MediMatch 医療記録要約レポート

サンプルレポート•このレポートは架空の医療ケースから生成されています。本物の患者情報は一切含まれておらず、参考用のみです。

I. 患者情報

商品	詳細
名前	ワンさん（仮名）
性別 / 年齢	女性 / 42歳
職業	事務所のクラーク
居住地	上海市の浦東新区
確認された診断	関節リウマチ（RA）
病気の期間	3年間（2023年3月に初発症）
現在の病院	上海市浦東新区の三級病院のリウマチ•免疫学部門

II. 主訴と重要な臨床問題

主訴：3年間にわたる複数の関節の再発性の腫れと痛み、症状の悪化や左膝の腫れが2週間続いています。

主な臨床問題：不十分にコントロールされた関節リウマチの病活動、変動する治療反応、そして最近の左膝の活動性滑膜炎。これまでに達成された改善を維持しながら、再発の頻度を減らし、治療の強化が必要かどうかを評価するために、長期的な管理戦略を最適化する必要がある。

III. タイムラインを訪れる

日付	訪問の種類	主な調査結果	管理
2023-03	初回訪問	両手の親指と中指の指関節に、4週間にわたる対称的な腫れと痛みがあります。朝のこわばりは1時間以上続きます。	包括的な自己抗体、炎症マーカー、および画像検査の研究
2023-04	診断	RF 256 IU/mL、抗CCP >300 U/mL、ESR 68 mm/h、CRP 45 mg/L。手のレントゲン写真では、骨破壊はなく、軟部組織の腫れが見られました。	関節リウマチと診断されました。メトトレキサト（MTX）15 mg/週と葉酸5 mg/週の投薬を開始しました。
2023-07	フォローアップ	関節の腫れと痛みが軽減し、朝のこわばりが20分に短縮され、ESRは32に減少し、CRPは12になりました。	MTXは週15mgで維持され、フォローアップが続けられました。
2023-10	自己管理による投薬量の減少	患者は、副作用を心配していたため、自らの判断でMTXを週10mgに減らしました。	— (医療訪問なし)
2024-01	再発のために訪問する。	関節の腫れと痛みが増加し、右手首の可動域が限られています。ESRは55に戻り、CRPは38です。同時に上気道感染症が発生しています。	MTXは15 mg/週で再開され、一日に2回200 mgのヒドロキシクロロキン（HCQ）が追加されました。
2024-05	フォローアップ	3ヶ月間の併用療法後、症状は著しく改善しました。ESRは25で、CRPは正常でした。	MTXとHCQの組み合わせレジメンが維持されました。
2024-08	異常な肝機能	アルトレサンは85 U/L（正常上限の2倍）で、明らかな不快感はありません。	MTXを週10mgに減量し、肝保護療法を追加し、2週間後に再検査を行う。
2024-11	フォローアップ	肝機能は正常に戻りました（ALT 35）が、関節の症状が一部再発しました。	MTXを週12.5mgに調整し、HCQを維持し、低用量のプレドニゾン5mg/日を橋渡し療法として使用する。
2025-04	フォローアップ	DAS28スコア3.2（低病活性）、正常な肝機能、そして良好な関節機能です。	プレドニゾンは徐々に減量して中止され、MTXとHCQは維持されました。
2025-07	最近の訪問	左膝の腫れ、ESR 35、CRP 15。左膝の MRI では、関節液の蓄積と滑膜の肥厚が認められた。	左膝にDiprospan（ベタメタゾン化合物）1mlを関節内に注射し、症状が軽減しました。

IV. 実験室の動向

日付	ESR（mm/h）	CRP（mg/L）	RF (IU/mL)	抗CCP（U/mL）	ALT（U/L）	DAS28スコア	病気の活動度
2023-04	68 ↑	45 ↑	256 ↑	↑300	22	5.8	高い
2023-07	32	12	128	>300	25	3.8	穏やか
2024-01	55 ↑	38 ↑	198	>300	28	5.2	高い
2024-05	25	6	95	245	32	3.1	低い
2024-08	28	8	88	230	85 ↑	3.4	低い
2025-01	30	10	92	228	35	3.5	低い
2025-04	22	5	78	215	28	3.2	低い
2025-07	35 ↑	15 ↑	85	220	30	3.6	低〜中程度

