

8 虚血に起因した繰り返す心不全に対し準緊急 PCI を施行し回復し得た慢性腎不全の1例

今野 卓哉・末武 修史・河内 邦裕
田中 真一・大矢 薫・岡島 英雄
下越病院内科

82歳男性、20年前より腎機能障害を指摘されていた(詳細不明)。05/9/16起床時より胸部圧迫感あり救急車にて当院来院しHb 5.6g/dlと貧血も認められたため、胸痛及び貧血の精査加療目的に入院した。同日、体動時に胸痛出現し、ST変化から狭心症の診断にて内科的治療を開始した。9/24排便後突然呼吸苦出現し、Ⅱ型呼吸不全に陥ったため人工呼吸管理となった。胸部レントゲン上、明らかな心不全を呈していたが、カルペリチド等の治療で改善し、9/26に抜管した。この時の心電図ではV3～5にcoronary Tを認め、心不全の原因として左前下行枝領域の一過性の閉塞が疑われた。9/30再び呼吸不全に陥り、心不全増悪のため再度人工呼吸管理を要した。慢性維持透析への移行を覚悟の上、心不全の根本治療として大動脈内バルーンポンピング補助下に右冠動脈#2、左前下行枝#6、10に対し準緊急経皮的冠動脈形成術を施行した。術後、持続的血液濾過透析にて除水を行った。10/4に抜管し、その後も十分な利尿が得られ慢性維持透析を導入することなく心不全の回復をみた症例である。

9 安静時に頻脈を認めず、DCMと鑑別を要した頻脈誘発性心筋症の1例

山口 利夫・細野 浩之・津田 隆志
木戸病院循環器内科

症例は62才男性。2001年6月めまいと息切れを生じ、近医にて心房細動と診断され当科へ紹介される。ジソピラミド内服後洞調律となり心エコー上は異常を認めず。2003年7月31日より全身倦怠感を自覚、めまい、息切れを生じ当科を受診。安静時心電図は心拍数68/分の心房細動、心エコー上左室壁運動は慢性性に低下し駆出率28%、ホルター心電図では常時心房細動であり心拍数56～178(平均107)/分であった。心臓カテー

ル検査では心係数の低下(2.3 l/min/m²)と、左室造影上瀰漫性の壁運動低下および心拡大(EDVI 100ml/m²)を認めた。冠動脈造影では有意狭窄なく、左室心筋生検では特異的所見を認めなかった。検査終了後電氣的除細動にて心拍数60台/分の洞調律に回復した。以後外来にてビルジカイニドを投与され心房細動の再発はなく、除細動から8週後の心エコーで左室駆出率50%、1年後61%と正常化した。除細動後比較的早期に左室機能障害が改善しており、頻脈誘発性心筋症と診断した。本例は頻脈の割合が少ない状態で発症したと考えられる頻脈誘発性心筋症の一例であり、報告する。

10 Hypovolemic shock を契機に診断された、悪性褐色細胞腫の1例

野木 優二・矢部 正浩・山添 優
新潟市民病院総合診療科

当院救急外来に1分間程度の意識消失を生じた70代の女性が搬送された。来院時意識は清明であったが、顔面蒼白、全身冷汗、頻呼吸、頻脈、血圧低下を来していた。病歴、他の身体所見より、Hypovolemic shock と考えて急速輸液をおこなったところ vital sign は急速に改善した。

入院後は血圧の変動が著しく(120mmHg 台-190mmHg 台)、脈拍も安静時100拍/分前後、体動時120-130拍/分前後と頻拍傾向が続き、常時(特に夜間)多量の発汗を認めた。10年前に左副腎原発褐色細胞腫の摘出術を受けた既往があったため尿中VMA定性試験を行ったところ陽性であった。胸部レントゲンで左第7肋骨に腫瘍性病変を認めたことから、褐色細胞腫の再発を疑って各種検査を行ったところ尿中メタネフリン高値、血中カテコラミン高値、MIBGシンチグラムでは左第7肋骨、複数の傍大動脈リンパ節、左腸骨、左股関節などに集積が認められ褐色細胞腫の再発であることが判明した。 α ・ β ブロッカを投与し、高血圧、頻脈、発汗はほぼコントロールされた。さらにカテコラミンレベルの低下をはかるため最大の転移病巣である肋骨病変の切除を行ったが、術