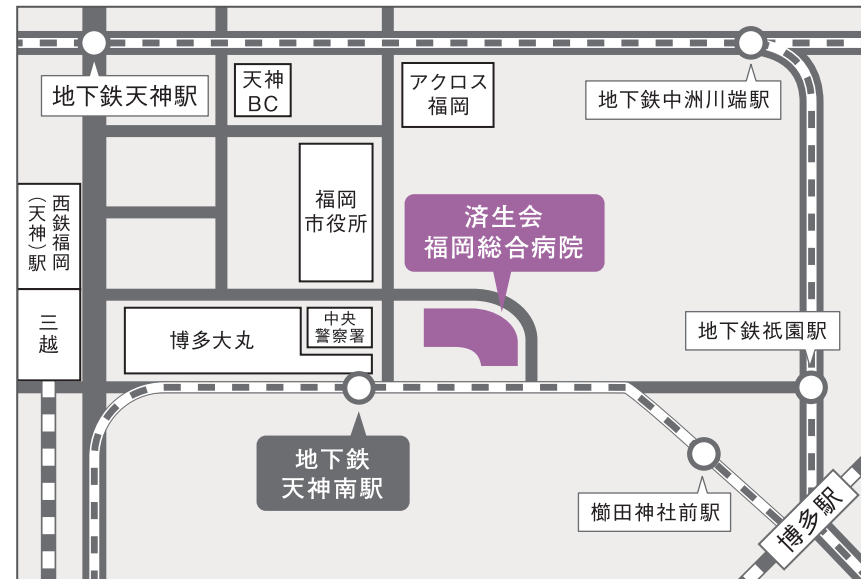


交通のご案内



- ・地下鉄空港線天神駅から 徒歩5分
- ・地下鉄七隈線天神南駅5番出口から 徒歩1分
- ・西鉄福岡天神駅から 徒歩5分
- ・JR博多駅から 地下鉄七隈線で天神南駅まで3分
- ・福岡空港から 地下鉄空港線で天神駅まで11分、車で20分

駐車場について

◆車高制限について

当院の駐車場は立体駐車場ですので、車高に制限があります。
(高さ150cm、長さ495cm、幅185cmまで)

◆利用時間について

- ・利用時間: 8:00～20:00
- ・20:00～翌朝8:00までは係員がおりませんので、出庫および宿泊駐車はできません。

◆駐車料金について

- ・一般料金 最初の1時間(400円)以降30分毎(200円)
- ・割引料金 3時間迄一般料金の半額 以降30分毎(200円)(当日診療の方のみ)

◆割引料金の対象について

- ・当日受診の方は、計算時または会計時に駐車券に認印をもらってください。
(土・日・祝日および時間外の割引対象印は、時間外受付でお願いします)
- ・ご入院時・ご退院時についても同様にさせていただきます。
- ・お見舞い・付き添い・手術・病棟での待機については、駐車場のスペースおよび管理・経費上、割引対象にはしておりませんのでご了承ください。

◆料金精算について

割引対象の駐車券(認印の捺印がある駐車券)をお持ちの方は、精算する前に必ず割引処理を受けてから、精算機に入れてください。
当駐車場の精算機は、硬貨と千円札のみ使用できます。



社会福祉法人 恩賜 済生会

福岡県済生会福岡総合病院

〒810-0001 福岡市中央区天神1丁目3番46号
TEL/092-771-8151 FAX/092-716-0185
<https://www.saiseikai-hp.chuo.fukuoka.jp>



心臓血管・ 大動脈センター

Saiseikai Fukuoka General Hospital

- ・循環器内科
- ・心臓血管外科
- ・血管外科



Cardiovascular and Aortic Center

2024



社会福祉法人 恩賜 済生会

福岡県済生会福岡総合病院

ご挨拶

済生会福岡総合病院 心臓血管・大動脈センターは循環器内科・心臓血管外科・血管外科・放射線科の連携で良質、安全な医療を提供するため2013年3月に開設され、丸10年を経過しました。当センターは当院救命救急センターとも密接に連携して、1分1秒を争う状況も多い循環器病救急に365日24時間態勢で取り組んでいます。この3年余りに及んだコロナ禍において、病床が逼迫した状況においても、この姿勢は変わらず堅持してきました。

高齢化・ライフスタイルの欧米化に伴って、心血管病は年々増加しています。心臓病と脳血管障害を合わせた広い意味での循環器病は、悪性腫瘍をも凌駕し、日本人の死亡原因の首位を占めるようになりました。わが国における急速な高齢化に伴い、動脈硬化性心血管疾患の患者さんの多くは、重篤な併存症を抱える方も多く、従来の侵襲を伴う検査、治療が困難な方も増えています。近年、低侵襲な診断法や治療法の進歩により、選択肢が増え、その中から患者さんひとりひとりの病状に適した診断・治療法を幅広く提供できるようになりました。特に、心臓弁膜症、狭心症、大動脈瘤・解離、下肢動脈閉塞症などの動脈硬化性疾患は全身疾患であり単独診療科では十分な対応ができないことも多く、内科的治療、外科的治療を相補的に駆使しつつ治療に当たる必要があります。

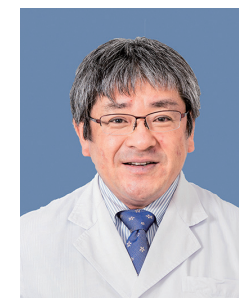
当センターの最大の強みは、循環器病診療にあたって診療科の垣根を超えた強力な結束力だと考えています。低侵襲性だけでなく、治療の確実性、長期成績などを総合的に検討し、個々の患者さんに対して、ベストな治療法は何かを常に考えていきます。

心臓疾患の治療においては、侵襲的治療介入の適否や、カテーテル治療と開心術のどちらを選択するかについて、循環器内科と心臓血管外科参加のハートチームカンファレンスで検討し最善の治療選択を行っています。循環器内科の各種カテーテル治療(冠動脈形成術、不整脈のカテーテルアブレーション、経カテーテル的大動脈弁留置術、エキシマレーザによるペースメーカーリード抜去など)も心臓血管外科のバックアップのもとで安全安心な治療が担保されています。大動脈瘤治療においては、血管外科・心臓血管外科・放射線科が連携して年間100例前後の大動脈ステントグラフト治療やハイブリッド治療などの低侵襲手術を行っています。下肢動脈閉塞疾患においては、血管外科と循環器内科が共同で血管内治療やバイパス、あるいは両者のハイブリッドによる血行再建治療に取り組んでいます。

2022年夏より手術部内でのハイブリッド手術室が稼働開始し、これまで放射線部内ハイブリッド血管造影室で行っていた経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)、左心耳閉鎖デバイスWATCHMAN治療、あるいは複雑な大動脈ステントグラフト治療、ハイブリッド下肢血行再建なども、最新の血管造影システムを備えたハイブリッド手術室にて施行できるようになり、麻酔科のサポートや外科的処置の追加も容易となりました。これによってこれまで以上に精度の高い循環器治療を提供しています。

経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)は症例数も200例を突破し、引き続きコンスタントな症例数に加え、安定して良好な結果を得ています。これまで開心術が困難であった高齢者の大動脈弁疾患に対しても有力な選択肢となっています。この治療には循環器内科、心臓血管外科に加えて、麻酔科、血管外科、放射線部、検査部など院内各部門の広い協力のもとにチーム一丸となって取り組んでいます。2020年に左心耳閉鎖デバイス、WATCHMANを用いた心房細動治療を、2021年に補助循環用ポンプカテーテルIMPELLAによる心原性ショックなどの重症心不全治療を開始しましたが、加えて2024年1月からはMitraClipを用いた経皮的僧帽弁接合不全修復システムによる僧帽弁閉鎖不全症に対する治療を開始しました。循環器疾患に対する様々な新規デバイス治療を施行する症例はこれからも増加が予想されます。さらに循環器領域では今後も欧米から次々と新たな治療デバイスが導入されてくることが期待されます。

このパンフレットは、当センターの診療内容とスタッフをご紹介しますとともに、昨年一年間をはじめ、これまでの診療実績を紹介医、かかりつけ医の先生方に御呈示するために作成しました。当センターが心血管疾患の急性期治療から再発防止、初発予防まで行っていくためには、かかりつけ医の先生方との緊密な連携が不可欠です。少しずつ明るさの増えてきたコロナ禍の中ではありますが、今後も地域医療支援病院として安全安心かつ確実に高度専門医療を提供していく決意ですので、今後ともご支援のほど何卒宜しくお願い申し上げます。



済生会福岡総合病院 心臓血管・大動脈センター長 兼 血管外科主任部長

伊東 啓行



目次

■心臓血管・大動脈センター長 ご挨拶	2	■心臓血管外科	14
■循環器内科		診療方針・診療実績	
はじめに	5	診療内容	
診療実績		冠動脈バイパス術(CABG)・弁膜症手術	15
外来・入院	6	胸部大動脈瘤	16
急性心筋梗塞	7	急性大動脈解離	17
冠動脈疾患	8	■血管外科	
不整脈治療	9	診療体制・腹部大動脈瘤・腸骨動脈瘤	18
末梢動脈疾患・経カテーテル的大動脈弁留置術	11	胸部大動脈瘤・大動脈解離(心臓血管外科との共同治療)	19
心不全サポートチーム・アミロイドーシス	12	末梢動脈閉塞性疾患・静脈疾患	20
ECMOチーム・教育および地域医療連携・今後の展望	13	■診療実績一覧	21
		■業績一覧(学会 講演会・研究会 原著論文)	23
		■医師紹介	28
		■年表・外来担当表	31

済生会福岡総合病院

理念

地域社会の皆さまや
先生方に信頼され
真の満足をしていただける
病院づくり

基本方針

済生の心で医療・福祉に貢献します
良質で安全な医療を提供します
救急医療を充実し、高度専門医療を推進します
地域医療連携を積極的にすすめます

循環器内科 Cardiology

はじめに

当院は福岡市の中心部に位置し、屋上にヘリポートを備え、急性期医療に特化した3次救急医療機関です。毎日、多くの救急患者を受け入れています。

循環器内科にも、急性心筋梗塞、急性心不全、重症不整脈など、多くの循環器救急患者が搬送されてきます。当院では、循環器専門医だけでなく、いつでも緊急カテが開始できるように放射線科看護師が、また、IABPやECMO、IMPELLAなどの機械的循環補助をいつでも準備できるように臨床工学技士(ME)が24時間院内に待機しており、時間外でも万全の体制をとっています。

救急だけでなく、高度専門医療にも取り組んでいます。2012年からは、不整脈に対するアブレーション治療を開始するとともに、ICD、CRTなどのデバイス治療も可能となりました。2013年からはエキシマレーザーを用いた

感染リード抜去を開始、2015年には心房細動に対するクライオバルーン、2016年には皮下植込み型のS-ICD、2017年にはリードレスペースメーカーと、最新の治療を福岡都市圏にていち早く導入しました。そして2019年には、大動脈弁狭窄症に対する経カテーテル大動脈弁留置術(TAVI)の実施施設となり、2020年には左心耳閉鎖デバイス(WATCHMAN)による心原性脳塞栓症予防治療も開始しました。2022年8月からは2室目のハイブリッド手術室が整備され、より多くの症例を受け入れることが可能となり、2024年1月からは経皮的僧帽弁接合不全修復術(MitraClip)を開始しました。

