

第231回茨城県内科学会

日 時 令和8年3月14日(土)
14:00~17:00

会 場 総合病院土浦協同病院 2階会議室
+オンライン配信 (Zoom)

当番幹事 草野 史彦
(総合病院土浦協同病院 副院長)

会場案内図

総合病院土浦協同病院 2階会議室

〒300-0028 土浦市おおつ野四丁目 1-1

Tel 029-830-3711



電車・バスをご利用の場合

電車 JR 常磐線 土浦駅、神立駅下車

バス（関東鉄道） 土浦協同病院行き

土浦駅西口 4 番乗り場から 約 25 分

神立駅東口から 約 15 分

タクシー 約 7 キロ 約 12 分

車をご利用の場合

常磐道 桜土浦インターより 約 15km 約 25 分

常磐道 土浦北インターより 約 8km 約 15 分

病院構内・館内図



第 2 3 1 回茨城県内科学会

日 時 令和 8 年 3 月 14 日 (土) 14:00~17:00
場 所 総合病院土浦協同病院 2 階会議室+オンライン配信 (Zoom)
当番幹事 草野史彦 (総合病院土浦協同病院 副院長)

●座長・演者の方々へのご案内

- ①座長・演者の先生方は会場にお越しください。
- ②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。
- ③演題発表時間は、1 演題につき 5 分・質疑応答 2 分 (合計 7 分) です。
- ④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。
- ⑤1 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。
- ⑥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。
- ⑦Mac 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。
- ⑧ウイルスチェックは、必ず事前に演者ご自身で行ってください。
- ⑨発表用 PowerPoint スライドは、3 月 5 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。
- ⑩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。
- ⑪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。
- 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

- 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 29.認知能の障害)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。
- ③オンライン配信 (Zoom) を行います。
WEB 参加をご希望の先生は Zoom ミーティング参加登録 URL から参加登録をお願いします。登録方法は次のとおりです。

Zoom ミーティング参加登録 URL:

<https://us06web.zoom.us/meeting/register/2HvCzM1aSra7hbbrXQ9ARQ> もしくは右下 QR コードから参加登録(氏名・メールアドレス・姓名全角フリガナ・所属医療機関名・所属郡市医師会名・茨城県医師会 会員有無)を行ってください。登録後、登録されたメールアドレスに Zoom ミーティング URL・ミーティング ID・パスコードが届きます。日本医師会生涯教育講座の単位取得には茨城県医師会に参加者情報を報告する必要があるため、必ず参加登録をお願いします。



参加登録画面

*印欄は必須項目です。

ミーティング登録後、登録されたメールアドレスに Zoom ミーティング URL・ミーティング ID・パスコードが届きますので入室をお願いします。

第231回 茨城県内科学会

日時 2026年3月14日 02:00 PM 大阪、札幌、東京

ミーティング登録

名 *	姓 *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
メールアドレス *	
<input type="text"/>	
姓名 (全角フリガナ、姓名の間には全角スペースを入れてください) *	
<input type="text"/>	
所属医療機関名 (所属がない場合は「所属なし」と記入) *	
<input type="text"/>	
所属郡市医師会 *	
選択 <input type="button" value="v"/>	
茨城県医師会 会員・非会員 *	
選択 <input type="button" value="v"/>	

登録時に提供する情報は、アカウント オーナーおよびホストと共有されます。アカウント オーナーとホストは、その情報を規約とプライバシー ポリシーに従って使用・共有できます。

登録

● 第231回当番幹事

連絡先:総合病院土浦協同病院 草野史彦
〒300-0028 茨城県土浦市おおつ野四丁目 1-1
TEL.029-830-3711 FAX029-846-3721

● 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） 14:05～14:33

座長 総合病院土浦協同病院 川上直樹

1. 経気管支生検で診断し得た肺原発悪性黒色腫と考えられた一例
国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○高橋朋幹、山崎健斗、沼田岳士、山崎勇輝、岡田悠太、山岸哲也、
太田恭子、遠藤健夫

2. 小腸転移による腸管穿孔を合併した進行非小細胞肺癌の一例
筑波記念病院 呼吸器内科¹、消化器外科²、病理診断科³

○鈴木瑠南¹、屋代 景¹、砂辺浩弥¹、並木智宏¹、乾 年秀¹、石川宏明¹、
渡邊裕子¹、吉田 淳²、臺 勇一³、坂本 透¹

3. 最近経験した AIDS 合併 *Pneumocystis jirovecii* 肺炎症例の検討

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

○高橋優太、齋藤武文、崔 虎眞、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、林原賢治、石井幸雄

4. 残気率が著明高値を示した pleuroparenchymal fibroelastosis 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

