



令和7年度 福島県県北・相双 地域医療症例検討会 アーカイブス

日時 令和8年2月7日（土）

会場 第1部 福島市「福島県医師会館」
第2部 福島市「精華苑」

発表者 県北・相双地区の臨床研修医 8名

参加者 名



共催 福島県 公立大学法人福島県立医科大学（地域医療支援センター）
福島市臨床研修“NOW”プロジェクト 一般社団法人福島県医師会
一般社団法人福島市医師会 一般社団法人伊達医師会
一般社団法人相馬郡医師会

目次

症例一覧

- 20代から数年の周期で発熱を繰り返した一例 3
発表者：公立藤田総合病院 研修医1年次 山崎詩織
- 心エコー検査にて治療方針を変更した僧帽弁狭窄症の一例 6
発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医2年次 井上 勇
- 早期診断・早期治療介入が出来た
人工弁感染性心内膜炎の一例 7
発表者：南相馬市立総合病院 研修医1年次 新津順也
- PTP包装シート誤飲の内視鏡下摘出に
Endo Flowerが有効だった1例 10
発表者：公立相馬総合病院 研修医1年次 藤森友基
- 食思不振を契機に発見された低Na血症の一例 13
発表者：済生会福島総合病院 研修医1年次 山中滉太郎
- 軽症の新型コロナウイルス感染症に合併した横紋筋融解症 15
発表者：大原総合病院 研修医1年次 渡邊忠聖
- 両上下肢筋力低下で救急搬送された
ビッカースタッフ型脳幹脳炎の一例 17
発表者：福島赤十字病院 研修医2次 寺島嵩人
- 大量飲酒により Acute on chronic Liver Failure を
生じたアルコール関連肝硬変の一例 20
発表者：医療生協わたり病院 研修医1年次 関みなみ

20代から数年の周期で
発熱を繰り返した一例

公立藤田総合病院
山崎詩織、鈴木修三

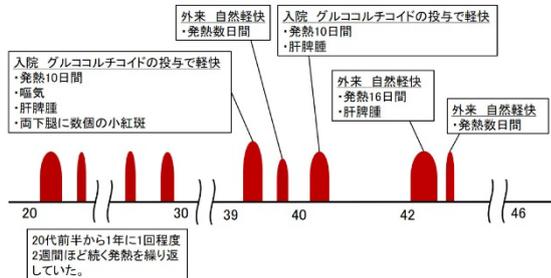
筆頭発表者のCOI開示

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある
企業等はありません。

症例: 46歳 女性

【主訴】 発熱
【常用薬】 なし
【家族歴】
膠原病の家族歴: 姉 関節リウマチ
【生活歴】
職業: 事務
喫煙: 5~6本(20歳から30歳、33歳から38歳、41歳から46歳)
飲酒: なし
【既往歴】
14歳 虫垂炎
36歳 子宮ポリープ切除

症例: 46歳 女性



症例: 46歳 女性

【現病歴】
X-7日 起床時に背部痛あり。夜から嚙下時の前胸部痛あり。
X-6日 嚙下時の胸部痛あり。
X-4日 発熱あり。体動時に右季肋部痛あり。
X-3日 咳嗽出現。
X日 発熱続き、当院内科受診。

陽性症状→発熱、咳嗽、倦怠感、背部痛、前胸部痛、右季肋部痛
陰性症状→咽頭痛、呼吸苦、動悸

身体所見

【バイタル】
意識清明、BT 38.6℃
BP 152/94 mmHg、PR107/min(整)、SpO2 97%(室内気)
【身体診察】
頭頸部 眼球結膜黄染・充血なし、眼瞼結膜蒼白なし
頸部リンパ節腫脹なし 血管雑音なし
上肢 血圧左右差なし 橈骨動脈両側で触知可
胸部 肺音清、心雑音なし
腹部 平坦、軟、圧痛(-)
背部 CVA叩打痛(-)
皮膚 皮疹なし

検査所見

【生化学】				【凝固】	
TP	6.3 g/dL	eGFR	99.81 mL/min/1.73m ²	PT	11.3 秒
ALB	2.8 g/dL	CRP	19.10 mg/dL	PT-INR	1.07
T-BIL	0.5 mg/dL	赤沈1h	70 mm	D-dimer	1.40 µg/dL
AST	50 U/L	赤沈2h	127 mm	【血算】	
ALT	77 U/L	フェリチン	465 ng/mL	WBC	4.9 ×10 ⁹ /µL
LD	183 U/L	可用性IL-2	575 U/mL	NEUT	82.9 %
ALP	138 U/L	血清IL-6 _{ELISA}	17 pg/mL (5.8以下)	Lympho	7.9 %
γ-GT	77 U/L	IgG	1211 mg/dL	Mono	8.3 %
Na	141 mmol/dL	IgA	243 mg/dL	Eosino	0.5 %
K	3.6 mmol/dL	IgM	87 mg/dL	Baso	0.4 %
Cl	104 mmol/dL	C3	193 IU/mL	RBC	4.29 ×10 ⁶ /µL
BUN	8.3 U/L	C4	48 IU/mL	Hgb	12.4 g/dL
Cre	0.51 U/L	CH50	60.8 IU/mL	Plt	199 ×10 ³ /µL

検査所見

【免疫】		【尿検査】	
RF	12 IU/mL	尿性状	淡黄色
MMP-3	38.9 ng/mL	尿潜血	(-)
抗核抗体	40倍未満	尿PH	6.0
抗DNA抗体	3.0 IU/mL	尿糖定性	(-)
抗SS-A抗体	1.0未満 U/mL	尿蛋白定性	(±)
PR3-ANCA	1.0未満 U/mL	尿蛋白定量	20mg/dL
MPO-ANCA	1.0未満 U/mL	尿ウロビリノーゲン	N
EBV VCA-IgG	8.6 (+)	尿ビリルビン	(-)
EBV VCA-IgM	0 (-)	尿ケトン体	(-)
EBV EBNA	2.7 (+)	尿潜血	(-)
EBV EA-IgG	0.8 (±)	尿亜硝酸塩	(-)
		尿比重	1.011

