

【既往歴】24歳時虫垂炎で手術。

【家族歴】祖父：前立腺癌，祖母：胃癌。

【現病歴】1994年Raynaud現象が出現。1996年，検診で蛋白尿を指摘。1997年胆汁うっ滞性肝障害の診断でUDCA内服開始。2003年1月に口唇の腫脹・疼痛が出現，血清梅毒反応生物学的偽陽性と抗カルジオリピン抗体陽性よりAPSと診断された。同12月より月経不順のため4ヶ月間エストロゲンとプロゲステロンのホルモン療法を受けている。2004年持続する肝機能障害について当科紹介された。

【経過】身体所見にて，下腿の浮腫および胸腹壁の表在動脈の怒張を認めた他，特記すべき所見は認めなかった。血液検査成績にて肝・胆道系酵素の上昇を認め，軽度の血小板数の低下，腎機能の低下を認めた。各種画像検査にて肝部下大静脈および右肝静脈の閉塞，奇静脈系・下横隔膜静脈の側副血行路の発達を認め，Budd-Chiari症候群と診断された。また肝内に多数の結節性病変を認め，うっ血に伴う過形成性結節と考えられた。症状が軽微であったため経過観察とされていたが，徐々に症状の進行を認めたため，2007年9月6日直達手術にて下大静脈再建術を行った。その後肝・腎機能，血行動態について経過観察中である。

10 胃静脈瘤破裂に対してBRTO施行後，インターフェロン治療を行ったC型肝炎の1例

池田 晴夫・和栗 暢生*・横尾 健*
 滝沢 一休*・相場 恒男*・米山 靖*
 古川 浩一*・五十嵐健太郎*・月岡 恵*
 新潟大学医歯学総合病院第三内科
 新潟市民病院消化器科*

症例は50代，女性。平成18年6月自宅にて吐血し，当院へ救急搬送される。来院時ショック状態であり，緊急上部消化管内視鏡検査を施行。胃穹窿部の孤立性胃静脈瘤より，噴出性出血を認めた。EVLにて1次止血に成功。翌日CTにて胃腎シャントを確認し，BRTOを施行した。BRTOは7Frバルーン径20mmを用いて行ったが，カテー

テルをシャント血管内に深部挿入できず，やや不完全な状態での硬化剤の注入となった。硬化剤注入後バルーン拡張のままover nightとし，翌日確認シャント造影を行った。やはり血栓化が不十分でありバルーンカテーテルを7Frから5Frへ変更。深部へ挿入可能となり安定した閉塞のもと硬化剤の追加注入を行いBRTOを終了。CTで良好な治療効果を確認した。

当症例はC型肝炎とアルコールによる肝硬変であったが，肝炎活動性があり，HCVサブタイプ2a，年齢などを考慮し，PEG-INF α 2b，ribavirin併用でのインターフェロン療法24週投与を施行した。8週以内にウイルスは陰性化し，今後SVRが期待できる状況である。当症例は胃静脈瘤破裂にて診断に至ったC型肝炎肝硬変であるが，静脈瘤止血から抗ウイルス療法まで患者の予後に大きく寄与する治療が行えた1例と考え報告する。

11 視神経周囲炎を呈したサルコイドーシスの1例

徳永 純・下畑 享良・高堂 裕平
 河内 泉・田中 恵子・西澤 正豊
 新潟大学脳研究所神経内科

症例は視力低下，視野障害，眼瞼下垂を呈した73歳，男性。視力は低下し(右0.3，左0.3)，鼻側と上方視野の狭窄を認めた。眼底所見では両側に乳頭浮腫を認めた。視覚誘発電位(VEP)では，右眼でP100潜時が著明に延長し，左眼は導出されなかった。頭部MRI T2強調画像では，視神経周囲に高信号域，およびGd造影にて造影効果を認め，視神経周囲炎と診断した。胸部X線・CTにて胸郭内病変は認めなかったが，ツ反陰性， γ グロブリン，血清ACE，リゾチームの上昇に加え，神経系病変を認めたことからサルコイドーシスと診断した。治療としてプレドニゾロン内服(50mg/日)を開始したところ，視力，視野障害は速やかに改善し，眼瞼下垂も徐々に改善した。VEP所見，および頭部MRI所見にも改善を認めた。本例は胸郭内病変を認めない場合でも，サルコイドーシスを視神経周囲炎の原因として考慮す