○崔 虎眞、齋藤武文、名和日名子、高橋優太、久保田翔太、兵頭健太郎、
野中 水、荒井直樹、金澤 潤、林原賢治

一般演題 (2) 14:38~15:13

座長 総合病院土浦協同病院 清水誠一

5. PR3-ANCA 陽性を呈する Gemella 属による感染性心内膜炎と糸球体腎炎
の 1 例

日立総合病院 腎臓内科¹、筑波大学附属病院日立社会連携教育研究センター²

○帯津実央¹、樋口智也¹、楠 優香¹、永井 恵^{1,2}

6. *Bartonella henselae* 感染症から急速進行性糸球体腎炎を呈した 1 例
総合病院土浦協同病院 腎臓内科

○依田真和、小原由達、児玉達海、只縄友香、中川彩衣子、安原 遼、
佐々木康典、戸田孝之

7. 外傷性高次機能障害のあるリンパ腫患者の治療考察

茨城県立中央病院 血液内科¹、精神科²、腫瘍内科³

○小島久恵¹、矢花信亜³、黒川安満¹、藤尾高行¹、菅谷明德³、石黒慎吾³、
堀 光雄¹、長谷川雄一¹、佐藤晋爾²、小島 寛³

8. 輸血後鉄過剰による肝へモクロマトーシスを契機に汎血球減少を呈した
crohn 病と骨髄異形成症候群合併例

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○加藤大輔、上山俊介、大原由莉、石井桃花、常井薫時、金尾季範、
前澤麻利、軽部莉佳、齊藤一真、白川純平、東都理紗、福田啓太、
渡辺研太郎、佐野慎哉、木下隼人、草野史彦

9. 免疫チェックポイント阻害剤関連心筋炎の 2 症例報告ー診断から治療に
至るまでー

総合病院土浦協同病院 循環器内科

○石沢太基、下里 光、瀬戸口実玲、仲田恭崇、原 聡史、佐藤慶和、
三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷 仁

一般演題 (3) 15:18~15:46

座長 総合病院土浦協同病院 町田 明

10. レカネマブ投与中に高度の症候性アミロイド関連画像異常 (ARIA-E) を呈した軽度認知障害の一例

東京医科大学茨城医療センター 脳神経内科

○中村 環、古城 健、日出山拓人、赫 寛雄

11. 上眼瞼向性眼振を呈した両側延髄内側梗塞の2例

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○片山優希、高橋隆介、土居龍一郎、金 亮秀、鬼木絢子、富満弘之

12. 高血圧緊急症に合併した高血圧性脳症に対して降圧療法中に脳梗塞を発症した1例

茨城県立中央病院 循環器内科

○新井大輝、船橋 恒、藤田里桜、朽津駿介、成田真美、岡部雄太、菅野昭憲、馬場雅子、吉田健太郎、武安法之

13. 2型糖尿病加療中に出現した難聴を契機に診断したミトコンドリア病の49歳男性

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○伊藤誠二郎(いとう せいじろう)、金 亮秀、富満弘之

特別講演 15:50~16:50

座長 総合病院土浦協同病院 草野史彦

「アルツハイマー病に対する抗アミロイドβ抗体療法」

埼玉県総合リハビリテーションセンター
医療局長 西田陽一郎 先生

閉会挨拶・優秀演題賞発表

16:50～16:55 草野史彦（総合病院土浦協同病院 副院長）

幹事会 17:00～ 総合病院土浦協同病院 2階会議室

特別講演

アルツハイマー病に対する抗アミロイドβ抗体療法

埼玉県総合リハビリテーションセンター
医療局長（脳神経内科） 西田陽一郎

高齢化社会において認知症診療は重要な課題の1つである。認知症の原因疾患の中で最も頻度が高いのがアルツハイマー病（AD）であるが、ADに対する治療薬として2023年12月にレカネマブ（商品名：レケンビ®）、続いて2024年11月にドナネマブ（商品名：ケサンラ®）という抗アミロイドβ（Aβ）抗体薬が本邦でも上市され、認知症とくにAD患者に対する検査と治療は大きく変化した。アミロイドカスケード仮説とは、Aβペプチドが脳内で産生されて蓄積することでAD病態が始まり、タウ蛋白の異常リン酸化が起こり、神経細胞の機能障害を生じて最終的には神経細胞死に至り、AD患者における認知機能低下や日常生活の障害が引き起こされるという仮説である。このAβに対する抗体薬を早期AD患者に投与すると、脳内Aβを減少させてADによる認知機能障害の進行を軽減させる効果があることが国際共同治験で示され、抗Aβ抗体療法が注目を浴びている。しかし、現時点では静脈内への点滴投与を必要とし、薬剤注入に伴う反応（infusion reaction）やアミロイド関連画像異常（Amyloid-Related Imaging Abnormality: ARIA-E と ARIA-H）をはじめとしたいくつかの懸念点もあり、またその他、患者・介護者の頻回となる通院負担や投与施設における診療スペースやマンパワーの問題、我が国全体での医療費なども懸念されることがある。しかし、ADに対する従前の対症療法薬と異なり、認知機能低下の速度を遅くする疾患修飾療法薬としての抗Aβ抗体薬への期待は大きい。医療者は抗Aβ抗体薬の保険適用の有無を正確に判断し、メリット・デメリットを熟知した上で患者・家族とともに投与の適否を決めることが求められている。本日の講演では、抗Aβ抗体薬療法のエッセンスを紹介し、演者が携わってきた病院における診療実態も紹介したい。

