

## 5) 当院における異型狭心症の検討

五十嵐 仁・鈴木 薫 (県立新発田病院)  
木戸 成生・熊倉 真 (内科)

我々は、過去10年間に経験した異型狭心症24例について検討した。

症例は、男23人、女1人で、年齢は、38歳から75歳であった。全例に胸痛発作時 ST 上昇を認め、4例に失神などの神経症状を認めた。冠動脈造影を施行された17例中、有意狭窄を認めたのは2例であった。心電図変化では、II III aV<sub>F</sub> で上昇を認めたのは13例、V<sub>1</sub>~V<sub>6</sub> で上昇を認めたのは5例、I aV<sub>L</sub> V<sub>5</sub> V<sub>6</sub> での上昇は1例、2回の発作で異なった領域で ST 上昇を認めたものは2例だった。発作時心電図でブロックを認めたものは4例で、II III aV<sub>F</sub> での ST 上昇例は2例であった。また、神経症状出現例についても検討した。

## 一 般 演 題

## 1) 心嚢液貯留と左室壁の肥厚を伴った先天性甲状腺機能低下症の1例

古川 浩一・岡田 義信 (県立がんセンター)  
堀川 紘三・佐藤 幸示 (新潟病院 内科)  
筒井 一哉 (新潟病院 内科)  
金沢 裕 (新津医療センター)

症例：36歳、男性。主訴：呼吸困難。昭和59年2月20日扁桃炎にて近医受診。その際甲状腺機能低下、心拡大を指摘されたが無治療にて経過した。平成1年6月8日呼吸困難にて他院に入院した。同年6月16日に当科転院した。入院時、全身の粘液水腫、血圧120~150/80~110、脈拍56、心音減弱。入院時検査所見で、胸部X線写真上心肥大(CTR 90%)、心電図上軽度LVHを認めるほか低電位等の異常なし。FT4 0.2ng/dl 以下、FT3 0.5 pg/ml 以下と低下。TSH 320μU/ml と上昇を、又<sup>131</sup>I 甲状腺シンチでは舌根部に集積を認めた。心エコーにて非閉塞性肥大型心筋症様、左室壁のびまん性肥厚、心嚢液の貯留、及び心機能の著しい低下も認められた。以上より本症を36歳まで無加療であったため心不全症状を呈するまでに至った粘液水腫心合併の異所性甲状腺によるクレチン症と診断した。T4 補充療法を開始後、約3カ月にて症状、心機能の改善、心嚢液の消失を認めた。甲状腺機能低下症による、二次性心筋疾患として肥大型心筋症様の形態を呈し、典型的な粘液水腫心で、加療により改善をみた希少な症例であり報告する。

## 2) 川崎病心筋梗塞例(3例)における経時的冠動脈造影所見

竹内 衛・大竹三津雄 (立川綜合病院 小児科)  
佐藤 誠一 (国立療養所新潟病院内小児科)  
佐藤 勇・福島 英樹 (新潟大学医学部 小児科)  
郡司 哲己・藤島 暢 (中央綜合病院 小児科)  
雅楽川 隆 (上越綜合病院 小児科)

3例とも右冠動脈の閉塞による急性心筋梗塞をきたした川崎病既往児の経時的冠動脈造影所見を呈示する。夫々の症例は、女児1例、男児2例で、川崎病罹患は5ヶ月、3歳、8歳時であった。各々の心筋梗塞発症は29病日、3年3ヶ月後、2年6ヶ月後であった。各々の症例に対し、1月から6年の間に2回の冠動脈造影を行ない、2回目の造影で側副血行路の消失、軽減と閉鎖箇所を再疎通を認めた。

## 3) 小児期無症候性心筋梗塞

当科で経験した川崎病症例での検討

佐藤 勇・福島 英樹 (新潟大学医学部 小児科)  
竹内 衛 (立川綜合病院 小児科)

狭心痛は心筋虚血の発症を知らせる重要な症候である。しかし最近、自覚症状のない心筋虚血いわゆる無症候性心筋虚血の存在することがわかってきた。小児科領域でも川崎病に代表される小児期の虚血性心疾患でその存在が知られてきている。当科で経過観察している川崎病症例で検討をおこなった。

【対象】対象は当科および新潟こばり病院で心臓カテーテル検査、冠動脈造影を施行したのべ116例である。カテーテル検査の適応は、a) 2DE で冠動脈拡大性病変および心合併症が疑われたもの b) 発症より年数が経ており、2DE による evaluation が充分でないと考えられたもの c) 家族の希望があったものとした。

【結果】116例中冠動脈病変が認められたものは48例であった。このうち3例に冠動脈完全閉塞が認められた。3例中2例では冠動脈造影施行時に完全閉塞後の再開通と考えられる segmental stenosis が認められた。この2例では、川崎病発症から冠動脈造影までに4年~2年を経過していた。またこの間、心筋梗塞を思わせる症状は認められなかった。他の1例は7ヶ月の男児で、初回造影時に左冠動脈回旋枝に冠動脈瘤が認められた。1年後の再造影では同部位での完全閉塞がみられた。この間

特に症状は認められていない。

以上の症例について報告する。

4) AVR (IE による AR) 後の PVE に対して Translocation 法を施行した 1 治験例

香山 誠司・土田 昌一  
諸 久永・小熊 文昭 (新潟大学)  
林 純一・上野 光夫 (第二外科)  
大関 一・江口 昭治

症例が50才男性。IE による AR の診断で、感染が難治性で心不全の増悪のために、昭和63年4月13日、某病院で緊急手術 (AVR: B-S 23mm) を施行した。術後経過は良好で、9月中旬まで抗生剤の点滴静注を続け、

以後経口投与に変え、11月30日退院となった。

本年3月頃より、全身倦怠感が出現し、心エコーにて AR が認められ、さらに CRP が強陽性となり PVE と診断された。種々の抗生剤投与を受けるも難治性のために当院第一内科に入院となった。

その後、CRP は陰性化せず、7月頃より心エコー上 II 度の MR, severe TR が認められ、さらに肝機能の低下に加え浮腫も認められるようになり、内科的治療の限界と考えられ手術目的に当科に転科した。

10月24日、Translocation 法による AVR+TAP (De-vega 法) を施行した。

今回は、手術手技を中心に供覧する。