

なラ音は認めなかった。四肢に浮腫はなかったが、冷感を認めた。肝臓は2横指触知したが、頸静脈に明らかな怒張はなかった。入院時心臓超音波検査では左室拡張期内径 65 mm、左室駆出率 10.5%、左房径 40 mm、重症僧帽弁閉鎖不全であった。入院時の採血では、総ビリルビン 1.1 mg/dL、AST/ALT が 77/108 IU/L、血清クレアチニン 1.0 mg/dL、BNP が >2000 pg/mL であった。

(経過及び治療) :

カルベジロールを中止した。IABP使用により血圧上昇、脈拍低下、尿量増加が認められた。IABPの離脱を図るため、ドブタミンを増量したが、心拍出量の増加を認めなかった。そのため、翌日よりミルリノンを追加したところ、速やかに心拍出量の増加、肺動脈楔入圧の低下が得られ血行動態は安定した。入院第7病日にIABPから離脱し、第13病日にドブタミンを中止することができた。その後ミルリノン投与継続のままエナラプリル、カルベジロールの開始・増量を行い、入院1ヶ月目にBNPは277 pg/mLまで低下した。心筋生検では、心筋細胞の肥大と核の大小不同性がみられ、一部に空胞化を伴い、活動性の炎症像を認めず、拡張型心筋症として矛盾のない所見であった。

図 1. 入院時胸部写真



図 2. 退院時 (約 2.5 ヶ月後)

