

1 外来診療で内分泌疾患を見逃さないために

POINT

- ① 内分泌疾患は決して稀ではない。本邦における約 4,300 万人の高血圧患者のうち、10%は内分泌疾患に起因した二次性高血圧である。頭部 MRI では下垂体偶発腫が、腹部 CT では副腎偶発腫がしばしば見つかる。人間ドックでは受診者の 10%程度に甲状腺機能異常を認める。
- ② 内分泌緊急症である副腎クリーゼや甲状腺クリーゼといった一部の状況を除いて、多くの内分泌疾患は緊急を要さない慢性疾患である。生命予後よりも QOL (quality of life) に直結する。急性発症する内分泌疾患は少なく、徐々に顕在化してくるため、診断に時間を要する場合がある。
- ③ 内分泌疾患は、「ありふれた症候」と「特徴的な症候」が混在している。詳細な問診と身体診察を行い、特徴的な症候に気づくことで、診断前確率は飛躍的に上昇する。一方で、特徴的な症候を見逃すと、検査が増えたり、診断までに時間を要したり、多大な労力を費やしてしまう場合がある。
- ④ ここでは、日常診療の中で、患者の訴えや自覚症状、身体的特徴、一般検査所見から、どのような内分泌疾患が疑われるのか、概説する。

外来診療で内分泌疾患を見逃さないために

内分泌疾患の発見は、日常診療の中で拾い上げることから始まるというよい。ここで問題になるのは、多くの内分泌疾患は患者の訴えや症候が特徴的ではないことがあり、また患者自身も内分泌専門医を最初から受診することが少ない、ということである。診療にあたった医師側が内分泌専門医でなかったとしても、内分泌疾患を念頭においていなければ、本態性高血圧症や不定愁訴であるといった誤った判断で見逃されてしまう。実際には患者自身の訴えや、健康診断などの一般検査所見の中に内分泌疾患を示唆するヒントが隠れていることは少なくないにも関わらず、一定数以上は見逃され未治療のままであるか、あるいは治療開始までの不必要な期間が生じてしまうようなこともしばしばである。病歴、症状、身体所見、一般検査項目などの軽微な異常から、診察医の頭の中に「これは内分泌疾患なのではないか」と気づき、アプローチしていく姿勢が重要である。スクリーニング検査を行い、内分泌疾患の可能性が高いと判断されれば、内分泌専門医への紹介を行うことで、救われる患者が多くいることを忘れてはならない。以上をふまえ、内分泌疾患への取り組みとして日常臨床の中での内

内分泌疾患は決して稀ではない

分泌疾患の拾い上げを中心に述べる。

「内分泌疾患」というと何やら難しい疾患で、研修医や一般診療医にとっては発見すること自体が難しい、というような印象があると思われる。しかしながら甲状腺疾患など、比較的頻度が高く、非専門医にとってもしばしば遭遇し、対応を要することがある疾患があることも事実である。内分泌疾患の可能性を疑い、適切な検索が行われれば、検出できる疾患の数は思いのほか多いものになるだろう（表1）。

これらの内分泌疾患は様々な疾患の原因としての問題を抱えていることも多く、特に脂質異常症の原因としての甲状腺機能低下症、高血圧症の原因としての原発性アルドステロン症、肥満・糖尿病・高血圧の原因としてのクッシング症候群、尿路結石の原因としての副甲状腺機能亢進症、など、発見される頻度も少なくなく、原因を特定し根本的な対策を講じることで、患者が多大な利益を得ることができるとももあり、見逃されてはならないものである。

・表1 頻度の多い内分泌疾患

甲状腺疾患	
橋本病	女性の5～10%，男性の0.5～2%
Basedow病	女性の1～3%，男性の0.1%
甲状腺腫瘍	約5%
原発性副甲状腺機能亢進症	0.1～0.5%
（骨粗鬆症）	女性の5%，男性の1%
性腺機能障害関連	
多嚢胞性卵巣症候群	女性の4～7%
高PRL血症	？（無月経・乳汁漏出を呈する例中では多数）
勃起障害	10～15%；高PRL血症の除外を要する
Klinefelter症候群	男性の0.2%
Turner症候群	女性の0.03%
副腎疾患	
副腎（偶発）腫瘍	剖検例の1.5～8.7%
原発性アルドステロン症	高血圧症の5～10%
下垂体（偶発）腫瘍	剖検例の14～23%

(Jameson JL. Harrison's Endocrinology. McGraw; 2006. p.1-15¹⁾ より改変)

患者の訴えや
身体的特徴から
内分泌疾患の
可能性を疑う

様々な症状を訴える患者において、問診時にその症状を詳細に傾聴することが、内分泌疾患を疑う契機となることもしばしばである。主訴や随伴症状、現病歴をよく聴取し、内分泌疾患の可能性を考えてアプローチする姿勢が重要である。内分泌疾患を疑う重要な症状・所見を表2にまとめた。

