

項目名:心不全

研修医氏名: ○○○○

指導医氏名: ○○○○

研修病院:群馬大学医学部附属病院

診療科:第二内科(循環器内科)

記載日:2004年7月3日

患者情報:年齢 46歳 性別 女性

[疾患病態] 心不全

[診断] #1 急性左心不全 #2 大動脈弁狭窄症(二尖弁)

[現病歴]

これまでに、心雑音を指摘されたことはなかった。2004年2月22日、労作時の動悸および息切れを自覚するようになったため、近医受診。高血圧(BP:142/96)および左室肥大を指摘され、降圧薬(アンジオテンシン受容体拮抗薬;ディオバン 40mg)を処方された。その後、労作時の動悸は改善していたが、2004年6月9日午後10時頃(就寝時)、突然に起座呼吸が出現し、発汗著明となり、6月10日午前0時30分、救急車にて当院救急外来受診となった。

[身体所見・検査]

車椅子にて来院。BT 36.5°C, 血圧(右上肢)140/104mmHg, 脈拍数 133/min, 整, 呼吸数 36/min, 意識清明。[眼瞼結膜]貧血(-) [頸部]甲状腺腫(-) (肺)全肺野にてcoarse crackle を聴取(心)過剰心音(-), 収縮期駆出性雑音Levine III度を聴取(第2肋間胸骨右縁で最強) (腹部)肝・脾・腎・触知せず、腹水(-) (リンパ節)触知せず、四肢に浮腫を認めず。【入院時検査所見】(血算)Ht 39.9%, Hb13.1 g/dl, RBC 439x10⁴/ul, WBC 11.1x10³/ul, Plt 26.5x10⁴/ul (生化)TP 6.5 g/dl, Alb 3.7 g/dl, AST21 IU/l, ALT 22 IU/l, LDH 213 IU/l, γ -GTP 56 IU/l, ALP 145 IU/l, T-bil 0.7 mg/dl, AMY 122 IU/l, CPK 123 U/l, CK-MB 7.3%, T-Chol 182 mg/dl, TG 60 mg/dl, HDL-Chol 32 mg/dl, BUN 10 mg/dl, Cr 0.6 mg/dl, Na 140 mEq/l, K 3.7 mEq/l, Cl 0.6 mEq/l, Ca 9.1 mg/dl, Glu 106 mg/dl, CRP 0.5mg/dl (ABG(room air))pH 7.42, pCO₂ 39 mmHg, pO₂ 57 mmHg, HCO₃⁻ 24.3mmol/l, BE 0.9 mmol/l, O₂Sat 89.8% (Chest X-p)CTR 53.6%, 肺血管影の増強(butterfly shadow)を認める。(ECG)HR 112, normal sinus rhythm, PQ 0.16s, QRS 0.06s, QT 0.24s, SV1+RV5=35mm, ST-T change: I, aVL, V4-6でST 低下・T 波の陰転。Imp.)洞性頻脈、左室肥大。

[治療経過]

来院時SpO₂ 89.8%であり、O₂ 2l/分(マスク)開始。午前1時頃、急に呼吸困難が悪化し、SpO₂ 82%へ低下。自覚症状、理学的所見および胸部X-Pにて肺うっ血を認めたことから、急性左心不全(うっ血性心不全)と診断した。O₂ 8l/分(マスク)へ増量し、ループ利尿薬であるラシックス(20mg)を2A 静注し、更に、硝酸薬ニトロペン(0.3)を1T 舌下したところ、SpO₂ 98%へ改善した。急性左心不全をきたす疾患として、虚血性心疾患、弁膜症、心筋症、高血圧性心臓病などが考えられる。本症例は、心エコーにより二尖弁による重度の大動脈弁狭窄症(推定圧較差96mmHg)と診断された。入院後は酸素投与、及びラシックス(40)1T/日、ディオバン(40)1T/日の内服にて症状の改善を認めた。虚血性心疾患の合併の有無を確認するために心臓カテーテル検査を施行したが、冠動脈に異常を認めなかった。以上より、心不全を合併した重度の大動脈弁狭窄症であり、手術適応と考えられ、6月24日に手術目的で循環器外科へ転科となった。