

に 60 Gy) 以後再発はない。

【現病歴】56歳より少量の心嚢液が認められていた。平成13年3月(65歳)頃より息切れ, 5月に夜間起坐呼吸が出現した。心エコーにて多量の心嚢液貯留が認められ, 5月24日心嚢ドレナージ目的に入院した。

【入院時現症】血圧 130 / 80 mmHg (奇脈あり), 心拍数90/分整, 心肺: 聴診上異常所見なし, 腹部: 右鎖骨中線上に肝を2横指触知, 浮腫なし, 頸静脈怒張なし。

【入院後経過】心嚢穿刺により約 650 ml 排液が得られ, うっ血肝や奇脈は消失した。心嚢液は淡黄色透明で滲出性, 細胞診も陰性であったことより放射線心膜炎による心タンポナーデと考えられた。

【結語】放射線心膜炎による心タンポナーデが縦隔照射後18年経てから発生することは稀であり, 照射後は長期間の経過観察が必要といえる。

2 縦隔炎を伴い急速に拡大した, 解離性大動脈瘤 (DAA) に対する1手術例

大関 一・齊藤 正幸 (県立新発田病院
心臓血管外科・呼吸器外科)
中山 健司
諸 久永 (済生会新潟第二病院
心臓血管外科)

症例は71歳, 男性。高血圧, 脳梗塞で右半身麻痺の既往あり。平成13年1月に胃癌に対し胃切除術。術後急性膵炎更に縦隔炎を合併したため2月に前縦隔, 左胸腔のドレナージを行い, 胸腔洗浄していた。4月より発熱, 呼吸苦, 嘔声が出現, 胸部CTで3月28日に径が4 cmであった胸部大動脈が4月5日には8 cmまでに急速に拡大していた。感染性大動脈瘤の切迫破裂と診断し4月11日に手術を行った。胸骨正中切開, 脳分離体外循環下に瘤を切開すると瘤内に解離を認めた。瘤周囲を可及的にデブリドメントした後, リファンピシンに浸漬したゲルウィーブ4分枝管で弓部大動脈の人工血管置換術を行い, さらに左大胸筋を遊離し胸腔内人工血管周囲に充填し, 一期的に創を閉鎖した。縦隔炎の再発は認めなかった。術後の病理学的検

索では瘤壁は動脈硬化病変が著しく細菌感染の証拠無く, 胃癌術後経過中に大動脈解離を引き起こしたものと考えられた。

3 弁膜症または狭心症に対する手術を同時に施行した成人動脈管開存症の3例

篠永 真弓・山本 和男
杉本 努・水谷 栄基
菊地千鶴男・斎藤 典彦
田中佐登司・小熊 文昭 (立川総合病院)
春谷 重孝 (心臓血管外科)

幼少期に症状がなく成人に達した動脈管開存症 (PDA) では, 長期間の心負荷によるうっ血性心不全 (CHF), 心機能の低下, 肺高血圧を呈したり, 2次的な弁膜症を併発することがある。また動脈管の石灰化や脆弱性のため結紮や離断縫合が困難な症例があり, 体外循環下の手術が選択されることも多い。今回弁膜症や狭心症に対する手術を同時に施行した成人 PDA 症例を経験したので報告する。

〔症例1〕64歳, 女。

11997. 10. 17 呼吸困難, 起坐呼吸あり。10. 19 当院受診, CHF と診断され入院。

心カテ: PA 80/33 (53), Qp/Qs 2.02, Pp/Ps 0.47, LVEF 45.4 %
ARⅢ, MRⅢ, TR moderate, PDA (+)

手術: PDA 閉鎖 + AVR (SJM 21) + MVR (CM 27) + TAP (DeVega)

〔症例2〕62歳, 男。

1999. 4. 2 呼吸困難あり, 近医入院。肺炎, CHF と診断され, 5. 9 当院入院。

心カテ: PA 65/33 (47), Qp/Qs 2.6, Pp/Ps 0.45, LVEF 39.1 %
Mr I, TR severe, PDA (+)

手術: PDA 閉鎖 + TAP (DeVega)

〔症例3〕64歳, 女。

2001. 2. 17 呼吸困難, 浮腫出現し, CHF と診断され近医入院。5. 1 当院入院。

心カテ: PA 26/16 (20), Qp/Qs 1.62, Pp/Ps 0.19, LVEF 70.0 %

CAG# 7 60-100%, PDA(+)

手術: PDA 閉鎖+CABG (LITA-LAD)

いずれも PDA 閉鎖の手技は, 完全体外循環, 大動脈遮断下に PA を縦切開, バルーン付カテーテルを PA を通して PDA に挿入, 大動脈からの血流を遮断し, プレジェット付糸を用いて直接閉鎖した. この間人工心肺の流量は30~40%に減じた. PDA 閉鎖後は通常どおり, それぞれ弁膜症や狭心症に対する手術を行い, 術後経過は良好であった.

