

<内科通信 8月1日号>

こんにちは。自治医大内科通信です。

猛暑が続きますが、みなさんお元気におすごしでしょうか？

いよいよオリンピックも始まりましたね。日本選手の頑張りをみると、日本の医学界も世界に負けない医療をしなければという気持ちになりますね。

今週のレジデントの声は消化器内科からです。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

レジデントの声（消化器内科）

北村 昌史 先生（J2）

消化器内科は入院患者が多く、時間の流れがはやい科ですが、たくさんの症例を受け持つことができ、学ぶことの多いやりがいのある科です。また自治医大消化器内科では大学病院にも関わらず超音波や上部内視鏡検査等、研修医が積極的に検査に参加できる環境が整っています。そして指導して下さる先生方はとても優しく、教育熱心であり、明るい雰囲気の中で充実した研修を行うことができます。皆さんも是非一度見学に来てください。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

消化器内科は自治医大でも最も忙しい科のひとつです。数多くの症例を経験できると思います。基本知識の習得、技術の習得には最適ですね。

それでは、今週の問題です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (消化器内科)

低蛋白血症が見られにくいのはどれか。

- a 過敏性腸症候群
- b 偽膜性腸炎
- c アミロイドーシス
- d Ménétrier 病
- e 肝硬変

難易度：*

出題者：高橋 治夫 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (神経内科)

70 歳男性. 3ヶ月前より、右手のしびれ感を自覚し徐々に増悪した。最近になり、右額に汗をかきにくいことに気づき来院した。既往歴と家族歴に特記すべき事項は無い。身体所見では一般所見は異常なし。神経学的には脳神経系で右顔面発汗低下、右眼縮瞳、右眼裂狭小化を認めた。運動系は右小指外転筋に筋力低下を認め、感覚系では右小指から前腕尺側にかけてのしびれ感を認めた。腱反射では右上腕三頭筋反射の低下を認めたが、その他異常を認めなかった。

これらの神経症状を起こす病変を同定するのに最も良い検査は次のうちどれか。1つ選べ。

- a 頭部 MRI
- b 眼窩部 MRI
- c 頸髄 MRI
- d 頸動脈エコー
- e 胸部 CT

難易度：**

出題者：嶋崎 晴雄 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (アレルギー・リウマチ科)

混合性結合組織病について、通常認められる症状はどれか。

- a 結膜炎
- b 毛嚢炎
- c 関節炎
- d 腎炎
- e 血管炎

解答 c

解説

混合性結合組織病 (MCTD) は、全身性エリテマトーデス、強皮症、多発性筋炎のそれぞれの症状を伴うが、いずれの診断基準も満たさず、レイノー現象、抗 RNP 抗体陽性を特徴とする。個々の疾患特異的自己抗体は通常陰性である。経過中に各々の症状がより明瞭になり、SLE、強皮症に移行することもある。結膜炎、毛嚢炎、睇炎はいずれの膠原病の症状でもない。関節炎は、3つの膠原病のいずれでも起こりうるし、MCTD でもしばしば認められる。糸球体腎炎を合併することもあるが、その程度は軽く、重度の腎炎を合併してくる頃には、全身性エリテマトーデスの基準を満たしてることが多い。

難易度：**
出題者：長島孝夫 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

みなさん正解されたでしょうか？ 国家試験的ですが、いろいろ考えることのある問題でしたね。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

いよいよ8月です。皆様、暑さに負けないようお過ごしください。



自治医科大学 循環器内科
北條行弘

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺 3311-1

電話：0285-58-7344

FAX：0285-44-5317

<内科通信 8月8日号>

こんにちは。自治医大内科通信です。

オリンピック、盛り上がっていますね。

ウサイン・ボルト選手の筋肉は一体どうなっているのでしょうか？

医学的興味がありますね。

猛暑も続いておりますが、暦のうえでは立秋です。

今週はアレルギー・リウマチ科の蓑田清次教授よりご挨拶を頂いております。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

アレルギー・リウマチ科を紹介いたします。

自治医大アレルギー・リウマチ科は開学当初から独立した講座としてアレルギー学・リウマチ学・膠原病学の診療ならびに教育や研究を行ってきました。循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、神経内科、などなどのない大学はまずないでしょうが、アレルギー・リウマチ科のないところは、まだ多いかも知れません。高齢化社会となるにつれて関節や筋肉に問題を有する患者さんの数が増加しています。

当科は非常に幅広い疾患や病態を対象としています。膠原病は全身疾患とも言えますので当然かも知れませんが、腎臓、循環器、神経、消化器、呼吸器、血液など幅広い知識が必要で、幅広い知識を身につけることができます。アレルギー疾患、リウマチ性疾患、それに膠原病も診ることのできる総合医の育成を目指しています。

自治医大内科学講座の初期研修システムはどの診療科も同じ様なシステムを採用しています。例えば研修医一人にはオーベン一人とチューベン一人が指導します。一人の研修医を二人で指導する体制をとっています。ご存じの方も多いことでしょうがオーベンとはドイツ語で **oben** と書き英語の **over** すなわち「上」を意味します。でもこれが勝手に一人歩きして「大ベン」すなわち上級指導医を意味し、それより下の中級指導医のことを「中ベン」と呼ぶようになりました。日本語でもないドイツ語でもない言葉ですが、日本中で通用します。

最後に当科では内科の他の診療科にない研修システムとして外来研修を取り入れています。当科の教授が直接外来の診療方法を指導します。また、私のモットーとしましては私が卒業して34年かけて体得した内科の知識や技量を5年で若い人にすべてを学んでいただくことです。

ぜひ、自治医大で初期研修をしてください。



アレルギー・リウマチ科：蓑田清次 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

アレルギー・リウマチ科の研修は貴重な体験ですね。当院のアレルギー・リウマチ科では市中病院や他大学ではみられない疾患を経験することができると思います。

さて、今週のレジデントの声は神経内科からです。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

野城聡志 先生 (J1)

