

(第13回研修医症例報告会)左手を挙げ笑いだす10歳男児

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2019-09-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 村田, 紗貴子, 西川, 愛子, 伊藤, 進, 佐藤, 友哉, 石黒, 久美子, 平澤, 恭子, 永田, 智 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032285

胸部大動脈瘤に接した食道潰瘍からの出血のため、吐血ショックを生じた症例を経験したので報告する。〔症例〕68歳、男性。既往歴：高血圧、脳梗塞、心房細動にてクロピドグレル内服中。現病歴：当院来院約2週間前から暗赤色の逆流物が口腔内に見られるようになった。来院前日に職場で意識を失い救急病院に搬送された。胸部痛はなかった。下顎挫創と迷走神経反射の診断で帰宅となった。深夜に黒赤色の吐血が大量にあり、血圧48 mmHgのショック状態で当院3次救急搬送となった。造影CT (computed tomography) 検査にて胸部下行大動脈に食道を著明に圧排する径6.5 cm 嚢状動脈瘤を認めた。食道と接する瘤内には血腫が生じていた。上部消化管内視鏡検査では胸部中部食道に外側からの圧排による隆起とその中央に浅い潰瘍病変を認めた。潰瘍底からは血液の浸み出しがあり活動性出血は見られなかった。出血部位に対してトロンビン液とアルギン酸Na粉末を散布した。胸部下行大動脈瘤に対してはステント内挿術 (TEVAR) にて治療をした。完全静脈栄養管理で絶食とし潰瘍の治療を行った。〔考察〕胸部大動脈瘤の食道圧排部位に一致した食道潰瘍からの出血であり、大動脈瘤の食道穿破との鑑別、食道抜去の追加治療が必要か問題となった。CT画像所見と臨床所見から食道潰瘍と診断した。

6. 腸閉塞によるショックで救急搬送され、救命できなかった乳児症例1剖検

(八千代医療センター¹卒後臨床研修センター,
²小児救急科,³小児科,⁴小児外科) ○川口朋子¹・
◎武藤順子²・濱田洋通³・幸地克憲⁴・高梨潤一³

〔症例〕9か月の女児。生来健康で出生歴、便秘歴ともに異常のない児。数日前から嘔気、腹痛があり、近医で経過観察していたが、当日呼びかけに反応がなく当院外来に救急搬送された。けいれん発作と判断して初療したが、その後心肺停止となった。蘇生中、徐々に腹部膨満をきたし、昇圧剤の使用や腸管内圧減圧目的の腸管穿刺を試行するも心拍再開せず死亡した。臨床診断は複雑性腸閉塞とし、原因としてHirschsprung's diseaseを疑い、腸管神経節細胞の評価などを目的に剖検を行った。〔剖検所見〕下行結腸下端で caliber change を認めたが、腸管捻転、バンド形成はなく、S状結腸にやや硬めの便塊を認めた。回腸、結腸粘膜は複雑性腸閉塞を示唆するような、うっ血、びらん、出血があった。〔病理学的所見〕直腸粘膜下の神経節細胞は数・大きさともに異常所見なく、Hirschsprung's disease は否定的であった。〔考察〕生来健康な児の複雑性腸閉塞を経験した。死因の病態としては、便秘による腸閉塞で腸管内圧が上昇することで下大静脈が圧迫され閉塞性ショックに陥ったこと、bacterial translocation が起き敗血症性ショックをきたした

ことが考えられる。加えて、初療時は呼吸循環の安定を最優先に加療すべきであった。診断がつかない場合もバイタルサインに留意し呼吸循環の安定化を第一に行うべきであるということのを再認識させられる1例であり、教訓になる症例であった。

7. セルトラリン (SSRI) が奏功した重度の月経前不快気分障害 (PMDD) の1症例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,
²精神科) ○川口憲治¹・◎大坪天平²

