

#### 4. 糖尿病性ケトアシドーシスと横紋筋融解症を合併した心原性ショックに対して Ecpella 管理で救命に成功した一例

(東京医科大学病院 循環器内科)

小松崎友樹夫、中野 宏己、山下 淳  
大森 麻由、中島 悠希、高田洋一郎  
松尾 礼、可見 純也、里見 和浩

統合失調症に対する抗精神病薬内服歴のある 30 歳台男性。低左心機能を伴う初回心不全と 2 型糖尿病の診断で前医に入院となった。心不全に対してフロセミドの静脈投与を行い、2 型糖尿病に対してエンパグリフロジン、メトホルミン塩酸塩の内服加療を開始した。心不全に対する治療反応は良好であったが、第 2 病日より発熱、第 3 病日には尿中ケトン体が陽性となった。その後 40°C 台の高熱と急性腎障害、横紋筋融解を認め、悪性症候群を疑い抗精神病薬を中止したが、第 7 病日にショックとなったため集学的治療目的に当院に転院搬送となった。来院後、低拍出による心原性ショックに対して Impella CP、PCPS 及び CHDF にて管理を行なった。Impella 5.0 に up grade した後に第 17 病日に抜去に成功し、心機能は正常範囲まで改善した。悪性症候群を契機に発症した急性心不全に糖尿病性ケトアシドーシスを合併し心原性ショックに至った症例に対して、Ecpella 管理で救命に成功した一例を経験したため報告する。

#### 5. 急性僧帽弁閉鎖不全症の原因として感染性心内膜炎、乳頭筋断裂の鑑別が困難であった一例

(東京医科大学八王子医療センター 循環器内科)

出口 陽之、岩崎 陽一、瀧原 主也  
桑原明日香、忽滑谷尚仁、中山 知章  
北村 美樹、手塚 太陽、池田 和正  
高木 竜、嘉澤脩一郎、伊藤 亮介  
久保 隆史、山田 聡、田中 信大

小児麻痺の既往はあるが ADL 自立した 60 代男性。突然の呼吸困難を自覚し当院救急外来を受診した。来院時はショックバイタルと酸素化の低下を認めた。胸部レントゲン検査では右優位に透過性低下、心エコー図検査では僧帽弁前尖の逸脱を伴う重症僧帽弁逆流を認めた。以上から、僧帽弁逸脱による急性僧帽弁逆流での心原性ショックと診断した。循環維持困難のため緊急で大動脈バルーンポンピングを挿入し緊急手術の方針とした。術前の急性僧帽弁逆流症の成因鑑別として心エコー図検査では僧帽弁前尖に可動性のある mass を認め、感染性心内膜炎が疑われた。一方で、前乳頭筋周囲の局所壁運動の低下と前乳頭筋先端の輝度上昇を認めたため、左室側壁の狭い範囲の心筋梗塞に伴う乳頭筋断裂も考えられた。急性僧帽弁逆流症の成因鑑別が困難であった一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報

告する。

#### 6. 透析患者に対する CABG の術後成績

(東京医科大学病院 心臓血管外科)

本多 爽、島原 佑介、中野 優  
木下 友希、鈴木 隼、丸野 恵大  
岩堀 晃也、藤吉 俊毅、岩橋 徹  
神谷健太郎、福田 尚司

背景：2018 年の胸部外科アンケート血管によると、透析患者に対する CABG の病院死亡率は未だ高い。

方法：2018 年 1 月から 2023 年 5 月の間で CABG を含む心臓手術を施行した透析患者 29 例について術後成績を検討した。2020 年 7 月からは術前日に透析を施行、術後 2 日目に透析を再開、術後約 1 週間で術前体重まで戻すという透析プロトコルを用いた。

結果：年齢中央値 67 歳 (range 36-81 歳)。併存疾患としては糖尿病 22 例、低左心機能 6 例、であった。緊急は 9 例 (31%)、単独 CABG は 19 例 (66%)、うち OPCAB は 15 例。Concomitant CABG は 10 例 (34%)。遠位吻合数中央値は 4 箇所/患者。病院死亡例はなかったが、術後早期に胸骨離開、下肢急性動脈閉塞、グラフト創部感染をそれぞれ 1 例ずつ認めた。術後抜管までの日数の中央値は 1 日 (range 0-12)、退院までの日数の中央値は 24 日 (range 10-125) であった。術後フォローアップ期間 (中央値 17 ヶ月) での生存率は 1 年 90.5%、2 年 83.5%、3 年 69.6% であった。

結論：透析患者における CABG の早期成績は概ね満足できるものであったが、遠隔期の生存率向上のためにはさらなる治療戦略が必要である。

#### 7. 多発性塞栓症を起こしたレフレル心内膜炎

(東京医科大学 医学科 6 年)

甲斐 瑠聖、島原 佑介、本多 爽  
中野 優、木下 友希、鈴木 隼  
丸野 恵大、岩堀 晃也、藤吉 俊毅  
岩橋 徹、神谷健太郎、福田 尚司

症例は慢性的に好酸球増多を認めていた 60 歳代男性。多発脳梗塞を発症し緊急入院となり、経胸壁心エコーでは可動性を認める心室内血栓を認め、全身 CT を撮影すると多発塞栓を認めた。診断基準より心室内血栓を合併したレフレル心内膜炎と診断し、外科的に心室内血栓摘除を行った。その後創部感染を考慮し、第 13 病日に一度退院となり少量ステロイド治療を開始し第 47 病日本格的にステロイド治療を開始するため再入院となった。60 mg で投与をしていたが減少が見られないため、ステロイドパルスを実施すると徐々に低下していき 30 mg まで減量した時点で退院となった。本症例は外科的治療を要した心室内血栓を合併したレフレ