

平成27年度 福島県地域医療症例検討会 アーカイブス



- 日時 平成27年10月3日(土)
 - 会場 星総合病院
(ポラリス保健看護学院3階会議室他)
 - 発表者 福島県内の臨床研修医(1年次)9名
 - 参加者 33名
- 

主催：福島県臨床研修病院ネットワーク
福島県立医科大学医療人育成・支援センター
共催：一般社団法人 福島県医師会

目次

—— 症例発表 ——

- くも膜下出血で発症した上小脳動脈解離性動脈瘤の1例 1
発表者：総合南東北病院 研修医1年次 志波慶樹
- Double Fake 3
発表者：会津医療センター 研修医1年次 池田翔平
- 急性水頭症によりCPAをきたした一例 6
発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医1年次 鹿目将至
- 感染を契機に高血糖高浸透圧症候群を発症した99歳女性の一例 7
発表者：大原総合病院 研修医1年次 富田湧介
- 両側前大脳動脈遠位部Kissing動脈瘤の1例 9
発表者：南相馬市立総合病院 研修医1年次 橋野洸平
- 東日本大震災と福島第一原発事故後の南相馬市立総合病院における
蜂刺症患者の後方視的検討 12
発表者：南相馬市立総合病院 研修医1年次 横田武尊
- 頻脈を呈した有機リン中毒の一例 13
発表者：星総合病院 研修医1年次 秋山優人
- 早期胆嚢癌との鑑別が困難であった胆嚢アミロイドーシスの一例 16
発表者：会津中央病院 研修医1年次 深田賢吾

くも膜下出血で発症した 上小脳動脈解離性脳動脈瘤の1例

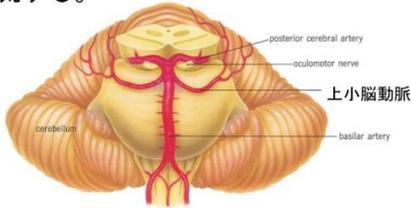
総合南東北病院 脳神経外科

○志波 慶樹 堀内 一臣 松本 勇貴 赤須 功 宗像 良二
渡辺 善一郎 渡邊 一夫

はじめに

	囊状脳動脈瘤	解離性脳動脈瘤
頻度	高	脳血管障害全体の0.4~2.5%
好発	内頸動脈-後交通動脈分岐部 中大脳動脈分岐部 前交通動脈	内頸動脈 中大脳動脈 椎骨動脈 脳底動脈
発症	くも膜下出血	くも膜下出血 脳虚血 脳梗塞
治療	ネッククリッピング 瘤内コイル塞栓	トラッピング&バイパス 母血管塞栓

- 上小脳動脈 (Superior cerebellar artery 以下SCA)
- 脳底動脈終末部分やや近位側で分岐する動脈。
- 分岐部近傍は脳幹へ灌流し遠位部は小脳半球、小脳虫部を灌流する。



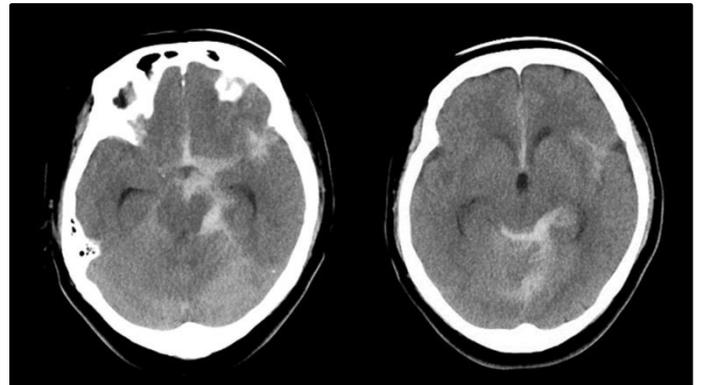
中外医学社 臨牀のための脳局所解剖学

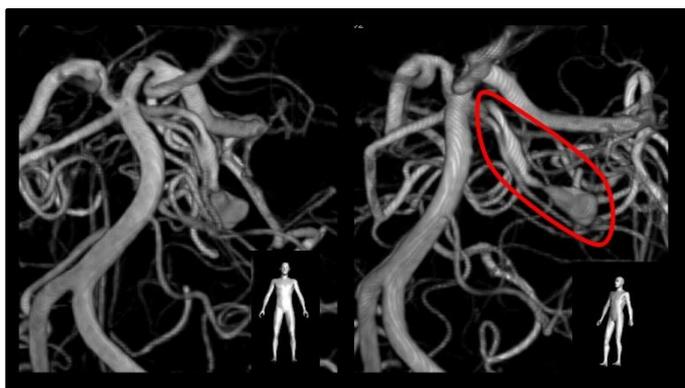
• 上小脳動脈瘤

- 上小脳動脈瘤は全頭蓋内動脈瘤のうち**1.7%**程と言われている。
- その内解離性脳動脈瘤に於いては文献で**30件**余りの報告に留まる。
- 今回はくも膜下出血で発症した上小脳動脈の解離性動脈瘤に**血管内治療**を行った一例を経験したため、治療方針の決定と経過について報告する。

症例

- 50代 女性
- 主訴 頭痛
- 現病歴 朝、起床時 頭痛を訴え、娘に電話した。自宅で倒れているところを娘が発見、救急要請、当院搬送となった。
- 搬送時所見
 - GCS 14 (E3-V5-M6) JCS 10
 - BP 148/67 PR 68bpm
 - 四肢に明らかな麻痺なし。
 - 神経学的所見に異常はなし。

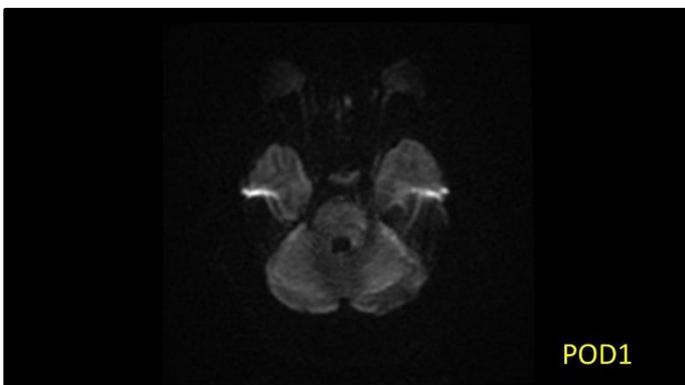
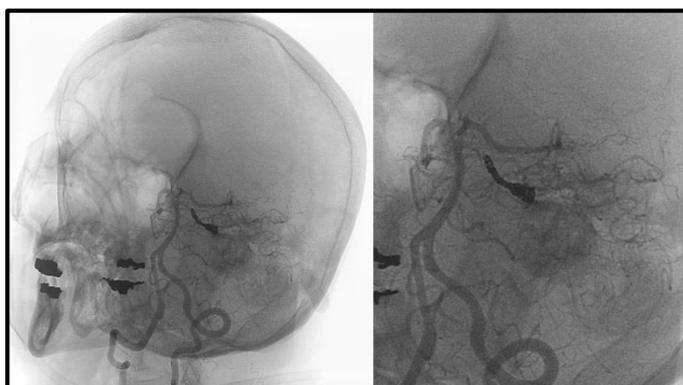




