

## Y4-36

### ランニング中に心肺停止となった右冠動脈起始異常の一例

熊本赤十字病院 循環器内科

○二ノ村 聖、老松 優、山村 智、吉村 拓巳、  
 瀨上俊一郎、松川 将三、角田 隆輔

38歳男性。既往歴、家族歴なし。1年前から週2回程のペースでランニングをしていたが、特に自覚症状はなかった。平成24年1月、ランニング中、突然意識消失し心肺停止となった。その場にいた人がBLSを開始、AEDで心室細動確認後、除細動1回作動し心拍再開し、意識レベルも清明に戻った。救急隊到着時、バイタルは安定しており、当院に救急搬送された。来院時心電図は洞調律、ST-T変化は認めなかった。血液検査での心筋逸脱酵素の上昇なく、その他電解質の異常等もなかった。心エコーでは左室壁運動は良好で、その他特に異常は認めなかった。後日、冠動脈評価のため、心臓カテーテル検査を行ったところ、右冠動脈が左主幹動脈から分枝する起始異常を認めた。左右冠動脈に有意狭窄なく、エルゴノビン冠攣縮誘発試験は陰性であった。CTで確認したところ、右冠動脈が左主幹動脈から分岐し、大動脈と肺動脈に挟みこまれていた。虚血評価のために行った運動負荷タリウムシンチグラフィでは、わずかに下壁に虚血-再分布所見を認めた。虚血評価のため、右冠動脈へのブレッシャーワイヤーを挿入したところ、ATP負荷後ではFFRは0.66(<0.75)まで低下した。更に、ドブタミン負荷ではFFRは0.52まで低下した。サンリズム負荷試験やアドレナリン負荷試験ではBrugada症候群やQT延長症候群は否定的であり、また、VT-studyでも心室頻拍の誘発は認めなかった。以上より、心室細動の原因として、右冠動脈起始異常により、大動脈-肺動脈で圧排された結果虚血に陥ったことによるものと考えられ、ICDの植え込みは行わず、冠動脈バイパス術(右内胸動脈-右冠動脈)を行った。

## Y4-37

### 胸、背部痛のないStanford A型の大動脈解離の1例

熊本赤十字病院 救急科

○上木原達哉、来間 裕一、北村 遼一、宮本 誠、  
 渡邊 秀寿、山家 純一、奥本 克己

【症例】70歳男性。主訴は頭部違和感、右頸部痛、動作困難。2012年7月2日15時頃突然の頭部全体の違和感、右頸部痛を自覚した。それ以外、本人の自覚症状はなかったが家族から見ると歩行がおぼつかなくなっていた。7月3日1時20分頃より体動困難になっていたため家族が救急要請し、当院搬送となった。来院時、血圧は右上肢101/55mmHg、左上肢116/60mmHgであった。診察上、明らかな麻痺は認めなかったが左温痛覚の低下を認めた。脳卒中を疑い、頭部CT施行したが明らかな頭蓋内出血を示唆する所見は見出せなかった。次に虚血性脳卒中の除外を目的として同日頭部MRIを予定していたが採血結果にてD-dimer異常高値が判明した。このため大血管病変の存在を検索する目的で超音波検査施行したところ心嚢液貯留を認め、右総頸動脈内にフラップ様所見も伴った。このため、急性大動脈解離疑いとして頭部MRIをキャンセルし、胸部造影CT施行した。この結果、Stanford A型の大動脈解離の診断に至り心臓血管外科にて緊急手術となった。

【考察】今回、典型的な症状である胸背部痛を伴わない急性大動脈解離を経験した。頭部違和感、左右差のある感覚異常の症状があり、脳卒中疑いで初療を開始した。後に振り返ると、血圧が高くないことや、冷汗を伴う自覚症状であったことなど、脳卒中に典型的でない症状があった。常に様々な可能性を考え、考えを固執させないことの大切さを感じることができた症例であった。

## Y4-38

### 嚢状上行大動脈瘤の一例

熊本赤十字病院 心臓血管外科

○小原 史衣、萩尾 康司、渡邊 俊明、平山 亮、  
 松川 舞、坂口 健、上木原健太、鈴木 龍介

一般的に、上行大動脈瘤は紡錘状瘤であることが多く、嚢状瘤の頻度は少ない。今回、嚢状上行大動脈瘤の一例を経験したため報告する。

症例は、78歳男性。特に自覚症状はなかったが、気管支肺炎罹患時の胸部CTで嚢状上行大動脈瘤(最大径50mm)を指摘された。半年毎にCTで経過観察され、大動脈瘤の増大を認めなかったが、本人の希望により手術となった。冠動脈造影検査で、左前下行枝に75-90%の狭窄を認め、上行大動脈置換および冠動脈バイパス術の方針となった。

上行大動脈置換術および冠動脈バイパス術(大伏在静脈-対角枝-左前下行枝)を施行し、術後経過良好で退院となった。病理では、atherosclerotic aneurysmal wall of ascending aortaと診断され、感染性動脈瘤を示唆する所見はなかった。

下行大動脈瘤は動脈硬化が原因となるものが多いが、上行大動脈瘤では稀であり、Marfan症候群や医原性の仮性瘤であることが多い。また、上行大動脈瘤の中でも嚢状瘤は稀である。嚢状上行大動脈瘤が稀なことは一般的に知られているが、その頻度およびリスクについてはほとんど研究されていない。上行大動脈は血圧が他部位より高く、また嚢状瘤は紡錘状瘤と比較し破裂しやすいため、嚢状上行大動脈瘤は破裂のリスクが高いことが予測される。今回経験した嚢状上行大動脈瘤を文献的考察を踏まえて報告する。

## Y4-39

### 経過中に両側反回神経麻痺をきたした脳梗塞の1例

熊本赤十字病院 神経内科<sup>1)</sup>、熊本赤十字病院 耳鼻咽喉科<sup>2)</sup>、  
 熊本赤十字病院 消化器内科<sup>3)</sup>

○吉岡 祐希<sup>1)</sup>、中間 達也<sup>1)</sup>、原 靖幸<sup>1)</sup>、和田 邦泰<sup>1)</sup>、  
 寺崎 修司<sup>1)</sup>、浅井 栄敏<sup>2)</sup>、一二三倫郎<sup>3)</sup>

症例は78歳女性。既往は高血圧症と認知症。X年4月某日(第1病日)、歩行困難を認め、第2病日に当院救急外来を受診。症候は左不全片麻痺を認めるのみで、NIHSSスコアは3点。頭部MRIにて右被殻から放線冠に径15mmの急性期脳梗塞巣を認め、頭部MRAと頭部血管超音波検査で主幹動脈病変を認めず、塞栓源心疾患は検出されなかったため、ラクナ梗塞と診断し、入院となった。輸液、アスピリン200mg内服、アルガトロバンとエダラボンの点滴による治療を開始したが、第3病日より麻痺の進行を認め、クロピドグレルとピタバスタチン内服を追加したものの、左上下肢は完全麻痺となり、NIHSSスコア11点となった。同日より中枢気道の吸気性喘鳴を認め、嚥下障害も顕著となった。頭部CTでは気道閉塞を疑う所見はなく、喉頭内視鏡検査にて両側反回神経麻痺を認めたため、気道確保の目的で、第10病日に気管切開術を行った。第20病日の頭部MRIでも、上記以外に原因となりうる他の病巣は認めなかった。第25病日にリハビリ病院へ転院となった。脳梗塞急性期に両側反回神経麻痺を続発することは稀であり、文献的考察を加えて報告する。