

第 2 0 5 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 7 年 1 0 月 1 8 日 (日)
午前 9 時～午後 0 時 3 0 分

会 場 茨城県立健康プラザ 3 階会議室

当番幹事 前田裕史 (茨城西南医療センター病院)

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 205 回茨城県内科学会

日 時 平成 27 年 10 月 18 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 前田裕史 (茨城西南医療センター病院 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 8 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 205 回当番幹事

連絡先: 茨城西南医療センター病院 前田裕史
〒306-0400 茨城県猿島郡境町 2190
Tel: 0280-87-8111 Fax: 0280-86-7702

●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 茨城西南医療センター病院 野村 明広

1. 頭皮転移をきたした肺扁平上皮癌の1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院

総合診療科、同皮膚科、同病理、同呼吸器内科

○川嶋久恵、一ノ瀬大地、小川達也、田口詩路麻、河合 瞳、高屋敷典生、
片山皓太、田村智弘、大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

2. 肋骨横突起と肋横突関節による胸部検診異常陰影の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、同整形外科、同呼吸器内科

○奥脇 駿、小川 健、片山皓太、田村智弘、大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

3. 非代償性肝硬変患者に発症した肺結核の2例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター

内科診療部呼吸器内科

○兵頭健太郎、田口真人、二島駿一、矢崎 海、吉田和史、中澤真理子、
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

4. 呼吸器検体の抗酸菌検査により結核合併を診断し得た珪肺の1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター

1 内科診療部呼吸器内科、2 同病理診断科

○中澤真理子¹、田口真人¹、二島駿一¹、矢崎 海¹、吉田和史¹、
兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、根本健司¹、三浦由記子¹、高久多希朗¹、
大石修司¹、林原賢治¹、齋藤武文¹、南 優子²

5. 胸水リンパ球増多及び ADA 高値を呈し、結核と鑑別を要した悪性リンパ腫の 2 例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター

1 内科診療部呼吸器内科、2 同病理診断科

○矢崎 海¹、田口真人¹、二島駿一¹、吉田和史¹、中澤真理子¹、
兵頭健太郎¹、金澤 潤¹、根本健司¹、三浦由記子¹、高久多希朗¹、
大石修司¹、林原賢治¹、南 優子²、齋藤武文¹

6. ガソリン誤嚥により両側に空洞を形成した肺炎の 1 例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○田所 優、野中 水、箭内英俊、荒井直樹、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

9:53～10:41 座長 茨城西南医療センター病院 飯塚 正

7. 関節リウマチの抗リウマチ薬、及び、生物学的製剤の I M T に対する良き効果について

亀田内科

○亀田貞彦、沼田真子、砂森美枝子、江頭弘美、伊部加代子、田村智恵子

8. 多発性硬化症が疑われ、確定診断に難渋したミトコンドリア脳筋症の 1 例

茨城県立中央病院 1 神経内科、2 同総合診療科

○山下将太¹、小國英一¹、山田裕士²、関 昇子²、関 義元²

9. ミトコンドリア異常を有し脳卒中の原因診断に苦慮した 1 例

茨城県立中央病院 1 神経内科、2 同総合診療科

○福本あすか¹、小國英一¹、桑名梨里子²、関 昇子²、関 義元²

10. 当院における原発性アルドステロン症のスクリーニング基準と診断基準についての検討

日立総合病院 代謝内分泌内科

○森川 亮

11. 低 Na 血症を契機に視床下部性下垂体機能低下症と診断した肝硬変の一例
総合病院土浦協同病院 内分泌内科

○安藤真広、藤田政道、中嶋茉莉、清水 馨、神山隆治

12. 維持透析を行っている AL アミロイドーシスに対して、CBD 療法が奏功した症例

JA とりで総合医療センター 血液内科

○小川晋一、伊藤孝美

10:41～11:21 座長 茨城西南医療センター病院 前田 裕史

13. ソラフェニブにより胸腔内出血をきたした肝細胞癌の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科・呼吸器外科

○玉虫 惇、池上 正、小西直樹、門馬匡邦、平山 剛、村上 昌、
屋良昭一郎、岩本淳一、本多 彰、古川欣一、松崎靖司

14. B 型肝炎に合併した混合型肝癌の一例

水戸済生会総合病院 1 消化器内科 2 同外科 3 同病理診断科

○中前亨介¹、仁平 武¹、金野直言¹、宗像紅里¹、飯野陽太郎¹、
叶川直哉¹、大川原 健¹、渡辺孝治¹、柏村 浩¹、鹿志村純也¹、朴 秀吉²、
長田大志²、東 和明²、高久秀哉²、鈴木俊繁²、大谷明夫³

15. 血栓溶解療法に抵抗しステロイドパルス療法が著効した抗リン脂質抗体
症候群合併肺血栓塞栓症の一例

ひたちなか総合病院 循環器内科

○長塩憲司、川村 龍、中務智文、崔 星河、田中喜美夫、山内孝義

16. 細菌性眼内炎を合併した劇症型連鎖球菌による感染性心内膜炎の1例
茨城県立中央病院 1 循環器内科 2 総合診療科 3 循環器外科 4 眼科

○野口翔太¹、武安法之¹、美崎昌子¹、国府田尚矢¹、平谷太吾¹、
吉田健太郎¹、常岡秀和¹、津曲保彰¹、馬場雅子¹、桑名梨里子²、
古谷弦太²、重田 治³、佐々木昭暢³、逆井佳永³、矢部文顕⁴

