

学 会 記 事

第189回新潟循環器談話会

日 時 平成3年12月7日(土)
午後3時より
会 場 新潟大学医学部 第五講義室

I. 一 般 演 題

1) 経食道心エコーにて診断された三尖弁の感染性心内膜炎の1例

宮川 芳一・岡田 義信 (新潟県立がんセン)
石塚 基成・堀川 紘三 (ター新潟病院内科)

症例は52歳女性。主訴は発熱。昭和62年9月心サルコイドーシスによる完全房室ブロックのためDDD pacemakerが植え込まれた。プレドニソロン投与により房室ブロックは消失し以後経過は良好であった。平成3年3月より発熱、悪寒が出没し、5月2日より39℃の発熱が続いたため5月7日入院した。炎症反応は強陽性で、繰り返し行った動静脈血培養は陰性であった。経胸壁心エコーでははっきりしなかったが、経食道心エコーにて心房 lead 留置部から三尖弁中隔室にかけて vegetation と思われる塊状構造物を明瞭に認め、感染性心内膜炎と診断した。generator 挿入部は正常であった。PCG アレルギーのためCETを12g/日投与したが治癒しないため、9月17日Lead Removal kitにより2本ともleadを抜き、generatorを摘出したところ、感染性心内膜炎は完治した。その後pacemakerは不用で退院した。感染性心内膜炎の診断に経食道心エコーがきわめて有用であった。

2) 著明な冠動脈拡張症を認めた急性心筋梗塞の1例

本間 信生・鈴木 訓充
高橋 和義・大塚 英明 (新潟こばり病院)
土谷 厚 (循環器内科)
佐伯 牧彦 (新潟大学第一内科)

〈症例〉58才男性。平成元年12月狭心症疑いにてトレッドミル運動負荷試験を受けるも異常を認めなかった。平成3年10月4日勤務先旅館の消防訓練に参加し、1階から4階まで駆け上がったところ胸痛を訴え、近医受診したところ、急性心筋梗塞と診断され当科に搬送入院となっ

た。緊急冠動脈造影にて左冠動脈 #5, #6, #9 の冠動脈拡張及び右冠動脈 #1, 2 に径約 8mm の著明な冠動脈拡張と同 #2 の完全閉塞を認めた。血栓溶解剤1時間点滴静注でも改善無い為、引き続きPTCA施行した。HTF GW で病変通過せず、Magnarail 2.5~3.0mm で盲目的に拡張後、再疎通が得られた。PET 4.0mm まで使用し50%まで開存した。1カ月後の造影では狭窄は消失しており血栓による閉塞と考えられた。

〈考案〉冠動脈拡張症は、冠動脈造影法施行例の1.2~1.4%に認められるとされ狭心症、急性心筋梗塞の原因と成りうる事が報告されている(1976, Markis et al)。冠動脈拡張症を合併した急性心筋梗塞に血栓溶解療法を施行し得たとの報告もされている。今回我々は、冠動脈拡張症に伴う閉塞病変に対する再疎通手段としてPTCAを施行しえた一例を経験し、報告する。

3) 三尖弁閉鎖不全症を主徴とした高齢男性の肺梗塞症の1例

政二 文明・畠野 達郎 (桑名病院循環器科)

症例は75才男性。1ヶ月前から始まる、易疲労感、息切れ、浮腫にて入院。既往歴は、20年来肝機能障害の指摘あるも放置。胸部外傷なし。入院時検査成績は、ECG正常、胸部レ線でCTR 59%、肺野異常なし。心エコーにて、右室、右房の拡大、高度の三尖弁逆流を認めるも、左心系は異常なし。動脈血 PO₂ 87.4 mmHg, PCO₂ 40.0 mmHg, Hb 7.2 g/dl, 標的赤血球、大小不同あり。FDP, TAT 軽度上昇。運動負荷にて運動開始後血圧低下あり、右心カテーテルにて、PAWm=13, PA 51/14, RV 50/2, O₂ ステップアップなし。心拍出量係数(Fick法) 2.9 L/min/m², 以上から肺梗塞の可能性を考え肺血流シンチグラム施行。両肺野に多発性の血流欠損部を認めた。下肢、下大静脈には閉塞部位なし、血栓源は不明。抗凝固療法にて経過安定。性、年齢、臨床所見からは診断しにくかった症例であったため呈示する。

4) sick sinus syndrome で失神の原因が徐脈以外によると思われた2例

原 勝人・鈴木 薫 (県立新発田病院)
木戸 成生・熊倉 真 (内科)

