
 学 会 記 事

第 202 回新潟循環器談話会

日 時 平成 7 年 2 月 4 日 (土)
午後 3 時より
会 場 新潟大学医学部
第 5 講義室

I. 一 般 演 題

1) 心停止・心原性ショックより救命し得た原
発性冠動脈解離の 1 例

古嶋 博司・五十嵐 裕
池主 雅臣・犬塚 博 (鶴岡市立荘内病院)
小島 研司 (循環器内科)

症例は、急性下壁梗塞の 48 歳男性。急患室入室時ショック状態で、直後に心室細動、呼吸停止を来した。心肺蘇生術下に、5 回目の DC ショックで心室頻拍となった。血圧は 60~70 台でカテーテル室へ搬送した。IABP を開始し、人工呼吸器管理下に冠動脈造影 (CAG) を行った。右冠動脈 (RCA) に冠動脈解離を認め、解離は RCA 近位部から 4AV, 4PD に及び、それぞれの末梢で閉塞していた。偽腔と真腔の交通を作ることを目的に PTCA を施行した。ガイドワイヤーは 4PD に挿入し、4PD の血流の再開に成功した。PTCA 直後より血行動態は安定し、以後経過は良好であった。最大 CPK-MB は 353 IU/l であった。4 週後の CAG では、冠動脈解離は消失していたが、左右冠動脈は拡張しており、冠動脈解離の原因として coronary ectasia の可能性が考えられた。広範な解離も 1 ヶ月後には治癒しており、緊急 CAG の所見が無ければ診断の困難な例と思われた。原発性解離に対する direct PTCA による血流再開の有効性が示唆された 1 例であった。

2) 心タンポナーデを呈した急性大動脈解離の
1 例

— 1 年間の経過について —

高江洲義滋・横山 明裕 (信楽園病院)
筒井 牧子 (循環器科)
大関 一 (新潟大学)
(第二外科)

症例は 68 歳、女性、主婦。既往歴；1980 年、右眼底

出血。1988 年から高血圧の治療を開始したが、内服は不規則だった。現病歴；1993 年 12 月 5 日、突然の激しい胸痛、心窩部痛、背部痛が出現したため救急車で来院した。来院時は顔面蒼白で意識はもうろう状態、血圧は触診法で 60 mmHg、脈拍は 58/分で微弱だった。胸部聴診において第 3 肋間胸骨左縁に Levine 3/6 の拡張期ランブルを聴取した。

入院後、CT 像や MR 像で急性大動脈解離、Stanford 分類 type A と診断した。内科的治療を中心に経過観察していたが、徐々に心嚢液および胸水が貯留し、2 ヶ月後に胸水 500 ml、心嚢液 430 ml をそれぞれ穿刺し排液した。その後、外科的治療を行わず、保存的治療を行い家庭復帰した。急性期と 1 年後の解離の状態を画像的に比較することができ、1 年後の MR 像では下行大動脈の解離は開存しており、一方、上行大動脈は血栓器質化していた。

以上、ショック状態、多量的心嚢液、胸水を呈した予後不良の急性大動脈解離 (Stanford 分類 type A) の生存例を報告した。

3) 左心不全を伴った肺塞栓症の 1 例

宮島 武文・江部 克也 (長岡赤十字病院)
永井 恒雄・脇屋 義彦 (循環器内科)
松島 一雄 (ゆきぐに大和総合
病院内科)

【症例】42 歳、男。2 週前より下腿の痛みを自覚していたが放置。2 日前より歩行時呼吸困難と失神を自覚したため当院に紹介入院。呼吸数 22 回/分。心拍数 131/分の洞頻脈で、右側胸部誘導の陰性 T 波を認めた。血液ガス分析では軽度の低酸素血症と低炭酸ガス血症を認めた。心エコーでは、高度の右室拡大と心室中隔の圧排所見を認めた。以上から肺塞栓症と診断。胸部レントゲン写真では、心拡大や肺鬱血はなかったが、右心カテーテルでは肺動脈圧の上昇 (54/19 mmHg) と肺動脈楔入圧の上昇 (23 mmHg) を認めた。ヘパリンとウロキナーゼの併用により治療したところ、肺動脈圧の低下に比例して肺動脈楔入圧は低下し、一回拍出量は増加した。左心不全をきたす基礎心疾患は無く、肺動脈楔入圧上昇の機序として、右室拡大による左室の拡張障害が考えられた。