

## 急性高窒素血症

### 1) 症例呈示

【症例】 46 歳男性

【主訴】 倦怠感

【既往歴】 特記事項なし

【内服】 <K 医院> ベニジピン塩酸塩 8mg/日。

【生活歴】 JA 勤務（顧客対応, 荷物運搬）。母と 2 人暮らし。弟が千葉県在住。

喫煙 20 本/日×20-46 歳。飲酒なし。

【家族歴】 父：胆管癌死。

【アレルギー(薬剤以外)歴】 なし。【薬剤副作用歴】 降圧剤で発疹。

【現病歴】 (本人から聴取)

21 歳時に就職。初回の健康診断で血小板減少を指摘され, S 病院の血液内科を受診。骨髓検査や出血時間検査を実施された。“特発性血小板減少症”と言われた。特定疾患の登録は拒否。ビタミン C の粉末で治療されたが, 血小板数は数千単位で上下するものの改善はなく 1-2 年程で通院を中断。以後血小板数の推移は不明。33 歳時に健診で 170mmHg 程度の高血圧を指摘。感冒などでたまに受診する K 医院で降圧剤を開始。上腕家庭血圧 130/80mmHg 程度で安定。30 代後半から 3-4 ヶ月に 1 回程胸部の締め付けられる感じがあった。早朝や睡眠時にはなく, 体が疲れている時に多く感じる。3-5 分程で自然消失する。その事で医療機関受診なし。胃バリウム検査は毎年実施し, 異常指摘なし。胃カメラは未実施。最終は X-1 年 6 月。X 年 4 月より職場異動。物を運んだりする仕事になった。血圧も良いので, 同年夏頃より通院中断。この頃より夜間排尿回数が 1 回から 2-3 回に増加。1 回尿量はコップ 1 杯程度出ている。尿の切れも悪くなった印象。同年 9 月初旬から食後に嘔気。この頃より特に誘因なく体幹・四肢の内出血が出現。<紫斑か点状出血か?> 同月中旬からは夕方の倦怠感が増強。9 月 25 日に発熱あり, 市販の解熱剤内服。26 日に K 医院を臨時受診。解熱剤や制吐剤が処方され, 採血を実施され帰宅。29 日に採血結果が判明し当院へ紹介。

【過去の資料】

<K 医院紹介状>

X 年 9 月 26 日発熱・悪心・喉の違和感・食欲不振で来院。

以前から高血圧でベニジピン塩酸塩 4mg2T2X 処方, 最近は内服できていなかった。

<1 年前から降圧薬内服していない?>

<検査結果>

X-3年6月7日J病院（健診）

身長171cm,体重62.1kg

BP①141/104mmHg, BP②137/102mmHg

WBC6000/μl, Hb15.1g/dl, MCV110fl, Plt8.4万/μl,

Cre1.03mg/dl, UA4.3mg/dl, BS95mg/dl, HbA1c5.5%

尿定性：P(±), OB(-)

X-2年6月6日J病院（健診）

身長171cm,体重66.5kg

BP138/98mmHg

WBC6800/μl, Hb15.2g/dl, MCV108.6fl, Plt8.7万/μl

Cre0.93mg/dl, UA5.2mg/dl, BS98mg/dl, HbA1c5.7%

尿定性：P(±), OB(-)

X-1年6月16日J病院（健診）

身長171cm,体重67.4kg

BP①153/108mmHg, BP②150/108mmHg

WBC7800/μl, Hb14.9g/dl, MCV107.9fl, Plt9.4万/μl

AST17IU/L, ALT14IU/L, ALP364IU/L, γGTP25IU/L, Cre1.25mg/dl, UA5.9mg/dl, BS10

5mg/dl, HbA1c5.7%, T-cho206mg/dl, HDL57mg/dl, LDL117mg/dl, TG196mg/dl

尿定性：P(+), OB(-)

