

外来通院中に右側胸部の広範な皮下出血と貧血のため入院。血小板 $16.1 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、フィブリノーゲン $80\text{mg}/\text{dl}$ 、FDP $91.3\mu\text{g}/\text{ml}$ 、D-ダイマー $13.8\mu\text{g}/\text{ml}$ 、DIC スコア 7点であり大動脈解離に続発したDICと診断した。ヘパリンおよびフサンの点滴投与を開始しDICはコントロール可能となったが投薬を中止することができなかった。抗線溶薬であるトラネキサム酸の経口投与を開始したところ奏功しヘパリンおよびフサンの投与を中止することが可能となり退院することができた。

症例2：74歳男性。解離性大動脈瘤(DeBakey I)保存的加療後のリハビリ目的で女子医大より転院。転院20日後に外耳道からの出血を認め、血小板 $4.6 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、フィブリノーゲン $31\text{mg}/\text{dl}$ 、FDP $221.5\mu\text{g}/\text{ml}$ 、D-ダイマー $23.1\mu\text{g}/\text{ml}$ 、DIC スコア 10点でありDICと診断した。トラネキサム酸の経口投与を開始したところDICはコントロール可能となり退院することができた。

大動脈解離に伴う慢性DICに対して抗線溶薬トラネキサム酸が有効であった。トラネキサム酸により線溶活性を抑制することで、解離腔内で連鎖的に繰り返されていた凝固線溶系の亢進状態という悪循環を断ち切ることができたためと考えられた。

スクリーニングで施行した胸部CTにおいて偶発的に発見された、心室中隔に脂肪組織が認められた1例

(成人医学センター・青山病院循環器科、放射線科*) 小池夏葉・石塚尚子・藤田悦子・高良綾子・布田有司・永田まこと・河合千里*・笠井夕美子・本間美穂・坂井晶子・巽 藤緒・島本 健・川名正敏
(東京女子医科大学循環器内科) 宇都健太

57歳男性。54歳時、他院にて腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術(Y-graft)が施行された。高血圧および脂質異常症の合併もあり、その後定期的に外来通院し、いずれも良好にコントロールされていた。転居に伴い2009年8月に東京女子医科大学成人医学センター循環器科に紹介され受診となった。

2009年7月、胸部大動脈の評価のためスクリーニング目的で単純CT検査を施行したところ、心室中隔に脂肪組織と同等の低吸収域の存在が確認された。心臓超音波検査では、同部位のエコー輝度は上昇しており、壁厚はやや薄くthickeningが不良であった。心電図所見では、正常洞調律、異常Q波や有意なST-T変化は認められなかった。またMRI検査では、T1強調画像で同部位が高信号を呈しており、中隔壁の菲薄化と壁運動低下を認めた。Gd造影では同部位の周囲に遅延造影効果が認められた。造影CT検査を施行したところ、心室中隔における低吸収域の造影効果は認められず、中隔は一部菲薄化していた。

以上より、心室中隔内に存在する、壁厚の菲薄化・壁運動低下を伴った脂肪組織を認めた症例を経験したので

報告する。

当院における急性冠症候群患者の脂質管理の現状

(仙台循環器病センター循環器内科)藤井真也・小林 弘・島谷有希子・下山祐人・藤森完一・八木勝宏・内田達郎

2008年1~12月に急性冠症候群(ACS)の診断で入院し、経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を施行した患者100例(急性心筋梗塞45例、不安定狭心症55例)を対象として、入院時および遠隔期の脂質プロファイル、LDL-C管理目標値($100\text{mg}/\text{dl}$ 未満)達成率、スタチンなどの脂質改善薬の投与状況、遠隔期の予後の調査を行った。患者背景は男性が82%、高血圧症74%、糖尿病37%、脂質異常症73%、喫煙54%、冠動脈疾患(CAD)既往54%であった。入院時では、LDL-Cが $115.0 \pm 37.6\text{mg}/\text{dl}$ であり、CAD既往患者のLDL-C管理目標達成率は42%であった。退院時の脂質改善薬の処方率は90%の患者に行われており、そのすべてにスタチンが含まれていた。遠隔期では、LDL-Cが $90.9 \pm 28.4\text{mg}/\text{dl}$ であり、ACS発症時と比較して有意に低下していた($p < 0.0001$)。また、LDL-C管理目標達成率も65%と向上していた。全患者の遠隔期における主要心事故(MACE)発生率は21%であった。MACE発生群のLDL-Cは $93.2 \pm 28.5\text{mg}/\text{dl}$ 、MACE非発生群で $87.0 \pm 23.7\text{mg}/\text{dl}$ であったが、有意差は認められなかった。

心房細動による両下肢への血栓塞栓症に対して血管形成術を施行した、冠動脈・頸動脈病変を有する1症例

(荻窪病院循環器内科) 辻 晋也・石井康宏・吉田健太郎・熊谷麻子・井上康二・遠田賢治
(荻窪病院心臓血管外科)藤井 奨・澤 重治

80歳男性。糖尿病(diabetes mellitus: DM)、高脂血症(hyperlipidemia: HL)、高血圧症(hypertension: HT)あり。2008年12月左下肢の冷感が出現。翌月右下肢にも出現し、当院紹介初診。心房細動、足関節上腕血圧比(ankle-brachial pressure index: ABI): $0.60/0.73$ であった。下肢造影CTでは両側膝窩動脈3分岐にて完全閉塞であった。頸動脈エコーにて左総頸動脈完全閉塞を認めた。胸部造影CTにて左心耳に血栓を認めた。1回目のカテーテルにて、左前下行枝、右冠動脈に高度狭窄を認め、左前下行枝に経皮的冠動脈形成術(percutaneous coronary intervention: PCI)(薬剤溶出性ステント(drug-eluting stent: DES))を施行。後日、右冠動脈にPCI(DES)後、左前・後脛骨動脈に血栓吸引・バルーン血管形成術(plain old balloon angioplasty: POBA)を施行。さらに後日、右前・後脛骨動脈に血栓吸引・POBAを施行した。抗血小板剤2剤に加え、ワーファリンを内服し退院後は紹介元へ通院。10カ月後再診時、洞調律、ABI: $1.18/1.13$ であった。PCI部に再狭窄なく、下肢POBA部のうち右前脛骨動脈のみ90%狭窄を認めたが、その他