

# 第232回茨城県内科学会

日 時 令和8年6月13日(土)  
14:00~17:45

会 場 筑波メディカルセンター病院  
メディカルスクエア3階TMCホール  
+オンライン配信 (Zoom)

当番幹事 仁科 秀崇  
(筑波メディカルセンター病院 病院長)

## 会場案内図

筑波メディカルセンター病院 メディカルスクエア 3階 T M Cホール  
〒305-8558 つくば市天久保 1-3-1  
Tel 029-851-3511

お車でお越しの場合は、第2立体駐車場をご利用ください。その際には駐車場入口で発券されます駐車券を必ずお持ちください。



## 第 2 3 2 回茨城県内科学会

日 時 令和 8 年 6 月 13 日 (土) 14 : 00 ~ 17 : 45  
場 所 筑波メディカルセンター病院 メディカルスクエア 3 階 TMC ホール  
+ オンライン配信 (Zoom)  
当番幹事 仁科 秀崇 (筑波メディカルセンター病院 病院長)

### ● 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 7 分・質疑応答 3 分 (合計 10 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。
- ⑤ 1 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。
- ⑦ Mac 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 ウィルスチェックは、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、6 月 3 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。
- 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 0.最新のトピックス・その他) 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次頁 Zoom ミーティング URL からご視聴ください。  
Zoom ミーティング参加 URL:

<https://zoom.us/j/99807883813?pwd=Z2vbm4bFb20H0iKvb41GA1qhHG82XL.1>

ミーティング ID: 998 0788 3813

パスコード: 766185

入室の際の名前は「ご所属+ご氏名」でお願いします。



## ● 第 2 3 2 回当番幹事

連絡先: 筑波メディカルセンター病院 仁科秀崇

〒305-8558 つくば市天久保 1-3-1

Tel 029-851-3511

## ● 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/](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 筑波メディカルセンター病院 小原一記

1. 胸腺腫治療後に発症した成人結核性縦隔膿瘍の一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 呼吸器内科

○崔 虎眞(ちえ ほじん)、齋藤武文、藤田弘輝、名和日向子、高橋優太、  
久保田翔太、松田峰史、兵頭健太郎、野中 水、荒井直樹、金澤 潤

2. 気管支鏡検査中に喉頭痙攣、喉頭浮腫が疑われ、気管切開を要した一例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○福本巴亜人(ふくもと はいと)、岡田悠太、福田愛実、山崎勇輝、  
山崎健斗、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

3. 多剤耐性結核治療の有害事象対応に苦慮した一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 呼吸器内科

○崔 虎眞(ちえ ほじん)、齋藤武文、藤田弘輝、名和日向子、高橋優太、  
久保田翔太、松田峰史、兵頭健太郎、野中 水、荒井直樹、金澤 潤

4. 結核性髄膜炎治療10年後に発症した遅発性奇異性反応の27歳女性の一例

土浦協同病院 脳神経内科

○町田 明(まちだ あきら)

一般演題 (2) 14:50~15:40

座長 筑波メディカルセンター病院 間宮 孝

5. 長期安定していた Basedow 病患者で低血糖を契機に判明した ACTH 単独欠損症の 1 例

株式会社日立製作所日立総合病院 代謝内分泌内科

○山本由季 (やまもと ゆき)、笹井裕平、三谷優太

6. 外来帰宅患者の血液培養適応をどう判断するか: Shapiro's Rule に基づく実臨床データからの検討

筑波メディカルセンター病院 総合診療科<sup>1)</sup>、感染症内科<sup>2)</sup>

○中村雄太郎 (なかむら ゆうたろう)<sup>1)</sup>、寺田教彦<sup>2)</sup>

7. ネフローゼ症候群として発症した IgA 腎症の一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科

○梅津明輝 (うめづ はるき)、平山浩一、丸山浩史、山下真里奈、瀬賀雅俊、沼尻大地、兼重彩夏、小川利菜、秋山 舞、北村麗奈

8. 急速進行性の腎機能低下を契機に腎サルコイドーシスと診断した一例

JA とりで総合医療センター 腎臓内科

○北岡玲央 (きたおか れお)、東藤啓一郎、小牧隼人、安原 遼、大下 格

9. 胃液 PCR によるクラリスロマイシン耐性検出と Helicobacter pylori 治療戦略の変化

筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>、つくばトータルヘルスプラザ<sup>2)</sup>

○森田大雅 (もりた たいが)<sup>1)</sup>、添田敦子<sup>1)</sup>、太田理香子<sup>1)</sup>、丸山泰司<sup>1)</sup>、佐浦 勲<sup>1)</sup>、姫井紅里<sup>1)</sup>、根本絵美<sup>1)</sup>、丹下善隆<sup>1)</sup>、江南ちあき<sup>1)</sup>、越智大介<sup>1)</sup>、池澤和人<sup>2)</sup>

