

第 2 2 6 回茨城県内科学会

日 時 令和6年6月22日（土）
14:00～17:25

会 場 水戸市医師会 1 階研修講堂

当番幹事 鈴木 祥司
（霞ヶ浦医療センター 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 6 回茨城県内科学会

日 時 令和 6 年 6 月 22 日 (土) 14:00~17:25
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂
当番幹事 鈴木 祥司 (霞ヶ浦医療センター 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、6 月 19 日 (水) 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 9.医療情報を受けています。
- 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226回当番幹事

連絡先:霞ヶ浦医療センター 鈴木祥司

〒300-8585 茨城県土浦市下高津 2-7-14

TEL:029-822-5050・FAX:029-824-0494

● 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

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） 14:05～14:45

座長 霞ヶ浦医療センター 阿野哲士

1. RA 治療中に発症した慢性肺アスペルギルス症の 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

○手島 修（てしま しゅう）、齋藤武文、中村研太、名和日向子、山崎健斗、
渡邊 峻、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、大石修司、
林原賢治、石井幸雄

2. AIDS 合併播種性結核を発症したケニア人の 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（わたなべ りょう）¹、齋藤武文¹、中村研太¹、名和日向子¹、
山崎健斗¹、手島 修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

3. 無治療で比較的急速に改善した肺サルコイドーシスの一例

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

○名和日向子（なわ ひなこ）¹、中村研太¹、手島 修¹、山崎健斗¹、
渡邊 峻¹、野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、
南 優子²、大石修司¹、林原賢治¹、石井幸雄¹、齋藤武文¹

4. 肺非結核性抗酸菌症に続発し胸水中の ADA 高値を認めた胸膜炎と気胸の一例
国立病院機構霞ヶ浦医療センター 呼吸器内科¹、筑波大学医学医療系²、
国立病院機構霞ヶ浦医療センター 臨床検査科³
○佐々木康平（ささき こうへい）¹、山崎勇輝¹、阿野哲士^{1, 2}、重政理恵¹、
三枝美智子¹、近藤 譲³、菊池教大¹

一般演題（2） 14:50～15:30

座長 霞ヶ浦医療センター 丸山秀和

5. Siponimod 導入により認知・注意機能の経時的改善を認めた SPMS の 1 例
JA とりで総合医療センター 脳神経内科
○片山優希（かたやま ゆうき）、土居龍一郎、松本仁圭、金 亮秀、
鬼木絢子、富満弘之

6. 地誌的失見当による道迷いを繰り返した右後頭葉梗塞の一例
株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 神経内科
○鳥羽智美（とば ともみ）、保坂 愛、儘田直美

7. 肺底動脈大動脈起始症の 1 例
国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科
○藤田弘輝（ふじた ひろき）、箭内英俊、高瀬志穂、山岸哲也、羽鳥貴士、
沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

8. 脳幹梗塞に伴いたこつぼ心筋症を認めた一例
国立病院機構霞ヶ浦医療センター 循環器内科
○島根颯大（しまね はやと）、丸山秀和、錦井牧子、加藤 穰、鈴木祥司

一般演題 (3) 15:35～16:15

座長 霞ヶ浦医療センター 栗原 宏

9. 高 IgA 血症を呈したリンパ形質細胞型リンパ腫

日立総合病院 血液・腫瘍内科¹、筑波記念病院 血液内科²

○松 隼作 (まつ しゅんさく)¹、清水美咲代²、海江田拓実¹、吉澤有紀¹、
関 正則¹、品川篤司¹

10. R-MPV 療法が奏功した馬尾原発悪性リンパ腫の一例

総合病院土浦協同病院 血液内科

○井上和哉 (いのうえ かずや)、樽井裕太郎、伊藤由布、小形雄大、
百瀬春佳、清水誠一、鴨下昌晴

11. アスピリン内服前に施行した上部消化管内視鏡検査で早期胃がんが発見
された症例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○葛西星慶 (かさい せいや)、金澤英明、笠巻凌太、大越聡子、高橋孝通、
田谷侑司、小松 靖、阿部憲弘

