

第194回茨城県内科学会

日 時 平成24年3月10日(土)
午後2時～午後5時

会 場 茨城県医師会 4階大会議室

当番幹事 岡 裕爾(株)日立製作所日立総合病院)

会場案内図



【拡大図】



茨城県医師会 4階大会議室
〒310-8581 水戸市笠原町 489
Tel 029-243-1111

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 下車すぐ

第194回茨城県内科学会

日 時 平成24年3月10日(土) 午後2時～午後5時
場 所 茨城県医師会 4階大会議室
当番幹事 岡 裕爾(株)日立製作所日立総合病院 日立製作所茨城病院センター長)

●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3月1日(木)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194回当番幹事

連絡先:株)日立製作所日立総合病院 岡 裕爾
〒317-0077 日立市城南町2-1-1
Tel 0294-23-1111 Fax 0294-23-8317

●茨城県内科学会事務局

連絡先:総合病院土浦協同病院
〒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名誉院長）

一般演題

14:05～14:37 座長 (株)日立製作所日立総合病院 悦喜 豊

1. 心室中部閉塞性肥大型心筋症へのシベンゾリン投与により低血糖と不整脈をきたした1例

日立総合病院 心臓内科

○遠藤洋子、田村直樹、渡部浩明、佐藤陽子、山内理香子、樋口甚彦、鈴木章弘、悦喜 豊

2. 慢性腎臓病症例に対する Minimum-Contrast PCI

愛宣会秦病院 循環器内科

○武藤光範

3. 薬剤性間質性腎炎との鑑別に苦慮した ANCA 関連腎炎の一例

1 水戸済生会総合病院 腎臓内科、2 筑波大学病院 腎臓内科

○廬 明子¹、打田健介¹、五十野桃子¹、片山泰輔¹、臼井丈一²、海老原 至¹

4. 全身リンパ節腫大を伴ったIgG4 関連腎症の一例

1 日立総合病院 腎臓内科、2 筑波大学 腎臓内科

○黒澤 洋¹、後藤達宏¹、大久保麗子²、臼井丈一²

14:37～15:09 座長 (株)日立製作所日立総合病院 鴨志田 敏郎

5. 右背部痛と炎症反応高値を呈し右胸水貯留を契機に肝嚢胞感染が発見された多発性嚢胞腎の一例

土浦協同病院 腎臓内科

○滑原克仁、山口若葉、森 雄太郎、藤井徹郎、戸田孝之、松井則明

6. 胃拡張による低Cl⁻性代謝性アルカローシスに対しアミノ酸製剤が有効であった1例

茨城県立中央病院 総合診療科 神経内科

○田地広明、日野雅子、中野克俊、尾松 淳、野尻美流、氏家士富子、平田秀爾、
関 義元、小國英一、植草義史

7. 小児クローン病の一例

1 株式会社日立製作所日立総合病院 内科、2 同 病理科

○田村直樹¹、石川晶久¹、今西真美子¹、竹内千尋¹、太田弓子¹、大野元子¹、
大河原 悠¹、大河原 敦¹、柿木信重¹、新島光起¹、鴨志田敏郎¹、平井信二¹、
岡 裕爾¹、杉田真太郎²

8. 飼い犬が感染源となった *Staphylococcus schleiferi subsp. coagulans* による重症敗血症の一例

1 東京医科大学茨城医療センター 卒後教育研修センター、

2 同 中央検査部微生物検査室、3 同 感染症科

○寺沢無量¹、川畑大輔²、塚原みゆき²、山本雅枝²、三枝有希²、大石 毅³

15:09～15:41 座長 筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 佐藤 浩昭

9. 肋間動脈肺動脈交通症の1例

JA とりで総合医療センター 呼吸器内科

○柴田 翔、松岡英亮、鶴浦康司、福岡俊彦

10. シューブを契機に診断に至った気管支結核の2例

1 国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科、2 同 研究検査科、

3 同 臨床研究部

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

11. 肺小細胞癌の病勢と筋力低下に相関を認めた Lambert-Eaton 症候群の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター

○高橋大雄、田村智宏、藤田一喬、箭内英俊、遠藤健夫

12. 重症化を回避できたマイコプラズマ肺炎の一例

日立製作所日立総合病院 内科

○国府田尚矢、山本祐介、清水 圭、南波亮一、名和 健、岡 裕爾

15:41～16:13 座長 (株)日立製作所日立総合病院 名和 健

13. “Fibrosing OP”様の胸部画像所見を呈した抗ARS抗体陽性間質性肺炎4例の検討

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

○田中 徹¹、須磨崎有希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、林原賢治¹、斎藤武文¹、守屋 任²、梅津泰洋³

