

令和元年度
福島県地域医療症例検討会
アーカイブス

日時 令和元年10月5日(土)

場所 いわき市医療センター (福島県いわき市)

発表者 福島県内の臨床研修医 12名

主催：福島県臨床研修病院ネットワーク

福島県立医科大学医療人育成・支援センター

共催：一般社団法人 福島県医師会

目次

症例発表

- Upside down stomach 型食道裂孔ヘルニアに
上室性不整脈を合併した1例** 1
発表者：福島赤十字病院 研修医2年次 芳賀文香
- プレドニゾン長期内服中に発症した敗血症性ショックに対して
ステロイドカバーが有効であった一例** 6
発表者：白河厚生総合病院 研修医1年次 八木沼恵
- 誤嚥防止術を行った筋強直性ジストロフィーの1例** 10
発表者：星総合病院 研修医1年次 桐花悠介
- 免疫チェックポイント阻害剤にて
病理学的完全奏功が得られた進行肺腺癌の1例** 11
発表者：会津医療センター附属病院 研修医1年次 川又崇弘
- クスリはリスク** 12
発表者：大原総合病院 研修医2年次 晴山到
- 強い腰痛と発熱で想起する化膿性脊椎炎の一例** 16
発表者：いわき市医療センター 研修医2年次 松岡亮
- 入院中に進行した脳梗塞の1例～慣れてきた頃が怖い～** 20
発表者：南相馬市立総合病院 研修医1年次 渡邊大貴
- 術前 S-1+oxaliplatin 療法が著効し、
組織学的 CR となった高度リンパ節転移を伴う進行胃癌の一例** 22
発表者：いわき市医療センター 研修医1年次 西丸響

不全型川崎病の一例 25

発表者：公立相馬総合病院 研修医 1年次 齋藤詩帆

内科的治療が困難を極めた潰瘍性大腸炎の1例 26

発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医 2年次 錫谷研

熱中症の診断において注意すべき疾患 30

発表者：福島県立医科大学附属病院 研修医 2年次 渡部将伍

治療に難渋した気腫合併肺腺維症に続発した気胸の1例 33

発表者：いわき市医療センター 研修医 1年次 草野亮太

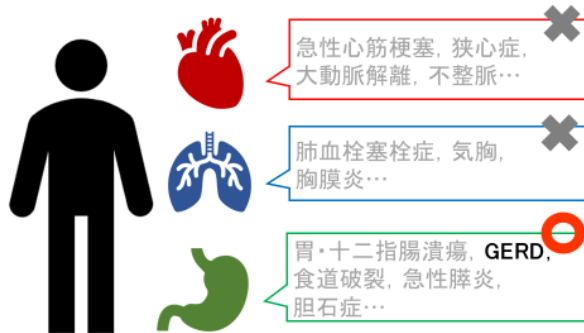
Upside down stomach型食道裂孔ヘルニアに 上室性不整脈を合併した1例

福島赤十字病院 2年次研修医
芳賀 文香

胸が苦しい…何を考えますか？



胸が苦しい…何を考えますか？



胸が苦しい…何を考えますか？



症例 87歳 女性

【主訴】 胸苦感, 嘔吐

【既往歴】 50歳台: 胆嚢結石, 虫垂手術
70歳台: 子宮脱手術, 高血圧

【現病歴】

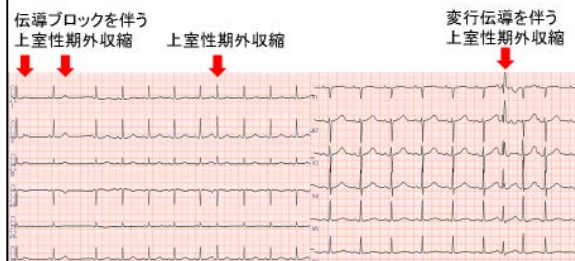
201X年9月食事時の胸苦を訴え当院消化器内科を受診された。CTで食道裂孔ヘルニアにより全胃が胸腔内に脱出した所見が認められ, 食生活の改善を指導された。

201X+1年3月に嘔吐, 黒色便, 食事摂取困難のため紹介され同日入院した。

【入院時身体所見】

身長 135 cm, 体重 52 kg, BMI 28.5, 亀背あり。
胸部: 呼吸音清, 心音正常
腹部: 平坦, 軟, 圧痛なし

入院時心電図

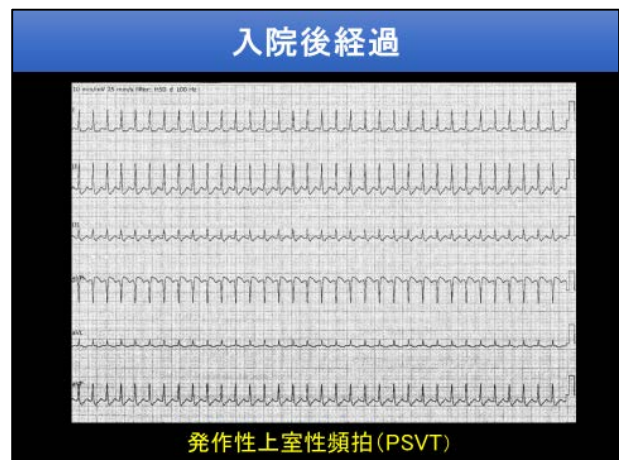
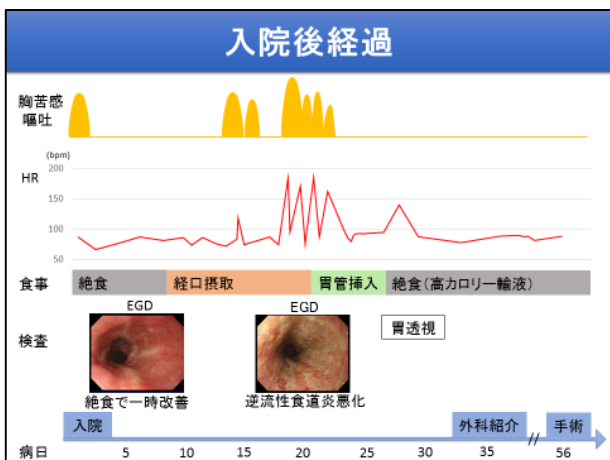
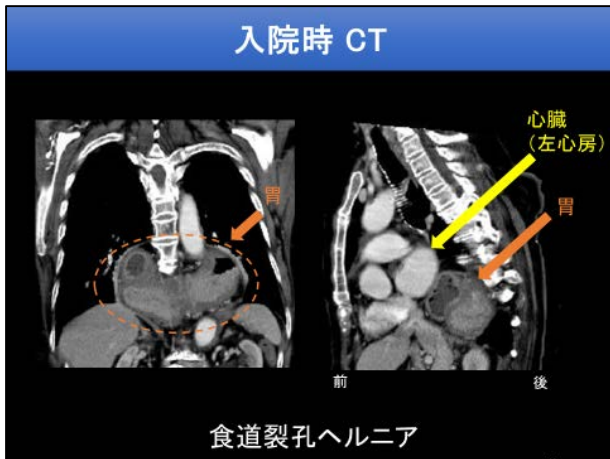


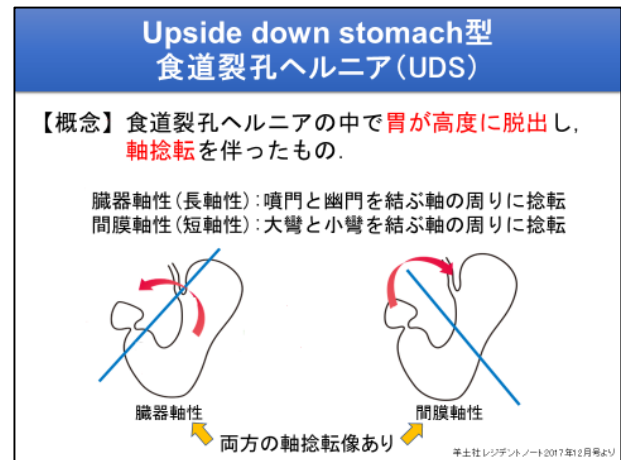
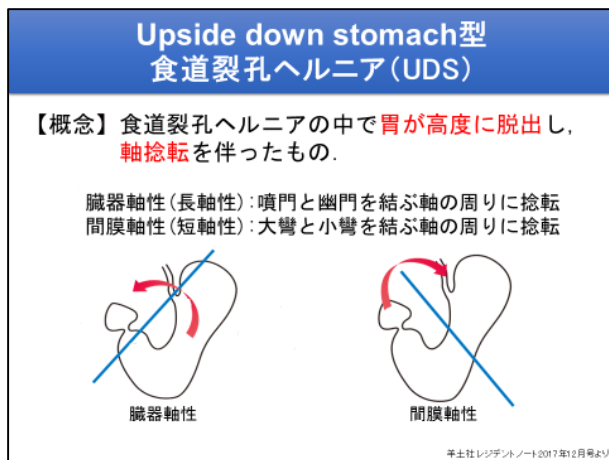
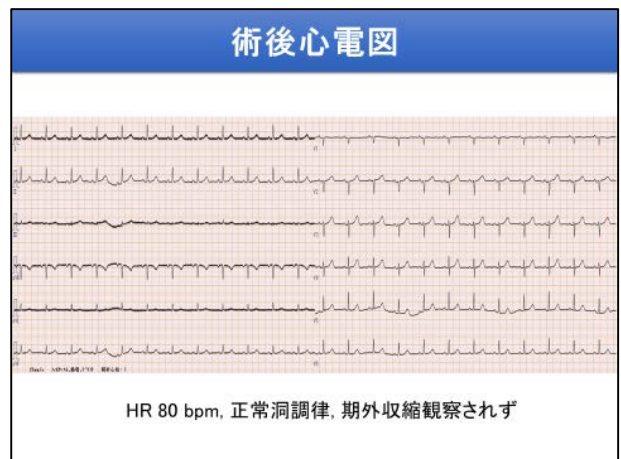
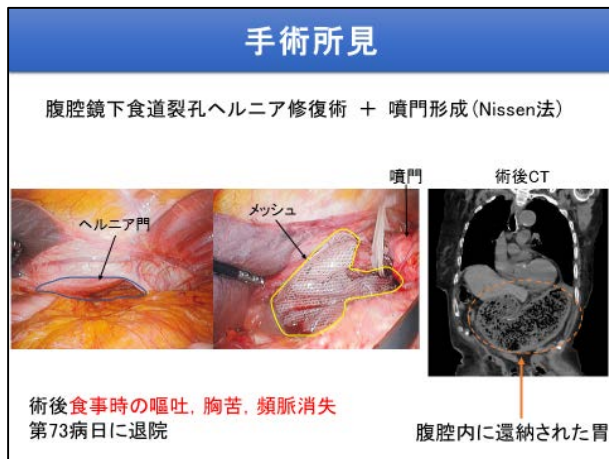
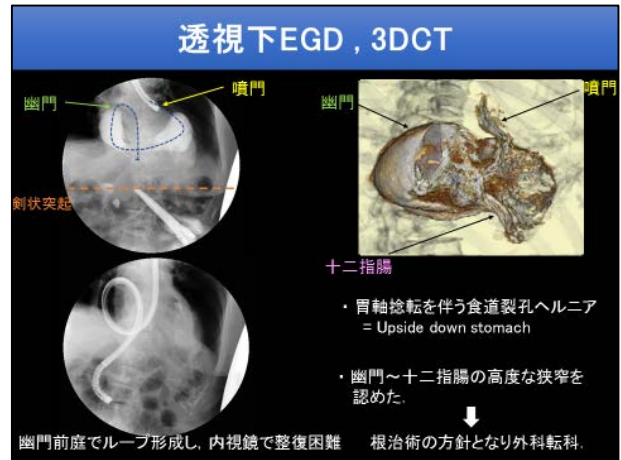
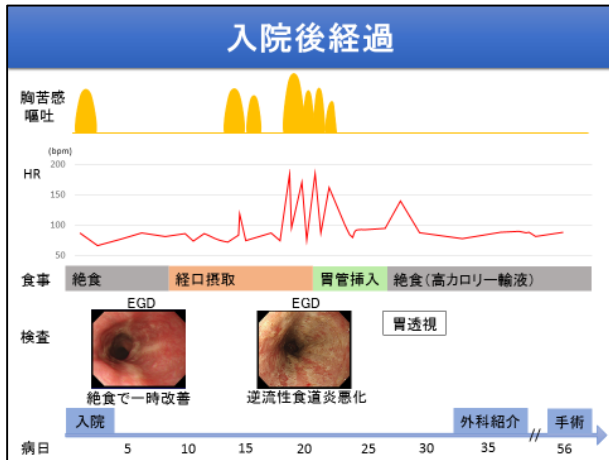
HR 82 bpm 上室性期外収縮あり。