17. 頭痛を主訴とした感染性心内膜炎の一例

茨城西南医療センター病院 1 循環器内科、2 脳神経外科

○大谷暢史¹、杉井成志²、羽鳥光晴¹、中西啓太¹、小原健一¹、前田裕史¹

特別講演 11:25～12:25

座長 茨城西南医療センター病院 前田 裕史

咽頭の視診所見でインフルエンザを診断する

講師 医療法人昭徳会内科宮本医院・

介護老人保健施設マカベシルバートピア

理事長 宮本 昭彦 先生

閉会挨拶 12:25～12:30 前田裕史（茨城西南医療センター病院 副院長）

幹事会 12:30～ 茨城県立健康プラザ 3階中会議室

特別講演抄録

咽頭の視診所見でインフルエンザを診断する

講師 医療法人昭徳会内科宮本医院・介護老人保健施設マカベシルバートピア
理事長 宮本 昭彦

インフルエンザを咽頭の視診で診断できる、というお話をしますと、最初は10人中9人、いや20人中19人の人が、「ウソでしょう！」という反応をされます。Yahoo や Google で、「インフルエンザ」「濾胞」のキーワードで検索して頂くと私の発表以外に、沢山の先生の反応が出ています。一人の新人ドクターのブログをご紹介します。

「咽頭後壁のリンパ濾胞を確認すれば、それはすなわちインフルエンザ！インフルエンザの迅速キットよりも感度・特異度ともに優秀！！—」周りの一年生がみんな噂していたんだけど、「ほんとかよ～胡散臭せえ～」と思って聞き流していたんだけど。2回ほど前の当直から、意識して発熱外来患者の口腔内の咽頭後壁のリンパ濾胞に注目して、結果どうだったかを追っていくと・・・こいつの威力を実感したんだよ！！ほんとに当たる！！ 発熱外来で、リンパ濾胞が確認できた人の迅速キット Hit 率と、リンパ濾胞が確認できなかった人の迅速キット Hit 率は、体感的にも歴然だった、うわさと合わせても、これはリアルだと信じざるを得ない。」

医師が身体所見を取って診察する様になったのは約2400年前からといわれています。ヒポクラテスもインフルエンザに相当する疾患の記録を残しているのです。ヒトとインフルエンザの関係は2400年以上という事になります。インフルエンザは、欧米では、少なくとも2009年のパンデミック以前は、アセトアミノフェンを飲んで家で寝ていなさいと、言われる病気でした。医師が、インフルエンザの患者さんの咽頭を診察するという事自体が無かったのかもしれませんが。Harrison 内科書、Nelson 小児科学、その他有名などの教科書にも「インフルエンザに特徴的な臨床所見はない」と記載されています。

私は、1989年に開業しましたが、それ以前の大学病院勤務中は、感染初期のインフルエンザを診た事はありませんでした。開業した途端に、一冬に100人近いインフルエンザ患者さんを診る事になりました。1999年にインフルエンザ迅速検査キットが登場しましたが、A型のみであり感度も低く満足できる物ではなかった。すぐ後にA・B型同時検査キットが発売されました。2001年の流行は春まで続き、キット自体が品切れとなりました。

「麻疹のKoplik 斑の様に、インフルエンザに特徴的な所見は無いものなのだろう

か？という強い疑問を持ち続けました。1998年、咽頭の後壁に「イクラ」の様な2mmほどの大きさの透明感のある濾胞がある事に気づき、2004年に、忘れられない「インフルエンザ濾胞の典型例」に遭遇し、世界で初めて「インフルエンザ濾胞」をデジタル画像に記録する事に成功しました。研究を始めてから、比較的早期に、幸運にも「インフルエンザ濾胞」の典型例に遭遇した事が「確信」へとつながりました。

インフルエンザ濾胞は、国立国際医療センター：感染症内科：忽那賢志（くつなさとし）先生や、26年10月に神戸で講演をされた京都大学の山本舜悟先生、など、多くの感染症専門医、臨床医によって確認されております。山本舜悟先生の著書「かぜ診療マニュアル：かぜとかぜにみえる重症疾患の見分け方：日本医事新報社」134ページにも、小職と忽那賢志先生が記録された画像が紹介されております。山本舜悟先生は、この中で次の様に述べられています「著者は、この所見を知ってから、インフルエンザを疑う患者さんの咽頭後壁を観察すると確かに濾胞を発見できるようになりました。今までも目には入っていたのですが、見ようとしないと見えないのだと実感したものです」。今日から、先生方が、山本先生と、同じ、体験をされる事になります。

抄 録

1. 頭皮転移をきたした肺扁平上皮癌の 1 例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院

総合診療科、同皮膚科、同病理、同呼吸器内科

○川嶋久恵、一ノ瀬大地、小川達也、田口詩路麻、河合 瞳、高屋敷典生、
片山皓太、田村智弘、大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

症例は 71 歳男性。局所進展扁平上皮肺癌に対して化学療法を施行していた。治療開始約半年経過した時点で、右前頭部に 2 個の隆起性紅色結節が出現した。結節は軽度可動性があり、硬く充実性であった。圧痛なし。皮膚科に紹介し、局所麻酔下に切除された。病理組織では、真皮に表皮とは連続性しない好酸性の腫瘍蜂巣を認め、角化傾向を認める上皮系異型細胞で構成されていた。扁平上皮癌と考え、同肺癌の皮膚転移であると診断した。肺癌皮膚転移は他の癌腫同様原発部位の近傍の体幹に多いとされ、四肢末端や頭皮への転移は稀である。扁平上皮癌皮膚転移と皮膚癌との鑑別では基底膜との位置関係、皮膚との連続性が問題となる。肉眼所見では隆起性の皮疹が多く、進行していなければ切除可能な例が少なくない。全身への転移を伴う例が多いが転移が皮膚のみに限定する例もみられる。身体診察上重要な症例と考え報告する。

2. 肋骨横突起と肋横突関節による胸部検診異常陰影の 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、同整形外科、同呼吸器内科

