

第215回茨城県内科学会

日 時 平成31年3月16日(土)
14:00~18:00

会 場 国立病院機構水戸医療センター
2階地域医療研修センター

当番幹事 吉沢和朗
(国立病院機構水戸医療センター 外来部長)

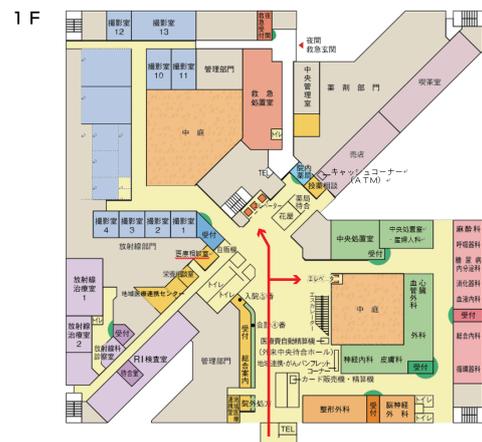
会場案内図



アクセス (バス路線)

水戸駅から	JR 水戸駅北口 (4 番) 茨城交通	見川 所要時間 35 分	水戸医療センター
	JR 水戸駅北口 (6 番) 関東鉄道	平須 所要時間 40 分	
	JR 水戸駅南口 (2 番) 関東鉄道	見川 所要時間 35 分	
赤塚駅から	JR 赤塚駅南口 (4 番) 茨城交通	桜の牧高 所要時間 20 分	
	JR 赤塚駅南口 (4 番) 茨城交通	大山原 所要時間 25 分	
	JR 赤塚駅南口 (4 番) 茨城交通	常陸高田 所要時間 25 分	

フロアガイド



正面玄関よりエスカレーターもしくはエレベーターで 2 階へお上がりください



第 2 1 5 回茨城県内科学会

日 時 平成 31 年 3 月 16 日 (土) 14:00~18:00
場 所 国立病院機構水戸医療センター 2階地域医療研修センター
当番幹事 吉沢和朗 (国立病院機構水戸医療センター 外来部長)

●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 3 月 7 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 (1 講座 1 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病院駐車場をご利用の際は、学会受付に駐車券をお持ちください (無料といたします)。

●第 2 1 5 回当番幹事

連絡先: 国立病院機構水戸医療センター 吉沢和朗
〒311-3193 茨城県東茨城郡茨城町桜の郷 280 番地
Tel 029-240-7711 Fax 029-240-7788

●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 酒井義法（総合病院土浦協同病院 院長）

一般演題（1）

14:05～14:53 座長 国立病院機構水戸医療センター 沼田岳士

1. double bubble sign

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⁾、
呼吸器内科²⁾

○藤井辰賢¹⁾、岡内眞一郎²⁾、大原 元²⁾、籠橋克紀²⁾、佐藤浩昭²⁾

2. 空調機使用による好酸球性細気管支炎の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 内科診療部呼吸器内科

○嶋田貴文、松村聡介、後藤 瞳、北岡有香、野中 水、笹谷悠惟果、

高木雄基、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

3. 肺炎球菌、BLNAR による鑄型気管支炎・重症肺炎の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 内科診療部呼吸器内科

○松村聡介、嶋田貴文、高木雄基、野中 水、北岡有香、後藤 瞳、

笹谷悠惟果、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

4. アミオダロンによる肺胞出血を伴った薬剤性肺障害の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 内科診療部呼吸器内科

○久保田翔太、嶋田貴文、松村聡介、後藤 瞳、北岡有香、野中 水、

笹谷悠惟果、高木雄基、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

5. 防風通聖散による薬剤性肺障害が疑われた一例

筑波大学附属病院 呼吸器内科

○木村真緒、秋山達也、松山政史、重政理恵、大島央之、矢崎 海、塩澤利博、
中澤健介、増子裕典、小川良子、際本拓未、松野洋輔、森島祐子、坂本 透、
家城隆次、檜澤伸之

6. 夏季に夫婦間で発症したインフルエンザウイルス肺炎の症例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○渡邊 峻、箭内英俊、川島 海、藏本健矢、沼田岳士、太田恭子、遠藤健夫

一般演題（2）

14:53～15:25 座長 国立病院機構水戸医療センター 田代裕一

7. 浮動感を主訴とする良性成人発症性家族性ミオクローヌスてんかんの1例

茨城県立中央病院 神経内科¹⁾、総合診療科²⁾

○田村大樹¹⁾、小國英一¹⁾、関 義元²⁾、関 昇子²⁾、市毛博之²⁾、境 達郎²⁾、
中村真季²⁾

8. 姿勢時ミオクローヌスを特徴とした高血圧による可逆性後頭葉白質脳症
(PRES)の61歳男性例

国立病院機構水戸医療センター 内科¹⁾、循環器内科²⁾、神経内科³⁾

○塚田篤志¹⁾、仲野晃司²⁾、山田 優²⁾、安部悠人²⁾、中山久美子²⁾、小泉智三²⁾、
吉沢和朗³⁾

9. 原発性脳腫瘍との鑑別を要した抗MOG抗体関連疾患の1例

総合病院土浦協同病院 神経内科

○慕 健、副島一樹、天野永一朗、太田浄文、町田 明

10. NSAIDs 関連壊死性脳症を反復した男性例

国立病院機構水戸医療センター 神経内科¹⁾、救急科²⁾

○吉沢和朗¹⁾、田代裕一¹⁾、井岡 桂¹⁾、福田壮馬¹⁾、中川博人¹⁾、土谷飛鳥²⁾、
堤 悠介²⁾、石上耕司²⁾、白石結香²⁾

(休憩 5分)

一般演題 (3)

15:30～15:54 座長 国立病院機構水戸医療センター 山田 優

11. 右冠動脈右室枝の単独閉塞により、超急性期に心室細動に至った一例
東京医科大学茨城医療センター 循環器内科

○落合徹也、岸 翔平、東 寛之、鈴木利章、小松 靖、木村一貴、阿部憲弘、
東谷迪昭

12. 若年男性の膜性腎症の一例

株式会社日立製作所 日立総合病院 腎臓内科¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾、病理診断科³⁾

○貝塚奈穂¹⁾、影山美希子¹⁾、岩瀬茉未子¹⁾、荒川 洋¹⁾、植田敦志¹⁾、
横島一彦²⁾、坂田晃子³⁾

13. 慢性腎不全の経過中に膀胱憩室を伴った腎後性腎不全を発症し、膀胱
留置カテーテルで改善した一例

茨城県立中央病院 総合診療科

○古澤 樹、市毛博之、中村真季、境 達郎、関 昇子、関 義元

一般演題 (4)