14. 細菌感染が合併した慢性肺アスペルギルス症の急性悪化の1例

—主たる病態は細菌感染ではない—

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

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

15. 異時性対側気胸の1例

1 筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科、
2 同 呼吸器内科、3 同 外科

○熊谷 亮¹、大原 元²、籠橋克紀²、栗島浩一²、石橋 敦³、佐藤浩昭²

16. バリウム誤嚥部位より発生したと考えられた扁平上皮肺癌の1例

1 筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科、
2 同 呼吸器内科

○鈴木智晴¹、大原 元²、籠橋克紀²、栗島浩一²、佐藤浩昭²

16:13～16:45 座長 (株)日立製作所日立総合病院 品川 篤司

17. インフルエンザワクチン接種後にアレルギー性紫斑病を発症した1例

1 茨城県立中央病院 消化器内科、2 同 膠原病・リウマチ科、3 同 皮膚科

○大森知恵¹、景山あさ子¹、横山良太¹、菅谷明德¹、大関端治¹、藤枝真司¹、
荒木眞裕¹、天貝賢二¹、廣田智哉²、後藤大輔²、安達富美³

18. 再発難治性多発性骨髄腫症例に対するVRD療法の効果

(株)日立製作所 日立総合病院 内科

○田崎邦治、工藤大輔、門馬由梨子、千勝紀生、品川篤司、平井信二、岡 裕爾

19. 線維筋痛症患者（FM）の血中セロトニン値、及び、トリプトファン値の検討

亀田内科

○亀田貞彦

20. 抗アクアポリン4抗体および抗NMDA受容体抗体陽性の辺縁系脳炎の43歳男性例

1 筑波大学医学医療系 神経内科

2 東北大学大学院医学系研究科 神経内科学

3 金沢医科大学 神経内科学

○寺田 真¹、石井一弘¹、塩谷彩子¹、織田彰子¹、高橋利幸²、田中恵子³、
玉岡 晃¹

閉会挨拶 16:45～16:50 岡 裕爾

(株)日立製作所日立総合病院 日立製作所茨城病院センタ長)

幹事会 16:50～ 茨城県医師会 3階第一会議室

抄 録

1. 心室中部閉塞性肥大型心筋症へのシベンゾリン投与により低血糖と不整脈をきたした1例

日立総合病院 心臓内科

○遠藤洋子、田村直樹、渡部浩明、佐藤陽子、山内理香子、樋口甚彦、鈴木章弘、悦喜 豊

症例 81歳男性 SLE、HCM、塵肺加療中の患者が胸痛と心電図変化からACS疑いにて当院に紹介となった。緊急で冠動脈造影検査を施行したが狭窄病変は認めず、左室造影では心尖部壁運動低下を認め、心エコーでは心室中部壁肥厚がみられたことから心室中部肥大型心筋症と診断し、Ia群抗不整脈薬Cibenzoline 300mg/day投与開始した。投与翌日より心窩部不快感・食欲低下・心拍数の低下し、投与2日目HR30台徐脈・血圧70台・意識レベル低下(JCS200)・著明な低血糖(19mg/dl)に至った。挿管、体外ペーシング施行し血行動態を保ち、血中Cibenzoline濃度を測定したところ著明に上昇していることからCibenzoline中毒疑いより投薬中止した。その後徐々にバイタルは安定し、患者はリハビリ継続のため転院となった。Cibenzoline中毒にて致死状況に至った一例を経験した。Cibenzolineは腎障害を来している場合や高齢者では血中濃度が上昇しやすく、本症例では投与時のCCr26ml/minであった。また脱水を契機に中毒症状がでることもある。本薬剤は透析除去されず致死的な副作用となりうることから、症例に応じた開始量やTDMが必要と思われる。

2. 慢性腎臓病症例に対する Minimum-Contrast PCI

愛宣会秦病院 循環器内科

○武藤光範

虚血性心疾患に対する経皮的冠動脈形成術(percutaneous coronary intervention)において、造影剤の使用は必要不可欠である。しかし、虚血性心疾患症例には糖尿病合併例を含めて慢性腎臓病を併発した症例は少なくない。慢性腎臓病症例に対して造影剤を使用した検査、治療を行うことで、造影剤腎症を引き起こすことがある。一般的にその対策としては、造影剤使用量を極力少なくする、造影剤使用機会の間隔を極力空ける、造影剤使用前後に十分な補液を行う、重炭酸ナトリウムの投与、N-アセチルシステインの投与といったものが報告されている。この中で、慢性腎臓病症例に対する経皮的冠動脈形成術において、血管内超音波をうまく併用することで造影剤使用量を少なくして、それにより造影剤腎症の発症を極力予防することが可能である。これは近年 Minimum-Contrast PCI と言われており、当院での症例をふまえて報告する。

3. 薬剤性間質性腎炎との鑑別に苦慮した ANCA 関連腎炎の一例

水戸済生会総合病院腎臓内科 1)、筑波大学病院腎臓内科 2)

○廬 明子 1)、打田健介 1)、五十野桃子 1)、片山泰輔 1)、臼井丈一 2)、
海老原 至 1)

症例は 78 歳男性。高血圧で近医通院中以外に特に既往なし。前医 X 年 10 月 28 日の外来で sCr:0.9mg/dl であった。同年 11 月 7 日頭痛のため近医受診、一時ロキソプロフェンを内服し軽快。12 日同院再診時に発熱・CRP 上昇・X p 上の陰影を認めため入院となり、入院時の sCr:2.94mg/dl と上昇を認めていた。入院後肺炎の診断でヒドロコルチゾン、クリンダマイシン、ピペラシリン、ミノマイシンの投与を受けるが全身状態の改善は認めなかった。22 日頃より全身性の皮疹が出現し、25 日には sCr が 6.61mg/dl まで上昇したため、29 日に当科紹介入院となった。病歴から薬剤性腎障害を疑い、前医薬剤を全て中止したところ一旦は病勢の沈静化を認めたが、12 月 7 日より新たな紫斑や sCr の再上昇を認めた。さらに転院時に提出した MPO-ANCA が 220EU と著明高値であったため経皮的腎生検施行。その結果、間質炎が主体で、ごく軽度に糸球体病変も伴う ANCA 関連腎炎と診断された。また併せて行った皮膚生検でも真皮内の小血管周囲に炎症細胞浸潤を認め、血管炎に矛盾しない所見であった。その後 PSL20mg 内服にて治療を開始したところ臨床症状の改善を認めたため X+1 年 1 月 14 日退院となった。現在も外来にて PSL 内服継続中である。全身性の多彩な皮膚所見が前景に出ているため薬剤性腎障害との鑑別が困難な ANCA 関連腎炎の一例であったが、臨床上のピットフォールとして重要と考え若干の考察も含めて報告する。

