

第 2 2 2 回茨城県内科学会

日 時 令和 5 年 3 月 18 日 (土)
14:00～17:05

会 場 水戸市医師会 1 階研修講堂

当番幹事 前田裕史
(茨城西南医療センター病院 副院長)

会場案内図



【茨城県医師会付近拡大図】



水戸市医師会 1 階研修講堂

〒310-0852 水戸市笠原町 993-17

Tel 029-305-8811

○電車をご利用の場合

JR 常磐線水戸駅で下車し、バスまたはタクシーをご利用ください。

○バスをご利用の場合

JR 常磐線水戸駅北口（8 番乗り場）から「茨城交通バス」または「関東鉄道バス」で「本郷経由笠原行き」か「払沢経由笠原行き」に乗車し、「メディカルセンター前」で下車徒歩約 3 分。

○タクシーをご利用の場合

JR 常磐線水戸駅南口よりタクシーで約 10 分です。

○お車をご利用の場合

国道 50 号バイパス「笠原町中央」交差点を左折し、つきあたり信号を右折。1 つ目の信号を左折し、右手「水戸市休日夜間緊急診療所」の先の建物です。

第 2 2 2 回茨城県内科学会

日 時 令和 5 年 3 月 18 日 (土) 14 : 00 ~ 17 : 05
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂
当番幹事 前田裕史 (茨城西南医療センター病院 副院長)

●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 7 分・質疑応答 3 分 (合計 10 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、発表データは先にご案内したとおり、動作確認のため 3 月 9 日 (木) までにメールの添付ファイルで事務局に送付してください。
- ④1 枚目のスライドに演題名、所属、氏名および COI の有無を記載してください。
- ⑤作成した PC とは異なる複数の PC で、文字化け等がなく正常に起動するかどうか、事前にご確認ください。
- ⑥Mac 版 PowerPoint で作成したスライドは、必ず事前に Windows PC (Microsoft PowerPoint2016 以上) で動作確認したメディアをご持参ください。
- ⑦ウィルスチェックは、必ず事前に演者ご自身で行なってください。
- ⑧発表用 PowerPoint スライドは、当日提出して頂きます。USB に保存のうえ当日受付に提出してください。
- ⑨会場の左手前部に次演者席、右手前部に次座長席を設けます。前演者・前セッションの発表が始まりましたら着席してください。
- ⑩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。
- ⑪その他、ご要望がありましたら事前にご相談ください。

●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) 認定 (カリキュラムコード 83) を受けています。
- 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 2 2 回当番幹事

連絡先:茨城西南医療センター病院 前田裕史

〒306-0433 茨城県猿島郡境町 2190

TEL:0280-87-8111 Fax 0280-86-7702

● 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 名誉院長）

一般演題（１） 14:05～14:35

座長 茨城西南医療センター病院 羽鳥光晴

1. 感染性心内膜炎に対する抗生剤加療中に突然死した症例

茨城西南医療センター病院 循環器内科

○杉山宣継、林 孝典、稲葉貴久、大谷暢史、羽鳥光晴、前田裕史

2. イバブラジンによる催不整脈作用が疑われた重症急性心筋梗塞の一例

日立総合病院 循環器内科

○篠田英樹、佐藤琢耶、掛田大輔、中川大嗣、小川孝二郎、山内理香子、
樋口甚彦、鈴木章弘

3. 巨細胞性動脈炎に対する免疫抑制療法中にサイトメガロ腸炎を発症した一例

筑波メディカルセンター病院 消化器内科

○小竹理奈、西 雅明

一般演題（２） 14:40～15:10

座長 茨城西南医療センター病院 飯塚 正

4. COVID-19 を契機に多臓器炎症症候群が疑われた 1 例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科¹、
土浦ベリルクリニック 腎臓内科²、大場内科クリニック 腎臓内科³
○瀬賀雅俊¹、沼尻大地¹、兼重彩夏¹、山下真里奈¹、大木健太郎¹、
丸山浩史¹、高安真美子¹、平山浩一¹、下畑 誉²、小林正貴³