神経内科は学生実習の頃から興味があり、自治医大病院の見学でもお世話になった科でした。この科での研修が始まって早1ヶ月が過ぎようとしています。教授回診や上級医の先生の診察を見て、「病歴聴取と身体所見」の重要性を痛感させられる毎日です。頭部CT・MRI、腰椎穿刺や筋電図など、様々な検査を通じて学ぶことも多いのですが、やはりベッドサイドで患者に向き合うことで(それ相応の技術をもってすれば)診断に迫っていける、そこが神経内科の魅力で有り、この研修で身につけたいことでもあります。指導医の先生方の知識や診察のコツを、1つでも多く自分のものとして、今後には生かせるようになればと思います。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

永山理恵 先生 (J2)

もともと神経領域に興味があったので、この神経内科の研修はとても楽しみにしていました。神経所見から病巣部位を予想してそれを画像で確認するという考え方は、今までの私の考えとは逆だったので、とても新鮮でした。自分の診察ではよくわからなかった所見が、上級医の先生の診察で明らかになることが何度もあり、とても勉強になりました。上級医の先生方はお忙しい中でも聞くに嫌な態度を見せずすぐに丁寧に答えてくださったので、とても安心して診療できました。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

神経内科は身体所見を非常に大切にする科ですね。いくら画像診断が発達しても基本は大切ですね。医者の実力をつけるのにいい機会だと思います。

それでは、今週の問題です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (腎臓内科)

下肢など紫斑をきたす代表的な病態を 2 つあげよ

- 1) 顕微鏡的多発血管炎
- 2) 膜性腎症
- 3) IgA 腎症
- 4) クリオグロブリン血症性腎症
- 5) 痛風腎

難易度：*

出題者：山本尚史 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (血液内科)

54 歳男性。2 週間前から急速に増大する腹部腫瘍と発熱、全身倦怠感にて来院した。

受診時腹部は膨満しており、心窩部から臍周囲にかけて巨大な腫瘍を触れた。また、顎下部にも腫瘍を認めた。血液検査では、白血球の増加と LDH の異常高値を認め、塗抹標本上芽球を認めた。

顎下部腫瘍からの生検の HE 標本を Fig. 1 に、骨髄穿刺の塗抹標本 (ライト・ギムザ染色の) を Fig. 2 に示す。

免疫染色では CD10、CD19、CD20、CD79a、細胞表面 IgM、BCL-6 陽性で Ki67 (MIB-1) が 90%以上陽性であった。一方 CD3、CD5、BCL-2、TdT、Cyclin D1 は陰性であった。

以下の問いに答えなさい。

1. 以下のうち、正しい記述をすべて選べ。
 - (1) 本疾患は、極めて増殖速度が速い高悪性度リンパ腫として知られている。
 - (2) HIV 感染症に合併して発症した場合、約 30%の症例に EB ウイルスが検出される。
 - (3) Fig. 1 で白く抜けてみえるものは核片を貪食するマクロファージであり、starry sky appearance といわれる。

(4) Fig. 2でみるように、腫瘍細胞が多数の空胞を持つことが形態上の特徴とされる。これは腫瘍細胞のもつ脂肪顆粒が標本作成時のアルコール処理にて変化したものである。

(5) 本疾患は、8q24に位置するC-MYC遺伝子と免疫グロブリン遺伝子（重鎖IGH 14q32、 κ 鎖2p13、 λ 鎖22q11）の相互転座（例えばt(8;14)(q24;q32))を認める事を特徴とする。

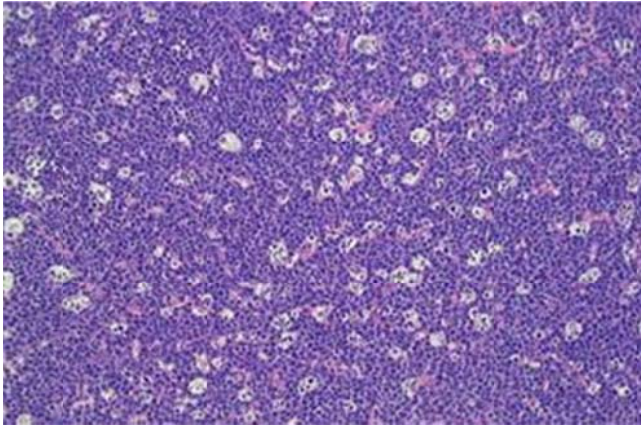


Fig 1

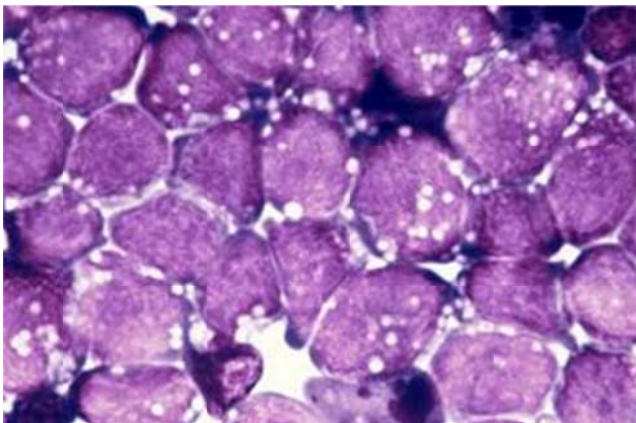


Fig. 2

2. 本症例の疾患名を選べ。

(1) 濾胞性リンパ腫

- (2) バーキットリンパ腫
- (3) マントル細胞リンパ腫
- (4) リンパ芽球性リンパ腫
- (5) びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

3. 本疾患の治療について正しいものをすべて選べ。

- (1) 現在はリツキシマブ併用の CHOP 療法が世界的な標準療法とされている。
- (2) 腫瘍崩壊症候群を高率に合併するため、化学療法時の管理に注意が必要である。
- (3) 非常に急速に進行する悪性度の高い腫瘍のため、造血幹細胞移植術は必須である。
- (4) 中枢神経系への浸潤を高頻度に認めることから、中枢神経性への移行性を考慮した化学療法が望まれる。
- (5) 骨髄浸潤や白血化、あるいは中枢神経浸潤をきたしていても、強力な化学療法により治癒が期待できる疾患である。

難易度：**

出題者：多々良礼音 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
 ☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

