

# 嘔気、食欲不振で受診した一例

育和会記念病院 研修医 笠原怜雄

【背景】 ●歳 ●性、施設入所中

【主訴】 嘔気、食欲不振

【現病歴】 来院4日前より嘔気が続き食事摂取量が減少していた。胃薬・制吐薬で対応していたが、来院当日11時頃より嘔気・全身倦怠感があり食事も拒否したため、家族の希望もあり受診となった。

【既往歴】 脳梗塞、薬剤性パーキンソン、慢性心不全、高血圧、高脂血症、骨粗鬆症、  
卵巣嚢腫術後、右頬部細胞癌

【嗜好歴】 飲酒：なし、喫煙：なし

【アレルギー】 NKFA、NKDA

【内服薬】シルニジピン、バルサルタン、アスピリン、プラバスタチン、アゾセミド、  
スピロノラクトン、フェブキソスタット、ルピプロストンカプセル、硝酸イソソルビド、  
レボドパ、酸化マグネシウム、大建中湯、センノシド、ヒアルロン酸ナトリウム、  
モサプリドクエン酸、トラマドール塩酸塩、テリパラチド酢酸塩、セレコキシブ、レバミピド

# 【入院時現症】

身長: ■■■cm 体重: ■■■kg

JCS: ■■■

体温: ■■■℃ 血圧■■■3/■■■4mmHg 脈拍数■■■回/分、整

呼吸数: ■■■回/分 SpO2: ■■■%(RA)

眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし

頸部: 頸静脈怒張なし

胸部: 心音 整 異常音なし、呼吸音 清、左右差なし

腹部: 平坦・軟、圧痛なし

四肢: 両下肢浮腫なし

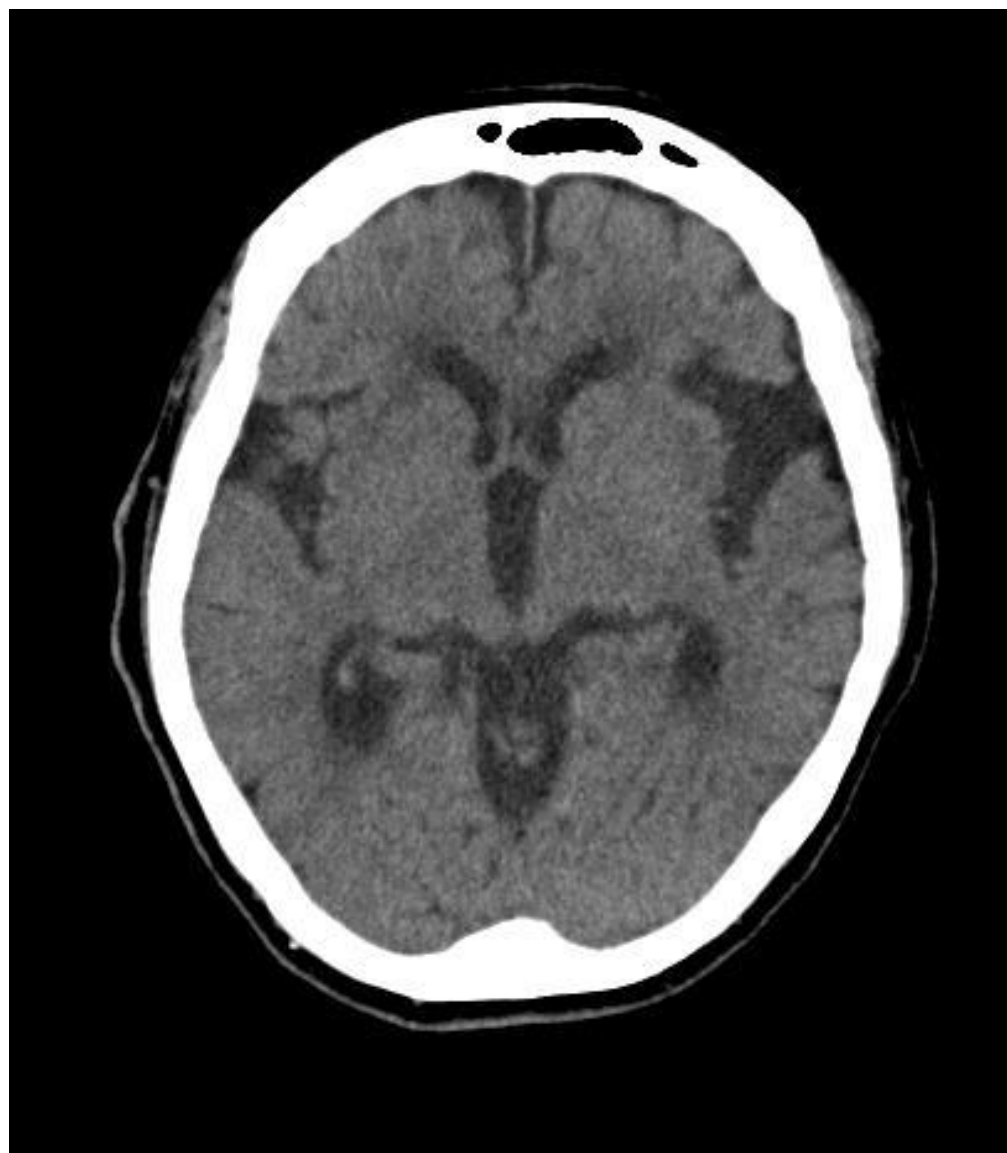
# 【胸部X線検査】



## 【腹部CT検査】



# 【頭部CT検査】



# 鑑別疾患

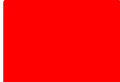
- 高Ca血症
- 低Na血症
- 消化管閉塞
- 逆流性食道炎
- 慢性膵炎
- 副腎不全
- 薬剤性副作用

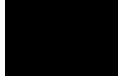
# 【入院時の血液検査所見】

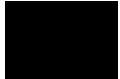
|        |          |       |         |     |          |
|--------|----------|-------|---------|-----|----------|
| WBC    | ■/μL     | ALP   | ■ U/L   | Na  | ■ mmol/L |
| Neutro | ■%       | AST   | ■ U/L   | K   | ■ mmol/L |
| Lympho | ■%       | ALT   | ■/L     | Cl  | ■ mmol/L |
| Mono   | ■%       | LD    | ■ U/L   | 血糖  | ■ mg/dL  |
| Eosin  | ■%       | γ GTP | ■ U/L   | CRP | ■ mg/dL  |
| Baso   | ■%       | CK    | ■ U/L   |     |          |
| RBC    | ■ × ■/μL | AMY   | ■ U/L   |     |          |
| Hb     | ■ g/dL   | T-Bil | ■ U/L   |     |          |
| Ht     | ■%       | BUN   | ■ mg/dL |     |          |
| MCV    | ■ fL     | Cre   | ■ mg/dL |     |          |
| MCH    | ■ pg     | eGFR  | ■       |     |          |
| MCHC   | ■ g/dL   | TP    | ■ g/dL  |     |          |
| PLT    | ■ × ■/   | Alb   | ■ g/dL  |     |          |

# 【入院時の尿検査所見】

## 〈尿電解質〉

U-Na  mmol/L

U-K  mmol/L

U-Cl  mmol/L

# 【入院時診断】

ポリファーマシー

# 【入院後経過】

入院4日目：原因と考えられるアゾセミド1日2.5錠→1錠に減量

入院7日目：プラバスタチン、フェブキソスタット、大建中湯、モサプリドクエン酸、トラマドール中止・生理食塩水投与開始

入院10日目：上部消化管内視鏡検査で異常なし

入院11日目：アゾセミド、バルサルタン、シルニジピン中止・生理食塩水終了

入院14日目：六君子湯を開始

入院17日目：マドパーの副作用を考慮し3T分3から2T分2に減量

入院18日目：嘔気が減少し、嘔気の原因がマドパーだと判明

入院22日目：退院

## 【CQ.低Na血症の原因は脱水か薬剤か？】

- U-Na ■ mmol/L、U-Cl ■ mmol/L
  - 通常、脱水や嘔吐によるNaの喪失であれば、腎臓がNaを温存するため、 $U-Na < 20 \text{ mmol/L}$ となるはずである。
  - U-Na 40mmol/Lであれば、腎臓が塩分を捨てている病態（利尿薬やSIADH）を考える。
- 低Na血症の原因は薬剤性だと考えループ利尿薬やトラマドールを中止し、生理食塩水を投与した。

参考文献: 今日の臨床サポート、Up To Date

## 【CQ.治療を行っているのに嘔気が続くのはなぜか？】

- ・入院後Naの補正を行っているにも関わらず、頑固な嘔気が持続した。
- ・上部消化管内視鏡検査→異常は無く、癌・潰瘍・閉塞を否定した。
- ・六君子湯の開始→機能的ディスペプシアを疑い介入した。
- ・胃そのものに異常はないと考え、原因を他の併用薬の副作用と絞り込んだ。

# 【CQ.マドパーが原因薬だったのか？】

## マドパーが嘔気を引き起こすメカニズム

- ・マドパーに含まれるレボドパは、脳内でドパミンに変換されてパーキンソン病の症状を改善するが、一部は脳に入る前に血液中でドパミンに変わる。
- ・脳の延髄にあるCTZが血液中のドパミンに直接反応し、嘔気を催した。

## 原因特定に時間を要した理由

- ・マドパーはパーキンソン病患者にとって飲んでいて当たり前の基盤薬である。
- ・ポリファーマシーの状態であり、原因薬剤特定が難しかった。

参考文献: 今日の臨床サポート、Up To Date

## 【CQ.本症例の学び】

- ・U-Naの測定により早期に薬剤性の病態を見抜くことができた
- ・一つの症状に対して複数の薬剤が関与している可能性を常に考慮し、薬で出た症状を薬で抑えるのではなく、原因薬を減らすことが重要である。

参考文献: 今日の臨床サポート、Up To Date