5. 本県における健康課題の抽出及び生活習慣病関連死亡率における都道府県格差に及ぼすリスク因子の検討

古河赤十字病院 内分泌・糖尿病科¹、消化器・肝臓内科²
○近藤泰之¹、高岡良成²、大橋 明²

6. MPO-ANCA 陽性であった CPFE 増悪の一例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療養医療センター
○西野顕吾、荒井直樹、和田静香、高瀬志穂、江田陽子、松田峰史、野中 水、
平野 瞳、兵頭健太郎、金澤 潤、三浦由記子、林原賢治、南 優子、
薄井真悟、石井幸雄、大石修司、斎藤武文

一般演題（3） 15:15～15:55

座長 茨城西南医療センター病院 野村明広

7. TNF 阻害薬使用中に発症し、多発する典型的肉芽腫性病変形成を示した肺結核の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
呼吸器内科¹、臨床研究部²
○高瀬志穂¹、野中 水¹、江田陽子¹、和田静香¹、西野顕吾¹、
松田峰史¹、平野 瞳¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、
三浦由記子¹、薄井真吾²、大石修司¹、石井幸雄¹、斎藤武文¹

8. 非典型的な画像を呈した肺腺癌・癌性リンパ管症の1例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科
○寺門正尊、高瀬志穂、山崎健人、武石岳大、羽鳥貴士、沼田岳士、

太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

9. 関節リウマチを基礎疾患とした続発性肺クリプトコッカス症の一例
独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター
内科診療部呼吸器内科¹、臨床研究部²

○江田陽子¹、高瀬志穂¹、和田静香¹、西野顕吾¹、松田峰史¹、平野 瞳¹、
野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、三浦由記子¹、
大石修司¹、林原賢治¹、薄井真悟²、石井幸雄¹、齋藤武文¹

10. 誘発試験で診断した加湿器肺の一例

総合病院土浦協同病院 呼吸器内科

○川上直樹、高橋 進、梶江晋平、加藤里奈、島矢和浩、齋藤弘明、
若井陽子、齋藤和人

特別講演 16:00～17:00

座長 茨城西南医療センター病院 前田裕史

「新型コロナ感染後遺症の諸症状に対する漢方治療」

修琴堂大塚医院 院長

慶應義塾大学医学部漢方医学センター 客員教授

横浜薬科大学学長補佐・特別招聘教授

渡辺賢治 先生

閉会挨拶 17:00～17:05 前田裕史（茨城西南医療センター病院 副院長）

幹事会 17:10～ 水戸市医師会 2階会議室

特別講演

新型コロナ感染後遺症の諸症状に対する漢方治療

修琴堂大塚医院 院長
渡辺賢治

新型コロナ感染症が世界を席卷して既に3年経過した。原因ウイルスであるSARS-Cov2は変異を繰り返しながら現在流行しているオミクロン型となり、重症化リスクが減少した。わが国でも5月から第2類から第5類に移行する予定である。

こうした中、流行初期から問題となっているのが新型コロナ感染後遺症である。海外ではlong COVIDなどで数多くの論文が初期段階から出されている。WHOの国際疾病分類11版(ICD-11)ではpost COVID-19 conditionとして分類され、その記述には1)発症から3ヶ月以上経過、2)2ヶ月以上続く、3)よくある症状として倦怠感、息切れ、認知機能障害、他、4)日々の活動に影響を与える、5)症状は増悪・再燃する、とある。

症状は多彩で、50以上挙げている報告もあるが、主なものは疲労感・倦怠感、呼吸困難、味覚障害、嗅覚障害、筋力低下、睡眠障害、思考力・集中力の低下、脱毛などである。このうち、呼吸器系の障害は重症度や入院期間と関連性があることが報告されている。一方、疲労倦怠や集中力の低下は必ずしも重症度と関係なく、若年の軽症患者でも疲労倦怠や集中力低下が長引くことが知られている。

発表者は2020年4月に一例目を経験して以来、新型コロナ感染症の漢方治療に携わってきた。その中で、漢方で言う実証(体力のある人)は重症化リスクが高いが、治りが早く、虚証(体力のない人)は重症化リスクが少ないが、症状が遷延する傾向にあった。その延長で、虚証患者の方が後遺症を呈することが多く、特に疲労倦怠、集中力の低下は発症時の症状が軽微でも起こりうる。また、ワクチン接種後の疲労倦怠も数名経験した。