一般演題 (3) 15:45～16:35

座長 筑波メディカルセンター病院 相原英明

10. 低体温で救急搬送された、脚気心の一例

筑波メディカルセンター 消化器内科

○島崎裕大(しまざき ゆうた)、間宮 孝、辻 実季、堀籠祐一、  
松本めぐみ、小川英恵、佐藤久美

11. 心室細動を契機に冠攣縮性狭心症と診断し、植込み型除細動器を導入した一例

筑波大学附属病院 循環器内科

○平田裕哉 (ひらた ゆうや)、鮎澤祥吾、田邊好秀、土屋亮介、中谷 敦、  
川邊優希、平谷太吾、渡部浩明、石津智子

12. 腹部症状と ALP 高値を伴う TAFRO 症候群の一例

筑波メディカルセンター病院 総合診療科

○竹村葉子 (たけむら ようこ)、廣瀬知人

13. 腹部大動脈縮窄症に対しバイパス術後に腎梗塞を発症し、治療経過中に抗リン脂質抗体症候群が判明した1例

茨城県立中央病院 循環器内科

○鈴木惇大(すずき あつひろ)、吉田健太郎、森田和泉、松井瑠璃子、  
吉田 淳、船橋 恒、朽津駿介、岡部雄太、菅野昭憲、馬場雅子、  
武安法之

14. 心房細動を契機に診断され冠攣縮性狭心症を合併した Basedow 病の一例

筑波メディカルセンター病院 循環器内科

○三津山柚樹(みつやま ゆずき)、中川誠太郎、船橋 恒、松本万理、  
横須賀由季、沖殿祐太郎、越智明德、高岩 由、丸田俊介、篠内和也、  
秋山大樹、相原英明、文蔵優子、仁科秀崇、野口祐一

特別講演 16:40～17:40

座長 筑波メディカルセンター病院 仁科秀崇

「一般内科医に知っておいてほしい Onco-cardiology (腫瘍循環器学)」

国立がん研究センター東病院  
循環器科長 田尻和子先生

閉会挨拶・優秀演題賞発表

17:40～17:45 仁科秀崇 (筑波メディカルセンター病院 病院長)

幹事会 17:45～

筑波メディカルセンター病院  
メディカルスクエア2階小会議室

## 特別講演

一般内科医に知っておいてほしい Onco-cardiology (腫瘍循環器学)

国立がん研究センター東病院  
循環器科長 田尻和子

がん治療の進歩によりがんサバイバーが増加しているが、同時にがん治療に伴って心臓や血管に生じる副作用（有害事象）が問題となることが多くなっている。また、一部のがんでは、がん治療後に、がんの再発よりも心血管病により死亡することが多くなっている。さらに、放射線治療や抗腫瘍薬は新規の心血管障害（心血管毒性）をきたす危険性があり、今やがんの既往は心血管病発症の危険因子であると認識されていることから、近年、世界的に『腫瘍循環器学（onco-cardiology/ cardio-oncology）』が注目されている。以前は、循環器医ががん診療に積極的にかかわることはほとんどなかった。しかし、高齢人口の増加とともにがん患者の高齢化が進み、高血圧、高脂血症、糖尿病といった心血管病危険因子を多く抱え、がん発症時にすでに心血管病を合併しているケースが多くなり、腫瘍医だけで最適ながん治療を行うことが困難になってきた。また分子標的薬やがん免疫療法の広がりに伴い、全く新しいタイプの心血管合併症が出現するようになり、がん診療の際に循環器医に求められる役割が多様化している。このような背景のもと、腫瘍循環器学という学際領域が生まれ、がんと循環器の両者が重なった領域を対象とする新しい臨床研究分野として、近年急速に発展してきている。本発表では、一般内科医が知っておくべき病態の中で特に重要な、がん治療関連心機能障害（cancer therapy-related cardiac dysfunction: CTRCD）、免疫チェックポイント阻害剤による心筋炎を中心に概説する。

## 一般演題

### 1. 胸腺腫治療後に発症した成人結核性縦隔膿瘍の一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 呼吸器内科

○崔 虎眞(ちえ ほじん)、齋藤武文、藤田弘輝、名和日向子、高橋優太、  
久保田翔太、松田峰史、兵頭健太郎、野中 水、荒井直樹、金澤 潤

【緒言】結核における肺門縦隔リンパ節結核は、初感染に引き続いて発症する 1 次結核であることが多く、BCG が普及している本邦では稀な病態である。本症例は免疫抑制宿主に発症した肺門縦隔リンパ節結核が膿瘍化した稀な一例であり、内因性再燃型結核の可能性があると考え報告する。