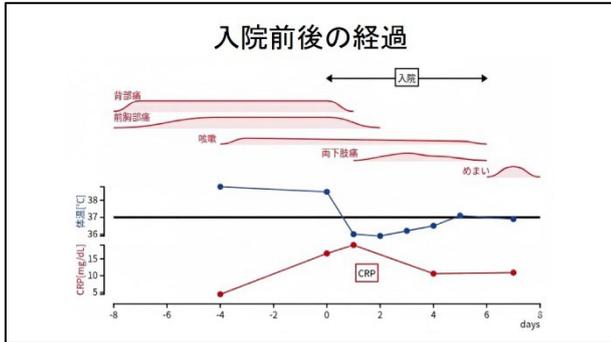
【血液培養】
膈上肢静脈より採取
菌の検出なし

胸部X線



体幹部CT



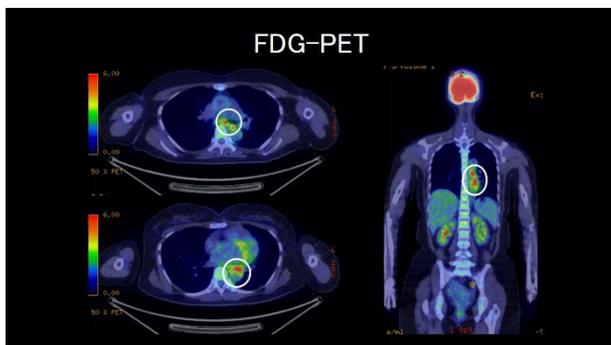
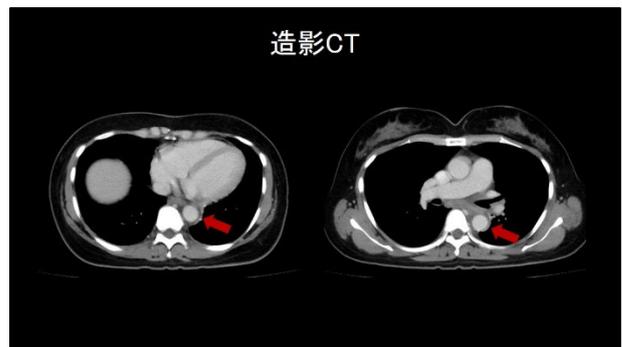
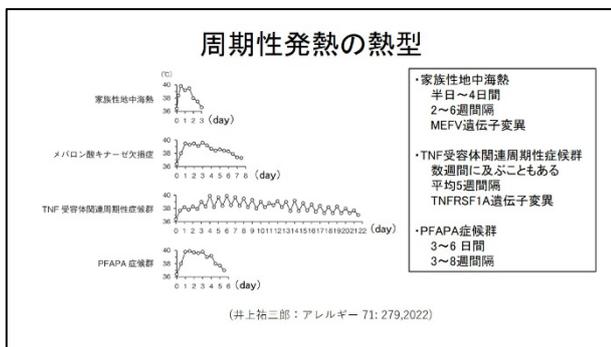


プロブレムリスト

#1. 20代から1年に1回程度2週間ほど持続する発熱を繰り返している
 #2. 背部痛 #3. 前胸部痛 #4. CRP上昇 #5. 赤沈亢進

周期性発熱
 ・自己炎症性疾患: 家族性地中海熱 (FMF)
 TNF受容体関連周期性症候群 (TRAPS)

発熱
 ・菌血症
 ・悪性リンパ腫・白血病・悪性腫瘍
 ・膠原病・全身性血管炎



プロブレムリスト

#1. 20代から1年に1回2週間程度持続する周期性の発熱
 #2. 背部痛 #3. 前胸部痛 #4. CRP上昇 #5. 赤沈亢進

#6. 下行大動脈の壁肥厚あり、FDG-PETの集積あり

高安動脈炎が疑われる

高安動脈炎診断基準

A. 症状

① 全身症状: 発熱、全身倦怠感、易疲労感
 ② 疼痛: 胸痛、背部痛、下肢痛
 3. 眼症状 4. 頭頸部症状 5. 上肢症状 6. 下肢症状 7. 胸部症状 8. 腹部症状 9. 皮膚症状

B. 検査所見

画像検査所見: 大動脈とその第一次分枝の両方あるいはどちらかに検出される、多様性またはびまん性の肥厚性病変、狭窄性病変 (閉塞を含む)あるいは拡張性病変 (瘤を含む)の所見

C. 鑑別診断

動脈硬化症、先天性血管異常、炎症性腹部大動脈瘤、感染性動脈瘤、梅毒性中膜炎、巨細胞性動脈炎、血管型ベーチェット病、IgG4関連疾患

(日本循環器学会. 2017年改訂版 血管炎症候群の診療ガイドライン https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_isobe_h.pdf, 2026年1月閲覧)

高安動脈炎

・好発 男女比1:9 女性は20歳前後に発症のピークあり

・原因 遺伝的要因+感染などの環境要因

・HLA-B*52	本症例 (-)
・HLA-B*57	(-)
・IL12B遺伝子領域の遺伝子多型	(-)

一弾性動脈(主に大動脈)が自己免疫機序により破壊

(日本循環器学会. 2017年改訂版 血管炎症候群の診療ガイドライン https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_isobe_h.pdf, 2026年1月閲覧)

高安動脈炎

・臨床経過

発熱、倦怠感、さまざまな部位の疼痛、めまいなど

↓
血管の狭窄・拡張

↓
血圧の左右差、脈の欠損など

↓

・大動脈瘤・大動脈解離・虚血性心疾患・脳虚血発作
・視力障害・肺梗塞・腎血管性高血圧症・腎障害

これらは
不可逆的变化

(日本循環器学会, 2017年改訂版 血管炎症候群の診療ガイドラインhttps://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_isobe_h.pdf, 2026年1月閲覧)

高安動脈炎

Kerr GS et al., Ann Intern Med, 1994

・高安動脈炎の患者60名を対象とした後ろ向きコホート研究

・患者の20%が薬物療法なしに自然寛解した

・残りの患者では4分の1が寛解できず、寛解できた人の約半数は後に再発した

Kerr, G S et al. "Takayasu arteritis." *Annals of internal medicine* vol. 120,11 (1994): 919-29. doi:10.7326/0003-4819-120-11-199406010-00004

高安動脈炎

・治療

プレドニゾン 初期量:0.5~1 mg/kg/日 2~4週間投与
維持量:5~10 mg/日

免疫抑制薬 (メトトレキサート、アザチオプリンなど)

生物学的製剤 (トシリズマブなど)

抗血小板薬 急性虚血イベントの発生を抑制する
狭窄性病変のある患者で推奨

外科的治療 バイパス術 EVT 大動脈弁置換術 人工血管置換術

・予後 15年生存率82.9%

外科的治療後の成績が硬化性病変によるものにくらべて悪い

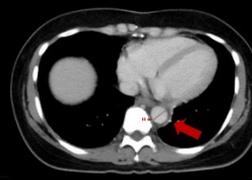
疾患の再発率が80%以上と高い→**定期的な経過観察の継続が必要**

(日本循環器学会, 2017年改訂版 血管炎症候群の診療ガイドラインhttps://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/02/JCS2017_isobe_h.pdf, 2026年1月閲覧)

造影CT

入院時

7ヶ月後



造影CT

入院時

7ヶ月後



結語

・本症例では20代から高安動脈炎を発症していたと考えられるものの発熱が発作性でしばしば自然軽快しており診断に至らなかったが、造影CTとFDG-PETにより診断できた。

・高安動脈炎では稀に自然軽快を伴う反復性の発熱の経過をたどることがある。

・血管狭窄に伴う症状が出現する前でも高安動脈炎の診断は可能である。

・発熱を繰り返す症例では高安動脈炎を鑑別疾患として挙げて造影CTおよびPET-CTなどの検査を行うべきである。



福島県立医科大学附属病院

心エコー検査にて
治療方針を変更した僧帽弁狭窄症の一例

井上 勇, 大沼 秀知, 松田美津子, 山寺幸雄, 志村 浩己
福島県立医科大学附属病院 臨床検査医学講座



※表題のみ公開

令和8年2月7日
令和7年度東北・相双地域医療症例検討会

早期診断・早期治療介入が出来た人工弁感染性心内膜炎の一例

新津順也¹ 阿部諭史² 遠藤圭一郎² 富田湧介² 杉本浩一²

¹南相馬市立総合病院初期研修医
²南相馬市立総合病院循環器内科

本発表における開示すべきCOIはありません。

症例 60代男性

【主訴】

発熱、倦怠感

【現病歴】

X年Y月Z日に中等度大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症、重度僧帽弁閉鎖不全症に対し、A病院の心臓血管外科にて大動脈弁置換術（生体弁）+僧帽弁形成術が施行された。11日後に退院し、以降はBクリニックで通院中であった。
術後1ヶ月頃より時折震えや背部痛が出現した。術後45日目から背部の激痛が出現しBクリニックを受診した。その際に、39℃前後の発熱を認め、血液検査では白血球・CRP上昇が認められた。また、胸部レントゲン検査で異常陰影を認めず、心エコーでは大動脈弁、僧帽弁に疣贅様のものは認めなかったが、感染性心内膜炎も疑われたため精査加療目的に当院に紹介となった。

