

第 2 2 5 回茨城県内科学会

日 時 令和6年3月16日(土)
14:00~17:00

会 場 筑波大学 臨床講義室 D
(図書館・臨床講義室 3 階)

当番幹事 土屋 輝一郎
(筑波大学医学医療系 消化器内科教授)

会場案内図



筑波大学 臨床講義室D (図書館・臨床講義室 3階)
〒305-0005 茨城県つくば市天久保2丁目1

お車をご利用の場合

- ①青い看板（中央診療棟と書いてある）を左折してください。
- ② 54医学北駐車場に駐車をお願いします。
駐車場ゲートがありますが、当日は開いています。
- ③医学系学系棟1階玄関口（守衛室併設）をお入りいただき、
右手にみえるエレベーターで3階までお上がり下さい。
- ④エレベーターを降りたら右手へお進みいただき重い扉を開けて、
渡り廊下を渡っていただくと左手に臨床講義室Dがございます。

バスをご利用の場合

- ①つくば駅に隣接するバスターミナル「つくばセンター」6番のりばから、関東鉄道路線バス「筑波大学循環 右回り」または「筑波大学中央」行き乗車し、筑波大学病院入口で下車して下さい。
- ②スロープを道なりにお進み下さい。左手に医学食堂、図書館がございます。図書館の左右に臨床講義室Dへ続く階段がございますので、3階までお上がりいただくと臨床講義室Dがございます。

第 2 2 5 回茨城県内科学会

日 時 令和 6 年 3 月 16 日 (土) 14:00~17:00
場 所 筑波大学 臨床講義室 D (図書館・臨床講義室 3 階)
当番幹事 土屋 輝一郎 (筑波大学医学医療系 消化器内科教授)

●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 6 分・質疑応答 2 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ます。
- 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ウイルスチェックは、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、3 月 14 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。また、学会当日は受付にて発表データのご確認 (試写) と、念のため発表データのご持参 (USB など) をお願いします。
- 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 8. (感染対策)) 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225回当番幹事

連絡先:筑波大学医学医療系 消化器内科 土屋輝一郎
〒305-8575 茨城県つくば市天王台 1-1-1
TEL・FAX:029-853-3109

● 茨城県内科学会事務局

連絡先:総合病院土浦協同病院内 庶務課 塚本
〒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
学会 HP:www.tkgh.jp/IbarakiSIM/



プログラム

幹事会 13:00～ 筑波大学 医学系学系棟 5階 討議室 521 室

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） 14:05～14:29

座長 筑波大学 長谷川直之

1. 小腸間膜内憩室の穿通を契機に診断されたびまん性回腸 lipomatosis の
1 例

筑波記念病院 消化器内科

○岸本希実、添田敦子、松本めぐみ、石川敬資、佐浦 勲、寺門幸乃、
根本絵美、丹下義隆、江南ちあき、越智大介、池澤和人

2. 18年の時を経て再燃した自己免疫性肝炎の1例

国立病院機構 水戸医療センター 消化器内科

○鈴木健太、下山田雅大、安部計雄、鄭 梨花、小野田 翼、伊藤有香、
石田博保

3. 膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）の経過観察中に発生する膵悪性病変

総合病院水戸協同病院 消化器内科

○鹿志村純也、岡田健太、有賀啓之

一般演題（2） 14:29～14:53

座長 茨城県立中央病院 大関瑞治

4. 免疫チェックポイント阻害剤投与後に発症した小腸炎の一例
東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

○高木亮輔、中川俊一郎、森山由貴、柿崎文郎、玉虫 惇、門馬匡邦、
小西直樹、屋良昭一郎、平山 剛、岩本淳一、池上 正

5. Nivolumab 投与後に免疫関連細気管支炎を発症した1例
国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科¹⁾、初期研修医²⁾

○小島原史大²⁾、高瀬志穂¹⁾、高野竜馬¹⁾、羽鳥貴士¹⁾、山岸哲也¹⁾、
沼田岳士¹⁾、太田恭子¹⁾、箭内英俊¹⁾、遠藤健夫¹⁾

6. 大量下血を契機に悪性中皮腫の大腸・小腸転移を認めた一例
筑波メディカルセンター病院 消化器内科

○西本真帆、野本 怜、藤川健太郎、澤藤 拓、浜田善隆、西 雅明

一般演題（3） 14:58～15:22

座長 筑波学園病院 船山康則

7. 肺高血圧症を呈した若年性びまん性気管支拡張症の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¹⁾、病理診断科²⁾、臨床研究部³⁾

