

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パズムを認めた. 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 讓・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