

第 2 1 6 回茨城県内科学会

日 時 令和元年 6 月 1 5 日 (土)
14 : 00 ~ 1 7 : 00

会 場 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター
1 階災害医療センター

当番幹事 小國英一
(茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 神経内科部長)

The map shows the location of Chūetsu Keizai Kaisha, Ltd. (県立中央病院) in Niigata City. The hospital is marked with a red square and labeled in a red box. The map includes major roads like the Toei Expressway (常磐自動車道), National Route 105 (国道105号), and National Route 30 (国道30号). It also shows the location of the Niigata City Central Hospital (県立中央病院) and the Niigata City Central Hospital (県立中央病院).

赤柰の大会議室が幹事会の会場です

第 2 1 6 回茨城県内科学会

日 時 令和元年 6 月 15 日 (土) 14:00～17:00
場 所 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 1 階災害医療センター
当番幹事 小國英一 (茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 神経内科部長)

●座長・演者の方々へのご案内

- ①発表開始予定時刻の 20 分前までに、受付に於いて出席確認をお受けください。
- ②演題発表時間は、1 演題につき 5 分・質疑応答 3 分 (合計 8 分) です。
- ③発表形式は、全て Windows 版パワーポイントによる口演とし、先にご案内したとおり、発表されるスライドはファイルを 6 月 6 日 (木) までに CD-ROM (CD-R/RW を含む)・USB メモリーのいずれかの媒体で事務局に送付してください。なお、メディアは当日返却いたします。
- ④映写は液晶プロジェクターを 1 台用意します。映写枚数は 10 枚程度とします。
- ⑤その他、ご要望がありましたら事前にご相談ください。
- ⑥同日同施設内で「乳腺外科学会茨城地方会」が開催されております。会場をお間違いないようにご注意ください。

●参加者の方々へのご案内

- ①日本医師会生涯教育講座単位 (1 講座 1 単位) 申請をご希望の方は受付時にお申し出ください。
- ②筑波大学レジデントレクチャー (演者 2 単位・参加者 1 単位) としての認定を受けています。

●第 2 1 6 回当番幹事

連絡先: 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 小國英一
〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵 6528
Tel: 0296-77-1121 Fax: 0296-77-2886

●茨城県内科学会事務局

連絡先: 総合病院土浦協同病院
〒300-0028 茨城県土浦市おおつ野四丁目 1-1
Tel 029-830-3711 Fax 029-846-3721
e-mail: secretary@tkgh.jp

プログラム

会長挨拶 14:00～14:05 酒井義法（総合病院土浦協同病院 院長）

一般演題（１）

14:05～14:29 座長 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 大関瑞治

1. 長期にわたり形態変化に乏しく慎重経過観察中の多発胃神経内分泌腫瘍の一例

筑波記念病院 消化器内科

○根本佳那江、小林真理子、岩井健太郎、越智大介、大塚公一朗、添田敦子、池澤和人

2. 血便を契機に診断された好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科

○児玉應浩、宗像紅里、中川美由貴、金野直言、高橋幸治、大川原 健、青木洋平、柏村 浩、仁平 武

3. 心肺停止蘇生後の低カリウム血症から診断された原発性アルドステロン症の一例

株式会社日立製作所日立総合病院 代謝内分泌内科

○森川 亮、高島佑典

一般演題（２）

14:29～15:01 座長 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 小國英一

4. ニボルマブ使用中に自己免疫性脳炎との鑑別が必要な水痘帯状疱疹ウイルス脳炎を発症した肺癌の1例

東京医科大学茨城医療センター 呼吸器内科¹⁾、東京医科大学病院 感染制御部²⁾

○渡邊裕介^{1),2)}、菊池亮太¹⁾、岩井悠希¹⁾、伊藤昌之¹⁾、青柴和徹¹⁾、中村博幸¹⁾

5. 食後の呼吸困難を契機に確定診断に至った球脊髄性筋萎縮症の1例

茨城県立中央病院神経内科¹⁾、同 総合診療科²⁾、同 救急科³⁾

○小野晴香^{1,2,3)}、松下俊介³⁾、三宅善嗣¹⁾、関根良介³⁾、関 昇子²⁾、関 義元²⁾、
小國英一¹⁾

6. クエチアピンにより急激な血糖上昇を生じた糖尿病の1例

茨城県立中央病院 初期研修医¹⁾、同 内分泌代謝・糖尿病内科²⁾

○保坂優希¹⁾、志鎌明人²⁾

7. 低血糖の原因としてインスリン製剤の誤用が疑われた一例

茨城県立中央病院 総合診療科¹⁾、同 内分泌代謝・糖尿病内科²⁾

○小原隼斗¹⁾、秋山稜介¹⁾、志鎌明人²⁾、境 達郎¹⁾、関 昇子¹⁾、関 義元¹⁾

一般演題（3）

15:01～15:33 座長 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 鎬木孝之

8. 頬部紅斑、発熱、関節痛で発症し、ヒドロキシクロロキン(HCQ)が有効であった全身性エリテマトーデス(SLE)の1例

土浦協同病院 膠原病リウマチ内科

○西山泰平、高橋秀典、梅田直人、酒井義法

9. 比較的急速に発症し、進行した珪肺の1例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 内科診療部呼吸器内科

