

ヒチンを併用したところ、炎症反応も沈静化し心嚢液も消失した。その後はステロイドを漸減しながら薬物治療を継続しているが、再発なく良好な経過をたどっている。〔まとめ〕本例は、非定型的な症状で発症して当院にて診断に至るまでに寛解・再発を繰り返している急性心膜炎で、再発性であることや滲出性収縮性心膜炎の可能性も考えながら治療法を選択し経過観察した貴重な症例である。

7. 浴槽での首浮き輪の使用後に一過性の意識消失をきたし、失神が疑われた乳児例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 小児科)

○吉村良子¹・◎伊藤 康²・衛藤 薫²・松丸重人²・唐木克二²・大澤真木子²

〔はじめに〕2009年より乳幼児が水に親しむためのベビーブレスイミングを目的に首掛け式の乳幼児用浮き輪(首浮き輪)が発売された。養育者の負担を減らす便利なものであるとの誤った認識で使用されている傾向があり、これまで計4件の首浮き輪使用時の溺水事故の報告があり、消費者庁から注意喚起がされている。今回、首浮き輪使用時に、浴槽から上がった直後に意識消失をきたし、失神が疑われた乳児例を経験したので報告する。〔症例〕生後2ヵ月の女児。入浴時に首浮き輪を装着し、立位の状態で40℃の湯に約10分間浮いていた。その間母親が目を離すことはなかった。母親が浴槽から抱き上げ、その後顔面蒼白を伴う数分間の意識消失を認めた。意識は数分で改善し、顔色も良好となった。体温37.6℃、呼吸数28回/分、脈拍数139回/分、血圧90/48mmHg、動脈血酸素飽和度100%で、身体所見に異常はなかった。血液、胸部X線、頭部CT、心電図、脳波検査、聴性脳幹反応、腹部エコーでも異常所見はなかった。入院後の体温は36.5~37.0℃であり、生後7ヵ月の時点で発達は良好で、再発もない。〔結語〕立位の状態で、長時間高めの湯温で浴槽につかっていたために体温が上昇し、末梢血管の拡張に伴って血圧が低下したことによる失神と考えた。安全を確認され販売されている育児用品でも、利用者がその使用方法を誤れば、常に危険が隣り合わせにあることを小児科医は育児者に啓発し、乳幼児の安全を守る必要がある。

8. 異なる経過をたどった川崎病の4例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 小児科)

○牧ゆかり¹・◎岸 崇之²・西川愛子²・河野泰三¹・村上てるみ²・唐木克二²・伊藤 康²・大澤真木子²

〔緒言〕川崎病(Kawasaki disease; KD)は乳幼児に好発する原因不明の全身性炎症性疾患である。主要6症状の他各種副症状、合併症を認め、症例ごとに経過は様ではない。今回、異なる臨床像を呈し免疫グロブリン大量療法(IVIG)と後述の療法で改善したKDの4例を同時期に経験したので報告する。〔症例〕症例1は0歳6ヵ

月男児。当初、傾眠傾向、著明な不機嫌、髄膜刺激症状から細菌性髄膜炎を疑い、デキサメサゾン、抗菌薬投与で治療開始するも改善を認めず、入院翌日の第4病日にKDの診断基準を満たしアスピリン、プレドニゾロン(PSL)併用で治療し改善した。KDに合併した髄膜炎が髄膜刺激症状の原因であった。症例2は1歳0ヵ月女児。Gunmaスコアで重症が予測され、PSLを併用し奏功した。症例3は1歳10ヵ月男児。症状は軽度で、単独治療が著効したが、経過中に再度発熱し熱性けいれんを認めた。症例4は3歳10ヵ月女児。疼痛性頸部リンパ節炎や血清AST、ALT上昇が著明なKD再発例であった。PSL併用で改善した。全例現在までに冠動脈病変は認めていない。〔結語〕4例とも背景の年齢特徴が異なり、発症年齢によっても症状発現特徴・経過が異なっていた。また同一の主要症状であっても症例ごとにその表現が異なり、早期診断・治療に苦慮することもあった。KDの治療目標は急性期の強い炎症反応を可及的早期に終息させることである。当科の方針を含め、合併症や治療戦略に関して文献的考察を加えて報告する。

9. 閉塞性腸炎を合併した大腸癌の1例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 青山病院消化器内科, ³ 外科)

○中北 朋¹・◎永谷菜穂²・古川真依子²・藤田美貴子²・竹内英律子²・新見晶子²・長原 光²・亀岡信悟³・板橋道朗³・小川真平³・廣澤知一郎³・橋本拓造³・番場嘉子³

〔症例〕78歳女性。〔主訴〕下痢、腹痛、下血。〔現病歴〕2012年3月頃より間欠的な左下腹部痛と便に血液付着を認めていた。成人医学センターにて精査予定であったが、6月19日夜間、急激な腹痛が出現し下痢、鮮血便を伴ったため、精査加療目的に同日当科入院となった。〔経過〕腹痛と下血を認め、炎症反応上昇を伴ったことから感染性腸炎と虚血性腸炎の合併を疑い絶食補液管理としCTRX 2g/日投与を開始。腹部造影CTでは左側横行結腸からS状結腸近位端まで全長約25cmの全周性壁肥厚を認めた。第2病日に下部内視鏡(CF)を施行したところ、下行結腸遠位端付近にはほぼ全周性の2型大腸癌による狭窄を認めた。内視鏡通過不能であり口側の観察はできなかった。絶食補液にて腹痛、下血が消失した後の第8病日に細経内視鏡にて再検した結果、腫瘍口側に正常粘膜を認めさらにその口側に縦走潰瘍の治癒過程と思われる発赤やびらんが数ヵ所に認められた。以上より、閉塞性大腸炎を合併したS状結腸癌と診断し、東京女子医大病院第二外科にてS状結腸部分切除術を施行した。〔結語〕閉塞性腸炎は大腸癌の0.3~7%に合併し、特徴は①炎症、潰瘍病変が閉塞部口側に存在する、②閉塞部肛門側は肉眼、組織学的に正常、③閉塞部と潰瘍性病変の間に正常粘膜が介在することがあげられ、本症の内視鏡