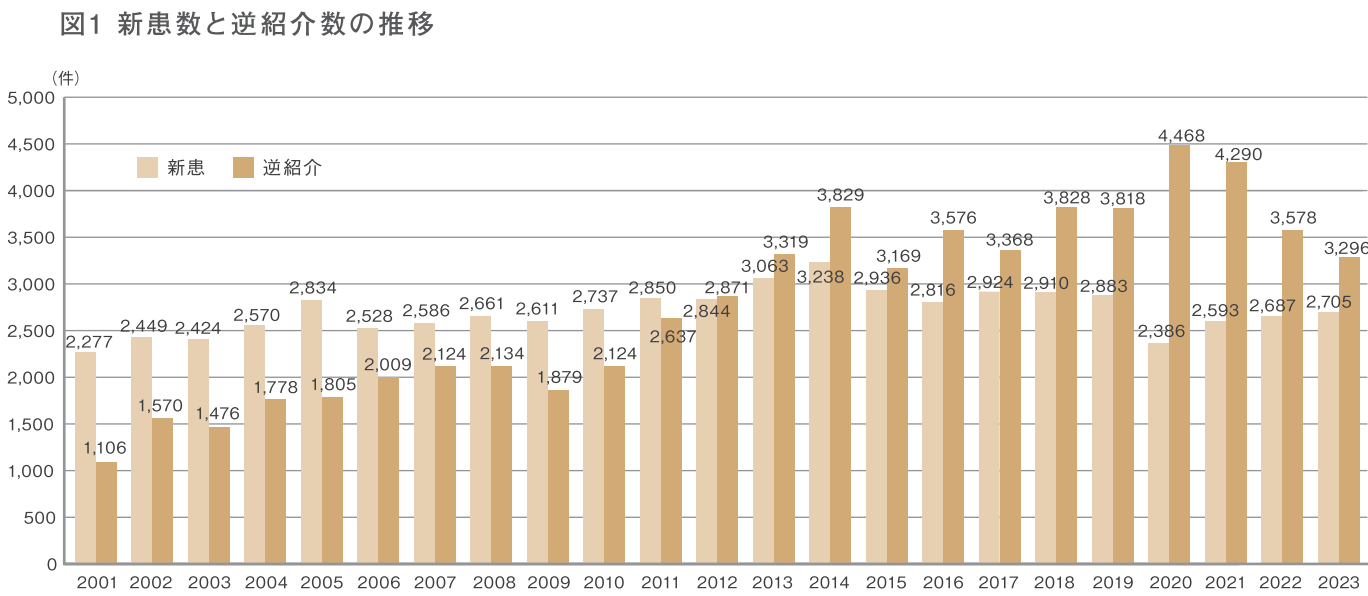
1999年に6人のスタッフで内科から独立した循環器内科ですが、2024年度は15人のスタッフで診療を行っています。



診療実績

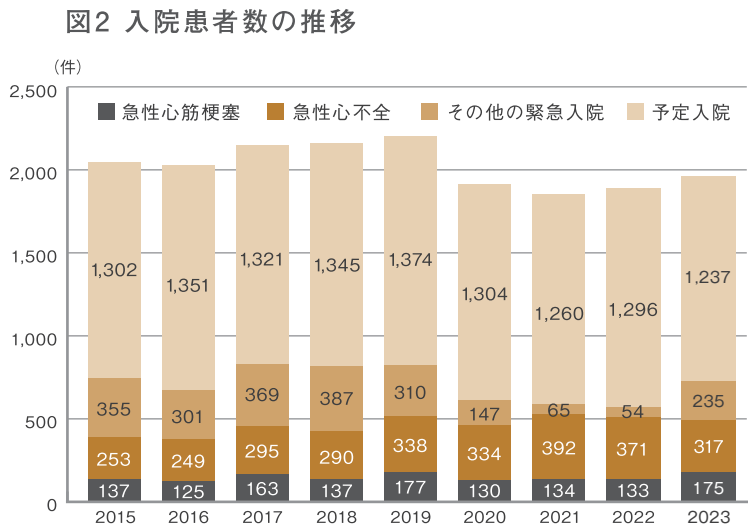
外来

当院では国の医療政策に基づき、入院機能を重視し、外来については紹介患者を中心に診療を行なっています。
2023年の外来患者数は16,817人(−1%)、うち新患2,705人(+1%)で、紹介率94%、逆紹介率180%でした。当科関連の年間救急車台数は530件で、入院率は86%(454件)でした。
紹介患者や救急患者を積極的に受け入れ、逆紹介を推進することで、地域医療に貢献する心臓血管・大動脈センターを目指しています。



入院

2023年の新規入院患者数は1,964人(+6%)、平均在院日数は7.0日(−5%)でした。
入院患者の37%(727人)は、急性心筋梗塞や急性心不全、大動脈解離、肺血栓塞栓症、不整脈などによる緊急入院でした。
予定入院の多くは、狭心症やアブレーション、末梢動脈治療、ペースメーカ移植術、TAVIなどの侵襲的治療を目的としたものでした。



急性心筋梗塞

2023年の急性心筋梗塞の症例数は175例(昨年146例)と増加しました。そのうち院外心肺停止は25例(昨年13例)で、生存退院率は56.0%でした。急性心筋梗塞の心原性ショックに対して使用した補助循環装置IABP/PCPS(ECMO)/IMPELLAはそれぞれ31/17/25例で、IABPが減少しIMPELLAが増加しました。当院では、2021年よりインペラ(IMPELLA)と呼ばれる最新の経皮的補助循環用ポンプカテーテルを導入しました。経皮的に鼠径部からカテーテル型小型軸流ポンプを左心室内に挿入し、心機能を補助するとともに心負荷を軽減することができます。広範囲の急性心筋梗塞症例等での有効性を実感しています。

ST上昇型心筋梗塞では、発症から冠動脈再灌流までの時間が予後に直結しますので、夜間時間外でもできるだけ早くカテーテル治療(PCI)を行う必要があります。当院における病院到着から冠動脈再灌流までの時間(door to balloon time)は平均69分で、ガイドラインで推奨されている90分以内の達成率は83%(昨年78%)でした。コロナ禍の救急搬送において、検査前に感染のチェックが必要になることがあります、できるだけ遅延のないよう努力しています。2023年は新型コロナ感染症が5類に移行し、社会活動、人の動きが活発になるに伴い、急患症例も増加した印象がありました。

表1 2023年急性心筋梗塞例(他科の院内発症例を含む)

	院外心肺停止例 25例	非心肺停止例 150例
男/女	24/1(男 96.0%)	107/43(男 71.3%)
年齢(平均)	47-94(65.8)歳	31-97(69.8)歳
男/女	47-84(64.6)歳/94(94.0)歳	31-93(66.6)歳/50-97(77.8)歳
平均在院日数	25.9日	12.4日
診断と治療		
緊急冠動脈造影施行	25	148
ステント	21	103
バルーンのみ	4	41
血栓吸引のみ	0	0
冠動脈造影のみ	0	4
PCI不成功	0	1
IABP / PCPS / IMPELLA	6/14/14	25/3/11
緊急冠動脈バイパス手術	0	1
院内転帰		
生存退院(生存退院率)	14(56.0%)	140(93.3%)
自宅退院/転院	6/8	124/16
死亡(院内死亡率)	11(44.0%)	10(6.7%)
心臓死/非心臓死	11/0	6/4 (CO ₂ ナルコーシス1例、急性肺塞栓症・肺癌1例、非閉塞腸管虚血1例、敗血症性ショック1例)

時間経過(STEMI 症例 83例)			
発症から病院到着まで	平均	2時間	29分
病院到着から緊急心カテ決定まで	平均	15分	
病院到着からカテ開始まで	平均	37分	
カテ開始から再開通まで	平均	32分	
病院到着から再開通まで	平均	69分	
*90分達成率		83.1%	

冠動脈疾患

2023年の冠動脈インターベンション(PCI)の総数は579例と昨年の543例から微増しました。そのうち緊急PCIは208例と昨年の178例と比較すると同様に増加しており、総数に占める割合は35.9%でした。ようやくコロナ禍の影響が軽減した印象です。急性心筋梗塞症例に対する緊急PCIは175例で、病院到着から冠動脈再開通までの時間(door to balloon time)は平均69分間でした。心原性ショック症例に対するIMPELLA使用は33例、心肺停止症例に対するPCPS使用は34例でした。離脱時の抜去はこれまでは外科的に実施していましたが、最近では止血デバイスと動脈内バルーン拡張を併用して経皮的に安全に行えるようになっております。

複雑病変に対する治療としては、DCA(方向性冠動脈粥腫切除術)が7例(前年5例)、エキシマレーザーが43例(前年43例)でした。高度石灰化病変に対するロータブレーター使用は59例(前年86例)、ダイヤモンドバックも5例(前年15例)に使用しました。今年度よりバルーンから衝撃波を放出するIVL(血管内碎石術)が使用可能となり、各種モダリティによる病変性状の評価に応じて前述の既存デバイスとの使い分けを行いながら、合計で42例に使用しました。慢性完全閉塞病変への治療は33例に実施しました(初期成功32例)。

不整脈治療

カテーテルアブレーション

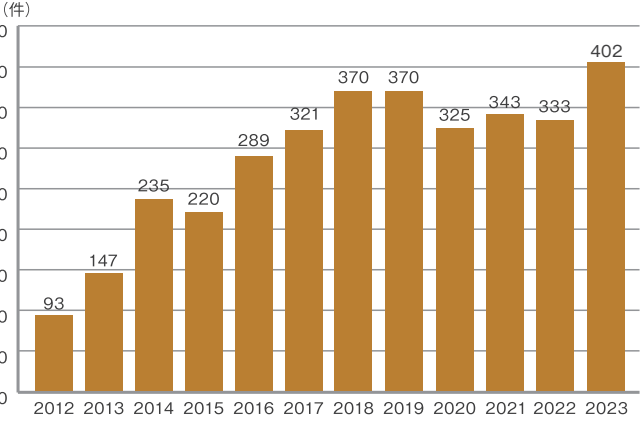
当院は2012年よりカテーテルアブレーション治療を開始し、これまでに3,500症例を超える治療を行ってきました。CARTO 3、EnSite Xといった最新の3D mapping systemを活用し、複雑な不整脈回路が同定可能となり不整脈治療の成功率が向上しています。発作性心房細動に対してはクライオバルーンアブレーション(冷凍凝固)を積極的に選択しています。また、レーザーバルーンアブレーションも導入しており、左心房や

肺静脈の解剖学的形態に応じて使い分けています。「安全」「短時間」な手術を目指してバルーンアブレーションを活用しています。器質的心疾患に合併した心室頻拍にも積極的に取り組んでおり、心外膜アプローチで治療を行う場合もあります。治療、診断機器の進歩が目覚ましい分野であり、最新の治療が提供できるよう努めています。

表2 不整脈の非薬物療法

カテーテルアブレーション	402
発作性上室頻拍	36
房室結節リエントリー頻拍	22
房室回帰頻拍	5
心房頻拍	9
心房粗動	25
通常型	10
非通常型	15
心房細動	317
発作性(うち クライオバルーン)	214(97)
持続性	84
長期持続性	19
心室頻拍	7
心室期外収縮	16
房室離断術	1
心室細動	0
《合併症》	8
(タンポナーデ 4例、横隔膜神経麻痺 3例、 深大腿動脈損傷 1例)	

図4 カテーテルアブレーション件数の推移



リードレスペースメーカー

リードレスペースメーカーはその名の通り、心臓につながるリード(電線)がありません。心臓の中に小さなカプセル型機械を留置するだけです。前胸部に本体を植え込む必要がありません。大腿静脈から専用のカテーテルを用いて右心室へ留置します。手術時間は1時間程度です。これまで、リードレスのため心房の収縮に同期させることができませんでしたが、2021年11月より心房の収縮を感知して同期させるMicra AVが使用可能となりました。

