

第 121 回日本循環器学会北海道地方会

日 時 : 令和元年6月22日(土) 9:30~16:30

会 場 : 北海道大学 学術交流会館

(札幌市北区北8条西5丁目 TEL: 011-706-2141)

会 長 : 北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室

教授 安齊 俊久

■教育セッションⅠ (12:00～13:00)

座 長：安齊 俊久

(北海道大学大学院 医学研究院 循環病態内科学教室 教授)

「SGLT2 阻害薬の多面的作用と最近の国内外臨床研究」

北海道大学 大学院医学研究院 糖尿病・肥満病態治療学分野

特任教授 三好 秀明 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・代謝内分泌内科学講座 教授)

「心不全診療の最近の話題-カテーテル治療を含めて-」

倉敷中央病院 循環器内科

副院長 門田 一繁 先生

■支部社員・評議員会（14:05～14:30・第2会場）

議長：三浦 哲嗣（日本循環器学会北海道支部長）

[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）
・「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)

⇒開始 30 分前から終了 30 分前までが単位登録受付時間です。これ以外の時間は認められません。

- ◆教育セッション(3単位)

⇒開始 30 分前から終了 30 分前までが単位登録受付時間です。これ以外の時間は認められません。

- ◆医療安全・医療倫理に関する講演会 (DVD セッション) (2 単位)

⇒開始 30 分前から終了 30 分前までが単位登録受付時間です。これ以外の時間は認められません。

〔当番事務局〕 北海道大学大学院医学研究院循環病態内科学教室

TEL: 011-706-6973 FAX: 011-706-7874

E-Mail: hokucirc@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121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
9:30~9:35	開会の辞			
9:35~10:10	不整脈I (1~5) 5×7分			
10:10~10:45	心不全・心筋心膜疾患I (6~10) 5×7分	不整脈II (20~24) 5×7分		
10:45~11:20	心不全・心筋心膜疾患II (11~15) 5×7分	大動脈・血管 (25~29) 5×7分		
11:20~11:48	弁膜症I (16~19) 4×7分	先天性・その他 (30~33) 4×7分		
12:00~13:00	教育セッション I (ランチン) 北海道大学大学院 医学研究院糖尿病 肥満病態治療学分野 三好 秀明先生 (共催:第一三共株式会社 /田辺三菱製薬株式会社)			9:30~17:00 無料臨時 託児室 (完全予約制)
13:00~14:00	教育セッション II 倉敷中央病院 循環器内科 門田 一繁先生 (共催:大塚製薬株式会社)			
14:05~14:30		支部社員・評議員会		
14:35~15:10	弁膜症II・大動脈・血管 (34~38) 5×7分			
15:10~15:52	虚血性心疾患 (39~44) 6×7分		医療安全 DVDセッション	

第1会場 (小講堂)

開会の辞 (9:30～9:35) 会長 安斉 俊久 (北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室)

一般演題 午前の部 (9:35～11:48)

■ 不整脈 I (9:35～10:10) ■

座 長: 永原大五 (札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科)

南部忠詞 (北光記念病院 循環器内科)

01 急性カフェイン中毒による不整脈の一例

○大艸 孝則¹, 三浦 史郎¹, 呉林 英吾¹, 今井 斎博¹, 前野 大志¹, 長堀 亘¹, 小熊 康教¹,
三山 博史¹, 岩切 直樹¹, 長島 雅人¹, 中川 俊昭¹, 山下 武廣¹
¹孝仁会 北海道大野記念病院 循環器内科

02 リードレスペースメーカー留置の安全性確保

○山本 匡¹
¹社会医療法人 北海道循環器病院 心血管研究センター

03 持続性心房細動に対するクライオバルーンを用いた左房天蓋部および前庭部アブレーション

○南部 忠詞¹, 石戸谷 祐樹¹, 佐野 文彦¹, 鈴木 丈二¹, 四倉 昭彦¹, 吉田 泉¹, 櫻井 正之¹
¹北光記念病院

04 J波の著明な日内変動を伴い心室細動を発症した早期再分極症候群の1例

○小林 雄太¹, 神谷 究¹, 鎌田 墨¹, 中尾 元基¹, 天満 太郎¹, 渡邊 昌也¹, 永井 利幸¹,
安斉 俊久¹
¹北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室

05 複数のslow pathwayを有し頻拍の交代性変化を伴ったuncommon AVNRTの1例

○高橋 佑弥¹, 北井 敬之¹, 松名 伸記¹, 原口 拓也¹, 土反 秀昌¹, 渡邊 智彦¹, 杉江 多久郎¹,
只野 雄飛¹, 八戸 大輔¹, 金子 海彦¹, 小林 健¹, 菅野 大太郎¹, 榎本 守雄¹, 鹿島 由史¹,
佐藤 勝彦¹, 藤田 勉¹
¹札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック

■ 心不全・心筋心膜疾患 I (10:10～10:45) ■

座 長： 永井利幸（北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室）

坂本 央（旭川医科大学 循環・呼吸・神経病態内科）

06 大動脈穿孔と心破裂を起こした重症心筋炎の一例

○岩代 悠 1, 廣瀬 尚徳 1, 村椿 真悟 1, 村瀬 弘通 1, 佐藤 健司 1, 多田 智洋 1, 福眞 隆行 1
1 函館五稜郭病院

07 心アミロイドーシスを来たした原発性マクログロブリン血症の一例

○鈴木 伸穂 1, 成田 浩二 1, 牧口 展子 1, 平山 康高 1, 下岡 良典 1
1 医療法人 北晨会 恵み野病院

08 心タンポナーデを発症したサルコイドーシスの一例

○小川 俊史 1, 矢野 俊之 1, 永野 伸卓 1, 西川 諒 1, 小山 雅之 1, 村中 敦子 1, 橋本 暁佳 1,
三浦 哲嗣 1
1 札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座

09 北見地域でのアドバンス・ケア・プランニング普及の取り組み

○斉藤 高彦 1
1 北見赤十字病院 循環器内科

10 当院における慢性心不全に対する緩和ケアの取り組みと課題

○森本 信太郎 1, 瀧澤 歩 1, 数井 翔 1, 立田 大志郎 1, 玉置 陽生 1, 平林 鑑 1, 町田 正晴 1
1 苫小牧市立病院 循環器内科

■ 心不全・心筋心膜疾患Ⅱ（10：45～11：20） ■

座 長： 矢野俊之（札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分泌内科）

米澤一也（国立病院機構 函館病院 循環器内科）

- 11 アロマターゼ阻害薬投与中に心不全を呈した症例
○名取 俊介 1, 野呂 忠孝 1, 長谷部 直幸 2
1北海道社会事業協会富良野病院 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
- 12 腎細胞癌の転移性右室腫瘍に対して人工心肺を用いた心停止下の腫瘍切除術を施行した 1 例
○三浦 修平 1, 山田 陽 1, 今野 光彦 1, 増田 貴彦 1, 柳清 洋佑 1, 伊庭 裕 1, 丸山 隆史 1,
八田 英一郎 1, 栗本 義彦 1
1 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 心臓血管外科
- 13 心筋梗塞後偽性仮性左室瘤に収縮性心膜炎の合併が考えられた 1 例
○甲谷 太郎 1, 神谷 究 1, 鎌田 塁 1, 千葉 泰之 1, 天満 太郎 1, 岩野 弘幸 1, 納谷 昌直 1,
永井 利幸 1, 関 達也 2, 松居 喜朗 2, 安斉 俊久 1
1北海道大学病院 循環器内科, 2北海道大学病院 循環器外科
- 14 疣腫を形成せず乳頭筋に直接感染した感染性心内膜炎の 1 例
○竹中 秀 1, 安斉 俊久 1, 吉田 一郎 2, 及川 達也 2, 西川 幹人 2, 石本 朗 2
1 北海道大学病院 循環器内科, 2 北海道社会事業協会帯広病院 循環器内科
- 15 腹部大動脈バイパス術・腎動脈再建術が著効した高安動脈炎合併心不全の一例
○戸田 皓二郎 2, 永野 伸卓 1, 小山 雅之 1, 村中 敦子 1, 矢野 俊之 1, 黒田 陽介 2,
川原田 修義 2, 三浦 哲嗣 1
1 札幌医科大学付属病院 循環器・腎臓・代謝内分泌内科
2 札幌医科大学付属病院 心臓血管外科

■ 弁膜症 I (11:20~11:48) ■

座 長: 新宮康栄 (北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室)
村中敦子 (札幌医科大学循環器・腎臓・代謝内分泌内科)

