

第200回茨城県内科学会

日 時 平成26年3月8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 長澤俊郎(筑波記念病院)

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200回茨城県内科学会

日 時 平成26年3月8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 長澤俊郎(筑波記念病院 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2月27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200回当番幹事

連絡先:筑波記念病院 長澤俊郎
〒300-2622 つくば市要 1187-299
Tel 029-864-1212 Fax 029-864-8135

●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 筑波記念病院 榎本 強志

1. 妊娠に合併した発作性心房細動を伴う WPW 症候群に対し、ソタロール内服での経過観察を行った一例

水戸済生会総合病院 循環器科

○山下文男、會澤 彰、千葉義郎、福永 博、大平晃司、村田 実

2. 手術により寛解に至った paraganglioma の 1 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 泌尿器科、
3 病理診断科

○小林賢司¹、山田理仁¹、黒澤 亮¹、古橋杏輔¹、石山実樹¹、田畑文昌¹、
四方達郎¹、中山明人¹、中山久美子¹、田口修一¹、飯沼昌宏²、市村 靖²、
河田真子²、大谷明夫³

3. 家族歴を有するアンチトロンビンⅢ欠損症による深部静脈血栓症に対し外科的静脈血栓除去術を施行し良好な経過をたどった一例

土浦協同病院 1 循環器センター内科、2 心臓血管外科、3 内科

○岩澤 仁¹、蜂谷 仁¹、市原 登¹、増田 怜¹、高木崇光¹、黒井章央¹、
小松雄樹¹、宮崎晋介¹、谷口宏史¹、中村浩章¹、角田恒和¹、大貫雅裕²、
田沢潤一³、家坂義人¹

4. 初診の関節リウマチ患者で大量心嚢水貯留を認めた 1 例

茨城県立中央病院 1 膠原病リウマチ科、2 循環器内科、

3 筑波大学附属病院・茨城県地域臨床教育センター 膠原病リウマチ科

○小関啓太¹、高野洋平¹、国府田尚矢²、吉田健太郎²、美崎昌子²、武安法之²、
後藤大輔³

14:37～15:09 座長 日立総合病院 品川 篤司

5. 治療抵抗性で致死的経過を辿った後天性血友病

筑波記念病院 血液内科

○安田紗綾子、田岡謙一、福田匡芳、千勝紀生、佐藤祐二、長澤俊郎

6. 全身の疼痛発作をきたした鎌状赤血球症

筑波大学 血液内科

○小野村明夏、関 正則、真家紘一郎、黒田章博、宮本佳奈、小川晋一、
栗田尚樹、横山泰久、坂田麻実子、小原 直、長谷川雄一、千葉 滋

7. 成人 T 細胞性白血病 (ATLL) に対するモガムリズマブの使用経験

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 血液内科

○太田育代、高岩直子、吉田近思、米野琢哉

8. 熱帯熱マラリアの小児例

東京医科大学茨城医療センター 内科 (感染症)

○一木昭人、大須賀華子、大石 毅

15:09～15:33 座長 筑波記念病院 白岩 伸子

9. 発熱を契機とし慢性硬膜下血腫の診断・治療に至ったアルツハイマー型認知症女性
性の 1 例

茨城県立中央病院 総合診療科・神経内科

○大津和也、本多寛之、戸塚 翔、三宅善嗣、市毛博之、関根良介、関 昇子、
関 義元、小國英一

10. 橋本脳症が疑われた意識障害の 1 例

茨城県立中央病院 神経内科・総合診療科

○海老原 稔、小國英一、猪熊顕之、柳橋 進、野中 水、本多寛之、李 東旭、

関根良介、関 昇子、関 義元

11. 新生児期に腸管切除術を施行され、進行性の筋力低下からビタミンD (VitD) 欠乏性ミオパチーが疑われた 27 歳女性例
筑波大学医学医療系 神経内科学
○柳葉久実、大内香里、玉岡 晃

15:33～15:57 座長 独立行政法人国立病院機構茨城東病院 根本 健司

12. フッ素樹脂加工鍋の空焚きにて生じたポリマーヒューム吸入による肺障害の一例
JAとりで総合医療センター 呼吸器内科
○八木太門、三島有華、松岡英亮、尾形朋之

13. 急速に空洞形成を認め、敗血症性肺塞栓症との鑑別が困難であった肺結核の 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
○田中 尚、箭内英俊、上田篤志、乾 年秀、大澤 翔、沼田岳士、遠藤健夫

14. 高度の気管支狭窄を認めた縦隔型肺小細胞癌の 1 例
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 呼吸器内科
○野中 水、山田 豊、山口昭三郎、内海啓子、橋本幾太、鏑木孝之

15:57～16:29 座長 筑波学園病院 船山 康則

15. レジオネラ肺炎に続発した器質化肺炎の 1 例
独立行政法人国立病院機構茨城東病院 1 内科診療部呼吸器内科、
2 筑波大学医学医療系診断病理学
○根本健司¹、中澤真理子¹、藤田一喬¹、金澤 潤¹、櫻井啓文¹、林 士元¹、
高久多希朗¹、林原賢治¹、斎藤武文¹、南 優子²

16. 脳梗塞発症を契機に診断された肥満低換気症候群の1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○櫻井啓文、中澤真理子、藤田一喬、金澤 潤、根本健司、林 士元、高久多希朗、
林原賢治、斎藤武文

17. 診断、治療反応評価に Stress echocardiography が有用であった労作時肺高血圧症の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

○藤田一喬、中澤真理子、櫻井啓文、金澤 潤、根本健司、林 士元、高久多希朗、
林原賢治、斎藤武文

18. 健康診断で発見された Swyer-James 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 呼吸器科

○上田篤志、大澤 翔、田中 尚、乾 年秀、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

16:29~17:01 座長 筑波記念病院 池澤 和人

19. 当院でのB型肝炎診療の現況

茨城県立中央病院 茨城県がんセンター 消化器内科

○今西真実子、荒木真裕、菅谷明德、大関瑞治、藤枝真司、五頭三秀、天貝賢二

20. 大腸憩室出血の既往を有し、出血源検索に苦慮したメッケル憩室出血の1例

筑波記念病院 1 消化器内科、2 病理科、3 筑波大学附属病院 消化器内科

○越智大介¹、小林真理子¹、杉山弘明¹、添田敦子¹、本橋 歩¹、設楽佐代子¹、
池澤和人¹、中原 朗¹、葦 勇一²、金子 剛³

21. ループス膀胱炎を合併したループス腎炎にステロイド治療が著効した1例

株式会社日立製作所日立総合病院 腎臓内科

○小川達也、岩瀬茉未子、臼井俊明、植田敦志

22. 発熱源不明であったがオムツ交換の際にフルニエ壊疽を疑った2型糖尿病の一例
つくばセントラル病院 1 代謝内科、2 泌尿器科、3 外科、4 放射線科
○藤原 淳¹、厨川 謙²、福沢淳也³、渋谷陽子⁴