○奥脇 駿、小川 健、片山皓太、田村智弘、大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

症例は 46 歳男性。検診で右肺尖の結節陰影を指摘され来院。既往疾患なし。自覚症状なし。当院受診し胸部 CT を撮影したところ肺野には結節陰影はなく、第 2 胸椎の右横突起が胸腔内に向かって張り出しており、同陰影が単純レントゲン写真で結節陰影疑いとされたものと判明した。第一肋軟骨の石灰化など解剖学的変異や正常の重なり像により胸部単純レントゲンでは肺腫瘍と鑑別を要する陰影に遭遇することは少なくない。特に肺尖領域では鑑別に CT を要することが少なくないため、同部位を読影する際には椎体の解剖学的変異にも留意して読影する必要がある。初学者の胸部レントゲン読影に際しても重要な症例であると考え報告した。

3. 非代償性肝硬変患者に発症した肺結核の2例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター

内科診療部呼吸器内科

○兵頭健太郎、田口真人、二島駿一、矢崎 海、吉田和史、中澤真理子、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

INH、RFP、PZA 等、結核標準治療として欠かせない薬剤は肝障害を比較的高い頻度で起こすことが知られ、したがって元々、肝障害を有する例に結核を発症した場合、その対処に苦慮することが多い。特に非代償性肝硬変合併結核症例では、結核診療ガイドラインにも治療に関する具体的な記述はなく、症例を経験した際に難渋する。最近、そういった自験2例を経験したので報告する。症例1は66歳女性。2008年貧血を契機に Osler-Weber-Rendu 病が疑われた。以前より肝障害を指摘されており、精査を勧められたが希望せず、経過観察となった。2013年7月中頃より腹部の張りを自覚し、8月6日に前医入院した。胸部CTで空洞影を認め、胃液抗酸菌検査で塗抹検出(ガフキー5号相当)され、精査目的に7日に当院転院となった。入院時に提出した吸引痰で抗酸菌塗抹1+、LAMP法陽性であり、画像所見も合わせ肺結核と診断した。肝硬変に伴う肝機能障害あり、8日よりSM500mg/day+EB500mg/day+LVFX500mg/dayで加療を開始した。結核治療経過良好で11月6日よりSM500mg/day→750mg/dose・3dose/weekに減量し、2014年2月17日でSM筋注を終了した。LVFX+EBで治療を1年半から2年継続の方針となった。症例2は68歳女性。2015年1月26日呼吸状態悪化、腹部膨満、低酸素のため他院入院した。酸素マスク6L下でSpO₂94%程度と低酸素を認めていた。画像所見では左肺S6に空洞を伴った陰影を認めており、肺結核の疑いで喀痰抗酸菌塗抹検査が施行されガフキー7号だった。結核PCRも陽性であり、2月12日当院紹介転院となった。肝硬変はnonB、Cで原因不明でChild-Pugh分類Cで、利尿薬としてフロセミド40mg/day、スピロノラクトン60mg/day、その他、ウルソデオキシコール酸、混合アミノ酸製剤、K製剤の内服をしていた。当院転院時の検査ではPlt4.1万/ μ l、Alb2.1g/dl、AST44IU/L、ALT24IU/L、ALP243IU/L、LDH269U/L、 γ -GTP17IU/L、ChE21IU/L、T-Cho53mg/dl、T-Bil5.0mg/dl、D-Bil2.91mg/dl、BUN25.8mg/dl、Cre0.73mg/dl、CRP4.28mg/dlと肝予備能の低下と直接ビリルビン優位のビリルビン値上昇、黄疸を認めていた。転院時点で肝障害を認めており、INH、RFP、PZAの使用は困難と考えられた。そのため、SM1000mg/dose・2dose/week+EB750mg/day+LVFX500mg/dayで加療を開始した。結核治療経過良好で2015年9月4日でSM筋注を終了予定。LVFX+EBで治療を合計2年間継続の方針となった。

4. 呼吸器検体の抗酸菌検査により結核合併を診断し得た珪肺の1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター

1 内科診療部呼吸器内科、2 同病理診断科

○中澤真理子¹、田口真人¹、二島駿一¹、矢崎 海¹、吉田和史¹、兵頭健太郎¹、
金澤 潤¹、根本健司¹、三浦由記子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

珪肺症は結核を高率に合併することが知られているが、珪肺陰影により肺結核に典型的な胸部画像を示さず診断はしばしば難しい。胸部画像所見からは積極的に結核合併を疑っていなかったが、IGRA 陽性から施行した喀痰及び気管支洗浄液抗酸菌検査から結核合併と診断できた教訓的な1例を報告する。症例は73歳男性。発熱、咳嗽、喀痰を主訴に近医を受診、抗生剤治療で症状は改善したが胸部単純XPで異常陰影を指摘され当院紹介受診となった。胸部単純XPでは両側上中肺野中心に比較的境界明瞭な粒状影を認め大陰影を伴っていた。約55年間石材業に従事していた職歴があり、画像所見と合わせ珪肺症と診断した。胸部CTで右S4中心に珪肺症では説明できない区域性無気肺を認めたため、精査目的に気管支鏡検査を行い、右B4に粘膜下に炭粉沈着を伴った気管支の狭窄を認め、Bronchial anthracofibrosis所見を認めた。Bronchial anthracofibrosisは気管支結核、職業的粉塵吸入、バイオマス燃料の屋内での使用がその成因と考えられており、今回は遊離珪酸の吸入が原因と判断した。T-SPOT® TB検査が陽性であり、潜在性結核治療を検討していたところ、気管支鏡検査前に施行した喀痰検査及び気管支鏡検体（右B4の気管支洗浄液）で結核菌培養陽性が判明した。このため珪肺結核の診断とし、HREZで治療を開始した。塵肺症例では空洞、無気肺等、肺または気管支結核を強く疑わせる胸部画像所見がなくても積極的にIGRA、喀痰抗酸菌検査を行い、潜在性結核、気管支結核を含む呼吸器結核を見逃さないようにすべきである。また、本症例のように高齢者の場合結核既感染率が高く、IGRAが偽陰性となることがあるためIGRA陰性であっても積極的に検査を行うべきである。

