**患者基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 患者基本情報 | |
| 身長体重 | |
| 身長 | 142.9  (cm) |
| 体重 | 38.100  (kg) |
| 血液型 | |
| ABO型 | O |
| Rh型 | + |
| 感染症 | |
| HBsAg | (-) |
| HCVAb | (-) |
| STS | (-) |
| TPHA |  |
| HIV | (-) |
| MRSA | |
| アレルギー | |
|  |  |

**入退院情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 入退院情報 | |
| 入院日 | 2021年07月05日 |
| 自科転入日 | 2021年07月05日 |
| （他科から転入した場合） | |
| 自科診療科 | 老年病科 |
| 退院日 | 2021年08月30日 |
| ※転帰は必須 | |
| **病棟担当医** | |
|  | 太田　由衣 |
| |  |  | | --- | --- | | 病棟担当医 | | |  | 井上　龍太郎 | | |
| |  |  | | --- | --- | | 病棟担当医 | | |  | 井上　舜太 | | |
| |  |  | | --- | --- | | 病棟担当医 | | |  | 渡部　創 | | |
| |  |  | | --- | --- | | 病棟担当医 | | |  | 山田　容子 | | |
| 紹介元情報 | |
| 紹介元の有無 |  |
| 紹介先情報 | |
| 紹介先の有無 |  |

**診断情報**

|  |
| --- |
| 入院時診断名 |
| |  |  | | --- | --- | | 病名（自由入力） | | |  | 鉄欠乏性貧血 | |
| |  |  | | --- | --- | | 病名（自由入力） | | |  | 胃潰瘍 | |
| |  |  | | --- | --- | | 病名（自由入力） | | |  | 右大腿骨転子部骨折 | |
| |  |  | | --- | --- | | 病名（自由入力） | | |  | SIADH | |
| 退院時診断名 |
| 病名   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 標準病名(必須) | ICD10 | 病名（自由入力） | 転帰(必須) | | 偽性動脈瘤 | I729 | - | 軽快 | | 急性胃潰瘍 | K253 | - | 軽快 | | 習慣性便秘 | K590 | - | 軽快 | | 低カリウム血症 | E876 | - | 軽快 | | 抗利尿ホルモン不適合分泌症候群 | E222 | - | 軽快 | | 右大腿骨転子部骨折 | S7210 | - | 軽快 | | ヘリコバクター・ピロリ感染症 | A498 | - | 軽快 | | 不眠症 | G470 | - | 軽快 | |

**手術情報**

|  |
| --- |
| 手術情報（自由入力） |
| |  |  | | --- | --- | | 手術情報（自由入力） | | | 手術名 | 右大腿骨内固定術 | | 手術日 | 2021年07月16日 | |

**経過記載**

|  |  |
| --- | --- |
