第２０３回茨城県内科学会

日　　時　平成２７年３月１４日（土）
　　午後２時～午後４時 30 分

会　　場　茨城県医師会　４階大会議室

当番幹事　小原克之（水戸赤十字病院）

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２０３回茨城県内科学会

日　　時　平成 27 年 3 月 14 日（土）　午後 2 時～午後 4 時 30 分
場　　所　茨城県医師会　4 階大会議室
当番幹事　小原克之（水戸赤十字病院　統括管理監）

●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 5 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 2.5 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２０３回当番幹事

連絡先:水戸赤十字病院　小原克之
〒310-0011　茨城県水戸市三の丸 3-12-48
Tel:029-221-5177　Fax:029-227-0819

● 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　　水戸赤十字病院　　冨岡真一郎

1.著明な気道病変を呈したサルコイドーシスの１例
独立行政法人　国立病院機構　茨城東病院　1 呼吸器内科　2 呼吸器外科
〇中嶋真之[1]、田口真人[1]、乾　年秀[1]、中澤真理子[1]、兵頭健太郎[1]、
金澤　潤[1]、櫻井啓文[1]、根本健司[1]、三浦由紀子[1]、高久多希朗[1]、
大石修司[1]、林原賢治[1]、濱本　篤[2]、薄井真悟[2]、島内正起[2]、斎藤武文[1]

2.当院における iVAPS 使用実績
独立行政法人国立病院機構茨城東病院　呼吸器内科
〇櫻井啓文、田口真人、乾　年秀、中澤真理子、中嶋真之、兵頭健太郎、
金澤　潤、根本健司、三浦由記子、高久多希朗、大石修司、林原賢治、
斎藤武文

3.成人 T 細胞白血病に合併したニューモシスチス肺炎の症例
株式会社日立製作所日立総合病院　1 呼吸器内科、同　2 血液腫瘍内科
〇土屋春樹[1]、清水　圭[1]、田地広明[1]、山本祐介[1]、名和　健[1]、周山拓也[2]、
工藤大輔[2]、品川篤司[2]

4.血清 Cl 値低下から CO2 貯留を疑った COPD 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
〇兵頭健太郎、田口真人、乾　年秀、中嶋真之、中澤真理子、櫻井啓文、
金澤　潤、根本健司、三浦由記子、高久多希朗、大石修司、林原賢治、
齋藤武文

14:37～14:53　　座長　　水戸赤十字病院　　大平　雅之

5.クオンティフェロン検査で陰性であったが、繰り返しの髄液検査で診断し得た結核性髄膜炎の１例
総合病院土浦協同病院　神経内科
〇大津信一、町田　明、石原正一郎、高島　実、井上千秋、小寺　実

6.外転神経麻痺で発症し重症筋無力症様の症状を呈した内頚動脈海綿静脈洞瘻の 69 歳男性例
JA とりで総合医療センター　1 神経内科、2 脳神経外科
〇佐々木克仁[1]、板谷早希子[1]、冨滿弘之[1]、太田浄文[1]、赤座実穂[1]、小林　禅[1]、新谷周三[1]、上田泰弘[2]

14:53～15:17　　座長　　水戸赤十字病院　　滝田　節

7.尿蛋白、尿潜血ともに陰性であった糖尿病性糸球体硬化症の一例
東京医科大学茨城医療センター　腎臓内科
〇丸山浩史、下畑　誉、小川裕二郎、平山浩一、小林正貴

8.両側副腎転移により Addison 病をきたした肺腺癌の 1 例
国立病院機構水戸医療センター　呼吸器科
〇大久保和範、箭内英俊、大澤　翔、本間祐樹、沼田岳士、遠藤健夫

9.嘔吐、吐血を主訴に来院した原発性副甲状腺機能亢進症の一例
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター　1 総合診療科、2 救急科、3 神経内科
〇松田健佑[1]、関　昇子[1]、田島亜佳里[1]、木下雄人[1]、渡辺麻紀子[1]、桑名梨里子[1]、山田裕士[1]、本多寛之[1]、関根良介[2]、関、義元[1]、小國英一[3]