【症例】59 歳、女性。

【主訴】咳嗽、前頸部発赤

【現病歴】X-7 年に胸腺腫(type II, Stage III)に対して化学療法施行後に摘出後の 59 歳女性。

術後再発と判断され、X-2 年 3 月に放射線照射を実施後。

X-1 年 12 月から咳嗽を自覚するようになり、徐々に症状は増悪傾向。

また、X 年 2 月上旬より前頸部に感染兆候伴う皮疹を認め、A 病院耳鼻咽喉科を受診。精査の過程で胸部単純 CT が施行され、肺内多発結節と縦隔軟部陰影を認めた。

A 病院呼吸器内科で結核疑い、X 年 3 月 9 日に気管支鏡検査の洗浄検体において抗酸菌塗抹陽性であり、PCR でも陽性を認めたために精査加療目的に転院となった。

【入院後経過・考察】画像所見から粟粒結核を疑った。前頸部には化膿性病変を認めており、胸部単純 CT 像を確認すると縦隔との連続性を認めていることから同一の病変であることが考えた。前頸部皮疹から結核菌が検出された。また A 病院の気管支鏡検査で気管支結核の所見を認めたことから、縦隔結核+気管支結核+粟粒結核と診断し、抗結核薬加療開始し、改善を得ている。

【結語】本例は、免疫抑制宿主に発症した結核性縦隔膿瘍の稀な一例である。本病態は TNF  $\alpha$  阻害薬下に見られる肺門リンパ節結核、胸膜炎、粟粒結核（早期播種）といった潜在性結核の初感染型のパターンの可能性が示唆される。

## 2. 気管支鏡検査中に喉頭痙攣、喉頭浮腫が疑われ、気管切開を要した一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○福本巴亜人(ふくもと はーと)、岡田悠太、福田愛実、山崎勇輝、山崎健斗、  
沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

症例は74歳女性、非結核性抗酸菌症疑いで通院中。定期外来受診時に胸部レントゲンで右肺炎を認め、抗菌薬処方するも改善に乏しく、気管支鏡検査含めた精査目的に入院となった。入院後、経静脈的抗菌薬投与を行うも不応性であり、器質化肺炎などを念頭に第12病日に気管支鏡検査を実施した。経気管支肺生検後の出血に対しウェッジしていた最中に突然 stridor の聴取やシーソー呼吸を認め、徐々に SpO<sub>2</sub> が低下した。ステロイド投与、ボスミン生食吸入を行ったが、15L リザーバーマスク投与にて SpO<sub>2</sub> 90%前半で推移した。急変から15分程度経過した時点でCT検査を行い、喉頭浮腫を認めた。経過から喉頭痙攣合併も疑われ、集中治療室へ移動し、耳鼻科医師とも相談し気管切開を実施した。その後は酸素カニューラ 1L 投与にて呼吸状態は安定した。その後はステロイド漸減とし、経過良好のため第21病日に気切カニューレを抜去した。呼吸状態の悪化なく経過し、器質化肺炎への治療が落ち着いた第59病日に自宅退院となった。喉頭浮腫はアレルギーや気管挿管チューブの刺激などでの発症が報告され、喉頭痙攣については周術期の抜管後や小児の気管支鏡検査での発症が報告されている。今回気管支鏡検査中に喉頭痙攣・浮腫が疑われた症例を経験したため、過去の報告を交えて考察する。

### 3. 多剤耐性結核治療の有害事象対応に苦慮した一例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 呼吸器内科

○崔 虎眞(ちえ ほじん)、齋藤武文、藤田弘輝、名和日向子、高橋優太、  
久保田翔太、松田峰史、兵頭健太郎、野中 水、荒井直樹、金澤 潤

【緒言】多剤耐性結核に対して当院では ATS/CDC/ERS/IDSA の治療指針に準じて治療を行っている。WHO で定められる標準抗結核薬のうち groupA に分類されるリネゾリド(LZD)はキードラッグである。LZD は副作用の頻度が高く、対応に苦慮することがある。本症例は副作用マネジメントし、治療を継続できたため、報告する。

【症例】22 歳、女性 身長 152.5cm、体重 48.7kg、BMI 20.94

【受診理由】胸部異常陰影

【現病歴】ミャンマー国籍の技能実習生。

X年9月に両肩痛を自覚され、A病院を受診された。

精査目的に単純CTを施行し、肺野に偶発的に粒状影を認めたためにX年10月に当院紹介受診された。その後喀痰検査で塗抹陰性、培養陽性結核を認めた。薬剤感受性検査でリファンピシン、イソニアジドを含めた抗結核薬に耐性を認め、多剤耐性結核治療目的にX年11月入院となった。

11月27日よりLZDを含めた5剤加療を開始した。開始数日で嘔気症状をきたし、制吐薬投与で症状改善をみとめたが、食文化の違いで食事摂取が進まなかった。栄養指導を含め、改善を図ったが、退院時に体重は8.5kg減となった。

外来でも食思不振は継続し、LZD終了も検討したが、入院による一時的な中心静脈栄養での改善を期待し、X+1年3月に当院入院となった。

【入院後経過・考察】体重減少に伴うLZDの相対的増加が原因であると考えた。中心静脈栄養を行うことで症状・血清学的改善を得ることができ、退院後社会生活への復帰が可能となった。

