

第 2 2 8 回茨城県内科学会

日 時 令和 7 年 3 月 8 日 (土)
14:00～16:45

会 場 筑波学園病院 E 棟 (外来棟) 4 階大会議室
つくば市上横場 2573-1

当番幹事 舩山康則
(筑波学園病院 副病院長)

会場案内図

一般財団法人筑波麓仁会 筑波学園病院

E 棟（外来棟）4 階大会議室

〒305-0854 つくば市上横場 2573-1



お車をご利用の場合

常磐道

谷田部インターから約 5 分又は桜土浦インターから約 15 分

圏央道

つくば中央インターから約 5 分

駐車場・出入口案内

- ① 当日駐車場ゲートを開放しておりますので第 1 駐車場に駐車をお願いします。
- ② E 棟出入口からお入りいただき、エレベーターで 4 階までお上がりください。

公共交通機関をご利用の場合

つくばエクスプレスつくば駅から

- ・つくバス（南部シャトル便、自由ヶ丘シャトル便）「谷田部車庫」下車

つくばエクスプレスみどりの駅から

- ・関東鉄道バス（土浦駅西口行）「筑波学園病院前」または「谷田部車庫」下車

JR 常磐線牛久駅から

- ・関東鉄道バス（谷田部車庫行）「谷田部車庫」下車

会場案内図

一般財団法人筑波麓仁会 筑波学園病院

E 棟（外来棟）4 階大会議室

〒305-0854 つくば市上横場 2573-1



お車をご利用の場合

常磐道

谷田部インターから約 5 分又は桜土浦インターから約 15 分

圏央道

つくば中央インターから約 5 分

駐車場・出入口案内

- ① 当日駐車場ゲートを開放しておりますので第 1 駐車場に駐車をお願いします。
- ② E 棟出入口からお入りいただき、エレベーターで 4 階までお上がりください。

公共交通機関をご利用の場合

つくばエクスプレスつくば駅から

- ・つくバス（南部シャトル便、自由ヶ丘シャトル便）「谷田部車庫」下車

つくばエクスプレスみどりの駅から

- ・関東鉄道バス（土浦駅西口行）「筑波学園病院前」または「谷田部車庫」下車

JR 常磐線牛久駅から

- ・関東鉄道バス（谷田部車庫行）「谷田部車庫」下車

第 2 2 8 回茨城県内科学会

日 時 令和 7 年 3 月 8 日（土） 14：00～16：45
場 所 筑波学園病院 E 棟（外来棟）4 階大会議室
当番幹事 船山康則（筑波学園病院 副病院長）

●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、2 月 26 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交通渋滞の遅刻など学会当日の緊急連絡先は 029-836-1355（病院代表）です。
- ⑫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

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228回当番幹事

連絡先:筑波学園病院 船山康則

〒305-0854 茨城県つくば市上横場 2573-1

TEL:029-836-1355 FAX:029-836-1918

● 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） 14:05～14:35

座長 筑波学園病院 神 雄一郎

1. 胸部 CT 上のモザイクパターンを契機に診断された CTEPH 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）、斎藤武文、平 晃誠、名和日向子、三角明里、
前沢洋介、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. 免疫チェックポイント阻害剤使用後に発症した心膜心筋炎を契機に多様な病態を呈し irAE の診断に至った一例
総合病院 土浦協同病院 循環器内科
○石沢太基（いしざわ たいき）、田原智大、瀬戸口実玲、平野秀典、
仲田恭崇、原 聡史、佐藤慶和、三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷 仁
3. 難治性の高度房室ブロックによるうっ血性心不全に間質性肺炎を合併し、
抗炎症治療が奏功した一例
茨城県立中央病院 循環器内科
○廣瀬梨乃（ひろせ りの）、船橋 恒、朽津駿介、成田真美、岡部雄太、
馬場雅子、菅野昭憲、吉田健太郎、武安法之

一般演題 (2) 14:40～15:20

座長 筑波学園病院 石毛和紀

4. 悪性リンパ腫との鑑別が困難だった2症例

JA とりで総合医療センター 血液内科

○桜井和也 (さくらい かずや)、小川晋一、伊藤孝美

5. 消化器症状を主訴に受診した肺吸虫症の一例

筑波学園病院 呼吸器内科

○鈴木 桃 (すずき もも)、長谷川祥愛、伊藤 礼、林 大樹、中嶋真之、
船山康則

6. 低アルブミン血症の改善に難渋した Cronkhite-Canada 症候群の1例

筑波記念病院 消化器内科¹、筑波記念病院病理科²

○津金祐亮 (つがね ゆうすけ)¹、江南ちあき¹、大曾根 礼¹、澤龍太郎¹、
和田拓海¹、佐浦 勲¹、姫井紅里¹、根本絵美¹、丹下善隆¹、越智大介¹、
添田敦子¹、臺 勇一²、池澤和人¹

