

第 126 回日本循環器学会北海道地方会

(第 101 回北海道医学大会 循環器分科会)

日時：令和 3 年 11 月 27 日(土) 9:00 ~ 17:30

会場：完全 WEB 開催

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

■共催セミナー I (12:00~13:00)

座長：安齊 俊久 先生(北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室 教授)

「Onco-Cardiology への取り組み —CAT の抗凝固療法も含めて—」

福島県立医科大学医学部 医学部長

循環器内科学講座

主任教授 竹石 恭知 先生

(共催:第一三共株式会社)

■共催セミナー II (12:00~13:00)

座長：三木 隆幸 先生(医療法人 王子総合病院 循環器内科 副院長)

「心不全診療の新展開 ~新規心不全治療薬と循環器病対策基本法への期待~」

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学

教授 前村 浩二 先生

(共催:アストラゼネカ株式会社、小野薬品工業株式会社)

■教育セッション I (13:00~14:00)

「道内における重症心不全診療の現状と課題」

座長：紙谷 寛之 先生(旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野 教授)

齊藤 高彦 先生(日本赤十字社 北見赤十字病院 副院長)

指定演者：

札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座 助教 神津 英至 先生

手稲溪仁会病院 心臓血管外科 主任部長 奈良岡 秀一 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 特任助教 木谷 祐也 先生

北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室 医員 佐藤 琢真 先生

■教育セッション II (14:00~15:00)

「二次性心筋症 Up to date」

座長：坂本 央 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 学内講師)

横式 尚司 先生(市立札幌病院 循環器内科 部長)

指定演者：

旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野 講師 赤坂 和美 先生

手稲溪仁会病院 循環器内科 副部長 佐々木 俊輔 先生

北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室 准教授 永井 利幸 先生

札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座 講師 矢野 俊之 先生



参加ご希望の方は、事前の参加登録が必要です。

詳細は、日本循環器学会、または北海道支部ホームページをご確認ください。

<https://www.j-circ.or.jp/annual/#a-local>

<https://cvhp.med.hokudai.ac.jp/jcs/>

参加者の皆様へ

・参加費: 医師 3,000 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)

専門医の皆様へ

下記時間内に視聴記録が確認できた場合 (視聴時間不問)、地方会参加登録 (5 単位)・教育セッション (3 単位) が認定されます。

・地方会参加単位 : 8:45~17:00

・教育セッション単位 : 12:30~14:30



[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 E-Mail: 126_jcshokkaido@med.hokudai.ac.jp

◆◆◆◆◆ 演者の皆様へ ◆◆◆◆◆

(準備 1分)

【一般演題】

発表時間：5分

討論時間：2分

【YIAセッション】

発表時間：7分

討論時間：3分

完全オンライン開催とさせていただきます

(注意事項)

発表当日のインターネット環境(回線速度等)による接続トラブルは地方会進行の妨げとなりますので、通信環境の事前確認をお願いいたします。インターネットの接続は有線接続を推奨いたします。発表時は、マイク付きイヤホンまたはヘッドセット等の使用を推奨いたします。PC内蔵のマイク、スピーカーを使用した場合、周辺ノイズを拾いやすくなり、ハウリングの原因になる場合がございます。

演題発表方法 ※事前に申告いただいた下記いずれかの方法で発表をお願いします。

① 当日、ご自身の操作で発表スライドを画面共有し、LIVE で発表する。

② 発表動画(音声付 mp4 ファイル)を事前提出し、質疑のみ LIVE で行う。

●提出データは、発表時間厳守での作成をお願いいたします。時間を超過している場合は、データを再提出いただくこととなります。

●音声付 mp4 ファイルをご用意いただくのが難しい場合のみ、PowerPoint もしくは Keynote(Mac OS)のスライドの事前提出を認めます。

※当日主催者側でスライド操作をさせていただきます。

※スライド操作を簡略化するため、アニメーションの使用はお控えください。

【ファイルの作成、提出方法】

●PowerPoint または Keynote でのスライドファイルの音声追加、mp4 ファイルへの変換

それぞれのアプリケーションのヘルプなどを参照してください。

※推奨エクスポート設定

◎PowerPoint

Windows ビデオ解像度は[1280×720/16:9]または[1440×1080/4:3]

Mac OS 品質:インターネット品質

©Keynote(Mac OS)

解像度 [720P/16:9(ワイドスクリーン)]または[1024×768/4:3]

●**ファイル名:演題番号_筆頭演者名**

●**mp4 ファイルやパワーポイントファイルの提出**

提出締切 :11月19日(金)

ファイルが大容量になる場合がありますので、ファイル転送サービスなどをご利用ください。

【ご参考】ファイル転送サービス

Firestorage	https://firestorage.jp/
tenpu	https://www.tenpu.me/
データ便	https://www.datadeliver.net/
GigaFile	https://gigafile.nu/

上記の他、個人アカウントの Google Drive、OneDrive、Dropbox、Box も利用可能です。

いずれもファイルのリンクを下記までメールしてください。

リンク送付先アドレス: 126_jcshokkaido@med.hokudai.ac.jp

メール題名: 演題番号_演者名(例 30_北大太郎)

※事務局ではお預かりしたデータを Windows Media Player のアプリケーションを使用して放映します。

作成された動画は**必ず Windows Media Player で再生確認**を行ってください。

事務局ではお預かりした動画の編集や修正は対応いたしかねますのでご了承ください。

発表会場への入室方法

1) 座長、演者の皆様には、発表会場の情報を **11月22日**の週に E-mail でご案内いたします。

「Zoom Meeting」を使用しますので、ご案内する URL またはミーティング ID、パスワードをご入力の上、リハーサル開始時間までにご入室ください。

2) Zoom 上での氏名表示は判別のため必ず以下のようにお願いします。

例) 発表者の先生:演題番号_氏名_所属(1_札幌太郎_〇〇大学)

座長の先生:氏名_所属(北海花子_〇〇病院)

※指定セッション演者の先生は演題番号は不要です。

※別名で入室された場合は、入室後氏名を変更してください。

リハーサル会場について

本会はリハーサル会場、発表会場は同一となります。リハーサルは非公開となり、前のセッションが終了し、定刻となりましたら視聴サイトへ公開されます。

座長・演者の皆様は、後日ご案内するリハーサル開始時間にご入室ください。事務局オペレーターがカメラ、マイク、進行についての確認をさせていただきます。

セッション本番の流れ

- 1、会場アナウンスによるセッション名の紹介
- 2、座長による演題紹介 【座長】カメラ・マイク ON 【演者】カメラ ON・マイク ON
- 3、・LIVE発表中 【座長】カメラ・マイク OFF 【演者】カメラ・マイク ON
・発表動画放映中 【座長】カメラ・マイク OFF 【演者】カメラ・マイク OFF
- 4、動画終了後の質疑 【座長】カメラ・マイク ON 【演者】カメラ・マイク ON
- 5、質疑終了 【座長】カメラ・マイク ON 【演者】カメラ・マイク OFF
- 6、座長によるセッション終了挨拶 【座長】カメラ・マイク ON 【演者】カメラ・マイク OFF
- 7、セッション終了のアナウンスが流れましたら、順次ご退室ください。引き続きセッションを聴講される場合は e-casebook よりご視聴ください。

URL: <https://www.e-casebook.com/j-circ/registration>



※発表セッション進行中に、同一セッション内の演者へ質問がある場合は、カメラをONにし、座長の許可を得たうえで口頭で質問を行ってください。

※視聴専用サイト(e-casebook)で聴講している場合は、Q & Aよりテキスト形式で質問投稿が可能です。

◆◆◆◆◆ 座長の皆様へ ◆◆◆◆◆

- 会場への入室方法、リハーサル会場、セッション本番の流れのご案内は「演者の皆様へのご案内」をご参照ください。
- ご自身のPCを使用して司会進行、質疑応答をお願いいたします。
- 使用されるPCで、Zoomの音声ミュートやビデオ(カメラ)のオン・オフ操作が可能ですが、事務局側で切替を行う場合がございますので予めご了承ください。
- 最終演題質疑が終了後、セッション終了のご案内をいただき、カメラ・マイクをOFFにしてください。
- 視聴者からの質問は、チャット欄に投稿されます。時間の許される範囲で質問を読み上げていただき、回答を得てください。質問が多数ある場合の選別は、座長の先生に一任させていただきます。

第 126 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		第 2 会場	
9:00-9:05	開会の辞		
9:05-9:53	心不全(1-6) 6×7分(+準備各1分)	9:05-9:53	心筋症・心筋炎(33-38) 6×7分(+準備各1分)
9:53-10:48	YIA セッション I (初期研修医 7-11) 5×10分(+準備各1分)	9:53-10:41	弁膜症(39-44) 6×7分(+準備各1分)
10:48-11:10	YIA セッション II (後期研修医 12-13) 2×10分(+準備各1分)	10:41-11:13	不整脈 I (45-48) 4×7分(+準備各1分)
11:30-11:35	YIA 審査結果発表		
12:00-13:00	共催セミナー I 福島県立医科大学医学部 循環器内科学講座 竹石 恭知 先生 共催:第一三共株式会社	12:00-13:00	共催セミナー II 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学 前村 浩二 先生 共催:アストラゼネカ株式会社 小野薬品工業株式会社
13:00-14:00	教育セッション I 道内における重症心不全診療の 現状と課題		
14:00-15:00	教育セッション II 二次性心筋症 Up to date		
15:00-15:48	血管疾患(15-20) 6×7分(+準備各1分)	15:00-16:30	北海道 ACHD 協議会セミナー 90分
15:48-16:20	虚血性心疾患(21-24) 4×7分(+準備各1分)		
16:20-16:52	不整脈 II (25-28) 4×7分(+準備各1分)	16:30-17:10	先天性心疾患・その他(49-53) 5×7分(+準備各1分)
16:52-17:24	心膜疾患・腫瘍(29-32) 4×7分(+準備各1分)		
17:25-17:30	閉会の辞		

第1会場

開会の辞 (9:00 ~9:05)

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 (9:05~11:45)

■セッション1 心不全(9:05~9:53)■

座長:永野 伸卓 (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. 当院でのサクビトルバルサルタン(ARNI)の使用経験

○鳥羽 真弘, 鈴木 理穂, 浅川 響子, 浅川 直也, 村井 大輔, 檀浦 裕, 濱口 早苗,
牧野 隆雄, 横式 尚司

市立札幌病院 循環器内科

2. イバブラジンが著効した虚血性心筋症の一例

○櫻田 心太郎, 西田 絢一, 箱崎 頌平, 鈴木 洋平, 鎌田 祐介, 石村 周太郎,
寺島 慶明, 高橋 亨

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 循環器内科

3. 当院におけるサクビトリルバルサルタンの使用経験

○伊藤 良介, 遠藤 圭佑, 三木 隆幸, 大野 紘平, 伊藤 孝仁, 掘田 寛之, 加藤 伸郎,
松本 倫明, 大岩 均

王子総合病院 循環器内科

4. 若年虚血性心筋症に対してLVAD 植込みを実施した一例

○立田 大志郎¹, 佐藤 琢真¹, 高橋 昌寛^{1,2}, 甲谷 次郎¹, 西野 広太郎¹, 小西 崇夫¹,
辻永 真吾¹, 神谷 究¹, 大岡 智学³, 永井 利幸¹, 若狭 哲³, 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自衛隊札幌病院 内科,