腎臓問題難易度*ですが、どうでしょう？
 血液内科はなかなか難問ですね。

それでは先週の問題の解答と解説です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
 ☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (消化器内科)

低蛋白血症が見られにくいのはどれか。

a 過敏性腸症候群

- b 偽膜性腸炎
- c アミロイドーシス
- d Ménétrier 病
- e 肝硬変

正解：a

解説：

×a 主要症状として腹痛や便通異常を呈するが、器質的疾患を伴わない疾患であり、通常は臨床検査所見で異常は見られない。

○b 菌交代現象によって大量に増殖した *Clostridium difficile* の産生する毒素により生じる。炎症部からの蛋白漏出により低蛋白血症を来す。

○c 血管壁のアミロイド沈着が起こり、腸管壁の毛細血管透過性亢進により蛋白漏出が起こる。

○d 胃体部の皺襞が肥厚し巨大皺襞を示すもので、固有胃腺の萎縮により胃酸分泌は低下し、胃からの蛋白漏出のため低蛋白血症を伴う。

○e 蛋白合成能の低下および門脈圧亢進に伴う腸管リンパ鬱滞を介して蛋白量出を来し、低蛋白血症を呈する。

難易度：*

出題者：高橋 治夫 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (神経内科)

70 歳男性. 3ヶ月前より、右手のしびれ感を自覚し徐々に増悪した。最近になり、右額に汗をかきにくいことに気づき来院した。既往歴と家族歴に特記すべき事項は無い。身体所見では一般所見は異常なし。神経学的には脳神経系で右顔面発汗低下、右眼縮瞳、右眼裂狭小化を認めた。運動系は右小指外転筋に筋力低下を認め、感覚系では右小指から前腕尺側にかけてのしびれ感を認めた。腱反射では右上腕三頭筋反射の低下を認めたが、その他異常を認めなかった。

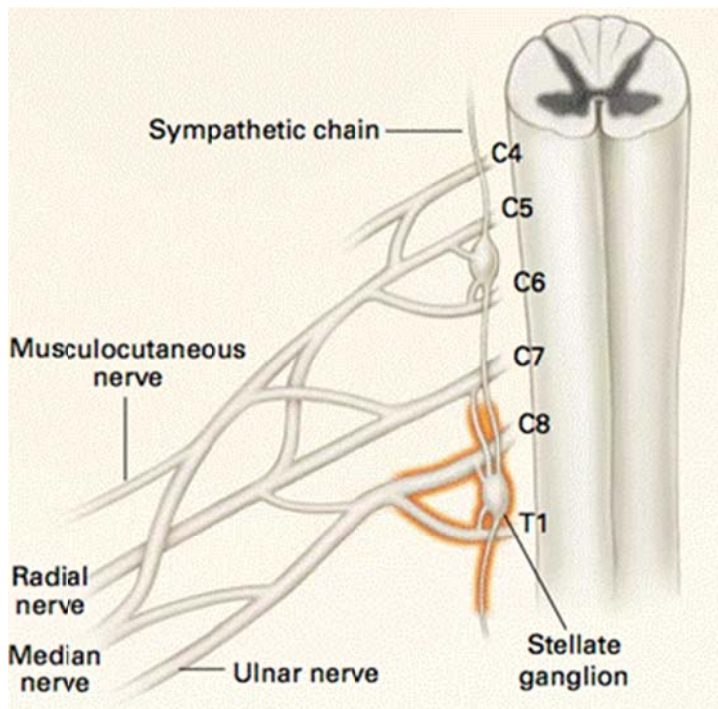
これらの神経症状を起こす病変を同定するのに最も良い検査は次のうちどれか。1つ選べ。

- a 頭部 MRI

- b 眼窩部 MRI
- c 頸髄 MRI
- d 頸動脈エコー
- e 胸部 CT

正解：e

解説：症例は、緩徐進行性の右 C8-Th1 領域の運動感覚障害と、右 Horner 症候群を認め、いわゆる Pancoast 症候群を呈している。下図に示す、右 C8-Th1 神経根と交感神経節を含む領域が解剖学的病巣と考えられる。



(New Eng J Med 337:1371,1997 より引用)

Pancoast 症候群の原因としては、以下の表に示すものが挙げられる。本例も右肺尖部の腺癌であった。よって正解は e の胸部 CT となる。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

本物はお届けできませんが、かき氷のプレゼントです。
それでは皆様、また来週。



自治医科大学 循環器内科
北條行弘

〒329-0498
栃木県下野市薬師寺 3311-1
電話：0285-58-7344
FAX：0285-44-5317

<内科通信 8 月 15 日号>

こんにちは。自治医大内科通信です。
お盆ですね。夏休みで帰省された学生さん、先生方も多いと思います。内科通信は休みなく配信させていただきます。

さて、今週のレジデントの声は腎臓内科からです。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

レジデントの声 腎臓内科

小林 遼真 先生 (J1)

腎臓内科を3ヶ月研修させていただきました。私の場合、研修1年目最初ローテートであり、右も左もわからず途方に暮れたこともありましたが、上級医の方々の手厚い指導に恵まれ、様々な症例を経験し、充実した日々を送ることができたと思います。医局の雰囲気も穏やかで、カンファレンス以外でも症例について上級医と相談し、一緒に検討する機会が多々あり非常に勉強になりました。ここで得た知識をもとに、更に枝葉を広げて幅広い視野で診察する力を身につけていきたいと思っています。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

武井なつき 先生 (J1)

研修医になって初めてのローテートで腎臓内科にお世話になりました。チーム制がしっかりしており、電子カルテの使い方、病理の見方、わからない時の調べ方まで、丁寧に教えて頂きました。腎臓内科は全身管理であり、急性疾患から慢性疾患まで様々な症例があり、身体所見からわかること、なぜ検査を行うのか、検査値の読み方など、医師として基本的なことを多く学べたと思います。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

おふたりの先生方、研修医になって最初の3ヶ月の研修ですね。最初の研修はとても重要で、後々まで記憶に残る大切な時間だと思います。医学の基本的な考え方をきちんと学ばれたようですね。腎臓内科でいろいろな疾患や全身管理などを学べるよい研修をされたことと思います。