【結語】抗結核治療は副作用管理が治療の難しさの一因となっている。LZDはその中でも副作用が多く、治療継続困難の一因になることが多い。

本症例は副作用管理を実施し、治療継続をすることができた一例である。

#### 4. 結核性髄膜炎治療 10 年後に発症した遅発性奇異性反応の 27 歳女性の一例

土浦協同病院 脳神経内科

○町田 明（まちだ あきら）

結核性髄膜炎における奇異性反応（paradoxical reaction: PR）は、抗結核薬の治療中に既存病変の増悪や新規病変の出現を来す免疫学的反応として知られており、通常は治療開始後数ヶ月以内に発症するとされる。本症例は、治療終了から長期間を経て発症した極めて稀な PR の一例である。27 歳女性で、10 年前に結核性髄膜炎に対し治療を完遂し、以後再発なく経過していた。今回、頭痛および視力低下を主訴に受診し、頭部 MRI にて左シルビウス裂周囲に新規結核腫を認めた。髄液検査では蛋白上昇を認めたが細胞数増多は軽度であり、結核菌 PCR および培養はいずれも陰性であった。これらの所見から再燃よりも PR が疑われ、抗結核薬の再導入は行わずステロイド治療が開始された。その結果、画像所見および臨床症状の改善を認めた。本症例は、PR が治療終了後長期間を経て発症し得ることを示しており、結核既往患者に新規中枢神経病変を認めた際には再燃のみならず PR も鑑別に挙げる必要があることを示唆している。適切な診断は過剰な抗結核薬治療の回避にもつながる可能性がある。

## 5. 長期安定していた Basedow 病患者で低血糖を契機に判明した ACTH 単独欠損症の 1 例

株式会社日立製作所日立総合病院 代謝内分泌内科

○山本由季（やまもと ゆき）、笹井裕平、三谷優太

**【症例】** 40 歳男性。

**【現病歴】** X-15 年頃よりひきこもり生活が続いていた。X-10 年に Basedow 病と診断され、チアマゾール (MMI) で治療開始されたが、休薬で 2 回再燃した。その後は MMI とレボチロキシン併用療法で甲状腺機能は長期間安定していた。X 年、意識障害 (GCS E4V2M1) で救急搬送され、38°C 台の発熱と低血糖 (18 mg/dL) を認めた。ブドウ糖投与で意識障害は改善したが、ACTH <1.5 pg/mL、コルチゾール 1.07  $\mu$ g/dL と著明低値であり、精査目的に入院した。電解質異常や好酸球増加は認めず、軽度の正球性正色素性貧血を認めた。ヒドロコルチゾン補充後、低血糖や貧血、食欲不振は改善した。基礎値では ACTH、コルチゾール、IGF-1 低値を認めたが、その他下垂体ホルモンは保たれていた。迅速 ACTH 試験、CRH+TRH+LHRH 試験、GHRP-2 試験、インスリン低血糖試験を行い、ACTH、コルチゾールは無反応、その他ホルモンは正常反応、MRI で下垂体萎縮と empty sella を認めた。以上より ACTH 単独欠損症と診断した。現在はヒドロコルチゾン 15 mg/日で安定し、活動性も改善した。

**【考察】** ACTH 単独欠損症は 10 万人に 7.3 人と稀だが、症状は非特異的で診断に難渋し潜在例も多いと考えられる。ACTH 単独欠損症は自己免疫学的機序の関与が示唆され、Basedow 病との合併は稀だが、複数の既報がある。本症例では甲状腺機能亢進による副腎不全の顕在化は否定的であった。自己免疫疾患を有する症例で原因不明の低血糖や倦怠感などの症状を認める場合、本症の合併を念頭においた評価が重要である。

## 6. 外来帰宅患者の血液培養適応をどう判断するか：Shapiro's Rule に基づく実臨床データからの検討

筑波メディカルセンター病院 総合診療科<sup>1)</sup>、感染症内科<sup>2)</sup>

○中村雄太郎（なかむら ゆうたろう）<sup>1)</sup>、寺田教彦<sup>2)</sup>

【背景】血液培養は臨床医の判断のみでは過剰採取となりやすく、偽陽性は医療費増加や入院期間延長と関連する。一方、菌血症の見逃しは予後悪化を招くため、適応判断には客観的指標が望まれ、培養陽性率は一般に 5～15%が推奨される。陽性予測指標として Shapiro's Clinical Prediction Rule (SCPR) が報告されているが、項目数が多く煩雑であり、本邦の救急外来帰宅例における検証は十分には行われていない。

