

「内科通信 2011 年 4 月 13 日号」

自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

こんにちは。

自治医大の内科通信です。

今年度の配信を開始いたします。

昨年度と同様に、週刊配信してまいります。

コンテンツとしては、

「科長による各診療科の紹介」

「研修プログラム、教育プログラムの紹介」

「自治医大で研修中のレジデントの声」

「オリジナル問題とその解説」

が基本になります。

みなさんのご質問やご要望にもお応えしたいと思いますのでご連絡ください。

今回は、内科学講座主任教授の菅野健太郎先生からのお言葉をお送りしたいと思います。

☆☆

新学期によせて

自治医科大学医学部・内科学講座主任教授・消化器内科部門 菅野健太郎



全国の医学生の皆さん

今年は3月11日に、東北関東大震災があり、隣の福島県では原子力発電所の重大な事故が引き起こされました。幸い自治医科大学は、地震の被害も比較的少なく、計画停電や物資不足の影響で一時診療機能に影響が出ましたが、今ではほぼ正常業務に復しております。残念ながら地震の影響で3月12日に予定していた自治医科大学の医学生セミナーは中止せざるを得ませんでした。今年も無事、新しく

医師として出発する研修医を58名お迎えすることができました。

自治医科大学内科通信は、われわれの施設での研修に興味をもって見学に来られた医学生の方々を中心に（友達の方にも大いに宣伝してください）、自治医科大学医学部内科学講座の「今」を直接お知らせすることによって、われわれとの結びつきが一層強められるよう願って続けられています。

昨年度から、大須賀先生が内科通信を担当され、これまでの月一度の「重厚な」通信ではなく、ほぼ Weekly な通信と形を変え、また国家試験に備えるための問題の数も一回当たりの数を少なくして、少し取り組みやすくしていただきました。また、解答を多くお寄せいただいた方には、内科学講座で毎週行っているモーニングカンファレンスの記録を整理した自治医科大学モーニングカンファレンススキルアップ73 Case(Medical View 社、6500円＋消費税、写真)を贈呈しました。今年も奮ってご応募ください。

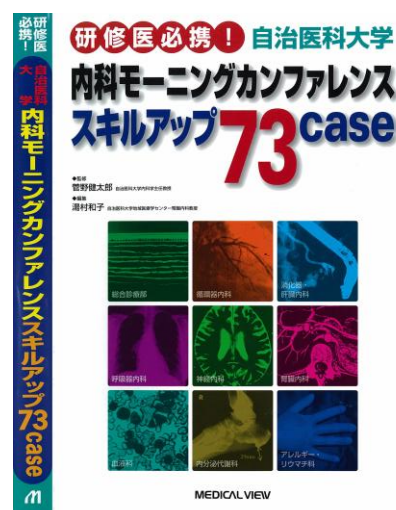
自治医科大学の研修プログラムは毎年改訂され、君たちに優れた研修ができるように工夫を重ねています。

今年は、**ICLS 資格取得**に加え、自治医科大学大宮医療センターとの研修交流や、週末を利用してシュミレーションセンターで行う**実技実習**などさらに充実したプログラムが予定されています。そのほか**内科ガイドラインセミナー**では研修医が受け持った症例を提示しながら、最新のガイドライン診療について学ぶためのシリーズで、現在の標準的医療のありかたを学ぶことができますし、**内科認定医トレーニングセミナー**では、出題された内科認定医試験問題のポイントを把握することができるように専門家がわかりやすく解説を行っており、さまざまな内科領域の専門医になるための第一歩である内科認定医取得を目指すレジデントに人気の講座です。

すでにお気づきのように、内科学講座はさまざまな専門分野からなる大きな講座ですが、専門分野が独自性を発揮しながらも、研修医が内科学の総合的な実力を身につけられるよう専門分野の垣根をとりはらいすべての部門が協力して行う体制をとっております。

