

院内CPC記録

第23回院内CPC (平成21年3月30日)

司会外科 清野徳彦
症例担当 研修医 伊藤洋平
病理担当 病理部 安見和彦

症例：78歳・女性

主訴：腰痛

既往歴：関節リウマチ（1997年～），骨粗鬆症，NSAID潰瘍，高血圧症

内服薬：サイトテック（200）3T3x，アザルフィジンEN（500）2T2x，ワンアルファ（0.5）3T3x，ブロプレス（4）2T2x，ノルバスク（5）2T2x，プロドニン（5）0.5T1x，オメプラール（20）1T1x，アンプラー（100）3T3x，酸化マグネシウム1.5g3x，ユーロジン（1）1T眼前

現病歴：2008年7月9日頃から激しい腰痛が出現し，体動困難となった。7月10日に労災病院受診。軽度炎症反応上昇あるが，問題ないだろうとのことで帰宅。7月11日症状続くため，関節リウマチ治療で通院中であった，はやかわクリニックから当院へ紹介受診された。

入院時現症：身長・体重未測定，BT 40.1°C，BP100/79mmHg，PR103/min，SpO2 96%（room air）
貧血・黄疸なし（胸部）肺野：no rale，心音：ejection murmurを聴取
(腹部) 压痛あり，やや硬い（腰部）明らかな压痛・叩打痛なし，下腿浮腫なし

入院時検査所見

(血算) WBC 20160/ μ l，RBC 337×10⁴/ μ l，Hb 11.0g/dl，Ht 32.6%，Plt 12.7万/ μ l，MCV 96.7fl，MCH 32.6pg，MCHC 33.7%

(生化学) Na 133mEq/l，K 3.5mEq/l，Cl 108mEq/l，TP 6.9g/dl，Alb 3.5g/dl，T.Bil 0.8mg/dl，GOT 49IU/l，GPT 16U/l，CPK 1719IU/l，Amy 43IU/l，LDH 341IU/l，ALP 151IU/l， γ -GTP 29U/l，BUN 22.4mg/dl，Cre 0.69mg/dl，TG 84mg/dl，HDL-C70mg/dl，LDL-C61mg/dl，血糖123mg/dl，HbA1c 4.9%

(凝固) PT 13.7秒，PT-INR 1.16，活性75%，APTT 31.6秒，Fib 764mg/dl

(免疫) CRP 19.1mg/dl，HBs抗原陰性，HCV抗体陰性，RPR定性陰性，TPLA定性陰性

(血ガス) Po2 60Torr，Pco2 24Torr，Ph 7.51，BE -3.8mmol/l，HCO3 19.2mmol/l

(尿検査) 〈定性〉尿Ph6.5，尿比重1.016，尿潜血（+），尿蛋白（2+），尿糖（-），Uro（+），Bil（-），Ket（-）

（沈渣）赤血球20-29/HPF，白血球5-9/HPF，上皮細胞1-4/HPF，硝子円柱（1+），尿細管上皮1>/HPF，細菌（3+）

（その他）血液型B型，RHO（D）（+），BNP 276 pg/ml，Trop-I 0.372ng/ml

（細菌検査）尿培養 Klebsiella pneumoniae 陽性，血液培養 Staphylococcus aureus 陽性（2回）

入院時生理・画像検査所見

（心電図（図1））HR 107/min，sinus tachycardia，APC多発，NAD，q（II, III, aVF），ST change -

（経胸壁・経食道心エコー（図2））LV wall motion almost normal，ややhyperkinetic，AR II，AS（+）28.7mmHg，経胸壁・経食道心エコーでも疣状ははっきりとはしない

（胸部レントゲン（坐位）（図3））CTR65%，両側CP angleややdull，肺野clear，左第3弓・第4弓の突出，大動脈の石灰化あり

（腹部レントゲン（図3））腸管ガス像やや多い，左側臥位像でニボー形成等なし

（安静心筋シンチ（MIBI）（図4））取り込みの低下なし

（胸部単純CT（7/13）（図5）・造影CT（7/14）（図6a, b））

両側胸水貯留あり，下行大動脈半ば～左鎖骨下動脈辺りにかけての大動脈解離・偽腔は血栓性に閉塞，一部にnipple様の突出あり，肺野にはconsolidationが散見される

