

もう騙されない!

外来に現れるミミック疾患

監修 谷口洋貴 (洛和会音羽病院総合内科部長)

本コンテンツはハイブリッド版です。PDFだけでなくスマホ等でも読みやすいHTML版も併せてご利用いただけます。

▶HTML版のご利用に当たっては、PDFデータダウンロード後に弊社よりメールにてお知らせするシリアルナンバーが必要です。

▶シリアルナンバー付きのメールはご購入から3営業日以内にお送り致します。

▶弊社サイトでの無料会員登録後、シリアルナンバーを入力することでHTML版をご利用いただけます。登録手続きの詳細は <https://www.jmedj.co.jp/page/resistration01/> をご参照ください。

▶登録手続

はじめに ————— p03

執筆者一覧 ————— p05

File01 拍動する頸部の血管〔頸動脈の躍動性拍動を呈する疾患群/三尖弁逆流による頸静脈cv波を呈する疾患群〕〔藤本卓司〕 — p06

File02 足の水疱・丘疹・落屑〔足白癬/掌蹠膿疱症〕〔谷口洋貴〕 — p08

File03 下腹部の膨隆〔帯状疱疹後偽性腹壁ヘルニア/腹部ヘルニア(腹壁癒痕ヘルニア)〕〔石丸裕康〕 — p10

File04 咽頭痛と頸椎前面の炎症〔石灰沈着性頸長筋腱炎/咽後膿瘍〕〔濱口杉大〕 — p12

File05 消化管のニボー (air fluid level)〔イレウス(限局性腹膜炎)/腸閉塞(癒着による腸閉塞)〕〔森井和彦・多田俊史・中村進一郎〕 — p14

