重篤なるペニシリンアナフィラキーシー性ショックの1治験例

京都大学医学部外科学教室第2講座（指導：青柳安誠 教授）
菊　池　　厚

大阪府茨木市民病院内科（院長：山岸正治博士）
藤　井　道　也

〔原稿受付　昭和34年3月3日〕

A CASE OF SERIOUS PENICILLIN SHOCK SUCCESSFULLY TREATED

by

ATSUSHI KIKUCHI

From the 2nd Surgical Division, Kyoto University Medical School
(Director: Prof. Dr. YASUMASA AOYAGI)

And

MICHIYA HUZII

The Irternal Division, Ibaraki City Hospital (Chéf: SEIJI YAMAGISHI)

This report is made on a serious case of anaphylactic shock sympton caused by penicillin injection as follows:

A 28-year-old male was made an injection of penicillin 400,000 unit intramuscularly for carbuncles by his friend, no doctor. As soon as he was made, he fell into a state of shock and was in a fairly serious condition. He was snatched, however, from the jows of death by various treatments, especially many injections and the artificial respiration. I thought that the artificial respiration was the most effective of all treatments.

Such serious by-effects as shock treated, are quite rare. We, therefore, have reviewed and discussed some number of literature with respect to penicillin shock.

緒　　言

最近素人のペニシリン濫用によつて重篤なアナフィラキシー様ショック症状を呈した患者が九死に一生を得た貴重な1例を体験したので，その臨床経過及び検査成績，更にかかるショックに対して私の最も効果的だと思つた治療方法を記述し，今後の研究の一助にもと思い報告する．

症　　例

患者：28才男子

既往歴：生来頑健であるが，皮膚疾患（癤及び湿疹を生じ易い．今迄に数回ペニシリン注射を行つたが何等異常を認めなかつた．

現症：33年10月23日，午後2時頃，癌腫症があつたため，医師ではない患者の友人にプロカインペニシリン40万単位を上膊部に注射された．その友人の話によると注射終了と同時に胸内苦悶感，悪心及び口内異常感を訴えたため，ペニシリンショックと直感し，急ぎ来院したが，途中玄関前の路上に倒れて意識不明となつた．その間約2分前後であつた．

受診時所見としては意識全く消失し，応答なく，顔面蒼白並に口唇チアノーゼ，強直性及び間代性痙攣，呼吸不整及び時々深大性呼吸，唾液流出し苦悶状を呈し，脈搏を触知し得ない．而も心音不明，瞳孔は全く止針頭大に縮少し，対光反射微弱，而して静脈弛緩し容易に静注し得なかつたため，直ちにビタカン1.0cc，ボスミン0.7cc，レスタミン1.0cc を皮下に連続注射，併し一般症状は益々悪化し，発症後20分前後には冷汗甚だしく，瞳孔やや散大，角膜反射鈍，対光反射不明，呼吸益々悪化し，シェンストーク氏型呼吸現象を呈し，殊に唾液流出甚しく，気管内に分泌液貯溜し，窒息により今にも呼吸は止らんばかりとなり，顔面及び四肢の蒼白並にチアノーゼは更に著しく，全身全く弛緩し，所謂死相を呈するに至つた．ここに於て直ちに人工呼吸を開始すると同時に，更にビタカン静注及び皮注，アトムラチン等の強心剤，呼吸興奮剤注射をしたところ，呼吸状態はやや好転し，脈搏は非常に微弱であるが，漸く触知可能程度となる．併し人工呼吸及び注射を中止すれば再び一般状態殊に呼吸症状は増悪し，シェンストーク氏型呼吸となり，脈搏も触知不能となつたので，前述のように強心昇圧剤ビタカン及びボスミン並にレスタミン等を連続注射し，更に人工呼吸を継続した．この一進一退の半死状態は発症後2時間余り（午後4時過ぎまで）繰返えしたが，4時30分頃一時的だが症状は好転し，意識はやや回復し，呼吸状態もシェンストーク氏型呼吸が消失し，瞳孔反射及び角膜反射も正常となり，脈搏もやや好転して，不整であるが触知が可能となり一応症状も固定したので約10米はなれたベット上に移動せしめた．ところが再び意識は消失し，一般症状殊に呼吸状態は前述のように増悪したが，直ちに人為呼吸を続け，強心昇圧剤，糖液注射によつて，この度は漸次にして，著しく一般状態が回復してきて意識も徐々に明らかとなり，応答も可能となつた．併し嗜眠状態は依然としてつづいた．

