

<初診時診療録>

診察日：20XX年4月6日

記載者：〇〇 ××

患者名：東田 誠（ひがしだ まこと）

年齢：68歳

性別：男性

主訴：左上下肢運動麻痺

現病歴：来院3時間40分前、朝食中に左手の茶碗を落とし、左手足の運動麻痺に気が付き、受診した。

既往歴：アレルギーはない。

生活歴：喫煙歴はない。飲酒は日本酒2合/日を47年間。

家族歴：妻は62歳時に大腸癌で死亡。

現症：身長168cm、体重72kg。体温36.0℃。脈拍72分、不整。血圧184/84mmHg。SpO₂97%（room air）。意識は清明で、見当識障害はない。注視は正常で視野欠損は認めない。顔面下半分の明らかな麻痺を認める。左上肢・下肢は完全麻痺である。運動失調は明らかではない。左半身に軽度から中等度の感覚障害を認める。軽度から中等度の構音障害を認める。NIHSSスコアは12点である。

検査所見：血液所見；赤血球410万、Hb12.8g/dL、Ht40%、白血球5,200、血小板28万。PT-INR1.1（基準0.9~1.1）、aPTT33.3秒（基準対照32.2）。血液生化学所見；随時血糖130mg/dL、総タンパク6.2g/dL、アルブミン4.1g/dL、BUN18mg/dL、Cr1.9mg/dL、eGFR28.6mL/min/1.73m²、AST15U/L、ALT14U/L、LD188U/L（基準115~245）、CK150U/L（基準47~200）、Na140mEq/L、K4.4mEq/L、Cl103mEq/L。CRP0.1mg/dL。12誘導心電図：心拍数約60~150分、不整。心房細動。電気軸はおおよそ-30°と左軸偏移である。胸部エックス線写真：仰臥位正面像。骨軟部陰影に異常はない。肋骨横隔膜角は両側鋭。心胸郭比は55%。肺野に異常影はない。縦郭の拡大はない。頭部単純CT：右大脳は全般に膨張しており、同部位の脳溝は消失し、皮質髄質境界が広範に不鮮明である。右大脳半球のearly CT signを伴う脳梗塞を疑う。ASPECTSは2点（10点満点中）と判定した。頭部MRI：拡散像で右中大脳動脈、後大脳動脈および一部前大脳動脈領域に高信号域を認める。

<プロブレムリスト>

#1. 右中大脳動脈領域・心原性脳塞栓症

#2 慢性心房細動

<入院後経過>

発症から来院まで3時間40分経過した脳梗塞であり、左中枢性顔面神経麻痺、左上下肢運動麻痺・感覚障害、構音障害を認めNIHSSは12点であった。12誘導心電図では心房細動を認め、突然の発症で神経症状が固定化しており、心原性脳塞栓症が疑われた。頭部CTでは右中大脳動脈領域に広範なearly CT signがみられ、rt-PA静脈療法の適応はないと判断した。また、血管内治療が行える高次医療機関への搬送は3時間以上かかり、適応は難しいかと考えた。

救急外来では頭部MRIを撮影し、入院のうえ急性期治療を行った。入院時血液検査でeGFRは28.6mL/min/1.73m²と低く、エダラボンは使用せず、グリセロールを適宜使用した。可及的速やかに言語聴覚士、理学療法士らに声をかけ、嚥下機能評価後に経口食で栄養管理しながら、リハビリテーションを開始とした。経口摂取は継続できたものの、左上下肢運動麻痺は高度であり、入院3日目ほどは抑うつ状態であった。その後、うつ状態を乗り越え、リハビリテーションが進み、四点杖歩行まで可能となったが、自立したトイレ移動等はまだ行えない。

本人と息子さんとは退院後の自宅療養を希望しているが、自宅での自立した生活活動は現段階で難しく、理学療法的には回復期リハビリ病棟を経由した自宅療養が望ましい状況である。代替案として訪問リハビリテーションを導入することが考えられたが、本来キーパーソンであるべき息子さんが介護保険の申請を進めていないのが問題である。主治医は患者さんや息子さんと直接面会して対話を行い、多職種と連携を図りながら、（回復期リハビリ病棟を経由するか否かも含め）自宅療養に向けての方針を決定していく必要がある。

なお、患者さんの経済状況から、慢性心房細動による心原性脳塞栓症の再発予防についてワルファリンを選択した。好物の納豆の摂取を制限しなければならず不満をかかえていそうである。薬剤師、病棟看護師らを中心に多職種で内服の継続が可能か否かを評価し、適宜、服薬指導を行いたい。