

第 2 1 0 回茨城県内科学会

日 時 平成 2 9 年 6 月 1 7 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 平井信二 (株)日立製作所日立総合病院)

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 2 1 0 回茨城県内科学会

日 時 平成 29 年 6 月 17 日 (土) 午後 2 時～午後 5 時
場 所 茨城県医師会 4 階大会議室
当 番 幹 事 平井信二 (㈱日立製作所日立総合病院 院長付)

●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 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 2 1 0 回当番幹事

連絡先: ㈱日立製作所日立総合病院 平井信二
〒317-0077 茨城県日立市城南町二丁目 1-1
Tel 0294-23-1111 Fax 0294-23-8317

● 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（牛尾病院 顧問）

一般演題

14:05～14:29 座長 (株)日立製作所日立総合病院 清水 圭

1. 膀胱癌に対し BCG 膀胱内注入療法施行後、膀胱炎を契機に発症したと考えられる血行播種性 BCG 症の 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

○後藤 瞳、藪内悠貴、野中 水、笹谷悠惟果、田地広明、秋山達也、荒井直樹、石川宏明、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

2. 胸膜疾患が疑われた肺血栓塞栓症の一例

(株)日立製作所日立総合病院 呼吸器内科¹⁾、同 循環器内科²⁾

○塚本哲平¹⁾、清水 圭¹⁾、藏本健矢¹⁾、山本祐介¹⁾、名和 健¹⁾、遠藤洋子²⁾、悦喜 豊²⁾

3. 急性増悪にステロイドが奏功した胸部画像上、喫煙関連間質性肺炎所見を伴った特発性間質性肺炎の 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

○野中 水、藪内悠貴、後藤 瞳、笹谷悠惟果、秋山達也、田地広明、荒井直樹、石川宏明、兵頭健太郎、根本健司、三浦由記子、大石修司、林原賢治、齋藤武文

14:29～14:53 座長 (株)日立製作所日立総合病院 柿木 信重

4. 左肺の急性肺障害合併後、左肺容積減少に起因し発症した右主気管支狭窄
に対しステント治療により小康を得た 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、藪内悠貴、野中 水、後藤 瞳、笹谷悠惟果、秋山達也、
田地広明、荒井直樹、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

5. メトロニダゾールが著効した腸管スピロヘータ症と考えられる 1 例

(株)日立製作所日立総合病院 消化器内科¹⁾、

筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾

○永渕美帆¹⁾、湯通堂 悟¹⁾、宮嶋 望¹⁾、久保田 大¹⁾、越智正憲¹⁾、
綿引隆久¹⁾、大河原 悠¹⁾、大河原 敦¹⁾、柿木信重¹⁾、鴨志田敏郎¹⁾、
平井信二¹⁾、谷中昭典²⁾

6. 確定診断前のメトロニダゾール (MNZ) 投与が奏功したアメーバ性肝膿瘍
の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科

○佐藤良滉、山本孝志、宗像紅里、金野直言、櫻井健洋、大川原 健、
青木洋平、渡辺孝治、柏村 浩、仁平 武

14:53～15:17 座長 (株)日立製作所日立総合病院 藤田 恒夫

7. 失神で発症した潜因性脳梗塞患者に対し植込み型心電図記録計を用いて
原因検索を行った一例

総合病院土浦協同病院 神経内科

○町田 明、石戸秀明、石原 資、天野永一郎、大津信一

8. 筋生検で確定診断が得られなかった封入体筋炎の臨床経過

JA とりで総合医療センター 神経内科

○富満弘之、三浦元輝、鬼木絢子、太田浄文、小林 禅、石原正一郎、新谷周三

9. 不顕性溶血により HbA1c が偽性低値を示した有口血球症の 1 例

東京医科大学茨城医療センター 代謝内分泌内科

○小暮晃一郎、小高以直、永瀬晃正、根本洋子、桂 善也

15:17～15:41 座長 (株)日立製作所日立総合病院 樋口 甚彦

10. 左鎖骨下静脈の血栓閉塞を合併し発見された両側性胸郭出口症候群、

原発性鎖骨下静脈血栓症 (Paget-Schroetter 症候群) の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 循環器内科

