

(第14回研修医症例報告会)妊娠中期に呼吸不全を呈し原因の確定診断に苦慮した1例

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2020-07-15 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 田中, 利蓉子, 上野, 麻理子, 春日, みさき, 岡本, 英恵, 赤澤, 宗俊, 森田, 吉洋, 一戸, 晶元, 長野, 浩明, 村岡, 光恵, 橋本, 和法, 中嶋, 俊, 八反丸, 美和, 中岡, 隆志, 橘, 秀和 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/00032458

ら死亡までが短期間との報告もあり、早期に疑い対応することが重要である。

10. 先天性中枢性低換気症候群 (CCHS) 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,³周産期新生児診療部) ○鈴木宇博¹・
◎池野かおる²・山田洋輔³・東 範彦²・
小谷 碧²・長谷川久弥³・杉原茂孝²

〔はじめに〕先天性中枢性低換気症候群 (CCHS) は延髄に存在する呼吸中枢の異常により低換気を呈する疾患であり、気管切開、呼吸器装着など厳密な呼吸管理を必要とする。本邦の罹患率は 15 万出生に 1 人、遺伝子変異により診断されている患者は約 130 人と稀な疾患である。当科では新生児科と協力し全国の患者の定期的な呼吸機能評価を行っている。今回呼吸機能評価目的に入院した CCHS の症例を経験したため報告する。〔症例〕佐賀県在住の 2 歳 4 か月男児。在胎週数 41 週 1 日、3,514 g、正常経膈分娩にて出生。出生後よりチアノーゼ発作を認め日齢 1 より挿管管理。遺伝子検査で PHOX2B 遺伝子変異 (27PARM) を認め CCHS と診断された。抜管困難であり日齢 50 に気管切開術施行。睡眠時呼吸器管理 (APCV 18/5, RR 25)、覚醒時人工鼻装着としている。入院中の気管支鏡検査ではアデノイド肥大、気管軟化症、気管切開チューブ上肉芽を認めたがいずれも軽度であった。炭酸ガス換気応答試験は CCHS 患者の平均と同等であった。様々な状況で SpO₂、経皮 pCO₂ 持続モニタリングにて換気状態を評価した。睡眠時呼吸器離脱状態では SpO₂ は中央値 91%、最大経皮 pCO₂ は 62.0 mmHg で重症度は中等度と判断した。覚醒時にも軽度の低換気があり、覚醒時も可能な限り呼吸器装着する方針とし、呼吸器設定の調整を行い退院した。〔結語〕呼吸機能評価は未治療の低換気を発見でき、呼吸状態の安定に有用である。適切な呼吸管理は精神運動発達や心機能の予後を改善するため重要である。

11. 妊婦健康診査未受診妊婦に対し、多職種連携により児の養育方針を決定した 1 例

(¹卒後臨床研修センター,²産婦人科,
³母子総合医療センター) ○高瀬瑠璃子¹・
◎水主川純²・田畑 務²・和田雅樹³

〔緒言〕妊婦健康診査は母児の周産期異常の早期診断・治療のために全ての妊婦が妊娠初期から分娩までに 14 回程度受診することが推奨されている。妊婦健康診査未受診妊婦の分娩では母児の周産期異常のリスクが高いだけでなく、児童虐待との関連も報告されている。今回、我々は医療機関と地域の関係機関が連携して対応した妊婦健康診査未受診妊婦の 1 例を経験したため文献的考察を加え、報告する。〔症例〕37 歳、3 妊 1 産、離婚後未

婚、妊娠を自覚していたが、経済的理由で妊婦健康診査未受診であった。妊娠 40 週 4 日、陣痛発来し、子宮収縮が増強したため救急要請し、当院へ搬送された。来院時に排臨しており、速やかに自然分娩となった。児は男児、2,248 g、Apgar score 1 分後 7 点、5 分後 8 点であり、低出生体重児、呼吸障害のため NICU に入院となった。その後、母体は妊娠中も喫煙や飲酒を繰り返し、第 1 子に対する不適切な養育が明らかになった。出生児に対する養育意思は認められたが、母体の生活状況や養育歴から自宅での養育は地域関係機関との連携が必要であると考えられた。母体は産褥 2 日目に退院して福祉事務所来所予定であったが、来所しなかった。児の養育方針について院内虐待対策委員会および児童相談所を含む地域関係機関で協議し、自宅での養育は困難と判断された。児は日齢 23 に乳児院へ入所となった。〔結論〕院内および院外の多職種が連携して妊婦健康診査未受診妊婦の養育に関する不安要因を協議し、児の安全確保を努めることが重要であると考えられた。