それでは、今週の問題です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題1（循環器内科）

60歳の男性。直腸癌の手術前精査のため入院中。入院時の心電図（Fig. 1）に異常を認めたため冠動脈造影を施行した。冠動脈造影所見（Fig. 2）の結果、経皮的冠動脈インターベンションを行うこととなった。使用するデバイスとして最適なものはどれか。

- a バルーンのみによる拡張
- b 金属ステント植え込み
- c 薬剤溶出性ステント植え込み
- d レーザーによる血管形成術
- e ロータブレーター

Fig. 1

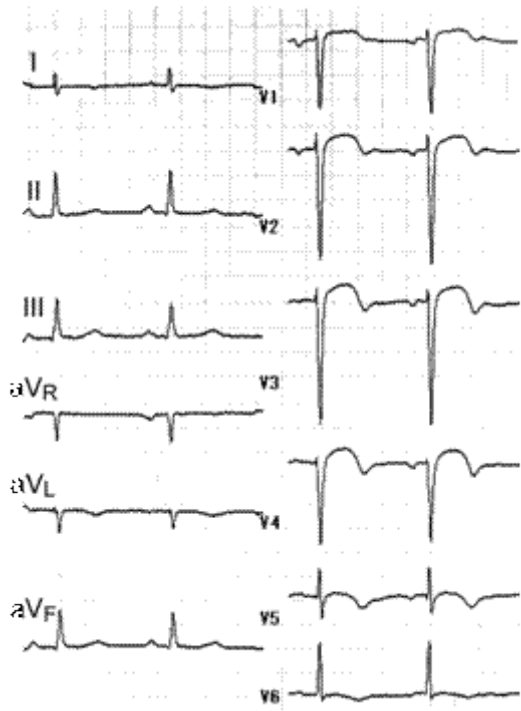


Fig. 2



難易度：**

出題者：勝木孝明 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (内分泌代謝科)

DPP-4 阻害薬に関して誤っているものはどれか？ひとつ選べ。

- a DPP-4 阻害薬は、内因性 GIP、GLP-1 の分泌を増加させる。
- b DPP-4 阻害薬では血糖値が高いときインスリン分泌を増幅し、グルカゴン分泌を抑制する。
- c α グルコシダーゼ阻害薬、メトホルミンは GLP-1 の分泌を増加させ、DPP-4 阻害薬との併用で活性型 GLP-1 の血中濃度が増加する。
- d DPP-4 阻害薬と SU 薬を併用する場合、SU 薬はできるだけ投与量を減らす必要がある。
- e DPP-4 阻害薬は SU 薬、メトホルミン、 α グルコシダーゼ阻害薬のいずれとの併用も、相加的に血糖コントロールを改善する。

難易度：*

出題者：岡田健太

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

2 つとも最新の知識が必要となる問題のようです。
頑張ってください。

それでは先週の問題の解答と解説です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (腎臓内科)

下肢など紫斑をきたす代表的な病態を 2 つあげよ

- 1) 顕微鏡的多発血管炎
- 2) 膜性腎症

- 3) IgA 腎症
- 4) クリオグロブリン血症性腎症
- 5) 痛風腎

正解 1) 4)

皮膚の小出血は点状出血と紫斑がある。紫斑は、真皮や皮下組織での出血による皮疹である。紫斑などの出血斑は、非拍動性で圧迫による退色は認めない。IgA 腎症と類縁疾患と考えられている紫斑病性腎炎では、紫斑が特徴的で広く知られているが、紫斑をきたす他の疾患との鑑別は重要である。顕微鏡的多発性血管炎、クリオグロブリン血症性腎症でも紫斑を認めることがあり、それぞれ、MPO-ANCA、PR3-ANCA、クリオグロブリンの測定が診断に有用である。

難易度：＊

出題者：山本尚史 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
 ☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (血液内科)

54 歳男性。2 週間前から急速に増大する腹部腫瘤と発熱、全身倦怠感にて来院した。

受診時腹部は膨満しており、心窩部から臍周囲にかけて巨大な腫瘤を触れた。また、顎下部にも腫瘤を認めた。血液検査では、白血球の増加と LDH の異常高値を認め、塗抹標本上芽球を認めた。

顎下部腫瘤からの生検の HE 標本を Fig. 1 に、骨髄穿刺の塗抹標本（ライト・ギムザ染色の）を Fig. 2 に示す。

免疫染色では CD10、CD19、CD20、CD79a、細胞表面 IgM、BCL-6 陽性で Ki67 (MIB-1) が 90%以上陽性であった。一方 CD3、CD5、BCL-2、TdT、Cyclin D1 は陰性であった。

以下の問いに答えなさい。

1. 以下のうち、正しい記述をすべて選べ。
 - (1) 本疾患は、極めて増殖速度が速い高悪性度リンパ腫として知られている。
 - (2) HIV 感染症に合併して発症した場合、約 30%の症例に EB ウイルスが検出される。

(3) Fig. 1 で白く抜けてみえるものは核片を貪食するマクロファージであり、starry sky appearance といわれる。

(4) Fig. 2 でみるように、腫瘍細胞が多数の空胞を持つことが形態上の特徴とされる。これは腫瘍細胞のもつ脂肪顆粒が標本作成時のアルコール処理にて変化したものである。

(5) 本疾患は、8q24 に位置する C-MYC 遺伝子と免疫グロブリン遺伝子（重鎖 IGH 14q32、 κ 鎖 2p13、 λ 鎖 22q11）の相互転座（例えば t(8;14)(q24;q32)）を認める事を特徴とする。

