅人、中川 俊昭、大舩 孝則、山下 武廣
北海道大野記念病院 循環器科

背景：近年の心エコー機器の発達に伴い、心エコーにて心尖部菲薄化を伴う高度壁運動低下例をしばしば観察するようになってきた。症例：40 歳男性が労作時の強い胸痛を主訴に初診、診察所見や心電図には異常を認めなかったが、冠危険因子があり心エコーで心尖部菲薄化を伴う高度壁運動低下を認めたため、冠動脈 CT を施行した。明確な冠動脈病変を認めなかったが、患者の背景因子より動脈血栓による左前下行枝の血栓性閉塞によるものも否定できなかったため、冠動脈造影を施行したが結果は intact であった。文献的検索によると生理的な心尖部の菲薄化で病的意義はないものと思われた。近年当院で同様な症例が数件あり、文献的考察も含めて報告する。

7. 非血行再建部位での心破裂が示唆される、急性心筋梗塞の一例

○高田 明典、高橋 遼、東浦 幸村、飛澤 利之、岡崎 雄介、中村 裕一、高橋 弘、松木 高雪
製鉄記念室蘭病院 循環器内科

症例は 83 歳男性。持続する前胸部痛を主訴に受診。I・aVL・V4-6 誘導で ST 上昇、心エコーで側壁の壁運動低下を認めた。緊急冠動脈造影で#9・#13 に 99%狭窄病変を認め、LCX に対する PCI を施行。ステント留置後胸部症状は消失。肢誘導の ST 上昇は遷延しているが、胸部誘導は改善した。MaxCK1388(CKMB146)IU/L。しかし、第 4 病日に施行した BMIPP で前壁から前側壁の集積低下を認め、対角枝領域が虚血域であることが示唆された。第 5 病日突然徐脈を認め訪室したところ、意識消失した患者を発見し CPR 開始。心エコーで心嚢液貯留があり心嚢穿刺を施行したが、改善なく永眠された。AI で心嚢内血腫を認めており、経過から Blow out type の心破裂が死因と考える。非血行再建部位での心破裂が示唆される、急性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。

8. 心室中隔穿孔に対する手術の検討

○内藤 祐嗣、須野 賢一郎、杉木 宏司、村上 達哉
市立旭川病院 胸部外科

【はじめに】急性心筋梗塞(AMI)に伴う心室中隔穿孔(VSP)の手術成績は未だ安定していない。【目的】VSP に対する手術の早期成績を検討する。【方法】対象は最近 20 年間の VSP 手術 21 例(男性 7 例、平均年齢 78.0 (63-86 歳))。梗塞部位は前壁 16 例、下壁 5 例。AMI から VSP 発症は平均 6.6 (0-68) 日。VSP 発症から手術は平均 3.6 (0-18) 日。20 例(95%)で術前に IABP 導入。【結果】手術は心尖部 amputation 1 例、Daggett 法 2 例、Komeda-David 法 18 例。8 例に CABG, 5 例に TAP を追加。病院死亡 5 例(24%)。遺残交通孔は 10 例(48%)で認め、2 例(10%)に再閉鎖手術を要した。【結語】当科における VSP 手術について検討した。

9. リバロキサバンが奏功し、MRI 評価が有用であった産後卵巣静脈下大静脈血栓症

○伊東 しほり¹、森 雄一郎¹、石井 奈津子¹、工藤 雅人¹、佐々木 俊輔¹、常松 梨紗²、児玉 芳尚³、酒井 基⁴、湯田 聡¹、廣上 貢¹
手稲溪仁会病院 循環器内科¹、手稲溪仁会病院 産科・婦人科²、手稲溪仁会病院 放射線科³、手稲溪仁会病院 血液内科⁴

【背景】卵巣静脈血栓症は妊産婦の約 0.1%に生じ、未治療では約 1-3 割が肺塞栓に至る。既報では、治療にはヘパリン、ワルファリンが、画像評価にはエコーや造影 CT が使用されてきた。下大静脈右房近縁まで進展した本疾患にリバロキサバンが奏功し、経過を MRI で評価できたので報告する。【症例】真性多血症の 38 歳産婦が出産後に会陰部動脈出血をきたした。止血確認の造影 CT で、卵巣静脈から下大静脈右房近縁まで連続する浮動性血栓を偶発的に認めた。高用量のヘパリンでも APTT 延長不良でありリバロキサバンを開始した。エコー、造影 CT、MRI で血栓縮小が確認でき、有害事象なく経過している。【考察】卵巣静脈血栓症の評価において MRI は CT と遜色なく、被爆量抑制に有用であった。また、急性期治療にリバロキサバンが有効である可能性が示唆された。