15:17～15:33　　座長　　水戸赤十字病院　　坂内　通宏

10.治療抵抗性間質性肺炎に対してミコフェノール酸モフェチルが奏功した clinically amyopathic dermatomyositis の一例
水戸赤十字病院内科
〇杉崎康太、坂内通宏

11.経腸栄養中に銅欠乏性貧血をきたした１例
1 水戸赤十字病院内科、2 慶應義塾大学医学部血液内科
〇間嶋絵梨[1]、小原克之[1]、西田浩子[2]

15:33～15:49　　座長　　水戸赤十字病院　　萱場　祐司

12.ドクターカー運用にて救命された、Vf 蘇生後 stunned myocardium 合併急性心筋梗塞症例
国立病院機構　水戸医療センター　循環器内科
〇山崎陽子、田畑文昌、中山明人、山田理仁、小泉智三、四方達郎、中山久美子、田口修一

13.たこつぼ心筋症および急性下壁心筋梗塞が、同時に認められた一例
水戸済生会総合病院　循環器科
〇中川明香、山下文男、樋口基明、山田典弘、千葉義郎、大平晃司、村田　実

特別講演　15:49～16:19
座長　水戸赤十字病院　小原　克之

医療訴訟における診療ガイドライン

講師　水戸赤十字病院神経内科部長
仁邦法律事務所　大平　雅之　先生

閉会挨拶　16:19～16:24　小原　克之（水戸赤十字病院　統括管理監）

幹 事 会　16:30～　　茨城県医師会　3 階会議室

特別講演抄録

医療訴訟における診療ガイドライン

水戸赤十字病院神経内科
仁邦法律事務所　　大平雅之

近年、様々な診療ガイドラインが作成され、実際に臨床現場での活用が求められるようになった。一方診療ガイドラインの医療訴訟における取扱はあまり認識されていない。脳卒中に関連する診療ガイドラインも公開され、同様に医療現場において利用されているが、「脳卒中治療診療ガイドライン」が判決文中引用されている裁判例のうち判決文全文が入手可能で脳卒中の診療が争点となった裁判例について検討した。対象は7事例（8裁判例）あり、判決の理由中ガイドラインが過失判断において引用された場合、おおむねガイドライン通りの認定がなされていた。特にガイドライン中、エビデンスレベルが引用されている判決が目立った。民事訴訟はその制度的特性から必ずしも客観的な医学的妥当性は担保されていないものの、民事訴訟での医学的妥当性を必要最低限担保するためにガイドラインが寄与しうる余地がある。さらに同様の傾向を他のガイドラインでも確認したので報告する。

抄　　録

1.著明な気道病変を呈したサルコイドーシスの１例

独立行政法人　国立病院機構　茨城東病院　呼吸器内科 1)　呼吸器外科 2)
○中嶋真之[1)]、田口真人[1)]、乾　年秀[1)]、中澤真理子[1)]、兵頭健太郎[1)]、
金澤　潤[1)]、櫻井啓文[1)]、根本健司[1)]、三浦由紀子[1)]、高久多希朗[1)]、
大石修司[1)]、林原賢治[1)]、濱本　篤[2)]、薄井真悟[2)]、島内正起[2)]、斎藤武文[1)]

