

# 精神症状を主訴に初診した甲状腺クリーゼの1例

朝比奈 彩 村上 雅子

静岡赤十字病院 内分泌科

**要旨：**症例は28才女性。3、4年前より引きこもり状態であった。「周囲より監視されている。盗聴されている。」などの訴えがあった。家の中をストーカーがついてくると言って歩き回り、その後倒れこんだため、救急外来受診した。不隠状態、興奮状態で診察が困難であった。臨床症状より甲状腺クリーゼと診断し入院加療となった。頻脈、発熱、眼球突出など、臨床症状から甲状腺クリーゼと診断しプロプラノロール点滴静注、ルゴール内服を開始した。翌日精神症状は落ち着き、チアマゾール20mg、プロプラノロール60mg内服開始した。幻臭・幻視・幻覚が認められたため、精神科受診し甲状腺機能亢進によるものと考えられた。精神症状も含めて全身状態の軽快を認めたため、入院第16日目退院となった。

**Key word：**甲状腺クリーゼ、甲状腺クリーゼの診断、精神症状

## I. はじめに

甲状腺中毒症が極端に増悪し生命の危機をきたした状態をクリーゼという。基礎疾患としてはBasedow病が圧倒的に多いが、Plummer病、亜急性甲状腺炎、TSH産生下垂体腫瘍などでも起こりうる。<sup>1,2)</sup> 今回著明な精神症状を呈して初診に至った甲状腺クリーゼの一例を経験したので報告する。

## II. 症 例

主訴：意識障害

現病歴：3、4年前より引きこもり状態であった。1ヶ月前より「周囲より監視されている。盗聴されている。」などの訴えが出現した。ストーカーがついてくると言って歩き回り、その後倒れこんだため、救急外来受診した。不隠状態、興奮状態で診察が困難であった。著明な眼球突出など臨床症状より甲状腺クリーゼと診断し入院加療となった。

既往歴：特記事項なし

家族歴：甲状腺疾患なし

入院時現症：E4V3M6、身長154cm、体重43kg、BMI21.1kg/m<sup>2</sup>、血圧130/85mmHg、脈拍160/min 整、体温39.3℃、皮膚：湿潤・発汗著明、眼球結膜充血、眼球運動障害(-)、眼球突出(+)(図1)、頸部リンパ節腫脹なし・圧痛なし、甲状腺：甲状腺腫I°、表面平滑弾性軟、心音：頻



図1 顔貌・前頸部所見

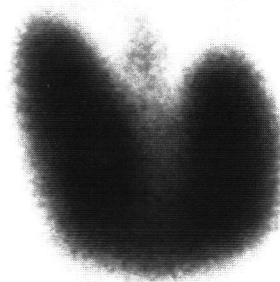


図2 甲状腺シンチグラム(99mTc)  
びまん性にuptakeの上昇 Total:12.93%

表 1 入院時血液検査成績

WBC	12440 / $\mu$ l	GOT	50 IU/L	T·Cho	86 mg/dl
Hb	12.6 g/dl	GPT	48 IU/L	TG	56 mg/dl
PLT	24.0 万/ $\mu$ l	LDH	243 IU/L	LDL·C	37 mg/dl
TP	7.0 g/dl	ALP	296 IU/L	CK	37 IU/L
ALB	4.4 g/dl	LAP	71 IU/L	Na	144.5 mEq/L
TB	0.7 mg/dl	$\gamma$ -GTP	16 IU/L	K	3.7 mEq/L
		ChE	316 IU/L	Cl	108.1 mEq/L
		BUN	18.5 mg/dl	Ca	9.7 mg/dl
		Cr	0.38 mg/dl	IP	4.5 mg/dl
血液培養陰性				BS	81 mg/dl
				CRP	<0.23mg/dl

表 2 入院時甲状腺ホルモン検査

TSH	0.01 $\mu$ U/ml以下
FT4	7.77ng/dl以上
FT3	26.87 pg/ml
TSAb	1340%
サイロク <sup>®</sup> ロブ <sup>®</sup> リン	333.6 ng/ml
抗サイロク <sup>®</sup> ロブ <sup>®</sup> リン抗体	0.3以下
抗TPO抗体	0.3以下