15:54～16:18 座長 国立病院機構水戸医療センター 下山田雅大

14. 当院における胃 ESD の現況

ひたち医療センター 消化器センター

○藤吉祐輔、望月清孝、吉田詠里加、茂木健太郎、松田和広、石原 明

15. 経皮的ドレナージを要した細菌性肝膿瘍の一例

ひたち医療センター 消化器センター

○吉田詠里加、望月清孝、藤吉祐輔、茂木健太郎、松田和広、石原 明

16. DPP-4 阻害薬内服後に水疱性類天疱瘡をきたした症例

JA とりで総合医療センター 内分泌代謝内科

○西内洋子、森 祥子、安藤真広、今井泰平

一般演題（5）

16:18～16:42 座長 国立病院機構水戸医療センター 堤（太田）育代

17. 化学療法が奏功した肥満細胞白血病

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 血液内科

○吉川千晶、伊藤由布、須摩桜子、堤（太田）育代、三浦由希子、関 正則、
吉田近思、米野琢哉

18. 大腿部蜂窩織炎で発症したクリプトコッカス症の一死亡例

茨城県立中央病院 総合診療科

○松本なこ、関 昇子、市毛博之、中村真希、境 達郎、関 義元

19. 化膿性椎間板炎による黄色ブドウ球菌菌血症を契機に横紋筋融解症と
なった1例

水戸済生会総合病院 腎臓内科

○田村有彩、椎名映里、松永宇広、郡司真誠、荷見祥子、黒澤 洋、
佐藤ちひろ、海老原 至

特別講演

16:45～17:45 座長 国立病院機構水戸医療センター 吉沢和朗

「内科医が知っておきたい新しい法制度に基づく我が国の難病対策」

茨城県立医療大学医科学センター 教授
茨城県難病相談支援センター 管理責任者
河野 豊 先生

閉会挨拶 17:45～17:50 吉沢和朗（国立病院機構水戸医療センター 外来部長）

幹事会 17:50～ 国立病院機構水戸医療センター 2階患者教室

特別講演

「内科医が知っておきたい新しい法制度に基づく我が国の難病対策」

茨城県立医療大学、茨城県難病相談支援センター管理責任者
河野 豊

平成27年1月1日に難病に関する新しい法律「難病患者に対する医療等に関する法律」（難病法）が施行されました。これによって難病を取り巻く環境は大きく変わってきています。従来よりも多くの疾患が医療費助成の対象となったことは先生方もご存知と思います。難病法の理念は、難病の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳をもって生きられる共生社会の実現を目指すというものです。医療と福祉が一体となった画期的な法律です。この理念を実現するために、難病法には、3つの柱が設けられています。まず、ひとつ目の柱が「効果的な治療法の開発や医療の質の向上」です。これには、治療方法の開発促進、全国的な難病患者データベース構築、治療ガイドラインの作成、医療体制の整備（難病医療拠点病院など）が含まれます。二つ目の柱が「公平かつ安定的な医療費助成の仕組みの構築」です。医療費助成の対象疾患は、従来の「特定疾患」から新たに「指定難病」へ変わり、難病指定医の導入や認定基準の見直しなどが行われました。指定難病の認定のための「臨床個人調査票」をお書きになられている先生も多いと思います。最後の柱は、「国民の理解の促進と社会参加のための施策の充実」です。難病は治療方法が確立していないため、患者さんは長期の治療や療養が必要となります。治療を続けながら、家事や就学・就労といった社会生活を維持しなければなりません。これは医療費の助成だけでは到底実現できません。そこで最後の柱では、難病に関する普及啓発に加えて、難病相談支援センターの機能強化などが盛り込まれました。平成28年4月1日には難病法の一部が改正され、就労支援が難病相談支援センターの実施事業に組み込まれ、ハローワークなどの就労支援等関係機関との連携体制の構築が謳われました。同時に施行された「障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律」により、行政機関や事業者には、障害のある人に対する合理的配慮を可能な限り提供することが求められるようになっていきます。

難病法の理念を実現するためには、医師がこの法律を理解することが不可欠と考えています。本講演では新しい法制度に基づく難病について、その法制化の背景や内科医が知っておきたい制度について解説したいと思います。本講演が難病に対する理解を深めるきっかけとなれば幸いです。

一般演題

1. double bubble sign

1) 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

2) 同 呼吸器内科

○藤井辰賢（ふじい たつよし）¹⁾、岡内眞一郎²⁾、大原 元²⁾、籠橋克紀²⁾、
佐藤浩昭²⁾

症例は、咳嗽、喀痰、発熱を主訴に来院した 70 歳男性。

胸部 X 線では左下肺に多量の胸水を伴う浸潤影があり、胸膜炎の診断で抗菌薬を投与し、治療は奏効した。治療終了 2 週後の胸部 X 線で、左横隔膜付近に、“double bubble sign” に類似した所見（隔壁を持つ胃泡のような所見）を認めた。胸部 CT では、左下葉に内部に気体液面像を伴うブラ、ブラに隣接して炎症を示唆するすりガラス像が存在した。X 線での“double bubble sign”は、古典的には十二指腸の狭窄・閉塞の際、胃と近位十二指腸の中の air によって観察されることが知られている。“double bubble sign”がある場合には、十二指腸を含む上腹部疾患の精査を行う必要がある。また、Sakar らは、肺の破裂した包虫嚢胞による同様の X 線所見を“double-arch sign”もしくは“air-bubble sign”として報告している。

今回の症例では、胸部 X 線で左横隔膜付近に“double bubble sign”を認めた。胸部 CT の 3-D 画像では、本来の“gastric bubble”に隣接する左下葉の“gastric bubble-like shadow”が、内部に気体液面像を伴うブラであることが確認できる。“gastric bubble”と“gastric bubble-like shadow”による胸部 X 線所見は、上記の上腹部疾患に関連する“double bubble sign”と類似している。

左横隔膜付近の“double bubble sign”は、左下葉に液体貯留を伴うブラの存在を示唆している可能性があり、今後の診療に資する症例として報告する。

2. 空調機使用による好酸球性細気管支炎の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 内科診療部呼吸器内科
○嶋田貴文(しまだ たかふみ)、松村聡介、後藤 瞳、北岡有香、野中 水、
笹谷悠惟果、高木雄基、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

【緒言】高柳らが提唱した好酸球性細気管支炎は、喘息では説明できない著明な好酸球浸潤を細気管支に認める病態であり、その詳細な機序は明らかではない。最近、空調機使用に伴い発症した好酸球性細気管支炎と考えられる稀な症例を経験したので考察を加え、報告する。

