

4 アデノシンを用いた薬物負荷心筋シンチグラフィの検討 — ポンプを使わない1ルート法 —

津田 隆志・山口 利夫・細野 浩之
新潟医療生協・木戸病院循環器内科

本邦においても、心筋血流シンチグラフィの負荷誘導剤としてアデノシンが薬価収載され(2005年6月)、その利用が可能となりました。海外では、「一定の負荷がしっかりかかること」、「検査でのタイムスケジュールが組みやすいこと」、「半減期が極めて短いこと」などから、アデノシンを用いた薬物負荷が広く普及しています。当院では、昨年5月よりジピリダモール負荷よりアデノシン負荷に全面的に切り替えて実施してきました。今回の発表では、当院の経験を通して、アデノシン投与方法、アデノシン投与時の副作用、心筋シンチ画像評価について報告致します。

対象は27例(男性20例,女性7例,51歳~92歳)で、基礎疾患は、虚血性心疾患21例,心不全5例,胸痛症候群1例でした。投与方法はポンプを使用しない1ルート法としました。生理食塩水500mlにより静脈ルートを確保し、一個の三方活栓よりアデノシンと塩化タリウムを注入することにしました。体重別のアデノシン液量を生理食塩水で全量30mlに希釈して、ルート確保用の生理食塩水を間歇的に流しながら、アデノシンを出来るだけ持続的に6分間で静脈内投与しました。アデノシン投与開始3分後に塩化タリウムを三方活栓よりすばやく静脈内に投与し、その後にフラッシュ用として生理食塩水10mlを注入しました。アデノシン投与前より投与終了5分後まで、自覚症状の観察と同時に、血圧、心拍数、心電図を1分毎に記録しました。心筋シンチグラフィは薬物負荷終了10分後に初期像を、4時間後に後期像を撮像しました。撮像は2検出型SPECT装置を用い、SPECT像の作成と血流分布とWash Outの同心円表示を行い、心筋虚血の有無と部位を判定しました。

アデノシン負荷による副作用は、胸部症状9例、房室ブロック4例、ST低下4例、血圧低下2例、洞徐脈2例、胃部不快感2例などを認め、1例でアミノフィリンを使用し、2例では副作用のため

アデノシンの予定量を投与出来ませんでした。なお、9例では副作用を認めませんでした。また、1ルート法の欠点であるタリウム急速注入時にアデノシンがボラス注入されることに伴う副作用は2例(胸部不快、頭痛)のみに認めました。

当院のポンプを使わない1ルート法は、簡便で比較的安全に実施出来ました。代表的な副作用の心電図、心筋シンチ画像を供覧する予定です。

5 妊娠中に発症した感染性心内膜炎に対し帝王切開後に僧帽弁形成術を施行した1例

島田 晃治・中澤 聡・石川成津矢
羽賀 学・高橋 善樹・金沢 宏
濱 勇*・柳瀬 徹*

新潟市民病院心臓血管外科
同 産婦人科*

症例は31歳、女性。妊娠27週、発熱・切迫早産で当院産婦人科入院。抗生物質治療で発熱・炎症反応は改善傾向となるも消失せず。妊娠29週で腰背部痛出現(脾梗塞)。下肢も血栓塞栓症状も出現(オスラー結節)。このとき初めて心雑音指摘され心エコーで僧帽弁に可動性のvegetation, および3度僧帽弁逆流を指摘され感染性心内膜炎と診断された。診断時点で胎児の推定体重は1400g。まず帝王切開を施行し30wld, 1460g胎児分娩。4日後に僧帽弁形成術を施行。術後3週間、抗生物質点滴投与で炎症反応は陰性化。術後エコーでMRなく30病日軽快退院した。児は当院NICU管理となり発育良好で59生日3066gで合併症なく退院した。

妊婦の体外循環下の心臓大血管手術は稀であり、母体・胎児ともに死亡率は高いとされている。一方で新生児医療の進歩で低体重出生児の救命率は良好となってきている。今回われわれは胎児分娩後、二期的に僧帽弁形成術を行い母子ともに救命することが可能であった。文献的考察を含めて報告する。