治療方針

- 出血した解離性動脈瘤は25~30%に再出血がみられる。
- トラッピング&バイパス術が最も有用である。
- 本症例はSCAの解離が脳幹周囲領域の広範囲にあり、バイパスをつなぐのは困難な症例である。
- 本症例ではSCAに重複が認められている。
- SCAの中心枝が分岐する脳幹前面領域には解離が少ない。

→ 母血管塞栓を選択



考察

- 本症例はSCAの解離性動脈瘤が破裂し、くも膜下出血を起こした一例である。
- SCAの重複は一般に15~30%の症例で見られそれぞれ独立した灌流域を有している。
- SCAは前下小脳動脈や後下小脳動脈からの側副血行が発達しており、後大脳動脈との吻合も有する。
- 本症例は解離部に母血管塞栓術を施行しても神経学的異常の発生は少ないと考えられた。

結語

- 重複する上小脳動脈の1本に解離性動脈瘤破裂をきたしたまれな症例を経験した。
- 本症例に対しては脳血管内治療による母血管閉塞術は有用であった。
- くも膜下出血の治療は画一的ではなく、個々の症例に応じた検討が必要である。

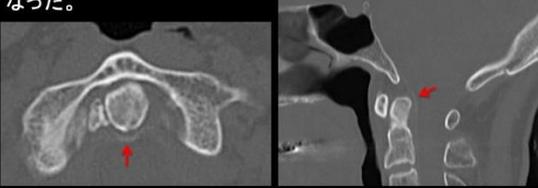
~Double Fake~

福島県立医科大学 会津医療センター

初期臨床研修医1年目 池田 翔平

X-1日、39.1°Cの発熱と鼻汁、後頭部痛が出現したため再び当院総合内科外来を受診した。意識は清明。

CTを撮影したところ、頸部にて軸椎歯突起背側に石灰化を認めた。発熱・後頭部痛・炎症反応上昇(CRP 3.75 mg/dL)とあわせ、Crowned dens syndromeに矛盾しないと考えられた。ロキソニン®を追加処方され帰宅となった。



【既往歴】

65歳：脳静脈瘤・硬膜動静脈瘻
(血管内塞栓術、及びClipping施行。)
72歳～：緑内障・白内障にて近医通院中。
・約1年前から前額部を中心とする頭痛が時々あり、市販の頭痛薬を内服していた。

【家族歴】

特記事項なし

【生活歴】

飲酒：日本酒200 mL/dayを週7日、喫煙：なし
アレルギー：なし

【内服薬】なし

※Sick contact：なし

【身体所見】

頭部：眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし、瞳孔3+/3+、舌乾燥著明、舌運動正常
頸部：リンパ節触知しない、甲状腺圧痛なし
胸部：肺音・呼吸音に異常なし。心音整、心雑音なし。
腹部：平坦・軟。腸蠕動音正常。圧痛・筋性防御・反跳痛を認めない。
四肢：浮腫なし。チアノーゼなし。四肢に粗大痲痺を認めない。

※項部硬直、Jolt accentuation、Kernig、Brudzinkilは全て陰性。

【症例】 73歳、男性

【主訴】 発熱・意識障害

【現病歴】

2015年7月X-5日、微熱(37.2°C)・寒気・関節痛を主訴に当院救急外来を受診した。感冒の診断にてPL顆粒®・フロモックス®・ロキソニン®を処方され帰宅となった。

X-2日、解熱するも関節痛が持続するため当院総合内科外来を受診した。葛根湯を追加処方され帰宅となった。

X日、39.2°Cの発熱・頭痛に加え、意識障害(開眼しているが、応答不明瞭で自分の名前と生年月日をはっきり言えない…JCS 3に相当する)が出現したため、当院夜間救急外来を受診した。

→Ⅲ度熱中症の診断にて緊急入院となった。

《入院時現症》

身長 167.5 cm、体重 58.0 kg、BMI 20.7

【Vital sign】

BT 39.2°C、BP 138/87mmHg、PR 114/min、RR 32/min、SpO2 91%(R.A)

【血液検査】

WBC 10330 / μ L	AST 33 IU/L
Neu. 85.6 %	ALT 37 IU/L
Bas. 0.1 %	LDH 217 IU/L
Eos. 0.0 %	ALP 217 IU/L
Mon. 5.8 %	γ -GTP 68 IU/L
Lym. 8.5 %	T-Bil 0.9 mg/dL
RBC 395x10 ⁴ / μ L	BUN 19.0 mg/dL
Hb 12.8 g/dL	CRE 0.80 mg/dL
Ht 38.6 %	Na 137 mmol/L
MCV 97.7 fL	Cl 100 mmol/L
Plt 20.5x10 ⁴ / μ L	K 4.0 mmol/L
	CRP 18.19mg/dL

《Assessment》

#1. Crowned-dens症候群

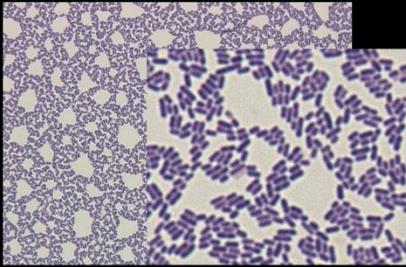
- ・発熱、後頭部痛、炎症反応上昇。
- ・頸部CTにて軸椎歯突起後方の石灰化像を認める。

#2. Ⅲ度熱中症

- ・高体温、循環不全徴候、頭痛、倦怠感。
- ・肝・腎機能障害や血液凝固障害はないが、**中枢神経症状(JCS 2以上の意識障害)**を認め、入院加療が必要なⅢ度熱中症の基準を満たす。
- ・暑熱環境、また #1による発熱・食欲低下が誘因だろう。