便潜血2回法陰性

眼底：網膜出血矯正視力1.2/1.2 <Scheie分類？ 頭痛は終始なし？>

X-1年7月25日K医院

WBC6200/μl, Hb14.5g/dl, MCV106fl, MCH35.1pg, MCHC33.0%, Plt8.8万/μl,

TP7.2g/dl, AST16IU/L, ALT14IU/L, ALP303IU/L, BUN14mg/dl, Cre1.24mg/dl, eGFR5

1.8, UA5.4mg/dl, Glu100mg/dl, TG159mg/dl, T-cho203mg/dl,

HDL53mg/dl, LDL122mg/dl, Na145mEq/L, K2.3mEq/L, Cl100mEq/L

X-1年8月10日K医院

尿沈査：RBC1-4/HPF, WBC1-4/HPF, 扁平上皮1-4/HPF, 細菌3+

X年9月26日K医院

WBC10500/μl, Hb9.5g/dl, MCV102fl, MCH34.8pg, MCHC34.3%, Plt3.6万

/μl,TP6.9g/dl,AST17IU/L,ALT14IU/L,ALP267IU/L,BUN60mg/dl,Cre8.57mg/dl,eGFR6.2,UA10.4mg/dl,TG229mg/dl,T-cho222mg/dl,HDL63mg/dl,LDL114mg/dl,Na139mEq/L,K2.3mEq/L,Cl94mEq/L

【入院時診察所見】

[一般身体所見]

身長 171cm,体重 65.3kg。意識清明。BT36.7℃,BP188/124mmHg,PR100/分(整),SpO2100%(room),RR15/分。

眼瞼結膜蒼白なし。眼球強膜黄染なし。口腔内乾燥なし,粘膜出血なし。

咽頭発赤なし。治療済み齲歯多数。

右下顎 φ1cm 大の圧痛を伴う可動性不良の消しゴム硬リンパ節触知。< 顎下腺ではない? 圧痛あるならいつから? > 臥位で外頸静脈怒張なし。頸動脈・腹部血管雑音なし。

項部硬直なし。甲状腺不触。心音正,2LSB に LevineIII 度の汎収縮期雑音。< ピッチ? 頸部放散? > 呼吸音清。

腹部平坦・軟。臍上部を中心にびまん性に軽度の圧痛あり。反跳痛・筋性防御なし。

蠕動音 1/3-4 秒。打診上脾腫なし。肺肝境界第 6 肋間。肝濁音界 3 横指。

CVA 叩打痛なし。

前胸部・右上腕・下腹部・両大腿に φ 数 mm 大の触知しない出血斑が散在。四肢浮腫なし。末梢冷感なし。足背・橈骨動脈触知良好。CRT<1 秒。関節正。

[神経学的所見]

明らかな視野狭窄なし。瞳孔 3.5mm/3.5mm,対光反射両側迅速。眼位正常。

眼球運動正常。眼振・複視・眼瞼下垂なし。

顔面痛覚・触覚正常,左右差なし。額しわ・閉眼・口角拳上正常,左右差なし。

聴力低下なし。カーテン徴候なし。胸鎖乳突筋・僧帽筋正常。

挺舌可,舌偏位なし。舌の萎縮なし。構音障害なし。

指鼻指・回内回外試験正常。MMTfull。筋トーヌス正常。

反射(右/左):上腕二頭筋(-/-),上腕三頭筋(+/+),腕橈骨筋(-/-),膝蓋腱(+/-),アキレス腱(-/-),バビンスキー(-/-)。

上下肢ともに触覚・痛覚正常,左右差なし。

振動覚(足関節内側)両側 20 秒。位置覚正常。

【入院時検査所見】

[血液(病着後 10 分。補液実施前。右前腕。)]

