

ていた。近医に通院していたが頻拍のまま約30年経過した。2010年9月より労作時呼吸苦、腹部膨満感を出現するようになった。CTR 65%, BNP 1807pg/mLと心不全増悪傾向とともに、著明な心機能低下所見 (LVDd=7.7mm, LVEF=9%)を認めたため、2010年10月当科入院。心電図モニターでは終日心房頻拍が持続しており、心筋生検組織では心筋間に線維化を認めた。病歴より長期間の心房頻拍が原因となった頻脈誘発性心筋症と考えられた。カテーテルアブレーションを行い、高位右房側壁への通電により頻拍は消失し洞調律に復帰した。術後、ACE阻害薬とβ遮断薬を導入し、術後1ヵ月で心機能は改善傾向を認めている (LVDd=7.1mm, LVEF=27%)。頻脈誘発性心筋症は心房細動や心房粗動といった、決して稀ではない不整脈が原因の場合が多く、一般診療においても念頭に置くべき不整脈であると考えられる。

9. 総合診療科で経験した敗血症性ショックの1例—*Fusobacterium sp.*による多発肝膿瘍

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 総合診療科, ³ 歯科口腔外科, ⁴ 感染症科, ⁵ 消化器内科)

○水谷 薫¹・◎齋藤 洋²・齋藤 登²・野村 馨²・安藤智博³・戸塚恭一⁴・向井彩子⁵・橋本悦子⁵・立元敬子⁵

症例は46歳男性。当科受診の8日前頃より左頸部リンパ節の圧痛を自覚していた。当科受診の3日前に40℃の発熱があり近医にて解熱剤の処方を受けた。翌日も発熱は持続し悪寒戦慄も伴うようになったため当院Emdに救急搬送される。診察上有意な所見はみられず、WBC 6780/μl, Neutr 88%, Lymph 10.5%, CRP 13.89mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。AST 110, ALT 139, γ-GTP 477と肝障害も伴っていたが腹部エコー上も明らかな異常は認められず、翌々日の総合診療科受診を指示され帰宅となった。当科受診当日、朝より目がちかちかする、視野の一部が欠けるなどの症状が出現、当科外来を独歩で受診。受診時に収縮期血圧55mmHgとショック状態を呈しており、WBC 32540/μl, Neutr 92%, CRP 33.96mg/dlと炎症反応の急激な上昇が認められた。経過から細菌感染による敗血症性ショックが疑われ、腹部CTにて多発する肝膿瘍が認められたため同日消化器内科に緊急入院となった。入院後は治療初期から感受性のある抗菌薬を使用することができ、合併したARDSやDICに対しての治療も奏功し、救命することができた。経過中は消化器内科を中心に、感染症科、歯科口腔外科など複数科の協力により効果的な治療が行われた。当科外来で施行した血液培養2セットより*Fusobacterium sp.*が検出され、入院後には膿瘍からも同様の*Fusobacterium sp.*が検出された。我々は今回、単独で分離同定された*Fusobacterium sp.*に関してLemierre's Syndromeの文献報告もふまえて考察を行ったのでここに報告する。

10. 肝膿瘍の穿通による肺膿瘍に対し経皮経肝膿瘍的にドレナージ治療した1例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター, ² 放射線科, ³ 内科, ⁴ 心臓血管外科) ○谷口昌子¹・

◎森田 賢²・鈴木一史²・上野恵子²・

林 光俊³・石川元直³・富松昌彦³・前 昌宏⁴

横隔膜直下の肝膿瘍が胸腔内に穿破し、肺膿瘍や膿胸を来たすことがあるが、難治性で、外科的に治療されることも多い。今回我々は、呼吸器内科、心臓血管外科、放射線科の協力の下、経皮経肝膿瘍的に肺膿瘍内にドレナージチューブを挿入し、保存的に治療しえた1例を経験したので報告する。

症例は60歳代前半の女性で、発熱と咳を主訴に当院を紹介受診した。胸腹部造影CTにて、肝S7に65×56mm大の多房性で隔壁を伴った肝膿瘍を認めた。同部と接する右肺下葉には92×66mm大の空気を伴う液貯留を認めた。冠状断像では、肝膿瘍との間の横隔膜に10mm大の欠損像を認め、肝膿瘍の穿通による肺膿瘍と考えられた。

肺膿瘍の壁は通常の被膜様構造とは異なり、虚脱した肺実質が取り囲むような所見であったため、経肺的な穿刺は出血や膿胸などの危険性が高いと考えられた。よって超音波ガイド下に、経皮経肝膿瘍的に穿通部を介して肺膿瘍内にドレナージチューブを挿入した。膿瘍からは溶連菌が検出された。血清抗アメーバー抗体は陰性で、膿瘍および便中に赤痢アメーバーは検出されなかった。

経過中に、ドレーンからの造影にて一過性に気管支との交通を認めたが、抗菌薬を含めた保存的治療にて症状は軽快し、肝膿瘍、肺膿瘍とも改善した。

11. スtent留置にて治療した高度の上大静脈症候群の1例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター, ² 放射線科, ³ 外科, ⁴ 心臓血管外科) ○松下純子¹・

◎森田 賢²・鈴木一史²・町田治彦²・井上寛章³・横溝 肇³・吉松和彦³・青島宏枝⁴・前 昌宏⁴・上野恵子²

上大静脈症候群に対する速効性のある治療法として、経皮経血管的なstent留置術がある。今回我々は、上大静脈から右内頸静脈まで及ぶ高度の上大静脈症候群に対し、外科、心臓血管外科、放射線科の協力の下、stent留置術にて治療し得た1例を経験したので報告する。

症例は大腸癌術後5年目の60歳代前半の女性で、多発性肺転移、上縦隔リンパ節転移に対する化学療法中に、右上肢と顔面の浮腫が出現した。造影CTでは、右上縦隔の腫瘍の浸潤による上大静脈の閉塞と、右腕頭静脈から右内頸静脈まで及ぶ血栓を認め、これらによる上大静脈症候群と考えられた。抗凝固療法を実施したが症状は増悪したため、増悪6日後にstent留置を実施した。

右大腿静脈側からは右鎖骨下静脈までカテーテルを挿入可能であったが、右内頸静脈は選択困難であった。よって、右内頸静脈遠位を穿刺してガイドワイヤーを右鎖骨下静脈に進め、右大腿静脈側から挿入したスネア型カテーテルを用いて右鎖骨下静脈内でこれを捕縛し、右大腿静脈側へ引き抜いた(Pull through法)。以上により、右内頸静脈から上大静脈にかけstent (WallstentRP 10×69mm)を留置した。右内頸静脈、右鎖骨下静脈から