12. 中毒性巨大結腸症を合併した CD 腸炎の 1 例

茨城県立中央病院 消化器内科

○笹井裕平 (ささい ゆうへい)、天貝賢二、大関瑞治、荒木真裕、五頭光秀、
山岡正治、石橋 肇、本多寛之、瀬山侑亮

特別講演 16:20～17:20

座長 霞ヶ浦医療センター 菊池教大

「内科医の知っておきたい結核の基礎知識

ー結核診療ガイドラインを踏まえてー」

国立病院機構茨城東病院 院長 石井 幸雄 先生

閉会挨拶・優秀演題賞発表

17:20～17:25 鈴木祥司（霞ヶ浦医療センター 院長）

幹事会 17:25～

水戸市医師会 2階会議室

特別講演

内科医の知っておきたい結核の基礎知識 ―結核診療ガイドラインを踏まえて―

国立病院機構茨城東病院 院長 石井 幸雄

1950 年までは本邦の死因の 1 位であった結核は様々な対策により減少し、2022 年には罹患率が人口 10 万人あたり 8.2 人と低蔓延国の仲間入りを果たした。しかしながら、80 歳以上の高齢者の罹患率は依然として高く、東南アジアを始めとした外国人労働者の結核発症事例も増加しており、日常診療で結核を念頭に置くことは重要である。結核において感染と発病は分けて考える必要がある。吸入された結核菌がマクロファージに貪食され増殖することで感染が成立する。この過程で T 細胞を主とする細胞性免疫が誘導され、多くの感染者は発病を免れるが、約 10% で 2 年以内に一次結核を発症する。一次結核を免れたとしても、結核菌は *persister* として生存し、感染状態を維持する（潜在性結核感染症：LTBI）。高齢者に見られる結核の大部分は二次結核症であり、そのほとんどが内因性再燃で、*persister* の 5～10% が発病すると推測される。インターフェロン γ 遊離試験（IGRA）の導入により LTBI の診断は容易になったが、非結核性抗酸菌であるカンサシ症で偽陽性、免疫低下者では偽陰性となる可能性がありうる。また、IGRA は感染から時間が経つにつれ反応が低下するため、高齢感染者で陰性となることは念頭に置くべきである。結核菌の侵入門戸は気道であるため、肺結核として発病することが多い。通常見られる慢性結核（二次結核）では上肺（S1, S2, S6）中心に経気道的に散布する粒状影や空洞影が特徴的な所見であるが、非特徴的な所見を呈する症例も多く見られ、結核弱者においては結核をまず疑うことが診断の一步である。結核菌は環境中には存在しないため、患者検体から菌が検出されれば直ちに結核症と診断できる。塗抹検査だけでは非結核性抗酸菌との区別はできないため、確定には核酸増幅検査か培養検査における結核菌の証明が必要である。結核の治療はこれまでに様々な経験や臨床研究を経て現在の標準治療法が確立された。多剤併用療法が薬物療法の基本であるが、様々な副作用の問題や、特に前治療歴のある患者では耐性の問題もあり、標準治療をアレンジしなければいけないケースも多く存在する。本年度日本結核・非結核性抗酸菌症学会では結核診療ガイドラインを発刊した。本講演では同ガイドラインを踏まえ、結核全般について概説したい。

一般演題

1. RA 治療中に発症した慢性肺アスペルギルス症の 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

○手島 修（てしま しゅう）、齋藤武文、中村研太、名和日向子、山崎健斗、
渡邊 峻、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、金澤 潤、大石修司、林原賢治、
石井幸雄

【始めに】慢性肺アスペルギルス症は空洞、嚢胞、気腫性変化、気管支拡張など肺に構造破壊を呈する基礎病変があるが明らかな免疫抑制状態にはない患者に、空気中や土壌など広く環境に存在する真菌の 1 つである *Aspergillus* が感染しておこる肺真菌症である。

