

# J-OSLER

## 病歴要約

サンプル

( 空 白 )

## はじめに

本冊子は、[病歴要約作成と評価の手引き\(2020/10/29版\)](#)の内容を改訂し、さらに新たな病歴要約サンプルを収載したものとなります。

基本的な方針に変更は無く、すでに従来サンプルをもとに作成していただいた病歴要約を否定するものではありません。

今回の改訂に伴い、これまで多く質問が寄せられていた出血性貧血の病歴要約サンプルを用意しました。出血性貧血の評価につきましては、[病歴要約評価の手引き\(2023/10/12版\)](#) 25頁をご覧ください。

今後、病歴要約サンプルを随時追加していく予定です。

## 目次

| 頁  | 領域         | 主病名              |                    |
|----|------------|------------------|--------------------|
| 4  | 総合内科Ⅱ(高齢者) | 嚥下性肺炎            | <a href="#">改訂</a> |
| 6  | 消化器        | 閉鎖孔ヘルニア          | <a href="#">改訂</a> |
| 10 | 血液         | びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 | <a href="#">改訂</a> |
| 12 | 血液         | 出血性貧血            | <a href="#">新規</a> |

居宅介護支援事業所との連携により在宅で看取った一例

**病歴要約番号** 0000001562-000 **領域** 総合内科Ⅱ（高齢者）

**患者の施設名** ○○○病院

**患者ID** 0987654321 **受持時患者年齢** 88歳 **性別** 男性

**受持期間 自** 2023/10/10 **受持期間 至** 2023/10/23

**初診日** 2023/10/10 **最終診察日** 2023/10/23

**転 帰**：  
 治癒  軽快  不変  
 転科：手術なし  転科：手術あり  転科：手術あり(外科紹介症例として作成)  
 死亡：剖検なし  死亡：剖検あり  死亡：剖検あり(剖検症例として作成)

**フォローアップ**：  
 外来で  他医へ依頼  転院

### 確定診断名

#1（主病名） 嚥下性肺炎  
 #2（副病名1） 認知症  
 #3（副病名2）  
 #4(その他の副病名)

**【主訴】** 咳嗽・喀痰

**【既往歴】** 70歳時 高血圧症、72歳時 糖尿病、85歳時 認知症。

**【社会生活歴】** 60歳まで会社員、その後嘱託を5年間、以後自宅で小規模農家。

**【家族歴】** 妻（認知症：要介護2）、息子（遠方在住）、娘（同じ市内に在住も夫両親と同居）。

**【病歴】** 70歳時から高血圧症のため当院外来に通院していた。72歳時に糖尿病を指摘されたが、HbA1c 7.1%であり、食事や運動、内服薬で様子を見ていた。3年ほど前から物忘れが目立ち、徐々にADLが低下しトイレ歩行にも介助を要するようになっていた。介護保険は夫婦で利用し、現在は要介護2である。妻も要介護2で、訪問看護、訪問診療などのサービスを受けている。2年前に嚥下性肺炎で入院し退院する時、ケアマネージャーとも相談の上、訪問看護を実施している居宅介護支援事業所と連携し、週2回の訪問看護、週1回の訪問入浴サービス、月1回の在宅クリニックによる訪問診療を開始した。退院後、小康状態を維持していたが、今年の6月頃から食事後に咳き込むことが多くなり、摂食量が次第に減少してきた。9月頃から時々、37℃台の発熱を認め、喀痰も多くなってきた。10月初旬から摂食量が大幅に減少し、夕方になると38℃を超える発熱が見られるようになったため訪問看護師からの助言もあり、在宅クリニックでの研修中に自分が担当医として往診を行うことになった。

**【主な入院時現症】** 身長 161 cm、体重 43.1 kg、BMI 16.6 kg/m<sup>2</sup>。体温 38.1℃、脈拍 92 bpm、regular、血圧 98/40 mmHg。呼吸数 16/min。改訂長谷川式知能評価スケール（HDS-R）：13/30点。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸はない。口腔に軽度の乾燥を認め、食物残渣あり。胸部：右肺で吸気時ラ音を聴取する。腹部：平坦、軟、圧痛はない。血管雑音はない。四肢：明らかな麻痺はないが歩行は要介助で、浮腫はない。