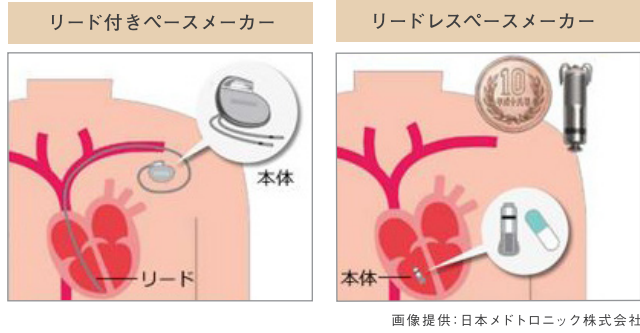
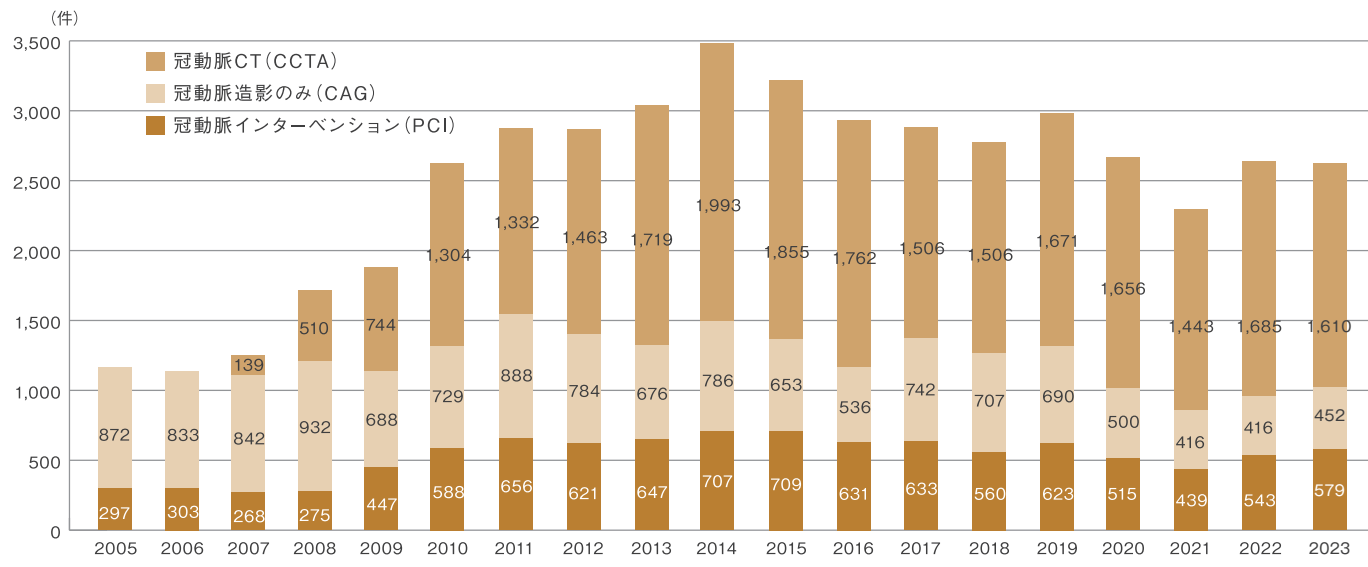
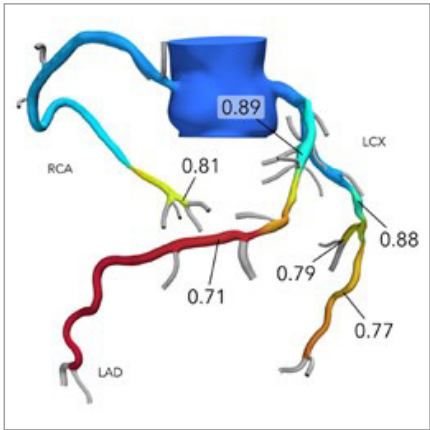


図3 冠動脈CT (CCTA)、冠動脈造影 (CAG)、経皮的冠動脈インターベンション (PCI)の推移



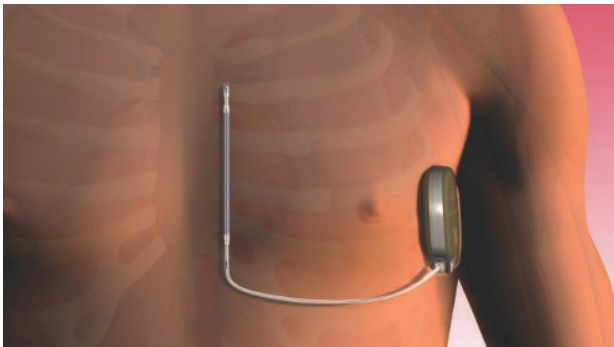
冠動脈CT



FFRct解析

皮下植込み型除細動器(S-ICD)

従来の植込み型除細動器(ICD)は静脈を通して心臓の中までリード線を挿入します。一方、皮下植込み型除細動器(S-ICD)は皮下のみにリード線と本体を植え込むものです。体の奥までリード線を入れずにすみ、耐久性に優れるという利点があり、当院でもこの治療法をいち早く取り入れています。ただし、ペースメーカー機能が使えないなどの制限があるため、病状に合わせて選択しています。



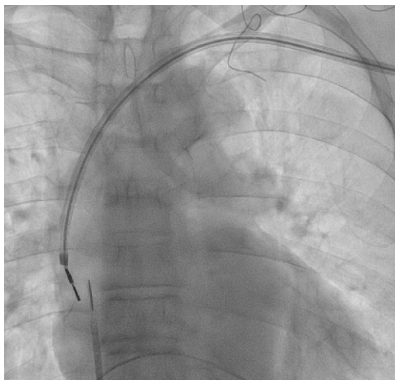
画像提供: Boston scientific

経皮的リード抜去術

ペースメーカー、ICD、CRT-Dといった心臓デバイスは一度感染を起こすと、全部取り出さなければ根治しません。しかし、心臓の中に植え込まれたリード線は血管や心臓と癒着するため、簡単には取り出せなくなります。従来は開胸手術で取り出していましたが、カテーテルでリード抜去する方法も技術、器機が進化しています。リード断線など感染以外の理由でのリード抜去も多くなってきています。

表3 エキシマレーザーリード抜去

エキシマレーザーリード抜去術	22
永久ペースメーカー	17
ICD	5
CRT-D	0
リードレス(Micra)	0



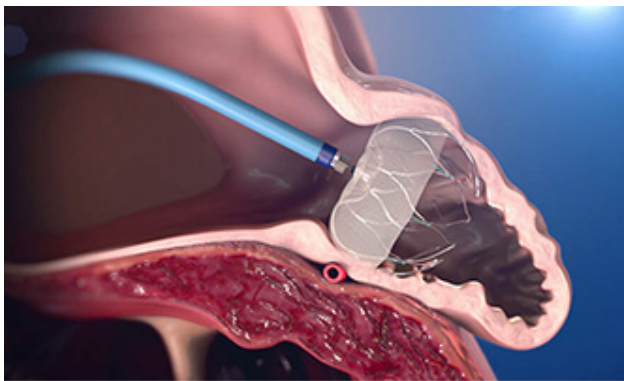
経皮的リード抜去(イメージ)

左心耳閉鎖デバイス(WATCHMAN)による心原性脳塞栓症予防治療

2020年7月から、WATCHMAN(左心耳閉鎖デバイス)を用いた新しい心原性脳塞栓症予防のカテーテル治療を開始しました。出血のリスクがあり、長期間の抗凝固薬服用が難しい心房細動の患者さんの塞栓、出血リスクを減らすことが目的です。

心臓の中で血栓ができやすい左心耳にWATCHMANを留置することで、血栓ができるスペースをなくします。

2021年からは次世代のWATCHMAN FLXが使用可能となり、安全性、成功率もさらに向上しました。



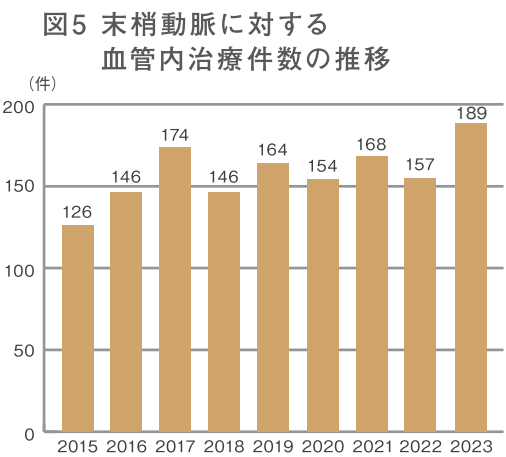
左心耳閉鎖デバイス(イメージ) 画像提供: Boston Scientific Corporation.

末梢動脈疾患

2023年の血管内治療総数は延べ189例でした。全体の54%がCLTI(chronic limb threatening ischemia)であり、治療に難渋する症例もございました。多診療科よりなるフットケアチームと情報共有しつつ、集学的治療を実施しております。

外科的血行再建とのハイブリッド治療は34例(18%)にのぼり、これまでどおり血管外科とのタイアップにより有効で効率的な血行再建に努めております。

エキシマレーザーカテーテルや新規自己拡張型ステントなどの新規デバイスも多施設に先んじて導入しており、vascular team conferenceによるdiscussionを経て、最適な治療を選択しております。



経カテーテル的大動脈弁留置術(TAVI)

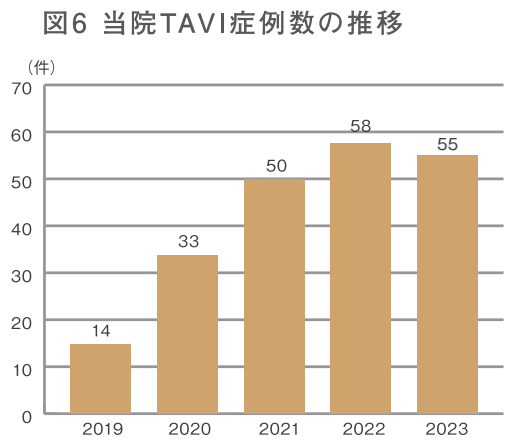
TAVIは重症の大動脈弁狭窄症を、開胸することなくカテーテルで、生体弁を心臓まで運び留置する革新的な治療法として開発されました。当初は開心術リスクが高い方へのみの適応でしたが、近年、弁膜症治療のガイドライン(日本循環器学会)や添付文書が改訂され、TAVIは手術リスクによらず全ての患者さんに施行できる治療となりました。

大動脈弁狭窄症は65歳以上の2~3%に認めることが報告されており、高齢者の心臓弁膜症の中で最も頻度が高い疾患です。また、弁口面積が1.0cm²を下回って重症になると症状(動悸、息切れ、失神)が出現し、放置した場合は数年で死にいたる病気ですが、弁置換術を行えば根治が期待できます。

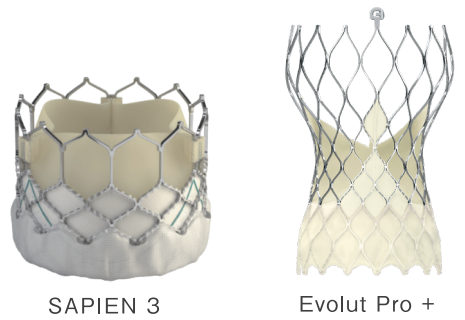
外科的大動脈弁置換術(SAVR)あるいはTAVIの選択基準については、ガイドラインで年齢の目安が示され、80歳以上はTAVI、75歳以下はSAVRを優先的に考慮することとなっています。また両方の手術について十分なインフォームドコンセントを行い、患者さんの希望も尊重した上で、ハートチームで決定するように推奨されました。

当院では2019年4月よりTAVIを開始し、2023年3月現在で計222人の患者さんを治療しました。治療基準をクリアし2023年9月に学会よりTAVI専門施設に認定され、慢性透析患者さんへのTAVIも当院で可能になりました(福岡市内では九州大学病院、当院のみ)。実際の手術時間は60~90分、術後入院期間は1週間程度です。96%の方は鼠径部からの大腿動脈アプローチで治療可能です。

国内で使用可能なTAVI弁はバルーン拡張型のSAPIENと自己拡張型のEvolutとNavitorの3つがありますが、当院ではいずれも使用でき患者さんの状態に合わせて選択しています。



TAVIで留置する人工弁



画像提供: エドワーズライフサイエンス株式会社
日本メドトロニック株式会社

心不全サポートチーム

高齢者の心不全患者の増加は、社会問題化しており、心不全パンデミックと呼ばれます。

当院における2023年の心不全入院患者は延べ317人(平均78歳、男性55%)でした。当院も心不全入院患者の高齢化が進んでいます(図7)。

入院を要する心不全増悪の原因は、基礎心疾患や不整脈、心筋虚血などの医学的要因だけでなく、塩分摂取過多や服薬の自己中断や不規則な服用や感染、過労などの日常生活に起因する要素も多く、当院では心不全入院患者の約4-5割がこれに該当します。そのため、心不全の再入院予防のためには、医師による病態への介入だけでは不十分です。

