

0.63, 0.62, 0.63, 0.85, 0.78であり, メタボリック症候群の構成成分と考えられる CRP  $\geq 0.65$ mg/L, 血糖  $\geq 100$ mg/dL, 血糖  $\geq 110$ mg/dL, 中性脂肪  $\geq 150$ mg/dL, HDL コレステロール男性  $< 40$  女性  $< 50$ mg/dL の3回計測における一致度は, それぞれ, 38%, 43%, 40%, 17%, 14%であった. したがって, CRPの安定性は, 中性脂肪, 総コレステロール, HDL コレステロール, 血糖の安定性と比べて遜色ないと思われ, 肥満に伴う代謝異常の指標として, 身体計測値よりも有用と考えられる.

#### 4 胸部大動脈瘤精査中に急性心不全を発症した大動脈縮窄症の1例

杉浦 広隆・布施 公一・永田 拓也  
加藤 充・木村 楊・齋藤 淳志  
藤田 聡・池田 佳生・北沢 仁  
高橋 稔・佐藤 政仁・岡部 正明

立川綜合病院循環器内科

症例は51歳, 男性.

【現病歴】15歳時に高血圧を指摘され, 都内の大学病院で精密検査を受けたが異常を指摘されず. 本態性高血圧として25歳ごろより内服薬による高血圧治療を受けていた(入院時内服薬: ニフェジピン徐放錠20mg, カンデサルタン8mg, スピロノラクトン25mg). 健康診断で縦隔の拡大を指摘され近医受診, 単純CTで上行大動脈拡大(径8cm)を指摘され精査加療目的に当科入院. 胸痛や息切れなどの症状は認めない.

【現症】上肢血圧210/69mmHg, 大腿動脈の触れは両側良好.

【検査所見】心電図; 洞調律83bpm, 軸 $+50$ 度, 左側高電位. 胸部X線; 心胸比69%, 明らかなく血なし, 胸水なし. 心エコー; 左室径66/44mm, 大動脈逆流高度, 大動脈は三尖で異常なし, 弁輪から上行大動脈の拡大を認める. 血液; Hb 13.5g/dl, Na 136mEq/l, K 3.7mEq/l, BUN 16.5mg/dl, Cre 0.84mg/dl, BNP 74pg/ml.

【経過】二次性高血圧を精査する目的で, カンデサルタン, スピロノラクトンを中止し, ペルジピ

ンで降圧を続けていたところ(収縮期血圧140-160mmHg), 第5病日に低Na血症を伴う心不全を発症した(Na 114mEq/l, K 4.9mEq/l, BUN 41.9mg/dl, Cre 1.23mg/dl). MSCTやMRIで大動脈縮窄症を認め, また上肢と下肢の収縮期血圧の差は約50mmHgであった. その他の部位に動脈瘤や複合奇形は認められなかった. 心不全改善後, 心臓血管外科転科しBentall術+大動脈腸骨動脈バイパスが行われ, 血圧の改善が見られた.

【考察】下半身の過降圧が腎血流低下を引き起こし水分貯留に至った主な原因と考えられた. 大動脈瘤例の一部に縮窄症の合併例があり, そのような例では降圧治療に注意を要すると考えられる. そのメカニズムについて若干の考察を加えた.

#### 5 潰瘍性大腸炎患者に発症した感染性心内膜炎の1例

高橋 涼子・堺 勝之・廣野 崇  
田村 雄助・曾川 正和\*・諸 久永\*  
田山 雅雄\*\*・石原 法子\*\*\*

済生会新潟第二病院循環器内科

同 心臓血管外科\*

同 救急科\*\*

同 病理検査科\*\*\*

症例は, 49歳, 男性. 2001年より潰瘍性大腸炎で当院消化器内科に通院し, ステロイド治療(プレドニゾロン20mg)を行っていたが, コントロール不良で入院を繰り返していた. 2007年2月からCRP4から5mg/dl台と, 高値が続き, 3月7日の静脈血培養からEnterococcus faecalisが検出されていた. 7月6日に大腸ファイバーでPneumatosis cystoides intestinalisの所見が認められた.

8月1日に呼吸困難, 起座呼吸, 泡沫状痰を認め, その翌日当院救急外来を受診. 心エコーにて, 前尖の腱索断裂による重症僧帽弁閉鎖不全症を認め, 8月3日緊急に僧帽弁置換術を施行した. 前尖の腱索はほぼ全部断裂し, 腱索から前尖にvegetationを認め, 一部は壊死性であった. 摘出した僧帽弁, 静脈血培養からEnterococcus fae-