

ラジオNIKKEI ■放送 毎週木曜日 21:00~21:15

マルホ皮膚科セミナー

2016年5月19日放送

「第66回日本皮膚科学会中部支部学術大会③」

教育講演 8 皮膚科救急にある危険なトラップの見つけ方」

東京都立墨東病院
皮膚科部長 沢田 泰之

はじめに

救急外来にはたくさんのトラップが仕掛けられています。忙しい時、「もうすぐ今日の仕事が終わる」そんな夕方、「いま横になったばかりなのに…」という当直の時、こんな時にトラップは突然、発動します。そんな皮膚科救急にある危険なトラップの見つけ方を紹介しましょう。

冷静でないことを自覚しろ

一つ目は「冷静でないことを自覚しろ」です。忙しい時、夕方の早く帰りたい時、当直で今寝たばかりで起こされた時、身の危険を感じるような症例に当たった時、人は通常の状態ではられません。

私の経験した例をお話ししましょう。症例は34歳の女性です。新型インフルエンザが日本で初めて神戸で確認されたときに、神戸から帰京されました。39℃の発熱と全身の紅斑があり、新型インフルエンザ疑いで墨東病院の感染症科救急を受診されました。当時、新型インフルエンザが強毒性か、弱毒性かが議論されている最中で、マスク、手袋、ゴーグルをして診察しましたが、怖くて仕方がありませんでした。早く診察を終わりにしたいと思っていました。紅斑は全身に播種状に半米粒大の平らな紅斑を認めました。白血球数は1万2千でウイルス感染としては合いませんでしたが、新型インフルエンザで紅斑が出るとの報告もあり、新型インフルエンザによる紅斑だろうという結論を出し帰宅させました。その夜、

患者さんが搬送されてきました。ショック状態でした。インフルエンザの検査は2度目も陰性で、インフルエンザは否定されました。ER外来に入って、患者さんを診て愕然としました。トキシックショック症候群でした。改めて問診をすると、月経3日目でタンポンを使用していました。新型インフルエンザが怖くて、トイレなどに行けずに、タンポンを長時間使用していたそうです。患者さんに「申し訳ありません。新型インフルエンザではなくて、黄色ブドウ球菌の毒素

による反応だと思えます」と説明しました。膣分泌液の培養でTSST-1産生黄色ブドウ球菌を認めました。補液と抗生剤の投与で患者さんは回復することができました。今でも冷や汗が出る症例です。自分の精神状態が通常ではないとき、私自身はこの時間帯をダークサイドと呼んでいます。ダークサイドにいるときは特に注意が必要です。そんな時は診断するにあたり、臨床症状だけでなく、血液検査や画像検査など2つ以上の診断根拠を得るようにしましょう。自らが冷静さを失ったとき、トラップは発動します。特に黄昏時は危険です。

図1・トキシックショック症候群



最悪のシナリオを想定しろ

次に、「最悪のシナリオを想定しろ」です。軽いから大丈夫だと思った時にトラップは発動します。救急で「少し心配だけど大丈夫だろう」と思った時こそ、血液検査結果、画像診断で2重の確認をすることでトラップを見つけることができます。

墨東病院の症例でお話ししましょう。症例は53歳男性です。コントロール不良の糖尿病があります。3日前に咽頭痛があり、昨日より39度台の発熱がありました。今朝から足が痛くなり、右大腿の内側部が赤くなり腫れてきましたが、仕事に行き、痛くて我慢できなくなって17時過ぎに当院ERを受診しました。黄昏時です。当科ベテラン医師が診療し、白血球数20600/12 μ l、CRP 28.6mg/dlでしたが、大腿内側の淡い紅斑のみなので、この紅斑ではCRP 28.6mg/lの高値は説明できないとして、皮膚疾患ではなく、他の部位に感染巣があると判断しました。ER担当医に尿路感染症を含めた他の感染症を精査するように依頼しました。尿検査、胸部レントゲンなどで、尿路感染症や肺炎は否定的で再度当科に依頼がありました。図2は翌朝の臨床像です。確かに淡い紅斑でCRPの高値を説明できる病変ではありません。触診をします。紅斑部位だけでなく、他の部位も触れ、熱感を比較します。壊死性筋膜炎では病変が

図2. 壊死性筋膜炎



筋膜部にあるため、見た目の重症度は低くなります。しかし、主たる炎症部位であれば熱感を感じます。本症例では他の部位に比して大腿部で熱感が強くなっています。触診の方法も重要です。ただ触って痛いかどうかを聞くのではなく、真皮・皮下脂肪織上部の圧迫することをイメージして指先でつまんでみる。筋膜をずらすことを意識して大きくつまんでみる。患者さんは小さくつまんだ時も痛がりましたが、大きくつまんだ時は身をよじるように痛がりました。明らかに深部に病変があることが示唆されます。改めて、下肢のCTを撮影してみると、筋組織に沿って筋膜部に三日月状の **high density area** を認めます (図3)。試験切開を行うと筋膜ははずれた糸のように変性していました (図4)。壊死性筋膜炎です。培養では A 群溶連菌が培養されました。当日緊急でデブリードメントを行い、ABPC2g4回、CLDM600mg2回の点滴を行いました。軽いショック状態で、心不全、腎機能低下、肺水腫を合併し、持続陽圧呼吸を行い、軽快しています。

