

研修医カンファレンス（H27.4月～5月）

平成27年4月27日（月）

新患カンファレンス（担当：江上）

ケース：83歳 女性

主訴：胸痛

診断：A型大動脈解離

平成27年5月1日（金）

新患カンファレンス（担当：井田）

ケース：79歳 女性

主訴：ふらつき、会話が成り立たない

診断：ヘルペス脳炎

平成27年5月8日（金）

新患カンファレンス（担当：児島）

ケース：45歳 男性

主訴：急性腰痛・背部痛

診断：急性胆嚢炎

45歳 男性

【主訴】腹痛、背部痛

【既往歴】気管支喘息、ガングリオン

【現病歴】5/1 16時頃急に心窩部と右季肋部痛を自覚。その後背中も痛くなり嘔吐。急患センター受診しブスコパン筋注するも改善なく当院紹介受診となった。

【現症】<vital>BT 36.8℃、BP 126/74mmHg、HR 69/min

<身体所見>腹部：平坦・軟 心窩部と右季肋部に圧痛あり、反跳痛なし、筋性防御なし Murphy徴候(+) CVA tenderness(+/-)

<腹部エコー>緊満する胆嚢と結石がみられた

診断→急性胆嚢炎

・criticalになりうる急性膵炎や虫垂炎、憩室穿孔などを鑑別に上げ、身体診察や検査所見での陰性所見から否定材料を集めることが大切。

・胆嚢炎は典型的には右肩に放散するが背部に放散する例もあるので、教科書だけでなく臨床で様々な症例をみて経験を積むことが大事だと思う。

5.8 担当：児嶋

平成27年5月11日(月)

新患カンファレンス(担当：内山)

ケース：82歳 女性

主訴：腹痛、下血

診断：特発性S状結腸穿孔、腹膜炎

82歳 女性

【主訴】腹痛、下血

【既往歴】両膝関節置換術、両股関節置換術、頸椎固定術、OMI PCI、chronic Af、心不全、脳梗塞、リウマチ、糖尿病

【現病歴】便秘があり、1週間排便がなかった。3日前から腹痛。5/2下剤を飲んだところ、水様便とともに下血。5/3シート一面に鮮血あり来院。

【現症】<vital>BT 36.7℃、BP112/62mmHg、HR 88/min、SpO2 93%

<身体所見>腹部:膨隆・軟 下腹部に圧痛あり、反跳痛あり、筋性防御あり

<胸腹部>free air認めず

<単純CT>直腸RよりS状結腸の腸管外に便塊とfree air

診断→S状結腸穿孔

・急性腹症を伴う場合でも、バイタル、General appearance含め軽症のように思えることもある。

・救急の場合においては様々な症状のうちで何が最も緊急性のある病態と繋がるかを考慮する必要がある。

5.11 担当:内山

S状結腸穿孔

- ・典型的な下部消化管穿孔では、汎発性腹膜炎を呈するが、S状結腸の穿孔では、穿孔が当初、腸間膜内にとどまり、この時点では腹膜炎にならないため見逃されやすい

S状結腸穿孔

病歴のポイント

- 典型的には、高齢者の排便後の突発性左下腹部痛
- 同様の症状を繰り返している場合、初めから吐き気、下痢などの消化器症状が強い場合は否定的
- 穿孔が腸間膜内にとどまっている間は、全身状態は良い

身体診察のポイント

- 突発性の腹痛で、痛み以外の症状がなく、圧痛点が局在し、反跳痛がない場合に疑う

S状結腸穿孔

「いつ疑うか？」

- 高齢者 + 突発性左下腹部痛 + 他の症状に乏しい + 腹膜刺激症状に乏しい

検査のポイント

- 腹部CTで腸間膜内のエアを認めれば診断となる
- 早期にはいわゆるフリーエアを認めない

平成27年5月13日(水)

新患カンファレンス(担当:諏訪)

ケース：5歳 男性

主訴：右側腹部痛

診断：腸重積

【症例】5歳6ヵ月 男児

【主訴】右側腹部痛

【現病歴】2015/5/7、幼稚園帰宅後(14:30頃)に転げまわる様に腹痛を訴えた。主に右側腹部痛。近医を受診し腹部Xpで便の貯留を認めた。浣腸を施行され、普通よりも軟らかい便ではあったが、血便はなかった。帰宅後に再度転げまわる様に痛み、救急外来受診。

