

第 1 9 2 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 3 年 6 月 1 8 日 (土)
午後 2 時～午後 5 時

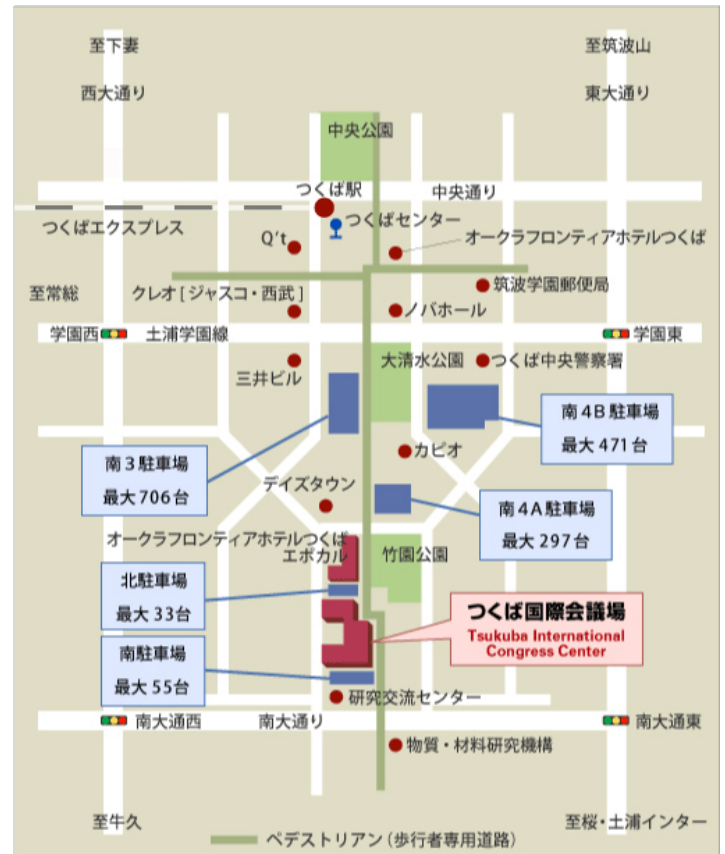
会 場 つくば国際会議場 4 階小会議室 405

当番幹事 海老原 次男 (龍ヶ崎済生会病院)

会場案内図



【周辺地図】



つくば国際会議場（エポカル） 4階小会議室405
〒305-0032 つくば市竹園 2-20-3
Tel 029-861-0001

電車を利用する場合

- ・つくばエクスプレス駅より 徒歩 10 分
- ・土浦駅またはひたち野うしく駅より（関東鉄道バス）25 分
- つくばセンター行き つくばセンター下車 徒歩 8 分

第 192 回茨城県内科学会

日 時 平成 23 年 6 月 18 日 (土) 午後 2 時～午後 5 時
場 所 つくば国際会議場 4 階小会議室 405
当番幹事 海老原 次男 (龍ヶ崎済生会病院 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、発表されるスライドに変更がある場合にはファイル (PowerPoint2000 以降の形式、PowerPoint2007 の場合は保存形式を PowerPoint97-2003 にしてください。) を 6 月 7 日 (火) までに CD-ROM (CD-R/RW を含む)・USB メモリー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日本医師会生涯教育講座参加証 (学術講演 3 単位) 交付をご希望の方は受付時にお申し出ください。
- 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 192 回当番幹事

連絡先: 龍ヶ崎済生会病院 海老原 次男
〒301-0854 龍ヶ崎市中里 1-1
Tel 0297-63-7111 Fax 0297-63-7163

●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 14:00～14:05 藤原 秀臣(総合病院土浦協同病院長)

一般演題

14:05～14:29 座長 龍ヶ崎済生会病院 井坂 正明

1.冠動脈ステントの完全断裂が引き金となり下壁心筋梗塞が再発した1例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター

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

2.難治性低K血症にMgの投与が有効であったアルコール多飲の1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

○下山田雅大、箭内英俊、櫻井啓文、中澤健介、遠藤健夫

3.管理不良の2型糖尿病女性に発症したフルニエ壊疽の1例

水戸済生会総合病院 代謝内分泌内科

○小俣勝哉

14:29～15:01 座長 龍ヶ崎済生会病院 古庄 健太郎

4.一過性の逆行性健忘を呈した3例

茨城県立中央病院・1 総合診療科 2 神経内科

○渡邊裕介¹、小國英一²、関 昇子¹、関 義元¹、植草義史¹

5. 髄膜炎治療中に薬剤性過敏性症候群を合併した一例

筑波学園病院消化器内科

○小暮 悠、西 雅明、松本理絵、川島 玲、川西宣祐、松木康彦

6. 脳底動脈および大動脈分枝の多発閉塞を認め、高安動脈炎が疑われた 44 歳女性例

JAとりで総合医療センター 内科

○渡辺恵莉、沼沢祥行、赤座実穂、石原正一郎、新谷周三

7. 胃重全摘術後にWernicke脳症を繰り返した1例

日立製作所日立総合病院神経内科

○高木 博、五十野博基、藤田恒夫

15:01～15:49 座長 龍ヶ崎済生会病院 児玉 孝秀

8. PET/CT が診断に有用であった肺腺癌癌性胸膜炎の 1 例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院

1 内科、2 呼吸器内科、3 外科、4 病理

○細井崇弘¹、糸井 覚¹、木下賢輔¹、大原 元²、籠橋克紀²、石橋 敦³、臺 勇一⁴、
栗島浩一²、佐藤浩昭²

9. 抗真菌剤変更後に合併した急性呼吸不全に対し、ステロイド投与が著効した慢性肺アスペルギルス症 (CPA) 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 研究検査科 3 臨床研究部

