

症例クイズ

2023.09.06 プライマリケアカンファレンス

岩手医科大学 総合診療医学講座
山田 哲也

岩手医科大学 総合診療医学講座

総合診療
専門研修PG
専攻医 6名と



いわてイーハトーヴ
総合診療
専門研修プログラム

定員:6名/年 期間:3~4年

お問い合わせ

〒020-8505 岩手県盛岡市内丸 19-1
岩手医科大学附属 内丸メディカルセンター
総合診療医学講座 総合診療専門研修プログラム事務局
TEL: 019-613-6111(内丸メディカルセンター代表)
Mail: soushin@iwate-med.ac.jp

いわてイーハトーヴ臨床研修病院群で研修中の初期臨床研修医の方は、
初期研修基幹施設内の総合診療プログラムの担当者にお声がけください。

イーハトーヴを
ささえつなげる
かけはしへ



全人的医療を行い地域全体の健康を守る「良医」を育成し、岩手ひいては日本の地域社会に貢献する



誇りを持って実践する総合診療医を、継続的に育成する

- 患者さんを、背景を持った1人の人間として総合的にみる
- 地域をまるごとみる
- 地域の中で、患者さん・医療者・行政や福祉など他の業種・地域社会を支えてつなぐ「かけはし」となる



「専攻医ファースト」で自由度高く「オール岩手」で研修をサポート

症例クイズ

70歳台女性の両下肢のむくみと貧血、低アルブミン血症

【症例】 74歳 女性

【主訴】 両下肢の浮腫

【既往歴】

51歳 子宮卵巣摘出（卵巣腫大癌の疑いとして摘出も良性）

51歳 腰部脊柱管狭窄症

66歳 大腸ポリープ EMR

72歳 パーキンソン病（当院 脳神経内科通院中）

Clinical Probable（HY2、機能障害度分類 1、AR type）

【現病歴】

来院2ヶ月前～ 両下腿浮腫が出現し徐々に増悪
近医（診療所）を受診し、利尿剤投与で経過観察されたが
改善しなかった。

来院1ヶ月前 血液検査で低タンパク血症と貧血を指摘された。
その後も浮腫改善なく、近医から近隣のA病院を紹介受診した。

A病院の検査で、貧血、低タンパク血症、低アルブミン血症を認めたが、
他検査で原因を示唆する異常所見を指摘できず、
原因不明として、精査加療目的に当科紹介受診した。

【家族歴】 父：脳梗塞または脳出血
他特記事項なし

【服薬歴】

< 当院脳神経内科 >

ドパコール®配合錠L100	4.5T 分 3	毎食後
エクフィナ® 50mg	2T 分 1	朝食後
ハルロピテープ® 8mg	1日1回	1回 1枚
テプレノン細粒 10% 「トーワ」	1.5g 分 3	毎食後
ドンペリドン 10mg	3錠 分 3	毎食後