³北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

5. 北海道大学病院における心移植待機の現状と課題 ~再入院回避とQOL維持を目指して~

○渡部 克将, 大岡 智学, 加藤 伸康, 新宮 康栄, 若狭 哲

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

6. 移植心冠動脈病変(CAV)の進行にエベロリムスが有効であった1例

○竹中 秀¹, 佐藤 琢真¹, 齊院 康平¹, 内藤 正一郎¹, 高橋 勇樹¹, 水口 賢史¹,
多田 篤司¹, 小林 雄太¹, 小西 崇夫¹, 神谷 究¹, 大岡 智学², 永井 利幸¹, 若狭 哲²,
安齊 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同 循環器・呼吸器外科学外科学教室

■YIA I 初期研修医 (9:53~10:48)■

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: 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)

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

7. 心肺蘇生術による肝損傷で出血性ショックを来した急性心筋梗塞の一例

○櫻井 彩水¹, 高田 明典², 大屋 研一², 長谷川 諒², 柴田 智², 水野 雅司²,
岡崎 雄介², 中村 裕一², 高橋 弘², 福岡 将匡², 松木 高雪²

¹製鉄記念室蘭病院 臨床研修部, ²同 循環器内科

8. 持続的な LVEF の低下をきたした反復性心筋炎の一例

○小尾 基記¹, 早坂 太希¹, 佐藤 朱香¹, 尾野 稔侑¹, 北川 拓¹, 小林 祐也¹, 今 了資²,
本谷 光咲子¹, 木谷 祐也¹, 伊達 歩¹, 簗島 暁帆¹, 坂本 央¹, 竹内 利治¹,
長谷部 直幸¹

¹旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野,

²JA 北海道厚生連 網走厚生病院 循環器内科

9. プレドニゾン導入後心機能改善を認めた IgG4 関連疾患合併心不全の一例

○近藤 俊介, 美田 知宏, 佐々木 俊輔, 土井 崇裕, 湯田 聡

手稲溪仁会病院 循環器内科

10. 重症アトピー性皮膚炎に対するシクロスポリンの中止後に顕在化し心内血栓を形成した好酸球性心内膜炎の一例

○恵良田 健人, 西川 諒, 大和田 渉, 永野 伸卓, 小山 雅之, 神津 英至, 村中 敦子,
矢野 俊之, 丹野 雅也

札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座

11. 遠位弓部大動脈瘤を有する患者の DeBakey II 型大動脈解離に対して上行置換後二期的に TEVAR を行った一例

○白倉 健太郎，石堂 耕平，成田 昌彦，潮田 亮平，白坂 知識，石川 成津矢，
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

■YIA II 後期研修医(10:48~11:10)■

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：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）

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

12. 急性B型大動脈解離と急性呼吸促迫症候群に対するリスク因子に関する検討

○波多野 涼介¹，土井 崇裕¹，南淵 美玲¹，御園生 啓吾¹，宇津木 貴成¹，太田 真之²，
能登 貴弘¹，佐藤 宏行¹，川初 寛道¹，片桐 真矢¹，美田 知宏¹，數野 祥郎¹，
林 健太郎²，佐々木 俊輔¹，永原 大五¹，廣上 貢¹，湯田 聡¹

¹手稲溪仁会病院 循環器内科，²上尾中央総合病院 循環器内科

13. 当院における着用型除細動器の使用実績

○神林 諒，本間 恒章，佐藤 実，高橋 雅之，武藤 晴達，藤田 雅章，大津 圭介，
加藤 瑞季，塩泡 優大，竹中 孝

国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科

14. 演題取り下げ

YIA 審査結果発表（11:30~11:35）

※審査結果は支部ホームページに掲載します。

共催セミナー I (12:00~13:00)

座長：安齊 俊久 先生(北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室 教授)

「Onco-Cardiology への取り組み - CAT の抗凝固療法も含めて-」

福島県立医科大学医学部 医学部長

循環器内科講座 主任教授

竹石 恭知 先生

(共催：第一三共株式会社)

教育セッション I (13:00~14:00)

「道内における重症心不全診療の現状と課題」

座長：紙谷 寛之 先生 (旭川医科大学 外科学講座 心臓大血管外科学分野 教授)

齊藤 高彦 先生 (北見赤十字病院 副院長)

指定演者： 札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座 助教 神津 英至 先生
手稲溪仁会病院 心臓血管外科 主任部長 奈良岡 秀一 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 特任助教 木谷 祐也 先生
北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室 医員 佐藤 琢真 先生

教育セッション II (14:00~15:00)

「二次性心筋症 Up to date」

座長：坂本 央 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 学内講師)

横式 尚司 先生(市立札幌病院 循環器内科 部長)

指定演者： 旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野 講師 赤坂 和美 先生
手稲溪仁会病院 循環器内科 副部長 佐々木 俊輔 先生
北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室 准教授 永井 利幸 先生
札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座 講師 矢野 俊之 先生

一般演題 午後の部 (15:00~17:24)

■セッション 4 血管疾患(15:00~15:48)■

座長: 柴田 豪 (札幌医科大学医学部 心臓血管外科学講座)

15. 胸部大動脈人工血管およびステントグラフト感染の診断において PET-CT 検査が有用であった2例

○下野 裕依, 徳原 教, 宮本 郁未, 勝山 亮一, 小野 太祐, 齋藤 高彦
日本赤十字社 北見赤十字病院 循環器内科

16. 広範型肺血栓塞栓症の発症を契機にプロテイン S 欠損症と診断された一例

○田村 俊文¹, 中島 孝之², 蔦屋 美寿季², 松谷 健一², 水上 和也², 清水 紀宏²,
平林 高之²

¹市立釧路総合病院 心臓血管内科, ²砂川市立病院 循環器内科

17. バルーン肺動脈形成術により在宅酸素・血管拡張薬を中止できた慢性血栓塞栓性肺高血圧症の一例

○島 秀起¹, 佐藤 隆博², 千葉 葵¹, 三田 明音¹, 高木 統一郎¹, 堀井 洋¹,
森永 大亮¹, 中村 順一¹, 松本 宗大¹, 中久保 祥¹, 鈴木 雅¹, 辻野 一三², 今野 哲¹

¹北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室, ²同 呼吸・循環イノベティブリサーチ分野

18. ELUVIA 留置 10 か月後のステント内閉塞病変に対する血管内視鏡所見から、再治療戦略を考える

○辻本 誠長, 原口 拓也, 竹内 剛, 藤田 勉
札幌心臓血管クリニック 循環器内科

19. 当院の大動脈腸骨動脈病変に対するベアナイチノールステント(BNS)留置成績について

○竹内 剛, 原口 拓也, 辻本 誠長, 藤田 勉
札幌心臓血管クリニック 循環器内科

20. Three-year clinical outcomes following implantation of LifeStent self-expanding nitinol stents

○丹 通直¹, 曾我 芳光², 高原 充佳³, 浦澤 一史¹, 林 大知¹, 三輪 高士¹, 佐藤 裕介¹,
稗田 翔平¹

¹時計台記念病院 循環器内科, ²小倉記念病院 循環器内科, ³大阪大学大学院医学系研究科 糖尿病病態医療学

■セッション 5 虚血性心疾患(15:48~16:20)■

座長:高木 千佳 (北海道社会事業協会小樽病院 循環器内科)

21. 慢性冠動脈病変への血行再建後に改善した完全房室ブロックの一例

○村椿 真悟, 高橋 佑美, 川村 亮太, 高橋 遼, 村瀬 弘通, 佐藤 健司, 廣瀬 尚徳,
中田 智明

函館五稜郭病院 循環器内科

22. PCI 施行時に異常血栓形成を来しヘパリン抵抗性が疑われた一例

○長島 雅人, 山下 武廣, 呉林 英悟, 三浦 史郎, 前野 大志, 長堀 亘, 小熊 康教,
三山 博史, 岩切 直樹, 大艸 孝則, 中川 俊昭

北海道大野記念病院 循環器内科

23. PCPS により救命しえた下壁心筋梗塞合併右室梗塞の 3 例

○川上 慧, 平林 鑑, 森本 信太郎, 濱谷 孟志, 大塚 健太, 町田 正晴

苫小牧市立病院 循環器内科

24. 心室細動で搬送された冠攣縮素因をもつ中年女性のたこつぼ心筋症の 1 例

○渡辺 栞, 下岡 良典, 平岡 康高, 牧口 展子, 成田 浩二

恵み野病院 循環器内科

■セッション 6 不整脈Ⅱ(16:20~16:52)■

座長:永原 大五 (手稲溪仁会病院 循環器内科)

25. 局在した Rotational activity が心房粗細動の機序と考えられた一症例

○山梨 克真, 南部 忠詞, 四倉 昭彦, 田中 裕紀, 武川 裕之, 津田 正哉, 鈴木 丈二,
吉田 泉, 櫻井 正之

北光記念病院 循環器内科

26. 高齢で初発の心室細動を起こした先天性 QT 延長症候群の一例

○本谷 光咲子, 秋田 晃一, 北川 拓, 小林 祐也, 早坂 太希, 木谷 祐也, 伊達 歩,
簗島 暁帆, 坂本 央, 田邊 康子, 竹内 利治, 川村 祐一郎, 長谷部 直幸

旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野

27. 複数のマクロリエンリー心房頻拍に対して Rhythmia システムを用いて治療した一例

○北井 敬之，森田 純次，渡邊 智彦，藤田 勉

札幌心臓血管クリニック 循環器内科

28. 23 年前の遺残リードと重度三尖弁逆流を認めたため治療方針に苦慮したペースメーカー感染の 1 例

○森田 純次，北井 敬之

札幌心臓血管クリニック 循環器内科

■セッション 7 心膜疾患・腫瘍(16:52~17:24)■

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)

29. 汎血球減少を合併した心臓粘液腫の一例

○数井 翔¹，萩原 光¹，辻永 真吾¹，安井 悠太郎¹，中村 公亮¹，石垣 隆弘²，
神谷 究¹，永井 利幸¹，若狭 哲²，安齊 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同 循環器・呼吸器外科学教室

30. 心タンポナーデを呈した心臓原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)の一例

○川原田 航，井垣 勇祐，印鑰 雅史，岸上 直広，飛澤 利之

日本赤十字社 旭川赤十字病院 循環器内科

31. 急性細菌性心膜炎から血行動態悪化を伴う滲出性収縮性心膜炎への急速な進展過程を認めた 1 例

○島 佑輔¹，齋藤 翔太¹，島津 香¹，安在 貞祐¹，今川 正吾¹，岩代 希²，木村 伯子³，
米澤 一也¹

¹国立病院機構函館病院 循環器科，²同 呼吸器外科，³同 病理診断科

32. 当科における収縮性心膜炎に対する手術加療の検討

○東 亮太，石垣 隆弘，新宮 康栄，加藤 伸康，大岡 智学，若狭 哲

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

第2会場

一般演題 午前の部 (9:05~11:13)

■セッション8 心筋症・心筋炎(9:05~9:53)■

座長: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)

33. インフルエンザ感染を契機に劇症型心筋炎を発症した一例

○多田 篤司¹, 辻永 真吾¹, 小泉 拓也¹, 佐藤 友哉¹, 鎌田 壘¹, 小西 崇夫¹,
佐藤 琢真¹, 岩野 弘幸², 神谷 究¹, 永井 利幸¹, 安齊 俊久¹

北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室, ²市立函館病院 循環器内科

34. 新型コロナウイルス感染症(COVID19)による急性心筋炎の一例

○大塚 健太, 平林 鑑, 森本 信太郎, 濱谷 孟志, 川上 慧, 町田 正晴

苫小牧市立病院 循環器内科

35. 急性心筋炎発症を契機に診断された好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

○宮本 郁未¹, 勝山 亮一¹, 小野 太祐¹, 徳原 教¹, 下野 裕依¹, 野口 淳史², 齋藤 高彦¹

¹日本赤十字社 北見赤十字病院 循環器内科, ²同 内科・総合診療科

36. 慢性好酸球性白血病を背景とした Löffler 心内膜心筋炎の一例

○中村 公亮, 萩原 光, 数井 翔, 安井 悠太郎, 辻永 真吾, 神谷 究, 永井 利幸,
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

