

## O-5-11

### 激痛を伴うギラン・バレー症候群にステロイドパルス療法が著効した2例

高松赤十字病院 神経内科

○池内 寛昌<sup>1</sup>、吉岡 佑紀、荒木みどり、峯 秀樹、六車 博昭

<症例1>31歳、女性。入院10日前に、微熱、下痢あり。入院前日から感冒様症状と四肢のしびれあり、当院を受診した。体温38.6度、意識清明、四肢遠位筋優位に脱力あり、四肢腱反射は正常。血液検査で異常なく、髄液では細胞数4/μl、蛋白32mg/dlと正常。脳・頸椎MRIは正常。神経伝導検査で異常なし。翌日、四肢の脱力は進行し、アキレス腱反射の減弱を認めた。神経伝導検査では明らかに前日に比べてM波の振幅が低下しており、ギラン・バレー症候群（GBS）と診断し、γグロブリン大量療法を行った。抗ガングリオン抗体は抗GM1-IgG抗体、抗GA1-IgG抗体が陽性であった。加療後、四肢の脱力は軽減したが、睡眠を妨げるような激痛が両肩・上背部および両側腰下肢に持続した。湿布および非ステロイド抗炎症薬では全く効果なく、ステロイドパルス（MP）療法を施行した。疼痛は直ちに劇的に緩和された。<症例2>42歳、女性。入院2週前に、感冒症状があり、その後も咳は持続していた。4日前から両手のしびれあり、翌日には両足のしびれも出現し進行するため当院を受診した。四肢遠位筋優位に脱力あり、四肢腱反射は正常。血液検査ではマイコプラズマ（PA）陽性。髄液では細胞数2/μl、蛋白87mg/dlと蛋白細胞分離あり、神経伝導検査でM波の遠位潜時延長を認めた。GBSと診断し、γグロブリン大量療法を行った。睡眠を妨げる激痛が上背部にあり、MP療法を施行し、疼痛は劇的に緩和された。抗ガングリオン抗体は抗Gal-CIgG抗体が陽性であった。<結論>GBSにおける疼痛は患者のADL低下につながることもあり、そのような症例にMP療法が有効であると考えられる。自験例をふまえ、文献的考察を加え報告する。

## O-5-13

### 家庭内ストレスで冠攣縮性狭心症発作が増悪しPEAIに至った症例

秋田赤十字病院 臨床研修センター<sup>1</sup>、秋田赤十字病院 循環器内科<sup>2</sup>、秋田赤十字病院 精神科<sup>3</sup>

○高橋 健人<sup>1</sup>、岩谷 真人<sup>2</sup>、富澤 宏基<sup>1</sup>、木曾 博典<sup>2</sup>、青木 勇<sup>2</sup>、照井 元<sup>2</sup>、鈴木 りほ<sup>3</sup>

症例は47歳の女性。冠攣縮性狭心症とうつ病の既往あり当院循環器内科と精神科に外来通院していた。胸痛発作は比較的控制良好であったが、最近家庭内でのストレスが強くなったことに伴い発作が増加してきた。何回か胸痛を主訴に救急外来受診していたが硝酸薬で軽快しており経過を見ていた。某日胸痛あり硝酸薬が舌下でも改善せず搬送中の救急車内でPEAIとなりCPRを施行した。救急外来で心拍再開し意識も回復、速やかにST変化も消失しICU入院管理となった。入院後は硝酸薬やCa拮抗薬の調整とうつ病の治療を進め、自宅外泊など行いながら退院に向けて治療継続している。冠攣縮性狭心症の危険因子として喫煙・飲酒、脂質異常・遺伝要因・ストレスが挙げられる。治療は危険因子の是正、薬物療法、薬物療法と併用したPCIがある。本症例の様に院外で心肺停止となる症例は冠攣縮性狭心症全体の約2.5%であり、院外心肺停止の蘇生率は約72%である。本症例においては精神的ストレスも危険因子として考慮する必要がある。ストレスが冠攣縮性狭心症の危険因子であることは冠攣縮性狭心症の治療ガイドラインにも記載があり、診療の際には詳細な病歴聴取が重要であるが、本症例のように薬で症状改善した場合には治療継続でそのまま経過観察する場合も多く、特にうつ病などの精神科疾患の既往がある場合、精神科疾患既往のない人と比べ主訴や病状を軽視されることも少なくない。本症例のようにコントロールが良好であった冠攣縮性狭心症の症状増悪に対して、増悪の原因検索や治療方針についてより慎重に検討していく必要がある。

