

疼痛の訴えがなく、うつ病と鑑別が必要であったリウマチ性多発筋痛症の一例

病歴要約番号 0000022800-000 領域 膠原病及び類縁疾患

患者の施設名 ○○診療所

患者ID	87654321	受持時患者年齢	82歳	性別	男性
受持期間 自	2017/03/02	受持期間 至	2017/03/29		
初診日	2017/03/02	最終診察日	2017/03/29		
転 帰：	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり	<input checked="" type="checkbox"/> 転科：手術なし	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり（外科紹介症例）		
	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり（剖検症例）		
フォローアップ：	<input checked="" type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

確定診断名

- #1(主病名) リウマチ性多発筋痛症
- #2(副病名1) 慢性疾患に伴う貧血
- #3(副病名2)
- #4(その他の副病名)

【主訴】 食欲不振・体重減少

【既往歴】 特記すべきことはない。

【社会生活歴】 妻と同居，症状が出現するまでは自営業を続けていた。飲酒：症状出現時まで日本酒2合/日。現在は医者に止められており，それがつらいとのこと。喫煙：なし。

【家族歴】 特記すべきことはない。

【病歴】 4か月前からの食欲不振と体重減少とを主訴に当院を受診した。食事は普段の半量程度しか摂取出来ず，体重は4か月で49 kgから40 kgに減少している。同時期より気分の落ち込みや睡眠障害を認める。特に環境の変化，ストレスなどの自覚はない。発熱や疼痛の訴えはないが，動作がにぶくなったと言い，ベッドからの起き上がりや坐位からの起立は困難である。全体的に起床時が最も症状が強く，午後になるとやや楽になる。手のこわばり，頭痛，顎跛行，視力障害を認めない。1か月前に他院にて抗うつ薬（SSRI）を処方されたが症状の改善はない。

【主な入院時現症】 意識は清明。身長 158 cm，体重 40 kg。BMI 16.0。体温 36.2℃。脈拍 57 bpm/regular。血圧 138/72 mmHg。脳神経所見なし。MMT：上下肢とも5。両側大腿四頭筋，両側三角筋の把握痛がある。上肢の挙上困難がある。椅子からの立ち上がりも困難。腱反射は正常。四肢の感覚に異常はない。皮疹はない。関節の腫脹，変形はない。側頭動脈触知良好，圧痛はない。心雑音はない，肺音は清。甲状腺腫大はない。浮腫はない。

【主要な検査所見】（下線は紹介先での検査値）

尿所見；尿定性，沈渣に異常はない。血液所見；赤沈 32 mm/1時間。Hb 10.8 g/dL，MCV 90.4 fl，白血球 4,800/ μ L，血小板 14.8万/ μ L。血液生化学所見；TP 6.6 g/dL，Alb 3.8 g/dL，フェリチン 250.0 ng/mL，総ビリルビン 0.4 mg/dL，AST 22 U/L，ALT 9 U/L，LD 154 U/L，ALP 204 U/L，CK 74 U/L，BUN 16.0 mg/dL，Cr 0.92 mg/dL，Na 143 mEq/L，K 4.6 mEq/L，Cl 110 mEq/L，Fe 81 μ g/dL，TSH 0.703 μ U/mL，ACTH 34.27 pg/mL，コルチゾール 12.55 μ g/dL，エリスロポエチン 28.9 mIU/mL。免疫血清学所見；CRP 0.4 mg/dL，リウマトイド因子陰性，抗CCP抗体陰性。胸部X線：正常範囲，上部消化管内視鏡：正常範囲。

【プロブレムリスト】

#1.食欲不振・体重減少・動作がにぶい感じ → リウマチ性多発筋痛症

#2.貧血 → 慢性疾患（リウマチ性多発筋痛症）に伴う貧血

【入院後経過と考察】 #1.食欲不振・体重減少・動作がにぶい感じ → リウマチ性多発筋痛症
食欲不振、体重減少、睡眠障害や気分の落ち込みはうつ病を示唆するが、飲酒をしたいなどの意欲が保たれている点やSSRIが効かない点で典型的とは言えない。

