
 学 会 記 事

第230回新潟循環器談話会

日 時：平成14年2月23日（土）
午後3時～6時
場 所：新潟ユニゾンプラザ
中研修室

一 般 演 題 1

1 脾梗塞を合併した感染性心内膜炎の1例

小菅恵一朗・宮島 武文（木戸病院）
山口 利夫・津田 隆志（循環器内科）
佐藤 秀一（同）
（消化器内科）

症例は34歳，女性，無職。

【現病歴】過去に健診で異常を指摘されたことはなかった。2000年11月頃，抜歯されたが発熱はなし。2001年5月の初めから37℃台の発熱，全身倦怠感を自覚していた。5月14日より心窩部痛，嘔吐が出現し，5月15日，当院消化器内科を受診した。心窩部に圧痛があり，WBC 14800/mm³，CRP 7.5mg/dlと炎症反応を認めたため，精査・加療のため入院となる。

【経過】腹部CTで脾梗塞の所見を認めたが，凝固・線溶系の異常はなく，抗磷脂質抗体症候群も否定された。心原性の塞栓症を疑い，心エコー行ったところ，僧帽弁後尖の逸脱を認め，2度の僧帽弁逆流を伴っていた。僧帽弁前尖，後尖に異常構造物を認め，疣贅もしくは，断裂した腱索と考えられた。血液培養でα-streptococcusが検出され，脾梗塞を合併した感染性心内膜炎と診断し，循環器内科に転科した。6月19日よりPCG 2000万単位/日の点滴静注による治療を開始したところ，解熱して，炎症反応の改善を認めた。6週後の心エコーでは，前尖の異常構造物が残存していたが，

炎症反応が陰性化しており，ABPC 2000mg/日の内服に変更し，外来で経過を観察した。以降6ヶ月間，発熱，炎症反応，塞栓症状は認めていない。

2 マンシユットによる血圧測定が全く不可能であった虚血性心疾患の1例

笠井 英裕・風間 龍（燕労災病院）
宮島 静一（循環器内科）

症例は77歳の女性。50歳時に糖尿病，59歳時に高血圧を指摘され当院内科で加療中であった。1997年9月11日当科初診時，右上肢での血圧測定でマンシユットを300mmHgまで加圧しても脈拍を触れ，コルトコフ音が聴取されなかった。悪性高血圧を疑い入院させたが，橈骨動脈での観血的血圧は162/62mmHgであった。2001年1月の心臓カテーテル検査で#6に99%，#11に90%の二枝病変を指摘されたが，脳梗塞，腎機能低下がみられ，バイパス手術は行わず内服加療とした。今回高度房室ブロックで2001年12月13日に入院した。両上肢ともに血圧測定は不能であった。機序解明のため心臓カテーテル検査時に動脈造影を行った。右橈骨動脈はマンシユットを300mmHgまで加圧しても血流は遮断されなかった。エコー図では，右橈骨動脈に全周性に高度な石灰化が認められた。橈骨動脈の高度な石灰化のために，マンシユットによる動脈圧迫が行えず血圧が測定不可能であったと考えられた。

3 心房粗動の高周波焼灼術：Drug free はどこまで可能か？

鈴木 薫・伊藤 英一（県立新発田病院）
中川 巖・田辺 恭彦（循環器科）

【目的】I型心房粗動（AF）に対する高周波焼灼術（RF）の抗不整脈剤中止効果を検討する。

【対象】RFを行ったAF32例，35RF（再発例に対するre-RF3回）。

【方法】RF後の不整脈の出現と抗不整脈剤の効果を検討した。

【結果】初期成功29例，32回（92%）。再発3回

(10%). 再発例3例は re-RF で AF の出現なし. Atypical AF 出現3例, af 出現12例. RF 前に af (+) の10例 (af 例) は7例が RF 後1ヶ月以内に af 出現. RF 前に af の無い22例: af (-) 例では5例に19±15ヶ月で af が出現. RF 後の不整脈出現率は全体で56%, af 例で70%, af (-) 例で49%であった. 再発例に対する re-RF により抗不整脈剤投与率は全体で47%, af 例70%, af (-) 例36%であった. af に対する抗不整脈剤の効果は有効が58%, 頻度減少25%, 無効17%であった.

