

いては限界があると言われている。〔方法〕当院に入院された患者様（41名、平均年齢76歳、男性26名）を対象とし、血清クレアチニン（Cr）、シスタチンC（CysC）を測定し、これらより推定される糸球体濾過量（estimate glomerular filtration rate；eGFR）、Cockcroft-Gault式でのCLCCr、CysCによるGFRの推定（GFRcys）と24時間蓄尿によるクレアチニークリアランス（CCr）との直線回帰分析を検討した。心不全例では体重にも変化がみられることを考慮して、BNP>100pg/dlを慢性心不全（24人）として、対象を心不全の有無で計2グループ心不全に分けて検討を行った。〔結果〕非心不全患者において、CCrとeGFR、CLCCrおよびGFRcysの決定係数（ $|R|^2$ ）は、eGFR 0.238、CLCCr 0.419、GFRcys 0.614とGFRcysがCCrと最も強い相関が認められた。さらに慢性心不全患者においても、 $|R|^2$ はeGFR 0.526、CLCCr 0.415、と比較し、GFRcys 0.688とかなりの相関が認められた。〔結語〕筋肉量の落ちている高齢に関しては、クレアチニンによる腎機能評価は不十分であり、シスタチンCを用いた腎機能評価が適当であるといえ、また特に慢性心不全患者において有効である。

4. 見逃されがちな糖尿病患者の limited joint mobility の1例

（¹ 卒後臨床研修センター、² 総合診療科）

○神庭瑠美子¹・

○稲葉佑介²・久保田翼²・三木 郁²・
齋藤 洋²・齋藤 登²・野村 馨²

症例は72歳男性。40歳発見の2型糖尿病の既往がある。2007年頃から両側前腕の強張り（左側優位）を自覚するようになった。2010年頃から両側手指に疼痛と関節屈曲時の強張り、左手関節部位の荷重時・関節回旋時の疼痛も出現した。症状が増悪してきたため2012年他院の神経内科、整形外科を受診し各種検査が行われたが、原因不明であった。精査目的に総合診療科受診となった。初診時身体所見では、両側指関節進展時の疼痛、手関節・股関節・足関節・脊椎などの関節可動域の低下を認めた。MMTの低下や関節の腫脹・発赤・圧痛などは認められず、筋硬直や皮膚硬化も認めなかった。血液検査においても炎症反応を含めて特記すべき異常所見は認められなかった。2型糖尿病の既往があり、他疾患では説明のつかない手関節可動域の低下と疼痛であることから limited joint mobility が疑われ、本疾患に特異的とされる prayer test および table sign がいずれも陽性であったことから診断に至った。結合組織の変化、神経変性、血管炎などが複合的に関与している疾患であり、1型および2型糖尿病では出現頻度は40%程度と比較的頻度の高いものとされている。しかし、診断に至ることは稀な疾患である。本症例においても種々の診療科で精査したにもかかわらず原因究明が困難であった。

5. 加算平均心電図による心室遅延電位が診断のきっかけとなった Brugada 症候群の1例

（¹ 卒後臨床研修センター、² 循環器内科）

○渡邊真樹子¹・◎喜多村一孝²・鈴木 敦²・

鈴木 豪²・山口淳一²・志賀 剛²・萩原誠久²

症例は突然死の家族歴を持つ50歳男性。2回の失神発作を認め当院受診した。外来受診時の12誘導心電図では非特異的ST上昇を認めたが、典型的なBrugada型波形ではなかった。しかし、突然死の家族歴があり加算平均心電図でRMS40が7.45μV、LASが49.5msと陽性であったために精査目的に、2012年4月当科入院となった。心電図の日内変動は認めないものの、高位肋間心電図で右脚ブロック型波形を認め、ピルジカイニド50mg負荷でcoved型心電図を示した。電気生理検査では、期外刺激で心室細動が誘発されBrugada症候群と診断した。失神、突然死の家族歴、心室細動の誘発を認めたことから、1次予防として植え込み型除細動器を植込んだ。

外来で典型的な心電図でなかったとしても、加算平均心電図や高位肋間心電図を測定することでBrugada症候群の診断のきっかけになることがある。加算平均心電図を取ることがきっかけとなりBrugada症候群の診断に至った1例を経験したので報告する。

6. 胸部絞扼感で発症した再発性心膜炎の1例

（¹ 卒後臨床研修センター、² 青山病院循環器内科）

○花輪智秀¹・中北 朋¹・

◎関口治樹²・◎島本 健²・◎川名正敏²

〔症例〕49歳女性。2012年5月3日に胸部拘扼感あり近医を受診。心電図、胸部CT共に異常なく経過観察となった。その後も同症状が持続するため、他院循環器内科を受診、明らかなECG異常はなく、狭心症が疑われた。5月17日冠動脈造影CTを施行したところ、冠動脈には有意狭窄はないものの心嚢液貯留および左側胸水を認めたため入院予定となっていたが、自覚症状は軽快傾向であった。しかし、5月27日に胸部拘扼感が再発し、29日には39℃の発熱あり当院へ緊急入院となった。入院時、身体所見では心膜摩擦音もなく異常はみられなかった。心電図で前胸部誘導のT波陰転化と心エコーおよびCTでの全周性の心嚢液貯留（炎症性物質の貯留像）、心膜の輝度上昇、血液検査での炎症反応陽性より、急性心膜炎と診断した。直ちにNSAIDsを開始したところ、数日で症状および炎症反応が改善して心嚢液もほぼ消失した。しかし6月7日に再び胸部拘扼感を認め、心電図でT波の偽陽性化を認めた。心エコーでも心嚢液貯留・心膜肥厚の悪化がみられたため、再発性心膜炎の病態と診断した。画像所見からは滲出性収縮性心膜炎（effusive constrictive pericarditis）の可能性も考えられ、その場合には早期の外科治療（心膜切開術）も考慮されたが、結核性を否定したうえでステロイド治療を開始してコル