

研修医カンファレンス（H28.1月）

平成28年1月4日（月）

新患カンファレンス（担当：大庭）

ケース：75歳、男性

主訴：発熱、呼吸困難

診断：回腸導管からの急性腎盂腎炎

膀胱全摘、回腸導管患者の発熱の一例

・75歳男性 主訴 発熱、呼吸苦

胸腹部CT:左腎周囲の脂肪織上昇あり 回腸導管口部に石灰化 左尿管拡張あり
→左水腎症と診断

回腸導管患者において腎盂腎炎をひきおこす原因菌

→弱毒グラム陰性桿菌、もしくは球菌の頻度が上がり相対的に大腸菌の頻度が下がる。

選択する抗菌薬

ニューキノロン系 セフェム系 ペニシリン系(βラクタマーゼ阻害薬を含む)

ただし基礎疾患をもつ患者の尿路感染の起原因菌は多岐にわたり耐性を持っている細菌も多い。

治療効果判定

7日間の投与で著効が見られ尿所見が正常化すること。

同一抗菌薬はながくても14日間。

症状を繰り返す場合は尿路日和見感染の関与を考慮しフルオロキノロン系薬10～14日間投与も検討。

平成28年1月6日（水）

新患カンファレンス（担当：石井）

ケース：35歳 女性

主訴：腹痛、嘔吐、下痢

診断：急性膵炎

35歳女性 リスクの全くない急性膵炎 の一例

- 飲酒歴もなく胆石の既往もない比較的若い女性が急性膵炎を発症したが特徴的な身体所見はあった。
- 膵臓に向かって左腹壁を強く圧迫すると痛む(高山の膵圧診法)膵臓に向かって背中を叩くと痛みを訴える(安部の腰背部叩打診) 寺澤徳年、花輪壽彦 編纂、2004年2月10日 金原出版発行「漢方診療二頁の秘訣」
- 身体診察のバリエーションが多ければ見落としが少なくなる。

石井

平成28年1月8日（金）

新患カンファレンス（担当：乾）

ケース：77歳 女性

主訴：左下肢の腫脹・疼痛

診断：深部静脈血栓症

1/8 77歳女性左下腿浮腫で来院したDVTの一例

- 突然の左下腿浮腫。大腿部中心に浮腫強く鼠径部に熱感と圧痛あり。静脈エコーにてDVTあった。造影CTでは左総腸骨静脈に血栓を認めたが肺塞栓にはなっていなかった。ヘパリン+リクシアナで加療された。
- 片側浮腫としてはリンパ浮腫、DVT、蜂窩織炎が鑑別に挙がる。それぞれ原因を考えるべき。今回はDVTの原因となるような明らかなHistoryは無かった。
- 浮腫の原因としては薬剤も考慮しなければならぬが、NSAIDs、漢方(甘草)、Ca拮抗薬、TZ系抗血糖薬などが特徴的である。

乾

平成28年1月15日(金)

新患カンファレンス(担当:大庭)

ケース:74歳 男性

主訴:呼吸困難

診断:緊張性気胸

突然発症の呼吸困難の一例

・74歳男性 主訴 呼吸困難

身体所見

BT35.7℃ BP149/103 HR110 SpO2:86%(10Lリザーバー)

胸部:右肺野で低下気味 頸静脈怒張(-) チアノーゼ(-)

胸部レントゲン所見

右肺に高度虚血あり。左方への縦隔偏位あり。右肺尖部に大きな囊胞を認めた。

→右緊張性気胸と判断

→右第6肋間前腋窩線よりアスピレーションを挿入し持続吸引の処置がとられた。

緊張性気胸の臨床でのポイント

緊張性気胸の診断ポイントは、血圧低下や頸静脈怒張といった心タンポナーデに似た症状や、さらにチアノーゼを認める場合もあることである。

ショック症状がなく、胸部X線を行う余裕がありそうな場合であっても、検査を行う過程でショックに移行する可能性を十分に認識して検査を行っていく必要がある。

診断と治療に急を要する疾患で迅速、かつ正確な診断と処置が重要。

ハイリスク患者(外傷、気管挿管中の患者、喘息・COPDの患者、胸腔チューブ挿入中、中心静脈穿刺後の患者)で、急激に血圧低下、SpO2低下をみた場合は要注意!

