

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/m²。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/mm³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(立川綜合病院)
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

症は認めなかった。

第60回長岡地区循環器懇話会

日 時 平成12年6月30日(金)
午後7時～9時
会 場 長岡市健康センター

一 般 演 題

1) 失神, 脳神経症状で発症した急性大動脈解離

高橋 稔・佐野 壮一)	(立川総合病院)
池田 佳生・北沢 仁		
石黒 淳司・佐藤 政二)	(循環器科)
岡部 正明		
春谷 重孝)	(心臓血管外科)
小泉 孝幸		
)	(脳神経外科)

【症例】失神, 左片麻痺より脳神経外科に搬送され, 後に A 型急性大動脈解離が判明した3例を経験した。胸部症状は非典型的で, 心タンポナーデや破裂はなかったが血圧は低く(左右差なし)徐脈傾向であった。【考案】診断と治療の pitfall, 問題点として, ①発症と同時に失神する為, 痛みを覚えない? 健忘? の為か, 胸部症状が非典型的で, ECG, 心エコーで所見がないと脳梗塞と診断される。②治療として血圧は高目に管理され, 抗血栓剤を投与される。③心タンポナーデや破裂がなくても血圧低下, 徐脈例があり, 解離の刺激による頸動脈洞反射の可能性がある。【結語】失神, 脳神経症状を呈する急性大動脈解離は脳梗塞と診断される例がある。胸部症状や低血圧, 徐脈を伴う場合, 頭部 CT と同時に, 胸部 CT を積極的に施行するべきと思われた。

2) 胸痛にて発症したバルサルバ洞動脈瘤の一例

戸井田竜成・佐伯 牧彦)	(長岡中央総合病院)
高野 一		

胸痛発作をきたし, 心臓カテーテル検査によって左冠尖の未破裂バルサルバ洞動脈瘤を認めた一例を経験した。症例は72歳男性, 平成12年3月25日の朝, 突然前胸部痛が出現。近医を受診しニトロペンを処方され服用するが

軽快しないため, 本院の救急外来を受診。心電図, 心エコー上異常は認めなかったが, 再度ニトロペン舌下にて症状は軽快したため, 狭心症を疑った。その後行ったトレッドミル運動負荷では胸部症状も無く, 心電図異常も認めなかったが, 心筋シンチ上, 前壁中隔領域に虚血が認められた。心臓カテーテル検査で左室造影にて左冠尖外側に径2×3cmの大動脈より造影される瘤が出現し, それにより左前下行枝と回旋枝が圧排されている像を認めた。3D-CT で大動脈起始部の左前方に腫瘍を確認した。その後, 再度行った心エコーで左バルサルバ洞近傍に径1.5cm×1.4cmの瘤を確認した。

当初, 単なる狭心症を疑った症例であったが, 左冠尖バルサルバ洞動脈瘤による左前下行枝と回旋枝の圧排により狭心痛を来したと思われ, 稀な症例であり, ここに報告した。

3) 房室伝導において gap 現象を認めた運動誘発房室ブロックの1例

戸枝 哲郎・風間 龍)	(県立十日町病院)
室岡 寛		

症例は54歳の男性。主訴は眼前暗黒感。4年前よりときどき眼前暗黒感があり, 最近になって歩行中の動悸, 息ぎれ, 眼前暗黒感を頻回に自覚するようになり当院を受診した。Treadmill テスト, Holter 心電図にて房室ブロックを認め, 心臓精査のため入院となった。安静時心電図, 胸部 X 線は特に異常なし。Holter 心電図: 心拍数90/分以上になると Mobitz II 型の房室ブロックを認めた。Treadmill テスト: Bruce 法3分で心拍数92/分となり, 房室ブロックが認められた。Bruce 法8分まで運動は可能であったが, 心房レート126/分, 心室レート98/分となり, 息ぎれ, 呼吸困難で終了となった。心臓カテーテル検査: 冠状動脈造影は正常, 左室造影にて左室駆出率67%であった。電気生理学的検査: His 束心電図では AH 間隔85msec, HV 間隔45msec, His 束幅15msec であった。右房ペーシング70ppmにて2:1伝導のHVブロックを示した。基本周期長900msecの心房期外刺激法で求めた His-Purkinje 系の有効不応期は800msec と著明に延長していたが, 房室結節の有効不応期は330msec, 機能的な不応期は370msec と正常範囲内であった。800msec 以下の心房期外刺激でHVブロックが生じたが, 490msecの心房期外刺激になると突然房室伝導が回復し, いわゆる gap 現象を認めた。治療として VVIR 型の