症例は 60 歳女性。１年前より咳嗽と喘鳴があり、他院で気管支喘息として加療されていたが、改善が乏しいため当院紹介となった。完全房室ブロックのためペースメーカーが挿入されており、眼科でブドウ膜炎を指摘されていた。喫煙歴や明らかな吸入歴なし。青魚や甲殻類、感冒薬などでアレルギー歴（皮疹）があり、喘息の家族歴を認めた。受診時 SpO2 96%と低下し、呼気喘鳴あり。胸部 CT で両側肺門・縦隔リンパ節腫脹と気管支血管周囲束肥厚を認め、サルコイドーシスが疑われた。血液ガスでは pH7.400,pCO2 50.6mmHg,pO2 74.9mmHg,HCO3- 30.6mmol/l と CO2 貯留があり、肺機能検査では VC1.67L(72%)、FEV1.0 1.16L(66%)、FEV/FVC 77%と低下を認めた。ツベルクリン反応は陰性、血清 ACE 値は正常であったが、リゾチーム高値（13μg/ml）であった。Ga シンチグラムでは左上肺野に淡い集積を認めた。気管支鏡検査では広範囲に気道粘膜の浮腫と気管狭窄があり、特に左上区枝・舌区枝は内腔が高度に狭窄していた。BALF 総細胞数増加(4×10^5/ml)とリンパ球比率増加(31%)、CD4/8（10.4）と上昇、左舌区分岐部の白苔状病変を生検したが、非特異的な炎症所見を認めるのみであった。サルコイドーシス（臨床診断群）と診断し、BUD/FM 吸入を継続したが、徐々に症状増悪し PSL30mg の維持投与を開始した。サルコイドーシスでは 2/3 程度に気道病変が存在するとされ、なかには本例のような高度狭窄をきたす症例も存在する。本例ではサルコイドーシスの気道病変により、喘息様症状を呈していたものと考えられ、気道狭窄を呈する疾患としてサルコイドーシスも鑑別する必要があると考えられた。

2.当院における iVAPS 使用実績

独立行政法人国立病院機構　茨城東病院　呼吸器内科
〇櫻井啓文、田口真人、乾　年秀、中澤真理子、中嶋真之、兵頭健太郎、
金澤　潤、根本健司、三浦由記子、高久多希朗、大石修司、林原賢治、
斎藤武文

非侵襲的陽圧換気(non-invasive positive pressure ventilation; NPPV)は種々の呼吸不全症例に幅広く使用され、急性期では慢性閉塞性肺疾患(chronic obstructive pulmonary disease; COPD)増悪、心原性肺水腫、慢性期では肺結核後遺症や神経筋疾患をはじめとする拘束性肺疾患で NPPV 療法の高い有効性が示されている。当院では COPD や肺結核後遺症など多くの症例に NPPV 療法が導入されている。NPPV 療法の換気モードは、ST(spontaneous timed)モードを中心に、S(spontaneous)モード、T(timed)モードがあり、これらは吸気圧、呼気圧、呼吸回数の設定が必要であり、従圧式人工呼吸器に近い換気補助が行われる。NIP ネーザル®V には iVAPS(intelligent volume assured pressure)モードという新しい換気モードが搭載されており、これは設定した肺胞換気量を維持するように PS(pressure support)や呼吸回数が自動的に調整されるモードで、過剰な PS がかからないため、従来の NPPV に比べて患者のアドヒアランスも向上すると考えられている。当院では 2015 年 1 月までに 16 例に iVAPS モードが適用されており、疾患の内訳は、COPD7 例、間質性肺炎 4 例、肺結核後遺症 2 例、肥満低換気症候群 1 例、胸郭成形術後 1 例、チェーンストークス呼吸を伴う中枢型無呼吸 1 例であった。本邦における iVAPS に関する有用性報告は未だないが、当院の症例で有効であったと考えられる症例を経験したので報告する。

3.成人T細胞白血病に合併したニューモシスチス肺炎の症例

株式会社日立製作所日立総合病院　呼吸器内科1)、同　血液腫瘍内科2)
○土屋春樹[1)]、清水　圭[1)]、田地広明[1)]、山本祐介[1)]、名和　健[1)]、周山拓也[2)]、
工藤大輔[2)]、品川篤司[2)]