入院時検査所見

【血算】		【生化】			
WBC	7200/μL	T-Bil	0.5 mg/dL	BUN	66.1 mg/dL
RBC	268 × 10 ⁴ /μL	D-Bil	0.1 mg/dL	Cre	1.22 mg/dL
Hb	9.3 g/dL	AST	20 U/L	eGFR	32 ml/min/1.73m ²
MCV	101.6 fL	ALT	12 U/L	Na	140 mmol/L
MCHC	34.8 pg	ALP	146 U/L	K	3.5 mmol/L
PLT	18.3 × 10 ⁴ /μL	LD	173 U/L	Cl	90 mmol/L
		γ-GTP	11 U/L	Ca	8.4 mmol/L
		CK	63 U/L	Fe	56 μg/dL
		TP	6.9 mg/dL	UIBC	242 μg/dL
【凝固】		ALB	3.2 mg/dL	FBS	165 mg/dL
PT	87.0%			HbA1c	5.8%
APTT	26.4 sec				





Upside down stomach型 食道裂孔ヘルニア(UDS)

【疫学】本邦では65例の症例報告があり稀な疾患である。
平均年齢 77.6歳, 男女比 約1:10で**高齢女性**に多い¹⁾。

【合併症】

腹痛, 胸やけ, 胃液逆流の**GERD症状**を訴える場合が多い。
呼吸苦, 不整脈, 食後の頻脈も認められることがあり, 症状は多彩。
胃軸捻転による**臓器血流障害**や**穿孔**の可能性もあり,
緊急手術の対象となり得る。

【治療法】

胃管挿入, 内視鏡的整復, 開腹手術, 腹腔鏡下手術など。
本邦でこれまでにUpside down stomach型食道裂孔ヘルニアに
対し**腹腔鏡下整復術**を施行した例は**33件**報告されている。

1)日本老年医学雑誌4,2017 より

ヘルニア整復術後,
嘔吐症状に加え頻脈発作も消失



ヘルニアと心疾患の関連性は？

胃食道疾患と心疾患の関連

胃食道疾患と心疾患の関連については
古くから報告がある。

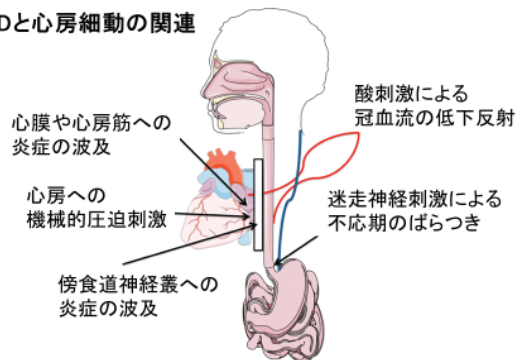
「**Roemheld gastrocardiac syndrome**」(Roemheld, 1912)

「**胃心症候群**」(所謂胃心症候群ノ臨床例, 1951)

胃・食道による刺激で
失神, 狭心痛, 息切れ, 心不全, 不整脈などを呈する。
特に食後で起こりやすい。

胃食道疾患と心疾患の関連

GERDと心房細動の関連



本症例について

食道裂孔ヘルニアでは
もともとGERDの合併率が高い+**心房への機械的圧迫**



不整脈がより起こりやすい素因をもっていた。

前述のようなメカニズムで上室性期外収縮が多発すると考えられ, 本症例では期外収縮をきっかけとしてPSVTを発症した。

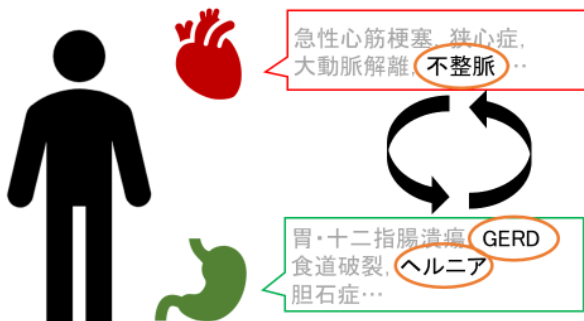
本症例について

Upside down stomach型食道裂孔ヘルニア(UDS)に対し腹腔鏡下整復術を施行後, 嘔吐症状のみならず**上室性不整脈も消失**し, 胸苦症状の改善を得た。

解剖学的所見および臨床経過から**ヘルニアと不整脈には強い関連がある**と考えられた。

ヘルニアの中でも特にUpside down stomach型食道裂孔ヘルニアは**捻転により胃拡張が急速に進み, 心への影響を及ぼしやすい**と考えられた。

胸が苦しい…何を考えますか？



結語

- ・ 上室性不整脈を合併したUpside down stomach型食道裂孔ヘルニアの1例を経験した。
- ・ ヘルニア整復術によって胸苦症状の改善を得た。
- ・ 胃食道疾患は胸部症状の鑑別に上がるのみならず、不整脈の原因疾患としても重要であるため、症状を1つの臓器にとらわれず広い視野で考えることが必要である。

ご清聴ありがとうございました。

プレドニゾン長期内服中に発症した
敗血症性ショックに対して
ステロイドカバーが有効であった一例

八木沼 恵¹

柘津 晋久²、大久保 鉄平²、喜屋武 淳²
※白河厚生総合病院 1)初期研修医、2)泌尿器科

【背景】

- ☛ 尿閉で尿が腎臓へ逆流し急性腎盂腎炎を起こすことはよく経験される
- ☛ 高齢者、寝たきり、糖尿病など免疫能低下患者で感染は重症化する
- ☛ 敗血症性ショックを呈した場合は相対的副腎不全に注意を要する

<https://www.uptodate.com/contents/acute-urinary-retention>

【73歳 男性】

既往歴	内服
脊髄梗塞	プレドニゾン10 mg
多発性硬化症	ランソプラゾール
視神経脊髄炎	リバーロキサバン
	ST合剤
生活歴	アゾセמיד
施設入所中	スピロラクトン
下半身麻痺	ロスバスタチン
寝たきり	
尿道カテーテル留置	

【現病歴】

〈入院X日目〉
尿道カテーテル交換後に血尿出現
改善せず当院救急搬送

膀胱洗浄で多量の血餅を除去

↓

尿道損傷からの出血による尿閉と診断

生食で膀胱を持続的に還流し入院
セファゾリン予防投与

【入院時バイタル】

意識清明	血压	96/71 mmHg
体温 36.2 °C	脈拍	85 bpm
	呼吸	16 回/分

バイタル異常なし

【来院時】

血算		生化学		電解質	
Hb	14.7 g/dl	AST	26 IU/l	Na	138 mmol/l
WBC	16100 / μ l	ALT	34 IU/l	K	4.0 mmol/l
Neut	80.1 %	BUN	23.4 mg/dl	Cl	96 mmol/l
Plt	25.9 $\times 10^4$ / μ l	Cr	1.65 mg/dl		
		CRP	0.95 mg/dl		

炎症反応軽度上昇

【入院後経過】

入院1日目 尿閉解除、セファゾリン投与

入院2日目 朝6時：熱発 38.5℃
朝8時：急変 意識障害出現

急変時バイタル

GCS13 E3V4M6 血圧 53/42 mmHg

体温 37.5℃ 脈拍 116 bpm

12誘導心電図ST変化なし ※呼吸数測定なし

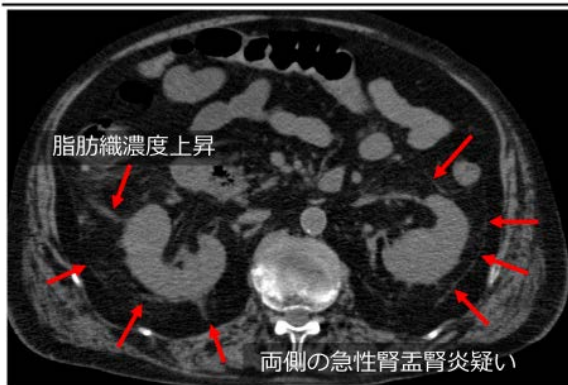
【急変時】

血算		生化学		電解質	
Hb	10.9 g/dl	AST	34 IU/l	Na	134 mmol/l
WBC	14600 / μ l	ALT	19 IU/l	K	3.7 mmol/l
Neut	82.6 %	BUN	32.2 mg/dl	Cl	102 mmol/l
Plt	19.0 $\times 10^4$ / μ l	Cr	3.18 mg/dl	動脈血(O ₂ s L/分)	
		CRP	25.4 mg/dl	pH	7.44
		T-Bil	0.70 mg/dl	Lac	3.2 mmol/l
				PaO ₂	171 mmHg

※血糖測定なし

炎症反応高値

【急変時CT】

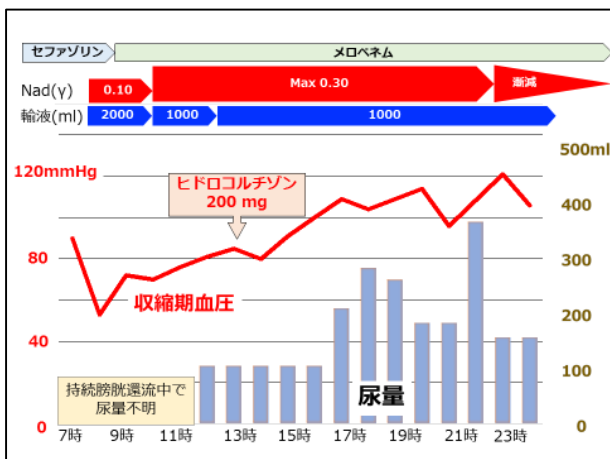


【診断・介入】

発熱、血圧低下
CTで腎周囲の脂肪織濃度上昇
尿閉後

急性腎盂腎炎
敗血症

- ① 中心静脈 ノルアドレナリン
- ② 細胞外液輸液 30 ml/kg
- ③ 広域抗菌薬 メロペネム
- ④ 各種培養提出



【経過】

- 〈入院1日目〉 尿閉解除、セファゾリン投与
- 〈入院2日目〉 敗血症性ショック
- 〈入院3日目〉 ノルアドレナリン離脱
- 〈入院4日目〉 一般病棟転棟
血培: クレブシエラ・ニューモニエ
メロペネム→セファゾリン
- 〈入院10日目〉 退院

