

第 2 0 7 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 8 年 6 月 1 1 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 鈴木祥司 (霞ヶ浦医療センター)

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 207 回茨城県内科学会

日 時 平成 28 年 6 月 11 日 (土) 午後 2 時～午後 5 分
場 所 茨城県医師会 4 階大会議室
当番幹事 鈴木祥司 (霞ヶ浦医療センター 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 6 月 2 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

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 207 回当番幹事

連絡先:霞ヶ浦医療センター 鈴木祥司
〒300-0812 茨城県土浦市下高津 2 丁目 7-14
Tel:029-822-5050 Fax:029-824-0494

●茨城県内科学会事務局

連絡先:総合病院土浦協同病院
〒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

14:05～14:45 座長 筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育センター 西 功

1. VVI から DDD への復帰が、血行動態の改善に顕著に影響したと考えられた一例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○山下文男、富井大二郎、石橋真由、樋口基明、千葉義郎、大平晃司、
村田 実

2. 79 歳で初発心不全をきたした Unroofed Coronary Sinus の確定診断に心電図同期 CT が有用であった一例

JA とりで総合医療センター 循環器内科

○高野寿一、山口 斐、土谷 健、住野陽平、服部英二郎、澤田三紀、
徳永 毅

3. 急性冠症候群との鑑別が難しかった肺血栓塞栓症の一例

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター循環器内科

○宮崎誠司、西 功、呉 龍梅、中澤陽子、鈴木祥司

4. 亜急性心筋梗塞に合併した心室中隔穿孔を 320 列 CT で早期発見し得た 1 例
土浦協同病院循環器内科¹⁾、同 消化器内科²⁾

○小林加菜未¹⁾、臼井英祐¹⁾、菅野義典¹⁾、濱谷陸太¹⁾、一條貞満¹⁾、
羽田昌浩¹⁾、仁井田崇志¹⁾、荒木 誠¹⁾、松田隼治¹⁾、星野昌弘¹⁾、
金地嘉久¹⁾、梶山貴嗣¹⁾、山尾一哉¹⁾、村井典史¹⁾、久佐茂樹¹⁾、
渡部智紀¹⁾、米津太志¹⁾、宮崎晋介¹⁾、谷口宏史¹⁾、五十嵐都¹⁾、
中村浩章¹⁾、蜂谷 仁¹⁾、角田恒和¹⁾、酒井義法²⁾、家坂義人¹⁾

5. 心不全患者に対する肺内パーカッションベンチレーター

(intrapulmonary percussive ventilator;IPV) の使用経験

東京医科大学茨城医療センター循環器内科

○小松 靖、大嶋桜太郎、木村一貴、阿部憲弘、柴 千恵、東谷迪昭、
田中宏和

14:45～15:25 座長 筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育センター 廣瀬充明

6. 血球貪食症候群を合併し潰瘍性大腸炎類似の病理組織像を認めた

サルモネラ腸炎の一例

筑波記念病院 消化器内科

○横山昌平、小林真理子、池田貴文、岩井健太郎、越智大介、大塚公一朗、
添田敦子、池澤和人、中原 朗

7. 若年発症の直腸カルチノイドに対して Endoscopic submucosal resection
with ligation device (ESMR-L) が有用であった一例

霞ヶ浦医療センター 消化器内科

○高木薫子、永瀬将臣、俣野大介、廣瀬充明

8. *P. multocida* が起因菌であった腹膜透析関連腹膜炎の 1 例

株式会社日立製作所日立総合病院 腎臓内科

○生田目知尋、渡邊めぐみ、佐久間亜季、植田敦志

9. インスリン強化療法中に当初うつ病として治療した ACTH 単独欠損症の一例

霞ヶ浦医療センター 総合診療科¹⁾、代謝内科²⁾、立川病院 消化器内科³⁾

○伊藤 慎¹⁾、渡辺康子²⁾、端山幹大¹⁾、栗原 宏¹⁾、金子光太郎³⁾

10. インフルエンザを契機に発症した悪性症候群の 1 例

霞ヶ浦医療センター 呼吸器内科

○内田直宏、山田 豊、増田美智子、阿野哲士、菊池教大、石井幸雄

15:25～16:13 座長 霞ヶ浦医療センター 阿野哲士

11. 多発結節影を呈し、気管支鏡で診断した肺リウマチ結節の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○小泉仁志、沼田岳士、藪内悠貴、荒井直樹、太田恭子、箭内英俊、
遠藤健夫

12. 呼吸筋トレーニングの導入にて開心術が可能となった重度拘束性肺疾患の
一例

筑波大学 循環器内科

○林 孝典、加藤 穰、小池 朗、青沼和隆

13. 換気不全による息切れを契機に診断された筋萎縮性側索硬化症の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⁾、

筑波大学大学院 呼吸器内科²⁾

○重政理恵¹⁾、金澤 潤²⁾、野中 水¹⁾、笹谷悠惟果¹⁾、二島駿一¹⁾、
肥田憲人¹⁾、吉田和史¹⁾、矢崎 海¹⁾、兵頭健太郎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⁾

