

calis が検出された。術後、septic shock と考えられ、endotoxin 吸着を行って、血行動態は改善した。術後4週間 IPM 2g/day 継続し、CRP 0.07 まで低下し、術後経過良好にて退院した。

6 血液透析アクセスとして人工血管による腋窩-腋窩動脈ループを作製した1例

目黒 昌

長岡中央総合病院血管外科

症例は63歳、男性。

【既往歴・現病歴】1991年に糖尿病を指摘され長岡市内の某病院で加療を開始。2004年に慢性腎不全のため同院で血液透析を開始。左上肢に人工血管による内シャントを作製されたが血栓閉塞を反復。2006年までに血栓除去術とバルーン拡張術を数回ずつ施行された。

2007年1月にくも膜下出血のため同院脳外科に入院。右V-Pシャント術を施行された。以後数日おきに全身痙攣を反復。入院後5月までに内シャントの血栓除去を4回、バルーン拡張を1回施行された。

6月6日リハビリを目的に自宅に近い当院の腎臓内科に転院。7月に左上肢の内シャントは閉塞したため、8月に当院腎臓内科で右上肢に人工血管による内シャントを作製するも数日で閉塞。9月5日当科紹介。

【当科紹介時現症】160cm, 54kg. 意識レベル：JCS II度。見当識障害、右左片麻痺を認めた。両上肢皮下に人工血管が残存。左ソケイ部に透析用カテーテルが留置されていた。エコー上両上肢に内シャントを使用可能な太さを有する静脈を発見できず。両下肢は膝窩動脈以下の拍動を触知できず。両足部にチアノーゼは認めないが冷感あり。API 右0.75, 左0.75。

【経過】上肢での内シャントは長期の開存が期待できないこと、下肢での内シャントは、ASOがあり重篤な虚血を招く危険性が大きいことより、左腋窩-腋窩動脈ループを選択した。9月13日全身麻酔下、人工血管(6mm, EPTFE)を使用し手術を施行。ループは左前胸部皮下においた。

術後経過良好。同28日より穿刺し、ブラッドアクセスとして使用開始。週3回の血液透析を継続中。

【考察】人工血管を使用した腋窩-腋窩動脈ループは本症例のような両上肢の静脈が細く長期の開存が期待できない症例の他に、長期のカテーテル留置などにより中心静脈に閉塞性病変が存在する症例、左-右短絡による心不全が懸念される症例などでは有用な選択肢になり得る。ただし文献上1年後の一次開存率は約60%、二次開存率が約90%と報告されており、注意深い観察と急性閉塞時の的確な対応が必要と思われる。

II. テーマ演題

1 一時的な抗血小板療法の中止を契機として発症した遅発性ステント血栓症の1例

樋口浩太郎・大嶋有希子・阿部 暁
大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は60歳、男性、冠危険因子は糖尿病(HbA1c 6.8%)、高LDL血症(160mg/dl)、喫煙(40本/日)。不安定型狭心症で当科に入院。左前下行枝(#7)のAHA 99%狭窄に対して薬剤溶出性ステント(Cypher 2.5-23mm)、左回旋枝(#13)のAHA 99%狭窄に対しても薬剤溶出性ステント(Cypher 2.5-23mm)治療を行った。6ヵ月後の冠動脈造影検査では、ステント再狭窄を認めなかった(いずれもAHA 25%、辺縁整)。アスピリンを継続し、パナルジンを中止した。その後、他院の耳鼻科で左顎下腫瘍のバイオプシーが予定された。アスピリン休薬時はヘパリン持続投与が必要と連絡したが、ヘパリンは投与されずにアスピリンが休薬され、バイオプシーが行なわれた(ステント留置から約200日後、8日間中断)。アスピリン再開から48日後に急性心筋梗塞が発症した。左前下行枝(#7)のステント中樞側が閉塞。閉塞病変に対してPCIを施行(バルーンで拡張後、bare metal stentを留置)、TIMI-3で終了し、心不全なく退院した(CPK 5111 MB 352)。

