

第 2 0 9 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 9 年 3 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 酒井義法 (総合病院土浦協同病院)

会場案内図



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 209 回茨城県内科学会

日 時 平成 29 年 3 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 酒井義法 (総合病院土浦協同病院 統括院長補佐)

●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 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

- ①日本医師会生涯教育講座参加証 (学術講演 1 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 209 回当番幹事

連絡先: 総合病院土浦協同病院 酒井義法
〒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

● 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

14:05～14:37 座長 総合病院土浦協同病院 齊藤 和人

1. 肺 *M. shinjukuense* 症の 2 例

独立行政法人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

○荒井直樹、野中 水、後藤 瞳、笹谷悠惟果、重政理恵、石川宏明、
矢崎 海、兵頭健太郎、根本健司、三浦由紀子、高久多希朗、大石修司、
林原賢治、斎藤武文

2. 骨髄移植後、長期間を経て発症した間質性肺炎の 1 例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター
内科診療部 呼吸器内科

○石川宏明、野中 水、後藤 瞳、笹谷悠惟果、重政理恵、荒井直樹、
矢崎 海、兵頭健太郎、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. 胸部異常陰影を指摘され、HRCT と気管支肺生検で診断した 樹枝状肺骨形成の 1 例

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○長 正訓、藪内悠貴、肥田憲人、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、
遠藤健夫

4. 肺 *M. abscessus* 症自験例の臨床的検討

独立行政法人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

○後藤 瞳、野中 水、笹谷悠惟果、重政理恵、荒井直樹、石川宏明、矢崎 海、
兵頭健太郎、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

14:37～15:01 座長 総合病院土浦協同病院 川上 直樹

5. 心嚢水貯留にも関わらず2年生存の小細胞肺癌の1例
筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 呼吸器内科
○梶 有貴、岡内眞一郎、田村智宏、大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

6. 間質性肺炎治療中に血栓形成が経過に影響を及ぼしたと考えられる一例
茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 呼吸器内科
○野口翔太、高木雄基、大久保初美、田村智宏、吉川弥須子、山口昭三郎、
橋本幾太、鏑木孝之

7. 呼吸器症状が乏しく、MERS を画像上認めない神経症状が前景に立つ
レジオネラ肺炎の一例
総合病院土浦協同病院 呼吸器内科
○大川宙太、青木 光、望月晶史、森谷友博、川上直樹、若井陽子、
齋藤和人

15:01～15:25 座長 総合病院土浦協同病院 戸田 孝之

8. 血液透析患者に発症したカルシフィラキシスの一例
東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科
○丸山浩史、下畑 誉、大木健太郎、宮本和宜、高安真美子、平山浩一、
小林正貴

9. DIC 合併の Evans 症候群の 1 例

JA とりで総合医療センター 腎臓内科¹⁾、血液内科²⁾

○伊原史崇¹⁾、前田益孝¹⁾、久山 環¹⁾、田中智美¹⁾、富田英孝¹⁾、
石原早織¹⁾、小川普一²⁾

10. 重症肺胞出血を合併した ANCA 関連血管炎の一例

水戸済生会総合病院 腎臓内科

○弓田 冨、椎名映里、郡司真誠、国府田 恵、岩瀬茉未子、佐藤ちひろ、
海老原 至

15:25～15:49 座長 総合病院土浦協同病院 草野 史彦

11. 巣状分節性糸球体硬化症治療中に重症 Guillain-Barre 症候群を
発症した 1 例

日立総合病院 神経内科¹⁾、腎臓内科²⁾

○秋山浩輝¹⁾、川喜田靖明¹⁾、金澤智美¹⁾、西久保愛理²⁾、角田亮也²⁾、
植田敦志²⁾、藤田恒夫¹⁾

12. びまん性の高度左室壁運動低下を契機に心サルコイドーシスが診断され、
ステロイド治療により左室壁運動の正常化が得られた 1 例

水戸済生会総合病院 循環器科

○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

13. 当院で経験した急性胃軸捻転症から考える、その初期対応と治療法、
再発予防法

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○木下隼人、上山俊介、磯崎 岳、佐野慎哉、米本有輝、栗原正道、
吉行綾子、渡邊剛志、江頭徹哉、鈴木雅博、市田 崇、草野史彦、
酒井義法