14. 喀血を契機に診断された肺 MAC 症合併肺葉内肺分画症の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 呼吸器内科

○笹谷悠惟果、野中 水、重政理恵、二島駿一、吉田和史、矢崎 海、
肥田憲人、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

15. 副腎腺腫合併と考えられた肺癌の2例

水戸協同病院・筑波大水戸地域医療教育センター総合診療科¹⁾、

同呼吸器内科²⁾、同呼吸器外科³⁾、筑波大学泌尿科⁴⁾、

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター⁵⁾

○田村祐規¹⁾、上田篤志¹⁾、大原 元²⁾、籠橋克紀²⁾、田村智宏²⁾、
佐藤浩昭²⁾、井口けさ人³⁾、石橋 敦³⁾、河合弘二⁴⁾、島居 徹⁵⁾

16. 抗癌化学療法中に急速進行性肺結核を合併した肺小細胞癌の1例
独立行政法人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¹⁾、

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科²⁾

○野中 水¹⁾、笹谷悠惟果¹⁾、重政理恵¹⁾、二島駿一¹⁾、肥田憲人¹⁾、
吉田和史¹⁾、矢崎 海¹⁾、兵頭健太郎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⁾、太田恭子²⁾、
遠藤健夫²⁾

ミニレクチャー

16:15～16:35 座長 霞ヶ浦医療センター 鈴木祥司

長引く咳への対応

筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育センター副部長 呼吸器内科教授
石井幸雄 先生

閉会挨拶 16:35～16:40 鈴木祥司（霞ヶ浦医療センター 院長）

幹事会 16:45～ 茨城県医師会 3階第一会議室

ミニレクチャー抄録

長引く咳への対応

筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育センター副部長 呼吸器内科教授
石井幸雄

咳嗽は呼吸器内科への受診理由として最も多い症状の1つである。咳嗽反応は気道内の分泌物や吸い込まれた異物を排除するための生体防御反応であるが、病的な咳嗽の持続は体力を消耗させ、生活の質を低下させるため、鎮咳等の治療が必要である。また、咳嗽は様々な急性および慢性の呼吸器疾患の症状として見られることから、背景にある疾患を明らかにすることがしばしば重要である。本レクチャーでは、咳嗽を訴える患者の背景疾患とその診断のポイント、内科外来を長引く咳嗽で受診する患者の疾患の内訳や、その治療法について概説したい。

抄 録

1. VVI から DDD への復帰が、血行動態の改善に顕著に影響したと考えられた一例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○山下文男、富井大二郎、石橋真由、樋口基明、千葉義郎、大平晃司、村田 実

特に基礎心疾患を有する症例で、心室ペーシング単独より DDD など生理的ペーシングとされるペーシング様式が血行動態に有利であるとされるが、今回、ペーシング様式の変化が臨床症状に顕著に影響したと考えられた一例を報告する。

【症例】86 歳 女性

【既往歴】胆摘、子宮筋腫術後、高血圧

【現病歴】2008 年 5 月、他院で非閉塞型肥大型心筋症および心室頻拍を指摘されたが、同年 10 月、更に別の病院で DDD ペースメーカーが移植された。この際に心房リードによる心穿孔を生じ、当院で同年 11 月に ICD 移植術を行った。心房リードは、前リードを使用した。2015 年 3 月、電池消耗のため、当院で ICD 本体交換術を行った。2015 年 7 月、定期通院中の医療機関で心電図異常を指摘され、当科で心房リードの断線と判断された。ICD の back up pacing mode を、DDD から VVI へ変更した。その後、息苦しさ、動悸、ふらつきが頻繁に繰り返された。発作性心房細動（Paf）が確認され、sotalol で抑制を図ると心室ペーシングが増え、減量すると Paf の増加が懸念された。当初は心室ペーシングによる影響か否か判然としなかったが、胸水の出現、BNP の上昇を考慮し、2016 年 2 月 9 日に、心房リード追加術を行い、pacing mode を DDD へ復帰させた。退院し経過を観察したが、現時点で症状は消失し、胸水は消失、BNP の低下が認められている。

2. 79 歳で初発心不全をきたした Unroofed Coronary Sinus の確定診断に心電図同期 CT が有用であった一例

JA とりで総合医療センター 循環器内科

○高野寿一、山口 斐、土谷 健、住野陽平、服部英二郎、澤田三紀、徳永 毅

症例は 79 歳男性、2008 年の健康診断にて胸部単純 X 線で心拡大を指摘され、当院紹介となった。経胸壁心エコーを施行し、肺高血圧を指摘されたものの、原疾患は不明であり、心不全症状はなく経過観察となっていた。2014 年 1 月より下腿浮腫、労作時呼吸困難が出現したため、近医を受診した。胸部単純 X 線で心拡大、両側胸水貯留および肺うっ血像が認められたため、うっ血性心不全の診断で当院に紹介受診され、精査加療目的に当科入院となった。入院時心エコーでは、右心系の拡大及び TR-PG 61mmHg と右心負荷所見を認めたが、明らかなシャント血流は認めなかった。入院後心不全加療を行い、臨床症状の改善後にカテーテル検査を行った。

