

院内CPC記録

第6回 院内CPC (平成13年3月24日)

司 会 リウマチ科 早川正勝
症例担当 内 科 小田切圭一
病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部良宗

症 例：78歳 女性

主 訴：食思不振

既往歴：62歳 特発性門脈圧亢進症，肝硬変

73歳 瀰漫性汎細気管支炎

75歳 脳梗塞

家族歴：特記事項無し

生活歴：アルコール(-) タバコ (-)

現病歴：62歳より特発性門脈圧亢進症，肝硬変にて当院通院中。食道静脈瘤にたいして食道静脈瘤結紮術 (EVL)，胃離断術を施行されている。73歳時より瀰漫性汎細気管支炎で当院外来においてエリスロマイシン (EM) を処方されていた。平成12年1月17日より食思不振，嘔気，嘔吐出現。

38度台の発熱を認めていた。1月18日外来受診。外来にて補液を受け帰宅したが，夕方より食事摂取量減少。1月19日より食事摂取不能となり，下痢，嘔吐頻回となった。夕方家人が帰宅後，家人に連れられ当院救急外来受診。緊急入院。

入院時現症：身長148cm，体重49.2kg，体温37.2℃，脈拍80/min整，血圧124/62mmHg，左右差なし，貧血(-)，黄疸(-)，浮腫(-)，チアノーゼ(-)，表在リンパ節触知せず，心尖部にearly systolic murmur (II/VI)，両側下肺にfine crackleを聴取する。腹部：平坦・軟，心窩部に圧痛(+)，腫瘤(-)，肝・脾・腎を触知せず。神経学的異常所見なし。

検査所見：[血算] RBC 369万/ μ l，Hb 10.5g/dl，Ht 33.7%，WBC 18700/ μ l，Plt 17.8万/ μ l，MCV 85.1fl，MCH 26.5pg，MCHC 31.2% [生化学] Na 135mEq/l，K 6.6mEq/l，Cl 107mEq/l，BUN 45.2mg/dl，Cre 1.0mg/dl，UA 1.8mg/dl，T.Bil 0.7mg/dl，LDH 1800IU/dl，GOT 55IU/l，GPT 17IU/l，ALP 218IU/l， γ GTP 12IU/l，ChE 132IU/l，TG 70mg/dl，T.Chol 140mg/dl，LDL-C 23mg/dl，TP 9.2g/dl，Alb 4.0g/dl，HbA_{1c} 6.4%，[免疫]CRP 25.2mg/dl，HBs-Ag(-)，HCV-Ab(-)，

TPHA(-) [凝固] PT 94%，APTT 23.9秒，FBG 420mg/dl，寒冷凝集反応128倍，CD4/CD8 1.65 [尿定性] pH7.5，pro(-)，glu(-)，bil(-)，uro(±)，ket(-)，OB(±)，leuko(-)[尿沈渣] RBC 1-4/HPF，WBC 1>/HPF [便潜血] O(+)/G(+)

胸部X線写真：図1

ECG：normal sinus rhythm HR 88/min normal axis

胸部CT(1/21)：図2

腹部CT(1/24)：図3

入院後経過：入院後，補液，抗生剤FOM2gの点滴にて治療を開始した。下痢，嘔気は改善し，CRPも1月21日17.7mg/dlまで改善傾向を示した。入院時の喀痰培養よりクレブシエラを検出したため，消化管感染症のみならず，DPBに呼吸器感染症を合併したものと考えて抗生剤をCZOP2gに変更した。その後再び嘔気，食思不振著明となり腹部レントゲン上niveau出現。1月24日のCT上腹水を著明に認めた。また食事摂取不能となったため中心静脈栄養 (IVH) 管理とした。CRPは1月26日18.7mg/dlと再上昇を認めた。感染の増悪とともに腹水も増量傾向にあった。腹水コントロールの目的でアルブミン製剤，利尿剤の点滴，静注を行うも腹水コントロールは不可能であり全身状態は悪化した。1月27日より抗生剤をMINO200mg，IPM/CS1gと変更。さらに，腹水増量の増悪因子は感染であると考え， γ グロブリン5gを3日間点滴静注。CPRは2月4日8.4mg/dlと改善傾向にあったが，2月6日深夜より突然呼吸困難が出現。動脈血ガス分析(ABG) (21カヌラ)にてPO₂ 55.8torr，PCO₂ 36.6torrと著明な低酸素血症を認め，血圧も50台に低下を認めた。ドブタミン (DOB)，ドーパミン (DOA) の点滴にて血圧