【略歴】

- 1998年3月：東京医科歯科大学 医学部 卒業
1998年4月～：東京医科歯科大学 医学部附属病院 神経内科 など
2000年4月～：土浦協同病院 神経内科
2001年4月～：東京医科歯科大学 医学部附属病院 神経内科 など
2006年3月：東京医科歯科大学大学院 学位 博士(医学)取得
2006年4月～：東京医科歯科大学大学院 脳神経病態学分野 など
2009年6月～：米国 Rochester 大学, Center for Neurodegenerative and Vascular Brain Disorders
2011年9月～：埼玉県総合リハビリテーションセンター 神経内科
2014年4月～：東京医科歯科大学 神経内科 助教
2016年7月～：東京医科歯科大学 神経内科 講師
2021年5月～：東京医科歯科大学 脳神経内科 准教授
2024年10月～：東京科学大学 脳神経内科 准教授
2025年10月～：埼玉県総合リハビリテーションセンター 医療局長（脳神経内科）

【認定医・専門医】

- 日本内科学会：認定内科医、総合内科専門医、内科学会指導医
日本神経学会：神経内科専門医・指導医
日本老年医学会：老年科専門医・指導医
日本脳卒中学会：脳卒中専門医・指導医
日本認知症学会：認知症専門医・指導医
日本臨床神経生理学：脳波分野認定医・指導医、筋電図・神経伝導分野認定医・指導医
日本神経免疫学会：神経免疫診療認定医

【代議員・評議員】

- 日本神経学会、日本老年医学会、日本脳卒中学会、日本神経治療学会、
日本神経免疫学会

一般演題

1. 経気管支生検で診断し得た肺原発悪性黒色腫と考えられた一例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○高橋朋幹(たかはし ともき)、山崎健斗、沼田岳士、山崎勇輝、岡田悠太、
山岸哲也、太田恭子、遠藤健夫

症例は60歳男性。主訴は血痰。2週間前から出現した血痰により近医を受診し、胸部X線で右肺野に腫瘤影、両側肺野に多発する結節影を指摘されたため、精査加療目的に当科紹介となった。既往歴に高血圧症や脂質異常症を認め、喫煙歴は30本/日×40年のcurrent smokerであった。胸部CTでは右下葉に巨大な腫瘤影があり、両肺に多発する結節影を認めた。腫瘍周囲にはHalo signを認め、易出血性の腫瘍が考えられた。経気管支生検を行い、悪性黒色腫の診断となった。皮膚原発の悪性黒色腫の肺転移の可能性を考え全身検索を行ったものの、頻度の高い皮膚や口腔などの粘膜には明らかな病巣を認めなかった。増大速度が速く治療を急ぐ必要性が高いと考え、肺原発悪性黒色腫として、イピリムマブ+ニボルマブによる治療を開始した。1コース施行後に、若干の縮小を得られたが、3コース後の評価CTでは原発巣の増大や、多発肝転移・胆嚢転移・腹膜播種などの出現を認めた。全身状態も急速に悪化し、診断から3か月で永眠された。

悪性黒色腫はメラノサイトから発生する悪性腫瘍であり、通常は皮膚や口腔などの粘膜に発生する。肺原発はおよそ0.4-0.5%と報告されており、肺腫瘍全体の約0.01%と極めて稀である。大多数が転移を来し、予後は不良とされている。皮膚悪性黒色腫のおよそ12%で肺転移をきたすため、病理学的に肺原発か、悪性黒色腫の肺転移かを判断することは難しいが、肺原発を示唆するものとして、いくつか診断基準が提唱されている。JensenらによるものやWilsonらによるものがあり、本症例では剖検は行われておらず、腫瘍は肺に多発していたが、それ以外の基準は満たしていた。本症例を稀少な症例と考え、文献的考察を交えて報告する。

2. 小腸転移による腸管穿孔を合併した進行非小細胞肺癌の一例

筑波記念病院 呼吸器内科¹、同 消化器外科²、同 病理診断科³

○鈴木瑠南（すずき るな）¹、屋代 景¹、砂辺浩弥¹、並木智宏¹、乾 年秀¹、
石川宏明¹、渡邊裕子¹、吉田 淳²、臺 勇一³、坂本 透¹

【症例】72歳男性。健診で肺野異常陰影を指摘され当科受診。胸部CTで左下葉に結節が認められ、気管支鏡検査により低分化非小細胞肺癌と診断された。頭部MRIで脳転移が認められcStage IVBであった。ドライバー遺伝子変異検索中、当科初診から1ヶ月後に突然の腹痛が出現したため救急受診。腹部CTにて小腸穿孔による急性腹膜炎と診断され、緊急小腸部分切除術を施行した。穿孔部位の切除標本では、形態所見および免疫染色所見で肺病変と類似した低分化癌が認められ、肺癌の小腸転移と判断した。