○田中 徹¹、角田義弥¹、蛸井浩行¹、林 士元¹、谷田貝洋平¹、関根朗雅¹、宮崎邦彦¹、
林原賢治¹、斎藤武文¹、守屋 任²、梅津泰洋³

10. pneumatocele 様の嚢胞を呈したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の 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 研究検査科 3 臨床研究部

○蛸井浩行¹、角田義弥¹、田中 徹¹、五十嵐 淳¹、谷田貝洋平¹、林 士元¹、
関根朗雅¹、宮崎邦彦¹、林原賢治¹、斎藤武文¹、守屋 任²、梅津泰洋³

11. HIV 合併ニューモシスチス肺炎の 2 例 ―間質性肺炎との鑑別のために―

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

○角田義弥¹、田中 徹¹、林 士元¹、谷田貝洋平¹、関根朗雅¹、宮崎邦彦¹、蛸井浩行¹、
五十嵐 淳¹、林原賢治¹、斎藤武文¹、梅津泰洋²

12.マクロライド耐性重症マイコプラズマ肺炎の 1 例

水戸医療センター呼吸器科

○佐藤大幹 中澤健介 櫻井啓文 箭内俊英 遠藤健夫

13.レジオネラ肺炎の一例

茨城県立中央病院・茨城がんセンター 呼吸器内科

○大久保梨紗、橋本幾太、山口昭三郎、原口典博、内海啓子、鏑木孝之

15:49～16:13 座長 龍ヶ崎済生会病院 佐藤 巳喜夫

14.大量出血を来したカンピロバクター腸炎の一例

土浦協同病院 1 内科 2 消化器内科

○古谷晴子²、酒井義法²、鈴木健一²、伊藤 剛²、堀田伸勝²、舛石俊樹²、市田 崇²、
相馬友子²、草野史彦²、田沢潤一²、松井則明¹、藤原秀臣¹

15.食道拡張バルーンを用いた内視鏡的総胆管結石切石術の経験

1 龍ヶ崎済生会病院 消化器内科 2 筑波大学臨床医学系消化器内科

○佐藤巳喜夫¹、村下徹也¹、越智大介¹、寺崎正彦¹、海老原次男¹、兵頭一之介²

16.アセトアミノフェンによる薬物性肝傷害を疑われた E 型急性肝炎の1例

東京医科大学茨城医療センター消化器内科

○門馬匡邦、村上 昌、斉藤吉史、屋良昭一郎、木戸こずえ、小西直樹、伊藤真典、
平山 剛、岩本淳一、本多 彰、池上 正、松崎靖司

閉会挨拶 16:13～16:18 海老原 次男(龍ヶ崎済生会病院 副院長)

幹 事 会 16:18～

抄 録

1. 冠動脈ステントの完全断裂が引き金となり下壁心筋梗塞が再発した 1 例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター

○平野悌志 山田理仁 古橋杏輔 田畑文昌 中山明人 四方達郎 石山実樹

中山久美子 田口修一

《はじめに》下壁心筋梗塞の再発に対して RCAseg3 へ一部 overlap して 留置されていた冠動脈ステント(Cypher)が留置三年半後に完全断裂した。今回我々はこのステント断裂が発症の契機となったと考えられる心筋梗塞再々発例を経験したので報告する。

《症例》冠危険因子として 高脂血症を有する 50 歳男性。2005 年 7 月に右冠動脈 seg3 の閉塞にて下壁梗塞を発症。血栓吸引の後、冠動脈ステント (Cypher3.5x23mm)留置され血行再建。その 1 年 4 か月後にステント留置部に血栓閉塞生じ心筋梗塞再発、ステント遠位部に狭窄進展あり冠動脈ステント(Cypher3.5x18mm)を追加留置。胸部症状なく抗血小板剤併用下に高脂血症治療通院を続けていた。2 本目の Cypher ステント留置から 3 年 6 か月経過した時点で今回、下壁心筋梗塞の再発を来し緊急入院。冠動脈造影にて seg3Cypher ステント近位部までの血栓閉塞と Cypher ステント overlap 遠位端でのステント完全断裂を認めた。血栓吸引の後、ステント近位部のプラーク進展に対しステント(Driver3.5x15mm)を留置。完全に離断している部位にステント(Driver3.5x15mm)を追加留置し血行再建に成功した。