○嶋田貴文、久保田翔太、川島 海、平野 瞳、北岡有香、荒井直樹、
兵頭健太郎、金澤 潤、中澤篤人、三浦由記子、大石修司、林原賢治、
齋藤武文

10. *Acinetobacter baumannii* による重症市中肺炎の一例

水戸医療センター 呼吸器科

○大山真司、山岸哲也、酒井千緒、太田恭子、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

11. 喀痰検査から *Arthrographis* を検出し剖検を行った肺癌の一例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 呼吸器内科

○深谷美里、山田 豊、松倉しほり、田村智宏、吉川弥須子、山口昭三郎、
橋本幾太、鏑木孝之

一般演題（４）

15:33～15:57 座長 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 藤尾高行

12. Isolated pauci-immune pulmonary capillaritis の 1 例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 内科診療部呼吸器内科

○川島 海、久保田翔太、嶋田貴文、藪内悠貴、平野 瞳、北岡有香、
荒井直樹、兵頭健太郎、中澤篤人、金澤 潤、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

13. 糸球体腎炎との鑑別を要した運動後急性腎不全の 1 例

JAとりで総合医療センター 腎臓内科

○尾田 陸、近藤円香、伊原史崇、大橋敦希、戸島範之、小原由達、田中智美、
前田益孝

14. 免疫抑制剤内服中に、豚肉の加熱不十分で感染した E 型肝炎の一例

筑波記念病院 血液内科

○堀井裕司、鈴木幸恵、福田匡芳、一色雄裕、田岡謙一、佐藤祐二、
池澤和人、長澤俊郎

特別講演

16:00～17:00 座長 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 小國英一

「当施設で行っている睡眠時無呼吸症候群について」

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター
予防医療センター長 片田 正一 先生

閉会挨拶 17:00～17:05 小國英一

(茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 神経内科部長)

幹事会 17:10～

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 2階大会議室

特別講演

「当施設で行っている睡眠時無呼吸症候群について」

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター
予防医療センター長 片田 正一

睡眠障害の1つに睡眠時無呼吸症候群（SAS）がある。2003年（平成15年）2月の山陽新幹線運転士の居眠り事件から睡眠時無呼吸症候群という病名は日本中に知れわたるところとなった。睡眠時無呼吸症候群は日中の眠気だけでなく肥満に伴う生活習慣病やメタボリックシンドロームと密接に関連し高血圧、脂質異常、耐糖能異常を高率に合併するため、心血管病、脳血管疾患、慢性腎疾患をはじめあらゆる病気の背後に潜んでいる。睡眠時無呼吸症候群についての正確な知識を多くの医療関係者に広める必要がある。2012年に人間ドック科に勤務を始めた際前病院長からの指示で睡眠時無呼吸症候群外来を開設し診療を続けてきた。

昨年度は簡易SAS検査：231人、PSG（病院装着在宅記録）：33人、昨年度末にCPAP通院患者数：426人となった。当科での睡眠時無呼吸症候群に関連する症候の考え方、診断・治療の進め方についてお話させていただく。

一般演題

1. 長期にわたり形態変化に乏しく慎重経過観察中の多発胃神経内分泌腫瘍の一例

筑波記念病院 消化器内科

○根本佳那江（ねもと かなえ）、小林真理子、岩井健太郎、越智大介、
大塚公一朗、添田敦子、池澤和人

【背景】胃神経内分泌腫瘍（neuroendocrine tumor, NET）1型は、A型胃炎を背景に高ガストリン血症を原因として発症する疾患である。低悪性度が多くその治療方針は慎重経過観察、内視鏡切除、幽門洞切除、胃全摘術など多岐にわたり未だ議論が多い。