【症例】51歳男性

【主訴】呼吸困難、乾性咳嗽

【現病歴】現喫煙者(66pack years)、X年10月中旬より長期間フィルター清掃を行っていない空調機を使用した。X年10月26日夜間、自宅で飲酒と喫煙中に呼吸困難と乾性咳嗽が出現した。その後飲酒と喫煙を休止するも症状改善乏しく、当院受診となった。

【経過】来院時の胸部CTで上葉優位の小葉中心性の粒状影、分枝影を認めた。呼吸機能検査では閉塞性換気障害を呈し、血液検査ではKL6の上昇はなく、好酸球数とIgEの上昇を認めた。病歴より空調機による急性過敏性肺炎を疑い、気管支鏡検査を行った。経気管支肺生検では特異的な所見を得られなかったが、気管支肺胞洗浄で好酸球分画の上昇(28%)を伴う細胞数の上昇を認めた。急性過敏性肺炎との鑑別を要したが、画像で細気管支炎の所見を認め、気管支肺胞洗浄で好酸球数の増加を伴う点から、吸入抗原による好酸球性細気管支炎を疑った。入院での抗原回避により自然経過で症状の改善を認めた。自宅誘発試験を試みるも、空調機が既に清掃されており、症状の再燃はなかった。退院後も症状の再燃なく、退院3ヶ月後のCTで小葉中心性陰影の改善と呼吸機能検査で閉塞性換気障害の改善を認めた。

【考察】好酸球性細気管支炎の発症機序は明らかではないが、吸入抗原による発症例も報告されている。本症例は急性過敏性肺炎との鑑別が問題となるが、末梢血と気道の著明な好酸球増加および画像上の細気管支病変により好酸球性細気管支炎と判断した。

【結語】空調機と同様な抗原吸入による好酸球性細気管支炎の稀な1例を報告した。

3. 肺炎球菌、BLNAR による鑄型気管支炎・重症肺炎の 1 例

独立行政法人国立病院機構茨城東病院 胸部疾患・療育医療センター

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、高木雄基、野中 水、北岡有香、
後藤 瞳、笹谷悠惟果、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

鑄型気管支炎は粘液栓により気管支閉塞、無気肺をきたす致死的な病態である。その原因の一つに気道感染があり、インフルエンザウイルスやマイコプラズマ感染による報告が多い。気道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。気管支内腔の狭い小児での報告が多く、成人ではまれである。今回当院で肺炎球菌、BLNAR による鑄型気管支炎と診断した 1 例を経験したので報告する。

症例は 34 歳女性。来院 1 か月前より乾性咳嗽、来院 2 週間前より喀痰を認めていた。来院 10 日前に発熱を認め近医を受診し、セフトレキシムの内服が開始されたが症状の改善を認めず精査加療目的に当院紹介となった。当院来院時室内気で PaO₂ 70.4 mmHg と低酸素血症があり、胸部 CT で気管支に沿った陰影および右中葉の浸潤影を認めた。気管支に沿った陰影からは気管支炎を、また右中葉主体に分泌物による気管支内充填を疑い来院同日に気管支鏡検査を施行した。粘膜の発赤に加えて右中葉、右下葉、左下葉で黄褐色粘稠痰貯留を認めたため、吸痰を行った。検査後抗菌薬を施行した。喀痰培養からは肺炎球菌、BLNAR を認めた。吸痰及び抗菌薬投与により、その後陰影および症状の速やかな改善を認めた。

本症例は鑄型気管支炎の 1 例と考えられた。その治療は抗菌薬投与のみでは不十分でありしばしば致死的な転機をたどる。診断は画像所見、気管支鏡の所見に基づいてなされる。重症化の原因としては mucociliary clearance の低下が考えられ、そのため同疾患を常に念頭に置き、疑った場合には気管支鏡を用いた発症早期の bronchial toileting が何よりも重要となる。本症例でも気管支鏡検査による吸痰が状態改善に大きく寄与した。本症例の経過を、文献的考察を加えて報告する。

4. アミオダロンによる肺胞出血を伴った薬剤性肺障害の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 内科診療部呼吸器内科
○久保田翔太(くぼた しょうた)、嶋田貴文、松村聡介、後藤 瞳、北岡有香、
野中 水、笹谷悠惟果、高木雄基、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

【症例】78歳男性

【現病歴】X年6月に他院で心房細動に対してアブレーション施行し、同時期よりアミオダロンとエリキユースの内服を開始していた。X年11月湿性咳嗽、血痰、労作時呼吸困難を主訴に前医受診し、胸部異常陰影を認め、精査目的に当院紹介受診した。胸部CTで、左上葉に広範な crazy paving appearance を伴うすりガラス陰影と右下葉にCT値の高い結節影を認めた。精査目的に入院とし、気管支鏡検査で肺胞出血の所見を認めた。病歴、画像所見よりアミオダロンによる薬剤性肺胞出血と診断し、アミオダロン中止とし、呼吸不全を来していたため mPSL パルスを開始した。後療法として PSL1mg/kg/日を行い、その後呼吸状態の改善を認め、画像上すりガラス陰影と結節影の改善を認めた。その後 PSL 漸減を行っていたが、治療開始約1ヶ月後に初診時とは異なる右上葉に crazy paving appearance を伴うすりガラス陰影の出現を認めた。アミオダロン肺障害の再燃と判断し、PSL 増量した。その後陰影の増悪なく経過している。

【考察】アミオダロンによる肺障害の頻度は1.2%で cellular NSIP、OP、EP、ARDS、DAH、結節病変、胸水貯留など多彩な臨床像を呈する。機序は解明されていないが、直接的肺毒性、間接的免疫学的機序、遺伝的要因の関与が考えられている。肺胞出血はアミオダロン開始数日から数ヶ月（平均6ヶ月）後に発症するとされている。咳嗽・発熱・呼吸困難を呈し、濃度勾配を示す血性BALF、またはBALF中のヘモジデリン貪食マクロファージが示すことにより診断される。治療はアミオダロンの中止とステロイド投与であるが、用法用量は確立されていない。アミオダロンによる肺障害全体の死亡率は9~50%であり予後不良である。またアミオダロンとその代謝物の半減期は14~107日と長く特に脂肪に蓄積しやすいため、本例で見られたようなステロイド治療中、さらには中止後などの再発例が報告されている。