《考察》J-cypher registry では cypher 留置後 2 年間の追跡にてステント血栓症の発生は 0.77%であると示された。薬物溶出ステントは強力な再狭窄予防効果を有するがゆえに留置ステント長が長くなりやすく、追加 overlap 留置が行われやすい点がステント fracture 発生の危険性を高めていると考えられる。抗血小板剤内服下でも Stent-fracture は超遅発性ステント血栓症のきっかけとなり得るためステント留置の際には留置部位の形態 や hinge-motion などにも注意する必要がある。

2. 難治性低 K 血症に Mg の投与が有効であったアルコール多飲の 1 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

○下山田雅大, 箭内英俊, 櫻井啓文, 中澤健介, 遠藤健夫

症例は 52 歳男性. 主訴は窒息. 連日焼酎の水割りをジョッキで 4~5 杯飲酒していた. 2010 年 4 月初旬より四肢の筋力低下を認め, ほぼ臥床するようになり, 夕食中に窒息し当院へ救急搬送された. 来院時に窒息は解除されており意識は清明であったが, 入院後にけいれん発作が出現し呼吸状態が悪化したため気管内挿管, 人工呼吸器管理となった. 頭部 CT では器質的疾患は認められなかった. 入院時血液検査で K 1.9mmol/l と低 K 血症を認めたため K の経静脈投与を開始したが, K 補充後も低 K 血症が遷延し, 心室細動が出現したため除細動を行った. その後も K 補充を継続していたが多源性心室性期外収縮や心室細動が頻発した. 難治性心室細動に対して Mg の経静脈投与を行ったところ, 不整脈のコントロールが可能となり, 血清 K 値も改善を認めた. 入院時の残血清を検査したところ, Mg 値は 0.44mmol/l と低値であった. その後呼吸・循環動態は安定したため人工呼吸器から離脱した. 四肢の筋力低下は改善し, 経口摂取が可能となり独歩にて退院した.

大酒家では低 Mg 血症をきたすことが多く, 低 Mg 血症は腎での K 排泄を増加させ低 K 血症をきたす. 本症例においても低 Mg 血症により難治性の低 K 血症を呈したと考えられた. 低 K 血症の原因疾患としてアルコール多飲による低 Mg 血症に留意する必要があると考えられた.

3. 管理不良の 2 型糖尿病女性に発症したフルニエ壊疽の 1 例

○小俣勝哉

水戸済生会総合病院 代謝内分泌内科

患者は 59 歳女性。45 歳で 2 型糖尿病の診断をなされ同時期にインスリン導入され近医にて通院加療されていた。糖尿病性網膜症の悪化を契機に当院眼科より H20 年当科紹介受診となっていた。受診時 HbA1c:10%。合併症は神経障害(+)、網膜症は新福田分類で AⅢ+p/AⅤ、腎症 4 期であった。インスリン強化療法継続し外来治療継続していたが、HbA1c は 11~16%と常に不良であり度々入院を繰り返していた。その後 H22 年 3 月、過呼吸・低体温あり家族からの連絡で救急外来を受診となった。L/D 上 WBC23700/ μ l、CRP32.9mg/dl と炎症反応の亢進を認め、更に会陰部を中心に広範な組織壊疽が認められたことから Fournier 壊疽と診断された。緊急手術を施行された後透析導入を含め総合的に加療され救命された。Fournier 壊疽は急速に進行する重篤な疾患であり、女性例は少数だが基礎疾患に糖尿病を有する場合が多い。本症例は発見後速やかに外科的処置をなされたが合併症の進行した糖尿病患者では発見が遅れる危険性が潜んでいると考えられる。若干の考察を加え報告する。

4.一過性の逆行性健忘を呈した3例

茨城県立中央病院・総合診療科・神経内科*

○渡邊裕介、小國英一*、関昇子、関義元、植草義史

突発する一過性逆行性健忘の高齢3例について、その特徴について検討したので報告する。

症例 1, 69 歳女性. 何時も通り家事をしていた数時間後、それ以前の出来事を覚えてないことを家族に指摘され、当院受診. 身体所見・血液検査に異常無く、頭部 MRI でラクナ梗塞を認め、脳波にて陽性鋭波を認めた. 癲癇複雑部分発作と診断し、初回発作のため内服無く経過観察中.

症例 2, 67 歳女性. 1週間前に感冒症状を自覚し近医受診. 帰宅後、受診したことを覚えてないため当院受診. 身体所見・血液検査に異常無く、頭部 MRI にて脳幹・大脳深部白質に、新旧混在する T2 高信号域を認めた. 脳波にて右頭頂部焦点性棘波の頻発を認め、癲癇部分発作と診断.

症例 3, 61 歳男性. 以前から予定していた翌日の行事を忘れ、家人が何度説明しても理解できないため当院受診. 身体所見・血液検査に異常無く、頭部 MRI にて年齢相当のラクナ梗塞が散在. 脳波にて陽性鋭波を散見した. 癲癇複雑部分発作と診断、前2例同様観察のみとした。

上記 3 例の共通する特徴として、1. 高齢、2. 健忘症の既往がない、3. 画像検査にて陳旧性ラクナ脳梗塞、4. 脳波での突発波. があり、3 例とも、癲癇の部分発作と診断した。

高齢初発癲癇発作の機序として、原発性癲癇発作が知られずに経過、または加齢性ラクナ梗塞に基く癲癇の二者が想定される. 今回我々が経験した 3 例共 MRI で皮質及ぶ病巣を確認した.

