

第11回関東小児心筋疾患研究会

日 時：2002年11月9日
 会 場：フクダ電子株式会社 本郷事業所
 当番幹事：渡部 誠一(土浦協同病院小児科)

1. トロポニンT遺伝子変異(phe110Ile)による家族性心筋症の病態と予後

東京女子医科大学附属日本心臓血圧研究所循環器小児科

中西 敏雄, 松岡瑠美子, 中澤 誠

症例は12歳(妹)と14歳(兄)の兄弟。心筋症は学校検診時、心電図異常(右脚ブロック、四肢誘導のq波)で発見された。2例とも、心エコーで軽度の左室肥大を認め、短縮率は正常範囲であった。心エコーによる左室流入血流の測定において、E波とA波の間に大きな緩徐流入波形を認めた。心カテ時の左室拡張末期圧は15~20mmHgと上昇していた。1例(兄)は突然死した。1例(妹)は心室細動を来し、ニアミスで蘇生され、除細動器(ICD)を植え込んだ。本症例の父親も同じ遺伝子変異があり、完全房室ブロックでペースメーカを植え込んでいる。父方の叔父も徐脈にてペースメーカを植え込んでいたが突然死した。父方祖父も徐脈で失神発作があり70歳で突然死している。トロポニンTのphe110Ile変異による心筋症は比較的予後が良いという報告があるが、本家系の分析からは、本症は予後不良のことがあるので注意深いフォローアップが必要であることを示唆する。

2. 乳幼児期から心筋肥大の進行を観察しえたDanon病の1例

筑波大学小児科

高橋 実穂, 堀米 仁志, 岩崎 信明

塩野 淳子, 松井 陽

同 循環器内科

渡辺 重行, 宮内 卓

国立精神・神経センター神経研究所

西野 一三

Danon病は肥大型心筋症、空胞性ミオパチ、精神遅滞を主徴としたX連鎖性疾患である。2000年に西野らによってLAMP-2遺伝子変異が見いだされた。症例は14歳男児。叔母が心筋症で死亡、母は心房細動で投薬中。成長発達は正常。生後3カ月にAST、ALTの上昇、2歳にCPKの上昇が

偶然認められた。8歳ころから心電図上の左室肥大が進行し、12歳時の心エコーで初めて心室中隔13mm、左室後壁13.5mmと明らかな肥大が認められた。ホルター心電図で心室期外収縮、心室頻拍、上室性期外収縮、上室性頻拍があり、トレッドミル負荷では運動時のST低下があった。筋生検では多数の小空胞を認め、空胞膜はNSE/AChE活性を有する典型的な所見であった。LAMP-2遺伝子のExon3に2コドンの欠失が認められた。原因不明のミオパチの場合、乳幼児期に心電図やエコー所見が正常であっても、所見があることが多い10歳以上までの経過追跡が必要である。

3. 3番染色体小腕末端欠損(46, XX, del(3)(q27-ter))に合併した拡張型心筋症

埼玉医科大学小児心臓科

石戸 博隆, 先崎 秀明, 小林 俊樹

松永 保, 竹田津未生, 増谷 聡

岩本 洋一

3番染色体小腕欠損(46, XX, del(3)(q27-ter))に拡張型心筋症(DCM)を合併した3歳女児例を経験したので報告する。症例は4歳女児。39週2,024gで出生。発育発達遅延を認め、1歳6カ月時他院受診。多発小奇形を認め染色体検査を施行、本診断を得た。3歳時食欲不振・活動低下を主訴に近医受診、胸部X-P上で心拡大(CTR 60%)を認め当科入院。心エコー検査・心筋生検等よりDCMの診断でACE阻害薬・β阻害薬・利尿薬等を投与し外来経過観察。本年5月、感冒に伴い心不全が増悪し当科入院。カテコラミン静注に加えPDE III阻害薬・hANP・ニトログリセリン・クロルプロマジン等の血管拡張薬持続静注、ヒドララジン・イソソルビド・ピモベンダン・アミオダロン等の内服を併用して、静注薬に関しては漸減中止し、β阻害薬に加えGH投与を開始し、いったん退院となった。しかし、その後心不全が増悪し再入院、本年9/19死亡に至った。

4. Backscattered energy temporal analysis(BETA)法による小児開心術後の心機能評価

千葉県こども病院心臓血管外科

渡辺 学, 藤原 直, 岩田 祐輔

村田 明

同 循環器科

青墳 裕之, 中島 弘道, 池田 弘之

Integrated backscatter(IB)解析による超音波組織性状診断

別刷請求先:

〒300-0053 茨城県土浦市真鍋新町11-7

土浦協同病院小児科

渡部 誠一

が近年多くの施設で試みられている。われわれは最近新たに開発されたbackscattered energy temporal analysis (BETA) 法によるIB解析に取り組んでおり、その有用性についての文献的考察とともに当科で得られたpreliminary dataを紹介する。

対象：当院で開心術を受けたVSD, PH症例9例。

方法：術前, 術当日, 術後1, 2日目にそれぞれLVEDV (% of normal), EF, Tei index, BETA法による心周期変動値 (CVIB) を計測, 検討した。

結果：術前CVIBは 7.58 ± 1.05 dB, 術当日, 術後1日目, 2日目のCVIBはそれぞれ術前値の $47.7 \pm 37.2\%$, $52.2 \pm 5.9\%$, $65.5 \pm 3.7\%$ であり, EFの改善と平行して回復した。CVIB, EFの回復と, 術前LVEDV (%N), 大動脈遮断時間, 術後カテコラミン使用量との間に有意な相関関係は認められなかった。

考察：CVIBの術後一過性の低下と回復はEFの回復と同調しており, 術後心機能評価の有用な指標となりうる。

5. 術前にhigh-risk factorを認めなかったにもかかわらず, 術後左室収縮能の低下を来したfailed Fontan 2症例の検討

榊原記念病院小児科

稲毛 章郎, 嘉川 忠博, 西山 光則

朴 仁三, 畠井 芳穂, 森 克彦

村上 保夫

同 外科

高橋 幸宏

術前にhigh-risk factorがなかったが, 術後左室収縮能低下を来したfailed Fontan 2症例を経験した。

症例：症例1はTA(IIc), CoA, 日齢11にCoA repair, PA banding, 5歳時にTCPCを施行, TCPC前のLV圧100/EDP10mmHgでcontraction良好, MR(-), PAのmean圧17mmHg, Rp 1.1U·m², PA index 264であった。症例2はDORV, 1カ月時にPA banding, 7歳時にTCPCを施行, TCPC前のLV contractionは良好, MR², PAのmean圧14mmHg, PA index 493であった。2症例とも側副血行は多く認めなかった。TCPC後, 症例1は7カ月, 症例2は1年9カ月で左室収縮能の著明な低下を来し, 左室心筋はDCM様に拡張を呈した。

考察：2症例はhigh flow typeであり, 左室心筋への何らかの容量負荷があつと思われ, またPA banding後TCPC施行まで5年および7年経過しており, その間の心筋への圧負荷の関与も考えられた。今回, 他にどのような因子が関与するのか, 討論していただきたい。

6. 心エコーにて心筋症の合併が疑われた孤立性右室低形成の兄弟例

横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター小児科

佐近 琢磨, 岩本 眞理, 瀧間 浄宏

西澤 崇

同 センター病理部

田中 範子

東京女子医科大学第二病理

西川 俊郎

症例は4カ月の女兒。家族歴は, 兄が7カ月で急死。右室低形成と心筋症が疑われている。現病歴は, 38週5日3,085g正常分娩, 生後チアノーゼを主訴とし入院。心エコーにて, 右室低形成, 心室の拡張障害, 心房中隔欠損または卵円孔開存による, 右-左シャントを認めた。入院経過中, 心房中隔欠損は自然閉鎖, チアノーゼは徐々に消失した。外来経過中に完全左脚ブロックから高度房室ブロック, 三度房室ブロックとなり, 生後4カ月にて, 死亡した。左室の収縮能の低下が認められた。病理所見では, 右室の低形成を認め, 右室は小さく, 壁は薄かった。右房の拡大を認め, 両心房, 両心室ともに, 心内膜の肥厚を認めた。臨床的に疑われた心筋症, 心内膜線維弾性症は否定された。刺激伝導系に関しては現在検索中である。孤立性右室低形成は, その予後に関して不明な疾患である。今回われわれは, 臨床上心筋症の合併が疑われた, 予後不良な兄弟例を経験した。

