

研修医カンファレンス (H27.8月)

平成27年8月3日 (月)

新患カンファレンス (担当: 大庭)

ケース: 88歳 男性

主訴: 食指不振、発熱

診断: 急性前立腺炎

89歳 男性

【主訴】尿量低下、食欲不振

【既往歴】DM、脳梗塞

【内服】クラビット、アマリール、エクア、プレタール、ケタス、マグミット、バナジン、エチゾラム、コントミン、アレジオン

【生活歴】喫煙(10本/20~60歳)、飲酒(-)、アレルギー(-)、ADL:自立

【現病歴】

7/27 39.8度の発熱あり。それ以降37°C台の発熱。7/3038°C台の熱と全身の痛みあり、痛みどめとったところ改善。食事摂取も少なく、水分とると嘔吐あり。本日解熱みられたものの排尿ないことと食事摂取不良により救急外来受診

【現症】vital:BT 35.8, BP 171/76, HR 84, RR 促迫なし, SpO2 97%(RA) 表情苦悶

腹部 平坦 軟 b/s normal CVA叩打痛-/-

眼瞼結膜:貧血・黄疸(-)、表在リンパ節触知せず、胸部聴診異常なし、下腿浮腫なし

【採血・胸部Xp・CT】

WBC12600、CRP27.99

単純CTにて前立腺の腫大と腎周囲の脂肪織濃度の上昇みられたため前立腺肥大に基づいた尿路感染症と診断し泌尿器科にコンサルト

→#急性前立腺肥大 #尿路感染症

●高齢者でありがちな主訴で基礎疾患も多々ある時にはどこにフォーカスをいぼって診断していくか重要になる。

大庭

平成27年8月5日 (水)

新患カンファレンス (担当: 児嶋)

ケース: 78歳 男性

主訴: 腹痛、嘔気

診断: 非閉塞性腸管虚血 (NOMI)

【主訴】腹痛、嘔気

78歳 男性

【既往歴】DM→慢性腎不全(4年前から透析導入)、HT、Af

【内服】ホスレノールチュアブル、エルカルチン、プルゼニド、炭酸カルシウム、オングリザ、コニール、トラベルミン、カルナクリン、メリスロン、ガスター、リピトール、ミカルディス、ベイスン、アモバン、ノボリン、ワーファリン

【生活歴】喫煙、飲酒歴不明、アレルギー：なし、ADL：自立、最終飲食：2015/7/4 12時コソイン、最終排便：ここ数日便秘気味

【現病歴】2015/7/4 14時、近医クリニックで施行していた透析が終了し帰宅後、腹痛嘔気が出現した。同日他院受診し、腹部圧痛、筋性防御、反跳痛認められ腹部CTで門脈ガスを認めた。急性腹症の診断で当院救急外来へ搬送された。

【現症】<vital>BT 36.4℃、BP 118/59mmHg、HR 79/min、SpO2 93%(RA)

<身体所見>上腹部中心に圧痛あり、筋性防御・反跳痛あり

【腹部CT】肝臓内に門脈ガスあり。腹水なし、free airなし。造影で腸管に明らかな血流低下なし。

【経過】急性腹症で肝臓内にairをみとめ、腸管壊死等何らかの重篤な状態であることは確かであるがはっきりとした腸管壊死はみられず、まず入院として保存的治療開始した。

→翌日も腹痛改善せず炎症反応上昇、BT 38.6℃まで上昇。動脈血液ガスでもLac 39.2まで上昇し緊急手術となった。術中所見：小腸に壊死がみられ2発法で端々吻合した。

【診断】NOMI(非閉塞性腸管虚血)

【take home message】透析患者の腹痛では本疾患も鑑別の一つに入れるべき。

腎機能低下で造影がもしできない場合はsmaller SMV signも本疾患の診断の一助となる。
2015/8/7 担当：児島駿

平成27年8月7日(金)

新患カンファレンス(担当：村上)