**【主要な検査所見】** 血液所見；赤血球 320万/μL、Hb 9.8 g/dL、Ht 29.4%、白血球 9,610/μL（好中球 93%、好酸球 0%、好塩基球 0%、単球 2%、リンパ球 5%）、血小板 27万/μL。血液生化学所見；TP 6.7 g/dL、Alb 3.1 g/dL、総ビリルビン 0.7 mg/dL、AST 11 U/L、ALT 14 U/L

L、BUN 24 mg/dL、Cr 1.28 mg/dL、尿酸 5.1 mg/dL、トリグリセリド 85 mg/dL、HDLコレステロール 45 mg/dL、LDLコレステロール 81 mg/dL、Na 133 mEq/L、K 4.1 mEq/L、Cl 98 mEq/L、CRP 12.4 mg/dL。＜動脈血ガス分析（自発呼吸、room air）＞；pH 7.339、PaCO<sub>2</sub> 33.2 Torr、PaO<sub>2</sub> 65.1 Torr、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 20.1 mEq/L、SaO<sub>2</sub> 91%。

---

### 【プロブレムリスト】

#1. 嚥下性肺炎 #2. 認知症 #3. 高血圧・糖尿病 #4. 妻と同居（介護者は認知症の妻）

---

**【入院後経過と考察】** #1. 往診時の診察所見・経過から嚥下性肺炎を考え、入院加療も勧めたが、娘からは「入院させた方が楽なのは分かっています。認知症もあるのでまともな判断も出来ないと思います。でも、父は元気なときから『具合が悪くなっても今の家でずっと暮らしたい』と言っていたので、その意思是尊重したいです。入院すると母が寄り添うことも出来ません」との話があった。ケアマネージャー・訪問看護師・家族で話し合いを持ち、在宅のままでは薬剤投与なども充分には行えないため、このまま衰弱して亡くなる可能性が非常に高いと言うことを説明した。その上で、娘からは「それでも結構です、父の希望を叶えてあげたい」との訴えがあった。訪問看護師からは、「体力は落ちたけど、訪問時にはいつも穏やかな表情をしておられます。出来ればその希望を叶えてあげたい」との話もあった。この話し合いには息子は同席できなかったが、娘から話し合いの内容を伝え、在宅でこのまま見てゆく方針に異存は無いとの返事を戴いた。第10病日には経口摂取も不能となり、乳酸リンゲル液を500 mL/日投与し、12病日まで訪問看護師が同点滴を施行、13病日には再度自分で往診し点滴も行った。この時は脈拍 105 bpm、血圧 84/42 mmHg、呼吸数 22/分、SaO<sub>2</sub> 88%（room air）で呼びかけにはかろうじて返答あり。翌日午前7時過ぎに家族から『呼吸が止まっている』との連絡で再び往診し、午前7時40分に妻と娘が同席の下で死亡確認に至った。

