

# 第229回茨城県内科学会

日 時 令和7年6月14日(土)  
14:00~17:25

会 場 水戸市医師会 1階研修講堂

当番幹事 池田 和穂  
(小山記念病院 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 9 回茨城県内科学会

日 時 令和 7 年 6 月 14 日 (土) 14 : 00 ~ 17 : 25  
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂  
当番幹事 池田 和穂 (小山記念病院 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、6 月 4 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 73.慢性疾患・複合疾患の管理を受けています)。
- 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229回当番幹事

連絡先: 小山記念病院 池田和穂

〒314-0030 茨城県鹿嶋市厨 5-1-2

TEL.0299-85-1111 FAX.0299-85-1112

## ● 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](mailto:secretary@tkgh.jp)

学会 HP: [www.tkgh.jp/IbarakiSIM/](http://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 小山記念病院 大島孝則

1. 換気機能上、Non-specific pattern を示した加湿器肺の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

○平 晃誠、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

2. ボリコナゾール不応性であった慢性肺アスペルギルス症に対してイサブ  
コナゾールが奏効した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、斎藤武文、平 晃誠、名和日向子、久保田翔太、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

3. 放射線照射後、レトロゾール投与を契機に異時性に発症した器質化肺炎の  
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

○名和日向子、斎藤武文、平 晃誠、手島 修、久保田翔太、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

4. 透析患者における再発性びまん性肺胞出血の一例

JA とりで総合医療センター 呼吸器内科

○大河内 望、佐内薫子、尾形朋之、高橋 進、中村健太郎、森谷友博、  
山下高明

一般演題 (2) 14:50~15:30

座長 神栖済生会病院 西 功

5. 検診異常で発見された胸部脾症の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器内科

○小林紋大、太田恭子、藤田弘輝、高橋優太、山崎健斗、岡田悠太、  
山岸哲也、沼田岳士、遠藤健夫

6. 肺梗塞後の空洞影を10年間追跡できた右心系感染性心内膜炎の一例

JA とりで総合医療センター 呼吸器内科

○佐内薫子、大河内 望、尾形朋之、高橋 進、中村健太郎、森谷友博、  
山下高明

7. ダイナミックCTによる術前診断が困難であり組織生検後にたこつぼ型  
心筋症を発症した褐色細胞腫の一例

総合病院土浦協同病院 代謝・内分泌内科

○小澤弘宜、松田 弾、黒田麻奈、中川純之介、神山隆治

8. 整形外科手術後に甲状腺クリーゼを発症した統合失調症の一例

茨城県立中央病院 内分泌代謝・糖尿病内科<sup>1</sup>、循環器内科<sup>2</sup>、精神科<sup>3</sup>

○米野友利恵<sup>1</sup>、村山理沙<sup>1</sup>、阿部晃子<sup>1</sup>、東 堯世<sup>1</sup>、船橋 恒<sup>2</sup>、  
武安法之<sup>2</sup>、佐藤晋爾<sup>3</sup>、志鎌明人<sup>1</sup>

一般演題 (3) 15:35～16:15

座長 白十字総合病院 赤井博孝

9. 化膿性脊椎炎などの多発膿瘍を併発した肝硬変の剖検例

筑波記念病院 消化器内科<sup>1</sup>、病理科<sup>2</sup>

○神山広大<sup>1</sup>、添田敦子<sup>1</sup>、丹下善隆<sup>1</sup>、佐浦 勲<sup>1</sup>、津金祐亮<sup>1</sup>、  
江南ちあき<sup>1</sup>、澤龍太郎<sup>1</sup>、和田拓海<sup>1</sup>、姫井紅里<sup>1</sup>、根本絵美<sup>1</sup>、  
越智大介<sup>1</sup>、池澤和人<sup>1</sup>、藪 勇一<sup>2</sup>