10. 急性心筋梗塞と大動脈弁閉鎖不全を合併し、集学的治療を要した高安動脈炎の 1 例

○鉢呂 直記¹、長南 新太¹、清水 将輝¹、永野 伸卓¹、矢野 俊之¹、青山 ちひろ²、原田 亮³、道井 洋吏³、川原田 修義³、三浦 哲嗣¹
札幌医科大学 医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座¹、独立行政法人 地域医療機能推進機構 札幌北辰病院 循環器内科²、札幌医科大学 医学部 心臓血管外科学講座³

【症例】60 歳代男性。急性心筋梗塞の診断で左前下降枝に冠動脈形成術が施行後、心不全が増悪し当院へ転入院。心エコーで重症大動脈弁閉鎖不全症、造影 CT で上行大動脈及び両側総頸動脈の拡張及び遅延性造影を伴う壁肥厚を認め、同部位に加え左冠動脈主幹部に PET-CT で $< \text{SUP} > 18 < / \text{SUP} > \text{FDG}$ の集積が確認され高安動脈炎と診断した。心不全管理に難渋し、準緊急的に Bentall 手術を施行。プレドニゾロン 30mg/日を開始したが、CRP とペントラキシン 3(PTX3)は持続高値を示し、トシリズマブの併用を開始。その後、CRP と PTX3 は低下、 ^{18}F FDG の集積も改善。ミルリノン併用下に β 遮断薬を漸増し、左室駆出率は 17%から術後 60 日に 27%まで回復した。【結語】重症心不全合併例では TNF- α 阻害薬が禁忌とされている。トシリズマブは集学的治療の一つとして有用かつ安全であった。

11. CT と MRI が診断に有用であった ALCAPA 症候群の一例

○高橋 一輝、鈴木 伸穂、浅野 目 晃、菅野 貴康、井川 貴行、井澤 和真、石井 良直
市立旭川病院 循環器内科

【症例】73 歳女性。就寝中に突然の左胸背部痛を自覚し救急搬送。急性冠症候群が疑われ同日入院となり保存的加療を開始。心臓 CT で左冠動脈主幹部が肺動脈より起始しており左冠動脈肺動脈起始症(ALCAPA 症候群)が疑われ、心臓 MRI でも同様の所見を認めた。心臓カテーテル検査を施行したところ、右冠動脈造影や大動脈基部造影で右冠動脈から豊富な側副血行を介して左冠動脈全景が造影され、左主幹部の肺動脈への開口が確認できた。血液ガスサンプリングで RV→PA で O₂ step up を認め(PO₂ 69→79%)、Qp/Qs 1.5、左右シャント率 34%であった。左室造影では前壁領域に軽度壁運動低下を認め、LVEF 46%であった。ALCAPA 症候群は乳児期までに突然死を起こすことが多いが、高齢で初めて診断がつき、CT や MRI が診断に有用であった一例を経験したので報告する。

12. 当院におけるペースメーカーリード抜去症例の検討

○小泉 雄人¹、中西 仙太郎²、竜川 貴光²、伊勢 隼人²、石川 成津矢²、紙谷 寛之²
旭川医科大学 卒後臨床研修センター¹、旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野²

感染などを契機にペースメーカーリード抜去を余儀なくされる場合があるが、特にリードが長期間留置されていた症例などには抜去に難渋することがある。当院におけるリード抜去症例を検討した。2017 年 9 月までに施行された 11 例を対象とした。男性 6 例、平均年齢 71.6 歳 (8-95)、リード抜去までは平均約 7 年 (2 日-25 年)、原因は感染 6 例、リード・本体露出 3 例、その他 2 例であった。手術は全例全身麻酔、経食道エコーを併用した。ロッキングスタイレット・メカニカルシースをスタンバイして臨んでおり、実際に使用した症例は 7 例で、平均リード留置期間は約 9 年であった。全例合併症なく抜去可能であった。抜去に際しては術者の経験に依存する部分が多いが、リスク管理を徹底することで比較的 safely に施行できるものとする。

13. 心房イメージングが有用であった上室頻拍の一例

○岩原 素子、八巻 多、徳野 翔太、中川 敬太、岩田 周耕、
豊嶋 更紗、西浦 猛、酒井 博司
名寄市立総合病院 診療部

症例は 79 歳男性。他院にて心房粗動に対し 2 度、下大静脈三尖弁峡部線状焼灼術を施行された。2017 年 3 月に心房頻拍に対し多極電極カテーテルで voltage map を作成し、巣状興奮パターンを認めた部位を通電し頻拍が停止した。同年 5 月に動悸発作を認め、当科に再入院となった。心内心電図にて通常型心房粗動と診断、心腔内エコーで Lip of the eustachian ridge および subeustachianpouch を認めたため、subeustachianpouch を焼灼したが頻拍は停止しなかった。CARTOSOUND によるマッピングシステムを併用し、eustachian ridge に遺残電位を認め、同部位の焼灼で頻拍の停止が得られた。心房頻拍の起源の検索と下大静脈三尖弁線状焼灼が不完全になりやすい解剖学的要因の同定に 3D マッピングが有用であった一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

