

第 1 9 5 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 4 年 6 月 9 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 野口祐一 (筑波メディカルセンター病院)

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 195 回茨城県内科学会

日 時 平成 24 年 6 月 9 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 野口祐一 (筑波メディカルセンター病院 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 5 月 31 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 195 回当番幹事

連絡先: 筑波メディカルセンター病院 野口祐一
〒305-8558 つくば市天久保 1-3-1
Tel 029-851-3511 Fax 029-858-2773

●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

14:05～15:09 座長 筑波メディカルセンター病院 石川 博一

1. 胸腺腫全摘後に非結核性抗酸菌症を診断した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、呼吸器内科
○梶 有貴、住谷智恵子、篠塚愛未、片山皓太、佐藤利栄、大原 元、籠橋克紀、栗島浩一、佐藤浩昭
2. 難治性喘息の原因に excessive dynamic airway collapse (EDAC)を背景肺に認めた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 臨床研究部
○角田義弥¹、鶴崎聡俊¹、藤田一喬¹、金澤 潤¹、田中 徹¹、蛸井浩行¹、林 士元¹、林原賢治¹、斎藤武文¹、梅津泰洋²
3. 高度の脊柱側弯症により換気不全を来した2例
国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科
○金澤 潤、鶴崎聡俊、藤田一喬、角田義弥、蛸井浩行、田中 徹、林 士元、林原賢治、斎藤武文
4. 慢性閉塞性肺疾患急性増悪を契機に診断された小細胞肺癌の1例
筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 内科、呼吸器内科
○佐藤利栄、細井崇弘、梶 有貴、住谷智恵子、篠塚愛未、片山皓太、大原 元、籠橋克紀、栗島浩一、佐藤浩昭
5. 結核治療後に対側肺で多剤耐性結核として再発した一例
国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科
○鶴崎聡俊、藤田一喬、金澤 潤、角田義弥、田中 徹、蛸井浩行、林 士元、

林原賢治、齋藤武文

6. FDG-PET と内視鏡検査で診断した肺大細胞性神経内分泌腫瘍胃転移の1例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○石川宏明、箭内英俊、渡辺裕子、沼田岳士、遠藤健夫

7. アレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）に対し Itraconazole (ITCZ) が著効した1例

国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○藤田一番、鶴崎聡俊、金澤 潤、角田義弥、蛸井浩行、田中 徹、林 士元、
林原賢治、齋藤武文

8. 急速に進行した結核性肺炎の一例

筑波メディカルセンター病院 呼吸器内科

○中澤真理子、望月芙美、山田英恵、田村智宏、金本幸司、飯島弘晃、石川博一

15:09～16:05 座長 筑波メディカルセンター病院 野口 祐一

9. 急性心筋梗塞患者における発症時併存疾患の検討

(株)日立製作所日立総合病院 循環器内科

○樋口甚彦、遠藤洋子、安達 亨、佐藤陽子、山内理香子、常岡秀和、鈴木章弘、
悦喜 豊

10. 血栓吸引のみで治療しえた若年の ST 上昇型急性心筋梗塞の一例

総合病院土浦協同病院 循環器内科

○増田 怜、角田恒和、李 哲民、村井典史、高木崇光、岩井利之、家坂義人

11. 肺静脈電氣的隔離術2年後、大腿静脈に残存したシースが誘因となり発症した深部静脈血栓症の1例

水戸済生会総合病院 内科

○大平晃司、会澤 彰、千葉義郎、福永 博、山下文男、村田 実

12. 孤立性冠動脈瘤の一例

国立病院機構水戸医療センター 内科循環器科

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

13. 血圧コントロール不良で発見された原発性アルドステロン症の一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○春日哲也、小松 靖、関谷宗篤、阿部憲弘、田辺裕二郎、大久保豊幸、佐野剛一、
大久保信司

