

## 症例要約 記載例 その1

掲載に際し個人情報保護のため患者 ID・年齢・性別・職業・病院名・病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください。

提出 No. 1 専門分野名 神経内科

病院名

患者 ID:

初診日 年 月 日

患者年齢 歳 性別

診療確定日 年 月 日

受持期間 自 年 月 日

至 年 月 日

転帰:  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)

フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

診断確定名 (主病名および副病名)

#1. 前兆のない片頭痛/Migraine without aura (ICHD-3 beta code 1.1)

【主訴】 頭痛

【既往歴】 特記事項なし.

【家族歴】 祖母と母が片頭痛.

【生活歴】 飲酒・喫煙なし. 職業: ○○○.

【現病歴】

13歳頃から年数回の頻度で前頭～側頭部が両側性にドクンドクンと脈打つように痛いことがあったが、部屋を暗くして仮眠をとると改善していた。社会人になってから悪心を伴う頭痛の回数が月3-4回出現し、頭痛発作の際に仮眠をとることが出来なため、時折市販の鎮痛薬を内服するようになった。頭痛程度で専門医を受診する程ではないと考え、精査を受けたことはなかった。X年Y月11日朝から頭痛と悪心を自覚していたが、10時頃から右眼の奥や右側頭部の拍動性頭痛が増強し、嘔吐を繰り返した。体動で頭痛が増悪するため車椅子で当科を受診した。これまで閃輝暗点などの前兆を自覚したことはない。受診前は仕事のストレスで不眠傾向であった。

【主な入院時現症・検査所見】

血圧 110/70 mmHg, 脈拍 72/分(整), 体温 36.5°C. 胸腹部異常なし.

神経学的所見: 意識清明. 強い頭痛のため両側前頭部を手で押さえてうつむき, 苦悶様表情を呈している. 発作中は音過敏, 光過敏, 右側頭部の頭皮のヒリヒリ感を伴った. 頸部・後頭部に圧痛は認めない. その他神経脱落症状はみられない.

血液検査: 血液一般・甲状腺機能正常. 生化学検査・凝固機能に異常なし.

頭部造影 MRI 検査: 脳実質に異常信号なし. MRA で動脈瘤や主幹動脈の狭窄・閉塞を認めない.

## 症例要約 記載例 その1

掲載に際し個人情報保護のため患者 ID・年齢・性別・職業・病院名・病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください。

### 【経過】

思春期を迎えた頃より片側性または両側性の拍動性頭痛発作をくり返すようになった症例。頭痛時に悪心、音過敏、光過敏、皮膚アロディニア (cutaneous allodynia) を伴っており、片頭痛を疑った。鑑別として脳出血、静脈洞血栓症、可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS)、くも膜下出血による頭痛が挙げられた。制吐剤を混入した補液を点滴しながら頭部 MRI を撮像し、二次性頭痛を除外した上で上記と診断。12:30 頃スマトリプタン 3mg 皮下注射を施行した。14:00 頃には頭痛の程度が 1/3 に軽減した。職場で発作が起こった場合の使用タイミングを逃さないために、発作時頓挫薬はリザトリプタン口腔内崩壊錠を選択した。初診時の時点でダイアリーは未確認であったが、発作による日常生活動作への支障度が大きいと判断し、予防薬として塩酸ロメリジンを導入した。頭痛ダイアリーの記載や発作予防のための生活習慣について指導を行い外来で経過を観察した。約 3 か月後には発作頻度が月 2 回へ減少し、頓挫薬で頭痛の強度が軽減した。

【診断確定時の主な処方】 ①塩酸ロメリジン (5 mg) 2 錠 2×,  
②リザトリプタン RPD (10 mg) 1 錠 1×頭痛時

【考察】頭痛の頻度増加で就業中にも発作が起き日常生活の質 (QOL) が損なわれていたため、トリプタン使用のタイミングを逃さないようにリザトリプタン口腔内崩壊錠を選択した。このように患者のライフスタイルに合わせた剤型の選択が重要である。また、皮膚アロディニアは片頭痛発生 20 分以内には出現せず、かつ皮膚アロディニア出現後のトリプタン内服は効果が不十分であることが判明している (Burstein R, *et al.* Ann Neurol 2004; 55, 19-26)。本症例でも皮膚アロディニア発現前の頭痛発生時に早期にトリプタン製剤を服用することが効果的であると説明した。

記載者：病院名・所属科・役職・氏名

岩手医科大学付属病院 神経内科・老年科 助教 鈴木真紗子

現病院教育責任者または頭痛専門医：病院名・診療科・役職・氏名

岩手医科大学付属病院 神経内科・老年科 教授 寺山 靖夫

## 症例要約 記載例 その2

掲載に際し個人情報保護のため患者 ID・年齢・性別・病院名・病歴の年月日は秘匿してありますが、受験の際に提出する症例要約には事実を記載してください。

提出 No. 2 専門分野名 神経内科 病院名 \_\_\_\_\_  
患者 ID: \_\_\_\_\_ 入院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
患者年齢 歳 性別 \_\_\_\_\_ 退院日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
受持期間 自 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
至 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
転帰:  治癒  軽快  転科(手術 有・無 )  不変  死亡(剖検 有・無 )  
フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

