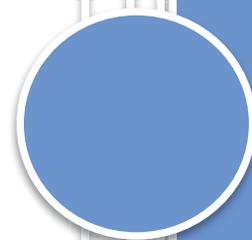


病歴要約 評価の手引き

J-OSLER 版

一般社団法人 日本内科学会

2017/11/15



◆目次◆

1. 病歴要約評価の位置付けとその目的 【1頁】
2. 病歴要約作成と評価の理念 【2頁】
3. 病歴要約 新制度のポイント 【3頁】
4. 内科専攻研修において求められる「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」について 【4、5頁】
5. 日本内科学会 資格認定試験 病歴要約における個人情報の取り扱いについて 【6頁】
6. 病歴要約を作成する上でのチェックポイント 【7～9頁】
7. 評価項目 【10、11頁】
8. ①プログラム内での担当指導医による評価について 【12、13頁】
②プログラム外での査読委員による二次評価について【14頁】
9. 病歴要約作成サンプル
循環器【16～19頁】 腎臓【20～23頁】 血液【24～27頁】 神経【28～31頁】
膠原病【32～35頁】 病院外来【36～38頁】 診療所外来【40、41頁】
地域医療【42～45頁】

病歴要約評価の位置付けとその目的

■位置付け■

日本内科学会内科専門医資格認定試験においては、受験資格の一つとして、経験した一定数の症例の病歴要約の提出を求め、それが承認された場合、次の MCQ 試験受験に進むことができる。

■目的■

- ① 受験者が一定の研修期間中に担当医としてどのような症例を経験し、その患者をどのように診断し治療したかの過程と、その症例を通じて何を学んだかを評価する。
- ② 内科医に求められる重要な資質とは、疾患の診断や治療のみならず、患者を一人の人間として付き合い合うことでもあり、出会いから退院、あるいはその後にいるまでの長いかかわりが重要であり、病歴要約を詳細に査読することによってその資質を評価する。
- ③ 専門分野や関心領域が同じでない評価者に、記載の学問的なレベルや詳細さについて、厳密な評価は困難を伴うと思われる。従って病歴要約評価においては、どのくらい専門分野的に優秀かの評価ではなく、内科専門医として相応しい達成すべきレベルに至るように促す形成的評価を行う。

病歴要約作成と評価の理念

- ◆ 病歴要約はただ単に症例の記録(退院時要約そのもの)ではなく、初診時から退院、あるいは外来での経過観察時におけるかかわりの描写と、疾患に対する科学的なアプローチの方法論や、その患者との人としての関わり、そしてその患者から何が学び取られたかの考察を明示しなければならない。
- ◆ その患者の初診から入院に至るまでの経緯や診断、治療内容さらには未解決課題などが、退院後あるいは外来で経過観察していく中で他の担当医にも伝わるような病歴要約の作成を心がけるべきである。
- ◆ 各自がそれぞれの subspecialty において研修した代表的な症例、即ち、診断や治療に難渋した症例、あるいは教訓を得た症例を提示するなど研修の様子や姿勢が浮き彫りになるような配慮も求める。
- ◆ その疾病についての診療能力を示すものは、病歴要約上ではどのような情報をもとに、どのように診断・治療して、どのような転帰になったかが明瞭に記載されているかどうかにかかっている。また、初診時あるいは入院時の所見、検査も全てを網羅的に記載する必要はない。基本的、必須項目が(否定要件も含めて)選択され、記載されているかどうか問われる。
- ◆ どのような症例でも同一の様式で、指定された一定のスペースの中に記載することが求められる。また、それぞれの病態について、必要十分な情報が論理的に、且つ正確に記載されていて、第三者が一読することで、その症例を理解できるかどうか最も重要であり、このことが評価の対象となる。そのためには subspecialty の知識を十分に有していて、その上で患者の病態の全体像を捉えられているか、医療の継続性に配慮しているか、などが問われる。
- ◆ 診療に取り組んでいる態度がどれだけ濃密に描かれているかで評価されるが、ただ仔細なデータが書いてあれば良いというものではない。生活社会歴やパーソナリティ、患者の個々の事情など、全人的な視点で俯瞰しながら、優先順位をどうつけ、問題解決していったかについての記述を加えることも重要である。

病歴要約 新制度のポイント

《現制度とJ-OSLERを使用した新制度との相違(改善)点について》

○形成的評価○

受験資格の一つとして、経験した一定数の症例の病歴要約の提出を求め、それが承認された場合、次のMCQ試験受験に進むことができます。

※現制度では、合否判定基準の1つに含まれております。

○担当指導医による病歴要約評価○

J-OSLERを通して、内科指導医(担当指導医)が専攻医を全面的に指導(評価)することになります。

※現制度では、病歴要約に署名・捺印することができるのは、大学病院では内科学講座の教授、一般教育(関連)病院では教育責任者のみとなっております。

出願の締切日が近くなりますと、教育責任者欄への署名・捺印を求めて、当該教授(教育責任者)のもとへ出願者が集中し、病歴要約の中身(内容)まで確認できない(その時間的余裕がない)との話を伺いました。

逆に、病歴要約評価委員の先生方からは、『誤字・脱字やスペルミスなど、一度でも読み返せば気付くような点をそのまま放置した病歴要約が提出されており、責任者が病歴要約の中身(内容)を確認されていない』ことに対してご指摘をいただいている状況です。

○病歴要約の提出内容の見直し(外来症例の評価)○

全て異なる疾患群での提出が必要となりますが、外来症例による病歴要約の提出を7例まで認めます。

※現制度では、救急症例や剖検症例などでの例外を除いて、入院症例が原則となっており、内科外来から直接外科に転科した症例などは認められておりません。

○J-OSLERをツールとして用いることによるフォーマットの整備○

POS(Problem Oriented System)方式による病歴要約作成を求めます。

※現制度では、POS方式以外の記載様式も認めておりましたが、J-OSLERの始動に合わせて、現制度の2018年度の試験よりPOS方式のみとさせていただきます。

内科専攻研修において求められる「疾患群」、「症例数」、「病歴提出数」について

	内 容	専攻医 3 年修了時 (カリキュ ラムに示す 疾患群)	専攻医 3 年修了時 (修了要件)	専攻医 2 年修了時 (経験目標)	専攻医 1 年修了時 (経験目標)	※5 病歴要約 提出数
分 野	総合内科 I (一般)	1	※2 1	1		2
	総合内科 II (高齢者)	1	※2 1	1		
	総合内科 III (腫瘍)	1	※2 1	1		
	消化器	9	※1 ※2 5 以上	※1 5 以上		※1 3
	循環器	10	※2 5 以上	5 以上		3
	内分泌	4	※2 2 以上	2 以上		※4 3
	代 謝	5	※2 3 以上	3 以上		
	腎 臓	7	※2 4 以上	4 以上		2
	呼吸器	8	※2 4 以上	4 以上		3
	血 液	3	※2 2 以上	2 以上		2
	神 経	9	※2 5 以上	5 以上		2
	アレルギー	2	※2 1 以上	1 以上		1
	膠原病	2	※2 1 以上	1 以上		1
	感染症	4	※2 2 以上	2 以上		2
	救 急	4	※2 4	4		2
外科紹介症例						2
剖検症例						1

※5 合 計	70 疾患 群	56 疾患 群(任意 選択含 む)	45 疾患 群(任意 選択含 む)	20 疾患 群	29 症例 (外来は 最大 7) ※3
※5 症例数	200 以上 (外来は 最大 20)	160 以上 (外来は 最大 16)	120 以上	60 以上	

※1 消化器分野では「疾患群」の経験と「病歴要約」の提出のそれぞれにおいて、「消化管」、「肝臓」、「胆・膵」が含まれること。

※2 修了要件に示した分野の合計は 41 疾患群だが、他に異なる 15 疾患群の経験を加えて、合計 56 疾患群以上の経験とする。

※3 外来症例による病歴要約の提出を 7 例まで認める。(全て異なる疾患群での提出が必要)

※4 「内分泌」と「代謝」からはそれぞれ 1 症例ずつ以上の病歴要約を提出する。 例)
「内分泌」2 例+「代謝」1 例 or 「内分泌」1 例+「代謝」2 例

※5 初期臨床研修時の症例は、例外的に各専攻医プログラムの委員会が認める内容に限り、その登録が認められる。

《参 考》: 内科領域 初期研修の症例取り扱いについて

◆以下の条件を満たすもの限り、その取り扱いを認める。

1. 日本内科学会指導医が直接指導をした症例であること。
2. 主たる担当医師としての症例であること。
3. 直接指導を行った日本内科学会指導医が内科領域専門医としての経験症例とすることの承認が得られること。
4. 内科領域の専攻研修プログラムの統括責任者の承認が得られること。
5. 内科領域の専攻研修で必要とされる修了要件 160 症例のうち 1/2 に相当する 80 症例を上限とすること。病歴要約への適用も 1/2 に相当する 14 症例を上限とすること。

日本内科学会 資格認定試験

病歴要約における個人情報の取り扱いについて

平成 29 年 5 月 30 日より改正個人情報保護法が施行されたことに伴い、ご不安をお持ちかもしれません。これを受け、平成 29 年 10 月 25 日付で一般社団法人 日本医学会連合から通知されました文書では、『各学会が行う専門医のデータベースの場合も含め学術研究の用に供する場合は、改正個人情報保護法においても、従前の規定の通り第三者提供の制限等の同法第 4 章の規定の適用が除外されることについては、個人情報保護委員会事務局と確認済みである』と記載されております。

日本内科学会は資格認定試験を始め、各種学会活動におきまして個人情報の取り扱いをこれまでどおり配慮しながら取り組んでいくこととしております。当局との確認のもと、本会資格認定試験における受験書類の提出(病歴要約の作成)にあたっては、下記のとおり、これまでと同様にご対応の程、宜しくお願いいたします。

《本会 資格認定試験 出願書類における患者個人情報の保護について》

※患者個人情報への配慮が欠けている病歴要約については、**Revision** といたします。

◆患者氏名(イニシアル)・生年月日・住所・連絡先等は記載しない。また、患者個人情報に繋がる紹介元(先)病院(医師)名の記載は避けて『近医』などと記載する。

●患者 ID は照合のため施設の ID としますが、施設で責任を持って管理する限りにおいては連結可能な独自の ID を用いても構いません。

変換された患者 ID コード表は、貴病院長の責任の下、教育責任者および診療記録管理室で確実に保管していただき、本会からの問合せに応じて照合できるようにしていただきますようお願いいたします。

病歴要約を査読し評価する委員の先生方に対して、くれぐれも Web 上での個人情報データ(専攻医および患者)流出をきたさぬように注意を徹底いたします。

引き続きご理解の程よろしくお願い申し上げます。

病歴要約を作成する上でのチェックポイント

◆記述様式◆

POS (Problem Oriented System) 方式の病歴要約を作成する。

◆タイトル◆

その内容を端的に表したタイトルを記載する。

※例：るいそうと発作性の股関節痛から想起できた閉鎖孔ヘルニアの一例

◆患者情報(ID、年齢、性別)、提出分野名、医療機関名、入・退院日、受持期間、転帰、フォローアップを記載する◆

※患者を特定できるような氏名、イニシアル、生年月日、居住地は記載しない。

※患者 ID は照合のため施設の ID とするが、施設で責任をもって管理する限りにおいては連結可能な独自の ID を用いても構わない。

◆確定診断名◆

- ・略語は用いない。
- ・入院中(あるいは外来通院中)の重症度・重要性に従い、主病名を 1 に記載する。
- ・2 以下に副病名、合併症を主要なものに限り記載する。

◆病歴◆

- ・主病名について記載する。
- ・その他の主・副病名や合併症などすべての病気の経緯も簡潔に言及する。
- ・既往歴、家族歴、生活歴等は全てを記載する必要はない。
- ・プロフィールや職業が重要な場合は記載する。

※患者個人情報に繋がる紹介元(先)病院(医師)名の記載は避けてください。(「近医」などと記載すること)

◆入院時現症(外来診察時現症)◆

不必要なものは減らして、要領よくまとめる。

◆検査所見◆

ルーチンの記載についてはすべてを羅列する必要はない。(一般には肝機能正常という表現でも良い)。しかし、その疾患で異常になり得るデータ、注目すべき正常値、特殊検査は然るべく記載する。(例えば LD 等が重視される血液疾患等ではその検査値を記載する)。