右心カテーテル検査では、平均肺動脈圧 29mmHg と肺高血圧を認めており、サンプリングでは右心房-右心室間で 02 step up を認め、 Q_p/Q_s は 2.16 であった。上記結果よりシャント性疾患が強く疑われ、心電図同期 CT を施行したところ、冠静脈洞 terminal portion で左心房との隔壁欠損を認め、Unroofed Coronary Sinus (URCS) の Type IV と診断した。URCS は冠静脈洞と左心房の隔壁欠損を有し、心房中隔欠損症 (ASD) と同様の血行動態を呈する疾患の総称であり、ASD 全体の中でも 1%未満と非常に稀な疾患である。また URCS の 75%に左上大静脈遺残 (PLSVC) を合併するが、今回は認めなかった。本症例では当初よりシャント疾患を念頭に置きながら心エコーを行ったにもかかわらず、欠損孔を同定できなかったが、心電図同期 CT にて確定診断に至った。今回我々は初発心不全をきたした高齢者の URCS の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

3. 急性冠症候群との鑑別が難しかった肺血栓塞栓症の一例

国立病院機構 霞ヶ浦医療センター循環器内科

○宮崎誠司、西 功、呉 龍梅、中澤陽子、鈴木祥司

症例は68歳男性。主訴は胸背部痛。来院1か月前から、散歩中に時折前胸部違和感が出現するようになった。症状は次第に増悪し来院当日7時頃、安静時胸背部痛、呼吸困難、および口唇チアノーゼが出現し、当院外来を受診した。受診時、軽度の胸背部痛があった。血圧123/82mmHg、脈拍数103/分、酸素飽和度92%(室内気下)、体温36.4℃、12誘導心電図ではST上昇や低下はなかったものの、hyper acute Tが疑われた。S I Q III T IIIパターンはなかった。胸部X線写真においてもKnuckle signはみられなかった。心エコー図検査では左室壁運動異常はなく、三尖弁逆流はI度であったが、右室右房圧較差は約59mmHgと高値であった。血液検査所見は白血球14000/ μ L、トロポニンI 278.8pg/mLといずれも高値であった。非ST上昇型心筋梗塞と肺血栓塞栓症を鑑別に挙げた。非ST上昇型心筋梗塞をまず除外するため冠動脈造影検査を施行したが、有意な狭窄を認めなかった。追加採血でD-dimer 14.9 μ g/mLと高値を認めたこともあり、造影CTを施行した結果、両側の肺動脈に血栓塞栓を認めた。NOAC内服加療を開始し、自覚症状およびD-dimer値(14.9→3.8 μ g/mL)は改善した。また、入院10病日に施行した6分間歩行試験は556mであり、歩行後の酸素飽和度は94%であった。肺血栓塞栓症は欧米に多い疾患であったが、食生活の欧米化による肥満や、急速に進行する高齢化などにより、本邦でもその頻度は増してきている。また、CTなどの画像機器の発達により診断される確率が上がっていることも増加の一因と考えられる。今回、胸背部痛で来院し、急性冠症候群との迅速な鑑別を要し、冠動脈造影および造影CTで肺血栓塞栓症と診断した症例を報告する。

4. 亜急性心筋梗塞に合併した心室中隔穿孔を 320 列 CT で早期発見し得た 1 例

土浦協同病院循環器内科¹⁾、 同 消化器内科²⁾

○小林加菜未¹⁾、 臼井英祐¹⁾、 菅野義典¹⁾、 濱谷陸太¹⁾、 一條貞満¹⁾、
羽田昌浩¹⁾、 仁井田崇志¹⁾、 荒木 誠¹⁾、 松田隼治¹⁾、 星野昌弘¹⁾、
金地嘉久¹⁾、 梶山貴嗣¹⁾、 山尾一哉¹⁾、 村井典史¹⁾、 久佐茂樹¹⁾、
渡部智紀¹⁾、 米津太志¹⁾、 宮崎晋介¹⁾、 谷口宏史¹⁾、 五十嵐都¹⁾、
中村浩章¹⁾、 蜂谷 仁¹⁾、 角田恒和¹⁾、 酒井義法²⁾、 家坂義人¹⁾

【症例】86 歳, 女性.

【主訴】安静時胸部圧迫感.

