

し、2ヶ月後の冠動脈造影は有意狭窄なく、左室造影は壁運動正常であった。

3) DDD ペースメーカーを植え込んだ頸動脈洞症候群の一例

津田 隆志・山口 利夫 (木戸病院)
宮島 武文 (循環器内科)

【症例】63歳、男性、無職。【主訴】繰り返す失神発作。【既往歴】58歳、冠攣縮性狭心症の診断を受ける。62歳、高血圧の内服開始。【現病歴】平成12年1月から7月にかけて月に1～2回、主に労作時に、前駆症状なく突然失神きたし、胸部や腰部打撲。精査のため入院。

【現症】血圧130/70、脈拍82/分で整。貧血なく、神経学的にも異常なし。【検査成績】ホルター心電図：徐脈・頻脈なし。Head-up tilt 試験：Isp 負荷を含めて陰性。運動負荷試験：脈拍・血圧の反応は正常。頸動脈洞マッサージ試験：10秒間の右側刺激にて、3.5秒の心停止と50mmHg以上の血圧低下を認め、アトロピン静注後に反応は消失した。AAIモードでは2:1房室ブロックを伴った血圧低下、VVIモードでも血圧低下を認め、DDDモードにて血圧の低下は抑制された。DDDペースメーカーを植え込んだ後は失神は認めていない。

4) 不整脈焼灼術を施行した洞不全症候群の2例

鈴木 薫・伊藤 英一 (県立新発田病院)
中川 巖・田辺 恭彦 (循環器科)

症例1：I.W 76才 女性

主訴：動悸、眩暈

病歴と経過：平成9年11月頃より歩行時に動悸が出現した。運動負荷試験で150/分のPATが出現し、セロケン投与で症状は消失した。11年9月頃より安静時に眩暈出現し、5秒前後の洞停止多発の為、当科に入院した。セロケン中止後洞停止は3秒前後となったが、歩行でPAT多発。リスモダン、アスペノンでも5秒前後の洞停止が多発した。薬剤によるSSSの悪化と考え、PATにRF施行。右房後壁の最早期興奮部分に通電し、PATは停止し、誘発も不能となった。RF後無治療で経過観察したが、症状は出現していない。

症例2：H.S 17才 男性

病歴と経過：平成12年春頃より動悸、眩暈が出現した。平成12年7月当科受診し、ホルターで200/分のN-QRSと250/分のW-QRS頻拍と停止時の4秒の洞

停止。7月20日動悸が持続する為受診、240/分のN-QRSと250/分のW-QRS頻拍混在。W-QRS時ワソラン1/2AIVで130/分のN-QRSに移行(P:V=2:1)し、PAIVでP rateは130/分に低下後停止した。リスモダン、ワソランで240/分のPAT多発。セロケンでPATは150/分となるも停止時に5秒の洞停止多発。PFOからLAにカテを入れ、最早期興奮部分の通電でPATは停止し、誘発も不能となった。洞調律の維持で洞停止は出現しなくなり、現在無治療で症状は出現していない。

一般演題 II

1) 心不全で初発し虚血性心疾患を合併したアミロイドーシスの一例

杉浦 広隆・山浦 正幸 (燕労災病院)
宮島 静一 (循環器内科)
山田 尚志 (同 消化器内科)
広川 陽一 (三之町病院 内科)
西倉 健 (新潟大学 第一病理)

【症例】76歳、男性【主訴】労作時息切れ【既往歴】高血圧、胃潰瘍、腰痛で加療。【現病歴】'00年9月5日労作時息切れと胸部圧迫感を主訴に三之町病院を受診。心不全の診断で加療し症状は軽快した。10月26日突然めまいが出現、精査目的で当科紹介転院された。【経過】来院時洞徐脈と洞停止であったため、一時ペーシング挿入後加療した。数日の経過で症状軽快・洞調律となった。心エコー図で求心性左室肥大を認めた。心臓カテーテル検査では、冠動脈三枝病変、左室前壁～中隔の壁運動低下、洞機能不全、房室伝導障害を認めた。虚血性心疾患による心不全と考え心内膜心筋生検は行わなかった。恒久的ペースメーカー埋込術を施行した。その後肝生検にてアミロイドーシスと診断された。心不全を繰り返し、1月6日永眠された。剖検では心筋へのアミロイド沈着と冠動脈に動脈硬化性病変を認めた。

【考察】心アミロイドーシスは、その管理に特別な配慮が必要な疾患であるが、その一方で生前診断が困難な疾患である。刺激伝導障害を伴う心肥大症例では、生検を積極的に行い診断を得る努力が必要であると考えられた。