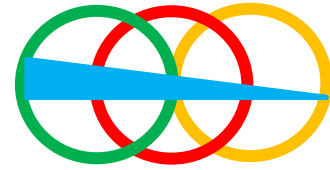


～ 内科通信 ～

Internal Medicine Communications

2015年1月号



自治医科大学内科通信の読者のみなさんへ

みなさん、明けましておめでとう。といっても今年もすでに14日が過ぎてしまったね。あっという間だね。ついこの間内科通信が始まったと思ったら、実は今回が最終号だね。1月号はオリジナル問題の提示に加えて解答解説も載せておくね。なんかいつもよりなれなれしい口調だね。深い意味はないからね。では1月号開始！



それでは早速オリジナル問題の提示です。1月号では呼吸器内科、アレルギーリウマチ科からです。まずは**呼吸器内科**からの問題と解答・解説です。

問題 市中肺炎の重症度分類に含まれるのはどれか。

- a. 胸部単純レントゲン写真における陰影の広がり
- b. 呼吸数
- c. 白血球数
- d. CRP 値
- e. 意識障害

答え e.

<解説>

身体所見、年齢による肺炎の重症度分類(A-DROP システム)で使用する指標は、以下の5項目である。

1. 男性70歳以上、女性75歳以上
2. BUN 21mg/dL 以上または脱水あり
3. SpO₂ 90%以下(PaO₂ 60Torr 以下)

- 4. 意識障害
- 5. 血圧(収縮期)90mmHg 以下

難易度:(*)

出題者: 助教 中山雅之

続いてアレルギーリウマチ科からの出題です。

問題 全身性エリテマトーデスに合併する溶血性貧血について正しいのはどれか。

- a 網赤血球増加
- b Ham 試験陽性
- c 直接ビリルビン増加
- d ハプトグロビン増加
- e LDH アイソザイムⅢ型増加

難易度: *

解答: a

解説:

全身性エリテマトーデスに合併する溶血性貧血は、赤血球膜に対する自己抗体によるⅡ型アレルギー反応である。つまり直接 Coombs 試験が陽性となり、溶血が起こると間接ビリルビンが上昇する。赤血球に含まれる LDH はアイソザイムⅠ型が優位であり、Ⅰ型 > Ⅱ型となる。ハプトグロビンも遊離ヘモグロビンと結合して消費され、通常感度以下の低値となる。骨髄では代償性に赤血球の産生が増加するため、網赤血球数は増加する。

出題者: 准教授 長嶋孝夫



前回のオリジナル問題・解答・解説です。まずは循環器内科からです。

問題 胸骨右縁第 2 肋間を最強点とする 3/6 度の収縮期駆出性雑音を聴取する。この疾患の

理学所見で正しいものはどれか。

- a 速脈
- b 頻脈
- c 二峰性脈
- d 頸動脈雑音
- e クインケ徴候

難易度：**

解答：d

解説：大動脈弁狭窄症の理学所見を問う問題である。遅脈や頸動脈雑音が特徴である。

二峰性脈は閉塞性肥大型心筋症で特徴的である。

クインケ徴候は、脈圧が増大する大動脈弁閉鎖不全でみられる、手指の爪の毛細血管の拍動である。軽い圧迫により最もよく認められる。

出題者：教授 苅尾七臣

続いて**内分泌代謝科**からの出題です。

問題1

疼痛に関する問診が診断に有用な甲状腺疾患はどれか。2つ選べ。

- a. 慢性甲状腺炎
- b. バセドウ病
- c. 亜急性甲状腺炎
- d. 急性化膿性甲状腺炎
- e. 腺腫様甲状腺腫

難易度：*

解答：c,d

解説：慢性甲状腺炎(橋本病)は自己免疫機序で発症し頸部腫脹、全身倦怠感、浮腫等を呈する。何らかの誘因により甲状腺組織の部分的な破壊が起こる急性増悪時に自発痛・圧痛・発熱を来すが通常は無痛性である。