○武石岳大¹⁾、松本紘明¹⁾、渡邊 凌¹⁾、上田航大¹⁾、平野 瞳¹⁾、
野中 水¹⁾、荒井直樹¹⁾、兵頭健太郎¹⁾、金澤 潤¹⁾、南 優子²⁾、
薄井真悟³⁾、大石修司¹⁾、林原賢治¹⁾、石井幸雄¹⁾、齋藤武文¹⁾

8. 著明な肺泡出血を伴い救命出来なかった新型コロナウイルス感染症の1例
水戸済生会総合病院 総合内科¹⁾、救急科²⁾、病理診断科³⁾

○大城悠渡¹⁾、柏村 浩¹⁾、金野直言¹⁾、千葉義郎¹⁾、高瀬士龍²⁾、
辻 剛史²⁾、玉造吉樹²⁾、遠藤浩志²⁾、村岡麻樹²⁾、大谷明夫³⁾

9. 胸膜直下主体の陰影を呈した抗 ARS 抗体陽性間質性肺疾患の 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¹⁾、病理診断科²⁾、臨床研究部³⁾

○渡邊 峻¹⁾、齋藤武文¹⁾、松本紘明¹⁾、武石岳大¹⁾、上田航大¹⁾、
野中 水¹⁾、荒井直樹¹⁾、兵頭健太郎¹⁾、金澤 潤¹⁾、南 優子²⁾、
薄井真悟³⁾、大石修司¹⁾、林原賢治¹⁾、石井幸雄¹⁾

一般演題 (4) 15:22~15:38

座長 総合病院土浦協同病院 齊藤和人

10. Hu 抗体陽性・亜急性感覚性ニューロパチーを呈した小細胞肺癌の 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

○松本紘明、高須美香、武石岳大、上田航大、渡邊 峻、野中 水、
荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、南 優子、林原賢治、薄井真悟、
石井幸雄、大石修司、齋藤武文

11. 血気胸入院中に甲状腺クリーゼを発症した一例
日立総合病院 代謝内分泌内科

○森川 亮、山本由季

一般演題 (5) 15:38~15:54

座長 日立総合病院 品川篤司

12. 高リスク群骨髄異形成症候群を合併した透析患者の ESA 製剤抵抗性貧血に対して HIF-PH 阻害薬が有効であった一例

JA とりで総合医療センター 腎臓内科

○只縄友香、竹田有里、伊原史崇、大下 格、大橋敦希、前田益孝

13. 急性経過で敗血症をきたし多臓器不全に至った日本紅斑熱の一例
総合病院土浦協同病院 リウマチ・膠原病内科

○杉田稔貴、沢辺智紀、梅田直人

特別講演 16:00～17:00

座長 筑波大学 土屋輝一郎

「茨城県で発生した法定感染症・海外渡航後感染症 2024」

筑波大学医学医療系 感染症内科学 教授 鈴木広道 先生

閉会挨拶・優秀演題賞発表

17:00～17:05 土屋輝一郎（筑波大学医学医療系 消化器内科教授）

特別講演

茨城県で発生した法定感染症・海外渡航後感染症 2024

筑波大学医学医療系 感染症内科学
教授 鈴木広道

2023年5月にCOVID-19に対する「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」の終了により、社会活動は平常化し海外渡航者数も急速に回復している。平常化と相まって各種感染症の再流行が認められており、一方でCOVID-19発生前とは異なる流行の傾向を示している。また、梅毒に代表される性感染症についてはCOVID-19流行下においても一貫して増加傾向を示した。

