

第 1 9 1 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 2 年 1 0 月 3 1 日 (日)
午前 8 時 4 0 分～午後 1 時

会 場 茨城県立健康プラザ 3 階大会議室

当番幹事 小原克之 (水戸赤十字病院)

会場案内図



茨城県立健康プラザ 3階大会議室
〒310-0852 水戸市笠原町 993-2
いばらき予防医学プラザ内
Tel 029-243-4171

バスを利用する場合（所要時間約15分）
水戸駅北口 8番のりばから（関東鉄道または茨城交通バス）
本郷経由笠原行き または 払沢経由笠原行き
メディカルセンター前 下車徒歩3分

第 191 回茨城県内科学会

日 時 平成 22 年 10 月 31 日(日) 午前 8 時 40 分～午後 1 時
場 所 茨城県立健康プラザ 3 階大会議室
当番幹事 小原克之(水戸赤十字病院 副院長)

●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 5 分・質疑応答 3 分(合計 8 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、先にご案内したとおり、発表されるファイルを 10 月 21 日(木)までに CD-ROM(CD-R/RW を含む)・USB メモリー・MO (光磁気ディスク, 640M Byte 以下)のいずれかの媒体で事務局に送付してください。なお、メディアは当日返却いたします。
- ④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。
- ⑤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昼食用にお弁当を用意します。
- ②日本医師会生涯教育講座参加証(学術講演 5 単位)交付をご希望の方は受付時にお申し出ください。
- ③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 191 回当番幹事

連絡先:水戸赤十字病院 副院長 小原克之
〒310-0011 水戸市三の丸 3-12-48
Tel 029-221-5177 Fax 029-227-0819

●茨城県内科学会事務局

連絡先:土浦協同病院
〒300-0053 土浦市真鍋新町 11-7
Tel 029-823-3111 Fax 029-823-1160
e-mail secretary@tkgh.jp

プログラム

会長挨拶 8:40～8:45 藤原 秀臣(総合病院土浦協同病院 病院長)

一般演題

8:45～9:25 座長 水戸赤十字病院 富岡 真一郎

1. 胸部CT上、気管、気管支に腫瘍陰影を呈していた1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 内科

○糸井 寛、細井崇弘、伊藤 慎、磯野博基、山本由布、綿貫 聡、丸田俊介、
村田雄哉、本田洵也、宮澤麻子、木下賢輔、籠橋克紀、錦 健太、中澤健介、
栗島浩一、小林裕幸、徳田安春、黒田裕久、佐藤浩昭

2. shrinking lung を呈した抗 ARS 抗体症候群の1例

国立病院機構茨城東病院 1 内科診療部呼吸器内科、2 臨床研究部

○田中 徹¹、角田義弥¹、林 士元¹、谷田貝洋平¹、関根朗雅¹、宮崎邦彦¹、三浦由記子¹、
林原賢治¹、斎藤武文¹、梅津泰洋²

3. 肺化膿症及び肺結核の確定診断に苦慮した2例

国立病院機構茨城東病院 1 内科診療部呼吸器内科、2 研究検査科、3 臨床研究部

○田中 徹¹、角田義弥¹、林 士元¹、谷田貝洋平¹、関根朗雅¹、宮崎邦彦¹、三浦由記子¹、
林原賢治¹、斎藤武文¹、大槻普也²、守屋 任³、梅津泰洋³

4. 横隔膜の異常が原因であった換気異常の4症例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○谷田貝洋平、角田義弥、田中 徹、林 士元、三浦由記子、宮崎邦彦、関根朗雅、
林原賢治、斎藤武文

5. 腎不全、肝硬変合併結核の治療上の問題 ―最近の症例から―

国立病院機構茨城東病院 1 呼吸器科、2 研究検査科、3 臨床研究部

○関根朗雅¹、角田義弥¹、田中 徹¹、谷田貝洋平¹、林 士元¹、宮崎邦彦¹、三浦由記子¹、
林原賢治¹、斎藤武文¹、大槻普也²、守屋 任³、梅津泰洋³

9:25～10:05 座長 茨城東病院

関根 朗雅

6. 新型インフルエンザウイルス肺炎と考えられた一例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○佐藤大幹、櫻井啓文、中澤健介、箭内英俊、遠藤健夫

7. Cladosporium spp.が原因と推察された過敏性肺炎の1例

国立病院機構水戸医療センター 1呼吸器科、2病理

○飛田理香¹、中澤健介¹、櫻井啓文¹、箭内英俊¹、遠藤健夫¹、大谷明夫²

8. 市中発症と考えられた MRSA 肺炎の1例

株式会社日立製作所日立総合病院 内科

○金澤 潤、山本祐介、南波亮一、名和 健、岡 裕爾

9. ゲフィチニブの効果に差異が見られた同時性多発肺腺癌の1例

水戸赤十字病院 内科

○山川千夏、富岡真一郎、小原克之

10. イレッサにて腎障害を来した肺腺癌の一例

土浦協同病院 1呼吸器内科 2内科

○山下高明¹、尾形朋之¹、齊藤和人¹、若井陽子¹、高部和彦¹、篠原陽子¹、松井則明²、
藤原秀臣²

10:05～10:21 座長 水戸赤十字病院

竹内 哲

11. 急性肝炎重症型を呈した薬物性肝炎の一症例

筑波学園病院 消化器内科

○高橋樹里、松本梨絵、川島 玲、西 雅明、川西宣裕、松木康彦

12. 筋肉内血腫に対して IVR 治療を要した肝硬変の1例

筑波学園病院 1 消化器内科、2 筑波大学放射線科

○藤田将英¹、松本梨絵¹、西 雅明¹、川西宣裕¹、松木康彦¹、高橋信幸²

10:21～10:37 座長 水戸赤十字病院

根本 正則

13. ドクターヘリ搬送にて、完全房室ブロックによる徐脈を呈した急性下壁心筋梗塞を早期加療しえた一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 1 循環器内科、2 救急科