5. 胸水リンパ球増多及び ADA 高値を呈し、結核と鑑別を要した悪性リンパ腫の 2 例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育医療センター

1 内科診療部呼吸器内科、2 同病理診断科

○矢崎 海¹、田口真人¹、二島駿一¹、吉田和史¹、中澤真理子¹、兵頭健太郎¹、
金澤 潤¹、根本健司¹、三浦由記子¹、高久多希朗¹、大石修司¹、林原賢治¹、
南 優子²、齋藤武文¹

【緒言】胸水中の結核菌陽性率は PCR を含め低く、胸水リンパ球増多、ADA 高値から臨床的に結核性胸膜炎と診断せざるを得ないことが多い。当初、臨床的に結核性胸膜炎と考えた悪性リンパ腫の 2 自験例を基に診断の留意点について考察する。

【症例 1】77 歳女性。両側胸水、心嚢水を認め、ともにリンパ球増多、ADA 高値。結核性胸膜炎・心膜炎として抗結核薬にて治療開始し、また収縮性心膜炎予防としてステロイドも併用した。一度改善傾向となるもステロイド漸減中に再燃。胸水細胞診再検にて class V となったが、胸腹部 CT、胸腔鏡では病変を認めなかった。胸水で IgH 遺伝子再構成を認め、原発性滲出性リンパ腫と診断した。

【症例 2】83 歳女性。残存する右肺上中葉浸潤影あり、気管支肺胞洗浄を施行するも特記すべき所見なし。経過観察中に右胸水も出現し、胸水リンパ球増多、ADA 高値を認めたことから結核を疑い入院。胸水細胞診 class IIIb で異型リンパ球を認め、気管支鏡検査再検にて B 細胞リンパ腫の診断となった。肺原発 MALT リンパ腫で胸水合併例は非典型的であったが、特徴的な lymphoepithelial lesion も認めたことから診断に至った。

【考察】胸水 ADA 高値は結核以外に悪性リンパ腫や膿胸、悪性中皮腫、関節リウマチ、肺吸虫症などに見られる。本症例のように経過を追うことで稀な悪性リンパ腫の診断に至ることもあり、結核に合致しない所見、経過であった場合はこれらの疾患を考慮すべきである。

6. ガソリン誤嚥により両側に空洞を形成した肺炎の1例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器内科

○田所 優、野中 水、箭内英俊、荒井直樹、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

本邦では成人のガソリン誤嚥により生じる肺炎の報告例は少ない。海外での石油製品の誤嚥例や本邦での小児の石油製品の誤嚥例では、経過中に空洞性病変が出現する症例の報告が存在する。今回、ガソリン誤嚥による肺炎の成人例を経験した。

症例は73歳、男性。重機の整備中にホースでガソリンを誤って吸引した後、全身倦怠感、呼吸困難が出現したため当院救急外来を受診した。受診時の胸部X線写真では中下肺野に浸潤影、CTでは両側の中葉舌区優位に浸潤影を認めた。抗生剤とステロイドによる加療を行い、呼吸状態や浸潤影は改善傾向であった。経過中に浸潤影の存在した部位に一致して空洞性病変が出現した。真菌感染を疑い、気管支鏡検査を施行したが、細菌学的検査は陰性であった。その後自然経過により空洞は消失した。

軽油をホースなどから口で吸引する場合、姿勢が前傾状態であることから右肺中葉に生じやすいとされている。本症例でも前傾姿勢でガソリンを吸引しており、中葉・舌区優位に陰影が生じたと考えられる。また、小児での灯油誤嚥後の症例や fire-eater's lung の症例の経過中に空洞病変が認められる。前者では air trapping、後者では、気管支炎症に伴う部分閉塞や気管支の壊死により形成されることが考えられている。本症例では、気管支壁の異常を認めなかったこと、浸潤影から空洞が発生し空洞周囲の壁が厚いことなどから末梢気管支の壊死により生じた可能性がある。ガソリン誤嚥による肺炎の治療に関しては、ステロイドの投与や二次感染防止のための広域抗生剤投与などを推奨する報告があるが、ステロイド投与に関しては否定的な報告も認める。本症例もステロイド投与、広域抗生剤投与を行ったが、速やかな改善は認めなかった。

ガソリン誤嚥による肺炎において空洞性病変の出現を認めた成人例を経験したため若干の文献的考察も含め報告する。

7. 関節リウマチの抗リウマチ薬、及び、生物学的製剤の I M T に対する良き効果について

亀田内科

○亀田貞彦、沼田真子、砂森美枝子、江頭弘美、伊部加代子、田村智恵子

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。

しかし、一方、関節外の合併も多々ある疾患である。その合併症の一つである動脈硬化（IMT：内・中膜肥厚）につき検討し、関節リウマチの抗リウマチ薬及び、生物学的製剤の IMT に対する良き効果について知見を得たので報告します。

対象は40歳以上の女性のRAの方です。その方々の IMT の平均値は、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才代）と年令と共に高値になっていった。そして、これは、健常人と糖尿病 Case のそれぞれの平均の中間の推移であった。

IMT と Stage の検討では、Stage1 で 0.83mm、Stage2 で 1.06mm、Stage3 で 1.20mm、Stage4 で 1.10mm と Stage が上昇するにつれて IMT も上昇していた。

IMT の経時的変化（一年間）につき、抗リウマチ薬・生物学的製剤、及び抗高脂血症薬の使用群（Ⅰ）、抗リウマチ薬及び生物学的製剤使用で抗高脂血症薬無の群（Ⅱ）、抗リウマチ薬のみの使用で抗高脂血症薬及び生物学的製剤無の群（Ⅲ）につき一年間の治療にて経時的変化を検討した。

Ⅰ群では50cases 中46cases、92%にて IMT の20%の低下を認めた。Ⅱ群では23cases 中19cases、82%に14%の低下を認めた。Ⅲ群では12cases 中6cases、50%に10.6%の低下を認めた。