WBC7970/ $\mu$ l (Stab1.0%,Seg84.0%,Eos1.0%,Baso0.0%,Lymph8.0%,Mono6.0%,  
EBL0,ATL0,other0) ,Hb8.9g/dl,Ht25.2%,MCV101fl,MCH35.6pg,MCHC35.4%,Plt2.  
7万/ $\mu$ l,網赤血球 6.5万/ $\mu$ l,破碎赤血球 1.5%,巨大血小板 7% < 巨大の定義? >

PT-INR0.87,APTT37sec,Fib930mg/dl,FDP12 $\mu$ g/ml,D-dimer7.0 $\mu$ g/ml,  
AT-III120%,PAI-14.0ng/ml

TP6.3g/dl,Alb3.6g/dl,Tbil0.2mg/dl,Dbil0.1mg/dl,AST14IU/L,ALT12IU/L,LDH394I  
U/L,ALP258IU/L, $\gamma$ GTP17IU/L,ChE266U/L,BUN68.8mg/dl,

Cre9.07mg/dl,eGFR5.8,UA9.8mg/dl,T-cho201mg/dl,TG194mg/dl,

HDL54mg/dl,LDL112mg/dl,AMY130U/L,リパーゼ 79U/L,CK532IU/L,

Na136.3mEq/L,K2.7mEq/L,Cl96.8mEq/L,Ca7.5mg/dl,IP5.7mg/dl,

Glu144mg/dl,HbA1c5.4%,Fe82 $\mu$ g/dl,TIBC275 $\mu$ g/dl,Ferr277ng/ml,

PCT0.984ng/ml,CRP2.87mg/dl,IgG795mg/dl,IgA127mg/dl,IgM32mg/dl,

C3110mg/dl,C447mg/dl,sIL-2R1074.0U/ml,PR3-ANCA0.1IU/ml,

MPO-ANCA0.1U/ml,ds-DNA 抗体 2IU/ml,直接クームス陰性,間接クームス陰性,

HBsAg 陰性,HIV 陰性,HCV 陰性,TP 陰性,RPR 陰性

[ 静脈血液ガス (室内気。上記血液検査と同条件) ]

pH7.384,pCO240.1mmHg,pO243.3mmHg,HCO3-23.4mEq/L,Lac0.8mmol/L,

CO-Hb2.9%

[ 尿 (末梢ルート確保 5 分後の自排尿) ]

定性 : 比重 1.014,pH5.5,P(3+),G(+),Ket(-),OB(2+),Uro 正常,Bil(-),亜硝酸塩(-),白

血球反応(-)沈渣 : RBC10-19/HPF,変形 RBC<1%,WBC5-9/HPF,扁平上皮 1-4/HPF,

尿細管上皮-,硝子円柱<1/LPF,顆粒円柱<1/LPF,細菌-

生化学 : Na27.3mEq/L,K39.0mEq/L,Cl30.7mEq/L,Cre104.0mg/dl,

Pro359mg/dl,Alb1644.3mg/L

[ 血液培養 ] 2 セット陰性

[ 便培養 ] 塗抹 : GPC4+,GPR2+,GNR3+,Neu-,扁平上皮 4+。培養 : 大腸菌

2+,CNS3+。

[ 心電図 ] HR97 回/分洞調律軸 53 度 II 誘導 P 波 : 高さ 3mm,幅 < この計測値は何?