○宇佐美恭平、山田理仁、山田 優、丸田俊介、田畑文晶、中山明人、
中山久美子、小泉智三、田口修一

11. 当院における完全皮下植え込み型除細動器植え込み症例の検討

(株)日立製作所日立総合病院 循環器内科

○長谷川智明

12. 悪性中皮腫由来の胸水貯留が急速に進行し死亡した一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○落合徹也、木村一貴、東 寛之、大嶋桜太郎、鈴木利章、小松 靖、
阿部憲弘、柴 千恵、東谷迪昭

特別講演

「いろんな面で有益な地域医療連携の話」

15:45～16:45 座長 (株)日立製作所日立総合病院 平井 信二

①「口腔ケアで幸せになれるか？」

—医科歯科連携から始まる「日立モデル」の提案—

(株)日立製作所日立総合病院 副院長 鴨志田敏郎 先生

②「日立地区における心房細動の診療実態および当科における

日立心房細動連携パス運用開始後の心房細動診療状況」

(株)日立製作所日立総合病院 循環器内科主任医長 悦喜 豊 先生

閉会挨拶 16:45～16:50 平井信二 (株)日立製作所日立総合病院 院長付)

幹事会 16:50～ 茨城県医師会 3階第一会議室

特別講演①

口腔ケアで幸せになれるか？
—医科歯科連携から始まる「日立モデル」の提案—

(株)日立製作所日立総合病院 消化器内科
鴨志田敏郎

2011 年の東日本大震災時の NST 回診で口腔ケアの急激な悪化を経験し、以後 NST に歯科医師を迎え継続的に活動している。この経緯から 2012 年 4 月の周術期口腔機能管理加算を NST 主体で導入、地域歯科医師会との連携強化を図った。

【目的】周術期口腔機能管理加算を医科歯科連携に活用する。

【方法】当院 NST と日立歯科医師会共同で診療情報提供書を作成し 2012 年 4 月より運用。2013 年 5・6 月に周術期口腔機能管理講習会を開催。同年 6 月に日立歯科医師会と「地域医療連携に関する協定」締結し連携歯科医療機関（53 施設）に地域医療連携歯科医証を発行。2014 年 4 月より顎骨壊死の可能性のある薬剤使用時の歯科診療依頼開始。

【結果】周術期口腔機能管理施行件数は 2012 年度 28 件/月、2013 年度 131 件/月、2014 年度 388 件/月、2016 年度 604 件/月、現在は約 1000 件/月と著明に増加。地域歯科との間の紹介率・逆紹介率も 2012 年 6 月 10.7/6.6%、2013 年 6 月 11.2/10.7%、2014 年 6 月 21.0/41.9%、2015 年 6 月 43.1/120.1%と増加し 2015 年 5 月の地域医療支援病院承認にも貢献している。

【結論】周術期口腔機能管理をきっかけに、口腔ケアの意義が広く認知され、院内から地域への連携につながったと考えられる。医科歯科連携の協議当初より口腔ケアや嚥下の維持により健康寿命を延ばすことを目標にしてきた。今後さらに在宅医療・介護連携推進協議会と連携し、少ない医療リソースでも情報共有により大きな成果を得られる、健康長寿「日立モデル」の実現に向けて活動を継続し地域包括ケアへの架け橋になればと考えている。講演では、この他に歯周病と全身疾患の関連や歯科検診と医療経済のお話なども加える予定です。

特別講演②

日立地区における心房細動の診療実態および当科における日立心房細動連携パス運用開始後の心房細動診療状況

(株)日立製作所日立総合病院 循環器内科
悦喜 豊

【背景】日立市において、虚血性脳卒中の2割を心原性脳梗塞が占めており、その予後は悪く3割がmRS 5以上である。心原性脳梗塞発症前の治療状況については、4割の患者が予防治療を受けて無く、3割の患者が効果の期待できない薬剤が投与されていた。日立地区の心房細動患者の脳梗塞発症を予防することを目的とし、2016年5月より日立心房細動連携パス（以下心房細動パス）運用を開始した。診療対象と考えられる日立地区の心房細動患者背景、および抗凝固療法の適応と診断され心房細動パスが導入された患者背景、診療状況が不明である。

