

が Dip and plateau 型を示した 2 例を経験した。

〔症例 1〕66 歳女性で、大動脈弁狭窄症と僧帽弁狭窄症に対して二弁置換術を施行され 28 年を経過していた。三尖弁閉鎖不全からの右心不全が徐々に増悪し、下肢浮腫や肝腫大、さらに胃静脈瘤や黄疸の出現を認めたため、再手術の適応検討目的に当院へ入院した。

〔症例 2〕57 歳男性で、中学生の時より息切れを自覚していたが検査を受けず、未治療のまま約 40 年を経過した。47 歳時に、息切れや浮腫が増悪したため近医にて精査を受けたところ Ebstein 奇形を認められた。利尿薬やジギタリス製剤の投与を受けたが、右心不全が徐々に進行し重症化、下肢浮腫や肝腫大に加えて cachexia を呈するようになり手術療法を含めた精査・加療目的に当科へ入院した。

いずれの症例も心臓カテーテル検査において、右室圧波形が Dip and plateau 型を示していた(右室圧～症例 1 : 42/0/EDP 15mmHg, 症例 2 : RV 40/6/EDP 22mmHg)。しかし、典型的な収縮性心膜炎の所見は認めず、むしろ著明な心拡大を伴っていた。また拘束性心筋症を呈する疾患の合併も認められなかった。本現象は心臓が限界まで拡張した結果、右室充満障害として現われた可能性が考えられる。これらの重症右心不全例について若干の考察を加えて報告する。

7 治療に難渋した収縮性心膜炎の 1 例

滝澤 恒基・佐藤 裕喜・佐藤 正宏
上原 彰史・杉本 努・山本 和男
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は 6 年前に食道癌術後放射線治療を受けた 62 歳の男性。発熱、胸痛、呼吸苦を主訴に搬送され、心タンポナーデと診断。穿刺による心嚢ドレナージ後、循環器内科に入院した。CT で食道-胃吻合部潰瘍心嚢穿破による化膿性心膜炎、縦隔炎と診断され、剣状突起下切開による心嚢ドレナージを行なった。

内科的治療を施したが、感染のコントロールが

つかず、また収縮性心膜炎を来とし、LOS からの脱却が困難となったため、入院 1 ヶ月後に左開胸下による心嚢切除術を施行した。食道-心嚢瘻は縫合閉鎖困難のため心臓と生理的組織接着剤で接着し閉鎖した。

術後感染コントロールは良好となったが、右心不全軽快せず、3 週間後に左第 3～6 肋骨部分切除を含めた再心嚢切除術を施行した。術後 12 日目に人工呼吸器から離脱し、13 日目にはカテコラミンを中止できた。胃瘻を造設し術後 113 日目にリハビリ病院に転院した。

8 感染性心外膜炎に起因した胸部大動脈瘤の 1 例

橋本 喜文・堺 勝之・飯嶋 賢一
廣野 崇・田村 雄助・福田 卓也*
曾川 正和*・諸 久永*
済生会新潟第二病院循環器内科
同 心臓血管外科*

症例は 58 歳、男性。

【既往歴】1991 年より糖尿病。1997 年、末梢動脈疾患にて左第一趾を切断。

【現病歴】2007 年 10 月末頃より軽い動悸と倦怠感があった。近医を受診し、発熱と発作性心房細動を認めたため某病院を紹介されたが、受診時には洞調律であった。5 日後、倦怠感が持続したため某病院を再受診した。心房細動に対してプロカイナムを点滴静注され洞調律へ復帰した。白血球増多、胸部レ線上の CTR 拡大、心エコーにて著明な心嚢液貯留を認めたため同日当科に紹介入院となった。心嚢穿刺を施行したところ心嚢液は膿状であったが培養は陰性で、明らかな悪性細胞はなかった。感染性心外膜炎と診断してドリペナム 0.5g/day を 15 日間使用し解熱した。心嚢ドレーンは心嚢液約 600ml を排液した後抜去した。胸部～骨盤腔 CT では心臓外に明らかな感染源は認められなかった。CRP 等の炎症所見も軽快し、心嚢液の再貯留や発熱もなく入院第 27 病日に退院した。以後当科外来にて経過観察していたが感染性心外膜炎の再発の兆候はなかった。発症より約

