

上維持は良好であった。現在までのところ10病変に対して施行し、一括切除率は80%、偶発症の発症を認めなかった。

内視鏡先端にキャップを装着せずニードルナイフによる粘膜下層切離を加えない簡便なEMRSHであるが、病変の安全・確実な切除と一括切除率向上に有効な手技であると考えた。

21 当科における大腸憩室症 — 右下腹部痛を訴える症例の臨床的検討 —

櫻井加奈子・大竹 雅広・角田 和彦
長倉 成憲・吉田 奎介

日本歯科大学新潟歯学部外科

【目的】右下腹部痛を訴える患者について、大腸憩室炎の頻度と急性虫垂炎との差異について比較検討した。

【対象・方法】1992年からの10年間に、右下腹部痛を訴え入院した122例のうち、確定診断を得た58例を対象とした。

【結果】憩室炎は21例で、右下腹部痛を訴える症例の17.2%を占めた。右側大腸憩室炎と虫垂炎の鑑別点として、病状の進行速度、悪心や嘔吐の有無、圧痛点の位置、右下腹部の腫瘤触知という点で違いを認めた。術前検査は超音波検査およびCTが施行され、虫垂炎において約80%の正診率が得られた。

【結論】右下腹部痛を訴える患者の大腸憩室炎の頻度は予想より多く、その手術適応決定においては、理学所見に加え、超音波検査やCTが有用であると思われた。

22 虫垂瘻からのSteroid antedrug 腸内投与が奏効した潰瘍性大腸炎の2例

宮澤 智徳・亀山 仁史・岩谷 昭
早見 守仁・桑原 明史・小出 則彦
山崎 俊幸・飯合 恒夫・岡本 春彦
須田 武保・畠山 勝義・本間 照*
朝倉 均*

新潟大学第一外科
同 第三内科*

潰瘍性大腸炎において従来の内科的治療に抵抗する難治例に対し虫垂瘻からのsteroid antedrug 注入療法を2例に施行したので報告する。2例は数年にわたり内科的治療を受けていたが寛解と増悪を繰り返していた。今回全身steroid 療法に抵抗性を示したため、腰椎麻酔下に虫垂瘻を増設しそこからsteroid antedrug の注入療法を開始した。両症例とも約1ヶ月後の大腸内視鏡検査にて著明な改善を認めた。現在外来にてsteroid の減量を行っているが寛解を維持している。以上より虫垂瘻からのsteroid antedrug 注入療法は難治性の潰瘍性大腸炎において有効な治療の1つと考えられた。

第238回新潟循環器談話会

日 時 平成16年2月28日(土)
午後3時～6時
会 場 新潟大学医学部 第五講義室

I. 一般演題

1 重症の洞不全症候群が突然生じた1例

有賀 諭生・佐藤 暢夫・岡田 義信
県立がんセンター新潟病院内科

症例は82歳女性。41歳時に子宮癌、43歳時に転移性肺腫瘍の既往があるが、心疾患の既往及び家族歴は認めない。

平成15年11月5日、急性骨髄性白血病にて当

院血液内科入院，輸血のみ施行し11月11日退院。11月12日の昼頃，突然誘因なく失神し救急車で当科受診。車内のモニター心電図でHR 15～20bpmと著しい洞徐脈，洞休止を認めた。アトロピン，エピネフリン投与後の12誘導心電図では，左室肥大のみであり，心エコー上は左室機能に異常を認めなかった。洞不全症候群と診断し，一時的ペースメーカーを挿入，ペーシングレート60bpmに設定した。同日夜には自己の洞調律が出現するようになり，翌朝には完全に自己洞調律に復調，HR 60～70bpmとなった。第3病日より発熱，CRPの上昇を認め，敗血症を合併，その後敗血症性ショックに陥り，第4病日に死亡した。その間，自己脈は50～60bpmであった。血液内科入院時の心電図では左室肥大のみであったことから，突然洞不全症候群（急性洞休止）が発症したものと考えられた。洞不全症候群の原因は不明であった。

2 感染性血栓を伴うペースメーカーリード感染の1例

明石 興彦・金沢 宏・磯田 学
志村信一郎・高橋 善樹・中沢 聡
山崎 芳彦

新潟市民病院心臓血管外科

症例は73歳男性。2年3ヵ月前，洞機能不全のため心内膜リードを用いDDDペーシングを開始された。

2ヵ月前より高熱が続き，心エコーでリードに付着する2cm大の血栓を認め入院した。血液培養でCNSが培養され感染性血栓と診断し，抗生剤投与を継続，開心術で感染性血栓を付着したリードとともに摘出し，心外膜電極を用いペーシングシステム交換を行った。術後の経過は良好で，1ヵ月間の抗生剤点滴静注の後退院した。

3 ペースメーカー・リードが原因で重症三尖弁閉鎖不全を呈した1例

池田 晴夫・高橋 和義・吉田 剛
渡辺 裕・山浦 正幸・三井田 努
小田 弘隆・樋熊 紀雄・明石 興彦*
金沢 宏*

新潟市民病院循環器科
同 心臓血管外科*

〔症例〕64歳 男性。41歳より，発作性心房細動が出現した。47歳より，心拍数 毎分30回の徐脈性心房細動となった。49歳（1988年）徐脈による心不全となりペースメーカーを植え込んだ。植え込み部位は左鎖骨下。ペースメーカーはVVI，リードはMedtronic社製，リード長58cm，リード径2.3mm，固定形式はティンを使用した。リードの先端位置は三尖弁輪近傍であった。植え込み後，心不全は改善した。

その後，徐々に心拡大が進行するとともに，ペースメーカー・リードの“たわみ”が消失していたが，心不全なく経過した。54歳1回目のペースメーカー交換時に γ -GTPの上昇があり，以降徐々に上昇した。60歳でうっ血肝と診断された。心エコーでTRが中等度あり，右心系拡大を認め，利尿剤を開始したが，心不全およびうっ血肝は悪化した。

03. 11月（62歳）心不全症（NYHA II度）のため入院した。入院時，心胸郭比75%の心拡大あり。心拍数60/分，全てペーシングリズムであった。心エコーにて重症TRを認めた。リードが三尖弁を圧排し，三尖弁尖部が接合していない部分からTRを認めた。リードによりTRが生じ，心拡大を伴いリードの緊張が強まりTRが重症化したものと判断した。

2003年12月当院心臓血管外科で開胸下でのリード抜去，三尖弁輪形成，心外膜ペーシングの植え込みを行った。手術後TRは減少し，心不全症状は改善した。手術時の所見は，リードのティンが三尖弁後尖の検索を吊り上げていた。弁への癒着，破壊はみられなかった。

【考案】本症例ではペースメーカー・リード植え込み当初のリードの先端の位置が理想的な位置