新型コロナ感染後遺症の症状が多彩である故に、対応する漢方薬も個別に対応する必要があり、これという特効薬を挙げられないが、当日は後遺症を症状別、パターン別に分け、なるべく分かりやすいようにお話申し上げたいと思う。

経歴

1984 年慶應義塾大学医学部卒、医師・医学博士

慶應義塾大学医学部内科、東海大学医学部免疫学教室、米国スタンフォード大学遺伝学教室、北里研究所(現：北里大学)東洋医学総合研究所、慶應義塾大学医学部漢方医学センター長、慶應義塾大学環境情報学部教授・医学部兼任教授などを経て 2019 年より現職。

日本内科学会総合内科専門医、日本東洋医学会漢方専門医、WHO 医学科学諮問委員、WHO 国際疾病分類伝統医学委員会共同議長、日本臨床漢方医会副理事長、漢方産業化推進研究会理事長、神奈川県顧問・奈良県顧問等を兼ねる。

主な著書

漢方で感染症からカラダを守る ブックマン社 2021

未病図鑑 ディスカヴァー・トゥエンティワン 2020

漢方医学 同病異治の哲学 講談社学術文庫 講談社 2019

マトリックスでわかる！漢方薬使い分けの極意 南江堂 2013

日本人が知らない漢方の力 祥伝社 2012

今日の治療薬（分担執筆） 南江堂 2022

薬がみえる 第1巻（第2版）（分担執筆） メディックメディア社 2021

一般演題

1. 感染性心内膜炎に対する抗生剤加療中に突然死した症例

茨城西南医療センター病院 循環器内科

○杉山宣継（すぎやま のぶつぐ）、林 孝典、稲葉貴久、大谷暢史、羽鳥光晴、
前田裕史

【症例】77歳、男性。

【主訴】繰り返す発熱、悪寒戦慄。

【現病歴】X年3月下旬、悪寒戦慄を伴う発熱と一過性の左半身麻痺で当院へ救急搬送され、血液培養検査で *Streptococcus sanguis* が検出されていた。4月中旬、出血性胃潰瘍による貧血で当院入院となったが、同菌が検出され2週間抗生剤（SBT/ABPC）加療が行われた。5月30日、発熱と悪寒戦慄が再発し当院受診したところ血液培養で同菌が検出され菌血症に対する精査加療目的で6月4日に入院となった。

【臨床経過】第1病日より抗生剤（SBT/ABPC）加療を開始したところ、第5病日の血液培養検査は陰性であった。経食道心エコー図で左冠尖に疣贅と同部位の逸脱による軽度から中等度の大動脈弁閉鎖不全を認め感染性心内膜炎と診断した。第6病日よりガイドラインに準じ抗生剤をPCGへ変更したが第9病日の血液培養検査は陰性であった。頭部MRI検査では微小出血や動脈瘤を認めなかった。CT検査では他臓器で感染源を示唆する所見はなかった。また心房細動であったが第一病日より貧血（Hb 8.9 g/dL）を認め進行していたため抗凝固薬は投与しなかった。下部内視鏡検査で大腸癌を認め、抗生剤投与終了後に加療する方針とした。感染性心内膜炎診断後バイタルサインは安定し感染兆候や心不全症状なく経過していたが、第20病日未明に突然意識消失し心肺停止となり死亡した。剖検の結果、死因は大動脈弁破壊に伴う急性心不全と診断した。

【考察】本症例は意識消失から24時間以内に死亡した突然死である。死因として弁破壊に伴う急性心不全の他に血栓や腫瘍による塞栓症の可能性も考えられ剖検を依頼した。病理結果をあわせ報告する。