入院後臨床経過（図7）

7/11（第一病日）発熱、炎症反応高値の原因として、何らかの感染症が疑われた。はつきりと疣贅が確認できたわけではなかったが、聴診所見・心エコー所見から感染性心内膜炎疑いとして、PIPC 6g/dayで治療を開始した。

7/13（第三病日）治療続けるも、発熱治まらず白血球減少（WBC 1960）、血小板の減少傾向がみられた。重症感染症と判断し、抗生素をMEPM 3g/dayに変更し、 γ グロブリン製剤開始した。血小板の減少傾向の原因として、凝固系の異常はみられなかつたものの、DICに至る手前の状態と判断し、DICに対する治療（FOY・ミラクリッド）を開始した。また、入院後から腰痛の訴えが続いているため、胸腹部CTを撮像したところ、下行大動脈半ば～左鎖骨下動脈辺り

にかけての大動脈解離に間違いないと考えられる像が得られた。

7/16（第六病日）血圧70台となり敗血症性ショックの状態となった。呼吸状態は悪くなかったものの、今後の悪化を考え、家族の同意を得た後、気管内挿管を行った。抗生素はCEZ 6g/dayに変更した。

ショック状態に対し、カテコラミンを大量に用いるも血圧が保てず、次第に尿量も低下し、In-outバランスが保てず心不全状態となっていた。

7/18（第八病日）午前10時心拍数低下し、その後死亡確認に至った。

なお、本症例の入院経過中に取られた血液培養の結果は、7/11, 7/12, 7/13にそれぞれMSSAが検出された。7/17の血液培養は陰性であった。

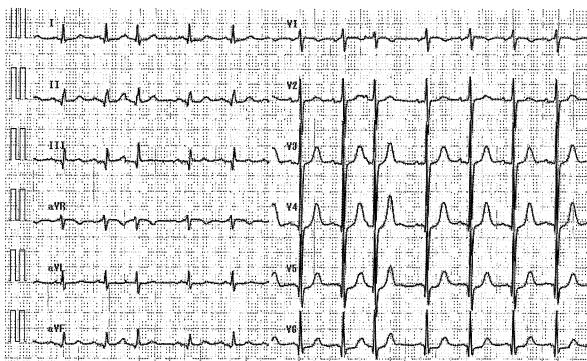


図1 心電図



図2 経胸壁・経食道心エコー

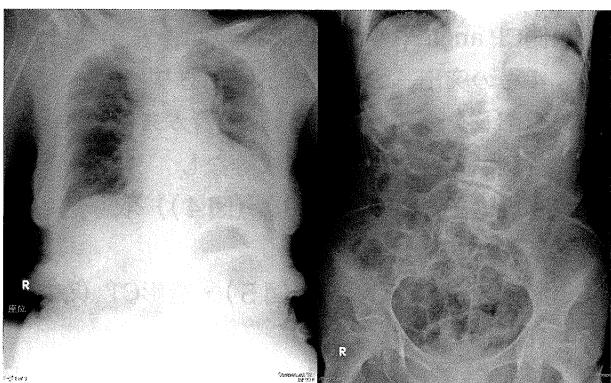


図3 胸腹部単純レントゲン

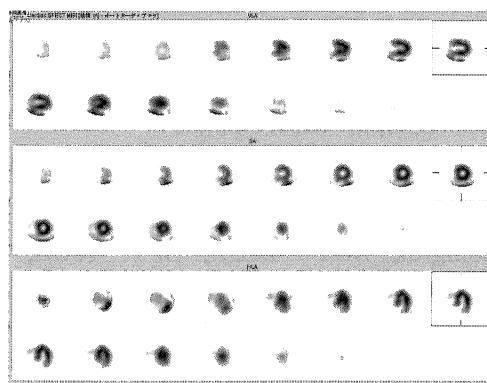


図4 安静心筋シンチ (MIBI)