16 大動脈弁置換術後の機械弁温存型基部置換術の検討

○杉木 宏司 1, 内藤 祐嗣 1, 庭野 陽樹 1, 村上 達哉 1

1 市立旭川病院 胸部外科

17 当院におけるロボット支援下僧帽弁形成術の現状

○大川 洋平 1, 大堀 俊介 1, 鈴木 正人 1, 森本 清貴 1, 伊藤 寿朗 1, 横山 秀雄 1, 杉木 健司 1

1 北海道大野記念病院 心臓血管外科

18 心外動静脈シャントにより血行動態的に重症化した硬化性僧帽弁狭窄症の 1 例

○中尾 元基 1, 岩野 弘幸 1, 小林 雄太 1, 天満 太郎 1, 神谷 究 1, 福島 新 1, 納谷 昌直 1,
安斉 俊久 1

1 北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室

19 重症三尖弁不全症患者に対し, Spiral suspension technique を用いて三尖弁形成術を
施行した一例

○國岡 信吾 1, 藤田 きしゅう 1, 岩朝 静子 1, 山崎 健二 1, 津久井 宏之 1

1 社会医療法人 北海道循環器病院 心臓血管外科

■ 不整脈Ⅱ（10:10～10:45） ■

座 長： 田邊康子（旭川医科大学 循環呼吸神経病態内科）
横式尚司（市立札幌病院 循環器内科）

- 20 右房前中隔を最早期興奮部位とするATP感受性心房頻拍に対して冷凍アブレーションが有効であった一例
○石戸谷 裕樹1, 佐野 文彦1, 鈴木 丈二1, 南部 忠詞1, 四倉 昭彦1, 吉田 泉1, 櫻井 正之1
1 カレスサッポロ北光記念病院 循環器内科
- 21 持続性心室頻拍における心外膜の critical isthmus 推定に Ripple Map が有用であった症例
○太田 真之 1, 佐藤 宏行 1, 湯田 聡 1, 廣上 貢 1, 林 健太郎 1
1 手稲溪仁会病院 循環器内科
- 22 機械弁術後の心室頻拍ストーム症例に対して外科的アブレーションが奏功した一例
○長堀 亘1, 鈴木 正人2, 張 辛寒2, 呉林 英悟1, 今井 斎博1, 三浦 史郎1, 前野 大志1, 小熊 康教1, 三山 博史1, 大艸 孝則1, 岩切 直樹1, 長島 雅人1, 山下 武廣1, 大堀 俊介2, 森本 清貴2, 横山 秀雄2, 杉木 健司2, 伊藤 寿郎2, 大川 洋平2
1 北海道大野記念病院 循環器内科, 2 北海道大野記念病院 心臓血管外科
- 23 右上大静脈欠損、左上大静脈遺残症に対してリードスペースメーカー植え込みを施行した1例
○櫻田 卓 1, 村木 里誌 1, 前田 俊之 1, 儀間 充 2
1 社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院 心臓血管外科
2 社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院 循環器内科
- 24 心筋再分極不均一性に及ぼす dapagliflozin の効果
○伊野 祥哉 1, 佐藤 達也 1, 古川 慎哉 2, 矢野 俊之 1, 丹野 雅也 1, 三木 隆幸 1, 三浦 哲嗣 1
1 札幌医科大学附属病院 循環器・腎臓・代謝内分泌内科, 2 愛媛大学 疫学・予防医学講座

■ 大動脈・血管 (10:45～11:20) ■

座 長: 若狭 哲 (北海道大学病院 循環器・呼吸器外科)
奈良岡秀一 (札幌医科大学 心臓血管外科)

- 25 胸骨前食道再建術後にて右開胸にてアプローチ上行大動脈置換術を施行した1例
○関 達也1, 新宮 康栄1, 加藤 伸康1, 大岡 智学1, 若狭 哲1
1 北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室
- 26 早期治療介入をし得た炎症性大動脈瘤切迫破裂の一例
○千葉 泰之1, 神谷 究1, 鎌田 塁1, 甲谷 太郎1, 相川 忠夫1, 天満 太郎1, 岩野 弘幸1,
納谷 昌直1, 永井 利幸1, 新宮 康栄2, 松井 喜郎2, 安斉 俊久1
1北海道大学病院 循環器内科, 2北海道大学病院 循環器外科
- 27 大動脈基部拡張症(AAE)を併う急性A型解離に対して自己弁温存大動脈基部置換術(Remodeling)を施行した2例
○杉山 博太郎1, 中村 雅則1, 宇塚 武司1, 坂田 純一1, 近藤 麻代1
1 市立札幌病院 心臓血管外科
- 28 ヒト頸動脈におけるプラーク不安定性に関する臨床病理学的検討
○小西 崇夫1・2, 小林 雄太1, 小森山 弘和1, 加藤 喜哉1, 表 和徳1, 相川 忠夫1, 佐藤 琢真1,
神谷 究1, 永井 利幸1, 安斉 俊久1
1北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室
2北海道大学大学院医学研究院 病理学講座 腫瘍病理学教室
- 29 短期間で続発した多発腹腔内臓動脈解離の一例
○上原 拓樹1, 園山 芽生1, 大江 勇太郎1, 小浪 佑太1, 吉村 喬樹1, 幕内 智子1, 郡司 尚玲1,
奥山 道記1, 鈴木 隆司1
1 勤医協中央病院 循環器内科

■ 先天性・その他（11:20～11:48） ■

座 長： 加藤 伸康（北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室）
神谷 究（北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室）

30 DOAC 服用中に急性腎不全を来し後腹膜出血を認めた一例

○堀田 大介¹, 萱沼 圭吾¹, 須永 大介¹, 舟山 直宏¹, 山口 紅¹, 大堀 克彦¹, 山本 匡¹,
福山 周三郎¹, 柏木 雄介¹, 村上弘則¹, 國岡 信吾², 藤田 きしゅう², 岩朝 静子²,
津久井 宏行², 大堀 克己², 山崎 健二³, 櫻井 聖一郎⁴, 小西 崇夫⁵
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社会医療法人 北海道循環器病院 先進医療研究所, 4さっぽろ不整脈クリニック,
5北海道大学 循環器内科

31 肺高血圧を合併した心室中隔欠損症に対して心内修復術を施行した 1 例

○稗田 哲也¹, 加藤 伸康¹, 新宮 康栄¹, 若狭 哲¹, 加藤 裕貴¹, 大岡 智学¹
1 北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

32 Warfarin と DOAC の脳内出血発症後の機能予後の違い

○平尾 紀文¹
1 柏葉脳神経外科病院

33 巨大右冠動脈瘤を合併した先天性冠動脈瘻に瘻孔閉鎖術を施行した興味深い 1 例

○三浦 史郎¹, 山下 武廣¹, 納谷 昌直², 大堀 俊介³, 大川 洋平³
1 北海道大野記念病院 循環器科, 2 北海道大学病院 循環器内科,
3 北海道大野記念病院 心臓血管外科

教育セッションⅠ（12:00～13:00）

座 長：安齊 俊久

（北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室 教授）

「SGLT2 阻害薬の多面的作用と 最近の国内外臨床研究」

北海道大学 大学院医学研究院 糖尿病・肥満病態治療学分野
特任教授 三好 秀明 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・代謝内分泌内科学講座 教授）

「心不全診療の最近の話題 -カテーテル治療を含めて-」

倉敷中央病院 循環器内科
副院長 門田 一繁 先生

共催：第一三共株式会社、田辺三菱製薬株式会社/大塚製薬株式会社

■ 弁膜症Ⅱ・大動脈・血管 (14:35～15:10) ■

座 長: 湯田 聡 (手稲溪仁会病院 循環器内科)
赤坂和美 (旭川医科大学 循環呼吸神経病態内科)

34 僧帽弁逸脱症に対する手術待機中に心室細動を発症した一例

○三山 博史¹, 長堀 亘¹, 呉林 英悟¹, 今井 斎博¹, 三浦 史郎¹, 前野 大志¹, 小熊 康教¹,
岩切 直樹¹, 大艸 孝則¹, 長島 雅人¹, 板東 敬介², 中川 俊昭¹, 山下 武廣¹
1 北海道大野記念病院循環器内科, 2 市立札幌病院救命救急センター

35 機能性三尖弁閉鎖不全症における三尖弁複合体の形態変化の検討

○内山 博貴¹, 橘 一俊², 三上 拓真¹, 安田 尚美¹, 黒田 陽介¹, 原田 亮¹, 奈良岡 秀一¹,
鎌田 武¹, 川原田 修義¹
1 札幌医科大学附属病院 心臓血管外科, 2 函館五稜郭病院 心臓血管外科

36 経皮的僧帽弁接合不全修復術の適応と治療効果判断に運動負荷心エコーが有用であった1例

○島 佑輔¹, 神谷 究², 鎌田 壘², 小林 雄太², 小森山 弘和², 加藤 喜哉², 表 和徳², 更科 美羽²,
辻永 真吾², 相川 忠夫², 小西 崇夫², 佐藤 琢真², 永井 利幸², 岩野 弘幸², 安斉 俊久²
1 北海道大学病院 初期研修医, 2 北海道大学病院 循環器内科

37 Low flow Low gradient severe AS に対して心臓再同期療法後に TAVI を施行した1例

○呉林 英悟¹, 山下 武廣¹, 今井 斎博¹, 三浦 史郎¹, 前野 大志¹, 小熊 康教¹, 長堀 亘¹,
三山 博史¹, 岩切 直樹¹, 大艸孝則¹, 長島 雅人¹, 中川 俊昭¹
1 北海道大野記念病院

38 心室中隔欠損症にバルサルバ洞動脈瘤を合併した1手術例

○石堂 耕平¹, 広藤 愛菜¹, 若林 尚宏¹, 中西 仙太郎¹, 石川 成津矢¹, 紙谷 寛之¹
1 旭川医科大学 心臓外科

■ 虚血性心疾患（15:10～15:52） ■

座 長： 國分宣明（札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科）

高木千佳（小樽協会病院 循環器内科）

39 Isolated left main coronary artery ostial stenosis

○前野 大志1, 山下 武廣1, 呉林 英悟1, 今井 斎博1, 三浦 史郎1, 長堀 亘1, 小熊 康教1,
三山 博史1, 大舩 孝則1, 長島 雅人1

1 北海道大野記念病院 循環器内科

40 当院における de-novo 病変に対する Drug coated balloon の検討

○西川 幹人 1, 南部 秀雄 1, 及川 達也 1, 石本 朗 1, 吉田 一郎 1

1 北海道社会事業協会帯広病院 循環器内科

41 左冠尖起始の右冠動脈が責任病変であった急性心筋梗塞の一例

○西川 幹人 1, 南部 秀雄 1, 及川 達也 1, 石本 朗 1, 吉田 一郎 1

1 北海道社会事業協会帯広病院 循環器内科

42 遅発性ステント血栓症に対する PCI 施行後に血圧上昇と意識障害を来し死亡に至った 1 例

○畠山 西季 1, 徳田 裕輔 1

1 市立函館病院

43 陳旧性心筋梗塞に対して 64 列 MDCT を用いて心筋遅延造影検査を施行した一例

○小原 雅彦 1, 本田 広樹 2, 松本 純一 1, 高野 英行 1, 酒井 寛人 1

1 北海道中央労災病院 循環器科, 2 北海道中央労災病院 中央放射線部

44 LAD 入口部の分岐部病変に対し、OCT ガイド下 DCA+DCB 治療でステントレス治療した症例

○野崎 洋一1, 大田 幸博1, 高木 康1, 鈴木 丈二1, 金子 壮朗1, 石戸谷 裕樹1, 佐野 文彦1,
南部 忠詞1, 四倉 昭彦1, 吉田 泉1, 加藤 法喜1, 宮武 司2, 佐久間 一郎3, 櫻井 正之1