37. 脳病変合併例における活動期感染性心内膜炎の中期治療成績

○阿部 慎司, 加藤 伸康, 加藤 裕貴, 大岡 智学, 新宮 康栄, 若狭 哲

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

38. 両心室内血栓を認め血栓摘出手術を施行した Löffler 心内膜炎の一例

○安井 悠太郎¹, 萩原 光¹, 辻永 真吾¹, 数井 翔¹, 中村 公亮¹, 神谷 究¹, 大岡 智学²,
永井 利幸¹, 若狭 哲², 安齊 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同 循環器・呼吸器外科学教室

■セッション9 弁膜症(9:53~10:41)■

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)

39. 多発血管病変と大動脈弁閉鎖不全を合併した Cogan 症候群の1例

○齊院 康平¹, 小西 崇夫¹, 玉置 陽生¹, 夏井 宏征¹, 鎌田 壘¹, 永井 利幸¹, 若狭 哲²,
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同 循環器・呼吸器外科学教室

40. MICS にて MVP+PVI+LAA 閉鎖を施行した1例

○高柳 涼, 大堀 俊介, 鈴木 亮, 鈴木 正人, 森本 清貴, 横山 秀雄, 伊藤 寿朗
北海道大野記念病院 心臓血管外科

41. 心不全入院を繰り返す重症心不全患者に対して経皮的僧帽弁接合不全修復術を施行した一例

○西野 広太郎¹, 佐藤 琢真¹, 高橋 昌寛^{1,2}, 甲谷 次郎¹, 立田 大志郎¹, 小西 崇夫¹,
辻永 真吾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自衛隊札幌病院 内科

42. Edwards Intuity Elite パルプシステムを用いた大動脈弁置換術

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

43. Urbanski 法により部分基部置換術を施行した2例

○関 達也, 久保田 卓, 松居 喜郎
華岡青洲記念病院 心臓血管外科

44. Oculus Quest2 を用いた Virtual Reality 僧帽弁形成術練習ソフトの開発

○柳清 洋佑, 杉山 博太郎, 近藤 麻代, 坂田 純一, 中村 雅則
市立札幌病院 心臓血管外科

■セッション 10 不整脈 I (10:41~11:13)■

座 長: 佐藤 実 (国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科)

45. ペースメーカー植え込み術中に生じた Torsade de pointes の 1 例

○森田 祐介, 森田 純次, 北井 敬之, 藤田 勉

札幌心臓血管クリニック 循環器内科

46. 発作時のみ早い VA1:1 伝導が出現する Leftward inferior Extension slow fast AVNRT の 1 例

○遠田 賢治, 沼崎 太, 高橋 一泰, 赤津 智也

北斗病院 循環器内科

47. 心房細動・WPW 症候群合併症例に対して肺静脈隔離術および副伝導路焼灼術を行った 2 症例

○内藤 薫, 伊藤 圭, 北井 敬之, 森田 純次, 藤田 勉

札幌心臓血管クリニック 循環器内科

48. 心房細動アブレーション治療のクライオアブレーションとレーザーアブレーションの比較研究

○八巻 多¹, 尾野 稔侑¹, 豊島 更紗¹, 中川 敬太², 岩田 周耕², 西浦 猛², 酒井 博司¹, 佐藤 伸之³, 川村 祐一郎³

¹名寄市立総合病院 循環器内科, ²同 救急科, 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

共催セミナーⅡ (12:00～13:00)

座長：三木 隆幸 先生(王子総合病院 副院長)

「心不全診療の新展開 ～ 新規心不全治療薬と循環器病対策基本法への期待 ～」

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 循環器内科学 教授

前村 浩二 先生

(共催：アストラゼネカ株式会社，小野薬品工業株式会社)

北海道 ACHD セミナー (15:00～16:30)

【座長】

旭川医科大学 第一内科 竹内 利治 先生

北海道大学病院 小児科 武田 充人 先生

●はじめに

「北海道 ACHD 連絡協議会」について

北海道大学病院 小児科 武田 充人 先生

●キーノートレクチャー

「成人先天性心疾患における加齢を考える」

札幌徳洲会病院 小児科 村上 智明 先生

●一般演題

1. 「エプスタイン奇形に対する外科治療」

北海道大学病院 循環器外科 加藤 伸康 先生

2. 「当院でのファロー類縁疾患の右室流出路再置換術の経験」

旭川医科大学 心臓外科 石川 成津矢 先生

3. 「高度脊椎側彎症を合併した総動脈幹遺残症・ラステリ手術後の 23 歳男性症例」

手稲溪仁会病院 小児科 上野 倫彦 先生

4. 「グレン・フォンタン循環症例の咯血に対する側副血管塞栓術」

北海道立こども総合・療育センター 循環器科 高室 基樹 先生

5. 「当院で経験したフォンタン術後の周産期管理例」

北海道大学病院 小児科 佐々木 大輔 先生

一般演題 午後の部 (16:30~16:57)

■セッション 11 先天性心疾患・その他 (16:00~16:48)■

座長: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)

49. バルーン腎動脈形成術後に再狭窄を繰り返した、線維筋性異形成による腎血管性高血圧症の若年女性例

○山下 武廣, 呉林 英悟, 三浦 史郎, 前田 大志, 小熊 康教, 長堀 亘, 三山 博史, 岩切 直樹, 大艸 孝則, 長島 雅人, 中川 俊昭
北海道大野記念病院 循環器内科

50. 動脈管開存症 (Krikencho 分類 E 型・伸展円錐型) をコイル塞栓することで心不全が軽快した 60 代男性の一例

○小熊 康教¹, 山下 武廣¹, 呉林 英悟¹, 三浦 史郎¹, 前野 大志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, 阿保 大介²
¹北海道大野記念病院 循環器内科, ²北海道大学病院 放射線診断科

51. 幼少期に留置した 3 本の肺動脈ステント内狭窄に対する外科治療の経験

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

52. Fallot 四徴症術後 30 年後の左肺動脈狭窄・肺動脈弁閉鎖不全症に肺動脈形成・肺動脈弁置換術を施行した経験

○大川 陽史, 伊庭 裕, 梅田 璃子, 保坂 到, 安田 尚美, 柴田 豪, 中島 智博, 道井 洋吏, 川原田 修義
札幌医科大学医学部 心臓血管外科学講座

53. 完全大血管転位症 Rastelli 術後遠隔期に外科手術を要した 1 例

○玉置 陽生¹, 小西 崇夫¹, 高橋 昌寛^{1,5}, 齊院 康平¹, 夏井 宏征¹, 鎌田 墨¹, 岩野 弘幸², 永井 利幸¹, 武田 充人³, 加藤 伸康⁴, 若狭 哲⁴, 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市立函館病院 循環器内科,
³北海道大学大学院医学研究院 小児科学教室, ⁴同 循環器・呼吸器外科学教室,
⁵自衛隊札幌病院 内科

1. 当院でのサクビトリルバルサルタン(ARNI)の使用経験

○鳥羽 真弘, 鈴木 理徳, 浅川 響子, 浅川 直也, 村井 大輔, 檀浦 裕,
濱口 早苗, 牧野 隆雄, 横式 尚司
市立札幌病院 循環器内科

【目的】 ARNI を開始した患者転帰の評価

【方法】 2021年1月から9月までの29人を対象とし、baseline, 1, 3, 6ヶ月後で評価した。心不全入院、有害事象による内服中止をイベントありとした。

【結果】 全例 NYHA 2以上、EF 44±13%であった。イベントありは4人(13.7%)であり、患者背景で有意差はなかった。1ヶ月後の NT-proBNP は 1262±810 pg/ml (イベントなし) vs 4728±3301 pg/ml (イベントあり) (P<0.01) と有意差を認めた以外、両群で有意差はなかった。3, 6ヶ月後でも同様の結果であった。イベントなしでは baseline と比較して、有意に NT-proBNP の低下を認めた。

【結論】 ARNI が有効な症例は導入後速やかに NT-proBNP の低下を認め、その後も低下を認めている。NT-proBNP の低下を認めない症例はイベント発生リスクがあり、より慎重な管理が必要である。

2. イバブラジンが著効した虚血性心筋症の一例

○櫻田 心太郎, 西田 絢一, 箱崎 頌平, 鈴木 洋平, 鎌田 祐介,
石村 周太郎, 寺島 慶明, 高橋 亨
JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 循環器内科

症例は60代男性。X-17年に前壁の心筋梗塞を発症し、以降複数回のPCIが施行されている。左室全周性壁運動低下、左室駆出率30%程度、重度僧帽弁閉鎖不全症(MR)を認め、各種薬剤調整後もBNP 1300pg/ml、NYHAⅢの状態であった。収縮期血圧80mmHg前後、心拍数80回/分台であり、β遮断薬の忍容性に乏しく、X年ビソプロロールを2.5か0.625mgに減量し、イバブラジン10mg/日開始した。収縮期血圧90mmHgに上昇し、心拍数65回/分程度まで徐拍化した。5ヶ月間でBNP 1278.9→66.3pg/ml、左室拡張末期容積231→179ml、MR 重度→中等度、NYHAⅢ→Ⅱとなり、イバブラジンによる効果と考えられた。β遮断薬の忍容性に乏しい洞調律のHFrEF症例では、β遮断薬減量、イバブラジン導入が治療の選択肢になりうると考えられ、文献的考察を含め報告する

3. 当院におけるサクビトリルバルサルタンの使用経験

○伊藤 良介, 遠藤 圭佑, 三木 隆幸, 大野 紘平, 伊藤 孝仁, 掘田 寛之,
加藤 伸郎, 松本 倫明, 大岩 均,
王子総合病院 循環器内科

心機能の低下した心不全の治療として、ACE阻害薬/アンジオテンシン受容体遮断薬からサクビトリルバルサルタンへの切り替えがガイドラインで推奨されている。当院において8月末までに71名にサクビトリルバルサルタンを開始したが、1名が急性腎障害で早期に中止となった。4週間以上治療を継続し前後でNT-proBNPを検査しえた41症例を調査対象とした。平均年齢は70.7±14.0(S.D.)歳で、男性が31名(75.6%)であった。治療開始平均27.6±10.5日後のサクビトリルバルサルタンの用量は197.5±104.7mg/日であり、NT-proBNPの中央値は1,334(432-2,757)pg/mlと治療開始前の2,051(907-6,594)pg/mlから有意に低下した。サクビトリルバルサルタンは心不全治療に有用と考えられ、文献的な考察を加えて報告する。

4. 若年虚血性心筋症に対してLVAD植込みを実施した一例

○立田 大志郎¹, 佐藤 琢真¹, 高橋 昌寛^{1,2}, 甲谷 次郎¹, 西野 広太郎¹,
小西 崇夫¹, 辻永 真吾¹, 神谷 究¹, 大岡 智学³, 永井 利幸¹, 若狭 哲³,
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自衛隊札幌病院 内科,

³北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

症例は30代男性。生来健康であったが急性広範前側壁心筋梗塞を発症後、高度の心機能低下が残存した。低心拍出とうっ血による肝腎機能障害が持続し心不全加療および植込み型除細動器検討目的に当院転院となった。多職種介入のもとで集学的な心不全治療が継続された。最大限の内科的治療下においても強心薬からの離脱が困難であり、意思決定支援の結果、心臓移植申請を行う方針となった。日本循環器学会より移植適応と判定され、発症6ヵ月後に植込み型補助人工心臓(LVAD)装着術を施行した。術後、血行動態の改善とともに臓器機能、心不全症状は改善した。現在自宅にてLVAD装着下に移植待機中である。初回の急性心筋梗塞発症後、比較的短期間での心臓移植申請・LVAD装着を行ったが、移植申請・LVAD装着の至適時期につき文献的考察を加え報告する。

