

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	1	分野番号	1	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3313301		
受持期間	(西暦) 2021 年 2 月 1 日 ~ 2021 年 3 月 9 日					
受持時 患者年齢	日齢 0		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
母体情報：40 歳、2 経妊 1 経産。母体感染症なし。体外受精、胚移植で妊娠。妊娠 8 週の超音波検査で胎児後頭部の 4mm 以上の肥厚を指摘され、羊水検査で 21 trisomy が陽性だった。						
診断名： Down 症候群、低出生体重児、新生児一過性多呼吸、喉頭軟化症						
症例要約 【主訴】 多呼吸、陥没呼吸 【現病歴】 在胎 38 週 2 日に骨盤位で陣痛発来があったため、緊急帝王切開で出生した。出生体重 2137 g、Apgar スコア 7 点 (1 分)/8 点 (5 分) だった。第一啼泣は速やかで、筋緊張も良好であったが、多呼吸と陥没呼吸のため酸素投与が開始された。呼吸状態が改善しないことと低出生体重児であるため症状改善目的に NICU に入院した。 【入院時診察所見】 体温 36.7 度、呼吸数 41 回/分、心拍数 127 回/分、SpO ₂ 96% (室内気)。大泉門平坦、眼瞼裂斜上あり、鼻根部平坦、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部膨満、軟、腫瘤を触知せず、末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 14140/μL, Hb 23.2 g/dL, Hct 74.8%, Plt 23.6 万/μL, T.Bil 2.50 mg/dL, D.Bil 0.94 mg/dL, AST 44 U/L, ALT 10 U/L, TP 6.4 g/dL, Alb 4.2 g/dL, BUN 15.5 mg/dL, Cre 0.76 mg/dL, CRP 0.01 mg/dL 胸腹部単純 X 線写真：肺野に浸潤影なし、軽度の心拡大あり、腸管ガス拡張なし 超音波検査：頭蓋内出血なし、心奇形なし、動脈管血流左右短絡、水腎なし、副腎出血なし 【鑑別疾患】 18 トリソミー、13 トリソミー、Noonan 症候群、22q11.2 欠失症候群 【入院後経過】 羊水検査および児の身体所見から Down 症候群が疑われたが、Down 症候群に合併しやすい疾患があり、それらを注意する上でも診断が大切であることを親に説明し、同意を得た上で染色体検査を行なった。検査結果で 21 番染色体のトリソミーを認め、Down 症候群と診断した。入室後は酸素需要が継続していたため高流量鼻カニューラ酸素療法を行なった。日齢 9 で夜間に SpO ₂ 低下があることから耳鼻科で喉頭内視鏡を行い、喉頭軟化症が指摘された。入院経過中に吸気性喘鳴はなく緩徐に酸素需要は改善し、日齢 22 には酸素投与を終了した。その後も酸素需要の増加や努力呼吸の出現なく哺乳も良好であったため日齢 37 に退院した。 【家族への説明、指示】 家族は羊水検査などからは Down 症候群であることにはすでにご理解、受容があられたが、本症候群に関しての概要をご説明して、しっかりと当院で診療を続行させていただくことを説明して同意を得た。また Down 症候群であることに加え低出生体重児であるため、呼吸や循環障害、低血糖、黄疸が生じる可能性があるため、注意深く経過観察を行う必要があることを両親に説明し、同意を得た。退院にあたり Down 症候群は多様な合併症が知られているが当面は発達、発育をメインに眼科、耳鼻科などでも継続していく必要があることを説明した。耳鼻咽喉科、眼科、リハビリなどの定期受診を継続していくことを説明し、了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	2	分野番号	1	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 軽快 <input checked="" type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3453081		
受持期間	(西暦) 2022 年 3 月 7 日 ~ 2022 年 3 月 31 日					
受持時 患者年齢	5 か月 20 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

周産期歴：在胎 33 週 2 日、出生体重 2125g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/8 点 (5 分)。胎児期より副腎腫瘍と巨舌、間葉性異形成胎盤が指摘されており、在胎 30 週 4 日に羊水除去時の羊水の遺伝子検査で Beckwith-Wiedemann 症候群と診断された。

診断名：
Beckwith-Wiedemann 症候群、肝芽腫、高インスリン性低血糖

症例要約

【主訴】退院に向けての在宅調整

【現病歴】胎児期に羊水の遺伝子検査で Beckwith-Wiedemann 症候群と診断され、在胎 33 週 2 日、出生体重 2125g で出生し、挿管管理で NICU に入室した。日齢 3 に腸回転異常に対して小児外科により腸回転異常解除術を施行された。日齢 34 に抜管され、高流量鼻カニューラ酸素療法管理になった。日齢 44 に腹部超音波検査で肝芽腫が指摘され、日齢 68 に腫瘍核出術が行われ、肝芽腫に対して化学療法を 3 コース実施された。日齢 134 に呼吸、栄養、在宅調整目的に NICU から一般病棟に転棟した。

【転棟時診察所見】

体温 37.2 度、呼吸数 55 回/分、心拍数 132 回/分、SpO₂ 96% (高流量鼻カニューラ酸素療法 FiO₂ 0.21, 5 L/分)。大泉門平坦、眼球結膜充血なし、巨舌あり、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部膨満、軟、腫瘍を触知せず、陰茎の下裂あり、陰嚢は小さい、末梢冷感なし。

【転棟時検査所見】血液検査：WBC 7380/μL, Hb 9.6 g/dL, Hct 30.7%, Plt 67.0 万/μL, T.Bil 2.55 mg/dL, AST 58 U/L, ALT 20 U/L, LDH 462 U/L, TP 5.5 g/dL, Alb 3.5 g/dL, BUN 7.5 mg/dL, Cre 0.72 mg/dL, CRP 0.01 mg/dL

【鑑別疾患】Costello 症候群、Perlman 症候群、Sotos 症候群、Klippel-Trenaunay-Weber 症候群

【入院後経過】

一般病棟に転棟後は在宅調整に向けて呼吸管理および高インスリン性低血糖の管理が必要となった。巨舌による上気道狭窄のリスクは指摘されていたものの、耳鼻科による喉頭内視鏡検査でも気管軟化症などの狭窄病変はなかった。緩徐に高流量鼻カニューラ酸素療法の条件を漸減し、日齢 152 に高流量鼻カニューラ酸素療法を離脱できた。以降は酸素需要なく経過しており、在宅酸素は導入しなかった。原疾患に伴う高インスリン性低血糖に対してジアゾキシドによる内服調整を行なった。また一般病棟に転棟時は経鼻経腸栄養チューブによるミルクの 24 時間持続注入を行なっていたため、胃管からの間欠的栄養に変更し、しその実オイル、粉飴を調整して血糖管理を行なった。母の胃管および血糖測定の手技を獲得できたことを確認され日齢 201 に退院した。

【家族への説明、指示】

退院にあたり Beckwith-Wiedemann 症候群は多様な合併症が知られており、肝芽腫の再発、血糖管理、巨舌、発達遅滞などの評価を継続していく必要があることを説明した。総合診療部、血液腫瘍科、内分泌科、形成外科などの定期受診を継続していくことを説明し、了承を得た。

