

第 2 0 6 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 8 年 3 月 1 9 日 (土)
午後 2 時～午後 5 時

会 場 水戸市医師会 1 階研修講堂

当番幹事 新谷周三 (J A とりで総合医療センター)

会場案内図



【拡大図】



水戸市医師会 1 階研修講堂

〒310-0852 水戸市笠原町 993-17

Tel 029-305-8811

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 206 回茨城県内科学会

日 時 平成 28 年 3 月 19 日 (土) 午後 2 時～午後 5 分
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂
当番幹事 新谷周三 (JAとりで総合医療センター 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 3 月 10 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 206 回当番幹事

連絡先:JAとりで総合医療センター 新谷周三
〒302-0022 茨城県取手市本郷 2 丁目 1-1
Tel:0297-74-5551 Fax:0297-74-2721

●茨城県内科学会事務局

連絡先:総合病院土浦協同病院 (3 月 1 日より下記住所へ新築移転しました)
〒300-0028 茨城県土浦市おおつ野四丁目 1-1
Tel 029-830-3711 Fax 029-846-3721
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

14:05～14:53 座長 JA とりで総合医療センター 山下高明

1. 人工呼吸器管理を要した重症マイコプラズマ肺炎の1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育センター 内科診療部呼吸器内科

○矢崎 海、田口真人、二島駿一、肥田憲人、吉田和史、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、
齋藤武文

2. PET/CT で SUV 値が高値を示した塵肺の1例

水戸協同病院・筑波大学水戸地域医療教育センター 総合診療科、呼吸器内科

○小松 守、五十野博基、五十野桃子、金井貴夫、小林裕幸、田村智宏、
大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

3. 不明熱の原因検索で発見された右大腿部軟部肉腫の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○大和田 泉、荒井直樹、野中 水、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、
遠藤健夫

4. VNTR 法により結核家族内感染が確認された3事例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 呼吸器内科

○田口真人、二島駿一、肥田憲人、矢崎 海、吉田和史、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、
齋藤武文

5. 骨髄癌腫症により血小板低下をきたした小細胞肺癌に化学療法が奏功した1症例

JA とりで総合医療センター呼吸器内科

○山下高明、小林寛明、八木太門、尾形朋之

6. 鳥関連過敏性肺炎の1例

国立病院機構 茨城東病院内科診療部呼吸器内科¹⁾ 病理診断部²⁾

○二島駿一¹⁾、田口真人¹⁾、吉田和史¹⁾、矢崎 海¹⁾、肥田憲人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⁾

14:53～15:17 座長 JA とりで総合医療センター 小林 禅

7. 多発性硬化症との鑑別が困難であった中枢神経系悪性リンパ腫が疑われた1例

茨城県立中央病院 総合診療科¹⁾、神経内科²⁾、救急科³⁾

○山田裕士¹⁾、小國英一²⁾、桑名梨里子¹⁾、関根良介³⁾、関 昇子¹⁾、
関 義元¹⁾

8. 口腔内知覚異常、頭痛、開口障害で発症し、発熱、炎症反応高値から不明熱で紹介された1例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

