

第214回茨城県内科学会

日 時 平成30年10月21日(日)
9:00~12:20

会 場 水戸市医師会 1階研修講堂

当番幹事 渡辺重行
(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院)

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 2 1 4 回茨城県内科学会

日 時 平成 30 年 10 月 21 日 (日) 9 : 00 ~ 12 : 20
場 所 水戸市医師会 1 階研修講堂
当 番 幹 事 渡辺重行 (筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 センター長)

●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を 10 月 11 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単位 (2 講座 (1 講座 0.5 単位)) 申請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。
- ③昼食用にお弁当を用意します。

●第 2 1 4 回当番幹事

連絡先: 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 渡辺重行
〒310-0015 茨城県水戸市宮町 3-2-7
Tel 029-231-2371 Fax 029-221-5137

●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 9:00～9:05 酒井 義法（総合病院土浦協同病院 院長）

一般演題（1）

9:05～9:37 座長 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 児玉祐希子

1.化学療法開始後に重症筋無力症の初期増悪を生じた胸腺腫の1例

(株)日立製作所日立総合病院 呼吸器内科¹⁾、神経内科²⁾

○篠田英樹¹⁾、清水 圭¹⁾、山本祐介¹⁾、中泉太佑¹⁾、藏本健矢¹⁾、名和 健¹⁾、
生田目知尋²⁾、藤田恒夫²⁾

2.ビタミンD低下に伴う二次性副甲状腺機能亢進症と考えられた48例に対する
ビタミンD製剤の投与経験

土浦協同病院なめがた地域医療センター 内科

○高部和彦、寺崎俊彦、萩原晋也、津曲保彰、松木久佳、湯原孝典

3.飼育しているインコにより鳥関連過敏性肺炎を発症した1例

筑波大学附属病院 呼吸器内科¹⁾、病理診断科²⁾

○松倉しほり¹⁾、重政理恵¹⁾、増子裕典¹⁾、田口真人¹⁾、秋山達也¹⁾、大澤 翔¹⁾、
塩澤利博¹⁾、松山政史¹⁾、中澤健介¹⁾、小川良子¹⁾、際本拓未¹⁾、松野洋輔¹⁾、
森島祐子¹⁾、坂本 透¹⁾、家城隆次¹⁾、佐藤泰樹²⁾、野口雅之²⁾、檜澤伸之¹⁾

4.最近、経験したクレブシエラ肺炎の2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

○松村聡介、嶋田貴文、野中 水、北岡有香、後藤 瞳、笹谷悠惟果、田地広明、
荒井直樹、兵頭健太郎、三浦由記子、大石修司、林原賢治、齋藤武文

一般演題（２）

9:37～10:09 座長 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 児玉泰介

5. 咯血を主訴とし、気管支鏡内腔所見と CT 画像より気管気管支骨軟骨形成症と考えられた 1 例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○吉川千晶、沼田岳士、川島 海、矢崎 海、太田恭子、箭内英俊、遠藤健夫

6. 複数の薬物誤嚥を認めた高齢者の 1 例

筑波記念病院 内科

○角田健太、佐藤祐二、長澤俊郎

7. クモ膜下出血を契機に診断に至った *Nocardia nova* による感染性心内膜炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 感染症制御部

○喜安嘉彦

8. 腹部てんかんと神経調節性失神との鑑別が困難であった双子の症例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科¹⁾、循環器内科²⁾

○高井千尋¹⁾、伊藤 惇¹⁾、渡辺重行²⁾、大石悠太²⁾、加藤 穰²⁾、小島栄治²⁾、外山昌弘²⁾、黒田裕久²⁾

教育講演

10:10～10:40 座長 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 黒田裕久

「日常診療における心電図の見方」

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院
センター長 渡辺重行 先生

一般演題（3）

10:40～11:12 座長 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 外山昌弘

9.偶然に見つかった乳頭状弾性繊維腫の一例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○田村有彩、後藤淳一、川松直人、樋口基明、山田典弘、千葉義郎、大平晃司、
村田 実

10.急性の経過を辿った *Candida parapsilosis* による感染性心内膜炎の一例

JA とりで総合医療センター 循環器内科

○藤 云、中村 峻、松本彩和、笠野健介、吉原弘高、山本貴信、服部英二郎

11.非 ST 上昇型急性心筋梗塞で発症し衝心脚気に至った1例

総合病院土浦協同病院 循環器内科¹⁾、内科²⁾

○三原晶子¹⁾、由木悠仁¹⁾、堀江知樹¹⁾、平野秀典¹⁾、大屋寛章¹⁾、住野陽平¹⁾、
羽田昌浩¹⁾、山口正男¹⁾、星野昌弘¹⁾、金地嘉久¹⁾、米津太志¹⁾、角田恒和¹⁾、
酒井義法²⁾

12.心嚢内圧を評価し診断した滲出性収縮性心膜炎の症例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科¹⁾、
循環器内科²⁾