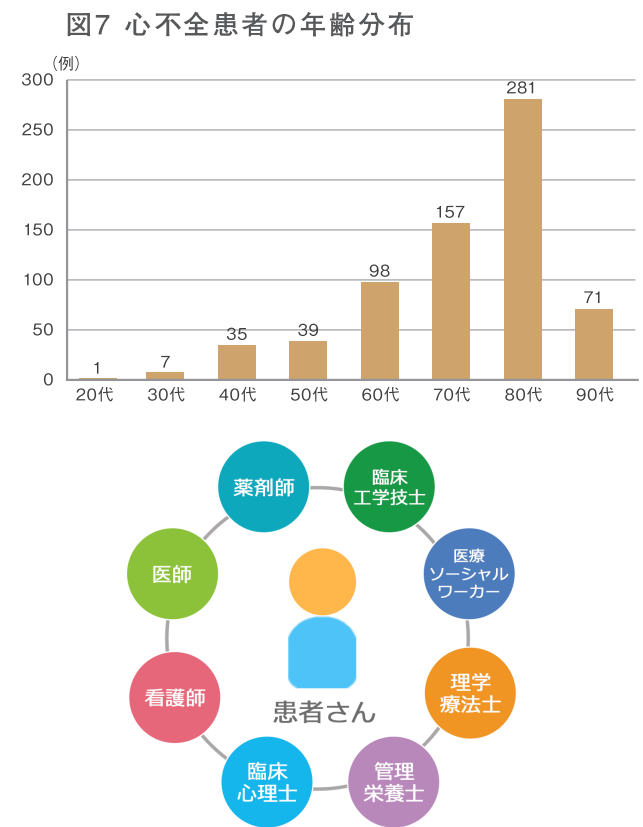
そこで当院では、医師、慢性心不全看護認定看護師、管理栄養士、理学療法士、薬剤師、臨床工学技士、医療ソーシャルワーカー(以下、MSW)、公認心理師など、多岐にわたる臨床スタッフで心不全サポートチームを形成し、週1回心不全カンファレンスを行いながら、よりよい心不全チーム医療を目指しています。2021年から日本循環器学会公認の「心不全療養指導士」が制定され、当院でも看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士の計21人が取得しています。心不全認定看護師2名のもと強力な多職種チームで活動しています。

さらに独居や老老介護の高齢者であることも多いため、退院後は開業医の先生方との連携や適切な福祉サービスの導入検討も必須です。生活・社会環境に応じ、MSWと検討しています。

さまざまな心不全増悪防止対応を行っています。再入院を繰り返すケースも多く、重症心不全患者は緩和医療の適応となる場合があります。その場合は、当院のがん

治療サポートチームにもカンファレンスに参加してもらい、症状緩和をどうするかということだけでなく、多様な生活環境や家族環境の中でどのように開業医の先生方や福祉サービスと連携をとっていくべきかについて、アドバイスをもらいながら議論しています。

心不全は根治する疾患ではありません。そのため、退院後の安定時にも再増悪をいかに予防していくかが重要となります。定期的に心不全の状態や日常生活における増悪リスク要因などの評価を目的とし、医師や慢性心不全看護認定看護師、管理栄養士などチームで心不全外来も行っています。



アミロイドーシス

高齢者の心不全の原因疾患として、トランスサイレチン型心アミロイドーシス(ATTR)が注目されています。ATTRは予後不良の疾患で、これまで有効な治療法はありませんでしたが、2018年に発表されたATTR-ACT試験(NEJM 2018; 379: 1007-1016)によって、タファミジス導入施設として認定されました。ATTRは比較的稀な疾患と考えられてきましたが、診断技術の進歩によって、高齢者心不全の10-20%でATTRが関与していることが明らかになってきました(Circ Rep 2019;1: 277-285)。特に左室肥大を伴う心不全患者では、ATTRの有無を明らかにすることが大切ですので、ご相談いただければ幸いです。

ECMOチーム(PCPSチーム)

心肺停止症例に対して、ACLSに引き続いて体外生命維持装置としてPCPS(V-A ECMO)を導入しています。当院は3次救急医療機関であり、心肺停止症例や心原性ショック症例も多く搬送されます。PCPSの診療には、医師(循環器内科医、救急医)、看護師、臨床工学技士、薬剤師、理学療法士による多職種のチームで診療にあたり、多くの救命症例を積み重ねています。2023年のPCPS導入患者における離脱率は54.8%、1ヵ月生存率は25.8%、社会復帰率は22.5%でした(Glasgow-Pittsburge Cerebral

PerformanceCategory1-2を「社会復帰」と定義)。

また、2021年から新たに心原性ショックなどの重症心不全に対する補助循環用ポンプカテーテルIMPELLAが使用可能となりました。2023年は33例を実施し、今後もより多くの重症心不全患者さんの治療にお役立ちできると期待しています。

これらの臨床成果を医師・臨床工学技士・看護師などさまざまな職種の立場から学会発表しています。

表4 ECMO離脱率

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年
V-A ECMO症例数	21	21	23	24	21	28	22	21	30	31
CPA	21	20	23	24	20	26	21	19	28	25
院外発症	15	13	17	11	18	18	13	12	20	17
急性心筋梗塞	11	10	9	12	13	19	10	6	11	17
PCPS離脱(率)	13(61.9%)	13(61.9%)	10(43.5%)	14(58.3%)	10(47.6%)	19(67.9%)	11(50.0%)	10(47.6%)	11(36.7%)	17(54.8%)
1ヵ月生存(率)	6(28.6%)	8(38.1%)	5(21.7%)	9(37.5%)	7(33.3%)	12(42.9%)	8(36.3%)	8(38.1%)	10(33.3%)	8(25.8%)
社会復帰(率)	6(28.6%)	6(28.6%)	4(17.4%)	7(29.2%)	6(28.6%)	10(35.7%)	5(22.7%)	8(38.1%)	7(23.3%)	7(22.5%)

教育および地域医療連携

ようやくコロナ禍の影響も軽減し、九州大学および福岡大学の医学部学生実習や、国内外の医師を招いたPCI、EVT、不整脈関連の院内ワークショップを再開できました。地域の先生方との「天神循環器よろず相談セミナー」、「天神不整脈研究会」、「Frontline Interventional Cardiology

Forum」、「心不全の医療連携を考える会」なども一部は現地+オンラインのhybrid形式で開催でき、これまでの通常が戻りつつあることを実感する1年となりました。連携室スタッフとの施設訪問も積極的に実施することができ、直接顔の見える連携を深めていければと考えております。

今後の展望

当科の診療の基軸である院外心肺停止や心原性ショック症例を始めとする重症な循環器救急疾患については、ECMOやIMPELLAなどの機械的補助循環装置を駆使し、メディカルスタッフと協力してこれまで同様に積極的に受け入れてまいります。

動脈硬化性心血管疾患、不整脈、構造的な心疾患などの診療については、最新鋭の医療機器を他施設に先駆けていち早く導入することでより専門性の高い治療を提供すると同時に、国内外の医師を招いたワークショップ開催を通

じて研鑽を重ねてまいります。

また、こうした日常診療より得られた新たな知見については積極的に公表・活用することで、診療の質向上につなげていきたいと考えております。

近年の診療内容の充実を踏襲しつつ、これまで同様に心不全、不整脈、虚血性心血管疾患を3本の診療の柱として、地域のトップランナーとして邁進していく所存ですので、引き続き宜しく願い申し上げます。

診療方針

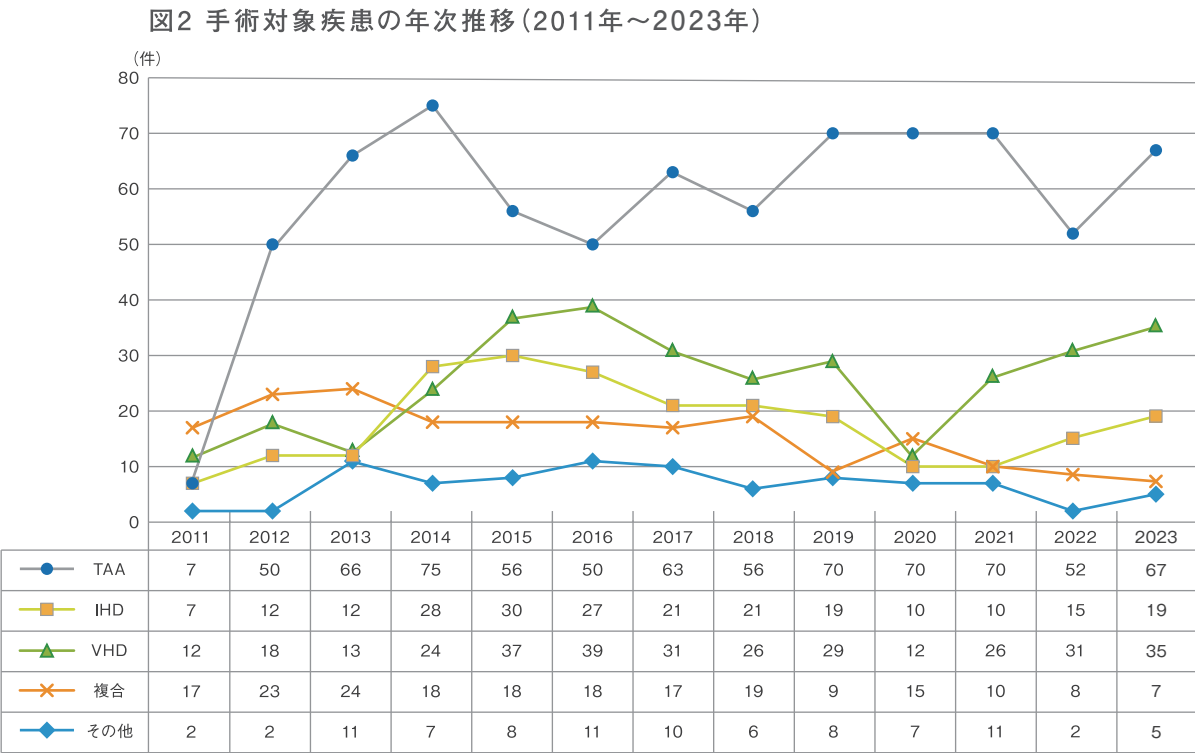
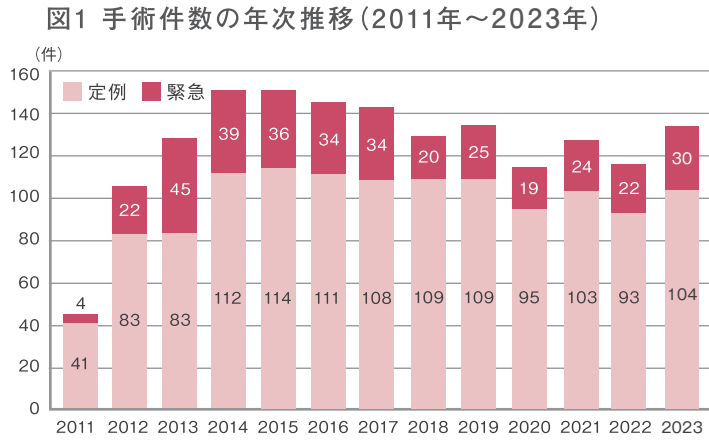
2011年4月に心臓血管外科が新設されました。循環器内科・血管外科とともに心臓血管・大動脈センターとして福岡市内での循環器疾患治療の主要拠点を目指しています。循環器内科、血管外科、心臓血管外科が連携し、初診から退院・外来通院まで協力体制で治療しています。また、緊急手術を要する急性大動脈解離や大動脈瘤破裂に対しても24時間体制で迅速に対応しています。他院の循環器内科との連携も良好で、初診より退院後の逆紹介までスムーズに行っています。

診療実績

心臓および胸部大血管手術(ステントグラフトを含む)の累積件数は、1,600件を超えました。

2023年1月から12月までの手術件数は134件(待機手術104件、緊急手術30件)でした。待機手術患者104例中のうち手術死亡(30日以内)を認めませんでした。