脈, 肺音: 清, 腹部: 平坦・軟, 下肢: 浮腫なし  
 主要検査所見: 表 1・2, 図 2 参照

入院後経過: 甲状腺機能の検査結果を待たず, 臨床症状から甲状腺クリーゼと診断し, プロプラノロール点滴静注, 無機ヨード内服を開始した。入院第 2 日目, 精神状態はやや軽快し, チアマゾール 20 mg, プロプラノロール 60 mg 内服開始した。  
 幻臭・幻視が見られたため, 精神科よりエスタゾラム 2 mg, ハロペリドール 0.75 mg 内服開始した。  
 入院第 9 日目 TSH 0.01  $\mu$  U/ml 以下, FT 4 2.21 ng/dl, FT 3 4.87 pg/ml と甲状腺機能の改善がみられた。現在メルカゾールによる副作用は認められていない。精神症状も含めて全身状態の軽快を認めたため, 入院第 16 日目退院となった。

### III. 考 察

甲状腺クリーゼとは甲状腺中毒症の劇症型で, 生命の危機にさらされた状態である。現在は稀になったが, 発症すると今でも致死率が高い<sup>3-6)</sup>。誘因は, 甲状腺疾患由来のものとして, 抗甲状腺薬の中止, 不規則な服薬, Basedow 病・Plummer 病に対する

131-I 内服療法, 甲状腺切除術, 頸部圧迫などがある。甲状腺疾患以外の誘因として, 感染症・炎症性疾患, 外傷, 出産, 心不全, 精神的ストレス, 肺梗塞, 急性の内因性疾患(糖尿病性ケトアシドーシス, 低血糖, 脳血障害, 脳梗塞など)がある<sup>2,3,5,6)</sup>。Nelson らの報告(1969 年)では 2329 人中 21 人(0.9%)に甲状腺中毒性クリーゼが認められたとの報告もあるが<sup>7)</sup>, 未だに甲状腺クリーゼの診断基準に関しては一致したものが無い<sup>1)</sup> ために, その発症頻度は不明である。また, 精神症状を主訴とするクリーゼがどの程度の頻度なのか詳細な報告はない。しかし, 各症状, 所見を点数化して, その合計で甲状腺機能クリーゼを診断することも試みられている<sup>3,5)</sup>。この症例では合計 65 点であった。

表 3 甲状腺クリーゼの診断基準

・体温調節障害		・循環器症状	
37.2~37.7°C	5	頻脈 90~109	5
37.8~38.2°C	10	110~119	10
38.3~38.8°C	15	120~129	15
38.9~39.3°C	20	130~139	20
39.4~39.9°C	25	140以上	25
>40°C	30	心不全 なし	0
・中枢神経症状		軽度(下腿浮腫)	5
なし	0	中等度(湿性ラ音)	10
軽度	10	高度(肺水腫)	15
中等度	20	心房細動 なし	0
(譫妄, 症候性精神病, 嗜眠)		あり	10
高度(痙攣, 昏睡)30		・誘因の存在	
・消化器・肝機能障害		なし	0
なし	0	あり	10
中等度	10		
(下痢, 悪心, 嘔吐, 腰痛)			
高度	20		
(原因不明の黄疸)			

評価: 61点以上強く疑う  
 45-60点確からしい  
 25-44点切迫症状疑う  
 24点以下可能性低い  
 各症状, 所見を点数化して, その合計で甲状腺機能クリーゼを診断することも試みられている。

治療は, まず甲状腺ホルモンの合成を抑制するため, 抗甲状腺剤(MMI または PTU)の投与を行う。メルカゾールには静脈注射用製剤もある。すでに甲状腺内に存在する甲状腺ホルモンの放出を抑制するために, 無機ヨード剤の大量経口投与(100~

