

憶検査 WMS の MQ 値でほとんどの患者で術後で軽度・有意な上昇があった。

5) 非けいれん発作重延状態の2症例

和知 学・吉野美穂子 (国立療養所西新潟中央病院てんかんセンター精神科)
 田中 弘・長谷川精一
 福多 真史・亀山 茂樹 (同 脳神経外科)
 松井 望 (新潟大学精神科)
 桑原 武夫 (同 脳研究所神経内科)

てんかん重延状態はてんかん発作の国際分類では「ひとつの発作が十分に延長するかまたは頻回に反復して発作間に回復が起きない状態」と定義されている。これはおおまかに全般発作重延と部分発作重延に分類され、さらにこれらがけいれん性と非けいれん性に分けられる。私たちは、10数年にわたり非けいれん発作重延状態を繰り返した2症例について報告する。症例1：79歳女性。既往歴で甲状腺機能低下症と僧帽弁閉鎖不全を指摘された。現病歴は42歳時に睡眠中に強直間代発作で発病しこれは2～3ヶ月に一度出現したが、抗てんかん薬の服用により現在は見られない。46歳より睡眠中にめまいや右手の引きつりが出現しておりこれは2～3ヶ月に一度見られた。64歳頃から右手の引きつりに加えて、顔面の震えも加わり、またその前後に「極端に口数が少なくなり、動作も緩慢になる。まわりのことはある程度わかるが、難しい質問には答えられない」状態が出現し、最近頻回となったため入院。MRI では視床の小梗塞巣と両側海馬の萎縮あり。発作間欠時 SPECT で前頭部にて低灌流。発作間欠時脳波で左前頭部に限局して棘波あり。発作時脳波ではほぼ全誘導にて2～3Hz 棘徐波や棘波が連続して出現していた。この症例はこれらの所見から前頭葉起始の複雑部分発作重延状態と考えられた。症例2：42歳女性。現病歴は31歳の第一子出産直後に「なんとなく頭がボーとする。話かけられても考えがまとまらず、思うように返事ができない」と述べ、また周囲から見てもボンヤリしていつもより反応が鈍く、ちぐはぐな行動が見られたと言う。これは数時間続き、睡眠により回復。その後も2ヶ月に一度このような状態となったが治療はされていない。平成9年4月半ばに昼ごろから、いつものようにボーとした感じになりその数時間後に強直間代発作が出現。この後ボーとした感じは消失したが、翌日再び同様の状態となったため入院となった。MRI は異常なし。発作時 SPECT では前頭葉で低灌流。発作間

欠時脳波で突発性異常波なし。発作時脳波で全誘導に2～3Hz 棘徐波や8～9Hz 鋭波が連続してみられた。この症例はこれらの所見から中年発症の absence status が疑われた。症例2については発作時と発作間欠時に前頭部でROIを取ったMRSを施行した。NAA/Cr比は左右両側で発作間欠時に比べて発作時で低下していた。しかし1例のみであるため非けいれん重延状態の部分と全般の鑑別に有用か否かは症例を増やし検討する。

II. 特別講演

「実験てんかんからみた発作発現機序」

埼玉医科大学神経精神科教授
 山内俊雄先生

第213回新潟循環器談話会

日 時 平成9年12月6日(土)
 午後3時より
 会 場 新潟大学医学部
 第5講義室

I. 一般演題

1) 徐脈性不整脈を伴った頻脈性不整脈に対する高周波焼灼術

鈴木 薫・佐藤 匡 (県立新発田病院)
 伊藤 英一・田辺 恭彦 (内科)
 伊藤 正洋・庭野 慎一
 相沢 義房 (新潟大学第一内科)

背景：頻脈性不整脈に徐脈性不整脈を伴った場合、pacemaker と薬物治療が従来行われてきた。近年、高周波焼灼術(RF)による頻脈性不整脈の根治が可能となった。頻脈性不整脈の根治により徐脈性不整脈の治療も不要となった例を報告する。

症例1：主訴：動悸、目眩

平成5年10月から主訴が出現。Holter 上心房粗動(AF)時240/minの頻脈と7秒の心停止を認めた。AFにRFを施行し通常型AFは消失したが非通常型AFが出現した。このAFは50～70/minであり3年後に死亡するまで症状は無かった。

症例2：主訴：動悸

平成9年2月、動悸が出現し近医よりリスモダン投与をうけた。3月、目眩が出現し受診。30/minの洞徐脈であった。リスモダン中止後徐脈は消失したが1日数回の上室頻脈が出現した。電気生理検査で洞機能異常と潜在性ケントの上室頻脈。RF後無治療で症状は無い。