※一般的な略語は使用してよい。

◆画像診断◆

経過図、検査等一覧表は必要に応じて挿入してよいが、それが症例の理解に役立ち、明瞭に読み取れるものに限る。

◆プロブレムリスト◆

プロブレムリストに挙げられるプロブレムとは、診断名ではなく患者を診察していく上で問題となる項目のリストである。従って、初診時に得られる、問診での問題点、臨床症状、診察所見、検査値の異常などからリストアップされるべきものである。

※予め診断がついている項目(病名)も主病名として取り扱った疾患と関連のある場合はプロブレムとして挙げても良い。

◆入院後経過(外来診療中の経過)と考察◆

特殊検査等を含む診断とその根拠、治療とそのエビデンスおよび転帰について記載する。

考察は主病名を中心にその重症度、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論する。

※【入院後経過】と【考察】はそれぞれをプロブレム、病名毎に独立して記載するか、あるいは併せて記載するか、いずれの様式でも構わない。

※ 外科紹介症例については手術所見を含めて考察すること。また、剖検症例については剖検所見を含めて考察すること。

◆文 献◆

EBM を重視し、症例に適した原著論文、ガイドライン、レビューなどを引用し、必ず文中に記載する。

※全国の図書館で閲覧できるような公的機関の医学雑誌ないしは学術図書に掲載されたものからの引用に限る。

引用形式: (Abe S. JAMA 1997;278:485) (工藤翔二. 日内会誌 2006;95:564)

※web 媒体からの引用について:「Up To Date」等、医療情報源や各学会、厚生科学研究班等から出されたガイドライン等、出典がオーソライズされたものとする。

引用形式: 例(●●学会編:●●ガイドライン. ●●学会 HP)

◆退院時処方(最終診察時の処方)◆

薬剤名は一般名で記載する。なお、一般名の後に括弧書きで商品名を記載してもよい。

◆総合考察◆

主病名を中心にその重症度、副病名との関連について言及し、診断および治療法選択における妥当性を簡潔に議論する。さらに最後には患者を全人的に捉えた『総合考察』を必ず記載する。そこではプロブレム間の考察や社会的・心理的側面についても言及されていることが望ましい。

※総合考察では、単に症例の感想を述べるのではなく、症例を客観的に評価することができるかどうかの評価される。

評価項目

1. 基本的記載(評価の比率:20/100)

◆病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか。(項目は脱落していないか)

※記述項目や記述順、あるいは参考文献の引用、さらには略号の使用などには「病歴要約作成の手引き」に示されているように一定の取り決めがあります。これらに逸脱する場合も減点対象となります。

◆記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の間違い、文章表現の誤りなどはないか。(1項目1点減点、20点まで)

※文字の誤変換、誤字・脱字、スペルミスなどのケアレスミスは第三者に評価を受けようとする受験者の姿勢としても問題であり、減点対象になります。

◆医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。

◆患者個人情報(氏名・生年月日・住所・連絡先等)や紹介元(先)病院(医師)名を消去しているか。(不適切な箇所が見つかった場合は Revision)

◆病歴要約が PDF 版の A4 2 ページに収まり、かつ紙面(PDF 版)の 80%以上を埋められているか。

2. 症例選択の適切さ(評価の比率:25/100)

◆提出分野の主病名であるか。(副傷病名は認めない)

3. 診断プロセスは適切か(評価の比率:15/100)

◆現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。

◆経過、身体診察の記載は充分であるか。

◆診断に必要な検査の記載は充分であるか。

◆診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。

◆鑑別診断については十分記載されているか。

◆診断名が適切であるか。(十分な科学的根拠が提示されて、それに基づいた適切な診断病名が記載されているか)

4. 治療法は適切か(評価の比率:15/100)

- ◆ 治療薬は一般名で記載しているか。(商品名のみの記載は認めない)
- ◆ 診断名に対して適切な治療法であるか.
- ◆ 入院後の経過(外来症例の場合は、外来受診毎の経過)が正しく記載されているか.
- ◆ 主病名の治療について記載が充分であるか.
- ◆ 全体的な流れとして妥当な治療か.

5. 十分に考察されているか(評価の比率:15/100)

- ◆ EBM(診断と治療の根拠)を重視しているか.
- ◆ 適切な文献を引用しているか.
- ◆ 考察の長さは妥当であり、且つ、論理的であるか.

6. 倫理的妥当性(倫理的配慮)(評価の比率:10/100)

- ◆ 患者の人権を尊重しているか.
- ◆ 患者の事情、希望に配慮しているか.
- ◆ 患者の社会的心理的背景を考慮しているか.
- ◆ 患者を全人的視野で診療しているか.

① プログラム内での担当指導医による評価について

J-OSLER では病歴要約の評価に当たって、【現病歴】、【主な入院時現症】、【主要な検査所見】など、項目毎にコメントができるようになっております。必要に応じてコメントしていただき、形式的評価に繋げていけるようご理解・ご協力の程、宜しくお願いいたします。

なお、病歴を評価していただく上で、項目単位ではなく、病歴要約全体としての重要なポイントは下記の 6 つとなります。これは、現在の病歴要約作成の手引きにも記載されている内容となっております。

施設内での一次評価では、提出症例毎に、次記 評価項目 1～6 の全てが満たされていることをチェックしていただくようになります。満たされていない点については、当該専攻医に対して適切なフィードバックをお願いいたします。

(以下抜粋 ※詳細は評価項目のページをご参照ください)

1. 基本的記載

(記載に際して誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、単位の違い、文章表現の誤り等はないか 等)

2. 症例選択の適切さ

(提出分野の主病名であるか。(副傷病名は認めない))

3. 診断プロセスは適切か

(現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか 等)

4. 治療法は適切か

(診断名に対して適切な治療法であるか 等)

5. 十分に考察されているか

(EBM (診断と治療の根拠)を重視しているか 等)

6. 倫理的妥当性(倫理的配慮)

(患者の人権を尊重しているか 等)

Windows Explorer: C:\Users\NAIKA28\Desktop\SM030301_病歴要約情報評価・決裁結果登録*病歴要約評価

J-OSLER 指導医 花子 様
 前回ログイン日時: 2017/07/01 12:12:12
 セッションタイムアウトまで残り: 45分 (目安)

病歴要約 評価

STEP1 評価 STEP2 **チェックリスト** STEP3 確認 STEP4 完了

チェック項目を満たしているか確認のうえ、「OK」にチェックしてください。
 よろしければ「確認画面へ」をクリックしてください。

チェック項目			
1. 基本的記載	①病歴要約の記述が本作成の手引きに従っているか(項目は脱落していないか)。	——	<input type="checkbox"/> OK
	②記載に際して、誤字・脱字、検査データ等の転記ミス、文章表現の誤りなどはないか。	——	
	③医学的不整合性、基本的誤りまたは不備などはないか。	——	
2. 症例選択の適切さとバランス	①提出分野の主病名であるか。(副病名は認めない。)	——	<input type="checkbox"/> OK
	②現病歴に関する聴取は陰性所見も含めて十分記載されているか。	例示する	
3. 診断プロセスは適切か	②経過、身体診察の記載は充分であるか。	例示する	<input type="checkbox"/> OK
	③診断に必要な検査の記載は充分であるか。	例示する	
	④診断に必要な画像所見の記載は充分であるか。	例示する	
	⑤鑑別診断については十分記載されているか。	例示する	
	⑥診断名が適切であるか。	例示する	
		例示する	

ここにチェックしていただくようになります。

『例示する』をクリックすると...



	悪い例 before	良い例 after
血液	<p>現病歴</p> <p>2016年7月に左頸部の主張に気が付き、かかりつけ医を受診したが、原因不明で経過観察となったが、その後も頸部腫脹は増大したため精査目的で9月1日当院内科を受診した。9月10日に当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節生検施行し組織診断で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。9月20日に精査加療目的で入院した。</p>	<p>現病歴</p> <p>2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気が付き近医を受診したが、原因不明で経過観察となった。しかし、その後頸部腫脹は徐々に鶏卵大まで増大したため精査目的に9月1日当院内科を受診した。頸部および胸腹部造影CTにて左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫大と右上縦隔、両側肺門部、腸間膜に2 cmまでのリンパ節腫脹を認め、9月7日に施行したPET-CT検査でこれらに一致して異常集積を認めた。耳鼻咽喉科にて9月10日に左頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断され、9月20日に化学療法目的で入院した。経過中他の症状はなく、体重減少、発熱、盗汗なども認めていない。</p>

② プログラム外での査読委員による二次評価について

まず提出症例が規定の分野に則っているかを確認してください。もしも提出症例がある特定の分野に偏っている場合には、当該専攻医に対して提出症例の再考を促すようお願いいたします。

二次評価では次記 6 つの評価項目の点数を参考にし、Accept、Revision、Reject の 3 段階で症例毎に評価するようになります。

全 29 症例の評価終了後、当該専攻医に対して評価の内訳 (Accept、Revision、Reject) をメールで通知していただくようになります。

※Revision (リミットは 3 回) とする例について※

- ・評価項目を総合的に判断して Accept 基準を満たしていない。
- ・紙面 (PDF 版) の 80% 以上を埋めておらず、考察が十分に記載されていない。
- ・患者個人情報への配慮が欠けている。

※Reject (当該症例の差し替え=別の経験症例での再提出) とする例について※

- ・その分野の主病名として妥当でない。(明らかに副病名である)
- ・規定の条件を満たしていない。

(外科紹介例ではあるが、外科において外科的治療は行われなかった、剖検例として提出されているが、生前受け持っていなかったなど)

病歴要約作成サンプル (J-OSLER 版)

- ※ 次ページ以降の病歴要約作成サンプルは、J-OSLER から出力した PDF ファイルです。
- ※ PDF ファイルのレイアウトは現在改修中です。
- ※ 現状、視認性が低い点については、ご容赦くださいますようお願い申し上げます。

《主な改修ポイント》

- 文字のフォントサイズを大きくする。
- タイトルや項目名を目立つようにする。
- 「主要な検査所見」「プロブレムリスト」の間で改ページしない。

…など

うっ血性心不全の一例

病歴要約番号 0000000075-000

領域 循環器

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 2345678901

受持時患者年齢 56歳

性別 男性

受持期間 自 2016/07/04

受持期間 至 2016/07/22

入院日 2016/07/04

退院日 2016/07/22

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
 フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) うっ血性心不全

#2(副病名1) 拡張型心筋症

#3(副病名2) 心房細動

#4(その他の副病名) 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振

【既往歴】30歳:胃潰瘍

【社会生活歴】喫煙:30~50本/日,アルコール:ビール 1~2本/日.

【家族歴】父:胃癌

【病歴】平成28年4月,両下肢痛および全身倦怠感が出現.5月下旬頃より,息切れが出現.6月中旬,咳嗽を伴うようになり,7月2日○×医院にて受診.胸部X線写真で肺うっ血を認め,心不全の診断で7月4日当科紹介入院となった.

【主な入院時現症】身長164cm,体重62kg.体温36.9℃.BP 88/58 mmHg.胸眼瞼結膜に貧血なし,眼球結膜に黄疸なし.心音:I,IIは清,心尖部収縮期雑音(Levine III/VI).両肺野:湿性ラ音を聴取.

【主要な検査所見】BNP650pg/ mL

<動脈血ガス分析>PH:7.484, PaCO₂:34 Torr, PaO₂:99.1 Torr,HCO₃⁻:25.3mEq/L, SatO₂:98.0%.