File06 繰り返す扁桃炎〔PFAPA症候群/化膿性扁桃炎〕〔谷本隆彦・小松真成〕 — p16

File07 血圧低下と紅斑〔トキシックショック症候群/アナフィラキシーショック〕〔森井和彦・多田俊史・中村進一郎〕 — p18

File08 顔面から前胸部の水疱性皮疹〔カポジ水痘様発疹症/成人水痘〕〔鈴木富雄〕 — p20

File09 咽頭所見に乏しい咽頭痛〔急性喉頭蓋炎/亜急性甲状腺炎〕〔高橋優二〕 — p22

File10 中心性肥満〔クッシング症候群/偽性クッシング症候群〕〔山本紘一郎・片岡仁美・大塚文男〕 — p24

File11 一側上肢の麻痺〔脳梗塞/頸椎症〕〔谷口洋貴〕 — p26

File12 貧血〔巨赤芽球性貧血/鉄欠乏性貧血〕〔中間大幹・小松真成〕 — p28

File13 下肢のしびれ〔大動脈解離の神経症状/腰部脊柱管狭窄症〕〔木村武司〕 — p30

File14 特発性後腹膜線維症〔IgG4関連後腹膜線維症/エルドハイム・チェスター病〕〔山本紘一郎・片岡仁美・大塚文男〕 — p32

▶販売サイトはこちら

日本医事新報社では、Webオリジナルコンテンツを制作・販売しています。

▶Webコンテンツ一覧

- File15** 突然発症した高齢者の行動異常〔認知症・せん妄/高アンモニア血症〕
〔阿部倫明〕 — p34
- File16** 発熱を伴う急性の頸部痛〔crowned dens syndrome/石灰沈着性頸長筋腱炎〕
〔坂元士月・小松真成〕 — p36
- File17** GH/IGF-I正常の先端巨大症様顔貌〔先端巨大症/偽性先端巨大症〕
〔山本紘一郎・片岡仁美・大塚文男〕 — p38
- File18** 下腿の腫脹〔下腿の深部静脈血栓症(DVT)/Baker嚢胞〕
〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p40
- File19** 急激に悪化する認知症〔認知症/治る可能性のある認知症 (PRD)〕〔谷口洋貴〕 — p42
- File20** 認知機能の低下した施設入所中患者の、くり返す嘔吐と転倒〔頭蓋内出血/高カルシウム血症〕〔吉田秀平・伊藤公訓〕 — p44
- File21** 多関節痛〔関節リウマチ (RA) /CPPD (pseudo-RA)〕〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p46
- File22** 非特異的な全身痛と体動困難、食思不振を呈した高齢者〔リウマチ性多発筋痛症 (PMR) /悪性腫瘍〕
〔菊地由花・伊藤公訓〕 — p48
- File23** 腹部膨満感を伴う腹水貯留〔婦人科悪性腫瘍による癌性腹膜炎/pseudo-Meigs症候群〕〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p50
- File24** 発熱を伴う下腿の発赤・腫脹〔蜂窩織炎/うっ滞性皮膚炎〕〔藤津宏隆・小松真成〕 — p52
- File25** 発熱・紅斑を伴う多関節痛〔全身性エリテマトーデス (SLE) /パルボウイルスB19感染症〕〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p54
- File26** 意図しない体重減少〔甲状腺機能亢進症/褐色細胞腫〕〔宮森大輔・伊藤公訓〕 — p56
- File27** 立位で増悪する側腹部痛〔遊走腎/ナットクラッカー症候群〕
〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p58
- File28** 高齢者の近位筋痛+炎症反応亢進〔リウマチ性多発筋痛症 (PMR) /感染性心内膜炎 (IE)〕〔吉田心慈〕 — p60
- File29** 繰り返す失神〔鎖骨下動脈盗血症候群/頸動脈洞症候群〕〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p62
- File30** 突然発症の側腹部痛〔尿路結石症/腎梗塞〕〔吉田心慈〕 — p64
- File31** 食後の腹痛〔上腸間膜動脈症候群/腹腔動脈圧迫症候群〕〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p66
- File32** 急性の足部の発赤・腫脹・疼痛〔蜂窩織炎/痛風関節炎〕〔吉田心慈〕 — p68
- File33** 暑さで出現する手足の痛み〔肢端紅痛症・ファブリー病〕〔磯田 翔・鈴木富雄〕 — p70
- File34** AMIと思われた心電図波形〔高カリウム血症・急性心筋梗塞 (AMI)〕〔谷口洋貴〕 — p72

はじめに

皆さんは、“騙された！”ことはありませんか？

いきなり何の話ですか？ 詐欺被害のことですか！？ という感じで大変すみません。なにも詐欺にあった話を始めようとしているわけではありません。「この疾患だろう」と思って治療を進めていたら、「え、まさかそっちか！」といったことです。似た疾患(ミミックカー)に騙されたことはありませんか、という話です。

ちょっと実例を挙げてみます。

50歳、女性。高血圧症と糖尿病で当科通院中。服薬状況も良く、血圧・血糖値は安定している。

ある日の再診外来で、1カ月くらい前から腹部膨満があるとの訴えがあった。最近便秘がちでもあるとのことであった。腸蠕動音の低下あることから便秘と診断し、内服治療を開始した。

その後、湿性咳嗽が続くため近医を受診し、その際に胸部X線が施行された。“緊急を要する”異常所見を認めたため、当院のERに即日紹介受診されてきた。

内服：アムロジピン5mg、シタグリプチリン50mg、ボグリボース(0.3mg)3錠分3毎食直前。

私は、別の患者の診療に当たっていたところ、ER医師より依頼があったので、バトンタッチでERに到着したところでした。その時、この患者さんが駆け寄って突然すがってきました。

患者「先生、私緊急手術になるかもしれないんです！」

谷口「どうしたのですか？」

患者「ちょっと風邪が続いたので、近くの内科に行きました。そうしたらレントゲンを撮られて、その後、とにかく救急に行きなさい！ と急かされて受診したら……。救急の先生が、持ってきたレントゲンを見て顔色を変えられて……。緊急手術がいるかもしれない、って急に言われたんです」

不安気な表情で、いつになく目がウルウルしていました。そして、持参された写真がこれです(開業医の先生の写真を当時のデジカメで撮ったので、ちょっと見えにくいかも、です)。

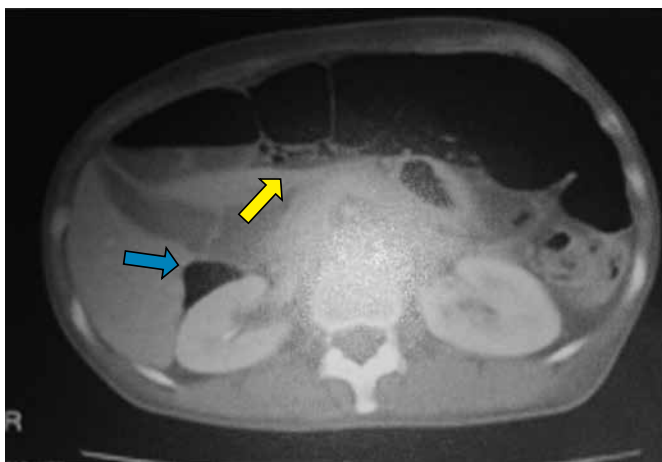


……どうでしょうか？ 異常は……そうです。右の下肺野に……というか、肝臓の上に“なにか”あります。free airです！ 開業医さんが“緊急を要する異常”として紹介されてきたのも理解できます。