膠原病リウマチ科¹⁾、総合診療科³⁾

筑波大学附属病院・茨城県地域臨床教育センター

県立中央病院膠原病リウマチ科²⁾

○井口裕介¹⁾、高野洋平¹⁾、後藤大輔²⁾、石橋直樹³⁾、桑名梨里子³⁾、
関 義元³⁾

9. 本態性血小板血症の経過中に脳梗塞を来した 1 例

株式会社日立製作所日立総合病院 神経内科¹⁾、血液腫瘍内科²⁾

○小野田 翼¹⁾、武臣真和¹⁾、金澤智美¹⁾、工藤大輔²⁾、藤田恒夫¹⁾

15:17～15:41 座長 JA とりで総合医療センター 新谷周三

10. 虚血性心疾患の急性期における心室細動の electrical storm に対し、
nifekalant 静注が心室細動の抑制に有効であった 2 例

水戸済生会総合病院 循環器科

○山下文男、樋口基明、山田典弘、千葉義郎、大平晃司、村田 実

11. 多発膿痂疹と発熱、咽頭痛を主訴に受診した 42 歳タイ人女性の 1 例

東京医科大学茨城医療センター 内科(感染症)¹⁾、中央検査部²⁾

○清田育男^{1) 2)}、川畑大輔²⁾、宇留間友宣¹⁾、大石 毅^{1) 2)}

12. 常染色体優性多発性嚢胞腎(ADPKD)の肝嚢胞感染に膿胸を合併した一例
総合病院 土浦協同病院 腎臓内科

○小林凡子、河野洋平、小原由達、一條真梨子、森雄太郎、川上直樹、
鈴木雅博、鈴木雄之、戸田孝之、松井則明、酒井義法、家坂義人

特別講演

15:45～16:45 座長 JA とりで総合医療センター 新谷周三

ヘリコバクター・ピロリ感染症の現状について

当院での治療成績も含めて

JA とりで総合医療センター 消化器内科
河村貴広 先生

閉会挨拶 16:45～16:50 新谷周三（JA とりで総合医療センター 院長）

幹事会 16:55～ 水戸市医師会 2階会議室

特別講演抄録

ヘリコバクター・ピロリ感染症の現状について
当院での治療成績も含めて

JA とりで総合医療センター 消化器内科 河村貴広

ヘリコバクター・ピロリ (HP) 感染症は、萎縮性胃炎、胃十二指腸潰瘍、胃癌の原因となるだけでなく、血液疾患、さらには動脈硬化性疾患まで種々の全身疾患に関連することが知られている。胃癌は罹患数一位、死亡数も男女ともに上位を占め、日本人に非常に多い癌であるが、非噴門部胃癌の 99% が HP 感染に起因するものとされ、逆に HP 非感染者では胃癌は稀な疾患といえる。HP 感染者においては、除菌治療により胃癌発生を抑制できることが報告され、2013 年 2 月、HP 感染胃炎の除菌治療が保険適応となった。実質的に HP 感染者全員が除菌対象となり、全国的に除菌患者数が急増している。

CAM を用いた一次除菌成功率は、2000 年では 90% であったが、CAM 耐性菌の増加により最近では 70% 程度まで低下している。昨年、新たな酸分泌抑制薬ボノプラザンが登場し、治験時の報告では従来の PPI レジメンと比べ良好な除菌成功率で、除菌率の向上が期待されている。

HP 除菌は萎縮性胃炎が進行する前の、若年時に施行する方が胃癌発症抑制の点では劇的に有効である。若年者は感染率が低下しているとはいえ、現時点では若年感染者も多く存在し、除菌が十分に進んでいるとは言えない。次世代への伝播防止の観点からも若年者の除菌治療推進が今後重要な課題と考えられる。

萎縮性胃炎が進行した症例の発癌抑制効果は限定的であり、高齢者においては除菌後の発癌も多数認められる。除菌後も胃癌ハイリスクとして定期フォローすることが必要と考えられる。また、除菌後症例をフォローする機会が増加しており、除菌後に発生する胃癌の特徴を認識しておくことが必要である。

当院での除菌治療の成績を踏まえ、ピロリ感染症の現状について報告する。

抄 録

1. 人工呼吸器管理を要した重症マイコプラズマ肺炎の1例

国立病院機構茨城東病院胸部疾患・療育センター 内科診療部呼吸器内科

○矢崎 海、田口真人、二島駿一、肥田憲人、吉田和史、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、齋藤武文

【緒言】マイコプラズマは気道上皮の直接的な障害や、免疫反応により肺炎を来す。時に重症化し、抗生剤にステロイドが併用されることもある。今回、治療開始後も呼吸状態が悪化し、人工呼吸器管理となった重症マイコプラズマ肺炎の症例を経験したため報告する。

【症例】29歳、女性。2015年10月5日に発熱にて前医受診され、胸部X線写真では両下肺野の浸潤影を認めた。マイコプラズマ肺炎、扁桃炎の診断で入院となり、sulbactam/ampicillin、azithromycinで治療開始された。症状改善なく、10月8日にはminocyclineへ変更されたが改善はなかった。重症マイコプラズマ肺炎と考えられステロイドも投与されたところ炎症反応は改善傾向となったが、呼吸状態は増悪傾向となった。10月13日にはSpO₂ 90%前後（O₂ 8L）まで悪化し、同日当科に転院された。