胸部 Xp:心拡大(CTR 58%),肺うっ血,両側胸水

安静時心電図:心房細動

<ホルター心電図>総心拍数 111,730/24hrs,心房細動

平均心拍数 77/分(最高107/最低51)

心室性期外収縮:3,480個,最大7連発の心室頻拍

【プロブレムリスト】

#1. うっ血性心不全 #2. 僧帽弁閉鎖不全 #3. 心房細動 #4. 心室頻拍症

【入院後経過と考察】

#1. うっ血性心不全は、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、心筋疾患が考えられた。左室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められ、拡張型心筋症と診断した。内服療法は、ループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬およびβ遮断薬の併用療法を開始した。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後にはII度までに改善したので、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電気的除細動を試み一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始した。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、早速アミオダロンの投与を開始した。投与後からは3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験にても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】アスピリン100 mg 1×, フロセミド40 mg 1×, スピロラクトン25 mg 1×, エナラプリル5 mg 1×, カルベジロール5 mg 2×, ジゴキシン0.25 mg 1×, ワルファリン3 mg 1×, アミオダロン200 mg 2×

【総合考察】

記載者: 所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

うっ血性心不全の一例

病歴要約番号 0000000075-001

領域 循環器

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	2345678901	受持時患者年齢	56歳	性別	男性
受持期間	自 2016/07/04	受持期間	至 2016/07/22		
入院日	2016/07/04	退院日	2016/07/22		
転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例) <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

- #1(主病名) 拡張型心筋症
- #2(副病名1) うっ血性心不全
- #3(副病名2) 心房細動
- #4(その他の副病名) 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振

【既往歴】30歳:胃潰瘍

【社会生活歴】喫煙:30~50本/日,アルコール:ビール 1~2本/日.情報関連会社の営業を担当し,接待および外食が多い.

【家族歴】父:胃癌,心疾患の家族歴を認めない.

【病歴】これまで定期的に定期健診等において心疾患を指摘された事はなかった.2016年4月,両下肢痛および全身倦怠感が出現した.5月下旬頃からは労作時の息切れが出現し,6月中旬になると,夜間の咳嗽を伴うようになり,7月2日近くの診療所を受診した.胸部X線写真で肺うっ血を認め,心不全の診断で7月4日に当科を紹介入院となった.

【主な入院時現症】身長 164 cm,体重 62 kg.体温 36.9°C.脈拍84/分,不整.血圧 88/58 mmHg.呼吸数20/分.眼瞼結膜に貧血はなく,眼球結膜に黄疸はない.心音:I音は減弱し,II音は正常の呼吸性分裂を認める.心尖部にてIII音と全収縮期雑音(LevineIII/VIを聴取する.両肺野下部において湿性ラ音を聴取する.腹部は柔らかく,肝臓・脾臓を触知しない.下腿にて軽度の浮腫を認める.

【主要な検査所見】血液所見:赤血球 494万/ μ L,Hb 16 g/dL,Ht 47%,白血球 6,700/ μ L,血小板 22万/ μ L.血液生化学所見:TP 6.5 g/dL,総ビリルビン 0.89 mg/dL,AST 26 IU/L,ALT 36 IU/L,LD 233 IU/L, γ -GTP 120 IU/L,BUN 17.4 mg/dL,Cr 1.1 mg/dL,尿酸 7.2 mg/dL,血糖 104 mg/dL,HbA1c 5.3%,総コレステロール 219 mg/dL,トリグリセリド 262 mg/dL,Na 145 mEq/L,K 4.2 mEq/L,Cl 106 mEq/L,BNP 650 pg/mL,CRP 0.22 mg/dL.

動脈血ガス分析(自発呼吸,room air):pH 7.484,PaCO₂ 34 Torr,PaO₂ 99.1 Torr,HCO₃⁻ 25.3 mEq/L, SaO₂ 98.0%.胸部X線写真:左3・4弓の突出を主体とした心拡大(CTR 58%),肺うっ血,両側胸水.

安静時心電図:心房細動と左胸部誘導の高電位差およびT波の平低化を認める.QRS幅は110 ms.

<Holter心電図> 総心拍数111,730/24hrs,心房細動.平均心拍数77/分(最高107/最低51)

心室性期外収縮:3,480個,最大7連発の心室頻拍.

<心エコー図> 左室の拡大とびまん性の壁運動低下を認める.LVDd 66 mm,LVDs 57 mm,IVS 9 mm, LVPW 10 mm,LVEF 29%,LAD 49 mm,MR中等度(ERO:0.15),推定PA収縮期圧 30 mmHg.

【プロブレムリスト】

#1.うっ血性心不全 #2.僧帽弁閉鎖不全 #3.心房細動 #4.心室頻拍症

【入院後経過と考察】

#1.うっ血性心不全は入院時にはNYHA III度であったが、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、虚血性心筋症は否定されて心筋疾患が考えられた。また、高血圧の既往もなく、毎年の健診でも強い心雑音を指摘されていない事より、高血圧性心臓病や一次性の弁膜症の可能性は低い。さらに、右室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められる一方で、アミロイド沈着やサルコイド結節および炎症細胞浸潤なども認められないことより拡張型心筋症と診断した(Roberts WC. Am J Cardiol 1989;63:893)。なお、病状が安定してから実施した右心カテーテル検査では肺動脈楔入圧16 mmHg、心係数 2.8 L/min/m²であった。内服療法はループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および少量のβ遮断薬の併用療法を開始した。なお、カルベジロールは2.5 mgより開始し、病状の悪化のない事を確認して5 mgまで増量しているが、血圧は90/60 mmHgと入院時から明らかな低下はなく、退院時の体重も59 kgであった。

#2, #3.また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後には心エコー図でII度までに改善したので機能性MRと考えられ、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電気的除細動を試み、一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始し、ワルファリン3 mgでPT-INR 2.2とコントロールされた。

#4.心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、アミオダロンの投与を開始した。その後は3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験においても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

【退院時処方】アスピリン100 mg 1×、フロセミド40 mg 1×、スピロラクトン25 mg 1×、エナラプリル5 mg 1×、カルベジロール2.5 mg 2×、ジゴキシン0.25 mg 1×、ワルファリン3 mg 1×、アミオダロン200 mg 2×

【総合考察】心不全で発症した拡張型心筋症の症例である。入院時には低血圧傾向にあったが、利尿薬に対する反応は良好で、改善後に実施した心臓カテーテル検査でもForrester分類の1群であり、ガイドラインに基づく標準的治療薬の導入も容易であった(McMurray JJV. Eur Heart J 2012;33:1787)。ただし、非持続性心室頻拍に対してアミオダロン内服下の電気生理学的検査でVTが誘発されずに薬物治療としたが、収縮能が低下した心不全患者に対しては植込み型除細動器の方がより有効であるとの大規模臨床試験も報告されているので(Bardy GH. N Engl J Med 2005;352:225)、外来での注意深い経過観察が必要である。

心不全治療の発展により拡張型心筋症の予後は改善されてきているが、日常生活での摂生が重要であることに変わりはない。現在の業務内容は顧客への対応で不規則となり、且つ運動量も多い。しかも、接待のために塩分および水分摂取が多くなり易い。これらは病状の悪化の誘因となる。以上より本人とも相談の上、事業所の産業医および職場の管理者に診療情報を提供して、外来でのカルベジロールの増量期間中は休職とし、病状安定後の復職プログラムは内勤への配置転換後に行うように検討してもらう事とした。

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者: 山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

微小変化型ネフローゼ症候群の一例

病歴要約番号 0000000076-000

領域 腎臓

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 4567890123

受持時患者年齢 17歳

性別 女性

受持期間 自 2016/03/11

受持期間 至 2016/04/19

入院日 2016/03/11

退院日 2016/04/19

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
 フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) 微小変化型ネフローゼ症候群

#2(副病名1)

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】浮腫

【既往歴】アトピー性皮膚炎,花粉症あり,食物・薬物アレルギーなし

【社会生活歴】高校生

【家族歴】特記すべきことなし

【病歴】2015年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫,全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心,嘔吐などの消化器症状,下肢の浮腫がみられるようになり,佐藤病院へ救急搬送された。タンパク尿と高度の低タンパク血症を指摘され,3月11日当院へ転院となった。

【主な入院時現症】身長 157cm,体重 53kg(+4kg/週の増加)。体温 37.0℃。BP 112/68 mmHg。HR 110回/分。胸部:肺音正常,心音正常。顔面・下肢に著名な浮腫を認めた。

【主要な検査所見】RBC565万/ μ L,Hb16.8g/dL,Ht48.3%,WBC11900/ μ L,Plt38.5万/ μ L。

TP3.5g/dL,Alb1.3g/dL,BUN13.9mg/dL,Cr0.73mg/dL,Na136mEq/L,K4.7mEq/L,Cl105mEq/L,AST20IU/L,ALT10IU/L,T-cho527mg/dL,TG238mg/dL,CRP0.15mg/dL,IgG150.3mg/dL,IgA198.2mg/dL,IgM179.9mg/dL,IgE570.0IU/mL。

PT93%,PT-INR1.04.APTT41.1秒,Fib971mg/dL,FDP-DD3.71 μ g/mL,AT-III29%。

尿所見:タンパク8.97g/日,蓄尿量900mL/日。

胸部Xp:特に異常なし

安静時心電図:正常範囲内

【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

【入院後経過と考察】

#1. 大量タンパク尿, 血清アルブミン3.0g/dL以下の低タンパク血症、全身の浮腫および高コレステロール血症(250mg/dL以上)をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。3月11日よりソル・メドロール500mg/日の投与を3日間施行し、以後プレドニン40mg/日にて加療した。浮腫に対してラシックスを慎重に投与していたが、3月16日より呼吸苦が出現し、胸部X-P上で胸水を認めた。酸素投与, ラシックス増量にて尿量を確保し, 症状は改善した。タンパク尿を第11病日に1.67g/日と著明に減少し, 第16病日には0.06g/日と陰性化した。4月7日よりプレドニン30mgへ減量したが再燃なく, 4月14日より20mgへ減量した。タンパク尿・浮腫の再発はなく, 4月19日退院とした。

【退院時処方】(1)プレドニゾン 20 mg/日 (2)ファモチジン 40 mg/日 (3)ワルファリンカリウム 1 mg/日
(4)アレンドロン酸ナトリウム水和物 5 mg/日

【総合考察】本症例は花粉症の既往があり, 発症直前に仕事で花粉に曝露しておりアレルギーの関与が疑われた。微小変化型と判断した。高度の浮腫や血管内脱水から腎不全を伴ってくるような場合はアルブミン点滴を併用する必要があるが, MCNSへのアルブミン投与は尿タンパク量を増加させ寛解を遅らせる可能性が指摘されている(小向, Medical Practice 21 783-787, 2004)。また, 若年者に対して, 血液製剤を安易に投与すべきではない。ネフローゼ症候群ではAT-IIIの尿中漏出や肝臓でのFibrinogen過剰産生, ステロイド投与, 血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており, 下肢, 肺, 腎, 頭蓋内などに血栓を作りやすいため, 抗凝固療法を併用することがある。本疾患は, 一般的にステロイド薬が著効し予後良好とされているが, 一方で再発を繰り返しやすく, 多くの患者が若年者であることから, 結果としてステロイド長期大量投与による副作用が問題となる危険性がある。外来診療にてきめこまやかな対応が必要であり, 再発を予防するためには食事指導, 服薬指導, 生活指導などの患者教育がきわめて重要である。

記載者: 所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

微小変化型ネフローゼ症候群の一例
 病歴要約番号 0000000076-001

領域 腎臓

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	4567890123	受持時患者年齢	17歳	性別	女性
受持期間 自	2016/03/11	受持期間 至	2016/04/19		
入院日	2016/03/11	退院日	2016/04/19		
転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例) <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

- #1(主病名) 微小変化型ネフローゼ症候群
- #2(副病名1) 過凝固状態
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】浮腫

【既往歴】アトピー性皮膚炎,花粉症あり,食物・薬物アレルギーはない。

【社会生活歴】高校生

【家族歴】特記すべきことはない。

【病歴】2016年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫,全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心,嘔吐などの消化器症状,下肢の浮腫がみられるようになり,近くの病院へ搬送された。タンパク尿と高度の低タンパク血症を指摘され,3月11日当院へ転院となった。

【主な入院時現症】身長 157 cm,体重 53 kg(+4 kg/週の増加)。体温 37.0℃。脈拍 110/分,整。血圧 112/68 mmHg。胸部:肺音に異常はない。心音に異常はない。腹部:平坦,軟で,肝・腎・脾は触知しない。顔面・下肢に著明な浮腫を認める。