【考察】

- ①SSCG(Surviving Sepsis Campaign Guideline)による敗血症の初期治療
- ②敗血症での副腎不全の診断
- ③敗血症でのステロイドカバー

【敗血症の初期治療 SSCG¹】

1時間リスト

- ①細胞外液投与 30 ml/kg
- ②血液培養採取
- ③広域抗菌薬開始
1時間 = 死亡率4%²
- ④昇圧薬開始
- ⑤乳酸値を測定

3時間リスト

1時間リストすべてを完了

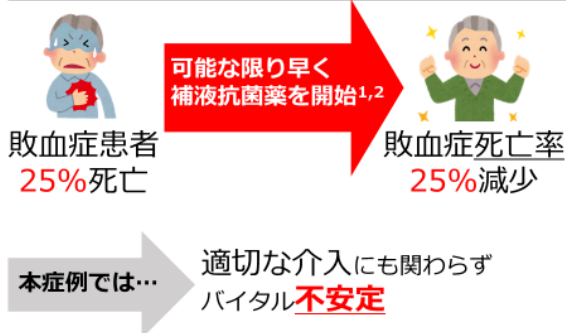
6時間リスト

- ①平均血圧 < 65 mmHg
- ②乳酸値 ≥ 4 mmol/L

①or② なら
心エコー等で心機能評価

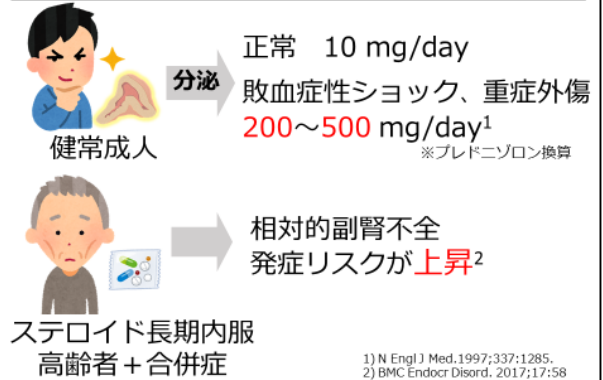
1) The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update
2) N Engl J Med 2017; 376:2235-2244

【敗血症の初期治療】



1) The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update
2) N Engl J Med 2017; 376:2235-2244

【相対的副腎不全とステロイド】



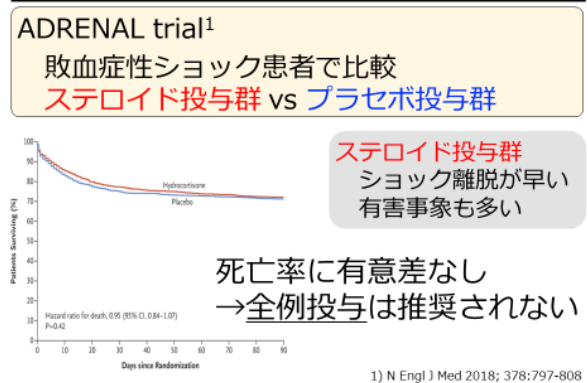
1) N Engl J Med. 1997;337:1285.
2) BMC Endocr Disord. 2017;17:58

【敗血症での副腎不全の診断】



1) Intensive Care Med. 2017; 43:1751.

【敗血症でのステロイドカバー】



【敗血症でのステロイドカバー】

SSCG

敗血症患者での初期治療において
輸液、血管作動薬に反応が乏しい場合



ステロイドカバーを推奨

☛ ヒドロコルチゾン 200 mg/day

1) The Surviving Sepsis Campaign Guideline 2016

【本症例のまとめ】

73歳、寝たきり
プレドニゾン10mg 3年内服
副腎機能低下

急性腎盂腎炎
敗血症性ショック
相対的副腎不全

迅速な敗血症初期治療
ステロイドカバーで救命

ご清聴ありがとうございました

福島県地域医療症例検討会
令和元年10月5日

誤嚥防止術を行った
筋強直性ジストロフィーの1例

桐花 悠介¹⁾

小林 亨²⁾、後藤 健³⁾、松見 文晶⁴⁾

- 1) 星総合病院 初期臨床研修医、
2) 3) 同 脳神経外科、4) 同 耳鼻咽喉科

免疫チェックポイント阻害剤にて
病理学的完全奏功が得られた
進行肺腺癌の1例

福島県立医科大学 会津医療センター

¹呼吸器外科, ²外科,

³福島県立医科大学 呼吸器外科

川又 崇弘¹, 樋口 光徳¹, 町野 翔², 押部 郁郎², 添田 暢俊²,
齋藤 拓朗², 鈴木 弘行³

1

クスリはリスク

晴山 到

大原総合病院 総合臨床研修センター

2019年10月5日(土) 福島県地域医療症例検討会
いわき市医療センター 講堂

はじめに

・薬物療法は現代医療にとって必要不可欠なものである。

・医薬品は使用することにより人体に作用を及ぼして効能効果を発現させるものであるが、同時に何らかのリスクを併せ持つものである¹⁾。

1) 厚生科学審議会医薬品販売制度改正検討部会報告書

症例 64歳、女性

既往歴・併存症

- 63歳：双極性障害（躁症状悪化のため1ヶ月他院へ入院）
- 62歳：橋本病
- 60歳：パーキンソン症候群(薬剤性疑い)
- 30歳：糖尿病、高血圧

現病歴

X-21日より活動性が低下。X-1日より四肢の震えが出現した。
X日に食事摂取困難、体動困難となり当院に救急搬送され、
精査加療のため入院した。

症例 64歳、女性

内服薬

- ・ドパコール配合錠1100 1T1×朝
- ・リーマス錠200mg 4T2×朝夕後
- ・グリメピリド0D0.5mg 1T2×朝夕食前
- ・メトホルミン250mg錠 3T2×朝夕後（朝1T夕2T）
- ・ドキサゾシン0.5mg 1T1×夕食後
- ・ニフェジピンCR錠20mg 2T2×朝夕後
- ・パルサルタン錠80mg 2T2×朝夕後
- ・グロリアミン配合顆粒 1.34g2×朝寝る前
- ・セディール錠10mg 2T2×朝寝る前
- ・ブルゼニド12mg 1T1×寝る前
- ・エチゾラム1mg 1T1×寝る前

症例 64歳、女性

身体所見

GA：応答が緩慢
意識レベル JCS-1、GCS E4V5M6、体温 37.0℃、
血圧 173/98 mmHg、脈拍 50 /min、
SpO2 98 %(room air)、呼吸数 18回 /min

頭部：仮面様顔貌、眼瞼結膜貧血なし、眼球結膜黄染なし
胸部：心音、呼吸音ともに雑音聴取せず
腹部：膨隆・軟、自発痛および圧痛なし
四肢：粗大な麻痺なし、感覚障害なし、浮腫なし

症例 64歳、女性

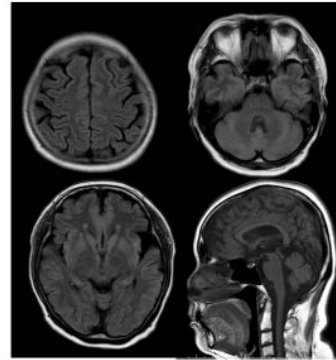
神経学的所見

利き手；右
高次脳機能；意識清明、失語・失行・失認なし
脳神経系；異常なし
運動系；仮面様顔貌、四肢筋緊張軽度亢進・四肢ミオクローヌス、
動作緩慢、寡動、右上肢軽度歯車様固縮、上肢の固定姿勢保持困難
反射；異常なし
感覚系；異常なし
自律神経系；異常なし
平衡協調系；体幹失調
起立・歩行ほか；小刻み歩行、広基性歩行、姿勢反射障害

血液検査

血算		腎機能	
WBC	71×10 ² /μl	eGFR	46.5 ml/分/1.73
RBC	417×10 ⁴ /μl	BUN	11.8 mg/dl
Hb	12.2 g/dl	CRE	0.94 mg/dl
Hct	37.6%	UA	7.2 mg/dl
PLT	27.4×10 ⁴ /μl		
電解質		甲状腺機能	
Na	135 mmol/l	TSH(CLIA)	5.06 μIU/ml
K	4.5 mmol/l	Free-T3(CLIA)	<1.50 ng/ml
Cl	104 mmol/l	Free-T4(CLIA)	0.7 pg/ml
Ca	10.6 mg/dl	アンモニア	38 μg/dl
P	3 mg/dl		
Mg	1.8 mg/dl		
CRP	0.3 mg/dl		

頭部MRI



脳波検査

8Hz前後の徐波とα帯域波が主体、てんかん原性・非てんかん原性異常波なし

第3病日



(患者、家族の了承を得て撮影、使用)

第3病日



(患者、家族の了承を得て撮影、使用)

第3病日



(患者、家族の了承を得て撮影、使用)

このときの僕の頭の中

- 患者さん、なんだか震えているけれど困ったな...
- パーキンソン症候群の悪化かな？
- パーキンソン病とパーキンソン症候群の違いって？
- 神経内科の勉強をもっとしておけば良かったと後悔
- 上級医からのリチウム濃度測定のススメ
→外注検査のため結果が出るまで2日かかる
→炭酸リチウム 2.93mEq/lと異常高値が判明
基準値:(0.3-1.2)
- 薬物中毒の患者を診たことがなかった
- 知らない疾患を疑うことはできない

診断 急性リチウム中毒

入院後経過

パーキンソン症候群の悪化を疑い、頭部MRI検査などで鑑別を進めていた。第3病日、血清リチウム濃度高値が判明した。

経過、神経所見、検査所見から急性リチウム中毒と診断した。炭酸リチウムの内服中止と補液により症状は改善し、第7病日には振戦がほぼ消失した。第16病日に退院した。

第7病日



(患者、家族の了承を得て撮影、使用)

第7病日



(患者、家族の了承を得て撮影、使用)

第7病日

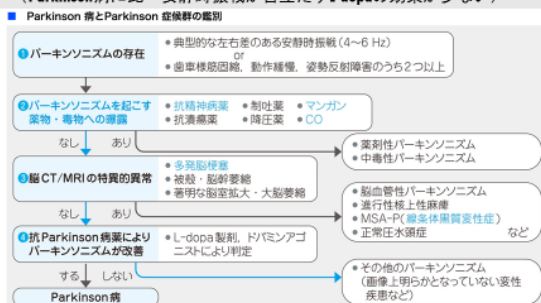


(患者、家族の了承を得て撮影、使用)

考察

パーキンソン症候群

パーキンソニズム
(Parkinson病に比べ安静時振戦が目立たずL-dopaの効果が少ない)



考察

リチウム中毒

1) 急性中毒

主に悪心・嘔吐、下痢、腹痛などの消化管症状を認めることが多い。QTcの延長や徐脈などの不整脈症状も認められる。また、意識障害、眼振、運動失調、昏睡などの中枢神経症状がみられる。

