

老健での特定ケア看護師の 介入の一例

80代 男性 主訴：徘徊、在宅療養困難

【現病歴】

糖尿病、膀胱癌、認知症、前立腺炎の既往があるADL一部介助・IADL全介助の80代男性。

2015年より認知機能・ADL低下自宅療養していたが、転倒後近医入院し、それを契機に徘徊、離院が多くなり、退院後施設入所となった。

夜間せん妄の症状が強く出現しリスパダール内服開始したところ傾眠傾向強くなり誤嚥性肺炎併発、腹痛の訴えもあり台東病院へ入院。

症状改善するも入院中徘徊や声だしが頻回であり、退院後当院の老人保健施設(認知専門棟)に入所となった。

既往歴：

高血圧、2型糖尿病、アルツハイマー型認知症、前立腺炎

アレルギー：なし

生活歴：施設に入所中

家族歴：特記すべき事項なし

常用薬

コバシル2mg 2錠 (ACE阻害薬)

プルゼニド12mg 1錠

ベルソムラ15mg 1錠

ロゼレム8mg 1錠

ツムラ牛車腎気丸エキス顆粒 3包

【台東病院入院後中止薬】

トラゼンタ5mg 1錠 (DPP₄阻害薬)

シュアポスト0.25mg 3錠 (グリニド系血糖降下薬)

ROS(老健入所時)

全身症状：発熱－ 悪寒－ 倦怠感－ 体重減少－

皮膚：発疹－ 掻痒感－

呼吸器：息切れ－ 咳－ 痰－

循環器：胸痛－ 動悸－ 浮腫－ 起座呼吸－

消化器：腹痛－ 悪心－ 嘔吐－ 下痢－ 血便－

泌尿生殖器：排尿時痛－ 頻尿－ 排尿困難－ 血尿－

筋骨格系：関節痛－ 腫脹－

神経：しびれ感－ 脱力－ 呂律障害－ 失神－

身体所見(老健入所時)

バイタルサイン：

BT36.8 P88(整) BP=138/64 SPO₂=99 R=18

全身状態：sickな印象なし

頭頸部：眼球結膜蒼白なし 黄染なし 表在リンパ節腫脹なし

肺：air左右差なし wheezeなし crackleなし 心音整・雑音なし

腹部：平坦軟 圧痛なし 腸蠕動音あり

背部：CVA叩打痛なし

四肢：浮腫なし 潰瘍なし

神経：しびれなし

基本検査結果(老健入所前)

Alb	3.2	CRP	4.11	HbA _{1c}	6.1
AST	18	WBC	4800	尿蛋白	+
ALT	13	Hb	8.0	尿糖	+ -
BUN	12.0	Plt	46.3	ケトン体	-
Cre	1.20	好中球	78.3	尿潜血	-
Na	136	TSH	1.63	亜硝酸塩	-
K	3.1	血糖	148	白血球	3+

基本画像検査(老健入所前)

胸部レントゲン：異常なし

心電図：完全右脚ブロックあり

胸腹骨盤部CT：気管支炎疑い 胆嚢内結石

#誤嚥性肺炎

糖尿病全粥、副菜1cmきざみ、水分とろみ付で全量摂取可能。

老健入所後もSTと協力し嚥下機能評価。

#膀胱癌

10年前に他院で手術施行。(詳細不明)

#前立腺炎 #前立腺肥大

他院にて経尿道的前立腺切除

#高血圧

内服にてコントロール良好

糖尿病

血清CPR測定未。入院前はDPP₄阻害薬・グリニド系血糖降下薬内服していたが、HbA_{1c}：6.1とコントロール過剰なため台東病院入院後中止となった。

合併症に関しては神経症状なし、網膜症は眼科受診なし、CKDはeGFR₄₄でG₃の中等度低下あり。壊疽、脳血管疾患、虚血性心疾患なし。

老健入所後は糖尿病食1600kcalの摂取で経過観察。

老健では血糖測定/頻回な採血困難であるため

体重測定・多飲多尿、口渇、易疲労感等の身体所見の観察・1～2ヶ月毎採血にてフォローすることとした。

#せん妄 #徘徊

CRPの上昇あるが他に感染兆候なく、月～年単位で進行する認知機能障害であり、意識清明であるが思考障害と睡眠障害をきたしている。

認知機能テストは興奮状態であり実施不可能だが、せん妄ではなく認知症に伴うBPSDである可能性が高い。

退院後よりクエチアピン25mg 1錠内服開始した。

クエチアピンと糖尿病 (添付文書より)

