

# 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(2025年4月)の改訂では、これまで多く質問が寄せられていた外科紹介症例および剖検症例の病歴要約サンプルを中心に用意しました。

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	収載日
4	総合内科Ⅱ(高齢者)	嚥下性肺炎	2024/07/09
6	消化器	閉鎖孔ヘルニア	2024/07/09
10	腎臓	急性腎盂腎炎	新規 2025/04/02
12	血液	びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫	2024/07/09
14	血液	出血性貧血	2024/07/09
16	外科紹介症例(循環器)	大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症	新規 2025/04/02
18	剖検症例(消化器)	膵尾部癌(Stage IV)	新規 2025/04/02
20	剖検症例(神経)	脳出血(右視床出血脳室穿破)	新規 2025/04/02

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。

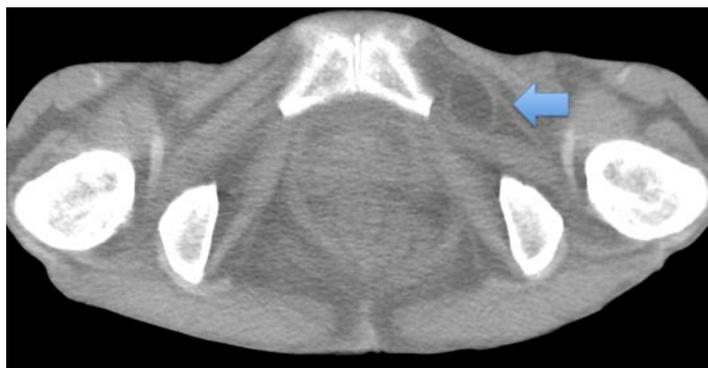
専攻医 所属施設名：〇〇〇病院

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 )

急性腎盂腎炎のため入院となった慢性腎臓病患者の症例

病歴要約番号 0000001588-000 領域 腎臓

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 123456789 受持時患者年齢 65歳 性別 男性

受持期間 自 2024/11/11 受持期間 至 2024/11/27

入院日 2024/11/11 退院日 2024/11/27

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) 急性腎盂腎炎  
 #2 (副病名1) 慢性腎臓病  
 #3 (副病名2)  
 #4(その他の副病名)

【主訴】 悪寒戦慄を伴った発熱, 腰痛, 嘔気・嘔吐

【既往歴】 45歳～高血圧で内服治療, 55歳～前立腺肥大で内服治療, 60歳～糖尿病で内服治療。  
 2024年9月に大腸憩室炎で入院し, 抗菌薬の経静脈投与で治療を受け軽快退院した。

【社会生活歴】 清涼飲料会社に勤務(主に営業), 60歳で定年後は系列会社の役員として働いている。  
 喫煙：10本/日(20歳～60歳), 飲酒：ビール700 mL/日(週6日), 薬物・食物アレルギー：特になし

【家族歴】 高血圧(+), 糖尿病(-), 心筋梗塞(-), 脳卒中(-), 癌(+), 結核(-), 腎疾患(-), 透析(-)

【病歴】 前立腺肥大で他院通院中の患者。高血圧, 糖尿病, 慢性腎臓病(CKD)のため当院内科通院中で, 2024年10月の採血では血清Cre 1.3 mg/dL (eGFR 52.7 mL/min/1.73m<sup>2</sup>: CKD G3a)と横ばいだった。2024年11月10日夜, 突然に悪寒戦慄を伴って発熱し, 腰痛と共に嘔気・嘔吐が出現したため翌11日深夜に救急外来を受診した。

熱源を検索しつつ身体診察を行っていることがわかる様に記載するため、必要に応じた陰性所見の追加が望ましい。

【主な入院時現症】 身長170 cm, 体重68.0 kg, 体温38.8 °C, 血圧130/75 mmHg, 脈拍90/分, 整。頭頸部：眼球結膜に黄染なし, 眼瞼結膜は貧血なし。胸部：心音と呼吸音に異常なし。腹部：平坦・軟, 肝・脾は触知せず触診で圧痛なし。肋骨脊柱角叩打痛：右で陽性。前立腺触診で腫大あるが圧痛なし。四肢：明らかな異常なし。神経学的所見：明らかな異常なし。