閉会挨拶 17:01～17:06 長澤 俊郎（筑波記念病院 院長）

幹事会 17:10～ 茨城県医師会 3階第一会議室

抄 録

1. 妊娠に合併した発作性心房細動を伴う WPW 症候群に対し、ソタロール内服での経過観察を行った一例

水戸済生会総合病院 循環器科

○山下文男、會澤 彰、千葉義郎、福永 博、大平晃司、村田 実

【症例】 35 歳女性

【既往歴】 3 歳時に WPW 症候群を指摘されたが、以後経過観察としていた。

【産科歴】 2010 年、妊娠 40 週で男児を出産 (3326g)

【現病歴】 2013 年 6 月 10 日に第 2 子妊娠を診断された。以前から時々数拍程度の動悸を自覚していたが、7 月 9 日 (妊娠 10 週) に動悸が生じ数時間持続するため、当院を受診した。心電図で 240 拍/分の R-R 間隔不整の wide QRS 頻脈が認められ、副伝導路を順行に伝導する心房細動と診断した。Thiopental 静注で鎮静し、直流通電 100J 1 回で洞調律へ戻した。妊娠中の副伝導路のアブレーションは、放射線被ばくの観点から発作が頻発する際の施行に限ることとし、比較的安全性が確認されているソタロール 40mg/日内服での加療とした。また、入院時は妊娠関連甲状腺機能亢進症を認めたが、自然経過で正常化した。以降、発作性心房細動の再発なく退院し外来通院していたが、10 月 22 日に子宮内感染から胎児死亡となり、妊娠 25 週 6 日に死産となった。

【考察】 本症例の死産に関しては、産科入院中の所見を検討の結果、胎児心拍に特記すべき経過は指摘されておらず、抗不整脈薬の直接の影響はなかったものと判断した。しかしながら、妊娠中の抗不整脈薬の選択については必ずしも安全とは限らず、使用事例の検討が今後とも要されるものと考えられた。

2. 手術により寛解に至った paraganglioma の 1 例

水戸医療センター 1)循環器内科、2)泌尿器科、3)病理診断科

○小林賢司¹⁾、山田理仁¹⁾、黒澤 亮¹⁾、古橋杏輔¹⁾、石山実樹¹⁾、田畑文昌¹⁾、
四方達郎¹⁾、中山明人¹⁾、中山久美子¹⁾、田口修一¹⁾、飯沼昌宏²⁾、市村 靖²⁾、
河田真子²⁾、大谷明夫³⁾

【症例】44歳、女性。

【主訴】高血圧。

【現病歴】2010年11月、職場の健康診断にて高血圧を指摘され、当院内科にて降圧薬による加療を開始した。また、鉄欠乏性貧血を合併しており婦人科紹介受診した。婦人科にて子宮筋腫と月経過多とを指摘され加療開始となった。2011年7月に至適血圧までの降圧が認められ、内服加療を中止した。2012年12月、再び高血圧と貧血とを認めたため、2次性高血圧を含めたスクリーニング検査を施行した。

血中アドレナリン3分画にてNorAd 3615pg/mlと以上高値を認め、褐色細胞腫疑いでMRI検査を施行した。MRI検査にて交感神経節に発生した35×20×35mm大の腫瘍性病変を認めたため、paragangliomaとの診断となった。再度降圧薬での加療を開始した。2013年1月17日、腫瘍性病変の外科的切除目的に当院泌尿器科紹介。paragangliomaの全身検索を行うためMIBGシンチとCTとを施行した。CTにて下大静脈腎静脈合流部の背側に35×20×35mm大の腫瘍性病変を認めた。また、MIBGシンチにてL1の高さ、正中からやや右外側に高集積像を認めた。

3月12日、当院泌尿器科にて腹腔鏡下右副腎摘除術施行した。術後は脈拍60回/分であり、また、収縮期血圧は降圧薬の内服加療を行わずに130mmHg前後で経過した。2次性高血圧の寛解と判断し、加療終了となった。

【考察】鉄欠乏性貧血の加療によって1度は高血圧が改善された。再度高血圧が急激に発症したことを契機に2次性高血圧と診断され、手術により寛解に至った症例を経験した。

3. 家族歴を有するアンチトロンビンⅢ欠損症による深部静脈血栓症に対し外科的静脈血栓除去術を施行し良好な経過をたどった一例

土浦協同病院 1)循環器センター内科、2)心臓血管外科、3)内科

○岩澤 仁¹⁾、蜂谷 仁¹⁾、市原 登¹⁾、増田 怜¹⁾、高木崇光¹⁾、黒井章央¹⁾、
小松雄樹¹⁾、宮崎晋介¹⁾、谷口宏史¹⁾、中村浩章¹⁾、角田恒和¹⁾、大貫雅裕²⁾、
田沢潤一³⁾、家坂義人¹⁾

症例は特に既往のない29歳男性。往復3時間の長距離バス乗車後、下腿の浮腫と疼痛を自覚し、当院救急受診。CTにて右膝窩静脈から下大静脈下端までの血栓と両肺動脈に粗大な血栓を認めたため、深部静脈血栓症ならびに肺塞栓症の診断にて入院加療となった。右心負荷所見なく、血行動態も安定していたことから、腎静脈下に下大静脈フィルター留置の上へパリンによる抗凝固療法を開始した。

慢性期の肺高血圧症への移行を懸念しモンテプラゼによる血栓溶解療法を行った。へパリン投与前の採血にて血栓素因を評価したところ、アンチトロンビンⅢ(ATⅢ)が33%と低値であり、他にATⅢ低値を説明しうる病態がないことからATⅢ欠損症と診断した。詳細に問診を行うと父親、祖母にも肺塞栓症の既往があることが判明した。ワーファリンも入院直後から内服開始したが、至適治療域に達するまではへパリンの効果を担保するため適宜ATⅢを投与した。1週間の上記加療にて画像上血栓の縮小を認めず、疼痛も継続していた。若年であること、血栓が粗大であること、また慢性期合併症の出現を懸念し外科的に静脈血栓除去術を施行する方針とした。術後ワーファリンによる抗凝固療法と弾性ストッキング着用にて良好な経過をたどった。CT画像においても血栓は消退しており、下大静脈フィルター抜去し第17病日退院と第なった。3ヶ月後の外来CTにおいても血栓再形成は認めていない。

