

私、失敗しか
しないので。
Vol. 2



置賜広域病院組合
公立置賜総合病院
心かよう信頼と安心の病院

失敗 その7

70歳F 後腹膜腫瘍の精査目的でご紹介

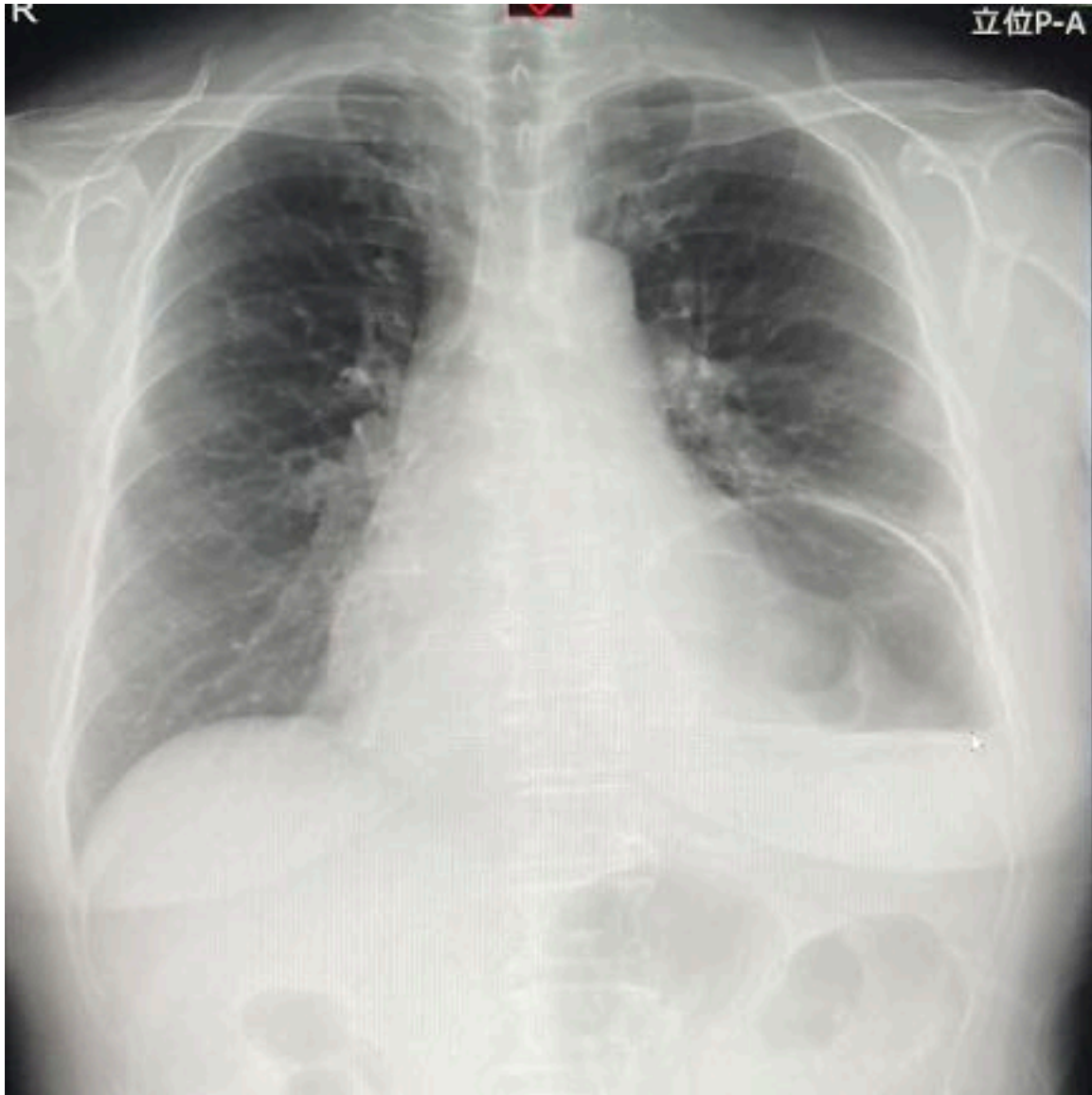
高血圧症、脂質異常症、心房細動でU医院に通院中の方。定期検査での胸部X線写真で左下肺野に異常所見あり、精査のために胸部CTを撮影。その際に、右腎近傍に後腹膜腫瘍を認めたとのことで精査依頼。