緊急手術(急性大動脈解離は28例)30件中の手術死亡は4件で、13.3%でした(胸部ステント感染、胸部ステント迷入、心筋梗塞後心室中隔穿孔、急性大動脈解離)。

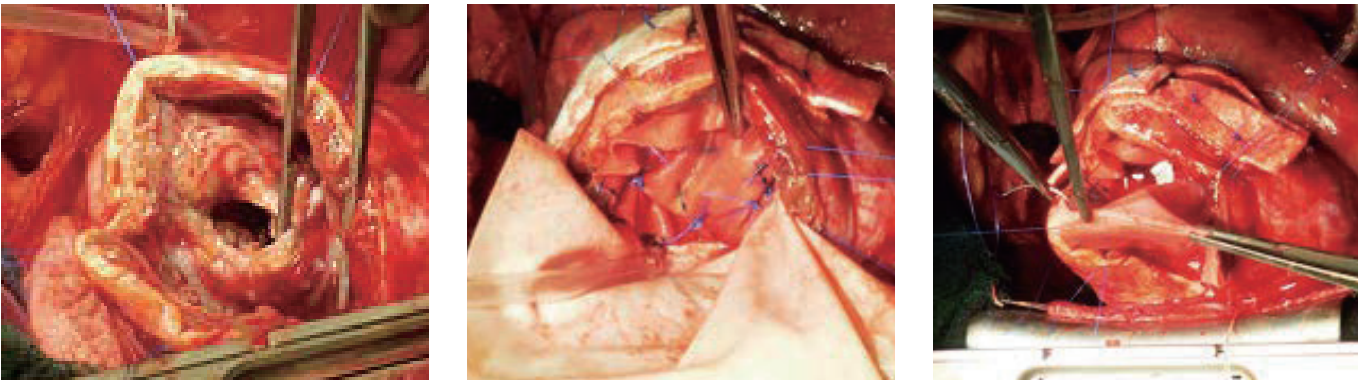


診療内容

冠動脈バイパス術(CABG)

狭心症・心筋梗塞の外科治療としてのCABGは、40年以上前より行われてきました。近年のカテーテル治療の進歩により適応は減少していますが、糖尿病患者や左冠動脈主幹部病変、複雑多枝病変には有用な手術です。以前は心停止下に行われていましたが、人工心肺による体の負担を軽減させるため、基本的に人工心肺を使用しないOPCAB手術を行っています。

その他、急性心筋梗塞合併症である心破裂、心室中隔穿孔に対する緊急手術も行っています。



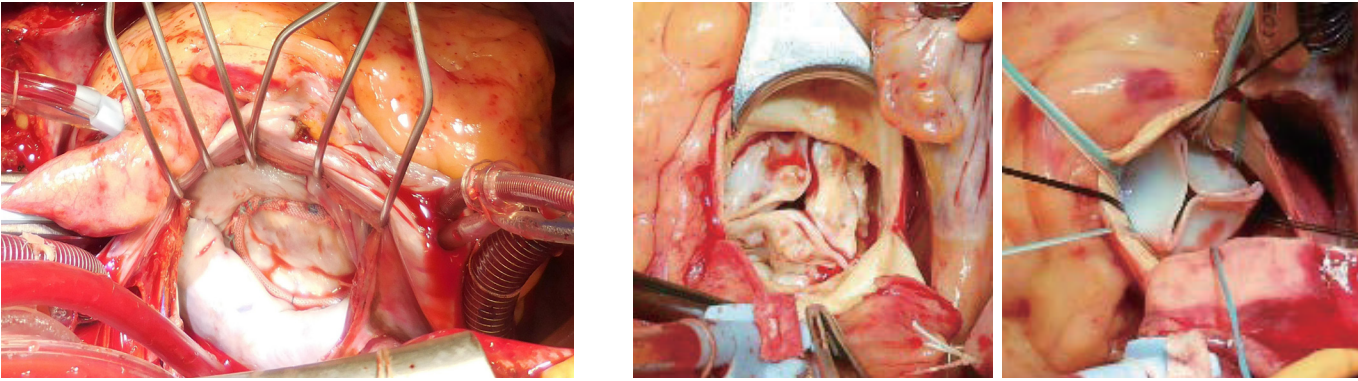
心室中隔穿孔部閉鎖術：穿孔部(左)、ウシ心膜シートにて穿孔部位を左室側と右室側からサンドイッチ閉鎖(中・右)。

弁膜症手術

心臓には4つの弁がありますが、病気が多いのは僧帽弁、大動脈弁、三尖弁の3つです。高齢者では症状(息切れなど)を年齢のせいにして、病気の存在に気付かない場合をよく見かけます。

●弁置換術と弁形成術

治療方法として、悪くなった自分の弁は取り除き、生体弁(牛や豚)や機械弁(チタンやカーボン)で置き換える弁置換術と壊れた自分の弁に細工を加えて修繕する形成術が挙げられます。僧帽弁閉鎖不全症や三尖弁閉鎖不全症では積極的に弁形成術を行い、予後の改善に努めています。



自己弁を修復する僧帽弁形成術

大動脈弁狭窄症に対する人工弁(生体弁)置換手術：石灰化した大動脈弁(左)、生体弁による大動脈弁置換(右)

● 弁置換術における人工弁の種類と特徴

		素材	特徴	耐久性
機械弁		チタンやカーボン	人工弁の蝶番に血栓が付着すると弁の開閉ができなくなるため、ワーファリンの服用が必要となります。	半永久的
生体弁		特殊処理したウシの心膜やブタの弁	植え込み後3か月はワーファリンが必要となりますが、不整脈がなければ不要となります。	15年程度

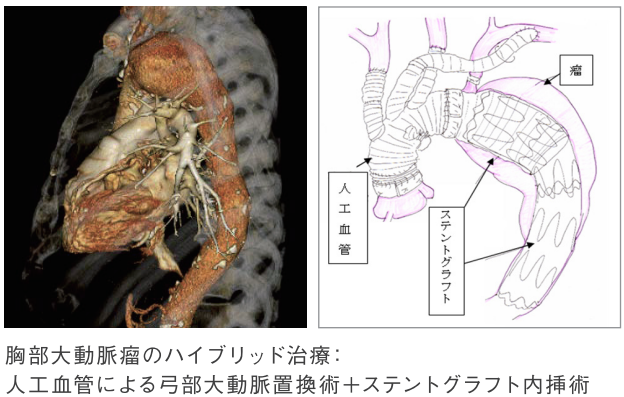
◆ MICS手術について

MICS(Minimally Invasive Cardiac Surgery); 低侵襲心臓手術
通常の心臓手術は、胸骨を正中切開します。MICS手術では右の肋骨の間から骨を切らずに行います。骨を切らないため、出血が少なく、術後の回復も早いとされています。しかしながら手術難易度が上がるため、適応を吟味して行う必要があります。
適応症例：心臓弁膜症に対して行います。複合的な手術では施行しません。
大動脈弁置換術、僧帽弁形成術、僧帽弁置換術、三尖弁形成術、心房中隔欠損症など。

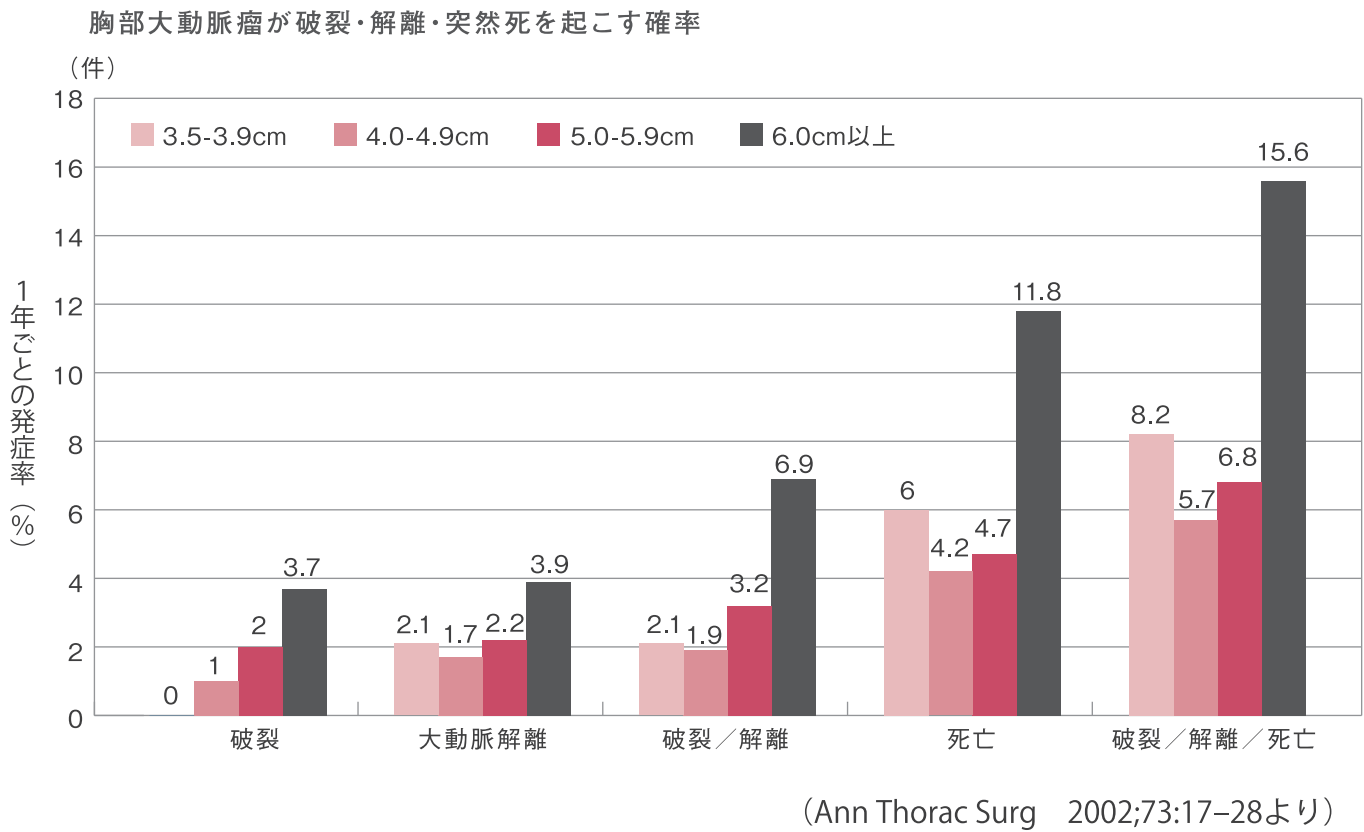


胸部大動脈瘤

高齢化社会に伴い、外科手術症例は増加傾向にあります。特に動脈瘤疾患に対する手術は増加しています。動脈瘤手術は、従来の開胸による人工血管置換手術に加え、低侵襲化されたステント治療が普及しています。
動脈瘤は加齢や動脈硬化などの影響で拡大しますが、ほとんどの場合は無症状で経過します。拡大した血管は少しの刺激でも破れたり(破裂)、裂けたり(解離)しやすくなっています。破裂や解離が起こると突然死を生じてしまう可能性があります。

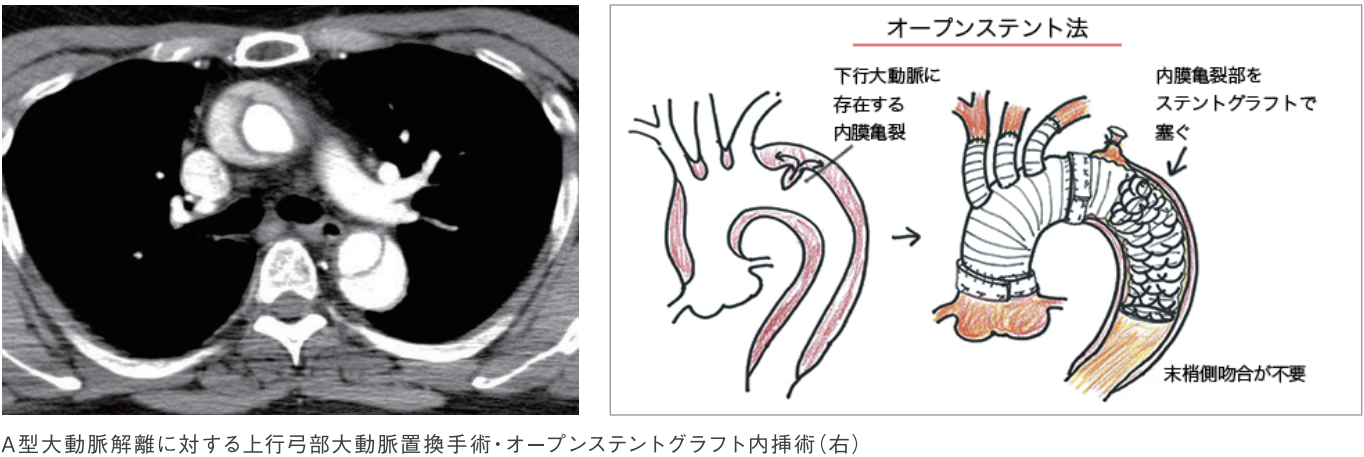


当施設は、2011年12月に胸部大動脈瘤に対するステントグラフト治療施設に認定されました。ステントグラフトとは、ステントとグラフト(人工血管)とを組み合わせたもので、カテーテルによる動脈瘤手術を可能としました。あらゆる症例に対して、血管外科と合同で治療を行っています。



