



電子臨床教科書 UpToDate

Sample Clinical Cases

臨床例題

Version 15.2 版

監訳：東京医科大学病院総合診療科教授 大滝純司

## はじめに

UpToDate では四ヶ月毎のデータ更新にあわせて、利用の例題として Sample Clinical Cases を提供しています。Sample Clinical Cases の原文は英文で書かれておりインターネットでダウンロード\*できます。この度、日本のユーザー向けに日本語版を作成しました。原文は、Version 15.2(2007年6月リリース)用で、オリジナルの30例題から14例題を選択して邦訳しました。例題の選択と監訳は東京医科大学総合診療部教授 大滝純司先生にご担当いただきました。UpToDate の利用例としてご活用いただければ幸いです。

\* Sample Clinical Cases 英語版のダウンロードサイト

<http://uptodate.com/educators/index.asp>

問い合わせ先：

UpToDate 日本事務所

〒105-0004 東京都港区新橋 1-8-3 住友新橋ビル 7F

TEL：03-3572-5002 FAX：03-3572-5003

email: [japan@uptodate.com](mailto:japan@uptodate.com)

## 目次

1. 成人プライマリ・ケア、内科および家庭医学の症例 p.4-5
  - 最近兄弟を破裂性腹部大動脈瘤 (AAA)で亡くした 70 歳の健康な男性を診ている。彼は AAA のスクリーニング検査を受けるべきか。
  - 現在、第一中足骨関節に急性痛風発作が起きている腎不全の患者に対する最良の治療法は何か。
  
2. 循環器の症例 p.6-8
  - ストレスを感じる出来事の後、急性心筋梗塞のような症状を呈し、血圧が低下した 63 歳の女性を診ている。血管造影では明らかな病変は認められず、症状や血圧はすぐに回復した。この患者はストレス誘発性の心筋症と言えるか。もしそうであれば、彼女には再発の危険性があるか。
  - 男性患者が胸痛のため救急診療部に運ばれた。初期心電図では、V2～V6 誘導で 2～3mm の ST 上昇が認められた。心拍数は 80/分、血圧は 136/84mmHg であった。息切れはあるが、鼻カニューレによる 2L/分の酸素吸入下で酸素飽和度は 96%である。胸痛はおよそ 2 時間前から始まったという。この病院では初回経皮的冠動脈インターベンション(PCI)を施行できない。直ちに線溶療法を行うべきか、それとも初回 PCI ができる病院に搬送すべきか。
  
4. 消化器の症例 p.9
  - 胸やけが長期間続いている患者に上部消化管内視鏡検査と生検を施行した。病理検査結果は、低悪性度の異形成を伴う腸上皮化生を示している。次に何をすべきか。
  
5. 血液病および腫瘍の症例 p.10
  - 進行した侵襲性非ホジキンリンパ腫びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫のため治療が必要な高齢患者を診ている。推奨される治療法は何か。
  
6. 感染症の症例 p.11
  - 救急診療部で HIV 初感染を疑わせる症状がある注射薬物使用者を診ている。診断を確定するためにどのような検査をすべきか。

## 目次

- 7. 腎臓病および高血圧の症例** p.12-13
- IgA 腎症の患者を診ている。この患者に対して免疫抑制療法は役に立つか。この患者の腎機能が比較的正常で、適量のアンギオテンシン阻害薬を投与しても、蛋白尿が持続する場合に、最良の治療は何か。
- 8. 産婦人科の症例** p.14-15
- 42歳の閉経前の女性が年1回の婦人科検診に来ている。病歴および身体診察で目立った所見はない。しかし、Pap スメアからは良性の子宮内膜細胞が検出された。次に何をするか。
  - 妊娠糖尿病治療に対して推奨されるアプローチは何か。
- 9. 小児科の症例** p.16
- 金曜日の午前11時に、軽度の典型的なクループ症状の18カ月の小児を診ている。安静時に陥没呼吸や喘鳴は認められないが、この症状が夕方に悪化する可能性が気になる。デキサメタゾン処方すべきか。
- 10. 呼吸器および救命救急医療の症例** p.17-19
- 2日前に敗血症性ショックで集中治療室に入院した患者に対して抗生物質、静脈内輸液、昇圧薬、ヒドロコルチゾンによる治療を行った。昇圧薬の必要量は減っていない。高用量のACTH刺激後、血清コルチゾールは15 mcg/dL増加した。ヒドロコルチゾンは中止すべきか。
  - 長期のワーファリン投与は再発肺塞栓症の予防にどの程度有効か。
- 11. リウマチの症例** p.20
- 腎不全患者では、アロプリノールの適切な開始用量はどのくらいか。

