

イル, ベラプロストを開始し, 退院時には mPAP 50 mmHg, CI 3.6 L/min/m², PVR 9.5 WU へ改善を認めた.

〔症例3〕息切れと下腿浮腫で発症した30歳のIPAH男性. 診断時のWHO-FCはⅢ度, BNP 153.3 pg/ml, mPAP 74 mmHg, CI 1.9L/min/m², PVR 20.0 WUであった. ドブタミンの投与下にエポプロステノールを導入し, 7.75 ng/kg/minの時点でmPAP 65 mmHg, CI 2.3L/min/m²と心拍出量の改善を認めた. その後, アンプリセンタン, タダラフィルを併用し, 6か月後にはエポプロステノールは38.9 ng/kg/minまで増量し, mPAP 36 mmHg, CI 4.5 L/min/m², PVR 4.2 WUとmPAPとCIの著明な改善を認めた.

いずれの症例も運動耐容能の比較的保たれたIPAH例であったが, 診断時から異なる作用機序の3剤を併用することにより, 全例で早期効果を認め, うち2例では治療6か月後の評価においてさらなる血行動態の改善を認めた. これまでの治療経験を振り返ると, 発症早期からの多剤併用は, いわゆるAdd-on療法に比して血行動態の改善に効果的であると考えられた.

5 持続インスリン静注による血糖管理と開心術後感染症の減少

曾川 正和・佐藤 裕喜・福田 卓也*
田山 雅雄*・諸 久永*

県立中央病院心臓血管外科
済生会新潟第二病院*

【背景】周術期の血糖コントロールは, 術後の感染発生率を低下させるほかに死亡率を含めた手術成績向上に寄与する報告が多い. より厳密に関心術術後の血糖値をコントロールするために, インスリンの持続静注療法(CI療法)と頻回の血糖測定が安全にかつ感染症を防御しうる血糖管理であるかを検討した.

【対象と方法】2006年8月からおこなった開心術症例のうち, 術後, CI療法をおこなった49例(A群)と, おこなわなかった62例(B群)を比

較検討した. A群は, 術後インスリン1単位/時で開始し, ICU入室時の血糖が250 mg/dl以上の場合は2単位/時で開始した. 持続インスリンの量は, 1日1回のみの変更とし, 血糖値測定は, 1日6時間ごと4回とし, 150 mg/dl以上で持続インスリンに加え, インスリンの静注を追加した. なお, 食事開始後は, 毎食前と眠前の血糖測定とした. 患者背景はA, B群で, 年齢67歳, 68歳. 男性63%, 67%. HbA1c 6.1%, 5.7%で, 糖尿病は, 53%と20%とA群に有意に多かった. その他, 患者背景, 手術因子に両群間に差は認めなかった.

【結果】体外循環中の最高血糖値は, A, B群の平均で295, 281 mg/dl. 術直後の血糖値は, 281, 248 mg/dl. インスリン使用量の最大量は平均で2.3 U/時で使用期間は平均5.2日, 中央値3日であった. A群で低血糖症状を生じた患者はなかった. 抗生剤の使用日数は, A群3日, B群5日. 抗生剤の変更は, 9例, 22例とB群で抗生剤変更が有意に多かった. 術後感染は, 創部表層感染が, 1, 4例. 深部感染が0, 1例, 縦隔炎0, 1例, 肺炎が4, 8例, 敗血症が1, 3例であった.

【考察】A群とB群で, A群に糖尿病が多かったにもかかわらず, 術後感染症は, 減少させることができた. 特に, 肺炎はA群8.2%, B群12.9%と有意ではないが, 減少した. 全体の感染症発生率は, A群12.2%, B群27.4%と有意に減少した. さらに, この簡便な血糖管理で低血糖発作, 異常高血糖などなく, 血糖管理としては問題なかった.

【結語】我々がを行っている簡便な開心術後インスリン持続療法でも, 肺炎など術後感染症を減少させた. この簡便な血糖管理は, 有用でかつ安全であった.