ケース：31歳 女性

主訴：心窩部痛

診断：卵巣出血

【主訴】心窩部痛	30歳 女性
【既往歴】特記なし	
【内服】なし	
【生活歴】喫煙、飲酒歴不明、アレルギー：なし、ADL：自立	
最終月経：10日前、量普通、最終性交渉：6/5夫と、妊娠の可能性：ないと思う	
【現病歴】	
2015/5/25 当院歯科口腔外にて智歯抜去。解熱鎮痛薬処方されている。	
6/5 23時頃性交渉後就寝中に心窩部に激痛を自覚した。痛みは多少良くなるも、残存しているため6/6上岡田医院を受診した。エコーにて腹腔内に液体貯留認め、当院へ紹介受診された。	
【現症】<vital>待合で：BT36.9℃、BP61/38mmHg 再検：BT36.9℃、BP103/60mmHg、HR 70/min、SpO2 100%(RA)	
<身体所見>心窩部に圧痛著明、反跳痛著明。AUS：腹水+	
【方針】	
妊娠反応陰性。採血、補液、腹部(造影)CT施行。	
腹部CT：骨盤腔に血腫あり、肝脾周囲から骨盤腔にかけて血性腹水あり。左卵巣に2cm大の嚢胞あり、一部不連続かつ緊満感なし。左卵巣の黄体嚢胞破綻による出血。	
【診断】左卵巣出血	
【経過】産婦人科コンサルト。入院加療。保存的加療にて血腫は縮小。退院となっている。	
【take home message】女性の腹痛では卵巣出血を鑑別に挙げ、性交渉を含めた詳細な病歴聴取が重要である。	2015/8/7 担当：村上

平成27年8月10日（月）

新患カンファレンス（担当：尾崎）

ケース：93歳 男性

主訴：食思不振

診断：膵癌、胃癌、多発肝転移、癌性腹膜炎、副腎転移

93歳 男性

【主訴】食思不振

【既往歴】前立腺肥大、マラリア、デング熱、難聴

【内服】ペリアス、ムコソルバン

【生活歴】喫煙: ex-smoker(50代まで)、飲酒: 機会飲酒、アレルギー: なし、ADL: 自立、最終排便: 7/27普通便

【現病歴】2015/7月下旬～食事量減少。8/1～全く食べられなくなった。水分は摂れていた。

【現症】<vital>BT 36.2℃、BP 122/79mmHg、HR 42/min、SpO2 93%(RA)

<身体所見>眼瞼結膜: 黄疸-貧血-、腹部: やや膨隆 自発痛-圧痛-肝叩打痛+、四肢: 下腿浮腫+

【採血】肝胆道系酵素上昇。BUN上昇。

【心電図】2: 1AVブロック

【腹部CT】腹水あり。肝内に転移を疑うSOL多発。胃小弯側にLN腫大あり。脾尾部腫大。右水腎水尿管症あり。左副腎腫大あり。

【診断】胃癌or脾臓癌の多発肝転移、水腎水尿管症、2: 1AVブロック

【経過】消化器内科入院。今後、腫瘍マーカー測定、エコー、造影CT、内視鏡等で精査予定。

【take home message】夏の暑い時期、高齢者で食思不振の場合、熱中症と診断してしまいがちである。しかし、その中にも見逃してはならない疾患が隠れている可能性は常に忘れないようにしたい。

2015/8/10 担当: 尾崎

平成27年8月12日 (水)

新患カンファレンス (担当: 石川)

ケース: 73歳 男性

主訴: 発熱、頭痛、関節痛

診断: 頸椎偽痛風

73歳 男性

【主訴】発熱、頭痛、関節痛

【既往歴】前立腺癌、S状結腸癌、腰痛、間質性肺炎

【内服】ロルカム、レバミピド、セロコックス

【生活歴】喫煙: current(20本/day)、飲酒: 350ml+焼酎2杯/day、アレルギー: なし、ADL: 自立、
家族歴: 母に胃癌

【現病歴】2015/8/6から主訴自覚。8/10かかりつけの泌尿器科受診。項部硬直を認め、検査にて炎症反応高値、極軽度の膿尿を認めた。尿路感染症も考えられるが、髄膜炎を否定しきれないため、同日 walkinにて当院紹介受診。