4. 全身リンパ節腫大を伴ったIgG4関連腎症の一例

日立総合病院 腎臓内科

○黒澤 洋、後藤達宏

筑波大学 腎臓内科

大久保麗子、臼井丈一

【症例】 67歳 女性 **【主訴】** 発熱 倦怠感 浮腫 リンパ節腫脹

【既往歴】 56歳より甲状腺機能低下症。

【現病歴】 2010年2月頃より視力低下羞明を自覚。3月下旬より微熱、倦怠感出現。4月中旬前医受診、肺門リンパ節腫大指摘。4月26日ぶどう膜炎と診断されステロイド点眼治療開始。4月30日尿蛋白/低蛋白血症を認め当院紹介初診。下半身浮腫、右胸水貯留、両側下肺野優位の間質影、甲状腺/腎/脾腫大、縦隔・肺門リンパ節腫大あり、5月6日入院。

入院時より高度蛋白尿（15-20g/日） 低Alb血症（TP6.2g/dl、Alb1.0g/dl）とネフローゼ症候群を呈していた。抗核抗体 320倍、低補体血症（C3/C4 31/1mg/dl、CH50 3.0u/ml）を認めた。入院時すでに乏尿であり、5月7日からPSL30mg（0.5mg/kg）投与を開始した。5月25日腎生検施行し、膜性腎症と診断した。6月3日には浮腫/胸水は消失し、蛋白尿（4g/日）も改善した。6月9日胸腹部CTでは、リンパ節腫大は著明に縮小し、sIL-2R 807U/ml（前2720U/ml）も減少していた。6月10日からPSL20mgに減量、退院した。現在PSL5mgで完全寛解を維持しており、リンパ節腫大再燃もない。

【考察】全身リンパ節腫大を伴った膜性腎症でステロイド療法が著効した症例を経験した。入院時 IgG3320mg/dl、サブクラス IgG4 956mg/dl (26.89%)と高値であり、HE染色で形質細胞を含む炎症細胞浸潤を認め、IgG4免疫染色酵素抗体法ではIgG4陽性形質細胞が高頻度に観察されたことから、IgG4関連腎症と診断した。

5. 右背部痛と炎症反応高値を呈し右胸水貯留を契機に肝嚢胞感染が発見された多発性嚢胞腎の一例

土浦協同病院 腎臓内科

○渭原克仁、山口若葉、森 雄太郎、藤井徹郎、戸田孝之、松井則明

【まとめ】症例は64歳男性で、多発性嚢胞腎による慢性腎不全でないシャント造設目的に入院した。入院時、発熱、CRP 10mg/dl程度の炎症反応の上昇と右背部痛があり、右胸水貯留を認めた。結核性胸膜炎を疑い検査施行するもガフキー陰性、抗酸菌培養陰性、ツベルクリン反応陰性、クオンティフェロン陰性、胸水穿刺もADAの上昇なく培養でも陰性だった。肝嚢胞は内容物のエコー輝度、CT値の上昇共に認められなかったが、消化器内科コンサルトで肝嚢胞感染を疑いドレナージ施行し膿性の内容物をドレナージ吸引できた。ミノマイシンを嚢胞内に注入し癒着療法を施行すると、その後から右背部痛の消失、右胸水も減少し、炎症反応も著明に低下し陰性化した。血清クレアチニン、推算糸球体濾過量に反映される腎機能も肝嚢胞感染が軽快することで軽度改善し、感染により一時的に腎機能が増悪した可能性がある。またダルベポエチン抵抗性の腎性貧血も、感染の改善後はダルベポエチンへの反応を認め有意に貧血が改善するようになった。今回の右胸水は肝嚢胞感染が右胸膜に波及した可能性が考えられる。

6. 胃拡張による低 Cl 性代謝性アルカローシスに対シアミノ酸製剤が有効であった 1 例

茨城県立中央病院 総合診療科 神経内科

○田地広明、日野雅予、中野克俊、尾松 淳、野尻美流、氏家士富子、平田秀爾、
関 義元、小國英一、植草義史

【症例】43 歳、女性

【主訴】嘔吐

【既往歴】特記すべきことなし

【現病歴】2011 年 3 月、嘔吐を主訴にて当科第 1 回入院。Cl40 台の低 Cl 性代謝性アルカローシスを認め、腹部 CT で著名な胃拡張を認めたが、上部消化管内視鏡検査 (GF) では観察範囲に明らかな腫瘍性病変を認めず、PPI 内服にて症状改善し、外来で経過観察していた。9 月になると嘔吐再発し、11 月に再び低 Cl 性代謝性アルカローシス (Cl 69mEq/l、pH 7.562、HCO₃ 69.7mmol/l、PCO₂ 89.8mmHg) を認め、精査加療目的に第 2 回入院となった。