以上の結果より、抗リウマチ薬及び生物学的製剤には、抗動脈硬化の可能性が充分にあると考えられる。又、この効果は、動脈硬化には炎症が関与し、種々のサイトカインの関与が考えられる点から興味ある結果である。

8. 多発性硬化症が疑われ、確定診断に難渋したミトコンドリア脳筋症の1例

茨城県立中央病院 1 神経内科、2 同総合診療科

○山下将太¹、小國英一¹、山田裕士²、関 昇子²、関 義元²

患者は54歳女性。家族歴に特記事項なく、既往歴は眩暈症と右耳中耳炎後の難聴。某年某日、左上肢の脱力を主訴に当院救急外来を受診。頭部MRI・FLAIRにて両側大脳白質に散在する高信号域を認め、精査加療目的で当科に緊急入院。髄液検査で単核球優位の細胞増多とオリゴクローナルバンド陽性を認めた。髄液PCRでヘルペスウイルス感染を否定し、多発性硬化症と診断した。第14病日からステロイドパルス療法を実施し、速やかに症状改善を認めた。維持療法としてフィンゴリモド0.5mg内服を開始し、自宅に退院した。この発症から3ヵ月後、意識障害と左上肢・両側下肢麻痺が出現し、当院救急外来を再受診し、同日精査加療目的に当科再入院。フィンゴリモド内服を休止し、輸液のみで経過観察とした。悪性リンパ腫を疑い、髄液細胞診、ランダム皮膚生検、ミトコンドリア脳筋症の鑑別のため髄液および血清の乳酸・ピルビン酸測定、各種自己抗体を検索した。その結果、リンパ腫細胞を認めず、自己抗体は陰性であった。一方、血清乳酸・ピルビン酸比26.0、髄液乳酸・ピルビン酸比27.3と上昇を認めミトコンドリア脳筋症を疑った。しかし、再度施行したステロイドパルス療法により意識障害の改善と不全四肢麻痺の消失を認めたため、多発性硬化症急性増悪と診断し、フィンゴリモド0.5mg内服を再開し自宅退院とした。発症4ヵ月後、左上下肢の痙攣を呈し、当院救急外来再受診。痙攣治療目的に当科再入院。再検した髄液の乳酸16.0mg/dl、ピルビン酸0.4mg/dl、血清の乳酸8.6mg/dl、ピルビン酸0.6mg/dlと前回同様髄液中のみの乳酸ピルビン酸比の上昇を認めた。ミトコンドリア脳筋症を否定できず、発症5ヵ月後に筋生検を施行した。その結果、チトクロームCオキシダーゼ欠損を認め、ミトコンドリア脳筋症(MELAS)と診断した。比較的短期間で再発を繰り返す多発性硬化症を見た場合には、積極的に鑑別診断を行うことが重要と考えた。

9. ミトコンドリア異常を有し脳卒中の原因診断に苦慮した1例

茨城県立中央病院 1 神経内科、2 同総合診療科

○福本あすか¹、小國英一¹、桑名梨里子²、関 昇子²、関 義元²

多発性脳梗塞を契機に、ミトコンドリア異常が判明し、脳梗塞の再発をきたした1例を経験した。症例は56歳男性。家族歴、既往歴に特記すべきことなし。某年12月に視覚障害が突発し、当院救急外来を受診。頭部MRIにて両側後頭葉、右前頭葉の多発性脳梗塞と診断した。ヘパリン、エダラボンの投与にて、約9日後に視覚障害が改善し、ADLは完全自立した。この時の原因検索の際に、血清乳酸ピルビン酸比14.4/0.6と上昇を認め、ミトコンドリア脳筋症が疑われた。退院後、筋生検を実施した結果、CCO欠損線維を認め、ミトコンドリア脳筋症が強く疑われた。翌年6月15日昼頃から左上下肢が重く感じるようになり、6月16日当院救急外来を再度受診した。神経所見では運動感覚型左不全片麻痺を認め、頭部MRI拡散強調像で右中大脳動脈灌流域に広範な高信号域拡を認め、MRAで右中大脳動脈の途絶を認めた。脳梗塞またはMELASの脳卒中様発作を疑い、補液とビタミン、アスコルビン酸、アルギニン製剤の経口投与を開始した。入院後の頸動脈エコーでは可視範囲で狭窄等はなかったが、左右総頸動脈にエコープラークを認めた。心電図は洞調律、心エコーでは左室収縮能正常(EF 63%)、軽度左室肥大、病的意義のある弁膜症はなかった。発症時にMRAでみられた右中大脳動脈の血管途絶は、3日後の再検MRAで変化を認めず、ミトコンドリア脳筋症による血管攣縮よりは、アテローム性動脈硬化による血栓症と考えた。基礎にミトコンドリア異常を有し、単期間に2度の脳梗塞を来し、病因の鑑別診断に苦慮した1例であった。今回はその機会を逸したが、MELASとアテローム性脳血栓症との鑑別には、脳血流シンチ等で慎重に行うべきと考えた。

10. 当院における原発性アルドステロン症のスクリーニング基準と診断基準についての検討

日立総合病院 代謝内分泌内科

○森川 亮

【背景】原発性アルドステロン症（PA）は二次性高血圧の原因のひとつで高血圧患者の約5%と従来考えられていたよりも頻度は高く、腎臓・心血管系などの臓器障害の原因となる。根治治療には副腎静脈サンプリング検査と手術が必要になるため適切に診断する必要がある、2種のPAガイドラインの差について検討した。

【方法と対象】2014年8月から2015年7月にPAを疑われ当科に紹介受診した34例のうち診断が確定した27例を対象とした。機能確認検査はフロセミド立位試験とカプトリル試験（60分後）を行い、必要であれば生理食塩水負荷試験を行った。日本内分泌学会の診断治療ガイドライン2010と日本高血圧学会の高血圧治療ガイドライン2014による診断を比較した。