胸部画像検査では両下葉の無気肺を認め、気管内挿管後の気管支鏡では両下葉を閉塞する粘液栓を認めた。人工呼吸器管理、抗生剤治療を継続しつつ、連日気管支鏡で粘液栓を除去することで呼吸状態は改善し、10月16日に抜管された。その後自己排痰は出来ており、再燃なく経過し10月26日に退院された。

気管支喘息合併はなく、喀痰・血液検査からもマイコプラズマ以外を示唆する所見に乏しいことから、マイコプラズマによる鑄型気管支炎と考えられた。

【考察】鑄型気管支炎は粘液栓により気管支閉塞、無気肺を来す病態であり、気管支喘息、気道感染、先天性心疾患術後などが原因となる。小児例が多くインフルエンザでの報告は見られ、炎症による分泌物増加、浮腫による内腔狭窄、気道上皮障害によるクリアランス低下が原因と考えられている。マイコプラズマによるものは極めて稀であるが、同様の機序と思われた。

2. PET/CT で SUV 値が高値を示した塵肺の 1 例

水戸協同病院・筑波大学水戸地域医療教育センター 総合診療科、呼吸器内科

○小松 守、五十野博基、五十野桃子、金井貴夫、小林裕幸、田村智宏、
大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

症例は 78 歳男性。30–50 歳代に工事現場の解体業務に従事しコンクリート粉砕を行っていたため、塵肺の診断で画像のフォローを受けていた。血痰、労作時呼吸困難があり、肺癌を心配し当科受診した。胸部 CT では一部石灰化を伴う左上葉に 40mm 大、右肺門に 50mm 大の腫瘤陰影がみられた。CEA、CYFRA、proGRP は正常範囲内、アスペルギルス抗原陰性、 β -D-グルカン 5pg/mL 以下であった。本人の強い希望があり PET/CT を実施。SUVmax 値は早期相 9.55、遅延相 11.5 であった。PET/CT 施行後 2 年半経過し、うっ血性心不全のため胸水貯留はあるものの腫瘤陰影の大きさ、形状は不変である。SUV は同一患者で比較することに意味があり、値だけで良悪性の評価は危険であるが、一般に遅延相で多くの腫瘍では集積亢進するとされる。塵肺例の SUVmax 値は 5 以下とする報告もみられる。興味深い症例と考えられ報告する。

3. 不明熱の原因検索で発見された右大腿部軟部肉腫の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○大和田 泉、荒井直樹、野中 水、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例は80歳男性。X年8月中旬より37度台の発熱が間欠的にみられるようになった。8月下旬に発熱、CRP12.86 mg/dl と高値を認めたため、近医に入院し抗菌薬で治療を開始した。一時的に解熱、CRPの改善を認めるもその後再度上昇した。2か月で約12kgの体重減少も認めていたため、X年9月下旬に当科に紹介入院となった。

入院後腰痛で内服していたNSAIDsを中止したところ、38℃以上の発熱を認めるようになった。抗菌薬による治療を開始したが改善を認めなかった。病歴聴取や身体所見からは熱源を特定することはできなかった。胸腹部CTでは熱源を示唆する所見はなかった。その後熱源精査目的にガリウムシンチを施行したところ右大腿に強い集積を認めた。CT、MRIで右大腿部腫瘍が疑われ手術目的に他院へ紹介し、手術を施行し病理にて軟部肉腫の診断となった。手術後解熱し、CRPの改善もみられた。

RG Petersdorf と PB Beeson による古典的な不明熱の定義は、「38.3 度以上の発熱が何度か認められる状態が3週間を超えて続き、1週間の入院精査でも原因が不明のもの」である。そして不明熱の原因として多いのは、感染症、非感染性炎症性疾患(膠原病や血管炎症候群)、悪性腫瘍とされている。検査としては血液培養、超音波検査、CT 検査など侵襲の小さい検査を行い、さらに病変部位を絞れない場合、ガリウムシンチ、骨髄生検、肝生検などが有用である。