【健診／検診】

上部消化管は1年前で異常なし

下部消化管内視鏡検査は最後 6 年前

大腸がん検診は1年前：異常なし

肺がん検診1年前：異常なし

【生活歴】

夫、娘の3人暮らし

ADL / IADL full

偏食なし

【嗜好歴】

アルコール なし タバコ なし

【ROS】

陽性：浮腫

下腹部痛（やや左より）、腰痛

便が黒い（ドパコールの注意書きに記載あり、そのせいとっていた）

体重増加（4 1 kg → 4 4 kg）

便秘（1～3日に1回） 便の性状は普通便

不眠

パーキンソン症状（静止時振戦、動作緩慢、仮面様顔貌）

陰性：発熱、悪寒、戦慄、頭痛、胸痛、呼吸困難感、動悸

血便、硬便、下痢、排尿障害

認知機能低下のエピソード（見当識障害、記憶力低下、幻覚）

【現症】

身長 144.8cm 体重 44.6kg BMI 21.3

体温 36.6°C 血圧 120/84 mmHg 脈拍 95回/分 SpO₂ 99% (room air) 呼吸数 14回/分
意識清明

眼瞼結膜 蒼白 眼球結膜 黄染なし 充血なし

口腔内 clear 齲蝕なし 咽頭 clear

頸部～鎖骨上リンパ節 腫脹なし 甲状腺 腫大なし

呼吸音 清 左右差なし

心音 I音 (→) II音 (→) 雑音なし 整

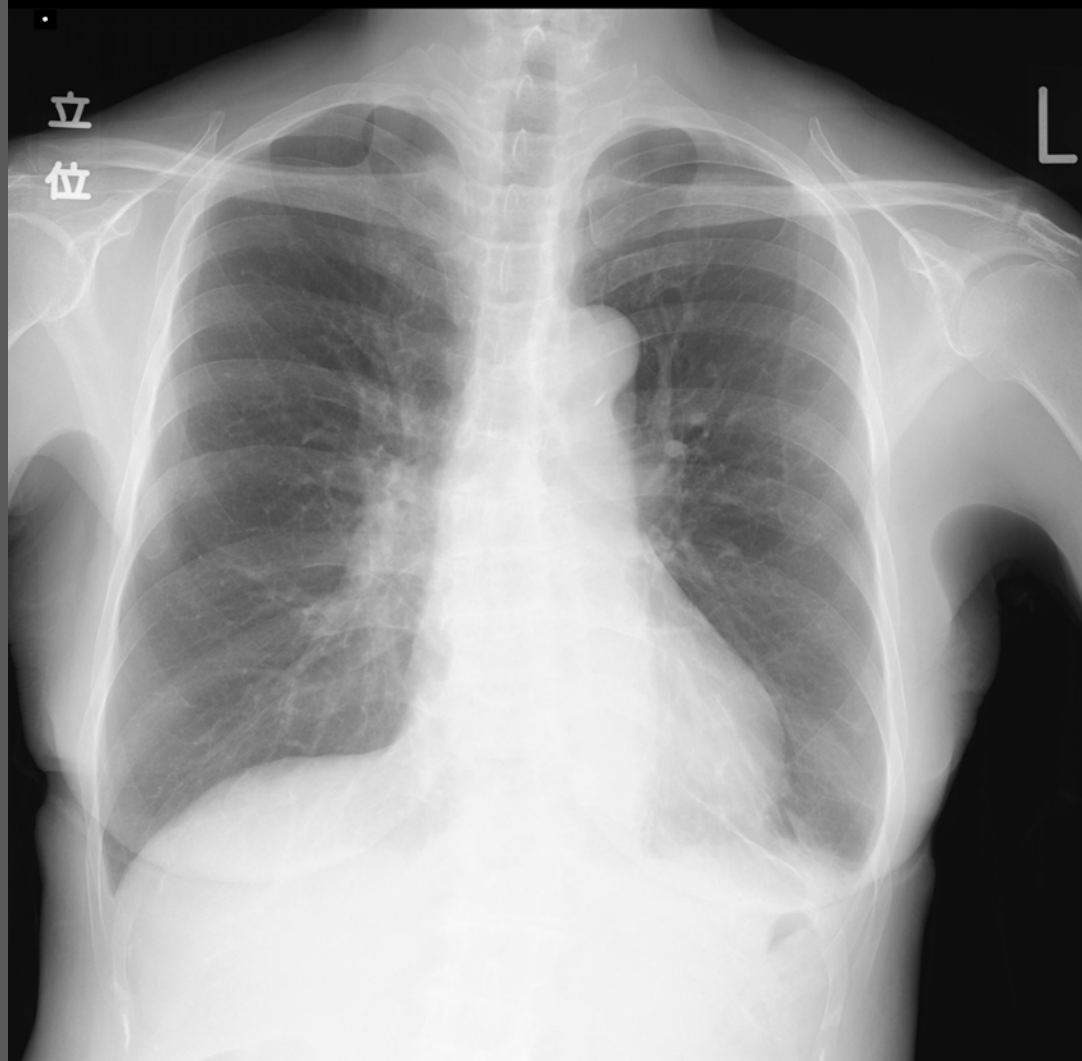
腹部 平坦 軟 下腹部正中にope scar
グル音 (→) 圧痛なし

両側下肢全体に浮腫 下腿脛骨全面 圧痕性浮腫 (fast edema)

