

性心室頻拍とST変化を指摘され、2月12日当科紹介受診した。心室頻拍の精査加療のため同日緊急入院した。著しい突然死の家族歴を有すること、安静時心電図にて洞徐脈傾向であり、QT延長なく、ブルガダ型ST変化ないこと、運動負荷心電図で心室性期外収縮頻発から多源性非持続性心室性頻拍が出現すること、心臓電気生理学的検査のプログラム電気刺激にて心室頻拍が誘発されないこと、よりカテコラミン感受性多形性心室頻拍と診断した。アテノロール50mgで治療し、現在まで良好な経過をたどっている。長男の検査結果もあわせて報告する。

## 5 針状硬性鏡による大動脈弁観察の有用性（特に小児大動脈弁閉鎖不全例において）

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

新潟市民病院心臓血管外科

【目的】小児の大動脈弁閉鎖不全は心室中隔欠損に多く合併し、大動脈弁の形成を加えることも多い。大動脈弁形成の効果を、大動脈基部から針状硬性鏡を挿入し、大動脈弁を観察、手術に役立てたので報告する。

【方法】開心術の際、大動脈遮断後、心筋保護液注入針始入部の中枢側から針状硬性鏡（オリンパス社製 外径1.7mm 0°）を刺入し、クリスタロイド心筋保護液を注入時に大動脈弁を観察をした。初回心筋保護液注入時、VSD閉鎖後、および大動脈弁形成症例では大動脈遮断解除前の3回観察した。

### 【成績】

〔症例1〕10歳男児：1ヶ月検診で心雑音を指摘され、心エコーでVSD（I）と診断された。最近心エコーでRCCH、ARを指摘され手術となった。大動脈弁はcoaptationはほぼ保たれており、VSDを閉鎖することでARは消失した。

〔症例2〕1歳7ヶ月男児：82cm 10.2Kg VSD（I）で経過観察中、1歳頃からRCCH、ARが出現進行した。大動脈弁はRCCの変形と逸脱がみ

られた。VSDパッチ閉鎖だけでは弁尖があわず、RCCの両側交連をsuspensionした。ARはごくわずかとなった。

〔症例3〕5歳女児：生下時から心雑音を指摘された。心エコーでVSD（I）の診断を受け経過観察された。5歳時の心エコーでARがひどくRCCHも認めため手術となった。大動脈弁はRCCが落ち、弁縁が延長していたため、両側の交連をsuspension, plicationを行った。RCCは持ち上がり、coaptationは良好となった。

【結語】内視鏡の進歩はめざましく、最近は小さくハンドリングのよい硬性鏡が開発されている。今回は針状硬性鏡を用いて小児例の大動脈弁形成の評価を行った。クリスタロイド心筋保護液注入時により生理的な状態で大動脈弁を観察でき、針状硬性鏡は小さくじゃまにならず、十分な大動脈弁の観察が可能であった。大動脈弁の形成術には形成後の形態を把握でき有用であった。

## 6 生体弁置換にて救命し得た特発性僧帽弁腱索断裂の高齢者例

水野 研一・落合 幸江・堺 勝之  
田村 雄助・諸 久永\*

済生会新潟第二病院循環器科  
同 心臓血管外科\*

症例は88才男性。呼吸困難を主訴に2003年5月12日近医受診。SpO<sub>2</sub> = 81%にて酸素投与下に当院に搬送された。当院到着時、起座呼吸にてBP = 102/60mmHg, HR = 99bpm 不整, SpO<sub>2</sub> = 95% (O<sub>2</sub> 8L)。心尖部にLevine 3/6度の汎収縮期雑音を聴取した。胸部X線上肺水腫を認めた。ECGは心房細動、完全右脚ブロックで、有意なST-T変化はみられなかった。心エコーにて重症僧帽弁逆流を認めたが、左房・左室拡大はなく、左室壁運動は亢進していた。急性僧帽弁逆流による急性左心不全と考え、フロセミド、ドーパミン、ハンプなどで治療を開始した。血液培養は陰性で感染性心内膜炎は否定的であり、再度施行した心エコーで、僧帽弁後尖に接続する腱索の断裂を確認し、特発性僧帽弁腱索断裂と診断した。心不全