内科学講座の後期研修（研修3年目）には、内科学の基本をきちんと学んだうえで、**自由度の高いローテーション**を可能にするプログラムも今年から設けました。これによって、放射線科、地域病院、感染症科、内視鏡、麻酔、臨床病理（超音波検査）など、短期間（2－3か月）とはいえ研修医の方々の希望する他科の研修も実現しています。

これらの盛りだくさんの教育・研修活動の詳細は自治医科大学内科学講座ホームページ（<http://www.jichi.ac.jp/naika/index.html>）をご覧ください。



今年暮には、新レジデントのための、レジデントハウスが完成予定です。極めて安い家賃で快適なレジデント生活を送れるように、完全冷暖房、インターネット、洗濯機、冷蔵庫完備（図）となっています。

被災され、不幸にして失われた時間や命を考え、残されたわれわれはその方々の分まで頑張って医療や医学を推進していく責任と義務があると考えます。若い皆さんこそ、その担い手の先頭に立ってほしいと考えています。さあ、内科通信をその一つの手立てとしていただければ幸いです。



☆☆

消化器内科をローテートしているレジデントから「声」をいただきましたので紹介いたします。

☆☆

消化器内科 J1 鈴木 悠

1月から3カ月間消化器内科で研修させていただきました。消化器内科は患者が多いため、病棟ではスタッフがせわしなく動いており、大変活気のある診療科です。

消化器内科研修の特徴として、週一回の内視鏡 Day というものがあります。毎週その日は上級医の指導の下で、我々研修医が実際にスコープを握り検査を行うことができます。研修医が内視鏡をここまで経験できる病院はあまりないと思います。楽しく研修させていただきました。

☆☆

さて、「オリジナル問題」です。

今回は、消化器内科と神内科科からの出題です。

基本的問題（*）、標準的問題（**）、難しい問題（***）

菅野先生のご挨拶の中でご紹介がありましたように、昨年同様「オリジナル問題」に正解された方を対象に「内科モーニングカンファレンス スキルアップ 73 ケース」を1冊差し上げます。

- ・「オリジナル問題」1問正解を1ポイントとします。
- ・正解と解説は、問題が提示された次号に掲載します。
- ・正解を期限までにメールで内科通信 10naikatsuushin@jichi.ac.jp まで返信してください。問題が複数ある場合には、どの問題に対する解答か明示してください。
- ・今季は予定では80問程度出題する予定になっています。従って、90%以上の正解率の方に「内科モーニングカンファレンス スキルアップ 73 ケース」を贈呈したいと思います（但し、既に昨年獲得された方もいるので、そのような方には別のものを差し上げたいと個人的には考えています）。

解答期限は、次号内科通信が配信されるまでとします。

奮ってご応募ください。また、問題に対する感想や意見なども歓迎いたしますのでお寄せください。内科通信の中でご紹介させていただきます。

☆☆

消化器内科問題（**）

クローン病について正しいのはどれか。1つ選べ。

- a 腸管の走行に対して横走する輪状潰瘍が特徴的である。
- b 特徴的病変は粘膜下層までの比較的浅い潰瘍である。
- c 副腎皮質ステロイドの投与は無効である。
- d 代表的な腸管合併症に狭窄がある。
- e 免疫抑制剤の投与は禁忌である。

出題者：光学医療センター教授・山本博徳

神経内科問題（*）

69歳の男性。歩行障害と物忘れを主訴に、妻に付き添われて来院した。4年前に退職してから意欲が無くなった。1年前より、居ないはずの子供が見えると言い出した。また歩行が小刻みとなり、転倒するようになった。最近物忘れも認められる。服薬歴はない。

この患者でみられるのはどれか。2つ選べ。

- a. 思考緩慢
- b. 時刻表的生活
- c. 振り向き徴候
- d. 衝動制御障害
- e. 一過性の意識消失

出題者：准教授・藤本健一

☆☆

今年度の最初の内科通信はいかがでしたか？

4月1日より新しくレジデントになられた方が来られています。明日14日までオリエンテーションがあり、15日から病棟に配属になります。また、新しい年度が始まったという雰囲気を感じています。