【考察】本例は薬剤溶出性ステント留置後、一時

的な抗血小板療法の中止を契機としてステント血栓症が発症したと考えられた。①ステント血栓症は一旦発症すると重症な心筋梗塞になる可能性がある。薬剤溶出性ステント留置後の遅発性ステント血栓症に関して他科に十分なアナウンスをする必要があると考えられた。②本例ではアスピリン再開後にステント血栓症が発症した。一時的な休薬があった場合、その後の抗血小板療法を強化するなど、厳重な管理が必要と考えられた。

2 左主幹部閉塞による急性心筋梗塞に対する補助循環下 Primary PCI の経験

小澤 拓也・富田 任・小田 雅人
五十嵐 登・岡田 慎輔・三間 渉
伊藤 正洋・廣野 暁・大倉 裕二
加藤 公則・塙 晴雄・小玉 誠
相澤 義房・浅見 冬樹*・岡本 竹司*
竹久保 賢*・名村 理*

新潟大学医歯学総合病院循環器学分野
同 呼吸循環外科学分野*

今回我々は左主幹部閉塞による急性心筋梗塞(LMT-AMI)に対しPCIを行った2例につき報告する。

〔症例1〕61歳、男性。2007年10月10日、入浴後に胸部圧迫感出現。ショック状態で救急搬送された。カテコラミン大量投与にても低血圧のままであり、まずIABPを挿入した。CAGではLMTの閉塞を認め、直ちにLMTへのPCIの方針とした。2.5/20mmバルーンにて前拡張後、血栓吸引しTIMI-1へ改善。bail out目的にLMT-LAD方向にDriver 3.5/24mmを留置した。LMT内腔は確保されるもflow出ず。BP40-50, asystoleとなり心肺蘇生術を開始、気管内挿管の上、PCPS挿入。maxCPKは33000まで上昇、翌日のCAGでは左冠動脈は開存し、flow良好で明らかな残存血栓は認めず。カテコラミン、hANP、利尿剤などで心不全治療を継続。心エコー上、わずかだが残存心筋の壁運動改善傾向ありPCPSを徐々にweaning。第7病日にPCPSからの離脱を行うも翌日より徐々に血圧低下。カテコラミンに反応せず

PCPS再挿入を余儀なくされた。再度、stunningからの回復を期待して補助循環support下で全身管理を行ったが、LOSは遷延し3週目よりMOF出現。第28病日永眠された。

〔症例2〕76歳、男性。2007年11月18日、入浴中に胸部圧迫感出現、救急搬送された。AMIと診断し緊急心臓カテーテル検査を施行。CAGではLMT totalでpoorだがRCAからの側副血路あり。呼吸状態も悪化し、ただちにIABPを挿入、気管内挿管の上LMTに対しPCI施行。2.5mm balloonで拡張後、LMT-LADへDriver 3.5/20にてbail out。再灌流後BP40-50となりPCPS挿入。カテコラミン、hANP、利尿剤などで心不全治療を継続。エコー上、壁運動改善傾向あり、第3病日にPCPS離脱、第5病日にIABP抜去が可能であった。

3 川崎病後遺症例に施行した冠動脈内血管内エコーについて

沼野 藤人・星名 哲・長谷川 聡
鈴木 博・内山 聖

新潟大学大学院医歯学総合研究科
生体機能調節医学専攻内部環境医学講座小児科学分野

【はじめに】

われわれは、川崎病後遺冠動脈後遺症の患者に対して冠動脈の評価を行なう際に、冠動脈造影のほか、血管内エコー(Intravascular Ultra Sound: 以下IVUS)を用いている。進行性の局所性狭窄(localized stenosis: 以下LS)の主たる原因は冠動脈内中膜の肥厚であるが、LSを認めない部位でも内中膜肥厚を認めていることを以前に報告した。今回、われわれは複数回IVUSを施行した川崎病後遺症例の内中膜経時変化について検討したので報告する。

【対象および方法】

解析期間: 1998年11月~2007年9月

症例数: 16症例35回(男性11例24回, 女性5例11回)

施行時年齢: 12歳9ヶ月~29歳4ヶ月(中央