#2. HDS-Rは13点と低下していたが、介護に支障となる行動・心理症状 (BPSD) は無かった。

#3. 高血圧・糖尿病に関して内服薬を継続していたが、10月からは内服を中止していた。

#4. 妻も認知症。娘は同一市内在住、主たる意志決定者の息子は遠方在住で、帰省は稀である。

**【退院時処方】** 無し。

**【総合考察】** 高齢化進展が著しい我が国の現状では、在宅医療の必要性は近年増加している。殊に高齢者単独、又は高齢者のみの二世帯には、介護力の低下が最大の問題となる。地域医療に関わる医師は、介護や福祉の現場と十分な意思疎通や連携をとる必要がある。『患者の人生に寄り添うこと』（川越正平、日本内科学会雑誌 2017;106:2054）が、在宅医療に取り組むかかりつけ医にとって最も重要と考えられ、可能な範囲で患者の希望を受け入れることが必要と感じている。今回、嚥下性肺炎を発症した認知症の高齢男性の終末期に関わらせていただいた。高齢者ゆえに有する問題点として、①夫婦共に軽度の認知症を有する、②同居者が配偶者のみ、③子供は非同居で親を常時見ることができない、などがあった。本症例ではそのような状況の中で、最終的に患者自身の決定権も勘案しつつ、家族への配慮も含めた対応ができたと思いたい。厚生労働省は、本人の望む生き方を元気なうちに周囲の人と十分話し合うため、『人生会議（Advance Care Planning）』の重要性を説いており、かかりつけ医として早期介入の必要性を強く感じた。

---

専攻医 所属施設名：○○○病院

専攻医： 病歴 太郎

評価者： 内科 太郎

---

るいそうと発作性の股関節痛から想起できた閉鎖孔ヘルニアの一例

病歴要約番号 0000001561-000

領域 消化器

内容を端的に表したタイトル

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 12345678

受持時患者年齢 58歳

性別 女性

受持期間 自 2017/01/11

受持期間 至 2017/02/24

初診日 2017/01/11

最終診察日 2017/02/24

転 帰: 治癒

軽快

不変

転科:手術なし

転科:手術あり

転科:手術あり(外科紹介症例として作成)

死亡:剖検なし

死亡:剖検あり

死亡:剖検あり(剖検症例として作成)

フォローアップ: 外来で

他医へ依頼

転院

### 確定診断名

#1 (主病名) 閉鎖孔ヘルニア

#2 (副病名1) 神経性やせ症

#3 (副病名2)

#4(その他の副病名)

【主訴】股関節周囲の痛み

【既往歴】神経性やせ症(20歳代より他院精神科通院中)

【社会生活歴】夫と2人暮らし。子供なし。【嗜好歴】喫煙歴:なし。飲酒歴:機会飲酒。【アレルギー歴】なし。【内服薬】なし。【月経歴】30歳代後半から無月経。

【家族歴】父親:脳出血。

主病名を中心に記載されている

【病歴】2年前から数か月に1回の頻度で股関節周囲の痛みを自覚していた。痛みは恥骨周辺から始まり、10分程かけて左右どちらかの鼠径部にまで広がる。頻度としては右の方が多く、発作時は激痛のため歩行不能とのことであった。痛みは排尿、排便後に出現しやすく、持続時間は数分~数時間である。これまでに複数の病院の内科や整形外科、救急外来を受診しているが、変形性股関節症や精神疾患と診断されてきた。受診の数か月前から痛みの頻度が増えたため当院を受診した。来院時は無症状である。

【主な入院時現症】意識は清明。身長 159 cm, 体重 32 kg, BMI 12.7 kg/m<sup>2</sup>。著明なるいそを認める。体温 36.7℃。脈拍 64/分, 整。血圧 130/80 mmHg。眼瞼結膜に貧血はなく, 眼球結膜に黄疸はない。唾液腺腫脹はない。頭頸部にその他の異常所見を認めない。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は陥凹, 軟で, 腸蠕動音は正常, 圧痛を認めない。四肢に吐きだこや浮腫はない。Straight Leg Raising test陰性。Patrick test陰性。股関節の可動域制限はない。

【主要な検査所見】尿所見;定性,沈渣に異常はない。血液所見;Hb 11.0 g/dL,白血球 3,000/ $\mu$ L (Seg 74.5%, Eo 0.3%, BA 0.5%, Mo 3.5%, Ly 21.2%),血小板 27.7万/ $\mu$ L。血液生化学所見;TP 5.7 g/dL, Alb 3.5 g/dL, 総ビリルビン 0.5 mg/dL, AST 50 U/L, ALT 28 U/L, LD 391 U/L, ALP 170 U/L,  $\gamma$ -GTP 14 U/L, BUN 7.0 mg/dL, Cr 0.36 mg/dL, Na 127 mEq/L, K 3.7 mEq/L, Cl 94 mEq/L, Ca 7.9 mg/dL, P 3.0 mg/dL。免疫血清学所見;CRP 0.1 mg/dL。