2011 春季セミナーは震災のため中止になってしまいましたが、2011 サマーセミナーを計画しています（7月23、24日）。奮ってご参加ください。

また1年気持ちを新たにして進んでいきましょう。今年もよろしくお願い申し上げます。

内科通信係

大須賀淳一

「内科通信 2011 年 4 月 20 日号」

自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

こんにちは。

自治医大の内科通信です。

今年度は、各内科の紹介にとどまらず、レジデント研修システムについても紹介していきます。

「モーニングカンファレンス」、「初期研修必修プログラム」、「ランチョントレーニング」、「ガイドラインセミナー」、等々です。そのうちご紹介していきますので、楽しみにしててください。

☆☆

神経内科をローテートしているレジデントから「声」をいただきましたので紹介いたします。

☆☆

J2 牧口暁子

神経内科では、なかなか診断のつけられない難しい疾患から、脳梗塞まで沢山の症例を経験することが出来ました。手技でもルンバールや筋生検や神経生検など色々な経験も出来ました。普段出来ないことから誰もが経験することまで幅広く多くの経験をすることが出来ると思います。

J2 今川智之

1 年目の最後に神経内科で研修しました。神経内科は慢性疾患が多い印象でしたが、実際には急患の方が多く、特に脳梗塞の方が多く入院してきます。脳梗塞の方は多くの併存症をもっており、総合的な診療が求められ、大変勉強になります。また神経内科では診断に苦慮する患者さんもおり、回診やケースカンファレンで議論します。神経所見をとることに苦手意識をもっている方は多いと思いますが、神経内科にすればたくさん経験できます。

☆☆

さて、「オリジナル問題」です。

今回は、腎臓内科と血液内科から出題していただきました。

基本的問題（*）、標準的問題（**）、難しい問題（***）

解答期限は、次号内科通信が配信されるまでとします。

奮ってご応募ください。

☆☆

腎臓内科問題（**）

41歳の男性、今年の職場の健診で検尿異常（尿蛋白（2+）、尿潜血（2+））を指摘され受診した。血圧 122/80mmHg, 尿検査：尿蛋白定量 375mg/dl, 尿沈渣 <http://medical-checkup.info/article/46341232.html> 赤血球 20-30/HPF, 尿中クレアチニン 150mg/dl, 血液検査 総蛋白 5.8g/dl、アルブミン 2.8g/dl, BUN 16 mg/dl, Cr 1.0mg/dl, クレアチニンクリアランス 92ml/min

1日尿蛋白量の推定量として妥当なものはどれか

- a. 0.8g
- b. 1.5g
- c. 2.0g
- d. 2.5g
- e. 3.5g

出題者：助教・森下義幸

血液内科問題（**）

30歳の男性。1週間前から発熱と頭痛を認め、近医で感冒薬を処方されたが症状は改善しなかった。当日朝になって見当識障害と多動が出現し、救急外来に搬送された。

身体所見：体温 38.5℃。JCS 1。眼瞼結膜に貧血を認める。眼球結膜の黄染を認める。

両下肢に点状出血を認める。

既往歴・家族歴：特記すべきものなし。

血液所見：赤血球 173万/ μ l、Hb 5.6 g/dl、Ht 16.5%、白血球 8200/ μ l（白血球分画正常）、血小板 0.6万/ μ l。

凝固所見：PT-INR 1.12（基準 0.9～1.2）、aPTT 37.1秒（基準 25～40）、フィブリノ

ーゲン 216 mg/dl (基準 125~400)。

生化学所見：クレアチニン 1.20 mg/dl、総ビリルビン 2.64 mg/dl、直接ビリルビン 0.21 mg/dl、AST 58 IU/l、ALT 23 IU/l、LDH 1470 IU/l (基準 120~216)、ALP 237 IU/l (基準 107~330)、 γ -GTP 26 IU/l (基準 <70)。

血清所見：CRP 0.22 mg/dl (基準 <0.4)

その他：頭部 MRI 正常。直接クームス試験陰性、間接クームス試験陰性。ハプトグロビン <10 (基準 130~327)