14. PMI 後ホームモニタリング導入により早期にリードディスロジを発見した一例

J A とりで総合医療センター 循環器内科

○中野国晃、徳永 毅、服部英二郎、久保山 修、野本英嗣

15. トルバプタンによって改善した重症虚血性心不全の一例

筑波メディカルセンター病院 循環器内科

○春成智彦、仁科秀崇、高岩 由、崔 星河、渡部 浩明、掛札雄基、文蔵優子、
平沼ゆり、野口祐一

16:05～16:21 座長 筑波メディカルセンター病院 廣木 昌彦

16. 全身性エリテマトーデス、抗リン脂質抗体症候群に合併した重症筋無力症に対し
拡大胸腺摘出術を施行した 35 歳女性例

筑波大学附属病院 1 脳神経内科、2 呼吸器外科、3 膠原病リウマチ内科

○大谷暢史¹、儘田直美¹、山岡賢俊²、後藤行延²、杉原誠人³、玉岡 晃¹

17. 進行する意識障害に対して原因疾患の鑑別に苦慮した脳幹部病変を呈する 64 歳
男性例

茨城県立中央病院 1 総合診療科 2 神経内科

○西川嘉一¹、氏家士富子¹、市毛博之¹、窪木大悟¹、関 昇子¹、平田秀爾²、
小國英一²、関 義元¹

閉会挨拶 16:21～16:26 野口 祐一（筑波メディカルセンター病院 副院長）

幹事会 16:30～ 茨城県医師会 3階第一会議室

抄 録

1. 胸腺腫全摘後に非結核性抗酸菌症を診断した 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、呼吸器内科
○梶 有貴、住谷智恵子、篠塚愛未、片山皓太、佐藤利栄、大原 元、
籠橋克紀、栗島浩一、佐藤浩昭

症例は 69 歳男性。5 年前に胸腺腫全摘術を受けている。術前の胸部 CT で認められていた両側肺野陰影の増悪の指摘を受け当科受診した。胸部 CT では、中葉、両上葉 S6 に小葉中心性の散布陰影、気管支拡張、コンソリデーションがみられた。喀痰で抗酸菌が繰り返し塗抹陽性で、培養陽性、同定検査でも *Mycobacterium intracellulare* 陽性であった。胸腺腫は比較的稀な腫瘍であるが、腫瘍随伴性自己免疫症候群の合併、重症筋無力症に対する副腎皮質ホルモン製剤投与、化学療法の施行など感染免疫機能の低下を来す例があり、長期にわたる免疫低下状態では、感染症の合併に配慮する必要がある。しかしながら機序は不明なものの結核および非結核性抗酸菌症いずれの抗酸菌感染合併に関する報告は少ない。本症例は胸腺腫の治療後の経過観察中に非結核性抗酸菌症を診断した 1 例であったが、縦隔陰影がみられた例でも肺野に併存する疾患の有無を考え画像を読影することの重要性が再確認された。

2. 難治性喘息の原因に excessive dynamic airway collapse (EDAC) を背景肺に認めた 2 例

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)、鶴崎聡俊、藤田一喬、金澤 潤、田中 徹、
蛸井浩行、林 士元、林原賢治、斎藤武文
臨床研究部 梅津泰洋

難治性喘息として治療されている中に喘息以外の要因で増悪している症例があることが知られている。最近難治性気管支喘息と診断されていたが気管軟化症による excessive dynamic airway collapse (EDAC) が増悪の原因となっている 2 症例を経験したので報告する。

症例 1

75 歳女性。気管支喘息として近医通院中であった。症状のコントロールが困難であり、オマリズマブ皮下注、ICS/LABA 吸入剤、テオフィリン、モンテルカスト内服、PSL 少量内服にて加療されていた。2012 年 1 月 21 日から感冒を契機に中等度の喘息発作が出現し、気管支拡張薬、PSL 内服でも改善がないため 26 日当院紹介入院となった。入院後は mPSL 点滴治療により状態は速やかに改善した。難治性喘息の原因精査を行ったところ BMI32 程度の肥満のほかに気管支鏡検査にて呼吸時の著明な気管支内腔狭窄を認め、気管軟化症と診断し、難治性喘息の主な原因と考えた。

症例 2

87 歳男性。気管支喘息として近医通院中であった。ICS/LABA にて加療されていたが時折喘息発作にてステロイドの点滴加療をされていた。2012 年 4 月 1 日夜間呼吸困難が出現し前医救急搬送された。ステロイド点滴治療、気管支拡張薬吸入治療にて一旦症状は改善するも同日深夜呼吸困難出現した。ステロイドパルス療法、ネオフィリン点滴、ボスミン皮下注などされるも状態悪化したため、喘息重積発作疑いとなり当院緊急転院となった。転院後身体所見、L/D、UCG よりうっ血性心不全と診断した。利尿薬にて軽快するも wheeze が持続していたため胸部 CT 施行したところ左右主気管支の虚脱を認め、気管軟化症と診断した。以前からの難治性喘息の原因と考えた。

若干の文献的考察を加え報告する。

3. 高度の脊柱側弯症により換気不全を来たした 2 例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○金澤 潤、鶴崎聡俊、藤田一喬、角田義弥、蛸井浩行、田中 徹、林 士元、
林原賢治、齋藤武文

