

5. AVR術後遠隔期に発症した上行大動脈仮性瘤右房穿破の一例

(外科第2) 高江久仁, 池田克介, 清水 剛, 平山哲三, 石丸 新

大動脈弁置換術2年後の仮性大動脈瘤が右房へ穿破をした一例を経験した。症例: 60歳, 女性, H11.5.173大動脈弁閉鎖不全症・狭心症の診断で, AVR+CABG(2枝)施行。現病歴: H13.1.19より胸苦・眩暈をきたし精査加療目的にて3.2当院転院となった。心エコーおよび胸部CT・心カテにて仮性大動脈瘤の右房穿破による高度な左右短絡由来の心不全と診断し, 3.14手術施行。手術所見: 上行大動脈の巨大な仮性大動脈瘤を認め, 体外循環下に瘤を切開したところ, 前回手術時の大動脈切開縫合部より発生した巨大な仮性瘤内に, 右房への穿破孔を確認した。瘤切除を行い, 上行大動脈人工血管置換を施行して手術終了した。本症例のように仮性大動脈瘤が右房に穿破した左右短絡由来の心不全症状を呈することは非常に稀であり, 外科的治療が奏功したので報告する。

6. 特発性血小板減少性紫斑病を合併した狭心症に対するCABGの一治験例

(八王子・心臓血管外科) 桑原 淳, 小長井直樹, 矢野浩巳, 前田光徳, 伊藤幹彦, 松丸泰介, 今野 理, 工藤龍彦 (外科第2) 石丸 新

症例は67歳男性。平成10年より血小板減少を指摘され, 近医にてITPとの診断を得, プレドニン30mg/day投与されていた。平成11年に狭心症指摘(#5:50%, #6:75%, #7:total, #12:90%, #15:90%)され, 平成13年に手術目的にて入院となった。入院時の血小板は6.4万/mm³と低値であったが, 術前5日前より大量免疫グロブリン22.5g/day(0.45g/kg/day)を5日間投与し, 術直前には15.1万/mm³まで上昇した。手術は脾臓摘出術を先行し, 次に冠動脈バイパス術(LITA-#8 SVG-#9, #12 GEA-#14)を行った。術直後は血小板7.1万/mm³と低値であったが, 第25病日目には24.1万/mm³まで回復した。ITPを合併した狭心症に対してγグロブリン多量静注療法+脾臓摘出術を併用した冠動脈バイパス術を施行し, 無輸血のまま良好な結果を得たので報告する。

7. 前胸部強打後に出現した大動脈弁閉鎖不全の一例

(内科第2, 外科第2, 心臓血管病低侵襲治療センター) 石山泰三, 高田佳文, 田中信大, 岩田亜紀子, 進藤直久, 武井康悦, 木内信太郎, 山科 章, 平山哲三, 池田克介, 橋本雅史, 伊藤茂樹, 市橋弘章, 石丸 新 (救急医学) 村岡麻樹, 行岡哲男

症例は52歳男性。生来健康。交通事故にて多発外傷を来し, 当院に搬送となる。左鎖骨・両側多発肋骨骨折, 上下

顎骨骨折, 左脛腓骨骨折, 肝・肺挫傷を認めた。入院中に心胸比の拡大, 非持続性心室頻拍を認め, 拡張期雑音を聴取した。UCGでは, 無冠尖は可動性に富み, 無冠尖-左冠尖間に高度な逆流ジェットが観察された。左室内腔の拡大なく疣贅を認めなかった。心疾患の既往はなく, CTにて大動脈解離も認めないことから非穿通性外傷性大動脈弁閉鎖不全症と診断した。待機的に大動脈弁置換術を施行した。手術所見では無冠尖, 左冠尖の交連部が3mm大動脈壁から剝離していたが, 肉眼的, 病理組織的にも大動脈弁尖に損傷を認めなかった。本疾患では弁尖の損傷を認めることが多いが, 本例のように交連部剝離のみによる大動脈弁閉鎖不全症は極めて稀であり報告する。

8. 急性心筋梗塞における冠動脈内血栓吸引療法について—血栓溶解療法併用による検討—

(八王子・循環器内科) 宮城 学, 内山隆史, 大島一太, 寺本智彦, 久野将宗, 小松尚子, 喜納峰子, 並木紀世, 五関善成, 小林 裕, 笠井龍太郎, 豊田 徹, 永井義一

(症例1) 58歳, 女性。2000年4月1日歩行中に胸痛出現し持続する為来院。来院時V1~V5でST上昇を認め, CAG上LAD#7で完全閉塞。LADにwire cross後, DirectにRescue Cathで血栓を吸引しTIMI2flowを得た。(発症から約6時間)吸引血栓は, 赤色調であり光顕所見では好中球の浸潤を伴っていた。(症例2) 60歳 女性。2000年11月5日犬の散歩中に胸痛出現し来院。来院時, II IIII aVFでST上昇。発症から約90分でモンテプラーゼ180万単位投与しCAG施行。RCA#1で75%狭窄を認めるもTIMI3flowが得られていた。wire cross後, Rescue Cathで病変部をcrossしたところ白色調の血栓が吸引された。光顕ではコレステロール結晶や泡沫細胞が確認された。血栓溶解療法後の吸引物は, 白色血栓が主体であり血栓溶解薬は, 赤色血栓には有効だが, 白色血栓には無効であり今後, 強力な抗血小板療法の併用の必要性が示唆される。興味深い症例と思われここに報告する。

9. VDDペースメーカー植え込み術2年後に外傷を契機にリードの心室穿痛を認めた一例

(厚生中央・循環器科) 小野晴稔, 平井明生, 五十嵐祐子, 近藤博英, 鎌田満喜, 楽得博之, 織田勝敬, 中島秀一 (心臓血管研究所) 佐原真, 相良耕一, 青木啓一

症例は77歳女性。1998年12月, 最大16秒の心室静止による失神を呈した完全房室ブロックに対しVDDペースメーカー植込み術を施行。以降2000年10月のペースメーカーチェックまで著変無く経過していたが, 2000年11月, 外傷を契機にペーシング不全が確認された。双極刺激での閾値は7.5V/0.35 msecに上昇し, 単極刺激では最大刺激でもペーシングされなかった。リードの抵抗値に変動は無く, リードの右室穿孔が疑われた。UCGでは心嚢液の貯留

は無く、造影 CT 及び右室造影ではリードの右室穿孔は明らかではなかった。開胸下にリード抜去術及び心外膜リード留置術を施行。心嚢液貯留・心嚢内出血を認めず、リード穿孔も認めなかったが、心尖部に直径 10 mm の発赤を

認め、同部位の心外膜下にリードを触知した。以上よりリードの心室穿通と考えられた。慢性期にリードの心室穿通を呈する例は稀と思われ、報告する。