1 社会医療法人社団カレスサッポロ北光記念病院 循環器内科,

2 社会医療法人社団カレスサッポロ北光記念病院心臓血管外科,

3 社会医療法人社団カレスサッポロ北光記念クリニック,

第 4 会議室

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

※※※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。

01 急性カフェイン中毒による不整脈の一例

1 孝仁会 北海道大野記念病院 循環器内科

大嶋 孝則¹, 三浦 史郎¹, 呉林 英吾¹, 今井 斎博¹,
前野 大志¹, 長堀 亘¹, 小熊 康教¹, 三山 博史¹,
岩切 直樹¹, 長島 雅人¹, 中川 俊昭¹, 山下 武廣¹

48歳男性

主訴 嘔吐

頻回の嘔吐のため自ら救急車を要請、頻脈性不整脈あり、
当院に搬入。意識Ⅰ-2、会話可能だったが、心拍数150
の心房細動。心室性期外収縮多発。代謝性アシドーシス、
K2.1。

ICU収容直後に心室細動となり、呼吸停止。電氣的除細動、
心停止、心臓マッサージ、心室細動を繰り返すためPCPS
にて循環動態を維持した。

リドカイン、アンカロン、オノアクトすべて無効。

手荷物から市販の眠気覚ましが151錠分（カフェイン
15.1g相当）のシートが発見され、自殺目的の急性カフェ
イン中毒が疑われた。

翌日洞性頻脈、4時間透析施行後頻脈は改善した。第4病
日PCPS離脱。虚血性大腸炎を合併したが、治癒し自殺企
図への治療目的で精神科へ転院となる。

カフェイン中毒による不整脈の典型例として報告する。

02 リードレスペースメーカー留置の安全性確立

1 社会医療法人北海道循環器病院 心血管研究センター

山本 匡¹

【目的】 リードレスペースメーカーの安全性確立

【方法】 CT画像によるロードマップを使用し、リードレ
スペースメーカーの留置部の確認を行った。造影所見に
よる右室構造のイメージ確立後、ロードマップを使用せ
ず症例を経験した。リードレスペースメーカーの留置部
位による合併症頻度、手技留意点を考察する。

【結論】 リードレスペースメーカーは、右室中隔に留置
する方が、心尖部より手技時間は短い傾向にあった。

【考察】 全症例を通して出血性合併症は皆無であった。
慢性期にリードレスペースメーカー本体にMRSA感染を来
した症例を経験した。中隔に留置しており抜去すること
に成功した。

【結語】 リードレスペースメーカーの留置は、右室中隔
に行うことが安全である。

03 持続性心房細動に対するクライオバルーンを用いた 左房天蓋部および前庭部アブレーション

1 北光記念病院

南部 忠詞¹, 石戸谷 祐樹¹, 佐野 文彦¹, 鈴木 丈二¹,
四倉 昭彦¹, 吉田 泉¹, 櫻井 正之¹

【背景】 拡大肺静脈隔離術は持続性心房細動に有効であ
るが、拡大肺静脈隔離のみでの洞調律維持率は
50%程度とされている。

【目的】 クライオバルーンを用いた左房天蓋部および前
庭部アブレーションが持続性心房細動に対して有効かど
うかを調べる。

【対象と方法】 肺静脈隔離術例31名と左房天蓋部
例30名。28mmクライオバルーンを用いて4本の肺静脈を
隔離後、左房天蓋部および前庭部にバルーン
を押し当て同部位をアブレーションした。

【結果】 28名（93%）に天蓋部に連続性の瘢痕(<0.1mV)を
得ることができた。平均9か月後の洞調律維持率は肺静
脈隔離術例51%に対し左房天蓋部例73%(P=0.03)であっ
た。

【結語】 天蓋部および前庭部アブレーションの追加は持
続性心房細動の洞調律維持に有効である。

04 J波の著明な日内変動を伴い心室細動を発症した早 期再分極症候群の1例

1 北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室

小林 雄太¹, 神谷 究¹, 鎌田 塁¹, 中尾 元基¹,
天満 太郎¹, 渡邊 昌也¹, 永井 利幸¹, 安斉 俊久¹

症例は31歳男性。失神既往や突然死の家族歴はない。某
日運転中に意識消失し、救急要請となった。
救急隊現着時心室細動が確認され、心肺蘇生術と経皮的
除細動の施行後に自己心拍が再開した。冠動脈
造影検査、心臓超音波検査および心臓磁気共鳴画像法で
は、器質的心疾患を示唆する所見は認めなかつた。
心電図検査で、Ⅱ,Ⅲ,aVF,V3-6誘導においてQRS波終
末部に鈍な下行脚（J波）を認めた。自動体外
除細動器に保存された心電図では著明なJ波の増高を認
めており、入院中もJ波の日内および日差変動を
認めていた。以上の所見より、早期再分極症候群による
心室細動と診断し、植え込み型除細動器移植術
を施行した。本症例のようにJ波の大きな日内変動や日差
変動は突然死の高リスクと関連することが報
告されており、注意すべき所見であると考えられた。

05 複数のslow pathwayを有し頻拍の交代性変化を伴ったuncommon AVNRTの1例

1 札幌ハートセンター札幌心臓血管クリニック

高橋 佑弥1, 北井 敬之1, 松名 伸記1, 原口 拓也1, 土反 秀昌1, 渡邊 智彦1, 杉江 多久郎1, 只野 雄飛1, 八戸 大輔1, 金子 海彦1, 小林 健1, 菅野 大太郎1, 榎本 守雄1, 鹿島 由史1, 佐藤 勝彦1, 藤田 勉1

症例は54歳、女性。PSVTに対してEPSを施行。His近傍を心房最早期とし、頻拍周期が一拍毎に変化する上室頻拍(SVT1)が容易に誘発された。その後SVT1と心房興奮順序が等しく、His近傍を心房最早期とするshort RP' 頻拍(SVT2)がjump upを伴い誘発された。SVT2はreset陰性、ATP投与で室房解離を認め、VA intervalは130ms、VA linking陽性であった。以上よりslow-slow AVNRTと診断し、通常のslow pathway領域の焼灼を行なった。その後CSosを心房最早期とするlong RP' 頻拍(SVT3)が誘発された。Fast-slow AVNRTが疑われたため、EnSite NavXで同定した心房最早期部位(CSos)を通電したところ頻拍の誘発性はなくなり、また焼灼前に認めた室房伝導の消失をみとめた。複数のslow-pathwayを認め交代制変化を伴うSVTの1例を経験したため報告する。

06 大動脈穿孔と心破裂を起こした重症心筋炎の一例

1 函館五稜郭病院

岩代 悠1, 廣瀬 尚徳1, 村椿 真悟1, 村瀬 弘通1, 佐藤 健司1, 多田 智洋1, 福眞 隆行1

症例は84歳女性。数日前から発熱あり、意識レベル低下で救急搬送。心電図の広範囲な誘導で軽度ST上昇を認め、急性心筋炎の診断で入院。血液培養ではMSSAを検出。治療後は解熱傾向あり状態改善していたが、入院17日目に心筋逸脱酵素の上昇と心エコーで新たな左室前壁中隔領域の壁運動低下を認めた。CAGでは左冠動脈主幹部の(外部からの)圧排様の所見と高度狭窄あり。検査中に血行動態維持できなくなり、救命のために左冠動脈主幹部にステント留置施行。翌18日目に急激な血圧低下と心電図I aVL V4-6でST上昇を認め、緊急CAGを施行したが冠動脈狭窄なし。心エコーでは左室側壁に血腫を認め、心破裂の診断で緊急手術施行したが救命することは出来なかった。今回、MSSAに起因すると考えられる重症心筋炎の一例を経験したので報告する。

07 心アミロイドーシスを来した原発性マクログロブリン血症の一例

1 医療法人 北晨会 恵み野病院

鈴木 伸穂1, 成田 浩二1, 牧口 展子1, 平山 康高1, 下岡 良典1

症例は68歳男性。X年Y月の健診で貧血と血小板減少を指摘され、当院を受診した。IgM高値(2210mg/dl)と骨髓生検などから原発性マクログロブリン血症の診断となり、経過観察されていた。

Y+2月頃より労作性の息切れが出現し、下腿浮腫と両側胸水を認め心不全で入院となった。心電図は低電位で、経胸壁心エコーでは左室駆出率68%と保たれ、拡張機能障害を認めた。心臓MRIでは左室全周に遅延造影所見を認めた。右室中隔壁からの心筋生検組織は、HE染色で心筋間質アミロイドを示唆する好酸性物質の沈着を認めたが、congo-red染色は陰性だった。種々の検査結果から心アミロイドーシスと診断し原発性マクログロブリン血症が原因と考えられた。原発性マクログロブリン血症で心アミロイドーシスを来す症例は稀と考えられ、文献的考察を加え報告する。