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	3	分野番号	2	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3319911		
受持期間	(西暦) 2021 年 2 月 8 日 ~ 2021 年 2 月 27 日					
受持時 患者年齢	日齢 0		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 37 週 0 日、出生体重 1853g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/9 点 (5 分) 母体情報：36 歳、2 経妊 1 経産。母体感染症なし。						
診断名： 高インスリン性低血糖症、低出生体重児、二絨毛膜二羊膜双胎の第 2 子、在胎不当過小児						
症例要約 【主訴】 低血糖 【現病歴】 妊娠中に二絨毛膜二羊膜双胎、本児が子宮内発育不全が指摘されていたため、在胎 37 週 0 日に予定帝王切開で出生した。出生体重 1928g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/9 点 (5 分) で出生した。呼吸状態と筋緊張は良好であったが低出生体重児であるため経過観察目的に NICU に入院した。 【入院時診察所見】 身長 42 cm (-2.2 SD)、体重 1853g (-2.64 SD)、頭囲 31.5 cm (-0.79 SD) 体温 36.6 度、呼吸数 42 回/分、心拍数 152 回/分、SpO ₂ 99% (室内気)。大泉門平坦、眼球結膜充血なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、腫瘤を触知せず、末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 11090/μL, Hb 17.9 g/dL, Hct 59.9%, Plt 16.7 万/μL, T.Bil 2.22 mg/dL, AST 23 U/L, ALT 4 U/L, LDH 376 U/L, TP 5.5 g/dL, Alb 3.6 g/dL, BUN 9.9 mg/dL, Cre 0.83 mg/dL, CRP 0.01 mg/dL (静脈血液ガス) pH 7.229, pCO ₂ 59.8 mmHg, HCO ₃ ⁻ 24.9 mmol/L, 血糖 33 mg/dL, Lactate 2.2 mmol/L (血糖 33mg/dL 時に測定した血液検査)：インスリン 3.1 μU/mL, アセト酢酸 14 μmol/L, 3-ヒドロキシ酪酸 21 μmol/L, 遊離脂肪酸 347 μEq/L 超音波検査：頭蓋内出血なし、心奇形なし、動脈管閉鎖済み、水腎なし、副腎出血なし 【鑑別疾患】 重症感染症、高インスリン血症、成長ホルモン分泌不全、先天性代謝性疾患、副腎不全 【入院後経過】 入院後、呼吸と循環状態は保たれていた。血糖値が低かったため、10%グルコース輸液を開始し、経口哺乳を併用した。輸液開始後も日齢 2-3 にかけて血糖値が 30-50 mg/dL と低血糖が遷延したため、ミルク注入時間を延長し、輸液のグルコース静注を 4.5 mg/kg/分まで増加した。血糖が 33 mg/dL のときのクリティカルサンプル採血ではインスリン高値、アセト酢酸、3-ヒドロキシ酪酸、遊離脂肪酸は基準値内であった。低血糖にもかかわらずインスリンが高値であることから高インスリン性低血糖症と診断した。入院中は緩徐に注入と輸液量を調整し、低血糖を認めなくなった。哺乳も安定して体重増加が順調に得られ、全身状態も良好なことから、日齢 20 に退院した。 【家族への説明、指示】 両親には低血糖が遷延していることから血液検査を実施し、高インスリン性低血糖症が最も考えられることを説明し、点滴と哺乳を調整しながら低血糖が生じないか測定していくことを説明し、了承を得た。低血糖が遷延する場合はさらに先天性代謝性疾患や内分泌疾患の精査も検討することを説明し、了承を得た。低出生体重児であるため、呼吸や循環障害、黄疸が生じる可能性があるため、注意深く経過観察を行う必要があることを両親に説明し、入院に同意を得た。新生児黄疸に関して核黄疸になる危険性と治療の必要性を説明し、光線療法を行うことに同意を得た。退院に関しては、継続的な経過観察が必要であること、将来的に在胎不当過小児を原因とする低身長の可能性のあることを説明し、理解と同意を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	4	分野番号	2	<input type="checkbox"/> 入院症例 <input checked="" type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	1180959		
受持期間	(西暦) 2021 年 10 月 20 日 ~ 2021 年 10 月 20 日					
受持時 患者年齢	13 歳		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 36 週 6 日、1710g で出生 既往歴：入院歴なし、手術歴なし						
診断名： 虫垂炎						
症例要約 【主訴】 腹痛 【現病歴】 入院 1 日前の朝から臍上部痛が出現した。21 時頃に右下腹部に痛みが移動した。入院当日の朝 2 時半頃に食物残渣様の嘔吐が 1 回あった。4 時半頃に訪問医の診察で痛みの移動および右下腹部に圧痛があるため、急性虫垂炎の診断で当院救急外来を紹介受診した。精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 36.3 度、呼吸数 20 回/分、心拍数 47 回/分、SpO ₂ 97% (室内気)、血圧 116/64 mmHg。眼球結膜充血なし、咽頭発赤なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、腸蠕動音の減弱あり、McBurney 点の圧痛あり、腸腰筋徴候陽性、反跳痛なし、末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 13500/μL (Neu 88.6%, Lym 6.0%), Hb 13.8 g/dL, Hct 42.5%, Plt 23.2 万/μL, T.Bil 0.55 mg/dL, AST 22 U/L, ALT 15 U/L, LDH 276 U/L, BUN 9.2 mg/dL, Cre 0.47 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 102 mEq/L, CRP 0.09 mg/dL 腹部単純 X 線写真：上行結腸および直腸に便塊あり、中腹部から骨盤にかけて消化管ガスが目立つ。 腹部超音波検査：最大径 9 mm の腫大した虫垂あり、周囲に脂肪組織増生がみられた。虫垂結石や膿瘍形成なく、腹水はあった。肝臓、胆道系、腎臓、脾臓、膵臓などその他の臓器に異常は認めなかった。 【鑑別疾患】 回腸末端炎、憩室炎、感染性腸炎、便秘症 【入院後経過】 来院後の検査結果から急性虫垂炎と診断し、当院小児外科医に診察を依頼した。外科医師より本人およびご家族に手術もしくは保存加療を提示し、それぞれのメリット、デメリットなども説明して、本人およびご家族が保存加療を望まれた。入院の上でセフメタゾール 3g/day による抗菌薬治療を開始した。入院 2 日目から経口摂取を開始し、再発熱や腹痛の増悪はなかった。入院 3 日目の血液検査で WBC 4650/μL, CRP 0.35 mg/dL と明らかな上昇もなく、腹痛症状は完全に消失して全身状態も良好であるため入院 4 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 各種検査から虫垂炎の診断であること、抗菌薬による加療が必要であることを説明した。改善がなければ手術になること、改善しても再発する可能性があることを当院の小児外科医とともにご家族へ説明し、同意を得て治療を行なった。発症から 1 か月後に再度右下腹部痛が出現し、急性注意炎の診断となった。小児外科医から本人と父に腹腔鏡下虫垂切除術の説明を行い、了承を得た上で手術を行なった。術後経過は良好で入院 4 日目に退院した。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	5	分野番号	2	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3377539		
受持期間	(西暦) 2020 年 12 月 27 日 ~ 2020 年 12 月 29 日					
受持時 患者年齢	5 歳		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
既往歴：3 歳に IgA 血管炎に対して他院で入院歴あり。 家族歴、妊娠・分娩歴：特記事項なし						
診断名： 腸重積症						
症例要約 【主訴】 腹痛、嘔吐、血便 【現病歴】 入院前日の夜間に腹痛で 2 回ほど目が覚めたが入眠した。入院当日の起床した 8 時に腹痛があり、10 時から 5 回ほど嘔吐があった。13 時前にイチゴゼリー状の排便があったため、近医を受診し、腸重積症の疑いで当院救急外来を紹介受診した。 【入院時診察所見】 体温 36.7 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 108 回/分、SpO ₂ 100% (室内気)。眼球結膜充血なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、腸蠕動音の亢進、減弱なし、左下腹部に腫瘤を触知し、同部位に圧痛あり、末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 10110/μL (Neu 81.1%, Lym 13.8%), Hb 12.4 g/dL, Hct 37.6%, Plt 28.2 万/μL, T.Bil 0.52 mg/dL, AST 25 U/L, ALT 10 U/L, LDH 192 U/L, BUN 17.0 mg/dL, Cre 0.31 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 102 mEq/L, CRP 0.17 mg/dL, PT-INR 0.96, APTT 30.1 秒 腹部単純 X 線写真：腸管ガス拡張なし、異常石灰化所見なし 腹部超音波検査：左下腹部にターゲットサインあり、先進部にポリープあり 注腸造影検査：S 状結腸近位部から下行結腸遠位部にかけてカニ爪状の陰影欠損あり 【鑑別疾患】 Meckel 憩室、感染性腸炎、アメーバ赤痢、中腸軸捻転、ミルクアレルギー 【入院後経過】 嘔吐、腹痛、血便の症状から腸重積症を疑い、X 線透視下の高圧浣腸を施行した。S 状結腸近位部から下行結腸遠位部にかけてカニ爪状の陰影欠損があり、腸重積症の確定診断を行い 1 回で整復した。整復後は絶食輸液下で経過観察のため入院とし、腹痛、嘔吐の再燃なく過ごした。翌日に腹部単純 X 線撮影を行い、腸管ガス分布と造影剤が結腸へ下降していることを確認し、経口摂取を再開した。経口摂取が良好のため、入院 3 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 ご家族に緊急で整復が必要であり、治療は高圧浣腸を行うこと、高圧浣腸で腸管破裂のリスクがあったため、外科医と一緒に整復処置を行うこと、整復できなければ緊急手術となることを説明し、理解と同意を得た。退院後も再発の可能性があること、同症状が出現時は再診するよう両親に指導して了承を得た。腸重積症の 75% が特発性であるが、本症例は腹部超音波検査で左下腹部にターゲットサインがあり、先進部にポリープがあったことからポリープを原因とする非典型的な腸重積症と考えられた。退院後に消化器内科で下腹部内視鏡を実施し、ポリープに対して生検を実施した。病理像では若年性ポリープに矛盾しない組織像であることを確認し、以後再発はなかった。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	6	分野番号	2	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3312828		
受持期間	(西暦) 2020 年 7 月 28 日 ~ 2020 年 7 月 31 日					
受持時 患者年齢	2 か月 13 日		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 38 週 3 日、出生体重 2605g、経膈分娩で出生。 既往歴：新生児マススクリーニング検査で異常なし。						
診断名： 1) 胆道閉鎖症 2) 頭蓋内出血						
症例要約 <p>【主訴】頭蓋内出血の原因精査、加療目的で紹介</p> <p>【現病歴】1 か月健診で黄疸の指摘はあるも母乳性黄疸として経過観察されていた。普段の便は便色カード 3-4 番相当だった。入院 2 日前に経口摂取不良が出現した。入院 1 日前に活気不良と発熱があり、近医を受診後に前医へ紹介受診した。前医で活気不良が目立ち、精査加療目的に入院した。頭部単純 CT 検査で多発出血像が確認され、血液検査で PT-INR 11.14, APTT 101.7 秒と延長がありビタミン K 欠乏が疑われた。ビタミン K を静脈投与の上で精査加療目的に同日当院 PICU へ転院搬送された。その後、頭蓋内出血に関して、全身管理を中心の保存的治療で病状安定し頭蓋内出血の原因精査、加療目的で一般病棟転棟後に転科した。</p> <p>【入院時診察所見】体温 37.7 度、呼吸数 30 回/分、心拍数 140 回/分、SpO₂ 98% (室内気)。GCS E4V5M6。特異顔貌やその他奇形なし、大泉門の膨隆なし、歯肉出血なし、咽頭発赤なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、末梢冷感なし</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 13560/μL, Hb 8.0 g/dL, Hct 24.1%, Plt 52.2 万/μL, T.Bil 11.97 mg/dL, D.Bil 4.09 mg/dL, AST 44 U/L, ALT 34 U/L, LDH 266 U/L, BUN 7.8 mg/dL, Cre 0.14 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 3.5 mEq/L, Cl 105 mEq/L, CRP 0.27 mg/dL, PT-INR 1.05, APTT 33.9 秒, フィブリノーゲン 331 mg/dL, D ダイマー <0.5 μg/mL, PIVKA-2 86100 mAU/mL</p> <p>腹部超音波検査：右肝動脈拡張、肝被膜下血流増加あり、胆嚢の描出不可、Triangular cord 3.6mm</p> <p>頭部 CT：右側頭部実質内、左前頭部の右表、皮質下、右大脳半球周囲硬膜下に複数の血腫あり。</p> <p>【鑑別疾患】先天性胆道拡張症、Alagille 症候群、シトリン欠損症、ガラクトース血症</p> <p>【入院後経過】黄疸に加え、直接ビリルビンの上昇、超音波検査で胆嚢の描出不可だった。入院 5 日目の胆道シンチグラフィ検査で胆汁の排泄は認められず、入院 11 日目に当院外科により開腹胆道造影検査で胆道閉鎖症と確定診断し、葛西術が行なわれた。利胆目的にウルソデオキシコール酸、プレドニゾロン、MCT ミルクによる栄養を行い、D.Bil 5-6 mg/dL 台と僅かに改善していた。超音波検査で肝硬変の明らかな進行は見られず、体重増加もあることから入院 75 日目に退院した。頭蓋内出血に関しては、脳外科で診療が続行され、その後の頭部 CT でも出血の増大なく、保存的に加療された。</p> <p>【家族への説明、指示】脳出血の原因として凝固異常があり、前医でビタミン K 投与後に凝固能が改善したため、ビタミン K 不足による凝固異常と考えられた。ビリルビンが高く推移していること、ビタミン K 不足の原因として胆道閉鎖症など胆汁が排泄できない病態が原因と考えられた。開腹胆道造影検査を行い、胆道閉鎖症と診断した場合は葛西手術を行うことを外科とともに説明し、同意を得て治療を行なった。退院時は術後も黄疸が遷延する場合、肝硬変の進行がある場合は肝移植手術も今後行う可能性もあることを説明し、了承を得た。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	7	分野番号	3	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3299856		
受持期間	(西暦) 2020 年 6 月 29 日 ~ 2020 年 7 月 6 日					
受持時 患者年齢	1 か月 12 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		

周産期歴：在胎 39 週 2 日、3018g、Apgar スコア 7 点 (1 分)/9 点 (5 分)で出生した。
 家族歴：母方の曾祖父が甲状腺疾患の内服歴あり

診断名：
 甲状腺機能低下症、異所性甲状腺、喉頭軟化症

症例要約
【主訴】 いびき
【現病歴】
 日齢 4 に行われた新生児マススクリーニング検査で TSH 76.1 μ IU/mL、FT4 1.07 ng/dL と異常値であったため、日齢 23 に前医小児科を紹介受診し、甲状腺機能低下症と診断され、レボチロキシナトリウムの内服が開始された。生後 1 か月にいびきと吸気性喘鳴を認め、前医耳鼻科で喉頭軟化症と診断された。精査目的に同日に前医に入院した。哺乳時の SpO₂ が 70% 台まで低下し、著明な努力呼吸を認めたため ICU に入室し、高流量鼻カニューラ酸素療法を行われた。精査目的の頭頸部造影 CT 検査で、舌根部に 9 mm x 9 mm の腫瘍が認められたため、精査加療目的に当院に搬送された。
【入院時診察所見】 体温 36.8 度、呼吸数 38 回/分、心拍数 160 回/分、SpO₂ 98% (室内気)。大泉門膨隆なし、小顎なし、耳介低位なし、陥没呼吸あり、吸気時喘鳴あり、心音整、心雑音なし、腹部軟、腸蠕動音良好、末梢冷感なし、皮疹なし、あきらかな外表奇形なし
【入院時検査所見】 血液検査：WBC 6990/ μ L, Hb 12.0 g/dL, Hct 36.0%, Plt 36.3 万/ μ L, T.Bil 3.64 mg/dL, D.Bil 1.20 mg/dL, AST 29 U/L, ALT 9 U/L, LDH 287 U/L, BUN 2.1 mg/dL, Cre 0.29 mg/dL, Na 140 mEq/L, K 5.1 mEq/L, Ca 9.6 mg/dL, P 6.1 mg/dL, CK 94 U/L, CRP 0.03 mg/dL, FT₃ 2.95 pg/mL, FT₄ 1.74 ng/dL, TSH 7.404 μ IU/mL
 超音波検査：頭蓋内出血なし、心奇形なし、腹水なし、水腎症なし
 胸部単純 X 線検査：心拡大なし、胸水貯留なし、縦隔拡大なし
【鑑別疾患】 甲状腺形成不全、甲状腺ホルモン合成障害、血管腫
【入院後経過】 入院 1 日目に血管腫と異所性甲状腺の鑑別のために甲状腺 Tc シンチグラフィを施行し、舌根部に Tc の集積が認められたことから異所性甲状腺と診断した。努力呼吸の原因は異所性甲状腺よりも喉頭軟化症の方が影響していると耳鼻科で判断され、入院 7 日目に耳鼻科で喉頭上形成術が施行された。術後 4 日目に抜管し、手術操作や気管挿管にともなう浮腫を認めたが、経時的に改善した。術後 13 日目に施行した喉頭内視鏡検査では、喉頭蓋基部で喉頭蓋と異所性甲状腺が癒着しており、喉頭の閉塞所見は改善した。哺乳良好で、いびきもほとんど消失していた。哺乳時の SpO₂ 低下も軽度ですみやかに改善するようになったため、術後 17 日目に退院した。
【家族への説明、指示】 甲状腺の発生過程に異常があると、舌部、舌根部、舌下部、喉頭前部、気管内部、胸骨下部などに存在する異所性甲状腺となり、甲状腺機能低下をきたすことがある。甲状腺機能を補うために今後もレボチロキシナトリウム内服の継続が必要であること、近医小児科で引き続き経過観察を行うことを母へ説明して了承を得た。喉頭軟化症に関しては、当院耳鼻科外来で経過観察する方針を説明し、了承を得た。