本症例でもガリウムシンチを用いて右大腿部の軟部肉腫を同定した。軟部肉腫とは体の軟部組織から発生した悪性腫瘍のことである。皮下や筋肉の中にできることが多く、痛みのない腫瘍や腫脹を認める。痛みがないために発見が遅くなることもある。本症例でも疼痛は認めず、不明熱として鑑別に苦慮した。

4. VNTR 法により結核家族内感染が確認された 3 事例

国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター 呼吸器内科

○田口真人、二島駿一、肥田憲人、矢崎 海、吉田和史、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

欧米に比べ本邦の結核罹患率は高齢者を中心として依然高く、高齢既感染者の内因性再燃からの家族内・施設内感染が問題となっている。しかし、その一方、中高年未感染者が徐々に減少していることから、その集団からの初感染発病もみられ、その際に感染経路の探索が重要となる。今回 VNTR 法により家族内感染が確認された 3 事例について報告する。事例 1 は 27 歳息子から 57 歳母へ感染した例で息子の塗抹陽性肺結核の診断から 4 か月後に母が発症した。事例 2 は 95 歳夫から 95 歳妻へ感染した例で夫の肺結核診断から 1 年 3 か月後に妻が発症し、塗抹陽性例で発見された。事例 3 は 90 歳夫から 87 歳妻へ感染した例で塗抹陰性の妻の診断後に、塗抹陽性例の夫が診断された。いずれの事例も JATA-12 VNTR 法により高い確率で結核菌同一株であることが証明された。事例 1 は息子、母とも初感染型結核症と考えられた。事例 2, 3 は高齢者夫婦間の感染であり、いずれかの内因性再燃により一方が初感染発病または再感染発病したと考えられる例であった。高齢者結核を診断した場合には内因性再燃だけでなく、初感染発病または外来性再感染発病の可能性を考慮し、感染経路の探索を行う必要があると考えられた。

5. 骨髄癌腫症により血小板低下をきたした小細胞肺癌に化学療法が奏功した 1 症例

JA とりで総合医療センター 呼吸器内科

○山下高明、小林寛明、八木太門、尾形朋之

症例は65歳男性。糖尿病で当院内分泌代謝内科通院中、咳嗽あり胸部X線を撮影したところ右肺腫瘍を認め当科紹介となった。気管支鏡下肺生検で小細胞肺癌と判明した。縦隔リンパ節に広範囲に転移しており化学療法の方針となった。しかし血小板の急速な低下（赤血球と白血球は低下なし）を認め、骨髄生検をしたところ骨髄内に腫瘍細胞を認めた。骨髄癌腫症による血小板減少と考えられた。本人家族に十分なリスク説明を行い、化学療法施行を決断した。血小板は投与直後から速やかに改善し腫瘍も著明に縮小、全身倦怠感も改善した。骨髄癌腫症の原疾患は胃癌が大半を占めるが肺癌や乳癌などの腺癌でも見られる。症状としては、腰背部痛、全身倦怠感が多く見られ、血球減少やDICを生じることもあり予後不良の合併症である。治療は原疾患の治療となるが、骨髄癌腫症を生じている症例ではすでに手遅れの状態であることが多く、また化学療法に反応しない場合もある。進行が早く対応が後手に回りかねずあらかじめ知っておくべき病態と考える。若干の文献考察を含め報告する。

6. 鳥関連過敏性肺炎の1例

国立病院機構 茨城東病院 内科診療部呼吸器内科¹、病理診断部²

○二島駿一¹、田口真人¹、吉田和史¹、矢崎 海¹、肥田憲人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

【背景】鳥関連過敏性肺炎は鳥血清蛋白や排泄物といった鳥由来の有機粉塵を反復して吸入することにより生じるアレルギー性肺疾患である。1999年に日本国内で行われた慢性過敏性肺炎のサーベイランスでは夏型過敏性肺炎の頻度が高かったが、近年各種免疫学的検査の進歩により、鳥関連過敏性肺炎の報告が増加している。最近、経験したレース鳩飼育により発症した鳥関連過敏性肺炎の1例を呈示し、最近、測定可能となったトリ抗原に対する血中 IgG 抗体の有用性について考察する。