【考察】肺癌の小腸転移は臨床的には0.1～0.5%と稀であるが、剖検例では2.8～10.8%の頻度で認められることが報告されている。小腸転移例では低分化癌の頻度が高いとする報告があり本症例と合致する。肺癌小腸転移の緊急手術例の生存期間中央値は48日と報告されており、一般的な進行肺癌と比較して予後不良である。本症例では緊急手術後4か月以上経過しているが、化学療法を継続することができおり貴重な症例と考えられる。

【結論】肺癌、特に低分化癌では腸転移が潜在し得るため、突然の腹痛を認めた場合には画像所見の慎重な解釈が重要であり、転移に伴う腸管穿孔を鑑別に挙げる必要がある。

3. 最近経験した AIDS 合併 *Pneumocystis jirovecii* 肺炎症例の検討

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

○高橋優太 (たかはし ゆうた)、齋藤武文、崔 虎眞、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、林原賢治、石井幸雄

【はじめに】ニューモシスチス肺炎 (PCP) は HIV 患者における代表的なエイズ指標疾患である。今回、労作時呼吸困難を契機に HIV 感染が判明し、気管支鏡で確定診断した HIV-PCP の 1 例を経験した。エイズを発症してから初めて自分が HIV に感染していることに気づく「いきなりエイズ」について文献的考察を加えて報告する。

【症例】29 歳 男性

【主訴】労作時呼吸困難

【現病歴】25 歳時より気管支喘息の診断となり吸入療法を行っていた。X 年 10 月 29 日、出張先で息苦しさを自覚しメプチン吸入も改善なく帰宅した。11 月 10 日、労作時呼吸困難が増悪し近医へ救急搬送、同日精査加療目的に当院へ紹介となった。

【既往歴】気管支喘息 (25 歳時)

【生活歴】20 歳頃から同性との性交渉歴あり

【経過】入院時 SpO₂ 92% (室内気)、聴診で wheeze 聴取せず、CT で両側びまん性のすりガラス陰影を認めた。血液検査で LDH 高値、β-D グルカン 150 pg/mL、KL-6 2134 U/mL。感染症検査で HIV 抗体陽性、CD4 88/μL、HIV-RNA 3.5×10⁴ copy/mL。気管支鏡検査を行い、BAL で Grocott 陽性の菌体を認め HIV-PCP と診断した。酸素需要を認めており、ST 合剤とステロイド併用療法を開始し、呼吸状態および検査所見は改善した。治療中に口腔内カンジダを合併したが加療を行い改善。以後 AIDS 治療導入予定とした。

【結語】喘息既往を有する若年男性の労作時呼吸困難に対し、病歴聴取と検査所見から HIV-PCP を疑い、気管支鏡検査で確定診断した。画像検査でびまん性すりガラス陰影と KL-6 高値を認める場合、鑑別診断上、PCP 発症を端緒とする「いきなりエイズ」を考慮すべきである。

4. 残気率が著明高値を示した pleuroparenchymal fibroelastosis の 1 例

国立病院機構 胸部疾患・療育センター 茨城東病院 呼吸器内科

○崔 虎眞(ちえ ほじん)、齋藤武文、名和日名子、高橋優太、久保田翔太、
兵頭健太郎、野中 水、荒井直樹、金澤 潤、林原賢治

【緒言】胸膜肺実質繊維弾性症 (PPFE) はその診断基準に $RV/TLC \geq 115\%$ とあるように残気率が高いことが特徴にある。本症例は脊椎病変の関与が示唆された。

【症例】65 歳、男性。身長 160.0cm、体重 50.1kg、BMI 19.69。

【受診理由】健診での胸部異常陰影

【現病歴】X-3 年 4 月に健診で胸部異常陰影、その後他院外来受診で気胸と診断された。その後、外来経過観察がなされ、改善されたために終診となった。X-2 年 4 月に再度健診で胸部異常陰影を指摘されたために同院受診された。画像検索の結果、両肺上葉優位の肺線維症と診断され、経過観察の方針となり、3 か月おきに外来受診されていた。

画像的増悪は緩徐で自覚症状なく経過されていたが、X 年 9 月の定期外来で精査を希望されたために X 年 10 月に当院紹介受診の上、精査目的に入院となった。

【入院後経過・考察】入院時身体所見では特記所見を認めず、血清学的には炎症反応は上昇なく、RF 175IU/mL と高値陽性、抗 CCP 抗体は陰性であった。画像所見では PPFE に一致する所見であった。肺胞洗浄では細胞数、細胞分画は正常で、培養結果でも特記所見は認めなかった。呼吸機能検査では TLC 4.85L と正常範囲内である一方、VC2.01L と肺活量の低下を認めた。PPFE では残気率が高値になることはしばしば認められるが、154.8 と著明高値であり、PPFE で一元的な説明は困難と考えた。本症例は既往に頸椎後十字靭帯骨化症、腰椎脊柱管狭窄症があり、脊椎病変が肺活量の低下に寄与している可能性を考慮した。

【結語】PPFE はその診断基準の参考事項にあるように残気率低下はしばしば認められるが、本症例は%予測値が 154.8 と著明高値である。稀な症例であり、この場を借りて文献的考察を加え報告する。