○古橋杏輔¹、中山明人¹、田畑文昌¹、山田理仁¹、四方達郎¹、石山実樹¹、中山久美子¹、田口修一¹、石上耕司²、堤 悠介²、土谷飛鳥²

14. 先天性広範囲心膜欠損に右出流出路狭窄、左主幹部狭窄を合併したものの、無症状で経過し偶然検査で発見された突然死家系の1男性

水戸赤十字病院 循環器内科

○根本正則

10:37～11:01 座長 水戸赤十字病院

坂内 通宏

15. 急速に進行する両肩痛・両手関節痛・両膝関節痛を主訴に内科紹介となった 66 歳男性

1 常陸大宮済生会病院 内科、2 水戸協同病院 総合診療科、

3 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

○秋根 大¹、田口慎介¹、中塚俊博¹、高山慎吾¹、杉山照幸¹、伊東紘一¹、徳田安春²³

16. 慢性下痢を主訴とした SLE の 1 例

水戸赤十字病院 内科

○永井俊英、坂内通宏、新井 潤、山川千夏、竹内 哲、鈴木考治、富岡真一郎、根本正則、萱場祐司、山口啓二、滝田 節、小原克之

17. 発熱、中毒疹出現後に全身の疼痛が顕在化したリウマチ性多発筋痛症の一例

1 筑波大学臨床医学系 神経内科、2 皮膚科

○塩谷彩子¹、詫間 浩¹、保坂孝史¹、熊谷 洋¹、鬼澤沙織²、古田淳一²、玉岡 晃¹

11:01～11:41 座長 水戸赤十字病院

山口 啓二

18. ビタミン C 大量静注療法後に腎機能の増悪を認めた慢性腎不全患者の一例

取手協同病院 腎臓内科

○西垣啓介、荒木雄也、宇野智美、稲葉直人、前田益孝

19. 慢性腎臓病 (CKD) 保存療法の紹介とその成績

椎貝クリニック

○椎貝達夫、平沢 博、坂東梨恵、椎貝富士子、熊本初美、篠原芳江、池田直子、
金井 恵

20. 馬尾原発と思われる悪性リンパ腫の1例

水戸赤十字病院 神経内科

○小原克之、山口啓二

21. 頭部外傷後に遅発性に生じた小脳性失調の1例

茨城県立中央病院 1 総合診療科、2 神経内科

富田隼人¹、小國英一²、植草義史¹

22. MASAC-PD31 を用いた未治療時のパーキンソン病患者の非運動症状の検討

水戸赤十字病院 神経内科

○山口啓二、小原克之

特別講演

11:45～12:45 座長 水戸赤十字病院 小原 克之

「非運動症状を考慮したパーキンソン病の包括的マネジメント」

講師 東京歯科大学市川総合病院
内科・脳卒中センター准教授 野川 茂 先生

閉会挨拶 12:45～12:50 小原克之(水戸赤十字病院 副院長)

特別講演抄録

非運動症状を考慮したパーキンソン病の包括的マネジメント

東京歯科大学市川総合病院 内科

野川 茂

本邦のパーキンソン病(PD)の有病率は 100 人/10 万人であり、神経変性疾患の中ではアルツハイマー型認知症に次いで多い。また、今後高齢化が進む中で、ますます増加する疾患と考えられる。PD の治療の中心は現在でもレボドパ補充治療であるが、脳内において pulsatile で非生理的なドパミン刺激となるため、長期連用により運動合併症、すなわち wearing-off および L-dopa-induced dyskinesia (LID)を引き起こす。このため、ドパミン受容体の持続的刺激 continuous dopaminergic stimulation (CDS)が得られるドパミン・アゴニスト(DA)が開発され、その早期使用により運動合併症が減少した。しかし、最近麦角系 DA による心臓弁膜症や非麦角系 DA による眠気が相次いで問題となり、2010 年の日本神経学会の治療ガイドラインでは運動機能改善作用を含めたレボドパの有効性が再評価されている。また、近年 wearing-off の改善あるいは CDS を目指して、選択的モノアミン酸化酵素(MAO)-B 阻害薬、カテコール-O-メチル基転移酵素(COMT)阻害薬、ゾニサミド、脳深部電気刺激療法(DBS)などの新規治療が導入され、治療のパラダイムシフトが生じている。

一方、診療においては、従来安静時振戦、筋強剛、動作緩慢、姿勢反射障害などの運動症状のみが注目されていたが、最近では患者 QOL 改善の観点から非運動症状にも焦点が当てられている。このうち、便秘、REM 睡眠行動障害(RBD)、嗅覚低下は運動症状より前に発現する前駆症状と考えられており、Braak ら¹⁾の病理学的検討では、これらの責任病巣と考えられる延髄背側核、中脳橋被蓋核・青斑核傍核、嗅球に最も早期に神経脱落が認められる。線条体のドパミン神経細胞数を反映する β -CIT SPECT の取り込みは、運動症状発現時には既に 50%低下しているが、これらの非運動症状や MIBG 心筋シンチなどを検討することにより、より早期に PD を診断し治療を開始することが可能になると期待されている。従来、非運動症状に対しては支持療法以外有効な治療は少ないとされてきたが、近年幻覚に対するドネペジル、レストレスレッグス症候群に対する DA

など、有効な治療が出現してきている。また、非運動症状にも fluctuation がみられることが明らかとなり、CDS が有用である可能性もある。しかし、これらの非運動症状の把握は、患者が訴えない限り知り、忙しい日常診療においては困難であった。最近我々は、夜間および非運動症状を含めて包括的に PD 症状を把握することが可能な自己評価式質問票(MASAC-PD31)を考案した^{2,3)}。講演ではこのツールを用いて、PD 患者診療のポイントに関しても解説したい。

- 1) Braak H, et al.: Cell Tissue Res 328: 121-134, 2004.
- 2) 野川 茂:成人病と生活習慣病 38: 935-943, 2008.
- 3) 高橋裕秀, 野川 茂, 服部信孝: パーキンソン病患者自己評価スケール MASAC-PD31. pd-tx.med.u-tokai.ac.jp/masac-pd31.pdf

Handwriting practice lines consisting of 15 horizontal rows. Each row is defined by two dashed lines, providing a guide for letter height and placement.

抄 録

1. 胸部CT上、気管、気管支に腫瘍陰影を呈していた 1 例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院内科

○糸井 覚、細井崇弘、伊藤 慎、磯野博基、山本由布、綿貫 聡、丸田俊介、
村田雄哉、本田洵也、宮澤麻子、木下賢輔、籠橋克紀、錦 健太、中澤健介、
栗島浩一、小林裕幸、徳田安春、黒田裕久、佐藤浩昭

症例は 84 歳男性。高血圧、脳血管障害後遺症のため当院で経過観察されていた。平成 21 年 11 月頃より咳嗽を訴えていたため、本年 8 月に胸部CTを撮影した。CT上、左主気管支から気管の下部まで膜様部に腫瘍陰影を認めた。喫煙 30 本/日×60 年。CTでは肺野に活動性病変はなく、炎症反応も有意ではなかった。意識は清明で、呼吸音異常なし。歩行も可能で年齢相応の日常生活動作は可能であった。気管、気管支の腫瘍性疾患を鑑別する目的で気管支鏡検査を実施した。気管支鏡では、気管の下部より左主気管支にかけて膜様部側に白色調の無構造の粘液様物質が存在していた。気管支鏡で吸引したが、同物質は硬く吸引で気管支鏡が詰まるため生検鉗子を用い気管支内腔より除去した。同粘液性物質は左上葉 B1+2a に連続していたが、B1+2a の末梢側内腔には炎症性疾患や腫瘍性疾患を示唆する所見はみられなかった。採取した粘液様物質および B1+2a 末梢側内腔の洗浄液の細胞診では悪性細胞は確認されなかった。粘液性物質の原因については必ずしも明らかとはならなかったことより、今後もCTなどの画像診断などの経過観察を要するものと考えられた。本例は、高齢の喫煙症例にみられた気管から左上葉気管支に及ぶ長い粘液性物質であったが、半年以上にわたる咳嗽は当該病変に関連すると考えられた。診断における気管支鏡検査の重要性が改めて確認された。稀少ではあるものの高齢者では日常生活動作に支障のない例でもこのような病態を呈する可能性があると考えられ報告した。