本セッションでは、茨城県を中心に2023-2024に発生した感染症事例を網羅的に解説すると共に、内科領域で必要な感染症の最新の診断・治療を紹介いたします。

一般演題

1. 小腸間膜内憩室の穿通を契機に診断されたびまん性回腸 lipomatosis の1例

筑波記念病院 消化器内科

○岸本希実(きしもと のぞみ)、添田敦子、松本めぐみ、石川敬資、佐浦 勲、
寺門幸乃、根本絵美、丹下義隆、江南ちあき、越智大介、池澤和人

【背景】消化管に発生する脂肪腫は日常的に内視鏡で観察され、大半は球形の領域を有する粘膜下病変として単発性の形態を呈する。一方 lipomatosis は脂肪腫が多発する病態であり、広範な小腸へびまん性に沈着した症例の報告は海外・本邦を含めても極めて稀である。今回、小腸間膜内に発生した憩室穿通を契機に診断されたびまん性回腸 lipomatosis を経験した。

【症例】特記すべき既往症のない30歳代女性。202X年12月1日未明から下腹部に間欠的な鈍痛を自覚し、改善が得られず救急搬送を要請し当院受診となった。到着時には既に腹痛は自制内に軽減しており圧痛点は不明瞭で、腹膜刺激徴候もなく炎症所見も軽微であった。腹部造影CTでは骨盤内小腸の壁内に広範な脂肪織濃度を認め、小腸には憩室が併存し憩室周囲の腸間膜内に空気の漏出像がみられ穿通の所見と考えられた。脂肪が沈着した部位の回腸を切除した場合は非常に広範な腸切除が必要になること、さらに吻合部が生着できる可能性が不明確であると推測されたため、入院の上で腸管安静および抗菌薬投与による保存的治療を選択した。

【考察】腸管 lipomatosis は非常に稀な疾患で、その成因は明らかではない。粘膜下で増生した脂肪細胞によって管腔狭窄が惹起され腸重積や捻転を発症した症例や、腸管壁の脆弱化によって本症例のように憩室を併発した報告も認められる。腸重積や穿孔・出血など重篤な病態を合併した場合には外科的あるいは内視鏡的治療が選択されるが、lipomatosis に対する根治的な治療法は未だ確立されていない。画像所見は非常に特徴的で、文献的考察を含め報告する。

2. 18年の時を経て再燃した自己免疫性肝炎の1例

水戸医療センター 消化器内科

○鈴木健太 (すずき けんた)、下山田雅大、安部計雄、鄭 梨花、小野田 翼、
伊藤有香、石田博保

患者は74歳女性。19XX年に発症した自己免疫性肝炎にたいしてプレドニゾロン投与がおこなわれた。プレドニゾロン投与後は症状、検査所見が落ち着いており19XX+7年プレドニゾロンが中止され以後はウルソ600mg/day内服にて経過を見られていた。中止後もとくに再燃なく経過していたが19XX+25年に定期受診の際行われた血液検査にてAST 639 U/L、ALT 837 U/L、ALP 169 U/L、 γ GTP 317U/Lと肝障害を認めたため当院紹介受診、入院となった。当院でおこなった各種抗体検査ではウイルス感染は否定的であった。サプリメント、漢方を含めた新規薬剤投与は認められなかった。経過からは自己免疫性肝炎の再燃が疑われたが長期寛解を得ていた症例であったためほかの疾患を含めた鑑別が必要であると判断し肝生検を施行した。病理検査ではinterface hepatitis、形質細胞浸潤、ロゼット形成を認めており自己免疫性肝炎に矛盾しない所見であった。胆管病変も認めないことから自己免疫性肝炎再燃と診断した。肝生検による背景肝の診断はF0-1/A3であった。診断後プレドニゾロン投与による治療を開始したところ速やかに肝障害は改善し退院となった。以後外来でプレドニゾロン漸減しつつ経過観察中であるが再燃なく経過している。

自己免疫性肝炎は再燃、寛解を繰り返すことが知られているが本症例は25年間特に所見なく経過していた症例である。線維化も軽度であったことから慢性炎症もごく軽度であったと考えられた。長期間寛解後再燃した比較的まれな症例であると考え文献的考察を交えこれを報告する。

