

# (第17回研修医症例報告会) 多枝冠動脈塞栓による急性心筋梗塞を初発症状として診断に至った真性多血症の1例

著者名	渡邊 真由, 佐藤 恭子
雑誌名	東京女子医科大学雑誌
巻	93
号	1
ページ	45-46
発行年	2023-02-25
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10470/00033395">http://hdl.handle.net/10470/00033395</a>

doi: 10.24488/jtwmu.93.1\_40

## 5. 重症アルコール性肝炎と重症急性膵炎が合併した症例に対して、ステロイドパルス療法が著効した1例

(八千代医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>消化器内科) ○畑山靖樹<sup>1</sup>・村上大輔<sup>2</sup>・杉山晴俊<sup>2</sup>・西野隆義<sup>2</sup>・◎新井誠人<sup>2</sup>

〔症例〕4X歳女性。〔現病歴〕数年前からストレスなどによりアルコール摂取量が増加していたが、医療機関はほとんど受診しなかった。202Y年8月から黄疸がみられていた。202Y年10月倦怠感と上腹部痛で近医を受診し、著明な肝障害および膵酵素の上昇を認め、近医入院となった。プロトロンビン (PT) 時間 31%と低値であり、翌日当院に転院となった。入院時、概ね意識清明だが受け答えは緩慢、7シリーズは79まで正解。羽ばたき振戦なし。AST 3,648 IU/L, ALT 1,382 IU/L, 総ビリルビン 5.2 mg/dl, PT 24%, 血中膵アミラーゼ 374 U/L, リパーゼ 1,436 U/L。造影コンピュータ断層撮影 (CT) 検査にて、膵の造影不良はみられなかったが、腎下極以遠の炎症波及を認め、Grade2と判断し、重症急性膵炎と診断した。見当識障害がみられたが、アルコール離脱予防のために投与されたロラゼパムによる影響の可能性がある。明らかな肝性脳症II度以上とはいえず、非昏睡型重症肝炎と診断した。〔入院後の経過〕入院2日目でPT時間が測定不能となり、新鮮凍結血漿 (FFP) の投与を開始した。入院時はJapan Alcoholic Hepatitis Score (JAS) 8点だったが、PT時間の増悪、白血球数の増多のため、入院後10点となり重症化した。肝細胞障害を抑制する目的でメチルプレドニゾロンのパルス療法 (1 g/day 点滴静注を3日間) を行った。膵酵素は徐々に低下し、PT時間も入院5日目より改善を認め、成分栄養剤を開始した。入院20日目に退院となり、以後精神科専門病院との併診となった。〔考察〕本症例では急速なPT時間の増悪により昏睡型急性肝不全に移行する可能性が高いと判断し、ステロイドパルス療法を行い著効した。2006年12月～2021年12月に当院に急性膵炎 (慢性膵炎の増悪は除く) が主病名で入院となった275例において、アルコールが主因と思われる例は77例 (重症急性膵炎例は48例, 62.3%)。このうちPT40%未満は2例 (2.6%) で、脳症を合併した症例はみられなかった。JASにてsevere (10点以上) は、5例 (6%) であり、重症アルコール性肝炎の合併は稀であった。アルコール性肝炎に対してステロイドが投与されることはあるが、急性膵炎では通常投与されることはなく、両疾患の合併時の治療については、今後検討を要する。

## 6. 妊娠26週に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術当日に塩酸リトドリンによる術後急性肺水腫を発症した1例

(足立医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>外科) ○三枝拓未<sup>1</sup>・

◎久原浩太郎<sup>2</sup>・河野鉄平<sup>2</sup>・碓井健文<sup>2</sup>・西口遼平<sup>2</sup>・浅香普一<sup>2</sup>・横溝 肇<sup>2</sup>・島川 武<sup>2</sup>・大東誠司<sup>2</sup>・塩澤俊一<sup>2</sup>

