

0-12-15

低体温による心肺停止で救急搬送され、急速復温で蘇生した一例

長浜赤十字病院 救命内科¹⁾、長浜赤十字病院 麻酔科²⁾、
長浜赤十字病院 循環器内科³⁾

○石川 浩¹⁾、中村 誠昌¹⁾、長門 優¹⁾、藤井 雅士²⁾、
道智 賢市³⁾、高橋 宏明³⁾、児玉 健二³⁾

【はじめに】当院は滋賀県にあり低体温症の症例は少ない。今回、低体温による心肺停止後、急速復温で後遺症なく蘇生した一例を経験した。文献考察を合わせて、本症例について振り返ってみる。【症例】30代男性。4月初旬、早朝に水深5cmの溝に仰臥位で倒れているところを発見され救急搬送された。救急隊接触時は心静止であり、病院到着時の心電図波形は心室細動であった。深部体温24.0℃であり、低体温による心肺停止と考え心肺蘇生を行った。胃、膀胱への温生食注入、胸腔への温生食還流の復温処置を行なうも深部体温上昇乏しく、経皮的心的補助法(PCPS)を導入した。PCPS導入後3.7℃/hで復温し33℃まで復温時に除細動で洞調律となった。大きな合併症なく、入院後16日目に神経学的後遺症もなく退院となった。【考察】本症例は、低体温による心肺停止であった。一般的に低体温の復温は2~3℃/hで行われるが、本症例ではそれより早く復温することができた。その要因としては温度コントロールユニットとしてMERA HHC-51を使用したことと、PCPSの脱血が良好であったことがあげられる。急速復温ができたことで後遺症なく退院に至ったとも考えられる。重症低体温に対しては、体外循環を用いた復温を念頭において対応する方が良いと思われた。

0-12-17

肺出血から急性呼吸不全を呈した気管支動脈瘤の一例

熊本赤十字病院 診療部

○横 尚子¹⁾、今村 光佑¹⁾、小佐井幸代¹⁾、田中 秀幸¹⁾、彌永 和宏¹⁾

80歳女性。咯血、呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送された。搬送時、急性呼吸不全を認め、気管挿管、人工呼吸管理とした。胸部CTでは右上葉を主体とした広範囲な浸潤影、スリガラス影を認めた。肺胞出血を疑い、人工呼吸管理下に8cmH₂Oの呼吸終末陽圧を行い、ステロイドパルス療法(mPSL 1000mg/日を3日間)を施行した。気管挿管直後はFiO₂ 70%を要したが、ステロイド投与後には25%まで減量でき、入院3日目には抜管した。後療法としてPSL 0.5mg/kg/日投与継続した。気管支鏡検査では、気管支分岐部付近から両側気管支に多発性に気管支粘膜下に一部拍動を有する隆起性病変を認め、気管支動脈瘤を疑った。胸部造影CT検査で右側に最大16mm大の気管支動脈瘤を認め、周囲にも散在性に動脈瘤を認めた。出血が持続していること、再破裂のリスクが高いため、確定診断と治療を兼ねて気管支動脈造影および塞栓術を施行した。気管支動脈瘤の原因として、結節性多発動脈炎などの膠原病を疑った。血液検査においてMPO-ANCA、PR3-ANCA等の各種抗体検査は陰性だった。病歴を再聴取すると、23歳、24歳、32歳、42歳で咯血のエピソードがあり、70歳時に下腿紫斑を認めた。以上より、気管支動脈瘤破裂による肺出血からの急性呼吸不全と診断した。基礎疾患として結節性多発動脈炎の可能性を考えながら、現在経過観察中である。非常に稀な症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