【主要な検査所見】 血液所見：WBC 13,500 / $\mu$ L, Neutro 90.0%, RBC 4.09 $\times$ 10<sup>6</sup> / $\mu$ L, Hb 12.1 g/dL, Hct 35.5%, Plt 20.4 $\times$ 10<sup>4</sup> / $\mu$ L. TP 7.2 g/dL, Alb 3.6 g/dL, AST 14 U/L, ALT 9 U/L, LDH 198 U/L, ALP 188 U/L, CPK 49 U/L, BUN 35 mg/dL, Cre 1.5 mg/dL, eGFR 45.7 mL/min/1.73m<sup>2</sup>. Na 138 mEq/L, K 3.6 mEq/L, Cl 98 mEq/L, glucose 137 mg/dL, HbA1c 6.8%. 免疫血清学所見：CRP 7.52 mg/dL. 尿検査：比重1.015, pH 7.0, 蛋白(+), 潜血(+), 亜硝酸塩(2+), RBC 10/HPF, WBC >100/HPF, 尿 $\beta$ 2ミクログロブリン 750  $\mu$ g/L ( $\leq$ 230), 尿NAG 16.4 U/L (0.7~11.2). 胸部X線写真：肺野に異常影なし。心拡大なし。肋骨横隔膜角は鋭。胸腹部単純CT：胸水・心嚢液なし。肺野に異常陰影なし。腹水なし。肝臓・胆嚢・脾臓に異常なし。両腎及び尿管に結石なく, 腎盂腎杯及び尿管の拡張を認めない。横行結腸と下行結腸に憩室が散在するが, 周辺の脂肪

組織に濃度上昇は認めない。右腎周囲に脂肪織濃度の上昇と毛羽立ちを認める。腎組織内には気腫産生は見られない。安静時心電図：心拍数96/分、正常洞調律、不整脈なし、明らかなST変化を認めない。

診断や重症度に関わる所見の有無のほか（「憩室はあるが憩室炎らしくはない」といった）鑑別に寄与するような記載も必要に応じて追加すると良い。

## 【プロブレムリスト】

#1. 急性腎盂腎炎 #2. 慢性腎臓病

**【入院後経過と考察】** #1. 急性腎盂腎炎：入院時に血液培養2セットと尿培養を提出した。抗菌薬は、最近の入院及び抗菌薬治療歴と糖尿病があることから多剤耐性グラム陰性桿菌や緑膿菌をカバーできるようにピペラシリン/タゾバクタム(PIPC/TAZ, 1回4.5 g, 1日2回)を選択した。尿pHが7.0であることから閉塞機転の有無を確認するため胸腹部単純CTを施行したが、尿路結石を含めドレナージを要する病態は認めなかった。38℃を超える発熱は治療開始後2日目までみられたが、その後は平熱となり、腰痛や消化器症状も次第に軽快した。血液培養は陰性であったが、尿培養ではE.coliが検出され、治療4日目から抗菌薬をセフトリアキソン(CTRX, 1回2 g, 1日1回)に変更して計10日間投与し、全身状態の改善を確認して治療を終了した。

#2. 慢性腎臓病 (CKD)：経過中はCKD G3aの状態であったがeGFRは入院時に若干低下していた。摂食・飲水が安定するまで細胞外液補液を行い、退院時はCre 1.4mg/dL, eGFR 48.9 mL/min/1.73m<sup>2</sup>とほぼ機能低下なく経過した。

**【退院時処方】** メトホルミン塩酸塩 500 mg 2×朝・夕食後, カンデサルタン 4 mg 1×朝食後

**【総合考察】** 腎尿路感染によってもたらされる腎障害としては、まず急性間質性腎炎が挙げられる。WHOの分類では、炎症性尿細管間質性疾患の原因として(1) 感染性, (2) 薬剤性, (3) 免疫異常, (4) 全身疾患が挙げられており、感染性の急性尿細管間質性腎炎を惹起する病原体も細菌や真菌、ウイルスなど幅広く報告されている。細菌性の場合には感染症に付随した局所炎症反応として生じることがあり、また治療目的での抗菌薬や非ステロイド性抗炎症薬, COX-2阻害薬などの投与による薬剤性の場合もあるので注意する必要がある。本症例では経過中に腎機能の変化があまりなかったが、入院時検査で軽度上昇していた尿β2MGおよびNAGを退院時に再検して変化の有無を確認することができなかった。