第4病日

- * 入院時に採取した**血液培養2セット中2セットで、グラム陽性桿菌を検出。**



考察

リステリアに関して

- ①リステリア症の疫学
- ②リステリア髄膜炎

②リステリア髄膜炎

- ・好発年齢：1ヶ月未満の新生児・乳児、及び50歳以上の高齢者。

- ・致死率が20～30%と重篤な転帰をとらうる。

起因菌	髄液Gram染色陽性率
肺炎球菌	90%
インフルエンザ菌	86%
髄膜炎菌	75%
グラム陰性桿菌	50%
リステリア	24%

Mandel GL: Principles and Practice of Infectious Diseases, 7th edition, Churchill Livingstone, 2009, p2707-13 より引用

《入院後経過》

第2病日

- * 意識レベルはJCS:0まで回復。しかし…
家族:『いつもとは様子が違う感じ』
自分:『自分の名前がうまく書けない』

- *『いつもの』頭痛が出現。髄膜刺激症状は認めない。

第3病日

- * 36度台まで解熱。Vital signは全て正常化。

第5病日: 髄液検査施行。

- ・Gram染色では明らかな細菌を認めず。
- ・初圧 170 mmHg、細胞数 324 /mm³ (Neu. 79%)
- ・蛋白 194 mg/dL、糖 44 mg/dL
→**リステリア髄膜炎**と判断。
ABPC 1回2g、1日6回投与開始。

第9病日

- ***髄液培養からListeria monocytogenesを検出。**

第26病日

- *ABPC投与終了。症状消失、副作用・後遺症なし。

①リステリア症の疫学

- ・リステリア菌は土壌中など自然界に広く存在する。汚染された食品(教科書的には輸入された非加熱乳製品、食肉、野菜など)の経口摂取により感染。感冒様症状が消化器症状に先行することがある。
- ・成人の5%の腸管内にはリステリアが生着している、とされる。
- ・汚染された食品の摂取 or 腸管内に生着したリステリア
→熱中症に起因する**バクテリアル・トランスロケーション**
→腸管内のリステリアが血中・髄液中に侵入。

- ・細菌性髄膜炎を疑ったら、速やかな経験的治療が必要である。**リステリアに対しセフェム系抗菌薬は無効**なため、リステリアが鑑別に上がる場合はABPCを追加する必要がある。

リステリア髄膜炎に対する治療の第1選択はABPC。

- * 髄液への移行率は5%(炎症時)
- * 時間依存性。
→1回2g、1日6回(4時間おき)投与。

- ・薬剤投与期間は易感染宿主での再燃報告もあるため3週間以上投与する。

結語

- ・リステリア髄膜炎の1症例を経験した。
- ・典型的な症状に乏しく、熱中症の症状に矛盾しなかった。特に髄膜刺激症状は一連の経過で1度も見られなかった。
- ・診断を決めつけるのではなく、丁寧な問診・診察が必要である。

急性水頭症により
CPAをきたした一例

- 1) 福島県立医科大学 初期臨床研修医一年
- 2) 福島県立医科大学 救急科
- 3) 福島県立医科大学 医療人育成・支援センター

鹿目 将至¹⁾ 矢野徹宏²⁾ 大谷晃司³⁾

感染を契機に高血糖高浸透圧症候群を発症した99歳女性の一例

富田 湧介¹, 羽生 健治¹, 武藤 雄紀², 待井 宏文², 谷 牧夫³, 石橋 敏幸¹
 1 大原総合病院 臨床研修センター
 2 大原総合病院附属大原医療センター 循環器内科
 3 たに内科・糖尿病内科クリニック

はじめに

- 高血糖高浸透圧症候群 hyperosmolar hyperglycemic syndrome (HHS)は高齢の2型糖尿病患者が感染症、手術、高カロリー輸液、ステロイド使用によって高血糖をきたした場合に発症しやすい。病態の中心は高度の脱水と高浸透圧血症であり、治療として輸液による脱水の改善、電解質補正、インスリン投与による血糖値の是正を行う必要がある。
- 今回我々は99歳のHHSの1例を救命し得たので報告する。

【症例】99歳 女性

【主訴】意識障害

【現病歴】平成26年12月9日、平成27年1月4日に転倒していた。1月25日頃よりADLの低下を認め、近医より1月29日に当院放射線科紹介となった。頭部CT施行され、左頭蓋窩血腫、両側前頭部硬膜下水腫の疑いで2月4日脳外科受診予定であった。2月1日朝から呼びかけに反応乏しく、経口摂取減少し、傾眠傾向となり2月2日救急車で当院来院した。胸部CTで右肺炎、採血で炎症反応高値、Na 174 mmol/L、血糖 783 mg/dL、血漿浸透圧 433 mOsm/L、尿検査でケトン体陰性より感染を伴うHHSの診断で入院となった。

【既往歴】85歳：交通事故で両側大腿骨頭置換術
 97歳：肺炎 認知症 糖尿病

【生活歴】特記事項なし

【家族歴】特記事項なし

【服薬】リナグリプチン リマプロストアルファデクス
 トコフェロールニコチン酸

【バイタル】JCS 2桁 体温 38.2 °C 血圧147/72 mmHg
 脈拍 92 bpm SpO₂ 90 % (経鼻2L/分)

【身体所見】heart : no murmur lung : 左右差なし
 皮膚ツルゴール低下 口腔内乾燥 (+) 下腿浮腫 (-)

血液検査

【末血】

WBC 8700 / μ L
 (Neu 92.2 %)
 RBC 420 \times 10⁴ / μ L
 Hb 13.0 g/dL
 Hct 44.1 %
 PLT 14.0 \times 10⁴ / μ L
 MCV 105 fL
 MCH 31.0 pg
 MCHC 29.5 g/dL

【生化学】

T-Bil 0.99 mg/dL
 ALP 657 U/L
 AST 12 U/L
 ALT 25 U/L
 LD 257 U/L
 BUN 57.7 mg/dL
 CRE 1.16 mg/dL
 UA 7.3 mg/dL
 Na 174 mmol/L
 K 4.9 mmol/L
 Cl 132 mmol/L

BS 783 mg/dL

HbA1c 9.7 %

Ca 10.1 mg/dL

CK 34 U/L

AMY 166 U/L

TP 5.9 g/dL

CRP 7.07 mg/dL

eGFR 32.60 mL/min/1.73m²

血漿浸透圧 433 mOsm/L

インフルエンザ迅速(-)

尿中肺炎球菌抗原(-)

尿中レジオネラ抗原(-)