08 心タンポナーデを発症したサルコイドーシスの一例

1 札幌医科大学 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座

小川 俊史1, 矢野 俊之1, 永野 伸卓1, 西川 諒1, 小山 雅之1, 村中 敦子1, 橋本 暁佳1, 三浦 哲嗣1

2X歳男性。X-5年に皮疹、X-4年に霧視が出現し近医受診。皮膚生検の結果、サルコイドーシス組織診断群となった。X年8月に労作時息切れが出現した。胸部写真で心拡大、心臓超音波検査でびまん性左室壁運動低下及び左室駆出率低下(43%)が認められ、当院入院となった。入院時、少量の心膜液貯留のみであったが、入院4日後には心膜液が顕著に増加し、右心系のcollapseが出現した。収縮期血圧80mmHgまで低下したため、緊急心嚢穿刺・カテーテル留置を施行した。造影心臓MRIでは心室中隔を中心に心内膜側に遅延造影が認められ、モニター心電図で非持続性心室頻拍が検出された。プレドニゾロン40mg/日から開始し、心嚢カテーテルからの排液は減少し、カテーテルを抜去した。その後、3年の経過で再発はない。

09 北見地域でのアドバンス・ケア・プランニング普及の取り組み

1 北見赤十字病院 循環器内科
斉藤 高彦 1

「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の中で、アドバンス・ケア・プランニング（以下ACP）の重要性が強調され、日本循環器学会の急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）において、終末期心不全におけるACPの実施は推奨クラスIとなっている。しかし、実際に取り組みを始めると、様々な壁に突き当たり、医療・介護の現場で戸惑っている方は少なくない。当初は、循環器に関わるスタッフに対してのACPの啓蒙から始め、心不全に限定せず病院全体へと広げていった。さらに、北見地域の在宅医療・介護に関わるスタッフへの講演・研修、一般市民への講演などへと対象を広げているところである。北見地域でのACP普及活動についてご紹介したい。

10 当院における慢性心不全に対する緩和ケアの取り組みと課題

1 苫小牧市立病院 循環器内科
森本 信太郎 1, 瀧澤 歩 1, 数井 翔 1, 立田 大志郎 1,
玉置 陽生 1, 平林 鑑 1, 町田 正晴 1

がん領域を中心に発展してきた緩和ケアの取り組みが近年、心不全領域へと広がりを見せ、関心が高まってきており、急性・慢性心不全診療ガイドラインに緩和ケアの項目も記載され、緩和ケアの質的向上が求められている。今後、高齢化の進展に伴い心不全患者が急増する「心不全パンデミック」が懸念され、市中病院では患者の高齢化は恐らくもっと顕著となると思われる。当科でも慢性心不全患者の緩和ケアに関わってきたが、あくまでも主治医を中心とした医師主導のカンファレンスでの方針決定が主体であった。数症例の経験後、現在は緩和ケア認定看護師や他職種からの提案を含め、ACP作成等への取り組みや、環境整備等包括的な緩和ケア方針策定への移行を行っているが、これまでの経験から現状を検討し、今後の課題についての考察を行った。

11 アロマターゼ阻害薬投与中に心不全を呈した症例

1 北海道社会事業協会富良野病院 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
名取 俊介 1, 野呂 忠孝 1, 長谷部 直幸 2

人口の高齢化やがん治療の発達によりがん患者の予後が改善し、循環器疾患を有する患者が増えている中で、抗がん剤による心毒性はがん治療関連心機能障害（CTRCD）と総称され、予後を左右する重要な因子となっている。今回、CTRCDが稀とされている抗エストロゲン剤の関与が疑われる心不全症例を経験したので報告致す。症例は66歳、女性。高血圧、糖尿病で内科通院中、胆石胆嚢炎を発症。その際のCTにて偶発的に左乳がんが発見された。生検の結果papillotubular carcinoma (ER+, PgR+, HER2-)でありアロマターゼ阻害薬による治療が2016.9より開始された。2018.3.30にうっ血性心不全を呈し救急外来を受診し入院、心エコーではEF 32%、心電図では完全左脚ブロックを呈していた。アロマターゼ阻害薬による心毒性について文献的に考察し報告する。

12 腎細胞癌の転移性右室腫瘍に対して人工心肺を用いた心停止下の腫瘍切除術を施行した1例

1 医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 心臓血管外科
三浦 修平 1, 山田 陽 1, 今野 光彦 1, 増田 貴彦 1,
柳清 洋佑 1, 伊庭 裕 1, 丸山 隆史 1, 八田 英一郎 1,
栗本 義彦 1

症例は58歳男性。腎細胞癌の肺転移に対して他院で化学療法を受けていた。心臓エコー検査で偶然に右室自由壁に付着する可動性腫瘍を指摘され、精査目的に当院紹介となった。病歴からは腎細胞癌の心臓転移が疑われたが、腫瘍塞栓による致死的合併症の回避だけでなく、病理診断による最適な抗癌剤選択で予後改善が期待できると判断し腫瘍切除術を施行した。心停止下の経三尖弁アプローチにて、右室自由壁に付着した巨大腫瘍を切除した。転移巣の組織検査から淡明細胞型腎細胞癌の病理診断を得た。術後は右室壁運動低下や三尖弁逆流は認めず、術後16日目に退院した。術後1年経過したが腫瘍再発は認めない。腎細胞癌の転移性右室腫瘍に対して腫瘍切除術を施行し、化学療法を含めた集学的治療で良好な結果を得たため報告する。

13 心筋梗塞後偽性仮性左室瘤に収縮性心膜炎の合併が考えられた1例

1北海道大学病院 循環器内科,
2北海道大学病院 循環器外科
甲谷 太郎1, 神谷 究1, 鎌田 壘1, 千葉 泰之1,
天満 太郎1, 岩野 弘幸1, 納谷 昌直1, 永井 利幸1,
関 達也2, 松居 喜朗2, 安斉 俊久1

50歳代、男性。脳出血による入院中に施行された心臓超音波検査で、左室側壁の壁運動低下、心膜と癒着する瘤化および少量の心嚢液貯留を認めた。冠動脈造影検査では、左回旋枝鈍縁枝の完全閉塞を含む3枝病変であった。右心カテーテル検査では、心内圧の等圧化と低心拍出状態を認めた。以上の所見より、陳旧性心筋梗塞後に左室仮性瘤を合併し、心嚢液貯留、組織癒着により心タンポナーデ様の血行動態であると考えられ、冠動脈バイパス術、左室形成術および心膜切除術が施行された。術中所見と心筋病理組織所見を総合して、偽性仮性瘤と診断された。術後の右心カテーテル検査では、右室波形はdip and plateau様を呈し、収縮性心膜炎の残存が考えられた。左室偽性仮性瘤に収縮性心膜炎を合併した稀有な症例を経験したため報告する。

14 疣腫を形成せず乳頭筋に直接感染した感染性心内膜炎の1例

1北海道大学病院 循環器内科,
2北海道社会事業協会 帯広病院 循環器内科
竹中 秀1, 安斉 俊久1, 吉田 一郎2, 及川 達也2,
西川 幹人2, 石本 朗2

【症例】67歳、女性

【主訴】発熱

【現病歴】来院1週間前から39度の発熱があり、嘔吐も出現し救急搬送された。血液培養2セットからMSSAが検出され、敗血症の診断でセファゾリンが開始された。入院3日目に新規の収縮期雑音を聴取し、心エコーで新規の重症僧帽弁閉鎖不全症を認めた。弁自体の疣腫は明らかではなかったが、感染性心内膜炎が疑われた。外科的治療も考慮されたが、頭部MRIで出血性梗塞を認め、脳障害の増悪リスクが高く内科的治療を継続した。入院6日目にCPAとなり、蘇生処置を行ったが同日永眠された。

【剖検所見】

僧帽弁に疣腫は存在せず、乳頭筋に高度の細菌浸潤(MSSA)及び壊死の所見を認めた。

【考察】僧帽弁自体には疣腫は存在せず、乳頭筋に感染を生じ腱索断裂に至ったと考えられる極めて稀な感染性心内膜炎の症例を経験した。

15 腹部大動脈バイパス術・腎動脈再建術が著効した高安動脈炎合併心不全の一例

1札幌医科大学付属病院 循環器・腎臓・代謝内分泌内科
2札幌医科大学付属病院 心臓血管外科
戸田 皓二郎2, 永野 伸卓1, 小山 雅之1, 村中 敦子1,
矢野 俊之1, 黒田 陽介2, 川原田 修義2, 三浦 哲嗣1

症例は、5X歳男性。高安動脈炎の診断でプレドニゾロン内服中。心不全を繰り返すため紹介入院。左室収縮機能は低下(LVEF 29%)、両側腎動脈高度狭窄に加え、腹部大動脈は腎動脈分岐の中樞側、末梢側ともに高度狭窄しており、血漿レニン活性が上昇していた(10.6 ng/ml/hr)。レニン・アンジオテンシン系阻害薬は腎機能悪化のために継続投与できず、ビソプロロールを5mgまで導入したが、心不全再入院を繰り返した。PET-CT上、活動性の炎症所見がないことも考慮し、腹部大動脈バイパス術・腎動脈再建術を施行した。術後、血漿レニン活性は低下(1.1 ng/ml/hr)、LVEFは術後2ヶ月で40%まで改善し、NT-proBNPは著減した(術前1816→術後3ヶ月229 pg/ml)。炎症活動期ではない腹部大動脈狭窄症例における外科的治療の有用性が示唆された。

