

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

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 小児科)

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

〔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

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 小児科)

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

〔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

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 青山病院消化器内科, <sup>3</sup> 外科)

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

〔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

および病理組織所見もこれに合致していた。今回閉塞性腸炎を合併した大腸癌を経験したためここに報告する。

#### 10. 高度気管狭窄を来し、気管内挿管の10日後に手術を行った縦隔甲状腺腫の1例

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター,<sup>2</sup> 内分泌外科,<sup>3</sup> 麻酔科)

○丹羽悠梨子<sup>1</sup>・

◎川真田明子<sup>2</sup>・小谷 透<sup>3</sup>・岡本高宏<sup>2</sup>

〔はじめに〕縦隔甲状腺腫によって気管狭窄が高度となり、緊急的に手術を行った稀な症例を経験したので報告する。〔症例〕82歳男性。80歳時、前医にて心不全入院中に約5cmの縦隔甲状腺腫を指摘された。細胞診にてclass IIIであり濾胞腺腫と考えられ、縦隔内にあり気管狭窄伴うため手術適応であったが、心不全不安定であり、経過観察となった。2012年9月に気管狭窄音出現、CT検査で気管狭窄増悪を認めた。手術が検討されていたところ、11月17日発熱にて救急外来受診し、顔面蜂窩織炎の診断で入院となった。抗生剤で加療され、翌日には症状改善するも同日、SpO<sub>2</sub> 80%まで低下、喘鳴も著明で挿管となった。鎮静下で呼吸状態安定しており、手術検討目的に当科へ連絡がきた。11月21日往診し、CT検査からは腫瘍の気管内浸潤の所見なく、摘出可能であり、心不全による手術リスクはあるものの腫瘍摘出しなければ抜管困難と考えられ、手術目的に11月22日当科転院となった。転院後、微熱とともに泡沫様痰増加。CT検査から肺炎を疑う所見はなく、心不全の増悪と考え、ヒト心房性Na利尿ペプチドで管理したのち、11月26日に甲状腺左葉切除術を施行した。術中所見は良性で、周囲との癒着は軽度であり開縦隔はせずに摘出可能であった。術後は呼吸状態も比較的安定しており同日に抜管することができた。

#### 11. 消化管出血精査中に施行したカプセル内視鏡でイレウスをきたした小腸潰瘍の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> 検査科)

○下嶋優紀夫<sup>1</sup>・

◎大澤岳史<sup>2</sup>・吉松和彦<sup>2</sup>・横溝 肇<sup>2</sup>・

大谷泰介<sup>2</sup>・塩澤俊一<sup>2</sup>・山田理恵子<sup>3</sup>・

大塚洋子<sup>3</sup>・坂本輝彦<sup>3</sup>・加藤博之<sup>3</sup>・成高義彦<sup>2</sup>

〔はじめに〕消化管出血精査中に施行したカプセル内視鏡でイレウスをきたした小腸潰瘍の1例を報告する。〔症例〕59歳、女性。12年前に子宮頸癌に対し放射線治療の既往がある。平成23年9月、タール便を自覚し前医を受診。上部・下部消化管内視鏡検査で出血源となる病変を認めず、小腸からの出血を疑い、当院検査科を紹介。小腸狭窄を疑う所見なく、カプセル内視鏡を内服したが、その後排出なく、2日後より腹部膨満、悪心・嘔吐が出現したため、当院外科に緊急入院した。腹部CT検査では小腸の拡張と、右骨盤腔内にカプセル内視鏡と考えられる

高吸収域を、イレウス管挿入後の造影ではカプセル内視鏡の遺残とその肛門側の狭窄像を認めた。カプセル内視鏡の画像では小腸内に線維化を伴った狭窄と全周性の潰瘍を形成しており、腫瘍性病変がないため良性潰瘍が疑われた。小腸潰瘍の狭窄部へのカプセル内視鏡嵌頓によるイレウスと診断し、手術を施行した。開腹所見ではBauhin 弁から60cmの回腸に狭窄を認め、その口側にカプセル内視鏡を触知した。また回腸の漿膜に白色の線維性変化を認め、この部位を含む回盲部切除術を施行した。病理組織学的に動脈内膜の肥厚と内腔の狭小化を認め、放射線性腸炎と診断された。〔結語〕消化管出血精査中に施行したカプセル内視鏡でイレウスをきたした小腸潰瘍の1例を経験した。こうした小腸狭窄の有無のスクリーニング法の確立が必要と考える。

#### 12. 致死量の急性カフェイン中毒に対して血液吸着療法が奏功した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> 救急医療科)

○春日紀子<sup>1</sup>・

◎高橋宏之<sup>2</sup>・坂梨 洋<sup>2</sup>・

安藤大吾<sup>2</sup>・小林利道<sup>2</sup>・増田崇光<sup>2</sup>・

篠原 潤<sup>2</sup>・佐藤孝幸<sup>2</sup>・磯谷栄二<sup>2</sup>

29歳男性。来院当日、患者から交際相手に自殺をほめかすメールがあり、連絡を受けた警察が患者宅を訪れたところ、「睡眠薬を飲んだ」との訴えがあったため救急要請となった。ゴミ箱には近医より処方されているゾルピデム(マイスリー<sup>®</sup>)5錠、および市販のカフェイン製剤(エスタロンモカ錠<sup>®</sup>:無水カフェイン100mg/錠含有)100錠、乗物酔い薬(アネロン「ニスキャップ」<sup>®</sup>:無水カフェイン20mg/錠、マレイン酸フェニラミン30mg/錠、スコポラミン臭化水素酸塩水和物0.2mg/錠含有)2錠の空袋があった。来院時は不穏状態で、状況から急性カフェイン中毒による不穏と考えられたため、ミダゾラムによる鎮静を行い、気管挿管、人工呼吸管理とした。入院後、カフェイン合計10.04gと致死量(5~10g, 150~200mg/kg)を内服していると考えられたため、血液吸着療法(DHP)を含めた集学的治療を行った。入院翌日に鎮静を終了したところ、意識清明であったため抜管し、精神科診察後、同日独歩退院となった。後日判明したカフェイン血中濃度は、来院時95.0mg/L(中毒域 $\geq$ 30, 致死量70~80mg/L)と高値であったが、DHP終了後は15.6mg/Lまで低下していた。カフェインは致死量までの入手が比較的容易である一方で、カフェイン中毒に対して確立された治療法はないのが現状である。今回、我々は致死量の急性カフェイン中毒に対してDHPを施行し、翌日には独歩退院となった症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。