

5.7ng/mlと低値であり、CAL一群のうち急性期を過ぎた後に重度ARを指摘された症例が14.4ng/mlと高値を示した。また、LR11と動脈硬化関連因子との検討で、LR11と高感度CRPに有意な正相関を認めた。2)急性期症例：7か月、男児、 $\gamma$ グロブリン不応例で冠動脈後遺症(左冠動脈に4.5mmの瘤)を認めた。LR11は4病日の時点で24.8ng/mlと著しい高値を示し、急性期を過ぎた35病日でも20.9ng/mlと高値が持続した。

【考察】川崎病遠隔期症例では、高頻度に血中可溶性LR11高値を認め、特に冠動脈病変を有する症例でその傾向があった。川崎病急性期から内膜下に遊走した活性型平滑筋細胞が慢性期においても残存し、内皮機能障害を引き起こすことが、川崎病心血管後遺症ガイドラインにも述べられている。今後、症例を蓄積することで川崎病急性期、遠隔期の血管障害のバイオマーカーとしてLR11の有用性が期待される。

## 5 複数の医療機関を経て10種類の内服薬を服用し5年かけて確定診断に至った拡張不全の1例

大倉 裕二・岡田 義信

県立がんセンター新潟病院内科

【背景】左室収縮機能の低下はEF<50%というわかりやすい診断基準がある。そのため多くの症例が大規模臨床試験にエントリーされ、それらのエビデンスに基づいた治療が確立されている。一方、拡張機能障害については診断基準が複雑なため、一部の専門医により症例が見出されているに過ぎず、エビデンスも少ない。高齢化とともに拡張機能障害患者は増加し続けており、診断も治療もされないまま、不調を訴え次々と医師を変える「漂流患者」が存在する。われわれは、狭心症や気管支喘息と診断され、気管支拡張薬をはじめ多くの薬を服用しつつ、5年間複数の医療機関を転々とした患者を経験したので報告する。

症例は83歳、女性。高血圧の既往がある。平成14年(78歳)歩行時の息切れと胸部圧迫感を自覚。近くのA医院で狭心症と診断されISDN、ニ

フェジピン、ニコランジル、サイアザイド、トラセミドが処方されたが軽快しなかった。平成16年(80歳)B院で心臓カテーテル検査を施行。狭心症は除外されたため、近くのC医院で気管支喘息と診断。テオフィリンが追加され増悪時には吸入治療が施行された。歩行時の喘鳴を伴う息切れ、発作性夜間呼吸困難、夜間咳嗽が続き、平成20年5月(83歳)当院呼吸器内科を受診。この時には、エナラプリル、プロプラノロール、ファモチジン、スルピリドが加わり内服は10種類になっていた。喘鳴があったが喀痰細胞診で好酸球の増多がなく、心臓喘息が疑われ当科に入院した。入院後、全ての薬剤を中止。第3病日に喘息様症状は軽快した。NT-pro BNPは1274pg/mLに上昇、心エコーではEF73%だったが、左室の求心性肥大(中隔厚1.4cm)左房径5.1cm、E/e'11.5、E/A0.4と拡張機能障害の特徴を示したため、拡張不全と診断した。退院後、フロセミド、オルメサルタン、アゼルニジピンの3剤のみで血圧と体重管理を行っているが、NT-pro BNPは823pg/mLに改善し病状も安定している。症状が現れても冷静に対応できるようになり、高齢ではあるが自立した生活を送っている。

【考察】慢性心不全と診断されたことで、治療へのコンプライアンスが改善すると考えられた。

【結語】高齢化とともに拡張不全を的確に診断する必要性に迫られていると思われる。

## 6 Dip and plateau型右室圧波形を呈した重症右心不全

小幡 裕明・林 由香・伊藤 正洋

塙 晴雄・小玉 誠・相澤 義房

竹久保 賢\*・林 純一\*

土田 圭一\*\*・小田 弘隆\*\*

新潟大学大学院医歯学総合病院

循環器学分野

同 呼吸循環器外科分野\*

新潟市民病院循環器科\*\*

Dip and plateau型の右室圧波形は高度の充満障害を示し、収縮性心膜炎に特徴的な所見である。我々は収縮性心膜炎の所見を有さず、右室圧所見

が Dip and plateau 型を示した 2 例を経験した。

〔症例 1〕66 歳女性で、大動脈弁狭窄症と僧帽弁狭窄症に対して二弁置換術を施行され 28 年が経過していた。三尖弁閉鎖不全からの右心不全が徐々に増悪し、下肢浮腫や肝腫大、さらに胃静脈瘤や黄疸の出現を認めたため、再手術の適応検討目的に当院へ入院した。

