

貧血と多発関節痛

【年齢】：80代 【性別】：女性

【主訴】：貧血 多発関節痛

【現病歴】：高血圧と甲状腺機能亢進症の既往があるADL自立の80代女性。

7月20日左上下肢の脱力にて搬送、MRIにて右大脳基底核脳梗塞と診断、抗血小板薬2剤の内服と抗凝固薬の点滴が開始された。急性期治療が終わり、8月9日にリハビリテーション病院への転院が決まっていた前日に行った血液検査にて炎症反応の高値を認められた。

既往歴：高血圧 甲状腺機能亢進症

内服歴：バイアスピリン100mg 1錠

タケキャブ10mg 1錠

メルカゾール5mg 1錠

メバロチン5mg 2錠1日1回 朝食後

メインテート2.5mg 2錠1日2回 朝夕食

後

アレルギー：なし

飲酒・喫煙：なし

【入院時現症】

【8月9日身体所見】

BP 102/42 mmHg HR 62回/分 SpO2 95%

BT36.3°C RR 18回/分

身体所見：眼球結膜貧血あり 眼瞼結膜黄染なし

呼吸音：清 心音：純

腹部：平坦 軟圧痛なし

背部：脊柱叩打痛なし

皮膚：褥瘡なし

四肢：左足関節 手関節軽度腫脹・疼痛あり 熱感なし

直腸診：腫瘍触知なし 痔核なし

排便：肉眼的血便なし

血液検査 8月9日

AST	23U/l	WBC	121.7 10 ² /ul
ALT	24U/l	RBC	334 10 ² /ul
LDH	162U/l	Hb	10.5g/dl
γ-GTP	23U/l	Ht	30.6%
BUN	28.7mg/dl	MCV	91.6fl
CRE	0.86mg/dl	RDW	12.3%
Na	132mmol/l	PLT	25.8 10 ⁴ /ul
K	4.1mmol/l	Neu	83.0%
Cl	98mmol/l	Eos	0.2%
CRP	15.59 mg/dl	Bas	0.3%
		Dダイマー	5.5μg/ml

