

なかった。7月上旬、右三叉神経第2,3枝領域の感覚低下、嚥下・構音障害が数日のうちに出現したため、画像上、多発性硬化症等の脱髄性疾患としては非典型的であったものの、ステロイドパルス療法を施行した。しかし、症状軽快せず、さらに、右末梢顔面神経麻痺が出現し、頭部MRI上も、両側吻側延髄のリング状造影効果が増強した。この時点で、血清トキソプラズマIgG抗体が20480倍(基準値160倍未満)であることが判明、中枢性トキソプラズマ感染症を疑い、ST合剤とクリンダマイシン点滴静注の併用療法を開始した。その結果、約3ヵ月の経過で、神経症状が改善するとともに、抗体値は5120倍に低下し、頭部MRIにおいても癥痕化した延髄病変以外の病変は消失した。中枢トキソプラズマ感染症は、ほとんどの場合、AIDS患者など、免疫不全に伴って見られるが、健常成人発症例の報告も散見される。また、延髄を含む脳幹病変は、大脳病変に比して、頻度が少ない。しかし、健常成人においても、診断困難な頭部MRI病変を見た場合、トキソプラズマ感染症も鑑別に挙げるべきと考えられた。

8. 脳血管障害との鑑別に難渋した片麻痺を呈する非外傷性脊髓硬膜外血腫の1例

(東医療センター¹ 卒後臨床研修センター、²整形外科)

水谷有里¹・
小見山貴継²・千葉純司²・神戸克明²・
早田浩一朗²・井上靖雄²・井上和彦²

〔症例〕64歳女性。就寝中に突発的な左頸部から肩部の疼痛が出現し1時間で左上肢下肢の麻痺が出現した。上肢の反射減弱・両下肢の反射亢進・両側Babinski反射は陽性であった。脳梗塞を疑い脳外科で頭部CTを施行したが異常所見はなく、頸髄硬膜外血腫の疑いで当科紹介となった。MRIでC4-7高位を中心に左背側から硬膜を圧排する血腫が認められ、6時間後に膀胱直腸障害が出現したため12時間後にC3-7の椎弓切除と血腫除去術を行った。術後1年の現在、軽度の頸部痛と左手のシビレ感に残存するものの、筋力は左上下肢ともMMT4～5まで回復し独歩可能となった。〔考察〕非外傷性脊髓硬膜外血腫は初期臨床症状で脳血管障害との鑑別に難渋することが多く、治療は従来から早期血腫除去が必要とされてきた。一方で、血腫の自然拡散による減圧が期待できるため症状が軽度で増悪の認められない場合は保存的加療でも良いとされ、その待機時間については12～48時間と様々な見解が報告されている。本症例では画像上、血腫/脊柱管前後径比は30～40%と比較的軽度であったが、血腫が左に偏在したため片麻痺が急速に進行し脳血管障害との鑑別に難渋した。突発的な頸部痛を伴う進行性片麻痺では脳疾患と本疾患との可及的速やかな鑑別診断を行い、画像所見のみならず麻痺の重症度と臨床経過から治療方法を選択すべきであると考えた。

9. 高度心機能低下を伴う心筋梗塞患者の脊椎外科手術の麻酔管理

(¹ 卒後臨床研修センター、² 麻酔科学)

松井慶子¹・長田 理²・
清野雄介²・野村 実²・尾崎 眞²

心筋梗塞のため高度の心機能低下を伴う患者が、腰部脊柱管狭窄症に対する椎弓切除術を強く希望した。患者は49歳男性、168cm、95kg。高度肥満(BMI 34)、糖尿病、高血圧に加えて、(急性)心筋梗塞に対して冠動脈バイパス術(2枝)が施行されたものの心機能は更に低下し、術前のUCGおよび心筋シンチにおいて左室収縮能の著明な低下(EF25%)が確認された。術前に循環器科へコンサルトし、高度な心機能低下から全身麻酔の危険性が高く、周術期死亡も予測されたが、本人・家族の強い希望により手術が実施された。

手術当日は心臓血管外科によりIABPとPCPS用シースが挿入された。透視室から手術室への患者搬送に際して連絡が不十分であったため、一旦回復室で待機することとなった。循環動態に注意しながら全身麻酔を開始し、就眠の確認後に筋弛緩を得て麻酔科指導医が速やかに挿管した。IABP挿入中のためヘパリンによる抗凝固療法が行われており、術中の大量出血と腹臥位への体位変換の際に注意が必要であった。手術終了後は挿管のままICUに搬送した。

今回の症例では、複数の診療科が協力して周術期管理が行われた上、透視室・手術室・ICUと治療場所も複数であり、関与した職種も医師、看護師、臨床工学士であった。このような状況では、相互の意思疎通と分担業務の確実な遂行が安全で連携のとれた診療活動に不可欠と考えられた。

10. 頸部結核性リンパ節炎の1症例

(¹ 卒後臨床研修センター、² 総合診療科、³ 中央検査部、⁴ 耳鼻咽喉科学、⁵ 感染症科)

