レポート(出力例)

【患者情報】56歳男性

【主訴】

【現病歴】

【既往歴】

【社会生活歴】

【家族歴】

【主な入院時現症】

【主要な検査所見】

血液所見：白血球 /μL, 赤血球 万/μL, Hb g/dL, Ht %, MCV fl, MCH pg, MCHC %, 血小板 万/μL, PT %(基準80-120), PT-INR (基準0.90-1.10）, APTT 秒(基準23.0-35.0). 血液生化学所見：TP g/dL, Alb g/dL, AST U/L, ALT U/L, LD U/L, CK U/L, γ-GT U/L, ALP U/L, 総Bil mg/dL, 間接Bil mg/dL, BUN mg/dL, Cr mg/dL, Na mEq/L, K mEq/L, Cl mEq/L, Ca mg/dL, P mg/dL, Glu mg/dL. 免疫血清学所見：CRP mg/dL

【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

【入院後経過と考察】

【退院時処方】

【症例を経験しての自己省察】

56歳の男性患者は, うっ血性心不全, 僧帽弁閉鎖不全, 心房細動の三つのプロブレムを有していた. うっ血性心不全の病態進行の速さについて知らなかったが, この症例を経験して学んだ. 以前は心房細動のリズムコントロールとレートコントロールの違いが理解できなかったが, 今回のケースを通して両者の適応や方法について学ぶことができた. 本患者は糖尿病と高血圧の既往があり, これらが心疾患のリスクとして作用していた可能性がある. 患者や家族からは, 今後の生活やリハビリテーションに関する不安の声を度々耳にした. 以前はその不安に対して適切に対応できなかったが, 今回の症例を通して患者や家族の気持ちを理解し、サポートする重要性を改めて認識した.

【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.