

## 6) 内シャントの無名静脈閉塞に対してウォールステント留置を行った一例

大関 一・中山 健司(県立新発田病院  
心臓血管外科)  
清野 康夫(同 放射線科)  
五十嵐 仁・林 浩司(同 内科)  
伊藤 英一(同 循環器内科)

症例は54才の女性。IgA腎症による慢性腎不全で、平成8年前より、左手に内シャントを作成し血液透析中であつたが、平成12年7月頃から左上肢腫脹が出現し、平成12年9月1日、当科を受診した。静脈造影では左無名静脈に99%の限局性狭窄を認めた。平成12年9月21日、この狭窄部に対し右大腿静脈アプローチでまず径8mmバルーンで前拡張したあと、径12mmのWallstentを留置した。ステント留置後、右上肢の腫脹は速やかに改善、術後4カ月後の現在開存している。

上肢の腫脹と疼痛を伴う透析患者のシャント側無名静脈狭窄に対しては線様療法、PTA・ステント、バイパス手術などの治療法があるが、開胸によるバイパス手術は侵襲が大きく、PTA・ステントが第一選択となる。ステント治療に際して、今回使用した血管形態に追従性の高いWallstentは有用と考えられた。

役割を果たす。当院にて過去7年間に治療した感染性心内膜炎の41例について、心エコー所見をまとめた。初発症状は発熱34例、最近の同定のできた27症例、心エコー所見；僧帽弁23例、大動脈弁8例、三尖弁1例、肺動脈弁2例、弁に感染所見を認めないもの10例、手術施行例は24例、心エコー所見と手術所見との違いは僧帽弁において疣贅を過大評価する傾向にあり、腱索断裂を過小評価する傾向があつた。さらに大動脈弁においては弁輪周囲膿瘍の診断ができなかつた。弁に異常所見を認めない10例を含め17例が内科的治療となつた。経食道心エコーを行うことにより診断精度が向上すると考えられる。感染性心内膜炎を疑って心エコーを行うことが重要と考えられた。

## 2) 腎血管性高血圧症により心不全を来し腎摘出後、高血圧が改善した1症例

土屋 博久・藤田 俊夫(長岡赤十字病院)  
江部 克也・永井 恒雄(循環器科)  
小池 宏・森下 英夫(同 泌尿器科)

腎血管性高血圧症による高血圧性心臓病で心不全を発生し、罹患腎を摘出後、高血圧が改善した1症例を経験したので報告する。

症例は57歳女性。肺結核と気管支喘息の既往あり。家族歴特になし。平成10年に失神発作のため当科初診。心電図、心エコー異常無し。胸部レントゲンで陳旧性肺結核と皮膚の結節性病変あり呼吸器内科と皮膚科で経過観察。この頃の血圧は上肢で130-140/90-100mmHgと高値なため少量の降圧剤を投与していた。平成11年11月、入浴中に急性うっ血性心不全となり入院。下肢と上肢の血圧差あり(上肢142/80, 下肢170/100mmHg)。腹部に血流雑音を認め精査の結果、左腎動脈の高度狭窄による腎血管性高血圧と判明。泌尿器科で左腎摘出を行い血中レニン値は正常化。血圧も100-120mmHgと低下。心不全症状も無く退院。以後、経過順調。なお、血圧の上下差については腎機能の低下があり、血管造影検査は施行していない。

## 第59回長岡地区循環器懇話会

日時 平成12年3月17日(金)  
19:00~  
会場 立川総合病院  
南館4階 講義室

### 一般演題

#### 1) 感染性心内膜炎の心エコー所見

石黒 淳司・石山 泰三  
武井 康悦・宝田 茂  
目崎 亨・小川 竜次  
池田 佳生・佐野 壮一  
佐藤 政二・岡部 正明(立川総合病院  
循環器内科)  
山崎まゆみ(同  
生理検査室)

感染性心内膜炎の診断・治療には心エコー法が重要な

#### 3) 急性期右心カテーテル所見より右室梗塞と診断した2症例

林 学・佐伯 牧彦(長岡中央総合病院  
内科)  
櫛谷 幸嗣

症例1:64歳女性。主訴:嘔気。既往歴:H10年より

近医で高血圧、糖尿病治療。現病歴：H11年12月28日午後1時より全身倦怠感、嘔気を訴え近医受診。補液をうけたが改善せず翌日当科受診した。現症：身長150cm、体重73kg。脈拍40bpm 整、血圧88/50mmHg。白血球、酵素上昇、心電図で房室接合部調律、II、III、aVF誘導でST上昇、異常Q波を認め急性心筋梗塞と診断した。同日一時ペーシング挿入後右心カテーテル施行。右室圧でdip&plateau、右房圧で深いy谷を認め右室梗塞と診断した。平均肺動脈楔入圧13mmHg、心拍係数2.48/min/m<sup>2</sup>。安定期の冠動脈造影では右冠動脈#1完全閉塞、左前下行枝#7の90%狭窄を認めた。

