

研究報告

定期検診にみられた心疾患症例

津 川 洋 三*

<はじめに>

管理センターでは学生職員の定期検診ならびに入学試験身体検査を重要な年中行事としているが、最近3年間にチェックし示唆されるところの多かった Heart-disease ないし Pseud-heart disease の4症例について報告する。

<症 例>

第1例—20才、体育科女子学生

自覚症は特になく、心雑音でチェックした。

X-P：肺動脈弓の膨隆や右室左室の肥大はみられない。先づ正常。

EKG：54/min、PQ 0.16"、QRS 0.07"、正常位、電気軸+35°、移行帯V₄~V₅、R/S = 3/12。

SV₁+RV₅=27、T波胸部誘導でやや高い。不完全右脚ブロックや左室右室肥大大負荷の所見なく、先づ正常心電図といえる。

PCG：第IV肋間胸骨左縁に最強点のあるダイアモンド型の Holosystolic murmur (Levine III~IV) を聴取する。いわゆる筋性欠損の場合は雑音は中期で終わり、やや大きい欠損は三尖弁逆流によるIII音を聞くとされ、本例は聴取部位PCGより血行動態にさしたる変化を来していない小さな欠損口を有するV.S.D (心室中隔欠損) Roger's syndrome と診断された。

指示：VSDの手術に関しては肺高血圧症の成立、亜急性細菌性心内膜炎の誘発をめぐって現在二つの意見があるようだが、上記の所見と女子であることと、本人が特殊な学課を専攻していることで、一般的に、持続的に心臓に負担の加わる水泳、マラソンのみを禁止することとし普通生活は差支えない旨、指示した。

第2例 20才、男子学生

X-Pで心腰部の突出が目立ちチェックした。

X-P：心は全体として左方に偏位し心腰部が突出し側面像では上部胸椎は彎曲に乏しく straight であ

り側横比は $\frac{9.2}{30.2}=0.3046$ (正常平均0.470) で胸厚は著しく狭い。

EKG：60/min、右位型垂直位+90°、移行帯V₄~V₅、PQ 0.10" 形態異常なし QRS 0.09" ST-T、OB、R/S = 3/8、SV₁+RV₅=18、VAT.V₁0.04"V₅0.02" shortPR であるがWPW症候群とはいえず、頻拍の既往もない。総合して心軸の軽度時計方向回転のみ。

PCG：第II肋間胸骨左縁で Levine II度の収縮早期駆出性雑音あり、機能性雑音と判断した。

指示：以上の所見からASD (心房中隔欠損) P.S (肺動脈狭窄症) IPAD (特発性肺動脈拡張症) が疑えるが心カテ、アンギオグラムよりこれらは否定された。すなわち本例は胸腔扁平化のために右心、肺動脈の Kinking が起り肺動脈の見掛け上の膨隆と機能性雑音により屢く心疾患と誤診せられ勝ちな Pseud heart disease. Straight back syndrome (Rawlings) と診定した。従って生活に制限を加えることは全く必要ない旨指示を与えた。

第3例 19才、女子学生

心雑音とX-Pの左第2弓の膨隆からチェックした。

X-P：左第1弓不明瞭、第2弓やや膨隆、肺紋理やや増強あり。側横比0.422 (女子正常0.457)

EKG：62/min、右肥大型、右軸偏位+115°、PQ0.16"IIでPの立ち上りやや急、AVL、V₁のP. 二相性増高なし、R/S = 2/4、SV₁+RV₅=12、QRS0.08"、胸部誘導でS深し、VAT.V₁0.03"V₅0.04"移行帯V₅、ST-T.OB、すなわち右軸偏位右肥大型ぐらいが所見で右脚ブロック、右室肥大、PQ延長Pの尖鋭化などはない。

PCG：第II肋間胸骨左縁に駆出性収縮期雑音とII音の固定分裂が認められた。

指示：本例は現在チアノーゼ、心悸亢進などの自覚症はないが幼年時にすでに心異常を指摘され12才のと

* 金沢大学保健管理センター講師 (学校医) Yōzō, Tugawa.

きには腎炎に罹患全治している。問診によればその後も二つの病院で心臓の検査を受けているが、特別な指示なく今日に至っている。それで視診上、胸壁の薄い学生でもあり既往歴受診歴からSBSとして、看過するところであったがPCGでII音の固定分裂を認めたことにより心カテーテル検査を施行したところ肺動脈は常の3倍にも拡張したASDであることが判明した。これを反省するにII音の異常は相対的なP・Sと駆出血量増大による肺動脈弁閉鎖の遅れを物語るものでEKG所見に先行して起り、しかし、X-Pでは肺動脈膨隆の形をすでにとっているという風に解釈される。これを放置すると、左心不全、肺血管抵抗増大心房細動などに病機が進展し30~40才で死亡することも考えられるので近く手術を予定している。

第4例 19才、女子学生

X-P上心影が全体に左方に偏位し拡大しているのでチェックした。

X-P：心陰影全体に左方に偏位拡大、大動脈弓部、肺動脈陰影も不明瞭、右下肺野には斜走する肺紋理を認める。

EKG：57/min、右型、右軸偏位+105°∠PQ0。

18"、QRS0.09"、移行帯V₇~V₈、R/S=1/5、SV₁+RV₅=8 TはV₅V₆まで2相性、V₅V₆V₇のSは深く、右室負荷と肥大、時計方向回転が認められる。血圧100~60。

PCG：第IV肋間胸音左縁に駆出性収縮期雑音とII音の呼吸性分裂あり。

指示：本人を視診するに著しい胸骨の陥凹のあるFunnel chestで、身長165cm、体重49Kg、X-Pに側面像を追加すると胸椎と胸骨が接せんばかりで、心臓を左胸腔内に閉じ込め心影が偏位した理由が明白となった。運動時に息切れを訴えるので心カテーテル検査を施行したところ右室は正常の3倍にも拡張し、壁も薄く呼吸機能の低下も認められた。これは高度の胸廓変形のために大血管の圧迫を起し、代償的に右室拡張を招来し雑音もそのためと考えられた。本例はこのまま放置されるとますます呼吸機能の低下を招くので胸廓を拡大する形成術が施行された。

<まとめ>

以上をまとめると表のようになる。

症例	年令	性	発見動機	確定診断	指示事項
1	20	女	① 心雑音	心室中隔欠損症 (転症)	水泳、マラソンのみ 禁止
2	20	男	① X-P ② 心雑音	ストレート・バック 症候群	正常生活
3	19	女	① X-P ② 心雑音	心房中隔欠損症	心臓手術
4	21	女	① X-P ② 心雑音	高度の漏斗胸 胸骨陥凹	胸廓形成手術

ところでこれらに共通して言われることは①自覚症に乏しいこと、②自分の病名をはっきり知っていないことであり、乳幼児期、小学校、中学校、高等学校といくつかの検査の関門を経ながら、なお未確診、未処置のまま最高学府に到達してきているということは、その個人個人にいろいろの事情はあったと思われるが、注目すべき事実であり、今回の機会をはずすとそのまま社会に巣立って何年か後には憂慮すべき障害

の成立が予想される。健康管理の任に当るものとして今さらながら責任の重大さを痛感した次第である。

(本題は昭和45年9月20日、第24回北陸医学会総会において報告した)

症例3、4に施行せられた心カテーテル検査には、石川県立中央病院能登佐博士、本学第一外科上山武史講師の手をわづらわした。謝意を表する)

参考文献省略