

あり、1週間で消化器症状は改善傾向を認めたが、9月14日より動機を自覚したため同医を受診した。心電図にて多源性VPCおよびNSVTを認めたため9月15日に当科に入院となった。入院時心電図にてQT延長(QTc = 660msec)、モニター心電図にて約5秒間のTdP型のNSVTを認めた。血液データにて低カリウム血症(K = 3.1mEq/l)を認めたため、直ちにK補充療法を行い、翌日にはカリウムは4.0mEq/lと正常化し、VPC、NSVTも消失した。入院時より軽度の意識障害と歩行困難あり、CTにて右側脳室内出血を伴う脳出血と陳旧性小脳梗塞を認めた。10日後には、意識レベルは正常化し、歩行可能となった。以後不整脈の再発を認めず、血糖コントロール後退院となった。脳出血やくも膜下出血の多くに心電図異常を伴い、50%の患者でQT延長および低カリウム血症を伴うとされる。一方QT延長に伴うTdP型心室頻拍はVFに移行しやすく速やかな治療を要する。今回我々は、脳出血に伴った、低カリウム血症とQT延長によりTdP型心室頻拍を来した症例を経験したので報告する。

## 2 心筋内多発膿瘍の1症例

江部 克也・大野有希子・藤田 俊夫  
永井 恒雄・薄田 浩幸\*

長岡赤十字病院循環器科  
同 病理部\*

【症例】57才男性。

【既往歴】36才糖尿病。HbA1cは8.5とコントロール不良。

【現病歴】数日前から感冒様症状。発熱で近医を受診した。430mg/dlの高血糖があり当院に紹介された。

【入院時検査】血糖 290, WBC 4700, CRP 26.1, CPK 2297, CPK-B 31. 心電図ではST-T変化なし。心エコーで壁運動異常なく、心機能正常。全身CTで感染巣を示す所見なかった。

【臨床経過】心筋逸脱酵素上昇の原因と感染巣がはっきりしないため、血糖のコントロール等対症的な治療を行なうも、翌日カテコラミンに反応

しないショック状態となり死亡した。

【病理所見】両心室心筋内に好中球浸潤を伴う小膿瘍が多発していた。心内膜の炎症はごく軽度だった。他に感染巣はなかった。

【考案】糖尿病患者における膿瘍形成は多くみられるが、心筋膿瘍の報告はほとんどない。心内膜側の病変が軽度で、刺激伝導系障害がほとんどなく、心電図変化に乏しく生前診断が困難だったと考えられた。

## 3 完全に血行再建したが心不全が遷延した左主幹部急性心筋梗塞の1例

佐藤 匡・本間 りこ・今野 拓  
五十嵐 裕・小島 研司

鶴岡市立荘内病院循環器科

症例は、65歳男性。冠危険因子は、糖尿病、喫煙(20本×25年)、高脂血症(TC 232mg/dl, Lp(a) 39mg/dl)。平成14年8月9日心窩部痛、嘔吐を主訴に、午前2時1分救急車で来院した。来院時血圧70/48mmHg、収縮期雑音(Levine II)と両肺に湿性ラ音を聴取し、心電図上、心房細動、I, aVR, aVL誘導でSTの上昇、II, III, aVF誘導でSTの低下を認め、Killip IVのAMIと診断し緊急カテーテル検査を施行した。冠動脈左主幹部に血栓と思われる陰影欠損を認め、TIMI grade IIで右冠動脈からの側副血行路は認めなかった。IABPを挿入しても血行動態の安定は得られず、左主幹部に対しdirect stentingを施行し、末梢血栓、slow flowの合併なく良好な再灌流が得られた。術後maxCKは5721IU/l(MB 502IU/l)で、カテコラミン併用下Forrester subset Iとなり第2病日には、IABPより離脱可能であった。しかし、カテコラミンの減量は、第3病日では血圧の低下、尿量減少のため不可能であり、第5病日となり初めて可能であった。9月6日に行った左室造影で壁運動はほぼ正常であり(LVEDVI 78.0l/m<sup>2</sup>, LVESVI 29.8ml/m<sup>2</sup>, EF62%)、9月12日退院した。左主幹部を責任病変とするAMI治療においては、再灌流に成功してもStunned Myocardiumのためと考えられる心不全が遷延す