【主訴】咳嗽、食欲低下、全身倦怠感、息切れ

【病歴】肺結核や間質性肺炎、関節リウマチの既往のある 76 歳男性。X 年 1 月上旬頃から咳嗽や食欲低下、全身倦怠感や息切れが出現した。2 月 14 日に近医を受診し胸部単純写真を撮影し、結核や肺化膿症が疑われたことから当院へ紹介。2 月 16 日に精査・加療目的に入院となった。

【既往歴】関節リウマチ、肺結核、間質性肺炎

【経過】月単位で進行する症状や CT での空洞壁肥厚、血液検査での β -D グルカン高値やアスペルギルス沈降抗体陽性から慢性肺アスペルギルス症が臨床的に疑われた。2 月 23 日に気管支鏡検査を実施し、洗浄液から *Aspergillus sp.*（糸状菌）が検出されたことから慢性肺アスペルギルス症の確定診断となった。同日よりボリコナゾール内服を開始。自覚症状や検査所見の改善が得られたことから 3 月 6 日に退院となった。

【考察】RA 治療中に発症した慢性肺アスペルギルス症の 1 例を経験した。RA では慢性肺アスペルギルス症を含め多彩な肺感染症を発症することが知られている。文献的な考察を含めて報告する。

2. AIDS 合併播種性結核を発症したケニア人の 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（わたなべ りょう）¹、齋藤武文¹、中村研太¹、名和日向子¹、
山崎健斗¹、手島 修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

49 歳ケニア人男性。発熱，全身倦怠感，3 週間以上継続する食欲低下を認め近医を受診。CT 検査で両側肺内多発結節，全身リンパ節腫脹を認め，前医紹介。抗酸菌喀痰検査で塗抹陽性，TB-PCR 陽性となり，肺結核，播種性結核と判断され当院転院搬送となった。当院入院時の HIV スクリーニング陽性を示し，HIV-1-RNA 定量検査を施行したところ 1.8×10^5 mL/copy と検出。AIDS 合併播種性結核と診断し，両疾患に対する治療を開始とした。

当院での自研例を通して、文献学的考察を加えて報告する。

3. 無治療で比較的急速に改善した肺サルコイドーシスの一例

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

○名和日向子（なわ ひなこ）¹、中村研太¹、手島 修¹、山崎健斗¹、渡邊 峻¹、野中 水¹、荒井直樹¹、兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、南 優子²、大石修司¹、林原賢治¹、石井幸雄¹、齋藤武文¹

【はじめに】サルコイドーシスは原因不明の多臓器疾患であり、若年者から高齢者まで発症する。発病時の臨床症状およびその後の臨床経過が多様であることが特徴の一つである。肺、心臓、眼、神経、腎臓など生命予後・機能予後を左右する臓器・組織では、十分な治療と管理が必要である。

【症例】63歳女性

【受診理由】咳嗽、喀痰、胸部異常陰影

【現病歴】2023年9月頃から咳嗽、喀痰症状が持続し、同年12月の健診で胸部異常陰影を指摘された。近医で施行した胸部CTで縦隔・肺門リンパ節腫大と両側上肺野優位の広範な粒状影、気管支壁の肥厚を認め、精査目的に当院紹介となる。

【家族歴】特になし

【生活歴】喫煙：なし 飲酒：機会飲酒

【既往歴】心房細動（アブレーション術後）、高脂血症、緑内障、白内障

【経過】2024年3月（当院紹介受診から約1か月半後）に精査目的に入院となる。入院時に施行した胸部CT検査では、縦隔・肺門リンパ節腫大と両肺の広範な粒状影は自然軽快していた。血液検査では血清アンジオテンシン変換酵素（ACE）活性は正常範囲内、可溶性IL-2レセプター709U/mLと軽度上昇を認めた。Gaシンチグラフィでは優位な集積を認めなかった。気管支肺泡洗浄ではリンパ球分画の軽度上昇はあったが、CD4/CD8上昇はなかったが、経気管支肺生検では類上皮肉芽腫が検出された。眼、心病変を認めず、その他の肉芽腫性疾患が否定的であり、肺サルコイドーシスと診断した。肺病変については急速に自然軽快を認めており、再燃なく経過している。