【対象と方法】2016年4月1日から12月31日までの間、当院に診断名に心房細動を含む紹介患者を対象とした。診療録より患者背景、診療状況を調査した。

【結果】診断名に心房細動を含む紹介患者数は167名であった。患者の年齢分布、性別は他の大規模Registryと明らかな差は認められなかったが、発作性心房細動患者が少なかった。新患において44%の患者にすでに抗凝固療法が施行されていた。心房細動パス導入患者は26名であった。CHADS2 scoreの内訳は、0点（11.5%）、1点（42.3%）、2点（38.5%）、3点（4.8%）、4点（4.8%）、5点（0%）、6点（0%）であった。ワルファリン投与患者は1例のみで、その他の患者にはDOACが導入されていた。アブレーション目的の紹介患者数は27例（16.2%）であった。心房細動患者に対し総数24例施行した。

【考察】発作性心房細動の診断で診療対象となる患者が少なく、心房細動の患者発見が課題と考えられる。今後一般住民への心房細動の病態および危険性についての啓蒙も必要と考えられる。

一般演題

1. 膀胱癌に対し BCG 膀胱内注入療法施行後、膀胱炎を契機に発症したと考えられる血行播種性 BCG 症の 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
○後藤 瞳（ごとう ひとみ）、藪内悠貴、野中 水、笹谷悠惟果、田地広明、
秋山達也、荒井直樹、石川宏明、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

Bacillus Calmette-Guerin (BCG) 膀胱内注入療法は、表在性膀胱癌の再発・進行予防目的で 1976 年に Morales らが有効性を報告して以降、本邦でも 1997 年以降広く施行されている標準的な治療である。しかし、BCG はウシ型結核菌、*Mycobacterium bovis* の弱毒株であり、頻度は少ないものの膀胱内注入療法により様々な臓器に播種性の BCG 感染症を引き起こすことが報告されている。今回、BCG 膀胱内注入療法後に播種性 BCG 症を発症したと考えられる症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は 73 歳、女性。膀胱癌再発に対し、経尿道的膀胱切除術を施行後、BCG 膀胱内注入療法を開始し、11 回目の BCG 注入後に発熱と尿混濁を認めた。抗菌薬を 2 週間投与後、尿混濁の改善は認めたが、倦怠感、食欲低下などの自覚症状は改善せず、肝機能障害、汎血球減少、胸部 CT で両側びまん性に粒状影を認めたため当院紹介となった。喀痰、気管支洗浄液の核酸増幅同定法を含む抗酸菌検査は陰性であったが、TBLB では類上皮肉芽腫を認めた。その他、骨髓、胃液、尿の検体を用いて抗酸菌を検索したが菌の同定はできなかった。しかし、数回の BCG 膀胱内注入療法の既往、画像所見、抗原特異的インターフェロン- γ 遊離検査陰性などより臨床的に血行播種性 BCG 症と診断し、入院の上でイソニアジド、リファンピシン、エタンブトールによる抗結核薬 3 剤併用療法を開始した。治療開始後、肝機能障害の改善、胸部 CT での陰影、自覚症状の改善を認め、退院とした。退院後の眼科的診察で、眼底に同症に合致する結節所見を認めた。播種性 BCG 症は頻度の少ない副作用ではあるが、BCG 膀胱内注入療法後の発熱や臓器障害を認めた時には播種性 BCG 症の合併を念頭においた検査や治療が必要であると思われる。

2. 胸膜疾患が疑われた肺血栓塞栓症の一例

(株)日立製作所日立総合病院 呼吸器内科 1)、同 循環器内科 2)

○塚本哲平 (つかもと てっぺい) 1)、清水 圭 1)、藏本健矢 1)、山本祐介 1)、
名和 健 1)、遠藤洋子 2)、悦喜 豊 2)

【症例】41 歳男性【主訴】吸気時の右前胸部・背部痛

【既往歴】花粉症

【生活歴】過去喫煙者，機会飲酒，事務職

【家族歴】父・脳梗塞，母・糖尿病，姉・気管支喘息

【現病歴】受診前日の 21 時 30 分頃，右前胸部と右背部の疼痛が出現した．症状は吸気や体動により増悪し，37 度台の微熱を伴った．症状が改善しないため翌日近医を受診した．CRP 上昇がみられ，胸膜疾患疑いとして同日当科外来を紹介受診した．

受診時の体温は 36.5 度．酸素飽和度は室内気で 95%と軽度低下．問診上，咳嗽・喀痰などの感染徴候や歯科受診歴はなく，服薬もなし．吸気時のみ右前胸部と右背部に局限する疼痛が出現し，疼痛のため呼吸音の聴取は困難であった．