## 成人プライマリ・ケア、内科および家庭医学の臨床症例 # 1

### 問題：

70 歳の健常な男性が、最近兄弟を破裂性腹部大動脈瘤（AAA）で亡くしたという。彼は、AAA のスクリーニング検査を受けるべきか、また発症の危険性が高いかを知りたがっている。

### 解答：

- AAA (Abdominal aortic aneurysm [ 破裂性腹部大動脈瘤 ] の略称)で入力
- トピック **Screening for abdominal aortic aneurysm**[ 腹部大動脈瘤のスクリーニング ] を選択
- 著者/日付を確認する（著者はレビュー本文の左上リンクから所属を表示、日付は第一パラグラフの更新日 *this topic was last changed on May 09, 2007*を参照する）
- 画面左のアウトラインを見る
- **EPIDEMIOLOGY AND RISK FACTORS** [ 疫学および危険因子 ] の項目をクリックすると、家族歴陽性に伴うリスクがまとめられている
- **reference 7** をクリックすると、この抄録が別画面で表示される。
- トピックレビュー本文に戻りのアウトラインを見る
- **SUMMARY AND RECOMMENDATIONS** [ 要約および推奨 ] の項目をクリックする

### 解答

- ◇ （7 番目の項目）イエス；スクリーニング検査を受けるべきであり、発症の危険性が高い。65～75 歳の男性で、喫煙歴はないが、第 1 度近親者が AAA 修復術を必要とした、あるいは破裂性 AAA で死亡した場合、AAA のスクリーニング検査を 1 回行うことを推奨する。

## 成人プライマリ・ケア、内科および家庭医学の臨床症例 #2

### 問題：

現在、第一中足骨関節に急性痛風発作が起きている腎不全の患者に対する最良の治療法は何か。

### 解答：

- Gout [痛風]と入力
- 上から 5 番目の Treatment of acute gout [急性痛風の治療] のトピックを選択
- 著者/日付を確認する
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し SPECIAL CIRCUMSTANCE[特殊な状況]の下での Advanced renal failure[進行した腎不全] をクリックする

### — 解答

- ◇ 第 1 パラグラフの最後の文 — このような患者は、上記のようにグルココルチコイドの関節内投与または経口投与で安全に治療できる。
- ◇ GLUCOCORTICOIDS [グルココルチコイド] の項目まで上にスクロールすると、ステロイドの関節内投与（関節内に直接注射）および全身投与（経口投与）のレジメンについて考察されている。
- Colchicine [コルヒチン] をクリックすると、薬剤情報が別画面で表示される
- トピックレビュー本文にもどり reference 17 をクリックして出典を確認する。
- 本文に戻りアウトラインを見る
- GRAPHICS [グラフィック] の下の Treatment of acute gout [急性痛風の治療] をクリックすると治療の流れを表示するチャートが表示される

## 循環器の臨床症例 # 1

### 問題：

ストレスを感じる出来事の後、急性心筋梗塞のような症状を呈し、血圧が低下した 63 歳の女性を診ている。血管造影では明らかな病変は認められず、症状や血圧はすぐに回復した。この患者はストレス誘発性の心筋症と言えるか。もしそうであれば、彼女には再発の危険性があるか。

### 解答：

- **stress induced cardiomyopathy**[ ストレス誘発性の心筋症 ] または **stress induced**[ ストレス誘発性の ] **takotsubo** [ タコツボ ] と入力。
- **Stress-induced (takotsubo) cardiomyopathy** [ ストレス誘発性の ( タコツボ ) 心筋症 ] のトピックにポインタを置く
- 画面左に表示される Topic Outline の **TREATMENT AND PROGNOSIS** [ 治療および予後 ] の下の **Prognosis** [ 予後 ] をクリックする

### 解答

◇ 一部の患者では、のちに突然死したり再発する。初回のエピソードで志望しなかった患者 22 例のうち 2 例が、その後 3 ないし 10 ヶ月後に心理的ストレスにより、2 回目の同様のエピソードを経験したという報告がある。

