

疱疹に罹患し突然死を来した。経過中、ASO、ASK の有意の上昇および心不全症状は認められなかった。剖検により、① 左冠状動脈下枝血管 (起始部に 1.1×0.7×0.7cm のラグビーボール状の血栓があり、内腔1mm で通じている。中膜、内膜、外膜ともに境界不鮮明、類線維素性変性あり中膜・外膜にリンパ球、大単核細胞浸潤あり)。② 間質性心筋炎 (左室心筋の変性壊死・脂肪化あり間質・血管周囲浸潤が認められた)。③ 僧帽弁閉鎖不全 (後尖は肥厚し結節状に凸出し、垂直方向の短縮が著明であり、前尖は黄白色に変色)。④ 他に带状疱疹、大葉性肺炎、腎盂腎炎、感染脾、胸腺 (8g) および副腎萎縮が認められた。

考按: 1) 病理組織学的研究から岡田らにより心筋炎後心筋症が論じられているが、症例2および症例6は臨床経過、心電図、UCG 所見から心筋炎後心筋症が疑われるが、運動負荷試験では症例2は異常なく、症例6では心機能低下が考えられた。心筋炎の経過観察においても運動負荷試験は重要である。観血的検査所見と合わせてかかる面からの検索も必要と思われる。

2) 赤血球 2・3 DPG が acute maximal exercise で増加する原因は主に hypoxic stress によると考えられているが、他に運動負荷により分泌が亢進されるカテコールアミンが解糖系を accelate する可能性も指摘されている。対照例と比較して症例3と症例6が運動負荷による 2・3 DPG の変動動態がことなり、また症例2は 2・3 DPG は増加したが乳酸増加率は少なく、症例4は対照群と同様の变化を示した。心筋炎の経過観察において、また運動負荷試験の病態生理において興味ある知見と思われた。

表 2 心筋炎の運動負荷試験と 2・3 DPG, 乳酸, ビルビン酸

No.		2	3	4	6
年 令		12, 男	16, 女	6, 女	15, 女
発症後の経過		11年	5年 10ヵ月	1年 8ヵ月	5年 6ヵ月
MEI kg·m/min/m <sup>2</sup>		306	225	214	153
peak HR		196	186	180	156
2・3 DPG	前	3258	6393	4300	5076
	後	4813	5267	4982	4365
	%	+47	-17.6	+15.8	-14
乳 酸	前	17.9	10.2	12.4	20.8
	後	36.7	46.4	41.7	22.5
	%	+105	+355	+236	+8
ビルビン酸	前		0.67		
	後		0.98		
	%		+40		
乳酸/ビルビン酸	前		15.2		
	後		49.3		

3) 症例7について: リウマチ性心炎あるいは SLE 等の自己免疫疾患と免疫不全は密接な関係があるので、自己免疫疾患としてのリウマチ性心炎または他の原因による心炎が Dysgammaglobulinemia をきたし、感染症の併発により重篤な経過を示したと考えた。診断、治療、心病変の etiology 等興味ある症例と思われる。

## 小児心筋炎の臨床・病理学的研究

東京女子医科大学心臓血圧研究所 高 尾 篤 良  
 中 沢 誠  
 石 川 辰 雄  
 白 石 真 博

心筋炎の調査にあたり我々は今回は、  
 (I) 臨床的に心筋炎の診断やその疑いは無いが、剖検によって病理組織学的に心筋に炎症性変化を認めたものの。

(II) 臨床心臓病学的に心筋炎と診断しうるものの代表的症例 (孤立性) について検討した (付表参照)。  
 (I) 群のものは、心外に疾患があり、肺炎や肺膿瘍などの合併症を伴って死亡したものである。臨床的に心筋

炎の診断はなされていないが、病理組織学的にはビマン性、間質性心筋炎の像があり、感染に対する間葉性反応があったものと考えられる。

(II)群については、先行感染、発症時期、受診時期、年齢、経過など、診断根拠についても、多要因が関与し、臨床診断にはある程度不確実性が伴う。

死の転機をとり、剖検が行われたとしても、臨床的心筋炎後の経過が遷延した場合、修復機構の働きにより、組織学的にも、炎症性病変をみないものがある。

症例4は発症数カ月時の心内膜心筋生検では、リンパ球、単核球、好中球の浸潤、間質の浮腫など炎症像を認め、その数カ月後の剖検では、炎症像は消失していたものである。

症例5、6の如き例では、発症から来院、受診までの期間が長く、急性期臨床的心筋炎の証拠に乏しい場合は、ウッ血性心筋症のカテゴリーに入る。

今回は示さなかったが、いわゆる、心内膜線維弾性症例で、乳児期、幼児期に診られたものでは、生検や、剖検で、線維弾性所見の他に、炎症性細胞の浸潤、間葉性細胞反応のみられるものがあり、こゝでも、心筋炎、ウッ血性心筋症との重なりがみられる。

臨床学的に心筋炎の診断及びその疑いは無いが、剖検により病理組織学的に心筋に炎症性変化を認めた症例。

対象：1949年から1973年まで東京女子医大第一病理学教室に於て、剖検された2,874例のうち次のものを除外した症例； a) 一次的炎症のうち細菌・真菌などによる感染巣あるいは膿瘍をもつ例、 b) 結核・サルコイド・リウマチ等特異性炎症、 c) 実質障害があり炎症が二次的なものと考えられる例、即ち循環障害・心臓手術による損傷などの例。従って上記以外のすべての症例2583例が対象となった。心筋に多少とも慢性炎症性変化を認めた症例は52例で16才未満の症例は9例であった。