【症例】70歳代男性。心房性不整脈にて循環器内科を通院中の2002年頃から舌炎を繰り返していた。2003年ビタミンB12（Vit B12）低下による大球性貧血を発症するも、上部消化管内視鏡検査（EGD）では穹隆部の発赤を認めたのみでA型胃炎を疑う所見はなかった。Vit B12の補充療法により大球性貧血と舌炎は改善し同剤の定期的投与が続けられた。2010年のEGD再検では、胃体部大弯に5mm大のやや発赤した隆起性病変が多発していたが、経過観察となった。2014年のEGDでも多発隆起性病変を認めたが、形態変化は軽微であり生検は施行しなかった。一方で胃体上部の萎縮性変化が顕在化しA型胃炎に合致した所見が得られた。2019年のEGDでは隆起性病変はやや黄色調となり一部に血管拡張が目立つ病変も認め、病理組織検査にてNET G1の診断に至った。血清ガストリンは1795 pg/mlと上昇し抗壁細胞抗体も陽性であったことから、A型胃炎に合併した多発胃NETと診断した。造影CT検査では遠隔転移やリンパ節転移を認めず、9年間の経過でもわずかな変化に留まることから、慎重経過観察を選択した。

【考察】Vit B12欠乏性貧血の経過観察中に診断に至った多発胃NETの一例を経験した。2010年のEGDで既にNETに矛盾しない隆起性病変を認めており、長期にわたって僅かな変化のみで経過したと考える。A型胃炎を背景とした多発胃NETは腫瘍関連死を認めないとの報告も多く、本例のように慎重経過観察を適切に選択し過度な治療を回避する症例の蓄積が今後必要と考える。

2. 血便を契機に診断された好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科

○児玉應浩(こだま のぶひろ)、宗像紅里、中川美由貴、金野直言、高橋幸治、
大川原 健、青木洋平、柏村 浩、仁平 武

【症例】33歳、女性。

【主訴】発熱、腹痛、血便。

【既往歴】気管支喘息、好酸球性肺炎

【現病歴】20XX-16年頃に関節リウマチが疑われPSLの内服が開始された。20XX-6年に好酸球性肺炎の診断にてPSLが増量され、以降増減を繰り返していた。20XX-1年に関節リウマチは否定的と診断されたことをきっかけにPSLの内服を自己中断された。20XX年3月下旬ころより発熱を認め、その後腹痛と血便が出現したため紹介受診となった。腹痛や血便のほかに左足背に紫斑と痺れを認め、血液検査では白血球数 $31400/\mu\text{l}$ (好酸球52%)、CRP 5.8mg/dlと上昇していた。CTでは直腸～S状結腸まで壁肥厚を認めたため、直腸ファイバーを施行したところ同部位で浅い潰瘍が多発していた。好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)を疑い、皮膚と大腸粘膜より生検を施行したが血管炎や肉芽腫は認めなかった。症状や気管支喘息の既往、血液検査よりEGPAと診断し、20XX年4月7日よりPSL55mg/dayの投与を開始した。治療開始後は速やかに症状の改善が得られ、PSLを徐々に漸減した。PSL35mg/dayまで減量したところで退院となった。

【考察】EGPAは細小血管レベルを侵す血管炎症候群の1病型であり、約30-50%の症例で消化器障害を有する。しばしば経過中に消化管穿孔などの重篤な合併症を認めることも報告されている。今回ステロイド療法により速やかに臨床症状の改善が得られた一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

3. 心肺停止蘇生後の低カリウム血症から診断された原発性アルドステロン症の一例

株式会社日立製作所日立総合病院 代謝内分泌内科

○森川 亮（もりかわ りょう）、高島佑典

【症例】 51歳女性

【病歴】 X-3年頃より高血圧があり治療していたが自己中断。X年9月帰宅後に倒れ救急要請。AEDでVf波形を認め4回の除細動後に心拍再開し当院救急搬送された。

【経過】 採血でK1.6mmol/Lと低カリウム血症を認めた。アルドステロン345pg/mlと高値を認めCTで副腎結節を指摘されたことから原発性アルドステロン症が疑われカプトリル検査・生食負荷試験で陽性となり原発性アルドステロン症と診断した。副腎静脈サンプリングを施行し左副腎からのアルドステロン過剰産生と右副腎の産生抑制を認め左副腎アルドステロン産生腫瘍による原発性アルドステロン症と診断した。低カリウム血症のためアスパラギン酸カリウムの内服を要したがスピロノラクトン開始後はカリウムは正常化した。

【結語】 原発性アルドステロン症による低カリウム血症から致死性不整脈を発症し心停止に至った症例を経験した。高血圧治療開始時にアルドステロン症の評価がされていれば心停止は避けられたと考えられアルドステロン症の評価を行うことは重要である。