【既往歴】

X-14年 中耳炎
X-9年 高血圧症
X-3年 白内障

【内服薬】

ボノプラザンマル酸 10 mg 1T1× 朝食後
スピロラクトン 25 mg 1T1× 朝食後
フェビキソスタット 10 mg 1T1× 朝食後
ピベクロン 50 mg 1T1× 眠前
ワルファリン 1 mg 2T1× 夕食後
ワルファリン 0.5 mg 1T1× 夕食後
テキストロメトルファン 15 mg 3T3× 朝昼夕食後

【アレルギー】

なし

入院時現症

身長 170.0 cm, 体重 61.5 kg, BMI 21.3 kg/m²

【バイタルサイン】

血圧 111/62 mmHg, 心拍数 105回/分, 体温 39.0℃
SpO₂ 97% (room air)

【身体所見】

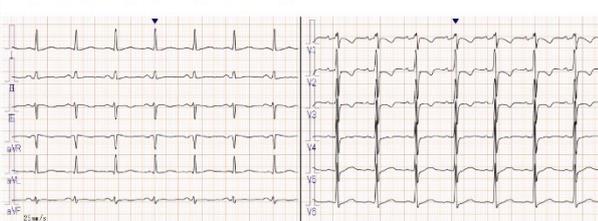
呼吸音 清
副雑音 ラ音やwheezeは聴取せず
心雑音 聴取せず
下腿浮腫 なし
四肢末梢 皮疹なし

入院時検査所見 (胸部X線)



CTR 52%
両側CP angle sharp

入院時検査所見 (心電図)



洞調律 心拍数 94回/分 V1-V3で陰性T波を認める

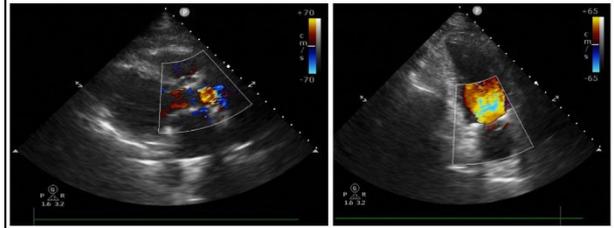
入院時検査所見 (血液検査)

血液	値	単位	生化学	値	単位	K	値	単位
WBC	1.86 × 10 ⁴	/μL	T-Bil	0.84	mg/dL	CRP	11.41	mg/dL
RBC	3.34 × 10 ⁶	/μL	ALP	309	U/L	Glu	109	mg/dL
Hb	10.0	g/dL	AST	31	U/L	PCT	0.97	ng/mL
Ht	29.5	%	ALT	40	U/L	心筋マーカー		
MCV	88	fL	LD	329	U/L	BNP	307.10	pg/mL
MCH	29.9	pg	γ-GT	211	U/L	Tnl	0.101	ng/mL
MCHC	33.9	g/dL	CK	33	U/L	凝固		
PLT	1.93 × 10 ⁴	/μL	BUN	22.8	mg/dL	PT	22.1	sec
Baso	0.1	%	Cre	1.18	mg/dL	PT %	32	%
Eosino	0.1	%	eGFR	48.02	ml/min/1.73m ²	PT-INR	2.11	
Neut	90.2	%	UA	4.1	mg/dL	APTT	40.5	sec
Lymph	3.8	%	TP	6.2	g/dL	D-dimer	1.30	μg/mL
Mono	5.8	%	Alb	2.7	g/dL	Fib	538	mg/dL
			Na	133	mEq/L			
			Cl	102	mEq/L			

入院時検査所見 (尿検査)

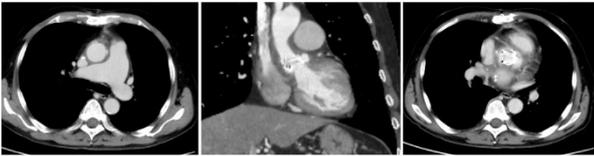
尿定性		尿沈渣	
比重	<1.005	赤血球	1>/HP
pH	5.5	白血球	1-4/HP
蛋白	(-)	細菌	(1+)
糖	(-)		
ケトン体	(-)		
潜血	(1+)		
ウロビリノーゲン	NORMAL		
ビリルビン	(-)		
白血球	(-)		

入院時検査所見 (経胸壁心エコー検査)



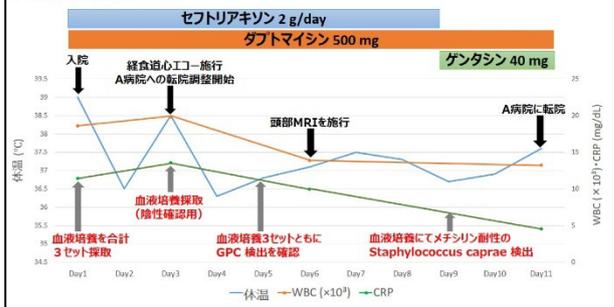
経胸壁心エコー検査では明らかな弁輪部膿瘍や人工弁の疣贅ははっきりしなかった。

入院時検査所見 (頭部単純CT、胸部～骨盤腔単純及び造影CT)



<頭部単純CT>
脳出血や脳腫瘍等の粗大病変なし
<胸部～骨盤腔 単純及び造影CT>
肺炎所見なし、置換した大動脈周囲組織の濃度上昇あり
明らかな肺梗塞や腎梗塞、脾梗塞はなし

入院後経過

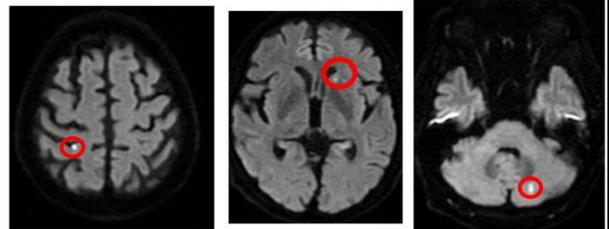


Day3 経食道心エコー検査



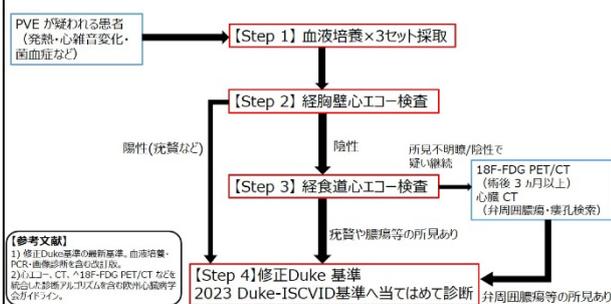
- ① 大動脈弁の弁環に疣贅あり。同部位に穿孔疑いあり。
- ② (僧帽弁側の) 弁輪部は浮腫状に肥厚している。