14. 急性心不全患者へのバソプレシン V2 受容体遮断薬長期投与の効果: BOREAS-ADHF レジストリ研究

○長南 新太、丹野 雅也、能登 貴弘、永野 伸卓、神津 英至、
村上 直人、西田 絢一、国分 宣明、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

背景: V2 受容体刺激は集合管における水再吸収/尿濃縮により体液調節を行う。心不全で上昇する血中バソプレシンによる V2 受容体過剰刺激は受容体内在化により尿濃縮能を障害し得る。
方法・結果: 2010 年 12 月から 2016 年 6 月に急性非代償性心不全のため入院しトルバプタン(3.75-15mg)を投与した 90 例中、退院後も継続投与した 53 例を解析した。死亡/心不全入院は入院早期(≤ 7 日)投与例 ($p=0.16$)および尿濃縮能良好例(早朝尿浸透圧 ≥ 350 mmOsm/L)で抑制された($p=0.02$)。尿濃縮能良好例のみ($n=33$)の解析でも早期投与が死亡/心不全入院を抑制した($p=0.07$)。結論: トルバプタンの効果は尿濃縮能に規定され、早期投与は V2 受容体温存により予後を改善する可能性がある。

15. 腎機能の保たれている高血圧患者ではビソプロロールにより自律神経機能が改善しやすい

○千葉 知、篠原 かほる
医療法人研成会 札幌鈴木病院 内科

【目的】 β 遮断薬を投与すると、腎機能が保たれている高血圧患者では、自律神経機能が改善しやすいという仮説をたてた。
【方法】ビソプロロールテープを使用した 11 人の患者につき、検討した (年齢は 64 ± 11 歳、うち 8 人は女性)。平均心拍数と SDNN は 24 時間の心電図で評価された。SDNN を自立神経機能の評価に用いた。【結果】ビソプロロールテープは、収縮期血圧と平均心拍数を有意に低下させた (147 ± 20 vs 129 ± 19 mmHg, $p < 0.01$) (84 ± 7 vs 69 ± 11 /min, $p < 0.001$)。自律神経機能の改善した群($n=6$)では、非改善群と比べて、腎機能(Ccr)が有意に高かった (106 ± 15 vs 76 ± 18 mL/min, $p < 0.05$)。【結語】ビソプロロールテープを投与した際に、腎機能が保たれている高血圧患者の方が、自律神経機能が改善しやすいことが示唆される。

16. 心房中隔欠損症の経過観察中に発症した肺動脈性肺高血圧症の 1 例

○大野 紘平¹、松本 倫明¹、戸田 悠貴¹、伊藤 孝仁¹、
堀田 寛之¹、加藤 伸郎¹、吉田 大輔¹、大岩 均¹、藤瀬 幸保²
王子総合病院 循環器内科¹、王子総合病院 内科²

21 歳女性、出生時に無症候性心房中隔欠損症の診断に至り、以後フォローをされていたが 17 歳時より通院中断。20 歳時に労作時息切れが出現、21 歳時健診目的に当院受診したところ胸部 X 線及び心電図異常を指摘され当科受診となる。心エコー上、欠損孔は 6mm と小さいものの著明な右心負荷所見を呈していた。右心カテーテル上 Qp/Qs 0.84、平均肺動脈圧、肺血管抵抗はそれぞれ 61mmHg、13.8 wood 単位と著明高値であった。肺血管拡張薬を導入、漸増したところ自覚症状は徐々に改善、右心カテーテル上も Qp/Qs は 1.48 まで上昇、肺血管抵抗、平均肺動脈圧も著明に改善し今後心房中隔欠損症に対する根治術を検討している。比較的稀な症例と思われ、若干の文献的考察を含め報告する。

17. 心室細動を発症し、冠攣縮性狭心症、ブルガダ症候群、早期再分極症候群の3疾患併存が疑われた一例

○伊藤 良介¹、神山 直之¹、藤戸 健史¹、望月 敦史¹、永原 大五²、三浦 哲嗣¹

札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座¹、

札幌医科大学 感染制御・臨床検査医学講座²

29歳、男性。夜間睡眠中にいびき呼吸、全身痙攣を認め救急要請。搬入時に意識は回復していたが、I、aVL、V3-6誘導で一過性ST上昇を認め、心室細動(VF)を発症し複数回の電氣的除細動を施行。第5病日に当院転院し、冠動脈造影で狭窄病変なく冠攣縮性狭心症(CSA)を疑いベニジピン、ニコランジル内服を開始。ビルジカイニド負荷で右側胸部誘導のcoved型ST上昇を、また、入院中に胸痛を伴わないV4-6誘導のJ波を伴う一過性ST上昇を認め、ブルガダ症候群(BS)と早期再分極症候群(ERS)の合併と診断し、S-ICD植込み術を施行。両症候群はJ波症候群の1つで類似疾患であり、また、日差変動のあるJ波を伴うCSAはVFリスクが高いことも報告され、自律神経の関与が指摘されている。VFを発症し、CSA、BS、ERSの併存が疑われた稀な症例について報告する。