動脈血液ガス(O₂ 経鼻2L/分)

pH 7.371
 PaCO₂ 59.2 mmHg
 PaO₂ 60.5 mmHg
 HCO₃ 33.5 mmol/L
 BE 6.5 mmol/L
 Na 172 mmol/L
 K 4.5 mmol/L
 Cl 124 mmol/L
 Glucose 測定不能
 Lactate 24 mg/dL

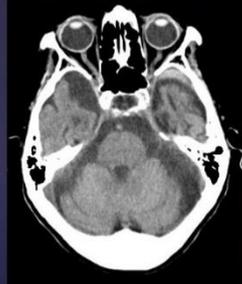
尿所見

麦藁色、清
 pH 5.0
 蛋白 (±)
 糖 (4+)
 ケトン体 (-)
 潜血 (-)
 ウロビリノーゲン 0.1
 ビリルビン (-)
 白血球 (-)
 亜硝酸塩 (-)
 比重 1.044

頭部CT

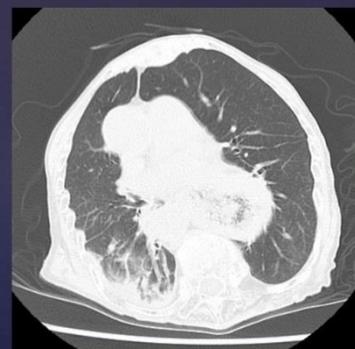


両側前頭部硬膜下水腫



左頭蓋窩血腫

胸部CT



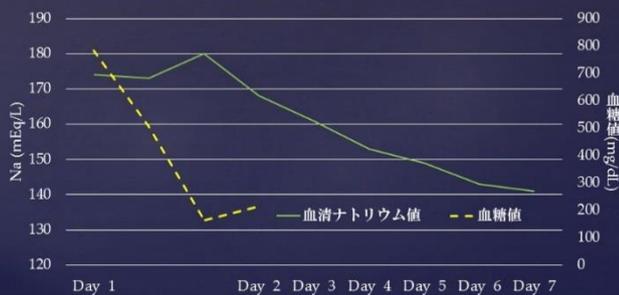
入院後経過①

- ・採血，尿量，検尿の結果より，第1病日には生理食塩水 2500 mL，維持液 1000 mL，5%グルコース 500 mL で脱水の改善に必要な水分を補充した。
- ・第2病日以降は，高Na血症の補正を1日 10 mEq を目安に輸液内容を変更した。
- ・高血糖に対して，最初に速効型インスリン10単位を静注した後，4単位/h (0.1単位/kg/h) で持続静注した。血糖 300 mg/dL 未満になった後インスリン持続静注中止し，スケールでの管理とした。

入院後経過②

- ・肺炎に対して，アンピシリン・スルバクタム 6 g/日の投与を7日間行い改善が得られた。
- ・血清Naが正常範囲内に補正された頃から意識レベル改善し，第5病日にCVカテーテル挿入，第9病日より経口摂取開始となった。第30病日に自宅へ退院となった。

血清ナトリウム値・血糖値の推移



HHSの病態



HHSの治療

- 【脱水】細胞浮腫のリスクを軽減させるために等張輸液(生理食塩水)を用いて循環血液量を確保し，1000 mL/hで2~3 Lを輸液する。その後24~48時間をかけて体液量の補正を行う。
- 【血糖】速効型インスリン10単位をボラス投与後，0.1単位/kg/hで持続静注を行う。血糖値 300 mg/dL 未満になればスケールでの管理とする。
- 【高ナトリウム血症】低張液を用いて一日 10 mmol/L 以内の補正を行う。

本症例での考察①



本症例での考察②

- ①搬送時血圧が保たれており循環動態が破綻していなかった。
- ②意識障害が起きてから治療開始までの時間が短かった。
- ③脳浮腫，低血糖，心不全，腎不全等の合併症を起さなかった。
- ④肺炎が重症ではなく早期に改善が得られた。

結語

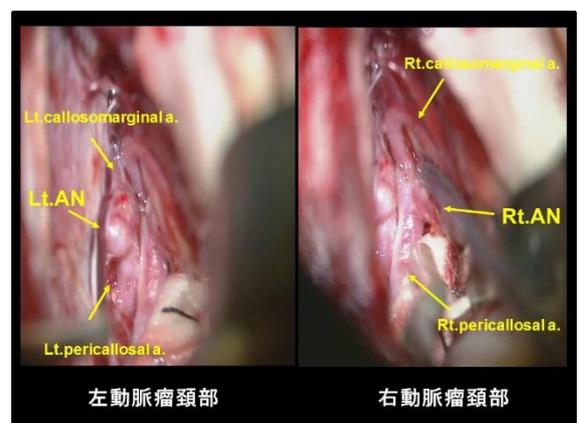
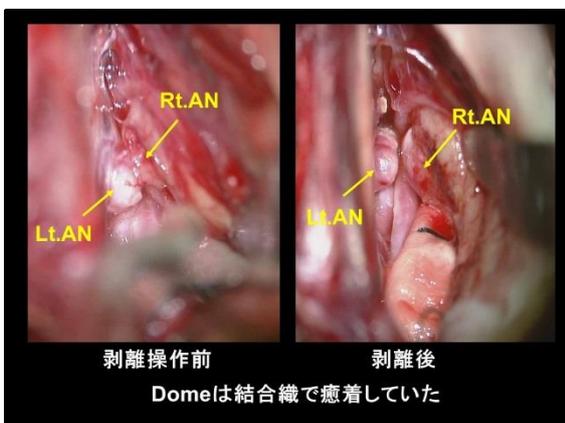
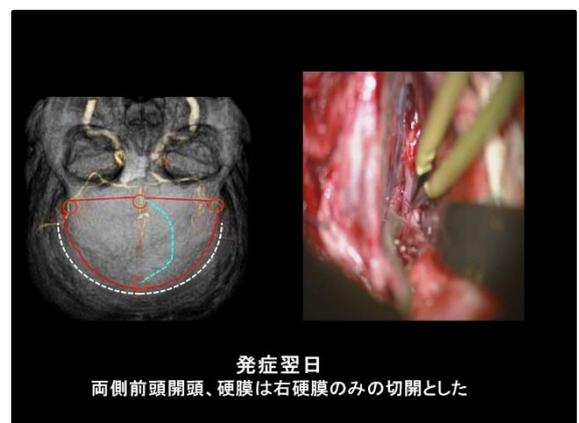
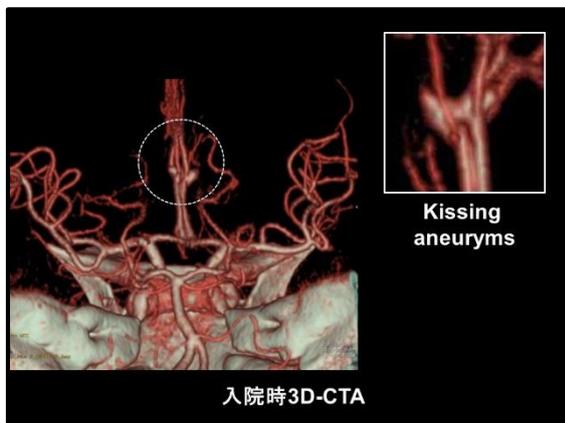
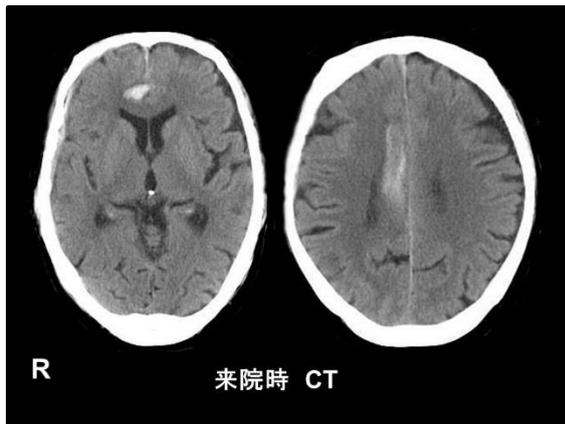
- ・ 99歳で緊急搬送されたHHSの一例を経験した。
- ・ 早期発見と適切な救急対応，治療を行ったことにより本症例を救命し得たと考えた。