2. shrinking lung を呈した抗 ARS 抗体症候群の 1 例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○田中 徹(たなか とおる)、角田義弥、林 士元、谷田貝洋平、関根朗雅、宮崎邦彦、
三浦由記子、林原賢治、斎藤武文
臨床研究部 梅津泰洋

症例は 35 歳男性。2010 年 1 月より咳嗽・労作時呼吸困難が出現し、2 月頃より多関節痛が出現した。他院で抗生剤治療を行うが症状の改善が得られず、5 月に施行した胸部画像検査から間質性肺炎が疑われ、当院へ精査目的入院となる。CK の上昇、抗 Jo-1 抗体陽性、多発関節痛、全身性炎症所見、さらに手の指腹の角質化と色素沈着 (mechanic's hand) を認め、抗 ARS 抗体症候群に伴う間質性肺炎と診断した。胸部 CT では両側下葉に気管支血管束に沿った consolidation を認め著明な volume loss を伴っていた。ステロイドによる治療を開始し、自覚症状は徐々に改善したが、胸部画像での volume loss 及び拘束性換気障害の改善は乏しいため、cyclophosphamide を追加し、現在、治療中である。

抗 ARS 抗体陽性例に合併する間質性肺炎は一般的に慢性型が多く、胸部画像では下葉の肺容量が減少する、いわゆる shrinking lung が特徴的とされる。shrinking lung は元々、SLE に伴う横隔膜挙上を意味し、特徴としては肺実質病変に乏しく、呼吸筋障害や胸壁運動制限などの機序が考えられている。抗 ARS 抗体症候群に伴う shrinking lung は、肺実質の萎縮性病変によることからその病態は異なる。症例提示と併せ、抗 ARS 抗体症候群合併間質性肺炎に見られる shrinking lung に関する文献的考察を報告する。

3. 肺化膿症及び肺結核の確定診断に苦慮した 2 例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○田中 徹(たなか とおる)、角田義弥、林 士元、谷田貝洋平、関根朗雅、宮崎邦彦、
三浦由記子、林原賢治、斎藤武文
研究検査科 大槻普也、守屋 任 臨床研究部 梅津泰洋

症例 1:33 歳、男性。入院 10 日前より右胸痛を自覚し近医を受診。胸部画像上、異常陰影を認め当院紹介受診となる。胸部 CT では右上葉に周囲に散布影及び内部に空洞を伴う浸潤影及び中葉に径気道性の粒状影を認めた。胸部画像所見上、肺結核を強く疑い、積極的に検査を進めたが、喀痰・胃液・気管支洗浄液・TBLB 検体の抗酸菌塗抹検査・培養は陰性であり、病理検査上も結核に合致する所見を認めず、また QFT-2G 検査も陰性であった。その後、各種培養検体より *S.aureus* が検出され、TFLX 内服開始としたところ、著明な画像所見の改善が認められ、同菌による肺化膿症と確定診断した。

症例 2:20 歳、男性。検診で胸部異常陰影を指摘され、精査目的に紹介受診となる。CT では左上区に周囲に散布影を伴い、縦隔条件で一部、低吸収域を認める結節影を認めた。抗酸菌感染症または肺化膿症を考え、喀痰抗酸菌検査塗抹陰性であったこと、気管支鏡検査が予定できなかったことから、結核菌には抗菌作用のない TFLX 内服による治療を開始した。短期間に画像は軽度ながら改善したことから肺結核は否定的と考えた。しかし、その後 QFT-3G 検査陽性と判明し、改めて、気管支鏡検査を施行した所、*M.tuberculosis* complex 陽性と判明し、肺結核の診断となった。

実地臨床では、胸部画像所見を含め、肺化膿症と肺結核の鑑別診断苦慮することがしばしばある。外来診療では十分な検査ができないことから確定診断に至らず治療を開始せざるを得ない場合もよくあるが、常に両疾患の可能性を念頭に置き経過を追う必要がある。上記 2 症例は肺結核及び肺化膿症の臨床的 pitfall に富む症例と考えられ、文献的考察を加え報告する。

4. 横隔膜の異常が原因であった換気異常の4症例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○谷田貝洋平、角田義弥、田中 徹、林 士元、三浦由記子、宮崎邦彦、関根朗雅、
林原賢治、斎藤武文

【症例1】79歳、女性。30年前より横隔膜ヘルニアを指摘。2008年頃より労作時呼吸困難を自覚していた。2010年1月頃より同症状が増悪し、当院受診となった。胸部Xpでは胃・腸管の胸腔内への脱出が認められ、胸腹部CTでは心臓背側に胸腔に脱出した胃・大腸・小腸を認めた。動脈血ガス分析(室内気、坐位)ではpH 7.413, pCO₂ 52.1Torr, pO₂ 57.3Torr, HCO₃⁻ 32.5mEq/L とⅡ型呼吸不全を呈していた。腹腔鏡下ヘルニア根治術を施行、自覚症状の改善を認めている。

【症例2】57歳、男性。水頭症・精神発達遅滞があり、身体障害者療護施設入所中。2005年頃よりたびたび肺炎を繰り返していた。2009年11月発熱・呼吸困難を認めたため当院受診となった。胸部Xpでは胃・腸管の胸腔内への脱出と右下肺野に浸潤影を認めた。動脈血ガス分析(O₂ 3L nasal、仰臥位)ではpH 7.362, pCO₂ 53.6Torr, pO₂ 54.3TorrとⅡ型呼吸不全を呈していた。抗菌薬治療にも拘らず、CO₂ナルコーシスに陥った。NIPPVによる補助換気治療には反応しなかったが、陽・陰圧体外式人工呼吸器の使用により呼吸状態は改善した。

【症例3】82歳、男性。2009年1月頃より労作時呼吸困難を自覚、9月頃より安静右側臥位時にも呼吸困難を認めたため当院受診となった。胸部Xp上、右横隔膜の挙上を認めた。動脈血ガス分析(室内気、右側臥位)ではpH 7.457, pCO₂ 39.4Torr, pO₂ 53.9Torr, HCO₃⁻ 27.2mEq/L と呼吸不全を呈していた。精査の結果、中枢性右横隔神経麻痺と診断、NIPPVにて加療を開始した。