これらの所見の中には、比較的非特異的な症状と、医師が積極的に問診しないと気づかない症候（顔貌・体型・体重の変化、気温に対する感受性、月経異常、性欲低下など）が含まれるが、このような漠然とした症状が診断の端緒となることがある。非特異的な症状については、頻度の高い疾

・表2 内分泌疾患を疑う症状・所見

症状、所見	疑うべき主な内分泌疾患
食欲低下、全身倦怠	副腎不全、甲状腺機能低下症、電解質異常
体重減少（やせ）	甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、副腎不全
体重増加（肥満）	クッシング症候群、甲状腺機能低下症、多嚢胞性卵巣症候群
高血圧	原発性アルドステロン症、クッシング症候群、褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症
低血圧	副腎不全、甲状腺機能低下症、電解質異常
耐糖能異常・糖尿病	クッシング症候群、褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症、先端巨大症
低血糖	副腎不全、成長ホルモン分泌不全、インスリノーマ
精神症状	甲状腺機能亢進・低下症、副甲状腺機能亢進・低下症、下垂体機能低下症、クッシング症候群、アジソン病
寒がり	甲状腺機能低下症
動悸・振戦・頻脈	甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫
徐脈	甲状腺機能低下症、神経性食思不振症
下痢・軟便	甲状腺機能亢進症、VIP産生腫瘍
便秘	甲状腺機能低下症
無月経・月経異常・勃起不全	プロラクチノーマ、下垂体機能低下症、性腺機能低下症、多嚢胞性卵巣症候群
多尿	尿崩症、糖尿病、低K血症、高Ca血症
尿路結石	原発性副甲状腺機能亢進症
色素沈着	アジソン病、クッシング病
多毛	男性型発毛:多嚢胞性卵巣症候群、晩発性副腎皮質過形成、男化腫瘍、非男性型:神経性食思不振症、先端巨大症
先端巨大様顔貌	先端巨大症
満月様顔貌	クッシング症候群
粘液水腫様顔貌	甲状腺機能低下症

一般検査所見から 内分泌疾患の 可能性を疑う

患から除外をし、そのうえで内分泌疾患を疑いながら診断を進めていく診療のスタイルが重要である。

一般検査の異常も内分泌疾患を疑う上で重要である（表3）。特に血清ナトリウム値やカリウム値などの電解質異常は、無症状であったり軽微な数値の異常のみということであれば、放置されてしまい、隠れ持った内分泌疾患の発見が遅れてしまうことがある。このような軽微な一般検査異常を放置せず、追求する臨床姿勢が内分泌疾患の発見につながる。特に、異常の度合いが軽微なものであったとしても、それが長期的に持続しているような時には、何かしらの原因があるものと考えながら診断を進めることが重要である。

・表3 内分泌疾患を疑う一般検査

検査異常	疑うべき主な内分泌疾患
低Na血症	副腎不全, SIADH, 甲状腺機能低下症
低K血症	原発性アルドステロン症, クッシング病, 副腎酵素欠損症
高K血症	アジソン病, 副腎酵素欠損症, 偽性低アルドステロン症
高Ca血症	副甲状腺機能亢進症
低Ca血症	副甲状腺機能低下症
低血糖	副腎不全, 成長ホルモン分泌不全, インスリノーマ
高コレステロール血症, 高CK血症	甲状腺機能低下症
肝機能障害	甲状腺機能低下・亢進症

内分泌疾患を 疑ったら

ここに示したように、患者の訴えや身体的特徴、一般検査所見から内分泌疾患の可能性を感じることができれば、次に各ホルモンの基礎値を測定しスクリーニングを行うことになる。ここで、採血の項目によっては、体位や身体活動に鋭敏に影響を受けるものがあり（レニン活性、アルドステロン、カテコールアミン、コルチゾールなど）、可能な限り30分程度の安静の後に採血を行うことが望ましい。また、各種ホルモンのフィードバック機構を考えながら測定項目を選択することも重要である。上位ホルモンと下位ホルモン、あるいは効果の指標（ACTHとコルチゾール、レニン活性とアルドステロン、ADHと血漿浸透圧・Na、など）を同時に測定するように心がける。

このようにして実施したスクリーニング検査で異常が認められるようであれば、内分泌専門医への紹介、あるいは

相談のもとで、さらに精密な検査によって診断を進めることとなる。このような診療過程を経て、正確な診断のもとでの治療がなされることにより、多くの患者が救われる可能性があることを忘れてはならない。

参考文献

- 1) Jameson JL. Harrison's Endocrinology. McGraw; 2006. p.1-15.

〈川名秀俊 龍野一郎〉