実際の診療ではできなかったことを記載することも、今後のためには意味がある。

また、腎尿路感染によって急性腎障害 (AKI) が併発することもあるが、一般には両側の腎臓に波及したり敗血症性ショックにならない限り発症しないとされているため、高血圧や糖尿病を有するCKDでは特に循環動態が維持されるように対応することが重要と思われる。本症例では治療介入したこともあって腎機能の急激な低下は回避することができた。なお、役員業務で国内出張が多く、外食の機会が今後も頻繁であるとのことで、退院前に食事指導を行って腎機能に応じた食事を摂取するように勧めた。

なお、急性腎盂腎炎では(1) eGFR≤40 mL/min, (2) 尿路結石があるか疑われる, (3) 尿pH≥7.0のいずれかに合致する場合は、尿路閉塞機転の有無を確認するため画像検査を行うべきであるとされており (Johnson JR. N Engl J Med 2018; 378: 48), 本症例では上記(3)のためCT検査を施行し、尿路閉塞を否定した。

腎疾患としての病歴要約なので、ここでは「腎尿路感染症が腎臓の組織や機能にどう影響しうるか」「それに関して本症例はどうだったのか」という観点で考察しようとしている。

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

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：○○○病院

---

専攻医：

病歴 太郎

評価者：

内科 花子

---

大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症と心房細動に伴う心不全の精査を行い、外科的手術を施行した一例

病歴要約番号 0000001589-000 領域 循環器

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 1234567890 受持時患者年齢 70歳 性別 女性

受持期間 自 2025/12/15 受持期間 至 2025/12/18

入院日 2025/12/15 退院日 2025/12/28

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) 大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症  
 #2 (副病名1) 慢性心不全  
 #3 (副病名2) 慢性心房細動  
 #4(その他の副病名) 高血圧症

【主訴】 労作時呼吸困難

【既往歴】 虫垂炎に対して手術歴あり（11歳）、心不全で入院（59歳）、高血圧症（50歳から）

【社会生活歴】 飲酒歴：ビール1杯と焼酎1杯を毎日、喫煙歴なし、アレルギー歴：なし

【家族歴】 心血管疾患の家族歴なし、その他特記事項なし

【病歴】 2013年3月に心房細動の発症を契機に、急性心不全となり入院した。このとき、中等度の大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症を指摘された。心房細動は電氣的除細動で洞調律化を認め、内服加療にて心不全症状は改善し退院した。以後、特に症状の再燃を認めず、心機能も左室駆出率50%前後で経過していた。2024年11月中旬より労作時呼吸困難を認め、外来の経胸壁心エコー図検査で、大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症の増悪に加え、僧帽弁閉鎖不全症、三尖弁閉鎖不全症の合併を指摘され、12月15日に精査の心臓カテーテル検査目的で入院となった。

【主な入院時現症】 身長163 cm、体重64 kg。意識清明。呼吸 16/分、SpO<sub>2</sub> 98%(室内気)。脈拍 86/分・不整。血圧 101/62 mmHg。体温 36.4℃。眼瞼結膜に貧血なし。眼球結膜に黄染なし。咽頭発赤なし。表在リンパ節は触知せず。皮疹なし。呼吸音はラ音聴取せず。心音はLevine V/VIの収縮期雑音と、Levine IV/VIの拡張期雑音を聴取する。腹部は平坦・軟で、蠕動音は正常、圧痛なし、肝・脾は触知せず。肋骨脊椎角叩打痛なし。下腿浮腫なし。神経学的所見異常なし。

【主要な検査所見】 血液所見：Hb 13.3 g/dL, 白血球 4400 / $\mu$ L, 血小板 14万 / $\mu$ L. 血液生化学所見：TP 6.3 g/dL, Alb 3.8 g/dL, 尿素窒素 35.3 mg/dL, Cr 1.37 mg/dL, T.Bil 0.4 mg/dL, ALP 309 IU/L, AST 42 IU/L, ALT 64 IU/L, LDH 200 IU/L, Na 134 mEq/L, K 5.4 mEq/L, Cl 100 mEq/L. 凝固 PT-INR 1.7, APTT 29.8秒, D-dimer 0.4  $\mu$ g/mL. 血清免疫学所見：CRP 0.09 mg/dL, NT pro BNP 7989 pg/mL. 感染症：TPHA(-), HBs抗原(-), HCV抗体(-). 12誘導心電図：心房細動, 右脚ブロックあり. 胸部X線写真：CTR 57.9%で心拡大あり, 肺野に異常陰影は認めない。