【目的】救急外来帰宅時に血液培養が採取された患者を対象に SCPR の有用性を評価し、簡便な Pre-Score を作成して両者の診断性能を比較する。

【対象・方法】2024年9月から2026年3月に当院救急外来で帰宅となり、血液培養が施行された18歳以上の379例を対象に診療録に基づく単施設後ろ向き観察研究を行った。単変量解析に Mann-Whitney U 検定および Fisher 正確検定、多変量解析にロジスティック回帰分析を用い、Events per variable を考慮して事前に選択した4項目（年齢 $\geq 65$ 歳・体温 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ ・悪寒・尿道カテーテル）の $\beta$ 係数から Pre-Score を作成した。Pre-Score の感度・特異度・AUC の95%信頼区間は層別 Bootstrap 1000回で算出した。SCPR と Pre-Score の AUC は DeLong 検定で比較した。解析には EZR (v1.70) を使用した。

【結果】SCPR 陽性群では年齢、体温、悪寒、尿道カテーテル、白血球数、クレアチニンに有意差を認めた。SCPR は感度 93%、特異度 54%、陽性的中率 13%、陰性的中率 99%であった。多変量解析では年齢 $\geq 65$ 歳、体温 $\geq 38.3^{\circ}\text{C}$ 、悪寒が独立した予測因子であった。Pre-Score は感度 82%、特異度 74%、陽性的中率 19%、陰性的中率 98%を示した。AUC は SCPR 0.79、Pre-Score 0.81 で有意差を認めなかった。血液培養削減率は偽陰性2例を含め約 51%、培養陽性率は削減前 7.1%、削減後 13.4%であった。

【結論】SCPR は救急外来帰宅例の血液培養適応判断として有用であり、不要な採取と医療費の削減に寄与しうる。Pre-Score は採血項目を要さず簡便で、SCPR と同等の診断性能を示したが検出力に限界があった。本研究は単施設後ろ向きの探索的検討であり、症例追加と外部検証を要する。また削減後陽性率は推奨範囲上限に近く、見逃し増加への留意が必要である。

## 7. ネフローゼ症候群として発症した IgA 腎症の一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科

○梅津明輝(うめづ はるき)、平山浩一、丸山浩史、山下真里奈、瀬賀雅俊、  
沼尻大地、兼重彩夏、小川利菜、秋山 舞、北村麗奈

症例は 36 歳男性。定期健診の受診歴には乏しく、ウイスキーボトル 2 本/日程度と多量飲酒歴がある。2 週間前より下腿浮腫と腹部膨満を自覚し、前医で低アルブミン血症および肝酵素上昇を認め、当院を紹介受診した。肝酵素上昇に関しては、当院消化器内科を受診し、腹部超音波検査にて肝硬変像および脾腫を認め、アルコール性肝硬変と診断された。当科初診時、sCre 2.75mg/dL、尿蛋白 4.1g/gCr、尿中赤血球 100 ↑/視野(尿細胞診 class II)、細胞性円柱陽性であり、ネフローゼ症候群および急速進行性糸球体腎炎を疑い、腎生検を施行した。腎生検では糸球体係蹄壊死を伴う半月体形成および高度の管内増殖とメサンギウム増殖を認めた。蛍光抗体染色では、メサンギウム優位に IgA、C3 の沈着を認め、臨床経過と合わせて IgA 腎症と診断した。プレドニゾロン 60mg/日(体重あたり 1mg/kg)の投与を開始し、浮腫に対して利尿薬を開始した。腎機能および尿蛋白量は改善傾向となったが、血管内脱水に伴う便秘とステロイドによる蛋白異化亢進のため高アンモニア血症を呈した。排便コントロールを行うとともに、ラクツロース、分岐枝アミノ酸製剤を開始し、高アンモニア血症は徐々に改善した。IgA 腎症に対するステロイド治療は、肝性脳症の発症リスクとなる点に留意が必要である。

## 8. 急速進行性の腎機能低下を契機に腎サルコイドーシスと診断した一例

JA とりで総合医療センター 腎臓内科

○北岡玲央 (きたおか れお)、東藤啓一郎、小牧隼人、安原 遼、大下 格

【背景】サルコイドーシスに伴う腎疾患としては、肉芽腫性尿細管間質性腎炎、高カルシウム血症に伴う腎機能障害、糸球体腎炎等が知られているが、急速進行性腎機能低下を契機に診断される腎サルコイドーシスの例は多くない。

【症例】47歳男性。既往歴に特記事項はない。X-4月頃より咳嗽を自覚していたが経過観察されていた。X-2月の健診でCr 1.57 mg/dLの腎機能異常と、腹部エコーで脾腫を指摘されていた。X月Y-3日健診フォロー目的に前医を受診した際にCr 6.21 mg/dLと急速な腎機能低下を認め、X月Y-2日に当科紹介となった。X月Y日の入院時Cr 6.69 mg/dL、UPCr 0.50 g/gCreおよび尿NAG、 $\beta$ 2MGの上昇を認め、ACE、リゾチームおよびsIL-2Rは高値であった。補正カルシウム値は10.5 mg/dLと軽度上昇にとどまっていた。CTでは両肺末梢優位のすりガラス影と脾腫を認めた。腎生検で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めた。感染症、薬剤性、血管炎、IgG4関連疾患の可能性は低く、腎サルコイドーシスと診断した。