【現病歴】アルツハイマー型認知症、高血圧症にて近医通院中の 2016 年 3 月、就寝中に数分間の胸部圧迫感を自覚し、翌朝近医を受診し下壁誘導の ST 上昇を認めた。しかし胸部症状はすでに軽快していたため経過観察となった。3 日後に他院を受診し、12 誘導心電図における下壁誘導の ST 上昇、その後の異常 Q 波の出現から亜急性下壁心筋梗塞の診断で当科へ紹介受診、緊急入院となった。冠動脈危険因子は高血圧症のみであった。入院時聴診上特記すべき心雑音は聴取せず、心臓超音波検査にて左室下壁運動低下を認めるものの心室中隔に明らかなシャントを認めなかった。冠動脈 CT では左室の心筋内から造影剤の漏出所見を認め、冠動脈造影では右冠動脈#1 の完全閉塞、左室造影では左室から右室にかけて造影剤の漏出所見を認め、亜急性下壁心筋梗塞に合併した心室中隔穿孔と診断した。心室中隔穿孔存在下での血行再建は再灌流に伴う穿孔の悪化が懸念されたため急性期の血行再建は施行せず保存的加療の方針とした。入院後心不全を発症し心臓超音波検査上も心室中隔シャントの増悪を認めたが、心不全が代償されるとともにシャントも自然軽快した。心臓リハビリテーションを経て第 31 病日に自宅退院した。

【考察】心筋梗塞に伴う心室中隔穿孔の診断における 320 列 CT の有用性が示唆された。文献的考察も含めて報告する。

5. 心不全患者に対する肺内パーカッションベンチレーター (intrapulmonary percussive ventilator;IPV) の使用経験

東京医科大学茨城医療センター循環器内科

○小松 靖、大嶋桜太郎、木村一貴、阿部憲弘、柴 千恵、東谷迪昭、田中宏和

肺内パーカッションベンチレーター (Intrapulmonary Percussive Ventilator;IPV) とは理学療法を伴った治療用人工呼吸器のことで、独特のパーカッション発生装置で気道内にパーカッション性の小換気を断続的に高速で噴入し、その気流は肺胞まで達し、流体の作用・反作用の法則に従って噴流は反転し、反転流は気道の壁に沿って外側に流れることで、排痰を促し無気肺などの治療に有用とされている。症例は 90 代の女性で主訴は呼吸困難で来院。慢性心不全・慢性気管支炎にて前医通院中で、以前より、肺炎にて入退院を繰り返していた。今回も心不全・肺炎の疑いにて当院へ紹介受診し、肺炎・低ナトリウム血症のため緊急入院となった。採血では WBC12400、CRP3.9、と軽度の炎症反応の上昇を認め、Na116 程度の低 Na 血症を認めた。レントゲンでは肺炎像を認め、入院後より点滴(抗生剤、補液)を開始し、低ナトリウムは徐々に改善されるも、volume over となり心不全が増悪となった。カルペリチド 0.025 γ と適宜フロセミド 10 mg 静注、トルバプタン 3.75 mg も併用したが、うっ血は改善傾向であったが、左肺野の透過性低下あり、高齢で排痰も困難な場合もあり、無気肺の可能性も示唆され胸部 CT 施行すると、左無気肺を認めた。肺理学療法に加え、IPV を導入すると徐々に無気肺は改善傾向となり、第 30 病日に退院となった。今回心不全改善後の無気肺に対し、従来の肺理学療法のみでは治療に難渋したが、IPV を従来の肺理学療法と併用することで、無気肺を改善させ、長期の入院加療から外来通院が可能となった 1 例を経験した。

6. 血球貪食症候群を合併し潰瘍性大腸炎類似の病理組織像を認めたサルモネラ腸炎の一例

筑波記念病院 消化器内科

○横山昌平、小林真理子、池田貴文、岩井健太郎、越智大介、大塚公一朗、
添田敦子、池澤和人、中原 朗

【症例】30歳台男性。躁鬱病の治療を自己中断していた。2週間前から持続する激しい水様下痢、39度台の発熱を主訴に救急搬送された。生もの摂取や海外渡航歴なし。興奮状態で見当識障害を伴った。腹部膨満、腸蠕動音亢進を認めたが圧痛はなかった。白血球数 $5300/\mu\text{L}$ 、CRP 17.93mg/dL 。CTでは盲腸から横行結腸に及ぶ壁肥厚があり、腸間膜リンパ節が多数腫大していた。下部消化管内視鏡では盲腸から横行結腸までびまん性に発赤を伴う浮腫状粘膜、および多発びらんを認めた。S状結腸から直腸にも散在性のびらんを認めた。組織検査では高度好中球浸潤、陰窩膿瘍、杯細胞の減少を認め潰瘍性大腸炎も疑われる所見であった。

感染性腸炎を第一に疑い、抗菌剤による治療を開始した。しかし第4病日まで39度台の発熱、せん妄が持続し、汎血球減少、LDHの上昇をきたした。骨髓像にて血球貪食症候群と診断したが、感染兆候の改善とともに血球は徐々に上昇し、せん妄も改善した。便からサルモネラ04群を検出しサルモネラ腸炎と診断した。原因食品は特定できなかった。

【考察】サルモネラ腸炎の内視鏡像・病理組織像は多彩で潰瘍性大腸炎に類似することもあり鑑別が問題となる。また本症例で認めた血球貪食症候群は、腸炎の軽快に伴い改善したことからサルモネラ腸炎が原因であったと推察する。サルモネラ腸炎と血球貪食症候群の合併は稀で貴重な症例と考える。

