

3) 安静時 PAW. A ( $11 \pm 4$  mmHg) は B ( $15 \pm 4$  mmHg,  $p < 0.05$ ), C ( $21 \pm 6$  mmHg,  $p < 0.01$ ) より低下.

4) 安静時 Fractional Shortening. A ( $22 \pm 9$ %) は C ( $12 \pm 9$ %,  $p < 0.01$ ) より高値.

5) Bmax. A ( $2029 \pm 543$  sites/cell) は B ( $1280 \pm 411$ ,  $p < 0.05$ ), C ( $994 \pm 344$ ,  $p < 0.01$ ) より高値.

5) PTCA 前後における運動耐容能の評価

小山 仙・松原 琢  
五十嵐 裕・田辺 恭彦 (新潟大学)  
田村 雄助・山添 優 (第一内科)  
和泉 徹  
宮島 静一・矢沢 良光 (新潟こぼり病院)  
循環器内科

過去4年間に当科および新潟こぼり病院で待期的 PTCA 直前および施行後1ヶ月以内にトレッドミル運動負荷試験を実施した狭心症患者において運動耐容負荷試験を検討した。男性12例, 女性1例の計13例で, 年齢44~67歳, 全例一枝病変であった。全例において PTCA は成功し, 標的病変は右冠動脈 (RCA) 5例, 左前下行枝 (LAD) 8例であった。

RCA 病変例は PTCA 前で運動負荷時胸痛が3例, 有意の ST 低下が4例にみられたが, 後ではそれらは消失した。LAD 病変例では前で胸痛2例, ST 低下が4例であったが, 後では胸痛は消失し, ST 低下例は1例のみであった。METs 及び Double Product は RCA, LAD 病変例ともに有意に改善した ( $p < 0.05$ )。

今回の検討では, 少数例ではあるが, RTCA は, RCA, LAD 病変例ともに運動耐容能を改善する傾向があると考えられた。今後症例を重ね, 当院における大動脈一冠動脈バイパス術症例との対比検討をすすめていきたい。

6) A-C バイパス術前後に於ける運動耐容能の変化について

大島 満・田村 雄助 (新潟大学)  
山添 優・和泉 徹 (第一内科)  
横田 英治・土谷 厚 (新潟こぼり病院)  
矢沢 良光

1987年から1988年にかけて当院およびこぼり病院に於いて A-C バイパス術を施行した48例について, 術後のバイパス開存率とその運動耐容能に及ぼす影響について検討した。バイパス開存率は術後1ヶ月で88%, 術後1年で73.9%であった。右冠動脈は1ヶ月後, 1年後とも全例開存していたが, 左前下行枝は1ヶ月後で83.0%, 1年後で55.0%との成績であった。術前と術後1

ヶ月 ( $n = 20$ ) では運動耐容能は有意差がなく, 術前と術後1年 ( $n = 9$ ) では, 左前下行枝へのバイパスが開存していた群で最大運動負荷量 (METs) の有意な増加を認めた。(Double product には有意差を認めなかった。)

術後1ヶ月では運動耐容能の改善は評価できず, 手術侵襲の影響がなくなる術後1年での評価が有用と思われる。今回, 左前下行枝へのバイパスが開存した群でのみ運動耐容能の改善が認められたが, 他枝へのバイパスの影響については少数例のため検討できなかった。

7) Jervell and Lange-Nielsen 症候群の1例

竹内 衛 (立川総合病院小児科)  
塚野 真也 (国立療養所新潟病院)  
小児科

症例は11歳男児。4歳時, 啼泣後に転倒し, 呼吸停止後にチアノーゼが出現した。痙攣は認められなかった。その後も同様のエピソードを繰り返し, 某病院で脳波異常を指摘され以後抗けいれん剤を投与されていた。しかし薬剤で上記の発作が軽快しないため, 国立療養所寺泊病院を受診し, 明らかな脳波異常を認めないため, 当院を紹介された。なお患児は先天性聾であり, 現在長岡聾学校に通学している。心電図上明らかな QT 延長を認め, トレッドミル運動負荷では不整脈は認められなかったが, 明らかな ST-T 変化を認め, 負荷時に, 悪心, 顔色不良を呈した。抗けいれん剤を漸減しながら  $\beta$  遮断剤を投与したところ, 上記の発作は消失した。

Romano-Ward 症候群と同様抗けいれん剤不応の失神発作を繰り返す場合は, 心電図検査も必要と考えられる。

8) 感染性脳動脈瘤を合併した感染性心内膜炎の一治験例

渡辺 弘・篠永 真弓 (新潟大学)  
林 純一・山崎 芳彦 (第二外科)  
江口 昭治  
小池 哲雄 (同 脳外科)  
矢沢 良光 (新潟こぼり病院)  
循環器内科

感染性脳動脈瘤を合併した感染性心内膜炎に対しては感染源の弁の切除と破裂の危険のある脳動脈瘤の手術のいずれを先に行うか問題であるが, 弁置換術を施行し, その後に脳動脈瘤摘出術を行って良好な結果を得たので報告する。