○伊藤 惇¹⁾、高井千尋¹⁾、大石悠太²⁾、加藤 穰²⁾、小島栄治²⁾、外山昌弘²⁾、
黒田裕久²⁾、渡辺重行²⁾

一般演題（4）

11:12～11:36 座長 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 鹿志村純也

13.鑑別を要した肝血管筋脂肪腫の1例

総合病院土浦協同病院 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾、外科³⁾

○藤原 俊¹⁾、森田祐規¹⁾、古川貴光¹⁾、岡田理沙¹⁾、松川直樹¹⁾、五十嵐 亮¹⁾、
佐野慎哉¹⁾、木下隼人¹⁾、永井瑞紀¹⁾、柴田 勇¹⁾、上山俊介¹⁾、市田 崇¹⁾、

草野史彦¹⁾、酒井義法¹⁾、井上和成²⁾、伊東浩次³⁾

14.挿入限界位置へのマーキングクリップ留置が有用であった出血性小腸潰瘍の一例
(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⁾

○久保田 大¹⁾、横井佑紀¹⁾、水谷 悟¹⁾、宮嶋 望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⁾

15.関節リウマチ様の所見を呈するB型肝炎ウイルスによる反応性関節炎の1例
亀田内科医院

○亀田貞彦、沼田真子、砂森美枝子、江頭弘美、伊部加代子、寺島 潤

特別講演

11:36～12:16 座長 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 渡辺重行

「臨床推論」

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院
教授 小林裕幸 先生

閉会挨拶 12:16～12:20 渡辺重行 (筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 センター長)

幹事会 12:20～ 水戸市医師会 2階会議室

教育講演

「日常診療における心電図の見方」

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院
センター長 渡辺重行

心電図ほど、その読解法を学んでも「読めるようになった感」が得られにくいものはないかも知れない。いくら勉強しても使えるようにならない様は、英会話の勉強にそっくりだ、という研修医も多い。

その理由は何であろうか。主な理由は、同じ疾患でも心電図に現れる異常所見が多岐多様にわたること、訳の分からない異常っぽい所見がいっぱいあること、後から言われれば納得できる軽微な所見しか示さないものも多数あること、等であろうか。

このわかりにくさを「制圧」するには、以下の様な解読法がいいのではないかと考えている。

- 1) ルーチンの心電図検査なら、ぱっと primary survey。すなわち、I、II、V2-V6を見て異常なければ、正常で終わり。
- 2) ぱっと見た primary survey で変な点があれば、異常所見を紡ぎ出し、組み立てて解釈する。
- 3) 何らかの症状があつての検査なら、primary survey で正常判定でも、secondary survey を行う。すなわち、症状から疑われる疾患を想定して、その疾患を狙って所見を読みに行く。

本講演では、

- 1) のチェック項目
- 2) の各異常所見の解釈法
- 3) secondary survey の対象疾患である急性冠症候群、心膜炎、肺血栓塞栓症の狙い読みの方法を伝授する。

特別講演

「臨床推論」

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院
総合診療科 教授 小林裕幸

臨床推論には、二つのシステムがあり、システム1と呼ばれる直感的推論、すなわちスナップショット診断と、システム2と呼ばれる分析的推論がある。直感的推論は、迅速で、効率的、芸術的であり、普段誰もが意識せずに使用している方法である。時にバイアスに影響される恐れがあり、若年女性で発熱している患者を腎盂腎炎と考えてしまう場合などである。一方、システム2は網羅的で、数多くの鑑別診断を考え見逃しが少なく、初心者にもわかりやすい。しかし、時間がかかり非効率的で、負荷も大きくなる。高齢者が意識障害で、救急搬送された際に、AIUEOTIPSに沿って、鑑別診断を考える場合などである。

実際は、この二つを駆使しながら、診断が進められる。今回は、症例をあげながら、よくあるバイアスについても振り返り、病歴から身体診察、検査、画像、鑑別診断の流れがどのように進められるかを解説する。

一般演題

1. 化学療法開始後に重症筋無力症の初期増悪を生じた胸腺腫の1例

(株)日立製作所日立総合病院 呼吸器内科¹⁾、神経内科²⁾

○篠田英樹 (しのだ ひでき)¹⁾、清水 圭¹⁾、山本祐介¹⁾、中泉太佑¹⁾、
藏本健矢¹⁾、名和 健¹⁾、生田目知尋²⁾、藤田恒夫²⁾

症例は63歳男性。2年前から疲労時の右眼瞼下垂が、半年前から夕方に増悪する嚙下困難がみられ、半年間で約10kgの体重減少を伴った。当院消化器内科を紹介受診し、上部消化管内視鏡検査で異常所見がなく、胸部CTで前縦隔の腫瘍病変、両肺に多発する結節影、縦隔・肺門リンパ節腫大、多発する骨の腫瘍病変を認めた。胸腺腫が疑われて当科を受診し、PETで前述の各病変に加え、第2腰椎横突起、右腸骨、左大腿骨にも集積増加を伴う腫瘍病変を認めた。気管支鏡検査(EBUS-TBNA)で採取した縦隔リンパ節検体から胸腺腫に矛盾しない病理所見を得て、第2腰椎横突起の腫瘍からのCTガイド下生検で「胸腺腫 B1~B2」の病理診断を得て、「胸腺腫 IVB 期、肺転移、骨転移」の診断に至った。症状と抗アセチルコリンレセプター抗体陽性から、重症筋無力症を合併していると診断された。