【現症】<vital>BT 37.7℃、BP 109/62mmHg、HR 81/min、SpO2 95%(RA)

意識清明、後頸部痛あり、心音整、呼吸音: fine crackles聴取、腹部: 臍部正中に手術痕

頸部は前後方向、回旋運動の制限あり、kernig陽性

【採血】WBC11200,CRP16.01

【頸椎CT】環軸椎に石灰化を認める

【腰椎穿刺】初圧5cmH2O、蛋白微量、糖52、多核白血球1、リンパ球1、異型細胞0、細胞数8/3
→髄膜炎r/o #頸椎偽痛風

【経過】神経内科入院、カロナール1200mg3回にて治療開始。後頸部痛NRS7→2

【take home message】髄膜炎疑いで紹介されても、意識清明であると、髄膜炎の可能性は低下する。高齢者/比較的突発の後頸部痛/頸部回旋制限がある時、頸椎偽痛風を疑うと、診断までの速度が上がる。

平成27年8月14日（金）

新患カンファレンス（担当：内山）

ケース：61歳 男性

主訴：熱中症にて入院中の発熱

診断：深部静脈血栓症

【主訴】発熱

【現病歴】

7/17にⅢ度熱中症にて入院。クーリング及び大量補液にて高体温に対処。横紋筋融解症にて補液続行し、改善を認めていた。

救急にて吐血あり、EGD施行も異常なし。PPIを-4dayより開始している。

7/21に39.8度の発熱を認めた。他に自覚症状は特になし。

【既往歴】双極性障害

【内服薬】リーマス、レボミン、タスモリン、フルニトラゼパム、リントン、ネキシウム

【生活歴】喫煙(never)、アルコール(-)、アレルギー(-)、ADL:自立

【現症】Vital:BT38.5, BP111/85mmHg, PR120/min, RR18/min, SpO2 94%

喀痰・咳嗽(+)、食事中むせあり、構音障害、左上下肢脱力感

【採血】WBC↑, CRP→, D-Dimer5台

【CT】両肺背側に線状影

【経過】

誤嚥性肺炎疑いILVFX3日間投与も解熱得ず。D-Dimer20台まで上昇あり、下肢エコー実施したところ、右膝窩静脈に新鮮血栓認める。

#深部静脈血栓の診断。ヘパリン3日間実施にて血栓消失。

・入院中の発熱、誤嚥リスク高い状況で、なおかつ40℃近い発熱であり、D-Dimerも低いということで、DVTよりも誤嚥性肺炎を強く疑う状況ではあったが、ベッド上から出ていない状況ではあったので、エコーの施行も十分に考慮すべき症例であった。

入院中の発熱は、ラインや投薬、安静等通常と異なる誘因が複数考えられるので、一度包括的に考える必要があると感じた。

平成27年8月17日(月)

新患カンファレンス(担当:諏訪)

ケース:16歳 女性

主訴:腹痛

診断:急性膺炎、solid pseudopapillary tumor

16歳女性

【主訴】腹痛

【既往歴】特になし

【内服】ガスター、ピオスリー、ドンペリドン

【生活歴】

7月始めに月経あり、ばらつきあり、出血量少なめ

妊娠の可能性0%

最終排便：昨日午後、最近下痢気味

最終飲食：昨日17:00(冷凍食品のお好み焼き)

最終排尿：本今朝、血尿はなし

【現病歴】

7/31午前中より心窩部痛あり、夕食に御飯等お好み焼きを食べた。(食事前後で症状の变化なし)夜に急患センター受診し、熱は37.0°C。ガスター、ピオスリー、ドンペリドン処方され内服していた。

8/1 薬の処方方が1日分のみであったため大塚内科受診した所、上腹部・左側腹部圧痛あり、肋性防御もあった。腹部Xpにて小腸ガス見られるが拡張は無し、全体的に腸管が下に集中している印象であった。点滴施行されるも症状改善なく、当院紹介受診となった。

