

退院調整中患者の  
喘鳴出現の症例を通して

## 【現病歴】

レビー小体型認知症、特発性血小板減少性紫斑病、骨粗鬆症、発作性心房細動の既往のある日常生活自立度C2ランクで特別養護老人ホーム入所中の80代女性。

発熱と食欲不振の精査目的にて包括ケア病棟に入院し、尿路感染症の診断にて加療。発熱は落ち着き、尿路感染症に対しては加療終了となったが、食欲不振は改善せず。胃カメラを施行したが、特記所見なし。

施設での看取りを想定し、適宜補液をしながらの退院調整段階であった。

## 【既往歴】

- ○4年 特発性血小板減少性紫斑病
- ○9年 骨粗鬆症
- ○10年 レビー小体型認知症
- 発症時期不明 発作性心房細動

## 【生活歴】

- 特別養護老人ホーム入所中
- ADL 全介助
- アレルギーなし
- 飲酒：なし
- 喫煙：なし
- 介護保険：要介護3
- 認知度：III b

## 【内服歴】

- プレドニゾン1mg 1回2錠 朝食後
- ピルシカイニド塩酸塩水和物カプセル25mg  
(サンリズムカプセル) 1回2cap 朝・夕食後
- トラゾドン塩酸塩錠25mg 1回1錠 就寝前

※クエチアピン錠12.5mg、ファモチジンOD錠20mg、エリキ्यूース錠2.5mg  
入院時中止

※頓用ワソラン錠40mg持参あり 入院後服用なし

## 【注射】

- ソルデム3A輸液 500ml
- ヘパフラッシュ100単位 10ml

## 【入院時VS】

- 脈拍 96回/分 血圧 144/59mmHg 体温 37.5°C SPO2=94%(room air)

## 【尿路感染症治療終了後VS】

- 脈拍60～80回/分(整) 血圧100～120/60～70mmHg 体温36.5°C前後
- SPO2=95～97%(room air) 呼吸数16～20回/分

## 【Review of system】

- 入院時接触できていない

# 【入院時検査データ】

## 《採血》

- TP 6.2g/dl
- ALB 2.7g/dl
- T-Bil 0.61mg/dl
- ALP 346U/L
- AST 28U/L
- ALT 17U/L
- CHE 113U/L
- $\gamma$ -GTP 42U/L
- LAP 57mU/ml
- LDH 136U/L
- BUN 15.0mg/dl
- CRE 0.85mg/dl
- eGFR 48mL/分/1.73m<sup>2</sup>
- Na 145mEq/L
- K 3.6mEq/L
- Cl 105mEq/L
- GLU 99mg/dl

- WBC 36 10<sup>2</sup>/ $\mu$ l
- RBC 397 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l
- HGB 11.8g/dl
- HCT 38.2%
- MCV 96.2fL
- MCH 29.7pg
- MCHC 30.9%
- PLT 13.6 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l
- 好酸球 1.4%
- 好塩基球 0.3%
- 単球 4.9%
- リンパ球 27.2%
- 好中球 66.2%

## 《検尿》

- 尿検査
- 混濁 +
- 亜硝酸塩 -
- 比重 1.010
- PH 5.0
- 蛋白定性  $\pm$
- 糖定性 -
- ケトン体 -
- ビリルビン -
- 潜血 +
- ウロビリノーゲン +
- 赤血球 5 - 9HPF
- 白血球 50  $\uparrow$  HPF
- 扁平上皮 0-1HPF
- 尿路上皮細胞 0-1LPF
- 硝子円柱 1-4WF
- 粘液糸 2+

## 【画像検査】

- 胸部X線：CTR 51% 肺浸潤影は認めず

## 【心電図】

- 入院時検査なし

## 【接触までの経過】 看護記録、スタッフからの情報より

- 尿路感染症の治療終了後、発熱はなく経過していた。しかし食欲不振は続き、0～5割程度の摂取量だったため3号液500mlを毎日投与していた。食事は自力摂取困難にて介助していたが、嚥下状態には問題なく、水分もトロミ付加不要でむせ込みなく摂取できていた。
- 包括日数28日目、夕食時一時喘鳴出現したが軽度ですぐに消失した。
- 包括日数29日目、夕食時喘鳴強く口唇色不良となりしんどいと訴えあり。食事途中せき込みあり途中で中止した。食後は喘鳴消失し口唇色も回復、SPO2の低下や副雑音も聴取しなかった。
- 包括日数30日目、会話時呼吸乱れしばらく喘鳴認めしたが、しばらくすると自然に改善した。
- 包括日数31日目、ケアに抵抗するなど普段と見た目の様子は変わりがなかったが、昼食時喘鳴強く食事は中止。その後安静時も喘鳴認められるようになった。発語はあるも息切れ強く、SPO2=93%、頻脈はなく不整も認めなかった。