> 3mmSV1+RV5=4.24mV I・II 平低 T 波 V4-6 陰性 T 波 QTc0.486 秒

[ 胸部レントゲン (立位 P→A 像) ] CTR50.1%。CPAsharp。大動脈の蛇行・石灰化なし。両横隔膜第 10 肋間。

〔頭部 CT〕 両上顎洞液体貯留。右下顎下に φ12mm 程度のリンパ節。脳に明らかな異常所見なし。

〔胸腹骨盤部 CT〕 甲状腺正。肺野正。胸水なし。CTR52.3%。冠動脈石灰化なし。腎動脈分岐部以下の大動脈に石灰化散見。肝：24.6x8.9x16.5cm（横径 x 前後径 x 頭尾径），表面整,辺縁鋭,腫瘤なし。胆管拡張なし。胆嚢正。脾臓 6.3x3.5x5.3cm。肝脾周囲・骨盤腔に腹水あり。IVC 虚脱なし,橢円形。左腎 6.2x5.1x10.5cm,右腎 5.0x5.0x9.8cm,表面平滑。水腎症なし。十二指腸水平脚から上部小腸に壁肥厚あり。<所見記述：全周性？一部？長さ？内腔狭窄？> 前立腺 4.3x3.6x3.8cm,内部に小石灰化。膀胱壁肥厚なし。副腎・胃・脾臓など他臓器に特記所見なし。鼠径・腋窩など撮像範囲のリンパ節腫脹なし。夕刻かつ月末の入院。第 2 病日の日勤帯に担当看護師が限度額申請の話（一旦立替えが必要になること）をすると、『ふざけるな,納得がいかない,説明が遅い,こんな病院にはいられないので転院させろ』と激昂。話をしていると次第に落ち着くこともあるが,ふとした拍子に再び怒りだし,大声で暴言を吐いたり安静指示を守れなかったりする。母は『今まではこんなに怒ることはなく,様子が違うようだ。』とオロオロしている。