### 【プロブレムリスト】

#1. 大動脈弁狭窄症兼閉鎖不全症 #2. 慢性心不全 #3. 慢性心房細動（CHADS<sub>2</sub> score 2点）

**【入院後経過と考察】** #1. 入院当日心臓カテーテル検査を施行した。右心カテーテル検査では、平均肺動脈圧 29 mmHg、肺動脈楔入圧 22 mmHg、心拍出量、心係数は熱希釈法で2.46 L/分、1.31 L/分/m<sup>2</sup>、Fick法で3.13 L/分、1.66 L/分/m<sup>2</sup>であり、Forrester分類IV群に該当した。右心系における血液ガス検査を肺動脈、右室、右房と行ったが、酸素濃度のstep upは認めなかった。冠動脈造影検査では有意狭窄病変を認めなかった。左室拡張末期圧は17 mmHgと高く、左室圧127/5 mmHg、大動脈圧91/60 mmHgと左室-大動脈間に36 mmHgの圧較差を認め、大動脈狭窄症と診断した。左室造影、大動脈造影検査を施行したところSellers III度の大動脈閉鎖不全症と僧帽弁閉鎖不全症を認めた。ハートチームで手術方針を議論し、経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）の選択肢も挙がったが、心房細動の合併、僧帽弁と三尖弁の連合弁膜症も認めており、外科的手術の方針とした。

外科と手術方針について議論し、手術に至った経過が記載されている。

#2. カルベジロール 20 mg、カンデサルタン 4 mg、スピロラクトン 25 mg、ダパグリフロジン 5 mg、トラセミド 4 mgで加療されていたが、水分貯留に対してスピロラクトン、トラセミドを増量して対応した。アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬（ARNI）は血圧が低く導入困難と判断した。

#3. 心房細動に対しては、カルベジロールで脈拍コントロールを継続した。CHADS<sub>2</sub> scoreは心不全入院歴と高血圧症の2点であり、抗凝固療法は弁膜症性心房細動が考えられることと、以前よりワルファリンを服用されていたことから、同薬を継続し、術前にヘパリンに切り替えた。また、2024年7月の外来心電図で洞調律が確認されており、慢性となつてからの経過は短期と考えメイズ手術の適応と考えた。

手術時の所見が含まれている。

**【手術所見】** 全身麻酔下で胸骨正中切開を施行した。心嚢内癒着なし。心嚢液黄色透明少量。心表面は長期の心不全のため白色に肥厚していた。僧帽弁は前尖>後尖でrough zoneが硬化・退縮していた。左房側メイズを、凍結凝固を用いて施行した。僧帽弁はannuloplastyのみ施行した。大動脈弁は二尖でRCCとLCCの間にrapheを認めた。いずれも弁輪を中心に硬化していた。弁を切除し、23 mmの生体弁に置換した。三尖弁は弁尖接合部から高圧で逆流を生じる状態であり、三尖弁形成術を施行した。

**【退院時処方】**（転科時）カルベジロール 20 mg, カンデサルタン 4 mg, スピロラクトン 50 mg, ダパグリフロジン 5 mg, トラセミド 8 mg, ランソプラゾール 15 mg, ワルファリン 3 mg.

**【総合考察】** 本症例では、大動脈弁狭窄症により左室収縮期圧が上昇し、僧帽弁閉鎖不全が増悪して左室駆出血流量が減少し、大動脈弁狭窄症の重症度評価が難しかった（Karvonen, MJ. Am Heart J. 1967; 73: 322-325）。僧帽弁閉鎖不全症により左室壁運動の見た目が良くなりやすく、大動脈弁狭窄症による早期の左室機能低下がとらえにくい点にも注意が必要であった。本症例の労作時呼吸困難については、心房細動の合併による心房収縮の喪失により、心拍出量がさらに減少したことも影響したと考えた。有症候性の弁膜症手術はclass I（2020年改訂版 弁膜症治療のガイドライン）である。本症例は術後合併症も認めず、左室駆出率も30%から43%に改善し、症状に加えてADLの改善も認めた。連合弁膜症では単独の検査が必ずしも正確な結果を示さず評価が難しいこと、外科との連携を普段から密にし、患者を中心としてハートチームで手術適応を双方の立場から検討していく重要性を学んだ症例でもあった。

