

とめ、CPK, isozyme, MB も12%と上昇していたにも拘らず、T/R は42%であった。

心筋炎の臨床症状が軽快した後も T/R には有意の変化が見られず、本例では心電図自体の所見の上からは、心筋炎の診断を支持するものはなかった。

T/R の低下と、CPK, isozyme, MB の上昇という組合せが、心筋炎の診断根拠として有用であることはすでに報告しているが、この症例の様に discrepancy を示す場合もあることは、症例数が増加すれば当然かと思わ

れる。

従って、心筋炎の診断基準として心電図上のT波の変化をとり上げる場合は、左胸壁誘導、V<sub>5</sub>、V<sub>6</sub> でT波が逆転している時は明らかな陽性所見である。

T波の平低下を問題とする場合は少なくとも各年令を通じての平均値である30%以下の時は、一応、T波の平低下傾向と考え、臨床所見、胸部レ線所見、血清酵素所見などと組合せ、心筋炎診断の上での総合判定の一助となりうるものと思われる。

## 心筋炎における心内膜心筋生検

東京女子医科大学 心臓血圧研究所小児科 高 尾 篤 良  
安 藤 正 彦  
西 川 俊 郎

心筋炎の診断に心内膜心筋生検は必ずしも不可欠ではないが、有力な情報をもたらすことが少なくないと思われる。われわれは、心不全症状を主訴に入院し、心エコー図などでうっ血型心筋症の診断のもとに心内膜心筋生検を行い心筋炎と診断した1乳児例を経験したので、典型的な前駆症状、臨床検査所見を呈した14才男子例と比較し報告する。なお心内膜心筋生検はいずれも心不全症状が安定した時期に施行した。

### (症例 1)

11カ月、女。家族内に心疾患のものや突然死したものは無い。妊娠中異常なく満期正常分娩。生下時体重3,750g。生後10カ月までは特記すべきことなし。入院3日前より咳嗽嘔吐などがみられ、近医を受診し、胸部レ線にて心拡大を指摘され、当科紹介入院となった。入院時現症は、脈拍130/分整、呼吸数40/分、血圧122/90、体温37°C、顔面やや蒼白で、心音は奔馬調律、distantであった。腹部は肝を右季肋下に2横指触知した。胸部レ線はCTR67%、肺うっ血像を呈し、心電図は全体に低電位、QRS電気軸は+110°、II誘導およびV<sub>1</sub>のP波増高がみられ右房負荷を思わせた。T波は全体に低く、胸部誘導でV<sub>1-5</sub>までT波陰性であった。心エコー図では左室腔の著明な拡大、僧帽弁振幅の低下、左室後壁の動きの低下を認めた。臨床検査所見では、末梢白血球数13,400、核の左方移動なく、生化学ではGOT、

GPT、LDHおよび電解質正常、血清でCRP陰性、ペー血清でウイルス補体価の有意な上昇はなかった。入院7日目に行った心臓カテーテル検査では右房圧・肺動脈楔入圧の軽度上昇がみられた。左室駆出率は0.4であった。同時に施行した心内膜心筋生検所見は、右室では間質線維化の広汎な増加および間質大単核細胞の著明な増生を認め、一部好中球の浸潤がみられた。心筋細胞は肥大し、細胞索の断裂・筋細胞融解などの変性像もみられ、心筋炎の所見と考えられた。左室もほぼ同様の組織所見だが、右室に比べると変化はやや軽度であった。

### (症例 2)

14才、男。家族内に心疾患および突然死したものは無い。既往歴に特記すべきことはない。入院2日前より、嘔吐、胸痛、腹痛、微熱があり、近医を受診し心電図異常(房室解離)を指摘され、当科を紹介された。入院時血圧122/60、脈拍65/分、整心音はdistantだが心雑音は聴取されなかった。心膜摩擦音が第4病日から第7病日まで聴取された。胸部レ線はCTR53%であった。心電図は、低電位でQRS電気軸+90°、T平低でV<sub>4-6</sub>のT波は陰性であった。時に固定連結性の心室性期外収縮がみられた。心エコー図では、左室腔の軽度拡大がみられ、左室駆出率は0.5であった。臨床検査所見では、末梢白血球増加、核の左方移動を認め、血沈29mm/hr、CRP2+、およびGOT、LDH、CPKの上昇をみた。