Day6 頭部MRI



頭頂葉、大脳基底核周囲、小脳に小さな新規脳梗塞が散在していた。

人工弁感染性心内膜炎の診断フローチャート



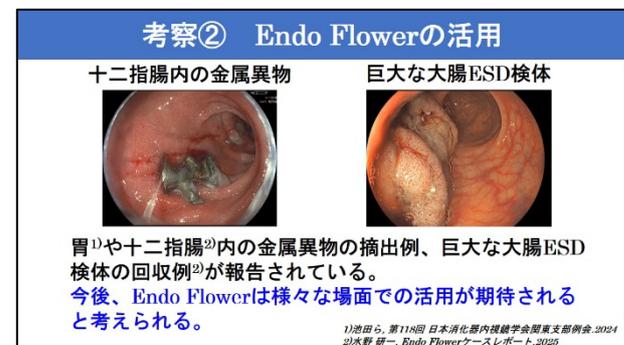
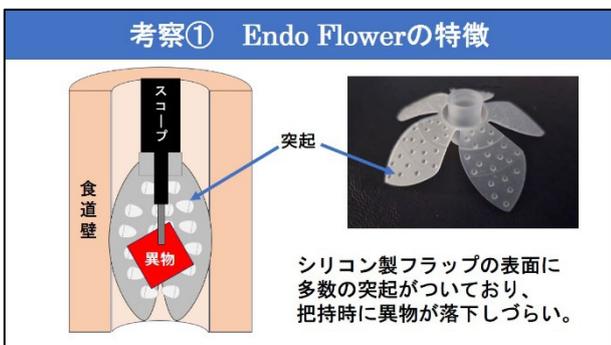
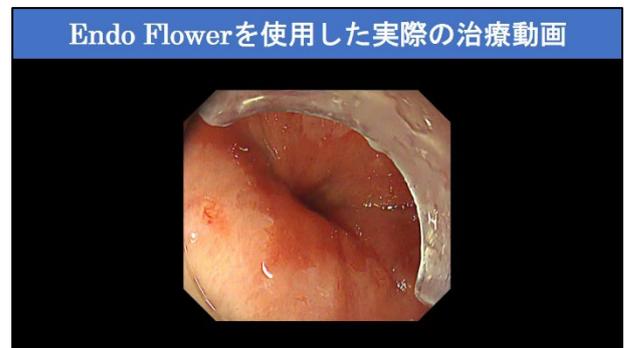
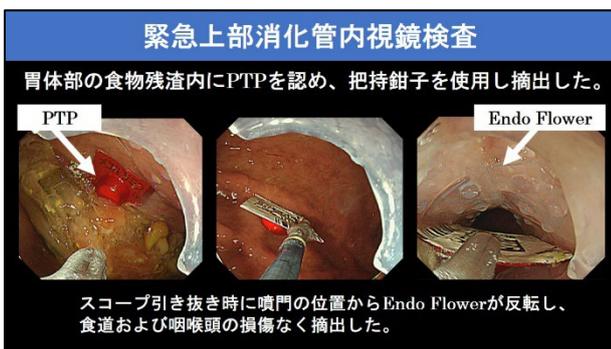
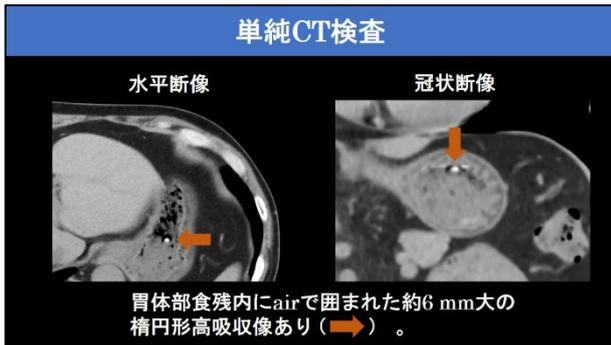
考察 Early PVEとLate PVEの比較

項目	Early PVE	Late PVE
定義	術後1年以内	術後1年以後
割合 (PVE全体)	13-31%	69-87%
入院死亡率	31%	9%
1年死亡率	30~50%	25~35%
再発率 (2年)	32.2%	11.2%
院内死亡率 ※弁輪部膿瘍合併時	30~50%以上	20~35%
1年死亡率 ※弁輪部膿瘍合併時	40~60%	30~45%

参考文献
 1) Minibisio Nonaka, et al. J Heart Valve Dis. 2013 Jul;22(4):567-74
 2) Matthaios Papadimitriou-Olivigeris, et al. Clinical Infectious Diseases, Volume 80, Issue 4, 15 April 2025, Pages 804-806
 3) Carolyn Weber, et al. BMC Cardiovasc Disord. 2020 Feb 3;20(1):47.
 4) Matthaios Papadimitriou-Olivigeris, et al. Clin Infect Dis. 2024 Jul 27;80(4):804-806

結語

- 人工弁感染性心内膜炎は予後不良な疾患であり、特に弁輪部膿瘍合併時には死亡率が高い。
- 人工弁感染性心内膜炎の診断は難しいが、何よりもまず疑うこと、そして必要に応じて精査を進めることが重要である。



結 語

PTP誤飲は摘出時にも食道壁を損傷する可能性がある。
PTP摘出を遂行する上で、Endo Flowerの使用は有効
と考えられ報告した。

食思不振を契機に発見された 低Na血症の一例

2026/2/7 地域医療症例検討会
済生会福島総合病院 研修医1年目 山中滉太郎

本発表における開示すべきCOIはありません。

症例

89歳 男性

【主訴】 頭痛、嘔気、全身倦怠感

【現病歴】

高血圧症・糖尿病などで近医内科に通院中の方。
来院1週間ほど前から食思不振が出現し、1日1~2食程度しか摂取できていなかった。徐々に全身倦怠感も出現したため、X日夜間に当院を受診した。血液検査にて低Na血症を認め、精査加療目的に入院した。

【併存疾患/既往歴】

高血圧症、糖尿病、高尿酸血症、掻痒性皮膚疾患、腰痛、前立腺肥大症、精神疾患なし

【常用薬】

アムロジピンベシル酸塩/イルベサルタン 配合錠、テネリグリブチン、ドキサゾンメシル酸塩、アスピリン、フェブキソスタット、アロチノロール塩酸塩、メトホルミン塩酸塩、ピラスチン、チオトロピウム臭化物水和物/オロタテロール塩酸塩、**ロキソプロフェンナトリウム水和物**、アズレンスルホン酸ナトリウム水和物/L-グルタミン 配合顆粒

サイアザイド系利尿薬やSSRIの使用なし

【社会生活歴】

アレルギー：なし
ADL：自立

入院時現症

【バイタル】

JCS：0、血圧 175/84 mmHg、心拍数 78 /分、SpO₂ 97% (room air)、体温 36.8 °C

【頭頸部】

瞳孔不同なし、眼球運動異常なし、構音障害なし

【胸部】

心雑音・肺雑音の聴取なし

【腹部】

平坦・軟、圧痛・自発痛なし

【四肢】

四肢の浮腫なし、皮膚ツルゴール正常、粗大な四肢麻痺なし、従命に従い拳上保持可能

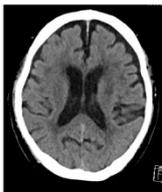
入院時検査所見

〈生化〉		IP	2.6	mg/dL
血糖	97	CRP定量	0.05以下	mg/dL
HbA1c	5.8	NT-proBNP	1188	pg/mL
TP	6.1	TSH-IFCC	1.607	μIU/mL
ALB	3.6	FT ₃ /CLEIA	1.92	pg/mL
LDL-Cho	78	FT ₄ /CLEIA	1.70	ng/dL
HDL-Cho	43	抗利尿ホルモン	1.2	pg/MI
TG	45	コルチゾール	14.4	μg/dL
UA	2.6	DHEA-S	405	ng/mL
BUN	9.9	ACTH	26.1	pg/mL
CREA	0.67	血漿浸透圧	220	mOsm/kgH ₂ O
推算GFR	83	〈血算〉		
Na	108	白血球数	5600	/μL
K	4.2	血色素量	12.3	g/dL
Cl	77	血小板数	15.1	万/μL
Ca	8.6			

入院時検査所見

〈尿検査〉		
Na-尿	79	mEq/L
K-尿	27.1	mEq/L
Cl-尿	73	mEq/L
尿浸透圧	378	mOsm/kg

単純CT (入院時)



全体的な脳萎縮あり、慢性虚血性変化・梗塞後変化あり 脳浮腫所見なし



肺野に軽度の気腫・間質性変化あり、肺野に粗大な占拠性病変なし、動脈硬化性変化なし

背景

- ・数年前より低Na血症を指摘され、昨年精査目的にA大学病院へ紹介されていた。
- ・全身検索の結果、高血圧症に対して投与されていたフロセミドが低Na血症の原因と診断された。フロセミド中止後の血清Na値は安定していた。
- ・高血圧症に対して生活指導を受けており、減塩を意識した食生活を継続していた。
- ・X-1日、全身倦怠感で夜間救急を受診し、翌日早朝に低Na血症 (Na 108 mEq/L) が判明した。

