

## 研修医カンファレンス (H27.6月)

平成27年6月1日 (月)

新患カンファレンス (担当: 内山)

ケース: 69歳 男性

主訴: 胸痛

診断: A型大動脈解離

### 69歳 男性

【主訴】胸痛(しめつけられるような痛み)

【既往歴】慢性Af、脳梗塞(後遺症:軽度構音障害)、胃潰瘍、高血圧症

【現病歴】午前10時、麻雀をしていたら突然の前胸部痛。シベノール服用も改善せず、袋井休日急患診療室受診したところ血圧76/51mmHg、HR50/minであったため、当院紹介。随伴症状は冷汗のみ。放散や痛みの移動、背部痛などは無し。

【現症】<vital>BT 36.4℃、BP 117/84mmHg、HR 74/min、SpO2 98%(RA)、RR 14/min  
<身体所見>貧血(-)、頸静脈怒張(-)、肺音 清 no rale、心音不整 no murmur、下腿浮腫なし、四肢に神経学的異常なし

<採血>Dダイマー、CK-MB、トロポニンに異常なし。BNP軽度上昇。

<ECG>前医のものとは比べ明らかな異常なし。再検繰り返しても同様。

<胸部Xp>CTR55%、縦隔拡大?、気管が右に圧排?

<CT>上行大動脈から胸部大動脈にわたり動脈解離みとめた。

診断→Stanford A型大動脈解離

- ・Dダイマーは発症初期では上昇しないこともある。
- ・各種検査で陽性所見が出ずとも、身体症状が消退しない限りは詳細な検査(CTなど)をした方がいいのかもしれない。

6・1 担当:内山

平成27年6月3日 (水)

新患カンファレンス (担当: 大塚)

ケース: 72歳 男性

主訴: 足が重い、背部痛、発熱、気分不良

診断: 壊死性筋膜炎

## 72歳 男性

【主訴】発熱、呼吸困難、背部痛 【既往歴】頸椎症(C3/4,C6/7)

【現病歴】朝血圧が200(普段は140-150)になり、気持ち悪さあり、座り込んだ。頭痛なし、開眼あり。また一週間まえにストレッチをしているときに背部痛が出現した。

【現症】

<vital>BT 38.9℃、BP 131/71mmHg、HR 116/min、SpO2 91%(4カヌラ)、RR 21/min

<身体所見>貧血(-)、頸静脈怒張(-)、頸部硬直なし、Jolt頸椎症のため不可、肺音 右下肺野にcourse crackles、心音整 no murmur、下腿浮腫あり、右内果に腫脹あり・圧痛なし、四肢麻痺なし

<採血>WBC144,Seg-1 91.9,DDダイマー13.4,ALP346,LDH323,CPK1044,プロカルシトニン5.65,ph7.42,PaCO2 37.7,PaO2 68.8,HCO3 24.3,Lac19.4

<ECG>HR101,sinus,normal

<胸部Xp>CTR50.3%,CP angle sharp

<CT>右肺に肺炎にもとれる浸潤影,重力効果にもとれる

### 診断→壊死性筋膜炎

- ・壊死性筋膜炎は発症初期では明らかな発赤、熱感を伴わないこともある。注意深い経過観察が必要
- ・今回肺炎と診断して壊死性筋膜炎の診断が遅れた。このような診断バイアスには注意が必要である

6・3 担当:大塚

平成27年6月5日(金)

新患カンファレンス(担当:大庭)

ケース:51歳 男性

主訴:心窩部痛、背部痛

診断:小腸絞扼性イレウス

## 51歳 男性

【主訴】胸痛 心窩部痛 移動する背部痛 【既往歴】右鼠径ヘルニア

【現病歴】5/28事務作業中18時頃突然胸痛・心窩部痛・背部痛を自覚した。間欠的であるが、徐々に移動して改善ないために当院救急外来を受診。

【現症】

<vital>BT 36.7℃、BP 131/82mmHg、HR 73/min、SpO2 99%(RA)

<身体所見> 管血(-)、頸静脈怒張(-)、浮腫(-)チアノーゼ(-)ばち指(-)肺音清、心音心雑音なし、腹部所見：心窩部に圧痛最強点あり、反跳痛なし、肝叩打痛なし、Murphy徴候なし

