

## 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 (新潟こぼり病院)  
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

し、2ヶ月後の冠動脈造影は有意狭窄なく、左室造影は壁運動正常であった。

### 3) DDD ペースメーカーを植え込んだ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】58歳、冠攣縮性狭心症の診断を受ける。62歳、高血圧の内服開始。【現病歴】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、前駆症状なく突然失神きたし、胸部や腰部打撲。精査のため入院。

【現症】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】ホルター心電図：徐脈・頻脈なし。Head-up tilt 試験：Isp 負荷を含めて陰性。運動負荷試験：脈拍・血圧の反応は正常。頸動脈洞マッサージ試験：10秒間の右側刺激にて、3.5秒の心停止と50mmHg以上の血圧低下を認め、アトロピン静注後に反応は消失した。AAIモードでは2:1房室ブロックを伴った血圧低下、VVIモードでも血圧低下を認め、DDDモードにて血圧の低下は抑制された。DDDペースメーカーを植え込んだ後は失神は認めていない。

### 4) 不整脈焼灼術を施行した洞不全症候群の2例

鈴木 薫・伊藤 英一 (県立新発田病院)  
中川 巖・田辺 恭彦 (循環器科)

症例1：I.W 76才 女性

主訴：動悸、眩暈

病歴と経過：平成9年11月頃より歩行時に動悸が出現した。運動負荷試験で150/分のPATが出現し、セロケン投与で症状は消失した。11年9月頃より安静時に眩暈出現し、5秒前後の洞停止多発の為、当科に入院した。セロケン中止後洞停止は3秒前後となったが、歩行でPAT多発。リスモダン、アスペノンでも5秒前後の洞停止が多発した。薬剤によるSSSの悪化と考え、PATにRF施行。右房後壁の最早期興奮部分に通電し、PATは停止し、誘発も不能となった。RF後無治療で経過観察したが、症状は出現していない。

症例2：H.S 17才 男性

病歴と経過：平成12年春頃より動悸、眩暈が出現した。平成12年7月当科受診し、ホルターで200/分のN-QRSと250/分のW-QRS頻拍と停止時の4秒の洞

停止。7月20日動悸が持続する為受診、240/分のN-QRSと250/分のW-QRS頻拍混在。W-QRS時ワソラン1/2AIVで130/分のN-QRSに移行(P:V=2:1)し、PAIVでP rateは130/分に低下後停止した。リスモダン、ワソランで240/分のPAT多発。セロケンでPATは150/分となるも停止時に5秒の洞停止多発。PFOからLAにカテを入れ、最早期興奮部分の通電でPATは停止し、誘発も不能となった。洞調律の維持で洞停止は出現しなくなり、現在無治療で症状は出現していない。

## 一般演題II

### 1) 心不全で初発し虚血性心疾患を合併したアミロイドーシスの一例

杉浦 広隆・山浦 正幸 (燕労災病院)  
宮島 静一 (循環器内科)  
山田 尚志 (同 消化器内科)  
広川 陽一 (三之町病院 内科)  
西倉 健 (新潟大学 第一病理)

【症例】76歳、男性【主訴】労作時息切れ【既往歴】高血圧、胃潰瘍、腰痛で加療。【現病歴】'00年9月5日労作時息切れと胸部圧迫感を主訴に三之町病院を受診。心不全の診断で加療し症状は軽快した。10月26日突然めまいが出現、精査目的で当科紹介転院された。【経過】来院時洞徐脈と洞停止であったため、一時ペーシング挿入後加療した。数日の経過で症状軽快・洞調律となった。心エコー図で求心性左室肥大を認めた。心臓カテーテル検査では、冠動脈三枝病変、左室前壁～中隔の壁運動低下、洞機能不全、房室伝導障害を認めた。虚血性心疾患による心不全と考え心内膜心筋生検は行わなかった。恒久的ペースメーカー埋込術を施行した。その後肝生検にてアミロイドーシスと診断された。心不全を繰り返し、1月6日永眠された。剖検では心筋へのアミロイド沈着と冠動脈に動脈硬化性病変を認めた。

【考察】心アミロイドーシスは、その管理に特別な配慮が必要な疾患であるが、その一方で生前診断が困難な疾患である。刺激伝導障害を伴う心肥大症例では、生検を積極的に行い診断を得る努力が必要であると考えられた。