【経過】身体所見上、体重 44.5kg、BMI 18.1kg/m²、脱水所見を認めた。Anion Gap 正常代謝性アルカローシスに対して、Cl 含有量の高いアミノ酸製剤 (アミノレバン) の輸液にて対処し、入院 7 日目には Cl 102mEq/l、pH 7.461、HCO₃ 29.4mmol/l、PCO₂ 41.9mmHg まで改善した。しかし、食事再開すると症状再発したため、腹部造影 CT 検査施行したところ、前回入院時より高度な胃拡張を認めた。さらに、ガストログラフィンによる胃透視にて胃幽門部～十二指腸球部に狭窄と胃の通過障害を認めた。GF では胃幽門部潰瘍を認め (A1 stage)、これが通過障害の原因になっていると判断。バルーン拡張術施行したが、器質的な狭窄よりも機能的な狭窄の可能性が高いと考えられた。内科的に除菌しても消化管通過障害のために内服治療は有効ではなく、外科的治療の適応があると考えられ、入院 35 日目に幽門側胃切除術を施行した。術後 1 週間で退院となった後も嘔吐など症状認めることなく、食事摂取良好で経過は順調である (手術前体重 39.5kg、手術後体重 49.0kg)。

【考察】高度な低 Cl 性代謝性アルカローシスに対する輸液を工夫することで著名に改善した症例を経験した。

7. 小児クローン病の一例

株式会社日立製作所日立総合病院内科 1)、同病理科 2)

○田村直樹、石川晶久、今西真美子、竹内千尋、太田弓子、大野元子、
大河原 悠、大河原 敦、柿木信重、新島光起、鴨志田敏郎、平井信二、
岡 裕爾 1)、杉田真太郎 2)

【はじめに】クローン病 (CD) の治療は、栄養療法を主体とする従来のステップアップ治療に加え、抗 TNF- α 抗体製剤を早期に投与するトップダウン治療が行われるようになってきている。今回、小児例に対し、早期にインフリキシマブを導入した症例を経験したので報告する。

【症例】14 歳男性。身長 165cm、体重 38kg。2011 年夏頃から 1 日 4~5 回の下痢が出現し、6 か月で体重が 2kg 減少した。近医で下部消化管内視鏡検査 (CF) を施行したところ、CD が疑われ当科を紹介受診した。CF では S 状結腸から直腸に縦走潰瘍、敷石病変を指摘、生検組織で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、CD と診断した。小腸の狭窄や肛門病変はなく、IOIBD スコアは 4 点、アルブミンは 2.6g/dl と低栄養を認めた。入院後は絶食、補液を開始し、エレンタールによる経腸栄養療法を開始した。エレンタールの増量が困難であったため、完全静脈栄養療法 (TPN) を併用した。5-ASA 製剤も投与し、排便回数は 1~2 回程度に減少したが、下痢が持続していたため、インフリキシマブを導入した。導入 2 週間後には普通便となり、体重も増加した。その後、経腸栄養療法が可能となったため、TPN は中止し、外来治療に移行した。現在、経腸栄養療法、5-ASA は継続し、8 週毎にインフリキシマブを投与しているが、症状の再燃を認めず、経過は良好である。

【結語】小児 CD の治療指針では、寛解導入および維持には栄養療法を勧めているが、TNF- α 製剤については特別な注意が必要とされる。しかし、社会的、精神的にも長期入院が困難な症例には、効果と副作用について十分説明し、同意が得られれば、インフリキシマブの導入も検討すべきと思われる。なお、当日は当院の過去 5 年間の CD 治療についても報告する。

8. 飼い犬が感染源となった *Staphylococcus schleiferi* subsp. *Coagulans* による重症敗血症の一例

1) 東京医科大学茨城医療センター卒後教育研修センター,

2) 同 中央検査部微生物検査室, 3) 同 感染症科

○寺沢無量¹⁾、川畑大輔²⁾、塚原みゆき²⁾、山本雅枝²⁾、三枝有希²⁾、
大石 毅³⁾

【症例】54歳女性、慢性C型肝炎および乳がんにて他院通院治療中の患者。20xx年11月中旬より腰痛が出現、12月中旬より増悪し近医整形外科受診も改善せず、翌年1月3日に体動困難となったため当院へ救急搬送された。初診時意識清明、体温36.9°C、血圧118/50mmHg、心拍数88/分、整、心音、呼吸音ともに正常であった。検査所見はWBC10200/ μ l, Plt8.5万/ μ l, CRP9.25mg/dl, Creatinine1.77mg/dl, FDP84.1 μ g/mlと重症敗血症を呈したため緊急入院とし、血液培養を3回実施後に抗菌薬治療を開始した。腰部MRIではT2強調画像でL4/5間に高輝度変化と硬膜外膿瘍が見られたため、化膿性脊椎炎と診断した。第2病日に腎不全進行し、ICU転床となり抗菌薬の継続、呼吸管理および持続的血液透析を行った。これにより病状は徐々に改善した。血液培養の結果は、3セットすべてから*S. schleiferi* subsp. *coagulans*が検出され起炎菌と同定した。第83病日に軽快退院。血液培養陰性化後計14週の抗菌薬投与で終了した。感染源同定のため飼い犬の外耳から検体採取したところ、1頭から同菌が同定され、さらにPFGEにて同一起源と判明した。

【考察】*S. schleiferi*は犬の皮膚感染症の起炎菌であり、近年薬剤耐性化が問題視されている。ヒトへの感染は非常に稀だが、ペースメーカー感染の他、心内膜炎、硬膜外膿瘍、髄膜炎などの報告がある。また手術部位感染の起炎菌としても報告では、多くの症例において免疫不全あるいは悪性疾患が共存していた。本症例は担癌患者でかつ飼い犬との濃厚な接触により感染に至ったと考えられる。本菌の病原性については、十分な検討がなされていないが、少なくとも免疫低下状態の患者については重症敗血症の転帰をとる可能性があるため注意が必要である。