成人 PDA 症例に対して, 特に他の心臓手術を伴った場合, 体外循環下, バルーン付カテーテルを用いた経肺動脈 PDA 閉鎖術式は, 容易で安全であると考えられる.

テーマ演題: 不整脈の非薬物療法

1 労作時息切れを主訴とした Mobitz II型房室ブロックの1例

大野有希子・竹内 一郎
清水 しの・中村 裕一
宮北 靖・大島 満 (新潟こばり病院)
大塚 英明 (循環器内科)

症例は73歳女性. 健診にて平成11年左脚前枝ブロック, 平成12年6月2:1房室ブロックを指摘されたが精査を受けず. 当時より坂道を登ると胸が息苦しく感じるようになったが膝が悪いせいと思っていた. 日常の家事, 平地歩行では症状出現せず. 平成13年5月31日旅行を予定していた為心配になり近医を受診. 2:1房室ブロックを指摘され, 同日当科外来を紹介され受診. Holter にて Mobitz II型房室ブロックと診断し, 翌6月1日入院となった. 入院後, 60/min で back-up pacing を行ったが自発 HR80~90/min で時に2:1ブロック+ペーシングを認めた. 冠動脈造影では異常を認めず, 他の検査からも虚血性心疾患, 心筋炎, 甲状腺機能低下, 心サルコイコトーシス, 膠原病も否定的であり, 特発性房室ブロックと診断した. 明らかな心不全所見無く, 失神やめまい等も認めないことから, 運動負荷を行ったところ Naughton 5 min 30 sec (2-3 METs) より3:

1-2:1房室ブロックが出現, 同時に胸の重苦しさを訴え, 8 min で中止. 回復期 1 min. 30 sec 房室ブロック軽快とともに症状も消失した. また, HIS 束心電図では high RA pacing 100/min で2:1房室ブロック (Mobitz II, HV ブロック) が出現し HV 時間の延長も認められた. 症状の一致と HV ブロックより ACC/AHA ガイドラインでの恒常性ペーシングの適応, Class I と判断し, 6月13日 DDD ペースメーカー植え込みを行った. 6月24日退院. 7月10日運動負荷では運動能力の改善が認められた.

【結語】運動誘発性症候性 Mobitz II型房室ブロックの症例に対し DDD ペースメーカーの植え込みを行ったので報告する.

2 Screw-in 心房リードによると思われる右側気胸をきたした1例

野崎 洋明・山浦 正幸 (燕労災病院)
風間 龍・宮島 静一 (循環器内科)

症例は76歳男性. 高血圧と糖尿病の治療中に胸部の圧迫感と動悸を自覚. 心電図で完全房室ブロックを指摘され, 紹介により入院. 心拍数 40 bpm であり, 一時ペーシングを施行. 9日後, ペースメーカー植え込み術を施行. 心房リードは screw-in lead を用いたが, 術中右心耳で良好なペーシングが得られず, 最終的に右心房自由壁側で閾値 1.0 V・0.50 ms, P 波 4.1 mV と良好なペーシングを得た.

しかし, 手術直後から悪心が出現し, 翌日には強い右胸痛を訴えた. 胸部レントゲン写真で右側気胸と診断. 胸部 CT では心嚢腔に air density area を認めた. 透視ではリードによる明らかな穿孔はなく, 心タンポナーデ所見もなかったが, 症状の出現が手術と一致していること, 薄い free wall 側に電極を埋め込んだこと, 縦隔と心嚢腔に air density area を認めたことから screw-in lead による心房筋, 心膜と胸膜の穿孔によって, 気胸が発生したと考えた. screw-in lead による心タンポナーデの報告は散見されるが, 右側の気胸は現在までに1例のみであり, 極めて稀で臨床上重要