2) 慢性中毒

振戦、眼振、運動失調などがみられる。錯乱、構音障害、線維束性攣縮、ミオクローヌスなどがよく認められる。

一本症例では誤薬・過量服薬ではなく、前医で2-3ヶ月に1度の血中濃度測定なども行っていた。リチウム加療中に食事が取れず脱水、腎機能低下からの血中濃度上昇など、何らかの理由で急性リチウム中毒になってしまったと考える。

・治療は基本的に補液、高濃度では血液透析を考慮¹⁾

¹⁾ リチウム中毒 臨床精神医学 第45巻増刊号: 157-159, 2016

結語



- 四肢のふるえ、体動困難を主訴にしたリチウム中毒の一例を経験した。
- リチウム中毒は比較的稀な疾患ではあるが、救急外来の場でも本人や家族からの問診、身体所見、検査所見から想定は可能である。
- 抗精神病薬・抗うつ薬・抗不安薬などを服用している患者も多いため、薬物中毒の鑑別を行い血中濃度測定などを行えるようにしておかなければいけないと感じた。
(外注の検査は早めに行う)

令和元年度福島県地域医療症例検討会

強い腰痛と発熱で想起する
化膿性脊椎炎の一例


松岡 亮¹⁾、亀田 拓哉²⁾、半田 隼一²⁾、笹島 功一²⁾

1)いわき市医療センター 初期研修医
2)同 整形外科

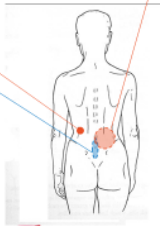
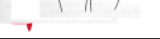
症例提示

【症例】 38歳男性
【主訴】 発熱、腰痛
【既往歴】 う歯の治療歴あり、その他特記すべき事項なし
【現病歴】
9日前 朝起床時から腰痛が出現した。
7日前 近医整形外科を受診し、鎮痛薬を投与開始された。
夕方から38℃台の発熱が出現した。
5日前 同医再診し鎮痛薬を追加処方された。
杖歩行は可能であった。
来院日 発熱・腰痛の改善がないため当院救急外来を受診した。




症例提示

【来院時現症】
JCS 0, GCS E4V5M6
体温 38.6℃, 血圧 123/65 mmHg, 脈拍 100/分, SpO2 98 %
疼痛領域: **Jacoby line上, 正中から右6cmに手掌1つ分の範囲**
肋骨脊柱角叩打痛: 右なし, **左あり**
脊柱叩打痛: **L1-L4の棘突起にあり**
呼吸音: 清
咽頭: 発赤や腫脹なし
腹部: 平坦、軟、鼓音あり、圧痛なし
腸腰筋徴候: 左右でなし


血液検査

【生化学】		【血算】	
AST	20 U/L	白血球数	7700 / μ l
ALT	20 U/L	Hb	12.5 g/dl
ALP	193 U/L	Ht	37.4 %
LDH	219 U/L	MCV	94.4 fL
TP	7.3 g/dl	MCHC	33.4 g/dl
アルブミン	3.8 g/dl	血小板数	313 / μ l
CPK	172 U/L		
Na	137 mmol/L	【凝固系】	
K	4.0 mmol/L	PT	81 %
CL	100 mmol/L	PT-INR	1.13
Ca	9.2 mg/dl	APTT	35.4 秒
IP	3.5 mg/dl	Dダイマー	0.4 μ g/dl
BUN	7.7 mg/dl		
Cre	0.64 mg/dl	インフルエンザA (-)	
プロカルシトニン	0.55 ng/dl	インフルエンザB (-)	
CRP	5.03 mg/dl		
血糖	106 mg/dl		



各種検査結果

【尿検査】 血尿なし、膿尿なし
【腰椎レントゲン検査】 腰椎に明らかな骨破壊像なし
【CT】 腰椎に明らかな骨破壊像なし
両側腎や尿管に異常所見なし

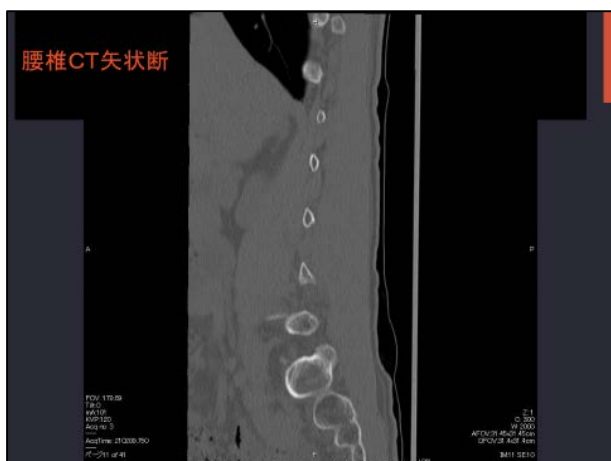


腰椎レントゲン検査



腰椎に明らかな骨破壊像なし





救急外来での当時の対応

- ① 整形外科待機のDrにもCT画像の供覧を依頼し、腰椎病変はないとの判断
- ② 鑑別疾患として…
(結石性)腎盂腎炎、腸腰筋膿瘍、**強直性脊椎炎**など

腰痛は朝に強くて
起き上がるのが一番つらい。

→ 朝のこわばり症状？

患者

- ③ 血液培養2セット提出し、内科入院

いわき市医療センター
Iwaki City Medical Center

入院後経過①

整形外科へ再度診察を依頼し、病歴から『化膿性脊椎炎』が想起され、造影MRI検査が追加された

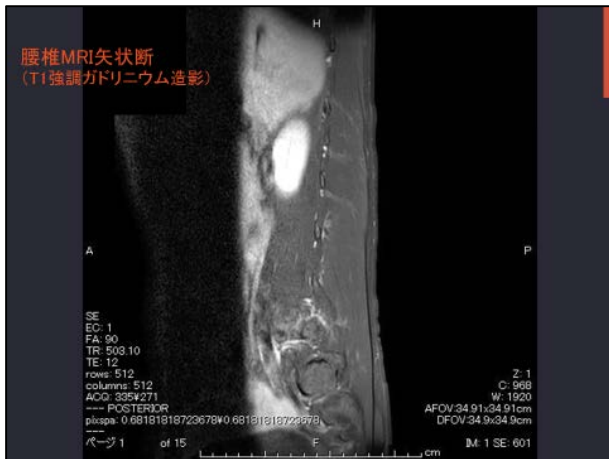
⇒ 腰椎MRI

L4/L5椎体にT1で低信号、T2で高信号、Gd造影効果を伴う骨病変が指摘された

いわき市医療センター
Iwaki City Medical Center

腰椎MRI矢状断 (T1強調ガドリニウム造影)

いわき市医療センター
Iwaki City Medical Center



入院後経過②

血液培養2セットからグラム陽性球菌
『staphylococcus caprae』1+ が検出

経胸壁心エコー: 明らかな疣贅なし
⇒心内膜炎は否定

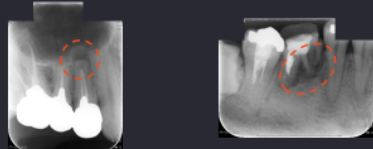
⇒診断は『化膿性脊椎炎』



入院後経過③

う歯の治療歴あるため口腔外科へコンサルト

⇒右上顎第1小臼歯と右下顎第1大臼歯に歯痕嚢胞を認め、これらを抜歯した。また右第2小臼歯の根管を開放した。しかし明らかな排膿はみられなかった。



※因果関係ははっきりしないが、口腔病変が感染源か？



治療

< 保存的加療 >

① 抗菌薬投与開始

セファゾリン 4.5g/day 点滴静注

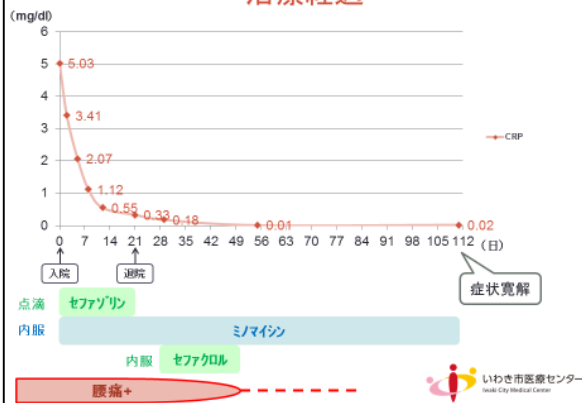
+ ミノマイシン 200mg/day 内服

② NSAIDs処方

③ コルセット装着



治療経過



考察

化膿性脊椎炎とは

- 細菌などが脊椎に感染して椎体や椎間板を破壊していく病態
好発部位⁽¹⁾: **腰椎(66%)** > 胸椎(25%) > 頸椎(9%)

<感染経路>⁽²⁾

- 他の感染巣からの**血行感染**が最多
- 硬膜外注射や脊椎手術後の感染から(医原性)もある

<発症様式(Kulowski分類)>⁽²⁾

- 急性型**: 高熱と腰背部の**激痛** **【典型例】**
- 亜急性型**: 37℃台の**微熱**と腰背部痛
- 潜行型**: **発熱がなく**、腰背部痛のみ

(1) 佐藤公昭, 永田晃生, 整形外科55巻19号(21-28)(2009.1)
(2) 百田龍, 中嶋秀博, 脊椎脊髄 25巻10号(920-925)(2012.10)



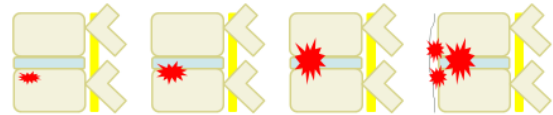
化膿性脊椎炎の検査

- 診断には...

MRIが最も有用(感度96%、特異度92%)⁽²⁾

⇒椎間板内と隣接する椎骨に所見が出現

<化膿性脊椎炎の進展様式>⁽³⁾



- ①椎体終板に初感染 ②椎間板に穿破 ③隣接する椎体終板 ④周囲軟部組織

(2) 百田龍, 中嶋秀博, 脊椎脊髄 25巻10号(920-925)(2012.10)
(3) 藤岡賢, 市田一志, 脊椎脊髄 29巻6号(547-553)(2015.6)



<本症例のMRI>

T1強調画像

T2強調画像

T1強調 (Gd造影)



L4/L5で低信号

L4/L5で高信号

活動性の高い部位
が増強される

化膿性脊椎炎の検査

- 診断には...

MRIが最も有用(感度96%、特異度92%)

<その他の検査>⁽²⁾

- 単純Xp: 発症後3-4週以降で初めて異常所見が出現
⇒初期)椎間板狭小化や椎体終盤の不整
- CT: 骨破壊の同定に優れているが、早期診断に劣る

(2) 百田龍, 中嶋秀博, 脊椎脊髄 25巻10号(920-925)(2012.10)



整形外科医は、発熱に**脊柱叩打痛**があれば
必ずMRIを撮らうとします



化膿性脊椎炎の治療

<保存的治療>

- 抗菌薬を最低**6週間以上**投与する⁽⁴⁾
- 血液培養の40~60%で起病菌を同定できる⁽⁵⁾
⇒*S. aureus*が約5割を占めるが、MRSAが問題となっている

抗菌薬は**セファゾリン(CEZ)**が第一選択

MRSAが起病菌ならば**バンコマイシン(VCM)**が使用される⁽⁶⁾

(4) Louis Bernard et al., Lancet. 7.385(9671): 875-52(2015.3).
(5) Werner Zimmerl, N Engl J Med. 18.362(11): 1022-30(2010.3).
(6) 藤岡賢, 市田一志, 脊椎脊髄 25巻10号(927-932)(2012.10).



