

4. 反復性肺塞栓症に対して血栓溶解療法と下大静脈フィルターが有効であった一例

(東京厚生年金・循環器内科) 上田美穂、倉沢忠弘、黒羽根彩子、海老根泰子、関口浩司、神戸博紀、木全心一
症例: 64 歳、男性。

主訴: 呼吸苦。

現病歴: 2000 年 8 月下旬から労作時息切れ出現、徐々に持続性となり来院。心電図、心エコー、肺血流シンチから肺梗塞疑われ、胸部造影 CT にて両側肺動脈に主幹部に跨る巨大血栓を認め、肺梗塞と診断し抗凝固療法開始。肺動脈造影にて同様の所見を認め、カテーテル血栓溶解療法施行したが 2 日後再度吸苦増強。下肢静脈造影にて両下肢深部静脈血栓症認め、肺梗塞の原因と判断。再発の危険あり、下大静脈フィルター留置術 (Greenfield: permanent type) 施行。本邦では肺梗塞の反復再発例や抗凝固療法禁忌例において下大静脈フィルターが普及しつつあり、その一例を報告した。

5. 肺高血圧症 (PH)、肺動脈弁狭窄症 (PS) を伴う成人心房中隔欠損症 (ASD) の一例

(新葛飾・循環器内科) 香山大輔、森井健、中村香織、陳和司、松尾晴海、塩月雄士、浅見光一、清水陽一

我々は肺高血圧症 (PH)、肺動脈弁狭窄症 (PS) を伴う心房中隔欠損症 (ASD) の一例を経験した。症例は 56 歳女性、54 歳時心疾患を指摘されたが放置、今回心不全のため入院となった。聴診にて胸骨左縁第 2 肋間に駆出性雑音を認めた。心エコーにて ASD、右室肥大、三尖弁閉鎖不全を認め、右室肺動脈圧較差は 64 mmHg であった。心カテーテル検査では、左右シャント率 82.4%、肺動脈圧 60/13 mmHg、右室圧 123/- mmHg、右室、肺動脈圧較差は 63 mmHg であった。以上より ASD、PH、PS、と診断した。成人例において ASD、PS の合併は稀であると考え、文献学的考察を加えて、報告する。

6. 急性心外膜炎にて発症した急性心筋梗塞の一例 (内科第 2) 柳澤秀文、川出昌史、高橋英治、武田和大、田中信大、近森大志郎、高沢謙二、山科章

症例は 70 歳、男性。主訴は前胸部不快感。H12 年 5/ 前胸部不快感を自覚し、持続するため 5/ に近医受診。心電図上 ST 上昇を認めたため急性心膜心筋炎を疑われ本院紹介受診となり、同日緊急入院となった。心電図上広範囲の ST 上昇を認め、血液データ上炎症性変化著明であり、また心エコー所見からも急性心膜心筋炎、それに伴った鬱血性心不全と診断。抗生剤、利尿剤などの投与にて心嚢液の減少は認めないものの、炎症所見は軽減し胸痛も消失した。心筋シンチにて一部血流欠損を認めたため、冠動脈疾患の合併が考えられ、後日冠動脈造影目的にて再入院することとし、6/ 一時退院となった。1 週間後外来再診時、労作時呼吸困難感あり胸部 X 線上心胸郭比の拡大、胸水貯留を認め再入院となった。心エコーにて心嚢液が著明に増加し、一部壁の菲薄化や心室瘤を認め、心筋梗塞に伴う出血の可能性が考えられた。7/ 夜、突然意識消失。同時に心肺停止状態となり、心破裂によるタンポナーデが示唆され開窓心マッサージ等行なうも効果なく永眠された。今回急性心筋梗塞による心外膜炎の診断が困難であった一例を経験した。

7. 失神発作を認める Burugada 症候群に対し非開胸式に ICD 植え込み術を施行した一例

(八王子・循環器内科) 五関善成、吉崎彰、豊田徹、小松尚子、宮城学、久野将宗、並木紀世、北原綾、寺本智彦、大島一太、喜納峰子、小林裕、笠井龍太郎、内山隆史、永井義一
症例: 64 歳、男性。主訴: 失神。現病歴: 1981 年、1988 年失神にて他院で精査するも原因不明。1988 年失神にて当院救急外来搬送。到着時心房細動であったが、直後に失神再発し、その際心室細動確認。その後外来通院中に心電図所見から Burugada 症候群と診断し、経過観察。2000 年 4 月失神再発認め、植え込み型除細動器 (ICD) の適応検討目的で入院。入院後経過: 心臓電気生理検査にて右室心尖部からの 2 連発期外刺激法で心室細動出現。臨床経過と合わせて ICD の適応と判断。7 月 5 日左鎖骨下より非開胸式に第 4 世代 ICD 植え込み術施行。右室心尖部に Screw in リード挿入後、心室細動誘発し、右房右室間での除細動閾値良好な部位で固定。以後現在まで約 5 ヶ月間の外来経過観察中、失神発作なく、ICD 作動の記録も認めていない。結語: Burugada 症候群に伴う心室細動に対し、現在 ICD 治療のみが予後改善。