

第 1 9 6 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 4 年 1 0 月 2 1 日 (日)
午前 9 時～午後 0 時

会 場 茨城県立健康プラザ 3 階大会議室

当番幹事 松崎靖司 (東京医科大学 茨城医療センター)

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 196 回茨城県内科学会

日 時 平成 24 年 10 月 21 日 (日) 午前 9 時～午後 0 時
場 所 茨城県立健康プラザ 3 階大会議室
当番幹事 松崎靖司 (東京医科大学 茨城医療センター 病院長)

●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 10 月 11 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 3 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 196 回当番幹事

連絡先: 東京医科大学 茨城医療センター 松崎靖司
〒300-0395 稲敷郡阿見町中央 3-20-1
Tel 029-887-1161 Fax 029-887-6266

●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 9:00～9:05 藤原 秀臣（総合病院土浦協同病院 名誉院長）

一般演題

9:05～9:29 座長 総合病院土浦協同病院 齊藤 和人

1. 増悪時，血色素の低下を認めずに，数日後血色素低下が明らかとなったびまん性肺胞出血の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

○藤田一番¹、鶴崎聡俊¹、恩田直美¹、金澤 潤¹、角田義弥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

2. 肺病変を認めた成人 still 病の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○橋本和軌、石川宏明、渡辺裕子、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

3. LAMP 法を用いて肺結核と早期に診断できた2症例

株式会社 日立製作所日立総合病院 内科(呼吸器)

○吉田和史、国府田 恵、清水 圭、山本祐介、名和 健、岡 裕爾

9:29～9:53 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

4. 難治性気管・気管支軟化症を呈した再発性多発軟骨炎の1例

東京医科大学茨城医療センター 呼吸器内科

○根本健司、伊藤昌之、仙波征太郎、足立秀喜、中村博幸

5. 検診で発見された部分肺静脈還流異常症（Scimitar 症候群）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

○島 惇、渡辺裕子、石川宏明、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

6. 血痰を契機に発見された Capillary hemangioma の一例

総合病院土浦協同病院 1 呼吸器内科 2 内科

○杉木 馨¹、齋藤弘明¹、足立雄太¹、山下高明¹、若井陽子¹、齋藤和人¹、
高部和彦¹、篠原陽子¹、田澤潤一²、家坂義人²

9:53～10:17 座長 東京医科大学 茨城医療センター 菱田 良平

7. 線維筋痛症患者（FM）の血中セロトニン値、GABA値、及び、ノルアドレナリン値の検討

亀田内科

○亀田貞彦、藤咲麗子、沼田真子、砂森美枝子

8. 発熱と全身疼痛で発症し Crowned dens 症候群と診断された一例

茨城県立中央病院 1 総合診療科 2 神経内科

○桑名梨里子¹、関 昇子¹、小松義希¹、田地広明¹、関 義元¹、平田秀爾²、
小國英一²

9. 腫瘍様の病変，HLA-B51 陽性，髄液中 IL-6 高値を呈し，神経ベーチェット病と考えられた 43 歳男性例

筑波大学医学医療系神経内科学

○清水達也、寺田 真、野原誠太郎、詫間 浩、玉岡 晃

10:17～10:41 座長 東京医科大学 茨城医療センター 青柴 和徹

10. 陽子線照射後照射範囲外に浸潤陰影を認めた高齢肺癌の 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

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

11. ARDS を来した肺炎球菌性肺炎の1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

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

12. 左上葉切除後、左主気管支の変形狭窄を来し、慢性肺アスペルギルス症を発症した1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

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

10:41～11:13 座長 東京医科大学 茨城医療センター 柳生 久永

13. 血糖値 1596 mg/dl で発症した若年ソフトドリンクケトosisの一例

1 秦病院 内科・循環器内科 2 昭和大学病院 糖尿病内科

○近藤誠太¹、櫻井将之¹、吉津 徹¹、小澤 興¹、森田 亮²

14. 腎機能障害と蛋白尿を契機として強皮症と診断した一例

JA とりで総合医療センター 内科

○平田浩聖、平井俊行、河崎智樹、吉田紗矢香、久山 環、前田益孝

15. 腹腔内 CDDP 投与が奏効した悪性腹膜中皮腫の一例

東京医科大学茨城医療センター

1 卒後臨床研修センター 2 消化器内科 3 消化器外科

○鈴木直樹¹、村上 昌²、門馬匡邦²、小西直樹²、屋良昭一郎²、伊藤真典²、
平山 剛²、岩本淳一²、齋藤吉史²、池上 正²、本多 彰²、小西 栄³、
生方英幸³、田淵崇文³、松崎靖司²

