

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. 右総腸骨動静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

見に異常なし，眼瞼結膜に貧血あり，腹部軽度膨隆，他異常所見なし．〔入院後経過〕入院後に撮影した腹部CTで胃内の液体貯留と拡張，索状物の増生を疑う所見を認めた．内視鏡検査では噴門部から前庭部にいたるまで垂れ様のポリープが増生しており，特に幽門部においてポリープの密生が強くスコープの挿入が困難な状況であった．消化管造影では造影剤は胃内で停滞し十二指腸への流入はほとんど認めなかった．これまでに施行した内視鏡治療時の病理組織学的検査から Juvenile polyp と診断していた．大腸，小腸に同様の病変は認めないことから胃限局型の若年性ポリポーシスと診断，消化管閉塞症状に対して胃全摘術の適応と判断し消化器外科に転科となった．術後の肉眼所見では噴門部周囲と体下部から幽門部にかけて表面平滑なポリープが密生していた．摘出標本の重量は1400 gであった．病理組織学的検査では Juvenile polyp で癌の合併はなかった．〔まとめ〕消化管閉塞を来した胃限局型若年性ポリポーシスを経験した．

7. 少量ヘパリンによりヘパリン起因性血小板減少症を発症したと考えられた1例

(¹卒後臨床研修センター，²神経内科)

○日野阿斗務¹・◎水野聡子²・丸山健二²・飯嶋 睦²・北川一夫²

X年8月中旬，起床時複視を自覚し，同日14時頃当院救急外来を受診．右動眼神経不全麻痺を認め，頭部MRI拡散強調画像にて左小脳に高信号域を認めたことから急性期脳梗塞と診断，同日神経内科入院となった．MRAにて有意狭窄はないものの，動脈硬化の危険因子を有していることからアテローム血栓性脳梗塞に準じ，アルガトロバン投与，シロスタゾールの内服を開始した．右動眼神経麻痺は発症後3日目に消失した．第5病日に施行した頭部MRIにて右動脈瘤が疑われた．第16病日に頭部MRVを施行したところ，左横静脈洞閉塞を認め，右放線冠に新たな急性期梗塞像，右側頭葉に出血性梗塞を疑う所見を認め，perfusion CTでは脳静脈洞血栓症，および右S状静脈洞へ流入する硬膜動静脈瘻を認めた．同時期に血小板減少，凝固能異常を認めたため，DICによる静脈洞血栓症の可能性を考慮しヘパリンを開始した．しかし，治療後も血小板・凝固能の改善なく，HIT抗体の陽性が確認され，ヘパリン起因性血小板減少症(HIT)と診断した．ヘパリン治療前から血小板減少がみられたことから，フラッシュ用ヘパリンナトリウムによりHITが誘発された可能性を疑った．直ちにヘパリンからアルガトロバンへ変更し，ヘパリン使用を禁止したところ，血小板・凝固能は速やかに改善した．9月中旬より酸素化不良となり，入院時胸部CTと比較し，網状影の著明な悪化を認めた．CPFE (combined pulmonary fibrosis and emphysema) の急性増悪及び細菌性肺炎の合併と診断され，ステロイド，抗生剤の投与を開始する

も，症状改善に乏しく，CPFEに対する精査・加療目的に10月上旬，呼吸器内科転科となった．ステロイド投与を継続し，転院を予定していたが，酸素化の悪化，Dダイマー上昇を認め，肺塞栓症が疑われアルガトロバンを開始するも，胸部CT撮影時に心停止し，回復なく死亡した．日常診療で汎用されるヘパリンによりHITが発症し，さらに静脈洞血栓症および脳塞栓症の誘因になったと考えられた症例を経験したので報告する．

8. 膠原病に伴う心タンポナーデに対して繰り返し心嚢穿刺を施行した1例

(¹卒後臨床研修センター，²循環器内科，³リウマチ科)

○小松 塁¹・◎喜多村一孝²・鈴木 豪²・相山 恒²・鈴木 敦²・菊池規子²・芹澤直紀²・志賀 剛²・川口鎮司³・山中 寿³・萩原誠久²

症例は46歳女性．全身性強皮症，間質性肺炎でプレドニゾロン(PSL)8 mgを内服していた．2012年，労作時呼吸困難で当院を受診，心臓超音波検査で軽度の心嚢液，カテーテル検査で肺高血圧を認めた．心嚢液は臨床的に心膜炎と判断し，シクロフォスファミドパルス療法(IVCY)6回施行，PSL 20 mg後15 mgまで減量となったが，心嚢液の改善はみられなかった．

2014年，外来でCK値が695 U/Lまで上昇，多発性筋炎が疑われ入院となった．血圧低下，奇脈も認めため，心臓超音波を施行したところ，著明な心嚢液の貯留を認めた．心タンポナーデと判断し心嚢穿刺を施行した．Lightの基準では浸出性であり，膠原病に伴う心膜炎と診断した．

心膜炎に対しコルヒチンを開始，多発性筋炎も併発していたため，IVCYを追加で行った．その後も多発性筋炎に対してCKを活動性の指標としてIVCYを繰り返し行っていた．IVCY3回施行後，再び心嚢液の貯留を認め，心タンポナーデを呈していたことから活動性ありと判断し原疾患の治療強化を行った．

一般的に膠原病の活動性評価ならびに治療強化の基準は議論の余地のあるところであるが，膠原病に関連した心嚢液貯留に対して治療強化が奏功したとの報告もあり，文献的考察も交えて報告する．

9. 非定型的な組織像を呈した耳下腺腫瘍の1例

(¹卒後臨床研修センター，²耳鼻咽喉科，³病理診断科)

○田中佑佳¹・鯨井桂子²・山本智子³・立川麻也子²・吉原俊雄²・◎長嶋洋治³

〔はじめに〕唾液腺腫瘍は全腫瘍の1%だが，多彩な組織像を呈する．今回，稀な組織像を呈した耳下腺腫瘍を経験したので，報告する．〔症例〕60歳代女性．20歳頃より自覚していた右耳下腺腫瘍が徐々に増大，圧痛を生じたため，当院耳鼻咽喉科を受診した．右耳下腺下極に可動性良好な腫瘍が触知され，MRIにてT1低信号T2