Problem list

#1 低張性低Na血症

→ 血漿浸透圧低値、尿浸透圧高値を認め、尿中Na排泄抑制/ADH分泌抑制を認めない

#2 習慣的減塩

→ 背景に習慣的な減塩生活によるin-take不足がある

#3 浸透圧性脱髄症候群 (ODS) の発症リスク

→ 血清Na値108 mEq/Lであり高度低Na血症に分類され*、ODSの高リスク群である

*.参考文献: Verbalis JG, et al. Am J Med. 2013

1 低Na血症の鑑別と治療へのアプローチ

・偽性低Na血症の除外

→ 高血糖・高TG血症・高蛋白血症は認めず、否定的と判断

・体液量の評価

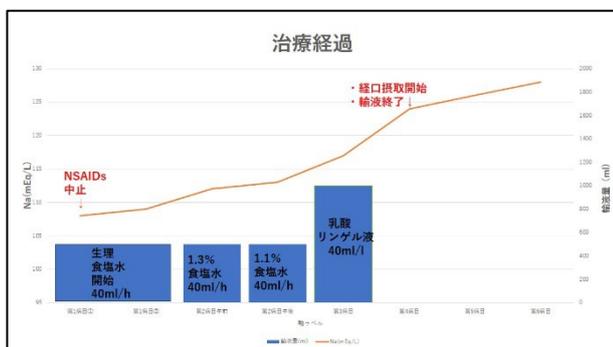
身体・検査所見より、体液量増加および減少を否定

→ 等容性と判断

・治療

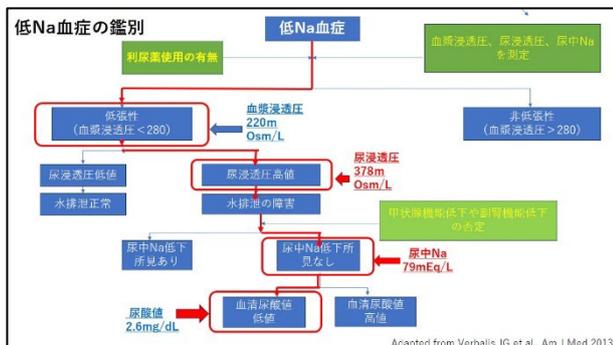
等容性かつ症候性低Na血症であり、治療を優先しつつ鑑別を進めた

治療経過



考察

低Na血症の鑑別



SIADH病態の評価

SIADH病態の成立: 低Na血症下での不適切なADH分泌があり、心因性多飲や薬剤性、副腎不全・甲状腺機能低下などの内分泌疾患の否定により、SIADHは成立していたと考える。

背景と誘因: 長年の習慣的減塩・in-take不足に、環境要因などが重なり、SIADH病態が顕在化したものと解釈した。

補正の妥当性

・浸透圧性脱髄症候群 (ODS) のリスク評価

→ 高度低Na血症 (108 mEq/L)、低栄養状態*がある高リスク群と判断した。

・輸液濃度の選択

→ ODSリスクを回避するため、こまめに血清Na値を評価・輸液濃度を調整し、患者に合わせた補正を実施した。神経学的合併症なく、安全に症状改善を得た。

*.参考文献: Verbalis JG, et al. Am J Med. 2013

結語

・ 高度の症候性低Na血症を認めた場合には、まず病態を正確に評価しSIADHを含めた鑑別診断を系統的に行うことが重要である。

・ 症候性低Na血症では、原因検索と並行してODSを念頭に置き、補正速度を厳密にモニタリングしながら病態に応じた段階的介入を行うことが重要である。

令和7年度福島県地域医療症例検討会
令和8年2月7日



軽症の新型コロナウイルス感染症に合併した 横紋筋融解症

令和7年度福島県地域医療症例検討会
COI開示

発表者名：渡邊 忠聖
指導者名：菅藤 賢治

演題発表に関連し、開示すべきCOI関係にある企業などはありません。

【緒言】

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)では横紋筋融解症を0.2-2.2%合併することが知られているが、比較的重症な症例で発症することが多いとされている。

今回、軽症のCOVID-19で横紋筋融解を発症した症例を経験したため報告する。

【症例】 77歳 男性
【主訴】 発熱、体動困難、両肘関節痛
【現病歴】
 もともとADLは自立していた。
 X-1日の夕方からは動きが急に悪くなっていた。
 X日の午前3時ころから両肘に疼痛が出現し、午前10時ころから意識レベルが低下し、体動困難となったため家族が救急要請した。
 来院後、CK高値およびSARS-CoV2ウイルス抗原陽性のためCOVID-19による横紋筋融解症として入院。

【既往歴】
 汎下垂体機能低下症、右視床梗塞後、前立腺肥大症、高血圧症

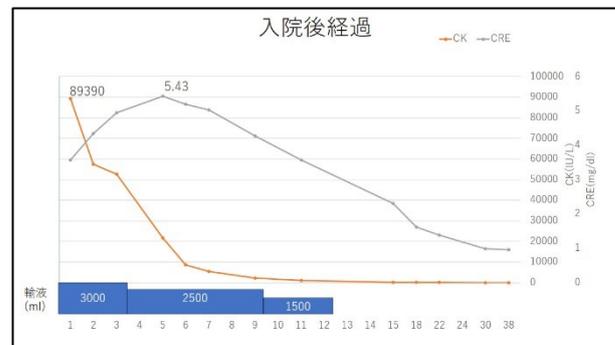
【内服薬】
 タムスロシン、ソマブシタン、ヒドロコルチゾン、バイアスピリン、アルファカルシドール、アムロジピン

【生活歴】
 飲酒 焼酎0.5杯/日
 喫煙 30本/日 (20歳~56歳)
 Sick Contact なし

【バイタルサイン】
 血圧 129/66 mmHg 脈拍 85回/分 体温 38.2 °C
 SpO2 96%(室内気) JCS I - 1

【身体所見】
 頭頸部：項部硬直(-) jolt accentuation(-) 咽頭発赤(+)
 胸部：心音整 心雑音(-) 肺雑音(-)
 四肢：末梢冷感(-) 浮腫(-) 両側肘部背側に挫創
 腫脹熱感発赤なし
 関節：両側肩関節に圧痛あり 外転障害あり
 その他関節に圧痛なし

【生化】		【血算】		【尿所見】	
T-bil	1.38 mg/dl	WBC	10000 / μ l	pH	6.5
ALP	252 U/l	Neu%	74.8 %	蛋白	3+
AST	1246 U/l	Lym%	16.8 %	糖定性	-
ALT	262 U/l	Mon%	5.1 %	潜血	3+
LD	2472 U/l	Eos%	2.9 %	色調	茶褐色
CRE	1.91 mg/dl	Bas%	0.4 %	清濁	清
Na	138 mmol/l	Hct	51.6 %	赤血球	1-4/HPF
K	5.4 mmol/l	PLT	18.9万 / μ l	白血球	1-4/HPF
Ca	8.6 mg/dl			扁平上皮	5-9/HPF
CK	103350 U/l			腎尿管上皮	5-9/HPF
CK-MB	217 U/l				
TP	7.2 g/dl			【細菌検査】	
ALB	4.0 g/dl			SARS-CoV-2	+
CRP	14.58 mg/dl			抗原定量	+



考察①

COVID-19に合併する横紋筋融解症はまれ
0.2-2.2%とする報告あり。

特に重症例では発症しやすい

Ewelina Mlynarska Int J Mol Sci.2022 Jul 26;23(15):8215

軽症例で発症する横紋筋融解症はまれ
症例報告15例のうち1例

Monica Bowor. Viruses. 2022 Oct 14;14(10):2255.