2. イバブラジンによる催不整脈作用が疑われた重症急性心筋梗塞の一例

株式会社日立製作所日立総合病院 循環器内科

○篠田英樹(しのだ ひでき)、佐藤琢耶、掛田大輔、中川大嗣、小川孝二郎、
山内理香子、樋口甚彦、鈴木章弘

50 代男性。2022 年某日、心原性ショック・Killip4 相当肺水腫・急性広範前壁心筋梗塞に対して大動脈バルーンパンピング(IABP)、非侵襲的人工呼吸器(NPPV)補助下に緊急冠動脈造影を施行。#1 慢性完全閉塞、#6 100%を認め、#6 に対して経皮的冠動脈形成術を施行した。洞性頻脈による IABP 補助不良も相まって循環動態は安定せず、イバブラジン、アミオダロン内服を開始して頻脈改善・IABP 補助が得られた。IABP 抜去・NPPV 離脱後も症状・心電図変化及び QT 延長・電解質異常を認めなかったが、間断ない TdP に伴う多形性心室頻拍が頻発した。イバブラジンによる催不整脈作用及びアミオダロンによる相互作用を危惧し、両剤中止後より心室性不整脈は再発せず、独歩退院した。同様な症例報告及び支持文献を踏まえてイバブラジンによる催不整脈事例を報告する。

3. 巨細胞性動脈炎に対する免疫抑制療法中にサイトメガロ腸炎を発症した一例

筑波メディカルセンター病院 消化器内科

○小竹理奈（こたけ りな）、西 雅明

X 年 1 月から視力低下の進行があり、3 月に巨細胞性動脈炎と診断された 80 歳女性。ステロイドパルス療法を施行後、プレドニゾロン（PSL）45mg／日内服とトシリズマブ点滴投与を行っていたが、血液検査にてサイトメガロウイルス（CMV）抗原陽性となることが続いたためトシリズマブを中止された。その後病勢コントロールに合わせて PSL の減量が続けていたところ視力低下の進行があり、5 月から PSL15mg／日内服に加えメトトレキサート 8mg／日内服を開始した。6 月末より 1 日 5－6 回水様便が出る状態が続き食事摂取困難となったため、精査加療目的に当院当科を紹介受診となった。血液検査では炎症反応の上昇を認めなかったが、造影 CT 画像で回腸を主体に小腸に広範な浮腫状の壁肥厚を認め、広範囲の小腸炎があると考えられた。当院当科入院の上で上下部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸に浅い潰瘍を、末端回腸にびまん性の不整形の輪状潰瘍を認めた。生体組織診断では採取組織から封入体細胞様の大型細胞が検出され、免疫染色で CMV 陽性であった。血液検査でも CMV 抗原陽性であった。以上から、CMV 感染による小腸炎と診断し、ガンシクロビル 200mg／日点滴投与を開始した。徐々に自覚症状は改善し食事摂取も良好となったため、バルガンシクロビル 1800mg／日内服に切り替え、退院となった。巨細胞性動脈炎に対しての免疫抑制療法による免疫低下が今回の CMV 再活性化の原因と考えられた。我が国は CMV 抗体保有率が高いが、免疫抑制療法を行う場合に CMV 再活性化を予防する目的で抗ウイルス薬を内服することは薬剤の副作用や有効性の面から推奨はされていない。免疫抑制剤使用時には日和見感染症への適切なスクリーニングやモニタリングが必要と考える。

4. COVID-19 を契機に多臓器炎症症候群が疑われた 1 例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科¹⁾

土浦ベリルクリニック 腎臓内科²⁾

大場内科クリニック 腎臓内科³⁾

○瀬賀雅俊（せが まさとし）¹⁾、沼尻大地¹⁾、兼重彩夏¹⁾、山下真里奈¹⁾、
大木健太郎¹⁾、丸山浩史¹⁾、高安真美子¹⁾、平山浩一¹⁾、下畑 誉²⁾、小林正貴³⁾