便潜血：3回陽性（8月15・16・29日）

【その他の検査】

フェリチン 428ng/ml

Fe 21 μ g/dl

TIBC 134 μ g/dl

UIBC 113 μ g/dl

RF 3 IU/ml

【胸腹部単純CT】

7月25日：異常なし

【肺動脈＋下肢造影CT】

8月21日：異常なし

9月6日：左ヒラメ静脈に血栓あり

【培養検査】

8月15日

血培：E.coli 1/4本

尿：E.coli (ESBL) 4 +

【抗菌薬】

8月16日-29日 CMZ 1g q12

【プロブレムリスト】

脳梗塞 左上下肢麻痺

正球性貧血

便潜血陽性

多発関節痛

D-ダイマー上昇

尿路感染症

甲状腺機能亢進症

【鑑別】

- # 正球性貧血：出血 二次性貧血
- # 便潜血陽性：消化管出血
- # D-ダイマー上昇：VTE
- # 多発関節痛

【関節痛】

見逃してはいけない：急性化膿性関節炎・感染性心内膜炎・外傷（脱臼、骨折など）

- ①病変部位
- ②急性か慢性か
- ③炎症性か非炎症性か
- ④分布のパターン
- ⑤随伴症状、兆候 に分けて絞っていく

①病変部位

関節内病変：化膿性関節炎 結晶性関節炎 関節内外傷 変形性関節症 RA

関節周囲：腱炎 腱付着部炎 腱鞘炎 滑液包炎

筋骨格系以外：MIや胆石での放散痛 帯状疱疹 神経痛

②急性か慢性か

数日から2週間以内 急性

4-6週間以上 慢性

③炎症性か非炎症性か

炎症性：化膿性関節炎 結晶性関節炎 RA SLE 脊椎関節炎

非炎症性：変形性関節症 外傷 阻血性壊死 神経病性関節症

④分布のパターン

痛みの個数：単関節 少数関節 多関節（5か所以上）

対象性か非対象性か

上肢/下肢どちらが優位か

大関節/小関節か

広がりかた：移動性（一つ治るとまた出てくる） 付加的（次々出てくる）

⑤随伴症状、兆候

UCSF学ぶできる内科医への道 調べ

【結晶性関節炎】

関節内に析出した結晶が原因で関節炎が起こる

【病歴】

急性単・少数関節炎が多いが、急性多関節炎、
慢性関節炎も稀ではない

偽痛風は55歳以降で好発、関節内注射した懸濁性
ステロイドが原因となることもある

【身体所見】

偽痛風の90%は単・小関節で膝が最多、
手・足関節にも見られる

皮膚の発赤を伴うことも多く、蜂窩織炎との鑑別が重要

【検査】

関節穿刺 関節レントゲン 関節超音波など

【治療】

NSAIDsが第一選択。アセトアミノフェンは疼痛には効果あるが、抗炎症作用は乏しいので腎機能などNSAIDsが使いにくい時はステロイド

ただし、ステロイドは感染性関節炎が否定できない時は用いないこと

【経過】

8/9:左足/手関節腫脹 疼痛 +

8/10 : 偽痛風再燃疑い NSAIDs再開

8/13 : 炎症反応改善 手関節症状持続

8/15 : 白血球再上昇 尿中細菌数上昇 培養提出 左手関節痛持続 整形外科コンサルト→偽痛風疑い

8/16 : 血液培養 + CMZ開始 (8/29まで)