脊柱側弯症は 80-90%が特発性とされ、思春期に好発し、女性が男性の 5-7 倍と多い。神経線維腫症、神経・筋性側弯症などを除けば、一般に成人後に側弯は進行しないとされる。

軽度の側弯であれば、臓器機能障害を来たすことなく無症状で経過するが、60度をこえる高度の側弯では胸郭の著しい変形のために換気不全を来たし、肺高血圧、右心不全の合併により予後不良となる。また、胸郭の変形に伴う解剖学的異常から、去痰不全により肺炎を繰り返す症例も報告されている。

今回、高度の脊柱側弯症に伴って呼吸不全を来たし、入退院を繰り返した 2 例に対して、非侵襲的陽圧換気を導入し、Ⅱ型呼吸不全の改善および入院回数の減少がみられた。臨床経過とともに、同疾患による換気不全の治療について文献的考察を加え報告する。

4. 慢性閉塞性肺疾患急性増悪を契機に診断された小細胞肺癌の 1 例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 内科、呼吸器内科

○佐藤利栄、細井崇弘、梶 有貴、住谷智恵子、篠塚愛未、片山皓太、大原 元、
籠橋克紀、栗島浩一、佐藤浩昭

症例は 76 歳男性。8 年ほど前より咳、労作時呼吸困難が出現し、近医で治療を受けていた。2011 年 12 月頃より症状増悪し肺炎の診断で治療を受けた。2012 年 4 月呼吸困難増悪し救急車で搬送され本院来院。喫煙 30 本/日を 40 年。職業は建築業 40 年。酸素吸入 10L/分実施にもかかわらず酸素飽和度 80%台と呼吸状態不良であり、人工呼吸器管理となったが、抗菌薬、副腎皮質ホルモン製剤等の投与で抜管となった。胸部レントゲン、CT では気腫化肺に加え、胸水貯留、縦隔リンパ節腫脹、胸膜に沿った腫瘍陰影が確認された。胸水細胞診で class V (small cell carcinoma)。血中 NSE 82.2、proGRP 2180 と高値であり、小細胞肺癌と診断した。PS 2 と判断され全身状態は必ずしも良好ではなかったが小細胞癌であり化学療法の奏効の可能性ありと判断されたため、CBDCA +etoposide による化学療法を施行した。現在治療継続中である。慢性閉塞性肺疾患急性増悪を契機に診断され、また胸膜に沿った腫瘍を主体とした小細胞肺癌症例は稀である。併存する胸郭内病変についても注意を怠らないことは重要であると考えられ報告した。

5. 結核治療後に対側肺で多剤耐性結核として再発した一例

茨城東病院 呼吸器内科

○鶴崎聡俊、藤田一喬、金澤 潤、角田義弥、田中 徹、蛸井浩行、林 士元、
林原賢治、斎藤武文

【症例】48歳男性。2008年5月30日の健診で右上葉に陰影を指摘され、その前後1年で体重が6kgの減少を認めた。前医での喀痰PCR陽性であり肺結核と診断された。2008年6月よりINH+RFP+EB+PZAを開始し7月22日からINH+RFP+EBに変更した。8月19日に変更するもINH+EBに変更するも肝障害のため中止となった。9月25日RFPのみ開始し10月16日から2009年3月3日までRFP+EB施行し治療終了となった。以後外来で経過観察されていたが2009年9月より痰が多いことを自覚するようになった。2010年5月の職員健診で左上葉の陰影が出現し6月11日の喀痰検査でG4号、TB-PCR陽性であったため2010年6月16日に当院紹介入院となった。入院後BFSで右B1入口部周辺の白苔、および右second carinaのポリープ病変を認め、抗酸菌培養の結果、気管支結核と診断された。INH+RFP+EB+PZA+LVFX+SM開始したが薬剤感受性結果でINHが不完全耐性、RFP、EB、SMは完全耐性であった。8月9日よりINH+MFLX+PZA+KM+PAS+CS+LZDの7剤で治療したが食欲不振、肝障害増悪のため全剤中止となった。PAS+CS+LVFX+KMの4剤としたところ重篤な副作用は認めず、外来で治療継続となった。途中KM中止するもBFSで気管支結核は改善傾向であり再発は認めなかった。

【結論】右上葉肺結核の治療後に左上葉で多剤耐性結核として再発した症例である。結核治療後の再発は同部位での再発が多いが本症例では対側肺で再発した。BFSで気管支結核に合致する所見を認め、経気道的に対側肺へ広がったと考えられる。また、病変部の経過をBFSで確認しながら治療を行うことができた。

