

り症状の改善を認めた原発性肺高血圧症の1例を経験したので報告する。

3 bucolome 併用 warfarin 投与法

II 薬物相互作用による維持量変動

その3 tolbutamideの誘導効果と、その検出

真島 正

済生会新潟病院内科

要旨

昨年まで糖尿病ではW週投与量が異常に多いと誤解していたが、集計してみて初めてtolbutamideの存在に気づいた。検定にはデータが確実に、より多数であれば有意差検定は容易だが、W投与量は医師自体確認でき、数週間の投与日数も条件を満たしている。

warfarin投与量を週単位に規定し、TT%の変動の補正には5%までの増減には週のうち一日だけ0.5mg(半錠)を増減し、10%までの場合は(1mg増)週のうち二日0.5mgを増減した。これによりTT%の変動に即座に対応できた。

初めてtolbutamideを投与した場合

1. WBと同時に投与開始：3例とも飽和量がそのまま維持量となった。
2. WB投与の経過途中にtolbutamide追加投与：9例中5例でコントロールできたが、いずれもTT%は漸増し1-3ヶ月以後に最高となった。
3. WB開始以前(58-4ヶ月)からtolbutamide投与中：6例中4例維持量が大きく、飽和するまでに4ヶ月以上を要した。2例は維持量が小さく直ちに飽和したが、1例はglymidine、他の1例はnalidixic酸が影響している。

tolbutamide投与の中止と投与再開

1. 中止と再開後の長期経過
2. 中止と再開の直後のTT%変動を多数例で明らかにできた。

tolbutamide増減でも誘導効果の増減が確かめられた。

4 大動脈弁閉鎖不全を伴った大動脈4尖弁の1例

樋口浩太郎・八木原伸江・宮北 靖
大塚 英明

新潟こぼり病院循環器内科

症例は82歳女性、生来健康で、労作時の呼吸困難を感じたことはなかった。2004年9月、胸痛を主訴に近医を受診。虚血性心疾患は否定的と診断されたが、心エコーで弁膜症が指摘され、ACE-Iの内服が開始された。2005年7月、精査を希望し、当院を受診。心胸比の拡大やECGでの左室肥大所見はなく、聴診でLevine 2/IVの拡張期雑音を聴取した。心エコーで大動脈弁閉鎖不全(severe AR)を認めた。短軸像で4枚の大動脈弁とその中央からの逆流を確認できた。Valsalva洞や上行大動脈の拡大はなく(AO=2.7cm)、大動脈弁の逸脱や肥厚性変化、癒着による可動性低下は伴わず、ARの原因は4尖弁(先天性弁異常)によると診断した。左室径、壁厚は正常範囲で、左室収縮は良好であり、内服治療の方針とした(LV=4.7/2.8cm, IVS/PW=1.0/0.9cm, FS=40%)。現在患者は、ACE-Iの内服(タナトリル5mg)で心不全症状なく生活している。

【検討】大動脈4尖弁はまれな先天異常で、剖検による検討では0.008%、心エコーでは0.013~0.043%の出現頻度の報告がある。血行動態的には本例のように弁閉鎖不全が問題になる例があり、ARで外科手術を受けた例の病理検討では0.4~1.5%において4尖弁が原因だったとの報告がある。経胸壁心エコーで4尖弁に伴う大動脈弁閉鎖不全と診断できた症例を経験したため報告した。

5 重複三尖弁口であった弁膜症再手術(三弁置換)の1例

山本 和男・島田 晃司・飯田 泰功
葛 仁猛・杉本 努・吉井 新平
春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は67歳女性。18歳時に閉鎖式僧帽弁交連

切開術, 30歳時に僧帽弁置換(傾斜円盤弁)術をそれぞれ他院にて受けた. 7年前よりしばしば心不全で入院していた. 大動脈弁狭窄および三尖弁逆流が次第に進行してきた. 2005年7月当院に紹介され, 循環器内科入院. 貧血・肝腫大・浮腫・下肢静脈瘤を認め, NYHA 3度. 収縮期・拡張期心雑音. 胸部X線で心胸比90%, 心電図では心房細動, 80bpm. 心エコーにてAS(弁圧較差42mmHg) + MR + TSR(TVA推定0.9~1.0cm²)の診断で手術適応と判断された. 左心機能は保たれていた(LVEF 59%). CAGでは特に狭窄所見なし. 大動脈弁および三尖弁におけるリウマチ性弁膜症の進行と僧帽弁位代用弁の機能不全(パックス形成)と術前診断した. 当科入院時は食欲なく, 肝: 5横指, 黄疸あり. NYHA3~4度, Cardiac cachexiaに近い状態であった. Re-MVRを含む3弁置換を予定した.