【症例】生来健康な 36 歳女性。20XX 年 8 月 13-24 日に COVID-19 に感染した。症状は発熱、味覚、嗅覚障害のみで軽症であった。感染解除後より、易疲労感を自覚していたが、味覚、嗅覚障害は改善傾向であった。9 月 8 日左頸部痛を自覚し、9 月 11 日に発熱と両上肢掻痒感を伴う皮疹が出現した。39℃の発熱が持続し、9 月 14 日に腹痛と下痢が出現したため、救急搬送され、炎症反応高値（CRP 39.6 mg/dl）の精査・加療目的で入院となった。入院時は尿路感染症、腹腔内感染を疑い、CTX 2 g/日を開始したが、血液培養、尿培養、便培養は陰性であったため 9 月 17 日で中止した。来院時の血圧が 85/65 mmHg と血圧低下を認めたため NAD を来院時より 5 日間使用し、発熱に対してアセトアミノフェンを使用し、全身状態は徐々に改善した。頸部単純 CT 検査で左頸部リンパ節腫脹と周囲の軽度脂肪織上昇、右頸部リンパ節及び左鎖骨上窩リンパ節の腫大を認めた。左頸部のリンパ節に対して、穿刺吸引での細胞診を行ったが、小型リンパ球が認められるのみで、明らかな悪性細胞は認めなかった。経過良好に 9 月 25 日に退院された。現在も定期的な外来通院を行っている。

【考察】入院当初は著明な炎症反応を認め、臨床症状から尿路感染症を疑い抗生剤治療を開始した。しかし治療反応性に乏しく、採血結果からリンパ球減少、血小板減少、d-ダイマー上昇、CRP と可溶性 IL-2 受容体の著明な高値を認めた。リンパ節腫脹と皮疹等の川崎病様症状から、COVID-19 を起因とする多臓器炎症症候群を疑った。当時は同様の症例報告が数例散見されるのみで治療指針はなかった。幸いにも炎症反応は補助療法のみで改善した。多くは心臓病を併発し、少数例だが冠動脈拡張が起こる報告があり継続的なフォローが必要と考える。

【結語】COVID-19 を契機に発症した、多臓器炎症症候群の症例を経験した。文献的考察を加え、報告する。

5. 本県における健康課題の抽出及び生活習慣病関連死亡率における都道府県格差に及ぼすリスク因子の検討

古河赤十字病院 内分泌・糖尿病科¹、消化器・肝臓内科²

○近藤泰之(こんどう やすゆき)¹、高岡良成²、大橋 明²

【背景・目的】本県は、糖尿病・急性心筋梗塞・脳血管疾患による生活習慣病関連の年齢調整死亡率(以下：死亡率)が全国4位(男性4位、女性5位)と高い傾向にある。また、各県の死亡率を比較すると都道府県格差[最小-最大：78.7-148.2人(10万人対)]が生じている。本研究では、本県での健康課題の抽出及び都道府県格差に及ぼすリスク因子を明らかにし、死亡率の減少及び格差縮小に資することを目的とする。

【方法】健康課題の抽出は、令和2年度特定健診におけるNDBオープンデータの標準的な質問票を用いて、年齢調整した標準化該当比を算出し、本県と全国を比較した。都道府県格差については、死亡率を目的変数、標準的な質問票及び国勢調査の「高齢者単身世帯率」「3世代世帯率」を説明変数として重回帰分析(ステップワイズ減少法)を行った。

【結果】令和2年度の特定健診受診者数は、全国28,791,016人(受診率53.1%)、本県635,878人(受診率49.9%)であった。本県では、「20歳の時の体重から10kg以上増加している」(標準化該当比106.3、95%CI 105.9-106.8)、「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある」(標準化該当比105.8、95%CI 105.3-106.3)が有意に高かった。また、「日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している」(標準化該当比91.2、95%CI 90.8-91.7)、「何でもかんで食べることができる」(標準化該当比98.5、95%CI 98.2-98.8)が有意に低かった。重回帰分析では、「就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある」($t=2.42$)、「高齢者単身世帯率」($t=3.29$)「3世代世帯率」($t=3.70$)が正の相関を示した。また、「人と比較して食べる速度が速い」($t=-3.16$)が負の相関を示した。

【考察】本県において、食生活や運動習慣についての課題が抽出され、これらの対策を重点的に行う必要があると考える。都道府県格差において、高齢者単身世帯率の高さが関連しており、今後原因の検討及び対策の立案を検討していきたい。