基準範囲：ESR 0〜20 mm/h、CRP 0〜8 mg/L、RF 0〜20 IU/mL、抗CCP 0〜5 U/mL、ALT 0〜40 U/L。DAS28スコア：<2.6は寛解、2.6〜3.2は低病活動、3.2〜5.1は中等度病活動、>5.1は高病活動。

V. 画像検査の所見

手のレントゲン写真（連続比較）

日付	主な調査結果	臨床的意義
2023-04	両手の近指中節関節の周りに軟部組織が腫れているが、明らかな骨破壊はない。	まだ構造的な損傷はないけれど、初期の関節炎です
2024-01	両方の手首関節空間の狭窄、右手首の小さな骨膜下嚢性変化	活動性疾患中の初期骨エロジョン
2025-04	両側の手首の関節間の狭窄は以前と変わらずで、新たな骨破壊はありませんでした。	併用療法後に構造的損傷は進行しておらず、病気はかなりうまくコントロールされています。

左膝のMRI（2025-07）

左膝関節に中等度の関節液蓄積と拡散性滑膜肥厚が認められました。造影画像では、滑膜の強化が認められ、これは活動性滑膜炎と一致していました。メニスカスの破裂や靭帯の損傷は認められませんでした。

VI. 治療経過と病状変動の分析

このセクションでは、治療過程の主要な転換点を時系列でレビューし、それぞれの改善や悪化の理由と介入の効果を分析し、治療医が疾患の進展パターンを迅速に理解するうえで役立ちます。

フェーズ1: 診断と初期治療 改善されました。

期間：2023年4月～2023年7月

コース: 診断後、MTX 15 mg/週と葉酸が開始されました。MTXは関節リウマチの治療における主薬であり、ジヒドロフolate還元酵素を阻害することによって抗炎症および免疫調節効果を発揮します。3か月間の治療後、患者の関節の腫れと痛みが著しく改善し、朝のこわばりが1時間以上から20分に減少し、ESRが68 mm/hから32 mm/hに減少し、DAS28が5.8から3.8に減少しました。

改善の理由：MTXは安定した血中濃度に達し、滑膜の炎症を効果的に抑制しました。葉酸サプリメントは、口腔粘膜炎などのMTX関連の有害事象を軽減し、服薬アドヒアランスを改善しました。

> **Evidence Note:** EULAR 2022 recommends MTX as the first-line anchor drug for RA (grade of recommendation A, level of evidence 1a). MTX monotherapy enables approximately 40–50% of patients with RA to achieve low disease activity (Smolen et al., Ann Rheum Dis 2023).

フェーズ 2: 自己管理による投薬量の減少と病気の再発 悪化した。

期間：2023年10月～2024年1月

コース：MTXの長期的な有害作用（肝毒性および骨髄抑制）を懸念して、患者は医師の指導なしに自らの判断でMTXを週15mgから週10mgに減量しました。2024年1月（冬季）に、上気道感染症を経て、関節の腫れと痛みが著しく悪化し、右手首の可動域が制限され、ESRが55 mm/hに再び上昇し、DAS28が5.2に再び増加しました。

悪化の原因： 複数の要因が寄与しています。(1) MTXの投薬量が不足して病気のコントロールが不十分になった、(2) 寒い冬の気温が関節の症状を悪化させた、そして(3) 上気道感染が免疫システムの活性化を引き起こし、関節炎の病気活動が増加しました。感染は急性関節炎悪化の一般的な引き金です。

> **Evidence Note:** The ACR 2021 guideline emphasizes that patients with RA should not adjust DMARD doses on their own (strong recommendation, moderate-quality evidence). Infection can trigger RA relapse through molecular mimicry and bystander activation (Catrina et al., Nat Rev Rheumatol 2021).