10. 化膿性血栓性門脈炎の1例

茨城県立中央病院・地域がんセンター 消化器内科

○鈴木惇大、大関瑞治、熊谷 瑠、藤原美琴、相川浩之、杉山治久、  
本多寛之、石橋 肇、山岡正治、荒木眞裕、天貝賢二、五頭三秀

11. Wilson 病を合併した MASLD の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

○小宮山夏永、森山由貴、高木亮輔、中川俊一郎、門馬匡邦、小西直樹、  
屋良昭一郎、平山 剛、岩本淳一、本多 彰、池上 正

12. 新型コロナウイルス感染症の流行期前後から現状における当院での消化器内視鏡診療と感染防御について

土浦協同病院 消化器内科

○草野史彦、石井桃花、前澤麻利、金尾季範、斎藤一真、軽部莉佳、  
白川純平、東都理沙、福田啓太、渡辺研太郎、佐野慎哉、木下隼人、  
上山俊介、酒井義法

特別講演 16:20～17:20

座長 小山記念病院 池田和穂

「MASLD（代謝機能障害関連脂肪性肝疾患）について」

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科教授 池上 正 先生

閉会挨拶・優秀演題賞発表

17:20～17:25 池田和穂（小山記念病院 院長）

幹事会 17:25～

水戸市医師会 2階会議室

## 特別講演

MASLD(代謝機能障害関連脂肪性肝疾患)について

東京医科大学茨城医療センター消化器内科 教授  
池上 正

ウイルス肝炎による肝疾患は制御されつつあるが、一方で、近年では脂肪性肝疾患由来の肝硬変や肝がん患者に遭遇する機会が急増している。従来「非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD)」として知られていたこの疾患概念は、2023年に国際的な合意のもと「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患 (MASLD: Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease)」へ再定義された。この呼称変更の背景にある医学的・社会的意義を明らかにし、脂肪性肝疾患の診断と管理に対する認識の変化を概説する。

MASLDは、糖尿病、肥満、脂質異常症、高血圧といった代謝異常を背景に進展する全身性疾患であり、肝臓のみならず、心血管疾患、慢性腎臓病、悪性腫瘍といった多彩な病態と関連している。そのため、MASLDはもはや消化器内科単独で完結する病態ではなく、循環器、内分泌・代謝、腎臓、総合診療など、内科系各科が連携して早期発見および包括的管理に取り組むべき疾患である。

本講演では、最新のMASLD診断基準やリスク層別化の枠組みに加え、地域医療の現場で実践可能なスクリーニング戦略や多職種連携の在り方についても提案したい。

## 一般演題

### 1. 換気機能上、Non-specific pattern を示した加湿器肺の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 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60歳女性。X-1年12月末頃より喀痰、咳嗽を自覚していた。X年2月より労作時息切れを自覚するようになり3月当院初診となった。胸部CTで両側びまん性に広がるすりガラス影、モザイクパターン、呼気CTでair trappingを認め非繊維化性過敏性肺炎を疑い入院による抗原隔離を行ったところ、症状、画像所見は著明に改善した。気管支肺泡洗浄液ではリンパ球分画の上昇を認め過敏性肺炎に矛盾しない所見であった。詳細な問診により症状出現時期より加湿器の使用が判明し加湿器肺と診断した。加湿器の使用中止を指示し退院後は再発を認めずに経過している。本例では肺活量の低下を認めたが、全肺気量の低下はなく、残気量の増加を認めたところから末梢気道病変による閉塞性換気障害を示唆する所見であった。今回、詳細な問診により加湿器肺と診断でき、肺機能検査上、過敏性肺炎としては間質性変化が目立たないパターンを呈した症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

## 2. ボリコナゾール不応性であった慢性肺アスペルギルス症に対してイサブコナゾールが奏効した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、平 晃誠、名和日向子、久保田翔太、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

【はじめに】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、空气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。治療薬として最も多く使用されているのはアゾール系抗真菌薬であり、主にボリコナゾール (VRCZ) が使用されていた。2022年12月に深在性真菌症治療薬として新規にイサブコナゾール (ISCZ) が承認され、VRCZ に対して非劣性が検証されている。