確かにfree air……。患者さんは気が動転してちょっと慌ててはいますが、意識清明、腹痛もなく無症状、基本的にはいつもの様相です。なにせ駆け寄って来れました……。“heel drop sign陰性”です

(heel drop sign: つま先立ちをして踵を床に強く落とすと腹痛が誘発される診察方法で、虫垂炎や憩室炎などの腹膜炎があると陽性となります。消化管穿孔でも腹膜炎を起こすので同兆候があります)。

ひとまず担当したERの後期研修医のところに行くと、腹部CTが出来上がってきたところでした。そのCTがこちらです。



青矢印のような, free air を認めました。でも……黄矢印も見逃しませんでした。PCI……“pneumatosis cystoides intestinalis”, 黄矢印は「腸管気腫症」でした。

青矢印はPCIによる気腹症 (pneumoperitoneum) でした。腹痛もなし, 発熱なし。このCT画像には写っていませんが, 腹水もありません。採血で白血球の上昇や炎症所見も認めませんでした。

なぜPCIを起こしたのでしょうか……。そうです, α -グルコシダーゼ阻害薬です。ボグリボースを服用しています。

念のため, 数日絶食で経過観察入院としました。発熱・腹痛は生じませんでした。気腹症は徐々に改善しました。ボグリボースは以後, 中止しました。気腹症は再発していません。

気腹症と消化管穿孔……。気腹症でも腹痛や炎症所見を認めることがあり, 両者の鑑別に悩むことがあります。この例のように, 無症状でby-chanceに撮影されたX線等で, 偶然見つかることがあります。慢性閉塞性肺疾患や膠原病の患者さんでも, 生じることがあるようです。



おそろしや, ミミッカー。今回提示した症例は, 危うくミミッカーに騙されるどころでした。しかし, 私たちは騙されてはいけません! ミミックな疾患を知っておけば, 鑑別診断に挙げて進むことができますので, かなり安全に検査や治療ができます。そんな疾患たちを, これから紹介して参りたいと思います。

2025年1月

洛和会音羽病院総合内科部長
谷口洋貴

執筆者一覧

監修

谷口洋貴 洛和会音羽病院総合内科部長

執筆(執筆順)

藤本卓司 耳原総合病院救急総合診療科部長
谷口洋貴 洛和会音羽病院総合内科部長
石丸裕康 関西医科大学総合診療医学講座理事長特命教授
濱口杉大 福島県立医科大学総合内科教授
森井和彦 姫路赤十字病院総合内科部長
多田俊史 姫路赤十字病院肝臓内科部長
中村進一郎 姫路赤十字病院副院長
谷本隆彦 総合病院鹿児島協病院総合内科
小松真成 総合病院鹿児島協病院総合内科
鈴木富雄 大阪医科薬科大学総合診療医学教室教授/地域総合医療科学寄附講座特別任命教員教授/大阪医科薬科大学病院総合診療科科長
高橋優二 井上病院総合内科部長
山本紘一郎 岡山大学病院総合内科・総合診療科
片岡仁美 京都大学医学研究科医学教育・国際化推進センター教授
大塚文男 岡山大学病院総合内科・総合診療科教授
中間大幹 総合病院鹿児島協病院総合内科
木村武司 名古屋大学医学部附属病院卒後臨床研修・キャリア形成支援センター
阿部倫明 東北大学病院総合地域医療教育支援部・総合診療科准教授/副部長
坂元士月 総合病院鹿児島協病院総合診療科
磯田翔 大阪医科薬科大学病院総合診療科
吉田秀平 広島大学病院総合内科・総合診療科診療講師
伊藤公訓 広島大学病院総合内科・総合診療科教授
菊地由花 広島市立舟入市民病院総合診療科
藤津宏隆 総合病院鹿児島協病院総合診療科
宮森大輔 広島大学病院総合内科・総合診療科診療講師
吉田心慈 国立病院機構東京医療センター総合内科

