

P-133

血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られた下壁急性心筋梗塞の三例

長岡赤十字病院 循環器内科

○藤田 俊夫、加瀬 真弓、大野由香子、桑野 浩彦

急性心筋梗塞症例の再灌流療法において、血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られた症例は、その発症機序が塞栓症によるものとの報告が散見される。今回血栓吸引療法のみで良好な血流と血管径が得られた三例の吸引血栓組織所見と血管内超音波所見より、発症機序に関して考察した。症例1は77歳女性。seg3の完全閉塞で、血栓吸引のみで良好な血流と血管径が得られた。血管内超音波では血管内腔は広く保たれ、プラーク量も少ない所見であった。吸引血栓組織所見では、fibrin血栓と混合血栓、血小板血栓を認めた。症例2は78歳女性。seg3の完全閉塞で血栓吸引のみで再灌流され、血管内超音波では、プラーク量が少ない所見であった。吸引血栓組織所見では、器質化血栓が主体でその表面に血小板血栓も認めた。症例3は61歳女性。seg3の完全閉塞で血栓吸引のみで再灌流され、血管内超音波では、プラーク量が少なく、血栓吸引のみで良好に再灌流されたが、吸引された血栓の組織所見では、一般的な不安定プラークの破綻により形成される血栓と同じ構成成分を認め、冠動脈内局所において段階的に形成された血栓と考えられた。安定プラークの表面びらんに伴う血栓形成で発症した急性心筋梗塞と考えられた。血栓吸引のみで良好に再灌流された症例では、塞栓よりむしろ安定プラークの表面びらんに伴う血栓形成で発症する症例が多いと考えられた。

P-135

妊娠中に発症した単純ヘルペス脳炎の1例

前橋赤十字病院 神経内科

○水島 和幸、石川 大介、針谷 康夫

症例は発症時妊娠18週の25歳女性。主訴は頭痛、発熱、意識障害。現病歴では入院6日前より発熱、頭痛を自覚。徐々に症状は増悪し、夜間に当院救急外来を受診。当院内科に入院。翌朝、異常行動、幻覚が出現。意識疎通も困難となり当科紹介。体温は39.4度、明らかな皮疹はなし。神経学的所見では、意識レベルは開眼しているも、視線は合わず、従命も不可で、発語は痛い等の単語のみであった。脳神経領域、運動、感覚に明らかな異常はなく、項部硬直もみられなかった。検査所見ではWBC 13300と上昇、Na 130と低下。各種自己抗体は陰性で、血清のHSV抗体はIgM、Gとも陽性。髄液細胞数は119で単球優位。蛋白48と上昇、PCRにてHSV1型DNAが陽性と判明した。MRIでは拡散強調画像にて右海馬傍回、側頭葉内側に高信号を認めた。診察後たちにアシクロビル(ACV)を開始し、ステロイドパルスも併用した。翌日には解熱し、頭痛、意識障害は徐々に軽快したが、記憶障害は残存した。ACVは3週間投与し、第42病日に退院した。妊娠37週に自然分娩で2172gの女児を出産し、発育は順調である。妊娠中に発症した単純ヘルペス脳炎の過去の報告では、1986年のACV登場以降、20例の報告がみられ、18例は妊娠中期以降に発症し、うち11例は後期の発症となっている。これは、妊娠の時期での母体のホルモンや免疫寛容に関連した免疫機構の変化が病態に関与している可能性が考えられた。治療は19例でACVが投与され、母体で1例の死亡、胎児で2例の中絶の他は、母子とも良好な経過である。妊娠中のACVの使用において、先天奇形発生や流産増加は認められず、ステロイドも奇形全体の発生率の増加はないと考えられている。このことから、妊娠中であっても単純ヘルペス脳炎の治療にあたっては早期のACVの投与と状況によりステロイドの投与が必要と考えられた。