考察①

本症例は軽症COVID-19だが横紋筋融解症を
発症した

横紋筋融解症のリスク因子としては

男性

基礎疾患(高血圧症 糖尿病 肥満)

などが報告されている

考察②

COVID-19と横紋筋融解症が併発例では
先に筋痛症状が現れるのが44%

Huang C Lancet. 2020;395(10223):497-506.

本症例も両肘痛・体動困難を主訴に来院した
発熱があったことでCOVID-19の診断がついた

まとめ

軽症COVID-19に合併した重症横紋筋融解症を
経験した

軽症COVID-19であってもリスクファクターが
ある際には横紋筋融解症を発症しうる

気道症状がなくても筋痛などの症状からも
COVID-19を疑う

参考文献

- 1.Ewelina Mlynarska , et al.Rhabdomyolysis-Induced AKI (RIAKI) Including the Role of COVID-19. Int J Mol Sci.2022 Jul 26;23(15):8215
- 2.Monica Bowor, et al. Rhabdomyolysis after COVID-19 Infection: A Case Report and Review of the Literature. Viruses. 2022 Oct 14;14(10):2255.
3. Ramos-Casals, et al. Systemic and organ-specific immune-related manifestations of COVID-19. Nat. Rev. Rheumatol. 2021;17:315-332.
4. Huang C. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020;395(10223):497-506.

両上下肢筋力低下で救急搬送された ビッカーstaff型脳幹脳炎の一例

福島赤十字病院 臨床研修医2年 寺島 崇人
脳神経内科 中村 耕一郎、守谷 新

COI開示

発表者: 寺島 崇人

本発表に関して、開示すべきCOIはありません

症例 46歳 男性

【主訴】 両側上下肢筋力低下、構音障害

【現病歴】

X-1日、起床時に四肢の軽度筋力低下を認めた。徐々に増悪していき、構音障害も自覚するようになった。夜間にはトイレへ歩いて行くことも困難になった。X日、起床時に症状改善を認めていなかったため救急要請し当院に搬送された。

症例 46歳 男性

【既往歴】 特記事項なし

【常用薬】 なし

【家族歴】 特記事項なし

【生活歴】 職業：土木建築関係

喫煙：20～40歳(本数不明)

飲酒：純アルコール約20g/回 月5回

来院時現症

【Vital】 GCS E3V5M6、血圧 152/82 mmHg、脈拍 90/分
体温 36.1°C、SpO₂ 96%(大気下)

【脳神経系】 正面視で複視あり、構音障害あり

【運動】 MMT：上肢4/4・下肢4/4、Barre徴候：左上肢で陽性

【協調運動】 体幹失調あり、指鼻指試験両側陽性

【反射】 腱反射 両上肢低下あり、両下肢消失

【感覚】 明らかな感覚障害なし

血液検査結果

【生化学】

T-BIL 1.0 mg/dl
TP 7.6 g/dl
AST 19 U/L
ALT 12 U/L
ALP 70 U/L
LD 176 U/L
γ-GTP 23 U/L
CK 301 U/L
BUN 15.2 mg/dl
CRE 1.08 mg/dl
eGFR 59.4 mL/min/1.73m²
UA 3.8 Mg/dl

Na 142 mEq/L
K 3.9 mEq/L
Cl 106 mEq/L
Ca 9.9 mg/dl
AMY 54 U/L
血糖 111 mg/dl
HbA1c 5.6%
CRP 0.21 mg/dl

【血算】

RBC 462万/μL
WBC 10,000/μL
Hb 14.7 g/dl
Hct 43.0%
PLT 28.5万/μL
MCV 93.1 fL

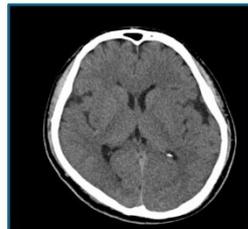
【凝固】

PT% 70.0%
PT-INR 1.12
APTT 23.8 sec
Dダイマー 0.3 μg/mL

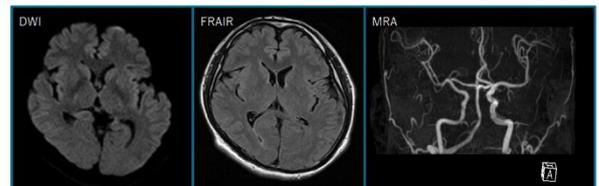
画像検査①

【頭部CT】

異常所見なし



画像検査②



【頭部MRI】

DWI・FLAIRでHIAなし、MRA：左椎骨動脈描出されず

救急科→神経内科紹介

- × 先行感染なし
- 急速進行性の筋力低下
- 腱反射の低下/消失
- 構音障害
- 頭部画像に異常なし

➔

Guillain-Barre症候群 疑い
神経内科紹介

髄液検査結果

【髄液所見】

外観	無色透明	
初庄	195 mmH ₂ O	
細胞数	9 /μL	・ 軽度細胞増多 ・ 軽度蛋白上昇
総蛋白	49 mg/dL	
糖	65 mg/dL	
クロール	129 mEq/L	

Guillain-Barre症候群(GBS)関連疾患疑いで入院

入院後経過①

Day1 IVIg 400 mg/kg/day開始
Day2 全方向性に眼球運動障害・瞳孔散大認め、MMT 3 に低下
mPSLパルス療法開始
Day3 意識レベル低下認め、MMT 2 に低下

入院後経過②

Day 5 眼球運動障害軽度改善
Day 7 上下肢筋力改善傾向
Day 9 意識レベル改善
Day14 歩行訓練開始
Day33 リハビリ転院

最終診断

抗GQ1b抗体陽性
↓
ビッカースタッフ型脳幹脳炎

考察

- ビッカースタッフ型脳幹脳炎
- GBS類縁疾患
- 抗GQ1b抗体

ビッカースタッフ型脳幹脳炎 (Bickerstaff brainstem encephalitis: BBE)

➤ 概要

- 自己免疫による炎症性神経疾患
- 脳幹症状を主体とし、GBS類縁疾患に属する
- 年間発生率は約100例(0.078/10万人)と稀な疾患
- 約8割に先行感染が認められる

(古賀道明. ビッカースタッフ型脳幹脳炎の疫学と診断・治療. 日本臨床. 2013;71(5):898-903.)

GBS類縁疾患の臨床分類

運動失調 (+) / 意識障害 (+) / 運動失調 (+)

運動・感覚型 / 純粋運動型 / ファシナー症候群 / ビッカースタッフ型脳幹脳炎 / 眼瞼・顔面・上肢型 / 下肢型 / 上肢型 / 両側顔面神経・四肢感覚異常型 / 純粋感覚型

古典的GBS 70% 20-30% 1-7%

■ 運動症状 ▨ 感覚症状

ビッカースタッフ型脳幹脳炎 (Bickerstaff brainstem encephalitis: BBE)

➤ 症状

- 3徴：意識障害、両側眼球運動障害、運動失調
- 初発：意識障害、めまい、複視、四肢遠位の異常感覚
- 経過：顔面麻痺、咽頭麻痺
腱反射減弱～消失、四肢筋力低下

(古賀通明. ビッカースタッフ型脳幹脳炎の疫学と診断・治療. 日本臨床. 2013;71(5):898-903.)

ビッカースタッフ型脳幹脳炎 (Bickerstaff brainstem encephalitis: BBE)

➤ 症状と割合

神経学的所見	MFS	BBE
意識障害	0%	100%
眼球下垂	37%	34%
眼球運動障害	100%	100%
縮瞳障害	35%	55%
球麻痺	35%	55%
顔面神経麻痺	17%	34%
四肢筋力低下	22%	42%

神経学的所見	MFS	BBE
腱反射消失/低下	100%	60%
腱反射正常/亢進	0%	40%
Babinski徴候	2%	38%
運動失調	100%	100%
しびれ、異常感覚	45%	40%
表在感覚障害	7%	15%
深部感覚障害	17%	2%
呼吸器補助治療	1%	34%

(古賀通明. ビッカースタッフ型脳幹脳炎の疫学と診断・治療. 日本臨床. 2013;71(5):898-903.)