ATⅢ欠損症は常染色体優性の遺伝性疾患であり、本邦における発症頻度は0.18%と推測される。同疾患における血栓症の治療経過については不明な点が多く、症例報告では様々な治療が報告されているが、今回発症1週間後に外科的血栓除去術に踏み切り、良好な経過をたどった症例を経験した。

4. 初診の関節リウマチ患者で大量心嚢水貯留を認めた 1 例

茨城県立中央病院 1) 膠原病リウマチ科、2) 循環器内科、
3) 筑波大学附属病院・茨城県地域臨床教育センター 膠原病リウマチ科
○小関啓太¹⁾、高野洋平¹⁾、国府田尚矢²⁾、吉田健太郎²⁾、美崎昌子²⁾、
武安法之²⁾、後藤大輔³⁾

1994 年(29 歳)他院で関節リウマチ(以下 RA)と診断されたが、以後医療機関を通院せず未加療のまま民間療法で経過をみていた 48 歳女性。2013 年 11 月(48 歳)頃より体重増加、臥床時の呼吸苦・胸痛を自覚。12 月 22 日夜間より呼吸苦・胸痛症状が増悪し、12 月 23 日(1 病日目)救急要請し当院救急搬送。救急外来で血圧も低く、胸部単純 X 線写真で著明な心拡大と超音波検査で多量の心嚢水貯留を認めた。心嚢穿刺施行し、心嚢液の性状からは感染は否定的であった。急性心膜炎に特徴的な心電図変化を認めず、RA に伴う慢性心膜炎が疑われ同日当科緊急入院。RF・抗 CCP 抗体は陽性であり、X 線上も RA に典型的な骨変化を認めた(Steinbrocker StageIV)。入院後慢性心膜炎の治療として Ibuprofen 600mg/日投与開始。心嚢液は明らかな減少なく、12 月 27 日(5 病日目)より prednisolone (PSL) 50mg/日の内服へ変更。その後 X 線検査・超音波検査上心嚢液は著明に減少し、臨床状態・検査所見の改善を得た。

過去の文献では、RA 患者の約 3 分の 1 に心臓超音波検査で心嚢液貯留が指摘されたとの報告があるが、RA 患者の慢性心膜炎で心タンポナーデにまで至る症例はごくまれとされる。Methotrexate を代表とした抗リウマチ薬や、生物学的製剤などが登場し、RA の治療が進歩した現代では、心臓超音波検査で心嚢液貯留を認める症例は関節リウマチ患者の数%程度とされる。その心嚢液貯留に対して、臨床上治療が必要となる病態にまで至る症例はまれとされる。医療機関未通院・未加療という経過で、関節リウマチに伴う慢性心膜炎に対しステロイド治療を必要とした症例を経験したので報告する。

5. 治療抵抗性で致死的経過を辿った後天性血友病

筑波記念病院 血液内科

○安田紗綾子、田岡謙一、福田匡芳、千勝紀生、佐藤祐二、長澤俊郎

【諸言】後天性血友病は年間 100 万人あたり 1 人の発症率とされる極めて稀な疾患である。出血性素因の無かった患者に発生する後天性出血性疾患であり、凝固第 VIII 因子に対する自己抗体が原因とされ、70 歳台の高齢者と出産後女性に多く見られる。治療法としては、止血目的にバイパス止血製剤・第 VIII 因子製剤などを使用するとともに、自己抗体抑制目的でコルチコステロイド投与を併用することが一般的である。今回我々は治療抵抗性で致死的経過を辿った症例を経験したので報告する。

【症例】82 歳、男性。他院にて実施した小腸切除術後に貧血の進行・腸腰筋血腫にて発症した。第 VIII 因子活性低下・第 VIII 因子インヒビター陽性のため後天性血友病と診断され、当科に転入院となった。当科入院時 APTT76.6 秒、第 VIII 因子活性 1.6%、第 VIII 因子インヒビター 44.1BU であった。バイパス止血製剤として遺伝子組み替え型活性化第 VII 因子 (rFVIIa) 投与・第 VIII 因子製剤投与・コルチコステロイド剤投与を行ったが出血傾向を抑制できず、肺炎を併発して死亡された。

【考察】本邦で実施された本疾患に対する前向き調査では死亡率 25%でその半数は出血関連死であり、その他は感染症死が多かったとされる。rFVIIa の有効率は 79%・筋肉出血で 65%とされるが、有効性には出血後輸注までの時間が大きく関係しており、早期開始が必須とされる。コルチコステロイド剤の有効率は 59%とする報告があるが、投与期間は 3~6 週間の長期投与が必要であり、やはり早期開始が勧められている。本症例では前医にて速やかに後天性血友病と診断され、加療開始後に転院されたが救命できなかった。このように、特に高齢者では死亡に至る例も少なくないが、基礎疾患の無い患者に出血性病変を認めた際にはまず本疾患を疑い、早期診断・治療を目指す必要がある。

6. 全身の疼痛発作をきたした鎌状赤血球症

筑波大学血液内科

○小野村明夏、 関 正則、真家紘一郎、黒田章博、宮本佳奈、小川晋一、
栗田尚樹、横山泰久、坂田麻実子、小原 直、長谷川雄一、千葉 滋

症例は 37 歳女性、ナイジェリア人。幼少時に一度溶血発作を起こし、鎌状赤血球と診断されていた。16 歳の時に来日、以後貧血を指摘されていたが、無治療にて経過観察されていた。関節痛や頭痛といった鎌状赤血球性発作様の症状はこれまでもあったが経過観察で自然軽快していた。2013 年 11 月に全身の疼痛が出現。疼痛、発熱、黄疸の出現を認め、近医に入院となった。入院後も全身状態の悪化を認めたため、精査加療目的で当院に転院となった。血液検査で溶血所見および末梢血塗末像で多数の鎌状赤血球を認めたため、感染症を契機とした鎌状赤血球症の急性増悪と診断した。抗生物質、赤血球輸血、麻薬性鎮痛薬の使用により、改善を認めた。鎌状赤血球症は本邦では極めて稀な疾患であるが、アフリカでは人口の 10%程度がヘテロ接合型を有する遺伝性疾患であることから身近な病気とされている。現在日本には多数の外国人が生活しており、鎌状赤血球症など外国で頻度の高い疾患を診察する機会は今後も増加すると考えられる。原因不明の急性疼痛の症状を呈する外国人を診察する場合は、鑑別診断において鎌状赤血球症の存在に留意する必要があると考えられた。