16 大動脈弁置換術後の機械弁温存型基部置換術の検討

1市立旭川病院 胸部外科

杉木 宏司1, 内藤 祐嗣1, 庭野 陽樹1, 村上 達哉1

【背景】人工弁置換術後基部病変への機械弁温存型基部置換術の治療成績を報告する。

【対象と術式】

対象は7例。平均年齢は65.3±2.6歳。初回術後4.5～21.5年、平均11.5±5.28年で大動脈基部拡大に対して人工弁温存型基部置換術を施行。

【結果】手術時間615±52.4分、人工心肺時間258±10.6分、大動脈遮断時間187±22.1分。術後出血による再開胸なし。術後CTと心エコーでは全例で基部再建部と人工弁に問題を認めず、6例で3.5±1.6年(0～12.7年)経過し生存中。遠隔期の4例中3例で5～9年後にCTを施行したが全例で問題なし。

【考察】人工弁カフごと弁糸をかけたうえでの人工血管と大動脈壁を縫合は脆弱性と出血のリスクの弱に寄与すると考えられる。

【結語】大動脈弁置換術後の機械弁温存型基部置換術は安全で有効な選択肢の一つである。

17 当院におけるロボット支援下僧帽弁形成術の現状

1 北海道大野記念病院 心臓血管外科

大川 洋平 1, 大堀 俊介 1, 鈴木 正人 1, 森本 清貴 1, 伊藤 寿朗 1, 横山 秀雄 1, 杉木 健司 1

【目的】当院では手術の低侵襲化と退院後の早期社会復帰を目的として、2012年より右開胸小切開による低侵襲心臓手術を導入、2015年からは殆どの手術操作を胸腔鏡下で行う胸腔鏡下弁形成術を行ってきた。さらに2018年10月よりダビンチを用いたロボット支援下心臓手術を開始した。当院のロボット支援下僧帽弁形成術の現状について報告する。

【方法】僧帽弁形成術を手術支援ロボットであるダビンチを用いて行った。

【結果】死亡例無く、全例ロボット支援下で完遂した。術後の僧帽弁逆流は全例軽度以下であり、後遺症を残すような大きな合併症は無かった。

【結論】ロボット支援下僧帽弁形成術は従来の低侵襲心臓手術よりも更に低侵襲を実現できる可能性がある。今後は更に多くの症例を経験し、より低侵襲な手術の実現を目指したい。

18 心外動静脈シャントにより血行動態的に重症化した硬化性僧帽弁狭窄症の1例

1 北海道大学 大学院医学研究院 循環病態内科学教室

中尾 元基 1, 岩野 弘幸 1, 小林 雄太 1, 天満 太郎 1, 神谷 究 1, 福島 新 1, 納谷 昌直 1, 安斉 俊久 1

症例は60歳代の女性。下腿浮腫と息切れを主訴に受診し、心不全の診断で入院した。心エコー検査で高度の弁輪石灰化に伴う僧帽弁狭窄(MS)を認め、弁口面積1.52cm²、経弁平均圧較差13.2mmHgと弁口面積に比して高度な経弁圧較差が観察された。心臓カテーテル検査でも同様の所見であり心拍出量は8.98L/分と高心拍出状態であった。造影CTでは巨大な臍動静脈奇形と門脈肝静脈瘻が認められ、末梢動静脈短絡が高拍出状態の原因と考えられた。動静脈奇形の閉鎖は不可能であったためMSの手術適応と判断し、僧帽弁置換術を施行した。術後も高拍出状態が続くと予想され、高流量でも経弁圧較差を生じない人工弁選択が問題であったが、流量-圧較差関係からJM25mm弁の経弁平均圧較差は5mmHg以下が期待できた。

19 重症三尖弁不全症患者に対し、Spiral suspension techniqueを用いて三尖弁形成術を施行した一例

1 社会医療法人 北海道循環器病院 心臓血管外科

國岡 信吾 1, 藤田 きしゅう 1, 岩朝 静子 1, 山崎 健二 1, 津久井 宏之 1

三尖弁閉鎖不全症(tricuspid regurgitation; TR)に対しEishiらの報告しているspiral suspension techniqueを用いた三尖弁形成術を経験したので報告する。71歳、男性。労作時呼吸苦と両下肢浮腫を主訴とし、心エコーで中隔尖の開閉低下し、前尖と後尖はtetheringを認め、massive TRの診断。心拍動下に32mm Tri Adで三尖弁形成術、上記手技を用いて中隔尖のcoaptationを改善。手術時間1時間50分、体外循環時間59分。術前後の心エコーでRVEDV 143ml→79ml、RAEDV 180.3ml→98.1ml、TR area 22.45cm²→5.7cm²と改善を認めた。術後、体重が70→61kgまで減少、呼吸苦と下腿浮腫は消失した。この方法は3次元的な三尖弁形成術を可能とし、有用な術式であると考えられた。

20 右房前中隔を最早期興奮部位とするATP感受性心房頻拍に対して冷凍アブレーションが有効であった一例

1 カレスサッポロ北光記念病院 循環器内科

石戸谷 裕樹 1, 佐野 文彦 1, 鈴木 丈二 1, 南部 忠詞 1, 四倉 昭彦 1, 吉田 泉 1, 櫻井 正之 1

ATP感受性心房頻拍は、弁輪および心房筋をリエントリー回路として含み、房室結節近傍を再早期興奮部位とする報告が多い、再早期興奮部位へのアブレーションが有効であるとの報告もあるが、His束近傍を再早期興奮部位とする場合、房室ブロックの合併が懸念されるため、entrainmentを用いたアブレーション法が考案されている(山部法)。本症例は、右房前中隔を再早期としたATP感受性心房頻拍を有する50歳女性で、山部法を用いた高周波アブレーションでは房室ブロックの懸念から治療困難であったため、entrainment所見を参考に房室結節近傍を冷凍アブレーションし、頻拍の停止を得た、冷凍アブレーションを用いて、房室ブロックの合併なく治療したATP感受性心房頻拍の一例を経験したので報告する。

21 持続性心室頻拍における心外膜の critical isthmus 推定に Ripple Map が有用であった症例
1 手稲溪仁会病院 循環器内科

太田 真之 1, 佐藤 宏行 1, 湯田 聡 1, 廣上 貢 1,
林 健太郎 1

症例は40代男性。4年前に拡張型心筋症を背景とする持続性心室頻拍（VT）に対して心内膜カテーテルアブレーション後にCRT-Dを留置。今回、1週間での抗頻拍ペーシングが2420回とelectrical stormとなりカテーテルアブレーションを施行した。心外膜側左室基部に前壁から側壁にかけて広範な瘢痕領域を認め、心室ペーシング中のRipple Mapでは瘢痕領域内を中隔から側壁方向に横断する興奮が伝導遅延を伴って観察された。Critical isthmusと推察された同領域内のdelayed potentialを認める部位でペースマップを行うとclinical VTとほぼ一致。VTを誘発するとmid-diastolic potentialが観察され、同部位へ通電を行うと頻拍周期の延長を伴って2.3秒で停止。周囲への通電を追加し、VTの誘発が困難となった。その後はVTの再発なく経過している。

22 機械弁術後の心室頻拍ストーム症例に対して外科的アブレーションが奏功した一例

1 北海道大野記念病院 循環器内科
2 北海道大野記念病院 心臓血管外科
長堀 亘1, 鈴木 正人2, 趙 辛寒2, 呉林 英悟1,
今井 斎博1, 三浦 史郎1, 前野 大志1, 小熊 康教1,
三山 博史1, 大舩 孝則1, 岩切 直樹1, 長島 雅人1,
山下 武廣1, 大堀 俊介2, 森本 清貴2, 横山 秀雄2,
杉木 健司2, 伊藤 寿郎2, 大川 洋平2

39歳男性、21歳時にリウマチ性弁膜症として僧帽弁、大動脈弁置換術（DVR）を受け、術後心筋梗塞を発症したが心不全症状なく経過していた。6か月前に意識消失発作で近医へ搬送され、240/分の心室頻拍（VT）を認め電氣的除細動で蘇生され、当院へ搬送された。薬物治療および植え込み型除細動（ICD）を装着し退院したがその4か月後にICD作動があり、薬物治療を強化したものの、その2か月後に頻回のICD作動で入院、VTストームの状態で薬物治療では抑制できず、鎮静を行った。DVR後で左室への経皮的アクセスが困難であり、開胸下VTアブレーションを行った。術中VTを誘発し後側壁基部にVT回路を同定し、同部位に冷凍アブレーションを行った。以後VTは抑制されICD作動なく経過しており、外科的アブレーションが有効であった一例を報告する。

23 右上大静脈欠損、左上大静脈遺残症に対してリードレスペースメーカー植え込みを施行した1例

1 社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院 心臓血管外科
2 社会医療法人鳩仁会 札幌中央病院 循環器内科
櫻田 卓 1, 村木 里誌 1, 前田 俊之 1, 儀間 充 2

症例は83歳、女性。今年2月下旬より眩暈を生じるようになり近医を受診し心拍数20bpm台の高度徐脈を指摘され循環器科病院へ紹介。洞不全症候群の診断で内頸静脈から体外式ペーシングカテーテルの留置が試みられたが挿入困難であった。右上大静脈欠損、左上大静脈遺残症の診断で左大腿静脈より体外式ペーシングカテーテルが留置され当院へ紹介入院となった。
右大腿静脈よりMedtronic社製Micraリードレスペースメーカーの植え込みを施行した。経過良好でリハビリテーション病院へ転院された。
右上大静脈欠損、左上大静脈遺残症に対するペースメーカー植え込みは、経静脈的には複雑な手技が必要となり、開胸による植え込みは侵襲が大きくなるため、VVIペーシングにはなるもののリードレスペースメーカー植え込みは有用な治療手段と考えられた。