【総括】 AF の RF で半数以上の例で抗不整脈剤の中止が可能であった. Af 出現, 残存例でも抗不整脈剤の有効例が増加した. AF では RF は試みる価値の有る治療と思われた.

一般演題 2

1 広範な下大静脈閉塞をきたした腎癌の一例

小島あかね・飯野 則昭 (県立がんセンター)
岡田 義信 (新潟病院内科)
鈴木 一也・小松原秀一 (同 泌尿器科)

症例は55才 男性.

【既往歴】 47才 虫垂切除術.

【家族歴】 特記すべき事なし.

【経過】 H13. 2月ころより血尿を自覚していた. 7月ころより下腿浮腫が出現し, 徐々に増悪してきた. 近医を受診し, 腹部 CT を施行したところ, 右腎細胞癌と診断され, 当院を紹介受診となった. 入院時下半身に高度の浮腫を認めた. 無尿であり, 高度の尿毒症所見を認め緊急入院となった. CVP 0 cmH₂O と高度の脱水を認め, 腎前性腎不全が疑われた. 大量輸液により利尿がつき, 腎不全は徐々に軽快した. 腎機能が正常化した後に手術を施行した. 腎細胞癌は下大静脈まで浸潤し, 腫瘍塞栓は腎静脈下部から下大静脈末梢までを閉塞していた. 手術では右腎摘出に加え, 下大静脈も合併切除した. 側副血行路が発達しており, 術後の腎機能は保たれ浮腫は全く消失した. 今回, 高度の下腿浮腫から発見された広範囲に下大静脈腫瘍塞栓を伴った腎細胞癌の一例を経験した.

2 高心拍出性心不全を来たした動静脈シャントを有する骨盤内腫瘍の一例

尾崎 和幸・小田 弘隆
畑田 勝治・堺 勝之
高橋 和美・三井田 努 (新潟市民病院)
樋熊 紀雄 (循環器科)

症例は53歳, 女性. 心雑音の精査目的に来院. 心尖部に駆出性収縮期雑音, 右下腹部に連続性雑音を聴取. 胸部 X 線では軽度の心拡大, 肺うっ血を認め, 心エコーでは左室壁運動の亢進および左室の軽度拡大を認めた. 骨盤部 CT では膀胱右側後腹膜腔に存在する造影良好な10×4 cm 大の腫瘍, 下大静脈の拡張を認めた. 右心カテーテル検査では心拍出量13.2L/min, であり, 左総腸骨静脈にて SaO₂ 95% と O₂ step up を認めた. 大動脈造影および選択的左右内腸骨動脈造影では骨盤内に hypervascular tumor を認め, それぞれ左右内腸骨動脈, 仙骨正中動脈, 腰動脈, 右腎動脈より血流を受け, また, 下大静脈の早期造影が認められた. 以上の所見より骨盤内軟部腫瘍および腫瘍内動静脈シャントに伴う高心拍出状態と考えられ, ここに報告する.

3 冠動脈病変および頸動脈病変の併存に対し CEA と CABG の同時手術を行った一例

大関 一・齊藤 正幸 (県立新発田病院)
島田 晃治・中山 健司 (心臓血管外科)
相場 豊隆 (同 脳神経外科)

症例は67才, 男性. 労作時の胸部圧迫感が主訴. 3枝病変で CABG の適応となった. しかし術前の脳血管造影で右内頸動脈75%狭窄, 左内頸動脈99%狭窄, 両側椎骨動脈閉塞を認めた. 頸動脈病変と冠動脈病変の合併症で CABG に際し脳梗塞の危険が高いと判断, 内膜剥離術 (CEA) と CABG の同時手術の方針とした. 全身麻酔下にまず左内頸動脈の CEA を行い, その後体外循環下に4枝冠状動脈バイパス術 (LITA-LAD, GEA-RCA, SVG-CX-diagonal) を行った.

術後覚醒はすみやかで脳障害なく回復した. 術後の頭部 CT で新しい病変は認めず, 血管造影で左内頸動脈, 冠状動脈バイパスの開存は良好であっ