7. 若年発症の直腸カルチノイドに対して Endoscopic submucosal resection with ligation device (ESMR-L) が有用であった一例

霞ヶ浦医療センター 消化器内科

○高木薫子、永瀬将臣、俣野大介、廣瀬充明

【背景】消化管カルチノイド (Neuroendocrine tumor : NET) は直腸に好発し、特に下部直腸に多い。典型的な内視鏡像は、黄色または正常色調の表面平滑な粘膜下腫瘍 (SMT) 様の隆起性病変である。腫瘍径 10mm 以下で深達度 SM までの直腸カルチノイドは内視鏡治療の適応とされているが、腫瘍の主座は粘膜下にあるため、内視鏡的粘膜切除術 (Endoscopic mucosal resection : EMR) は深部断端陽性率が高いことが問題であった。近年、内視鏡的静脈瘤結紮術 (Endoscopic variceal ligation : EVL) デバイスを用いた Endoscopic submucosal resection with ligation device (ESMR-L) や内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic submucosal dissection : ESD) を用いた治療の有効性が数多く報告されている。ESD/ESMR-L は治療成績に大きな違いは認められないが、一般的に ESMR-L の方が手技が簡便で治療時間は短い傾向にある。当院で若年発症の直腸カルチノイドに対して ESMR-L が有用であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】19 歳男性。

【現病歴】血便精査目的に施行された下部消化管内視鏡検査にて、下部直腸に 4mm 大の粘膜下腫瘍 (SMT) を認め、生検組織診断は直腸カルチノイド (NET G1) であった。大きさ 10mm 以下であり内視鏡治療の方針となった。

【結果】直腸カルチノイドに対して ESMR-L を施行し、合併症なく手技を終了することができた。病理組織診断は直腸カルチノイド (NET G1) で、深達度 SM、大きさ 3mm、脈管侵襲、垂直・水平断端は陰性だった。術後合併症は認めなかった。

【結論】直腸カルチノイドに対して ESMR-L が有用であった。

8. *P. multocida* が起因菌であった腹膜透析関連腹膜炎の 1 例

株式会社日立製作所日立総合病院 腎臓内科

○生田目知尋、渡邊めぐみ、佐久間亜季、植田敦志

【症例】43 歳、女性

【主訴】腹痛

【現病歴】ペットとしてネコ 1 匹、イヌ 1 匹を飼育している。糖尿病性腎症のため、来院約 3 ヶ月前より 腹膜透析を行っていた。来院 3 日前より右腰痛、来院 2 日前より嘔気が出現した。来院当日の朝には明らかな排液混濁はなかったが、21 時に腹膜透析を開始し、1 回目の排液が始まった 23 時頃に激しい腹痛が出現したため救急要請し当院搬送された。来院時、悪寒、39℃の発熱、腹部全体の圧痛と排液混濁を認め、排液細胞数は 42000/ μ l と著明高値であった。腹膜透析関連腹膜炎の診断で、来院 2 時間後に vancomycin+ceftazidime の腹腔内投与を開始した。入院とし抗菌薬の腹腔内投与を 1 日間欠投与で継続したが、第 2 病日には排液混濁は改善し、以降徐々に解熱し腹痛も消失した。入院時の排液培養からは *P. multocida* が検出された。ceftazidime 感受性であったため ceftazidime の腹腔内投与を継続した。全身状態改善し、除水も徐々に回復傾向であったため、第 7 病日に退院、以降外来にて ceftazidime 腹腔内投与を 1 週間継続した。その後 levofloxacin の経口投与を 1 週間行い、治療を終了した。

【考察】*P. multocida* はヒトを除く多くの哺乳動物の口腔内に常在するグラム陰性桿菌であり、腹膜透析関連物品がペットと接触する可能性のある患者で、まれに腹膜透析関連腹膜炎の起因菌となることが報告されている。一般には多くの抗生剤に感受性良好であり、早期に適切な抗生剤加療を行えば予後は良好である。ペット飼育、特にネコの飼育との関連性が示唆されているが、本例のように透析液バッグやチューブに破損がない場合の *P. multocida* による腹膜炎も報告されている。感染経路に関する文献的考察を交えて報告する。

9. インスリン強化療法中に当初うつ病として治療した ACTH 単独欠損症の一例

霞ヶ浦医療センター 総合診療科¹⁾、代謝内科²⁾、立川病院 消化器内科³⁾

○伊藤 慎¹⁾、渡辺康子²⁾、端山幹大¹⁾、栗原 宏¹⁾、金子光太郎³⁾

【背景】ACTH 単独欠損症は何らかの理由で下垂体前葉からの ACTH の分泌が低下し、その下位ホルモンであるコルチゾールの低下により食思不振、血圧低下、低血糖、電解質異常など多様な症状を引き起こす病態である。またうつ病も抑うつ症状、興味の喪失などの精神症状加えて、倦怠感などの身体症状も呈する疾患である。今回症状・検査所見が顕在化するまでに時間がかかり診断に時間を要したため、当初うつ病として治療していた ACTH 単独欠損症を経験したので報告する。

