

第56回長岡地区循環器懇話会

日 時 平成11年3月19日(金)
午後7時～9時
場 所 長岡市健康センター

2) 川崎病後遺症の冠動脈狭窄に対し、PTCAを施行した2症例

石山 泰三・田中 孝幸
柴田 茂貴・武井 康悦
斉藤 淳子・小川 竜
池田 佳生・小川 理
北沢 仁・高橋 稔
石黒 淳司・佐藤 政仁
岡部 正明 (立川総合病院)
循環器内科

症 例 検 討

1) トロップ T[®]が診断に役立った、急性心筋炎の一例

土田 桂蔵(土田内科循環器科)
クリニック
斉藤 淳子(立川総合病院)
循環器内科

15分で結果の出る簡便な検査であるトロップ T[®]が急性心筋炎の診断のきっかけになり、風邪の初診から早期診断できて同日入院して救命できた症例を呈示した。

症例は42歳男性。風邪で初診(主訴は39℃の発熱・頭痛・喉の熱い感じ。胸部症状なし)。心聴診：収縮性雑音2/6(musical)あり(今までに指摘なし)。心電図：II・III・aVfでST上昇と右軸変位。トロップ T[®]が陽性(15分で結果)。胸部X線：心拡大なし・肺うっ血なし。

血液至急検査(数時間後に結果)では、CPK 355, CRP 2.3, GOT 256, GPT 267, ALP 345, LDH 899, γGTP 229, WBC 4600, ESR 2 mm(1 hr)。心エコー：心筋肥厚・収縮低下・心のう液貯留。以上より急性心筋炎と診断して、同日夕方に立川総合病院に紹介して緊急入院。すぐ心カテ・IABP・一時的ペースメーカー・心のうドレーン挿入。順調に回復して1ヶ月後に退院。(冠動脈造影は正常で、心筋生検で典型的な急性心筋炎の所見)。

以上、15分で結果の出る簡便な検査であるトロップ T[®]は、風邪から急性心筋炎を診断するのに大変有用と思われる。

川崎病は乳幼児期に生ずる熱性、発疹性疾患で特に問題となるのは冠状動脈障害である。今回我々は冠動脈瘤病変が虚血を認めた患者に PTCA を施行した2症例を報告する。症例1：17歳男性。3歳時川崎病と診断。CAGでLAD#6に冠動脈瘤を認めた。H10.11.8突然の胸痛生じAMIの診断で緊急CAG施行。LAD#6完全閉塞。同部位にPTCA施行。急性期は残存狭窄75%であったが慢性期には50%に改善。IVUSでも内腔は保たれ高度石灰化はなし。症例2：17歳男性。5歳時川崎病と診断。CAGでRCA#2, #3, LAD#6に冠動脈瘤を認めた。外来経過観察中、負荷心筋シンチで後下壁に虚血を認め入院。RCA#2, #3に対しPTCAを施行。75%が50%となるが、慢性期はRCA#2は75%再狭窄。IVUSでは冠動脈瘤を含め全周性に著大な石灰化を認めた。石灰化病変を伴う冠動脈瘤は工夫が必要である。

3) 経橈骨動脈診断カテーテルの経験について

佐伯 牧彦・桑原 浩(厚生連長岡中央)
総合病院内科
小玉 誠 (新潟大学)
第一内科

高齢者の急性心筋梗塞は、悪い予後と長期入院によるばけが問題である。高齢者の狭心症はQOLの低下と薬剤耐性の低さが問題として挙げられる。両者に対する解決法としては、年齢の適応を拡大した積極的な再灌流療法ないし血行再建もひとつとして挙げられよう。

我々は、高齢者に対する再灌流療法ないし血行再建の際問題となる拘束症候群(いわゆるICU症候群)に対する一つの解決策として経橈骨動脈インターベンション(TRI)に注目し、その前段階として平成9年8月より経橈骨動脈診断カテーテルを施行してきた。

初期には手技自体も稚拙で道具もいろいろと変更したが、最近ではほぼ満足がゆくシステムができた。昨年より虚血以外にも適応を増やし、冠攣縮の誘発が必要な狭心症例、心筋生検が必要な心筋疾患症例および透析症例を除くすべての患者に行っている。本日はいままでの症例

