第２０２回茨城県内科学会

日　　時　平成２６年１０月２６日（日）
　　午前９時～午後０時 30 分

会　　場　茨城県立健康プラザ　３階大会議室

当番幹事　深澤　洋（国家公務員共済組合連合会水府病院）

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２０２回茨城県内科学会

日　　時　平成 26 年 10 月 26 日（日）　午前 9 時～午後 0 時 30 分
場　　所　茨城県立健康プラザ　3 階大会議室
当番幹事　深澤　洋（国家公務員共済組合連合会水府病院　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 16 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２０２回当番幹事

連絡先:国家公務員共済組合連合会水府病院　深澤　洋
〒311-4141　茨城県水戸市赤塚 1 丁目 1
Tel:029-309-5000　Fax 029-309-5550

● 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

9:05～9:53　　座長　国家公務員共済組合連合会水府病院　　茂木　秀人

1.関節リウマチの頚動脈硬化（ＩＭＴ）および骨粗鬆症（腰椎ＱＣＴ）からの検討
亀田内科
〇亀田貞彦、沼田真子、砂森美枝子、江頭弘美

2.抗 GBM 抗体および MPO-ANCA がともに陽性であった急速進行性糸球体腎炎の一例
ＪＡとりで総合医療センター　腎臓内科
〇赤澤政信、松木久住、松本優子、河﨑智樹、久山　環、前田益孝

3.慢性腎臓病（CKD）は腎臓病保存療法（CKM）が中心となる時代へ
1 椎貝クリニック、2 国分寺南口クリニック
〇椎貝達夫[1]、平沢　博[1]、椎貝冨士子[1]、坂東梨恵[1]、熊本初美[1]、栗山廉二郎[2]

4.下血を契機に発見された上行結腸転移を伴う肺扁平上皮癌の症例
茨城県立中央病院　1 初期研修医、2 呼吸器内科、3 消化器内科、4 病理診断科
〇武臣真和[1]、折茂圭介[2]、山田　豊[2]、内海啓子[2]、橋本幾太[2]、五頭三秀[3]、飯嶋達生[4]、鏑木孝之[2]

5.嘔吐による誤嚥性肺炎を契機に発見された悪性十二指腸狭窄の 1 例
土浦協同病院　消化器内科
〇久保田洋平、酒井義法、吉行綾子、渡邉剛志、河本亜美、柴田　勇、市田　崇、鈴木雅博、草野史彦、田沢潤一

6.様々な治療に抵抗性と重篤な副作用をみた潰瘍性大腸炎の一例
国家公務員共済組合連合会水府病院　内科
〇茂木秀人、深澤　洋、鹿島正行、木村朋文、藤井正実、太田良雄、三原章男

9:53～10:41　座長 国家公務員共済組合連合会水府病院　鹿島　正行

7.中年男性にみられたボホダレック孔ヘルニアの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 総合診療科、2 外科、3 呼吸器内科
〇並木かほる[1]、鈴木愛美[1]、児玉泰介[1]、井口けさ人[2]、石橋　敦[2]、大原　元[3]、籠橋克紀[3]、佐藤浩昭[3]

8.右上葉に肺カンサシ症、肺扁平上皮癌を合併した慢性肺アスペルギルス症の１例
国立病院機構茨城東病院
〇中嶋真之、乾　年秀、中澤真理子、兵頭健太郎、金澤　潤、櫻井啓文、根本健司、高久多希朗、大石修司、林原賢治、薄井真悟、島内正起、斎藤武文

9.維持透析中に発症した小細胞肺癌に対して CBDCA＋VP-16 併用化学療法と予防的全脳照射を行い長期生存している一例
東京医科大学茨城医療センター　呼吸器内科
〇菊池亮太、伊藤昌之、宇留間友宣、辻　隆夫、渡邉秀裕、青柴和徹、中村博幸

10.超高齢者に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の１例
国立病院機構水戸医療センター呼吸器科
〇廣嶋悠一、沼田岳士、大澤　翔、本間祐樹、箭内英俊、遠藤健夫

11.肺結核後遺症による慢性呼吸不全の3例
国立病院機構茨城東病院　内科診療部呼吸器内科
〇兵頭健太郎、乾　年秀、中嶋真之、中澤真理子、櫻井啓文、金澤　潤、
根本健司、高久多希朗、大石修司、林原賢治、斎藤武文

12.抗CCP抗体高値を示した肝内胆汁うっ滞合併間質性肺炎の1例
1国立病院機構茨城東病院 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
〇乾　年秀[1]、金澤　潤[1]、中嶋真之[1]、中澤真理子[1]、兵頭健太郎[1]、
櫻井啓文[1]、根本健司[1]、高久多希朗[1]、大石修司[1]、林原賢治[1]、斎藤武文[1]、
南　優子[2]

10:41～11:21　座長　筑波大学附属病院茨城県地域臨床教育センター（茨城県立中央病院）　高橋　昭光

13.全身倦怠感を主訴とした甲状腺機能正常の亜急性甲状腺炎の一例
1筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻内分泌代謝・糖尿病分野、
国家公務員共済組合連合会水府病院　2内分泌代謝内科、3呼吸器内科
〇大崎芳典[1 2]、深澤　洋[2]、鹿島正行[3]

14.髄膜炎を契機にACTH単独欠損症の診断に至った一例
筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・総合病院水戸協同病院
1内分泌代謝・糖尿病内科、2総合診療科、3感染症科
〇古川祥子[1]、藤原和哉[1]、吉田聡哉[2]、久野遥加[2]、松本祐希子[2]、加藤幹朗[2]、
城川泰司郎[3]、矢野晴美[3]、熊谷　亮[1]、五十野桃子[1 2]、野牛宏晃[1]

15.糖尿病治療再開後に糖尿病性舞踏病を呈した２型糖尿病の一例
筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・総合病院水戸協同病院
1内分泌・代謝糖尿病内科、2総合診療科
〇熊谷　亮[1]、古川祥子[1]、五十野桃子[2]、藤原和哉[1]、渡辺　悠[2]、
富永さやか[2]、小林裕幸[2]、野牛宏晃[1]