初回化学療法としてCAMP療法(CDDP 20mg/m² day1~4、アドリアマイシン 40mg/m² day1、mPSL 1g day1~4、PSL 30mg day5~6)を始めた後、5日目に右眼瞼下垂と嚙下障害が軽度に悪化した。大量のステロイド剤投与に伴った、重症筋無力症の初期増悪と判断された。PSL 30mgの投与の継続のうえピリドスチグミン(メスチノン®) 60mgの投与を始めたところ、2日後に右眼瞼下垂が改善し、その後、嚙下障害も改善した。同化学療法を2コース行い、一部の病変が縮小し、SDの効果と判定された。PSLを漸減しながら、以後も化学療法を継続している。

神経内科の併診のもと、重症筋無力症の症状コントロールと化学療法を安全に継続できている胸腺腫の1例を報告する。

2. ビタミンD低下に伴う二次性副甲状腺機能亢進症と考えられた48例に対するビタミンD製剤の投与経験

土浦協同病院なめがた地域医療センター 内科

○高部和彦（たかべ かずひこ）、寺崎俊彦、萩原晋也、津曲保彰、松木久佳、湯原孝典

背景：当院では、2018年3月までに25ヒドロキシビタミンD（以下25D）を700例で測定し、534例（76.3%）で低下（ $25D < 20$ ）を認めた。そのうち、341例（63.9%）でintact PTH（iPTH）を測定し、71例に上昇を認め（ $iPTH > 65$ ）、二次性副甲状腺機能亢進症（sPTH）と考え、48例にビタミンD製剤（D剤）を投与した。ビタミンD低下に伴うsPTHの治療の報告は少なく、今回症例を提示させて頂いた。

対象と方法：iPTH測定例中、252例はD剤なし、32例はサプリメント、57例は活性型がすでに投与され、各々、61例（24.2%）、4例（12.5%）、6例（10.5%）にiPTH上昇を認めた。これら71例のうち、投与中の10例を含む48例にD剤を投与した。D剤は、サプリメント：1000単位/日か、活性型（alfacalcidol）： $0.5 \mu\text{g}/\text{日}$ で、前者で正常化しない場合は活性型に変更。

結果：治療例の初回測定時のiPTHは 91 ± 49 （67～378）。9例でiPTHは正常化せず、2例では補正カルシウム（補正Ca）が11以上となり、原発性副甲状腺機能亢進症（pPTH）の疑い。2例は通院を中断。5例は活性型を1.0としたが、3例では正常化なし。

39例ではiPTHは一旦正常化したか、4例で再上昇。1例は補正Caが10.5となりpPTHの疑い。1例は通院中断。2例は活性型を1.0とし、1例は正常化、1例は正常化なし。結局48例中10例（20.8%）は正常化なし。ロジスティック回帰分析では、iPTHの正常化は、年齢、性別、eGFRとは関連はなく、治療前の $iPTH \leq 90$ （ $p=0.0011$ ）、治療前の補正Caの低値（ $p=0.0384$ ）が関連した。

まとめ：ビタミンD低下例に見られるiPTH上昇は、D剤で正常化しない場合があり、pPTHの鑑別、治療法の確立が必要と思われる。

3. 飼育しているインコにより鳥関連過敏性肺炎を発症した1例

筑波大学附属病院呼吸器内科¹⁾、病理診断科²⁾

○松倉しほり（まつくら しほり）¹⁾、重政理恵¹⁾、増子裕典¹⁾、田口真人¹⁾、秋山達也¹⁾、大澤翔¹⁾、塩澤利博¹⁾、松山政史¹⁾、中澤健介¹⁾、小川良子¹⁾、際本拓未¹⁾、松野洋輔¹⁾、森島祐子¹⁾、坂本 透¹⁾、家城隆次¹⁾、佐藤泰樹²⁾、野口雅之²⁾、檜澤伸之¹⁾

背景：過敏性肺炎は吸入抗原により惹起されるアレルギー疾患であり、原因となる抗原は多岐にわたる。鳥関連過敏性肺炎は鳥飼育や羽毛布団使用など特徴的な病歴が診断につながるため、詳細な病歴聴取が重要である。

症例：77歳男性。X年2月より労作時呼吸困難感を自覚、3月に施行した胸部単純写真で間質性肺炎が疑われ、当院を紹介受診した。胸部単純写真では両肺びまん性の網状影を認め、CTでは両肺にモザイク分布のすりガラス陰影と小葉中心性の粒状影を認めた。30年のインコ飼育歴と気管支肺胞洗浄、経気管支肺生検、鳥特異抗体等の検査結果から鳥関連過敏性肺炎と診断した。検体検査、身体所見からは薬剤性肺炎や膠原病関連間質性肺炎は否定的であった。肺機能検査と6分間歩行試験では著明な拡散障害と運動耐容能の低下を認めた。抗原回避のみでは画像および運動耐容能の改善に乏しく、入院19日目よりPSL 0.5 mg/kgで加療を開始した。PSL開始後、画像および運動耐容能の改善を認めた。

