

研修医カンファレンス (H28. 10月)

平成28年10月3日 (月)

41歳男性 突然の意識消失

- ・特記すべき既往歴、内服歴、家族歴、アレルギーはなし。1日20本の喫煙、機会飲酒あり。
- ・8月21日午前、ソフトボール大会に出場。午後1時より打ち上げのBBQに参加していた
- ・午後2時10分椅子に座ったまま急に意識を失った。
- ・2時11分覚知、2時19分現着。VF波形であったためAED装着しつつCPR開始。DC合計4回、アドレナリン1A静注し当院到着。その後もVFと自己心拍再開を繰り返し最終的にDC合計6回。難治性VFのため循環器内科コンサルト。
- ・自己心拍再開後の心電図にてⅡ誘導でcoved型ST上昇を認め、ブルガダ症候群と確定診断された
- ・VFを起こした原因としてはBBQにて食事を大量に摂取したため迷走神経優位となったことに加え低カリウム血症、脱水を伴っていたためと考えられた。
- ・救命救急病棟に入院、モニター管理を行ったが致死的不整脈の出現は無く経過した。
- ・LTP陽性であったが満腹時の心電図ではcoved型上昇はなく、心臓CTでは有意狭窄や石灰化はなし。MRIや脳波からはてんかんも否定的であった。
- ・心室細動を起こした心肺停止後であり、植え込み式除細動器の絶対適応と考えられたため聖隷浜松病院に転院となった。

担当 松竹

平成28年10月12日 (水)

ケース：86歳、女性

主訴：全身の脱力感

診断：異所性ACTH分泌腫瘍（肺小細胞癌）による低カリウム血症、代謝性アルカローシス

86歳 女性

【主訴】全身脱力感、低カリウム血症

【既往歴】大腸穿孔、子宮頸癌、慢性腎不全

【内服歴】バイアスピリン、エナラプリル、ダイアート、アルダクトン、アムロジピン、プラバスタチン、フェブリク、アスパラカリウム、ランソプラゾール

【生活歴】タバコ:5本/日、酒:なし、アレルギー:なし

【現病歴】

2016/9中旬、下肢の浮腫が出現。

2016/9月下旬、全身脱力感あり、その後軟便が続く。

2016/9/29近医受診し心拡大、低カリウム血症と指摘された。

2016/10/4起床できないくらい全身倦怠感あり、夜に救急外来受診し、K:2.0と低下していたので腎臓内科入院となった。

【現症】BT:36.6°C、P:58/min、BP:152/76mmHg、SpO2:98%、RR:24/min

眼球結膜:貧血なし、黄染+-

頸部リンパ節・鎖骨上窩リンパ節腫脹あり、圧痛なし

甲状腺腫大なし、呼吸・心音:異常なし、腹部:圧痛なし、下腿浮腫あり、皮膚色素沈着あり

【L/D】WBC↑、Eo↓、血中K↓、尿中K→~↑、代謝性アルカローシス、ACTH↑、COR↑、レニン・アルドステロン→、TSH・T3・T4↓、ProGRP・NSH:↑

【胸部Xp】明らかな肺炎像なし

【胸腹部CT】肺腫瘍、胸膜転移、肝転移あり

【経過】異所性ACTH産生腫瘍あり、コルチゾールの鉱質ステロイド作用と軟便による超アKnからのK喪失が重なり、低K血症になったと考える。Kの補充しつつ、肺小細胞癌疑いに関しては呼吸器、異所性ACTH産生に関しては内分泌にコンサルト。

研修医1年目 町田健太

平成28年10月17日(月)

77歳女性 上気道症状が主訴で、画像上肺炎像を呈した肺腺癌の一例

【現病歴・生活歴】

毎年検診を受診していたが、異常は指摘されていなかった。1カ月前より咳嗽と咽頭痛が認められ、症状持続し、近医で胸部CT上右肺に異常陰影を認めたため、当科受診となった。喫煙歴、飲酒歴なく、その他特記すべき生活歴はなかった。

【現症】

バイタル安定しており、胸部聴診は肺野清、その他身体所見上異常は認めなかった。

【検査所見】

検査所見上、炎症所見の上昇は認めなかった。腫瘍マーカーはCEAが正常値であり、CA19-9が55.3と高値であった。

【生理検査】

呼吸機能検査上、呼吸障害はみられなかった。

【画像所見】

胸部Xpでは右破陰門周囲に1cm大の結節影があった。胸部CT上、両側肺内に小結節状~地図状の濃度上昇域が多発していた。

【診断に至るまで】

気管支鏡検査にてBAL、TBB施行し、病理検査にて浸潤性粘液性腺癌の診断を得た。

【まとめ】

所見上、画像上、感染を疑わせる症例であったが、病理診断にて肺腺癌の診断であった。本例のような肺炎像を呈す肺癌など一見感染が疑われる症例でも悪性腫瘍が背景にあることを念頭に診療にあたりたい。

