

## 病歴要約（悪い例）

提出 No.	2	分野名	循環器	病院名	○△■病院
患者 I D .	2345678901			入院日	2016年7月4日
患者年齢	56歳	性別	男性	退院日	2016年7月22日
				受持期間	自 2016年7月4日 至 2016年7月22日

転 帰:  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)

フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. うつ血性心不全
- #2. 拡張型心筋症
- #3. 心房細動
- #4. 心室頻拍症

【主訴】息切れ・食欲不振。

## 【現病歴】

平成28年4月、両下肢痛および全身倦怠感が出現。5月下旬頃より、息切れが出現。6月中旬、咳嗽を伴うようになり、7月2日○×医院にて受診。胸部X線写真で肺うつ血を認め、心不全の診断で7月4日当科紹介入院となった。

【既往歴】30歳：胃潰瘍

【家族歴】父：胃癌

【生活歴】喫煙：30～50本/日、アルコール：ビール1～2本/日。

## 【主な入院時現症】

身長164cm、体重62kg、体温36.9℃、BP 88/58mmHg。胸眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸なし。心音：I、II音は清、心尖部収縮期雜音（Levine III/VI）。両肺野：湿性ラ音を聴取。

【主要な検査所見】BNP 650 pg/mL

＜動脈血ガス分析＞PH: 7.484, PaCO<sub>2</sub>: 34 Torr, PaO<sub>2</sub>: 99.1 Torr, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 25.3 mEq/L, SatO<sub>2</sub>: 98.0%。

胸部Xp：心拡大（CTR 58%）、肺うつ血、両側胸水

安静時心電図：心房細動

＜ホルター心電図＞総心拍数 111,730/24hrs、心房細動

平均心拍数 77/分（最高107/最低51）

心室性期外収縮：3,480個、最大7連発の心室頻拍

### 【プロブレムリスト】

- #1. うっ血性心不全
- #2. 僧帽弁閉鎖不全
- #3. 心房細動
- #4. 心室頻拍症

### 【入院後経過と考察】

- #1. うっ血性心不全は、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因は、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、心筋疾患が考えられた。左室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められ、拡張型心筋症と診断した。内服療法は、ループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬およびβ遮断薬の併用療法を開始した。
- #2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後にはII度までに改善したので、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電気的除細動を試み一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始した。
- #4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、早速アミオダロンの投与を開始した。投与後からは3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験にても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

### 【退院時処方】

アスピリン 100 mg 1×, フロセミド 40 mg 1×, スピロノラクトン 25 mg 1×,  
 エナラプリル 5 mg 1×, カルベジロール 5 mg 2×, ジゴキシン 0.25 mg 1×,  
 ワルファリン 3 mg 1×, アミオダロン 200 mg 2×

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

## 病歴要約（良い例（悪い例を改訂したもの））

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	2	分野名	循環器	病院名	○△■病院
患者 I D .	2345678901			入院日	2016年7月4日
患者年齢	56歳	性別	男性	退院日	2016年7月22日
				受持期間	自 2016年7月4日 至 2016年7月22日

転 帰：□ 治癒 ■ 軽快 □ 転科(手術 有・無) □ 不変 □ 死亡(剖検 有・無)  
 フォローアップ：■ 外来にて □ 他医へ依頼 □ 転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. うつ血性心不全
- #2. 拡張型心筋症
- #3. 心房細動
- #4. 心室頻拍症

## 【主訴】息切れ・食欲不振

【現病歴】これまでに定期健診等において心疾患を指摘された事はなかった。2016年4月、両下肢痛および全身倦怠感が出現した。5月下旬頃からは労作時の息切れが出現し、6月中旬になると、夜間の咳嗽を伴うようになり、7月2日近くの診療所を受診した。胸部X線写真で肺うつ血を認め、心不全の診断で7月4日に当科を紹介入院となった。

【既往歴】30歳：胃潰瘍

【家族歴】父：胃癌、心疾患の家族歴を認めない。

【生活歴】喫煙：30～50本/日、アルコール：ビール1～2本/日。情報関連会社の営業を担当し、接待および外食が多い。

【主な入院時現症】身長164cm、体重62kg、体温36.9°C、脈拍84/分、不整、血圧88/58mmHg、呼吸数20/分。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸はない。心音：I音は減弱し、II音は正常の呼吸性分裂を認める。心尖部にてIII音と全収縮期雜音（Levine III/VI）を聴取する。両肺野下部において湿性ラ音を聴取する。腹部は柔らかく、肝臓・脾臓を触知しない。下腿にて軽度の浮腫を認める。

【主要な検査所見】血液所見：赤血球494万/ $\mu\text{L}$ 、Hb 16 g/dL、Ht 47%、白血球6,700/ $\mu\text{L}$ 、血小板22万/ $\mu\text{L}$ 。血液生化学所見：TP 6.5 g/dL、総ビリルビン0.89 mg/dL、AST 26 IU/L、ALT 36 IU/L、LD 233 IU/L、 $\gamma$ -GTP 120 IU/L、BUN 17.4 mg/dL、Cr 1.1 mg/dL、尿酸7.2 mg/dL、血糖104 mg/dL、HbA1c 5.3%、総コレステロール219 mg/dL、トリグリセリド262 mg/dL、Na 145 mEq/L、K 4.2 mEq/L、Cl 106 mEq/L、BNP 650 pg/mL、CRP 0.22 mg/dL。

動脈血ガス分析（自発呼吸、room air）：pH 7.484、PaCO<sub>2</sub> 34 Torr、PaO<sub>2</sub> 99.1 Torr、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 25.3 mEq/L、SaO<sub>2</sub> 98.0%。

胸部X線写真：左3・4弓の突出を主体とした心拡大（CTR 58%）、肺うつ血、両側胸水。

安静時心電図：心房細動と左胸部誘導の高電位差およびT波の平低化を認める。QRS幅は110 ms。

<Holter心電図> 総心拍数111,730/24hrs、心房細動。平均心拍数77/分（最高107/最低51）

心室性期外収縮：3,480個、最大7連発の心室頻拍。

<心エコー図> 左室の拡大とびまん性の壁運動低下を認める。LVDd 66 mm、LVDs 57 mm、IVS 9 mm、LVPW 10 mm、LVEF 29%，LAD 49 mm、MR中等度（ERO：0.15）、推定PA収縮期圧30 mmHg。