高齢者の比較的急性発症の食欲不振、体重減少などの全身症状と、朝方の動作の困難さ、および身体診察における近位筋・関節の疼痛からリウマチ性多発筋痛症（以下PMR）が最も疑われた。炎症マーカーの存在もこれを支持するものと考えられた。PMRの診断基準（Bird HA. Ann Rheum Dis 1979 ; 38 : 434）によれば「①両肩の疼痛およびこわばり、②症状完成までが2週間以内、③赤沈40 mm/1時間以上、④朝のこわばりの持続1時間以上、⑤65歳以上、⑥うつ状態あるいは体重減少、⑦両上腕部の圧痛、以上の3項目以上を満足、あるいは1項目以上と巨細胞性動脈炎が存在すればprobable PMRとする。probable PMRでステロイド治療反応性良好ならdefinite PMRとする」とされており、本症例でも同診断基準を満たす。鑑別疾患として、甲状腺機能亢進症、ACTH単独欠損症などが挙げられるが、血液ホルモン値からは否定的であった。臨床経過および所見よりPMRを疑い、少量ステロイド（プレドニゾロン 15 mg）内服を開始したところ、翌日より症状軽減し、2日で食欲が完全に回復した。3月29日より当院にて継続処方している。PMRの治療について統一的な見解はないが、プレドニゾロン 10～20 mgで開始し、漸減する方法が一般的である（Salvarani C. Lancet 2008 ; 372 : 234）。また骨粗鬆症の対策としてアレンドロン酸ナトリウムを開始した。他のステロイド長期投与に伴う合併症についても注意が必要と考えられる。本症例では認めなかったが、PMRの15%に巨細胞性動脈炎を合併するとされている（Brooks RC. Arch Intern Med 1997 ; 157 : 162）。巨細胞性動脈炎の1/3程度が身体診察上の異常を認めないとされており（Smetana GW. JAMA 2002 ; 287 : 92）、高熱や視力障害などの疑わしい徴候があれば身体所見がない場合でも側頭動脈生検を考慮する必要がある。なお、ステロイドの先行加療は生検結果に影響を与えないとされている（Achkar AA. Ann Intern Med 1994 ; 120 : 987）。

#2.貧血 → 慢性炎症（リウマチ性多発筋痛症）に伴う貧血

軽度の正球性貧血を認め、FER 250.0 ng/mLと上昇しており、CRPが持続的に上昇しているため慢性炎症に伴う貧血と考えられた。貧血にも関わらず、エリスロポエチン上昇が認められないのは、炎症性サイトカインの増加によると考えられた（Robert T. Stem Cell 1995 ; 13 : 32）。実際、プレドニゾロン投与により貧血も改善傾向にある。

【退院時処方】 プレドニゾロン（5 mg）3T/1×朝、アレンドロン酸ナトリウム（35 mg）1T/週

【総合考察】 PMRは高齢者では廃用性の障害を合併することがあり、早期の診断が望まれる。しかし我慢強い高齢患者では疼痛の訴えが乏しくなりがちであり、易疲労感や抑うつ症状が前景に立つと診断が困難になる。本症例では高齢者の非特異的な症状が亜急性に発症した点に着目してPMRを想起し、近位筋の疼痛を確認できたことが診断につながった。プレドニゾロンは長期に及ぶ可能性があるため、骨粗鬆症の対策にも留意すべきである。

専攻医 所属施設名：〇〇診療所

専攻医： 内科 太郎

担当指導医： 日内 花子

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 0000022804-000 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	92歳	性別	男性
受持期間 自	1997/06/01	受持期間 至	2017/06/18		
初診日	1997/06/01	最終診察日	2017/06/18		
転 帰：	<input type="checkbox"/> 治癒	<input type="checkbox"/> 軽快	<input type="checkbox"/> 不変		
	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり	<input type="checkbox"/> 転科：手術なし	<input type="checkbox"/> 転科：手術あり（外科紹介症例）		
	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり	<input checked="" type="checkbox"/> 死亡：剖検なし	<input type="checkbox"/> 死亡：剖検あり（剖検症例）		
フォローアップ：	<input type="checkbox"/> 外来で	<input type="checkbox"/> 他医へ依頼	<input type="checkbox"/> 転院		

確定診断名

- #1(主病名) 認知症
- #2(副病名1) 誤嚥性肺炎
- #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、86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（同じ市内に在住するも夫両親と同居）。

【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歳時には初めて糖尿病を指摘されたが、HbA1c 6.3%程度であり、食事・運動療法などで様子を見ていた。その後、徐々にADLが低下してきたことなどもあり84歳時から訪問診療を受けるようになった。また介護保険は夫婦で利用しており、現在の区分は要介護2である。妻の区分も要介護2で、訪問看護、訪問診療などのサービスを受けている。3年前に誤嚥性肺炎で入院加療した際、退院に際し、近隣で24時間訪問看護を実施している居宅介護支援事業所と連携し、ケアマネージャーとも相談の上、訪問看護を週に2回、訪問入浴サービスを週に1回、そして訪問診療を月に1回行うこととした。退院後、状態は小康状態を維持していた。今年の春頃から食事後に咳き込んでいることが多くなり、摂食量が少なくなってきた。夏頃から時々、発熱を繰り返し、喀痰も多くなってきた。10月中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、往診を依頼した。

