

## O-5-13

### 当院人間ドックにおける循環器疾患の早期発見の意義

沖繩赤十字病院<sup>1)</sup>、沖繩赤十字病院 循環器内科<sup>2)</sup>

○田中 道子<sup>1)</sup>、青木 英彦<sup>1)</sup>、砂川 長彦<sup>2)</sup>、浅田 宏史<sup>2)</sup>、新城 治<sup>2)</sup>、東風平 勉<sup>2)</sup>

【背景】沖縄県は定期健康診断の有所見率が全国最悪で、さらに精密検査未受診者が多い。生活習慣病が多く、脳心血管疾患による死亡率が増加している。  
【目的】当院健康管理センターを受診した人間ドック受診者の治療必要な循環器疾患を把握する。  
【結果】2018-2021年度の当院人間ドック受診者の要精密検査者において、当院循環器内科を受診した症例について検討した。  
【結果】201年-2021年度の年間受診者数は3809名、4975名。平均年齢は53.8±11.2歳。全院紹介者数のうち循環器内科紹介者数は16%-27%。循環器疾患発見率は0.6%-1.5%。循環器疾患の発見のきっかけは、問診、聴診、心電図異常、胸部X線CTCTR拡大であった。心臓検査として先に報告した冠動脈石灰化スコア、頸動脈プラークの存在などからも循環器疾患検出に繋がった。虚血性心疾患が多く、心筋症、弁膜症、先天性疾患等と多岐にわたったり、またコメレル憩室、先天性心臓欠損、部分肺静脈還流異常による肺動脈性肺高血圧など人間ドックを受診し初めて発見された症例も複数見られた。がん発見率は0.16%-0.4%で、各年度を通して最も多いのは乳がんだった。  
【考察】院内紹介による精密検査を積極的に行うことで循環器疾患の発見に繋がった。循環器疾患の発見率はがんの発見率に対して1.5-3.75倍高値であった。一見無症状でも未治療の循環器疾患の発見に人間ドックの果たす役割は大きいと考える。聴診、心電図異常や胸部X線CTCTR拡大の検出はもとより、人間ドックの任意型検査の特徴を活かして、心臓検査として心臓単純CT検査冠動脈石灰化スコア(CACS)が有用であった。  
【結論】沖縄県の健康寿命延伸のために、人間ドックにおいて、がんの発見のみならず、生活習慣病や循環器疾患の早期発見が重要である。

## O-5-15

### 左房粘液腫摘出術後、右冠動脈分岐の残存腫瘍栄養血管にコイル塞栓した1例

さいたま赤十字病院

○羽田 泰晃

症例は75歳男性、20XX年3月中旬より労作時呼吸困難を自覚していた。同年4月中旬に呼吸困難を自覚され改善しないため救急要請、当院搬送となった。搬送時、室内でSpO<sub>2</sub>79%と酸素需要を要する状態、胸部Xp上は両側胸水貯留と心拡大を認めた。心エコーでは左室壁運動は良好であったが、左房内に充満する巨大腫瘍を認めた。うっ血性心不全の診断で緊急入院となった。造影CTでは左房内を占拠する大小2つの腫瘍が確認され、MRIでは同腫瘍はいずれもT2強調画像で高信号を認めており左房粘液腫が疑われた。PET-CTでは心臓腫瘍以外に異常集積を認めなかった。外科的に摘出術を施行、腫瘍(大)は後壁、中隔、Valsalva洞、僧帽弁輪に固着、腫瘍(小)は左上肺静脈の後壁に固着していた。尖刃メス、メツェン、鋭匙を用いてできる限り腫瘍を壁から取り除いたが、完全には取りきれなかった。病理組織学的に心臓粘液腫の診断となった。  
本症例は術前に冠動脈造影を施行されており、右冠動脈末梢より左房内腫瘍へ流入する栄養血管を複数認めていることがわかっていった。当院ハートチームで検討のうえ、同血管に対してコイル塞栓術を施行する方針とした。マイクロカテーテルを用いた血管造影による詳細な評価で、栄養血管は主に#4AVより分岐していることを確認した。同血管にコイル塞栓を行い、#4AVから残存腫瘍が造影されないことを確認した。心臓粘液腫に対して腫瘍摘出術を行う際にあわせて栄養血管の結紮処理を行うことが有用であるとの報告はあるが、本症例のように摘出術後の残存腫瘍への栄養血管をコイル塞栓した報告はない。文献的考察を交え報告する。