【結語】アミオダロン投与中、後に生じる肺陰影の鑑別診断に肺胞出血を考慮すべきである。

5. 防風通聖散による薬剤性肺障害が疑われた一例

筑波大学附属病院 呼吸器内科

○木村真緒（きむら まお）、秋山達也、松山政史、重政理恵、大島央之、
矢崎 海、塩澤利博、中澤健介、増子裕典、小川良子、際本拓未、松野洋輔、
森島祐子、坂本 透、家城隆次、檜澤伸之

症例は53歳女性。気管支喘息や回帰性リウマチのため当院に通院していた。20××年8月10日から頭痛やめまい、息切れなどを自覚し、徐々に息切れが増悪した。8月25日呼吸困難のため近医を受診し、胸部Xpで右肺に浸潤影を認めたため、肺炎に伴う喘息発作と診断され、点滴治療を受けた。その後も症状が改善せず8月29日当院を受診、低酸素血症を呈しており精査加療目的に緊急入院した。胸部CTでは、両肺全体に非区域性のすりガラス陰影を認め、気管支血管束の肥厚や小葉間隔壁の肥厚を伴っていた。8月31日気管支鏡検査を行い、気管支肺胞洗浄では、有核細胞数230/ μ l (Macrophage 19.1%、Lymphocyte 64.3%、Neutrophil 1.7%、Eosinophil 14.8%)の結果であった。改めて病歴を聴取したところ、8月1日から便秘や肩こりの訴えに対して他科で防風通聖散が開始されていた。以上の結果から、鑑別の第一に同薬剤による薬剤性肺障害を疑い、被疑薬を中止し無治療で経過を見る方針とした。その後呼吸状態は改善し、肺野の陰影も自然に消退した。病歴や経過から、防風通聖散による薬剤性肺障害と判断した。尚、同薬剤のDLSTを提出したが結果は陰性であった。

防風通聖散は薬局でも市販されている漢方薬ではあるが、薬剤性肺障害を来すとされるオウゴンを含有しており、内服には注意が必要である。また、鑑別診断を考える上で、内服薬やその開始時期などを聴取することが非常に重要である。

6. 夏季に夫婦間で発症したインフルエンザウイルス肺炎の症例

国立病院機構水戸医療センター 呼吸器科

○渡邊 峻（わたなべ りょう）、箭内英俊、川島 海、藏本健矢、沼田岳士、
太田恭子、遠藤健夫

症例1は63歳女性。X年8月10日から2日間、家族で温泉宿泊をし、12日から39℃の発熱を認めたが、本人が受診を拒否。13日頃から喘鳴が出現し徐々に増悪し、16日に当院救急外来を受診した。鼻咽頭ぬぐい液でインフルエンザウイルス抗原がA型陽性であり、呼吸不全もあり緊急入院となった。胸部CTで気管支に沿った粒状影が下肺野中心に認められ、画像所見および臨床経過からインフルエンザウイルス肺炎が疑われた。一時は人工呼吸器管理となったが、抗ウイルス薬および抗菌薬の投与で軽快し、退院となった。

症例2は63歳男性で、症例1の夫である。妻が8月12日より発熱し、翌13日に夫に39℃の発熱が出現。17日に近医を受診し、肺炎像を指摘され当院紹介入院となった。鼻咽頭ぬぐい液で妻と同様にインフルエンザウイルス抗原がA型陽性であった。CTで気管支に沿った粒状影を認め、画像所見や臨床経過からインフルエンザウイルス肺炎が疑われた。抗ウイルス薬および抗菌薬の投与で軽快し退院となった。

夫婦同時にインフルエンザウイルス性肺炎を認めたため、PCR検査を提出したところ、AH1pdm09が検出された。AH1pdm09ウイルスは上気道および下気道の両方のレセプターに結合する性質を持つため、上気道から下気道、肺胞まで広範な呼吸器障害を起こし得ると考えられている。夏季に夫婦間で同時に発症したインフルエンザウイルス性肺炎を経験したため、文献的考察を含め報告する。

7. 浮動感を主訴とする良性成人発症性家族性ミオクローヌステんかんの1例

茨城県立中央病院 神経内科¹⁾、総合診療科²⁾

○田村大樹 (たむら ひろき)¹⁾、小國英一¹⁾、関 義元²⁾、関 昇子²⁾、
市毛博之²⁾、境 達郎²⁾、中村真季²⁾

【患者】71歳男性 【主訴】浮動感

【現病歴】入院の数年前から、書字の際に手の震えを自覚。3か月前より日に2～3回の頻度で「全身がふわっとする、頭がぼっとする」感覚を自覚。当院脳神経外科を受診したが、頭部CTでは異常は見出せなかった。次いで循環器内科を受診し、心臓超音波検査、ティルト試験、トレッドミル運動負荷試験を施行したが異常を認めず、脳波で散見する鋭波を指摘され精査目的で神経内科入院となった。

【入院時現症】

一般身体所見：身長 168 cm、体重 78.1 kg、体温 36.6℃、心拍数 76/分、血圧 150/93mmHg。

神経学的所見：手指に低振幅の動作性・姿勢時振戦と右側優位に深部腱反射亢進を認めた。高次脳機能・脳神経系・歩行等に異常を認めない。

【検査結果】

検体検査：血算にて白血球の軽度上昇を認めるほか特記所見を認めない。

生化学・尿検査・髄液検査等で異常所見を認めない。

画像：頭部MRIの拡散協調像では高信号域を認めない。

脊椎MRIにて頸髄に軽度の扁平化(+)。

生理機能：心電図はHR80bpm、RSR、左軸偏位。

脳波にて鋭波散見。

体制感覚誘発電位にて巨大電位を認める。

【経過・考察】浮動感を主訴としたため、当初頸性眩暈を疑い脊椎MRIで頸髄圧迫を認めた。この機能的異常を体性感覚誘発電位(SEP)で調べたところGiant SEPを検出した。家族歴の再確認から、叔父に同様の振戦を認め、良性成人発症性家族型ミオクローヌステんかん(BAFME)と診断した。クロナゼパム内服にて浮動感が消失し、外来経過観察の方針とした。

本邦で命名されたBAFMEは稀ならず認められる疾病で、動作時・姿勢時の振戦、光過敏等を呈するが、知的退行を示さない点が進行性ミオクローヌステんかんと区別され、診断にはSEPが有用とされる。