2年後の2009年10月、胸部レ線にて縦隔の拡大があり、さらに胸部CTにて上行大動脈に9.5cmの嚢状瘤を認めたため入院とした。11月4日当院心臓血管外科にて上行大動脈置換術を行った。手術所見では上行大動脈に2cm大の孔があり、壁の性状は解離や仮性瘤とは異なり、ほぼ正常構造であった。術後経過は良好で、術後第40病日に退院となった。

感染性(細菌性)心外膜炎は非常にまれな疾患であるが、速やかで強力な抗生剤治療と心嚢ドレナージが行われなければ致死的となる。一方で感染性大動脈瘤は、粥状硬化の強い大動脈に菌が着床して感染性大動脈炎が起これ、その後起こる動脈瘤は急速な拡大と破裂を来す危険がある疾患である。本症例は感染性心外膜炎の治療後約2年後に発症した大動脈瘤で、感染性心外膜炎による感染が大動脈近位部にも及び、大動脈壁が脆弱となり、慢性の経過を経て大動脈瘤に進展した可能性が考えられた。感染性心膜炎後には感染が大動脈にも波及している可能性があり長期にわたって注意を要すると考え報告する。

9 ブラッドアクセスとして浅大腿動脈に人工血管によるループを作製した1例

日黒 昌

長岡中央総合病院血管外科

連合弁膜症によるNYHAⅢ度の心不全を有する69歳女性の慢性腎不全症例に対して、局所麻酔下左浅大腿動脈近位部で人工血管(6mm, EPTFE)によるarterial loopを作製した。術後経過は良好で、4ヶ月を経過した現在も特変なく外来透析を継続中である。

慢性腎不全患者のブラッドアクセスは、自家動静脈もしくは人工血管による内シャントを上肢に作製するのが一般的である。しかし内シャントには、静脈の中枢側に閉塞性病変が生じれば静脈高血圧を呈し、心不全症例においては容量不可の増大をきたすなどの欠点がある。一方arterial loopは循環動態に与える影響が少ないため上記の合併症を有する症例では有用である。さらに今回作製

した浅大腿動脈でのloopは局所麻酔でも作製が可能であり、全身麻酔が困難な症例では特に有用なオプションと考えられる。

10 Dual-electrode bipolar radiofrequency ablationを用いたMazeⅣ手術の1例

曾川 正和・福田 卓也・諸 久永

田山 雅雄*

済生会新潟第二病院心臓血管外科
同 救急科*

【はじめに】僧帽弁疾患に合併した心房細動に対し、外科的治療であるMaze手術は広く行われている。Maze手術は、Coxが開発したCox-Maze手術だけでもⅠ型からⅣ型まであり、改良が重ねられている。Cox-MazeのⅢ型とⅣ型の大きな違いは、Ⅲ型がcut & sawを主体に行われるのに対し、Ⅳ型は、radiofrequency ablationが主体となっている。cut & sawでは、手術時間が延びること、出血量が増えることを考慮して改良されている。今回使用したdual-electrode radiofrequencyでは、2対の電極が交互に通電するため(パルス通電)single-electrodeに比べ、①電極周囲の温度上昇が少なく、②組織の中心より凝固が行われるため、より安全に、貫壁性凝固が行われる。また、僧帽弁輪、三尖弁輪付近では、従来cryoablationを用いていたが、①cryoablationの機器入手が困難、②cryoablationに時間がかかる(ー60度、2分間)ため、ペン型のbipolar electrodeを使用した。

症例は62歳、男性。

【既往歴】2002年から高血圧

【現病歴】2004年より心房細動、僧帽弁狭窄症との診断で、近医内科でワーファリンを含めた薬物療法を受けていた。

2009年1月頃より労作時の息切れ出現。

2009年3月、7月にワーファリンを内服していたにもかかわらず脳梗塞発症。

2009年7月には、心不全も発症。また、血液培養にてStreptococcusを認め、感染性心内膜炎との診断で抗生剤治療開始。その後、CRP等の炎症