急性大動脈解離

急性大動脈解離は突然死が起こる危険な病気です。特に拡大傾向にある動脈瘤では発症しやすく、注意が必要です。解離の部位によりA型とB型に分類されます。A型解離は、基本的に緊急手術による人工血管置換術を行っています。B型解離の場合は、保存的治療が原則ですが、合併症を伴う場合にはステントグラフト内挿術を行っています。



A型大動脈解離に対する上行弓部大動脈置換手術・オープンステントグラフト内挿術(右)

診療体制

当院外科の一部門であった血管外科は、2013年春より心臓血管・大動脈センターの一員として循環器内科、心臓血管外科とともに診療にあたる体制となりました。2016年度より血管外科は伊東啓行(主任部長)と岡留 淳(部長)の2人体制で、入院患者さんの診療においては、これに外科後期研修医、初期研修医が加わっています。この体制は2024年度も引き続き、外来診療日は水曜(伊東・岡留)・金曜(伊東)です。

血管外科では閉塞性動脈硬化症をはじめとする動脈閉塞性疾患、胸部・腹部大動脈瘤をはじめとする動脈瘤、下肢静脈瘤や深部静脈血栓症をはじめとする静脈疾患を主として取り扱っていますが、その他にも血管外傷や、時には後腹膜腫瘍など、さまざまな血管疾患、血管を取り巻く疾患を診療しています。別表に2023年1年間の手術症例を示しますが、動脈疾患に関しては典型的な外科的血行再建術に加えて、血管内治療、及びこれらを組み合わせたいわゆるハイブリッド治療を積極的に行っています。静脈疾患に関しては下肢静脈瘤に対する大伏在静脈ラジオ波焼却術を中心に行っています。若干の紹介を加えます。

腹部大動脈瘤・腸骨動脈瘤

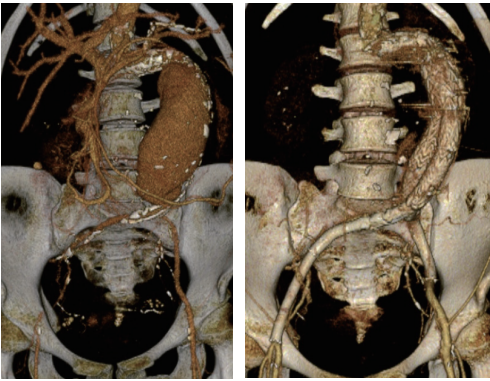
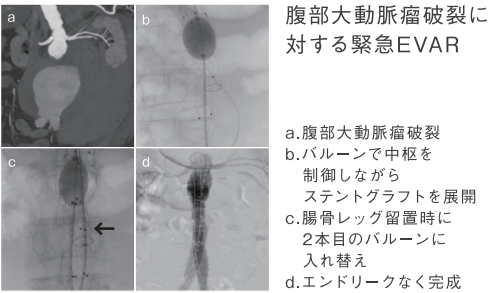
腹部大動脈瘤・腸骨動脈瘤に対しては2009年4月以降、全症例数の85%以上にあたる年間60例以上を低侵襲的なステントグラフト留置術(Endovascular Aortic Repair: EVAR)にて治療しています。2023年も腹部大動脈・腸骨動脈ステントグラフト留置症例は67例と、90%以上の症例に対して適用しました。いわゆる解剖学的適応(Instruction for Use)から外れている症例に対しても、実施可能と判断した症例ではEVARで治療していますが、経験症例数の増加とともにエンドリークに対する追加治療を行った症例、少ない症例数ながらも術後破裂症例も散見されるようになり、70歳未満のリスクの少ない患者さんに対しては、基本的には通常的人工血管置換術を第1選択と考えています。エンドリークに対しては、放射線科とのコンサルトの上で、経動脈的、あるいは経皮的な塞栓術を以前にも増して積極的に行うようになりました。多くの症例で、エンドリークに伴う瘤径増大が制御されるようになりました。

また、腹部大動脈瘤破裂・切迫破裂などの緊急症例に対しても24時間対応可能です。米国血管外科のガイドラインでも推奨されているように、緊急EVARを第1選択として治療にあたり、80%以上の救命率を得ています。2023年は破裂例・切迫破裂例も全例救命されました。



表 2023年 血管外科手術症例数

手術	264
動脈瘤(心外、救急TEVAR)	236(34)
胸部・腹部・腸骨動脈瘤など(膝窩動脈瘤、大腿動脈瘤、仮性動脈瘤など含む)	117
慢性動脈閉塞症	76
急性動脈閉塞症	20
その他(PCPS抜去など)	23
静脈瘤	28
下肢静脈瘤	28

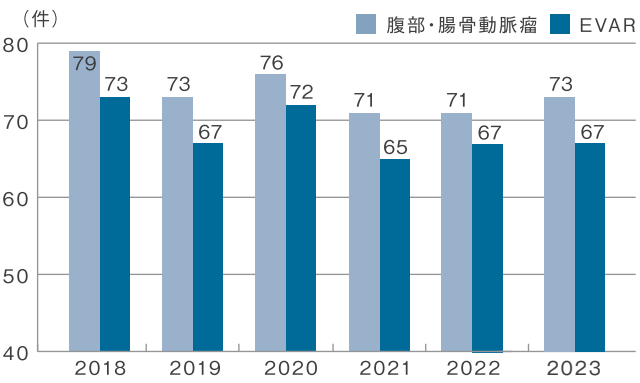


右外腸骨動脈閉塞、高度蛇行を合併した腹部大動脈瘤に対するステントグラフト留置術前後

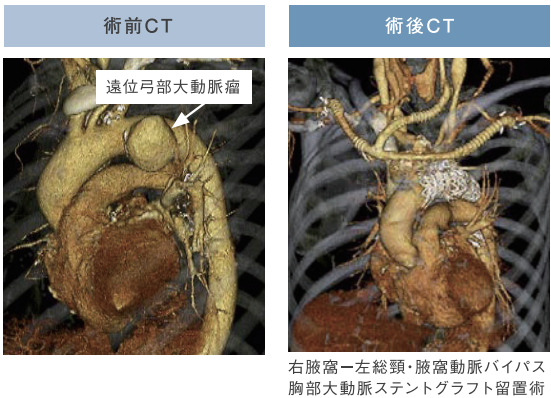
胸部大動脈瘤・大動脈解離(心臓血管外科との共同治療)

2012年より本格的に開始した胸部大動脈ステントグラフト留置術(Thoracic Endovascular Aortic Repair, TEVAR)症例に関しては、緊急開胸手術への移行の可能性があることや、周術期の管理に習熟していることから心臓血管外科症例として血管外科と共同して実施する体制をとっています。すなわち、胸部大動脈疾患に関しては心臓血管外科チームと十分な検討のもと、最も適切な治療法を考え、必要に応じて頸部分枝のバイパスを併施することで、TEVARの適応を拡大し、低侵襲的治療を行っています。2023年は34例と、前年よりも増加しました。うち11例は破裂・切迫破裂、及び感染瘤、B型大動脈解離などに対する緊急症例でした。TEVARとその周辺手技がルーチン化し、また一部のTEVARデバイスは院内在庫を置くことも可能となり(福岡市内唯一)、緊急症例であってもスムーズに治療が行える体制が整っています。

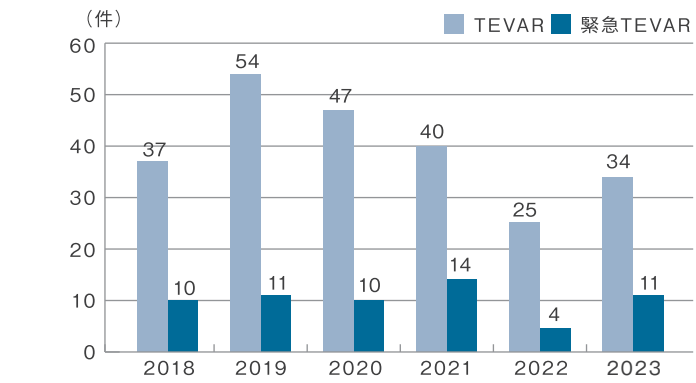
図1 大動脈瘤 症例数の年次推移



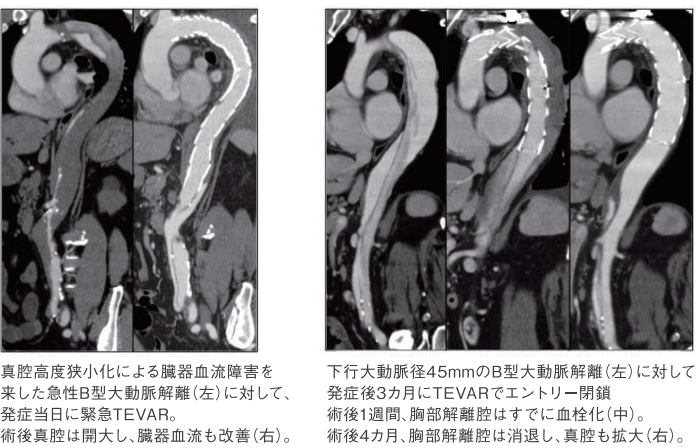
遠位弓部大動脈瘤に対する頸部分枝バイパス併用TEVAR



破裂や腹部臓器血行障害をきたすような急性B型大動脈解離に対しても、最新の治療ガイドラインに従い、緊急TEVARを行い、エントリー閉鎖、真腔の拡大を図ることで良好な結果を得ています。また、そのような合併症がないB型解離に対しても大動脈径が大きいなど、適応があると考えられる症例に対しては、大動脈解離発症後亜急性期にTEVARを施行し、エントリー閉鎖を行っています。済生会福岡総合病院は福岡市内において腹部・胸部大動脈ステントグラフトの指導医が常勤する数少ない病院のひとつとなっています。当科における大動脈瘤治療症例数の推移を図1で示します。



急性期・亜急性期B型大動脈解離に対するTEVAR



末梢動脈閉塞性疾患

近年術中血管造影・血管内治療を併用する症例が増加しています。動脈閉塞性疾患に関しては循環器内科、放射線部と毎週木曜日に合同カンファレンスにて最適な治療方針の検討、また実際に行った治療に対する検討などを行って、両科の協力のもとに治療を進めています。特に治療適応に関して、安易な選択を行わないよう、厳密に検討するようにしています。

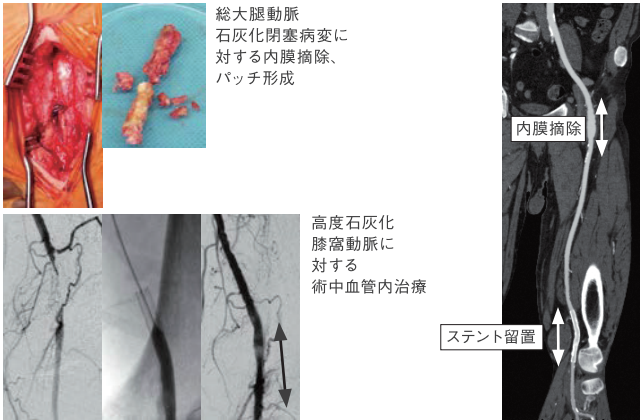
センター化によって、末梢動脈閉塞性疾患に対する血管内治療は文字どおり、共同で治療にあたる機会が増加し、それに伴い症例の集積も一元化することとしました。その結果、当科での外科的血行再建症例件数も一時右肩上がりに増加しましたが、コロナ禍の中で不要不急の受診が減ったこと、病棟内での感染発生に伴う病棟閉鎖・入院制限による影響もあったかもしれませんが、2019年以降はやや減少傾向が続いていました。2023年は外科的血行再建症例数が59例と増加に転じました。この中には通常の経皮的血管内治療に加えて、外科的な大腿動脈内膜摘除(Thromboendoarterectomy, TEA)、あるいはバイパス術と同時に血管内治療を施行した、いわゆるハイブリッド治療症例も含まれており、病変に応じて最適と思われる治療戦略を選択しています。