本例では浮動感を主訴とする点が多くBAFME報告例と異なり、この疾患を浮動性眩暈症の鑑別診断に加えるべきと考えた。

8. 姿勢時ミオクローヌスを特徴とした高血圧による可逆性後頭葉白質脳症 (PRES) の 61 歳男性例

国立病院機構水戸医療センター 内科¹⁾、循環器内科²⁾、神経内科³⁾

○塚田篤志 (つかだ あつし)¹⁾、仲野晃司²⁾、山田 優²⁾、安部悠人²⁾、
中山久美子²⁾、小泉智三²⁾、吉沢和朗³⁾

【症例】 61 歳男性

【主訴】 四肢の姿勢時不随意運動

【既往歴】 60 歳まで電気工事に従事、交通事故で内臓破裂、胆石、虫垂炎、未治療高血圧

【現病歴】 X-4 月 頭痛、嘔気、めまいを自覚し近医で高血圧 230/130 を指摘され降圧薬 (CB+ARB) を処方されたが内服不規則。X 月初旬より上肢に不随意運動を自覚したが生活に支障なく放置。X+1 月不随意運動が増悪し起立困難、おにぎりも持てず食事摂取困難となり来院。

【身体所見】 GCS E4V5M5、血圧 192~213/141~152 (脈 90 前後)、四肢の粗大な運動は可能、上下肢共に一定の姿勢保持が不能でミオクローヌス (動画供覧)、四肢深部腱反射正常、病的反射なし。

【検査】 頭部 MRI : 側脳室周囲の慢性虚血性病変に加え脳幹、視床、後頭葉に FLAIR 高信号域。脳波 : δ 領域の徐波混入。血液生化学 : BUN 72.0、Cre6.43、NH3 26、BGA : pH 7.44、PaO₂ 97.4、PaCO₂ 36.7、HCO₃ 24.4。

【経過】 未治療高血圧、腎機能障害があるが腎不全、肝不全の状態ではなく、高血圧脳症を疑い降圧 (160~180/90~110 程度) のみで経過観察。翌朝には不随意運動が軽減、さらに翌々日にはほとんど消失 (動画供覧)。入院 8 日目の頭部 MRI では脳幹、視床、後頭葉の病変は消失、脳波も α 波主体の脳波に改善。入院 11 日目の SEP は正常で Giant SEP は認めず。

【考察】 ミオクローヌスは姿勢時に出現し、肝不全の際の羽ばたき振戦類似の筋緊張が抜けるタイプの negative myoclonus であったが、肝不全や腎不全は否定的で、Giant SEP も記録されず、長期にわたって大脳皮質の過敏状態が継続している様子もなかった。30 mm Hg 程度の降圧のみで不随意運動は消失、MRI 上の病変や脳波所見も改善し、高血圧による可逆性後頭葉白質脳症 (PRES) と診断。

9. 原発性脳腫瘍との鑑別を要した抗 MOG 抗体関連疾患の 1 例

総合病院土浦協同病院 神経内科

○慕 健 (ぼ たけし)、副島一樹、天野永一朗、太田浄文、町田 明

【症例】43 歳女性

【主訴】右上下肢脱力、視野欠損

【既往歴】左視神経炎 (28 歳) : ステロイドパルスで改善した。

【臨床経過】先行感染なく、1 週間で進行していく右下同名 1/4 半盲、右手の巧緻運動低下、右下肢筋力低下 (MMT4) を認め、深部腱反射亢進は右上下肢で認めた。視覚誘発電位は両側正常化しており、髄液細胞数や蛋白は正常範囲内で、オリゴクローナルバンド陰性、初圧 (270mmH₂O) と IgG index (0.87) の上昇を認め、抗 AQP4 抗体陰性、抗 MOG (ミエリンオリゴデンドロサイト糖蛋白) 抗体陽性を認めた。MRI 検査では、側頭葉を主体に左大脳白質～中脳に、mass effect や DWI 高信号に乏しく、Open ring ではなく内部に一部造影効果を伴う、最大 4cm 大の腫瘍様の連続性 T2WI 高信号病変を認めた。脊髄病変は認めず、視神経炎の再発も認められなかった。大量ステロイド静注療法を施行したところ反応良好であり、症状はほぼ消失し、画像的にも病変の縮小を認めた。

【考察】抗 MOG 抗体関連疾患は、従来の多発性硬化症、視神経脊髄炎スペクトラム疾患、急性散在性脊髄炎、特発性視神経炎・脊髄炎と診断されてきた中に重複している可能性があり、徐々にその疾患概念が確立されつつある。本症例のように原発性脳腫瘍との鑑別が必要な症例においても、抗 MOG 抗体の存在を確認しておくことが重要であると考えた。

10. NSAIDs 関連壊死性脳症を反復した男性例

国立病院機構水戸医療センター 神経内科¹⁾、救急科²⁾

○吉沢和朗（よしざわ かずお）¹⁾、田代裕一¹⁾、井岡 桂¹⁾、福田壮馬¹⁾、
中川博人¹⁾、土谷飛鳥²⁾、堤 悠介²⁾、石上耕司²⁾、白石結香²⁾

【第1回エピソード】10歳時、発熱、上気道炎症状、頭痛で手持ちのメフェナム酸を内服後、近医を受診。さらにメフェナム酸を処方され内服。翌日から傾眠傾向となり緊急入院。頭部MRIで両側視床、脳幹に壊死性脳症と思われる病変。インフルエンザA抗体（CF）が4倍→128倍と上昇を示しインフルエンザ脳症と診断、抗けいれん薬と対症療法で発症3週間後より回復し、約3ヵ月で退院。

【第2回エピソード】18歳時、発熱と頭痛があり近医を受診。サリチルアミド含有複合感冒薬を処方され内服。翌朝よりせん妄状態となり緊急入院。GCS E4V1M4四肢深部腱反射亢進、病的反射陽性。インフルエンザ迅速検査陰性、インフルエンザCF抗体（ペア血清）陰性。頭部MRIで両側視床に壊死性脳症。ステロイドパルス療法で意識障害は数日で改善。頭部MRI所見も約1ヶ月で改善。

【第3回エピソード】31歳時、高熱と咽頭痛で当院受診。迅速検査でインフルエンザA陽性。オセルタミビルとアセトアミノフェンの頓服のみで特に神経症状の併発なく、3日後に解熱。

【参考症例】21歳女性、発熱で近医受診しインフルエンザ迅速検査陰性、サリチルアミド含有総合感冒薬とメフェナム酸を処方され内服。翌日再検査でインフルエンザA陽性でゾフルーザ内服。翌々日、意識障害で入院。両側視床、脳幹、小脳に及ぶ壊死性脳症。

【考察】壊死性脳症の4割がインフルエンザ脳症、インフルエンザ脳症の1割が壊死性脳症。本例の発症に共通したのはインフルエンザ感染ではなく、メフェナム酸やサリチルアミドなどNSAIDsの使用歴。インフルエンザ迅速検査が陽性的場合NSAIDsを使用しないことは徹底されているが、迅速検査の感度は必ずしも高くはなく、検査陰性はインフルエンザ否定の根拠にはならない。少なくともインフルエンザを疑い迅速検査を施行した場合は結果に関わらずNSAIDsを処方すべきではない。