| 経過要約（自由記載） | 入院病歴  【主訴】体動時の息切れ、疲労感  【入院目的】精査加療目的  【現病歴】  直腸脱（術後）以外に特記すべき既往歴なく、不眠症、抑うつ傾向に対して当科外来の他に高血圧症に対して近医（栗原病院）かかりつけの91歳女性。マンションに独居でADLは概ね自立している。  2021年1月ごろから体動時の息切れ、易疲労感が出現した。4月頃から自覚症状の増悪を認め、徒歩数分のスーパーに買い物に行くことが困難になってきたため6月28日に近医（栗原病院）を受診し血液検査を施行したところHb4.6　MCV58　Fe6と著明な小球性低色素性貧血、鉄欠乏の所見を認めた。6月30日、排便時に便の周囲に血液のような赤い液体が付着していた。2019年に直腸脱の術前、Hb9ほどの鉄欠乏性貧血を指摘され1か月ほど鉄剤内服を行い、Hb10程度まで改善をみとめたというエピソードがある。なおその際術前検査での下部消化管内視鏡、CT検査では器質的疾患、貧血の原因となるような所見は認めなかった。  著明な小球性貧血だが頻脈や血圧低下などバイタルの異常は認めていなかった。栗原病院外来でクエン酸第一鉄Na50㎎2T2Xの内服開始となり、7月5日貧血の精査加療目的に当科入院となった。  【既往歴】  不眠症（2011年）  高血圧症（2016年）  左腋窩リンパ節腫大（2017年）細胞診を行いclass2 経過観察  直腸脱手術（2019年7月）  【アレルギー】薬剤：レボフロキサシンで嘔気、食物：なし  【生活歴】喫煙：なし、飲酒：40歳台～80歳　機会飲酒、居住環境：マンションの2階に独居。介護保険未申請で、知り合いのようなヘルパーに週に2回ほど買い物の手伝いや病院の付き添いなどを頼む。  次男が電車で30分ほどの距離に住む  【入院時処方】 ｸｴﾝ酸第一鉄Na50mg　朝夕食後  ｼﾅｰﾙ配合錠　朝夕食後  ｱﾑﾛｼﾞﾋﾟﾝOD錠2.5mg　朝食後  ｿﾞﾙﾋﾟﾃﾞﾑ錠5mg就寝前  ﾘﾌﾚｯｸｽ錠15mg　0.25錠　就寝前  酸化ﾏｸﾞﾈｼｳﾑ0.5g　就寝前  ﾐﾔBM錠20mg　毎食後    【入院時現症】独歩入院。意識清明 、身長142.9cm、体重38.1kg、BMI 18.9kg/m2、血圧126/52mmHg、脈拍77/min・整、体温36.6℃、SpO2 99%(room air)。  〔頭頸部〕眼瞼結膜蒼白、眼球結膜黄染なし、頸動脈雑音聴取せず、頭頸部にリンパ節を触知せず、舌平滑、口角炎あり。  〔胸部〕心音：Ⅰ→Ⅱ→Ⅲ(-)Ⅳ(-)・2LSB　収縮期雑音あり、呼吸音清・左右差なし・ラ音なし。  〔腹部〕腸蠕動音正常、平坦・軟、圧痛なし、腫瘤を触知せず、肝脾腎触知せず。  〔四肢〕両下腿浮腫あり、両側橈骨・足背動脈触知良好、さじ状爪。  〔神経学的所見〕（精神状態）意識：清明、高次脳機能：障害なし（脳神経）視力：正常、視野：正常、眼球運動：正常、対光反射：正常、顔面感覚：異常なし、顔面左右差：なし、聴力：左難聴、構音・嚥下：正常（運動）筋萎縮：なし、筋力低下：上肢・下肢MMT5/5（感覚）触覚・痛覚：異常なし、しびれ：なし  （自律神経系）便秘：緩下剤使用中、排尿障害：なし（起立・歩行）起立：正常、歩行：正常  【血算】WBC 10.4×千/μL, RBC 283×万/μL, MCV 60.4 fL, MCH 15.5pg, MCHC 25.7g/dL, , Hb 4.4 g/dL, Hct 17.1%, Plt 43.6×万/μL, , Reti 5.8 %, Neutro 81.4 %, Lym 14.3 %, Mono 3.6 %, Eosino 0.5 %, Baso 0.2 %【生化学】TP 6.6 g/dL, Alb 3. 1g/dL PreAlb 6.7 mg/dL, HP 230mg/dL, CRP 4.71 mg/dL, , LD123, AST 12, ALT7 T-Bil 0.4 mg/dL, D-Bil 0.1mg/dL  Ca 8.1 mg/dL, 補正後Ca 8.8 mg/dL, IP 3.3 mg/dL BUN 10.2 mg/dL, Cre 0.49 mg/dL, eGFR 85.7 mL/min/1.73m2　 BUN/Cre 20.82 , Na 129 mmol/L, K 3.5 mmol/L, Cl 95 mmol/L, UA 3.4 mg/dL, CK 42 U/L,ﾋﾞﾀﾐﾝB1 72ng/m, ﾋﾞﾀﾐﾝB12 1278 pg, 葉酸 4.0 ng/mL, 銅 167μg/dL , 亜鉛 42μg/dL , ｴﾘｽﾛﾎﾟｴﾁﾝ 367.6 