7. アバトロンボパグ投与により安全にESDを施行しえた食道静脈瘤合併
早期食道癌の一例

筑波記念病院 消化器内科

○佐浦 勲 (さうら いさお)、添田敦子、大曾根 礼、津金祐亮、澤龍太郎、
和田拓海、姫井紅里、根本絵美、丹下善隆、江南ちあき、越智大介、
池澤和人

一般演題 (3) 15:25～16:05

座長 筑波学園病院 林 大樹

8. 鉄剤誤嚥による気管支上皮障害をきたした1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器内科

○田添あき穂(たぞえ あきほ)、箭内英俊、藤田弘輝、山崎健斗、渡邊 峻、
山岸哲也、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

9. 移動する胸水貯留と浸潤影を来した関節リウマチに伴う間質性肺炎の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

○平 晃誠(たいら こうせい)、斎藤武文、名和日向子、三角明里、手島 修、
前沢洋介、金澤 潤、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、林原賢治、
大石修司、石井幸雄

10. 初回治療後17年で再発した肺結核の一例

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

○三角明里(みすみ あかり)、斎藤武文、平 晃誠、名和日向子、手島 修、
前沢洋介、野中 水、荒井直樹、金澤 潤、兵頭健太郎、林原賢治、
大石修司、石井幸雄

11. 胸水貯留を伴った播種性クリプトコッカスの一例

水戸赤十字病院 内科¹、皮膚科²

○岩崎晴信(いわさき はるのぶ)¹、富岡真一郎¹、松岡 廣²、
伊藤美佳子²、杉崎康太¹、小林桂子²

一般演題(4) 16:10~16:40

座長 筑波学園病院 加瀬田幸司

12. 血糖管理悪化を伴い単純CTでは指摘困難だった膵上皮内腫瘍性病变
(PanIN)の1例

東京医科大学茨城医療センター

代謝内分泌内科¹、消化器外科²、病理診断科³

○服部智哉¹(はっとり ともや)、高本偉碩¹、星本相修¹、土本優源¹、

永瀬晃正¹、小暮晃一郎¹、小高以直¹、鈴木修司²、森下由紀雄³、
桂 善也¹

13. 悪性腫瘍に併発し急速な経過をたどった糸球体腎炎の1例

筑波学園病院 腎臓内科

○米野友一郎（こめの ゆういちろう）、野村惣一郎、宮内建輔、加瀬田幸司

14. 切除不能進行大腸癌に対するフルキンチニブの投与により薬剤性ネフローゼ症候群を呈した1例

日立総合病院 消化器内科

○斎藤 巧（さいとう たくみ）、浜野由花子、中里遼太郎、高橋圭胡、
小川万里、照屋善斗、鈴木 聡、石川雄大、山本麻路、山口雄司、
大河原 悠、大河原 敦、柿木信重、平井信二、鴨志田敏郎

閉会挨拶・優秀演題賞発表

16:40～16:45 船山康則（筑波学園病院 副病院長）

幹事会 16:45～

筑波学園病院 E棟4階小会議室

一般演題

1. 胸部 CT 上のモザイクパターンを契機に診断された CTEPH 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）、斎藤武文、平 晃誠、名和日向子、三角明里、
前沢洋介、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】慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）は、肺動脈の亜区域枝付近から中
枢において血栓あるいは塞栓が器質化し、肺動脈が閉塞・狭窄を起こした結果、肺
高血圧症をきたす疾患である。

【主訴】労作時呼吸困難 mMRC1

【病歴】高血圧症や脂質異常症の既往のある 57 歳男性。2021 年頃から労作時呼吸
困難を自覚していた。2024 年 8 月頃より労作時呼吸困難の増悪を認めていた。11
月 18 日に近医を受診し、CT で両側びまん性にモザイク状のすりガラス陰影を認め
たことから当院へ紹介。外来での心臓超音波検査で平均肺動脈圧 56mmHg と著明な
肺高血圧を認めたことから精査加療目的に 11 月 20 日に入院となった。

【既往歴】高血圧症 脂質異常症 尿路結石

【経過】入院後造影 CT で肺動脈内に多発する血栓、換気血流シンチグラムでも換
気血流イスマッチを認め肺血栓塞栓症と考えられた。アピキサバン内服を開始し労
作時呼吸困難は改善したため 12 月 5 日に一時退院。12 月 19 日に右心カテーテル
検査実施目的に再度入院。再度労作時呼吸困難の増悪あり、心臓超音波検査で平均
肺動脈圧 67mmHg と肺高血圧はむしろ増悪を認めた。翌 20 日に実施した右心カテー
テル検査でも平均肺動脈圧 54mmHg と肺動脈圧の上昇を認め、肺動脈楔入圧は 9mmHg
と正常範囲内であった。慢性経過であり抗凝固薬での改善を認めないことから、血
栓は器質化しており慢性血栓塞栓性肺高血圧症（CTEPH）と考えられた。バルーン
肺動脈形成術も考慮され、他院へ紹介の方針となった。