3. 膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の経過観察中に発生する膵悪性病変

総合病院水戸協同病院 消化器内科

○鹿志村純也 (かしむら じゅんや)、岡田健太、有賀啓之

背景：IPMN は膵悪性病変合併のリスクを有することから経過観察が必要である。診療においては悪性化予知因子の High risk stigmata (HRS) や worrisome feature (WF) は重要な所見となる。

目的：IPMN の経過観察中に発生する膵悪性病変について明らかにする。

方法：2016年1月から当院で診療した439例のIPMN症例を対象に検討した。IPMN診断時には腹部エコー、ダイナミックCT、拡散強調画像も含めたMRCPを行い、HRSやWFを有する症例では超音波内視鏡検査(EUS)を行った。さらに必要に応じて細胞診目的の内視鏡的膵管造影(ERP)を行った。経過観察は6ヶ月毎を基本として悪性が疑われる場合には4か月毎にMRI検査と腫瘍マーカーを含む採血検査を行った。

結果：439例中14例(3.2%)はIPMN診断と同時に膵癌も診断された。経過観察となった425例中16例(3.8%)で悪性病変が発見された。内訳は異所性膵癌4例、由来浸潤癌6例、IPMC5例であった。409例(96.2%)は経過観察継続中である。症例呈示：71歳、男性。62歳時の検診エコーを契機に診断された分枝型IPMNについて6ヶ月毎に経過観察を行ってきた。初診から9年4か月後の経過観察時にCA19-9が195に増加し、MRCPでの膵管像に変化を認めないものの、拡散強調画像で膵頭部に拡散低下を認めた。ダイナミックCT、EUSで病変を確認後にERP+膵液細胞診を行って膵癌と診断した。膵頭十二指腸切除を行い、pT2N0M0 stage I BのIPMN由来浸潤癌と診断出来た。

考察：IPMNは膵管上皮に癌遺伝子の変異を認め、通常型膵癌の合併を9.2%に認めることから膵癌の高危険群と考えられている。しかし、IPMNの疾患概念は1982年に初めて報告されたこともあり、未だに不明な点も多い。近年は国際診療ガイドラインに準拠した診療が行われているが画像検査に何をを用いるべきかについても診療医の判断に委ねられている。当院での経過観察例を検討することでIPMN診療の現状を考えてみた。

4. 免疫チェックポイント阻害剤投与後に発症した小腸炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

○高木亮輔(たかぎ りょうすけ)、中川俊一郎、森山由貴、柿崎文郎、玉虫 惇、
門馬匡邦、小西直樹、屋良昭一郎、平山 剛、岩本淳一、池上 正

【背景】免疫チェックポイント阻害剤(ICI)は、近年投与症例の増加に伴い、様々な免疫関連有害事象(irAE)が報告されている。irAE 腸炎は大腸炎の報告が多く小腸炎は比較的稀である。ICI 投与後の小腸炎の症例を経験したので報告する。

【症例】症例は65歳男性で、肺扁平上皮癌に対して6th line としてAtezolizumabを投与開始し1ヶ月後に吐下血を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚から水平脚にかけて粘膜発赤とびらんが散見された。カプセル内視鏡では上部小腸に同様の所見を認めた。病理組織では上皮の再生性変化を伴う十二指腸粘膜で粘膜固有層に中等度の好中球浸潤を認めた。大腸内視鏡検査では終末回腸を含めて炎症所見は認めなかった。AtezolizumabによるirAE小腸炎を疑い、ステロイドによる加療で症状および内視鏡所見の改善をみとめた。Atezolizumabの投与再開後の現在も症状再燃なく生存中である。

【考察】irAE小腸炎が疑われ、ステロイドが有効であった症例を経験した。小腸炎改善後ICIの再投与も可能であった貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

5. Nivolumab 投与後に免疫関連細気管支炎を発症した 1 例

- 1) 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科
- 2) 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 初期研修医