を簡単にまとめたので、御評価御意見をいただきたい。

今後はさらに技術の蓄積を重ねるとともに、適当な症例があれば躊躇せず TRI を施行し、ゆくゆくは急性心筋梗塞も TRI でと考えている。

4) 初期診断が困難だった SLE による急性心外膜炎の1例

江部 和人・永井 恒雄
藤田 俊夫・江部 克也(長岡赤十字病院)
脇屋 義彦・佐伯 敏子(内科)

急性心外膜炎の原因として臨床的にはウイルス性、悪性新生物などが多いが、今回、我々は理学所見上、明らかな膠原病の特徴に乏しく、血液検査にて初めて SLE による心外膜炎と診断され、ステロイド治療により改善した症例を経験したので報告する。症例は25歳女性。十二指腸潰瘍の既往あるも、家族歴なし。平成10年12月中旬より発熱、胸痛を自覚。近医より感冒として治療されるも改善せず、12月21日、当院外来を受診。胸部レ線の心拡大、心エコー検査の心嚢液貯留、血液検査所見などから心外膜炎の疑いで入院した。血圧 102 mmHg、脈拍 100/分、整。体温 38℃。軽度貧血あるも顔面に紅斑無く頸部リンパ節腫大あり、心膜摩擦音聴取。肝脾腫や下腿浮腫無し。血液検査で著明な血沈の亢進、免疫グロブリンの増加、抗核抗体陽性などから初めて膠原病が疑われ、免疫学的特殊検査などから SLE と診断された。ステロイド治療により多量的心嚢液は速やかに消失した。

第57回長岡地区循環器懇話会

日時 平成11年7月16日(金)
午後7時～9時
場所 厚生連長岡中央総合病院
健診棟 4階 講堂

症例検討

今回は、症例発表でなく、“呼吸困難”の4症例を検討しました。日循総会の教育セッション(症例検討)の形式で、病歴→心電図→胸部 X 線→心エコー→・・・と順に、下記の4人の循環器専門医で検討。

矢澤 良光(県立六日町病院内科)
石黒 淳司(立川総合病院循環器内科)
永井 恒雄(長岡赤十字病院内科)
佐伯 牧彦(厚生連長岡中央総合病院内科)

* 司会および症例呈示: 土田 桂蔵
(土田内科循環器科クリニック)

第1例 50才男性。“動悸・夜間呼吸困難あり、紹介にて当院初診”

土田 桂蔵(土田内科循環器科
クリニック)
佐伯 牧彦(厚生連長岡中央綜
合病院内科)
小玉 誠(新潟大学第一内科)

【病歴】平成5年より高血圧症。発作性心房細動・アルコール性肝障害で近医通院。平成9年3月25日より心房細動の発作頻回となり、26日夜、呼吸困難(起坐呼吸)のため眠れず。翌27日紹介にて当院初診。酒5合/日。

【現症】血圧 110/68、脈拍約 120/分不整、心；収縮性雑音 1/6、肺；ラ音(-)、呼吸音正常、肝；2横指、浮腫(-)

【心電図】心房細動・iRBBB・左軸変位・時計方向回転

【胸部 X 線】心拡大(CTR 65%)・肺うっ血・軽度胸水。

【心エコー】DCM pattern (LVD 74, EF 0.26)・MR(++)

(検討)

CHF due to DCM (alcoholic?) 疑い、中央病院に入院

【血液・尿検査】 γ GTP94以外異常なし(CPK など正常)

【ホルター心電図】PVC9連発(Torsade de points 様)

【心筋シンチ】I-123, Tl-201とも、び慢性の欠損あり。

【心臓カテーテル検査】①CO 3.89, PA22/8 ②LV G: EF 0.21, EDVI 123, MR II° ③CAG: normal coronary.

【心筋生検】①心内膜肥厚 ②心筋細胞の変性・壊死 ③心筋細胞の肥大 ④間質の繊維化著明 ④炎症細胞浸潤(-)

【診断および経過】DCM(拡張型心筋症)と診断。 β blocker・ACEIの投与および入院安静にて軽快して退院