

われている。通常製造直後の温かい状態または室温で使われその意味では本例は特殊な症例ではあるが、このような報告は少なく示唆に富んだ症例と思われたので、ここに報告した。

2) 病診連携で救命できた解離性大動脈瘤の1例

永井 恒雄・山崎ユウ子 (長岡赤十字病院)  
江部 克也・脇屋 義彦 (循環器内科)

3) 最近経験した心筋炎数例のまとめ

久保田 要・平出 大  
生天目安英・今井 俊介  
鶴田 尚樹・池田 佳生  
飯田 隆史・小川 理  
北沢 仁・高橋 稔  
石黒 淳司・佐藤 政仁 (立川総合病院)  
岡部 正明 (循環器内科)

平成8年7月から1年以内に4例の急性心筋炎症例をたてつけに経験した。全例が左室心内膜生検により確定診断をされた。各々多彩な所見および経過をしめた。

症例1は第1子出産6ヶ月後の23才の女性で、発熱、頭痛、嘔吐、下痢、眩暈で発症。来院時血圧70mmHgのショック状態で、心電図はwide QRS (RBBB pattern) irregular tachycardiaでAV dissociationであった。心エコーでは左室壁運動が低下し、CPKは2,418iu/lと上昇。IABP, PCPSによる治療に効果なく、第11病日に心不全にて死亡した。CPKは第6病日に34,870iu/lまで上昇した。病状の進行に伴いQRS幅は延長し、わずかな基線のゆれのような波形となっていた。

症例2は26才女性で、発熱、胸部圧迫、呼吸困難で発症、心電図は洞頻脈で全誘導でST上昇、心エコーで

は左室壁肥厚はあったが壁運動の低下はなかった。血行動態は安定。CPKは第3病日の3,420iu/lのピーク後減少し、STも徐々に正常化、終始心不全の出現なく第21病日に退院した。

症例3は68才男性で、冠スパスム狭心症、糖尿病で加療中。発熱、呼吸困難で発症。心電図はaf, complete AV block, RBBB patternのwide QRS rhythm 40bpmで約1年前の正常心電図とは明らかに異なっていた。また心エコーでも左室壁の肥厚と壁運動の低下をみとめた。CPKの上昇はなかった。一時ペースングを開始したがVfVTが頻発しショックとなる。心筋生検よりgiant cell myocarditisと診断。血行動態悪化にてIABP, PCPSにて管理し第13病日にはPCPSより離脱できた。しかしその後肺動脈血栓塞栓症を併発、さらに肺出血を合併し死亡した。

症例4は66才男性で発熱、頭痛、倦怠感で発症し、ショック状態からDICを伴う多臓器不全に陥った。当初の心電図はwide QRS irregular tachycardia, AV dissociationで心エコーでは左室壁運動の著名な低下をみとめた。第4病日に当院転院となり心筋生検を施行、IABPを挿入す。IABP下でのC.I. SVO2値は良好であったためPCPSは導入しなかったが、翌日の透析中に呼吸状態が悪化した。胸郭形成術後の気管偏位大きく、気管内挿管ができず心停止となり死亡した。

心内膜心筋生検所見は全例で単核細胞主体の細胞浸潤と心筋細胞の壊死、変性がみられた。症例3のみ多核巨細胞の散在を認めた。組織像所見と重症度とは一致しなかった。有意のウイルス抗体価上昇は症例S.H.でコクサッキーB4でX90→X360と上昇を示したのみである。なお、症例N.A.は抗核抗体がX160であった。死亡例全例で剖検をおこなうことができ検討中である。