

4. 重症下肢虚血に対する漢方治療の可能性

(八王子 心臓血管外科)

河合 幸史、内山 裕智、佐藤 正宏
本橋 慎也、井上 秀範、赤坂 純逸
進藤 俊哉

症例は87歳男性。既往はなし。H22年2月頃右足の潰瘍を主訴に前医受診。ABIは右で0.21と著明に低下しており、ASOによる重症下肢虚血の診断で手術を強く勧められるが本人も家族も手術を拒否し保存的治療を希望。改善と悪化を繰り返しながら徐々に潰瘍は小さくなってきていたが6月頃から潰瘍の大きさはほぼ変わらなくなっていた。同年12月の当科紹介受診後、内服薬に八味地黄丸を追加したところ潰瘍は急激に改善傾向を示し、約1ヶ月で潰瘍は完治した。その後3年経過した現在も保存的治療のみで下肢切断とならずに独歩で外来通院中。TASC IIでは重症下肢虚血に対して推奨される薬剤はプロスタノイドだけであるが、最近の臨床試験では切断なしの生存の促進についてのプロスタノイドの効果を支持していない。TASC IIに記載されていない漢方薬がその打開策となる可能性もあり、虚血肢に対する漢方治療として若干の文献的考察を加えて報告する。

5. 大動脈炎症候群に合併した両側冠動脈入口部の高度狭窄に対しPCIを施行した一例

(循環器内科)

朴 有紀、山下 淳、伊藤 亮介
上原 萌子、藤井 昌玄、宝田 顕
外間 洋平、星野 虎生、迫田 邦裕
齋藤 哲史、松本 知沙、小平 真理
武井 康悦、田中 信大、山科 章

症例は70歳代女性。長年大動脈炎症候群に対してステロイド投与が行われている。1年前の精査にて高度の石灰化を伴った両側冠動脈入口部に限局した狭窄と、左鎖骨下動脈狭窄、腎動脈分岐部より高位の腹部大動脈の閉塞を認め、左鎖骨下動脈のPTAとAxillo-Femoral bypassが施行された。冠動脈病変はPCI、CABGとも施行リスクが高いと考えられ、同時期の治療はせず経過観察とした。しかし不安定狭心症を発症し再入院となったため、両側冠動脈狭窄に一次的にPCIを行う方針とした。左肘動脈からアプローチし、左冠動脈にはRotablator施行後、POBAを行った。右冠動脈にはPOBAを行った。狭窄の成因が動脈硬化ではないと推測され、特に左冠動脈には狭窄後拡張も認めため、ステント留置は行わなかった。補助循環の使用が困難な状況下での大動脈炎症候群に合併した両側冠動脈狭窄に対するPCIを経験したので文献的考察を含め本会に提示する。

6. 心不全を来したパーキンソン病の一例 カベルゴリンによる薬剤性弁膜症

(八王子 循環器内科)

小澤 陽介、熊井 優人、岩永 史郎
岩崎 陽一、小林 正武、角田 泰彦
高橋 聡介、山田 治広、相賀 護
渡邊 圭介、大島 一太、喜納 峰子
里見 和浩、笠井 督雄、小林 裕
寺岡 邦彦、高澤 謙二

症例は80歳代の男性。パーキンソン病のため5年前から神経内科で治療を受けていた。1年前から労作時呼吸困難を自覚していたが、最近になり症状が増悪したため緊急入院した。心不全と診断され、カルペリチドの点滴とラシックスの静注で軽快した。心エコー図検査で、高度僧帽弁逆流が認められた。僧帽弁は両尖ともに肥厚し、可動性が低下していた。CT検査で甲状腺腫瘍が疑われ、甲状腺癌腫様癌に伴うカルチノイド症候群による弁膜症が疑われた。しかし、腫瘍の組織診断で、甲状腺乳頭癌と診断された。カルチノイド症候群は否定されたが、カルチノイド症候群に類似した弁膜症を生じるパーキンソン病治療薬、麦角アルカロイド系ドーパミンアゴニストが原因として疑われた。治療歴を確認したところ3年前までカベルゴリンが投与されていたことが分かり、カベルゴリンによる薬剤性弁膜症と診断した。心エコー図検査で典型的な弁膜所見を呈した薬剤性弁膜症の一例を報告する。

