

P-8-5

粉瘤から発生した臀部巨大有棘細胞癌

富山赤十字病院 皮膚科¹⁾、富山赤十字病院 外科²⁾、
富山赤十字病院 病理診断科³⁾

○東 晃¹⁾、牧野 智¹⁾、竹原 郎²⁾、佐々木正寿²⁾、
前田 宜延³⁾

66歳男性。全身の浮腫のため救急搬送。左臀部に成人の頭大の腫瘍あり。腫瘍の大半は膿苔を付着する径18cmの潰瘍肉芽面の一部が深く陥凹し、頭側の囊腫に連続していた。両側鼠径リンパ節は鶏卵大に腫脹。Mohs処置にて浸出液コントロール後、一部大腎筋を含め全切除、リンパ節郭清術施行。欠損部位は陰圧閉鎖療法にて肉芽増生後、分層植皮にて閉鎖した。組織検査では健康な囊腫壁から連続して異型扁平上皮の増殖を認めた。

P-8-7

脳神経症状を主訴に搬送されたStanford A型大動脈解離の2例

旭川赤十字病院 麻酔科

○小北 篤史、小林 巖、橋詰 勇祐

【はじめに】脳梗塞の背景に循環器疾患が合併する事はよく知られている。今回脳神経症状を主訴に搬送され、脳梗塞の診断後にStanford A型大動脈解離が発見された2例を経験したので報告する。【症例1】80代女性。突然の脱力感を主訴に搬送された。搬送時は神経学的所見を含め異常は無かったが、MRIで急性期梗塞およびMRAで右総頸動脈の描出不良を認めた。その後背部痛を訴え、D-dimer 20 μ g/mlと上昇していたため大血管精査目的に造影CT試行した所、Stanford A型大動脈解離を認めた。各科医師と御家族で協議し、保存加療となったが入院3日目に死亡退院となった。【症例2】80代女性。右上肢麻痺を主訴に搬送された。元々意識清明だったが、搬送時GCS E3V3M4であった。MRIで散在性に脳梗塞がありMRAは血管蛇行著しく評価困難であった。急性期脳梗塞と診断され、D-dimer 46 μ g/mlと上昇していたため同日に循環器内科へ紹介予定だったが病棟で心肺停止となり死亡退院となった。心肺蘇生時の心エコーで大動脈解離を疑う所見があり、死亡時画像診断でStanford A型大動脈解離を認めた。【考察】大動脈解離では背部痛は重要な症状であるが、意識障害を伴うことが困難になる。心臓や頸動脈のエコーは低侵襲に行えるが、解離の範囲によっては診断が困難な事もある。Suzukiらの報告ではD-dimer 500 μ g/mlをカットオフ値として除外が可能としているが、この2症例には当てはまらない。このように単一の指標で大動脈解離を強く疑うことは難しい。【結語】脳梗塞の背景にある大動脈解離の早期発見にあっては、その可能性を念頭に置いて診察に臨む事が重要である。

P-8-9

65歳未満でもの忘れ外来を受診した健常認知機能者のストレス及び不眠の検討

古河赤十字病院 認知症疾患医療部¹⁾、古河赤十字病院 脳神経外科²⁾

○増田 悠斗¹⁾、山中 恵理¹⁾、坂田 文吾¹⁾、元井 陸夫¹⁾、
塚田せき子¹⁾、小久保壮子¹⁾、山田 武¹⁾

【目的】当院もの忘れ外来においては、2012年から2018年までに受診した65歳未満のいわゆる若年者のうち、約4割が認知機能が健常と診断されている。そこで本研究では、65歳未満の認知機能が健常である人が、どのような背景からのもの忘れ外来を受診するのかを理解する一助として、受診者のストレス及び不眠の訴えに着目し、受診の結果健常認知機能と診断された人と認知症と診断された人との間で、これらの訴えが生起する割合に差異があるかどうかについて検討を行った。【方法】2012年1月から2018年12月までに当院もの忘れ外来を初めて受診し、かつ受診時に65歳未満であった人を対象とした。対象者のうち、いわゆる四大認知症又は混合型認知症と診断された32名を認知症群(平均年齢59.3 \pm 4.3歳)、認知機能は健常と診断された71名を健常認知機能群(平均年齢54.1 \pm 10.0歳)とした。それぞれの群におけるストレス及び不眠の訴えの有無についてクロス集計表を作成し、カイ二乗検定を行った。【結果】健常認知機能群におけるストレス及び不眠の訴えの出現頻度と認知症群における出現頻度との間に有意な差があるかどうかを検討するために、Pearsonのカイ二乗検定を行った。その結果、ストレスの訴え($\chi^2(1) = 11.2, p < .01$)及び不眠の訴え($\chi^2(1) = 6.7, p < .01$)において、ともに群間に有意な差が認められ、健常認知機能群においては、認知症群と比較して、ストレスの訴え及び不眠の訴えを生じる人が多いことが示された。【結論】若年のもの忘れ外来受診者のなかには、健常な認知機能であるにもかかわらず、高いストレスや不眠が背景にある不注意なミスやもの忘れがきっかけとなって受診に至る人が一定数存在していると考えられる。