16. 透明フード使用にて露出血管を確認し、内視鏡的クリッピング法にて止血し得た
十二指腸傍乳頭憩室出血の1例

北茨城市立総合病院 内科

○渡辺裕介、佐藤勝久、渋谷太郎、永田博之、山尾秀二、細村幹夫、藤枝 毅、
油井 満、植草義史

ミニレクチャー

11:15～11:55 座長 東京医科大学 茨城医療センター 松崎 靖司

「肝炎・肝がんの掘り起こしと病診連携」

講師 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科
准教授 池上 正 先生

閉会挨拶 11:55～12:00 松崎 靖司（東京医科大学 茨城医療センター 病院長）

幹事会 12:00～

ミニレクチャー抄録

肝炎・肝がんの掘り起こしと病診連携

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 池上 正

人口あたりの医師数が全国から2番目に少ない我が県において、他の分野同様肝疾患領域も専門医数の不足、偏在が問題となっている。一方、C型肝炎をはじめとするウイルス性肝炎のキャリアレートは統計上全国平均並とされているが、治療にアクセスできる患者は限定され、また進行した状態で発見される肝がんが少なくない。今回のミニレクチャーでは、これらの課題を克服するためのわれわれの試みについて紹介し、肝炎、肝がんの掘り起こしのために何が必要かを提言したい。

抄 録

1. 増悪時、血色素の低下を認めずに、数日後血色素低下が明らかとなったびまん性肺胞出血の 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

○藤田一番 1)、鶴崎聡俊 1)、恩田直美 1)、金澤 潤 1)、角田義弥 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)

胸部X-P上の広範な陰影に加え、有意な血色素低下を認めた際、びまん性肺胞出血(DAH)が強く疑われる。増悪時、血色素低下を認めず、数日後に血色素低下が明らかとなったDAHの2例を最近、経験したので考察を加え報告する。

[症例 1] 2011 年 6 月に血痰、両肺のシガラス影にて当科を受診した 81 歳女性. BALにて肺胞出血を認めた. ANCA 陰性だが, DAH, 腎機能障害, 尿潜血陽性より ANCA 関連血管炎を疑い, PSL パルスを施行した. 7 月 2 日には SpO2 低下, 入院時の Hb 10.8 から Hb 6.8 と低下し, IVCY 及び MAP を投与した. その後は PSL 及び AZP の内服で安定していた.

左大腿骨頸部骨折整復術後の 3 月中旬に発熱, 両肺にシガラス影を認めた. 25 日に挿管, PSL パルス, DIC の加療が施行されたが改善せず, 4 月 4 日に当科に転院した. BAL で肺胞出血を認め, 血管炎の再燃を疑い, IVCY を投与した. 陰影出現時には Hb 9.9 であったが, 6 日には Hb 6.6 と低下し, MAP を投与した.

[症例 2] 間質性陰影の精査目的に入院した 74 歳男性. BAL で好酸球増多を認め, 好酸球性細気管支炎を疑い PSL 30m で加療された. BAL で好酸球は低下しており, 6 分間歩行でも歩行距離の有意な改善を認め一旦退院したが, 7 月 6 日に発熱, 咳嗽, 低酸素血症で再入院した. 動脈血ガス上(O2 2L 下) PaO2 45.6, 両下肺の間質性陰影が増加し, BAL で肺胞出血を認めた. ANCA 陰性, 尿潜血(+/-)だが腎機能は悪化しており, ANCA 関連血管炎を疑い, PSL パルス, IVCY を投与し, NPPV 管理とした. この時点で再入院時の Hb 15.1 から, Hb 12.5 に低下した.

DAH は呼吸困難・血痰・喀血などの呼吸器症状とびまん性肺病変の出現から疑われることが多く, BAL にて洗浄を重ねる度に徐々に濃くなる血性洗浄液を得ることで確定診断を得る. DAH 発症初期は血管透過性が軽度であり浸出液中に赤血球を含まないことが示唆された. 呈示 2 例で示したが, 広範陰影出現直後の鑑別診断の中に血色素低下を認めない場合であっても DAH を考慮する必要がある.