【症例4】58歳、女性。労作時呼吸困難の精査目的に当院受診となった。胸部Xpにて左横隔膜の挙上を認めた。精査の結果、左横隔膜弛緩症と診断した。安静坐位での動脈血ガス分析(室内気)ではpH 7.442, pCO₂ 41.3Torr, pO₂ 82.6Torr, HCO₃⁻ 27.6mEq/Lであったが、簡易PSGでAHI 20.1/hr, ODL3 25.6/hr, 肺泡低換気による低酸素血症が認められた。CPAPにて加療を開始した。

上記、横隔膜の異常が原因であった換気異常の4症例について、診断・加療について文献的考察を加え報告する。

5. 腎不全、肝硬変合併結核の治療上の問題 ―最近の症例から―

国立病院機構 茨城東病院 呼吸器科

○関根朗雅、角田義弥、田中 徹、谷田貝洋平、林 士元、宮崎邦彦、三浦由記子、
林原賢治、斎藤武文、
研究検査科 大槻普也、守屋 任
臨床研究部 梅津泰洋

近年、新規結核患者の高齢化が報告され、それに伴い、合併症を有し治療困難な症例が増加している。特に慢性腎不全、肝硬変合併症例の治療においては、抗結核薬の副作用が出現しやすく、また薬物クリアランスの遅延を考慮した投与設計が必要なことから、副作用プロファイルに配慮した治療薬選択及び薬物動態に基づく投与を必要とする。今回、自験慢性腎不全 2 例、肝硬変症例 1 例について、その具体的アプローチを報告する。

症例1) 82 歳男性で咳嗽を契機に発見された。前医で HRE 療法が開始されていたが、高度の食欲不振が出現したため当院に紹介入院した。糖尿病、慢性 C 型肝炎を有し、入院時の Cre は 6.04 と慢性腎不全の状態であった。投与方法を分割投与とし、メクロプラミド併用により HRE 療法継続が可能となった。経過中に一時的に皮疹が出現したが、腎機能・肝機能の悪化を認めず、現在外来治療継続中である。

症例 2) 74 歳男性で、慢性心不全のフォローの為に撮影した胸部 X 線により診断された。糖尿病に加え、Cre 2.41 の慢性腎不全を有していた。空洞影を有し、排菌も多かったことから、本症例は HRZ+MFLX による治療を開始し、特に副作用を認めず現在治療継続中である。

症例 3) 56 歳女性で、関節リウマチに対し生物学的製剤使用中に肺結核を発症した。食道静脈瘤を有する非代償性肝硬変を合併していたために、INH、PZA を除き、RFP、EB、LVFX、SM により治療を開始した。その約 1 カ月後に全身性紅斑が出現し、薬剤調整を必要としたが、最終的に RFP、EB、SM、LVFX による治療を再開でき現在治療継続中である。

慢性腎不全、肝硬変合併症例においては、キノロン系薬剤などの二次抗結核薬の使用を考慮するとともに、合併症に応じた適切な投与量及び投与方法を選択することが重要である。

6. 新型インフルエンザウイルス肺炎と考えられた一例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○佐藤大幹, 櫻井啓文, 中澤健介, 箭内英俊, 遠藤健夫

症例は51歳女性. 平成22年1月, 頭痛, 下痢, 咳嗽が出現し, その後39°Cの発熱, 呼吸困難も認めるようになったため近医受診. 両下肺野に浸潤影を認め肺炎と診断され, 当科紹介入院となった. インフルエンザ迅速抗原検査でA陽性であったため, 新型インフルエンザウイルスによる肺炎を疑い, オセルタミビル 150mg/日の内服とメロペネム 1.0gX3/日の投与を開始した(後にPCRでH1N1インフルエンザ陽性と判明). しかし, 翌日より呼吸状態の悪化, 両肺の浸潤影の増悪, さらに血圧低下を認めた. P/F比217と低下し急性肺障害(ALI)の基準を満たしたため, シベレスタット, メチルプレドニゾロンパルス療法, 血圧低下に関してはカテコラミンの投与を開始した. 以後, 症状の改善を認め, 投与後4日目にはカテコラミン, 投与後5日目には酸素投与を中止した. 胸部単純写真上, 両肺の浸潤影は速やかに改善を認め, 投与後10日目には浸潤影はほぼ消失した. 以後, 病状の再燃を認めなかったため自宅退院した.

新型インフルエンザ(H1N1)によるウイルス肺炎でALIの病像を呈したが, オセルタミビル内服, シベレスタット, ステロイド大量投与が奏功した一例を経験したので, 文献的考察を加え報告する.

7. *Cladosporium* spp.が原因と推察された過敏性肺炎の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○飛田理香、中澤健介、櫻井啓文、箭内英俊、遠藤健夫
同病理 大谷明夫

52 歳女性。8 月中旬から 38～39℃の発熱と咳嗽が出現し、下旬には呼吸困難感も出現した。胸部 CT で両側びまん性スリガラス影を認め、間質性肺炎が疑われ、9 月 27 日当院紹介受診し、同日精査加療目的に入院となった。入院隔離にて症状改善し、環境誘発試験で症状と画像所見の悪化を認め過敏性肺炎と診断した。当初 *Trichosporon asahi* 沈降抗体が±であり夏型過敏性肺臓炎を疑ったが、環境調査と ImmunoCAP(IgG)で *Cladosporium* spp. がともに高値であり、原因抗原である可能性が推察された。*Cladosporium* spp. は 黒色真菌の 1 種で環境中に広く分布する、いわゆる環境真菌であり、気管支喘息のアレルゲンともなる。しかし、過敏性肺炎の原因抗原としての報告は今までに数例のみである。多少の文献的考察を加えて報告する。

8. 市中発症と考えられた MRSA 肺炎の1例

株式会社日立製作所日立総合病院内科

○金澤 潤, 山本祐介, 南波亮一, 名和 健, 岡 裕爾

症例は 68 歳, 男性. 高血圧, C 型慢性肝炎で近医通院中. 福祉施設のバス運転手をしていた. 2010 年 5 月健診で異常を指摘されなかった. 2010 年 6 月中旬咳嗽, 発熱が出現, 近医を受診した. 胸部X線で右肺上葉の浸潤影を認められ, 肺炎の診断で同院に緊急入院した. TAZ/PIPC による治療を開始されたが, 悪寒戦慄を伴う 40 °C の発熱が続き, 第 4 病日に CPFX に変更され, 翌日当院紹介転院した.

転院後も CPFX を継続したが発熱が続いたため, 第 8 病日に気管支鏡検査による下気道検体の採取を行った. 同日, 入院時の喀痰培養で MRSA が検出され, 気管支鏡検査検体の塗抹検査でブドウ球菌が疑われるグラム陽性球菌と白血球貪食像を認めた. MRSA 肺炎と考え VCM を開始した. 翌日より解熱し全身状態の改善を認めたが, 腎機能障害が出現したため VCM を LZD に変更した. その後も肺炎の改善が続き, 第 23 病日に自宅退院した.