診察の可視範囲内は皮疹なし

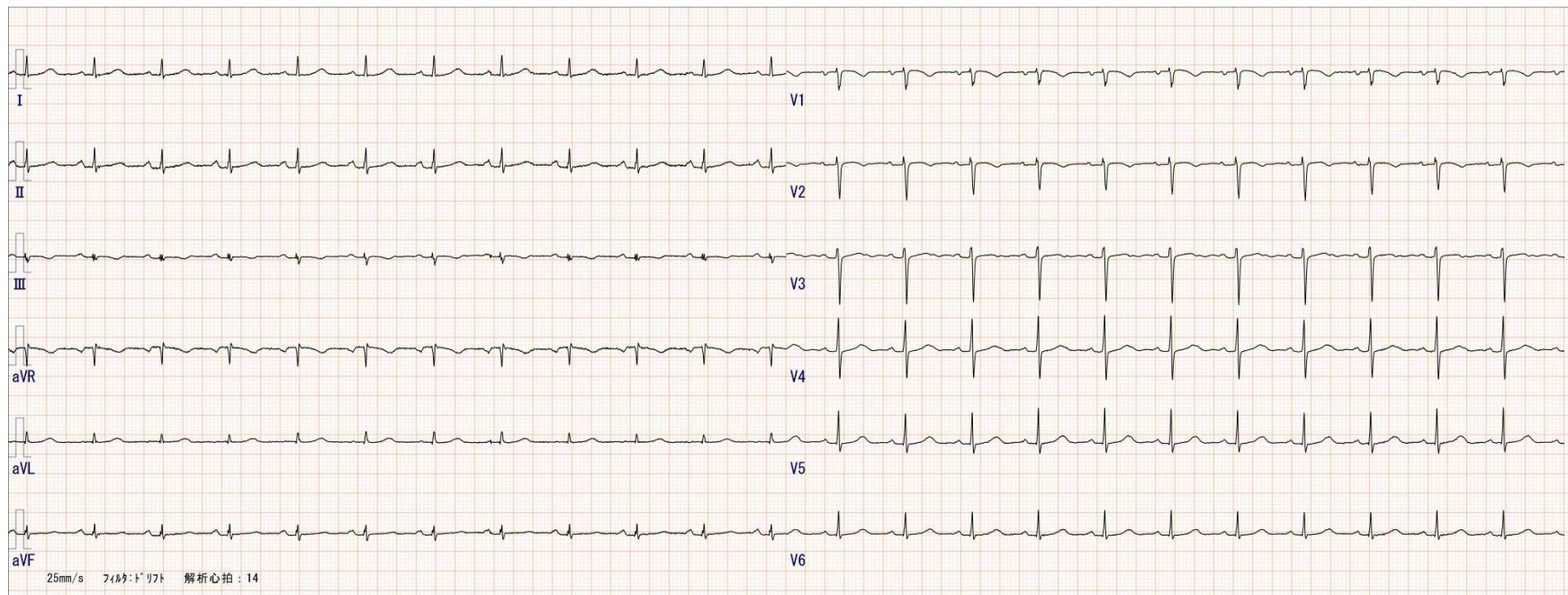
直腸診：腫瘤触知しない、付着便の色調は茶褐色

胸部Xp



【12誘導心電図】

洞調律 ST変化なし 異常Q波なし 心拍数 87回/分



【血液・尿検査】

WBC 3470 / μ l
RBC 278 $\times 10^4$ / μ l
Hb 7.4 g/dl
Ht 24.8 %
Pit 14.2 $\times 10^4$ / μ l
MCV 89.0 fl
MCH 26.7 pg
MCHC 30.0 %

PT-INR 0.97
D-D⁺ イマ⁻ 6.3 μ g/ml

CRP 0.11 mg/dl
赤沈1hr 5 mm

TP 4.2 g/dl
Alb 2.3 g/dl
T-bil 0.2 mg/dl
AST 23 IU/l
ALT 6 IU/l
LDH 203 IU/l
ALP 72 IU/l
 γ -GTP 11 IU/l
CK 145 IU/l
BUN 20.4 mg/dl
Crea 0.55 mg/dl
Na 142 mEq/l
K 4.1 mEq/l
Cl 111 mEq/l
補正Ca 9.2 mg/dl

Fe 14 μ g/dl
UIBC 302 μ g/dl
フェリチン 6.6 μ g/dl

随時血糖 127 mg/dl
HbA1c 5.8 %
TSH 1.57 μ IU/ml
FT4 1.02 ng/dl
VitB1 28 ng/ml
BNP 116.9 pg/ml