月経前不快気分障害 (premenstrual dysphoric disorder: PMDD) は、月経前症候群 (premenstrual syndrome: PMS) の中の情動障害 (極端な抑うつ、著しい情緒不安定など) が前景に立った重症型であり、月経前約2週間 (黄体期) から始まり月経開始とともに軽快する精神身体症候群として有月経女性の3~8%に存在すると考えられている。今回、セルトラリン (SSRI) が奏功した重度のPMDDと考えられる1症例を経験したので文献的考察を加え報告する。〔症例〕22歳、未婚・未経妊。主訴は月経前に繰り返す気分の落ち込み。同症状は以前 (X-4年) にもあり、婦人科よりPMSの診断を受け卵胞ホルモン・黄体ホルモン配合剤の投与により軽快したため休薬していた (X-2年)。X-1年7月頃より症状が再燃したため同剤を再開したが、症状改善に乏しく不正出血も出現したため内服を中止した。月経前7~10日から著しい気分の落ち込み、集中力の低下、易怒性、倦怠感、睡眠障害があるが月経開始後2日以内に軽快する。現在大学生であり試験勉強に支障があるとしてX年10月当院受診となった。精神障害の診断と統計マニュアル第5版 (DSM-5) のPMDD診断基準よりPMDDと診断し、SSRIを黄体期のみを使用する間欠投与を開始したところ症状は大幅に改善した。現在も外来通院中で経過は良好である。PMDDは比較的新しい疾患概念であり、その発病には、月単位の性ホルモンの変動や、その過感受性はもちろん、ストレスとなる様々なライフイベントが関連することが指摘されている。また、反復性の大きい病、双極性障害、境界性パーソナリティ障害などの併存が関連することも明らかとなっている。それらを念頭に入れた薬物治療を行うことが臨床上有用であると考えられる。

8. 左手を挙げ笑いだす10歳男児

(¹卒後臨床研修センター,²小児科)

○村田紗貴子¹・
◎西川愛子²・伊藤進²・佐藤友哉²・
石黒久美子²・平澤恭子²・永田智²

10歳男児。既往歴なし。2018年8月より、覚醒時に左上肢を拳上させ外反、右上肢は下方伸展させ内反、顔は

にやにや笑う発作性症状が出現した。持続時間は数秒、発作時の意識は保たれていた。9月中旬から就寝前に発作頻度が増加したため前医を受診し、特異な発作性症状、発症する時間帯が比較的限定されていること、発作による外傷がないことから心因発作も疑われた。9月下旬に当院を初診した。体格は年齢相当、多動傾向ではあったが、明らかな神経学的所見の異常は認めなかった。原因不明の発作性症状に対して、てんかん発作、発作性ジストニア、心因発作、転換性障害などを鑑別に挙げ、精査を行った。長時間ビデオ脳波モニタリング検査で、発作間欠期にはてんかん波は認めなかったが、左上肢を伸展させ、それに続く笑う症状に一致して、右優位両側正中前頭中心部にてんかん性異常波を認めた。頭部MRI (magnetic resonance imaging) 検査では異常所見を認めなかった。発作性症状と脳波所見から、右補足運動野を焦点とした前頭葉てんかん、非対称性強直発作と診断し、カルバマゼピン内服を開始したところ、発作は徐々に抑制された。前頭葉てんかんにおいて、非対称性強直発作は特徴的な発作型の1つであるが、その特異な発作型よりてんかん発作と診断されないこともある。原因不明の発作性症状の鑑別診断には詳細な問診、ビデオ脳波モニタリング検査は有用であり、文献的考察を加えて報告する。

9. 低カリウムが唯一の所見であった甲状腺中毒症性周期性四肢麻痺の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、
²内科) ○久保田哲嗣¹・
マーシャル祥子²・◎石川元直²・佐倉 宏²