バセドウ病も自己免疫機序で発症しTSH受容体に対する抗体により甲状腺ホルモンの過剰産生を来す。甲状腺腫は無痛である。

亜急性甲状腺炎は上気道炎を前駆症状として発症することが多く炎症による破壊のため一過性に甲状腺ホルモンが大量に放出され甲状腺中毒症を呈するがその後低下症となり反応性のTSH産生により甲状腺組織は再生され、通常2-4ヶ月で元の状態に戻る。疼痛部位が移動するのが特徴的である。NSAIDsもしくはステロイドで治療する。

急性化膿性甲状腺炎は遺残する下咽頭梨状窩瘻を介した細菌感染により甲状腺内及び周囲に炎症が波及する稀な疾患である。甲状腺部の発赤・疼痛を呈し38℃以上の高熱が出ることも多く、治療は抗生物質投与と切開排膿である。

腺腫瘍甲状腺腫は過形成病変で頻度が高い。超音波検査で甲状腺腫大はなくても小さな嚢胞性結節が多発している像が得られる。自覚症状はない。石灰化や嚢胞変性などの二次変性を伴った結節が多発するのが特徴で経過観察のみで特に治療は必要としない。

問題2

プロラクチン産生下垂体腺腫以外に高プロラクチン血症を呈しうるものはどれか。
2つ選べ。

- a. 慢性甲状腺炎
- b. Cushing症候群
- c. β ブロッカー投与
- d. 視床下部頭蓋咽頭腫
- e. Rathke嚢胞

難易度：**

解答：a,d

解説：プロラクチンPRLは下垂体前葉のPRL分泌細胞で産生され、視床下部で産生されるPRL抑制因子(主にドーパミンDA)により抑制性の調節を受ける。

一方視床下部ホルモンであるTRH・VIP・PRF (PRL放出刺激因子)・セロトニン・ヒスタミン・オピオイドや末梢のエストロゲンなどはPRL分泌に促進的に働く。

高PRL血症を来す病態として以下のものが挙げられる。

慢性甲状腺炎を代表とする原発性甲状腺機能低下症ではTSH, TRH分泌が亢進しその影響で高PRL血症を来す。

下垂体腺腫ではプロラクチン産生腺腫(プロラクチノーマ)に加えてGH産生腺腫(先端巨大症)でもPRL上昇を認める(25-40%のGH産生腺腫でPRL産生あり)。

PRL分泌は主に視床下部から下垂体茎の中の下垂体門脈を経てDAにより抑制的に調節され、視床下部・下垂体茎・下垂体の占拠性病変によりDA分泌及び輸送が障害されるとPRL過剰になる。この場合プロラクチノーマと異なりPRL濃度が100ng/mlを超えることは殆どない。

高PRL血症を来す病態

1. 薬剤性

- I. DAの産生を抑制：ベラパミル・レセルピン・ α メチルドーパ
- II. DAの作用を阻害：クロルプロマジン・ハロペリドール・イミプラミン・ドグマチール・メトクロプラミド
- III. セロトニン再取り込み阻害薬：フルオキセチン
- IV. ヒスタミンH2受容体拮抗薬：シメチジン・ラニチジン
- V. コリン作動薬 機序不明：フィゾスチグミン
- VI. オピオイド：モルフィン
- VII. 抗てんかん薬 機序不明：カルバマゼピン・フェニトイン
- VIII. 下垂体への作用：エストロゲン製剤・低用量経口避妊薬

2. 原発性甲状腺機能低下症：慢性甲状腺炎、甲状腺術後、バセドウ病アイソトープ後など

3. 視床下部・下垂体茎病変：

視床下部腫瘍や鞍上進展した下垂体腫瘍ではDAの分泌及び下垂体茎での下垂体への運搬が障害され高PRL血症を来す：頭蓋咽頭腫・胚細胞種・サルコイドーシス・下垂体茎切断・empty sella 症候群