7. 成人 T 細胞性白血病 (ATLL) に対するモガムリズマブの使用経験

国立病院機構水戸医療センター血液内科

○太田育代、高岩直子、吉田近思、米野琢哉

【症例】60代、女性。

【生活歴】鹿児島県出身。

【既往歴】20代、糖尿病、肺結核。

【家族歴】子、糖尿病。

【病歴】X年4月皮疹が出現し近医受診。血液検査で、末梢血中異常リンパ球を認め、精査したところHTLV-1抗体陽性。皮膚生検でATLLによる皮膚病変と診断され、6月当科紹介。初診時リンパ節腫脹なく、皮膚病変のみ。末梢血中異常リンパ球は消失しており、ATLLくすぶり型と診断し経過観察していた。9月より皮疹増悪、11月頸部リンパ節腫脹出現。同部生検でATLLリンパ腫と診断し、12月入院となった。LSG15プロトコールによる治療を3コース実施したが寛解に至らず、全身状態が悪化したため、X+1年5月よりモガムリズマブによるサルベージ治療を開始した。第3回目投与後よりリンパ節腫脹、皮疹は軽快傾向となった。治療中、アデノウイルス膀胱炎、MRSA皮下膿瘍、アスペルギルス肺炎など種々の感染症を合併したが抗菌剤投与を併用しつつ3か月間で8回の投与を完遂。末梢血異常リンパ球は消失、皮疹、リンパ節腫脹は軽快した。モガムリズマブ治療後6か月目、明らかな増悪なく無治療経過観察中である。

【考察】モガムリズマブは、リンパ球表面のCCR4を標的とするヒト化モノクローナル抗体で、ADCC活性により抗腫瘍効果を発揮する。本例は、ATLLに対する代表的な治療法LSG15に抵抗性で予後不良が予想されたが、モガムリズマブ治療で良好な効果が得られた。ATLLは本県では遭遇する機会は多くなく、モガムリズマブ治療経験もまだ乏しいため症例提示する。

8. 熱帯熱マラリアの小児例

東京医科大学茨城医療センター 内科（感染症）

○一木昭人、大須賀華子、大石 毅

10才女児。生来健康であった。父親はナイジェリア人、母親は日本人で日本在住である。夏休みを利用して父親の故郷であるナイジェリアに滞在していた。滞在中は発熱見られなかった。現地にて薬剤を与えられ内服していたが、服用理由等の詳細は不明であった。帰国後7日目に発熱し近医を受診した。ウイルス感染症の疑いで経過観察されたが解熱しないため、前医総合病院小児科を受診し帰国後14日目に同院入院となった。入院後セフトキシムの点滴静注を開始しつつ、原因精査をすすめていたところ、入院3病日に採取された末梢血塗抹標本でマラリア疑いとされた。同日当院感染症科に相談あるも、発熱以外の随伴症状を認めなかったことから、入院4病日にクリンダマイシンを投与し、5病日に当院小児科へ転院となった。前医から提供されたギムザ染色標本にて赤血球の膨化を認めず、輪状体も確認できていたが、マラリア迅速抗原キット（BinaxNOWMalaria）にて熱帯熱マラリア（*P. falciparum*）陽性を確認した。PCRは実施しなかった。メフロキンを初回550mg、6時間後に275mg内服を行い、副作用を認めず退院となった。その後発熱はなく、外来受診時の末梢血標本にてマラリア原虫の消失を確認した。3か月後に患児はナイジェリアに再渡航することになったが、メフロキンによる明らかな副作用もなく、渡航地域にメフロキン耐性の報告もないことから、同剤によるマラリア予防内服を行った。

国内におけるマラリアの報告数は年間50例程度で小児例は限られているが、小児では重症化する可能性が高いとされている。流行地域への渡航者が増加していることもあり、小児においても渡航歴から本疾患を鑑別に挙げることが重要である。本症例では随伴症状もなく軽症であったが、頻回に流行地域へ渡航していることから多少の免疫を得ていた semi-immune であった可能性がある。

9. 発熱を契機とし慢性硬膜下血腫の診断・治療に至ったアルツハイマー型認知症女性の1例

茨城県立中央病院 総合診療科・神経内科

○大津和也、本多寛之、戸塚 翔、三宅善嗣、市毛博之、関根良介、関 昇子、
関 義元、小國英一

【症例】87歳女性

【主訴】発熱

【既往歴】変形性膝関節症、右大腿骨転子部骨折、アルツハイマー型認知症

【現病歴】X-5か月頃頭部打撲の既往がありX-1か月頃から歩行障害・右上肢麻痺が出現し食事摂取量が減った。X-7日発熱のため当院受診し尿路感染症の診断で抗菌薬を投与され帰宅した。X日発熱のため再受診した。身体所見上、背部の褥瘡と膝・手・足関節痛を認めた。血液検査では炎症反応高値であり胸腹部CTでは軟部組織濃度の上昇を認めたため褥瘡感染と診断し入院加療を開始した。

【経過】X+4日頭部CTで左慢性硬膜下血腫を認めた。X+12日穿頭血腫除去術を施行した。X+12日術前のMMTは右上肢3・右下肢2・左上肢4・左下肢3であったが、X+14日のMMTは右上肢4・右下肢3・左上肢4・左下肢4まで改善した。X+12日術前のHDS-Rは0/30点であったがX+14日のHDS-Rは6/30点まで改善した。X+11日の胸腹部CTで軟部濃度上昇は軽快しており、X+12日抗菌薬の投与は終了した。

X+18日・X+28日・X+37日、急性発症の発熱、膝・手・足関節痛を繰り返していた。熱・関節痛にNSAIDs内服が著効した。関節穿刺による診断はできていないが膝関節レントゲンで線状の軟骨石灰化像を認め、経過から偽痛風と診断した。

【考察】不明熱に対する治療中、慢性的な意識障害・歩行障害の精査のため頭部CTを撮影したところ慢性硬膜下血腫の診断に至った。変形性関節症とアルツハイマー型認知症に発熱を伴う疾患が加わった結果とも考えられる状態であった。そのため、意識障害・歩行障害がある患者において主訴・主症状とは直接関係がないと思われても頭蓋内の評価は重要であると考えられた。

【結語】

不明熱で入院され慢性硬膜下血腫の診断に至った症例を経験した。

慢性的な意識障害・歩行障害の患者において頭部CTを確認することは有用である。

10. 橋本脳症が疑われた意識障害の1例

茨城県立中央病院 神経内科・総合診療科

○海老原 稔、小國英一、猪熊頭之、柳橋 進、野中 水、本多寛之、李 東旭、
関根良介、関 昇子、関 義元

【症例】61歳 女性

【主訴】けいれん, 意識障害

【現病歴】飲酒及び菓子類を摂取し, 同居中の夫はぼんやりしていると感じていた。これに加え, 構音障害が出現したため救急外来を受診。臨床経過・頭部MRI 所見からウェルニッケ脳症を疑いビタミンB1 50mg 静注後帰宅。翌日意識障害が増悪したため緊急入院となった。