血液検査では白血球数や炎症反応上昇の他に D-dimer の上昇を認め，胸部単純 X 線で右下肺野に浸潤影，造影 CT で右下肺動脈の血栓を認め，肺血栓塞栓症と診断した．下肢静脈超音波検査では深部静脈血栓を認めなかった．

詳細に問診したところ，職場で 3 時間のデスクワークを行った後に車を 30 分運転して帰宅し，帰宅直後に胸痛を発症していたことが判明した．長時間の座位保持が深部静脈血栓症の誘因となった可能性が考えられた．DOAC 内服を開始しつつ，血栓性素因について検索を行っている．

【まとめ】肺血栓塞栓症は様々な症状で発症することが知られている．急性発症の胸痛に対して発症様式を考慮して鑑別を進め，速やかに造影 CT を撮影することが重要と考えられた．

3. 急性増悪にステロイドが奏功した胸部画像上、喫煙関連間質性肺炎所見を伴った特発性間質性肺炎の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

○ 野中 水（のなか みず）、藪内悠貴、後藤 瞳、笹谷悠惟果、秋山達也、
田地広明、荒井直樹、石川宏明、兵頭健太郎、根本健司、三浦由記子、
大石修司、林原賢治、齋藤武文

喫煙は肺に様々な病変を引き起こすことが知られているが、その中で気腫を伴った間質性肺炎については、Airspace Enlargement with Fibrosis(AEF)、Smoking Related Interstitial Fibrosis(SRIF)など種々の病理所見名または診断名が提唱されている。今回、我々は胸部画像上、喫煙関連間質性肺炎所見を伴った特発性肺線維症の急性増悪に対し、ステロイドが奏功した2症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症例1は喫煙歴のある86歳男性。咳嗽を主訴に前医受診し、抗生剤治療にて改善なく、当院紹介受診となった。胸部CT検査で肺底部優位の網状影、一部に隔壁を伴う気腔の拡大、広範なすりガラス影、動脈血液ガス分析で低酸素血症を認め、急性増悪の診断でステロイドパルス療法を含む治療を試行し、胸部の陰影と呼吸状態の改善を認めた。

症例2は喫煙歴のある81歳男性。半年前からの呼吸困難と胸部異常所見を認め、当院紹介受診となった。胸部CT検査で肺底部優位の網状影と傍隔壁型肺気腫、すりガラス状の陰影を認めた。継時的に画像所見と呼吸状態の悪化を認め、ステロイドパルス療法やタクロリムスを含む治療を開始し呼吸状態、胸部画像所見の改善を認めた。

Otaniらは、SRIF with emphysemaの画像所見として、隔壁を有する嚢胞の大きさや形が不規則であり、胸膜直下から離れて存在することを報告している。本症例でもそれに類似する所見を認め、喫煙関連間質性肺炎の関与が疑われた。AEF症例の急性増悪は検索した限り1例のみであったが、本症例と同様にステロイドへの反応が良好であった。

喫煙関連間質性肺炎の特発性間質性肺炎分類における位置づけは確定していないが、報告した2例に示されたように急性増悪時にはステロイド治療による治療効果が期待できる可能性が示唆された。

4. 左肺の急性肺障害合併後、左肺容積減少に起因し発症した右主気管支狭窄に対しステント治療により小康を得た 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 (いしかわ ひろあき)、藪内悠貴、野中 水、後藤 瞳、笹谷悠惟果、
秋山達也、田地広明、荒井直樹、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

【緒言】 良性の気道狭窄に対するステント治療は、以前、積極的に行われたこともあるが、長期的な経過観察中に再狭窄やステントの破損を認めた症例が数多く報告され、現在ではその治療の第一選択は外科的な根治術とされる。しかし、外科的治療の対象とならない症例については救命救急的、ときには QOL、予後改善のためにはステント治療が行われる。

【症例】 78 歳、男性。【主訴】 呼吸苦

【現病歴】 X-19 年 (59 歳時) より肺 MAC 症 (*M. intracellulare*) と診断され当院で加療を受けた。培養陰性となり以後は当院で経過観察されていた。X 年、咳嗽と呼吸苦を主訴に外来を受診し、左下葉肺炎を認めた。採血、喀痰検査、気管支鏡検査を行ったが原因菌は特定されず、PIPC/TAZ での加療を行ったが改善は認めなかった。左肺全体にスリガラス陰影が広がり、同時に左肺の容積低下が進行したため左肺を中心とした急性肺障害と考えた。mPSL 1g/day×3days による weekly パルス療法を #3 まで施行し、肺炎は小康状態となった。その頃から wheeze が聴取されるようになり、呼吸苦の増悪を認めた。CT 検査では右主気管支が胸椎に圧迫され狭窄していた。経過から左肺容積減少に起因した右主気管支狭窄症と考え、呼吸状態の改善目的にシリコンステントを留置した。ステント治療後、本人の呼吸苦、6 分間歩行距離、肺機能検査では著明な改善を認めた。自宅退院を目指しリハビリを行っていたが、呼吸状態の悪化で永眠した。