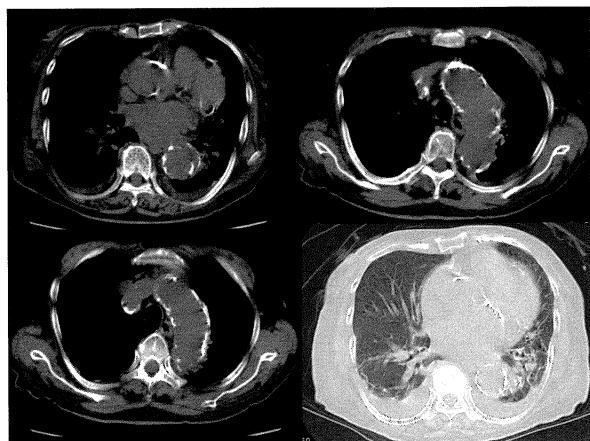


図5 胸部単純CT (7/13)

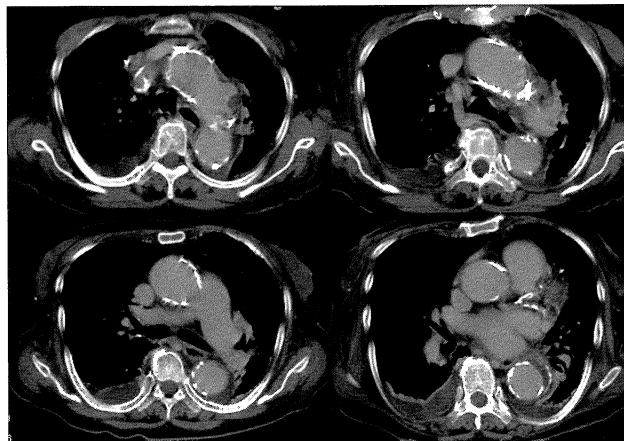


図6a 胸部造影CT (7/14)

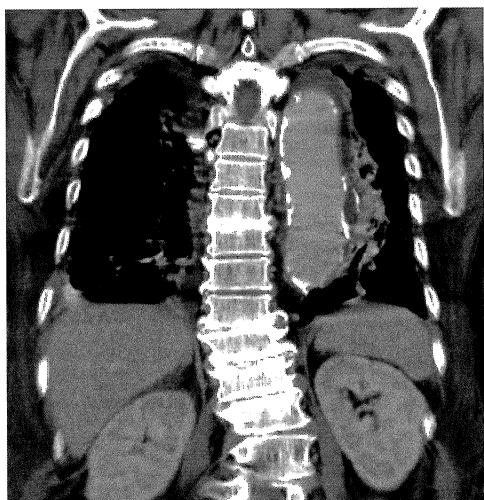


図6b 胸部造影CT (7/14)

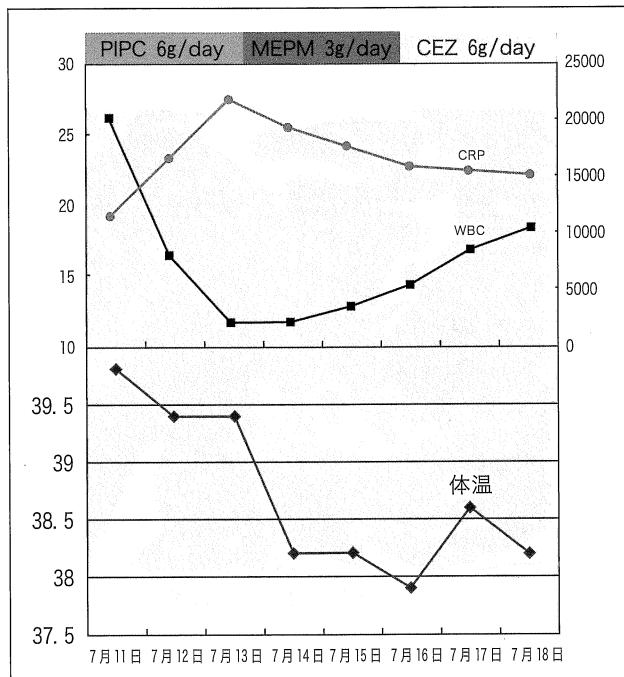


図7 入院後臨床経過

病理解剖および組織学的所見（剖検番号A-2177）
剖検者 安見和彦

78歳 女性

病理診断

感染性（血栓性）心内膜炎 (406g)