- **reference 4** をクリックすると抄録が別画面で表示される
- トピックレビュー本文に戻り、**aspirin** [ アスピリン ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される
- トピックレビューのアウトラインを見る
- **GRAPHICS** [ グラフィック ] の下のいずれかの図を選択

## 循環器の臨床症例 # 2

### 問題：

ある男性患者が胸痛のため救急診療部に運ばれた。初期心電図では、V2～V6誘導で2～3mmのST上昇が認められた。心拍数は80/分、血圧は136/84mmHgであった。息切れはあるが、鼻カニューレによる2L/分の酸素吸入下で酸素飽和度は96%である。胸痛はおよそ2時間前から始まったという。この病院では初回経皮的冠動脈インターベンション（PCI）を施行できない。直ちに線溶療法を行うべきか、それとも初回PCIができる病院に搬送すべきか。

### 解答：

- **Stemi (ST Elevation Myocardial Infarction) reperfusion treatment** [ ST 上昇性心筋梗塞再灌流治療 ] と入力
- **Selecting a reperfusion strategy for acute ST elevation (Q wave) myocardial infarction** [ 急性 ST 上昇 ( Q 波 ) 心筋梗塞に対して再灌流法を選択 ] にポインタを置く
- 画面右側に表示される Topic Outline の **SUMMARY AND RECOMMENDATIONS** [ 要約および推奨 ] の下の **Presentation within three hours** [ 3 時間以内の診察 ] をクリックする

### 解答

- ◇ 症状発現から 3 時間が経過した患者に対しては、door-to-balloon 時間 ( 病院到着から PCI 施行までの時間 ) が 90 分、PCI 関連遅延時間が 60 分で PCI を施行できる場合は、初回 PCI を推奨する。この時間条件を両方とも満たせない場合は、線溶療法を推奨する ( Grade 1A )
- **Grade 1A** をクリックすると、Grade の解説が参照できる
  - ◇ Grade 1A の推奨は強い推奨であり、大抵の場合ほとんどの患者に無条件で適用される。明確かつ有力な理論的根拠が存在する代替アプローチがない限り、臨床医は強い推奨に従うべきである。
- この推奨を裏付けるエビデンスを確認するには、( See "Time from symptom onset to presentation" above, and see "PCI-related delay" above ) [ 上記 " 症状発現から診察までの時間 " を参照、上記 " PCI 関連遅延時間 " を参照 ] のリンクをクリックする



- アウトラインに戻り見出し **FACILITES WITHOUT ONSITE PCI** [ PCI 設備のない施設 ] の下にある **Early presentation** [ 早期受診 ] では、早期再灌流の有用性および搬送時間最短化の重要性が考察されている。
- **PCI-related delay** [ PCI 関連遅延時間 ] をクリックし、**reference 22** を見ると、この抄録へのリンクが表示される
- 本文にもどりアウトラインを見る
- アウトライン内の **ADJUNCTIVE THERAPIES** [ 補助療法 ] をクリックし、さらに **Clopidogrel** [ クロピドグレル ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される
- 本文に戻りアウトラインを見る  
**GRAPHICS** [ グラフィック ] の下の図 **Time to reperfusion in MI** [ MI における再灌流までの時間 ] をクリックすると、再灌流までの時間と死亡率との関係のグラフが表示される。

## 消化器の臨床症例 # 1

### 問題：

胸やけが長期間続いている患者に上部消化管内視鏡検査と生検を施行した。病理検査結果は、低悪性度の異形成を伴う腸上皮化生を示している。次に何をすべきか。

### 解答：

- Barrett treatment [ バレット 治療 ] を検索
- Management of Barrett's esophagus [ バレット食道の管理 ] を選ぶ
- 見出し AMERICAN COLLEGE OF GASTROENTEROLOGY AND AUTHOR'S RECOMMENDATIONS [ 米国消化器病学会および著者の推奨 ] を選択

