

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

右房への血流は良好に改善し、静脈圧も低下した。数日後、右上肢と顔面の浮腫は消失した。

12. 生体腎移植後7年経過後に意識障害、発熱、眼球運動障害、失調を呈した1症例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 神経内科)

○寺岡 瞳¹・◎遠井素乃²・久保綾子¹・宇羽野恵²・清水優子²・内山真一郎²

症例は39歳男性。32歳時生体腎移植術を施行し免疫抑制剤を服用していた。2010年7月中旬、魚介類摂取後から下痢・嘔吐が出現し第4病日泌尿器科入院。低Na血症を認め、ADH不適合分泌症候群(syndrome of inappropriate secretion of ADH: SIADH)を疑い加療開始した。血清Na値の改善に伴い一時症状は軽減したが、第9病日眼瞼下垂と呂律の回りにくさを自覚、第12病日から高熱が持続し、第13病日の頭部単純CTでは異常はなかったが、頭部の違和感が持続し神経内科コンサルトとなる。診察時、意識障害と構音障害、両側眼瞼下垂、注視方向性眼振、失調を呈し、髄液検査にて細胞数および蛋白高値のため第15病日神経内科に精査加療目的に転科した。頭部MRIでは左小脳半球は腫脹し、第四脳室圧排と脳室拡大所見から水頭症を合併した小脳炎と診断した。免疫抑制剤内服下の発症で、血清IgG低値を示し、神経免疫性疾患も否定できず、第16病日よりステロイドパルスおよび免疫グロブリン静注療法施行した。その後、髄液からCryptococcus neoformansが検出され、クリプトコッカス感染による小脳炎と診断した。泌尿器科、感染症科とコンサルトの上、第25病日よりリポソーマルアンホテリシンB(L-AMB)4mg/kg投与開始した。徐々に神経所見の改善を認めたが、髄液中の細胞数・クリプトコッカス抗原価(ク抗原価)は526倍で依然高く、第63病日よりL-AMB6mg/kgに増量した。細胞数・ク抗原価は減少傾向を示したが、現在も治療継続中である。生体腎移植後7年経過後にクリプトコッカス髄膜脳炎を発症した貴重な1症例を経験したためここに報告する。

13. 周産期に肝被膜下出血を発症し、母子とも救命しえた1例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 一般外科, ³ 産婦人科, ⁴ 血液内科)

○安川ちひろ¹・◎廣澤知一郎²・野上真子²・種市美樹子²・春日満喜子²・飯野高之²・成田 徹²・松岡あづさ²・橋本拓造²・小川真平²・板橋道朗²・亀岡信悟²・松田義雄³・泉二登志子⁴

[症例]患者:25歳女性。主訴:右側腹部痛。既往歴:17歳時ネフローゼ症候群、妊娠11週2日に右下肢外腸骨静脈、膝窩静脈血栓症。家族歴:なし。現病歴:血栓症に対する加療としてカプロシンを使用し妊娠経過は良

好であったが、妊娠37週0日に右側腹部痛出現し当院産科に緊急入院となった。入院時APTT>150で高度の延長を認めた。入院後胎児仮死となり、同日帝王切開を施行した。開腹すると腹腔内に多量の血液を認め出産後、出血源を精査したところ肝右葉に巨大な被膜下血腫と被膜損傷を認めた。用手圧迫を試みたが止血困難でありタオルによるパッキング止血を行った。術後経過:術翌日のバイタルは安定していたがHbの低下、ドレーンより血性の排液が持続したため血管造影を施行した。S6, S8の末梢側にextravasationを認めIVR(Interventional radiology)を行った。術後2日目にも出血所見があり造影CTでS4からの出血が疑われたためIVRを施行し、第7因子製剤(ノボセブン[®])を使用した。その後出血兆候はなく、術後1週間目にガーゼの摘出を行ったが出血はなく、止血シートを同部位に貼付した。術後経過は良好で母子とも健康である。[考察]出血した原因は先天性の血液疾患はなく肝臓に出血源となる所見がないことから、肝被膜と腹膜の癒着が妊娠経過中に剥離され凝固系の異常から被膜下血腫を来たと推測した。

14. 妊娠中の破裂AVM緊急摘出術後、遺残AVM摘出と同時に帝王切開術を施行した症例の麻酔経験

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 麻酔科)

○小林真之¹・◎森岡宣伊²

[はじめに]妊娠中の緊急手術では母体優先が原則であるが、麻酔法の選択では可能な限り胎児の予後も考慮して、麻酔薬や麻酔方法を考え選択決定する。今回、母体の脳動静脈奇形破裂(AVM)に対して母体救命を優先した手術を経験したので報告する。[症例・経過]42歳女性。既往歴として19歳時にAVMを指摘される。33歳時に帝王切開術にて第一子出産。現病歴、妊娠18週から当院にて経過観察していたが、妊娠28週3日に意識障害(JCSIII-200)のため当院緊急搬送となった。入院後の経過は、AVM破裂により瞳孔不同、脳ヘルニアを来していたため緊急開頭血腫除去術、AVM摘出術、外減圧術を全身麻酔下に施行した。AVMは全摘出できなかった。第30病日に、児の発育良好であったため、全身麻酔下に選択的帝王切開術、それに引き続きAVM摘出術を施行した。第70病日後意識レベルはJCS1桁に改善し、リハビリ病院に転院となった。児はNICUに約50日間滞在し退院となった。[考察]初回緊急手術では全身麻酔は不可欠であったが、胎児の発育も期待して濃度依存性に子宮平滑筋収縮力抑制効果のある吸入麻酔を選択した。帝王切開時の麻酔は遺残AVM破裂のリスクを鑑み、sleeping babyの可能性が高いことを新生児科・産科と合意の上で、血行動態安定化を目的として十分に麻酔を用いた全静脈麻酔を選択し、良好な結果を得た。