

研修医カンファレンス (H28. 9月)

平成28年9月2日 (金)

新患カンファレンス (担当: 橋本)

ケース: 44歳、女性

主訴: 上腹部痛

診断: 総胆管結石による急性膵炎

44歳 男性 胆石性急性膵炎

- 主訴: 腹痛、心窩部痛
- 既往: 高血圧、てんかん
- 内服: イーケプラ、セレコックス、オルメテック、アムロジピン、アトルバスタチン
- 来院5時間前に心窩部痛出現。食物残渣を嘔吐あり。痛み持続し、救急搬送。
- バイタル安定。血液検査でWBC上昇、肝酵素の軽度上昇、 γ -GTP著明高値、アミラーゼ著明高値を認める。CTで総胆管拡張、膵頭部に総胆管結石疑いの高輝度mass、膵腫大、膵尾部濃度上昇あり。
- 総胆管結石による急性膵炎と診断した。

平成28年9月7日 (水)

新患カンファレンス

ケース: 57歳男性

主訴: 構音障害

診断: ウエルニッケ脳症

平成28年9月9日 (金)

新患カンファレンス (担当: 松竹)

ケース: 78歳 男性

主訴：発熱、体動困難

診断：感染性心内膜炎（腸球菌）、外傷性くも膜下出血、肺炎（軽症）

78歳男性 発熱、体動困難

- 2016/3/19胃穿孔のため緊急手術、4/25長女の家へ退院。
- 7/25に一人暮らしの家へ帰った。7/28体動困難になっているところを発見され救急搬送。部屋は30℃の暖房がかかっており、本人は厚着をしていた。
- 頭部CTでは外傷性くも膜下出血を認めたが体動困難の原因とは思われなかった。データ上感染症、脱水、熱中症が疑われ血培提出、抗生剤（SBT/ABPC）、補液を行った
- 血培にて *Enterococcus faecalis* 検出され、経胸壁心エコーにて僧帽弁前尖に14*9mmの疣贅あり、感染性心内膜炎と診断。身体所見上点状出血や結節等は認めなかった
- ABPC+GM、その後ABPCのみでの治療にde-escalation。心エコーでは疣贅の縮小を認めた。
- 感染性心内膜炎の診断、治療に関して一連の流れを経験することができた症例であり、抗生剤開始前に血培を提出する重要性を学んだ。
- 腹部手術や検査により *Enterococcus faecalis* が血中に入り込み感染を引き起こした可能性が考えられた。

担当 松竹

平成28年9月12日（月）

67歳女性 主訴頭痛にて救急搬送された緑内障患者

【現病歴】

来院の前日より右前額部の痛みがあり、近医受診され鎮痛剤のみ処方され帰宅。夕方頃から右顔面の痛みを伴ったため19時に急患センター受診。再び鎮痛剤のみ処方され帰宅。翌日になっても良くなかったため救急搬送。

【所見】

A-C OK。D: GCS E4V5M6 瞳孔 4.5mm/3mm LR -/+ E BT 36.8度

BP 157/82mmHg HR 83/min SpO2 97%(RA)

右眼球結膜に充血あり。右瞳孔散瞳。痛みで右目が開けられない。右霧視あり。

明らかな麻痺・感覚障害なし。右の視野障害以外は脳神経学的所見に異常認めない。

【方針】中東遠総合医療センターへ転院搬送。

今回救急隊の情報からでは主訴が頭痛という情報しかなかったため、緑内障を最初から鑑別に入れることはできなかったが、頭痛と嘔吐しか訴えない緑内障患者もいるためまずは髄膜炎やSAHなどを除外したうえで考慮していく必要があると感じた症例であった。