【既往歴】特記事項なし

【生活歴】田原幼稚園年長、流行病はない

【家族歴】特記事項なし

【入院時現症】

BW: 15kg

Vital) BT: 37.3℃ HR: 120 SpO2: 97%(RA)

身体所見)呼吸音清、心雑音なし

腹部平坦、軟、腸雑音正常、はっきりとした腹痛の訴えは触診ではなかったが、診察を終えた頃に腹痛を訴えた

【検査】

腹部エコー、血液検査

【Problem List】

腸重積

【経過】

First touchから3時間ほどで高圧浣腸を施行し、嵌頓部位は改善した。その後入院となり、腹部症状も改善し、翌日退院となった。

【Take Home Message】

腸重積は4ヵ月~2歳の患児が多く(80~90%)、腹部のソーセージ様の腫瘍、血便、腹痛が三徴とされているが、3徴がそろつ頻度は低い

- ・腫瘍と血便が見られるのは15%にも満たない
- ・全症例の1/3は血便を伴わない
- ・年齢が上がるにつれ、典型的な症状を伴う例が減ってくる

平成27年5月15日(金)

新患カンファレンス(担当:石井)

ケース:78歳 男性

主訴:「食事がうまく摂れない」

診断:脳塞栓(左半側空間失認)、心房細動

- 78歳男性
- 主訴:食事摂取障害(右の物ばかり食べる)+
麻痺症状なし
- 診断:右頭頂葉脳塞栓(心原性)、左半側空間無視、心房細動

- 麻痺が目立たない脳梗塞は割と多い。(3人に一人ぐらいの印象)
- 高次脳障害→皮質梗塞→心原性塞栓↑→抗凝固療法

平成27年5月18日(月)

新患カンファレンス(担当:大庭)

ケース:80歳 男性

主訴:呼吸困難

診断:肺塞栓、深部静脈血栓症

平成27年5月20日(水)

新患カンファレンス(担当:)

ケース：71歳 男性

主訴：皮疹、発熱

診断：スティーブンス・ジョンソン症候群、蜂窩織炎

77歳、男性

【主訴】発熱、皮疹

【既往歴】HTN,HL,DM,白内障

【内服】アジルバ,フェブリク,グリメゼリド,スイニー,センバド

【現病歴】来院1日前より発熱を認め、近医内科でLBFX・コカール処方され、昼食後より内服開始した。来院当日の朝から手足の湿疹・浮腫を認めたためwalk inで当院ER受診した。

【現症】GA:NAD vital:BT 38.2,BP 123/63,HR 107,RR 16,SpO2 96%(RA)

眼瞼結膜:貧血(-),充血(+) 眼球結膜:黄染(-) 眼脂(+)

口腔内:びらん(-),発赤(+)

四肢:両手掌・手背～上腕,両下肢 散在性に径1cmまでの融合傾向のある浮腫性紅斑(+)

左下腿前面 挫傷(+),発赤(+) \rightarrow 5日前に転倒し受傷したと

【診断】薬疹,感染に伴う中毒疹の疑い

・発熱+皮疹ではまずSMARTTTを除外する

・皮疹で粘膜疹ある場合には重症化の可能性あり、必ず粘膜症状を確認する

予後不良な7つの原因を除外する

- ・「発熱+発疹」の原因はSMARTTTと覚える
 - Sepsis(敗血症)
 - Meningococemia(髄膜炎菌による菌血症)
 - Acute endocarditis(急性心内膜炎)
 - Rickettsia infection(ツツガムシ病など)
 - Toxic erythema(中毒性紅斑、TSSなど)
 - Toxic epidermal necrolysis(中毒性表皮壊死症)
 - Travel-related infection(海外渡航による感染症)

平成27年5月25日(月)

新患カンファレンス(担当:椎名)

ケース:54歳 女性

主訴:全身浮腫

診断:慢性腎不全、糖尿病性腎症、ネフローゼ症候群、糖尿病、慢性心不全

54歳女性 全身の浮腫

【主訴】全身の浮腫

【既往歴】20歳代に交通事故、左足open【家族歴】母:HT、DM

【内服】アンチスタップス(市販薬の浮腫み改善薬)

【現病歴】3月末~左足がひどく冷えるような症状出現。4月半ばより両足の浮腫があることに気が付いた。家族の勧めもあり5/3にwalk inにて救外受診。

【現症】GA:good vital:BT36.6,BP195/90,HR102,RR16,SpO295%(RA)