5. 北海道大学病院における心移植待機の現状と課題

～再入院回避と QOL 維持を目指して～

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

背景: 新規心移植登録患者数と移植実施数の不均衡は解消されず、植込型¹左室補助人工心臓 (iVAD) 装着下の平均待機期間は5年を超えようとしている。

目的: 当院における心移植待機状況を後方視的に振り返り、現状や課題について検討する。

対象: 当院で管理中の心移植登録患者 44 名。

結果: 登録時緊急度は、Status 1 40 名、Status 2 4 名で、Status 1 は適応取得後全例 iVAD 装着し在宅移植待機開始となった。現時点の転帰は、移植到達患者 7 名、待機中の死亡患者 8 名 (Status 1 7 名 / Status 2 1 名)、iVAD 装着下待機 25 名 (平均待機日数 1122 日、166 日 - 2230 日) であった。iVAD 関連合併症による初回再入院回避率は3年で約 13% であった。

結語: 移植待機期間の長期化が見込まれる中で、待機中の合併症管理が、患者の QOL 維持及び生存率改善のために重要となる。

6. 移植心冠動脈病変 (CAV) の進行にエベロリムスが有効であった 1 例

○竹中 秀¹, 佐藤 琢真¹, 齊院 康平¹, 内藤 正一郎¹, 高橋 勇樹¹,
水口 賢史¹, 多田 篤司¹, 小林 雄太¹, 小西 崇夫¹, 神谷 究¹, 大岡 智学²,
永井 利幸¹, 若狭 哲², 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同 循環器・呼吸器外科学教室

症例は 46 歳男性。20 歳時に拡張相肥大型心筋症と診断され、39 歳時に植込型左室補助人工心臓 (LVAD) 装着後、43 歳時に心臓移植が行われた。ドナーは 50 歳代男性で冠動脈疾患の既往はなかった。移植後 1 ヶ月、6 カ月、1 年、2 年後の定期検査における冠動脈造影では有意狭窄を認めなかったが、血管内超音波 (IVUS) では、左前下行枝の最大内膜肥厚 (Maximal intimal thickness : MIT) は 0.63mm (1 ヶ月) から 1.15mm (2 年) と経時的に内膜肥厚の進行を認めた。免疫抑制剤をミコフェノール酸モフェチル (MMF) から内膜増殖抑制効果があるエベロリムス (EVL) に変更し、1 年後に冠動脈造影、IVUS による評価を行ったところ、左前下行枝の MIT 0.89mm と改善を認めた。CAV の進行に EVL が有効であった 1 例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

7. 心肺蘇生術による肝損傷で出血性ショックを来した急性心筋梗塞の一例

○櫻井 彩水¹, 高田 明典², 大屋 研一², 長谷川 諒², 柴田 智²,
水野 雅司², 岡崎 雄介², 中村 裕一², 高橋 弘², 福岡 将匡²,
松木 高雪²

¹製鉄記念室蘭病院 臨床研修部, ²同 循環器内科

症例は 64 歳、男性。胸苦を主訴に当院救急外来を受診。受付で意識消失し、脈が触れないため胸骨圧迫開始。初期波形は VF で、心肺蘇生術を継続し、合計 4 回の電気的除細動で自己心拍再開。緊急 CAG で LAD#6 の閉塞を認め、引き続き PCI を施行。術後 ICU で低体温療法を開始したが、徐々に血圧が低下。カテコラミン使用下でも血圧が維持できず、約 10 時間で低体温療法を中止。しかし、その後も血圧の改善なく、貧血が進行。CT で肝左葉に索状の造影不良域、腹腔内に血液と考えられる大量の液体貯留を認めた。肝損傷による出血性ショックと診断し、外科的に止血術を施行。その後心不全コントロールに難渋したが、第 84 病日に自宅退院。今回胸骨圧迫が原因と考えられる肝損傷で出血性ショックを来した急性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。

8. 持続的な LVEF の低下をきたした反復性心筋炎の一例

○小尾 基記¹, 早坂 太希¹, 佐藤 朱香¹, 尾野 稔侑¹, 北川 拓¹,
小林 祐也¹, 今 了資², 本谷 光咲子¹, 木谷 祐也¹, 伊達 歩¹, 襄島 暁帆¹,
坂本 央¹, 竹内 利治¹, 長谷部 直幸¹

¹旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野,

²JA 北海道厚生連 網走厚生病院

60 代男性。14 年前に急性心筋炎による心原性ショックを呈したが補助循環などの集学的治療により救命された。X-3 月、発熱を伴う胸部不快感のため前医を受診したところ、心電図にて ST 上昇、心エコーで左室壁運動異常、心筋逸脱酵素の高値を認め冠動脈造影を実施。右冠動脈の狭窄が責任病変の急性心筋梗塞と判断し PCI が施行された。しかし、急性期治療後も心機能は低下し、一旦退院したもののうっ血性心不全を発症し再入院となった。薬物治療で心不全は代償されたが、進行性の心機能低下および心室性不整脈の出現に対する精査を目的に、X 月当科紹介となった。心筋生検では CD3 陽性 T 細胞の浸潤が認められたことから心筋炎の再発と診断した。炎症の慢性化により進行性の LVEF 低下を呈した炎症性拡張型心筋症に至った症例を経験したので報告する。

9. プレドニゾロン導入後心機能改善を認めた IgG4 関連疾患合併心不全の一例

○近藤 俊介, 美田 知宏, 佐々木 俊輔, 土井 崇裕, 湯田 聡
手稲溪仁会病院 循環器内科

症例: 60 代男性。呼吸苦を主訴に来院し、各種検査により急性心不全の診断となり当科入院となった。入院時の心エコー図検査(TTE)にて収縮能低下(左室駆出率(EF) 18%)と多量の心膜液貯留を認めた。心不全治療と並行し行った背景疾患の検索では、冠動脈病変や既知の二次性心筋症を疑う所見は認めなかったが、血清 IgG4 値が 1930 mg/dL と高値であり、顎下腺生検組織所見にて IgG4 関連疾患(IgG4RD)の診断となった。心不全改善後、IgG4RD に対し、プレドニゾロン(PSL)導入したところ、4 週間後の TTE で EF は 61%へ改善し、心膜液も著明に減少し、その後退院となった。

考察: 収縮能低下、心膜液貯留を合併した IgG4RD に対し、PSL 導入後両者の改善を認めた一例を経験した。これまで収縮能低下を合併した IgG4RD の報告は無く、文献的考察も含めて報告する。

10. 重症アトピー性皮膚炎に対するシクロスポリンの中止後に顕在化した心内血栓を形成した好酸球性心内膜炎の一例

○恵良田 健人, 西川 諒, 大和田 渉, 永野 伸卓, 小山 雅之, 神津 英至,
村中 敦子, 矢野 俊之, 丹野 雅也
札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座

症例は 40 代男性。重症のアトピー性皮膚炎のため X-8 年よりシクロスポリンを内服していた。X 年 5 月に初回の心不全のため前医に入院。心エコーにて左室駆出率 35 %の全周性の左室壁運動低下を認めた。入院後、腎機能障害のため、シクロスポリンが中止された。入院 14 日目の心エコーにて、左心室内に新規の血栓像を多数認めたため、精査加療目的に当院に転院となった。右室心内膜心筋生検で、有意な好酸球の浸潤は認めなかったものの、血液検査にて好酸球 844 / μ L、トロポニン T 0.062 ng/mL と上昇を認め、心臓 MRI の T2 強調画像で心内膜側の高信号を認めたことから、好酸球性心内膜炎を疑った。シクロスポリンの再開と抗凝固療法の開始後、トロポニン T は速やかに低下し、心内血栓は消失。1 年後には左室駆出率 51 %まで改善し、経過良好である。

11. 遠位弓部大動脈瘤を有する患者の DeBakey II 型大動脈解離に対して上行置換後二期的に TEVAR を行った一例

○白倉 健太郎, 石堂 耕平, 成田 昌彦, 潮田 亮平, 白坂 知識,
石川 成津矢, 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

93 歳女性。除雪中に胸背部痛を自覚し近医へ救急搬送され Stanford A 型急性大動脈解離として当院へ救急搬送された患者。遠位弓部に長径 45mm 大の大動脈瘤を認めており術式として弓部置換も検討されたが手術の侵襲および年齢を考慮して瘤に関しては経過観察として上行置換のみを施行した。術後経過良好で術後 22 日目に退院した。退院 2 日後に背部痛および胸部違和感を主訴に当院へ再度搬送となった。造影 CT では異常所見は認めなかったが、症候性の大動脈瘤として再入院 5 日目に左総頸-左鎖骨下動脈バイパスを行い debranching TEVAR を施行した。術後 5 ヶ月後現在合併症なく経過。A 型解離症例に胸部大動脈瘤を合併した場合侵襲などを考慮すると術式選択に難渋する可能性がある。TEVAR による二期的な手術が有効である可能性がある。

12. 急性 B 型大動脈解離と急性呼吸促進症候群に対するリスク因子に関する検討

○波多野 涼介¹, 土井 崇裕¹, 南淵 美玲¹, 御園生 啓吾¹, 宇津木 貴成¹,
太田 真之², 能登 貴弘¹, 佐藤 宏行¹, 川初 寛道¹, 片桐 真矢¹,
美田 知宏¹, 敷野 祥郎¹, 林 健太郎², 佐々木 俊輔¹, 永原 大五¹,
廣上 貢¹, 湯田 聡¹

¹手稲溪仁会病院 循環器内科, ²上尾中央総合病院 循環器内科

【背景】急性 A 型大動脈解離後の急性呼吸促進症候群(ARDS)発症のリスク因子の報告はあるが、急性 B 型大動脈解離後の ARDS 発症のリスク因子の報告は少ない。

【目的】本研究では急性 B 型大動脈解離における ARDS 発症のリスク因子を検討した。

【方法】2014 年 9 月から 2021 年 4 月までに、急性 B 型大動脈解離の患者群を後ろ向きに解析した。ARDS を発症した患者を ARDS 発症群、ARDS を認めなかった患者を ARDS 非発症群と定義し、データを収集、解析した。【結果】連続 108 例中、ARDS 群が 14 例(12%)であった。ARDS 群では ARDS 非発症群と比較して、有意に初診時心拍数が多く、経過中最大 CRP が高かった。多変量解析では経過中最大 CRP が選択された。

【結論】急性 B 型大動脈解離による ARDS 発症のリスク因子は経過中最大 CRP である可能性が示唆された。

13. 当院における着用型除細動器の使用実績

○神林 諒, 本間 恒章, 佐藤 実, 高橋 雅之, 武藤 晴達, 藤田 雅章,
大津 圭介, 加藤 瑞季, 塩泡 優大, 竹中 孝
国立病院機構 北海道医療センター 循環器内科

当院で着用型除細動器を使用した7例について検討した。男性5名、女性2名。年齢は26～61歳だった。低左心機能に伴う心突然死一次予防目的が1例だった。心室細動の二次予防が6例で、基礎疾患は虚血性心疾患1名、冠攣縮性狭心症1名、低カリウム血症1名、急性心筋炎1名、特発性心室細動2名だった。1名は診療情報の開示に同意せず、1名は19日後に着用の継続を拒否した。他5名の1日の着用平均時間は22.56～23.38時間、着用コンプライアンスは94～98%だった。全患者で装着期間中の除細動施行はなかった。転帰は3名が植込み型除細動器（ICD）（1例は皮下植込み型）を導入し、2名がICDを回避した。当院では主に二次予防症例で着用型除細動器を導入しており、ICD植込みの妥当性やデバイス形態を検討する上で重要な役割を果たしている。