股関節単純X線写真:両側で関節間隙の狭小化を認める。

主病名や副病名で異常になり得る検査データ、注目すべき検査が記載されている

## 【プロブレムリスト】

#1. 股関節周囲の痛み → 閉鎖孔ヘルニア

#2. るいそう → 神経性やせ症

外来症例のため、主に外来診療中の経過について考察されている。  
考察はプロブレムごとに診断および治療の過程が簡潔に記載されている。

【入院後経過と考察】 #1. 股関節周囲の痛み → 閉鎖孔ヘルニア

単純X線上、股関節の加齢性変化は認めるものの、股関節の可動域制限はなく、また発作性の疼痛という点でも変形性股関節症は否定的である。神経性やせ症の既往があり、身体症状症（疼痛性障害）や虚偽性障害の可能性も検討したが、受診時は無症状であり、症状のアピールが弱いという点で、これらの心因精神疾患は考えにくい。排尿や排便によって誘発される発作痛から考えられる病態としてヘルニアがあり、鼠径周囲の痛みが若い患者に生じていることから閉鎖孔ヘルニアを疑った。疼痛を誘発するために外来で排尿させたところ、左側鼠径部痛が出現したため即座に腹部CTを撮影し、左閉鎖孔内（恥骨筋と外閉鎖筋との間）腸管と思われる橢円形占拠性病変を確認した（図1）。この時の痛みはいつものように自然に消失し、後日待機的に手術を行う予定であったが、手術予定日前に対側（右）の閉鎖孔ヘルニアによる絞扼性腸閉塞を起こしたため、緊急手術（両側閉鎖孔ヘルニア閉鎖術）となった。術後の経過は良好で、股関節痛の再発を認めていない。

#2. るいそう → 神経性やせ症

神経性やせ症による痩せの改善が見られないため、元の精神科への通院を手配した。

【退院時処方】 なし。

主病名を中心に、副病名との関連について言及し、  
診断および治療方針決定における妥当性が文献を引用しつつ簡潔に記載されている。

【総合考察】 閉鎖孔ヘルニアはold lady's herniaとも呼ばれ、脂肪織の少ない痩せた高齢女性に

多い。年齢中央値87歳、男女比2:27、BMI中央値16.7 kg/m<sup>2</sup>、部位（右:左）18:11と報告されているが（吉田祐. 日本腹部救急医学会雑誌 2017;3:393）、本症例は神経性やせ症に合併した若年発症例であり、我々が調べた範囲では同様の報告は見当たらなかった。閉鎖孔ヘルニアでは小腸閉塞に伴う腹痛、嘔吐に加えて、閉鎖孔内に脱出した腸管による閉鎖神経圧迫症状として、大腿屈曲で軽減、伸展・外転・内旋で増強する膝から大腿部内側の強い疼痛（Howship-Romberg徴候）を呈することがあり、23.5%の患者でみられる（Hennekinne-Mucci S. Ann. Chir. 2003;128:159）。ヘルニア内容物は小腸であるが、腸管全体ではなく腸管壁の一部が嵌頓する Richter 型の嵌頓が多く（大北喜基. 手術 2015;69:617）、すぐには腸管閉塞症状をきたしにくい。そのため繰り返す股関節痛と片側下肢への放散痛が主訴となる場合があり、整形外科疾患と誤診しないように注意する。閉鎖孔ヘルニアは体表から視診や触診で確認することができず、診断には有症時の骨盤CTが必要となる。本疾患は比較的稀とされているが、超高齢社会を迎え、今後増加する可能性が高く、診断の遅れは予後に大きな影響を与えてしまうため、痩せた女性の股関節周囲の発作性疼痛は本疾患を想起しなければならない。

