

なかった。7月上旬、右三叉神経第2,3枝領域の感覚低下、嚙下・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ヶ月の経過で、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髄硬膜外血腫の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> 整形外科) 水谷有里<sup>1</sup>・

小見山貴継<sup>2</sup>・千葉純司<sup>2</sup>・神戸克明<sup>2</sup>・  
早田浩一朗<sup>2</sup>・井上靖雄<sup>2</sup>・井上和彦<sup>2</sup>

[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指のシビレ感が残存するものの、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]非外傷性脊髄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

(<sup>1</sup> 卒後臨床研修センター, <sup>2</sup> 麻酔科学)

松井慶子<sup>1</sup>・長田 理<sup>2</sup>・  
清野雄介<sup>2</sup>・野村 実<sup>2</sup>・尾崎 眞<sup>2</sup>

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交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

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

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

[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