結論：特徴的な病歴から鳥関連過敏性肺炎を疑い、診断しえた1例を経験した。鳥関連過敏性肺炎を診断するうえで示唆に富む症例と考え文献的考察を加えて報告する。

4. 最近、経験したクレブシエラ肺炎の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

○松村聡介（まつむら そうすけ）、嶋田貴文、野中 水、北岡有香、後藤 瞳、
笹谷悠惟果、田地広明、荒井直樹、兵頭健太郎、三浦由記子、大石修司、
林原賢治、齋藤武文

1 例目は 69 歳男性。呼吸困難増悪で入院となった。喀痰培養で *Klebsiella pneumoniae* が検出された。String test 陽性であり過粘稠性株と考えられた。胸部 Xp では balsing fissure sign を認め、COOD に伴う嚢胞部位に膿瘍を形成したものと考えられた。

2 例目は 30 歳男性の方。発熱、倦怠感、意識障害で緊急入院となった。血液培養、喀痰培養、気管支洗浄液培養から string test 陽性の *Klebsiella pneumoniae* を認めた。血液検査でリンパ球低値、高 γ グロブリン血症を認め、免疫不全状態にあると考えられ精査で HIV 感染が判明した。CT では空洞を伴う浸潤影を認め、肺化膿症と考えられた。

Klebsiella pneumoniae は人の腸管内に常在するグラム陰性桿菌である。尿路感染症や呼吸器感染症、肝・胆道系感染症の主要な起因菌であり、*Klebsiella pneumoniae* による肺炎はアルコール多飲、糖尿病、慢性閉塞性肺疾患を有する中高年から高齢の男性に起こりやすく、化膿性変化、空洞形成を認めることが多い。両側肺膿瘍になった場合は一般に予後不良とされている。菌の表現型として高い粘稠性をもつ型が知られている。過粘稠株は非過粘稠株と比較して侵襲的病態を起こしやすいといわれており、それは感染臓器に付着しやすく洗浄されにくいことが要因の一つと考えられている。

過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* 感染を認めた場合、また加えて本症例のように COPD や AIDS など基礎疾患を有する場合には、重症化する可能性も考慮に入れ治療を始める必要がある。本症例では string vtest 陽性の過粘稠株 *Klebsiella pneumoniae* 感染症 2 例を経験した。その経過をまとめつつ、文献的考察を加え、報告する。

5. 咯血を主訴とし、気管支鏡内腔所見と CT 画像より気管気管支骨軟骨形成症と考えられた 1 例

国立病院機構 水戸医療センター 呼吸器科

○吉川千晶（よしかわ ちあき）、沼田岳士、川島 海、矢崎 海、太田恭子、
 箭内英俊、遠藤健夫

症例は 89 歳、女性。心房細動、心弁膜症、甲状腺機能低下症などで近医に通院中であった。喫煙歴なし。2 日前からの咳嗽を主訴に同院を受診した。38.4℃の発熱を認め、レントゲンで肺炎と診断され入院となった。入院後に咳嗽とともに 100cc 程度の咯血あり。SpO₂ の著明な低下を認め当院へ緊急搬送となった。当院到着時は、O₂ 10L/min リザーバーマスク吸入下で SpO₂ 80%前後であり、緊急で気管挿管を実施した。挿管直後に気管支鏡で内腔を観察したところ、気管から左右の主気管支にかけて、全周性の発赤・粘膜不正あり。易出血性の状態であった。人工呼吸器管理下で、止血剤点滴などを継続していたところ、出血は止まり、呼吸状態も改善を認め、人工呼吸器から離脱した。後日気管支鏡を再検したところ、米粒大の多発性の小隆起病変を認めており、CT では、気管から主気管支にかけて、著明な石灰化像を認めた。以上の所見から、気管気管支骨軟骨形成症と診断した。

気管支骨軟骨形成症は、気管・気管支壁の粘膜下組織に骨あるいは軟骨が異所性に増生し多発する稀な疾患である。無症状で発見されることもあれば、咳嗽や血痰、咯血、呼吸困難などを呈することもある。病因は、慢性感染や炎症、外傷、アミロイドーシス、珪肺など様々推測されているものの、明らかではない。治療は、無治療ないしは対症療法と報告されており、本症例も対症療法にて、症状の改善を得た。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。

6. 複数の薬物誤嚥を認めた高齢者の1例

筑波記念病院 内科

○角田健太（つのだ けんた）、佐藤祐二、長澤俊郎

【症例】97歳女性

【主訴】呼吸苦

【既往歴】脳出血後遺症で右半身不全麻痺あるが誤嚥のエピソードはなかった。

【現病歴】X年X月X日午前5時頃トイレに立った時にふらつきの訴えあり、その際に酸素飽和度低下(84% R.A.)がみられた。肺雑音を認めず、体温 36.3℃、CRP0.39mg/dL、胸部レントゲンで明らかな肺炎や心不全を認めなかった。突然発症の酸素飽和度低下のため肺塞栓症を疑って胸部造影CTを行ったところ肺塞栓症を疑う所見は無く、右主気管支下方に14mm大の気管内異物を認めた。異物の誤嚥による気道閉塞と判断し気管支鏡を施行したところ、右主気管支から下葉枝に白色の異物が2個みられ、除去した。異物摘出後に酸素飽和度は回復した。薬剤鑑定の結果、異物はポリカルボフィルカルシウム 500mg錠剤と判明した。この薬剤は1回1錠1日3回で処方されていたため、X日前日までに患者は少なくとも2回誤嚥していたと思われた。なお、患者は誤嚥の自覚なく、また咳・むせ込みなどの他覚症状も認められなかった。