フェーズ3: 併用療法 改良されました。

期間：2024年2月～2024年5月

コース：MTXは週15mgで再開され、1日2回200mgのHCQが追加されました。HCQは、Toll-likeレセプターのシグナル伝達経路を阻害することで免疫調節効果を発揮し、MTXと相乗効果を発揮します。3ヶ月間の併用療法後、ESRは25　mm/hに減少し、CRPは正常に戻り、DAS28は3.1に減少し、低病活動を達成しました。

改善の理由：MTXとHCQの併用療法は炎症を相乗的に抑制し、HCQはMTX関連の肝毒性のリスクを軽減することができます。患者の服薬遵守は、以前の再発に関する教育後に改善しました。

> **Evidence Note:** The MTX + HCQ combination regimen has been shown to be superior to MTX monotherapy in multiple RCTs (grade of recommendation A). HCQ can reduce the incidence of MTX-related liver enzyme elevation (O'Dell et al., Arthritis Rheum 2002).

フェーズ4: 異常な肝機能と治療の調整 調整した。

期間：2024年8月～2024年11月

コース：定期的なフォローアップでALTが85　U/L（正常上限の2倍）に上昇したことがわかりましたが、明らかな不快感はありませんでした。MTXは10　mg/週に減量され、肝保護療法が追加されました。2か月後に肝機能は正常に戻りました（ALT 35 U/L）が、MTXの投薬量を減らした後に関節症状が部分的に再発しました。その後、MTXは12.5 mg/週に調整され、低用量のプレドニゾン5 mg/日が橋渡し療法として追加されました。

介入の結果：肝機能は回復しましたが、MTXの投薬量削減により病気のコントロールが低下しました。これは、この患者がMTXの投薬量に比較的敏感であることを示しています。低用量のグルココルチコイドの橋渡し療法は、MTXの投薬量削減中に不十分な抗炎症効果を効果的に補いました。

> **Evidence Note:** MTX-related liver enzyme elevation occurs in 15–20% of patients; most cases are transient and resolve after dose reduction or temporary discontinuation (Kremer et al., Arthritis Rheum 1994). EULAR recommends monitoring liver function every 8–12 weeks during MTX treatment (grade of recommendation A).

フェーズ5: ブリッジング療法後の安定状態 安定した状態

期間：2025年1月〜2025年4月

コース：MTX 12.5 mg/週 + HCQ 200 mg bid + Prednisone 5 mg/dによる3ヶ月間の橋渡し療法後、DAS28は3.2に減少し、低病活性の目標を達成しました。Prednisoneは徐々に減量されて中止され、MTX + HCQの併用レジメンが維持されました。

安定化の理由： 治療目標（T2T）戦略の効果的な実施。DAS28スコアが治療目標として使用され、治療レジメンが迅速に調整され、最終的に病気がコントロールされました。グルココルチコイドの橋渡し療法は、DMARDsが完全に効果を発揮する前に、短期的な抗炎症治療を提供しました。

> **Evidence Note:** The T2T strategy has been demonstrated to be superior to conventional care in multiple RCTs (grade of recommendation A, level of evidence 1a). EULAR 2022 strongly recommends remission or low disease activity as the treatment target (Smolen et al., Ann Rheum Dis 2023).

フェーズ6: 局所的な再発と関節内注射 改良された。

期間：2025年7月（最新）

コース: 全身疾患は適切にコントロールされていたにもかかわらず、左膝に孤立した腫れが発生しました。MRIで活動性滑膜炎が確認されました。左膝にDiprospan 1 mLを関節内注射し、注射後1週間以内に腫れが著しく改善し、運動範囲が回復しました。

改善の理由：関節内へのグルココルチコイドの注射は、局所的な炎症に直接作用し、全身への副作用は最小限に抑えられています。関節炎では、孤立した関節の炎症は比較的一般的であり、必ずしも全身治療の調整が必要とは限りません。

> **Evidence Note:** Intra-articular glucocorticoid injection is a first-line local treatment for isolated joint flares in RA (grade of recommendation A). The ACR 2021 guideline suggests that, when systemic disease is well controlled, local therapy may be prioritized over escalation of the systemic regimen for an isolated joint flare.