なぜこうなってしまったのでしょうか。それは皮膚が軽い蜂窩織炎に見えたからです。でもデータを見れば蜂窩織炎のデータではありません。そこで、肺炎、尿路感染を考えたのはさすがだと思いますが、壊死性筋膜炎という最悪のシナリオを想定しなかったからです。最悪のシナリオを想定し、検索を行うことがトラップを見つけるコツです。

検査をしたことで発動するトラップ

最後に、検査をしたことで発動するトラップがあります。検査は臨床を証明するためのもので、検査結果に頼った時にトラップは発動しません。

同じく墨東病院の症例でお話ししましょう。症例は41歳男性です。ネフローゼ症候群でプレドニゾロン40mgを内服しています。40度の発熱と両側下肢の淡い紅斑と浮腫で16時半に来院されました。壊死性筋膜炎疑いで当科コンサル

図3. 壊死性筋膜炎CT像

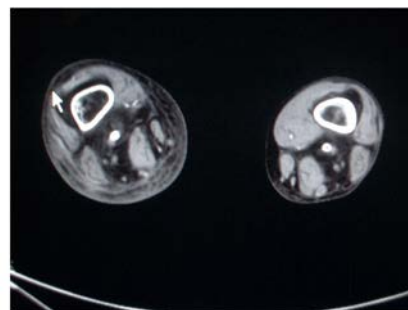
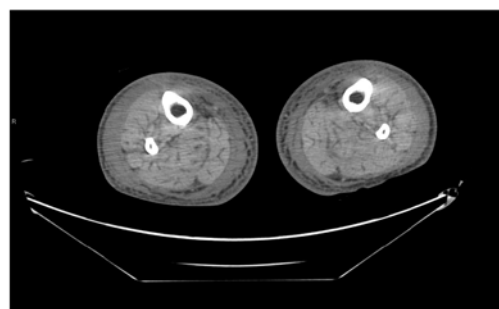


図4. 壊死性筋膜炎(切開後1週間)

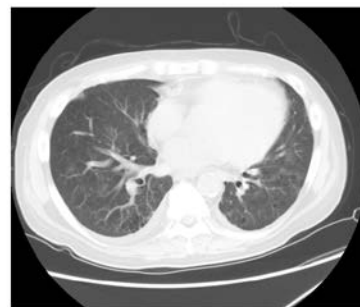


図5. ネフローゼ症候群 下肢CT像



トとなりました。WBC14500 μ l、CRP35mg/dlでCTでは両側下肢筋膜部に high density area をほぼ全周性に認め、当院のベテラン医師は壊死性筋膜炎と診断しました(図5)。しかし、少しおかしいんです。腫脹ではなくて、浮腫なんです。触診すると下肢よりも体幹のほうがはるかに熱いんです。下肢も腫脹ではなく、pitting edema なんです。よく見ると、肩で呼吸をしています。努力性呼吸です。SpO2をみると85%、動脈血ガスPO2は58mmHgでした。呼吸不全です。撮ったCT像を確認すると肺全体にスリガラス像を認めました(図6)。間質性肺炎です。試験切開で確認をしたかどうかを主治医に聞くと、検査結果とCT像で十分診断できると考え、していないということでした。その後の試験切開では筋膜の編成はありませんでした。追加した β D グリカン 586 と以上高値で、診断はカリニ肺炎でした。ネフローゼ症候群と呼吸不全に伴う浮腫でした。

図6 カリニ肺炎



なぜこうなったのでしょうか。それは努力性呼吸などの全身状態や下肢の熱感などを見るなど診察をしていないからです。検査が重要というお話をしてきましたが、あくまでも検査は臨床を証明するためのもので、検査だけで診断を付けるとトラップは発動します。

皮膚科救急におけるトラップの見つけ方は、診察時間終了間際、夜間、忙しい時などは敢えて臨床所見以外の根拠を意識すること、最悪のシナリオを意識して、絶対にそこに行かないように診療すること、検査データだけで診療せず、五感を研ぎ澄まして診療を行うことが重要だと考えます。

しかし最もいけないことはトラップを心配するあまり、動かないことです。動かなければ患者さんを助けることはできません。臨床を行う限りトラップにはかかります。より多くのトラップを若いうちに経験し、トラップに落ちても、それを乗り越えられるだけの実力をつければいいのだと思います。私はそんな先生方を応援したいと思っています。