24 心筋再分極不均一性に及ぼす dapagliflozin の効果

1 札幌医科大学附属病院循環器・腎臓・代謝内分泌内科
2 愛媛大学 疫学・予防医学講座
伊野 祥哉 1, 佐藤 達也 1, 古川 慎哉 2, 矢野 俊之 1, 丹野 雅也 1, 三木 隆幸 1, 三浦 哲嗣 1

2型糖尿病患者25例にdapagliflozin 5 mgを投与し、心筋再分極不均一に及ぼす効果を2年間前向きに検討した。投与前のHbA1c $7.6 \pm 1.1\%$ 、BMI $30.0 \pm 9.2 \text{ kg/m}^2$ 、血圧 $139 \pm 18/80 \pm 14 \text{ mmHg}$ はdapagliflozinにより有意に低下した。QTc dispersionの中央値（四分位範囲）は53.7（49.1-68.3）msから46.1（34.1-56.0）msと有意な減少を認めた。治療前のQTc dispersion、BMIを中央値で分けた検討から、dapagliflozinによる改善効果は再分極不均一が増大している症例や肥満合併例で顕著であることが示され、その改善効果は血糖コントロールとは独立して長期間持続することが示唆された。

25 胸骨前食道再建術後にて右開胸にてアプローチ上行大動脈置換術を施行した1例

1 北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

関 達也1, 新宮 康栄1, 加藤 伸康1, 大岡 智学1,
若狭 哲1

【背景】胸骨前経路食道再建後にて胸骨正中切開ができずにRib cross法にて開胸しStanford A型急性大動脈解離に対する上行置換術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】80歳代女性、突然の胸痛を訴え、当院搬送。造影CTにてStanford A型の急性大動脈解離の診断。前胸部正中に人頭大の腫瘍を認め、CTより食道がん手術後の胸骨前経路で再建された食道であった。手術；食道により胸骨正中切開できないため、胸骨より約10cm程度右側の第2肋骨―肋骨弓を離断し開胸した。低体温循環停止、逆行性脳灌流併用し24mmJ graftを用いて上行置換術を施行した。肋骨は各々ワイヤーの単結節で閉鎖した。術後経過；術前より半身麻痺（脳出血既往）あり、ADL拡大進まず。気管切開後（第11病日）にリハビリ目的で転院（第25病日）となった。

27 大動脈基部拡張症(AAE)を併う急性A型解離に対して自己弁温存大動脈基部置換術(Remodeling)を施行した2例

1 市立札幌病院 心臓血管外科

杉山 博太郎1, 中村 雅則1, 宇塚 武司1, 坂田 純一1,
近藤 麻代1

大動脈基部の拡張病変に対して従来は人工弁付き人工血管で全基部を置換するBentall手術が標準術式であった。しかし機械弁に対する血栓塞栓症や抗凝固療法による出血関連の合併症、また人工弁感染のリスクが常に懸念される。AAEの患者の中には若年者が多く、特に急性A型解離の場合は弁尖自体は正常で、かつ正常弁輪径であることが多いため、近年では自己弁温存手術が注目を浴びるようになった。中でもRemodelingはより生理的な血行動態を再現出来ると言われている。当院では今年、AAEを併う若年の急性A型解離を2例経験した。1例目は31歳男性で上行大動脈置換術+Remodeling, 2例目は50歳女性で全弓部置換+Remodelingをそれぞれ施行した。いずれも術前はAR severeであったが、術後ARは消失した。いずれも術後経過は良好であった。

26 早期治療介入をし得た炎症性大動脈瘤切迫破裂の一例

1 北海道大学病院 循環器内科

2 北海道大学病院 循環器外科

千葉 泰之1, 神谷 究1, 鎌田 壘1, 甲谷 太郎1,
相川 忠夫1, 天満 太郎1, 岩野 弘幸1, 納谷 昌直1,
永井 利幸1, 新宮 康栄2, 松井 喜郎2, 安斉 俊久1

70歳代、男性。うつ血性心不全の診断で入院となったが、入院後より局所理学所見を伴わない発熱を認めるようになった。血液検査でCRPおよび可溶性IL-2レセプターが上昇し、造影CT検査では下行大動脈にmantle signを伴う血管壁の肥厚した大動脈瘤を認めた。FDG-PET CT検査では同部位に局限した集積亢進を認めた。以上の所見より、炎症性大動脈瘤と診断した。細菌感染の関与も考え、抗生剤治療開始したが、大動脈瘤の急激な増大とpenetrating atherosclerotic ulcer (PAU)を認め、大動脈瘤切迫破裂の診断で下行大動脈置換術施行した。典型的な胸腹部症状を呈さず、急速な経過で発症した炎症性大動脈瘤に対して、各種検査により適切な治療介入し得た一例を報告する。

28 ヒト頸動脈におけるプラーク不安定性に関する臨床病理学的検討

1 北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室

2 北海道大学大学院医学研究院 病理学講座 腫瘍病理学教室

小西 崇夫1, 2, 小林 雄太1, 小森山 弘和1, 加藤 喜哉1,
表 和徳1, 相川 忠夫1, 佐藤 琢真1, 神谷 究1,
永井 利幸1, 安斉 俊久1

【目的】本研究の目的は、内頸動脈剥離術(CEA)が施行された患者群において、頸動脈不安定プラークの形態学的特徴を検証し、定量的評価を行うことである。

【方法】CEAによって採取された、67名の症候性、15名の無症候性患者の頸動脈検体を使用し、臨床病理学的検討を行った。

【結果】多変量解析を行ったところ、プラーク破裂、菲薄化した線維性被膜、微小石灰化、プラーク内新生血管が、独立して症候性患者の不安定プラークに関連していることが分かった。ロジスティック回帰分析モデルを用いて、定量化を行うと、診断精度は向上し、感度90%、特異度87%の高い精度で、不安定プラークを同定できることが分かった。

【結論】CEA検体を用いた本研究の病理学的定量化は、不安定プラークの病態理解と治療に有用である可能性が示唆された。

29 短期間で続発した多発腹腔内臓動脈解離の一例

1 勤医協中央病院 循環器内科

上原 拓樹 1, 園山 芽生 1, 大江 勇太郎 1, 小浪 佑太 1,
吉村 喬樹 1, 幕内 智子 1, 郡司 尚玲 1, 奥山 道記 1,
鈴木 隆司 1

【症例】60代、男性

【主訴】腹痛

【現病歴】突然発症の下腹部痛を主訴に当院救急外来受診し、造影CTで下腸間膜動脈解離と無症候性の腎動脈解離の診断でヘパリンを開始し、同日臨時入院となった。一旦は抗凝固療法の他に安静、鎮痛、降圧での治療としたが第3病日早朝に突然発症の上腹部痛を発症。造影CTで新規上腸間膜動脈解離を認めた。疼痛は数時間で改善し、画像上も臓器の血流は保たれていると判断したため引き続き鎮痛、降圧、抗凝固療法を継続した。その後は症状改善し、第9病日での造影CTでも解離などに悪化は認めなかったため第10病日に退院となった。【考察】腹腔内臓動脈解離自体が比較的稀な病気であるが短期間で孤発的に多発した症例は非常に稀であり、報告する。

30 DOAC 服用中に急性腎不全を来した後腹膜出血を認めた一例

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社会医療法人 北海道循環器病院 先進医療研究所
4 さっぽろ不整脈クリニック, 5 北海道大学 循環器内科
堀田 大介1, 萱沼 圭吾1, 須永 大介1, 舟山 直宏1,
山口 紅1, 大堀 克彦1, 山本 匡1, 福山 周三郎1,
柏木 雄介1, 村上弘則1, 國岡 信吾2, 藤田 きしゅう2,
岩朝 静子2, 津久井 宏行2, 大堀 克己2, 山崎 健二3,
櫻井 聖一郎 4, 小西 崇夫 5

症例は、89歳、男性。2000. 3. 16より心房細動のため当院通院(ワルファリン開始)。2014. 9. 11よりダビガトラン(DB)へ変更。2017. 9. 5以降他院通院となった。2018. 12月中旬頃風邪に罹患し風邪薬を服用していた。同時期より足の浮腫みが出現。2019. 1. 21より呼吸苦出現し、2019. 1. 25当院受診。Cr1. 16/eGFR 46からCr 6. 72/eGFR 7と著しい腎機能の悪化を認め緊急入院。APTT 88. 9sec(DB220mg/日服用下)と著明に遅延していた。胸腹部CTでは、膀胱は著しく拡張し、前立腺肥大に加え、右後腹膜下に血腫を認めた。同薬剤の中止により血腫は徐々に吸収された。腎不全の原因は、尿閉に伴う腎後性急性腎不全と診断。導尿、点滴補液などにてCr 0. 74/eGFR 74まで改善。前立腺肥大に対する更なる治療目的で転院となった。

31 肺高血圧を合併した心室中隔欠損症に対して心内修復術を施行した1例

1 北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

稗田 哲也 1, 加藤 伸康 1, 新宮 康栄 1, 若狭 哲 1,
加藤 裕貴 1, 大岡 智学 1

症例：16歳女性。出生後VSDと診断されたが、慢性肺障害を合併しており経過観察となった。12歳頃から経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)が低下し在宅酸素療法の導入となり、15歳でSpO₂ 86%とさらに悪化を認めた。心臓カテテル検査にて、肺体血流比(Qp/Qs) 2. 5、肺血管抵抗(PVR)9. 5Wood単位、酸素10L投与でQp/Qs3. 8、PVR7. 5Wood単位であった。VSDパッチ閉鎖を行い術中から一酸化窒素を使用、術当日に抜管、翌日にICU退室、術後9日目に退院となり、現在まで経過良好である。本症例では重度PHを認めるものの、肺高血流で酸素反応性が良好であり、肺血管拡張薬を強化することで心内修復術可能と判断した。重度PH合併例に関して統一見解はないため、個々の症例を十分に検討し心内修復術の適応を判断すべきである。