【主要な検査所見】尿所見:タンパク 4+,潜血(-)。沈渣:硝子円柱多数,赤血球円柱はない。タンパク 8.97 g/日,蓄尿量 900 mL/日。尿中IgG 56.0 mg/dL,尿中トランスフェリン 802 mg/日。血液所見:赤血球 565万/ μ L,Hb 16.8 g/dL,Ht 48.3%,白血球 11,900/ μ L(NE 78.0% LY 10.0% MONO 7.0% EOS 5%),血小板 38.5万/ μ L,PT 93%(基準70~140),PT-INR 1.04(基準0.80~1.15),APTT 41.1秒(基準25~40),血漿アンチトロンビンIII 29%(基準79~121),血漿フィブリノゲン 971 mg/dL(基準150~400),血清FDP 3.71 μ g/mL(基準4以下)。血液生化学所見:TP 3.5 g/dL,Alb 1.3 g/dL,IgG 150.3 mg/dL,IgA 198.2 mg/dL,IgM 179.9 mg/dL,IgE 570.0 IU/mL,トランスフェリン 88 mg/dL,選択指数 0.04と高選択,AST 20 IU/L,ALT 10 IU/L,BUN 13.9 mg/dL,Cr 0.73 mg/dL,総コレステロール 527 mg/dL,トリグリセリド 238 mg/dL,Na 136 mEq/L,K 4.7 mEq/L,Cl 105 mEq/L。免疫血清学所見:CRP 0.15 mg/dL,抗核抗体陰性,CH₅₀ 40 U/mL,C3 70 mg/dL,C4 18 mg/dL。

胸部X線写真:肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

腹部・骨盤CT:胸水・心嚢水はない。Douglas窩に腹水貯留を認める。胆嚢壁・腸管に浮腫がある。

安静時心電図:正常範囲内

【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

【入院後経過と考察】

#1. 大量タンパク尿,血清アルブミン3.0 g/dL以下の低タンパク血症,全身の浮腫および高コレステロール血症(250 mg/dL以上)をきたしており,ネフローゼ症候群と診断した。(1)若年発症,(2)急激なネフローゼ,(3)タンパク尿主体(血尿はない),(4)アレルギー疾患の既往,(5)尿タンパクの高選択性から微小変化型を検査前確率80~90%で考えた。腎生検の感度,特異度は90%,90%であり,腎生検を行う前に3月11日よりコハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム 500 mg/日の投与を3日間施行し,以後プレドニゾロン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してフロセミドを慎重に投与していたが,3月16日より呼吸苦が出現し,胸部X線写真上で胸水を認めた。原因としてメチルプレドニゾロンの大量投与による塩分貯留と判断し,酸素投与,フロセミド増量にて尿量を確保し,症状は改善した。タンパク尿は第11病日に1.67 g/日と著明に減少し,第16病日には0.06 g/日と陰性化した。この間に,血漿フィブリノゲン 971 mg/dL,血清FDP 3.71 μ g/mL,血漿アンチトロンビンIII 29%であり,過凝固状態と判断して血栓症防止のためワルファリンを使用した。4月7日よりプレドニゾロン 30 mgへ減量したが再燃なく,就学希望もあり4月14日より20 mgへ減量した。タンパク尿・浮腫の再発はなく,4月19日退院とした。

【退院時処方】(1)プレドニゾロン 20 mg/日 (2)ファモチジン 40 mg/日 (3)ワルファリンカリウム 1 mg/日(4)エルデカルシトールカプセル 0.5 μ g/日

【総合考察】本症例は花粉症の既往があり,発症直前に花屋でのアルバイトで花粉に曝露しており,アレルギーの関与が疑われた。臨床経過と検査所見から微小変化型の可能性が最も高く,ステロイド治療に反応して劇的に改善した。小児のネフローゼ(微小変化型)では,血液量減少(濃縮)群と体液量増加群に分け,前者ではアルブミンとフロセミド投与,後者ではフロセミド単独投与を推奨している(Kapur G. Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:907)。組織の浮腫,特に脳浮腫が急速に進行する場合,過凝固による血栓傾向がみられる場合は,アルブミン投与が必要になる。ただし,アルブミンを投与した群では,寛解までの期間が長く,ステロイド治療に抵抗性となることが示されているので,アルブミン投与は臨床所見をみて判断する必要がある(Yoshimura A. Clin Nephrol 1992;37:109)。ネフローゼ症候群では血漿アンチトロンビンIIIの尿中漏出や肝臓でのフィブリノゲン過剰産生,ステロイド投与,血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており,下肢,肺,腎,頭蓋内などに血栓を作りやすいため,抗凝固療法を併用することがある。本症例は,血栓症防止のためワルファリンを使用した。微小変化型ネフローゼはステロイド薬が著効し予後良好とされているが,一方で再発を繰り返しやすいので,患者家族にステロイド薬の減量法,突然の中止による再発,副腎不全などについても説明した。また,ステロイド薬による骨病変の防止と投薬,医療補助制度についても説明した。

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

病歴要約番号 0000000077-000

領域 血液

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 6789012345

受持時患者年齢 45歳

性別 女性

受持期間 自 2016/09/20

受持期間 至 2016/10/12

入院日 2016/09/20

退院日 2016/10/12

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
 フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

#2(副病名1) 血球減少

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】左頸部腫瘍

【既往歴】特記すべきことはない。

【社会生活歴】飲酒歴:ビール1本/日,週3回.喫煙歴:無し.家族は夫と子供2人.

【家族歴】父:糖尿病,母:胃癌

【病歴】2016年7月に左頸部の主張に気付き,かかりつけ医を受診したが,原因不明で経過観察となったが,その後も頸部腫脹は増大したため精査目的で9月1日当院内科受診した.9月10日に当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節生検施行し組織診断で,びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された.9月20日に精査加療目的で入院した.

【主な入院時現症】BT 36.7.RR 18/分,PR 66/分,BP 134/74 mmHg.左頸部リンパ節に腫脹がある.心・肺:異常なし.腹部:異常なし.

【主要な検査所見】RBC 420×10⁴,WBC 6600,PLT 18×10⁴,肝機能異常なし.尿所見:異常なし.

【プロブレムリスト】

- #1.びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫〔2016年9月5日〕
 - #2.血球減少〔2016年9月30日〕
 - #3.発熱〔2016年9月21日〕
-

【入院後経過と考察】

#1.びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

9月21日～25日までのR-CHOP療法で、触診と肉眼で認める左頸部の腫脹は消失した(21日:ドキシソルビシン,オンコビン,エンドキサン,21日～25日:プレドニン,27日:リツキサン).化学療法中,開始当日より37℃台の発熱を認めたが,5日目には解熱した.また,徐々に白血球の減少がみられ,化学療法開始12日目にWBC 1200となったが,その2日後には改善がみられた.便秘,悪心および頭痛などの副作用はなかった.10月11日～2コース目のR-CHOP療法を施行して,10月10日に退院した.

#2.血球減少

化学療法開始後から徐々に白血球が減少し,開始12日目にWBC 1500となった.そのためグランシリンジ(75 μ g)の投与を開始した.その2日後からWBC 2500と改善がみられ,更にその3日後にはWBC 15000と著増した.

#3.発熱

リツキサン投与後に発熱がみられたがすぐに解熱した.その後も時に5日目まで37℃台前半の発熱がみられたが,すぐに解熱した.

【退院時処方】タケプロンOD錠 15 mg 1錠 分1 夕食後

【総合考察】びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例である. CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率, 3年総生存率が有意に高いと示されている. (PfreundschuhM(2006). "CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse-B-cell lymphoma : a randomised controlled trial by the MabThera International Trial(MinT) Group". Lancet Oncol. 7(5) : 379-91.

本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った.

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

病歴要約番号 0000000077-001 領域 血液

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	6789012345	受持時患者年齢	45歳	性別	女性
受持期間	自 2016/09/20	受持期間	至 2016/10/12		
入院日	2016/09/20	退院日	2016/10/12		
転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例) <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

#1(主病名) びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (臨床病期 IIIA、IPI low risk)

#2(副病名1) 好中球減少性発熱

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】左頸部腫瘍

【既往歴】特記すべきことはない。アレルギー歴はない。

【社会生活歴】専業主婦で家族は夫と子供2人(長女 中学2年、長男 小学5年)。飲酒:ビール350 mL/日、週3日。喫煙:なし。

【家族歴】父:糖尿病,母:胃癌,兄:特記すべきことはない。

【病歴】2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気づき近医を受診したが、原因不明で経過観察となった。しかし、その後頸部腫脹は徐々に鶏卵大まで増大したため精査目的に9月1日当院内科を受診した。頸部および胸・腹部造影CTにて左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫大と右上縦隔、両側肺門部、腸間膜に2 cmまでのリンパ節腫脹を認め、9月7日に施行したPET-CT検査でこれらに一致して異常集積を認めた。耳鼻咽喉科にて9月10日に左頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断され、9月20日に化学療法目的で入院した。経過中、他の症状はなく、体重減少、発熱、盗汗なども認めていない。

【主な入院時現症】PS 0。身長 165.0 cm,体重 64.0 kg,体表面積 1.70 m²。体温 36.7℃。脈拍 66/分,整。血圧 134/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜:貧血・黄疸はない。扁桃:腫大はない。舌:異常はない。左頸部に生検時の手術創がある。弾性硬で、圧痛はなく、癒合傾向のない2 cm大までのリンパ節を4個触知する。腋窩・鼠径リンパ節:触知しない。心・肺:異常所見はない。腹部:平坦、軟で、圧痛はない。肝・脾を触知しない。腫瘍も触知しない。腸音:異常はない。皮膚に異常はない。下腿に浮腫はない。

【主要な検査所見】尿所見;タンパク(-),潜血(±)。沈渣;異常はない。血液所見;赤血球 420万/μL,Hb 12.5 g/dL,MCV 86.5 fl,網赤血球 11%,白血球 6,600/μL(Seg 55.0%,Stab 1.0%,Ly 35.0%,Mono 6.0%,Eo 3.0%),血小板 18万/μL,PT-INR 0.92,APTT 34.9秒,血漿フィブリノゲン 499.0 mg/dL,Dダイマー 1.0 μg/dL。血液生化学所見;TP 7.9 g/dL,Alb 4.1 g/dL,フェリチン 12.5 ng/mL,AST 12 IU/L,ALT 8 IU/L,LD 145 IU/L,ALP 241 IU/L,BUN 9.5 mg/dL,尿酸 3.5 mg/dL,Na 141 mEq/L,K 3.7 mEq/L,Cl 102 mEq/L。可溶性IL-2受容体 1,930 U/mL。免疫血清学所見;CRP 1.33 mg/dL,HBs抗原陰性,HBs抗体陰性,HBc 抗体陰性,HCV抗体陰性。胸・腹部X線写真:異常所見はない。安静時心電図:正常範囲内。骨髄穿刺:有核細胞数 118,250/μL,巨核球 62.4/μL,M/E比=3.95,リンパ球 11.0%,異形成,異常細胞を認めない。染色体分析:46,XX [20]。

【プロブレムリスト】

#1.びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

【入院後経過と考察】

#1.びまん性大細胞型B細胞リンパ腫<DLBCL>

入院後骨髄穿刺を施行し、臨床病期III A, IPI予後不良因子は臨床病期のみでlow riskと診断した(age-adjusted IPIではlow-intermediate risk). 合併症のない初発DLBCL症例であり, R-C HOP療法6コースを施行する方針とし, 9月21日~1 コース目を施行した(リツキシマブ 640 mg, day 1; シクロホスファミド1,275 mg, day 1; ドキソルビシン 85 mg, day 1; ビンクリスチン2 mg, day 1; プレドニゾン 100 mg, day 1-5 経口). リツキシマブ投与開始後, infusion reaction による37.5°Cの発熱がみられたが, アセトアミノフェン内服で解熱し, 他に副作用は認めなかった. R-C HOP施行後, 好中球減少が進行し, 施行後12

日目には白血球 1,200/ μ L (Seg 25.0%)まで減少し, 37.8°Cの発熱を認めた. 明らかな感染源を認めず, 発熱性好中球減少症と診断し, セフェピム1 gを8時間毎に点滴静注し, フィルグラスチム75 μ g皮下注射を開始した. 翌日には解熱し, 3日後には白血球7,300/ μ Lまで増加したためセフェピムは中止し, フィルグラスチムは3日間の投与で中止した. 他の副作用は特に認めなかった. 表在リンパ節は触知できない程度まで縮小し, 10月11日から1コース目と同じ投与量で2コース目のR-CHOPを施行し, 外来にて治療継続する方針として10月12日に退院した.