症例2：66歳男性。主訴：前胸部圧迫感。既往歴：H3年胃全摘術 H7年腸閉塞。現病歴：H12年2月15日午後9時帰宅直後に前胸部圧迫感、冷汗自覚。安静で改善せず同日当院救急外来受診。受診時は症状1/10に軽減した。現症：身長165cm、体重51kg、脈拍68bpm、血圧110/60mmHg、腹部に手術痕を認める。白血球12700/mm<sup>3</sup>と上昇。酵素上昇認めず。心電図；II、III、aVF誘導でわずかにST上昇。心エコー；後壁から後壁中隔軽度壁運動低下。急性心筋梗塞と診断し緊急冠動脈造影施行。右冠動脈#4PD、#4PLに血栓と考えられる99%狭窄を認めた。同部へPTCR施行するが改善せず、PTCAにて再疎通成功した。右心カテーテルでは右室圧でdip&plateau、右房圧で深いy谷を認め右室梗塞と診断。右冠動脈近位部での血栓閉塞の自然再開通による胸痛改善、血栓の抹消への移動があったと予想された。

右室梗塞は右室収縮機能の障害による右室充満圧の上昇と心拍出量低下を来し特殊な血行動態を呈し大量輸液や時に右房・右室逐次ペーシングを要する。症例二のような、非典型例もあり、右冠動脈を責任と考えられる心筋梗塞では右室梗塞の可能性を考慮し病態・血行動態把握に努める必要がある。

#### 4) 外来診療におけるBNP (B型ナトリウム利尿ペプチド) 測定

土田 桂蔵 (土田内科循環器科)  
クリニック  
田辺 一彦 (田辺 医院)

【目的】血漿BNP濃度の測定は循環器の専門的な技術を必要とせず、しかも左室機能の簡便な指標であることが報告されている。しかし、一般外来において心疾患のスクリーニングや病態を把握する指標として、BNP

測定がどの程度有用か不明であるので今回検討した。

【方法】土田内科循環器科クリニックを受診した外来通院患者連続778名を対象とした。外来受診時に座位安静30分後に採血し、IRMA法にて血漿BNP濃度を測定した。またそのうち一部は病態の変化時にも測定した。

【結果】(1)各疾患における異常値の割合を、(a)正常値の“18.4以上”と、(b)心臓病スクリーニングのカットオフ値として岩手医科大から提案の“40以上”で検討した。《各疾患(例数)：18.4以上の% (40以上の%)》1. うっ血性心不全既往例(61例)：100%(97%)、2. 肥大型心筋症(32例)：87%(69%)、3. 拡張型心筋症(7例)：86%(86%)、4. 陳旧性心筋梗塞(56例)：73%(39%)、5. 弁膜症(95例)：83%(73%)、6. 心房細動(96例)：98%(86%)、7. 発作性上室頻拍症(68例)：59%(41%)、8. 心室性頻拍(8例)：62%(37%)、9. ペースメーカー植込み例(25例)：96%(80%)、といずれも高率であった。(2)またはBNP濃度は病態の悪化とともに上昇した。

【総括】〔1〕血漿BNP濃度は、心筋症、弁膜症、心房細動などの心疾患でいずれも高値を示すとともに、心疾患の病態を反映しながら変動し、心疾患のスクリーニングや病態の把握に適していると考えられた。〔2〕一方、陳旧性心筋梗塞の約30%が18.4未満の正常値(BNP40未満とすると約60%も正常値)を示し、血漿BNP濃度による心疾患スクリーニングの問題点と考えられた。

#### 5) 閉塞性脳血管障害を合併したCABG

小熊 文昭・春谷 重孝  
山本 和男・田中佐登司 (立川総合病院)  
竹田 文洋・松原 寛知 (心臓血管外科)

冠動脈バイパス術(CABG)後の脳障害は全症例の1-4%にみられ、その危険因子の一つである脳主幹動脈の高度病変を有する症例は次第に増加している。当院では、脳主幹動脈に閉塞性病変のある症例に対して、術前に積極的に脳血管の再建を行い好結果を得た。

過去6年間のCABG751例中24例に高度な脳主幹動脈の病変を認めた。この24例の中で脳血流シンチで脳血流の低下が認められた6例で患側の脳血管再建術を行い、二期的にCABGを施行し脳合併症の発生を認めなかった。残りの18例中14例で体外循環使用下のCABGを行い、術後2例で脳梗塞が発生した。18例中4例では体外循環非使用・心拍動下のCABGを行い、術後合併