16. 中等度～高度腎機能障害を有する 2 型糖尿病患者に対するリラグルチドの有用性の検討

医療法人健清会　那珂記念クリニック内科

〇玉澤敦子、石田英則、斎藤三代子、遅野井　健

17. 多彩な感染性動脈瘤を合併した *Streptococcus anginosus* 感染性心内膜炎の一症例

日立総合病院　循環器内科

〇大島和馬、常岡秀和、朝比奈直揮、佐藤希美、遠藤洋子、山内理香子、樋口甚彦、鈴木章弘、悦喜　豊

特別講演　11:25～12:25

座長　国家公務員共済組合連合会水府病院　深澤　洋

福島第一原発事故後3年を経過した福島における甲状腺超音波検査の概要について

講師　福島県立医科大学医学部甲状腺内分泌学講座主任教授
放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査部門長
鈴木　眞一　先生

閉会挨拶　12:25～12:30　深澤　洋（国家公務員共済組合連合会水府病院　院長）

幹 事 会　12:30～　茨城県立健康プラザ　3 階小会議室(研修室 3)

特別講演抄録

福島第一原発事故後 3 年を経過した福島における甲状腺超音波検査の概要について

福島県立医科大学医学部甲状腺内分泌学講座
放射線医学県民健康管理センター甲状腺検査部門　鈴木眞一

2011 年 3 月 11 日東日本大震災によって東京電力福島第 1 原発で事故が発生し大量の放射性物質が大気中に放出された。放射線被ばくによる不安の解消を目的に福島県では県民健康管理調査の一つに甲状腺検査を事故当時 0 才から 18 才以下の 36 万人に対して生涯にわたり検査を行うことを決め、2011 年 10 月 9 日より開始し、1 回目の検査である先行調査が震災後 3 年を経過した 2014 年 3 月 31 日に終了した。

一次検査は結節のスクリーニングが目的であり、296,026 名（80.5%）がすでに受診している。結果が確定した 285, 689 名中、A 1 152,389 名（51.5%）、A2 141,063 名（47.7%）、B　2,236 名(0.8%)、C 1 名であった。超音波所見ではコロイド嚢胞の多発、甲状腺内胸腺が特徴的である。

二次検査は B,C 判定の 2,237 名(0.8%)が対象となり、すでに 1,848 名（94.7%）が診断確定している。623 名は A1 ないし A2 に再判定された。また 1,225 名は二次検査後保険診療での経過観察や精査を施行されている。うち 485 名に細胞診が施行され、悪性ないし悪性疑いが 104 名で、58 名がすでに手術を施行され、 1 名が良性結節、57 名が甲状腺癌（乳頭癌 55 例、低分化癌 2 例）と病理診断が確定している。細胞診結果が悪性ないし悪性疑いであった 104 例の平均年齢は 17.1 歳、男女比 36:68、平均腫瘍径 14.2 ㎜であった。

現時点で発見されている甲状腺癌症例は、腫瘍径、地域差がないこと、年齢分布、発症までの期間などを考慮すると超音波検査によるスクリーニング効果および今まで施行されていなかったものを急に行ったハーベスト効果によるもと考えられ、現時点では放射線の影響とは考えにくい。今後はこの結果を基に本調査を続け、甲状腺に対する放射線の影響があるかないかについて長きにわたって見守っていく。

抄　　録

1. 関節リウマチの頚動脈硬化（ＩＭＴ）および骨粗鬆症（腰椎ＱＣＴ）からの検討

亀田内科
○亀田貞彦、沼田真子、砂森美枝子、江頭弘美

関節リウマチは関節部の滑膜増殖及び骨破壊を主とする病変であるが、一方関節外の合併も多々ある疾患である。

今回、合併症の動脈硬化（ＩＭＴ；内、中膜厚）及び、骨粗鬆症（腰椎ＱＣＴ＝ＱＵＡＮＴＩＴＡＴＩＶＥ　ＣＯＭＰＵＴＥＤ　ＴＯＭＯＧＡＰＨＹ）を検討しました。対象は４０歳以上の女性ＲＡの方です。

ＩＭＴは年代別で、０．７５ｍｍ（４０才代）、０．７７ｍｍ（５０才代）、０．７８ｍｍ（６０才代）、１．０ｍｍ（７０才代）、１．５ｍｍ（８０才）、と年令と共に高値になって行った。そして、これは健常人と糖尿病ＣＡＳＥｓの中間の推移であった。ＩＭＴとＳＴＡＧＥでの検討では、ＳＴＡＧＥ１で０．８３ｍｍ、ＳＴＡＧＥ２で１．０６ｍｍ、ＳＴＡＧＥ３で１．２ｍｍ、Ｓｔａｇｅ４で１．１ｍｍとＳＴＡＧＥが上昇するに連れＩＭＴも上昇した。ＩＭＴと腰椎ＱＣＴとの相関の検討では、相関係数は、－０．３５であった。そのＱＣＴ値のＲＡでの年代推移では、４０才代、５０才代では健常人平均より低値であった。しかし６０才代、７０才代では、健常人平均よりやや高値であった。これは現代の骨粗鬆症に対する治療の効果と考えたいところである。