14. 演題取り下げ

15. 胸部大動脈人工血管およびステントグラフト感染の診断においてPET-CT検査が有用であった2例

○下野 裕依, 徳原 教, 宮本 郁未, 勝山 亮一, 小野 太祐, 斉藤 高彦
日本赤十字社 北見赤十字病院 循環器内科

【症例1】70代男性。3年前に慢性大動脈解離および大動脈弁輪拡張症に対しBentall手術・弓部大動脈人工血管置換術・ステントグラフト内挿術を施行された。X年に発熱し、血液培養からS. aureusを検出。経食道心エコーおよび造影CTでは異常所見を認めなかったがPET-CTでステントグラフトや人工弁への異常集積を認め、ステントグラフト・人工弁感染の診断に至った。

【症例2】70代男性。7年前に急性大動脈解離に対し人工血管置換術を施行された。X年に発熱と関節痛が出現し、血液培養からS. aureus bacteremiaを検出。造影CTで人工血管周囲に血腫を認め、PET-CTで同部位に一致した集積亢進を認めたため人工血管感染の診断に至った。人工血管やステントグラフト感染の画像診断や治療効果判定においてPET-CTが有用であった2例を経験したので報告する。

16. 広範型肺血栓塞栓症の発症を契機にプロテインS欠損症と診断された一例

○田村 俊文¹, 中島 孝之², 葛屋 美寿季², 松谷 健一², 水上 和也²,
清水 紀宏², 平林 高之

¹市立釧路総合病院 心臓血管内科, ²砂川市立病院 循環器内科

【症例】42歳、女性。

【現病歴】誘因なく広範型肺血栓塞栓症を発症し救急搬送された。生来健康、血栓症リスク因子がなく、突然死の家族歴が複数あり、先天性血栓素因を疑った。精査の結果、プロテインS抗原量、活性共に低下しており、先天性プロテインS欠損症が示唆された。しかし、ヘパリン投与中かつ血栓症急性期で検査値の修飾があることも考えられたため、Xa阻害薬で治療し、慢性期に再確認することで先天性プロテインS欠損症と確定診断した。

【考察】Xa阻害薬はプロテインS活性に及ぼす影響が少なく、投与中でも診断能は変化しないと考えられている。本症の診断においては、検査値に修飾を与えない薬剤の選択や慢性期での再検が重要と考えた。

【結語】広範型肺血栓塞栓症の発症を契機にプロテインS欠損症が診断された症例を経験した。

17. バルーン肺動脈形成術により在宅酸素・血管拡張薬を中止できた慢性血栓性肺高血圧症の一例

○島 秀起¹, 佐藤 隆博², 千葉 葵¹, 三田 明音¹, 高木 統一郎¹, 堀井 洋¹, 森永 大亮¹, 中村 順一¹, 松本 宗大¹, 中久保 祥¹, 鈴木 雅¹, 辻野 一三², 今野 哲¹

¹北海道大学大学院医学研究院 呼吸器内科学教室,

²同 呼吸・循環イノベーションリサーチ分野

【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】74歳女性。X-4年に肺血栓性肺高血圧症と診断され直接作用型経口抗凝固薬開始。血栓消失も症状は改善せず、右心負荷所見の増強も認め、X年1月に当科紹介入院。

【臨床経過】入院時WHO-FC III、肺換気血流シンチグラムでミスマッチを認め、右心カテーテル検査で平均肺動脈圧 (mPAP) 43 mmHg、肺血管抵抗 (PVR) 9.8 WU で、肺動脈造影で末梢血管の狭窄・閉塞を認め慢性血栓性肺高血圧症と診断。在宅酸素と血管拡張薬導入。肺動脈内膜摘除術の適応はないと判断し、バルーン肺動脈形成術 (BPA) を4回施行してWHO-FC I、mPAP 19 mmHg、PVR 3.0 WU まで改善。在宅酸素と血管拡張薬は中止。

【考察】近年BPAの治療成績は向上しており、肺動脈内膜摘除術の適応がない場合の治療手段として重要な治療オプションとなっている。

18. ELUVIA 留置 10 か月後のステント内閉塞病変に対する血管内視鏡所見から、再治療戦略を考える

○辻本 誠長, 原口 拓也, 竹内 剛, 藤田 勉
札幌心臓血管クリニック 循環器内科

症例は70歳代女性。今回、ELUVIA 留置10か月後のステント内閉塞に対して、血管内視鏡で観察を行った。ステント内部は、フィブリン網で覆われた赤色血栓を認め、新生内膜は閉塞近位端でステント半周を覆うのみだった。血栓吸引を施行し、灰色でゼリー状組織を伴う血栓を大量に回収。吸引後の内視鏡所見は、ステントストラットの広範囲で、むき出しであった。ステント端に狭窄が残存しており、薬物塗布性バルーンで拡張を行い良好な造影所見を得た。治療時に回収した検体は、病理検査の結果、赤血球を含むフィブリン塊だった。ELUVIA は良好な開存率を得られるが新生内膜の被覆化の遷延による血栓症のリスクが懸念されている。本症例を通じて、薬物溶出性ステント内病変への治療戦略について考察する。

19. 当院の大動脈腸骨動脈病変に対するペアナイチノールステント (BNS) 留置成績について

○竹内 剛, 原口 拓也, 辻本 誠長, 藤田 勉
札幌心臓血管クリニック 循環器内科

2019年に山内らが本邦の大動脈腸骨動脈病変 (AI 病変) の大規模多施設共同前向き観察研究である OMOTENASHI レジストリーの成績を報告。その翌年に飯田らは、サブ解析を行い、low-volume center より high-volume center で成績が良好であり、その理由として、専門的スキルをあげた。

2019年1月から12月の期間で、当院にてAI病変においてペアナイチノールステントが留置された138症例180肢 (平均年齢79歳、TASC A/B/C/D : 32%/34%/24%/9%) について解析を行った。結果、初期成功率100%、合併症の発現率2.2%、1年の一次開存率99% (Kaplan-Meier) と良好な治療成績であり、飯田らの報告を支持する結果であった。文献的考察を交えて報告する。

20. Three-year clinical outcomes following implantation of LifeStent self-expanding nitinol stents

○丹 通直¹, 曾我 芳光², 高原 充佳³, 浦澤 一史¹, 林 大知¹, 三輪 高士¹, 佐藤 裕介¹, 稗田 翔平¹

¹時計台記念病院 循環器内科, ²小倉記念病院 循環器内科, ³大阪大学大学院医学系研究科 糖尿病態医療学

The aim of this study was to evaluate midterm clinical outcomes after implantation of LifeStent for the treatment of femoropopliteal lesions. This retrospective, multicenter, non-randomized study examined 260 femoropopliteal lesions in 250 consecutive patients with peripheral artery disease. Multivariate analysis revealed that chronic limb-threatening ischemia (odds ratio [OR]: 8.04; 95% confidence interval [CI]: 1.86-34.7), chronic total occlusion (OR: 4.87; 95% CI: 1.43-16.6), lesion length \geq 25 cm (OR: 5.95; 95% CI: 1.11-32.0), and distal reference vessel diameter \leq 5 mm (OR: 4.43; 95% CI: 1.34-14.6) were independent risk factors for 3-year restenosis.

21. 慢性冠動脈病変への血行再建後に改善した完全房室ブロックの一例

○村椿 真悟, 高橋 佑美, 川村 亮太, 高橋 遼, 村瀬 弘通, 佐藤 健司,
廣瀬 尚徳, 中田 智明
函館五稜郭病院 循環器内科

【症例】67歳女性

【主訴】動悸、倦怠感

【病歴、経過】高血圧症で近医加療中。動悸と倦怠感を主訴に外来受診し、完全房室ブロックを認め同日入院。薬物や電解質異常、内分泌疾患などの可逆的な要因はなく、心エコー上で基礎心疾患を示唆する所見を認めなかった。入院後のモニターでも完全房室ブロックで持続するため恒久的ペースメーカーの適応と判断し埋め込みを施行。精査で認めた左前下行枝の狭窄に対して後日冠動脈バイパス術を施行したところ、術後から房室ブロックは消失。その後の外来経過でも房室ブロックの再燃を認めずに経過している。

【考察】房室ブロックの原因として虚血性心疾患は一般的ではあるが、多くが急性冠症候群に伴うものである。本症例では、慢性病変の血行再建後に房室ブロックが消失した稀な症例であり報告する。

22. PCI 施行時に異常血栓形成を来しヘパリン抵抗性が疑われた一例

○長島 雅人, 山下 武廣, 呉林 英悟, 三浦 史郎, 前野 大志, 長堀 亘,
小熊 康教, 三山 博史, 岩切 直樹, 大舛 孝則, 中川 俊昭
北海道大野記念病院 循環器内科

症例は50歳男性。既往歴：心房細動 慢性腎不全（維持透析） 労作性胸痛あり精査目的入院。CAG：#1:75% #2:90% #7:75%(FFR0.79) #11:75% #13:75%であった。PCI希望され、後日RCAに対するPCI施行。術前ヘパリン10000U投与、#1, #2をバルーンで前拡張後、それぞれにDES留置。後拡張後にガイディングカテ内に血栓確認、システム総抜去後再造影、#1に血栓形成しており、血栓吸引、破砕術施行、ACT129であり、ヘパリン5000U追加するもACT143までしか延長せず、HITもしくはヘパリン抵抗性が疑われアビガトロバン投与しICU帰室とした。その後、胸部症状、CPK上昇なく、冠動脈内血栓は溶解したものと思われた。HIT抗体陰性、ATIII86%と正常域であり、ATIII非依存性ヘパリン抵抗性が最も疑われた。ヘパリン抵抗性は常に疑う必要がある。

23. PCPSにより救命しえた下壁心筋梗塞合併右室梗塞の3例

○川上 慧, 平林 鑑, 森本 信太郎, 濱谷 孟志, 大塚 健太, 町田 正晴
苫小牧市立病院 循環器内科

下壁心筋梗塞を発症すると、その内の10-15%程度で右室梗塞を合併することが知られている。右室梗塞を来すと、右室収縮能低下による左室の前負荷減少や右室拡張による左室コンプライアンス低下により低心拍出状態となり、血圧低下や静脈怒張といった身体所見を示す。治療は大量補液やカテコラミンの投与、IABP挿入、徐脈性不整脈へのペースング療法の実施とともに早期再還流を得ることが挙げられる。当院において下壁心筋梗塞に対し経皮的冠動脈形成術を実施し、上記加療を行うも血圧維持困難であったため右室梗塞の合併が疑われPCPSを挿入することで救命しえた3症例に関して、若干の文献的考察を加え報告する。

24. 心室細動で搬送された冠攣縮素因をもつ中年女性のたこつぼ心筋症の1例

○渡辺 葉, 下岡 良典, 平岡 康高, 牧口 展子, 成田 浩二
恵み野病院 循環器内科

症例は既往のない43歳女性。仕事から帰宅後の19時半頃に心肺停止に至り、救急要請された。初期波形はVF波形であり、救急車で電氣的除細動が施行され、洞調律化した状態で当院へ搬送となった。CAGでは有意狭窄はなく、LVGで心基部の過収縮と心尖部の壁運動低下を認め、入院後の経時的な心電図変化、私生活や仕事で多忙な日々が続いていたという背景を踏まえて、たこつぼ心筋症と診断した。低体温療法を継続し、第9病日に抜管、神経学的後遺症もなく経過は良好であった。VFの原因精査の一環として施行した冠攣縮誘発試験では右冠動脈に完全閉塞を認めたが硝酸薬、ニコランジルの投与でも攣縮は解除されずに急変しAMIに至った。強力な冠攣縮素因をもつ患者のたこつぼ心筋症、VF症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

