

が放置。同時期より易疲労感出現。4月3日より37.6℃の発熱が出現。その後も37～37.5℃の微熱が続いた。5月10日心雑音、心エコーでvegetationを認め、当科入院。

【治療経過】前医より経口抗生剤が開始されていたため中止し、血液培養を行ったが陰性。

5月12日よりIPM/CS (0.5g×4回/日)開始。心不全は改善。炎症所見も改善。5月15日と5月20日発作性心房細動発症。電気的除細動施行。5月26日僧帽弁置換術及びCox-Maze type IV手術施行。抗生剤は術前より開始していたものを4週間継続し、発熱なく、CRP 0.17まで低下したため6月10日当科退院。術後は、洞調律で発作性心房細動を生じなくなった。

【考察など】感染性心膜炎の手術適応は、一般的には、心不全や感染のコントロール不能例、繰り返す塞栓症であるが、報告例としてはあまりないが、繰り返す発作性心房細動も手術適応の一つになると考えられた。

9 SFA-CTOへの順行性アプローチでワイヤー通過に難渋するも、両方向性アプローチが有効であった症例

羽尾 和久・小田 弘隆・佐藤 迪夫
池上龍太郎・飛田 一樹・小林 剛
保坂 幸男・尾崎 和幸・土田 圭一
高橋 和義・三井田 努

新潟市民病院循環器科

症例は71歳、男性。既往歴に糖尿病（約30年間、現在、インスリン療法中）があり、59歳時に狭心症にてCABG（LITA to #7, GE to #13）をうけた。4ヶ月前より左下肢の易疲労感を自覚。CTで高度石灰化を伴う左浅大腿動脈（SFA）の完全閉塞（CTO）が診断された。2ヶ月前に左第4趾の潰瘍病変が壊疽となり、第4、5趾の切断術を施行。術後も縫合不全が続く、更に潰瘍病変の増悪がみられたため、膝下足切断が計画された。救済のための同病変へのPTA適応評価を目的に当院に入院した。動脈造影にて左SFA-CTOの末梢血管の性状が良好であったため、PTAを行った。

右大腿動脈からアプローチし、左浅大腿動脈にガイディングカテーテルを留置した。順行性にワイヤー通過を試みたが、病変部が硬く、ワイヤー通過に難渋した。両方向性のワイヤー操作を行うため、左膝窩動脈より逆行性に3Frシースを挿入した。逆行性に進めたトゥルファインダー45を、順行性に進めたIVUSにて観察し、ワイヤー先端が内膜内偽腔にあることを確認した。Subintimal tracking法を行うため、順行性に進めたバルーン6mmをCTO開始部で拡張させて、解離を形成させた。トゥルファインダー45の位置した偽腔と交通させた後、トゥルファインダー45を真腔内に通過させた。順行性にグースネックスネアードでワイヤーを補足し、ワイヤーを右大腿動脈からexternalizationした。順行性にCTO部をバルーン拡張したが、石灰化のためバルーン破裂をきたし、拡張に難渋した。最終的に、CTO末梢側からSmart stent 6/100mmと7/60mmを順次植え込んだ。術後、膝窩動脈と足背動脈の明瞭な触知が可能となり、合併症もなく終了した。

重症下肢虚血に対して順行性アプローチでワイヤー通過に難渋するも、Subintimal tracking法を用いた両方向性アプローチが有効であったので報告する。

10 完全房室ブロックを合併した劇症型心筋炎の急性期に、電気的ペーシング刺激として中隔ペーシングが有効であった1例

小林 剛・池上龍太郎・佐藤 迪夫
飛田 一樹・羽尾 和久・保坂 幸男
土田 圭一・尾崎 和幸・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72歳、男性。微熱と全身倦怠感が出現して数日後、HR20代の完全房室ブロックにて失神をきたしたため、当院へ緊急搬送された。内頸静脈より右室心尖部に一時的ペースメーカーを留置したが、ペーシング閾値は高い部位が多く2Vであり、出力5Vでペーシングを開始した。冠動脈造影では有意狭窄を認めなかった。来院時の