32 Warfarin と DOAC の脳内出血発症後の機能予後の違い

1 柏葉脳神経外科病院

平尾 紀文 1

DOACとWarfarin(Wf)の脳内出血(ICH)発症後重症度の差異は未確定である。(目的)両剤のICH発症後の機能予後を比較する。(対象)2015/4月から2018/11月までに当院にICHで入院した連続391例のうちWf 27例、DOAC 25例。(方法)背景因子の調節を傾向スコア解析(PS)で行った。背景因子の組み合わせを4組作成して、それぞれに3種類(共変量、重み付け、マッチング)のPS解析(計12解析)を行い母数効果モデルで統合した。機能予後は(1)2群に分けた退院時modified Rankin scale(mRS)、(2)入院前住居への帰還率(FR)とした。(結果と考察)mRSは両群に違いがなく(OR 0. 89, P=0. 6136)、FRはDOACが良好であった(OR 1. 72, P=0. 0021)。FRはmRSと異なりADL低下例の転帰も含む指標なので、ADL低下例ではDOACのほうが機能予後が良好である可能性が示唆された。

33 巨大右冠動脈瘤を合併した先天性冠動脈瘻に瘻孔閉鎖術を施行した興味深い1例

1 北海道大野記念病院 循環器科

2 北海道大学病院 循環器内科

3 北海道大野記念病院 心臓血管外科

三浦 史郎1, 山下 武廣1, 納谷 昌直2, 大堀 俊介3,

大川 洋平3

34 僧帽弁逸脱症に対する手術待機中に心室細動を発生した一例

1 北海道大野記念病院循環器内科

2 市立札幌病院救命救急センター

三山 博史1, 長堀 亘1, 呉林 英悟1, 今井 斎博1,

三浦 史郎1, 前野 大志1, 小熊 康教1, 岩切 直樹1,

大舩 孝則1, 長島 雅人1, 板東 敬介2, 中川 俊昭1,

山下 武廣1

60歳、女性。10年前に冠動脈造影で右冠動脈冠静脈瘻を指摘されていたが無症状のため経過観察されていた。今回、発作性上室性頻拍及び慢性心不全にて当院を紹介された。冠動脈CT 検査にて、右冠動脈全体に及ぶ巨大な冠動脈瘤の拡大を認めた。また冠動脈造影でも右冠動脈全体が拡大し、屈曲瘤化した冠静脈洞に直接流入し、前下行枝から1本の側副血行路が確認できた。なお心臓カテーテルによるシャント率計測はQp:Qs <1.5 であった。また経食道エコーにて拡大した異常血管瘤により冠静脈開口部が著明に圧排されていた。慢性心不全の原因となった発作性上室性頻拍とも関連が疑われたこと、また瘤径(最大 70mm)が大きく破裂の可能性があることから手術適応と判断し、瘻血管を選択的に結紮した。抗凝固療法を開始して、独歩退院となった。

症例は40歳代男性。動悸を主訴に当科受診。僧帽弁逸脱による高度僧帽弁閉鎖不全が認められ当科入院。弁形成が期待でき手術を希望したため一旦退院のうえ都合つき次第手術を行う予定となった。退院2ヶ月後、自宅で意識消失。心室細動による心肺停止状態で3次救急病院に搬送され電氣的除細動で洞調律に復帰した。神経学的後遺症なく手術目的に当院転院となり僧帽弁形成術を施行され退院となったが、心臓MRIにて左室基部側壁中層に造影遅延像が認め心臓電気生理学的検査を施行した。右室流出路からの3連刺激にて心室細動が誘発されたため皮下植込み型除細動器植込み術を施行された。僧帽弁逸脱症は突然死の原因となることが報告されているが、リスク因子や予防に関しては十分解明されていない。教訓的症例と考えられ文献的考察を含め報告する。

35 機能性三尖弁閉鎖不全症における三尖弁複合体の形態変化の検討

1 札幌医科大学附属病院 心臓血管外科

2 函館五稜郭病院 心臓血管外科

内山 博貴1, 橋 一俊2, 三上 拓真1, 安田 尚美1,

黒田 陽介1, 原田 亮1, 奈良岡 秀一1, 鎌田 武1,

川原田 修義1

36 経皮的僧帽弁接合不全修復術の適応と治療効果判断に運動負荷心エコーが有用であった1例

1 北海道大学病院 初期研修医

2 北海道大学病院 循環器内科

島 佑輔1, 神谷 究2, 鎌田 壘2, 小林 雄太2,

小森山 弘和2, 加藤 善哉2, 表 和徳2, 更科 美羽2,

辻永 真吾2, 相川 忠夫2, 小西 崇夫2, 佐藤 琢真2,

永井 利幸2, 岩野 弘幸2, 安斉 俊久2

3DCT及び心エコーから機能性三尖弁閉鎖不全症(FTR)における形態変化を検討した。17例において3DCTで三尖弁輪面積(TAA)、三尖弁輪周囲径(TAC)、右室容積(RVV/拡張末期EDRVV/収縮末期ESRVV)、心エコーでTR重症度、TAPSEを測定した。17例を軽症群9例、重症群8例に分けたところ、TAA、TAA/BSA、TAC/BSA、EDRVV、EDRVV/BSAで有意差を認めた。TR重症度と3DCTデータの相関を検討すると、TR重症度とTAA、TAC、RVVには正の相関が認められた。最後にTAPSEが右室収縮能を反映することから、TAA、TAC、RVVに対してROC曲線でカットオフ値を算出すると、TAA 15.4cm²、TAC 142.2mm、EDRVV 167.6ml、ESRVV 96.9mlであった。以上より、TR重症度はTAA、TAC、RVVと正の相関を示し、3DCTデータからFTRの治療介入時期を推定することができると思われる。

70歳代の男性。特に誘因なく慢性心不全急性増悪があり入院となった。強心薬の投与などにより心不全は代償化したが、左室駆出率(LVEF)24%と高度左室収縮障害および高度の僧帽弁逆流(MR)の残存を認めた。MitraClip®による治療適応を判断するために運動負荷心エコー検査(Ex. Echo)を行い、最大下運動強度にてLVEF 31%と左室収縮予備能があることを確認した。MitraClip®によるカテーテル治療で、MRは高度から軽度まで減少した。術後のEx. Echoでは、最大下運動強度においても逆流量の有意な増加はなく、肺動脈圧上昇や左房圧上昇を示唆する所見も認めなかった。MRに対する新規治療であるMitraClip®の治療適応と効果判断にEx. Echoが有用であった症例を報告する。

37 Low flow Low gradient severe ASに対して心臓再同期療法後にTAVIを施行した1例
1 北海道大野記念病院
呉林 英悟1, 山下 武廣1, 今井 斎博1, 三浦 史郎1,
前野 大志1, 小熊 康教1, 長堀 亘1, 三山 博史1,
岩切 直樹1, 大舩孝則1, 長島 雅人1, 中川 俊昭1

症例は80歳代女性。うっ血性心不全にて近医で入院加療を受け、弁膜症への治療適応評価のため当院紹介転院となった。入院時の検査では完全左脚ブロック・左室収縮能低下・Low flow Low gradient severe AS・moderate ARを伴った状態であった。左脚ブロック・dyssynchronyの所見からまずCRTP植込み術を行った。植込み後左室収縮能の改善を認め、True severe ASの所見を満たし、待機的にTF-TAVIを行った。術後経過は良好で、大きな合併症なく心機能もほぼ正常化した。Low flow Low gradient severe ASの症例に対してTAVIに先行して心臓再同期療法を行うことで良好な経過が得られた1例を経験したため、文献的な考察を含めて報告する。

38 心室中隔欠損症にバルサルバ洞動脈瘤を合併した1手術例
1 旭川医科大学 心臓外科
石堂 耕平1, 広藤 愛菜1, 若林 尚宏1, 中西 仙太郎1,
石川 成津矢1, 紙谷 寛之1

70歳男性、無症候性VSDにバルサルバ洞動脈瘤合併症例。VSDはperimembranous outlet、Qp/Qs=2.2程度、TRはmildだがTRPG=85mmHg、AR mild、RCCの張り出しに伴いRVOTが狭窄、右心系の拡大なく壁運動正常。右心カテーテル検査ではQp/Qs=1.3、shunt flow 1.2L/min程度、PA20/7mmHg、RV88/3mmHg。CTでは突出長20mmの右冠尖方向への嚢状バルサルバ洞動脈瘤を認め、右室流出路を圧排。術中所見はmuscular outlet VSD、バルサルバ洞は肺動脈弁直下に張り出して右室二腔症の様相、VSD direct closure + Bentall 術施行。術後エコーはごく軽度residual shunt残存もQp/Qs=1.1、右室流出路は21mm程度に拡張、右心系も縮小。VSDにARを伴わないバルサルバ洞動脈瘤を合併した1手術例を経験したために文献的考察を含めて報告する。

39 Isolated left main coronary artery ostial stenosis
1 北海道大野記念病院 循環器内科
前野 大志1, 山下 武廣1, 呉林 英悟1, 今井 斎博1,
三浦 史郎1, 長堀 亘1, 小熊 康教1, 三山 博史1,
大舩 孝則1, 長島 雅人1