18. 脳塞栓症急性期における心房細動と抗血栓剤選択の現状

○平尾 紀文

柏葉脳神経外科病院 循環器内科

脳塞栓症の多くは心房細動に起因すると予想されるが、発症急性期に心房細動が検出されず抗血栓剤の選択が難しい例が少なくない。(対象)2015年4月1日から2017年3月31日の間に当院に入院した虚血性脳卒中1170例のうち、画像所見で塞栓症と診断された309例。(方法)全症例に急性期のホルター心電図と約1週間の連続心電図モニターを施行して、24時間の合計心房細動時間(Af burden)を計測した。(結果)心房細動以外の塞栓源確定例、持続性心房細動、心房細動既往を除く51.1%のAf burdenは、6分以上が11.9%、6分未満が29.5%、9.7%でAfが全く検出されなかった。抗血栓剤が90.0%で開始され、Af burdenに関係なく抗凝固剤が抗血小板剤よりも多く選択された。

19. 左心耳前壁をcritical isthmusとするmacro-reentrant atrial tachycardiaの一例

○太田 真之、廣上 貢、大本 泰裕、湯田 聡、林 健太郎、佐藤 宏行

手稲溪仁会病院

症例はBentall手術の既往のある68歳男性。2年前に左室駆出率の低下を伴うATを認め、電氣的除細動後に洞調律を維持していた。2か月前からATの再発を認め、カテーテルアブレーションを施行した。頻拍周期は324msecで、高位右房と冠静脈洞近位部からのエントレインメントペーシングではPPI(post pacing interval)が512msec、450msecであった。CARTOで左房をマッピングすると、左心耳前壁にLVA(low voltage area)を認め、同部位をcritical isthmusとするMRAT(macro-reentrant atrial tachycardia)が確認された。左心耳前壁のfractionated potentialを認める部位でPPIが一致し、通電により頻拍が停止した。以後再発なく経過している。左心耳前壁をisthmusとするMRATの報告は少なく、同部位にLVAを認めることも比較的稀であるため報告する。

20. 経胸壁3D心エコー検査が再手術の契機となった大動脈弁形成術の一例

○村井 大輔¹、小松 博史¹、立田 大志郎¹、佐藤 友哉¹、鈴木 理穂¹、鳥羽 真弘¹、浅川 響子¹、近藤 麻代²、佐藤 宏²、檀浦 裕¹、宇塚 武司²、中村 雅則²、牧野 隆雄¹、甲谷 哲郎¹

市立札幌病院 循環器内科¹、市立札幌病院 心臓血管外科²

40歳代男性。経胸壁心エコー(TTE)で左室駆出率低下、左室拡大を伴う高度大動脈弁閉鎖不全(AR)を指摘。経食道心エコー(TEE)で弁輪拡大と右冠尖の高度逸脱を認め、El Khoury Ib+II型の高度ARと診断。上行大動脈置換によるSTjunctionの縫縮と外科弁輪(AVJ)のCV-0での縫縮による大動脈基部形成、弁尖縫縮による弁尖形成を施行し、術直後のTEEでAVJ径25mm、残存ARは軽度であった。しかし2週間後のTTEでARは中等度に増悪。3DTTEによるAVJ評価で短径29mm、長径36mmと術直後に比し弁輪拡大を認めた。弁輪拡大に伴う弁接合不全がAR増悪の原因と考え、再弁輪縫縮での再形成が可能と判断し再手術を施行。術中所見で弁輪縫縮糸がクリップまで緩み延長していた為、弁輪縫縮を再度施行した。軽度ARの改善を認め、その後再増悪は見られなかった。

21. 心原性ショックに至った重症大動脈弁狭窄症に対し外科的介入が奏功した1例

○竜川 貴光、伊勢 隼人、中西 仙太郎、石川 成津矢、紙谷 寛之

旭川医科大学 心臓大血管外科学講座

症例は68歳男性。X年4月に鬱血性心不全を指摘、6月に前医受診し重度大動脈弁狭窄症及び低左心機能（EF 26%）の診断で入院加療となったが、症状増悪し心原性ショックとなりIABP挿入。外科的治療目的に同月当科搬送。搬送時TTEではEF 8%, LVDd/Ds 62/58mmと左心機能低下を認め、大動脈弁はAVA 0.35cm², max PG 42mmHg, peak velocity 3.3m/sで高度石灰化を伴う二尖弁であった。準緊急的に大動脈弁置換術（生体弁Magna ease 25mm）を施行。人工心肺離脱は容易であった。術後5日目でIABP離脱。術後6日目のTTEでEF 12%と改善を認め、生体弁機能に問題を認めなかった。循環呼吸動態は安定して経過し、術後13日目に前医転院となった。血行動態の破綻を来した重度大動脈閉鎖症に対して外科的加療が奏功した一例であり、文献的考察を交えて報告する。