12. 妊娠中期に呼吸不全を呈し原因の確定診断に苦慮した 1 例

(東医療センター¹卒後臨床研修センター,
²産婦人科,³内科,⁴泌尿器科) ○田中利蓉子¹・
◎上野麻理子²・春日みさき²・
岡本英恵²・赤澤宗俊²・森田吉洋³・一戸晶元²・
長野浩明³・村岡光恵²・橋本和法²・中嶋 俊³・
八反丸美和³・中岡隆志³・橘 秀和⁴

〔緒言〕妊娠中に急性 I 型呼吸不全を呈した妊婦を産婦人科および循環器内科が連携し診断、加療し生児を得た症例を報告すると共に他科連携について考察する。〔症例〕38 歳女性、3 経 1 産。第 1 子は妊娠高血圧症候群のため帝王切開にて分娩した。妊娠 8 週頃より労作時息切れが出現し増悪傾向のため妊娠 19 週 6 日に産婦人科に入院となった。低酸素血症、D タイマーの軽度上昇、経胸壁心臓エコーにて軽度右心負荷を認め、心電図所見からも肺塞栓症による呼吸不全の可能性が考えられ、循環器内科へ転科した。腹部エコーで総腸骨静脈に血栓を疑う所見を認めた。確定診断のために CT や肺血流シンチグラフィなどが検討されたが、本人から積極的な検査を希望されなかった。抗凝固療法を開始し、徐々に酸素化および心電図所見の改善を認めた。ヘパリン Ca 皮下注射を導入し妊娠 27 週 3 日に退院した。妊娠 35 週 3 日より血圧が上昇し産婦人科へ入院。妊娠 36 週 6 日に陣痛発来しヘパリン Na 静注中止後 3 時間で全身麻酔下に緊急帝王切開となった。術後ワーファリン K 内服への切り替え中に腹腔内出血を認め緊急開腹止血術+血種除去術を施行、その際膀胱損傷があり泌尿器科にて修復された。産褥の胸部造影 CT にて明らかな血栓を認めず抗凝固療

法は再開せず術後22日目に退院した。〔結語〕妊娠中は施行できる検査、治療に制限が生じ得る。よりよい医療が提供できるよう他科と連携したチーム医療が肝要と考えられた。

13. 心因性非てんかん発作に血管迷走神経性失神を合併した女子例

(¹卒後臨床研修センター,²循環器小児科,³小児科)

○外山皓喜¹・

◎衛藤 薫³・浦上恭英¹・南雲薫子³・西川愛子³・
工藤恵道²・伊藤 進³・平澤恭子³・永田 智³

〔緒言〕心因性非てんかん発作 (psychogenic non-epileptic seizure: PNES) は、心理的要因による突然の発作性、かつ一過性の運動・感覚・認知・情動における機能障害である。てんかんと鑑別を要するてんかん様症状の中で本症の占める割合は失神発作と並び頻度が高い。今回、PNESに血管迷走神経性失神を合併した女子例を経験したので報告する。〔症例〕12歳女子。2019年X月Y日、運動中に気分不快感・四肢の痺れが先行し、意識障害にて当院に救急搬送された。来院時の意識レベルはJCSIII-300、30秒程度持続する浅～無呼吸を20分毎に繰り返し、SpO₂低下を伴うチアノーゼ、右手の振戦を認めた。頭部MRI、心電図、脳波、血液・髄液検査に異常はなかった。約4時間で意識レベルは改善し、Y+5日に退院した。Y+10日に同様の意識障害が出現し、頭部CT・血液検査・ホルター心電図・心臓超音波検査に異常はなし。脳波記録中に痛み刺激への反応はなく、その際の背景波は両側後頭部に持続するα波で、その他てんかん性異常や脳症を疑う徐波はなくPNESと診断したが、SpO₂低下等の原因は不明だった。トレッドミル検査では運動直後に意識障害が出現し、心拍や血圧が急激に低下したが、徐脈・低血圧や心電図変化はなかった。血管迷走神経性失神の合併を疑い、ミドドリンの内服を開始した。PNESに対しては心理的介入し、以後同症状は認めない。〔考察〕PNESにおいてチアノーゼを認めることはなく、てんかん発作や思春期女子においては血管迷走神経性失神の合併を念頭に置いた精査が重要である。

