

4. カテーテル検査・治療後の穿刺部合併症の検討

(誠潤会城北病院・循環器病棟)

青柳 幸江

(誠潤会城北病院・心臓血管外科)

土田 博光

(西東京中央総合病院・循環器科)

伊藤 茂樹

動脈穿刺によるカテーテル手技の内、穿刺部位や止血法が明確で、カテ後経過が確認できる810例(男572、女238)年齢70.8±11.1歳について穿刺部合併症を調べた。診断カテは心587例(穿刺動脈: 橈骨298、上腕258、大腿31)、血管22例(上腕12、大腿10)、治療カテは心144例(橈骨10、上腕103、大腿31)、血管57例(上腕22、大腿35)。止血法は橈骨動脈: TRバンド、上腕動脈: 用手圧迫後アンギオ綿固定34例、止血圧迫器具使用361例、大腿動脈: 用手圧迫後アンギオ綿固定。全合併症が14例(発生率1.73%)で、内容は血腫7、動静脈瘻4、疼痛・痺れの持続が3あった。血腫は高齢者、治療カテに多く(治療5、診断2)、上腕動脈(上腕6、大腿1)、止血圧迫器具使用例(6/7)に多かった。動静脈瘻、疼痛・痺れの持続も、治療カテ、上腕動脈穿刺、止血圧迫器具使用例に多かった。治療カテで上腕動脈穿刺を行った場合は合併症リスクが高く、用手圧迫止血を行った方がよい印象を受けた。

5. 冠動脈多枝病変と冠攣縮の合併により心肺停止状態になった一例

(新座志木中央総合病院・循環器科)

加藤 充、齋藤 哲史、上山 直也

進藤 直久、相川 大、新井 富夫

症例は71歳、男性。平成23年6月午前8時トイレから出てきた際に気分不快を訴え、その後呼吸停止したため救急要請。救急隊現着時はCPA。CPR施行(AEDは作動せず)し救急車内で心拍再開し当院救急搬送。来院時は血圧191/113mmHg、心電図上洞調律103回/分完全右脚ブロックV2-6ST低下。血液検査上TnT陰性、CPK121(MB36)。心エコー上LVEF63%明らかな壁運動異常認めず。JCS-III300にて挿管し当科緊急入院。入院後は致死的不整脈出現せずバイタル安定。意識状態改善したため6月人工呼吸器より離脱。抜管直後は低酸素脳症による不穏症状出現するも次第に改善。リハビリも進み虚血性心疾患精査目的にて6月心臓カテーテル検査施行。右冠動脈#2: 90%左前下行枝#7: 75%左回旋枝#13: 90%。アセチルコリン負荷も予定していたが薬剤負荷前より冠動脈全体に著明な攣縮を認めたため施行せず。冠動脈多枝病変と冠攣縮の合併にて心肺停止となったと考えられたため、Ca拮抗剤と硝酸剤を導入し各病変に対しPCI施行。#2: 90%に

対してEES3.5/23mm、#13: 90%に対してPES3.0/32mm、#7: 75%に対してEES3.0/18mm留置。各病変部位とも0%にて終了。PCI施行後心臓リハビリ進めるも問題認めず。7月当科退院。

今回、多枝病変と冠攣縮の合併により心肺停止状態になったと思われる症例を経験したので報告する。

6. 当院のステント血栓症の検討

(戸田中央総合病院・心臓血管センター内科)

廣瀬 公彦、木村 一貴、土方 伸浩

堀 裕一、佐藤 秀明、小堀 裕一

生天目安英、内山 隆史

(戸田中央総合病院・心臓血管センター外科)

島津 将、山岡 啓信

ステント血栓症は発症時期により、SAT、LST、VLSTに分類されている。SATはDESでもBMSでも発症しうが、LST、VLSTはBMSでは稀でDESに特有な病態とされている。