○小島原史大(こじまはら ふみひろ)²⁾、高瀬志穂¹⁾、高野竜馬¹⁾、羽鳥貴士¹⁾、
山岸哲也¹⁾、沼田岳士¹⁾、太田恭子¹⁾、箭内英俊¹⁾、遠藤健夫¹⁾

症例は 74 歳男性。主訴は咳嗽、喀痰。X-7 年 8 月に他院で胃癌(pT4aN1M0、Stage IIIA)に対して幽門側胃切除術を受けたが X-3 年 11 月に再発し、化学療法を継続していた。X-2 年 9 月より 4 次治療として Nivolumab 療法を開始。治療効果は良好であったが、X-1 年 11 月の CT で両肺に陰影を認め、Nivolumab 療法を中止された。その後も陰影が悪化傾向を示したため X 年 3 月に当科紹介された。30 本/日×37 年間の過去喫煙歴があり、職業性粉塵暴露歴はない。初診時は発熱はなく、SpO2 は室内気で 94%であった。膠原病を示唆する関節炎や皮膚症状は認めなかった。血液検査では末梢血好酸球数の増加、軽度炎症反応の上昇、KL-6 の上昇を認め、各種自己抗体、T-SPOT、寒冷凝集素などは陰性であった。呼吸機能検査では閉塞性換気障害(FEV1.0%(G) 60.34%)を認めた。CT では両肺に小葉中心性の粒状影、中心性の気管支拡張を認めた。三連痰抗酸菌塗抹が陰性であることを確認し、第 5 病日に気管支鏡検査を施行。気管支肺胞洗浄を実施し、好中球分画の上昇を伴う著明な細胞数増多を認めた。気管支表面より生検し、気管支上皮内や間質には小型リンパ球、形質細胞浸潤を認めた。気管支鏡検査後に呼吸状態の悪化を認めたため、第 7 病日よりステロイドの全身投与を開始。治療反応性は非常に良好で、2 週後の CT で陰影は著明に改善し、閉塞性換気障害も改善していた。ステロイドを漸減し第 37 病日に退院した。irAE 肺障害はよく知られているが、本症例のように ICI 投与後に閉塞性換気障害、びまん性粒状影を来した症例が報告されている。鑑別診断として肺結核、関節リウマチやシェーグレン症候群などの自己免疫性疾患、DPBなどを考えたがいずれも診断には至らず、診断的治療としてステロイドの全身投与を行ったところ著効したことなどから、ICI 投与に関連した細気管支炎と診断した。未だ報告数が少ない病態であり、文献的考察を加えて報告する。

6. 大量下血を契機に悪性中皮腫の大腸・小腸転移を認めた一例

筑波メディカルセンター病院 消化器内科

○西本真帆 (にしもと まほ)、野本 怜、藤川健太郎、澤藤 拓、浜田善隆、
西 雅明

【背景】悪性中皮腫はアスベスト曝露などから発生する予後不良の疾患である。周囲臓器への直接浸潤や転移が主とされており、遠隔転移は少ないとされている。我々は大量下血を契機に下部消化管内視鏡検査にて小腸・大腸転移を認めた悪性中皮腫を経験した。

【症例】78歳男性【主訴】大量下血

【現病歴】20XX-6年に右胸水貯留のため当院呼吸器内科を受診し、アスベスト曝露歴があることから悪性胸膜中皮腫が疑われた。右壁側胸膜生検が実施されたものの診断には至らず、石綿胸膜炎疑いとして半年ごとにフォローされていた。20XX年8月に右鼠径部の腫瘍を自覚し、10月に右鼠径部皮下腫瘍生検を施行し上皮型悪性中皮腫の診断となった。20XX年11月夜間に大量下血を認め近医へ搬送された(day1)。搬送時Hb 3.4 g/dLと著明に低下しており、心疾患治療後のためワルファリンを内服していた影響もありPT-INRが測定不能であった。ビタミンK製剤によるリバースを実施し緊急入院となった。胸腹部造影CT検査ではバウヒン弁対側に25mm大、回腸末端にも腫瘍を疑う病変があり、出血源と考えられたため、下部消化管内視鏡検査を含めた精査加療目的にday4に当科へ転院した。

【経過】day8に下部消化管内視鏡を実施したところ、CTで指摘のあった回腸末端および盲腸にそれぞれ緊満性の腫瘍を認め、生検による病理結果で悪性中皮腫の診断となり、転移に矛盾しない所見に至った。出血のコントロールは得られていたため、day16に当院呼吸器内科へ転科した。