中島怜子¹・
瀬山真奈美²・広原 台²・齋藤 登²・
及川悦雄³・宮本真理子⁴・吉原俊雄⁴・
平井由児⁵・戸塚恭一⁵・野村 馨²

〔症例〕39歳女性。〔主訴〕頸部リンパ節腫脹。〔既往歴・家族歴〕なし。〔職歴〕3年前までアジア・アフリカとの交易のNGOに勤務、同僚に結核患者あり。〔現病歴〕2ヵ月前から右頸部にしこりを自覚し、次第に増大傾向を認めた。発熱、倦怠感、疼痛は認めず。他院での血液検査、胸部XPに異常なく、超音波検査で頸部リンパ節腫大を指摘され、当科に紹介された。〔経過〕右鎖骨上窩から後頸三角に可動性良好・弾性硬の約4cm大の腫瘤塊を触れ、圧痛・発赤は認めなかった。頸部超音波にて球形、内部はhypoechoic、リンパ節門を消失したリンパ節を複数認めた。CTにて造影剤によるリンパ節辺縁の増強効

果を認めた。白血球数 6210/ μ l, CRP 定量 0.07mg/dl, クオンティフェロンアッセイ (QFT-TB) 陽性 (2.40IU/ml), ツ反強陽性。結核性頸部リンパ節炎を疑い, 耳鼻咽喉科にてリンパ節穿刺を施行した。好酸菌陽性 (塗抹 Ziehl 法 1+, 結核菌 DNA (PCR) 陽性) であり確定診断した。結核菌感受性検査で SM, INH に耐性を認めた。感染症科にて抗結核剤で加療中である。〔結語〕結核性頸部リンパ節炎は頸部リンパ節腫脹の原因として頻度は高くはないが, 肺外結核で最も高頻度である。本症例は国境を越えた患者の移動, 耐性菌の出現など結核感染症の今日の問題を背景としている。画像, QFT-TB などによる診断に加えて専門診療科との連携が必須である。

11. Crohn 病加療中に穿孔を起こした 1 例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 第二外科学)

加地真理子¹・板橋道朗²・小川真平²・
広澤知一郎²・番場嘉子²・平山亮一²・
齊藤元伸²・産方麻美子²・亀岡信悟²

〔症例〕23 歳男性。〔既往歴〕特記すべきことなし。〔現病歴〕2007 年に貧血精査目的に施行したカプセル内視鏡にて縦走潰瘍を認め 2008 年 3 月に小腸 Crohn と診断され, ペンタサ内服を開始し経過観察となっていた。2008 年 9 月突然の発熱, 腹痛, 嘔吐が出現し当院救急外来を受診した。造影 CT にて回腸末端の狭窄と口側腸管の拡張を認め, イレウスの診断にて当院消化器内科に緊急入院となった。〔入院後経過〕入院後, 絶食, 補液, 抗生剤, イレウス管の減圧術にて保存的加療を行い軽快傾向にあったが, 第 3 病日に血液検査にて CK の上昇を認めイレウス管造影施行したところ, 回腸末端に腸管外に流出を疑う所見を認め手術目的で外科転科となった。〔手術所見〕回盲部約 10cm 口側の縦走潰瘍面に約 5mm 台の穿孔部位を認め, さらに口側 8cm の部位に狭窄を認めた。穿孔部位は腸間膜, その他腸管に被覆されており炎症は限局化されていた。全小腸を検索したところ 2 カ所の狭窄部位を認めたため, 穿孔部位を含めて小腸部分切除術を施行した。術後は経過良好で合併症なく退院となった。

今回, 我々は Crohn 病回盲部狭窄を減圧術で保存的加療経過中に穿孔を起こした 1 例を経験したので考察し, 発表する。

12. 重症低血糖後に健忘症が出現し, 海馬の著明な萎縮を来した 1 型糖尿病の 1 例

(¹ 卒後臨床研修センター, ² 第三内科学, ³ 神経内科学)

斉藤史佳¹・鈴木久美²・丸山聡子²・
石井晶子²・三浦順之助²・尾形真規子²・
武田貴裕³・内山真一郎³・岩本安彦²

症例は 43 歳女性。10 歳時, 多尿, 全身倦怠感, 体重減少が出現し某大学病院を受診。1 型糖尿病と診断されインスリン療法を開始された。当初はインスリン 2 回法で治療されたが, 発症時から低血糖を頻回に起こし, そのため入退院を繰り返していた。22 歳時, 自宅で倒れているところを母親に発見され同院に搬送。低血糖昏睡と診断され入院。意識障害が約 24 時間続き, 回復後から短期記憶障害を認めるようになった。その後当センターに転院し, 25 歳からインスリン 4 回法に変更したが無自覚低血糖を頻回に起こし, HbA1c は 9~11% と血糖コントロール不良であった。最近になりインスリンを打ったことも忘れてしまうことがあるため, 6 月精査加療目的に入院した。入院時 HbA1c 11% と不良であり, 福田分類 A2p/A2p の網膜症, 早期尿アルブミン 68.8mg/gCr と早期腎症を認めた。Mini mental state examination では 27 点とごく軽度の認知機能低下があり, 高次脳機能検査では, ウェクスラー記憶検査で言語性記憶, 視覚性記憶はおおむね保たれていたが, 遅延再生で指標が 50 以下と低下しており健忘状態と考えられた。頭部 MRI では海馬体・歯状回の萎縮があり, 前大脳動脈領域に小さな陳旧性脳梗塞も伴っていた。脳血流 SPECT では側頭部内側, 帯状回に集積の低下を認めた。以上より本例は低血糖脳症による健忘状態と考えられた。糖代謝異常が脳の器質的異常の原因となった症例の報告は少なく, 糖尿病の日常臨床で治療すべき症例と考えられたため報告する。