

胸部レ線上, 心胸郭比の拡大, 胸水を認め, NYHA III 度の状態で, 心不全の加療目的に入院となった. 入院時の心臓エコー検査では, 左室の著明な拡大と全周性の壁運動低下を認めた (EF 20%). 利尿剤増量とドブタミンで治療を開始したが心不全は改善せず. PDE III 阻害剤であるミルリノン 0.25 γ の開始後, 自覚症状, 混合静脈血中酸素飽和度の著明な改善を認めた. その後 AT II 受容体阻害剤を開始し, ミルリノンを内服薬であるピモベンダンに切り替え, NYHA II の状態で退院した. またミルリノン 0.25 γ 使用時, 多発する心室性期外収縮を認めていたが, メキシレチンの使用により著明な抑制を認めた. 利尿剤, カテコラミン製剤によってもコントロール困難であった心不全に対し, ミルリノン, ピモベンダンが著効した拡張型心筋症の一例を経験した.

4) 基礎疾患を伴わない若年者完全房室ブロックの一例

阿部 信・宮北 靖
小村 悟・尾畑 純栄 (新潟こばり病院)
大島 満・大塚 英明 (循環器内科)

【症例】29歳男性, 大学院生. 中学1年から大学4年までバドミントン部に所属するが, 自覚症状なく, 心電図等に異常を指摘されたことは無かった. 平成12年4月より動悸出現, 5月2日自転車にて登校中意識消失. 覚醒後自転車を移動中に再度意識消失, 当院救急外来搬送される. 来院時血圧, 脈拍良好にて顔面外傷処置のみ施行. 5月7日夜間歩行中に意識消失し電柱に激突, 顔面裂傷を負う. 翌日脳外科より当科紹介, ホルターを2回施行したが Wenckebach type II 度房室ブロックを認めた. 5月15日より自宅 (独居) にて起床→意識消失を繰り返し, 5月17日電話で救助を求め救急車にて搬送入院となる. 心電図にて完全房室ブロック: HR 12 / min. (maxRR 5.6 sec.) を認めた. 心臓カテーテル, 心筋生検等にも基礎疾患は認められず, 5月30日ペースメーカー植え込み術を施行, 6月7日軽快退院となった.

【考察】若年者の意識消失では徐脈性不整脈にも十分留意する必要がある.

5) 失神を繰り返した頸動脈洞症候群の一例

津田 隆志・山口 利夫 (木戸病院)
宮島 武文 (循環器内科)

【症例】63歳, 男性, 無職.

【主訴】繰り返す失神発作.

【既往歴】①42歳, 胃癌で胃亜全摘. ②58歳, 冠攣縮性狭心症の診断を受ける. 有意狭窄認めず, Ach 誘発試験にて二枝でスバズムを認めた. ③62歳, 血圧の上昇認め, 降圧剤の内服開始.

【現病歴】平成11年, 7月頃よりふらつきあり, 8月, 家庭菜園の作業中に眼前暗黒感あり. 12月, 朝排便後, 力が抜けて立てなくなる. 平成12年1月から7月にかけて月に1~2回, 主に労作時に, 前兆なく突然失神きたし, 胸部や腰部打撲. その際短時間で覚醒し, 全身脱力感を認めた. 7月24日, 精査加療のため入院.

【入院時現症】身長162 cm, 体重49 kg, 痩せ形, 血圧130 / 70, 脈拍82 / 分で整. 貧血なく, 神経学的にも異常なし.

【検査成績】心エコー: 左室肥大なく, 壁運動は正常. ホルター心電図: 徐脈なし. 立ちくらみやめまいに一致して心拍数の増加を認めた.

【特殊検査成績】Head-up tilt 試験: Isp 負荷を含めて陰性. 脳波: 異常なし. 運動負荷試験: Bruce 法3分, 下肢疲労で中止, 脈拍・血圧の反応は正常. 頸動脈洞マッサージ: 仰臥位での右側10秒刺激にて, ふらつきを伴う30 mmHg の血圧低下を認め, 坐位での同様の刺激にて更に血圧の低下を認めた. 以上より, 血圧低下型の頸動脈洞症候群と診断し, 降圧剤の中止と頸部の伸展・回転などの頸動脈洞刺激を誘発する状況を避けるように指導し, 以後失神は認めていない.

6) 慢性関節リウマチの経過中に, 薬剤の関与が疑われる血栓性血小板減少性紫斑病を合併し, 血漿交換が有効であった一例

本田 譲・大嶋 智子
佐藤 暢夫・飯野 則昭
大淵 雄子・寺田 正樹
伊藤 聡・成田 一衛
西 慎一・中野 正明 (新潟大学)
鈴木 栄一・下条 文武 (第二内科)

60歳男性, 1999年12月間質性肺炎を伴う慢性関節リウマチ (RA) を比較的急速に発症. 2000年1月プレドニゾロン (PSL) 30 mg 内服で治療開始. サラズスルファピリジン (SASP) 併用で PSL 漸減し一時寛解

