

る A 群で有意に高値 ($p < 0.05$) であった。[15 分後：
(A 群) 183.0 ± 32.6 vs (C 群) 102.6 ± 13.6 pg/ml]

【結論】 急性心不全時の心耳の重要な役割は、血行動態への影響よりも ANP を介した ALDO 分泌の抑制であることが示唆された。

P1-11.

当科で診断した感染性心内膜炎の初期臨床像

(社会人大学院 2 年微生物学・総合診療科)

○佐藤 昭裕

(総合診療科・医学教育学)

大滝 純司、平山 陽示、原田 芳巳

(総合診療科)

小宮 英明、井村 博美、織田 香里

五十嵐 雅、和田 修

(内科学第二)

山田 昌央

【背景と目的】 感染性心内膜炎 (IE) の頻度は 3~10 人/100,000 人・年といわれており、不明熱において占める割合は 3.3% といわれている。IE は的確な診断がつかず放置されると致命率の高い疾患であり、初診医は見逃してはいけない疾患の一つである。我々は 5 年間で 9 例の IE を診断した。その診断に至った思考過程、診断の手助けになる身体所見等をまとめ、Duke criteria にはない初期臨床像から診断することを目的とした。

【対象と方法】 2006 年 4 月から 2011 年 3 月までに当院総合診療科を受診し、感染性心内膜炎と診断された 9 例について、主訴、初診医の役職、基礎疾患、リスク、抗生剤の先行投与の有無、身体所見、原因微生物、診断に至った過程を比較検討した。

【結果】 主訴は 7/9 例が発熱、1 例が腰痛、1 例が肩こりであった。リスクとしては 5/9 例に歯科治療、1 例に心疾患、1 例に皮膚炎が存在した。初診医は 5/9 例が総合診療科スタッフ、3 例が総合診療科後期研修医、1 例が他院からの不明熱紹介入院であった。初期研修医が初診で診たケースはなかった。抗生剤の先行投与は 7/9 例に行われており、そのうち 2 例が血液培養施行日まで抗生剤の内服を行っていた。心雑音は 7/9 例で聴取され、そのうち 5 例が初診時に聴取されていた。血液培養は 7/9 例で陽性となった。経胸壁エコーでは 6/9 例で尤贅や弁膜症が

みられ、経食道エコーは 4/9 例で施行しており、全例で尤贅がみられた。

【まとめ】 IE は命にかかわる疾患であり、血液培養から原因菌がはえなくなってしまう、診断を困難にしてしまうため、安易な抗生剤の投与は慎むべきである。また、IE を見逃さないためには初期の段階から歯科治療などのリスクを考慮して心雑音の有無を確認することが重要であり、このことを初期研修医に教育することが大切である。

P1-12.

弛緩出血にて子宮全摘術と内腸骨動脈分枝塞栓術を行い救命し得た一例

(八王子・特定集中治療部)

○大嶽 宏明、池田 寿昭、池田 一美

谷内 仁、須田 慎吾、鈴木 隼

(八王子・産婦人科)

野平 知良、小野寺高幹

(八王子・放射線科)

西尾 龍太

分娩後、弛緩出血をきたしショック状態に陥ったが、単純子宮全摘術および内腸骨動脈分枝塞栓術を行い救命し得た症例を経験した。症例は 35 歳女性、妊娠 38 週 5 日、妊娠高血圧症候群にて分娩目的に当院産科入院となった。陣痛誘発し経膈分娩で出産後、子宮頸部の収縮不良にて 4,270 mL の出血を認め、ICU 入室となった。入室時は意識レベル低下を認め (JCS II-30)、収縮期血圧 50 mmHg、心拍数 110 bpm、体温 32.6°C であった。Hb は 4.0 g/dL で血中乳酸値は 115 mg/dL と高値を呈していた。客観的重症度としての APACHE II スコアは 23 点、多臓器不全の重症度としての SOFA スコアは 13 点であった。ICU 入室直後に心停止となり、CPR を施行し、アドレナリン 1 mg 投与にて約 6 分後心拍再開した。大量輸液、輸血、活性型第 VII 因子製剤を投与しても出血をコントロールすることができず、ICU 入室 7 時間後に単純子宮全摘術を施行した。術後もドレーンより持続的な出血を認め、2 回の左右内腸骨動脈分枝塞栓術を行った。分娩から塞栓術後までの出血量は約 35,000 mL、輸血量は赤血球濃厚液 88 単位、新鮮凍結血漿 82 単位、血小板 70 単位であった。産科 DIC スコア 23 点に対して補充療法 (FFP、