Niigata University

間と頻度は，9年で22.1％，16年で49.8％であった．診断時における年齢（ハザード比1.117，p＜0.01）は，腎不全発症を予測する因子であった．臨床経過において，頻回の入院（ハザード比1456，p＝0.019），糖尿病の新規発症（ハザード比4.133，p＝0.023）は，腎不全発症に関与する因子であった．また，左室駆出率の改善（ハザード比0.980，p＝0.010）は，腎不全発症を抑制する因子であった．

【結論および考察】

腎不全発症までの時間と頻度は決して低いとは言えず，拡張型心筋症患者のうち約20％が10年以内に腎不全を発症することがわかった．さらに，入院回数，糖尿病の新規発症，左室駆出率の変化が腎不全発症に関与していることが示唆された．腎不全発症の予防，行き着くところ心不全患者の長期予後改善のためにも，今後は前向き研究として，更なる症例の蓄積と種々の因子についての検討が必要であると考えた．

2 胃癌術後長期に渡り抗血小板剤の中止を余儀なくされたCYPHER®ステント留置の1例

岡田 義信・高田 琢磨
県立がんセンター新潟病院内科

CYPHER®ステント留置例では，BMSと異なり，長期間の抗血小板剤の投与が薦められている．しかし，胃癌の術後合併症のために長期に渡り，抗血小板剤の服用が不能となっている1例を報告する．

症例は，81歳，男性．既往歴は，2003年胃癌のために内視鏡的切除術を受けた．現病歴は2005年10月から軽労差作時に胸部圧迫感が出現するようになり，11月に受診した．トレッドミル負荷試験では，Bruce 3分17秒で血圧低下を伴ったST低下を生じ，強陽性であった．12月に入院し，CAGを施行したところ，LAD入口部に90％狭窄が認められた．LVGは正常であった．また，GIFにて早期の胃癌がみられ，開腹手術が必要と判断された．痩せた体力のない患者であった．消化器内科医，外科医と相談した結果，胃癌の手術まで5ヶ月くらいは待てるということから，パナルジンは手術8日前から中止，アスピリンは術直後3日間だけ休止することとして，PCI，CYPHER®ステントを留置する方針とした．

2006年1月30日入院した．身長171cm，体重56kg．血圧122/62mmHg．理学的所見は胸腹部に異常なし．一般の採血検尿検査および胸部X線写真に異常なし．心電図は心房細動であった．冠動脈危険因子はなし．2006年1月31日，同部に対してPCIを施行した．LMTからLADにかけて3.5×18mmのCYPHER®ステントを18atmで留置した．CXに75％狭窄が生じたため，CXに2.75mmバルーンを掛け，最後にLADとCXをKBTで拡張した．結果は，両者ともほとんど0％となった．以後，胸部圧迫感は消失した．PCI前からチクロピジン200mgとアスピリン162mgを投与したが，5月末でチクロピジンを中止，6月6日にアスピリンを中止し，6月7日に胃癌を手術した．6月10日からアスピリンを再開した．術後しばらくしてから，次第に食事をすると嘔吐するようになり，誤嚥性肺炎を併発したために入院した．8月22日から薬を含めて絶食を余儀なくされた．ヘパリン12000単位を加えた中心静脈栄養管理になった．胃癌手術の吻合部狭窄が原因で内視鏡的に拡張を試みるも奏効せず，現在に至るまで絶食となっている．幸い，心症状はない．

3 心不全による低心拍出量状態により末梢循環不全をきたし，大腿部切断に至った閉塞性動脈硬化症の1例

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

症例は，55歳，男性．会社員（フォークリフト作業）．

既往歴：特記すべきことなし．喫煙（40本/日），飲酒（5合/日）．

現病歴：①平成10年以降会社健診により毎年，高血圧，肺機能異常，高脂血症，心電図異常を指摘されるも精査受けず．以前より，冬場に足先の冷感を自覚していた．②平成18年6月に入り，労

NII-Electronic Library Service