* HTML版に記載された所属・職位等は、連載当時の情報に基づいています。

拍動する頸部の血管

[執筆] 藤本卓司

疾患

頸動脈の躍動性拍動を呈する疾患群



[本症例：肝硬変症]

https://www.jmedj.co.jp/files/premium_blog/maod/001_01.mp4


ミミッカー

三尖弁逆流による頸静脈cv波を呈する疾患群



[本症例：僧帽弁逆流症，甲状腺機能低下症の合併]

https://www.jmedj.co.jp/files/premium_blog/maod/001_02.mp4


どちらも収縮期に一致して外方に突出する拍動である。橈骨動脈を触知しながら観察するとわかりやすい。原因となる疾患，治療がまったく異なるため，正しく診断する必要がある。

【疾患】頸動脈の躍動性拍動を呈する疾患群

そもそも正常者では頸動脈の拍動は観察されない。正常の場合，頸動脈は視診で確認できず，触診すると皮膚の下からほどよくタップしてくる(tapping)。触診で大きく触れ，時に視診で確認できる頸動脈拍動は，躍動性の脈“bounding pulse”と呼ばれ，最も代表的な疾患は大動脈弁逆流症である。ほかに異なったカテゴリーの重要疾患群が並ぶ(表1)。

【ミミッカー】三尖弁逆流による頸静脈cv波を呈する疾患群

内頸静脈は，頸動脈，迷走神経とともに頸動脈鞘の中に収まっているため，血管そのものは直接見えない。観察できるのは皮膚に伝わる波動である。収縮期には三尖弁の弁輪が右心室の収縮に伴って心尖部方向に動くため，右房圧，上大静脈，内頸静脈の圧が下降し，内頸静脈波は陥凹する。ところが，三尖弁逆流があると，弁輪は正常の場合と同様に心尖部方向に動くが，右室収縮に伴い血流が右房に逆行するため，上大静脈，内頸静脈の圧が上昇する。そのため内頸静脈波は収縮期に外向きに突出し(cv波)，動脈拍動に似た様相を呈する。三尖弁逆流を呈する疾患群は，肺高血圧を呈する疾患群を中心に多くの重要疾患が名を連ねる(表2)。

表1 頸動脈の躍動性拍動を呈する疾患群

大動脈弁逆流症
高CO₂血症
貧血(重症)
甲状腺中毒症
敗血症
ビタミンB₁欠乏症(脚気)
肝硬変症
動静脈シャント(動脈管開存症, 冠動静脈瘻, 骨Paget病, 透析用内シャントなど)
妊娠

表2 三尖弁逆流をきたす疾患群

左心不全(様々な左心系疾患)
僧帽弁狭窄症
肺塞栓症
膠原病/血管炎
原発性肺高血圧症
間質性肺炎
慢性閉塞性肺疾患
右室梗塞, 右室心筋症
甲状腺疾患(亢進症/低下症), ほか
一次性(感染性心内膜炎, 先天性, 三尖弁逸脱症, カルチノイド症候群など)

【症例】

主訴: 意識障害

現病歴: 74歳, 男性。肝硬変症による肝性脳症で入院歴がある。今回も意識障害のため救急受診。

診断・治療の経過: 視診にて, 肝硬変症による躍動性の脈は著明だが, 過去の肝性脳症のときに観察された羽ばたき振戦は認めない。血清アンモニア値の上昇なく, 今回は肝予備能低下を背景とした低血糖, ベンゾジアゼピン系薬剤の副作用による意識障害と考えられた。

鑑別のポイント

- ・外方に突出する速度が異なる。擬態語で表現するなら, 頸動脈の躍動性拍動①は鋭く「ピッ」, 頸静脈cv波②はやや緩徐に「モコ～」である。
- ・体位の影響の有無を見る。①は体位にかかわらず観察される, ②は臥位で顕著だが坐位や立位をとると見えにくくなる(ただし, 圧が高いと逆の現象を示す)。
- ・呼吸の影響の有無を見る。①は吸期と呼期で変化がない。②は吸期で見えにくくなったり, 逆に顕著になったりする。
- ・触診が役立つ。①は振幅の大きな脈を触知し, 一方, ②は拍動を触れない。
- ・①を疑えば, 他部位の躍動性の脈を探してみる。膝窩動脈が判断しやすい。両手で包み込むように膝窩を触診し, 直後の第1拍に明確な拍動を触診できれば, 躍動性の脈と判断する。

その他のミミッカー

- ・Cannon A波: 完全房室ブロック, 房室解離(心房と心室が別々のペースメーカーで収縮する)において観察される。心室収縮と心房収縮のタイミングがほぼ一致するとき, 大きな頸静脈波が発生する。間欠的で拍動は短く鋭い。