9. 肋間動脈肺動脈交通症の1例

JA とりで総合医療センター呼吸器内科

○柴田 翔、松岡英亮、鵜浦康司、福岡俊彦

42 歳男性。咯血を主訴に当院当科を受診した。胸部造影 CT で右肺 S6 背側に拡張蛇行した血管陰影を認めた。血管造影検査を施行して、第 6 から第 8 肋間動脈までの拡張を認め、肺動脈への交通を認めた。気管支鏡検査で出血点は明らかではなかったが、肋間動脈肺動脈交通症が咯血の原因として疑われた。比較的まれな肋間動脈肺動脈交通症の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

10. シューブを契機に診断に至った気管支結核の2例

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

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

慢性感染症である肺結核は、経気道的に主病巣と離れた部位へ陰影が進展し、急性増悪することがときにあり、独逸語の増悪を指す“シューブ”という用語が古くから使われてきた。今回、“シューブ”を契機に診断に至った気管支結核の2例を経験し、非空洞性肺病変に合併する気管支結核診断上、重要な所見と考え、報告する。

症例1：2型糖尿病で内服加療中、結核治療歴のない80歳男性。2か月前より咳嗽があり当科受診。右肺S1に空洞は認めないが、結核に合致する所見を認め、喀痰検査結果から肺結核と診断し、また両上葉優位の肺結核とはやや質の異なる小粒状影を認め、職歴と併せ珪肺結核と診断した。治療終了直後、改善しつつある主病巣の同側である右下葉に陰影が出現した。気管支鏡による同部の洗浄を行い、結核菌群PCR陽性で、同部の生検からは肺胞腔内器質化が認められた。一方、右B1aは白色壊死様物質で閉塞し、洗浄液から結核菌群PCR陽性及び生検で乾酪壊死像が得られた。抗酸菌培養は陰性であった。右B1の主病巣から経気道的に散布された死菌成分・乾酪壊死物質が局所でアレルギー反応を惹起し、器質化病変を形成したと考えた。

症例2：結核性胸膜炎の既往がある86歳女性。咳嗽を主訴に、近医で右中葉に異常影を指摘され、経過中に左上中肺野にも浸潤影が出現し、改善がないため初診となった。CT上は容積減少を伴った右中葉の陰影及び左上下葉に小葉中心性粒状影を認めた。気管支鏡検査で右中葉支入口部に白苔が見られ、同部位洗浄液で結核菌群PCR陽性、生検から類上皮肉芽腫を認め、気管支結核と診断した。右中葉病変の菌体成分が対側肺に散布され病巣を形成したと考えた。

有空洞例のシューブは比較的好く経験するが、非空洞例のシューブは少ない。再発時、主病巣以外に陰影を呈し、診断し得た気管支結核の経験もあり、非空洞例で主病巣と離れた部位へのシューブは、気管支結核の可能性を考慮すべきである。

11. 肺小細胞癌の病勢と筋力低下に相関を認めた Lambert-Eaton 症候群の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター

○高橋大雄、田村智宏、藤田一喬、箭内英俊、遠藤健夫

2009年4月より両下肢の脱力感を認めるようになった79歳男性。近医および当院の整形外科・脳外科にて精査を行ったが原因は特定されなかった。当院神経内科を受診し、筋電図を施行したところ waxing が認められ、Lambert-Eaton 症候群が疑われた。同年6月に人間ドッグにて縦隔リンパ節#7腫大を指摘され、9月に気管支鏡検査にてTBAC施行したが、そこではClass IIという結果であった。その後施行したPET/CTでは#7リンパ節に集積したのみであり、胸部CT上では#7リンパ節縮小したため経過観察の方針となった。その後は胸部CT上にて明らかな悪化の所見は認めなかったが、緩やかに四肢筋力低下は増悪していき、12月に再試行したTBACではclass Vとなった。小細胞肺癌cT0N2M0stage IIIA(LD)(原発巣不明、#7リンパ節腫大のみ)およびEaton-Lambert 症候群と診断された。

2010年1月よりCDDP+VP-16を4コース施行したところ、#7リンパ節縮小認め、四肢筋力低下も2月ごろより回復傾向を示した。その後にSequentialに5月から#7リンパ節に根治的放射線照射、6月から予防的全脳照射を行い、以後は外来にて経過観察された。

Lambert-Eaton 症候群は40%の症例にて悪性腫瘍を伴っており、特に肺小細胞癌との合併例が多いとされている。また、悪性腫瘍の病勢とEaton-Lambert 症候群の症状には相関があるといわれている。本症例はそのような典型的な肺小細胞癌に伴うEaton-Lambert 症候群の経過をたどっており、本症例の経験をふまえた上で文献的考察を加えて報告する。

