

<プロブレムリスト>

- # 1 糖尿病
- # 2 慢性心房細動
- # 3 関節リウマチ
- # 4 慢性腎不全
- # 5 慢性膀胱炎 (Ecoli)
- # 6 椎体周囲異常組織症
- # 7 間接ビリルビン血症

<ディスカッション>

1 糖尿病

X-4年時点で「網膜症（単純性）。腎症（Ⅲ期）。神経障害。」とのこと。→これだけの情報では信頼性に疑問。

HbA1c:5.4→コントロール良好。

触覚・痛覚・振動覚正常→知覚は全て正常。

膝蓋腱反射-/-→腱反射は減弱。

以上より、コントロール良好の糖尿病。臨床的合併症は不在。

2 慢性心房細動

プロブレム名は心房細動では不十分。発作性心房細動と慢性心房細動ときちんと区別すべき。

3 関節リウマチ

診断プロセス：手指関節炎→多・小関節炎→関節リウマチ

左右対称両側の手指関節炎と、特異抗体（抗CCP抗体陽性）をもってRAの範疇とする。

現在はRAの活動性は症候上では高くない。

過去の右膝「OA」が本当にOAだったかどうか。RAではなかったのか。

RAだと通常両側病変になる。だが大関節（膝）だからRAだったとしても片側になってもいいかもしれない。

膝手術時に採取した滑膜を調べれば分かったはず。

4 慢性腎不全

軽度高窒素血症 (Cr:1.40mg)、等張尿もある→腎不全がある。

入院直後から始まった浮腫なので、慢性腎不全患者への過剰補液 (Na過量) が原因だろう。

大腿背側の紫斑は、おそらく静水圧上昇による局所的なうっ血が原因だろう。

腎臓のサイズはnormalで、全体に萎縮はしないけど、モコモコと欠損している。

腎臓のサイズは正常→慢性腎炎ではない。

全体に萎縮はしない→良性腎硬化症でもない。

片側の萎縮でもない→腎動脈狭窄症でもない。

実際のCTをみてみると、腎皮質の欠損の仕方がU shapeになっている。おそらく pyogenic inflammatory necrosis。

Cf. 腎臓の欠損形状からメカニズムを推測する

- ・ V shapeの欠損なら梗塞。
- ・ U shapeの欠損ならpyogenic inflammatory necrosis。

5 慢性膀胱炎

白血球尿、尿培養E.Coli

6 椎体周囲異常組織症→椎体周囲炎→

4ヶ月前から存在。

椎体を取り囲むような異常組織。

この異常組織の形態は、腰椎体回りを取り巻く・上下向かい合わせに上下をつなぐように取り巻く・上下椎体辺縁は変形・結節腫瘤様形状ではない、そういう形態。

筋肉より造影効果が高く、かつびまん性。つまり、一様に血行豊富な組織。

慢性炎症性貧血と反応性血小板増加を伴う、ガンマグロブリンも持続高値→相当な persistent chronic inflammatory diseaseがある。

腫瘍だとして、この程度の量の腫瘍でこれほどの炎症を起こすだろうか、いや起こさない。炎症の程度も一定。悪性腫瘍だったらどんどん炎症もひどくなるのでは。

→よって腫瘍はない。これは炎症。プロブレム名は「椎体周囲炎」まで展開して良い。

炎症は自己免疫か感染か。

自己免疫なら2つ。RAかAS。

骨棘・骨硬化がない→あらたな骨ができてこない。ASではなさそう。

RAだったら背側椎体が障害されるだろう。椎体間の関節は後ろ側だから。ASなら椎体が全周性にやられるのでは。

感染なら、化膿性か結核性。

縦隔に多数の石灰化リンパ節があり、結核菌保菌は明白。

しかし、結核が上下2椎体に病変を及ぶだろうか。考えにくい。

抗生剤が有効だった経過からすると化膿性脊椎炎。

7 間接ビリルビン血症

診断プロセス：高ビリルビン血症→間接ビリルビン血症→ビリルビン抱合不全症
→ (Gilbert病)

間接ビリルビン血症→ビリルビン縫合不全症

根拠事象

- ・ 尿中ウロビリノーゲン±→活動期溶血徴候なし

- ・ LDHほぼ正常→赤血球の破壊徴候なし
- ・ 貧血単独→汎血球減少ではない

よって、溶血徴候なし、無効造血徴候なし。ビリルビン抱合不全である。

おそらくGilbert症候群で良いだろう。過去の検査結果が分かればはっきりする。

その他：

プロブレム名「高CRP血症」はやめよう。其の先の部分集合が何もない。

血圧の最高値がわからないので、今回プロブレムリストに高血圧症はいれなかった。

<その後の経過>

生検は施行できず。

抗生剤投与（抗結核薬でない）のみで著明に改善。

→化膿性椎体炎と診断。

<残る疑問>

腎盂腎炎→菌血症→化膿性椎体炎の順で進行したのか。

椎間板炎→椎体炎の順で進行したのか、それとも椎体炎→椎間板炎の順で進行したのか。