5. PR3-ANCA 陽性を呈する Gemella 属による感染性心内膜炎と糸球体腎炎の 1 例

日立総合病院腎臓内科¹、筑波大学附属病院日立社会連携教育研究センター²

○帯津実央(おびつ みお)¹、樋口智也¹、楠 優香¹、永井 恵^{1,2}

Gemella 属は弱毒細菌であり、口腔や上気道に常在菌として存在する。また、PR3-ANCA 陽性の感染性心内膜炎はしばしば報告されている。他方、感染後腎炎としての糸球体腎炎の報告はまれである。

症例は 84 歳男性で、3 ヶ月前からの倦怠感と食思不振があり、前医初診で貧血、腎機能障害、炎症がみられたため当院に紹介となった。バイタルは安定していたが、収縮期心雑音が聴取され、血液検査で高度貧血、PR3-ANCA 弱陽性、低補体血症、腎機能障害、炎症反応上昇を認めた。血蛋白尿、血液培養陽性、および重症僧帽弁閉鎖不全を伴う疣贅が心臓超音波検査で認められた。その他、菌血症に関連する脾梗塞および脳梗塞を呈していた。入院時より無尿のため週 3 回の血液透析を導入し、ペニシリン G などの抗生剤を約 8 週間投与、また抗炎症治療としてプレドニゾロン 30mg を約 4 週間投与し炎症陰性を達成、感染が制御された。その後の治療 9 週目に乏尿を脱し、週 2 回に減らしての維持血液透析継続となった。腎予後判定のために実施された腎生検では、糸球体 8 個が採取され、うち全節性硬化が 4 個、非硬化糸球体 4 個のすべてに線維性半月体が認められた。病理診断としては、慢性化した半月体形成性糸球体腎炎であり、pauci-immune type であった。僧帽弁閉鎖不全症については循環器内科で保存的に経過観察されており、少なくとも 8 ヶ月時点で進行は顕著ではない。

透析離脱は困難であったが、Gemella 属による感染性心内膜炎、感染後腎炎に対し、抗生剤やステロイド治療を行い、無尿から腎機能が軽快した貴重な一例を経験した。文献検索の限りでは Gemella 属による感染性心内膜炎と糸球体腎炎を発症した症例のうち最高齢であるが、腎臓専門医と循環器専門医との適切な連携による予後改善が示唆された。

6. *Bartonella henselae* 感染症から急速進行性糸球体腎炎を呈した 1 例

総合病院土浦協同病院 腎臓内科

○依田真和（よだ まさかず）、小原由達、児玉達海、只縄友香、中川彩衣子、
安原 遼、佐々木康典、戸田孝之

【症例】83 歳女性

【病歴】X 年 1 月まで当院循環器内科に severe AS で通院中であった。腎機能低下は認めていなかった。X 年 6 月より 37℃台の微熱、食思不振があり近医を受診し Cre 1.8 mg/dL と軽度腎機能低下、CRP 1.5mg/dL を認めたが感染徴候はなく経過観察となった。7 月 5 日に呼吸困難で前医へ救急搬送されうっ血性心不全の診断で入院となったが、心エコー上 EF74%と保たれ、利尿薬に反応乏しく更に腎機能増悪を認めたため当院へ転院搬送となった。その後も利尿薬投与下で 600mg/day 程度の利尿しか得られず蛋白尿と血尿も認めたため当科紹介となった。

【経過】採血上 PR3-ANCA 陽性、補体低下を認めた。補体低下から感染関連腎炎を疑ったが、血液培養陰性であり、心エコー上明らかな疣贅を認めなかったこと、RPGN の経過から ANCA 関連血管炎として腎生検施行後ステロイドパルス療法を開始した。しかし、腎生検の結果半月体形成乏しく、IF で免疫複合体糸球体腎炎の所見を認め、ANCA 関連血管炎より感染関連腎炎が疑われた。再度血液培養、心エコー施行するも同様の所見であった。血液培養陰性の感染性心内膜炎の起原菌として猫ひっかき病の原因となる *Bartonella* 属の報告例があり、追加聴取したところ飼い猫がおり、右前腕にネコによる搔破痕を認めた。*Bartonella* 属の抗体と *B. henselae* の PCR を施行したところいずれも陽性であったため *B. henselae* 感染症による感染関連腎炎と診断した。ステロイドは漸減中止の方針、*B. henselae* 感染症に対して AZM+RFP による加療を開始した、その後 Cre1.5 mg/dL 程度まで改善し、現在は当科外来フォローとなっている。

【考察】急性進行性糸球体腎炎は透析導入患者の原疾患として第 5 位に位置しており、腎機能保護のためにも原疾患を鑑別することが非常に重要である、採血や腎生検の結果からは感染関連腎炎が最も疑わしいが血液培養陰性となる症例は存在する。そのため本症例の様に血液培養陰性の細菌感染症を念頭に置いた病歴聴取も重要となる。