【主訴】食思不振、咳嗽

【病歴】68歳男性。食思不振、慢性咳嗽を主訴に前医を受診。気腫合併間質性肺炎の診断となり、ICS/LABA/LAMA の吸入が行われていたが症状は改善しなかった。X-1年12月に食思不振継続するため入院。肺炎、慢性肺アスペルギルス症状の診断となり、抗菌薬・イトラコナゾール (ITCZ) の点滴を実施。症状改善し2週間程度で退院となった。しかし退院後、炎症反応上昇傾向であるため VRCZ 内服へ治療が変更された。しかし病勢コントロール不良であることから、当院へ紹介。X年3月17日に入院となった。

【既往歴】狭心症、収縮性心膜炎、心房細動 (アブレーション後)

【経過】血液検査でアスペルギルス抗体強陽性であり、CT では両側上葉優位に嚢胞壁の壁肥厚や浸潤影、fungus ball の所見を認めた。前医の喀痰細胞診でアスペルギルスに類似した真菌を認めたことから、慢性肺アスペルギルス症の確定診断となった。第2病日より ISCZ 投与を開始。CRP に関しては入院時 9.57mg/dL から 2.41mg/dL へ改善を認め、食事摂取量に関しても7割程度摂取可能となった。第18病日に退院となった。

【考察】ボリコナゾール不応性であった慢性肺アスペルギルス症に対してイサブコナゾールが奏効した1例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

### 3. 放射線照射後、レトロゾール投与を契機に異時性に発症した器質化肺炎の一例

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

○名和日向子（なわ ひなこ）、斎藤武文、平 晃誠、手島 修、久保田翔太、  
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

【はじめに】リコール現象とは、放射線治療後の薬剤投与により照射野に一致した炎症反応が誘発される現象であり、放射線治療施行後のがん治療においては注意が必要である。

【症例】81歳女性

【主訴】咳嗽、発熱

【現病歴】2024年1月に左乳癌部分切除術＋放射線療法を施行し、レトロゾールによる術後ホルモン療法を継続中。2024年10月2日に咳嗽、喀痰症状があり近医を受診し、対症療法となるも改善なく経過した。10月30日に前医を再受診したところ、胸部レントゲン検査で左肺炎像を認め、翌日当院紹介受診した。入院しABPC/SBTによる抗菌薬を開始したが改善なく、11月8日に気管支肺胞洗浄検査（BAL）を施行したところ、リンパ球優位の細胞数上昇を認めた。肺炎像が照射野と一致していることから、放射線肺臓炎としてステロイドセミパルス療法を施行。その後著明に改善傾向となりプレドニゾン（PSL）の漸減を進め、2025年2月19日時点でPSL3mgとなっていた。2025年3月19日の定期外来受診時に咳嗽、微熱、倦怠感の症状あり。炎症反応上昇および左下肺野の肺炎像悪化を認め、LSFX内服による抗菌薬治療を開始したが、炎症高値に改善なく、CT検査で放射線照射野外に新規の肺炎像を認めた。

【経過】放射線照射野外に新規の陰影が出現しており、抗菌薬治療に不応であったことから器質化肺炎と考えPSL30mg(0.5mg/kg)でステロイド治療を追加したところ、肺炎像および炎症反応は改善が得られた。

【結語】乳癌術後放射線療法後＋レトロゾールによるホルモン療法中に照射野内と照射野外に異時性に発症した器質化肺炎の一例を経験した。示唆に富む症例であり、文献的考察を交えて報告する。