# 5	# 5 急性腎不全 →急性腎不全 (#4)	
	(初期プロブレム) 急性高尿酸血症 (併発症) →急性腎不全(合併症) → (現時点プロブレム) 急性腎不全 (#6) (合併症)	
	要点	注釈
	慢性腎不全下の急性高尿酸血症	
	事象	考察
	X:36月Cre1.03mg/dl,UA4.3mg/dl 尿定性: P(+),OB(-)	
	X:2/6月Cre0.9mg/dl,UA5.2mg/dl 尿定性: P(+),OB(-)	
	X:1/6月Cre1.25mg/dl,UA5.9mg/dl 尿定性: P(+),OB(-)	Hereditary Nephritis/Microhematuria(-)
	X:17月BUN1.4mg/dl,Cre1.24mg/dl,eGFR51.8,UA5.4mg/dl	慢性腎不全併存 高血圧性腎硬化症?
	左腎6.2x5.1x10.5cm,右腎5.0x5.0x8.8cm,表面平滑	腎萎縮なし
45才 Na145mEq/L,K2.3mEq/L	少なくとも1年前にはすでに低K血症 それ以前の資料なし	
X:18月尿: RBC1.4HPF,WBC1.4HPF,扁平上皮1.4HPF,細菌3+	空温放置細菌尿? 検体条件確認要	
X9月初旬から食後に嘔気 夕方倦怠感が増強		
X9月26日BUN60mg/dl,Cre8.57mg/dl,eGFR6.2,UA10.4mg/dl	Acute Azotemia	
→急性腎不全 (慢性高尿酸血症)		
要点	注釈	
慢性腎不全に生じた急性腎不全	腎前性・腎後性高尿酸血症の要因なし	
事象	考察	
入院時	3日前で Cre 0.5以上 急激性増悪	
BUN68.8mg/dl,Cre9.07mg/dl,eGFR5.8,UA9.8mg/dl	(単純計算 6週間にはCre1.0 #4出血とほぼ同時発症)	
Na136.3mEq/L,K2.7mEq/L,Ca9.8mEq/L,Ca7.5mg/dl,SP5.7mg/dl	低K血症 既存	
今回尿: Na27.3mEq/L,K39.0mEq/L	尿蛋白: Na<K 尿管機能は既存慢性腎不全期と不変	
静脈血: pH7.384,pCO240.1,pO243.3,HCO3-23.4		
TP6.3g/dl,Alb3.6g		
9月29日入院時 BP188/124mmHg,PR100/分	Accelerated Hypertension	
→急性腎不全 (#6)		
要点	注釈	
病理形態学情報は何か		
事象	考察	
自尿: 比重1.014,pH5.5,P(+),G(+),Ket(-),OB(2+),Uro正常	自尿 (+) 尿糖? 非糖尿病 尿管管上皮 (-)	
尿沈: RBC10-19/HPF,変形RBC<1%	ATN (尿管管壊死) ではない	
今回尿: Na27.3mEq/L,K39.0mEq/L	尿Pに比して変形RBC少ない 糸球体にFibrinoid Necrosisなし	
	Not Nephritic Urine Acute Glomerulonephritisではない	
	尿蛋白: Na<K 尿管機能は既存慢性腎不全期と不変	
	Acute Interstitial Diseaseではない	
	Malignant Hypertension Nephropathy:	
	糸球体にFibrinPlateletThrombusあるもFibrinoid Necrosis なく	
	小動脈壊死細胞が肥大増殖・Fibrinoid Necrosisの一部のJG Apparatusの	
	Hyperfunctionを招くHypoperfusionはあるが全尿管管の血管機能不全・	
	変性壊死を来たすほどのDiffuseDiseaseではない	
	FibrinoidNecrosisは局在にありそこには虚脱があるが虚脱は多くはない	
# 6 悪性高血圧		
要点	注釈	
# 3を基礎とした(1年前に発症)急性悪性高血圧	Renin-Angiotensin Systemの過剰亢進があるのでは?	
TMA併発	過去に慢性虚性で発症軽快した可能性あり?	
事象	考察	
45才1年前 視網膜出血 (BP141/104mmHg,137/102mmHg)	血管・白明は不明 頭痛なし?	
	TMA・ARF 不在の1年前に既存血小板減少で視網膜出血 今日3方で視網膜出血は?	
	1年前Sheehy分断検査での出血だったならば	
	今回視網膜出血なければ 1年前出血時点は善悪高血圧?	
P) Dx: p-Renin, Aldosterone 陽性		
# a		
# a (初期プロブレム) 虚脱(併発症) →慢性腎不全(合併症) → (包含) #4(合併症)		
要点	注釈	
意識変化 興奮		
事象	考察	
9月21才	半端な年令での昏睡	
母と2人暮らしの独身	独身である事情不明	
第2病日 大声で暴息 安静指示を守れない	意識変化? 元からある人格傾向?	
落ちついてはまた興奮		
→慢性腎不全		
要点	注釈	
意識変化のみ Focal Signなし		
事象	考察	
頭反射 正	神経系 正	
視覚・聴覚正常 振動覚(足関節内側)両側20秒 位置覚正常		
第2病日 大声で暴息 安静指示を守れない 落ちついてはまた興奮繰り返す	運動障害 (-) 慢性腎不全	
→ (包含) #4		
事象	考察	
頭痛なし	頭痛軽快なし Hypertensive Encephalopathyありなし	
P) Dx: 頭部CT		
プロブレム「血小版減少症」集合の全体図		
血小版減少症 ⊃ 慢性血小版減少症 ⊃ 先天性 ⊃		
	後天性 ⊃ 分布異常症 ⊃	
	産生低下症 ⊃	
	消耗亢進症 ⊃	
慢性血小版減少症 ⊃	分布異常症 ⊃	
	産生低下症 ⊃	
	消耗亢進症 ⊃	
	免疫性 ⊃	
	血球貪食性 ⊃	
	機械的破壊性 ⊃ 人工弁	
	DIC	
	Thrombotic Microangiopathy	
プロブレム「Thrombotic Microangiopathy」集合の全体図		
Thrombotic Microangiopathy ⊃	Primary ⊃	
	TTP	
	E. Coli Toxin-HUS	
	atypical HUS	
Secondary ⊃	DIC	
	Drug-induced	
	Neplasma-associated	
	Eclampsia-associated	
	Immune disease-associated	
	Sepsis-associated	
	Malignant Hypertension-associated	
プロブレム「急性・亜急性高尿酸血症」集合の全体図		
急性・亜急性高尿酸血症 ⊃	腎前性高尿酸血症 ⊃	
	腎後性高尿酸血症 ⊃	
	腎性高尿酸血症 (=腎不全) ⊃	
	糸球体腎症 ⊃	
	間質性腎症 ⊃	
	壊死性乳頭炎 ⊃	
	中毒性腎症 ⊃	
	虚血性腎症 ⊃	
	Bilateral Cortical Necrosis(DIC)	
	AcuteTubularNecrosis(急性尿管管壊死)	
	Cholesterol Emboli(Atheromatous Emboli)	
	Malignant Hypertension Nephropathy	
	Thrombotic-Microangiopathic Nephropathy	

