

4) 拡張型心筋症 (DCM) に冠攣縮性狭心症 (VSA) を合併した1例

落合 幸江・田辺 直仁 (燕労災病院
循環器内科)
渡辺 賢一
広川 陽一 (三之町病院
内科)

DCM は冠動脈病変を持たない原因不明の心筋変性疾患で、狭心痛をきたすことはまれである。今回私達は心臓カテーテル検査で DCM に VSA を合併した症例を経験したので、報告する。

症例は69才の男性。7年前に DCM と診断され某院より投薬を受けていた。平成6年2月1日午前0時30分胸痛で覚醒し、ニトロ舌下で軽快したが消失しなかった。冠拡張薬投与で2月3日には胸痛は消失した。2月21日胸痛の原因精査目的に当院に転院した。入院後に行なった心臓カテーテル検査では左室造影で EDVI 141 ml/m² EF 45.6% と壁運動はび慢性に低下し左室は拡大していた。心筋生検では心筋細胞は大小不同で、心筋間の繊維成分が増加していた。また冠動脈造影では有意狭窄はみられなかったが、エルゴノビン負荷で RCA#1 が50%狭窄から99%狭窄になり胸痛が出現した。以上より本症例の診断名は DCM+VSA と考えられた。

5) 結核性心外膜炎の1例

横山 明裕・筒井 牧子 (信楽園病院
循環器科)
川合 弘一 (同 内科)
森田 俊 (同 病理)

症例：78歳男性。職業は鋳造工場に勤務していた。現病歴：93年11月上旬より呼吸困難、食欲低下、微熱があり近医から紹介され12月1日当科入院となる。入院時現症：身長 156 cm、体重 58 kg、体温 37.5℃、脈拍90/分整、頸静脈が怒張し、血圧 126/76 mmHg、奇脈（吸気時に最高血圧が 12 mmHg 低下）を認めた。ECG は洞調律で低電位差。入院時検査所見で、CRP 11.0 mg/dl と炎症所見あり。心エコー上著明な EFS を認め、pericardial centesis 400 ml を行った。pericardial effusion の細菌培養、病理学的検査を行った。12月中旬頃39℃を越える高熱が出現し、血液培養からカンジダが検出され、抗真菌剤、抗生剤、ステロイド療法を試みるが、DIC が悪化して12月30日死亡。解剖の結果、心外膜に結核特有の病理所見および抗酸菌が認められた。後日抗酸菌培養は陰性との報告を受けた。近年、結核性心外膜炎を経験しない若い医師が増えており、報告することにした。

II. テーマ演題「高血圧の治療」

1) 腎不全に伴う高血圧の治療

鈴木 靖 (済生会第二病院
内科)
青池 郁夫・下条 文武 (新潟大学第二内科)
荒川 正昭

血圧は、正常人においては、昼に高く、夜間に低下することがわかっている。本態性高血圧においても、多くの場合、その血圧の程度によらず、同様なパターンを示すといわれている。我々はこのことを携帯型自動血圧計を用いて確認した。これは、降圧薬服用中の例においても同様であった。また、1日の平均血圧は午前10時の血圧で代表できることも示唆された。一方、腎障害、特に腎不全を伴う高血圧においては、夜間から早朝にかけて血圧が上昇する例が見られ、この血圧上昇は、長期間作用型といわれている薬剤を用いても、抑制し得なかった。さらに、本態性高血圧とは異なり、午前10時頃の血圧と1日の平均血圧は分離していた。以上より腎不全を伴う高血圧の治療に当たっては、10時頃の血圧は、血圧コントロールの目安にはならず、自動血圧計などにより、その変動に注意することが必要であると考えられた。

2) SHR の成長と心筋カテコラミン濃度とアドレナリン性 α_1 -、 β_1 - 受容体及び Ca^{2+} -受容体について

渡辺 賢一・鷲塚 隆 (燕労災病院
循環器内科)
草野 頼子

高速液体クロマトグラフィー法を用いたカテコラミン濃度の測定法と、ラジオリガンド・バインディング・アッセイ法を用いたアドレナリン性 α_1 - と β_1 - 受容体および Ca^{2+} - 受容体の性状（解析定数 Kd や最大結合数 Bmax）の測定を用いて、自然発症高血圧ラット (SHR) と対照動物である Wistar-Kyoto ラット (WKY) の心筋におけるカテコラミン濃度とアドレナリン性 α_1 - と β_1 - 受容体および Ca^{2+} - 受容体の役割およびこれらに対する薬物の効果について検討した。SHR では成長に伴って心筋内カテコラミン濃度が上昇し、16週齢では2週齢の約2倍に上昇し WKY より高値を示した。WKY 心筋のアドレナリン性 β_1 - 受容体数は、逆に16週齢では2週齢と比較すると約50%に減少した。16週齢 SHR の心筋では対照群と比較するとアドレナリン性 β_1 - 受容体数と Ca^{2+} - 受容体数の増加がみられたがアドレナリン性 α_1 - 受容体数は差が認められなかった。一方、 α_1 -