【症例】64歳男性。2月下旬より喀痰、咳嗽、胸痛が出現し、8月初旬より労作時呼吸困難が出現し、当院外来を受診し、精査目的に入院となった。入院時血液検査でLDH 235 U/l, CRP 0.39 mg/dl, KL-6 3861 U/ml, SP-D 1170 ng/ml と上昇を認め、胸部単純写真で両肺に広範なすりガラス影を認め、胸部 CT 上は小葉中心性粒状影およびその周囲のすりガラス影、モザイク血流パターンを認めた。呼吸機能検査では TLC 4.78L (89.5%), RV 2.45L (150.3%), VC 2.33L (68.9%), FEV1.0 1.91L (74.6%), FEV1.0%(Geansler) 80.3%, V50/V25 4.34, フローボリュームカーブで下に凸となり、閉塞性障害を示し、%DLCO/VA 65.5%, %DLCO 71.4%と拡散能の低下を認めた。気管支鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄液はⅠ液 70×10^4 /ml, Ly 9%, Ⅱ液 100×10^4 /ml, Ly 71%, Ⅲ液 130×10^4 /ml, Ly 69.0%とⅡ液からⅢ液にかけてリンパ球優位の細胞数上昇、CD4/8比 0.33 と低下を認めた。経気管支肺生検の組織検体では、気管支血管束周囲間質および肺胞隔壁にリンパ球、形質細胞、少数の好酸球の浸潤を認めた。肉芽腫は認めなかった。1月より自宅でレース鳩の飼育を開始していたことや血清ハット IgG > 200 mgA/L であったことから鳥関連過敏性肺炎と診断した。抗原隔離により呼吸状態および陰影ともに改善傾向となった。

7. 多発性硬化症との鑑別が困難であった中枢神経系悪性リンパ腫が疑われた 1 例

茨城県立中央病院 総合診療科¹⁾、神経内科²⁾、救急科³⁾

○山田裕士¹⁾、小國英一²⁾、桑名梨里子¹⁾、関根良介³⁾、関 昇子¹⁾、
関 義元¹⁾

【症例】61 歳、男性。

【主訴】複視、歩行障害。

【既往歴】ネフローゼ症候群。

【現病歴】入院 1 ヶ月前から複視あり近医にて脳梗塞と診断、抗血小板薬内服が開始されていた。入院 5 日前からの歩行障害あり、当院を受診した。頭部 MRI 検査 T2 強調画像にて、血管支配に従わない多発の高信号域を延髄、橋、中脳、右前頭葉に認め、多発性硬化症を疑い同日入院した。腰椎穿刺にて、細胞数：7 / μ l (単核：6 / μ l)、蛋白：40 mg/dl、IgG index：0.67 で、髄液細胞診及びランダム皮膚生検は陰性であった。ステロイドパルス療法を 2 クール行ったのち、臨床所見の改善及び頭部 MRI 検査にて病変の縮小が認められた。IFN- β -1b 療法を導入したが、左顔面神経麻痺及び構音障害が出現し、多発性硬化症の再発と判断した。臨床所見及び頭部 MRI 検査所見の悪化に対して、ステロイドパルス療法を計 8 クール行ったが、無効であった。血漿交換療法も行ったが、改善は認めなかった。入院 120 日目に行った髄液細胞診にて、少数ながら核形不整を伴った異型リンパ球を認め、臨床経過と合わせて中枢神経系悪性リンパ腫を最も疑った。以後、緩和治療の主体の治療方針とした。入院 171 日目に死亡退院された。

【考察】多発性硬化症の鑑別疾患として、特に治療抵抗性の場合、悪性リンパ腫の可能性を念頭に置き、病変部の早期の生検を考慮すべきである。

8. 口腔内知覚異常、頭痛、開口障害で発症し、発熱、炎症反応高値から不明熱で紹介された1例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター

