
 学 会 記 事

第 224 回新潟循環器談話会

日 時 平成12年 9 月 23 日 (土)
午後 3 時 ~ 6 時
会 場 新潟大学医学部
第 5 講義室

I. 一 般 演 題

1) 繰り返す異型狭心症発作により, 心筋梗塞と広範な壁運動低下をみた一例

工藤 路子・皆川 史朗 (新潟県立中央病
院循環器科)
小川 理・政二 文明 (新潟県立中央病
院循環器科)
古寺 邦夫・福永 博 (新潟労災病院
内科)
高野 諭 (高野内科循環器
科クリニック)

症例は65歳男性。冠動脈危険因子は喫煙歴20本/日。1995年および1996年に狭心症精査のため冠動脈造影を施行。器質的狭窄は認めないが、アセチルコリン負荷にて房室結節枝と回旋枝入口部の冠攣縮を認めた。異型狭心症と診断され薬物治療を行うも、内服コンプライアンス不良で発作はコントロールされていなかった。2000年6月30日、胸部圧迫感出現。通常と異なり、発作が寛解しないため、近医受診。心電図上、II、III、aVFのST上昇があり、亜硝酸剤の持続点滴にても改善せず、当院紹介。心筋逸脱酵素の上昇をみた。緊急冠動脈造影を施行。回旋枝入口部は閉塞するも硝酸イソソルビドの冠注で前回造影時と同様の状態に拡張し、冠攣縮と診断した。左室壁運動はびまん性に低下していたが、特に回旋枝領域で高度であった。本症例は繰り返す異型狭心症発作により急性心筋梗塞と壁運動の低下をきたしたものと考えられた。

2) 心外膜炎より心筋炎に波及した症例

— 心筋炎は心外膜側から起こるのか —

山浦 正幸・小田 弘隆
田辺 靖貴・高橋 和義
堺 勝之・三井田 努 (新潟市民病院)
榎熊紀雄 (循環器科)

症例：43歳，男性。5年前より鬱病にて近医を受診。3月頃から感冒様症状あり37℃台の微熱を繰り返していた。6月6日より38℃台の発熱，体位変換時の胸痛を訴え6月7日近医を受診した。心電図にてII，III，aVF，V4-6のST上昇を認めたが，心エコーにて壁運動異常なく心外膜炎と診断された。6月9日同院再受診時，心電図は右脚+左脚前枝ブロックとなっており心筋炎が疑われた。同日22時，意識消失発作，嘔吐あり救急車にて当院来院。

入院時所見：血圧98/69mmHg，心拍数80～120/分，意識清明，肺野にラ音，喘鳴を聴取せず。心雑音，心膜摩擦音なし。心電図：三束ブロック（右脚+左脚前枝ブロック+I度房室ブロック），V3-6の陰性T波。記録中に完全房室ブロック出現。胸部単純X-p：肺血管陰影の軽度増強。

入院後経過：一時ペーシングカテーテルを挿入し，心臓カテーテル検査を施行した。冠動脈に異常を認めず，LVGでは左室心尖部の壁運動低下を認めEF50%と軽度低下していた。LVEDP 25mmHg，RVEDP 18mmHgと左右心室の拡張期圧上昇を認め，心拍出量はC.I. 1.78 L/min/m²と低下していた。心筋生検にて心筋の変性・壊死とびまん性のTリンパ球浸潤を認め，ウイルス性心筋炎と診断した。宗教上の理由により血液製剤は使用できず，一時ペーシング，IABP，PDE阻害剤，カテコールアミンによる治療を開始したが，心エコー上前壁中隔から心尖部の壁運動低下が進み，6月12日肺うっ血による低酸素血症のため人工呼吸管理とした。同日夕方よりA-V伝導が回復し，徐々に心機能の改善をみた。max CPK 3192，CPK-MB56。心不全改善後の心筋シンチでは，Ga，Tcのuptakeはなく，全体的に不均一なTl uptakeの低下を認めた。またMIBGの取り込みは全く認めなかった。ウイルス抗体価よりコクサッキーウイルス感染症と考えられた。

考察：本症例は心外膜炎から心筋炎を発症したと考ええてよいのか，また炎症の進展がウイルスの直接浸潤なのかウイルス血症によるものかを疑問に思い，症例を呈示した。