v **特別講演**

15:50～16:50 座長 総合病院土浦協同病院 酒井義法

「心臓カテーテル治療の進歩と現状
ー抗血小板療法と出血性合併症」

筑波大学 医学医療系 循環器内科 准教授 佐藤 明 先生

閉会挨拶 16:50～16:55 酒井義法（総合病院土浦協同病院 統括院長補佐）

幹事会 16:55～ 茨城県医師会 3階第一会議室

特別講演抄録

心臓カテーテル治療の進歩と現状

ー抗血小板療法と出血性合併症

筑波大学 医学医療系 循環器内科 准教授 佐藤 明

1977年にスイスの Gruentzig Dr が初めて患者さんに対して PTCA を施行してから 40 年が経過した。冠動脈インターベンション (PCI) は第 2 世代の薬剤溶出性ステント (DES) の登場によってステント血栓症のリスクも大きく改善し、再狭窄を含めた治療成績も安定し、成熟期を迎えたといわれている。さらに大動脈弁狭窄症に対する TAVI (transcatheter aortic valve implantation) をはじめとして心房中隔欠損孔閉鎖術、左心耳閉鎖術など、さまざまな structural heart disease (SHD) に対する低侵襲的カテーテル治療法が次々と開発され、日本においても実施されている。PCI の際には、抗血小板療法が必須であり、DES 留置例では最低 12 か月、ベアメタルステント留置例では最低 1 か月の併用投与が推奨され、多くの抗血小板剤が開発され使用されている。さらに高齢者の増加とともに心房細動合併をした冠動脈疾患に対する PCI 症例も増加し、ワーファリンや DOAC などの抗凝固剤と DAPT (dual anti-platelet therapy) の併用が必要であり、出血性合併症の増加が懸念される。本講演では、現在日常臨床においてトピックである抗血小板療法と出血性合併症、心臓カテーテル治療の進歩と現状などについてお話したい。

抄 録

1. 肺 *M. shinjukuense* 症の 2 例

独立行政法人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

○荒井直樹、野中 水、後藤 瞳、笹谷悠惟果、重政理恵、石川宏明、矢崎 海、
兵頭健太郎、根本健司、三浦由紀子、高久多希朗、大石修司、林原賢治、
斎藤武文

症例 1：62 歳男性。2011 年 10 月に胸部レントゲンで胸部異常陰影を指摘され、同年 11 月に当科に紹介。採血では QFT 検査陰性、TBGL 抗体 3.4 と陽性であった。胸部 CT では両側上中葉に気管支拡張像、粒状影、斑状影を認めた。右 B2b より擦過、気管支洗浄を施行し、擦過は陰性、3 週で培養陽性となった。ただ抗酸菌-PCR 陰性、DDH 検査で同定不能であった。その後定期フォロー中、右 S2 に薄壁空洞がみられたため菌の同定を結核研究所に依頼し *M. shinjukuense* と判明した。2013 年 5 月より CAM+EB+RFP(+KM 3 週間のみ)で治療を開始し、画像悪化なく経過し 2015 年 12 月に治療を終了。その後も悪化なく経過している。

症例 2：68 歳女性。2014 年 11 月血痰を主訴に来院。胸部 CT では左下葉中心に小葉中心性粒状影、気管支壁肥厚、気管支周囲のコンソリデーションを認めた。同部位からの気管支洗浄液からは塗抹陰性、2 週で培養陽性となった。DDH 検査は同定不能であった。その後も外来でフォローしたが、血痰の症状を繰り返し、右中葉にも陰影が広がったため、2016 年 5 月に再度左 B10 より気管支洗浄を施行。抗酸菌塗抹(1+)、2 週で培養陽性、抗酸菌-PCR 陰性、DDH 検査で同定不能であったため、菌の同定を結核研究所に依頼し *M. shinjukuense* と判明した。

非結核性抗酸菌は 1950 年代に報告されて以来新たな菌種が同定されており、2013 年 12 月の時点で 160 菌種が登録されている。非結核性抗酸菌の菌種の分布は日本では MAC (*M. avium*, *M. intracellulare*) が 83%、*M. kansasii* が 8%を占める。2011 年に *M. shinjukuense* は日本で初めて報告された菌種である。まだ新しい菌種であり病態は未だ明らかではない。今回の 2 症例は貴重であると考え、文献的考察を含め報告する。

