

診療実績表

見本

No.1

冠動脈疾患の一次予防 10 症例

外来・入院 (選択)	家族歴	合併症の有無と治療内容				
病院名: ○○○○病院	父: 2型糖尿病、高血圧症、 父方叔母、妹: 糖尿病	肥満	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	肝疾患(脂肪肝など)	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
患者 ID: *****	生活社会歴	標準体重 63.6kg であり、食事療法 1760kcal/日 (27.7kcal/kg/日)、禁酒・間食の中止を指導 食事療法: 1760kcal/日 (27.7kcal/kg/日)、 運動療法: 30 分以上の歩行、禁酒の継続				
患者性別: <input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	調理師	メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	脳梗塞	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
年齢: ** 歳	飲酒: 禁酒中 (以前は日本酒 4-5 合/日) 喫煙: なし	食事療法: 1760kcal/日 (27.7kcal/kg/日)、 運動療法: 30 分以上のウォーキング				
診療期間 ****年**月~****年**月	主な身体所見	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	PAD	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
現病歴 身長 170 cm、体重 79 kg、BMI 27.3 kg/m ² 、ウエスト周囲長 94 cm、 血圧 130/75 mmHg、脈拍 62 回/分・整、頭頸部・胸腹部に 特記すべき所見なし。アキレス腱 肥厚なし。	主な検査所見	脂質異常症	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	PAD	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
定期健診で****年頃より高血糖を 指摘されるも放置。****年の健康 診断で FPG 254 mg/dL、HbA1c 10.6 %のため近医受診。糖尿病教 育・治療目的にて****年**月当院 紹介受診となった。	FPG 210 mg/dL、HbA1c 10.6 %、TC 202mg/dL、TG 175 mg/dL、HDL-C 35 mg/dL、LDL-C 132 mg/dL、AST 47 U/L、ALT 54 U/L、γGT 89 U/L、 BUN 11.0 mg/dL、Cr 0.59 mg/dL、 eGFR 115.2 mL/min/1.73m ² 、UA 6.1 mg/dL、尿蛋白陰性、腹部エコー: 脂肪肝、頸動脈エコー:maxIMT 1.5mm	メトホルミン塩酸塩 500mg 分2 朝夕食後、イ プラグリフロジンレプロリン 50mg 朝食後	高血圧症	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	CKD	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
既往歴 ****年: 肝機能障害	主な検査所見	痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	考察(一次予防のために留意した点) 肥満、糖尿病があるため、食事療法、運動療 法を基本としてHbA1c 7.0 %未満、血圧130/80 mmHg 未満、LDL-C120 mg/dL 未満、TG 150 mg/dL 未満、HDL-C 40 mg/dL 以上を目標に、管理を 続けているが、血圧以外まだ目標に達してお らず、また頸動脈壁肥厚も見られており、管 理をより厳格に行う必要がある。		

No.2

外来・入院 (選択)	家族歴	合併症の有無と治療内容			
病院名:		肥満	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	肝疾患(脂肪肝など)	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
患者 ID:	生活社会歴				
患者性別: 男・女		メタボリックシンドローム	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	脳梗塞	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
年齢:					
診療期間 年 月~ 年 月	主な身体所見	糖尿病	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	PAD	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
現病歴		高血圧症	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	CKD	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
	主な検査所見	脂質異常症	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	考察(一次予防のために留意した点)	
既往歴		痛風・高尿酸血症	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		

症例要約

提出 No. _____

申請者名： _____ ㊟

指導医または所属長： 病院名 _____ 氏名 _____ ㊟

診断名： 2型糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脂肪肝

病院名 ○○○○病院 _____

患者 ID ***** _____ 外来 入院 _____ (どちらかを○で囲んで下さい)

診療期間 ****年**月 _____ 至 ****年**月 _____

患者年齢 ** 歳 _____ 性別 男性・女性 _____

受持期間 自 ****年**月 _____ 至 ****年**月 _____

【主訴】口渇感（軽度）

【現病歴】会社健診で****年頃より高血糖を指摘されるも放置していた。（****年時は高血糖で要治療判定）。****年**月の会社健診で、FPG 254mg/dL、HbA1c 10.6 %とさらなる高血糖を認め、近医を受診。血糖コントロールおよび教育入院目的で当院紹介受診、同年**月当科入院となった。

