

退院を繰り返していた。今回も慢性心不全悪化にて再度入院。入院後、利尿剤・ACE阻害剤等の調節にて心不全コントロール試みるも改善傾向認めず。その後、病室にて心室頻拍出現し失神。電氣的除細動施行し、洞調律となるも著しい徐脈となり心原性ショックの状態となった。補助循環が必要と考えIABP挿入し心房ペースング開始。心房ペースングに依存させることにより洞調律を維持し、循環動態も改善しIABPからの離脱が可能となった。今回、カルジオバージョン、心房ペースングにより救命できた拡張相肥大型心筋症の1例を経験したので報告する。

4 心臓再同期療法が著効した2症例 — 拡張相肥大型心筋症例と陳旧性心筋梗塞例

小村 悟・池主 雅臣・飯嶋 賢一
 岡田 慎輔・保坂 幸男・古嶋 博司
 小玉 誠・相澤 義房・堺 勝之*
 田村 雄助*

新潟大学医歯学総合研究科循環器学
 分野
 済生会新潟第二病院循環器科*

〔症例1〕67歳、男性。1979年にHCMと診断され、1984年より拡張相に進行した。2003年にVTに対してICDを導入した。この時点ではLVEF 23%、QRS幅は100msであった。2007年7月に心不全で入院。NYHA III、QRS幅は200msに延長していたためCRTの適応について検討した。UCGでは心室中隔が非薄化してTI心筋シンチでも同部位に集積を認めなかったため、心室中隔側の壁運動が同期収縮する可能性は低いと考えた。しかし、ICDから右室ペースングを行うとQRS幅は160msに短縮して心室中隔の壁運動が軽度ながら回復した。右室ペースングでは左室側壁の収縮が遅れるため、CRTで心機能の改善が期待できると判断して、CRT-Dの植込みを行った。導入直後からQRS幅は100msに短縮して収縮期血圧は70から100mmHgに上昇した。NYHA IIに改善した。

〔症例2〕55歳、男性。2000年11月に前壁心筋

梗塞、2005年12月に下壁心筋梗塞となり、完全房室ブロックを併発したためDDDペースメーカーの植込みを行い、心房同期の右室ペースングとなった。その後、心不全にて入退院を繰り返した。血圧低下のためβブロッカー、ARBの導入は困難で、多量の利尿剤内服にもかかわらず起座呼吸の状態であった。2007年10月に紹介入院となった。心エコー上、右室ペースングによる左室側壁の収縮同期不全を認めたため、CRT-Dの適応と判断した。導入後より血圧の上昇を認めたため、ARB、βブロッカーの導入が可能となり、利尿剤を半減できた。NYHA IIに改善した。

5 心臓再同期療法へのupgradeが著効した先天性完全房室ブロックの重症心不全例

鈴木 博・沼野 藤人・星名 哲
 長谷川 聡・高橋 昌*・渡辺 弘*
 内山 聖

新潟大学大学院医歯学総合研究科
 小児科学分野
 同 呼吸循環外科学分野*

【背景】ペースメーカー植込(PMI)んだCAVB症例の8~26.6%が拡張型心筋症様の経過をたどる。近年、重症心不全の治療としてCRTが注目を集めているが本邦では保険適応の問題があり小児例は限られている。今回、VVI、RVペースングを施行後拡張型心筋症様の経過をたどったCAVB例にCRTが著効したので報告する。

症例は1歳7ヶ月、男児。

主訴：浮腫。

現病歴：CAVBと胎児診断されており、在胎35週5日、3128g、C/Sで出生した。Apgar score 6/7点であった。wide QRSのventricular rhythm、rate 75bpmであった。即日PMI(VVI、leadはRV室前壁、rate 140/min)を施行された。術後12時間で心不全を認め、rateを120/minに下げて改善した。その後順調に経過した。しかし1歳7ヶ月時に浮腫を認め、入院した。入院時胸部X-pでCTR 69%、心エコーでLVDd 42.1mm (139% of normal)、EF 27%、BNP 901pg/mlで拡張型心筋