22. 左室流出路狭窄を伴う有症候性の高度大動脈弁狭窄症に対してTAVIを施行した1例

○加藤 喜哉¹、浅川 直也¹、表 和徳¹、徳田 裕輔¹、岩野 弘幸¹、山田 聡¹、森 敏洋²、新宮 康栄³、久保田 卓³、松居 喜郎³、安斉 俊久¹

北海道大学病院 循環器内科¹、北海道大学病院 麻酔科²、北海道大学病院 循環器外科³

症例は手術適応のある有症候性の高度AS（経弁平均圧較差 48mmHg、弁口面積 0.60 cm²）を有する80代の男性。COPDや前立腺癌の合併により開心術のハイリスクであったため大腿アプローチによるTAVIを選択した。心エコーでは僧帽弁の収縮期前方運動を伴う最大流速 4.1 m/sの左室流出路狭窄を認め、ASの解除により後負荷が軽減した後の増悪が懸念された。β遮断薬とシベンゾリンの導入を行い、左室内血流速度が1.6 m/sに低下したところでBAVを行い、後負荷低下後の左室流出路狭窄増強が無いことを確認した。TAVI術前から十分な補液で前負荷増大を図り、29mm SAPIEN3を留置した。術後に左室流出路狭窄の増強や血圧低下は生じなかった。高度の左室流出路狭窄はTAVIの術後経過に影響を与えると考えられることから若干の文献的考察を加えて報告する。

23. アルカプトン尿症に伴う大動脈弁置換術の経験

○佐藤 公治、若狭 哲

KKR札幌医療センター 心臓血管外科

アルカプトン尿症は常染色体劣性遺伝の先天性代謝疾患の一つであり、代謝不能なホモゲンチジン酸が多量に尿中に排泄され、組織にも沈着する。アルカプトン尿症に伴う大動脈弁狭窄症の治療経験を報告する。症例は70歳代女性。9年前にアルカプトン尿症性関節炎と診断された。3年前から動悸が主訴で大動脈弁狭窄症と診断、今回重度大動脈弁狭窄症（AVA 0.67cm², AVmaxPG 72mmHg）に進行し手術目的に紹介となった。手術は大動脈弁置換術（Magna ease 19mm）を施行した。大動脈弁は弁周囲を中心に黒色の色素沈着が確認され、病理組織も色素沈着部位に一致した変性病変を認めた。術後経過は良好であったが、術前からの関節炎による低ADLのため術後25日にリハビリ目的に転院となった。アルカプトン尿症に伴う大動脈弁狭窄症は稀であり今回報告する。

24. 心不全を合併したLoeys-Dietz症候群の一例

○横田 卓¹、津田 正哉¹、松島 将士²

北海道大学大学院医学研究院循環病態内科学¹、九州大学病院循環器内科²

【症例】54歳男性。2013年1月頃より労作時息切れを自覚するようになった。同年6月に急性肺炎をきっかけにうつ血性心不全を発症し、近医へ入院となった。心エコー上高度の左室収縮障害および左室拡大を認め、心不全の精査加療目的に北海道大学病院へ転院となった。転院後、身体徴候や血管病変の存在によりMarfan症候群が疑われ、改訂Ghent基準に従ってMarfan症候群あるいはその類縁疾患と診断した。さらに遺伝子解析により、TGF-β受容体（TGFB1）遺伝子に変異を認めたため、Loeys-Dietz症候群と診断した。その後、ロサルタン及びβ遮断薬の内服により、心機能は改善した。【結語】Loeys-Dietz症候群では血管および骨格病変が主体であり、心筋障害の合併は極めて稀である。今回文献的考察を含めて報告する。

25. 造影CTでの遅延造影が診断の契機となった心臓限局性サルコイドーシスの一例

○石丸 伸司¹、山口 隆義²、柿木 梨沙¹、川崎 まり子¹、
管家 鉄平¹、五十嵐 正¹、岡林 宏明¹、古谷 純吾¹、
華岡 慶一¹

医療法人 春林会 華岡青洲記念心臓血管クリニック¹

医療法人 春林会 華岡青洲記念心臓血管クリニック 放射線部²

症例は58歳男性。2015年初診。心電図では1度房室ブロックのほか左脚前枝ブロックを認めた。心エコーでは明らかな異常を認めなかったが、心臓CTで左室前壁～前壁中隔に肥厚及びLIEを認めた。MRIでも同部にLGEを認め、心サルコイドーシスが疑われたが、他臓器には異常を認めなかった。翌年、再度CTおよびMRIを施行したが画像所見及に変化を認めず、FDG-PETを施行。CT、MRIでの異常部位に一致する集積を認めたが、他に異常集積を認めず、心臓限局性サルコイドーシスが疑われた。心臓サルコイドーシスの診断指針ではMRIのLGEは主徴候として記載されているが、心臓CTは記載がない。心臓CTでのLIEも心臓MRIでのLGEと同様サルコイドーシスの心病変を反映するものと考えられるため報告する。

