

研修医カンファレンス (H27.9月)

平成27年9月2日 (水)

新患カンファレンス (担当: 椎名)

ケース: 45歳 女性

主訴: 心窩部痛、臥位で増悪する咳

診断: うっ血性心不全

平成27年9月4日 (金)

新患カンファレンス (担当: 諏訪)

ケース: 27歳 女性

主訴: 左下腹部腹痛

診断: 急性虫垂炎

症例 27歳 女性

【主訴】左側腹部痛

【既往歴】右卵巣嚢腫(嚢腫摘出後)

【内服】特になし

【現病歴】

2-3日前から軽度心窩部痛あり。

8/9夕方から徐々に痛み増強。部位に変化なし

8/10 1時と2時に嘔吐1回ずつあり

【現症】

Vital: BT BP PR SpO2%(RA)

腹部: 平坦、軟、腸蠕動音正常、左季肋部~左側腹部痛、反跳痛なし

【検査所見】

採血: WBC11000程度、CRP上昇なし、その他有意な所見なし

CT: 16mm程度に腫大した虫垂を認め、骨盤腔内に入り込むような感じで、正中より見える

⇒虫垂炎に矛盾しない所見、外科入院し、フィニバックス(DRPM)で治療、軽快し退院

平成27年9月7日 (月)

新患カンファレンス (担当: 乾)

ケース: 50歳 女性

主訴：腹痛、腹部膨満感、不正出血

診断：子宮筋腫の増大による筋腫分娩による尿道圧迫による腎後性腎不全、尿路感染症、腹膜炎、MRSA菌血症

50歳 女性

【主訴】腹部膨満、腹痛

【現病歴】もともと月経不順あり。13日前半年ぶりに不整出血あり、その後腹部膨満感と腹痛が出現。翌日近医受診、「腸が動いていない」といわれピオスリー・下剤処方され、経過観察とされたが、腹部膨満強く内服できなかった。腹部症状改善せず段々悪化。当院救急外来受診された。

【既往歴】子宮筋腫(2014年治療drop out)【内服薬】なし

【生活歴】アレルギー(-)、4G4P4NVD

【現症】Vital:BT36.1℃,HR130/min,BP89/67

意識clear、冷汗あり。胸部異常なし。腹部膨満、硬。腹部全体に自発痛・圧痛。疼痛のため体動も困難。手術痕なし。両側下腿浮腫軽度。

【採血】炎症反応上昇、著明な腎機能悪化あり

【CT】腹水あり。膀胱に尿溜まって100ml。子宮筋腫あり、筋腫内airあり。腎腫大はつきりせず。

【婦人科診察】筋腫分娩あり。その他明らかな婦人科領域の緊急疾患否定的。

【尿検査】尿道カテーテル挿入、600mlの白色膿尿排泄。培養でMRSA検出。

⇒筋腫分娩から始まる子宮筋腫による尿道・尿管閉塞→腎後性腎不全・尿路感染

Take Home Message

ショックバイタルの腹痛ということでショックの改善・原因精査に重きを置いてしまい、筋腫分娩に気づくのが遅れてしまった。しっかりと身体診察が必要と反省した。

2015/9/6担当 乾

平成27年9月9日(水)

新患カンファレンス(担当:椎名)

ケース:62歳 男性

主訴:腹痛、右大腿前面のしびれ感

診断:肺癌、L3、L5椎体骨転移

平成27年9月14日(月)

新患カンファレンス(担当:大庭)

ケース:63歳 女性

主訴:発熱、咽頭痛

診断:唾石による急性顎下腺炎、シェーグレン症候群

63歳 女性

【主訴】発熱咽頭痛

【現病歴】

8/22朝起床時に咽頭痛あり。その時には発熱はなかった。かかりつけを受診しノルバスク、セフカペンピボキシル塩酸塩錠、ムコダインを処方。その後内服薬のみ経過を見ていたものの14時頃より発熱あり症状改善なく水分摂取も難しくなってきたため来院。