25. 局在した Rotational activity が心房粗細動の機序と考えられた一症例

○山梨 克真, 南部 忠詞, 四倉 昭彦, 田中 裕紀, 武川 裕之, 津田 正哉,
鈴木 丈二, 吉田 泉, 櫻井 正之
北光記念病院 循環器内科

症例は 84 歳男性。発作性心房細動(Af)に対して初回アブレーションを行った。CARTO system を用いた両側肺静脈拡大隔離(PVI)を施行した。治療中、周期不定の心房粗動(AFL)、Af を繰り返した。PVI 後に旋回回路の同定を試みるも、粗動周期が安定せず、Activation mapping は困難であったため、ExTRa mapping を行った。局所電位が discrete な場合は、僧帽弁と右 PV を旋回する dual loop、Af 時は中隔に高度な Rotational activity が確認され、他の領域は受動的興奮伝播であった。Af/AFL 時ともに、大まかな興奮順序は一致していた。以上から、本頻拍は中隔の Rotor が本体と考えられた。前壁中隔を焼灼し、頻拍は停止した。周期不定の頻拍は mapping に対して、ExTRa mapping を用いる事により、頻拍の視覚化と機序推定が可能であった。

26. 高齢で初発の心室細動を起こした先天性 QT 延長症候群の一例

○本谷 光咲子, 秋田 晃一, 北川 拓, 小林 祐也, 早坂 太希, 木谷 祐也,
伊達 歩, 寰島 暁帆, 坂本 央, 田邊 康子, 竹内 利治, 川村 祐一郎,
長谷部 直幸
旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態内科学分野

症例は 60 歳台、女性。子どもの突然死や心室細動など濃厚な家族歴があり、患者自身も遺伝子検査で LQTS2 の診断がついていたが、心イベントの既往はなく、ピソプロロール少量内服下に経過観察されていた。今回旅行中、登山後に心肺停止し、AED で除細動され心肺蘇生後に当院へ救急搬送された。来院時には血清 K 値 3.3mEq/L であり、低 K 血症が QT 延長を助長して TdP による心室細動が頻発したものと思われた。K 補正及び ICD 植込み手術を行い、入院 15 日目に退院となった。先天性 LQTS は QT 延長と torsade de pointes (TdP) による突然死や失神の原因疾患だが、初発の心イベントは 90%以上で 40 歳以下と若年であることが報告されている。本症例は先天性 LQTS としては、比較的高齢での心室細動症例であり、文献的考察も含め報告する。

27. 複数のマクロリエントリー心房頻拍に対して Rhythmia システムを用いて治療した一例

○北井 敬之, 森田 純次, 渡邊 智彦, 藤田 勉
札幌心臓血管クリニック 循環器内科

症例は 73 歳男性。7 年前に心房細動に対してカテーテルアブレーション後洞調律で経過していたが、入院 3 ヶ月前より動悸自覚し当院受診、心房頻拍を認めた。有症候性の心房頻拍でありアブレーション目的で入院となった。頻拍中の左房マッピングでは前回治療した左肺静脈および左房後壁に再伝導所見を認めた。左肺静脈を再隔離し頻拍周期は延長、続いて左房天蓋部通電中に頻拍は停止した。その後の誘発では左房前壁を旋回するマクロリエントリー頻拍が誘発され左房前壁を線状焼灼し頻拍は停止した。再誘発にて Biatrial AT を認め上大静脈および左心耳基部への通電により頻拍は停止し以後誘発不能となっている。Biatrial AT の治療には詳細なマッピングと心外膜側を走行する Bachmann 束の認識が重要と考えられ考察を加え報告する。

28. 23 年前の遺残リードと重度三尖弁逆流を認めたため治療方針に苦慮したペースメーカー感染の 1 例

○森田 純次, 北井 敬之
札幌心臓血管クリニック 循環器内科

【症例】80 代 男性

【現病歴】23 年前、徐脈性心房細動に対してペースメーカー植込み。13 年前にポケット感染のため本体抜去、リード断端切断。前胸部からペースメーカー植込み。3 年前に右前胸部リードに断線あり、左前胸部ペースメーカー植込み。2 ヶ月前から右ポケット感染徴候あり当院へ紹介となった。【入院後経過】23 年前の遺残リードは心房内に脱落してループ状となっていた。心エコーで重度三尖弁逆流を認めた。繰り返しハートチームカンファレンスを行い、まず経皮的リード抜去を行い、困難なら外科的抜去の方針とした。結果的に経皮的リード抜去に成功。三尖弁逆流は単独手術適応がないと判断のうえ経過観察とした。

【まとめ】23 年前の遺残リードと重度三尖弁逆流を認めたため治療方針に苦慮したペースメーカー感染の 1 例を経験した。

29. 汎血球減少を合併した心臓粘液腫の一例

○数井 翔¹, 萩原 光¹, 辻永 真吾¹, 安井 悠太郎¹, 中村 公亮¹,

石垣 隆弘², 神谷 究¹, 永井 利幸¹, 若狭 哲², 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同 循環器・呼吸器外科学教室

症例は60歳代女性。1年前から労作時息切れと下腿浮腫を自覚していたが、半年前の健康診断で異常を指摘されなかった。症状の改善なく近医を受診し、汎血球減少と左房内腫瘍を認め当科へ紹介となった。経胸壁心エコーで左房内に64×22大の腫瘍を認め、入院翌日に外科的腫瘍摘出術を施行した。摘出腫瘍は55×50×20mm大の粘液腫だった。術後に行った骨髄生検で汎血球減少の原因は再生不良性貧血と診断され、免疫抑制療法を開始した。本症例は汎血球減少を併発しており、周術期の感染や出血のリスクが高かった。しかし腫瘍の形状から僧帽弁嵌頓によるショックや塞栓症の危険性があり、緊急で腫瘍摘出術を施行した。救命目的の腫瘍摘出術により良好な転帰を辿った、造血障害を合併した心臓粘液腫の一例を経験したので報告する。

30. 心タンポナーデを呈した心臓原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の一例

○川原田 航, 井垣 勇佑, 印輪 雅史, 岸上 直広, 飛澤 利之

日本赤十字社 旭川赤十字病院 循環器内科

症例は70代女性。X年Y月発熱、咳嗽と心窩部不快感を主訴に近医を受診。酸素化不良と胸部レントゲンで肺うっ血所見を認め当院へ救急搬送され、うっ血性心不全の診断で当科入院。TTEで右室に腫瘍と心膜液貯留、拡張期collapseを認め、悪性腫瘍に伴う心タンポナーデを疑い心嚢ドレナージを施行。心嚢液中のsIL2R:23050U/mLと著明な高値を認めた。心臓CTで右冠動脈近傍に造影効果に乏しい腫瘍を認め、心嚢液の免疫組織染色でCD20陽性の大型異形細胞が観察され心臓原発DLBCLの診断とした。心膜液再貯留によるタンポナーデのため複数回ドレナージを要したが、第11病日から化学療法を開始したところ心膜液の減少が得られ、第44病日に退院とした。心タンポナーデを契機に診断を得た心臓原発DLBCLの症例を経験したため、若干の文献考察を加え報告する。

31. 急性細菌性心膜炎から血行動態悪化を伴う滲出性収縮性心膜炎への急速な進展過程を認めた1例

○島 佑輔¹, 齋藤 翔太¹, 島津 香¹, 安在 貞祐¹, 今川 正吾¹, 岩代 希²,

木村 伯子³, 米澤 一也¹

¹国立病院機構函館病院 循環器科, ²同 呼吸器外科, ³同 病理診断科

56歳男性。多関節痛を主訴に受診し、心電図で広範なST上昇、心エコーおよびCTで心嚢液貯留が認められた。緊急冠動脈造影検査で急性冠症候群は除外され、血液培養でメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が検出され、急性細菌性心膜炎と診断した。レボフロキサシン投与により炎症反応は改善したが、心嚢液増加、心嚢内網状構造物の出現、増大が認められた。両心室拡張期圧の上昇を伴う均等化を呈し、滲出性収縮性心膜炎と診断した。無尿、ショックとなり第60病日に緊急胸腔鏡下心膜開窓術、心膜剥離術を施行した。病理組織で心膜に多数のグラム陽性球菌のコロニーが認められた。急性細菌性心膜炎から血行動態悪化を伴う滲出性収縮性心膜炎への急速な進展過程を経時的に観察し、低侵襲手術により救命し得た症例を経験したので報告する。

32. 当科における収縮性心膜炎に対する手術加療の検討

○東 亮太, 石垣 隆弘, 新宮 康栄, 加藤 伸康, 大岡 智学, 若狭 哲

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

収縮性心膜炎の根治的治療は手術であるが、死亡率は高く術式に関しても議論が多い。当科で行った手術加療症例について検討した。症例は5例、年齢は61歳±18歳、全て男性であり、術前心エコーと右心カテーテル検査(RHC)で収縮性心膜炎の所見を認めた。原因は、特発性2例、外傷1例、薬剤性1例、IgG4関連1例であった。4例は人工心肺非使用で全周性の心膜切除が完遂でき、無輸血手術であった。術後RHC所見も改善が見られた。1例はIgG4関連の症例で、左室側面の処置に対して人工心肺を必要としたものの全周性の心膜切除が可能であった。同症例では輸血を必要とし、また術中にCVPは15mmHgから7mmHgに低下したが、術後RHC所見は改善しなかった。全周性の心膜切除により血行動態の改善が得られた。人工心肺非使用例では無輸血手術が可能であった。

33. インフルエンザ感染を契機に劇症型心筋炎を発症した一例

○多田 篤司¹, 辻永 真吾¹, 小泉 拓也¹, 佐藤 友哉¹, 鎌田 墨¹,
小西 崇夫¹, 佐藤 琢真¹, 岩野 弘幸², 神谷 究, 永井 利幸, 安斉 俊久
¹北海道大学大学院医学研究院 循環病態内科学教室,
²市立函館病院 循環器内科

症例は、多発性筋炎を有し免疫抑制薬内服中の42歳女性。近医でA型インフルエンザと診断され、ラニナミビルが開始された。4日後に胸痛が出現し近医へ救急搬送され、ショックを呈していた。心電図では広範なST上昇、採血ではトロポニンの上昇、心エコーでは左室壁肥厚、左室駆出率の高度低下(10%)と心嚢液貯留を認めた。劇症型心筋炎の診断で当院へ転院となり、強心薬点滴が開始されたが、循環不全が進行し、同日IABP、PCPSを導入した。心筋生検ではウイルス性心筋炎に矛盾しない所見が得られた。心機能は次第に回復し、第7病日にPCPS、第8病日にIABPを離脱し、第10病日にICUを退室した。心機能は正常化し、第36病日に独歩退院した。インフルエンザ感染を契機に劇症型心筋炎を発症した一例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

34. 新型コロナウイルス感染症 (COVID19) による急性心筋炎の一例

○大塚 健太, 平林 鑑, 森本 信太郎, 濱谷 孟志, 川上 慧, 町田 正晴
苫小牧市立病院 循環器内科

20歳代女性。COVID19で自宅療養後、隔離解除となったが、動悸を自覚し近医を受診、心電図上で心室頻拍が疑われたため当科に救急搬送となった。心エコー検査で左室駆出率は30%、dyssynchronyを認めた。心電図で心拍数110回/分の左脚ブロック波形を認めたが心室頻拍と鑑別がつかず、電氣的除細動施行のためチアミラールを投与したところ、心拍数50回/分程度の左脚ブロック波形から右脚ブロック波形に変化し、その後来院時の波形に戻った。血液検査で心筋逸脱酵素の上昇を認めたことからCOVID19による心筋炎を疑いデキサメタゾンによる加療を開始し、心エコー検査所見、心電図所見ともに改善を認め退院となった。画像診断で明らかな所見はなかったが経時的に心電図変化を確認できたCOVID19による急性心筋炎の一例を報告する。

