

---



---

 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/mm<sup>3</sup>，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，心エコーを行ったところ，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一例

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