

研究会報告

第43回 東京医科大学循環器研究会

日時: 平成17年12月3日(土)
時間: 午後2:00~
場所: 東京医科大学病院 第一教育棟
6階 第一講堂
当番世話人: 東京都老人医療センター 循環器科
武田 和夫

1. 冠攣縮の関与が疑われた失神発作の2症例

(循環器内科) 荒田 宙、五関 善成、アブライテ アブラ
木島 勇人、橋村 雄城、森崎 倫彦
小野 晴稔、五十嵐祐子、石山 泰三
肥田 敏、山科 章

62歳男性。生来健康。ペンキ塗装中に失神をきたした。救急隊到着時にVFを認めCPR施行。Pilsicainide 負荷は陰性、EPSにてVF誘発されずBrugada症候群は否定された。ホルター心電図にてaVFにST上昇認め、CAGでは#1、#11は完全閉塞。ISDN冠注にて狭窄病変は消失し多枝攣縮によるVFと考えられた。ICD植込みは行っていない。

80歳女性。糖尿病にて加療中。繰り返す失神の精査目的に受診した。失神に先行する胸部不快感を自覚し、しかも症状出現は早朝のみ。ホルター心電図にて早朝、症状に一致してaVFにST上昇、AVB認めVSAと診断した。後日CCB投薬下にて再度AVBから心停止をきたしたため薬物治療を強化。CAGでは#3 90%、#1 50%の狭窄を認めPCIを施行した。PM植込みは行っていない。

VSAに伴って失神をきたした2症例を経験した。両者とも薬物治療にて経過観察中である。

2. CT coronary angiographyにより同定された右冠動脈起始異常の一例

(霞ヶ浦・循環器内科) 大滝 裕香、服藤 克文、藤縄 学
木村 揚、阿部 憲弘、柴 千恵
塩原 英仁、小堀 裕一、福田 昭宏
大久保豊幸、大久保信司
(循環器内科) 平野 雅春、山科 章

症例は、1994年に左前下行枝#7に対して経皮的冠動脈形成術(ステント)施行されている59歳男性。その際の冠動脈造影では右冠動脈へのカテーテル挿入困難で選択的な造影はされなかった。2005年3月に施行された運動負荷心筋シンチグラフィにて前壁中隔と後下壁に再分布認め、さらに労作時の胸部不快感自覚したため、CT coronary angiographyを施行。左前下行枝#7のステント内に造影欠損を認め、再狭窄が疑われ、右冠動脈#2にも90%狭窄を認めた。さらに、右冠動脈は左冠動脈洞より起始しており、右冠動脈起始異常が同定された。その後、経皮的冠動脈形成術目的にて入院し、冠動脈造影では左前下行枝#7のステント内に、90%の再狭窄を認め、さらに右冠動脈も選択的造影され、#2に90%狭窄を認めた。両部位に対して、二期的に経皮的冠動脈形成術(ステント)施行され、退院となった。冠動脈起始異常では突然死や虚血性心疾患の併発例も多く報告されているが、冠動脈造影ではカテーテルの選択的挿入に苦慮する例も少なくない。本症例のように非侵襲的に冠動脈の走行と狭窄を確認できるCT coronary angiographyは冠動脈の起始異常の診断と治療方針決定に有用であり、貴重な症例と考え報告する。

3. 心電図にて診断が困難であった急性前壁中隔心筋梗塞の2例

(東京都老人医療センター・循環器科)
石田 純一、小原 朋子、今村 秀子
大野 弘毅、猿原 大和、木島 豪
軽部 裕也、武田 和夫、谷口 泰
桑島 巖、原田 和昌

【症例1】 89歳女性。硝酸薬服用中であった。6時間持続する胸背部痛を訴え救急受診した。心電図に変化を認めなかったがWBC 10600、CPK 300(MB60)と上昇し、トロポニンT陽性で心エコーにて左室前壁の壁運動低下を認めたため、急性心筋梗塞を疑い緊急冠動脈造影を行った。前下行枝#7に完全閉塞と右冠動脈より軽度の側副血行を認め、IABP挿入下にPCI施行した。

【症例2】 64歳女性。糖尿病治療中で2日前から数回の労作時胸部圧迫感あり。夕方胸部圧迫感と冷汗出現し改善しないため翌朝近医受診、当院へ搬送された。来院時CK393