## 【プロブレムリスト】

#1. うつ血性心不全 #2. 僧帽弁閉鎖不全 #3. 心房細動 #4. 心室頻拍症

## 【入院後経過と考察】

#1. うつ血性心不全は入院時にはNYHA III度であったが、酸素投与およびフロセミド静注による利尿効果が得られ、速やかに改善した。心不全の原因是、心臓カテーテル検査で冠動脈病変は認めず、左室全周性に壁運動低下を認めたことから、虚血性心筋症は否定されて心筋疾患が考えられた。また、高血圧の既往もなく、毎年の健診でも強い心雜音を指摘されていない事より、高血圧性心臓病や一次性の弁膜症の可能性は低い。さらに、右室心筋生検で、心筋細胞の変性所見が認められる一方で、アミロイド沈着やサルコイド結節および炎症細胞浸潤なども認められないことより拡張型心筋症と診断した (Roberts WC. Am J Cardiol 1989;63:893)。なお、病状が安定してから実施した右心カテーテル検査では肺動脈楔入圧 16 mmHg、心係数 2.8 L/min/m<sup>2</sup>であった。内服療法はループおよび抗アルドステロン性利尿薬、ACE阻害薬および少量のβ遮断薬の併用療法を開始した。なお、カルベジロールは2.5 mgより開始し、病状の悪化のない事を確認して5 mgまで增量しているが、血圧は90/60 mmHgと入院時から明らかな低下ではなく、退院時の体重も59 kgであった。

#2, #3. また僧帽弁閉鎖不全は、心不全改善後には心エコー図でII度までに改善したので機能性MRと考えられ、当面保存的に経過観察することとした。心房細動に関しては、電気的除細動を試み、一旦は除細動されたが、洞調律を維持できず、心拍数コントロールと血栓塞栓予防療法を主に内服治療を開始し、ワルファリン 3 mgでPT-INR 2.2とコントロールされた。

#4. 心室頻拍症VTは非持続性であったが、左室収縮不全例であり、アミオダロンの投与を開始した。その後は3連以上の心室頻拍は認められず、電気生理学的検査でのVT誘発刺激試験においても、VT出現がないことを確認した。今後は埋め込み型除細動器の適応の検討が必要と思われる。

## 【退院時処方】

アスピリン 100 mg 1×, フロセミド 40 mg 1×, スピロノラクトン 25 mg 1×,  
エナラプリル 5 mg 1×, カルベジロール 2.5 mg 2×, ジゴキシン 0.25 mg 1×,  
ワルファリン 3 mg 1×, アミオダロン 200 mg 2×

## 【総合考察】

心不全で発症した拡張型心筋症の症例である。入院時には低血圧傾向にあったが、利尿薬に対する反応は良好で、改善後に実施した心臓カテーテル検査でもForrester分類の1群であり、ガイドラインに基づく標準的治療薬の導入も容易であった (McMurray JJV. Eur Heart J 2012;33:1787)。ただし、非持続性心室頻拍に対してアミオダロン内服下の電気生理学的検査でVTが誘発されずに薬物治療としたが、収縮能が低下した心不全患者に対しては植込み型除細動器の方がより有効であるとの大規模臨床試験も報告されているので (Bardy GH. N Engl J Med 2005;352:225)、外来での注意深い経過観察が必要である。

心不全治療の発展により拡張型心筋症の予後は改善されてきているが、日常生活での摂生が重要であることに変わりはない。現在の業務内容は顧客への対応で不規則となり、且つ運動量も多い。しかも、接待のために塩分および水分摂取が多くなり易い。これらは病状の悪化の誘因となる。以上より本人とも相談の上、事業所の産業医および職場の管理者に診療情報を提供して、外来でのカルベジロールの増量期間中は休職とし、病状安定後の復職プログラムは内勤への配置転換後に行うように検討してもらう事とした。

記載者：現病院名	○△■病院 内科	氏名	○○ ○○
教育責任者：病院名	○△■病院 内科	氏名	●● ●● (印)

## 病歴要約（悪い例）

提出 No.	4	分野名	腎臓	病院名	○△■病院
患者 I.D.	4567890123	入院日		2016年3月11日	
患者年齢	17歳、性別 女性	退院日		2016年4月19日	
		受持期間	自	2016年3月11日	
			至	2016年4月19日	

転帰:  治癒  軽快  転科(手術有・無)  不変  死亡(剖検有・無)  
 フォローアップ: ■ 外来にて  他医へ依頼  転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

○#1. 微小変化型ネフローゼ症候群

## 【主訴】浮腫

## 【現病歴】

2015年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫、全身倦怠感が出現した。3月10日から恶心、嘔吐などの消化器症状、下肢の浮腫がみられるようになり、佐藤病院へ救急搬送された。タンパク尿と高度の低タンパク血症を指摘され、3月11日当院へ転院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎、花粉症あり、食物・薬物アレルギーなし

【家族歴】特記すべきことなし

【生活歴】高校生

## 【主な入院時現症】

身長 157 cm、体重 53 kg (+4 kg/週の増加)。体温 37.0°C。BP 112/68 mmHg。HR 110 回/分。胸部：肺音正常、心音正常。顔面・下肢に著名な浮腫を認めた。

## 【主要な検査所見】

RBC 565万/ $\mu$ L、Hb 16.8 g/dL、Ht 48.3%、WBC 11900/ $\mu$ L、Plt 38.5万/ $\mu$ L。TP 3.5 g/dL、Alb 1.3 g/dL、BUN 13.9 mg/dL、Cr 0.73 mg/dL、Na 136 mEq/L、K 4.7 mEq/L、Cl 105 mEq/L、AST 20 IU/L、ALT 10 IU/L、T-cho 527 mg/dL、TG 238 mg/dL。CRP 0.15 mg/dL、IgG 150.3 mg/dL、IgA 198.2 mg/dL、IgM 179.9 mg/dL、IgE 570.0 IU/mL。PT 93%、PT-INR 1.04、APTT 41.1秒、Fib 971 mg/dL、FDP-DD 3.71  $\mu$ g/mL、AT-III 29%。尿所見：タンパク 8.97 g/日、蓄尿量 900 mL/日。

胸部Xp：特に異常なし

安静時心電図：正常範囲内

## 【プロブレムリスト】

#1. ネフローゼ症候群

## 【入院後経過と考察】

#1. 大量タンパク尿、血清アルブミン 3.0 g/dL以下の低タンパク血症、全身の浮腫および高コレステロール血症(250 mg/dL以上)をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。3月11日よりソル・メドロール 500 mg/日の投与を3日間施行し、以後プレドニン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してラシックスを慎重に投与していたが、3月16日より呼吸苦が出現し、胸部X-P上で胸水を認めた。酸素投与、ラシックス增量にて尿量を確保し、症状は改善した。タンパク尿は第11病日に1.67 g/日と著明に減少し、第16病日には0.06 g/日と陰性化した。4月7日よりプレドニン 30 mgへ減量したが再燃なく、4月14日より20 mgへ減量した。タンパク尿・浮腫の再発はなく、4月19日退院とした。