11. 右冠動脈右室枝の単独閉塞により、超急性期に心室細動に至った一例

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）、岸 翔平、東 寛之、鈴木利章、小松 靖、
木村一貴、阿部憲弘、東谷迪昭

【症例】 50 歳、男性

【主訴】 安静時息切れ

【現病歴】 労作性狭心症に対して前下行枝に経皮的冠動脈形成術（PCI）を施行された既往のある患者。夜間安静時の呼吸困難を自覚し救急外来を受診し、うっ血性心不全の診断で緊急入院した。入院時の心電図で新規に下壁誘導での異常 Q 波、T 波の陰転化を認め、虚血性心疾患の存在が疑われたため、心不全改善後に冠動脈造影を行った。右冠動脈#2 に 90%狭窄を認め、引き続き PCI を施行した。薬剤溶出性ステントを留置した際に病変近傍から分枝する右室枝が閉塞し、それに引き続き前胸部誘導の V1～4 誘導で特異的な ST 上昇を認めた。右室枝閉塞による変化と考え、ガイドワイヤーを通過させることを試みている最中に心室性期外収縮が頻発し、その後心室細動となった。電氣的除細動計 3 回とアミオダロンの投与により洞調律となった。右室枝にはガイドワイヤーは通過するがバルーンを進めることはできず、大動脈内バルーンパンピングを留置し、造影遅延を伴うが血流は再開したことを確認し、集中治療室に帰室した。術後は徐々に ST 上昇は改善し、不整脈も無く経過した。

【考察】 PCI の右冠動脈円錐枝や右室枝の単独閉塞による右側前胸部誘導での ST 上昇を認めることは知られているが、超急性期に心室細動に至った報告は少なく貴重と思われたため報告する。

12. 若年男性の膜性腎症の一例

株式会社日立製作所 日立総合病院 腎臓内科¹⁾、耳鼻咽喉科²⁾、病理診断科³⁾
○貝塚奈穂（かいつか なお）¹⁾、影山美希子¹⁾、岩瀬茉未子¹⁾、荒川 洋¹⁾、
植田敦志¹⁾、横島一彦²⁾、坂田晃子³⁾

【症例】生来健康な 34 歳男性。X-2 年まで毎年受けていた健診では異常なかった。X-1 年 10 月 16 日の健診で尿蛋白 4+、Alb 3.0 g/dL、T-Cho 216 mg/dL を指摘され、近医を受診した。10 月 30 日に当科を紹介受診し、尿蛋白 3+(4.3 g/gCr)、Alb 3.0g/dL、LDL-C 141mg/dL でありネフローゼ症候群を呈していた。高血圧や下腿浮腫は認めなかった。11 月 5 日に腎生検を施行され、膜性腎症 Stage 2~3 と診断された。二次性膜性腎症の検索目的に諸検査を実施したところ、単純 CT で両側腋窩と縦隔の 10mm 前後のリンパ節腫大が認められた。血液検査で抗核抗体 160 倍 (SPECKLED, NUCLEOLAR)、IgG4 206mg/dL、IgE 2090IU/L、sIL-2R 637U/L と高値だったため、膠原病または悪性リンパ腫が疑われ、12 月 21 日に腋窩リンパ節生検を実施されたが、異常は認められなかった。X 年 1 月 4 日に実施した PET-CT で咽頭の異常集積を指摘され、同部位より生検を行った。悪性の所見は認められなかったが、IgG4/IgG 陽性細胞比が 40%程度であり、IgG4 関連疾患は否定できない結果だった。治療としてはネフローゼ症候群のガイドラインに従い、1 月 8 日より PSL 50mg の内服を開始し治療反応性を見ている。

【考察】膜性腎症 (MN) は日本の原発性ネフローゼ症候群の約 4 割を占めている。平均年齢は 62.2 歳であり、本症例のように 30 歳代での発症は多くはない。MN の 8 割は特発性であるが、二次性の場合、悪性腫瘍 (主に肺癌、消化器癌等)、膠原病・自己免疫疾患 (SLE, PM/DM 等)、感染症 (HBV, HCV 等)、薬剤性 (ペニシラミン等) が原因として知られている。今回、若年発症で特発性と二次性の鑑別に難渋した一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

13. 慢性腎不全の経過中に膀胱憩室を伴った腎後性腎不全を発症し、膀胱留置カテーテルで改善した一例

茨城県立中央病院 総合診療科

○古澤 樹(ふるさわ たつき)、市毛博之、中村真季、境 達郎、関 昇子、
関 義元

症例：80歳代男性。

主訴：亜急性の意識障害。

経過：既往に完全房室ブロックでペースメーカー留置、前立腺肥大症があった。年単位で進行した腎機能低下から慢性腎不全の増悪と考えられ、透析導入が検討されていた。意識障害の精査目的に当院当科入院となった。経過と画像所見から脳卒中は否定的で、ペースメーカー解析により心原性も否定的であった。BUN131mg/dL、Cre5.03mg/dL、pH7.237と腎機能低下、代謝性アシドーシスに加え、著明な水腎水尿管、膀胱背側の嚢胞性病変を認め、腎後性腎不全と判断し膀胱留置カテーテルを挿入した。炎症反応はCRP7.40mg/dLと高値であったが、感染の成立は明らかでなく、全身状態良好であったため、抗菌薬は投与しなかった。炎症反応高値が遷延し、膀胱背側の嚢胞感染を疑って、第14病日に膀胱鏡と経直腸超音波検査を行った。膀胱背側の嚢胞性病変は膀胱憩室と判断した。第18病日のCT検査で膀胱憩室は縮小しており、水腎水尿管も改善がみられた。第20病日時点でCRP1.47mg/dLと改善、BUN49mg/dL、Cre3.06mg/dLと腎機能改善がみられた。意識状態も入院時JCSII-10、傾眠傾向であったが、腎後性腎不全改善に伴いJCSI-1まで改善した。改訂長谷川式簡易知能評価スケール12点(第8病日)と認知機能低下を認め、認知症に腎後性腎不全を合併したことで意識障害をきたしたと判断した。

考察：本症例は、年単位で進行した腎機能低下に、腎後性腎不全が合併したため、尿閉の認知が遅れた可能性がある。腎不全では腎後性腎不全の鑑別から考えることの重要性を再認識した教訓的な症例であったので報告する。

