

0.63, 0.62, 0.63, 0.85, 0.78であり, メタボリック症候群の構成成分と考えられる CRP  $\geq 0.65$ mg/L, 血糖  $\geq 100$ mg/dL, 血糖  $\geq 110$ mg/dL, 中性脂肪  $\geq 150$ mg/dL, HDL コレステロール男性  $< 40$  女性  $< 50$ mg/dL の3回計測における一致度は, それぞれ, 38%, 43%, 40%, 17%, 14%であった. したがって, CRP の安定性は, 中性脂肪, 総コレステロール, HDL コレステロール, 血糖の安定性と比べて遜色ないと思われ, 肥満に伴う代謝異常の指標として, 身体計測値よりも有用と考えられる.

#### 4 胸部大動脈瘤精査中に急性心不全を発症した大動脈縮窄症の1例

杉浦 広隆・布施 公一・永田 拓也  
加藤 充・木村 楊・齋藤 淳志  
藤田 聡・池田 佳生・北沢 仁  
高橋 稔・佐藤 政仁・岡部 正明

立川綜合病院循環器内科

症例は51歳, 男性.

【現病歴】15歳時に高血圧を指摘され, 都内の大学病院で精密検査を受けたが異常を指摘されず. 本態性高血圧として25歳ごろより内服薬による高血圧治療を受けていた(入院時内服薬: ニフェジピン徐放錠20mg, カンデサルタン8mg, スピロノラクトン25mg). 健康診断で縦隔の拡大を指摘され近医受診, 単純CTで上行大動脈拡大(径8cm)を指摘され精査加療目的に当科入院. 胸痛や息切れなどの症状は認めない.

【現症】上肢血圧210/69mmHg, 大腿動脈の触れは両側良好.

【検査所見】心電図; 洞調律83bpm, 軸+50度, 左側高電位. 胸部X線; 心胸比69%, 明らかなく血なし, 胸水なし. 心エコー; 左室径66/44mm, 大動脈逆流高度, 大動脈は三尖で異常なし, 弁輪から上行大動脈の拡大を認める. 血液; Hb 13.5g/dl, Na 136mEq/l, K 3.7mEq/l, BUN 16.5mg/dl, Cre 0.84mg/dl, BNP 74pg/ml.

【経過】二次性高血圧を精査する目的で, カンデサルタン, スピロノラクトンを中止し, ペルジピ

ンで降圧を続けていたところ(収縮期血圧140-160mmHg), 第5病日に低Na血症を伴う心不全を発症した(Na 114mEq/l, K 4.9mEq/l, BUN 41.9mg/dl, Cre 1.23mg/dl). MSCTやMRIで大動脈縮窄症を認め, また上肢と下肢の収縮期血圧の差は約50mmHgであった. その他の部位に動脈瘤や複合奇形は認められなかった. 心不全改善後, 心臓血管外科転科しBentall術十大動脈腸骨動脈バイパスが行われ, 血圧の改善が見られた.

【考察】下半身の過降圧が腎血流低下を引き起こし水分貯留に至った主な原因と考えられた. 大動脈瘤例の一部に縮窄症の合併例があり, そのような例では降圧治療に注意を要すると考えられる. そのメカニズムについて若干の考察を加えた.

#### 5 潰瘍性大腸炎患者に発症した感染性心内膜炎の1例

高橋 涼子・堺 勝之・廣野 崇  
田村 雄助・曾川 正和\*・諸 久永\*  
田山 雅雄\*\*・石原 法子\*\*\*

済生会新潟第二病院循環器内科

同 心臓血管外科\*

同 救急科\*\*

同 病理検査科\*\*\*

症例は, 49歳, 男性. 2001年より潰瘍性大腸炎で当院消化器内科に通院し, ステロイド治療(プレドニゾロン20mg)を行っていたが, コントロール不良で入院を繰り返していた. 2007年2月からCRP4から5mg/dl台と, 高値が続き, 3月7日の静脈血培養からEnterococcus faecalisが検出されていた. 7月6日に大腸ファイバーでPneumatosis cystoides intestinalisの所見が認められた.