BP:125/84mmHg PR:93回/分 BT:36.8°C SpO2:99%

胸部 聴診で異常所見なし

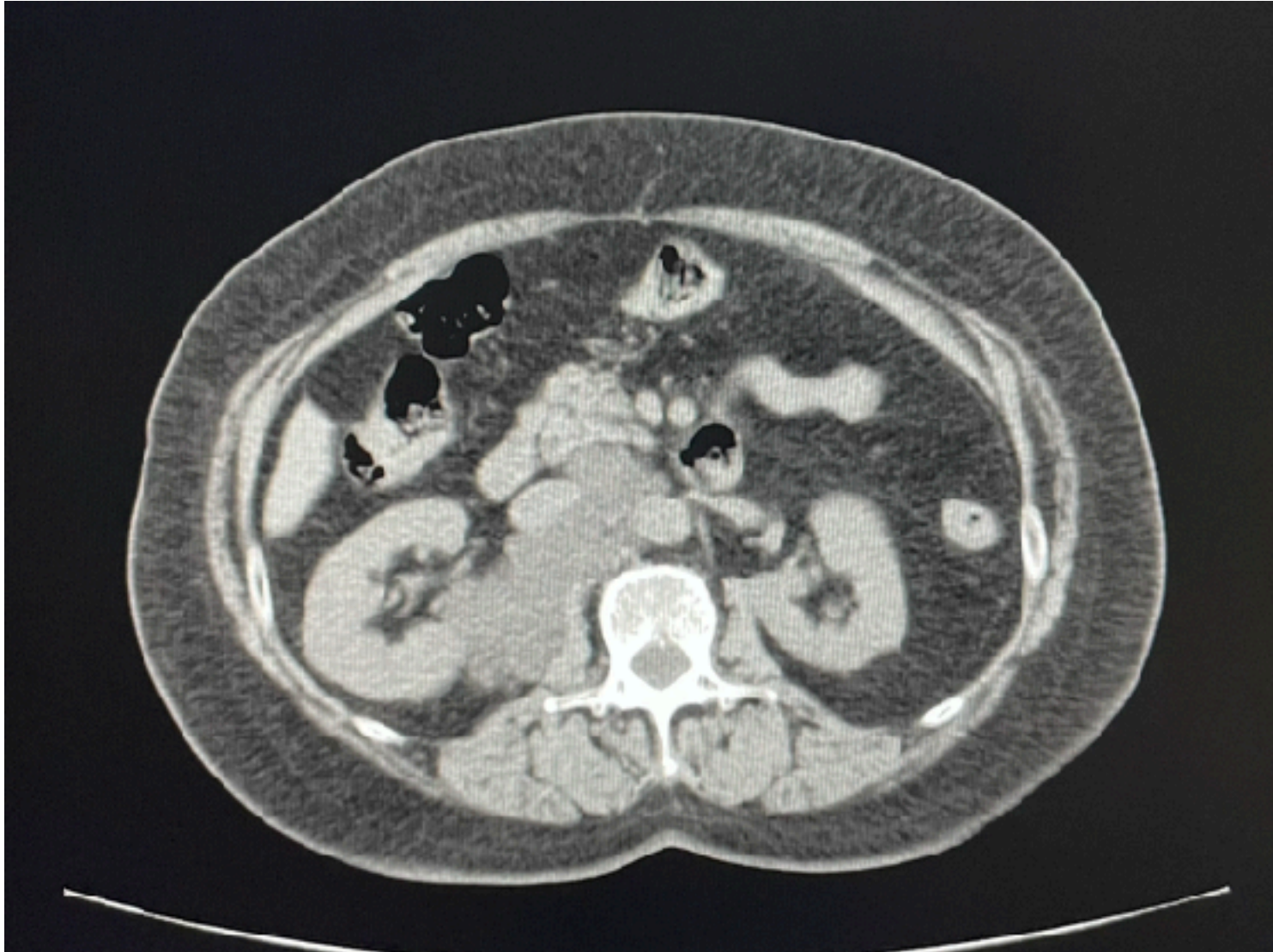
腹部 平坦で柔軟、腫瘍など触知なし

70歳F 後腹膜腫瘍の精査目的でご紹介



横隔膜ヘルニア

70歳F 後腹膜腫瘍の精査目的でご紹介



右後腹膜に腫瘍あり。

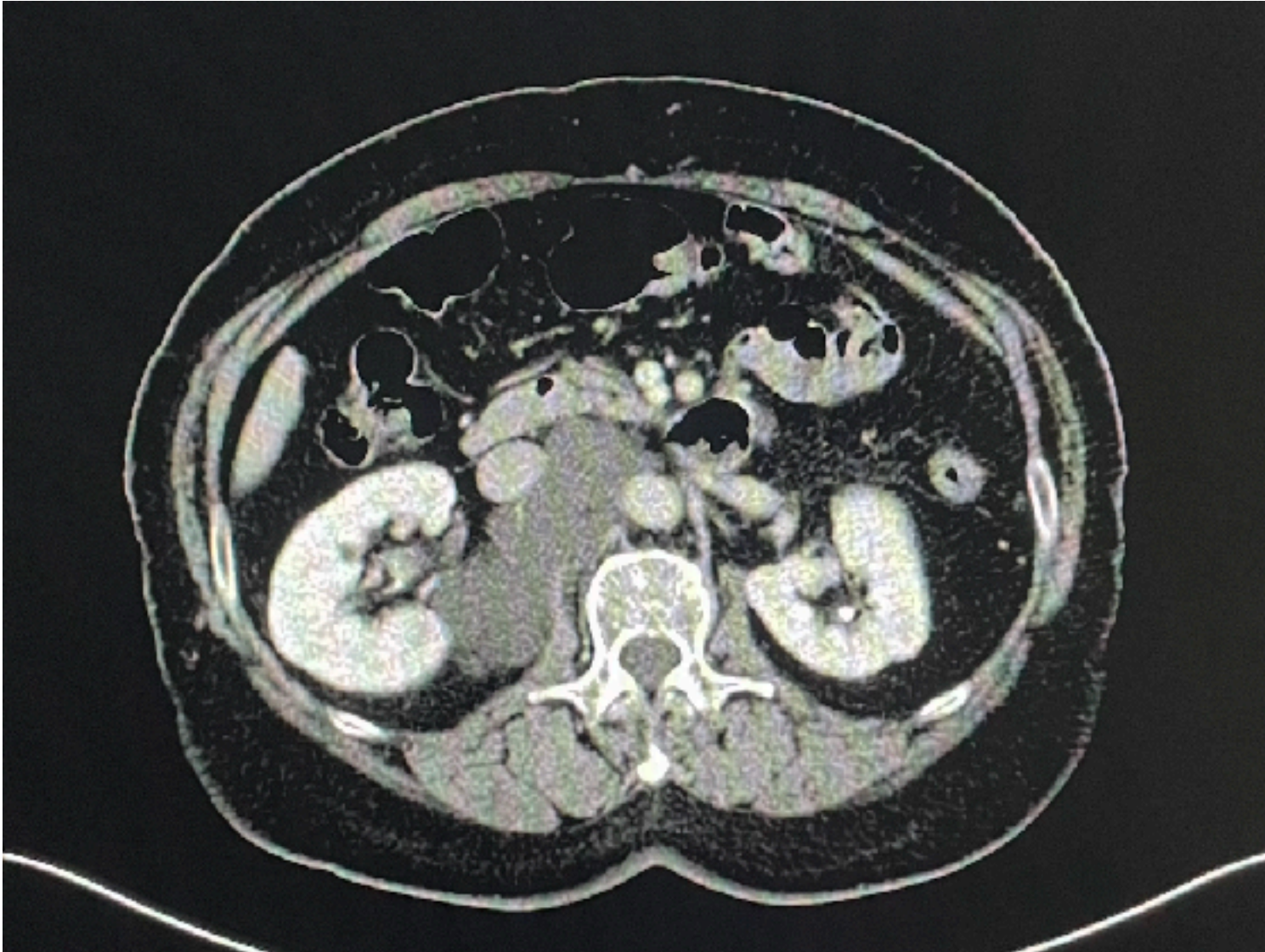
70歳F 後腹膜腫瘍の精査目的でご紹介

頭の中・・・



こんな疾患が頭に浮かび、
腫瘍マーカーをポチポチ。
腎機能を弱くして造影CT
をオーダー！

70歳F 後腹膜腫瘍の精査目的でご紹介



右後腹膜に約9×4×6
cm大の腫瘤あり。
境界明瞭でもこもことした
液体貯留腔で、造影さ
れる充実成分を認めず。
→リンパ管腫疑い

後腹膜リンパ管腫

リンパ管腫は、胎生期におけるリンパ管流出口の閉塞により、リンパ系組織のsequestrationが起こることから発生するといわれている。頸部の皮下腫瘤として見つかることが多く、腹腔、特に後腹膜での発生は稀とされている。後腹膜腫瘍の中でも2.1%とその頻度は低い。

多くは無症状で経過し、腹部腫瘤、腹部膨満感、腹痛などで気付かれることがある。画像診断が発達し、健診などを含め偶然見つかるケースも多い。

教訓

ちゃんとみてから検査のオーダーを！

失敗 その8

69歳F 口が開かない！

主訴：口が開かない。

既往歴：特記なし 併存症：なし 内服薬：なし

**現病歴：2018年6月22日、昼前ごろから口が開きにくい感じあり。
6月23日には全く開かなくなっていて、食事も水もとれない状況になる。
口のこわばり、喉の痛み、嚥下困難も出現したため、6月25日に当
院の歯科口腔外科を受診。**

明かな誘引なし。



69歳F 口が開かない！

身体所見：右斜頸状態 やや左口角下垂？

（口唇周囲もこわばっており運動困難）

前額部のしわ寄せ可能 麻痺性兔眼（－）

右側咬筋：圧痛（＋） 胸鎖乳突筋：こわばり（＋）

顎関節：圧痛（－） 開口：0mm

開口時、右下顎骨下縁に疼痛あり 嚥下時、喉頭部に疼痛あり

呼吸苦なし 会話は出来るが発音不明瞭

左側下口唇粘膜誤咬（＋）



69歳F 口が開かない！

口は全く開かない。常に歯ぎしりをしてるような感じ。
咬筋、胸鎖乳突筋などが強張っている。



69歳F 口が開かない！

初診時検査データ

WBC:5,400

neutro:71.4