6. FDG-PET と内視鏡検査で診断した肺大細胞性神経内分泌腫瘍胃転移の 1 例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○石川宏明、箭内英俊、渡辺裕子、沼田岳士、遠藤健夫

症例は 74 歳の男性。X 年 4 月から咳嗽が出現し、近医で胸部 Xp にて左肺門部に腫瘤影を指摘され当科紹介受診した。CT で左上葉に 25×19mm 大の内部に空洞を伴うような結節影を認め、左肺門及び縦隔リンパ節腫大を認めた。経気管支生検を施行し肺大細胞性神経内分泌腫瘍(LCNEC)と診断した。FDG-PET 検査を行ったところ、胃内に FDG の集積を認めたため上部消化管内視鏡検査を施行した。胃穹隆部に 2cm 大の辺縁不整な隆起性腫瘤を認め生検を行ったところ、生検組織は未分化な異型上皮細胞であり、免疫組織学的に肺大細胞性神経内分泌腫瘍の胃転移と診断した。以上から肺癌(LCNEC, cT4N2M1b, stageIV)と診断し、CBDCA+VP-16 を計 4 コース施行し、胸部 CT 検査で左上葉の結節影、左肺門部及び縦隔リンパ節は縮小を認めた。また、上部消化管内視鏡でも胃内の腫瘍はほぼ消失し、瘢痕様の組織を残すのみであった。肺癌の胃転移は稀な病態であり、更に転移性胃腫瘍は粘膜下腫瘍の形態を呈することが多いとされている。今回内腔面に突出する転移性胃腫瘍を FDG-PET 検査と上部消化管内視鏡検査で診断した症例を経験したことから、若干の文献的考察を加え報告する。

7. アレルギー性気管支肺アスペルギルス症（ABPA）に対し Itraconazole (ITCZ) が著効した 1 例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○藤田一番、鶴崎聡俊、金澤 潤、角田義弥、蛸井浩行、田中 徹、林 士元、
林原賢治、齋藤武文

73 歳男性で、昭和 55 年 9 月から当院治療中。初診時、好酸球増多、喘息症状から好酸球性肺炎が疑われ、経気管支肺生検組織所見により診断した。さらに浸潤影の移動、IgE 高値、アスペルギルス-RAST 陽性、アスペルギルス抗原即時皮内反応陽性からアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) と診断し、以後、治療を継続したが、増悪を繰り返すため Prednisolone の短期内服がしばしば必要であった。

2011 年 7 月に ABPA の増悪を認めた際入院とし、ITCZ を初めて導入したところ著効し、本日まで喘息症状を認めず、外来通院可能となった。

ABPA に対する ITCZ 併用治療は RCT により効果が確認された治療であるが、その効果を臨床医が実感できるほど強力な治療法ではないとされる。本例は、長期にアスペルギルスに対するアレルギー病態が持続した 1 例であり、そういった例に対し ITCZ を併用したところ、ABPA のコントロールが可能となった。ITCZ による著明な効果を示した一例として貴重だと考え報告する。

8. 急速に進行した結核性肺炎の一例

筑波メディカルセンター病院 呼吸器内科

○中澤真理子、望月芙美、山田英恵、田村智宏、金本幸司、飯島弘晃、石川博一

症例は76歳男性。糖尿病の既往があり内服加療中であつた。2011年2月頃より軽度の咳嗽が出現し徐々に増悪、3月24日に38℃の発熱を認めたため、3月25日に当院救急外来を受診した。室内気にてPaO₂ 57.3mmHgと低酸素血症あり、胸部X線・CTにて右上葉に大葉性肺炎を認めた。CRP 12.07mg/dlと炎症反応高値であつたが、WBC 6000/ μ lと白血球増加を認めなかつた。同日入院とし、市中肺炎としてCeftriaxone(CTRX) 1g q12h点滴およびClarithromycin(CAM)内服にて治療開始したが、同日離棟し自主退院。説得の末、CAM内服のみ継続とされた。3月28日呼吸困難増強したため再入院となつたが、入院時の喀痰塗抹検査にてGaffky 5号が判明した。個室隔離とし、細菌感染の合併を念頭にCTRX点滴にて治療を行いつつ、核酸増幅法による同定結果を待った。3月30日Mycobacterium tuberculosisと判明したため、排菌のある肺結核、学会分類r-III-2と診断し、結核病棟を有する病院へ転院となつた。