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	8	分野番号	3	<input type="checkbox"/> 入院症例 <input checked="" type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3328945		
受持期間	(西暦) 2020 年 9 月 29 日 ~ 2020 年 9 月 29 日					
受持時 患者年齢	1 歳 0 か月		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
既往歴：特記事項なし 周産期歴：在胎 38 週 1 日、3090g、帝王切開で出生						
診断名： 早発乳房						
症例要約 【主訴】 右乳腺の腫瘍 【現病歴】 来院 2 か月前に母が本人をだっこしているときに右乳腺の腫瘍に気づき、近医を受診した。近医を受診し、腫瘍が縮小傾向ではないため当院外来を紹介受診した。 【来院時診察所見】 身長 74.3cm (+0.37 SD)、体重 9.885kg (+1 SD) 全身状態良好、咽頭発赤なし、リンパ節腫大なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、末梢冷感なし、浮腫なし。右乳房頭下に直径 1cm 程度の可動性良好の腫瘍を触知、明らかな圧痛なし。乳房、恥毛ともに Tanner 分類 I 【鑑別疾患】 思春期早発症、乳腺腫、線維腫、脂肪腫、血管腫 【来院後経過】 成長曲線で身長、体重ともに急成長はなく、診察所見では乳房腫瘍は可動性良好の腫瘍であった。乳房および恥毛は Tanner 分類 I であることから思春期早発症は否定的と診断した。半年後の再診外来で腫瘍の改善を認めない場合は超音波検査による評価が必要であることを母に説明し、同意を得て帰宅した。半年後の再診外来で身長、体重ともに成長曲線に沿って増加していること、乳房、恥毛ともに Tanner 分類 I と変化がなく、右乳腺の腫瘍は自然消退していることから早発乳房の経過に矛盾しないと診断し、有事再診の方針とした。 【家族への説明、指示】 本児では思春期早発症を示唆するような身長、体重増加はなく、二次性徴の兆候もないため、早発乳房に矛盾しないことを説明した。早発乳房は発育に影響しないことを説明し、理解された。母は受診前にはインターネットで思春期早発症に関して調べて調べておられご心配もあったが、こちらの説明でご納得なさっていた。また半年後の再診外来まで腫瘍の増大があれば受診を早めるようにお伝えし、その際は超音波検査による評価、女性ホルモンの血液検査を検討することをお伝えし、理解と同意を得た。半年後の再診では腫瘍は自然消退していたため、やはり早発乳房に矛盾しなかったことを説明し、母はご安心されていた。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	9	分野番号	4	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3041654		
受持期間	(西暦) 2019 年 10 月 21 日 ~ 2020 年 10 月 28 日					
受持時 患者年齢	7 歳		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
既往歴：アレルギー性鼻炎、気管支喘息 家族歴：川崎病の家族歴なし						
診断名： 川崎病						
症例要約 【主訴】 発熱、頭痛 【現病歴】 入院 4 日前の午後から発熱、頭痛が出現した。入院 3 日前に近医を受診しインフルエンザ迅速検査は陰性だった。入院 2 日前に他院を受診し、血液検査で炎症反応が高値のため、当院救急外来を受診した。救急外来で精査の結果、尿路感染症、細菌性肺炎は否定的と診断され、2 日後に予定再診とされた。入院 1 日前から背部と腹部の発赤が出現した。入院当日に眼球充血と口唇発赤が出現し、当院救急外来で川崎病の診断として精査加療目的に同日入院とした。 【入院時診察所見】 体温 38.2 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 120 回/分、SpO ₂ 98% (室内気)。両側眼球結膜充血ありと口唇発赤あり、イチゴ舌あり、咽頭発赤なし。頸部リンパ節の腫大なし、項部硬直なし、Jolt Accentuation 陰性、肺音清、心音整、心雑音なし。腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、両側下腿に硬性浮腫あり、胸腹部、背部および両側上下肢に紅斑あり。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 27820/μL (Neu 91.5%, Lym 4.5%), Hb 12.6 g/dL, Hct 38.3%, Plt 34.3 万/μL, T.Bil 0.73 mg/dL, AST 53 U/L, ALT 58 U/L, LDH 272 U/L, γGTP 48 U/L, TP 7.8 g/dL, Alb 3.9 g/dL, BUN 9.1 mg/dL, Cre 0.37 mg/dL, Na 131 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 93 mEq/L, CRP 11.14 mg/dL, ESR 54.0 mm (60 分値), PT-INR 1.13, APTT 31.7 秒 胸部単純 X 線写真：心拡大なし、肺野異常なし 心臓超音波検査：心収縮良好、冠動脈拡張や弁逆流なし 心電図検査：洞調律で ST 変化など波形に異常なし 【鑑別疾患】 アデノウイルス感染症、溶連菌感染症、エルシニア腸炎、髄膜炎、麻疹 【入院後経過】 入院時に発熱、両側眼球結膜充血、イチゴ舌、下腿の硬性浮腫、体幹部および四肢に紅斑があり、川崎病の主要所見を 5 つ満たすため、川崎病と確定診断した。免疫グロブリンでの治療の必要性、有効性、また血漿分画製剤である本薬剤での未知のウイルス感染のリスクなどの副作用の説明などを十分に行い、同意を得た上で免疫グロブリン 2g/kg/dose とアスピリン 30mg/kg/day で治療を開始した。入院 2 日目には解熱を得られ、川崎病の主要所見も消退傾向だった。入院 4 日目にアスピリンの内服量を 5mg/kg/day に減量した。入院中も経時的に心臓超音波検査を実施したが、冠動脈拡張や弁逆流はなかった。その後も症状の再燃なく入院 8 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 本患児でのガンマグロブリン治療は奏功した経過であったが、川崎病は再発例が 4.2%あり、退院後も冠動脈のフォローは継続して行いう必要があることを説明した。退院後も再発の可能性があること、今回と同様に川崎病症状が出現した際には再診するよう両親に指導して了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	10	分野番号	4	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3243680		
受持期間	(西暦) 2020 年 1 月 11 日 ~ 2020 年 1 月 12 日					
受持時 患者年齢	1 歳 2 か月		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 40 週 3 日、出生体重 3316 g で出生した。 既往歴：アレルギーなし、入院歴なし、手術歴なし 感染接触歴：2 週間前に保育園で RS ウイルスが流行していた。入院 1 日前から保育園にまた行き出した。生ものの摂食歴なし。						
診断名： ウイルス性胃腸炎、脱水症						
症例要約 【主訴】 嘔吐、水様便 【現病歴】 入院当日の朝 1 時頃から嘔吐が出現し、同日の 10 時頃に水様便が 1 回あった。近医を受診し、制吐薬を処方されるも経口摂取すると嘔吐が 10 回以上あったため当院救急外来を受診した。救急外来で細胞外液による輸液加療を行いつつ、経口補水療法を試みるも嘔吐が継続していたため精査加療目的に同日入院した。経過中には、腹痛を疑わせるような強い不機嫌などは認めなかった。 【入院時診察所見】 体温 37.4 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 148 回/分、血圧 92/50 mmHg、SpO ₂ 98% (室内気)。顔色良好、両側鼓膜の発赤なし、膨隆なし、口腔の軽度乾燥あり、咽頭発赤なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部軟、腸蠕動音亢進、圧痛なし、末梢冷感なし、毛細血管再充満時間 2 秒。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 19140/μL, Hb 12.1 g/dL, Hct 38.4%, Plt 42.4 万/μL, T.Bil 0.58 mg/dL, AST 51 U/L, ALT 22 U/L, LDH 364 U/L, TP 7.4 g/dL, ALB 5.0 g/dL, BUN 12.6 mg/dL, Cre 0.20 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 102 mEq/L, CK 95 U/L, CRP 0.16 mg/dL (静脈血液ガス) pH 7.378, pCO ₂ 36.7 mmHg, HCO ₃ ⁻ 21.1 mmol/L, Lactate 1.5 mmol/L カテーテル尿検査：比重 1.042, ケトン体 (2+), 白血球反応 陰性, 亜硝酸塩 陰性, 白血球 1 未満 /HPF 腹部単純 X 線検査：小腸壁の軽度肥厚あり、大腸ガス分布に異常なし。 【鑑別疾患】 細菌性腸炎、消化管アレルギー、乳糖不耐症 【入院後経過】 嘔吐の後に水様便の症状があること、腹痛や血便もないことからウイルス性胃腸炎と診断した。入院 1 日目は絶食管理とし、糖入りの細胞外液による輸液加療を行なった。入院 2 日目には嘔吐が消失していたため、朝からミルクを 50ml ずつ哺乳した。哺乳後も嘔吐の再燃なく、全身状態も良好であることから母と相談した上で退院した。 【家族への説明、指示】 ウイルス性胃腸炎および経口摂取不良による脱水症があり、輸液を行いつつ、経口補水療法を入院下で行う必要性を説明し、同意を得た。入院後も嘔吐症状が継続する場合はその他の器質的疾患を除外するために追加精査を行う可能性があることを説明し、了承を得た。 退院後も水様便が続く可能性があることを説明し、少量頻回の経口補水療法を指導した。経口摂取ができないとき、全身状態不良時は早めに再診するように説明し、了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	11	分野番号	4	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3288820		
受持期間	(西暦) 2020 年 6 月 24 日 ~ 2020 年 7 月 7 日					
受持時 患者年齢	5 か月 2 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 37 週 6 日、2522g で出生。 家族歴：母方祖母の兄妹のうち男児が 4 人中 3 人が幼少期に肺炎で死亡。						
診断名： X 連鎖重症複合免疫不全症、ニューモシスチス肺炎						
症例要約 <p>【主訴】咳嗽、呼吸困難</p> <p>【現病歴】入院 15 日前から咳嗽が出現し、入院 14 日前から咳嗽が増悪するも近医で経過観察された。入院 5 日前に前医を受診し、陥没呼吸、SpO₂ 78%と呼吸不全があったため前医で気管挿管、呼吸管理で入院した。入院 2 日前に低ガンマグロブリン血症があったため、フローサイトメトリーを実施され、母体 T 細胞陽性、NK 細胞陰性、B 細胞における γc 鎖の発現低下があることから X 連鎖重症複合免疫不全症と診断された。気管内吸引痰のマルチプレックス PCR 検査で <i>Pneumocystis jirovecii</i> が検出されており、ニューモシスチス肺炎の原因精査、加療目的で当院へ紹介され、PICU に入室した。</p> <p>【入院時診察所見】体温 36.7 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 99 回/分、SpO₂ 98% (室内気)。大泉門の膨隆なし、眼球結膜充血なし、口腔内びらんなし、驚口瘡なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、肝腫大軽度あり、頸部、鎖骨上、腋窩、鼠径リンパ節は触知せず、末梢冷感なし。</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 15460/μL (Neu 81.8%, Lym 12.7%), Hb 9.8 g/dL, Hct 30.6%, Plt 38.5 万/μL, T.Bil 0.10 mg/dL, AST 45 U/L, ALT 21 U/L, LDH 694 U/L, BUN 9.0 mg/dL, Cre 0.17 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 4.8 mEq/L, Cl 105 mEq/L, CRP 0.03 mg/dL, β-D グルカン 181 pg/mL 胸部単純 X 線写真：両側肺野にびまん性濃度上昇あり、明らかな心拡大なし</p> <p>【鑑別疾患】<i>JAK3</i> 欠損症、<i>IL7RA</i> 症候群、アデノシンデアミナーゼ欠損症、高 IgM 症候群</p> <p>【入院後経過】前医でのフローサイトメトリーの結果から X 連鎖重症複合免疫不全症が疑われるが今後の治療および感染症の予防をする上で診断が大切であることを当院免疫科から親に説明し、同意を得た上で遺伝子検査を行なった。遺伝子検査でも <i>IL2RG</i> 遺伝子の変異が認められたため、X 連鎖重症複合免疫不全症と確定診断した。入院 30 日目に前処置を行い、入院 37 日目に臍帯血幹細胞移植を行なった。入院 49 日目に化学療法目的に血液腫瘍科に転科となった。</p> <p>また X 連鎖重症複合免疫不全症患者の肺炎として細菌性、サイトメガロウイルス、ニューモシスチスを原因微生物と想定し、メロペネム、ガンシクロビル、ミカファンギン、ST 合剤による加療を行なった。気管支肺胞洗浄液の喀痰 PCR でニューモシスチスが陽性であったことからニューモシスチス肺炎と確定診断し、ST 合剤による加療を継続した。呼吸状態の改善および胸部 X 線写真で改善していることを確認し、入院 38 日目に ST 合剤を予防量に変更した。</p> <p>【家族への説明、指示】ご両親には血液腫瘍科から X 連鎖重症複合免疫不全症の治療法として臍帯血幹細胞移植を行う必要性、また移植前に前処置としての化学療法を行うことについて説明し、了承を得た。また X 連鎖重症複合免疫不全症を背景に発症したニューモシスチス肺炎に対する治療を継続していくことをご両親に説明し、了承を得た。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	12	分野番号	5	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3363856		
受持期間	(西暦) 2020 年 11 月 24 日 ~ 2020 年 12 月 9 日					
受持時 患者年齢	日 齢 22		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
母体情報：在胎 38 週 6 日、3054g、経膈分娩で出生した。NICU 入室歴なし。 母体感染症：妊娠中の B 群溶血性連鎖球菌は陰性 感染接触歴：3 歳の姉といとこに鼻汁、咳嗽の症状があった。						
診断名： B 群溶血性連鎖球菌敗血症						
症例要約 【主訴】 発熱 【現病歴】 入院当日の午前 1 時過ぎに 38.9℃の発熱があり、当院救急外来を受診した。受診時に末梢冷感、網状皮斑があり、心拍数 200 台の頻脈があった。尿検査では膿尿および細菌尿はなく、髄液検査で細胞数の上昇はなく、新生児敗血症として抗菌薬投与、輸液をされ精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 37.2 度、呼吸数 32 回/分、心拍数 132 回/分、SpO ₂ 99% (室内気)。 活気あり、頭頸部：大泉門の膨隆および陥凹なし、眼球結膜充血なし、鼓膜の膨隆や発赤なし、咽頭発赤なし 頸部リンパ節腫脹なし 胸部：肺音清、心音整、心雑音なし 腹部：平坦、軟 四肢：末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 4720/μL (Neu 38.9%, Lym 54.0%), Hb 14.0 g/dL, Hct 42.3%, Plt 34.9 万/μL, T.Bil 9.89 mg/dL, D.Bil 1.19 mg/dL, AST 23 U/L, ALT 11 U/L, LDH 304 U/L, BUN 5.6 mg/dL, Cre 0.23 mg/dL, Na 134 mEq/L, K 5.3 mEq/L, Cl 102 mEq/L, CRP 0.08 mg/dL カテーテル尿検査：比重 1.025, 白血球反応 陰性, 亜硝酸塩 陰性, 白血球 1 未満/HPF, 尿 Gram 染色陰性 髄液検査：細胞数 1 未満/μL, 蛋白 88.7 mg/dL, 糖 67 mg/dL, Gram 染色陰性 胸部 X 線単純写真血：心拡大なし、明らかな浸潤影なし 血液培養：B 群溶血性連鎖球菌 髄液培養：陰性 【鑑別疾患】 細菌性髄膜炎 (肺炎球菌、インフルエンザ桿菌、大腸菌)、尿路感染症、上気道炎、肺炎 【入院後経過】 発熱以外の明らかな熱源を示唆する所見はなく、年齢的に意識障害の有無の判断が容易でないことから細菌性髄膜炎も否定できないと判断してアンピシリン 300mg/kg/day、セフトキシム 200mg/kg/day で加療を開始した。入院 1 日目には採取した血液培養から Gram 陽性球菌が陽性となったため、B 群溶血性連鎖球菌による感染症を念頭にゲンタマイシン 5mg/kg/day を併用した。入院 2 日目には解熱し、哺乳も良好であった。血液培養で B 群溶血性連鎖球菌が同定したことから、B 群溶血性連鎖球菌敗血症と確定診断した。髄液培養が陰性であることを確認し、入院 3 日目からアンピシリン 200mg/kg/day による治療へ変更した。抗菌薬は合計 14 日間投与して、再発熱なく全身状態が良好であることを確認し、入院 16 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 細菌による中枢神経感染症の可能性を考慮し、抗菌薬を使用しながら入院加療を行うことを説明し、理解と同意を得た。髄液培養は陰性であり、血液培養から B 群溶血性連鎖球菌が陽性となったため、B 群溶血性連鎖球菌に対しての治療を行うことを説明し、同意を得た。退院後も哺乳や全身状態が良好であることを確認し、経過を確認することを説明して同意を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	13	分野番号	5	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3053709		
受持期間	(西暦) 2019 年 6 月 14 日 ~ 2021 年 6 月 19 日					
受持時 患者年齢	日齢 0		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 38 週 5 日、出生体重 3068g、Apgar スコア 7 点 (1 分)/9 点 (5 分) 母体情報：40 歳、初産、母体感染症なし、38 歳のときに右卵巣腫瘍摘出術をした。						
診断名： 新生児一過性多呼吸						
症例要約 【主訴】 呻吟、鼻翼呼吸 【現病歴】 母が右卵巣腫瘍摘出術であったため、在胎 38 週 5 日に予定帝王切開で出生した。出生体重 3068g、Apgar スコア 7 点 (1 分)/9 点 (5 分) であった。羊水混濁もなく、第一啼泣は速やかで、筋緊張も良好であったが、出生 2 分後の時点で脈拍数が 84/分であったため、用手換気を開始された。速やかに徐脈および酸素化が改善するも、陥没呼吸があったため持続的気道陽圧に切り替えられた。出生 15 分後の段階で陥没呼吸も改善したため、持続的気道陽圧を終了された。出生 20 分後の段階で室内気で SpO ₂ 98%と酸素化は保たれているも呻吟および鼻翼呼吸が持続しているため経過観察目的に GCU に入院した。 【入院時診察所見】 体温 36.2 度、呼吸数 42 回/分、心拍数 120 回/分、SpO ₂ 95% (室内気)。大泉門の膨隆なし、眼球結膜充血なし、鼻翼呼吸あり、呻吟あり、肋骨弓下に陥没呼吸あり、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、腫瘤を触知せず、末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：(足底血液ガス) pH 7.367, pCO ₂ 39.1 mmHg, HCO ₃ ⁻ 22.4 mmol/L, Lactate 2.1 mmol/L 胸部単純 X 線写真：両側肺門部中心とした索状影があり、心陰影の拡大あり、胸水なし 【鑑別疾患】 新生児呼吸窮迫症候群、胎便吸引症候群、気胸、先天性心疾患 【入院後経過】 入院 1 日目に胸部 X 線写真で両側肺門部中心とした索状影と心陰影の拡大あり、新生児一過性多呼吸と確定診断した。足底血液ガスでも明らかな二酸化炭素の貯留もなく、酸素需要もなかったため、モニター管理下で経過観察を行う方針とした。鼻翼呼吸、呻吟が経時的に改善したため、入院 3 日目に母児同室した。その後も酸素需要の増加、努力呼吸の出現はなく、哺乳も良好であったため、入院 8 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 ご両親には新生児が出生する際に肺胞内にある液体をうまく排出できないことがあり、呻吟、鼻翼呼吸など努力呼吸を呈することがあることを説明した。また新生児一過性多呼吸は、一般的には予後が良いとされているが、呼吸状態の増悪がないかモニター管理下で経過観察を行うことを説明した。呼吸状態の増悪があれば NICU に入室して追加の検査に加え、持続的気道陽圧など呼吸を補助する治療を行う可能性もあることも説明し、了承を得た。ご両親とも説明当初はご心配も強そうであったが、現在の病態などの説明でご心配は軽減されたご様子であった。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	14	分野番号	5	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3050610		
受持期間	(西暦) 2019 年 6 月 10 日 ~ 2019 年 6 月 17 日					
受持時 患者年齢	日齢 0		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		

