

第 24 回 未病・エニグマ症例検討会

総合診療医のための

参加者と考える謎ときの 4 症例

日時：平成 27 年 9 月 11 日（金） 19:00 より
場所：大手町サンケイプラザ 3 階 311 号室

【プログラム】

座長：寺野 隆 千葉市立青葉病院 副院長
長谷川 修 横浜市大附属市民総合医療センター
総合診療科 教授

1) 「両手のしびれにて救急来院した 44 歳女性」

国立国際医療研究センター国府台病院 総合内科 小林 正敬

2) 「左下腹部に痛みを感じる 67 歳男性」

日本医科大学多摩永山病院 内科 松崎 弦

3) 「弛張熱と皮疹で受診した 37 歳女性」

千葉市立青葉病院 総合内科 丸田 享

4) 「静止時振戦、ふらつきを主訴とした 73 歳女性」

厚生中央病院 神経内科(総合内科) 部長 北川 尚之

共 催：一般財団法人博慈会記念総合病院附属 老人病研究所
東和薬品株式会社

後 援：NPO 法人 ジェネリック医薬品協議会

<症例1> 「両手のしびれにて救急来院した44歳女性」

国立国際医療研究センター国府台病院 総合内科 小林 正敬

【症例】 両手のしびれにて救急来院した44歳女性

【現症】 呼吸苦と両手の痺れを主訴に救急外来を受診。体温38.8℃、SpO₂ 98%、呼吸数33回/分とバイタルサインの異常を認め血液ガスにて過換気症候群と診断した。採血上、WBC 11500/ μ lと軽度上昇認めるも、CRP 0.15mg/dlと正常範囲内であり、尿検査所見でも膿尿を認めなかった。熱源不明であったため血液培養2セットを採取し、症状改善したため解熱鎮痛剤を処方し帰宅となった。この後の展開はどのようなであろうか。この処置で良かっただろうか？

<症例2> 「左下腹部に痛みを感じる67歳男性」

日本医科大学多摩永山病院 内科 松崎 弦

【症例】 67歳、男性 【主訴】 左下腹部痛

【現病歴】 2015年1月左下腹部痛を主訴に他院に受診された。同院のCTで、腹部大動脈と左総腸骨動脈の拡大を認め、精査加療目的で当院に紹介受診となった。来院時、意識清明、血圧 127/80 mmHg、脈拍数 74/分・整、体温 36.7℃、左下腹部に圧痛を認めた。血液検査では、白血球 5900/ μ l、CRP 4.15 mg/dl と軽度炎症を認めた。造影CTでは腹部大動脈、左総腸骨動脈、左内外腸骨動脈分岐部から内腸骨動脈及び右総腸骨動脈の壁肥厚や周囲に軟部陰影を認めた。血液培養、血清 IgG4 は共に陰性であった。ガリウムシンチグラム及びFDG-PET/CTでは同病変部位に異常集積を認めた。MRIでは大動脈瘤はなく、大動脈周囲軟部陰影はT1強調像で低信号、T2強調像で筋線維に対し高信号、拡散強調画像で著明な高信号を認めた。

<症例 3> 「弛張熱と皮疹で受診した 37 歳女性」

千葉市立青葉病院 総合内科 丸田 享

【症例】37 歳、女性。【主訴】発熱、皮疹。【既往歴】なし。【職業】研究者。勤務内容は主に実験動物（マウス）を扱う。

【現病歴】35 歳で気管支喘息の診断、他院外来通院中の患者。2015 年 3 月 23 日頃から右上腕に発赤、硬結、圧痛を伴う紅斑を自覚し近医皮膚科受診、フロモックス®、ゲンタシン軟膏®を処方された。3 月 30 日改善なく前医再診、発熱なく、WBC4700/ μ l、CRP0.6mg/dl であったが、皮膚溶連菌感染症の診断でアモリン®開始された。3 月 31 日から午後になると 38~40 度の発熱を連日認め、悪寒や頭痛、四肢大関節痛を伴うようになった。4 月 4 日両下肢に小紅斑の散在するようになり、その後も発熱、頭痛、関節痛は改善せず、右上腕と下肢の皮下結節も変化はないため 4 月 6 日に精査目的に当院皮膚科、内科へ紹介、精査・加療目的に入院となった。入院時、BT37.8、BP112/65mmHg、HR136/min、Spo2 98% (room air)、右上腕に 4.5cm×4.5cm 大で発赤硬結を伴う無痛性の皮下結節あり、両下肢に 1cm 大で圧痛を伴い浸潤を触れる淡紅色紅斑が多発していた。診断は何が考えられるであろうか。

<症例 4> 「静止時振戦、ふらつきを主訴とした 73 歳女性」

厚生中央病院 神経内科(総合内科) 部長 北川 尚之

症例は 73 歳女性。2 年前に上肢の動作時振戦のため当科を受診した。当時は本態性振戦と診断し β ブロッカーを投与したが効果はなかった。またこの時点ですでに頭部 CT で、側脳室の拡張と深部白質のびまん性の低信号域を認めた。その後、定期的には通院していなかったが、めまい感を強く訴えるようになり当科を受診した。受診時、両上肢の静止時、姿勢時、動作時振戦を認めたが、その他、錐体外路徴候、錐体路徴候は認めなかった。静止時振戦は暗算や歩行により増強した。頭部 MRI ではやはり側脳室の拡大と T2 強調画像で深部白質の高信号域を認め、拡散強調画像では皮髄境界の一部に高信号域が見られた。MIBG・心筋シンチでは心臓への取り込みは保たれていた。めまい感は数日の安静により改善したが、振戦は L-dopa や抗コリン薬の投与によっても改善しなかった。

未病・エニグマ症例検討会 事務局

〒123-0864

東京都足立区鹿浜 5-11-1

一般財団法人博慈会記念総合病院附属 老人病研究所内

TEL:03-3857-7911

FAX:03-5825-4888

Email: r-kenkyusho@ninus.ocn.ne.jp