

- 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，CO<sub>2</sub>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。