4. ニボルマブ使用中に自己免疫性脳炎との鑑別が必要な水痘帯状疱疹ウイルス脳炎を発症した肺癌の1例

東京医科大学茨城医療センター 呼吸器内科¹⁾

東京医科大学病院 感染制御部²⁾

○渡邊裕介（わたなべ ゆうすけ）^{1), 2)}、菊池亮太¹⁾、岩井悠希¹⁾、伊藤昌之¹⁾、
青柴和徹¹⁾、中村博幸¹⁾

【症例】70 歳女性。肺腺癌 StageⅢB に対してカルボプラチン+ペメトレキセド (1st-line) とアフアチニブ (2nd-line) を使用後、3rd-line としてニボルマブ (240 mg) を投与されていたが、31 コース目の投与5 日目に全身倦怠感が出現して入院した。入院時に右大腿部に疼痛を伴う浮腫性紅斑が認められたが、入院2 日目に意識障害 (GCS: E3V4M5) と 38.1℃の発熱および頭痛が出現した。当初、ニボルマブによる自己免疫性脳炎を疑ったが、頭部 MRI では異常がなく、髄液検査では白血球 (340/mm³) と単核球 (260/mm³) および総蛋白 (488 mg/dL) の上昇が認められ、さらに皮疹を合併していたことから、水痘帯状疱疹ウイルス (VZV) 脳炎を疑い、アシクロビル (ACV: 250 mg x 1 日 2 回) の投与を開始した。その後、髄液の VZV-PCR 検査が陽性 (1.1×10⁴copy/mL) であることが判明し、VZV 脳炎と診断した。ACV 開始後、臨床症状と検査所見は改善し、2 週間後には ACV を終了したが再発を認めなかった。

【考察】VZV に対する免疫機構には NK 細胞や CD8 陽性 T 細胞が関与している。免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は細胞障害性 T 細胞を活性化して VZV の排除を促進すると考えられるが、一方では ICI による免疫再構築症候群様の病態も指摘されている。ICI による免疫関連有害事象のなかでは自己免疫性脳炎は重症例が多く、適切な診断と速やかなステロイド治療が必要である。本症例では、ニボルマブ投与中に意識障害が出現したために自己免疫性脳炎が疑われたが、皮疹の存在を契機として VZV 脳炎の診断に至った。ICI 投与中に意識障害を生じた症例では、自己免疫性脳炎としてステロイド治療を開始する前に皮疹の有無を確認すべきと考えられた。

5. 食後の呼吸困難を契機に確定診断に至った球脊髄性筋萎縮症の1例

茨城県立中央病院神経内科¹⁾、同 総合診療科²⁾、同 救急科³⁾

○小野晴香（おの はるか）^{1,2,3)}、松下俊介³⁾、三宅善嗣¹⁾、関根良介³⁾、
関 昇子²⁾、関 義元²⁾、小國英一¹⁾

【症 例】48 歳男性

【主 訴】呼吸困難・全身の震え・発汗亢進

【既往歴】ネギ・タマネギアレルギー（自称）、喘息、右大腿筋力低下、呼吸困難、体重減少

【家族歴】父親：肝硬変

母方叔父2名：球脊髄性筋萎縮症（うち1名当院で死去：享年71歳）

【現病歴】某日昼食に焼きそばとチャーハンを食べた。その約2時間後に頸部の発赤とともに呼吸困難が出現し、当院救急外来に搬送された。アナフィラキシーショックと診断し、入院のうえアドレナリン0.3mg筋注2回、ジアゼパム2.5mg、ガスター20mg、ポララミン5mg、デカドロン3.3mg投与を行った。入院4時間後には症状が軽快したため、フェキソフェナジン60mg、ラニチジン150mgを処方し、翌日退院した。

退院3日後の外来受診時に、アドレナリン筋注後に「視界が開けるような感じがした」との発言から、アドレナリン投与が有効と判断し、エピペン0.3mg1本、フェキソフェナジン60mgを処方し帰宅させた。同日の夕食時に米飯、鶏肉、人参の炒め物、冷奴を食した。食事開始から約10分後に頸部から前胸部にかけての発赤、発汗亢進、全身の震え、呼吸困難を自覚。約5時間後、症状が増悪したため当院救急外来へ再度搬送された。外来にて、ガスター20mg、ポララミン5mg、ソルコーテフ100mg投与により症状が軽快したが、原因検索目的で入院となった。

【検査所見・結論】入院後血液検査にて、食物特異的IgE値の上昇なく、甲状腺機能も正常であった。家族歴と筋力低下の既往から球脊髄性筋萎縮症を疑い、また本疾患ではしばしば喉頭痙攣による呼吸困難を呈するとされるため、針筋電図にて頭頸部・右上下肢の被験筋すべてに神経原性変化を確認し運動ニューロン疾患に矛盾しないことを確認した。さらに、遺伝子検査を実施し、球脊髄性筋萎縮症と診断した。