R-CHOP療法は今日では初発DLBCLに対する標準的治療であり, 18歳から60歳のage-adjusted IPIの予後因子0または1個, 臨床病期II-IV期または巨大病変を持つI期の824例を対象にした検討でも6コースのCHOP様化学療法にリツキシマブを併用することにより, 3年無イベント生存と全生存が向上することが示されている(Pfreundschuh M. Lancet Oncol 2006;7:379). 本症例も合計6コースのR-CHOP療法を行う方針とし, 1コース目の治療に対する反応は良好と判断した. American Society of Clinical Oncologyのガイドラインでは, 悪性リンパ腫患者へのG-CSFの一次予防的投与は, 65歳以上で特に合併症のある場合にのみ考慮されるべきとされており(Smith TJ. J Clin Oncol 2015;33:3199), 本例でも一時予防投与は行わなかったが, 今後は二次予防を考慮する必要がある.

【退院時処方】プレドニゾン (5) 20錠 3×(12-6-2)×4日分, ランゾプラゾールOD錠 (15) 1錠 1×

【総合考察】進行期DLBCLに対する初回治療はR-CHOP療法6~8コースであるが, 6コースと8コースの差についてのエビデンスはなく(日本血液学会編:造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版. 金原出版), 患者と家族に情報提供の上で6コース行う方針とした. 二人の子供を持つ専業主婦であり, 今回の入院中, 家事, 子育てなどの問題が生じたことから, 日常生活を行いながらの治療継続を希望されている. 今後, G-CSFの二次予防投与が必要と考えられ, 自宅がやや遠方であることから, 通院数を減らすことができるpegフィルグラスチム投与を考慮していいと考える.

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

左中大脳動脈塞栓症の一例

病歴要約番号 0000000078-000

領域 神経

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 7890123456

受持時患者年齢 65歳

性別 男性

受持期間 自 2016/04/06

受持期間 至 2016/05/17

入院日 2016/04/06

退院日 2016/05/17

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
 フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) 左中大脳動脈塞栓症

#2(副病名1)

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】意識障害、右片麻痺、構音障害

【既往歴】心房細動

【社会生活歴】【嗜好歴】飲酒:日本酒 6合/日、喫煙:40本/日×55年間。

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

【家族歴】詳細は不明。

【病歴】2016年4月6日に突然、意識を消失し、意識が回復した後から右片麻痺と構音障害が出現したため救急車で搬送されてきた。

【主な入院時現症】意識レベル JCS I-3.右半側空間無視,左共同偏視,重度の運動性失語と構音障害を認める.右上下肢に不全麻痺を認める.NIHSS 7点.

【主要な検査所見】左側頭葉内側を中心とした梗塞巣を認め,頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認める.

【プロブレムリスト】

#1.左中大脳動脈塞栓症

【入院後経過と考察】

#1.左中大脳動脈塞栓症

入院時、意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また、右上下肢に不全麻痺を認め、NIHSSは7点であった。頭部MRIで左側頭葉内側を中心とした梗塞巣がみられ、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があったことから、心原性脳塞栓症と診断した。グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始した。その後、麻痺症状は悪化しなかった。4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、独歩可能となった。なお、運動性失語については改善がみられず、簡単な言語理解は可能だが、発語はない(簡単な返事もしくはなすだけ)状態であった。再発予防としてワーファリン内服を開始した。状態の安定を確認した後、2016年5月17日にかかりつけ医へ転院させた。

【退院時処方】タケプロン(15 mg)1T 分1 夕食後
ワーファリン(1 mg)3.5T 分1 夕食後

【総合考察】 中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域、下前頭回、中前頭回、中心前回と中心後回の大部分、上頭頂小葉、下頭頂小葉、側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左(優位半球)下前頭回(ブローカー野)は言語中枢を担うとされ、ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており、本例も当該領域に障害があったと考えられる。また、皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合、上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺、反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされ、本例では当初、反対側に片麻痺があったが、浮腫の改善とともに消失した。なお、上肢に軽度の顔面麻痺が残ったことから起始部近くの梗塞と推察し、頭部MRAで中枢側で中大脳動脈の途絶を認めた所見と合致した。

【参考文献】脳卒中治療ガイドライン2004

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

左中大脳動脈塞栓症の一例

病歴要約番号 0000000078-001

領域 神経

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 7890123456

受持時患者年齢 65歳

性別 男性

受持期間 自 2016/04/06

受持期間 至 2016/05/17

入院日 2016/04/06

退院日 2016/05/17

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
 フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) 左中大脳動脈塞栓症

#2(副病名1) 心房細動

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】意識障害、右片麻痺、構音障害

【既往歴】心房細動: **家人の話によれば, 数年前の検診時に指摘されていたが, 精査は受けたことがなかった。**

【社会生活歴】【嗜好歴】飲酒: 日本酒 6合/日, 喫煙: 40本/日×55年間.

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

【家族歴】詳細は不明.

【病歴】2016年4月6日朝8時頃, 洗面中に突然, 意識を消失し, 10分間ほど全く反応がなくなった. 意識が回復した後, 右上下肢に力が**全く入らず**, 言葉も出ないことに家人が気づき救急車で搬送された.

【主な入院時現症】**病院到着は同日朝9時30分. 意識レベル JCS I-3. 前額部の左右差は無いが, 下部顔面は右側で筋緊張が低下. 右半側空間無視, 左共同偏視, 口頭命令に応じて開閉眼は出来るが, 発語は殆ど認められない. 構音障害については評価不能. 来院時の右上下肢のMMT: 右半身で三角筋4, 二頭筋4, 腸腰筋4, 大腿四頭筋4と軽度不全麻痺を認める. 痛覚に対する左右差は無い. NIHSS 7点(1b. 2点, 2. 2点, 4. 1点, 5(右上肢). 1点, 6(右下肢). 1点).**

【主要な検査所見】血液・生化学検査で特記すべき異常所見はない. 凝固系: FDP・Dダイマー 軽度上昇している. 脂質: 異常はない. 胸部X線写真: CTR=60%, 肺野に異常はない. 心電図: 心房細動. 心エコー: 左心房拡大を認める. 心機能に異常はない. 頸動脈超音波: 軽度動脈硬化性変化を認める. CHADS2スコア=3点.

画像所見: 入院時MRIではDWIで左側頭葉を中心とした部位にMCA領域の1/4程度の淡い高信号域を認めるが, FLAIR/T2では特記すべき所見を認めず, 発症後早期の所見として矛盾しないと考えた. 頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認めた.

【プロブレムリスト】

#1.左中大脳動脈塞栓症、#2.運動性失語、#3.右上下肢不全麻痺、#4.(慢性)心房細動

【入院後経過と考察】

#1.左中大脳動脈塞栓症(右上下肢不全麻痺+運動性失語)

入院時、意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また、右上下肢に不全麻痺を認め、NIHSSは7点であった。頭部MRI・DWIで左側頭葉内側を中心とした急性期梗塞がみられ、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があり、心エコー検査で左心房拡大(+),頸動脈超音波では動脈硬化性変化は軽度で、日中活動時の突然発症を起こしたことから心原性脳塞栓症と診断した。ヘパリン持続点滴、グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始し、計7日間継続した。麻痺について、右上肢は空中挙上可で、右下肢も空中挙上可であり、4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、退院時には独歩可能となった。運動性失語については言語リハビリを施行するも改善がみられず、簡単な言語理解は可能だが、発語はない(簡単な返事もしくはうなずくだけ)状態が継続していた。

#2.再発予防について

病院到着時は発症後1時間半と推定され、麻痺の急激な改善を認めたのでt-PAは施行しなかった。再発予防として入院5日目からヘパリン持続点滴に変えてワルファリン内服を開始した。65歳であるため、ワルファリンコントロールの目標はINR=2.0~3.0とし、転院時にはINR=2.3であった。状態の安定を確認した後、2016年5月17日に独歩は可能なレベルになっていたが、失語に対して更なる言語リハビリを目的として回復期病院へ転院とし、引き続きワルファリンコントロールも依頼した。

【退院時処方】ランソプラゾール(タケプロン)(15 mg)1T 分1 夕食後
ワルファリンカリウム(ワーファリン)(1 mg)3.5T 分1 夕食後

【総合考察】中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域、下前頭回、中前頭回、中心前回と中心後回の大部分、上頭頂小葉、下頭頂小葉、側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左(優位半球)下前頭回(ブローカー野)は言語中枢を担うとされ、ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており、本例も当該領域に障害があったと考えられる。また、皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合、上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺、反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされる。本例では発症時にほぼ完全麻痺を認めたが、spectacular shrinking deficitsが起きて来院時には麻痺の症状が軽減したと判断したが、残念ながら失語は残存したままであった。

脳塞栓は再発することが非常に多いが、この症例のようにCHADS2スコアが3点の場合、年間の脳梗塞発症率は約6%(Gape BF. JAMA 2001;285:2864)とも言われている。そのためワルファリンもしくは新規経口抗凝固薬<NOAC>による再発予防が必須である。この症例も今後長期にわたる再発予防策を必要とするが、それ以外の生活習慣(飲酒・喫煙)に対する改善も必要であり、かかりつけ医をきちんと持ってフォローしてもらうように本人及び家人へ説明した。

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

成人Still病の一例

病歴要約番号 0000000079-000

領域 膠原病及び類縁疾患

患者の施設名 ○△■病院

患者ID 8901234567

受持時患者年齢 38歳

性別 女性

受持期間 自 2015/12/01

受持期間 至 2016/01/16

入院日 2015/11/07

退院日 2016/01/16

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
 フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) 成人Still病(以下、AOSD)

#2(副病名1) 血球貪食症候群(以下、HPS)疑い

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】発熱

【既往歴】蕁麻疹:原因不明

【社会生活歴】喫煙:Ex smoker ,alcohol:摂取せず,Allergy:食物,薬物明らかなものはなし.

【家族歴】特記事項なし

【病歴】2015/10/25に39℃の発熱,関節痛のため,近医を受診,インフルエンザ陰性であった.風邪薬を処方された.10/26に再度受診,再度インフルエンザを再検したが陰性.フロモックスを処方された.発熱はよくなり,10/30当院救急外来受診.採血上WBC,CRPの上昇を認めため,胸腹部CTを施行したが明らかな感染を特定できず,ジェニナックを処方され帰宅.しかしその後も発熱が遷延するため他医を受診.不明熱精査目的に当院当科紹介受診.抗菌薬への反応性に乏しい経過であり,採血上フェリチンが上昇しており,AOSDが考えられ11/7入院となる.

【主な入院時現症】BT 38.8℃:HR 95 bpm.意識:清明.頭頸部:眼球黄染なし,眼瞼貧血はなし,リンパ節触知せず.Chest:no rale,no murmur.腹部:平坦,軟,圧痛なし.関節:手,足に疼痛あり.指:ok.四肢:体幹に紅斑.

【主要な検査所見】・肝障害(AST 73 IU/L,ALT 56 IU/L,LDH 450 IU/L)・腎機能障害なし・高フェリチン血症(11,659 ng/mL)・CRP上昇(15.8 mg/dL),WBC 9700/ μ L.

【プロブレムリスト】

- #1.AOSD
 - #2.HPS疑い
-

【入院後経過と考察】

#1.入院後,AOSDやHPSを疑い,精査開始.明らかな熱源が認められず,悪性腫瘍もなく,抗菌薬反応もないことを確認した上でステロイドを導入.(経過中にマルクを施行したところ血球の貪食像を認めたが,採血上は血球の減少を認めず.反映はしていないだけで高サイトカイン血症によるものと判断)11/10からプレドニゾロン 40 mgでの加療を開始したが,経過中に発熱を認め,ステロイド不足も疑われたため11/16からプレドニゾロン 60 mgに増量し分割投与.60 mgまで増量したが,CRPは高く,カンファレンスで相談した結果,シクロスポリンを導入することとなる.11/21からシクロスポリン 100 mg/dayでの加療を開始したが,血中濃度の上昇が思わしくなかったため,シクロスポリン 150 mg/dayに増量.血中濃度を確認しつつ調整をしたところ発熱,炎症反応の改善を認めたため,徐々にプレドニゾロンを減量.その後もプレドニゾロンを減量していき,プレドニゾロン 35 mgとシクロスポリン 150 mgで退院となった.