さらに虚血性潰瘍などを伴う重症虚血肢症例では、血行再建と同時に形成外科チームによるデブリードマンを行う体制を確立させており、ハイブリッド手術室内はもちろん、血管造影室でも対応可能です。このような血管内治療、下腿・足部バイパス、創傷ケア、フットケアといった集学的な治療体制は当院心臓血管センターにおける大きな特徴となっています。

一方好評であった循環器内科・血管外科で年に数回行っておりました血管内治療ワークショップは昨年より徐々に再開しました。今後、他院の先生方に来院いただき、当院での血管疾患治療を紹介するとともに、症例についてのディスカッションや、夜にはざっくばらんに交流を深めるワークショップを開催していきたいと思います。

静脈疾患

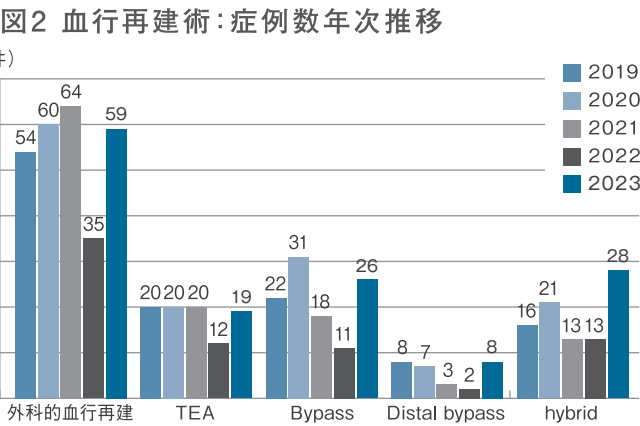
下肢静脈瘤に関しても当院では大伏在静脈ラジオ波焼却術を市内の総合病院としてはいち早く導入しました。静脈瘤の治療に関しては適応を重視し、詳細な超音波検査のもと、伏在静脈焼灼術・抜去術を適切に使い分けています。現在は大伏在静脈ラジオ波焼却術の日帰り治療にも対応しています。



ハイブリッド血行再建: 大腿動脈内膜摘除+血管内治療



包括的高度慢性下肢虚血 (CLTI) 症例に対する血行再建、救肢



施設情報	施設全体の病床数		373	床
	CCU入院患者数		314	名
	急性心筋梗塞患者数(ST上昇型 / ST非上昇型)		175(83/92)	名
	心不全入院患者数(急性 / 慢性)		371(317/54)	名
	急性大動脈解離患者数(A型 / B型)		52(34/18)	名
	循環器疾患入院中死亡数(急性心筋梗塞 / 心不全 / 急性大動脈解離)		41(19/21/1)	名
	循環器疾患剖検数		2	名
	日本循環器学会認定循環器専門医師数		15	名
	DPC疾患コード050030症例数(急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞)		143	症例
DPC疾患コード050130症例数(心不全)		401	症例	
施設情報 (診療科別)	循環器内科	病床数	42	床
		医師数	15	名
		外来患者数(新患 / 再来)	16,817(2,705/14,112)	名
		紹介数/逆紹介数(紹介率/逆紹介率)	1,918/3,296(93.8%/180.1 %)	名
		年間入院患者数(緊急)	1,964(727)	名
		平均入院日数	7.0	日
		クリニカルパス利用率(退院数 1,936件、使用数 1,292件)	66.7	%
	心臓血管外科	病床数	11	床
		医師数	4	名
		外来患者数(新患 / 再来)	1,342(116/1,226)	名
		年間入院患者数(緊急)	117(49)	名
		平均入院日数	33.1	日
	血管外科	病床数	5	床
		医師数	2	名
		外来患者数(新患 / 再来)	1,774(290/1,484)	名
		年間入院患者数(緊急)	215(38)	名
		平均入院日数	9.3	日
川崎病既往者の急性冠症候群患者数		0	名	
小中高校生の心原生院外心停止		0	名	
ファロー四徴入院患者数		0	名	
検査件数	心電図	ECG	21,657	件
		トレッドミルまたはエルゴメーター負荷試験	260	件
		心肺運動負荷試験CPX(連続呼吸ガス分析)	68	件
		マスター負荷試験	0	件
		ホルター心電図	622	件
		イベントレコーダー / 携帯心電計	20 / 8	件
	心エコー検査	経胸壁心エコー	10,056	件
		経食道心エコー	231	件
		負荷心エコー	25	件
		血管エコー	110	件
	心臓カテーテル検査	冠動脈造影検査(PCIは含めない)	452	件
		血管内超音波(IVUS)	420	件
		光干渉断層法(OCT)	182	件
		冠血流予備量比(FFR)測定	117	件
		左心室造影	13	件
		右心系造影	55	件
		大動脈造影	3	件
		電気生理学的検査(EPS)	2	件
		先天性心疾患の診断カテーテル	0	件
	核医学検査	安静時心筋血流シンチ	0	件
		負荷心筋血流シンチ(運動 / 薬物)	166(10/156)	件
		MIBG / BMIPP / ^{99m} Tc-PYP	0/5/46	件
		肺血流シンチ	9	件
		心臓FDG-PET	6	件
	CT	冠動脈CT(FFRct検査)	1610(121)	件
		大動脈血管CT	229	件
	MRI	心臓MRI検査	82	件
	その他の検査	PWV / CAVI / SPP	2901/0/40	件
		簡易SAS / 複雑SAS(PSG)	182/66	件

2023年 心臓血管・大動脈センター診療実績一覧

冠動脈インターベンション	冠動脈インターベンション(緊急 / 待機)	579(208/371)	件
	成功率	99.7%	件
	ステント(DES / BMS)	(447/0)	件
	バルーンのみ(薬剤溶出バルーンを含む)	132	件
	吸引のみ	0	件
	ロータブレーター	59	件
	エキシマレーザー	43	件
	DCA	7	件
	ダイヤモンドバック	5	件
	IVL(血管内碎石術)	42	件
カテーテル治療(その他)	IVCT(経静脈的冠動脈血栓溶解療法)	0	件
	急性心筋梗塞患者に対する緊急PCI	169	件
	CTO	33	件
	PTA(末梢血管インターベンション)	189	件
	PTMC(経皮的増幅弁交連切開術)	0	件
	TAVI(経カテーテル的大動脈弁留置術)	55	件
	MitraClip(経皮的増幅弁接合不全修復術)	0	件
	PTAV(経皮的大動脈弁バルーン拡張術)	2	件
	BPA(経皮的バルーン肺動脈形成術)	0	件
	PTSMA(経皮的中隔心筋焼灼術)	3	件
不整脈治療	IVC filter(下大静脈フィルター挿入)	3	件
	左心耳閉鎖術(WATCHMAN)	16	件
	先天性心疾患のカテーテル治療	0	件
	心筋生検	55	件
	川崎病既往者のPCIおよびバイパス術	0	件
補助循環	IABP	58	件
	ECMO(VA / VV)	34(31/3)	件
	LVAD	0	件
	IMPELLA	33	件
アブレーション治療	アブレーション治療	402	件
	永久ペースメーカー:新規(リードレス) / 交換	88(35)/27	件
	ICD植込み件数:新規(S-ICD) / 交換	19(5)/9	件
	CRT-P(心臓再同期療法):新規 / 交換	6/1	件
	CRT-D(両室ペーシング機能付き植込み型除細動器):新規 / 交換	9/3	件
外科手術	心臓手術	134	件
	CABG on-pump / off-pump	1/13	件
	弁膜症手術:弁形成術 / 弁置換術	20/22	件
	大動脈弁狭窄症による弁置換術手術	11	件
	胸部大動脈疾患手術:解離 / 瘤	30/41	件
	急性大動脈解離による緊急手術	28	件
	腹部大動脈 + 末梢血管疾患手術	132	件
	大動脈ステントグラフト:胸部 / 腹部	34/67	件
	先天性心疾患手術	0	件
	Fontan手術	0	件
在宅陽圧呼吸管理実施数	CPAP / BiPAP(のべ)	587/24	件
	ASV(のべ)	40	件
リハビリテーション	心大血管疾患リハビリテーション	新規患者数	1069 名
		実施件数(のべ)	7440 件

2023年 学会 講演会・研究会 原著論文

循環器内科 学会

学術集会	日付	場所	演者	演題
第15回 植込みデバイス関連冬季大会	2/24-26	仙台	野副 純世	Successful percutaneous retrieval of a Micra transcatheter pacing system at 8 weeks after implantion
第50回 日本集中治療医学会学術集会	3/2-4	京都	安心院 法樹	ANCA関連血管炎による肺胞出血で急性呼吸不全を来し、V-AV ECMOで乗り切った1例
第87回 日本循環器学会学術集会	3/10-12	福岡	長友 大輔	Diuretic response and estimated salt intake considering from spot urine of early morning and after-visiting hospital
			砂川 玄哉	Beneficial effects of Impella on neurological outcome in survivors with cardiopulmonary arrest treated with veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation
第3回 日本不整脈心電学会九州・沖縄地方会	4/8	福岡	巷岡 聡	横隔神経損傷を避けながらおこなった心外膜アブローチVTアブレーション
第34回 日本心エコー図学会学術集会	4/21-23	岐阜	長友 大輔	CRTの血行動態的な効果は、左室弛緩の改善に伴う Filling timeの延長も一因であり、急性効果として得られる
			石北 陽仁	64歳時の確定診断までに7年間の心エコー図フォローが可能であった野生型ATTR心アミロイドーシスの1例
第68回 日本透析医学会学術集会・総会	6/16-18	神戸	野副 純世	心房細動合併透析患者に対する左心耳閉鎖術の有用性
第134回 日本循環器学会九州地方会	6/24	熊本	權藤 公樹	Calcified noduleと年齢が右冠動脈におけるステント再狭窄の予測因子である
			稲田 悠希	心肺運動負荷試験結果に及ぼす左室拡張障害の影響について
第69回 日本不整脈心電学会学術大会	7/6-9	札幌	巷岡 聡	Characteristics of localized reentrant AT cases using 3D mapping system
			倉岡 沙耶菜	High pacing threshold of para-hisian pacing required CRT-D upgrade : A case report
第29回 日本心臓リハビリテーション学会学術集会	7/15-16	横浜	稲田 悠希	左室拡張障害による運動耐容能の影響について
第13回 日本経カテーテル心臓弁治療学会学術集会	7/28-29	東京	内川 智貴	TAVI施行2ヶ月後に人工弁感染性心内膜炎(PVE)を発症した1例
第31回 日本心血管インターベンション治療学会学術集会	8/4-6	福岡	末松 延裕	血管内治療は血栓が苦手である
			大井 啓司	脳卒中予防のカテーテル治療
			溝上 玄龍	巨大Valsalva洞動脈瘤による左冠動脈主幹部心筋梗塞の1例
CCT 2023	10/19-20	神戸	中城 総一	Early Experience of Cardiac Shockwave Therapy in Severely Calcified Lesions
第45回 心筋生検研究会学術集会	11/17-18	新潟	石北 陽仁	臨床検査と病理所見が一致せず、Fabry病の診断に苦慮した2症例
日本不整脈心電学会カテーテルアブレーション関連秋季大会	11/17-19	福岡	倉岡 沙耶菜	三心房心における上室性頻拍に対してカテーテルアブレーションをおこなった2症例
第135回 日本循環器学会九州地方会	12/2	福岡	石北 陽仁	臨床検査と病理所見が一致せず、Fabry病の診断に苦慮した2症例
			内川 智貴	大動脈にステントグラフト留置を行い心機能の改善が得られた大動脈縮窄症の1例
			倉岡 沙耶菜	発作性上室性頻拍に合併した高位右房の心房頻拍に対して、クライオアブレーション治療が奏功した1例
第7回 日本循環器学会基礎研究フォーラム(BCVR)	12/9-10	神戸	三宅 諒	ERAD protein-HERPUD1 is an endogenous protective factor against left ventricular diastolic dysfunction via XBP1s-mediated positive regulation of PLN

