

06-44

ギラン・バレー症候群との鑑別を要したドクササコ中毒の1例

長岡赤十字病院 神経内科¹⁾、小千谷総合病院 神経内科²⁾

○遠藤 由香¹⁾、梅田 能生¹⁾、梅田 麻衣子¹⁾、笠原 壮¹⁾、今野 卓哉¹⁾、小宅 陸郎¹⁾、登木口 進²⁾、藤田 信也¹⁾

【症例】77歳、男性

【主訴】手足のしびれ感、灼熱感

【現病歴】上気道感染症状の3日後に手足のしびれ感を自覚した。翌日に症状が悪化し、某病院に緊急入院となった。手足のしびれ感に加え灼熱感が強く、徒手筋力テストで2レベルの四肢筋力低下も指摘され、ギラン・バレー症候群 (GBS) が疑われて当院に転院した。痛みが強く、筋力低下は正確な評価ができていなかったが、手足の拳上は可能だった。手足に発赤はなかったが、詳しく問診したところ、発症数日前から自宅周辺で採取した大量の「ナラタケ」を食べていたことがわかり、そのキノコを鑑定してドクササコ中毒と診断した。

【経過】痛みとしびれ感に対して、クーリングとメキシレチンやブレガバリンなどで治療した。入院時より軽度の意識障害を認めたが、次第に手足のしびれ感と痛みは消退した。しかしながら廃用性の筋力低下が残存し、40日後に車いす転院となった。

【考察】先行感染があり、手足の激しい痛みのために筋力低下が十分に評価できず、当初 GBS が疑われたドクササコ中毒の症例である。ドクササコ中毒では、肢端紅痛症を呈するが多いとされるが、本症例では手足の発赤はなく、問診が診断の決め手となった。ドクササコはナラタケと酷似しているため、誤って摂食することがある。本症例では、前年も同じ場所のドクササコを摂食していて、ナラタケと確信していた。ドクササコ中毒では、痛みで動けないため廃用症候群や肺塞栓症などを起こすこともあり、リハビリが重要と考えられた。本症例で認められた軽度の意識障害はドクササコ中毒の症状の可能性もあり、今後の検討が必要である。

06-45

疼痛で発症し、閉じ込め症候群に至った劇症のギラン・バレー症候群の一例

長浜赤十字病院 神経内科

○辻本 健児、平居 昭紀

【症例】29歳、男性

【主訴】上下肢の痺れ、筋力低下

【現病歴】X年4月12日、両上肢と下腿のしびれ、歩行時の違和感で初診。その後、腹部に続いて背部の痛みが出現した。次第に疼痛が増悪したため同日の夜間救急を受診し、NSAID やペンタゾシンを試みたが効果は乏しかった。翌朝には手足の痺れと脱力が進行性に増悪、しゃべるのが難しくなった。

【既往歴】同年3月5日に発熱と上気道症状。

【身体所見】意識清明。構音障害、嚥下障害。上肢は右遠位優位の筋力低下で、遠位 MMT3 + 近位 MMT4 +。下肢は左右差のない遠位優位の筋力低下で遠位 MMT4 - 近位 MMT5 -。手袋靴下型の表在感覚鈍麻と錯知覚あり。腱反射消失。手掌と足底発汗過多。

【経過】感覚と運動障害が遠位から進行性に増悪したことからギラン・バレー症候群と診断し、γグロブリン大量療法を開始した。第3病日には呼吸筋麻痺が進み人工呼吸管理となった。脳神経麻痺も次第に進行し、第7病日には完全な運動麻痺が完成、閉じ込め症候群となった。第11病日には眼球は固定し、顎関節の開口と左右の動きのみが残る重症状態となった。ステロイドパルス療法と、γグロブリン大量療法2クール目を施行した。第38病日に眼球の内引きが回復し、ようやく回復過程に入った。第132病日に人工呼吸器を離脱できた。第135病日から嚥下食を開始できた。回復期リハビリテーション病棟で1年間のリハビリテーションの後に、座位保持とスプーンでの自力摂食の能力を獲得した。