#2.血球の貪食像を認めた.病態としては高サイトカイン血症によるものが疑われた.FDPの上昇,フィブリノーゲンの低下も認められ,DICの合併も疑われ,原疾患のAOSDの加療としてのステロイドの導入を急ぐことで対応とした.

【退院時処方】プレドニゾロン35 mg 2×(25-10-0),シクロスポリン150 mg 2×朝夕食後,エルデカルシトール0.75 μg 1×朝.

【総合考察】成人Still病は,若年性特発性関節炎の全身型(Still病)と同様の病像が成人に発症したものである.

1971年,Bywatersにより一つの疾患単位として初めて記載された.高熱,多関節痛および皮疹が特徴的で,その他,肝障害やリンパ節腫脹などの臓器病変を伴う原因不明の全身炎症疾患である.重症となるとHPSを合併することがある.発症は20~40歳代の比較的若年成人に多い.これまでのところ明確な証拠や特定できる病原体は明らかにされていない.免疫学的機序が関与していると考えられているが,現在のところ,関連した自己抗体や自己反応性リンパ球は同定されていない.リウマトイド因子や抗核抗体は陰性である.本疾患の病態形成に重要な役割を演じているのは,炎症性サイトカインであると考えられている.従来から報告のある血清中のインターフェロン-γ,インターロイキン-6,TNF-α,マクロファージコロニー刺激因子,IL-8等の増加に加え,最近では特にIL-18は産生の著名な亢進が注目されている.IL-18は活性化マクロファージによって産生され,他の炎症サイトカインを誘導することからAOSDの病態形成に最も中心的な役割をなすサイトカインであると考えられている.また,本疾患の血清中に著増するフェリチンの産生細胞もマクロファージや組織球である.これらのことから,本疾患の特徴的な症状や病態形成に主役を演ずるのは活性化マクロファージ,およびそれにより産生されるサイトカインであると考えられる.治療としては軽症例ではNSAIDsのみで軽快することもあるが,通常ステロイド投与が必要となることが多く,ステロイドの減量が困難な場合,ステロイド抵抗性の場合には免疫抑制剤が考慮される.本症例にはシクロスポリンを使った.妊娠希望であったが,シクロスポリン導入の際には妊娠が困難となる旨(奇形児の発生リスク上昇)を説明し,泣く泣くではあるが同意を得られた.

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

成人Still病の一例

病歴要約番号 0000000079-001

領域 膠原病及び類縁疾患

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	8901234567	受持時患者年齢	38歳	性別	女性
受持期間 自	2015/12/01	受持期間 至	2016/01/16		
入院日	2015/11/07	退院日	2016/01/16		
転 帰	<input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例) <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

- #1(主病名) 成人Still病
- #2(副病名1) 血球貪食症候群
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】発熱

【社会生活歴】喫煙:10本/日×16年(20歳から36歳),飲酒:摂取しない。

【病歴】2015年10月25日に39°C台の発熱,全身の関節痛のため近医を受診した。インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。風邪薬(詳細不明)を処方されたが,発熱は軽快しなかった。10月26日に再び近医を受診した。再度インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。セフカペンピボキシル塩酸塩を処方された。その後も発熱が続いたため,10月30日に当院救急外来を受診した。血液検査にて感染症が疑われ胸・腹部CT検査を受けた。感染症と診断されなかったが,メシル酸ガレノキサシン水溶物を処方され,経過をみるようにと説明された。しかし発熱は持続した。他医に当院当科への受診を勧められ,11月7日当院当科へ入院となった。

【主な入院時現症】身長 160 cm,体重 50 kg.体温 38.8°C.脈拍 95/分,整.血圧 134/82 mmHg.

頭頸部:リンパ節腫脹を認める。胸部:聴診上,肺野ではラ音を聴取せず,心音に異常はない。腹部:平坦,軟で,肝・脾は触知しない。四肢:右手関節,両膝関節,両足関節に圧痛と腫脹を認める。皮膚:四肢,体幹に広がる癒合性のある紅斑を認める。神経学所見:異常はない。

【主要な検査所見】尿所見:タンパク(-),潜血(-)。血液所見:赤血球 472万/ μ L,Hb 13.0 g/dL,Ht 37.5%,白血球 9,700/ μ L(NE 91.7%,LY 5.4%,MONO 2.4%,EOS 0.5%),血小板 8.9万/ μ L,PT 82%,APTT 33秒,血漿フィブリノゲン 456 mg/dL,血清FDP 15 μ g/mL.血液生化学所見:TP 6.8 g/dL,Alb 3.2 g/dL,フェリチン 11,659 ng/mL,AST 73 IU/L,ALT 56 IU/L,LD 450 IU/L,BUN 18 mg/dL,Cr 0.68 mg/dL.免疫血清学所見:CRP 15.8 mg/dL,リウマトイド因子陰性,MPO-ANCA < 1.0 E・U,PR3-ANCA < 1.0 E・U,抗核抗体陰性。骨髄病理:マクロファージの増生,血球貪食像を認める。胸部X線写真:肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。心電図:異常所見はない。胸・腹部CT:腋窩,縦隔,肺内リンパ節の腫大を認める。肝・脾腫を認める。

【プロブレムリスト】

- #1.成人Still病
 - #2.血球貪食症候群
-

【入院後経過と考察】

#1. 山口の分類基準のうち、大項目3つ(発熱,関節痛,定型的な皮疹),小項目2つ(肝機能障害,リウマトイド因子陰性と抗核抗体陰性)と5項目を満たした。フェリチンも11,659 ng/mLと著増していた。白血球増加は認めなかったが、血球貪食症候群の影響で、みかけ上、正常値になっていると判断した。除外項目の(1)感染症,(2)悪性腫瘍,(3)膠原病に関しては,(1)画像検査において細菌感染を疑わせる所見は得られず、血液培養も陰性、抗菌薬も無効であったことから細菌感染は否定的であった。真菌感染に関しては画像所見の異常は認められず、 β -D-グルカンも陰性であることから否定的であった。ウイルス感染に関しては、血球貪食症候群を伴っていることからウイルス関連血球貪食症候群も鑑別に挙げ、各種ウイルス抗体価を検討したが、いずれも陰性あるいは既感染パターンであった。(2)悪性腫瘍は、CTで腫瘍を疑う所見は認めなかった。上部・下部消化管内視鏡においても異常所見はなかった。(3)膠原病は、血管炎とSLEを中心に鑑別をした。血管炎に関しては、ANCAが陰性で、血管炎を疑わせる臓器病変も認めないことからANCA関連血管炎は否定的であった。大動脈炎を疑わせるような画像所見の異常も認めなかった。SLEは抗核抗体陰性であり、分類基準も満たさなかった。以上より成人Still病と診断した。

#2. 自己免疫関連血球貪食症候群の診断基準である熊倉の診断基準において、血球減少(血小板 8.9万/ μ L,白血球は入院後9,700/ μ Lから3,700/ μ Lへ低下)、骨髓検査にて血球貪食像を認め、成人Still病は活動期であり、基本項目を満たした。11月10日よりプレドニゾン<PSL>40 mg/dayを開始したが、CRP 11.0 mg/dLと高値が続いたため、11月16日よりPSL 60 mg/dayに増量した。しかし、CRPの高値は続き、11月21日の検査においてフェリチンの増加(33,696 ng/mL)も続いた。また、フィブリノゲンの低下(150 mg/dL),FDPの増加(30 μ g/mL)も認め、DIC傾向と判断をした。成人Still病のコントロール不良を考え、同日シクロスポリン<CyA>100 mg/dayを開始した。その後、150 mg/dayまで増量し、血中濃度を120~140 ng/mLで維持した。これにより炎症反応、DIC傾向は改善した。PSL 35 mgまで減量し、再燃がないことを確認し退院となった。

【退院時処方】プレドニゾン35 mg 2×(25-10-0),シクロスポリン150 mg 2×朝夕食後,エルデカルシトール0.75 μ g 1×朝

【総合考察】成人Still病は重症化し、血球貪食症候群やDICを合併することがある。ステロイド大量療法に抵抗する場合、CyA療法(Mitamura M. Mod Rheumatol 2009;19:57)やシクロホスファミド療法を実施する。本症例はCyA療法が奏効した。本症例は妊娠希望であったがCyA療法を行った。CyAは添付文書では妊娠時禁忌となっている。今回の病態を改善できる薬で、妊娠時にも安全に使える他の薬は無いことを説明し、同意を得られた。ただCyAは妊娠中でも使用継続が不可欠である臓器移植後の患者で

の妊娠・出産の報告は多く、比較的安全であるという意見もある(Bar Oz B.Transplantation 2001;71:1051)。日本産科婦人科学会の診療ガイドラインにおいても、CyAは特定の状況下では妊娠中であっても投与が必須かもしくは推奨されるとされている。今後CyAを中止できるかは現時点では不明であるが、しばらく治療をしてみて、妊娠を望むなら、その時点でもう一度主治医と相談するようにと説明をした。

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

るいそうと発作性の股関節痛から想起できた閉鎖孔ヘルニアの一例

病歴要約番号 0000000080-001 領域 消化器

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	12345678	受持時患者年齢	58歳	性別	女性
受持期間 自	2017/01/11	受持期間 至	2017/02/24		
初診日	2017/01/11	最終診察日	2017/02/24		
転 帰	: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 軽快 <input checked="" type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例) <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	: <input type="checkbox"/> 外来で <input checked="" type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

- #1(主病名) 閉鎖孔ヘルニア
- #2(副病名1) 神経性食思不振症
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】股関節周囲の痛み

【既往歴】神経性食思不振症(20歳代より他院精神科通院中)

【社会生活歴】【薬剤歴】なし。

【月経歴】30歳代後半から無月経。

【生活歴】喫煙歴:なし,飲酒歴:機会飲酒。

【社会歴】夫と2人暮らし。

【家族歴】父親:脳出血。

【病歴】2年前から数か月に1回の頻度で股関節周囲の痛みを自覚していた。痛みは恥骨周辺から始まり,10分程かけて左右どちらかの鼠径部にまで広がる。頻度としては右の方が多く,発作時は激痛のため歩行不能とのことであった。痛みは排尿,排便後に出現しやすく,持続時間は数分~数時間である。これまでに複数の病院の内科や整形外科,救急外来を受診しているが,変形性股関節症や精神疾患と診断されてきた。受診の数か月前から痛みの頻度が増えたため当院を受診した。来院時は無症状であった。

【主な入院時現症】意識は清明で,会話は可能である。身長 159cm,体重 32kg,BMI 12.7。著明なるいそを認める。体温 36.7℃。脈拍 64/分,整。血圧 130/80 mmHg。眼瞼結膜は軽度蒼白している。その他頭頸部に異常所見を認めない。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は陥凹,軟で,腸蠕動音は正常,圧痛を認めない。下腿に浮腫はない。Lasegue徴候陰性。Patrick test 陰性。

【主要な検査所見】尿所見;定性,沈渣に異常はない。血液所見;Hb 11.0 g/dL,白血球 3,000/ μ L(Seg 74.5%,Eo 0.3%,BA 0.5%,Mo 3.5%,Ly 21.2%),血小板 27.7万/ μ L。血液生化学所見;TP 5.7 g/dL,Alb 3.5 g/dL,総ビリルビン 0.5 mg/dL,AST 50 IU/L,ALT28IU/L,LD391IU/L,ALP170IU/L, γ -G TP 14 IU/L,BUN 7.0 mg/dL,Cr 0.36 mg/dL,Na 127 mEq/L,K 3.7 mEq/L,Cl 94 mEq/L,Ca 7.9 mg/dL,P 3.0 mg/dL,TSH 32.779 μ U/mL,FT₃ 1.81 pg/mL,FT₄ 0.79 ng/dL.CRP 0.1 mg/dL。