【経過】急速な腎機能低下を考慮して、ステロイドパルス療法を施行し、その後プレドニゾン内服へ移行した。治療開始後、腎機能は改善傾向を示し、退院後もCrは1 mg/dL台まで回復した。X+2月のCTでは肺のすりガラス影および脾腫の改善を認めた。

【考察】腎サルコイドーシスは自覚症状や尿所見に乏しく診断が遅れる可能性があるが、尿細管間質性腎炎として進行するため早期の腎生検が診断に重要である。高度腎機能低下例では早期のステロイド治療が腎予後改善に寄与すると考えられる。

【結語】急速進行性腎機能低下の鑑別として腎サルコイドーシスを考慮し、早期診断と治療介入を行うことが重要である。

## 9. 胃液PCRによるクラリスロマイシン耐性検出と *Helicobacter pylori* 治療戦略の変化

筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>、つくばトータルヘルスプラザ<sup>2)</sup>

○森田大雅（もりた たいが）<sup>1)</sup>、添田敦子<sup>1)</sup>、太田理香子<sup>1)</sup>、丸山泰司<sup>1)</sup>、  
佐浦 勲<sup>1)</sup>、姫井紅里<sup>1)</sup>、根本絵美<sup>1)</sup>、丹下善隆<sup>1)</sup>、江南ちあき<sup>1)</sup>、越智大介<sup>1)</sup>、  
池澤和人<sup>2)</sup>

【背景】*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) の一次除菌治療は、ガイドラインにおいて感受性試験に応じた個別化医療が推奨されているが、保険診療で行われる標準治療は一律ボノプラザン (VPZ) /アモキシシリン (AMPC) /クラリスロマイシン (CAM) であった。令和8年2月の厚労省通知により、CAM耐性が確認された場合、従来2次除菌にのみ用いられていたMNZを含むレジメンを1次除菌として使用することが可能となった。当院は2023年7月に胃液PCR検査を導入し、CAM耐性が確認された症例に対しては、担当医の判断でMNZを含むレジメンを1次除菌として選択していた。当院における *H. pylori* の検査状況、CAM耐性遺伝子陽性率および除菌率を既報と比較し報告する。

【方法】2023年7月～2025年6月に当院において、胃液PCRを施行した998例を後方視的に解析した。

【結果】*H. pylori* 陽性は338例(33.8%)、うちCAM耐性PCR陽性例は90例(26.6%)であった。VPZ/AMPC/MNZで治療された49例では、脱落4例を除く45例中41例が除菌成功し、除菌率は91.1%であった。一方、従来通りのVPZ/AMPC/CAMで治療された26例では脱落2例を除く24例中16例が除菌成功し、除菌率は66.7%と著しく低かった。

【考察】胃液PCRによるCAM耐性検出は、治療前に最適なレジメン選択を可能とし、1次除菌率の向上に寄与する。当院でのCAM耐性例に対するVPZ/AMPC/CAM使用時の除菌率は66.7%であり、既報の82.9%と比較して低い傾向を認めたが、症例数が少なく今後の蓄積が必要である。CAM耐性例へのCAM使用は避けるべきであると考えられた。

## 10. 低体温で救急搬送された、脚気心の一例

筑波メディカルセンター 消化器内科

○島崎裕大(しまざき ゆうた)、間宮 孝、辻 実季、堀籠祐一、松本めぐみ、  
小川英恵、佐藤久美

【背景】低体温症の鑑別診断は多岐にわたるが、ビタミン B1 不足による低体温症であった症例を経験したので報告する。

【症例】63 歳男性。既往歴は COPD、貧血、高血圧、痛風、十二指腸潰瘍穿孔がある。嗜好品歴としては、毎日焼酎 1250mL の大量飲酒習慣があり、1 日 20 本 40 年程度の喫煙歴がある。

【現病歴】体動困難、低体温を主訴に当院へ救急搬送された。

病院到着後計測した vital sign は、膀胱温:28.5°C、血圧 49/34mmHg、脈拍 94/min、呼吸数 18 回/min、SpO<sub>2</sub>:97%(Room Air)であり、shock vital であった。また、静脈血液ガス検査で乳酸値:15.73 pH:6.937 であり乳酸アシドーシスを呈していた。

【経過】初期対応としては敗血症性ショックを疑い、輸液負荷+ノルアドレナリン投与したが血圧の上昇は得られなかった。背景として栄養不足が疑われたため、ビタミン B1 投与を開始した。脚気心も鑑別にあげて検体検査でビタミン B1 を追加した。Shock vital 状態の改善得られなかったために、入院 2 日目よりアリナミン投与も開始したところ、昇圧得られて、ノルアドレナリン投与量は漸減することができ、入院 4 日目にはノルアドレナリン投与 off できた。結果として血中ビタミン B1 値は低値であった。入院 20 日目に軽快して退院した。

