

8) 高齢者 ASD の手術予後について  
一心Echo図学的検討一

高野 諭・大矢 実 (新潟県立中央病院)  
古寺 邦夫 (循環器内科)

対象は ASD 10例, (男6, 女4) 年齢46~67歳 (平均55.2±6.5歳) 術後観察期間1.0~5.7年 (平均3.5) であった. 術後 NYHA は死亡と PH 持続の2例を除き改善した. 術後左房, 左室は拡大右室は縮小し CTR は10%減少したが, 術後 NYHA 2度以上の有症状群は術前全例 PH であり, 左房, 左室, 右室は無症状群と比べ大であり, MR, TR, Af, の合併が多かった.

9) 解離性大動脈瘤に対するリング付きグラフト法の手術成績

丸山 行夫・小菅 敏夫 (新潟こばり病院)  
江口 昭治 (新潟大学第二外科)

リング付きグラフトを使用した解離性大動脈瘤に対する手術方法は, 1978年の JTCS に Dureau ら, および Ablaza らが, 同時に報告したもので, 新潟大学第二外科では, 1979年に自作のリング付きグラフトを用い, 同様の手術を解離性大動脈瘤に行った. その後これまでに15例を経験したが, 本法の利点および術後の問題点も明らかになってきたため, これまでの経験をもとに報告する.

15例の内訳は, 女性8例・男性7例で, 平均年齢は60.1歳, 急性期I型9例・亜急性期I型1例・急性期II型2例・急性期IIIa型1例・慢性期IIIb型2例であった.

病院死は, 急性I型9例中の4例で, 遠隔死は3例, 現在生存中の症例は8例, 最長生存例は9年10カ月になる.

遠隔期の問題としては, リング固定のために使用したテープにより大動脈壁が圧迫壊死に陥り, 動脈瘤の再発の起こる可能性があることであり, 十分な経過観察が必要である.

10) EA (カテーテル電気焼灼法) が有効であった虚血性持続型心室性頻拍の1例

鈴木 正孝・高橋 和義  
竹中 寛彰・前田 達郎  
加藤 秀徳・高橋 正  
佐藤 政仁・岡部 正明 (立川総合病院)  
松岡 東明 (循環器内科)  
春谷 重孝・坂下 勲 (同胸部外科)

左室起源の薬剤難治性心室頻拍 (VT) に対し, 直流通電による electrical catheter ablation (ECA) を試

みた. 症例は, 72歳男性. 陳旧性心筋梗塞の既往があり, 持続型 VT の心拍数は約150~210/min で, 動悸及び胸部不快感を訴えるが, 意識は保たれていた. 電気生理検査による薬効評価では, 各種薬剤に対し抵抗性を有し, 患者が手術療法を望まないため ECA を行うことにした. VT を誘発下に心内膜マッピングを行い, 心腔内電位の最早期興奮部位を同定した後に ECA を行った. 一回目の ECA は最早期興奮部位に 100J 2回, 約0.5cm 離れ pace-mapping で同じ QRS 波形を得た部位に1回の放電を行ったが不成功であった. 2回目は, mid-diastolic potential (MDP) の記録された部位に 100J 2回放電した. その後臨床的 VT は誘発されなくなった. この時の放電部位は, 一度目に比較して約2.0cm 離れていた. 虚血性 VT においても, ECA の成否には放電部位が重要である事を示す1例であった.

11) 当院における PTMC の早期成績

加藤 秀徳・高橋 和義  
鈴木 正孝・竹中 寛彰  
前田 達郎・高橋 正  
佐藤 政仁・岡部 正明 (立川総合病院)  
松岡 東明 (循環器内科)  
春谷 重孝・坂下 勲 (同胸部外科)

当院にて施行した経皮的僧帽弁交連裂開術 (PTMC), 10例の成績を報告する.

10例の平均年齢は, 52±8才, 女性9例, 男性1例であった. 8例で血行動態の改善を得た. 1例で心房中隔穿刺の不成功, 1例で脳梗塞の合併症が発生した. 血行動態の改善を得た8例の僧帽弁口面積及び僧帽弁圧較差は, それぞれ, PTMC 前で  $1.02 \pm 0.23 \text{ cm}^2$  ( $0.71 \pm 0.17 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ ),  $13.4 \pm 3.02 \text{ mmHg}$ , PTMC 後で  $2.00 \pm 0.58 \text{ cm}^2$  ( $1.35 \pm 0.40 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ ),  $5.0 \pm 1.3 \text{ mmHg}$  であった.