股関節単純X線:両側で関節間隙の狭小化を認める。

【プロブレムリスト】

#1.股関節周囲の痛み → 閉鎖孔ヘルニア

#2.るいそう → 神経性食思不振症

【入院後経過と考察】

#1.股関節周囲の痛み → 閉鎖孔ヘルニア

単純X線上、股関節の加齢性変化は認めるものの、発作性の疼痛という点で変形性股関節症は否定的である。神経性食思不振症の既往があり、身体症状症(疼痛性障害)や虚偽性障害の可能性も検討したが、受診時に症状の訴えがない点で考えにくい。著明な痩せに加えて、排尿、排便によって誘発される鼠径周囲の痛みであることから閉鎖孔ヘルニアを疑った。疼痛を誘発するために受診時に排尿させたところ、左側鼠径部痛が出現したため即座に腹部CTを撮影し、左閉鎖孔内に脱出した腸管を確認した(添付画像1)。この時の痛みは自然に消失したため、後日待機的に手術を行う予定であった。しかし手術予定日前に対側(右)の閉鎖孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞を起こし、緊急手術(両側閉鎖孔ヘルニア閉鎖術)となった。術後の経過は良好で、股関節痛の再発を認めていない。

#2.るいそう → 神経性食思不振症

神経性食思不振症による痩せの改善が見られないため、元の精神科への通院を手配した。

【退院時処方】

【総合考察】閉鎖孔ヘルニアはold lady's herniaとも呼ばれ、脂肪織の少ない痩せた超高齢女性に多いが、本症例は神経性食思不振症に合併した若年発症例であり、我々が調べた範囲では同様の報告は認められない。閉鎖孔ヘルニアでは小腸閉塞に伴う腹痛、嘔吐に加えて、閉鎖孔内に脱出した腸管による閉鎖神経圧迫症状として鼠径部から股関節周辺の高い疼痛を呈することがある(Howship-Romberg徴候)。本症例では股関節痛は発作性であったが、このように自然寛解する閉鎖孔ヘルニアは全体の約1/3と報告されている(Yip AW.Surgery 1993;113:266)。閉鎖孔ヘルニアは比較的稀であるが、診断の遅れは予後に大きな影響を与えてしまうため、痩せた女性の股関節周囲の疼痛は本疾患を鑑別診断として想起する必要がある。

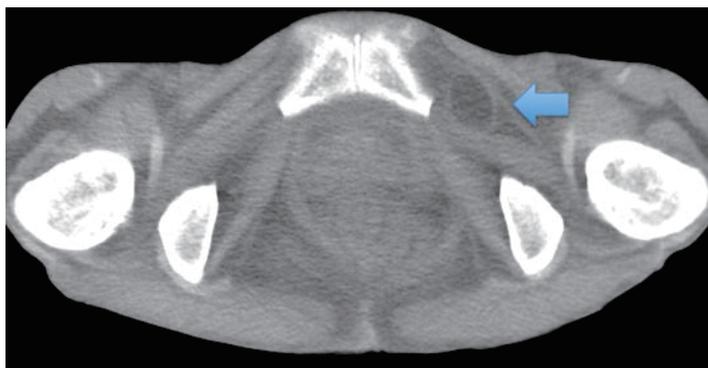
記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎



添付画像 1 左閉鎖孔内に脱出した腸管を認める（矢印）

※注意※

J-OSLER から出力する病歴要約の PDF ファイルに画像は含まれません。

本例はサンプルとして画像を添付しております。

疼痛の訴えがなく、うつ病と鑑別が必要であったリウマチ性多発筋痛症の一例

病歴要約番号 0000000083-000

領域 膠原病及び類縁疾患

患者の施設名 ○△診療所

患者ID 87654321

受持時患者年齢 82歳

性別 男性

受持期間 自 2017/03/02

受持期間 至 2017/03/29

初診日 2017/03/02

最終診察日 2017/03/29

転 帰 : 治癒 軽快 転科:手術あり 転科:手術なし 転科:手術あり(外科紹介症例)
 不変 死亡:剖検あり 死亡:剖検なし 死亡:剖検あり(剖検症例)
フォローアップ : 外来で 他医へ依頼 転院

確定診断名

#1(主病名) リウマチ性多発筋痛症

#2(副病名1) 慢性疾患に伴う貧血

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】食欲不振・体重減少

【既往歴】特記すべきことはない。

【社会生活歴】妻と同居、症状が出現するまでは自営業を続けていた。飲酒:症状出現時まで日本酒2合/日。現在は医者に止められており、それがつらいとのこと。喫煙:なし。

【家族歴】特記すべきことはない。

【病歴】4か月前からの食欲不振と体重減少とを主訴に当院を受診した。食事は普段の半量程度しか摂取出来ず、体重は4か月で49 kgから40 kgに減少している。同時期より気分の落ち込みや睡眠障害を認める。特に環境の変化、ストレスなどの自覚はない。発熱や疼痛の訴えはないが、動作がにぶくなったと言い、ベッドからの起き上がりや坐位からの起立は困難である。全体的に起床時が最も症状が強く、午後になるとやや楽になる。手のこわばり、頭痛、顎跛行、視力障害を認めない。1か月前に他院にて抗うつ薬(SSRI)を処方されたが症状の改善はない。

【主な入院時現症】意識は清明。身長 158 cm、体重 40 kg。BMI 16.0。体温 36.2℃。脈拍 57 bpm/regular。血圧 138/72 mmHg。脳神経所見なし。MMT:上下肢とも5。両側大腿四頭筋、両側三角筋の把握痛あり。上肢の拳上困難あり。椅子からの立ち上がりも困難。腱反射は正常。四肢の感覚に異常なし。皮疹なし。関節の腫脹、変形なし。側頭動脈触知良好、圧痛なし。心雑音なし、肺音は清。甲状腺腫大なし。浮腫なし。

【主要な検査所見】(下線は紹介先での検査値)

尿所見:尿定性、沈渣に異常はない。血液所見:赤沈 32 mm/1時間。Hb 10.8 g/dL, MCV 90.4 fl, 白血球 4,800/ μ L, 血小板 14.8万/ μ L。血液生化学所見:TP 6.6 g/dL, Alb 3.8 g/dL, フェリチン 250.0 ng/mL, 総ビリルビン 0.4 mg/dL, AST 22 IU/L, ALT 9 IU/L, LD 154 IU/L, ALP 204 IU/L, CK 74 IU/L, BUN 16.0 mg/dL, Cr 0.92 mg/dL, Na 143 mEq/L, K 4.6 mEq/L, Cl 110 mEq/L, Fe 81 μ g/dL, TSH 0.703 μ U/mL, ACTH 34.27 pg/mL, コルチゾール 12.55 μ g/dL, エリスロポエチン 28.9 mIU/mL。

CRP 0.4 mg/dL, リウマトイド因子陰性, 抗CCP抗体陰性。

胸部X線:正常範囲, 上部消化管内視鏡:正常範囲。

【プロブレムリスト】

#1.食欲不振・体重減少・動作がにぶい感じ → リウマチ性多発筋痛症

#2.貧血 → 慢性疾患(リウマチ性多発筋痛症)に伴う貧血

【入院後経過と考察】

#1.食欲不振・体重減少・動作がにぶい感じ → リウマチ性多発筋痛症

食欲不振、体重減少、睡眠障害や気分の落ち込みはうつ病を示唆するが、飲酒をしたいなどの意欲が保たれている点やSSRIが効かない点で典型的とは言えない。

高齢者の比較的急性発症の食欲不振、体重減少などの全身症状と、朝方の動作の困難さ、および身体診察における近位筋・関節の疼痛からリウマチ性多発筋痛症(以下PMR)が最も疑われた。炎症マーカーの存在もこれを支持するものと考えられた。PMRの診断基準(Bird HA. Ann Rheum Dis 1979;38:434)によれば「(1)両肩の疼痛およびこわばり、(2)症状完成までが2週間以内、(3)赤沈40 mm/1時間以上、(4)朝のこわばりの持続1時間以上、(5)65歳以上、(6)うつ状態あるいは体重減少、(7)両上腕部の圧痛、以上の3項目以上を満足、あるいは1項目以上と巨細胞性動脈炎が存在すればprobable PMRとする。probable PMRでステロイド治療反応性良好ならdefinite PMRとする」とされており、本症例でも同診断基準を満たす。鑑別疾患として、甲状腺機能亢進症、ACTH単独欠損症などが挙げられるが、血液ホルモン値からは否定的であった。臨床経過および所見よりPMRを疑い、少量ステロイド(プレドニゾロン 15 mg)内服を開始したところ、翌日より症状軽減し、2日で食欲が完全に回復した。3月29日より当院にて継続処方している。

PMRの治療について統一的な見解はないが、プレドニゾロン 10~20 mgで開始し、漸減する方法が一般的である(Salvarani C. Lancet 2008;372:234)。また骨粗鬆症の対策としてアレンドロン酸ナトリウムを開始した。他のステロイド長期投与に伴う合併症についても注意が必要と考えられる。

本症例では認めなかったが、PMRの15%に巨細胞性動脈炎を合併するとされている(Brooks RC. Arch Intern Med 1997;157:162)。巨細胞性動脈炎の1/3程度が身体診察上の異常を認めないとされており(Smetana GW. JAMA 2002;287:92)、高熱や視力障害などの疑わしい徴候があれば身体所見がない場合でも側頭動脈生検を考慮する必要がある。なお、ステロイドの先行加療は生検結果に影響を与えないとされている(Achkar AA. Ann Intern Med 1994;120:987)。

#2.貧血 → 慢性炎症(リウマチ性多発筋痛症)に伴う貧血

軽度の正球性貧血を認め、FER 250.0 ng/mLと上昇しており、CRPが持続的に上昇しているため慢性炎症に伴う貧血と考えられた。貧血にも関わらず、エリスロポエチン上昇が認められないのは、炎症性サイトカインの増加によると考えられた(Robert T. Stem Cell 1995;13:32)。実際、プレドニン投与により貧血も改善傾向にある。

【退院時処方】プレドニゾロン(5 mg)3T/1×朝、アレンドロン酸ナトリウム(35 mg)1T/週

【総合考察】PMRは高齢者では廃用性の障害を合併することがあり、早期の診断が望まれる。しかし我慢強い高齢患者では疼痛の訴えが乏しくなりがちであり、易疲労感や抑うつ症状が前景に立つと診断が困難になる。本症例では高齢者の非特異的な症状が亜急性に発症した点に着目してPMRを想起し、近位筋の疼痛を確認できたことが診断につながった。プレドニゾロンは長期に及ぶ可能性があるため、骨粗鬆症の対策にも留意すべきである。

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

地域包括支援センターを活用して在宅退院へ誘導した脳梗塞の1例

病歴要約番号 0000000084-001 領域 総合内科Ⅱ(高齢者)

患者の施設名 ○△■病院

患者ID	012345678	受持時患者年齢	78歳	性別	女性
受持期間	自 2016/07/05	受持期間	至 2016/08/28		
入院日	2016/07/05	退院日	2016/08/28		
転 帰	: <input type="checkbox"/> 治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例)				
	: <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	: <input checked="" type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

#1(主病名) 右中大脳動脈領域アテローム血栓性脳梗塞

#2(副病名1) 誤嚥性肺炎

#3(副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】歩行困難

【既往歴】肺結核;30歳代.62歳より高血圧治療中.

【社会生活歴】年金生活者,元教員.独身・独居.

【家族歴】父;心筋梗塞.母;高血圧.兄;肺癌.

【病歴】2016年4月8日自宅で歩行困難となり動けなくなっている状態で,訪問した近所の知人に発見され救急車でA医療センターに搬入された.頭部MRIで脳梗塞と診断され,同院脳外科に入院した.薬物療法を施行し,リハビリテーション開始したが,誤嚥性肺炎を合併した.脳梗塞急性期治療は終了し,誤嚥性肺炎合併によるリハビリテーションの長期化が予想され,高血圧で通院していた自宅近くの当院に転院となる.