7. 特発性心筋症に心房中隔欠損(ASD II)を合併した4症例 その臨床経過の比較検討

榊原記念病院小児科

麻生健太郎, 嘉川 忠博, 西山 光則

朴 仁三, 畠井 芳穂, 森 克彦

三森 重和, 村上 保夫

さまざまな臨床経過をたどった特発性心筋症に心房中隔欠損症を合併した4症例を経験したので報告する。

症例1：小学校入学時の検診で診断。6歳時に心カテ施行。左右短絡率73%, 肺体血流比4.6, 左房-右房間には圧較差があり, LVEDPも高値であった。心内修復術は施行せず経過観察を続けていたが心不全増悪し19歳で死亡した。

症例2：生後8カ月で診断。8歳時に心カテ施行。左右短絡率43%, 肺体血流比1.6, 左右短絡量は少ないものの, 左室駆出率低値LVEDPも高値であった。心内修復術は施行せず, 現在も経過観察中である。

症例3：日齢21に診断。3歳時の心カテでは左右短絡率59%, 肺体血流比2.4, 左室収縮率は良好であったが左房左室の拡大が顕著であった。6歳時に心内修復術を施行。その後の経過は良好である。

症例4：生後まもなく診断。2歳時に心カテ施行。左右短絡率66%, 肺体血流比2.7, 左室収縮率48.7%。心内修復術の適応につき現在検討中である。4症例の管理方法, 心内修

復術の適応などについて検討した。

8. 進行性の左冠動脈狭小化, 左室収縮不全および拡張型心筋症様所見を呈した1例

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科発生発達病態学講座

石橋奈保子, 佐々木章人, 今村 公俊
鈴木奈都子, 泉田 直己, 脇本 博子
土井庄三郎

昨年本研究会で発表した原因不明の多発性冠動脈狭窄症例の増悪経過を報告し, 診断と治療方針について再検討した。診断確定後, 運動制限および強心利尿剤, enalapril, aspirinの投与で症状は安定していた。治療開始1年4カ月後から2回にわたり心筋虚血による胸痛・腹痛発作が出現し, 左室収縮能の低下と拡張型心筋症様所見を呈するに至った。Scheffield運動負荷心電図stage IIでV4~V6, II, III, aVFのST上昇を認め, dipyrindamole stress SPECTで心尖部, 前壁および下壁の欠損像は拡大した。2回目の冠動脈造影検査で, 右冠動脈狭窄(#3の75%狭窄)の明らかな悪化は認めなかったが, 左冠動脈前下行枝および回旋枝の本幹と分枝の広範囲にわたる壁の不整と内腔の狭小化の進行を認めた。過去の報告から, 診断的には, 冠動脈形成不全症とも多発性冠動脈狭窄症とも言い難く, 両疾患概念の連続性を示唆する症例と考えた。今後の治療方針として, carvedilolの導入, 運動heparin療法とともに心臓移植や血管再生治療も念頭に置く必要がある。

9. 心臓検診で発見されたelectric disturbance type of cardiomyopathy(ECM)の1例

埼玉県立小児医療センター循環器科

安藤 達也, 菅本 健司, 菱谷 隆
星野 健司, 小川 潔

心臓検診で右室肥大疑いを指摘された16歳男児。自覚症状はなく, 運動部に所属していた。胸部単純写真で心拡大を認めず, 安静時心電図ではIII, aVF, V1-V4に陰性T波を認めた。心エコーではLVEF 74%, LVDd 39mmで心肥大所見は認められず, 左室後壁の壁運動低下を認めた。運動負荷心電図においては多形性の心室期外収縮が誘発された。DOB負荷心筋シンチでは負荷中に二度(Wenckebach型)房室ブロックが出現し, 左室心尖から下壁に集積低下が認められた。左室造影では心尖部に壁運動異常を認めたが, 冠動脈に異常は認められなかった。心筋生検では心筋細胞の肥大, 配列の乱れ, 樹枝様分岐, 大小不同などの心筋変性と間質の線維化が認められたが, 錯綜配列は認められなかった。こうした所見からECMの1例と考えた。

10. カルベジロールを使用した小児重症慢性心不全の2例

都立清瀬小児病院循環器科

葭葉 茂樹, 大木 寛生, 菅谷 明則
佐藤 正昭

背景: 重症慢性心不全にβ遮断薬が有効であることが知られている。成人領域ではα1とβ受容体を遮断するカルベジロールが有効であるという報告が増えてきている。しかし小児領域では効果についての報告は少ない。

