

- 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。

め、心臓再同期療法 (CRT) を行った。右室リードと左室リードを追加し、ICD の対側 (右胸部) にペースメーカー植え込み術を施行した。術後、80ppm 両室ペーシングとし、心エコーでの明らかな同期不全の改善を認め、MYHA はⅢ度からⅡ度への改善を認めた。

本症例は、低拍出症候群 (LOS) による薬物治療抵抗性の心不全であった。narrow QRS であったが、CRT にて、壁運動同期性が高まり、血行動態の改善をもたらし、心不全をコントロールできたことが、自覚症状の改善に寄与したと考える。CRT 適応基準のひとつである、QRS 幅の拡大を来していない症例でも、本治療に対する responder が存在することは文献的に報告されており、今後も CRT 患者選択における、より最適な指標の確立が必要と考えられる。

6 右室心外膜ペーシングにより心室同期性が悪化し治療抵抗性心不全を呈した 1 例

八木原伸江・布施 公一・加藤 公則
小村 悟・山下 文男・田辺 靖貴
古嶋 博司・池主 雅臣*・小玉 誠
相澤 良義

新潟大学医歯学総合研究科循環器分野
新潟大学医学部保健学科*

症例は 56 歳、男性。34 歳時、洞不全症候群のためペースメーカー植込み施行。2006 年 3 月、持続性心室頻拍出現し入院。心臓カテーテル検査では、冠動脈は正常、左室壁運動はびまん性に低下し EF 39%。ICD 適応と考えられたが、上大静脈閉塞のため外科的に心外膜パッチ縫着し ICD 植込み施行、また将来的に CRT-D への変更も考慮し左室と右室に心外膜リード留置し、ICD からの右室心外膜ペーシングに変更した。術後徐々に心不全悪化を認め、心エコーでは心室中隔が dyskinesis となっていた。カテコラミンと利尿剤静注にて経過観察したが、心不全は改善せず。右室心尖部に一時ペースメーカーを挿入し、心外膜ペーシングとの比較を行ったところ、急性効果では血行動態の改善は認められなかったが、septal-

posterior wall motion delay は 140ms → 104ms と短縮したため、心腔内に残されていたリードに VVI ペースメーカーを持続し心内膜ペーシングを再開したところ心不全の改善を認めた。今回、心外膜ペーシングにより dyssynchrony が悪化し治療に難渋した症例を経験したので報告する。

第 47 回下越内科集談会

日 時 平成 18 年 11 月 17 日 (金)
場 所 ホテル新潟 2F 芙蓉の間

1 高カルシウム血症と高度腎障害で発症したサルコイドーシスの 1 例

新谷 茂樹・小林 大介・保坂 聖子
飯野 則昭・成田 淳一・寺田 正樹
高田 俊範・下条 文武・鈴木 栄一*
吉澤 弘久**

新潟大学医歯学総合病院第二内科
同 総合診療部*
同 生命科学医療センター**

症例は 51 歳、男性。これまで検診等で尿、腎機能異常など指摘されたことはない。2006 年 3 月原因不明の微熱があったが放置していた。この頃から徐々に食欲不振が進行した。5 月初旬、全身倦怠感、微熱、両下肢熱感などの症状が出現し、近医受診した。NSAIDs を処方されたが、症状改善せず、5 月 22 日当科外来を受診した。BUN 65 mg/dl, Cr 5.5mg/dl, UA 9.0mg/dl, iP 5.6mg/dl, Ca 13.9mg/dl と高度の腎障害、高カルシウム血症が認められ、外来にて補液、ビスフォスフォール点滴、フォサマック内服、低カルシウム透析などの治療が開始された。5 月 26 日精査加療目的に入院した。入院後の検査にて、ACE 33.4 U/ml, リゾチーム 89.9ug/ml, 胸部レントゲンにて両肺野の散在する粒状影を認め、Ca シンチの両肺、腎への取り込みからサルコイドーシスが疑われた。