

考察

エプスタイン奇形は重篤な心不全、チアノーゼを呈するものから無症状で過ごすものまで様々である<sup>1)</sup>が乳児期早期に発症するものは極めて予後不良とされており<sup>2)</sup>手術成功例の報告も多くはない<sup>3)</sup>。乳児期早期の三尖弁修復は非常に困難と考えられる為、我々はまず Brock 手術で心不全、低酸素血症を軽減させ成長を待って二期的に開心根治術を行なった。このような段階的治療が功を奏したと考えられここに報告した。

参考文献

1) Genton, E. and Blount, S.G.: The spectrum

of Ebstein's anomaly. Am. Heart. J., 73: 395, 1967.

2) Kumar, A.E., Fyler, D.C., Miettinen, O.S. and Nadas, A.S.: Ebstein's anomaly. Clinical profile and natural history. Am. J. Cardiol., 28: 84, 1971.

3) Mair, D.D., Seward, J.B., Driscoll, D.J. and Danielson, G.K.: Surgical repair of Ebstein's anomaly: selection of patients and early and late operative results. Circulation., 72 (suppl. 2): 2~70, 1985.

IV. 心エコー(III)

1) 肺塞栓症2例における心エコー所見

新潟市民病院 循環器科 村松公美子・小田 弘隆・樋熊 紀雄  
森山 裕之・佐藤 広則・中村 享道

我々は、肺塞栓症2例を経験し、肺塞栓症の循環動態の異常を把握する上で、non invasive な方法として、心エコーが有用であったことを報告する。

症例1: 63歳、女性、無職。

主 訴: 呼吸困難、息切れ。

既往歴: 昭和40年子宮癌にて根治的子宫全摘術。

現病歴: 昭和61年3月突然呼吸困難、息切れが出現し

たが、約1週間で消失した。昭和61年11月25日再び突然呼吸困難、息切れが出現し徐々に増悪し、12月4日当科入院。

入院時理学時所見: 脈拍96/分、整、血圧 140/100 mm Hg、呼吸数18/分、心音清、第4肋間胸骨左縁 Levine II/VI 全収縮期雑音、両側下肢腫脹(左>右)。

入院時動脈血ガス分析: pH 7.505, PCO<sub>2</sub> 24.3 mm

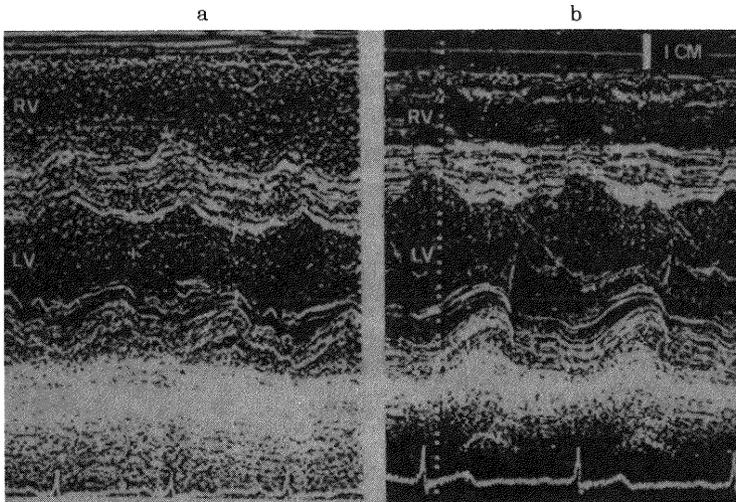


図 1

a. 治療前 RV: 右室, LV: 左室, 右室径の拡張, 心室中隔奇異性運動がみられる。

b. 治療後

Hg, PO<sub>2</sub> 43.9mmHg, B.E.-1.0, Sat 85.0%.

胸部 X 線：右肺門部血管陰影の拡張.

心電図所見：心拍数84/分，整，軸+20°，II III aV<sub>F</sub>，V<sub>1</sub>~V<sub>4</sub>のT陰性. 心エコー所見として，右室拡大，心室中隔左室側への圧排を認め（図1-a），パルスドプラーにて肺高血圧所見を示した. また三尖弁逆流（図2）を認めたが，三尖弁の器質的变化および逸脱の所見はなかった. 肺塞栓を疑い肺血流シンチを施行し，右上葉 RI 分布の減少，右中下葉 RI 分布の消失（図3-a）を認めた. 線治療および抗凝固療法にて，低酸素血症，胸部 X 線および肺血流シンチ（図3-b,c）は改善を示した. また心エコー上右心負荷，肺高血圧，三尖弁逆流は，消失した（図1-b）. 治療約1ヶ月後，肺動脈造影にて，右中下葉末梢部のみ血流欠損を認めた. 尚，右心カテーテル法による圧所見は正常であった.