〔症例 2〕57 歳男性で、中学生の時より息切れを自覚していたが検査を受けず、未治療のまま約 40 年が経過した。47 歳時に、息切れや浮腫が増悪したため近医にて精査を受けたところ Ebstein 奇形を認められた。利尿薬やジギタリス製剤の投与を受けたが、右心不全が徐々に進行し重症化、下肢浮腫や肝腫大に加えて cachexia を呈するようになり手術療法を含めた精査・加療目的に当科へ入院した。

いずれの症例も心臓カテーテル検査において、右室圧波形が Dip and plateau 型を示していた(右室圧～症例 1 : 42/0/EDP 15mmHg, 症例 2 : RV 40/6/EDP 22mmHg)。しかし、典型的な収縮性心膜炎の所見は認めず、むしろ著明な心拡大を伴っていた。また拘束性心筋症を呈する疾患の合併も認められなかった。本現象は心臓が限界まで拡張した結果、右室充満障害として現われた可能性が考えられる。これらの重症右心不全例について若干の考察を加えて報告する。

## 7 治療に難渋した収縮性心膜炎の 1 例

滝澤 恒基・佐藤 裕喜・佐藤 正宏  
上原 彰史・杉本 努・山本 和男  
吉井 新平・春谷 重孝

立川総合病院心臓血管外科

症例は 6 年前に食道癌術後放射線治療を受けた 62 歳の男性。発熱、胸痛、呼吸苦を主訴に搬送され、心タンポナーデと診断。穿刺による心嚢ドレナージ後、循環器内科に入院した。CT で食道-胃吻合部潰瘍心嚢穿孔による化膿性心膜炎、縦隔炎と診断され、剣状突起下切開による心嚢ドレナージを行なった。

内科的治療を施したが、感染のコントロールが

つかず、また収縮性心膜炎を来し、LOS からの脱却が困難となったため、入院 1 ヶ月後に左開胸下による心膜切除術を施行した。食道-心嚢瘻は縫合閉鎖困難のため心臓と生理的組織接着剤で接着し閉鎖した。

術後感染コントロールは良好となったが、右心不全軽快せず、3 週間後に左第 3～6 肋骨部分切除を含めた再心膜切除術を施行した。術後 12 日目に人工呼吸器から離脱し、13 日目にはカテコラミンを中止できた。胃瘻を造設し術後 113 日目にリハビリ病院に転院した。

## 8 感染性心外膜炎に起因した胸部大動脈瘤の 1 例

橋本 喜文・堺 勝之・飯嶋 賢一  
廣野 崇・田村 雄助・福田 卓也\*  
曾川 正和\*・諸 久永\*  
済生会新潟第二病院循環器内科  
同 心臓血管外科\*

症例は 58 歳、男性。

【既往歴】1991 年より糖尿病。1997 年、末梢動脈疾患にて左第一趾を切断。

【現病歴】2007 年 10 月末頃より軽い動悸と倦怠感があった。近医を受診し、発熱と発作性心房細動を認めたため某病院を紹介されたが、受診時には洞調律であった。5 日後、倦怠感が持続したため某病院を再受診した。心房細動に対してプロカイナムを点滴静注され洞調律へ復帰した。白血球増多、胸部レ線上の CTR 拡大、心エコーにて著明な心嚢液貯留を認めたため同日当科に紹介入院となった。心嚢穿刺を施行したところ心嚢液は膿状であったが培養は陰性で、明らかな悪性細胞はなかった。感染性心外膜炎と診断してドリペナム 0.5g/day を 15 日間使用し解熱した。心嚢ドレーンは心嚢液約 600ml を排液した後抜去した。胸部～骨盤腔 CT では心臓外に明らかな感染源は認められなかった。CRP 等の炎症所見も軽快し、心嚢液の再貯留や発熱もなく入院第 27 病日に退院した。以後当科外来にて経過観察していたが感染性心外膜炎の再発の兆候はなかった。発症より約