2. 骨髄移植後、長期間を経て発症した間質性肺炎の1例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育センター

内科診療部 呼吸器内科

○石川宏明、野中 水、後藤 瞳、笹谷悠惟果、重政理恵、荒井直樹、矢崎 海、
兵頭健太郎、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】32歳、男性。

【主訴】呼吸苦

【現病歴】X-18年(14歳時)、急性骨髄性白血病と診断され骨髄移植を行われた。
X-15年(17歳)：小腸に病変の再燃があり、2度目の骨髄移植を施行された。移植
後皮膚症状が遷延し慢性GVHDと診断されPSLとタクロリムスの継続内服を行った。
X-3年PSLが中止されX-1年2月にタクロリムスは中止された。X-2年ごろからCT
検査で収縮傾向があるすりガラス陰影が出現し、徐々に増悪した。X-1年から体動
時を中心に呼吸困難感が出現しX年7月当院を初診した。来院時発熱があり、炎症
反応高値で、喀痰培養および気管支洗浄液からH. influenza が検出されDRPMによ
る加療をおこない炎症反応は陰性化した。両側肺野のスリガラス陰影は改善が見
られなかった。外来で経過観察を行っていたが体動時を中心とした呼吸苦が増悪し、
X年11月入院した。気管支肺胞洗浄を再度行い総細胞数 $200/\mu\text{l}$ 、リンパ球30%と
リンパ球の増多を認めた。経過から骨髄移植に関連した間質性肺炎を考えた。PSL
内服及びタクロリムスの休薬後に肺病変が出現し、リンパ球優位の細胞増多を認め
たことから副腎皮質ステロイド剤および免疫抑制治療を行う方針とした。mPSL
パルス療法およびタクロリムスの内服を開始し後療法としてPSL30mg/日の内服を
継続した。呼吸状態の大きな改善はみられなかったが画像上両側下葉のスリガラス
陰影は改善傾向となり12月退院した。

【考察】骨髄移植に関連した肺病変は多岐にわたり、長期間を経て発症した間質性
肺炎は比較的珍しい。文献的報告を交え考察する。

3. 胸部異常陰影を指摘され、HRCT と気管支肺生検で診断した樹枝状肺骨形成の 1 例

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○長 正訓、藪内悠貴、肥田憲人、沼田岳士、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

症例は 79 歳男性。既往歴は痛風と脂肪腫で、心肺疾患の既往はない。15 歳から 60 歳まで工作機械の修理と加工、70 歳までコンクリートが付着した機械の修繕を行っており、アスベストやコンクリートの吸入歴がある。喫煙歴は 30 本/日を 20 年間(20～40 歳)。10 年前に検診で胸部 X 線異常陰影を指摘されていたが、特に症状は認めず医療機関は受診していなかった。200x 年 1 月 9 日検診で再び両下肺野の粒状影を指摘され当院紹介された。身体所見や血液検査では明らかな異常は認めなかったが、HRCT にて両下葉優位に小粒状影及び樹枝状影(300～500HU)が広がっていた。TBLB 施行し、肺胞組織の異所性骨化を認めた。HRCT、病理所見から樹枝状肺骨形成と診断した。びまん性肺骨形成は肺組織に異所性の骨化巣を生じる稀な疾患である。胸部 X 線では異常を認めない症例が多いため、ほとんどが剖検で発見される。剖検での頻度は 0.16～0.57%と報告されている。典型的には無症状で、40～60 歳に多い。病理形態によって結節性肺骨形成と樹枝状肺骨形成に分類され、それぞれ特発性と続発性の症例がある。樹枝状肺骨形成は、急性または慢性の肺損傷の結果、肺の線維芽細胞とマクロファージが骨芽細胞と破骨細胞に化生すると考えられているが、機序は未だ不明な点が多い。組織学的所見は、繊維化に伴って肺胞隔壁に骨化巣が存在し、骨化は分枝しており、典型的には骨髄を含む。本症例では骨髄形成は認めなかったが、アスベストやコンクリートの吸入歴があり、HRCT で両側下葉優位に分枝状の小粒状影が広がっていた。さらに病理所見で肺胞腔内の骨化を認め、樹枝状肺骨形成と診断した。その後 8 年間外来でフォローしているが、臨床症状や呼吸機能検査、画像所見で著変なく経過している。