本症例では肺結核に典型的とされる画像所見がはっきりせず、また臨床経過も急速であつたため、細菌性肺炎と結核性肺炎との鑑別が困難であつた。CT所見では右上葉にair bronchogramを有する浸潤影を認め、右下葉には網状影が広がっていたものの、tree-in-budのような明瞭な気道散布像を認めず、結核性肺炎による空洞形成や気管支拡張は明らかではなかつた。なお、右肺上葉には小石灰化像を認め、初期変化群と考えられた。

高齢者の肺炎の診療に際しては、肺結核症の可能性を常に考慮する必要があると考えられ、示唆に富む症例と考え報告する。

9. 急性心筋梗塞患者における発症時併存疾患の検討

日立総合病院 循環器内科

○樋口甚彦、遠藤洋子、安達 亨、佐藤陽子、山内理香子、常岡秀和、鈴木章弘、
悦喜 豊

薬剤溶出ステント（DES）は、薬剤非溶出ステント（BMS）と比較して慢性期のステント再狭窄を抑制することが報告されており、近年、AMI 患者に DES が留置される頻度が増えている。一方、ステント血栓症（ST）の問題は未だ解決しておらず、ガイドラインでは ST の予防に、BMS では最低 1 カ月、DES では最低 12 カ月のバイアスピリン、クロピトグレルの 2 剤併用を強く推奨している。しかし、DES 留置後 1 年以内に悪性腫瘍などがみつき、抗血小板薬を中断せざるを得ない症例にしばしば遭遇する。AMI を含めた救命治療では、時間的余裕がなく、十分な患者情報がないまま治療を開始しなければならないことも多い。このような経験から、AMI 患者の発症時併存疾患、特に悪性腫瘍の合併について FDG-PET を用いて検討した。BMS で PCI 治療を行った 110 名の AMI 患者に、亜急性期に FDG-PET を施行した。19 名に FDG の異常集積がみられ、11 名が悪性腫瘍、5 名が良性腫瘍、2 名が腹部動脈瘤、1 名が慢性肺炎症性疾患であった。このうち自覚症状があった患者は 1 名であった。11 名で処置のために抗血小板薬の一時的な中断が必要であったが、中断による有害事象はなかった。一般に FDG-PET を用いた癌検診では、2%前後の被検者に無症状の悪性腫瘍がみつかることされている。本研究からは、AMI 患者には予想していた以上に無症候性の悪性腫瘍が併存している可能性が示唆され、PCI 後 1 年以内に抗血小板薬を中断した患者が複数いた。ST の問題が解決されていない以上、患者背景が不明瞭な AMI 患者に、安易に DES を留置することは慎むべきと考えられる。再認識の意味を込めて、今回若干の考察を加えて報告する。

10. 血栓吸引のみで治療しえた若年の ST 上昇型急性心筋梗塞の一例

土浦協同病院 循環器内科

○増田 怜、角田恒和、李 哲民、村井典史、高木崇光、岩井利之、家坂義人

症例は 30 歳男性。持続する胸部絞扼感を主訴に近医を受診し、急性前壁心筋梗塞が疑われ当院へ転院搬送され、緊急心臓カテーテル検査を施行。左前下行枝近位部および対角枝で亜完全閉塞を認め、同部位で透亮像を伴っていた。同部位を責任病変と診断し引き続き経皮的冠動脈インターベンション (PCI) を施行。血栓吸引療法で比較的多量の白色血栓を吸引することができ、末梢側に nicorandil を冠注した後の造影で良好な血流再開を得られた。血管内超音波検査 (IVUS)、及び光干渉断層検査 (OCT) で血管内性状を観察したが、病変部位にプラーク破裂や内膜びらん等の所見はほとんど見られなかった。冠動脈造影所見、及び血管内 imaging 所見から血栓吸引のみで PCI を終了した。PCI 後心筋逸脱酵素は CK: 7307 IU/L まで上昇したが、大きな合併症なく経過し 4 月 11 日退院した。血管内 imaging 所見を参考に、血栓吸引療法のみで治療しえた若年の急性心筋梗塞症例を経験したので報告する。

