
 学 会 記 事

第 173 回新潟循環器談話会例会

日 時 昭和62年12月 5 日 (土)
午後 3 時～6 時
会 場 新潟大学医学部有任会館
第一会議室

一 般 演 題

1) くり返す上室性頻拍発作に対して右房
ペーシングが有効であった 1 例

石黒 淳司・小玉 誠 (新潟こぼり病院)
土屋 厚・矢沢 良光 (循環器科)
宮島 静一・田村 雄助 (新潟大学)
第一内科

症例は、31才男性。昭和53年より1回/日程度の動悸発作があり、最近発作が頻回となり全身倦怠感が起り、精査治療のため昭和62年8月26日入院した。非発作時の心電図で洞房ブロック、接合部補充収縮を認めた。入院後も上室性頻拍 (PSVT) 発作を繰り返した。

Verapamil 240mg 内服にて発作は認めないが、頭痛等の症状のため内服を続けられなかった。ホルター心電図において、PSVT は洞房ブロック後の接合部補充収縮の後 0.16秒後に次の洞調律の P 波が出現すると、PQ の延長とともに開始した。電気生理学的検査では、洞機能不全を認めた。PSVT は硫酸アトロピン静注後、心房の早期刺激で jump とともに誘発され、接合部補充収縮後の洞調律からも自然に起り、房室結節リエントリーにおける通常型と考えられた。洞不全症候群による症状の改善と接合部補充収縮抑制による PSVT 予防のため心房ペーシング植込術を行ない、その後発作は認めなくなった。

2) 左冠動脈主幹部狭窄の 2 例

渡辺 賢一・鈴木 薫 (桑名病院)
循環器内科)
山添 優 (新潟大学)
第一内科)
江口 昭治 (同 第二外科)

左冠動脈主幹部狭窄 2 例を報告する。

<症例 1> 49才女性。150cm 63kg。S 62. 3 労作及び安静時胸部圧迫感。S 62. 6 血圧 220/mmHg、めまい、胸痛。S 62. 8. 29 当科入院、TC 305, HDL 73,

TG 109, β -lip 642, FBS 121, HbA₁ 8.9%。UCG の EF 66% IVS, LVPW 1.2cm。treadmil, ノートン 5 分, V₅₋₆ 1mm ST 低下。心プールシンチで心尖部の phase delay と IVS~心尖部の amplitude 低下。T1 シンチでは前壁, IVS, 後壁にかけて RD (+), washout 低下。

s 62.9.9 CAG 5=50%, 75%, 6=75%, 90%, 7=90%, 9=90%, 11=90%, 4 AV=90%。LVG の 3 で akinesia EF 59%。同日 22:00 胸痛, BP 60/mmHg, IABP, CPK 57 MB 26 (46%), TC-PYP (-)。後日 2 大学第二外科で CABG。

<症例 2> 75才女性。145cm 56kg。S 58 心疾患。S 62. 3 胸部圧迫感, SOB。10月27日入院。TC=289, HDL=22, TG=98, β -lip=700, FBS=109, uA=7.0, CTR=70%。UCG の LA=5.1cm, LVDd=5.0 cm, EF=59%, MR=3度, 血圧 104/64mmHg。10月 28日 8:00 胸痛, 血圧 60mmHg, IABP, pacing。CAG にて 1, 5, 6, 7, 11=90%, 2=50%, 3=75%。14:36 永眠。

3) ヘパリン化親水性材料を用いた新しい
非ヘパリン化補助循環法の臨床応用

斎藤 憲・江口 昭治
大関 一・横沢 忠夫 (新潟大学第二外科)
山崎 芳彦

開心術後の人工心肺離脱不能例や重症 LOS 症例で IABP による圧補助だけでは血行動態の改善の見られなかった 6 症例に対しヘパリンコーティングチューブとローラポンプを用いたヘパリン化しない比較的簡便な流量補助を行なった。6 例中 4 例が離脱に成功した。いずれも IABP 駆動下で行ない、ヘパリンは投与せず ACT は 120~140 秒で経過した。初期の例で必要とする流量が毎分 1000 ml 程度の場合は酸化装置のない V-A バイパスとしその他の例では左房脱血, 大腿動脈送血による左心バイパスとした。全症例とも血栓塞栓症を示唆する所見はなかった。本方法は長期間, 大流量の補助循環には問題があるが、極めて有用な方法であると考えられた。

テ ー マ 演 題

—カテーテル治療について—