

『脳卒中専門医試験 問題・解説集』正誤表

『脳卒中専門医試験 問題・解説集』の一部に誤りがありました。
 謹んでお詫びを申し上げますとともに、以下のように訂正いたします(中山書店)。

最終訂正日：2014/1/24

頁・箇所	訂正前(アンダーライン部に訂正があります)	訂正後(赤字が訂正したところ。一部文章を追加したところもあります)	訂正日時
p.33 問題2-21	脳梗塞病巣と大脳皮質機能の正しい組み合わせはどれか。1つ選べ。 c. <u>左頭頂葉</u> — 構成失行	脳梗塞病巣と大脳皮質機能の正しい組み合わせはどれか。1つ選べ。 c. 左角回 — 手指失認	2011/9/15
p.34 問題2-21 解説(右段)	認知の総合中枢なので、 <u>左部位の障害では構成失行となり</u> 、右部位の障害では着衣失行を生ずる。脳卒中急性期の右頭頂葉障害では病態失認を呈することがある。側頭葉は記憶の中核であり、特に内側部の海馬は記憶力機能に重要である。上側頭回障害ではWernicke 領域の障害により感覚性失語を生ずる。左側の側頭葉と頭頂葉の移行部(角回)障害ではGerstmann 症候群となる。前頭葉は運動機能とともに判断力や人格統合などを担っており、優位半球のBroca 領域障害では運動性失語が生じ、広範な障害では人格障害とともに把握反射や吸引反射が観察される。	認知の総合中枢である。右部位の障害では着衣失行を生ずる。脳卒中急性期の右頭頂葉障害では病態失認を呈することがある。 構成失行は、最初は左頭頂葉が責任病巣とされたが、後に右頭頂葉でも起こることが報告された。左病巣では写すべき図の上に書き込んでしまうclosing-in現象がみられるのが特徴で、右病巣では左半側無視が目立つのが特徴であるとされる。 側頭葉は記憶の中核であり、特に内側部の海馬は記憶力機能に重要である。上側頭回障害ではWernicke 領域の障害により感覚性失語を生ずる。左側の側頭葉と頭頂葉の移行部(角回)障害ではGerstmann症候群(失書、失算、手指失認、左右失認)となる。前頭葉は運動機能とともに判断力や人格統合などを担っており、優位半球のBroca 領域障害では 運動性失語が生じ、広範な障害では人格障害とともに把握反射や吸引反射が観察される。	2011/9/15
p.82 問題3-22 解説(右段)	血管にみられることが多く、欧米では脳動脈硬化との関連も示唆されているが、日本人高齢者による検討では、高血圧や脂質異常症などの全身動脈の粥状硬化との明確な関連は証明されていない。CAA による血管障害は脳葉型の大脳出血(特に前頭葉)、小脳出血、白質脳症、皮質小梗塞・出血があるが、表在性の血腫が最も多く、二次性くも膜下出血も約80%にみられ、再発もきたしやすい。CAA では血管壁の重複化(“double-barrel” lumen)、内膜の閉塞性変化・ヒアリン化、微小動脈瘤様の拡張、フィブリノイド壊死など血管変化(CAA-associated vasculopathies)が生じ、特にフィブリノイド壊死が脳出血と密接に関係していることが知られている。	血管にみられることが多く、欧米では脳動脈硬化との関連も示唆されているが、日本人高齢者による検討では、高血圧や脂質異常症などの全身動脈の粥状硬化との明確な関連は証明されていない。CAA による血管障害は脳葉型の大脳出血、小脳出血、白質脳症、皮質小梗塞・出血があるが、表在性の血腫が最も多く、二次性くも膜下出血も約80%にみられ、再発もきたしやすい。CAA では血管壁の重複化(“double-barrel” lumen)、内膜の閉塞性変化・ヒアリン化、微小動脈瘤様の拡張、フィブリノイド壊死など血管変化(CAA-associated vasculopathies)が生じ、特にフィブリノイド壊死が脳出血と密接に関係していることが知られている。 (右段4行目の「～脳葉型の大脳出血(特に前頭葉)、～」から(特に前頭葉)を省きます)	2011/9/15
p.101 問題3-41		写真(入院時の頭部単純CT)の左下に「左」という字を追加。	2012/1/26
p.116 問題4-8 解説(右段)	るいは網膜の特定の領域と対応するものに限られる。複視や構語障害、嚥下障害、回転性めまいなどはTIA でも認められる症候であるが、これらは脳虚血以外の機序によっても生じることから、これらが単独でみられた場合にはそれだけでは必ずしもTIAとはいえず注意が必要である。そのほか、TIA と認められない症状として、意識障害、痙攣、浮動性めまい、失禁、片頭痛に伴う巣症状や閃輝性暗点などがあげられる。	るいは網膜の特定の領域と対応するものに限られる。 構音障害 や構語障害、嚥下障害、回転性めまいなどはTIA でも認められる症候であるが、これらは脳虚血以外の機序によっても生じることから、これらが単独でみられた場合にはそれだけでは必ずしもTIAとはいえず注意が必要である。そのほか、TIA と認められない症状として、意識障害、痙攣、浮動性めまい、失禁、片頭痛に伴う巣症状や閃輝性暗点などがあげられる。	2012/1/26