11. 肺静脈電氣的隔離術 2 年後、大腿静脈に残存したシースが誘因となり発症した深部静脈血栓症の 1 例

水戸済生会総合病院 内科

○大平晃司、会澤 彰、千葉義郎、福永 博、山下文男、村田 実

症例は 60 歳、男性。2010 年 12 月発作性心房細動に対して肺静脈電氣的隔離術 (PVI) を施行している。その後心房細動は認めなくなり 2011 年 10 月にワーファリンの内服を中止した。2012 年 1 月下旬より右下腿の腫脹、疼痛が出現してきたため 1 月 31 日当科を受診、深部静脈血栓症の診断にて入院した。腹部 CT では右総腸骨静脈～外腸骨静脈～大腿静脈にかけて血栓あり。また右外腸骨静脈に異物を認め、その形状よりシースの残存が疑われた。入院翌日、まず腎静脈下に IVC フィルターを留置。引き続き右膝窩静脈アプローチにて 10F シースを挿入し異物除去用カテーテルにて異物を近位端より補足した。取り出した異物をみると、やはりシースの断片であり以前 PVI に使用したものと考えられた。異物抜去後の造影で多量の血栓と総腸骨静脈の狭窄を認めたため吸引を繰り返し行い、狭窄部に対してはバルーンによる拡張を追加し一応血流を再開することができ手技を終了した。以後ヘパリン持続点滴を施行し、右下肢の腫脹、疼痛は軽快傾向となった。その後の follow-up の下肢静脈エコーでは血栓は消退していた。

〔考察〕 PVI 終了時にシースを抜去する際に何らかの外的圧力が加わり、シースが引きちぎられ右外腸骨静脈に残存。さらにワーファリンを中止にしたことで血栓が生じてきたと考えられた。

12. 孤立性冠動脈瘤の一例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 内科循環器科

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

症例は84才女性。高血圧にて加療中。胸部異常陰影を認め、呼吸器内科にて精査の為、VATS 予定となった。心精査目的に、循環器科受診となった。心電図は洞調率、完全右脚ブロックを認めた。心エコーでは LVEF 69%、僧帽弁周囲の石灰化を認めた。胸痛の自覚症状もあった為、狭心症の疑いにて、心臓カテーテル検査を行った。冠動脈造影では、冠動脈に有意な狭窄・閉塞は認めなかったが、右冠動脈末梢に孤立性の冠動脈瘤を認めた。治療に付き検討を行った結果、経過観察とした。他の冠動脈の動脈硬化病変は、それほど強くは無く、川崎病の既往等明らかなものも無かった。冠動脈末梢に孤立性に瘤が存在した例は珍しいものと考え、報告する。

13. 血圧コントロール不良で発見された原発性アルドステロン症の一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○春日哲也、小松 靖、関谷宗篤、阿部憲弘、田辺裕二郎、大久保豊幸、佐野剛一、大久保信司

症例は51歳女性。10年前より高血圧を指摘され、降圧薬による内服加療を受けていた。その後2011年3月28日よりK病院外来において、内服加療（ニフェジピン20mg/日、テルミサルタン40mg/日、トリクロメチアジド2mg/日）を受けることになり、通院初期は血圧コントロール良好な状態であった。しかしながら、その後血圧コントロール状態不良となり、同年8月23日よりテルミサルタンを40mgから60mgし経過観察していたが、同年9月29日より低K血症を認めるようになりフルイトランを中止。更に塩化カリウム1200mg/日が追加投与され、K病院循環器内科外来対診となった。ニフェジピン20mgから40mgに増量し、経過より原発性アルドステロン症を疑われ、腹部CTを施行したところ、右副腎に15mm×10mmの腫瘍を認めたため、同年10月17日当科紹介入院となる。入院後すべての降圧剤は中止とし、第3病日に施行した採血にてレニン活性0.1ng/ml/hr、アルドステロン724pg/ml、コルチゾール16.6us/dlを認め、原発性アルドステロン症を強く示唆する所見であった。第11日病日にカプトリル負荷にて陽性所見を示し、第14病日に施行したアドステロールシンチにて右副腎に集積を認め、第21病日に副腎静脈サンプリング施行し、原発性アルドステロン症と確定診断した。2012年1月24日当院泌尿器科にて右副腎摘出術を施行され、以後良好な経過を得た症例を経験したので報告する。