14. 当院における胃 ESD の現況

ひたち医療センター 消化器センター

○藤吉祐輔（ふじよし ゆうすけ）、望月清孝、吉田詠里加、茂木健太郎、
松田和広、石原 明

【背景】胃腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は、high volume center においては良好な治療成績により、確立した手技と考えられている。

【目的】high volume center ではない地域の市中病院である当院における、胃腫瘍に対する ESD の現況を明らかにすること。

【方法】2013 年 1 月から 2018 年 12 月までに、当院にて胃腺腫・早期胃癌に対して ESD を施行した症例を、後方視的に検討した。

【結果】上記の期間に当院で胃 ESD を施行した例は、23 例であった。内訳は 2013 年 1 例、2014 年 2 例、2015 年 2 例、2016 年 1 例、2017 年 6 例、2018 年 14 例であった。患者背景は、年齢中央値 72（68-79）歳、男女比 20 : 3、抗血栓薬内服 2 例（8.7%）であった。病変については、部位（U/M/L）=（13/7/3）、肉眼形態（0-I+IIa/0-IIa/0-IIa+IIc/0-IIc）=（1/10/5/7）、病変径 14（10-7）mm、切除標本径 35.2（25-43.3）mm、組織型（adenoma/tub1/tub2）=（6/14/3）、深達度（M/SM1/SM2）=（14/0/2）、脈管侵襲陽性 0 例、深部断端陽性 0 例、水平断端陽性 1 例（4.3%）であった。治療成績は、切除時間 80（54-110）分、一括切除 21 例（91.3%）、R0 切除 18 例（78.3%）、在院日数 9（7-10）日、後出血 1 例（4.3%）、術後合併症（肺炎）1 例（4.3%）であった。

【結論】地域の市中病院である当院においても、胃 ESD 件数は増加傾向であり、概ね良好な治療成績であった。

15. 経皮的ドレナージを要した細菌性肝膿瘍の一例

ひたち医療センター 消化器センター

○吉田詠里加(よしだ えりか) 、望月清孝、藤吉祐輔、茂木健太郎、松田和広、
石原 明

<症例>87 歳男性

<既往歴>胆嚢結石 (胆嚢摘出術) 、高血圧

<現病歴>心窩部痛、発熱が出現し症状の改善得られず当院救急外来受診。腹部造影 CT にて肝右葉に 90×80mm の膿瘍性病変が認められたため、精査・加療目的に入院となった。

<入院後経過>来院時の採血にて炎症反応の上昇を認めたことから、細菌性肝膿瘍が疑われたため第 1 病日よりメロペネム水和物の点滴静注を開始した。第 2 病日に腹部エコー検査を施行、肝右葉に多房性の膿瘍性病変を認めた。抗生剤加療にて経過を見たが、発熱や炎症反応高値が持続したため、第 5 病日に経皮的肝膿瘍ドレナージを施行した。その後解熱、炎症反応の改善が得られ、第 20 病日のドレーン造影にて膿瘍腔の縮小が認められたためドレーンクランプとし、第 24 病日にドレーン抜去、第 28 病日退院となった。

なお、入院中に施行した糞便中赤痢アメーバ定性は陰性、膿瘍培養/血液培養にて *Enterobacter aerogenes* が検出された。膿瘍造影では明らかな胆管との交通を認めず、また下部消化管内視鏡検査で異常所見を認めなかったことより、肝膿瘍の原因は、膿瘍培養/血液培養結果が一致したことより経動脈感染に伴う細菌性肝膿瘍が疑われた。

<考察>肝膿瘍は、病原微生物が肝組織内に侵入し肝臓内に膿瘍を形成する病態を示す。一般的に病原微生物の侵入経路として①経胆道感染②経門脈感染 (アメーバ性肝膿瘍を含む) ③経動脈感染④医原性が挙げられる。また治療法として細菌性肝膿瘍の場合、一般的に感受性のある抗菌薬投与と肝膿瘍ドレナージとされ、本症例においては最終的に、肝膿瘍ドレナージが有効であったと考えられた。肝膿瘍に対する診断・治療について文献も含め報告する。

16. DPP-4 阻害薬内服後に水疱性類天疱瘡をきたした症例

JA とりで総合医療センター 内分泌代謝内科

○西内洋子（にしうち ようこ）、森 祥子、安藤真広、今井泰平

【緒言】 DPP-4 阻害薬は 2 型糖尿病治療薬の中で低血糖をきたすリスクが少なく、糖尿病診療において広く普及している。近年諸々の副作用が報告され、今回 DPP-4 阻害薬内服後に水疱性類天疱瘡 (Bullous Pemphigoid; BP) をきたした症例を経験しここに報告する。

【症例】 69 歳、女性

【主訴】 左下肢痛

【現病歴】 2 型糖尿病、合併症は神経障害・網膜症はなく、腎症 2 期であった。現病に対しミチグリニド内服していたが X-5 年 6 月よりビルダグリプチン 100mg に変更した。X-3 年 11 月に左下肢痛を自覚して近医を受診した際、臀部から左下肢にかけて発疹を認め、帯状疱疹疑いで当院皮膚科紹介となった。その後改善するも、四肢・体幹・口腔内に水疱を認めたため皮膚生検施行したところ、蛍光抗体直接法で IgG および C3 基底層で陽性、抗 BP180 抗体陽性であり BP と診断された。ビルダグリプチン内服中止しプレドニゾロン (PSL)、ミノサイクリン内服して症状は改善した。

PSL 開始後糖尿病は悪化し、インスリンを開始した。PSL 漸減され血糖改善を認めたことからインスリン離脱し、糖尿病薬は現在ミチグリニドのみ内服している。

【考察】 DPP-4 阻害薬の副作用として BP が報告されるようになったのは 2012 年頃である。フランスの医薬品ビジランスセンターの 2016 年の報告では、BP 患者における DPP-4 阻害薬内服者の割合が、他疾患の患者と比較して有意に高く、薬剤の使用頻度が増加し DPP-4 阻害薬と BP の強い因果関係が示唆される結果であった。その後、徐々に自己免疫関連の副作用も報告されるようになってきたが、認知度は依然低く、当院で確認できた DPP-4 阻害薬関連 BP においても、他科で処方されている症例では薬剤中止されずに加療継続しているケースが散見された。何らかの免疫関連の有害事象が発生した際は、投与期間に関係なく DPP-4 阻害薬を被疑薬として考える必要がある。

17. 化学療法が奏功した肥満細胞白血病

独立行政法人国立病院機構 水戸医療センター 血液内科

○吉川千晶（よしかわ ちあき）、伊藤由布、須摩桜子、堤（太田）育代、
三浦由希子、関 正則、吉田近思、米野琢哉

【背景】肥満細胞白血病は全身性肥満細胞症の一病型であり、その頻度は全ての肥満細胞症の 0.5%未満と極めて稀な疾患である。急激な経過をたどり治療抵抗性であることから予後は非常に不良とされる。