<採血>

WBC81,RBC431,DDダイマー0.5,ALP175,LDH193,CPK389,ph7.425,PaCO2 38.8,PaO2 90.7,HCO3 24.9,Lac7.10

<ECG>HR 73,sinus,normal

<造影CT> 膈下あたりで腸間膜がねじれているようにみえ、骨盤内小腸が広い範囲で血流低下。腹水は少量。Free airなし

(診断)

絞扼性イレウス

(Take home message)

検査値も十分に大切なデータであるが患者さんの訴えと身体診察にかえて、もう一度診断の方向性を立て直すことも大事なことである。

6.5 大庭

平成27年6月8日(月)

新患カンファレンス(担当：乾)

ケース：95歳 女性

主訴：腹痛、嘔気

診断：上行結腸イレウス、肝癌

## 95歳 女性

【主訴】吐気・腹痛

【既往歴】胆嚢炎(ope)、AVB(ペースメーカー)、HCC(RFA)、LC(HCV)、HT、慢性胃炎

【現病歴】朝6:30頃トイレに行った際に吐気出現、胃液様ものを嘔吐。ドンペリドン1錠内服。11:30頃再度内服。食欲なく吐気続いたため横になっていた。13:30頃から腹部の痛みを訴え救急要請。

【現症】<vital>BT 36.6℃、BP 160/82mmHg、HR 89/min、BS91mg/dl

<身体所見>腹部:膨満・軟 局在のある圧痛なし、反跳痛なし、筋性防御なし、腸雑音低下、CVA tenderness(-/-)、心音呼吸音異常なし、下腿浮腫軽度

<採血>汎血球減少、アルブミン低値、明らかな炎症反応高値なし

<CT>HCC再発、上行結腸に腫瘤影、小腸の拡大

診断→上行結腸癌による腸閉塞

- ・高齢者でははっきりとした身体所見がとれない場合が多い。
- ・大腸の腸閉塞の原因で癌を考えることは大切

6.8 担当:乾

平成27年6月10日(水)

新患カンファレンス(担当:諏訪)

ケース:62歳 女性

主訴:腹痛、嘔気、嘔吐

診断:胆石性急性膵炎

## 62歳女性 腹痛

【主訴】腹痛

【既往歴】なし 【生活歴】喫煙(-)、機会飲酒、アレルギー(-)、フィリピン在住であり、1週間前から日本に滞在

【現病歴】夕方に軽食を食べ、その後から嘔気を自覚。6回ほど嘔吐したが飲水は可能。嘔吐後腹痛を自覚したため同日22時救急外来walk in

【現症】vital:BT35.6℃、BP109/61、PR64、SpO2(RA):97%

身体所見:貧血-、黄疸-、咽頭発赤-、舌乾燥-

心雑音-、呼吸音正常、腹部やや膨隆・軟、上腹部圧痛+、反跳痛-、筋性防御-、腎臓CVA tenderness-、踵落とし-、McBurney-、Lanz-、Murphy-

・・・採血、腹部CT施行

●採血にてアミラーゼ著明に上昇

●腹部CTにて著明な脾の腫大、周囲脂肪織濃度の上昇あり

⇒急性膵炎(予後因子1点、造影CT grade 3)

【Take Home Message】今回の症例はwalk inにて来院されており、身体診察ではそこまでの緊急性があるとは判断出来なかった。重症膵炎でありながら発熱はない等、atypicalな症例もあることを念頭に入れて診察していくことが大切  
By  
椎名

平成27年6月12日(金)

新患カンファレンス(担当:石井)

ケース:32歳 女性

主訴:足が重い

診断:甲状腺機能亢進症

32歳女性

【主訴】倦怠感、皮膚掻痒感、呼吸困難感

【現病歴】1ヶ月前に咽頭痛、発熱、2週前に再度発熱し、クラリスロマイシン内服。以降、皮膚掻痒感、頭痛、嘔気自覚。内服終了後に頭痛、嘔気は治まったが新たに倦怠感、呼吸困難感自覚。

