

く影響される。診断のカギとなる家族歴や特徴的な症状の聴取が重要であり、本症例は親族の診断から、確定診断に至った。左室肥大症例を多く診る循環器内科医にとって、教訓的な症例と思われる。文献的考察を踏まえ、ここに報告する。

8. 急性心筋梗塞の機械的合併症の2例 —機械的合併症の早期発見するために必要なものは何か—

(東京医科大学病院 循環器内科)

大西 将史、山下 淳、伊藤 亮介
星野 虎生、村田 直隆

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

神谷健太郎、鈴木 隼、松原 忍
岩橋 徹、猪野 崇、藤吉 俊毅
高橋 聡、荻野 均、山科 章

症例1は特に心疾患の既往のない70歳代女性。突然の胸痛を自覚し当院に救急搬送となった。救急車内よりショックバイタルでありカテコラミンを開始としたが、胸部単純X線ではうっ血なく呼吸状態も保たれていた。心電図でI aVLのST上昇および心エコー図で後側壁の壁運動低下を認め同部位の急性心筋梗塞と判断し緊急CAGを行った。HLの閉塞、LAD#7に高度狭窄を認め、IABP導入の上引き続きPCIを行ったが、急速に呼吸不全の増悪を認めた。PCI後もショックが遷延し再度心エコー図を行ったところ前乳頭筋

断裂に伴う僧帽弁逆流を認めたため、緊急手術を行った。

症例2は高血圧症、糖尿病の既往のある50歳代男性。突然の胸背部痛を自覚しその後卒倒したため当院に救急搬送となった。救急隊接触時からショックバイタルであったが救急車内でPEAとなった。心肺蘇生を開始したが反応なく来院時もCPA持続。心エコー図で心膜液貯留を確認したため急性大動脈解離に伴う心タンポナーデと判断し、直ちにPCPSを確立し心膜穿刺を同時に行った。Coronary malperfusionの可能性を考えCAGを行ったところ、解離に伴うCoronary malperfusionは無く、RCA#3の血栓性閉塞を認めた。左室造影にてseg.5から心膜腔への造影剤漏出を認め、急性下後壁心筋梗塞に合併したblow out typeの下壁自由壁破裂の診断で緊急手術を行った。

近年、急性心筋梗塞の治療においてdoor to balloon timeが重要視され、心エコー図検査もガイドライン上必須の検査とされず、短時間で施行されたり、省略される傾向がある。一方で急性心筋梗塞の機械的合併症は一定の割合で遭遇する致命的合併症でありながら、提示した2症例のごとくその発見に時間を要することも経験する。機械的合併症の治療は外科的修復術を速やかに行わなければ、致命的転帰となるため迅速な診断と対応を要する。本症例の経験と反省から機械的合併症を疑う臨床所見や早期発見するために施行すべき検査は何なのか、文献的考察を含め本会に提示する。