症例は25歳女性。妊娠23週頃から胆嚢結石症による胆石発作を繰り返し、妊娠25週2日に上腹部痛で救急搬送され前医に入院した。食事再開直後に症状は再燃し腹部超音波検査で胆嚢頸部への結石陥頓も疑われたため、手術適応と判断され新生児集中治療管理室 (NICU) のある当院産婦人科に妊娠25週5日に転院した。切迫早産の兆候はなく胎児発育は週数相当で、外科併診で妊娠26週2日に手術の方針とした。術前は緊急分娩に備え肺成熟促進にステロイドを投与し、子宮収縮予防に塩酸リトドリンの持続点滴を使用して手術を施行した。術中胎児心拍モニタリングをいくつか経腹エコーで子宮底を確認し、正中臍上3cmのレベルでopen法で1st portを挿入し、8 mmHgで気腹した。腹腔内臓器は増大した子宮により頭側に圧排されていたが、通常の腹腔鏡下胆嚢摘出術が可能であった。手術時間58分、出血量は少量であった。術後も予防的に塩酸リトドリン投与を継続したが、術当日深夜にSpO<sub>2</sub> 94%までの低下を伴う急激な呼吸苦が出現した。肺梗塞を疑い直ちにヘパリン静注後、持続投与を開始した。下肢エコーでは深部静脈血栓症 (DVT) は認めず、腹部遮蔽で施行した胸部造影コンピュータ断層撮影 (CT) では明らかな肺梗塞はなく肺水腫像を認めた。塩酸リトドリンの副作用である急性肺水腫を疑い投与を中止したところ次第に症状は軽快し、術後第8病日に軽快退院した。その後の妊娠経過は順調で、妊娠41週0日でAPS 8～9点で健康児を正常分娩した。妊娠中の腹腔鏡下手術の報告は散見されるが、周術期管理の注意点を含め報告する。

## 7. 多枝冠動脈塞栓による急性心筋梗塞を初発症状として診断に至った真性多血症の1例

(足立医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>リハビリテーション科)

○渡邊真由<sup>1</sup>・◎佐藤恭子<sup>2</sup>

症例は50歳男性。特発性拡張型心筋症の既往があるが、通院や内服は約3年前に自己中断となっていた。胸痛を主訴に救急搬送され、心電図では下壁誘導でST上昇を認めた。急性心筋梗塞の疑いで緊急冠動脈造影検査 (CAG) を施行したところ、高位側壁枝と後側壁枝に閉塞を認めST上昇型急性心筋梗塞の診断に至った。血栓吸引を行ったところ赤色血栓が吸引され冠動脈の血流は改善した。冠動脈に器質的狭窄はなく血栓塞栓が原因と判断して冠動脈ステントを留置せず手技は終了した。入院後7日目に施行したCAGの再検査では、病変部は良好な血流が保たれており、器質的狭窄がないことから介入せずに終了した。入院中の血液検査ではHb 16.9 g/dL

と著明な増加を認めたことから精査を行うと、血清エリスロポエチン低値、JAK2 遺伝子 V617F 変異陽性、骨髄病変における巨核球増殖の所見から真性多血症の診断に至った。以上より、多枝冠動脈塞栓は真性多血症を原因に生じたと考えられ抗血小板剤を開始した。以後は血栓塞栓症イベントを生じずに経過した。真性多血症の合併症として血栓症が19%に認められ、そのうち心筋梗塞は21.7%に発症したという報告がある。通常血栓の形成には血液凝固因子が関与するため抗凝固剤による抗血栓治療を行うが、真性多血症による血栓形成では抗血小板薬の治療が必要であるためその鑑別は重要である。多枝冠動脈塞栓により真性多血症の診断に至った1例を経験した。

#### 8. 脳室周囲異所性灰白質 (PNH) と皮質異形成 (FCD) を伴う難治性てんかんに SEEG を経て焦点切除を行った1例

(足立医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>脳神経外科) ○張 祐樹<sup>1</sup>・◎久保田有一<sup>2</sup>