一方、高齢者の健忘では認知症の初発症状の可能性があるが、一過性健忘を主訴に受診した高齢者に対し、その原因検索は重要と考えられる. 潜在する患者を含めると 1/200 人ともされる、高率な癲癇有病率を考慮すると、専門医のみでの対応は困難であり、一般内科診療が癲癇治療の一部となる事を期待して、本報告を行った.

5. 髄膜炎治療中に薬剤性過敏性症候群を合併した一例

筑波学園病院消化器内科

○小暮悠, 西雅明, 松本理絵, 川島玲, 川西宣祐, 松木康彦

【症例】35 歳, 男性【主訴】発熱, 悪寒【既往歴】34 歳 副鼻腔炎

【現病歴】2010 年 10 月下旬より発熱, 鼻汁, 両下肢筋肉痛等の症状があり近医2ヶ所を受診したが, 感冒との診断で経過観察となっていた. しかし1週間が経過しても症状改善なく, 悪寒が出現したため当院救急外来を受診. 頭痛, 項部硬直を認めたため髄膜炎疑いで緊急入院とした.

【入院時所見】身長 184cm, 体重 76kg, 意識 JCS I -1, 体温 39.3℃, 血圧 137/63mmHg, 脈拍 99/min 整, SpO₂98%, 眼瞼結膜:貧血なし, 眼球結膜:黄染なし, 表在リンパ節触知せず, 肺:呼吸音異常なし, 心:心雑音聴取せず, 腹部:平坦・軟・圧痛なし, 肝・脾触知せず, 下腿浮腫なし

【神経学的所見】項部硬直(++), Kernig sign(+), 両下肢筋力低下あり

【髄液所見】比重 1.006, 細胞数 178/3mm³(単核球 165, 多核球 13), 蛋白 211mg/dl, 糖 43mg/dl

【臨床経過】身体所見及び髄液所見より髄膜炎と診断. 髄液所見からはウイルス性, 細菌性の判断がつかず, アシクロビル・バンコマイシン・セフトリアキソンの 3 剤で治療を開始した. しかし症状は改善せず, 真菌性の可能性を考慮して第 11 病日よりホスフルコナゾールを追加した. また, 第 7 病日に皮疹が出現. 皮疹は紅色の小丘疹で, 前胸部から始まり徐々に全身へ拡大し第 20 病日には紅皮症様を呈した. 臨床症状と髄液所見が改善傾向にあることから抗生剤, 抗真菌剤を中止し, 薬剤性過敏性症候群を疑いデキサメタゾン・γグロブリン・ホスホマイシン投与したところ皮膚症状は改善を認め第 43 病日退院となった.

【まとめ】髄膜炎に薬剤性過敏性症候群を合併した症例は稀であり, 文献的考察を加えて報告する.

6. 脳底動脈および大動脈分枝の多発閉塞を認め、高安動脈炎が疑われた 44 歳女性例

○渡辺恵莉、沼沢祥行、赤座実穂、石原正一郎、新谷周三

JAとりで総合医療センター 内科

若年性脳梗塞の原因疾患の一つとして高安動脈炎(TA)や巨細胞性動脈炎(GCA)などが知られているが、近年の画像診断法の発達に伴って、これまで好発部位とされてきた大動脈とその第一分枝の他にも内頸動脈や椎骨動脈など第二分枝以遠に病変を認める例が報告されている。今回、多発動脈閉塞を認め、TAが疑われる一症例を経験したので報告する。

症例は44歳女性で、某年12月に後頸部痛と嘔気、左上肢痺れと疼痛を自覚し、翌朝に左不全麻痺と構音障害が生じたため当院へ救急搬送された。来院時NIH stroke scaleは10点、左上肢皮膚温が低下しており、左橈骨動脈の拍動は触知不能だった。入院時に炎症反応が軽度高値であったが凝固系は正常で、自己抗体は検索した範囲内で全て陰性だった。脳MRIにて橋右側、延髄左背側および両側小脳半球に拡散低下病変を認め、MRAでは脳底動脈が描出されなかった。血管エコーで左椎骨動脈の高度狭窄と左腋窩動脈の閉塞、造影CTで左外頸動脈、右内腸骨動脈の閉塞および左肺動脈分枝の造影欠損を認めた。入院後は自然経過にて炎症反応の低下を認めたため抗血小板剤にて再発予防とし回復期リハ病院転院となった。

現在TAの確定診断は、大動脈とその第一分枝の閉塞を示す画像所見および除外診断によって行われる。しかし同疾患の病態としては血管中膜の炎症性変化が本態であり、病変は血管径にかかわらず弾性動脈全般に生じうると考えられる。本症例では胸腹部大動脈やその第一分枝には病変を認めないが第二分枝以遠の多発閉塞を認めており、原因となりうる他疾患が否定的であることから臨床的にTAが最も疑われると考えた。