【考察】 肺結核後遺症などで左肺萎縮により右主気管支が著明狭窄し、換気不全に至る症例を稀に経験するが、その呼吸管理は難渋を極める。本症例は、短期間ではあったがステント留置により呼吸状態の改善を認めた。同病態の良性気道狭窄に対し、ステント留置術が適応になる可能性を示唆した症例であり、考察を交え報告する。

5. メトロニダゾールが著効した腸管スピロヘータ症と考えられる 1 例

(株)日立製作所日立総合病院 消化器内科

○永渕美帆 (ながふち みほ)、湯通堂 悟、宮嶋 望、久保田 大、越智正憲、
綿引隆久、大河原 悠、大河原 敦、柿木信重、鴨志田敏郎、平井信二
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター
谷中昭典

【症例】35 歳男性。【主訴】頻回の下痢。

【現病歴】高血圧症にて内服加療中の方。1 年前より頻回の下痢が続き、多いときには 1 日 30 回に及ぶこともあった。近医にて過敏性腸症候群として内服加療を継続されていたが軽快せず、201X 年 4 月に当院を紹介受診した。受診時、腹部は平坦、軟で圧痛を認めず、血液検査や単純写真にて特記すべき異常所見を認めなかった。下部消化管内視鏡検査では S 状結腸から直腸に粘膜の浮腫性変化を認め、ランダム生検にて上行結腸から直腸までのすべての検体において炎症細胞浸潤および粘膜表面の上皮の刷子縁に帯状に密に増生する好塩基性の桿菌を認め、Warthin-Starry 染色にて濃染されることからスピロヘータと診断された。便培養では感染性腸炎の原因菌は認めず、T-スポット.TB、赤痢アメーバ抗体は陰性であった。腸管スピロヘータ症と考えられ、メトロニダゾール経口投与を開始したところ速やかに下痢症状の改善を認めた。

【考察】本例は海外渡航歴やペット飼育歴、免疫低下を来たす基礎疾患を持たず、下部消化管内視鏡検査でも粘膜の浮腫性変化を認めるのみであったが、病理検査により腸管スピロヘータ症の診断に至り治療が著効した。腸管スピロヘータ症の症状や内視鏡所見は非特異的であり、本例のように過敏性腸症候群として経過観察される例も少なくないと思われるが、慢性下痢や軟便を訴える患者の鑑別診断として collagenous colitis とともに考慮する必要があると考える。

6. 確定診断前のメトロニダゾール（MNZ）投与が奏功したアメーバ性肝膿瘍の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科

○佐藤良滉（さとう よしひろ）、山本孝志、宗像紅里、金野直言、櫻井健洋、
大川原 健、青木洋平、渡辺孝治、柏村 浩、仁平 武

【緒言】アメーバ性肝膿瘍は診断確定に難渋する事が多く、治療に遅滞があった場合には致命的な経過をたどる事がある。今回、確定診断前に投与したメトロニダゾール（MNZ）が奏功したアメーバ肝膿瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】62歳男性。【主訴】発熱と心窩部痛

【既往歴】7歳時に虫垂炎手術歴有り。糖尿病と高尿酸血症で近医通院中。

【現病歴】1週間前から主訴が出現し3日前に前医を受診した。下痢等の消化管症状は無かった。血液検査で高度の炎症反応があり入院し抗菌薬を投与されたが改善無く、CTで肝膿瘍が疑われ当院へ転入院となった。

【経過】転入院時も強い上腹痛と高熱がみられ、即日経皮経肝膿瘍ドレナージ（PTAD）を行い抗菌薬もMEPMに変更した。しかし右上腹部～心窩部痛に加え右背部痛も加わり難治だったため改めて感染経路についての問診を行った。その後抗菌薬をMNZに変更し、自他覚所見は速やかに改善した。後日明らかになったアメーバ抗体価は高力価陽性であった。膿瘍ドレナージ抜去し、第26病日に退院した。患者本人へ本疾患について説明し感染機会をもたない様に指導した。