### 解答

- ◇ バレット食道が認められる患者に対しては、定期的な内視鏡による検診を行って食道生検標本を採取することを推奨する (Grade 2B)。異形成の判定にあたって炎症に起因する混同が最小限となるように、GERD (胃食道逆流症) はサーベイランス検査の前に治療すべきである。連続 2 回の内視鏡検査で異形成が認められなかった患者に対しては、内視鏡による検診を 3 年おきに行うことを推奨する (Grade 2B)。
- ◇ 広範な生検標本採取により低悪性度の異形成が確認された患者に対しては、内視鏡による検診を毎年行うことを推奨する (Grade 2B)。
- (Grade 2B) をクリックすると、Grade の解説が参照できる
- Grade 2B の推奨は弱い推奨であり、患者の状況によってはそれよりも優れた代替アプローチが存在しうる。
- 本文に戻り GUIDELINES [ ガイドライン ] の項目まで上にスクロールし、reference 1 をクリックすると抄録が表示される。

## 血液病および腫瘍の臨床症例 # 1

### 問題：

進行した侵襲性非ホジキンリンパ腫びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫のため治療が必要な高齢患者を診ている。推奨される治療法は何か。

### 解答：

- **treatment for dlbcl** [ DLBCL (びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫) の治療 ] と入力
- **Treatment of aggressive non-Hodgkin's lymphoma** [ 侵襲性非ホジキンリンパ腫の治療 ] を選択
- 見出し **OLDER PATIENTS** [ 高齢患者 ] の下の **Treatment approach** [ 治療アプローチ ] をクリックする

### 解答

- ◇ これまでのところ、侵襲性 NHL の高齢患者に対して、標準用量 ( full dose ) の CHOP 療法より優れたレジメンは示されていない。したがって高齢患者に望ましい療法として、忍容性があれば、ドキソルピシンおよびシクロホスファミドの相対的な用量強度を維持するために増殖因子を併用した標準用量の CHOP 療法を推奨し、CD20 陽性の場合にはリツキシマブの追加 ( CHOP-R ) を推奨する。CHOP-R 療法を施行した患者に対しては、リツキシマブによる維持療法は推奨されない。
- ◇ しかし、この治療による予後が比較的不良であることを考えると、可能であれば、特に高齢患者を対象としてデザインされた臨床試験への登録を勧めるべきである。
- アウトラインの **ADVANCED STAGE DISEASE** の下にある **CHOP plus rituximab** をクリックして推奨の根拠となる内容を確認する
- **reference 61** をクリックすると抄録が表示される
- 本文に戻り **rituximab** [ リツキシマブ ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される。
- 本文に戻り **Treatment approach** までスクロールダウンする ( **show table 8 and show table 3** ) [ 表 3 を表示、表 4 を表示 ] をクリックすると、画像や表が確認できる

## 感染症の臨床症例 # 1

### 問題：

救急診療部で HIV 初感染を疑わせる症状がある注射薬物使用者を診ている。診断を確定するためにどのような検査を指示すべきか。

### 解答：

- **Primary HIV** [ HIV初感染 ] と入力
- **Primary HIV-1 infection: Diagnosis and treatment** [ HIV-1 初感染：診断および治療 ] をクリックする
- 著者/日付を確認する(著者はレビュー本文の左上リンク、日付は第一パラグラフの更新日 *this topic was last changed on February 20, 2007*)
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し「**ESTABLISHING THE DIAGNOSIS**」[ 診断の確定 ] の下の **Viral load** [ ウイルス量 ] をクリックする

### 解答

- ◇ HIV 急性感染患者ではウイルス量が顕著に上昇し、( 超高感度ではなく ) 通常のウイルス量検査で容易に検出できる。例えば、ある試験では HIV 急性感染患者のすべてにおいて > 100,000 コピー/mL が認められた [ 6 ]、また同試験における別の所見として、HIV 非感染者 303 例中 8 例でウイルス量検査結果が偽陽性となり、偽陽性率は 2.6% であった。
- ◇ 重要なのは、偽陽性結果はすべて 2000 コピー/mL 未満であったため、これよりはるかに高値を示した真の陽性結果とは容易に識別できるという点である。さらに、偽陽性が生じた検査はすべて、RT-PCR でなく bDNA であった。
- **reference 6** をクリックすると抄録が表示される。
- (See “**Techniques and interpretation of HIV-1 RNA quantitation**”) [ “ HIV-1 RNA 定量の手法および解釈 ” を参照 ] のリンクをクリックする
- アウトラインで **Specimen collection** [ 検体採取 ] を選択する
- **heparin** [ ヘパリン ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される

