一般演題

［口演］

一般演題1　臨床研究①　**O-001**

岐阜大学医学部附属病院総合内科での15年間の発熱入院患者の解析

○森田浩之、田口皓一郎、北田善彦、浅野元尋、
飯沼侑香、坂東直樹、池田貴英、梶田和男

岐阜大学大学院 医学系研究科 総合病態内科学

【目的】2004年6月に現在の病院に新築移転した際に当科に病床4床が与えられ、以後発熱疾患を中心とした入院診療を行っている。現在は病床12床で、2007年以降年間約250名の入院がある。その中の発熱患者の内訳や変遷を明らかにする。
【方法】2004年6月から2019年5月までの15年間に入院した3475名のうち、入院後1週間以内に38℃以上の発熱が1回以上認められた患者をカルテから抽出し、発熱の原因、性、年齢について調査した。
【結果】38℃以上の入院発熱患者は971例（全入院患者の27.9%、女性は53.0%）で、発熱の最終診断は、感染症47.3%、自己免疫疾患31.0%、腫瘍6.2%、その他11.2%、不明4.2%であった。このうち、入院1週間後も未診断であった患者（不明熱）は142例（発熱患者の14.6%）で、感染症20.4%、自己免疫疾患31.0%、腫瘍9.2%、その他12.7%、不明26.8%であった。不明熱患者の年次推移はほぼ一定で減少する傾向は無かった。全入院発熱患者でみると、高齢で増加するのは感染症、腫瘍、不明であり、減少するのは自己免疫疾患、その他であった。感染症の内訳は、細菌68.2%、ウイルス16.1%、真菌2.2%、抗酸菌0.9%、その他12.6%、自己免疫疾患の内訳は、全身性エリテマトーデス18.8%、成人Still病13.8%、顕微鏡的多発動脈炎8.2%、リウマチ性多発筋痛症7.8%、腫瘍の内訳は、リンパ腫27.6%、大腸癌15.5%、胃癌13.8%、骨髄系10.3%であった。
【考察】最近の当科入院患者の半数は自己免疫疾患のため、その割合は他の施設より高いと考えられる。画像診断や血液検査等の進歩によって発熱患者の診断は容易になってきているが、不明熱の割合は少なくなっていない。その原因の1つとして、発熱入院患者の高齢化による早期診断の困難化が考えられる。
【結論】当科の入院発熱患者は、感染症、自己免疫疾患、その他、腫瘍、不明の順で多く、今後は患者の高齢化とともに感染症、腫瘍、原因不明の発熱入院患者の増加が予想される。

一般演題1　臨床研究①　**O-002**

一般内科外来における睡眠障害の頻度と患者の治療選択について

○田中寛人

嶋病院 内科

【はじめに】睡眠不足は、昼間の眠気や全身倦怠感、集中力低下などの身体的精神的症状を呈するだけではなく、生活習慣病の誘因や増悪因子となりうる。今回、我々は一般内科外来における睡眠障害の頻度と治療選択ついて調査を行ったので報告する。【対象と方法】対象は、内科受診し、アンケートに同意の得られた患者342名（男性146名、女性196名）である。睡眠障害の評価は、アテネ不眠尺度（Soldatos CR, et al. J Psychosom Res 2000; 48（6）, 550-560）を使用して6点以上を睡眠障害ありと判定した。睡眠障害有の患者には投薬について新たな不眠症治療薬スボレキサント（対象は219名に対して行った）や漢方薬（対象は123名に対して行った）について内服希望を聞いて処方を行った。【結果】睡眠障害は、33.6%（115/342）に認められた。睡眠障害有りの患者のうちで睡眠薬使用中であったのは、39名で睡眠障害なしの患者では、40名が睡眠薬を使用していた。睡眠薬使用中である患者の睡眠障害出現率は、50%（39/78）であった。219名のうちの睡眠障害有りの患者でスボレキサントを希望した患者は、15.2%（12/79）であり、スボレキサント以外の睡眠薬を希望された方が2.5%（2/79）であった。睡眠障害有りの患者のうち82.3%（65/79）が投薬を希望せず、その理由としては大半が依存性が心配であった。123名のうちの睡眠障害有りの患者で漢方薬を希望された患者は、58.3%（21/36）であり、希望しない理由としては、睡眠障害の自覚に乏しいが40%でその他はまちまちであった。【結語】一般内科外来において睡眠障害は、33.6%認められた。睡眠薬を使用している者でも半数は睡眠障害が改善していなかった。睡眠障害を認めるもスボレキサントの内服治療を希望しない患者は、主に依存性を心配していた。しかしながら、漢方薬を進めた場合は、約6割に内服治療に同意した。