この症例について正しいのはどれか。2つ選べ。

- a Evans 症候群である。
- b 精神症状は動揺性が多い。
- c 赤血球は球状又は楕円を呈する。
- d ADAMTS13 活性がしばしば上昇する。
- e まず行うべき治療は血漿交換である。

出題者：助教・松山智洋

☆☆

さて、前回の「オリジナル問題」の正解と解説を發表します。

☆☆

消化器内科問題 (**)

クローン病について正しいのはどれか。1つ選べ。

- a 腸管の走行に対して横走する輪状潰瘍が特徴的である。
- b 特徴的病変は粘膜下層までの比較的浅い潰瘍である。
- c 副腎皮質ステロイドの投与は無効である。
- d 代表的な腸管合併症に狭窄がある。
- e 免疫抑制剤の投与は禁忌である。

出題者：光学医療センター教授・山本博徳

正解：d

解説：

クローン病は消化管に潰瘍形成を伴う慢性の炎症を起こす原因不明の難治性疾患である。潰瘍性大腸炎と併せて炎症性腸疾患と呼ばれる。

クローン病に伴う潰瘍の好発部位は回盲部だが、消化管全域にわたって病変を生じうる。潰瘍は比較的限局的に生じることが多く、非連続性に多発する傾向がある。クローン病に伴う潰瘍は腸管壁全層に及ぶ深い炎症を伴い、縦走する傾向がある。

治療には 5-ASA 製剤、副腎皮質ステロイド、免疫抑制剤、抗 TNF α 抗体製剤などが用いられる。

- a. 縦走潰瘍の形態をとることが特徴的であり誤り。
- b. 腸管壁全層に及ぶ深い炎症が特徴的であり、誤り。
- c. 副腎皮質ステロイドは寛解導入に有効であり、誤り。
- d. クローン病は深い潰瘍を繰り返して生じることにより線維性の狭窄を起こすことが多く、問題となる。特に回盲部、小腸では管腔が小さいため狭窄を生じやすい。腸管切除や狭窄形成術などの手術的対処が行われてきたが、最近では深部小腸まで到達可能なダブルバルーン内視鏡の普及もあり、内視鏡的バルーン拡張術も行われるようになってきている。正解。
- e. サイクロスポリン、タクロリムスなどが寛解導入に有効であり、イムラン、6-MP などが寛解維持に有効であることが認められており、誤り。

神経内科問題（*）

69 歳の男性。歩行障害と物忘れを主訴に、妻に付き添われて来院した。4 年前に退職してから意欲が無くなった。1 年前より、居ないはずの子供が見えると言い出した。また歩行が小刻みとなり、転倒するようになった。最近では物忘れも認められる。服薬歴はない。

この患者でみられるのはどれか。2つ選べ。

- a. 思考緩慢
- b. 時刻表的生活
- c. 振り向き徴候
- d. 衝動制御障害
- e. 一過性の意識消失

出題者：准教授・藤本健一

正解 a と e

解説

高齢者の増加に伴い、認知症は大きな社会問題となっている。レビー小体型認知症は

変性疾患による認知症の中ではアルツハイマー病に次いで多い。中核症状は変動する認知機能障害、繰り返し出現する幻視、薬剤誘発性でないパーキンソニズムである。支持する所見として、転倒を繰り返す、一過性の意識消失（覚醒レベルの低下）、系統的な妄想、抗精神病薬への過剰反応がある。認知機能障害の特徴は、考える意欲の低下、思考の緩慢化、知識の利用障害などの皮質下性認知症で、記銘力低下が主症状となるアルツハイマー病とは異なる。後頭葉の血流低下を伴うことが多い。

レビー小体型認知症を支持する所見の「一過性の意識消失」、皮質下性認知症の特徴である「思考緩慢」が正解である。「時刻表的生活」は毎日規則的に同じ生活を繰り返すことを指し、Pick 病で認められる。「振り向き徴候」はアルツハイマー病の患者が、判らないことがあると介護者を振り向いて助けを求める様を指す言葉である。「衝動制御障害」は人間本来の衝動が抑えられず行動に移すことで、ドパミン過剰状態などで認められる。