氏名	年齢	性別	主要剖検診断	主要合併症	心筋の変化					
					浮腫	細胞浸潤			心筋変性	
						分布	好中球	リンパ球		組織球
R. T.	16Y	♀	脊椎カリエス		+	ビマン性	+	+	+	+
K. O.	3Y	♀	髄膜炎菌性敗血症	全身の出血傾向	+	〃	+	+	+	+
D. K.	20D	♂	肝膿瘍	肺膿瘍	±	〃	-	±	+	±
T. K.	7M	♂	内脳水腫	遷延性肺炎	+	〃	-	+	+	+
T. H.	1Y 8M	♂	心内膜床欠損症		+	〃	±	±	+	+
K. S.	1M	♀	総肺静脈還流異常	剝離性肺炎	+	〃	±	+	+	+
N. I.	1M	♀	臍帯ヘルニア(術後)	中等度浮腫性肺炎	±	〃	-	±	+	±
K. T.	4Y	♀	日本脳炎(疑い)	軽度肺炎	±	〃	+	+	+	+
T. Y.	2M	♂	慢性肝線維化	肺炎	+	〃	-	-	+	+

文献：向井美和子，今井三喜；心筋炎の病理形態学的研究，東女医大誌，Vol. 45，No. 4；373～383 (1975)。

2. 臨床心臓病学的に心筋炎と診断した症例

No.	氏名	性	年齢	主訴	発症年月日	予後	先行する発熱の有無	既往歴	家族歴
1	N. W.	♀	5才	前胸部痛	1974年8月	軽快	(+) 入院時	発症1年前 MCLS	特になし
2	A. N.	♀	4ヵ月	顔面蒼白，徐脈	1968年5月	軽快	(-)	特になし	特になし
3	E. N.	♀	11ヵ月	下腿浮腫	1069年11月	不明	(-)	発症3週前 水痘	特になし
4	M. K.	♀	7才	動悸，呼吸困難	1962年7月	死亡	(-)	特になし	特になし
5	K. K.	♀	7才	前胸部痛	1970年10月	死亡	(+)入院2週前	特になし	特になし
6	E. I.	♂	11才	胸痛，呼吸困難	1971年5月	死亡	(+)入院20日前	発症4ヵ月前 虫垂切除	特になし

## 〔入院時所見〕

No.	氏名	心音	胸痛	肝腫	浮腫	発熱	チアノーゼ	呼吸困難	脈拍数	その他
1	N. W.	特記すべきことなし	(+)	(-)	(-)	(+)	(-)	(+)	108/分	
2	A. N.	特記すべきことなし	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	42	
3	E. N.	Distant	(-)	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	165	
4	M. K.	心尖部収縮期雑音 Levine 2/VI	(-)	(-)	(±)	(-)	(-)	(+)	98	悪心, 嘔吐
5	K. K.	Distant Gallop rhythm	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(-)	130	
6	E. I.	Gallop rhythm	(+)	(+)	(-)	(-)	(-)	(+)	155	腹痛

## 〔入院時検査〕

No.	氏名	CTR	ECG	ESR mm/l	CRP	WBC	GOT	GPT	LDH	T. P. g/dl	ASO Todd	血清抗体価
1	N. W.	46%	Ⅲ° A-V Block RAD, IRBBB	18	(+)	4,600	75	10	550	6.2	100	上昇なし
2	A. N.	63	Ⅲ° A-V Block	*	(-)	*	*	*	*	*	12	*
3	E. N.	66	LVH	*	(-)	13,700	57	47	390	5.6	<12	上昇なし エコー コクサッキー RS アデノ マイコプラズマ
4	M. K.	70	Low Voltage	12	(-)	4,800	*	*	*	*	12	*
5	K. K.	69	CRBBB RAD	7	(-)	18,100	27	28	235	7.4	*	*
6	E. I.	64	LVH	3	(-)	5,700	27	16	415	6.0	<12	上昇なし

\*: 未検査

## ウイルス感染症における心電図の変化

— T/R の変動について —

慶応義塾大学医学部小児科学教室 小佐野 満

種々のウイルス感染が心筋炎の原因となり、時には心不全に陥るものも新生児、幼若乳児では決して稀でない。

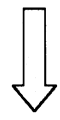
臨床には頻脈、奔馬調律、レ線上の心拡大、心電図でのST降下、T波の陰転化、あるいは心不全などが心筋炎の診断根拠とされている。

しかしながら、この様に明らかな臨床所見のみとめられないものの中に、subclinicalな心筋炎が存在するであ

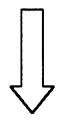
ろうことは想像に難くない。

成人の剖検例では全く心筋炎の既往がないのにも拘らず、約2%に心筋炎の既往を思わせる病理学的所見が存在する事実は、心筋炎の臨床診断に問題の多いことを示唆している。

ウイルス性と思われる気道感染症のために入院した患者14例について、入院時、および軽快退院時に心電図を



**検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



心筋炎の調査にあたり我々は今回は、

( ) 臨床的に心筋炎の診断やその疑いは無いが、剖検によって病理組織学的に心筋に炎症性変化を認めたもの。

( ) 臨床心臓病学的に心筋炎と診断しうるものの代表的症例(孤立性)について検討した(付表参照)。