



S内服を継続投与している。

【診 断】 亜急性甲状腺炎

Table 2

亜急性甲状腺炎 診断基準	
a) 臨床所見: 疼痛性甲状腺腫	
b) 検査所見	
1. CRPまたは赤沈高値	
2. 遊離T4高値、TSH低値(0.1 μU/ml以下)	
3. 甲状腺超音波検査で疼痛部に一致した低エコー域	
1) 亜急性甲状腺炎 → a)およびb)の全てを有するもの	
2) 亜急性甲状腺炎の疑い → a)とb)の1および2	
(甲状腺診療ガイドライン2010)	

《症例 2》

【症 例】 84歳女性

【主 訴】 動悸, 呼吸困難

【既往歴】 心房細動, 高脂血症, 両膝TKA術後

【内 服】 マグミット330mg 3錠, ロキソニン120mg, ムコスタ200mg, スピロノラクトン50mg, ラシックス40mg, ローコール40mg

【嗜好歴】 タバコ・アルコールなし

【現病歴】 201x年1月頃、横になると喘鳴があり近医で処方を受けていた。その後も喘息様の症状を繰り返しており、6月14日Basedow病に伴う心房細動・心不全の診断で近医よりメルカゾール、ワーファリン、利尿剤が開始。6月27日動悸と労作時呼吸困難が増悪したため、当院に紹介受診となる。

【初診時現症】 身長: 159cm 体重: 70kg 血圧: 131/73mmHg 脈拍: 121bpm・不整 体温36.7度、頸部リンパ節腫脹なし 甲状腺腫大なし、圧痛なし 胸部: 肺音清、ラ音聴取せず、心音不整 両下腿にpitting edemaあり

【検査データ】 <血液所見> Hb 11.3g/dl, 白血球 8,100/μl, 血小板 29.5×10<sup>3</sup>/μl, AST 38IU/l, ALT 38IU/l, LDH 365IU/l, BUN 26mg/dl, Cr 0.69mg/dl, Na144 mEq/l, K 4.5mEq/l, Cl 110mEq/l, TSH <0.200

μU/ml, FreeT4 1.41ng/dl, FreeT3 3.63 pg/ml, 抗サイログロブリン抗体 12.2 (<28.0), 抗TPO抗体 <5U/ml (<16倍), TSH受容体抗体 陰性

【画像所見】 胸部X P: 心拡大あり (CTR60%)  
心電図: 心房細動 甲状腺Tcシンチ: 甲状腺への取り込み正常で形態も正常

【臨床経過】 (Table3)

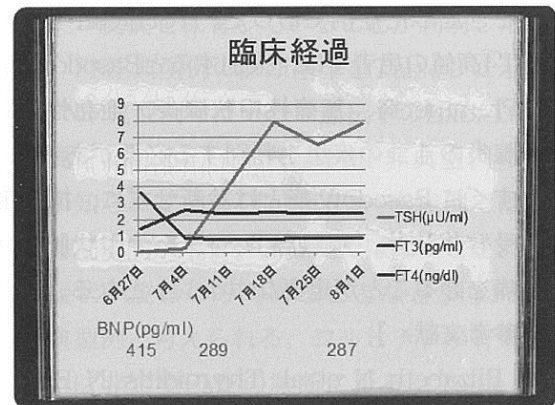


Table 3

初診時、動悸、心不全の原因として、甲状腺中毒症に伴う心房細動と判断した。TSH受容体抗体は陰性であり、Basedow病は否定的だったため、メルカゾールをすぐに中止し、ヨウ化カリウム内服を開始した。心不全は利尿剤投与により改善し、胸部レントゲン上も心拡大は消失した。臨床経過と画像所見より無痛性甲状腺炎の診断となるが、治療経過中に甲状腺機能低下症となったため引き続き外来フォローとなった。

【診 断】 無痛性甲状腺炎

【考 察】

《症例 1》 亜急性甲状腺炎の5-10%は甲状腺機能低下症へと移行するが<sup>1)</sup>、橋本病の経過中に亜急性甲状腺炎を合併する例が稀にみられる<sup>2)</sup>。本症例においても、抗サイログロブリン抗体が陽性であり、既往に橋本病があった可能性が高い。最近の知見では無痛性甲状腺炎だけでなく、亜急性甲状腺炎も橋本病の一部という見方がある<sup>3)</sup>、今後の動向に注目すべきである。