【既往歴】**歳：肝機能障害（アルコール性の疑い）

【生活社会歴】職業：調理師、飲酒：日本酒 4-5 合/日を週 5 回（****年**月から禁酒）、喫煙：なし

【家族歴】父：2型糖尿病（60歳発症）、高血圧症 父方叔母：2型糖尿病 妹：2型糖尿病（30歳発症）、脂質異常症や冠動脈疾患の家族歴はなし。

【身体所見】身長 170 cm、体重 79kg、BMI 27.3 kg/m²、ウエスト周囲長 94 cm、血圧 130/75mmHg、脈拍 62 回/分・整、意識清明、神経学的異常なし、顔貌は正常、頸部異常なし、眼球結膜：黄染(-)、眼瞼結膜：貧血(-)、心音・呼吸音ともに異常なし、腹部は平坦・軟、足背動脈・後脛骨動脈触知良好、四肢に知覚異常なし、深部腱反射正常、下腿浮腫なし。アキレス腱肥厚なし。頸動脈、腹部に血管雑音なし。

見本

【主要な検査所見】〈血液・尿検査〉 WBC 5550/ μ L、RBC 533万/ μ L、Hb 16.4 g/dL、Ht 48.8 %、Plt 23.3万/ μ L、TP 7.1g/dL、ALB 4.5 g/dL、AST 47 U/L、ALT 54 U/L、ALP 277 U/L、 γ GT 89 U/L、T.Bil 1.0 mg/dL、CK 92 U/L、BUN 11 mg/dL、Cr 0.59 mg/dL (eGFR 115.2 mL/min/1.73m²)、Na 137 mEq/L、K 4.4 mEq/L、Cl 103 mEq/L、尿酸 6.1 mg/dL、TC 202 mg/dL、TG 175 mg/dL、HDL-C 35 mg/dL、LDL-C 132 mg/dL、FPG 210 mg/dL、HbA1c 10.6 %、空腹時 IRI 4.6 μ IU/mL、尿中微量アルブミン 10.9 mg/日、甲状腺等ホルモン基礎値異常は認めず。〈眼底検査〉 NDR 〈腹部エコー〉 脂肪肝 〈頸動脈エコー〉 meanIMT (左/右) 1.02/0.76 mm、maxIMT (左/右) 1.1/1.5 mm 〈ABI/PWV〉 ABI (右/左) 1.20/1.19、PWV (右/左) 1781/1728 cm/s 〈エルゴ負荷心電図検査〉 陰性。

【経過】肥満を伴う 2 型糖尿病で HbA1c 10.6 %と高値であるため、入院時より食事療法 (1760kcal/日:27.7kcal/標準体重)、強化インスリン療法を開始し、朝食前血糖値 140 mg/dL 未満を目標にインスリン量の調整を行った。糖毒性の解除に伴い必要インスリン量の減量が得られ、グルカゴン負荷試験の結果 (Δ CPR1.5ng/mL) よりインスリン分泌能は保持されていると考えられたため、第 11 病日より強化インスリン療法を中止し、最終的にイプラグリフロジン L-プロリン 50mg/日とメトホルミン塩酸塩 500mg/日の内服に変更した。その後も血糖管理は良好になり、第 15 病日に退院となった。退院後も運動療法 (30 分以上の歩行運動) と禁酒を継続するよう指導した。血清脂質値に関しては、TC 163 mg/dL、TG 55 mg/dL、HDL-C 38 mg/dL、LDL-C 114 mg/dL と改善を認めたが、頸動脈硬化症 (右分岐部に低エコー plaque あり) を認めたため、プラバスタチンナトリウム 5mg の内服を追加した。高血圧症については減塩 6g/日、ロサルタンカリウム 50mg/日により 130/75mmHg まで低下している。

【総合考察】本症例はコントロール不良の 2 型糖尿病であり、肥満、高血圧症、脂質異常症 (メタボリックシンドローム)、脂肪肝を合併している。職業が調理師で飲酒量が多いことが病態に影響していると考えられる。動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2017 に照らし合わせれば、本症例は冠動脈疾患発症の高リスク群であり、血糖管理に加え脂質や血圧などのリスク因子の包括的な管理が重要である。本症例ではより早期の糖毒性解除を目的として強化インスリン療法を行い、最終的に SGLT2 阻害薬とメトホルミンの併用療法を行った。SGLT2 阻害薬で 2 型糖尿患者における複合心血管イベント発症抑制効果が報告されており (N Engl J Med. 2015;373(22):2117-28.)、同薬の継続により動脈硬化性疾患予防が期待される。本症例は冠動脈疾患発症の高リスク群であるため、退院後も治療を継続し、食事療法、運動療法を基本として HbA1c 7.0%未満、血圧 130/80mmHg 未満、LDL-C 120 mg/dL 未満、TG 150 mg/dL 未満、HDL-C 40 mg/dL 以上を目標に、管理を続けていく必要がある。すでに頸動脈壁肥厚が見られているため、厳格な管理が必要であると考えられる。