手術適応が妥当であったのかの考察が含まれている。術後経過の記載があると望ましい。

専攻医 所属施設名：○○○病院

専攻医：

病歴 太郎

評価者：

内科 花子

膵尾部癌・両側卵巣転移と臨床診断したが剖検で膵癌と右卵巣癌の重複癌と診断された一例

病歴要約番号 0000001592-000 領域 消化器

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 1234567890 受持時患者年齢 47歳 性別 女性

受持期間 自 2024/04/24 受持期間 至 2024/05/29

入院日 2024/04/24 退院日 2024/05/29

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) 膵尾部癌 (Stage IV)  
 #2 (副病名1) 右卵巣癌 (Stage IA)  
 #3 (副病名2)  
 #4(その他の副病名)

【主訴】 腹部膨満感, 経口摂取不良

【既往歴】 特記すべき事項なし

【社会生活歴】 喫煙: なし, 飲酒: なし, アレルギー: 食物・薬物ともなし, 職業: 看護師 (独居)

【家族歴】 母: 肺癌・胃癌 (67歳で死亡), 伯母 (父方): 膵癌 (48歳で死亡)

【病歴】 2024年1月に心窩部痛を主訴に前医を受診し, 腹部造影CTで膵尾部・肝臓・肺・腹膜に多発する腫瘍のほか両側卵巣の腫大 (右 6 cm, 左 4 cm) も認め, 精査目的に2月9日当院を受診した. 膵腫瘍に超音波内視鏡下穿刺吸引を行い, 低分化腺癌を認めた. 膵癌卵巣転移, 膵癌と卵巣癌の重複癌, 卵巣癌膵転移のいずれの可能性も考えられたが, 頻度から膵癌の卵巣転移をまず考え, また重複癌であったとしても膵癌が最も予後を規定すると判断し, ゲムシタビン・ナブパクリタキセル併用療法 (GEM/nab-PTX) を2月22日以後2コース実施した. その後全身倦怠感の増悪とperformance status (PS) の低下があり化学療法は中止した. 4月15日の腹部単純CTで, 膵癌は縮小傾向だが, 卵巣腫瘍・肺転移の増大と腹水の増加を認めた. 腹部膨満の増悪および経口摂取困難のため, 4月24日に症状緩和目的に緊急入院となった.

【主な入院時現症】 身長 155 cm, 体重 53.4 kg(1か月で 4 kg減少). 意識清明. 体温 36.9 °C. 呼吸数 16/分. SpO<sub>2</sub> 97 % (室内気). 脈拍100/分, 整. 血圧 118/70 mmHg. 眼瞼結膜に貧血はない. 頸部にリンパ節腫大はない. 胸部: 肺音・心音に異常はない. 腹部: 膨隆し, 心窩部に軽度の圧痛がある. 反跳痛はなく, 筋性防御もない. 腸蠕動音は減弱している. 両側に下腿浮腫はない.

【主要な検査所見】 血液所見: 白血球 8,530/ $\mu$ L, Hb 13.5 g/dL, Plt 23.2万/ $\mu$ L, PT 139%, D-dimer 14.1  $\mu$ g/mL. 血液生化学所見: Alb 3.3 g/dL, AST 58 U/L, ALT 103 U/L, ALP 571 U/L,  $\gamma$ -GTP 241 U/L, T-Bil 0.5 mg/dL, BUN 6.1 mg/dL, Cr 0.59 mg/dL, 随時血糖 110 mg/dL, HbA1c 5.8%, CRP 5.37 mg/dL, CEA 16.9 ng/mL, CA19-9 1432 U/mL, DUPAN-2 443 U/mL, SPan-1 762 U/mL, CA125 33 U/mL. 腹部単純CT (2024/4/15): 化学療法2コース後, 初診時に6