症例2：59歳，男性，農業.

主訴：息苦しさ，呼吸困難.

既往歴：昭和50年高血圧. 昭和55年血栓性静脈炎.

現病歴：昭和56年6月14日呼吸困難，頻脈が一過性にあり，以後労作時に息切れが出現した. 昭和57年1月25日発熱，胸痛，左胸水が出現し，胸膜炎と診断された. 昭和61年11月21日右肺小腫瘤状陰影が出現. 精査にて胃癌（肺，肝，Schnitzler 転移）と診断され，12月12日当院入院. 昭和62年1月7日姑息時手術を試みたが，試験開腹のみとなる. 翌1月8日発熱，血圧低下が出現し，1月9日息苦しさ，呼吸困難，頻脈が出現し1月13日当科に紹介された.

動脈血ガス分析：1月7日術中（O<sub>2</sub>40%）：pH 7.483  
PCO<sub>2</sub> 39.3mmHg, PO<sub>2</sub> 171.9mmHg, B.E. +6.5  
Sat 99.3%，術後1月13日（O<sub>2</sub>3l）：pH 7.510, PCO<sub>2</sub>

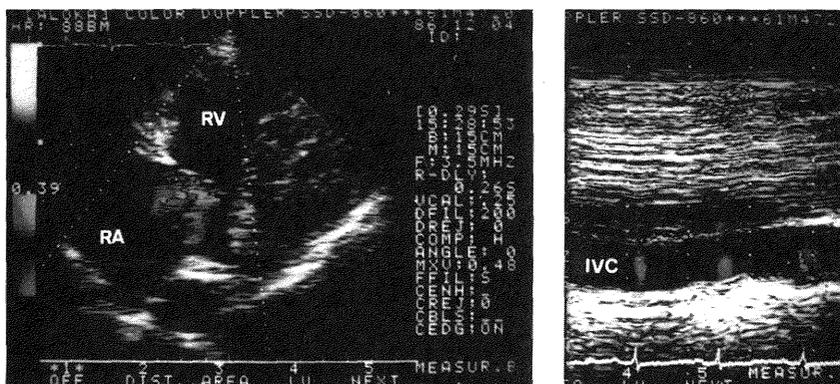


図 2

RA: 右房, RV: 右室, IVC: 下大静脈

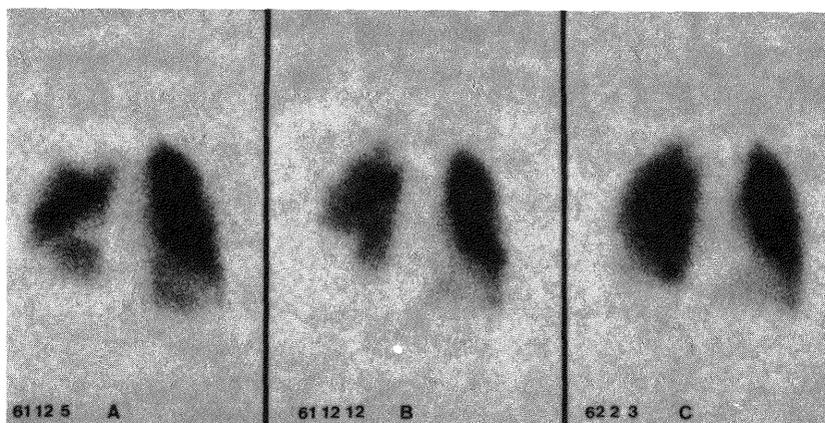


図 3

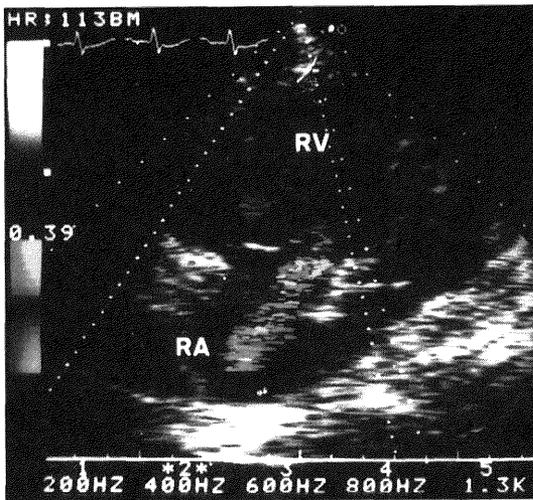


図 4

RA: 右房, RV: 右室

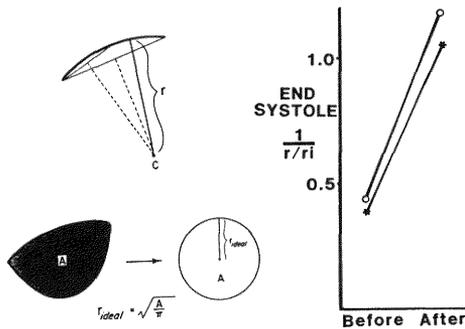


図 5 僧帽弁レベレで短軸断層を記録

圧排され扁平化した心室中隔の左室側でつくられる弧をもとに半径  $R$  を求め、左下に示すようにその時の面積  $A$  を計測。面積  $A$  のなす円の半径  $R_{ideal}$  から  $1/R/R_i$  を求める。グラフの縦軸が収縮末期  $1/R/R_i$  (扁平率) を示す。

## 2) うっ血性心不全を呈した肥大型閉塞性心筋症の1例

新潟県立中央病院 循環器内科 藤森 勝也・大滝 英二・高野 諭  
知命堂病院 内科 森川 政嗣

肥大型心筋症は、高度のうっ血性心不全を呈することはまれである<sup>1)</sup>。今回私達は、うっ血性心不全と心房粗動を呈し、後日施行した検査から、肥大型閉塞性心筋症が考えられた症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例: T.I., 54歳, 男性。