【症例】62歳女性
【既往歴】ぶどう膜炎
【生活歴】喫煙飲酒歴なし
【家族歴】父が福島県、母が大分県出身、いずれもHTLV-1既往は不明。本人の娘が出産する際にHTLV-1陽性と判明。
【現病歴】52歳時にぶどう膜炎を発症、54歳時にHTLV-1キャリアと判明。59歳時に健診でリンパ球増多を指摘され、62歳時（当科受診の2か月前）に前医で慢性型成人T細胞白血病（ATL）と診断された。当院血液内科初診時は呼吸器症状の自覚はなかったが、同日の胸部CTで両肺野のすりガラス様の濃度上昇が認められた。徐々に咳嗽と少量の喀痰を自覚するようになり当科へコンサルトとなった。
当科初診時（第1病日）の咳嗽・喀痰はごく軽度、安静・労作時の呼吸困難感なし。再検したCTでは両肺野のすりガラス様陰影の増悪が認められた。鑑別としてニューモシスチス肺炎（PCP）、ATLの肺浸潤、HTLV-1関連肺疾患、二次性肺胞蛋白症、CMV感染等が考えられた。第2病日に気管支鏡を施行し、気管支肺胞洗浄液および経気管支肺生検でPneumocysits jirovecii が確認され、PCPと診断した。
第5病日に再入院した際に労作時の呼吸困難が出現していたがPaO2は保たれており、JAID/JSC guidelineに従いST合剤単剤9g/日で治療を開始した。軽度の腎機能障害と嘔気が遷延したが、減量と支持療法により3週間の治療を完遂し軽快した。以後は外来でも再燃なく経過しており、ATLの加療を検討している。
【まとめ】ATLは白血病細胞の浸潤や日和見感染により多彩な肺病変を来たすことが知られている。気管支鏡検査により速やかにPCPの診断に至り、呼吸不全に至る前に加療を開始できたATL症例を経験したので報告する。

4.血清 Cl 値低下から CO2 貯留を疑った COPD 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
○兵頭健太郎、田口真人、乾　年秀、中嶋真之、中澤真理子、櫻井啓文、
金澤　潤、根本健司、三浦由記子、高久多希朗、大石修司、林原賢治、
齋藤武文

症例は 85 歳男性。Ⅳ期 COPD、慢性Ⅱ型呼吸不全で在宅酸素療法および夜間非侵襲的陽圧換気(noninvasive positive pressure ventilation：NPPV)を行われていた。X 年 1 月の外来で歩行、会話、食事も可能な状態であったが、家族から日中も寝ていることが多いと訴えがあった。毎月の血液検査で 99-102 mEq/l で推移していた血清クロール値が 95 mEq/l と低下し、血清 Na 値 139 mEq/l と正常であったことから、CO2 ナルコーシスを疑って入院とした。入院時、酸素 4L/min 投与下の動脈血液ガス分析で pH 7.255、PCO_2 98.2 mmHg、PO_2 106.1 mmHg、HCO_3 42.6 mmol/L と著明な呼吸性アシドーシスがあり CO2 ナルコーシスと診断した。終日 NPPV を使用し、入院 7 日目には pH 7.343、PCO2 77.0 mmHg、PO2 124.1 mmHg、HCO3　40.9 mmol/L と改善し、血清クロール値も 101 mEq/l と上昇した。
嘔吐、利尿薬使用など低 Cl 血症をきたす原因はなく、呼吸性アシドーシスの腎性代償で重炭酸イオンが増加し血清 Cl 値が低下したものと考えた。本例は著明な呼吸性アシドーシスの悪化にも関わらず一見通常と変わりない様子であったが、血清 Cl 値の低下から診断に至ることができた。慢性Ⅱ型呼吸不全の患者において血清 Cl 値に注目することが病状把握に有用と考えた。