僧帽弁および大動脈弁硬化高度、疣鰗付着

敗血症性ショックの原因と推定

線維素線維性心外膜炎

心外膜線維性肥厚およびフィブリン析出

心筋間質線維化

心嚢腔水 (150ml, 血性)

胸部大動脈瘤

大動脈粥状硬化高度

巣状および器質化肺炎 (左318g, 右526g)

胸水 (左300ml, 右800ml, 黄色透明)

腹水 (少量)

〈死因〉 感染性心内膜炎による敗血症性ショック

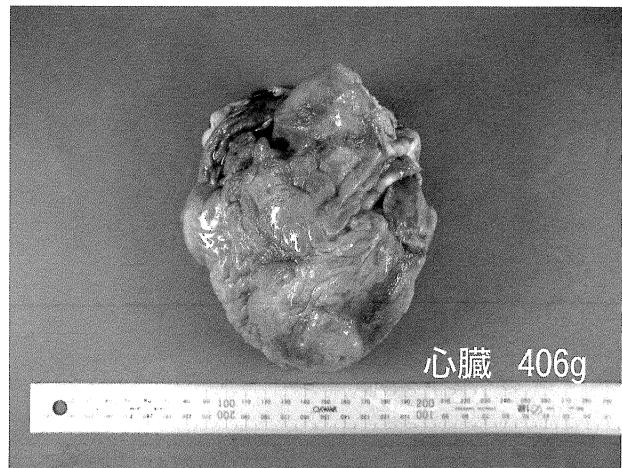


図1 心臓は肥大し球状
心外膜にフィブリンの析出



図2 硬化と疣状、血栓の形成

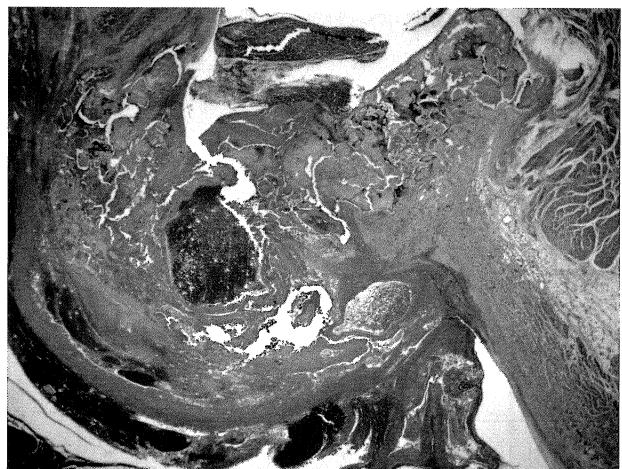