【考察】肺サルコイドーシスは自然寛解することが多く、治療に用いられるステロイド薬や免疫抑制薬の副作用も考慮すると治療の適応は慎重に決定する必要がある。しかし、肺野病変が経時的に進行すると、肺機能障害が悪化する懸念がある。治療開始の判断には、自覚症状、肺機能や画像所見の経過を把握することが重要と考える。文献的考察を加え報告する。

4. 肺非結核性抗酸菌症に続発し胸水中の ADA 高値を認めた胸膜炎と気胸の一例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター呼吸器内科¹

筑波大学医学医療系²

国立病院機構霞ヶ浦医療センター臨床検査科³

○佐々木康平（ささき こうへい）¹、山崎勇輝¹、阿野哲士^{1, 2}、重政理恵¹、
三枝美智子¹、近藤 譲³、菊池教大¹

【緒言】肺非結核性抗酸菌症(肺NTM症)に伴う胸膜炎(NTM 胸膜炎)は頻度が低く、また報告例も少ない。今回、肺NTM症に伴う胸膜炎と気胸の症例を経験したため報告する。

【症例】85歳女性。X-5年に検診で胸部異常陰影を指摘され、他院にて肺NTM症が疑われ精査加療を推奨されるも本人が拒否していた。X-1年9月より咳嗽が増悪し、当院を初回受診した。胸部CTで空洞病変を認め、喀痰検査でM. Aviumを認めたため、肺NTM症と診断した。病状の進行が考えられたため加療を推奨したが、本人が拒否していた。X年3月に胸痛、呼吸困難が出現し当科を受診。胸部CTで左胸水貯留、左肺虚脱がみられるも、胸膜の石灰化は認めなかった。気胸と胸膜炎の合併と考え、胸腔ドレナージによる加療を開始した。胸水中のADAは146.6 U/Lと高値であった。胸腔鏡による生検では胸膜に類上皮肉芽腫を認めた。胸水の抗酸菌塗抹検査や培養検査、PCR検査で原因菌の同定には至らなかったが、一元的にNTM胸膜炎と気胸と考えられた。再度肺NTM症の治療開始を強く推奨するも本人は一貫して拒否していた。2週間程度で胸水減少と気漏消失を確認し、胸腔ドレナージを終了し、以降経過観察の方針となった。

【考察】NTM胸膜炎では、結核性胸膜炎と同様に胸水中ADAが高値を示すと報告されている。このため、胸水中ADA高値の症例で、病原体が明らかでない場合、両者の鑑別に難渋する。両者の臨床像の違いとしてはNTM胸膜炎の方が気胸の合併が多く、胸膜の石灰化を認めることが挙げられる。本症例では元々肺NTM症に罹患している患者で、気胸を合併しており、胸膜の石灰化を認めなかった。また胸膜生検で類上皮肉芽腫であったことも考慮し、NTM胸膜炎と診断した。NTM胸膜炎を発症する頻度は3-6%と稀だが、肺NTM症の増加により、NTM胸膜炎も今後増加していく可能性がある。

5. Siponimod 導入により認知・注意機能の経時的改善を認めた SPMS の 1 例

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○片山優希 (かたやま ゆうき)、土居龍一郎、松本仁圭、金 亮秀、鬼木絢子、
富満弘之