【考察】ポリカルボフィルカルシウム 500mg錠剤は長径17.8mmと大きめであり、嚥下機能の低下した高齢者が服用するにはやや困難であると思われる。高齢者に薬剤を処方する際には誤嚥の既往がなくとも、予め誤嚥リスクを考慮して薬剤の形状を考慮する必要があると思われた。また、気管支内異物はCT上では1つと思われたが気管支鏡で摘出したものは2つであった。気管内遺物の検査・治療の際には異物が複数である可能性を考慮して実施することが必要と思われた。

7. クモ膜下出血を契機に診断に至った *Nocardia nova* による感染性心内膜炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 感染症制御部

○喜安嘉彦（きやす よしひこ）

[症例]

成人発症スティル病で入院中の 22 才女性。プレドニン 16mg/日、シクロスポリン 120mg/日 で加療中だった。入院 143 日目に急激な頭痛を発症し、頭部 CT でクモ膜下出血と診断した。発症後 3 日目に施行した開頭術で右中大脳動脈末梢に動脈瘤とその周囲の化膿性病変を認めた。感染性心内膜炎の二次性播種性病変を疑い発症後 5 日目に施行した経胸壁心エコー検査で左室後ろ乳頭筋に付着する疣贅を認めた。発症後 6 日目に採取した血液培養およびグラム陽性桿菌を検出し、染色性および菌の形状から *Nocardia* 属と同定した。動脈瘤の切除後病理組織標本からも動脈周囲に同菌と考えられるグラム陽性桿菌を認め、*Nocardia* による感染性心内膜炎および感染性動脈瘤破裂と診断した。薬剤感受性検査で感性を示したイミペネムとアミカシンを投与し、弁置換を行うことなしに治療を完遂し、その後の再燃を認めていない。血液培養から検出した菌は 16rRNA の解析で *Nocardia nova* と同定した。

[考察]

Nocardia の感染性心内膜炎は極めて稀であり、我々が英文文献を検索した限りではこれまで *Nocardia nova* の感染性心内膜炎の報告はない。その多くで自己免疫疾患や臓器移植後の免疫抑制剤の使用が背景にあり、本症例でも発症に関連していたと考えられた。

これまでの *Nocardia* 感染性心内膜炎の報告では *Nocardia* の侵入門戸が不明なことが多かったが、本症例では発症前から肺に原因不明の浸潤影が度々出現しては β ラクタム系抗菌薬の投与で一時的に軽快する経過を繰り返しており、気道に侵入した *Nocardia* が肺に感染・再燃を繰り返す中で菌血症を起こし、感染性心内膜炎を発症したと考えられた。*Nocardia* の播種性感染症を防ぐためには気道感染の段階で細菌学的に診断し適切な治療を行うことが重要と考える。

8. 腹部てんかんと神経調節性失神との鑑別が困難であった双子の症例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科¹⁾、
循環器内科²⁾

○高井千尋（たかい ちひろ）¹⁾、伊藤 惇¹⁾、渡辺重行²⁾、大石悠太²⁾、
加藤 穰²⁾、小島栄治²⁾、外山昌弘²⁾、黒田裕久²⁾

【はじめに】失神の鑑別疾患としててんかんが挙がるが、両者はしばしば鑑別に苦慮する。他院で腹部てんかんとして治療されていたが、詳細な問診の結果、神経調節性失神と診断できた双子の症例を経験したため報告する。

【症例】15歳の一卵性双生児の姉妹。6歳から年に数回発作的な腹痛が生じ、その後意識レベル低下、意識消失、稀に全身痙攣を生じる発作を繰り返していた。数年に渡って複数の病院で精査され、12歳の時に腹部てんかんの診断として抗てんかん薬が開始となった。しかし症状は改善せず、さらなる精査を希望され14歳時に当院紹介となった。改めて病歴聴取を行うと、腹痛の後に意識障害を生じているが、腹痛時に脈拍40～50回/分となっていた。下痢をして腹痛は治まるが、その後意識消失し脈拍は30回/分まで低下していた。抗てんかん薬が無効であることや、発汗や下痢などてんかんで説明できない点が多いことから過敏性腸症候群による腹痛と神経調節性失神の診断に至った。過敏性腸症候群として内服薬を開始したところ症状は激減し、非常に高い患者満足度を得られている。

【考察】一過性意識障害の鑑別は救急外来で行われることが多いが、本症例のように長期に渡って鑑別に苦慮する場合がある。画像・生理検査は必要だが、それに依存してしまうと検査結果に惑わされてしまうことがある。病歴に立ち返ることで診断に至った症例であり、病歴の重要性を再認識させられた一例であった。