ビッカースタッフ型脳幹脳炎 (Bickerstaff brainstem encephalitis: BBE)

➤ 検査所見

- 血液：抗GQ1b抗体
- 髄液：細胞数 正常～上昇、蛋白 正常～上昇、蛋白細胞分離
- MRI異常所見：正常所見（脳幹にT2強調画像で高信号）
- 神経伝導検査：運動神経伝導速度の低下やF波の出現率低下

抗GQ1b抗体について

➤ GQ1b抗原の発現

- 四肢の筋紡錘
→四肢の筋力低下
- 動眼神経、滑車神経、外転神経
→眼球運動障害
- 脳幹
→意識障害や球麻痺

図1 抗GQ1b抗体の作用
(Shahzadeh N, Yuki N. Bickerstaff brainstem encephalitis and Fisher syndrome: anti-GQ1b antibody syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013;84(5):576-583.)

ビッカースタッフ型脳幹脳炎 (Bickerstaff brainstem encephalitis: BBE)

➤ 治療

- 確立された治療はない
- 自然軽快する例も多い
- 急性期には
IVIg、ステロイドパルス療法、血漿交換
- その他全身管理と対症療法
人工呼吸器管理、疼痛管理、自律神経障害の管理
長期的リハビリ

まとめ

- 先行感染が明らかではないGBS類縁疾患を経験した
- GBS類縁疾患のうち中枢神経障害を伴う疾患であるBBEを経験した
- BBEとして典型的な臨床経過を経験した
- BBEは経過良好な疾患だが、症状経過に応じて治療介入するべき

大量飲酒によりAcute on Chronic Liver Failureを生じたアルコール関連肝硬変の一例

医療生協わたり病院 初期研修医 関 みなみ

COI開示

発表演題内容に関連し、発表者からの開示すべきCOI関連にある企業等はありません。

はじめに

- 非代償性肝硬変は、腹水・肝性脳症・消化管出血などを来した肝硬変の増悪状態を指す、従来から知られた病態である。
- 一方、ACLFL (acute-on-chronic liver failure) は、感染やアルコール性肝炎などを契機として発症する、強い全身性炎症を背景に多臓器不全を伴う、極めて高い短期死亡率を示す特徴をもつ新たな疾患概念である。
Arroyo V, N Engl J Med 2020; 382: 2137-2145.
- 我々は大量飲酒を契機にACLFLを生じた一例を経験したので報告する。

症例

- 【患者】 50歳男性
 【主訴】 呼吸困難、嘔吐
 【家族歴】 特記事項なし
 【既往歴】 35歳時(9年前)検診にて肝障害を指摘されるが中断
 【現病歴】 2年前よりアルコール性肝硬変にて当院肝臓内科に通院中だった。
 X年6月14日バーベキューで大量飲酒し、帰宅後も飲酒した。
 6月16日にビール瓶半量程度の飲酒をした。食欲の低下あり、食事摂取はしていなかった。
 6月18日深夜1時に嘔気で起床した。少量の排便で経過するも、再度嘔気あり、無色透明の液体を少量嘔吐した。その後呼吸困難が増悪し、救急要請された。

入院時現象

General : JCS II -10、GCS E3V3M6、意識レベルの変動あり
 Vital : 130/76 mmHg、HR 152/min、BT 35.6°C、RR 30/min
 頭頸部 : 眼瞼結膜蒼白(-)、眼球結膜黄染著明
 胸部 : 呼吸音清、心音整、心雑音(-)
 腹部 : 膨満・やや硬、自発痛(-)、圧痛(-)、反跳痛(-)、筋性防御(-)
 四肢 : 末梢冷感あり、チアノーゼ(-)、黄染あり、点状出血あり、浮腫-/-
 神経 : 瞳孔不同(-)、眼振(-)、顔面左右差(-)、構音障害様の発話、舌の著名な乾燥と委縮あり、羽ばたき振戦を軽度認める

C

血液検査

〈生化学〉

ALP	165 IU/L	Na	140 mEq/L	血糖	56 mg/dL
AST	309 IU/L	K	4.2 mEq/L	HbA _{1c}	3.7 %
ALT	66 IU/L	Cl	95 mEq/L	CRP	3.57 mg/dL
LD	462 IU/L	Ca	9.0 mg/dL		
γ-GTP	117 IU/L	iP	8.7 mg/dL		
CK	300 IU/L	BUN	20.5 mg/dL		
T-bil	16.4 mg/dL	Cre	1.99 mg/dL		
D-bil	13.1 mg/dL	eGFR	29.7		
NH ₃	289 N-μg/dL	UA	8.8 mg/dL		

血液検査

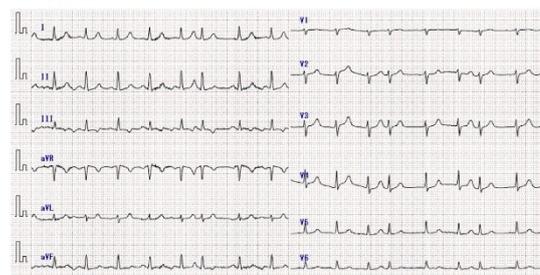
〈血算〉

WBC	119x10 ³ /μL	PT	21.3 sec	pH	6.937
RBC	450x10 ⁴ /μL	PT活性	42 %	pCO ₂	10.2 mmHg
Hb	14.1 g/dL	PT-INR	1.77	pO ₂	132.0 mmHg
Hct	36.3 %	APTT	44.7 Sec	pHCO ₃ ⁻	2.1 mmol/L
Plt	21.2x10 ⁴ /μL	FDP	113.2 μg/mL	BE	-29.7 mmol/L
Eos	0.4 %	PCT	0.36 ng/mL	Lact	29.0 mmol/L
Neu	79.9 %				
Ba	%				
Lym	10.8 %				
Mo	%				

尿検査

pH	5.5	蛋白質	2+
尿比重	1.015	ブドウ糖	-
赤血球	5-9	潜血	2+
白血球	20-29	ウロビリノーゲン	1+
		ケトン体	-
		ビリルビン	3+

心電図



画像所見 胸腹Xp

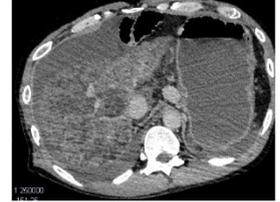


画像所見 胸腹部CT

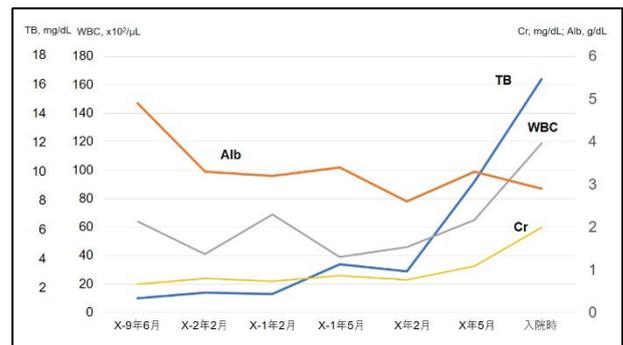
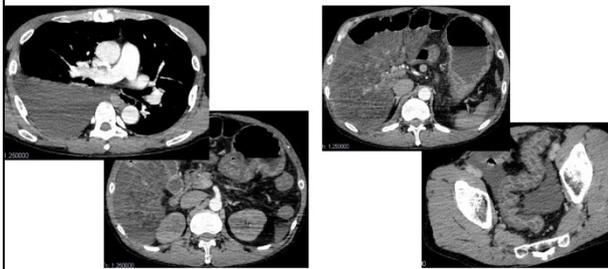
動脈相