【考案】アメーバ抗体検査は感度が高く本症の診断に有用な検査法であるが1週間程度結果を待つ必要がある。一方、膿汁の検鏡検査ではアメーバ検出率は低率である。アメーバ性肝膿瘍は治療が遅れると致死的な疾患であり死亡例も報告されているため、肝膿瘍の診療時には、アメーバ感染症を念頭においた詳細な病歴聴取が重要であり、アメーバ性肝膿瘍が考えられた際には確定診断を待たずに至適治療薬であるMNZの投与を考慮する必要がある。

7. 失神で発症した潜因性脳梗塞患者に対し植込み型心電図記録計を用いて原因検索を行った一例

総合病院土浦協同病院 神経内科

○町田 明（まちだ あきら）、石戸秀明、石原 資、天野永一郎、大津信一

【はじめに】2016 年 9 月から植込み型心電図記録計が潜因性脳梗塞に対して保険適応となり、脳梗塞全体の約 25%を占めるとされる原因不明の脳梗塞、潜因性脳梗塞の病態解明が期待される。今回、失神で発症した潜因性脳梗塞に対して植込み型心電図記録計が有用であった症例を経験したので報告する。

【症例】高血圧症以外には既往のない 83 歳、女性。車の助手席で数分の失神を認めたため当院救急外来を受診。受診時には意識も完全に回復し、神経学的にも異常は認められないものの、脳 MRI で右前頭葉皮質に急性期虚血病巣を認めたために入院となった。24 時間ホルター心電図でも心房細動は検出されず、経胸壁・経食道心エコーでも明らかな異常は認めなかった。頭部・頸部 MRA でも有意狭窄は認められず、潜因性脳梗塞と診断した。脳梗塞による症候性てんかんの可能性も考え脳波を施行するも異常は認められず、原因検索のために植え込み型心電図記録計（Reveal LINQ[®]）移植術を施行し、外来にて原因検索を継続している。

【考察・結語】失神で発症する脳梗塞の機序として、洞不全症候群、脳梗塞による急性症候性発作（症候性てんかん）、spectacular shrinking deficit（広範な大脳半球虚血症状を停止ながらも栓子の速やかな溶解移動により短時間で症状が劇的に改善する現象）などが考えられる。これらは診断によっては治療が全く異なる病態であり、正確な診断・治療のためには植込み型心電図記録計が有用である。

8. 筋生検で確定診断が得られなかった封入体筋炎の臨床経過

JA とりで総合医療センター 神経内科

○富満弘之（とみみつ ひろゆき）、三浦元輝、鬼木絢子、太田浄文、小林 禪、石原正一郎、新谷周三

症例は 74 歳男性。2006 年頃から緩徐進行性の下肢筋力低下に対して神経内科で治療を受けていた。2009 年頃 A 病院で左大腿四頭筋の筋生検を行ったが、脂肪変性のために診断には至らなかった。その後も左右大腿四頭筋優位の近位筋筋力低下が徐々に進行したため、2011 年に東京医科歯科大学神経内科に封入体筋炎疑いで入院し、左上腕二頭筋の筋生検を行った。筋線維内への炎症細胞浸潤は認めたが、縁取り空胞を伴わず、炎症性筋疾患として PSL 治療を開始した。筋力は改善して退院、外来で MTX を加えて PSL を減量し、MTX 5mg/週、PSL 7～10mg/日で経過観察した。この間に繰り返す憩室出血や脊椎圧迫骨折等を合併し、廃用も関与していると思われるが、上下肢近位、遠位とも筋力低下は徐々に進行して日常生活動作レベルも低下した。2016 年秋から開鼻声や嚥下困難が出現してるい瘦が著明になり、2017 年に CO2 ナルコーシスで救急搬送されて死亡となった。剖検時の肋間筋で多数の縁取り空胞を認め、封入体筋炎と確定診断した。本症例は 2 回の筋生検で縁取り空胞を認めず、治療反応性の良さから、生前は封入体筋炎と確定診断出来なかったが、筋障害分布や臨床経過から封入体筋炎が強く示唆されていた。筋疾患には典型的な筋病理所見が検出されない例もあり、臨床的特徴や臨床経過が診断に重要である。