lymph:23.7

Mo:3.5

Eosino:0.7

Baso:0.7

RBC:476

HGB:13.3

HCT:41.7

PLT:11.9

PT:11.8 91%

PT-INR:1.06

APTT:26.6

T-p:7.7

Alb:4.9

T-bil:0.67

AST:22

ALT:14

BUN:31.8

Cr:0.70

Na:144

K:4.6

Cl:107

Ca:9.7

CRP:0.05

感染症:全てなし



69歳F 口が開かない！

診断：咀嚼筋痛障害

鑑別：破傷風、ジストニアなど

対応：鎮痛剤、筋弛緩剤、経口栄養剤、うがい薬の処方。

食事が摂れないため入院で、翌日に神経内科対診。

救急外来で、開口障害、両手指のひび割れ、右前腕の擦過傷。

破傷風疑い→toxoid iv

鑑別としてジストニアがあがる。→普通、慢性の経過で否定的。

☞総合診療科での対応依頼あり。



69歳F 口が開かない！

最終診断：破傷風

明かな原因となる外傷なし

素手での草むしりは頻回に行っていたらしい

急性発症の開口障害の原因疾患：

顎関節炎, 耳下腺炎, 扁桃炎, 歯性感染症 等の炎症性疾患

顎関節症, 心因性開口障害, 悪性腫瘍, 破傷風が挙げられる。



置賜広域病院組合
公立置賜総合病院
心かよう信頼と安心の病院

69歳F 口が開かない！

頭の中・・・

既に破傷風として、トキソイド投与済み。

破傷風？見たことないけど・・・。

呼吸がダメなら挿管、レスピレーター？

トキソイド＋テタノブリンぐらい？

筋痙攣を凌いで粘るしかないかな・・・。



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

破傷風の症状と病期

潜伏期	通常1-2週間であり、短い場合で1日、長い場合は数ヶ月以上。感染源が明らかでない場合もある
第I期 (前駆症状期)	外傷部位の硬直感、全身違和感、肩こり、咽頭痛、頭痛等。1~2日間持続する。この時期を”onset time”と呼ぶ
第II期	開口障害に始まり発語・構音障害、歩行障害がみられる。顔面筋の痙攣による痙笑がみられる。数時間~1週間ほど続く。
第III期 (痙攣持続期)	全身痙攣・後弓反張等が持続。交感神経過緊張(排尿・排便障害、血圧変動、不整脈、体温上昇、発汗過多)等がみられる。2~3週間持続し 呼吸不全 、心不全で死亡することも多い。
第IV期 (回復期)	全身痙攣は消失するが、局所の筋の緊張・硬直は残存。2~3週間は続く。