4. 下垂体病変

下垂体細胞からのPRL過剰産生による：プロラクチノーマ・先端巨大症

5. 他の原因

- a. マクロプロラクチン血症
IgG自己抗体結合PRLで妊婦に多い。腎排泄の遅延が原因で、臨床症状は呈さない。
- b. 慢性腎不全
PRLのmetabolic breakdown低下及びPRL産生上昇による。
- c. 胸壁疾患
胸壁・頸椎の求心性神経刺激による：火傷・外傷・脊髄炎・帯状疱疹など
- d. 異所性PRL産生腫瘍：極めて稀
- e. 副腎不全
グルココルチコイドにPRL遺伝子転写・PRL分泌抑制作用があるため
- f. 肝硬変
末梢でのDA脱炭酸酵素の作用不全により中枢でのDA産生減少による
- g. 多発性卵巣嚢腫症候群 (PCOS)

視床下部でのドーパミン分泌不全による。これにより性腺刺激ホルモン刺激ホルモンが増加しLH(黄体化ホルモン)増加→アンドロゲン増加というPCOSに共通した病態が形成される。

h. 特発性

出題者：助教 安藤明彦



レジデントの声は神経内科からです。

研修医1年目の第3クール(2014年10月10日~2015年1月12日)で神経内科をローテートさせていただきました。他科では出会えない変性疾患の患者さんに加え、丁度脳梗塞の患者さんが増える時期でもあり、問診・身体所見・脳の画像所見の見方や治療方法などを数多く経験出来ました。

また、病気と長期に渡って付き合っていく患者さんたちに対して医療が提供している情報・技術や本人・家族が普段行っている工夫などを通して、「Cure」ではなく「Care」という視点から医療を考えるいい経験ができました。

退院後の生活をイメージして医療を提供するという視点を学ぶことができるのが神経内科という診療科の魅力の一つだと感じました。

菅谷涼 (J1)

初期研修1年目、3つ目のローテート先が神経内科でした。

私の上級医の先生方はベッドサイドに行く回数が多く、かつ教育熱心な先生方であり、神経学的所見のとり方を学ぶ機会に恵まれました。先生方が所見をとるのを見学するだけでも十分勉強になりますが、自分が所見をとり、不適切な箇所を教えていただける機会もありました。また毎日夕方にチームで回診をしますが、このときも疑問点を何でも質問することができ大変勉強になりました。

竹内菜緒 (J1)



最後まで内科通信にお付き合い頂き本当に有難うございました。内科通信のオリジナル問題、役に立ったでしょうか？役立ったよね！！

告白しますと、実は編集している私にとっては結構やくに立ちましたよ。たとえば、今回の呼吸器の問題でも、市中肺炎の重症度分類に意識障害が含まれる点が問われているけれども、同じ内科でも腎臓内科医の私にはそんなことすぐ想起できないわけです、力説するようなことではないですが。でも、たとえば編集作業直後にたまたま肺炎の患者様がいてそばに学生などがいたりすると、「あのさあ～、市中肺炎の重症度分類についていってみろよ！」とかいって（学生に対し）、学生の反応が「・・・・・・・・」という感じだったりすると、「細かいことはともかくさあ～、意識障害とかリストに入ってるんだよね～、あとで調べてみて～」なんて、あたかも前から知っていたようにふるまうことができたりしました！！こんなこと自慢しても仕方ないか（笑）！とにかく、内科通信の読者の学生様は最後の追い込み頑張ってください。そして機会があれば、自治医大で地域医療の同志としてお会いしたいと思います。

それではみなさん、お元気で！

連絡先：

〒329-0498

栃木県下野市薬師寺 自治医科大学

腎臓内科 秋元哲（あきもとてつ）

E-mail: 13naikatsu@jichi.ac.jp