【現症】

Vital:BT37.3°C BP101/56PR74 RR16SpO2 94%(RA)

腹部：平坦、やや硬、腸蠕動音やや減弱、心窩部・左側腹部に圧痛・

自発痛あり、反跳痛あり、肋性防御あり、CVA-tenderness(++)

【検査所見】

尿検査所見：異常なし

採血結果：WBC13000程度、アミラーゼ軽度上昇、CRP0.7程度

腹部CT：脾臓軽度腫脹、脾管の拡張なし、腹水は生理的範囲超える貯留、腎盂拡張なし

#急性脾炎(原因はおそらくsolid pseudopapillary tumor)

8/1の時点では急性脾炎の診断は出来ず、クラビット・カオール内服の処方にて帰宅していた。

後日造影結果により急性脾炎の可能性あること電話でお伝えし、当院消化器内科受診、入院加療の方針となった。

CT grade1、予後因子0点であり、絶食禁飲、抗生剤(スルベラゾン)、抗血小板(ガベキサート)などの投与で内科的治療で症状改善、8/11には退院となり、急性脾炎の経過観察として定期的に受診する予定となっている。

平成27年8月19日(水)

新患カンファレンス(担当：児嶋)

ケース：53歳 女性

主訴：咳

診断：肺癌、肺動脈微小血栓症

【主訴】咳嗽 **53歳 女性**

【既往歴】絞扼性イレウス(50歳、当院でope)

【内服】フルティフォーム4吸入2回

【生活歴】喫煙: never-smoker、飲酒なし、アレルギー: なし、ADL: 自立、職業: 香辛料関連
 粉塵吸入歴: なし、家屋: 木造築30年(風当たり、日当たり良好)、ペット: ネコ

【現病歴】2015/4月初旬より夜間咳嗽出現し、徐々に増悪してきた。仰臥位より側臥位のほうが楽になる。4月30日近医受診しLVFX処方されたが効果乏しく、5月2日別の近医受診しフルティフォーム処方されるもそれも効果乏しく、夜間咳嗽による不眠を主訴に当院呼吸器内科紹介受診となった。就寝時やや息苦しさがあある。

【現症】<vital>BT 36.6°C、BP 111/67mmHg、HR 85/min、SpO2 92%(RA)

<身体所見>貧血(-)、黄疸(-)、浮腫(-)、チアノーゼ(-)、ばち指(-)、表在リンパ節触知せず、胸部: no rale, no murmur、腹部: 異常所見なし

【胸部Xp】右肺門部に腫瘍性陰影+、両側下肺野にスリガラス陰影+、右葉間胸水貯留

【胸腹部CT】右肺門部に腫瘍+、縦隔リンパ節腫脹+、両側肺野背側胸水+、肝臓内にSOLあり 造影CTでPA末梢に微小血栓あり

【診断】肺癌+肺動脈微小血栓症(肺塞栓orPulmonary tumor thrombotic microangiopathy)

【経過】入院し血栓の治療としてヘパリンを開始し症状軽減。後日気管支鏡施行し組織診でALK陽性adenocarcinomaの診断となりアレクチニブ開始となった。

【take home message】咳嗽をみたらまず急性か慢性に分類する。急性では肺炎、胸膜炎、心不全、肺塞栓などを疑う。慢性で胸部Xp撮影し陰影がない場合は咳喘息、後鼻漏症候群、GERDを考える。胸部Xpで陰影がある場合、肺癌も鑑別診断の一つとして考えることが大事である。

2015/8/19 担当: 児島

平成27年8月21日(金)

新患カンファレンス(担当: 大塚)