2015 年(39 歳時)に左上下肢の感覚障害、運動麻痺、複視で発症し脳、脊髄に MRI 異常病変を認め多発性硬化症の診断となった 47 歳女性。40 歳から Fingolimod を導入した。以後 42 歳頃から自覚的異常感覚や倦怠感、めまいなどを主訴に新患外来や救急外来を頻回に受診するも画像上の新規病変は認めなかった。外来では落ち着きなく心気的な印象で、ご家族への聴取では食事、洗濯などの家事や子供の世話がうまくできなくなっていると判明した。45 歳時に精査目的に入院としたところ SDMT 達成率 46.3%、PASAT 2 秒条件 28.3%と注意機能障害を認めた。新規病変はないが脳萎縮の進行があり SPMSに移行していると診断し Siponimod を導入した。導入後は予約外受診が一切なくなり、47 歳時にご家族に再度聴取すると自宅でも穏やかに過ごされ、落ち着きのなさが改善し家事も少しずつできるようになっているとのことであった。SDMT は 67% (導入 9 か月)、PASAT 2 秒条件は 65% (20 か月) と高次脳検査上も明確な改善を認めた。Siponimod の MS への効能効果として SDMT で評価された認知機能の低下リスクの減少のみならず有意な改善効果が無作為化二重盲検試験で証明されているが、本例のように脳萎縮がある程度進行した症例でも Siponimod 導入に伴い認知・注意機能が改善し実臨床、実生活上の QOL 改善に寄与することが確認出来た症例は貴重と考え、報告した。今後は高次脳機能だけでなく脳萎縮についても効果があるか評価をしていく予定である。

6. 地誌的失見当による道迷いを繰り返した右後頭葉梗塞の一例

株式会社日立製作所ひたちなか総合病院神経内科

○鳥羽智美（とば ともみ）、保坂 愛、儘田直美

【症例】75 歳、男性。右利き。独居。

【主訴】慣れた道で迷ってしまう。

【現病歴】X-3 月、車を運転して職場に向かっている時に道が分からなくなった。その後も慣れた道で迷うことを繰り返し、目的地に到着できず知人に迎えに来てもらうこともあった。X-1 月、知人に勧められ地域包括支援センターに相談し、何らかの認知症が疑われた。X 月 Y 日、当院を初診した。診察上、左上下肢の軽度の協調運動障害が認められた。MMSE 30/30 点、明らかな認知症や視野異常、半側空間無視は指摘されず、道迷いは地誌的失見当によると考えられた。頭部 MRI で右海馬傍回後部および右後頭葉内側の陳旧性脳梗塞を認め、原因病変と考えられた。心電図で心房細動を認め、心原性脳塞栓と診断し抗凝固薬を内服開始した。また地図アプリ使用により道迷いの頻度は減少した。

【考察】地誌的失見当とは明らかな認知症や半側空間無視のように広範な高次脳機能障害を伴わないにも関わらず道に迷う状態である。本症例は、突発的に地誌的失見当が出現したが、日常生活動作は保たれていたため、急性期は医療機関受診にはつながらず見過ごされていた。さらに、繰り返す道迷いのエピソードから認知症が疑われたが、突発発症である点、他の高次脳機能障害を認めない点から認知症よりも脳血管障害が示唆された。脳血管障害は再発した場合、重篤な後遺症が残る恐れがあるため早期診断および再発予防が重要となる。本症例のように一見認知症が疑われる症候でも、注意深く発症様式や他の高次脳機能障害の存在を確認し、脳血管障害の可能性を検討すべきである。

7. 肺底動脈大動脈起始症の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○藤田弘輝（ふじた ひろき）、箭内英俊、高瀬志穂、山岸哲也、羽鳥貴士、
沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

症例は38歳女性。右季肋部痛を主訴に前医を受診した。精査として撮影されたCTで左肺の異常陰影が指摘され、当院を紹介受診した。来院時、呼吸器症状をはじめとする自覚症状には乏しく、身体診察や血液検査で異常所見は認めなかった。胸部単純X線では心陰影に重なる索状影を認め、造影CT及び3D-CTで下行大動脈より直接分岐し、左下葉へ流入する異常血管を認めた。画像上、分画肺は明らかではなかった。気管支鏡検査で亜区域支まで観察を行い、気管支の分岐異常は認めず、肺底動脈大動脈起始症の診断に至った。経胸壁心臓超音波及びカテーテル検査を行い、心不全や肺高血圧症の合併は認めなかった。後日、胸腔鏡下区域切除術を行った。