9. 不顕性溶血により HbA1c が偽性低値を示した有口血球症の1例

東京医科大学茨城医療センター 代謝内分泌内科

○小暮晃一郎（こぐれ こういちろう）、小高以直、永瀬晃正、根本洋子、
桂 善也

【症例】19歳女性。生来健康であったが、学校健診にて HbA1c3.3%の異常低値を指摘され当科に受診した。受診時の検査で HbA1c4.0%、FPG91mg/dl、GA13.3%、1,5-AG27.2 μ g/ml、HPLC クロマトグラムでは異常ヘモグロビンは認めなかった。溶血性貧血を疑い検査を行い、Hb15.4g/dl、Ht42.0%、MCV93.1fl、Ret60.2‰、T-Bil1.3mg/dl、LDH144IU/l、Fe173 μ g/dl、TIBC317 μ g/dl、Ferritin108.3ng/ml、haptoglobin32mg/dl、間接・直接クームス試験陰性と明らかな溶血の所見はないが、網状赤血球の高値を認め赤血球寿命の短縮が考えられた。形態より球状赤血球症は否定的であり、赤血球酵素活性にも明らかな異常は認めなかったが、末梢血のスメア所見上、標的、有口、楕円赤血球がわずかながら散見され、何らかの赤血球膜異常を疑い遺伝子検査を実施したところ脱水型有口赤血球症（以下 DHS t）の責任遺伝子である PIEZO1 に変異が確認され有口赤血球症と診断した。なお、症例家族の HbA1c を測定したところ母親の HbA1c は 4.7%、弟は 3.9%、妹 3.8%と低値であった。

【考察】HbA1c の異常低値を認めた場合、GA と HbA1c の比から、実際の血糖値との乖離の有無を調べたうえで、まずは異常ヘモグロビン、貧血（溶血性、腎性、出血、鉄欠乏性）や肝硬変などを鑑別する必要がある。今回の症例は溶血性貧血の所見に乏しく、末梢血所見も有口赤血球の割合は 0.2%と正常範囲であり診断に苦慮したが、網状赤血球高値、末梢血所見から診断を得るに至った。DHS t は常染色体優性遺伝で、赤血球膜異常による溶血性貧血を示す。PIEZO1 は赤血球の細胞膜に発現し、赤血球の機械感受性チャネルに関与している既知の遺伝子である。今回我々は HbA1c 低値をきっかけに診断に至った PIEZO1 遺伝子異常による脱水型有口赤血球症を経験した。不顕性溶血であっても赤血球寿命が短縮することで HbA1c が異常低値を示したと考えられる。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

10. 左鎖骨下静脈の血栓閉塞を合併し発見された両側性胸郭出口症候群、原発性鎖骨下静脈血栓症 (Paget-Schroetter 症候群) の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 循環器内科

○宇佐美恭平（うさみ きょうへい）、山田理仁、山田 優、丸田俊介、
田畑文晶、中山明人、中山久美子、小泉智三、田口修一

【症例】35 歳男性【主訴】左上腕の腫脹

【既往歴】24 歳時～甲状腺機能低下症診断うけ補充療法中

【現病歴】1 年前より両手のしびれを時折自覚。頭部 MRI 検査では異常を指摘されず経過観察されていた。20XX 年 1 月、左側臥位・左腕枕でこどもを寝かしつけた後から、左肩から指先までの腫脹が出現。徐々に患部の腫脹は増悪し同年 2 月に当科を受診。局所感染徴候は認められず、D-dimer1.6mg/dl、造影 CT で左鎖骨下静脈の血栓閉塞が確認された。治療目的に当科入院。

【症例経過】CT 及び MRI では静脈血栓閉塞原因は特定できず、凝固異常スクリーニングや膠原病マーカー・腫瘍マーカーでも異常所見を認めなかった。未分画ヘパリン持続静注を開始し、第 3 病日よりエドキサバン 60mg/日経口投与へ移行。第 6 病日には D-dimer0.8mg/dl と陰性化を得たが患部の腫脹疼痛は改善されなかった。病歴から胸郭出口症候群が疑われたため整形外科医師の協力を得て、両側で Adson テスト、Wright テスト、Eden テスト陽性の理学所見を得た。以上より胸郭出口症候群に伴う左原発性鎖骨下静脈血栓症 (Paget-Schroetter 症候群) の診断に至った。手術治療検討目的に専門機関への紹介を行った。

