

所見は改善。

2009年9月僧帽弁置換術(SJM27M)およびCox-Maze IV手術を施行。術後より洞調律を維持。同日抜管。翌日カテコラミン中止。術後経過良好にて第15病日に退院。

【結語】今回使用したRF ablationシステムを使用すれば、手術時間、出血量も増加することがないと考えられるので、心房細動を併発している開心術に対し、今まで以上に積極的なMaze手術が行われると考えられた。

## 11 PCPSによる長期(14日間)循環管理を必要とした劇症型心筋炎

八木原伸江・和泉 大輔・長尾 智美  
田中 孔明・伊藤 正洋・埜 晴雄  
小玉 誠・相澤 義房・浅見 冬樹\*  
北原 哲彦\*・菊池千鶴男\*  
高橋 昌\*・三間 渉\*\*  
岡田 慎輔\*\*\*・阿部 暁\*\*\*  
樋口浩太郎\*\*\*・大塚 英明\*\*\*

新潟大学大学院医歯学総合研究科  
循環器学分野

同 呼吸循環外科\*

新潟大学医歯学総合病院救急部\*\*

新潟医療センター循環器内科\*\*\*

【序文】劇症型心筋炎の急性期管理には経皮的心肺補助装置(PCPS)が第一選択とされている。PCPSの問題点は長期化すると様々な合併症が現れ多臓器不全に進展することである。今回、長期にPCPSを用い、多臓器不全を起こすことなく急性期を脱することができた劇症型心筋炎を経験したので報告する。

症例は45歳の男性、である。10月20日頃より咳嗽、発熱があった。10月28日明け方よりめまい、嘔気が出現し近医を受診した。急性心筋梗塞を疑われ病院へ搬送された。収縮期血圧70～80mmHg, CK 1002IU/L, CK-MB 121IU/L, 心エコーでは全周性に左室壁運動が低下し、EFは20%であった。冠動脈造影では有意狭窄はなく、劇症型心筋炎と考えられ、IABP挿入後に当院へ搬送された。

Wide QRS tachycardiaが頻発し、血行動態が不安定であることから同日カットダウンにてPCPSを挿入した。サーフロー針を末梢側に向け留置し、下肢虚血予防を図った。

第2病日には左室はほぼ無収縮となり、PCPSおよびIABPに完全に依存する状態となった。PCPSの流量は3L/分を維持した。左室が無収縮となり、血液が左心から右心へ逆流している際にも、MOF予防のため流量は同様とした。

PCPSおよびIABP刺入部からの持続性の出血が認められ、出血の増悪時には血圧の低下が見られることから、圧迫、縫合等で出血のコントロールを行うことで血圧の急激な低下を抑えることが可能となった。出血と溶血により貧血が進行するためHb 10g/dlを維持することを目標に輸血し、全経過で58単位を要した。

低蛋白血症、低アルブミン血症の進行に対しては新鮮凍結血漿、アルブミン製剤の輸注を行い、新鮮凍結血漿は全経過で36単位を要した。

第6病日から徐々に心機能が回復し、PCPS流量を一時的に下げ、血圧やSpO<sub>2</sub>、SvO<sub>2</sub>等を確認しながらPCPSのウィーニングを図った。第12病日に心室細動を2回起こした。第14病日にPCPS、第15病日にIABPを離脱することができた。

種々のカテーテル類留置に伴い感染症は必発と考えられ、感染予防のためCEZを使用した。熱発、炎症反応の上昇が認められ、MEPM、LZDに変更したが、その後も炎症の改善なく、TAZ/PIPC, PZFX, ミカファンギンナトリウムを投与し軽快した。

第22病日に人工呼吸器も離脱でき、現在はハビリにて歩行も可能な状態まで改善してきている。

【結語】PCPSによる長期管理では、MOF予防には十分な流量を保つことが重要であると考えられた。