【妊娠出産歴】4歳と6歳の子供がいるが現在の妊娠は100%ない

【現症】BT36.6°C P84sinus、BP130/82、RR16

貧血黄疸なし、甲状腺触知せず

心雑音聴取せず、呼吸音清

腹部平坦軟、腸蠕動良好、圧痛なし、肝脾触知せず

下腿浮腫なし

【血液検査】TSH感度以下、T3/4高値

【頸部エコー】特記事項なし

→甲状腺中毒症(破壊性甲状腺炎の可能性大)

- 不定愁訴といっても精神科疾患に隠れて内科疾患(特にホルモン異常)が隠れていることがあるので入念な病歴聴取+身体診察が必要。
- なにか気になることがあったらTSHだけでも検査項目に入れるとベター。良いスクリーニングとなる。

石井

平成27年6月15日(月)

新患カンファレンス(担当:内山)

ケース:65歳 男性

主訴:頭痛、嘔吐

診断:くも膜下出血

## 65歳 男性

【主訴】頭痛、嘔吐

【既往歴】なし(健診で高脂血症指摘されるも、運動にて改善)

【現病歴】午後1時、ソフトボールの試合中に首筋に違和感。次第に頭痛が出現、増悪し、草むらで6回嘔吐。来院後さらに3回嘔吐。

当日は暑かったが、飲水は十分していた。

【現症】<vital>BT 36.9℃、BP 165/89mmHg、HR 80/min、SpO2 99%(RA)、RR 16/min

<身体所見>貧血(-)、頸静脈怒張(-)、肺音 清 no rale、心音不整 no murmur、下腿浮腫なし、口腔粘膜乾燥(-)、項部硬直あり

<神経学的所見>明らかな異常なし

<採血>明らかな異常みとめず。

<ECG>明らかな異常みとめず。

<CT>脳底槽にびまん性にくも膜下出血みとめた。

診断→くも膜下出血

- ・状況的に熱中症との鑑別が挙げられる症例。
- ・症状が一般に言われるほど急激ではないものの、程度の強いものであったため今回はくも膜下出血を強く疑えた。
- ・頭痛・嘔吐を呈する疾患のうち、脳血管障害の中でもくも膜下出血は特に頻度が高く、常に考慮して診察に臨むべきである。

6・1 担当:内山

平成27年6月17日(水)

新患カンファレンス(担当:大塚)

ケース:35歳 女性

主訴:腹痛

診断:右卵巣囊腫茎捻転

## 35歳 女性

【主訴】下腹部痛

【既往歴】稽留流産でD&C、右卵巣のう腫(半年に1度フォロー中)、虫垂炎手術歴あり(22歳)、胃腸炎(1ヶ月前)

【生活歴】子供が7ヵ月、最終月経:2013/12、

【現病歴】来院前日19:00、臭う鶏肉を食べた。23:00、下腹部にジンジンする痛み出現。4:00ごろから腹部全体の痛み、動悸、嘔気、腰痛出現。6:00ごろ痛みがピークになり、少量嘔吐。

【現症】<vital>BT 37.0℃、BP 99/61mmHg、HR 93/min、呼吸切迫感なし

<身体所見>貧血(-)、肺・心音に異常なし、腹部:平坦 軟 右下腹部に強い下腹部痛あり寛解因子なし 圧痛なし 腸蠕動音あり、皮疹なし

<採血>明らかな異常みとめず。妊娠反応(-)

<CT>右卵巣嚢胞あり。

診断(オベ所見で)→卵巣嚢腫茎捻転

- ・茎捻転は画像上診断できない。腹痛の割に腹部所見に乏しい。
- ・今回の症例では一度軽快したため受診後約3週間でMRI撮影となった。
- ・若い女性を診たら、月経周期、性交症歴、妊娠・出産歴に関して詳細な問診が必要である。

6・17 担当:大塚

平成27年6月19日(金)

新患カンファレンス(担当:諏訪)

ケース:47歳 男性

主訴:発熱、全身倦怠感、頭痛

診断:MRSA敗血症



【症例】47歳男性

【主訴】発熱、頭痛、全身倦怠感

【現病歴】5/25、仕事中に気分不快により、仕事早退。頭痛、発熱あったが特に受診はしていなかった。本人と連絡が取れず5/28父親、警察立ち会いのもと部屋に入ったところ、本人が倒れているのを発見し救急要請。水分は5/25以降もとれていない。

