

治療により治癒が期待できる数少ない高血圧症ですが、多くの症例は高血圧症以外に特異な症状を示すことが少ないため診断がされず生涯に渡り降圧剤治療を余儀無くされる症例が多数存在すると考えられます。しかし、内分泌性高血圧症を外来でいかに効率的にスクリーニングしたらよいかについて、現在明確な指針が示されていません。そこで、私が横浜労災病院の一般外来で行った高血圧症スクリーニング法をもとに、2次性高血圧症のスクリーニング法についてお話したいと存じます。

私の拙いお話が諸先生の診療に、少しでもお役にたえますならば望外の幸せと存じます。

#### 第41回下越内科集談会

日時 平成12年11月10日(金)  
会場 ホテル新潟 3F 芙蓉の間

#### 一般演題

##### 1) 著明な腹水で発症した Crow-Fukase 症候群の一例

堅田 慎一・小林 央	泉 (新潟大学)
高橋 哲也・河内 省次	省次 (神経内科)
田中 恵子・辻 由美	由美 (同)
宇野 友康・伊藤 由美	由美 (第二内科)
風間順一郎・下条 文武	文武 (同)
鈴木 健太	(第三内科)
八木沢久美子	(第一内科)

患者は46才女性。1999年6月より顔面、下肢に浮腫出現し、徐々に腹水の貯留も認め、某院内科にて腹水除去を繰り返していたが、2000年5月頃より左下肢の筋力低下に気付き、徐々に四肢筋力低下が進行したため、6月20日当科入院。ポリニューロパチー、肝脾腫、難治性腹水、無月経、甲状腺機能低下、皮膚血管腫、全身浮腫を認め、Crow-Fukase 症候群 (POEMS 症候群) を疑った。本症候群では、形質細胞腫の存在を背景にするが、単純 X 線写真上、Th11に骨硬化性病変を認めたが、骨シンチ、骨生検にて異常所見を認めず、確定診断に苦慮した。繰り返して行った免疫電気泳動にて微量ではあ

るが血清 M 蛋白 (IgM・2) を認め、また血清 VEGF (vasoendothelial growth factor) 高値より Crow-Fukase 症候群と診断し現在ステロイドパルス療法、MP 療法、血漿交換による治療を継続中である。

##### 2) 急激な上行性麻痺と失調性呼吸を呈し、MRIにて延髄に主病変を認めた一例

三瓶 一弘・赤岩 靖久 (新潟こばり病院)  
小山 晃 (神経内科)

全身倦怠感にて発症し、24時間後には球麻痺、四肢麻痺、失調性呼吸を呈し人工呼吸器による呼吸管理を要した1例を経験した。症例は、44才、男性。全身倦怠感にて発症、同日夕方には両下肢脱力、夜には両上肢の脱力、構音障害、嚥下障害が出現し、歩行不能となり、当院に緊急入院した。入院時は下肢近位筋が徒手筋力テストで3レベル、他は4レベルであり、右顔面と左上下肢遠位部の感覚障害を認めたが翌日の朝には、四肢ともに2レベルとなり、失調性呼吸がみられ、第8胸髄以下の全感覚低下、著明な球麻痺を呈した。同日に撮影した頭部MRIでは、延髄全体、左尾状核、両側頭頂葉に病変を認め、延髄の病変はガドリニウムにて造影された。髄液では蛋白増多を認めた。ステロイドパルス療法にて、球麻痺、失調性呼吸、上肢の麻痺はすみやかに改善し、第6病日には呼吸器からの離脱が可能となった。発症10週後のMRIではテント上の病変は消失しているが延髄の病変は依然としてガドリニウムにて造影効果が認められた。診断としては、急性散在性脳脊髄炎 (acute disseminated encephalomyelitis, ADEM) もしくは多発性硬化症が考えられたが、本例のような急激な上行性麻痺と、MRIにて延髄全体に病変を認めた例は極めてまれである。

##### 3) カテコラミン製剤に反応せずミルリノンとピモベンダンにて心不全をコントロールしえた拡張型心筋症の一例

小菅恵一朗・伊藤 正洋  
加藤 公則・塙 晴雄 (新潟大学)  
小玉 誠・相澤 義房 (第一内科)  
樋口浩太郎 (新潟南病院)

症例は68歳の男性。1990年、58歳時に拡張型心筋症と診断され、その後心不全の憎悪による入退院を繰り返していた。2000年3月下旬より、全身倦怠感、呼吸困難が

胸部レ線上, 心胸郭比の拡大, 胸水を認め, NYHA III 度の状態で, 心不全の加療目的に入院となった. 入院時の心臓エコー検査では, 左室の著明な拡大と全周性の壁運動低下を認めた (EF 20%). 利尿剤増量とドブタミンで治療を開始したが心不全は改善せず. PDE III 阻害剤であるミルリノン 0.25 γ の開始後, 自覚症状, 混合静脈血中酸素飽和度の著明な改善を認めた. その後 AT II 受容体阻害剤を開始し, ミルリノンを内服薬であるピモベンダンに切り替え, NYHA II の状態で退院した. またミルリノン 0.25 γ 使用時, 多発する心室性期外収縮を認めていたが, メキシレチンの使用により著明な抑制を認めた. 利尿剤, カテコラミン製剤によってもコントロール困難であった心不全に対し, ミルリノン, ピモベンダンが著効した拡張型心筋症の一例を経験した.

