

## (第14回研修医症例報告会) 難治性の特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を合併した上行結腸癌, 胃癌, 胆?結石に対し準緊急手術を施行した1 例

著者名	大山 優, 浅香 晋一, 西口 遼平, 島川 武, 勝部 隆男, 塩澤 俊一, 木附 亜紀, マーシャル 祥子, 森 直樹, 佐倉 宏
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	90
号	1
ページ	47-47
発行年	2020-02-25
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00032462">http://hdl.handle.net/10470/00032462</a>

doi: [https://doi.org/10.24488/jtwmu.90.1\\_38](https://doi.org/10.24488/jtwmu.90.1_38)|[10.24488/jtwmu.90.1\\_38](https://doi.org/10.24488/jtwmu.90.1_38)

結紮解除を行った。術後4日目には、症状および頭部CT所見は改善した。今後は経過を見て、可変式シャントへの変更も考慮している。〔考察〕入院時、低髄圧所見は認めず、慢性硬膜下血腫は新規に生じたものと考えられた。しかし血腫の増大は、シャントにより頭蓋内圧が一定に保たれていたことが関与している可能性が高かった。今後は血腫再増大を防ぎ、かつ水頭症を生じさせないようにシャント管理をしていくことが必要だと考える。

#### 16. 難治性の特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を合併した上行結腸癌、胃癌、胆嚢結石に対し準緊急手術を施行した1例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、  
<sup>2</sup>外科、<sup>3</sup>内科) ○大山 優<sup>1</sup>・  
◎浅香晋一<sup>2</sup>・西口遼平<sup>2</sup>・島川 武<sup>2</sup>・  
勝部隆男<sup>2</sup>・◎塩澤俊一<sup>2</sup>・木附亜紀<sup>3</sup>・  
マーシャル祥子<sup>3</sup>・森 直樹<sup>3</sup>・佐倉 宏<sup>3</sup>

〔症例〕69歳男性。左上眼瞼皮膚腫瘍に対し当院形成外科に紹介初診。その際、血液検査で血小板減少 ( $4.9 \times 10^4/\mu\text{l}$ ) を指摘され、血液内科へコンサルトされた。精査の結果、特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) と診断され、以後経過観察していた。約1年後、腹痛、黒色便を主訴に当院救急外来に受診。上部消化管内視鏡検査で胃体中部大弯の早期胃癌が疑われた。プレドニゾロンの内服を開始し血小板増加を待ち生検を行う方針としたが効果はなく、さらなる増量、ステロイドパルス療法、ガンマグロブリン大量静注療法を行ったものの無効であった。また、治療中に施行したCTで上行結腸癌が疑われ下部消化管内視鏡検査を施行したところ、同部に約4/5周性、易出血性の2型腫瘍を認めた。トロンボポエチン受容体作動薬 (ロミプレート皮下注) にて血小板数増加を図り手術を行う方針としたが、治療開始翌日に大量下血し出血性ショックとなり、IVRによる止血術 (TAE)、部分的脾動脈塞栓術 (PSE) を施行した。一時的にバイタルは安定したが、血小板数は増加することなく消化管出血を繰り返したため、血小板  $1.3 \times 10^4/\mu\text{l}$  で準緊急手術に踏み切った。結腸右半切除術、胃部分切除兼脾摘出術、胆摘術を施行し、手術時間416分、出血量849 mLであった。術後は出血性の合併症なく経過し、第14病日に血小

板は  $10 \times 10^4/\mu\text{l}$  以上まで増加、第24病日に軽快退院した。現在、プレドニゾロンは10 mg/日まで漸減し外来で経過観察中である。

#### 17. 多量飲酒後の強い腹痛および下血に対して非閉塞性腸間膜虚血を疑い緊急手術を行った1例

(東医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、  
<sup>2</sup>救急医療科) ○増山由華<sup>1</sup>・

◎小島光暁<sup>2</sup>・庄古知久<sup>2</sup>

〔背景〕非閉塞性腸間膜虚血 (NOMI) は、代謝性アシドーシスを呈することが多い。しかし、NOMIに対する特異的な画像所見やバイオマーカーは存在せず、その診断は容易でない。アルコール性ケトアシドーシス (AKA) や糖尿病性 (DKA) では、腹痛、吐血など多彩な消化器症状を呈するだけでなく、実際にNOMIを合併することもあり、手術適応の判断に難渋することが少なくない。我々は、大酒家かつ高血糖の急性腹症で、腸管虚血の有無の判断に難渋した症例を経験したので報告する。〔症例〕63歳男性。腹痛、下血を主訴に救急搬送された。来院時血圧88/50 mmHg、不穏、末梢冷感を伴っておりショック状態であった。暗赤色の下血があり、腹部全体に反跳痛を認めた。pH 7.002、Lac 18.0 mmol/L、BE-23.4と代謝性アシドーシスに加えて、造影CTで、小腸の浮腫状肥厚および造影不良を認めた。細胞外液の補液を行うも、腹部所見、動脈血ガス所見ともに改善に乏しく、NOMIを疑って試験開腹を施行した。開腹すると、小腸の一部に軽度の発赤や浮腫を認めたものの、明らかな虚血は見られず、腹腔内審査のみで手術を終了した。脱水の補正、電解質管理、血糖コントロール、腹部所見および代謝性アシドーシスは速やかに改善し、術後8日目に独歩退院した。〔考察〕発症当日に多量飲酒していたこと、血糖値が400 mg/dl以上かつ尿中ケトン体が陽性であったことから、AKAおよびDKAも鑑別に挙げたが、強い腹部所見からNOMIが否定できず緊急開腹手術を行った。外注検査でβ-ヒドロキシ酪酸優位のケトン体上昇を認めたことから、AKAと診断した。〔結語〕高度の代謝性アシドーシスと腹部症状をきたすアルコール性や糖尿病性のアシドーシスでは、NOMIとの鑑別が困難な場合がある。

\*新型コロナウイルス感染症が拡大している状況を受け、参加者の健康・安全面を考慮し、中止いたしました。