一般演題1　臨床研究①　**O-003**

回復期リハビリテーション病棟での栄養管理の成果

○菊地由花[1,2]、天野純子[2]、田辺裕雅[1]、伊藤やよいこ[1]、
亀谷貴浩[1]、重信友宇也[1]、柿本聖樹[1]、河原章浩[1]、
小林知貴[1]、宮森大輔[1]、大谷裕一郎[1]、岸川暢介[1]、
菅野啓司[1]、田妻進[1]

[1]広島大学病院 総合内科・総合診療科、
[2]アマノリハビリテーション病院 リハビリテーション科

【目的】平成30年の診療報酬改定でリハビリの現場にもNutrition Support Team（以下NST）が導入され、回復期リハビリ病棟のある当院でもNSTラウンドを開始した。NSTによる適切な栄養管理は、リハビリテーションの効果を高め得るか検証した。
【方法】2018年4月1日から9月30日までの6か月間、当院回復期病棟にてNST介入した31名（男性18名、女性13名、平均年齢80.2歳）に対し以下の6項目について検討した。①病名、②入院時血清ALB値、③退院時血清ALB値、④入院時FIM（Functional Independence Measure）、⑤退院時FIM、⑥転帰。
【結果】入院時Alb値は平均2.8g/dL、退院時Alb値は平均2.9g/dLであり、31名中22名に改善が認められた。入院時FIMの平均値は運動項目33.4点、認知項目21.2点、合計54.6点。退院時FIMは運動項目49.6点、認知項目22.2点、合計71.8点。転帰にて急変、死亡した症例は3例であり、そのすべてでAlb値が3.1g/dl未満であった。退院時Alb値が3.1g/dL以上とそれ未満の群に分けて退院時のFIMを比較すると、退院時血清Alb値が3.1g/dL以上の群が退院時FIMの運動項目、認知項目共に高値であった。特にFIM合計（P=0.044）、FIMの認知項目（P=0.029）では有意差を認めた（Mann-Whitney's U test）。
【考察】今回の結果同様、栄養を改善することによりADLが改善することは文献上でも散見されている。今回FIMの運動項目に関して有意差は認められなかったが上昇傾向にはあり、今後対象者を増やすと有意差が認められる可能性がある。
【結論】血清Alb値の維持・改善は、FIMを有意に改善することによりリハビリテーションの効果を高めることが示唆された。

一般演題1　臨床研究①　**O-004**

日本における重症敗血症および敗血症性ショック患者に対する積極的な抗生物質投与の現状

○阿部智一[1]、久志本成樹[2]、徳田安春[3]、杉山雄大[4]、
小倉裕司[5]、藤島清太郎[6]、白石淳[7]、斎藤大蔵[8]、
真弓俊彦[9]、小森大輝[1]、入山大希[1]、戒能多佳子[1]、
内藤俊夫[1]、阪本雄一郎[10]、丸藤哲[11]

[1]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、[2]東北大学、
[3]群星沖縄臨床研修センター、[4]筑波大学、[5]大阪大学、
[6]慶應義塾大学、[7]亀田総合病院、[8]防衛医科大学校、
[9]産業医科大学、[10]佐賀大学、[11]北海道大学