【手術】SGカテにてRAP 20~25mmHg, PAP 42/26 mmHg. redo-sternotomyし, 剥離. 体外循環・心停止下心内操作を行なった. 大動脈弁は三尖で石灰化あり, 生体弁による大動脈弁置換(Mosaic弁21mm, supraannular position)施行. 僧帽弁位代用弁付近にpannus形成あり, 再置換(Carpentier Edwards牛心膜弁25mm)を施行. 三尖弁は重複三尖弁口であり, これがTSRの原因と考えられた. 修復は極めて困難と考え, TVRすることとした. Bridgeとなっている部分を切除した他は弁切除を最小限とした. 前乳頭筋および後乳頭筋を弁輪に固定し, 弁輪と右室との連続性を保つようにした. 弁輪に19針マットレス縫合をかけ, 生体弁(Mosaic弁29mm)を縫着した. 手術は8時間25分, 人工心肺247分, 大動脈遮断200分であった.

【術後】AVブロックは生じなかった. T-Bil 20mg/dl以上の黄疸となりビリルビン吸着を2回施行した. 第2病日に抜管した. 少量のhANPを長期間(第19病日まで)使用した. 心胸比71%となり, 術後5週間で退院した.

【考察】重複三尖弁口は極めてまれとされる.

6 急性A型大動脈解離に対する大動脈弁温存術式の手術成績

青木 賢治・中澤 聡・高橋 善樹
天野 宏・岡本 竹司・金沢 宏
山崎 芳彦

新潟市民病院心臓血管外科

【目的】急性A型大動脈解離(AAD)の基部病変に対して, 当科では大動脈弁の破壊がなければ交連吊り上げ+GRFグルーによる基部解離腔閉鎖+内外2重テフロンフェルトでのSTJ縫縮を基本術式にしてきた. 今回この弁温存術式の手術成績と問題点を検討した.

【対象と方法】1996年~2004年に施行したAAD手術71例中, 本術式を適用した56例(平均年齢62.6±11.9歳)を対象にした. CT上の術前後STJ径, 術中所見でのSTJ解離率, エコー上の術前後ARの変化とKaplan-Meier法による中遠隔期成績を検討した.

【結果】手術は23例に上行置換術を, 7例に上行弓部部分置換術を, 22例に上行弓部全置換術を, 4例にKoster-Collins法を行った. 在院死亡は10例(17.9%)で, 4例をAMI・腸管壊死などAADの臓器虚血で, 2例を心タンポナーデ・大動脈破裂などのショックからの回復不能で, 3例を肺炎など術後感染で, 1例を脳合併症で失った. 術後検査を行った50例の術前STJ径, STJ解離率, 術前AR, 術後STJ径, 術後ARの平均はそれぞれ46.2±6.9mm, 63.7±14.9%, 1.3±0.9度, 37.5±4.7mm, 0.3±0.6度で, STJ縫縮率(術前後STJ径差/術前STJ径×100)は平均16.9±9.4%であった. 術後ARはSTJ解離率と有意な正相関を示した(p<0.001). また術後ARは術前AR3度の5例で平均1.4±0.9度で, 術前AR2度の15例の術後平均0.4±0.4より有意に大きかった(p=0.0016). 平均50.1±31.7ヶ月(12~117ヶ月)の追跡期間で生存率は対象全体で5年69.4%, 9年60.2%, 生存退院例で5年82.1%, 9年71.2%であった. 中遠隔期死亡は計7例(15.2%)あり, その内訳はAAD関連2例, 他病死5例であった. 4例(8.7%)でARが3度以上に進行し, 3例(6.5%)に再手術を要