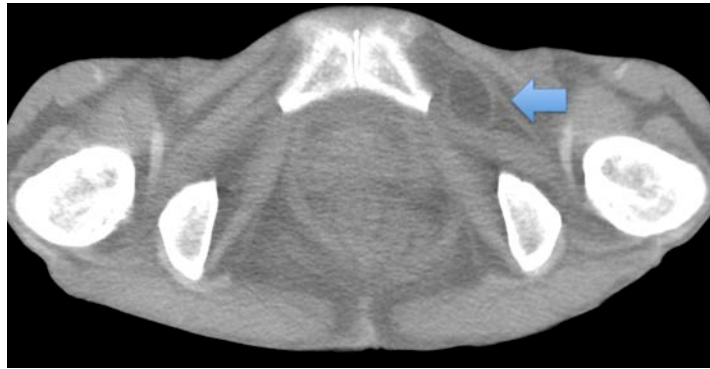
専攻医 所属施設名：〇〇〇病院

専攻医：

病歴 太郎

評価者：

内科 太郎



添付画像 1 左閉鎖孔内に脱出した腸管を認める（矢印）

※注意※

J-OSLER から出力する病歴要約の PDF ファイルに画像は含まれません。

本例はサンプルとして画像を添付しております。



( 空 白 )

免疫化学療法施行中に発熱性好中球減少症を合併したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

病歴要約番号 0000001559-000 領域 血液

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 6789012345 受持時患者年齢 45歳 性別 女性

受持期間 自 2016/09/20 受持期間 至 2016/10/12

入院日 2016/09/20 退院日 2016/10/12

転 帰：治癒 軽快 不変  
転科：手術なし 転科：手術あり 転科：手術あり(外科紹介症例として作成)  
死亡：剖検なし 死亡：剖検あり 死亡：剖検あり(剖検症例として作成)

フォローアップ：外来で 他医へ依頼 転院**確定診断名**

- #1 (主病名) びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (CSⅢA, IPI低リスク)  
 #2 (副病名1) 発熱性好中球減少症  
 #3 (副病名2)  
 #4(その他の副病名)

**【主訴】** 左頸部腫瘍**【既往歴】** 特記すべきことはない。【アレルギー歴】なし。**【社会生活歴】** 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。**【病歴】** 2016年7月に左頸部のくるみ大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された。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で左頸部に最大5×4 cmまでの多発性リンパ節腫脹と右上縦隔, 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。耳鼻咽喉科で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, 盗汗は認めていない。**【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℃。脈拍 66/分, 整。血圧 134/74 mmHg。呼吸数 18/分。結膜：蒼白・黄染なし。扁桃：腫大なし。舌：異常なし。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：異常所見なし。腹部：平坦, 軟で, 圧痛なし。肝・脾を触知しない。腫瘍も触知しない。皮膚病変なし。下腿に浮腫なし。**【主要な検査所見】** 尿所見；タンパク (-), 潜血 (±)。沈渣；異常なし。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/mL。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 U/L, ALT 8 U/L, LD 145

U/L, ALP 241 U/L, Cr 0.84 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 : 異常所見なし. 安静時心電図 : 正常範囲内. 骨髄穿刺 : 有核細胞数 118,250/ $\mu$ L, 巨核球 62.4/ $\mu$ L, 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°C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/ $\mu$ L (Seg 25.0%)まで減少し, 37.8°C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 2 gを12時間毎に点滴静注し, フィルグラスチム 75  $\mu$ 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/ $\mu$ 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.

