

を受け入れず), 約 1 年間通院したのち受診を中断した。その後, 年 2 回ほど, 胸痛発作があったが, ニトログリセリンで軽快していた。2008 年 6 月早朝, 安静時に胸部圧迫感出現し, 当院に救急搬送された。トレッドミル試験では虚血所見なく, 定期受診せず。

2013 年 11 月 7 日, 胸痛発作あり。近医受診し, アムロジピン 2.5 mg とニトログリセリン貼布剤が開始された。11 月 10 日朝, 胸痛発作あり, ニトログリセリンで改善せず救急搬送。来院時には胸痛は消失していた。

【経過】入院後アムロジピンを中止し, ニトログリセリン持続静注を開始した。第 3 病日午前, 胸痛発作あり, II, III, aVF で ST 上昇を認めた。同日, 心臓カテーテル検査を施行。右冠動脈は左冠動脈主幹部より起始していた (単冠動脈症)。冠動脈の有意狭窄はなく, 左室造影で局所壁運動異常はなかった (EF = 69%)。冠攣縮性狭心症を疑い, 十分量のカルシウム拮抗薬 (ニフェジピン 40mg, ジルチアゼム 200mg) を開始した。胸痛なく経過し, 内服下での運動負荷心筋シンチで心筋虚血所見を認めなかったため退院した。

【結語】単冠動脈症において冠攣縮誘発試験は広範囲の心筋虚血を引き起こす危険がある。胸痛が早朝安静時に出現し, 一過性の ST 上昇を伴ったことから冠攣縮性狭心症が強く疑われた単冠動脈症の症例を経験したため報告する。

5 イタリア北部地震被災地における DVT 検診結果

榛沢 和彦

新潟大学大学院医歯学総合研究科
呼吸循環外科学分野

【背景及び目的】2012 年 5 月から 6 月のイタリア北部地震では死者が 250 人以上あった。また避難所の不足や家畜の面倒を見るためなどで車中泊避難が 2 万人以上で行われた。さらに被災地の救急病院では震災後に肺塞栓症と症候性 DVT が増加したことを報告し, 車中泊中に肺塞栓症で死

亡した例も報告している。この状況は新潟県中越地震後と似ていることから DVT が多発していることが推測され, 新潟県中越地震復興基金で 2013 年 4 月からイタリア北部地震被災地で DVT 検診を行った。

【対象と方法】対象は被災地の 5 市町村の住民で, 地元医師や NPO の協力とソーシャルネット, ポスターなどで通知などして被災者を集め, 持参したポータブルエコー装置などで下肢静脈エコー検査を行った。

【結果】検査人数は 137 人 (男性 48 人, 平均年齢 51.9 ± 13.6 才) で下腿 DVT を 16 人 (11.7%) に認めた。また被災地の 5 市町村ごとの検診受診者における DVT 陽性率と車中泊率はミランドラ (18%, 75%), コンコルディア (4.2%, 33%), グラスッタラ (4.2%, 14%), フィナーレ・エミリア (11.3%, 54%), メドッラ & サン・フェリーチェ (13.6%, 75%) で, DVT 陽性率は車中泊率と相関を認めた。

【結論】震災後の車中泊避難は日本のみならずイタリアでも肺塞栓症・DVT の多発を惹起する危険性のあることが示唆され, 世界共通の問題であることが示唆された。

6 外科的介入を行った収縮性心膜炎の 2 例

長澤 綾子・中村 制士・白岩 聡
浅見 冬樹・岡本 祐樹・杉本 努
山本 和男・吉井 新平

立川総合病院心臓血管外科

〔症例 1〕73 歳, 女性。59 歳から心膜の石灰化を伴う収縮性心膜炎と診断され経過観察を行っていたが, 69 歳時より労作時息切れが出現し, 徐々に増悪した。内服加療を行ったが症状改善なく手術方針となった。拡張期に異常心音を聴取し, 肝腫大および下腿浮腫を認めた。胸部 CT で心膜全周性に高度石灰化認め, 心カテーテル検査で右室圧波形の dip and plateau を認め, PAW23, RV45/21 と上昇を認めた。心膜切開術を施行し, 石灰化心膜の剥離には CUSA を使用し脱灰しな