## O-5-15

### 熊本地震における慢性腎不全患者への対応—一院との連携を含めて—

熊本赤十字病院 腎臓内科

○濱之上 哲、川端 知晶、前川 愛、豊田麻理子、宮田 昭、上木原宗一、早野 俊一

当院には2016年熊本地震の際多数の地震関連疾患の患者が押し寄せた。一方血液透析・腹膜透析中の慢性腎不全患者においても、ライフラインの断絶による水不足や施設の損傷などによって十分な透析ができなくなり緊急対応が必要な状況であった。【血液透析】前震では施設が被害を受け透析不可能であったが、当院の被害は少なく被害を受けた施設に患者受け入れを行っていた。しかし本震によって当院も被害を受け、透析不可能な状態となった。本震対応後の朝より腎センタースタッフが、他の基幹病院や被害の少ない施設と連携し、透析場所確保を行った。重症度が高く移動困難な患者は、保有している透析液バッグを用いて行った。発災3日目は配管トラブルも修復したため、当院での短時間・低効率透析が施行可能となった。備蓄水は徐々に減少していた。ライフラインの回復が見込めなかったものの、自衛隊の給水活動により約10日程度の間ライフライン回復まで透析継続が可能であった。震災期間中に灌水や高K血症などで緊急透析を要する患者を数名認めた。【腹膜透析】震災により機械が使用不可能となり、透析液を確保できない患者がいた。当院が保有する腹膜透析液も十分でなかったため、液が確保できるまでの期間は1日1回の液貯留とした。【考察】災害時には透析施設間においてできるだけ正確な情報を共有し、短時間・低効率であっても透析が施行できる環境を確保すべきである。場合によっては他県での受け入れを依頼する場合も想定すべきである。また、腎不全患者自身に対して、通常時より食事制限、飲水制限を徹底して教育すべきと考えられた。他施設の状況も併せて熊本地震における被災地を中心とした慢性腎不全患者の対応について報告する。

## O-5-12

### 左中大脳動脈が開存した左内頸動脈閉塞に対して、血栓回収を行った1例

熊本赤十字病院 診療部<sup>1</sup>、熊本赤十字病院 神経内科<sup>2</sup>、熊本赤十字病院 放射線科<sup>3</sup>

○西岡 龍子<sup>1</sup>、長尾洋一郎<sup>2</sup>、進藤 誠悟<sup>2</sup>、和田 邦泰<sup>2</sup>、寺崎 修司<sup>2</sup>、菊池 拓紀<sup>3</sup>、菅原 文志<sup>3</sup>

症例は93歳女性、既往に慢性心不全、甲状腺機能低下症あり。2016年5月X日、意識障害を主訴に救急搬送された。来院時JCS200で左共同偏視を認め、四肢の自発運動なく、NIHSSは33点であった。心電図上心房細動あり。頭部MRI拡散強調画像で左視床に高信号を認め、MRAで左内頸動脈の閉塞とfetal typeである後大脳動脈の閉塞を認めたが、中大脳動脈は前交通動脈を介した血流により開存していた。発症から240分てtPA投与後、血栓回収療法を行った。左大腿動脈から4Fr JB2を右内頸動脈に留置した後に、右大腿動脈から左内頸動脈に9Fr Optimoを留置し、Optimoのバルーンをinflateした上で吸引を行ったが、Optimo内が血栓により閉塞してしまった。そこで閉塞部の血栓をPenumbra 5MAX ACEを使用し、回収したところ、Penumbra、Optimoより大量の血栓が回収できた。バルーンはinflateしたままでOptimoから吸引しながら右内頸動脈より撮影し、逆行性に左内頸動脈の評価を行ったところ、血栓消失を確認した。NIHSSは、術直後は14点、術翌日には0点まで改善した。第3病日からアピキサパン（5.0 mg/日）内服を開始し、第11病日回復期病院へ転院した。本症例は左内頸動脈の閉塞を認めていたが、左中大脳動脈領域は側副血行により保たれていた。distal embolismを起し、症状増悪の可能性があったが、右内頸動脈にカテーテルを留置し、左内頸動脈のバルーンをinflateしたまま、適宜血行動態を確認することでdistal embolismなく血栓回収できた。同様の症例にも対側からの確認造影が有効と考えられる。

