東医大誌　**61**(5)：482-484, 2003

研究会報告

# 第36回　東京医科大学循環器研究会

**日　　時**：平成14年6月15日（土）
午後2時00分〜
**場　　所**：東京医科大学病院
教育棟3階　講堂
**当番世話人**：東京医科大学
内科学第二講座　山科　　章

## 1.　血性心嚢水の二症例

(東京厚生年金・循環器科)
黒羽根彩子、倉沢　忠弘、橋村　雄城
関口　浩司、神戸　博紀、木全　心一

当院において我々は血性心嚢水2例を経験した。

症例1：78歳女性。H12 UCGにて心嚢水認めるも、少量の為経過観察となっていた。

H13、10月頃よりDOE出現。H14から顔面・下肢浮腫認められ精査治療目的にて入院となる。

症例2：71歳の女性。以前からXPにて心拡大指摘あり。H14、3月上旬頃から階段昇降時の息切れ増悪にて近医受診。XPにて著明な心拡大、CTにて著明な心嚢水貯留の所見認められた為、精査治療目的にて紹介入院となる。

心嚢水穿刺の結果、2例とも700〜900 mlの血性液が得られた。経過より悪性疾患が原因とは考えにくく、恐らく特発性に位置するであろう症例を経験したので、最近の血性心嚢水の原因リポートもあわせて報告とした。

## 2.　洞機能不全症候群（SSS）に合併した発作性心房細動に対し、Bachmann bundle pacingによるDDD pacemaker植え込みが有効であった一例

(八王子・循環器内科)　山田　昌央、五関　善成、高橋　英治
小松　尚子、稲垣　夏子、木内信太郎
寺本　智彦、大橋　裕樹、喜納　峰子
並木　紀世、小林　　裕、笠井龍太郎
内山　隆史、永井　義一

86歳男性。発作性心房細動（PAF）にて内服（Inderal　50 mg）加療されていた。胸部不快感を主訴に外来受診。PAF頻回に認めるため、Digosin、Amisalinの点滴施行したが、その後、めまいを伴う洞停止を認め、SSSの診断にて緊急入院。モニター上発作性頻脈性AFやめまいを伴う約4秒の洞停止を頻回に認めた。内服薬のみでは脈拍コントロール困難と判断し、恒久的ペースメーカー植え込み術施行。PAF予防目的で、心房リードをpacing中の最短P波幅を指標として高位心房中隔（Bachmann bundle）へscrew inで固定した。術後Inderal内服再開し、順調に経過。術後に施行したHolterにてAF出現率の改善を認め退院となった。PAF症例に対しBachmann bundle pacingは、AF予防に有効な治療法の一つであり、ペースメーカー植え込み時には症例に応じて、考慮していく必要があると思われた。

## 3.　ガイディングカテーテルにより左冠動脈主幹部及び大動脈に解離を生じたため、PCPS下にPCIを施行し救命し得た一症例

(戸田中央総合・循環器内科)
永尾　　正、芦矢　浩章、小路　　裕
茂田　　博、樫木　辰次、佐藤　信也
新戸　禎哲、畠中　正孝、松田　高明

症例は74歳男性。H14.3/3胸部不快感出現。3/4症状断続的に出現するため近医受診。ECG上AMI疑われ当院紹介。同日緊急CAG施行。RCA #1：50%、#6：subtotal、4PD → LAD collateral認め#6に対しPCI施行。石灰化著明でありPOBAにて拡張できないも症状軽快あり終了。3/12再度PCI施行、7FrVL4ガイディングエンゲージ時、左冠動脈主幹部及び大動脈解離生じshockとなり気管内挿管施行しPCPS挿入、ECG上II IIIaVFST上昇。#1入口部90%に対しSTENT挿入。LMTにもSTENT挿入。#6、7：99%はballoon通過せずIABP挿入し終了。4/22確認CAGにてRCA #1：25%、#4PD 90%、LMT：75%、LAD #6：99%であったため5/20 CABG施行。今回我々は、ガイディングカテーテルにおいてLMT及び大動脈解離を生じたためPCPSを挿入しPCI、CABGを施行し救命し得た一症例を経験したため報告する。

## 4.　心筋炎に対するEmergency PCPSの使用経験

(霞ケ浦・循環器内科)　塩原　英仁、長　　慎一、森崎　倫彦
三津山勇人、藤縄　　学、荻野　　崇
後藤　知美、飯野　　均、栗原　正人
阿部　正宏

【背景】　経皮的心肺補助装置（PCPS）の使用により心臓救急疾患の救命率は向上している。

【目的】　PCPSの有用性を心筋炎と他の心臓救急疾患で比

較検討した。

【対象と方法】 対象は心臓救急疾患のためにPCPSを使用した連続30例 (男性20例、女性10例) で、疾患別に平均使用日数、PCPS離脱率、合併症、使用開始前後のLVEFを検討した。