26. 12年の治療を経て心不全が難治化し、Empagliflozinが奏効した左室緻密化障害の一例

○千葉 泰之¹、米澤 一也¹、姫野 雅史¹、雪野 碧¹、
島津 香¹、今川 正吾¹、小室 薫¹、安在 貞祐¹、木村 伯子²
国立病院機構 函館病院 循環器科¹、国立病院機構 函館病院 病理診断科²

【症例】42歳女性【主訴】息切れ、下腿浮腫【現病歴】12年前に急性心筋炎疑いで紹介。EF約20%、左室壁広範に過剰な網目状の肉柱形成を認め、左室緻密化障害(LVNC)と診断。その後計8回の心不全入院歴あり。入院当日上記主訴で来院、心不全増悪で入院。【既往歴】帝王切開(27歳)など。【経過】高度肥満、CTR68%、AF、QRS幅125ms、HbA1c7.1%、BNP768.5pg/mL。心エコーでEF26%、びまん性壁運動低下。内服薬増量、利尿薬静注を行うも反応に乏しく、empagliflozin10mgにて心不全代償化。右室心内膜生検では長期間の心筋障害を示唆する心筋細胞の線維化は軽度、【考察】若年、低左心機能のLVNC患者の長期経過の報告例は少ない。本例は画像上典型的なLVNCを認め、利尿薬抵抗性であったがempagliflozinが奏効した。今後は心臓再同期療法や心臓移植も検討すべき病態と考えられる。

27. たこつぼ型心筋症が疑われる循環動態不安定化を契機に不全対麻痺を発症した胸腹部大動脈瘤の1例

○前田 俊之、櫻田 卓、村木 里誌、佐々木 潤、荒木 英司
札幌中央病院 心臓血管外科

症例は64歳、男性。2015年5月に急性B型解離発症、2016年11月に腹部大動脈人工血管置換術を施行された。胸腹部大動脈瘤の拡大を認められ手術的に当科紹介となった。術前精査結果から2期的手術を予定し、本年5月に全弓部置換術を施行。8月に2期手術を予定したが、7月20日に胸痛・呼吸苦を自覚し、その直後に下肢麻痺を認め当院緊急搬送となった。心電図および心エコーではACSが疑われたが、冠動脈CTでは有意狭窄を認めなかったため、たこつぼ型心筋症が疑われた。加療によって循環動態の改善は得られたが、不全対麻痺は持続した。以上の経過から不全対麻痺はたこつぼ型心筋症による循環動態の不安定化によって発症したと判断した。8月16日にTEVARを施行し、9月6日に回復期リハビリ病院に転院となった。

28. 第XIII因子低下による出血を認めた解離性大動脈瘤によるDICの1例

○三上 拓真、伊藤 寿朗、沼口 亮介、安田 尚美、渡邊 俊貴、
仲澤 順二、黒田 陽介、原田 亮、川原田 修義
札幌医科大学附属病院 心臓血管外科

解離性大動脈瘤による難治性DICの患者で第XIII因子低下を認めたため、これを補充することでDICが改善した1例を経験したため報告する。症例は80歳の女性。胸部下行の解離性大動脈瘤の指摘を受けていた。出血傾向を認め、この際の血液検査で解離性大動脈瘤によるDICの診断(厚生労働省DIC診断基準7点)となり原疾患治療目的に当科紹介となった。手術は胸部下行の解離性大動脈瘤人工血管置換術を施行し、術直後はDICの改善を認めたが再び増悪し術後5ヶ月後厚生労働省DIC診断基準8点となり入院にて加療を開始した。入院後も改善は認められず、血液検査で第XIII因子の低下を認めたため、これを補充しところDICの改善を認めた。第13因子欠乏による出血傾向を示す症例は増加傾向にあり、本症例もそのひとつであるため文献的考察を踏まえて報告する。