cmであった膵尾部の腫瘍は4.5 cmに縮小している。一方で、腹水は増加し、肺転移・両側卵巣病変は増大（右9 cm, 左5 cm）している。

### 【プロブレムリスト】

#1. 膵尾部癌・多発転移(Stage IV) #2. 両側卵巣腫瘍(転移性膵癌疑い) #3. 癌性疼痛 #4. 腹水

剖検所見やその考察を中心に記載できるよう、死亡までの経過の記載分量に留意する

可能であれば剖検の同意取得経緯も簡潔に記載できると良い

### 【入院後経過と考察】

#1-4: 多発転移を伴う膵尾部癌の診断で化学療法 (GEM/nab-PTX) を導入し (日本膵臓学会編: 膵癌診療ガイドライン2022), 2コース施行後の腹部CTで膵癌は縮小傾向だったが, 両側卵巣腫瘍と肺転移の増大, 腹水増加を認めた。またPSは3程度に増悪し化学療法の継続は困難と考え, best supportive careの方針となった。オキシコドンによる疼痛コントロールや腹腔穿刺での腹水コントロールなどを行い症状の緩和に努めたが, 全身状態が徐々に悪化し, 5月29日に永眠された。最終診断を確定し, 今回の治療の妥当性を確認するため剖検についてご家族と相談したところ, 生前にご本人とアドバンス・ケア・プランニング (ACP) を進める過程で自らの診断をはっきりさせたいとのご希望が強かったこと, 医療従事者として医療の発展に貢献したいという考えを述べられていたことから, ご家族様からも剖検のご了承が得られ, ①膵癌として矛盾ないか, ②卵巣腫瘍は膵癌の転移か卵巣原発か, を主な検索希望事項として剖検を行った。病理解剖学的診断では, 膵尾部から膵体部にかけて8cm大の白色充実性腫瘍を認め, 胃・小腸・大腸等へ浸潤し, 一塊となっていた。また, 肝臓・肺・左卵巣転移, 腹膜・胸膜播種も認めた。組織学的には低分化腺癌を主体とする浸潤性膵管癌であった。また右卵巣に11cm大の黄白色充実性腫瘍を認め, 組織学的には粘液性癌であり, 膵癌とは組織像が異なり右卵巣原発と考えられた。これら所見から, 膵癌と右卵巣癌の重複癌かつ主要な病態は進行膵癌による腫瘍死であると最終診断した。また悪性腫瘍の家族歴に加え, 膵癌と右卵巣癌の同時性重複癌でありLynch症候群の可能性も考えられたが, 膵癌・右卵巣癌のいずれもMLH1, PMS2, MSH2, MSH6の免疫組織染色 (IHC) は陽性で, Lynch症候群と確定はできなかった (遺伝学的検査は未実施で可能性は完全には否定できない)。

剖検の主要な所見を、整理して簡潔に記載する

【退院時処方】 なし (死亡退院)

剖検所見自体に加えて、その結果から分かること、  
生前の診断や治療の妥当性などについて検討して記載する

### 【総合考察】

本症例では, 重複癌の可能性も否定できないところ, 頻度から膵癌の卵巣転移 (Wang SD. World J Clin Cases 2020;8:5380) を第一に考え (Dundr P. Diagn Pathol 2021;16:20), GEM/nab-PTX療法を導入した。しかし, 同療法の生存期間中央値 (MST) は8.5ヶ月と報告されているところ (von Hoff DD. N Engl J Med 2013;369:1691), 本症例は約3ヶ月の経過で急速に進行し死亡に至った。重複癌が経過に影響を与えた可能性も考えられたが, 剖検からは主要な病態は進行膵癌で, 卵巣癌は生命予後に影響を与える状態ではなかったことが明らかになり, 治療法の選択の妥当性が剖検により示されたと言える。また, 生前のCTを再検討したが両側の卵巣腫瘍の組織型の違いを指摘することは困難であり, 画像診断の限界並びにゲノム検査等の細胞遺伝学的手法に基づく評価法の更なる発展の必要性を痛感した。患者は看護師で仕事復帰を最優先に考え, 当初は化学療法継続を希望し, オピオイドの導入にも抵抗感があった。しかしACPを進める過程で急速な病状の進行があり, 治療のゴールについての考えに変化が生じ, 最終的には患者と十分なコミュニケーションを図り最大限の症状緩和を行うことができたものとする。