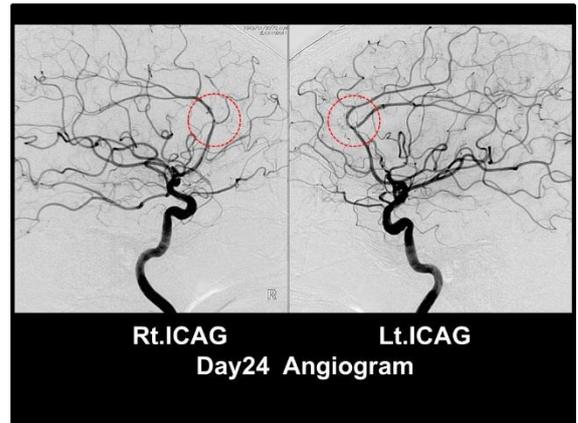
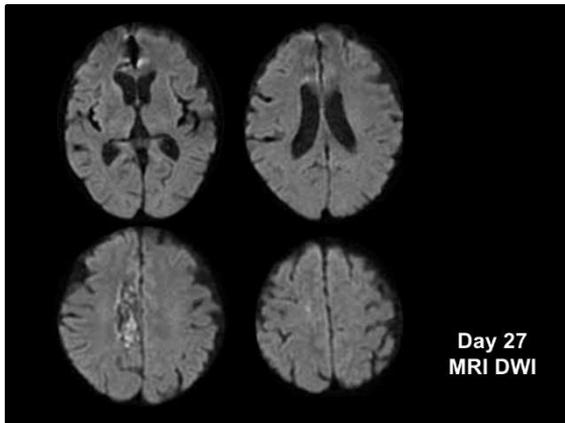
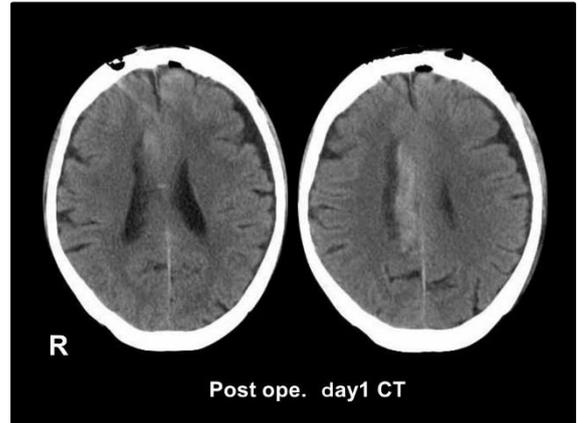
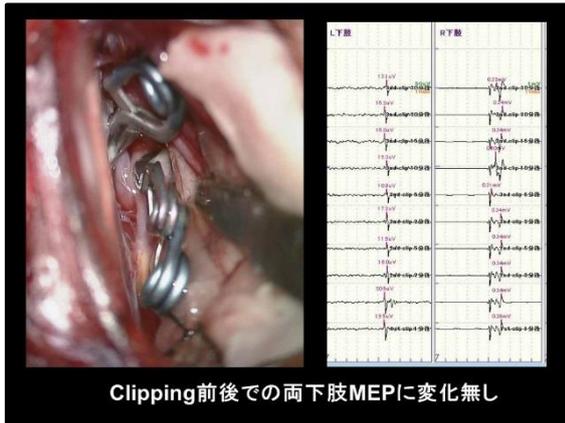
両側前大脳動脈遠位部
kissing aneurysm の1例

南相馬市立総合病院
橋野洸平 嶋田裕記 社本博
内山裕之 及川友好

72才男性

主訴 突然の頭痛
現病歴 平成27年1月27日、突然の頭痛、
両下肢麻痺を来し、当院に救急搬送
された。
既往歴 高血圧、糖尿病
神経学的所見
意識レベル JCS1
左下肢3/5、右下肢4/5の麻痺





両側前大脳動脈遠位部動脈瘤

- 全動脈瘤の約0.1% (非常に稀)
- 比較的若年者に多く、他の部位に動脈瘤を伴うことも34~54%と多い
- 周囲のcisternが狭く、動脈瘤が脳内に埋没することもあり、脳内血腫を伴うことが多い

Yasargil MG : Saccular aneurysms of the distal anterior cerebral artery. J Neurosurg.1974;40(2):218-23.
Yasargil MG:Distal Anterior Cerebral Artery Aneurysms(pericallosal artery aneurysms). In Microneurosurgery vol 2. Stuttgart/New York, Georg Thieme Verlag, pp224-231,1984
大橋経昭,松田昌之,半田謙二:両側対称性脳動脈瘤.脳卒中 13:301-308,1991