#### 4. 透析患者における再発性びまん性肺胞出血の一例

JA とりで総合医療センター 呼吸器内科

○大河内 望 (おおこうち のぞみ)、佐内薫子、尾形朋之、高橋 進、中村健太郎、森谷友博、山下高明

80 歳男性。約 6 年前に慢性糸球体腎炎および腎硬化症に伴う慢性腎不全に対して維持透析を導入。約 2 年前に虚血性腸炎発症時、上腸間膜狭窄症を指摘され、同年に冠動脈 2 枝病変も確認され、PCI (ステント留置) を施行した。留置後は低用量アスピリンとプラスグレルによる DAPT を 3 カ月間施行し、その後は低用量アスピリン単剤 (SAPT) を継続していた。約 1 年前、びまん性肺胞出血 (DAH) により急性呼吸不全を発症し、非侵襲的陽圧換気療法を要した。発症時、ANCA、抗核抗体を含む自己抗体は陰性、感染症の関与を示唆する所見も認めず、薬剤性または特発性 DAH と診断された。ステロイド治療により速やかに改善し、12 カ月以上かけて漸減し終了となった。しかし、終了約 1 カ月後、再び急性呼吸不全を呈し救急搬送、挿管管理となった。胸部 CT で両肺に広範なすりガラス影を認め、気管支鏡検査で肺胞出血の再発と診断した。再発時も自己抗体は陰性、感染症所見も認めなかった。アスピリンの休薬とステロイドパルス療法により症状は速やかに改善し、第 3 病日に人工呼吸器から離脱できた。心血管系イベントリスクを重視し、入院中にアスピリンを再開、今回はステロイドを低用量まで漸減したところで維持していく方針として退院となった。本症例は血液透析患者であり、OMI および上腸管膜動脈狭窄症の既往を有し、DAH の再発により二度にわたり重症の呼吸不全をきたした症例である。治療方針決定に際しては、心血管イベントリスクと出血リスク双方を慎重に評価し、柔軟な対応が求められた。アスピリンの関与については、直接的な出血傾向のみならず薬剤誘発性微小血管炎様反応の可能性も考慮すべきであり、当日は文献的考察を踏まえ報告する。

## 5. 検診異常で発見された胸部脾症の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器内科

○小林紋大 (こばやし ぶんた)、太田恭子、藤田弘輝、高橋優太、山崎健斗、岡田悠太、山岸哲也、沼田岳士、遠藤健夫

症例は52歳、米国人男性。X年4月に来日し、国内で働いていた。同年8月の検診で胸部異常陰影を指摘され、近医を受診した。胸部CT検査で胸膜に多発する腫瘍性病変を指摘され、当院を紹介受診した。既往に気管支喘息、胆石手術、肺炎(小児期)、交通外傷(左肋骨骨折、血気胸、外傷性横隔膜損傷、脾破裂で脾臓摘出術)を認めた。身体所見上は特記事項なく、咳嗽や呼吸困難、胸痛などの自覚症状も認めなかった。胸部単純X線写真では左肺野に多発する腫瘍影を認め、胸部CT検査では、胸膜につらなる多発腫瘍影を認めた。PET/CT検査を実施したが、腫瘍影に有意なFDG集積は認めなかった。本人も積極的な診断を希望されたため、開胸胸膜生検を実施する方針とした。術中所見として、胸壁に多発する結節を認め、視診上は『脾組織』を強く疑う所見であった。同結節を生検したところ、組織学的にも脾組織であり、『胸部脾症』と診断し、今後は経過観察の方針とした。

胸部脾症は、脾臓損傷および横隔膜損傷後に起きる脾臓組織の胸腔内への自家移植であり、脾髄が横隔膜穿孔部を介して胸膜に播種され、漿膜面に移植後に、新生血管を誘導し機能的に成熟した脾臓組織へと成長するとされている。病理学的に診断するには外科生検や針生検が確実であるが、少量の検体ではリンパ増殖性疾患などと誤診されることもあるため注意が必要である。検索しえた範囲で、本邦での報告は過去6例のみであり、大半は交通外傷歴を有し、すべて脾臓摘出術の手術歴を有した。また、米国では銃傷歴を有することが多いとの報告を認めた。受傷後10年以上経過してから発見されることが多く、ほとんどが無症状で偶発的に発見される。症状がなければ経過観察されることがほとんどであった。本症例を貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

