

症例報告書（識別番号：施設在宅 - 1）

記入年月日：2023年8月15日

表題	左下肢の下肢浮腫		
症状発生時期	2022年4月1日	観察終了時期	2022年9月16日

1. 患者概要

① 患者の主訴、背景、問題点

主訴:

左下肢の下肢浮腫

背景:

高齢者施設に転居・入居になった際から著大な左下肢浮腫があり介入。

前施設より「(前施設)入所時より、両下肢の浮腫が著明にある。五苓散を服用していたが改善なく、服用を中止している。」

「下肢浮腫持続あり。就寝時には下肢挙上で対応していた。」と申し送り。

問題点:

利尿剤を服用も左下肢浮腫の改善が認められず。

② 患者への具体的観察内容および共同指導(他職種への支援例:足の挙上の指導および足浴の実施など)

i. 薬剤師:

月4回の居宅療養管理指導の際に下肢浮腫の確認。

利尿剤服用による脱水傾向がないかを確認。

ii. 他職種:

足の挙上の指導および足浴の実施。

居室にて身体活動が少ない時間帯は弾性包帯を使用。

iii. 共同指導:

利尿剤服用による脱水傾向がないかを確認。

下肢挙上のタイミングと弾性包帯の使用頻度を確認。

③ 結果と考察、今後の課題

本症例の病態について軽度の心不全、中程度の腎機能障害を確認、下肢エコーによる下肢動脈・静脈の塞栓がないことを確認。リンパ節による関与が考えられるとの診断あり。

薬学的にはループ利尿薬とMRAはともに血管内脱水の可能性があり。また、下肢血管外のサードスペースの下肢浮腫であった可能性を考慮も患者家族の精査希望がなかったため、薬剤変更がなかった。

本症例における真武湯の提案を行ったが、具体的なエビデンスを示す文献がなく、提案承諾までに至らず。今後の課題として、1症例ではなく、多くの症例による根拠が示されたのち、多職種への情報提供がEBMの観点から薬物提案できると考えます。

2. 周辺情報

① 服薬情報(処方薬、サプリメントなど) ※薬品名・商品名・剤形など明確にご記載ください。

観察開始時		観察終了時	
処方薬・サプリメント名	用法・用量	処方薬・サプリメント名	用法・用量
フロセミド錠 40 mg	1錠 朝食後	フロセミド錠 40 mg	1錠 朝食後
ベラパミル錠 40 mg	2錠 朝夕食後	フェブキシostat錠 10 mg	1錠 朝食後
ラフチジン錠 10 mg	2錠 朝夕食後	ベラパミル錠 40 mg	2錠 朝夕食後
スピロラクトン錠 25 mg	2錠 朝夕食後	ラフチジン錠 10 mg	2錠 朝夕食後
アスパラカリウム錠 300 mg	2錠 朝夕食後	スピロラクトン錠 25 mg	2錠 朝夕食後
酸化マグネシウム錠 330 mg	4錠 朝夕食後	アスパラカリウム錠 300 mg	1錠 朝食後
センノシド錠 12 mg	1錠 就寝前	マグミット 330 mg	3錠 朝夕食後
ヘパリン類似物質油性クリーム	100g 1日数回 両 下肢	センノシド錠 12 mg	(1-0-2)
		頓:クエチアピン錠 12.5 mg	1錠 不穏時

② 医療衛生材料情報(名称・規格など)(記載例:弾性ストッキングを使用など)

弾性ストッキング使用

③ 症例に関連する画像(症例を理解する上で必要な情報を掲載)

22/4/1 単独訪問



22/5/14 单独访问



22/8/12 单独访问



3. 患者基本情報

① 患者情報

疾病名	不整脈(心室二段脈、上室期外収縮、1度房室ブロック)、変形性膝関節症、腰椎圧迫骨折、腹壁癒痕ヘルニア、左鼠径ヘルニア
アレルギー歴	特になし

② 患者特徴

	観察開始時の状態	観察終了時の状態変化
姿勢	(日頃多い姿勢) 寝ている 立っている <input checked="" type="checkbox"/> 座っている	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
食欲	<input checked="" type="checkbox"/> 変わらない 減った 増えた	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
体格	筋肉質 中肉 <input checked="" type="checkbox"/> やせ質 水太り 脂肪太り	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
体質	普通 <input checked="" type="checkbox"/> 腺病質 疲れやすい 冷え性 多汗症	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
性格	無気力 やる気がおきない 不安感が強い <input checked="" type="checkbox"/> 易怒性 塞ぎ込みやすい 物音に敏感	改善 変化なし 悪化
睡眠	寝つきが悪い 途中で目覚める 眠りが浅い 熟眠感なし 夢をよく見る 悪い夢を見る →睡眠剤の使用の有無(<input checked="" type="checkbox"/> なし 毎晩 時々)	改善 変化なし <input checked="" type="checkbox"/> 悪化
頭	痛い 重い のぼせ めまい 頭汗	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
顔色	健康 赤い <input checked="" type="checkbox"/> 赤黒い 青白い 白い どす黒い	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
目	充血 黄色い <input checked="" type="checkbox"/> 視力減退 涙が出やすい 瞼が重い	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
口腔	<input checked="" type="checkbox"/> 渴く 荒れる 口苦い <input checked="" type="checkbox"/> 舌白い 口臭い 舌黄色い 歯肉の発赤や腫脹 歯痛 歯出血 総義歯 部分義歯	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
耳・鼻	耳鳴り 耳ダレ <input checked="" type="checkbox"/> 難聴 鼻づまり 鼻汁多い 膿汁	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
咳	<input checked="" type="checkbox"/> 症状なし 症状あり(軽い ひどい 空咳)	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
痰	<input checked="" type="checkbox"/> 症状なし 症状あり(多い 少ない 粘い うすい 血痰)	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
皮膚	痒み <input checked="" type="checkbox"/> 乾燥 アトピー性皮膚炎 分泌物(多い 少ない)	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
排尿	赤み 血尿 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 濃縮尿	改善 <input checked="" type="checkbox"/> 変化なし 悪化
便秘	<input checked="" type="checkbox"/> スッキリ出る 残る感じ 下痢 硬便 軟便	<input checked="" type="checkbox"/> 改善 変化なし 悪化
婦人科	初潮 才、閉経 才、墮胎 回、月経困難	
その他、精神状況 や生活状況など 特記すべき事項	認知機能の低下による易怒性が悪化	