## O-5-17

### 透析患者のCRT-D植込み前に左無名静脈の閉塞に対してEVTを実施した一例

さいたま赤十字病院

○成田 岳、稲葉 理、目黒 眞、中田健太郎、道下 俊希、磯長 裕平、加藤 駿一、橋 伸一、大屋 寛章、羽田 泰晃、狩野 実希、高木 崇光、稲村 幸洋、根木 謙、佐藤 明、大和 恒博、松村 稜

症例は糖尿病性腎症による腎不全で維持透析中の61歳男性。就寝時の意識消失により前夜に救急搬送され、持続性心室頻拍(VT)の診断となった。精査の結果、ACSに伴うVTの診断となり、LADに対してPCIが実施された。PCI翌日にVT/VF stormとなり薬物治療によるコントロール困難であり、当院転院搬送となった。当院転院後も storm 持続するためVA-ECMO 確立後に緊急のカテーテルアブレーションを実施しCCU入室となった。その後もVT頻発したが、抗不整脈薬を使用しVTは抑制された。リハビリテーション実施後、EFの低下、wide QRS であったことからCRT-D植込みの方針となったが、術前の静脈造影で左無名静脈の閉塞を認めた。本症例は維持透析患者で、右前胸シヤントを使用していること等を考慮し、CRT-D植込み前に左無名静脈の閉塞に対してEVTを行う方針とした。左上腕静脈からのアプローチでPOBAを行い良好な拡張をえた。その後CRT-D植込みを実施し、リハビリテーション継続後退院となった。薬剤抵抗性のVT/VF症例に対するICD/CRT-D植込みは突然死を予防するために一般的な治療である。しかし、本症例のような透析患者においては経静脈アプローチが制限される場合も多い。その対応策としてS-ICDという選択も考慮されるが、ペースメーカーがATPによる不整脈停止効果が期待できない。その中で本症例のように閉塞静脈に対するEVTは経静脈の植込みデバイス留置の選択肢を増やす手段として有用であることを経験したので、考察を含めて報告する。

## O-5-14

### CCUに入院した慢性心不全患者に対するACPをもとにした意思決定支援の文献検討

さいたま赤十字病院

○小田 蒼子、中山 瑞葵、山田佑紀乃、大久保早苗、田中 知美

【目的】急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年度改訂版)では、心不全は再入院率が高いと述べられている。治療継続の必要性を感じる一方で、治療が苦痛となっていることがある状況にジレンマを感じている。意思決定支援の中で、アドバンス・ケア・プランニング(以下、ACPとする)が目ざされており、CCUに入院する患者の意思決定支援の一助となると考え、意思決定支援の介入方法や課題を文献検討で明らかにしていく。  
【方法】医学中央雑誌Webを用いて、「心不全×アドバンスケアプランニング」or「意思決定」をキーワードとして検索し、2012年8月~2020年12月の25件が該当し、その中から患者、家族、医療者を対象とした14件を抽出した。論文の年次推移を明らかにし、研究テーマを急性期、末期・終末期、看護師の認識に分類した。  
【結果・考察】急性期0件、末期・終末期10件、看護師の認識4件に分類し、そのうち家族に関する文献は8件であった。2018年以降に文献は増加しているが、急性期は実践的な研究が進んでいない現状があると考えられる。CCUに緊急入院した患者は、生命の危機的状況で意思決定が困難なことがあるため、定期外来や入院を繰り返す前からACPの介入を開始することが望ましいと考える。一方でACPが開始されず入院した患者に対しては、患者の状態に合わせて患者や代理意思決定者から想いを丁寧に聴くことが重要である。また多職種や部署間で情報共有し、患者にあった治療やケアを考え、看護を提供していくことが今後の課題である。患者にとってCCUの入院は人生の一端である。一般病棟や外来へと繋げ、繰り返し継続的にACPを行うことで、病みの軌跡を辿りながらも、心不全と向き合いながら望む治療やケアを選択することができるのではないかと考える。

## O-5-16

### 心外膜の癒着を伴う心室頻拍に対し開胸下にアブレーションを行った1例

さいたま赤十字病院<sup>1)</sup>、さいたま赤十字病院 心臓血管外科<sup>2)</sup>

○稲村 幸洋<sup>1)</sup>、中田健太郎<sup>1)</sup>、成田 岳<sup>1)</sup>、道下 俊希<sup>1)</sup>、磯長 裕平<sup>1)</sup>、加藤 駿一<sup>1)</sup>、橋 伸一<sup>1)</sup>、大屋 寛章<sup>1)</sup>、羽田 泰晃<sup>1)</sup>、狩野 実希<sup>1)</sup>、高木 崇光<sup>1)</sup>、根木 謙<sup>1)</sup>、佐藤 明<sup>1)</sup>、大和 恒博<sup>1)</sup>、稲葉 理<sup>1)</sup>、森田 英幹<sup>2)</sup>、松村 稜<sup>1)</sup>