29. 人工血管内血栓による消費性凝固障害に対してダビガトランが奏功した1例

○村瀬 亮太、新宮 康栄、大岡 智学、橘 剛、久保田 卓、松居 喜郎

北海道大学 循環器・呼吸器外科

【背景】人工血管内血栓による凝固障害を経験することがあるが、その治療例の報告はない。

【症例】13年前にB型解離発症。2年前にA型解離発症し手術（胸腹部人工血管置換術 extent II）施行。1年後に多発皮下血腫認め入院。CT上は解離に変化認めなかったが、人工血管内血栓の出現を認めた。これによる消費性凝固障害と判断し、ワーファリンを導入。PT-INR3.5程度でようやく凝固障害の進行を防ぐことができる状態であった。自宅退院したが2週間後に胸腔内出血。ワーファリンによる出血と判断しダビガトランに切り替えた。その後出血傾向なく安定して経過。

【結語】人工血管内血栓による消費性凝固障害を来した症例に対しダビガトランが奏功した1例を経験した。

31. 血管型エーラスダンロス症候群の合併が疑われた大動脈弁輪拡張症の一例

○松本 嶺、渡邊 昌也、萩原 光、高橋 佑美、林 大知、降旗 高明、岩野 弘幸、安斉 俊久

北海道大学病院 循環器内科

症例は25歳女性。数年前からの労作時息切れを主訴に近医を受診。胸部レ線にて心拡大を認められ、心精査目的に当科紹介となった。心エコー図にて大動脈基部拡張(55mm)、左室拡張末期径(54mm)、左室収縮能低下(EF 44%)、高度大動脈弁逆流が認められた。既往のない若年者の大動脈弁輪拡張症であり、先天性結合組織異常症の合併が疑われたが、Marfan 症候群に特徴的な体型異常は認めなかった。類縁疾患を考慮した身体診察により関節の過伸展、易出血性、特徴的顔貌(眼間解離など)を認め、画像診断でも頸部血管の強い蛇行を認めた。血管型エーラスダンロス症候群(vEDS)の臨床像と合致するため、確定診断のために遺伝子解析を行った。vEDSは有病率 0.05%程度の稀な疾患であるため、若干の考察を加え報告する。

30. Intimal intussusception を伴った全周性 Stanford A 型急性大動脈解離の経験

○柳清 洋佑、大川 陽史、井上 聡巳

北海道立北見病院 心臓血管外科

上行大動脈の全周性解離は比較的珍しい。遊離した内膜 flap は様々な合併症を起こす場合がある。今回、intimal intussusception を呈した急性 A 型大動脈解離を2例経験したため報告する。症例1. 41歳男性。嘔吐、意識障害あり他院へ救急搬送された。A型大動脈解離および肺水腫を認め当院へ搬送された。上行大動脈の全周性解離と、flapの大動脈弁嵌入による重症弁逆流を認めていた。当院搬入後より急激に泡沫状の痰が増加、緊急で挿管し上行大動脈人工血管置換術を施行したが、肺水腫のため人工心肺離脱不能であり救命できなかった。症例2. 81歳男性。めまいとふらつきを自覚し他院受診、急性A型大動脈解離を認め当院に搬入となった。flapが大動脈弁に嵌入していたが、弁逆流は軽度であった。緊急でBentall手術施行し救命できた。

32. 2debranching TEVAR 後の Type Ia Endoleak に対して chimney technique を用いた TEVAR の一例

○檜山 耕平、森下 清文、馬場 俊雄、新垣 正美、柴田 豪
市立函館病院

症例は58歳男性。I型解離に対して緊急上行置換術を施行したが、外来フォロー中に解離性弓部大動脈瘤の拡大を認めたため、追加治療として2debranching TEVAR、及び下行大動脈のreEntry閉鎖目的にTEVARを施行した。その後発熱・背部痛を主訴に再度当科外来受診となり、精査したところ炎症反応の上昇と瘤径の拡大を認めたため感染性大動脈瘤切迫破裂疑いにて緊急入院となった。その後の精査で感染は否定的となったが、瘤径の拡大が中枢からのエンドリークによるものと判断し、腕頭動脈に腹部ステントグラフト脚を留置する形でchimney techniqueを用いたTEVARを施行した。

33. 非細菌性血栓性心内膜炎を合併した急性呼吸促進症候群の一剖検例

○小西 崇夫、舟山 直宏、山口 紅、大堀 克彦、山本 匡、
桜井 聖一郎、柏木 雄介、佐々 保基、福山 周三郎、
村上 弘則、堀田大介

北海道循環器病院 循環器内科

症例は 84 歳女性。3 日前からの発熱と咳嗽にて近医を受診し、肺炎と診断され、紹介受診となった。入院直後、呼吸状態の増悪を認め、気管挿管を施行し、抗生剤を開始したが、病態改善を認めなかった。第 7 病日には血圧低下、呼吸状態増悪を認め、第 9 病日に永眠となった。剖検上、両肺にびまん性肺胞障害を認め、急性呼吸促進症候群として矛盾しない所見であった。大動脈弁に 1-6mm 大の疣贅を多数認めたが、細菌の集簇像などを認めず、非細菌性血栓性心内膜炎 (NBTE) と考えられた。また、腎梗塞の所見も認めていた。全剖検症例の 9.3% に NBTE が認められたという報告がある一方、14.1-90.9% に末梢血栓を合併したという報告もある。本症例のように、低酸素、過凝固状態などの素因がある重症患者に対しては、NBTE の認識を持って診療すべきである。