肺底動脈大動脈起始症は肺分画症に含まれる疾患であった。肺分画症は正常な気管支との交通がなく、肺動脈を欠き体循環から血液供給を受ける異常な肺組織とされ、異常血管の灌流域や分画肺の有無によってⅠ～Ⅴ型の5つの型に分類される。その内、肺底動脈大動脈起始症はⅠ型に相当する。しかしながら、本疾患は分画肺を欠くという観点から、肺分画症からは独立した疾患として考えられている。本症例に関して文献的考察を加え報告する。

8. 脳幹梗塞に伴いたこつぼ心筋症を認めた一例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター 循環器内科

○島根颯大（しまね はやと）、丸山秀和、錦井牧子、加藤 穰、鈴木祥司

症例は80歳代男性。慢性心不全、重度大動脈弁閉鎖不全症、脳動脈瘤コイル挿入術後、高血圧の診断で外来通院中であった。202X年Y月Z日午前7時頃、構音障害と右半身脱力のため当院へ救急搬送された。来院時に脈不整は認めず、血圧139/92mmHg、脈拍105bpmであった。病歴と神経学的所見から脳梗塞を疑ったが、脳動脈コイル挿入術後のため頭部MRIは施行しなかった。頭部CTではハレーションのため病変が不明瞭であったが、フォローアップのCTでも梗塞部位の特定は困難であった。構音障害と球麻痺様症状など神経学的所見から脳幹病変が疑われ、エダラボン点滴による治療を開始した。第2病日には嚥下機能や構音障害は徐々に改善し意思疎通もとれるようになった。しかし副作用と考えられる肝障害と血小板減少のため第4病日でエダラボン投与は中止した。第7病日に再び会話困難、傾眠傾向となり、第8病日に意識状態JCSIII-100~200となった。同日のモニター心電図で陰性T波とQT延長を認め、12誘導心電図では広範囲誘導で巨大陰性T波とQTc延長を認めた。心臓超音波検査を行ったところ、Apical typeのたこつぼ型心筋症が疑われ、血液検査ではトロポニンIの上昇を認めた。

胸部単純レントゲン検査とCT検査で両側肺野に胸水と肺うっ血所見を認めたため輸液量を減量した。その後酸素飽和度は悪化することなく、モニター心電図でのQT延長と巨大陰性T波は徐々に改善した。しかし昏睡状態は回復せず、第18病日に合併した肺炎が原因となり呼吸停止にて死亡した。

重篤な脳血管障害の際に、多彩な心電図異常を認めることがあることは知られている。循環不全を伴うたこつぼ型心筋症の合併は、くも膜下出血で6.9%、脳梗塞で1.2%、脳出血0.27%との報告がある。脳血管障害の急性期には、心電図異常に注意するとともに、たこつぼ型心筋症による急性循環不全や心不全の合併を来すことがあることも念頭に置かなければならない。