2. 抗 GBM 抗体および MPO-ANCA がともに陽性であった急速進行性糸球体腎炎の一例

ＪＡとりで総合医療センター　腎臓内科
○赤澤政信、松木久住、松本優子、河﨑智樹、久山　環、前田益孝

【症例】72 歳男性【主訴】下腿浮腫
【現病歴】2013 年 1 月の時点では Cr 1.4mg/dL であった．10 月初旬に咽頭痛で近医受診し，感冒と診断された．受診 3 日後から両下腿浮腫を認めるようになった．11 月上旬から時折血痰を認め，食欲不振が出現した．12 月下旬に当院受診した際に重度腎機能障害を認め，急速進行性糸球体腎炎疑いで入院となった．入院時：WBC 5370 ／μl，Hb 7.3 g/dl，Plt 15.3×10^4／μl，Cr 12.0 mg/dl，BUN 88 mg/dl，CRP 0.7 mg/dl，MPO-ANCA >300 U/ml，抗 GBM 抗体 30.5 U/ml，uRBC >100 /HPF，uPro 2.54 g/gCr．胸部 CT で軽度間質性変化を認めた．第 2 病日に腎生検を施行し，第 3 病日より血液透析を開始した．腎生検は光顕では半月体形成性糸球体腎炎で，蛍光抗体法では IgG の係蹄への線状沈着を認めた．抗 GBM 抗体および MPO-ANCA 陽性の半月体形成性糸球体腎炎と診断し，第 4 病日よりプレドニゾロン(PSL)40mg/日の経口投与を開始し，血漿交換療法を計 6 回施行した．血液透析を離脱することはできなかったが，両抗体価は低下し肺病変の改善を認めた．以後 PSL を漸減していたが MPO-ANCA は再上昇を示していた．第 100 病日ごろより発熱をきたすようになり，血管炎の再燃と考えられた．シクロホスファミドの間歇静脈療法を施行し，MPO-ANCA の高値は持続しているものの解熱を維持し，活動性を抑えることができた．
【考察】抗 GBM 抗体は治療後の抗体価の再上昇はまれであるが，MPO-ANCA は治療後も再上昇を来すことがある．本例は透析導入は免れなかったものの血管炎の活動性をコントロールすることはできた．しかし MPO-ANCA は高値であり，今後も再燃が予想され注意を要する．

3. 慢性腎臓病（CKD）は腎臓病保存療法（CKM）が中心となる時代へ

椎貝クリニック[1)]、国分寺南口クリニック[2)]
○椎貝達夫[1)]、平沢　博[1)]、椎貝冨士子[1)]、坂東梨恵[1)]、熊本初美[1)]、栗山廉二郎[2)]

【目的】腎代替療法（RRT）は透析（D）と腎臓移植とされてきた。しかしDに入ることを嫌い、怖れる患者は多く、RRT の一つとして腎臓病保存療法（CKM）の道もあるのではないかと思い、40 年に亘って保存療法を開発してきた。最近開発された二つの療法について述べる。
【方法】対象は未透析の慢性腎臓病（CKD）患者で、慢性糸球体腎炎（CGN）121 例および糖尿病性腎症（DN）47 例である。①3～4 年に亘る eGFR の経過を折れ線グラフでみると、進行例のなかに途中から進行の勾配が急峻になる例が CGN で 17%、DN で 13%見出された。これらに筆者が間質性腎炎治療薬として開発した Camostat Mesilate（フォイパン・CM）を投与した。②eGFR15mL/min/1.73 ㎡以下になった例に瞑想を勧めた。瞑想法は暗所・椅子に座って眼を閉じ、心を集中させ 15～120 分過ごす方法が大部分だったが、ほかに写経や読経も行われた。なお全例を 4 つの柱からなる CKM（既報）下に観察した。
【結果】①CM を投与した CGN 11 例中 6 例、DN 2 例中 1 例で CKD 進行が有意に（P<0.05）遅延した。2.瞑想を 1 年以上行った CKD 74 例中、進行速度が有意に（P<0.05）遅延した例は 42 例（57%）だった。
【考察】stage5CKD では、通常の CKM（降圧、抗蛋白尿、電解質補正等）の有効例はきわめて少なくなる。CKD で進行速度が途中から急峻になる機所は、CGN、DN という糸球体疾患に間質性腎炎が合併したためと推測される。それは間質性腎炎治療薬の可能性が高いCMが進行を遅延させたことによる（第56回日本腎臓学会発表）。②瞑想は 57%で stage5CKD の進行を有意に遅延させた。今後ランダム化比較試験を行う必要があるが、stage5CKD の有力な治療法となる可能性がある。
【結論】以上 stage5 付近の CKM として有望な、二つの方法について述べた。RRT の一つの道として CKM が確立し、生涯 D に至らない例が増えてゆくことが期待される。

4. 下血を契機に発見された上行結腸転移を伴う肺扁平上皮癌の症例

茨城県立中央病院　1)初期研修医 2)呼吸器内科　3)消化器内科　4)病理診断科
○1)武臣真和、2)折茂圭介、2)山田　豊、2)内海啓子、2)橋本幾太、3)五頭三秀、4)飯嶋達生、2)鏑木孝之

【症例】70 歳の男性。平成 26 年 1 月下旬頃より血便を自覚し、2 月 13 日に前医で下部消化管内視鏡検査を施行された。上行結腸に半周性の Type2 病変を指摘され、生検を行われ、病理組織診断の結果、扁平上皮癌と診断された。3 月 4 日に初めて血痰を自覚し、胸部単純 X 線で左肺に腫瘤影を指摘された。3 月 24 日に当院当科を受診した。急性 B 型肝炎、関節リウマチの既往がある。家族歴、アレルギーは特記事項なし。喫煙歴は 60 本×45 年、禁煙 7 年で粉塵吸入歴はない。受診時の PS は 0 で、血便は 1 日 1 回持続しており、安静時の軽度呼吸困難は自覚していたが、身体所見上、有意な所見はなかった。
【経過】気管支鏡検査を施行し、左肺腫瘤に対して経気管支肺生検を行った。病理組織診断では扁平上皮癌であり、免疫染色の結果から肺扁平上皮癌の大腸転移と診断した。PET、MRI による遠隔転移の検索の結果、遠隔転移は膵臓と上行結腸に存在し、肺扁平上皮癌 cT4N2M1(OTH) StageⅣと診断した。下血が持続していたため、下血のコントロールの目的で、上行結腸転移に対して姑息的に放射線照射を行った。体重減少のため照射野の再現性が低下し、17.5Gy/7Fr の照射で中断したが、止血は達成した。また、並行して CDDP＋GEM による全身化学療法を開始し、その後、4 コースまで施行した。4 コース終了後の CT での治療効果判定は SD だった。また下部消化管内視鏡検査では上行結腸転移は縮小しており、消化器症状は再燃しなかった。
【考察】肺癌は遠隔転移がある進行例で発見されることが多いが、扁平上皮癌の大腸転移は稀である。同様の症例について、治療に対しての反応なども踏まえて、文献上の考察を加え、報告する。