32.3mmHg,  $PO_2$  38.0mmHg, B.E.+4.3, Sat 78.1%。胸部 X 線は術前、術後ともに右肺野小腫瘍状陰影、左胸膜癒着を認め変化はなかった。術前心電図所見は、心拍数 72/分、整、軸 +95°、III aV<sub>F</sub> ST 低下、V<sub>3</sub>V<sub>4</sub> T 陰性を認め、術後、軸 +130° と右軸偏位を示し、II III aV<sub>F</sub>, V<sub>1</sub>~V<sub>6</sub> に ST 低下および T 陰性を認め V<sub>5</sub>R/S 1 以下、I に著明な S などの右室負荷所見を呈した。術前心エコーにて異常はなかったが、術後、右室拡大、心室中隔の左室側への圧排、肺動脈拡大、心膜腔液貯溜を認めた。またドプラー上、肺高血圧、三尖弁逆流(図-4)を認めた。肺塞栓を疑って肺血流シンチを施行し、右上中下肺野末梢側、左肺 RI 分布の消失を認めた。しかし本例では、癌の肺転移、左胸膜癒着を合併することから確定診断は得られなかったが、臨床経過から肺塞栓症と診断し線溶療法を施行した。治療後低酸素血症は、改善傾向を呈し心エコー上、右心負荷の軽減、三尖弁逆流の消失をみた。

### 考 察

症例 1, 2 の治療効果を客観的に示すため、King らの方法を用いて、右室負荷の変化を示した(図 5)。心室中隔扁平率は、治療後有意に変化しており、右室負荷の改善がみられる。肺塞栓症の臨床像は、非特異的であり、診断がしばしば困難なものとなる。本症に特徴的な急性肺性心にもとづく循環動態を明確に把握することが重要である。我々が経験した 2 例において、肺塞栓による肺高血圧およびそのため惹起された右心負荷、三尖弁輪拡大にもとづく三尖弁逆流などの所見を心エコーにて把握したことが診断の糸口となった。今後、肺塞栓症の診断上、心エコーが、高く評価されるものと考えらる。

主 訴: 呼吸困難, 動悸。

既往歴: 特記すべきことなし。

家族歴: 父親が心不全で死亡し、兄弟 3 人のうち、1 人が心電図左室肥大を認めた。

現病歴: 昭和60年11月、動悸、呼吸困難が出現し、近医受診。心不全の診断で入院し、ジギタリス、利尿剤等