膠原病リウマチ科¹⁾、総合診療科³⁾

筑波大学附属病院・茨城県地域臨床教育センター

県立中央病院膠原病リウマチ科²⁾

○井口裕介¹⁾、高野洋平¹⁾、後藤大輔²⁾、石橋直樹³⁾、桑名梨里子³⁾、関 義元³⁾

症例：79歳女性

既往歴：肺結核、子宮筋腫、高血圧症、糖尿病

家族歴：特記事項なし

現病歴：2015年8月初旬より微熱(37℃台前半)、口腔内知覚異常が出現した。

8月4日A病院内科受診しclarithromycin内服を処方した。

その後38～39℃の発熱に加えて、夜間に頭痛・開口障害が出現。頭痛は血管が切れると思うほどの痛みであった。

8月10日同院口腔外科受診し、画像検査施行するが原因不明であった。

同日同院内科受診。採血で炎症反応上昇あり、ceftriaxioneの点滴施行し、levofloxacin内服を処方した。

8月15日同院内科再診となったが、採血で炎症反応上昇改善なく入院加療となった。

8月15日～8月18日meropenemの点滴するが発熱は持続、炎症反応改善なし。

8月19日不明熱で当院総合診療科紹介となり、当院転院。

救急外来で頭部CT検査施行するが、crowned-dens症候群を疑う所見なし。

入院後経過：入院時は頭痛・開口障害といった症状なく、入院後37℃前後の微熱レベルで推移したが炎症反応は残存あり。

今回、上記の経過で入院後に、種々の検査により発熱の原因が明らかとなり、適切な治療により軽快を得ることが出来た症例を経験しましたので発表致します。

9. 本態性血小板血症の経過中に脳梗塞を来した 1 例

株式会社日立製作所日立総合病院 神経内科¹⁾、血液腫瘍内科²⁾

○小野田 翼¹⁾、武臣真和¹⁾、金澤智美¹⁾、工藤大輔²⁾、藤田恒夫¹⁾

症例は 69 歳右利き女性。左上下肢の脱力感を自覚し、翌日当院に紹介入院となった。神経学的には軽度の左不全麻痺を認め、頭部 MRI で右被殻から放線冠に新鮮な散在性梗塞巣を認め、頭部 MRA で右中大脳動脈近位 (M1) 部の狭窄を認め、脳梗塞と診断した。15 年来の本態性血小板血症があり、無治療で経過観察中であった。入院時血小板数は 95.3 万/ μ L、凝固線溶系、膠原病系などの検索では異常なく、頸動脈エコー、経胸壁心エコー、経食道心エコー、Holter 心電図では塞栓源を認めなかった。エダラボン、オザグレルナトリウム、クロピドグレルの投与を行い、症状は徐々に改善、第 7 病日の頭部 MRA では狭窄部位は改善していた。血小板数は第 13 病日に 166.7 万/ μ L と増加したため、第 13 病日よりクロピドグレルに加え、ヒドロキシカルバミドの併用を開始し、退院した。

本例では本態性血小板血症により脳梗塞が惹起されたものと考えられた。本態性血小板血症における脳梗塞のタイプについては、一過性脳虚血発作、ラクナ梗塞から分水界型脳梗塞まで様々報告されているが、責任血管の狭窄病変の推移を確認したものは少数で、本態性血小板血症における血栓形成の病態推定のため貴重と思われる。

10. 虚血性心疾患の急性期における心室細動の electrical storm に対し、nifekalant 静注が心室細動の抑制に有効であった 2 例

水戸済生会総合病院 循環器科

○山下文男、樋口基明、山田典弘、千葉義郎、大平晃司、村田 実

nifekalant による心筋カリウムチャネルの阻害は、心室細動 (Vf) の再発を抑制する可能性が指摘されている。

(症例 1) 61 歳男性。既往：後側壁陳旧性心筋梗塞。2015 年 8 月 16 日に急性心筋梗塞を発症し、緊急 PCI で左冠動脈前下行枝 (LAD) 近位部 #6 閉塞にステントを挿入した。8 月 26 日に完全房室ブロックを発症し、#6 ステント閉塞が認められ緊急 PCI を行った。9 月 3 日より Vf が生じ amiodarone を開始したが Vf は再発し、9 月 10 日には DC による除細動が困難となったが、nifekalant 静注後に除細動が可能となった。nifekalant 持続静注し 9 月 14 日には Vf は消失、ICD 移植後に退院した。

(症例 2) 2016 年 1 月 11 日、不安定狭心症のため緊急 CAG を行い、左冠動脈主幹部および LAD の 90% 狭窄に対しステントを挿入した。LVEF30%であった。IABP 下で管理したが、1 月 14 日に Vf が生じ amiodarone を開始したが Vf が繰り返された。1 月 17 日は DC が無効の storm となったが、nifekalant 静注後に除細動が可能となった。nifekalant 持続静注し 1 月 18 日からは Vf の再発なく、IABP を離脱した。