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心がよう信頼と安心の病院

Tetanospasminによる後弓反張



スコットランドの外科医Charle Bellが描いたもの
The Royal Collage of Surgens of Edinburgh の承諾を得ないで転載



破傷風発症後の治療 (I)

創処置：洗浄、debridement

抗生剤投与 ① ペニシリンG：200~400万単位

② セファメジン1~2g iv 8時間毎

ロセフィン1~2g iv 12or24時間毎

③ フラジール 500mg iv 6~8時間毎

遊離毒素の中和：テタノブリンHの静注

軽~中等症 1500~3000IU 重症例 3000~4500IU

☞ 当院では大量のテタノブリンHは常備していない!

3000IUを会津から取り寄せて投与

トキソイド：作用機序はよくわからない。



破傷風発症後の治療 (II)

鎮静：

- ①ベンゾジアゼピン：ミダゾラム or ジアゼパム (効果は同等)
- ②プロポフォール：デュプリバン
- ③デクスメトミジン：プレセデックス

筋弛緩剤

- ①ミオブロック
- ☞カテコールアミン再取り込みの阻害剤で自律神経の不安定化を促進
- ②マスキュラックス
- ☞自律神経には影響が少ないが短時間作用型 >> 持続投与
- ③バクロフェン 初回投与 40 ~ 200 mg(髄注) 持続投与 20 mg/hr (髄注)

破傷風発症後の治療 (III)

自律神経機能障害に対する治療

①硫酸マグネシウム 初回投与 40 mg/kg over 30 minutes,

持続投与 45 kg以上:2 g/h 45 kg以下:1.5 g/h

☞ 神経よりのカテコールアミン放出を阻害

☞ カテコールアミン受容体の感受性を低下

② Labetalol (トランデート) ☞ α -and β -blocker 持続投与 0.25 to 1.0 mg/min

* β -blocker 単独投与は突然死の可能性 ↑ > α -blocker と併用!

ブレビブロック (短時間作用型の β -blocker) が有効との報告あり

③ Morphine sulfate 持続投与 0.5 to 1.0 mg/kg/hour フェンタニル

④ その他 atropine、 clonidine (カタプレス)、 bupivacaine (マーカイン: 髄注)

破傷風発症後の治療 (IV)