P-137

脳炎との鑑別を要した若年脳梗塞の一例

八戸赤十字病院 神経内科

○江渡 恒、伊藤 浩平、山形 宗久

【症例】46歳女性【主訴】眩暈、ふらつき、頭痛【経過】平成X年3月13日に眩暈感を自覚。26日から歩行障害、頭痛、呂律不きが出現したため近医受診、当日施行したMRIで異常信号を認め27日当科紹介、同日入院となった。構音障害、四肢失調、失調性歩行を認めた。頭部MRIでは橋、右小脳半球、左後頭葉に高信号域を認めた。髄液検査では軽度の蛋白増加を認めたが細胞数は正常であった。入院当初は脳炎の可能性を考慮しステロイドパルス療法を開始したが経過中のMRIで左後頭葉内側に新規病巣が出現した。鑑別のために施行した脳血流SPECT検査で病巣に一致して血流低下を認め、病巣の分布からは椎骨脳底動脈領域の脳梗塞と考えた。MRA、脳血管造影検査では右椎骨動脈の壁不整を認めたが有意狭窄や解離性、大動脈プラークなどの動脈原性機序を示唆する所見は認められなかった。またモニターやホルター心電図で発作性心房細動は認められず軽食道心エコーでは左心耳血栓や卵円孔閉塞、房室症は認められなかった。マイナーリスク因子は正常所見であった。脳梗塞に対し抗凝固療法、リハビリテーションを行い再燃なく経過、構音障害、失調に改善を認め5月2日退院となった。画像上塞栓性機序の可能性を考慮し当院循環器科に依頼して植込み型心電計留置を行う方針とした。【考察】塞栓源不明の脳梗塞では短時間モニタリングでは同定されない潜在性心房細動を有している可能性がある。潜在性心房細動は測定時間が伸ばすほど検出されやすいという報告があり本症例でも長期モニタリングで同定できる可能性がある。【結語】臨床経過と初診時検査から脳炎が疑われる症例であっても様々な検査を用いて脳梗塞など他疾患の鑑別に努めるべきである。また原因不明の脳梗塞症例では潜在性心房細動の可能性を念頭に置き長期経過観察する必要がある。

P-134

S病棟における経腸栄養確立の見直し

旭川赤十字病院 SCU

○清水 力也、小滝 一葉、川原 裕子、山田 弘美

【はじめに】S病棟の脳卒中発症後経腸栄養投与エネルギー量は、これまで1200Kcalを確立目標とすることが多く、患者に合った栄養管理であったか評価したことはなかった。

【目的】必要エネルギー量算出システムを作成し、医師と連携して経腸栄養確立を見直し、取り組み前後の比較から患者の低栄養予防につなげる。

【研究方法】期間と対象：前期群（取り組み前）平成27年4月～9月47名。後期群（取り組み後）平成28年8月～平成29年1月42名。方法：Harris-Benedict法で必要エネルギー量算出をプログラム化（以下エネルギープログラム）し、エネルギープログラム導入前後の必要エネルギー量と実際の投与エネルギー量差、及び入院時と栄養確立一週間後の血清総蛋白値（以下TP値）について検定を用いて比較した。（有意水準p<0.05）

【結果】必要エネルギー量と実際の投与エネルギー量差は、前期群平均-216Kcal、後期群平均-124Kcalであり、有意に改善がみられた。入院時と栄養確立1週間後TP値差は、前期群-0.96g/dlに対し後期群-0.76g/dlであり、有意差はなかった。

【考察】エネルギープログラム導入により、多職種カンファレンスで患者の必要エネルギー量に見合った栄養確立目標の検討に活かすことができ、エネルギー量の差は改善した。TP値の改善が認められなかった要因として、感染症等によるTP値の変動や、糖尿病等の合併症により必要エネルギー量相当を投与できない事例が影響したと考える。今後は、周手術期患者や心・腎不全合併患者も多いことから、栄養状態のみならず体重バランス指標としても体重測定評価が必要である。そのため血液データ及び体重測定により定期的にSGAを再評価し、低栄養が認められる場合には今後もNSTの介入を依頼し、客観的栄養評価のもと栄養状態改善に努めたい。