5. 嘔吐による誤嚥性肺炎を契機に発見された悪性十二指腸狭窄の 1 例

土浦協同病院　消化器内科
○久保田洋平、酒井義法、吉行綾子、渡邉剛志、河本亜美、柴田　勇、市田　崇
鈴木雅博、草野史彦、田沢潤一

症例は特に既往のない 89 歳男性。20xx 年 5 月 9 日より頻回嘔吐認め、5 月 16 日当院受診し嘔吐による誤嚥性肺炎で入院となった。CT では、腹部傍大動脈・左胃動脈周囲・縦隔リンパ節の腫大があり、胃の拡張と十二指腸下行部までの腸管拡張を認めたが十二指腸に狭窄や捻転などの所見は認めなかった。
禁食・抗菌薬投与により肺炎一時軽快したが、第 7 病日に胆汁様嘔吐を認め胃管を留置した。第 8 病日に上部消化管内視鏡を施行したところ十二指腸下行部～水平部に全周性の浮腫性壁肥厚を認め同部位より 2 ヶ所生検提出したが炎症性変化を認めるのみであった。その後、胃管排液の増加あり狭窄増悪が示唆されたため第 20 病日に上部内視鏡施行したところ、下行部狭窄は前回より高度となっていた。病変より 3 ヶ所生検提出したが、前回同様炎症性変化を認めるのみであった。その後も胃管排液の減少は認めず悪性十二指腸狭窄の可能性が否定できないため第 27 病日に上部内視鏡検査を施行した。下行部狭窄はさらに高度となっており病変から生検 6 ヶ所提出した所、2 ヶ所より腫瘍細胞を認めた。表層上皮には異型は認めなかったが粘膜固有層内に核腫大を示す異型の強い腫瘍細胞が小胞巣状をなして浸潤増殖する像を認め、免疫染色では cytokeratin7、TTF-1 にびまん性強陽性を示し cytokeratin20、CDX-2、PSA は陰性であり、肺癌または甲状腺癌の原発を疑う所見であった。CT では甲状腺に腫瘍性病変を認めなかったが、右肺尖に 20mm 大の辺縁明瞭な結節を認め、ProGRP 上昇（194.4pg/ml）、縦隔リンパ節腫大などから臨床的に十二指腸狭窄の原因として肺癌の十二指腸転移が疑われた。
第 64 病日、悪性十二指腸狭窄に対してレントゲン透視下に十二指腸ステントを留置したが、その後肺炎再燃・増悪認め第 90 病日に永眠された。
今回の症例から、十二指腸狭窄の原因の一つとして肺癌の十二指腸転移があること、また転移性十二指腸腫瘍は進行しないと内視鏡生検で検出されない可能性があり、疑った場合は生検のフォローを行うべきであることが示唆された。

6. 様々な治療に抵抗性と重篤な副作用をみた潰瘍性大腸炎の一例

国家公務員共済組合連合会水府病院　内科
○茂木秀人、深澤　洋、鹿島正行、木村朋文、藤井正実、太田良雄、三原章男

今日では潰瘍性大腸炎(以下 UC)などの炎症性腸疾患に対して様々な薬剤による治療の選択肢が広がっている。しかしながら、ステロイド抵抗性・依存性 UC についてはいまだその効果に個人差があると思われる。
症例は 78 歳男性。平成 23 年 1 月発症の UC。ｱｻｺｰﾙ 3600mg 投与および PSL 投与にて加療するも PSL 依存性で減量中再燃をみた。ｲﾑﾗﾝ(AZP)50mg 併用にて肝障害出現。平成 24 年 6 月よりﾚﾐｹｰﾄ投与にて加療したが効果不良～3 か月目に血便出現と CRP 上昇、再燃と判断。同年 10 月より 10%ﾛｲｹﾘﾝ 0.3g 併用。11 月再診時は血便消失し CRP 低下したため効果ありと判断しﾚﾐｹｰﾄﾞを中断。同年 12 月症候に変化ないものの CRP 再上昇。ﾛｲｹﾘﾝ 0.5g へ増量したところ、白血球減少と貧血を認め、入院加療となった。ﾛｲｹﾘﾝを中止し PSL20 mg増量にて加療。好中球 584μL まで低下し 37 度台微熱も認めたため G-CSF 75μg 投与を要した。平成 25 年 1 月 PSL 漸減しながら LCAP 計 10 回施行。効果はみられ CRP 0.1mg/dL まで低下し PSL5 mg/day まで減量できた。しかしながらその後次第に症候、CRP ともに再燃傾向へ。同年 8 月よりﾌﾟﾛｸﾞﾗﾌｶﾌﾟｾﾙ投与開始し、約 3.5～4.0mg/回×2 でトラフ値 5～10ng/ml、CRP 1.0～2.0mg/dL でコントロール。CRP は低下傾向も腎機能および貧血が悪化。11 月時 CRP 3.9mg/dL, CRE 2.02mg/dL と CRP 上昇と腎機能の更なる悪化のためﾀｸﾛﾘﾑｽは 3 か月間で中止となった。
同年 11 月に 2 クール目 LCAP 施行したところ、開始 1 分程で気分不快訴えあり。LCAP 停止するも意識消失、血圧 40～50/mmHg とショック状態となる。気道確保し酸素投与行いつつ、ｶｺｰｼﾞﾝ(DOA)5ml/hr にて投与。その後は次第に血圧上昇～30 分後までには Bp90/mmHg 台まで回復し意識状態も戻る。翌日には DOA 中止し特に障害を残すことなく改善しした。後日のﾌｻﾝ特異的抗体検査は陽性であった。
ﾌｻﾝのアナフィラキシーショックは 0.2%ほどの発生頻度で報告されている。
様々な UC 治療に対して抵抗性や重篤な副作用をみた稀な症例として報告する。

