

誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

岡田 定 著

＜書評者＞ 徳田安春（筑波大附属病院水戸地域医療教育センター
教授/水戸協同病院・総合診療科）

「血算は臨床検査のバイタルサイン」と序文にある。血算はほとんどの診療科でほぼルーチンに行われている検査であり、血算データの異常は重篤な疾患に伴ってみられることが多いので、検査のバイタルサインと呼ぶべきという著者の意見に賛成である。本書は血算の異常データのパターンに基づいた読み方・考え方を症例ベースで、幅広い疾患の診断と治療について解説している。

一読して、印象に残った点をクリニカルパールとして以下に挙げてみた。

貧血の鑑別ではまず MCV（平均赤血球容積）と Ret（網赤血球）に注目。網赤血球は絶対数 ≥ 10 万/ μl で増加していると判断する。二次性貧血の 8 大原因は、悪性腫瘍、感染症、膠原病、肝疾患、腎疾患、内分泌疾患、低栄養、妊娠。長期 TPN（中心静脈高カロリー輸液）の正～大球性貧血では銅欠乏貧血も考える。鉄欠乏性貧血（鉄欠）+二次性貧血の合併は $\text{Fe}/\text{TIBC} < 16\%$ に加えてフェリチン 30～100 ng/ml で疑う。Hb 7 g/dl なら $\text{EPO} \geq 100 \text{ mIU/ml}$ が予想

され、それ未満なら腎性貧血を考慮。サラセミアは MCV 高度低値が特徴で、サラセミアインデックス $= \text{MCV}/\text{RBC} (\times 10^6) \leq 13$ 。 B_{12} 欠乏 $\rightarrow$ Hunter 舌炎（舌表面がてかてか） $\rightarrow$ 味覚障害 $\rightarrow$ 食欲不振 $\rightarrow$ 体重減少。胃切除後貧血では B_{12} 欠乏 + 鉄欠で「正球性」のこともあり。TTP（血栓性血小板減少性紫斑病）疑いでは ADAMTS13 とそのインヒビターをチェック。溶血性 + 鉄欠乏（溶血で尿中に鉄喪失）では PNH（発作性夜間ヘモグロビン尿症）を考える。尿中ヘモジドリン（血管内溶血）が特徴。フローサイトメトリーで CD59 欠損を確認。鉄欠乏に伴う異味症（氷かじり）は鉄剤投与後数日で消失する。

真性赤血球増加症（PV）では MCV 小となる（自律性赤血球産生による鉄欠乏）。入院時（臥位）採血で軽度 Hb 低下は体位性偽貧血を考慮。慢性骨髄性白血病（CML）を否定するには、分画評価（骨髄球、後骨髄球、好塩基球の増加）、好中球アルカリホスファターゼ（NAP）、 B_{12} を測定。人間ドックで引っ掛かる赤血球増加症 + 喫煙者 $\rightarrow$ 相対的赤血球増加

症、軽度白血球增多症。人間ドックで引っかかる軽度白血球增多症 + 喫煙者 $\rightarrow$ 喫煙関連白血球增多症。ITP（特発性血小板減少性紫斑病）の診断では、偽性、肝硬変、薬剤性、DIC、SLE、先天性を除外する。鉄欠ではフェリチン $> 25 \text{ ng/ml}$ まで鉄剤は続ける。

上記以外にもたくさんのパールが、豊富な図解入りで、スーパールール、基本ルール、ワンポイントレッスン、ワンポイントイメージ、としてまとめられている。また、コラム「ちょっと休憩」では著者が得意とするナラティブな物語を展開しており、楽しく読みやすい。

血算データの異常をきたす原因には、造血器以外の疾患の場合も多く、血算の異常データに遭遇しない診療科はない。血算の軽微な異常値が実は重篤な疾患の発症を示唆していることもあり、見逃してはならない。逆に、喫煙が血算の異常の原因になっていることがあり、禁煙指導の根拠にもなる。血算の異常データへのアプローチをブラクティカルに解説した本書は、内科系の研修医や指導医、勤務医、開業医のみならず、全診療科の医師に役に立つと思う。

●B5 頁 200 2011 年
定価 4,200 円
(本体 4,000 円 + 税 5%)
[ISBN978-4-260-01325-3]
医学書院 刊