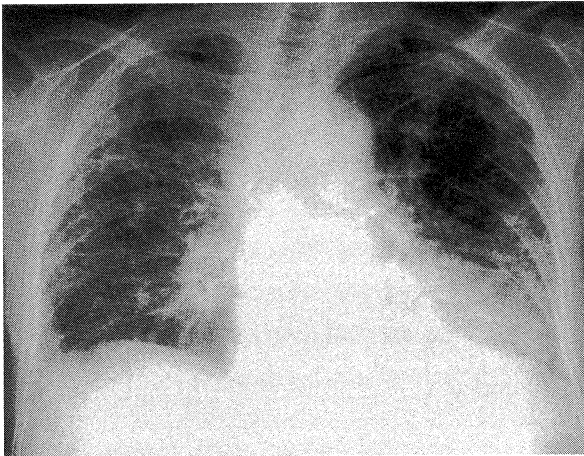


図1 CTR 54.5% C-P angle:dull 両側瀰漫性に粒状影を認める

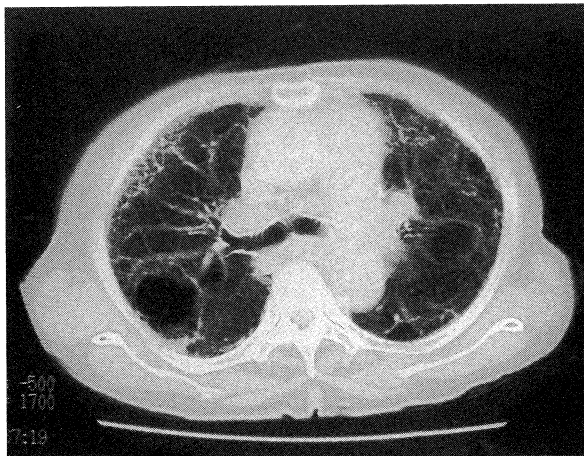


図2 肺野にfibrosisを認める。画像上は経気道感染は明確ではない。

の管理を行うとともに、呼吸・循環動態を維持すべく治療を行ったが、2月9日CRP20.8mg/dlと再上昇を認めた。ABGも60%インスピロンにて、PO₂ 67.4torr, PCO₂ 64.8torrとなり呼吸停止。挿管の上、人工呼吸器管理としたが心停止。心肺蘇生術(CPR)に反応せず同日死亡した。

病理解剖組織学的診断 (剖検番号2077)

剖検者 堀部良宗

主所見

1. 特発性門脈亢進症 (850g)
 - ・門脈域相互間の異常接近, 門脈域と中心静脈の異常接近 (正常な位置的相互関係の著しい改変).

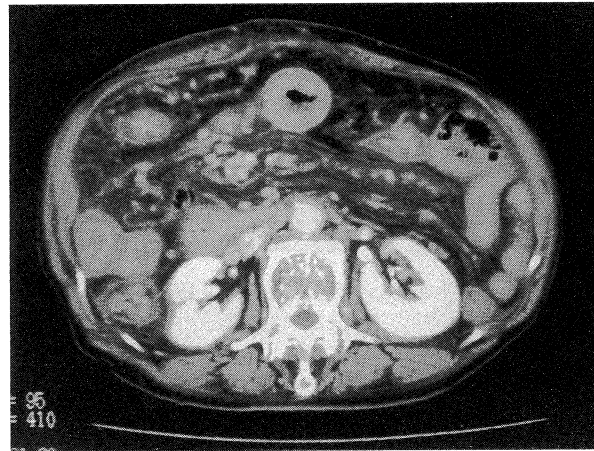


図3 腹水著明。腸管, 腸間膜は浮腫状。脾摘後。脾脂肪沈着。

- ・肝萎縮。
 - ・門脈の内膜不規則肥厚, 弾性線維の肥厚および屈曲蛇行。
 - ・門脈の器質化血栓の形成, 再疎通化。
2. 器質化肺炎による肺線維症, 肺硝子膜症 (330:350g)
 - ・多発性ブラ, 右下葉巨大ブラ
 - ・気管支肺炎, 肺気腫, 気管支拡張症
 - ・肺うっ血水腫, 線維性胸膜炎