周産期歴：在胎 39 週 0 日、出生体重 3164g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/9 点 (5 分)
 母体情報：母 38 歳、3 経妊 2 経産。母体感染症なし、血液型 O 型 Rh+
 家族歴：同胞に新生児黄疸に対して光線療法の治療歴あり。

診断名：
 新生児溶血性黄疸

症例要約
【主訴】 黄疸
【現病歴】
 在胎 39 週 0 日に自然分娩で出生し、第一啼泣は速やかで呼吸と循環状態は保たれていた。臍帯血ビリルビンが 3.97 mg/dL と高値であり、母の血液型が O 型 Rh+、父の血液型が A 型 Rh+ であった。患児の血液型が A 型 Rh+ に加え、直接クームス試験と成人同型クームス試験が陽性であったため、ABO 式血液不適合による新生児溶血性黄疸と診断され、加療目的に入院となった。
【入院時診察所見】 体温 36.7 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 99 回/分、SpO₂ 98% (室内気)。大泉門平坦、頭血腫なし。顔貌異常なし。皮膚黄染あり。肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、肝脾腫なし。その他背部、四肢、外陰部異常なし。
【入院時検査所見】 血液検査：WBC 24360/μL (Neu 67.0%, Lym 19.0%), Hb 12.8 g/dL, Hct 37.6%, Plt 46 万/μL, T.Bil 6.10 mg/dL, U.Bil 0.13 mg/dL, CRP <0.25 mg/dL
 (足底血液ガス) pH 7.366, pCO₂ 32.9 mmHg, HCO₃⁻ 18.8 mmol/L, Lactate 5.2 mmol/L
【鑑別疾患】 新生児特発性黄疸、重症感染症、新生児肝炎、先天性胆道閉鎖症
【入院後経過】
 全身状態は良好であり、新生児溶血性黄疸に対して光線療法を 4 面で開始し、数時間おきにビリルビンの再検をして光線療法を漸減した。日齢 1 で T.Bil 8.3 mg/dL, U.Bil 0.33 mg/dL であり、光線療法の基準を下回っていたため光線療法を 1 面に変更した。日齢 2 で T.Bil 14.3 mg/dL, U.Bil 0.69 mg/dL と上昇傾向だったため、光線療法を 2 面に強化した。日齢 4 に T.Bil 12.2 mg/dL, U.Bil 0.44 mg/dL と改善したため、光線療法を中止した。日齢 5 で T.Bil 12.9 mg/dL, U.Bil 0.62 mg/dL と再度光線療法の基準にかかったため、光線療法を開始し、日齢 6 に終了した。日齢 7 でビリルビンの再上昇することなく経過し、呼吸と循環が安定しており、全身状態が良好であるため退院した。
【家族への説明、指示】
 ABO 不適合での黄疸は比較的軽症のことが多いが、黄疸の値が高くなった場合には核黄疸の危険もあるため光線療法を行う必要性について説明し、了承を得た。もしも光線療法で黄疸が改善しない場合は交換輸血による治療を行う可能性についても説明し、了承を得た。
 また光線療法によって不感蒸泄が増え、脱水になる可能性があるため、哺乳を十分に行う必要があることを説明し、同意を得た。退院にあたり、哺乳や排便の状況を観察し、問題がなければ 1 か月健診を受診するよう指導して了承を得た。

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	15	分野番号	5	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3395731		
受持期間	(西暦) 2021 年 2 月 10 日 ~ 2021 年 2 月 28 日					
受持時 患者年齢	日齢 0		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 37 週 0 日、出生体重 1928g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/9 点 (5 分) 母体情報：27 歳、初産。キアリ奇形あり。						
診断名： 低出生体重児、在胎不当過小児、新生児低血糖、新生児黄疸						
症例要約 【主訴】 低出生体重 【現病歴】 在胎 36 週 0 日の段階で胎児推定体重は 2104g だった。母が妊娠高血圧症候群があるため、37 週 0 日での予定分娩とされた。在胎 37 週 0 日にアトニンによる誘発分娩を開始し、経膈分娩で 1928g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/9 点 (5 分) で出生した。呼吸状態と筋緊張は良好であったが、低出生体重児であるため経過観察目的に NICU に入院した。 【入院時診察所見】 身長 44.0 cm (-1.4 SD)、体重 1928 g (-2.2SD)、頭囲 30.5 cm 体温 37.8 度、呼吸数 61 回/分、心拍数 165 回/分、SpO ₂ 96% (室内気)。大泉門平坦、眼球結膜充血なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、腫瘤を触知せず、末梢冷感なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 7380/μL, Hb 21.6 g/dL, Hct 70.1%, Plt 29.7 万/μL, T.Bil 3.15 mg/dL, D.Bil 1.25 mg/dL, AST 41 U/L, ALT 6 U/L, LDH 462 U/L, TP 5.5 g/dL, Alb 3.5 g/dL, BUN 7.5 mg/dL, Cre 0.72 mg/dL, CRP 0.01 mg/dL, 血糖値 43 mg/dL 胸腹部単純 X 線写真：肺野に浸潤影なし、心拡大なし、腸管ガス拡張なし 超音波検査：頭蓋内出血なし、心奇形なし、動脈管血流左右短絡、水腎なし、副腎出血なし 【鑑別疾患】 胎盤機能不全、染色体異常、子宮内感染症、先天性心疾患 【入院後経過】 入院後、呼吸と循環状態は保たれていた。血糖値が低かったため、10%グルコース輸液を開始し、経口哺乳を併用した。輸液開始後は低血糖を認めなくなり、哺乳量も徐々に増えたため、日齢 2 に輸液終了した。日齢 3 に T.Bil 13.7 mg/dL、U.Bil 0.84 mg/dL と光線療法の基準にかかり、新生児黄疸として光線療法を行なった。日齢 6 に T.Bil 13.4 mg/dL、U.Bil 0.65 mg/dL と再度光線療法の基準にかかり、光線療法を開始し、日齢 7 に終了した。日齢 8 以降は再上昇することなく経過した。哺乳も安定して体重増加が順調に得られ、全身状態も良好なことから、日齢 18 に退院した。 【家族への説明、指示】 低出生体重児であるため、呼吸や循環障害、低血糖、黄疸が生じる可能性があるため、注意深く経過観察を行う必要があることを両親に説明し、入院に同意を得た。新生児黄疸に関して核黄疸になる危険性と治療の必要性を説明し、光線療法を行うことに同意を得た。退院に関しては、継続的な経過観察が必要であること、将来的に在胎不当過小児を原因とする低身長の可能性あることを説明し、理解と同意を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	16	分野番号	6	■入院症例 □外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3198731		
受持期間	(西暦) 2019 年 9 月 27 日 ~ 2019 年 10 月 4 日					
受持時 患者年齢	9 歳		患者性別	■男 □女		

既往歴：1 年前に気管支喘息の発作があり、プレドニンで改善するも予防薬は導入されていなかった。
 家族歴：父が気管支喘息の治療歴あり

診断名：
 気管支喘息

症例要約

【主訴】咳嗽、喘鳴

【現病歴】

入院 7 日前から鼻汁が出現し、入院 3 日前から咳嗽が出現した。入院 2 日前から咳嗽が増悪し、喘鳴が出現した。入院前日の 14 時半頃に 37.5 度の微熱があった。近医を受診した際に嘔吐し、SpO₂ が室内気で 90% まで低下するため、プレドニゾロンを内服し、当院救急外来を紹介受診した。救急外来でサルブタモール吸入およびプレドニゾロンを経静脈的に投与されるも喘鳴が残存し、酸素需要があるため、精査加療目的に翌日入院した。