【目的】国内外の敗血症ガイドラインは敗血症患者に対し、1時間以内など早期の広域抗生剤投与を推奨している。一方でその根拠は乏しく、国際的な議論を巻き起こしている。そのため、本研究の目的は日本の実臨床の中での早期の抗生剤投与と敗血症患者の予後との関連について記述することである。
【方法】国内の多施設前向き観察研究である。2016年1月から15ヶ月間に59のICUに入院した重症敗血症、もしくは敗血症性ショックの基準を満たした成人を対象とした。敗血症を認識してから抗生剤投与までの時間を1時間以内、1－2時間、2－3時間、3－4時間、4－6時間、6－12時間に分割し、患者の特徴や死亡率などの転帰を比較した。患者重症度と施設間格差の調整には一般化推定方程式を用いた。
【結果】54病院より1124人の患者が登録された。30.5%の患者が1時間以内に、73.9%の患者が3時間以内に抗生剤を投与されていた。抗生剤投与までの時間の中央値は102分(四分位55-189分）であった。早期に抗生剤を投与されている方がより3時間バンドルの遵守率が高かった。院内死亡率は23.5%であった。1時間以内に抗生剤を使用されている群の死亡率が最も高かった（28.0%）。調整死亡率も1時間以内の抗生剤使用群が最も高く(28.9%[23.3-34.1])、1－2時間の群が最も低かった(21.6%[16.5-26.6])。1時間以内と1－2時間の群間のみに統計学的優位差を認めた。
【考察】早期投与が予後改善に繋がるという主な研究は全て後ろ向きであり、RCTでは予後改善を示していない。我々の強みは前向き研究であるが、重症度調整不足の可能性が残る。
【結論】我々の前向き観察研究は日本の救急施設が重症敗血症患者に対し、認識してから早期に抗生剤投与を行なっていることを示したが、早期投与と院内死亡率低下の関連は示さなかった。

一般演題1　臨床研究①　O-005

嚥下内視鏡検査における兵頭スコアは嚥下リハ開始時の強度を安全に設定しうるか？

○溝上大輔[1]、小野久美子[2]、坪井秀之[4]、廣田俊之[2]、小村 伸朗[3]

[1]国立病院機構 西埼玉中央病院 耳鼻咽喉科・頭頸部外科、
[2]国立病院機構 西埼玉中央病院 リハビリテーション科、
[3]国立病院機構 西埼玉中央病院 外科、
[4]防衛医科大学校 耳鼻咽喉科学講座

【背景】嚥下内視鏡検査（VE）における定量的評価には兵頭スコアが普及しているが、開始時の嚥下訓練の強度とスコアとの関係は未だ明らかでない。【方法】2017.7 ～ 2019.3までに、院内嚥下評価依頼で VE を行った65例のうち最終的な経口摂取状況や兵頭スコアの不記載などを除外した35例について後方視的に診療録を検討した。当院ではVE施行医は、兵頭スコア0-3点（正常あるいは軽度低下）／4-7点（中等度低下）／8点以上（高度低下）の3段階にわけ、リハビリ内容を当院独自の書式（当日供覧）で担当チームに提言している。直接嚥下訓練の場合は食形態を嚥下調整食学会分類2013に従って具体的に記載する。初回評価時の VE 兵頭スコアによる指示で安全に嚥下訓練が開始・継続できたか、誤嚥関連イベント発生と退院時の FOIS（functional oral intake scale）で評価した。【結果】年齢は53－93歳平均81歳、原疾患は肺炎の他各種癌の手術後や脳血管疾患など様々で、平均在院日数は38.5日であった。兵頭スコア3点以下では7/8例87.5% が特別なリハ介入を要さずに経口摂取可能（FOIS ≧4）となったが、1例で誤嚥関連イベントが発生し、禁食のまま転院していた。4-7点（中等度）では全例が直接嚥下訓練から開始し、14/16例、87.5%が問題なく退院まで訓練完遂し、最終 FOIS ≧4は11/16例68.8% であった。8点以上（高度低下）では、間接嚥下訓練4例、直接嚥下訓練3例、訓練適応なし4例で、誤嚥関連イベントは3/7例（42.9%）、最終 FOIS ≧4は2/11例18% であった。【考察】3点以下でも嚥下関連イベントは発生しうる。嚥下訓練には常に誤嚥リスクはつきものであることを患者家族には説明する必要がある。兵頭スコア4-7点の中等度嚥下障害までなら、間接嚥下訓練と平行して直接嚥下訓練から開始できる可能性がある。【結論】VE 兵頭スコアは嚥下訓練開始時のリハプラン作成に有用である。