TAの詳細な病態については不明で、GCAとの疾患概念の異同も含め未解明な部分が多い。現在の診断基準も十分な精度を有したものとは言えず、感度・特異度ともに不十分であると考えられるため、本例の如き非典型的な疑い例についても症例の蓄積を行い病態解明につなげることが必要である。

7. 胃亜全摘術後にWernicke脳症を繰り返した1例

日立製作所日立総合病院神経内科

○高木 博、五十野博基、藤田恒夫

症例は72歳男性。既往に2年前に早期胃がん・大腸がんにて胃区域切除＋左結腸切除術がある。アルコール歴はなし。2010年2月中旬から両下腿浮腫が出現、4月内科を紹介受診した。精査では、両側胸水を認めるのみで、転移など悪性所見はなかった。5月11日午後から呂律が回りにくくなり、嘔気も出現、徐々に増悪したため、5月12日当院救急外来を受診、当科第1回入院となった。神経学的には注視方向性眼振あり、構音障害軽度、協調運動は両側で軽度拙劣、髄液検査では異常なし、脳MRIではT2WI, FLAIR, DWIで小脳上面から虫部にかけて病巣あり、当初小脳炎を疑ったが、経過観察のみで徐々に症状、画像所見とも改善したため5月21日退院し、外来通院していた。2010年11月1日からめまい、立ち眩みが出現、胃のあたりがむかつくようになった。11月8日当院内科を受診、尿路感染と診断され、11月9日泌尿器科を受診されたが、ふらつき変わらないため救急外来を受診、11月10日当科を受診、精査加療のため当科第2回入院となった。神経学的にはやや傾眠傾向で、両側外転障害、注視眼振両側内転眼に内側向き水平性眼振あり、深部反射低下、自尿なし、失調性歩行があった。脳MRIでは両側中脳水道周囲、乳頭体、視床内側にFLAIRで高信号域をみとめ、ビタミンB1は8 ng/mlであり、Wernicke脳症と診断した。入院時よりビタミンB1入りの点滴静注を開始したところ、傾眠、眼球運動障害、排尿障害は改善傾向にあった。失調性歩行は軽度残存した。内服加療に変更して12月7日に退院となった。

本症例の特徴は、アルコール歴がないにも関わらず2回のWernicke脳症を繰り返したこと、胃部分切除から2年が経過していること、また1回目の入院時には小脳病変を呈していたことであった。小脳病変を呈したWernicke脳症の本邦報告例は3例であった。高齢者では、胃切除後に複視、ふらつきなどの神経症状が出現した場合、ビタミンB1欠乏の可能性を考慮すべきであると思われた。

8. PET/CT が診断に有用であった肺腺癌癌性胸膜炎の 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¹、呼吸器内科²、外科³、
病理⁴

○細井崇弘¹、糸井覚¹、木下賢輔¹、大原元²、籠橋克紀²、石橋敦³、臺勇一⁴、
栗島浩一²、佐藤浩昭²

肺腺癌癌性胸膜炎による胸水貯留は稀ではなく、胸水穿刺による細胞診で腺癌細胞が確認され診断に至る例が多数を占める。今回我々は複数回の胸水細胞診で悪性細胞が検出されず、PET/CT が診断に有用であった肺腺癌癌性胸膜炎の 1 例を経験したので報告する。症例は 64 歳男性。労作時呼吸困難を主訴に来院した。来院時の胸部単純レントゲンおよび CT にて右側大量胸水貯留を確認した。胸腔カテーテルの留置前後に 500ml 以上の複数回の胸水採取をおこない全量の遠心を繰り返し、細胞診を実施したが、細胞診診断は class III であった。良悪性の鑑別、検体採取部位の確定を目的として PET/CT を実施した。右側胸膜の大部分に沿ってびまん性に FDG の取り込みが確認された。全身状態が良好であったこともあり本人、家族に説明、同意を確認した後、病理学的診断の確定、EGFR 遺伝子評価に耐える検体採取とその後の胸膜癒着を目的として胸腔鏡を実施した。胸膜にはびまん性に凹凸不正な腫瘍性病変があり、同病変からの検体採取および胸水の廃液、胸膜癒着をはかった。採取した検体により病理学的に肺腺癌であることが確認された。

肺腺癌では、胸水穿刺による細胞診で腺癌細胞が確認され診断に至る例が多数を占め、胸水貯留例で PET/CT を施行することは必ずしも多くはない。本例のように穿刺細胞診を繰り返し実施しても診断に至らない症例では、良悪性の鑑別、検体採取部位の確定の意味からも PET/CT が診断に有用であることが示唆された。画像の特殊性もあり、また今後の診療に資すると考えられたため報告した。

9. 抗真菌剤変更後に合併した急性呼吸不全に対し、ステロイド投与が著効した慢性肺アスペルギルス症(CPA)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、蛸井 浩行、林 士元、谷田貝 洋平、

