

心臓カテーテル検査目的に入院した。

右心カテーテルを右頸部アプローチで、冠動脈およびグラフト造影を右橈骨動脈アプローチで施行した。グラフトに再狭窄をみとめ、後日インターベンションを行う方針とし、シースを抜去し検査を終了した。病棟帰室時に右頸部の腫脹がみられたが、外部への出血はなく弾性テープで圧迫して経過を観察した。腫脹は徐々に軽減したが、4 日目に右頸部の連続性雑音に気づき超音波検査を行ったところ、右総頸動脈上を横切る小動脈から内頸静脈へのシャント血流が認められた。翌日造影 CT で確認すると、右上甲状腺動脈の胸鎖乳突筋枝から内頸静脈へのシャントであることが分かった。右上甲状腺動脈結紮術を外科的に行い、連続性雑音は消失した。後日、グラフト再狭窄に対するインターベンションを行い退院した。頸静脈へのカテーテル挿入において、総頸動脈や内頸動脈の損傷に伴う合併症の報告は多いが、本症例のように分枝が関連した合併症は稀であり報告する。

5 急性心筋梗塞発症後にシロスタゾールを内服し一過性に左室内圧較差を生じた 1 例

前田 知代・尾崎 和幸・高山 亜美
保屋野 真・柳川 貴央・土田 圭一
高橋 和義・三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器科

症例は 74 歳、女性。急性心筋梗塞を発症し緊急冠動脈造影にて # 7 100 % を認めステント留置にて再灌流に成功した。しかし、ステント末梢に解離を生じステント血栓症予防目的にシロスタゾール内服を開始した。左室造影では心尖部無収縮、後側壁、基部下壁の過収縮を認めたが、左室内圧較差はなかった。第 4 病日、駆出性収縮期雑音が出現。心臓超音波検査にて左室流出路に 161 mmHg の圧較差を認めた。また、S 状中隔を認めたが肥大型心筋症の所見は認めなかった。シロスタゾール内服を中止し 2 日後に圧較差は消失した。後日、シロスタゾール内服を負荷、運動負荷にて左室内圧較差は生じずドブタミン負荷では

30mmHg の圧較差を生じた。本症例では急性心筋梗塞発症後に一過性左室内圧較差を生じたが、シロスタゾール内服、S 状中隔の関与が考えられた。

II. テーマ演題

1 開胸下心肺補助循環を長期間施行し救命できた劇症型心筋炎の 1 例

沼野 藤人・朴 直樹・長谷川 聡
鈴木 俊明・鈴木 博・内山 聖
若林 貴志*・白石 修一*・高橋 昌*
渡辺 弘*・林 純一*・廣川 徹**
新潟大学大学院医歯学総合研究科
生体機能調節医学内部環境医学講座
座小児科学分野
同 呼吸循環外科学分野*
済生会新潟第二病院小児科**

【背景】心筋炎は 30 % が何の後遺症もなく治癒するといわれている一方で、劇症型に至るとその 1/3 が死亡に至るとも言われている。劇症型心筋炎に対する治療は内科的治療のほか、経皮的な心肺補助循環 (PCPS) を用いた積極的治療が行われるようになった。しかし、小児に対する使用には体格による制限がある。今回われわれは開胸下で心肺補助循環を行うことによって、神経学的後遺症なく救命できた男児例を経験したので報告する。

症例は 8 歳男児。全身倦怠、発熱で発症し、第 3 病日に急性心筋炎の診断で当院 ICU へ緊急入室した。入院時心電図では完全房室ブロックを認め、心エコーでの左室駆出率は 25.1 % と著明に低下していた。ICU 入室後より、カテコラミン、利尿薬、酸素投与にて治療を開始したが、入室後 2.5 時間で心停止となり、緊急的に開胸下心肺補助循環を導入した。右房脱血、大動脈送血にて補助循環を開始し、導入 4 日目の回路交換時に肺動脈脱血も加えた。肺動脈脱血を加えることで血液充満による左心室の拡張を軽減し、更なる補助流量を得ることができた。計 254 時間の心肺補助循環に