一般演題2　症例報告【血液】　O-006

ANCA じゃあかんか？

○徳田嘉仁

近江八幡市立総合医療センター 救急・総合内科

【症例】72歳 男性。1ヶ月持続する発熱と両下肢のしびれを主訴に来院された。身体所見では多発神経炎ととれる両側足底のしびれの自覚以外特記異常は認めなかった。検査所見では腎障害（BUN/Cre 23。5/1。62 mg/dL）と低 Na 血症（131mEq/L）にくわえ、LDH が892U/L と著増していた。胸腹部 CT では全身のリンパ節腫脹は認めなかったが、両側腎がびまん性に腫大していた。 初診時より血管内悪性リンパ腫（Intravascular Lymphoma、以下 IVL）を疑い、ランダム皮膚生検・骨髄生検・髄液検査を行ったが病理結果は全て陰性で、鑑別のため測定した血清 MPO-ANCA が 82U/mL と高値を示した。ANCA 関連血管炎でも説明がつく臨床経過ではあったが、LDH の著増からやはり IVL が否定できないと考え、腫大していた腎臓の生検を行ったところ、毛細血管内に核小体を有する中型～大型核リンパ球性細胞がびまん性に増生しており、免疫染色で CD5 陽性、CD20 陽性、Ki-67 陽性率 90%との所見を得た。以上より本症例は「血管内びまん性大細胞性 B 細胞型悪性リンパ腫」と診断した。 R-THP-COP 療法を計 8 クール施行したところ下肢のしびれは改善し、腎機能も eGFR 78。6まで改善した。
【考察】本症例は ANCA 偽陽性の IVL であった。当初より LDH の異常高値などから IVL を疑っていたが、ランダム皮膚生検が陰性である事に加え「ANCA 陽性」で気持ちが一気にひっぱられてしまい、診断を誤る可能性があった。 しかし実際、ANCA が偽陽性となる状況は多数存在しており血清学的所見はあくまで参考に過ぎない。また今回、IVL の病理診断部位としては比較的珍しい腎生検で確定診断に至ったが「Tissue is Issue。」の信念のもと、異常所見のある臓器の生検・病理所見が診断に重要である事を再認識した。
【結語】① ANCA 偽陽性で腎生検により診断した IVL の症例を経験した。 ② ANCA が偽陽性となる状況は多数ある。 ③「最も肝心な検査はなんなのか」を考え、実施する事が大切であると再認識した。

一般演題2　症例報告【血液】　O-007

壊死性リンパ節炎に血球貪食症候群が併発した症例

○森川慶一[1]、日比野将也[2]、大杉泰弘[1]、浅井幹一[3]

[1]藤田医科大学 総合診療プログラム、
[2]藤田医科大学 救急総合内科学、
[3]藤田医科大学 豊田市・藤田医科大学連携地域医療学寄附講座

【背景】血球貪食症候群は感染症、悪性腫瘍、自己免疫疾患などを誘因として生じる。壊死性リンパ節炎から血球貪食症候群を来した症例を経験したため報告する。
【症例】19歳男性。主訴は発熱、頚部リンパ節腫脹。生来健康、他県で大学生活を送っていた。X-17日に発熱、左頚部リンパ節腫脹、咽頭痛を自覚した。X-13日に A 病院受診し、血液検査にて軽度の肝逸脱酵素上昇を認め、抗菌薬を処方された。改善なく、X-11日に A 病院へ入院となった。広域抗菌薬を使用されるも解熱なく、X 日に実家の近い当院へ入院となった。当院入院時の自覚症状は、倦怠感、頚部リンパ節腫脹、軽度の咽頭痛があった。身体所見では2-3㎝程度の有痛性の両頚部リンパ節を複数個触知した。血液検査では軽度肝逸脱酵素上昇、炎症反応上昇を認めた。X+3日頃発熱が再燃した。伝染性単核球症を来す各種ウイルス抗体はいずれも陰性で、若年者の頚部リンパ節腫脹、発熱、その持続期間より壊死性リンパ節炎を疑い、X+12日に頚部リンパ節切除生検を施行した。同日、強い倦怠感を訴えたため、再度血液検査を行い、汎血球減少、肝逸脱酵素の著明な上昇、フェリチン異常高値、トリグリセライド低値を認めた。経過より壊死性リンパ節炎に合併した血球貪食症候群を疑い、骨髄生検を行った。著明な血球貪食像を認め、血球貪食症候群と確定し、ステロイドパルス療法を開始した。X+19日リンパ節生検の病理結果にて壊死性リンパ節炎に矛盾しない所見と報告され、X+26日全身状態が改善したため退院となった。
【結語】血球貪食症候群は発熱、リンパ節腫脹、肝機能異常など多彩な症状を呈す。敗血症や、敗血症に伴う DIC と所見が類似しており、そちらの対応が優先され治療介入が遅れることがある。今回、壊死性リンパ節炎を疑った経過中に状態悪化が起き、検査所見から血球貪食症候群を疑い、骨髄生検により確定診断できた。両者が合併し得ることが教訓となる症例であった。