P-8-6

当院ICUに緊急入室となった症例におけるRRS起動基準への該当状況の検証

広島赤十字・原爆病院 看護部

○畑中 智子、神垣 町枝

【はじめに】近年院内急変対応システム：Rapid Response System(以下RRSと記す)の体制作りに取り組み病院も増えてきており導入による効果が検証されてきている。先行研究では、心肺停止に陥った150人中99人は、心停止に陥る直前から6時間以内にカルテに何らかの異常所見が記載されていたと報告されている。当院ICUへの緊急入室の際にも、もう少し早く対応を開始できていたのではないかと感じる症例が多々あった。そこで、当院ICUに緊急入室となった症例においてRRS起動基準に該当する状況が入室前に起きていたのかを検証し今後必要な取り組みについて示唆を得たいと考えた。【対象】一般病棟より緊急入室となった患者185名。【方法】入室直前～10時間前のRRS起動基準に該当するデータの有無を検査。【結果】指標：SpO2が最も多く、続いて何らかの変化、血圧、脈拍であった。時間帯：入室～1時間前が最も多く、続いて2時間前、3時間前であった。この結果は何らかの変化を除く項目別でも同じ結果であった。何らかの変化の項目には10時間前に最も多く該当していた。最初に該当するデータとして記録されていた項目：10時間前 何らかの変化、6～9時間前 SpO2、5時間前 何らかの変化、4時間前 SpO2、2～3時間前 何らかの変化、1時間前 SpO2が最も多かった。【考察】RRS起動基準に該当した指標としてSpO2が最も多かった結果から、呼吸状態に変化が起こった症例が多いことが分かった。しかしながら、呼吸回数が記載されていない症例が多く起動基準の呼吸回数への該当件数は少ない結果となっている。調査結果よりICU入室を必要とする状態になる前にRRS起動基準に該当するデータがあることがわかった。

P-8-8

鉄欠乏性貧血に合併した脳静脈・静脈洞血栓症の4例

横浜市立みなと赤十字病院 初期研修医

○大橋美華子、堅月 順也、高瀬 香奈、長尾 景亮、石川 幸輔、
竹本 安範、持松 泰彦

脳静脈・静脈洞血栓症(cerebral venous and sinus thrombosis; CVST)は脳血管疾患の約0.5%と稀な疾患であり、危険因子として感染症、外傷、プロテインCやプロテインSの欠乏、悪性腫瘍、炎症性疾患、経口避妊薬服用、妊娠、産褥などが知られている。鉄欠乏性貧血もCVSTのリスクとして報告されているが、認知度はそれほど高くはないと思われる。今回我々は、鉄欠乏性貧血を背景としてCVSTを発症した成人4症例を経験した。【症例1】意識障害で発症。CTで左側頭葉の脳内出血を認め、開頭血腫除去術及び減圧術を施行。術後の造影CTで左S状～横静脈洞の内部造影欠損像を認め、CVSTと確定診断。貧血の原因は多発性子宮筋腫と判明。【症例2】意識障害で発症。CTで左頭頂後頭葉に広範な脳出血を認め、開頭血腫除去を施行。左横静脈洞に造影欠損を認めCVSTが疑われ、造影MRIで確定診断。貧血の原因は不明だが、抗凝固療法及び鉄剤内服で血栓の消失を確認。【症例3】痙攣で発症。CTで両側前頭葉に低吸収域を確認。血小板数130万/ μ Lと異常高値であり、血液悪性疾患に合併した脳梗塞を疑い単純MRIを撮像。上矢状静脈洞のCVSTと確定診断。潰瘍性大腸炎の治療を自己中断しており、貧血の原因と判明。抗凝固療法、潰瘍性大腸炎治療、鉄剤内服で血栓の消失、血液悪性疾患は否定。【症例4】意識消失で発症。CTで右前頭葉に微小出血を伴う低吸収域を認め、脳腫瘍が疑われた。発症20日後のCTで低吸収域の縮小を認めたことから脳腫瘍以外の可能性が示唆され、脳血管造影で右high frontal parasagittal cortical veinのCVSTと確定診断。貧血の原因は不明。いずれの症例もHb 5～6gの著明な鉄欠乏性貧血を認め、CVSTの一因と考えられた。貧血を合併した脳出血や脳梗塞では、CVSTも念頭に置いて精査を行う必要があると考える。

P-8-10

神経ペーチェット加療中にくも膜下出血にて発症したpial AVFの1例

松山赤十字病院 脳神経外科

○渡邊 陽祐、武智 昭彦、梶原 佳則、三好 浩之

＜はじめに＞神経ペーチェットは中枢神経症状を主たる症状とするペーチェット病の特殊病型である。各種脳神経症状や運動麻痺など様々な症状を呈することが知られているが、出血性脳卒中の合併は非常に稀とされている。今回神経ペーチェット加療中にくも膜下出血をきたし、精査にてpial AVFを認めた症例を経験したことで文献的考察を加えて報告する。＜症例＞38歳男性。当院リウマチ科で神経ペーチェットと診断され、プレドニゾン及びメトトレキサート投与にて外来加療中であった。朝起床時、突然の頭痛と嘔気を感じて当院救急受診した。来院時意識清明で(WFNS G1)、CTにて後頭蓋窩右側を中心としたくも膜下出血を認めた。DSAでは、右PICAから分岐するAV shuntが描出され、原因病巣と判断した。まずは保存的加療を行い、症状悪化なく経過し、DSA再検(Day9)にてAV shuntは1.5mm大の瘤状の拡張を認めた。Day16に外側後頭下開頭にて手術を行った。右PICAより分岐する1本のfeederが流入し、小脳脳表の静脈に数本のdrainerにて流出する瘤状に拡張した病変を認め、病変を摘出した。術後経過は良好で、無症状で退院、現在経過観察中である。