平成28年1月18日(月)

新患カンファレンス(担当:石川)

ケース:71歳 女性

主訴:咳、胸痛、右胸水(透析中)

診断:尿毒症性胸膜炎

透析患者における右側胸水貯留

- 71歳女性 主訴:胸痛、乾性咳嗽
- 胸水穿刺所見:血性、滲出性
- 結核、悪性腫瘍、膠原病が鑑別となるも培養、抗酸菌PCR、腫瘍マーカー、細胞診などは全て陰性
- 胸腔鏡下胸膜生検にて結核、腫瘍性病変は除外された。
- フィブリン析出、線維芽細胞浸潤が認められ、線維素性胸膜炎の診断に至った。

線維素性胸膜炎

透析患者において、血性滲出性胸水をみたら、結核性、腫瘍性、線維素性(尿毒症性)を鑑別に挙げる。必要があれば胸膜生検を行い、*fibrous pleuritis*を証明する。

病因:不明だが、小分子性毒素や免疫複合体などが推測されている。末期腎不全患者の1-58%に合併するといわれている。

治療:透析効率をあげる。抗凝固薬を低分子ヘパリンに変更など。概ね予後良好だが、難治例にはPSL50mg/dayで軽快した報告もあり。

参考)臨牀透析 vol.24 no.8 2008 21・1099

平成28年1月20日(水)

新患カンファレンス(担当:内山)

ケース:76歳 女性

主訴:嘔吐、眩暈、胸痛、吐血

診断:出血性十二指腸潰瘍

胸痛を伴った嘔吐・吐血症例

- ・患者は外国人で友人の通訳を介しての問診であり、詳細な問診が困難であった。
 - ・胸痛は外傷のエピソードで説明付くと思われたが、ECGにてST低下を認めた。
 - ・後日の上部消化管内視鏡にて十二指腸潰瘍あり。
- ・十二指腸潰瘍は胃潰瘍に比べ好発年齢が高い。
胃潰瘍: 20-40歳、十二指腸潰瘍: 30-60歳
- ・一般的にはH.pylori感染やNSAIDの使用がリスクであるが、血行障害を伴うような肝硬変・化学療法・血管炎などもリスクになり得る。
- ・消化性潰瘍の症状は時に、特に高齢者では胸やけ等のはっきりしない症状で来ることがままある。そういった症状ではkiller5除外の上で等疾患も考慮すべきである。

平成28年1月22日（金）

新患カンファレンス（担当：）

ケース：31歳 男性

主訴：意識障害、痙攣

診断：水中毒、低ナトリウム血症

自閉症の患者の意識障害一例 水中毒

- ・1～2L飲水後腹部を圧迫して嘔吐する癖あり。搬送当日も嘔吐し意識障害E4V1M1。病着後嘔吐・痙攣しE1V1M1。
- ・低Na血症(128mEq/L)・代謝性アシドーシス(pH=7.23)あり。補液とメイロン投与のみで徐々に意識レベル改善した。後日血尿あり当院受診し、ミオグロビン尿と診断された。
- ・低浸透圧血症により経過中に横紋筋融解症を起こすことがあり、過度の水分制限を避け、急性腎不全の発症予防をする。
- ・低Na血症の補正は橋中心性脱髄をきたす可能性があるため1.0-2.0mEq/L/hのペースで補正する。担当:大塚

平成28年1月25日(月)

新患カンファレンス(担当:内山)

ケース:65歳 男性

主訴:心窩部痛、臍周囲の違和感、下血

診断:上腸間膜動脈塞栓症、心房細動

抗凝固薬中断後に心窩部痛・下血をきたしたAf症例

・Afで2年来抗凝固薬内服も、直近1ヵ月は自己中断していた。突然の心窩部痛後の嘔吐・下血。

・造影CTにてSMA閉塞認めた。

・SMA塞栓症は急性腸管血行不全の約半数をしめる。閉塞後3時間で再灌流障害の頻度が上がり、-12時間までは腸管壊死を回避できるが、12-24時間で約半数、24時間以上の経過で8割が腸管壊死に至る。

・発症直後はD-Dimerなどの上昇がないこともあり。Af既往の腹部症状例では常にSMA塞栓の可能性も考慮し、造影CT施行も考慮すべきである。

平成28年1月27日（水）

新患カンファレンス（担当：乾）

ケース：64歳 男性

主訴：口渇、味覚障害（口が苦い）、体重減少（15kg/1.5ヵ月）

診断：糖尿病性ケトアシドーシス

64歳男性 糖尿病性ケトアシドーシス

- 口渇・多飲、体重減少、味覚障害(にがい)
- 6年ほど検診を受けていなかったためDMの診断がなされていなかった。
- 味覚障害は糖尿病の神経障害の症状としても存在している。
- ケトアシドーシスを脱し、糖毒性が解除されると味覚障害もなくなった。

口渇多飲とくれば糖尿病の想定はたやすい。味覚障害だけでは鑑別は沢山挙がるが糖尿病もその原因の1つと理解しておきたい。

平成28年1月29日(金)

新患カンファレンス(担当:石井)

ケース:42歳 男性

主訴:左下腹部痛

診断:腹膜垂炎

42歳男性 腹膜垂炎

- 急性の局所腹膜刺激症状で発症
- 若年、肥満、発熱なし
- 抗炎症薬で治療

J Korean Soc Coloproctol 2011;27(3):114-121

5%程は生命に関わることもあるので診断をして、followすることが重要。