7. Tolvaptanの投与により血液透析を回避できた重症心不全の一例

(茨城 循環器内科)

木村 一貴、加藤 浩太、阿部 憲弘
後藤 雅之、小川 雅史、田辺裕二郎
田中 宏和、大久保豊幸、大久保信司

症例は80代の男性。慢性腎不全、糖尿病、前立腺癌で近医にて内服治療中であった。2013年11月某日20時に就寝した。しかし、翌0時に突然の呼吸困難のため覚醒し、トイレに行った後に意識を消失し、当院へ搬送された。来院時はJCSIII-300であり、気管挿管・人工呼吸管理とした。来院時の血圧182/112 mmHg、酸素飽和度82% (9 L/min)、聴診上は心音にIII音と収縮期逆流性雑音 (Levine III/VI)、両側全肺野にcoarse crackleを聴取し、胸部単純X線で両側肺水腫を呈していた。心臓超音波検査では、左室は全周性に壁運動が低下しEF 50%程度で、重症の機能的僧帽弁閉鎖不全を認めた。Critical scenario 1の心不全と考え、血管拡張薬を中心とした治療を開始した。その後、意識は回復し心不全が改善した後に抜管した。しかし体動や咳嗽などで容易に血圧が上昇し、それに伴い心不全の増悪を繰り返した

め、点滴加療や非侵襲的陽圧換気療法（NPPV）からの離脱に難渋した。入院前より血清クレアチニン（Cr）は3-4 mg/dlで経過していたが、第10病日には無尿となり、furosemideの静脈投与に反応せず、さらに腎機能は悪化し、第15病日にはCr 7.5 mg/dlまで上昇した。血液透析を考慮したが、tolvaptan 15 mgの内服を開始したところ、尿量は増加し、呼吸状態や血圧の安定がみられ、徐々に腎機能も改善した。その後は点滴およびNPPVから離脱し、利尿薬も減量することができ、第40病日に退院した。

今回、tolvaptanの投与により血液透析を回避できた重症心不全の一例を経験したのでここに報告する。

8. PFOを介したアブレーションに成功したPSVTの1例 （東京都健康長寿医療センター）

石山 泰三、山崎 拓人、齋藤 義弘
橋詰 剛、十菱 千尋、大川 庭熙
小林 梓弓、山本 文、小松 俊介
杉江 正光、青山 里恵、田中 旬
坪光 雄介、藤本 肇、武田 和大
原田 和昌

80歳男性。再発性の動悸を主訴に来院。発作時心電図に

てHR 150 bpmのPSVTを認め、頻度が増えたことからアブレーション目的に平成24年X月循環器内科に入院した。EPSでは容易にclinical PSVTが誘発され、頻拍中の最早期心房興奮部位は左側側壁、頻拍中の心室刺激にてリセットを認め、非発作時の室房伝導では減衰特性を認めなかったことから左側副伝導路を逆行するorthodromic AVRTと診断した。

大腿動脈に8Fロングシースを挿入しNavi-starを挿入。逆行性に左室へアプローチしたが大動脈が高度に蛇行していたため操作が困難であった。RA内で電極カテーテルを操作したところPFOを認めたため、このPFOを介しNavi-starをLAへ挿入。心室ペーシング下に副伝導路の心房端をマッピングし、焼灼に成功した。

近年経心房中隔による左房アプローチが一般的な治療手技として多くの施設で行われている。アブレーション治療の幅も広がるため、積極的に試みるべきと考えられた。