

## 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tent (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/m<sup>2</sup>, FiO<sub>2</sub> 100% で Pco<sub>2</sub> 34.9mmHg, Po<sub>2</sub> 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、PO<sub>2</sub> 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

PCPSの酸素化の低下を認め、回路交換後から少しずつ血圧とC.Iの低下を認めた。低心機能が遷延しているのに加え、回路交換後よりPCPSとIABP挿入部よりの出血が著しく、失血による増悪が考えられた。止血処置と連日の輸血・アルブミン製剤の補充をしたが、2月14日には一時BP 80～90台、C.I 0.7～0.9まで悪化した。PCPSとIABP挿入部を縫合して出血を減らし、輸血を行うとともに、ドパミン、ドブタミンとミルリノンの持続点滴(0.125 $\mu$ )を併用し、その後C.I 3.5～4.8まで改善した。2月17日PCPSを抜去した。術後に腎機能増悪とKの上昇を認めた(BUN 18.2, Cre 1.81→BUN 40.4, Cre 4.08, K 6.8)。コレステロール塞栓症が疑われた。補液管理に加えステロイド治療を行い、腎機能の改善を認めた。2月19日にIABPを抜去し、2月22日人工呼吸管理から離脱出来た。その後の経過は順調で、心臓超音波検査でも次第に心機能改善を認め(退院時LVEDd = 5.2cm, EF = 61%)、平成22年4月1日当科退院した。PCPS挿入中の刺入部からの出血やPCPS抜去後にコレステロール塞栓症を疑わせる腎機能の悪化等の合併症を認めたが、対処することで救命することが出来た劇症型心筋炎を経験したので報告する。

### 3 上大動脈にフィルターを留置し、血栓吸引、抗凝固療法を行って改善したPaget-Schroetter症候群の1例

畑田 勝治・今井 俊介・松原 琢  
信楽園病院循環器内科

【はじめに】特発性で上肢深部静脈血栓を生じるPaget-Schroetter症候群は比較的まれなものであるが、その治療に関しては確立していない。今回右鎖骨下静脈に生じた血栓に対して上大静脈に留置したフィルターが有効であった症例を経験したので報告する。

症例は61歳、男性。自動車のタイヤ交換を行う際に狭いスペースでジャッキアップをするとき腕立て伏せのような動作を繰り返した。翌日、右上肢の違和感および腫脹が出現したため、

近医整形外科を受診。精査のため当科を紹介受診した。外来でのCT検査にて右鎖骨下～内頸静脈合流部に血栓閉塞を認めた。肺塞栓を合併する可能性があると考えられ、上大静脈ヘチューリップフィルターを留置し、その間から9Fシースにて血栓吸引療法を施行した。赤色血栓、大量の白色血栓を吸引、血流の改善を得た。血栓遺残があったため、ウロキナーゼ6万単位/日一週間、ヘパリン、ワーファリンによる抗凝固療法を行ったところ、上腕の腫脹は消失し、CTにて血栓の縮小が確認された。2週間後にフィルターを抜去したところ、フィルターに白色血栓が捕らえられており、有用と思われた。

【考察】上肢深部静脈血栓の原因としては悪性疾患の合併、医療用具の留置<sup>1)</sup>によるものが多いと報告されているが、明らかな誘引なしに発症する鎖骨下静脈血栓症をPaget-Schroetter症候群と呼ばれる。多くの場合上肢の運動後に発症することが多いと報告されている。原因としてcostoclavicular spaceの狭小化に加え、上肢の繰り返される運動が静脈内膜の損傷、静脈の狭窄を生じ血栓形成するとされている。この血栓症による肺塞栓の発症も報告され、その頻度は1～10%とされており<sup>2)</sup>、その加療は重要である。その予防として、上大静脈血栓症に対するフィルター留置の有効性にevidenceはないが、今回の症例では白色血栓が捉えられており、肺塞栓の予防には有効であったと考えられた。

- 1) Michal DB, Core JF, et al: Upper extremity deep venous thrombosis - underdiagnosed and potentially lethal. Chest 103: 1887 - 1890, 1993.
- 2) Eklof B: Les thromboses veineuses axillo - sous - clavieres. In: Les syndromes de la Traverse Tracobrachiales. AERCV, Paris, p189 - 194, 1989.