

## 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/m<sup>2</sup>)と、左室造影上瀰漫性の壁運動低下および心拡大(EDVI 100ml/m<sup>2</sup>)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。 $\alpha$ ・ $\beta$ 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

後のカテコラミンレベルは術前より上昇するという結果に終わった。過剰なカテコラミン分泌により血管収縮が生じ循環血漿量が減少していたことに加え、カテコラミン分泌が断続的であったことが今回の Hypovolemic shock の原因と推測された。

## 11 Hermansky-Pudlak 症候群の 1 剖検例

伊藤 実・篠川真由美・西倉 健\*  
 南部郷総合病院呼吸器内科  
 新潟大学大学院医歯学総合研究科細胞  
 機能講座分子・病態病理学分野\*

症例は 50 歳女性。1997 年 5 月 6 日より咳嗽が出現し、当科受診。胸部 X 線、胸部 CT、呼吸機能検査より間質性肺炎と診断した。全身性白皮症を伴っていたため、Hermansky-Pudlak 症候群が疑われた。動脈血酸素分圧は 85.5Torr と保たれており、対症療法で経過観察した。その後、労作時呼吸困難が増強したため、1999 年 3 月よりプレドニゾロン 1 日 10mg の内服を開始したが、低酸素血症が進行したため、7 月に在宅酸素療法を導入した。その後も呼吸状態悪化のため入院を繰り返し、酸素吸入量が徐々に増加し、2000 年 8 月 30 日、呼吸不全のため死亡した。剖検所見では、胞体の明るい腫大した肺胞上皮を認め、その中に、Hermansky-Pudlak 症候群に特徴的とされるセロイド・リポフスチン顆粒と思われる褐色の顆粒がみられた。骨髓内、脾臓内、肝臓内のマクロファージは腫大し褐色顆粒を含んでいた。間質性肺炎の発症により急速に呼吸不全が進行し、当科初診から約 3 年の経過で死亡した Hermansky-Pudlak 症候群の 1 例と考え、報告する。Hermansky-Pudlak 症候群に合併した間質性肺炎には、今のところ明らかに有効な治療法がなく、今後の課題と考えられた。

## 12 夫婦で同時期に診断された夏型過敏性肺炎の 2 症例

島守 寿樹・張 大全・宮林 貴大  
 牧野 真人・伊藤 和彦・石原 法子\*  
 済生会新潟第二病院呼吸器科  
 同 病理検査科\*

[症例 1] 59 歳男性。2004 年 8 月、咳、呼吸困難が出現し次第に悪化した。9 月 13 日に当科受診した。胸部 CT でびまん性スリガラス影、PO2 65torr と低酸素血症を認め入院した。BAL でリンパ球増加と CD4/8 比低下、TBLB で肉芽腫を認め、抗トリコスポロン抗体高値で夏型過敏性肺炎と診断した。経過観察で軽快した。自宅は築 6 年で、環境調査では真菌の検出はなかったが、2 回の帰宅誘発試験が陽性であった。11 月に入り 3 回目の帰宅誘発試験で陰性となり、退院した。2005 年夏には発症せず。

[症例 2] 58 歳女性（症例 1 の配偶者）。2003 年 9 月、咳嗽出現し、近医で気管支喘息の診断を受けステロイド吸入を開始された。2004 年 9 月より呼吸困難あり、10 月 18 日当科受診した。胸部 CT で両肺野に地図状のスリガラス影を認めた。BAL でリンパ球増加と CD4/8 比低下、抗トリコスポロン抗体高値で夏型過敏性肺炎と診断した。症状軽微で低酸素血症を認めず、CT にて経過観察としたが、2005 年 8 月現在、陰影は変化なく残存している。

【まとめ】過敏性肺炎の家族内発症例の報告は散見されるが、本例は夫婦で経過が異なっており、貴重な症例と考えられた。若干の考察を加えて報告する。

## 13 ネフローゼ症候群を呈し治療に苦慮している HIV 症例の 1 例

鈴木 信明・加澤 敏広・太田 求磨  
 田邊 嘉也・竹田 徹朗・塚田 弘樹  
 成田 衛・下条 文武  
 新潟大学大学院医歯学総合研究科  
 臨床感染制御学分野（第二内科）

[症例] 33 歳、男性。