

O-7-41

披裂軟骨前方脱臼に対して全身麻酔下に整復を行った症例

長浜赤十字病院 研修医¹⁾、長浜赤十字病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科²⁾

○中村美菜子¹⁾、樋上 雅子²⁾、菊岡 弘高²⁾

【症例】81歳 女性【主訴】嘔声【現病歴】当院外科で肝細胞癌に対して全身麻酔下に肝切除術を施行した。覚醒後から嘔声が続くため、術後7日目に耳鼻咽喉・頭頸部外科を受診した。【経過】初診時、著明な氣息嘔声を認めた。喉頭内視鏡検査では声帯の可動性は比較的保たれていたが、発声時の右声帯の過内転と声門閉鎖不全を認めた。頸部単純CTでは右披裂軟骨が前方に転位していた。以上の所見から、気管挿管による右披裂軟骨前方脱臼と診断した。自然整復が得られず、徒手整復も効果が得られなかったため、初診より1週間後と3週間後に全身麻酔下に披裂軟骨脱臼整復術を施行したところ、嘔声の改善を認めた。【考察】披裂軟骨脱臼は主に気管挿管や喉頭外傷の合併症として知られている。診断の際には反回神経麻痺との鑑別が重要となる。診断には喉頭内視鏡検査、頸部CT、喉頭3D-CT、喉頭筋電図検査が有用とされているが、施設設備によっては診断方法に限られる。また披裂軟骨脱臼は症例数も多くないため定まった治療方針はないが、新鮮症例では早期の整復が原則とされている。今回、全身麻酔下に喉頭顕微鏡を使用し整復術を行い、嘔声の改善を認めた症例を報告する。

O-7-43

G群連鎖球菌菌血症に伴う溶連菌感染後反応性関節炎の一例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、秋田赤十字病院 総合内科²⁾

○熊谷 拓哉¹⁾、土佐 慎也²⁾

【症例】56歳、女性。【主訴】発熱、多関節痛。【現病歴】来院3日前から発熱・左手関節痛が出現し、その後全身性に広がった。右下肢は発赤・腫脹を伴い、疼痛のため日常生活が困難となったため当院救急外来を受診し、精査加療目的に当科入院となった。【既往歴】NSAIDsによる薬剤性腎障害【臨床経過】初診時採取した血液培養2セットからG群連鎖球菌が検出されたため、点滴抗菌薬加療を開始した。右下肢の発赤・腫脹は速やかに改善が得られたが、両手関節・肩関節を中心とする上肢の関節症状は遷延していた。関節液培養は陰性で、ステロイド投与により症状改善傾向であったこと溶連菌感染後比較的早期に出現した固定性の関節炎であることなどから溶連菌感染後反応性関節炎(Poststreptococcal reactive arthritis; PSRA)の可能性を考えた。ステロイドへの反応性は良好で、上肢の関節炎は経時的に改善し1ヶ月程度で関節症状は消失した。【考察】PSRAは溶連菌によって引き起こされる発熱性の炎症性疾患の一つであり、心炎の合併がなく固定性の関節炎を呈する点でリウマチ熱と区別される。本症例はNSAIDsによる薬剤性腎障害の既往があり、また全身状態が不良であったことからステロイドの内服加療を行い関節炎は著明に改善した。溶連菌感染後に多関節炎を合併した場合はPSRAを考慮する必要がある、関節炎に対しステロイドが有効である可能性が示唆された。

O-7-45

大規模イベントへ派遣された救護班に研修医として参加した経験

岐阜赤十字病院 研修医

○中村 俊介、山田 忠則、高橋 敬明

2022年4月に開催された高橋尚子杯ぎふ清流ハーフマラソン大会の岐阜赤十字病院救護班に研修医として参加した。当日の天候は曇りから雨、最高気温17.6℃、最低気温15.7℃であった。今大会は新型コロナウイルス感染症流行中初めての開催となり、感染防御に配慮しながらの救護となった。救護所は大会開催中ゴール脇と、帰宅前のランナーの救護所を屋内に設営し運営した。大規模イベントのため災害医療に準じた対応とした。例年救護所に収容されるランナーは労作性熱中症・運動関連性低ナトリウム血症・運動関連性虚脱が多いためその対応を事前に確認した。感染対策として大会前日ランナー全員PCR検査実施、医師・看護師はPPEを着用した。救護所ではランナーを1m以上離すまたは簡易的な仕切りを設置した。ゴール脇の救護所では換気を確保するためテントの1面全開、他3面も地面から10cm程度開放した。大会開催中に救護所を収容したランナーは9人であり、その多くが下腿の痙攣であった。病院へ救急搬送を必要とする傷病者は0人であった。例年と比べ傷病者の人数が少なく、症状は下腿痙攣が多かった。雨天で気温が低いため事前に予想された運動関連性虚脱は見られなかった。コロナ感染対策は収容人数が少ないため十分なPPEがあり安心して対応できた。初めて大規模イベントの救護班として参加し検査器具も限られ病院での救急対応とは異なる対応を経験できた。

O-7-42

外傷による頸髄損傷を契機にNocardia肺炎を発症した1例

熊本赤十字病院 診療部

○岡村有希子、堀 耕太、岡野 雄一、林田 和之、寺住 恵子、佐々木妙子

【はじめに】院内肺炎(HAP)は入院後48時間以後に発生する肺炎で、HAPの起炎菌としてNocardia属菌が同定されることは稀である。Nocardia属菌は土壌等にみられるグラム陽性好気性放線菌属で、菌を含む土煙の吸入等により感染する。Nocardia肺炎については臓器移植後など易感染性患者での発症率が高いとされるが、外傷を契機とした発症についてはこれまでほとんど報告がない。今回、外傷による頸髄損傷後の入院期間中にNocardia属菌によるHAPを発症した稀な症例を経験したため報告する。

