

循環器

病歴要約番号 0000022789-000

領域 循環器

患者の施設名 施設0000000700

患者ID 2345678901

受持時患者年齢 56歳

性別 男性

受持期間 自 2016/07/04

受持期間 至 2016/07/22

入院日 2016/07/04

退院日 2016/07/22

転 帰:

 治癒 軽快 不変 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり (外科紹介症例) 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり (剖検症例)

フォローアップ:

 外来で 他医へ依頼 転院**確定診断名**

#1(主病名) うっ血性心不全

#2(副病名1) 拡張型心筋症

#3(副病名2) 心房細動

#4(その他の副病名) 心室頻拍症

【主訴】 息切れ・食欲不振**【既往歴】** 30歳:胃潰瘍**【社会生活歴】** 喫煙:30~50本/日, アルコール:ビール 1~2本/日.**【家族歴】** 父:胃癌**【病歴】** 平成28年4月,両下肢痛および全身倦怠感が出現. 5月下旬頃より,息切れが出現. 6月中旬,咳嗽を伴うようになり,7月2日○#医院にて受診. 胸部X線写真で肺うっ血を認め,心不全の診断で7月4日当科紹介入院となった.**【主な入院時現症】** 身長 164 cm, 体重 62 kg. 体温 36.9°C. BP 88/58 mmHg. 胸眼瞼結膜に貧血なし, 眼球結膜に黄疸なし. 心音: I, II 音は清, 心尖部収縮期雑音 (Levine III/VI). 両肺野:湿性ラ音を聴取.**【主要な検査所見】** BNP 650 pg/mL<動脈血ガス分析> PH:7.484, PaCO₂:34 Torr, PaO₂:99.1 Torr, HCO₃⁻:25.3 mEq/L, SatO₂:98.0%.

胸部Xp:心拡大(CTR 58%), 肺うっ血, 両側胸水

安静時心電図:心房細動

<ホルター心電図> 総心拍数111,730/24hrs, 心房細動

平均心拍数77/分(最高107/最低51)

心室性期外収縮:3,480個, 最大7連発の心室頻拍

【プロブレムリスト】

#1. うっ血性心不全 #2. 僧帽弁閉鎖不全 #3. 心房細動 #4. 心室頻拍症

【入院後経過と考察】 #1. うっ血性心不全は,酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ,速やかに改善した. 心不全の原因は,心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず,左室全周性に壁運動低下を認めたことから,心筋疾患が考えられた. 左室心筋生検で,心筋細胞の変

性所見が認められ、拡張型心筋症と診断した。内服療法は、ループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および β 遮断薬の併用療法を開始した。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後にはⅡ度までに改善したので、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電氣的除細動を試み一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始した。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、早速アミオダロンの投与を開始した。投与後からは3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験にて、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】 アスピリン100 mg 1×, フロセミド40 mg 1×, スピロノラクトン25 mg 1×, エナラプリル5 mg 1×, カルベジロール5 mg 2×, ジゴキシシン0.25 mg 1×, ワルファリン3 mg 1×, アミオダロン200 mg 2×

【総合考察】

専攻医 所属施設名：施設0000000700

専攻医： 内科 太郎

担当指導医： 日内 花子

循環器

病歴要約番号 0000022790-000

領域 循環器

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 2345678901

受持時患者年齢 56歳

性別 男性

受持期間 自 2016/07/04

受持期間 至 2016/07/22

入院日 2016/07/04

退院日 2016/07/22

転 帰：
 治癒 軽快 不変
 転科：手術あり 転科：手術なし 転科：手術あり（外科紹介症例）
 死亡：剖検あり 死亡：剖検なし 死亡：剖検あり（剖検症例）

フォローアップ：
 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

- #1(主病名) 拡張型心筋症
- #2(副病名1) うっ血性心不全
- #3(副病名2) 心房細動
- #4(その他の副病名) 心室頻拍症

【主訴】 息切れ・食欲不振

【既往歴】 30歳：胃潰瘍

【社会生活歴】 喫煙：30～50本/日，アルコール：ビール 1～2本/日。情報関連会社の営業を担当し，接待および外食が多い。

【家族歴】 父：胃癌，心疾患の家族歴を認めない。

【病歴】 これまでに定期健診等において心疾患を指摘された事はなかった。2016年4月，両下肢痛および全身倦怠感が出現した。5月下旬頃からは労作時の息切れが出現し，6月中旬になると，夜間の咳嗽を伴うようになり，7月2日近くの診療所を受診した。胸部X線写真で肺うっ血を認め，心不全の診断で7月4日に当科を紹介入院となった。