また入院時より尿潜血(3+), 尿蛋白(2+)であり, 血清クレアチニン 1.2 mg/dl と軽度高値を認めた. 入院中下痢に伴う脱水による血清クレアチニンの上昇を認めたが, 補液のみで改善した. しかし, 尿潜血, 尿蛋白は肺炎の治癒後も持続しており, その他の腎疾患の所見を認めないことから, MRSA 感染後腎炎の可能性を考え外来で経過観察している.

前医入院時の喀痰培養で MRSA は検出されなかったが, 経過から前医入院時より MRSA 肺炎であったと考えた. 近年, 米国を中心に市中感染型 MRSA の報告がされているが, 大半は皮膚・軟部組織感染症であり, ペニシリンおよび一部のセフェム系薬に耐性を示すとされている. 本症例で分離された MRSA は多剤耐性であり, 職業歴を考えると院内感染型 MRSA の保菌者からの感染を疑った. 文献的考察を含めて報告する.

9. ゲフィチニブの効果に差異が見られた同時性多発肺腺癌の1例

○山川千夏、富岡真一郎、小原克之

水戸赤十字病院 内科

近年、肺癌分子標的治療薬であるイレッサが奏功しやすい患者群が明らかにされている。我々は、再増悪した4期の同時性多発肺癌に対して、ゲフィチニブを投与したところ比較的長期にわたる無増悪生存期間が得られ、その腫瘍縮小効果に差異が認められた症例を経験したので報告する。

症例は、喫煙歴のない69歳女性。平成20年夏頃より背部痛を自覚。同年8月の肺癌検診にて異常を指摘され受診。胸部CTにて右、左の下葉にそれぞれ腫瘤影が認められ、気管支鏡にて右検体より乳頭状腺癌、左検体より腺管型腺癌を検出した。PETにて胸椎への転移を認めたが、他に原発を示唆する病変はなく原発性肺腺癌、同時性多発癌と考えた。脳転移はなく、右cT1N0M1、左cT2N0M1、(OSS) stage4の診断で疼痛コントロールと骨病変に対する放射線治療の後、ドセタキセルとシスプラチンによる抗癌剤化学療法を施行。両側ともSDであったが、約3ヶ月後に両側多発肺転移にて再発した。インフォームドコンセントの上、イレッサ投与を開始したところ、肺転移はほぼ消失、右肺癌は縮小傾向を認め、左肺癌のサイズはほぼ不変であった。腫瘍マーカーはCEA、SLXが初診時に高値であり、初回加療により低下。再燃時に再上昇したが、イレッサ投与後は正常のまま推移している。

本症例は、EGFR ミューテーションは未検であるが、腺癌、女性、非喫煙者、日本人というイレッサが奏功しやすい条件を満たし、4期肺癌の再発にも関わらずイレッサ投与により、現在約1年6ヶ月の無増悪生存期間が得られている。共に腺癌ではあるが左右の組織型の差異が、イレッサの効果に対する差異を生じた可能性があり、興味深い症例と考え報告する。

10. イレッサにて腎障害を来した肺腺癌の一例

○山下高明¹ 尾形朋之¹ 齊藤和人¹ 若井陽子¹ 高部和彦¹ 篠原陽子¹ 松井則明²

藤原秀臣²

土浦協同病院 呼吸器内科¹ 内科²

症例は80歳女性。高血圧で近医通院中の、平成20年12月から食欲低下、体重減少。平成21年3月初旬から右胸背部痛を訴え、3月11日に近医を受診、胸部単純X線で右大量胸水を認めたため、同日、当院内科外来を紹介受診、同日当科入院となった。胸水を排液後、右肺は収縮していた。陰圧をかけて拡張させ、胸膜癒着をおこなった。気管支鏡下肺生検の結果、腺癌と判明した。EGFR 遺伝子変異は陽性であった。EGFR mutation 陽性であったため、3/30より Gefitinib(イレッサ)を開始した。腫瘍は縮少し、ALPも減少したが、腎機能障害を認めたため、4/14から隔日投与とした。しかし、腎機能はさらに悪化したため、5/1に中止した。5/1から Gefitinib(イレッサ)を中止した後は外来で経過観察した。腎機能障害は徐々に改善したが、腫瘍の増大、肺内転移が現れた。また、骨転移による腰痛などの症状が進んだ。9/2にメタストロンを投与したが、痛みは改善せず、ALPも上昇し続けた。9/30から Erlotinib(タルセバ)を開始した。薬剤による副作用の軽減を目的に通常投与量の3分の1量にあたる50mg/日で開始した。PSL10mg/日を併用した。腎機能障害の悪化はなく、むしろ徐々に改善した。また、腫瘍は縮少し、痛みは著明に改善した。ALPも著明に減少した。EGFR mutation 陽性肺腺癌症例において、Gefitinibにより腎障害を来した症例を経験した。その後腎障害は自然軽快した。また、同一症例で Erlotinibを通常の三分の一量で投与し、ステロイドを併用したところ、著効したうえに、腎障害も生じなかった。

11. 急性肝炎重症型を呈した薬物性肝炎の一症例

筑波学園病院消化器内科

○高橋樹里 松本梨絵 川島 玲 西 雅明 川西宣裕 松木康彦

【症例】31 歳男性【主訴】腹痛、嘔気・嘔吐【既往歴】手術歴・輸血歴なし、会社健診異常なし【生活歴】機会飲酒程度、喫煙歴なし、海外渡航歴なし、不特定多数性交渉本人否定【現病歴】2010 年 5 月中旬から全身倦怠感が出現した。6/4 に発熱し、サリドン、バファリンプラス、キャベジンの内服したが症状改善しなかった。6/6 腹痛、嘔気・嘔吐が出現し、水様性下痢もあったため近医を受診した。収縮期血圧 70mmHg、脈拍 100bpm 以上とショック状態であり、hypovolemic shock と考え、500ml の補液を行い、収縮期血圧 100mmHg 程度、脈拍 100bpm となったが、AST 4893U/l、ALT 4116U/l と肝酵素の著明な上昇、PT 28.3%と低下を認め、急性肝炎の疑いで同日当科転院となった。【臨床経過】来院時意識清明であり、急性肝炎重症型と診断するも、劇症化の可能性も否定できないため、翌 6/7 より血液濾過透析を 4 日間、血漿交換を 3 日間施行した。更に、ステロイドパルス療法とカテコラミン、FOY の投与を併用し、炎症反応高値に対して細菌感染合併の可能性も考慮して CZOP 1g/day を開始した。6/10 には AST 59U/l、ALT 318U/l、PT 45.9%と改善し、その後も順調に回復したため、6/26 第 21 病日で退院となった。入院時、各種肝炎ウイルス、抗体検査は陰性であったが、IgE(RIST) 749IU/ml と高値であったため、内服薬の DLST を提出した結果、バファリンプラス陽性であり薬物性肝炎と診断された。【考察】急性肝炎重症型の原因として病歴と DLST の結果より薬物性である可能性が考えられた。劇症肝炎に準じた急性期治療が奏功した一例と考えられた。