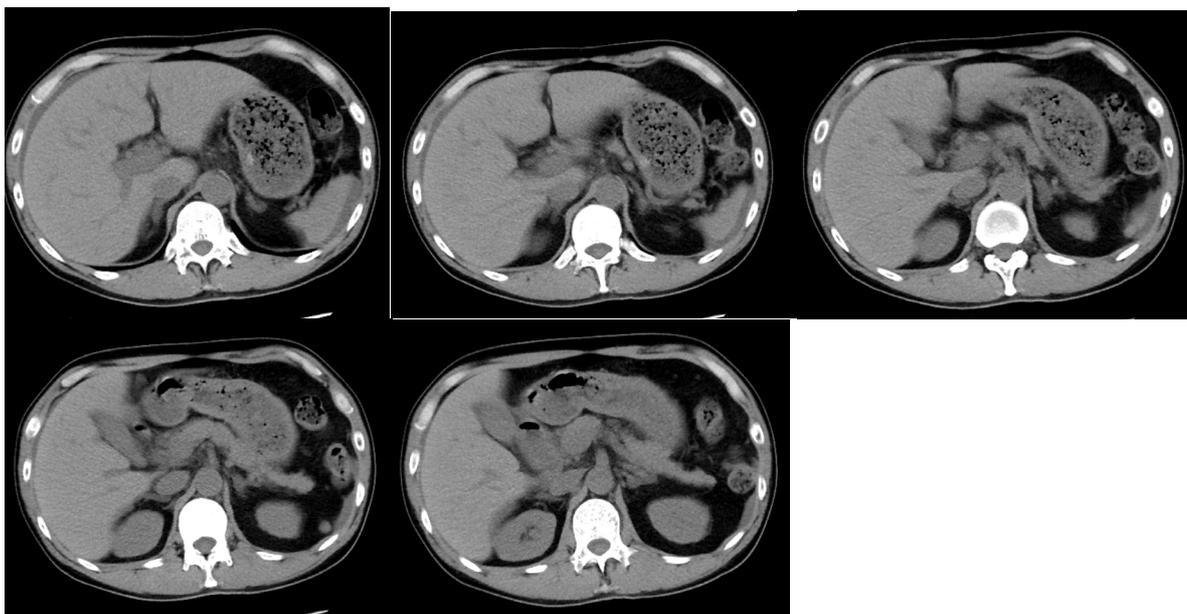
#### 4) 入院後経過 症例呈示主治医報告

##### ●追加画像：入院時単純 CT

12 指腸から空調にかけて 10-20 cm 長屈曲一塊 全体拡大 壁厚増大全周性均一



副腎 左副腎は正常三角形の形状ではなく、中央部が小さいが丸く膨らんで見える



##### 【プロブレムリスト】

- #1 慢性血小板減少症
- #2 高血圧症
- #3 急性血小板減少症
- #4 急性腎不全

##### 【全体経過】

第 1 病日より血漿交換・ステロイド治療を開始。BP 180-220/110-130mmHg。ニカルジピン・ニトログリセリンの持続静注開始。

第 2 病日より易怒性が顕在化。BP 150-170/80-110mmHg。Hb 7.7g/dl, Plt 2.6 万/ul, Cre 9mg/dl, K 2.9mEq/L。骨髓穿刺。