35. 急性心筋炎発症を契機に診断された好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

○宮本 郁未¹, 勝山 亮一¹, 小野 太祐¹, 徳原 教¹, 下野 裕依¹,
野口 淳史², 齋藤 高彦¹
¹日本赤十字社 北見赤十字病院 循環器内科, ²同 内科・総合診療科

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)は小血管炎・ANCA関連血管炎の一種で、多彩な臓器病変を呈し、急性心筋炎を合併し得る。今回、急性心筋炎発症を契機に診断されたANCA陰性EGPAを経験したため報告する。症例は34歳女性。基礎疾患に喘息がある。数ヶ月前から右下腿の神経障害、紫斑が出現。呼吸苦症状のため前医より紹介された。LVEF 38%と低下、心筋生検でリンパ球と軽度の好酸球浸潤を認め、急性心筋炎と診断した。喘息、神経症状、皮膚症状、心不全症状を呈する事から、ANCA陰性であるがEGPAと診断され、ステロイドパルス及びIVIGを施行、神経学的所見は改善した。現在、LVEF 53%と心機能も改善傾向にある。ANCA陰性のEGPAは予後不良因子であるとも言われており、若干の論文的考察を交えて報告する。

36. 慢性好酸球性白血病を背景としたLöffler心内膜心筋炎の一例

○中村 公亮, 萩原 光, 数井 翔, 安井 悠太郎, 辻永 真吾, 神谷 究,
永井 利幸, 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

症例は42歳の男性。3か月持続する発熱のため近医を受診した。血液検査で好酸球増加を、経胸壁心エコーで全周性の左室内血栓、心尖部の壁運動低下を認め、当院紹介となった。骨髄生検で慢性好酸球性白血病の診断となり、好酸球増加の原因と考えられた。冠動脈CTでは冠動脈に有意狭窄を認めず、遅延造影MRIで心中部から心尖部側壁の内膜下に異常増強像を認めた。頭部MRIで多発脳梗塞を認めた。Löffler心内膜心筋炎とそれに伴う左室内血栓、無症候性多発脳梗塞と診断し、イマチニブ、プレドニゾン、ヘパリン投与を開始した。好酸球は治療開始後数日で正常化し、解熱を得られた。2か月後の経胸壁心エコーで血栓の縮小を認めた。本疾患の予後は悪く、好酸球増加を認めた場合、スクリーニング検査が重要である。文献的考察を含め報告する。

37. 脳病変合併例における活動期感染性心内膜炎の中期治療成績

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

脳病変合併の感染性心内膜炎(IE)における治療介入のタイミングについての議論は多い。今回2006年から2020年12月までに経験した活動期IE21例を脳病変確認後の早期介入10例(A群)と、待機介入11例(C群)に分けて早期・中期成績を比較した。脳病変確認～手術まではA群3.6±3.5日、C群37.9±19日(p<0.01)。脳合併症はA群で脳梗塞9例90%(梗塞巣9±2.3mm)、出血性病変2例20%、C群では脳梗塞9例82%(梗塞巣20.8±18.6mm)、出血性病変4例36%、脳動脈瘤3例27%、脳膿瘍1例9%(両群で脳病変に重複あり)。手術はA群でA弁5例50%、M弁3例30%、複合弁2例20%、C群ではA弁1例9%、M弁6例55%、複合弁4例36%(p=0.19)。在院死亡をA群に1例認めたが(術後8ヶ月、NOMI)、両群間の中期生存率(観察期間中央値364日:12-6045日)に有意差を認めなかった(Log-rank p=0.39)。

38. 両心室内血栓を認め血栓摘出手術を施行したLöföler心内膜炎の一例

○安井 悠太郎¹, 萩原 光¹, 辻永 真吾¹, 数井 翔¹, 中村 公亮¹, 神谷 究¹,
大岡 智学², 永井 利幸¹, 若狭 哲², 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同 循環器・呼吸器外科学教室

症例は58歳の女性。動作緩慢と認知機能低下を主訴に前医を受診し、頭部MRIで多発脳梗塞を、経胸壁心エコー検査で右室心尖部と僧帽弁前尖に付着する腫瘤を認めた。血液検査で好酸球増加を認めたため、Löföler心内膜炎に伴う心内血栓及び心原性脳梗塞が疑われた。抗凝固療法開始後、当院転院となった。僧帽弁に付着する腫瘤が左房内と左室内を振り様に往復しており、血栓症の危険性が高いと判断し緊急で摘出手術を施行した。右室心尖部と僧帽弁前尖に付着する腫瘤はいずれも血栓だった。術後、抗凝固療法を継続し、プレドニゾン60mg/日を開始した。好酸球の正常化を認め、プレドニゾンを20mg/日まで漸減し、心不全兆候を認めなかった。両心室に血栓が同時に形成されるLöföler心内膜炎は稀であり報告する。

39. 多発血管病変と大動脈弁閉鎖不全を合併したCogan症候群の1例

○齊院 康平¹, 小西 崇夫¹, 玉置 陽生¹, 夏井 宏征¹, 鎌田 隼¹,
永井 利幸¹, 若狭 哲², 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同 循環器・呼吸器外科学教室

症例は57歳女性。49歳時に左ぶどう膜炎, 55歳時に右強膜炎を発症しステロイド治療が開始された。1年前に頸部痛, 肩痛, 上肢血圧の左右差を認め, 精査の結果Cogan症候群と診断された。その際, 大動脈壁の肥厚が認められ, ステロイドに加えて免疫抑制薬を投与し同所見は改善傾向にあったが, 右上腕動脈閉塞および左腋窩動脈閉塞を認め, 中等度の大動脈弁閉鎖不全症も指摘された。今回動悸, 拍動性頭痛を主訴に当科紹介となった。冠動脈造影では右冠動脈近位部に中等度狭窄を認め, 大動脈弁閉鎖不全症は重症へと進行しており, 大動脈弁置換術が施行された。大動脈弁の病理所見は粘液浮腫状変化を認めた。全身血管炎を伴う極めて稀な慢性炎症性疾患であるCogan症候群に重度大動脈弁閉鎖不全症を合併した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

40. MICSにてMVP+PVI+LAA閉鎖を施行した1例

○高柳 涼, 大堀 俊介, 鈴木 亮, 鈴木 正人, 森本 清貴, 横山 秀雄,
伊藤 寿朗

北海道大野記念病院 心臓血管外科

近年、単弁疾患に対するMICSが普及してきたが、外科的デバイスの発展により、複合手術に対してもMICSによる試みがなされてきている。当施設において、今回MICSにてMVP+PVI+LAA閉鎖術を施行した1例を提示する。症例は62歳男性。発作性心房細動に対し、経皮的アブレーション治療目的に他院より紹介となったが、心エコー検査でMR IV度を認めたため、手術治療の方針となった。皮切9cmで右前側方切開で右第4肋間を小開胸。右大腿静脈・右内頸静脈脱血、右大腿動脈送血により体外循環を確立。右側左房切開、cryoICEにてPVIを施行し、左心耳をAtrial clipで閉鎖。僧帽弁は前尖の逸脱を人工腱索で補正し、CE physio IIを縫着した。術後、MRは消失し、発作性心房細動は認めていない。

41. 心不全入院を繰り返す重症心不全患者に対して経皮的僧帽弁接合不全修復術を施行した一例

○西野 広太郎¹, 佐藤 琢真¹, 高橋 昌寛^{1,2}, 甲谷 次郎¹, 立田 大志郎¹,
小西 崇夫¹, 辻永真吾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自衛隊札幌病院 内科

症例は71歳、女性。2011年12月より心不全入院を繰り返すようになった。2020年9月27日に呼吸苦を主訴にA病院へ救急搬送され5回目の心不全入院となった。重度の僧帽弁閉鎖不全症を認め、強心薬からの離脱で容易に心不全増悪をきたすため、心不全加療目的に2021年5月19日に当院へ転院となった。転院後、ドブタミン持続静注のもとで循環動態の最適化を行いながら心不全チームによる多職種介入を開始した。心不全の代償化および再増悪予防には僧帽弁閉鎖不全症に対する治療介入が必要と判断し、第40病日に経皮的僧帽弁接合不全修復術を施行した。術後は強心薬の漸減が可能となり、第56病日にA病院へ転院となった。強心薬長期投与中の重症心不全に対して経皮的僧帽弁接合不全修復術を施行した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

42. Edwards Intuity Elite バルブシステムを用いた大動脈弁置換術

○石垣 隆弘, 加藤 伸康, 新宮 康栄, 大岡 智学, 若狭 哲

北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室

Intuity バルブはステント拡張により弁固定するため結紮にかかる時間を短縮できる。大動脈弁狭窄症3例を含む4例に使用し、1例は再手術症例で弁輪構造欠損部をウシ心膜パッチで補填したものの弁輪性状が粗雑であったためステント拡張による人工弁の固定性の改善を期待して選択した。早期死亡なし。中等度以上の弁周囲逆流を認めた症例やペースメーカー留置を必要とした症例はなかった。大動脈狭窄症3例の大動脈遮断時間は55(39, 66)分で従来の生体弁を用いた5例の82(74, 94)分と比較すると有意に短縮された(P=0.036)。合併症などのため大動脈遮断時間の短縮が重要な症例や大動脈弁輪の固定に不安が残る症例に対する Intuity バルブを用いた大動脈弁置換術の早期成績は良好であった。

43. Urbanski 法により部分基部置換術を施行した2例

○関 達也, 久保田 卓, 松居 喜郎

華岡青洲記念病院 心臓血管外科

【背景】部分基部置換術は full remodeling に比べ剥離が少なく、縫合ラインも最小限であり手術時間や出血リスクの低減が期待される。部分基部置換術の1法である Urbanski 法の2例を報告する。

【症例1】60歳代男性。大動脈弁二尖弁、上行大動脈 55 mm、NCCのみ拡大、術前 AR trivial の診断。Urbanski 法による部分基部置換術+弓部置換術を施行した。術後18か月にて AR mild。

【症例2】40歳代男性。一週間前に胸痛あり。大動脈解離(Stanford A型)、moderate AR の診断。R, NCC は外膜が硬化し内膜との差が著明で、Urbanski 法による部分基部置換術(N, RCC) + 弓部置換術 + CABGx1 を施行した。術後10か月にて AR mild。

【結語】Urbanski 法による部分基部置換術を施行した2例を経験した。

Full remodeling が不要な症例においては有用であると考えられた。

44. Oculus Quest2 を用いた Virtual Reality 僧帽弁形成術練習ソフトの開発

○柳清 洋佑, 杉山 博太郎, 近藤 麻代, 坂田 純一, 中村 雅則

市立札幌病院 心臓血管外科

近年では Virtual reality (VR) の進歩が著しく、医療にも応用されつつある。当院でも VR システムを用いた僧帽弁形成術練習ソフトの開発に着手しており、未完成ではあるがその取り組みや今後の展望について紹介する。VR システムは Oculus Quest 2 を使用する。スタンドアロン型のデバイスで単体でソフトを作動させることができる。開発プラットフォームは Unity を使用し、3D Slicer や Blender にて作成した 3D モデルの動作をプログラミングする。現状では、心臓 3D モデルの作成と持針器による弁輪糸かけのトレーニング程度の完成度しか到達できてはいない。しかしながら、今後心臓組織の弾性をシミュレートし、弁の切開縫合、そして最終的には水試験といった機能的評価まで可能なレベルまで進めていきたいと考えている。