Fig 1

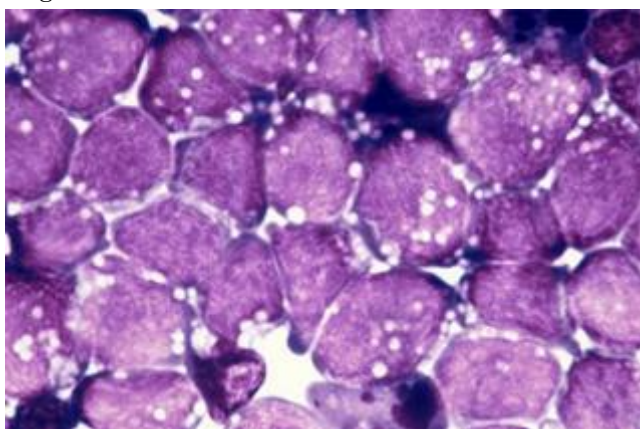
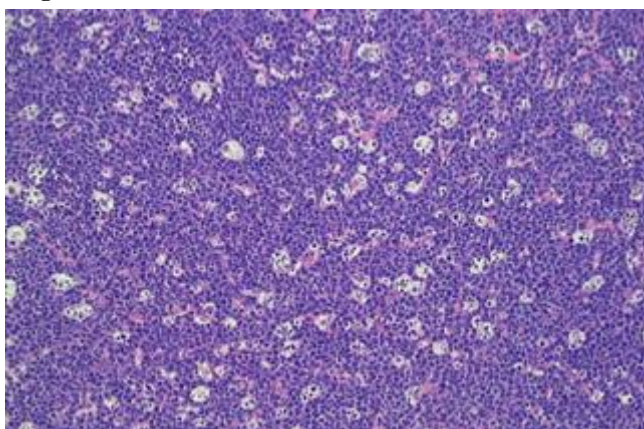


Fig. 2



2. 本症例の疾患名を選べ。

- (1) 濾胞性リンパ腫
- (2) バーキットリンパ腫
- (3) マントル細胞リンパ腫
- (4) リンパ芽球性リンパ腫
- (5) びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

3. 本疾患の治療について正しいものをすべて選べ。

- (1) 現在はリツキシマブ併用の CHOP 療法が世界的な標準療法とされている。
- (2) 腫瘍崩壊症候群を高率に合併するため、化学療法時の管理に注意が必要である。
- (3) 非常に急速に進行する悪性度の高い腫瘍のため、造血幹細胞移植術は必須である。
- (4) 中枢神経系への浸潤を高頻度に認めることから、中枢神経性への移行性を考慮した化学療法が望まれる。
- (5) 骨髄浸潤や白血化、あるいは中枢神経浸潤をきたしていても、強力な化学療法により治癒が期待できる疾患である。

解答：

- 1. (1) ~ (5) のすべて
- 2. (2)
- 3. (2)、(4)、(5)

[出題意図]

たまには臨床問題も良いかと思いました。学生さんはたぶん臨床問題の方が好きなのではないですか？私は臨床問題の方が好きでした。一般問題は解いていて眠くなります。問題文は短くて良いけれど…。やっぱりつまらない。

最近ひねくれた問題ばかり作っていましたので、まっとうな問題も作りたかったのです。バーキットリンパ腫は、われわれ血液科医にとって、その緊急性と治療初期の管理の点で、特にやりがいを感じる疾患の一つです。

[解説]

この問題、現在血液科を研修中のレジデントに解いてもらったら全員不正解。なぜか理由を聞いたら国試にはあまり出ない疾患だから、とのこと（でも今まさに研修してるでしょって言いたくなかったけど、ぐっと我慢）。さらに聞いてみると、国試におけるウェイトが違うとのこと。消化器や循環器、呼吸器、神経に比べ、血液科はあまり出題されないから、あまり力を割けないのが実情だと聞きました。

確かにおっしゃる通り。かつての自分を振り返って納得しました。国試は資格試験ですから合格しなければ何も始まりません。みなさん、無事に合格できるよう、効率良く頻出分野から重点的に勉強しましょう。ちなみに私のころは産科や公衆衛生、小児科は外せないといわれていました。今も同じなのでしょうか？

血液科で特に頻出なのは、白血球系の疾患では minor/major BCR-ABL が関与する CML、ALL、あとは t(8;21) の AML、t(15;17) の APL、ホジキンリンパ腫の RS 細胞、flower cell の ATL、punched out lesion の MM ぐらいでしょうか。あまり必死に勉強しても国試の獲得点数は上がりそうにありません。

バーキットリンパ腫（以下 BL）は、国試に出るかでないかくらいの境界線。でもこの疾患について知っていたら、出た時には他の人と差をつけられるかもです。

BL は極めて増殖速度の速い高悪性度 B 細胞リンパ腫として知られています。アフリカで多く認める endemic type は EB ウイルスの関与をほぼ 100% 認めますが、日本で認める sporadic type では EB ウイルスの関与は 5% 以下。そして HIV 感染症などに認める免疫不全関連 BL では約 30% に EB ウイルスを認めます。

急速に進行することもあり、診断時にはすでに進行期であることが多く、節外性病変（特に骨髄浸潤→白血化や中枢神経浸潤）を伴う事が多いとされます。また巨大腫瘍（bulky disease）を伴う事が多いのも特徴。

化学療法に感受性があり、強力な化学療法によって限局期で 90%、進行期でも 60~80% の症例で治癒が望めます。化学療法感受性であることから、再発難治症例を除き一般的に造血幹細胞移植の適応とはなりません。また、全身状態が不良であったり高齢であったりといった理由で、強力な化学療法が施行できない症例は、なかなか治癒を望むことは難しくなります。リンパ腫への標準的治療として確立されている R-CHOP 療法は、BL に対する治療としては治療強度が弱く第一選択とはなりません。中枢神経系への浸潤が多いため、中枢神経系への移行性も加味した非常に強力な多剤併用化学療法が第一選択となります（大量メソトレキセートや大量シタラピンを含むリツキサン併用 Hyper-CVAD/HD-MA

や CODOX-M/IVAC 療法など)。治療開始時には腫瘍崩壊症候群を高率に合併するため、特に化学療法開始直後は全身管理に注意を払います。

形態学的には病理標本では starry sky 像が有名で、これは核片を貪食するマクロファージです。均一な核を有する中型細胞のびまん性融合性増殖像を示し、マクロファージと血管内皮細胞を除くとほとんど腫瘍細胞からなるのが特徴。腫瘍細胞は脂肪顆粒を細胞質に持ちますが、塗抹標本などをライト・ギムザ染色する時は、アルコール処理にて変性し空胞として見えます。