結語

- 発熱を伴った腰痛症は**化膿性脊椎炎**を想起する必要がある
- 化膿性脊椎炎の早期診断に有用な検査はGd造影MRI検査である
- 治療には6週間以上の抗菌薬長期投与が必要であり、原因菌の特定に努めるべきである



南相馬市立総合病院 研修医1年次 渡邊 大貴



入院中に進行した脳梗塞の1例 ～慣れてきた頃が怖い～

南相馬市立総合病院 研修医 渡邊大貴

【症例】81歳 男性

【主訴】
歩行困難

【現病歴】

朝4時頃トイレに行く際にめまいがあり、転倒した。その後再度就寝し、朝6時頃に起きた時、**右下肢の脱力により歩行困難を認め、ろれつが回らない状態であったため、近医に搬送された。左顔面筋力の低下、左への舌偏位、右上下肢の不全麻痺を認め、脳梗塞が疑われたため当院転院搬送となった。**

【既往歴】

脳梗塞（20年前）→右上下肢に元から不全麻痺を認めていた。
前立腺肥大症

【社会生活歴】

mRS: Grade1 (症状はあるが特に問題となる障害なし)
右利きであったが前回脳梗塞発症後左利きに修正

【内服薬】

バイアスピリン、バリエット、メリスロン、セロクラール
ロキソプロフェンナトリウム、酸化マグネシウム、リポトリール
センソサイド

【来院時現症】

JCS 0

HR:110/min, BP:188/127 mmHg, BT:36.6°C, SpO2:97%

※身体所見後述

【血液検査所見】

BUN 15.3 mg/dl
CRE 1.10 mg/dl
PT-INR 1.03
AP T 23.8秒
Dダイマー 1.40 μg/ml

【心電図】



搬送前と搬送後の身体所見の比較



※歩行に関して：トイレまで歩いて行ったが、出てくるときにふらつきを認めた。

研修医はこう思った



転倒して周りがびっくり！
救急車呼ぼう！

最近ご飯たべてなかったと言っていたし、体力が落ちていたのだから。
またこういうパターンで脳外科呼ばれたな。

【検査所見】

前医CT：出血像なし。Early CT signを認めない。

当院MRI撮影



やっぱり新規発症の脳梗塞はないな

頸頭部MRA



研修医：車椅子乗れますし、普通に帰れますかね。

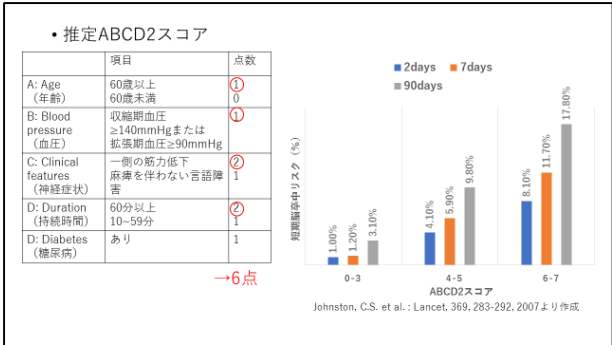
指導医：はっきりした脳梗塞はありませんでしたが、今後症状が出てくるかもしれないので入院して経過を見ましょう。

研修医：（そうなの？まあすぐ帰るんだろうな。）はい。

指導医：TIAの可能性ががあります。

研修医：あ…





入院し、TIAに対する再発予防投与

バイアスピリン錠 100mg 2錠
クロピドグレル錠 75mg 4錠 (初回のみ300mgで以降75mg)
ランソプラゾールOD錠
ロスバスタチンOD錠 2.5mg 1錠

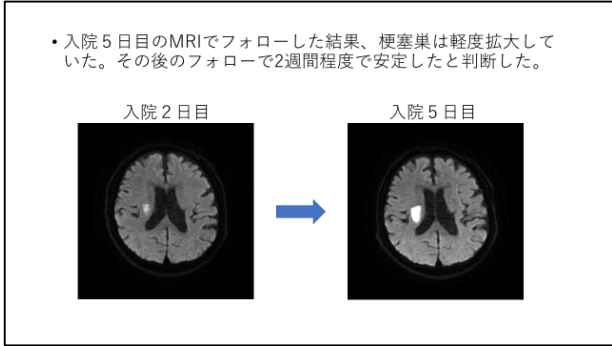
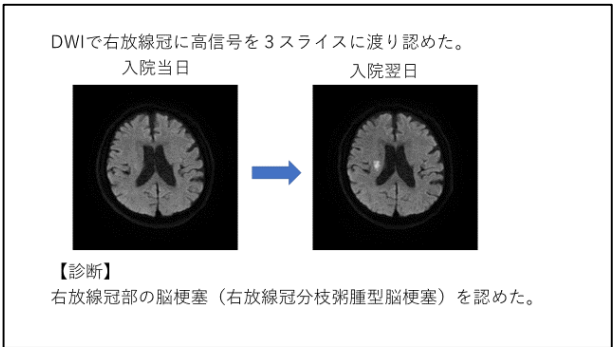
点滴：細胞外液1500cc+アルガトロバン

症状ないけど
ここまでやるのかな

翌日朝

【身体所見】
失語：話せないもどかしさを訴えているよう
左上肢：MMT0
左下肢：膝立ての保持 (MMT3) は可能だが自動運動は不能
右上肢：拳上可能だが微細な運動は不可
右下肢：拳上可能

→すぐにMRI



【Take home message】

研修医になって3ヶ月が経過し、一見軽症な患者を帰宅させることに慣れてきてしまい、学生でもわかるような知識を活かすことができなかった。本症例は他山の石としてください。



術前S-1+oxaliplatin療法が著効し 組織学的CRとなった高度リンパ節転移 を伴う進行胃癌の一例

いわき市医療センター

西丸 響, 藤川 奈々子, 川口 信哉, 橋本 明彦, 吉田 寛, 白相 悟,
根本 紀子, 土師 陽一, 志村 充広, 遠山 慎吾, 野口 彩, 新谷 史明

症例 73歳 女性

【主訴】

嘔気・嘔吐

【現病歴】

2018/10/15 嘔気・嘔吐を主訴に前医受診。
上部内視鏡検査で潰瘍性病変を認め、生検にてtub2-porの診断。
同年11/1 精査加療目的に当科初診。

【既往歴】

虫垂切除術（約50年前）、右足関節骨折（2015年）、骨粗鬆症

【内服薬】

エビスタ、エディロールカプセル

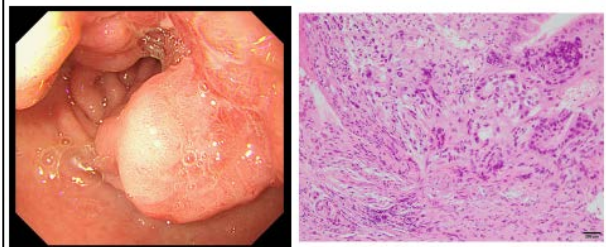
【生活歴】

飲酒：なし、喫煙：20本/day（51年間）

初診時 血液検査所見（2018/11/1）

生化学		BUN	9.5 mg/dL
AST	16 U/L	Cr	0.69 mg/dL
ALT	12 U/L	HbA1c	6.3 %
ALP	242 U/L	CRP	0.22 mg/dL
T-BIL	0.4 mg/dL	血液	
D-BIL	0.1 mg/dL	WBC	11.1 × 10 ³ /μL
γ-GTP	20 U/L	RBC	4.27 × 10 ⁶ /μL
LDH	137 U/L	HGB	13.8 g/dL
TP	7.2 mg/dL	HCT	41.3 %
ALB	4.4 mg/dL	PLT	396 × 10 ³ /μL
CPK	70 U/L	PT-INR	0.90
AMY	63 U/L	APTT	27.5 秒
Na	140 mmol/L	腫瘍マーカー	
K	4.6 mmol/L	CA19-9	4 U/mL
Cl	106 mmol/L	CEA	2.7 U/mL
Ca	10.0 mmol/L	CA72-4	4.3 U/mL

初診時 上部内視鏡検査所見（2018/11/26）



胃体下部～前庭部の小彎側に3/4周性の2型腫瘍
Group5, Adenocarcinoma, por1, HER2 (-) の診断

初診時 造影CT所見（2018/11/7）



胃癌 cT4aN3aM0 Stage III B

術前化学療法

Neoadjuvant Chemotherapy (NAC)

レジメン：SOX

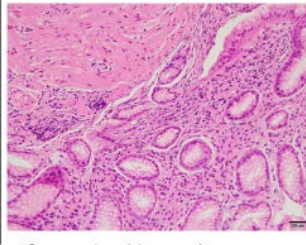
Day1：oxaliplatin 100mg/m²
Day1～Day14：S-1 100mg/day
Day15～Day21：休薬

計8コース施行
末梢神経障害(Grade 1)が出現、その他は特に有害事象なく終了

NAC後 上部内視鏡検査所見 (2019/6/12)



病変は瘢痕化



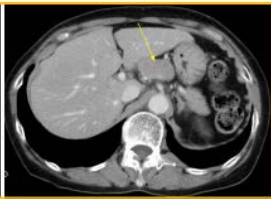
Group1, No malignancy

SOX8コース後 造影CT所見 (2019/6/28)

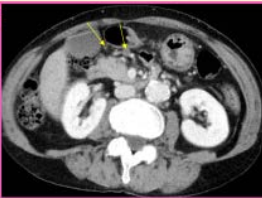


効果判定 →PR

初診時

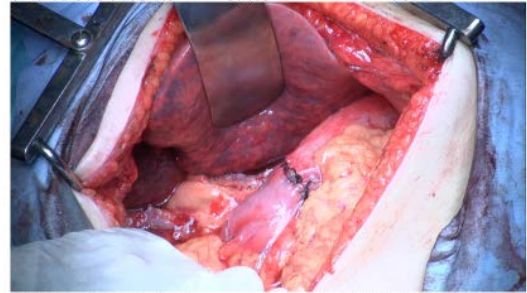


NAC後



手術 (2019/7/31)

幽門側胃切除術+D2郭清+Billroth I 再建



腹腔洗浄細胞診 (-)