副所見

1. 心筋梗塞, 左室, 陳旧性, 冠状動脈硬化症
2. 慢性肝炎, 非活動性
3. 動脈硬化性萎縮腎

死因: 肺線維症, 肺硝子膜症による呼吸不全

特発性門脈亢進症と肝硬変症との相違点

| | 特発性門脈亢進症 | 肝硬変症 |
|---------|------------------------------|-----------------|
| 病因 | 不明 | 肝炎ウイルス, アルコールなど |
| 頻度 | 多くはない | 多い |
| 年齢, 性 | 中年の女性に多い | 中年の男性に多い |
| 経過 | 数年の単位ではほとんど不変 | 数年の単位で多くは進行性 |
| 病理所見 | 門脈域の円形線維化を特徴とする 肝硬変にはならない | 肝全体に偽小葉結節を形成する |
| 肝細胞癌の合併 | ほとんどない | 多い |

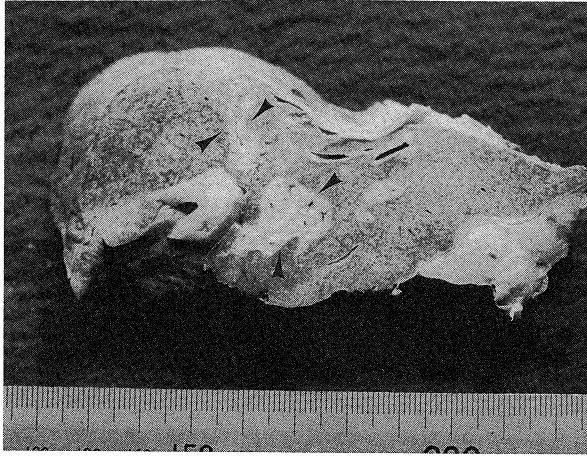


図1 肝割面肉眼像(重量850g)
肝は全体に萎縮し、特に被膜下に目立ち、門脈域や肝静脈枝が密存し、肝皮膜に異常接近する(矢印)

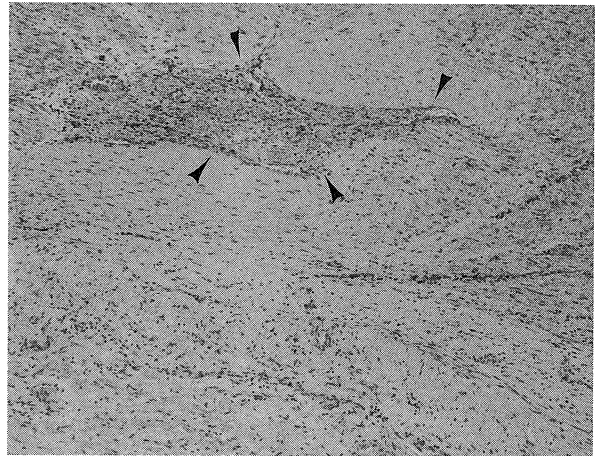


図3 比較的太い肝静脈には器質化した血栓形成が認められ、硬化を伴っている(矢印)

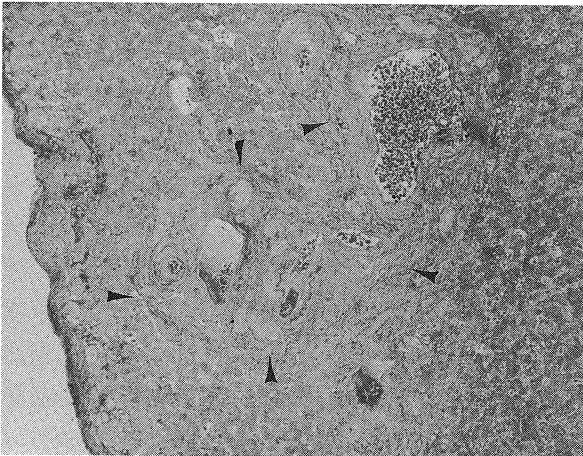


図2 小型門脈域は肥厚および硬化し、狭小化を伴う。また門脈と肝静脈の吻合異常がみられる(矢印)

院内C P C記録

第7回 院内C P C (平成13年7月13日)

司 会 内 科 寺田総一郎

症例担当 内 科 永橋正一

病理担当 藤田保健衛生大学第二病院 堀部良宗

症 例：O.A, 52歳, 男性

既往歴：虫垂切除術 (16歳), 交通事故で左下腿骨折 (31歳)