6. クエチアピンにより急激な血糖上昇を生じた糖尿病の1例

茨城県立中央病院 初期研修医¹⁾、同 内分泌代謝・糖尿病内科²⁾

○保坂優希(ほさか ゆき)¹⁾、志鎌明人²⁾

【症例】47歳、男性

【主訴】口渇、多飲、多尿、全身倦怠感

【現病歴】X-3年より高血圧症、脂質異常症、肥満症でA医院へ通院されていた(同年6月随時血糖値 130 mg/dL, HbA1c 5.5%)。同年8月B病院でうつ病と診断され、X-2年1月クエチアピン 25 mgを開始され、以後200 mgまで漸増された。X-1年11月A医院にて随時血糖値 309 mg/dL, HbA1c 9.8%であり、糖尿病と診断され、ルセオグリフロジン 2.5 mgを開始された。X年1月より食欲亢進を自覚し、以後もHbA1c 12%台で経過していた。同年4月、口渇、多飲、多尿、全身倦怠感を主訴に当院救急外来を受診。随時血糖値 448 mg/dL, HbA1c 13.0%であり、高血糖症状が著明であったため同日当科へ入院となった。食事療法、強化インスリン療法を導入し、クエチアピンは中止とした。入院後検査にてCPI 2.9, 尿中CPR 134 μ g/日と内因性インスリン分泌は保たれており、第4病日よりメトホルミン 500 mgを開始し1500 mgまで漸増、インスリンは漸減し第9病日に中止とし、第13病日に退院となった。退院後も現在まで血糖コントロールは安定して経過している。

【考察】クエチアピンなどの第二世代抗精神病薬は、食欲亢進、体重増加によるインスリン抵抗性増大などにより高血糖を惹起することがあり、糖尿病ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群による死亡例も報告されている。そのため、クエチアピンは、糖尿病の患者、糖尿病の既往歴のある患者には禁忌となっている。本症例は、クエチアピン開始前は糖尿病ではなかったが、糖尿病の家族歴、1度肥満、脂質異常症を有しており、クエチアピンにより食欲亢進、体重増加を来し、インスリン抵抗性増大を介して糖尿病を発症したと考えられた。第二世代抗精神病薬開始に当たり、糖尿病家族歴や耐糖能異常、肥満といった糖尿病の危険因子を有する場合は、食欲亢進、体重増加、口渇・多飲・多尿などの高血糖症状の有無について慎重に観察するとともに、定期的な血糖値測定が重要であると考えられた。

7. 低血糖の原因としてインスリン製剤の誤用が疑われた一例

茨城県立中央病院 総合診療科¹⁾、同 内分泌代謝・糖尿病内科²⁾

○小原隼斗（おばら はやと）¹⁾、秋山稜介¹⁾、志鎌明人²⁾、境 達郎¹⁾、
関 昇子¹⁾、関 義元¹⁾

【症例】45歳女性。Basedow 病の診断で Thiamazole を内服しているが、これまで耐糖能異常の指摘はなかった。入院前日の夜まで普段通りであったが、入院当日未明に悪心と意識障害とを主訴に当院へ救急搬送された。簡易血糖測定で 42mg/dL であったため、50%ブドウ糖液 40mL を投与され、血糖低下なく症状改善したため帰宅となった。しかし、同日日中に意識障害を主訴に再度当院へ搬送された。搬送時の簡易血糖測定で血糖 20mg/dL 未満であり、50%ブドウ糖液を反復投与しても低血糖を繰り返しており、低血糖の精査・治療目的に同日当科へ入院した。ブドウ糖加維持輸液の持続静注を開始したが、低血糖ならびに意識障害が遷延し、ブドウ糖 50g/時を負荷し血糖値を維持した。入院時の腹部造影 CT 検査では明らかな腫瘍性病変は認めなかった。入院4日目よりブドウ糖負荷を漸減し、低血糖を認めなくなったため、入院 11 日目に退院した。入院時インスリン値 191.2 μ U/mL（血糖 38mg/dL）、入院4日目インスリン値 32.4 μ U/mL（血糖 61mg/dL）であった。また、インスリン抗体は陰性であった。

【考察】低血糖の原因として飢餓、敗血症、薬剤性（Thiamazole、リポ酸によるインスリン自己免疫症候群、ミュンヒハウゼン症候群）、インスリノーマなどを考慮した。経過ならびに入院中の精査より飢餓、敗血症を除外し、インスリン抗体陰性であることからインスリン自己免疫症候群の可能性は低いと判断した。低血糖時のインスリン値が高値であり、その後低下を認めている点からは外因性インスリンがより疑わしいと考えられた。母が糖尿病の診断でインスリン製剤（Liraglutide、Insulin degludec）を処方されており、同薬が原因の可能性はある。

