

研修医カンファレンス (H28. 8月)

平成28年8月3日 (水)

新患カンファレンス (担当: 平松)

ケース: 25歳、女性

主訴: 心窩部痛

診断: 急性膵炎

25歳女性 非アルコール性急性膵炎

- 心窩部痛、背部痛で来院。来院時のVitalはBT36.2℃、BP117/65mmHg、HR 65/min、reg、RR16/min、SpO2100%(RA)。右季肋部～心窩部～左季肋部に疼痛(+)、痛みの性状は急性で持続痛、数回の嘔吐を伴った。
- 不正性器出血で婦人科受診歴があり、婦人科疾患も鑑別に上がった。飲酒歴はnever。
- 血液検査にてp-アミラーゼ1181と高値。腹部CTにて膵臓の腫大と周囲脂肪織濃度の上昇認められ、急性膵炎として造影CT施行。
- 予後因子0点、CTgrade1で軽症と判断し大量補液とCPZ/SBTにて加療。
- 女性の急性膵炎はアルコール性9.4%、胆石性36.3%、特発性26.1%となっている。今回症例における原因ははっきりしなかったが、飲酒歴がない女性の腹痛においては常に急性膵炎を鑑別挙げなければならない。

平松

平成28年8月8日 (月)

- 74歳 男性 保存療法を選択された両側慢性硬膜下血腫
- 深夜トイレに行き排便しようとしたができず、寢室に戻ろうとしたときに、ふらつき、歩行困難、嘔気を自覚し救急搬送された。
- 身体所見上特筆すべき点見当たらず、頭部CT撮影したところ両側の慢性硬膜下血腫が発見されたため脳外科コンサルトとなった。
- しかし画像上mass effectに乏しく神経所見も異常なしとして保存的療法が選択され、ふらつきに関しては内科的に精査されるも異常は見つからなかった。
- 画像上CSFを認めた段階で他の疾患を疑った所見をとることなくコンサルトしてしまった反省すべき症例である。原因は不明ではあったが、多くの疾患が推定できた病歴でありプライマリケアの難しさを痛感した。

担当 磯部

平成28年8月10日（水）

新患カンファレンス（担当：早間）

ケース：25歳 男性

主訴：右下腹部痛

診断：上行結腸憩室炎

6日間続く、右下腹部痛を主訴に来院した27歳男性：上行結腸憩室炎

- 受診日6日前に、右側腹部～右下腹部の疼痛あり。5日前に、両側下腹部に疼痛を認め、4日前に近医を受診し、フルフロキサシンを処方され、1回内服した。受診日当日、右下腹部痛増悪し、近医を再受診し、当院救急外来紹介受診。
- 歩行時、咳嗽時に下腹部に響くような痛みあり。痛みの範囲は、右下腹部に手掌程広さ。右下腹部の痛みは、間欠痛であり、痛みの強さは、10段階中、増悪時は7、寛解時は2/10。
- 身体所見：右下腹部の自発痛・圧痛(+)、McBurney圧痛点(+)、Lanz圧痛点(-)、Rovsing徴候(+)
- 腹部Xp：異常所見(-)、腹部単純CT：上行結腸にはパウヒン弁近傍の憩室に濃度の高い内容物貯留、壁肥厚、周囲脂肪織濃度上昇を認める。
→上行結腸憩室炎と診断。ロセフィン点滴とクラビット内服、通院で治療された。
- 上行結腸憩室炎は、虫垂炎と特に鑑別が挙げられる。
- 上行結腸憩室炎は虫垂炎に比べ、経過が亜急性であり、間欠痛であることが多い。
- 憩室炎の好発年齢は40歳以上であるが、右半結腸の憩室炎は若年男性に多いとされている。今回の症例は、右半結腸憩室炎の典型的な症例であったと考えられる。
- 来院時の印象は、強い痛みを訴える様子は無かった。以前から続く腹痛であるからと言って、油断せずに診察することを痛感した。担当：早間