7. 外傷性高次機能障害のあるリンパ腫患者の治療考察

茨城県立中央病院 血液内科¹、精神科²、腫瘍内科³

○小島久恵（こじま ひさえ）¹、矢花信丞³、黒川安満¹、藤尾高行¹、菅谷明德³、石黒慎吾³、堀 光雄¹、長谷川雄一¹、佐藤晋爾²、小島 寛³

【症例】50代 女性

【主訴】左上肢・両下腿浮腫

【現病歴・経過】X-28日に左上肢と両下肢浮腫自覚。A病院にて左鼠径部リンパ節生検。X-27日自宅にて転倒B病院に緊急搬送され、外傷性くも膜下出血の診断にて保存的加療。X-17日にA病院に転院。意識清明、人格変化を認めるが麻痺性の後遺症や構音障害、食事の摂取などには問題は認めなかった。A病院では、人格障害が明らかとされた。生検の結果、びまん性大B細胞リンパ腫と診断され、本院へ転院。

本院転院搬送初日（X日）、検査に協力的であったが、帰宅願望強く、治療のため帰宅は難しい旨を伝えると苛立ちが表出された。夕より不穏状態激しく、スタッフへの暴言、暴力もみられ、夜は不穏、せん妄が激しく下腿重度浮腫による独歩不可能な状態での病室抜け出しなどにより、常時病室前に監視を要した。化学療法安全管理委員会が開かれ、精神科がチームで不穏・せん妄コントロールを行いながら血液内科で化学療法を行うことが可能である場合は、年齢的にも高次機能障害の回復が期待されると判定された。その様な体制のある筑波大学附属病院にて治療を行って頂けることとなり、X+20日に転院。

同院血液内科ではPola-R-CHP1コースを問題なく実施された。X+42日本院に戻り2クール目からの治療を継続。リンパ腫の治療効果がみられ、高次機能障害も改善しX+107日目にサービス付き高齢者住宅に退院。

【考察】本例は外傷性くも膜下出血による人格・記憶障害がみられ、化学療法を受けられるか判断に苦難した。当初血液内科では治療継続が困難と考えたが、精神科医師の精神症状は改善が期待できるとの判断で治療を行い精神状態とリンパ腫の改善を得ることができた。この症例から、外傷性人格障害の可逆性を学ぶことができた。また家族・スタッフの協力、家族への迅速な対応、こころのケアが大切であった、と考えさせられた症例でもあった。

8. 輸血後鉄過剰による肝へモクロマトーシスを契機に汎血球減少を呈した crohn 病と骨髄異形成症候群合併例

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○加藤大輔（かとう だいすけ）、上山俊介、大原由莉、石井桃花、常井薫時、金尾季範、前澤麻利、軽部莉佳、齊藤一真、白川純平、東都理紗、福田啓太、渡辺研太郎、佐野慎哉、木下隼人、草野史彦

【症例】 42 歳、男性

【主訴】 汎血球減少

【現病歴】 25 歳 crohn 病の診断、26 歳時に回腸狭窄に対しストーマ造設を施行。以後生物学的製剤導入され管理されていた。41 歳に前医で汎血球減少を認め骨髄生検を施行され骨髄異形成症候群（MDS）と診断された。以後赤血球濃厚液 68 単位の輸血歴があった。輸血の度に溶血性の体質性黄疸と遷延する肝機能障害を認めた。42 歳時に肝臓 MRI、経皮肝生検を施行し肝へモクロマトーシスの診断となり、鉄キレート療法を開始した。その後フェリチンの低下と肝機能改善を認め、輸血を要する貧血の改善もみられた。

【考察】本症例は輸血後鉄過剰症が肝臓に鉄沈着を来し、進行性線維化から門脈圧亢進を呈し、脾機能亢進を経て汎血球減少を増悪させた病態を考える。鉄過剰に伴う肝障害は輸血依存性疾患で重要な合併症である。crohn 病合併 MDS のような症例では複数因子が鉄代謝異常に関与し得る。炎症性腸疾患存在下ではフェリチン上昇が鉄過剰の指標として過小評価される可能性もあり注意を要し、診断及び定期評価において肝臓 MRI の有用性について複数報告されている。本例は crohn 病、MDS、輸血依存という多因子背景が重層的に関与し汎血球減少を呈した稀有な症例で、早期の画像評価と除鉄介入が重要である。

9. 免疫チェックポイント阻害剤関連心筋炎の2症例報告

—診断から治療に至るまで—

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)、下里 光、瀬戸口実玲、仲田恭崇、原 聡史、佐藤慶和、三輪尚之、久佐茂樹、蜂谷 仁