12. 筋肉内血腫に対して IVR 治療を要した肝硬変の1例

筑波学園病院・消化器内科

○藤田将英*¹松本梨絵*¹西 雅明*¹川西宣裕*¹松木康彦*¹高橋信幸*²

*¹筑波学園病院消化器内科 *²筑波大学放射線科

[症例]61歳男性[主訴]全身倦怠・黄疸[既往歴]H12 痛風[現病歴]H22 年 4 月頃より全身倦怠感が出現し食事摂取も不能となり 5 月 4 日近医に救急搬送となった。肝硬変・肝不全の診断で当院に同日紹介入院となった。[生活歴]喫煙歴なし、アルコール:日本酒 5 合/日を 30 年以上[入院時現症]皮膚黄染(+)、背部中心に皮下出血散在、腹水少量(+)、肝性脳症 I 度(+)、血液検査:WBC 16580/ μ l, Hb 12.3g/dl, Plt 2.7 万/ μ l, AST 228mg/dl, ALT 265mg/dl, T-Bil 6.2mg/dl, D-Bil 3.9mg/dl, Alb 1.8mg/dl, PT 46%, NH3 132mg/dl, 各種肝炎ウイルスマーカー陰性にてアルコール性肝硬変 Child-Pugh gradeC と診断した。[入院後経過]肝不全治療行うとともに、易出血性を認め念のため行った頭部 CT にて右後頭葉に直径 11mm の脳出血を認め、出血の拡大を防ぐ目的で FFP を投与した。その後出現した腸腰筋膿瘍に対して抗生剤治療施行してそれぞれコントロールされた。しかし 6 月 14 日より右肩甲骨周囲の疼痛と腫脹が出現し Hb が 4.2g/dl まで低下し、CT にて背筋内に広範な血腫を形成していた。輸血、FFP、止血剤で治療行うも血腫は増大止まらず、6 月 26 日に右腕正中動脈より動脈塞栓術を施行した。塞栓のできない数ヶ所は圧迫止血を行い、また正中動静脈に仮性動脈瘤の形成を認め、超音波下での圧迫止血術を連日施行して、血腫はコントロールされた。現在は肝不全治療を継続中である。[まとめ]肝硬変で出血傾向が強い場合には、皮下出血のみならず、筋肉内に出血して血腫を形成する場合があります、止血剤や通常の圧迫止血が効果なく難渋することがある。IVR による塞栓術が有効であった貴重な症例を経験したので報告する。

13. ドクターヘリ搬送にて、完全房室ブロックによる徐脈を呈した

急性下壁心筋梗塞を早期加療しえた一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 循環器内科

○古橋杏輔、中山明人、田畑文昌、山田理仁、四方達郎、石山実樹、中山久美子、
田口修一

救急科 石上耕司、堤 悠介、土谷飛鳥

茨城県ドクターヘリは平成22年7月に水戸済生会病院および当院の2病院体制にて運用を開始。当院では救急科および循環器内科、脳外科医師の2人体制による稼働を行っている。

本症例は66歳男性。炎天下作業中に発生した意識障害にて救急要請、ドクターヘリ出動となった。現場出動した循環器内科医師により速やかに急性下壁心筋梗塞の診断と体外式ペースメーカーの使用を得、県北地域から約20分にて当院へ収容。緊急心臓カテーテル検査・冠動脈インターベンションによる治療を行った。

当院運用での循環器系急性疾患に対する1例目のドクターヘリ搬送であり、早期加療しえた急性下壁心筋梗塞の一例を報告する。

14. 先天性広範囲心膜欠損に右出流出路狭窄、左主幹部狭窄を合併したものの、
無症状で経過し偶然検査で発見された突然死家系の1男性

水戸赤十字病院 循環器内科
○根本正則

(症例)

74 歳男性。家族歴: 兄 28 歳突然死、姉 58 歳突然死

近医に高血圧、高脂血症で通院。泌尿器科で前立腺癌のホルモン療法経過中であつたが、PSA 低下したため観血的手術を考慮。術前心電図で不完全右脚ブロックあり当科へ依頼あり。心臓エコーでの右室の著名な拡大と心電図での ϵ 波の存在から当初、ARVD が強く疑われ、精査のため心臓カテーテル検査施行。著名な右室拡大と肉柱の発達、左室の著しい偏移、左主幹部分岐部の高度の狭窄と冠動脈瘤を認めた。

症状はないが、重度の冠動脈狭窄であつたため生検とEPSは未施行。簡易検査でRVOT由来の心室頻拍が確認された。

当初、2 枝-3 枝 CABG+RVOT ablation+(ICD)目的に紹介したが、開心術開始後の所見で広範囲の心膜欠損の合併が判明した。このため CABG+RVOT 心筋切除 cryoablation +心臓脱修復術となった。

(結語)

先天性の心膜欠損の報告はきわめて少なく、冠動脈疾患と右出流出路狭窄を合併したきわめて稀な症例を経験したので報告する。

15. 急速に進行する両肩痛・両手関節痛・両膝関節痛を主訴に

内科紹介となった 66 歳男性

常陸大宮済生会病院、

水戸協同病院、筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

○秋根 大*1、田口慎介*1、中塚俊博*1、高山慎吾*1、杉山照幸*1、伊東紘一*1、

徳田安春*2*3、

*1 常陸大宮済生会病院 内科

*2 水戸協同病院 総合診療科

*3 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

症例は特に基礎疾患のない 66 歳男性で、両肩関節痛・両手関節痛・両膝関節痛・両下肢の浮腫の原因検索目的に整形外科よりコンサルトとなった。当科コンサルト約 40 日前に右膝関節痛を自覚し、当院整形外科を受診。変形性関節炎の診断で etodolac（商品名:ハイペン）1回 200mg1 日 2 回内服の処方で帰宅。朝方に増強する両肩関節痛・右手関節痛が新たに出現し、一週間後に整形外科を再診。この時の右膝関節穿刺液のグラム染色では細菌・白血球は認めなかった。整形外科担当医は関節リウマチを疑い、リウマチ因子・抗 CCP 抗体を提出したがいずれも陰性であった。さらに両下肢の浮腫も出現したため、精査目的に当科コンサルトとなった。Pitting edema を伴う左右対称性の関節炎でリウマチ因子・抗 CCP 抗体も陰性であることから、RS3PE 症候群 (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) と診断した。低容量ステロイドが治療の基本となることから、prednisolon（商品名:プレドニン）1 回 10mg1 日 1 回内服を開始した。開始 1 週間後の再診時には両手関節の腫脹は軽減した。現在、経過観察を行いつつ、腫瘍随伴症候群の一面もあることから悪性疾患検索も進めている。RS3PE 症候群の診断および鑑別診断、治療について文献を交えて考察する。