p.177 問題5-1	脳梗塞予防のための大規模臨床試験に関し、正しいものを2つ選べ。 a. 2型糖尿病患者では、ピオグリタゾン投与により脳卒中を含む心血管イベントの発症が減少する(PROACTIVE 試験)。	脳梗塞予防のための大規模臨床試験に関し、正しいものを2つ選べ。 a. 2型糖尿病患者では、ピオグリタゾン投与により 脳卒中の再発率が低下する (PROACTIVE試験)。	2011/9/15
p.178 問題5-1 解説(左段1～6行目)	脳梗塞予防のための大規模臨床試験の主要な結果を問う問題で、EBM を実践するうえで欠かすことができない。PROACTIVE 試験 ¹⁾ :2型糖尿病患者において、ピオグリタゾン(アクトス®)投与群ではプラセボ群に比べ 脳卒中を含む心血管イベントの発症率が減少した 。したがって、ピオグリタゾンは糖尿病に伴う 大血管病変 の予防に有効と考えられる。	脳梗塞予防のための大規模臨床試験の主要な結果を問う問題で、EBM を実践するうえで欠かすことができない。PROACTIVE 試験 ¹⁾ :2型糖尿病患者において、ピオグリタゾン(アクトス®)投与群ではプラセボ群に比べ 脳卒中の再発率が低下した 。したがって、ピオグリタゾンは糖尿病に伴う 脳卒中の再発 予防に有効であると考えられる。	2011/9/15
p.219 問題5-43	a. 原発性アルドステロン症 b. 腎血管性高血圧 c. 腎性高血圧 d. 褐色細胞腫 e. <u>偽性アルドステロン症</u>	a. 原発性アルドステロン症 b. 腎血管性高血圧 c. 腎性高血圧 d. 褐色細胞腫 e. 偽性アルドステロン症	2011/10/8
p.265 問題7-2	日本動脈硬化学会の脂質異常症の診断基準に該当するのはどれか。2つ選べ。 a. 総コレステロール240 mg/dL 以上 b. LDL コレステロール140 mg/dL 以上 c. HDL コレステロール50 mg/dL 未満 d. トリグリセリド150 mg/dL 以上 e. <u>空腹時血糖110 mg/dL 以上</u>	日本動脈硬化学会の脂質異常症の診断基準に該当するのはどれか。2つ選べ。 a. 総コレステロール240 mg/dL 以上 b. LDL コレステロール140 mg/dL 以上 c. HDL コレステロール50 mg/dL 未満 d. トリグリセリド150 mg/dL 以上 e. Lp(a)30mg/dL 以上	2012/1/26
p.266 問題7-2 解説(右段)	常症の診断基準は空腹時採血で高LDL コレステロール血症(LDL コレステロール \geq 140 mg/dL)、低HDL コレステロール血症(HDL コレステロール $<$ 40 mg/dL)、もしくは高トリグリセリド血症(トリグリセリド \geq 150 mg/dL)のいずれかを満足することである。脂質異常症の診断に総コレステロール値は含まれておらず、空腹時血糖も関係ない。	常症の診断基準は空腹時採血で高LDL コレステロール血症(LDL コレステロール \geq 140 mg/dL)、低HDL コレステロール血症(HDL コレステロール $<$ 40 mg/dL)、もしくは高トリグリセリド血症(トリグリセリド \geq 150 mg/dL)のいずれかを満足することである。脂質異常症の診断に総コレステロール値や Lp(a)は含まれていない 。	2012/1/26
p.268 問題7-3 解説(右段)	d. Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) 試験でアトルバスタチン1日80 mg はプラセボに比べて脳卒中再発がハザード比で0.84(0.71～0.99)低下したが、絶対値では虚血発作よりもはるかに少ないものの、ハザード比で1.68(1.06～2.59)と明らかにアトルバスタチン大量内服群で出血性脳卒中が増加した4)ので正解。 e. 冠動脈疾患では脂質異常との関連が強く、TNT ではHDL と冠動脈疾患との関連が明らかにされている5)。一次予防のJUPITER においても、心血管疾患とHDL との関連が示されており6)、脳卒中再発に関する『動脈硬化疾患予防ガイドライン』は前述のごとくHDL は40 mg/dL 未満を推奨している。