症例は70歳代男性。拡張型心筋症を基礎疾患とする心室頻拍に対し、X7年に心臓から、X6年に心外膜からカテーテルアブレーションを行い、植込型除細動器(ICD)を植込込んでいる。その後心外膜起源と思われる非持続性心室頻拍は残存していたがICDの作動は経過していた。X年未頃よりICD作動を繰り返すようになり薬剤抵抗性であったため再アブレーションを行った。心室頻拍はI誘導陽性、下方軸、左脚ブロックパターンのVT1、I誘導陰性、下方軸、右脚ブロックパターンのVT2、I誘導陽性、上方軸、左脚ブロックパターンのVT3の計3種類が誘発され、特にVT3が容易に誘発され心行動態が破綻した。VT1は心臓から治療可能であったがVT2/3は心外膜起源であったため、心臓から心外膜にアプローチしたが、前回の心外膜アブレーションの影響で心外膜が癒着しており治療を断念した。しかしその後もICD作動を繰り返したため左胸腹部から小切開を行い、癒着を剥離したうえで開胸下にアブレーションを行った。VT3は下壁基部領域起源であり同部位周囲を焼灼した。VT2の起源は冠動脈左回旋枝走行部近傍であったため冠動脈を避けて再早期部位の周囲を焼灼した。治療後はVT2の非持続性心室頻拍は残存するものの持続する心室頻拍は認めなくなり、薬剤併用にてICD頻回作動はなくなり通常の日常生活を行っている。心外膜の癒着を伴う心外膜起源心室頻拍に対し左胸腹部小切開にて開胸下にカテーテルアブレーションを行った稀有な症例を経験したため報告する。

## O-5-18

### 心原性ショックに対しV-A ECMO 使用後、ARDS・気道出血を併発し治療に難渋した一例

高松赤十字病院<sup>1)</sup>、高松赤十字病院 内科専門医研修センター<sup>2)</sup>

○坂本 拓馬<sup>1)</sup>、外山 裕子<sup>1)</sup>、山口 耕太<sup>1)</sup>、末次 朋香<sup>2)</sup>、山田 桂嗣<sup>1)</sup>、津島 翔<sup>1)</sup>、寒川 陸子<sup>1)</sup>、瀧波 裕之<sup>1)</sup>、宮崎晋一郎<sup>1)</sup>、多田 典弘<sup>1)</sup>、末澤 知聡<sup>1)</sup>

【症例】70歳代女性  
【現病歴】20XX年6月8日夕方、動けなくなっているところを家族が発見し救急要請。来院時からショックバイタルであり、心電図ではST上昇は見られなかったが心エコー検査で側壁を除く全領域で壁運動低下を認めた。次第に酸素化が低下してきたため気管挿管し、カテ室へ移動しV-A ECMO・IABP留置を行った。CAGではLAD #7の閉塞を認めたためPCI施行してICUへ帰室した。ICU帰室後はECMO管理を継続したが、早期に左気管支が略狭閉塞し、無気肺となっていたため気管支鏡で除去した。その後左肺から出血が見られるようになり、左主気管支入口を塞ぐように血餅が見られ完全無気肺となった。血餅除去を試みたが奥から湧き上がるように出血してくるため除去困難であった。さらに右肺はARDS様広範囲に浸潤影が見られるようになり、第8病日にV-A ECMO からV-AV ECMO に切り替えた。心機能の経過はまずまず良好で、心原性ショックの状態を脱し第12病日にV-V ECMOへ切り替えた。肺野はARDSの改善が見られず、第15病日に可能な限り気管支鏡で左気管支の血餅除去を行ったが出血持続しており、一過性に左肺の含気が改善するも再閉塞した。このまき取りかと思われたが第17病日に再度左肺の含気が改善し第20病日にECMO回路交換を実施。その後一度ECMO離脱検討するタイミングがあったものの、CHDFへの除水強化を試みているうちにARDSが再増悪し、離脱は叶わなかった。  
【考察】V-A ECMO 管理中にARDS・気道出血を併発し、ARDS改善を得たが最適なタイミングを決定することができず、ECMO離脱も叶わず救命に至らなかった。体外循環の大きな障害となる出血合併症に難渋した一例を経験した。