【結果】 症例全体のPCPS平均使用日数は3.9日で、離脱率は47%であった。合併症は25%にみられ、主たるものは大腿送血カテーテル挿入部周囲の血腫による神経障害と下肢の阻血に起因するものであった。離脱率を疾患別にみると虚血性心不全では低率 (37%) であったが、急性心筋炎では全例が離脱可能であった。またPCPS導入時の平均LVEFは虚血性心不全では35%、心筋炎で30%であったが、離脱後では心筋炎において有意に高値であった。

【結論】 劇症型の心筋炎はPCPSにより高い救命率が得られるので、使用時期を逸しないことが重要である。

### 5. 脳膿瘍を合併した僧帽弁位人工弁感染の一例

(外科第二)　谷　大輔、木島　豪、佐藤　和弘
三坂　昌温、池田　克介、清水　剛
平山　哲三、石丸　新

症例：42歳男性。主訴：意識混濁等の神経障害を伴う発熱。

現病歴：1995年2月頃より労作時呼吸困難、下腿浮腫出現。MSrの診断にて5月[redacted]MVR施行 (Carbomedicus 25 mm)。以降近医にて内服follow up中であった。2001年12月[redacted]意識混濁を伴う発熱 (38℃～39℃) を認めたため近医入院。抗生剤治療開始となる。その後全身浮腫が出現し心不全と診断し当院転院となる。経食道エコー施行したところ左心耳に新鮮血栓と人工弁座に可動性の疣贅を認めた。また頭部MRI、CTにて脳膿瘍を認めた。脳膿瘍に対し抗生剤 (メロペネム) を投与した。この処置によりWBC、CRPは低下、発熱も認めなくなったため2月[redacted]Redo MVR施行した (SJM 27 mm)。術後経過は良好で脳神経学的合併症は認められなかった。抗生剤の内服投与を継続し2002年4月[redacted]退院となった。脳膿瘍に合併した人工弁感染はまれであり、手術療法を含めた治療戦略を若干の考察を交え報告する。

### 6. 術中くも膜下出血 (SAH) を発症した活動性感染性心内膜炎 (AIE) の一例

(八王子・心臓血管外科)
前田　光徳、矢野　浩己、小長井直樹
高江　久仁、桑原　淳、工藤　龍彦

症例は63歳男性、熱発、腰痛を主訴に、近医にて内服加療を行っていたが、3月中旬頃より症状増悪したため、精査加療目的にて当センター入院となった。心エコー上、僧帽弁、大動脈弁に沈贅と高度の逆流を認め、体温37.6度、CRP 7.6と炎症はまだ活動期であり、MRIにて化膿性椎間板炎を認めた。血培は陰性であり、起炎菌は不明であった。また、術前の頭部CT、脳血管造影では、明らかな所見を認めなかった。このため、感染巣の除去と弁膜症の治療を目的として準緊急に二弁置換術 (AVR 21 mm CM弁、MVR 27 mm CM弁) を施行した。術後、覚醒遅延のため、頭部CT施行したところSAHをみとめたが、同日施行した脳血管造影では明らかな動脈瘤、塞栓部位を確認できなかった。そしてさらに肺炎、呼吸不全を合併したが、rolling bed、抗生剤の変更等にて改善し、6月初旬に退院した。AIEは院内死亡率5.9～37%と高く、しかも感染性脳動脈瘤の破裂を生じる場合は死亡率60～90%とさらに高率であり、今回術中にSAHを合併したAIEの1例を救命することができたので報告した。

### 7. AVR 10年経過後縦隔出血を来たした大動脈炎症候群の一例

(厚生中央・循環器科)
小野　晴稔、織田　勝敬、三橋　誉
近藤　博英、楽得　博之、平井　明生
中島　秀一
(新葛飾・心臓血管外科)
吉田　成彦
(同・循環器内科)　清水　陽一

症例は64歳女性。52歳時に高度大動脈弁閉鎖不全にて弁置換術を受けている。この際、術前評価で閉鎖不全の原因が特定できなかったが、術中に脆弱な大動脈壁を認め、大動脈炎が基礎疾患であることが判明した。術直後よりステロイド投与が開始され、幸い人工弁の縫合不全は認めなかった。以後約10年間ステロイド投与がされていたが、赤沈・CRPの安定をもって投与は終了した。平成13年10月、自宅で突然呼吸苦出現し、近医救命センターに搬送された。ショック状態で人工呼吸管理開始、胸部X-Pで中央陰影の拡大がありCTで縦隔内血腫を疑い、血腫除去術を予定したが、血腫は1週間で自然消退し全身状態の改善を得た。この際、抗凝固療法が過度であったことが確認されている。縦隔血腫の原因として、3-DCT、大動脈造影をおこなったところ、バルサルバ直上に2個の動脈瘤の存在が確認された。術後10年以上たつ大動脈炎の経過の中でこのような合併症を経験したので報告する。