P-136

分娩時に頭痛と痙攣で発症した可逆性脳血管攣縮（収縮）症候群の1例

長浜赤十字病院 神経内科¹⁾、長浜赤十字病院 産婦人科²⁾、

長浜赤十字病院 看護部³⁾、長浜赤十字病院 脳神経外科⁴⁾

○平居 昭紀¹⁾、菅 智美²⁾、津田まゆみ³⁾、中島 正敬²⁾、北村 智章⁴⁾、樋口 一志⁴⁾、齊藤 晃⁴⁾

病歴：症例は29才女性。初産。妊娠初期に死んでしまうかと思うような激しい頭痛に悩まされていた。妊娠中の血圧、尿タンパクは正常。妊娠38週3日で陣痛発来。微弱陣痛のためオキシトシンを使用した。陣痛が弱くなるにつれて、頭痛が弱くなった。痛みが遠くなるくらいのがんがんとする頭痛で6時間経過後に意識消失し全身性の強直発作出現。約3分で痙攣は停止したが、覚醒レベル低下のため緊急帝王切開施行。出産後は、意識清明で神経局在所見は認めず。高血圧が持続した。4病日の脳波検査では、過呼吸負荷後にα波が認められた。5病日の頭部MRIでは右尾状核に小さな新鮮テラ脳梗塞と脳血管全体の狭小化、念珠状の広狭不整を認めた。経過：マグネソール投与と暗室管理。高血圧に対してニフェジピン25mgを、血管収縮に対してベラパミル40mgとバルプロ酸600mg、抑肝錠2.5gを内服。次第に血圧は下がり、ニフェジピンの使用量は減少した。画像では念珠状の血管収縮は持続していたが、症状が消失していたため19病日で退院。退院1月後のMRIでは血管の広狭不整は改善しており、2月後のMRIでは所見は消失していた。考察：可逆性脳血管攣縮（収縮）症候群は妊娠、分娩、産褥期に発症することが知られているが、病態の詳細は解明されていない。MRIを撮影すれば脳血管の収縮を知ることができるが、分娩終了までは容易ではない。可逆性であるが、経時的に求心性に血管収縮が進行する場合があり、また、脳梗塞や脳出血、くも膜下出血を合併すると予後が不良であることがためた注意を要する。有効性が証明されている薬物はなく、妊娠中に投与できる薬物も限られているため、今回の治療経験を報告する。

P-138

心外術後に前立腺腫瘍に伴う敗血症でICU管理となった一例

京都第一赤十字病院 麻酔科

○平山 敬浩、松山 広樹、徳平 夏子、黄瀬ひろみ、木下 真央、池上 有美、藤田 太輔、三間 智恵、荻野 壮輔、青山 典子、申本 洗輔、阪口 雅洋

前立腺腫瘍は、比較的稀な感染症である、今回我々は前立腺腫瘍を呈し敗血症となりICU管理を要した症例を経験したので報告する。【症例】74歳男性、胸部大動脈瘤に対し、全弓部人工血管置換術を施行後ICU入室となった。術後7日目に全身状態安定し退出となったが、術後9日目に、発熱を伴う全身状態増悪認め、敗血症性ショック疑いICU再入室となった。血液培養からグラム陰性桿菌が検出されたが、感染源不明にてCTを実施するも特定に至らなかった。その後循環動態が不安定にて輸液負荷、ノルアドレナリンの投与開始し、呼吸はネーザルハイフローでの管理を要した。またICU退室後に尿道バルーン抜去後閉塞となり、監視培養の尿から緑膿菌が検出されたことから、腎盂腎炎に伴う敗血症が疑われ、MEPM開始となった。術後15日目にICU退室となり、抗菌薬はMEPMからLVFXに変更となった。同日フォローのCTにて前立腺腫瘍を認め、翌日前立腺穿刺を施行し、穿刺液からも緑膿菌が検出された。LVFX投与を継続し、その後のCTおよび経直腸前立腺エコーにて腫瘍所見の改善を認めた。人工血管術後で感染の高リスクとなるため、術後半年間抗菌薬継続の方針となり感染の再燃なく経過している。【考察】前立腺腫瘍は、適切な治療を行わなければ死亡率は高いと言われていた。危険因子は、糖尿病、HIV感染などの易感状態また誘因として尿道カテーテル挿入等が挙げられる。治療方法は、抗菌薬投与で治療しない場合、経尿道的前立腺切除術やドレナージを追加する。今回我々は、稀な感染源にも関わらず早期の治療介入により完解が得られた一例を経験したことから、さらに文献的考察を加えて報告する。