輸血歴なし

家族歴：特記すべきことなし

飲酒歴：エタノール換算1,500kg

主 訴：全身倦怠感

現病歴：20歳より毎日日本酒3合程度の習慣飲酒が始まり, 30歳頃より日本酒5~6合/日と飲酒量は増加した。4年前に口渇, 体重減少があったが放置していた。入院10日前からサウナに寝泊まりしていたが食事をうけつけなくなり, アルコールのみを摂取していた。その後, 全身倦怠感出現し日々増悪したため, 友人に付き添われて近医受診, 肝機能障害を指摘され当院紹介入院となった。

入院時現症：身長 172.5cm, 体重62kg, 体温36.7℃, 脈拍80/min整 血圧114/58mmHg, 貧血, 黄疸, 腹水, 下腿浮腫, 腹壁静脈怒張, くも状血管腫, 手掌紅斑を認めた。肝臓は触知しなかった。神経学的所見に異常は認めなかった。

入院時検査所見：表1

入院後経過：入院時, 体温38℃, WBC14300/ μ l, CRP8.0mg/dl。全身倦怠感のほかに自覚症状はなかったが, 細菌感染が考えられた。また, 低栄養, 高度の肝機能低下から免疫機能低下の存在を考慮し, 抗生剤に加え, グロブリン製剤, 新鮮凍結血漿, 肝庇護剤を投与したところ第6病日には解熱とCRP1.6mg/dlと炎症の改善を認めた。倦怠感も消失し, 食事も全量摂取した。第5病日より頸部, 両上腕, 臀部, 両大腿と広範に白癬が出現した。第9病日より再び倦怠感が出現し, 一日寝ていることが多くなった。トイレにも歩行器を使用して

いたが失調性歩行等は認めなかった。インスリン40~50U/日使用していたが, BSは140~440mg/dlと変動しコントロールに苦慮した。第12病日に再び発熱が出現したが, 抗生剤で軽快した。発熱以外に頭痛などの訴えはなかった。第21病日より鼻出血が頻繁に出現するようになった。第26病日より再び38℃の発熱が出現した。その後も発熱は持続したが, その他に自覚症状もなく食事もほぼ全量摂取した。経過中, 血液培養は陰性であった。同時期より腹部膨満が再出現し, 腹水のコントロールが困難となった。第35病日にCRPが10mg/dlまで上昇したためカルベニン, ミノマイシンを開始したところ第42病日にはCRP1.7mg/dlに改善した。しかし, 第43病日より手指振戦出現, 意識レベル低下し, 食事の摂取も困難となったため, 解熱目的でステロイドを併用したが無効であった。傾眠傾向が続いたが神経学的所見に異常は認めなかった。第44病日, 急激に意識レベル低下した。その後, 心房細動が出現したがタンボコールで軽快した。第45病日, 頭部CT, 腰椎穿刺を施行し, 髄膜炎と診断した。グロブリン製剤, ゴピラックス, ビクシリン, クラフォランに加えてグロベニン, アミカシンを髄注したが, 第47病日に呼吸停止, 死亡した。

入院経過表：図1

髄液検査所見：表2

頭部単純CT：図2

表1 入院時検査所見

| Peripheral blood | | Blood chemistry | |
|------------------|-----------------------------|------------------|------------|
| WBC | 14300 / μ l | TP | 5.6 g/dl |
| RBC | 272×10^4 / μ l | T-Bil | 3.6 mg/dl |
| Hb | 11.4 g/dl | GOT | 121 IU/l |
| Ht | 31.9 % | GPT | 58 IU/l |
| MCV | 117.3 fl | γ -GTP | 264 IU/l |
| PLT | 8.2×10^4 / μ l | ALP | 308 IU/l |
| Coagulation test | | LDH | 490 IU/l |
| PT activity | 34.0 % (INR 2.3) | Ch-E | 25 IU/l |
| APTT | 41.0 | BUN | 17.8 mg/dl |
| Tumor marker | | Cre | 0.9 mg/dl |
| AFP | 1.8 ng/ml | Na | 121 mEq/l |
| PIVKA-2 | 1410 mAU/m | K | 4.1 mEq/l |
| Urinalysis | | Cl | 87 mEq/l |
| Sugar(3+) | Uro(3+) | BS | 377 mg/dl |
| Protein(-) | Blood(1+) | Serological test | |
| NH ₃ | 49 μ g/dl | CRP | 8.0 mg/dl |
| HCV-Ab | (+) | ICG-15 | 68 % |