## 腎臓病および高血圧の臨床症例#1

### 問題

IgA 腎症の患者を診ている。この患者に対して免疫抑制療法は役に立つか。この患者の腎機能が比較的正常で、適量のアンギオテンシン阻害薬を投与しても蛋白尿が持続している場合に、最良の治療は何か。

### 解答：

- **IgA neph** [ IgA 腎症(略) ] と入力
- **Treatment and prognosis of IgA nephropathy** [ IgA 腎症の治療および予後 ] を選ぶ
- 著者/日付を確認する（著者はレビュー本文の左上リンク、日付は第一パラグラフの更新日 *this topic was last changed on May 8, 2007*）
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し **APPROACH TO THERAPY** [ 治療アプローチ ] の下の **Patient selection** [ 患者の選択 ] を選択

### 解答

◇ 3番目の項目までスクロールする。比較的重度のまたは急速に進行する疾患（例えば、ネフローゼ域の蛋白尿あるいはACE阻害薬やARB療法にも拘わらず持続する蛋白尿、血清クレアチニンの上昇、腎生検における有意な慢性変化を伴わない比較的重度の組織学的所見、これらのいずれかまたは複数を呈するもの）に対しては、疾患進行を遅らせるための非免疫抑制性の介入に加え、免疫抑制療法が有益である。（下記の「免疫抑制療法」を参照）

- アウトラインを見る
- 見出し **SUMMARY AND RECOMMENDATIONS** [ 要約および推奨 ] の下の **Treatment** [ 治療 ] を選択

### 解答

◇ 6番目の項目における説明：ACE阻害薬またはARB療法、あるいはその両方を実施するにも拘わらず、進行性の活動性疾患（例えば、尿蛋白の増加または血清クレアチニンの上昇を伴う血尿、あるいはその両方を伴う血尿）の患者に対しては、コルチコステロイド単独治療の開始を推奨する(Grade 2B)

- **Grade 2B** をクリックすると、**Grade** の解説が参照できる：Grade 2B の推奨は弱い推奨である。患者の状況によってはそれよりも優れた代替アプローチが存在しうる
- アウトラインを見る
- 見出し **IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY** の下の **Corticosteroids** をクリックすると、この推奨を裏付ける入手可能な証拠を概説している節が参照できる。
- **reference [69,70]** をクリックすると、この抄録へのリンクが示される。
- 本文に戻り **corticosteroids** をクリックすると、薬剤データベースが示される。

## 産婦人科の臨床症例 # 1

### 問題：

42 歳の閉経前の女性が年 1 回の婦人科検診に来ている。彼女の病歴および身体診察で目立った所見はない。しかし、Pap スメアからは良性の子宮内膜細胞が検出された。次に何を  
するか。

### 解答：

- **benign endometrial cells** [ 良性子宮内膜細胞 ] と入力
- **The cervical cytology report** [ 子宮頸部細胞診結果 ] を選ぶ
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し **INTERPRETATION** [ 解説 ] の中にある **Benign appearing endometrial cells** [ 良性に見える子宮内膜細胞 ] を選択

### 解答

- ◇ 第 4 パラグラフ：子宮内膜癌(子宮体癌)の症状が認められる場合(異常な子宮出血)、あるいは子宮内膜癌の危険性が高い場合(例えば、閉経後；卵巣癌、乳癌、大腸癌、子宮内膜癌の家族歴または既往歴；タモキシフェン使用；慢性無排卵；肥満[20]；エストロゲン療法；子宮内膜増殖症の既往；糖尿病)(表 3 を表示)は、子宮内膜癌を除外するため子宮内膜生検を推奨する。以上の要因がない場合は、子宮内膜癌の危険性が高いとは証明されていないため、定期的な婦人科検診の継続を選択する[17,21-24]。
- **(show table 3)** [ 表 3 を表示 ] をクリックすると、危険因子毎に子宮内膜癌の相対危険度が表示される。
- 本文に戻り **reference** [17, 21-24] をクリックすると抄録へのリンクが表示される
- 本文に戻り **tamoxifen** [ タモキシフェン ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される