症例①:78歳男性。他院にてX年Y月右腎癌に対しペンブロリズマブ投与歴あり。Y+3月に腎臓摘出術前の心電図で胸部誘導の陰性T波、トロポニンT陽性を指摘された。冠動脈造影検査(CAG)では有意狭窄は認めず、たこつぼ型心筋症疑いと診断。手術高リスクであり前医での加療継続は困難と判断され当院紹介となった。Y+5月食思不振で受診し高Ca血症並びに腫瘍内出血を認めたことから同日入院。心電図にてII、III、aVF、V1-V4誘導でST上昇、トロポニンI 10856 pg/Lと高値のため緊急CAGとなったが冠動脈に有意狭窄は認めず心筋生検を実施した。心臓MRIでは左室中部から心尖部前壁に心室瘤を伴い、T2強調画像で後乳頭筋に連続して高信号であったことから免疫チェックポイント阻害剤(ICI)関連心筋炎を想定し第4病日よりステロイドパルス療法を開始した。第7病日よりプレドニゾン40mg内服へ切り替え、漸減予定であったが、第12病日突如血圧低下をきたし造影CTにて右腎癌破裂を指摘された。経カテーテル動脈塞栓術を行うも心停止となりそのまま死亡した。

症例②:76歳男性。当院で食道癌に対しX年Y月よりニボルマブ投与を開始した。Y+2月めまいを主訴に救急外来を受診し心電図にてV1-V2誘導のST上昇、新規の完全右脚ブロック、左脚前枝ブロックを認めた。血液検査ではトロポニンI 1792 pg/Lと高値であったが、冠動脈に有意狭窄は認めず。心筋炎が想定され心筋生検を実施した。心エコーでは心筋浮腫や心機能低下、壁運動異常認めなかったものの、2束ブロックも呈しておりICI関連心筋炎を考慮し同日よりステロイドパルス療法を開始した。第3病日心臓MRIを行うとT2強調画像にて左室中部から心尖部の側壁～前壁～中隔にかけて高信号を認め心筋炎に矛盾しない所見であった。その後はトロポニンI、心電図変化共に改善が得られており、現在プレドニン内服へ切り替え加療継続している。今回、ICI関連心筋炎を2例経験したので報告する。

10. レカネマブ投与中に高度の症候性アミロイド関連画像異常 (ARIA-E) を呈した軽度認知障害の一例

東京医科大学茨城医療センター 脳神経内科

○中村 環 (なかむら たまき)、古城 健、日出山拓人、赫 寛雄

アルツハイマー病による軽度認知障害に対して用いられる抗アミロイドβ抗体薬の副作用として、アミロイド関連画像異常 (ARIA) の管理が重要となっている。今回、投与中に高度な浮腫を伴う症候性 ARIA-E を呈したものの、治療により速やかな改善を得た一例を経験したため報告する。症例は 74 歳女性、2025 年 1 月に当院紹介となった。初診時の HDS-R 27/30、MMSE 25/30 であり、精査の結果、抗アミロイドβ抗体薬の適応と判断された。6 月よりレカネマブの投与を開始していた。6 回目投与終了後の 9 月上旬より会話が成立しないことが増え、9 月中旬には明らかな見当識障害、言動異常が出現したため緊急受診の運びとなった。頭部 MRI において両側前頭葉に広範な浮腫を認め、第 8 病日の認知機能評価では HDS-R 14/30、MMSE 20/30 と、初診時と比較して著明な低下を認めていた。入院のうえメチルプレドニゾロンパルス療法を施行し、後療法としてプレドニゾロン 1mg/kg の内服を開始した。加療により症状は徐々に改善し、第 30 病日には HDS-R 29/30、MMSE 30/30 と大幅に改善し、日常生活にも問題のない程度にまで回復した。画像上も浮腫の消失を確認し、第 47 病日に自宅退院となった。本症例は、高度の症候性 ARIA-E に対して早期にステロイドによる治療介入を行うことで、良好な機能回復が得られた貴重な症例と考えられた。

11. 上眼瞼向性眼振を呈した両側延髄内側梗塞の2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)、高橋隆介、土居龍一郎、金 亮秀、鬼木絢子、
富満弘之

【目的】両側延髄内側梗塞は非常に稀で多くは中枢性呼吸不全をきたし予後不良、死亡率も高い。その症候、原因、治療に関する報告も少ない。初期症状がめまいやしびれのみの場合もあり、診断が遅れることも少なくない。今回初期神経所見として上眼瞼向性眼振が診断に有用ではないかと考え、検討した。

【方法】2017年から2022年までに当院で経験した両側延髄内側梗塞の2例を中心に、同様の過去文献症例についての特徴もまとめ考察を加えた。

【結果】2例とも55歳以下と比較的若年、独歩受診した後に数日経過で多彩な症状を呈し、最終的に気管挿管、気管切開を要した点、MRIで病変が徐々に拡大し最終的に”Heart Appearance”となった点が共通した。1例は以前からの左椎骨動脈の低形成、1例はAGで右椎骨動脈起始部の慢性閉塞が判明し前者では上流のアテローム血栓性閉塞、後者では椎骨動脈解離が梗塞の一因となった。両者とも初発症状は非常に軽微であったが初期から上眼瞼行性眼振を呈していた。過去報告でも着目はされていないが初期所見に上眼瞼向性眼振の記載が複数症例で確認された。延髄内側梗塞で上眼瞼向性眼振が生じるメカニズムとして、舌下神経前位核(PHN)および前庭神経上核(SVN)の障害が指摘されている。PHNは前庭入力を受けMLFを通過して動眼神経核、特に上直筋・下斜筋に興奮性結合をしている。両側性に矢状面前庭—動眼反射の緊張を調整しているPHNの障害で垂直性のアンバランスを生じ眼振が発現するものと考えられる。SVNは結合腕および対側腹側被蓋路を介して同側上直筋の収縮に関与しており、障害により補正saccadeで上眼瞼向性眼振につながる可能性がある。