45. ペースメーカ植え込み術中に生じた Torsade de pointes の 1 例

○森田 祐介, 森田 純次, 北井 敬之, 藤田 勉

札幌心臓血管クリニック 循環器内科

【症例】84 歳女性

【現病歴】3 週間前からの息切れで受診し、心電図で完全房室ブロックを認めペースメーカ適応で入院となった。

【経過】ペースメーカ (Assurity PM2272, Abbott) を用いて、心房リードを右心耳に、心室リードを低位中隔に留置した。心房リードをジェネレータに接続後、心室リードをジェネレータヘッダ部に挿入しトルクレンチを接続したところ心室細動となり電氣的除細動を要した。

【考察】術後プログラマーを確認すると PVC をアンダーセンスし spike on T から Torsade de pointes となっていた。通常ペースメーカはリードとジェネレータを接続後、トルクレンチを回してからペーシングが作動する。あり A 型 WPW 症候群とともにアブレーションを施行した。心房細動合併の今回の現象はリードとジェネレータが接触した瞬間からペーシングが作動し、かつセンシングは不安定であったため生じたと考えられた。

46. 発作時のみ早い VA1 : 1 伝導が出現する Leftward inferior

Extension slow fast AVNRT の 1 例

○遠田 賢治, 沼崎 太, 高橋 一泰, 赤津 智也

北斗病院 循環器内科

症例は 40 歳台女性。PSVT 発作のため ablation 目的に当院紹介。入院後 EPS を行った。Control では VA は認められず。ISP 負荷を行うことにより His が最早期の VA が出現したが、1 : 1 伝導するのは HR 130/min までであった。PAC double にて jump up 後に HR 200/min の PSVT が誘発された。発作時には、V pacing 時には見られなかったタイミングでの VA 1 : 1 伝導となっていた。PVC にて reset (-) で、RAOD にて PSVT は停止した。AVNRT と診断し、ablation を行った。CSOS-TV 間の通電を行ったが、この部位では治療成功しなかった。そのため、CSOS roof に対し通電を行ったところ、その後は誘発は不能となった。Leftward inferior Extension slow fast AVNRT と考えられた。RV pacing では His 以下の VA 伝導が悪いことでこのような現象を認めたものと考えた。

47. 心房細動・WPW 症候群合併症例に対して肺静脈隔離術および副伝導路焼灼術を行った 2 症例

○内藤 薫, 伊藤 圭, 北井 敬之, 森田 純次, 藤田 勉

札幌心臓血管クリニック 循環器内科

WPW 症候群は一般に予後良好な疾患であるが、心房細動を合併すると致死性不整脈に移行する可能性がある。

【症例 1】40 歳男性。動悸を自覚し救急外来へ受診、偽性心室頻拍を認めた。血行動態が保てなくなり電氣的除細動を施行、A 型 WPW 症候群と発作性心房細動に対して後日カテーテルアブレーションを施行した。

【症例 2】66 歳男性。労作時倦怠あり、うっ血性心不全の診断で当院に紹介となった。病歴からは 1 ヶ月程度持続する心房細動であり narrow QRS とデルタ波を認める wide QRS の混在を認めた。薬剤抵抗性の心房細動で WPW 症候群に対する治療戦略に関して文献的考察を含め報告する。

48. 心房細動アブレーション治療のクライオアブレーションとレーザーアブレーションの比較研究

○八巻 多¹, 尾野 稔侑¹, 豊島 更紗¹, 中川 圭太², 岩田 周耕², 西浦 猛², 酒井 博司¹, 佐藤 伸之³, 川村 祐一郎³

¹ 名寄市立総合病院 循環器内科, ² 同 救急科,

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

発作性心房細動 (AF) に対してはクライオバルーンカテーテル (CB) を用いた PV 隔離法が開発され、有望な結果が得られている。さらに近年、レーザーバルーンカテーテル (LB) を用いた隔離法が導入されているが二つのバルーンの初期成績の比較検討は少ない。発作性 AF 患者を対象とし、CB と LB アブレーションの安全性、有効性を検証した。CB 群 47 例: 平均年齢 68.4 歳、男性 32 例 (68.1%)、LB 群 50 例: 平均年齢 68.7 歳、男性 36 例 (72.0%)。CB 群では RF カテーテルによる Touch up (TU) を 7 例 (14.9%) 要したのに対して LB 群では 4 例 (8%) であった。一方、LB に特有のバルーンのピンホール破裂 (PHR) は 5 例 (10%) に生じた。TU は導入期 (~25 例) と維持期 (25 例~) に平均的に生じ、PHR は導入期に多かった。LB 群は TU が少なく LB のみで手技成功が期待できる。

49. バルーン腎動脈形成術後に再狭窄を繰り返した、線維筋性異形成による腎血管性高血圧症の若年女性例

○山下 武廣, 呉林 英悟, 三浦 史郎, 前田 大志, 小熊 康教, 長堀 亘,
三山 博史, 岩切 直樹, 大舩 孝則, 長島 雅人, 中川 俊昭
北海道大野記念病院 循環器内科

症例は生来健康な20歳の女性。頭痛と高血圧(200/100mmHg)で近医を受診。低K血症から二次性高血圧症を疑われ他院循環器内科へ紹介。腎動脈エコーで左腎動脈中間部に狭窄あり、線維筋性異形成(FMD)による腎血管性高血圧症と診断され、血行再建依頼で当科初診。低K血症、血漿レニン活性・NT-pro BNP 高値、腎動脈エコー・CT血管造影で左腎動脈中間部に狭窄が確認され血行再建施行。最新の国際コンセンサスに準拠してバルーン形成術を行ない、腎動脈エコー指標と血圧の改善を確認して退院となったが、その後2度再狭窄を繰り返した。2度目の再狭窄に対するCutting balloon形成術後は再狭窄なくDrug-freeで血圧はコントロールされている。

50. 動脈管開存症(Krikencho分類E型・伸展円錐型)をコイル塞栓することで心不全が軽快した60代男性の一例

○小熊 康教¹, 山下 武廣¹, 呉林 英悟¹, 三浦 史郎¹, 前野 大志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,
阿保 大介²
¹北海道大野記念病院 循環器内科, ²北海道大学病院 放射線診断科

【症例】60代男性

【主訴】起坐呼吸

【病歴・治療経過】X年9月起坐呼吸を主訴に当科初診。UCG上LVd74mmEF25%推定PA圧62mmHgであり入院加療とした。再検したUCGで、肺動脈内に流入する全周期連続性血流を認めた。症状軽減後、CAGを施行した。右心カテーテル検査では、PCWP27mmHg、CO/CI5.6/2.93であった。CAGでは冠動脈-肺動脈瘻は認めなかった。大動脈造影を施行したところ、大動脈弓遠位から肺動脈に流入する異常血管を認め、動脈管開存症(Krichenko分類E・伸展円錐型)と診断した。北海道大学病院放射線科に依頼し、コイル塞栓術を施行していただいた。術前54.8mmHgだった推定肺動脈圧は、20.5mmHgまで改善を得た。

【結語】動脈管開存症に対しコイル塞栓術を施行したHFrEF症例を経験したため、報告する。

51. 幼少期に留置した3本の肺動脈ステント内狭窄に対する外科治療の経験

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

幼少期に留置された肺動脈ステントは再介入が必須である。手術の際には癒着剥離に伴う神経、大血管の損傷に注意が必要である。症例は30代の女性。PA/VSD/MAPCAに対し、9歳時に心内修復術を施行し、末梢肺動脈狭窄に対して計3本のステントを留置されていた。ステント内狭窄に対して血管内治療を繰り返していたが、再狭窄による右室圧上昇と肺動脈弁逆流に対して手術の方針とした。手術では灌流域の広い右下のステントは抜去し人工血管置換、左のステントは癒着が強かったためステント前面を切開し人工血管でパッチ拡大した。灌流域の狭い右上のステントは大動脈との癒着が強く温存した。右室流出路は生体弁と人工血管を用いて再建した。術後の右室圧は大きく改善し、第15病日に自宅退院となった。個々の病態に応じた手術操作により副損傷や合併症なく外科介入が可能であった。

52. Fallot 四徴症術後30年後の左肺動脈狭窄・肺動脈弁閉鎖不全症に肺動脈形成・肺動脈弁置換術を施行した経験

○大川 陽史, 伊庭 裕, 梅田 璃子, 保坂 到, 安田 尚美, 柴田 豪,
中島 智博, 道井 洋史, 川原田 修義
札幌医科大学医学部 心臓血管外科学講座

症例は47歳女性、Fallot四徴症(TOF)にて9歳時にVSDパッチ閉鎖および右室流出路再建術を施行後followとなっていたが、PRが緩徐に進行し2020年頃より労作時呼吸困難を自覚し始めた。内科にて精査の結果左肺動脈分岐部の高度狭窄・主肺動脈囊状瘤および右室拡大、severe PRを認め当科へ紹介となった。手術は主肺動脈を切開しPVR(生体弁)後、左肺動脈狭窄部末梢にて人工血管を端々吻合しそのまま同じ人工血管にて主肺動脈を形成した。術後経過は良好で術後エコーにて右心系の縮小を認めた。TOF術後遠隔期のPR・肺動脈狭窄は右心不全や致死的不整脈発生など生命予後へ影響を及ぼすことが知られている。TOF術後PVRは右心機能改善効果が期待でき、不可逆的な心機能低下をきたす前の至適時期で手術介入する必要がある。

53. 完全大血管転位症 Rastelli 術後遠隔期に外科手術を要した 1 例

○玉置 陽生¹, 小西 崇夫¹, 高橋 昌寛^{1,5}, 齊院 康平¹, 夏井 宏征¹,
鎌田 墨¹, 岩野 弘幸², 永井 利幸¹, 武田 充人³, 加藤 伸康⁴, 若狭 哲⁴,
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市立函館病院 循環器内科,

³北海道大学大学院医学研究院 小児科学教室,

⁴同 循環器・呼吸器外科学教室, ⁵自衛隊札幌病院 内科

症例は 36 歳男性。7 歳時にⅢ型完全大血管転位の根治術が施行され、16 歳時には心外導管交換が施行された。その後は安定して経過していたが、2020 年 8 月に動悸、倦怠感、食欲不振を主訴に当科を受診した。各種検査からうっ血性心不全の診断となり、経胸壁心エコー図検査にて、新規の僧帽弁逸脱症を認めた。この際大動脈基部の拡大と、右室の拡大を伴う中等度三尖弁閉鎖不全症と肺動脈弁閉鎖不全症も認めた。いずれも手術適応と判断し、僧帽弁形成術、僧帽弁輪形成術、三尖弁輪形成術、Re-Rastelli 術、上行大動脈置換術が施行された。本邦では先天性心疾患の治療戦略の進歩により成人患者が増加し、管理が小児科から循環器内科に移行している。今後も増加すると考えられる成人先天性心疾患の手術症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

第 126 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 126 回日本循環器学会北海道地方会 YIA 選考委員会

- 委員長 : 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)
委員 : 伊庭 裕 (札幌医科大学医学部 心臓血管外科学講座)
委員 : 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)
委員 : 丹野 雅也 (札幌医科大学医学部 循環器・腎臓・代謝内分泌内科学講座)
委員長 : 長谷部 直幸 (旭川医科大学 内科学講座 循環・呼吸・神経病態外科学分野)
委員長 : 若狭 哲 (北海道大学大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科学教室)