

診断・治療に難航した胸水貯留の一例

喜界徳洲会病院
舛田一哲 大畑瑠美

症例：73歳 男性

【CC】呼吸苦

【HPI】重症筋無力症にて当院神経内科を通院している。症状安定していたため2007年4月よりPSL減量開始した。2007年7月より両側胸水貯留で2回入院歴あり。いずれも漏出性胸水、培養(-)、細胞診Class IIであったが原因不明で、胸水穿刺施行にて軽快退院していた。

2007年10月20日定期受診の際に、1週間前よりの前胸部痛と呼吸苦を訴えた。喘鳴著明、CXRにて両側胸水貯留を認め、心不全の疑いにて入院となった。

【PH】2000年12月にCXR異常陰影指摘

2001年1月縦郭腫瘍摘出術施行

→胸腺腫：type B1(predominantly epithelial) 正岡分類 stage II

2001年2月に放射線療法施行、眼瞼下垂出現

→重症筋無力症・眼筋型

HT(+), DM(-), HL(-), IHD(-), PUD(-), BA(-)

【med】	バイアスピリン	1T1×朝	フェロミア(50)	2T2×
	アムロジン(5)	1T1×朝	フェリアミン(5)	3T3×
	ディオバン(80)	1T1×朝	ラニタック(150)	1T1×夕
	メスチノン(600)	3T3×	パリエット(10)	1T1×朝
	プレドニゾロン	20mg-7.5mg 朝(隔日投与)	アルサルミン	3P3×

【PE】顔面浮腫(+)、眼瞼色素沈着、頸静脈怒張(-)、四肢末梢冷感(-)

Lung : air entry poor , rt=lt , wheezing(++), Heart : regular

<L/D>CRP 10.67, GOT 23, GPT 25, TP 6.0, Alb 3.3, BUN 17.9, Cr 0.71, Na 137, K 5.7, BS 209, T-cho 125, TG 64, BNP 976.3, WBC 15900, Hb 9.4, Ht 28.7, Plt 37.1

<ECG>HR100,sinus,ST-change(-)

<CXR>供覧

<胸部CT>供覧

<UCG>wall motion good, asynergy(-), EF 73%, LVH(-), dilatation(-), IVC 17.9/8.0mm, MR I° AR I°

<AUS>肝・胆・膵・脾・腎 np、腸管 np

10/22 右胸水穿刺施行(黄色漿液性 1000ml)

<胸水>リバルタ(-)、TP 1.9(比 0.35)、糖 204、LDH 128(比 0.66) <LDH_{血max}

10/25 感染源不明だが immunocompromised host であることから MEPM 投与開始

10/26 CT 上右肺中心に間質陰影↑、胸部上行大動脈瘤、上大動脈狭窄あり

10/27 呼吸状態悪化、全身チアノーゼ出現、間質陰影↑

全身管理困難となり、名瀬徳洲会病院へ搬送

【まとめ】

原因不明の両側胸水貯留のある患者による急性の呼吸困難症例を経験した。

胸水貯留には胸部上行大動脈瘤による SVC 症候群が原因と思われる。

入院後の呼吸状態の悪化は心不全、胸水穿刺後の膨張性肺水腫、間質性肺炎によると考えられた。

全身管理が困難な状況では、搬送も含め素早い判断と行動が必要であった。