12) 僧帽弁形成術 (PTMC) 後の短期成績

—PTMC 後における運動耐容能の改善について—

大島 満・松原 琢  
田辺 恭彦・山崎ユウ子  
石黒 淳司・笹川 康夫  
五十嵐 裕・田村 雄助  
山添 優・和泉 徹 (新潟大学第一内科)  
三井田 努・小田 弘隆 (新潟市民病院)  
佐藤 広則・槌熊 紀雄 (循環器内科)

当科において PTMC を施行した10症例および新潟市民病院において PTMC を施行した1症例について, PTMC 施行後における運動耐容能の改善について検討を行った.

PTMC の施行前日および施行翌日に Swan-Ganz カ

テーター挿入下にエルゴメーター負荷試験を行い、運動負荷前および負荷中の心拍数、体血圧、肺動脈圧、心拍出量を測定した。その結果、1) 11例中6例で運動時間が延長し、うち3例で End point が息切れから足の疲れに変化した。2) LVEF が55%を越える症例では、PTMC 施行前後での僧帽弁口面積の増加率と、運動負荷ピーク時の心拍出量の増加率とは有意な正相関を示した ( $r=0.962$ ,  $p<0.05$ ) が、LVEF が55%以下の症例では相関を示さなかった。3) LVEF が55%を越える症例では、PTMC 前後での僧帽弁圧較差の減少と、運動負荷ピーク時の心拍量の増加率とは有意な正相関を示した ( $r=0.998$ ,  $p<0.01$ ) が、LVEF が55%以下の症例では相関を示さなかった。

## II. 一般演題

### 1) エルゴノビン負荷陽性の心内膜下梗塞

政二 文明・渡辺 賢一(桑名病院循環器科)

症例は64才男性。半年前より労作時胸部圧迫感あり、Ca拮抗剤服用中。睡眠中に30分持続する胸部圧迫感が二日連続して出現。

ECGにてV<sub>3-6</sub>に新たな陰性T波出現し入院。心筋逸脱酵素わずかに上昇し、ピロリン酸心筋シンチでIVSに取り込みあり。入院後、胸痛、心電図変化なし。第10病日、抗狭心症薬投与下に心カテ施行。CAGで有意狭窄なし。エルゴノビン負荷にて#1に100%、#8、13に90%、#7に75%と狭窄が誘発された。LVGでseg 2, 3, 6わずかに低下。<sup>201</sup>Tl心筋シンチで取り込みの低下なし。心内膜下梗塞の原因として冠動脈の攣縮が推測された。1. 冠攣縮にたいする薬剤の選択、薬効の評価法は? 2. 運動時の著明な血圧上昇がみられるが、βブロッカーの危険性は? が問題として残された。

## 第18回糖尿病談話会

日時 平成元年3月18日(土)  
午後2時より

会場 長岡グランドホテル 蒼紫の間

### I. 一般演題

#### 1) フルクトサミン測定法の基礎的検討

山田 弘美・他(長岡赤十字病院検査部)

中期間の糖代謝状態を反映するフルクトサミン測定が導入され始めている。しかしながら血漿フルクトサミン(P-FRA)は血清フルクトサミン(S-FRA)より低値を示すという結果が報告されている。今回抗凝固剤の影響について検討した。

〔方法と結果〕フルクトサミンテスト(ロッシュ)COBAS-MIRA(ロッシュ)を使用し、検討した抗凝固剤は血糖用試験管(NaF入り)グリコ用試験管(EDTA-2Na入り)、ヘパリン加管である。

結果は、採血量が一定の場合には、s-FRAとそれぞれのp-FRAは相関も良く、 $p<0.01$ で有意差があった。しかし、採血量がバラバラのNaF入りp-FRAは相関は悪かった。更にNaF入りp-FRAの $\bar{x}=1.97$ mmol/l、s-FRAの $\bar{x}=2.46$ mmol/lとなり、明らかにp-FRAは低値を示した。

次に採血量の変化について検討した。図1, 2

採血量の増加に伴ってFRA値も高値になる。s-FRAのpHに比してNaF入りp-FRAのpHは明らかに

	S-FRA	NaF+ Serum(0.5ml)	NaF+ Serum(1.0ml)	NaF+ Serum(2.0ml)
$\bar{x}$	2.51	2.07	2.23	2.32
	S-FRA	NaF+ blood(0.5ml)	NaF+ blood(1.0ml)	NaF+ blood(2.0ml)
$\bar{x}$	2.37	1.89	1.98	2.12

図1

	S-FRA	NaF+ blood(0.5ml)	NaF+ blood(1.0ml)	NaF+ blood(2.0ml)
FRA	2.14	1.90	2.06	2.12
PH	7.6	6.4	6.6	6.6
TP	6.7	6.9	6.9	6.8

図2