

## 1 循環器

### 1.1 IE

- 改訂 Duke 基準による診断基準について

## 2 腎臓

### 2.1 AKI（急性腎障害）

- AKI は血清 Cre と尿量で診断.

## 3 血液

### 3.1 MDS（骨髄異形成症候群）

- 低リスク群 MDS の基本は保存加療で、**RBC 輸血**や **ESA 製剤（ダルベポエチン）** 投与を行う.
  - － 輸血すると症状は大きく改善するが、頻回輸血は**鉄過剰症**が問題になるので、できるだけ回避したい.
  - － ESA 製剤は**血清 EPO < 500U/mL** でないと効果がない！
- ルスパテルセプト（レプロジル®）の適応は、**IPSS-R で低リスク群<sup>\*1</sup>かつ輸血依存かつ環状鉄芽球陽性**.
  - － 「環状鉄芽球陽性」の定義は、①骨髄赤芽球のうち環状鉄芽球>15% or ② **SF3B1** 遺伝子変異が陽性で、環状鉄芽球>5%.
  - － 環状鉄芽球陰性ではルスパテルセプトの有効性は未確立.<sup>\*2</sup>

表 IPSS-Rによる層別化

予後因子	配点						
	0	0.5	1	1.5	2	3	4
核型	Very good	–	Good	–	Intermediate	Poor	Very poor
骨髄の芽球比率	≤ 2%	–	> 2%~< 5%	–	5~10%	> 10%	–
ヘモグロビン (g/dL)	≥ 10	–	8~< 10	< 8	–	–	–
血小板 (μL)	≥ 10万	5万~< 10万	< 5万	–	–	–	–
好中球絶対数 (μL)	≥ 800	< 800	–	–	–	–	–

Very good: -Y, del(11q), Good: 正常核型, del(5q), del(12p), del(20q), 1つがdel(5q)である2つの異常核型, Intermediate: del(7q), +8, +19, i(17q), その他の1つあるいは2つの独立したクローン, Poor: -7, inv(3)/t(3q)/del(3q), 1つが-7/del(7q)である2つの異常核型, 複雑核型(異常3個), Very poor: 複雑核型(異常4個以上)

リスク群		点数	生存期間中央値	25%の症例が急性骨髄性白血病へ移行するまでの期間
低リスク群	Very low	≤ 1.5	8.8年	–
	Low	> 1.5~3	5.3年	10.8年
	Intermediate	> 3~4.5	3年	3.2年
高リスク群	High	> 4.5~6	1.6年	1.4年
	Very high	> 6	0.8年	0.73年

IPSS-Rの計算ウェブサイト [<http://www.ipss-r.com>] を参照のこと(文献1)。

(<https://east-hem.clinic/> 骨髄異形成症候群 (mds) より引用)

## 4 呼吸器

### 4.1 マイコプラズマ肺炎

- 典型的には**寒冷凝集反応陽性**→**血管内容血**による AST ↑ (ALT →), LDH ↑, Bil ↑ (間接型優位). Na ↓.

<sup>\*1</sup> High, Very High に対する有効性は確立していない.

<sup>\*2</sup> 基本は ESA を使うが, EPO>500U/mL だと ESA も微妙なので困る.

- 迅速診断は咽頭ぬぐい液の核酸増幅検査 (LAMP, PCR) .

## 4.2 閉塞性肺疾患

- COPD 患者に FeNO ↑ (>32ppb), Eos 増多があれば ACO (喘息/COPD オーバーラップ) を疑う.
- 喘息, COPD, ACO いずれも重症例の吸入は ICS/LABA/LAMA が基本.

## 5 中毒

- シアン化水素 (HCN) 中毒の特徴は, 火災現場, 意識障害, 顔面紅潮, 著明な乳酸アシドーシス.
- シアン化水素中毒の治療は, ヒドロキソコバラミン or 亜硝酸塩.

## 6 公衆衛生

### 6.1 2024 年のヘルシンキ宣言における改訂点

- 被験者 (human subject) から参加者 (participants) に変更された.
- 研究参加者はボランティアとして (リスクを被りながら) 研究に参加する一方で, 恩恵を受ける機会は少ないという構造的な不平等 (structural inequalities) に対する配慮が必要である.
- 参加者の視点や価値判断を知り, それを研究計画に反映させること = 参加者やそのコミュニティの人々の「意味のある関与 (meaningful engagement)」.
- 医学研究の情報, 試料リソースの確保と管理 = バイオバンクやビッグデータの管理基準.
- アスピリン喘息に伴う好酸球性副鼻腔炎に対しては, 経口 GC が第一選択.
- クリプトコッカス髄膜炎に対しては, AMPH-B+ フルシトシン 2w >フルコナゾール 8w >フルコナゾール 6-12M の維持療法 (L-AMB のエビデンスレベルはあまり高くない)..
- 2024 年版の NTM 暫定基準
- LTBI の治療: 6H または 9H (第 1 選択), 3 4HR (第 2 選択), 4R (INH が使用できない場合)
- 接触者検診で IGRA 陽転化していたら治療.
- IPMN で悪性転化を疑う所見
- 乾癬性関節炎に対する生物学的製剤: TNF α 阻害, IL-12/23, IL-17. PDE4, JAK
- 不眠症, 倦怠感, 体重減少には加味帰脾湯
- 局所麻酔薬アレルギー (エステル型とアミド型は交差反応はしない)
- 緩徐進行 1 型 DM の治療介入 <https://www.jds.or.jp/uploads/files/article/tonyobyo/66s07.pdf>
- 無顆粒球症を発症したら抗甲状腺薬の中止, 無機ヨウ素への切り替え, ABx 治療
- パーキンソン病の難病申請基準
- EGPA の臓器障害では末梢神経障害の頻度が最も高い
- 意識消失発作を伴う VT → PM 植込術
- 侵襲性連鎖球菌感染症の感染症法, インフルエンザに続発?
- ITP で 1 万を切ると臓器出血のリスク
- irAE 副腎不全はヒドロコルチゾンから開始
- 4 型 RTA → SjS
- SLE の妊婦→中止すべきは MMF (AZA は OK, ヒドロキシクロロキンはむしろ推奨, t 化虚リムスは OK).
- J-CHS 基準によるフレイル診断の項目
- DPP4i で水疱性類天疱瘡→ BP180 抗体
- 逆 Gottron は有痛性? MDA5
- 好酸球増多症による浮腫→四肢の non-pitting edema IgE は正常のこともある

- ATL の病型分類（今回はくすぶり型）．モガムリズマブの使い方，レナリドミドの使い方
- 夜の下半身の冷えによる頻尿→牛車腎気丸！
- MCD（琢ローン性ガンマグロブリン血症，IL-6 過剰賛成）．HHV-8 関連あり？トシリズマブ
- アドリアマイシン心筋障害は用量依存性の心筋毒性（不可逆的）．