12. 重症化を回避できたマイコプラズマ肺炎の一例

日立製作所日立総合病院 内科

○国府田尚矢、山本祐介、清水 圭、南波亮一、名和 健、岡 裕爾

症例は 18 歳女性。8 日前から持続する高熱と乾性咳嗽を主訴に、当科を紹介受診し、同日入院となった。前医で抗菌薬 CFPN（セフカペン）が処方されたが効果なく、入院前日に AZM（アジスロマイシン）を処方された。翌日、当科を初診した際は解熱していた。しかし、酸素飽和度の低下があり、重症化を回避するために入院治療を始めた。胸部 CT では両肺に広範に気管支肺炎パターンの陰影を認めた。治療として、酸素投与とともに、抗菌薬 MINO（ミノサイクリン）および ABPC/SBT（アンピシリン・スルバクタム）の点滴投与を始めた。入院翌日以降も発熱なく経過し、すみやかに両肺の病変が消退していき、酸素飽和度が回復した。臨床像と画像所見、マイコプラズマ IgM 抗体が陽性であったことから、マイコプラズマ肺炎と臨床診断した。マイコプラズマ肺炎に対する治療が著効したと考えた。本年度は近年と比較してマイコプラズマ肺炎の発症が増加している。治療開始後にすみやかに改善したマイコプラズマ肺炎の一例を、若干の考察を加えて報告する。

13. “Fibrosing OP” 様の胸部画像所見を呈した抗 ARS 抗体陽性間質性肺炎 4 例の検討

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科 研究検査科 臨床研究部*

○田中 徹(たなか とおる)、須磨崎有希、角田義弥、蛸井浩行、林 士元、
谷田貝洋平、関根朗雅、林原賢治、斎藤武文、守屋 任、梅津泰洋*

間質背肺炎のうち、両側下葉中心の非常に強い収縮を伴った気道周囲に広がる浸潤影を呈すものは、PM/DM や amyopathic DM でよく見られるとされる。急速に進行を来すことが多く、早期の治療介入が望まれる点で通常の NSIP と異なり、2012 年の IIPs 分類の草案では” Fibrosing OP” との新たな分類案がある。最近の自験間質性肺炎のうち、画像上 Fibrosing OP pattern と考えられた自験 4 例を提示し、臨床的特徴について考察する。

症例は男性 2 例、女性 2 例。4 例共に抗 ARS 抗体が陽性(抗 Jo-1 抗体陽性 3 例、抗 PL-7 抗体陽性 1 例)であった。2 例は抗体陽性や身体所見より抗 ARS 抗体症候群の診断となり、残り 2 例は抗体陽性のみであった。気管支鏡検査を施行した 3 例共にリンパ球の上昇を伴った細胞数上昇の BALF 所見であった。何れの症例もステロイド治療に反応し(3 例は免疫抑制剤も併用)、肺野の陰影は著明に改善したが、一方で肺容量の低下に関しては有意な改善が得られなかった。

画像上、Fibrosing OP が疑われる例に対しては、PM/DM や抗 ARS 抗体症候群の合併を念頭に、各種精査を行う必要がある。肺病変は免疫抑制治療に反応が良好である一方で、肺容量低下の改善が乏しいため、早期診断・早期治療が重要であると考えられた。

14. 細菌感染が合併した慢性肺アスペルギルス症の急性悪化の1例 —主たる病態は細菌感染ではない—

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科、研究検査科[※]、臨床研究部^{※※}
○須磨崎有希、角田義弥、田中 徹、蛸井浩行、林 士元、谷田貝洋平、
関根朗雅、林原賢治、斎藤武文、守屋 任[※]、梅津泰洋^{※※}

慢性肺アスペルギルス症 (Chronic pulmonary aspergillosis; CPA) は肺結核後遺症、肺気腫などの局所抵抗減弱部位を主座に発症し、治療されなければ多くは肺の荒廃化が進行する病態である。今回、CPA の急性悪化に細菌性肺炎が合併した1例を経験し、同症における細菌感染の意義について考察した。

症例は63歳男性。肺結核の既往あり。2010年10月にCPAと診断され、ITCZ 100mgの内服を開始した。2011年12月初めから38℃台の発熱及び労作時呼吸困難が出現し、受診時、胸部Xp上、右下肺に陰影を認め、左上肺の菌球周囲の液面形成は消失していた。CPAの急性悪化と考えたが、プロカルシトニン陽性であり、喀痰から*Streptococcus pneumoniae*が検出されたため細菌性肺炎の合併の可能性を考慮し、BIPMの投与を開始した。解熱し炎症反応は低下したものの呼吸状態は改善せず、陰影の更なる悪化を認めた。そのため、主病態はCPAの急性悪化と考えステロイドを併用したところ、著明な改善を認めた。ITCZを400mgへ増量し、経過観察としたが、12月末から膿性痰の増加及び呼吸困難が再度出現。1月初めには38℃台の発熱もみられたため再診。胸部Xpでは左上肺の菌球周囲の液面形成は再度消失し、両側下肺に浸潤影が出現しており、CPAの急性悪化と診断した。ステロイド投与を開始したところ、呼吸状態は軽快傾向を示した。ただし、翌日に喀痰より*Moraxella catarrhalis*が検出されたため細菌感染の合併と判断し、PIPC/TAZを併用した。

本症例は短期間に2度、CPAの急性悪化を呈し、いずれも細菌感染を合併した。画像所見の経過及びステロイドへの反応性からCPAそのものの急性悪化と考えられた。また本病態は抗菌剤使用による抗菌剤耐性化に関しても注意すべき病態である。

15. 異時性対側気胸の1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科¹、呼吸器内科²、外科³

○熊谷 亮¹、大原 元²、籠橋克紀²、栗島浩一²、石橋 敦³、佐藤浩昭²

症例は18歳男性。高校生。喫煙なし。歩行中に胸痛が出現し、近医受診。胸部レントゲンで右気胸を指摘され、紹介来院。身長177cm、体重59kg (BMI 18.8)。胸腔ドレナージチューブ挿入し、改善したため退院。しかしながら退院後3日で呼吸困難出現し来院。右気胸再発が確認されブラ切除目的に胸腔鏡下右肺部分切除を実施した。退院後5カ月を経過した時点で左胸痛出現したため来院。胸部レントゲンで左気胸が確認されたためブラ切除目的に胸腔鏡下左肺部分切除を実施後退院となった。