近年は高齢者のステント治療を受ける患者の増加に伴い、ステント留置後に消化管疾患や整形外科領域の手術が必要となり、抗血小板薬の中断を余儀なくされることが多くある。

日本では欧米に比べDESのLST、VLSTの症例は少なく、年間0.3%程度の発生率といわれている。しかし、一度ステント血栓症を発症すると致命的になることが問題である。当院でのステント血栓症について検討した結果を報告する。

7. 肺高血圧を伴う心房中隔欠損症の一例: 手術適応判定における心エコー検査の役割

(八王子・循環器内科)

藤川 朋奈、岩永 史郎、小林 正武

大島 一太、熊井 優人、角田 泰彦

高橋 聡介、山田 治広、川出 昌史

渡邊 圭介、相賀 護、喜納 峰子

森島 孝行、鷺野起久也、小林 裕

寺岡 邦彦、高澤 謙二

68歳女性。労作時呼吸困難と下肢浮腫のために受診。心房中隔欠損症(ASD)、高度肺高血圧(PH)、心不全の診断で入院した。肺胞出血と肺炎を合併して長期入院を要したが、人工換気とPDE-I、カテコールアミン、hANPなどにより改善した。カテーテル治療を希望したため、他院循環器小児科に紹介した。しかし、PHが高度であるため「high risk case」と判断され、「リスクが高すぎて」カテーテル検査も見合わされた。外来治療を継続していたが、徐々に心不全が増悪したため、心エコー検査による再評価を行った。二次孔型ASDを介する順方向性優位の両方向性シャントと、

肺血流量増加を伴う高度 PH が認められた。肺血管抵抗の高度上昇はないと判断し、カテーテル検査を施行した。逆シャントは少量で、 $Q_p/Q_s=3.0$ の左右シャントが認められた。肺血管抵抗は $140 \text{ dyne} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5}$ (1.8 単位) であった。PH を伴う ASD では Eisenmenger 症候群と安易に判断せず、手術適応を慎重に判断する必要がある。

8. 7年前に留置した BMS・SES において、SES のみに再狭窄を来した一例

(循環器内科)

外間 洋平、田中 信大、武井 康悦
山下 淳、小川 雅史、村田 直隆
斉藤友紀雄、西畑 康介、星野 虎生
宇野 美緒、斉藤 龍、近森大志郎
山科 章

本症例は 70 歳代後半男性。以前より高血圧症・2 型糖尿病・脂質異常症の診断で内服加療されていた。

71 歳時に急性下壁心筋梗塞の診断で右冠動脈 (RCA) 中間部に対し BMS (Tsunami $3.0 \times 20 \text{ mm}$) を留置、左前下行枝 (LAD) 中間部の残存高度狭窄に対し待機的に SES (Cypher

$3.0 \times 18 \text{ mm}$) を留置している。6 か月後の冠動脈造影 (CAG) でステント内再狭窄は認めなかった。その後特に問題なく経過し、内服加療にて冠危険因子のコントロールは良好であった。

今回、朝方に安静時胸部圧迫感を自覚し当科受診、不安定狭心症の診断で緊急 CAG を施行したところ、RCA の BMS 留置部は良好に開存していたが、LAD に留置した SES の近位端に高度狭窄を認めた。OCT での観察では比較的厚い皮膜と、一部に輝度の低い後方減衰を伴った偏心性プラークを認め、明らかな血栓像やステントの圧着不全は認めなかった。脂質に富んだプラーク増殖と判断して POBA (Angio Sculpt $\phi 3 \text{ mm}$) のみで終了した。

本症例は良好な経過であったが、SES 留置部近傍に再狭窄をきたし、不安定狭心症を発症した。SES はポリマーなどの影響により、長期間にわたり炎症反応を惹起し、再度不安定プラークが増殖してくる現象が報告されている。本症例の OCT 所見はこれに類似する変化を観察したものと考えられ、冠危険因子が比較的良好にコントロールされていてもこうした変化が出てくる可能性を示唆しており、非常に重要な症例と考えられるため、本会に提示する。