【主な入院時現症】身長 148.5 cm,体重 42.2 kg.体温 36.3℃.脈拍 68/分,整.血圧 132/88 mmHg.結膜:貧血・黄疸はない.胸部聴診:心音正常,心雑音はない.呼吸音正常.腹部:平坦で,圧痛はない.血管雑音はない.左片麻痺(MMT上肢下肢とも4/5).

【主要な検査所見】血液所見;赤血球 399万/ μ L,Hb 13.9 g/dL,Ht 40.5%,白血球 4,300/ μ L,血小板 18.7万/ μ L.血液生化学所見;TP 5.8 g/dL,Alb 4.0 g/dL,AST 24 IU/L,ALT 26 IU/L,LD 206 IU/L,ALP 299 IU/L, γ -GTP 25 IU/L,CK 85 IU/L,BUN 16.0 mg/dL,Cr 0.98 mg/dL,尿酸 4.0 mg/dL,空腹時血糖 94 mg/dL,総コレステロール 178 mg/dL,トリグリセリド 124 mg/dL, HDLコレステロール 42 mg/dL,Na 144 mEq/L,K 5.2 mEq/L,Cl 108 mEq/L.CRP 0.2 mg/dL.

心電図:正常洞調律,左室肥大.頸動脈超音波:内頸動脈に狭窄所見はない.プラークスコア8.0(中等度動脈硬化).頭部MRI:右頭頂部皮質・皮質下にT1 low T2 highの梗塞所見を認める.MRAで右内頸動脈に軽度狭窄所見を認める.胸部X線:両側下肺野に浸潤影を認める.

【プロブレムリスト】

- #1.誤嚥性肺炎、嚥下障害
 - #2.脳梗塞後遺症
 - #3.介護者のいない独居
-

【入院後経過と考察】

#1.絶食、補液、抗菌薬点滴投与により誤嚥性肺炎は軽快した。嚥下造影を実施し嚥下機能評価行ったところ、姿勢と1回摂取量に留意すれば固形物・水分とも概ね問題ないことがわかり、経口摂取訓練を開始し摂取可能となった。

#2.誤嚥性肺炎のため転院時はリハビリテーションを中断していたが、絶食・補液中もベッド上、ベッドサイドでの訓練を再開し、肺炎軽快後は本格的にリハビリテーション再開を実施した。左片麻痺は残存したが、伝え歩き、4点杖による室内歩行は可能となった。

#3.脳梗塞後遺症により自立した独居生活継続は困難となった。独身で兄は死亡し、甥が他県に在住するのみで、甥夫妻は義姉の介護をしており、同居は困難で、甥夫妻の近くの有料老人ホーム入所ならサポートはできるとのことであったが、本人は遠方への転居や施設入所は希望されず、自宅への退院を希望した。介護保険申請し、地域包括支援センターに相談を依頼し、ヘルパーによる家事・食事対応、デイサービスでのリハビリと入浴、訪問看護ステーションによる訪問看護を利用し、理学療法士とケアマネジャーで家屋を調査して、トイレまでの手すりなどの改修を行い、退院とした。退院後は訪問診療を実施している近くのクリニックに紹介した。

【退院時処方】クロピドグレル 75 mg/日、アムロジピン 5 mg/日

【総合考察】3次医療機関での急性期治療後、地域病院にて治療の継続とリハビリテーションを実施したが、同居介護者のいない高齢者で退院後の療養環境整備が必要だった症例である。誤嚥性肺炎治療後は嚥下機能評価により経口摂取継続可能と判断され、リハビリテーション実施にて医学的には治療を完結できた状態であったが、残存障害から自立した独居生活は困難で、そのまま退院はできない状態であった。要介護高齢者の治療を考える場合、医療のみでは解決できず、介護・介護予防・生活支援・住まいの観点からの介入支援が必要である。高齢者の生活を包括的・継続的に支えるためには利用者、地域住民、介護サービス提供者、医療関係者、各種関係団体、民生委員、NPO法人、インフォーマルサービス関係者、権利擁護・相談関係者などの人的ネットワークの構築と状況に応じた適切な役割分担と活用とが必要となる。これら5つのサービスを一体的に受けられる支援体制をコーディネートするものとして地域包括ケアシステムがあり、今回はその拠点となる地域包括支援センターと連携し、訪問診療を実施しているクリニックにも依頼することで退院後の体制を確立することができた。高齢者の治療においては医学的疾患の治療以上に退院後の療養環境整備が必要な場合が多く、早期から医療ソーシャルワーカーなどと情報の共有化を図ることが重要である。

(川越 雅弘 海外社会保障研究 Spring 2008 ; 162 : 4)

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎

居宅介護支援事業所との連携により在宅で看取った一例

病歴要約番号 0000000085-001 領域 総合内科Ⅱ(高齢者)

患者の施設名 ○△医院

患者ID	0987654321	受持時患者年齢	92歳	性別	男性
受持期間	自 1997/06/01	受持期間	至 2017/06/18		
初診日	1997/06/01	最終診察日	2017/06/18		
転 帰	: <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 転科:手術あり <input type="checkbox"/> 転科:手術なし <input type="checkbox"/> 転科:手術あり(外科紹介症例) <input type="checkbox"/> 不変 <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり <input checked="" type="checkbox"/> 死亡:剖検なし <input type="checkbox"/> 死亡:剖検あり(剖検症例)				
フォローアップ	: <input type="checkbox"/> 外来で <input type="checkbox"/> 他医へ依頼 <input type="checkbox"/> 転院				

確定診断名

- #1(主病名) 認知症
- #2(副病名1) 誤嚥性肺炎
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】咳嗽・喀痰

【既往歴】70歳時 高血圧症、72歳時 糖尿病、86歳時 認知症。

【社会生活歴】60歳まで会社員、その後嘱託を5年間、以後自宅で小規模農家。

【家族歴】妻(認知症:要介護2)、息子(遠方在住)、娘(同じ市内に在住するも夫両親と同居)。

【病歴】70歳時から高血圧症のため当院外来に通院していた。降圧薬の内服により概ねコントロールされていた。72歳時には初めて糖尿病を指摘されたが、HbA1c 6.3%程度であり、食事療法、運動療法などで様子を見ていた。その後、当院外来に通院していたが、徐々にADLが低下してきたこと、自宅が町の中心部から離れており、通院が困難であることから84歳時から訪問診療を受けるようになった。また、介護保険の認定を受けており、現在の要介護区分状態は要介護2である。介護保険は夫婦で利用しており、妻の要介護状態区分は2で、訪問看護、訪問診療など訪問系のサービスを受けている。3年前に当院に誤嚥性肺炎で入院加療した際、退院に際し、近隣で24時間訪問看護を実施している居宅介護支援事業所と連携し、ケアマネージャーとも相談の上、訪問看護を週に2回、訪問入浴サービスを週に1回、そして当院による訪問診療を月に1回行うこととした。退院後、状態は小康状態を維持していた。時々、軽度の発熱は見られたが、クラリスロマイシン、カルボシステインの内服で様子を見ていた。今年の春頃から食事後に咳き込んでいることが多くなり、摂食量が少なくなってきた。夏頃から時々、発熱を繰り返し、喀痰も多くなってきた。10月中旬から摂食量が大幅に減少し、夕方になると38℃を超える発熱が見られるようになったため訪問看護師からの助言もあり、往診を依頼した。

【主な入院時現症】身長 161 cm、体重 48.1 kg、体温 38.1℃、脈拍 92 bpm、血圧 98/40 mmHg、長谷川式知能評価スケール:17点、眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸はない。口腔:軽度の乾燥を認める。また、口腔には食物残渣がやや残っている。胸部:右肺で吸気時ラ音を聴取する。腹部:平坦、軟で、圧痛はない。血管雑音はない。四肢:浮腫はない。

【主要な検査所見】血液所見;赤血球 320万/ μ L、Hb 9.8 g/dL、Ht 29.4%、白血球 9,610/ μ L、血小板 27万 μ L。血液生化学所見;TP 6.7 g/dL、Alb 3.1 g/dL、総ビリルビン 0.7 mg/dL、AST 11 IU/L、ALT 14 IU/L、LD 151 IU/L、ALP 215 IU/L、BUN 24 mg/dL、Cr 1.28 mg/dL、尿酸 5.1 mg/dL、トリグリセリド 85 mg/dL、HDLコレステロール 45 mg/dL、LDLコレステロール 81 mg/dL、Na 129 mEq/L、K 4.1 mEq/L、Cl 98 mEq/L、CRP 12.4 mg/dL。<動脈血ガス分析(自発呼吸、room air)>;pH 7.339、PaCO₂ 33.2 Torr、PaO₂ 65.1 Torr、HCO₃⁻ 20.1 mEq/L、SaO₂ 91%。

【プロブレムリスト】

- #1. 誤嚥性肺炎
 - #2. 認知症
 - #3. 高血圧・糖尿病
 - #4. 妻と同居(介護者は認知症を有する妻)
-

【入院後経過と考察】

#1. 往診時の診察所見では右肺に湿性ラ音を聴取した。また、喀痰を上手に排出できなかったことから、誤嚥性肺炎を考えた。入院加療も勧めたが、家族(妻と娘)、ケアマネージャーとも相談の上、在宅で診ていくこととした。往診時にクリンダマイシン 600 mg/日筋注の投与を開始した。一時的に呼吸状態も改善してきたが、第10病日には更に発熱がみられるようになり、経口摂取も難しくなってきたため、細胞外液を中心に補液を行った。訪問看護師からの情報や家族の求めに応じて、第13病日にも往診を行った。この際には脈拍 98 bpm、血圧 90/42 mmHg、呼吸数 20/分、SaO₂ 92%(room air)であり、様子を見ることとした。翌日午前7時過ぎに家族から呼吸が止まっているようだとの連絡が入ったため再び往診し、午前7時40分に妻と娘が同席の下で死亡を確認した。

#2. 認知症については長谷川式知能評価スケールで17点と低下を認めた。しかし本人は活動性が低下していることもあり、その事で大きな臨床上的問題点はなかった。また本人の意志としてはハッキリと示されたものはなかったが、「周囲に迷惑をかけたくない」と常々言っていたとのことである。

#3. 高血圧・糖尿病に関してはずっと内服薬を継続してきたが、10月に入ってから内服を中止していた。

#4. 認知症の妻も介護保険の要介護2であり、一緒に在宅サービスを受けてきていた。娘は同一市内在住であり、主たる意志決定者、息子は遠方に在住であり、たまに帰省するのみである。

【退院時処方】

【総合考察】高齢化の進展が著しい我が国の現状から考えて、高齢者医療における在宅医療の必要性は近年益々増している。殊に高齢者単独、あるいは高齢者のみの二世帯の場合には、その介護力の低下も相俟って極めて難しい舵取りを迫られる。そのような中で、地域医療に関わろうとする医師は医療のみならず、介護や福祉の現場と十分にコミュニケーションを図りながら連携をとることが求められている。この様な中で地域医療の視点が求められている。地域医療の視点とは医学の視点が個人から臓器へ、そしてさらには細胞レベル、分子レベルへと詳細な方向で向かっていくのに対して、個人から、対人、そして人が集まる家族などの集団、組織、そして人々が暮らす地域へと向かう視点である(地域医療テキスト, 2009, 20, 医学書院)。地域医療における医師の役割は高齢者の疾病治療だけでなく、様々な状況を有する高齢者への個別的対応を求められるという点である。医師がトップとなり、治療を進めていく医学モデルの考え方のみならず、様々な医療職からなる多職種連携チームのリーダーとしてカンファレンス型の合意形成を行い、その中から方針を決定していく生活モデルを基盤とした考え方を理解・実践していくこと、即ちコーディネーター能力が求められる。

本症例では92歳の夫婦二人暮らしをしている認知症を持つ高齢者が、誤嚥性肺炎を発症し、その経過を診たものである。高齢者ゆえに有する問題点として夫婦共に軽度の認知症を有する点、同居者が配偶者のみであるという点、子供がいずれも同居しておらず、親を常時見ることのできない点などがあった。本症例ではそのような状況の中で、最終的に患者自身の決定権も勘案しつつ、家族への配慮も含め十分に対応ができたのではないかと思われる。

記載者:所属施設名 ○△■病院

記載者:

山田 太郎

担当指導医:

田中 一郎