4. 肺 *M. abscessus* 症自験例の臨床的検討

独立行政法人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

○後藤 瞳、野中 水、笹谷悠惟果、重政理恵、荒井直樹、石川宏明、矢崎 海、
兵頭健太郎、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

Mycobacterium abscessus (*M. abscessus*)は非結核性抗酸菌 (NTM) の一つで Runnyon 分類では IV 群菌の迅速発育菌群に分類される。肺 *M. abscessus* 症は多くの抗菌薬に耐性を示すため、世界的に確立された治療レジメンが存在しない。そのため NTM 症の中でもっとも難治と言われている。最近になり、*M. abscessus* は正確には *M. abscessus complex* であり、*M. abscessus abscessus*, *M. bolletii*, *M. massiliense* の3菌種に再分類され、それぞれ抗菌薬に対する感受性や予後に違いがみられることが判明した。*M. bolletii* は検出頻度が稀であり、臨床上、問題となることはない。他2菌種の内、*M. massiliense*は比較的治療反応性があるのに対し、*M. abscessus* は抗菌薬不応性であり、治療上、最も問題がある。同菌が治療に抗菌治療に難渋する理由は、この菌特有の erm (erythromycin ribosome methyltransferase) 遺伝子による CAM の誘導耐性である。非結核性抗酸菌症治療の key drug である CAM に対し、CAM 投与初期の数日は感受性があるが2週間程度の薬剤投与後には耐性が生じ治療効果が著明に減弱する。当院においては近年、治療方針決定のために、これら菌種の判別を積極的に行なっている。当院で2013年から2016年までの間に喀痰、気管支洗浄液の培養で検出され、肺 *M. abscessus complex* 症の診断に至った17例の内、菌種を判別し得た症例は12例であった。5例が *M. massiliense*、7例が *M. abscessus* であった。これら12例の臨床情報(性別、年齢、喫煙歴、画像所見、臨床経過)に関して後方視的に検討した結果について考察を加え報告する。

5. 心嚢水貯留にも関わらず2年生存の小細胞肺癌の1例

筑波大学水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 呼吸器内科

○梶 有貴、岡内眞一郎、田村智宏、大原 元、籠橋克紀、佐藤浩昭

症例は71歳男性。鼻閉感があり耳鼻科受診。胸部異常陰影を指摘され2014年1月来院。BI 1600。PS 1。気管支鏡下擦過細胞診で小細胞癌、右胸水貯留を伴うLD-SCLCと診断した。2014年1月CBDCA+VP16による治療開始。大気道閉塞回避目的に2コース目に合わせ照射(45Gy)。2014年3月CBDCA+VP16 3コース目を実施したが、4月心拡大、心嚢水貯留が出現。2014年4月心嚢穿刺(class II)。同月よりweekly AMR開始。2015年2月まで32回投与。2015年3月胸腔内病変再発でPDのためCPT-11投与。2015年12月胸腔内病変再発でPDと判断され、CBDCA+VP16による治療再開。予後との関連として、(1)肺癌による症状発見例でなかったこと、(2)胸水、心嚢水に悪性細胞が確認されなかったこと(臨床的には癌性だが、体腔内の腫瘍細胞は多くはなかった可能性がある)、(3)治療への反応性と副作用に耐えられたこと、(4)胸水貯留例であったが、姑息的照射の意義があった可能性、(5)胸水貯留があるが、心嚢水再貯留がなかったこと、(6)PSの低下がなかったことなどが挙げられる。今後の診療に示唆を与える例と考えられ報告する。