2. 肺病変を認めた成人 still 病の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○橋本和軌、石川宏明、渡辺裕子、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

[症例] 48 歳, 女性。

[主訴] 発熱

[現病歴] X 年 9 月下旬から 38.5 度の発熱が出現し, 翌日から 39 度の発熱が持続した。近医受診し抗生剤を投与されたが症状は改善しなかった。WBC12600/ μ l (st10%, seg77%), CRP10.54mg/dl と炎症反応高値であり、AST128IU/l, ALT120IU/l と肝障害を認められ、近医に入院し抗生剤により加療されたが炎症反応高値が持続した。入院後、乾性咳嗽が出現し胸部 CT 検査で両側肺底部に間質性陰影が認められたため精査目的に当科転院した。

[既往歴] 慢性蕁麻疹 (42 歳), 橋本病 (43 歳)

[家族歴] 特記事項なし

[生活歴] 喫煙歴: なし 飲酒: しない 職業: 調理師 ペット: なし

[入院後経過]

39 度台の発熱、関節痛、サーモンピンク疹、白血球増加、咽頭痛、リンパ節腫脹、フェリチン高値を認めた。リウマチ因子及び抗核抗体が陰性で、感染症や悪性腫瘍、他の膠原病を示唆する所見が無かったことから成人 still 病と診断した。胸部 CT 検査で両下葉にスリガラス陰影を認め、Ga シンチグラフィで両肺に集積を認めたため気管支鏡検査を施行した。経気管支肺生検で肺泡中隔の線維化、炎症細胞の浸潤を認めた。気管支肺泡洗浄液の所見は、細胞数 0.49×10^5 /ml (細胞分画 好中球 6%、リンパ球 3%、好酸球 5%、マクロファージ 86%)、CD4/8 比 2.54 であった。PSL30mg 内服を開始し、炎症反応とフェリチンが低下し症状は速やかに改善し、胸部 CT 検査では両下葉のスリガラス陰影の改善を認めた。PSL を漸減し 12 月 3 日退院した。

[考察] 成人 still 病の肺病変は比較的稀な病態であり、更に生前に肺組織の得られた症例は少ないため、若干の文献的考察を加え報告する。

3. LAMP 法を用いて肺結核と早期に診断できた 2 症例

株式会社 日立製作所日立総合病院 内科(呼吸器)

○吉田和史、国府田恵、清水 圭、山本祐介、名和 健、岡 裕爾

【はじめに】LAMP 法とは大規模な機器や複雑な操作を必要とせずに、短時間で核酸増幅が可能な方法である。この LAMP 法による結核菌検出は特異性が高く、その診断精度は従来の PCR 法と同等との報告がなされている。今回当院において LAMP 法を用いて迅速に肺結核と診断することができた 2 症例を経験したので報告する。

【症例① 76 歳女性】近医で高血圧、糖尿病、悪性関節リウマチに対して内服加療が行われていた。3 日前頃からの発熱があり、また口内炎の疼痛のため食欲が低下した。前医を受診したところ、室内気で SpO₂ 88%と低値、胸部 X 線写真では両肺野に広範な浸潤影を認め当院に紹介入院となった。I 型呼吸不全を呈しており、胸部 CT では両肺に気道分布性を示す無数の粒状影、斑状影、浸潤影を認めた。細菌性肺炎、非定型肺炎を疑い CTRX2g/day、AZM500mg/day の静注を行ったが 37℃台の発熱が持続し呼吸不全も改善しなかった。肺結核を疑ったが喀痰の採取ができず、入院 6 日目に胃液を採取した。抗酸菌塗抹は陽性(ガフキー2 号相当)で、同日結核菌 LAMP 法が陽性と判明した。排菌のある肺結核と診断し同日他院へ転院となった。

【症例② 73 歳男性】1 年前から体重が減少していた。4 か月前からの咳嗽と微熱を主訴に前医を受診した。胸部 X 線写真では左上肺野の浸潤影を認め、当院を紹介受診した。胸部 CT では左上肺を中心とする多発空洞影と気管支分枝に沿った撒布性の粒状影と右胸水貯留を認め肺結核が疑われた。喀痰は採取できず、胃液を採取した。結核菌塗抹検査が陽性(ガフキー3 号相当)で、同日結核菌 LAMP 法が陽性と判明した。排菌のある肺結核と診断し同日他院へ紹介、入院となった。

【考察】2 症例とも結核菌 LAMP 法を用いて迅速に肺結核と診断し、適切な医療機関へ紹介することができた。肺結核の感染拡大のリスクを減らすためにも本症例は有用であると考ええる。