平成28年8月12日（金）

新患カンファレンス（担当：増田）

ケース：48歳、男性

主訴：めまい

診断：前失神

48歳 男性 めまいを主訴に来院した前失神が疑われる1例

- 夜間安静時に前失神発作が3日連続で出現し家庭医クリニック受診。
- 胸部聴診上心音整、雑音なし。
- 心電図上明らかなST変化なし、異常Q波なし、冠性T波なし。
- 採血上トロポニンT陰性、CK-MB陰性、BUN/Cre上昇なし、明らかな電解質異常なし。
- 胸部Xplにて心拡大なく、明らかな心不全を示唆する所見なし。
- 積極的に冠動脈疾患、消化管出血、電解質異常を疑う所見なく、症状改善傾向であるため、有事再診とした。
- 安静時の前失神発作というハイリスクな病歴にも関わらず、各種検査にて有意な所見が認められない症例であった。病院の手続き上、当日に心エコーが施行できなかったが、後日再診して頂き精査を進めるという選択肢も考慮に入れるべきだったと反省した。

担当 増田

平成28年8月15日（月）

48歳女性 胸痛、冷汗

- 上記主訴にて8/9総合内科外来受診。
- 8/1歩行時に急にしめつけられるような前胸部痛自覚、5分ほどで消失
- 8/4走った時に5分ほどの胸痛。
- 8/9普通に歩いていた時に1時間程持続する前胸部痛。冷汗を伴った。
- 来院時には前胸部痛は消失しており身体所見も異常なし
- 心電図にてV1-2でST上昇。V1-4で陰性T波を認めた。採血にて心筋逸脱酵素、トロポニンの上昇を認めた。AMIが疑われ緊急カテーテル検査施行
- カテーテル検査では狭窄部位は無く、血栓が再灌流したものと思われた。
- 病歴を再度詳しく聞くと、朝4時には起床し6時には仕事を開始しているという。胸部症状が出現したのは全て6時台とのことで冠攣縮性狭心症が鑑別にあがった。
- 8/15過換気負荷試験施行。負荷後4分で右胸痛出現。心電図ではV1-4でST上昇。硝酸薬舌下投与し、4分後に症状改善。心電図にてST上昇は改善を認めた。
- 冠攣縮性狭心症として硝酸薬、Ca拮抗薬での治療を考慮。更にカテーテル検査によるアセチルコリン負荷試験の施行を検討。
- 採血での心筋逸脱酵素、トロポニンの上昇はSpasmが1時間持続したことにより心筋へのダメージをきたしたためと考えられた。
- AMIを疑いカテーテルで狭窄を認めない場合、血栓の再灌流に加えて冠攣縮性狭心症も鑑別に挙げてより詳細な病歴聴取、検査を行う必要があると学んだ症例であった。

担当:松竹

平成28年8月17日（水）

新患カンファレンス（担当：平松）

ケース：36歳 男性

主訴：右側腹部痛

診断：急性虫垂炎、尿管結石

尿路結石と急性虫垂炎を併発した36歳男性

- 肥満型の男性、早朝に右側腹部痛にて来院。下腹部痛で発症、その後痛みは右側腹部に移動した。痛みの性状は急性で持続痛、便は普通便で生食はなかった。
- 来院時の Vitalは BT 36.4℃、BP 148/93mmHg、HR 66/min、reg、SpO2 98%(RA)、身体診察は CVA 右で陽性、MacBarney陰性、Lanz陰性、発汗を伴った。
- 腹部CTにて右尿管膀胱出口付近に結石あり。虫垂が軽度腫大し最大径9mm程度、糞石疑われた。周囲の脂肪織濃度上昇はなかった。
- 尿路結石は自然排石を期待。虫垂炎に関しては外科入院にて絶食、補液、抗生剤で治療した。
- 今回の症例では虫垂の炎症は軽度であったかもしれないが、虫垂炎が疑われる症例ではMacBarney圧痛点、Lanz圧痛点を確認するだけでなくBlumberg徴候、Rovsing徴候、Rosenstein徴候、閉鎖筋徴候、腸腰筋徴候、直腸診と丁寧な身体診察が必要となる。