6. 間質性肺炎治療中に血栓形成が経過に影響を及ぼしたと考えられる一例

茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 呼吸器内科

○野口翔太、高木雄基、大久保初美、田村智宏、吉川弥須子、山口昭三郎、
橋本幾太、鎗木孝之

症例は 50 代、男性。

20XX 年 5 月の健康診断で高血圧・高血糖・肺野すりガラス影を指摘されていたが医療機関受診せずにいた。同年 10 月下旬より咳嗽を認め始め、11 月上旬、咳嗽の増悪、呼吸困難感が生じたため近医を受診した。同医施行胸部レントゲンで肺炎が疑われたため当院紹介受診となった。

来院時に発熱、呼吸音減弱、SpO₂ 低下、両側下腿浮腫を認め、血液検査では、炎症反応の上昇、腎機能低下および PaO₂ の低下、胸部 CT では両肺上葉優位のびまん性すりガラス影～浸潤影、および両側性胸水を認めた。肺炎、溢水の診断で同日当科入院、抗生剤、利尿剤による治療を開始した。

呼吸状態、肺野所見は徐々に改善を認めていたが、入院 day 8 より胸部レントゲン上、両側下肺野のすりガラス影増強を認め、呼吸状態の悪化傾向を認めた。day12 施行胸部 CT では両側下葉優位の間質性肺炎様の所見であった。気管支肺胞洗浄を施行し、感染主体の病態は否定的と判断した上で急性間質性肺炎と診断し、ステロイドパルス療法を施行した。治療反応性を示し、在宅酸素療法導入のうえ入院 day 45 に自宅退院とした。

しかし、退院 4 日後、昼頃から呼吸状態の悪化を認め、トイレに行こうと立ち上がろうとした際にそのまま後方へ倒れ意識消失した。当院搬送され ICU 管理を開始したが、搬送同日に死亡退院となった。

病理解剖では両肺に高度の肺うつ血を認め、組織学的には間質性肺炎および高度の肺水腫であった。また、下大静脈内および両肺動脈に血栓形成を認めた。その結果をもとに、今回の一連の経過などについて考察し、若干の文献的考察を加えて報告する。

7. 呼吸器症状が乏しく、MERS を画像上認めない神経症状が前景に立つレジオネラ肺炎の一例

総合病院土浦協同病院 呼吸器内科

○大川宙太、青木 光、望月晶史、森谷友博、川上直樹、若井陽子、齋藤和人

症例は 64 歳男性。糖尿病腎症のため血液透析導入されている。20XX 年 11 月 X 日に 39℃台の発熱ありかかりつけ医でインフルエンザ迅速検査陰性のため経過観察されていた。症状改善ないため X+3 日に当院救急外来へ救急搬送された。来院時バイタルサインは体温 38.5℃、心拍数 89 回/分、呼吸数 14 回/分、SpO₂ 95%(室内気)、GCS 14(E3V5M6)と軽度意識障害あり、胸部単純 CT では右上葉に air bronchogram を伴う consolidation を認めた。血液検査上低 Na 血症は認めないものの、CPK 高値であり、意識障害、比較的徐脈も認めたことからレジオネラ肺炎を疑い入院として LVFX、AZM の点滴静注を開始した。無尿透析患者のためレジオネラ尿中抗原迅速検査は施行できなかった。X+4 日より口唇不随意運動・左手指振戦が出現し意識障害も進行を認めたが頭部単純 CT・頭部 MRI では異常所見認めず、髄液検査でも中枢神経系感染を疑う所見は得られなかった。その後意識レベルや不随意運動は改善し、血液炎症反応低下、CPK 低下を認め、胸部画像検査上も改善傾向となった。後日喀痰 PCR 検査でレジオネラ肺炎と確定診断がついた。本症例では公衆浴場や温泉の入浴、24 時間風呂の利用などではなく感染経路は不明であった。今回、呼吸器症状が乏しく、MERS を画像上認めない神経症状が前景に立つレジオネラ肺炎の一例を経験したので報告する。