【結論】初期には画像変化が乏しい両側延髄内側梗塞において上眼瞼向性眼振が診断の一助になる可能性がある。稀な病態でありさらなる症例の蓄積が必要と思われる。

12. 高血圧緊急症に合併した高血圧性脳症に対して降圧療法中に脳梗塞を発症した1例

茨城県立中央病院 循環器内科

○新井大輝（あらい ひろき）、船橋 恒、藤田里桜、朽津駿介、成田真美、
岡部雄太、菅野昭憲、馬場雅子、吉田健太郎、武安法之

【症例】53歳女性

【現病歴】X-1年夏頃から発汗およびほてりを自覚し、X年1月には他覚的に軽度の構音障害を指摘されていた。X年2月17日、めまいを主訴に前医を受診したところ、血圧270/170 mmHgのⅢ度高血圧を認めたため、当院へ紹介となった。来院時の心エコー図、胸部X線検査でうっ血性心不全の合併を認め、高血圧緊急症として同日入院となった。

【入院後経過】入院後よりニカルジピン持続静注による降圧療法を開始した。降圧療法開始4時間後には収縮期血圧が150 mmHgまで低下し、下肢脱力と構音障害が出現したため、降圧目標を収縮期血圧170-180 mmHgに変更して継続した。しかし、第2病日6時に右上下肢麻痺が出現し、頭部MRIを施行したところ可逆性後頭葉白質脳症（PRES：Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome）と多発性脳梗塞の併発を認めた。急性期は収縮期血圧180 mmHgを目標とした血圧管理を行うとともにヘパリンによる抗凝固療法を開始した。第11病日の頭部MRIでは前回と異時性に新規脳梗塞所見を認めた。一方で、PRESの所見は降圧療法により改善傾向を示した。その後、意識状態は安定し、収縮期血圧110-140 mmHgで良好にコントロールされたが、構音障害と右上下肢麻痺が残存したため、第67病日にリハビリ目的に転院となった。

【考察】PRESは一般的に可逆的な疾患概念とされているが、本症例では脳梗塞を合併し、神経学的後遺症が残存した。既報によるとPRESの脳梗塞合併頻度は約11%とされており、決して稀ではない。本症例では血管原性浮腫によるPRESの発症に加え、長期の高血圧により破綻した脳血流自動調節能に対して急速に降圧が行われた結果、脳還流圧が低下し、脳血管攣縮を来したことで脳梗塞を発症したと考えられた。高血圧緊急症に対する急性期の対応に難渋し、複雑な臨床経過を辿った症例を経験したのでここに報告する。

13. 2型糖尿病加療中に出現した難聴を契機に診断したミトコンドリア病の49歳男性

JA とりで総合医療センター 脳神経内科

○伊藤誠二郎(いとう せいじろう)、金 亮秀、富満弘之

【背景】ミトコンドリア病の一種である Maternally inherited diabetes and deafness (MIDD)は、ミトコンドリア DNA 異常により発症し、糖尿病と感音性難聴を主徴とする母系遺伝性疾患である。

今回、臨床経過及び家族歴から MIDD を疑い診断に至った症例を経験したため報告する。

【症例/経過】症例は49歳男性。39歳時に健診で耐糖能異常を指摘され、同年に2型糖尿病と診断された。ジャヌビア及びメトホルミンによる内服治療を継続していたが、HbA1cは6.5%~8.0%で推移し、コントロールはやや不良であった。

48歳時の健診で聴力低下を指摘され耳鼻咽喉科を受診し、聴力検査で両側高音前傾型感音性難聴を認めた。頭部MRIにて小脳萎縮を認めたため神経内科紹介となった。家族歴で兄に難聴があり、母や母方祖母に糖尿病・難聴の既往を認めた。明らかな眼振や小脳失調は認めなかった。血液及び髄液所見で乳酸/ピルビン酸比は正常範囲内であった。家族歴及び臨床経過からミトコンドリア病を疑い、ミトコンドリア遺伝子検査で m.3243A>G 変異を認め、ミトコンドリア病の一種である MIDD と診断した。

【考察】ミトコンドリア病はミトコンドリア DNA 異常により多臓器障害をきたす全身性疾患であり、MIDD は糖尿病と感音性難聴を主徴とする一病型である。MIDD における中枢神経系病変は比較的稀とされるが、本症例では小脳萎縮を認めた。大脳・小脳・脳幹萎縮を認めた報告もあり、今後も症例の蓄積が必要であると考えた。

【結論】糖尿病に感音性難聴を合併する場合、ミトコンドリア病の可能性があり注意を要するため、母系遺伝を意識した家族歴の聴取が必要である。