症例1: 6歳女児, 急性心不全で入院。心筋生検で拡張型心筋症と診断。抗心不全療法を行ったがカテコラミンを中止できず, カルベジロールの投与を開始した。臨床症状, 心エコー上のEF, h-ANP, BNP著明に改善し入院6カ月後に退院した。

症例2: 7カ月女児, 心不全によるショックで入院。CK-MB, 心筋トロポニンT, ミオシン軽鎖Iが著明に上昇, 急性心筋炎と診断。抗心不全療法で臨床症状は改善したが, 心エコー上のEF改善せず, 発症4カ月後カルベジロールの投与を開始した。投与後患児の活動性に改善を認めた。

結果: 2例とも重篤な副作用なくカルベジロールを投与できた。重症慢性心不全小児例では著効する例があることが確認できた。

11. DDD pacingにて左室流出路圧較差が改善された閉塞性肥大型心筋症(HOCM)の1例

横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター小児科

西澤 崇, 瀧間 浄宏, 佐近 琢磨
岩本 眞理

症例: 6歳男児。

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし。

病歴: 検診にて心雑音心電図異常を指摘され, 心筋症疑いにて紹介受診となる。

現症: 身長121cm, 体重26.5kg, 血圧92/42mmHg, 末梢冷感(+), 神経学的異常所見(-), 心雑音は, 2LSBにSEM 2/6, ApexにSRM 2/6聴取。III音, IV音(+), 肝臓は, 右季肋下2cm触知。

検査所見: GOT 269, GPT 219, LDH 1,902, CK 800, ALD 13.1, Myoglobin 334, 胸部XPでは, CTR 68%, ECG; 洞調律, R波high voltageおよびST異常(+), 心エコー; 全周性に心室壁肥厚(+), 左室流出路中隔壁厚30mm, 左室流出路圧較差100mmHg, 僧帽弁逆流II度, SAM(+), LVDI 0.44, LVTDI; E/Ea=24.9。

経過: 左室流出路狭窄(LVOTO)著明のため, β遮断薬投与, 運動制限にて経過観察となるが, 心エコー上圧較差の改善を認めず。全身麻酔下心臓カテーテル検査施行。左室流出路圧較差は非pacing時58mmHg。CI 4.63(T.D.法)であったが右房右室DDD pacing 80bpm, AV delay 120msec時圧較差32mmHg CI=5.27と改善した。

結語: DDD pacingはHOCMのLVOTOと低心拍出を改善す

ると考えられた。

12. 若年例閉塞性肥大型心筋症(HOCM)への経皮的中隔心筋焼灼術(PTSMA)により左室流出路圧較差が著しく軽減した1例

東邦大学第一小児科

羽賀 洋一, 佐地 勉, 高月 晋一
星田 宏, 竹内 大二, 中山 智孝
松裏 裕行

日本医科大学第一内科

高山 守正

近年, 成人領域のHOCMに対してPTSMA(percutaneous transluminal septal myocardial ablation)が試みられ, 良好な成績が報告されてきた。今回, 家族性HOCMの1女児例にPTSMAを試みたので, その効果について報告する。

症例: 14歳女児(中学3年生)。11歳時, 感冒にて今医(循環器専門医)受診し, HOCM, prolapsing MRを指摘された。父親は39歳時HCMで突然死。MaronのType II(中隔側壁型)のHCMでIVSs 17mm, PWs 10mmであった。心臓カテーテルにて, LVOTΔPG 17mmHgを示し, Inderal 3T, Persantin 2Tの内服を開始。2年間は外来管理したが, 学校生活においても運動耐用量低下し, NYHA IIIのため次の治療法が必要となった。IVSd=26mm, LVPWd=11mmで, LVOTΔPGは70-100mmHgに進行していた。PTSMAについて2名の専門医に, 外科的切除術については1名の専門外科医にconsultした結果, 適応症例と考えられ, 母親, 本人のinformed assent/consentを得た。2002年8月, 日本医大第一内科にてLAD-S2にアルコール(エタノール)を使用したPTSMA施行。一過性のCAVB以外の心合併症なく, 直後にΔPGは80から20mmHgに著明に低下し, SAM, MRの程度も軽快した。本症例ではPTSMAの有効性は明らかであったが, 若年例HOCMに対する報告はなく, 効果, 予後, 操作上の問題点につき症例の蓄積が必要である。