近年、原因の明らかでない失神に対して、EPS, acetylcholine 負荷冠動脈造影までを含む検査が行われている。しかし、ECG monitor 及び EPS で sick sinus

syndrome が証明されているものの中に、失神の原因が徐脈以外によると思われた二例を経験した。

症例1は、'83年 SSS と診断され、'86年 EPS 後 PM (AAI) 植え込み施行、しかし、'91年11月 presyncope 出現した。

症例2は、'91年3月 presyncope 出現、5月当科入院、ECG monitor 及び EPS で SSS と判断された。この2例は Head-up tilt test により、tilt-induced syncope, presyncope が出現した。

たとえ SSS が確認されている例であっても、症例によっては他の原因による失神を念頭におき検査を行う必要があると思われた。また、SSS に対するペースメーカー植え込みの適応について、より慎重な検討が必要であると思われた。

5) IABP バルーン破裂に伴いバルーン抜去不可能となった1例

鷺塚 隆・古寺 邦夫 (県立中央病院)
高野 諭 (循環器内科)

IABP の為の合併症の中でもバルーン破裂は非常に稀なものだが、我々は今回 IABP バルーンが破裂し、しかも大腿動脈内で entrapment を生じ抜去困難となった稀な一例を経験した。

症例は74歳男性で急性心筋梗塞に対し PTCA 施行後 IABP 使用例であった。バルーン先端より、約 24 mm のところに 1.6 mm, 3.6 mm の長さのリスが二箇所認められた。原因としては大動脈の狭小化、大腿動脈内の石灰化プラーク等が考えられ、また、発見は血液の IABP 連結チューブ内への逆流によって発見された。本例にてはバルーンの穿孔により、バルーン内に血液が流入し、陰圧との絡みによって、固い凝血塊を形成した結果、femoral artery 内で entrapment を生じ抜去不能になったと考えられた。バルーンの破裂においては、報告は少ないが本例のような entrapment を生じることがあると考えられ、IABP 使用時には念頭に置くべき合併症と考えられた。

6) VSD を有し、成人期に川崎病を合併し、その1年後に高度房室ブロックを来した1例

善場 元美・小田 弘隆
三井田 努・戸枝 哲郎 (新潟市民病院)
樋熊 紀雄 (循環器科)

症例は小児期より VSD を指摘された21歳の女性。突然の胸痛、嘔吐を主訴として来院した。来院時の心電図上 ST 上昇を V1, 2 に認めた。2病日には胸痛は軽減したが、右脚ブロックと左脚ブロックが交互に出現後、高度房室ブロックになったため、一時ペーシングを行った。同時に左室心筋生検、CAG を行い、CAG にて左右冠動脈近位部に拡張病変、第一中隔枝に90%狭窄を認めた。心筋生検では心筋炎の所見なく、ウイルス抗体価も有意な上昇はなかった。10病日には房室ブロックは回復した。なお本症は1年前に川崎病の臨床症状にて某院に入院した既往があった。本症例の房室ブロックの原因について検討したので報告する。

7) 鈍的胸部外傷による左主幹部冠動脈解離の1例

三井田 努・細野 浩之
小田 弘隆・戸枝 哲郎 (新潟市民病院)
樋熊 紀雄 (循環器科)

症例は56才男性、既往に糖尿病がある。乗用車運転中、電柱に激突し、胸部を強打した。受傷4日後に呼吸困難、動悸が出現し、起坐呼吸となり某院に入院。急性左心不全と診断され、加療される。呼吸困難発作時には心電図で II, III, aVF, V₅₋₆ での ST 低下を認めた。以後1カ月間、同様の左心不全発作を数回繰り返すため、精査目的に当院へ転院した。運動負荷心電図は Bruce 法 I 段階3分で II, III, aVF, V₅₋₆ で 0.4 mV の ST 低下が見られたが、安静時 T1 心筋シンチでは異常はなかった。冠状動脈造影で、左主幹部に冠動脈解離による高度狭窄を認め、前下行枝には造影遅延を伴った。右冠動脈は近位部で完全閉塞、閉塞末梢に良好な側副血行を認めた。左室造影では左室収縮は慢性に低下し、駆出率は40%であった。虚血性左心不全と判断され、前下行枝、回旋枝、右冠動脈に対する3枝バイパス手術により軽快した。鈍的胸部外傷により左主幹部に冠動脈解離を生じた症例を報告した。