【主な入院時現症】 身長 161 cm、体重 48.1 kg。体温 38.1℃。脈拍 92 bpm。血圧 98/40 mmHg。長谷川式知能評価スケール：17点。眼瞼結膜に貧血はなく、眼球結膜に黄疸はない。口腔：軽度の乾燥を認める。また、口腔には食物残渣がやや残っている。胸部：右肺で吸気時ラ音を聴取する。腹部：平坦、軟で、圧痛はない。血管雑音はない。四肢：浮腫はない。

【主要な検査所見】 血液所見；赤血球 320万/ μ L、Hb 9.8 g/dL、Ht 29.4%、白血球 9,610/ μ L、血小板 27万/ μ L。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、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 129

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、PaCO₂ 33.2 Torr、PaO₂ 65.1 Torr、HCO₃⁻ 20.1 mEq/L、SaO₂ 91%.

【プロブレムリスト】

#1. 誤嚥性肺炎 #2. 認知症 #3. 高血圧・糖尿病 #4. 妻と同居（介護者は認知症を有する妻）

【入院後経過と考察】 #1. 往診時の診察所見では右肺に湿性ラ音を聴取した。経過から、誤嚥性肺炎を考えた。入院加療も勧めたが、家族（妻と娘）、ケアマネージャーとも相談の上、在宅で診ていくこととした。第10病日には更に経口摂取も難しくなってきたため、細胞外液を中心に補液を行った。訪問看護師からの情報や家族の求めに応じて、第13病日にも往診を行った。この際には脈拍 98 bpm、血圧 90/42 mmHg、呼吸数 20/分、SaO₂ 92%（room air）であり、様子を見ることとした。翌日午前7時過ぎに家族から呼吸が止まっているようだとの連絡が入ったため再び往診し、午前7時40分に妻と娘が同席の下で死亡を確認した。#2. 認知症については長谷川式知能評価スケールで17点と低下を認めたが、その事で大きな臨床上の問題点はなかった。また本人の意志としてハッキリと示されたものはなかったが、「周囲に迷惑をかけたくない」と常々言っていたとのことである。#3. 高血圧・糖尿病に関してはずっと内服薬を継続してきたが、10月に入ってからは内服を中止していた。#4. 認知症の妻も介護保険の要介護2であり、一緒に在宅サービスを受けてきていた。娘は同一市内在住であり、主たる意志決定者、息子は遠方に在住であり、たまに帰省するのみである。

【退院時処方】

【総合考察】 高齢化の進展が著しい我が国の現状から考えて、在宅医療の必要性は近年増加している。殊に高齢者単独、あるいは高齢者のみの二世帯の場合には、その介護力の低下も相俟って極めて難しい舵取りを迫られる。そのような中で、地域医療に関わろうとする医師は医療のみならず、介護や福祉の現場と十分にコミュニケーションを図りながら連携をとることが求められている。つまり地域医療の視点が求められている。地域医療の視点とは医学の視点が個人から臓器へ、そしてさらには細胞レベル、分子レベルへと詳細な方向で向かっていくのに対して、個人から、人、そして人が集まる家族などの集団、組織、そして人々が暮らす地域へと向かう視点である（地域医療テキスト、2009、20、医学書院）。地域医療における医師の役割は高齢者の疾病治療だけでなく、多様性をもつ高齢者への個別的対応を求められるという点である。医学モデルの考え方のみならず、様々な医療職からなる多職種連携チームのリーダーとしてカンファレンス型の合意形成を行い、その中から方針を決定していく生活モデルを基盤とした考え方を理解・実践していくこと、即ちコーディネーター能力が求められる。本症例では92歳の夫婦二人暮らしをしている認知症を持つ高齢者が、誤嚥性肺炎を発症し、その経過を診たものである。高齢者ゆえに有する問題点として夫婦共に軽度の認知症を有する点、同居者が配偶者のみであるという点、子供がいずれも同居しておらず、親を常時見ることのできない点などがあった。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十分に対応ができたのではないかと思われる。

専攻医 所属施設名：○△■病院

専攻医： 内科 太郎 担当指導医： 日内 花子