【考察】我々は小腸・大腸への転移を認めた悪性中皮腫を経験した。胸膜中皮腫であれば小腸・大腸転移を来したという報告は少ないが、原発巣として腹膜の可能性も十分にあり、今回の症例では胸膜・腹膜中皮腫の合併の可能性も十分に疑われると考える。

7. 肺高血圧症を呈した若年性びまん性気管支拡張症の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¹、
同 病理診断科²、同 臨床研究部³

○武石岳大(たけいし たかひろ)¹、松本紘明¹、渡邊 凌¹、上田航大¹、
平野 瞳¹、野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、南 優子²、
薄井真悟³、大石修司¹、林原賢治¹、石井幸雄¹、齋藤武文¹

【はじめに】 肺高血圧症は肺動脈圧が上昇する病態の総称である。病態別に1群：肺動脈性肺高血圧、2群：左心疾患に伴う肺高血圧症、3群：肺疾患に伴う肺高血圧症、4群：慢性血栓塞栓性肺塞栓症、5群：詳細不明な多因子のメカニズムに伴う肺高血圧症に分類される。3群PHの主な原疾患はCOPDと間質性肺疾患である。

【症例】 52歳女性

【主訴】 呼吸困難、倦怠感

【病歴】 小児期から気管支炎を繰り返していた。気管支拡張症を指摘され、血痰が出現することもあり、内服治療では改善乏しく当院に紹介となった。高度の気管支拡張症と緑膿菌感染が併発しており、緑膿菌はキノロン耐性となっていた。入院の上、抗菌薬での加療を行い症状は軽快した。以降は少量マクロライド療法、去痰薬で長期加療され、年に1回程度増悪見られ、抗菌薬が処方されていた。

2023年9月の外来受診時に発熱、SpO₂低下がみられており、気管支拡張症増悪と診断し、入院し、抗生剤治療を行なった。一旦は症状が改善見られ、退院となったが、呼吸困難再度悪化あり、10月に精査・加療目的に入院となった。

【既往歴】 気管支拡張症、副鼻腔炎。

【経過】 入院後、右心不全を疑い、利尿薬・酸素投与での治療を開始した。精査の結果、明らかな肺血栓塞栓症はみられず、右心カテーテル検査でmeanPAP高値、肺血管抵抗も高値であった。PAWPは低値であり、慢性呼吸不全・気管支拡張症による3群肺高血圧症と診断した。症状やデータは酸素投与、利尿薬による加療で改善見られ、在宅酸素導入し、退院となった。

【考察】 高度の気管支拡張症および慢性呼吸不全により肺高血圧症に至った症例を経験した。気管支拡張症の家族歴や副鼻腔炎の既往からはPCDが疑われた。文献的な考察を含めて報告する。

8. 著明な肺胞出血を伴い救命出来なかった新型コロナウイルス感染症の1例

水戸済生会総合病院 総合内科¹⁾、救急科²⁾、病理診断科³⁾

○大城悠渡（おおしろ ゆうと）¹⁾、柏村 浩¹⁾、金野直言¹⁾、千葉義郎¹⁾、
高瀬士龍²⁾、辻 剛史²⁾、玉造吉樹²⁾、遠藤浩志²⁾、村岡麻樹²⁾、大谷明夫³⁾

【緒言】新型コロナウイルスは5類感染症に扱いが変更され、既に公衆衛生上の大きな懸念事項ではなくなっているが、依然として少数の重症患者が発生している。第8波にあたる2023年3月に経験した重症ECMO症例について報告する。

【症例】46歳女性。

【主訴】呼吸困難・意識障害。

【既往歴・家族歴】19歳時に悪性関節リウマチを発症、その後糖尿病と慢性閉塞性動脈硬化症も併発し近医通院中だった。

【現病歴】X-26日から左手化膿性関節炎で他院入院治療を行った後、退院へ向けリハビリ中であった。X-6日に病棟内の新型コロナウイルス感染患者発生をうけ接触者PCRを行い陽性が判明した。当初は咽頭違和感のみであったがX-1日に呼吸不全となりご家族がfull codeを希望しX日に当院へ転入院となった。