午後5時頃になり，意識は殆ど完全に回復し，ベット上に起床し，悪感と同時に渇を訴え，5時10分頃より便意をもよほし，粘血便を多量に排泄し，恰も赤痢様となつたが，発熱及び腹痛はなし，又尿意があつても排尿しない．意識，呼吸をはじめ一般状態も次第に良好となり一応症状も落ちつき移送可能となつた．而も上記の大量下血はアドナ及び高張糖液注射でも軽快せず，且つ脈搏のみは依然として非常に微弱であるため，午後8時頃茨木市民病院へ入院せしめた．（以後の入院時の記述は市民病院の主治医の報告にもとづく．）

午後9時以後の症状経過並に治療方法としては，自動車で移送したためか，呼吸やや悪化し，なお大量の失血によつて脈搏も非常に微弱のため，直ちに40％糖20cc＋ネオフィリン10ccを混合して静注を行い，次いで酸素吸入と同時にテラプチーク 1.0cc，アドナ 2.0cc その他ペレストンN注射を行い，更に深夜から翌朝迄，強心剤としてビタカンファーを30分毎に注射した．その間血圧は触診で最高60，最低不明，且つ前記の大量下血は3回あり，而も此度は嘔吐2回も加わり，吐物は黒褐色の血液であつた．

翌10月24日．呼吸は前日よりやや好転したがなお不整，且つ呼吸困難を訴え，脈搏は前日同様に非常に微弱で，その数90，体温 36℃ 血圧は触診で最高70，最低はなお不明，下血は止まつたが，嘔吐はなお2回あり，吐物は同様に黒褐色の血液で少量．検査成績としては，先づ検血では赤血球数593万，白血球数17,600，血色素 102％，血液成分は桿状核細胞 11％，分葉核細胞81％，淋巴球6％，エオジン細胞0％，単核球2％であつた．血清，高田氏反応及び塩化コバルト反応はそれぞれ陰性，及び R^6 であつた．又検尿の結果は蛋白はズルフホサルチル酸法でも煮沸法でも，何れも中等度陽性で，沈渣には赤血球(＋)，白血球(＋＋)，円形上皮細胞(＋＋)，顆粒円柱上皮が多数認められた．治療法としては朝夕2回（リンゲル 500cc＋ペレストン N 100cc）注射，止血の目的ではアドナ朝夕2回注射，又強心剤，呼吸興奮剤としてビタカン及びロベリンを1時間毎，交互に注射した．

10月25日　一般状態，非常に好転し，呼吸も大体正常に近くなつたが，時々心悸亢進及び呼吸困難を訴え，また脈搏も次第に規則正しくなり緊張も増した．血圧は初めて血圧計で測定可能となつたが，未だに最高80，最低60である．嘔吐及び下血はなく便秘勝ちとなる．そのため今日から流動食をあたえた．治療方法としてはリンゲル 500cc，朝のみ注射，ペレストンN，メチオニン，VB_1 20mg，VC 100mg，VK 100mg 朝夕

注射．ビタカン及びロベリンは3時間毎に交互に注射した．

10月26日　呼吸も大体正常となり，脈搏も規則正しく緊張も良好となり，且つ血圧も最高122，最低60で正常値に復帰したため，強心剤及び呼吸興奮剤の投与を中止し，検尿成績よりみて5分粥で減塩食をあたえた．検尿成績は前記と同様に，ズルフホでも煮沸法でも中等度陽性で，蛋白定量は1.2%であり，且つ沈渣には赤血球(＋)，白血球(＋＋)であつた．