VII. 現在の投薬レジメン

投薬	投薬量	ルート	ノート
メトトレキサート（MTX）	12.5 mgを週に1回服用する。	口頭で	アンカー薬；異常な肝機能の病歴があるため、減量で投与を続けています。
葉酸	週に1回5mg（MTXの翌日）	口頭で	MTX関連の副作用を軽減する。
ヒドロキシクロロキン（HCQ）	200mgを1日2回服用する。	口頭で	相乗効果のために組み合わせて使用されるDMARD

注：上記の薬剤と投薬量は、患者から提供された処方箋からの抜粋であり、医師の参考用のみです。これらは薬剤のアドバイスではありません。

VIII. 現在の臨床評価

DAS28スコア：3.6（低〜中程度の病気活動）

病気活動の傾向：全体的には下降傾向にあります。2025年4月には低い病気活動（3.2）が達成されましたが、2025年7月には左膝の局所的な再発により3.6にわずかに増加しました。

構造的損傷：両側の手首関節間の狭窄（2024年1月に初めて確認され）、2025年4月のフォローアップ時に進行は認められませんでした。

機能状態：日常生活活動に独立しています。右手首の可動範囲にわずかな制限があります。左膝の機能は注射後に回復しています。

主な課題：MTXの投薬量は肝機能によって制限されており、最大投薬量にまで増やすことはできません。病気の活動度は低度から中度の間で変動しており、完全な寛解はまだ達成されていません。

⚠️ **Issues Requiring Attention:**

(1) 現在のMTXの投薬量では、完全寛解を達成するには不十分です。バイオロジカル製剤や標的的な合成DMARDの追加投与を検討する必要があります。

(2) 異常な肝機能の履歴は、限られたMTXの耐容性を示しており、継続的なモニタリングが必要となります。

(3) 以前の自己管理による投薬量の減少が再発につながったため、服薬アドヒアランスに関する教育を強化する必要があります。

(4) 持続的に高い抗CCP抗体価は、予後が悪いことを示し、より積極的な病気管理が必要であることを示しています。

IX. 現地医師の結論

患者は、3年間の病期を経て関節リウマチと確定診断され、現在は軽度から中等度の病活動が認められています。メトトレキサトとハイドロキシクロロキンの併用は効果的でしたが、投薬量は肝機能に制約され、完全な寛解には至っていません。三次転诊センターのリウマチ•免疫学部門に紹介し、生物学的治療への移行を評価することが推奨されました。患者には、自己で投薬量を調整しないようにし、定期的なフォローアップ検査に参加するようにアドバイスが提供されました。

X. サブスペシャルティ分析

推奨される専門分野：リウマチ学と免疫学

患者は3年間にわたって関節リウマチと診断されており、現在、病気の活動度は低から中程度です。以下の問題については、専門医の評価が必要です。

(1) 治療強化の評価。 MTXは肝機能異常のために最大用量で使用できず、現在の用量（12.5 mg/週）でも病勢は完全寛解には至っていません。EULAR　2022の推奨に従って、MTXと従来の合成DMARD（csDMARD）を併用しても治療目標を達成できない場合には、生物学的DMARD（bDMARD）や標的的合成DMARD（tsDMARD）の追加を検討する必要があります。専門医は治療強化の利益とリスクを評価する必要があります。

(2) バイオロジカル療法の選択。 RA患者でMTXに十分な反応がない場合、TNF阻害剤（アダリムマブやエタネルセプトなど）、IL-6受容体拮抗剤（トシリズマブなど）、JAK阻害剤（トファシチニブやバリシチニブなど）がいずれも潜在的な選択肢となります。選択に際しては、患者の肝機能、感染リスク、合併症、経済的な考慮事項を考慮する必要があります。