8. 頬部紅斑、発熱、関節痛で発症し、ヒドロキシクロロキン（HCQ）が有効であった全身性エリテマトーデス（SLE）の1例

土浦協同病院 膠原病リウマチ内科

○西山泰平（にしやま たいへい）、高橋秀典、梅田直人、酒井義法

【症例】16歳、男性。

【主訴】皮疹、発熱、関節痛。

【現病歴】X年12月頃より関節痛、頬部紅斑、上肢体幹の紅斑が出現し、全身性エリテマトーデス(SLE)疑いとして当院当科を紹介受診した。受診時、抗核抗体は160倍と上昇を認めていたものの、抗DNA抗体価、抗Sm抗体価の上昇を認めず、血液、尿検査で異常所見を認めなかったため、SLEの分類基準を満たさず経過観察された。X+1年3月頃、39℃の発熱、硬口蓋の無痛性潰瘍、頬部および上肢体幹部の紅斑増悪を認め、血液検査でC3 60.7 mg/dL、C4 16.8 mg/dLと補体低値、リンパ球数480/ μ Lと減少、血小板数12万/ μ Lと減少、AST 145 IU/L、ALT 88 IU/Lと肝酵素上昇を認めたため、精査加療目的に入院となった。

【入院後経過】SLEのACR分類基準で5項目（頬部紅斑、口腔内潰瘍、関節炎、血液学的異常、抗核抗体陽性）を満たしたため、SLEと診断した。入院後も補体、血小板数の低下が続き、C3 55.1 mg/dL、C4 8.7 mg/dL、血小板数11万/ μ Lとなったため、プレドニゾロン(PSL)50mgで治療を開始し、タクロリムス(TAC)を追加した。しかし、頬部および上肢体幹の紅斑、補体低値、血小板数低下の改善を認めず、ヒドロキシクロロキン(HCQ)を追加したところ、頬部および上肢体幹の紅斑は改善し、補体はC3 98.1 mg/dL、C4 16.8 mg/dL、血小板数は17.3万/ μ Lまで改善した。

【考察】HCQはSLEの関節炎、皮疹に対して有効性が示されているが、その他の病変に対する有効性は十分に検討されていない。本症例では、HCQを導入したことにより頬部紅斑、上肢体幹の紅斑の著明な改善を認めたことに加え、補体低値、血小板減少の改善も認められており、これらの病変に対してHCQが有効である可能性が示唆された。

9. 比較的急速に発症し、進行した珪肺の1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター 内科診療部呼吸器内科
○嶋田貴文(しまだ たかふみ)、久保田翔太、川島 海、平野 瞳、北岡有香、
荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、中澤篤人、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

【緒言】珪肺は遊離ケイ酸の吸入により生じるじん肺であり、発症様式により古典的珪肺、急進珪肺、急性珪肺に分類される。急性珪肺は、高濃度遊離ケイ酸を数年、または数ヶ月の吸入することで発症する稀な珪肺とされる。今回、職業性粉塵吸入により比較的急速に発症し、進行した珪肺の1例を経験したので報告する。

【症例】40 歳男性

【受診理由】胸部異常陰影

【現病歴】X-2 年より自動車ガラスインク製造業に従事している特に既往歴のない40 歳男性。X-2 年の会社の健康診断で胸部異常陰影を指摘されていたが精査はされていなかった。X-1 年 10 月の会社の健診で胸部異常陰影を指摘され、前医を受診し、精査目的に X 年 2 月に当院紹介受診となった。

【経過】当院受診時の CT で両側上葉の塊状線維巣と多発縦隔リンパ節腫大を認めた。気管支鏡検査を行い、経気管支肺生検では珪肺結節を含め特記すべき所見を認めず、気管支肺泡洗浄では好中球分画の軽度上昇を伴う細胞数の増加と CD4/8 比の低下を認めた。多発縦隔リンパ節腫大の鑑別として、サルコイドーシスやリンパ増殖性疾患等を挙げ、EBUS-TBNA を行ったが、類上皮肉芽腫や悪性所見は得られなかった。画像上大陰影を認め、職業上のガラス粉塵の吸入歴があること、他疾患が否定的であることから、珪肺と診断した。呼吸機能検査等で著しい肺機能の障害を認めず、じん肺管理区分 3(ロ)として就労措置を行っていく方針とした。

【考察】本症例は遊離ケイ酸の被爆後数年で発症、進行しており急性珪肺と考えられた。急性珪肺は通常の珪肺の病態と異なり、肺胞蛋白症と類似したケイ素蛋白症により、画像上、小葉間隔壁肥厚、crazy paving appearance といった肺胞蛋白症と同様の所見を呈するとされる。しかし、本症例において、画像上小葉間隔壁の肥厚は目立たず、塊状線維巣を主体とする通常の珪肺の所見を呈しており、急性珪肺の病態としては非典型的であると考えられた。