遮断薬と β_1 -遮断薬および Ca^{2+} -拮抗薬を SHR に投与し血圧の変化に伴う心筋ノルエピネフリン濃度とアドレナリン性 α_1 -と β_1 -受容体および Ca^{2+} -受容体の変化を検討した結果、 α_1 -遮断薬投与後 Ca^{2+} -受容体が減少し、 β_1 -遮断薬投与後 β_1 -受容体数と Ca^{2+} -受容体数が減少した。 Ca^{2+} -拮抗薬投与後心筋内ノルエピネフリン濃度と Ca^{2+} -受容体数の減少がみられた。

以上の結果から、SHR では生後発育するにつれて心筋内カテコラミン濃度や各種受容体の性状が変化し、ヒトの高血圧や臓器障害の発症進展を解明する指標となると考えられた。また、SHR に各種薬物投与後心筋ノルエピネフリン濃度の低下や各種受容体の変化がみられ、これらの薬物投与は受容体性状に影響を与えることが示唆された。

3) 脳内出血患者における血腫増大危険因子の検討

藤井 幸彦・佐々木 修 (桑名病院 脳神経外科)
竹内 茂和・皆河 崇志 (新潟大学)
小池 哲雄・田中 隆一 (脳神経外科)

【目的】脳内出血患者における入院後の血腫増大に与える危険因子について検討した。【対象】発症後24時間以内に入院した脳内出血患者419人。【結果】①60人(14.3%)に血腫増大を認めた。②血腫増大頻度は、発症からCT施行までの時間の経過とともに有意に減少し、発症1時間以内では26.1%、6時間以上では1.4%であった。③出血部位により、血腫増大頻度は有意に差があり、脳幹部で27.6%、皮質下で5.7%であった。④搬入時の収縮期血圧が高いほど血腫増大頻度は、有意に増加したが、発症からの時間を考慮すると血腫増大群と非増大群の血圧間には有意差はなかった。⑤CT上の形状が不整の血腫は整の血腫に比して増大する頻度が高かった。⑥血腫量が増加すると血腫増大頻度も有意に増加した。⑦肝機能障害の程度に比例して血腫増大頻度が有意に増加した。⑧血腫増大群で血小板凝集能、Fibrinogen, α_2 -antiplasmin が有意に低下していた。

4) 自家腎移植後に再狭窄を呈した腎血管性高血圧の1小児例

佐藤 誠一・竹内 菊博 (新潟大学小児科)
塚野 真也・早川 広史 (済生会新潟第二病院小児科)
内山 聖 (水原郷病院小児科)
佐藤 勇 (新潟大学泌尿器科)
福島 英樹 (同 放射線科)
米山 健志・片山 靖士 (新潟大学泌尿器科)
武田 正之 (同 放射線科)
木村 元政 (同 放射線科)

【症例】1990年6月19日、在胎39週5日、出生時体重3,450g, Apgar score 9点で出生した。家族歴に特記すべき事はない。10カ月までとくに異常は指摘されていなかった。'91/5/20にタバコの誤飲を理由に某医を受診した際に、はじめてBP 170/90 mmHgの高血圧に気づかれた。精査を目的に当科を紹介された。

【経過】インヒベース1/2 Tab内服下でBP 146/88 mmHg。腹部にbruitは聴取せず。心エコーでは左室拡張末期径が35.8 mmで、左室後壁は7.7 mmと肥厚。眼底や頭部CTでも異常は認めず。繰り返し施行した血管造影では、左側腎動脈は起始部で狭窄を認めたが、右側の太い腎動脈を確認できず。レニン活性は左:3.0, 右:3.2 (ng/ml/hr)。カプトリル試験で、lt.FAでBP:156/84 (平均116) mmHgが、30分後にBP:144/80 (平均108), レニン活性:14.2となった。DMSA腎シンチではL/R比:0.89から0.46と低下し、左側腎血流の低下を認めた。降圧剤を各種変更したが、BPは次第に上昇し170~200/100~110 mmHgとなった。PTRAを試みたが成功せず、'92/2/5に左側腎の自家腎移植を施行した。その後左腎血流は改善したが、'92/6/5(術後4ヶ月)に腹部で雑音が聴取できず吻合部狭窄を疑った。'92/7/21にPTRAを施行し99%狭窄から30%狭窄へ改善した。PTRAの前後でDMSAはL/R比:0.14から0.57(2カ月後)に改善した。現在まで吻合部は良好に開存し、BP 140~150/70~84 mmHgと比較的良好にコントロールできている。

【考案】本症例は、腹部大動脈に狭窄はないものの、両側腎動脈と腹腔動脈、下腸間膜動脈に著しい狭窄と、上腸間膜動脈が閉塞を認めることから、いわゆるmiddle aortic syndromeが疑われた。今後は右側腎の自家腎移植も含めて、慎重な経過観察を続けて行く予定である。