5.クオンティフェロン検査で陰性であったが、繰り返しの髄液検査で診断し得た結核性髄膜炎の１例

総合病院土浦協同病院　神経内科
〇大津信一、町田　明、石原正一郎、高島　実、井上千秋、小寺　実

【症例】24 歳、男性、既往歴に特記すべきものなく、X 年 8 月より発熱、水様性下痢が出現した。近医入院し、ピペラシリンタゾバクタム 13.5g/日、プレドニゾロン 10mg/日が投与された。8 月 26 日から意識障害が出現し、同日当院転院搬送となった。来院時、39℃の発熱と GCS E4V4M5 の意識障害、項部硬直を認めた。胸腹部 CT で肺門部リンパ節の腫大を認め、頭部 MRI では脳室の拡大と脳底部にリング状の造影病変を認めた。髄液所見では、細胞数 620/mm^3、蛋白 412mg/dl と上昇を認め、細菌性髄膜炎の疑いで当科入院とした。入院後アンピシリン 12g/日、メロペネム 6g/日、バンコマイシン 2g/日、デキサメタゾン 36mg/日を投与開始した。意識障害は改善傾向になり、29 日にデキサメタゾン中止とした。しかし 30 日には意識障害が再度増悪し、頭部 CT では脳室がさらに拡大し、オンマイヤリザーバー留置とした。入院時から髄液検査を 2 回施行したが、いずれも抗酸菌 PCR は陰性で、血清クオンティフェロン検査も陰性であった。画像所見から結核性髄膜炎を疑い、9 月 2 日からイソニアジド 300mg/日、リファンピシン 600mg/日、エタンブトール 1.5g/日、ピラジナミド 2g/日を開始した。抗結核薬開始後、発熱と意識障害は改善した。脳室ドレナージから採取した髄液の抗酸菌 PCR で結核菌が検出され、結核性髄膜炎と診断した。検出された結核菌はすべての抗結核薬に感受性良好であり、11 月 2 日からエタンブトール、ピラジナミドを中止し、11 月 28 日退院とした。
【考察】結核性髄膜炎では髄液の抗酸菌 PCR の感度は 56%と低く、ステロイド投与などの免疫抑制下ではクオンティフェロン検査は偽陰性になりうることが知られている。結核性髄膜炎は致死率が高く、疑った場合は複数回の髄液検査と早期の治療開始が必要と考えられる。

6.外転神経麻痺で発症し重症筋無力症様の症状を呈した内頚動脈海綿静脈洞瘻の69歳男性例

JAとりで総合医療センター　神経内科1)、脳神経外科2)
〇佐々木克仁[1)]、板谷早希子[1)]、冨満弘之[1)]、太田浄文[1)]、赤座実穂[1)]、小林　禅[1)]、新谷周三[1)]、上田泰弘[2)]

症例は69歳男性。1週間前からの複視を主訴に当院眼科を受診、左外転神経不全麻痺を認め、神経内科紹介となった。両側の眼瞼下垂の訴えがあったが、診察時には明らかではなく、症状の変動はあるものの日内変動ははっきりしなかった。瞳孔の左右差はなく、対光反射も迅速で、その他脳神経系の異常は認めなかった。運動、感覚、協調運動いずれも異常なく、腱反射は軽度亢進していた。眼筋型の重症筋無力症、糖尿病、甲状腺眼症などを考えて採血行うも、糖尿病や甲状腺機能異常はなく、抗アセチルコリン受容体抗体含め、各種自己抗体は陰性だった。頭部MRIで脳内に異常所見はなく、MRAでは動脈瘤は認めなかったが、元画像では左海綿静脈洞部に淡い高信号を認めた。左の眼窩内にT1WIおよびT2WIで異常な構造を認め、怒張した上眼静脈と判定した。これらの所見から左内頚動脈海綿静脈洞瘻と診断した。初診から2週間後の診察時には、左眼球の充血、さらにその2週間後には左眼瞼下垂、軽度の動眼神経麻痺も認めた。血管造影では、内頚動脈、外頚動脈両方の硬膜枝と海綿静脈洞との間にシャントを認め、Barrow分類 type Dの内頚動脈海綿静脈洞瘻だった。
複視、変動する眼瞼下垂など、重症筋無力症に類似した症状で発症した内頚動脈海綿静脈洞瘻の一例を経験した。内頚動脈海綿静脈洞瘻は複視、眼球の充血、拍動性の突出、耳鳴りなどを呈するが、本症例のように一部の症状しか呈しない症例も存在する。外眼筋麻痺の鑑別には本疾患も考慮し、MRIで眼窩内の静脈怒張など、特徴的な所見に留意することが重要である。

