

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，ペースングレート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ペースングを開始された。

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ス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，全てペース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，心外膜ペース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