【入院時診察所見】体温 38.1 度、呼吸数 32 回/分、心拍数 100 回/分、SpO₂ 94% (経鼻酸素 2L/分投与下)。眼瞼結膜蒼白なし、咽頭発赤なし、呼吸音は両側吸気、呼気ともに喘鳴あり、呼気延長あり、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、末梢冷感や浮腫なし

【入院時検査所見】血液検査：WBC 11480/μL (Neu 87.5%, Lym 5.0%), Hb 14.7 g/dL, Hct 46.7%, Plt 31.4 万/μL, T.Bil 1.38 mg/dL, AST 28 U/L, ALT 17 U/L, LDH 282 U/L, BUN 9.3 mg/dL, Cre 0.43 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4.0 mEq/L, Cl 101 mEq/L, CRP 1.20 mg/dL

(静脈血液ガス) pH 7.347, pCO₂ 47.6 mmHg, HCO₃⁻ 25.4 mmol/L, Lactate 2.1 mmol/L

胸部単純 X 線写真：肺門周囲影の軽度増強あり、肺過膨張あり、心拡大なし。

【鑑別疾患】気管内異物、縦隔腫瘍、心不全

【入院後経過】

過去にも喘鳴歴があり、検査所見や臨床経過から気管支喘息と診断した。

入院後、酸素投与、サルブタモールの間欠吸入とプレドニゾロンの経静脈投与で治療を開始した。経時的に呼吸状態、聴診所見の改善を認め、入院 5 日目にプレドニゾロンを終了した。終了後も症状の再燃なく経過した。父親も気管支喘息の治療歴があることからアトピー素因が強いと考えられた。フルチカゾン吸入およびモンテルカスト内服を長期管理薬として導入した。全身状態が良好であること、吸入薬の使用に問題がないことを確認して入院 8 日目に退院した。

【家族への説明、指示】

ご両親に対して気管支喘息に対する急性期治療として、サルブタモール吸入やステロイドの治療を行うことを説明し、同意を得て治療を開始した。長期的な治療としては、気道の慢性炎症を抑えることに加えて、発作の予防が重要となることをパンフレットを用いながら強調した。退院後も薬物療法、環境整備を継続していく必要があることを指導した。発作出現時の重症度の判断と対応についても説明し、了承を得た。

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	17	分野番号	6	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3111741		
受持期間	(西暦) 2019 年 4 月 24 日 ~ 2019 年 5 月 3 日					
受持時 患者年齢	6 か月 17 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
妊娠・分娩歴：在胎 37 週 4 日、出生体重 2958g、経膈分娩で出生。 感染接触歴：保育園で RS ウイルスおよび溶連菌が流行していた。						
診断名： RS ウイルス細気管支炎						
症例要約 【主訴】 喘鳴 【現病歴】 入院 7 日前から鼻汁、咳嗽が出現した。入院 3 日前から発熱が出現し、入院 2 日前に前医を受診し、RS ウイルス迅速検査を施行され、陽性だった。サルブタモール吸入を実施するも呼吸状態の改善は乏しかった。入院当日に前医を再診し、呼吸状態の増悪と経口摂取不良があったため、RS ウイルス細気管支炎として当院救急外来を紹介受診した。当院救急外来を来院時に多呼吸、陥没呼吸と呼気性喘鳴が著名であり、サルブタモール吸入で呼吸状態は改善しないため精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 38.0 度、呼吸数 40 回/分、心拍数 150 回/分、SpO ₂ 97% (経鼻酸素 2L/分投与下)。両側鼓膜の発赤なし、咽頭発赤なし、鎖骨上窩、季肋下に陥没呼吸あり、呼吸音は両側呼吸音の減弱あり、両側呼気性喘鳴あり、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、末梢冷感なし 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 8290/μL (Neu 46.1%, Lym 39.7%), Hb 10.9 g/dL, Hct 35.2%, Plt 29.5 万/μL, T.Bil 0.28 mg/dL, AST 31 U/L, ALT 15 U/L, LDH 287 U/L, BUN 7.1 mg/dL, Cre 0.30 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 5.1 mEq/L, Cl 101 mEq/L, CRP 0.92 mg/dL (静脈血液ガス) pH 7.417, pCO ₂ 38.5 mmHg, HCO ₃ ⁻ 24.3 mmol/L, Lactate 1.3 mmol/L 胸部 X 線写真：両側肺門周囲影の増強あり、肺の過膨張軽度あり、心拡大なし。 【鑑別疾患】 気管支喘息、アナフィラキシー、気管内異物、縦隔腫瘍、心不全 【入院後経過】 鼻汁などの分泌物が多く、前医および救急外来でのサルブタモールに対する反応性は乏しいため、気管支喘息の合併はないと判断し、RS ウイルス性細気管支炎と確定診断した。 入院後は鼻腔吸引、酸素投与を行なった。経時的に呼吸状態、聴診所見の改善を認め、入院 7 日目に酸素投与を終了した。終了後も症状の再燃なく経過し、哺乳状態および全身状態が良好であることを確認し、入院 10 日目に退院した。経過中に二次性細菌性肺炎、無呼吸などの合併症を認めなかった。 【家族への説明、指示】 RS ウイルスは乳幼児が罹患するウイルスであるが、中耳炎や肺炎を合併する可能性があり、発熱が持続する場合は抗菌薬投与の開始を行うことを説明し、了承を得た。また、呼吸状態が増悪した場合は必要に応じて高流量鼻カニューラ酸素療法を行う場合があることを説明し、了承を得た。 退院後は残存する鼻汁と咳嗽に対して鼻腔吸引を継続しながら呼吸状態を観察するように指導した。発熱や呼吸状態が増悪するときは早めに再診することを指導し、了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	18	分野番号	6	■入院症例 □外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	767441		
受持期間	(西暦) 2019 年 9 月 17 日 ~ 2019 年 9 月 28 日					
受持時 患者年齢	15 歳		患者性別	■男 □女		
既往歴：脳性麻痺、筋緊張亢進に対してバクロフェンポンプ植え込み術後、多発ブラ、在宅酸素(経鼻酸素カニュラ 0.5L/分)を使用している。						
診断名： 右気胸						
症例要約 【主訴】 努力呼吸 【現病歴】 4 か月前の定期外来で気胸が指摘され、保存的加療で入院し軽快した。その後から夜間入眠前に母が聴診をして経過を見られていた。入院当日の夕方にかけて癰瘍があり、21 時頃に SpO ₂ 90%前半になった。母が胸を聴診した際に右の呼吸音の減弱があるため、当院救急外来を受診した。胸部 X 線写真で右気胸と確定診断し、精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 36.7 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 99 回/分、SpO ₂ 98% (経鼻酸素カニュラ 1.5L/分)。眼球結膜充血なし、咽頭発赤なし、皮下気腫なし、肩呼吸あり、呼吸音は右肺野で著名に低下あり、ラ音なし、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、末梢冷感なし、浮腫なし。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 8030/μL (Neu 77.1%, Lym 15.0%), Hb 14.4 g/dL, Hct 45.7%, Plt 20.2 万/μL, T.Bil 0.40 mg/dL, AST 33 U/L, ALT 20 U/L, LDH 231 U/L, BUN 13.5 mg/dL, Cre 0.63 mg/dL, Na 144 mEq/L, K 4.5 mEq/L, Cl 99 mEq/L, CRP <0.01 mg/dL (静脈血液ガス) pH 7.331, pCO ₂ 67.4 mmHg, HCO ₃ ⁻ 34.6 mmol/L, Lactate 2.2 mmol/L 胸部単純 X 線写真：右胸腔内に気胸あり、心拡大なし 【鑑別疾患】 縦隔気腫、肺炎 【入院後経過】 入院後はモニター管理下で呼吸状態の経過観察を行なった。入院 2 日目に胸部 X 線写真で気胸の増悪があったため、小児外科により胸腔ドレナージを行い、PICU に入室した。胸腔ドレーンを -5 H ₂ O の吸引圧管理下で呼吸状態の増悪がないことを確認し、入院 5 日目に一般病棟に転棟した。入院 6 日目に胸腔ドレーンを水封管理に変更するも空気の漏れが継続してあったため、入院 14 日目に自己血注入による胸膜癒着療法を行なった。呼吸状態の増悪がないことを確認し、入院 15 日目にドレーンを抜去した。入院 20 日目の胸部 X 線写真で気胸所見の増悪がないことを確認し、全身状態も良好であることから入院 24 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 両親に元々多発ブラが背景にあり、癰瘍があった際に破裂して気胸を併発した可能性があることを説明した。胸部単純 X 線写真でも右気胸に矛盾しない所見であることを説明し、了承を得た。気胸の増悪があり保存的加療のみで治療が難しい場合は小児外科による胸腔ドレナージを行うこと必要性を説明し、了承を得た。退院後も再発の可能性があること、同症状が出現時は再診するよう両親に指導して了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	19	分野番号	6	■入院症例 □外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	1920430		
受持期間	(西暦) 2019 年 10 月 18 日 ~ 2019 年 10 月 26 日					
受持時 患者年齢	6 歳		患者性別	□男 ■女		

既往歴：慢性鼻炎あり、気管支喘息の既往なし、推奨されている予防接種は接種済み。

感染接触歴：家族で明らかなものなし。1 か月前に肺炎で入院した同級生あり。直近 1 か月以内の国内国外の旅行歴なし。温泉、循環浴槽、プールへの入浴歴なし。

診断名：

マイコプラズマ肺炎

症例要約

【主訴】咳嗽、発熱、経口摂取不良

【現病歴】

入院 6 日前から鼻汁、咽頭痛、咳嗽が出現した。入院 5 日前から発熱が出現し、入院 3 日前に近医を受診した際に急性上気道炎と診断され経過観察とされ、解熱していた。入院 1 日前から咳嗽が再度増悪し、発熱、経口摂取不良も出現した。入院当日に近医内科を受診し、胸部 X 線写真で肺炎と診断され、トスフロキサシンを処方された。帰宅するも嘔吐で抗菌薬を内服できず、経口摂取不良があるため、当院救急外来を受診した。救急外来で二次性細菌性肺炎と診断され、精査加療目的に入院した。

【入院時診察所見】体温 38.6 度、呼吸数 20 回/分、心拍数 136 回/分、SpO₂ 96% (室内気)。眼瞼結膜蒼白なし、咽頭発赤あり、呼吸音は左上肺野で湿性ラ音あり、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、末梢冷感なし

【入院時検査所見】血液検査：WBC 6770/μL (Neu 61.6%, Lym 29.2%), Hb 11.9 g/dL, Hct 46.7%, Plt 31.4 万/μL, T.Bil 1.38 mg/dL, AST 28 U/L, ALT 17 U/L, LDH 282 U/L, BUN 9.3 mg/dL, Cre 0.43 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4.0 mEq/L, Cl 101 mEq/L, CRP 1.20 mg/dL

(静脈血液ガス) pH 7.433, pCO₂ 35.1 mmHg, HCO₃⁻ 23.1 mmol/L, Lactate 1.1 mmol/L

胸部 X 線写真：左上肺野に索状陰影あり、胸水なし、心拡大なし。

マイコプラズマ LAMP 法検査：陽性

【鑑別疾患】細菌性肺炎、ウイルス性肺炎、異物誤嚥による誤嚥性肺炎

【入院後経過】

病歴から二相性の経過であること、身体所見および胸部 X 線写真から二次性細菌性肺炎が考えられたため、アンピシリン 200mg/kg/day で治療を開始した。入院 4 日目で解熱がなく乾性咳嗽が主体であることからマイコプラズマ肺炎に準じてアジスロマイシン 10mg/kg/day を併用し、入院 5 日目から解熱した。入院 6 日目には経口摂取が改善し、入院時に提出したマイコプラズマ LAMP 法検査が陽性だったため、マイコプラズマ肺炎と確定診断した。アンピシリンは中止し、アジスロマイシンは 3 日間の内服で終了した。再発熱なく、全身状態も良好であるため入院 9 日目に退院した。

【家族への説明、指示】

入院時は一度改善した咳嗽の増悪と発熱があることに加え胸部 X 線写真からは細菌性肺炎が考えられるため、抗菌薬治療を行うことを説明した。一方で年齢や炎症反応の上昇も乏しいことから非定型肺炎の可能性も否定できず、治療効果が乏しい場合は非定型肺炎に対する加療も行うことを説明し、了承を得た。退院時は咳嗽が長引くことを説明し、再度発熱があった場合、全身状態が不良の際は早めに受診することを説明し、了承を得た。