16. 慢性下痢を主訴とした SLE の 1 例

水戸赤十字病院 内科

○永井俊英 坂内通宏 新井 潤 山川千夏 竹内 哲 鈴木考治 富岡真一郎

根本正則 萱場祐司 山口啓二 滝田 節 小原克之

症例は 41 歳、女性。生来健康であった。平成 20 年 10 月より心窩部痛がみられ、同年 12 月からは嘔気、嘔吐、下痢症状出現。近医で処方を受けたが軽快しなかった。その後、水様下痢が主症状となって消化器症状は継続した。平成 21 年 4 月市内の総合病院消化器科にて内視鏡、CT など施行したが器質的疾患を見出せなかった。同年 5 月、体重減少、全身衰弱にて同院入院し、数週間 IVH 管理となった。この入院中にも上下部内視鏡、画像診断が行われたが異常所見を認めず、原因は不明であった。退院後も下痢症状は続き、止痢薬などを使うも 1 日 20～30 回の回数で軽快しなかった。平成 22 年 4 月前腕部に紅斑が出現するようになり、このことを契機として抗核抗体高値陽性であることが判明した。同年 7 月末当科に紹介となり、精査加療目的で入院。初診時検査成績；WBC 6760/ μ l Hb 10.7g/dl Plt 25.2×10^4 / μ l ESR 54 mm/hr C3 32 mg/dl C4 11 mg/dl ANA $\times 640$ (Sp) ADNA 8.9 IU/ml 抗 RNP 抗体 $\times 16$ 抗 Sm 抗体 $\times 8$ 抗 SS-A 抗体 $\times 256 \uparrow$ <尿所見>蛋白 300mg/dl 潜血 1+ 硝子円柱(+) 顆粒円柱(+)。消化管病変検索に関しては胃内視鏡、CF でマクロ所見の異常は認めず、組織所見で回腸部を主としてリンパ球浸潤を認めた。腎症を伴う活動性 SLE の診断のもと PSL 60mg/日の投与を開始したところ、主訴である下痢症状はまもなく回数の減少を認め、また便性状も有形となり軽快傾向を認めた。診断困難で 1 年半余にわたり継続した本例の下痢症状は上記臨床経過より SLE 病状もしくは SLE 関連合併症による病状と考えられた。

17. 発熱、中毒疹出現後に全身の疼痛が顕在化したリウマチ性多発筋痛症の一例

1)筑波大学臨床医学系神経内科

2)同皮膚科

○塩谷彩子¹⁾、詫間 浩¹⁾、保坂孝史¹⁾、熊谷 洋¹⁾、鬼澤沙織²⁾、古田淳一²⁾、
玉岡 晃¹⁾

症例は68歳、男性。主訴は発熱、皮疹、肩関節、側胸部および腰部の疼痛。x-4日、昼間に屋外で作業を行ったが、同日夜間より発熱し、両手指に紅色丘疹が出現した。x-3日朝より皮疹は全身に拡大した。また右肩関節、側胸部および腰部に疼痛が出現し、夕方には歩行も困難になった。x-2日より嚥下困難感が出現したため近医を受診したところ、口腔内アフタ性潰瘍に伴う嚥下障害が疑われた。x-1日より丘疹が増悪し、発熱も持続したため、x日当院皮膚科へ入院し、神経内科へコンサルテーションされた。入院時、体温は38.6℃であり、顔面を除く全身に小膿疱を伴う紅色丘疹が散在し、膿疱型の中毒疹と考えられた。神経学的所見では肩関節および頸部に疼痛を伴う可動域制限を認め、Lasègue 徴候は右側で陽性であった。血清学的所見では、WBC 10100/ μ l、CRP 21.02mg/dl、ESR 63mm/hと炎症反応は高値であり、MMP-3は139.8ng/mlと上昇していた。筋原性酵素は正常範囲内であり、リウマチ因子や抗核抗体を含む各種自己抗体はすべて陰性であった。各種培養は陰性であり、ウイルス抗体価も既感染パターンだった。65歳以上の発症で、肩、腰部、首に疼痛を認め、血沈が亢進している事より、リウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica : PMR) と診断した。副腎皮質ステロイド (prednisolone; PSL) 30mg の内服を開始したところ、速やかに発熱、疼痛は改善し、炎症反応も低下したため、PSL を減量し退院した。中毒疹はステロイド外用にて速やかに軽快した。PMR は、高齢者に発症する四肢近位部の強いこわばりと疼痛を主徴とする、原因不明のリウマチ性疾患である。PMR に随伴する皮膚症状の特徴や病態は現時点では明らかでないが、皮膚症状が先行して PMR を発症する症例もあり、同様な症例で PMR を鑑別に挙げる必要があると考えられた。

18. ビタミン C 大量静注療法後に腎機能の増悪を認めた慢性腎不全患者の一例

取手協同病院腎臓内科

○西垣啓介, 荒木雄也, 宇野智美, 稲葉直人, 前田益孝

【症例】73 歳, 男性.

【主訴】乏尿, 浮腫, 体重増加

【現病歴】慢性糸球体腎炎と片腎によると思われる慢性腎不全に対し, 近位通院中の患者. 健康に対する意識が高く, 複数の医療機関に通院しており健康食品も数種類摂取していた. ここ数年腎機能は血清 Cr1.6mg/dl 程度で, 安定して経過していた. 2010 年 4 月に健康増進目的に都内クリニックでビタミン C 大量静注療法が施行された. その後 5 月上旬より尿量低下と下肢浮腫, 1 週間で約 5kg の体重増加を認めた. 5 月の再診日に Cr4.61mg/dl (4 月 Cr1.75mg/dl) と増悪を認めた為に当院当科紹介され入院となる.

【入院後経過】ビタミン C 以外に健康食品を含め新規追加薬剤なく, 循環不全を来たようなイベントも起きておらず, ビタミン C 大量静注が急性増悪の原因と推測された. 入院時は溢水状態であり, 体液量に注意しながら血圧管理, 食事管理等保存的加療を行い尿量は徐々に回復, 腎機能障害も遷延はしたが改善した.

【まとめ】ビタミン C はその抗酸化作用により悪性腫瘍や熱傷患者での透過性亢進に対する大量投与療法の報告がある. 一方で, 大量投与によりビタミン C の最終産物であるシュウ酸が過剰に蓄積し腎障害が生じる事が報告されている. 本症例では尿中からシュウ酸カルシウム結晶は検出できず, 片腎でもあり腎生検は施行出来なかったが, 経過からビタミン C 大量静注が急性増悪の原因と推測され, 慢性腎不全, 片腎の危険因子が発症に関与したと思われる. 文献的考察を踏まえ報告する.