【既往歴】23年前橋本病を指摘。

【入院時現症】

意識レベルはJCSⅢ-100と低下し, 甲状腺に腫大・圧痛なく, 眼球突出を認めなかった。神経所見は運動系, 感覚系とも異常を認めなかった。血液生化学ではAST 89U/l, ALT 30U/lと軽度の肝障害を認め, CK 769U/lと上昇, Na 117 mEq/lと低下していた。TSHの上昇とFT4, FT3の低下を認め, 抗TPO抗体, 抗Tg抗体はともに陽性, 髄液所見は正常であった。頭部MRIでは軽度の小脳萎縮の他に異常なく, 脳波では基礎律動が5~6Hz θ 波と, 意識障害に矛盾しない所見であった。

【入院後経過】

受診時けいれんを認めたが抗けいれん薬の静注により消失した。意識レベルの改善に伴い夜間せん妄が顕性化した。甲状腺ホルモンの経口投与により甲状腺機能は改善したが, その後もせん妄が遷延したため橋本脳症と診断した。グラマリール, テグレートの内服によりせん妄は軽快し退院となった。

【考察】

甲状腺自己抗体陽性で意識障害を認めたことから典型的な橋本脳症と考えられるが, 辺縁系脳炎との鑑別が重要と考えた。今回は施行していないが, 橋本脳症の確定診断には抗NAE抗体測定, ステロイド治療に対する反応性の確認が必須と思われる。

11. 新生児期に腸管切除術を施行され、進行性の筋力低下からビタミンD (VitD) 欠乏性ミオパチーが疑われた 27 歳女性例

筑波大学医学医療系神経内科学

○柳葉久実、大内香里、玉岡 晃

【症例】 27 歳，女性

【主訴】 右上下肢筋力低下

【現病歴】X-27 年，出生時より腸回転異常，左屈指症，左肋骨欠損から Klippel-Feil 症候群と診断され，新生児期に腸回転異常症に対し 2 回の外科的手術を施行された。歩行開始は 1 歳半であったがその後は運動発達遅滞を認めず，側彎が目立ち，左上下肢の筋力が弱いものの，日常生活動作は自立していた。X-2 年 12 月転倒し，右足の脱力感が出現・進行した。X-1 年 11 月転倒し腰背部を強打した後に歩行不能となり，右上肢・体幹の筋力低下，会話応答の緩慢さが出現し，当科に入院した。両側上下肢の筋力低下と筋萎縮がみられ，血清 Ca 6.8mg/dl，活性型 VitD (1.25) 8 pg/ml，25OHD 9.7ng/ml，低 IP 血症，高 ALP 血症，高 iPTH 血症などの骨軟化症を示唆する所見，筋電図での多相性 MUP，筋生検で type II 筋線維の萎縮が認められたことから，VitD 欠乏性ミオパチーを疑い，経口で Ca，VitD 補充を開始した。日齢 3 での腸管切除術の既往，X-5 年時点で低 Ca 血症を認めたことから，VitD 欠乏の原因は腸管切除によるものと考えた。

【考察】 ミオパチーの原因として VitD 欠乏を含む代謝・内分泌障害を考慮する必要がある。VitD は食物からの摂取及び皮膚において生合成され，肝・腎で活性型 VitD となり，筋で特異的 VitD 受容体と結合し，筋収縮に関わる。VitD 欠乏症の原因として，日光曝露不足，摂取不足，慢性的な低栄養，小腸などの消化管手術既往や腸管炎症性疾患が挙げられる。術後 10 年以上経過した VitD 欠乏症の報告も見られる。本例のように消化管手術後の進行性筋力低下を示す症例では，術後長期に経過した例でも VitD 欠乏性ミオパチーの可能性を考慮する必要がある，骨軟化症所見を検討するため，血中 Ca 値などでスクリーニング検査を行うことが重要である。

12. フッ素樹脂加工鍋の空焚きにて生じたポリマーヒューム吸入による肺障害の一例

J Aとりで総合医療センター 呼吸器内科

○八木太門、三島有華、松岡英亮、尾形朋之

症例は55歳女性。気管支喘息の既往があったが発作もなく無治療にて経過していた。

飲酒後帰宅し、なめこ汁の入った鍋に火をかけたまま床で寝てしまった。2時間後覚醒したところ部屋中に煙が充満しており、呼吸困難を自覚したため救急要請し当院搬送となった。

来院時、明らかな聴診所見は認めなかったが、室内気下の動脈血液ガスにて PaO₂ 49.7 Torr と低酸素血症を認めた。気管支喘息発作を疑い気管支拡張薬の吸入を行ったが改善がなかった。採血上は WBC 13340/ μ l と軽度上昇を認めるのみであったが、胸部X線写真では両側肺野にびまん性にすりガラス陰影を認めたため、胸部CTを撮影したところ両側上葉主体に非区域性で中枢優位のすりガラス陰影を認めた。発症2時間にて急激な呼吸不全を呈していたことから同日より mPSL 1g によるステロイドパルス療法を開始した。第2病日に BAL/TBLB を施行した。BAL では好中球 22% と増多があるのみで、洗浄液にて有意な菌の検出はなかった。TBLB では軽度の胞隔炎とリンパ球主体の細胞浸潤を認めていた。詳細な問診を行ったところ、フッ素樹脂加工鍋を使用しそれが空焚きとなっていたことが判明し、経過からポリマーヒューム吸入による肺障害と診断した。3日間のステロイドパルス施行後は、臨床上・画像所見上も速やかに改善を認めたため経過観察とし、第3病日に酸素投与が終了となり、経過良好につき第6病日に退院となった。以降も再燃なく経過している。

フッ素樹脂は調理器具をはじめとした日用品に汎用されており、通常であれば安全に使用可能であるが、加燃焼によりヒュームを生じ毒性をもつことが知られている。本邦においてのポリマーヒューム熱の報告はまれであるが、日常生活に潜む疾患であることから、周知する必要があると考え報告する。

13. 急速に空洞形成を認め、敗血症性肺塞栓症との鑑別が困難であった肺結核の1例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○田中 尚 (たなか なお)、箭内英俊、上田篤志、乾 年秀、大澤 翔、
沼田岳士、遠藤健夫