担当 中井

平成28年10月19日(水)

ケース:69歳、男性

主訴:発熱、上肢脱力感、後頭部~腰背部痛、両側第1四指関節痛、(慢性透析

中)

診断：感染性心内膜炎、化膿性脊椎炎

69歳男性 感染性心内膜炎を疑った化膿性椎間板の一例

【現病歴・生活歴】

透析患者が発熱、後頭部痛、母指圧痛を主訴に来院。ERにて施行した血液培養でブドウ球菌検出され、IE疑いで入院となった。

【現症】

BT37.1℃、HR69/min、BP160/73mmHg、RR16/min、SpO298%
頭部痛あり、心尖部で収縮期逆流性雑音聴取、両母指に腫脹疼痛あり。

【検査所見】

WBC112、CRP20台と炎症反応高値、Cre9.6、BUN87と腎機能障害あり。

【生理検査】

心エコーにて今まで指摘されていないMVP、MRあり。明らかなVegetation疑う所見は認めなかった。

【診断に至るまで】

入院してVCM+MEPMにて治療開始、IE考えられるため、循環器にコンサルトし経食道心エコー実施。明らかなvegetation認めず、Duke基準では大基準1小基準1。診断はつかないが可能性十分に考えられるとのことで、エコーでフォロー、抗菌薬はIEガイドラインに則った投与量とした。
腫瘍除外するために施行した造影CTでL1/2化膿性椎間板炎と隣接筋腫瘍認められた。

【まとめ】

病歴、身体所見からも強くIE疑われた症例であった。診断はつかなかったが、IEの対応を学んだ。

担当 平松

平成28年10月21日（金）

ケース：53歳、女性

主訴：右下腹部痛

診断：卵巣腫瘍（成熟嚢胞奇形腫）の茎捻転

53歳 女性

【主訴】右下腹部痛(磐田原病院に入院中で紹介状あり)

【既往歴】統合失調症

【内服歴】マグミット

【生活歴】アレルギー：なし

【現病歴】

2週間ほど前にも右下腹部痛があったが自然寛解。

来院当日午前4時頃、トイレに行ったところ右下腹部がシクシク痛くなった。冷汗もあり、気が遠くなるような感じもあったのでトイレ内のブザーを押し、職員が対応。虫垂炎疑われたために当院紹介受診。診察時は症状軽快していた。

【現症】BT: 36.7℃、P: 79/min、BP: 109/71mmHg

眼球結膜: 貧血なし、黄染なし

腹部: 平坦軟、自発痛なし、圧痛なし、反跳痛なし、筋性防御なし、CVA叩打痛なし

McBurney(-)、Lanz(-)、Rovsing(-)、Rosenstein(-)

【腹部CT】虫垂の腫大なし、左卵巣にhair ballあり、最大径約10cm

【診断】成熟嚢胞性奇形腫、茎捻転

【経過】茎捻転は一時的であり、診察時は解除されていたと考えられる。産婦人科にコンサルトし、浜松医大に紹介となった。

研修医1年目 町田健太

平成28年10月26日(水)

ケース：36歳、男性

主訴：呼吸困難、過呼吸、意識障害

診断：糖尿病性ケトアシドーシス

平成28年10月28日(金)

ケース：84歳 女性

主訴：呼吸困難

診断：うっ血性心不全、僧房弁逆流症(僧房弁逸脱)

- 84歳女性 原因不明のMRによる急性心不全
- 10/9の夜より労作時の呼吸苦出現。起坐呼吸あり。10/10に呼吸苦残存あり急患センター受診し、心不全疑いにて当院紹介受診となった。
- 来院時には全身状態不良であり、末梢冷感、下腿浮腫著明であり下肺野にてう音聴取し、心尖部を最強点とする収縮期駆出性雑音を聴取した。
- すぐさまCPAPによる人工呼吸管理を行いニトロール、hAMP投与開始し、ラシックスにて反応性の利尿みられた。
- 心エコー上はMRⅢ° 認められたが心血管系イベントを示唆する所見なく原因に関しては不明であった。
- 心不全の管理に関して非常に勉強になった症例であった。また心不全の原因疾患に関して聴診にて疾患をしぼることができ身体診察の重要性を改めて感じた。

担当 磯部