

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、V<sub>5</sub>、V<sub>6</sub>、陰性 T 波を示していたが、現在の心電図は V<sub>5</sub> 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<sub>L</sub>、V<sub>5</sub>、V<sub>6</sub> にて、ST 低下と陰性 T 波を示していたが、現在 V<sub>5</sub>、V<sub>6</sub> 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<sub>R</sub> 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/mm<sup>3</sup>、CPK 2865IU/L、LDH 843IU/L、Pco<sub>2</sub> 34Torr、Po<sub>2</sub> 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、冠スパズム、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)。

② 治療後 RI 再検査での異常出現はA群=27% (4/15), B群=23% (3/13), C群=0% (0/1), D群=33% (1/3) と各群で減少. ③ 心筋又は心プール異常例の87% (27/31) は EM 負荷で75%以上狭窄が誘発され, RI 正常例では75%以上狭窄は誘発されず.

〈結論〉① 冠攣縮誘発部と心筋・心プール像異常部は75%以上狭窄部で一致した. ② RI 異常部は治療後正常化例が多い. ③ したがって EM 負荷の陽性判定は75%以上狭窄出現がよく, その部位は stunned myocardium の状態である.

#### 4) 甲状腺機能亢進症が誘因と考えられる冠攣縮性狭心症の1例

山崎ユウ子・三井田 努  
小田 弘隆・戸枝 哲郎 (新潟市民病院)  
樋熊 紀雄 (循環器科)

症例は63歳男性, 感冒様症状が持続し, その後安静時胸痛が頻発したため不安定狭心症にて入院した. 入院時検査より甲状腺機能亢進症と診断された. 安静時心電図は正常であったが, 発作時にⅡ・Ⅲ・ $aV_F$ ・ $V_4-6$  に著明な ST 低下を認めた. また, 運動負荷心筋シンチでは虚血を認めなかった. 冠動脈造影時胸痛発作出現し, 心電図は通常発作と同様の所見を示し造影所見では左主幹部に90%狭窄を認めた. ISDN の左冠動脈内投与により狭窄は25%に軽減した. 甲状腺機能亢進症に対して MMI を投与し, 発作は徐々に減少し, 甲状腺機能正常化後胸痛発作は消失した. 本例の狭心症発作の機序として甲状腺機能亢進症による冠動脈攣縮が推定された.

## 第25回新潟大腸肛門病研究会

日時 平成2年6月2日(土)

午後3時

会場 ホテル新潟

### 一般演題

#### 1) 当科で経験した大腸陥凹性病変の検討

林 俊一・植木 淳一  
柳澤 善計・秋山 修宏  
成澤林太郎・朝倉 均 (新潟大学第三内科)

当科において経験した大腸陥凹性病変14例につき検討した. 陥凹性病変の定義は内視鏡的に周囲と境界明瞭な陥凹局面を持った病変とし, 周囲に隆起を伴う場合はⅡaまでの高さとした. 病変の内訳は, de novo 癌1例, 腺腫内癌1例, 高度異型腺腫2例, 低異型7例, びらん2例であった. これらのうち11例は5mm以下の大きさで, 淡い発赤で発見されることが多く, 陥凹部の確認を含め詳細な観察には色素散布とともに, 空気量の増減, 抗コリン剤の投与等の処置が有用であった. 病変の処置は内視鏡的粘膜切除術を行い, 実体顕微鏡下に切り出しを行うことが必要であった. 腫瘍性病変との鑑別に苦慮した2例の単発のびらんを経時的な形態変化をきたし, 1例は陥凹の一部に無名溝様の構造を認めた.

#### 2) 新潟県における大腸癌の外科的治療の調査報告

島田 寛治 (新潟県立柿崎病院)  
筒井 光広 (新潟県立がんセンター外科)

昨年に引続き大腸癌症例の調査を行ったが, 内視鏡的摘除のみで手術しない大腸癌症例が増えていることから, 前年の主要外科施設に加えて, 内科施設にも登録を依頼し, 合計111施設中95施設(85.6%)より回答を得た.

登録総数は1246例, 結腸691例, 直腸453例, 多発102例と前年に引続き, 結腸癌が多く直腸癌が少なかった(55:36:8). 年齢は27-95才, 平均65.5才, 男のピークは60才, 女のピークは70才であり, ポリペック症例のピークはそれぞれ10才若かった.

占拠部位では結腸癌は女性が多く, 直腸癌は男性に多い. 結腸の中でも特に右結腸(CAT)は女が多く, 左結腸(DS)は男が多い傾向を示し, 前年と同様の結果であった. 保健医療圏別, 人口10万人対の頻度は前年の