13. 回復期に一過性の心筋肥厚を認めた急性心筋炎の1例

神奈川県立こども医療センター循環器科

西 有子, 林 憲一, 金 基成
松井 彦郎, 宮本 朋幸, 康井 制洋
同 病理科

田中 祐吉, 加藤 啓輔

東京女子医科大学病理科

西川 俊郎

症例は8歳女児。急性胃腸炎により他院に入院中, 胸痛およびけいれんが出現。完全房室ブロックによる徐脈に気付かれ, 急性心筋炎が疑われ当院に転院となった。入院時の心拍数は40であり, 肺うっ血および胸水の貯留, 左室ポンプ機能の低下を認めた。逸脱酵素の上昇もあり, 多臓器不全を伴う急性心筋炎と診断し, 一時的ペースングを含む集中治療を開始した。入院後徐々に臨床症状は改善し, 第

5病日より完全房室ブロックは消失した。左室ポンプ機能も第10病日には正常化した。第12病日に左室の心筋肥厚が新たに出現した。この変化は一過性であり, 8日後に壁厚の正常化を確認した。肥厚後に施行した心内膜心筋生検では, 心筋細胞の肥大, 変性, 錯綜配列および間質の浮腫, 線維化を認めた。本症例では肥厚による臨床症状の増悪はなかったが, 回復期でも壁厚に影響を及ぼす変化が心筋内で生じている可能性があり, 心機能改善後も注意深い経過観察が必要である。

14. 劇症型心筋炎の2例 非救命例と救命例の対比

国立成育医療センター第一専門診療部循環器科

松岡 孝, 磯田 貴義, 百々 秀心
清水 信隆, 石澤 瞭

症例1: 4歳女児。2日前から発熱。当日, 嘔吐があり, 肝腫大と胸腹水を指摘され悪性腫瘍として紹介。搬送に3時間。来院時意識清明も, 口唇色顔色不良で脈拍触知不良。肝4指。HR 148, RR 54, BP 78/40mmHg, RR不整の心室調律。心筋炎を疑いICU管理としたが, 急激な循環不全から3時間で死亡。

症例2: 5歳男児。前日から発熱。嘔吐, 腹痛, CAVBが出現。心筋炎が疑われ紹介。ペースングと大量γ-globulin療法を併用し循環管理を行ったが, 循環不全のため第3~6病日にECMOを施行。以降は回復。

考察: 第1例は入院に2日を要し発症はより緩徐だったと考えられる。しかし, 急激に循環不全に陥りECMOを導入できず, 救命できなかった。第2例は, 心筋炎を疑われていたため, ECMOを準備下に治療を開始し, 心機能低下に伴い速やかにECMOに移行できた。2例を比較し, 発症早期の正確な診断と治療開始時期が命運を分けたと考えた。

15. 劇症型心筋炎2症例の病理学的検討

日本大学医学部小児科

村上 仁彦, 唐澤 賢祐, 宮下 理夫
鮎沢 衛, 住友 直方, 岡田 知雄
原田 研介

日本大学医学部病理学教室

生沼 利倫, 山田 勉

劇症型心筋炎に対し心肺補助循環装置(CPS)を用いた2例の心筋生検組織像を治療前後で検討した。

症例1: 12歳, 女児。意識消失発作と高度房室ブロックを認め紹介入院した。入院9時間後, 開胸下にCPSを装着し59時間でCPSを離脱した。CPS導入後58時間の右心耳では心外膜炎がみられた。第24病日の右室生検では炎症反応や心筋線維の変性はなく間質に浮腫と軽度の線維化を認めた。

症例2: 5歳, 女児。けいれんと心室頻拍を認め搬送入院した。入院10時間後, 開胸下にCPSを装着し34時間でCPSを離脱した。CPS導入前の右心耳は心筋・間質・血管周囲に軽度リンパ球浸潤を認め, 導入34時間後も心筋炎像を認めた。第16病日の右室生検では炎症はみられず心筋線維の軽

度変性および間質の浮腫と線維化を認めた。

結語：劇症型心筋炎にCPSを導入することで心筋線維の不可逆的な変化が抑制可能である。回復期に認められた一過性心室肥大(浮腫)も可逆的な変化と考える。

16. 小児期重症(劇症型)心筋炎の臨床像

土浦協同病院小児科

渡部 誠一, 小林 賢司, 太田 哲也

目的と方法：小児期の重症(劇症型)心筋炎の臨床像を明らかにするために自験例および国内報告例を検討した。対象は37例(自験例5, 国内報告例32), 年齢 7.2 ± 4.2 歳, 男13例, 女24例である。心筋炎の診断は臨床的に行い, 17例で病理を確認。