全人的な記載も簡潔に含める

- ・疾患・治療法等に関する一般的な解説は最小限にする
- ・自らが担当した症例の経過のうち重要と考える点を取り上げて、剖検所見・文献等を引用しつつ考察する

専攻医 所属施設名: ○○○病院

専攻医: 病歴 太郎

評価者: 内科 花子

剖検にてコントロール不良な動脈硬化を背景とした高血圧性脳出血と確定診断した68歳男性例

病歴要約番号 0000001587-000 領域 神経

患者の施設名 ○○○病院

患者ID 1234567890 受持時患者年齢 68歳 性別 男性

受持期間 自 2024/11/01 受持期間 至 2024/11/01

入院日 2024/11/01 退院日 2024/11/01

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) 脳出血 (右視床出血脳室穿破)  
 #2 (副病名1) 高血圧  
 #3 (副病名2) 2型糖尿病  
 #4(その他の副病名) 脂質異常症

【主訴】左手足に力が入らない, 言葉がうまくしゃべれない

【既往歴】49歳～:2型糖尿病(リナグリプチン 5 mg/日 内服), 高血圧症(アジルサルタン 20 mg/日 内服), 脂質異常症(ロスバスタチン 5 mg/日 内服)

【社会生活歴】飲酒歴:3合/日×30年間, 喫煙歴:20本/日×35年間.

【家族歴】両親:高血圧症

【病歴】2024年11月1日午前7時頃, 急に左半身が動かず, 呂律が回らなくなったため, 家人が救急要請した. 救急隊到着時は, 意識は清明であったが, 呂律が回っていなかった. 搬送中に意識レベルが急激に低下し, 当院到着時(午前8時00分)にはJCS III-300であり, 同日入院となった.

【主な入院時現症】JCS III-300. 身長161.5 cm, 体重 80.2 kg, BMI 30.7 kg/m<sup>2</sup>. 血圧 236/118 mmHg, 脈拍 100/分, 整. 呼吸数 30/分でCheyne-Stokes呼吸, SpO<sub>2</sub> 100%(O<sub>2</sub>マスク 5 L/min). 眼球結膜黄染なし, 眼瞼結膜貧血なし, 両頸動脈雑音なし, 前脛骨部浮腫なし, 両足背動脈触知良好, 瞳孔散大(6.5/6.5 mm), 対光反射・角膜反射・睫毛反射消失, 人形の目現象消失. 四肢弛緩性麻痺であるが, 除皮質・除脳硬直ではない. 四肢腱反射低下し, 両 Babinski徴候 extensor.

【主要な検査所見】<血液所見> 血算: WBC 8800/μL, RBC 413万/μL, Hb 13.2 g/dL, Ht 37.8%, MCV 91.5 fl, Plt 20.4万/μL, 凝固: PT-INR 1.04, APTT 32.0 sec., Fib 432 mg/dL, 血清生化学: TP 6.6 g/dL, Alb 4.2 g/dL, LDH 274 U/L, GOT 18 U/L, GPT 16 U/L, γ-GTP 38 U/L, ALP 217 U/L, T.Bil 0.4 mg/dL, BUN 12.4 mg/dL, Cr 1.18 mg/dL, Na 136 mEq/L, K 4.2 mEq/L, Cl 104 mEq/L, UA 6.2 mg/dL, AMY 110 U/L, CK 118 U/L, CK-MB 10 U/L, CRP 0.26 mg/dL, Glu 200 mg/dL (随時). <胸部X線写真>CTR=58.5%, CP angle sharp. <心電図> HR 120/分, 整, 異常Q波なし, ST-T 変化なし, <頭部単純CT>右視床に血腫と考えられる最大径 36 mmの高吸収域を認め, 両側脳室~第三~第四脳室内に高吸収域を認める.