11. 多発膿疱疹と発熱、咽頭痛を主訴に受診した 42 歳タイ人女性の 1 例

東京医科大学茨城医療センター 内科(感染症)¹⁾、中央検査部²⁾

○清田育男^{1) 2)}、川畑大輔²⁾、宇留間友宣¹⁾、大石 毅^{1) 2)}

42 歳タイ人女性。1 年前に来日しそのままオーバーステイとなった。来日後間もなく左側胸部の帯状疱疹となった。3 ヶ月前から体重が 5kg 減少、1 ヶ月前から顔面から頸部、両上肢に中心壊死を伴う膿窩疹が出現、3 週間前から 39℃以上の発熱持続し、近医をいくつか受診したが診断に至らなかった。咽頭痛で食事が摂れなくなったため、当院を受診した。受診時、口腔白苔著明であったため HIV 感染症を疑い、迅速検査を行ったところ陽性と判明。血液検査にて Hb4.8g/dl、PLT 3.5 万/ μ l と減少していた。胸部単純 X 線では明らかな浸潤影はなかった。血液培養施行し CTRX および FLCZ 投与開始した。血液培養では 2 日後に酵母を検出した。タイ人の HIV 感染であることから、2 相性真菌を考え、末梢血ギムザ染色施行したところ、好中球および単球内酵母様の菌体を認めた。このため、膿窩疹の皮膚生検を実施した。血液培養検体は血液寒天培地では赤色色素産生の糸状菌の発育を認め、皮膚生検は組織球内に酵母様菌体が確認された。以上から、マルネッフェイ型ペニシリウム症を念頭にアンホテリシン B 点滴静注を開始した。患者本人の希望から以後の治療は母国で行うことが賢明と判断し、治療継続し 5 日後にタイに帰国した。以後の経過は未報告のため不明である。後日、CD4 数 11/ μ l、HIV-RNA 55000copies/ml であり、検出菌も塩基配列から *Penicillium marneffe* と確定した。マルネッフェイ型ペニシリウム症は、本邦では非常にまれであるが、タイにおいては AIDS 指標疾患に規定される。タイからの入国者の HIV 感染症においては本症を鑑別に挙げる必要がある。本症例においてはギムザ染色が早期の診断治療につながった。一方で菌体取り扱いには BSL3 が必要であることも本症では覚えておく必要がある。

12. 常染色体優性多発性嚢胞腎 (ADPKD) の肝嚢胞感染に膿胸を合併した一例

総合病院土浦協同病院 腎臓内科

○小林凡子、河野洋平、小原由達、一條真梨子、森雄太郎、川上直樹、鈴木雅博、鈴木雄之、戸田孝之、松井則明、酒井義法、家坂義人

【症例】67 歳女性、常染色体優性多発性嚢胞腎 (ADPKD) を原疾患とする慢性腎臓病のため 4 年前から維持透析を行っている。定期通院中の透析クリニックより 2 週間前からの発熱、右季肋部痛、低血圧による透析時除水不良のため紹介され加療目的に入院となった。

入院時の胸腹部造影 CT にて右横隔膜直下の巨大肝嚢胞の隔壁肥厚、右胸水の少量貯留が認められ、肝嚢胞感染が疑われた。抗生剤投与を行うも治療抵抗性のため肝嚢胞ドレナージを施行した。ドレーンからは混濁赤褐色の排膿が認められ、膿培養からは大腸菌が検出された。血液培養は陰性であった。透析時血圧低下による除水不良は続き、右胸水が徐々に増加したため胸腔穿刺したところ感染嚢胞と同じ性状の排膿が認められ膿胸の診断で胸腔ドレナージを行った。膿瘍ドレナージ、抗生剤投与を行うも敗血症性ショックを来とし、第 17 病日に永眠された。

【考察】横隔膜は先天的な原因もしくは後天的に腹腔内圧の上昇などで欠損する場合がある。本症例は横隔膜直下の感染嚢胞が横隔膜を交通し膿胸を来したまれな一例であると考えられた。