【経過】入院当日に人工呼吸器管理を開始し、抗ウイルス薬（レムデシビル）と抗炎症薬（プレドニゾロン 40mg）を開始した。呼吸不全の更なる進行に肺胞出血合併を伴い、入院4日目にはECMOを導入したが、入院5日目に血痰による気道閉塞で人工呼吸器を停止した。その後も血痰が持続し、入院第20日にECMO停止・死亡確認を行った。承諾解剖が得られ、肺胞出血の原因検索を行なったが、悪性関節リウマチに見られる血管炎所見等は認められず、新型コロナウイルス感染によるびまん性肺胞出血と診断した。

【考案】当施設では年齢65歳未満で進行期の悪性腫瘍や重篤な基礎疾患のない進行性の呼吸不全症例（P/F<100）をVV-ECMOの適応と定め、症例に応じて適応を拡大して実施してきた。適応拡大症例を除いたECMO救命率は良好だが、当症例は搬入時から速やかに薬物治療を開始し生命維持装置を装着したにも関わらず救命できなかった。5類移行までの当院のコロナECMO診療についてもその一部を紹介する。

9. 胸膜直下主体の陰影を呈した抗ARS抗体陽性間質性肺疾患の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¹、
同 病理診断科²、同 臨床研究部³

○渡邊 峻¹ (わたなべ りょう)、齋藤武文¹、松本紘明¹、武石岳大¹、上田航大¹、
野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、南 優子²、薄井真悟³、
大石修司¹、林原賢治¹、石井幸雄¹

75歳女性。X年9月中旬より咳嗽を自覚し近医を受診。胸部単純写真で間質性肺疾患が疑われ、当院紹介。胸部CT検査で胸膜直下主体のすりガラス影を認め、抗ARS抗体陽性を示した。抗ARS抗体陽性間質性肺疾患と診断し、ステロイドとタクロリムスを開始し症状、画像所見の改善を認めた。

本症例を通して抗ARS抗体陽性間質性肺疾患の画像所見について文献学的考察を加えて報告する。

10. Hu 抗体陽性・亜急性感覚性ニューロパチーを呈した小細胞肺癌の 1 例

国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○松本紘明（まつもと ひろあき）、高須美香、武石岳大、上田航大、渡邊 峻、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、南 優子、林原賢治、薄井真悟、石井幸雄、大石修司、齋藤武文

61 歳男性。2023 年 5 月より手足のしびれが出現し、徐々に増悪、歩行困難、食事摂取困難となった。近医に入院し、胸腹部造影 C T で左肺門部肺癌が疑われ、当院紹介となった。入院後、気管支鏡生検で小細胞肺癌の診断となった。また、手袋靴下型の全感覚障害、上肢の筋力低下、四肢深部感覚低下、左聴力低下、起立性低血圧といった症状を認め、神経内科を紹介受診し、H u 抗体陽性の傍腫瘍神経症候群の診断を得た。感覚性ニューロパチーを契機に診断された小細胞肺癌の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

11. 血気胸入院中に甲状腺クリーゼを発症した一例

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）、山本由季

【症例】65歳男性

【病歴】60歳で持続性心房細動と下腿浮腫のため受診しバセドウ病と診断されメルカゾール内服開始。甲状腺機能正常化・抗甲状腺抗体陰性化し64歳で内服中止。1・3・6ヶ月後の外来では体重減少なく甲状腺機能正常範囲だった。中止8ヶ月後(X-4ヶ月)より動悸・体重減症自覚も受診せず。X-2日咳嗽・呼吸困難を主訴に近医受診。右気胸を指摘され当院救急搬送。

【現症・検査結果】178cm 56.2kg 36.9℃ 脈拍 140bpm 心房細動 呼吸数 29回/分 右肺野全体で呼吸音減弱 GCS4-5-6

【経過】右胸腔ドレーン挿入し少量の血性の排液あり血気胸の診断で入院。入院後心拍数は80-90bpmで経過。X+2日より40℃の発熱、頻脈(120-150bpm)あり。血液検査でTSH0.005>、FT3 13.2、FT4 >7.77、TRAb3.6とバセドウ病再燃を認めBiI 4.5と上昇し甲状腺クリーゼの診断基準を満たした。メルカゾール60mg/日・ヨウ化カリウム200mg/日・デキサメタゾン8mg/日で治療を開始しその後甲状腺機能は速やかに改善し内服調整を行った。

