

## 第 265 回新潟循環器談話会

日 時 平成 22 年 12 月 11 日 (土)  
午後 3 時～6 時  
場 所 新潟大学医学部  
第 5 講義室

### I. 一般演題

#### 1 ビリルビンは HbA1C に独立に関係する

小田 栄司

たちかわ総合健診センター

【背景】非糖尿病成人において、HbA1C は空腹時血糖で補正しても心臓血管病と有意に関係するが、空腹時血糖は HbA1C で補正すると心臓血管病と有意に関係しないと報告されている。一方、ビリルビンは強い抗酸化物質であり、血清総ビリルビン値の低い人で心臓血管病の発症が多いことが報告されている。

【目的】血清総ビリルビン値と HbA1C の横断的關係を解析する。

【対象】人間ドックを受診して文書で研究に同意した男性 2,500 人と女性 1,680 人。

【方法】血清総ビリルビン値を従属変数とし、HbA1C を含む心血管危険因子を独立変数とした多変量線形回帰、および、HbA1C を従属変数とし、血清総ビリルビン値を含む心血管危険因子を独立変数とした多変量線形回帰を計算し、HbA1C  $\geq 5.2\%$  (最大 4 分位群)、および、HbA1C  $\geq 5.4\%$  (最大 10 分位群) を従属変数とした血清総ビリルビン値を含む心血管危険因子のオッズ比を計算した。

【結果】男女とも、HbA1C は、他の心血管危険因子と独立に血清総ビリルビン値に関係し、血清総ビリルビン値は、他の心血管危険因子と独立に HbA1C に関係した。男女とも、血清総ビリルビン値は、他の心血管危険因子と独立に HbA1C  $\geq 5.2\%$  (最大 4 分位群)、および、HbA1C  $\geq 5.4\%$  (最大 10 分位群) に関係した。

【結論】日本人成人において、ビリルビンは HbA1C に独立に関係した。

【臨床的示唆】非糖尿病成人における HbA1C と心臓血管病との関係に、ビリルビンが関与している可能性が示唆された。

#### 2 産褥期に発症したタコツボ型心筋症の 1 例

飛田 一樹・小田 弘隆・大久保健志  
佐藤 迪夫・池上龍太郎・小林 剛  
保坂 幸男・土田 圭一・尾崎 和幸  
高橋 和義・三井田 努

新潟市民病院循環器内科

症例は 30 歳代、女性。既往歴は妊娠糖尿病、発症 11 日前、骨盤位の切迫早産にて、当院産科緊急入院。4 日後、絨毛膜下血腫による貧血進行あり、緊急帝王切開術施行。術後は止血目的にエルゴメトリンを持続点滴としていた。術後 7 日目の午前に、子宮内血腫を認め、凝血を搔爬した。同日 21 時に突然の広範な前胸部痛を認めた。CT で肺塞栓症を否定し、心エコーにてタコツボ型心筋症を疑った。低容量ヘパリン持続点滴にて経過観察を行い、左室壁運動の改善を確認した。心臓カテーテル検査は施行せず、外来にて経過観察中である。

周産期にタコツボ型心筋症を発症する症例報告は散見されている。身体的、精神的ストレス以外に、周産期に固有な因子が関与しているかどうかは、今後の検討が必要である。

#### 3 たこつぼ心筋症の急性期に一過性冠動脈閉塞を合併した 2 症例

山口 峻介・星野 虎生・小黒 武雄  
中山 雅文・長尾 智美・斉藤 淳志  
布施 公一・藤田 聡・池田 佳生  
北澤 仁・高橋 稔・佐藤 政仁  
岡部 正明