14. PMI 後ホームモニタリング導入により早期にリードディスロッチを発見した一例

JA とりで総合医療センター 循環器内科

○中野国晃、徳永 毅、服部英二郎、久保山 修、野本英嗣

症例は 70 歳男性。Paf にて近医通院歴あり。平成 23 年 5 月から繰り返し失神前症状を認め当院受診した。イベントモニターにて 4.5 秒の洞停止と失神前症状を認めたため、6 月 23 日 PMI (DDD) 施行した。退院時は閾値心房 1.4V、心室 1.5V、心内電位 P 1.8–2.5mV、R 9.1–9.9mV、7 月 6 日の PM チェックでも閾値心房 0.8V、心室 1.3V、心内電位 P 3.2–5.5mV、R 8.0–9.4mV と問題なかった。7 月 8 日の HM ウェブサイト (メール) にて心室リードの閾値が急上昇を認めたため、来院していただき胸部 Xp にて心室リードの IVC へのディスロッチを認めた。AAI に設定を変更し、後日心室リードの再固定とした。当院では PMI 後は入院中から早期に BIOTRONIK 社製ホームモニタリングシステムを導入しており、入院中は PMI3 日後程度から、従来のモニター心電図による看護師、医師の監視だけでなく、臨床工学士も含めた監視システムをとっている。退院後もそのまま遅延なく遠隔モニタリングが開始となり、空白の時間がないようになっている。そのためリード等に起因するトラブルの早期発見に有効であり、より患者にとって安全な管理が可能となる。今回は実際にこの遠隔モニタリングにより心室リードのディスロッチを発見できた一例を経験したので報告する。

15. トルバプタンによって改善した重症虚血性心不全の一例

筑波メディカルセンター病院 循環器内科

○春成智彦、仁科秀崇、高岩 由、崔 星河、渡部 浩明、掛札雄基、文蔵優子、平沼ゆり、野口祐一

症例は冠危険因子に糖尿病、高血圧、高脂血症をもつ 50 歳代女性。2010 年 1 月頃から労作時の前胸部痛を認めるようになり、2010 年 3 月下旬、安静時に呼吸苦を伴う胸痛発作を認め、近医受診。心電図および心エコー図所見より急性心筋梗塞の診断で当院へ救急搬送された。緊急冠動脈造影検査では右冠動脈は慢性完全閉塞を呈し、右冠動脈へ側副血行路を呈する左前下行枝の近位部が閉塞していた。心電図の所見から左前下行枝が責任病変と判断。血行動態が不安定であったため、大動脈内バルーンパンピングを挿入のうえ左前下行枝に経皮的冠動脈形成術を施行した。術後も血行動態の改善を認めず、右冠動脈にも経皮的冠動脈形成術を施行した。血行再建を施行するも広範な心筋梗塞となり、心筋梗塞に伴う左室瘤と機能性僧帽弁閉鎖不全症による心不全が遷延。非侵襲性陽圧換気療法を併用するも薬物療法では心不全の管理は困難と考え、同年 7 月に左室形成術・僧帽弁置換術・三尖弁形成術を施行した。術後も心不全が遷延、経口利尿薬のみでは体液量を管理できず、フロセミドの持続静注から離脱できなかった。同年 12 月からトルバプタンの内服を開始したところ、尿量は増加し、電解質異常や腎機能悪化もなく体液量を減少させ、2011 年 1 月 7 日にフロセミドの静注から離脱する事が可能となった。トルバプタンの中止を試みたが、中止後から体重増加と心不全症状を認めるようになり、内服再開となった。その後、3 日毎の内服で体液量の管理が可能となり、2011 年 3 月に退院となった。退院後は徐々に体重が増加し、それに伴い服用回数は増えて 5 月 31 日より連日服用となったが、退院後一年以上、心不全入院は認められていない。約一年間の入院管理を要した難治性の重症心不全に対して、トルバプタン導入後に退院が可能となり、退院後も内服を継続することで通院管理が可能であった一例について文献的考察を加えて報告する。