〔はじめに〕側頭葉てんかんは意識障害を伴い、行動停止、自動症といった発作症候を特徴とするてんかんである。薬剤のみによる発作コントロールが困難で外科治療をする際、正確にてんかん原生領域を同定する必要がある。今回、ロボット支援下電極留置を経て、焦点切除まで至った症例を提示する。〔症例〕20代女性、4年前に約1分間の意識障害を主体としたてんかん発作を発症した。前医で側頭葉てんかんと診断され、レベチラセタムの内服を開始したものの、月に1回の頻度で発作が継続した。その後、投薬調整を行ったが、発作頻度の改善がみられなかった。また薬の副作用による眠気や浮動性めまいが続いていたため手術加療目的で当院に紹介となった。発作症候として意識障害を伴う行動停止、自動症がみられ、前兆としてdeja-vu、視覚発作を自覚した。頭部核磁気共鳴画像法 (MRI) にて右側頭葉の限局性皮質異形成 (FCD)、右側脳室三角部から下角に脳室周囲結節性異所性灰白質 (PNH) が認められた。より正確にてんかん焦点を同定するため定位的頭蓋内脳波 (stereo-electroencephalography : SEEG) を用いることが適切である症例であったことから、ROSA<sup>®</sup> (robotic stereotactic assistance) 支援下での電極留置術を施行した。海馬体部に刺入した電極のうち、FCDの近傍の電極周辺が、発作の起始と疑われ、PNHは発作に関与しないと判断した。Functional mapping にて内側側頭葉やFCDへの刺激でhabitual seizureの前兆が誘発され、発作波が誘発された。以上のことからてんかん原生領域を右内側側頭葉およびFCD部とし、右側頭葉切除術を行った。術後合併症なく、退院となった。現在外来フォローしているが発作はみられていない。てんかん発作の予後の評価は

年単位での経過フォローが必要であるが、ROSA<sup>®</sup>を使用することでてんかん焦点を疑われる部位に正確に電極を留置でき、その後の切除に至る意味では大変有用である。

#### 9. 左大腿部血腫感染緊急手術に4因子プロトロンビン複合体を使用した1例

(足立医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>麻酔科) ○石川彩椰人<sup>1</sup>・◎小高光晴<sup>2</sup>・市川順子<sup>2</sup>・岡村圭子<sup>2</sup>・小森万希子<sup>2</sup>

〔背景〕以前、ワルファリン内服中患者の緊急手術では、拮抗手段としてビタミンKや新鮮凍結血漿 (FFP) で対応していた。しかし、効果発現や輸血準備に時間がかかり、迅速対応が困難であった。2017年9月に上市された4因子プロトロンビン (PT) 複合体である「ケイセントラ<sup>™</sup>」は、効果発現が早く、かつ血液型合致が不要である。今回、大腿部血腫除去術にケイセントラ<sup>™</sup>を使用した症例を経験したので報告する。〔症例〕69歳男性、中等度の僧帽弁閉鎖不全症、および慢性心房細動 (AF) で当院通院中であった。手術適応と考えられたが、本人希望でワルファリン1.25 mg/日にて経過観察中であった。20XX年8月29日に左下肢痛による体動困難で当院救急搬送され、左大腿部血腫および感染と診断され、同日緊急デブリードマン予定となった。入院時PT-INRは4.73と過延長を認めたため、術前ケイセントラ<sup>™</sup> 2,000単位を使用した。術中出血50 mL、術後排膿は続いていたが、本人治療継続拒否あり、9月5日で自主退院となった。〔考察〕弁膜症性AFでのPT-INR目標値は70歳未満2.0~3.0であるが、本例では過延長にもかかわらず、ケイセントラ<sup>™</sup>により迅速に対応可能であった。術後7日目のPT-INR 1.82となり、ワルファリン再開は外来での症状経過を見て判断することとなった。〔結語〕左大腿部血腫緊急手術前にPT-INRの過延長を認めたが、ケイセントラ<sup>™</sup>によって有効な止血を得られた1例を経験した。

#### 10. 頭部外傷を伴う腕頭動脈損傷に対して降圧治療後に人工血管置換術を施行した1例

(足立医療センター<sup>1</sup>卒後臨床研修センター,<sup>2</sup>救急医療科,<sup>3</sup>心臓血管外科) ○藤田朋宏<sup>1</sup>・◎小島光暁<sup>2</sup>・谷澤 秀<sup>2</sup>・中本礼良<sup>2</sup>・庄古知久<sup>2</sup>・古川博史<sup>3</sup>・上部一彦<sup>3</sup>

〔背景〕胸部鈍的外傷による血管損傷は、大動脈峡部と下行大動脈の頻度が高く、腕頭動脈の損傷は比較的稀である。腕頭動脈損傷は、脳血流維持のため人工心肺使用下で動脈再建術を要する。今回我々は、根治手術のタイミングに苦慮した、頭部外傷を合併した腕頭動脈仮性瘤の症例を経験した。〔症例〕29歳男性、バイクで自動車に追突して受傷。来院時、低血圧と意識障害を認めたが、