7. 中年男性にみられたボホダレック孔ヘルニアの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]、外科[2]、呼吸器内科[3]
〇並木かほる[1]、鈴木愛美[1]、児玉泰介[1]、井口けさ人[2]、石橋　敦[2]、大原　元[3]、
籠橋克紀[3]、佐藤浩昭[3]

症例は59歳男性。たまたま撮影された胸部CTで、左横隔膜直上の腫瘤を疑われ紹介来院した。自覚症状なし。呼吸器の既往疾患なし。通常のCT断面である体軸断では、左横隔膜直上の辺縁明瞭な腫瘤陰影が確認された。冠状断および矢状断でのCT を確認したところ心陰影の後方の左横隔膜に腹腔内からの軟部組織のヘルニアが確認された。ヘルニア孔の部位からボホダレック孔ヘルニアと診断した。自覚症状ないため経過観察とされた。
検診では、食道裂孔ヘルニアに遭遇することはしばしばあるが、ボホダレック孔ヘルニアは小児期に問題となる疾患であり中年時点で診断されることは比較的まれである。本例は、冠状断および矢状断でのCTが診断に有用であった一例であり、興味深い例であると考えられ報告した。

8. 右上葉に肺カンサシ症、肺扁平上皮癌を合併した慢性肺アスペルギルス症の１例

国立病院機構茨城東病院
○中嶋真之、乾　年秀、中澤真理子、兵頭健太郎、金澤　潤、櫻井啓文、根本健司、高久多希朗、大石修司、林原賢治、薄井真悟、島内正起、斎藤武文

症例は67歳男性。47pack yearの喫煙歴があり、職業は製紙業。慢性C型肝炎と糖尿病（内服治療でHbA1c6.3%）で近医通院していた。持続する咳嗽と微熱を主訴に2012年5月当院を受診。胸部CTで右上葉に気腫性変化を背景にconsolidationを認め、アスペルギルス沈降抗体陽性であった。気管支鏡検査で真菌や悪性所見は検出されず、臨床的に肺アスペルギルス症状と診断し VRCZ を開始。慢性気道感染合併を疑いCAM200mg で少量マクロライド持続療法を行った。後日気管支洗浄液の培養で*M.kansasii* が検出され肺カンサシ症合併が疑われたが薬物相互作用の問題からアスペルギルス症の治療を継続する事とした。その後陰影は軽快したが、2013年7月に再増悪した。胸部CT では前回 consolidation を止めた部位に空洞形成を伴う腫瘍影を２つ認めた。経過中も複数回の喀痰検査から *M.kansasii* が検出されており、肺カンサシ症増悪と考えVRCZとCAMを中止しHREで治療を開始した。2014年2月には喀痰抗酸菌培養も陰性化していたが、4月のCTで陰影増悪し円形状の腫瘍影を形成していた。気管支鏡検査を行ったが確定診断がつかず、３回目の気管支鏡検査で肺扁平上皮癌cT3N2M0stageⅢAと診断した。気管支鏡検査後腫瘍内部に肺膿瘍を合併し抗生剤治療後に右上葉切除+リンパ節郭清術施行。腫瘍は角化型の扁平上皮癌でpT3aN0M0stageⅡB であった。本症例では同部位に肺アスペルギルス症・肺カンサシ症・肺癌を発症し、菌体成分などによる種々の炎症が刺激となり肺癌発症の刺激となった可能性が考えられた。肺アスペルギルス症やNTM症において適切な治療にも関わらず陰影が悪化する際は肺癌の合併も考慮する必要があると考えられた。

9. 維持透析中に発症した小細胞肺癌に対して CBDCA＋VP-16 併用化学療法と予防的全脳照射を行い長期生存している一例

東京医科大学茨城医療センター呼吸器内科
○菊池亮太，伊藤昌之，宇留間友宣，辻　隆夫，渡邉秀裕，青柴和徹，中村博幸

症例は慢性腎不全で維持透析中の 59 歳，女性．慢性咳嗽を主訴に当院腎臓内科を受診し，胸部 CT を撮影したところ左上葉に腫瘤影を認めたため，当科に紹介となった．当科で気管支鏡検査を行い，擦過細胞診にて Class Ⅴの small cell carcinoma を認め，全身検索の結果，限局型小細胞肺癌 cT2aN3M0 stage ⅢB と診断した．維持透析下で CBDCA 150 mg/m^2（Day 1）＋VP-16 50 mg/m^2（Day 1 と 3）併用化学療法を計 4kr，予防的全脳照射（1 回 2.5 Gy，total 20 Gy/10 回）を施行した．治療中に Grade 2 の好中球減少を認めるも，G-CSF 投与にて速やかに軽快し，2014 年 8 月現在までで，約 4 年間 Complete Response（CR）を維持している．血液透析導入により慢性腎不全患者の生命予後は改善されており，血液透析を受ける患者は年々増加している．細胞性免疫の低下や慢性炎症などの背景因子に加えて，透析患者の生存率上昇と高齢化のため，悪性腫瘍を合併する患者は増加している．さらに透析患者において悪性腫瘍による死亡率は一般人口と比較して高いことも知られている．しかし，肺癌を合併した血液透析施行中の慢性腎不全患者に対する化学療法の明確なガイドラインはなく，抗癌剤の投与量や有効性および安全性には不明な点が多い．そのため，十分な治療を行うことができない場合や，副作用が強く出現したために治療が継続できず，予後不良となる場合が報告されている．

今回我々は，維持透析中に小細胞肺癌を合併した症例に対して，化学療法と予防的全脳照射を行ったところ，再発は認めず，長期に渡り CR を維持している一例を経験した．血液透析施行中の小細胞肺癌に対して抗癌剤を含む治療が奏功し，長期生存している症例は稀であり，若干の文献的考察を加えて紹介する．