**【総合考察】**

本症例は花粉症の既往があり、発症直前に仕事で花粉に曝露しておりアレルギーの関与が疑われた。微小変化型と判断した。高度の浮腫や血管内脱水から腎不全を伴ってくるような場合はアルブミン点滴を併用する必要があるが、MCNSへのアルブミン投与は尿タンパク量を増加させ寛解を遅らせる可能性が指摘されている（小向、Medical Practice 21 783–787, 2004）。また、若年者に対して、血液製剤を安易に投与すべきではない。ネフローゼ症候群ではAT-Ⅲの尿中漏出や肝臓でのFibrinogen過剰産生、ステロイド投与、血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており、下肢、肺、腎、頭蓋内などに血栓を作りやすいため、抗凝固療法を併用することがある。本疾患は、一般的にステロイド薬が著効し予後良好とされているが、一方で再発を繰り返しやすく、多くの患者が若年者であることから、結果としてステロイド長期大量投与による副作用が問題となる危険性がある。外来診療にてきめこまやかな対応が必要であり、再発を予防するためには食事指導、服薬指導、生活指導などの患者教育がきわめて重要である。

**【退院時処方】**

- ①プレドニゾロン 20 mg/日 ②ファモチジン 40 mg/日
- ③ワルファリンカリウム 1 mg/日 ④アレンドロン酸ナトリウム水和物 5 mg/日

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●●

(印)

## 病歴要約（良い例（悪い例を改訂したもの））

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	4	分野名	腎臓	病院名	○△■病院
患者 I D .	4567890123	入院日		2016年3月11日	
患者年齢	17歳、性別 女子	退院日		2016年4月19日	
		受持期間	自	2016年3月11日	
			至	2016年4月19日	

転帰：□治癒 ■軽快 □転科(手術有・無) □不变 □死亡(剖検有・無)  
 フォローアップ：■外来にて □他医へ依頼 □転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 微小変化型ネフローゼ症候群  
 #2. 過凝固状態

## 【主訴】浮腫

## 【現病歴】

2016年3月3日～5日に花屋でアルバイトをした。3月6日から顔面浮腫、全身倦怠感が出現した。3月10日から悪心、嘔吐などの消化器症状、下肢の浮腫がみられるようになり、近くの病院へ搬送された。タンパク尿と高度の低タンパク血症を指摘され、3月11日当院へ転院となった。

【既往歴】アトピー性皮膚炎、花粉症あり、食物・薬物アレルギーはない。

【家族歴】特記すべきことはない。

【生活歴】高校生

## 【主な入院時現症】

身長 157 cm、体重 53 kg (+4 kg/週の増加)。体温 37.0℃。脈拍 110/分、整。血圧 112/68 mmHg。胸部：肺音に異常はない。心音に異常はない。腹部：平坦、軟で、肝・腎・脾は触知しない。顔面・下肢に著明な浮腫を認める。

## 【主要な検査所見】

尿所見：タンパク 4+、潜血 (-)。沈渣；硝子円柱多数、赤血球円柱はない。タンパク 8.97 g/日、蓄尿量 900 mL/日。尿中 IgG 56.0 mg/dL、尿中トランスフェリン 802 mg/日。血液所見：赤血球 565万/μL、Hb 16.8 g/dL、Ht 48.3%、白血球 11,900/μL (NE 78.0%，LY 10.0%，MONO 7.0%，EOS 5%)、血小板 38.5万/μL、PT 93% (基準70～140)、PT-INR 1.04 (基準0.80～1.15)、APTT 41.1秒 (基準25～40)、血漿アンチトロンビンIII 29% (基準79～121)、血漿フィブリノゲン 971 mg/dL (基準150～400)、血清FDP 3.71 μg/mL (基準4以下)。血液生化学所見：TP 3.5 g/dL、Alb 1.3 g/dL、IgG 150.3 mg/dL、IgA 198.2 mg/dL、IgM 179.9 mg/dL、IgE 570.0 IU/mL、トランスフェリン 88 mg/dL、選択指数 0.04と高選択、AST 20 IU/L、ALT 10 IU/L、BUN 13.9 mg/dL、Cr 0.73 mg/dL、総コレステロール 527 mg/dL、トリグリセリド 238 mg/dL、Na 136 mEq/L、K 4.7 mEq/L、Cl 105 mEq/L。免疫血清学所見：CRP 0.15 mg/dL、抗核抗体陰性、CH<sub>50</sub> 40 U/mL、C3 70 mg/dL、C4 18 mg/dL。

胸部X線写真：肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

腹部・骨盤CT：胸水・心嚢水はない。Douglas窩に腹水貯留を認める。胆嚢壁・腸管に浮腫がある。

安静時心電図：正常範囲内

## 【プロブレムリスト】

### #1. ネフローゼ症候群

#### 【入院後経過と考察】

#1. 大量タンパク尿、血清アルブミン 3.0 g/dL 以下の低タンパク血症、全身の浮腫および高コレステロール血症 (250 mg/dL 以上) をきたしており、ネフローゼ症候群と診断した。①若年発症、②急激なネフローゼ、③タンパク尿主体 (血尿はない)、④アレルギー疾患の既往、⑤尿タンパクの高選択性から微小変化型を検査前確率 80~90% で考えた。腎生検の感度、特異度は 90%、90% であり、腎生検を行う前に 3月 11 日よりコハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム 500 mg/日の投与を 3日間施行し、以後プレドニゾロン 40 mg/日にて加療した。浮腫に対してフロセミドを慎重に投与していたが、3月 16 日より呼吸苦が出現し、胸部 X 線写真上で胸水を認めた。原因としてメチルプレドニゾロンの大量投与による塩分貯留と判断し、酸素投与、フロセミド増量にて尿量を確保し、症状は改善した。タンパク尿は第 11 病日に 1.67 g/日 と著明に減少し、第 16 病日には 0.06 g/日 と陰性化した。この間に、血漿フィブリノゲン 971 mg/dL、血清 FDP 3.71 μg/mL、血漿アンチトロンビンⅢ 29% であり、過凝固状態と判断して血栓症防止のためワルファリンを使用した。4月 7 日よりプレドニゾロン 30 mg へ減量したが再燃なく、就学希望もあり 4月 14 日より 20 mg へ減量した。タンパク尿・浮腫の再発はなく、4月 19 日退院とした。