【結語】詳細な病歴を取ることで診断し得た、腹痛による神経調節性失神の一例を経験した。

9. 偶然に見つかった乳頭状弾性繊維腫の一例

水戸済生会総合病院 循環器内科

○田村有彩（たむら ありさ）、後藤淳一、川松直人、樋口基明、山田典弘、
千葉義郎、大平晃司、村田 実

症例は72歳女性。発作性心房細動に対するカテーテル治療の術前検査で施行した経食道エコーで大動脈弁左冠尖に10mm大の可動性腫瘍を認めた。カテーテル治療術後に人工心肺下に腫瘍摘出術を行った。術中所見では経食道エコーと同様に左冠尖に腫瘍を認め、弁を温存する形で腫瘍の切除を行った。病理診断で乳頭状弾性繊維腫の診断を得た。術後経過は順調で再発なく経過している。

乳頭状弾性繊維腫は良性の原発性心臓腫瘍なかで粘液腫について2番目に多いとされているが、原発性心臓腫瘍自体稀な疾患であり、その頻度、予後は不明である。今回の症例のように無症状であっても他疾患で経食道エコーなどの検査を施行した際に偶然に発見されるケースも増えてくると思われる。また可動性が大きい場合、腫瘍塞栓を起こすリスクもあり、早めに切除することが望ましい。

10. 急性の経過を辿った *Candida parapsilosis* による感染性心内膜炎の一例

J A とりで総合医療センター 循環器内科

○ 藤 云 (トウ ウン) 、 中村 峻、松本彩和、笠野健介、吉原弘高、山本貴信、
服部英二郎

症例は 73 歳女性。2 型糖尿病、高血圧症で通院加療中の X 年 9 月、大動脈弁狭窄症に対して大動脈弁置換術 (生体弁) を施行された。退院後の X 年 12 月上旬、2 日前から増悪する労作時呼吸困難を主訴に救急外来を受診された。両側下腿浮腫と両肺野のうっ血像を認め、急性心不全の診断で NPPV 装着のうえ緊急入院となった。発熱と炎症反応上昇を伴っていたため、細菌感染症の合併を考慮しセフトリアキソン投与を開始した。また、弁置換術後のため内服していたワーファリンは中止し、ヘパリン持続静注を開始した。利尿剤への反応は良好で、第 2 病日の朝には呼吸状態の改善あり、NPPV を離脱することができた。しかし、血液検査では血小板減少や凝固線溶系亢進を認め、敗血症性 DIC と考えられたため、ヘパリンは中止しトロンボモデュリン投与を開始し、抗菌薬はメロペネムに変更した。また、入院時に採取した血液培養からカンジダ属が検出されたためミカファンギンを併用した。発熱は持続し呼吸状態の再増悪も見られたため NPPV を再装着した。第 3 病日の朝、意識障害と右上下肢麻痺を認めたため頭部 CT を施行したところ左頭頂葉～後頭葉にかけて皮質下出血があり、脳室内穿破と midline shift を伴っていた。緊急脳血管造影ののち開頭血腫除去術を行い人工呼吸器装着下で ICU に入室したが、40°C の発熱とショックバイタルを呈した。カテコラミン投与や輸血を行うも反応に乏しく心肺停止となり、同日夜に永眠された。後日、入院時と第 2 病日に採取した計 5 セットの血液培養すべてから *Candida parapsilosis* が検出された。病理解剖については同意が得られず、入院中の経胸壁心エコーでは明らかな疣贅は指摘されなかったが、人工弁置換術後の症例であり、発熱、血液培養陽性、頭蓋内出血などの事象から感染性心内膜炎の臨床的基準を満たした。真菌性の感染性心内膜炎は低頻度だが予後不良とされており、急性の経過を辿った本症例を文献的考察も踏まえて報告する。

11. 非 ST 上昇型急性心筋梗塞で発症し衝心脚気に至った 1 例

総合病院土浦協同病院 循環器内科¹⁾、内科²⁾

○三原晶子（みはら まさこ）¹⁾、由木悠仁¹⁾、堀江知樹¹⁾、平野秀典¹⁾、
大屋寛章¹⁾、住野陽平¹⁾、羽田昌浩¹⁾、山口正男¹⁾、星野昌弘¹⁾、金地嘉久¹⁾、
米津太志¹⁾、角田恒和¹⁾、酒井義法²⁾

【症例】 50 歳代、男性

【主訴】 胸痛、呼吸困難

【現病歴】 既往歴として十二指腸潰瘍と陳旧性脳梗塞があり、32 年前十二指腸潰瘍で幽門側胃切除施行されていた。入院 2 日前より労作と関係のない胸痛を認め緩解増悪繰り返していた。近医受診しトロポニン T の高値を認めた為、急性冠症候群疑いで当院へ救急搬送された。冠動脈造影検査では有意狭窄認めず、心エコーでは中等度の心嚢液貯留を認めたが、右心系の虚脱あるいは負荷所見は認めず、左室収縮能は良好であった。その後胸痛の改善は認めていたが、心不全を発症した。利尿薬使用を含めた加療を開始したが改善せず、第 12 病日に腹痛と著明な乳酸アシドーシス認めショック状態となり集中治療管理となった。原因精査の為造影 CT 施行し、上腸間膜動脈に狭窄疑われた為、腸管壊死を疑い試験開腹施行したが、腸管壊死は認めなかった。長期点滴加療と胃切除後である為脚気の可能性を考慮し、チアミン投与開始したところアシドーシスの著明な改善認めた。後にチアミン投与前の Vit B1 は 14ng/mL と低値を認めた為に、Vit B1 欠乏による乳酸アシドーシス、心不全と診断した。その後は Vit B1 補充継続で心機能回復し、第 36 病日退院となった。

