

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

作時に息切れや胸部圧迫感あり。7月7日起座呼吸にてF病院より、当科紹介入院となる。

入院時現症：身長170cm，体重65kg，血圧140/100，脈拍120/min，整。心エコー図では，右心系の拡大と左房・左室の拡大，左室全体の著明な壁運動低下（EF29%）と高度な僧帽弁逆流を認めた。安静，減塩食，酸素・利尿剤・ACE阻害薬剤投与により，約8kgの体重減少（57kg）を認め症状は軽快した。しかし，7月20日の心臓カテーテル検査では，著明な肺高血圧と左心不全状態を認めた。左室造影では左室拡大と著明な壁運動低下（心尖部は無収縮でEF25%），高度な僧帽弁逆流を認めた。冠動脈造影では左前下行枝に99%狭窄，右冠動脈に90%狭窄を認め，陳旧性心筋梗塞の再構築状態であった。③心カテ当日より，左下腿の疼痛を強く訴え，血管造影より両側膝窩動脈での著明な血流障害を認めた。塞栓，血栓による急性動脈閉塞を考慮して，ウロキナーゼ，ヘパリン，PGE1投与を開始した。疼痛が強く，塩酸モルヒネも使用した。両側下腿の壊疽が急激に進行（max CK10270 IU/l）し，骨格筋における再灌流障害（MNMS）の危険もあったが，輸液・利尿にて回避した。しかし，右下腿の壊疽が強く，7月28日に右大腿部にて切断。術後は低血圧，洞性頻脈認めるも，心不全の増悪なく経過した。④9月28日に再度心臓カテーテル検査を施行した。心内圧は正常化し，心拍出量の改善を認めた。左室拡大も軽快し，左室の壁運動低下（心尖部のみ無収縮でEF40%）と僧帽弁逆流も改善を認めた。⑤10月中に左前下行枝，右冠動脈に対するPCIを施行し成功した。血管造影では左膝窩動脈での血流障害は改善し，閉塞性動脈硬化症の所見を認めた。

4 新潟大学附属病院での内科疾患のDVT頻度調査（中間報告）

佐藤 浩一・榛沢 和彦・岡本 竹司

矢島 舞・林 純一

新潟大学大学院医歯学総合研究科

第二外科

深部静脈血栓症の院内発生については，外科疾患患者に関しては本邦でも種々の報告がある一方，内科疾患患者に関してはこれまで系統だった報告が乏しい状況であった。しかし，内科疾患患者においても，臥床，絶飲食さらに疾患及びその投薬等が副因となり発生する可能性も少なくないと考えられ，しばしば外科治療の対象となっている。そこで，内科疾患入院患者におけるDVTの発生頻度について，予測因子も併せ現在検討中であるが報告する。

1週間以上の入院で臥床72時間以上の内科疾患患者134名を対象とし超音波検査を施行，血中D-dimer及び可溶性フィブリンを計測し，性別，年齢，胸水または腹水の有無，長期留置カテーテルの有無等に対する血栓の有無との関連性も調べた。134名中57名にDVTを認めた（42.5%）。上肢は8例（うちカテーテル刺入6例）で下肢は大腿静脈15例（うちカテーテル刺入2例），大腿静脈+膝窩静脈4例，膝窩静脈1例，大腿静脈+ヒラメ筋静脈4例，ヒラメ筋静脈22例（他下腿2分枝併存例含む）等であった。単変量解析では上記の項目中では明らかな相関（ $R > 0.4$ ）は認めなかった。D-dimerは 6.1 ± 5.6 vs. $3.5 \pm 3.8 \mu\text{g/ml}$ （血栓有群 vs. 無群， $p < 0.01$ ），年齢は 63.1 ± 15.5 vs. 56.5 ± 18.8 歳（ $p = 0.03$ ）であった。内科疾患入院患者におけるDVTの発生頻度は高く，高齢者では積極的な診断及び加療が必要であると思われる。