4. 難治性気管・気管支軟化症を呈した再発性多発軟骨炎の1例

東京医科大学茨城医療センター 呼吸器内科

○根本健司、伊藤昌之、仙波征太郎、足立秀喜、中村博幸

症例は64歳男性。以前より気管支喘息として他院で加療されていたが、約6ヵ月前から進行性の労作時呼吸困難を認め当院へ受診された。身体所見上、鞍鼻、両耳介の腫脹、眼球結膜充血と両膝関節痛を認めた。胸部CT画像では有意な異常所見を認めなかったが、気管支鏡検査にて気管から両主気管支の呼気時50%以上の内腔狭窄を認めた。血管炎や膠原病を示唆する検査所見はなく、耳介軟骨生検の結果より軟骨炎の所見を認めたため、本症例は気管・気管支軟化症を伴う再発性多発軟骨炎と確定診断した。診断後、PSL 0.8mg/kgにて治療を開始した。また本症例に比較的特異度が高く、治療抵抗性の指標とされる抗Ⅱ型コラーゲン抗体が高値であったことから、免疫抑制剤(cyclophosphamide)も併用した。現在も治療継続中であるが、今のところ症状の改善は得られていない。再発性多発軟骨炎は、軟骨の慢性炎症を主徴とする稀な疾患である。原因は不明であるが、本症例の様に軟骨細胞が産生するⅡ型コラーゲンに対する抗体が高率に検出されることもあり、軟骨を病態の主座とする何らかの自己免疫学的機序が病因と考えられている。臨床症状も多岐にわたり、また経過も様々であることからしばしば診断に難渋する事も多く、今回の様に他疾患として診断、加療を受けている場合も多いと考えられる。本疾患の治療はPSLが中心であるが、治療抵抗性の場合には免疫抑制剤の併用も試みられている。しかしながら、本症例の様に難治症例における治療法に関しては一定の見解がないのが現状であり、症例の蓄積が重要と考える。今回我々は稀な疾患である難治性気管・気管支軟化症を呈した再発性多発軟骨炎を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

5. 検診で発見された部分肺静脈還流異常症（Scimitar 症候群）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

○島 惇（しま じゅん）、渡辺裕子、石川宏明、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

症例は 15 歳，男性．生来健康で，症状はなく，運動の制限等も認めなかった．検診での胸部 X 線で右肺野に異常陰影を認め，精査目的に当院を紹介受診した．胸腹部の造影 CT で肺静脈が下大静脈へ還流する像を認め，部分肺静脈還流異常症（Scimitar 症候群）と考えられた．肺動脈造影で右肺の異常静脈が下大静脈へ合流する像を認めた．右心カテーテル検査では肺動脈圧，右室圧，右房圧でいずれも軽度の上昇を認めた．血液サンプリングでは右房-下大静脈間で O₂-step up を認め，右房-下大静脈移行部に異常血管の合流があると考えられた．Q_p/Q_s 比は 1.71 で，シャント率は 41.5%であった．今回われわれは検診を契機に発見された部分肺静脈還流異常症を経験したので，文献的考察を加え報告する．

6. 血痰を契機に発見された Capillary hemangioma の一例

総合病院土浦協同病院 呼吸器内科¹⁾、内科²⁾

○杉木 馨¹⁾、齋藤弘明¹⁾、足立雄太¹⁾、山下高明¹⁾、若井陽子¹⁾、齊藤和人¹⁾、
高部和彦¹⁾、篠原陽子¹⁾、田澤潤一²⁾、家坂義人²⁾

背景. 気管支内腔 Capillary hemangioma は小児には頻度が高い. しかし, 成人においては稀である. 今回我々は, 成人における気管支内腔 Capillary hemangioma の 1 例を経験したので報告する. 症例. 61 歳男性. 血痰を主訴に受診. 胸部 X 線写真で特記すべきものはなかったが, 気管支内視鏡検査で左主気管支に発赤した表面平滑の隆起性病変を認めた. 生検にて病変は内視鏡所見上認めず, 病理所見より Capillary hemangioma と診断した. 2 か月後に再発したため, Nd-YAG レーザー治療を施行. 腫瘍の消失と症状の改善を得て, その後再発はない. 結論. 血痰を呈した Capillary hemangioma を気管支鏡下生検にて診断し, Nd-YAG レーザー治療で腫瘍の消失を認めた. 成人における気管支内腔 Capillary hemangioma は稀であり, 貴重な症例であるため報告する.

7. 線維筋痛症患者（FM）の血中セロトニン値、GABA値、及び、ノルアドレナリン値の検討

亀田内科

○亀田貞彦、藤咲麗子、沼田真子、砂森美枝子

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、推定されているところである。そして、GABAは上位中枢にて抑制的作用があり、ノルアドレナリンはSNRIがFMにて使用されることが多い事もあり関心のある所である。血中セロトニン値については、FMの方の平均 73.8ng/ml であり、健常人の平均 145ng/ml より、はるかに低値であった。血中セロトニン値の推移の検討では、セロトニン値が低値で不変の case は治療に難渋した。