6. MPO-ANCA 陽性であった CPFE 増悪の一例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療養医療センター

○西野顕吾（にしの けんご）、荒井直樹、和田静香、高瀬志穂、江田陽子、
松田峰史、野中 水、平野 瞳、兵頭健太郎、金澤 潤、三浦由記子、
林原賢治、南 優子、薄井真悟、石井幸雄、大石修司、斎藤武文

【はじめに】気腫合併肺線維症（CPFE）は喫煙者に起きる病態であり、ANCA 陽性血管炎との関連については知られていない。最近、急性増悪を呈し、ステロイドパルス療法、免疫抑制療法により良好な経過を示した MPO-ANCA 陽性 CPFE を経験したので報告する。

【症例】70 歳男性。2017 年 X 日に労作時呼吸困難を主訴に当院を受診。胸部 CT では両肺上葉に気腫性変化、両肺下葉に胸膜よりやや内層を主体に集簇する多発薄壁嚢胞が見られた。喫煙関連間質性肺炎として抗線維化薬が導入され、経過観察をされていた。2021 年 Y 日に急性増悪の診断で入院した。入院時の血液検査で MPO-ANCA 高値を認めた。ステロイドパルス療法が施行され、タクロリムスが追加された。自宅退院後、増悪がなかったことから、プレドニン、タクロリムスの投与は終了された。2022 年 Z 日の定期外来を受診した際、胸部単純 CT で両肺下葉の嚢胞病変周囲のすりガラス陰影の悪化があり、精査加療目的に入院した。室内気で SpO₂ 95%前後と明らかな低酸素血症は見られず、自覚症状も無かったが、血液検査では CRP と MPO-ANCA の上昇（98.2U/mL）を認めた。入院後に施行した気管支肺胞洗浄ではマクロファージ優位の細胞数上昇が見られた。ステロイドパルス療法を開始した後、タクロリムス投与を併用し、軽快した。

【考察及びまとめ】特発性肺線維症（IPF）の 11.3%、非 IPF の 6.4%に MPO-ANCA 陽性を示すことが報告されているが、MPO-ANCA 陽性 CPFE についての報告はない。河端らは CPFE の構成要素として多くを占める airspace enlargement with fibrosis は急性増悪を起こさないとしていることから本例のような MPO-ANCA 陽性 CPFE 急性増悪例において抗線維化薬、免疫抑制療法の治療適応を含めた病態解明を進める必要がある。

7. TNF 阻害薬使用中に発症し、多発する典型的肉芽腫性病変形成を示した肺結核の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

1)呼吸器内科、2)臨床研究部

○高瀬志穂（たかせ しほ）¹⁾、野中 水¹⁾、江田陽子¹⁾、和田静香¹⁾、西野顕吾¹⁾、松田峰史¹⁾、平野 瞳¹⁾、荒井直樹¹⁾、兵頭健太郎¹⁾、金澤 潤¹⁾、三浦由記子¹⁾、薄井真吾²⁾、大石修司¹⁾、石井幸雄¹⁾、斎藤武文¹⁾

TNF 阻害薬などの生物学的製剤は結核の発症リスクを増加させることが知られている。今回、TNF 阻害薬使用中に発症し、診断に難渋した肺結核症例を報告する。症例は58歳男性。主訴は発熱。X-21年に他院でクローン病と診断され、メサラジン、アザチオプリン治療により病状は安定していたが、経過中に小腸潰瘍穿孔を来し、X-12年3月に小腸部分切除術を施行された際に腸結核と診断され、標準的抗結核薬(INH+RFP+EB+PZA)での治療が行われ、INHのみ現在まで継続されていた。詳細な経緯は不明だがX-10年12月からクローン病に対してアダリムマブが追加された。