症例は76歳女性。数か月前より両手指の腫脹を認め当院を紹介受診した。胸部X線、CTで間質性肺炎が疑われ5月27日に当科入院となった。

血液検査でCKやアルドラーゼの上昇があり、筋電図は筋原性パターンを示し、筋生検にて筋炎所見を認めたことより、多発性筋炎と診断し、間質性肺炎はその肺病変と考えられた。6月6日よりプレドニゾロン(PSL)60mg/日の治療を開始し筋炎は改善傾向を認めた。

PSLはその後漸減され30mg/日となっていたが、7月23日に胸部X線で空洞病変の出現を認めた。この時点で喀痰抗酸菌塗抹検査は陰性であった。CTでは両肺野に多発する空洞病変および結節影を認めた。その後空洞の拡大および結節影の増加を認めた。さらに胸部X線において小結節内に新たに空洞が出現する像が認められ、画像所見の経過から敗血症性肺塞栓症と考え抗菌薬治療を継続した。しかし画像所見は改善に乏しく、8月20日の喀痰抗酸菌塗抹検査が陽性となり、結核菌PCR検査も陽性であったため肺結核と診断した。非常に急速な経過で発症した肺結核症例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

14. 高度の気管支狭窄を認めた縦隔型肺小細胞癌の 1 例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 呼吸器内科

○野中 水、山田 豊、山口昭三郎、内海啓子、橋本幾太、鍋木孝之

症例は 60 歳代、女性。1998 年より嘔声が出現。2013 年 2 月頃より咳嗽、喘鳴が出現し、増悪したため 5 月近医を受診した。胸部 CT で気管から両側主気管支にかけ高度狭窄を認める中縦隔に巨大な腫瘤を認め、中縦隔腫瘍の診断で当院に転院搬送となった。当院で試行した胸部 CT で気道内径 2mm と著しい狭窄があり、気管支鏡での生検は気道浮腫の恐れがあるため施行せず、経食道的超音波針生検を施行したが結果は陰性であった。気道狭窄が重篤であること、ProGRP : 9127 と高値であることから、組織未確定ではあったが小細胞肺癌の暫定診断で PS=3 と判定し CBDCA +ETP を開始した。その後嘔声と呼吸状態は改善し、胸部 X 線上も気道狭窄は改善した。1 月後に EBUS-TBNA を試みるも咽頭反射が強く断念。気管支鏡下気管分岐下リンパ節穿刺吸引細胞診施行し、肺小細胞癌と確定診断した。その後より CDDP+CPT-11 を計 4 コース試行し CT では縦隔腫瘍の縮小を認めた。本症例は気道狭窄を認めており、比較的緊急性が高い症例であったため、確定診断がつく以前より腫瘍マーカーから組織型を推測し緊急化学療法を行った。腫瘍は縮小し呼吸状態は改善した段階で確定診断を得た。化学療法により腫瘍の縮小と呼吸状態の改善を認めた縦隔型肺小細胞癌の 1 例を経験したので報告する。

15. レジオネラ肺炎に続発した器質化肺炎の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)筑波大学医学医療系診断病理学

○根本健司(ねもとけんじ)¹⁾、中澤真理子¹⁾、藤田一喬¹⁾、金澤 潤¹⁾、
櫻井啓文¹⁾、林 士元¹⁾、高久多希朗¹⁾、林原賢治¹⁾、斎藤武文¹⁾、南 優子²⁾

症例は67歳男性。発熱と咳嗽、呼吸困難感を主訴に前医受診。低酸素血症と胸部画像所見上、左肺に広範な浸潤影を認め重症肺炎の診断で同院入院。尿中レジオネラ抗原陽性で他に原因菌を認めず、臨床経過と併せてレジオネラ肺炎と診断。CPFXで治療が開始され、3週間の経過で臨床症状は軽快し画像上陰影の改善を得たため退院された。しかしながら、その後労作時呼吸困難感が緩徐に進行し、治療終了1カ月後に当院を紹介受診。明らかな低酸素血症や呼吸機能障害は認めなかったが、画像上左肺の容積減少が著明に進行していた。気管支肺泡洗浄(BAL)でリンパ球比率の増加とCD4/8比の低下、経気管支肺生検(TBLB)では肺胞腔内のポリープ状器質化と肺胞隔壁肥厚の所見を認め、レジオネラ肺炎治療後に生じた続発性器質化肺炎と診断した。プレドニンを開始したところ速やかに呼吸器症状および画像所見は改善した。プレドニンは漸減し12週後に中止したが、その後も呼吸状態や陰影の悪化は見られず経過良好である。器質化肺炎は特発性(cryptogenic organizing pneumonia; COP)と続発性(secondary organizing pneumonia; SOP)に分けられ、SOPの原因としては、膠原病や各種薬剤、放射線照射、骨髄移植後、そして感染症(細菌性、ウイルス、真菌)など様々な疾患病態が挙げられる。本症例のレジオネラ肺炎に関しては、他の細菌性肺炎に比べ器質化しやすいという報告もある通り、古くから報告は散見されるが、本邦での報告は少ないのが現状である。また本症例においては、どの時点でステロイドを使用するのが適切であったか、更にはステロイド導入の必要があったか、などの臨床上の重要な問題点を残す示唆に富む症例と考えられ、文献的考察を含め報告する。

16. 脳梗塞発症を契機に診断された肥満低換気症候群の1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 呼吸器内科

○櫻井啓文、中澤真理子、藤田一喬、金澤 潤、根本健司、林 士元、高久多希朗、
林原賢治、斎藤武文

患者は明らかな既往症のない35歳男性。身長176cm、体重114kg、BMI36。2013年12月早朝に、明らかな四肢麻痺、意識障害は認めなかったものの失語が出現し救急搬送。頭部MRI検査で左中大脳動脈の閉塞を認め脳梗塞と診断された。心房細動があったため心原性脳塞栓症と考えられ、ダビガトランの内服を開始した。心臓超音波検査が施行され、EF27%、びまん性の壁運動低下、IVC径の拡張を認め、推定右室圧41mmHgと高値を認めた。循環器内科にコンサルテーションし、ジゴキシン、利尿剤の投与が開始された。夜間のSpO₂が50%と著しく低下したため、BiPAPが導入された。睡眠時無呼吸症候群が疑われたため、精査のため当院当科転院となった。当科転院時の血液ガス検査で、酸素4L投与下、pH7.43, pCO₂47.8mmHg, pO₂75.8mmHg, HCO₃⁻29.2mmol/lと低酸素血症、CO₂貯留を認め、肥満低換気症候群を疑った。治療を継続し日中は大気下でSpO₂が保たれていることを確認し、BiPAPや酸素は使用せずポリソムノグラフィー検査を施行した。AI17.6、AHI36.4と重症閉塞型無呼吸低呼吸を認め、また経皮的CO₂モニターも施行しmean CO₂55.2、MAX CO₂61.0とCO₂の貯留も認めた。心臓超音波検査を再検したところ、心房細動はあったがEF43%、推定右室圧12と改善を認め、右心カテーテル検査も施行し、平均肺動脈圧18mmHg、肺動脈楔入圧9mmHgと明らかな肺高血圧は認めなかった。CPAPに変更したが、AHIは良好であり、CO₂の貯留も認められなかった。現在は失語症に対するリハビリを施行している。脳梗塞で発症した肥満低換気症候群の一例を経験した。肥満低換気症候群は重症の睡眠時無呼吸症候群であり、持続的な低酸素による心不全や肺性心などを発症しやすく、肥満に関連して耐糖能障害、高脂血症などを伴いやすい予後不良の疾患である。本症例は肥満低換気症候群によって高血圧、心不全、心房細動となり脳梗塞を発症したと考えられ、若干の文献的考察も加え報告する。

