

意識障害で発症した 甲状腺クリーゼの一例
沖永良部徳洲会病院研修医 大前隆則 木下理香

【症例】54歳 男性

【主訴】意識障害

【現病歴】

平成18年12月4日、食欲低下を主訴に来院。
内服処方にて帰宅。平成18年12月5日、
AM7:30自宅にて意識混濁みられ救急搬送さ
れた。

【既往歴】

胃潰瘍(平成18年10月6日-18日まで入院)
喫煙: 60-80本/日 30年 他特記事項なし

【入院時身体所見】

バイタル: 血圧 140/75 脈拍 140(整) 体温
38.7°C 酸素飽和度(room air) 100%
意識レベル: GCS E(3)V(4)M(5)(不穏状態)
皮膚: 発汗
眼球: 貧血(-) 黄疸(+) 眼球突出(+)
頰部: 異常なし
呼吸音: 右肺野にcoarse crackle(+)
心音: I・II音(正) 雑音(-)
腹部: 異常なし
四肢: 浮腫(-)

【検査所見】

<血液学>

WBC 15600 μ L, RBC 347 μ L, Hb 10.6
g/dL, Plt 8.1 万 μ L

<生化学>

GOT 36 IU/L, GPT 13 IU/L, γ -GTP 89
IU/L, LDH 509 IU/L, ALP 320 IU/L,
CHE 48 IU/L, AMY 21 IU/L, TP 7.1
g/dL, Alb 3.3 g/dL, T-bil 9.0 g/dL,
BUN 11.7 mg/dL, Cre 1.05 mg/dL, UA
5.6 mg/dL, Na 129 mEq/L, K 4.3 mEq/L
, Cl 96 mEq/L, BS 26 mg/dL, Tcho
51mg/dL, TG 126 mg/dL, HDL-Cho 17
mg/dL, CPK 277 IU/L, CRP 1.69 g/dL,
HbA1c 4.7 IU/L, NH3 340 μ g/dL

<感染症>

HBV(-), HCV(-)

【腹部エコー】胆道系の異常(-)

【胸部XP】右胸水(+), CTR拡大(66%)

【心エコー】EF 50%, LVH (-)

【甲状腺機能】TSH <0.1, FT3 >20.0, FT4
>8.8(10月5日外来にて)

【意識障害の鑑別診断】

#1低血糖 DMの既往なく、50%ブドウ糖液
40ml iv するも意識レベル変化せず。
#2肝性脳症
#3甲状腺機能亢進

【甲状腺クリーゼの診断基準(Brush)】

体温調節障害
中枢神経障害
消化器および肝障害
心血管系障害
うっ血性心不全
心房細動
誘引の既往

今回の症例では発熱(38.7°C)、頻脈(140)、黄疸
(+), 不穏(+), 肺うっ血(+)
診断基準より105点と明らかな甲状腺クリーゼ
であり、我々は甲状腺クリーゼとして治療を
行った。

【治療計画】

I 甲状腺クリーゼ

① 支持療法

・輸液、クーリング

② β 遮断薬

・アテノロール

③ 抗甲状腺薬

・プロピルチオウラシル(PTU)

・ルゴール液

・デキサメサゾン

II 心不全

① 高拍出性心不全

・ハンプ(利尿作用・交感神経抑制作用)

・ラシックス 1/2A

12/6(入院1日目)低血圧続き、輸液・カテコラミ
ンに反応が乏しいため心機能評価のためにス
ワンガンツカテーテル挿入して循環管理を開
始。

徐々に循環動態・肝障害・甲状腺ホルモン改
善見られ全身状態良好となった。

【考察】

① 甲状腺クリーゼは疑ってみないと診断がつか
ないため、診断基準にみられるような症状が
見られた際は甲状腺機能亢進症を意識障害
の鑑別に上げる必要がある。

② 甲状腺機能亢進を疑う血液データとして
Tcholの低下や肝機能異常は頻度が高いた
め、これらが認められた際は甲状腺機能検査
を考慮すべきである。

③ 高拍出性心不全を呈す疾患は甲状腺機
能亢進症・貧血・動静脈瘻・脚気が鑑別にあげ
られる。