X年Y月中旬頃より発熱し、胸部画像上、右全肺野に多発する大小様々な浸潤影、結節影を認めた。肺炎と診断され前医入院の上、抗菌薬加療を行うも改善しないため、当院に転院された。一般抗菌薬継続しながら第4病日に右B4より気管支肺胞洗浄を実施したが、抗酸菌塗抹、結核菌核酸増幅同定は陰性であった。その後、広域抗菌薬に変更したところ解熱し、炎症反応も低下したが、右肺の陰影は不変のままであった。確定診断のため、第23病日に胸腔鏡補助下肺生検を実施。病理組織検査で乾酪壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫を認めた。組織検体のZiehl-Neelsen染色を含め細菌学的に結核菌感染を証明できなかったが、クローン病に対して生物学的製剤を使用しているという背景を考慮し、肺結核として治療を開始する方針とした。長期間INH投与されており、INH耐性を想定し、RFP+EB+PZA+LVFXで治療を開始。投与開始1ヶ月時点の胸部X線で右肺の陰影は消退傾向となった。

肺結核の肉芽腫の維持にはTNF α が必要であるとされ、そのTNFを不活化する阻害薬の投与により肉芽腫の破壊から菌が散布され、結核の内因性再燃、特に播種性結核の発症が多く報告されている。TNF 阻害薬使用中に肉芽腫性病変を形成した点について文献的考察を加えて発表する。

8. 非典型的な画像を呈した肺腺癌・癌性リンパ管症の1例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○寺門正尊（てらかど まさたか）、高瀬志穂、山崎健人、武石岳大、羽鳥貴士、
沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例は62歳、男性。1か月以上持続する微熱と咳嗽のため近医を受診した。胸部X線で右中下肺野と左中肺野に浸潤影を指摘され、精査加療目的で当科紹介受診された。

初診時の身体所見では、発熱なく、SpO₂は室内気で93%と低下していた。前頸部に示指頭大のリンパ節を複数個触知した。胸部X線で右全肺野と左下肺野にすりガラス影を認めた。胸部CTでは、右全肺葉で気管支血管束の肥厚が著明で、小葉間隔壁の肥厚、いわゆる広義間質の変化を認めた。右上葉では気管支周囲のすりガラス影を認めた。右下葉肺底部には汎小葉性のすりガラス影を認めた。左肺は下葉のみに同様の所見を認めた。また、左下葉S6には17mm大の結節影+周囲の浸潤影を認めた。そのほか、左葉間胸膜の肥厚や両側縦隔肺門部リンパ節の腫大も認めた。両側肺門部リンパ節腫大、両肺広範囲にわたる小葉間隔壁の肥厚、ギャラクシーサインにも見えるすりガラス影を認め、当初はサルコイドーシスを念頭に気管支鏡検査を実施した。気管支鏡検査では、可視範囲でサルコイドーシスを疑うような血管拡張像を認めず、左上葉支には小さな白色隆起性病変が散在していた。右B5でBAL、右B8でTBLB、左上葉支の隆起性病変から生検を実施し、病理で肺腺癌・癌性リンパ管症と診断した。

癌性リンパ管症としては非典型的な分布を呈しており、リンパ行性や管内進展など複数の転移様式が加わっていることが示唆された。稀な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

9. 関節リウマチを基礎疾患とした続発性肺クリプトコッカス症の一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター

内科診療部呼吸器内科 1、同 臨床研究部 2

○江田陽子（えだ ようこ）¹、高瀬志穂¹、和田静香¹、西野顕吾¹、松田峰史¹、
平野 瞳¹、野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、三浦由記子¹、
大石修司¹、林原賢治¹、薄井真悟²、石井幸雄¹、齋藤武文¹