総括：頻脈性不整脈と徐脈性不整脈の種類によってはpacemaker治療前にRFは試みる価値がある治療と思われる。

2) Palmaz-Schatz (PS) ステンツ留置後再狭窄における糖尿病 (DM) の影響

伊藤 英一・小田 弘隆
三井田 努・戸枝 哲郎 (新潟市民病院)
樋熊 紀雄 (循環器科)

【目的】PS ステンツ留置後再狭窄におけるDMの影響を検討する。

【対象と方法】急性心筋梗塞、慢性完全閉塞枝例を除くPS ステンツ留置例中慢性期確認造影を行えた連続85例、92枝。うちDMは24例24枝。患者、病変、手技に関する因子、およびDM群についてはPS ステンツ留置時の治療内容(食事療法単独、経口血糖降下剤、インスリン)、HbA1cを検討した。冠動脈造影所見は定量的に解析し、狭窄率50%以上を再狭窄とした。【結果】全体の対象病変長は 10.8 ± 6.9 mm、ステンツ留置後MLDは 0.82 ± 0.36 mmから 2.96 ± 2.16 mmへ拡大、狭窄率は $67.8 \pm 11.5\%$ から $0.9 \pm 19.3\%$ へ減少した。19枝、17.4%に 6.5 ± 2.6 カ月後に再狭窄を認めた。再狭窄、非再狭窄の2群間の比較ではDM病変長に有意差を認め、ロジスティック回帰分析ではDMのみが有意($p=0.0023$)な因子であった。DM群の再狭窄率は41.7%、非DM群では9.5%であり、DM群で喫煙は少なく、病変長は長く、留置ステンツ数は多かった。DM群を再狭窄群、非再狭窄群に分けて検討すると、DM再狭窄群ではHbA1cが高値であった($p=0.00484$)が、治療内容には有意差を認めなかった。DM再狭窄群に高脂血症、C病変が多かった。【結語】DMはPSステンツ留置後再狭窄に関与する。DM例においては血糖コントロール不良が再狭窄に関与する可能性が示唆された。

3) 左房内に著明なモヤモヤエコーを認め、血栓塞栓症を繰り返した僧帽弁狭窄症の1例

本間 元・大島 満
宗田 聡・宮北 靖 (新潟こばり病院)
大塚 英明 (循環器内科)
長谷川 豊・目黒 昌
高橋 善樹・齋藤 憲
丸山 行夫 (同 心臓血管外科)

【症例】61歳男性。

【現病歴】1983年8月、腎梗塞を発症。その際心エコー上僧帽弁狭窄症を指摘され、ワーファリン投与が開始された。

1985年2月、右下肢血栓塞栓症を発症し、血栓除去術を施行。

1993年2月、左中大脳動脈領域の脳梗塞を発症。

1997年6月、右下肢動脈血栓塞栓症にて当院胸部外科にて入院加療。僧帽弁狭窄症の評価のため、6月23日当科転科。

【入院後経過】心カテによる僧帽弁口面積は 1.0cm^2 で、平均圧較差 $11 \sim 12\text{mmHg}$ であった。左室造影上僧帽弁逆流はSellers I度。胸部CT上左心耳に血栓と思われる陰影欠損を認め、経食道エコー上左房内に著明なモヤモヤエコーと左心耳内に血栓を認めた。

血栓塞栓症を繰り返し、PTMCでは血栓塞栓症の危険性があると考えられ、僧帽弁置換術を施行した。

【結語】血栓塞栓症を繰り返し、経食道エコーにて左房内に著明なモヤモヤエコーを認めた僧帽弁狭窄症の1例を経験した。

術中所見にて左心耳から僧帽弁輪近くまで血栓を認め、術前の経食道エコーによる左房内血栓の評価が治療方針の決定に有用であったと考えられた。

4) 僧帽弁置換術中生検でサルコイドーシスが証明された1例

一筋肉痛、浮腫、不整脈を呈した経過について一

青木英一郎 (新潟市民病院中検)
渋谷 宏行 (同 病理)

症例は50才女性、主訴は筋肉痛、右季肋部の不快感、心悸亢進である。昭和57年僧帽弁狭窄症に対してOMCを施行したが再狭窄を来して昭和63年にMVRを行っている。その際縦隔・肺門のリンパ節の腫脹が著しく生検したところ、サルコイドーシスの所見を得た。遅ればせながらACE、ADAを測定すると上昇がみられ、ガ