#### 【退院時処方】

- ①プレドニゾロン 20 mg/日 ②ファモチジン 40 mg/日
- ③ワルファリンカリウム 1 mg/日 ④エルデカルシトールカプセル 0.5 μg/日

#### 【総合考察】

本症例は花粉症の既往があり、発症直前に花屋でのアルバイトで花粉に曝露しており、アレルギーの関与が疑われた。臨床経過と検査所見から微小変化型の可能性が最も高く、ステロイド治療に反応して劇的に改善した。小児のネフローゼ（微小変化型）では、血液量減少（濃縮）群と体液量増加群に分け、前者ではアルブミンとフロセミド投与、後者ではフロセミド単独投与を推奨している (Kapur G. Clin J Am Soc Nephrol 2009;4:907)。組織の浮腫、特に脳浮腫が急速に進行する場合、過凝固による血栓傾向がみられる場合は、アルブミン投与が必要になる。ただし、アルブミンを投与した群では、寛解までの期間が長く、ステロイド治療に抵抗性となることが示されているので、アルブミン投与は臨床所見をみて判断する必要がある (Yoshimura A. Clin Nephrol 1992;37:109)。ネフローゼ症候群では血漿アンチトロンビンⅢの尿中漏出や肝臓でのフィブリノゲン過剰産生、ステロイド投与、血小板凝集の亢進などがみられる。さらに循環血漿量の減少により血液は濃縮されており、下肢、肺、腎、頭蓋内などに血栓を作りやすいため、抗凝固療法を併用することがある。本症例は、血栓症防止のためワルファリンを使用した。微小変化型ネフローゼはステロイド薬が著効し予後良好とされているが、一方で再発を繰り返しやすいので、患者家族にステロイド薬の減量法、突然の中止による再発、副腎不全などについても説明した。また、ステロイド薬による骨病変の防止と投薬、医療補助制度についても説明した。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●●

(印)

## 病歴要約（悪い例）

提出 No.	6	分野名	血液	病院名	○△■病院
患者 I.D.	6789012345	入院日		2016年 9月 20日	
患者年齢	45 歳、性別 女性	退院日		2016年 10月 12日	
		受持期間	自	2016年 9月 20日	
			至	2016年 10月 12日	

転帰:  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)  
 フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫
- #2. 血球減少

## 【主訴】左頸部腫瘍

## 【現病歴】

2016年7月に左頸部の主張に気付き、かかりつけ医を受診したが、原因不明で経過観察となつたが、その後も頸部腫脹は増大したため精査目的で9月1日当院内科受診した。9月10日に当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節生検施行し組織診断で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。9月20日に精査加療目的で入院した。

## 【既往歴】特記すべきことはない。

【生活社会歴】飲酒歴：ビール 1本/日、週3回。喫煙歴：無し。家族は夫と子供2人。

【家族歴】父：糖尿病、母：胃癌

## 【主な入院時現症】

BT 36.7. RR 18/分、PR 66/分、BP 134/74 mmHg。左頸部リンパ節に腫脹がある。心・肺：異常なし。腹部：異常なし。

## 【主要な検査所見】

RBC  $420 \times 10^4$ 、WBC 6600、PLT  $18 \times 10^4$ 、肝機能異常なし。尿所見：異常なし。

## 【プロブレムリスト】

- #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 [2016年9月5日]
- #2. 血球減少 [2016年9月30日]
- #3. 発熱 [2016年9月21日]

## 【入院後経過と考察】

## #1. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

9月21日～25日までのR-CHOP療法で、触診と肉眼で認める左頸部の腫脹は消失した（21日：ドキソルビシン、オンコビン、エンドキサン、21日～25日：プレドニン、27日：リツキサン）。化学療法中、開始当日より37℃台の発熱を認めたが、5日目には解熱した。また、徐々に白血球の減少がみられ、化学療法開始12日目にWBC 1200となったが、その2日後には改善がみられた。便秘、恶心および頭痛などの副作用はなかった。10月11日～2コース目のR-CHOP療法を施行して、10月10日に退院した。

## # 2. 血球減少

化学療法開始後から徐々に白血球が減少し、開始12日目にWBC 1500となった。そのためグランシリンジ(75 µg)の投与を開始した。その2日後からWBC 2500と改善がみられ、更にその3日後にはWBC 15000と著増した。

## # 3. 発熱

リツキサン投与後に発熱がみられたがすぐに解熱した。その後も時に5日目まで37℃台前半の発熱がみられたが、すぐに解熱した。

**【退院時処方】タケプロンOD錠 15 mg 1錠 分1 夕食後**

**【総合考察】**

びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対してR-CHOP療法を行った症例である。CHOP療法よりリツキサン追加療法の方が3年増悪生存率、3年総生存率が有意に高いと示されている。PfreundschuhM (2006). "CHOP-like chemotherapy plus rituximab versus CHOP-like chemotherapy alone in young patients with good-prognosis diffuse-B-cell lymphoma: a randomised controlled trial by the MabThera International Trial (MinT) Group". Lancet Oncol. 7(5): 379-91.

本症例でもリツキサンを追加して化学療法を行った。

試験

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

## 病歴要約（良い例（悪い例を改訂したもの））

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	6	分野名	血液	病院名	○△■病院
患者 I D .	6789012345	入院日		2016年 9月 20日	
患者年齢	45 歳, 性別 女性	退院日		2016年 10月 12日	
		受持期間	自	2016年 9月 20日	
			至	2016年 10月 12日	

転帰：□ 治癒 ■ 軽快 □ 転科(手術 有・無) □ 不変 □ 死亡(剖検 有・無)  
 フォローアップ：■ 外来にて □ 他医へ依頼 □ 転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（臨床病期 III A, IPI low risk）  
 #2. 好中球減少性発熱

## 【主訴】左頸部腫瘍

## 【現病歴】

2016年7月に左頸部の3 cm位の無痛性腫脹に気付き近医を受診したが、原因不明で経過観察となった。しかし、その後頸部腫脹は徐々に鶏卵大まで増大したため精査目的に9月1日当院内科を受診した。頸部および胸・腹部造影CTにて左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫大と右上縦隔、両側肺門部、腸間膜に2 cmまでのリンパ節腫脹を認め、9月7日に施行したPET-CT検査でこれらに一致して異常集積を認めた。耳鼻咽喉科にて9月10日に左頸部リンパ節生検を施行し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫〈DLBCL〉と診断され、9月20日に化学療法目的で入院した。経過中、他の症状はなく、体重減少、発熱、盗汗なども認めていない。

