

感染の予防、疼痛などの症状の消失、ひいては死亡率の著明な低下も報告されている。nafamostat mesilate および imipenem の動注群は動注を施行しなかった群に比較して死亡率 (6.7% vs 43.8%) および臍感染の合併頻度 (0% vs 50%) が有意に低いとも報告されている。一方、持続的血液ろ過透析療法はサイトカインなどの humoral mediator などの除去の有効性に加えて、循環動態の不安定性から引き続いて生じる腎不全への移行の抑制にも効果的であると考えられている。2003 年 1 月から 2009 年 6 月までの当科での重症肺炎に対する治療成績を検討した。13 例の重症肺炎を経験した。男性 7 例、女性 6 例、平均年齢 58.4 歳 (38~87 歳)、成因は総胆管結石 2 例、ERCP 後 3 例、アルコール性 3 例、原因不明 5 例であった。治療法としては、動注療法施行例が 10 例、持続的血液ろ過透析療法例が 6 例 (うち両治療施行例が 4 例)、いずれも施行しなかった例が 1 例であった。結果は 11 例生存、2 例死亡という結果であった。他施設での成績や文献的考察を加えて報告する。

4. 総肝動脈瘤腸管内穿破に対する経カテーテル動脈塞栓術後に発症した敗血症に、直接血液灌流療法 (PMX-DHP) が有効であった 1 例

内藤崇史*¹・田中浩紀*¹・川上賢太郎*¹・村上佳世*¹
小野寺馨*¹・佐藤修司*¹・清水晴夫*¹・金戸宏行*¹
近藤哲夫*¹・前田卓人*²・山田洋平*³・上原勇介*³
市立室蘭総合病院消化器科*¹、同循環器科*²
同臨床工学技士*³

症例は 68 歳男性。59 歳時に胃癌に対し幽門側胃切除・Billroth II 法再建術、67 歳時に胆嚢摘出術の既往がある。平成 21 年 5 月 25 日朝、嘔気、冷汗、意識消失を認め当院へ救急搬送された。来院時 JCS は 1 桁で、血圧は 80 台から頻回に 40 台まで低下を認めショック状態と考えられた。腹部造影 CT にて、肝左葉尾側に 50 mm 大の動脈瘤を疑う所見を認め、その数十分後に大量吐血をきたしたため、動脈瘤の腸管内穿破を疑い腹部血管造影を施行。総肝動脈を支配血管とする動脈瘤を認め、同血管に対し経カテーテル動脈塞栓術を施行した。以後、昇圧剤併用にて血圧は安定していたが、第 2 病日より高熱が出現し、炎症反応が上昇。血液培養からグラム陰性桿菌が検出されたため、敗血症と診断。CZOP を使用していたが、その後も解熱傾向はみられず、第 4 病日、大量下血を契機に再びショック状態となった。腹部造影 CT を施行した

が動脈瘤に血流は認めず、輸血等の保存的加療のみで再下血はきたさなかった。しかし貧血の改善後も血圧低下は持続し、敗血症性ショックによるものと考えた。第 5 病日、PMX-DHP を施行。施行直後より血圧の上昇を認め、翌日にはショックより離脱した。また肺うっ血をきたしていたが、第 6 病日より持続血液濾過透析 (CHDF) を 48 時間施行し、改善が得られた。以後、循環動態は安定し、第 29 病日退院となった。肝動脈瘤破裂は、開腹手術による救命率は低く、肝動脈塞栓術は本疾患の可及的治療手段として認識されている。自験例は塞栓術が成功したにもかかわらず敗血症により全身状態の急速な悪化を認めたが、PMX-DHP の施行により、すみやかにショックから離脱することが可能となった。本疾患のごとく、全身状態が急速に悪化する病態に続発した敗血症においては、PMX-DHP はきわめて有用であるものと考えられた。

5. ウイルス除去フィルターを併用し INF- α 2a/ribavirin 療法を施行した 1 例

川村直之*¹・高野真寿*¹・長佐古友和*¹・露口雅子*¹
工藤峰生*¹・住田知規*²・土濃塚広樹*²
特定医療法人北楡会札幌北楡病院消化器科*¹
同臨床工学技術部*²

【はじめに】平成 21 年になってウイルス除去療法 (VRAD: Virus Removal and Eradication by Double Filtration Plasma Pheresis) の C 型慢性肝炎に対する併用が認められた。当院にて難治性の C 型慢性肝炎に対してウイルス除去療法の前後でウイルス量を定量した 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 51 歳男性、平成 5 年 9 月に健康診断で肝機能障害を指摘され、平成 11 年 6 月より当院にて IFN (Sumiferoon) 治療が開始され、一度ウイルスの陰性化を認めたが、6 か月の投与終了後 2 か月目には高ウイルス量に陽性化した。平成 14 年 3 月より IFN (Intron A)-ribavirin 投与、平成 15 年 11 月より IFN α Con-1 投与開始、平成 16 年 4 月より IFN α (OIF) 投与開始、平成 16 年 12 月より PEG-rib 投与開始、平成 17 年 12 月より IFN (Intron A) 投与開始、平成 20 年 6 月 18 日より PEG-rib 投与開始 (平成 10 年 11 月 30 日 A 1 F 1-2、平成 20 年 6 月 13 日 A 3 F 3) と抗ウイルス療法を持続的に施行してきたが、初回治療後に再燃移行はウイルスの陰性化は得られず持続的に高ウイルス量が維持されており、IFN は無効と判断し平成 21 年 1 月に治療は中止した。今