循環器内科 原著論文

タイトル	執筆者/共同執筆者	掲載誌	巻・号・頁・年
Severe mitral regurgitation in chronic adult T-cell leukemia/lymphoma with granulomatous valvular inflammation.	Sunagawa G Kato S, Sukehiro Y, Minematsu N, Nagatomo D, Nozoe M, Oi K, Ohshima K, Suematsu N, Kubota T	Journal of Cardiology Cases	27・4・137-140・2023
Left sinus of Valsalva aneurysm causing acute myocardial infarction with compression of the left main coronary trunk	Mizokami G Nozoe M, Kato S, Nagatomo D, Suematsu N, Sukehiro Y, Minematsu N, Sakata S, Kubota T	Journal of Cardiology Cases	29・1・50-54・2024

循環器内科 講演会・研究会

講演会・研究会	日付	場所	演者	演題
Syncope Seminar in KYUSYU	1/14	福岡 (WEB)	野副 純世	危険な心電図
心腎関連セミナー	1/18	福岡 (WEB)	末松 延裕	腎性貧血と心不全
TERUMO CTO Gym	1/31	福岡 (WEB)	野副 純世	Tip detectionでbail-outできたLAD閉塞症例
S-ICDの麻酔管理 Online Short Lecture	2/3	福岡 (WEB)	野副 純世	S-ICDの麻酔管理
第14回 K-LEAD	2/3	福岡 (WEB)	石北 陽仁	経時的な変化を追えた、比較的若年の野生型ATTR心アミロイドーシスの1例
PCI－Conference	2/6	福岡	權藤 公樹	判断に迷ったOCT所見
西部心臓弁膜症地域連携の会	2/10	福岡 (WEB)	大井 啓司	病診連携でAS患者を診る
Dr.Co-medical講演会 ー多角的視点で考えるデバイス選択ー	2/10	福岡	權藤 公樹	Exportを選ぶ理由
循環器疾患 最前線を知る ー虚血性心疾患編ー	2/15	福岡 (WEB)	巷岡 聡	超急性期病院が目指す冠動脈治療
循環器疾患に併存する 不眠症治療を考える会	2/20	福岡 (WEB)	長友 大輔	心不全治療として不眠への介入
Cardio-Gastro Cross Seminar in Fukuoka	2/20	福岡 (WEB)	内川 智貴	循環器領域抗血栓療法のアップデート
第459回 博多区内科医会循環器懇話会	2/27	福岡 (WEB)	砂川 玄哉	Severe mitral regurgitation in chronic adult T-cell leukemia/lymphoma with granulomatous valvular inflammation
済生会福岡総合病院 第1回 QI大会	2/28	福岡	權藤 公樹	Door to Balloon Time 90分以内実施率
PCIにおける治療戦略	2/28	福岡	權藤 公樹	衝撃的だった症例
ピンマック・ビンダケル インターネットシンポジウム	3/1	福岡 (WEB)	久保田 徹	市中病院におけるトランスサイレチン型心アミロイドーシスの診断と治療の実際
第36回 全国済生会循環器懇話会	3/10	福岡	末松 延裕	福岡県済生会福岡総合病院の現況と今後の展開
第460回 博多区内科医会循環器懇話会	4/24	福岡	中城 総一	Spontaneous Coronary Artery Dissection(SCAD)
西新OCT症例検討会	5/9	福岡	權藤 公樹	判断に迷ったOCT所見
第19回 Frontline Interventional Cardiology Forum	5/10	福岡	内川 智貴	当院のACS治療戦略について
心不全リスクマネジメントセミナー ー心アミロイドーシスの診断におけるPitfallー	5/19	東京 (WEB)	久保田 徹	市中病院における心アミロイドーシスの診断と治療の実際
2023 福岡東部不整脈研究会	5/19	福岡	倉岡 沙耶菜	三心房心に合併した心房頻拍の1例
Round table discussion - laser lead extraction tips & tricks -	5/23	福岡 (WEB)	野副 純世	リード抜去症例提示
第23回 天神循環器よろず相談セミナー	5/24	福岡	久保田 徹	新規循環器薬の使い方(SGLT2阻害薬、ARNI、MRAなど)
西濃循環器疾患フォーラム ー日常診療に潜む見逃してはいけない疾患ー	5/25	岐阜 (WEB)	久保田 徹	市中病院におけるピロリン酸シンチを用いたトランスサイレチン型心アミロイドーシスの早期発見と治療の実際
I&P Workshop in Urasoe Follow-up Conference	6/7	沖縄 (WEB)	内川 智貴	20代で急性心筋梗塞を発症した1例
Cardiovascular Diabetology Forum	6/15	福岡	久保田 徹	心血管病合併糖尿病の治療戦略概論
Educational Workshop in Fukuoka Red Cross Hospital	6/20	福岡	内川 智貴	治療に難渋したACSの1例
第461回 博多区内科医会循環器懇話会	6/26	福岡	萬納寺 洋士	不整脈診療Up to date
8th Next Generation of Cardiovascular Interventionist (NOCI)	6/28	福岡 (WEB)	内川 智貴	治療に難渋したSTEMIの1例
Evolut™ FX New Product Update Seminar in Kyushu	7/7	福岡 (WEB)	大井 啓司	TAVマーカ－によるコミッシャ－アライメント
中央区内科医会学術講演会	7/10	福岡	長友 大輔	治療薬、多職種介入を踏まえた心不全患者さんの病診連携

循環器内科 講演会・研究会

講演会・研究会	日付	場所	演者	演題
福岡中央心臓弁膜症地域連携の会	7/12	福岡	大井 啓司	地域連携でAS患者を診る～進化するTAVI治療
			長友 大輔	エコー診断の重要性
心アミロイドーシス医療連携セミナー in 阪神	7/18	阪神 (WEB)	久保田 徹	市中病院におけるピロリン酸シンチを用いたトランスサイレチン型心アミロイドーシスの早期発見と治療の実際
第462回 博多区内科医会循環器懇話会	8/28	福岡	大井 啓司	カテーテル治療(TAVI)について
Ryusei Night	8/29	福岡	野副 純世	症例提示
ST Network Meeting	9/6	長崎	末松 延裕	最新の循環器疾患治療のご紹介ー糖尿病のフットケアもふまえてー
循環器疾患最前線を知るー不整脈編ー	9/22	福岡	長友 大輔	リードレスペースメーカーがもたらした転機
			萬納寺 洋士	心房細動の診断、管理におけるup to date
18th QcVIC	9/23	福岡	中城 総一	SHOCKWAVE Coronary Intravascular Lithotripsy 当院での使用経験
済生会福岡総合病院 第2回 QI大会	9/26	福岡	權藤 公樹	Door to Balloon Time (DTBT)90分以内の達成率
CMD測定を日常臨床に活かす	10/10	福岡 (WEB)	内川 智貴	当院でのCoroFlowの使用経験
Heart Failure Case Discussion with Young Cardiologists	10/11	福岡 (WEB)	萬納寺 洋士	心不全と不整脈
循環器疾患未来投資フォーラム	10/14	福岡	長友 大輔	CKDの視点から心不全治療薬を考える
九州虚血性心疾患研究会	10/14	福岡	内川 智貴	頭蓋内出血を合併したSTEMIの1例
第8回 九州不整脈カンファレンス	10/21	福岡	巷岡 聡	焼灼に難渋した後中隔Kentの1例
第48回 福岡心血管エコーイメージング 勉強会	10/23	福岡	長友 大輔	負荷で病態を把握しよう
筑紫地区循環器セミナー ー心アミロイドーシスを見逃さないー	10/27	筑紫野 (WEB)	久保田 徹	ピロリン酸シンチを用いたATTR心アミロイドーシスの早期診断と治療
Advanced Arrhythmia Academy, AAA digest 2023	10/28	福岡	倉岡 沙耶菜	クライオアブレーションにより、発作性上室性頻拍に合併した高位右房の心房頻拍の治療に成功したケース
Diamondback360®+OCT Web症例検討会	10/31	福岡	野副 純世	症例提示
第20回 Frontline Interventional Cardiology Forum	11/1	福岡	巷岡 聡	日々進化する心房細動アブレーションー当院での近況報告ー
第3回 Fukuoka MCS Conference	11/2	福岡	權藤 公樹	SCAI C症例を自慢させてくれ
心アミロイドーシスの診断と治療推進セミナー	11/8	富山 (WEB)	久保田 徹	ピロリン酸シンチを用いたATTR心アミロイドーシスの早期診断と治療
CTO塾 for next generation	11/8	福岡	野副 純世	RCA CTOの1例
在宅医療カンファレンス	11/10	福岡	長友 大輔	心不全診療における病院と地域の連携ー当院の取り組みと課題ー
第24回 天神循環器よろず相談セミナー	11/15	福岡	内川 智貴	安定冠動脈疾患の診断と治療ー高カリウム血症の話も含めてー
循環器疾患最前線を知るーTAVI編ー	11/17	福岡	巷岡 聡	冠動脈疾患を有する弁膜症患者への治療戦略
鹿児島カンファレンス	11/17	鹿児島	稲田 悠希	症例検討
血圧コントロールを考える	12/1	福岡	石北 陽仁	循環器内科の立場から
天神循環器カンファレンス	12/8	福岡	中城 総一	虚血性心疾患の診断、治療に対する当院の取り組み
第464回 博多区内科医会循環器懇話会	12/19	福岡	石北 陽仁	臨床検査と病理所見が一致せず、Fabry病の診断に苦慮した2症例

心臓血管外科 学会

学会集會	日付	場所	演者	演題
第134回 日本循環器学会九州地方会	6/24	熊本	野間 通裕	外科的治療により良好な術後経過を得た急性肺血栓塞栓症の一例
第56回 日本胸部外科学会九州地方会総会	7/27-28	大分	峰松 紀年	上行大動脈送血を用いた右小開胸僧帽弁手術
			助弘 雄太	急性大動脈解離手術時の上行大動脈穿刺送血法の検討
			野間 通裕	IMPELLA 5.5にてBridge to Recoverした左室破裂の一例
第76回 日本胸部外科学会定期学会集會	10/19-21	仙台	野間 通裕	IMPELLA 5.5にてBridge to Recoverした左室破裂の一例
第135回 日本循環器学会九州地方会	12/2	福岡	野間 通裕	急性僧帽弁閉鎖不全症によるADHFに対して、IMPELLA5.5使用による術前optimizationが奏功した一例

心臓血管外科 講演会・研究会

講演会・研究会	日付	場所	演者	演題
Kyushu surgical topics 2023	1/7	福岡	峰松 紀年	A型急性大動脈解離に対するFenestrated Open Stent(FeneOS)を用いた弓部大動脈人工血管置換術
糸島弁膜症カンファレンス	2/10	福岡	峰松 紀年	弁膜症治療に対する当院の取り組み(外科サイドから)
J-Graft研究会	4/28	千葉	峰松 紀年	急性大動脈解離に対する人工血管手術
3M 創傷治癒について考える	6/20	福岡	野間 通裕	新時代の幕開け、創感染はついに予防の時代に～Prevention of SSI～
開心術へのNO治療研究会	6/21	福岡	峰松 紀年	心臓外科手術の四方山話
WEP2023	7/16	大阪	峰松 紀年	縦隔洞炎を伴ったMRSA人工血管感染に対してウシ心膜ロールを用いた上行弓部大動脈再建術
FROZENIX研究会	9/12	福岡	峰松 紀年	Fenestrated Open Stent(FeneOS)を用いた弓部大動脈人工血管置換術のコツと工夫

血管外科 学会

学会集會	日付	場所	演者	演題
第31回 日本心血管インターベンション治療学会学会集會	8/4-6	福岡	岡留 淳	足の血管の病気とカテーテル治療について
第64回 日本脈管学会学会総会	10/26-28	横浜	岡留 淳	LEADにおける大腿動脈血栓内膜摘除術の当科でのXenoSure [®] の使用成績
Kyushu Endovascular Advanced Conference	11/11	福岡	伊東 啓行	当院におけるZenith Dissection “PETTICOAT”の使用経験

血管外科 原著論文

執筆者・共同執筆者	タイトル	掲載誌	巻・号・頁・年
Onitsuka S, Ito H	Surgical treatment of sac enlargement due to type 2 endoleaks following endovascular aneurysm repair	Ann Vase Dis	2023; 16: 1-7
Okadome J, Morishige N, Sukehiro Y, Norio H, Maetani K, Yanase G, Ito H.	Effectiveness of Thoracic Endovascular Aortic Repair for Blunt Thoracic Aortic Injury	Ann Thorac Cardiovasc Surg	2023 Jun 20.; 29: 133-140.