17. 診断, 治療反応評価に Stress echocardiography が有用であった 労作時肺高血圧症の 1 例

国立病院機構 茨城東病院 内科診療部呼吸器内科

○藤田一喬、中澤真理子、櫻井啓文、金澤 潤、根本健司、林 士元、高久多希朗、
林原賢治、斎藤武文

1995 年より胸部異常陰影(最終診断は炎症性瘢痕)で当科通院中の 74 歳男性(他院には RA および非持続性心室頻拍で通院中)。

1998 年より左横隔膜の挙上を認め、2003 年に頸椎症に対し椎弓拡大形成術が施行された後より息切れが出現, 悪化した。2005 年 6 月頃よりしゃがんだ時の息切れや坂道でも息切れを認め、100m 程しか歩行できなくなり、2013 年 11 月 25 日に入院した。

6 分間歩行では 2 分間で SpO₂ 95%→86%に低下したが、肺機能検査では VC 1.77L(%VC 54.8), FEV_{1.0} 1.34(%FEV_{1.0} 58.3%)で、仰臥位・左側臥位・右側臥位では大きな変化はなく、また振子様呼吸も認めなかった。胸部単純写真・CT でも左横隔神経麻痺に伴う無気肺以外の肺胞低換気を来す病変は認められなかった。心臓超音波検査では安静時 mean PA 19mmHg, 30W の負荷で mean PA 33mmHg と上昇しており、右心カテーテル検査を施行した。安静時 mean PA 19mmHg, 40W の負荷で mean PA 46mmHg まで上昇し、労作時肺高血圧症と診断した。HOT 導入(安静時 0.5L/分, 労作時 0.24L/分)で労作時の呼吸困難感・喘鳴も消失し、SpO₂ 低下も認めなくなったが、心臓超音波検査では 30W の負荷で HR 90bpm, SpO₂ 91%, mean PA 34mmHg と右心負荷は改善していなかった。タダラフィル 40mg/day を導入したところ、HR 94bpm, SpO₂ 94%, mean PA 24mmHg まで低下し、日常生活に何ら支障を来さなくなり、退院した。外来で心臓超音波検査を施行し、タダラフィル内服なしで 30W の負荷で HR 103bpm, SpO₂ 92%, mean PA 35mmHg と上昇したものが、内服後には HR 98bpm, SpO₂ 94%, mean PA 26mmHg まで低下し、Stress echocardiography の再現性が確認された。

Stress echocardiography を用いることにより労作時呼吸困難の原因となる運動負荷時肺高血圧症を診断し得る可能性を示した症例であり、その有用性を報告する。

18. 健康診断で発見された Swyer-James 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 呼吸器科

○上田篤志、大澤 翔、田中 尚、乾 年秀、沼田岳士、箭内英俊、遠藤健夫

症例は27歳、男性。1歳6ヶ月に肺炎、6歳まで気管支喘息の既往がある。勤務先の健康診断で左上肺野の胸部異常陰影を指摘され、精査加療目的に当院を紹介受診した。胸部X線検査では、左上中肺野は血管の陰影が乏しく、透過性の亢進を認めた。血液検査上明らかな異常は認めず、また血液ガス検査においても異常を認めなかった。胸部CT検査では左上葉の血管影の減少と肺野透過性亢進を認めた。肺血流シンチでは左上中肺野の血流欠損を認めた。気管支鏡検査では異物・腫瘍等による閉塞や分岐異常、内腔狭窄等の変化は認めなかった。胸部造影CT検査では、左上肺動静脈より末梢の血管が描出されず、3次元再構築画像において明らかな低形成を認めた。以上の検査所見、小児期の肺炎罹患の病歴から Swyer-James 症候群と診断した。

Swyer-James 症候群は、胸部X線写真上一側または一葉の透過性が亢進する疾患で1953年に初めて報告された疾患概念である。成因や診断基準は確立されていない。本邦での報告が百例程度と稀な疾患であることから、若干の考察を加えて報告する。

19. 当院での B 型肝炎診療の現況

茨城県立中央病院 茨城県がんセンター 消化器内科

○今西真実子、荒木眞裕、菅谷明德、大関瑞治、藤枝真司、五頭三秀、天貝賢二

【背景と目的】2013 年に B 型慢性肝炎に関する治療ガイドラインが改訂され、基本指針として治療目標は核酸アナログとインターフェロンを使用して HBV DNA 量を持続的に抑制することが提唱された。これに対して当院での B 型慢性肝炎に対する治療を振り返った。

【対象】2005 年から 2012 年まで当科で診療に関与した HBs 抗原陽性患者 206 例。

【結果】平均年齢 63 歳で男女比 2 対 1 であった。初診時に肝障害を有していた症例は 3 割程度で、全体の 6 割はキャリアと診断された。慢性肝炎と肝硬変が 2 割ずつであった。治療は約半数が肝庇護剤のみであり、残りの半数は核酸アナログを使用していた。インターフェロンを投与した例は 1 例のみであった。悪性腫瘍の合併は肝細胞癌が 2 割、その他悪性腫瘍が 2 割であった。

【考察】当院の特徴から高齢者や担癌患者が多く、免疫抑制や化学療法による再活性化に対する対策も必要と考える。今回の結果からはインターフェロンの投与がこれまでより増えることは予測しにくい、今後も適正な治療を行えるように努めていく。

