

逆流2度)であり,重症ASによる不安定狭心症と診断した.大動脈弁置換術の適応に関して当院心臓血管外科と慎重な検討を重ねたが,CABG術後であり,上行大動脈の高度石灰化もあり,手術リスクは相当に高いものと考えられた.CABGを受けたY病院でも検討されたが,同様の見解であった.患者は,自身の病状について十分に理解していたが,地元での日常生活へ戻りたいという希望が強く,経皮的バルーン大動脈弁形成術(PTAV)による治療を行うこととした.第26病日,PTAV施行.経大腿動脈的に逆行性にアプローチし,バルーン径12mmと10mmのダブルバルーンで大動脈弁開大を行った.大動脈弁圧較差37mmHg,弁口面積0.63cm²へ軽減し,大動脈弁逆流の増悪は認めなかった.その後は胸痛の再燃なく,第36病日に独歩で退院した.

PTAVは,従来弁置換術が困難な心原性ショックや難治性心不全を合併した重症ASに対し緊急で行われる,“last resort”として位置づけられてきたが,近年待機的施行例の報告も多くみられるようになった.本治療は,外科的弁置換術の代替治療となるものではなく,手技に関連した合併症発生率,および術後の弁再狭窄も高率である.しかしながら,高齢者や,併発疾患などにより外科手術のリスクが極めて高い重症ASは,あくまでも一時的なQOLの改善を目指したものとして,待機的PTAVが考慮されてもよいものとする.

2 メタボリック症候群の頻度は心拍数の増加に伴って増加する

小田 栄司・河合 隆

たちかわ総合健診センター

【目的】自律神経機能障害は,メタボリック症候群の重要なメカニズムの一つと考えられているので,日本人における心拍数のメタボリック症候群との関係を明らかにする.

【方法】男性2079人,女性1215人の人間ドック受診者を対象として,心拍数とメタボリック症候群に関連した危険因子,メタボリックシンドローム診断基準検討委員会が決めた診断基準によるメ

タボリックシンドローム(JMS),日本人のための改定NCEP診断基準によって診断したメタボリック症候群(MS),および糖尿病との関係について解析した.

【結果】男女とも,心拍数は非MS群に比べ,MS群で有意に高かった(男性 $p < 0.0001$,女性 $p < 0.001$).心拍数の4分位数で分類した心拍数最大群は,最小群と比較して,男女とも,MSとJMSの頻度が有意に高く(男性MS,男性JMSとも $p < 0.0001$,女性MS $p < 0.001$,女性JMS $p < 0.01$),男性では糖尿病の頻度も有意に高かったが($p < 0.001$),女性では差がなかった.心拍数は,男女とも,体脂肪率,血圧,空腹時血糖,中性脂肪,高感度CRP,白血球数,gamma glutamyltransferase,alanine aminotransferase,推定糸球体濾過率と有意に相関した.男性ではBMI,腹囲,HDLコレステロール,ヘモグロビンA1c,%肺活量とも有意に相関し,女性では尿酸とも有意に相関した.

【結論】心拍数はメタボリック症候群関連危険因子と有意に関係し,心拍数の4分位数で分類した心拍数最大群は,最小群と比較して,男女とも,MSとJMSの頻度が有意に高く,男性では糖尿病の頻度も有意に高かった.

3 心エコー検査によるハーセプチン[®]心筋症の心収縮能と拡張能

岡田 義信・大倉 裕二・神林智寿子*

佐藤 信昭*

県立がんセンター新潟病院内科

同 外科*

ハーセプチン[®](トラスツズマブ)は,進行乳がん患者や術後の再発予防の患者に近年,少なからず投与されるようになったモノクローナル抗体である.乳がん患者の20から25%にHuman Epidermal Growth Factor Receptor Type 2(HER2)が発現するが,そのタンパク質にハーセプチンは結合して乳がんの進行を強く抑制する.従来の抗がん剤とは大きく性質が異なっている.代表的な副作用が心機能低下である.左心室は拡張して,

