

9 横紋筋融解症、急性腎不全に対する持続血液濾過療法施行中に、両側腸腰筋内出血の合併を認めた症例

慈泉会相澤病院透析腎不全センター  
平田聖文 橋本幸始 白鳥勝子  
小口智雅 神應 裕

症 例：53 歳女性

主 訴：脱力感

既往歴：20 歳頃より飲酒。最近 5-6 年清酒 4-5 合/日。アルコール性肝障害。

慢性腎不全(Cr 2mg/dl 前後)。

家族歴：特記事項なし。

現病歴：平成 17 年 7 月初旬頃より食欲不振が出現。食事摂取徐々に減少し、ほとんど摂取できなくなったが、飲酒は続けていた。

その後脱力感が出現し、7 月 16 日に来院した。

入院時身体所見：

意識清明。

血圧 96/62mmHg、脈拍 126/分、整。

体温 38.7℃、眼瞼結膜に貧血を認めず。

胸部：呼吸音正常、ラ音を聴取せず、

心音正常、心雑音を聴取せず。

腹部：平坦、軟、肝脾触知せず。

四肢：浮腫を認めず。

入院時検査所見：

尿検査 PH 1.015

Protein 2+, Occult blood 3+

RBC 0-1/HPF, WBC 11-30/HPF

血算

WBC 12020/ $\mu$ l, Neutro 88.6%, RBC  
437 万/ $\mu$ l, Hb 15.5g/dl, Ht 44.2%, Plt  
23.8 万/ $\mu$ l. 凝固 TT 109%, PT 12.3 秒,

APTT 25.1 秒, Fibrino. 376mg/dl,

AT-III 108%, FDP 8.25  $\mu$ g/ml

血清 CRP 2.9mg/dl

生化学

TP 8.6 g/dl, Alb 5.2g/dl

T.Bil 0.9mg/dl, GOT 66IU/l

GPT 27IU/l, LDH 330IU/l

$\gamma$ -GTP 198IU/l, CK 288IU/l

BUN 107.1mg/dl, Cr 10.4mg/dl

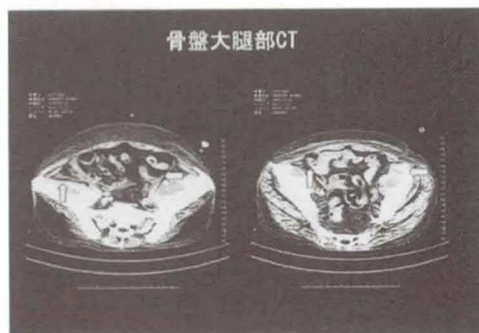
UA 31.9mg/dl, Na 128mEq/l

K 4.3 mEq/l, Cl 76 mEq/l

Ca 7.8 mg/dl, P 21.3 mg/dl

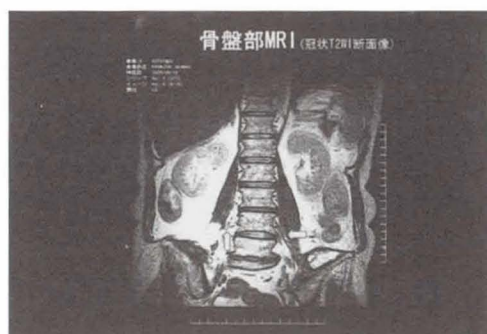
入院後経過：

第2病日血液検査にてCK 9894と上昇を認め、横紋筋融解症に対し、右鼠径に透析用カテーテルを挿入し、CHF；低分子ヘパリン 400 単位/hrにて開始した。第3病日CK 8390と低下した。第5病日腰から両側大腿部にかけての激痛が出現し、両側大腿部の腫脹と腰に圧痛を認めた。骨盤大腿部CTを施行した。骨盤大腿部CTにて両側腸腰筋内に血腫を認めた。



CHFは中止とした。HGB 7.9 g/dl HCT 23.3 %と貧血の進行を認めたためMAP 2単位の輸血を行った。第9病日頃には痛みは軽減した。両側下腿挙上が困難の症状があり、整形外科診察にて左下肢優位の筋力低下を指摘された。下肢遠位筋(L4, 5支配)の筋力は保たれ、脊柱管内での出血ではなく、腸腰筋腫大に伴う仙骨神経叢(坐骨神経)の圧迫が原因と考えられ

るとのことであった。骨盤部MRIを施行した。冠状T2断面像からは、血腫の上縁は右L4,5,左L5神経近位付近に及んでいた。神経学的所見と合致していた。第17病日下肢が持ち上がるようになった。第23病日より歩行ができるようになった。



(1)腸腰筋内出血は、抗凝固療法中にしばしば起こる合併症として知られている。両側性のものは、稀であるとされている。ヘパリンやワーファリン使用時に発症するものが多く報告されているが、低分子ヘパリン使用時の報告例もある。

(2)腰神経叢障害や、大量の出血、ショック状態の際は、外科的に治療を行うか保存的治療を行うか議論が分かれる。少量の出血や大腿神経の中等度の障害の際は、保存的治療で十分とされている。

まとめ

(1)横紋筋融解症、急性腎不全に対する持続血液濾過療法施行中に、両側腸腰筋内出血の合併を認めた症例を経験した。(2)血腫が吸収され神経障害が重度でなかったため、保存的治療を行い改善した。(3)抗凝固療法中に大腿部痛が出現した際、腸腰筋内出血を疑うべきである。