関根 朗雅、宮崎 邦彦、林原 賢治、斎藤 武文

研究検査科 守屋 任 臨床研究部 梅津 泰洋

症例は85歳男性。CPAと診断され十数年前より fluconazole 内服による加療を行っていたが、画像所見は悪化する傾向にあった。2010年10月中旬より itraconazole (ITCZ)200mg/day に変更した所、開始6日目より両側肺野に浸潤影の出現及び炎症反応の上昇を認めた。細菌感染や ITCZ の副作用の心不全を考え、ITCZ 中止の上で SBT/ABPC 及び利尿剤の投与を開始した。しかし、病態はさらに悪化し、呼吸不全が急速に進行したため、11病日よりステロイドパルス療法(mPSL 0.5g/day・3日間)を施行後、後療法として PSL30mg/day 内服を継続した。ステロイド治療開始後より著明な病態の改善が認められ、呼吸状態も安定したため、ステロイドは漸減の後に終了としたが、現在に至るまで呼吸不全の再燃は認めていない。

非侵襲性肺アスペルギルス症の無治療経過観察中または継続治療中、ときに急性増悪することが知られている。本症例の様に、抗真菌剤投与開始後の急性増悪の原因の一つとして、ITCZの様に殺菌的な抗真菌薬によりアスペルギルス菌体が破壊され、菌体成分・毒素・蛋白分解酵素が気道内に散布されやすい状態が生じ、かつ、生体内の好中球も活性化され、呼吸不全を呈したと考えられる。本病態に対し、ステロイドが著効する可能性があり、文献的考察と合わせ報告する。

10 pneumatocele 様の嚢胞を呈したアレルギー性気管支肺アスペルギルス症の 1 例

○蛸井浩行 1), 角田義弥 1), 田中徹 1), 五十嵐淳 1), 谷田貝洋平 1), 林士元 1),
関根朗雅 1), 宮崎邦彦 1), 林原賢治 1), 斎藤武文 1), 守屋任 2), 梅津泰洋 3)

1)国立病院機構茨城東病院内科診療部呼吸器内科

2)国立病院機構茨城東病院研究検査科

3)国立病院機構茨城東病院臨床研究部

症例は特に既往のない 20 歳男性、大学で農業系サークルに所属していた。約 10 日前より乾性咳嗽、倦怠感を自覚。胸部 X 線にて右上肺野の空洞性病変を指摘され、肺結核疑いにて当科紹介受診となった。来院時より 38℃前後の発熱を認め、胸部 CT では右上葉に内部の液面形成を伴う空洞性病変および周囲の consolidation を認めた。肺結核を第一に考え BAL を施行したところ結核菌を含め有意な起炎菌は検出されず、BALF の白血球分画にて好酸球の増多が見られた。一方、呼吸機能検査においては閉塞性換気障害および β 刺激薬吸入後に 1 秒量の改善が認められた。その他、血清 IgE 高値、血清アスペルギルス沈降抗体陽性も認められたことから、アレルギー性気管支肺アスペルギルス症と診断した。ステロイドおよび itraconazole の投与を開始し、臨床症状および画像所見の改善を認めた。本症における空洞性病変の形成機序について若干の文献的考察を加え、報告する。

11. HIV 合併ニューモシスチス肺炎の 2 例

－間質性肺炎との鑑別のために－

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○角田義弥(つのだ よしや)、田中徹、林士元、谷田貝洋平、関根朗雅、宮崎邦彦、
蛸井浩行、五十嵐淳、林原賢治、斎藤武文

臨床研究部 梅津泰洋

ニューモシスチス肺炎は種々の免疫不全宿主に発症する疾患で、早期に治療をしなければ急速に呼吸不全が進行する予後不良な疾患である。当初、間質性肺炎を疑った自験2例を提示し、間質性肺炎診断上の HIV 抗体検査の意義について考察する。

症例1:62 歳男性。受診 3 か月前より 3kg 程度の体重減少を認め、2 か月前から脱力感、さらには発熱、ふらつきが出現し近医入院。加療されたが状態改善せず、呼吸状態悪化。胸部 CT 上、びまん性の GGO を認め当院転院。転院時顔面の皮疹、脱力感認め、皮膚筋炎などの膠原病に伴う間質性肺炎を第一に考えたが、入院時測定した HIV 抗体が陽性であったため、ニューモシスチス肺炎を疑われた。β D グルカン 241 と高値、BAL 塗抹鏡検上、pneumocystis jiroveci 菌体を確認し、ニューモシスチス肺炎と診断した。バクタ 9T、3X により病態は急速に改善した。

症例2:39 歳男性。労作時呼吸困難、倦怠感を主訴に近医受診した。胸部 CT 上、びまん性の GGO 認め、前医紹介入院となった。広域抗生剤の投与にもかかわらず状態改善せず、AIP、HP など疑われ、気管支鏡検査を施行した。BAL 白血球分画、好酸球 20%と高値であったことからハーフパルス療法施行されたが呼吸状態は悪化、その後ステロイドパルス療法、エンドキサnPパルス療法、抗菌治療強化が行われたがさらに呼吸状態は悪化。その後 β D グルカン 133 と高値であることからニューモシスチス肺炎が疑われ、HIV 抗体陽性からニューモシスチス肺炎と診断した。当院転院後、pneumocystis jiroveci 菌体は確認できなかったが、バクタ 12T、3X 内服により軽快した。