【考察】胸部 CT 上のモザイクパターンを契機に診断された CTEPH の 1 例を経験し
た。CTEPH の肺野の特徴としてはすりガラス陰影と低濃度領域が混在するモザイク
パターンが知られている。文献的な考察を含めて報告する。

2. 免疫チェックポイント阻害剤使用後に発症した心膜心筋炎を契機に多様な病態を呈し irAE の診断に至った一例

総合病院 土浦協同病院 循環器内科

○石沢太基 (いしざわ たいき)、田原智大、瀬戸口実玲、平野秀典、仲田恭崇、
原 聡史、佐藤慶和、三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷 仁

症例は 73 歳男性。2 週間前より感冒症状、その後発熱、胸痛を来し当院緊急入院となった。来院時ショック状態のため心エコー所見より心タンポナーデの状態と判断、心嚢穿刺を行い血行動態は改善した。血液検査では炎症反応の上昇に加え心筋トロポニン I 131ng/L と高値であり、心電図では洞性頻脈、広範誘導で ST 上昇、PR 低下を認めたため下記経過より免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の免疫関連有害事象 (irAE) による急性心膜心筋炎と診断した。

入院前経過：2 年前に他院にて食道癌と診断され内視鏡的粘膜下層剥離術施行も PET-CT による頸部リンパ節集積を認め食道癌リンパ節転移と診断された。放射線化学療法抵抗性にて 5 カ月前よりニボルマブ+イピリムマブ投与が開始された。ICI 治療後 CT では腹部リンパ節の著明な縮小を認め完全寛解と判断された。

入院後経過：1 度目の入院ではウイルス性心膜心筋炎としてコルヒチン+イブプロフェン内服にて軽快したため退院。しかし退院後 1 週間で胸痛、発熱が再燃し心嚢液再貯留に加え両側胸水、器質化肺炎 (OP) 及び急性腎障害 (AKI) を認め 2 度目の入院となった。心膜心筋炎に加え OP、AKI も含めた一連の病態として irAE が疑われたが、一方で細菌性肺炎の併発も考慮し抗生剤加療のみ施行、炎症反応に加え心膜炎、OP 及び AKI は軽快し退院となった。再入院退院 5 日後に発熱、嘔吐のため 3 度目の緊急入院となった。来院時ショック状態であり、臨床経過とコルチゾール値感度以下であったことから irAE 急性副腎機能不全と診断した。ヒドロコルチゾン 200mg/日 静脈投与にて翌日には血圧も安定した。しかし同日意識障害出現、irAE 脳炎が疑われた。幸い意識障害は改善しヒドロコルチゾン減量の上退院となった。急性心膜心筋炎から多様な病態の出現より irAE の診断に至り治療し得た症例を経験した。

3. 難治性の高度房室ブロックによるうっ血性心不全に間質性肺炎を合併し、抗炎症治療が奏功した一例

茨城県立中央病院 循環器内科

○廣瀬梨乃（ひろせ りの）、船橋 恒、朽津駿介、成田真美、岡部雄太、馬場雅子、菅野昭憲、吉田健太郎、武安法之

【症例】89歳 女性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】X年11月中旬頃から夜間に増悪する起座呼吸と両側下腿浮腫を自覚した。次第に呼吸困難の増悪を認め、当院に救急搬送された。来院時、胸部レントゲン検査で肺門部陰影の増強と12誘導心電図で心拍数45回/分の高度房室ブロックを認め、徐脈によるうっ血性心不全の診断で同日当科に緊急入院となった。

【臨床経過】徐脈に対しては心拍数40-50回/分で安定していたため、一時的ペースメーカーを挿入せずにトルバプタン内服による心不全治療を開始した。Day2には肺うっ血像の改善を認めたが、Day3に発熱と呼吸状態悪化があり、レントゲンで右上肺野と左中肺野のすりガラス陰影の増悪を認めた。抗菌薬加療とトルバプタンの点滴投与を追加したが、肺野陰影の改善に乏しかった。徐脈の遷延が肺うっ血の増悪に影響していると判断し、Day5にリードレスペースメーカー（Micra AV）の植え込みを施行した。徐脈の改善により、さらなる利尿が得られたため心陰影は著明に縮小したが、両側上肺野すりガラス陰影が残存し、心不全の経過としては非典型的であった。抗菌薬加療に抵抗性で炎症反応高値が遷延したため、Day11に胸部単純CTを撮像したところ、両側上葉優位の小葉間隔壁肥厚と牽引性気管支拡張を認め、KL-6 529 U/mLの上昇と併せて間質性肺炎合併を疑った。Day15よりプレドニゾロン40mg/日（1mg/kg）内服を開始した。経時的に両側上肺野の透過性低下と炎症反応の改善が得られ、プレドニゾロンは1週間毎に減量し、Day28に退院となった。

