

が Dip and plateau 型を示した 2 例を経験した。

〔症例 1〕66 歳女性で、大動脈弁狭窄症と僧帽弁狭窄症に対して二弁置換術を施行され 28 年が経過していた。三尖弁閉鎖不全からの右心不全が徐々に増悪し、下肢浮腫や肝腫大、さらに胃静脈瘤や黄疸の出現を認めたため、再手術の適応検討目的に当院へ入院した。

〔症例 2〕57 歳男性で、中学生の時より息切れを自覚していたが検査を受けず、未治療のまま約 40 年が経過した。47 歳時に、息切れや浮腫が増悪したため近医にて精査を受けたところ Ebstein 奇形を認められた。利尿薬やジギタリス製剤の投与を受けたが、右心不全が徐々に進行し重症化、下肢浮腫や肝腫大に加えて cachexia を呈するようになり手術療法を含めた精査・加療目的に当科へ入院した。

いずれの症例も心臓カテーテル検査において、右室圧波形が Dip and plateau 型を示していた(右室圧～症例 1 : 42/0/EDP 15mmHg, 症例 2 : RV 40/6/EDP 22mmHg)。しかし、典型的な収縮性心膜炎の所見は認めず、むしろ著明な心拡大を伴っていた。また拘束性心筋症を呈する疾患の合併も認められなかった。本現象は心臓が限界まで拡張した結果、右室充満障害として現われた可能性が考えられる。これらの重症右心不全例について若干の考察を加えて報告する。

7 治療に難渋した収縮性心膜炎の 1 例

滝澤 恒基・佐藤 裕喜・佐藤 正宏
上原 彰史・杉本 努・山本 和男
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は 6 年前に食道癌術後放射線治療を受けた 62 歳の男性。発熱、胸痛、呼吸苦を主訴に搬送され、心タンポナーデと診断。穿刺による心嚢ドレナージ後、循環器内科に入院した。CT で食道-胃吻合部潰瘍心嚢穿孔による化膿性心膜炎、縦隔炎と診断され、剣状突起下切開による心嚢ドレナージを行なった。

内科的治療を施したが、感染のコントロールが

つかず、また収縮性心膜炎を来し、LOS からの脱却が困難となったため、入院 1 ヶ月後に左開胸下による心嚢切除術を施行した。食道-心嚢瘻は縫合閉鎖困難のため心臓と生理的組織接着剤で接着し閉鎖した。

術後感染コントロールは良好となったが、右心不全軽快せず、3 週間後に左第 3～6 肋骨部分切除を含めた再心嚢切除術を施行した。術後 12 日目に人工呼吸器から離脱し、13 日目にはカテコラミンを中止できた。胃瘻を造設し術後 113 日目にリハビリ病院に転院した。

8 感染性心外膜炎に起因した胸部大動脈瘤の 1 例

橋本 喜文・堺 勝之・飯嶋 賢一
廣野 崇・田村 雄助・福田 卓也*
曾川 正和*・諸 久永*
済生会新潟第二病院循環器内科
同 心臓血管外科*

症例は 58 歳、男性。

【既往歴】1991 年より糖尿病。1997 年、末梢動脈疾患にて左第一趾を切断。

【現病歴】2007 年 10 月末頃より軽い動悸と倦怠感があった。近医を受診し、発熱と発作性心房細動を認めたため某病院を紹介されたが、受診時には洞調律であった。5 日後、倦怠感が持続したため某病院を再受診した。心房細動に対してプロカインアミドを点滴静注され洞調律へ復帰した。白血球増多、胸部レ線上の CTR 拡大、心エコーにて著明な心嚢液貯留を認めたため同日当科に紹介入院となった。心嚢穿刺を施行したところ心嚢液は膿状であったが培養は陰性で、明らかな悪性細胞はなかった。感染性心外膜炎と診断してドリペナム 0.5g/day を 15 日間使用し解熱した。心嚢ドレーンは心嚢液約 600ml を排液した後抜去した。胸部～骨盤腔 CT では心臓外に明らかな感染源は認められなかった。CRP 等の炎症所見も軽快し、心嚢液の再貯留や発熱もなく入院第 27 病日に退院した。以後当科外来にて経過観察していたが感染性心外膜炎の再発の兆候はなかった。発症より約