
 学 会 記 事

第 294 回新潟循環器談話会

日 時 平成 30 年 12 月 15 日 (土)
 午後 3 時～ 6 時
 会 場 新潟大学医学部 第五講義室

I. 一 般 演 題

1 心不全によるサルコペニアから離脱できた 1 例

和田 理澄, 木村 新平, 尾崎 和幸
 加瀬 真弓, 西田 耕太, 久保田直樹
 高野 俊樹, 大久保健志, 高山 亜美
 保屋野 真, 柳川 貴央, 小澤 拓也
 柏村 健, 南野 徹
 三島 健人*, 榎本 貴士*, 大西 遼*
 長澤 綾子*, 岡本 竹司*, 土田 正則*
 新潟大学大学院医歯学総合研究科
 循環器内科
 同 呼吸循環外科学分野*

症例は 74 歳, 男性. 2 年半前に広範前壁中隔梗塞を発症, 僧帽弁逸脱症も認めた. 4 か月前より労作時息切れが出現, 2 か月前に心房粗細動が出現, 呼吸苦増悪し前医へ入院した. 機能的僧帽弁逆流も合併し, 心不全コントロール困難にて当院へ転院した. 低心拍出症状が強く, 4 か月で体重は 15kg 減少し BMI 15.6, SMI 4.75, MNA 3 点と, サルコペニア, 悪液質の状態であった. 冠動脈造影は左前下行枝近位部の完全閉塞を認め, CI 1.331/min/m² でドブタミンを開始し, 栄養補助食品, ベッド上での低負荷四肢運動も開始した. 経口強心薬に移行後, MVR・CABG・Maze 手術を行い, 自宅退院された.

【結語】心不全悪液質の患者に, 強心薬と, 早期からの心臓リハビリテーションチーム介入にて手術可能となり, ADL の向上, 自宅退院できた症例を経験した.

2 陳旧性心筋梗塞を基礎疾患とする心室細動治療経過中にアミオダロン誘発性甲状腺機能亢進症による心不全を発症した 1 例

石塚 光夫, 赤川 理恵, 小柳 宣人
 中野 賢治, 袴田 崇裕, 田中 孔明
 保坂 幸男, 土田 圭一, 高橋 和義
 小田 弘隆

新潟市民病院 循環器内科

症例は 60 歳代男性.

6 年前に急性心筋梗塞発症. 4 年前に VF のため ICD 植え込んだ. その後, VT による ICD 作動があり, 3 年前よりアミオダロン 100mg/日を開始した. 投与前および投与後の甲状腺機能は経時的検査で異常はなかった (FreeT3 2.58 pg/ml, FreeT4 1.07 ng/dl, TSH 1.93 μIU/ml). 左室駆出率は 60% 程度で, NYHA I で経過していた.

1 か月前に甲状腺機能亢進 (FreeT3 4.20 pg/ml, FreeT4 2.59 ng/dl, TSH 0.115 μIU/ml) を認めたが, 症状に変化はなかった. 8 日前より起坐呼吸出現し, その後呼吸困難が悪化した. うっ血性心不全の診断で入院した. 意識障害を認め, 血圧は 92/60 mmHg, 洞調律で心拍数は 141 bpm, 完全左脚ブロック, 胸部レントゲンで心拡大と肺うっ血を認めた. FreeT3 7.16 pg/ml, FreeT4 3.87 ng/dl, TSH 0.01μIU/ml と甲状腺機能亢進を認めた. アミオダロンを中止し, NPPV, ISDN, 利尿剤にて心不全治療を開始したが, 心不全は改善しなかった. 右心カテーテルにて高拍出性心不全の病態 (CO 12.05 L/min, CI 6.44 L/min/m²) を認めた. 意識障害, 頻脈, 心不全症状から甲状腺クリーゼの診断となり, ヒドロコルチゾン, チアマゾール, ヨウ化カリウムを開始した. ヒドロコルチゾン投与後から速やかに心拍数は 90 bpm 台まで低下し, ステロイドが著効した経過があった. 抗体検査は陰性で, エコーで甲状腺への血流増加や結節性変化も認めず, アミオダロン誘発性甲状腺機能異常症 (AIT) II 型と診断した. 経過中に DIC の合併があったが, ステロイド開始後の心不全コントロールは良好となり, 救命に成功した. 慢性期にはプレドニンに切り替え, 漸減経過中に甲状腺機能亢進所見は改善した.