

【症例】 ① 急性例：高度肥満、コントロール不良の糖尿病を伴った81歳の女性。他院より右房内腫瘍の診断で緊急搬送。心エコーで右房内血栓、CTで肺動脈内血栓を認め、急性肺塞栓症と診断。プレシヨック状態であったため、緊急手術となった。麻酔導入後に心停止となり、急いで体外循環を確立。左右の肺動脈を切開し、中枢側肺動脈内から急性期と思われる血栓を摘出。末梢側からはやや古め（亜急性）の血栓を摘出でき、亜急性期PEと最終診断した。右心不全のため人工心肺からの離脱が困難であったため、PCPS、IABPを装着して開胸のままICUへ帰室。第2病日にはPCPS離脱と閉胸が可能で、第3病日にはIABPから離脱でき、現在、経過良好である。

② 慢性症例：55歳の男性。術前、重症肺高血圧症を認め、平均肺動脈圧38 mmHg、心拍出量2.3 l/min、肺血管抵抗1,098 dyne・sec・cm⁻⁵であった。胸骨正中切開下に体外循環を確立し、心停止、超低体温循環停止下に左右肺動脈より肥厚した内膜を摘出した。術後肺動脈圧は正常化し、酸素化も改善し、HOTも必要なく経過は良好である。

【結語】 2症例とも外科治療が奏功し、術後経過も良好であった。しかしながら、術後再灌流障害や肺出血などにより、術直後の肺高血圧および低酸素血症が遷延する症例が存在する。今後更なる症例、経験の蓄積が必要である。

P3-35.

術野からの区域気管支内送気により心停止を来した1症例

(八王子：麻酔科)

○木村 允、平林 剛、前田 亮二
佐藤 雄一、高橋奈々恵、古川 雄一
新山 和寿、金子 英人、荻原 幸彦
近江 明文

【はじめに】 術野からの気管内空気挿入後に肺静脈から左室へ空気が流入したことにより心停止を来したと思われる症例を経験したので報告する。

【症例】 82歳男性、肺癌のため左肺区域切除術が予定された。高血圧の既往があるがコントロール良好であり、術前検査所見に特記すべきことはなかった。

【麻酔経過】 プロポフォールで麻酔を導入、ロクロニウムで筋弛緩を得た後、左用ダブルルーメンチューブを気管挿管した。麻酔維持は酸素・人工空気・セボフルラン・レミフェンタニルおよび硬膜外麻酔で行い、分離肺換気で呼吸管理した。術中バイタルおよび呼吸状態は安定していたが、切除部位同定の目的で術野から気管内に針を直接穿刺して空気を送気した直後から収縮期血圧が50台まで低下、E_TCO₂も8 mmHgまで低下した。昇圧剤および輸液負荷も行ったが反応はせず、すぐさま心臓マッサージを行い、アドレナリン投与、除細動を行った。一時的に無脈性電気活動(PEA)になったもののVTおよびVFの状態が続き、アドレナリン、アミオダロンを投与しつつ除細動を繰り返した。一時間程心臓マッサージを継続して心拍が再開し、ドパミン10 μg/kg/minの持続投与、分離肺換気を再開し手術を続行した。空気塞栓による中枢神経障害が懸念され、挿管したままICUへ帰室となった。翌日には意識レベルも回復し、呼吸状態も安定したため抜管し、中枢神経障害も無く術後13日に退院となった。

【考察】 肺静脈から左室に空気が流入して心停止をきたすという症例を経験した。重篤な合併症もなく蘇生したが、適切な心臓マッサージの重要性を改めて認識した。

P3-36.

Brokenbroughによる機械的操作により消失した卵円孔起源の心房頻拍の1例

(戸田中央総合病院心臓血管センター内科)

○堀 裕一、生天目安英、廣瀬 公彦
土方 伸浩、木村 一貴、佐藤 秀明
小堀 裕一、内山 隆史

【はじめに】 卵円孔を起源とする心房頻拍はfocal atrial tachycardiaの約1%と報告されており非常にまれな症例である。今回CARTO mappingにより卵円孔の近傍が最早期と判断し焼灼を行うも消失せず、左房起源の可能性を考慮しbrokenbroughを行った後に消失した心房頻拍の1例を経験した。今回解剖学的特徴、文献的考察を含めて発表する。

【症例】 72歳 女性 主訴；動悸

【現病歴】 2011年11月より頻回に動悸症状が出現し当院受診した。心電図にて頻回に心房頻拍を認め、