立川綜合病院循環器内科

〔症例 1〕40 代、女性。平成 16 年 10 月 23 日の中越地震以降、避難所にて生活をしてきたが、胸

痛を自覚し当院受診。心電図で軽度 ST 上昇と心エコー検査で心尖部の無収縮があり、心筋トロポニン T 陽性。冠動脈造影が正常であったことから、たこつぼ心筋症として加療。第7病日に胸痛が再発し、2回目の冠動脈造影で LAD 末梢の完全閉塞を認めた。これはニトログリセリンの冠注で改善しなかった。退院時の3回目の冠動脈造影は正常であったが、左室心尖部は一部無収縮であった。

【症例2】60代、女性。平成22年9月に美容院で整髪中に前胸部不快感があり、当院受診。心電図での ST 上昇と心エコー検査での心尖部無収縮があり、心筋トロポニン T 陽性。冠動脈造影では対角枝末梢に閉塞を認めた。左室造影では Seg 2, 3, 4 の無収縮を認めた。退院前の冠動脈造影は正常で、アセチルコリン負荷で冠攣縮は誘発されなかった。左室心尖部の壁運動は改善傾向も一部無収縮であった。

【まとめ】たこつぼ心筋症の急性期に冠動脈閉塞をきたす症例があり、予後に影響する可能性が考えられた。

#### 4 肺動脈性肺高血圧の治療中に肺水腫をきたした1症例

高松はるか・大倉 裕二・岡田 義信  
県立がんセンター新潟病院内科

【はじめに】肺動脈性肺高血圧症 (PAH) は、一般には右心不全を呈し肺水腫を来すことはまれである。今回、本疾患の治療中に肺水腫と思われる病態を呈した症例を経験したので、報告する。

症例は82歳の女性。家族歴に特記すべきことなし。既往歴に心血管系・門脈系・呼吸器系・膠原病などの疾患歴はない。2010年2月労作時呼吸困難が出現。3月10日、息切れが増悪し、入院した。喫煙や飲酒歴はなし。

【入院時所見】身長143cm、体重52.3kg、血圧107/67mmHg、脈拍数74/分、心2音が亢進。呼吸音や腹部に異常なし、浮腫なし。血液ガス分析は、PO<sub>2</sub> 54.3mmHg、PCO<sub>2</sub> 39.1mmHg、HCO<sub>3</sub>

21.6mEq/L。胸部 X 線写真にて左右肺動脈の突出あり、肺野には異常なし。全身 CT では腹部骨盤臓器や下肢の異常ならびに肺動脈血栓像は認められなかったが、thin slice にて肺野に小葉単位の GGO, septal line が認められた。心エコー検査では、肺高血圧以外の異常は認められなかった。心臓カテーテル検査では、右心系に酸素飽和度の増加なし、PA 65/21 (m38) mmHg, PAWP 4 mmHg, RV 64/1mmHg, RA 1 mmHg, CI 1.8L/m<sup>2</sup>, PARI 1553dyne/sec/cm<sup>-5</sup>/m<sup>2</sup>であった。

【経過】各種の精査から二次性 PH は否定され、PAH と診断した。3月末よりワーファリン内服、酸素投与に加えボセンタンの内服治療を開始した。6月27日よりタダラフィルを追加投与したところ、7月19日に息切れが増悪し入院した。胸部 X 線で両側バタフライ状陰影を認め、肺水腫と考えられた。タダラフィルを中止し、ドブタミンとフロセミド投与により軽快した。7月29日よりベラプロストを投与し、自覚症状および肺動脈圧、肺血管抵抗の改善を認め、退院した。

【考察】以上のような検査結果や臨床経過から、pulmonary venous occlusive disease (PVOD) が疑われた。PVOD は、PAH の5~10%を占める PAH のサブグループの一つであるまれな疾患である。PVOD は IPAH より予後不良といわれているが、血管拡張薬により肺水腫を来す場合が少ないものの、注意深く投与すれば改善する例が少ないという報告がある。また、PVOD と肺毛細血管腫症 (PCH) との臨床上の鑑別は困難であり、診断には肺生検が必要である。本症例は肺生検は未施行だが、PVOD が強く疑われた。