ニューモシスチス肺炎は、上記提示2例のように急性または亜急性発症の間質性肺炎類似の病態を示す。近年、ニューモシスチス肺炎をきっかけに HIV 感染が判明することが多く、同感染者が増加の一途をたどっていることから以前に比し間質性肺炎とニューモシスチス肺炎の鑑別を問題にすべきであり、間質性肺炎の確定診断上、HIV 抗体検査を積極的に実施し、ニューモシスチス肺炎の早期診断治療に繋げるべきである。

12.マクロライド耐性重症マイコプラズマ肺炎の1例

水戸医療センター呼吸器科

○佐藤大幹 中澤健介 櫻井啓文 箭内俊英 遠藤健夫

症例は25歳女性、主訴は発熱、咳嗽、呼吸困難。現病歴は2007年2月下旬より乾性咳嗽出現、徐々に増悪したため3月2日A医院を受診しCAM、鎮咳薬が処方された。3月3日、呼吸困難が出現したため、B医院を受診し、喘息の診断でPSL15mg/日が処方された。しかし、さらに呼吸困難が増強したため3月4日当科受診となった。

入院時の胸部Xp線では右中下肺野に淡い浸潤影を認め、CTでは左上葉、右中葉などに淡い浸潤影を認めた。また成人市中肺炎ガイドラインに基づくと、6項目中4項目を満たし非定形肺炎が疑われた。その他、入院時には軽度のwheezeも聴取したことから気管支喘息を疑い、また肺血栓塞栓症や細菌性肺炎なども考え、CAMに β 刺激薬、ヘパリン持続静注、BIPMの投与などを開始した。しかし、第2病日には両下葉の無気肺が出現し、酸素10LでもSpO₂:90%以下となり、急激な呼吸状態の悪化しに対し、ステロイドパルスも開始した。しかし、効果に乏しく、酸素15LでもSpO₂:80%前半となり、第5病日にBIPAP装着(FiO₂:0.9~1.0)した。第6病日に入院時陰性であったマイコプラズマIgMが再検査で陽性と判明し、ミノサイクリンを追加したところ、急激に呼吸状態が改善し、第8病日にはBiPAP離脱、9病日にはroom airでSpO₂:96%と改善した。

本症例ではCAM、ステロイド投与でも悪化し、MINO投与で改善したことから臨床的にマクロライド耐性と考えられた。

13. レジオネラ肺炎の一例

茨城県立中央病院・茨城がんセンター 呼吸器内科

○大久保 梨紗、橋本 幾太、山口 昭三郎、原口 典博、内海 啓子、鏑木 孝之

症例は 67 歳男性。20 歳時にネフローゼ症候群に罹患し、その後慢性腎不全にて他院かかりつけであった。2010 年 12 月 20 日に畑の肥やしを混ぜる作業をした。12 月 23 日より 38 度の発熱、下痢の症状が出現し、嘔吐も認めるようになった。症状が継続するため、12 月 27 日当院受診。受診時、39.4 度の発熱を認めたが、喀痰や咳の症状は認めなかった。聴診上、右下肺に水泡音を聴取した。CRP 22.77 mg/dl、WBC 14700 /ml、Neu 13400 /ml と炎症反応の上昇を認め、画像上は右下肺に気管支拡張像を伴う浸潤影を認めた。酸素 2L 投与が必要であることより大葉性肺炎の診断で、同日入院とし ABPC/SBT 4.5g/日の治療を開始した。しかし第 3 病日になっても解熱は認められず、徐々に酸素化の悪化を認めた。12 月 30 日にはフェイスマスク 8L の酸素投与が必要となった。入院後に施行した尿中レジオネラ抗原検査が陽性であったことより、レジオネラ肺炎と診断した。12 月 30 日より CPF 600mg/日、EM 1500mg/日の投与を開始したところ、2011 年 1 月 1 日には解熱を認め、さらに酸素化の改善を認めた。1 月 4 日の血液検査で肝機能障害の悪化を認めたことより EM 中止とするも感染症状の再燃なく、その後炎症反応陰性化したことより 1 月 10 日 CPF 中止とした。全身状態の改善を認めることより 1 月 15 日退院となった。レジオネラ肺炎は潜伏期間 2 日から 10 日間であり、突然の発熱と呼吸器症状で発生する。先行する上気道感染症状がほとんどなく、消化器症状の合併が多いとの報告がある。またリスクファクターとして、男性、喫煙者、腎不全患者、糖尿病などがあげられる。今回の症例は、50 歳以上の腎不全患者に発症した症例であった。突然の発熱および消化器症状、リスクファクターより典型的な経過をたどったレジオネラ肺炎の症例を経験したため報告する。

