

を簡単にまとめたので、御評価御意見をいただきたい。

今後はさらに技術の蓄積を重ねるとともに、適当な症例があれば躊躇せず TRI を施行し、ゆくゆくは急性心筋梗塞も TRI でと考えている。

4) 初期診断が困難だった SLE による急性心外膜炎の1例

江部 和人・永井 恒雄
藤田 俊夫・江部 克也(長岡赤十字病院)
脇屋 義彦・佐伯 敏子(内科)

急性心外膜炎の原因として臨床的にはウイルス性、悪性新生物などが多いが、今回、我々は理学所見上、明らかな膠原病の特徴に乏しく、血液検査にて初めて SLE による心外膜炎と診断され、ステロイド治療により改善した症例を経験したので報告する。症例は25歳女性。十二指腸潰瘍の既往あるも、家族歴なし。平成10年12月中旬より発熱、胸痛を自覚。近医より感冒として治療されるも改善せず、12月21日、当院外来を受診。胸部レ線の心拡大、心エコー検査の心嚢液貯留、血液検査所見などから心外膜炎の疑いで入院した。血圧 102 mmHg、脈拍 100/分、整。体温38℃。軽度貧血あるも顔面に紅斑無く頸部リンパ節腫大あり、心膜摩擦音聴取。肝脾腫や下腿浮腫無し。血液検査で著明な血沈の亢進、免疫グロブリンの増加、抗核抗体陽性などから初めて膠原病が疑われ、免疫学的特殊検査などから SLE と診断された。ステロイド治療により多量的心嚢液は速やかに消失した。

第57回長岡地区循環器懇話会

日時 平成11年7月16日(金)
午後7時～9時
場所 厚生連長岡中央総合病院
健診棟 4階 講堂

症例検討

今回は、症例発表でなく、“呼吸困難”の4症例を検討しました。日循総会の教育セッション(症例検討)の形式で、病歴→心電図→胸部 X 線→心エコー→・・・と順に、下記の4人の循環器専門医で検討。

矢澤 良光(県立六日町病院内科)
石黒 淳司(立川総合病院循環器内科)
永井 恒雄(長岡赤十字病院内科)
佐伯 牧彦(厚生連長岡中央総合病院内科)

* 司会および症例呈示: 土田 桂蔵
(土田内科循環器科クリニック)

第1例 50才男性。“動悸・夜間呼吸困難あり、紹介にて当院初診”

土田 桂蔵(土田内科循環器科
クリニック)
佐伯 牧彦(厚生連長岡中央綜
合病院内科)
小玉 誠(新潟大学第一内科)

【病歴】平成5年より高血圧症。発作性心房細動・アルコール性肝障害で近医通院。平成9年3月25日より心房細動の発作頻回となり、26日夜、呼吸困難(起坐呼吸)のため眠れず。翌27日紹介にて当院初診。酒5合/日。

【現症】血圧 110/68、脈拍約 120/分不整、心；収縮性雑音 1/6、肺；ラ音(-)、呼吸音正常、肝；2横指、浮腫(-)

【心電図】心房細動・iRBBB・左軸変位・時計方向回転

【胸部 X 線】心拡大(CTR 65%)・肺うっ血・軽度胸水。

【心エコー】DCM pattern (LVD 74, EF 0.26)・MR(++)

(検討)

CHF due to DCM (alcoholic?) 疑い、中央病院に入院

【血液・尿検査】 γ GTP94以外異常なし(CPK など正常)

【ホルター心電図】PVC9連発(Torsade de points 様)

【心筋シンチ】I-123, Tl-201とも、び慢性の欠損あり。

【心臓カテーテル検査】①CO 3.89, PA22/8 ②LV G: EF 0.21, EDVI 123, MR II° ③CAG: normal coronary.

【心筋生検】①心内膜肥厚 ②心筋細胞の変性・壊死 ③心筋細胞の肥大 ④間質の繊維化著明 ⑤炎症細胞浸潤(-)

【診断および経過】DCM(拡張型心筋症)と診断。 β blocker・ACEIの投与および入院安静にて軽快して退院