

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 $6.1 \pm 5.6$  vs.  $3.5 \pm 3.8 \mu\text{g/ml}$ （血栓有群 vs. 無群， $p < 0.01$ ），年齢は $63.1 \pm 15.5$  vs.  $56.5 \pm 18.8$ 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。