→準夜勤で出勤。相談を受けた。



## 【バイタルサイン】

• 体温36.5度 血圧122/76mmHg 脈拍132回/分(不整) SPO2 93%(RA) 呼吸回数24回/分

※日勤最終V.S：体温36.3度 血圧114/63mmHg 脈拍79回/分 SPO2 93%(RA)

## 【身体所見】

- 意識レベル：E4V4M5 ※高度認知症にて指示は入らず 普段と大きな変化なし
- 全身状態：苦悶表情あり
- 頭頸部：眼瞼浮腫あり 眼球黄染なし 眼瞼結膜蒼白なし 口角に泡沫状の痰付着あり  
頸静脈怒張あり 口腔内乾燥なし 甲状腺肥大なし
- 胸部：呼吸音左右差なし 左下肺野水泡音聴取 喘鳴・呻吟あり 心音不整 心雑音なし
- 腹部：平坦・軟 腸蠕動音聴取 圧痛なし
- 背部：背部痛なし
- 四肢：浮腫なし
- 皮膚：末梢温か 皮膚色不良なし 皮膚乾燥軽度 落屑なし 腋窩湿潤  
ハンカチーフサイン陰性

# 【Problem list】

- # 高齢女性
- # 3日前に出現した喘鳴の急激な増悪
- # 浮腫
- # 発作性心房細動の既往 頻脈出現
- # 食欲不振あり毎日輸液施行
- # 食事時時々咽こむ

## 【サマリー】

発作性心房細動の既往がある80代の女性が、食欲不振にて毎日500ml輸液を施行し退院調整していたが、3日前に出現した喘鳴が急激に増悪し、浮腫を伴う頻脈も出現した。

## 【鑑別疾患】

- 1番目に可能性が高いもの  
発作性心房細動の発作→心不全
- 2番目に可能性が高いもの  
肺炎
- 見逃してはいけないもの  
肺塞栓症、心筋梗塞、脳梗塞

## 【やったこと】

### • 心電図モニター装着

→HR120台 AF波形

→SPO2 93~94% 末梢冷感・チアノーゼなし O2投与せず

### • エコー施行

→肺：うまく抽出できず

→IVC20mm 呼吸性変動消失

⇒心不全 = 背景疾患 + 増悪因子

発作性心房細動

高齢

→心機能低下

### ASPIRATE

A Anemia (貧血)

S Sepsis (敗血症・感染症)

P Pulmonary embolism (肺塞栓症)

I Ischemia (虚血)

R Renal (腎)

A Arrhythmia / adherence (不整脈・怠薬)

T Thyroid (甲状腺)

E Excess work / salt (労作・塩の過剰)

### FAILURE

F : forgot medicine (怠薬)

A : arrhythmia, anemia  
(不整脈、貧血)

I : infection, infarction (感染、虚血)

L : life style (生活習慣)

U : upregulation of CO  
(甲状腺機能亢進症、貧血など)

R : renal failure (腎不全)

E : emboli (肺塞栓)

⇒

循環器用語ハンドブック

うっ血所見

|       |                 |                 |
|-------|-----------------|-----------------|
|       | なし              | あり              |
| なし    | warm & dry<br>A | warm & wet<br>B |
| 低灌流所見 |                 |                 |
| あり    | cold & dry<br>L | cold & wet<br>C |