【主な入院時現症】 身長 164 cm，体重 62 kg。体温 36.9℃。脈拍84/分，不整。血圧 88/58 mmHg。呼吸数20/分。眼瞼結膜に貧血はなく，眼球結膜に黄疸はない。心音：I音は減弱し，II音は正常の呼吸性分裂を認める。心尖部にてIII音と全収縮期雑音（Levine III/VI）を聴取する。両肺野下部において湿性ラ音を聴取する。腹部は柔らかく，肝臓・脾臓を触知しない。下腿にて軽度の浮腫を認める。

【主要な検査所見】 血液所見：赤血球 494万/ μ L，Hb 16 g/dL，Ht 47%，白血球 6,700/ μ L，血小板 22万/ μ L。血液生化学所見：TP 6.5 g/dL，総ビリルビン 0.89 mg/dL，AST 26 IU/L，ALT 36 IU/L，LD 233 IU/L， γ -GTP 120 IU/L，BUN 17.4 mg/dL，Cr 1.1 mg/dL，尿酸 7.2 mg/dL，血糖 104 mg/dL，HbA1c 5.3%，総コレステロール 219 mg/dL，トリグリセリド 262 mg/dL，Na 145 mEq/L，K 4.2 mEq/L，Cl 106 mEq/L，BNP 650 pg/mL。動脈血ガス分析（自発呼吸，room air）：pH 7.484，PaCO₂ 34 Torr，PaO₂ 99.1 Torr，HCO₃⁻ 25.3 mEq/L，SaO₂ 98.0%。胸部X線写真：左3・4弓の突出を主体とした心拡大（CTR 58%），肺うっ血，両側胸水。心電図：心房細動と左胸部誘導の高電位差およびT波の平低化を認める。QRS幅は110 ms。<Holter心電図> 総心拍数111,730/24hrs，心房細動。平均心拍数77/分（最高107/最低51）心室性期外収縮：3,480個，最大7連発の心室頻拍。<心エコー図> 左室の

拡大とびまん性の壁運動低下を認める。LVDd 66 mm, LVDs 57 mm, IVS 9 mm, LVPW 10 mm, LVEF 29%, LAD 49 mm, MR中等度 (ERO : 0.15) , 推定PA収縮期圧 30 mmHg.

【プロブレムリスト】

#1. うっ血性心不全 #2. 僧帽弁閉鎖不全 #3. 心房細動 #4. 心室頻拍症

【入院後経過と考察】 #1. うっ血性心不全は入院時にはNYHA III度であったが、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、虚血性心筋症は否定されて心筋疾患が考えられた。また、高血圧の既往もなく、毎年の健診でも強い心雑音を指摘されていない事より、高血圧性心臓病や一次性の弁膜症の可能性は低い。さらに、右室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められる一方で、アミロイド沈着やサルコイド結節および炎症細胞浸潤なども認められないことより拡張型心筋症と診断した (Roberts WC. Am J Cardiol 1989;63:893) 。なお、病状が安定してから実施した右心カテーテル検査では肺動脈楔入圧16 mmHg, 心係数 2.8 L/min/m²であった。内服療法はループおよび抗アルドステロン性利尿薬, ACE阻害薬および少量のβ遮断薬の併用療法を開始した。なお、カルベジロールは2.5 mgより開始し、病状の悪化のない事を確認して5 mgまで増量しているが、血圧は90/60 mmHgと入院時から明らかな低下はなく、退院時の体重も59 kgであった。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後には心エコー図でII度までに改善したので機能性MRと考えられ、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を目的とし、ワルファリン3 mgでPT-INR 2.2とコントロールされた。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、アミオダロンの投与を開始した。その後は3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験においても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】 アスピリン100 mg 1×, フロセミド40 mg 1×, スピロノラクトン25 mg 1×, エナラプリル5 mg 1×, カルベジロール2.5 mg 2×, ジゴキシシン0.25 mg 1×, ワルファリン3 mg 1×, アミオダロン200 mg 2×

【総合考察】 心不全で発症した拡張型心筋症の症例である。治療に対する反応は良好で、改善後はForrester分類の1群であり、標準的治療薬の導入も容易であった (McMurray JJV. Eur Heart J 2012;33:1787) 。ただし、非持続性心室頻拍に対して電気生理学的検査でVTが誘発されずに薬物治療としたが、収縮能が低下した心不全患者に対しては植込み型除細動器の方がより有効であるとの大規模臨床試験も報告されているので (Bardy GH. N Engl J Med 2005;352:225) , 外来での注意深い経過観察が必要である。

心不全治療の発展により拡張型心筋症の予後は改善されてきているが、日常生活での摂生が重要であることに変わりはない。現在の業務内容は顧客への対応で不規則となり、且つ運動量も多い。しかも、接待のために塩分および水分摂取が多くなり易い。これらは病状の悪化の誘因となる。以上より本人とも相談の上、事業所の産業医に診療情報を提供して、病状安定後の復職プログラムは内勤への配置転換後に行うように検討してもらう事とした。

専攻医 所属施設名 : ○△■病院

専攻医 : 内科 太郎

担当指導医 : 日内 花子