## 6. 肺梗塞後の空洞影を 10 年間追跡できた右心系感染性心内膜炎の一例

JA とりで総合医療センター 呼吸器内科

○佐内薫子（さない かおるこ）、大河内 望、尾形朋之、高橋 進、中村健太郎、森谷友博、山下高明

【背景】敗血症性肺塞栓症（septic pulmonary embolism、SPE）は敗血症に伴う菌塊が肺動脈に塞栓し、肺梗塞を発症する稀な疾患である。本邦では右心系感染性心内膜炎を背景とすることが多いが、肺梗塞により生じた空洞性陰影の長期経過を追跡した報告は極めて限られる。

【症例】17 歳女性。既往歴に特記事項なし。発熱と咳嗽を主訴に受診し、持続する高熱と呼吸不全を呈して当科に入院。血液培養、喀痰培養、便培養から MSSA が検出され、前胸壁心エコーで右心系に疣贅を認めた。心室中隔欠損や中隔瘤などの異常は認めなかった。胸部造影 CT では左下葉動脈枝に血栓を、肺野には複数の空洞影を認め、右心系感染性心内膜炎による SPE/肺梗塞と診断した。抗菌薬加療後、第 63 病日に疣贅除去および三尖弁形成術を施行。治療終了時点でも肺空洞影は残存し、経過中に同部位への肺アスペルギルス感染を認めたため抗真菌薬内服（ITCZ）を導入、その後空洞は縮小・消退した。

【考察】本症例では、感染症急性期のみならず、肺梗塞により形成された空洞影の経過を約 10 年以上にわたり追跡できた点に大きな意義がある。空洞影の変化には自然経過に加え、慢性真菌感染症の関与や抗真菌薬治療による影響も示唆された。

【結論】肺梗塞後に生じた空洞影は感染合併のリスクを伴い対応に苦慮することが少なくない。本症例では外科的切除を回避し、長期的な観察の中で縮小・消退に至る経過を確認できた。当日は文献的考察を踏まえ報告する。

## 7. ダイナミック CT による術前診断が困難であり組織生検後にたこつぼ型心筋症を発症した褐色細胞腫の一例

総合病院土浦協同病院 代謝・内分泌内科

○小澤弘宜（おざわ こうき）、松田 弾、黒田麻奈、中川純之介、神山隆治

### 【症例】63歳女性

【現病歴】X年8月人間ドックにて右副腎腫瘍を指摘され、当院泌尿器科を紹介受診。特に臨床症状なし。血圧117/75mmHg、血中ACTH15.2 pg/ml、コルチゾール6.7  $\mu$ g/dl、レニン活性1.1ng/ml/hr、アルドステロン124pg/ml、アドレナリン(A)275pg/ml、ノルアドレナリン(NA)370pg/ml、DHEA-S53  $\mu$ g/dl、ダイナミックCTでは右副腎に内部多発嚢胞を伴う腫瘍(径98mm)を認め、部分的に弱い造影効果を認める以外は全体として造影効果は強くなく、褐色細胞腫や副腎皮質癌は否定的と考えられた。同年9月に腫瘍実質部に超音波ガイド下生検が施行された。同日夕方より前胸部痛、嘔気訴えあり、II・III・aVfでST上昇、心筋逸脱酵素上昇、冠動脈に有意狭窄を認めず、左室中部の壁運動低下あり、循環器内科にてたこつぼ型心筋症と診断された。症状出現翌日、血中A6763pg/ml、NA411 pg/mlと高値を認めた。X年10月当科紹介。尿メタネフリン(MN)9.80mg/日、ノルメタネフリン(NME)0.48 mg/日、MIBGシンチグラフィにて右副腎腫瘍の尾側(CT画像の充実部に一致)に特に強い集積を認め、褐色細胞腫と診断した。ABPMにて高血圧発作なし。MENの合併なし。術前管理のためにドキサゾシン内服を開始して、10mg/日まで漸増した。X+1年1月当院泌尿器科にて右副腎腫瘍摘出術が施行された。免疫組織染色にてクロモグラニンA(+)、シナプトフィジン(+)、Ki67標識率1~2%。術後、尿MN0.12mg/日、NME0.25 mg/日と低下した。