ケース: 88歳 女性

主訴: 食指不振、意識障害

診断: アシクロビルによる急性腎障害

88歳女性

【主訴】食思不振

【現病歴】

一週間前に帯状疱疹に罹りバラシクロビル内服。8/13ごろより食思不振が出現し、8/16ベットから起き上がることができなくなり救急搬送。

【既往歴】高血圧、緑内障

【内服薬】バラシクロビル、セレコックス、プロブレス

【生活歴】喫煙(never)、アルコール(-)、アレルギー(-)、ADL:自立

【現症】Vital:BT37.0℃、BP167/77mmHg,PR90/min,RR18/min,SpO2 95%

意識明瞭、黄疸貧血なし、胸腹部異常なし、下腿浮腫なし

【採血】BUN46、Cre2.97

【CT】特記なし

【経過】

Creの上昇あり、薬剤性の腎障害が考えられた。

薬剤中止、補液加療。

→バラシクロビルによる腎障害

バラシクロビルは尿細管内で結晶化するため腎障害を起こすが、投与前に十分な補液を行うことで防止できる。

8.21担当 大塚

平成27年8月24日(月)

新患カンファレンス(担当:尾崎)

ケース:44歳 女性

主訴:下腹部痛

診断:淋菌による骨盤内炎症性疾患

44歳 女性

【主訴】下腹部痛

【既往歴】眼底出血(39歳保存治療)、高血圧、子宮筋腫

【内服】ロキソニン、ムコスタ、ブチルスコボラミン、セフトレキシム

【生活歴】喫煙:20本/day、飲酒:ビール2本/day、アレルギー:金属、ADL:自立

【現病歴】8/10朝から下腹部痛自覚し近医受診。L/D: WBC9700、CRP2.00であり、CTX点滴。
帰宅後39℃の発熱と下痢(水様便)あり。8/11近医再受診、症状改善ないため当院紹介受診。

【現症】<vital>BT 37.1℃、BP 117/83mmHg、HR 80/min、SpO2 98%(RA)

<身体所見>腹部:平坦軟、右下腹部を最強点として圧痛(+)、腹部全体に反跳痛(+)

帯下:赤色(月経中)、悪臭(-)、子宮頸部可動性(+)、子宮頸部圧痛(+)

【採血】WBC8600、Seg182.1、CRP18.16

【腹部造影CT】明らかな脂肪織濃度上昇なし。子宮の右側の筋腫内の染まり悪い。虫垂、胆嚢腫大なし。

【診断】骨盤内炎症性疾患(淋菌)

【経過】淋菌、クラミジアPCR提出。CTXを6日間点滴投与し、炎症反応、腹部症状消失。淋菌のPCR陽性が判明、淋菌感染によるPIDと診断。無事退院となった。

【take home message】①STDを1つみつけたら他のSTDがないか検索する。②パートナーも検査、治療する。

2015/8/24 担当:尾崎

平成27年8月26日(水)

新患カンファレンス(担当:石川)

ケース:96歳 女性

主訴:ふらつき

診断:視床出血、脳室穿破

症例：96歳女性

【主訴】ふらつき

【既往歴】狭心症(2012ステント治療)、AR、うっ血性心不全、虚血性腸炎

【内服薬】アスピリン、ACEI、硝酸薬、PPI、セレキノン、バントジン、ビビアント、カロナール、ロキソニン

【生活歴】飲酒なし、喫煙なし、アレルギーなし、ADL自立、家族構成：独居ではない、最終飲食：当日朝食

【現病歴】2日前ふらつき発症。1日前症状なく散歩していた。当日朝8時半ふらつき自覚。9時15分トイレから戻る途中ふらつきみられ、崩れるように倒れたところを娘が自撃した。外傷なし。2-3分意識がはっきりせず、頻呼吸認めため、救急要請。

【現症】BT35.8、BP127/76、P73、RR26、SpO294RA、GCSE4V4M6、pupil3/3、LR+/-、心音 S1SB拡張期雑音、呼吸音清、腹部正常、下腿浮腫なし、脳神経学的異常所見なし、バレー徴候+/-、ミンカッジニ+/-、上下肢MMT4/5