## 【既往歴】特記すべきことはない。アレルギー歴はない。

【生活社会歴】専業主婦で家族は夫と子供2人（長女 中学2年、長男 小学5年）。飲酒：ビール 350 mL/日、週3日。喫煙：なし。

【家族歴】父：糖尿病、母：胃癌、兄：特記すべきことはない。

## 【主な入院時現症】

PS 0. 身長 165.0 cm、体重 64.0 kg、体表面積 1.70 m<sup>2</sup>、体温 36.7°C、脈拍 66/分、整。血圧 134/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜：貧血・黄疸はない。扁桃：腫大はない。舌：異常はない。左頸部に生検時の手術創がある。弾性硬で、圧痛はなく、癒合傾向のない2 cm大までのリンパ節を4個触知する。腋窩・鼠径リンパ節：触知しない。心・肺：異常所見はない。腹部：平坦、軟で、圧痛はない。肝・脾を触知しない。腫瘍も触知しない。腸音：異常はない。皮膚に異常はない。下腿に浮腫はない。

## 【主要な検査所見】

尿所見：タンパク（-）、潜血（±）、沈渣：異常はない。血液所見：赤血球 420万/μL、Hb 12.5 g/dL、MCV 86.5 fl、網赤血球 11%、白血球 6,600/μL (Seg 55.0%, Stab 1.0%, Ly 35.0%, Mono 6.0%, Eo 3.0%)、血小板 18万/μL、PT-INR 0.92、APTT 34.9秒、血漿フィブリノゲン 499.0 mg/dL、Dダイマー 1.0 μg/dL。血液生化学所見：TP 7.9 g/dL、Alb 4.1 g/dL、フェリチン 12.5 ng/mL、AST 12 IU/L、ALT 8 IU/L、LD 145 IU/L、ALP 241 IU/L、BUN 9.5 mg/dL、尿酸 3.5 mg/dL、Na 141 mEq/L、K 3.7 mEq/L、Cl 102 mEq/L、可溶性IL-2受容体 1,930 U/mL、免疫血清学所見：CRP 1.33 mg/dL、HBs抗原陰性、HBs抗体陰性、HBc抗体陰性、HCV抗体陰性。

胸・腹部X線写真：異常所見はない。

安静時心電図：正常範囲内。

骨髄穿刺：有核細胞数 118,250/μL、巨核球 62.4/μL、M/E比 = 3.95、リンパ球 11.0%、異形成、異常細胞を認めない。染色体分析：46, XX [20]。

**【プロブレムリスト】**

# 1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

**【入院後経過と考察】**

# 1. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫〈DLBCL〉

入院後骨髄穿刺を施行し、臨床病期ⅢA、IPI予後不良因子は臨床病期のみでlow riskと診断した(age-adjusted IPIではlow-intermediate risk)。合併症のない初発DLBCL症例であり、R-CHOP療法6コースを施行する方針とし、9月21日～1コース目を施行した(リツキシマブ 640 mg, day 1; シクロホスファミド 1,275 mg, day 1; ドキソルビシン 85 mg, day 1; ビンクリスチン 2 mg, day 1; プレドニゾロン 100 mg, day 1-5 経口)。リツキシマブ投与開始後、infusion reactionによる37.5℃の発熱がみられたが、アセトアミノフェン内服で解熱し、他に副作用は認めなかった。R-CHOP施行後、好中球減少が進行し、施行後12日目には白血球 1,200/ $\mu\text{L}$  (Seg 25.0%) まで減少し、37.8℃の発熱を認めた。明らかな感染源を認めず、発熱性好中球減少症と診断し、セフェピム 1 gを8時間毎に点滴静注し、フィルグラスチム 75  $\mu\text{g}$ 皮下注射を開始した。翌日には解熱し、3日後には白血球 7,300/ $\mu\text{L}$  まで増加したためセフェピムは中止し、フィルグラスチムは3日間の投与で中止した。他の副作用は特に認めなかった。表在リンパ節は触知できない程度まで縮小し、10月11日から1コース目と同じ投与量で2コース目のR-CHOPを施行し、外来にて治療継続する方針として10月12日に退院した。

R-CHOP療法は今日では初発DLBCLに対する標準的治療であり、18歳から60歳のage-adjusted IPIの予後因子0または1個、臨床病期Ⅱ-Ⅳ期または巨大病変を持つⅠ期の824例を対象にした検討でも6コースのCHOP様化学療法にリツキシマブを併用することにより、3年無イベント生存と全生存が向上することが示されている(Pfreundschuh M. Lancet Oncol 2006;7:379)。本症例も合計6コースのR-CHOP療法を行う方針とし、1コース目の治療に対する反応は良好と判断した。American Society of Clinical Oncologyのガイドラインでは、悪性リンパ腫患者へのG-CSFの一次予防的投与は、65歳以上で特に合併症のある場合にのみ考慮されるべきとされており(Smith TJ. J Clin Oncol 2015;33:3199)，本例でも一時予防投与は行わなかったが、今後は二次予防を考慮する必要がある。

**【退院時処方】**

プレドニゾロン (5) 20錠 3×(12-6-2) ×4日分, ランソプラゾールOD錠 (15) 1錠 1×

**【総合考察】**

進行期DLBCLに対する初回治療はR-CHOP療法6～8コースであるが、6コースと8コースの差についてのエビデンスはなく(日本血液学会編：造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版、金原出版)，患者と家族に情報提供の上で6コース行う方針とした。二人の子供を持つ専業主婦であり、今回の入院中、家事、子育てなどの問題が生じたことから、日常生活を行いながらの治療継続を希望されている。今後、G-CSFの二次予防投与が必要と考えられ、自宅がやや遠方であることからも、通院数を減らすことができるペグフィルグラスチム投与を考慮していいと考える。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

## 病歴要約（悪い例）

提出 No.	7	分野名	神 経	病院名	○△■病院
患者 I.D.	7890123456			入院日	2016年4月 6日
患者年齢	65歳	性別	男性	退院日	2016年5月 17日
				受持期間	自 2016年4月 6日 至 2016年5月 17日

転 帰:  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)  
 フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

#1. 左中大脳動脈塞栓症

【主訴】意識障害、右片麻痺、構音障害

## 【現病歴】

2016年4月6日に突然、意識を消失し、意識が回復した後から右片麻痺と構音障害が出現したため救急車で搬送ってきた。

## 【主な入院時現症】

意識レベル JCS I-3. 右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認め。右上下肢に不全麻痺を認める。NIHSS 7点。

## 【主要な入院時検査所見】

左側頭葉内側を中心とした梗塞巣を認め、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認める。

【既往歴】心房細動

【家族歴】詳細は不明。

【嗜好歴】飲酒：日本酒 6合/日。喫煙：40本/日 × 55年間。

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

## 【プロブレムリスト】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

## 【入院後経過と考察】

#1. 左中大脳動脈塞栓症

入院時、意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また、右上下肢に不全麻痺を認め、NIHSSは7点であった。頭部MRIで左側頭葉内側を中心とした梗塞巣がみられ、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があったことから、心原性脳塞栓症と診断した。グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始した。その後、麻痺症状は悪化しなかった。4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、独歩可能となった。なお、運動性失語については改善がみられず、簡単な言語理解は可能だが、発語はない（簡単な返事もしくはうなづくだけ）状態であった。再発予防としてワーファリン内服を開始した。状態の安定を確認した後、2016年5月17日にかかりつけ医へ転院させた。