【考察】多発嚢胞を伴う副腎腫瘍生検後にたこつぼ型心筋症を発症した褐色細胞腫の一例を経験した。一般的に褐色細胞腫に対して生検はクリーゼのリスクがあり禁忌とされるが、本症例ではダイナミックCTにて腫瘍内部から辺縁への血管増生などが明らかではなく、術前診断が困難であった。CTによる褐色細胞腫の検出感度は約90%とされるが、本症例のように確実に除外診断されていなければ生検を施行せず、メタネフリン測定を含む機能性評価やMRI、副腎シンチグラフィなどの追加検査を先行させることが肝要と考えられた。

## 8. 整形外科手術後に甲状腺クリーゼを発症した統合失調症の一例

茨城県立中央病院 内分泌代謝・糖尿病内科<sup>1</sup>、循環器内科<sup>2</sup>、精神科<sup>3</sup>

○米野友利恵（こめの ゆりえ）<sup>1</sup>、村山理沙<sup>1</sup>、阿部晃子<sup>1</sup>、東 堯世<sup>1</sup>、  
船橋 恒<sup>2</sup>、武安法之<sup>2</sup>、佐藤晋爾<sup>3</sup>、志鎌明人<sup>1</sup>

【症例】42歳男性。X-12日に階段から転落し近医へ救急搬送され、右上腕骨遠位端骨折にて入院となった。X-8日に観血的整復術が実施されたが、X-7日になり点滴の自己抜去や看護師に頭突きするなどの不穏・異常行動が出現し、意思疎通が困難となったため、同日精神科病院へ転院となった。転院後、発熱（39℃）、頻脈（150bpm）、喀痰増加を指摘され、血液検査にて白血球増多、炎症反応高値があり、誤嚥性肺炎と診断され抗菌薬治療が開始となった。その後、意思疎通は軽度の改善を認めたが、発熱、頻脈、下痢は持続した。X-7日の血液検査にてFT3 19.45 pg/mL、FT4 67 ng/dL、TSH 0.008  $\mu$  IU/mL と甲状腺中毒症であったことが後日判明し、びまん性甲状腺腫大も認めたため、X日に当院当科へ転院となった。抗TSH受容体抗体（TRAb）20.6 IU/Lと陽性でありバセドウ病と診断、整形外科手術を誘因とした甲状腺クリーゼと考えられた。チアマゾール、ヨウ化カリウム、ヒドロコルチゾン、ランジオロール、アセトアミノフェン、リスペリドン等による治療を行い、諸症状の改善を認めX+23日に前医へ転院となった。

【考察】甲状腺クリーゼでは、不穏、せん妄、精神異常、傾眠、痙攣、昏睡といった中枢神経症状が認められる。本症例では統合失調症で通院中であったこと、バセドウ病が指摘されていなかったことより、術後の不穏・異常行動が統合失調症の症状及び術後せん妄と考えられ精神科病院に転院となったが、後方視的には甲状腺クリーゼによる中枢神経症状であった可能性が高いと考えられた。甲状腺クリーゼはまれながら致命的な病態であるため、中枢神経症状だけでなく、発熱や頻脈、心不全症状や消化器症状などの付随所見にも注意し、早期診断につなげたい。

## 9. 化膿性脊椎炎などの多発膿瘍を併発した肝硬変の剖検例

筑波記念病院消化器内科<sup>1)</sup>、筑波記念病院病理科<sup>2)</sup>

○神山広大 (かみやま こうだい)<sup>1)</sup>、添田敦子<sup>1)</sup>、丹下善隆<sup>1)</sup>、佐浦 勲<sup>1)</sup>、  
津金祐亮<sup>1)</sup>、江南ちあき<sup>1)</sup>、澤龍太郎<sup>1)</sup>、和田拓海<sup>1)</sup>、姫井紅里<sup>1)</sup>、根本絵美<sup>1)</sup>、  
越智大介<sup>1)</sup>、池澤和人<sup>1)</sup>、葦 勇一<sup>2)</sup>