【症例】48 歳女性。発熱と咳嗽で近医受診し、貧血と血小板減少を指摘され紹介受診。WBC 10.6 万/ μ L、Hb 6.8g/dL、Plt 6.9 万/ μ L で末梢血中に異常細胞を 19% 認めた。CT では両側胸水と著明な肝脾腫がみられた。骨髓検査では好塩基性～好酸性の大型顆粒が充満する異常細胞が 95%を占め、これらの細胞はフローサイトメトリー検査で CD13/CD33 陽性、B/T 細胞系マーカー陰性、CD34/HLA-DR/MPO/TdT 陰性。病理免疫染色で肥満細胞の特徴とされる c-kit と CD68 が陽性であり、形態学的所見と合わせて肥満細胞白血病と診断した。複雑染色体異常を認めたが、白血病関連キメラ遺伝子は検出せず。初診後より急激な末梢血中異常細胞の増加とともに発作性の皮膚紅潮、動悸、呼吸困難が出現し、胸水貯留と浮腫も増悪。血清ヒスタミンおよびトリプターゼが高値であり、これらの症状はヒスタミン過剰に伴う mast cell activation syndrome と考えられた。急性骨髄性白血病に準じてイダルビシン+シタラビンによる寛解導入療法を施行。腫瘍崩壊の影響によりヒスタミン関連症状は一過性に増悪したが、血液学的寛解を得るとともに軽快した。

【考察】肥満細胞白血病は希少疾患であるため治療法は確立されていない。クラドリンやインターフェロン、急性骨髄性白血病の治療などが行われてきたが治療抵抗性である。KIT 遺伝子変異を認めることが多く、近年はチロシンキナーゼ阻害剤も試みられているが効果は十分ではない。同種造血幹細胞移植を併用することにより救命できたとする報告があり、本症例においても実施を検討している。

18. 大腿部蜂窩織炎で発症したクリプトコッカス症の一死亡例

茨城県立中央病院 総合診療科

○松本なこ(まつもと なこ)、関 昇子、市毛博之、中村真希、境 達郎、
関 義元

症例：50 歳代女性。

主訴：発熱、左大腿部痛。

経過：バッド・キアリ症候群、非代償性肝硬変、好酸球増多症のため通院を継続しており、プレドニゾロン 10mg/日内服中であつた。入院 2 週間前、左大腿部の発赤、疼痛を主訴に来院し、蜂窩織炎の診断でセファレキシン 1500mg/日内服を行ったが改善なく、入院の方針とした。セファゾリン 2g 8 時間毎投与を開始したが、局所所見は増悪傾向であり、壊死性筋膜炎を想定しタゾバクタム・ピペラシリン 4.5g 8 時間毎+クリンダマイシン 600mg 8 時間毎+バンコマイシン 1g 12 時間毎を投与した。難治であつたため、試験切開を行い創部・浅筋膜培養を提出したところ、両者および血液培養より *Cryptococcus neoformans* を検出し、播種性クリプトコッカス症と診断した。さらに髄液検査でも同真菌を認め、髄膜炎を併発していると判断し、アムホテリシン B 200mg 24 時間毎投与を行った。しかし局所所見に改善なく、第 19 病日より呼吸困難が出現。第 20 病日単純 CT で両肺野に広範な浸潤影を認め、急性呼吸窮迫症候群と考えられた。酸素投与を行うも徐々に酸素化不良となり、同日死亡した。

考察：播種性クリプトコッカス症は、HIV 感染症の他、ステロイドや悪性腫瘍、臓器移植後、腎不全、肝硬変、糖尿病、血液疾患等の免疫抑制状態がリスクとなり発症する。皮膚病変は播種性クリプトコッカス症の 10-20%に発症し、稀ではあるが全身感染を示唆する徴候として診断に有用である場合がある。本症例は、難治性の蜂窩織炎から真菌症を疑って精査を行い、抗真菌薬を開始したが、最終的に死亡に至った。非 HIV 患者における播種性クリプトコッカス症の予後は悪く、1 ヶ月後死亡率は 63%との報告もある。免疫抑制状態の患者において、難治性の皮膚病変を認めた際には、本症の可能性を考慮し精査を行う必要がある。

19. 化膿性椎間板炎による黄色ブドウ球菌菌血症を契機に横紋筋融解症となった1例

水戸済生会総合病院 腎臓内科

○田村有彩（たむら ありさ）、椎名映里、松永宇広、郡司真誠、荷見祥子、
黒澤 洋、佐藤ちひろ、海老原 至

【症例】 62歳男性 **【主訴】** 腰痛、発熱

【現病歴】 X年3月1日に発熱、腰痛が出現し徐々に増悪していた。3月3日の昼頃に自宅で倒れており、前医救急搬送となった。腰痛増悪の原因検索のため全身CT検査を施行したが、有意な所見を認めなかった。血液・尿検査でS-Cre 1.87mg/dlと腎機能障害、CK 11,636U/L、CRP 31mg/dlと上昇し精査加療目的に入院となった。入院後無尿が続き、翌日の血液検査でCK 104,220U/L、S-Cre 4.29mg/dlと著明な上昇を認めた。横紋筋融解症に合併した急性腎不全と考えられ、精査加療目的に当院転院となった。

【入院後の経過】 入院時40℃台の発熱、BUN/Cre 65.1/5.51mg/dlと腎機能障害は増悪傾向であり、CRP 39.76mg/dlと炎症反応高値を認めた。何らかの感染に伴う横紋筋融解症と考え、CTX4g/日の投与を開始した。腰椎MRIで化膿性椎体炎も認め、骨移行性の高いMINO200mg/日の内服を追加した。入院時より横紋筋融解症に伴う急性腎不全により無尿が続き、第2病日に持続緩徐式血液濾過を開始とした。その後も利尿得られず、第6病日から血液透析へ変更し継続した。第30病日頃から尿量が徐々に増加し、第45病日の透析前採血で腎機能改善傾向、尿量800-1000ml/日得られていることから透析離脱となった。

【考察】 横紋筋融解症の原因としては感染症、電解質異常（低K血症、低P血症）、薬剤性、運動誘発性、神経・筋疾患、外傷性などが挙げられる。今回、我々は化膿性椎間板炎による黄色ブドウ球菌菌血症を契機に横紋筋融解症、急性腎不全に至ったと考えられる一例を経験したため、文献考察を加えて報告する。