平松

平成28年8月22日（月）

61歳 女性 PSL内服中止による副腎不全を呈した1例

- 好酸球性疾患にてPSLを長期に内服している患者が嘔気を主訴に救急搬送。
- 数日前より嘔気によりPSL内服自己中断していた。
- 血糖値40でありPSL内服中断による副腎不全の疑いで内分泌内科入院となった。
- 嘔吐の原因として急性胃炎が疑われ上部消化管内視鏡を実施したが明らかな所見は認められなかった。
- もともと吐き癖のある患者で、代謝性アシドーシスあり、ケトン(4+)であったため、周期性嘔吐のような状態になっていたと考えられる。
- PSL内服中断による副腎不全の診断には容易に至ったが、その引き金となった嘔気・嘔吐の原因検索の難しさを痛感した症例であった。

担当 増田

平成28年8月24日（水）

新患カンファレンス（担当：磯部）

ケース：73歳、男性

主訴：左手の麻痺

診断：ラクナ梗塞（precentral knob）

- 73歳 男性 右中心前回のラクナ梗塞
- 8/14朝食後に左前腕のしびれと動かしづらさを自覚。痺れはすぐになくなり、左手の動かしづらさのみが残った。
- 週3回透析治療されており、高血圧もあり動脈硬化のリスクはかなり高い患者。
- 神経診察上は左手の筋力低下のみであったが、脳梗塞疑い頭部CT撮影するも有意な所見は得られず、頭部MRIを撮影したところ拡散強調画像で右中心前回到highな領域が認められ、新規ラクナ梗塞が疑われた。
- 元々バイアスピリン内服しており、本人の希望もありワーファリン追加し外来でのフォローとなった。
- 比較的軽症の脳梗塞は診断に困る部分もあり画像検索をどこまで行つか等に悩む症例であった。また身体診察の不十分さを痛感した症例であった。

担当 磯部

平成28年8月26日（金）

新患カンファレンス（担当：町田）

ケース：34歳、男性

主訴：発熱、皮疹

診断：風疹

34歳 男性(日系ブラジル人)

【主訴】発熱、皮疹

【既往歴】水痘、虫垂炎(ope)

【家族歴】なし

【内服歴】アレグラ、ビタミン剤(市販、時々内服している)

【生活歴】タバコ(-)、酒:機会飲酒、アレルギー:花粉症

【現病歴】

2016/5/19~咳嗽、鼻汁

5/20朝から眼の充血あり、皮疹が顔面→体幹→四肢へ拡大していった。昼にビタミン剤内服。

午後10時半頃、発熱自覚し、コンビニの焼き肉弁当とアイスを摂取した。

5/21皮疹が改善しないために救急外来受診した。

【現症】BT: 38.8°C

眼球結膜: 充血あり、疼痛なし、流涙なし、眼脂なし

咽頭/頸部: 発赤あり、咽頭痛あり、コプリック斑+、耳介後部/後頸部リンパ節腫脹/圧痛あり

嘔気なし、嘔下痛なし、sick contact: なし、海外渡航: 最近なし

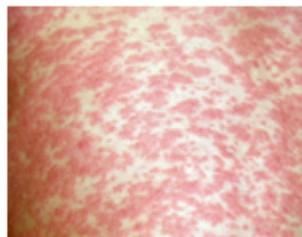
顔面、体幹、四肢に融合傾向の紅斑あり、掻痒なし

【L/D】軽度の肝腎障害あり

【胸部Xp】明らかな肺炎像なし

【経過】皮疹からは麻疹、病歴からは風疹が疑わしい。外来時は休日だったので週明けに採血で肝炎、マイコプラズマ、麻疹、風疹、CMV、EBV測定、咽頭ぬぐい液からインフル、溶連菌アデノ検査したところ、風疹抗体価が上昇していた。保健所に届け出提出し、1週間ほどは仕事は休むように指示した。

研修医1年目 町田健太



Take Home Message

- ・成人風疹は皮疹が非典型的なこともしばしばあり、皮疹だけでは判断できない
- ・成人麻疹は肺炎、脳炎の合併に注意

平成28年8月31日(水)

新患カンファレンス(担当: 早間)

ケース: 55歳、男性

主訴：右陰嚢痛

診断：右鼠径ヘルニア嵌頓