表面マーカーでは CD10、19、20、79a、BCL-6 が陽性で、BCL-2 は陰性または弱陽性です。増殖期細胞を反映する Ki-67 (MIB-1) が 90%以上で陽性であることが大きな特徴です。

細胞遺伝学的所見としては、8q24 に位置する C-MYC 遺伝子と免疫グロブリン遺伝子 (重鎖 IGH 14q32、κ 鎖 2p13、λ 鎖 22q11) の相互転座 (例えば t(8;14)(q24;q32)) を認める事を特徴とします。

以上で BL のポイントはおしまい。ここからが面白くなる (かもしれない) ところなのに、それを共有できないのは残念です。

自分が研修医のころ、顕微鏡をみると気持ち悪くなるし難しい横文字の病名は嫌いだし、といった理由で血液科と神経内科だけはやめておこうと思っていました。でも、研修して入局先で迷ったのがこの二つ。悪性疾患がやりたくて血液科を選びました。

つらい別れも多いですが、20 代 30 代の若者が、死の淵から未来を取り戻していく姿をみるのがうれしくて、この道を選んで良かったと感謝する毎日。

難易度：**

出題者：多々良礼音 先生

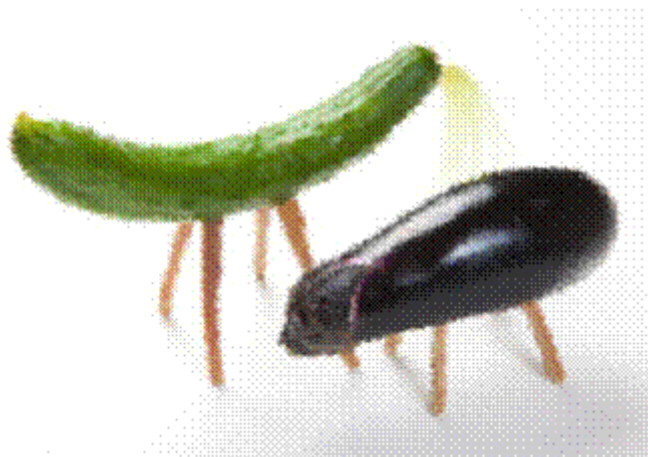
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

腎臓問題の難易度*ですが、基本的知識が必要ですね。けっしてやさしくはないですね。

血液内科はなかなか難問でしたね。多々良先生、いつもながら気合のこもった出題、ありがとうございます。

私の手違いで一部の学生さんに配信がうまく行ってなかったようです。この場をお借りしてお詫びさせていただきます。今週からは配信できると思います。ご希望、トラブル等がありましたらご遠慮なくお知らせください。

まだまだ暑い日が続きますので、皆様ご自愛ください。
それでは、また来週。



自治医科大学 循環器内科
北條行弘

〒329-0498
栃木県下野市薬師寺 3311-1
電話：0285-58-7344
FAX：0285-44-5317

<内科通信 8 月 22 日号>

こんにちは。自治医大内科通信です。お盆を過ぎてもまだまだ暑い日が続きますね。あとすこし、暑さに負けず頑張りましょう。

今週はガイドラインセミナー担当の山沢英明先生よりご挨拶を頂いております。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

内科ガイドラインセミナーの紹介

自治医科大学内科学講座では、毎年、内科の代表的疾患に関するガイドラインセミナーを行っています。今年度も 9 月から約半年間をかけて、毎週木曜日午後 7 時より開催します（お弁当付きです）。本セミナーでは担当研修医が実際に経験した症例を提示し、その後各科の専門医が最新のガイドラインを解説します。虚血性心疾患、関節リウマチ、認知症、CKD、糖尿病、気管支喘息など、各領域のキーとなる疾患のラインナップです。実症例の提示により、病態把握や治療方針の立案など総合的な力が身につく、診療能力の向上や認定内科医の取得にも大変役立つことを約束します。来年度以降も引き続きこのセミナーは継続予定ですので、これを読んでいる皆さんも初期研修で自治医大を選んで頂き、是非一緒に勉強して行きましょう。



担当：呼吸器内科学部門 山沢英明

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

ガイドラインは必要最低限の知識ですから、しっかり勉強する必要があります。それをもとにより良い医療を行わなければなりませんね。お弁当付きなのでモチベーションが上がりますね(^_^;)。

それでは、今週の問題です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (呼吸器内科)

68歳の男性。左胸痛を主訴に来院した。1週間前から悪寒が出現し、近医でペニシリン系抗菌薬を投与されたが改善せず、3日前から38°Cを超える発熱、膿性痰および左胸痛が出現した。10年前にアルコール性肝障害を指摘されている。5年前から糖尿病のため経口血糖降下剤で加療されていたが、血糖のコントロールは不良である。胸部単純X線写真を示す。



次に行うべき検査はどれか。

- a 胸腔穿刺
- b 喀痰細胞診
- c 肺血管造影
- d 気管支鏡検査
- e 心臓超音波検査

難易度：*

出題者：山沢英明 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (アレルギーリウマチ科)

IV型アレルギーの検査に用いられるのはどれか。1つ選べ。

- a 皮内テスト
- b パッチテスト
- c 針反応テスト
- d プリックテスト
- e シルマーテスト

難易度：**

出題者 釜田康行 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

山沢先生にはガイドラインセミナーのみならず、出題までお世話になりました。
ありがとうございました。
それでは先週の問題の解答と解説です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (循環器内科)

60歳の男性。直腸癌の手術前精査のため入院中。入院時の心電図 (Fig. 1) に異常を認めたため冠動脈造影を施行した。冠動脈造影所見 (Fig. 2) の結果、経皮的冠動脈インターベンションを行うこととなった。使用するデバイスとして最適なものはどれか。