4) 基礎疾患を伴わない若年者完全房室ブロックの一例

阿部 信・宮北 靖  
小村 悟・尾畑 純栄 (新潟こばり病院)  
大島 満・大塚 英明 (循環器内科)

【症例】29歳男性, 大学院生. 中学1年から大学4年までバドミントン部に所属するが, 自覚症状なく, 心電図等に異常を指摘されたことは無かった. 平成12年4月より動悸出現, 5月2日自転車にて登校中意識消失. 覚醒後自転車を移動中に再度意識消失, 当院救急外来搬送される. 来院時血圧, 脈拍良好にて顔面外傷処置のみ施行. 5月7日夜間歩行中に意識消失し電柱に激突, 顔面裂傷を負う. 翌日脳外科より当科紹介, ホルターを2回施行したが Wenckebach type II 度房室ブロックを認めた. 5月15日より自宅 (独居) にて起床→意識消失を繰り返し, 5月17日電話で救助を求め救急車にて搬送入院となる. 心電図にて完全房室ブロック: HR 12 / min. (maxRR 5.6 sec.) を認めた. 心臓カテーテル, 心筋生検等にも基礎疾患は認められず, 5月30日ペースメーカー植え込み術を施行, 6月7日軽快退院となった.

【考察】若年者の意識消失では徐脈性不整脈にも十分留意する必要がある.

5) 失神を繰り返した頸動脈洞症候群の一例

津田 隆志・山口 利夫 (木戸病院)  
宮島 武文 (循環器内科)

【症例】63歳, 男性, 無職.

【主訴】繰り返す失神発作.

【既往歴】①42歳, 胃癌で胃亜全摘. ②58歳, 冠攣縮性狭心症の診断を受ける. 有意狭窄認めず, Ach 誘発試験にて二枝でスバズムを認めた. ③62歳, 血圧の上昇認め, 降圧剤の内服開始.

【現病歴】平成11年, 7月頃よりふらつきあり, 8月, 家庭菜園の作業中に眼前暗黒感あり. 12月, 朝排便後, 力が抜けて立てなくなる. 平成12年1月から7月にかけて月に1~2回, 主に労作時に, 前兆なく突然失神きたし, 胸部や腰部打撲. その際短時間で覚醒し, 全身脱力感を認めた. 7月24日, 精査加療のため入院.

【入院時現症】身長162 cm, 体重49 kg, 痩せ形, 血圧130/70, 脈拍82/分で整. 貧血なく, 神経学的にも異常なし.

【検査成績】心エコー: 左室肥大なく, 壁運動は正常. ホルター心電図: 徐脈なし. 立ちくらみやめまいに一致して心拍数の増加を認めた.

【特殊検査成績】Head-up tilt 試験: Isp 負荷を含めて陰性. 脳波: 異常なし. 運動負荷試験: Bruce 法3分, 下肢疲労で中止, 脈拍・血圧の反応は正常. 頸動脈洞マッサージ: 仰臥位での右側10秒刺激にて, ふらつきを伴う30 mmHg の血圧低下を認め, 坐位での同様の刺激にて更に血圧の低下を認めた. 以上より, 血圧低下型の頸動脈洞症候群と診断し, 降圧剤の中止と頸部の伸展・回転などの頸動脈洞刺激を誘発する状況を避けるように指導し, 以後失神は認めていない.

6) 慢性関節リウマチの経過中に, 薬剤の関与が疑われる血栓性血小板減少性紫斑病を合併し, 血漿交換が有効であった一例

本田 譲・大嶋 智子  
佐藤 暢夫・飯野 則昭  
大淵 雄子・寺田 正樹  
伊藤 聡・成田 一衛  
西 慎一・中野 正明 (新潟大学)  
鈴木 栄一・下条 文武 (第二内科)

60歳男性, 1999年12月間質性肺炎を伴う慢性関節リウマチ (RA) を比較的急速に発症. 2000年1月プレドニゾロン (PSL) 30 mg 内服で治療開始. サラズスルファピリジン (SASP) 併用で PSL 漸減し一時寛解