## 【退院時処方】

タケプロン (15 mg) 1T 分1 夕食後  
 ワーファリン (1 mg) 3.5T 分1 夕食後

**【総合考察】**

中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域、下前頭回、中前頭回、中心前回と中心後回の大部分、上頭頂小葉、下頭頂小葉、側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左(優位半球)下前頭回(プローカー野)は言語中枢を担うとされ、プローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており、本例も当該領域に障害があったと考えられる。また、皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合、上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺、反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされ、本例では当初、反対側に片麻痺があったが、浮腫の改善とともに消失した。なお、上肢に軽度の顔面麻痺が残ったことから起始部近くの梗塞と推察し、頭部MRAで中枢側で中大脳動脈の途絶を認めた所見と合致した。

**【参考文献】**脳卒中治療ガイドライン2004

試験

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●●

(印)

## 病歴要約（良い例（悪い例を改訂したもの））

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	7	分野名	神 経	病院名	○△■病院
患者 I D .	7890123456			入院日	2016年4月 6日
患者年齢	65 歳	性別	男性	退院日	2016年5月 17日
				受持期間	自 2016年4月 6日 至 2016年5月 17日

転 帰:  治癒  軽快  転科(手術 有・無)  不変  死亡(剖検 有・無)  
 フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 左中大脳動脈塞栓症
- #2. 心房細動

【主訴】意識障害、右片麻痺、構音障害

## 【現病歴】

2016年4月6日朝8時頃、洗面中に突然、意識を消失し、10分間ほど全く反応がなくなつた。意識が回復した後、右上下肢に力が全く入らず、言葉も出ないことに家人が気付き救急車で搬送された。

【既往歴】心房細動：家人の話によれば、数年前の検診時に指摘されていたが、精査は受けたことがなかった。

【家族歴】詳細は不明。

【嗜好歴】飲酒：日本酒 6合/日。喫煙：40本/日 × 55年間。

【アレルギー歴】なし

【内服薬】なし

## 【主な入院時現症】

病院到着は同日朝9時30分。意識レベル JCS I-3。前額部の左右差は無いが、下部顔面は右側で筋緊張が低下。右半側空間無視、左共同偏視、口頭命令に応じて開閉眼は出来るが、発語は殆ど認められない。構音障害については評価不能。来院時の右上下肢のMMT：右半身で三角筋4、二頭筋4、腸腰筋4、大腿四頭筋4と軽度不全麻痺を認める。痛覚に対する左右差は無い。NIHSS 7点 (1b. 2点, 2. 2点, 4. 1点, 5 (右上肢). 1点, 6 (右下肢). 1点)。

## 【主要な検査所見】

血液・生化学検査で特記すべき異常所見はない。凝固系：FDP・Dダイマー 軽度上昇している。脂質：異常はない。

胸部X線写真：CTR=60%，肺野に異常はない。

心電図：心房細動。

心エコー：左心房拡大を認める。心機能に異常はない。

頸動脈超音波：軽度動脈硬化性変化を認める。CHADS2スコア=3点。

画像所見：入院時MRIではDWIで左側頭葉を中心とした部位にMCA領域の1/4程度の淡い高信号域を認めるが、FLAIR/T2では特記すべき所見を認めず、発症後早期の所見として矛盾しないと考えた。頭部MRAで左中大脳動脈の途絶を認めた。

## 【プロブレムリスト】

- #1. 左中大脳動脈塞栓症
- #2. 運動性失語
- #3. 右上下肢不全麻痺
- #4. (慢性) 心房細動

## 【入院後経過と考察】

### # 1. 左中大脳動脈塞栓症 (右上下肢不全麻痺 + 運動性失語)

入院時、意識レベルはJCS I-3で右半側空間無視、左共同偏視、重度の運動性失語と構音障害を認めていた。また、右上下肢に不全麻痺を認め、NIHSSは7点であった。頭部MRI・DWIで左側頭葉内側を中心とした急性期梗塞がみられ、頭部MRAで左中大脳動脈の途絶がみられた。心房細動があり、心エコー検査で左心房拡大(+)、頸動脈超音波では動脈硬化性変化は軽度で、日中活動時の突然発症を起こしたことから心原性脳塞栓症と診断した。ヘパリン持続点滴、グリセリン、エダラボン、補液で治療を開始し、計7日間継続した。麻痺について、右上肢は空中拳上可で、右下肢も空中拳上可であり、4月11日からリハビリを開始した。その後、右上下肢の麻痺は改善して、退院時には独歩可能となつた。運動性失語については言語リハビリを施行するも改善がみられず、簡単な言語理解は可能だが、発語はない(簡単な返事もしくはうなづくだけ)状態が継続していた。

### # 2. 再発予防について

病院到着時は発症後1時間半と推定され、麻痺の急激な改善を認めたのでt-PAは施行しなかった。再発予防として入院5日目からヘパリン持続点滴に変えてワルファリン内服を開始した。65歳であるため、ワルファリンコントロールの目標はINR=2.0～3.0とし、転院時にはINR=2.3であった。状態の安定を確認した後、2016年5月17日に独歩は可能なレベルになっていたが、失語に対して更なる言語リハビリを目的として回復期病院へ転院とし、引き続きワルファリンコントロールも依頼した。

## 【退院時処方】

ランソプラゾール(タケプロン)(15 mg) 1T 分1 夕食後  
ワルファリンカリウム(ワーファリン)(1 mg) 3.5T 分1 夕食後

## 【総合考察】

中大脳動脈の皮質枝は眼窩回の外側領域、下前頭回、中前頭回、中心前回と中心後回の大部分、上頭頂小葉、下頭頂小葉、側頭極を含む上側頭回と中側頭回に分布する。左(優位半球)下前頭回(ブローカー野)は言語中枢を担うとされ、ブローカー野が障害されると運動性失語が生じるとされており、本例も当該領域に障害があったと考えられる。また、皮質枝分岐部近くでの梗塞の場合、上肢と顔面に顕著な反対側の片麻痺、反対側の位置感覚および識別性の触覚の消失をきたすとされる。本例では発症時ほぼ完全麻痺を認めたが、spectacular shrinking deficitsが起きて来院時には麻痺の症状が軽減したと判断したが、残念ながら失語は残存したままであった。