症例：43歳女性
現病歴：除雪時の胸部圧迫感を自覚し近医を受診。冠動脈CTが施行されLMT入口部に高度狭窄が疑われ当科紹介受診となった。
入院経過：CAG施行しLMT入口部に75%狭窄を認めた。その他狭窄病変を認めなかった。当院心臓血管外科へ紹介しCABG (LITA-LAD、SVG-LCX) 施行した。
考察：左主幹部入口部単独病変 (isolated left main coronary artery ostial stenosis) は、全CAG患者の0.13-2.7%程度と報告されている。比較的若い女性に多く、冠危険因子が少ないこと、左室駆出率が保たれていることなどが特徴とされている。病態としてはアテローム硬化が原因であることが多いが、高安動脈炎、繊維異形成、大動脈弁疾患なども原因となる。今回、比較的特徴的な所見を呈した患者を経験したため報告する。

40 当院における de-novo 病変に対する Drug coated balloon の検討
1 北海道社会事業協会帯広病院 循環器内科
西川 幹人1, 南部 秀雄1, 及川 達也1, 石本 朗1,
吉田 一郎1

ステント内再狭窄病変の加療に用いられてきたDrug coated balloon (DCB)は、近年、血管径3mm未満の新規冠動脈 (de-novo) 病変にも適応拡大となった。当院において、de-novo病変に対してDCBを用いて加療し、かつ追跡造影検査が終了している30病変に関してPCI加療前・直後・追跡造影時の血管内腔をQCAにて測定し、後ろ向きに検討した。追跡造影時における標的病変再血行再建率 (TLR) は0%であり、また晩期内腔損失 (Late loss) は -0.29 ± 0.24 mmと慢性期の血管内腔拡張を認めた。DCBでの加療はStent lessであるため側枝血流の悪化のリスクが低く、またDAPTを要する期間も短いため、小血管の加療において有用な加療戦略であると考え、報告させていただく。

41 左冠尖起始の右冠動脈が責任病変であった急性心筋梗塞の一例

1 北海道社会事業協会帯広病院 循環器内科
西川 幹人1, 南部 秀雄1, 及川 達也1, 石本 朗1,
吉田 一郎1

症例は70代の男性。急性下壁梗塞の疑いにて搬送となり、緊急冠動脈造影を施行。左冠動脈に関しては、心電図変化を説明しうる病変なし。心電図・心エコー上、右冠動脈が閉塞していると推察されたが、cusp shotを行うも右冠尖から右冠動脈は派生していなかった。その後の造影にて左冠尖から右冠動脈が派生しており、その中間部での血栓閉塞が明らかとなった。Backup typeのガイドカテーテルをfloatingでEngageさせ、セミコンプライアントバルーンを用い再疎通させた後、ステント留置施行し得た。右冠動脈の左冠尖起始は、冠動脈造影施行例の0.1%に認められる稀な冠動脈起始異常であり、その心筋梗塞例を経験したため、報告させていただく。

42 遅発性ステント血栓症に対するPCI 施行後に血圧上昇と意識障害を来し死亡に至った1例

1 市立函館病院
畠山 西季1, 徳田 裕輔1

5年前に薬剤溶出性ステントを用いた冠動脈治療歴のある症例。急激に発症した前胸部痛を主訴に近医を受診、急性冠症候群疑いとして当院に搬送となった。緊急冠動脈造影の結果、遅発性ステント血栓症による急性冠症候群・3枝病変と診断、IABP補助下で冠動脈形成術を施行した。手技終了直前より血圧上昇と意識レベル低下を認め、頭部3DCTを撮像したが明らかな頭蓋内病変は認めなかった。その後も意識障害は遷延し、ショック状態に加え出血傾向が出現、徐々にアシドーシスの進行を認め、第3病日に永眠された。ご家族に同意を得て病理解剖を施行したところ、急性心筋梗塞像に加え、大動脈に著明な粥状硬化性変化、また多臓器に動脈塞栓像を認めた。大動脈粥状硬化症へのIABP挿入が多発塞栓・DICの誘因になったと考察される。

43 陳旧性心筋梗塞に対して64列MDCTを用いて心筋遅延造影検査を施行した一例

1 北海道中央労災病院 循環器科
2 北海道中央労災病院 中央放射線部

小原 雅彦1, 本田 広樹2, 松本 純一1, 高野 英行1,
酒井 寛人1

症例は68歳女性。4年前に急性前壁心筋梗塞にて冠動脈ステント留置術施行され、壁運動低下は認めていたが、外来で安定して経過していた。最近になり胸部違和感あり、冠動脈CTを施行する予定とした。心筋障害評価が未施行であったため64列MDCTを使用し、冠動脈CTに引き続いて遅延造影CT検査を施行した。冠動脈に有意狭窄病変なく、遅延造影CTでは、壁運動低下領域で全層性の遅延造影所見を認めた。320列MDCTについては冠動脈CTに遅延造影検査を引き続いて行うことで、冠動脈評価と同時に他心筋疾患診断、心筋Viability評価も可能となることが報告され始めている。64列MDCTについての遅延造影検査施行例は本邦では少なく、考察を交えて本症例について報告する。

44 LAD 入口部の分岐部病変に対し、OCT ガイド下DCA+DCB治療でステントレス治療した症例

1 社会医療法人社団カレスサッポロ北光記念病院 循環器内科
2 社会医療法人社団カレスサッポロ北光記念病院 心臓血管外科
3 社会医療法人社団カレスサッポロ北光記念クリニック
野崎 洋一1, 大田 幸博1, 高木 康1, 鈴木 丈二1,
金子 壮朗1, 石戸谷 裕樹1, 佐野 文彦1, 南部 忠詞1,
四倉 昭彦1, 吉田 泉1, 加藤 法喜1, 宮武 司2,
佐久間 一郎3, 櫻井 正之1

44歳女性。ACSの患者でその後梗塞後狭心症出現したため、再冠動脈造影を施行したところ、LAD入口部に90%狭窄と急性期よりも狭窄度の進行を認めた。FFR0.42と陽性でPCI施行した。LMTを含む分岐部病変であり、OCTガイド下にDCAを施行し最終的に薬剤溶出バルーン(DCB)を使用し、ステントを使用せず治療ができた。8ヶ月後の追跡造影CT検査では、再狭窄無く、側枝であるLCXの開存も良好に保たれていた。LMTを含む分岐部病変は、ステント治療でも十分に解決されていない領域であり、特に閉経前の女性で、ステント治療が回避できればより好ましいと考えられる病変であった。今回、DCAとDCBを組み合わせることにより、良好な急性期および慢性期結果を得ることができた分岐部治療症例を報告する。

第 121 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 121 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]

ご利用資格	日本循環器学会 第 121 回 日本循環器学会 参加者 及び 学会員を保護者とする 生後 3 ヶ月～就学前までのお子さま
料金	無料
お持ち物	① 「託児申込書」の原本（ご記入の上、利用初日に保育スタッフにお渡しください） ② 以下のものを必要に応じてお持ちください。 昼食（必要に応じて）・おやつ（15 時に託児時間がかかる場合） 粉ミルク・哺乳瓶・お飲み物 オムツ・おしり拭き・着替え・ビニール袋数枚（汚れた服入れ用）など。
お食事	託児室では、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頂くか、昼食をお持ちください。 お持ち込み頂いたものだけを、お子様に召し上がって頂きます。 ※万が一、食中毒や体調不良が生じた場合につきましては、一切責任を負いかねますので あらかじめご了承下さい。
お願い	① お子さまのお手洗い（おトイレ）を済まされたあと、ご来室ください。 ② 当日の発熱（37.5℃以上）や感染症など集団保育に適さないと保育スタッフが判断した場合には、お預かりをお断りすることがございます。 ③ 緊急の場合は、携帯電話による呼び出しをいたします。「託児申込書」に必ず緊急連絡先をご記入ください。また、その際は迅速なご対応をお願いします。 ④ 保育スタッフによる投棄はいたしかねます。 ⑤ 送り・迎えとも時間厳守でお願いいたします。 ⑥ お預けに来られた方とお迎えの方が異なる場合は、受付時にお知らせください。 ⑦ お持ち物にはすべてにお名前をご記入ください。ご記名の無いものにつきましては、当社では責任を負いかねます。
お申込み期限	2019 年 6 月 12 日（水）までに下記連絡先までご連絡ください。
保険	① 万が一の場合に備え、弊社加入の損害保険で対応させていただきます。 加入保険：公益社団法人 全国保育サービス協会指定「保育サービス業総合補償」 引き受け保険会社 三井住友海上火災保険株式会社 但し、シッターの過失以外の原因、不可抗力の場合はこの限りではありません。 ② 日本循環器学会 第 121 回日本循環器学会北海道地方会ならびに運営事務局は責任を負わないことをご了承願います。ご理解の上、申込書に署名捺印をお願いします。
個人情報の 取扱について	① 保護管理者：株式会社 札幌シッターサービス ② 利用目的：本サービスにおける保育サービスの提供及び緊急時連絡 ③ 提供及び委託：株式会社 札幌シッターサービスと 日本循環器学会以外の第三者への提供 及び委託はいたしません。 ④ 任意性：ご同意いただけなかった場合、ご利用頂けない事がございます。

■お申し込み方法■

まずは、一度お電話にてお申し込み状況をご確認頂いた上で、日本循環器学会北海道地方会の HP
http://www.j-circ.or.jp/information/chihoukai/hokkaido_121.htm から、別紙「利用申込書・同意書」をダウンロードいただき、必要事項をご記入のうえ、6 月 12 日（水）までにメールまたは 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、「利用受付確認書」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、「利用受付確認書」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
 TEL 011-281-0511 / FAX 011-261-1873 / E-mail: info@sapporobaby.com
 ※営業時間 平日 9:00-18:00