mIU/mL ,BNP 222.0 pg/mL,【凝固】PTs 14.5 秒, PT% 67.4↓ %, PT-INR 1.27 , PTratio 1.26↑ , APTT 35.8↑ 秒【脂質】T-Cho 93↓ mg/dL, HDL-C 52.5 mg/dL, TG 51 mg/dL, cLDL-C 30 mg/dL, nonHDL-C 41 mg/dL【鉄動態】Fe 44 μg/dL, UIBC 255 μg/dL, TIBC 299 μg/dL, ﾌｪﾘﾁﾝ 6 ng/mL  【内分泌】TSH 5.30μIU/mL, FT4 1.40 ng/dL, FT3 1.7 pg/mL【腫瘍マーカー】CEA 1.3 ng/mL, CA19-9 8 U/mL,【感染症】HBs-Ag (-) , HBs-Ag定量 0.05↓以下 IU/mL, HCV-Ab (-) , HCVindex 1.0以下, HIV検査 (-) , , STS定性 (-)  【尿定性】比重 1.016 , pH 6.0 , 蛋白 (+-) , 糖 (-) , ｹﾄﾝ体 (-) , 潜血 (-) , ｳﾛﾋﾞﾘﾉｹﾞﾝ (+-) , ﾋﾞﾘﾙﾋﾞﾝ (-) , 亜硝酸塩 (-) , 白血球 (1+)【尿生化】赤血球 1個未満/PF , 白血球 1-4個/PF , 扁平上皮 5-9個/PF  【胸部X線写真】CTR：65.7%、両側CPA dull、肺野clear。  【心電図】HR 71bpm、軸偏位なし、不完全右脚ブロック、異常Q波なし、ST-T変化なし。  【高齢者総合機能評価(CGA)】転倒スコア6/13、Barthel index 100/100、Lawton IADL 8/8、GDS 9/15、Vitality index 10/10、厚労省の基本チェックリスト10/25 【体幹部CT】 （7/7）多発大腸憩室あり。造影剤の腸管内への漏出像を指摘なし。胃・大腸に粗大な腫瘤なし。肝臓には動脈相で12mm大までのリング状濃染領域が散見される。平衡相では周囲肝と同程度の吸収値を示す。平衡相で周囲肝実質と等吸収であり、肝膿瘍は考えにくい。脾臓の所見と類似しており、肝サルコイドーシスなどでも説明可能かもしれないが、局所的な血行動態が影響した像かもしれない。肝嚢胞に著変なし。 膵頭部に10mm大の嚢胞性病変あり。著変なし。 脾臓における無数の結節。引き続きサルコイドーシスか陳旧性の肉芽腫疑い。 （8/6）右大腿骨頚部術後。右臀部～大腿の多発活動性出血に対して止血術後。 上行結腸優位に腸管壁内ガスを認める。上/下腸間膜動脈の明らかな閉塞なし。物理的な腸閉塞や消化管穿孔は指摘できない。慎重なフォローが望ましい。 下行結腸～直腸にかけて高吸収な便貯留が目立ち便秘と考える。直腸周囲の浮腫は前回から軽度改善している。小腸内の液体貯留が目立つ。 腹水、右鼠径ヘルニアあり。ヘルニア内容物は腹水で腹部臓器の脱出なし。  【サルコペニア・フレイル関連項目】SMI (skeletal muscle index): kg/㎡, 4m歩行速度 m/s, 握力 / kg, 下腿周囲長 cm.  体重減少(-), 易疲労感(+), 活動度低下(+), 筋力低下(+), 歩行速度低下(+) →Frail  【老年症候群】体重減少(-), 尿失禁(-), 頻尿(-), 視力障害(-), 聴力障害(+), 転倒(+), Depression/mood disorder(+), 歩行障害(-), 便秘(+), 不眠(+), Cognitive impairment(-), せん妄(-)  【入院後経過】  #1　小球性低色素性貧血（鉄欠乏性貧血）  #1-1.　胃潰瘍（stageH1）  #1-2.　ヘリコバクターピロリ抗体陽性  #1-3.　虚血性腸炎  #1-4.　 大腸憩室  6月28日に近医で血液検査を行いHb4.6g/dLであり、鉄剤開始となり、飲み忘れはなく内服していた。7月5日入院時血液検査ではHb4.4とさらにHbの低下を認めた。Feは44,フェリチン6ng/mLと依然として鉄欠乏が持続していた。