【結語】急性珪肺の1例を経験した。

10. *Acinetobacter baumannii* による重症市中肺炎の一例

水戸医療センター 呼吸器科

○大山真司（おおやま しんじ）、山岸哲也、酒井千緒、太田恭子、沼田岳士、
箭内英俊、遠藤健夫

【緒言】アシネトバクター属は一般に院内感染を引き起こす病原体であり、市中肺炎の起因菌として検出されることは稀である。今回、*Acinetobacter baumannii* による市中肺炎及び敗血症の一例を経験したので報告する。

【症例】84 歳男性。自宅での ADL は自立しており、特記すべき既往は無かった。1 日前からの発熱を主訴に近医を受診し、肺炎の診断で当院へ紹介された。胸部 X 線及び CT で右中葉・下葉と左下葉に大葉性の浸潤影を認め、細菌性肺炎と診断した。来院時点で呼吸不全と敗血症性ショックを呈していたが、抗菌薬投与、人工呼吸器管理、大量補液とノルアドレナリン投与により軽快した。喀痰・血液培養から *Acinetobacter baumannii* が検出され、起因菌と考えられた。経過中に心不全を合併したが改善し、第 29 病日に自宅へ退院した。

【考察】アシネトバクター属は、日和見感染や人工呼吸器関連肺炎等で問題となる微生物である。本菌が起因菌となる市中肺炎は、海外の熱帯域においては散見されるものの、本邦における症例報告は数例認めるのみである。本菌による市中肺炎はしばしばショックや ARDS、多臓器不全をきたすことが知られている。本邦の報告についても、そのほとんどが劇症型の転機をたどっており、入院後速やかに死に至った報告も多い。本症例は 84 歳と高齢であったが、感受性のある抗菌薬投与、ショックや呼吸不全に対する集学的治療が迅速に行えたことで、救命につながったと考えられる。

【結語】劇症型の市中肺炎においては、頻度としては稀であるもののアシネトバクター属も念頭に置き、早期に適切な広域抗菌薬投与を行うことが救命につながる。

11. 喀痰検査から Arthrographis を検出し剖検を行った肺癌の一例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 呼吸器内科

○深谷美里（ふかや みさと）、山田 豊、松倉しほり、田村智宏、吉川弥須子、山口昭三郎、橋本幾太、鏑木孝之

症例は80歳代男性。2018年6月頃からのオレンジ色の喀痰を自覚していた。同年12月になりかかりつけ医受診時に上記主訴があり、レントゲンで左中肺野の浸潤影、腫瘤影を認めたため12月末に当院紹介受診。当院で施行した胸部CTで左上葉に空洞を伴う浸潤影を認めた。肺癌および肺アスペルギルス症を疑い、翌年の1月に気管支鏡、PET/CT 予定となっていた。初診時の喀痰細胞診では carcinoma との診断で組織型の判別ができなかった。

また、喀痰培養検査では糸状菌が認められ、同定検査を行った。気管支鏡予定日に38℃台の発熱があり、折しもインフルエンザ流行時期であったことから気管支鏡は見送られ、PET/CT を優先する方針となった。1月中旬に体動困難となり当院に救急搬送され、左肺無気肺、呼吸不全のため入院となった。入院後に初診時の培養検査で Arthrographis sp. が検出されたが、入院時喀痰からは同菌は検出されなかった。その後肺炎の治療を行ったが経口摂取困難、呼吸不全状態が遷延した。徐々に衰弱が進行し2月末に永眠された。

初診時の喀痰培養から稀な真菌が検出されたこと、肺癌の組織診断ができていなかったことなどから御家族の御意向もあり病理解剖となった。

肺真菌症を強く疑い、病理解剖となった肺癌の一例を経験したので報告する。

12. Isolated pauci-immune pulmonary capillaritis の1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

内科診療部呼吸器内科

○川島 海（かわしま かい）、久保田翔太、嶋田貴文、藪内悠貴、平野 瞳、
北岡有香、荒井直樹、兵頭健太郎、中澤篤人、金澤 潤、三浦由記子、
大石修司、林原賢治、齋藤武文

【緒言】 Isolated pauci-immune pulmonary capillaritis（以下 IIPIC）とは、1997年に Jennings により提唱された病態であるが、血清学的に抗好中球細胞質抗体などの各種自己抗体が陰性かつ全身の血管炎を伴わず肺に限局した毛細血管炎であり、その臨床的な特徴として肺泡出血が初発の徴候となることが多い。今回、肺泡出血を契機に IIPIC と診断された1例を経験したため若干の文献的考察を踏まえ発表する。

【症例】 72 歳・男性

【主訴】 労作時呼吸困難、血痰

【現病歴】 心房細動に対して warfarin 内服中の高齢男性。受診1ヶ月前より労作時呼吸困難（mMRC 3）を自覚しており、受診前日の夜間に血痰の出現と呼吸困難の増悪があり当院受診となった。