### 【プロブレムリスト】

#1. 意識障害, 脳幹反射消失, Cheyne-Stokes呼吸, 四肢麻痺, 両側Babinski反射extensor

## #2. 重複する動脈硬化危険因子（高血圧, 高脂血症, 2型糖尿病）

**【入院後経過と考察】** #1. 搬入時より意識障害が重度（JCS III-300）かつ脳幹反射が消失し、Cheyne-Stokes呼吸を認め、脳幹障害がすでに高度であった。突発完成と意識障害から脳血管障害を疑い、緊急頭部単純CTを撮像した。頭部CTにて右視床出血と考えられ、両側脳室～第三、第四脳室が高吸収域であり、脳室内穿破を認めた。脳神経外科と協議し、意識レベルが深昏睡（JCS III-300）かつ出血部位から血腫除去・脳室ドレナージ術いずれも適応が無く、内科的治療の方針となった。トラネキサム酸静注による止血を目的とした治療を開始した。塩酸ジルチアゼムにより降圧を図り、速やかに収縮期血圧140 mmHg以下を目標とした（日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会編：脳卒中治療ガイドライン2021（改訂2023））。酸素マスク5 L/minにてSpO<sub>2</sub> 95%程度を維持していたが、14時30分から舌根沈下に伴いSpO<sub>2</sub>低下しBiot呼吸になり、呼吸数も徐々に低下したため気管挿管、人工呼吸器管理とした。しかし、17時00分に心停止となり心肺蘇生に反応せず死亡した。剖検の承諾を得て、死後16時間で剖検を施行した。病理所見では、①脳出血として、両側脳室内に凝血塊を認め、右視床からの穿破、脳幹・小脳周囲に凝血塊を認めた。脳動静脈奇形（AVM）や動脈瘤、血管腫は認めない。右大脳半球優位に腫張あり。②重度動脈硬化（胸部大動脈・両総頸動脈の粥状硬化、左冠動脈に80%の狭窄）。③脾萎縮を認め、主脾管の軽度拡張あり。以上から、主死因は動脈硬化を背景とした高血圧性脳出血と考えられた。心停止は脳室内出血により髄液循環障害を来とし、これに伴う頭蓋内圧亢進及び第三、第四脳室を充満する血腫による脳幹への圧迫によるものと考えられた。

**剖検症例のため、病理所見の記載と病理所見から得られた考察を含めて記載する。**

#2. 高血圧, 2型糖尿病, 高脂血症といった動脈硬化危険因子が重複していたが、近医通院は不規則であり、半年前の血圧は150/85 mmHg, HbA1cは8%, 尿中タンパク1.3 g/日（顕性腎症）, TG 220 mg/dL, LDL-C 170 mg/dL, HDL-C 32 mg/dLとコントロール不良であった。

**【退院時処方】** なし **剖検で得られた所見をふまえて考察する（例えば、主病名の妥当性、臨床との関連など）。**

**【総合考察】** 脳室内出血（以下IVH）は、血腫量からの分類（Graeb DA. Neurology 1982;143:91）と発生機序からの分類（Darby DG. Neurology 1988;38:68）を臨床的に用い、本例は前者では11/12点と severe IVH, 後者からsecondary IVHに分類され、高血圧性脳出血はAVMやもやもや病によるIVHより予後不良とされる。IVHは高血圧性脳出血全体では37～62%であり、特に視床出血では67～76%と高頻度である（宮坂佳男. 日本臨床 1993;51増刊:262）。Littleらが臨床症状とCTによる脳出血予後予測gradeを提唱し、I～III型に分類した（Little JR. Surg Neurol 1977;8:142）。本例はCTにて出血量が多く、全脳室系を血腫が充満し、脳幹障害を初期から呈している急性期死亡が最も多い転帰不良のI型であった。高血圧性IVHは予後不良であり、動脈硬化の進行を抑えるための発症予防が重要である。本例は、後方視的に見た場合、危険因子、臓器障害、心血管病、合併症から高リスク群に入り、禁煙指導の上、HbA1cは7.0%未満、蛋白尿陽性から降圧目標は130/80 mmHg未満（日本脳卒中学会 脳卒中ガイドライン委員会編：脳卒中治療ガイドライン2021（改訂2023））、TG(随時)<175 mg/dL, LDL-C<100 mg/dL, HDL-Cは40 mg/dL以上（日本動脈硬化学会編：動脈硬化疾患予防ガイドライン2022年版）のように厳格にコントロールする一次予防が重要であった。本例からは生活習慣病を侮ることなく、長期的にも実施可能な禁煙指導や服薬アドヒアランスも含め、患者とともに取り組む一次予防の重要性を強く感じた。

専攻医 所属施設名：○○○病院

専攻医： 病歴 太郎

評価者： 内科 花子