

<初診時診療録>

診察日: 202××年 7月18日

記載者: ○○ ●● (学籍番号)

患者名: 杉谷 太郎 (すぎたに たろう) 年齢: 28歳

性別: 男性

主訴: 慢性下痢

現病歴: 1年以上前から一日5回程度の下痢が持続している。クリニックで内服薬(詳細不明)を処方されたが、改善しなかった。インターネット情報から癌を心配して受診した。症状の急性増悪はない。腹痛、脂肪便、易感染性、動悸、手のふるえはないものの、微熱、少量の血液や粘液を含むこと、脱水症状、肛門痛がある。抗菌薬の内服はなく、ストレスや乳製品の摂取で症状増悪はしない。

既往歴: 特記事項なし。アレルギーはない。(喫煙: なし、飲酒: ビール 1050 mL/日)

家族歴: 特記事項なし

社会歴: コンビニエンスストア店員

海外渡航歴、ペット飼育、不特定多数との性交渉歴: なし

解釈モデル: 下痢で発症し癌で亡くなった芸能人の情報がインターネットで流れて自分も癌ではないかと心配している。

身体所見: 身長 168cm、体重 50(-10kg/5年)kg。体温 37.1℃。脈拍 84/分、整。血圧 104/78 mmHg。SpO₂ 99% (room air)。眼瞼結膜に貧血を認める。頸部にリンパ節を触れない。甲状腺に腫大と圧痛とはない。心音と呼吸音とに異常はない。腹部は平坦・軟であり、腸蠕動音亢進を認める。鼓音なく圧痛を認めない。直腸診で肛門垂や痔瘻を認めないが、軽度の発赤を認める。下腿の視診で結節性紅斑の有無を確認する必要がある。また下腿に結節性紅斑を認めるが浮腫は認めない。

検査所見:

血液学所見: 赤血球 337万、Hb 7.2g/dL、Ht 25%、白血球 6,400、血小板 43万。桿状核好中球 10%、分葉核好中球 72%、好酸球 1%、好塩基球 0%、単球 3%、リンパ球 14%。

血液生化学所見: 総蛋白 4.7g/dL、アルブミン 2.8g/dL、尿素窒素 8 mg/dL、クレアチニン 0.7mg/dL、総ビリルビン 0.5mg/dL、AST 10IU/L、ALT 6IU/L、LD 144IU/L(基準 176~353)、アミラーゼ 110IU/L(基準 37~160)。TSH 1.0 μU/mL以下(基準 0.2~4.0)、FT₃ 2.5pg/mL(基準2.5~4.5)、FT₄ 1.2ng/dL(基準0.8~2.2)。免疫血清学所見: CRP 4.6mg/dL。

便検査:

起因菌は検出されず。

便中CDトキシンは陰性。

便潜血検査は陽性。

便中カルプロテクチンは陽性(650mg/kg)(基準50以下)

内視鏡検査:

縦走潰瘍、敷石像および、肛門病変を認める。

病理組織学的検査:

非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認める。

<プロブレムリスト>

#1. クロウン病、小腸大腸型 CDAI240以上

#2. 小球性低色素性貧血

#3. 体重減少、低栄養状態

<初期計画>

(1) 診断計画: 一年以上前から下痢で小球性低色素性貧血と体重減少、低栄養状態である28歳男性が、急性増悪はないものの癌を心配して来院した。諸検査から、クローン病(小腸大腸型、CDAI240以上)と診断された。結節性紅斑を認めることから、クローン病以外にもベーチェット病、腸結核などが鑑別に上がるため、眼科、皮膚科にコンサルテーションを行う必要がある。貧血改善のため、フェリチンを含め鉄動態を評価する。腸結核を否定するため、T-spot測定、胸部画像検査による肺結核の否定、潰瘍からの結核PCR検査を計画する。

(2) 治療計画: 他疾患が除外されれば、クローン病と診断される。中等症～重症として、経口もしくは静脈的ステロイド治療、経腸栄養による寛解導入治療を行う。貧血について、鉄欠乏が主体であれば鉄剤を検討し、慢性炎症に伴う貧血であれば輸血を考慮する。本人が希望すれば追加で栄養剤を処方する。消化の良い食事を指導する。飲酒が下痢増悪の要因になっている可能性があり、禁酒もしくは節酒をお勧めする。

(3) 説明計画: 1年以上前から下痢が持続し、クリニックやドラッグストアで内服薬を利用したことがあるが定期通院しておらず、病識に乏しい。経口摂取や仕事は継続できているものの、消化管の狭窄や瘻孔などが発生した場合、長期の絶食、入院が必要になることを十分説明する必要がある。また、慢性炎症による消化管癌が合併することもあり、本人は癌を心配しており、癌が合併しないように消化管の炎症を押さえ定期的な内視鏡検査の必要性を説明していく必要がある。