<尿定性>

比重 ≥ 1.030
尿蛋白 (-)
尿潜血 (-)
白血球 (-)
糖 (-)
尿蛋白/尿Crea 0.1 g/gCr

<尿沈渣>

赤血球 1-4 /HPF
白血球 1-4 /HPF
円柱 (-)

便潜血 (+)

ここまでの情報から
鑑別疾患や次の検査や方針
チャットでご記入ください

【Assesment】

両側下肢浮腫 = 全身性浮腫

肝性浮腫、腎性浮腫、ネフローゼは否定的

BNP高値あるが、胸部Xp・ECG・聴診からは貧血に伴う上昇 →心性浮腫も否定的
薬剤性浮腫も否定的

低アルブミン血症による浮腫

鉄欠乏性貧血 黒色便？ 便潜血（+） 下腹部痛・腰痛 炎症なし

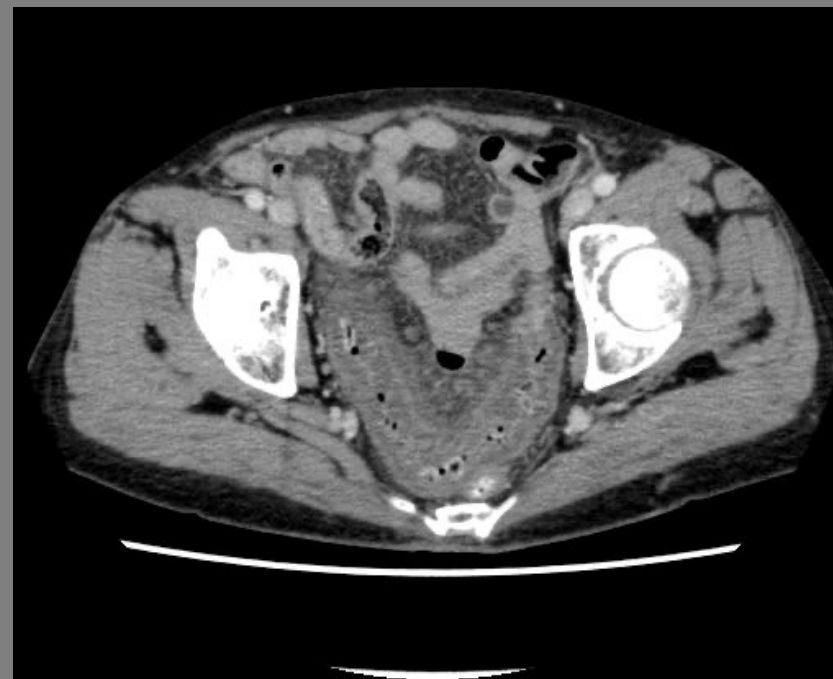
→**消化管からの出血と蛋白漏出**を疑う

高齢での亜急性の発症で、悪性腫瘍やアミロイドーシス？

【Plan】

消化管病変について精査

【造影CT 腹部～骨盤】



【読影】

S状結腸～直腸の壁肥厚と腸間膜脂肪織濃度上昇をみます。

炎症ないし循環障害を疑います。

腹腔内遊離ガス・異常液体貯留をみません。

充実性悪性腫瘍を疑う異常を指摘できません。

診断：S状結腸～直腸の壁肥厚

【上部 & 下部消化管内視鏡】

< 上部消化管内視鏡 >