【経過】 入院同日に気管支鏡検査を施行し、右 B5 から気管支肺泡洗浄を施行した（回収 104/150ml）。気管支肺泡洗浄液は肉眼的に濃度勾配を認めた他に病理学的にヘモジデリン貪食マクロファージが認められ肺泡出血と診断した。肺泡出血を来しうる膠原病、全身性血管炎については各種自己抗体を提出したがいずれも陰性であった。気管支肺泡洗浄液の細胞数は $5.0 \times 10^5 / \text{ml}$ と上昇を認め、リンパ球分画が 10%、好中球分画が 12%であり肺毛細血管炎を反映しているものと考え IIPIC と診断した。治療としては合併したうつ血性心不全に対して hANP および NPPV による呼吸管理を行いつつ、methylprednisolone によるステロイドパルス療法を行った。治療開始後は呼吸状態の改善および胸部レントゲンでの陰影の改善が認められ、現在 prednisolone 内服による後療法を行っている。

【結語】 肺泡出血を初発の徴候として IIPIC と診断された1例を報告した。

13. 糸球体腎炎との鑑別を要した運動後急性腎不全の 1 例

J A とりで総合医療センター 腎臓内科

○尾田 陸（おだ りく）、近藤円香、伊原史崇、大橋敦希、戸島範之、
小原由達、田中智美、前田益孝

症例は 17 歳男性で、激しい無酸素運動を行った数時間後に腰痛、嘔気を自覚して夜間に当院救急外来を受診した。腰痛症の診断で NSAIDs の処方経過観察とされたが、翌日にも症状は改善せず前医を受診した。尿蛋白(3+)、尿潜血(2+)、血清クレアチニン 3.8 mg/dl から急性腎不全が疑われ、補液を施行された。発症 2 日後に血清クレアチニン 4.8 mg/dl と腎機能がさらに悪化したために当院を紹介受診した。腎前性が疑われる血清尿酸値 14.6 mg/dl の上昇、FeNa、FeUN の低下を認めたが、補液により改善しなかった。軽度の血圧上昇と下腿浮腫、持続する蛋白尿、血尿、顆粒円柱から急速進行性糸球体腎炎も否定できず、腎生検を行い、メチルプレドニゾロンパルス 1g/日を 3 日間施行し、後療法としてプレドニゾロン(PSL) 60mg/日を開始した。得られた腎組織では糸球体は正常で、軽度の尿細管障害と赤血球の尿細管腔内への漏出を認めた。激しい無酸素運動後に発症し、尿細管を主座とする組織所見から運動後急性腎不全(ALPE)と診断、PSL は速やかに減量・中止した。その後速やかな経過で腎機能は正常化、血清尿酸値も正常範囲内で低値とはならなかった。

一般的に運動後急性腎不全は低尿酸血症を伴い、尿蛋白や尿潜血は軽度であることが多いが、本症例では尿蛋白や潜血も多く顆粒円柱も伴い、糸球体腎炎との鑑別を要した。蛋白尿や血尿の原因として傍尿細管毛細血管腔の破綻が関与した可能性がある。運動後に腰痛を伴った急性腎不全をきたした場合、ALPE の可能性も鑑別の一つとして考慮する必要がある。

14. 免疫抑制剤内服中に、豚肉の加熱不十分で感染した E 型肝炎の一例

筑波記念病院 血液内科

○堀井裕司（ほりい ゆうじ）、鈴木幸恵、福田匡芳、一色雄裕、田岡謙一、
佐藤祐二、池澤和人、長澤俊郎

48 歳女性。SLE、多発軟骨炎に対して、PSL+CyA 内服中である。咽頭痛があるため外来受診し、AST 346、ALT 465、LDH 395、 γ -GTP 134、ALP 307 と肝酵素の上昇を認めた。ウイルス感染が疑われたものの、EBV, CMV は既感染であり、HAV, HBV, HCV は陰性であった。入院精査で IgA-HEV 陽性であり、E 型肝炎の診断となった。発症約 1 か月前に豚肉を加熱不十分で食していたことがわかり、感染源と疑われた。海外渡航歴、輸血歴はなかった。保健所の遺伝子検査では 3 型の HEV が検出された。安静で 2 週間後には AST 34、ALT 113 と改善したため退院した。

近年 E 型肝炎の報告は増えてきており、急性の肝機能障害の際は、E 型肝炎も鑑別が必要である。通常 E 型肝炎は、不顕性もしくは急性の経過をたどることが多いが、免疫抑制下では慢性化することも報告されており、本症例のように免疫抑制剤内服下では慎重な経過観察が必要である。