## 産婦人科の臨床症例 # 2

### 問題：

妊娠糖尿病治療に対して推奨されるアプローチは何か。

### 解答：

- **treatment of gestational diabetes** [ 妊娠糖尿病の治療 ] と入力
- **Treatment and course of gestational diabetes mellitus** [ 妊娠糖尿病の治療および経過 ] を選ぶ
- 画面左のアウトラインを見る
- 大見出し「**SUMMARY AND RECOMMENDATIONS**」[ 要約および推奨 ] を選択

#### — 解答

- ◇ 妊娠糖尿病の女性については治療することを推奨する (**Grade 1A**)。無作為化試験において、食餌療法と血糖自己測定、そして必要に応じてインスリン療法を実施するプログラムによって周産期の転帰が改善されることが示されている。

医学的栄養療法が初期のアプローチである

- カロリー配分は、現在の体重と理想体重の差の割合に応じて現体重 1 キログラムにつき、一日あたり 12 - 40kcal。
  - カロリーは、一般に三度の食事と 3 回の軽食に関して分割されて、40 パーセント以下の炭水化物 20 パーセントのタンパク質、および 40 パーセントの脂肪で構成される。
  - 自己血糖モニターは、栄養療法の有効性を評価するために実行されるべきである。
- (**Grade 1A**)をクリックすると、Grade の解説が参照できる：
    - ◇ Grade 1A の推奨は強い推奨であり、大抵の場合ほとんどの患者に無条件で適用される。明確かつ有力な理論的根拠が存在する代替アプローチがない限り、臨床医は強い推奨に従うべきである。
  - 本文に戻り See “**Rationale for treatment**” above [ 上記 “治療の理論的根拠” を参照 ] に進むと、この推奨の背景にあるデータが表示される。
  - 本文に戻り reference [1, 2]をクリックすると抄録へのリンクが表示される
  - 本文のアウトラインを見る
  - **GRAPHICS** [ グラフィック ] で画像を確認する



## 小児科の臨床症例 # 1

### 問題：

金曜日の午前 11 時に、軽度の典型的なクループ症状の 18 ヶ月の小児を診ている。安静時に陥没呼吸や喘鳴は認められないが、この症状が夕方に悪化する可能性が気になる。デキサメタゾンを処方すべきか。

### 解答：

- **Treatment croup dexamethasone** [ 治療 クループ デキサメタゾン ] と入力
- **Approach to the management of croup** [ クループ管理のアプローチ ] をクリックする
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し **MILD CROUP** [ 軽度クループ ] の下の **Outpatient treatment** [ 外来患者治療 ] をクリックする

#### 解答

◇ (第 2 パラグラフ) 軽度のクループをきたして外来診療に訪れた小児に対しては、デキサメタゾンの経口単回投与 (0.6 mg/kg) による治療を推奨する。昼近くや昼過ぎにそのような小児を治療した場合は、夕方近くになるにつれて症状が悪化するのを予防できると考えられる。しかし、悪化の可能性や治療を受ける時期あるいは経過観察のための来院時期について事前に指導することも妥当な措置である。

- 第 1 パラグラフの **reference 10,11** をクリックすると抄録が表示される。
- 同パラグラフで **dexamethasone** [ デキサメタゾン ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される
- 本文に戻りアウトラインを見る
- **Summary and recommendations** [ 要約および推奨 ] をクリックすると、グレード分類された推奨が表示される
- 画面左のアウトラインに行く
- **Information for patients** [ 患者への情報 ] をクリックすると、患者への情報が表示される

## 呼吸器および救命救急医療の臨床症例 # 1

### 問題：

2 日前に敗血症性ショックで集中治療室に入院した患者に対して抗生物質、静脈内輸液、昇圧薬、ヒドロコルチゾンによる治療を行った。昇圧薬の必要量は減っていない。高用量の ACTH 刺激後、血清コルチゾールは 15 mcg/dL 増加した。ヒドロコルチゾンは中止すべきか。

### 解答：

- [glucocorticoids in septic shock](#) [ 敗血症性ショックにおけるグルココルチコイド ] と入力
- [Glucocorticoid therapy in septic shock](#) [ 敗血症性ショックに対するグルココルチコイド治療 ] を選択
- 著者/日付を確認する(著者はレビュー本文の左上リンク、日付は第一パラグラフの更新日 *this topic was last changed on April 25, 2007*)
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し **SUMMARY AND RECOMMENDATIONS** [ 要約および推奨 ] の下の **Recommendations** [ 推奨 ] を選択