べきであることを示した点で重要と考えられた。

12 当院で経験した肺炎球菌性髄膜炎の3例

相澤 悠太・金子 正儀・有泉 優子
佐藤 晶・五十嵐修一・山崎 元義

新潟市民病院神経内科

過去1年間で当院にて経験した肺炎球菌性髄膜炎の死亡例、後遺症を残した例、軽快例の各1例を報告する。

〔症例1〕生来健康な41歳、男性。発熱、意識障害にて発症。髄液検査の結果、細菌性髄膜炎の診断でICUに入院した。抗生剤、ステロイド療法を行ったが、脳浮腫の進行、脳血管障害の合併にて第10病日死亡した。

〔症例2〕SLEの既往を有する60歳、女性。発熱、関節痛で発症し、意識障害、項部硬直、右共同偏視が現れ、髄膜炎の疑いにて当科に入院した。脳血管障害を合併し、重篤な後遺症を残した。

〔症例3〕75歳、男性。発熱、頭痛、CK高値を認め、黄紋筋融解症の診断で入院した。その後、意識レベルの低下、髄液細胞数の増加を認め、髄膜炎の診断にて抗生剤、ステロイド療法を開始し良好な経過をたどった。

新たな抗菌薬や検査手法の開発にもかかわらず、世界的にみても細菌性髄膜炎の死亡率は依然として10～30%と高く、また重篤な後遺症の割合も高いままである。今年の4月に発行された細菌性髄膜炎診療ガイドラインについても触れ、若干の考察を加える。

13 Machado-Joseph病における睡眠呼吸障害の合併について

坂井 邦彦*、**・渡辺 健雄**

伊藤 実**・大平 徹郎**

長谷川有香***・谷 卓***

松原 奈絵***・小池 亮子***

新潟臨港病院内科*

国立病院機構西新潟中央病院呼吸器科**

同 神経内科***

【背景】孤発性脊髄小脳変性症のうち、最も頻度の高い多系統萎縮症では睡眠呼吸障害（SDB）の合併が多いことはよく知られており、突然死との関連性が報告されている。一方、遺伝性脊髄小脳変性症のうち、本邦で最も頻度の高いMachado-Joseph病（MJD）とSDBの合併についてはあまり知られていない。そこで、今回我々はMJDとSDBの合併について検討した。

【対象と方法】2004年11月から2007年4月までの間に西新潟中央病院で終夜睡眠ポリグラフ（PSG）を施行されたMachado-Joseph病患者10名について検討した。

【結果】年齢 52.6 ± 14.6 歳、BMI 16.1 ± 2.4 kg/m²（身長・体重測定不能4名、18.0以上は1名のみ）、初期症状発現からの経過 19.2 ± 5.9 年であった。失調性歩行障害は全例に、嚥下障害は7名、うち胃瘻増設は4名であった。PSGの結果はAHI 11.7 ± 14.1 /h（全例閉塞型優位）、覚醒指数 21.1 ± 15.6 /h、CT90% 4.8 ± 7.6 %、最低酸素飽和度 82.4 ± 6.8 %、PLMs 41.3 ± 93.2 /h（10以上は3名）、睡眠効率 52.5 ± 26.4 %であった（ $m \pm SD$ ）。AHI5以上のSDBは6名で、AHI30以上の重症が1名、AHI15以上の中等症が2名、軽症は3名であった。治療は重症の1例が気管切開となり、他は治療を希望しなかった。

【結語】痩せの割合が非常に高く、経過は平均19年と長く、大部分が嚥下障害を合併している。AHI5以上のSDBは6割にみられ、全てが閉塞型が優位であった。重症度別では重症は1例、中等症が2例、軽症が3例であった。睡眠時周期性下肢運動障害の合併が3割にみられた。治療は重症の1例が気管切開となり、CPAPやNPPVなどの