

および風邪様症状を認めず、狭心症としては非典型的であり、心電図にて明かな異常を認めなかったが、トロポニン T 陽性で、CRP 高値 (4.4) であり、入院経過観察とした (CPK 229, MB 18)。心エコーでは左室壁厚は正常 (IVS 0.8/PW 0.9) で壁運動良好であった (LV 4.6/3.3, EF 56%)。入院翌日より発熱 (38.2℃)。入院第 3 日発熱持続, CRP 6.0 に上昇 (CPK 260, MB 17), 心電図では R 波の減高と II, III, aVF, V5-6 の T 波の陰転化が出現, 心エコーでは入院時と比較して左室壁の肥厚 (IVS 1.4/PW 1.4) と壁運動の低下 (LV 4.6/3.5, EF 47%) および心嚢液の増量を認めた。入院第 6 日には疼痛は消失し, 心エコーでは左室壁の壁厚減少 (IVS 1.2/PW 1.1), 壁運動の改善を認めた (LV 4.9/3.8, EF 47%)。入院第 13 日に心臓カテーテル検査を施行。冠動脈狭窄はなく, 左室造影では左室の拡大なく (LVEDVI 76ml/m²), 壁運動のびまん性低下を認めた (EF 45%)。左室心筋生検では間質への炎症細胞の浸潤と一部に壊死性変化を認め, 急性心筋炎と診断した。発症から第 39 日の心エコーでは左室壁厚は同程度 (IVS 1.1/PW 1.1) で, 壁運動の改善 (LV 4.9/3.5, EF 56%) を認めた。発症から第 26 日の時点では CRP 高値 (3.7) と T 波の陰転化が遷延していたが, 第 47 日のデータでは CRP は陰性化し, 心電図上 R 波の増高と T 波の陽転化を認めた。

今回我々は, 急性心筋炎の症例において, 急性期に特徴的な心エコー図上の変化を臨床症状と心電図変化と共に観察し得た。文献的考察を加え, 報告する。

3 特徴ある MRI 所見を呈したたこつぼ型心筋症の一例

岡村 和気・佐藤 俊大・影向 晃
小川 理・高野 一・政二 文明

新潟県立中央病院循環器科

症例は 71 歳, 女性。肺炎にて入院中に突然の胸痛自覚し, 心電図上, V1 ~ 3 の R 波の減高, 「・」・aVF・V2 ~ 5 誘導にて ST 上昇, 巨大陰性 T 波

が出現したため, 虚血性心疾患が疑われ, 緊急冠動脈造影を施行した。冠動脈造影では有意狭窄を認めなかったが, 左室造影にて左室中部から心尖部を中心に高度に壁運動が低下し, いわゆるたこつぼ型心筋症の所見を呈していた。発症 6 週間後に左室造影では壁運動の改善を示し, アセチルコリン負荷試験では冠攣縮は誘発されなかった。

発症時の T2 weight image 及び Gd-DTPA MRI 画像にて心基部を除く広範囲の壁運動異常と心内膜下の均一な一過性の高信号が認められた。左室壁運動異常は一過性であり, 左室壁運動の改善ともない, T2 weight image 及び Gd-DTPA MRI 画像において心内膜下の高信号領域が次第に消失した。本所見はたこつぼ型心筋症の成因との関連が示唆され興味深い症例と考え報告する。

4 不明熱に対する治療中に心電図上胸痛に伴う ST 上昇を認めた成人型 Still 病に合併したたこつぼ型心筋症の一例

田川 実・佐伯 牧彦・広瀬慎太郎*
殷 熙安*・岩島 明**

長岡中央総合病院内科
同 腎内科*
同 呼吸器内科**

症例は 47 歳男性。2001 年 5 月上旬から感冒様症状を認め近医受診。抗生剤の投与で一旦症状の改善を認めたが, その後 38 ~ 40℃の発熱と炎症反応の再増悪を認め, 6 月 4 日当院紹介入院。入院時白血球数 26400/μl, CRP 18.2mg/dl と炎症反応著しく, カルバペネム系抗生剤が投与されたが, 炎症反応はむしろ増悪し入院数日で BUN 65.1mg/dl, Cre 6.1mg/dl と急性腎不全の合併も認められた。6 月 7 日突然の胸痛と心電図上 ST 上昇を認め, 当科転科。心臓超音波検査で心尖部から下壁を中心に壁運動の低下を認め, 心臓カテーテル検査を施行。冠動脈造影中も胸痛は増悪傾向を示し ST 上昇も増悪していたにもかかわらず, 有意な狭窄を認めず, 左室造影では心尖部一前壁の一部一下壁にかけて壁運動の低下を認めたが, 原因が明らかでなく終了した。しかし, その後急