【結語】本症にγグロブリン大量療法を施行するようになって以後、閉じ込め症候群に至った症例の既報告は極めて少なく、最重症例における治療経過と予後について記録に残す必要があると考えられた。

06-46

徳島赤十字病院における小児救急医療体制の現状

徳島赤十字病院 小児科

○中津 忠則、近藤 朝美、阿部 容子、七條 光市、谷口 多嘉子、高橋 昭良、渡邊 力

当院小児科は平成14年4月に小児救急医療拠点病院に指定された。その時から小児科医を4名から7名に増員し、当直制ではなく2交代制による24時間小児救急医療体制を確立した。小児科医は平日・休日昼間は3名、夜間は1名と午後9時30分までの居残り1名で対応した。当院体制の特徴は「一次から三次まですべての小児救急患者に対応する。小児の入院ベットを24時間、365日確保する。検査部、放射線部、薬剤部も24時間体制で対応する。すべての診療科が小児救急の診療要請に24時間応じていただける。担当小児科医で対応困難時は迅速に増員出来る。」というものである。初年度の時間外受診患者数は9,231名であり前年度の約3.8倍になった。その後患者数は毎年約3,000人増のペースで多くなり、5年後の平成18年後には年間時間外患者数が20,181名となった。平成19年度も20,135名と同様の数となった。そこで救急外来を受診する軽症患者増加に歯止めをかけ、実際に救急医療を必要とする患者に十分な対応を行うことを目的に、平成20年4月より時間外選定療養費として、保険診療の自己負担金とは別に3,150円の自己負担金徴収を全国に先駆けて開始した。すると受診患者数は平成20年度に9,045名となり前年度の45%と大きく減少した。しかし時間外入院患者数は前年度の104%と少し増加し、入院が必要な重症者の受診抑制にはならなかった。その後の受診患者数はピーク時の35~51%で推移している。一方、時間外選定療養費の徴収は病院にとって収入減となる問題点もある。現在の医療保険制度では時間外選定療養費による自己負担金徴収者からは、時間外加算、休日加算、深夜加算が出来なくなり、さらに受診患者数の減少による収入減とあいまって病院の時間外診療収入を減少させることになる。

06-47

熊本赤十字病院における小児救急医療体制の構築

熊本赤十字病院 小児科

○平井 克樹、蔵田 洋文、永田 裕子、高木 祐吾、武藤 雄一郎、小松 なぎさ、西原 卓宏、古瀬 昭夫、西原 重剛、右田 昌宏

小児救急医療体制の維持および改善は全国共通の課題である。当院小児科は約40年間、病める小児のために救急医療を継続しているが、その間、様々な創意工夫を重ねて現在の医療体制に至っている。今回は、現在の体制構築までの創意工夫を提示したい。平成10年度に現在の病院に移転。当時、小児科医は5人であり、成人症例が主体の内科系当直を月数回行う傍らで、小児が受診した際には、オンコール対応を行う体制であった。平成13年度に24時間体制の小児救急医療体制を目指し、小児科医を7人に増員。救急外来受診した小児患者を小児科医が診る体制を開始。各科および病院全体との話し合いにより、平日当直は17時~24時まで小児科医が診察を行い、その後0時~8時30分までは、内科系当直医が小児患者の初診を請け負い、診断困難例や重症例に対して、小児科医は院内待機するという体制とした。また同時期から、新生児患者や小児重症患者に対するICU管理も開始。平成18年度には小児科医を10人に増員。この時点で小児の13次救急医療を一施設で行う体制の基礎が構築された。しかし患者数増加(救急外来患者約2万人)、患者層の増加(新生児約100人、ICU管理約50人)に伴う小児科医師の疲弊は著しかった。平成19年度より、開業医参加による休日の小児救急医療支援が開始され、この頃より他院勤務医による支援の充実もみられた。平成24年度よりこども医療センターおよびPICUを開設し、PICU当直と1次救急外来当直の2つの当直を小児科医18人でまかなっている。小児救急医療体制構築には、大学小児科、関連病院、院内各セクションとの密な連携が最重要であった。

一般演題
10月17日(金)
(口演)