

演題名：呼吸器疾患領域の聴診・打診による診断、そして治療

演 者：滋賀医科大学 呼吸循環器内科 講師 長尾 大志 先生

症状・症候・身体所見から、その特徴・特異性を理解しておけば、診察を戦略的に行うことが可能であると、症例を提示しながら講演された。

症例 1、50 歳代男性。突然苦しみだした（胸痛、呼吸困難）。意識あり、血圧 90 mm Hg 以下。頸静脈怒張、左：胸郭膨隆、鼓音、呼吸音減弱、⇒左緊張性気胸。症例 2、90 歳代女性、高血圧治療中。5 日前からの発熱（38℃）、セフェム系薬投与も効果なし。酸素飽和度 90%。左呼吸音減弱、水泡音（coarse crackles）聴取。WBC5300、CRP56.5、PaCO<sub>2</sub> 26.9、左下葉肺炎。⇒誤嚥性肺炎。抗生剤の選択について。セフェム系は吸収が悪く肺炎には推奨されない。かえって、腸内菌叢に影響。外来での第一選択は、ペニシリン経口薬。その後、打診・聴診の仕方、呼吸音の説明があった。ラ音（複雑音）では、連続性ラ音では、高調性のものは wheezes（笛声音）末梢の細気管支、喘息が代表。低調性のものは rhonchi（類鼾音）中枢の気管支、腫瘍や硬い痰の付着。実際には明瞭に区別するのは難しい。また、吸気時に頸部～口腔で吸気時に聞かれるものを stridor といい、日本語で喘鳴となる。しかし、実際は stridor, wheeze, rhonchi の三つとも意味しており日本語での区別は困難である。断続性ラ音では、粗雑なものは、coarse crackles,水泡音、空気が通過するときに、分泌物が震える時に出る。細かいものは、fine crackles,念髪音・ベルクロラ音、しなやかさが失われた肺胞・気道が吸気の終りのほうで開くことで出、下肺、肺底部で聴取する。呼吸音の異常について、減弱の有無、ラ音の性状、吸気時か呼気時か、またそれらを聴取する部位・部位が一か所か複数個所か（単音性か多音性か）を確認する。喘息の増悪（喘鳴）を考える時、Johnson の wheeze 分類、吸気時間の長さ、高調か否か、短音性か多音性か、吸気時か呼気か、聴取する部位に留意して聴診を行う。症例 3、70 歳代男性。最近、会談や坂道で息切れ、咳・痰あり感冒時増悪。追加情報、喫煙、30 本 40 年、息切れは労作時のみ。やせ型、呼吸音減弱、身体所見、樽状胸郭、呼吸数増加、口すぼめ呼吸、一秒率 70%未満、胸 X 線 横隔膜の低位・平低化、滴状心。⇒COPD。症例 4、70 歳代男性、主訴 喘鳴。一昨年の感冒罹患以来、呼気時にひーひーという音が聞こえる。近医よりのアドエア効果なし。近医で投薬、呼気時 rhonchi、下腿浮腫軽度あり、近医の投薬、心房細動用の薬剤投与あり。肺機能では閉塞性障害あり、心エコー施行⇒心不全。既往に注意。心不全、冠動脈疾患、高血圧、糖尿病、心房細動。胸部 X 線所は、真拡大、バタフライ陰影、線状影（カーリーの B ライン）が多い。上葉の血管陰影が太くなる、両側胸水、両側スリガラス～浸潤影。症例 5、70 歳代、男性。主訴、咳、呼吸困難、喘鳴。2 か月前くらいから発症、悪化した。近医で吸入ステロイド処方も効果なし。聴診にて、中枢に吸気、呼気ともに連続性ラ音を聴取。肺機能上 PF の低下（FV カーブの平低下）あり、胸 X 線 気管支基部の狭窄あり。気管支鏡にて、気管分岐部の小細胞肺がんと診断。