### 確定診断名 (主病名および副病名)

- #1. 可逆性脳血管攣縮症候群による頭痛/Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (ICHD-3 beta code 6.7.3)
- #2. 可逆性脳血管攣縮症候群に伴う脳梗塞

【主訴】頭痛、左不全片麻痺、構音障害

【既往歴】特記事項なし

【家族歴】父：高血圧、母方祖父：脳梗塞

【生活歴】飲酒：機会飲酒、喫煙：なし

### 【現病歴】

X年Y月Z日夜にたまたま大量に飲酒したところ、Z+1日起床時に右後頭部を中心とした拍動性頭痛を自覚した。歩こうとしたところ、左上下肢に力が入らず、左顔面麻痺および構音障害も認めた。様子を見ていたが、Z+2日朝になっても症状はやや改善したものの依然として残っていたため当院を受診し同日当科入院となった。

### 【主な入院時現症・検査所見】

血圧 119/66 mmHg、体温 37.3 °C、心拍数 96/分・整。一般身体所見：特記すべき異常所見なし。神経学的所見：意識清明。左眼輪筋・口輪筋に MMT 4 レベルの筋力低下あり。舌音、咽頭音拙劣。挺舌は左に偏移。左三角筋、上腕三頭筋、長母趾伸筋、長趾伸筋で MMT 4 レベルの筋力低下あり。感覚障害なし。深部反射は左右差なく正常範囲。異常反射なし。明らかな協調運動障害なし。血液検査：血算・生化学・凝固に異常なし。MPO-ANCA、PR3-ANCA 陰性。ループスアンチコアグラント正常。頭部 MRI/MRA：右レンズ核背側、右外包、右中心後回から島皮質下に DWI 高信号、ADC MAP 低信号の領域を認める。右中大脳動脈 M1 領域遠位に狭窄を認める。頭部造影 CT：右基底核から頭頂葉に低吸収域を認め、右中大脳動脈 M1 部遠位～分岐部に高度狭窄が示唆される。体幹部造影 CT：明らかな病変を認めない。心電図：正常洞調律。経胸壁心エコー：明らかな血栓を認めない。頸動脈エコー：左右とも観察範囲内に有意狭窄および IMT 肥厚なし。経食道心エコー：左心耳、左房内に明らかな血栓を認めない。卵円孔開存、心房中隔欠損なし。

### 入院時プロブレムリスト

- #1. 可逆性脳血管攣縮症候群による頭痛/Headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction syndrome (ICHD-3 beta code 6.7.3)
- #2. 可逆性脳血管攣縮症候群に伴う脳梗塞
- #3. 左不全片麻痺
- #4. 構音障害

### 【経過】

#1. 頭痛・悪心は入院翌日には消失し、その後入院中に増悪は見られなかった。

#2. 画像検査で急性期脳梗塞および右中大脳動脈の高度狭窄を認めた。基礎疾患の検索を行ったが、明らかな異常所見は認められなかった。塞栓の可能性を考え、第2病日よりヘパリン持続投与を開始したが、明らかな塞栓源は認められず、血液検査でも膠原病や抗リン脂質抗体症候群を疑う所見はみられなかったため第9病日にヘパリン投与を中止した。症状が改善しており、頭蓋内血管に狭窄部位があるため水分摂取ならびに禁酒を指導し、ジルチアゼム内服開始し第14病日に退院となった。3ヶ月後に施行した頭部MRAでは血管の狭窄は軽快していた。

#3 および#4. 神経症状は第2病日にはわずかに左顔面麻痺を残すのみとなった。退院時には症状は改善した。

【退院時の主な処方】①ジルチアゼム 100 mg/日

### 【考察】

本症例では特に既往はなく、また入院中の検査でも脳梗塞の基礎疾患を指摘できなかった。入院中に認められた右中大脳動脈の狭窄は可逆的であり、本症例は可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS）による脳梗塞と考えられる。RCVSに伴う頭痛は通常急激に発症する強烈な痛みとなることが多いが、本症例のように比較的軽い痛みを訴える症例もわずかに存在する(Ducros A *et al.* Brain 2007; 130: 3091-3101)。悪心や光過敏を伴うこともあるため、片頭痛と誤診されトリプタンを処方されてしまうことがあり、前兆や随伴症状にもよるが片頭痛の診断の際にはRCVSを鑑別に挙げる必要がある。予後は基本的に良好で血管攣縮は2ヶ月ほどで改善することが多いが、脳卒中を合併した場合は後遺症が残ることがある。

RCVSの原因は非常に多彩であるが(Singhal AB, *et al.* Neurocrit Care 2005;3: 91-7)、本症例は特に既往のない健康な若年者で、入院後の検査でも特に異常を指摘できなかった。病歴から発症前夜の大量飲酒が原因となった可能性を考え、退院時にはあらためて禁酒するよう指導を行った。

記載者：病院名・所属科・役職・氏名

①

現病院教育責任者（頭痛専門医番号）：病院名・所属科・役職・氏名（頭痛専門医番号）

①

（教育責任者が頭痛専門医でない場合）査読した頭痛専門医：病院名・所属科・役職・氏名（頭痛専門医番号）

①