表2 髄液検査所見

| | |
|--------------------|------------------------------|
| 細胞数 | 5100 / $3 \cdot \text{mm}^3$ |
| リンパ球 | 5 % |
| 好中球 | 95 % |
| ノンネアベルト | (+) |
| パンデー | (3+) |
| 蛋白 | 318 mg/dl (10-40) |
| 糖 | 156 mg/dl (50-75) |
| | 髄液糖/血液糖=0.44 |
| Cl | 120 mEq/l(120-130) |
| 細菌培養 | (-) |
| 結核菌塗沫培養 | (-) |
| EBV DNA(PCR) | (+) |
| HSV DNA(PCR) | (-) |
| CMV DNA(PCR) | (-) |
| インフルエンザ(RT-PCR) A型 | (-) |
| B型 | (-) |
| エンテロ(RT-PCR) | (-) |

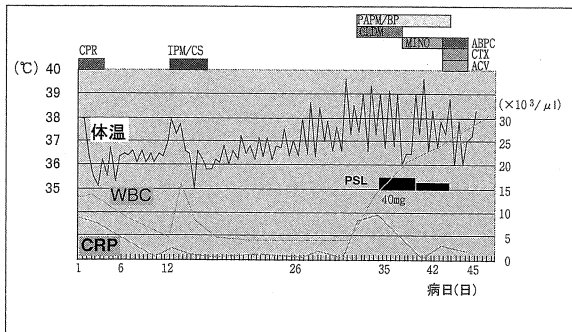


図1 入院経過表

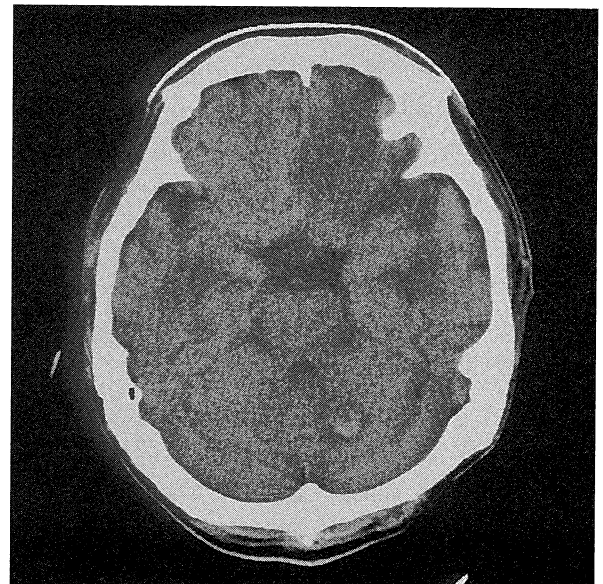


図2 頭部単純CT

病理解剖組織学的診断 (剖検番号2096)

剖検者 堀部良宗

肝硬変 (小結節性, C型肝炎後性, 1,400 g)

付随病変; 食道静脈瘤

脾腫 (220 g)

1. 敗血症
 - a) 感染性 (真菌性) 心内膜炎, 330 g
アスペルギルス症, 大動脈弁疣贅形成
 - b) 化膿性びまん性心筋炎
 - c) 腎膿瘍
2. 急性尿細管壊死 (250:230 g)
3. 無気肺, 慢性肺うっ血
4. 漿膜炎
線維性心外膜炎, 線維素性腹膜炎, 胸膜炎
5. びらん性食道炎

[死因] 敗血症

[総括] 敗血症の原因は真菌症, アスペルギルス症によるもので, 左室広範, 中隔に膿瘍を形成し, 髄膜炎の原因は真菌性が示唆されます。肝硬変は小結節を形成し, 肝炎後性のもので, アルコール性は考えにくい。

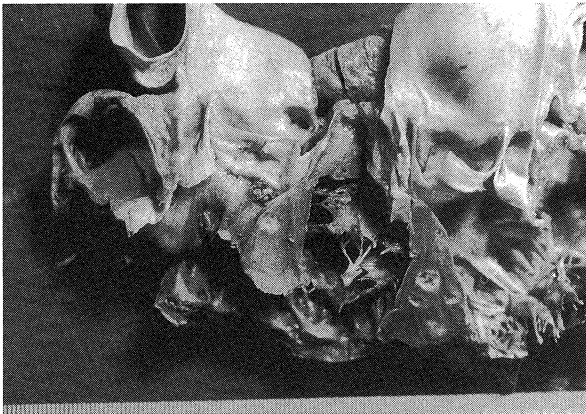


図1 大動脈弁に疣贅形成(矢印)と心筋内には白色の膿瘍形成をみる(矢印)

