

心臓カテーテル検査目的に入院した。

右心カテーテルを右頸部アプローチで、冠動脈およびグラフト造影を右橈骨動脈アプローチで施行した。グラフトに再狭窄をみとめ、後日インターベンションを行う方針とし、シースを抜去し検査を終了した。病棟帰室時に右頸部の腫脹がみられたが、外部への出血はなく弾性テープで圧迫して経過を観察した。腫脹は徐々に軽減したが、4日目に右頸部の連続性雑音に気づき超音波検査を行ったところ、右総頸動脈上を横切る小動脈から内頸静脈へのシャント血流が認められた。翌日造影 CT で確認すると、右上甲状腺動脈の胸鎖乳突筋枝から内頸静脈へのシャントであることが分かった。右上甲状腺動脈結紮術を外科的に行い、連続性雑音は消失した。後日、グラフト再狭窄に対するインターベンションを行い退院した。頸静脈へのカテーテル挿入において、総頸動脈や内頸動脈の損傷に伴う合併症の報告は多いが、本症例のように分枝が関連した合併症は稀であり報告する。

5 急性心筋梗塞発症後にシロスタゾールを内服し一過性に左室内圧較差を生じた 1 例

前田 知代・尾崎 和幸・高山 亜美
保屋野 真・柳川 貴央・土田 圭一
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 74 歳、女性。急性心筋梗塞を発症し緊急冠動脈造影にて # 7 100 % を認めステント留置にて再灌流に成功した。しかし、ステント末梢に解離を生じステント血栓症予防目的にシロスタゾール内服を開始した。左室造影では心尖部無収縮、後側壁、基部下壁の過収縮を認めたが、左室内圧較差はなかった。第 4 病日、駆出性収縮期雑音が出現。心臓超音波検査にて左室流出路に 161 mmHg の圧較差を認めた。また、S 状中隔を認めたが肥大型心筋症の所見は認めなかった。シロスタゾール内服を中止し 2 日後に圧較差は消失した。後日、シロスタゾール内服を負荷、運動負荷にて左室内圧較差は生じずドブタミン負荷では

30mmHg の圧較差を生じた。本症例では急性心筋梗塞発症後に一過性左室内圧較差を生じたが、シロスタゾール内服、S 状中隔の関与が考えられた。

II. テーマ演題

1 開胸下心肺補助循環を長期間施行し救命できた劇症型心筋炎の 1 例

沼野 藤人・朴 直樹・長谷川 聡
鈴木 俊明・鈴木 博・内山 聖
若林 貴志*・白石 修一*・高橋 昌*
渡辺 弘*・林 純一*・廣川 徹**
新潟大学大学院医歯学総合研究科
生体機能調節医学内部環境医学講座
座小児科学分野
同 呼吸循環外科学分野*
済生会新潟第二病院小児科**

【背景】心筋炎は 30 % が何の後遺症もなく治癒するといわれている一方で、劇症型に至るとその 1/3 が死亡に至るとも言われている。劇症型心筋炎に対する治療は内科的治療のほか、経皮的な心肺補助循環 (PCPS) を用いた積極的治療が行われるようになった。しかし、小児に対する使用には体格による制限がある。今回われわれは開胸下で心肺補助循環を行うことによって、神経学的後遺症なく救命できた男児例を経験したので報告する。

症例は 8 歳男児。全身倦怠、発熱で発症し、第 3 病日に急性心筋炎の診断で当院 ICU へ緊急入室した。入院時心電図では完全房室ブロックを認め、心エコーでの左室駆出率は 25.1 % と著明に低下していた。ICU 入室後より、カテコラミン、利尿薬、酸素投与にて治療を開始したが、入室後 2.5 時間で心停止となり、緊急的に開胸下心肺補助循環を導入した。右房脱血、大動脈送血にて補助循環を開始し、導入 4 日目の回路交換時に肺動脈脱血も加えた。肺動脈脱血を加えることで血液充満による左心室の拡張を軽減し、更なる補助流量を得ることができた。計 254 時間の心肺補助循環に