前大脳動脈遠位部 kissing aneurysm

- 前大脳動脈遠位部kissing ANの報告は、きわめて稀で、われわれが渉猟し得た範囲では自験例を含め、8例に報告されているに過ぎない

Yasargil MG : Saccular aneurysms of the distal anterior cerebral artery. J Neurosurg.1974;40(2):218-23.
Wisoff JH : Aneurysms of the distal anterior cerebral artery and associated vascular anomalies. Neurosurgery. 1987;20(5):735-41.
Mori T : Kissing aneurysms of distal anterior cerebral arteries demonstrated by magnetic resonance angiography. Surg Neurol. 1995;43(5):497-9.
Enesi E : Mirror image distal anterior cerebral artery aneurysms treated with coil embolization. a report of two cases and literature review. Intervent neuroradiol 2013;19(1):49-55.
Yamaguchi R : Bilateral distal anterior cerebral artery aneurysms Mimicking so-called Kissing aneurysms: A case report. Surg Cereb Stroke 31:197-202, 2003

前大脳動脈遠位部 kissing aneurysmの特徴

- 若年者に多い傾向
- 動脈瘤が隣接するため、破裂動脈瘤を判断しにくい
- 術野が狭く、架橋静脈を犠牲にせざるを得ないこともある
- 動脈瘤同士の剥離が困難な場合もあり、そのような際には手術が難しくなる

結 語

- 非常に稀な前大脳動脈遠位部 kissing aneurysmの1例を報告した
- 動脈瘤クリッピングの際には、最初に親動脈の確保を行うことが基本であるが、kissing aneurysmでは最初に動脈瘤同士の剥離、離断をせざるを得ない場合があり、その際は手術操作が困難となる

東日本大震災と福島第一原発事故後の
南相馬市立総合病院における蜂刺症患者の
後方視的検討

南相馬市立総合病院
初期研修医1年目 横田武尊

頻脈を呈した 有機リン中毒の一例

公益財団法人 星総合病院
研修医 秋山優人

[症例]

41歳 女性

[主訴]

意識障害

→既往歴・内服薬・現病歴は家族より聴取

[現病歴]

平成27年7月27日15時、自宅トイレ前で意識なく倒れているところを帰宅した家族により発見された。周囲に吐物なし。家族により救急要請され、当院搬送された。

[生活歴]

喫煙歴なし、飲酒歴なし、アレルギーなし

[既往歴]

腎結石(平成7年、M病院にて加療)

うつ病(平成27年3月、J病院に入院)

[内服薬]

なし

[入院時現症]

意識レベルJCS:Ⅲ-200、GCS:E4V2M2

血圧 124/73mmHg、脈拍数 160回/分、SpO₂ 97%(O₂:3L)、体温 36.7°C、呼吸数30回/分

瞳孔両側同大2mm、対光反射消失

眼振なし、開眼したまま閉眼せず

両上肢完全麻痺(0/5)、両下肢不全麻痺(2/5)、痙攣なし

呼吸不規則で努力様

発汗・流涎著明、末梢冷感なし、チアノーゼなし、嘔吐なし、

便失禁あり、異臭あり

[入院時現症]

意識レベルJCS:Ⅲ-200、GCS:E4V2M2

血圧 124/73mmHg、脈拍数 160回/分、SpO₂ 97%(O₂:3L)、体温 36.7°C、呼吸数30回/分

瞳孔両側同大2mm、対光反射消失

眼振なし、開眼したまま閉眼せず

両上肢完全麻痺(0/5)、両下肢不全麻痺(2/5)、痙攣なし

呼吸不規則で努力様

発汗・流涎著明、末梢冷感なし、チアノーゼなし、嘔吐なし、

便失禁あり、異臭あり

[入院時現症]

意識レベルJCS:Ⅲ-200、GCS:E4V2M2

血圧 124/73mmHg、**脈拍数 160回/分**、SpO₂ 97%(O₂:3L)、体温 36.7°C、**呼吸数30回/分**

瞳孔両側同大2mm、対光反射消失

眼振なし、開眼したまま閉眼せず

両上肢完全麻痺(0/5)、両下肢不全麻痺(2/5)、痙攣なし

呼吸不規則で努力様

発汗・流涎著明、末梢冷感なし、チアノーゼなし、嘔吐なし、

便失禁あり、異臭あり

[入院時現症]

意識レベルJCS:Ⅲ-200、GCS:E4V2M2

血圧 124/73mmHg、**脈拍数 160回/分**、SpO₂ 97%(O₂:3L)、体温 36.7°C、**呼吸数30回/分**

瞳孔両側同大2mm、対光反射消失

眼振なし、開眼したまま閉眼せず

両上肢完全麻痺(0/5)、両下肢不全麻痺(2/5)、痙攣なし

呼吸不規則で努力様

発汗・流涎著明、末梢冷感なし、チアノーゼなし、嘔吐なし、

便失禁あり、異臭あり

[検査所見]

血液検査:

血算

WBC	19900 / μ l	pH	7.330
RBC	522×10^4 / μ l	pCO ₂	37.3 mmHg
Hb	15.5 g/dl	pO ₂	102.0 mmHg
Ht	47.8%	pHCO ₃	19.0 mmHg
Plt	31.2×10^4 / μ l	ABE	-5.9 mmol/l

血液ガス分析

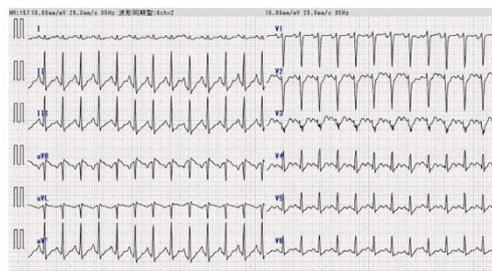
[検査所見]

生化学

TP	6.9 g/dl	ALP	88 IU/l
Alb	4.26 g/dl	γ -GTP	176 IU/l
T-Bil	0.68 mg/dl	T-Cho	293 mg/dl
D-Bil	0.12 mg/dl	TG	180 mg/dl
BUN	9.6 mg/dl	Na	138 mg/dl
Cr	0.50 mg/dl	K	2.5 mg/dl
CK	94 IU/l	Cl	101 mg/dl
AST	57 IU/l	Ca	8.9 mg/dl
ALT	67 IU/l	Glu	325 mg/dl
LD	246 IU/l	HbA1c(NGSP)	5.5%
		CRP	<0.02 mg/dl

[検査所見]

心電図: HR 157 bpm、洞調律、軸変異なし、II, III, aVF, V2-5でST低下

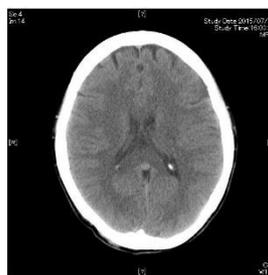


[検査所見]

