

**多枝・多系統の血管攣縮により急性心筋梗塞と腸管壊死を合併した一例****独立行政法人 国立病院機構 京都医療センター 循環器科** <sup>1)</sup>**臨床研究センター展開医療研究部** <sup>2)</sup>**西尾 真季** <sup>1)</sup>、**金崎 幹彦** <sup>1)</sup>、**鶴木 崇** <sup>1)</sup>、**中島 康代** <sup>1)</sup>、**松本 雄賀** <sup>1)</sup>**阿部 充** <sup>1)</sup>、**船津 順子** <sup>1)</sup>、**小川 尚** <sup>1)</sup>、**益永 信豊** <sup>1)</sup>、**竹中 淑夏** <sup>1)</sup>**和田 啓道** <sup>2)</sup>、**長谷川 浩二** <sup>2)</sup>、**小坂田 元太** <sup>1)</sup>、**中野 爲夫** <sup>1)</sup>**赤尾 昌治** <sup>1)</sup>

症例 67 歳男性。5～6 年前にリウマチ性多発筋痛症でステロイド使用歴。自宅で意識消失しているところを発見され、当院救急搬送。到着時は II, III, aVF で ST 上昇、完全房室ブロック、心原性ショックの状態。速やかに PCPS による血行動態管理下に CAG を施行した。冠動脈は全体的に spastic であったが、RCA には有意狭窄なく、LAD 近位部に 99% 狭窄あり、ニトロール冠注にて狭窄は軽減し、POBA のみ施行して良好な再灌流を得た。PCI 中、心電図では II, III, aVF での ST 上昇と前胸部誘導での ST 上昇が、相前後して繰り返しみられ、多枝の冠動脈攣縮を示唆した。LVG はびまん性に左室壁運動の低下を認めた。PCI 後もしばしば一過性の ST 上昇を繰り返し、PCPS、IABP 管理下にも血行動態不安定であったが、PCI 後半日くらい経過したあたりから急速に原因不明のアシドーシスが進行して死亡された。剖検が行われ、心臓は、左室前壁中隔を中心にそれ以外の左室壁と右室の一部を含め広範な梗塞巣がみられ、多枝冠動脈攣縮による心筋梗塞に一致する所見であった。さらに、回腸と下行結腸から直腸にかけての非連続性・分節性の腸管壊死が認められたが、腸間膜動脈には血栓・閉塞などの所見なく、腸間膜動脈攣縮による腸管壊死の可能性が強く示唆された。多枝・多系統の血管攣縮により、急性心筋梗塞と腸管壊死を合併したと考えられる症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。