便潜血陽性2回 消化器内科コンサルト→上部/下部内視鏡陰性

8/19 : NSAIDs終了

8/21 : 右足背にも腫脹 疼痛 +

8/27 : 右股関節疼痛 + (TRAb陰性確認後) メルカゾール OFF

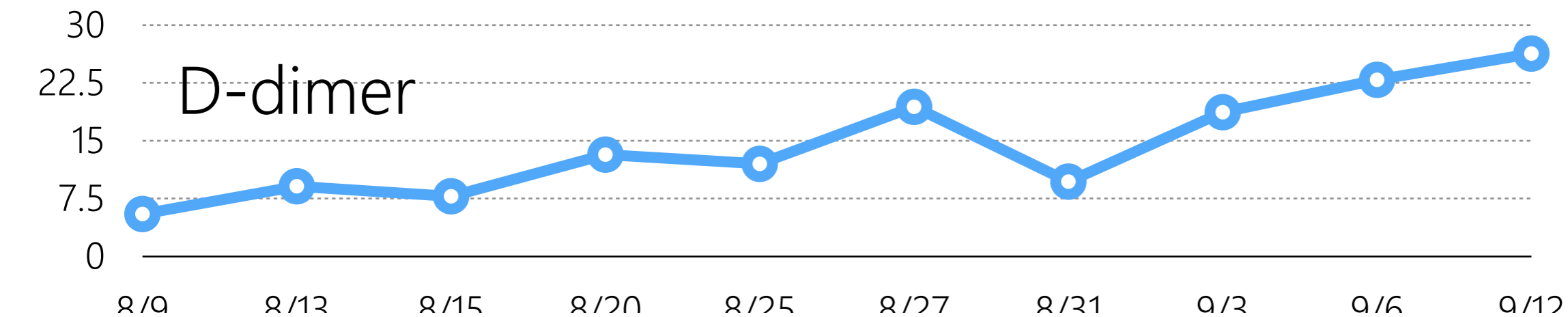
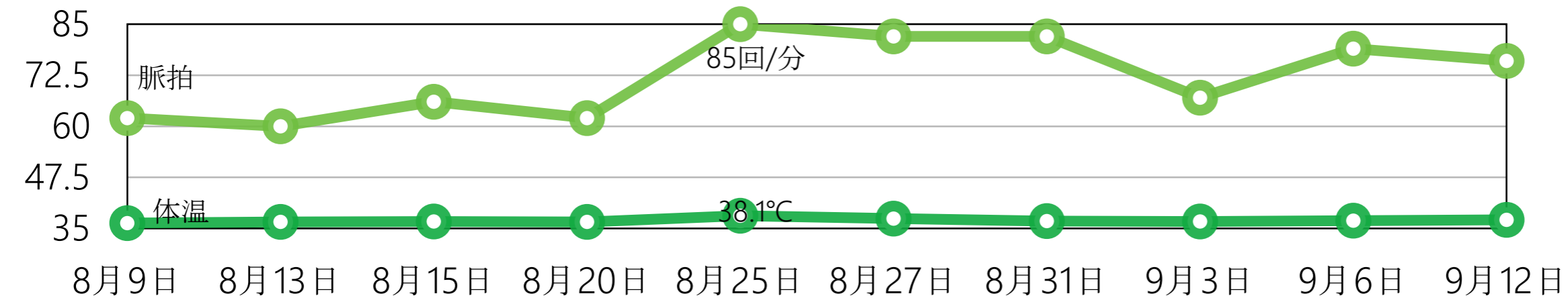
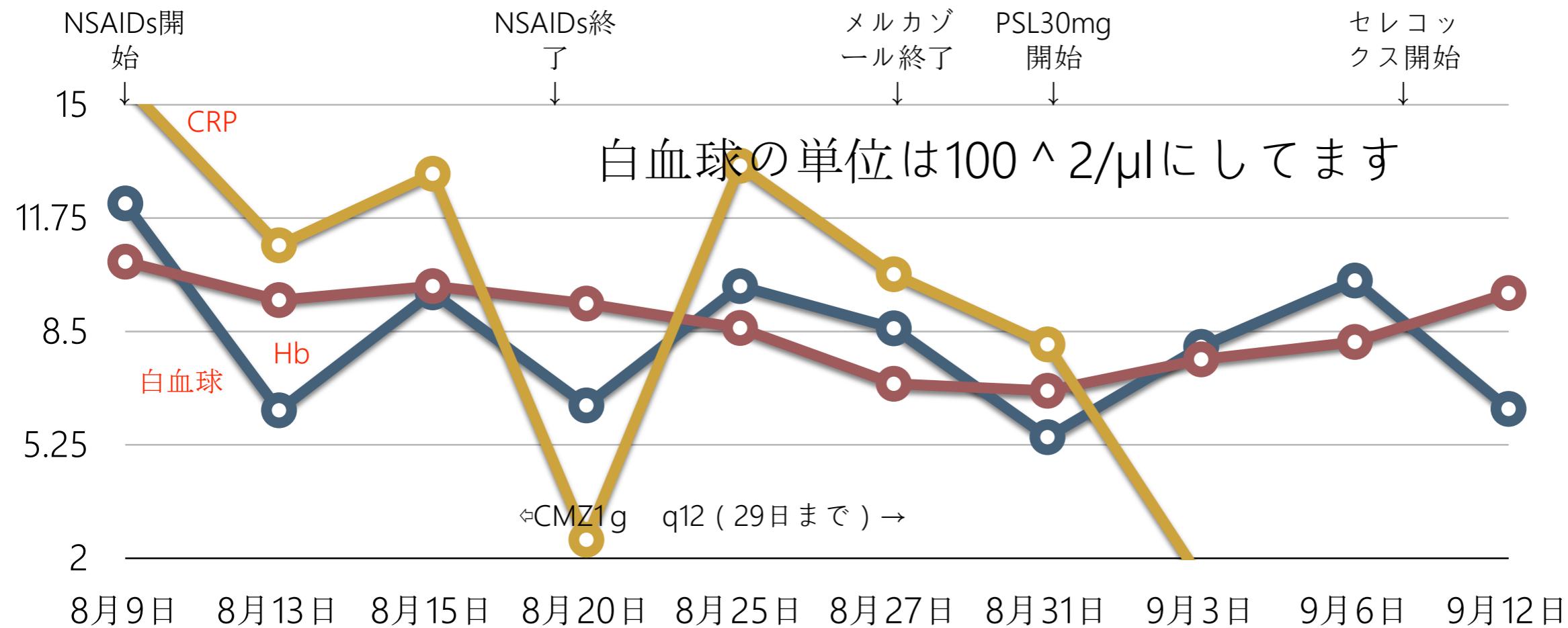
【経過】

8/31：総合診療科コンサル PSL30mg開始（9/9まで）

9/10：セレコックス100mg開始

9/12：血液データ改善

9/14：リハビリテーション病院へ転院



【わかったこと】

偽痛風は多発関節炎として出ることがあること

反応性にHbがどこまでも低下すること

Dダイマーは静脈塞栓だけでなく、動脈塞栓でも上がる

重症感染、重症肝障害、悪性腫瘍、腎障害、血栓溶解剤の使用でも上がる

【考察】

便潜血陽性にとらわれたためNSAIDsを入れ続けることができなかった
反応性に貧血が起こる程度をどこまで経過見てもおけば良いのかがわからなかった

本症例は便潜血陽性 + 貧血 ≠ 出血 だった

炎症性の貧血と考えるべきだったか（発熱はほとんどなく、WBCもそれほど派手に動かなかったので考えがいかなかった）

ステロイドを入れることで良かったのか