9. 高 IgA 血症を呈したリンパ形質細胞型リンパ腫

日立総合病院 血液・腫瘍内科^{*1}、筑波記念病院 血液内科^{*2}

○松 隼作（まつ しゅんさく）^{*1}、清水美咲代^{*2}、海江田拓実^{*1}、吉澤有紀^{*1}、
関 正則^{*1}、品川篤司^{*1}

症例：82 才男性。X-1 年 10 月、咳嗽を主訴に近医を受診した際、縦隔腫瘍を指摘され、当院呼吸器内科紹介。

初診時、右鎖骨上リンパ節を触知し、CT では更に肺門縦隔リンパ節腫大、大量右胸水あり。WBC 6200 / μ l、Hb 13.0 g/dl、Plt 27.0 万/ μ l、TP/Alb 9.3/2.7 g/dl、Cre 0.78 mg/dl、LDH 147 U/l、sIL-2R 1279 U/ml、IgG 790、IgA 4452 mg/dl、IgM 178、K/L 比 7.81、IgA-k 型 M 蛋白陽性。11 月右鎖骨上リンパ節針生検施行し、リンパ形質細胞型リンパ腫 (LPL) の診断となった。骨髓浸潤あり。以後、rituximab+bendamustin 療法開始。軽度の IR と Gr.2 の嘔気程度であり、外来治療に移行。その後、計 6 コース施行し寛解となった。経過中、過粘稠度症候群を疑わせる症状の発現はなかった。

結語：一般に LPL の臨床像は原発性マクログロブリン血症であり、表現型は大半が IgM である。多発性骨髄腫を疑わせるような高 IgA 血症を伴った症例は珍しく若干の考察を加え報告する。

10. R-MPV 療法が奏功した馬尾原発悪性リンパ腫の一例

総合病院土浦協同病院 血液内科

○井上和哉(いのうえ かずや)、樽井裕太郎、伊藤由布、小形雄大、百瀬春佳、
清水誠一、鴨下昌晴

[背景]

中枢神経原発悪性リンパ腫のうち馬尾病変を呈するものは 1%未満と非常に稀である。今回馬尾周囲の生検困難な病変に対して髄液細胞のフローサイトメトリーから B 細胞性リンパ腫の診断となり治療が奏効した一例を経験したので報告する。

[症例]

67 歳女性。X-1 月に腹痛を自覚した。X-10 日より両下肢脱力と右眼瞼下垂、腹部から両下肢にかけての感覚鈍麻を自覚した。症状が増悪し歩行困難となったため、X-5 日に当院神経内科を受診した。右動眼神経麻痺、両上下肢の深部腱反射の減弱、両大腿四頭筋以下の MMT2 程度の筋力低下が指摘された。腰椎造影 MRI で脊柱管内の脊髓円錐から馬尾周囲にかけて T2WI 高信号の腫瘍性病変が指摘された。頭部造影 MRI、体幹部の CT ではその他腫瘍性病変は指摘されなかった。腰椎穿刺では髄液細胞数は $1767/\mu\text{L}$ であり単核球優位の増加を認め、髄液細胞のフローサイトメトリーでは CD19, 20, 22 陽性で軽鎖制限のある異常 B 細胞を認め当科紹介となった。馬尾以外の原発巣がなく、馬尾原発悪性リンパ腫と診断した。R-MPV 療法(リツキシマブ、メトトレキサート、プロカルバジン、ビンクリスチン)を施行した。1 コース目投与中に新規の神経症状として左顔面神経麻痺と右側腹部の神経痛が出現した。髄液細胞数は 2 コース目終了時点で $9/\mu\text{L}$ まで減少し、腰椎造影 MRI でも腫瘍の縮小が認められた。2 コース目終了時点で歩行困難であるが立位保持可能な状態まで筋力は改善、動眼神経麻痺も改善し治療効果ありと判断した。

[考察]

馬尾原発悪性リンパ腫の標準治療は定まっておらず、中枢神経原発悪性リンパ腫に準じた治療を行った報告が多い。本症例では画像上多発脳神経麻痺の責任病変が指摘できず神経リンパ腫症も合併していると考えた。大量メトトレキサートを含む化学療法を選択したことで全身の神経症状の改善を得られたと考える。

11. アスピリン内服前に施行した上部消化管内視鏡検査で早期胃がんが発見された症例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○葛西星慶(かさい せいや)、金澤英明、笠巻凌太、大越聡子、高橋孝通、
田谷侑司、小松 靖、阿部憲弘

