

第1部 臨床研修医症例報告会

症例報告①

『退院先の環境を見越した投薬調整の必要性について —嘔吐後の肺炎の1例から考えさせられたこと—』

厚生連上越総合病院 福尾篤子、大堀高志、麻生祐嗣

【症例】89歳男性

【経過】外傷性脳出血後で老健施設入所中の患者。便秘症に対して刺激性下剤を頓用で投与された後に嘔吐し、その後酸素化不良が見られ紹介受診した。検査所見より嘔吐に伴う誤嚥性肺炎と診断し抗菌薬治療を開始した。治療開始後速やかに呼吸状態は改善した。入院経過中も便秘がみられ、酸化マグネシウムとセンノシドの併用で2～3日に1回の排便コントロールがつき、同施設に退院した。

【考察】誤嚥の契機となった嘔吐の原因が刺激性下剤の可能性がある。本例では前回入院時に新規便秘症治療薬が退院処方として出されていた。確かに慢性便秘症ガイドラインではMg製剤が第一選択で刺激性下剤は頓服とされ、高齢者や腎機能障害患者に対しては高Mg血症の懸念から新規非刺激性下剤が推奨されている。本例では施設への退院後、これらの新規薬剤がMg製剤と刺激性下剤頓用に変更されていた。背景には新規薬剤と既存薬剤の薬価の違いが関連していると推測される。入院中から施設入所後の排便管理を見越した処方を考えることが重要と考えられた一例である。

症例報告②

『発熱と皮疹で紹介された中年女性の一例』

厚生連上越総合病院 横山雄哉

症例は 42 歳女性。12 日前からの発熱と両下肢の皮疹を主訴に近医を受診し、抗菌薬が投与されたものの症状は軽快せず、当院に紹介された。身体所見上の左頸部リンパ節腫脹および血液検査でリンパ球優位の白血球上昇と異形リンパ球を認め、伝染性単核球症 (IM) と診断した。対症療法のみを行い、2 週後の再診時には全ての症状が軽快していた。ウイルス抗体検査結果により、サイトメガロウイルス (CMV) 伝染性単核球症と診断した。今回は CMV による IM であったが、一般に本症の起因微生物は EB ウイルスが多数を占める。ウイルス抗体検査は時間を要する一方、結果判明前に治療を開始する必要があるため、細菌感染症の除外ができずしばしば抗菌薬が処方される。一般に、IM に対するペニシリン系抗菌薬は皮疹を呈するために不適切である。今回皮疹は初診時にすでにみられており、抗菌薬投与に伴う皮疹とは考えないものの、本例を経験し、細菌・ウイルス感染症の鑑別は抗菌薬投与の是非という点で極めて重要と考えられたため、これらの鑑別のためにはどのような症候に注目すべきか概説したい。

第2部 CPC

司 会：厚生連上越総合病院 外 科 藤 田 亘 浩
臨床所見： 同 研 修 医 横 山 雄 哉
病理所見： 同 病理診断科 関 谷 政 雄

【症 例】73歳、男性

【主 訴】倦怠感・食欲低下、意識障害

【既往歴】高血圧、24歳虫垂炎

【家族歴】父 胃癌

【嗜好歴】飲酒：2合/日、喫煙：5本/日 x26年現在禁煙中

【内服薬】ネキシウム(20)1T/1X、ティーエスワン(20)6T/2X 2/27～休薬中

【現病歴】 X年の検診異常を指摘され、近医の上部消化管内視鏡検査で胃体上部前壁に4型腫瘍を認め精査目的にX年12月紹介受診となった。審査腹腔鏡を含めた当院の精査で進行胃癌 T3N0M1、stageIV と診断された。

X+1年1月23日から一次化学療法の TS-1 + オキサリプラチン療法を開始した。

Gr3を超える有害事象は認めなかったが2月28日(治療開始後37日目)から下痢と食欲低下を認め、その後症状の改善はなく3月4日から意識障害を認め、3月5日に救急外来受診となった。

