

—多房性胸水貯留の1例— 2006/11/18 喜界徳洲会病院 金森茂雄

【症例】 31歳男性、2006年10月7日 午前6時の受診。

【主訴】 呼吸苦、右腋窩の痛み。

【現病歴】 2006年9月当初より37℃台の微熱、咳嗽が続いていた。
10月に入り、右腰背部痛を自覚、10/7午前2時頃から右腋窩に強い痛みが出現したため受診。

深呼吸時に痛み増強。

仕事はトラックの運転士をしていたが、受診時は無職。

9月までネコを飼っていた。カメは飼っていない。

温泉に行ったエピソードはない。

近所に同様の症状を訴える人なし。

外傷の既往なし。

機会飲酒、1～2回/月。

【既往歴】 10歳頃TB 治療の記憶はあいまいだが、治療は終了しているとのこと。
気管支喘息 内服、吸入はしていない。

【現症】 身長 185cm 体重 70kg

BP 150/76 BT 39.1℃ Pulse 116回/分 SPO2 93% roomair

眼瞼結膜: 貧血なし

眼球結膜: 黄染なし

頸部 LN: 触知しない

胸部聴診: 右下肺野の呼吸音やや減弱、no crackles, no wheezes、心雑音なし

腹部: 軟、平坦、圧痛なし、グル音正常

【入院後経過】 Chest-Xp 上胸水貯留あり、肺炎、TB再燃、肝硬変、ネフローゼ、マイコプラズマ肺炎などを鑑別に挙げた。

TBも否定できず、隔離し、ツ反とチールニールセン染色3日間行ったがいずれもNegativeであった。

血培、痰培、喀痰細胞診、喀痰のグラム染色を行い、抗生剤開始したが抵抗性であった。

経過中、迅速マイコ(+)、培養から真菌(+)あり、細菌感染、真菌感染、マイコ感染の混合感染が考えられ、抗生剤を変更し、症状、LABOの改善が見られた。

CTで多房性の胸水認めため、胸腔ドレーン留置。胸水の性状は黄色透明、漿液性で、滲出性胸水であった。

胸水 ADA 106と高値のため、結核性胸膜炎を強く疑い、県立大島病院放射線科、千葉徳洲会病院呼吸器科コンサルトし、抗結核薬開始した。

【最終診断】 結核性胸膜炎+混合感染

【退院後経過】 現在外来でINH イソニアジド、RFP リファンピシン、PZA ピラジナミド、SM ストレプトマイシンの4剤併用治療中。視神経炎、難聴などの副作用に注意しながら投与。咳嗽はほとんどなく、解熱している。Xp、CT上、胸水貯留は入院中よりかなり改善している。