👉 **神経系に結合した破傷風毒素は離れない** ➤ **長期管理を要する**

👉 **長期の人工呼吸器管理を要する場合も多い**

挿管 ➤ **気管切開を考慮**

👉 **破傷風ではエネルギー需用が高まっている**

栄養管理 ➤ **経管栄養を考慮 (経鼻胃管で)**

👉 **上部消化管出血予防**

H2blocker or PPIs

👉 **血栓塞栓予防**

ヘパリン・低分子ヘパリン、抗凝固剤投与



臨床経過

HCUに入院後も頻回に筋痙攣あり、呼吸筋障害も心配されたためICUに移って気管内挿管して管理することに。

☞呼吸器内科の先生方に、経鼻で気管支鏡ガイドにて

血圧、脈拍も激しく変動。

☞自律神経系のコントロール目的に硫酸マグネシウムを2g/日で開始

血圧、脈拍の変動は比較的穏やかになる。

6/29 Ca : 5.5 入院時Ca : 9.5

気が付いたら血中カルシウム濃度が激減！



教訓①

硫酸マグネシウムは低カルシウム血症をおこす。

内分泌代謝内科の先生が文献を探してくれ、原因が判明した。

硫酸マグネシウムの添付文書には低カルシウム血症について記載なし。

up to dateにもいい事しか書いてないし。



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

臨床経過

硫酸マグネシウムを中止し、カルチコール div で対応する。

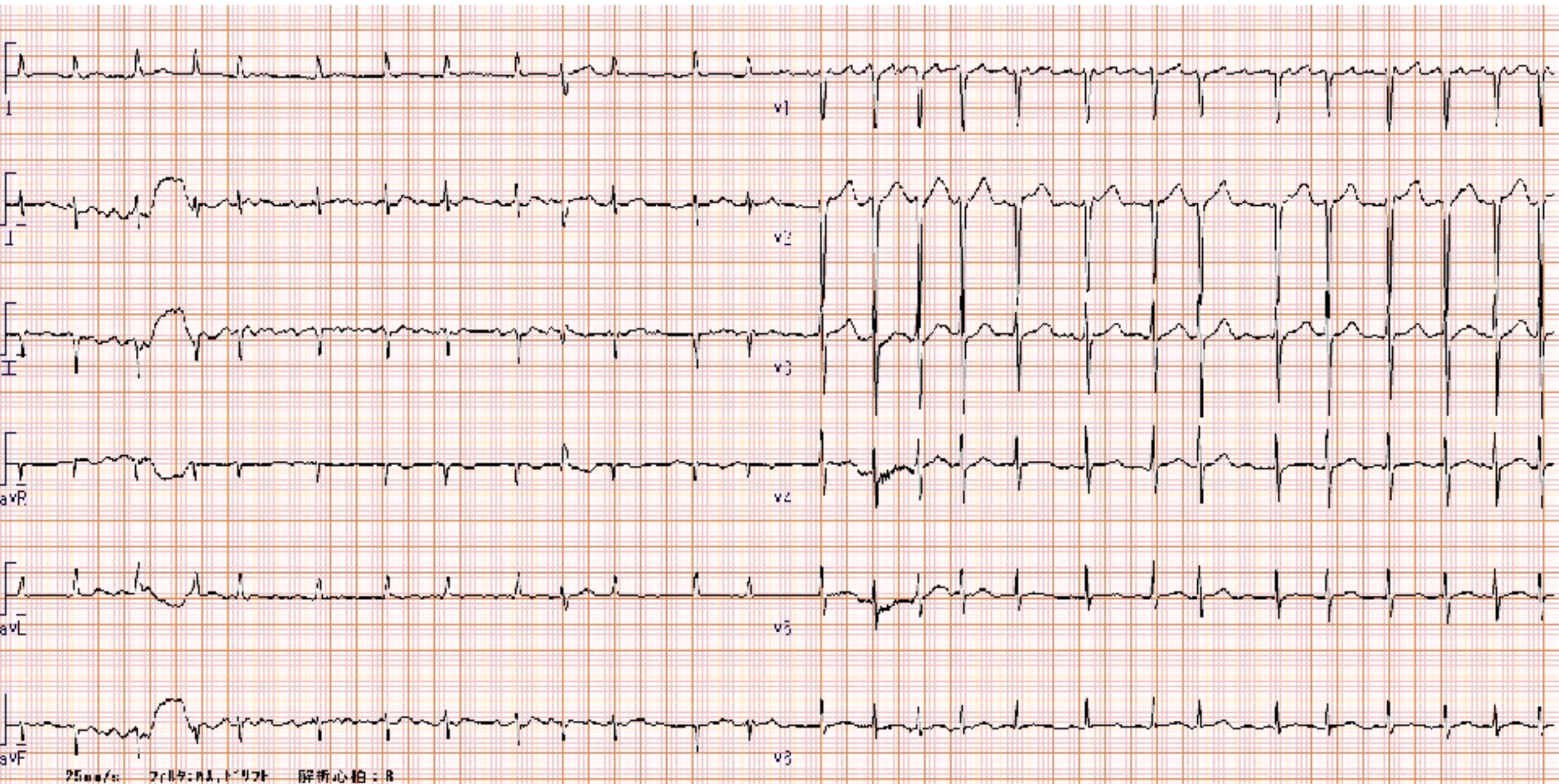
👉 血圧、脈拍の変動が再燃！

β -blocker 単独は突然死のリスク ↑ でダメ

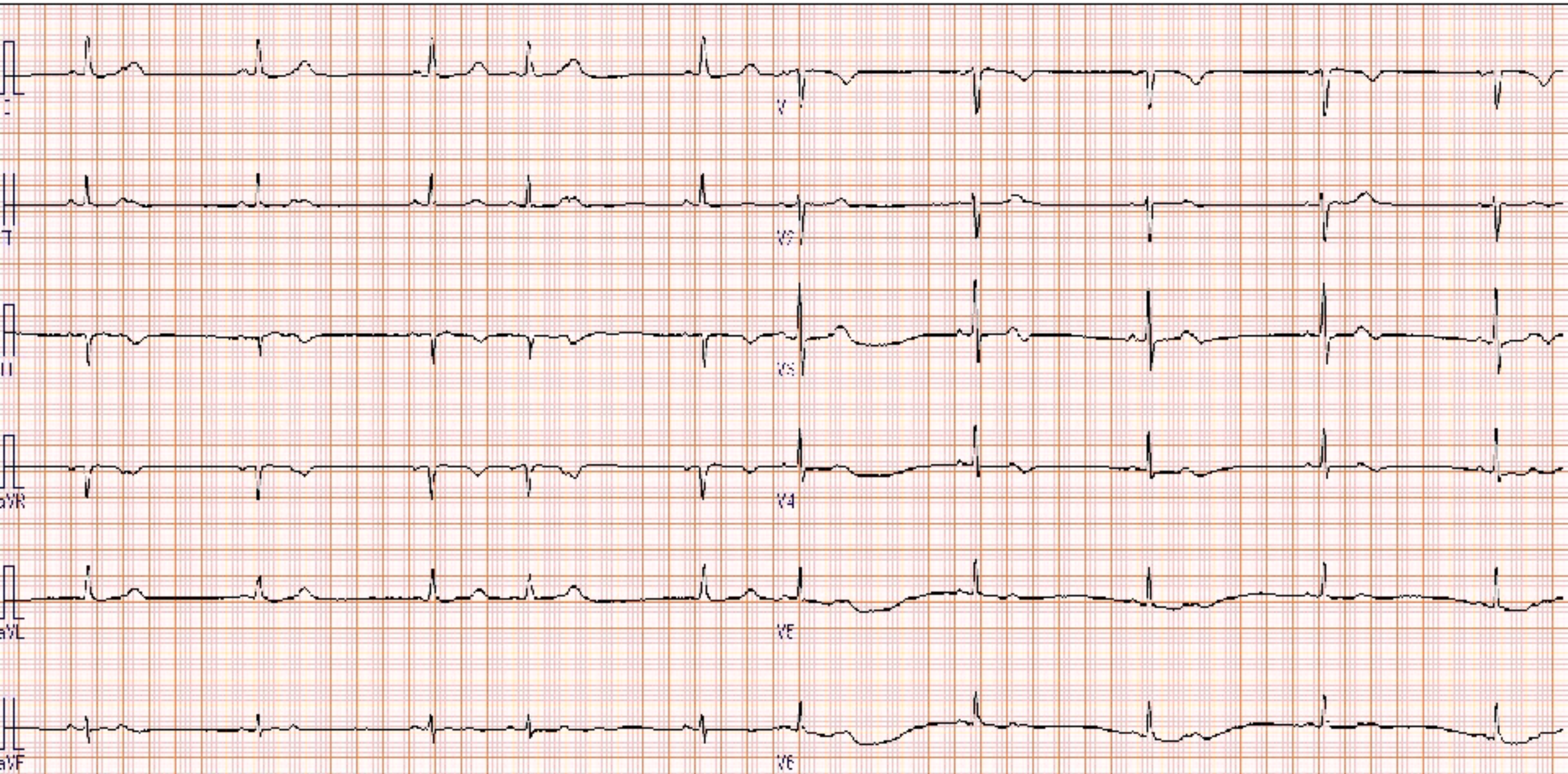
👉 血圧も高めで推移していたのでヘルベッサー div で