【入院時身体所見】

ECOG PS 3、身長：172.5cm、体重：73.9kg、体温：36.3℃、JCS200、GCS E4V1M4、
血圧：129/83mmHg、脈拍：103/分 整、SpO2 99% (室内気)、呼吸回数：15回/
分、眼瞼結膜：貧血なし、眼球結膜：黄染あり、甲状腺：腫大なし、体表リンパ節：腫脹なし、皮膚：全体に黒色の色素沈着あり、胸部：心音正常、心雑音なし、呼吸音異常なし、腹部：平坦・軟、圧痛なし、肝臓・脾臓触知せず、下腿：浮腫なし。

神経学的所見：瞳孔4mm/3mm 対光反射 +/+、左足の不随意運動あり

【入院時検査所見】

WBC	4260	/ μ l	TP	5.5	g/dl	BNP	36.00	pg/ml
Neut	62	%	Alb	2.5	g/dl	CRP	9.27	mg/dl
Eos	0	%	AST	114	IU/l			
Baso	0	%	ALT	180	IU/l			
Lymph	20	%	LDH	571	IU/l	IgG	1030	mg/dl
Mono	16	%	ALP	270	IU/l	IgA	401	mg/dl
RBC	442×10^4	/ μ l	γ -GTP	48	IU/l	IgM	56	mg/dl
Hb	14.2	g/dl	T-Bil	2.0	mg/dl	HBs 抗原	陰性	
Ht	40.6	%	D-Bil	0.8	mg/dl	HBs 抗体	陰性	
Plt	9.8×10^4	/ μ l	Na	145	mEq/l	HCV 抗体	陰性	
			K	3.3	mEq/l			
			Cl	108	mEq/l			
			Ca	8.0	mg/dl			
			IP	3.8	mg/dl	PT-ACT	50.5	%
			CK	255	IU/l	PT-INR	1.49	sec
			BUN	55	mg/dl	APTT	30.9	mg/dl
			Cr	1.64	mg/dl	Fib	217	μ g/ml
			UA	9.3	mg/dl	FDP	13.0	
			NH3	290	mg/dl			

上部消化管内視鏡 (X/12/6), 胸部-骨盤 (単純+造影) CT (X/12/6) 等. 当日提示

【入院後経過】

X + 1 年 3 月 5 日、急性肝不全、薬剤性肝機能障害、肝性脳症による意識障害の疑いで入院となった。絶食、アミノレバン (500 mL/day) を含めた補液、肝底護薬(強力ネオミノファーゲンシー 40 mL 1 筒 / day) を開始した。

X + 1 年 3 月 6 日、NH3 122、JCS 300、BT37.8 °C に上昇。意識障害の精査目的に髄液検査施行したが、細菌性髄膜炎は否定的であった(髄液：蛋白 51 mg/dl、糖 75 mg/dl、細胞数 2)。頭部 MRI では意識障害と関連した異常無し。PT-ACT 38.6 % と凝固異常進行しており、ステロイドパルス開始 (3/8) した。

X+1 年 3 月 7 日、NH3 77 に低下、JCS 200。38.2 °C の発熱あり、CFPM 500 mg/day 投与開始。緑色の下痢便あり、CD トキシンは陰性。意識状態変化なく、脳波で高振幅徐波を認め、非特異的な意識障害の波形であった。PT-ACT 23.4 % と凝固異常進行し、FFP 4 単位輸血開始。ステロイドパルスへの反応性が低く、血漿交換を行うため右鼠径静脈から VASCAS 挿入した。

X + 1 年 3 月 8 日、NH3 33、JCS200。PT-ACT 20.5 % と凝固異常進行しており、FFP 4 単位補充。血漿交換目的に HCU 入室。転棟後からショックバイタルとなり、急速補液、NA 投与開始した。酸素化悪化 (PaO2 53.6mmHg, FiO2 0.8)、胸部 X 線から ARDS 疑われ、BiPAP 装着。血圧上昇せず血漿交換は行わず中止。BiPAP 後も呼吸状態の改善はなく塩酸モルヒネ開始。

X + 1 年 3 月 9 日、徐々に HR 低下し、心肺停止。午前 8 時 52 分死亡確認。死因は急性肝不全、その原因として薬剤性肝障害疑いとした。

胸部-骨盤単純 CT (X+1/3/5) , 胸部 X 線 (X+1/3/8) 等. 当日提示.