【考察】肺水腫と間質性肺炎は画像上鑑別が困難である。本症例では高度房室ブロックによるうっ血性心不全の経過中に既存の間質性肺炎が増悪したことが考えられ、ステロイドによる抗炎症治療が著効した。両疾患の関連について臨床上考慮すべき事項について文献的考察を加えて報告する。

4. 悪性リンパ腫との鑑別が困難だった 2 症例

J A とりで総合医療センター 血液内科

○桜井和也（さくらい かずや）、小川晋一、伊藤孝美

画像上、他に粗大病変がなく、腹腔内リンパ節腫大のみがみられることは比較的珍しくない。その場合、鑑別疾患として「悪性リンパ腫」を疑い、精査を進めて診断が確定することが大多数かと考えられる。今回、悪性リンパ腫疑いとして紹介されたが、最終的に他のがんと判明した 2 症例を経験したので報告する。

症例 1：60 歳女性。X 年 Y-1 月中頃より心窩部痛。近医受診され、エコー、内視鏡検査を受けたが異常なし。Y 月 22 日に行った CT で、両側傍大動脈域、腸間膜域、両総腸骨域に多数のリンパ節腫大を指摘。悪性リンパ腫疑いとして、Y 月 30 日当科紹介受診。

症例 2：83 歳男性。左片麻痺にて神経内科に緊急入院。画像上、多発性脳梗塞および右前大脳動脈の閉塞が判明。その塞栓源の検索で行った全身の CT 検査で肝門部、傍大動脈域にリンパ節腫大と思われる境界不明瞭な軟部影を認めた。悪性リンパ腫を疑い、当科にコンサルト。

いずれも画像的に悪性リンパ腫を疑われたが、前者（症例 1）は左頸部にもリンパ節腫大を認め、生検を施行。病理検査の結果、婦人科系のがんの転移と確定。加えて、初診時の血液検査で、CA125 が著明に上昇していたこともあとで判明した。このため原発巣の検索を行ったが見つからず。その後、原発不明がんとして経過をみていたが、Y+2 月に死亡退院。また、後者（症例 2）は腹腔内以外には粗大病変を認めなかったが、スクリーニング検査で CEA が著明に上昇していることが判明。消化器系の悪性腫瘍を疑うも、全身状態が悪いことから精査は望まれず。臨床的には、他のがんによる Trousseau 症候群の併発と考えられた。以後、保存的に経過観察中。

悪性リンパ腫には特異的な画像所見があまりないことから、画像検査のみでリンパ腫と確定することは難しく、診断に迷うことは珍しくない。今回の 2 症例についても、画像的には悪性リンパ腫が疑われたが、最終的に他のがんと判明した。このため教育的示唆に富む症例と考えられ、考察を加えて報告する。

5. 消化器症状を主訴に受診した肺吸虫症の一例

筑波学園病院 呼吸器内科

○鈴木 桃（すずき もも）、長谷川祥愛、伊藤 礼、林 大樹、中嶋真之、
船山康則

【症例】 58 歳 女性

【主訴】 食思不振、倦怠感、下痢

【現病歴】 X 年 11 月中旬から食思不振、倦怠感、下痢を自覚し前医受診した。胃腸炎の診断で対症療法および抗菌薬の投与を行われていたが改善を認めず、胸部 CT で両肺に多発する結節影と右気胸を認め、当院を紹介受診した。

【既往歴】 特記なし

【内服歴】 特記なし

【生活歴】 喫煙なし、機会飲酒

【経過】 受診時には、37.7℃の発熱を認めたもののその他バイタルサインは安定しており、身体所見は右呼吸音の軽度減弱を認めるのみであった。血液検査所見では炎症反応および末梢血好酸球 23.5%と上昇を認めたが、その他特記すべき異常所見は認めず、ANCA、抗核抗体、T-SPOT はいずれも陰性であった。改めて生活歴を聴取したところ 20 年以上の中国在住歴があり、またカニの生食を好んでいて X 年 11 月初旬にも摂食していたこと、一時的に蕁麻疹も出現していたことが判明した。新たに判明した病歴からは肺吸虫症が強く疑われたため、吸虫駆除薬であるプラジカンテルを 3 日間投与し、血清抗体検査を実施した。検査結果はウェステルマン肺吸虫（2+）、宮崎肺吸虫（2+）であり、肺吸虫症と確定診断された。X+1 年 4 月には好酸球数は正常化し、両側胸水や肝障害も軽快し完治と診断され終診となった。