一般演題2　症例報告【血液】　O-008

腹腔内腫瘤を契機に発見されたエルドハイム・チェスター病の一例

○諏訪雄一[1,2]、久保田尚子[4]、元井亨[3]、岡本朋[4]、加藤剛[4]、高見恵梨香[4]

[1]東京大学医学部附属病院 アレルギーリウマチ内科、
[2]都立駒込病院 内科、[3]都立駒込病院 病理部、
[4]東京都立駒込病院 総合診療科

【症例：61歳、男性】
【主訴】腹部膨満感 【既往歴・既存症】小児喘息 【現病歴】20XX 年5月17日頃に腹部膨満感を自覚し前医受診、6月3日の腹部造影 CT で腹水貯留と上腸間膜動脈周囲の腫瘤性病変を指摘され、精査目的に6月6日、当院紹介受診となった。【身体所見】身長 177.0cm、体重72.0kg、意識清明、BT 36.5℃、BP 97/53mmHg、PR 80bpm、SpO2 99%（R.A）左下肺野に吸気時 coarse crackles を聴取し、両側下腿に圧痕性浮腫を認めた。【検査結果】6月8日当科外来初診時の血液検査で小球性貧血、低アルブミン血症、PT-INR および APTT の延長、可溶性 IL2 レセプターの上昇を認めた。6月22日の PET-CT にて腸間膜腫瘤、右肺上葉、下顎骨、両側上腕骨・大腿骨に集積像を認めた。7月19日に腹腔鏡下腸間膜腫瘤生検、7月29日に骨髄穿刺を施行し、両検体で S100 陰性、CD1a 陰性、CD68 陽性の組織球浸潤を認めた。【経過】全身浮腫の症状で7月9日に当科入院となり、対症療法と共に上記精査を施行した。病理組織像の非ランゲルハンス細胞型組織球浸潤と PET-CT での両側対称性骨集積亢進像の所見からエルドハイム・チェスター病(Erdheim-Chester Disease: ECD）と診断した。治療目的に8月28日、他院転院となったが多臓器不全で9月9日に死亡した。【考察】ECD は非ランゲルハンス組織球症の一つで、症例報告数は全世界で数百、国内で数十程度と希少な疾患である。既存の ECD 報告例では、骨痛や内分泌、神経症状を初発症状として診断された例が多いが、本症例ではそれらを認めず、腹腔内腫瘤を契機とした。また、生検体では ECD に特徴的な Touton 細胞や foamy histiocyte を認めず、臨床所見と合わせて ECD の総合診断に至った。【結語】組織球症は多彩な臨床所見を呈し、病理組織像単独での鑑別も時に困難である。診断においては総合的な判断を要する。本症例のように腹腔内腫瘤の鑑別においても組織球症を考慮することはその診断の一助となる。

一般演題2　症例報告【血液】　O-009

遷延する発熱から血管内リンパ腫（IVL）が疑われた1例

○楠博[1]、山崎博充[1]、太田好紀[1]、吉原享子[2]、吉原哲[2]、松田育雄[3]、廣田誠一[3]、新村健[1]