【症例】60 歳男性、C 型慢性肝炎・高血圧・糖尿病を加療中（即効型インスリン 20 単位程度、持続型 16 単位程度で HbA1c8%台）。○年 8 月頃から嘔気・倦怠感が出現し、食事摂取量が低下した。血圧の低下のため降圧薬を中止し、血糖も低下傾向であったため、シックデイに準じてインスリン注射も中止したがその後高血糖は認めなかった。当初は制吐剤等で対症療法を施行していたが症状は増悪傾向で、次第に興味の喪失・決断力の低下などを認めたためうつ病として治療した。10 月の血液検査で Na127mEq/l と低値であり、精査加療目的に入院した。入院時の血液検査で ACTH およびコルチゾールはごく低値であり、続発性副腎不全を疑った。その後施行したホルモン負荷試験によって、ACTH 系は無反応であったがその他の系統には反応があったことから、ACTH 単独欠損症と診断した。ヒドロコルチゾン 15mg/日を投与し、数日後には身体症状は軽減し、約 1 週間後には検査所見もほぼ改善した。

【考察】本症例ではベースに高血圧、糖尿病があったため、うつ病による食欲低下で血圧および血糖が正常化したように見えたことが診断に難渋した一因と考えられた。本症例のように診断に時間を要する疾患もあるため、うつ病を治療する際には、ACTH 単独欠損症のような稀だが多彩な症状を示す疾患も念頭に置く必要があると考えられた。

10. インフルエンザを契機に発症した悪性症候群の1例

霞ヶ浦医療センター 呼吸器内科

○内田直宏、山田 豊、増田美智子、阿野哲士、菊池教大、石井幸雄

今回我々は、インフルエンザ罹患後に発症した悪性症候群と考えられる1例を経験したので報告する。症例は76歳、女性。統合失調症でリスペリドン、ニトラゼパムを服用されていた。38℃の発熱で近医を受診、迅速検査でA型インフルエンザと診断されオセルタミビルが開始されたが、発熱が続き低酸素血症を認めたため紹介入院となった。入院時意識レベル清明。体温 37.6℃、SpO₂ 90%（酸素 2 l/分）、白血球 8100、CRP 11.56mg/dl。胸部CTにて両下肺優位のコンソリデーションを認め、喀痰から *K. pneumoniae* が検出されたため、インフルエンザに伴う細菌性肺炎と考え、スルバクタム/アンピシリンが投与された。入院翌日より経口摂取困難となったため、上記の内服薬が中止された。第3病日より40℃台の発熱が持続、抗菌薬をセフォゾプラン、アジスロマイシンに変更し、ペラミビルを投与するも解熱せず、第5病日より意識レベルの低下、痙攣が出現した。頭部CTや髄液検査には明らかな異常を認めなかった。高熱に対しNSAIDs、ステロイド薬は無効であり、ダンドリウムの投与によってのみ解熱が得られた。低酸素血症は改善せず、腎機能および肝機能の低下、血圧低下により第10病日に死亡された。本症例は重症感染症に伴う多臓器不全が否定はできないものの、精神神経用薬中止後に生じたこと、Levenson らの診断基準のうち大症状3項目（発熱、筋強剛、クレアチニンキナーゼの上昇）を全て満たすこと、発熱に対しダンドリウムのみが有効であったことなどより、悪性症候群に矛盾しないものと考えられた。発症のリスク因子として、インフルエンザに端を発した感染症が考えられた。悪性症候群は時として死に至る重篤な病態であり、内科診療においても高熱を呈する患者の鑑別診断として常に留意し、早期発見、早期対応をはかるべき疾患と考えられた。

11. 多発結節影を呈し、気管支鏡で診断した肺リウマチ結節の1例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○小泉仁志、沼田岳士、藪内悠貴、荒井直樹、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例は83歳、男性。既往に関節リウマチと心筋梗塞があり、内服加療中である。咳嗽と血痰を主訴に外来受診し、胸部レントゲンで両肺に多発する結節影や一部に浸潤影を認めた。精査加療目的に入院し、気管支鏡を施行したところ、経気管支肺生検（TBLB）の組織検体より壊死をともなう肉芽腫病変を認めた。鑑別として考えられた抗酸菌や真菌などの感染症や、サルコイドーシス、血管炎などは血液検査や病理学的に否定的であり、関節リウマチにともなう肺リウマチ結節と診断した。入院後は徐々に症状改善し、多発結節影も縮小し、いくつかの結節影では空洞化を認めた。

リウマチ結節は、関節リウマチの患者に高頻度に認められる関節外症状であるが、皮下に出現することが多く、肺に出現することは稀とされる。一方、関節リウマチ患者の経過中に出現する肺結節性病変としては、肺癌などの悪性腫瘍や、肺結核・真菌症などの感染症が重要である。本症例においても、当初は悪性腫瘍や感染症を疑って精査を進めていたが、気管支鏡の結果により上記診断に至った。本症例を貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