☆☆

読者の皆さんから、オリジナル問題などに対するご感想をいただいたので、ご紹介させていただきます。

☆☆

「個人的にですが、二番目の問題が難易度が*一つとなっていますが、大変難しいと感じました。恐らく Parkinson 病だと思われるのですが・・・。「振り向き徴候」で、大分迷いました。Parkinson でも、大分症状が進めば、認知機能障害が出ると、ハリソンに書いてあったので。しかし、パソコンで、「意識消失が Parkinson の症状として出る」と書いてあったので、「一過性の意識消失」を選ばせて頂きました。「思考緩慢」は、抑うつによる症状と考えさせて頂きました」

「消化器内科問題では、クローン病は全層性の縦走潰瘍が特徴的と記憶していました。全層性の潰瘍では合併症として腸管狭窄も起こると思いました。神経内科問題では、幻視・パーキンソン様症状・物忘れといったキーワードより、Lewy 小体型認知症かと思いました。b, d は前頭葉の萎縮が目立つ Pick 病であると思い、除外しました」

「今回は、地震の影響で配信中止の可能性を考えておりましたが、配信して頂き心か

ら感謝致します。貴院も、震災の影響で大変だったと思います。又、余震が時折あり、
いまだ、その恐怖は、完全に沈黙したとは言えない状況です。貴院のスタッフや先生
方のご活躍とご無事をお祈りしています」

☆☆

疾患は違っても答えは合っていた、ということも有るようですね（笑）

また、当院のことも心配していただきありがとうございます。

自治医大の近隣の病院でも震災のため倒壊で入院継続が困難になり、当院に転院されて
きた患者様がいました。また、真岡などでは屋根のぐし瓦が落ちる被害が多かったと聞
いています（ぐし瓦がないと雨漏りしてしまうんですね）。

現在は、ただただ、余震が収まってくれるのを切に願っています。

内科通信係

大須賀淳一

「内科通信 2011 年 4 月 27 日号」

自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

こんにちは。

自治医大の内科通信です。

☆☆

腎臓内科をローテートしているレジデントから「声」をいただきましたので紹介いたします。

☆☆

J2 菅原一晃

慢性期腎不全、急性腎不全の管理や腎生検症例など様々な腎疾患を受け持つことができて大変勉強になった。またプレゼンテーションの機会がおおく発表のトレーニングができてよかった。

☆☆

さて、「オリジナル問題」です。

今回は、循環器内科と内分泌代謝科から出題していただきました。

基本的問題（*）、標準的問題（**）、難しい問題（***）

解答期限は、次号内科通信が配信されるまでとします。

奮ってご応募ください。

新しい読者がいますので、説明と補足説明をいたします。

「内科通信 2011 年 4 月 13 日号」で、少し説明を誤ったので訂正させていただきます。昨年同様「オリジナル問題」に正解された方を対象に「内科モーニングカンファレンス スキルアップ 73 ケース」を 1 冊差し上げます。

- ・「オリジナル問題」 1 問正解を 1 ポイントとします。
- ・正解と解説は、問題が提示された次号に掲載します。
- ・解答を期限までにメールで内科通信まで返信してください。
- ・今季は予定では 80 問程度出題する予定になっています。従って、90%以上解答された方を対象に、90%以上正解された方に「内科モーニングカンファレンス スキルアップ 73 ケース」を贈呈したいと思います（但し、既に昨年獲得された方もいるので、そのような方には別のものを差し上げたいと個人的には考えています）。

☆☆

循環器内科問題（*）

心音に関する記載で、誤っているのはどれか。

- a I 音は心尖部で聴取しやすい。
- b II 音は大動脈弁成分と肺動脈弁成分からなる。
- c III 音は、拡張早期（急速充満期）に聴取される。
- d 僧帽弁開放音(OS)は、III音のすぐ後に聴取される。
- e IV音は、左室拡張末期圧上昇時に聴取されやすい。