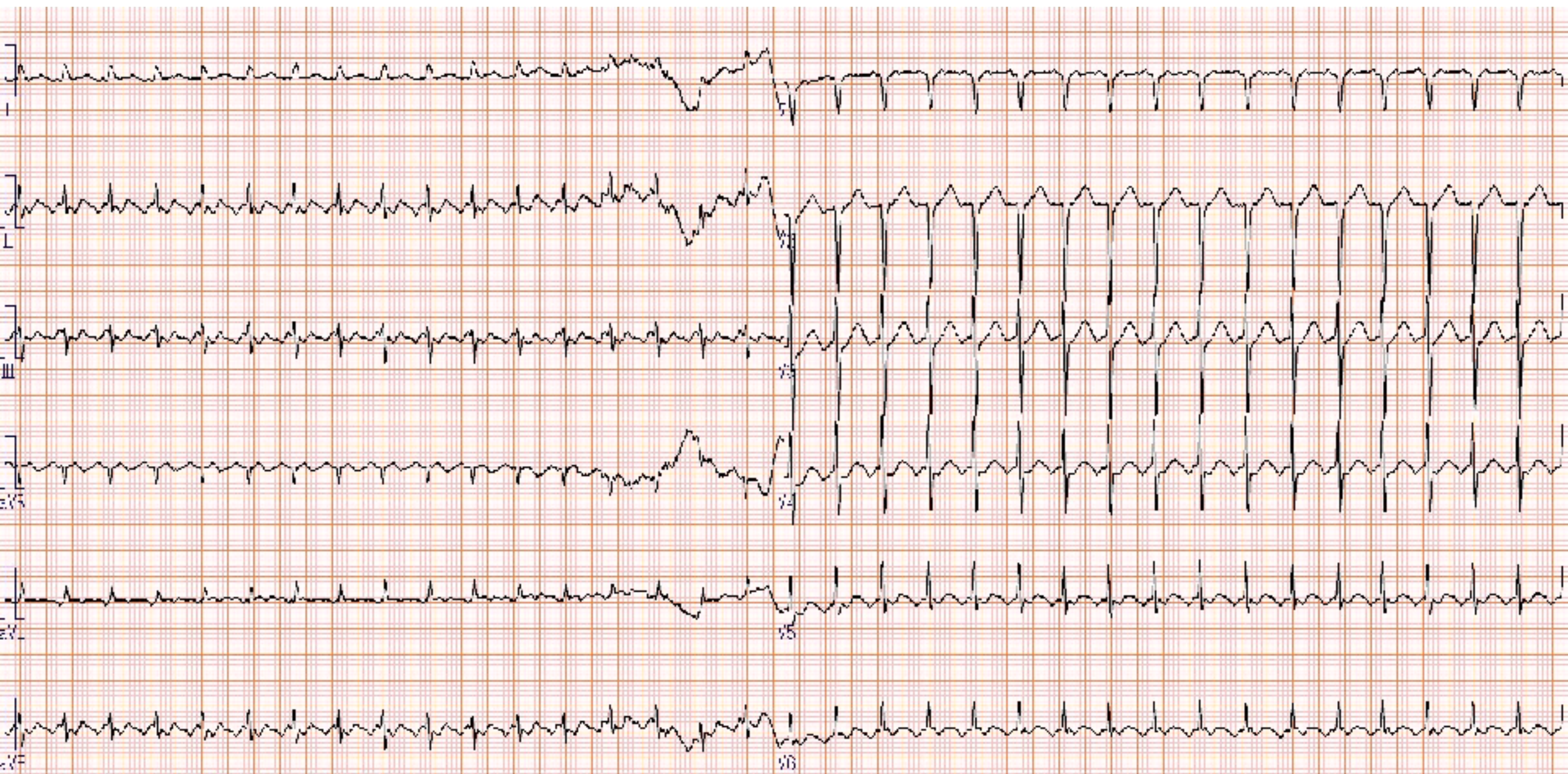
頻脈性心房細動



徐脈



頻脈性発作？



教訓②

自律神経の乱れ

2 : 1 の心房粗動。

👉 電氣的除細動を実施

循環器内科の先生に助けいただきました。



臨床経過

呼吸状態は比較的安定しており、人工呼吸器の補助換気もほとんど不要。自発呼吸もしっかりしている状態。

👉 抜管

しかし、嚥下困難は続いていた為、頻回の吸引を要する状態。

👉 1日後に、再挿管！

教訓③

呼吸は出来ても、嚥下が出来ない！

自分の唾液で溺れてました。

再挿管は深夜帯、自分1人で超難渋！



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

臨床経過

その後は比較のおだやかに経過。

しかし、再挿管後1週間ほどした深夜に急にSpO2低下

☞ 喀痰による気管内チューブの閉塞！

通りすがりの呼吸器外科の先生と呼び出された麻酔科の先生に助けていただきました。

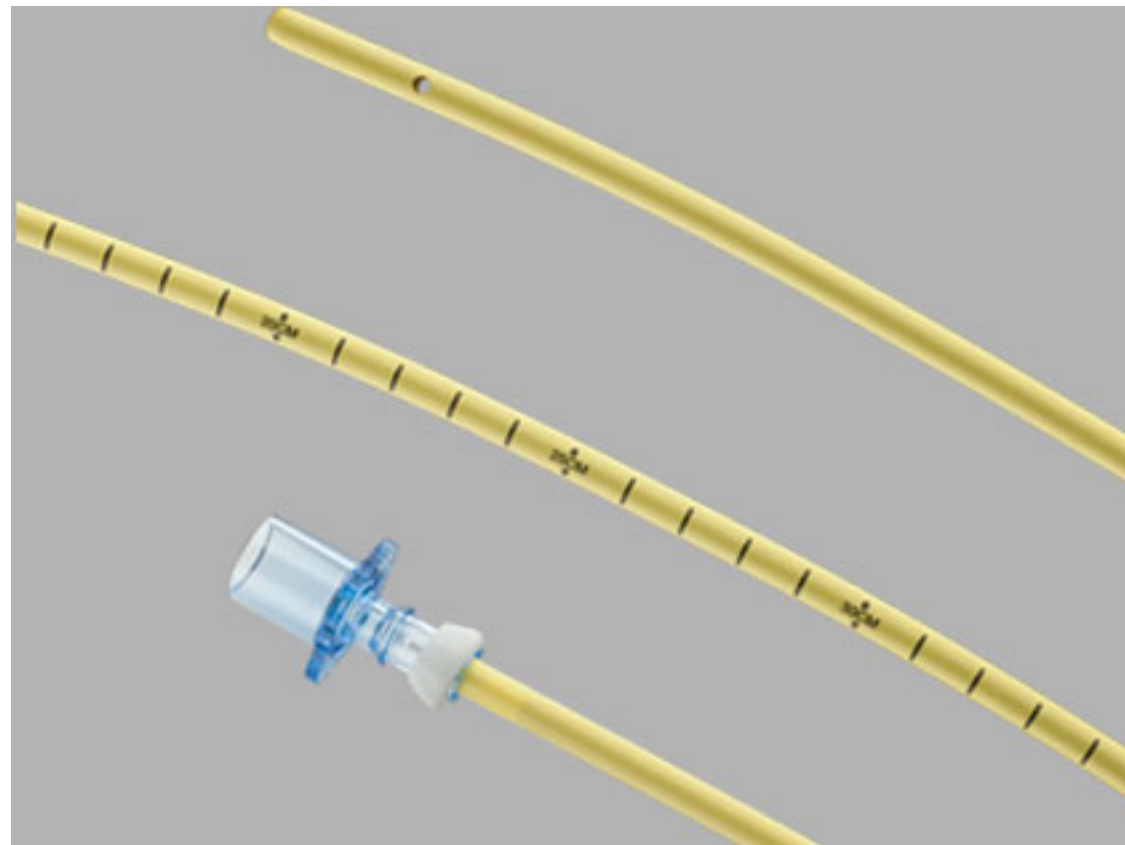
☞ チューブエクスチェンジャーでの交換



気管チューブ交換用カテーテル (チューブエクスチェンジャー)

気管内チューブ交換用のガイドワイヤーみたいなもの。

中空で、アダプターを点けると酸素投与も可能。



教訓④

気管内チューブは詰まることがある。長期になったら交換を！

呼吸器外科、麻酔科の先生に助けていただきました。



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

その後の経過

再挿管後、1週間ほど経過したところで嚥下機能が十分に改善していないと判断。