LDL の絶対値のみでなく、HDL との比が最近注目されており、関連が認められていないわけではないので誤り。	d. Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) 試験でアトルバスタチン1日80 mg はプラセボに比べて脳卒中再発がハザード比で0.84(0.71～0.99)低下したが、絶対値では虚血発作よりもはるかに少ないものの、ハザード比で1.68(1.06～2.59)と明らかにアトルバスタチン大量内服群で出血性脳卒中が増加した4)ので正解。 e. 冠動脈疾患では脂質異常との関連が強く、TNT ではHDL と冠動脈疾患との関連が明らかにされている5)。一次予防のJUPITER においても、心血管疾患とHDL との関連が示されており6)、脳卒中再発に関する『動脈硬化疾患予防ガイドライン』は前述のごとくHDL は40 mg/dL 以上 を推奨している。LDL の絶対値のみでなく、HDL との比が最近注目されており、関連が認められていないわけではないので誤り。	2011/11/22
p.272 問題7-7 解説(右段)	派生に重要な役割を果たすと考えられている。Rho キナーゼを阻害し脳血管攣縮を予防するために用いられている薬剤がファスジルである。ミオシン軽鎖リン酸化酵素は活性化されると、アクチンと cross-cycling bridge を起こし平滑筋収縮(血管収縮)をもたらす。 <u>ミオシン軽鎖リン酸化酵素阻害作用を有する化学物質は各種あるが、現時点で臨床応用されている薬剤はない。</u>	派生に重要な役割を果たすと考えられている。Rho キナーゼを阻害し脳血管攣縮を予防するために用いられている薬剤がファスジルである。ミオシン軽鎖リン酸化酵素は活性化されると、アクチンと cross-cycling bridge を起こし平滑筋収縮(血管収縮)をもたらす。 (右段5行目の「ミオシン」から最後までを省きます)	2011/11/22

頁・箇所	訂正前(アンダーライン部に訂正があります)	訂正後(赤字が訂正したところ。一部文章を追加したところもあります)	訂正日時
p.278 問題7-13 解説(左段)	発作性心房細動の発症率は、持続性心房細動のそれと差異がないことが複数の研究で明らかにされている。少なくとも多くの研究の登録基準である、6カ月間に2度以上起こる発作性心房細動では持続性心房細動と同等に抗血栓療法を考えるべきである。心房細動の伴う脳梗塞予防にアスピリンは勧められない。非弁膜性心房細動においてはアスピリンよりワルファリンのほうがはるかに脳梗塞予防効果が高いからである。本邦で行われた前向き研究(JAST 研究)においてアスピリン(150~200mg)の非弁膜性心房細動における脳梗塞予防効果は証明されなかった。メタ解析を行えば、アスピリン療法が非投与群と比較して脳梗塞発症抑制効果を示すが、抑制される脳梗塞は小梗塞のみで、大梗塞の抑制効果はない。したがって、アスピリンに大梗塞になりやすい心原性脳塞栓症の予防効果を期待することはできない。非弁膜性心房細動における脳梗塞のリスク評価にCHADS ₂ スコア(表1)が用いられる。これは脳梗塞の各リスクの頭文字を並べたものである(Congestive heart failure, Hypertension, Age ≥ 75 years old, Diabetes Mellitus, Stroke or TIA)。各リスクに該当すれば1点を、Stroke/TIAのみは2点を付与し、その合計をCHADS ₂ スコアとして算出する(0~6点)。2点を超えると年間脳梗塞発症率が4%を超えるので、2点以上でワルファリン	発作性心房細動の 脳梗塞発症率 は、持続性心房細動のそれと差異がないことが複数の研究で明らかにされている。少なくとも多くの研究の登録基準である、6カ月間に2度以上起こる発作性心房細動では持続性心房細動と同等に抗血栓療法を考えるべきである。心房細動の伴う脳梗塞予防にアスピリンは勧められない。非弁膜性心房細動においてはアスピリンよりワルファリンのほうがはるかに脳梗塞予防効果が高いからである。本邦で行われた前向き研究(JAST 研究)においてアスピリン(150~200mg)の非弁膜性心房細動における脳梗塞予防効果は証明されなかった。メタ解析を行えば、アスピリン療法が非投与群と比較して脳梗塞発症抑制効果を示すが、抑制される脳梗塞は小梗塞のみで、大梗塞の抑制効果はない。したがって、アスピリンに大梗塞になりやすい心原性脳塞栓症の予防効果を期待することはできない。非弁膜性心房細動における脳梗塞のリスク評価にCHADS ₂ スコア(表1)が用いられる。これは脳梗塞の各リスクの頭文字を並べたものである(Congestive heart failure, Hypertension, Age ≥ 75 years old, Diabetes Mellitus, Stroke or TIA)。各リスクに該当すれば1点を、Stroke/TIAのみは2点を付与し、その合計をCHADS ₂ スコアとして算出する(0~6点)。2点を超えると年間脳梗塞発症率が4%を超えるので、2点以上でワルファリン	2014/1/24
