

### 一文サマリー

病院受診歴のない重喫煙者の80歳男性で、3日前から出現し徐々に増悪する発熱、咳嗽、膿性痰、呼吸困難を主訴に救急搬送されました。

### 病歴 (S)

来院2か月前から100m程度の歩行で息切れが出現するようになっていました。3日前から咳嗽が出現し、2日前から発熱と黄色痰を伴うようになり、今朝から呼吸困難も加わったため救急搬送されました。悪寒戦慄や夜間呼吸困難、起坐呼吸、浮腫はありません。

医療機関受診歴や健診受診歴のない方で、既往歴や常用薬は特にありませんでした。家族歴として、父に肺癌、母に脳梗塞、糖尿病があります。喫煙者で40本/日、50年間の重喫煙歴があり、飲酒は日本酒を1日1合です。自宅で妻と2人暮らしでADL・IADLは自立しており介護保険の申請はしていません。

### 身体・検査所見 (O)

バイタルサインは、体温38.8℃、血圧140/90mmHg、脈拍100/分、呼吸数28/分、SpO<sub>2</sub>はカニユラ2L/分の酸素投与で92%です。頸静脈怒張はなく、気管の短縮があります。呼吸様式は口すぼめ呼吸で呼気が延長しています。両肺野全体でGrade2の喘鳴を聴取し、右下肺野では全吸気での水泡音を聴取します。心音に異常はなく下腿圧痕性浮腫もありません。

血液検査でWBC 16,000/ $\mu$ L、CRP 16.2 mg/dLと炎症反応の上昇を認めます。腎機能や電解質、肝胆道系酵素、凝固系に異常はありません。動脈血液ガス分析は酸素2L/分投与下でPaCO<sub>2</sub> 40.5 mmHg、PaO<sub>2</sub> 86.0 mmHgで、乳酸値の上昇はありません。喀痰グラム染色では貪食像を伴うグラム陰性桿菌を多数認めました。胸部X線写真では右下肺野の浸潤影と両肺の過膨張を認めました。

### アセスメント (A)、プラン (P)

プロブレムリストとして、#発熱、#呼吸困難、#膿性痰・咳嗽、#COPD急性増悪、#細菌性肺炎を挙げます。

……省略……

退院プランに関しては、静注でのステロイドや抗菌薬の投与が終了し、食事摂取可能で酸素需要がなくなれば医学的には退院可能です。発症前のADLは自立で退院先は自宅を想定していますが、ADL低下や在宅酸素療法導入の可能性もあります。病棟看護師と相談して、早期に入院前の生活状況や家族の支援体制を把握、退院支援の適応を評価したうえで、退院調整、再増悪予防、退院後のケアチームへの引き継ぎのための介入を開始します。