【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】 R-CHOP療法は初発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), 本例でも一次予防投与は行わなかったが, 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, 1コースに1回の投与で発熱性好中球減少症予防効果が認められるG-CSF製剤であるペグフィルグラスチムが適応と考える. 全人的治療の考察が含まれている

---

専攻医 所属施設名 : ○○○病院

専攻医 :

病歴 太郎

評価者 :

内科 花子

---

心窩部不快感，倦怠感，動悸および息切れが持続した出血性貧血の1例

病歴要約番号 0000001453-000 領域 血液

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 112333899 受持時患者年齢 55歳 性別 男性

受持期間 自 2022/09/20 受持期間 至 2022/09/27

入院日 2022/09/20 退院日 2022/09/27

転 帰：治癒 軽快 不変  
転科：手術なし 転科：手術あり 転科：手術あり(外科紹介症例として作成)  
死亡：剖検なし 死亡：剖検あり 死亡：剖検あり(剖検症例として作成)

フォローアップ：外来で 他医へ依頼 転院**確定診断名**

#1 (主病名) 出血性貧血  
 #2 (副病名1) 十二指腸潰瘍  
 #3 (副病名2) 鉄欠乏性貧血  
 #4(その他の副病名)

**【主訴】** 心窩部不快感，倦怠感，動悸および息切れ**【既往歴】** 特記すべきことはない。昨年12月の職場健診で指摘事項はなかった。**【社会生活歴】** 会社管理職。家族は妻と子供2人(長女 高校3年，長男 中学3年)。飲酒：ビール350 mL/日，週5日。喫煙：なし。**【家族歴】** 父：糖尿病，母：高血圧。**【病歴】** ここ数ヶ月仕事が忙しく，対応に手間取る案件が重なって強いストレスを感じ時に心窩部不快感や便の色が黒っぽいことを自覚していた。食欲は変化ない。8月頃より倦怠感，階段昇降時や登り坂で動悸と息切れを自覚し，9月には電車通勤が辛いと感じ始めた。2022年9月20日昼過ぎより上腹部の不快感と嘔気があり，夕方に血性物を少量嘔吐した(10-20 mL程度)。フラフラ感が強くなったため家族が運転する自家用車で当院の救急外来を受診した。**【主な入院時現症】** 意識：清明，PS 2。身長 170.0 cm，体重 61.0 kg，体温 36.4 °C。脈拍 96/分，整。血圧 114/74 mmHg。呼吸数 20/分。眼瞼結膜：貧血様，眼球結膜：黄疸はない。口腔粘膜に出血斑は認めない。舌：炎症所見なし。心尖部に駆出性収縮期雑音(Levine II/VI)を聴取する。呼吸音に異常なし。腹部は軟，心窩部に軽度の圧痛を認める。腸蠕動音は聴取できる。肝臓・脾臓を触知しない。下腿浮腫，手指爪の変形は認めない。直腸診では腫瘍など認めないが黒色便の付着があり潜血は陽性である。経過中の体重減少はない。**【主要な検査所見】** 血液所見；赤血球 350万/ $\mu$ L，Hb 8.5 g/dL，ヘマトクリット26%，MCV 74.0 fL，網赤血球 1.1%，白血球 8,600/ $\mu$ L (Seg 75%，Stab 1%，Ly 20%，Mono 2%，Eo 2%)，血小板 28万/ $\mu$ L，PT-INR 0.98，APTT 32.7秒，血漿フィブリノゲン 435.0 mg/dL，Dダイマー 1.0  $\mu$ g/mL。血液生化学所見；TP 7.2 g/dL，Alb 3.9 g/dL，フェリチン 7 ng/mL，AST 20 U/L，ALT 18 U/L，LD 169 U/L，ALP 221 U/L，BUN 25.5 mg/dL，クレアチニン 0.9 mg/dL，Na 140 mEq/L，K 3.8 mEq/L，Cl 105 mEq/L，血清鉄 27  $\mu$ g/dL，総鉄結合能 380  $\mu$ g/dL。免疫血清学所見；CRP 1.55 mg/dL，抗ヘリコバクターピロリ抗体陰性。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。