図. Nohria-Stevenson 分類

## クリニカルシナリオ (CS)

|             | CS1   | CS2  | CS3   | CS4   | CS5   |
|-------------|---|--|---|---|---|
| 収縮期血圧 (SBP) | SBP > 140mmHg   | SBP 100 ~ 140mmHg  | SBP < 100mmHg   | 急性冠症候群 (ACS)  | 右心不全  |
| 症状の出現       | ・急激に出現<br>・肺浮腫<br>・全身性浮腫は軽度   | ・体重漸増とともに徐々に出現<br>・全身性浮腫優位<br>・肺浮腫は軽度                                    | ・急激または徐々に発症<br>・主に低灌流所見<br>・肺浮腫、全身性浮腫は軽度                          | ・急性心不全の症状   | ・急激または徐々に発症<br>・全身性の静脈うっ血所見   |
| その他         | ・左室駆出率 (LVEF) は保持<br>・病態生理としては血管性   | ・腎機能障害 (Cr↑、BUN↑)<br>・肝機能障害 (ALT↑、AST↑)<br>・貧血 (Hb↓)<br>・低アルブミン血症 (Alb↓) | ・末期: 低灌流または心原性ショックを認める<br>・低灌流や心原性ショックなし                          | ・心臓トロポニン単独上昇だけではCS4に分類されない  | ・右室機能不全<br>・全身性の静脈うっ血所見   |
| 医師の治療方針     | ・非侵襲換気療法 (NPPV)<br>・硝酸薬<br>・容量負荷がない限り利尿薬はほぼ使わない                                       | ・NPPV<br>・硝酸薬<br>・慢性的に全身的水分貯留があるときは利尿薬を使う                                | ・体液貯留所見がなければ容量負荷を試みる<br>・強心薬<br>・血圧 < 100mmHg および低灌流が持続する場合は血管収縮薬 | ・NPPV<br>・硝酸薬<br>・心臓カテーテル検査<br>・ACS管理: アスピリン、ヘパリン、再灌流療法<br>・大動脈内バルーンパンピング | ・容量負荷を避ける<br>・SBP > 90mmHg および全身性体液貯留には利尿薬<br>・SBP < 90mmHg は強心薬<br>・SBP > 100mmHg に改善しない場合は血管収縮薬 |
| 運動療法実施上の注意点 | ・後負荷の増大は左心負荷の原因<br>・血管収縮が過剰におきかないよう注意<br>・等尺性運動やメンタルにも注意<br>・左室コンプライアンスが低下しているので頻脈に注意 | ・体重漸増、全身うっ血を観察<br>・腎機能、肝機能、貧血、低アルブミンなどの臓器障害兆候に注意                         | ・低灌流の症状に注意<br>・疲れやすい  | ・運動療法実施は望ましくない  | ・運動療法実施は望ましくない  |

軽症 ←

→ 重症

⇒ うっ血所見あり、呼吸状態悪化の可能性あり主治医へ現状報告し利尿薬使用提案。結果フロセミド20mg IV施行し、翌日まで様子観察の指示がでた。

⇒ 施注30分後尿量400 g。安静時喘鳴・呻吟消失し効果ありと判断した。

## 【勤務交代後朝までの経過】 ※看護記録より

- 発語あり 見た目普段と大きな変化なし
- HR90～120台 時に140台 AF波形 PVC散発
- 血圧低下なし
- 呼吸乱れなく SPO2 94%
- 尿量600g(フロセミドIV後total、4時間経過)
- 呻吟、喘鳴消失

# 【検査】

※翌日施行

- 胸部X-P : CRT63%

心陰影拡大と肺うっ血を認める

- 心電図 : AF(頻脈)

左脚前枝ブロック

前壁中隔梗塞 V1、V2、V3

- 採血

- TP 5.7g/dl

- ALB3.0g/dl

- BUN 16.8mg/dl

- CRE 0.97mg/dl

- eGFR 10mL/分/1.73 m<sup>2</sup>

- T-CHO143mg/dl

- Na 143mEq/L

- K 3.4mEq/L

- Cl 102mEq/L

- GLU97mg/dl

- WBC 36 10<sup>2</sup>/μl

- RBC 432 10<sup>4</sup>/μl

- HGB 13.2g/dl

- HCT 40.9%

- MCV 94.7fL

- MCH 30.6pg

- MCHC 32.3%

- PLT 6.8 10<sup>4</sup>/μl 血小板凝集-

- 好酸球 2.7%

- 好塩基球 0.5%

- 単球 5.7%

- リンパ球 49.6%

- 好中球 41.5%



## 【診断】

心不全

## 【治療】

利尿剤、ジギタリス製剤使用

→2日間フロセミド20mg静注、

その後フロセミド20mg・スピロノラクトン25mg内服へ変更

→ラニラピット0.05mg内服開始

## 【経過】

- 包括日数32日目(診断日)～33日目、HR110～120台と頻脈継続。夫・長男へIC。これ以上の積極的治療は希望されず。食欲不振に関しても食べれるほどでの思いあり。
- 包括日数34日目、HR110～130台と頻脈続きジギラノゲン0.4mg静注。ジギラノゲン投与後RR間隔不整ではあるがHR80～90台へ。右下腿やや冷感出現、右足背動脈・膝窩動脈触知不可でありエリキユース2.5mg 2錠/日で開始。
- 包括日数36日目、HR70～90台で経過。意識レベル低下なく呼吸状態も安定したためモニター監視終了。
- 包括日数39日目、施設での看取りを想定し、元々入所していた特別養護老人ホームへ退院。

## 【まとめ】

- 病棟スタッフの「何か変」を言語化し早期対応に繋がられた。
  - 早期対応により重症化を防ぎ包括病棟期限**60日**の間に退院へ繋がられた。
- 病棟スタッフのモチベーションの向上・維持に繋がった。
- 包括病棟入院患者の多くが高齢者であり様々な持病を抱えている。そのため急な持病の増悪や突発的な発熱等、急に状態が悪化するケースも少なくない。そのため、日ごろから臨床推論を鍛えておく必要があると改めて感じた。