7.尿蛋白、尿潜血ともに陰性であった糖尿病性糸球体硬化症の一例

東京医科大学茨城医療センター　腎臓内科
〇丸山浩史、下畑　誉、小川裕二郎、平山浩一、小林正貴

【症例】71 歳男性。40 歳時より糖尿病のため、近医にてインスリン治療を行っていたが、HbA1c 8.1%と血糖コントロールは不良であった。糖尿病性網膜症による治療もなされていた。2012 年 9 月 4 日に血清クレアチニン 1.64mg/dL と腎機能低下を認め、原因精査目的にて当科紹介受診。外来検査にて、尿蛋白および尿潜血陰性であったが、尿中 NAG、β2-ミクログロブリン高値にて、間質尿細管障害も否定できず、腎生検目的にて翌年 4 月 20 日に入院となった。腎生検光顕所見では、9 個の糸球体が採取され、8 個でメサンギウム領域の基質増生を、1 個では糸球体門部小血管増生を認めた。尿細管間質性腎炎は観察されなかった。蛍光抗体法では有意な沈着を認めず、電顕ではびまん性の糸球体基底膜肥厚を認めた。以上より、糖尿病性糸球体硬化症と診断した。近年、蛋白尿陰性の糖尿病性腎症の症例報告が散見されるようになり、糖尿病の臨床経過を考える上で本症例は貴重な症例と考え、若干の考察を加え、ここに報告する。

8.両側副腎転移によりAddison病をきたした肺腺癌の1例

国立病院機構水戸医療センター　呼吸器科
○大久保和範、箭内英俊、大澤　翔、本間祐樹、沼田岳士、遠藤健夫

症例は61歳男性。X-3年5月頃より喀痰が出現し、9月8日に外来を受診した。胸部X線、CTで左上葉に浸潤影が認められ、陰影は徐々に増大傾向が認められた。X-2年10月に気管支鏡検査を施行し、生検でadenocarcinomaと診断された。遠隔転移は認められず、12月20日に左上葉切除術およびリンパ節郭清を施行された。病理診断ではpT1aN2M0、stageⅢAの診断であり、術後化学療法（CDDP+VNR)を施行された。

X年1月頃より食欲低下が出現し、腹部CTで両側副腎腫大が認められ、精査目的に4月11日入院となった。皮膚色素沈着、血清コルチゾール低値、ACTH高値、ACTH負荷試験でコルチゾール無反応であり、Addison病と診断した。PET/CTで両副腎にFDGの集積を認め副腎転移と考えられた。

副腎転移によりAddison病をきたす例は比較的稀であり、文献的考察を含め報告する。

9.嘔吐、吐血を主訴に来院した原発性副甲状腺機能亢進症の一例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター　総合診療科 1)、救急科 2)、神経内科 3)
〇松田健佑[1)]、関　昇子[1)]、田島亜佳里[1)]、木下雄人[1)]、渡辺麻紀子[1)]、桑名梨里子[1)]、山田裕士[1)]、本多寛之[1)]、関根良介[2)]、関　義元[1)]、小國英一[3)]

【症例】82 歳女性
【主訴】嘔吐、吐血、血圧低下
【現病歴】嘔吐、吐血、血圧低下（収縮期血圧 70mmHg）を認めたため、入所中の施設より当院へ救急搬送された。
【経過】緊急上部内視鏡検査でマロリーワイス症候群と診断した。血液検査にて、血清 Ca 12.0mg/dl と高カルシウム血症を認め、マロリーワイス症候群の原因となった嘔吐は、高カルシウム血症に伴うものと考えた。高カルシウム血症の原因として、第一に悪性腫瘍を想定したが、PTHrP の上昇はなく、胸腹部造影 CT でも悪性腫瘍を疑う所見は認めなかった。入院後の血液検査にて、intact PTH 高値、IP 低値を認め、原発性副甲状腺機能亢進症を強く疑った。本疾患は多発内分泌腫瘍(MEN: multiple endocrine neoplasia）のひとつとして認められることもあるが、血中カテコラミン 3 分画や下垂体ホルモン値、甲状腺ホルモン値はいずれも正常値であった。また、治療が不要という点で近年注目されている家族性低カルシウム尿性高カルシウム血症は、尿中カルシウム分泌は正常である（FECa=1.6%）という点で否定的と考えた。以上より、他の内分泌腫瘍を伴わない原発性副甲状腺機能亢進症と診断した。家族や本人が外科的治療を希望しなかったため、シナカルセト塩酸塩（Ca 受容体作動薬　商品名レグパラ)を開始し、血中カルシウム値は低下した。その後、嘔吐等の高カルシウム血症による症状はみられていない。
【考察】嘔吐の原因として、高カルシウム血症が挙げられることは比較的少ない。本症例においては、血液検査にて高カルシウム血症に気付かれたが、器質的な嘔吐の原因が指摘できない場合には、高カルシウム血症を鑑別に上げる必要がある。
【結語】嘔吐、吐血にて発症した原発性副甲状腺機能亢進症の一例を経験した。嘔吐の原因疾患として、高カルシウム血症は常に想定されるべきと考えられた。