【考察】 非 ST 上昇型急性心筋梗塞で発症し、重症心不全に至った衝心脚気を経験したので、文献的考察も併せて報告する。

12. 心嚢内圧を評価し診断した滲出性収縮性心膜炎の症例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院 総合診療科¹⁾、
循環器内科²⁾

○伊藤 惇 (いとう じゅん)¹⁾、高井千尋¹⁾、大石悠太²⁾、加藤 穰²⁾、
小島栄治²⁾、外山昌弘²⁾、黒田裕久²⁾、渡辺重行²⁾

【症例】75歳男性

【主訴】呼吸困難

【現病歴】2017年10月に動悸、胸痛、体動困難が出現し、前医に心不全の診断で入院した。原因は不明のまま利尿薬で症状が改善したため退院となっていた。11月に呼吸困難が増悪して当科外来を受診し、BNP 500ng/ml、右優位の胸水貯留と心嚢液貯留を認め、心不全増悪の診断で入院となった。

【臨床経過】入院後に胸腔穿刺を施行し、右の胸水を970ml排液した。性状は滲出性であった。フロセミド・トルバプタンで利尿を図ったが、腎機能障害が進行するのみで心嚢液の増加と胸水の再貯留を認めた。心嚢ドレナージを心内圧測定下に施行し約100mlの暗赤色の心嚢液が排液された。ドレナージ前の心膜内圧(mmHg)は、呼気時30、吸気時7、心内圧(mmHg)は、右房圧37、同時圧の右室圧42/～30、左室圧145/～34、平均肺動脈楔入34、心拍出量1.63L/分、心係数1.01L/分/m²であった。穿刺後には、心膜内圧呼気時18、吸気時18、右室圧 /～30、左室圧108/～37、心拍出量1.92L/分、心係数1.19L/分/m²であった。穿刺前後で50%の右心房圧の低下がなく、両心室の拡張末期圧に変化が無いことから滲出性収縮性心膜炎と診断し、心嚢液再貯留予防目的にコルヒチンとセレコキシブ内服を開始した。心膜剥離術は周術期死亡率が10%以上あるため、利尿薬と強心薬による内科的治療の方針となった。その後は心嚢液の再貯留なくドレーン抜去後も増加なかったが、両側胸水は増加を続け呼吸状態が悪化していった。治療に反応なく入院52日目に緩和医療の方針となり、入院76日目に永眠された。病理解剖を行い、マクロ像では心膜が高度に線維性に癒着しており、両心室の心筋肥大を認めた。

【考察】難治性の胸水や増加する心嚢液貯留を見たら、滲出性収縮性心膜炎を鑑別に挙げるが、心室流入波形の呼吸性変動、septal bounce といったエコー所見や、CTでの心膜の石灰化など疾患に特徴的な所見は認めない場合もある。その場合には本例のように心内圧測定下の心嚢ドレナージで診断が可能となる。

13. 鑑別を要した肝血管筋脂肪腫の1例

土浦協同病院 消化器内科¹⁾、病理診断科²⁾、外科³⁾

○藤原 俊 (ふじわら しゅん)¹⁾、森田祐規¹⁾、古川貴光¹⁾、岡田理沙¹⁾、
松川直樹¹⁾、五十嵐 亮¹⁾、佐野慎哉¹⁾、木下隼人¹⁾、永井瑞紀¹⁾、
柴田 勇¹⁾、上山俊介¹⁾、市田 崇¹⁾、草野史彦¹⁾、酒井義法¹⁾、
井上和成²⁾、伊東浩次³⁾

【症例】42歳女性。健診の腹部超音波検査で肝腫瘤を指摘され、前医を受診した。造影CTで悪性腫瘍の可能性が疑われ、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。肝炎ウイルスは陰性、肝機能障害を認めず、また腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。腹部超音波検査ではS7領域に境界明瞭な25mm大の低エコー腫瘤を認めた。腹部造影CTで25×21mm大の腫瘤は、単純CTで低吸収、動脈相で比較的強く造影され、平衡相では周囲肝実質よりも低い造影効果を示した。MRI検査ではT1強調像で低信号、EOB造影ではCT検査と同様に、造影早期から比較的強く染まり、門脈相では周囲肝実質よりも低い造影効果を示し、肝細胞相で低信号となる腫瘤であった。Chemical shift imagingではin phaseからopposed phaseにかけて信号強度の低下を認めず、脂肪成分の存在を確認できなかった。肝細胞癌を否定する根拠がなく、十分なinformed consentの結果、切除を希望されたため、腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。腫瘍は境界明瞭な黄褐色の腫瘤で、病理組織学的に好酸性から淡明な胞体を持つ類上皮型の腫瘍細胞が増生し、脂肪成分は認めなかった。免疫染色でHMB-45が陽性であることから、肝血管筋脂肪腫と診断した。