加え、腹膜透析、 γ グロブリン大量療法、ステロイドパルス療法などを行い、神経学的後遺症なく救命することができた。

【結語】経皮的心肺補助循環は小児では blood access の問題から導入が難しく、合併症の可能性が大きい。本症例では開胸下で行うことで必要な補助流量を長期間得ることができた。

2 診断に苦慮した収縮性心膜炎の1例

阿部 暁・杉浦 広隆・小川 理
清水 博・政二 文明・岡崎 裕史*
県立中央病院循環器科
同 胸部外科*

症例は84歳、女性。2006年2月頃より動悸・倦怠感が出現し、近医を受診。胸部レントゲンにて左側優位に両側胸水を認め、2月14日精査目的に当院内科を紹介された。心エコーでは左室壁運動は正常(LV 3.1/1.9, EF 72%)、BNP 230pg/mlであった。胸水は濾出性であり、細胞診・培養にて有意な所見は認めなかった。利尿剤にて胸水は減少傾向にあり経過観察となっていた。その後、顔面浮腫や食欲低下も見られるようになり、BNP 1068pg/mlと高値を示し、6月2日に当科外来に紹介され入院となった。心エコーでは左室径 2.7/1.7 (EF 67%) と収縮能は保たれていたが、E/A 0.61, DcT 150ms, E/e' 22.0 と拡張障害を認めた。中隔の呼吸性変動はみられなかった。利尿剤を増量したが胸水は増大し、中心静脈圧は 20 ~ 25cmH₂O と高値を示した。胸部CTにて心外膜の肥厚を認めたことから収縮性心膜炎を疑い、心臓カテーテル検査を施行した。PCWP (16), PA 32/19 (23), RV 31/EDP 16, RA (14), LV 141/EDP 26, Ao 120/71 (90) と両心室拡張末期圧の上昇を認めた。拡張期圧波形にて dip-and-plateau を認め、左右心室拡張期圧は近似し、右房圧には深い X・Y 谷を認め、収縮性心膜炎と診断された。7月7日心外膜切除術を施行された。

BNP 高値を示すなど非典型的な所見もあったが、胸部CTおよび心臓カテーテル検査にて最終的に収縮性心膜炎の診断に至った。

3 術後重症心不全を来した大動脈弁閉鎖不全症の1例

本野 望・竹久保 賢・曾川 正和
名村 理・林 純一・八木原伸江*
布施 公一*・加藤 公則*・相澤 義房*
新潟大学医歯学総合研究科
呼吸循環外科分野
同 循環器学分野*

症例は64歳、女性。40歳代から息苦しさなどを自覚。46歳時、AR III° と診断されるも、経過観察となる。徐々に自覚症状が悪化し NYHA III, 心エコーで AR IV°, 左室の拡大と壁運動の低下を認めた。

【検査所見】

BUN 33, Cre 1.2, Ccr 42, HbA1c 6.4

ECG: HR 76bpm, Af rhythm

UCG: LV wall motion diffuse mild hypo, 拡張 LVH, EF 51%, Ao 32mm, LA 53mm, LV 73/53 mm, IVS/LVPW 12/13mm, AR IV°, AV-PG 33mmHg, MR I°, TR mild

【手術所見】

大動脈弁置換術 (SJM Regent 21A) + Maze (IV) 手術

手術時間 5時間 25分

体外循環時間 3時間 26分

大動脈遮断時間 2時間 3分

【術後経過】

0 病日 大動脈弁置換術 + Maze (IV) 施行

1 病日 抜管

2 病日 心房細動出現 (HR 120~150bpm), 自然に洞調律に復帰

3 病日 呼吸困難出現。胸部レントゲン上、両側胸水 (+) ⇒ 両側に胸腔ドレーン挿入。血性胸水 (+)

4 病日 呼吸不全 ⇒ 再挿管

心房細動再発 ⇒ 除細動施行するも洞調律への復帰なし

7 病日 肺炎を併発 ⇒ IPM/CS, VCM 点滴開始

10 病日 心タンポナーデ発症 ⇒ 心嚢切開・排液術施行