- a バルーンのみによる拡張
- b 金属ステント植え込み
- c 薬剤溶出性ステント植え込み
- d レーザーによる血管形成術

e ロータブレーター

Fig. 1

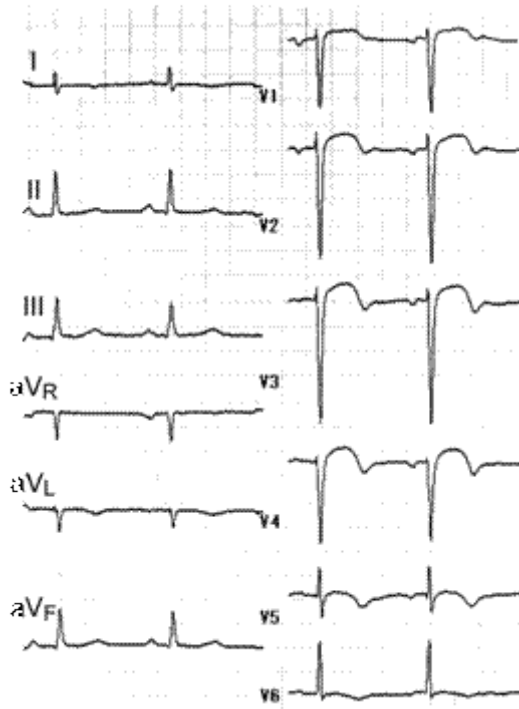


Fig. 2



正解：b

解説：

心電図では V1-V4 の R 波の減高、ST 上昇、T の陰転を認め、前壁の心筋梗塞の所見である。冠動脈造影では左前下行枝の近位部に 99% 狭窄を認める。同部位に対するインターベンションとしては、長期成績から考えるとステント、特に薬剤溶出性ステントを使用することが第一選択となる。

しかし、非心臓手術が近日中に予定されている場合には、ステント植え込み後の抗血小板薬を中止する必要があるため、抗血小板薬の投与を 1-2 ヶ月で中止することが可能な金属ステントの植え込みが行われる。

バルーンのみ、レーザー、ロータブレードは再狭窄率・再血行再建率が高いため、選択されることはまれである。

難易度：**

出題者：勝木孝明 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (内分泌代謝科)

DPP-4 阻害薬に関して誤っているものはどれか? ひとつ選べ。

- a DPP-4 阻害薬は、内因性 GIP、GLP-1 の分泌を増加させる。
- b DPP-4 阻害薬では血糖値が高いときインスリン分泌を増幅し、グルカゴン分泌を抑制する。
- c α グルコシダーゼ阻害薬、メトホルミンは GLP-1 の分泌を増加させ、DPP-4 阻害薬との併用で活性型 GLP-1 の血中濃度が増加する。
- d DPP-4 阻害薬と SU 薬を併用する場合、SU 薬はできるだけ投与量を減らす必要がある。
- e DPP-4 阻害薬は SU 薬、メトホルミン、 α グルコシダーゼ阻害薬のいずれとの併用も、相加的に血糖コントロールを改善する。

正解：a

- a. DPP-4 阻害薬は、GIP、GLP-1 の分泌ではなく、活性型の GIP、GLP-1 が分解されるのを抑制する。
- b. DPP-4 阻害薬では、血糖値が高いときにインスリン分泌を増幅し、グルカゴン分泌を抑制する。低血糖領域ではこれらがキャンセルされ、単独では低血糖になりにくい。
- c. e. α グルコシダーゼ阻害薬、メトホルミンは GLP-1 の分泌を増加させ、DPP-4 阻害薬との併用で、活性型 GLP-1 の血中濃度が増加する。それぞれの作用機序が異なり、いずれの併用でも相加的効果が期待できる (Diabetes Care 2007; 30(8): 1979-, Curr Med Res Opin. 2011; 27 (suppl 3): 21) 。
- d. SU 薬は血糖値とは関係がなくインスリン分泌を増加させ、DPP-4 阻害薬との併用で重篤な低血糖が起こることが、特に高齢者、腎機能低下者、SU 剤高用量服用者で報告されている。SU 薬を減量することでかなり防止可能であり (Int J Clin Pract. 2012; 66(5): 465-) 、また「インクレチン (GLP-1 受容体作動薬と DPP-4 阻害薬) の適正使用に関する委員会」より勧告がなされている。

難易度：*

出題者：岡田健太

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
 ☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

いかがだったでしょうか？循環器内科として付け加えると、前壁の心筋の viability を確認しないと PCI の適応自体が無いですね。心電図上小さな r 波がみられるのでおそらく生きた心筋があるのだと思います。
 DPP-4 阻害薬はホットな領域ですので、よく覚えておいたほうがよいと思います。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
 ☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

まだ 30℃を超える暑さが続きますね。熱中症などお気をつけ下さい。

それでは、皆様また来週。

自治医科大学 循環器内科
北條行弘

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺 3311-1

電話：0285-58-7344

FAX：0285-44-5317

<内科通信 8 月 29 日号>

こんにちは。自治医大内科通信です。暑い日がつづいておりますが、皆様いかがお過ごしでしょうか？ 天気予報ではまだしばらく暑さが続くようですね。地球温暖化の影響について考えさせられますね。ちなみに CO₂ 濃度が 96% の金星の表面温度は 400℃ だそうです。

さて、今週のレジデントの声は循環器内科からです。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

レジデントの声（循環器内科）

古川原 春菜 先生（J2）

3 ヶ月の研修で、急性心筋梗塞や急性心不全などの急性疾患から心不全などの慢性疾患など多岐に渡る症例を経験することが出来ました。また、全身管理という観点からも大変勉強になることばかりでした。初めは急変の際に何をしたらいいかわからず、上級医の指示で動くことしかできませんでしたが、実経験を積むことで少しずつ自分の出来ることが増えてきたことを実感しました。

上級医の先生方は忙しい中でも、大変教育熱心で、居心地の良い雰囲気を作ってくださいっていました。循環器内科を志す方もそうでない方も大変充実した研修が出来ると思いますので、ぜひ見学に来て頂けたらと思います。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

古川原先生、ローテーションお疲れ様でした。いろいろ勉強されたようですね。

それでは、今週の問題です。

今週は消化器内科と神経内科から出題です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (消化器内科)