👉 **気管切開術を実施。**

耳鼻科の先生方にお世話になりました。

その後は、徐々に嚥下機能も改善。気切後1週間目の水のみテストで誤嚥なし。2週間目で気切チューブ抜去。



失敗 その9



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

29歳F 右手が痺れます！

【患者】	29歳	女性	コンビニの店員
【主訴】	右手のしびれ、脱力		
【既往歴】	特記なし		
【家族歴】	特記なし		

29歳F 右手が痺れます！

【現病歴】

7月24日午前11時頃に椅子に座っていたところ、急に右手のしびれがあり、握力もなくなって持っていた携帯電話を落としてしまった。しびれは肘から手までの全体で痛みはなかった。30分ぐらいで改善したが何となく違和感があるためERを受診。



29歳F 右手が痺れます！

【初診時の身体所見】

意識：JCS：0 意識清明

体温：36.8℃

血圧：163/86 mmHg 脈拍：105 回/分

SpO2：99%



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

29歳F 右手が痺れます！

【初診時の身体所見】

受診時にはほとんど症状は消失。

しびれた範囲は肘から手先まで全体。



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

29歳F 右手が痺れます！

頭の中・・・

- この範囲でしびれるのは何？
- 末梢神経障害にしては手全体はらしくない？
- TIAはあり得るけど、29歳で何もない女性でTIA？
- TIA以外で考えると、末梢神経障害や胸郭出口症候群？
TIAを来すとすれば高リン脂質抗体症候群？ここで決める？

