

変, および腸腰筋・L3~5椎体にガス像を認め, 肝膿瘍, 腸腰筋膿瘍, 腰椎椎体椎間板炎の診断で入院加療とした. 血液培養施行後, 抗生剤 ABPC/SBT 9g/day にて治療開始した. 第2病日, 肝膿瘍に対して経皮的ドレナージを施行した. 後日, 膿培養から *Klebsiella pneumoniae* が検出された. 入院時の血液培養は陰性であった. 同じく第2病日夜間, 突然の痙攣と意識レベル低下を認めたため, 気管挿管, 人工呼吸管理を要した. 腰椎椎体炎からの感染波及を考慮し腰椎穿刺は施行しなかったが, 項部硬直などの髄膜刺激症状を認めたため髄膜炎と診断し, 抗生剤を CTRX 4g/day に変更した. 意識レベル改善し, 第6病日抜管可能となった. 緩徐ながら全身状態改善し, 第20病日, 腰椎椎体椎間板炎に対して経皮的髄核摘出術など施行したが, 腸腰筋膿瘍は残存し, 第31病日, 治療継続目的に整形外科転科となった. 治療に難渋した *Klebsiella pneumoniae* による多発感染に対して, 文献考察を含めて報告する.

3. 組織診を繰り返して心サルコイドーシスの診断に至った2例—循環器内科における心サルコイドーシスの診断と治療—

(¹卒後臨床研修センター, ²循環器内科, ³呼吸器内科, ⁴画像診断・核医学科) ○吉田彩乃¹・浅井あかり¹・中北 朋¹・◎芹澤直紀²・島谷有希子²・喜多村一孝²・鈴木 敦²・鈴木 豪²・志賀 剛²・庄田守男²・萩原誠久²・切土沙織³・八木理充³・玉置 淳³・福島賢慈⁴

40歳男性. 2013年5月某日, 心室細動による心肺停止で八千代医療センターに搬送となり, 精査加療目的で当院に転院となった. 画像診断により活動性のある心サルコイドーシスが疑われたが, 心筋生検では特異的な所見が得られなかったため, 確定診断には至らず, 植え込み型除細動器 (ICD) 移植し退院. 退院後, 心室頻拍による ICD 頻回作動を認め, 基礎疾患に対する治療が必須と考えた. 再度, 心筋・肺生検を行ったところ, 経気管支肺生検で非乾酪性肉芽腫を認め, サルコイドーシスの確定診断となりステロイド投与を開始. 現在外来通院中であるが, ICD 作動や心不全増悪なく経過している.

53歳男性. 2012年から完全右脚ブロックを指摘され, 徐々に倦怠感, 労作時呼吸困難感を自覚. 2013年9月, 心機能低下を指摘され, 当院紹介. 完全房室ブロックを認め, 緊急入院となった. 画像検査では心サルコイドーシスが疑われたが, 心筋生検では特異的な所見が得られなかった. 再度心筋生検時に CARTO システムを用いて心筋障害部位を同定して心筋生検を行ったところ, 非乾酪性肉芽腫を認めたため心サルコイドーシスの確定診断に至った.

心サルコイドーシスは房室ブロックや心機能低下, 突然死を生じるため予後不良であるが, 病初期のステロイ

ド治療は有効であるため早期診断が重要である. 近年, MRI, FDG-PET を用いた診断感度の高い画像検査の有用性が報告され, 早期スクリーニングが可能となってきたが, 確定診断の基本である組織診断率が低いいため容易ではない. 当科では多科連携を含めた積極的な診断検査を行い, 診断率の向上に取り組んでおり, 今回, 代表的な2例を交えて報告する.

4. 低ナトリウム血症治療中に浸透圧性脱髄症候群をきたした糖尿病性腎症患者の1例

(¹卒後臨床研修センター, ²糖尿病センター内科, ³神経内科, ⁴画像診断・核医学科)

○橋田綾菜¹・◎入村 泉²・保科早里²・佐藤麻子²・内山真一郎³・阿部香代子⁴・坂井修二⁴・内潟安子²

低 Na 血症加療中に, 浸透圧性脱髄症候群 (osmotic demyelination syndrome: ODS) をきたした糖尿病性腎症患者の1例を経験したので報告する. 症例は75歳男性. 20歳時に糖尿病, 42歳で慢性腎不全と診断され, 以後徐々に腎機能は低下した. 66歳, 血清 Na 値が135 mmol/l から徐々に低下, 以後, 125 mmol/l 前後で推移していた. 75歳1月, 易疲労感, 歩行障害を主訴に外来受診. 血清 Na 113 mmol/l であり, 塩分摂取を指導されたが, その後, 傾眠傾向となり精査加療目的に入院. 入院時, JCSII-30, Na102 mmol/l であり, 等張生理食塩水を用い, 6 mmol/l/日の速度で Na 補正を開始した.

第6病日, 不随意運動が出現, JCSIII-200まで悪化した. 第11病日の頭部MRIでは異常所見を認めなかった. 第30病日に不随意運動消失, 意識障害はJCSI-1まで改善するも, 第33病日の頭部MRI T2強調像で橋および視床に高信号領域を認め, ODSと診断. Na値に留意しながら慎重に経過観察したところ, 第60病日の頭部MRIでは, 著明な改善を認め, 第65病日歩行可能となり, 第96病日, 退院となった. 一般的に, 重症低 Na 血症における Na 補正速度は, 10 mmol/l/日以下に留めることが重要であると報告されている. しかし, 本例のように, 同速度以下で補正しても ODS を発症することがあり, より慎重な Na 補正を考慮する必要があると考えられた.

5. 腹腔鏡下に切除した肝外発育型巨大血管腫の1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器外科)

○古屋佳子¹・◎有泉俊一²・高橋 豊²・山本 伸²・小寺由人²・片桐 聡²・江川裕人²・山本雅一²

〔はじめに〕肝外発育型巨大肝血管腫に対し腹腔鏡下肝部分切除を行った症例を経験したため報告する. 〔症例〕50歳女性. 主訴は左季肋部の膨満感であった. 2012年6月人間ドックで, 10cm大の左上腹部の腫瘤を指摘されたために当科に紹介された. 身体所見では, 腹部平坦軟