10月27日　排便正常となり1日1行．全粥をあたえる．時々心悸亢進，呼吸促迫を訴えるのみで治療法としてはメチオニン，グロンサン，VC 100mg，20%糖液注射を行う．

10月28日　殆ど全治し退院した．普通食．

11月4日　退院後初めて来院．それ以後の経過をたずねると次のように殆ど全治し就労可能状態となつた．即ち退院後，食欲良好，悪心嘔吐なく，又咳嗽，喀痰及び発熱なく，ただ時々軽度の心悸亢進及び呼吸困難を訴えるのみであると．来院時の所見は肺及び心臓は異常なく且脈搏も規則正しく緊張良好であつた．

考　　察

恐るべきペニシリンショックの症状及び経過についてはペ注射後，その発症は即時に現われ，一般のショック乃至アナフィラキシー症状として現われるが，その中にはアレルギー症状を伴うものがあり，最も危険な症状は虚脱としての循環不全と呼吸障害即ち呼吸麻痺又は声門水腫或は気管内分泌物による窒息であり，更に今まで余り報告例をみないが，特異の症状としては意識回復後の腸管出血即ち裏急後重を伴う赤痢様便排泄による下血及び吐血と腎出血即ち血尿等による諸臓器よりの出血傾向である．

予後の問題は第一に多くの学者の云う如く，治療開始時期が重要で，早ければ早いほどよく，特に発症後5分以内に治療を開始すれば治癒率も高いといわれ，且つ初めの30分が大切な山である（藤井，上田）と思われる．次いで治療中は早期に移動せず，少なくとも数時間は絶対安静が必要であり（石山，上田，長谷川）われわれの例でも僅かの移動によつて症状を悪化せしめて苦い経験となつた．次に村山の例でもわれわれの例でも，半死の状態が2時間以上も持続し，一進一退の症状をくりかえしたのであるが，最後まで望みをすてず，忍耐強く，最良の治療を行うべきである．

治療法としては，先づ最初に速効的強心昇圧剤（アドレナリン，アミノフィリン，ビタカンファー，ネオシネジン等）の皮下或は静注，殊に静注が可能であれば後者がより効果的であり，呼吸障害のあるときは呼吸興奮剤としてロベリン，アトムラチン，テラプチーク等を用い，更に必要に応じて酸素吸入及び人為呼吸を行うが，殊に酸素吸入の間に合わないような小病院に於ては，呼吸障害に対しては救急処置として人為呼吸が最も大切であるように思われる．また可能なれば必要に応じて気管切開或は気管内分泌物を排除することも必要である．更に上記緊急処置に引き続き，一般ショックの治療に準じて輸液，糖液等の注射，その他抗ヒスタミン剤やクロルプロマジン等を加えると良い（中村，津田）ように思われる．その他後症状としての腸管や諸臓器の出血にはアドナ等の止血剤も必要である．

結　　論

素人のペニシリン注射濫用によつてアナフィラキシー様ショック症状を呈した28才の男子の臨床経過及びその検査成績並びにその人の救命に当つて最も効果的であつたと思われる治療法について述べ，またそれに若干の文献的考察を試みた．

