

【お詫びと訂正】

ハートナーシング 2025年5月号におきまして、下記の誤りがございました。著者および読者の皆さまに謹んでお詫び申し上げますとともに、以下に訂正いたします。

●該当箇所

p.29 特集3「Fontan術後の患者さん」
蛋白漏出性胃腸症の診断法の掲載位置



解剖・疾患・治療・ACP……基礎知識からケアまでやさしくわかる
はじめての成人先天性心疾患



障害を過小評価するおそれがあるため、血清シスタチンCからeGFRを算出することが推奨されています。

一方、有意な微量アルブミン尿は30 mg/gCr以上で、顕性アルブミン尿は300 mg/gCr以上です。eGFR低下がみられ、微量アルブミン尿陽性の患者さんの予後は不良です。

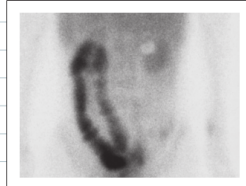


図3 PLE患者の腸シンチグラフィ

■ 診断法

血中から糞便に移行する α 1-アンチトリプシンの上昇したクリアランス値からPLEを診断します。わが国では

腸シンチグラフィで ^{99m}Tc 標識アルブミンの漏出で容易に診断できます(図3)。

■ 治療法

CVPを低下させ腎うっ血の軽減をめざします。微量アルブミン尿が陽性の場合、ACE阻害薬やSGLT2阻害薬を考慮します。

● 蛋白漏出性胃腸症 (protein-losing enteropathy ; PLE)

CVP上昇や炎症による全身のリンパ灌流の増加と、うっ滞によるリンパ管内圧上昇が原因で小腸(特に十二指腸周辺)からリンパ液が小腸管内に漏出する病態です。

■ 治療法

リンパ流うっ滞軽減とリンパ液産生抑制が治療・管理の柱です。リンパ流うっ滞軽減のためCVPを低下させ、リンパ液産生抑制のために炎症を抑える必要があります。食事療法では摂取する脂質を、リンパ管経路で取り込む長鎖脂肪酸から、小腸上皮から門脈経路で吸収する中鎖脂肪酸に変えます。さらにアルブミンやIgGが低い場合は補充します。リンパ流抑制にミドドリンが有効な場合があります。これらの治療効果が不十分な場合は十二指腸に向かうリンパ管塞栓を考慮します。