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	20	分野番号	7	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3287661		
受持期間	(西暦) 2020 年 8 月 3 日 ~ 2021 年 8 月 29 日					
受持時 患者年齢	1 か月 5 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 38 週 5 日、出生体重 3046g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/8 点 (5 分) 母体情報：43 歳、初産。母体感染症なし。						
診断名： 完全大血管転位症 I 型、卵円孔開存、動脈管開存症、左横隔神経麻痺						
症例要約 <p>【主訴】努力呼吸、チアノーゼ</p> <p>【現病歴】胎児期に完全大血管転位症 I 型と診断されており、計画分娩目的に誘発分娩を開始し、在胎 38 週 5 日に吸引分娩で出生した。出生体重 3046 g、Apgar スコア 8 点 (1 分)/8 点 (5 分) だった。第一啼泣はあり、筋緊張は良好であるもチアノーゼが残存していた。下腿での SpO₂ が 60% 台であり、酸素投与でも改善しないため精査加療目的に NICU に入院した。</p> <p>【入院時診察所見】</p> <p>体温 37.5 度、呼吸数 61 回/分、心拍数 167 回/分、血圧 59/34 mmHg、SpO₂ 85% (室内気)。大泉門平坦、肺音清、心音整、明らかな心雑音なし、腹部平坦、軟、腫瘤を触知せず、末梢冷感なし。</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 17320/μL, Hb 16.0 g/dL, Hct 50.0%, Plt 24.4 万/μL, T.Bil 2.25 mg/dL, T.Bil 0.89 mg/dL, AST 43 U/L, ALT 11 U/L, TP 6.3 g/dL, Alb 4.1 g/dL, BUN 6.9 mg/dL, Cre 0.50 mg/dL, CRP <0.01 mg/dL, PT-INR 1.26, APTT 57.6 秒, BNP 65.1 pg/mL</p> <p>胸腹部単純 X 線写真：両側肺門部に淡い濃度上昇あり、軽度心拡大あり、腸管ガス拡張なし</p> <p>超音波検査：頭蓋内出血なし、房室結合正位、心室大血管結合逆位、大動脈弁狭窄および逆流なし、肺動脈弁狭窄および逆流なし、冠動脈走行は Shaher 1 型、動脈管血流左右短絡、3.5・4.0mm 程度の卵円孔の開存あり、水腎なし、副腎出血なし</p> <p>【鑑別疾患】Fallot 四徴症、三尖弁閉鎖症、肺動脈閉鎖症</p> <p>【入院後経過】出生時の心臓超音波検査で完全大血管転位症 I 型と確定診断し、プロスタグランジン E1 製剤を開始した。心房間狭小化があったため、日齢 1 に姑息術として軽皮的心房中隔欠損作成術を行い、有効な心房中隔欠損拡大が得られた。日齢 7 に心臓血管外科により Jatene 手術を行なった。術後同日に右血胸を認め、夜間に再開胸し、止血をされた。抜管後に努力呼吸が残存し、胸部 X 線写真で左横隔膜の挙上と同側の無気肺が出現した。左横隔神経麻痺と診断し、日齢 17 に左横隔膜縫縮術を行なった。体重増加と呼吸状態が安定したため、日齢 35 に高流量鼻カニキュラ酸素療法を使用した状態で一般病棟に転棟した。転棟後は緩徐に酸素需要が改善し、またミルクの経口摂取を行いつつ体重増加を確認し、入院 62 日目に退院した。</p> <p>【家族への説明、指示】ご家族に心臓超音波検査で完全大血管転位症 I 型と診断され、心臓血管外科医から根治するためには動脈と肺動脈の血管を入れ替えておよび冠動脈を移植する手術が必要であることを説明した。手術までの間は動脈管の開存を維持するためにプロスタグランジン E1 製剤を使用すること、心房間狭小化があるため、チアノーゼを改善するために軽皮的心房中隔欠損作成術を行うことを説明し、了承を得た。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	21	分野番号	7	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3299600		
受持期間	(西暦) 2020 年 8 月 25 日 ~ 2020 年 8 月 28 日					
受持時 患者年齢	6 歳		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
家族歴、妊娠・分娩歴：特記事項なし 既往歴：2 歳に川崎病を発症し、免疫グロブリンおよびアスピリンで加療した。冠動脈病変なく経過している。						
診断名： 動脈管開存症						
症例要約 <p>【主訴】動脈管開存症の治療目的</p> <p>【現病歴】2 歳のときに川崎病を発症し、近医で免疫グロブリンとアスピリンで加療され、冠動脈病変なく退院した。入院中の心臓超音波検査で偶発的に動脈管開存症を指摘されていたが、症状はなかったため近医で外来での経過観察されていた。6 歳の時点でも動脈管が閉鎖していないため経皮的動脈管閉鎖術目的に当院へ紹介入院した。</p> <p>【入院時診察所見】体温 36.7 度、呼吸数 22 回/分、心拍数 72 回/分、SpO₂ 100% (室内気)。眼球結膜充血なし、咽頭発赤なし、肺音清、心音整、胸骨左縁第 2~4 肋間にかけて Levine 第 I 度の連続性雑音を聴取、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、末梢冷感なし、浮腫なし。</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 4790/μL (Neu 45.1%, Lym 44.3%), Hb 12.4 g/dL, Hct 39.4%, Plt 24.9 万/μL, T.Bil 0.32 mg/dL, AST 26 U/L, ALT 13 U/L, LDH 255 U/L, BUN 18.3 mg/dL, Cre 0.40 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4.3 mEq/L, Cl 110 mEq/L, CRP 0.01 mg/dL, PT-INR 0.93, APTT 31.2 秒, BNP 24.2 pg/mL 心電図検査：心拍数 59 回/分、洞調律で ST 変化など波形に異常なし 胸部単純 X 線写真：心胸郭比 50%、肺血管陰影の増強なし、肺うっ血なし 心臓超音波検査：心収縮良好、三尖弁の軽度逆流あり、主肺動脈と左肺動脈の吻合部付近に動脈管が流入あり、左房拡大なし。</p> <p>【鑑別疾患】心室中隔欠損症、大動脈肺動脈窓、動静脈瘻</p> <p>【入院後経過】</p> <p>入院 1 日目に心臓超音波検査を行い、動脈の開存を確認し、その他の心奇形がないことを確認し、動脈管開存症と確定診断した。入院 2 日目に心臓カテーテル検査を行い、下行大動脈から肺動脈にかけて肺動脈側を最狭窄部とする動脈管を確認した。動脈管の最狭窄部位が 2mm 以下であったため、閉鎖栓による塞栓の適応はなく、コイル塞栓の方針とした。コイル塞栓後に血流の開存なく、また入院 3 日目に新規症状の出現なく、胸部単純 X 線写真および心臓超音波検査で動脈管の閉鎖の確認およびコイルの位置異常がないことを確認した。全身状態が良好であることを確認し、入院 4 日目に退院した。</p> <p>【家族への説明、指示】</p> <p>ご家族には心臓超音波検査でも動脈管開存症があることを確認し、カテーテル検査およびカテーテルを用いた塞栓治療を行う方針を伝え、了承を得た。カテーテル治療検査のリスクとして塞栓したコイルの位置がずれる可能性、完全に閉鎖できず再開存する可能性についても説明して了承を得た。カテーテル治療で動脈管を閉鎖できない場合は心臓血管外科による治療も検討することを説明し、了承を得た。治療後の経過は良好であり、再診外来で動脈管の再開通もなかった。その後は前医の外来で継続的に診ていく方針とした。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	22	分野番号	7	<input type="checkbox"/> 入院症例 <input checked="" type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	688649		
受持期間	(西暦) 2020 年 9 月 14 日 ~ 2020 年 9 月 14 日					
受持時 患者年齢	14 歳		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
既往歴：自閉症スペクトラム障害、不安障害に対して当院こころの診療部を通院中。 2 歳のときに右側頭部皮下血腫で経過観察目的入院、6 歳のときに歯性上顎洞炎で入院歴あり。 家族歴：母が橋本病						
診断名： 起立性調節障害						
症例要約 【主訴】 朝が起きられない、頭痛 【現病歴】 来院 4 年前から発達特性の評価を希望され、当院こころの診療部で自閉症スペクトラム障害と診断され、外来通院をしていた。来院 1 か月前に高校進学を考えた際に朝が起きられないこと、頭痛があるため、精査加療目的に当科外来を紹介受診した。 【来院時診察所見】 身長 148.9cm (-1.4 SD)、体重 39.9 kg (-1.6 SD) 顔色良好、眼瞼結膜蒼白なし、咽頭発赤なし、扁桃腫大なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、末梢冷感なし、浮腫なし、毛細血管再充満時間 1 秒。 【来院時検査所見】 血液検査：WBC 4570/ μ L, Hb 14.5 g/dL, Hct 44.7%, Plt 33.6 万/ μ L, T.Bil 0.36 mg/dL, AST 16 U/L, ALT 10 U/L, BUN 6.4 mg/dL, Cre 0.64 mg/dL, Na 138 mEq/L, K 3.8 mEq/L, Cl 105 mEq/L, FT3 3.35 pg/mL, FT4 1.06 ng/dL, TSH 0.894 μ IU/mL 心電図検査：心拍数 57 回/分、洞調律、ST 変化など波形に異常なし <起立試験>安静時血圧 95/59 mmHg、心拍数 57 回/分。負荷直後血圧 101/62 mmHg、心拍数 97 回/分。負荷 3 分後 102/70 mmHg、心拍数 94 回/分。負荷 5 分後 104/66 mmHg、心拍数 95 回/分。負荷 10 分後 113/71 mmHg、心拍数 102 回/分。試験を実施中は顔色変化、気分不良、めまいはなかった。終了後に軽度頭痛はあった。 【鑑別疾患】 甲状腺機能低下症、貧血、うつ病、不整脈、片頭痛 【来院後経過】 問診で起立性調節障害の身体症状項目 11 個の内最大 10 項目を満たした。起立試験で血圧低下はないも、心拍数が 35 回/分以上の上昇があることから起立性調節障害ガイドライン 2015 に沿ってサブタイプ分類では体位性頻脈症候群と診断した。診察所見や検査所見からはその他の器質的疾患の関与は低いと判断し、同ガイドラインに沿って、生活指導とミドドリン塩酸塩を 2mg 分 1 から開始する方針とした。2 週間後の再診外来では頭痛の回数は減っているも朝の倦怠感はあるためミドドリン塩酸塩を 4mg 分 2 に増量し、症状の経過を外来で診ていく方針とした。 【家族への説明、指示】 本人および母に身体所見および起立試験から起立性調節障害に矛盾しないことを説明した。血管にある交感神経を刺激するミドドリン塩酸塩という薬で加療を行うことを説明し、了承を得た。またミドドリン塩酸塩の治療効果は即効性があるわけではないため、副作用などなければ自己中断しないように指導した。また生活面では良質な睡眠を確保するために就寝 1-2 時間前にはスマートフォン、パソコン、タブレットの使用を控えるように指導し、了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	23	分野番号	8	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3293360		
受持期間	(西暦) 2020 年 6 月 4 日 ~ 2020 年 6 月 9 日					
受持時 患者年齢	2 歳		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 39 週 6 日、出生体重 3306g、帝王切開で出生 既往歴：入院 2 か月前に肛門周囲膿瘍に対して前医で入院下で抗菌薬加療を行われた。退院後の血液検査で絶対好中球数が 80/ μ L だった。						
診断名： 前駆 B 細胞急性リンパ性白血病(BCP-ALL)						
症例要約 <p>【主訴】発熱、左上腕の挙上不良</p> <p>【現病歴】入院 10 日前から発熱と左上腕の挙上不良が出現した。入院 9 日目に前医を受診し、X 線写真で骨折はなく帰宅とされた。入院 3 日前から 38 度の発熱があり、左上腕挙上の不良が続いていたため入院当日に精査加療目的で前医に入院した。入院時に好中球減少も認めており、好中球減少に合併した左上腕化膿性骨髄炎と診断され抗菌薬加療を行なわれた。1 週間抗菌薬を継続しているにもかかわらず発熱および炎症反応高値が継続していた。入院 5 日目の上腕骨 X 線写真で上腕骨近位部の骨破壊が認められており、原因精査加療目的に当院へ紹介入院した。</p> <p>【入院時診察所見】体温 38.8 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 90 回/分、SpO₂ 98% (室内気)。眼瞼結膜蒼白あり、咽頭発赤なし、頸部リンパ節腫脹なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、肛門周囲に膿瘍なし、末梢冷感なし、左上肢を触られるのは嫌がる、紫斑なし。</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 1790/μL (Neu 18%, Lym 78%), Hb 7.1 g/dL, Hct 22.0%, Plt 9.6 万/μL, T.Bil 0.24 mg/dL, AST 17 U/L, ALT 6 U/L, LDH 192 U/L, BUN 9.0 mg/dL, Cre 0.4 mg/dL, 尿酸 2.2 mg/dL Na 134 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 104 mEq/L, CRP 8.44 mg/dL, PT-INR 1.13, APTT 31.0 秒, フィブリノーゲン 449 mg/dL, D ダイマー 1.3 μg/mL 赤血球沈降反応 100mm (60 分値) 上腕骨単純 X 線写真：左上腕骨近位に骨破壊、骨皮質の不連続性、骨髓の不均一な濃度上昇あり。骨幹部に骨膜反応あり、周囲軟部組織の腫脹あり。</p> <p>【鑑別疾患】急性骨髄性白血病、再生不良性貧血、ウイルス感染後の一過性骨髓抑制</p> <p>【入院後経過】入院時は左上腕骨髄炎が否定できないため、前医の抗菌薬治療に準じてタゾバクタム・ピペラシリンおよびバンコマイシンによる治療を継続した。抗菌薬に対する反応性が不良であること、発熱に加え当院の血液検査では汎血球減少が出現していることから血液腫瘍の可能性が考えられ血液腫瘍科医からご両親に説明した。診断の確定のために骨髓検査が必要であることをご両親に説明し、了承を得た。入院 6 日目に骨髓検査を行い、骨髓塗抹染色で低形成を認めた。フローサイトメトリの結果から前駆 B 細胞急性リンパ性白血病と診断した。左上腕骨の病変は骨髓炎よりも白血病の転移巣が強く考えられた。急性リンパ球性白血病に対する化学療法目的に血液腫瘍科に転科した。</p> <p>【家族への説明、指示】ご両親に血液腫瘍科医から前駆 B 細胞急性リンパ性白血病は小児の血液腫瘍で最も頻度の高い疾患であること、治療方法が進歩しており、7-8 割が寛解に至ることを説明した。長期間にわたる治療が必要となるが希望をもって治療を継続していけるように支援していくことを説明した。ご家族に病名、治療内容、治療期間について伝え、同意を得て治療を開始した。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	24	分野番号	8	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3279111		
受持期間	(西暦) 2020 年 4 月 14 日 ~ 2020 年 4 月 21 日					
受持時 患者年齢	5 歳		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
家族歴、妊娠・分娩歴、既往歴： 特記事項なし						
診断名： 免疫性血小板減少症紫斑病						
症例要約 【主訴】 紫斑、出血班 【現病歴】 入院 14 日前から上肢にあざが出現した。入院 7 日前に 37.0 度台の微熱と咽頭痛が出現した。入院 5 日前に保育園の先生から四肢のあざについて指摘があった。入院前日に近医を受診し、あざは紫斑と診断され、血液検査では血小板が 1.4 万/ μ L のため血小板減少性紫斑病として当院救急外来を紹介受診した。精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 36.7 度、呼吸数 24 回/分、心拍数 99 回/分、SpO ₂ 98% (室内気)。眼球結膜充血なし、口唇に出血斑あり、歯肉出血なし、咽頭発赤なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、腰部、臀部、左下腿、左前腕、右肩に紫斑あり。 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 11970/ μ L (Neu 69.0%, Lym 25.0%), Hb 12.2 g/dL, Hct 36.8%, Plt 7000/ μ L, T.Bil 0.48 mg/dL, AST 30 U/L, ALT 15 U/L, LDH 330 U/L, BUN 16.1 mg/dL, Cre 0.28 mg/dL, Na 141 mEq/L, K 4.1 mEq/L, Cl 110 mEq/L, CRP 0.04 mg/dL, PT-INR 0.94, APTT 33.0 秒 【鑑別疾患】 急性白血病、再生不良性貧血、ウイルス感染後の一過性骨髄抑制、Bernard-Soulier 症候群、溶血性尿毒症症候群 【入院後経過】 血小板 1 系統のみの減少であり、末梢血の目視では骨髄由来の細胞を認めなかったことから免疫性血小板減少症紫斑病と確定診断してその診断の根拠と治療においては、血小板減少が 1 万/ μ L 以下で、粘膜出血もあることから免疫グロブリンでの治療の必要性、有効性、また血漿分画製剤である本薬剤での未知のウイルス感染のリスクなどの副作用の説明などを十分に行い、同意を得た上で免疫グロブリン 1g/kg/dose で治療を開始した。頭蓋内出血のリスクなども考慮して、保護者、本人にもベット上でできるだけおとなしくするように説明して同意を得て、慎重に経過観察を行ったところ、入院 3 日目の血液検査で血小板が 6.4 万/ μ L、入院 7 日目の血液検査で血小板が 17.1 万/ μ L まで経時的に改善した。安静度も解除してからも、新規出血を示唆するような症状の出現もなく入院 8 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 本患児でのガンマグロブリン治療は奏功した経過であったが、一般的に小児期発症の ITP は 6 か月～1 年以内に自然寛解する例が多く、慢性化するのも約 25%であるとされ退院後も血小板数などのフォローは継続して行う必要があることを説明した。また特に退院後に今回と同様に紫斑や出血班などが明らかにまた出現してきた場合などには受診を早めるようにお伝えして、理解と同意を得た。退院後も再発の可能性があること、同症状が出現時は再診するよう両親に指導して了承を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	25	分野番号	8	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3359735		