手術時間：5時間15分
出血量：155mL

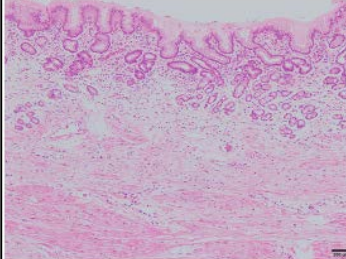
固定後標本所見



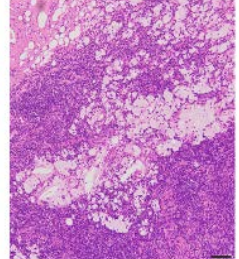
瘢痕化認めるが、明らかな腫瘍性病変は認めない

病理所見

瘢痕部



リンパ節



胃：悪性所見なし
リンパ節：悪性所見なし (0/58)
腹腔洗浄細胞診：陰性

CR
前治療効果：Grade 3

術後経過

術後は合併症なく経過、第16病日に退院。

術後補助化学療法としてS-1内服を提示したが本人希望で施行せず。

現在、経過観察中。

考察

- 胃癌におけるNACについて
- NACの効果について

胃癌におけるNACについて

高度リンパ節転移症例
(Bulky N症例 or 傍大動脈リンパ節腫大症例)
→手術+術後化学療法では極めて予後不良

術前化学療法(NAC)後に外科的切除(胃切除+拡大郭清)を行う試験的治療が提唱されてきている



→ NAC : SOX療法

引用文献：胃癌診療ガイドライン 第5版

NACの効果について

JCOG0405試験

NACとしての S-1+cisplatin 療法 (SP療法) は

R0切除率：82%

5年生存率：53%

SOX療法 vs SP療法

切除不能進行・再発胃癌に対する化学療法において

- SP療法とほぼ同等の効果
- 副作用の出現は有意に低い
- 外来通院でも施行可能

本症例は **SOX療法** を選択

引用文献：胃癌診療ガイドライン 第5版

NACの効果について

医学中央雑誌

直近5年間の胃癌, NAC, pCRの報告 35例

S-1+cisplatin(SP療法)	11例
docetaxel+cisplatin+S-1	5例
capecitabine+cisplatin+trastuzumab	5例
S-1+oxaliplatin(SOX療法)	4例
docetaxel+cisplatin+5-FU	2例
S-1	1例
S-1+oxaliplatin+abraxane	1例
capecitabine+oxaliplatin	1例
capecitabine+cisplatin	1例
cisplatin+CPT-11	1例
docetaxel+S-1	1例
S-1+docetaxel+trastuzumab	1例
paclitaxel+cisplatin	1例

結語

- SOX療法が著効し組織学的CRとなった高度リンパ節転移を伴う進行胃癌の一例を経験した。
- 高度進行胃癌に対するNACとしてSOX療法は安全かつ有効な治療選択肢のひとつになり得ると考えられた。

不全型川崎病の一例

令和元年10月5日

公立相馬総合病院
初期研修医 齋藤詩帆

内科的治療が困難を極めた 潰瘍性大腸炎の1例

○錫谷 研¹⁾、郡司 直彦²⁾、片倉 響子²⁾、鬼澤 道夫²⁾
加藤 恒孝²⁾、橋本 長一朗²⁾、引地 拓人³⁾
大谷 晃司¹⁾、大平 弘正²⁾

1) 福島県立医科大学医学部 医療人育成・支援センター
2) 福島県立医科大学医学部 消化器内科学講座
3) 福島県立医科大学附属病院 内視鏡診療部

はじめに

●潰瘍性大腸炎(UC)は、再燃と寛解を繰り返す原因不明の炎症性腸疾患である。治療には従来からステロイド、免疫抑制薬、抗TNF- α 抗体製剤などが用いられてきたが、近年では $\alpha_4\beta_7$ インテグリン抗体製剤やJAK阻害剤が保険適応となり、治療の選択肢が広がってきている。

●今回、不適切なステロイド投与により種々の合併症を併発し、治療に難渋した潰瘍性大腸炎を経験したため報告する。

症例70歳台、男性

- 【主訴】 血便
【家族歴】 特記事項なし
【既往歴】 50歳台：痔瘻に対して手術
【生活歴】 喫煙：20歳台で禁煙
飲酒：2018年までウイスキー2~3合/日
【現病歴】 2017年10月に潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、メサラジン内服で症状は軽快し、その後通院を自己中断していた。2018年9月から血便が再燃し、2019年2月からプレドニゾロン(PSL)20mgが開始された。2ヶ月間内服継続後、4月初旬より40mgに増量されたが症状改善なく、5月初旬に当科紹介され入院となった。

【入院時現症】

体温：37.3℃ 脈拍：105/分 血圧：107/70 mmHg

身長 162.0cm 体重 58.8kg BMI 22.4

口腔・咽頭：口内炎なし、発赤なし

眼瞼結膜：貧血なし 心音：心雑音なし 呼吸音：清、左右差なし

リンパ節腫大なし 関節腫脹なし

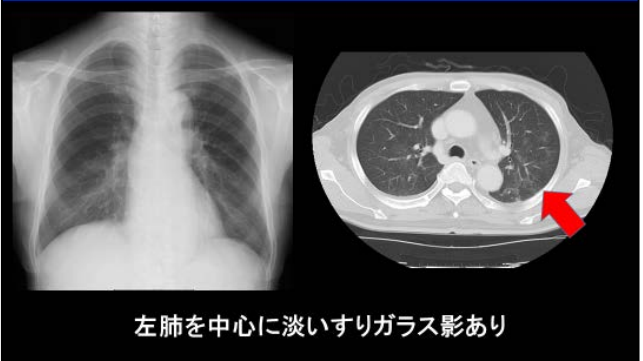
腹部：平坦、軟、圧痛なし、

便回数は20行/日、顕血便なし

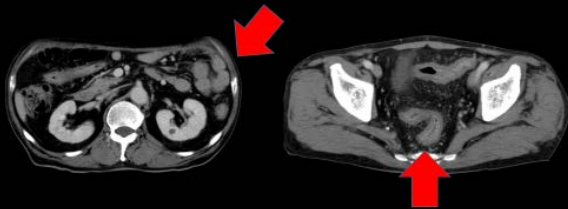
検査成績

<血算>		<生化学>	
WBC	8500/ μ L	TP	5.6 g/dl
NE	77%	ALB	2.5 g/dl
Lym	19%	AST	18 IU/L
Mono	4%	ALT	29 IU/L
Eo	0%	LDH	355 IU/L
Baso	0%	ALP	226 IU/L
RBC	3.67×10^6 / μ L	γ -GTP	34 IU/L
Hb	11.8 g/dL	TB	1.1 mg/dL
MCV	94.5 fl	BUN	24 mg/dl
Hct	34.6%	Cre	1.06 mg/dL
Plt	24.2×10^4 / μ L	eGFR	54 ml/min
		CRP	4.69 mg/dl
		BSL1H	39 mm
		GLU	87 mg/dl
		HbA1c	9.5 %
		カンジダAg	+
		β -D グルカン	80.5 pg/ml
		CMV-Antigenemia	(25;18)
		<便培養>	常在菌のみ

胸部レントゲン・CT検査(入院時)



腹部CT検査(入院時)



直腸から横行結腸まで浮腫性の壁肥厚あり

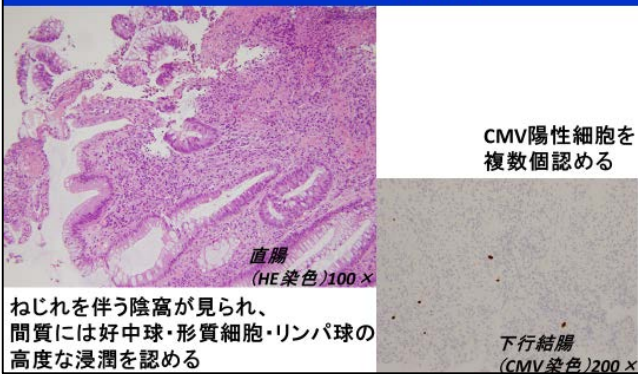
下部消化管内視鏡検査(入院時)

下行結腸 S状結腸 直腸



下行結腸から直腸にかけて広範に潰瘍あり

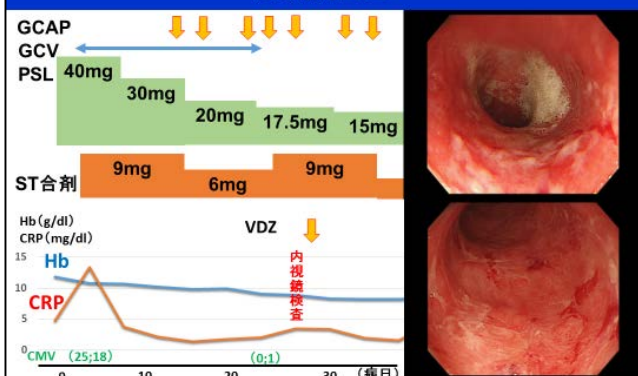
病理組織検査(入院時)



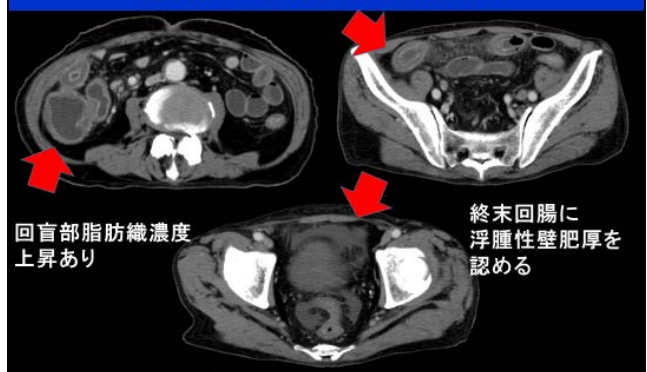
プロブレムリスト

- #1.潰瘍性大腸炎
→PSL漸減し、顆粒球除去療法にて治療
- #2.サイトメガロウイルス腸炎
→ガンシクロビル(GCV)にて治療
- #3.ニューモシスチス肺炎
→ST合剤にて治療
- #4.糖尿病
→インスリンにてコントロール良好

治療経過

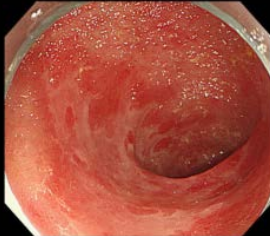


腹部CT検査(第42病日)



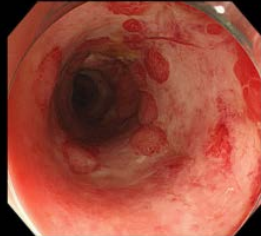
下部消化管内視鏡検査(第47病日)

回腸末端



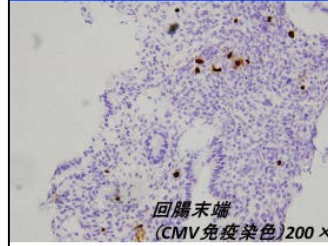
回腸末端に潰瘍が出現

下行結腸



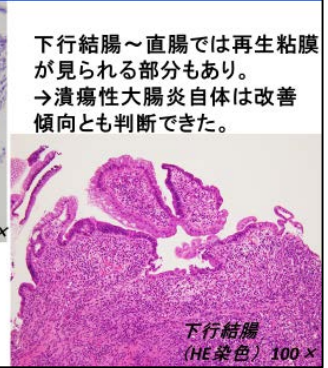
大腸では再生性的変化

病理組織検査(第47病日)



