

故2例が認められた。単変量解析にて負荷時欠損スコア (SSS)、安静時 EDV、ESV が心事故発生の予測指標であった。Kaplan-Meier 心事故回避生存曲線で SSS10以上の患者は SSS10未滿に比べ、1年後および3年後において心事故回避生存率は有意に低かった。(1年; 89.4% vs 96.9%、3年; 82.5% vs 94.8%: $p=0.0011$)

75歳以上の高齢者においても心筋血流 SPECT 所見により予後予測が可能と思われる。

P2-19.

Prevalence of Coronary Heart Disease in Patients with Aortic Aneurysm and/or Peripheral Artery Disease

(内科学第二)

○廣瀬 憲一、近森大志郎、肥田 敏
田中 宏和、五十嵐祐子、柴 千恵
大滝 裕香、山科 章

(外科学第二)

重松 宏

【背景】 腹部大動脈瘤 (AAA) はしばしば下肢末梢動脈疾患 (PAD) を合併することが報告されている。また虚血性心疾患 (IHD) の存在はこのような動脈疾患症例の予後に大きな影響を与える因子である。しかしながら、AAA および AAA に PAD を合併した際の虚血性心疾患の頻度と重症度はいまだに明らかにされていない。

【方法】 AAA 症例連続 328 例に対して ATP 負荷心筋 SPECT を施行した。AAA 単独 228 例、AAA と PAD 合併 100 例であった。心筋 SPECT の評価は 20 分割モデルを用い、それぞれ summed stress score (SSS)、summed difference score (SDS) を計測した。また心筋還流異常を $SSS \geq 4$ または $SDS \geq 2$ 、心筋虚血を $SDS \geq 2$ と定義しその頻度を検討した。

【結果】 心筋還流異常の頻度 (76 vs 40%; $p < 0.0001$) および心筋虚血の頻度 (73 vs 37%; $p < 0.0001$) はともに AAA と PAD の合併群で AAA 単独群と比較し有意に高い頻度であった。SSS は AAA と PAD 合併群で AAA 単独群と比較して有意に高値であった (11.3 ± 9.9 vs 4.4 ± 6.9 ; $p < 0.0001$)。同様に SDS も AAA と PAD 合併群で有意に高値であった (6.3 ± 6.1 vs 2.5 ± 4.6 ; $p < 0.0001$)。本研究では心筋 SPECT の結果に基づき 105 例に対して心臓カテーテル検査

(CAG) が施行された。AAA と PAD 合併群では 52 例/100 例 (52%)、AAA 単独群では 53 例/228 例 (23%)。その結果、有意冠動脈疾患の罹患率は AAA と PAD 合併群、AAA 単独群で有意差は認めなかったが (81 vs 68%; $p = NS$)、多枝病変を有する頻度は AAA と PAD 合併群で有意に高い頻度であった (65 vs 42%; $p = 0.01$)。

【考察】 AAA 単独群では心筋虚血の頻度は約 1/3 の症例で認められたが、AAA に PAD を合併した場合は心筋虚血の頻度が 70% 以上の症例で認められた。また、AAA に PAD を合併することにより冠動脈疾患の重症度も増すことが示された。これらより AAA に PDA を合併する症例では冠動脈の慎重な評価が重要であると考えられた。

P2-20.

当科における睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の効果について

(口腔外科学)

○仲井 孝之、松尾 朗、浪越 智子
千葉 博茂

東京医科大学病院では平成 16 年 11 月より睡眠時無呼吸外来を立ち上げ、従来各科ばらばらに治療を行っていた閉塞性無呼吸症候群 (OSAS) に対する治療を、循環器内科、口腔外科、耳鼻咽喉科が協力し、ひとつの外来として運営するようになった。現在までの 4 年間に 1,010 例の患者が受診し治療を行っている。口腔外科はその中で、顎顔面手術療法と口腔内装置 (以下 OA と略す) の作製を担っている。OA の原理は、下顎を前方位で固定し上気道の拡大をはかることである。本装置は、OSAS の治療法で最も多く行われている CPAP に比較して簡便でコンプライアンスが高いと考えられている。

今回われわれは、当科で OA を作製した症例のなかで、装着前後に夜間ポリソムノグラフィ (PSG) 検査を施行した症例を対象に、その効果を臨床的に検討した。

【材料と方法】 OA は基本的に中等症以下の OSAS (AHI > 30) に適応した。すなわち、装置を維持することが出来る残存歯があり、顎関節に異常がない症例を対象としている。対象症例は 2004 年 11 月から 2009 年 2 月までに当科で OA を作製した 252 例中、装着後