眼瞼結膜:貧血(+) 眼球結膜:黄染(-)

心音:正常 呼吸音:正常

腹部:膨満軟、腸雑音正常、圧痛(-) 皮疹(-)

全身(顔面、四肢、腹部)pitting edema(+++)

神経学的所見:両下肢の振動覚低下している

【検査】採血、胸部Xp、腹部CT、眼底検査

【診断】糖尿病性腎症によるCRFの急性増悪

【経過】尿毒症に対して透析⇒抗凝固薬によって眼底出血を起こし確定診断。利尿薬、HD継続により現在stable

【Take Home Message】全身性の浮腫は、病態を整理して考えると鑑別しやすい。

担当:椎名

浮腫の原因: 病態生理から

- 循環血漿量の増加
- 膠質浸透圧の低下(低アルブミン血症)
- 血管透過性亢進
- 間質膠質浸透圧の増加
- 静脈還流不全

浮腫へのアプローチ

- ① 全身性か？下肢のみ？局所性か？
 - 顔面、口唇ならばアレルギー(血管性浮腫)
 - 前脛骨部の圧痕性浮腫があれば3kg以上の体液増加が疑われる
- ② 両側性か？片側性か？
 - 両側性(全身性)ならば全身性疾患
 - 片側・下肢ならばまずDVT
 - 両下肢のみならば総腸骨静脈合流部から下大静脈下部より頭側の閉塞・狭窄(Budd-Chiari症候群)
 - 比較的急性に発症する顔面と頸部、上肢の浮腫ならば上大静脈症候群
 - 右総腸骨Aが左総腸骨Vを圧迫し左下肢の浮腫(May-Thurner症候群)
- ③ 症状はいつからか？
 - 突発、急性、緩徐

浮腫へのアプローチ

限局性浮腫

- 静脈還流不全(静脈弁不全、深部静脈血栓、悪性腫瘍による圧迫)、リンパ浮腫、炎症性疾患(蜂窩織炎)を考える
- 一側下腿浮腫で急性ならばDVT、慢性ならば静脈弁不全。後者は朝方改善、色素沈着、静脈瘤が特徴
- リンパ浮腫は悪性腫瘍(乳癌、骨盤腔内)の術後が多い。第2趾の付け根の皮膚がつまめなくなる。術後11~20年しても半数は増悪している
- 一般的に左下肢がむくみやすい

全身性浮腫

- 重力に従うが、組織圧が低い眼瞼、手指、脛骨全面、陰囊に出現しやすい
- 浮腫を呈するアルブミン値は2.2以下であるが、関連は一定していない
- 心不全:JVD、肝疾患:腹水、腎疾患:眼瞼浮腫、夜間無呼吸による右心不全、肺高血圧、薬剤...

浮腫へのアプローチ

- ④ JVPは？
 - JVP↑:CHF、収縮性心外膜炎
 - JVP↓:Alb低下
- ⑤ pitting?, non-pitting?
 - non-pitting(は甲状腺機能低下とリンパ管性)
- ⑥ fast?, slow?
 - 10秒圧迫して浮腫回復までに、60s<:slow CHF、40s>:fast Alb低下(2.2>)
 - 組織液の蛋白濃度は心不全で4~5g/L、腎炎で10g/L、低アルブミン血症で1g/L>

平成27年5月27日(水)

新患カンファレンス(担当:諏訪)

ケース：87歳 男性

主訴：めまい、ふらつき

診断：大球性貧血（ビタミンB12欠乏症、葉酸欠乏症、MDS？）

【症例】87歳、男性

【主訴】めまい、ふらつき

【既往歴】前立腺癌、前立腺肥大、過活動性膀胱、骨粗鬆症、便秘、HT、慢性心房細動、大腸癌、右総腸骨動脈瘤手術

【家族歴】特記事項なし

【内服薬】ハルナール、アロシロール、エディロール、ラコピッド、バルサルタン、プラザキサ、ポノテオ

【生活歴】

アレルギー：なし

タバコ：current smoker(18-50歳 20本/day)

アルコール：日本酒コップ半分/週2回

ADL：ほぼ臥床。トイレ、風呂は全介助

【現病歴】

2014年にもふらつきで当院耳鼻咽喉科受診。中枢性めまいは否定的。その後、緩徐に食欲・ADLは低下傾向。めまいはずっと持続していたとのこと。

2015年になってからは歩行もおぼつかなくなり、特に3月下旬にはふらつきによる転倒で頭部打撲あり。

2015/4/29 症状改善ないため当院救急外来受診。

【身体所見】

Vital：BT36.6℃、BP82/45、HR76

意識清明

脳神経学的所見に異常なし

四肢麻痺なし、感覚障害なし、体幹失調なし

ジギタル：陰性

血液検査> 汎血球減少あり。大球性貧血。T.Bil上昇

頭部CT> 両側硬膜下血腫あり。血腫成分は新旧のものが混在している。(慢性硬膜下血腫?)