〔症例〕28歳、男性。〔主訴〕四肢の脱力。〔現病歴〕起床時より両下肢の脱力を自覚していた。その後数時間の経過で脱力の増強および疼痛を認め、起立不能となる。同日当院救急搬送された。採血でK 2.0 mmol/lであり、病歴より低カリウム性周期性四肢麻痺が疑われたため精査加療目的で当科入院とした。〔臨床経過〕採血で低カリウムとCK高値以外に異常所見はなかった。心電図上QT延長とV2-V6でU波を認めた。点滴でK 30 mmol/l/日の補充を行い、来院14時間後にはK 5.1 mmol/lとなり下肢筋力は回復し歩行可能となった。入院後提出した甲状腺刺激ホルモン (TSH) および遊離サイロキシン (FT4) が0.002 μU/mL以下、2.5 ng/dLであったが自覚症状および身体所見で甲状腺中毒症の所見はなかった。周期性四肢麻痺の発作予防のため、βブロッカーの内服を行い発作なく安定し第9病日に退院した。甲状腺エコーで実質の不均一があり、甲状腺シンチグラフィで結節状高集積を認め、中毒性多結節性甲状腺腫疑いで治療的に他院紹介とした。〔考察〕甲状腺中毒症を合併する低カリウム性周期性四肢麻痺はアジア人男性で比較的

多いとされているが、甲状腺中毒症の症状を認めることが多い。本症例は甲状腺中毒症の症状がなく、周期性四肢麻痺の発症誘引も確認されなかった。低カリウム性周期性四肢麻痺の診断時には、甲状腺中毒症の症状を伴わない場合でも甲状腺機能の検査は必須である。

10. 18病日に冠動脈病変を認めた川崎病の1例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、
²小児科) ○米川知里¹・◎本間 哲²・
長谷川茉莉²・志田洋子²・杉原茂孝²

急性期の臨床症状が軽快した後に、遅れて冠動脈病変の出現を認めた川崎病の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は7か月の男児である。川崎病定型例のため6病日に入院加療となった。免疫グロブリン静注療法 (IVIG) 不応例予測スコア (群馬) は4点であった。ただちにIVIG (2 g/kg) とフルルピプロフェンによる標準的治療を開始した。IVIGは26時間かけて投与した。投与開始後、一旦は解熱したが、IVIG終了時に再発熱が認められ、IVIG不応例として9病日にIVIG再投与とプレドニゾロン静注、アセチルサリチル酸内服を併用した。10病日に解熱し主要症状は消褪した。12病日の心エコー図は正常範囲だった。その後も急性期症状の再発は認めず全身状態は良好であったが、回復期の所見である膜様落屑は認めなかった。18病日の心エコー図で両側冠動脈の拡大が初めて確認された。21病日に冠動脈の拡大が進展していたため抗凝固療法を開始し、発熱と炎症反応の軽度上昇もあり、IVIGの3回目の投与を行った。その後は再発熱なくプレドニゾロンは漸減中止し、32病日に退院した。退院時に左右冠動脈の拡大性変化が残存した (冠動脈内径Zスコアは、RCA #1: 4.01 SD, LMCA #5: 3.66 SD, LAD #6: 7.02 SD, LCX #11: 1.86 SD)。川崎病の冠動脈病変は、急性期症状が遷延した場合にのみ出現するのではないため、注意して経過を観察する必要がある。

11. 左副腎皮質髄質混合腫瘍の1例

(¹卒後臨床研修センター、²乳腺・内分泌外科、
³病理診断科) ○大石 愛¹・◎吉田有策²・
羽二生賢人²・安川ちひろ²・永井絵林²・
藤本美樹子²・尾身葉子²・堀内喜代美²・
山本智子³・長嶋洋治³・岡本高宏²

カテコールアミン、コルチゾール (f)、アルドステロン (Ald) の産生が疑われた左副腎皮質髄質混合腫瘍の1例を経験したので報告する。70歳代、女性。3年前に左副腎の偶発腫瘍を指摘された。高血圧を認めるようになったことから精査を行ったところ、蓄尿メタネフリン (MN) 値とノルメタネフリン (NMN) 値は2.15, 0.66 mg/dayと高値を示した。CT検査では左副腎に造影される