性腎不全に対し人工透析を開始したところ、開始後一時間程度で胸痛の消失とST上昇の改善が認められた。その後、高熱が持続し、急性呼吸切迫症候群による急性呼吸不全の状態となったが、高熱時に認められた皮疹とフェリチンが3000ng/dl前後と異常高値を示し、他の疾患が否定されたことから成人型 still 病の診断でステロイド大量療法と持続透析にて症状の改善が認められた。炎症反応が改善した時点の心臓超音波検査で壁運動の改善が認められた。経過及び心機能の改善の過程から成人型 still 病に合併したたこつぼ型心筋症の可能性が高いが、両者の合併の報告は稀であり、症例の検討も含め報告する。

II. 一般演題 2

1 主肺動脈が短いため冠動脈再建に工夫を要した小児 Ross 手術例

磯田 学・渡辺 弘・羽賀 学
林 純一・坂本喜三郎*・藤本 欣史*
新潟大学大学院医歯学総合研究科
呼吸循環外科学分野
静岡県立こども病院心臓血管外科*

症例は7歳女児、生後7ヶ月で心室中隔欠損に対し閉鎖術を施行した。術後15ヶ月を経過した1997年5月風邪症状が遷延したのち大動脈弁閉鎖不全が出現し感染性心内膜炎の存在を疑われた。左室径の拡大も進行した。自己肺動脈弁を大動脈弁位に置換する Ross 手術の方針で2002年11月21日に手術を施行した。胸骨正中切開で再開胸、人工心肺開始し、残存する動脈管を結紮、切離したのち心停止とした。右室流出路は頭方高位まで伸び主肺動脈は短かく、切離した自己肺動脈グラフトはごく短いものとなった。大動脈を切離し、左右の冠動脈入口部をボタン状に切離した。大動脈弁尖を切除し自己肺動脈グラフトを結節縫合で大動脈弁輪に縫着した。自己肺動脈グラフトが短いため冠動脈再建に punch out 法は使用できず、グラフト壁をU字に切除して冠動脈ボタンを吻合し、さらに自己肺動脈のグラフトの口径差を

合わせるため冠動脈ボタンを自己肺動脈グラフトにかぶせるように縫合するとともに、遠位大動脈壁に縦切開を加え形状を整えて吻合した。あらかじめ作成した ePTFE シートの一葉弁付き馬心膜ロールを肺動脈再建に使用した。人工心肺からの離脱は容易であった。術前の肺動脈弁に I 度の逆流を認めていたため、術後の MRI で再建大動脈弁に I 度の逆流を認めたが大動脈の形態は良好であった。

2 小児における Tolazoline 負荷による加速度脈波の変化

遠藤 彦聖・沼野 藤人・長谷川 聡
佐藤 誠一・内山 聖
新潟大学大学院医歯学総合研究科
小児科学分野

加速度脈波 (APG) とは、指尖容積脈波 (PTG) を微分した速度脈波 (VPG) をさらに微分したものであり、その波形から得られる b/a , d/a を解析することにより、血管の伸展性や、血管壁緊張、壁硬化の程度、血管拡張薬の効果判定に有用であるといわれている。今回我々は心室中隔欠損 (VSD)、肺高血圧 (PH) の症例に、酸素負荷、トラゾリン負荷を行い、その前後での脈波波形の b/a , d/a の変化を解析した。

症例は、心エコーにて、VSD, PH と診断された5-7ヶ月の乳児4名。方法は、大腿静脈、動脈穿刺にてシースを留置し、5F wedge Berman, 4F pigtail をそれぞれ主肺動脈、腹部大動脈に留置した。負荷前の肺動脈圧、大動脈圧を測定し、同時に、右親指に巻いたセンサーに接続した加速度脈波インプットボックスを用い、APG, PTG, VPG を解析した。その後、酸素マスクを用い、酸素負荷 (3l/min) を開始し、5分後、10分後に負荷前と同様に圧測定、脈波測定を行った。10分以上の間隔を開け、次に再度負荷前の圧測定、脈波測定をした後、塩酸トラゾリン 1mg/kg を4分かけて大腿静脈シースから静注し、静注開始から5分、10分後に同様に圧測定、脈波測定を行った。得られた脈波波形から b/a , d/a を計測し、負荷前後で