バイタルは保たれており慢性経過で貧血に陥った可能性が高い。入院同日と翌日、濃厚赤血球を計4単位輸血し、鉄剤も点滴で補充を行い、9日にはHb8.3 g/dLまでの上昇を認め、本人の息切れや疲労感などの症状は入院後著明に改善した。  入院時検査では尿潜血陰性、便潜血陰性であり、入院後下血は認めない。  7月6日に上部消化管内視鏡を行い、活動性出血は認めないもののH1stageの胃潰瘍を複数、慢性胃炎の所見を認めた。ヘリコバクターピロリ抗体が陽性であり、除菌を開始し有害事象なく内服終了した。  NSAIDsをはじめとした消化管潰瘍の原因となるような薬剤内服はしていない。2か月前から胃がもたれる感覚はあった（わかもとを内服）というが、腹痛なく経過観察していた。  7月7日に下部消化管内視鏡を行い、S状結腸の屈曲が強く観察範囲は限られていたが虚血性腸炎を示唆する粘膜所見と、腸管浮腫を認めた。観察が行き届かなかった範囲については造影CTで評価を行い、腸管壁の肥厚などは認められなかったが、多発大腸憩室が認められた。  上部下部消化管、造影CTで確認した他臓器でも、活動性の出血は認められなかったが、胃潰瘍や虚血性腸炎、憩室から慢性的に出血あり、自然止血後を検査で確認したと思われた。ピロリ菌除菌治療と並行し胃潰瘍治療目的のPPI内服は継続した。上部消化管内視鏡は退院後に再度施行を予定している。  #1-5.　 便秘症 もともと便秘症に対し、様々な内服薬を試していたが腹痛が強くなり継続できないということを繰り返していた。入院時は市販の大草丸という薬剤を自己調整で内服していた。 今回入院後も排便コントロールのために本人の排便状況に応じて緩下薬の処方、整腸剤増量を行ったが骨折後のADL低下に伴いもともとの便秘症が悪化し、腹部膨満感と腹痛の訴えが続いた。反跳痛は認めなかったがガス貯留が著明で、浅い触診で強い疼痛を訴えた。 造影CTでは便秘の原因になる閉塞拠点はなかった。 新たな緩下薬の増量や変更に対して拒否が強かったが本人にお話し、ラクツロースシロップ、リンゼス、大建中湯、ミヤBMの内服に加え、ピコスルファートを多めに使用することと、リハビリを行い体を動かすことで徐々に排便のリズムが得られ、退院時には腹部所見も改善した。引き続き同剤は継続し、軟便でコントロールしていくことが望ましいと考える。 #1-6.　 右鼡径へルニア  8/6、腹痛の訴えに対して撮影した造影CTで指摘あり。立位で明らかにヘルニア脱出は認めていない。ヘルニア内容物は腹水で腹部臓器の脱出なし。便秘による腹圧上昇で脱出した可能性がある。経過観察とした。 #2.　右大腿部転子部骨折  #2-1　骨粗しょう症 #2-2　右大腿仮性動脈瘤  入院中に施行した骨密度検査では腰椎YAM67％、左大腿骨YAM72％と骨粗しょう症を認めた。骨折歴はない。胃の疾患があるため、プラリアおよびデノタスを7/12から開始とした。  7月13日、全身状態良好となったため当科退院となり、病棟を出た後エレベーターホールで靴がひっかかり、右側臥位で右腸骨を床に打ち付ける形で転倒し、痛みのため体動困難となった。 診察したところ骨盤部は圧痛や浮動ないが右鼡径部に強い圧痛、右下肢の外旋位、右股関節内旋時の強い痛みを認めた。整形外科にコンサルトを行い画像評価を行ったところ、右大腿骨転子部骨折の診断となり、当科再入院のもと整形外科で7/16に右大腿骨内固定術を行った。 術後リハビリを行っていたが、便秘に伴う腹痛に対する精査目的に造影CTを施行したところ、右殿部～大腿に仮性動脈瘤を認めた。手術契機か外傷契機か詳細は不明だが、出血リスクが高いこと、リハビリの妨げになる可能性があることから、7/28にIVRを施行した。画像で認めた仮性動脈瘤三か所に対してIVRを行い有害事象なく終了した。 その後疼痛の訴えが強かったが適宜鎮痛薬を使用し疼痛は3日程度で改善した。 転院先でリハビリ継続して頂く。  ＃3.尿路感染症（Citrobacter+） ＃3-1.尿閉  ＃3-2.PIPC/TAZによる薬剤熱  尿カテ長期留置によりバッグ内コアグラ、浮遊物が目立っていた段階でカテーテル抜去した。