受持期間	(西暦) 2020 年 11 月 13 日 ~ 2020 年 11 月 15 日					
受持時 患者年齢	6 か月 29 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
家族歴、妊娠・分娩歴、既往歴：特記事項なし 生活歴：入院数週間前から離乳食を開始した。元々は母乳もしくは人工乳栄養であった。						
診断名： 鉄欠乏性貧血、エンテロ/ライノウイルス感染症、リンパ濾胞増殖症						
症例要約 <p>【主訴】血便、哺乳不良</p> <p>【現病歴】入院 1 か月前に少量の血便が出現し、近医を受診した。経口第 3 世代セフェムを処方され、症状は改善するも内服終了した数日後に血便が再度出現した。前医で便培養を提出し、ホスホマイシン内服で加療された。入院前日の朝に少量の嘔吐が 3 回あり、以降母乳を飲みたがらないため前医を再診した。前医で浣腸を実施され、少量の粘血便があったため、腸重積疑いで当院救急外来を紹介受診した。腹部 X 線写真では腸管ガス分布に異常なく腸重積は否定的とされた。血液検査で Hb 8.8 g/dL と低値であり、血便症状、哺乳不良が遷延してるため精査加療を目的として入院した。</p> <p>【入院時診察所見】体温 36.9 度、呼吸数 40 回/分、心拍数 130 回/分、SpO₂ 99% (室内気)。眼瞼結膜蒼白なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし、末梢冷感なし</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 7800/μL (Neu 32.3%, Lym 53.8%), RBC 413 万/μL, Hb 8.8 g/dL, Hct 27.8%, Plt 37.6 万/μL, 網状赤血球 5.3 万/μL, MCV 67.3%, MCHC 21.4 pg, T.Bil 0.66 mg/dL, AST 30 U/L, ALT 21 U/L, LDH 229 U/L, BUN 5.6 mg/dL, Cre 0.21 mg/dL, Na 140 mEq/L, K 4.6 mEq/L, Cl 107 mEq/L, CRP 1.04 mg/dL 血清鉄 19 μg/dL, TIBC 445 μg/dL, UIBC 426 μg/dL, フェリチン 9.0 ng/mL</p> <p>Film Array 呼吸器パネル：エンテロ/ライノウイルス陽性</p> <p>腹部単純 X 線写真：腸管ガス拡張なし</p> <p>【鑑別疾患】鉄欠乏性貧血、サラセミア、巨赤芽球性貧血、慢性疾患にともなう貧血、Fanconi 貧血</p> <p>【入院後経過】赤血球 1 系統のみの減少であり、末梢血の目視では骨髓由来の細胞を認めなかったこと、小球性低色素性貧血であること、トランスフェリン飽和度が低値であることから鉄欠乏性貧血と確定診断してその診断の根拠と治療においては鉄剤の治療の必要性、有効性、また鉄剤内服の副作用の説明などを十分に行い、同意を得た上で 3 mg/kg/day で治療を開始した。血便の性状に関しては、便に線状に付着しており、少量であること、成長障害なく、炎症反応も軽度上昇からエンテロ/ライノウイルス感染に伴うリンパ濾胞増殖症と診断した。哺乳不良に関しては入院時は人工乳のみしか哺乳できなかったが、入院 3 日目には直母ができるまで改善したため、体調不良に伴う哺乳不良と診断し退院した。</p> <p>【家族への説明、指示】</p> <p>本患児では母乳栄養に伴い鉄欠乏性貧血になっていた可能性が高く、離乳食に移行することで改善することが多いが、鉄剤内服を開始して 2 週間後に外来でフェリチンなどのフォローは継続して行う必要があることを説明した。退院後も血便の症状および鉄欠乏性貧血の経過観察目的に当院外来で再診するよう両親に指導して了承を得た。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	26	分野番号	9	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3487962		
受持期間	(西暦) 2021 年 9 月 2 日 ~ 2021 年 9 月 8 日					
受持時 患者年齢	6 か月 24 日		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
家族歴、妊娠・分娩歴、既往歴： 特記事項なし						
診断名： 尿路感染症						
症例要約 【主訴】 発熱 【現病歴】 入院 5 日前の午後から 38.7 度の発熱が出現した。尿の異臭と 38 度台の発熱が持続するため、入院 3 日前に近医を受診し、上気道炎の診断で帰宅した。入院当日に 40 度近くの発熱が持続しているため、前医を受診し、尿検査で白血球反応と亜硝酸塩が陽性に加え、血液検査では炎症反応の上昇があるため尿路感染症として当院救急外来を紹介受診した。精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 37.3 度、呼吸数 34 回/分、心拍数 126 回/分、SpO ₂ 98% (室内気)。頭頸部：大泉門の膨隆および陥凹なし、眼球結膜充血なし、鼓膜の膨隆や発赤なし、咽頭発赤軽度あり 頸部リンパ節腫脹なし 胸部：肺音清、心音整、心雑音なし 腹部：平坦、軟、圧痛なし、肝腫大なし 背部：dimple なし 四肢：末梢冷感なし 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 21350/μL (Neu 39.7%, Lym 48.7%), Hb 10.9 g/dL, Hct 36.8%, Plt 31.5 万/μL, T.Bil 0.39 mg/dL, AST 32 U/L, ALT 19 U/L, LDH 296 U/L, BUN 5.3 mg/dL, Cre 0.20 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 4.4 mEq/L, Cl 103 mEq/L, CRP 4.98 mg/dL カテーテル尿検査：比重 1.009, 白血球反応 (3+), 亜硝酸塩 陰性, 白血球 30-49/HPF, 尿 Gram 染色で Gram 陰性桿菌 4+ 【鑑別疾患】 川崎病、髄膜炎、菌血症、急性上気道炎 【入院後経過】 発熱に加え尿の異臭があり、尿の白血球反応の上昇、尿の Gram 染色で Gram 陰性桿菌が検出されたことから尿路感染症と確定診断した。大腸菌やクレブシエラを想定してセフトキシム 200mg/kg/day で加療を開始した。入院 3 日目から解熱し、尿培養で抗菌薬感受性良好な大腸菌 (10 ⁶ cfu/mL) が判明した。抗菌薬の感受性結果を参考に入院 5 日目からセファレキシム 100mg/kg/day 内服に変更した。腹部超音波検査では腎泌尿器系の異常がないことを確認し、入院 7 日目に退院した。抗菌薬加療は合計 7 日間行った。 【家族への説明、指示】 尿路感染症の原因や治療、腎機能への影響についてご両親へ説明し、同意を得て治療を開始した。今回は初回の尿路感染症であり、腹部超音波検査で異常所見がないことから追加検査は行わないが、尿路感染症を繰り返す場合はさらなる精査が必要であることを説明し了承を得た。 【退院後経過と考察】 抗菌薬治療開始から解熱まで 48 時間ぐらい経過したことから急性巣状細菌性腎炎や腎膿瘍の可能性も考慮した。患児の全身状態は保たれており、バイタルサインの大きな異常もないこと、腹部超音波検査で腎血流の低下や膿瘍形成がないことから単純型尿路感染症と診断した。退院後は尿路感染症での再受診なく経過していた。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	27	分野番号	9	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3288960		
受持期間	(西暦) 2020 年 12 月 5 日 ~ 2020 年 12 月 12 日					
受持時 患者年齢	日 齢 24		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 38 週 2 日、出生体重 2101g で帝王切開で出生 既往歴：入院 11 日前に先天性サイトメガロウイルス感染症に対して精査加療目的で入院し、入院 8 日前からバルガンシクロビルを開始し、入院 6 日前に退院した。新生児マススクリーニング検査で特に異常なし。						
診断名： 高カリウム血症、先天性サイトメガロウイルス感染症						
症例要約 <p>【主訴】高カリウム血症</p> <p>【現病歴】在胎 38 週 2 日で当院にて 2101g で出生した。在胎不当過小児の原因検索の際に臍帯血のサイトメガロウイルス IgM が弱陽性、日 齢 3 で提出した尿中サイトメガロウイルス PCR が陽性となり先天性サイトメガロウイルス感染症と診断された。入院 11 日前に精査加療目的に入院し、入院 8 日前にバルガンシクロビルを 32mg/kg で内服治療を開始され、入院 6 日前に退院した。入院 3 日前の予定外来の血液検査で K 5.9 mEq/L まで上昇しており、入院 2 日前の再検査で K 6.2 mEq/L と高値であったため、夕方から内服を中止した。入院当日にモニター管理下での経過観察目的で入院した。</p> <p>【入院時診察所見】体温 37.2 度、呼吸数 38 回/分、心拍数 142 回/分、血圧 90/48 mmHg。全身状態良好、眼球結膜充血なし、口唇乾燥なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、肝脾腫なし、末梢冷感なし、浮腫なし。</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 8090/μL (Neu 15.5%, Lym 74.0%), Hb 12.4 g/dL, Hct 37.0%, Plt 42.3 万/μL, T.Bil 5.15 mg/dL, D.Bil 1.78 mg/dL, AST 32 U/L, ALT 14 U/L, LDH 248 U/L, BUN 7.2 mg/dL, Cre 0.25 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 6.1 mEq/L, Cl 104 mEq/L (静脈血液ガス) pH 7.302, pCO₂ 53.0 mmHg, HCO₃⁻ 25.4 mmol/L, Lactate 4.5 mmol/L 尿検査：pH 6.5, 尿中 Na 17 mEq/L, K 14.9 mEq/L, Cl 17 mEq/L 12 誘導心電図：心拍数 159/分、洞調律、P 波あり、T 波増高なし。</p> <p>【鑑別疾患】薬剤性、急性腎不全、4 型尿細管アシドーシス、有機酸代謝異常症、月齢に伴う腎排泄の未熟性、副腎不全</p> <p>【入院後経過】時系列からの検査データから、カリウム上昇の原因としてバルガンシクロビルによる薬剤性も否定できないため、中止した状態でモニター管理した。入院 2 日目で本人の全身状態が良好であること、心電図モニターでも明らかな異常波がないことを確認した。入院 3 日目で K 5.6 mEq/L に下がっていることを確認し、バルガンシクロビルを内服再開した。入院 6 日目の血液検査でも K の上昇なく、レニン、アルドステロンの低値は認めなかった。全身状態が良好で哺乳量も良好であることから入院 8 日目に退院し、外来で経過を見る方針とした。</p> <p>【家族への説明、指示】ご両親には高カリウム血症の原因として、これまでの報告としても極めて稀であるが、経過からはバルガンシクロビルによる薬剤性も完全に否定できないと考えていること説明した。高 K 血症が入院前より次第に目立つ傾向があるために慎重に心電図モニターによる観察や血液検査でフォローを行うことをお伝えし、了承を得た。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	28	分野番号	10	■入院症例 □外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3476545		
受持期間	(西暦) 2021 年 8 月 6 日 ~ 2020 年 8 月 12 日					
受持時 患者年齢	2 歳		患者性別	■男 □女		
周産期歴：在胎 39 週 0 日、出生体重 3020g、経膈分娩で出生。 既往歴：過去に 3 回単純型熱性けいれんの既往あり 家族歴：てんかん、熱性けいれんの家族歴なし						
診断名： 複雑型熱性けいれん						
症例要約 <p>【主訴】発熱、けいれん</p> <p>【現病歴】入院当日の 18 時半頃に 38℃の発熱が出現し、19 時頃には 39.2℃になった。19 時半にうつぶせで少量嘔吐があり、眼球を上転し、四肢を屈曲していた。近医を受診し、熱性けいれんと診断され、19 時 35 分頃にジアゼパム座薬を挿肛されたが、その後も手足を伸展させて意識がない状態だった。救急車を要請され、当院救急外来を受診する頃には意識は改善しているも目線は合わなかった。意識障害の遷延もあるため、複雑型熱性けいれんと診断され、経過観察目的に同日入院となった。</p> <p>【入院時診察所見】体温 38.6 度、呼吸数 30 回/分、心拍数 170 回/分、SpO₂ 96% (室内気)。GCS E4V4M6、瞳孔 4.0mm/4.0mm で対光反射両側迅速、眼球結膜充血なし、咽頭発赤あり、項部硬直なし、肺音清、心音整、心雑音なし、腹部平坦、軟、圧痛なし、末梢冷感なし</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 28680/μL (Neu 88.8%, Lym 6.6%), Hb 11.5 g/dL, Hct 36.9%, Plt 47.6 万/μL, T.Bil 0.33 mg/dL, AST 33 U/L, ALT 16 U/L, LDH 370 U/L, BUN 14.6 mg/dL, Cre 0.28 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 103 mEq/L, CRP 0.37 mg/dL, NH₃ 46 μg/dL (静脈血液ガス) pH 7.363, pCO₂ 38.9 mmHg, HCO₃⁻ 21.6 mmol/L, Lactate 2.0 mmol/L</p> <p>尿検査：比重 1.009, 白血球反応 陰性 亜硝酸塩 陰性, 白血球 1 未満/HPF 頭部 CT 検査：脳実質に明らかな病変なし、皮髄境界は明瞭、脳室拡大なし。髄液検査：細胞数 <1/μL, 髄液蛋白定量 18.7 mg/dL, 髄液糖定量 120 mg/dL, グラム染色陰性</p> <p>【鑑別疾患】髄膜炎、脳炎、脳症、頭蓋内病変、低血糖、Dravet 症候群</p> <p>【入院後経過】血液検査、尿検査、髄液検査からは重症細菌感染を示唆する所見はなく、ウイルス性上気道炎として抗菌薬を投与せずに経過をみる方針とした。急性二相性脳症の予防として当院で行われているプロトコールに従いビタミン B₁ 100mg/day、ビタミン B₆ 12mg/kg/day、カルニチン 30mg/kg/day を開始した。入院時は座位の保持も困難であったが、徐々に歩行もできるようになった。入院 2 日目には解熱しており、けいれんや意識変容はなく経過しており、複雑型熱性けいれんと診断した。全身状態が良好であり、意識状態が良好であることを確認し、入院 6 日目に退院した。</p> <p>【家族への説明、指示】ご両親にけいれん重積後の数日後に急性二相性脳症に移行する可能性があることを説明した。現在予防方法は確立しているとは言えないが、当院ではこれまでも急性二相性脳症の予防目的にビタミン投与の治療を行っており、一定の予防効果と副作用もないことを確認して報告もしていることを説明し、治療することの同意を得た。今回持続時間が 15 分以上の遷延性発作であったため、ジアゼパム座薬の予防投与の適応について説明し、了承を得た。また退院 2 週間後に当院小児神経科の外来で粗大運動、発語の退行がないことを確認した。近医での経過観察を行っていく方針を説明し、了承を得た。</p>						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	29	分野番号	10	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3172716		
受持期間	(西暦) 2019 年 7 月 29 日 ~ 2019 年 8 月 2 日					
受持時 患者年齢	日 齢 19		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
母体情報：在胎 40 週 0 日、出生体重 3748g、吸引分娩で出生した。 母体感染症：なし 感染接触歴：姉に鼻汁の症状があった。						
診断名： ウイルス性髄膜炎						
症例要約 【主訴】 発熱 【現病歴】 入院前日から寝つきが悪く、哺乳量も普段より少なかった。入院当日の朝から 38 度台の発熱があり、近医を受診し、新生児発熱として当院救急外来を紹介受診した。尿検査では膿尿および細菌尿はなく、髄液検査で細胞数の上昇があるため、髄膜炎として精査加療目的に同日入院した。 【入院時診察所見】 体温 38.7 度、呼吸数 60 回/分、心拍数 140 回/分、SpO ₂ 97% (室内気)。 活気あり、頭頸部：大泉門の膨隆および陥凹なし、眼球結膜充血なし、鼓膜の膨隆や発赤なし、咽頭発赤なし 頸部リンパ節腫脹なし 胸部：肺音清、心音整、心雑音なし 腹部：平坦、軟 四肢：末梢冷感軽度あり 【入院時検査所見】 血液検査：WBC 8030/μL (Neu 41.0%, Lym 51.0%), Hb 14.3 g/dL, Hct 43.0%, Plt 31.5 万/μL, T.Bil 3.46 mg/dL, AST 33 U/L, ALT 12 U/L, LDH 408 U/L, BUN 8.8 mg/dL, Cre 0.26 mg/dL, Na 135 mEq/L, K 5.7 mEq/L, Cl 104 mEq/L, CRP 0.02 mg/dL カテーテル尿検査：比重 1.002, 白血球反応 陰性, 亜硝酸塩 陰性, 白血球 1 未満/HPF, 尿 Gram 染色陰性 髄液検査：細胞数 150/μL (単核球 120/μL, 多核球 30/μL), 蛋白 75.6 mg/dL, 糖 34 mg/dL, Gram 染色陰性 【鑑別疾患】 細菌性髄膜炎 (肺炎球菌、インフルエンザ桿菌、大腸菌、B 群溶血性連鎖球菌)、ヘルペス脳炎、上気道炎、肺炎、尿路感染症 【入院後経過】 発熱に加え髄液検査で単核球優位の細胞数上昇があり、髄液の Gram 染色は陰性であることから無菌性髄膜炎が最も考えられたが、年齢的に意識障害の有無の判断が容易でないことから細菌性髄膜炎やヘルペス脳炎も否定できないと判断してアンピシリン 300mg/kg/day、セフトキシム 200mg/kg/day、アシクロビル 60mg/kg/day で加療を開始した。入院 2 日目には解熱し、哺乳も良好であった。髄液培養は陰性であったが、髄液 PCR 検査でエンテロウイルスが検出された。抗菌薬と抗ウイルス薬を中止し、再発熱なく全身状態が良好であることを確認し、入院 5 日目に退院した。 【家族への説明、指示】 細菌やヘルペスウイルスによる中枢神経感染症の可能性を考慮し、抗菌薬、抗ウイルス薬を使用しながら入院加療を行うことを説明し、理解と同意を得た。エンテロウイルスが検出された際にはウイルス性髄膜炎では通常は神経学的後遺症を残すことはないと言われるもの、退院後も哺乳や全身状態が良好であることを確認し、経過を確認することを説明して同意を得た。						