GABAは脳で抑制的に働くと言われている。そのため血中GABA値を検討した。FMの方の血中GABAの平均値は145pmol/ml で健常人の平均163pmol/ml より低値であった、 $t=1.74$ 、 $\alpha=1.0$ 、有意の差の可能性はある。FMの方のGABA値と痛み度の相関の検討では、相関係数 0.18 と相関は低かった。FMの方の血中ノルアドレナリン値は 0.55ng/ml で、健常人の平均は 0.29ng/ml であり、 $t=2.95$ 、 $\alpha=0.01$ と優位の差を認めた。興味あるところである。セロトニンとノルアドレナリンの相関は $\gamma=0.01$ であり、相関はなしと考えられる。ノルアドレナリンと痛み度の相関は $\gamma=-0.05$ であり、相関はないと考えられる。

血中セロトニンとACR2010の新基準での点数との検討では、ACRの総計点数では、全く相関は無かった。しかし、痛み部位の点数とセロトニン値での相関は $\gamma=0.30$ であった。痛みを考える点で興味ある結果であった。

8. 発熱と全身疼痛で発症し Crowned dens 症候群と診断された一例

○桑名梨里子¹⁾、関 昇子¹⁾、小松義希¹⁾、田地広明¹⁾、関 義元¹⁾、平田秀爾²⁾、小國英一²⁾

1) 茨城県立中央病院総合診療科 2) 同 神経内科

【症例】85 歳女性（主訴）発熱、全身疼痛（既往歴）肺結核、変形性脊椎症、坐骨神経痛、溢流性尿失禁（現病歴）入院 1 週間前から 37℃台の発熱が出現し、入院当日には 39℃まで上昇し、頸部・背部痛の増悪のため起立困難となり当院救急外来を受診した。経過中に頭痛、嘔気・嘔吐、下痢症状はなかった。来院時の身体所見は JCS I -1、BT38.8℃、BP167/79mmHg、HR98bpm、後頸部から両肩・背部にかけての著明な疼痛を認め、頸部の前後屈や左右回転運動は不可能であった。胸腹部に異常所見は認めず、肋骨脊椎角叩打痛もなかった。皮疹や関節腫脹も認めなかった。検査所見では WBC 9800/ μ l、CRP 16.56mg/dl、血沈 1 時間値 68mm、と炎症所見の高値を認めた。胸腹部造影 CT では明らかな感染巣は指摘できず、精査目的に入院となった。発熱、後頸部～背部痛の精査として化膿性脊椎炎を疑い脊椎 MRI を撮像したが、否定的であった。感染性心内膜炎の鑑別のため経胸壁心エコーを施行したが明らかな疣贅は認めなかった。膠原病、血管炎のスクリーニングで提出した抗核抗体、MPO-ANCA は陰性であった。結核の鑑別のため施行したツベルクリン反応は弱陽性であった。経過中に両側手関節の発赤・腫脹・疼痛が出現し、単純レントゲンにて両側手関節と両側膝関節の軟骨石灰化を認め、偽痛風と診断した。発熱・頸部痛の鑑別として Crowned dens syndrome を挙げ、頸椎 CT を施行したところ、軸椎歯突起周囲の石灰化を認めた。臨床症状及び画像所見より Crowned dens syndrome と確定診断し、NSAIDs による治療を開始した。治療開始後 4 日目には後頸部痛は改善し、頸部の左右回転運動も可能となった。

【考察】Crowned dens syndrome は軸椎歯突起の靱帯にピロリン酸カルシウムの結晶が沈着し、発熱、急性の頸部痛、炎症所見高値を来す疾患として、Bouvet らが 1985 年に初めて報告した。臨床所見から、髄膜炎やリウマチ性多発筋痛症と誤診されやすく、頸椎単純 CT を撮像し、鑑別することが重要である。