## O-5-14

### 慢性心不全患者の退院指導の改善～パンフレットの修正前後のスタッフの意識～

秦野赤十字病院 看護部

○八木 佳祐、高田 悠、延永 望

当病棟では心不全患者の再入院が多いが、今までスタッフが個別で指導を行っており、退院指導のパンフレットがあるが活用されていなかった。パンフレットを改善することで積極的な指導に役立ち、患者のセルフケア能力の向上により再入院が減ることにつながるのではないかと考えた。今回、看護師がパンフレットを使用できていない理由、退院指導に對しどのように考えているのか明確にし、パンフレットの修正を行うことでパンフレットを用いた退院指導の意識の変化を明らかにすることを研究目的とする。当病棟で勤務する2年目以上の看護師20人を対象にパンフレット修正前のアンケート、修正パンフレット使用後のアンケートの実施を行った。倫理的配慮は研究への参加は自由意思であり拒否や途中辞退が可能であること、プライバシーの遵守とデータの管理を保障した。修正前アンケートの結果、修正前のパンフレットは「見づらい」、「内容がわかりにくい」という回答があり、患者指導に適していないことが考えられた。スタッフの意見を参考に修正した結果、パンフレットが見やすく、使いやすくなったことで、今後の退院指導にパンフレットを使用していくことが期待され、看護師の退院指導に対する意識の改善に役立つと考えられた。退院指導を行っていない理由としては、「指導を行う時期が明確ではない」、「実施者が不明であり業務が多忙で時間が取れない」という意見があり、退院指導の時期と実施者が曖昧なことで積極的な退院指導ができていないことが示唆された。今後、退院指導の時期や、実施者、対象者を定める、カンファレンスを行うなど、効果的な退院指導ができる体制作りが必要であると考えられた。

## O-5-16

### 劇症1型糖尿病の1例

伊勢赤十字病院 初期研修医<sup>1</sup>、伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科<sup>2</sup>

○山添 晴香<sup>1</sup>、石原 裕己<sup>2</sup>、今高加奈子<sup>2</sup>、内田 明宏<sup>2</sup>、門口 紅<sup>2</sup>、金見竜太郎<sup>2</sup>、井田 諭<sup>2</sup>、藤原 僚子<sup>2</sup>、高橋 宏佳<sup>2</sup>、村田 和也<sup>2</sup>

【症例】21歳 女性  
【主訴】嘔気、嘔吐  
【既往歴】1歳時に熱性痙攣  
【出生歴】なし  
【アレルギー】なし  
【家族歴】父親が境界型糖尿病、父方の叔父が糖尿病  
【現病歴】20XX-1年12月より皮膚炎で治療中(米1か月よりLVFX内服)の方。20XX年3月17日の健診でHbA1c 5.2%、尿糖陰性であった。同年4月1日夜より突然頻尿・多尿を認めた。同月3日夜より嘔気、嘔吐出現し、その後も症状の継続を認めたため、翌日当院受診した。【身体所見】身長155cm、体重45kg、BMI18.7kg/m<sup>2</sup>、舌乾燥(+)、心胸部軽度圧痛(+)、その他特記所見なし  
【検査所見】血糖値 1030mg/dl、HbA1c 6.2%、尿ケトン体 3+、尿糖 4+、血中アセト酢酸 5156μmol/l、血中3-ヒドロキシ酪酸 9470μmol/l、血中総ケトン体 13040μmol/l、血清Na 126mg/dl、動脈血pH 7.149、pCO2 20.3mmHg、pO2 107.3mmHg、HCO3 6.9mmol/l、血清Cペプチド <0.03ng/ml、蓄尿Cペプチド 0.7μg/日、GAD抗体 陰性、IA-2抗体 陰性、インスリン自己抗体 陰性、HLA-DR4、HLA-DRB\*04:05、HLA-DQB\*04:01  
【経過】上記より劇症1型糖尿病が疑われ、これに伴う糖尿病性ケトアシドーシスと診断し入院。インスリンの持続点滴で血糖値・症状は速やかに改善を認めた。入院2日目よりインスリン皮下注射を開始し、3日目に尿ケトン体陰性化を確認した。劇症1型糖尿病の診断基準を満たし降島関連自己抗体も陰性であり確定診断に至った。その後インスリン投与量を調整し、入院8日目退院となった。【考察】本症例は経過及び検査所見から典型的な劇症1型糖尿病の症例であった。初期症状は嘔気・嘔吐、全身倦怠感等の一見common diseaseと思われる症状であり、突然発症するため、これらの様な症状が出現した際には積極的に尿検査を施行し、尿ケトン体を確認するとともに血糖測定を行うことが重要と思われた。

10月20日(木)  
一般演題(口頭) 抄録