出題者：准教授・新保昌久

内分泌代謝科問題（**）

グルカゴン様ペプチド-1<GLP-1>の作用はどれか。1つ選べ。

- a 食欲の亢進
- b 胃運動の抑制
- c 心収縮力の低下
- d インスリン分泌の抑制
- e グルカゴン分泌の促進

出題者：講師・長坂昌一郎

☆☆

さて、前回の「オリジナル問題」の正解と解説を発表します。

☆☆

腎臓内科問題 (**)

41歳の男性、今年の職場の健診で検尿異常（尿蛋白（2+），尿潜血（2+））を指摘され受診した。血圧 122/80mmHg，尿検査：尿蛋白定量 375mg/dl，尿沈渣 <http://medical-checkup.info/article/46341232.html> 赤血球 20-30/HPF，尿中クレアチニン 150mg/dl，血液検査 総蛋白 5.8g/dl、アルブミン 2.8g/dl，BUN 16 mg/dl，Cr 1.0mg/dl，クレアチニンクリアランス 92ml/min

1日尿蛋白量の推定量として妥当なものはどれか

- a. 0.8g
- b. 1.5g
- c. 2.0g
- d. 2.5g
- e. 3.5g

正解：d

解説：1 推定尿蛋白量 (mg/日) = 随時尿蛋白濃度 (mg/dL) x 1日尿量 (dl/日)
= 随時尿蛋白濃度 (mg/dL) x 1日クレアチニン排泄量 (mg/日/随時尿クレアチニン濃度 (mg/dL)) となる。

ここで一般成人の1日クレアチニン排泄量は1g, すなわち1000mgと推定されるので、1日推定尿蛋白量 (mg/日) は随時尿蛋白濃度 (mg/dl) x 1000 (mg/日)/随時尿クレアチニン濃度 (mg/dL) となる。よって1日推定尿蛋白 (g/日) = 随時尿蛋白濃度 (mg/dl) / 随時尿クレアチニン濃度 (mg/dL)

=375(mg/dL)/150(mg/dL)=2.5g/日となる。腎機能が極端に低下していたり、筋肉量が少ないと1日クレアチニン排泄量は減少する。厳密には個々の患者で1日クレアチニン排泄量が異なるので注意が必要であるが、簡便な方法であるため外来で使用されている。

出題者：助教・森下義幸

血液内科問題 (**)

30歳の男性。1週間前から発熱と頭痛を認め、近医で感冒薬を処方されたが症状は改善しなかった。当日朝になって見当識障害と多動が出現し、救急外来に搬送された。身体所見：体温 38.5℃。JCS 1。眼瞼結膜に貧血を認める。眼球結膜の黄染を認める。

両下肢に点状出血を認める。

既往歴・家族歴：特記すべきものなし。

血液所見：赤血球 173 万/ μ l、Hb 5.6 g/dl、Ht 16.5%、白血球 8200/ μ l（白血球分画正常）、血小板 0.6 万/ μ l。

凝固所見：PT-INR 1.12（基準 0.9～1.2）、aPTT 37.1 秒（基準 25～40）、フィブリノーゲン 216 mg/dl（基準 125～400）。

生化学所見：クレアチニン 1.20 mg/dl、総ビリルビン 2.64 mg/dl、直接ビリルビン 0.21 mg/dl、AST 58 IU/l、ALT 23 IU/l、LDH 1470 IU/l（基準 120～216）、ALP 237 IU/l（基準 107～330）、 γ -GTP 26 IU/l（基準 <70）。

血清所見：CRP 0.22 mg/dl（基準 <0.4）

その他：頭部 MRI 正常。直接クームス試験陰性、間接クームス試験陰性。ハプトグロビン <10（基準 130～327）

この症例について正しいのはどれか。2つ選べ。

- a Evans 症候群である。
- b 精神症状は動揺性が多い。
- c 赤血球は球状又は楕円を呈する。
- d ADAMTS13 活性がしばしば上昇する。
- e まず行うべき治療は血漿交換である。