16. 全身性エリテマトーデス、抗リン脂質抗体症候群に合併した重症筋無力症に対し拡大胸腺摘出術を施行した 35 歳女性例

筑波大学附属病院 脳神経内科

○大谷暢史^{*1}、儘田直美^{*1}、山岡賢俊^{*2}、後藤行延^{*2}、杉原誠人^{*3}、玉岡 晃^{*1}

^{*1}筑波大学附属病院 脳神経内科、^{*2}同 呼吸器外科、

^{*3}同 膠原病リウマチ内科

症例は 35 歳女性。14 歳時に全身性エリテマトーデス (SLE)、24 歳時に抗リン脂質抗体症候群 (APS) と診断され、31 歳時に妊娠を機に重症筋無力症 (MG) を発症した。34 歳時より易疲労感などの MG 症状の増悪が認められ、胸腺過形成も疑われたため、胸腺摘出術の適応と考えられ入院した。術前治療としてプレドニゾロンを 10mg より開始し 60mg まで増量した。経過中タクロリムスの内服を併用した。内服治療にて複視や易疲労感などの MG 症状は消失した。反復刺激試験で waning は残存したが、コリンエステラーゼ阻害薬の非内服下で症状を認めないため手術可能であると考えられた。APS に対して内服中であったワルファリンを術前より中止し、ヘパリン化し、当院呼吸器外科にて拡大胸腺摘除術を施行した。翌日呼吸機能が保たれていることを確認した後、抜管した。抜管直後は首が持ち上がらない等の MG 症状の増悪が認められたが、呼吸症状の悪化は認められなかった。手術当日よりヘパリン投与を再開したところ、術後、胸腔ドレーン抜去後に出血をきたし、輸血を要した。ヘパリン投与を中止し、止血を確認後ヘパリンとワルファリンを再開した。抗凝固療法中止による血栓症の発生は認めなかった。MG はしばしば甲状腺機能亢進症、関節リウマチ、橋本病、SLE、APS などの様々な自己免疫疾患を合併することが知られている。APS では胸腺摘除術により補体の正常化、抗体の低下、APTT の改善、血小板数の正常化などがみられたとの報告があるが、SLE に関しては胸腺摘除術後に SLE を発症する症例が報告されており、胸腺摘除術による SLE の惹起・増悪の可能性が示唆されている。本症例は、SLE・APS を合併しており、周術期の抗凝固療法により出血の合併症が見られた。自己免疫疾患合併 MG の治療においては周術期合併症や、治療による合併疾患の活動性の変化に注意が必要である。

17. 進行する意識障害に対して原因疾患の鑑別に苦慮した脳幹部病変を呈する 64 歳男性例

○西川嘉一¹⁾、氏家士富子¹⁾、市毛博之¹⁾、窪木大悟¹⁾、関 昇子¹⁾、平田秀爾²⁾、小國英一²⁾、関 義元¹⁾

1) 茨城県立中央病院総合診療科 2) 同 神経内科

【主訴】進行する意識障害【既往歴】自閉症【経過】発症前 ADL はほぼ自立。当院入院 2 週間程前から食事量低下、異常行動、発語減少、ふらつきを認め、1 週間前から不眠、低体温（普段は 36℃前後が 33℃台）となり 2 回程転倒し右前額部に擦過傷をおった。その後も症状が進行し精神科初診。4 日前から飲食不能となり 3 日前に近医に救急搬送。心電図で心拍数 48/分の洞性徐脈を認め、頭部 CT では異常を認めないものの脳梗塞疑いで加療開始となったが、自発運動をほとんど認めなくなり当院に紹介となった。来院時 GCS E4V1M3、JCS I -3。血圧 123/76mmHg、脈拍 81/分、体温 35.2℃、呼吸回数 20/分、SpO2 100%(オキシマス 5L)。瞳孔は両側 2.5mm、対光反射消失、追視不能、睫毛反射あり。口腔内不衛生、歯列不整で動揺歯あり。項部硬直軽度。血液検査では菌血症を強く疑う異常を認め、髄液はキサントクロミーで糖 68mg/dl（同時血糖 93mg/dl）、蛋白 280mg/dl、細胞数 1/μl 未満。頭部 CT で橋正中に低吸収域、脳 MRI で同部位に約 10mm の T2WI 高信号域を認めた。その他、両側頭頂部にクモ膜下出血、右上顎洞に液体貯留を認めた。菌血症を強く疑う患者に数日の経過で脳幹部病変が出現したことから脳幹部脳膿瘍の臨床診断で広域抗菌薬、グリセオールの治療を開始した。入院後一時 GCS E1V1M1、JCS III-100、MMT1 に悪化した。精査で甲状腺機能低下症、葉酸欠乏症、C5/6 の頸髄症を認め入院翌日からレボチロキシナトリウム、葉酸を開始した。髄液培養では発育なく、血液培養で Streptococcus mitis group、Staphylococcus capitis subsp. capitis を認めた。治療継続中であるが、入院 25 日目までに症状改善（GCS E4V5M6、JCS I -1、MMT4）と脳幹部病変の縮小傾向を認めている。【考察】脳幹部病変の鑑別として橋中心髄鞘崩壊症、脳腫瘍、多発性硬化症などを挙げたが病歴や検査結果から否定的であった。病歴と甲状腺機能低下から粘液水腫性昏睡も鑑別に挙がるが、抗菌薬とレボチロキシナトリウムの開始がほぼ同時であり、意識障害の主原因疾患の判断が困難であった。

Memo

This image shows a full page of handwriting practice paper. It features multiple sets of horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for letter height and placement. The background is white, and the lines are thin and light gray. There are no margins, text, or other markings on the page.