p.296 問題8-4 解説(右段)	度2以上が保険給付の対象となる。 c. 装具は治療用であれば保険で、生活用であれば身体障害者福祉法により作製する。介護保険では装具をつくることはできない。 d. 介護老人福祉施設への入所条件は要介護度1以上である。 e. 重度障害者医療費助成の対象は身体障害者手帳3級以下である。	度2以上が保険給付の対象となる。 c. 装具は治療用であれば保険で、生活用であれば身体障害者福祉法により作製する。介護保険では装具をつくることはできない。 d. 介護老人福祉施設への入所条件は要介護度1以上である。 e. 重度障害者医療費助成の対象は身体障害者手帳3級以上である。	2011/9/15
p.303 問題8-12	脳卒中に伴う肩手症候群で誤っているのはどれか。1つ選べ。 a. 手と肩の有通性運動障害を認める。 b. 手指の腫脹と熱感を認める。 c. 麻痺が軽度のときは生じない。 d. 過度の関節可動域訓練で生じる。 e. 温熱療法や星状神経節ブロックを行う。	脳卒中に伴う肩手症候群で誤っているのはどれか。1つ選べ。 a. 手と肩の 有痛性 運動障害を認める。 b. 手指の腫脹と熱感を認める。 c. 麻痺が軽度のときは生じない。 d. 過度の関節可動域訓練で生じる。 e. 温熱療法や星状神経節ブロックを行う。	2011/11/22
p.313 問題8-21	a. 一側性大脳病変では生じない。 b. 口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防に役立つ。 c. 意識障害がある例では注意して直接訓練を行う。 d. 水飲み試験により高い感度と特異度で診断できる。 e. 咽頭期障害では水分より固形物の摂取が困難である。	a. 一側性大脳病変では生じない。 b. 口腔ケアは誤嚥性肺炎の予防に役立つ。 c. 意識障害がある例では注意して直接訓練を行う。 d. 水飲み試験により高い感度と特異度で診断できる。 e. 咽頭期障害では水分より固形物の摂取が困難である。	2011/10/6
p.318 問題8-26 解説(左段1~5行目)	2000年4月より診療報酬の特定入院料に回復期リハビリテーション病棟入院料が新設された。発症後2カ月以内(2006年より3カ月から短縮された)の脳血管疾患、脊髄損傷、大腿骨頸部骨折などの患者が80%以上入院していること(表1)、 専従 の医師1名、理学療法士2名、作業療法士1名以上	2000年4月より診療報酬の特定入院料に回復期リハビリテーション病棟入院料が新設された。発症後2カ月以内(2006年より3カ月から短縮された)の脳血管疾患、脊髄損傷、大腿骨頸部骨折などの患者が80%以上入院していること(表1)、 専任 の医師1名、 専従 の理学療法士2名、 専従 の作業療法士1名以上	2011/9/15
p.352 問題11-1 解説(右段)	い)、入院原因の第1位にもなっている(人口10万対183で、第2位が156の統合失調症など)。このような背景から急性期より慢性期までの治療には医療費の1割弱が費やされているといわれている(2002年国民医療費)。2000年には介護保険が導入され、脳卒中の医療費は見かけ上、減少しているが、それでも国民医療費は癌に次いで約1兆8千億円と第2位にあり、70歳以上では第1位に君臨している。 さらに、死を免れた大勢の脳卒中患者がその後遺症で自立した生活を送ることもできず、その結果、要介護度別に原因疾患の内訳をみると、脳卒中が要介護度群に占める割合は約 4割 ときわめて高い。	い)、入院原因の第1位にもなっている(人口10万対183で、第2位が156の統合失調症など)。このような背景から急性期より慢性期までの治療には医療費の1割弱が費やされているといわれている(2002年国民医療費)。2000年には介護保険が導入され、脳卒中の医療費は見かけ上、減少しているが、それでも国民医療費は癌に次いで約1兆8千億円と第2位にあり、70歳以上では第1位に君臨している。 さらに、死を免れた大勢の脳卒中患者がその後遺症で自立した生活を送ることもできず、その結果、要介護度別に原因疾患の内訳をみると、脳卒中が要介護度群に占める割合は約 3割 ときわめて高い。	2011/9/15