（稿を終るに臨み御校閲を賜つた恩師青柳教授並に種々御援助を頂いた茨木市民病院内科医長藤井道也博士に感謝の意を表する）

文　　献

1) 飯田二郎：ペニシリン（以下 p. と略す）ショックの恐怖．日本医事新報，**1683**, 79, 昭31.
2) 石井敏高：p. アレルギー．日本医事新報，**1664**, 28, 昭30.
3) 石山俊次：p. アレルギーに対する不活化 p. による皮内反応．日本医事新報，**1687**, 3, 昭31.
4) 伊藤斎尚：p. によるアレルギー性ショックの予防法私案．日本医事新報，**1657**, 103, 昭31.
5) 伊藤文夫：エピレナミン加 p. 日本医事新報，**1683**, 61, 昭31.
6) 内野久野：p. ショックの自家経験．日本医事新報，**1686**, 19, 昭31.
7) 梅沢浜夫他：p. ショックの機序と防止に関する基礎的考察．日本医事新報，**1700**, 3, 昭31.
8) 大嶋仁：p. 症の一例．日本医事新報，**1702**, 73, 昭31.
9) 大城俊彦他：定験的 p. ショック及びその薬剤による実験的予防法．日本医事新報，**1690**, 18, 昭31.
10) 小笠原寛子：p. ショックの尊い犠牲．日本医事新報，**1681**, 60, 昭31.

11) 小野一男： p. アレルギーの問題．日本医事新報，**1537**, 30, 昭28.
12) 川上保雄： p. 皮フ反応の反復と感作．日本医事新報，**1700**, 3, 昭31.
13) 川上保雄； p. アレルギーの予知法．日本医事新報 **1795**, 118, 昭33.
14) 栗秋要： p. によるアナフィラキシー性ショック．日本医事新報，**1625**, 30, 昭30.
15) 小出亮： p. テストの研究．日本医事新報，**1798**, 31, 昭33.
16) 小堀辰治他： p. アレルギーによつて発症したと思われる Periarteritis Nodosa 様症状．日本医事新報，**1686**, 4, 昭31.
17) 後藤克己： p. アナフィラキシー様症状を呈した1例．日本医事新報 **1616**, 13, 昭30.
18) 佐々貫之他： p. ショックの対策を語る．日本医事新報，**1680**, 3, 昭31.
19) 島田信勝：ラボナール全身麻酔と p. アナフィラキシー．日本医事新報，**1698**, 102, 昭31.
20) 島根県医師会： p. ショックに関する調査．日本医事新報．**1695**, 82, 昭31.
21) 竹下泰： p. ショック，日本医事新報．**1660**, 61, 昭31.
22) 中尾健： p. ショックの本態に関する研究．日本医事新報 **1793**, 26, 昭33.
23) 中川圭一：口内錠による p. ショックの予知法．日本医事新報，**1694**, 27, 昭31.
24) 中舘久平他： p. ショック死．日本医事新報，**1678**, 3, 昭31.
25) 中西憲治郎： p. ショックの自体経験．日本医事新報，**1681**, 19, 昭31.
26) 仲平鉄也： p. ショックと低血糖症．日本医事新報，**1683**, 61, 昭31.
27) 中村四十吉他： p. アナフィラキシー性ショックに対するクロルプロマジンの効果．日本医事新報，**1682**, 8, 昭31.
28) 中村二郎他：著明な心電図異常を呈した p. ショックの一例．日本医事新報，**1688**, 7, 昭31.
29) 野口義圀： p. アナフィラキシー．日本医事新報，**1686**, 19, 昭31.
30) 原田直彦： p. 過敏症の1例．臨床内科，小児科，**9**, (12), 41, 1954.
31) 堀田寛一： p. ショックの1経験例から．日本医事新報，**1686**, 23, 昭31.
32) 牧内正一：油性 p. 中毒症．日本眼科紀要 **1**, (10), 402, 昭33.
33) 松尾修： p. アレルギーの治験例．日本医事新報，**1681**, 20, 昭31.
34) 三方一沢他： p. アナフィラキシー様症状の種々相．日本医事新報，**1753**, 3, 昭32.
35) 横田年： p. ショック死の統計的観察に関する疑問．日本医事新報，**1681**, 18, 昭31.
36) 吉場朗，栗栖明： p. アナフィラキシー症状を呈した1臨床例．治療 **35**, (8), 69, 昭28.
37) 渡辺鴻次郎： p. 過敏症予防に関する1例．日本医事新報，**1657**, 103, 昭31.
38) 渡辺平造：p. 禍愚見．日本医事新報，**1689**, 67, 昭31.
39) 富木淳：単刺式 p. 皮フ反応の反復と感作．日本医事新報，**1700**, 108, 昭31.