

繰り返し、1990年4月起座呼吸に加え、著明な浮腫を認め入院となった。

体重 58kg (昨年比して 5kg の増加), 平均右房圧 18mmHg の高度三尖弁閉鎖不全症を認めた。静注も加えフロセマイド 240mg まで増量するも、体重 56kg で三尖弁閉鎖不全症は改善せず、ドプタミン投与により心拍出量の増加、浮腫軽減 (体重 53kg) を認めた。しかし、ドプタミンに対する耐性が出現し、尿量減少、体重増加 (55kg) したためデノパミン内服に変更。約3週後に尿量増加、体重 47kg となり浮腫は完全に消失した。

拡張型心筋症における右心不全の増悪は末期症状の一つと考えられており、心筋不全の進行によると思われる。今回利尿剤でコントロールできず、またカテコラミン耐性を認めた DCM 症例にデノパミン内服することにより症状の改善の持続を認めたので報告する。

一般演題

1) 心電図上陰性 T 波の消失した肥大型心筋症の 2 例

加藤 公則・古寺 邦夫 (新潟県立中央病院) 循環器内科
高野 諭

長期間追跡し得た肥大型心筋症の症例中、著明な心電図変化をきたした 2 症例を経験したので、報告する。

症例 1 は、42 才、男性。主訴は動悸・息切れで、1986 年 2 月頃より上記症状出現し、2 月 21 日当科初診、同日入院となり、心臓カテーテル検査等行なわれ、閉塞型肥大型心筋症と診断された。初診時心電図は LVH にて、V₅、V₆、陰性 T 波を示していたが、現在の心電図は V₅ の T 波は陽転化している。

症例 2 は、69 才、男性。主訴は胸部圧迫感で、1986 年 7 月 24 日上記症状出現し、7 月 25 日当科初診、心エコー等で、非閉塞型肥大型心筋症と診断された。初診時心電図では、LVH にて I、aV_L、V₅、V₆ にて、ST 低下と陰性 T 波を示していたが、現在 V₅、V₆ の T 波は陽転化している。

以上、2 症例を提示し、肥大型心筋症の臨床的現症について検討した。

2) ランニング中に意識消失し、著明な肺うっ血を呈した 14 歳女性の 1 例

宮島 武文・大塚 英明 (新潟こばり病院) 循環器内科
土谷 厚・矢沢 良光
江部 克也・船崎 俊一 (新潟大学第一内科)
北沢 仁・古川 達雄 (厚生連村上病院) 内科
小田 栄司

14 歳、女性、バレー部員。【主訴】胸部圧迫感、意識消失。【現病歴】平成 2 年 5 月 17 日午後ランニング中、胸部圧迫感を自覚後、意識消失。脈拍触知せず、呼吸微弱。約 15 分後、救急車内で意識回復し、某病院に搬送。心電図上、Ⅲ、aV_R を除く全誘導で最大 11mm の ST 低下、最大 5 連の心室性期外収縮を認め、胸部 X-p で心拡大と著明な肺うっ血を認めた。発症約 4 時間後、当科に転送される。【現症】血圧 90/60mmHg。心拍数 115/min、頻呼吸、体温 37.9 度。浮腫なし。【経過】来院時心電図 ST は正常化。胸部 X-p 上、肺うっ血は軽減するも、左肺に浸潤影を残す。心エコーは正常。Hb 7.1g/dl、WBC 10100/mm³、CPK 2865IU/L、LDH 843IU/L、Pco₂ 34Torr、Po₂ 51Torr、pH 7.4、急性左心不全、鉄欠乏性貧血、肺炎と診断し加療した。左心不全の原因として貧血、上室性不整脈、心筋炎、冠スパスム、自律神経異常を考え検索したが、原因を確定できなかった。

3) 冠攣縮と stunned myocardium

宮北 靖・渡辺 賢一 (燕労災病院) 循環器内科
政二 文明 (桑名病院) 循環器内科
鈴木 薫 (新潟県立新発田病院) 循環器内科

〈目的〉冠攣縮性狭心症と stunned myocardium の病態を解析するため、冠動脈内エルゴノピン (EM) 注入により誘発された狭窄度と心筋心ブール像を対比検討。

〈対象・方法〉冠動脈造影で 50% 以上の狭窄を有さない 53 例を対象とした。EM を左右冠動脈へ各々 0.05 mg/5 分注入し、胸痛 ST 上昇出現時又は注入 1 分後に冠動脈造影し ISDN 注入後との冠直径比で 4 群 (A 群 = 99~100% 狭窄 15 例、B 群 = 75~95% 12 例、C 群 = 50~74% 8 例、D 群 = 0~49% 18 例) に分類、Tc 心ブール像、T1 心筋シンチ像。異常例は治療 7 日~6 ヶ月後に再検査を追加した。

〈結果〉① 冠攣縮が誘発された冠動脈支配領域に RI で異常がみられた部位は A 群 = 100% (15/15)、B 群 = 87% (13/15)、C 群 = 13% (1/8)、D 群 = 17% (3/18)。