【その後の経過】

まず脳神経外科Drへと相談するが、現在の時点で硬膜血腫が腫その原因にはなりにくいとのこと。また、血液疾患もありそうだが、その日に緊急で対処すべきことでもなさそう。

→後日血液内科Drの外来を受診

大球性貧血

現在のところ、vitB12の低下が見られたので、それが原因の大球性貧血と考えられ、vitB12の投与で治療を開始されている。

1ヵ月後の外来で血液検査に改善がなければMDSなどの造血器疾患の可能性も考え、精査していく方針。

慢性硬膜下血腫

特に治療なくCTで経過をF/U

大球性貧血の原因

- ビタミンB12欠乏症
- 葉酸欠乏症
 - MCV>130なら原因はどちらか(sp100%)
 - 末血で過分葉好中球の出現あり
- 高齢者
- MDS
- 甲状腺機能低下症
- 溶血性貧血
 - 網赤血球の増加のため

大球性貧血でVitB12・葉酸が正常の場合

- ビタミンB12の測定は確立していない
- 尿中または血清メチルマロン酸と血清ホモシスチンを測定する
 - ビタミンB12欠乏では両者が上昇
 - 葉酸欠乏では血清ホモシスチンのみが増加する
- 両者とも正常の場合は骨髄穿刺が必要

平成27年5月29日(金)

新患カンファレンス(担当:乾)

ケース: 51歳 女性

主訴: 右側腹部痛

診断: 憩室炎、限局性腹膜炎

51歳 女性

【主訴】右側腹部痛(刺すような痛み)

【既往歴】股関節痛、子宮筋腫(follow中)、虫垂炎(ope)

【現病歴】5/14昼から腹部張り感出現。夜より右側腹部痛が出現。薬を飲まないで翌日5/15朝近医受診。右側腹部に圧痛、腹膜刺激症状、38°C台の発熱を認めた。検尿・腹部Xplにて異常なし。精査加療目的に5/15消化器内科外来受診。

【現症】<vital>BT 36.8°C、BP 137/86mmHg、HR 81/min

<身体所見>腹部:平坦・軟 右側腹部に圧痛・自発痛あり、反跳痛なし、筋性防御なし Murphy徴候(-) CVA tenderness(-/-)

<採血>炎症反応高値

<腹部エコー>上行結腸憩室、胆嚢内に結石

<CT>上行結腸憩室に高信号

診断→上行結腸憩室炎(に伴う限局性腹膜炎)

- ・憩室炎は commonな疾患。すぐに除外せず頭に入れておくのが大切。
- ・抗生剤としてセフメザゾールを使用。腸の炎症の原因としてG-桿菌、腸球菌、バクテロイデスを考えるべき。

5.29 担当:乾

大腸憩室炎

- ・年齢とともに増加する
- ・日本人では右側(上行結腸)に多い
 - 虫垂炎との鑑別がむづかしい
 - 欧米では「左側虫垂炎」
- ・典型例:「2~3日前から局在する腹痛、痛みは間欠的だが痙痛ではない。食事は摂れている。微熱はあるが下痢はなく、触診では虫垂炎よりも圧痛部位が広い」
- ・非典型例:瘻孔ができて瘻孔先の症状が強くなる。または、穿孔して腹膜炎や膿瘍を形成する

大腸憩室炎：虫垂炎との鑑別点

- 腹痛の程度が軽く、発症から受診までが長い
- Migrationはあまり見られない
- 間欠痛であるが（虫垂炎は持続痛?）、痙痛様ではない
- 便通異常なし
- 食事がとれる（食欲低下、悪心・嘔吐は少ない）
- 圧痛の範囲が広い（虫垂炎はpoint tenderness）
- 腹膜刺激症状は乏しい
- 憩室炎に下血を伴うことはまれ