ベア血清でウイルス補体価の有意な上昇はなかった。35病日に心臓カテーテル検査を施行したが、心内奇形はなく、心内圧も正常であった。心係数は4.1L/min/m<sup>2</sup>であった。右室中隔側より採取した心内膜心筋生検所見は、間質線維化増加、間質大単核細胞増生、細胞索の断裂、空胞変性、筋細胞融解消失などの変性所見、および心筋細胞肥大、奇妙な核を伴う錯綜配列などがみられた。

#### (考按と結論)

症例2は心筋炎の典型例と考えられるが、症例1は入院当初、うっ血型心筋症あるいは心内膜線維弾性症と考えられたが、心内膜心筋生検により心内膜下および間質に著明な細胞増生を認め心筋炎と診断した。この様に前駆症状が不明で臨症的に炎症所見もほとんどない場合は、心筋炎の診断は必ずしも容易でない。適当な時期に行う心内膜心筋生検は有力な情報をもたらすことが少なくないと考えられた。

## 小児心筋炎の2例

徳島大学小児科 宮 尾 益 英  
植 田 秀 信

今回実施した調査で判明した特発性心筋炎1例、RSウイルスによると思われる心外膜心筋炎1例、計2例の臨床事項について報告する。

症例1は3才の男児で主訴は浮腫、出生時体重が1,750gであった以外、既往歴、家族歴に特記すべきことはなかった。昭和53年9月初め、口唇口内炎をきたし発熱、その2日後より浮腫が出現し、尿量は減少傾向であった。近医を受診したところ蛋白尿を指摘され投薬を受けた。その後浮腫は一時軽快したが9月14日頃から再び著明となり、動悸息切れが見られる様になった。9月16日高松日赤小児科に入院した。

#### 症例1

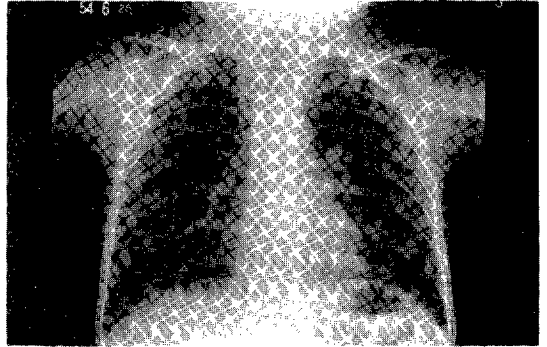
##### Case 1

##### Laboratory Data

BSR (in 1 hour) Sep. 16 1.5 mm Sep. 22 10 mm  
Urinalysis Protein negative, Glucose negative,  
Urobilinogen (+), S.G. 1.010  
Urinary sediment RBC 1/1, WBC 3/1  
GOT 42U, GPT 43U, LDH 331U, CPK 22.7 IU  
CRP negative, ASLO 333 Todd U,  
Na 134.7 mEq/L, K 5.0 mEq/L, Cl 105 mEq/L  
WBC 7400/mm<sup>3</sup> (Eo. 6%, St. 13%, Seg. 44%, Ly. 28%, Mo. 9%)  
RBC 492x10<sup>9</sup>/mm<sup>3</sup>, Hb 13.5g/dl, Ht 42.7%  
Serum protein 6.5g/dl, A/G ratio 1.73  
Electrophoresis alb. 63.2%, α<sub>1</sub> 3.1%, α<sub>2</sub> 14.8%  
β 8.8%, γ 9.8%  
IgG 1720 mg/dl, IgA 48 mg/dl, IgM 268 mg/dl  
Antibody titer (Sep. 22 and Oct. 4)  
Echo 3, 4, 7, 11, 12 ) <x4 or <x8  
Coxsackie A9, B1-6

入院時顔面、下肢に浮腫が見られ、第4肋間胸骨左縁でLevine 2度の収縮期雑音が聴取された。肺野は清、

#### 症例1



#### 症例1





## 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



心筋炎の診断に心内膜心筋生検は必ずしも不可欠ではないが、有力な情報をもたらすことが少なくないと思われる。われわれは、心不全症状を主訴に入院し、心エコー図などでうっ血型心筋症の診断のもとに心内膜心筋生検を行い心筋炎と診断した1乳児例を経験したので、典型的な前駆症状、臨床検査所見を呈した14才男子例と比較し報告する。なお心内膜心筋生検はいずれも心不全症状が安定した時期に施行した。