第 3 病日 BP 130-170/80-110mmHg。Hb 7.0g/dl, Plt 3.0 万/ul, Cre 9.38mg/dl, K 3.1mEq/L。RBC2U 輸血。透析併用開始。

第 4 病日 Hb 8.3g/dl, Plt 3.5 万/ul, Cre 6.31mg/dl, K 4.0mEq/L。

第 5 病日 BP 150/90mmHg。Hb 9.2g/dl, Plt 3.2 万/ul, Cre 8.08mg/dl, K 3.4mEq/L。レニン・アルドステロン採血。心エコー。降圧剤内服開始、徐々に漸増して降圧剤静注は漸減。

第 6 病日 BP 140-80mmHg、以降この程度。Hb 9.7g/dl, Plt 3.4 万/ul, Cre 6.41 mg/dl, K 3.6mEq/L。

第 8 病日 Hb 9.2g/dl, Plt 3.6 万/ul, Cre 6.15mg/dl, K 3.5mEq/L。血漿交換中止。

第 12 病日 Hb 8.3g/dl, Plt 4.5 万/ul, Cre 6.85mg/dl, K 3.7mEq/L。以降、透析なし。

第 15 病日 Hb 8.2g/dl, Plt 4.5 万/ul, Cre 6.54mg/dl, K 3.6mEq/L。

第 30 病日（退院前） Hb 7.9g/dl, Plt 5.6 万/ul, Cre 7.17mg/dl, K 5.3mEq/L。

破碎赤血球は 1.0-1.7%程度で推移。退院後 1 ヶ月ほどで正常化。

- 巨大血小板は入院時のみの測定。
- 幼弱血小板は 3-8%程度でバラバラに推移

### 【各プロブレム経過】

#### #1 慢性血小板減少症

第 2 病日に骨髓穿刺を実施。有核細胞数  $20.6 \times 10^4$ /ul、巨核球数 31/ul。正形成骨髓。骨髓中の巨核球は正常～やや減少しているが、赤芽球系・顆粒球系を含め、形態異常はなし。染色体異常なし。

#### #2 高血圧症

第 5 病日心エコー IVST 10mm, PWT 12mm と若干の左室壁厚の肥厚所見を認めた。低 K 血症の随伴があり、RAA 系の亢進が示唆された。PA を疑ったがレニン活性 2.1ng/ml/hr、アルドステロン 174pg/ml（早朝空腹時・安静臥位）であった。#3 治療で一時的に降圧剤静注を使用後、最終的には降圧剤内服（ニフェジピン CR 40mg、アムロジピン 10mg、カルデナリン 4mg、テノーミン 50mg、スピロラクトン 25mg）で 120-130/80mmHg 程度の血圧で退院。

#### #3 急性血小板減少症

致死的な経過となる血栓性血小板減少性紫斑病を念頭に、血漿交換療法とステロイド治療を開始した。第 2 病日より易怒性が顕在化した。血栓性血小板減少性紫斑病に伴う精神症状（あるいはステロイド精神病、ICU せん妄）を考えた。特に、尿道カテーテル挿入に対して激昂し、医療者側に対する暴言・暴力が目立ち始めた。適宜、鎮静剤などを使用して血漿交換療法を継続した。第 3 病日に RBC 2U 輸血（Hb 7.0→8.3g/dl）。以降、血小板は 4 万/ul 台、Hb 8-9g/dl 程度で推移。第 5 病日に弟が来院され、もともとの易怒性（以前から『殺すぞ』などとキレることがあった）や精神的脆弱性（以前の職場で支店長が死去、以降社員に次々と不幸があり、『次は俺の番だ。。。』と冷や汗をかいてガタガタ震え、目つきがおかしくなり、何回か神社にお祓いに行った。お祓いをするといくらか落ち着いた。車の下から覗いている顔が見える、と車の周りに塩をまいたり、ガソリンスタンド店員と口論になった後、『手下が後をつけてくる』と発言があったりした）が明らかになった。ADAMTS13 活性 63.4%、ADAMTS13 インヒビター抗体陰性、第 8 病日で血漿交換は中止した。破碎赤血球はおおむね不変で推移した。何らかの内皮障害はあると思われたが、溶血の程度は非常に軽いものと判断した。眼科診察では両乳頭周囲の網膜出血、動静脈狭小化あり、Keith-Wagner III 程度と思われる（簡易評価であり、改めて正式な診察を依頼したが、本人拒否で実施できず）。血圧コントロールがついた後、破碎赤血球は外来で漸減・正常化した。血小板数は退院時 5-6 万/ul 程度で推移し、こちらも外来で 8-9 万/ul 程度まで回復した。