10. 超高齢者に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の１例

国立病院機構水戸医療センター呼吸器科
〇廣嶋悠一、沼田岳士、大澤　翔、本間祐樹、箭内英俊、遠藤健夫

症例は 90 歳、女性。健診で異常陰影を指摘され当院を受診した。胸部 CT では両肺にすりガラス状陰影が拡がり、いわゆる crazy-paving appearance を呈していた。気管支鏡を施行したところ、BAL 回収液は乳白色で、TBLB では肺胞腔内が PAS 陽性好酸性物質で占められている病理像が得られた。血清抗 GM-CSF 抗体は陽性(119.614μg/mL)であり、自己免疫性肺胞蛋白症と診断した。アンブロキソール塩酸塩内服で経過観察していたところ、陰影は消退傾向となった。
肺胞蛋白症(Pulmonary alveolar proteinosis:PAP)は、1958 年に Rosen らによって初めて報告された疾患で、肺胞や呼吸細気管支にサーファクタントリン脂質や蛋白が貯留し、進行すると呼吸不全をきたす。抗 GM-CSF 抗体との関連性が報告されて以降、同抗体陽性例を自己免疫性肺胞蛋白症と呼ぶことが定着してきている。肺胞蛋白症の日本人における有病率は 100 万人対 6.2 人で、約 9 割が抗 GM-CSF 抗体陽性である自己免疫性肺胞蛋白症と報告されている。本疾患における診断時の年齢の中央値は男性 50 歳、女性 52 歳とされており、本症例のように 90 歳で診断された症例は稀と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

11. 肺結核後遺症による慢性呼吸不全の 3 例

国立病院機構茨城東病院　内科診療部呼吸器内科
〇兵頭健太郎、乾 年秀、中嶋真之、中澤真理子、櫻井啓文、金澤 潤、根本健司、
高久多希朗、大石修司、林原賢治、斎藤武文

今回、肺結核加療後、長期間経過している 3 症例を経験した。症例 1 は 74 歳女性。約 50 年前の 22 歳時に肺結核のため、当院で左肺全摘術を受けた。60 歳時に睡眠時 1.0L で在宅酸素導入となった。今回、夜間呼吸苦、不眠を主訴に精査加療目的に当院入院となった。全身検査を行ったところ、経皮血液ガスシステムで夜間二酸化炭素高値を認めた。症例 2 は 80 歳女性。50 年程前の 20 代の頃に肺結核症のため、当院で左肺切除・胸郭成形術を施行された。2014 年 5 月初めより夜間の起坐呼吸が出現し、5 月中旬に悪化し、心不全の診断で近医緊急入院となった。加療により心不全改善したが呼吸不全を呈し、精査加療目的に当院紹介となった。検査の結果Ⅱ型呼吸不全を認め、在宅酸素および NIPPV 導入となった。症例 3 は 86 歳女性で 20 歳前後で肺結核の薬物療法を受けた。その後、在宅酸素導入となったが呼吸状態は漸次増悪し、Ⅱ型呼吸不全および肺高血圧を認めた。肺結核後遺症の慢性呼吸不全は外科治療群、内科治療群に分けられる。外科治療群とは主に肺切除術、胸郭成形術、人工気胸術等を受けた後に 20 から 30 年経て、呼吸不全を生じた患者群である。内科治療群とは病巣が広範囲か重篤であるなどの理由で手術の適応外とされ、強力な抗結核薬で治療をした後に数年以上経てから肺の瘢痕化に伴って呼吸不全を生じてくる患者群のことである。肺結核後遺症の病態生理としては肺内病変と胸膜病変を主とした結核感染の影響、外科治療の影響により肺容量(肺実質、肺血管床)の減少、胸郭変形、胸膜癒着、気管支の変形、気道感染の反復により拘束性換気障害、閉塞性換気障害、低酸素血症、高炭酸ガス血症、肺高血圧症が起こる。治療法としては、長期酸素療法、NIPPV が挙げられる。肺結核後遺症の 3 例について外科的肺結核後遺症と内科的肺結核後遺症の違いをふまえ、文献的考察を加えて報告する。

12. 抗 CCP 抗体高値を示した肝内胆汁うっ滞合併間質性肺炎の 1 例

国立病院機構茨城東病院 内科診療部呼吸器内科[1]、筑波大学医学医療系診断病理学[2]
○乾　年秀[1]，金澤　潤[1]，中嶋真之[1]，中澤真理子[1]，兵頭健太郎[1]，櫻井啓文[1]，
根本健司[1]，高久多希朗[1]，大石修司[1]，林原賢治[1]，斎藤武文[1]，南　優子[2]

【症例】59 歳男性．2013 年 3 月より咳嗽，発熱，胸痛が出現し近医を受診した．細菌性肺炎の診断で抗菌薬を投与されたが改善なく，器質化肺炎として PSL 30 mg を投与され改善した．以後 PSL を漸減されたが，9 月に 5 mg となったところで再増悪し，20 mg に再増量され改善した．その後，2014 年 4 月に当院紹介となった．PSL を 5 mg まで減量したところ右肺下葉に陰影が出現し，精査加療目的に入院した．胸部 CT で右下葉に気管支透亮像を伴う非区域性の浸潤影を認め，左 S1+2 や左 S8 などにも気管支血管束に沿う限局性の浸潤影を認めた．気管支肺胞洗浄液でリンパ球優位の細胞数増加を認め，経気管支肺生検で小葉間や肺胞間質にリンパ球や形質細胞，好酸球浸潤がみられ肺胞腔内には好酸性物質がびまん性に沈着していた．また AST 106 U/l，ALT 110 U/l，ALP 585 IU/l，γ-GTP 120 IU/l と肝胆道系酵素優位の上昇を認めた．皮膚・関節病変を認めなかったが RF 89.8 IU/ml，抗 CCP 抗体 243.3 U/ml と高値であった．間質性肺炎と考えステロイドパルス療法(mPSL 1 g 3 日間)の後に PSL 30 mg を投与し陰影は改善した．治療により肝胆道系酵素も正常化した．