び慢性に壁運動低下をきたす続発性拡張型心筋症に属する。無症候性の心機能(駆出率EF)低下は4から10%に、症状を有する心機能低下は1から4%に発生するといわれている。心機能のモニターには心エコー検査による収縮能EFが提唱されている。しかし、拡張型心筋症では、収縮能の低下より拡張能の低下が先行するという意見が存在する。今回、EFと同時に拡張能(E/A, DT, E', E/E')の低下を調べることができた2例を報告する。

〔症例1〕45歳、女性。今まで心疾患や高血圧の既往はなし。ハーセプチン投与中EFは最低33%まで低下したが、低下時にはE波とA波は癒合したためE/A, DT, E/E'は測定不能となった。E'はEFと相関したがEFより感度が鈍かった。

〔症例2〕49歳、女性。今まで心疾患や高血圧の既往はなし。ハーセプチン投与中EFは最低53%まで低下したが、EFの低下とDT, E/E'は相関せず、EFの回復とE/A, E', E/E'は相関しなかった。

【結論】ハーセプチンによる心筋障害のモニターには心エコー検査によるEFが最も優れていると考えられる。

4 Advanced Vessel Analysisを用いた腹部大動脈瘤ステントグラフト内挿術の術前CT評価

曾川 正和・福田 卓也・諸 久永
田山 雅雄*

済生会新潟第二病院心臓血管外科
同 救急科*

【目的】腹部大動脈瘤のステントグラフト内挿術において、術前計測は極めて重要である。今までは、thin slice CTのみでの計測を行っていたが、最近では、CT解析ソフトであるAdvanced Vessel Analysis (AVA)を用いて計測し、それを参考にして術前のステントグラフト選択を行っている。その1例につき術前計測と実際に使用したステントグラフトを比較検討した。

症例は75歳、男性。術前評価で、間質性肺炎、陳旧性心筋梗塞、脳動脈瘤術後であり、ステントグラフトの適応と判断した。腹部大動脈瘤の最大径7×6cm。左内腸骨動脈も瘤化しており、左内腸骨動脈瘤をコイル塞栓し、左脚は、左外腸骨動脈にまで延長する方針とした。

【結果】右腎動脈が左腎動脈より低かった。低いほうの腎動脈下端から大動脈瘤までの長さ(ネック長)L1、大動脈分岐部までの長さL2、左(右)内腸骨動脈分岐部までの長さL3L(L3R)とした。

【考察など】今までの経験で、屈曲が強いもの、大動脈瘤の壁在血栓を除いた径が大きいものほど、CTでの計測では、誤差が出やすい。AVAを用いた計測は、実際と近く、有用である。

5 持続型心室性頻拍を伴う心筋梗塞後の左心室瘤+ARに対し、外科的凍結凝固+左室形成術+AVRを行った1例

佐藤 正宏・山本 和男・上原 彰史
三島 健人・滝沢 恒基・杉本 努
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は69歳の男性。H17年10月AMIにてPCI(#4AV 90% Pixce, 13 99% CYPHER)施行、入院中AR中等度を指摘されていた。その後のstudyでは再狭窄を認めなかった。H20年6月15日、胸内苦悶出現し、近医へ搬送。持続型VTの出現ありアミサリンの投与とDCにて洞調律を得た。当院へ救急搬送された。緊急CAGにて#13のステント内血栓閉塞を認めた。血栓吸引、ステント再拡張を施行したが、後壁から側壁に広範な梗塞が残存。LVEDVI 277ml/m², EF 23%, 左室の拡大と低左心機能、ARは3度を認めた。電気生理学検査では容易にSustained VTが誘発された。当科紹介うけ外科的凍結凝固+左室形成術+AVRを予定となった。

手術は胸骨正中切開でアプローチし、上・下大静脈脱血、上行大動脈送血にてCPB確立。心静止後、大動脈切開、A弁はNCCのprolapseあり、3尖とも切除。ハートポジショナーで心尖部を挙上