9. 腫瘤様の病変, HLA-B51 陽性, 髄液中 IL-6 高値を呈し, 神経ベーチェット病と考えられた 43 歳男性例

○清水達也、寺田 真、野原誠太郎、詫間 浩、玉岡 晃
筑波大学医学医療系神経内科学

症例は 43 歳男性. X-3 年 6 月に頭痛, 発熱が出現し前医を受診した. 頭部 MRI で右視床に mass effect を伴う腫瘤様の病変をみとめ, 脳生検を施行されたが悪性腫瘍は否定的であった. 臨床経過の時間的・空間的多発から多発性硬化症と診断され, プレドニゾロン (PSL) 内服により症状は軽快した. 以後ステロイド減量に伴い発熱を伴う再発を繰り返し, X-1 年 7 月に左視力低下, 左顔面の感覚鈍麻, 左下肢痙性麻痺が出現した. 頭部 MRI 上, 右視床, 左内包にガドリニウム (Gd) 造影効果を伴う T2WI 高信号領域を認めたが, ステロイドパルス療法で軽快した. X 年 1 月に左上下肢の筋力低下, 左優位の両下肢痙性の増悪を来し, 当院緊急入院となった. 頭部 MRI にて右放線冠と両側内包前脚に Gd 造影効果を伴う T2WI 高信号領域を認め, ステロイドパルス療法で軽快した. 4 月には左側頭葉, 右視床, 右上小脳脚, 7 月には左視床を中心に頭部 MRI にて Gd 造影効果を伴う腫瘤様の T2WI 高信号領域を認め, 何れもステロイドパルス療法で軽快した. 再発時に多形核球優位の髄液細胞数上昇, 髄液 IL-6 15800 pg/ml と著明高値を認めたが, ステロイド投与により臨床症状とともに速やかに改善した. 本症例は再発性の有痛性口腔内アフタ以外の全身症状に乏しく, 診断基準は満たさないものの, ステロイド反応性の髄膜脳炎を呈し, 脳幹, 視床, 基底核を中心とした病変の局在, HLA-B51 陽性, 髄液中 IL-6 高値から, 神経ベーチェット病と考えられた. 神経ベーチェット病で稀に腫瘤様の病変を呈する症例があり, 脳腫瘍や感染性腫瘍, 多発性硬化症などの鑑別が困難となる. 腫瘤様の中樞神経病変の鑑別における HLA タイピングと髄液中 IL-6 測定の意義につき, 若干の文献的考察を含め報告する.

10. 陽子線照射後照射範囲外に浸潤陰影を認めた高齢肺癌の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

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

【症例】84歳男性。

【主訴】胸部異常陰影

【現病歴】2009年3月から4月にかけて筑波大学附属病院で肺癌に対し陽子線72.6 Gy照射した。照射範囲外に浸潤陰影が出現したため気管支鏡検査を予定したが、本院の拒否で中止。高齢、自宅が遠方であるため2010年6月本院紹介となった。白血球数3400、CRP 1.37、酸素飽和度は室内気で96%。ラ音は聴取せず。臀部に軽度の褥瘡があり、糖尿病の合併を認めた。PS 2。胸部レントゲン、CTでは両側肺にすりガラス陰影、固質化陰影を認めた。

【経過】本人、家族との相談の上、苦痛をできるだけ除去し、通院治療を実施する方針とした。副腎皮質ホルモン製剤を投与せず経過観察としたが在宅酸素療法を必要とせず、画像上も陰影の拡大や無気肺の進行もみられず。紹介来院から2年2カ月を経過した現在、肺癌の再発なく、放射線肺炎の増悪もみられていない。

【考察】放射線照射後に照射範囲外にすりガラス陰影、固質化陰影の出現をみる例があり、急速に呼吸不全を来す例もみられる。本例では経過観察のみで陰影はむしろ軽快した。感染合併や安易な副腎皮質ホルモン製剤の投与を控えることで呼吸不全の増悪をみることなく在宅の期間をつくれた意義は少なくなく、貴重な症例と判断され報告した。

11. ARDS を来した肺炎球菌性肺炎の 1 例

茨城東病院呼吸器内科

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

【症例】58 歳女性。ダウン症候群、糖尿病、低血圧症で加療中であった。5/25 より発熱を認め CAM400mg/day を開始した。しかし発熱持続しており 5/27 には SpO₂ 70%台に低下したため当院救急搬送となった。入院時右上葉に大葉性肺炎像を認め両側肺門部には air bronchogram を伴う浸潤影を認めた。血液培養は陰性であったが尿中肺炎球菌抗原陽性、喀痰培養で肺炎球菌が検出されたことから右上葉の肺炎球菌性肺炎を契機に ARDS、DIC に至ったと考えられた。両側肺門部浸潤影は ARDS による透過性肺水腫の所見と考えられた。

入院後人工呼吸器管理とし BIPAP3g×3、ステロイドパルス 3 日間、シベレスタットナトリウム（計 14 日間）を開始し、DIC の治療としてヘパリン 1 万単位、ガベキサートメシル酸塩 800mg/day、AT-Ⅲの補充を行なった。右上葉の浸潤影は徐々に改善したが両側肺門部の浸潤影は一時増悪傾向であったが、その後陰影および呼吸状態も改善傾向であり 6/11 には抜管となった。

【結論】肺炎球菌による右上葉の大葉性肺炎を契機に ARDS、DIC を来した症例である。肺炎像と ARDS による butterfly shadow が混在していたため診断、および治療効果の判断に苦慮した。本症例は肺炎球菌尿中抗原陽性であり迅速な診断、および治療選択に有益であった。