### 解答

- ◇ (3 番目の項目にて) ACTH 刺激後の血清コルチゾール増加の最大値が 9 mcg/dL を超え、コルチコステロイド療法に対する血行動態の反応(コルチコステロイド開始 48 時間以内の昇圧薬中止で定義)のない患者においては、コルチコステロイドの中止を推奨する(図 5 を表示)(Grade 2B)。ACTH 刺激後の血清コルチゾール増加の最大値が 9 mcg/dL 以下の場合、臨床反応に関係なく、7 日間にわたりコルチコステロイドを十分量投与し続けることを推奨する(Grade 2B)。
- (Grade 2B)をクリックすると、Grade の解説が参照できる：
- 弱い推奨であり、患者の状況によってはそれよりも優れた代替アプローチが存在する。
- 本文に戻り [show figure 5](#) [ 図 5 を表示 ] をクリックすると、敗血症性ショックに対するコルチコステロイド使用についてのアルゴリズムが参照できる
- この推奨を裏付けるエビデンスを確認するには、[See "Clinical evidence" above](#) [ 上記 "臨床的エビデンス" を参照 ] のリンクをクリックする

- **GLUCOCORTICOID THERAPY** [ グルココルチコイド治療 ] まで上にスクロールする
- **reference 71-73** をクリックすると抄録へのリンクが表示される
- 本文の **glucocorticoids** [ グルココルチコイド ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される
- 本文に戻りアウトラインを見る
- **GRAPHICS** [ グラフィック ] の下にある図表を確認する

## 呼吸器および救命救急医療の臨床症例 # 2

### 問題：

長期のワーファリン投与は再発肺塞栓症の予防にどの程度有効か。

### 解答：

- **warfarin and PE** [ ワーファリンと肺塞栓症(PE:pulmonary embolism) ] と入力
- **Anticoagulation in acute pulmonary embolism** [ 急性肺塞栓症に対する抗凝固療法 ] を選択
- 著者/日付を確認する(著者はレビュー本文の左上リンク、日付は第一パラグラフの更新日 *this topic was last changed on January 17, 2007*)
- 画面左のアウトラインを見る
- 見出し **WARFARIN** [ ワーファリン ] の下の **Clinical evidence** [ 臨床的エビデンス ] をクリックする

### 解答

- ◇ ワーファリンの長期投与は、再発 PE の予防に非常に効果的である。これは、8 件の無作為化比較対照試験 (2994 例) のメタアナリシスでよく実証されており、症候性 PE の患者ではワーファリン長期投与により再発 PE または DVT の可能性が低下した (オッズ比 0.18、95%CI 0.13~0.26) ことが示されている。
- **reference 9, 59** をクリックすると抄録が表示される
- 本文に戻り **warfarin** [ ワーファリン ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される。
- 本文に戻りアウトラインを見る
- **GRAPHICS** [ グラフィック ] の下の図あるいはいずれかの表を確認する

## リウマチの臨床症例 # 1

### 問題：

腎不全患者では、アロプリノールの適切な開始用量はどのくらいか。

### 解答：

- gout [ 痛風 ] と入力
- **Treatment and prevention of recurrent gout** [ 反復性痛風の治療および予防 ] をクリックする
- 著者/日付を確認する ( 著者はレビュー本文の左上リンク、日付は第一パラグラフの更新日 *this topic was last changed on March 8, 2007* )
- 画面左のアウトラインを見る
- **ADVANCED RENAL FAILURE** [ 進行した腎不全 ] をクリックする

### 解答

2 番目の項目までスクロールする

- ◇ アロプリノールとその活性代謝物オキシプリノールの半減期は、腎不全では延長する。腎機能障害の重症度に応じて開始用量の減量が必要である ( 表 2 を表示 )。望ましい血清尿酸値が得られない場合、注意深く副作用を観察しながら、慎重に用量を漸増する必要がある。
- **show table 2** [ 表 2 を表示 ] のリンクをクリックすると、画像および腎不全患者における適切な減量について表示される。
- 本文に戻り **Allopurinol** [ アロプリノール ] をクリックすると、薬剤データベースが表示される
- 本文に戻り **Reference 66** をクリックすると抄録が表示される