

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型心室頻拍を来た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、WBC4700、CRP26.1、CPK2297、CPK-B31。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(TC232mg/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(MB502IU/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(LVEDVI78.0l/m², LVESVI29.8ml/m², 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

るため、術後管理には十分な時間が必要と考えられた。

4 心不全モデルラットを用いたキナプリルとエナラプリルの心不全改善作用について

斎藤 由紀・白井 健・平林 賢一
 阿部 佑一・文 娟・G Narasimman
 M Wahed・馬 梅蓄・渡辺 賢一
 仲澤 幹雄*・太刀川 仁**・小玉 誠**
 相澤 義房**・高橋 俊博***
 新潟薬科大学臨床薬理学
 新潟大学保健学科*
 新潟大学第一内科**
 同 RIセンター***

【目的】我々は心不全モデルラットにおけるキナプリルやカルベジロールの心不全改善効果を報告してきた(J Nucl Med. 2002; 43: 531-535. Mol Cell Biochem. 2002 J Cardiovascul Pharmacol, 41; S93-97, 2003. J Cardiovascul Pharmacol. 41; S99-103: 2003. J Cardiovascul Pharmacol, 38; S51-S54, 2001. Br J Pharmacol 130: 1489-95, 2000. J Cardiovasc Pharmacol 34: S77-80, 1999.等). 今回ACE阻害薬キナプリル及びエナラプリルの心不全改善効果と、心臓におけるTGFbとCollagen IIIのmRNA発現との関連を検討した。

【方法】9週齢雄Lewisラットをブタミオシンで感作し自己免疫性心筋炎を発症させ、1ヶ月経過した心不全ラットを使用した。AT-Iの阻害濃度にて、各薬物の投与量を次のように設定した。キナプリル0.2, 2, 20又はエナラプリル2, 20mg/kg/dayを1ヶ月間経口投与した。投与後、体重、心重量、CVP, LVP, LVEDP, 心筋組織、心臓TGFbmRNA発現量を検討した。

【結果】(1)キナプリル及びエナラプリルの投与により心重量とLVEDPの低下、線維化の減少が見られた。(2)TGFbとCollagen IIIのmRNA発現は心不全で増加し、キナプリル及びエナラプリルの投与で減少した。(3)これらの改善はキナプリル群で著明であった。

【まとめ】自己免疫性心筋炎後心不全モデルラットで、キナプリル及びエナラプリルの投与後に

著明な心不全の改善とTGFbとCollagen III mRNA発現の低下が見られた。これらの改善はキナプリルで著明であった。

II. 一般演題 2

1 収縮性心膜炎のI手術例

横山 明裕・松原 琢・筒井 牧子
 岡田 英*・曾川 正和*・林 純一*
 信楽園病院循環器科
 新潟大学大学院医歯学総合研究科
 呼吸循環外科*

【症例】78歳男性。

【主訴】呼吸困難。

【既往歴】変形性腰痛症、糖尿病あり。

【職業歴】建築業でアスベストの吸入あり。

【現病歴】1994年糖尿病の加療開始。この時から心膜の石灰化を指摘され、収縮性心膜炎の診断にて利尿剤が投与されていた。2002年6月、下半身浮腫、陰嚢浮腫が出現し、利尿剤での心不全コントロールが限界と判断し、信楽園病院循環器科に入院した。

【入院時所見】身長143cm、体重47kg。血圧108/60mmHg、脈拍68/分整。起座呼吸。貧血あり、心音聴診上III音あり。腹部は肝を3横指触知。両下肢および陰嚢に浮腫あり。

【入院時検査所見】WBC 3880/ μ I, CRP 0.6mg/dl, Hb 10.8g/dl TP 6.7g/dl, Alb 3.1g/dl T Bil 1.4mg/dl

心電図は洞調律で1度AVブロック、左室肥大所見を認める。

胸部レントゲンおよび胸部CTでは心膜の石灰化を認める。

【入院時心臓カテーテル所見】RAP: 18mmHg PAP: 34/19mmHg PCWP: 24mmHg LVP: 90/26mmHg 心係数1.53l/min/m²

冠動脈造影は正常。Dip and Plateauを認める。

新潟大学で手術した。術後各種心機能を測定し術前と比較した。

【心臓カテーテル検査について】右心系圧はRA,