

## 5 急性期から頭部画像所見の変化を追跡しえた高浸透圧高血糖症候群の1例

安藤 麻里・上村 宗・田中 一  
高澤 哲也

信楽園病院

症例は83歳、女性。

【主訴】意識障害、上肢の屈曲伸展を繰り返す。

【現病歴】2007年より高血圧、心不全、糖尿病、虚血性心疾患、認知症を指摘されており、近医より心不全に対してのみ処方を受けていた。2008年右大腿骨頸部骨折以来、ポータブルトイレ歩行程度のADLとなっていたが、会話や食事摂取に支障はなかった。2010年2月7日頃に嘔吐し、以降食事も減少した。飲水はしていたが口渇と倦怠感が増強し、2月13日には呼名反応に乏しくなった。2月14日、上肢に繰り返す屈曲伸展運動が出現し、意識障害も強くなり当院に救急搬送された。血糖値1079mg/dl、HbA1c (JDS) 14.8%、尿ケトン(一)より、高浸透圧高血糖症候群と診断された。頭部単純CTで両側の線条体、尾状核に高吸収域を認めた。輸液およびインスリン投与で血糖値は低下したが、意識障害は遷延した。MRI T1強調画像でCT所見と一致して高信号域を認め、一部造影効果もあった。脳血流シンチグラムでは左基底核の血流が低下していた。

本症例のMRI画像所見は糖尿病性舞蹈病での報告と類似しているが、造影効果はないといわれている。意識障害遷延の報告もない。急性期から比較的長期に渡り頭部画像所見変化を追うことができた高血糖症例であり、文献的考察も含めて報告する。

## 6 難治性心室細動を伴う急性心筋梗塞に対し、経皮的心肺補助装置装着下にてPCIを施行し、救命し得た1例

谷 優佑・新井 啓・杉浦 広隆  
樋口浩太郎・阿部 暁・大塚 英明  
新潟医療センター循環器内科

症例は40代男性。

【主訴】心窩部痛。

【既往歴】脂質異常症、喫煙(10本/日、20年間)。

【家族歴】特記すべきことなし。

【現病歴】入院当日午前9時20分頃、屋外で仕事中に突然心窩部痛が出現し持続するため救急要請。10時20分当院救急外来に搬送された。

【来院時所見】意識清明、脈拍73/分、血圧163/117mmHg、心窩部圧痛あり。

【来院後経過】腹部レントゲン撮影後、10時55分突然うめき声をあげて意識消失した。眼球上転、顔面蒼白、硬直性のけいれんあり。心室細動(VF)を認めCPR開始し、10時58分AED装着、電氣的除細動を行った。エピネフリン静注と除細動を繰り返したがVFは停止しなかった。気管挿管後、アミオダロン150mg、キシロカイン100mg投与下に除細動を繰り返したがVFは軽快しなかった。CPR継続しながら11時25分カテーテル室に入室、11時34分経皮的心肺補助装置(PCPS)を開始したところ、洞調律が現れ、急性前壁梗塞の所見を示した。冠動脈造影にて左前下行枝近位部の閉塞を認め、血栓吸引、ステント留置をおこなった。引き続き大動脈バルーンポンピングを挿入し、13時30分ICU収容。入院当日の心エコーでは全周性の壁運動低下を認めたが、翌日には下壁の壁運動は改善し、第3病日にPCPS離脱、第14病日に抜管し、神経学的障害を残さなかった。一般的なACLSに加えPCPSを用いて救命できた難治性心室細動を経験し、若干の文献的考察を加え報告する。

## 7 PSEを含めたIVR治療により生体部分肝移植可能となったB型肝炎硬変・肝細胞癌の1例

樋口 和男・石川 達・窪田 智之  
関 慶一・本間 照・吉田 俊明  
上村 朝輝・佐藤 好信\*

済生会新潟第二病院  
新潟大学医学部第一外科\*

症例は50歳代男性。健診で指摘されたB型肝炎肝炎、アルコール性肝障害として2000年11月

より画像検査など経過観察されていたが、徐々に肝機能低下して臨床的に肝硬変と診断。2006年11月の腹部エコーで肝S8にHCC認め(Child B, Stage I), 12月に1回目にTACE + RFA治療施行。S8焼灼部辺縁に局所再発を認め、2007年7月に2回目のTACE + RFAを施行(Child A)。その後、再発を認めなかったが、2009年2月のCTで肝S7, S7/8にHCC再発を認め、3回目のTACE及び門脈圧亢進症コントロール目的で1回目のPSE(梗塞率約50%)施行し、RFA施行した(Stage II)。肝硬変進展して肝機能低下(Child B)したため、HCC治療と並行して生体部分肝移植の検討も開始。4月のCTにて両病変とも残存しており、5月に4回目のTACE及び血小板数回復目的に2回目のPSE(梗塞率約80%)施行。これにより血小板数は5-7万/ $\mu$ lと増加してRFA可能となったが、病変はエコー描出困難で焼灼範囲外であった。6月にソナゾイドエコー下で再度RFA施行。S7/8病変は焼灼範囲内であったが、S7病変は残存。8月のCTでS7病変増大とSMVに血栓を認め、ワーファリン内服を開始。10月に30mm大となったS7病変に対してRFA施行し、病変は焼灼範囲内となった。12月のCTで焼灼部に再発認めず、SMVの血栓も消失。PSEを含めたIVR治療により、再発病変を局所制御し、ミラノ基準内に保つことで生体部分肝移植を施行し得たB型肝硬変細胞癌の1例を経験したので報告する。

## 8 一過性心房細動と左前下行枝病変を有した左室流出路狭窄の1例

荒生 祥尚・佐藤 迪夫・池上龍太郎  
飛田 一樹・小林 剛・保坂 幸男  
尾崎 和幸・土田 圭一・高橋 和義  
三井田 努・小田 弘隆

新潟市民病院循環器内科

症例は70歳代、女性。既往歴は肥大型心筋症、心不全、発作性心房細動。胸痛があり救急搬送された。2RSB・心尖部領域にLevine2/6の収縮期雑音を聴取し、心臓超音波検査でS字状中隔、左室流出路狭窄、心尖部壁運動低下、大動脈弁狭窄を認めた。肺うっ血はなく、洞調律であった。内服中のジギタリス、ラシックス等が左室流出路狭窄を悪化していると考え入院日に中止し、第1病日には胸部症状が消失した。第3病日に心臓カテーテル検査施行し、左前下行枝に閉塞を認めた。側副血行路が発達しており、寝たきりであること、薬剤変更により左室流出路狭窄が減少し胸部症状も消失したことからPCIは行わなかった。ベラパミル、シベンゾリン、アテノロールを順次追加した結果、第8病日には収縮期雑音が消失した。心臓聴音波検査では前回認めたSAMは消失し、左室流出路圧較差は139mmHgから16mmHgへと改善していた。胸痛の原因に左室流出路狭窄の関与が推定された。薬剤の関与と、心尖部壁運動低下による心基部の代償性収縮が病態を悪化しているものと考えられた。左室流出路狭窄がある場合、心房細動や心不全の薬物治療を行う際には薬物の選択に注意を要すると思われる。