【考察】 肺吸虫症感染者の大半は無症状であるが、有症状の場合、その臨床症状や胸部画像所見は非特異的であり、その他の呼吸器疾患との鑑別が困難なことがある。そのため、検査所見から診断に難渋する症例ではサワガニなどの甲殻類やイノシシ肉・シカ肉の摂食の有無について病歴聴取を行うことが重要である。

6. 低アルブミン血症の改善に難渋した Cronkhite-Canada 症候群の 1 例

筑波記念病院 消化器内科¹、筑波記念病院病理科²

○津金祐亮（つがね ゆうすけ）¹、江南ちあき¹、大曾根 礼¹、澤龍太郎¹、
和田拓海¹、佐浦 勲¹、姫井紅里¹、根本絵美¹、丹下善隆¹、越智大介¹、
添田敦子¹、臺 勇一²、池澤和人¹

【背景】Cronkhite-Canada 症候群 (CCS) は消化管ポリポースに分類され、非腫瘍性・非遺伝性の病態解明が進んでいない希少疾患である。ステロイドによる加療経過中、低アルブミン血症の改善に難渋した CCS を経験したので報告する。

【症例】50 代男性、海外赴任中の 20XX 年 3 月に食欲減退と味覚異常を自覚し、1 か月で 20kg の体重減少および全身の脱毛が出現した。4 月中旬に前医を受診、精査にて CCS が疑われプレドニゾロン (PSL) 40mg/日 が開始となった。早期の帰国を勧められ、4 月下旬に当院を受診した。造影 CT では胃・小腸、結腸から直腸にびまん性壁肥厚を認め、上部消化管内視鏡にて胃～十二指腸に発赤調のポリポース、下部消化管内視鏡では上行結腸から肛門縁まで連続したポリポースを認めた。病理所見は軽度～中等度の炎症細胞浸潤と間質の浮腫であり、CCS に合致していた。その後 PSL30mg へ減量したところ ALB が 2.0g/dL まで低下したため、5 月初旬に入院し中心静脈栄養を開始した。PSL 漸減しつつ、第 16 病日に経口摂取を再開したところ ALB が上昇し、第 26 病日に退院となった。7 月末 PSL 漸減終了し、施行した上部消化管内視鏡では胃から十二指腸と下部内視鏡では全大腸で、ポリポースの著明な改善を認めた。PSL 終了後 6 か月経過するも症状再燃は認めず、体重も回復傾向である。

【考察】CCS は世界的には稀少だが本邦からの報告が多く、通常診療でも遭遇する可能性がある。消化吸収不良や蛋白漏出性胃腸症を呈し脱毛や爪甲萎縮の皮膚症状を認めた場合は、念頭に置くべき疾患である。治療法は確立されておらず、PSL および TPN などの全身管理が重要で、とくに PSL 減量段階での再燃について注意を要する。文献的考察を加え今回報告する。

7. アバトロンボパグ投与により安全に ESD を施行しえた食道静脈瘤合併早期食道癌の一例

筑波記念病院 消化器内科

○佐浦 勲（さうら いさお）、添田敦子、大曾根 礼、津金祐亮、澤龍太郎、
和田拓海、姫井紅里、根本絵美、丹下善隆、江南ちあき、越智大介、池澤和人

【症例】60 代男性

【主訴】吐血

【現病歴】20XX 年 12 月に吐血を主訴に救急搬送され、緊急内視鏡検査（EGD）にて食道静脈瘤（Lm, F3, Cb, RC0）を認め、同部位の破裂による出血と診断した。内視鏡的結紮術（EVL）を施行し止血を得た。また胸部中部食道に 4/5 周性の 0-IIb 型早期食道癌を認めた。EVL は癌病変と距離を確保して施行した。

アルコール多飲歴と C 型肝炎ウイルス陽性があり、両者を原因とする肝硬変（Child-Pugh A）と診断した。入院時の血小板数（PLT）は 3.4 万/ μ L と低値であったため、ESD 前にトロンボポエチン（TPO）受容体作動薬のアバトロンプパグマレイン酸塩錠（AVA）投与を開始した。

EVL 追加後の 20XX+1 年 3 月、PLT が 7.0 万/ μ L まで上昇したところで ESD を施行した。術中の出血は想定内で焼灼により止血可能であり、一括切除を完遂した。術後経過も良好で後出血などの合併症は認めなかった。