---

## 【プロブレムリスト】

#1. 小球性貧血 #2. 吐血 #3. 鉄欠乏状態

---

### 【入院後経過と考察】

#1および#3. 小球性貧血，鉄欠乏状態

MCV 74.0 fLと小球性で，血清鉄低下，総鉄結合能上昇，フェリチン低下より鉄欠乏性貧血と診断した．十二指腸潰瘍からの出血（下記）による出血性貧血だが，貯蔵鉄を反映するフェリチンの低下を伴っており，貧血症状が数ヶ月にわたることより持続する消化管出血によって鉄欠乏が生じたと考えられた．鉄剤内服治療は消化器副作用の可能性があると重度の貧血より，鉄剤静注を開始した．鉄欠乏量は  $(15-8.5) \times 61 \text{ kg} \times 3 = 1189.5 \text{ mg}$ と計算された．入院中は含糖酸化鉄注射液80 mg/日静脈内投与を，退院後はクエン酸第一鉄ナトリウム150 mg/日を経口投与した．経静脈鉄剤投与量は400 mgで予定量の約1/3であった．受診時ヘモグロビンは8.5 g/dLが短期間の大量出血によるものならば，吐血エピソードの直後に貯蔵鉄（フェリチン）が著減することは考えにくい．消化管からの持続出血による貯蔵鉄喪失と思われた．来院時のバイタルサインは保たれており，慢性の経過による貧血と判断し，赤血球輸血は実施しなかった．小球性貧血の鑑別としては二次性貧血に加えてサラセミア，鉄芽球性貧血，無トランスフェリン血症なども考えられるが，総鉄結合能増加，貯蔵鉄減少，便潜血陽性を合わせ除外できた．鉄剤投与でHb回復の反応が見られた．

#2. 吐血

消化管出血リスク評価Glasgow-Blatchford Scoreは9点で内視鏡検査の適応と考えた．来院時バイタルサインが保たれていたため当日は絶食，維持輸液の補液で経過観察し，翌日に上部消化管内視鏡検査を実施した．十二指腸球部にA1期潰瘍を認め同部位からの出血と考えた．活動性出血や露出血管は見られず，薬物療法を選択した．抗ヘリコバクターピロリ抗体は陰性であり，H. pylori感染は否定的で経口オメプラゾール20 mg/日を開始した．食事再開後も消化器症状なく，外来治療継続とした．職場のストレスには外来で経過をみつつ対応を決めていくこととした．

【退院時処方】 ①オメプラゾール20 mg/日 ②クエン酸第一鉄ナトリウム150 mg/日

【総合考察】 本症例は受診時ヘモグロビンが8.5 g/dLだったが，バイタルサインは保たれており，臨床的には慢性の経過による貧血が疑われた．体内には3.5-4.5 g程度の貯蔵鉄が存在し血液2 mLあたり約1 mgの鉄が含まれるとされ，持続する少量出血により貯蔵鉄は失われる．本例のような小球性貧血では鉄欠乏性貧血と二次性貧血が主な鑑別に挙がる．本例ではフェリチン低下，総鉄結合能上昇もあり鉄欠乏性貧血と診断した．二次性貧血ではヘプシジン上昇を伴うが（Ganz T. Blood 2003;102:783），一般には測定されない．成人男性の鉄欠乏の原因は消化性潰瘍が多いとされており（Miller JL. CSH Perspectives 2013;3:a011866），本例でも消化性潰瘍からの持続的な出血が鉄欠乏の原因と考えられた．潰瘍の治療/コントロールが貧血治療にも大きく影響する．本例では職場における社会的立場，職場でのストレスが消化性潰瘍と関連していると考えられ，再発防止も含めて職場環境の改善が望ましい．治療に関して静注鉄剤による鉄補充では過剰投与による医原性鉄過剰症を避ける必要がある．最近，カルボキシマルトース第二鉄，デルイソマルトース第二鉄など高用量の鉄を数回で投与できる注射剤も開発されているが，いずれも必要量を計算し，治療途中でのヘモグロビン，フェリチン値の確認が重要である．

専攻医 所属施設名：〇〇〇病院

---

専攻医：

病歴 太郎

評価者：

内科 花子

---