同側気胸の再発は、胸腔鏡による治療が実施された例においても一定の割合で見られることが知られているが、異時性の対側の気胸についても稀ではあるが報告されている。異時性対側気胸に対しては、BTSのガイドライン(2003年)では外科医にコンサルすることが勧められている。対側肺尖のブラの存在、BMI 18.5以下や喫煙が異時性対側気胸のリスクとする報告(CHEST 2007; 132: 1146-1150)があるが、本例では対側肺尖にブラが認められていたものそれ以外の因子はみられなかった。また近年では予防的に対側肺のブラをも気胸治療時に切除し1年余再発例がなかったとする報告もみられている。貴重な症例であると考え報告した。

16. バリウム誤嚥部位より発生したと考えられた扁平上皮肺癌の1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院・総合診療科、呼吸器内科

○鈴木智晴、大原 元、籠橋克紀、栗島浩一、佐藤浩昭

症例は85歳男性。主訴：呼吸困難。現病歴：来院約1カ月前頃からの労作時呼吸困難のため本院来院。発熱は認めず。5年前に咽頭癌で外科治療。喫煙歴：40本/日 x 50年。胸部レントゲンおよびCTで右中葉に石灰化陰影を伴う腫瘤陰影を認めた。約9カ月前に撮影されたCTを取り寄せ比較したところ中葉にはバリウム誤嚥と考えられる石灰化陰影のみ確認され腫瘤はみられなかった。さらに単純写真では2年前に中葉に石灰化が確認された。白血球数7900、CRP 1.15と軽度の炎症反応のみであり、CYFRA 150、SCC 14.4、SLX 170と高値を示した。血液ガスは室内気で、P02 50.4、PC02 44.3、pH 7.435であった。耳鼻科診察では明らかな局所再発所見なし。全身状態は、るいそうが著明でPS 4のため対症療法施行。喀痰細胞診断で扁平上皮癌が確認された。遠隔転移部位検索は全身状態不良のため実施せず。入院2週後に永眠された。剖検は実施されなかった。バリウム誤嚥後の肺内の変化についての報告はあるが、誤嚥に部位に一致して肺癌を発症した報告はみられない。扁平上皮癌の検出であるため咽頭癌の局所再発と肺癌以外の肺内病変の出現、咽頭癌の肺内転移の鑑別を要し、剖検も得られなかったが、画像所見、経過などよりバリウム誤嚥部位からの扁平上皮肺癌発生と判断した。稀少な例と判断し報告した。

17. インフルエンザワクチン接種後にアレルギー性紫斑病を発症した 1 例

茨城県立中央病院 消化器内科¹⁾

○大森知恵¹⁾、景山あさ子¹⁾、横山良太¹⁾、菅谷明德¹⁾、大関端治¹⁾、藤枝真司¹⁾、
荒木眞裕¹⁾、天貝賢二¹⁾

同膠原病・リウマチ科²⁾

廣田智哉²⁾、後藤大輔²⁾

同 皮膚科³⁾

安達富美³⁾

【症例】40代 女性

【主訴】両下肢痛、皮疹

【現病歴】2011年X日頃から咽頭痛が出現。X+3日にインフルエンザワクチンを接種。X+7日に両下肢に皮疹出現。X+12日に両下肢痛が出現。X+14日から月経が始まり、下痢が出現した。市販薬を内服したが軽快せずX+17日に近医受診。血栓性静脈炎が疑われ、当院を紹介受診した。顕著な症状・所見なく帰宅したが、翌日に疼痛が強くなり救急外来を受診し、対処的に鎮痛薬を投与した。翌日に皮膚科を受診し、両下肢全体に紫斑を多数認め、皮膚生検を試行した。アレルギー性紫斑病を疑い、入院の上プレドニゾロン (PSL) 10mg 内服投与を開始した。その後も腹部症状は増悪したため、X+21日からPSL30mg 点滴投与に変更した。四肢の紫斑と浮腫は改善したが、下痢は継続しており、下血もみられた。腹部CTにて回腸末端炎を疑い、大腸内視鏡検査を実施したところ、同部に多発びらんを認めた。腹部症状強く、X+26日からPSL50mgに増量したが、X+27日に紫斑が増悪し、カルバゾクロムスルホン酸Na等を併用した。その後下痢・嘔気は消失し、X+33日からPSLを減量し症状の消長はあったもののX+55日に退院した。

【考察】インフルエンザワクチン接種後にアレルギー性紫斑病を発症した症例は報告されているが頻度は少なく、成人例は更にまれである。本症例ではワクチン接種がアレルギー性紫斑病の原因とは断定できないが、留意すべき副作用と考える。

18. 再発難治性多発性骨髄腫症例に対する VRD 療法の効果

㈱日立製作所 日立総合病院内科

○田崎邦治、工藤大輔、門馬由梨子、千勝紀生、品川篤司、平井信二、岡 裕爾

【緒言】再発難治性多発性骨髄腫に対し、近年サリドマイドやボルテゾミブ、レナリドマイドの新規薬剤が保険適応となり、奏効率・生存率の延長に寄与している。しかし、これらの薬剤においても不応例や再燃例は存在し、上記3剤全てに薬剤に耐性となった場合の救済療法が問題となる。これらの新規薬剤の併用療法は単独療法耐性例でも効果が得られることが最近になり報告されている。当科でもボルテゾミブ、レナリドマイドの両剤が耐性となったが、両剤とデキサメサゾン併用したVRD療法が奏功した2症例を経験した。

