

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。