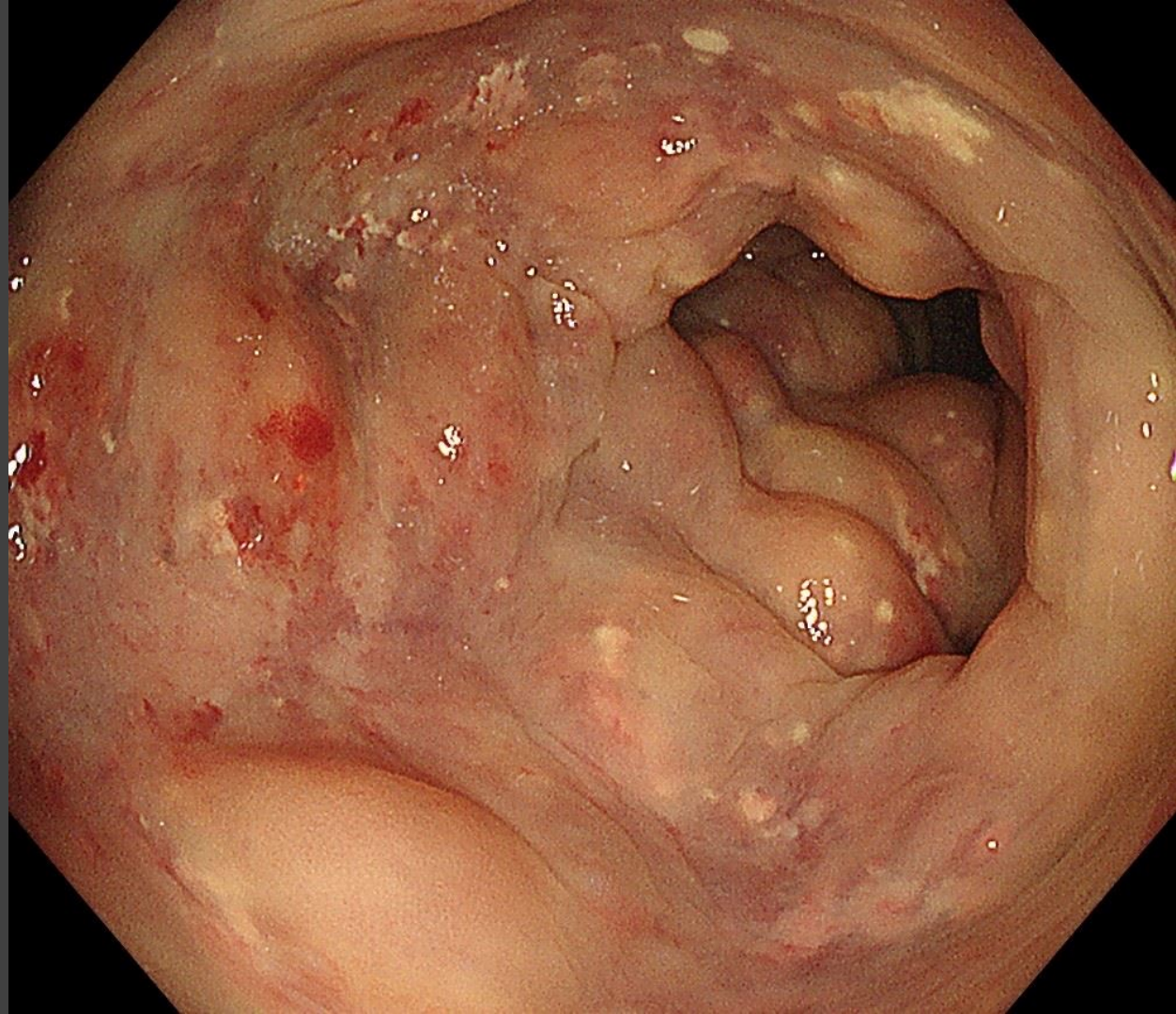
胃底線ポリープ、C-2相当の胃粘膜萎縮
GradeA GERD

< 下部消化管内視鏡 >

腸遠位と直腸はintactな粘膜

**AV 20~40cm の下行結腸~S状結腸近位にかけて
暗青色の背景粘膜に血管拡張や血豆様発赤、白斑を伴う粘膜**

虚血性変化やAL型アミロイドーシスも鑑別



【便培養】 腸内正常細菌叢

【病変部 腸生検組織の培養】 分離菌陰性

【病変部 生検】

軽度炎症浸潤が認められるのみで、

悪性像はなく、アミロイドーシスを疑う所見を認めない



循環障害の粘膜をみている可能性がある

【追加検査（来院1ヶ月後）】

Hb	7.7 g/dl	IgG	568 mg/dl
PT-INR	1.02	IgA	170 mg/dl
D-D ⁺ イマ-	9.9 μ g/ml	IgM	59 mg/dl
CRP	<0.10 mg/dl	抗核抗体	<40 倍
TP	6.0 g/dl	ds-DNS抗体	3.7 ng/ml
Alb	3.7 g/dl	RNP抗体	7.0 U/ml
Fe	14 μ g/dl	SS-A抗体	<1.0 U/ml
UIBC	438 μ g/dl	Scl-70抗体	<1.0 U/ml
フェリチン	23 μ g/dl	MPO-ANCA	<1.0 U/ml
		C-ANCA	<1.0 U/ml