【症例】農業を営む75歳男性。2型糖尿病治療中。交通外傷のため当院へ搬送された。精査の結果第5.6頸椎脱臼骨折および頸髄損傷と診断し、同日緊急後方固定術を施行した。術後、第3病日に抜管したが、第6病日に発熱と酸素化低下を認めたため、第7病日よりHAPとしてPIPC/AZで治療を開始。その後も呼吸状態が回復せず同日再挿管し、長期的に確実な気道確保が必要となると予想されることから予定気管切開を施行した。喀痰グラム染色を観察すると特徴的な数珠状のグラム陽性桿菌を認め、喀痰Kinyoun染色では赤いフィラメント状の菌体を認めた。また喀痰培養からNocardia cyriacigeorgicaが同定された。Nocardia肺炎として抗菌薬をイミペネム + アミカシンに変更し加療したところ、臨床症状・検査・画像所見共に改善を認めた。【結論】本患者は職業柄日常的に土煙に曝露する機会が多く受傷前からNocardia属菌を保有しており、既存の糖尿病に加え外傷・入院を機に免疫能がさらに低下したことでNocardia肺炎を発症したと考えた。外傷患者のHAPの診療に際し、職業や受傷機転から土煙や汚染土壌への曝露歴が疑われる患者に関しては、起炎菌としてNocardia属菌を考慮する必要がある。

O-7-44

様々な呼吸循環補助を駆使して救命できた院外心臓停止症例の経験

熊本赤十字病院 診療部

○松村 晃希、小島 丈典、坂口 健、平山 亮、上木原健太、浦下 周一、宮本 智也、松川 舞、鈴木 龍介

53歳の男性、数ヶ月前に大動脈弁閉鎖不全症に対して機械弁を用いた弁置換術を他院で施行していた。早朝の職場で転倒しby standerでCPRを開始された。救急車で当院へ搬送となりROSCするも心電図上ST上昇を認め循環状態は破綻しておりPCPSを挿入し緊急心カテとなった。LMTに99%の狭窄を認めPCI施行した。ICUに帰室するも、PCPSでは流量が不十分と判断するもインペラは機械弁のために挿入できず、開胸して右房と心尖脱血と上行迷血のcentral ECMOとした。右心の回復を目的としてNOの吸入をECMO装着の5日目に開始。10日後に右房脱血から離脱して人工肺としてのLVASとした。11日目には人工肺からも離脱可能で、その翌日にIABPを新たに挿入してLVASから離脱した。その後IABPからも離脱可能で抜管した。約1ヶ月後にリハビリ目的に転院となった。現在、外来通院中である。今回、比較的若年のCPA症例に対して救急外来での迅速な対応とそれに引き続きPCIを施行したがショック状態のために補助循環を駆使した救命治療を経験した。通常であればPCPSにインペラを追加した補助循環となるが、大動脈弁用に機械弁が挿入されていたために心尖脱血によるLVASのテクニックを用いて心尖脱血を併用したcentral ECMOとした。今回の我々の方法は患者の右心、肺、左心のそれぞれの回復合わせてデバイスを経験できることが利点であると考えた。貴重な症例を経験したので報告する。

O-7-46

高度肥満症例(BMI104)に対するチームでの取り組み

釧路赤十字病院 内科

○千田 かず希、古川 真

【症例】49歳男性【主訴】高度肥満(入院時299.4kg BMI104)【現病歴】出生時約3000g。学童期より肥満体型。中学生時点で体重が200kg近くあり、現在まで減量目的の複数回の入院歴あり。X-1年4月に浮腫及び味覚異常のためB病院へ連絡あり。同年5月に自宅訪問したところ、肥満による体動困難・皮膚の発赤あり。採血では緊急性を要する結果はなかったものの、皮膚の状態や全身状態を考慮し当院への受け入れ要請あり。同年6月、当院当科入院となった。【経過】X-1年6月肥満による体動困難・皮膚の発赤で当院当科入院。血液検査の結果炎症反応の上昇が見られ、高度肥満・全身性蜂窩織炎の診断で治療開始。蜂窩織炎寛解後は、高度肥満に対し運動リハビリテーションと食事療法を開始した。運動リハビリテーションとしては、まずは寝返り、起き上がり、座位保持等の訓練から開始し、それらの完全自立が達成された後松葉杖での歩行訓練を行った。食事療法としてはエネルギーコントロール食の摂取を中心に行なった。体重は順調に減少し、入院時(X-1年6月)は299.4kg、BMI104であったが、X年5月現在では202.4kg、BMI70.03となった。X年6月に地元のC病院に転院し、当院と連携して精査・加療を継続していく。【考察】本症例のような高度肥満症は様々な合併症をもたらすため早期の介入が必要となる。治療に際しては内科医、看護師、管理栄養士、理学療法士等の多職種連携が不可欠であり、場合によっては外科医による減量手術、さらに精神心理面からのサポートも必要となる。さらに本症例の様に地域間の連携を要する場合もあり、医療財政の負担も多大なものとなる。肥満症は自己責任だと思われがちだが、治療が必要な「疾患」であることが広く認識されることで初めて適切な早期介入が可能となる。肥満に対する見方を変えるための普及・啓発活動が不可欠である。