静脈相



画像所見 胸腹部CT



入院後経過

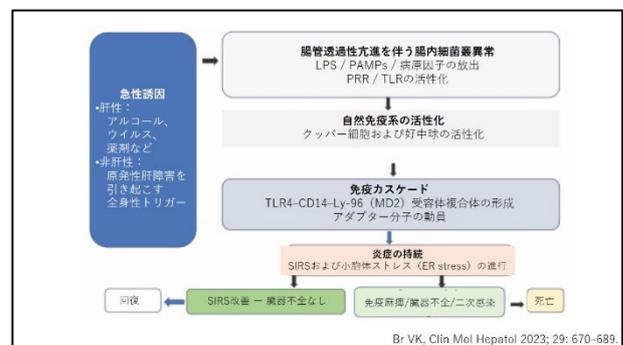
- アルコール性肝硬変患者が大量飲酒発作の4日後に嘔吐と呼吸困難、意識障害で入院した。
- 著明な肝不全、代謝性アシドーシス、急性腎障害を呈していた。
- 繰り返す嘔吐とアシデミアから、上腸間膜動脈閉塞などを想起し腹部造影CTを行ったが、病態を説明できる所見は見られなかった。
- 輸液、メイロン投与を行ったが治療に反応なく入院から約4時間後に死亡した。

考察

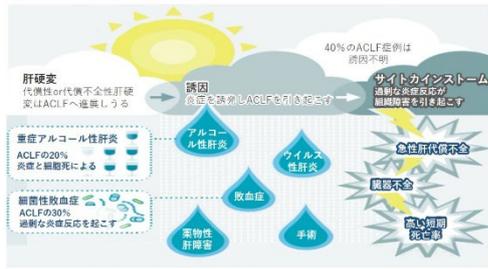
1. 何が起きたのか

ACLF

- ACLFとは、慢性肝疾患に急性の侵襲が加わり、短期間で多臓器不全と高死亡率を呈する症候群である。
- Bajaj JS, Am J Gastroenterol 2022; 117: 225–252.
- 臓器不全の数により重症度が異なり、最重症では短期死亡率が80%に上る。
- Nature Reviews Disease Primers, Article number: 16042



ACLFの病態生理



Nature Reviews Disease Primers, Article number: 16042

ACLF診断基準

表2 わが国における acute-on chronic liver failure (ACLF) の診断基準 (案) と重症度分類

診断基準 (案)

Child-Pugh score が5～9 点の代償性ないし非代償性肝硬変に、アルコール多飲、感染症、消化管出血、原疾患増悪などの増悪要因が加わって、28 日以内に高度の肝機能異常に基づいて、プロトロンビン時間 INR が 1.5 以上ないし同活性が 40%以下で、血清総ビリルビン値が 5.0 mg/dL 以上を示す肝障害を ACLF と診断する。なお、その重症度に関しては、肝、腎、中枢神経、血液凝固、循環器、呼吸器の臓器機能障害の程度に応じて 4 段階に分類する。

日本消化器学会・日本肝臓学会 肝臓病診療ガイドライン2020

ACLFの予後予測

- ACLFの予後予測には、SOFAを修正して作られた、主に欧米で用いられるCLIF-SOFAスコアやアジアで用いられるAARCスコアがある。
- AARCスコアは臓器不全の数でなく、肝不全の重症度、腎機能、灌流不全(乳酸値)で短期予後を層別化する。従来のスコアよりも良好な予後予測能が報告された。

Choudhury A, Hepatol Int 2017; 11: 461-471.

臓器障害の数と種類からみた重症度評価

Table 1. CLIF-SOFA Score

Organ/system	0	1	2	3	4
Liver (bilirubin, mg/dL)	<1.2	≥1.2 to <2.0	≥2.0 to <6.0	≥6.0 to <12.0	≥12.0
Kidney (creatinine, mg/dL)	<1.2	≥1.2 to <2.0	≥2.0 to <3.5	≥3.5 to <5.0	≥5.0
Cerebral (HE grade)	No HE	I	II	III	IV
Coagulation (international normalized ratio)	<1.1	≥1.1 to <1.25	≥1.25 to <1.5	≥1.5 to <2.5	≥2.5 or platelet count <20×10 ⁹ /L
Circulation (mean arterial pressure, mm Hg)	≥70	<70	Dopamine ≤5 or dobutamine or terlipressin	Dopamine >5 or NE ≤0.1 or NE >0.1	Dopamine >15 or NE >0.1
Lungs (Pao ₂ /Fio ₂ or SpO ₂ /Fio ₂)	>400	>300 to ≤400	>200 to ≤300	>100 to ≤200	≤100
	>512	>357 to ≤512	>214 to ≤357	>89 to ≤214	≤89

Moreau R, Gastroenterology 2013; 144: 1426-1437.

AARCスコア(肝不全の重症度からみた重症度評価)

AARC score					
Points	Total bilirubin (mg/dl)	HE grade	PT-INR	Lactate (mmol/l)	Creatinine (mg/dl)
1	<15	0	<1.8	<1.5	<0.7
2	15-25	I-II	1.8-2.5	1.5-2.5	0.7-1.5
3	>25	III-IV	>2.50	>2.5	>1.5

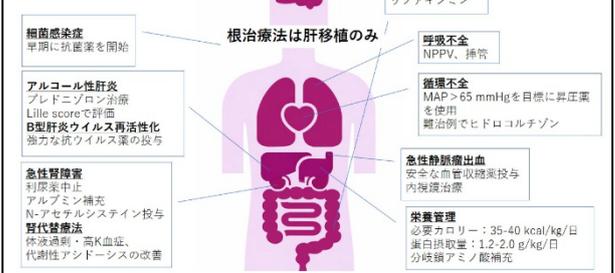
Minimum 5, maximum 15

AARC ACLF grade	
Grade	Score
I	5-7
II	8-10
III	11-15

一回復例なし 即移植評価

Choudhury A, Hepatol Int 2017; 11: 461-471.

ACLFの治療



Br VK, Clin Mol Hepatol 2023; 29: 670-689. / Arroyo V, N Engl J Med 2020; 382: 2137-2145.

考察

2. 死亡を回避するには

外来での経過



医師による介入の有効性

- 問題飲酒行動を示す患者に対する外来での短時間の医師による介入により飲酒量、問題飲酒回数を有意に減らすことができる。

Fleming MF. JAMA 1997; 277: 1039-1045.

- 問題飲酒行動による緊急受診や事故でERを受診した患者に対する医師による短時間の介入により、飲酒量および飲酒運転エピソードを有意に減らすことができる。

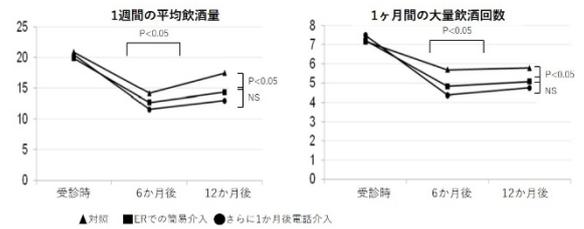
D'Onofrio G. Ann Emerg Med 2012; 60: 181-192.

- 医師による面接介入は他職種による面接法に比べ有意にアルコール摂取量、BMI・血圧を低下させる。

Rubak S. Br J Gen Pract 2005; 55: 305-312.

救急外来における簡易介入が有害飲酒を減少させる

有害・危険飲酒を有する救急外来患者889人を対象とした単施設RCT



D'Onofrio G. Ann Emerg Med 2012; 60: 181-192. より引用改変

結語

- 肝硬変治療中に多臓器不全で死亡した一例を経験した。飲酒を契機としたACLFと考えられた。
- 9年前から断続的に通院していたが飲酒を止めることができなかった。研修医として問題飲酒患者に対してどのように対応すべきか考えさせられる教訓的な症例であった。