8. 血液透析患者に発症したカルシフィラキシスの一例

東京医科大学茨城医療センター 腎臓内科

○丸山浩史、下畑 誉、大木健太郎、宮本和宜、高安真美子、平山浩一、
小林正貴

症例は45歳男性。

糖尿病性腎症による末期腎不全で2016年3月12日に前医で血液透析を導入し、その際にフロセミドによる薬剤性肝機能障害が疑われ、精査目的に当院に紹介となった。肝生検にて薬剤性肝機能障害と診断され、4月14日よりPSL 40 mg/day が開始された。PSL 漸減しつつ維持透析を継続していたが、黄疸の改善が乏しく、8月にBil 吸着療法を施行した。Bil 吸着療法後にPSL 15 mg/day まで減量し外来透析を継続していたが、9月17日に亀頭部に水泡が形成され、9月20日から両手の痺れ感、手指の黒色化を認めた。循環器内科により血管拡張術が施行されたが、手指・亀頭部の潰瘍の改善は乏しく疼痛が続いた。疼痛に対し、フェンタニルの持続静注にて対処した。

原因検索として10月6日に胸腹部CTを施行したところ、陰茎や下腿の細動脈を中心に著しい動脈石灰化が出現していた。画像所見、皮膚潰瘍の性状や分布からカルシフィラキシスと診断した。

治療としてチオ硫酸Naの点滴を行うも、両手の感染性壊疽を発症し、両前腕の切断術を施行した。その後もチオ硫酸Naの点滴を継続し、病状は安定した。

カルシフィラキシスに関して若干の考察を含め報告する。

9. DIC 合併の Evans 症候群の 1 例

JA とりで総合医療センター 腎臓内科¹⁾、血液内科²⁾

○伊原史崇¹⁾、前田益孝¹⁾、久山 環¹⁾、田中智美¹⁾、富田英孝¹⁾、石原早織¹⁾、
小川普一²⁾

【症例】74 歳男性 【主訴】腹部不快感 【現病歴】某年 3 月、胆嚢炎疑いとして他院にて抗生剤加療していたが、Hb 7.8g/dl、PLT 1.6 万/ μ l、FDP 50mcg/ml、Cre 1.7mg/dl と血球減少、DIC、腎障害の進行を認め精査目的に 4 月に転院転科となった。身体所見、各種検査、CT 所見からは胸腹水を認めるのみで感染症は否定的であり、骨髓生検を含め明らかな腫瘍性病変は指摘されなかった。ADAMTS-13 は 35% であり、後天性 TTP は否定的であった。その他 TMA を来す明らかな原疾患も認めず、SLE の分類基準も満たさなかった。直接 Coombs 試験が陽性であり自己免疫性溶血性貧血の診断を満たしたため、プレドニゾロン 60mg/day の内服を開始した。胸腹水は減少し、FDP、Cre は改善傾向にあったが、血球減少は遷延した。ランダム皮膚生検で毛細血管内に大型の T 細胞を認めた。悪性リンパ腫の診断には至らなかったが、リンパ増殖性疾患の関与を疑い、50% dose での CHOP 療法を施行したところ FDP は減少し、Hb 10g/dl、血小板 5 万/ μ l まで改善した。CHOP 療法の免疫抑制効果が奏功した可能性を考慮しシクロスポリンの投与を開始したところ血小板 14 万/ μ l まで改善し経過良好であったため退院となった。【考察】上記経過から最終的に DIC 合併の Evans 症候群と診断した。Evans 症候群に対するプレドニン単剤での寛解導入率は 8 割を超えると報告されていることから、本症例は非典型的な経過であった。血栓症や DIC を合併する Evans 症候群の報告が散見されており、病態として細胞性免疫の関与も示唆されるため、文献的考察を加えここに報告する。