【考察】低体温に至る経過の問診を行った際に慢性的なアルコール多飲と栄養摂取不足が判明した。チアミン欠乏症を疑い、早期に治療介入ができた。考えられる血管動態モデルとしては、末梢組織でエネルギー利用障害が起きて代謝産物がたまり、それに付随して、末梢血管拡張が起きて全身血管抵抗が低下して血圧が落ちたと考えられる。

【結語】低体温症を契機にビタミン B1 欠乏症を発見できた一例を経験した。

## 11. 心室細動を契機に冠攣縮性狭心症と診断し、植込み型除細動器を導入した一例

筑波大学附属病院 循環器内科

○平田裕哉（ひらた ゆうや）、鮎澤祥吾、田邊好秀、土屋亮介、中谷 敦、川邊優希、平谷太吾、渡部浩明、石津智子

【背景】冠攣縮性狭心症（VSA）は、稀に致死性不整脈を発症することがあり、植込み型除細動器（ICD）の適応を考慮すべき場合がある。今回我々は、心室細動（VF）を契機にVSAと診断され、血管外植込み型除細動器（EV-ICD）を導入した一例を経験したため報告する。

【症例】心房細動の既往がある54歳男性。胸痛を主訴に救急要請した。搬送中にVFが生じたため、電氣的除細動を実施し、自己心拍が再開した。病着時には胸痛が消失し、各種検査から急性心筋梗塞は否定的であり、精査目的に入院とした。第3病日に冠動脈造影検査を施行したところ、冠動脈に有意狭窄は認めなかった。一方、アセチルコリン負荷試験を実施したところ、胸痛とともに12誘導心電図でST上昇を伴う冠動脈攣縮が惹起され、VSAと確定診断した。治療としてCa拮抗薬を開始したところ、胸痛発作は軽快し、致死性不整脈なく経過した。第19病日に着用型自動除細動器を装着のうえ自宅退院し、第60病日にEV-ICD植込み術を施行した。

【考察】院外心停止に至ったVSAの一例を経験した。VSAは一般的に予後良好とされる一方で、稀に致死性不整脈や院外心停止をきたす場合がある。既報では、VSA患者の約1割がaborted sudden cardiac deathとして報告されており、特にVFを発症した症例では再発リスクを踏まえた慎重な二次予防戦略が重要である。

VSAに対するICDの導入は、薬物療法により発作が十分に予防される場合でもクラスIIbとされている。一方で、院外心停止に至った経緯のある重篤なVSAでは、致死性不整脈が再発した例が約3割あると報告されている。そのため、薬物療法で発作が抑制されても、院外心停止に至ったVSAにおいては、患者背景や再発リスクを踏まえてICD植込みを個別に検討すべきである。

【結論】VFを契機にVSAと診断し、EV-ICDを導入した一例を経験した。

## 12. 腹部症状と ALP 高値を伴う TAFRO 症候群の一例

筑波メディカルセンター病院 総合診療科

○竹村葉子（たけむら ようこ）、廣瀬知人

【背景】TAFRO 症候群は血小板減少・全身性浮腫・発熱・骨髓線維化および臓器腫大を特徴とする全身性炎症性疾患である。急速進行例も多く早期診断が重要であるが、臨床像が非特異的でウイルス感染などとの鑑別が困難である場合が多い。発熱に加えて、本症に比較的特異的な腹部症状、ALP 高値を呈し、TAFRO 症候群の初期臨床像を捉えた症例を経験したため報告する。

【主訴】発熱・倦怠感・腹部違和感

【症例】30 代男性。受診一ヶ月前からの発熱・咳嗽と腹部膨満感のため前医を受診し、胸部 CT で左下葉粒状影があり、肺炎として抗菌薬治療が開始されたが改善なく、当院を紹介受診した。血液検査で炎症反応上昇・血小板減少および腎機能障害を認め、肝胆道系酵素は ALP のみ 121 U/L と上昇があった。胸腹部造影 CT では肺炎は改善し、軽微な胸腹水・全身リンパ節腫大・肝脾腫と胆嚢漿膜下浮腫を認めた。各種自己抗体検査や培養検査、検索範囲のウイルス検査は陰性であり対症療法を継続した。一方で炎症反応と ALP は増悪し、TAFRO 症候群が鑑別の上位となった。第 14 病日に精査加療目的に転医し、同院で行われた骨髓生検で軽微な細網線維化があり、ステロイド・トシリズマブ投与で治療され改善を認めた。