などと考えました。



29歳F 右手が痺れます！

頭の中・・・

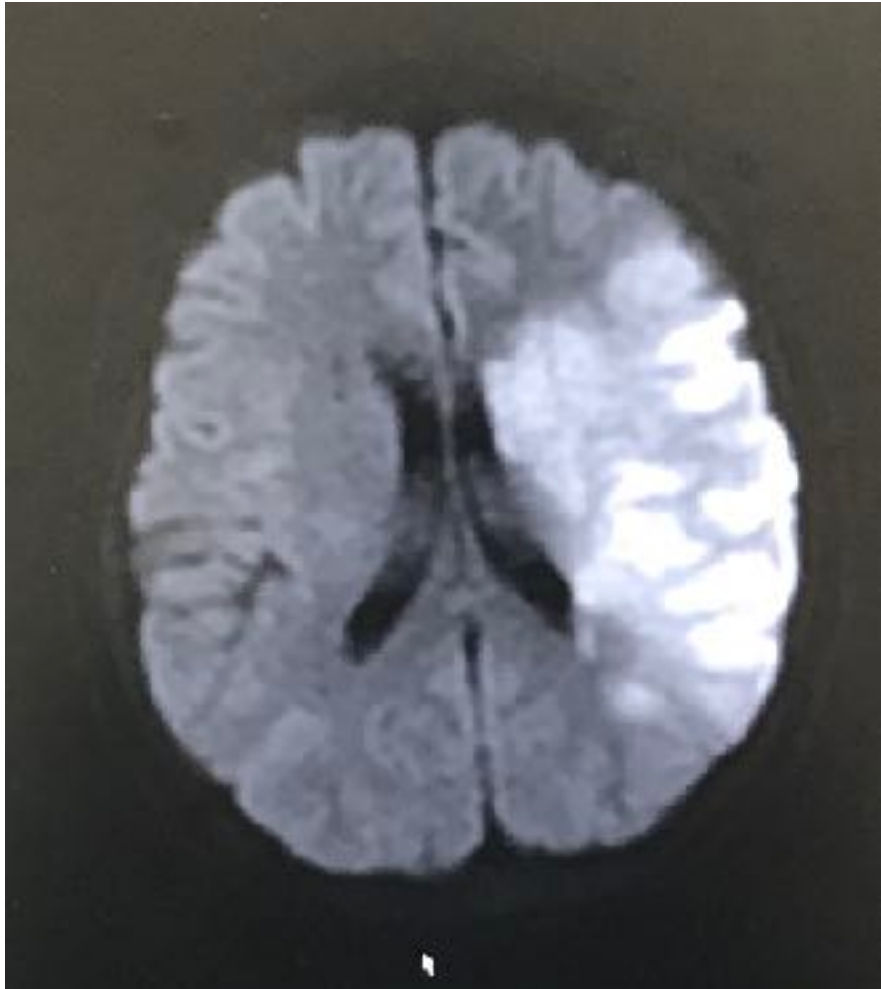
- TIAは、脳の主幹動脈に狭窄があり、血圧低下などで一時的に血流が低下することにより起こる。狭窄はないだろう。
- 他の末梢神経、神経根、頸椎症、頸髄症としても何か違う印象。
- 橈骨動脈は触知して不整、減弱、左右差などなし。

想起できる疾患はない。



その後の経過

7月26日、意識障害、右半身麻痺、失語でERへ搬送。



その後の経過

**精査の結果、甲状腺機能亢進症に伴う
心房細動⇒左内頸動脈閉塞。**

24日の脱力、しびれはTIAだった！



一過性脳虚血発作

【TIA（Transient Ischemic Attack 一過性脳虚血発作）】

脳への血流が一時的に悪くなり、半身の脱力・知覚異常、言語障害、運動障害といった脳梗塞のような症状が短時間で現れて消える状態。



一過性脳虚血発作

【塞栓性】

頸動脈などの太い動脈にできた血栓の一部がはがれて血流にのり、末梢血管に詰まることで神経脱落症状を呈し、血栓が解けることで症状が消失するタイプ。血栓のできる場所は頸動脈が最も多く、TIAの原因としては最も多い。

【血行力学性】

もともと脳の主幹動脈に閉塞や狭窄があり、一時的な血圧低下などが原因で脳血流が低下し、症状を呈するもの。血圧が回復することで症状が消失。

【心原性塞栓性】

心房細動や弁膜症などが原因で心臓内に血栓が生じ、それがはがれて脳血管に詰まる場合。これは脳梗塞の最重症型である心原性脳塞栓症と同じだが、血栓が小さくてすぐに溶けた場合にはTIAとなる。



置賜広域病院組合

公立置賜総合病院

心かよう信頼と安心の病院

甲状腺機能亢進症の症状

症状	全体	16-32歳	33-44歳	45-60歳	> 61歳
体重増加	17.2%	7.6%	8.3%	6.3%	6.6%
体重減少	60.7%	57.4%	59.8%	65.3%	60%
熱不耐症	54.9%	56.4%	59.5%	62%	41%
動悸	50.8%	49.7%	58.7%	55.6%	38.4%
振戦	53.9%	54.8%	60%	60.3%	39.8%
心房細動	4.1%	0.1%	0.8%	3%	13%
甲状腺腫大	69.4%	84.2%	80.9%	64.8%	46.4%

J Clin Endocrinol Metab.2010;95(6) :2715-26



香川県立病院組合
公立置賜総合病院
心かよう信頼と安心の病院

教訓

状況を想像出来ない時こそ、システム2を駆使して原因検索に全力を尽くす。

違和感がある時こそ、時間を味方にしてしっかりしたもんしん、身体診察を行う。



知識不足、認識不足、認知バイアス、物理的・肉体的・精神的ストレスなど色々なことを神様は試練として私達に課してきます。神様の期待に応えられるよう諦めない頑張って行きたいです。



**私の懺悔にお付き合いいただき
ありがとうございました。**

何かございましたら

tkhshjn@icloud.com **へメールを**