

から 92 歳で平均 81 歳。疾患別では、弁膜症 5 例、狭心症 4 例、大血管 9 例であった。手術死亡 1 例 (VF)、在院死亡 2 例 (縦隔炎、誤嚥性肺炎)、遠隔死亡 3 例 (肺炎、老衰、動脈瘤破裂)。平均術後在院日数  $28.8 \pm 18.5$  (15 ~ 80) 日 (70 歳未満  $23.1 \pm 6.9$  日)。予測死亡率は平均で 45.1 %、実際は 16.7 %であった。

腹部大動脈瘤は 78 歳から 87 歳で平均 81 歳。手術死亡 2 例 (VF + ARF, NMNS + 腸管壊死)、在院死亡 1 例 (MOF)、遠隔死亡 6 例 (脳出血 1 例、癌 5 例) 平均術後在院日数  $20.7 \pm 9.6$  (13 ~ 54) 日 (70 歳未満  $20.1 \pm 7.5$  日)。予測死亡率は平均で 28.2 %、実際は 12.5 %であった。

#### 【結論】

1. 予測死亡率と比べ実際の死亡率は低かったものの、全体の死亡率よりは高率となった。
2. 術後在院日数は、70 歳未満の患者の平均と差はなかった。
3. 遠隔期には、他臓器疾患による死亡も多いため、全身の疾患検索が高齢者ほど重要になる。特に、腹部大動脈瘤術後は癌死が多く、どのようにすれば治療できたか検討を要する。

#### 4 S 字状中隔による左室流出路閉塞性血行動態の改善に、アテノロールとシベンゾリン内服が有効であった 1 例

佐久間一基・尾崎 和幸・鈴木 友康  
大野有希子・土田 圭一・高橋 和義  
三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器科

症例は 78 歳、男性。心疾患の既往なし。失神にて発症。心エコーにて S 字状中隔、僧帽弁前尖の収縮期前方運動および中等度僧帽弁逆流、左室流出路に 83mmHg の圧較差を認めた。肥大型心筋症、高度左室肥大は認められなかった。心臓カテーテル検査では、冠動脈正常、左室壁運動正常、1 度僧帽弁逆流を認めた。左室流出路に 40mmHg の圧較差を認めドブタミン  $10 \gamma$  負荷にて 160mmHg まで上昇した。トレッドミル運動負荷試験ではブルース 6 分間にて息切れを生じ左室流出路圧較差

は 145mmHg まで上昇した。アテノロール 50mg、シベンゾリン 200mg 投与後に施行したトレッドミル運動負荷試験では同じ負荷にて息切れは出現せず、左室流出路圧較差の上昇は 28mmHg と改善した。左室流出路圧較差を生じた S 字状中隔に対する薬物療法に一定の見解は無く、ここに報告する。

## II. 特 別 講 演

### 1 64 列マルチスライス CT による冠動脈 CTA の撮影と評価

藤田保健衛生大学

衛生学部診療放射線技術学科

安 野 泰 史

16 列 ~ 64 列マルチスライス CT (MSCT) による心臓や冠動脈の検査は世界的に認知され、“できる”時代から“使える”時代に入ろうとしており、冠動脈の狭窄、閉塞、瘤、ステントやバイパスグラフトの再狭窄、心嚢液貯留、収縮性心膜炎、血栓、腫瘍、弁膜疾患などの診断や冠動脈壁性状、心筋灌流、心機能などの評価に用いられはじめています。

0.5mm スライス厚でブレの無い冠動脈の画像を得るためには、64 列 MSCT 装置でも 10 秒程度の確実な息止めが必要である。不整脈が無く、心拍数変動が少なく、心拍数が遅い方が鮮明な画像が得られる。しかし、それぞれの状況に応じて各種パラメータを選択することにより、鮮明な画像を得なければならない。

体外から計測できる非侵襲的検査法 (US, MRI, CT) の中では、MSCT 画像が最も冠動脈壁の描出に優れていると考える。不安定プラークの病理学的所見のうち、1) 大量の脂質蓄積、2) 軽度の狭窄、3) 血管外径の拡大、4) 点状石灰化は MSCT で診断可能であるが、5) 菲薄な線維性被膜、6) マクロファージの浸潤は空間分解能の点から診断不可能である。よってプラークが破綻し易いかどうかの判断は困難である。不安定プラークの診断には、Curved MPR (CPR)、3D-CTA、