



医療トピックス

「貧血」のおさらい ～検診を終えて



貧血は、日常診療で遭遇する最も多い疾患の一つです。最近では症状が出る前に健診で貧血を指摘され、再検査のために受診を勧められるケースが多くみられます。当院では、貧血を心配して受診された場合、まずスクリーニング検査にて鑑別診断を行い、骨髄検査等の専門的な精査治療が必要かどうか判断し、必要に応じて専門病院に紹介しています。

体内には赤血球を適切な数に調節する仕組みが存在し、この仕組みが破綻すると容易に貧血が発生します。赤血球の寿命は 120 日で、毎秒 200 万個もの赤血球が骨髄で恒常的に産生されています。体内の鉄の 70% はヘモグロビン (Hb) 鉄として赤血球に含まれ、酸素を肺から体の隅々まで運搬する役割を担っております。鉄は十二指腸から吸収され、フェリチンやヘモジデリンとして貯蔵されます。近年、鉄回転をコントロールするヘプシジン (肝臓で生成され鉄吸収と貯蔵鉄利用に抑制的に働く) が発見され話題になっています。

貧血とは、血液の単位容積あたりの赤血球数やヘモグロビン (Hb) 濃度、ヘマトクリットが低下した状態です。貧血の判断は、通常 Hb 濃度で行います。正常域は、小児・妊婦で Hb 濃度 11 g/dl 以上、思春期・成人女性で 12 g/dl 以上、成人男性で 13 g/dl 以上が目安です。高齢者の明確な貧血の定義はありませんが、11 g/dl を大よその境界としています。慢性貧血の場合、Hb 濃度が 8 ~ 9 g/dl 位までは無症状のことが多いですが、7 g/dl 以下になると易疲労感、集中力低下、頭痛、めまい、動悸、息切れなどを認め、6 g/dl 以下が持続すると心不全症状が出現しやすくなります。治療法の確立していない貧血の場合、7 g/dl 以下になれば輸血の考慮も必要です。

貧血の原因としては、①白血病や骨髄異形成症候群などの造血幹細胞異常、②鉄やビタミン B12、葉酸などの造血の材料不足、③溶血や出血などの赤血球寿命短縮、④膠原病や腎不全などの二次性のものがあげられます。貧

血の鑑別診断では、赤血球のサイズ (平均赤血球容積: MCV) などの赤血球指数が最も重要です。MCV によって、小球性、正球性、大球性に分けられ、小球性貧血の 90% 以上が鉄欠乏性貧血です。大球性貧血は、ビタミン B12 不足に見られ、正球性貧血にはその他多くの血液疾患や二次性貧血が含まれます。

日常診療で頻度が多く当院でも良く診察するのは、やはり鉄欠乏性貧血です。食習慣の影響か、わが国では鉄欠乏性貧血が増加しており、月経のある女性の 30% 以上が Hb 不足で献血ができない状況です。鉄欠乏性貧血の主たる原因は、月経や消化管出血による鉄喪失、成長や妊娠による鉄需要の増大、萎縮性胃炎や胃切除による鉄吸収不全、そしてダイエットによる鉄摂取不足です。鉄欠乏性貧血では、血清鉄のみならず貯蔵鉄であるフェリチンが著減するためこの測定が重要です。鉄欠乏性貧血の治療は経口鉄剤が原則で、通常 2 か月で貧血および貯蔵鉄は正常化するので輸血は不要です。近年、経口鉄剤に反応しない鉄欠乏性貧血で、ヘリコバクター・ピロリ (HP) 胃炎が注目されており、HP 除菌で貧血の治療が報告されています。

貧血は高齢とともに発症率が上がります。悪性腫瘍などの重大な疾患が背景に存在する可能性がどんどん高くなり、服薬薬剤が多いため薬剤起因性造血障害のこともあります。特に鉄欠乏性貧血が認められたら、消化管がんの精査が必須となります。

気が付かないうちに、貧血のため生活の質 (QOL) が落ちているかもしれません。健診で貧血を指摘されたら、とにかく症状がなくても放置せずに精査や経過観察を受けることが望ましいです。