10.治療抵抗性間質性肺炎に対してミコフェノール酸モフェチルが奏功した clinically amyopathic dermatomyositis の一例

水戸赤十字病院内科
〇杉崎康太、坂内通宏

症例は 39 歳男性。2013 年 8 月より手指、上腕、体幹に皮疹が出現し、その後多関節痛を伴ったため、近医で受診。皮疹の性状より皮膚筋炎を疑われ、同年 10 月 17 日に当科に紹介された。筋痛や筋力低下、筋原性酵素上昇などの筋炎所見に乏しかったため、clinically amyopathic dermatomyositis (CADM)を強く疑った。初診当初呼吸器症状は認められなかったが、CADM は急速に進行し致命的となり得る間質性肺炎をしばしば合併することが知られているため、胸部 CT を撮影したところ、ground grass opacity を中心とした間質性肺病変が認められた。入院後、大量ステロイド剤、シクロスポリン、シクロフォスファミド、タクロリムス、大量ガンマグロブリン療法などで加療したが、肺病変の進展を抑制することができず、12 月初旬には呼吸苦及び SpO2 低下を来たし、酸素吸入を必要とした。そこで本人の同意を得てミコフェノール酸モフェチル (MMF; mycophenolate mofetil)を投与したところ著効し、約 4 ヶ月の経過で間質性陰影はほぼ消失し、問題となる副反応は特に観察されなかった。MMF の本邦における保険適応は、現在のところ「臓器移植後の拒絶反応の抑制」のみであるが、その一方で、この薬剤は各種自己免疫疾患の治療に有用であることが国内外において多く示されつつある。本例と同様の経過を辿り、MMF が有効であった CADM 症例もすでに報告されており、若干の文献的考察を含め報告する。

11.経腸栄養中に銅欠乏性貧血をきたした１例

水戸赤十字病院内科 1)、慶應義塾大学医学部血液内科 2)
○間嶋絵梨[1)]、小原克之[1)]、西田浩子[2)]

症例は 65 歳男性。平成 4 年発症の進行性核上性麻痺のため、平成 15 年から寝たきり状態で、胃瘻からの経腸栄養を、また気管切開・在宅レスピレーターで呼吸管理を行っていた。平成 25 年 12 月 25 日、Hb3.5、WBC3240、plt8.9 万と汎血球減少を認め入院した。網状赤血球は 22‰、白血球分画は骨髄球 1%、後骨髄球 2.5%、異型リンパ球 3%で、エリスロポエチンは 5210 と著明高値であった。骨髄検査では、軽度の赤芽球系過形成とともに、赤芽球系細胞の一部に細胞質に空胞化を認めた。糖尿病を合併していたため、ステロイドは使用せず、保存的に輸血を行った。その結果、Hb10.5,WBC5100、plt17.3 万となり、外来で経過観察とした。平成 26 年 5 月 15 日、Hb6.7、WBC2830、plt10.6 万と再度汎血球減少を認めた。この時の採血で血清 Cu が 8μg/dl と著明に低下していることが判明した。経腸栄養剤にココア 10～20ｇを混注して銅を補充したところ、Hb12.1、WBC8500、plt24.3 万に回復した。血清 Cu も 87μg/dl と正常化した。長期間の高カロリー輸液や経腸栄養中に銅欠乏が認められることは知られているが、最近の経腸栄養剤には必要な微量元素が含まれているものがほとんどである。この症例に使用していたエンシュアリキッドも 1 缶 250ml あたり 0.25 mgの銅を含有しており、1 日投与量が 1.25 mgと成人必要量 0.8 mgを満たしていたため、当初は鑑別から除外していた。胃薬として投与していたプロマックには亜鉛が含まれており、1 日 52 mgが投与されていた。極量 30 mgを超えた亜鉛が小腸からの銅の吸収を阻害し、銅欠乏性貧血を引き起こしたと考えられた。