PSG を施行した 57 例である。評価は、装着後 AHI20 以下で、かつ 50% 以上 AHI が減少したものを有効例と判定した。これを男女別に分類し、このうち症例の多い男性例には年代別、重症度別に有効率について検討した。

【結果】 男性、47 例【平均 54 歳】、女性 10 例【平均 60 歳】で、有効率は、男性 68%、女性 70% であった。そのうち、AHI が正常化したものは、男性 46.8% (22/47 例) 女性 60% (6/10 例) であった。男性例の年齢別有効率は 30 歳代以下 62%、40 歳代 80%、50 歳代 71%、60 歳代 70%、70 歳以上は 50% であった。また、症状別分類では重症 60%、中等度 69%、軽症 66% であった。

【結論】 OA は有効率が高く、しかも装着感も良好で、OSAS の有効な治療法の一つと考えられた。

P2-21.

当科における成人 pre-emptive 腎移植の経験 —固有腎の移植後血流変化の比較—

(外科学第五)

○岩本 整、濱 耕一郎、中村 有紀
木原 優、城島 嘉麿、赤司 勲
松野 直徒、葦沢 龍人、長尾 桓

【はじめに】 従来よりわが国ではステージ 5 の慢性腎臓病の治療法として血液透析及び腹膜透析がほぼ 100% 選択されてきた。しかし、近年透析導入無く腎移植を行う先行的腎移植 (Pre-emptive renal transplantation 以下 PRT) のメリットが末期腎不全の治療法として主に欧米の施設より報告されわが国でもその症例数は増加している。長期透析に伴う合併症の抑制や医療費の削減等による PRT のメリットは想像するに難しくない。今回われわれは当科での PRT の経験を報告する。

【対象】 2005 年 9 月から 2008 年 2 月までに当科で行った腎移植 46 例中 pre-emptive 症例 4 例 (8.7%) を、検討した。症例は全例生体腎移植であった。全例女性、平均年齢 48.5 歳、ドナーの平均年齢は 44 歳であった。血液型適合 3 例、不適合 1 例であった。原疾患は IgA 腎症 1 例、糖尿病性腎症 1 例、不明 2 例であった。免疫抑制療法は Tacrolimus or cyclosporine, ステロイド、ミコフェノール酸モフェチル、Basiliximab の 4 剤で行った。

【結果】 患者生存率 100%、移植腎生着率 100% であっ

た。退院時平均血清クレアチニン 0.66 ± 0.15 mg/dl、退院時平均 24 時間クレアチニンクリアランス 75.0 ± 28.9 ml/min であった。CMV 感染 2 例、急性拒絶反応 2 例の術後合併症を認めた。術後施行した腎動態シンチグラムでは、血流はほぼ移植腎へ流入しており固有腎への流入はなく無機能腎であった。

【結論】 当科における成人 pre-emptive 腎移植の成績はおおむね良好であり積極的に推進されるべき治療法と考えられた。また固有腎は移植後早期に機能が廃絶することが示唆された。

P2-22.

バルサルタンを用いた降圧治療における中心血圧への影響

(八王子・循環器内科)

○会沢 彰、小林 裕、渡辺 圭介
喜納 峰子、高澤 謙二

(内科学第二)

山科 章

【背景、目的】 近年、収縮後期血圧 (SBP2) や中心血圧 (cSBP) が心血管イベントを予測する指標として従来の上腕血圧 (SBP) よりも有効であることが報告されている。本研究では、アンジオテンシン II 受容体拮抗薬 (ARB) であるバルサルタン投与前後での SBP2, cSBP を測定し、ARB の SBP2, cSBP への影響を評価した。

【方法】 本研究では、高血圧患者 90 名 (男性 53 名、平均年齢 70.6 ± 8.5 歳) に対してバルサルタン (80-160 mg) を用いた降圧治療を行い、また SBP2, cSBP はオムロンヘルスケア社製 HEM-9000A1 を用いて測定をした。測定データは *t* 検定によりバルサルタン投与前後での血圧変化を検討した。

【結果】 平均 6.5 ヶ月の降圧治療の結果、SBP の降圧値 (-15.7 ± 18.6 mmHg) と SBP2 (-23.5 ± 21.2 mmHg)、cSBP (-25.0 ± 22.5 mmHg) の降圧値にはそれぞれ有意な差が認められた ($p < 0.0001$)。また同様の結果が脈圧に関しても認められた (PP1: -7.1 ± 14.7 mmHg, PP2: -14.9 ± 15.6 mmHg, $p = 0.0001$)。これらの差異は年齢、性別、BMI で補正しても認められた。

【結論】 ARB による降圧治療は上腕血圧よりも中心血圧、収縮後期血圧を大きく低下されることが示され