【考察】関節リウマチにおける抗 CCP 抗体の特異度は 95%とされ診断的価値が高い．抗 CCP 抗体陽性の器質化肺炎で，後に関節炎が出現し関節リウマチと診断された症例報告があり，本例も肺病変先行型の関節リウマチの可能性を考えた．また，肝胆道系酵素上昇の原因となる肝疾患を認めず，ステロイド投与で速やかに正常化したことから，間質性肺炎を引き起こす免疫異常が肝にも何らかの変化をもたらしたものと思われた．

13.　全身倦怠感を主訴とした甲状腺機能正常の亜急性甲状腺炎の一例

１)筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻内分泌代謝・糖尿病分野
２)国家公務員共済組合連合会 水府病院　内分泌代謝内科
３)国家公務員共済組合連合会 水府病院　呼吸器内科
〇大崎芳典[1),2)]，深澤　洋[2)]，鹿島正行[3)]

緒言:亜急性甲状腺炎(SAT)は，発熱・有痛性甲状腺腫脹・甲状腺機能亢進症を特徴とする．今回，甲状腺機能正常の有痛性甲状腺腫脹を呈した症例を経験したので報告する．
症例:76 歳,女性.主訴:全身倦怠感.
現病歴:2014 年 5 月下旬,上気道炎様症状あるも軽快.6 月初旬に全身倦怠感と食欲不振にて近医受診,TSH 2.2IU/ml,FT4 0.93ng/dl,FT3 2.2pg/ml,CRP 8.0mg/dl,Tg-Ab >4000IU/ml と CRP 増加と甲状腺機能正常の橋本病を認めた.チラーヂンS(L-T4)25ug/日を開始も改善なく,精査目的に 6 月 20 日当院紹介受診. 受診時 CRP 11.9 と更に上昇も甲状腺機能は正常.精査目的に入院.経過:発熱なし.甲状腺左葉の圧痛と腫大あり.胸腹部 CT では甲状腺の著しい腫大と気管偏移を認めた.TSH 0.62,FT4 1.46 と正常も，Tg 775ng/ml と高値.同日 L-T4 中止.甲状腺エコーにて両葉とも著しく腫大も特に左葉の腫大が強く,左葉内部に限局性の低エコー域と無血流野,及び同部の軽度圧痛を認めた.Tg-Ab 強陽性より橋本病の急性増悪(pHT)も考えたが,限局性の低エコー域とクリーピング様症状より,亜急性甲状腺炎(SAT)と診断. PSL 20mg/日投与を開始後，甲状腺の圧痛,全身倦怠感,CRP は速やかに改善.甲状腺針生検ではリンパ球を主体とし,多核巨細胞や悪性所見は認めなかった.PSL 開始後,甲状腺の腫大及び左葉の低エコー域は縮小.7 月 22 日 PSL 2.5mg/日まで減量も CRP 0.5 まで改善.全身状態良好となり退院.8 月 8 日 PSL 中止も,以降再燃なく経過.PSL からの離脱も容易にて,pHT は否定された.
結語:本症は甲状腺機能正常の非典型的なSATの一例.甲状腺機能正常のSATの場合は,不明熱や悪性腫瘍との鑑別も必要である.

14. 髄膜炎を契機にACTH単独欠損症の診断に至った一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・総合病院水戸協同病院
1）内分泌代謝・糖尿病内科、2）総合診療科、3）感染症科
○古川祥子[1)]、藤原和哉[1)]、吉田聡哉[2)]、久野遥加[2)]、松本祐希子[2)]、加藤幹朗[2)]、城川泰司郎[3)]、矢野晴美[3)]、熊谷　亮[1)]、五十野桃子[1)、2)]、野牛宏晃[1)]

72歳男性。3ヶ月前から食欲低下、倦怠感が出現し、日中も臥床がちとなった。来院前日の夕食は摂取できず、呼びかけへの反応が低下した。未明にベッド脇で倒れているのを発見され、意識障害、歩行困難にて当院に救急搬送された。来院時 GCS E4V4M6、血圧 180/96 mmHg、脈拍 92 /分、体温 36.9 ℃、呼吸数 16 /分、SpO2 96 %、軽度構音障害と全身の筋力低下を認めたが、頭部CT、頭部MRI で脳出血や梗塞は否定された。WBC 10,500 /μl、CRP 6.14 mg/dl、髄液検査で細胞数 695 /μl、単核球 650 /μl、糖 81 mg/dl（血糖値 180 mg/dl)、蛋白 105 mg/dl と単核球優位の細胞数上昇と糖の低下を認め、髄膜炎と診断された。髄液培養や細胞診、各種PCR は陰性で原因が特定できず、臨床所見からリステリアや結核性髄膜炎を疑って治療されたが、多発関節痛、発熱が遷延し、腎障害が出現したため、血管炎を疑いステロイドパルス施行後、症状は速やかに改善した。ステロイド投与終了後3日目から症状が再燃し、食事摂取不良となった。入院時 HbA1c 4.1 %、血糖値 56 mg/dl と低値、ステロイド終了後12日目にACTH＜2.0 pg/ml、コルチゾール（F）0.3 μg/dl が確認され、四者負荷試験ではACTH、F は無反応であり、ACTH単独欠損症と診断した。コルチゾール補充療法により症状は完全に消失し、リハビリ後に自宅退院した。ACTH 単独欠損症は非特異的症状から診断に苦慮されるが、本例は髄膜炎を契機に副腎不全症状が顕在化し、診断に至った一例であった。遷延する食欲不振や意識障害を来たす症例では常に本症を疑うことが重要と考えられた。

15. 糖尿病治療再開後に糖尿病性舞踏病を呈した２型糖尿病の一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・総合病院水戸協同病院
内分泌・代謝糖尿病内科[1)]　総合診療科[2)]
○熊谷　亮[1)]、古川祥子[1)]、五十野桃子[2]、藤原和哉[1)]、渡辺　悠[2)]、富永さやか[2)]、
小林裕幸[2]、野牛宏晃[1)]