脳塞栓は再発することが非常に多いが、この症例のようにCHADS2スコアが3点の場合、年間の脳梗塞発症率は約6% (Gape BF. JAMA 2001;285:2864)とも言われている。そのためワルファリンもしくは新規経口抗凝固薬(NOAC)による再発予防が必須である。この症例も今後長期にわたる再発予防策を必要とするが、それ以外の生活習慣(飲酒・喫煙)に対する改善も必要であり、かかりつけ医をきちんと持ってフォローしてもらうように本人及び家人へ説明した。

## 病歴要約（悪い例）

提出 No.	8	分野名	膠原病	病院名	○△■病院
患者 I.D.	8901234567			入院日	2015年11月7日
患者年齢	38歳	性別	女性	退院日	2016年1月16日
				受持期間	自 2015年12月1日 至 2016年1月16日

転帰:  治癒  軽快  転科(手術有・無)  不変  死亡(剖検有・無)  
 フォローアップ:  外来にて  他医へ依頼  転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 成人Still病（以下、AOSD）
- #2. 血球貪食症候群（以下、HPS）疑い

## 【主訴】発熱

## 【現病歴】

2015/10/25に39℃の発熱、関節痛のため、近医を受診、インフルエンザ陰性であった。風邪薬を処方された。10/26に再度受診、再度インフルエンザを再検したが陰性。フロモックスを処方された。発熱はよくならず、10/30当院救急外来受診。採血上WBC、CRPの上昇を認めたため、胸腹部CTを施行したが明らかな感染を特定できず、ジェニナックを処方され帰宅。しかしその後も発熱が遷延するため他医を受診。不明熱精査目的に当院当科紹介受診。抗菌薬への反応性に乏しい経過であり、採血上フェリチンが上昇しており、AOSDが考えられ11/7入院となる。

## 【既往歴】蕁麻疹：原因不明

【生活社会歴】喫煙：Ex smoker, alcohol：摂取せず、Allergy：食物、薬物明らかなものはなし。

## 【家族歴】特記事項なし

## 【主な入院時現症】

BT 38.8℃ : HR 95 bpm. 意識：清明。頭頸部：眼球黄染なし、眼瞼貧血はなし、リンパ節触知せず。Chest: no rale, no murmur. 腹部：平坦、軟、圧痛なし。関節：手、足に疼痛あり。指：ok. 四肢：体幹に紅斑。

## 【主要な検査所見】

・肝障害 (AST 73 IU/L, ALT 56 IU/L, LDH 450 IU/L) ・腎機能障害なし・高フェリチン血症 (11,659 ng/mL) ・CRP上昇 (15.8 mg/dL), WBC 9700/μL.

## 【プロブレムリスト】

- #1. AOSD
- #2. HPS疑い

**【入院後経過と考察】**

#1. 入院後、AO OSDやHPSを疑い、精査開始。明らかな熱源が認められず、悪性腫瘍もなく、抗菌薬反応もないことを確認した上でステロイドを導入。(経過中にマルクを施行したところ血球の貪食像を認めたが、採血上は血球の減少を認めず。反映はしていないだけで高サイトカイン血症によるものと判断) 11/10からプレドニゾロン 40 mgでの加療を開始したが、経過中に発熱を認め、ステロイド不足も疑われたため11/16からプレドニゾロン 60 mgに增量し分割投与。60 mgまで增量したが、CRPは高く、カンファレンスで相談した結果、シクロスボリンを導入することとなる。11/21からシクロスボリン 100 mg/dayでの加療を開始したが、血中濃度の上昇が思わしくなかったため、シクロスボリン 150 mg/dayに增量。血中濃度を確認しつつ調整をしたところ発熱、炎症反応の改善を認めたため、徐々にプレドニゾロンを減量。その後もプレドニゾロンを減量していく、プレドニゾロン 35 mgとシクロスボリン 150 mgで退院となった。

#2. 血球の貪食像を認めた。病態としては高サイトカイン血症によるものが疑われた。FDPの上昇、フィブリノーゲンの低下も認められ、DICの合併も疑われ、原疾患のAO OSDの加療としてのステロイドの導入を急ぐことで対応とした。

**【退院時処方】**

プレドニゾロン 35 mg 2×(25-10-0), シクロスボリン 150 mg 2×朝夕食後,  
エルデカルシトール 0.75 μg 1×朝。

**【総合考察】**

成人Still病は、若年性特発性関節炎の全身型(Still病)と同様の病像が成人に発症したものである。1971年、Bywatersにより一つの疾患単位として初めて記載された。高熱、多関節痛および皮疹が特徴的で、その他、肝障害やリンパ節腫脹などの臓器病変を伴う原因不明の全身炎症疾患である。重症となるとHPSを合併することがある。発症は20～40歳代の比較的若年成人に多い。これまでのところ明確な証拠や特定できる病原体は明らかにされていない。免疫学的機序が関与していると考えられているが、現在のところ、関連した自己抗体や自己反応性リンパ球は同定されていない。リウマトイド因子や抗核抗体は陰性である。本疾患の病態形成に重要な役割を演じているのは、炎症性サイトカインであると考えられている。従来から報告のある血清中のインターフェロン- $\gamma$ 、インターロイキン-6、TNF- $\alpha$ 、マクロファージ-コロニー刺激因子、IL-8等の増加に加え、最近では特にIL-18は産生の著名な亢進が注目されている。IL-18は活性化マクロファージによって産生され、他の炎症サイトカインを誘導することからAO OSDの病態形成に最も中心的な役割をなすサイトカインであると考えられている。また、本疾患の血清中に著増するフェリチンの産生細胞もマクロファージや組織球である。これらのことから、本疾患の特徴的な症状や病態形成に主役を演ずるのは活性化マクロファージ、およびそれにより産生されるサイトカインであると考えられる。治療としては軽症例ではNSAIDsのみで軽快することもあるが、通常ステロイド投与が必要となることが多く、ステロイドの減量が困難な場合、ステロイド抵抗性の場合には免疫抑制剤が考慮される。本症例にはシクロスボリンを使った。妊娠希望であったが、シクロスボリン導入の際には妊娠が困難となる旨(奇形児の発生リスク上昇)を説明し、泣く泣くではあるが同意を得られた。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)

## 病歴要約（良い例（悪い例を改訂したもの））

【※ここに本内容を端的に表したタイトルを記載すること】

提出 No.	8	分野名	膠原病	病院名	○△■病院
患者 I.D.	8901234567	入院日		2015年11月7日	
患者年齢	38歳、性別 女性	退院日		2016年1月16日	
		受持期間	自	2015年12月1日	
			至	2016年1月16日	

