

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

- 11 病日 抜管
 13 病日 洞調律に復帰
 20 病日 心房細動再発 (HR 150bpm)
 22 病日 除細動施行⇒洞調律に復帰

【考察】

- ・病期のより早い時期での手術を考慮すべきであったと考えられる。
- ・強力な内科的治療により症状が抑えられた事が、手術時期を遅らせた可能性はあるか？

4 2 弁置換術後の AS + TR で術前長期人工呼吸管理を要していた症例に対する再手術の 1 例

飯田 泰功・山本 和男・浅見 冬樹
 三島 健人・葛 仁猛・島田 晃治
 杉本 努・吉井 新平・春谷 重孝
 医療法人立川メディカルセンター
 立川総合病院心臓血管外科

症例は 74 歳，男性。

【既往歴】昭和 54 年 7 月 5 日 ASR + MSR にて AVR (Lillehei - Kaster 14A) + MVR (Bejörk - Shiley 25M) 施行。

【現病歴】2 弁置換術後，心房細動にて前医通院中であった。NYHA II° 程度で経過していた。平成 17 年 5 月 20 日頃より両下肢浮腫，呼吸苦出現し始め，胸部レントゲン上右胸水貯留にて利尿剤追加。起坐呼吸となり 6 月 26 日，救急車にて入院となった。肺炎を合併したうっ血性心不全の状態にて，挿管，人工呼吸器管理開始。UCG にて AS (代用弁機能不全疑い)，PG 75 ~ 80mmHg。DOA/DOB: 5/5 γ + 利尿剤で心不全はある程度代償されたが，inotropics 減量できず，CO₂ 貯留にて人工呼吸器からの不能となり，手術目的にて 8 月 1 日前医より当科へ搬送入院となった。血液培養陰性。痰培にて MRSA (+)，*Pseudomonas aeruginosa* (+)。心エコーにて LV: 36/20mm，EDV/ESV: 55/25ml，EF: 50%，mild AR，mild MR，severe TR を認めた。透視下に LK 弁の開放障害を認めた。M 弁 (BS) の開閉は良好。肺炎はあるものの，代用弁機能不全 (AS) がある状態では改善は望めないと考え手術方針とした。

【入院後経過】8 月 3 日 (人工呼吸開始より 38 日後) AVR (MOSAIC 21) + TAP (Duran partial band 31mm) 施行。手術時間 390 分，人工心肺時間 166 分，循環停止時間 102 分であった。ICU 入室後，多量のカテコラミンを要したが，5POD に NAd off，10POD に DOB off となった。7POD，抜管したが再挿管。19POD に気管切開術施行，20POD に DOA2 γ 下で UCG にて LV: 40/28，EDV/ESV: 70/30，FE: 40%，mild TR，生体弁 perivalvular leak (-)，37POD 転院となったがこの時はまだ発熱あり。前医による加療にて軽快した。

5 ICD 植え込み後の HCM 拡張相難治性心不全に CRT が奏効した 1 例

土田 圭一・高橋 和義・高山 亜美
 保谷野 真・柳川 貴史・尾崎 和幸
 三井田 努・小田 弘隆
 新潟市民病院循環器科

症例は，50 歳代，男性。14 年前心エコーにてはじめて肥大型心筋症 (HCM) を指摘され，9 年前より HCM と発作性心房細動 (PAF) で薬物治療が開始された。3 年前に持続型心室頻拍 (s-VT) による失神を来し入院。HCM は拡張相 (dilated phase) への移行と考えられる左室拡大と収縮機能不全が認められた (拡張末期径 > 6.0cm，駆出率 < 30%)。この時植え込み型徐細動器 (ICO) の植え込みが行われた。同年はじめて心不全により入院。s-VT による ICD 頻回作動も認められたが心不全がコントロールされるとともに，VT の頻度も減少した (amiodarone は肺拡散能の低下を認め導入を断念した)。その後，半年前より計 3 回心不全にて入院加療を要した。今回，再び心不全増悪にて入院となった。基本調律は narrow QRS の洞調律ないし，徐脈性の PAF であったが，ICD からの右室心尖部ペーシングに依存していることが多かった。心エコー図にて心室中隔と後側壁との時相の違いが認められ，右室ペーシング時に，同期不全がより顕著となり，心不全を治療抵抗性にしているひとつの原因と考えられた。