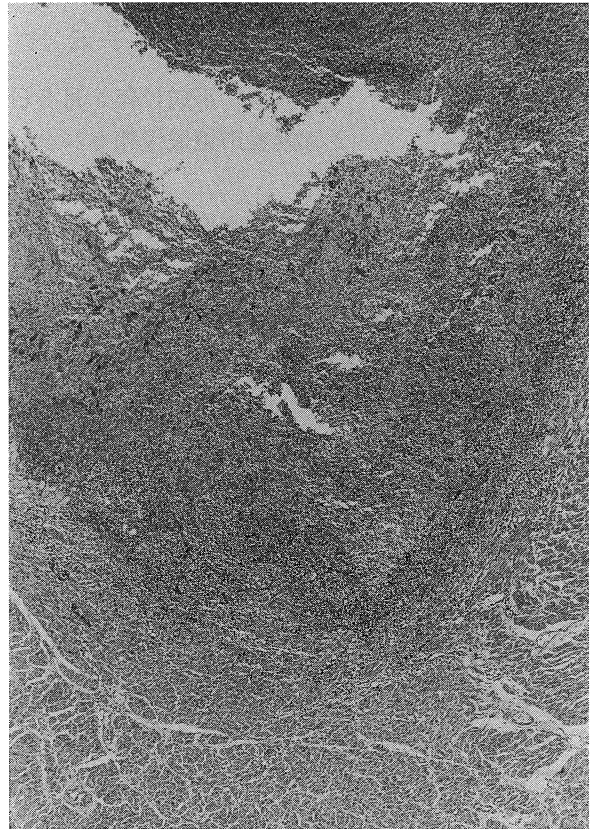


図4 瘍筋組織
膿瘍とアスペルギルス菌球をみる

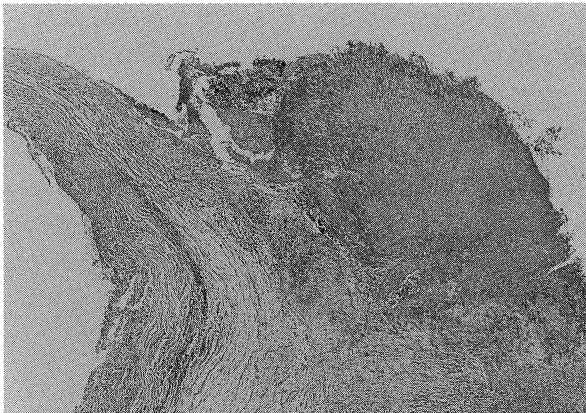


図2 大動脈弁にみられたfangas ball

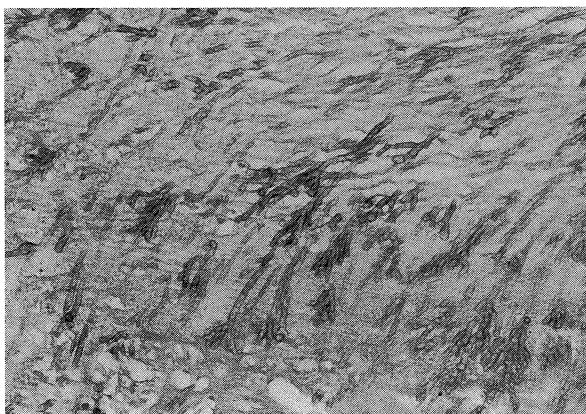


図3 大動脈弁のfangas ball. Y字型の分枝を示す節を有するアスペルギルス菌球がみられる

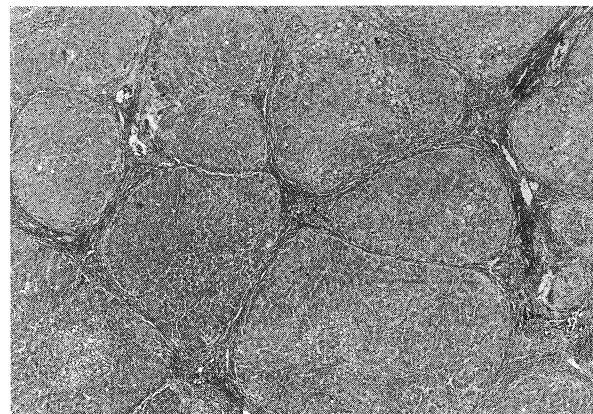


図5 肝硬変
細い間質を有する偽小葉の形成をみる