

NephSAP[®] からの問題

「NephSAP[®] からの問題」5問は、American Society of Nephrology (アメリカ腎臓学会), および William L. Henrich, MD, Paul M. Palevsky, MD, Richard J. Glasscock, MD, George L. Bakris, MD, Stephan C. Textor, MD, Gerald M. Appel, MD, Richard H. Sterns, MD, Biff F. Palmer, MD, Chi-yuan Hsu, MD, Arrigo Schieppati, MD のご厚意により、掲載しています。

さらに多くの NephSAP[®] からの問題の翻訳問題集について、出版のご希望・ご意見がありましたら、日本腎臓学会卒前卒後教育委員会までお知らせ下さい。

問題 1 63歳の白人男性が急性腎不全のために入院。

Richard J. Glasscock, MD

入院2週間前に最近出現した胸痛の精査のために、冠動脈造影検査を施行。冠動脈造影では大動脈の中等度の動脈硬化病変はあったが、明らかな冠動脈の狭窄所見は認めなかった。また、上部消化管内視鏡で、非びらん性の食道炎があったため、経口シメチジンの服用が開始となった。

入院数日前に、腹部・背部・下肢に痒疹を伴う点状丘疹が出現したのに気づいた。

入院時、血清Crは3.2 mg/dL (283 μmol/L)で、冠動脈造影2日後の0.8 mg/dL (71 μmol/L)より上昇していた。

また、血清Na 134 mmol/L, K 5.4 mmol/L, Cl 103 mmol/L, 総CO₂ 19 mmol/L, Hb 12.2 g/dL, 血小板数15.6万/μL, 白血球数9,800/μL(好中球44%, リンパ球36%, 単球11%, 好酸球9%)。血清補体価は、C3 124 mg/dL(正常値100~233 mg/dL), C4 28 mg/dL(正常値14~48 mg/dL)であった。

この時点で、次のいずれの治療が適切と考えられるか。

- 現在の治療を変更なく継続し、改善を見込んでの観察をする。
- シメチジンの中止
- プレドニゾロン1 mg/kg/日の開始
- ヘパリン静注の開始
- スタチンによる脂質降下療法の開始

Vol. 3 No. 5 22(2004年9月)

Paul M. Palevsky, MD

問題 2 脳卒中を合併した高血圧患者で最も有効な治療はどれか。

- 脳卒中の進展のリスクを減らすため、最初の24時間に血圧を140/90 mmHg未満に降圧する。
- 心臓イベントを防止するため、最初の48時間に血圧を140/90 mmHg未満に降圧する。
- 最初の48時間で徐々に150/90 mmHgに下げ、それから最初の1週間で目標血圧に到達させる。
- データがないため、特別なガイドラインはない。
- 収縮期血圧を150 mmHg以下に降圧すべきではない。

Vo. 14 No. 2 17(2005年3月)

George L. Bakris, MD

Stephan C. Textor, MD

Richard J. Glasscock, MD

問題 3 36歳、カリブ海沿いに住むアフリカ系の女性が、レイノー現象、関節痛と下肢全体に広がる紫斑、発熱、軽度の下痢を主訴に来院した。また、右下肢を動かすのにぎこちなさを感じたことがあった。特に薬剤の内服はしていない。身体所見では、血圧140/80 mmHg。両足背に融合傾向のある紫斑が認められた。バビンスキー反射は右で陽性であった。採血結果では、血清クレアチニン1.0 mg/

dL, 尿蛋白(2+), 尿潜血(2+), ヘモグロビン 10.0 g/dL, 白血球 4,500/ μ L, 血小板 1.8 万/ μ L であった。破碎赤血球が末梢血スメアで認められた。C3, C4 は正常であった。蛍光抗核抗体は 1:160 と上昇していた。プロトロンビン時間(PT), 活性化部分トロンボプラスチン時間(aPTT)は正常であった。

この患者の原疾患を最もよく説明しているものはどれか。1つ選べ。

- 抗 DNA-dsDNA 免疫複合体が糸球体および糸球体外の血管に沈着しており, 全身性血管炎を起こしている。
- ADAMTS-13 への抗体のために, von Willebrand 因子多量体の分解が妨げられており, 血小板による微小血栓や塞栓性微小血管障害が認められる。
- Topoisomerase I に対する抗体があり, そのため腎臓の血管に全身性硬化症様の病変が認められる。
- 全身性エリテマトーデスによる非細菌性心内膜炎が僧帽弁に認められ, そのための末梢塞栓病変がある。
- Shigella* (type B) による腸管の感染でベロ毒素が産生されている。

Vol. 4 No. 3 14(2005年5月)

Gerald M. Appel, MD

Richard J. Glasscock, MD

問題4 橢円赤血球症を基礎疾患に持つ33歳のタイ人女性が近位側の筋力低下を主訴に来院した。

検査成績

	血漿	尿
pH	7.3	6.6
Na ⁺ (mmol/L)	139	86
K ⁺ (mmol/L)	2.7	32
Cl ⁻ (mmol/L)	111	113
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	17	—
浸透圧 (mOsm/kg)	294	450
クレアチニン	0.7	—

血清電解質および尿アニオンギャップより, 最も適切なものはどれか。1つ選べ。

- 本患者は尿細管性アシドーシスを有している。
- 尿細管性アシドーシスを除外できる。
- 本患者の尿細管性アシドーシスの診断には酸負荷試験が必要である。
- 本患者の尿細管性アシドーシスの診断には重炭酸イオンの部分排泄率を求める必要がある。
- 尿細管性アシドーシスの診断には尿 pCO₂ の測定が必要である。

Vol. 5 No. 1 25(2006年1月)

Richard H. Sterns, MD

Biff F. Palmer, MD

Richard J. Glasscock, MD

問題5 血清クレアチニン値 3.1 mg/dL, 1日尿蛋白 2.0 g/日の慢性腎臓病患者に ACE 阻害薬を開始するときに, 次のどの対応が最も適切か。1つ選べ。

- 血清カリウム値と血清クレアチニン値を治療開始2週間後に評価し, 高カリウム血症がループ利尿薬や食事指導によってもコントロールできない場合や, 血清クレアチニン値が前値と比較して30%以上上昇しているときには, ACE 阻害薬を中止する。
- 血清カリウム値と血清クレアチニン値を治療開始2カ月後に評価する。
- このような患者に ACE 阻害薬を使用するのは禁忌である。
- このような治療は, 1型糖尿病患者でのみ行われるべきである。

Vol. 5 No. 3 22(2006年5月)

Chi-yuan Hsu, MD

Arrigo Schieppati, MD

Richard J. Glasscock, MD