当初は抜去後自尿を認めていたが、その後尿閉に陥り、造影CTでは前立腺部尿道の炎症も目立ち、尿路感染症が重なったと考えた。 抗菌薬はPIPC/TAZを選択し、投与開始。 抗菌薬開始し尿性状は改善したが依然として炎症反応高値が持続した。発熱focusとしては腹部症状があるという点では腸炎も鑑別にあがるが、下痢ではなく便秘が主体であり強くは考えにくい。 創部血腫穿刺し培養提出したが陰性。 尿路感染症に対する抗菌薬投与期間も終了したのでPIPC/TAZによる薬剤熱を疑い、抗菌薬中止。培養提出したが陰性であった。抗菌薬中止後、解熱を維持していた。  ＃4.SIADH  7/24まではNa正常値で経過していたが7/24にNaが122まで急激に低下し、翌日も119までさらに低下を認めた。本人の意識状態に変わりなし。 点滴補正を行った後は食事にNa負荷で補給を行い8月2日にはNa136まで改善を認めた。 各種検査結果からは尿浸透圧がやや低いが内分泌系検査値はSIADHの基準を満たした。術後ストレスで発症したには日数がたちすぎており、尿路感染あるいは便秘のストレスで発症した可能性を考える。造影CTではSIADHの原因となるような所見は認めなかった。  8/2からサムスカ3.75mg開始したが尿量が3000mlを超えたため、脱水のリスクが高いため2mgに減量し継続した。その後尿量は1000ml台で経過しているため、サムスカ2mg継続とした。その後、徐々にUAの上昇を認めたため、抗ADH状態が解除されたと判断され、サムスカを中止した。中止後もNa値は保たれていた。  ＃低カリウム血症  便秘により食事摂取が進まなかった時、K低値を認めた。  一時的に塩化カリウムで補正を行い、改善を認めたがその後再度低下傾向になった。8/19　の血液検査結果でK3.3とさらに低下あったため、アルダクトン25mgを開始した。  その後食の摂取量も増加し、K値は安定した。今後転院先で血液検査結果をフォローして頂く。 #4.重症サルコペニア  重症サルコペニアであり転倒リスクが高く、靴の履き方や運動について指導を行った直後の転倒であった。  #5.　不眠症  2011年、震災後から不安症状、不眠症状が強くなりゾルピデムとソラナックスの内服を開始した。2015年からはソラナックスをミルタザピンに変更し内服していた。ミルタザピンは1錠内服すると日中の眠気が強かったため自分で0.25錠にピルカットしていたが、少量であったため、今回入院中にレンボレキサント一剤に変更したところ、熟眠感が得られ日中覚醒も持続していたため変更の上継続とした。  #6.　高血圧症  2016年ごろ家庭血圧が160～170となり、アムロジピン2.5㎎内服が開始となった。  家庭血圧は収縮期120～140mmHg程度で推移するようになったが、今回入院に伴い貧血進行により過降圧に陥るリスクがあったため7日程中止していた。当初は収縮期血圧120程度で推移していたが、貧血の改善に伴い血圧が上昇傾向にあったため、7月12日から内服再開した。 血圧コントロールは良好であったが便秘の副作用を考慮し、アムロジピンを中止し8/3からアジルバ20mgへ切り替えた。  #7.　mild　AS  入院時2LSB及び頸部に放散する収縮期駆出性雑音が聴取された。以前にASの指摘をされたことがあり、下腿浮腫、心拡大も認めていたため心エコーを行ったがA弁の開放は良好であり流出路の最大圧較差は8mmHgとごく軽度であった。また、貧血に伴う心負荷はあったかもしれないが、少なくともactiveな心不全は認められなかった。    【退院時処方】  アジルバ20mg1T1X朝食後  クエン酸第一鉄Na50mg2T2X朝夕食後  シナール2T2X朝夕食  スピロノラクトン25mg1T1X朝食後  タケキャブ10mg1T1X朝食後  デエビゴ5mg1T1X就寝前  ミルタザピン15mg0.25T就寝前  デノタスチュアブル2T1X夕食後  ミヤBM6T3X毎食後  リンゼス2T1X朝食前    【次回外来】未定 |