

TSH分泌低下症の診断と治療の手引き（平成21年度改訂）

TSH分泌低下症の診断の手引き

I. 主症候

1. 耐寒能の低下
2. 不活発
3. 皮膚乾燥
4. 徐脈
5. 脱毛
6. 発育障害

II. 検査所見

1. 血中TSHは高値ではない（注意1）。
2. TSH分泌刺激試験（TRH負荷など）に対して、血中TSHは低反応ないし無反応。但し、視床下部性の場合は、TRHの1回または連続投与で正常反応を示すことがある（注意1、2）。
3. 血中甲状腺ホルモン（free T4、free T3など）の低値（注意3）。

III. 除外規定

TSH分泌を低下させる薬剤投与を除く。

IV. 注意点

1. 中枢性甲状腺機能低下症の約半数では、血中TSHは正常ないし軽度高値を示す。生物活性の乏しいTSHが分泌されている可能性がある。TRH負荷前後の血中freeT3増加率は、原発性甲状腺機能低下症を除外できれば、生物活性の乏しいTSHが分泌されている可能性の鑑別に参考になる。
2. TRH受容体異常によって、血中TSHの低値と分泌刺激試験での血中TSHの低反応が認められることがある（下記6-3の5参照）。
3. 血中free T3が低値、free T4が正常の場合には、low T3 syndromeが疑われる。

[診断の基準]

確実例 I の1項目以上とIIの3項目を満たす。

TSH分泌低下症の治療の手引き

I. 治療の基本

甲状腺ホルモンによる補充療法。

II. 治療の実際

特別な理由がない場合は甲状腺ホルモン製剤（レボチロキシナトリウム、T4製剤）を経口投与する。投与量は血中free T4濃度を正常上限を示す量とする。血中TSH濃度は治療効果の指標にはならない。治療に際しては、少量（12.5～25 μ g、分1）から開始し、最初は1～2週の間隔で経過を観察し、副作用がなければ段階的に増量して維持量（ \sim 2.5 μ g/kg、分1）とする。狭心症、心筋梗塞、不整脈を有する症例の治療に際しては、これらの疾患を増悪させる可能性があるので注意を要する。副腎不全を合併する場合には、副腎皮質ホルモン治療を開始後に甲状腺ホルモン製剤を投与する。とくに高齢者においては、副作用の評価が困難な場合があるので、出来るだけ少量から開始し経過を注意深く観察することが望ましい。

治療を急ぐ場合や、稀ではあるがT4製剤にアレルギー反応を示す場合には、甲状腺ホルモン製剤（リオチロニンナトリウム、T3製剤）を投与する。初回投与量は1日10～25 μ g、分2～3とし、1～2週の間隔で経過を観察し、副作用がなければ段階的に増量して維持量（ \sim 1 μ g/kg、分2～3）とする。

III. 注意点

- 1 先天性TSH分泌低下症では、生後出来るだけ早期からT4製剤5～10 μ g/体重、分1を経口投与する。生涯にわたって甲状腺機能を維持する必要がある。但し、発育に伴って必要量が変化するので適宜増減する。
- 2 TRH単独欠損症
TSH単独欠損症に準じるが、軽症のことが多い。