慢性膵炎について正しいものはどれか？ 2つ選べ。

- a 男性の原因としては、特発性が多い。
- b 非代償期になると腹痛は消失する。
- c 耐糖能異常や消化吸収障害が見られる。
- d アルコール性慢性膵炎の治療では、まず薬物治療を行う。
- e 診断には ERCP が必須である

難易度：**

出題者：富山 剛 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (神経内科)

次の文章を読み、1~3の問いに答えよ。

62歳の男性。歩行困難とめまいとを主訴に来院した。

現病歴：本日の午前9時、自宅の庭を歩いている時に突然めまいと嘔吐が出現し、ふらふらして、まっすぐ立っていられなくなった。歩こうとするとふらついてよろけそうになった。飲水するたびにむせ込んだ。自宅で3時間ほど安静にしていたが、改善しなかった。

既往歴：10年前から高血圧。

家族歴：母親が高血圧。

現症：意識は清明。身長166 cm、体重75 kg、体温36.5℃。呼吸数16回/分。臥位で脈拍84/分、整。血圧168/88。眼瞼結膜と眼球結膜とに異常を認めない。心音と呼吸音とに異常を認めない。腹部は平坦、軟で、肝・脾を触知せず、圧痛や抵抗を認めない。知能は正常である。頭痛はない。失語、失行および失認は認めない。瞳孔径は、右2 mm、左4 mm。眼裂は右で狭い。右側顔面で温痛覚低下を認める。表情筋に麻痺は認めない。聴覚に左右差なし。四肢に運動麻痺を認めない。右上下肢に小脳失調を認める。顔面を除く左半身に温痛覚低下を認める。反復する吃逆を認める。発汗は左顔面で目立つ。

入院時検査所見：尿所見；蛋白(-)、糖(-)。血液所見；赤血球431万、Hb 14.6 g/dl、Ht 41%、白血球6,600、血小板24万、血液生化学所見；総蛋白7.1

g/dl、アルブミン 4.7 g/dl、尿素窒素 12 mg/dl、クレアチニン 0.7 g/dl、AST 26 IU/l、ALT 19IU/l、LDH 260 IU/l（基準値 176～353）。頭部単純 CT に異常を認めない。

設問 1 認められる所見はどれか

- a 睫毛徴候
- b 開散麻痺
- c Horner 徴候
- d 易疲労現象
- e 下方注視麻痺

設問 2 病変はどこにあるか

- a 大脳
- b 中脳
- c 橋
- d 延髄
- e 小脳

設問 3 急性期の治療として正しいのはどれか。2 つ選べ

- a 絶飲食
- b 酸素の投与
- c 降圧剤投与
- d 抗血栓薬投与
- e 輸液量の制限

難易度：**

出題者：池口 邦彦 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

神経内科は臨床問題です。なかなか難しそうですね。
それでは先週の問題の解答と解説です。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 1 (呼吸器内科)

68 歳の男性。左胸痛を主訴に来院した。1 週間前から悪寒が出現し、近医でペニシリン系抗菌薬を投与されたが改善せず、3 日前から 38°C を超える発熱、膿性痰および左胸痛が出現した。10 年前にアルコール性肝障害を指摘されている。5 年前から糖尿病のため経口血糖降下剤で加療されていたが、血糖のコントロールは不良である。胸部単純 X 線写真を示す。



次に行うべき検査はどれか。

- a 胸腔穿刺
- b 喀痰細胞診
- c 肺血管造影
- d 気管支鏡検査
- e 心臓超音波検査

正解：a

解説：胸部単純 X 線では左胸水の貯留がみられる。胸膜炎（膿胸）と考えられ胸腔穿刺を行い、胸水の性状、培養等の検査を行う。

難易度：*

出題者：山沢英明 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

問題 2 (アレルギーリウマチ科)

IV型アレルギーの検査に用いられるのはどれか。1つ選べ。

- a 皮内テスト
- b パッチテスト
- c 針反応テスト
- d プリックテスト
- e シルマーテスト

解答 b

解説：

a 皮内テスト：プリックテストと同様に即時型皮膚試験（I型アレルギーの検査）の一つであって、被検液（抗原を含んだ溶液）を皮内に注射し、15分後に判定する。

b パッチテスト：抗原をフィンチャンパーまたはトリイパッチテスターなどを用いて48時間、閉鎖貼付して、貼付ユニット除去後30分～1時間に判定するIV型（遅延型）アレルギーの検査方法である。

c 針反応テスト：ベーチェット病でみられる反応であって、皮膚に針を刺すと24～48時間後に発赤、丘疹、膿疱などを認める。

d プリックテスト：皮内テストと同様に即時型皮膚試験（I型アレルギーの検査）の一つであって、被検液（抗原を含んだ溶液）を皮内に注射し、15分後に判定する。

e シルマーテスト：ドライアイ（シェーグレン症候群）の検査方法であって、眼の涙点上に濾紙を5分間挟んで、涙の量を計測する。5分間に出る涙の量が5mm以下で陽性と判定される。

難易度：**

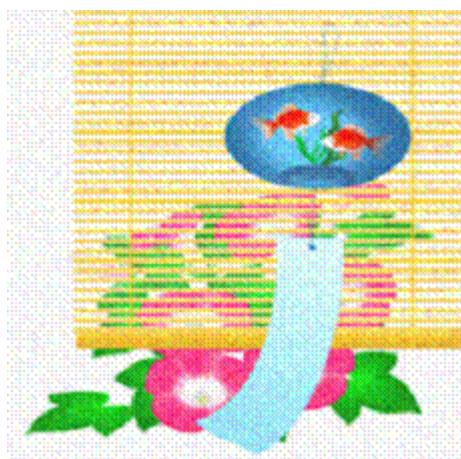
出題者 釜田康行 先生

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

皆さん、正解されたでしょうか？ 基本知識を復習するのに良い問題でしたね。

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

暑さが厳しいですが、秋はもうすぐですね。
すこしでも涼しくなるよう風鈴をどうぞ。
それでは、皆様また来週。



自治医科大学 循環器内科
北條行弘

〒329-0498
栃木県下野市薬師寺 3311-1
電話：0285-58-7344
FAX：0285-44-5317