

から 92 歳で平均 81 歳。疾患別では、弁膜症 5 例、狭心症 4 例、大血管 9 例であった。手術死亡 1 例 (VF)、在院死亡 2 例 (縦隔炎、誤嚥性肺炎)、遠隔死亡 3 例 (肺炎、老衰、動脈瘤破裂)。平均術後在院日数  $28.8 \pm 18.5$  (15 ~ 80) 日 (70 歳未満  $23.1 \pm 6.9$  日)。予測死亡率は平均で 45.1 %、実際は 16.7 %であった。

腹部大動脈瘤は 78 歳から 87 歳で平均 81 歳。手術死亡 2 例 (VF + ARF, NMNS + 腸管壊死)、在院死亡 1 例 (MOF)、遠隔死亡 6 例 (脳出血 1 例、癌 5 例) 平均術後在院日数  $20.7 \pm 9.6$  (13 ~ 54) 日 (70 歳未満  $20.1 \pm 7.5$  日)。予測死亡率は平均で 28.2 %、実際は 12.5 %であった。

#### 【結論】

1. 予測死亡率と比べ実際の死亡率は低かったものの、全体の死亡率よりは高率となった。
2. 術後在院日数は、70 歳未満の患者の平均と差はなかった。
3. 遠隔期には、他臓器疾患による死亡も多いため、全身の疾患検索が高齢者ほど重要になる。特に、腹部大動脈瘤術後は癌死が多く、どのようにすれば治療できたか検討を要する。

#### 4 S 字状中隔による左室流出路閉塞性血行動態の改善に、アテノロールとシベンゾリン内服が有効であった 1 例

佐久間一基・尾崎 和幸・鈴木 友康  
大野有希子・土田 圭一・高橋 和義  
三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器科

症例は 78 歳、男性。心疾患の既往なし。失神にて発症。心エコーにて S 字状中隔、僧帽弁前尖の収縮期前方運動および中等度僧帽弁逆流、左室流出路に 83mmHg の圧較差を認めた。肥大型心筋症、高度左室肥大は認められなかった。心臓カテーテル検査では、冠動脈正常、左室壁運動正常、1 度僧帽弁逆流を認めた。左室流出路に 40mmHg の圧較差を認めドブタミン 10  $\gamma$  負荷にて 160mmHg まで上昇した。トレッドミル運動負荷試験ではブルース 6 分間にて息切れを生じ左室流出路圧較差

は 145mmHg まで上昇した。アテノロール 50mg、シベンゾリン 200mg 投与後に施行したトレッドミル運動負荷試験では同じ負荷にて息切れは出現せず、左室流出路圧較差の上昇は 28mmHg と改善した。左室流出路圧較差を生じた S 字状中隔に対する薬物療法に一定の見解は無く、ここに報告する。

## II. 特 別 講 演

### 1 64 列マルチスライス CT による冠動脈 CTA の撮影と評価

藤田保健衛生大学

衛生学部診療放射線技術学科

安野 泰 史

16 列 ~ 64 列マルチスライス CT (MSCT) による心臓や冠動脈の検査は世界的に認知され、“できる”時代から“使える”時代に入ろうとしており、冠動脈の狭窄、閉塞、瘤、ステントやバイパスグラフトの再狭窄、心嚢液貯留、収縮性心膜炎、血栓、腫瘍、弁膜疾患などの診断や冠動脈壁性状、心筋灌流、心機能などの評価に用いられはじめています。

0.5mm スライス厚でブレの無い冠動脈の画像を得るためには、64 列 MSCT 装置でも 10 秒程度の確実な息止めが必要である。不整脈が無く、心拍数変動が少なく、心拍数が遅い方が鮮明な画像が得られる。しかし、それぞれの状況に応じて各種パラメータを選択することにより、鮮明な画像を得なければならない。

体外から計測できる非侵襲的検査法 (US, MRI, CT) の中では、MSCT 画像が最も冠動脈壁の描出に優れていると考える。不安定プラークの病理学的所見のうち、1) 大量の脂質蓄積、2) 軽度の狭窄、3) 血管外径の拡大、4) 点状石灰化は MSCT で診断可能であるが、5) 菲薄な線維性被膜、6) マクロファージの浸潤は空間分解能の点から診断不可能である。よってプラークが破綻し易いかどうかの判断は困難である。不安定プラークの診断には、Curved MPR (CPR)、3D-CTA、

MIPなどの画像処理を行い、上記診断に耐えうる画像を描出せねばならない。冠動脈プラークを診断するには、1) 部分容積効果、2) モーションアーチファクト、3) アンダーシュートなどを考慮することが重要である。

今回、64列MSCT装置の特徴と冠動脈CTAの撮影法から評価法について臨床画像を用いて解説する。

## 2 小児の致死的不整脈（最近の話題）

あいち小児保健医療総合センター

長嶋正實

小児期の突然死は先天性心疾患や心筋症に関連するものが多いが、不整脈によるものも少なくない。最近注目されているものの中に遺伝子異常による不整脈があり、遺伝子診断も行われ、小児期の実態も少しずつ解明されてきた。今回は小児の致死的不整脈の最近の話題について述べる。

QT延長症候群はその中でも頻度の高い疾患のひとつである。学校心臓検診で発見されるQT延長の取扱いが問題になっているが、境界域のQT延長の多くは問題ない。しかし、家族歴のあるものやQTc時間が0.5秒以上のものは要注意である。まれなタイプとしてAndersen-Tawil症候群(LQT7)やTimothy症候群(LQT8)なども小児期に見られる。前者の予後は比較的良好であるが、後者の予後は不良である。

乳幼児突然死症候群とQT延長症候群との関連が注目されており、乳児突然死症候群の中に9.5%にQT延長症候群関連遺伝子変異が発見されている。

小児期に比較的多いカテコラミン感受性多形性心室頻拍(catecholaminergic polymorphic VT)は予後の悪いものが少なくないので、厳重な管理が必要である。

Brugada症候群は今まで小児にはまれであるとされてきた。しかし、最近、小児例の報告が増加してきた。小児の特徴として、女兒にも少なくないこと、また発熱誘発性Brugada症候群が多いことが注目されてきた。安静時はまったく正常心電

図を呈するが発熱時のみ典型的な右胸部誘導のST・T上昇を示し、心室頻拍や心室細動を引き起こすものである。特に熱性痙攣との鑑別が重要であり、普通の熱性痙攣でないものには心電図検査も必要である。

全く健康だと考えられていた子どもが胸にボールなどが当たり心室細動で死亡することが報告されている。いわゆる心臓震とうも今後の話題になりそうである。T波頂上よりやや前のタイミングで左胸部に中等度の衝撃が加わり、左室圧の急激な上昇とともに心室細動が誘発される。現時点ではAEDが唯一の救命法である。

## 第252回新潟循環器談話会

日時 平成19年9月22日(土)

午後3時～6時

場所 新潟大学医学部 第五講義室

### I. 一般演題

#### 1 日本人のための腹部肥満とメタボリック症候群の診断基準

小田 栄司・渡辺 賢一\*

県立吉田病院内科

新潟薬科大学臨床薬理学教室\*

日本肥満学会は、2000年に、男女ごちゃ混ぜに決めた内臓脂肪面積の基準値から、男女別に腹囲の基準値を決めるという奇妙な解析方法で、男性85cm、女性90cmという世界に類の無い、男女逆転した腹部肥満の基準値を提唱し、2005年に、世界糖尿病連名(IDF)と、メタボリックシンドローム診断基準検討委員会に、これを承認させた。しかし、このメタボリックシンドローム診断基準