【既往歴】強皮症、高血圧

【内服薬】

ユベランカプセル、プロサイリン、バイアスピリン、タケブロン、ラキソベロン、ノルバスク

【生活歴】

アレルギー(-)家族歴:特になし、最終飲食:お昼におはぎ

【現症】

Vital:BT38.2℃,HR84/min,BP131/78

意識 clear, 冷汗なし、胸部異常なし四肢末端:固く浮腫あり、腹部症状なし、咽頭:発赤あるもの喉頭浮腫などは見られない

【採血】

炎症反応の上昇軽度認められるのみで他に所見はなし。

【CT】

右頸部のリンパ節の腫脹、皮下脂肪組織の拡大、咽頭右側壁の腫脹あり。口腔底に石灰化あり唾石症疑われた。

【ファイバー施行】

喉頭全体に著明な浮腫が認められた

【経過】

入院加療とし、ソルコーテフとフリマリン投与で経過みていたところ解熱し浮腫も改善みとめられて退院となった。

2015/9/11担当 大庭

平成27年9月16日(水)

新患カンファレンス(担当:児嶋)

ケース:56歳 女性

主訴:嘔気、嘔吐、下痢

診断:バセドウ病

56歳 女性

【主訴】嘔吐、下痢

【現病歴】子宮体癌に対して2015年3月まで放射線治療施行。この頃から慢性的に下痢はあったが、2015年8月中旬から嘔気嘔吐も出現。9月に入ってから下痢と嘔吐頻回になり食事摂取困難となり9月13日当院救急外来受診。放射性腸炎疑いで翌日産婦人科入院となった。

【既往歴】上行結腸癌(右半結腸切除術後)、肝転移、甲状腺濾胞性腫瘍、2型糖尿病

【生活歴】喫煙歴：なし、飲酒歴：なし、アレルギー：MRI造影剤、リリカ

【現症】vital: BT 37.3°C、BP 101/33mmHg、P 101/min、SpO2 98%

眼瞼結膜蒼白なし、眼球結膜黄染なし、甲状腺左側に結節触知、呼吸音清、心音整、腹部：平坦軟 圧痛なし 腸蠕動音やや低下

【腹部CT】軽度腹水貯留しており腸管の小腸に液体とガスが目立つがイレウスの所見なし

【採血】肝酵素やや上昇している以外特記すべき異常なし

→入院翌日消化器内科受診し、経過から甲状腺機能亢進症が疑われ甲状腺ホルモン測定したところ、fT3 >30、fT4 3.22と高値、TSH 0.0009と低値であり甲状腺機能亢進症と診断した。糖尿病内分泌内科に転棟となり各種検査施行、甲状腺エコーで血流増大、上甲状腺動脈の血流速度上昇しておりBasedow病が疑われ自己抗体提出、後日TRAb陽性でBasedow病と確定診断した。甲状腺ホルモンを早急に下げるためにヨウ化カリウム投与し、同時にメルカゾールも投与開始。

Take Home Message

長期間持続する消化器症状は、消化器疾患だけではなく、電解質や内分泌系疾患も考慮すべきであると実感した。また放射線腸炎では嘔吐はみられないので、その違和感を持ち幅広い視野をもち診療していく重要性を実感した。

2015/9/16担当 見島

平成27年9月18日(金)

新患カンファレンス(担当：尾崎)

ケース：18歳 女性

主訴：発熱、発疹、眼瞼浮腫

診断：EBVによる伝染性単核症

18歳 女性

【主訴】発疹、眼瞼浮腫

【既往歴】なし

【内服】8/27～メイアクト、カルボシステイン、コカール、ロキソニン

【生活歴】アレルギー：なし

【現病歴】8/25～腰痛あり。8/28近医整形外科受診するもレントゲン上異常なし。8/26 37.8度の発熱、頸部リンパ節腫脹あり。8/27 近医受診、上記内服薬処方された。8/28 軽度咽頭痛あり。8/29 顔面浮腫、息苦しさを自覚。8/30 上半身に発疹が出現したため急外受診。

【現症】<vital>BT 37.0℃、BP 95/55mmHg、HR 92/min、SpO2 98%(RA)

<身体所見>全身に淡い小指頭大の紅斑散在、顔面：浮腫あり(眼瞼周囲が最大)、口腔内：孤ブリック斑なし・出血点なし、咽頭発赤なし、後頸部・腋下リンパ節腫脹・圧痛あり、腹部：平坦軟、心窩部に自発痛・圧痛あり

