

はなかった。1日前からの紫斑、口腔内出血を主訴に8月1日当院内科外来を受診した。血小板数0.1万/ $\mu$ lと低値で、著明な出血症状も伴っていたため、精査目的に緊急入院となった。末梢血液像に異常を認めず、DICも認められなかった。特発性血小板減少性紫斑病（ITP）と診断し、直ちに大量 $\gamma$ グロブリン療法（IVIG）を行ったが効果不十分のためステロイド治療を追加した。血小板の増加は認めず8月14日突然の酸素飽和度の低下を認め胸部レントゲン、CT上肺胞出血が疑われた。大量の濃厚血小板輸注にもかかわらず肺胞出血を繰り返したため、第Ⅶ因子製剤を投与し肺胞出血は改善傾向を認めた。血小板上昇を図るためビンクリスチン、リツキシマブも投与したが効果は認めなかった。このため8月20日からトロンボポエチン受容体作動薬（Romiplostim）を週1回投与したところ8月28日より血小板上昇を認めた。Romiplostim維持投与にて血小板数が安定したためステロイドを漸減し、10月14日脾臓摘出術を行った。脾臓摘出術3日目より血小板は更に上昇しRomiplostim投与から離脱可能となった。

【考察】血小板1万以下のITPは時に致死的な出血を来すことがあり緊急的な治療の対象になる。通常はIVIG、ステロイドに反応するが、時に本例のような抵抗性の症例があり治療方針に苦慮することもある。Romiplostimは慢性期ITPに対し高い有効性が報告されているが、本例は緊急時の治療としても有効である可能性を示唆している。

## 12 腎不全末期に多彩な臨床像を示した大動脈炎症候群の1例

牧野 達夫・島 賢治郎・酒巻 裕一  
外山 美央・中村 元・本間 則行  
県立新発田病院内科

症例は65歳、女性。40歳で蛋白尿と血尿を指摘され42歳時腎生検でIgA腎症と診断、Ccr123ml/min。58歳急性腹症にて試験開腹されるも異常所見なし。このとき左橈骨動脈を触知せ

ず、血管造影で左鎖骨下動脈の完全閉塞と上腸間膜動脈の狭窄を認め大動脈炎症候群と診断された。PSL30mg内服開始、漸減し5mgを維持量としていた。X年8月（65歳）、脱水から脳梗塞を発症、保存的に軽快した。このときCcr12.7ml/min。X年10月、内シャントを造設し血液透析へ導入したが、透析中の血圧低下を契機に脳梗塞を発症。輸液のみで軽快した。X年11月に急性心不全を発症し除水でも軽快せず、大動脈炎症候群による冠動脈病変からの狭心症であった。心カテ後、足趾のコレステロール塞栓症、多発性脳梗塞を発症し認知症も出現した。X年12月、狭心症に対し冠動脈バイパス手術を行ったが透析中及びそれ以外でも失神発作が頻発した。X+1年3月退院、以降週3回の外来維持透析を行っていた。X+1年7月、S状結腸憩室穿孔から汎発性腹膜炎を発症し、洗浄ドレナージ、Hartmann手術を施行した。しかし術後、透析時の血圧維持が困難となり死亡に至った。心臓血管病変を有する大動脈炎症候群患者の予後は不良で、末期の腎不全に至ったとしても透析治療が実施できることは少ないといわれている。本症例は末期腎不全期に脳梗塞、狭心症、足趾虚血症状などの血管病変が顕在化、多彩な臨床像を示し、興味深い経過を示したため報告する。

## 13 維持透析中に発症した *Aeromonas hydrophila* による壊死性筋膜炎の1例

高井 千夏・霜鳥 正明・中山 均  
斎藤 徳子・島田 久基・宮崎 滋  
川崎 聡・佐藤 攻\*・角田 和彦\*  
上村 一成\*\*・間庭 圭一\*\*

信楽園病院内科  
同 外科\*  
新潟大学整形外科\*\*

症例は84歳、男性。76歳時慢性腎炎による腎不全のため血液透析に導入。2011年1月胃癌で胃全摘術を受けた。同年8月某日16時頃より左下腿の発赤、腫脹、疼痛、左手背の軽度腫脹が出現し翌朝当院へ搬送され入院。下痢症状はなく四

肢に外傷は認めなかった。MEPM1g/日とLVFX 500mg/日を開始。数時間の経過で左下腿と左前腕の腫脹が急速に増強、皮膚は黒色に変化し水疱が出現、右上肢にも同様の变化を認めた。CTで左下腿筋層内にガス産生を認め、水疱穿刺液からグラム陰性桿菌が検出された。壊死性筋膜炎の診断で、搬送から6時間後に左大腿、両上肢切断術を施行。水疱穿刺液と術中の壊死筋組織から *Aeromonas hydrophila* が検出された。翌日新潟大学病院に転院。壊死が右下腿にも出現し同日夜に右大腿切断術が施行された。その後壊死の進行はなく炎症反応も低下したが約1ヶ月後に呼吸不全のため死亡した。*A. hydrophila* 感染症は免疫不全患者で重篤化しやすいことが知られており、同菌による壊死性筋膜炎は非常に進行が早く早急な手術を行っても救命し得ない場合が多い。本例は胃癌術後の透析患者で、壊死が急速に進行し最終的には別の要因で死亡したが、早期の四肢切断により壊死性筋膜炎の改善をみた貴重な症例と考えられた。

#### 14 非硬変肝に出現した巨大肝細胞癌の2例

野本 実

新潟大学医歯学総合病院第三内科

わが国においては年間約3万人の肝細胞癌死

を数え、男性では肺癌・胃癌に次いで癌死の第3位を占めています。

肝細胞癌の原因として約20%はB型肝炎ウイルス、約75%はC型肝炎ウイルスの持続感染に起因しており、わが国では肝細胞癌のサーベイランスの対象として、「B型慢性肝炎、C型慢性肝炎、肝硬変」を高危険群、「B型肝硬変、C型肝硬変」を超高危険群、とし、「男性、肝線維化進展、高齢、飲酒歴あり、鉄過剰あり」を発癌危険因子として設定しています。

これら肝細胞癌発症の危険群とされる患者さんの多くは医療機関での治療や定期的検査を受けているが、肝臓は沈黙の臓器と言われるように、こういった基礎疾患があっても身体症状が乏しく、医療施設を受診されない人が多いのも実状です。一方で、医療機関や健診事業施設においてスクリーニングや健診目的に簡便で安全な腹部超音波検査が広く行われて健康管理に利用されています。

非硬変肝疾患患者では肝機能検査もよく、症状に乏しいため、医療機関を受診する事があまりなく、発症した時には進行性巨大肝細胞癌として診断され、根治治療を逸する事があります。

ここでは年1回の腹部超音波検査を受けながら、1年後の検査で巨大肝細胞癌の診断を得た2症例を提示します。