12. 呼吸筋トレーニングの導入にて開心術が可能となった重度拘束性肺疾患の一例

筑波大学 循環器内科

○林 孝典、加藤 穰、小池 朗、青沼和隆

【症例】60 歳、女性

【既往歴】強皮症、関節リウマチ、間質性肺炎、感染性心内膜炎

【現病歴】2000 年、感染性心内膜炎に罹患した。その際僧帽弁後尖の逸脱に伴う僧帽弁閉鎖不全症を認め、経年的に増悪傾向を示した。2014 年、息切れなどの症状が目立ってきたことから僧帽弁の根治術が検討されることになった。間質性肺炎による重度の拘束性換気障害 (%VC 36.6%) を認めており、低侵襲心臓手術が可能な施設へ紹介となったが、片肺換気に耐えられないとの判断で手術適格なしとされた。患者本人の開心術への積極的な希望もなかったことから、以後内服加療で経過を見ていた。2015 年 11 月、手指の潰瘍が増悪し、強皮症の管理目的に当院皮膚科へ入院した。経過中に頻脈性の心房細動と、それに伴ううっ血性心不全を併発した。レートコントロールでは管理が不良であり、同年 12 月に循環器内科へ転科した。

【転科後経過】カルペリチドによる加療を開始し、速やかに病状の改善を得た。僧帽弁については、やはり根治的治療が必要との判断に至り、再度手術適応を考えることとなった。外科との合同カンファランスでは十分リスクが評価できていないとの結論に至り、一旦手術が延期となった。手術日が決定されるまでに日が空いたことから、有酸素運動を主体とした心臓リハビリに加え、呼吸筋トレーニングを併行した。その結果、体力レベルの向上とともに肺活量の有意な改善が得られた。2016 年 1 月、僧帽弁形成術を施行。術翌日には抜管し、術 23 日目に退院可能となった。

【考察】一般的に、呼吸筋トレーニングは慢性閉塞性肺疾患の QOL を改善するリハビリとして知られている。一方で、本例のように呼吸筋トレーニングで呼吸機能が改善する例も存在する。重度の拘束性換気障害のために一度は手術不能となった症例でも良好な周術経過を得ることが可能であった一例を経験したので報告する。

13. 換気不全による息切れを契機に診断された筋萎縮性側索硬化症の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⁾、

筑波大学大学院 呼吸器内科²⁾

○重政理恵¹⁾、金澤 潤²⁾、野中 水¹⁾、笹谷悠惟果¹⁾、二島駿一¹⁾、肥田憲人¹⁾、
吉田和史¹⁾、矢崎 海¹⁾、兵頭健太郎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⁾

【背景】筋萎縮性側索硬化症（以下、ALS）は、運動神経細胞が選択的に障害される進行性の神経変性疾患である。呼吸筋障害による換気障害は通常末期に出現するとされるが。最近、同病態を主訴とし初診された同症例を経験したので他疾患でも見られる胸郭可動域について考察を加え報告する。

【症例】74歳男性。喫煙歴なし。半年前から体重減少、1か月前から嚥下困難を認めていた。さらに労作時息切れが出現してきたため当院受診された。吸呼気の胸部レントゲン正面写真の比較から横隔膜上下動制限から胸郭可動域制限を認めた。また呼吸数が20回/分と頻呼吸にも拘わらず動脈血液ガス分析で pH7.393、pCO₂ 64mmHg と CO₂ の貯留を認めた。胸部 CT では明らかな肺内疾患は指摘できず、神経筋疾患による換気不全が示唆された。四肢筋力は保たれていたが、呼吸筋力試験で呼吸筋力低下を認めた。神経内科での精査により最終的に ALS と診断された。

【結論】ALS で換気不全が初発症状となることは稀であり、呼吸器専門外来の初診時に遭遇する機会は多くはない。しかし、換気不全の直接的なメカニズムは横隔膜上下動制限から生ずる胸郭可動域制限であり、常にその中に神経筋疾患があることを念頭に置き、鑑別診断を行う必要がある。

14. 咯血を契機に診断された肺 MAC 症合併肺葉内肺分画症の 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 呼吸器内科

○笹谷悠惟果、野中 水、重政理恵、二島駿一、吉田和史、矢崎 海、肥田憲人、
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

肺分画症は、1946 年 Pryce により「正常肺と気管支の交通を持たない隔絶された肺葉組織で大動脈系から分岐した異常動脈により血液の供給を受けているもの」と定義され、その中で分画肺と正常肺の境界に胸膜を認めない肺葉内肺分画症は感染合併を契機に発見されることが多い。最近経験した咯血を契機に診断された肺 MAC 症合併肺葉内肺分画症の 1 例を報告する。

症例は 64 歳、男性。18 歳頃より胸部異常陰影を指摘されていたが、自覚症状はなく経過観察されていた。2016 年 2 月 13 日に咯血し、胸部 CT で右肺下葉に空洞を伴う結節影を認め、喀痰培養より *Mycobacterium avium* が 2 度検出され、肺 MAC 症と診断し、後日 CAM、RFP、EB、KM による治療を開始した。