を得たが、4月肝障害で SASP を中止。メトトレキセト (MTX) 2 mg/週から 8 mg/週まで漸増、D-ペニシラミン (D-Pc) 100 mg/日から 300 mg/日に漸増し、PSL 17.5 mg/日で自覚症状ともに改善傾向であった。8月23日全身に紫斑が出現。血小板減少、溶血性貧血、軽度の腎障害を認め、さらに発熱、意識消失、全身痙攣をきたした。以上より血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) と診断し、血漿交換を計12回行い意識レベルは回復、検査データは前値に復した。PSL を 30 mg に増量し経過観察中である。

経過から薬剤あるいは RA に伴う TTP を疑ったが、RA の活動性は比較的落ち着いており薬剤の関与をより強く疑った。RA を伴う TTP ないし MTX, D-Pc による薬剤性 TTP はともに報告例は極めて少なく、興味ある症例と思われた。

7) 微小変化型ネフローゼ症候群を合併した肺腺癌の一例

丹羽 恵子・牧野 真人
新保 俊光・宮川 芳一
塚田 裕子・岡田 義信 (新潟県立がんセン)
横山 晶・栗田 雄三 (ター新潟病院内科)

70歳男性。平成11年2月に血痰で発症し、肺腺癌 (cT 2 M 0 N 0 stage I B) と診断。4月26日当院呼吸器外科で右下葉切除術が施行された。平成12年1月、胸部 CT にて両肺内に再発を認めた。2月8日より化学療法を開始し薬剤を変えて計5コース施行したが、腫瘍の縮小効果は認めず6月で化学療法を中止した。経過中蛋白尿は陰性、Cr 1.0 mg/dl で腎障害は認められなかった。7月下旬より、尿の泡立ち、浮腫を自覚。8月9日、TP 4.8 g/dl, Alb 2.2 g/dl, T-cho 403 mg/dl, Cr 1.3 mg/dl, 尿タンパク (3+) とネフローゼ症候群を疑われ、8月15日精査加療目的に入院した。尿蛋白量は 8.3 ~ 10.9 g/日で、Cr 3.5 mg と腎障害の進行を認めた。腎生検の結果、微小変化型と診断され、メチルプレドニゾロン 500 mg によるセミパルス療法を施行し、プレドニゾロン 40 mg の内服を開始した。尿蛋白量は減少、腎機能は改善した。現在プレドニゾロンを漸減し経過観察を行っている。悪性腫瘍に合併するネフローゼ症候群では、膜性腎症が多いとされている。本症例のように微小変化群を示す例はまれに興味ある一例と思われる。若干の文献的考察を加えて報告する。

8) 自己免疫性膵炎の二例

石本 結子・黒岩 敬
杉村 一仁・高橋 達
野本 実・市田 隆文 (新潟大学)
青柳 豊・朝倉 均 (第三内科)
新沢 秀範 (新潟通信病院)

【症例1】72歳、男性。2000年3月心窩部痛にて新潟通信病院を受診した。血中 Amy, γ -globulin, 肝胆道系酵素の上昇および Plt の低下を認め、腹部エコー、CT にてび慢性的膵腫大と総胆管下部狭窄、肝内胆管の拡張および脾腫を認めた。自己免疫性膵炎 (AIP) 疑いで、4/10当科紹介転院した。ERCP にてび慢性不整狭細像を認め、anti-carbonic anhydrase II antibody 陽性にて AIP と診断、ステロイド治療を開始した。徐々に膵は縮小し、膵によって圧排された脾静脈の血流が改善すると共に、脾腫も改善し、Plt も上昇した。

【症例2】78歳、男性。1997年3月、黄疸、灰白色便にて白根建生病院に入院、肝胆道系酵素の上昇と ERCP にて左右肝管と肝内胆管の不整狭窄硬化像を認め、胆管癌を疑われ当院第一外科に紹介入院した。しかし、UDCA 投与にて減黄された経過や画像所見より PSC を疑われ6/12当科転科となった。転科時、血中 Amy, γ -globulin, 肝胆道系酵素の上昇を認め、CT では初めて膵のび慢性腫大を認めた。また、ERP では膵体部を中心とした主膵管の不整狭窄硬化像を認め、腹腔鏡下肝生検では PBC や PSC 所見は認められなかった。以上より AIP と診断し、ステロイド治療を開始、膵は縮小し、胆管・膵管のび慢性不整狭窄硬化像はほぼ消失した。

血小板減少を伴う症例と胆管病変が先行した膵管狭細型慢性膵炎の2症例を経験した。貴重な症例と考え報告する。

9) Neoadjuvant 療法が著効した高度進行胃癌の三例

菊池 泰子・岩田 文英
近藤 大介・小澤 拓也
黒羽 高志・種田 宏司
三浦 充邦・山田 八郎
鈴木 善幸・徳永 慎吾
大崎 直樹・本田 康征 (佐渡総合病院)
服部 晃 (内科)

今回われわれは、Neoadjuvant 療法が著効し、治癒切除術が可能となった進行胃癌3例を経験した。症例1は、CDDP + 5FU 療法 (2クール) が著効し、原発巣、肝転移、リンパ節転移がほぼ壊死となっていた73歳