【考察】血小板減少や腎障害の進行、ALP 優位の胆道系酵素上昇の組み合わせは TAFRO 症候群を示唆する所見と考えられる。既報の症例集積研究では ALP の中央値は 469 U/L であり、本症例も第 14 病日に 512 U/L まで上昇した。また本症例では発症時より腹部違和感が持続したが、既報では腹痛の原因として腹水による腹膜伸展や腸管浮腫に加え、副腎腫大や梗塞・出血などの副腎異常の関与が示唆されている。

【結語】原因不明の発熱において、腹部症状の合併に加えて、進行性の血小板減少・腎障害・ALP 上昇を認める場合は、TAFRO 症候群を鑑別に挙げる。

### 13. 腹部大動脈縮窄症に対しバイパス術後に腎梗塞を発症し、治療経過中に抗リン脂質抗体症候群が判明した 1 例

茨城県立中央病院 循環器内科

○鈴木惇大(すずき あつひろ)、吉田健太郎、森田和泉、松井瑠璃子、吉田 淳、船橋 恒、朽津駿介、岡部雄太、菅野昭憲、馬場雅子、武安法之

【症例】73 歳男性

【主訴】下腹部痛

【現病歴】腹部大動脈縮窄症に対し X-5 年に下行大動脈-両側総腸骨動脈バイパス術を施行し、その後はアスピリンによる抗血小板療法で症状なく経過していた。X 年 4 月早朝に突然の下腹部痛・嘔気が出現し当院を受診した。造影 CT においてバイパス血管内に壁在血栓と左腎に楔状の広範な造影不良域を認め、バイパス血管内血栓による塞栓性腎梗塞と診断した。腎動脈本幹内に血栓は認めず外科的治療・血管内治療は実施せず、鎮痛・ヘパリン・ワルファリンによる抗凝固療法を行った。腎機能障害のため造影 CT による血栓の再評価は外来で実施する方針として第 15 病日に自宅退院となった。入院時の採血で抗 CL-IgM 抗体・抗  $\beta$  2GP1-IgM 抗体が陽性であり抗リン脂質抗体症候群が塞栓症の発症に関与していた可能性が疑われた。

【考察】腹部大動脈縮窄症は、非常に稀な疾患で先天的または後天的要因により腹部大動脈の高度狭窄や閉塞を生じるものであり小児期から若年成人期に高血圧や腹部臓器の虚血、間欠性跛行を認めることが多い。本症例でも、腹部大動脈の高度石灰化による狭窄で間欠性跛行・腎機能障害を認めたがバイパス手術により改善を認めた。一連の経過より、アスピリン単剤での抗血栓療法では不十分であった可能性がある。入院後、抗リン脂質抗体症候群の診断となり今回の病態との関与も考えられた。文献的考察を踏まえて発表する。

#### 14. 心房細動を契機に診断され冠攣縮性狭心症を合併した Basedow 病の一例

筑波メディカルセンター病院 循環器内科

○三津山柚樹(みつやま ゆずき)、中川誠太郎、船橋 恒、松本万理、横須賀由季、  
沖殿祐太郎、越智明德、高岩 由、丸田俊介、篠内和也、秋山大樹、相原英明、  
文蔵優子、仁科秀崇、野口祐一

症例は 58 歳男性。10 日前からの胸部違和感と動悸を主訴に受診した。心電図は頻脈性心房細動で明らかな ST-T 変化はなく、血液検査では CK およびトロポニン T の上昇はなく、TSH が測定感度以下、FT4 が測定上限以上であった。甲状腺中毒症を背景とした頻脈性心房細動と診断し、エドキサバン、プロプラノロール、ヨウ化カリウムの内服を開始して入院とした。第 3 病日の夜間にモニター心電図で ST 上昇を伴う胸痛が出現し、30 秒程度持続した。第 4 病日に冠動脈造影検査(CAG)をおこなったところ、左前下行枝に 50%狭窄を認めたが、FFR angio 0.88 と陰性であった。続いて冠攣縮誘発試験としてエルゴノビン負荷をおこなった。右冠動脈に 30  $\mu$ g 負荷したところ、胸痛が出現して右冠動脈はびまん性に 90%狭窄をきたし、心電図で ST 上昇を認めた。冠攣縮性狭心症と診断し、プロプラノロールの内服は中止しジルチアゼムおよびニコランジルの内服を開始した。

甲状腺については甲状腺エコーで血流亢進を認め、血液検査で TSH レセプター抗体、甲状腺刺激抗体ともに陽性であった。Basedow 病の確定診断に至り、チアマゾールの内服を開始した。その後心房細動は停止して動悸や胸部症状は消失し、第 12 病日に自宅退院した。

甲状腺中毒症は心房細動や狭心症、心不全等の心血管疾患を合併することが知られているが、冠攣縮性狭心症の発症にも関連するという報告が複数なされている。今回 Basedow 病を背景とした頻脈性心房細動に対して  $\beta$  遮断薬を開始したところ冠攣縮性狭心症が顕在化した症例を経験したので報告する。