【警告】

- (1) 著しい血糖値の上昇から、糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡等の重大な副作用が発現し、死亡に至る場合があるため、本剤（クエチアピン）投与中は、血糖値の測定等の観察を十分に行うこと。
- (2) 投与にあたっては、あらかじめ上記副作用が発現する可能性があることを、患者及びその家族に十分に説明し、口渇、多飲、多尿、頻尿等の異常に注意し、このような症状があらわれた場合には、直ちに投与を中断し、医師の診察を受けるよう、指導すること。

- クエチアピンによって高血糖が生じる率は、副作用発生率の調査によると3.3%

- 高血糖の発現率

糖尿病を合併している例では18.0%

糖尿病を合併していない例では2.1%

内服1日目：空腹感あるものの高血糖症状なく、意識障害なし

内服1週間：空腹感持続。症状なし。

日中の徘徊はあるものの夜間0～5時まで入眠できている。

内服2週間：高血糖症状なし。効果認めており50mgへ増量

内服3週間：ふらつきあるためクエチアピン以外の眠剤中止。

20時からまとまった睡眠が取れている。

内服5週間：採血⇒BUN20.6 Cre1.35 BS107 HbA1c7.2

HbA1c7.5までは許容と考え次回1ヶ月後採血

内服10週間：採血⇒BUN28.7 Cre1.41 BS117 HbA1c7.3

空腹感持続。徘徊・声だし軽減傾向 次回1ヶ月後採血

内服14週間：採血⇒BUN27.6 Cre1.46 BS257 HbA1c8.1

BPSDの症状は安定。このまま継続し次回の採血確認

内服18週間：採血⇒BUN22.3 Cre1.35 BS118 HbA1c8.1

HbA1c高値。8.0を目標にグラクティブ25mg開始

内服22週間：採血⇒BUN21.0 Cre1.47 BS108 HbA1c7.4

グラクティブ25mg継続

徘徊/声だし悪化なし 体重49kg±4kg程度経過

夜間は良眠

特定行為の介入

- 抗精神薬の臨時投与
- 血糖管理(インスリンでなく内服)

高齢者(65歳以上)の糖尿病患者のコントロール

- ・ ターゲットゴール : HbA_{1c}7.5-8.0
- ・ 2.3合併症はあるがADL良好で元気な高齢者で安全にいくならHbA_{1c}7.0-7.5
- ・ 複数の合併症があり元気がなく予後が限られている高齢者はHbA_{1c}8.0-9.0
(HbA_{1c}7-8% : I A HbA_{1c}8-9% : II A)
- ・ HbA_{1c}<6.5%は有害である可能性がある(II A)
- ・ 高齢者糖尿病患者の薬物による厳格な血糖コントロールが有効であるというエビデンスはない
- ・ 血糖のゴールは患者のゴールや健康状態、予後を反映すべき
- ・ ADA2013ではフレイル、予後が限られている、様々な合併症がある高齢者、厳格な血糖コントロールにリスクがある人はHbA_{1c}8%といった緩徐なターゲットが適切。

(reference:JAGS 61:2020-2026,2013)

日本での高齢者糖尿病に対する大規模研究

高齢者でも死亡や心血管疾患発症の減少にもっとも寄与するのは、厳格な血糖管理よりも、マイルドな血糖管理に加え心血管イベントの危険因子に対する全般的な管理である。

J-EDIT: Japan Elderly Diabetes Intervention Trial

Geriatr Gerontol Int 2012;12(Suppl):18-28