【症例】58 歳男性
【主訴】右上下肢不随意運動
【経過】33 年前に 2 型糖尿病を指摘されていたが、複数回の治療自己中断歴があった。治療中断約２年が経過した入院１ヶ月前に外来を受診し、随時血糖 580mg/dl、HbA1c 19.1%を認めたため、インスリン療法を再開していた。入院３週間前に、初発の全身性痙攣発作で救急搬送されていたが原因は特定されていなかった。入院３日前より右上肢に不随意運動が出現し、徐々に右下肢にも広がり、症状が増悪傾向であったため救急要請し当院に搬送され入院となった。入院時右上下肢に舞踏運動を認めたが、その他神経学的な異常所見はなかった。血液検査上、随時血糖 624mg/dl 、HbA1c 15.4%であった。頭部 MRI では T1 強調画像で左被核に高信号領域があり、拡散強調画像では明らかな病変は認めず糖尿病性舞踏病と診断し、インスリン強化療法に変更して血糖管理を行った。入院 3 日目には不随意運動は改善傾向となり、入院 10 日目には症状は完全に消失し、高血糖も是正されたため外来管理とした。今後は血糖管理と共に、定期的に頭部 MRI で病変の経過を追っていく方針とした。
【考察】糖尿病性舞踏病は、突然発症する舞踏運動/バリスムなどの不随意運動を呈し、高齢者に多いとされている。本症例のように高血糖が持続している際に発症しやすいと報告されているが、低血糖時に発症する場合もある。また、対側基底核や頭頂葉、同側の視床下核の梗塞を鑑別することが重要である。治療はハロペリドールなど抗精神薬が内服治療として選択されることもあるが、本症例のように血糖コントロールのみで改善するという報告も多い。典型的な糖尿病性舞踏病の経過を示した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

16. 中等度～高度腎機能障害を有する 2 型糖尿病患者に対するリラグルチドの有用性の検討

医療法人健清会　那珂記念クリニック内科
〇玉澤敦子、石田英則、斎藤三代子、遅野井　健

【はじめに】インクレチンの腎保護作用はその血糖改善効果を介してだけでなく、腎での GLP-1 受容体の発現が確認され、GLP-1 の直接的効果も期待されている。一方中等度～高度腎機能障害を有する 2 型糖尿病患者においては、腎排泄型薬剤による薬物血中濃度の上昇に加えて、インスリンや分泌系薬剤使用時の低血糖誘発などが懸念され、薬剤投与が制限される。今回、腎機能障害患者における GLP-1 受容体作動薬(リラグルチド、以下 Lira)の長期有用性を検討した。

【対象・方法】対象は Lira を投与した腎症 3B・４・5 期の 2 型糖尿病患者で、開始後 3 ヶ月以上経過した 93 名(男 70/女 23 名、70.6 歳、HbA1c7.0%、BMI23.7kg/m^2)とした。変更前薬剤はインスリン療法 63 名(単独 11 名、経口薬併用 52 名)、非インスリン療法 30 名(ドラッグナイーブ 4 名、単剤 6 名、2 剤以上 20 名)であった。Lira 投与期間は 21.7 ヶ月(3～44 ヶ月)で、Lira 投与後 1 ヶ月毎の HbA1c、GA、BMI、3 ヶ月毎の eGFR の変動を検討した。

【結果】1) HbA1c:全体では 3～24 か月に低下。前値 7.0±1.4%(Mean±SD)に比し、12、24 か月で 6.8±1.3、6.5±1.0%に低下。2) GA:インスリン群では不変、非インスリン群では前値 24.7±5.5%に比し、12、24 か月で 23.3±5.6、22.3±5.4%に低下。3)BMI:全体では 3～24 か月に低下。非インスリン群で不変、インスリン群では前値 23.3±3.3 に比し、12、24 か月で 22.8±3.1、22.0±3. 2%に低下。4) eGFR:各群共に 3～24 か月で不変。

【考察】腎症 3B・４・5 期の患者において、Lira の投与により低血糖を回避し、血糖改善や体重減少の効果が得られ、中等度～高度腎障害患者への Lira の長期有用性が示唆された。

17. 多彩な感染性動脈瘤を合併した *Streptococcus anginosus* 感染性心内膜炎の一症例

日立総合病院　循環器内科
〇大島和馬、常岡秀和、朝比奈直揮、佐藤希美、遠藤洋子、山内理香子、樋口甚彦、鈴木章弘、悦喜　豊

症例は慢性腎機能障害による血液透析中の 42 歳男性。
20××年 3 月〇日、原因不明の発熱と左前胸部痛を認め当科を紹介受診、炎症反応の上昇があり、心臓超音波検査にて大動脈弁弁尖に疣贅を認め、血液培養から *Streptococcus anginosus* が検出された為、感染性心内膜炎と診断し入院とした。VCM と ABPC/SBT による抗生剤治療を開始し、炎症反応やその後の血液培養は陰性化した。しかし、入院後 4 日目に右側腹部痛を自覚し、造影 CT 上、脾臓内出血と診断し、同日当院外科で脾摘術を施行した。病理の結果、脾臓内の感染性動脈瘤の破裂であり、培養も血液培養と同菌種であった。また入院 36 日目に左大腿内側に疼痛と腫瘤の増大を自覚した。造影 CT 上、左深部大腿動脈瘤の破裂と診断した。IVR によってコイル塞栓術を施行し止血に成功した。その後、入院 42 日目に当院心臓外科で大動脈弁位人工弁置換術を施行した。術中術後に合併症なく、入院 99 日目に退院となった。
感染性心内膜炎による動脈瘤破裂の報告は多い。しかし当症例では感染制御が良好であっても遠隔期に瘤破裂が多発的に生じていることから手術時期決定を考慮するのに示唆に富む一例であり、若干の文献的考察も含め報告する。