12. 左上葉切除後、左主気管支の変形狭窄を来し、慢性肺アスペルギルス症を発症した 1 例

独立行政法人 国立病院機構 茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

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

症例は 71 歳男性、既往歴：肺結核に対し左上葉切除術が施行されている。1 か月前から続く血痰の精査目的に当院に入院となった。採血上アスペルギルス抗体陽性、胸部 C T 上左上肺野に空洞を認めた。空洞壁の一部が肥厚し、気管支洗浄液から菌糸は証明されなかったが、壁在型肺アスペルギルス症と診断した。気管支鏡検査で左主気管支は変形狭窄を来していた。左肺容積低下、代償性右肺過膨張を認め、左肺の換気・血流は低下していた。呼気時に air trapping を認め、同現象は左側臥位時にさらに増強した。以前からある左側臥位の呼吸困難を説明できると考えられた。左肺上葉切除による bronchial obstruction を起こし、同部位に慢性肺アスペルギルス症を発症した症例と考え、文献的考察を含めて報告する。

13. 血糖値 1596 mg/dl で発症した若年ソフトドリンクケトーシスの一例

秦病院 内科・循環器内科

○近藤誠太、櫻井将之、吉津 徹、小澤 興

昭和大学病院 糖尿病内科

森田 亮

症例は 20 歳男性。主訴は多飲・多尿・食欲不振・体重減少・腹痛・嘔気・嘔吐。現病歴として生来健康であった。2012 年 7 月中旬より突然口渇を自覚するようになり飲水（主に炭酸飲料）を多量に行っていたが改善なくその後、経口摂取困難となり 7 月 21 日に近医受診した。尿検査にて尿糖・尿蛋白指摘され、血液検査施行し帰宅した。しかしその後も症状改善ないため、7 月 22 日当院救急外来受診した。来院時、意識レベル低下認めており、血液検査上、BS 1596mg/dl と高血糖認め、緊急入院となった。入院時の血液検査所見で高度脱水を示唆する腎機能低下と血液濃縮所見・電解質異常の他、HbA1c10.4%（JDS）、血中ケトン体の上昇、動脈血ガス分析において代謝性アシドーシス、尿中ケトン体の出現も認めており、糖尿病性ケトアシドーシスと診断した。急性期は脱水の改善を大量補液で行いつつ、インスリン持続静注にて血糖降下を図った。大量補液により腎不全も改善認め、血糖降下と共に尿中ケトン体も消失した。その後、血糖落ち着いたところで食事開始と共に強化インスリン療法；インスリン皮下注射に切り替え最終的に超速効型インスリン＋持効型インスリンの計四回注射で退院。抗 GAD 抗体と IA2 抗体が陰性であり 1 型糖尿病は否定的で、炭酸飲料多飲の経過から 2 型糖尿病をベースに発症したソフトドリンクケトーシスと考えられた。血糖値 1596 mg/dl と比較的高血糖で発症したソフトドリンクケトーシスの若年症例を経験したので報告する。

14. 腎機能障害と蛋白尿を契機として強皮症と診断した一例

JA とりで総合医療センター 内科

○平田浩聖、平井俊行、河崎智樹、吉田紗矢香、久山 環、前田益孝

【症例】70 歳女性

【現病歴】14 年前より慢性甲状腺炎，11 年前より高血圧症にて近医に通院していた。高血圧症に対しては降圧剤 4 剤内服にて収縮期血圧 160mmHg 前後であった。尿検査で尿蛋白(2+)を認め、血液検査でも腎機能障害を認め当院紹介受診となり、精査加療目的で入院となった。一般身体所見上、手指皮膚の硬化を軽度認めた以外は関節痛、皮疹、Raynaud 現象含め異常を認めなかった。血液検査では Cre1.56mg/dl と腎機能障害を認め、尿検査では尿蛋白 0.25g/day を認めた。

【入院後経過】入院後の検査で抗核抗体陽性、抗 Scl-70 抗体陽性、抗セントロメア抗体陽性であり、強皮症を疑い診断確定のため皮膚生検、腎生検を行った。腎生検では一部糸球体に全節性、分節性の硬化像を認め、小動脈には顕著な内膜肥厚を認め内腔が狭小化している onion skin lesion を認め、悪性腎硬化症の像を呈した。皮膚生検でも強皮症の浮腫期に準ずる所見を認め、強皮症と診断した。合併症の精査も行い、上部消化管内視鏡を施行したが所見としては慢性胃炎のみであった。また SP-D が高値であったため、胸部 CT を施行したが間質性肺炎の像は認めなかった。心臓超音波検査でも明らかな異常は認めなかった。また他の二次性高血圧症の精査も行ったが、異常は認められなかった。ステロイド治療の適応はないと判断し、保存期腎不全として、食事管理、血圧管理、ACE 阻害薬と抗血小板薬の投与を開始した。皮膚病変に関しては限局型と考えられ、現時点では経過観察とした。今後皮膚病変および臓器合併症に関し経過観察を行っていくが、増悪時には治療方針を再検討する予定である。