20. 大腸憩室出血の既往を有し、出血源検索に苦慮したメッケル憩室出血の1例

筑波記念病院 1)消化器内科、2)病理科、3)筑波大学附属病院 消化器内科

○越智大介¹⁾、小林真理子¹⁾、杉山弘明¹⁾、添田敦子¹⁾、本橋 歩¹⁾、
設楽佐代子¹⁾、池澤和人¹⁾、中原 朗¹⁾、葦 勇一²⁾、金子 剛³⁾

【症例】 60歳代 男性

【主訴】 下血

【現病歴】 2013年9月、血便出現し、下部消化管内視鏡検査にて大腸憩室出血を認めた。止血処置を施行し、その後再出血なく外来通院継続していた。2013年11月、下血が出現し、当院救急外来受診した。大腸憩室出血疑いで同日緊急入院となった。

【既往歴】 B型慢性肝炎、脳梗塞、心房細動（ワルファリンカリウム内服中）

【生活歴】 飲酒歴：機会飲酒 喫煙歴：なし

【身体所見】 血圧100/70 mmHg、眼瞼結膜 蒼白

【入院後経過】 腹部造影CTでは造影剤漏出部位なく、出血源特定には至らなかった。大腸憩室出血の再発を疑い施行した下部消化管内視鏡検査では活動性出血部位は認めず、全大腸に血性残渣を認めた。また、回腸末端にも血性残渣を認めた。ワルファリンカリウムを中止し、経過を診たが下血は改善せず、貧血が進行するため連日赤血球濃厚液4単位の輸血が必要であった。小腸出血の可能性を考慮し、小腸内視鏡検査を行う方針とし、経肛門的小腸内視鏡検査を施行した。バウヒン弁から約1m程度上流の回腸にメッケル憩室を認め、同部位が出血源であったと考えられた。観察時活動性出血はなく、点墨・クリップマーキングを行い終了とした。後日、外科に依頼し、手術を行った。メッケル憩室を含め回腸切除を行った。メッケル憩室内に異所性胃粘膜を認めた。術後経過順調で退院となった。

【結語】 大腸憩室出血は造影CTで造影剤漏出がない場合、出血源特定は10-40%程度と報告があり、低率である。出血源特定が容易ではない大腸憩室出血に小腸疾患が合併すると診断に難渋することが予想された。大腸憩室出血が疑われる症例であっても消化管出血を繰り返し、出血源が特定できない場合などは小腸検索も積極的に行うべきであると考えられた。

21. ループス膀胱炎を合併したループス腎炎にステロイド治療が著効した1例

株式会社日立製作所日立総合病院 腎臓内科

○小川達也、岩瀬菜未子、臼井俊明、植田敦志

【症例】48歳、女性。2007年から健康診断で貧血を指摘されていたが放置していた。2012年12月頃に手指の白色調の色素変化(レイノー症状)があったが、翌年には自然に改善した。2013年3月上旬から下腿浮腫、食欲低下、腹部膨満感が出現した。4月中旬に浮腫が急速に増悪し、5月上旬に微熱、乾性咳嗽、吸気時胸痛があった。5月中旬に下痢、嘔吐、心窩部痛が出現した。5月下旬に頻尿、残尿感、排尿時痛が出現した。その後は下痢、心窩部痛、頻尿を2、3日周期で繰り返すようになった。6月末に近医受診し、高血圧、腎機能障害、貧血、血蛋白尿を認めたため、当科紹介受診し、精査加療目的に当科入院となった。入院後の精査の結果、SLE分類基準11項目中5項目(漿膜炎、腎障害、血清学的異常、免疫学的異常、抗核抗体陽性)を満たし、腎生検で管内増殖、メサングウム細胞増殖、wire-loop病変、線維細胞性半月体形成を認め、ループス腎炎と診断された。また、腹部超音波検査で膀胱壁肥厚、両側水腎症を認め、ループス膀胱炎の合併も疑われた。ループス腎炎に対して、ステロイドパルスmPSL 1000 mg/dayを3日間、後療法PSL 50 mg/dayで治療開始となった。治療開始後、低下していた補体は上昇、抗dsDNA抗体は低下し、SLEの疾患活動性は低下し、尿蛋白、血清クレアチニンは減少し、ループス腎炎は軽快した。腹部超音波検査では膀胱壁肥厚、両側水腎症は改善され、膀胱刺激症状は消失し、ループス膀胱炎は軽快した。その後ミゾリビン内服を開始し、PSL35mg/day内服で9月末に退院となった。以降外来治療で徐々にPSLを減量しているが、疾患の再燃なく経過している。

以上ループス膀胱炎を合併したループス腎炎にステロイド治療が著効した1例を経験したのでここに報告する。

22. 発熱源不明であったがオムツ交換の際にフルニエ壊疽を疑った2型糖尿病の一例

つくばセントラル病院 1)代謝内科、2)泌尿器科、3)外科、4)放射線科

○藤原 淳¹⁾、厨川 謙²⁾、福沢淳也³⁾、渋谷陽子⁴⁾

【症例】 50 歳女性

【現病歴】2型糖尿病のため外来通院中で内服加療されていた。数日前からの嘔気、食欲低下、心カ部不快感および発熱を主訴に当院救急外来受診した。身体所見上、炎症巣を指摘できなかった。WBC 19370 / μ l、好中球 80.4 %、CRP 5.44 mg/dl、血糖 122 mg/dl、HbA1c 9.3 %および尿ケトン体陰性であった。糖尿病シックデイとして入院加療する方針とした。肛門周囲および会陰部の所見を確認するためオムツ交換時に看護師に観察を依頼したところ、数日前から右鼠径部におできができてい、との自己申告があり、同部の発赤、腫脹、熱感および圧痛を認めた。

【経過】入院翌日、膿瘍の存在を疑って腹部骨盤部造影C Tを施行したところ右会陰部から恥丘、腹直筋筋膜に沿った腫脹、脂肪織濃度上昇および右鼠径部リンパ節腫大を指摘され、フルニエ壊疽と診断された。血液培養検査施行後、メロペネムおよびクリンダマイシン点滴静注開始した。当院泌尿器科および外科に紹介しフルニエ壊疽のデブリードメント即日施行された。摘出した外陰部は 35×106×52 mm の中心部の壊死を認め、好中球浸潤および炎症所見を認めた。グラム陰性および陽性桿菌、嫌気性グラム陰性桿菌を認め、メロペネムおよびクリンダマイシンの有効性を確認した。血液培養検査は陰性であった。手術後、徐々に熱型、WBC およびCRP の改善を認めた。創部が大きく縫合が困難であるため筑波大学形成外科に紹介し転院した。

【結語】フルニエ壊疽は男性に多いとされるが女性でもわずかながら報告される。また糖尿病が背景にあることが多いとされる。広域抗生剤の投与およびデブリードメントやドレナージなど外科的な治療が有効であるが対応が遅れると致命的となることが少なくない。早期発見および治療が奏功し救命しえた症例を経験したため報告する。