が剥離を行った。術後15日目の心カテーテル施行でPAW10, RV26/8と改善がみられ、自覚症状も消失した。術後19日目に軽快退院。

【症例2】85歳, 男性。数年前より下腿浮腫を自覚していたが, 1年前より全身倦怠感が出現し, その後急激な体重増加と労作時呼吸苦が出現したため精査したところ, 左胸水貯留および収縮性心膜炎と診断された。当初は内服加療でコントロール可能であったが徐々に不良となり手術方針となった。左呼吸音減弱および高度下腿浮腫を認めた。胸部CTで非石灰化の全周性の心膜肥厚を認め, 特に右心耳から右室前面で著明であった。心カテーテル検査で右室圧波形のdip and plateauを認め, PAW21, RV35/20と上昇を認めた。心膜切開術を施行し, 心膜の剥離にはハーモニックを使用した。術後6日目の心エコー施行で右室収縮能の改善を認めた。下腿浮腫は改善し, 左胸水貯留は内服でコントロール可能となったため術後22日目に軽快退院。

【考察】収縮性心膜炎の原因は様々であるが, 肥厚心膜の性状に合わせたデバイスの使用で安全に手術が可能であった。また, 術中に経食道心エコーで心収縮能の改善を確認しながら手術を行うことにより, 過剰な心膜切除することなく手術を行うことが出来た。

7 左総頸動脈壊死性破裂に対するステントグラフトの応用

曾川 正和・若林 貴志

県立中央病院心臓血管外科

【背景】血管内治療の一環としてステントグラフトが進歩し, 従来の外科的治療が不可能であった領域の治療が可能となった。

症例は86歳, 女性。

【診療経過】40年前に甲状腺癌で, 手術を受け, その後Co照射を受けた。

2012年9月, 左頸部に皮膚潰瘍が出現し, 当院形成外科を受診。MRI等で, 左鎖骨部放射線晩発障害, 左鎖骨部放射線骨壊死, 左頸部放射線皮膚

潰瘍と診断され, 経過観察となった。

2013年1月, 左反回神経麻痺によると思われる嘔声も出現。

4月上旬からは, 皮膚潰瘍部からの出血を時折認めるようになり, その都度, 圧迫止血をしていたが, 4月13日朝, 大量出血あり, その後, 圧迫止血された。

4月16日, 全身麻酔下に創を開き腐骨を可及的に除去した。左総頸動脈は癬痕様組織に覆われていた。4月21日早朝にも大量出血を認めたが, 圧迫で止血され, 以降出血を認めず, 5月16日, 退院となった。

その後, 椎茸とりに出かけるようになった頃から少量の出血を認めるようになり, 6月1日, 午前3時大量出血を認めたため, 当院救外受診, 入院となった。

全身麻酔後, 出血点を確認したところ, 左総頸動脈そのものからであった。周囲の癒着が高度で, 血管外からの処置は困難と判断し, ステントグラフト内挿術の準備を行った。左頸部創を左総頸動脈に沿って上方に伸ばし, 内外頸動脈をそれぞれテーピング。ヘパリン化を行った後, 外頸動脈からシースを挿入し, Gore社製Excluder, 中枢側が16mm, 末梢側10mm, 長さ7cm(最も細く, 短い)のステントグラフトを留置した。その後, 改めて, 左総頸動脈の出血点を見ると, ステントグラフトの拡張力によりさらに穴が広がっていたが, 止血はされていた。大腿部の大伏在静脈をパッチ状に広げ, 穴を含めその外側から大きく覆うように, 縫合した。可及的に皮膚を閉鎖した。

6月3日, 形成外科により右大胸筋皮弁による被覆を行った。

術後, 無気肺とCO2 narcosisで抜管, 再挿管を繰り返したため, 6月28日, 気管切開。長期臥床となり, リハビリのため, 転院したが, その後, リハビリが進み, レティナ使用し, 現在元気に外来通院中である。

【考察】従来は, 頸動脈のコイル塞栓術が多かったが, 脳梗塞や再発の合併があり, 今後は, ステントグラフトがこの治療の主役となるであろう。