8月1日に呼吸困難, 起座呼吸, 泡沫状痰を認め, その翌日当院救急外来を受診. 心エコーにて, 前尖の腱索断裂による重症僧帽弁閉鎖不全症を認め, 8月3日緊急に僧帽弁置換術を施行した. 前尖の腱索はほぼ全部断裂し, 腱索から前尖にvegetationを認め, 一部は壊死性であった. 摘出した僧帽弁, 静脈血培養からEnterococcus fae-

calis が検出された。術後、septic shock と考えられ、endotoxin 吸着を行って、血行動態は改善した。術後4週間 IPM 2g/day 継続し、CRP 0.07 まで低下し、術後経過良好にて退院した。

## 6 血液透析アクセスとして人工血管による腋窩-腋窩動脈ループを作製した1例

目黒 昌

長岡中央総合病院血管外科

症例は63歳、男性。

【既往歴・現病歴】1991年に糖尿病を指摘され長岡市内の某病院で加療を開始。2004年に慢性腎不全のため同院で血液透析を開始。左上肢に人工血管による内シャントを作製されたが血栓閉塞を反復。2006年までに血栓除去術とバルーン拡張術を数回ずつ施行された。

2007年1月にくも膜下出血のため同院脳外科に入院。右V-Pシャント術を施行された。以後数日おきに全身痙攣を反復。入院後5月までに内シャントの血栓除去を4回、バルーン拡張を1回施行された。

6月6日リハビリを目的に自宅に近い当院の腎臓内科に転院。7月に左上肢の内シャントは閉塞したため、8月に当院腎臓内科で右上肢に人工血管による内シャントを作製するも数日で閉塞。9月5日当科紹介。

【当科紹介時現症】160cm, 54kg. 意識レベル：JCS II度。見当識障害、右左片麻痺を認めた。両上肢皮下に人工血管が残存。左ソケイ部に透析用カテーテルが留置されていた。エコー上両上肢に内シャントを使用可能な太さを有する静脈を発見できず。両下肢は膝窩動脈以下の拍動を触知できず。両足部にチアノーゼは認めないが冷感あり。API 右0.75, 左0.75。

【経過】上肢での内シャントは長期の開存が期待できないこと、下肢での内シャントは、ASOがあり重篤な虚血を招く危険性が大きいことより、左腋窩-腋窩動脈ループを選択した。9月13日全身麻酔下、人工血管(6mm, EPTFE)を使用し手術を施行。ループは左前胸部皮下においた。

術後経過良好。同28日より穿刺し、ブラッドアクセスとして使用開始。週3回の血液透析を継続中。

【考察】人工血管を使用した腋窩-腋窩動脈ループは本症例のような両上肢の静脈が細く長期の開存が期待できない症例の他に、長期のカテーテル留置などにより中心静脈に閉塞性病変が存在する症例、左-右短絡による心不全が懸念される症例などでは有用な選択肢になり得る。ただし文献上1年後の一次開存率は約60%、二次開存率が約90%と報告されており、注意深い観察と急性閉塞時の的確な対応が必要と思われる。

## II. テーマ演題

### 1 一時的な抗血小板療法の中止を契機として発症した遅発性ステント血栓症の1例

樋口浩太郎・大嶋有希子・阿部 暁  
大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は60歳、男性、冠危険因子は糖尿病(HbA1c 6.8%)、高LDL血症(160mg/dl)、喫煙(40本/日)。不安定型狭心症で当科に入院。左前下行枝(#7)のAHA 99%狭窄に対して薬剤溶出性ステント(Cypher 2.5-23mm)、左回旋枝(#13)のAHA 99%狭窄に対しても薬剤溶出性ステント(Cypher 2.5-23mm)治療を行った。6ヵ月後の冠動脈造影検査では、ステント再狭窄を認めなかった(いずれもAHA 25%、辺縁整)。アスピリンを継続し、パナルジンを中止した。その後、他院の耳鼻科で左顎下腫瘍のバイオプシーが予定された。アスピリン休薬時はヘパリン持続投与が必要と連絡したが、ヘパリンは投与されずにアスピリンが休薬され、バイオプシーが行なわれた(ステント留置から約200日後、8日間中断)。アスピリン再開から48日後に急性心筋梗塞が発症した。左前下行枝(#7)のステント中樞側が閉塞。閉塞病変に対してPCIを施行(バルーンで拡張後、bare metal stentを留置)、TIMI-3で終了し、心不全なく退院した(CPK 5111 MB 352)。

【考察】本例は薬剤溶出性ステント留置後、一時