【症例1】63歳女性。IgA- κ 、DS stage IIIA、ISS II。2007年5月よりVAD療法3クール後 tandem-autoPBSCT を施行しPR。再燃に対し2009年3月よりサリドマイド、7月よりボルテゾミブ、2010年8月よりレナリドマイドを導入されるも効果に乏しかった。2011年11月よりVRD療法開始。2012年1月までに3クール施行。IgA 3922→1887 mg/dl、WBC 1100→3800 / μ l、Hb 8.7→10.4 g/dl、Plt 2.9→12.7万/ μ l と効果を認めており継続中である。

【症例2】64歳男性。IgG- κ 、DS stage IIIA、ISS II。2010年8月より大量デキサメサゾン療法1クール後NC。9月よりボルテゾミブ、2011年6月よりVAD療法、7月よりサリドマイド、さらに10月よりレナリドマイドを導入されるも効果に乏しかった。2012年1月よりVRD療法開始。現在までTP7.2→5.6 g/dl と効果を認めており継続中である。

【まとめ】両症例とも血球減少は認められたものの輸血不要であり、他の副作用も許容内であった。同様の難治症例で選択肢の一つと考えられたので、若干の考察を加え報告する。

19. 線維筋痛症患者（FM）の血中セロトニン値、及び、トリプトファン値の検討

亀田内科

○亀田貞彦

セロトニンがFMにおいて何らかの役割をしていることは、多々、推察されている所である。今回、FM患者の血中セロトニン値、及び、その前駆体であるトリプトファン値測定をした。セロトニン値については、その推移を検討した。また、セロトニン・トリプトファンそれぞれと痛み度との相関を検討した。

対象患者の内訳は、セロトニン値については男7人13検体、女31人45検体で、内、可能であった16人についてはトリプトファン値を検討した。

セロトニン値については、FMの平均は73.8 ng/mlであり、健常人の平均145 ng/mlより、はるかに低値であった。トリプトファン値の平均は47 nmol/mlと健常人平均42 nmol/mlより高値であった。血中セロトニン値の推移のintervalはvariousであるが、著名に増加したケースは寛解された。セロトニン値とトリプトファン値の相関を検討した相関係数は0.26であった。

セロトニン、及び、トリプトファンと痛みの相関を検討した結果では、セロトニンと痛み度の相関係数は、-0.3、トリプトファンと痛み度の相関係数は、-0.51であり、トリプトファンの方が負の相関が強かった。

20. 抗アクアポリン4抗体および抗NMDA受容体抗体陽性の辺縁系脳炎の43歳男性例

- 1) 筑波大学医学医療系神経内科
- 2) 東北大学大学院医学系研究科神経内科学
- 3) 金沢医科大学神経内科学

○寺田 真¹⁾、石井一弘¹⁾、塩谷彩子¹⁾、織田彰子¹⁾、高橋利幸²⁾、田中恵子³⁾、
玉岡 晃¹⁾

症例は43歳男性。X-6年10月に発熱と軽度の意識障害が出現し、第1回入院。単核球優位の髄液細胞増加、髄液蛋白高値があり、左側頭-頭頂葉の皮質、皮質下白質にT2WI高信号病変を認めた。単純ヘルペス脳炎など他の疾患を除外し、自己免疫性脳炎などを疑った。プレドニゾロン(PSL)投与で症状や脳MRI所見は改善した。また脳波で突発波がみられ、抗てんかん薬の投与を開始した。

X-2年3月から物忘れ、5月に強い眠気と食思不振が出現した。両側側頭葉内側部の皮質、皮質下白質にT2WI高信号病変を認め、第2回入院。記銘力低下、精神症状が目立ち、辺縁系脳炎を疑ったが、右1-2指のしびれの原因と考えられる脊髄C3のT2WI高信号病変、髄液中オリゴクローナルバンド(OCB)陽性、髄液ミエリン塩基蛋白(MBP)高値、IgG index上昇、血清抗アクアポリン4(AQP4)抗体陽性から視神経脊髄炎(NMO)の合併も考えられた。ステロイドパルス療法と免疫吸着療法でこれら症状は改善し、MRI上の病変も縮小した。

X年5月、右尾状核、右側脳室周囲白質にT2WI高信号病変が出現、左側頭葉内側の高信号病変の増大を認め、第3回入院。神経所見に異常を認めないが、髄液中OCB陽性、MBP陰性、血清抗AQP4抗体陽性から再燃するNMOを疑い、また髄液中の抗NMDA受容体抗体陽性から、抗NMDA受容体抗体陽性辺縁系脳炎が疑われた。ステロイドパルス療法で高信号病変は縮小した。

本症例は意識障害、記銘力障害、精神症状、脳波異常と頭部MRIで側頭葉内側部を中心とするT2WI高信号病変から、再燃を繰り返す辺縁系脳炎と診断した。抗NMDA受容体脳炎の15-25%に再燃がみられるとされているが、これまで抗AQP4抗体と抗NMDA受容体抗体が共に陽性の辺縁系脳炎の報告はなく、本症例では抗AQP4抗体陽性が辺縁系脳炎の再燃に何らかの増悪因子として働いている可能性が推察された。