また肺 MAC 症の陰影の他に、右肺下葉には嚢胞性気管支拡張の集簇像を認め、拡張した気管支内腔には液面形成を伴っていた。造影 CT では、腹部大動脈より分岐した径 18mm の太い異常動脈が嚢胞性気管支拡張を伴う領域に流入した後、肺静脈を経て左房に戻る様子が明瞭に確認でき、右下葉肺葉内分画症・肺動脈大動脈起始症と診断した。肺 MAC 症による持続感染により分画肺と正常気管支が交通し、さらに高圧系である体循環由来の異常血管が破綻したため正常気管支を通じて咯血したと考えられた。

止血剤の投与により咯血が落ち着いた後、再咯血の予防目的に右下葉切除術を検討したが、術中の異常動脈結紮の際の出血、肺 MAC 症の持続感染による損傷治癒の遅延、*M. avium* が胸腔内に散布され膿胸へと波及するリスクを考慮し、カテーテル治療によるコイル塞栓術を行う方針とした。3 月 8 日にコイル塞栓術を行い、大動脈起始部から異常動脈への血流遮断に成功した。肺 MAC 症治療後に右下葉切除を再検討する予定である。

肺 MAC 症と肺分画症の合併症例は報告が少なく、その特徴について文献的考察を加え報告する。

15. 副腎腺腫合併と考えられた肺癌の2例

水戸協同病院・筑波大水戸地域医療教育センター総合診療科¹⁾、同呼吸器内科²⁾、
同呼吸器外科³⁾、筑波大学泌尿科⁴⁾、
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター⁵⁾
○田村祐規¹⁾、上田篤志¹⁾、大原 元²⁾、籠橋克紀²⁾、田村智宏²⁾、佐藤浩昭²⁾、
井口けさ人³⁾、石橋 敦³⁾、河合弘二⁴⁾、島居 徹⁵⁾

肺癌の副腎転移は稀ではないが、他臓器転移を伴わない単独転移症例は稀である。
症例は66歳女性、38歳男性であり、いずれも肺腺癌例であった。副腎に腫瘍を認
めたものの他部位に転移なく、原発巣は切除可能であると判断し外科療法で原発巣
切除した。前者は術後2年経過、後者は1年経過したが明らかな再発所見は認めら
れなかった。副腎に関しては、画像所見、臨床経過から副腎腺腫であると診断した。
今後類似の経過を辿る例に示唆を与える例と判断され報告する。

16. 抗癌化学療法中に急速進行性肺結核を合併した肺小細胞癌の1例

独立行政法人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¹⁾、

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科²⁾

○野中 水¹⁾、笹谷悠惟果¹⁾、重政理恵¹⁾、二島駿一¹⁾、肥田憲人¹⁾、吉田和史¹⁾、
矢崎 海¹⁾、兵頭健太郎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⁾、太田恭子²⁾、遠藤健夫²⁾

臓器結核として発症する肺結核の多くは慢性結核であり、その発症、進行は月または年単位で起きる。今回、抗癌化学療法中に発症し、その発症から進行が1週間程度と極めて急速であった小細胞肺癌合併肺結核を経験した。

症例は61歳男性。X年10月頃から上腹部痛を認め近医受診した。胸腹部CT検査で右下肺野に腫瘤影、右肺門部リンパ節腫大、転移性肝腫瘍に合致する所見を認めたため前医へ転院となり、臨床病期IV期の小細胞肺癌と診断された。抗癌化学療法1コース施行後のCT検査でPRであったが、両側の上葉に淡い多発結節影を認めた。1週間後の胸部X線で急速な経過で左上肺野の陰影が拡大し、発熱も出現した。一般細菌感染症として抗生剤を投与したが反応しなかったため気管支鏡検査が施行された。気管支肺胞洗浄液抗酸菌塗抹陽性、PCR-TB 陽性から肺結核と診断され、加療目的に当院へ転院となった。肝転移に伴うと考えられる肝機能障害を認めたため、肝障害の少ないEB、SM、LVFXを選択し加療を行った。抗癌剤加療再開に合わせ、抗結核薬をINH、EB、LVFXとした。肝障害の改善傾向を確認した後にPZAを追加し、さらにRFPはCPT-11との相互作用が問題となるため、RBT投与を開始し、LVFX中止とした。PZA投与終了後はRBT、INHの2剤で加療継続している。

結核既感染者において発病するリスクが高い場合、LTBI治療を行うことが推奨されている。担癌患者は一般にcompromised hostであり、さらに抗癌剤による免疫機能低下が加わり結核が発症する症例があることが知られているが、肺癌に関して同治療の十分なエビデンスは存在しない。今回、肺癌の化学療法施行中にその進行の早さから当初、考慮していなかった肺結核症例を経験した。免疫抑制宿主に発症する肺結核の特徴と肺癌症例におけるLTBI治療の必要性について文献的考察を加え、報告する。

Memo

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~

~~~~~