0-12-19

左膝痛、発熱を主訴に来院したペルテス病の1例

熊本赤十字病院 診療部¹⁾、熊本赤十字病院 整形外科²⁾

○早川香菜美¹⁾、林田 洋一²⁾、井本光次郎²⁾、宮本 和彦²⁾、
佐久間克彦²⁾

左膝痛、発熱を認め化膿性股関節炎との鑑別を要したペルテス病の1例を経験した。症例は6歳男児。左膝痛を主訴に近医整形外科を受診するもレントゲン上異常なく、痛みは自然軽快した。発症後1ヶ月目に再度左膝痛と発熱を認め、歩行困難となり前医へ救急搬送となった。レントゲンとMRIの結果、左化膿性股関節炎も否定できないとして当院紹介受診となった。初診時の身体所見は、体温37.7℃、疼痛による著明な左股関節可動域制限と熱感を認めた。血液検査において白血球の上昇を認めたが、CRPは陰性であった。レントゲンにて左大腿骨近位骨端核の高さの減少と軟骨下骨折、MRIでは骨端核の信号変化と関節液の貯留を認めた。ペルテス病を疑ったが、発熱と強い股関節痛を訴えていたため関節穿刺を施行しグラム染色によって化膿性股関節炎を否定し、ペルテス病による水腫と診断した。入院の上股関節外転位で負荷とし、疼痛と関節可動域の改善を認めたことから入院8日目に退院となった。股関節外転装置を装着し、現在も治療継続中である。膝痛を主訴とする小児では病変が膝ではなく股関節にある場合があり、注意が必要である。ペルテス病は長期的な経過をたどるまれな疾患であるが、初発症状が強い場合、急性疾患を疑われ、救急病院を受診することもあり、鑑別診断を熟知しておく必要がある。

0-12-16

致死的鼻出血を繰り返した外傷性仮性内頸動脈瘤

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、秋田赤十字病院脳神経外科²⁾

○齋藤 文菜¹⁾、田村 智²⁾、丸屋 淳²⁾、西巻 啓一²⁾

【はじめに】外傷性仮性内頸動脈瘤は稀な疾患であるが、破裂した場合は大量出血を起こし重篤な結果となる。今回、転落外傷により頭蓋骨骨折を受傷し致死的鼻出血を繰り返した外傷性仮性内頸動脈瘤を経験したので報告する。【症例】70代男性。伐採作業中に5m下のコンクリートの地面に転落し、当院ヘドクターヘリで搬送された。来院時、気道は開通し、呼吸循環に異常はなく、GCSI3E3V4M6であった。鼻出血はすでに止血されていた。左眼は光覚消失。全身CTで左前頭骨骨折、左側頭骨骨折、左視束管骨折、左急性硬膜外血腫、右4~9肋骨骨折、右肩甲骨骨折を認めた。入院後、受傷3時間後に大量の鼻出血を認め出血性ショックとなった。緊急気管挿管し、経鼻的にガーゼで圧迫止血を行い止血えられ、ショック状態を脱したが、入院5日目に再度大量の鼻出血によるショック状態となり、再度経鼻的にガーゼで圧迫止血を行った。鼻腔内を視察したところ蝶形骨洞前壁の拍動と新鮮出血が認められた。脳血管造影を行うと、左内頸動脈C3部に蝶形骨洞内仮性動脈瘤が認められたため、仮性内頸動脈瘤が破裂し、致死的鼻出血を繰り返したと考えられた。内頸動脈閉塞試験では忍容性があったため、母血管閉塞術を行い動脈瘤は消失した。以降鼻出血や新規の神経脱落症状なく経過している。【考察】頭部外傷に伴う鼻出血はありふれた症状ではあるが、頭蓋底骨折、失明、繰り返す鼻出血がみられた場合は仮性内頸動脈瘤を疑う必要がある。破裂した場合は致死的であるが、早期の治療により良好な転帰が得られるため、迅速な対応が必要である。頭蓋底骨折に伴う外傷後の鼻出血では外傷性内頸動脈瘤が存在する可能性を念頭に診療にあたるべきである。

