

症例への抗凝固・抗血小板療法の適切な開始時期はいつか、② CABGにおける GEA graftの使用と消化性潰瘍の関連、の2点を挙げ、若干の考察を加えて症例報告を行う。

## 2 ダウノルピシン心筋障害とアンジオテンシン受容体拮抗薬の効果について

曾我真也子・馬 梅蕾・文 娟  
Mir. I.I. Wahed・G. Narasimman  
P.S. Suresh・Paras Prakash  
Fadia K. Ali・水戸沙耶佳・白井 健  
長井 悠輔・渡辺 賢一

新潟薬科大学薬学部臨床薬理学

【目的】ダウノルピシン(DNR)は白血病等の治療に多用されているが、時に心筋障害を起こすことが知られている。一方、アンジオテンシン拮抗薬(ARB)は高血圧患者だけでなく心不全患者にも使われ、その心筋保護作用が注目されている。そこで今回、DNR心筋障害モデルラットに対し、ARBであるカンデサルタン・シレキセチルを投与し、血行動態、心筋細胞肥大、心筋組織中のSERCA2 mRNA発現等を検討した。

【方法】8週齢雄Sprague-Dawleyラットにダウノルピシン9mg/kgを投与し(D群)、4週間後カンデサルタン0.5mg/kg/day(低用量;L群)、5mg/kg/day(高用量;H群)を1ヵ月間経口投与した。投与後、中心静脈圧、左室収縮期圧、左室拡張末期圧、 $\pm dP/dt$ を測定した。心筋細胞肥大、心筋アポトーシス、SERCA2 mRNA、SERCA2a蛋白等も検討した。

【結果】D群では正常ラット(N群)に比べ、心機能の悪化が見られたが、L群・H群で心体重比、左室拡張末期圧、中心静脈圧等の血行動態が改善した。D群でSERCA2 mRNA及びSERCA2a蛋白は低下したが、治療群で上昇した。

【総括】DNR心筋障害モデルラットを用いて、ARBであるカンデサルタンのDNR心筋障害改善効果を検討した。カンデサルタンはDNR心筋障害を改善させると推測された。

## 3 Gaシンチグラムにて多発性取り込みを認めた完全房室ブロックの1例

横山 裕一・樋口浩太郎・和田 真一  
柳川 貴央・宮北 靖・大塚 英明

新潟こばり病院循環器内科

症例は27歳男性。尚、出産時に母親がSLEを指摘されている。幼少時より心電図異常を指摘され(詳細は不明)、小学校時代、近医にて年2回の心電図検査を受けていた。治療および運動制限は不要と指導され、中高と陸上部であった。23歳時からの毎年の心電図では完全房室ブロックであったが、症状を認めず、精査も受けていなかった。H.16.10月中旬から仕事が忙しく、疲労感を自覚。10月26日、38℃台の発熱が出現。H.16.10月27日、朝食後、部屋で立っていた時に意識を消失して、覚醒時、その場に座り込んでいた。呼吸困難感を自覚し、当院へ救急搬送された。

当院到着時、血圧130/70mmHg、脈拍数42/min、意識は清明で神経学的所見は異常なく、チアノーゼ、浮腫を認めなかった。心電図はHR38/minの完全房室ブロックだった。胸部X-PではCTR45%で、肺うっ血は認めなかった。心エコーでは左室が拡大(LV5.9/4.0)、心室壁厚は正常範囲内(IVS/PW1.1/1.1cm)、壁運動は良好(EF=60%)だった。採血検査ではCRP、WBCが上昇し、心筋逸脱酵素の上昇はなかった。同日、一時ペーシングを開始した。TIシンチグラム(第3病日)では前壁と心室中隔の一部で取り込み低下の所見を認めた。Gaシンチグラム(第7病日)では左室壁に多発性にGaの集積を認めた(前壁、心尖部、中隔及び後側壁)。心サルコイドーシスが疑われたが、血液検査、胸部CT、眼科、皮膚科的にはサルコイドーシスを示唆する所見を認めなかった。第9病日に心カテーテル検査を施行。冠動脈に有意狭窄なく、左室造影では左室容積は拡大し(EDVI99ml/cm<sup>2</sup>)、前側壁、心尖部および中隔で壁運動低下を認めた。左心後側壁から心筋biopsyを2ヶ所施行、心筋細胞の変性、壊死、間質への炎症細胞等の浸潤を認めなかった。第13病日に永久ペースメーカー(DDD)植え込み術を施行した。