結果：初発症状は熱20, 下痢5, 腹痛5, 嘔吐3, 鼻汁3, 蒼白1。主症状は胸痛7, 失神6, けいれん6, 呼吸困難5, 蒼白3, 意識障害2, 徐脈2, 全身倦怠感2, 低体温1, 頻脈1, 不穏状態1, 脈不整1。心雑音5例(13.5%), 奔馬調律19例(51.4%), 肝腫大22例(59.5%), 心拡大20例(54.1%), 心筋逸脱酵素上昇32例(86.5%)。Stokes-Adams発作9例(24.3%), 完全房室ブロック16例(43.2%), 心室頻拍11例(29.7%), 死亡10例(27.0%)。病型分類はブロック型17例(45.9%), 心室頻拍型10例(27.0%), 偽梗塞・ポンプ失調型9例(24.3%), 弁炎1例で心室頻拍型と偽梗塞・ポンプ失調型の予後が不良(死亡率47.3%)。治療はペーシング17例, IVIG7例, ステロイド9例, 補助循環7例。

考察：心室頻拍型と偽梗塞・ポンプ失調型の予後の改善が必要で初期診断と補助循環の適応決定が大切である。さらに症例を集積して検討を進めたい。

17. 新生児期急性心筋炎の臨床像 日本循環器学会 急性心筋炎の治療ガイドライン研究 の小児部門として

東邦大学第一小児科

松裏 裕行, 佐地 勉, 中山 智孝

星田 宏, 高月 晋一, 石北 隆

同 新生児科

多田 裕

新生児期の心筋炎は臨床像が多彩であり, 施設内の流行, 髄膜炎の合併, 全身諸器官へのウイルス伝播などの特徴があり, 予後も極めて不良である。今回は, 日本循環器学会ガイドライン作成班研究 急性心筋炎の治療ガイドライン(北里大学:和泉 徹教授)に小児部門として参画することになり, まずNICUを中心とした全国調査を開始した。新生児未熟児学会所属の諸機関にご協力を頂き, 全国240施設に一次アンケート調査を郵送した結果, 現在までに120以上の返事を頂き, 過去5年間に14症例の回答があった。また過去10年間の文献的考察を行った。報告は24例で在胎週数24~41週, 体重663~3,368g, 主症状は発熱が13例で最も多く, 16例に明らかな心不全徴候があった。原因ウイルス判明は17例でCoxB2(6例), B3(2), B4(2), B5(2), Echo(4), Enter(1)であった。髄膜炎の合併は9例に認め

られていた。現在心症状に関して詳細を検討中である。また追って小児期の治療ガイドライン作成のための疫学調査も必要と考えられ, これによりステロイド, γ グロブリン, PCPS等の治療法の検討も重要課題と思われる。

18. 急性心筋炎の治療経験

長野県立こども病院循環器科

男澤 拓, 安河内 聡, 北村 真友

梶山 葉, 里見 元義

同 心臓血管外科

本橋 慎也, 岡 徳彦, 平松 健司

原田 順和

目的：入院経過および遠隔期予後に影響を及ぼす入院時の因子について比較検討すること。

対象：1994~2001年に臨床的に急性心筋炎として診断・治療を行い, 剖検または心筋生検にて診断確定した10例(男児3例, 女児7例)。

方法：入院時の血液検査所見および心エコー図所見と入院経過および遠隔期予後について診療録より後方視的に検討した。

結果：先天性心疾患(CHD)を合併した1例が死亡した。入院時の左室内径短縮率(FS)および心電図の胸部誘導の低電位と入院中のカテコラミン総投与日数の間に有意な負の相関を認めた。また入院時の心電図の胸部誘導の低電位はFSが0.28以上になるまでの期間と有意な負の相関を示した。入院時CK値が著明に上昇した1例で補助体外循環を要した。

結語：入院時のFSと胸部誘導心電図の電位は, 急性期のカテコラミン投与日数の規定因子と考えられた。遠隔期予後と相関する唯一の検査所見は入院時心電図の胸部誘導におけるQRS低電位と考えられた。入院時の左室拡張末期径のZスコア, FSおよびLV Tei indexは遠隔期予後と有意な相関を認めなかった。

特別講演

「劇症型心筋炎の臨床」

北里大学循環器内科

和泉 徹