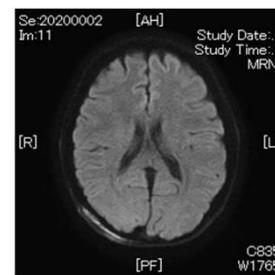
胸部レントゲン:
骨軟部組織に異常なし
肺野異常なし
肋骨横隔膜角 sharp
心胸郭比 45%



頭部CT: 有意所見なし



頭部MRI: 有意所見なし



[入院後の経過]

呼吸状態悪化し気管内挿管され、ICU入院。呼吸器管理となる。



身体所見から、有機リン中毒が疑われた。
ChE: 7IU/lと低値を認め、有機リン中毒の診断にて
プラリドキシムヨウ化メチル(PAM)による治療を
開始した。

第1病日

PAM1000mg投与後、ChEは53IU/lに上昇し、呼吸パターンも改善。
以後、PAMの持続投与および単回投与を行った。

第2病日

ChE: 8 IU/lと再度低下を呈し、腸洗浄を施行。

第3病日

胸部X-pにて右中肺野の浸潤影を認めた。Plt低下あり。
誤嚥性肺炎およびDICの診断にてユナシン・ヘパリン・リコモジュリンによる治療を開始した。

第6病日

PAM終了。

第8病日

抜管。全身状態の改善に伴い、リコモジュリンは第8病日、ユナシンは第9病日、ヘパリンは第10病日に終了。

第11病日

意識レベルJCS-1まで回復。幻覚・感情失禁など精神症状が著明に出現したため、精神科介入となり精神療法およびオランザピンの内服開始。

第13病日

精神症状改善し、一般病棟転棟。

第22病日

退院。以降は当院精神科外来に通院し定期的にフォローされている。

有機リン中毒の病態・・・

有機リンはChEと結合し、その活性を阻害する。
→アセチルコリンの蓄積によりムスカリン作用・
ニコチン作用・中枢神経作用が生じる
(急性コリン作動性症候群)。

副交感神経刺激症状だけではない！！

急性コリン作動性症候群

ムスカリン様症状	ニコチン様症状	中枢神経症状
縮瞳	散瞳	頭痛
徐脈	頻脈	めまい
低血圧	高血圧	震戦
流涎・流涙	筋線維束攣縮	構音障害
尿失禁・便失禁	脱力	錯乱・せん妄
下痢	横隔膜機能不全	昏睡
悪心・嘔吐		呼吸抑制・呼吸停止
発汗		痙攣発作
気道分泌物増加		錐体外路症状
気管支攣縮		

農薬中毒のトピックス 原簿朗史 他: 救急医学39,809-814,2015 JULY

急性コリン作動性症候群

ムスカリン様症状	ニコチン様症状	中枢神経症状
縮瞳	散瞳	頭痛
徐脈	頻脈	めまい
低血圧	高血圧	震戦
流涎・流涙	筋線維束攣縮	構音障害
尿失禁・便失禁	脱力	錯乱・せん妄
下痢	横隔膜機能不全	昏睡
悪心・嘔吐		呼吸抑制・呼吸停止
発汗		痙攣発作
気道分泌物増加		錐体外路症状
気管支攣縮		

農薬中毒のトピックス 原簿朗史 他: 救急医学39,809-814,2015 JULY

有機リン中毒の診断・・・

現病歴の詳細な聴取に加え、臨床所見から急性コリン作動性症候群を推定することが重要となる。

生化学検査にてChEの低値を認めれば確定的である。

尿簡易定性キットや定量分析も用いられることもあるが、必ずしも必須ではない。

有機リン中毒の治療・・・

まずは**呼吸管理**！

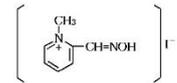
→ムスカリン様作用・ニコチン様作用・中枢神経作用いずれでも呼吸不全が起こりうる

次に**拮抗薬**！

①アトロピン・・・ムスカリン受容体2拮抗薬

②PAM・・・AChE再活性化薬

(リン酸化したAChEからリン酸基を奪う)



本症例では・・・

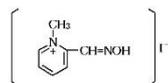
まずは**呼吸管理**！

→早期に気管挿管し人工呼吸器管理とし、呼吸状態の安定化を図った。

次に**拮抗薬**！

①アトロピン・・・頻脈が悪化する可能性あり、使用せず。

②PAM・・・ChE再活性化を期待して、早期より投与開始した。



結語

①中毒は疑ってかからないと診断できない！

→意識障害の鑑別は薬物中毒も忘れずに！

②有機リン中毒の診断にはChE測定を！

→非典型症状も見逃すな！

ご清聴ありがとうございました。

早期胆嚢癌との鑑別が困難であった 胆嚢アミロイドーシスの一例

深田賢吾¹, 吉野武晃², 廣瀬勝也²
多田大和², 川口隆憲³, 岩尾年康²

¹ 会津中央病院 初期臨床研修医1年
² 会津中央病院 消化器内科
³ 会津中央病院 病理部

はじめに

アミロイドは様々な臓器に沈着して障害を起こすことで知られているが、胆嚢アミロイドーシスはまれであると報告されている¹⁾。

今回、臨床所見からは胆嚢癌が疑われたが、病理学的診断では胆嚢アミロイドーシスであった一例を経験したので報告する。

1) 池田修一: アミロイドーシスの概念, 病型分類, 診断. 血液フロンティア 2009; 19: 1345-1353

症例

85歳, 女性

[主訴]

気分不快感

[現病歴]

200X年Y月Z日, 気分不快感のため当院消化器内科を受診し, 腹部超音波検査・CT・上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 胆嚢・膵嚢胞を認めたため, 精査目的で入院となった。

症例

[既往歴]

60歳: 高血圧

86歳: 発作性心房細動, 肥大型心筋症, 狭心症

[内服歴]

ワルファリンカリウム 2.5mg 1×

オルメサルタンメドキシミル 10mg 1T 1×

ビルシカイニド塩酸塩水和物 50mg 2C 2×

ニトログリセリン 0.3mg 1T 頓用

症例

[入院時現症]

身長: 140.0cm, 体重: 38.6 kg

血圧: 128 / 78 mmHg, 体温: 37.0 °C

呼吸数: 14回/分, 脈拍: 83 回/分

SpO₂: 95 % (room air)

[入院時検査所見]

