

第 264 回新潟循環器談話会

日 時 平成 22 年 9 月 11 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 急性肺水腫を契機に診断された腎血管性高血圧症の 1 例

阿部 暁・杉浦 広隆・樋口浩太郎
大塚 英明
新潟県厚生農業協同組合連合会
新潟医療センター循環器内科

症例は、57 歳、男性。

【主訴】呼吸困難。

【現病歴】2010 年 7 月 1 日から夜間呼吸困難を自覚、7 月 4 日起坐呼吸を呈し来院。血圧 210/110mmHg、胸部レントゲンにて肺うっ血を認め、うっ血性心不全の診断で入院した。心エコーでは左室径 53/44mm (EF35%) でびまん性の壁運動低下を認めた。亜硝酸剤、利尿剤投与で肺うっ血は改善したが、降圧のためテルミサルタン 20mg 内服を開始したところ、過度の収縮期血圧低下がみられ、無尿・クレアチニン上昇をきたした。心電図にて新たに V2-V6 に陰性 T 波が出現し、虚血性心疾患を疑ったが 7 月 6 日の冠動脈造影では有意狭窄病変なく、大動脈造影にて右腎動脈 75% 狭窄、左腎動脈閉塞を認めた。腹部エコーでも右腎動脈血流速度 330cm/秒と有意であり、両側腎動脈狭窄による腎血管性高血圧症と考えられた。12 日右腎動脈に対し PTRA を施行、Palmaz-Genesis ステンツ (6.0 × 18mm) を留置した。入院時のレニン活性およびアルドステロン値は 72.6ng/ml/h, 133.7ng/dl であったが術後 3 日目には 3.3ng/ml/h, 12.0ng/dl まで低下した。術後 Ca 拮抗薬、ARB、選択的アルドステロン拮抗薬の併用で血圧コントロールを行い 7 月 23 日退院。急性左心不全の発症、画像所見および生化学所見

から腎血管性高血圧 (RVH) の診断がなされ、PTRA の適応と判定された症例である。術後 1 ヶ月目の心エコーでは左室径 60/48mm (EF39%) と明らかな改善はみられておらず、今後長期にわたる観察が必要と思われる。

2 経皮的心肺補助法 (PCPS) 合併症を含め全身管理に苦慮した劇症型心筋炎の 1 例

田川 実・高橋 一也・中村 裕一
落合 幸江・渡邊 雅貴*・目黒 昌**
高田 琢磨***・小玉 誠****
相澤 義房****
長岡中央総合病院循環器内科
国立循環器病センター心臓血管内科*
長岡中央総合病院心臓血管外科**
同 腎内科***
新潟大学大学院医歯学総合研究科
循環器分野****

症例は 46 歳、男性。数日前より感冒様症状を認め、近医で内服治療を受けたが、平成 22 年 2 月 6 日夕方より呼吸困難が出現し、当院救急外来を受診した。胸部 X-P 上心拡大 (CTR = 66%) と両肺鬱血著明で、心臓超音波検査 (UCG) で心機能低下著明 (EF = 18%) であった。救急外来で直ちに心不全治療を開始したが、呼吸状態の急激な悪化を認め、無脈性電気活動 (PEA) となった。心肺蘇生処置を行いながら、気道確保、IABP を挿入した上で、劇症型心筋炎を疑い心臓カテテル検査を施行した。冠動脈に有意狭窄を認めず、左室でびまん性の壁運動低下を確認し、心筋生検を施行した。PCPS を挿入後、入院した。入院時、ペーシングリズムで、BP 60mmHg 台、心係数 (C.I) = 0.5 ~ 0.7 l/min/m², FiO₂ 100% で Pco₂ 34.9mmHg, Po₂ 56.3mmHg であった。また、肝機能障害と DIC の合併を認めた。免疫グロブリン療法 (1 g/Kg/day × 2day) を開始するとともに、全身管理を行った。利尿は良好で、その後自己波は再開し、PO₂ の改善と胸部 X-P で心拡大と肺鬱血の改善を認めた。C.I も 2.0 前後まで次第に改善してきたが、UCG で EF = 10 ~ 15% 前後の状態が遷延していた。2 月 9 日夜半より