回腸末端
(CMV免疫染色)200×

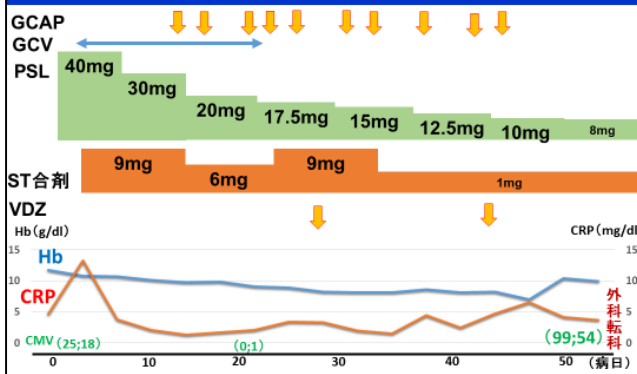
回腸末端には極めて多数のCMV陽性細胞が観察された。



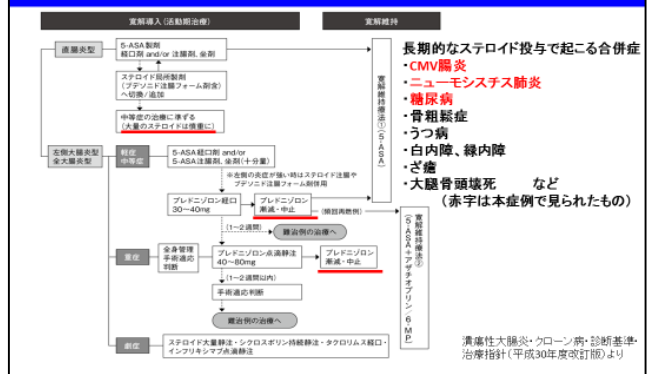
下行結腸
(HE染色)100×

下行結腸～直腸では再生粘膜が見られる部分もあり。
→潰瘍性大腸炎自体は改善傾向とも判断できた。

治療経過



潰瘍性大腸炎の治療指針



CMV腸炎の再活性化

一旦感染したCMVは骨髄ではCD34⁺/33⁺前駆細胞に、末梢血では分化したCD14⁺monocyte系細胞に潜伏感染している。これらの細胞が、炎症の存在する組織で炎症性サイトカインによりマクロファージや樹状細胞に分化すると、CMVの再活性化が誘導される。

Halboulina SE, Maciejewski Jp, Crapnell K et al. Human cytomegalovirus persists in myeloid progenitors and is passed to the myeloid progeny in a latent form. Br J Haematol 2004; 126:410-7.

通常、CMVが再活性化しても、CD8⁺T細胞やCMV特異的抗原により、感染制御がなされる。しかし、ステロイドが与されていると、これらの機序が十分に機能せず、感染が制御できなくなってしまう。

→本症例はPSLの漫然とした長期投与により、CMVの再活性化が抑えられなくなってしまった。

CMV腸炎を合併したUCの治療

CMV腸炎の治療を行いながら、炎症性サイトカインを抑制する抗TNF-α抗体製剤やカルシニューリン阻害薬等を用いてUC治療を並行して行うことが望ましい。

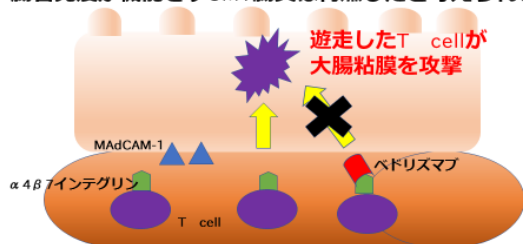
→本症例はニューモシスチス肺炎も合併しており、腸管外病変に最も影響が少ないと考えられるベドリスマブ(VDZ)を用いて治療を進めた。

→しかし、VDZにてCMV腸炎が再燃してしまった。

VDZの作用機序とCMV腸炎の悪化

ベドリスマブはT cellの $\alpha 4 \beta 7$ インテグリンを特異的に阻害し、接着と組織内の浸潤を抑制する。

→ベドリスマブによってT cellの遊走が抑制がされたことで、腸管免疫が機能せずCMV腸炎は再燃したと考えられる。



結語

- 近年の潰瘍性大腸炎の治療には多くの選択肢があるが、重篤な合併症を発症して治療が難渋するケースもある。
- 今後、各々の薬剤での合併症の頻度や発生機序をより明確に解明していく必要がある。

熱中症の診断において 注意すべき疾患

福島県立医科大学 渡部将伍

はじめに

- 熱中症
高温・多湿な環境
→ 水分・電解質の調節が破綻
- 他疾患の存在は？

背景

8月初旬、連日にわたる真夏日
重症熱中症患者の大量搬送

そんな中、救急隊から熱中症疑いの患者の連絡が…

症例 50歳 男性

【主訴】

けいれん 意識障害

【現病歴】

8月某日、気温は33℃、昼頃から空調のない部屋で就寝していた。
15時45分に野外のトイレに行くところを確認された。16時頃、
トイレの前で倒れてけいれんしているところを発見され、熱中症
疑いで当院に救急搬送された。

症例 50歳 男性

【家族歴】 特記事項なし

【既往歴】 脾損傷（40歳時）

【生活歴】 アレルギー：なし

常用薬：なし

職業：トラック運転手

飲酒：ワイン/ウイスキーを500ml/日 毎日

喫煙：20～40本/日 20～35歳時

初診時現症

GCS3 E1V1M1

膀胱温 38.4度 血圧 173/109mmHg 心拍数 156回/分
呼吸数 23回/分 SpO₂ 100%(mask 6.0L) 瞳孔 3+/3+

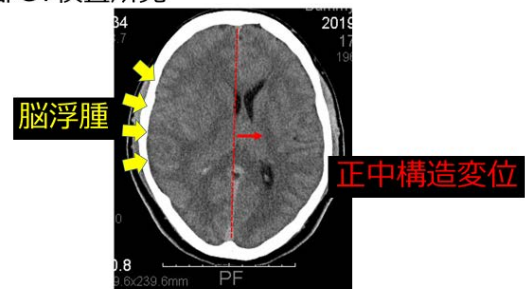
右上下肢の強直間代性痙攣

→ミダゾラムにより痙攣を頓挫

初診時血液検査所見

【血算】	【生化学】	【動脈血液ガス分析】
WBC 27400 / μ l	AST 26 U/L	(O ₂ mask6L)
RBC 5.89 $\times 10^5$ / μ l	ALT 17 U/L	pH 6.597
Hb 17.6 g/dl	LDH 503 U/L	pCO ₂ 144 mmHg
Hct 52.1 %	ALP 221 U/L	pO ₂ 380 mmHg
MCV 88.5 fl	γ -GTP 29 U/L	HCO ₃ ⁻ 13.2 mmol/l
MCHC 33.8 %	T.Bil 0.8 mg/dl	BE -22.2
Plt 36.6 $\times 10^3$ / μ l	BUN 12 mg/dl	Glu 318 mg/dl
【凝固】	Crea 1.26 mg/dl	Lact 20 mmol/l
PT-INR 1.24	eGFR 49 ml/min/l	
APTT 29.1 秒	Na 148 mmol/l	
D-dimer 2.7 μ g/ml	K 5.1 mmol/l	
	Cl 104 mmol/l	
	Ca 10.6 mg/dl	
	CK 97 U/L	
	CRP <0.02 mg/dl	

頭部CT検査所見

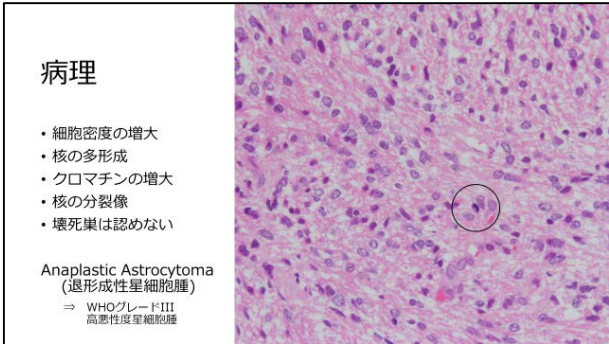
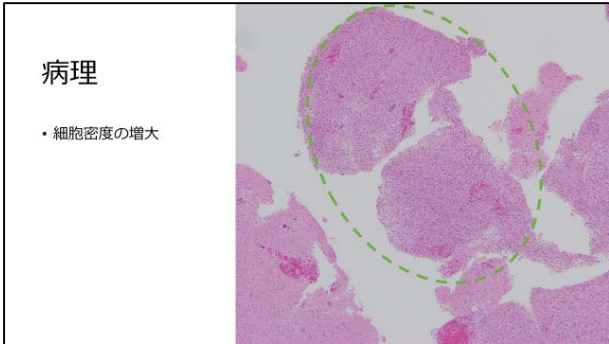
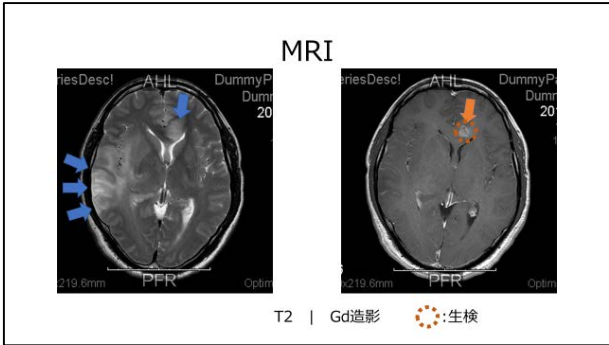


初期評価

熱中症疑い？

↓

痙攣重積発作
脳浮腫



入院後経過

第4病日
挿管による人工呼吸管理から離脱。

→Anaplastic Astrocytomaの治療のため脳神経外科へ転科
化学放射線療法を行う方針となった

テモゾロミド + FLAIR high領域に50Gy/25fr
Gd陽性部位にboost照射10Gy/5fr

熱中症重症度

分類	症状
I度	眼前暗黒感、失神、生あくび、大量の発汗、筋肉痛、筋肉の硬直 意識障害は認めない (JCS=0)
II度	頭痛、嘔吐、倦怠感、虚脱感、集中力や判断力の低下 (JCS≤1)
III度	下記1, 2, 3. のうちいずれか 1. 中枢神経症状 (意識障害JCS≥2, 小脳症状、けいれん発作) 2. 肝・腎機能障害 3. 血液凝固異常 (急性期DIC診断基準) ⇒III度の中でも重症型

熱中症診療ガイドライン2015より

けいれん

中枢神経 脳卒中、脳腫瘍、脳髄膜炎、てんかん
循環 心拍出量低下
呼吸 低酸素血症
代謝異常 肝障害、腎障害、電解質異常、血糖異常
外因性 一酸化炭素中毒、薬物中毒、熱中症 (高体温)

脳腫瘍 → けいれん、意識障害
+ 熱中症 (高体温) による修飾

まとめ

- 熱中症との鑑別を要する脳腫瘍を経験した
- 熱中症の流行時期こそバイアスは排除する

Take home message

熱中症の流行時期こそ重篤な疾患を忘れない

けいれん + 発熱 ≠ 熱中症！！

ありがとうございました

治療に難渋した気腫合併肺線維症 に続発した気胸の1例

草野亮太¹⁾ 福原光朗²⁾ 塩豊³⁾

- 1)いわき市医療センター初期研修医
2)いわき市医療センター呼吸器外科
3)福島県立医科大学呼吸器外科学講座

自己紹介

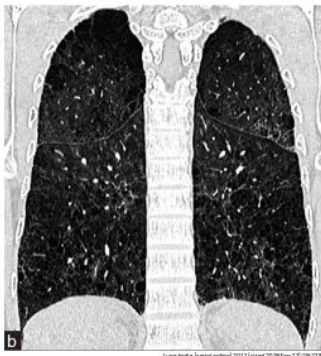
- 草野 亮太
(いわき市医療センター
初期研修医1年)
- 出身: 福島県いわき市
- 出身高校: 福島県立磐城高校
- 学生時代の部活: 弓道部
- 趣味: エレクトーン、書道
- 得意技: NGチューブ挿入