10. 重症肺胞出血を合併した ANCA 関連血管炎の一例

水戸済生会総合病院 腎臓内科

○弓田 冨、椎名映里、郡司真誠、国府田 恵、岩瀬茉未子、佐藤ちひろ、
海老原 至

【症例】78 歳、女性。

【現病歴】2016 年 7 月初旬に食思不振、両下腿浮腫で前医へ入院し、炎症反応上昇を認め抗菌薬治療を開始するも反応不良であり、膠原病疑いで確定病名不明のまま 7 月中旬より PSL 20mg/day の内服投与を開始されたが、腎機能障害 (Cre 3.43mg/dl) を認めており精査加療目的に当科へ転院した。入院時には腎機能障害の進行 (Cre 4.05mg/dl) 及び血蛋白尿を認めており、急速進行性糸球体腎炎と考えた。追加提出した MPO-ANCA は 180IU/ml と高値を認め、ANCA 関連血管炎と考えられた。腎以外に臓器障害は認めず、PSL 20mg/day の治療で炎症反応の低下、腎機能障害の改善を認めたが、MPO-ANCA は依然として高値であったことから第 21-23 病日に mPSL セミパルスを施行し、後療法 PSL20mg/day を継続した。しかし、第 30 病日に突如重症肺胞出血を呈し人工呼吸器管理となり、第 30-32 病日 mPSL パルス、全血血漿交換療法を第 34 病日-51 病日にかけて計 7 回追加した。第 33 病日より後療法は PSL 60mg/day とし、呼吸状態の改善を認め第 36 病日に一時抜管したが、酸素化不良で同日再挿管となった。その後酸素化は改善し第 40 病日に抜管、第 79 病日には酸素投与も終了した。免疫学的な機序による肺胞出血の再発も念頭に追加治療として第 43 病日エンドキサン静注療法 (IVCy) : 500mg/body を行った。腎機能障害も最終的に Cre0.40mg/dl 前後まで改善し血蛋白尿はほぼ消失した。全身状態は安定し、第 103 病日にリハビリ転院となった。

【考察】急速進行性糸球体腎炎と肺胞出血を合併した ANCA 関連血管炎と診断し、強力な免疫抑制療法と血漿交換療法を含む集学的治療により救命しえた一例を経験した。文献的考察を加え検討する。

11. 巣状分節性糸球体硬化症治療中に重症 Guillain-Barre 症候群を発症した 1 例

日立総合病院 神経内科¹⁾、腎臓内科²⁾

○秋山浩輝¹⁾、川喜田靖明¹⁾、金澤智美¹⁾、西久保愛理²⁾、角田亮也²⁾、
植田敦志²⁾、藤田恒夫¹⁾

【背景】 Guillain-Barre 症候群 (Guillain-Barre syndrome ; GBS) とは、先行感染を伴い、両側弛緩性運動麻痺を呈する急性発症の免疫介在性多発根神経炎である。臨床症状は多様で軽症例から劇症型まであり、呼吸筋麻痺に至ると人工呼吸管理が必要となる。今回我々は巣状分節性糸球体硬化症 (Focal segmental glomerulosclerosis ; FSGS) の治療中に GBS を発症し、治療に難渋した 1 例を経験したため報告する。

【症例】 33 歳男性。2016 年 1 月より当院腎臓内科で FSGS の診断でプレドニゾロン (prednisolone ; PSL) の内服を開始した。2016 年 9 月下旬に下痢症状が出現し、4 日目の外来再診時、尿蛋白が増加していたことからシクロスポリン (CyclosporineA ; CyA) を追加処方した。5 日目に両下肢のしびれ感が出現し、6 日目の朝には両上肢までしびれ感が拡大、同日夕方から 7 日目朝にかけて急速に四肢麻痺が進行したため当科入院となった。身体所見では、軽度の発熱と SpO2 の低下があり。神経学的所見では、意識レベルは清明で、脳神経系では軽度の嚥下障害を認め、動系では筋力は両上肢で MMT2-3 程度、両下肢で MMT3-4 程度と低下しており、腱反射は低下、感覚、自律神経系に著変を認めなかった。血液検査では WBC の上昇、脂質異常症を認めるほか特記事項なく、尿検査では蛋白 3+、髄液検査では細胞数、蛋白の増加は認めず IgG index も正常範囲内であった。頭部 CT では明らかな病変はなく、経過から GBS と診断した。入院日から大量 γ グロブリン静注療法を施行したが、四肢麻痺は進行し、呼吸状態が悪化したため BiPAP を導入した。しかし入院日深夜に四肢は完全麻痺となり、入院翌日に気管挿管、人工呼吸器管理とした。経過中に右眼輪筋筋力低下、眼球運動障害も併発した。四肢麻痺の改善が乏しく、人工呼吸器管理が長期化したため気管切開術も施行した。入院 12 日目に鎮静薬併用を中止後、眼球運動は改善、四肢筋力は近位部から徐々に改善傾向となり、現在は呼吸器離脱訓練、歩行訓練を行っている。FSGS に関しては、入院後 PSL は継続、CyA は中止したが、病勢が増悪したため、PSL を増量、尿蛋白は徐々に減少したため、PSL を漸減中である。