【採血】WBC10700、Hb13.6、Plt9.3、総bil1.7、AST205、ALT243、LDH626、CRP1.87

【A/P】経過から、風疹、伝染性単核球症、薬疹などが疑わしい。ウイルス抗体価(麻疹、風疹、EBV、CMVなど)、メイアクトDLST提出し、血液検査翌日再検の方針で帰宅とした。

【診断】その後の採血で異型リンパ球上昇、EBV/EIA/IgG(+)、EBV/EIA/IgM(+)、EBV抗EBNA抗体(+)あり、伝染性単核球症と診断された。

【経過】9/3～咽頭痛強く食事摂取困難であり、入院。補液・鎮痛剤で軽快し、9/9退院。

【take home message】伝染性単核球症は症状多彩であるがcommonな疾患であり、スナップ診断できる力を付けることが必要。提出すべき採血項目なども学んでおきたい。

2015/9/18 担当：尾崎

平成27年9月25日(金)

新患カンファレンス(担当：諏訪)

ケース：62歳 男性

主訴：胸痛

診断：アスピリン出血性胃潰瘍、貧血

【症例】62歳男性

【既往歴】高血圧、高脂血症、痛風、白内障

【内服】シグマート、リビトール、フェブリク、ドキサゾシン、アムロジピン、パイ
アスピリン、ニトロベン、モーラステープ

【生活歴】アレルギーなし、喫煙current- 20本/day、アルコール:ビール
350ml+焼酎2杯

【現病歴】

2015/9/22突発的に胸痛を自覚、その後改善ないためER受診

【現症】

Vital: BT36.6℃、BP125/68、PR98/min reg、RR促迫なし、SpO2 98%(RA)

胸部: 前胸部に持続痛あり、改善傾向とのこと

腹部: 平坦、軟、自発痛・圧痛なし

【検査所見】

ECG: HR100bpm、sinus、ST-T変化なし

採血上、心筋逸脱酵素上昇なし、Hb5.8と低下あり

→緊急EGD施行。胃潰瘍認める

露出血管あり、活動性出血なし、血餅付着あり。露出血管を焼灼し終了

絶食(飲水は可能)の上入院とし、後日EGD再検し出血再燃ないこと確認し
食事開始。食事開始後症状再燃なく、黒色便認めないため退院のほうこ
うとなった。

平成27年9月30日(水)

新患カンファレンス(担当: 児嶋)

ケース: 62歳 男性

主訴: 咳、痰、胸痛

診断: 悪性リンパ腫

62歳 男性

【主訴】咳嗽、喀痰

【現病歴】ここ3ヵ月で体重が5-6Kg減少した。2015/9/7頃より咳嗽、喀痰、食欲不振あり。9/10より左側胸部痛出現、症状増悪あり救急外来受診、Xpで肺炎などみられず去痰薬・鎮咳薬処方された。左側胸部痛は良くなったが咳嗽・喀痰継続しており9/15当院総合内科受診した。

【既往歴】ラクナ梗塞、高血圧、尿路結石症、高尿酸血症、高脂血症、耐糖能異常、アルコール性肝障害

【生活歴】current-smoker(25本/day)、飲酒歴:焼酎2-3杯/day、アレルギー:なし

【現症】vital: BT 36.5℃、BP 120/74mmHg、P 75/min、SpO2 98%

蒼血・黄疸なし、頸部リンパ節腫脹あり、胸鎖乳突筋やや肥大、呼吸音・心音明らかな雑音無し、腹部:平坦軟 圧痛なし、下腿浮腫なし

【L/D】LDH上昇、可溶性IL-2受容体上昇

【胸部Xp】両側肺門リンパ節腫脹あり、上肺野縦隔側に透過性低下した陰影あり

【胸腹部CT】両側鎖骨上窩、縦隔、肺門、脾周囲リンパ節腫脹あり

→サルコイドーシス、悪性リンパ腫、悪性腫瘍リンパ節転移が鑑別に挙がる

頸部リンパ節も小さく鎖骨上リンパ節も生検しづらいため気管支鏡で縦隔リンパ節生検施行する方針となった。呼吸器内科入院しEBUS-FNA施行、悪性リンパ腫の診断となった。

Take Home Message

咳嗽・喀痰では呼吸器系や循環器系が考慮される。胸部Xpで異常あれば胸部CT検査し精査をすすめていく。

2015/9/30担当 児島