【背景】非代償性肝硬変は感染症を合併しやすく、予後に重大な影響を与える。化膿性脊椎炎等多発性膿瘍を発症し剖検が施行された症例を経験したので報告する。

【症例】60代男性。ADLは自立していた。既往歴：肝硬変、完全房室ブロックによるペースメーカー挿入、糖尿病、気管支喘息、睡眠時無呼吸症候群。生活歴：飲酒や喫煙はなし。家族歴：姉がシェーグレン症候群、MCTD、ペースメーカー挿入歴あり、菌血症で死亡。

【現病歴】9日前から続く発熱・腰痛を主訴に受診した。CT、MRIにてL5-S1椎間板炎、L5/S1硬膜外膿瘍、前立腺膿瘍、右梨状筋膿瘍の診断となった。血液培養ではMSSAが検出された。肝硬変はChild-Pugh C (11点)、前医にて自己免疫性肝炎あるいはMASHが考えられていた。3ヶ月間の抗菌薬投与により膿瘍は消退したが、長期臥床によるADLの低下がみられリハビリテーション目的での入院が継続された。その後、尿路感染症からの菌血症を発症し、抗菌薬にて改善を得るも、浮腫・腹水など肝不全が増悪し、第182病日に永眠された。姉に自己免疫性疾患や心疾患など本症例に類似した病歴があり、遺伝性疾患の可能性も考えられ、同意を得て病理解剖を行った。

【病理所見】死因は肝硬変による肝不全と細菌性腹膜炎と考えられた。肝硬変はbridging fibrosisが認められ、ウイルス性肝硬変の所見であった。MASHやAIHの所見はみられなかった。肝臓のヘモジデロシスが高度であったが、2021年のフェリチンは基準値内であり、慢性炎症や輸血によるものと考えられ、肝硬変の原因は不明であった。

【結語】肝硬変患者における原因不明の発熱・腰痛時には椎体膿瘍等の鑑別のために、MRI施行を考慮する。本症例は多発膿瘍罹患後に回復することなく肝不全死に至った。

## 10. 化膿性血栓性門脈炎の1例

茨城県立中央病院・地域がんセンター 消化器内科

○鈴木惇大（すずき あつひろ）、大関瑞治、熊谷 瑠、藤原美琴、相川浩之、  
杉山治久、本多寛之、石橋 肇、山岡正治、荒木眞裕、天貝賢二、五頭三秀

【はじめに】化膿性門脈血栓症は腹腔内の炎症に続発し致命率が高い疾患である。今回我々は急激な経過を辿り死亡にまでいたった症例を経験したため報告する。

【症例】72歳男性。6年前感染性肝嚢胞に対してドレナージ施行し嚢胞癒着術施行した。入院1週間前から食欲不振出現。2日前に前医受診し白血球4万、血小板5万を指摘され当院救急外来を紹介受診した（3日前まで就労していた）。造影CTで肝内に多発する低吸収域認め多発肝膿瘍疑われ、門脈末梢から本幹、上腸管膜静脈にまで及ぶ広範な血栓を認めた。多発肝膿瘍、DIC、門脈血栓と診断した。IVR、外科治療による治療適応なしと判断され入院し広域抗生剤、トロンボモデュリンアルファ製剤、アンチトロンビンIII製剤、ヘパリンナトリウム製剤、ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム製剤使用開始したが急激に多臓器不全進行し来院後19時間で死亡し剖検となった。

【考察】門脈血栓は代償性肝硬変の16%に合併するといわれ日常診療でもよく遭遇するが腹腔内感染に続発する化膿性血栓性門脈炎は稀であり致命率が約10%と重篤な病態であると報告される。門脈内血栓を認めた場合には急激に悪化していく病態も鑑別疾患にあげ診療に望む必要があると考えられた。