本例は、sarcoidosisを疑っているが、確定診断は得られていない。今後の診断、治療計画について文献的考察を加えて考察する。

#### 4 右上肢の血流障害で発見された慢性 A 型大動脈解離に対する一手術治療例

大関 一・中山 健司・島田 晃治  
菊池千鶴男・中川 巖\*  
県立新発田病院心臓血管外科呼吸器外科  
中川クリニック\*

症例は78才、女性。高血圧で内服治療中で、明らかな胸背痛の既往は無かった。平成15年10月頃から右上肢に脱力感あり、中川医院に受診。上肢血圧に左右差ある事から、精査目的に紹介され、平成16年1月に当科初診した。入院時現症では上肢収縮期血圧が左152mmHg、右110mmHgと約40mmHgの圧差を認めた。胸部CT検査で大動脈解離A型(DeBakey II型)で上行大動脈は最大横径6cmに拡張していた。大動脈造影では腕頭動脈直下にEntryを認め、右腕頭動脈は偽腔により圧迫され内腔は狭小化し右総頸動脈は偽腔から、右鎖骨下動脈は右椎骨動脈から逆行性に灌流されていた。頸動脈エコーでは右総頸動脈から右内頸動脈に解離を認め、真腔、偽腔とも順行性の血流を認めた。以上より慢性期の解離性大動脈瘤の診断で平成16年3月10日に手術した。あらかじめ右総頸動脈、右鎖骨下動脈、右大腿動脈を露出しておき胸骨正中切開で開胸した。心膜を切開すると、上行大動脈から腕頭動脈にかけ解離あり大動脈外膜は炎症性に肥厚し一部で心膜との癒着を認めた。右房脱血、右大腿動脈送血で灌流冷却した。逆行灌流で脳組織酸素飽和度の低下は認めなかった。大動脈遮断下に大動脈基部を形成し、直腸温22℃で循環遮断とし上行大動脈を切開すると径1cm大のEntryが右腕頭動脈の根部にあり、解離は左総頸動脈根部で止まっていた。脳灌流しながらヘマシールドの4分枝グラフトを用いて上行弓部人工血管移植術(右総頸動脈、左総頸動脈、右鎖骨下動脈の再建)を行った。体外循環からの離脱は容易であった。ICU帰室後2時間で

気管内チューブが抜去でき、脳障害など合併症なく第15病日独歩退院した。術後の血管造影で下行大動脈に解離なく、再建した左右の総頸動脈、右鎖骨下動脈は良好に開存していた。

#### 5 全身倦怠感を初発症状とした左総腸骨動脈瘤の左総腸骨静脈への穿通破裂

小田 雅人・三井田 努・小澤 拓也  
柏村 健・高橋 和義・大島 満  
小田 弘隆・樋熊 紀雄・竹久保 賢\*  
高橋 善樹\*・金沢 宏\*  
新潟市民病院循環器科  
同 心臓血管外科\*

77歳男性。全身倦怠感にて近医受診し、両側胸水を指摘され当科外来を受診。心エコーで両心房と右心室と肝静脈の拡大、中等度の三尖弁閉鎖不全を認めたが、左心室径および壁運動には異常を認めなかった。推定肺動脈圧は40mmHgであった。肺血流シンチでは欠損像を認めなかった。原因不明の肺高血圧および右心不全として経口利尿剤を開始したが、全く改善しないため一週間後に当科入院となった。入院時身体所見では頸静脈の怒張と臍下部左側のThrill、左下肢に限局した浮腫を認めた。腹部骨盤部造影CTスキャンで直径8.5cmの左総腸骨動脈瘤と左総腸骨静脈へのろう孔を認めた。Y型人工血管置換術、瘤縫縮術を施行後、倦怠感、左下肢浮腫および胸水は消失した。

## II. テーマ演題「弁膜疾患の治療」

### 1 狭心症を合併した大動脈弁狭窄症に対する心拍動下CABGの意義

青木 賢治・杉本 努・山本 和男  
葛 仁猛・桑原 淳・吉井 新平  
春谷 重孝

医療法人立川メディカルセンター  
立川総合病院心臓血管外科

【背景】狭心症(AP)を合併した大動脈弁狭窄症(AS)に対する冠動脈バイパス術(CABG)と大動脈弁置換術(AVR)の同時手術において、肥