34. 左房粘液腫摘出術 9 年後に血性心嚢液貯留による心不全を来した 1 例

○甲谷 太郎¹、高橋 将成¹、小泉 拓也¹、神谷 究¹、
坂井 英世¹、稗田 哲也²、杉木 孝司²、上久保 康弘²、
井上 玲³、飯村 泰昭³、守田 玲菜⁴

市立釧路総合病院 心臓血管内科¹、市立釧路総合病院 心臓血管外科²、市立釧路総合病院 外科³、市立釧路総合病院 病理診断科⁴

【症例】左房粘液腫摘出術既往のある 80 代男性、術後 9 年後に心房粗動を認めアピキサバンが開始された。その 2 か月後に、軽労作での息切れが増強した。胸部レントゲンで CTR56% へ拡大、経胸壁心エコーでは心臓後面に局限した大量の心嚢液が存在し、それによって左室は拡張期から収縮早期まで著明に圧排されていた。MRI T2 強調像は均一な高信号で心嚢液内容物は血腫が考えられた。右心カテーテル検査で、CI1.43L/min/m²、PCWP35mmHg と著明な低心拍出と左室拡張末期圧の上昇を認め、心嚢液による左室圧排の解除が必要と考えた。ビデオ胸腔鏡下心膜開窓術による血腫除去術を施行し、血行動態の改善を認め、術後心不全加療により CI2.26L/min/m²、PCWP17mmHg まで改善した。術後 6 か月までに心嚢液の増加は認めていない。

35. 心腔内超音波ガイド下心筋生検により Lipomatous Hypertrophy と診断した 1 例

○小林 祐也、竹内 利治、木谷 祐也、簗島 暁帆、細口 翔平、
杉山 英太郎、伊達 歩、坂本 央、田邊 康子、赤坂 和美、
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・神経病病態内科学分野

症例は 59 歳女性。X 年 5 月頃から動悸を自覚し、近医にて心電図検査をしたところ Mobitz II 型 2 度房室ブロックを指摘された。この際心臓超音波検査にて心房中隔に腫瘤性病変が認められ、X 年 8 月、心臓腫瘍精査のため当科紹介となった。心臓 CT および MRI などの画像診断にて大動脈弁基部から中隔にかけての腫瘍性病変を認め、FDG-PET では同病変に一致した集積を認めた。外科的心筋生検は侵襲性が高いと考えられ、心腔内超音波を用いて経カテーテル心筋生検を施行した。病理組織からは悪性所見を認めず、Lipomatous Hypertrophy と診断された。心臓腫瘍の診断に対し心腔内超音波ガイド下心筋生検の有用性と限界について、文献的な考察を加えて報告する。

36. AAE を伴う Severe AR に合併した僧帽弁感染性心内膜炎に対し自己弁温存手術を施行した一例

○宇塚 武司¹、中村 雅則¹、近藤 麻代¹、佐藤 宏¹、
鈴木 理穂²、村井 大輔²、小松 博史²、牧野 隆雄²、
甲谷 哲郎²

市立札幌病院 循環器センター 外科¹、市立札幌病院 循環器センター 内科²

症例は 37 歳男性。皮膚エリテマトーデスあり免疫抑制剤を内服していた。39 度の熱発あり近医を受診も改善認めなかった。心精査にて大動脈弁の偏在した逆流による乱流が原因の疣贅を伴う僧房弁感染性心内膜炎を認めた。血液培養より溶連菌が同定、抗生剤治療を行い非活動期に僧帽弁修復術（パッチ形成+リング弁輪縫縮術）、自己弁温存型大動脈基部再建術、大動脈弁形成術を施行した。術後経過は良好で術後エコーで僧房弁逆流なく、大動脈弁逆流 trivial であった。感染の再燃傾向も認めず術後 9 日目に抗生剤、抗凝固薬フリーで循環器内科へ転科した。良好な結果を得た本症例を手術ビデオを中心に報告する。

第 118 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 118 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	(北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室)
委員	： 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)
委員	： 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)
委員	： 川原田修義	(札幌医科大学 心臓血管外科学講座)
委員	： 石川成津矢	(旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野)
委員	： 横式 尚司	(北海道大学病院 循環器内科)

第 118 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 118 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 118 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:株式会社札幌シッターサービス
- ・ご利用資格:第 118 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 29 年 11 月 25 日(土) 9:00 ～ 18:00(予定)
- ・定員:5 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■

株式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、株式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、株式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 15 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■

株式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