## 11. Wilson 病を合併した MASLD の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

○小宮山夏永（こみやま なつえ）、森山由貴、高木亮輔、中川俊一郎、門馬匡邦、小西直樹、屋良昭一郎、平山 剛、岩本淳一、本多 彰、池上 正

【背景】MASLD は肥満や糖尿病など生活習慣病に伴い高頻度に認められる肝疾患である。一方、特に若年から肝障害を呈する症例では他疾患の鑑別が重要である。Wilson 病は銅代謝異常による遺伝性肝疾患であり、MASH と類似の組織像を示す場合がある。

【症例】40 歳代女性。中学時代より原因不明の肝酵素上昇を指摘され、肥満 (BMI29) もあり脂肪肝と診断されて経過観察された。30 歳代後半に食道静脈瘤が発見され、MASH による肝硬変と判断された。40 歳時に黒色便を契機に精査され当院紹介となった。検査の結果、血清セルロプラスミン 5.2 mg/dL と低値、肝組織銅含有量 334.5  $\mu$ g/g と高値を認め、ATP7B 遺伝子に日本人で報告された 2 箇所の Wilson 病既知変異を検出した。肝生検では中～大滴性脂肪化や肝細胞風船化を伴う慢性肝炎像 (NAS スコア 5)、線維化 F3 を認めた。以上より MASLD に Wilson 病を合併した肝硬変と診断した。

【考察】肥満や高血圧を有する症例では脂肪肝単独と判断しがちであるが、本症例では遺伝性疾患である Wilson 病の存在が肝障害の進展に寄与した。Wilson 病は早期診断により銅キレート療法など特異的治療が可能であるため、見逃しは致命的となりうる。本症例から、脂肪肝診療では代謝要因だけでなく Wilson 病を含む遺伝性肝疾患の鑑別が重要と示唆される。

【結語】脂肪肝患者の診療では単一病因にとらわれず、Wilson 病を含む遺伝性肝疾患の鑑別を行うことが重要である。

## 12. 新型コロナウイルス感染症の流行期前後から現状における当院での消化器内視鏡診療と感染防御について

土浦協同病院 消化器内科

○草野史彦（くさの ふみひこ）、石井桃花、前澤麻利、金尾季範、斎藤一真、  
軽部莉佳、白川純平、東都理沙、福田啓太、渡辺研太郎、佐野慎哉、木下隼人、  
上山俊介、酒井義法

2019年12月に発生し世界中に拡大した新型コロナウイルス感染症(COVID-19)に対して、当院では病院全体で感染対策をすると共に2020年3月の日本消化器内視鏡学会の提言に従って内視鏡検査前に患者のリスク評価を行い、内視鏡施行医に防護具着用の徹底を図るなど感染予防に努めました。またスクリーニング内視鏡、無症状の便潜血、胃癌検診等の緊急性の低い場合には患者と相談の上で延期しました。内視鏡診療は特に感染リスクが高い診療の一つですが、当院は地域の基幹病院であり地域の内視鏡診療を適切に提供する必要があり診療を継続しました。従来想定されていた病原微生物より感染力の強い新型コロナ感染流行は、内視鏡診療に関する感染防御の方法、認識を大きく変えました。

実働件数ですが、上部消化管内視鏡は2019年に7,647件、2020年は4,355件で43%減、その後2024年まで年間4,000件前後です。下部消化管内視鏡は2019年に3,559件、2020年は2,610件で27%減、その後2024年まで年間2,800件前後です。早期癌に対する内視鏡的切除や逆行性胆管造影、超音波内視鏡等の処置内視鏡は2019年に1,679件、2020年は1,200件で29%減、その後2024年まで年間1,200件前後です。上記合計すると2019年から2020年に37%減少してほぼ横ばいに推移し、コロナ禍以前の件数に戻っていません。教育指導施設としては現状の件数でも十分ではありますが、若手の内視鏡医師や検査技師/看護師への教育に支障が出る可能性を憂慮しています。

周辺地域の感染率が高くない場合は、不必要と思われる防御策を適宜削除もしくは簡便な対応をするようになってきていますが、基本的な感染予防としての个人防护具着用等が重要なことには変わりはありません。将来またどんな感染症が流行するかわかりません。コロナ禍を経た経緯と現状を報告します。