(3)　長期的な骨の保護。患者はすでに両手首に骨の侵食があり、高い抗CCP抗体価は進行性の骨破壊のリスクが比較的高いことを示しています。骨密度を評価し、カルシウムとビタミンDのサプリメントを検討し、必要に応じて抗骨粗鬆症療法を開始する必要があります。

> **Evidence Note:** EULAR 2022 recommends adding a bDMARD or tsDMARD when MTX combined with csDMARDs fails to achieve the treatment target (grade of recommendation A). The efficacy of TNF inhibitors, IL-6 antagonists, and JAK inhibitors in patients with RA and an inadequate response to MTX has been demonstrated in multiple phase III RCTs.

XI. マッチされた専門家たち

患者の臨床像（関節リウマチ、MTXへの不十分な反応、生物学的治療の評価の必要性）に基づいて、上海の以下のリウマチ専門医と免疫学専門医が推奨されます。

推薦1: 主任医師のバオ•チュンデ氏

上海交通大学医学部附属仁济医院、リウマチ•免疫学部門

専門知識：関節リウマチ、全身性エリテマトス、強直性脊柱炎などの自己免疫疾患の診断と管理に関する専門知識を有し、特にバイオロジカル療法に関して豊富な経験を有しています。

公式病院のウェブサイト：https://www.renji.com

推薦2：江林迪主任医師

復旦大学中山病院、リウマチ•免疫学部門

専門知識：関節リウマチ、シェーグレン症候群、血管炎。難治性関節リウマチの個別化治療に関する深い研究を行っています。

公式病院ウェブサイト：https://www.zs-hospital.sh.cn

推薦3：主任医師のワン•ウェイグオ

復旦大学华山医院のリウマチ•免疫学部門

リウマチ科•免疫学部のエグゼクティブ•ディレクター。専門分野は、関節リウマチ、強直性脊椎炎、全身性エリテマトス、痛風などのリウマチ性疾患の診断と管理です。彼の研究は、主に関節リウマチに関連する貧血やグルココルチコイド誘導性骨粗鬆症に焦点を当てています。

公式病院のウェブサイト：https://www.huashan.org.cn

XII. 選択の推奨事項

相談の優先順位

2週間以内にリウマトロジーと免疫学の相談を受けることをお勧めします。主な検査内容は、生物学的治療への移行の評価です。現在の病気活動は高い範囲ではないものの、限られたMTX投薬量と高い抗CCP抗体価は、予後が不良であることを示しています。早期の治療移行は、骨破壊の進行を遅らせるうえで役立つ可能性があります。

選択基準

仁済病院のリウマチ•免疫学部門は、中国で最も早く設立されたリウマチ専門部門の1つであり、生物学的薬剤の臨床応用に関して特に豊富な経験を有しており、治療強化が必要な患者に適しています。中山病院のリウマチ•免疫学部門は、難治性の関節リウマチ（RA）の個別化治療に特化しており、従来の治療に十分な反応がない患者に適しています。仁済病院は、RAの生物学的治療に関してより優れた学術的地位と臨床経験を有するため、第一選択肢として推奨されます。

ケアの継続性

同じリウマチ専門医による長期的なフォローアップが推奨されます。DAS28は3か月ごとに評価する必要があり、肝機能検査、血液検査、画像検査は6か月ごとに実施する必要があります。長期的な関節リウマチの管理には、治療レジメンの継続性が不可欠です。

XIII. 面接の準備チェックリスト

I. 持参する書類（推奨）

1.完全な医療記録：2023年3月の初回訪問から2025年7月の最新訪問までの患者の外来医療記録/報告書。

2.検査報告書（正常範囲を含む）：これまでのESR、CRP、RF、抗CCP、肝機能（ALT/AST）の検査結果、特に2024年8月の異常な肝機能のエピソードに関する完全な報告書。

3. 画像資料：2023年4月、2024年1月、2025年4月の手のレントゲン写真と報告書、2025年7月の左膝のMRI画像と完全な報告書（定量的な詳細が記載されたページをすべて持参してください）。