#### #4 急性腎不全

入院後、硝酸剤・Ca 拮抗剤静注により降圧を図った。第 3 病日より血液透析も実施した。第 4 病日頃から BP 140/80mmHg 以下で維持できていた。本人の協力が得られず、第 12 病日までで血液透析は離脱したが、以降も Cre 7mg/dl 程度、eGFR 7-8 ml/min 程度で推移した。退院後にシャント作成し、X+1 年 1 月に維持血液透析を導入。他院へ転医し、維持透析中。

（付）小腸病変は患者の拒否で追及検査していない。

## 【プロブレムリスト（展開）】

- #1 慢性血小板減少症
  - #2 高血圧症
  - #3 急性血小板減少症 → 血栓性微小血管症（#5）
  - #4 急性腎不全 → 急性腎不全（#5）
  - #5 悪性腎硬化症
- 

## 当方のプロブレムリスト（展開）

- # 1 汎収縮期心雑音 → 取り消し<済>
  - ・入院後心雑音聴取せずと主治医言。UCG：VSD(-)
  - Functional Mm で汎収縮期雑音ではなかったのだろう。
- # 2 慢性持続性血小板減少症 → <先天性血小板減少症>
  - ・骨髓検査：染色体異常なし。細胞数・分布・形態異常なし。
  - ・# 3 # 4 # 5 収束後に元の8～9万に復した。説明できないMacrocytic RBCとともに先天的事態ではないか。
- # 3 高血圧症 → <原発性アルドステロン症>
  - ・副腎形態はHyperplasiaを示唆するが断定的ではない。
  - ・Renin・Aldosterone 正常値はスピロラクトン投与前。# 4 # 5の最盛期。Reninが高値になっていないことが通常ではないかもしれない。Aldosteroneは透析膜から除かれる。
  - ・Renin・Aldosteroneはその後測定されてない。物質的確認はないが症候上アルドステロン症だろう。
- # 4 急性血小板減少症 → Thrombotic Microangiopathy（# 6）
- # 5 急性腎不全 → 急性腎不全（# 6）→（移行）慢性腎不全
- # 6 悪性高血圧 → 治癒<済>
  - ・Keith-Wagner III。両網膜出血。過去の眼底出血時にも高血圧の増悪があったに相違ない。
  - ・既存高血圧の悪性化。契機は降圧薬中止か# 7交感神経過剰亢進事態か、ほかには？
  - # a 譫妄 →（包含）# 4 → 取り消し<済>
- # 7 精神障害症 → <境界性人格障害症> <統合失調症>
  - ・ストレス下で易怒・パニック・幻視。
  - ・今回も意識変容ではなく本来人格の異常興奮。

付

内科学研鑽会「第 95 回臨床病理検討会」のプロブレム展開は疾患概念の理解において誤っていると考える。下図に示す。

- X # TMA → Malignant Hypertension
- # TMA → TMA(#Malignant Hypertension)
- # Malignant Hypertension