【結果】27例のうち24例が日本内分泌学会スクリーニング基準（アルドステロン・レニン比（ARR） > 200 ）を満たし19例がPAと診断された。24例中に高血圧学会スクリーニング基準を満たさないものが3例ありうち2例はPAと診断された。27例中21例が高血圧学会スクリーニング基準（ARR > 200 かつアルドステロン $> 120 \text{ pg/ml}$ ）を満たし20例がPAと診断された。PAと診断された20例のうち3例は内分泌学会診断基準を満たさなかった。その3例すべてでカプトリル試験陰性・フロセミド立位試験陽性であった。27例中5例でガイドラインによって異なる診断結果となった。

【結語】ガイドラインによって診断が異なる例があった。PAのスクリーニングには内分泌学科基準が適していると考えた。診断に用いる機能確認検査としてカプトリル試験は特異度が高く優れているがフロセミド立位検査は特異度が低く1種のみ行う検査としては不適當と考えた。

11. 低 Na 血症を契機に視床下部性下垂体機能低下症と診断した肝硬変の一例

総合病院土浦協同病院 内分泌内科

○安藤真広、 藤田政道、 中嶋茉莉、 清水 馨、 神山隆治

【症例】60 代男性

【主訴】嘔吐、発熱

【現病歴】肝硬変（非 B 非 C）、肝肺症候群（在宅酸素療法）、洞不全症候群（MRI 対応ペースメーカー植込み後）にて通院中であつた。2015 年 7 月入所中の施設にて嘔吐しているところを発見され当院救急外来受診。来院時、JCS I-1、発熱（38.0℃）、低血圧（85/57mmHg）、SpO₂ 96%（経鼻 2L）、心拍数 67 回/分。意識障害が遷延するため同日入院となった。NH₃（47 μg/dl）上昇なし。補液にて入院翌日には症状改善して熱中症が疑われたが、血液検査にて低 Na 血症（128mEq/L）を認めたため、内分泌検査を施行。ACTH（11.5pg/ml）、コルチゾール（4.5 μg/dl）、迅速 ACTH 刺激試験にてコルチゾール低反応（頂値 8.0 μg/dl）、TSH（5.49 μIU/ml）、FT₄（0.622ng/dl）、FT₃（1.27pg/ml）、PRL（76.0ng/ml）、GH（0.35ng/ml）、IGF-1（11ng/ml）、LH（<0.1mIU/ml）、FSH（2.1mIU/ml）、テストステロン（<0.03 ng/ml）より下垂体前葉機能低下症が疑われた。CRH 試験、TRH 試験、LH-RH 試験にて ACTH、TSH の遅延反応、コルチゾール、LH、FSH の低反応を認め、視床下部性下垂体機能低下症と診断。尿崩症の合併（－）。下垂体 MRI にて下垂体から下垂体柄にかけて増強効果のない腫大病変を認め、嚢胞性下垂体腺腫もしくは頭蓋咽頭腫が疑われた。視野障害（－）。コートリル 15mg、チラーヂン S25 μg の補充療法を開始して、経過良好にて退院。下垂体病変については画像検査にて経過観察の方針となった。

【考察】以前より低 Na 血症、低血圧を認めていたが、肝硬変、洞不全症候群など既往歴があり経過観察となっていた。今回意識障害の遷延があり、下垂体機能低下症の診断に至った。低 Na 血症は救急外来にて頻度の多い疾患であるが、本例のように既存の併発症がある場合も下垂体機能低下症に留意して積極的にスクリーニングする必要がある。

12. 維持透析を行っている AL アミロイドーシスに対して、CBD 療法が奏功した症例

JA とりで総合医療センター 血液内科

○小川晋一、伊藤孝美

アミロイドーシスは線維構造を有するアミロイドが全身の臓器に蓄積し、種々の臓器障害をきたす難治性疾患である。モノクローナルな免疫グロブリン軽鎖が原因である AL アミロイドーシスの頻度が一番多い。本邦での有病率は 100 万人当たり 6.1 人である。AL アミロイドーシスに対する標準治療は確立されていないが、ボルデゾミブを含む治療で良好な経過を得ることができた症例を経験したので報告する。患者は 64 歳、男性である。糖尿病性腎症による腎不全のため、56 歳から腹膜透析が開始され、59 歳から血液透析が導入された。2014 年 6 月に下血を認め、大腸カメラによる生検でアミロイド沈着を認めた。7 月から頸部皮膚の硬化と腫脹が生じ、10 月から嗄声も伴った。11 月には嚥下障害が出現し、巨舌も認めた。舌、声帯の生検でもアミロイド沈着を認めた。胃生検、心エコーでは沈着を認めなかった。透析歴は 8 年であり、透析アミロイドーシスにしては時期が早く、また M protein (IgG- λ) を認めたため、アミロイドのタイピングはされていないものの AL アミロイドーシスと診断された。骨溶解像は認めず、骨髄中の形質細胞も 2.8% と増加はないため、多発性骨髄腫は伴っていなかった。維持透析中であり自家移植非適応であるため、シクロフォスファミド、ボルデゾミブ、デキサメタゾンによる CBD 療法を導入した。維持透析中でも大きな有害事象なく、抗癌剤治療を継続することができ、4 コース終了後、少なくとも very good partial response 以上の効果を得ることができた。1990 年代半ばに AL アミロイドーシスに対する自家移植の報告がされてから、自家移植が主に行われてきた。昨今、骨髄腫に準じた新規薬剤の使用で、自家移植と同等かそれ以上の効果が期待できる可能性が報告されつつある。本症例のように自家移植非適応の場合は、有望な治療法と思われる。

13. ソラフェニブにより胸腔内出血をきたした肝細胞癌の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科・呼吸器外科