4.現在の投薬リストと処方箋記録：MTX、葉酸、HCQの処方箋の写しや元の投薬包装物、そして投薬量の調整履歴を含めたものです。

5.関節内注射記録：2025年7月に左膝にDiprospanを注射した手順記録。

6.前回の異常な肝機能のエピソード中に使用された肝保護薬の記録。

7. 以前に他の病院で相談や検査を受けた場合は、対応する原本または写しを持参してください。

II. 必要な追加情報

1.骨密度検査の結果：まだ実施されていない場合は、訪問前に検査を受けることをお勧めします（RA患者は骨粗鬆症のリスクが高く、生物学的治療を開始する前に評価が必要です）。

2.　B型肝炎、C型肝炎、結核の検査結果：これらは生物学的治療を開始する前に完了しなければならず、事前の検査が推奨されます。

3.予防接種の記録：生物学的因子は免疫機能に影響を与える可能性があり、予防接種の状況を評価する必要があります。

4.最新の血液検査と腎機能検査の結果。

5. 症状日記：関節の腫れや痛みの位置、朝のこわばりが続く時間、その発症要因や関連症状を記録しておけば、医師が病気の活動度を評価しやすくなります。

6. エコカルディオグラフィや甲状腺機能検査など、他の検査が実施されたかどうかは、入手可能な記録には記されていません。

7. 家族歴：関節リウマチやその他の自己免疫疾患の家族歴があるかどうか。

XIV. 中国における医療：旅行チェックリスト

医療記録と身分証明書類

•パスポート、ビザ、保険書類。国際医療サービス部門があなたの保険と直接請求できるかどうかを確認してください。

•原本の医療記録、検査報告書、原本の画像ファイル（DICOM）、および病理スライド/パラフィンブロック（該当する場合）。

•以前の手術記録、退院要約、投薬リスト、アレルギー歴。

旅行前の確認

•公式の病院チャネルを通じて、医師の診療スケジュール、国際医療サービスの予約要件、必要な書類を確認してください。

•通訳、同行、または遠隔の事前評価が必要かどうかを確認し、検査やフォローアップ訪問のために十分な時間を確保してください。

•医療費用は直接病院に支払うものです。この報告書は病院からの見積もりや予約確認の代わりとなるものではありません。

病院に持っていくべきもの

•病院が要求する身分証明書と予約確認書を持参し、事前に病院のキャンパスと階数を確認しておきましょう。

•原本の報告書や処方箋を持参してください。処方箋を中止したり、投薬量を増やしたり、または自分で治療を調整したりしないでください。

•急性の激しい痛み、呼吸困難、または意識障害などの緊急事態が発生した場合は、すぐに最寄りの救急部門に行ってください。

XV. 参考文献と制約事項

このレポートで引用されている医療ガイドラインの推奨事項（EULAR 2022およびACR 2021）は、公開された臨床実践ガイドラインに基づくもので、推奨の等級および証拠レベルは、原本のガイドラインで示されたとおり報告されています。参考文献は「著者ら、ジャーナル年」という形式で記載されており、興味のある読者は原本の出版物を参照することができます。

臨床的な結論、推奨される相談の経路、料金、および診療所のスケジュールは、原本の医療記録および病院による検証に従っています。このレポートに含まれる公式病院のウェブサイトのリンクは公開情報から取得したもので、訪問前に公式な病院のチャネルを通じて確認してください。

免責事項：本報告書は、提供された医療記録に基づいてAIによって生成されたもので、医療情報の整理や医師のマッチングを支援することを唯一の目的としています。診断、治療、または投薬に関するアドバイスを提供するものではありません。AIは認識や解釈のエラーを犯す可能性があります。原医療記録を持参してください。そうすることで、治療医師は直接の評価と検査に基づいて判断を下すことができます。緊急の場合は、すぐに現地の救急サービスに連絡するか、救急科に行ってください。