症例は 68 歳男性。冠危険因子として、喫煙歴、高血圧を有する。腰部脊柱管狭窄症の術前評価目的に当科を初診。運動耐容能を 4Mets 以上認めたが BNP が 256pg/ml と高値を示した。心エコー上も壁運動異常や左房圧上昇所見もなく、胸部症状を認めないことから手術はそのまま施行。手術は無事に終了し術後 2 ヶ月で当科を再診し冠動脈 CT を施行した。冠動脈 CT では左前下行枝に中等度狭窄を認めたが、負荷心筋シンチグラフィーで有意な心筋虚血は認めず内服治療の方針とした。スタチン製剤などに加え低用量アスピリンの内服が検討されたが、60 歳時に十二指腸潰瘍の既往を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行する方針とした。上部消化管内視鏡検査では、萎縮性胃炎と早期胃がんが発見され内服治療開始とともに内視鏡的切除術が施行された。一次予防であり、消化器内科と協議のうえアスピリン内服は見送っている。日本で行われた大規模な低用量アスピリンを内服している患者に対する上部消化管内視鏡検査で粘膜障害を評価した MAGIC 研究が 2014 年に報告された。同研究では、約 1/3 にびらんや潰瘍などの粘膜障害を認め、また 2.5% に胃癌を認めたと報告している。我々循環器内科医が使用することが多い低用量アスピリンを内服する際には、出血性潰瘍を来す高危険患者群を適切に選択し上部消化管内視鏡検査を事前に施行することも検討すべきである。貴重な症例と考えここに症例を提示する。

12. 中毒性巨大結腸症を合併した CD 腸炎の 1 例

茨城県立中央病院 消化器内科

○笹井裕平（ささい ゆうへい）、天貝賢二、大関瑞治、荒木眞裕、五頭光秀、
山岡正治、石橋 肇、本多寛之、瀬山侑亮

[背景] Clostridioides difficile infection (CDI) は抗菌薬使用により正常な腸内細菌叢が破壊される事で発症する。多くの場合、バンコマイシン (VCM) やメトロニダゾール (MNZ) 投与で速やかに改善する。我々は中毒性巨大結腸症を合併した CDI 重症例を経験したため報告する。

[症例] 63 歳女性。X 年 3 月経尿道的左尿管結石碎石術の術前後にセフメタゾール (CMZ) 1g が投与された。X 年 4 月発熱で前医を受診した。腎盂腎炎が疑われ、CMZ 1g 1 日 2 回が開始された。翌日より下痢が出現し、3 日後に CD toxin 陽性が判明した。CDI の診断で、同日より CMZ を中止し VCM 125 mg 1 日 4 回内服が開始された。治療開始翌日の腹部 CT で大腸拡張を認め、絶食としたが改善せず、治療開始後 4 日目の CT では中毒性巨大結腸を認めた。VCM 内服を継続するも改善が得られず、治療開始後 10 日目に、精査加療目的に当院に転院した。中毒性巨大結腸症、麻痺性イレウスを認め、劇症型 CDI と判断した。入院後腸管減圧目的に経肛門イレウス管を留置し、連日腸管洗浄を行った。入院日より VCM は 500 mg 1 日 4 回内服に増量し、加えて、MNZ 500mg 1 日 4 回静脈内投与と VCM 500mg 1 日 4 回の経肛門イレウス管投与も開始した。3 日目に VCM 内服をフィダキソマイシン (Fdx) 200mg 1 日 2 回内服に変更した。腹部所見、血液検査所見ともに改善を認め、8 日目に経肛門イレウス管を抜去し、VCM 経肛門投与を終了、同日より食事再開とした。食事再開後も増悪なく経過し、Fdx と MNZ は 13 日目に終了とした。経時的に大腸拡張所見の改善を認め、20 日目に自宅退院した。

[考察] VCM、Fdx 経口投与と MNZ の静脈内投与に加え、VCM の経肛門イレウス管投与を行うことによって救命できた劇症型 CDI を経験した。重症な CDI に対する治療を検討する上で貴重な症例と考え、既報など若干の文献的考察を加えて報告する。