【結語】本症例は基礎病態として胸郭出口症候群を有し、左側臥位で腕枕を行ったことが誘発因子と考えられる。Paget-Schroetter 症候群は比較的まれな疾患であり治療方針に関しては一定の見解を得られておらず、若干の文献的考察を加えて症例報告する。

11. 当院における完全皮下植え込み型除細動器植え込み症例の検討

(株)日立製作所日立総合病院 循環器内科

○長谷川智明(はせがわ ともあき)

突然死の原因の6割は心臓が原因であり、その多くは致死性不整脈が原因となっている。

心室細動や血行動態の破綻する心室頻拍といった致死性不整脈に対する生命予後の改善は、抗不整脈薬よりも不整脈が起きたときに自動で検知し除細動をかけることができる、植え込み型除細動器が有効である。

これまでの植え込み型除細動器に関しては、リードを経静脈的に心腔内に留置し、デバイス本体を皮下に植え込むというものであった。

しかしながら、経静脈的なリードの留置には、手術時にリードによる血管や心筋を傷害してしまう可能性があるほか、電池の消耗によりデバイス本体の交換の際などに感染を合併してしまうことがあり、その場合リードが心腔内に留置されているため、感染性心内膜炎を併発し致命的な経過をたどるにことがある。

これまでは、経静脈的にリードを留置する従来型の植え込み型除細動器のみが使用可能であったが、2016年からリードを心腔内に留置せず、本体同様皮下に留置する完全皮下植え込み型除細動器が本邦でも、使用できるようになった。

経静脈的にリードを留置しないため、手技による合併症や感染によるリスクなどが軽減され、万が一リードの不具合や感染などによりリード抜去が必要になっても比較的容易に可能である。

当院でも2017年1月に完全皮下植え込み型除細動器の植え込みを開始し、2017年5月までに合計3例の植え込みを経験した。

いずれも心肺停止蘇生後であり、AEDやモニター心電図などで心室細動が確認され、電氣的除細動により停止しており、植え込み型除細動器のClass1適応であった。

少ない症例ではあるものの、3症例をもとに完全皮下植え込み型除細動器の適応や、以前から使用されている経静脈的リード留置の植え込み型除細動器とどのような違いがあるかなど利点や欠点なども含めて紹介する。

12. 悪性中皮腫由来の胸水貯留が急速に進行し死亡した一例

東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○落合徹也（おちあい てつや）、木村一貴、東 寛之、大嶋桜太郎、鈴木利章、
小松 靖、阿部憲弘、柴 千恵、東谷迪昭

症例は69歳女性。糖尿病、高血圧で近医に通院中であった。2016年5月中旬から咳嗽が出現、その後、咳嗽時に胸痛を合併したため当院を受診した。来院時の心電図、経胸壁心臓超音波検査では急性冠症候群は否定的であったが、胸部X線写真にて右肺に胸水の貯留を認め、胸水の精査目的に入院となった。入院時 SpO₂:88% (4 L nasal) と低下しており、胸水による呼吸不全と考え、第2病日に胸水穿刺を施行した。700mlの血性胸水を吸引し、呼吸困難は改善したが、確認のために施行した胸部X線撮影にて右胸水の増加を認めた。この時点で急激な貧血の進行はなく、出血による胸水増加ではなく、腫瘍性の胸水が疑われたため、呼吸器外科に相談し、完全胸腔鏡下胸壁腫瘍生検術を施行した。胸腔内を観察すると胸壁及び胸腔に腫瘍を多数認め、また胸壁の一部の腫瘍から出血を認めたため血性胸水の原因と考えられた。1日当たり1500～2000ml程度の胸水の排液がありコントロールに難渋した。このため入院4日目に胸膜癒着術を施行したが、排液量に変化はなく、徐々に全身状態は悪化した。最終的に多臓器不全となり入院第7病日に死亡退院となった。最終的に病理検査では悪性中皮腫と診断された。

悪性中皮腫は胸部造影CT、胸腔穿刺による胸水細胞診、胸膜生検などにより評価される。しかし、実際には細胞診では陰性になる場合も多く、診断に難渋する例も多い。

本症例においても胸水細胞診ではClass Vであり悪性疾患が疑われたが、悪性中皮腫の診断には胸膜生検が必要であった。診断に難渋し、原疾患に対する治療ができないまま、悪性中皮腫由来の胸水貯留が急速に進行し死亡した一例を経験したため報告する。

[illegible]