14. THRIVE method を使用した中枢性無呼吸に対する酸素化補助経験

(東医療センター¹卒後臨床研修センター、

²麻酔科)

○岡崎亮汰¹・

◎岡村圭子²・西山圭子²・

市川順子²・小高光晴²・小森万希子²

〔緒言〕近年挿管困難などの無呼吸状態に対する酸素化の方法として、Transnasal Humidified Rapid Insufflation Ventilatory Exchange (THRIVE) が報告されているが、本邦での使用報告は少ない。これは、Fisher & Paykel社

製 OptiFlow システムにより酸素濃度を設定、加温加湿吸入気を経鼻アダプタを經由して70~90 L/分の高流量で投与し、一定時間酸素化が維持可能な手法である。今回我々は気管チューブ抜去後に発生した中枢性無呼吸に対しTHRIVEによって酸素化低下を回避した症例を経験したので報告する。〔臨床経過〕症例1:43歳男性。脳梗塞で脳室ドレナージ、開頭減圧、既往歴に心不全あり、拡張型心筋症 (dilated cardiomyopathy: DCM) が疑われている。症例2:57歳男性。フルニエ壊疽でデブリードマン、合併症は腎不全 (透析中)、糖尿病、高度肥満。2症例共にICUで気管チューブ抜去後、SpO₂最大78%までの低下と40秒以上持続の中枢性無呼吸を発したため、無呼吸時間帯のみネーザルハイフローの流量を80~90 L/分まで増加させたところ、FiO₂は0.21で増加させることなく、SpO₂の低下が回避された。〔考察〕無呼吸対処は非侵襲的陽圧換気療法 (noninvasive positive pressure ventilation: NPPV) や気管挿管での管理が一般的であるが侵襲性がある。また低酸素に対するFiO₂増加は酸素毒性が危惧される。THRIVEを参考にした本法は侵襲性が少なくFiO₂も増加させることなく管理できた。〔結語〕中枢性無呼吸に対しTHRIVE手法を用いることで酸素化維持が可能であった。

15. シャントが挿入されている頭蓋底髄膜腫に合併した慢性硬膜下血腫の1例

(¹卒後臨床研修センター、

²東医療センター脳神経外科) ○西山佳恵¹・

広田健吾²・萩原信司²・

谷 茂²・笹原 篤²・◎糟谷英俊²

〔症例〕67歳女性。〔主訴〕頭重感。〔現病歴〕髄膜腫摘出術後の定期フォローのため当科受診。頭部MRIにて右慢性硬膜下血腫を認め、緊急入院となった。4か月前に転倒歴あり。〔既往歴〕錐体斜台部髄膜腫 (部分摘出後放射線加療、最終手術後1年3か月、最終γナイフ後9か月)、水頭症 (VPシャント後4年1か月 固定圧式)、脊柱管狭窄症。〔身体所見〕意識清明、明らかな麻痺なし。〔画像所見〕入院時MRI:錐体斜台部髄膜腫 (γナイフ後) を認める。1年前のMRIと比較し腫瘍容積は減少し、第4脳室の圧排は改善している。右慢性硬膜下血腫があり、左側へ軽度のshiftを認める。硬膜は造影されていない。右前角部からVPシャントが挿入されており、1年前と比較し脳室縮小を認める。〔入院後経過〕今後の血腫増大が予想されたため、慢性硬膜下血腫に対し、穿頭血腫洗浄術を施行した。術直後の頭部CTでは血腫の縮小を認めたが、術翌日頭部CTで血腫増大と脳室の縮小を認め、再度血腫洗浄術およびシャント結紮術を施行した。術後2日目、嘔吐、ふらつきおよび軽度意識障害を認め、頭部CTで脳室拡大を認めたため同日シャント