○玉虫 惇、池上 正、小西直樹、門馬匡邦、平山 剛、村上 昌、屋良昭一郎、
岩本淳一、本多 彰、古川欣一、松崎靖司

【症例】77 歳男性。慢性C型肝炎を指摘されていたが、高齢を理由に抗ウイルス療法は受けていない。以前から肝 S4 に腫瘍性病変が指摘されていたが、良性と判断されていた。平成 25 年 7 月に腫瘍の増大傾向があるということで当院に紹介された。多血性成分を認め、背景肝がC型肝炎であることから肝細胞癌(HCC)と画像上診断された。単発腫瘍のため当初肝切除が計画されたが、肝予備能の低下があり、また肝表に突出する 4 cm大の病変であり、RFA の適応とはならなかった。TACE が初回治療として選択された。その後同部位の周囲から多血性の腫瘍が急速に増大し、破裂による胸腔内出血を 2 回起こし、その都度 TAE にて塞栓、止血した。平成 27 年 6 月には左葉全域が HCC により占拠されるようになり、右葉にも結節が認められるようになったため、TACE 不応と判断し、ソラフェニブ 400mg/日の投与を開始。開始後 3 日目に発熱、急速な肝機能障害を認め、造影 CT にて広範な腫瘍の壊死と、右胸水の貯留を認めた。ソラフェニブによる有害事象と判断し投薬を中止、出血の進行はみられなかったが、出血源確認のため胸腔鏡を施行、活動性出血は認めないものの、横隔膜上に微小血管の増生像をみとめた。

【考察】ソラフェニブの副作用として出血性病変の出現が知られている。強い治療効果を伴った症例で、なおかつ胸腔内出血をきたした報告例はない。当院での他の出血例を共に提示し考察する。

14. B型肝炎に合併した混合型肝癌の一例

水戸済生会総合病院 1 消化器内科 2 同外科 3 同病理診断科

○中前亨介¹、仁平 武¹、金野直言¹、宗像紅里¹、飯野陽太郎¹、叶川直哉¹、
大川原 健¹、渡辺孝治¹、柏村 浩¹、鹿志村純也¹、朴 秀吉²、長田大志²、
東 和明²、高久秀哉²、鈴木俊繁²、大谷明夫³

【はじめに】混合型肝癌は比較的まれで、原発性肝癌の0.7%と報告されている。今回、我々はB型慢性肝炎に生じた混合型肝癌の一例を経験したため報告する。

【症例】症例は51歳男性で、平成16年平成17年よりB型肝炎に対して経口抗ウイルス剤（核酸アナログ）投与し、HBV-DNAは検出限界以下となっていたが、AST・ALT上昇が続いていた。既往歴には29歳時に急性虫垂炎、家族歴では父母・兄弟にB型肝炎キャリアーはいない。平成27年春の腹部エコーで肝S6に径25mmの腫瘍が認められた。エコー像は一部辺縁低エコーを呈し、内部は混合エコーを呈する腫瘍であった。リンパ節の腫大は認められなかった。MRIのT1WIで低信号、T2WIで高信号の腫瘍の中に一部相対的に低信号（周囲肝よりわずかに高信号）を認めるパターンを呈した。EOB造影では腫瘍の大部分が早期相で濃染し、後期相でwashoutする典型的な肝細胞癌のパターンであったが、T2WIで相対的に低信号を呈した部位で、動脈相での濃染が弱かった。またCTでも同様の血行動態であった。腫瘍マーカーはAFP57.8ng/ml（L3分画1.5%）、PINVKA II 409mAU/mlであった。肝予備能はChild-Pugh A、ICG r15 15.5%であった。術前、肝細胞癌と診断し、外科にて肝右葉切除術を施行した。病理では肉眼的には多結節融合型の形態をとり、組織では中分化型肝細胞癌と胆管細胞癌の像が認められ、混合型肝癌と診断した。pT2N0M0 stage IIであった。術後は順調に経過し、現在外来経過観察中である。

【結語】1. 混合型肝癌の一例を経験した。2. HBs抗原陽性、e抗体陽性、genotype CのB型慢性肝炎(A1F2)およびアルコール性肝障害を背景に生じた肝癌であった。

15. 血栓溶解療法に抵抗しステロイドパルス療法が著効した抗リン脂質抗体症候群合併肺血栓塞栓症の一例

ひたちなか総合病院 循環器内科

○長塩憲司、川村 龍、中務智文、崔 星河、田中喜美夫、山内孝義

【背景】抗リン脂質抗体症候群（APS）は血栓症、習慣性流産、血小板減少を特徴とする自己免疫性血栓性疾患であり、その急性期の治療は線溶療法やヘパリン投与が主体となる。一方、劇症型 APS と呼ばれる予後不良な病型が存在し、同病型に対しステロイドパルス療法や免疫抑制剤投与が有効とする報告がある。今回肺血栓塞栓症の発症を契機に APS と診断され血栓溶解療法に抵抗した症例に対し、ステロイドパルス療法を施行し血栓症が改善した例を経験したので報告する。

【症例】28 歳男性。潰瘍性大腸炎治療中ステロイド内服を契機に幻聴が出現し、抗精神病薬内服をしていた。2015 年 1 月右下腿に熱傷を受傷した。3 月 14 日階段昇降中突然呼吸困難を自覚した。徐々に症状が増悪し近医を受診、低酸素血症、洞頻脈を認め、心電図上陰性 T 波を呈したため精査加療目的で 3 月 17 日当院受診した。心エコーで右室拡大、造影 CT で肺動脈内巨大血栓を認めたことから、肺血栓塞栓症と診断した。入院後ヘパリン投与を開始すると共に血栓素因を検索し、APS の合併が明らかとなった。治療開始後も徐々に血栓は増大したため下大静脈フィルターを留置し血栓溶解療法を施行したが改善が得られなかった。治療抵抗性で臨床的に劇症型 APS への移行が懸念されたため、抗凝固療法に加えステロイドパルス療法を施行した。その後徐々に血栓は縮小しステロイドを漸減のうえ退院した。