【Assesment & Plan】

血管炎に関連する 自己抗体は陰性

IgG低く IgG 4 関連疾患も否定的

動脈周囲？腸間膜脂肪織の炎症と下腸間膜動脈領域の虚血？
なんらか自己炎症・血管炎など関与していないか？

診断に苦慮し、膠原病内科に紹介

膠原病科での診察 ①

- 炎症陰性、各種自己抗体陰性から、膠原病・血管炎は否定的
- D-Dimer が経時的に上昇傾向であることに着目
来院1年前 3.8 μ g/ml → 来院時 6.3 → 来院1ヶ月後 9.9

血栓性素因（来院3ヶ月後）

- AT-III 102 % (基準 83～118%)
- 抗カルジオリピン β 2GP1複合 <1.2 U/ml (基準 <3.5U/ml)
- プロテインC活性 108% (基準64～146)
- **プロテインS活性 57% (基準 56～126)**
- ループスアンチコアグラント 蛇毒 0.9 (基準0～1.2)

膠原病科での診察 ②

血栓性素因について追加検査（来院 5ヶ月後）

- PIVKA-2 24 mAU/ml
- プロテインS 抗原量 102 %（基準値 59～143）
- **プロテインS 活性量 61 %（基準値 56～126）**

推定診断

プロテインS欠乏症（Type II）に伴う 下腸間膜静脈血栓症

※画像と血液検査結果からの推定

腸管膜静脈の血栓を
証明できたわけではない

表 1 PS 欠乏症の分類

	PS 活性	PS 抗原		特記
		total	free	
TYPE I	低下	低下	低下	分子異常
TYPE II	低下	正常	正常	
TYPE III	低下	正常	低下	

経過

鉄剤（フェインジェクト®）投与後、貧血改善

腹痛・腰痛も改善して経過した

低アルブミン血症も特に治療介入せずに改善し、浮腫も消退した

急性期であれば、DOACやワーファリンの積極的な投与が推奨されたが、診断時点で自然軽快しており、すでに改善した状態での抗凝固薬投与の根拠が乏しく、出血リスクも考慮し経過観察を選択した。ただし、外科的手術時などは血栓のリスクが高まるため、予防的な抗凝固薬も検討する必要があると情報提供した

現在まで腹痛、浮腫、貧血など症状増悪なく経過している

下腸間膜静脈血栓症

- 医中誌 検索 症例報告 25例
- 腸間膜静脈血栓症(MVT)はほとんどが上腸間膜静脈で下腸間膜静脈は2.2%
- MVTは先天性凝固線溶系異常が原因とする報告が多く
欧米ではPC欠乏 3.2%、PS欠乏 2.2%、AtIII欠乏が1.1%
- 論文での症例報告が少ない
症例報告では外科治療・腸管切除
→本症例と同様に良好な自然経過をたどった症例はみつけられなかった



静脈血栓症の原因

1. 先天性凝固阻止因子欠損症／線溶異常
 - ・先天性アンチトロンビン欠損症
 - ・先天性プロテインC欠損症
 - ・**先天性プロテインS欠損症**
 - ・異常プラスミノゲン血症
2. 脱水，多血症
3. 肥満
4. 妊娠
5. 下肢骨折・外傷，手術
6. 下肢麻痺，長期臥床，ロングフライト
7. 悪性腫瘍
8. 心不全，ネフローゼ症候群
9. 経口避妊薬
10. 抗リン脂質抗体症候群（APS）
11. 高Lp（a）血症
12. 高ホモシステイン血症
13. 発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）
14. 慢性骨髄増殖性疾患
（真性多血症，本態性血小板血症）
15. 薬剤性（トラネキサム酸など）

まとめ

- 浮腫で受診し、最終的にプロテインS欠乏症による下腸間膜静脈血栓症と推定した症例を経験した
- プロテインC/S欠乏症を含め、先天性凝固阻止因子欠乏症は血栓性素因
→ 静脈血栓によって多彩な病態をきたしうる
- 循環障害 → 静脈血栓も鑑別に

岩手医科大学 総合診療医学講座では
岩手医科大学における新たな教室として、
総合診療の診療、教育、研究に取り組んでおります。
岩手で総合診療をつくる仲間、スタッフを募集しています。

いわてイーハトーヴ
総合診療 専門研修プログラム
専攻医も募集中です！



お問い合わせは

<https://imu-soushin.jp/contact/>