正解：b と e

解説：

本症例において、明らかな症状として発熱と精神症状（意識障害）が挙げられる。さらに、身体所見では貧血・出血・黄疸を認め、血液検査では実際にヘモグロビン低値・血小板減少・ビリルビン上昇を認める。

貧血については、MCV を計算すると

$$\text{MCV} = \text{Ht} (\%) / \text{RBC} (\text{百万}/\mu\text{l}) \times 10 = 16.5 / 1.73 \times 10 = 95.4$$

と正球性貧血である。さらに間接優位のビリルビン上昇、LDH の上昇、ハプトグロビンの低値があることから、貧血は溶血性貧血によるものと考えられる。ただ、クームス試験は直接・間接ともに陰性であることから、自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) の可能性は低い。

さらに、軽度であるがクレアチニンが上昇していることも加味すると、下される診断は血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) である。

TTP の 5 徴は以下の通り。

1. 血小板減少

2. 溶血性貧血
3. 動揺性精神神経症状
4. 発熱
5. 腎障害

但し、上記5つの徴候を全て満たすとは限らない。

診断の決め手になるのは破碎赤血球の出現である。経過は急激でしばしば致命的となるため、速やかな診断と治療が要求される。

本疾患は、von-Willebrand 因子(vWF)切断酵素である ADAMTS13 の活性が低下し、vWF 巨大重合体が血中に蓄積して細い血管内で血小板凝集が促進され、血栓が広汎に出現することで発症すると言われている。先天性と後天性の場合があるが、後天性の場合はADAMTS13 に対する自己抗体（インヒビター）の出現が活性低下の原因として考えられている。ただ、インヒビター出現のメカニズムについては様々で、原因不明のことも多い。また、DIC と異なり凝固系の検査異常はせいぜい軽度に留まることが多い。

- a 誤。Evans 症候群は AIHA と特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) の合併。
- b 正。上記の通り。
- c 誤。破碎赤血球出現が特徴的。球状や楕円形は遺伝性球状赤血球症や遺伝性楕円赤血球症などの赤血球膜蛋白異常で認める所見。
- d 誤。TTP では ADAMTS13 活性が低下する。
- e 正。先天性 TTP や軽症例の場合は初めから新鮮凍結血漿投与を行う場合もあるが、後天性 TTP に対しては ADAMTS13 に対するインヒビターを物理的に除去する血漿交換療法が第一選択である。但し、血漿交換を行っても自己抗体産生が治まるわけではないので、更にステロイド療法を追加することが多い。

出題者：助教・松山智洋

☆☆

読者の皆さんから、オリジナル問題などに対するご感想をいただいたので、ご紹介させていただきます。

☆☆

「配信ありがとうございます。又、先日の問題の丁寧な解説があり、大変嬉しく思います。今回の問題ですが、腎臓内科の問題では、ネフローゼ症候群と考えさせて頂き

ました。原疾患は、特定はできませんが、膜性腎症などを想定させていただきました。血液内科の問題では、最初は、Evans 症候群を少し考えましたが、直接クームス試験、間接クームス試験、共に陰性である事より否定し、結局、血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) を想定して、答えさせていただきました」

「腎臓内科問題では、最初何を求められているのかわからず戸惑いました。計算問題であるとわかってからは、クレアチニークリアランスの公式を用いて答えを導くことができました。血液内科問題では、正球性正色素性貧血があること、間接ビリルビン優位のビリルビン上昇があること、ハプトグロビンが低下していることから、溶血性貧血だと考えました。クームス試験が陰性であることから、AIHA は考えにくいと思いました。また、血小板が低下しているため、血栓ができ、それに伴い赤血球が壊れる TTP だと思いました」

「血液内科問題は、選択肢の Evans 症候群というの目に入り、そう思い込んでしまっただけでなかなかわかりませんでした。感染がきっかけになっているところから何とか TTP を思いつきました」

☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆★☆☆

先週の腎臓内科の問題の正解率は低かったです。基本的な問題だと思います。何か疑問な点がありましたら教えてください。

内科通信係
大須賀淳一