③ 検査所見などの経過(身長・体重およびバイタルサイン、血液検査、舌の観察など)

	観察開始時 (23 / 4 / 8)	観察経過① (23 / 6 / 8)	観察経過② (23 / 9 / 16)	観察経過③ (/ /)	
身長	129.5cm	129.5cm	129.5cm	cm	
体重	36.1 kg	34.4kg	34.5kg	kg	
血圧	101 / 73 mmHg	108./65 mmHg	96/57 mmHg	/ mmHg	
脈拍数	60	58	73		
体温	36.4 °C	36.5°C	36.2°C	°C	
SpO ₂	98 %	98 %	98%	%	
呼吸数	- 回/分	-回/分	-回/分	回/分	
食事形態	普通食	普通食	普通食		
食事摂取 (主/副食別の摂取割合)	3 回/日 (主/副 10/10 摂取)	3 回/日 (主/副 10/10 摂取)	3 回/日 (主/副 10/10 摂取)	回/日 (主/副 / 摂取)	
水分摂取	1000ml/日	1200ml/日	1200ml/日	ml/日	
尿量	-ml/日	-ml/日	-ml/日	ml/日	
尿回数 (うち夜間の回数)	8-10 回/日 (夜間: 1-2 回/日)	8-10 回/日 (夜間: 1-2 回/日)	9-12 回/日 (夜間: 1-2 回/日)	回/日 (夜間: 回/日)	
排便状態※1	5	4	4		
排便回数	1-2 回/日	1-2 回/日	1-2 回/日	回/日	
浮腫の分布※2 (全身または部位を記載)	左右下肢	左右下肢	左右下肢		
浮腫の程度※3	右:4 左:4	右:3 左:4	右:3 左:4		
血液検査	WBC	7010/μL	4910/μL	6370/μL	/μL
	RBC	445 万/μL	443 万/μL	398 万/μL	万/μL
	Hb	15.1g/dL	15.2g/dL	13.5g/dL	g/dL
	Hct	44.3%	43.3%	39.9%	%
	TP	7.5g/dL	7.3g/dL	4.2g/dL	g/dL
	Alb	4.2g/dL	4.4g/dL	4.2g/dL	g/dL
	Cre	1.29mg/dL	1.34mg/dL	1.39mg/dL	mg/dL
	BUN	27.3mg/dL	5.2mg/dL	34.4mg/dL	mg/dL
	eGFR	29.6mL/min./1.73m ²	31.2mL/min./1.73m ²	27.2mL/min./1.73m ²	mL/min./1.73m ²
	AST	29U/L	34U/L	44U/L	U/L
	ALT	11U/L	24U/L	29U/L	U/L
	NT-proBNP	336pg/mL	373pg/mL	442pg/mL	pg/mL
舌の観察	舌質の色	淡紅舌 淡舌 紅舌 絳舌 紫舌	淡紅舌 淡舌 紅舌 絳舌 紫舌	淡紅舌 淡舌 紅舌 絳舌 紫舌	淡紅舌 淡舌 紅舌 絳舌 紫舌
	舌苔	白舌 黄舌 灰舌 黒舌	白舌 黄舌 灰舌 黒舌	白舌 黄舌 灰舌 黒舌	白舌 黄舌 灰舌 黒舌
	舌苔の厚さと苔質	薄舌 厚舌 潤舌 燥舌 滑舌 膩苔	薄舌 厚舌 潤舌 燥舌 滑舌 膩苔	薄舌 厚舌 潤舌 燥舌 滑舌 膩苔	薄舌 厚舌 潤舌 燥舌 滑舌 膩苔
	歯形の有無	有 無 不明	有 無 不明	有 無 不明	有 無 不明

記載方法: 食事形態や食事摂取は、普通食・刻み食・軟飯などおよび主/副食別に摂取割合を記載してください(例: 主食 10 割、副食 3 割の場合、「10/3」と記載してください)。舌の観察は該当する項目に○をつけてください。なお、排便・浮腫・舌の観察項目の解釈は次頁を参照してください。