15. 腹腔内 CDDP 投与が奏効した悪性腹膜中皮腫の一例

○鈴木直樹¹、村上 昌²、門馬匡邦²、小西直樹²、屋良昭一郎²、伊藤真典²、
平山 剛²、岩本淳一²、齋藤吉史²、池上 正²、本多 彰²、小西 栄³、
生方英幸³、田淵崇文³、松崎靖司²
東京医科大学茨城医療センター 卒後臨床研修センター¹、
消化器内科²、消化器外科³

【症例】72 歳, 男性.

【現病歴】ビル解体業に従事していた. 平成 22 年 11 月からの腹満及び食思不振を
主訴に当院受診, 多量の腹水貯留が確認され当科入院となった.

【現症】身長 156 cm. 体重 59.5 kg. 体温 37.0 °C. 血圧 123/64 mmHg. 脈拍 71 回
/min. 腹部は著明に膨隆し波動を触知する. 圧痛及び腹膜刺激症状は認めない.

【経過】血液検査では Alb 1.7 g/dl まで低下し, CA125 356.2 U/ml と上昇を認め
た. 腹水では CA125 837.8 U/ml, ヒアルロン酸 80800 ng/ml と著増していた. 腹水細
胞診で PAS 反応陽性の中皮細胞由来と考えられる異型細胞が多数確認された. CT は
多量の腹水を認めたが, 胸部及び腹部に腫瘤性病変はなかった. PET-CT では腹腔内
に淡い FDA 集積が散見された. 以上の所見から腹膜中皮腫を強く疑ったが, ECOG PS
2~3 及び低栄養状態であり腹膜生検は困難と判断した. CDDP 100mg 腹腔内投与を
14 日毎に 2 コース施行したところ, 腹水は著明に減少した. 経口摂取可能となり,
全身状態の改善もみられ, 腹腔鏡下腹膜生検及び腹膜ポート増設を行った. 術中所
見は, 壁側腹膜に明かな病変は確認出来なかったが, 大網を中心に結節性病変を認
め, 同部位より腹膜生検を行った. 病理組織診断より上皮型の悪性腹膜中皮腫と確
定診断した. 2 コース目に有害事象として grade 3 の嘔吐を認めたため CDDP 50mg
に dose down し腹腔内投与を術後 2 週間目から再開した. 現在も腹水の再貯留なく,
外来通院中である.

【考察】悪性腹膜中皮腫は比較的稀な腫瘍で予後不良とされており, 治療法も確立
されていない. 今回われわれは腹腔内 CDDP 投与を先行することにより腹膜生検が
可能となり, 腹膜悪性中皮腫の確定診断を得た一例を経験したので文献的考察を加
えて報告する.

16. 透明フード使用にて露出血管を確認し、内視鏡的クリッピング法にて止血し得た十二指腸傍乳頭憩室出血の1例

北茨城市立総合病院内科

○渡辺裕介、佐藤勝久、渋谷太郎、永田博之、山尾秀二、細村幹夫、藤枝 毅、
油井 満、植草義史

【背景】十二指腸憩室出血は比較的まれな疾患であり、発症部位によっては内視鏡診断すら困難な場合があるために外科治療を要することが多かった。1992 年に山田らによって初めて内視鏡的止血術の症例が報告されて以来、内視鏡的治療症例の報告が散見されるようになった。

【症例】55 歳、男性

【主訴】めまい、黒色便

【既往歴】狭心症、白内障

【生活歴】喫煙歴：30 本/日×30 年（現在禁煙中）、飲酒；ビール 350ml/日

【現病歴】2012 年 6 月 25 日に黒色便とめまいが出現。翌 26 日大量の黒色便排出を認め、当院を受診した。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行脚 Vater 乳頭口側に巨大憩室と新鮮血の流出を認め憩室内での出血が疑われたが、出血点を同定できなかった。続いて内視鏡先端に透明フードを装着し観察したところ憩室内の露出血管を確認し、内視鏡的クリッピング法にて止血した。その後は、特に合併症なく経過しており、現在再発など認めていない。

【考察・結語】十二指腸憩室出血は比較的まれな疾患であり、診断すら困難な症例も報告されている。また、内視鏡的止血に関しても十二指腸という解剖学的特性から、出血部の正面視さえも困難な症例もみられ、側視鏡などを使用している報告も散見される。今回、我々は透明フード使用にて良好な視野を確保でき、露出血管を同定止血に成功した。十二指腸憩室出血を内視鏡的クリッピング術にて止血し得た一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。