【考察】食道静脈瘤を合併した早期食道癌は出血リスクが高く、ESD に難渋することが多い。慢性肝疾患に伴う PLT 減少への標準治療は PLT 輸注だが、待機的手術患者に対する代替療法として AVA 投与が考慮される。肝硬変診療ガイドライン 2020（日本消化器病学会・日本肝臓学会）でも、待機的観血の手技を予定している肝硬変患者における AVA 投与が推奨されている。PLT 減少に対する AVA 投与後の ESD 施行報告は稀少であり、本症例では AVA の先行投与により安全な ESD が可能であった一例として報告する。

8. 鉄剤誤嚥による気管支上皮障害をきたした1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器内科

○田添あき穂（たぞえ あきほ）、箭内英俊、藤田弘輝、山崎健斗、渡邊 峻、
山岸哲也、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

症例は75歳、男性。胸痛のため当院へ救急搬送された。精査として撮影された胸部CTで左下葉支内に高吸収物質を認めた。気道内異物の疑いで緊急気管支鏡検査を施行し、左下葉支入口部に壊死を伴う全周性狭窄を認め、易出血性であった。気管支生検をしたところ、ガムナガンディ（鉄石灰化物）様と思われる茶褐色から紫色調の索状物との病理所見であった。病理所見から鉄成分が示唆され内服薬を確認したところ、硫酸鉄を内服していた。胸痛の発症は硫酸鉄内服後であったことや、気管支鏡での内腔所見が過去の症例報告と一致していることから鉄剤誤嚥による気管支上皮障害と考えられた。

鉄剤誤嚥では、気道内において鉄剤が溶解し鉄イオンが酸化する際にフリーラジカルが発生する。その結果、気道支粘膜の化学的熱傷が引き起こされ、気管支粘膜や血管の腐食性壊死・潰瘍、肉芽腫形成などをきたす。気道内異物として早期の気管支鏡検査が重要であるが、鉄剤は急速に溶解するため、錠剤を同定できない可能性があり、誤嚥歴や気管支の内腔所見、病理所見から診断を行う。本疾患に関して文献的考察を含めて報告する。

9. 移動する胸水貯留と浸潤影を来した関節リウマチに伴う間質性肺炎の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 呼吸器内科

○平 晃誠（たいら こうせい）、斎藤武文、名和日向子、三角明里、手島 修、
前沢洋介、金澤 潤、野中 水、荒井直樹、兵頭健太郎、林原賢治、大石修司、
石井幸雄

症例は70歳男性。X年4月左肺炎と左胸水貯留の精査加療目的に当院を紹介受診した。胸部CTで左上葉全体に広がる区域性の浸潤影と左胸水貯留を認めていた。抗菌薬加療を行ったが改善に乏しかったため精査目的に気管支鏡検査を施行した。気管支肺胞洗浄液でリンパ球比率の増加を認めた。器質化肺炎などの副腎皮質ステロイドが有効である病態であると判断し副腎皮質ステロイドを0.5mg/kg/dayで導入したところ肺炎像だけでなく左胸水も速やかに消失した。関節症状はないものの入院時の採血検査でRF、抗CCP抗体ともに高値を認めていたことから、間質性肺炎が先行する関節リウマチの疑いで副腎皮質ステロイドを漸減しつつ外来でフォローを継続した。X年10月熱感を伴う左関節痛、右肩関節痛を自覚するようになった。10月下旬になると労作時の呼吸苦を認めるようになった。11月胸部CTで右上葉に区域性の浸潤影と右胸水貯留を認め精査加療目的に入院となった。再度気管支鏡検査を施行し気管支肺胞洗浄液でリンパ球比率の増加を認めたため副腎皮質ステロイドを0.5mg/kg/dayに増量したところ、肺炎像、右胸水は再度改善した。他院膠原病内科を受診し関節リウマチの診断であった。経過とあわせ関節リウマチに伴う間質性肺炎と胸水貯留であると判断した。関節リウマチに伴う間質性肺炎において陰影が移動しうることは一般的に知られているが、移動する胸水貯留の報告は稀であり文献的考察を含めて報告する。

10. 初回治療後 17 年で再発した肺結核の一例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター呼吸器内科