12. ドクターカー運用にて救命された、Vf 蘇生後 stunned myocardium 合併急性心筋梗塞症例

国立病院機構　水戸医療センター　循環器内科
〇山崎陽子、田畑文昌、中山明人、山田理仁、小泉智三、四方達郎、中山久美子、
田口修一

症例 72 歳男性。心窩部不快感を自覚し近医受診。診療所診察室に入り椅子に座ろうとしたときに倒れ CPA となった。診療所スタッフにより CPR 施行。ドクターカー同時出場にて対応された。ドクターカー現着時の初期波形は Vf。除細動 3 回施行、アドレナリン 3mg、アミオダロン 300mg の投与と気管挿管非同期 CPR を受けつつ院内搬入。ER にて PCPS 挿入され、緊急 CAG を施行した。Vf 原因は LAD＃6 閉塞に伴う心筋梗塞であった。心筋は Stunned myocardium を呈し無収縮状態を呈した。血栓吸引の後 LAD へステント留置し血行再建を完了。その後、4 日間の経過で心収縮能が回復し始め PCPS 離脱、7 日間後に IABP も離脱し安定した ROSC に至った。着衣失行・記憶障害と左腓骨神経麻痺の後遺症を残したが ADL 回復傾向を得られ、54 病日にリハビリ転院が可能となった。Stunning からの良好な回復を得た Vf 蘇生例を経験したので文献的考察を含め報告する。

13. たこつぼ心筋症および急性下壁心筋梗塞が、同時に認められた一例

水戸済生会総合病院　循環器科
〇中川明香、山下文男、樋口基明、山田典弘、千葉義郎、大平晃司、村田　実

（症例）81 歳　女性　（主訴）胸部不快、意識消失
（既往歴）うつ病および脳血管性認知症に対し内服加療、心房細動を指摘
（現病歴）施設入所中に転倒し右大腿骨頚部骨折を診断され、2014 年 12 月 9 日前医で右人工骨頭置換術を実施し入院中であった。2015 年 1 月 25 日、16 時 45 分に胸部不快を訴えた後、ベッド上で眼球を上転させて一時的に意識を消失した。心電図では心室頻拍が頻繁に認められたため、直ちに当院へ紹介され搬送された。前医でﾘﾄﾞｶｲﾝ静注を行い、当院到着時は心房細動であった。心電図は右脚ﾌﾞﾛｯｸ、Ⅱ, Ⅲ, aVF 誘導での ST 上昇、胸部誘導は陰性 T を呈していた。心エコーでは左室心尖部の壁運動低下が認められた。緊急心臓カテーテル検査を実施し、冠動脈造影は左回旋枝優位で右冠動脈は比較的小さく、右後側壁枝の閉塞が認められた。血栓吸引ののち冠動脈バルーン形成術を行い、右後側壁枝および後下行枝末梢の血栓塞栓と考えられる閉塞を残し、血流は再開した。残存した冠動脈病変は認められず、バルーン拡張のみで終了した。左室造影では、冠血管支配に一致しない左室心尖部の壁運動低下が認められ、心基部の収縮は保たれ、たこつぼ心筋症の合併と診断した。急性心筋梗塞とたこつぼ心筋症が同時に診断された症例は稀と考えられ、報告する。