頭頸部: リンパ節腫脹なし

胸部: 聴診異常なし

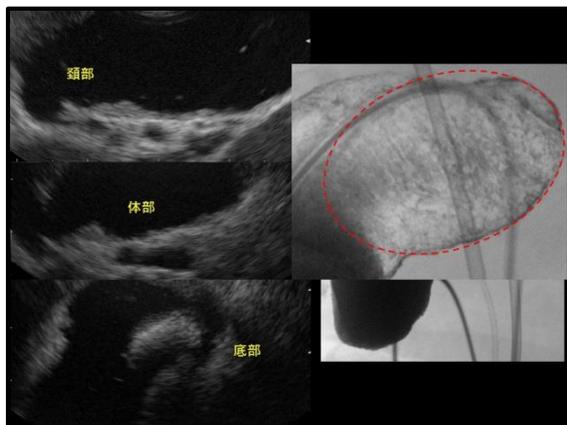
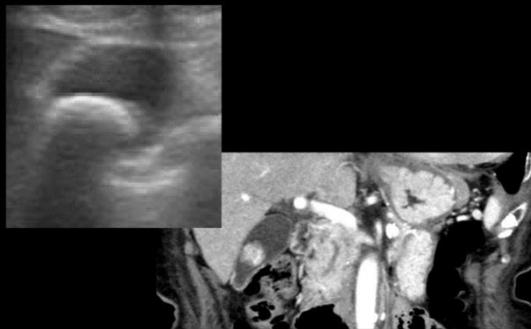
腹部: 平坦・軟, 圧痛なし

神経学的所見: 異常なし

皮膚所見: 異常なし

RBC	381 万/ μ L	CPK	97 U/L
Hb	12.1 g/dL	γ -Chol	238 mg/dL
Plt	15.1 万/ μ L	BUN	17.8 mg/dL
WBC	4330 / μ L	Cr	0.71 mg/dL
AST	33 IU/L	Na	138 mEq/L
ALT	17 IU/L	K	4.6 mEq/L
ALP	326 U/L	Cl	107 mEq/L
LDH	265 U/L	AMY	84 U/L
ChE	251 U/L	PT時間	19.2 秒
γ -GTP	24 U/L	PT-INR	1.65
LAP	42 U/L		

画像所見



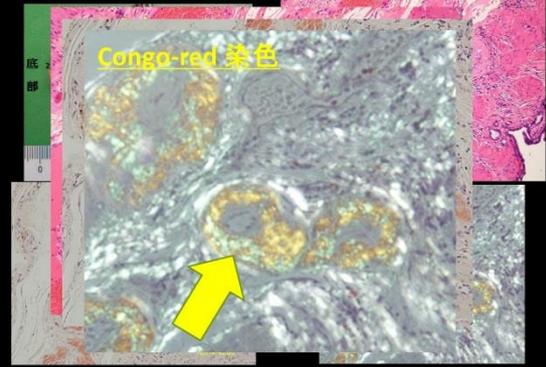
経過

CT, EUSにて胆嚢壁の不整な肥厚を認めたため, ENGBDを挿入して精査を行った。

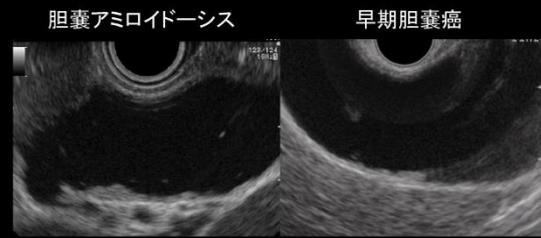
→ 胆嚢洗浄細胞診施行し, class IIIの診断。

画像上不整な壁肥厚を認めており早期胆嚢癌を強く疑ったため, 診断も兼ねて腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。

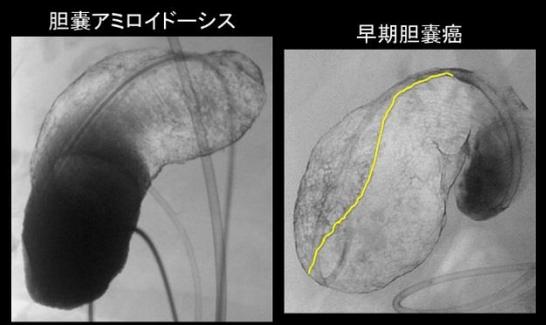
病理標本



早期胆嚢癌症例との比較 (EUS)



早期胆嚢癌症例との比較 (二重造影)



考察 I

▽ アミロイドーシスは、アミロイドと呼ばれる異常蛋白が、臓器や組織の細胞外へ沈着し、臓器の機能障害を引き起こす病態の総称である。

▽ 医学中央誌で1983年から2014年までの期間では、胆嚢アミロイドーシスは11例報告されていた。

No	Author	Year	Age/Sex	Diagnosis before operation	underlying disease	gallbladder stone
1	Goto	1990	64F	Acalculous cholecystitis	Rheumatoid arthritis	(-)
2	Wada	2004	71M	Cholecystitis		(+)
3	Wada	2004	69M	Gallbladder tumor	Multiple myeloma	(-)
4	Naoshima	2005	78M	Cholecystitis	Monoclonal gammopathy	(+)
5	Sato, Kwon	2006	63F	Gallbladder cancer		(-)
6	Kubo	2009	57F	Cholecystitis	SLE	(+)
7	Yoshikawa	2009	56M	Acalculous cholecystitis	Chronic renal failure	(-)
8	Fujita	2009		Cholecystitis		(-)
9	Kondo	2011	66F	Cholecystitis	Multiple myeloma	(-)
10	Matuda	2011		Cholecystitis		(-)
11	Nakano	2013		Cholecystitis	Rheumatoid arthritis	(-)

考察 II

▽ これまでの報告では、胆嚢アミロイドーシスの症例ではアミロイドが血管壁や細胞外間質に沈着し、血管の狭小化や閉塞、筋層の運動障害をきたすことにより胆嚢炎を起こすと報告されている。

▽ 本症例においては、胆嚢へのアミロイド沈着による局所的血流不全によって、局所での虚血状態に差が生じたことが原因で、造影CTIにおいて胆嚢壁の不均一な造影効果、EUSでの不整な壁肥厚を認めたと考えられる。

結語

▽ 早期胆嚢癌との鑑別が困難であった胆嚢アミロイドーシスの一例を経験した。

▽ 早期胆嚢癌症例と比較すると、EUSでは類似しているが、二重造影による粘膜の比較が術前診断に有用である可能性が示唆された。

▽ 胆嚢壁の不均一な造影効果や壁肥厚を認めた際、胆嚢アミロイドーシスを鑑別として挙げ、その合併症などの検索を行うことが重要である。