担当:岩瀬

平成28年9月14日（水）

新患カンファレンス（担当：橋本）

ケース：49歳、女性

主訴：下痢、下腹部痛

診断：下行結腸～直腸大腸炎（CD 腸炎の疑い）

平成28年9月16日（金）

新患カンファレンス（担当：早間）

ケース：66歳、男性

主訴：発熱、後頸部痛、前胸部痛

診断：MRSA 菌血症、急性化膿性心膜炎

平成28年9月21日（水）

新患カンファレンス（担当：磯部）

ケース：82歳 女性

主訴：腹痛、嘔吐

診断：腸管壊死？

- 82歳 女性 腸管虚血の疑い
- 9/6の17時頃より徐々に腹痛の増悪を認めER受診。本人は便秘気味でありその痛みに似ているとのこと。
- 診察室内含め頻回の嘔吐あり。痛みの部位は右下腹部中心であった。
- 画像上明らかなイレウス像認めず、閉塞機転も認めない。痛みの部位に一致し腸管の周囲脂肪織濃度上昇を認めるのみであった。
- 採血も血液濃縮認めるのみで、Lac上昇も認められなかった。
- 脱水はあったため入院管理となったが、次の日心肺停止状態となり蘇生行い、一時回復するもその後死亡が確認された。
- 診断としては虚血性腸炎疑いとのことであるが、急激な経過を辿り、ひやりとする症例であった。

担当 磯部

平成28年9月23日（金）

新患カンファレンス（担当：平松）

ケース：76歳、女性

主訴：食思不振、倦怠感、

診断：高カルシウム血症（腎機能障害、ビタミンD・カルシウム内服）

食思不振、全身倦怠感を呈した高Ca血症の76歳女性

- 既往歴に左乳癌摘出術、骨粗鬆症ありビスフォスフォネート製剤、Ca製剤、VitD製剤を4年以上内服していた。今年に入ってから食思不振、体重減少来たすようになり、9月になり食思不振の増悪、鼻汁、くしゃみ、全身倦怠感などの症状が出現し受診した。
- 来院時の身長158.0cm、体重31.2kgでるいそう著明、VitalはBT 36.7℃、BP 101/69mmHg、HR 104/min、reg、SpO2 95%(RA)、神経所見で軽度の難聴、意識清明だが受け答えははっきりとしない印象だった。腹痛、黒色便などの消化器症状は呈していなかった。
- 入院時CTで明らかな悪性腫瘍、骨転移認められず血液検査でCa11.1と高値、腫瘍マーカー、PTH-rPは低値であった。
- Ca製剤とVitD製剤を同時に投与されていたことによる高Ca血症とそれに伴う腎機能低下を疑い、入院後内服薬を中止し、生理食塩水補液開始した。血性Ca濃度は速やかに改善し、食欲低下、全身倦怠感は改善した。また副甲状腺機能亢進症、悪性腫瘍、甲状腺機能亢進症など他疾患の除外も行った。
- 今回の症例のようにCa製剤を長期に使用する場合では、定期的に血清Ca濃度、腎機能を測定することが重要であると感じた。

平松

平成28年9月28日（金）

新患カンファレンス（担当：磯部）

ケース：91歳、男性

主訴：黒色便、倦怠感

診断：出血性胃潰瘍、早期胃がんⅡc、ピロリ陽性

91歳男性 症状は軽度であったが、緊急性のあった出血性胃潰瘍の一例

【現病歴・生活歴・現症】

前日から黒色便、倦怠感を自覚し、近医受診。貧血認めため、当院消化器内科紹介となった。喫煙は20本/日(～80歳)、ADUは自立していた。バイタルは体温36.2℃、血圧94/68mmHg、脈拍90回、呼吸数16回、SpO2 98%であった。経腸経腸は貧血様、腹部所見は認めず、直腸診でも血液や黒色便の付着はなく、痔核も触知しなかった。

【検査所見】

著明な貧血が認められ、BUN上昇から消化管出血が疑われた。腎機能低下も認められた。

【画像所見】

CT上、胃壁の肥厚、胃内の高吸収の貯留部が認められた。胃壁に軽度のリンパ節腫大あり。free air、腹水は認めなかった。

【内視鏡検査】

胃内に鮮血様のコアグラが貯留していた。体中部後壁に噴出性の露出血管を伴う潰瘍をみられ、止血した。出血性胃潰瘍の診断を得た。

【入院後経過】

絶食、補液、粘膜炎抑制、PPIにて対応後、状態が安定し再度内視鏡検査施行。3か所から生検し、病理診断で早期胃癌の診断を得た。出血性胃潰瘍の原因は早期胃癌であったと考えられた。

【まとめ】

ADUは自立しており、認知機能の低下もない患者であったが、高齢者であり胃潰瘍の重症さと比較すると症状は軽度であった。高齢者は緊急性のある疾患を持っていても症状として現れづらいことも忘れず、診療にあたりたい。

担当 中井