図3 僧帽弁血栓の組織像

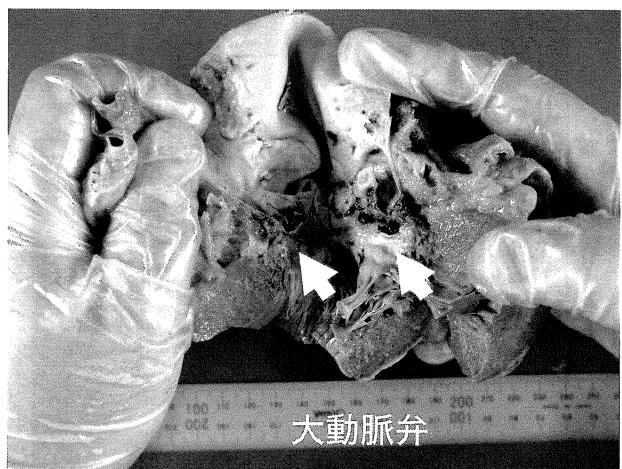


図4 硬化と血栓形成

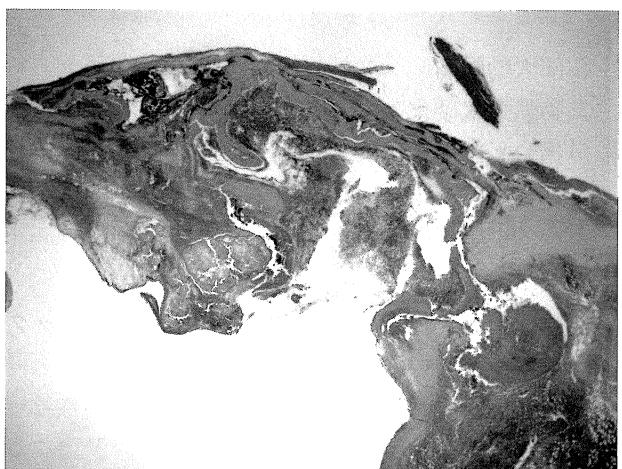


図5 大動脈弁の組織像

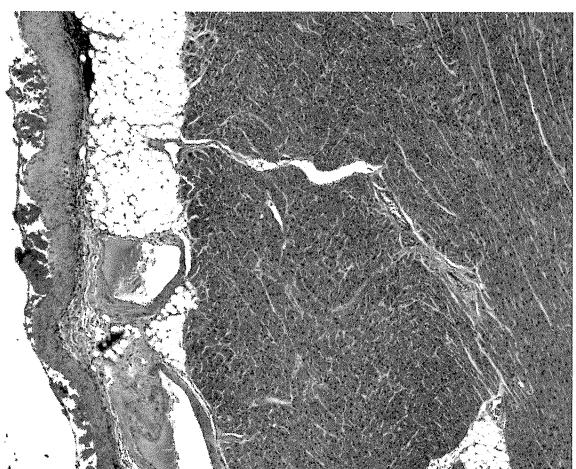


図6 線維素線維性心外膜炎の組織像

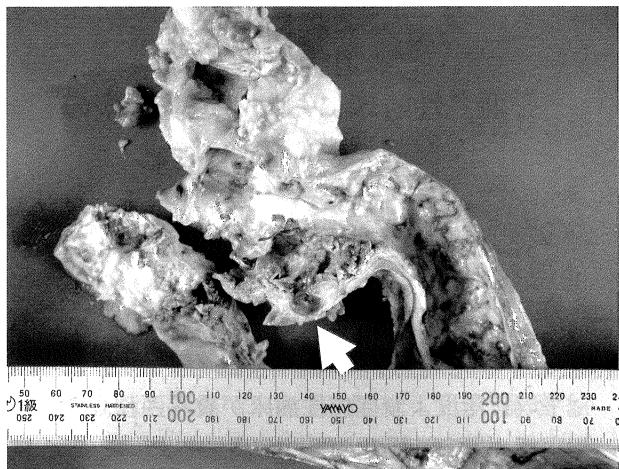


図7 大動脈弓部の動脈瘤

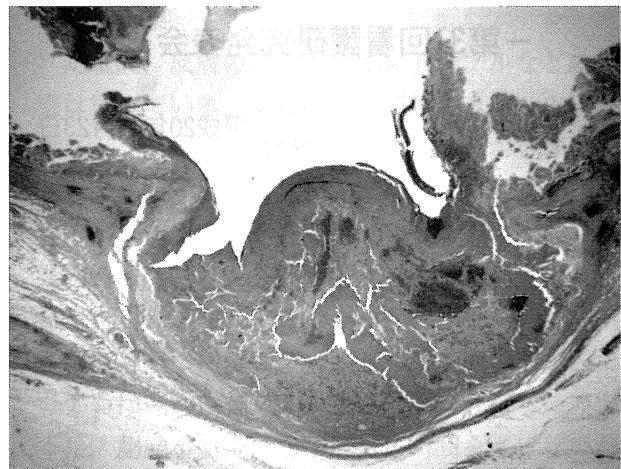


図8 動脈瘤の組織像