

第 226 回新潟循環器談話会

日 時 平成13年 2月10日 (土)
午後 3時～6時
会 場 新潟大学医学部
第五講義室

一 般 演 題 I

- 1) 一過性心房細動時に広範囲な ST 低下を認め、
冠動脈造影は正常であった狭心症の一例

小村 悟・大塚 英明
澤村 一司・尾畑 純栄 (新潟こばり病院)
宮北 靖・大島 満 (循環器内科)

【症例】63歳男性【主訴】前胸部圧迫感、胸部絞扼感
【職業】大工

【既往歴】20年前メニエール病【家族歴】特記事項なし

【現病歴】平成8年3月某病院にて一過性心房細動指摘、以後無治療。平成12年12月土砂崩れ現場修復のため連日肉体労働。12月20日帰宅後入浴し、飲酒(日本酒1合)。食器を片づけ台所から戻る途中で急に強い倦怠感出現、仰臥位となるが、左前胸部圧迫感、絞扼感、呼吸困難感が増強、家人の車で同院受診。血圧100/64mmHg、心電図にて心房細動 HR 130, I, II, III, aVf, V2-6でST低下(V4-5 max 3.0mm)を認める。NTG 舌下にて改善せず、当科搬送入院となる。【経過】当院到着時には症状消失(持続時間約3時間半)。心電図は心房細動 HR 110でST低下は消失。心エコー図で壁運動正常より、翌日冠動脈造影を施行した。冠動脈には有意狭窄を認めず、左室造影では後壁の一部で軽度壁運動低下、駆出率69%であった。max CPK 190 (MB15) だったが、トロポニン T 定性(+), 定量 0.19 ng/ml (正常<0.10 ng/ml)と軽度上昇を認めた。12月25日正常洞調律に復帰。12月30日エルゴノビン負荷試験:陰性であった。201 Tl, 123 I-MIBG DualSPECT では、両核種ともに後壁、後側壁に軽度 uptake 低下を認めた。過換気負荷および運動負荷心電図ともに有意 ST 変化を認めなかった。頭部 MRI 正常, 75gOGTT, 血中および尿中カテコラミン 3 分画, VMA, freeT3, T4, TSH 全て正常であった。

【冠危険因子】喫煙(15本/日)のみ【考案】経過より自律神経の関与も疑われる虚血性のイベントと考えられ

たが、冠スパズムや一枝の血栓性閉塞は否定的であり、また運動負荷心電図陰性より syndrome X または microvascular angina の概念とも異なる病態と考えられた。

- 2) 明らかな血行動態の変化なく脳虚血を起こした急性冠症候群～心脳卒中について～

佐々木夏恵・尾崎 和幸
畑田 勝治・堺 勝之
高橋 和義・三井田 努 (新潟市民病院)
小田 弘隆・樋熊 紀雄 (循環器科)

今回我々は脳虚血と心筋虚血を同時に発症した(いわゆる心脳卒中)4症例を経験したので報告する。

症例1は60歳男性。S52異型狭心症を疑われて入院し、S61心臓カテーテル検査にて冠動脈の狭窄はなし。その後異型狭心症の内服療法をしていた。

H12. 3. 14午前中に、呼吸困難感、胸痛あり。午後パチンコ屋に出かけて店内通路で、意識消失し倒れているところを店員が発見。店内での意識は JCS-1、構語障害があった。神経学的所見は左眼内転障害、失調。心電図は洞調律で ST 上昇を V1-6 に認めた。心エコーは、前壁中隔が壁運動低下、頭部 CT では明らかな出血や梗塞はなし。緊急カテーテル検査にて LAD#6 に99%TIMI-II 血栓像があり、ウロキナーゼ96万単位で溶解後、ステント植え込みを行った。第1病日、左片麻痺出現。第2病日、頭部 CT で脳幹、小脳に LDA が認められた。

症例2は42歳男性。H4. 11初旬より、寒い日の朝に、1分間の胸痛あり(1回/週)。H5. 2. 4激しい胸痛が15分間あり。この頃より朝方の胸痛が起こる時に右半身の一過性の錯覚が出現。2. 14当院神経内科にて神経学的所見異常なし。15日午後4時、右半身の一過性の錯覚が出現し、某病院を受診。その際、V12でST上昇を伴う一過性の胸痛が出現した。午後8時に当院受診するも、神経学的所見異常なし。2. 24よりホルター心電図を装着し、25日午前5時10分にST上昇を伴う胸痛が10分間出現。午前6時より言語障害、右片麻痺出現し、脳梗塞にて当院入院した。CTにて Lt-temporal～insular region を中心にごくわずかな LDA が認められた。MRI では左の前大脳動脈と中大脳動脈領域とその境界域も含んだ梗塞巣あり。脳血管造影では左サイフォン部から中大脳動脈分岐部まで狭窄がみられた。2月26日心エコーは壁運動正常であった。(心腔内血栓は認めず)Ca拮抗剤と硝酸剤服用にて胸痛発作は消失