19. 慢性腎臓病(CKD)保存療法の紹介とその成績

椎貝クリニック

○椎貝達夫 平沢 博 坂東梨恵 椎貝富士子 熊本初美 篠原芳江 池田直子
金井 恵

目的)CKD の末期には透析療法への導入が必要となる。透析医療費は総医療費の 4% をすでに越え、透析患者数は来年度には 30 万人を越えると予測される。CKD の進行を抑え、あるレベルの腎機能を維持できる、CKD 保存療法を真剣に考える時期である。当クリニックの保存療法の細部を述べ、現在の治療成績を発表する。

CKD 保存療法)1.血圧調節:血圧値は患者が自宅で測る家庭血圧を中心としている。朝と就寝前の2回の血圧の平均値が135mmHg以下、85mmHg以下になるよう、食事療法、降圧薬で調節する。2.食事療法:蛋白0.8g/標準体重Kg/日、食塩7g/日とする。食事内容は24時間蓄尿によるモニタリングでチェックする。3.抗蛋白尿療法:尿蛋白排泄量0.3g/日未満を目標とし、アンジオテンシン受容体拮抗薬(ARB)、アンジオテンシン変換酵素阻害薬(ACEI)、抗蛋白尿作用を持つCa拮抗薬で治療する。4.CKD進行因子の治療:17の進行因子をすべて治療・調節する。

成績)1.最大の進行因子は尿蛋白排泄量だが、蛋白摂取量を下げ排泄量を減らす必要がある。しかし蓄尿がない診療は蛋白摂取量がわからない。また蓄尿がない診療は蛋白摂取量がわからない。また蓄尿がないと進行因子の把握が不十分になる。保存療法の成績を向上させるには、蓄尿のデータがなくてはならない。2.通院するCKD患者145人の尿蛋白排泄量:尿蛋白0.5g/日以下は慢性糸球体腎炎によるCKD94人の52%に、糖尿病性腎症によるCKD51人の16%に達している。ここまで尿蛋白が減少すると、0.3g/日未満という完全停止域を望むことができる。

結論)1.日本腎臓病学会は蓄尿なしのCKD診療を普及させようとしているが、蓄尿がないと治療成績は向上しない。2.当クリニックの成績は尿蛋白0.5g/日以下という進行完全停止が望めるレベルまでに高率に達している。一標準的なCKD保存療法は蓄尿を行う綿密な方法でなくてはならない。

20. 馬尾原発と思われる悪性リンパ腫の1例

水戸赤十字病院・神経内科

○小原克之、山口啓二

症例は 48 歳、男性。両下肢の進行性筋力低下、しびれ、歩行困難を主訴に来院した。神経学的には両側下肢筋力低下 (MMT2～3/5)、下肢腱反射消失を認めた。病的反射は認めなかった。腰椎 MRI で、馬尾の腫大・造影効果をびまん性に認め、悪性リンパ腫、髄膜癌腫症などが疑われた。腰椎穿刺では、黄色の髄液が採取され、細胞数 127、蛋白 184 と上昇していた。糖は 53 と正常であった。髄液の細胞は異型リンパ球がほとんどを占め、細胞診で悪性リンパ腫と診断した (class V)。表在リンパ節は触知せず、頭部 MRI、腹部 CT、ガリウムシンチ、骨髓生検とも異常なく、馬尾原発の悪性リンパ腫と考えられた。デカドロン、メソトレキセート、シタラビンの大量投与および髄腔内注射で治療を開始し、臨床症状、髄液所見とも改善した。4クール施行後、馬尾に放射線を 40 グレイ照射し経過観察中である。馬尾原発の悪性リンパ腫は極めて稀であり、MRI の経時的変化を中心に報告する。

21. 頭部外傷後に遅発性に生じた小脳性失調の 1 例

富田隼人¹⁾, 小國英一²⁾, 植草義史¹⁾

茨城県立中央病院総合診療科¹⁾, 神経内科²⁾

症例は,20 年前に交通事故による頸椎骨折の既往があり,歩行時のふらつき・難聴・構音障害を主訴とする 64 歳男性. 約 1 年前から歩行時のふらつき・難聴・話し辛さを自覚. これらの精査目的で 2010 年 6 月当院入院. 入院時身体所見は,失調性眼球運動,失調性歩行,失調性構音障害,感音性難聴の他異常なし. 頭部 MRI では,小脳皮質前葉は萎縮し,その表面から大脳後頭葉皮質表面・橋・延髄・脊髄の表面と側脳室から第 4 脳室上衣層に渡る T1T2 低信号域を認めた. さらに,MRA・MRV ではクモ膜下出血の原因と為り得る動脈瘤や動静脈奇形は否定的であった. 血算・凝固能・生化学・耐糖能正常の他,リポ蛋白分画・免疫グロブリン・B群ビタミン値は正常だった. 詳細な病歴聴取から,小脳症状の進行を示唆する所見は否定的であり,外傷の既往と脳表への出血を示唆する MRI 所見から,外傷性小脳萎縮症・脳表へモジデリン沈着症と診断した. 頭部外傷に起因する遅発性疾患の興味深い 1 例と考え報告した.

22. MASAC-PD31 を用いた未治療時のパーキンソン病患者の非運動症状の検討

水戸赤十字病院 神経内科

○山口啓二、小原克之

【背景】パーキンソン病(PD)は黒質線条体ドパミン性神経細胞の変性をきたし、振戦、固縮、無動症、姿勢反射障害といった運動症状を中核症状とする疾患であるが、病理学的所見は中脳以外の脳幹、大脳にもみられ、精神症状や認知機能障害などの非運動症状(NM)をきたすことが知られている。NMはQOLの低下をきたしうることから診療上重要な症状であるにもかかわらず、初診時に系統的に評価されることはほとんどなく、未治療の時点での NM の有無については十分な検討が行われていない。【対象と方法】平成 19 年 5 月から平成 22 年 4 月までの 3 年間に当科外来を受診し、臨床症状と神経所見から PD が疑われる症例に対し、未治療の時点で PD 患者自己評価スケール MASAC-PD31 を施行した。このうち、問診、MRI で他の疾患が否定され、MIBG 心筋シンチで H/M の低下が確認され、かつ、抗 PD 薬が奏功し PD と確定診断された 58 例(発症年齢 70.0 ± 8.7 才、評価時年齢 71.5 ± 8.9 才、H-Y 中央値 3)を対象とし、MASAC-PD31 の NM の項目について症状の有無を検討した。【結果】NM の有症率は以下の通りであった。易疲労性(83%)、便秘(74%)、意欲の問題(58%)、抑うつ気分(57%)、足のむくみ(57%)、物忘れ(53%)、発汗の異常(41%)、レム睡眠行動異常症(36%)、嗅覚低下(31%)、就寝中の尿意(31%)、入眠障害(31%)、中途覚醒(21%)、むずむず脚症候群(21%)、立ちくらみ(16%)、日中の眠気(14%)、性欲の問題(10%)、幻覚(5%)。【結語】PD の自己評価式スケールである MASAC-PD31 を用いて未治療 PD 患者の NM の有症率を検討した。未治療の時点ですでに QOL の低下をきたしうる NM が多項目にわたり高頻度に認められることから、早期より系統的に把握するよう努めるべきと考えられた。

Handwriting practice lines consisting of 15 horizontal dashed lines.