

測定例の解析では、一回心拍出量増加群の術前因子として非増加群と比べて、(1) 収縮末期容量が大きい、(2) 一回心拍出量が小さい、(3) 一回心仕事量が小さい、(4) 心筋の線維化が少ない、という4つの因子が認められた。

心移植適応者の治療大系において、左室部分切除術は移植待機中の心不全死の回避や心機能の改善という役割が期待される。左室部分切除術で効果がない患者は心移植に移行すべきであり、左室部分切除術と心移植は補完する治療と考えられる。心移植が行われていない日本でも、左室部分切除術によりある程度の心機能の回復が期待される治療法である。

(文責 新潟大学第二外科 渡辺 弘)

2) 新時代の高血圧治療

島田 和幸 (自治医科大学
循環器内科)

高血圧治療の最近の考え方として、JNC VI報告にあるように、正常高値の人を管理して高血圧にしないことが打ち出された。また、他の危険因子や臓器障害、とくに糖尿病を強調した降圧目標を明確にしてきており、糖尿病患者では、降圧目標が130/85以下に設定されている。

1. 血圧日内変動と白衣高血圧

近年、血圧日内変動測定 (ABPM) により血圧日内変動が測定可能になった。白衣高血圧は外来患者の20%にみられ、臓器障害がおきやすいかどうかが問題である。MRI を用いた初期の研究では、白衣高血圧と潜在性脳血管障害の関係はみられなかった。しかし、白衣高血圧患者を追跡すると家庭血圧も高くなったり、イベントを起こしやすいため、臓器障害があれば治療すべきであると考えられる。次に、家庭血圧の正常値が問題であるが、JNC VIによれば正常上限値は135/85である。つまり、診察室での血圧が140/90の人は、家庭では高くても130-135/80-85であり、それ以上は血圧高値といえる。

2. dipper と non-dipper

夜間血圧が昼間よりも10%以上低下する場合を dipper といい、低下しないものを non-dipper という。non-dipper では、標的臓器障害が多くみられるが、脳卒中を繰り返すごとに血圧日内変動が少なくなるという事実などから、non-dipper は原因でなく脳血管障害の結果と考えられている。

non-dipper の機序として、(1) α ブロッカー投与により dipper では夜間血圧が下がらないが、non-dipper では夜間血圧を下げることから、交感神経の関与。(2) 高度の食塩制限により non-dipper で血圧低下と同時に日内変動が出てくるという報告から、食塩感受性関与。(3) 高い末梢血管抵抗、が考えられ、このような機序を考慮して non-dipper の治療にあたるべきである。

3. extreme dipper

夜間血圧が昼間よりも20%以上低下する extreme dipper は高血圧患者の約15%を占め、無症候性脳血管障害が多く、non-dipper と同様にハイリスク群と考えられる。extreme dipper では、覚醒時の収縮期血圧が変動し易いこと、Tilt 試験では血圧が下がる non-dipper と違い、血圧が上がることなどより、血圧調節機構が異なっていると考えられる。

ABPM 測定中の脳梗塞は、夜間血圧上昇傾向時に発症することが多く発症後さらに上昇することが多い。しかし、過度の降圧治療で脳梗塞になることもある。降圧に対する予備能は年齢よって異なり、高齢者では下げすぎではいけない。高血圧緊急症では、ニフェジピン舌下は調節がきかないので静脈投与薬剤を使うべきである。日常の臨床では、血圧を動揺させないようにしながら、緩徐に降圧することが重要である。

(文責 新潟大学第一内科 山添 優)

第216回新潟循環器談話会

日時 平成10年9月12日(土)
午後3時より
会場 新潟大学医学部第5講義室

I. 一般演題

1) 息止め撮像法による心臓領域の MRI

吉村 宣彦・木村 元政 (新潟大学医学部)
酒井 邦夫 (放射線医学教室)

高速撮像法の発達は、心臓領域においても呼吸停止での撮像を可能にし、MRI の有用性を高めた。今回は各疾患ごとに MRI の適応、有用性を述べる。

心筋疾患：拡張期に時相を揃えて撮像できるようになったため、壁厚を正確に評価できるようになった。また、

spin echo T2強調画像が撮像可能になり、心筋性状を評価できる可能性がでてきた。梗塞巣を描出しえた例が報告されているが、その検出率は明らかになってはいない。信号強度からの腫瘍の鑑別にも期待がもたれる。