気腫合併肺線維症(CPFE)とは

- 気腫合併肺線維症
(combined pulmonary
fibrosis and emphysema;
CPFE)

肺上部→気腫
肺下部→線維化



症例 65歳 男性

- 【主 訴】 息切れ
- 【既往歴】 高血圧、糖尿病、肺線維症
- 【生活歴】 喫煙: 20本/日×43年(20歳-63歳), BI: 860
飲酒: 缶ビール500mL×2本/日
職業: 美術館警備員、元自衛隊
- 【アレルギー】 なし
- 【内服薬】 カナグリフロジン、ルセオグリフロジン、
ペニジピン、ランソプラゾール、ジメモルファンリン酸、
L-カルボシステイン、メホルミン、ボグリポース

症例 65歳 男性

【現病歴】

201X年Y月、2日前から突如出現し増悪する息切れを主訴に近医受診。チアノーゼ著明であり、

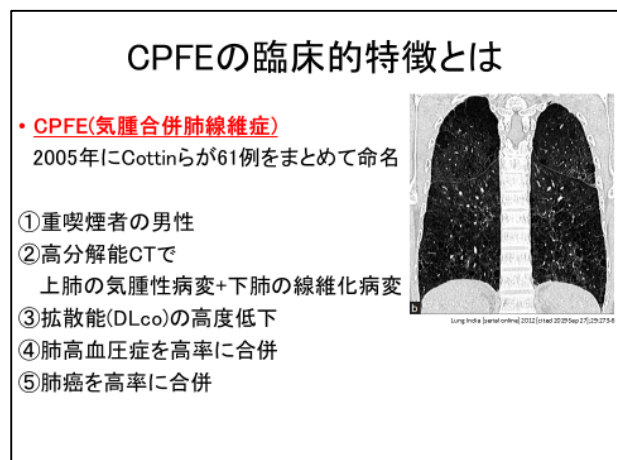
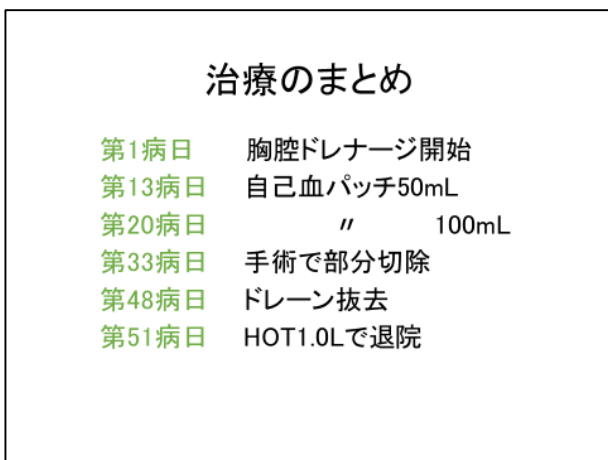
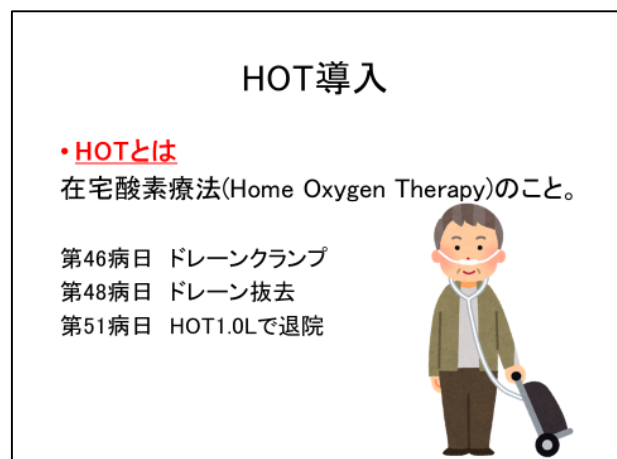
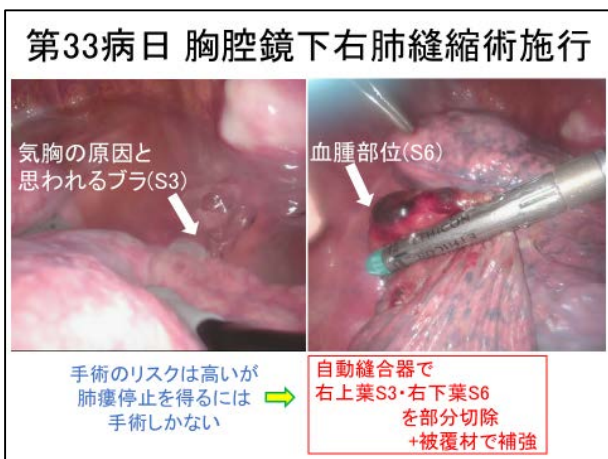
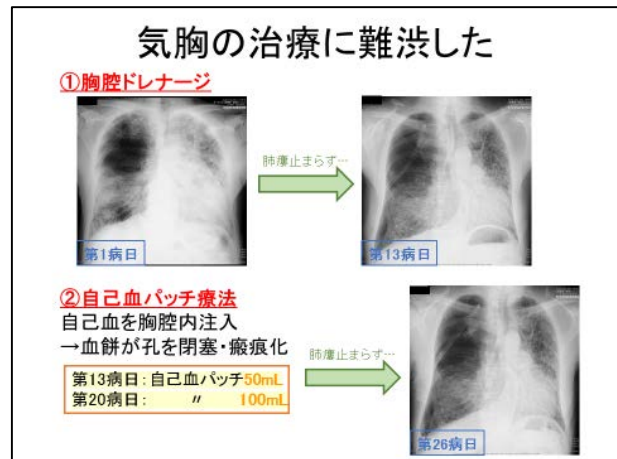
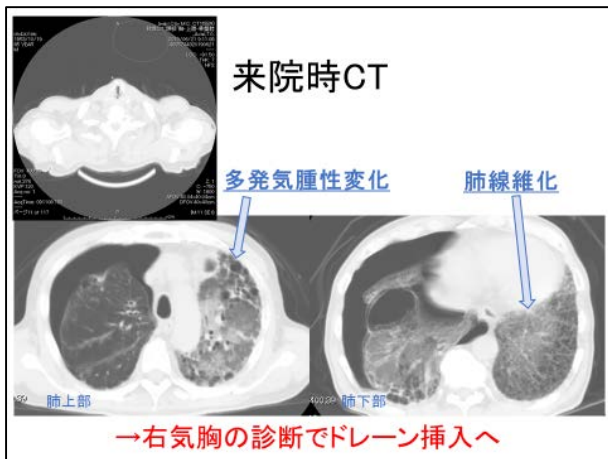
SpO₂ 53%(room air)
→74%(リザーバー付きマスク6L)
その後当院に転院搬送となった。

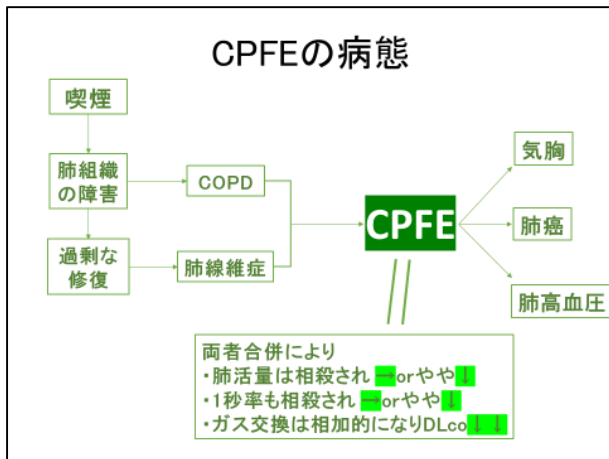
【入院時現症(初診時)】

意識レベル JCS 1, 体温 37.5°C, 血圧 165/95 mmHg,
心拍数 116/min, 呼吸数 40/min
SpO₂ 89(リザーバー付きマスク10L)
→体動時80%程度に低下
coarse crackles(+)(左>右)

線維化マーカー・炎症反応の 上昇を認めた

AST	23 U/L	Cr	0.65 mg/dL	MCH	32.3 pg
ALT	7 U/L	PCT	<0.05	MCHC	33.6 g/dL
ALP	267 U/L	Glu	188 mg/dL	Plt	22.3万/μL
T-Bil	1.2 mg/dL	CK-MB	11 U/L	PT	74%
LDH	277 U/L	BNP	116.1 pg/mL	PT-INR	1.17
TP	8.4 g/dL	eGFR	93.8	APTT	30.5 秒
Alb	4.0 g/dL	KL-6	1034 U/mL	D-dimer	0.5 μg/mL
CPK	108 U/L	CRP	0.47 mg/dL	SP-D	593.1 ng/mL
AMY	38 U/L	WBC	13300/μL		
Na	141 mmol/L	RBC	536万/μL		
K	4.6 mmol/L	Hb	17.3 g/dL		
Cl	106 mmol/L	Hct	51.5%		
BUN	13.2 mg/dL	MCV	96.1 fL		





ちなみに第98病日の検査では 酸素化・拡散能が悪かった

- **血ガス**
pH 7.360, pCO₂ **48.8**, pO₂ **55.0**, HCO₃ 26.8
→ II型呼吸不全
(HOT: 安静時1L・労作時1.5L継続)
- **呼吸機能**
%VC **46.6%**, FEV₁ 1.0% **100.0%**, %DLco **22.8%**
→ 肺線維症優位のCPFE
肺年齢: 95歳以上(+30歳以上)

結語

- 今回我々は、CPFEに続発した気胸の治療に難渋した1症例を経験した。
- 重喫煙者では肺活量や1秒率が正常でもCPFEの可能性はある。
- また、CPFEに急激な低酸素が生じた場合は気胸を念頭に置く必要がある。

参考文献

- 廣辺憲太郎: 肺気腫合併肺線維症(CPFE)の病態. 日本臨床生理学会雑誌 Vol. 43, No. 3, 2013.
- Cottin V, Nunes H, Brillet P-Y, et al. Combined pulmonary fibrosis and emphysema: a distinct underrecognized entity. *Eur Respir J* 2005; 26: 586-593
- An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Statement: Idiopathic Pulmonary Fibrosis: Evidence-based Guidelines for Diagnosis and Management. *Am J Respir Crit Care Med* 183: 788-824, 2011
- Kitaguchi H, Fujimoto K, Haseoka M, et al. Clinical characteristics of combined pulmonary fibrosis and emphysema. *Respirology* 2010; 15: 265-271
- 小谷敬太, 村田和子, 吉田祥二. 肺気腫と特発性肺線維症の併存症例における胸部CT像の評価. 断層映像研究誌 2004; 31: 25-29
- Estes JHT, Davis GS, Majumdar A, et al. Linking parenchymal disease progression to changes in lung mechanical function by percolation. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 176: 617-623
- 廣辺憲太郎: CPFEの呼吸機能と管理動態. 医学のあゆみ 2012; 241: 902-905