転帰：□治癒 ■軽快 □転科(手術有・無) □不变 □死亡(剖検有・無)  
 フォローアップ：■外来にて □他医へ依頼 □転院

## 確定診断名（主病名および副病名）

- #1. 成人Still病  
 #2. 血球貪食症候群

## 【主訴】発熱

## 【現病歴】

2015年10月25日に39℃台の発熱、全身の関節痛のため近医を受診した。インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。風邪薬（詳細不明）を処方されたが、発熱は軽快しなかった。10月26日に再び近医を受診した。再度インフルエンザ検査を受けたが陰性であった。セフカペンピボキシル塩酸塩を処方された。その後も発熱が続いたため、10月30日に当院救急外来を受診した。血液検査にて感染症が疑われ胸・腹部CT検査を受けた。感染症と診断されなかつたが、メシリ酸ガレノキサシン水溶物を処方され、経過をみるようになると説明された。しかし発熱は持続した。他医に当院当科への受診を勧められ、11月7日当院当科へ入院となった。

【生活歴】喫煙：10本/日×16年（20歳～36歳）、飲酒：摂取しない。

## 【主な入院時現症】

身長160cm、体重50kg、体温38.8℃、脈拍95/分、整、血圧134/82mmHg、頭頸部：リンパ節腫脹を認める。胸部：聴診上、肺野ではラ音を聴取せず、心音に異常はない。腹部：平坦、軟で、肝・脾は触知しない。四肢：右手関節、両膝関節、両足関節に圧痛と腫脹を認める。皮膚：四肢、体幹に広がる癒合性のある紅斑を認める。神経学所見：異常はない。

## 【主要な検査所見】

尿所見：タンパク（-）、潜血（-）。血液所見：赤血球472万/μL、Hb 13.0 g/dL、Ht 37.5%，白血球9,700/μL（NE 91.7%，LY 5.4%，MONO 2.4%，EOS 0.5%）、血小板8.9万/μL、PT 82%、APTT 33秒、血漿フィブリノゲン456 mg/dL、血清FDP 15 μg/mL。血液生化学所見：TP 6.8 g/dL、Alb 3.2 g/dL、フェリチン11,659 ng/mL、AST 73 IU/L、ALT 56 IU/L、LD 450 IU/L、BUN 18 mg/dL、Cr 0.68 mg/dL。免疫血清学所見：CRP 15.8 mg/dL、リウマトイド因子陰性、MPO-ANCA<1.0 E·U、PR3-ANCA<1.0 E·U、抗核抗体陰性。

骨髄病理：マクロファージの増生、血球貪食像を認める。

胸部X線写真：肺野に異常影はない。心拡大はない。肋骨横隔膜角は鋭。

心電図：異常所見はない。

胸・腹部CT：腋窩、縦隔、肺内リンパ節の腫大を認める。肝・脾腫を認める。

## 【プロブレムリスト】

- # 1. 成人Still病
- # 2. 血球貪食症候群

## 【入院後経過と考察】

# 1. 山口の分類基準のうち、大項目3つ（発熱、関節痛、定型的な皮疹）、小項目2つ（肝機能障害、リウマトイド因子陰性と抗核抗体陰性）と5項目を満たした。フェリチンも11,659 ng/mLと著増していた。白血球増加は認めなかつたが、血球貪食症候群の影響で、みかけ上、正常値になつてゐると判断した。除外項目の①感染症、②悪性腫瘍、③膠原病に関しては、①画像検査において細菌感染を疑わせる所見は得られず、血液培養も陰性、抗菌薬も無効であったことから細菌感染は否定的であった。真菌感染に関しては画像所見の異常は認められず、 $\beta$ -D-グルカンも陰性であることから否定的であった。ウイルス感染に関しては、血球貪食症候群を伴つてゐることからウイルス関連血球貪食症候群も鑑別に挙げ、各種ウイルス抗体価を検討したが、いずれも陰性あるいは既感染パターンであった。②悪性腫瘍は、CTで腫瘍を疑う所見は認めなかつた。上部・下部消化管内視鏡においても異常所見はなかつた。③膠原病は、血管炎とSLEを中心に鑑別をした。血管炎に関しては、ANCAが陰性で、血管炎を疑わせる臓器病変も認めないことからANCA関連血管炎は否定的であった。大動脈炎を疑わせるような画像所見の異常も認めなかつた。SLEは抗核抗体陰性であり、分類基準も満たさなかつた。以上より成人Still病と診断した。

# 2. 自己免疫関連血球貪食症候群の診断基準である熊倉の診断基準において、血球減少（血小板 8.9万/ $\mu$ L、白血球は入院後9,700/ $\mu$ Lから3,700/ $\mu$ Lへ低下）、骨髄検査にて血球貪食像を認め、成人Still病は活動期であり、基本項目を満たした。11月10日よりプレドニゾロン（PSL）40 mg/dayを開始したが、CRP 11.0 mg/dLと高値が続いたため、11月16日よりPSL 60 mg/dayに增量した。しかし、CRPの高値は続き、11月21日の検査においてフェリチンの増加（33,696 ng/mL）も続いた。また、フィブリノゲンの低下（150 mg/dL）、FDPの増加（30  $\mu$ g/mL）も認め、DIC傾向と判断をした。成人Still病のコントロール不良を考え、同日シクロスボリン（CyA）100 mg/dayを開始した。その後、150 mg/dayまで增量し、血中濃度を120～140 ng/mLで維持した。これにより炎症反応、DIC傾向は改善した。PSL 35 mgまで減量し、再燃がないことを確認し退院となった。

## 【退院時処方】

プレドニゾロン 35 mg 2×(25-10-0), シクロスボリン 150 mg 2×朝夕食後,  
エルデカルシトール 0.75  $\mu$ g 1×朝

## 【総合考察】

成人Still病は重症化し、血球貪食症候群やDICを合併することがある。ステロイド大量療法に抵抗する場合、CyA療法（Mitamura M. Mod Rheumatol 2009;19:57）やシクロホスファミド療法を実施する。本症例はCyA療法が奏効した。本症例は妊娠希望であったがCyA療法を行つた。CyAは添付文書では妊娠時禁忌となっている。今回の病態を改善できる薬で、妊娠時にも安全に使える他の薬は無いことを説明し、同意を得られた。ただCyAは妊娠中でも使用継続が不可欠である臓器移植後の患者での妊娠・出産の報告は多く、比較的安全であるという意見もある（Bar Oz B. Transplantation 2001;71:1051）。日本産科婦人科学会の診療ガイドラインにおいても、CyAは特定の状況下では妊娠中であつても投与が必須かもしくは推奨されるとされている。今後CyAを中止できるかは現時点では不明であるが、しばらく治療をしてみて、妊娠を望むなら、その時点でもう一度主治医と相談するようにと説明をした。

記載者：現病院名 ○△■病院 内科

氏名 ○○ ○○

教育責任者：病院名 ○△■病院 内科

氏名 ●● ●● (印)