

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き、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

左室壁運動は過収縮であったが、徐々にび慢性低下となり、心不全を呈するようになった。胸部XPカテーテル位置に変化はなかったが、ペーシング閾値は10Vまで上昇した。完全房室ブロックは補充調律が全くなく、また、左室機能が著明に低下したため、第3病日にPCPSとLABPを開始した。この時の心筋生検で心筋炎と確定診断した。PCPS作動中、ペーシング最大出力12Vでペーシング不全であった。左室壁運動が改善傾向を示した頃より、補充調律が出ないもののペーシング閾値も4Vまで改善した。しかし、第9病日PCPS離脱後に出力12Vでもペーシング不全をきたし、右室心尖部および下壁でのペーシングは不相当と判断した。同日、中隔側へのペーシングを目的に、ペースメーカ植え込みで使用するscrew inリードを用いて体外ペーシングを行った。ペーシング閾値は1Vと安定し、ペーシング不全をきたすことなく経過した。洞調律の維持可能となった第17病日にscrew inリードを抜去した。

心筋炎などでの心筋のペーシング閾値が上昇し、最適ペーシング部位の選択に難渋する場合のトラブルシューティングの1例としてここに報告する。

第36回上信越神経病理懇談会

日時 平成22年10月16日(土)

午前11時～午後6時

会場 新潟大学医学部 第3実習室

一般演題

1 頸髄症から呼吸不全に至ったアテトーゼ型脳性麻痺の1剖検例

武井 洋一・腰原 啓史・小口 賢哉

大原 慎司・小柳 清光*

NHO まつもと医療センター中信

松本病院神経内科

信州大学医学部神経難病学講座*

症例は死亡時48歳、男性。出生時および小児期の詳細な病歴は不明であるが、生後すぐに脳性麻痺と診断。30代まで勤労可。40歳頃、両上下肢の軽度の感覚障害と両下肢の軽度の筋力低下を自覚。その後も同様のエピソードを何回か繰り返し、最終的には臥床状態となる。食事や喫煙は自力で可能であった。48歳、意識障害にて近隣の病院に入院。呼吸不全を認め、非侵襲的持続陽圧換気(NPPV)が開始されて当院へ転院した。神経学的所見では意識は清明で、簡単な指示には従えた。顔面のgrimacing、口とがらし、頭を左に傾ける痙性斜頸と、頸部を絶えず回旋させる不随意運動を認めた。発声は困難。聴力両側やや低下。両上下肢は拳上不能で、手指背側骨間筋は萎縮。表在感覚は頸部以下で高度に脱落。両下肢で腱反射は亢進し、錐体路徴候陽性。脳CTでは明らかな異常なく、頸椎CT、MRIでは頸椎の高度の変形と上位頸髄圧迫が認められた。呼吸不全と腸閉塞が進行し、入院後半年で死亡。

【剖検所見】脳重1355g。肉眼的には脳萎縮を認めず、大脳の剖面でも異常はなく黒質の色調は保たれていた。脊髄ではC4レベル頸髄腹側にやや斜めに走行する小切痕を認め、同部の脊髄は著明に萎縮性。組織学的には、大脳皮質の神経細胞は