

に自己免疫性肝炎, 2005年にSLE, SjSと診断されステロイド加療をされ, プレドニゾロン (PSL) 7mgにて寛解維持していた. 2014年9月上旬に感冒症状, 両下腿浮腫, 3kg/月の体重増加, 労作時呼吸困難が出現し9月下旬に当院リウマチ内科に入院となった. 尿蛋白8.43g/日, 尿潜血2+, 沈渣赤血球30~49/HF (糸球体由来) を認め, 血清Alb 1.9g/dlと低下していることから, ネフローゼ症候群と診断された. 両側胸水を認めフロセミドの静脈内投与を行うも体液管理が困難であり, 第11病日に当科転科となった. 転科後, 体外限外濾過法を併用し, 浮腫, 胸水の改善を認めた. ネフローゼ症候群の原因として, ループス腎炎が考えられたが, 抗核抗体, 抗ds-DNA抗体は陰性であった. PSL 50mgを開始しその後腎生検を施行した. 腎生検では, 軽微なループス腎炎II (+V)型の所見と微小変化型ネフローゼ症候群 (MCD) や巣状糸球体硬化症 (FSGS) を示唆するポドサイトの変性像を認めた. 膠原病に伴ったネフローゼ症候群においても, 一次性ネフローゼ症候群を鑑別する必要がある. 治療経過と文献的考察を含めて報告する.

4. 難治性重症深部静脈血栓症に対しカテーテル血栓溶解療法が著効した1例

(¹卒後臨床研修センター, ²循環器内科)

○菊地まゆ¹・◎菊池規子²・佐藤俊一¹・長島弘之¹・喜多村一孝²・鈴木 敦²・芹澤直紀²・鈴木 豪²・山口淳一²・萩原誠久²

症例は80歳男性. 前立腺癌に対して放射線治療の既往あり, 201X年2月下旬より右下腿浮腫を認めた. 4月には失神で他院に救急搬送され, 下腿浮腫は増悪傾向であり, 5月下旬には歩行困難となった. 当科初診し, 深部静脈血栓症 (DVT) の診断で入院となった. 右総腸骨動脈の交叉部に転移と考えられるリンパ節腫脹を認め, それ以下の静脈の血栓閉塞を認めた. ワーファリンによる抗凝固療法を開始したものの血栓溶解傾向は認められず, 症状の改善は得られなかった. Villalta scale 19/30点の難治性重症DVTであり, カテーテル治療を行う方針とした. 下大静脈フィルターを挿入の上, 小伏在静脈より穿刺, 下大静脈までワイヤリング後に血栓吸引, バルーン拡張を行い, Fountainカテーテルを留置した. Fountainカテーテルよりウロキナーゼを連日投与し, 3日目に再度造影検査を行ったが, やはり血流障害を認めた. 狭窄部にステントを留置し, 良好な血流が得られた. カテーテル治療後, 下腿浮腫, 腫脹は著明に改善, Villalta scaleでは3点まで改善し, 独歩で退院となった. 今回, 転移したリンパ節の圧排により静脈血栓症を発症し, カテーテル血栓溶解療法が著効した1例を経験したので報告する.

5. 腹部コンパートメント症候群の治療が奏功したショック2症例の検討

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,²救急医療科) ○竹田津史野¹・◎高橋宏之²・栗山桂一²・増田崇光²・吉川和秀²・植木 穰²・高橋政照²・磯谷栄二²

〔症例1〕60歳男性, 意識障害のため搬送となった. バイタルはJCS 1, 血圧 測定不能, 脈拍72 bpm, 呼吸数18回であった. 身体所見上, 腹部緊満と右下腹部を中心に圧痛を認めた. Lactateは20.0 mmol/L以上と高値であり循環不全をきたしていた. 初療室で血圧が低下し心肺停止に至ったが, アドレナリン1mgと2分間のCPRで心拍再開した. 画像所見や身体所見から腸管壊死を疑い緊急試験開腹術とした. 著明な腸管拡張を認め, 腹腔内圧の上昇が疑われた. 腹腔内へ腸管の還納を行うと腸管虚血所見を認めたためopen abdominal managementとした. その後循環動態安定し, 術後8日目に閉腹し, 第27病日に転院となった. 〔症例2〕50歳男性, 腰背部痛を主訴に搬送となった. バイタルは血圧79/57 mmHg, 脈拍64 bpm, 呼吸数25回であった. 身体所見上, 腹部緊満であり腹部全体に圧痛を認めた. Lactateは4.7 mmol/Lと上昇していた. 膀胱内圧は, 20 mmHgと高値であり, 腹部コンパートメント症候群と診断した. 画像上, 明らかな腸管虚血を示唆する所見は認めなかったため, 開腹はせず保存的加療の方針とした. 腹腔内圧を下げるため, 挿管管理とし筋弛緩薬で治療を開始した. 膀胱内圧は徐々に低下し, 循環動態も安定した. 第4病日に抜管し, 第8病日に独歩退院となった. 〔結語〕2症例とも原因のはっきりしない腹腔内圧上昇からショック, 心肺停止に至った症例である. 両症例ともアルコール多飲歴があり, 肝障害, 門脈圧亢進の関与が疑われた. 文献的考察を含めて報告する.

6. 消化管閉塞を合併した胃限局型若年性ポリポシスの1例

(¹卒後臨床研修センター, ²消化器内科)

○小川杏平¹・◎岸野真衣子²

〔症例〕39歳, 男性. 〔主訴〕嘔気, 嘔吐. 〔現病歴〕20XX年貧血のため前医を受診, Hb 6.7 g/dlと低下しており, また内視鏡で胃内に多発性のポリープを認めたため, 当院に紹介となった. 血液検査では鉄欠乏性貧血を認めた. 各種検査の結果, 貧血の原因は胃病変からの出血と診断した. 出血コントロールの目的で胃病変に対して約15ヵ月間に6回の内視鏡的ポリープ切除を行った. 6回目のポリープ切除を施行後約7ヵ月経過したころから上腹部の飽満感, 嘔気が出現した. 症状出現から約2週間後にコーヒー残渣様の嘔吐を認めたため当科を受診し緊急入院となった. <入院時現症>BMI21 kg/m², 体温37.9℃, 脈拍88回/分, 血圧106/59 mmHg, 皮膚所