弁膜疾患：任意の断面を設定可能になったため、直接弁口面積を評価できるようになった。従来定性的に行ってきた狭窄・逆流の検出が、流速測定により定量評価が可能になった。また volumetry による心機能評価も可能になった。

心腔内血栓：アーチファクトが少なくなったことにより小さな血栓を検出し得る。また、信号強度から血栓の新旧を評価できる可能性がある。MRI は右心系を含め客観的評価が可能であり、心臓領域の画像診断の一翼を担うと考えられる。

2) 脳塞栓症患者における経食道心エコー検査で認めた抗生剤投与で縮小した弁の strand 病変

榑沢 和彦・大関 一 (新潟大学 第二外科)
林 純一
中川 忠・中沢 照夫
佐藤 光弥 (北日本脳神経外科)
古井 英介 (金沢大神経内科)
中島 孝・福原 信義 (国立療養所犀潟病
院神経内科)
成富 博章 (国立循環器病セン
ター脳血管内科)

目的：strand は経食道心エコー (TEE) により観察される弁に付着する紐状構造物で、若年者の脳梗塞の原因になりうると報告されている。また strand は弁の小さな尤贅と区別が難しい場合もあると考えられる。そこで炎症病変の既往があり、TEE で strand を認めた脳梗塞患者に抗凝固療法とともに抗生剤投与を行ったところ有効であったので報告する。

方法：対象は他に塞栓源が無く TEE で弁に strand を認めた比較的若年の脳梗塞患者 8 例 (59±10才) で、半年以内に抜歯や歯肉炎、扁桃炎等の既往があった症例。このうち 2 例で白血球の上昇を認めた。また全例の血液培養は陰性、CRP 上昇などの炎症所見も認めなかった。TEE で strand と診断後にワーファリンによる抗凝固療法及び抗生剤の持続点滴を 2 週間行った後 TEE を再施行して比較した。

結果：抗生剤投与前の strand の大きさは 7.5 ± 2.3 mm、投与後は 2.8 ± 1.6 mm と有意に縮小し ($p < 0.001$)、strand の本数も 5.6 ± 4.5 本から 0.5 ± 0.5

本に有意に減少した ($p < 0.001$)。また全例で strand の輝度の低下を認めた。

結論：今回の strand 症例においては抗凝固療法を併用した抗生剤投与が有効であった。strand の成因は未だ不明であるが、慢性炎症と関連がある場合もあると考えられた。

3) 無気肺により Torsades de pointes を発症した高齢者肺炎の一例

政二 文明・工藤 路子 (県立中央病院 循環器科)
鈴木 正孝 (桑名病院循環器科)
島野 達郎 (日の出医院)
相澤 雅美 (日の出医院)

症例は83歳男性。肺気腫と高血圧を指摘されるも放置。気管支炎症状に引き続き呼吸困難となり紹介入院。ECG では QTc 0.416 sec, APC の頻発をみた。胸部レ線上、右中、下肺野の肺炎陰影と、低酸素血症を認め、酸素吸入でも呼吸困難の改善無く、気管挿管下に呼吸器を装着。CEZ 投与でしだいに改善、第3病日抜管。再発のため抗生剤を第5病日 MINO, TOB, 第7病日 CPZ に変更。第8病日、突然 Tdp を発症。血清 Mg 等の電解質の異常なく、アミノフィリン濃度も正常、QTc は 0.448 sec で徐脈化は見られなかった。Mg 投与、頻脈ペーシングでも再発をみ、3 回除細動を要した。心エコー上、右主気管支の閉塞、含気の低下、心陰影の右側偏位を認め、再挿管下に右主気管支より多量の喀痰を吸引除去したところ、動脈血ガス値、無気肺、心陰影の偏位はすみやかに改善し、以後 Tdp は見られなかった。以上の経過から、Tdp の成因として、無気肺による心臓の偏位にともなう機械的圧迫が疑われた。

4) 著明な肝障害と DIC を合併、9日間の PCPS 補助にて救命し得た劇症型急性心筋炎の一例

畑田 勝治・大塚 英明 (新潟こばり病院 循環器内科)
本間 元・宮北 靖 (同)
大島 満 (同)
斎藤 憲・目黒 晶 (新潟大学医学部 第一内科)
長谷川 豊
小玉 誠・相沢 義房 (新潟大学医学部 第一内科)

【症例】33才男性。38℃台の発熱にて発症。第2病日2回の意識消失、胸痛、呼吸苦出現、第3病日当科入院。