小児科専門医 申請用症例要約

症例番号	30	分野番号	10	<input checked="" type="checkbox"/> 入院症例 <input type="checkbox"/> 外来症例		転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 増悪 <input type="checkbox"/> 死亡
受験者氏名	二木 良平		患者 ID	3298329		
受持期間	(西暦) 2020 年 9 月 15 日 ~ 2020 年 9 月 15 日					
受持時 患者年齢	7 か月 2 日		患者性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
周産期歴：在胎 41 週 1 日、出生体重 3590g、経膈分娩で出生 既往歴：乳児内斜視						
診断名： 水頭症、髄芽腫						
症例要約 <p>【主訴】頭囲拡大</p> <p>【現病歴】入院 3 か月前に乳児内斜視、両遠視性乱視が疑われ、精査目的に当院眼科へ紹介されていた。同時期の 4 か月健診で定額の遅れが指摘され、頭囲が 42cm (+1.0 SD) と拡大していた。入院 2 か月前には定額があるも入院前日の 7 か月健診で頭囲が 52cm (+2.0 SD 以上) と拡大しており、定額ができなくなっていたため、近医を受診した。頭囲拡大および定額の退行があるため、当院外来へ紹介され、水頭症の疑いで精査加療目的に入院した。</p> <p>【入院時診察所見】身長 72.5cm (+2.0 SD)、体重 10.05kg (+2.0 SD) 頭囲 52cm (+2.0 SD 以上) 体温 36.9 度、呼吸数 28 回/分、心拍数 132 回/分、SpO₂ 100% (室内気)、血圧 88/46 mmHg。GCS E4V5M6、大泉門の膨隆あり、頭皮静脈怒張あり、眼球結膜充血なし、咽頭発赤なし、心音整、心雑音なし、腹部やや膨満、軟、腫瘤を触知せず、末梢冷感なし。瞳孔 3.0mm/3.0mm で対光反射両側迅速、落葉現象あり。両上下肢の粗大な動きの左右差なく、麻痺なし。</p> <p>【入院時検査所見】血液検査：WBC 9760/μL (Neu 27.0%, Lym 67.0%), Hb 13.2 g/dL, Hct 39.6%, Plt 52.4 万/μL, T.Bil 0.21 mg/dL, AST 37 U/L, ALT 18 U/L, LDH 269 U/L, BUN 7.9 mg/dL, Cre 0.24 mg/dL, Na 137 mEq/L, K 4.7 mEq/L, Cl 105 mEq/L, CRP 0.02 mg/dL</p> <p>頭部 CT 検査：第三脳室、側脳室の著名な拡大あり、大脳実質の菲薄化と白質の低吸収あり、後頭蓋窩の正中に境界不明瞭な腫瘤あり。第 4 脳室は腫瘍により狭小化し、脳幹部は前方に圧排あり。</p> <p>【鑑別疾患】ソトス症候群、硬膜下血腫、巨脳症</p> <p>【入院後経過】</p> <p>身体所見からも頭蓋内圧亢進症を示唆する所見があり、頭部 CT 検査で後頭蓋窩の脳腫瘍に伴う水頭症と診断された。また緊急に撮像した頭部 MRI 検査でも水頭症および小脳腫瘍が疑われた。グリセオール、デカドロン、ナトリウム管理、頭部挙上による体位管理を行い、Cushing 徴候を示唆する所見はなかった。入院 7 日目に脳外科による開頭腫瘍摘出術および脳室体外ドレナージ術を行ない、病理結果から髄芽腫 WHO grade IV と診断された。入院 9 日目に化学療法目的に血液腫瘍科に転科となった。</p> <p>【家族への説明、指示】</p> <p>頭囲拡大および定額の遅れの原因として水頭症が考えられ、水頭症の背景として脳腫瘍の可能性があるので頭部 CT 検査や髄液検査の必要性があることを説明し、検査の了承を得た。血液腫瘍科から家族へ水頭症の原因としての脳腫瘍が髄芽腫であることを告知し、化学療法による加療が必要であることを説明し、治療に対する了承を得た。</p>						