【考察】バセドウ病再燃後に気胸を契機に発症したと考えられる甲状腺クリーゼの一例を経験した。入院中に甲状腺クリーゼの診断基準を満たし発症早期に治療介入した症例は貴重と考え報告する。

12. 高リスク群骨髄異形成症候群を合併した透析患者の ESA 製剤抵抗性貧血に対して HIF-PH 阻害薬が有効であった一例

JA とりで総合医療センター 腎臓内科

○只縄友香 (ただなわ ゆか)、竹田有里、伊原史崇、大下 格、大橋敦希、
前田益孝

【症例】 72 歳男性

【臨床経過】 X-7 年 2 月に骨髄生検を行い、低リスク群 MDS の疑いで赤血球輸血を行っていた。X-6 年 11 月に ADPKD を原疾患とした末期腎不全に対して透析導入を行い、転院を契機に X-6 年 12 月に再度骨髄生検を行ったところ高リスク群 MDS の診断となった。X-5 年 3 月よりアザシチジンを開始したが、不耐容のため X-4 年 7 月にアザシチジン投与は中止した。X-4 年 10 月以降は赤血球輸血を行わず週 1 回のダルベポエチン α 240 μ g 静脈注射を継続し、Hb 8-9 g/dl 台で推移した。X 年 6 月に Hb 6.8 g/dl まで低下したため、X 年 7 月よりダプロデュスタット 4 mg の内服を開始したところ貧血は徐々に改善し、X 年 12 月にはダプロデュスタット 16 mg 内服で Hb 10.1 g/dl まで上昇を認めた。

【考察】 高リスク群 MDS を合併した透析患者の ESA 抵抗性貧血に対して HIF-PH 阻害薬が有効である可能性について、文献的考察を加え報告する。

13. 急性経過で敗血症をきたし多臓器不全に至った日本紅斑熱の一例

土浦協同病院 リウマチ・膠原病内科

○杉田稔貴（すぎた としき）、沢辺智紀、梅田直人

【症例】73歳、男性 【主訴】発熱、脱力、四肢の筋痛

【現病歴】X年9月頃より38度前後の発熱、脱力、四肢の筋痛を自覚された。10月初旬に山に行き、15日より下痢が出現した。16日に当院皮膚科を受診され、発熱、クレアチンキナーゼ高値、白血球上昇、CRP高値、上眼瞼浮腫より皮膚筋炎が疑われ当科紹介となり、精査加療目的に入院となった。

【臨床経過】発熱や炎症所見の上昇が顕著であり、血小板の減少も伴っていたことから皮膚筋炎としては非典型的であり、何らかの敗血症に播種性血管内凝固症候群（DIC）を合併した病態と考えられた。ドリペネム、バンコマイシンで加療するも改善に乏しく、第3病日には血圧低下を認め、第4病日には酸素化不良のため気管挿管となった。同日の皮膚所見で全身の網状皮斑と右下腹部に刺し口様の紅斑を認め、ミノサイクリンを追加としたが、以降も循環動態の維持が困難であり第5病日に死亡退院となった。その後日本紅斑熱のPCR陽性が判明し、日本紅斑熱に伴う敗血症、DIC、多臓器不全と考えられた。

【考察】日本紅斑熱は *Rickettsia japonica* を媒介するマダニの刺咬により発症する急性熱性疾患であり、近年本邦では増加傾向を示している。発生地域の拡大によりこれまで発生がなかった茨城県でも2019年以降に報告され始めている。βラクタム系抗菌薬が無効であり、本症例のようにDICや多臓器不全の合併により死亡する症例も存在することから、早期に鑑別に挙げ治療介入を行うことが重要である。一方で同様のダニ類の感染症であるツツガムシ病や重症熱性血小板減少症候群と鑑別することは容易ではなく、文献的考察を加えて報告する。