0-12-18

60代女性に認めた膀胱異物の一例

秋田赤十字病院 研修センター¹⁾、秋田赤十字病院 泌尿器科²⁾

○坂口 太一¹⁾、小原 崇²⁾、武藤 弓奈²⁾、堀川 洋平²⁾、下田 直威²⁾

【はじめに】膀胱異物は今まで多数の報告がされており、泌尿器科医でなくとも日常診療で目にする可能性のある疾患である。好発年齢としては20代が最多であり、次いで30代、40代と続く。60代以上の報告例は少なく、過去の統計では10%以下との報告もなされている。今回60代女性の膀胱異物の一例を経験したので報告する。【症例】60歳女性。1週間前に血尿を主訴に近医婦人科を受診し、膀胱炎疑いで抗生剤治療施行されたが改善なく、当科紹介受診となった。尿検査で赤血球100以上/HPF、白血球10~19/HPFと顕微鏡的血尿を認めた。KUBで明らかな異常陰影はなく、腹部超音波検査で右軽度水腎症、膀胱内に10cm程度の線状の高エコーを呈する異物を認めた。膀胱内視鏡検査を施行したところ全長12cm程度のこより状の膀胱異物をみとめ、鉗子で摘出した。その後再度問診したところ挿入時期は分からないがおそらく夫に挿入されたものであろうとのことであった。術後抗生剤投与し、その後、尿所見、自覚症状とも異常を認めなかった。【考察】膀胱異物は本邦で1500例報告されている。臨床症状としては一般に頻尿、排尿時痛、血尿が多い。男女比は約2:1と男性に多い。挿入経路としては経尿道経路と経膀胱壁経路の2通りがあり前者では行行為目的が圧倒的に多く、後者では手術関連によるものが多い。年齢が高くなるにつれ後者の割合が高く、過去の統計にて60歳以上の膀胱異物では100%手術関連によるものとの報告もなされている。しかし、本症例では60歳と比較的高齢にもかかわらず行行為目的による異物挿入例であり、手術歴がない高齢者でも膀胱異物の可能性を十分に考慮する必要があると考える。

0-12-20

治療に難渋したループス腎炎に対してMMF導入により改善が得られた一例

伊勢赤十字病院 ローテート

○北野 剛士¹⁾、坂口 友浩¹⁾、近藤 章人¹⁾、佐藤 貴志¹⁾、中井 貴哉¹⁾、
小里 大基¹⁾、大西 孝宏¹⁾

【症例】58歳女性【主訴】蛋白尿【現病歴・経過】平成24年4月に四肢の痛み・痺れにて当院救急外来受診、血液検査にて血小板減少・肝機能障害を認め、自己免疫性肝炎が疑われ治療されていたが、平成27年10月にネフローゼ症候群を認め当院当科紹介受診。SLEの診断基準を満たし、腎生検にてループス腎炎(6+2型)と診断し、PSL40mgを開始した。ネフローゼ症候群は徐々に軽快し、尿蛋白も陰性化した。PSL漸減の過程でMMF(ミゾリビン)150mgとTAC(タクロリムス)1mg併用開始したが、MMFによるものと思われる肝障害出現し、TACによるものと思われる高血糖(HgbA1c10%台まで悪化)も認め、MMF・TACを中止とした。尿蛋白は徐々に増悪し、ARBやスタチンも開始し、HCQ(ヒドロキシクロロキン)200mgも開始とした。補体正常等からはSLEの活動性は高くはないものと判断したが、治療開始後1年経過しても尿蛋白は持続的に2g/g・Cr前後出ており、PSLの漸減に難渋した。平成29年3月にMMF500mg開始・漸増により尿蛋白は0.5g/g・Cr前後にまで改善し、PSLの漸減も可能となった。【考察】自己免疫性肝炎と診断・治療されていた症例に、蛋白尿を認め、精査によりSLEと診断した症例を経験した。PSL開始と共にマルチターゲット療法の方針としたが様々な副作用が出現し、治療に難渋した症例であった。MMFの導入により改善を得られた為、文献的な考察を交えながら報告する。