関節リウマチ(RA)の患者に生じた胸部異常陰影の鑑別としては、一般的な肺炎や悪性疾患だけでなく、RAに伴う肺疾患や、RAに対する免疫抑制剤の使用に伴う感染症、薬剤性肺炎などが挙げられる。その為、画像のみで診断することは難しく、治療に難渋する事も多い。症例はRAを有する76歳女性。当院紹介となる約1年前にRAを指摘され、メトトレキサート(MTX)での治療を開始されていた。MTXに疾患修飾性抗リウマチ薬(DMARDs)の追加で、RAはコントロール良好であった。入院2か月前の検診で左下肺野の透過性低下を指摘され、当院を受診した。胸部CTでは、左下葉に限局した、多発結節影、浸潤影、halo signを認めた。ウイルスやアスペルギルス、クリプトコッカスなどの感染症、肺癌やリンパ増殖性疾患などの腫瘍性病変、血管炎や肺結核などの肉芽腫病変、RAに伴う間質性肺疾患、薬剤性肺炎などを鑑別に挙げた。血液検査では、クリプトコッカス抗原は64倍を呈していた。喀痰培養や気管支肺泡洗浄液は、真菌培養は陰性であり、有意菌は検出しなかった。経気管支肺生検での病理所見では、多核巨細胞を伴う肉芽腫を認め、多核巨細胞の内部には、Grocott染色陽性の莢膜を有する真菌球を認めた。肺組織培養からはCryptococcus neoformansを検出したことから、肺クリプトコッカス症と診断した。RAに対しMTXを内服していることから免疫不全状態に続発した、続発性肺クリプトコッカス症と判断した。脳脊髄液検査では、髄液中の細胞数上昇はなく、髄液クリプトコッカス抗原は陰性であったことから、クリプトコッカス髄膜炎の合併は否定的と判断し、非播種性の続発性肺クリプトコッカス症と判断し、フルコナゾールでの治療を開始した。治療開始後、陰影は著明な改善を得られている。本症例では、RAを基礎疾患に持つことから最初から様々な鑑別疾患を考え、胸部画像に加え気管支鏡検査での組織、培養を踏まえ診断に至る事ができた。

10. 誘発試験で診断した加湿器肺の一例

総合病院土浦協同病院 呼吸器内科

○川上直樹（かわかみ なおき）、高橋 進、梶江晋平、加藤里奈、島矢和浩、
齋藤弘明、若井陽子、齊藤和人

【症例】50 歳、男性。

【主訴】発熱、咳嗽、呼吸困難。

【既往歴】高血圧、尋常性乾癬。

【生活歴】数年来の加湿器使用あり。

【経過】XX 年 12 月 15 日から発熱、咳嗽、呼吸困難が出現し、近医で抗生剤を処方された。一旦症状軽快を認めたが、12 月 24 日に症状再燃あり、抗生剤継続処方されたが改善せず悪寒戦慄も生じた。12 月 27 日に他院で肺炎と診断され当科紹介となった。室内気で 67Torr と準低酸素血症を認めた。WBC 10860 / μ L、CRP 10.98 mg/dL、PCT 0.82 ng/mL と炎症マーカー上昇を認めた。KL-6 406 IU/mL、SP-D 46.3 ng/mL と正常範囲内であった。膠原病自己抗体、抗トリコスポロンアサヒ抗体と抗鳥抗体は陰性であった。胸部 CT では両肺びまん性のスリガラス陰影を認め、一部は小葉中心性分布であった。12 月 28 日に行った気管支肺胞洗浄では好中球分画 25%と上昇していたが、リンパ球分画は 18%で軽度上昇にとどまっていた。画像所見と経過から吸入抗原による肺障害を疑った。入院後は経過観察のみで症状の改善を認めた。XX+1 年 1 月 5 日に帰宅誘発試験を行ったが陰性であった。1 月 6 日に病院個室内で、自宅で使用していた超音波式加湿器による誘発試験を行ったところ 5 時間後に症状再現を認め、加湿器肺の確定診断となった。加湿器の使用を止めてからは再燃を認めていない。

【考察】加湿器肺は急性過敏性肺炎の一型である。加湿器の貯水部分に細菌や真菌が増殖し、それを吸入して起こる免疫反応が原因である。超音波式と気化式がリスクとなる。KL-6 はしばしば正常で、画像上小葉中心性陰影がないことも多く、高熱や悪寒戦慄を伴うことがあり、BALF では好中球が上昇しリンパ球増多も乏しく、抗原回避後は速やかな改善を認め、あたかも抗生剤が奏効したかのような経過となる。典型的な過敏性肺炎の病像とは異なる点が多く、すぐに診断に至らないことがある。

【結語】急性びまん性肺疾患の鑑別として加湿器肺は重要であり、疾患想起と丁寧な問診が不可欠である。