【考察】 本症例では GBS が重症化し、治療に難渋したが、ネフローゼ症候群による蛋白尿や PSL 継続が影響した可能性がある。FSGS を含むネフローゼ症候群と GBS の合併例は少なく、治療法や予後を含め症例の集積が望まれる。

12. びまん性の高度左室壁運動低下を契機に心サルコイドーシスが診断され、ステロイド治療により左室壁運動の正常化が得られた1例

水戸済生会総合病院 循環器科

○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

(症例) 69歳 女性

(主訴) 労作時息切れ、臥位での呼吸困難

(既往歴) 高血圧加療

(現病歴) 1週間前から眼瞼などのむくみが生じ、夜間気障呼吸を生じ、某年11月15日、当科を受診した。心拡大、両側胸水が認められ、心エコーで視覚的LVEF30%であり入院で加療とした。フロセミド静注・DOA+DOB使用で症状の改善が得られなかったが、トルバプタン15mgで利尿が得られ、うっ血は改善した。Gaシンチグラムでは心への集積が認められた。右室中隔からの心筋生検で、サルコイドーシスの診断であった。PSL30mgを開始し、2週間ずつ減量した。ステロイド開始の時点から息切れ等の症状は軽快しつつあったが、その後さらに回復し、退院時には心エコーLVEFは正常であった。プレドニン12.5mgの時点で、退院した。退院時のGaシンチグラムでは、心への集積は認められないものと考えられた。

13. 当院で経験した急性胃軸捻転症から考える、その初期対応と治療法、再発予防法

総合病院土浦協同病院 消化器内科

○木下隼人、上山俊介、磯崎 岳、佐野慎哉、米本有輝、栗原正道、吉行綾子、
渡邊剛志、江頭徹哉、鈴木雅博、市田 崇、草野史彦、酒井義法

【背景・目的】胃軸捻転症は胃が生理的拡張を超えて病的に捻転し、穿孔や壊死といった重症例も報告されている。比較的稀な疾患であり、治療の共通した strategy はない。今回、当院での経験例から初期対応と治療法、再発予防法を検討する。

【期間・症例】2010 年 1 月 1 日～2015 年 12 月 31 日に診断された急性胃軸捻転症の 7 例

【検討方法】年齢、性別、主訴、原因、捻転軸、胃管による減圧の有無、内視鏡的整復の有無、手術の有無、胃壁固定の有無を後方視的に検討した。

【結果】年齢（中央値）は 83 歳、5/7 例で女性が多かった。主訴はいずれも頻回嘔吐、心窩部痛だった。1 例で軽度の縦隔気腫の合併があった。原因は、食道裂孔ヘルニアが 6/7 例、特発性が 1/7 例だった。捻転軸は、特発性の 1 例で間膜軸性であったが、その他の食道裂孔ヘルニア症例では 4/7 例で長軸性、2/7 例で混合軸性の捻転であった。胃管挿入による減圧は 4/7 例で試され、1/7 例で挿入困難、その他は記載がなかった。内視鏡的整復は全ての症例で試され、整復できたのが 4/7 例であった。このうち 3 例は手術・再発予防もなく経過していたが、1 例で再発を認め、再整復後に腹腔鏡下でヘルニア門閉鎖、胃壁固定が行われた。内視鏡的整復が困難だった 3/7 例は、腹腔鏡下で同様の手術が行われた。再発が確認されたのは上述の 1 例のみだった。

【結論】当院では重症例はなく、胃管による減圧を試したのち、内視鏡的整復に移行していた。食道裂孔ヘルニアが原因の場合、再発・内視鏡的整復困難な症例が多く、手術症例が多かった

【考察】重症例でない場合の初期対応は、胃管による減圧、奏効しない場合は内視鏡的整復に速やかに移行し、特に食道裂孔ヘルニアが原因の場合は手術を検討することが治癒、再発予防につながることを示唆された。

【結語】当院で経験した急性胃軸捻転症から、その初期対応と治療法、再発予防法を検討した、さらに文献的考察を加え報告する。