

甲状腺疾患の臨床

1) 救急

2) ポイントとトピックス

片桐 尚

2015.10.21

2) 甲状腺機能低下症

粘液水腫性昏睡

極端な甲状腺ホルモンの低下により

呼吸循環障害と意識障害をきたした状態

意識障害、低体温、除脈

胸部X線写真で胸水、心嚢液貯留

(副腎不全の除外が必要)

チラージンの補充

注射製剤はない

意識障害 砕いて胃管から挿入

甲状腺疾患の救急

ほとんどがバセドウ病

1) 機能亢進症 クリーゼ

未治療 治療中断

発熱、発汗、頻脈、下痢

病歴の把握

疑って甲状腺機能 (TSH, fT4, fT3) をチェック

感染等を契機に増悪

抗甲状腺剤の投与 MMI(メルカゾール) 最大16T 4× 注射薬もあり

KI(ヨウ化カリウム)併用 2-3T 場合によっては大量

ステロイド併用することあり

頻脈、うっ血性心不全

βブロッカー(インデラル)の使用は細心の注意が必要 (CHFがないことを確認)

心機能の低下もたらしショックになる可能性

→ クリーゼの死亡原因

頻脈のコントロール

短期型 βブロッカー (オノアクト)

循環器内科の先生に相談お願いしながら

ポイント 甲状腺疾患を疑う(見つける)

1) 甲状腺の触診 腫大の有無
腫大があれば甲状腺疾患を疑う

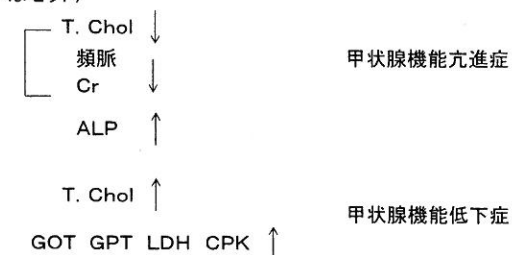
バセドウ病

メルセブルグの三徴

甲状腺腫、頻脈、眼球突出

2) 一般血液検査から

(この3つはセット)



甲状腺疾患を見つけたら早めに一度エコーを

血液検査との照らし合わせ

(腫瘍のスクリーニング)

甲状腺機能亢進症

鑑別診断	TRab	エコー血流	Tc99m 摂取率	特徴的な所見
1) バセドウ病	陽性	増加	2%以上	
2) 亜急性甲状腺炎	陰性	低下 (痛みに一致して低吸収域)	1%以下	血沈亢進 前頸部痛
3) 無痛性甲状腺炎	陰性		1%以下	

TRab (甲状腺ホルモン受容体抗体) 正常 <1.0 IU/l

迅速キットもあるが当院では外注

臨床的有用性 未治療バセドウ病の診断

バセドウ病の病勢の推移

寛解、再発の予知

バセドウ病の治療

- 1) 内服治療 $MMI\ 3T\ 1\times$ $fT4>6$
 $3T$ の方が副作用が少ない $MMI\ 6T$
- 2) 手術治療 KI の併用
- 3) アイソトープ治療

内服治療で治りにくいケース 甲状腺腫が大きい

TRabが高値 (TRabは治療経過の指標)

アイソトープ治療を選択することがある

外来でも治療可能(当院でも年に数例施行)

70g以上13.5mCi内服

内服治療の経過

半数位が内服中止までもっていきける

半数位なかなか薬中止できず、あるいは中止しても再燃

甲状腺機能のF/U

通常は TSH FT4でOK

甲状腺機能を評価するにあたっては TSHの方が感度が良い

TSHが抑制 機能亢進 TSHが高値 機能低下

(FT4が一番甲状腺ホルモンの分泌を知るのに一番役立つ)

FT3は必ずしも甲状腺ホルモンの分泌を示す指標にならない)

機能亢進症 1カ月に一度

安定すれば2-3カ月に一度

バセドウ病 ホルモン、TRab 参考に薬量の調整が必要

機能低下症 維持量が決めれば通常はあまり変化することはない

検査は通常半年あるいは一年に一回で十分

甲状腺機能低下症

ほとんどが慢性甲状腺炎 (橋本病)

慢性甲状腺の診断

甲状腺(びまん性)腫大

+ 抗TG抗体陽性 or 抗TPO抗体陽性

一般人口における抗TG抗体、抗TPO抗体陽性率 10-20%

女性に高率 加齢とともに上昇する。

抗体価が高い場合 顕性の甲状腺機能低下症をきたす可能性が高まる

トピックス

1) 甲状腺機能と不妊症

妊娠前、妊娠中の甲状腺機能管理

TSHの正常値 0.4-4.0 μ IU/ml

TSH <2.5 μ IU/ml

にすることが推奨される。

妊娠時における甲状腺疾患管理の国際ガイドライン(2012)

2) 福島の原発事故と甲状腺疾患

チェルノブイリ事故に比べ環境中に放出された放射線量は約7分の1とされる

チェルノブイリ事故で唯一健康影響が確認された小児甲状腺がんですら発症する可能性は少ない

のではないかと考えられている。しかし住民の不安は解消されていない。

(県民調査 事故当時0歳から18歳以下36万人に対し生涯わたる検査を施行)

エコーで病変を確認 現時点での見解 放射線被曝の影響とは考えにくい

当院でも検査技師を中心に協力