【考察】肝血管筋脂肪腫は稀な疾患であるが、近年報告例が増加している。血管・平滑筋・脂肪の3成分から成る間質系良性腫瘍で、脂肪成分の含有率は5-90%とばらつきが多い。脂肪成分を認めない肝血管筋脂肪腫は、肝細胞癌など多血性肝腫瘤との鑑別が困難である。今回、病理組織学的に診断した肝血管筋脂肪腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

14. 挿入限界位置へのマーキングクリップ留置が有用であった出血性小腸潰瘍の一例

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⁾

○久保田 大(くぼた だい)¹⁾、横井佑紀¹⁾、水谷 悟¹⁾、宮嶋 望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⁾

【症例】70歳、女性。【主訴】失神。

【現病歴】X-3年に陳旧性脳梗塞、内頸動脈狭窄が指摘され、クロピトグレルの内服を開始。X年某日に嘔気を自覚、鮮血便を多量排便し、失神していたところを家族に発見、当院へ救急搬送。CT検査で明らかな extra vasation はなく、便の性状から下部消化管出血が疑われた。血圧低下あり、鮮血便も持続していることから緊急下部消化管内視鏡検査(以下、CS)の適応と判断、前処置無しで検査を開始。スコープはウォータージェット付の PCF-Q260JI を使用、先端にアタッチメントを付けて挿入。挿入可能な限界の位置にマーキングクリップを置き、可及的に洗浄しながら観察。肛門縁より 113 cm の回腸末端に露出血管と血餅付着を伴う単発の潰瘍あり、クリップ法で止血し入院。その後は血便の再燃や貧血の進行はなく、止血が得られているものと判断し、第2病日に流動食から食事を開始。徐々に食上げを行なうも、症状は再燃無く経過。第5病日から内服を再開。第8病日に退院。

【考察】下部消化管出血の原因は憩室出血や腫瘍出血、腸炎と多岐にわたる。本邦の報告によると、小腸潰瘍からの出血は下部消化管出血全体の中で 2% と比較的稀とされている。しかし、時に出血性ショックをきたすこともあり、止血術とその予防が重要である。緊急で小腸内視鏡検査(以下、ES)が施行できればよいが、実際 ES は全国的に普及しているとは言えず、また例え診断に至っても内視鏡的止血術は困難で、動脈塞栓術や外科切除が必要となるケースも少なくはない。今回、通常 CS 用のスコープを用い、限界の位置にマーキングクリップを置いてから洗浄、観察を行うことで短時間に効率よく回腸末端を観察し、止血することができた。また、仮に止血できなかったとしても、再出血時に CT の再検で extra vasation が陽性となれば、クリップとの位置関係を把握することが可能となり、動脈塞栓術や外科手術のマーキングにもなりうるため、有用な手法である。

15. 関節リウマチ様の所見を呈する B 型肝炎ウイルスによる反応性関節炎の 1 例

亀田内科医院

○亀田貞彦（かめだ さだひこ）、沼田真子、砂森美枝子、江頭弘美、
伊部加代子、寺島 潤

症例：57 才女性、事務職 30 年

現病歴：35 年前肝炎、肝機能正常より特に加療しなかった。RF 陽性は 10 年前より陽性、約 2 ヶ月前より、大小関節 s の軽度の腫脹あり、HBV キャリアでもあったため、H28 年 7 月 30 日当科にて受診される。

検査所見：抗 CCP 抗体（－）、CRP0.33、RF32、赤沈 17mm/h、ANA 正常であった。HBV-リアルタイム 72Log-C(+) HBe 抗原(－) HBe 抗体 99.7/CLIA(+) HBs 抗原 IU/ml：2048(++)、HBs 抗体(－) HBV の遺伝子型：B 型。

経過：H28 年 8 月よりテノゼット 300mg を開始する。各関節痛は次第に軽減し、テノゼット開始 4 ヶ月目の H28 年 12 月 wrists 右手の PIPS 及び右膝の痛み、腫大は消失する。しかし、左膝関節の痛み、腫大は残存していた。H29 年 1 月の関節液（左膝）：CH50 10.0↓RF(+) HBs 抗原 50IU/ml (0.05↓正常)、H29 年 5 月（血中）：HBs174 IU/ml HBe 抗原(－) HBe 抗体 99/CLIA、H29 年 5 月関節液（左膝）：HBs 抗原 21.6 IU/ml、CH50:10↓、HBV リアルタイム：検出せず。H29 年 7 月関節液（左膝）：HBs 抗原 148 IU/ml、HBV リアルタイム検出せず。その後も血中 HBV 検出せず。HBs 抗原も同程度で、fluctuate し、現在に至る。1 月よりベムリディーに変更し、今後もベムリディーのみで継続予定である。

