

今回胸痛を主訴に来院し心筋逸脱酵素上昇から急性冠症候群が疑われ冠動脈造影検査を行い、有意狭窄は認めないものの3枝共に冠動脈拡張を認めた70歳女性に対してアデノシン・硝酸イソソルビド (ISDN)・プロプラノロール塩酸塩 (PPL) 投与前後でのFFR/CFR、corrected TIMI frame count (cTFC)、Backward-Propagating suction waveの変化を冠動脈造影、コンボワイヤーを用いて測定した。結果ISDN投与によりCFR低下、cTFC延長、Backward-Propagating suction wave減弱し、PPL投与ではCFR上昇、cTFC短縮、Backward-Propagating suction wave増強する結果が得られた。さらにISDN投与時に胸痛出現し、PPL投与時症状軽快していた。

この結果から有意狭窄のない冠動脈拡張症において硝酸薬は症状を増悪させβ遮断薬が症状を緩和させる可能性があり、非常に示唆に富む症例を経験したためここに報告する。

5. 狭小弁輪症例に対する人工弁置換術の一工夫

(東京医科大学 心臓血管外科学分野)

藤吉 俊毅、松本 龍門、鈴木 隼
岩堀 晃也、丸野 恵太、河合 幸史
高橋 聡、神谷健太郎、岩橋 徹
小泉 信達、福田 尚司、西部 俊哉
荻野 均

症例1: 85歳女性。大動脈弁狭窄症。変形性股関節症術前精査で指摘され手術加療の方針とした。術前心エコーで弁輪径は17mmで狭小弁輪であった。術中所見は術前の評価通りの狭小弁輪であり、Trifector GT 19mmを縫着したが、人工弁のストラッドによる大動脈の損傷の危険性が高く、自己心膜を用いたmodified Nicks法で基部の拡大を行った。

症例2: 77歳女性。僧房弁閉鎖不全症。2016年に僧帽弁閉鎖不全症に対して僧房弁形成術(Physio II ring 26mm)を施行した。2018年1月より溶血を伴う僧帽弁閉鎖不全症を再発し再手術の方針とした。術中所見は自己腱索の新たな断裂があり、同部位からの逆流が原因と考えられた。逆流により弁は肥厚・短縮し形成は困難と考えられ、人工弁置換術の方針とした。26mmの人工弁輪を外し、前尖を切除するも硬化した弁輪の拡大は乏しく25mmの僧帽弁用生体弁の縫着は困難であり、CEP MAGNA EASE 23mm大動脈弁用を逆向きに縫着した。

上記2例を経験したため文献的考察を加え報告する。

6. 血行再建術後筋腎代謝症候群を発生した外傷性急性動脈閉塞の1例

(誠潤会水戸病院 心臓血管外科)

岩堀 晃也、土田 博光

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

高橋 聡、小泉 信達、荻野 均

【症例】80歳男性。牛に腹部を踏まれ、右下肢疼痛、蒼白、冷感出現、近医に救急搬送され急性動脈閉塞診断、当院転送。受傷6時間後当院到着。右下肢は麻痺が出現。右大腿動脈以下拍動消失。ABI測定不能。SPP足背7、足底3。CPK 708、BUN 17.6、Cr 0.8、K 3.9。CTAで右総腸骨～外腸骨動脈閉塞、右浅大腿動脈閉塞。直ちに血行再建施行。大腿～大腿動脈バイパスと右浅大腿動脈の塞栓摘除術を行った。

【術後経過】術後、足背、後脛骨動脈拍動触知可となる。術後CPK 9315、BUN 17.3、Cr 1.0、K 4.4。手術日夜、著しい下腿緊満のため減張切開。第2病日尿量700ml、第3病日尿量400mlとなりBUN 87.7、Cr 7.8、K 5.9で筋腎代謝症候群(MNMS)診断、同日HD開始。連日透析から週3透析、週2透析へ移行、5週後透析離脱。筋膜切開部はVAC療法後、皮膚移植して治癒。麻痺は徐々に回復し5週後病棟内歩行可能となり6週後退院した。

【考察】急性動脈閉塞後のMNMS発症予測は難しいが、発症すれば死亡率は高く、術前後腎機能や電解質が正常でも、本例のように虚血時間が長い、あるいは虚血筋量が多い場合は、早期血液浄化療法を検討すべきであった。

7. ELCA後の抗凝固療法が奏功した大量血栓性病変が疑われるACSの一例

(戸田中央総合病院 心臓血管センター)

高橋 孝通、内山 隆史、小堀 裕一

堀中 遼、渡邊 暁史、高鳥 仁孝

上野 明彦、土方 伸浩、中山 雅文

湯原 幹夫、竹中 創、佐藤 信也

症例は20歳代男性。ふらつきを主訴に当院の一般内科を受診した。採決でCK4093と上昇、心電図で下壁誘導のST上昇およびHR40台の補充調律、I avL: V4-V6でST低下を認め、循環器対応となった。胸部症状はなかったが急性下壁心筋梗塞の診断でCAGを行い、右冠動脈#3の完全閉塞を認めた為、同部位に対して血行再建を施行した。IVUSで病変を確認したところ多量の血栓性病変が疑われ、エキシマレーザー(以下ELICA)でアブレーション後にPOBAのみを施行した。多量の血栓性病変のためatent留置は行わずにTIMI2 flowで手技は終了した。後療法としてアピキサバンを用いた抗凝固療法を施行し、10日後に施行したCAGではTIMI3 flowが確認できた。

ELICAによる血小板凝集能抑制とDOACによる抗凝固療