【既往歴】毛孔性紅色秕糠疹(高校生～)

【現症】

Vital: BT39.4℃ BP127/82 PR112 RR16 SpO2 99%(RA)

眼瞼結膜: 出血斑あり

頸部: リンパ節腫大(-)、頸部硬直(-)

腹部前面、背面や四肢外側に色素沈着を伴う丘疹多数

四肢: 右手親指に2mm程の紅斑あり

【検査】

髄液検査: negative、好中球のみ認める

血液検査: MSSA検出

心エコー: M弁肥厚有るが、明らかな疣贅なし

#ブドウ球菌性敗血症

入院後計4回心エコーを行ったが、明らかな疣贅を認められなかった。IEとしてはエコー所見に乏しく、IEとして6-8週間の抗菌薬治療を継続するかは疑問があった。患者の帰宅の希望と、仕事と外来の時間がかみ合わないことから外来でのフォローは行わず、入院中に血培陰性を確認して退院となった。

平成27年6月22日(月)

新患カンファレンス(担当:石井)

ケース: 88歳 女性

主訴: 全身のふるえ

診断: transient myoclonic state with asterix

88歳女性

【主訴】肩周囲の震え

【内服薬】トラムセツ、ノクスタール、デパス

【現病歴】一昨日から急性に震えが出現、基本的に持続するものであるが睡眠時には消失する。

【現症】バイタル安定、甲状腺腫大(-)、肝脾腫(-)、筋固縮(-)、はばたき振戦(-)、粗大な不随意運動(+)、明らかな麻痺や感覚、小脳、脳神経障害なし

【検査】頭部、胸腹部CT、血液検査(内分泌、代謝含む)にて異常なし  
→Transient myoclonic state with asterix→ベンゾジアゼピン系に反応性

- ・まずは震えの性質を鑑別することが第一
- ・次に緊急性が高く比較的治療反応性の高い電解質、代謝、内分泌疾患を除外する。
- ・最後に疾患のパターンを把握しておくことで患者へ説明ができ、患者と医療者双方で安心することが可能である。

石井

平成27年6月29日(月)

新患カンファレンス(担当:乾)

ケース:87歳 女性

主訴:心窩部痛

診断:胆石性急性胆嚢炎

## 87歳 男性

【主訴】胃が痛い

【既往歴】AP(CABG後)、DDD-PM、HT、HL、DM、CKD、脳梗塞、不眠症、十二指腸潰瘍(ope)、交通外傷による内臓破裂(ope)

【現病歴】6/21 2時頃心窩部痛で覚醒。胃薬内服で一旦症状改善し就寝。日中も落ち着いていた。21時頃再度心窩部痛出現。胃薬を飲んだが改善見られないため救急外来受診。

【現症】<vital>BT 37.0℃、BP 207/78mmHg、HR 86/min

<身体所見>腹部:平坦・軟 心窩部に圧痛・自発痛、右季肋部に軽度圧痛あり、反跳痛なし、筋性防御なし Murphy徴候(±) CVA tenderness(-/-) 嘔気・嘔吐なし

<CT>胆嚢頸部に石灰化結石が嵌頓。体部にも石灰化結石2個あり。胆嚢壁肥厚は無し。周囲脂肪織濃度上昇軽度あり。総胆管内には石灰化結石なし

<採血>WBC158 RBC422 Hb13.1 ALP327 AST18 ALT14 LDH265 CPK190 BUN41

Cre1.74 eGFR29 AMY82 BS262 CRP3.17

診断→胆石の胆嚢頸部嵌頓による胆嚢炎

・車椅子で来院されたが、表情はそれほどつらそうではなく緊急性はなさそうに見え、身体診察上も重症感に乏しかった。しかし、リスクが高いことも考えオーバーリアージ気味に採血・CTを施行し、結果的に以前のCTにも映っていた胆嚢結石が嵌頓していることを発見した。しっかりと検査をすること、前回の検査が残っている場合は見直してみるのも大切だと気付いた。

6.29 担当:乾