

をきっかけに自宅で酒とともに合計 116400 mg の ASA を内服し、自ら救急要請し搬送された。来院時の意識レベルは清明であり血液検査上も異常所見を認めなかったが、全身管理目的で ICU 入床となった。内服から 10 時間 50 分後、大量の嘔吐あり、大声で叫ぶなど錯乱状態となったため緊急気管挿管となった。その後、体温上昇、高カリウム血症、代謝性アシドーシス、低血糖を認め、また血圧低下、徐脈となり、まもなく心肺停止状態となったため心肺蘇生法を開始し経皮的な心肺補助法を導入した。自己心拍再開が得られたのち、薬剤排泄促進のため血液浄化療法を開始し、低体温療法を行った。その後、下肢コンパートメント症候群の合併や急性腎障害の遷延も認めたが、血液浄化療法を継続し症状は改善、第 110 病日に透析を離脱し、第 127 病日独歩退院となった。〔症例 2〕48 歳、男性。ヨーグルトに ASA 合計 66000 mg を溶かして服用し救急搬送された。来院時、意識レベル清明、血液検査上も異常を認めなかったが、徐々に傾眠傾向、消化器症状の増悪を認めたため気管挿管となった。入床後、速やかに血液浄化療法を開始し、電解質異常や代謝異常あるも第 2 病日には改善、第 7 病日に独歩退院となった。〔考察〕内服量の差はあるものの 2 症例はいずれも致死量の ASA を内服しており、結果として早期の血液浄化療法導入が合併症予防や入院期間の短縮に繋がったと考えられた。〔結語〕ASA 中毒によって集中治療を要する患者の多くは、初診時には意識が清明で軽症に見えても入院後に劇的に悪化することが多いため、血液浄化療法を含めた集学的治療が肝要であると考えられる。

4. 予定手術の術前検査で incidental に発見された脳梗塞の 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,²脳神経外科,³心臓血管外科) ○今里大介¹・高橋祐一²・前 昌宏³・◎糟谷英俊²

症例は 60 歳代女性で三叉神経痛に対する手術目的で入院した。7 年前に脳梗塞を発症した既往があるが、抗血小板薬の内服は 2 年前から自己中断していた。術前検査として脳 MRI を施行したところ、拡散強調画像 (DWI) にて両側小脳半球や右前頭葉皮質などに散在する多発高信号病変を認め、急性期脳梗塞と考えられた。入院時は無症状であったが、入院 3 日前に突然のめまい、嘔気、嘔吐を認めており、発症日と考えられた。なんらかの脳塞栓症を疑い、経胸壁心臓エコー、頸動脈エコー、Holter 心電図、心臓 CT を施行したが、心房細動や心内血栓、頸動脈狭窄など明らかな異常所見は認めなかった。入院時より自覚症状はないものの酸素飽和度 (SpO₂) の低下を認めていたため、血液ガス分析を施行すると肺動脈血酸素分圧較差 (A-aDO₂) が 37.3 mmHg と著明に開大していた。胸部造影 CT で多発する肺動静脈瘻を認め、奇異性脳塞栓症と診断した。7 年前の脳梗塞も奇異性脳

塞栓症であった可能性があり、今後の再発予防に塞栓術を予定している。脳梗塞を契機に発見された肺動静脈瘻の 1 例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

5. 特発性膜性腎症 (iMN) の診断 17 年後にびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) を発症した 1 例

(¹卒後臨床研修センター,²腎臓内科,³血液内科)

○内池広菜¹・◎佐藤尚代²・森山能仁²・板橋美津世²・内田啓子²・土谷 健²・志関雅幸³・田中淳司³・新田孝作²

〔症例〕82 歳男性。〔経過〕X-17 年に尿蛋白を指摘され、腎生検で膜性腎症 (MN) と診断された。糖尿病がありミゾリビンで加療するものの治療効果に乏しく、経口プレドニゾン (PSL) 併用にて X-11 年より不完全寛解 1 型～完全寛解で経過した。X-1 年に尿蛋白 7.3 g/日に増加し、ネフローゼ症候群再燃のため PSL30 mg へ増量し、尿蛋白 2.1 g/day へ改善した。X 年に全身倦怠感が出現し、尿蛋白 0.4 g/gCre, BUN 61.2 mg/dl, Cr 2.25 mg/dl と腎機能増悪を認め当科入院となった。画像検査で広範囲のリンパ節腫大、傍大動脈領域～総腸骨動脈領域にリンパ節腫大、左腎動脈・尿管を圧排し左水腎症を認めた。CT ガイド下リンパ節生検で、CD20, CD79a, BCL2 陽性の異型細胞が増殖しびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (DLBCL) stage IVA と診断した。血液内科に転科し、THP-COP 療法を行い腫瘍量の減量が得られ、R-THP-COP 療法を継続したが、病変は不変であった。救済療法として GCD-R 療法 6 コース施行し、尿蛋白 0.1g/gCre, BUN 21.6 mg/dl, Cr 1.11 mg/dl に改善した。〔考察〕MN は高齢発症のネフローゼ症候群の主因となり、悪性疾患合併の頻度が高く、非 Hodgkin リンパ腫との合併も報告されている。〔結語〕MN 患者の尿蛋白、腎機能増悪の原因検索として悪性疾患のスクリーニングは重要である。

6. Down 症患者に発症した進行胃癌の 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,²内科)

○梅田美妃¹・岡部ゆう子²・細田麻奈²・入村峰世²・木村綾子²・◎大野秀樹²・齋藤壽仁²・佐倉 宏²

〔症例〕44 歳、男性。〔既往歴〕Down 症、心室中隔欠損症。〔現病歴〕平成 27 年 8 月末から右下腹部痛と嘔気があり当科外来受診した。37℃ 台の発熱、炎症反応上昇、腎機能障害があり、単純 CT にて左腎周囲の脂肪織濃度上昇、水腎症を認めたため尿路感染症の疑いで入院した。入院後、シプロキササン投与により解熱したが腹痛は不変であった。CEA 高値であったため上部消化管内視鏡を施行したところ、胃噴門部に 3 型胃癌を認めた。病変部の組織診断は低分化腺癌であった。造影 CT では多発リンパ節転移と腹膜、後腹膜、肝、副腎、腸、膀胱、腸腰筋などに広範な播種が認められ、胃癌 Stage IV と診断し