モニター上不整脈を認めず、頭部CT施行→左視床出血、脳室穿破
→入院、保存的治療

基礎疾患を抱えた超高齢者の現病歴がはっきりしない、軽度意識障害ということで、致死的な疾患を優先順位をつけて除外していくことが重要。

今回は心疾患があるため不整脈、多薬剤内服のため薬剤性、麻痺がみられるため脳血管障害などが鑑別に挙がるが、高齢者のため非特異的な現病歴、所見に注意を要する。

平成27年8月28日（金）

新患カンファレンス（担当：村上）

ケース：73歳 男性

主訴：嚥下障害、吃逆、嘔声

診断：ワレンベルグ症候群

症例: 73歳男性

【主訴】吃逆、嘔声、嘔吐

【既往歴】H11:脳梗塞(顔面神経麻痺後遺症)、右手口症候群、H26:多発大腸癌術後

【内服薬】バイアスピリン、バルサルタン、マグミット

【生活歴】飲酒:500ml/day、喫煙なし、アレルギーなし、ADL自立、家族構成:独居ではない

【家族歴】父、祖父、祖母:脳梗塞

【現病歴】

朝8時頃、近医待合にて突然に冷汗、構音障害、吃逆発症し、9時に救急車にて来院。

【現症】

BT35.8、BP127/76、P73、RR26、SpO294RA、GC5E4V4M6、pupil3/3、LR+/+

嘔吐+、めまい、嘔声+、盛んに唾液を吐きだしている、吃逆+、

左向き水平一定方向性眼振、右眼瞼下垂、左顔面触覚低下、

右顔面痛覚低下、左上下肢痛覚低下、麻痺なし

【経過】

MRIにて右延髄後外側に拡散強調で高信号の新しい梗塞あり

症状も踏まえてWallenberg症候群に矛盾しないと判断、エタラボン、オザゲレルにて加療開始した。

入院1週間後経管栄養導入。吃逆は次第に改善傾向。

【学習事項】

- ・救急外来にて神経学的所見をとる際、触覚の他に温痛覚の左右差も確認することが大事であると認識させられた症例であった。
- ・Wallenberg症候群では吃逆が見られることがある。
- ・Wallenberg症候群は麻痺の見られない脳梗塞として有名であるが、注意深く所見をとり見逃すことのないように。

By 研修医村上

平成27年8月31日(月)

新患カンファレンス(担当:大塚)

ケース:29歳 男性

主訴:肝機能障害、倦怠感

診断:原発性硬化性胆管炎(PSC)

29歳 男性

【主訴】肝機能障害(肝機能悪化を繰り返す)

【現病歴】高校生に腹痛、発熱、肝機能障害(AST,ALT800ほど)あり、MRIで結石は否定された。7年ほど前T.Bil2.5、ALP694、AST106、γGTP292と肝胆道系酵素の上昇あり、5か月前にT.Bil7.7、AST136、ALP406、γGTP982となり、エコーでは肝内胆管の拡張やSOLは認めず、胆石もなし。来院一週間前に食思不振、胃部不快感あり、38℃の発熱もあり。T.Bil5.3、ALT396、AST176、γGTP477。原因精査のため他院より紹介受診。

【既往歴】なし

【内服薬】ウルソ100mg3T

【生活歴】喫煙never、アルコール機会、アレルギー(-)、ADL:自立、職業:介護職員

【現症】Vital:BT37.0℃、バイタル異常なし

黄疸あり、胸腹部異常所見なし、両下肢色素沈着あり

【採血】D.Bil有意の上昇あり、肝胆道系酵素上昇、抗核抗体、IgG4上昇なし

【ERCP】胆管造影で枯れ葉状胆管あり。

【病理所見】肝生検・胆道生検・ENBD細胞診で明らかな組織像なし

【CF】上行結腸に炎症所見あり

#原発性硬化性胆管炎(PSC)

PSC疑いICF行ったところIBD様の所見あり、PSCに合併するUCであると診断。

連続性病変でなく上行結腸に限局していたがPSCに合併するUCの場合起こり得るという文献あり、肝機能異常はPSC、大腸所見はUCwithPSCであると診断し、ウルソ内服で経過観察となった。

2015/8/31担当 大塚