○三角明里（みすみ あかり）、齋藤武文、平 晃誠、名和日向子、手島 修、
前沢洋介、野中 水、荒井直樹、金澤 潤、兵頭健太郎、林原賢治、大石修司、
石井幸雄

【症例】53 歳女性

【主訴】咳嗽

【現病歴】X-17 年に気管支鏡検査で結核菌が検出され、肺結核としてイソニアジド・リファンピシン・エタンブトール・ピラジナミドで 2 ヶ月治療後、イソニアジド・リファンピシンの 2 剤で維持療法を 4 ヶ月行われたが、白血球数低下のためリファンピシンの投与量は 300 mg/day に減量されていた。X 年 7 月、COVID-19 罹患後に咳嗽症状が残存し、10 月 23 日に前医外来を受診した。咳喘息として吸入薬を処方されるも症状が改善せず、CT では右上葉には陳旧性結核と思われる索状影・石灰化・粒状影、左下葉には新規の小葉中心性粒状影を認めた。喀痰抗酸菌検査で塗抹陽性であり、11 月 6 日に当院を紹介受診した。

【経過】当院での喀痰抗酸菌検査では塗抹陽性で結核菌 TRC 陽性であり、肺結核としてイソニアジド・リファンピシン・エタンブトール・ピラジナミドによる治療を開始したが、ピラジナミドは肝障害のため中止した。その後喀痰塗抹検査が陰性化したため退院し、現在はイソニアジド・リファンピシンによる維持療法を継続中である。

【結語】肺結核は治療終了後 2 年以内の再発が多いとされており、10 年を超えて再発する例は稀であることから、文献的考察を交えて報告する。

11. 胸水貯留を伴った播種性クリプトコッカスの一例

水戸赤十字病院 内科¹、皮膚科²

○岩崎晴信（いわさき はるのぶ）¹、富岡真一郎¹、松岡 廣²、伊藤美佳子²、
杉崎康太¹、小林桂子²

今回、我々は免疫抑制状態における胸水貯留を伴う播種性クリプトコッカス症の一例を経験したので報告する。

症例は81歳男性。水疱性類天疱瘡の診断でプレドニン25mg、アザチオプリン50mgで治療されていた。X年9月14日に発熱がみられ、25日に38.9℃の高熱と右肘痛を主訴に皮膚科を受診し、右前腕腫脹と前胸部の腫脹・熱感を伴う皮疹を認め、精査加療目的で入院となった。皮膚感染症を疑ったが、WBC40500、CRP17.8と炎症反応高値であり、レントゲン、胸部CTで左下葉の浸潤影と胸水貯留を認め、急性肺炎ならびに肺炎随伴性胸水を疑った。SBT/ABPCを投与するも解熱せず、徐々に呼吸状態が悪化した。抗菌薬をMEPMに変更したところ、入院後の喀痰にてCryptococcus neoformansを検出。採血でクリプトコッカス抗原陽性が判明したため、フルコナゾール800mgを併用・開始した。血液培養、皮膚培養および胸水培養でCryptococcus neoformansを検出したため、播種性クリプトコッカス症と診断した。合併症として髄液検査を施行したところ、墨汁染色陽性でCryptococcus neoformans認めたため、アムホテリシンBリポソーム製剤（L-AMB）とフルシトシン（5-FC）の併用療法を行った。徐々に解熱傾向と酸素化の改善、胸水の消退を認めた。11月7日に創部培養で陰性化が確認され、フルコナゾールによる維持療法開始した。以後、症状安定し再燃なく外来フォローとなった。

播種性クリプトコッカス症の症状としては中枢神経系の症状が最も多く、意識障害、頭痛、項部硬直などが知られており、胸部異常陰影を伴う症例は約20%と報告されている。播種性クリプトコッカス症で胸水貯留の合併頻度はさらにまれとされている。今回の経験を踏まえ、若干の文献的考察を加え報告する。

12. 血糖管理悪化を伴い単純 CT では指摘困難だった膵上皮内腫瘍性病変 (PanIN) の 1 例

東京医科大学茨城医療センター 代謝内分泌内科¹、消化器外科²、病理診断科³
○服部智哉¹ (はっとり ともや)、高本偉碩¹、星本相修¹、土本優源¹、永瀬晃正¹、
小暮晃一郎¹、小高以直¹、鈴木修司²、森下由紀雄³、桂 善也¹

【症例】82 歳男性

【現病歴】20 年前に近医で 2 型糖尿病と診断され、経口血糖降下薬による治療を受けていた。BMI 18 程度で体重変化や自覚症状は見られていなかった。X-1 年 6 月頃から HbA1c が徐々に上昇し、X-1 年 11 月には外来でインスリン療法が開始された。しかし、インスリン導入後も HbA1c はさらに上昇し、X 年 6 月には HbA1c が 10.3%に達したため、当科へ紹介入院となった。

入院時の血液検査で CEA (ng/mL) 22.1、CA19-9 (U/mL) 58.6 と高値を認めた。上下部内視鏡検査および単純 CT 検査では特記すべき所見は得られなかったが、造影 CT 検査により膵体部癌を疑う所見が得られた。