200mg/日)を併用する。この際、まず抗甲状腺剤の投与を先行し、約1時間後に無機ヨードを投与する。これは無機ヨードを抗甲状腺剤に先立って投与すると甲状腺内のホルモン貯蔵量が増加して症状が悪化する可能性があるため、ヨード過敏症がある場合には炭酸リチウム300mgを6時間おきに投与してもよい。ホルモンのコントロールとあわせて全身管理をおこなう必要があり、高熱があればアルコール塗布などによる対外冷却および解熱剤の投与を行う。この際、サリチル酸製剤は血中複合型甲状腺ホルモンを遊離させる作用があるため使用せず、アセトアミノフェンを第一選択とする。頻脈のコントロールにはβブロッカー(プロプラノロール)を用いる。βブロッカーには心筋収縮抑制作用があり、心不全合併症例では心機能の急速な低下や心停止をきたす場合があるため、ECGモニター下に細心の注意をはらって少量より投与する。甲状腺クリーゼでは生体は極度のストレスにさらされていると同時に、ステロイドホルモン代謝が更新し、相対的副腎不全状態にあると考えられるため、副腎皮質ステロイド剤の投与もあわせて行う。ハイドロコルチゾン100mg/回、8時間おき、あるいはデキサメタゾン8mgの静注を行う。副腎皮質ステロイド剤を投与することにより、末梢組織におけるT4からT3への転換の抑制も期待できる。

#### IV. 結 語

精神症状を主訴に初診した甲状腺クリーゼの1例

を経験した。本症例では甲状腺腫大は著明でなく、眼球突出と幻覚などの精神症状が高度であった。精神症状を主訴とするクリーゼがどの程度の頻度なのか詳細な報告はない。

#### 参 考 文 献

- 1) 福田いずみ. 【臨床に役立つ内分泌診療マニュアル2006】内分泌クリーゼの治療. ホルモンと臨 2006; 54(春季増刊): 300-7.
- 2) 深田修司. 【内分泌症候群 その他の内分泌疾患を含めて】甲状腺 甲状腺機能亢進症 甲状腺中毒性クリーゼ. 日臨 2006; 別冊内分泌症候群: 243-6.
- 3) Sarlis NJ, Gourgiotis L. Thyroid Emergencies. Rev Endocr Metab Disord 2003; 4(3): 129-36.
- 4) Alsanea O, Clark OH. Treatment of Graves' disease: the advantages of surgery. Endocrinol Metab Clin North Am 2000; 29(2): 321-7.
- 5) Burch HB, Wartofsky L. Life-threatening thyrotoxicosis. Thyroid storm. Endocrinol Metab Clin North Am 1993; 22(2): 263-77.
- 6) Gavin LA. Thyroid crises. Med Clin North Am 1991; 75(1): 179-93.
- 7) Nelson NC, Backer WF. Thyroid crisis: Diagnosis and treatment. Ann Surg 1969; 170(2): 263-73.

# A case of the Thyrotoxicosis Diagnosed from Mental Disorder

Aya Asahina, Masako Murakami

Department of Endocrinology, Shizuoka Red Cross Hospital

**Abstract :** A case is 28 years old woman. She had been withdrawal for three to four years. She said, "I am watched from circumference. I am listened in on. A stoker came in my house." and walked about, and she fell down afterwards. So she had a checkup with a first aid outpatient. She was in a state of excitement and conscious disorder, and she had difficulty in consulting a medical examination. She was diagnosed as a thyrotoxic crisis by clinical symptoms such as tachycardia, fever, exophthalmus and started treatment with propranolol intravenous drip, lugol internal use. Her mental illness calmed down on the next day, and she started thiamazole 20 mg, internal use of propranolol 60 mg. An illusion smell, visual hallucination and a hallucination still appeared, so she had a checkup in psychiatry, and it was thought that these symptoms were caused by hyperthyroidism. It was recognized the lightness of a state of a whole body and mental illness, and she became a discharge by the 16th day hospitalization.

**Key word :** Thyrotoxicosis, predictive clinical for thyroid storm



連絡先：朝比奈 彩；静岡赤十字病院 内分泌科

〒420-0853 静岡市葵区追手町 8-2 TEL (054) 254-4311