

## 超高齢者に発症した破傷風の1例

東 條 眞 義, 高 橋 正 樹, 高 橋 信 孝  
安 藤 幸 吉, 矢 島 義 昭, 遠 藤 一 靖

### はじめに

超高齢者に破傷風を発症し、胆嚢炎等様々な合併症を併発したが救命でき、自宅へ退院可能となった一例を経験したので報告する。

### 症 例

**患者:** 93歳男性

**主訴:** 開口障害, 全身の硬直

**既往歴:** 25年位前胃がんにて手術(B-I法), 平成11年より高血圧, 13年より不眠症, 胆石にて治療中。

**現病歴:** 平成14年8月14日に納屋で左足下腿部に受傷し絆創膏で密封した。8月18日夕方より食欲低下, 吐き気, 8月19日朝より開口障害, 顎硬直があり, 近医受診し当院紹介となった。

**現症:** 来院時意識レベル clear, 血圧 120/60 mmHg, 心拍数 68/分, 体温 36.6°C, SpO<sub>2</sub> 94%, 全身の筋肉硬直や開口障害, 項部硬直を認めた。左下腿の絆創膏をとると悪臭があり, 径 4-5 cm の挫創を認め, 整形外科にてデブリードマン施行された。その後呼吸状態悪化して SpO<sub>2</sub> 58% まで急激に低下したため, 気管内挿管し ICU へ入院となった。

### 入院後の経過

外傷の既往, 臨床症状から破傷風と診断し, 暗室に收容し鎮静剤投与下にレスピレーター管理を行い, 破傷風トキソイド, 破傷風ヒト免疫グロブリン, ペニシリン G の大量投与等を行った。入院後も筋緊張, 全身痙攣があり筋弛緩薬も併用した。

また図1のグラフに示すように入院時より血圧の変動が激しく破傷風による自律神経過剰反応 (autonomic overactivity) によると思われる,  $\alpha$  &  $\beta$  遮断薬, Ca 拮抗薬および昇圧剤を投与したが, 十分な血圧のコントロールは不能であった。そのため第8病日に鎮静剤をそれまで用いていたミダゾラムよりプロポフォールに変えたところ図2のように血圧の変動が軽減した。第15病日に肝機能の急激な上昇, 腹部エコーにて胆嚢腫大や debris, 総胆管の拡張を認め, 胆嚢炎と診断した。血小板減少も伴い, DIC 傾向を認めたが, 家族の希望により抗生剤等で保存的に治療することとした。その後血圧は安定し, 一時 DIC 傾向や肝機能障害の悪化を認めたが次第に回復した。入院後3週間を過ぎた頃よりウィーニングを開始し, まず筋弛緩剤, フェンタネスト, ディプリバンを漸減して中止した。この頃項部硬直はあったが手足の関節の硬直は軽減し, 血圧の変動, 痙攣等は見られなかった。第37病日抜管し, 状態がある程度安定したため第41病日 CT 施行したところ, 胆嚢著明腫大, 胆嚢内結石を認めた。家族の了承を得て第45病日に PTGBD (経皮経肝胆嚢ドレナージ) を施行し, その時の造影所見で総胆管結石を認めた。その後消化器科に転科し, PTCD (経皮経肝胆管ドレナージ) を施行し, PTCD ルートよりバルーンカテーテルにて総胆管結石を vater 乳頭へ排石した。また胃内視鏡にて下部食道に食道癌を認め, 病変は内視鏡的には根治は困難と考えられたが, その後の経口摂取障害の可能性を考え, EMR (内視鏡的粘膜切除) を施行した。断端陽性であったが, 年齢, 全身状態等を考慮してそのまま経過観察とした。その後食事摂取とリハビリを開始した。リハビリも順調に経過し, 自力で食事

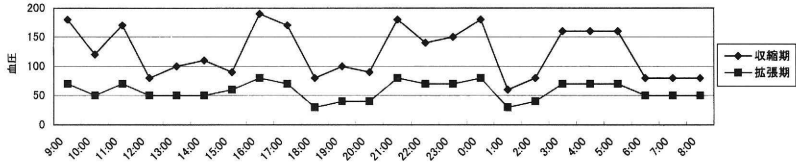


図 1.

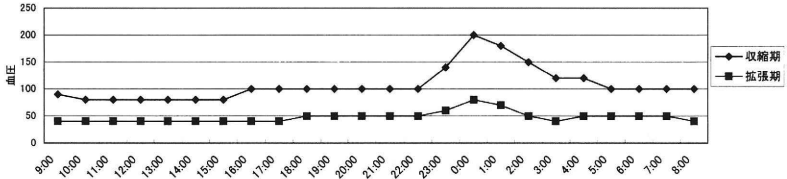


図 2.

摂取も可能となり、安静度もベッド上から車椅子、自力歩行へと次第に改善し、入院約4カ月後に自宅へ退院となった。

ま と め

破傷風は予防接種が広まった現在では非常にまれで年間40-50例程度である。破傷風菌は末梢運動神経終末に結合して様々な症状を引き起こす

が、一度発症してしまうと血中の毒素は免疫グロブリンで中和できるが神経終末に結合した物に対しては根本的な治療はなく、毒素が体から消失するまで全身管理を行うしか方法がない。本症例ではきわめて高齢で発症し抜管まで37日間かかり、リハビリも3カ月かかったが、ほぼ後遺症を残すことなく自宅へ退院することができた。