入院中は強化インスリン療法 (1 日 20 単位) を実施し、血糖管理の改善が得られた。また、退院時には CEA 8.0、CA19-9 38.4 と低下を示した。その後、術前化学療法を経て X 年 9 月に膵体尾部切除術を施行。病理所見では PanIN と診断された。術後、インスリンは 1 日 12 単位まで減量され、CEA 6.6、CA19-9 36.4 と正常化した。

【考察】膵癌は糖尿病との関連が指摘されており、本症例では血糖管理の悪化を契機に膵体部癌が発見された。単純 CT では診断が困難であった一方、造影 CT では有意な所見が得られた。本症例は、血糖管理悪化の原因検索における造影 CT の有用性を示唆する教訓的な症例である。

13. 悪性腫瘍に併発し急速な経過をたどった糸球体腎炎の1例

筑波学園病院 腎臓内科

○米野友一朗（こめの ゆういちろう）、野村惣一郎、宮内建輔、加瀬田幸司

【症例】75歳男性

【現病歴】X年4月に1ヶ月前からの下腿浮腫のため近医を受診し、尿蛋白(3+)を指摘され当科を紹介受診した。初診時、尿蛋白 10.5 g/gCre、Alb 2.1 g/dL、sCre 1.39mg/dL のネフローゼ症候群と腎機能低下を認めた。免疫・血清学的な異常はないが腹部CTで左腎に長径 35mm 程の腫瘤を認め、悪性腫瘍に併発した腎障害が考えられた。以降経時的に腎機能は悪化し、泌尿器科と協議の上で体液管理を先行し同年5月に入院となった。入院後は利尿薬投与での保存期腎不全管理を行ったが、腎機能改善は得られず第12病日に血液透析導入となった。第27病日に腎腫瘍摘出術を行い、その開放腎生検所見からMPGN III型と診断された。

【考察】MPGN は多くが感染症や自己免疫疾患、悪性腫瘍を背景とする二次的な発症である。本症例は腎機能低下と悪性腫瘍の指摘が同時期のため、どちらが先行したかの判断は困難であるが、腫瘍に続発した発症であった可能性がある。悪性腫瘍に伴う二次性MPGNに関する文献的考察を含めて、治療選択肢の検討をする。

14. 切除不能進行大腸癌に対するフルキンチニブの投与により薬剤性ネフローゼ症候群を呈した1例

日立総合病院 消化器内科

○斎藤 巧（さいとう たくみ）、浜野由花子、中里遼太郎、高橋圭胡、小川万里、照屋善斗、鈴木 聡、石川雄大、山本麻路、山口雄司、大河原 悠、大河原 敦、柿木信重、平井信二、鴨志田敏郎

【症例】70歳代、女性

【主訴】浮腫

【現病歴】X-1年9月頃より便秘、食欲低下を自覚していた。12月上旬に当科を受診し、精査でS状結腸癌、多発肝転移、肺転移と診断された。大腸ステントを挿入後、同月下旬に腹腔鏡下S状結腸切除術が施行された。術後診断はsT4bN3M1b(H2PUL1) sStageIVbであった。切除不能進行大腸癌に対してX年2月から1次化学療法(m FOLFOX6+Bevacizumab)、7月から2次化学療法(FOLFIRI+Bevacizumab)が投与されたが、12月のCTで肺転移と肝転移の増大を認め、PD判定となった。同月下旬から3次化学療法としてフルキンチニブ(5mg/日)が開始された。1コース目day15に浮腫を認め、尿蛋白19.9g/gCrと急上昇、採血でAlb 2.9g/dlと低下が認められた。腎臓内科にコンサルテーションの上、フルキンチニブを中止して経過をみたところ、day28には尿蛋白5.6g/日まで改善した。経過からはフルキンチニブによる薬剤性ネフローゼ症候群と考えられた。

【考察】フルキンチニブは切除不能進行・再発の結腸・直腸癌に対して2024年11月に新規承認された経口血管内皮増殖因子受容体(VEGFR)阻害薬である。フルキンチニブは大腸癌研究会による「大腸癌治療ガイドライン医師用2024年版」に追記すべき薬剤として記載されているが、実臨床における3次治療以降の後方薬剤の最適な使い分けは現時点で明らかとなっていない。国際共同第Ⅲ相試験FRESCO-2ではフルキンチニブ群(n=456、アジア人の比率は9%)において18%に蛋白尿を認め、うち2%がgrade3以上であったとされる。新規承認直後のフルキンチニブ投与によって大量の尿蛋白を伴う薬剤性ネフローゼ症候群を呈した1例を経験したため、本邦の実臨床における安全性に注意が必要と考え報告する。

