

にはなく、TRが生じたものと思われる。その後、徐々に心拡大が進み、リードに緊張が生じた。そのことによって三尖弁の圧排が強まり、さらにTRが重症化したものと思われる。

【まとめ】ペースメーカー植え込み時にはTRの出現・悪化を考慮して、適切な位置にリードの先端を置くことが必要である。

4 両側の外腸骨静脈から腎下部下大静脈までの血栓閉塞を伴った亜急性肺血栓塞栓症の1例

田中 孝幸・山口 利夫・津田 隆志

木戸病院循環器内科

患者は72歳、女性。数年前からの労作性の息切れが徐々に強くなり受診。既往歴、家族歴に特記すべきことはない。受診時には軽い体動によっても息切れが出現し、安静時においても低酸素血症を呈していた。心エコー検査では右心系の拡大と心室中隔の圧排を認め、肺高血圧(推定PA圧=80mmHg)が疑われた。経過から慢性肺血栓塞栓症と考えられたが、入院時より行った抗凝固療法により低酸素血症が改善した。受診前の症状経過からは慢性肺血栓塞栓症に急性、または亜急性の肺血栓塞栓が加わった病態が考えられた。RI静脈造影、下肢静脈造影では両下肢深部静脈に明らかな血流障害はなかったが、肺血流シンチグラムでは両側に多発性、彌慢性の血流欠損が認められた。入院後10日目に施行した肺動脈造影では近位部には明らかな血栓は認められなかったものの、一部の区域枝では完全閉塞が確認された。この時点ですでに血行動態的には肺高血圧の所見なく、直後におこなった心エコー検査でも右心系の拡大や心室中隔の圧排は認められず、肺高血圧も改善していた。また、同時期の肺血流シンチグラムでも血流欠損の改善が認められた。本症例は、短期的には抗凝固療法のみにて自覚症状や肺高血圧の著明な改善が得られた典型的な例であり報告する。

5 心肺蘇生直後に冠動脈造影上スパズムを認めた1例

今井 俊介・三間 渉・宮島 静一

燕労災病院循環器科

症例は50歳男性。喫煙歴40本×30年、飲酒歴2合/日。46歳時に他院で冠動脈造影を受け、冠攣縮性狭心症として福島市の病院で内服加療中であった。内服は度々忘れがちで喫煙も継続、正月で帰省中に前日飲酒した。H16. 1. 4朝9時頃より胸痛が出現し、軽快しないため救急車を要請した。9:30救急車に収容。救急車内でST上昇し、心肺停止となったため心肺蘇生しながら当院搬送となった。来院時心肺停止状態であったがモニター上洞徐脈を認め、いわゆるPEA(Pulseless Electric Activity)の状態であった。気管内挿管したが、間もなくVfとなりDC施行し洞調律に復した。心肺蘇生を継続、カテコラミン投与併用で心拍再開を認め、緊急カテテル検査を試行した。心拍再開時の心電図でII, aVF, V5-6でST軽度低下を認めたが、カテ室入室後一時的にIII, aVFのST上昇が出現した。右冠動脈造影では#1-#250%狭窄であった。再びSTが上昇し血圧低下したためIABPを挿入、再度右冠動脈を造影したところ#1の完全閉塞を認めた。ISDN冠注で0%狭窄となり、左冠動脈も有意狭窄を認めなかった。冠攣縮発作による心肺停止と考え、検査を終了した。ISDNとdiltiazemを持続静注で経過は良好、心筋逸脱酵素の上昇も軽微であった。蘇生後脳症による軽度の記憶力障害は残ったものの、diltiazem, ISDN, nicorandil等の内服で無事退院となった。冠攣縮による突然死の報告はあるが、経過中に攣縮発作を繰り返し、カテテル検査中にも攣縮の出現を認めた症例は珍しいと思われるので報告する。