【考察・結語】APS の一病型である劇症型 APS は全身に微小血栓を形成し多臓器不全に至る予後不良な一群として知られ、ステロイドパルス療法や血漿交換療法が行われる。本症例は劇症型 APS の病態と異なるものの、肺塞栓の標準治療に不応性であり疾患活動性の高い APS と考えられた。血栓症の改善に APS の活動性を抑える治療が必要と判断し、ステロイドパルス療法を施行し劇的な改善を認めた。血栓溶解療法が著効しない APS による血栓症に対し、ステロイドパルス療法が有効であった一例を経験した。

16. 細菌性眼内炎を合併した劇症型連鎖球菌による感染性心内膜炎の1例

茨城県立中央病院 1 循環器内科 2 総合診療科 3 循環器外科 4 眼科

○野口翔太¹、武安法之¹、美崎昌子¹、国府田尚矢¹、平谷太吾¹、吉田健太郎¹、
常岡秀和¹、津曲保彰¹、馬場雅子¹、桑名梨里子²、古谷弦太²、重田 治³、
佐々木昭暢³、逆井佳永³、矢部文顕⁴

【症例】40 代、女性

【現病歴】1 週間続く発熱を主訴に当院を受診した。身体所見上、左下肢の熱感、腫脹を認め、蜂窩織炎を疑った。血液検査では WBC 16500 /・1、CRP 25.5 mg/dl、PCT 18.15 ng/ml と敗血症を示唆する所見であり、BUN 96 mg/dl、Cr 7.54 mg/dl と急性腎障害を、また、Plt 99000 /・1、PT INR 1.23、FDP 242.4 ・g/ml と DIC を示唆する所見であり、緊急入院となった。

【臨床経過】入院後、重症敗血症に対しては、抗菌薬(CTRX 2g/day)投与、一時的な血液透析を施行した。入院 2 日目に、眼科診察で左内因性眼内炎と診断した。眼症状を除き、感染は軽快傾向であり、腎機能や凝固系は改善したが、入院 4 日目の造影 CT 検査では脾梗塞の所見が認められた。また、入院時の血液細菌培養からは *Streptococcus dysgalactiae* が検出された。

入院 8 日目に急激な呼吸困難から呼吸不全に陥り、身体所見では新たに収縮期雑音聴取するようになった。胸部レントゲン検査では肺うっ血所見認め、心エコー検査では重度の大動脈弁逆流および、大動脈弁に付着する瘤腫を認め、感染性心内膜炎に伴う大動脈弁逆流によるうっ血性心不全と考えられた。

治療として、準緊急で大動脈弁置換術施行し、VCM+GM+RFP による抗生剤治療続けていたが、炎症反応改善乏しかった。左視力はほとんどなく、source control のために左眼内炎に対して眼球内容摘出術施行した。以降抗生剤治療続け、炎症反応改善傾向にある。

【考察】内因性細菌性眼内炎は稀な疾患ではあるが、その視機能予後は極めて不良である。米国では細菌性眼内炎の基礎疾患として感染性心内膜炎が 40%と最も多いが、本邦では感染症を基礎疾患とする場合では尿路感染症が最も多く、次いで肝・胆道系感染症、呼吸器感染症であり感染性心内膜炎は非常に稀である。

【結語】細菌性眼内炎を合併した劇症型連鎖球菌による感染性心内膜炎を経験した。

17. 頭痛を主訴とした感染性心内膜炎の一例

茨城西南医療センター病院 1 循環器内科、2 脳神経外科

○大谷暢史 1、杉井成志 2、羽鳥光晴 1、中西啓太 1、小原健一 1、前田裕史 1

40 歳女性。発熱、悪寒、頭痛、嘔気を自覚した。近医を受診し補液され制吐剤などを処方された。多関節痛が出現、腫脹も出現し歩行困難となったため、近医再受診した。原因不明であったため当院紹介となり、反応性の関節炎としてプレドニゾロンを処方された。さらに頭痛、嘔気が増悪し、食事摂取困難となったため、当院救急外来を受診し、炎症反応高値、頭痛、意識障害から細菌性髄膜炎が疑われ当院入院した。

JCS I-1、項部硬直は軽度あり、Kernig 徴候は陰性であった。麻痺や感覚障害はなかった。頭部 CT では異常所見は認めなかった。髄液検査で細胞数の上昇が軽度あり、糖は 2mg/dl と低値で細菌性髄膜炎が示唆された。MEPM+VCM 投与を開始し、DEX を 3 日間投与した。意識障害、発熱、関節症状は入院後 2 日で改善した。血液培養で *Streptococcus agalactiae* が検出され、起炎菌と考えた。感受性から抗菌薬は ABPC 投与に切り替えた。髄液培養は陰性であった。感染性心内膜炎 (IE) の可能性が考えられ、経胸壁心臓超音波検査 (TTE) を施行した。僧帽弁後尖の肥厚および軽度の僧帽弁逆流 (MR) を認め、IE は否定できなかった。炎症反応は改善傾向であったため、抗菌薬は変更せずに経過観察したが、1 週間後の TTE で MR の増悪を認め、IE と診断した。抗菌薬は GM を追加し、2 剤を 14 日間継続した。心不全の出現はなく、炎症反応は陰性化した。頭部 MRI では小脳虫部に亜急性期の微小梗塞、左頭頂葉皮質下に微小出血を疑う所見を認め、IE に伴う敗血症性塞栓症や出血と考えた。頭部 CTA では脳動脈瘤の所見はなかった。抗生剤投与を中止後も発熱や、炎症反応上昇はなかった。経食道心臓超音波検査では MR は軽度で疣贅を認めず、弁置換は不要と考えられたため退院となった。

IE は多彩な症状を来すことが知られており、そのため診断に苦慮することがあり注意が必要である。本症例では頭痛などの神経学的合併症の症状を主訴としているが、菌血症から IE を疑い、診断に至ったので報告する。