

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, 早朝尿アルブミン 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。