14. 大量出血を来したカンピロバクター腸炎の一例

1)土浦協同病院、2)消化器内科、

○2)古谷晴子、酒井義法、鈴木健一、伊藤剛、堀田伸勝、舩石俊樹、市田崇、

相馬友子、草野史彦、田沢潤一、1)松井則明、藤原秀臣

【症例】23 才、女性。【主訴】血便。【現病歴】黒色便を主訴に当院受診。来院時発熱や腹痛などの随伴症状なく、脈拍促進傾向あり。眼瞼結膜は貧血様、腹部は軟で軽度の圧痛を認め、直腸診にて暗赤色の便付着あり。Hb:10.3g/dl と活動性出血が疑われ、一方 BUN・Cr の乖離を認めなかったため下部消化管出血疑いで入院。同日複数回血便あり 血圧低下と脈拍促進認めた。再検にて Hb:7.5g/dl まで低下、赤血球濃厚液 4U/日輸血した。第3病日に下部消化管内視鏡検査施行し、回盲弁周囲に限局してびらん・潰瘍多発あり。露出血管(一)も複数病変から湧出性に出血していたためクリッピング施行した。止血処置後は Hb 低下なく血便も消失したため第5病日より食事開始し症状再燃なし。入院時の便培養の結果、第8病日に *C. jejuni* (2+)判明。【考察】カンピロバクター腸炎の主な症状は発熱、下痢、腹痛であるが、4割ほどに血便を来すと言われている。内視鏡像では発赤、出血、びらん、アフタが主で病変は浅いとされているが、回盲弁上には高率に大きな潰瘍を伴うとされる。本症例ではカンピロバクター腸炎に典型的な回盲弁及び周囲の潰瘍を認めたが、輸血を要するような大量出血を来した点が非典型的であり、若干の文献的考察を加えて報告したい。

15. 食道拡張バルーンを用いた内視鏡的総胆管結石切石術の経験

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科

○佐藤巳喜夫、村下徹也、越智大介、寺崎正彦、海老原次男

筑波大学臨床医学系消化器内科

兵頭一之介

【背景】総胆管の大結石の場合、通常の乳頭処置では結石を碎石する必要があったり、排石に難渋する症例がある。最近、食道拡張バルーンを用いた十二指腸乳頭拡張 (EPLBD) を行うことで、巨大総胆管結石を短時間で切石でき、偶発症も少ないことが報告されている。我々は総胆管結石に対し胆管チューブステント (EBD) を留置していたが繰り返す胆管炎のため治療に難渋していた高齢・PS 不良症例に対し、EPLBD を施行し良好な結果を得たので報告する。

【症例】82 歳女性、パフォーマンスステータス (PS) (ECOG) 4。長径 20mm 大の総胆管結石のため EBD を留置していたが繰り返す胆管炎のため頻回の入院を余儀なくされていた。インフォームドコンセントの上、EPLBD、総胆管結石切石を行った。処置に伴う偶発症は認めず、内視鏡治療後 9 日目に退院。現在まで 1 年 8 ヶ月間、胆道系感染症は起こしていない。

【考察】本症例のような高齢・PS 不良症例であっても、EPLBD により大結石を短時間で処置が終了するメリットは高いと考えられた。

16. アセトアミノフェンによる薬物性肝傷害を疑われた E 型急性肝炎の1例

東京医科大学茨城医療センター消化器内科

○門馬匡邦、村上 昌、斉藤吉史、屋良昭一郎、木戸こずえ、小西直樹、伊藤真典、
平山 剛、岩本淳一、本多 彰、池上 正、松崎靖司

薬物性肝障害の診断のために DDWJ2004 ワークショップによる診断基準が用いられることが多いが、この基準に列記されている除外診断すべき疾患のなかには HEV 感染は含まれていない。一方で本邦での HEV 感染の頻度は増加してきている。【症例】34 歳、男性【主訴】左背部痛、嘔気、嘔吐、全身倦怠感。【現病歴】左背部の鈍痛が出現し当院受診、アセトアミノフェン 1200mg/日を処方され帰宅。翌日より全身倦怠感、嘔気、嘔吐出現し、4 日後再来時 AST, ALT の著明な高値を認めたため、当科紹介入院。【入院時現症】体温 36.6℃、眼球結膜の黄染あり、頸部リンパ節腫張無し、腹部に圧痛無し、肝脾とも触知せず。【入院時検査成績】WBC 7000/ μ l, Hb 15.8 g/dl, 血小板 13.1 万/ μ l, AST 2210 U/l, ALT 2591 U/l, T-Bil 6.8 mg/dl, LDH 1067 U/l, ALP 695 U/l, γ GTP 536 U/l, HBV, HCV, EBV, CMV マーカーはいずれも陰性。【経過】アセトアミノフェン内服後に肝障害が出現しており、DLST は陽性(S.I=202%)で、診断基準に基づくスコアリングは7点となり、薬物性肝障害の可能性が高いと考えた。その後、約1ヶ月前にスーパーから購入した豚レバーを生に近い状態で食べたことを思い出し申告したため、HEV 抗体を測定したところ、IgG, IgM いずれも陽性であり E 型急性肝炎であることが判明した。HEV の genotype は 3 型であった。【考察】HEV 抗体検査は保険適応外であるが、病歴聴取の上、鹿・猪肉の摂取だけでなく、一般的な経路で入手した豚肉摂食歴がある場合は調査する必要があると思われる。本症例のように、現在の診断基準で薬物性肝障害と診断されている症例の中には E 型肝炎症例が混在している可能性が示唆された。