[1]兵庫医科大学病院 内科学総合診療科学、
[2]兵庫医科大学病院 内科学血液内科、
[3]兵庫医科大学病院 病理診断科

【症例：80歳、女性】
【主訴】発熱の遷延　【現病歴】X年1月15日、インフルエンザに罹患。一旦解熱したが、1月25日頃より再度発熱が出現した。朝の体温は36℃台で、夜になると38～39度まで上昇した。また、インフルエンザ罹患後より咳嗽が出現し継続した。原因不明のため2月22日に当科紹介受診。原因精査のために3月6日入院となった。【身体所見】身長 144.5cm、体重 50.6kg、BT 38.2℃、頚部リンパ節腫脹なし、鼡径部リンパ節触知せず , 明らかな皮疹など無し　【検査結果】TP 6.4g/dL, Alb 3.3g/dL, AST 32U/L, ALT 26U/L, LDH 676U/L, CRP 2.48mg/dL, PCT 0.23ng/mL, フェリチン 1730ng/mL, SIL2-R 3129 U/mL　【経過】腹部造影 CT では腸間膜脂肪織炎の所見を認めた。SIL-2R、LDH 等の上昇から悪性リンパ腫が疑われたが、リンパ節腫大が目立たなかった。血管内リンパ腫（intravascular lymphoma: IVL）を疑い、ランダム皮膚生検を実施したところ、前胸部左側の老人性血管腫（Senile angioma）の一部の血管内に大型の異型リンパ球様細胞を認めた。骨髄生検では過形成性の骨髄を認め、B 細胞系のマーカーである CD20、CD79a 陽性の大型異型細胞がびまん性に浸潤するのが認められた。以上の結果から、活動性の B 細胞性リンパ腫と判断し、当院血液内科が満床のため、化学療法目的で3月22日に他院に転院となった。【考察】IVL はリンパ節腫大が目立たず、発熱、体重減少といった非特異的症状が多い。また、皮膚、中枢神経系、骨髄内の血管といった浸潤組織の臓器症状が出現する特徴がある。明らかなリンパ節腫脹が無くても、本症例のように腸管膜脂肪織炎、皮膚血管腫など腫瘍細胞の浸潤を示唆する所見を認めた場合、IVL を疑い組織生検を行う必要がある。【結語】不明熱・不明炎症で明らかなリンパ節腫大を認めない場合も、悪性リンパ腫を鑑別疾患として考慮すべきと考えられた。

一般演題2　症例報告【血液】　O-010

右下腿の腫脹を主訴に受診した後天性血友病 A の一例

○永田穂香、中里未央

福岡青洲会病院 救急総合診療部

【症例】42歳　女性
【主訴】右下腿の腫脹
【現病歴】X 日に疼痛を伴う右下腿の腫脹を自覚。X+3日に近医整形外科を受診し、深部静脈血栓症が疑われ、同日当院に紹介受診となった。
【既往歴】特記事項なし
【来院時身体所見】意識清明、体温：36.8℃、脈拍：70 / 分、血圧：201 /126mmHg　右腓腹に筋硬結・把握痛あり、右下腿周径差あり
【検査所見】血液検査：WBC 9100/μl、RBC 423万 /μl、Plt 28.5万 /μl、PT-INR 0.94（正常：0.85 ～ 1.15）、APTT 秒 85.4 秒（27 秒～ 38 秒）、CRP 0.04mg/dl、下肢静脈エコー：右腓腹筋とヒラメ筋層間に不均一な高エコー領域あり、血栓所見なし、下肢 MRI：右下肢に筋肉内出血を疑う所見あり
【経過】外傷歴のない筋肉内血腫に加え、APTT 延長と下腿腫脹の増悪傾向を認めたことから、後天性血友病 A を疑い血液内科紹介とした。精査にて第Ⅷ因子活性（以下 F Ⅷ：C）の低下、第Ⅷ因子に対する抑制物質（以下インヒビター）力価上昇の所見を認め、後天性血友病 A の診断とされた。治療として遺伝子組み換え活性型凝固第Ⅷ因子製剤、プレドニゾロン投与が施行され、第74病日に退院となった。
【考察】後天性血友病 A はインヒビターによって、F Ⅷ：C が著しく低下し、突発的な皮下出血や筋肉内出血など出血症状を呈する疾患である。本症例は 1.48 人 /100 万人と稀な疾患であるが、近年増加傾向と報告されており、初診は総合診療科を受診する可能性がある。出血は重篤になる場合があり、本疾患を疑った場合は速やかに専門医に紹介を行うことが重要と考えられる。

一般演題3　臨床研究②　O-011

ケアミックス病院におけるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌（MRSA）感受性の変化に関する検討

○加勢田富士子[1,2]、池崎裕昭[1]、小森彩佳[1]、坂本篤彦[1]、村田昌之[2]、林純[1]

[1]原土井病院 総合診療科、[2]九州大学病院 総合診療科

【目的】MRSA は院内感染の主要な原因菌だが、市中感染型 MRSA（CA-MRSA）の増加が報告されている。一般的に院内感染型 MRSA は基礎疾患のある患者から検出され、SCCmec type Ⅰ、Ⅱ、もしくは Ⅲ を保有しており多剤耐性であるが、CA-MRSA は基礎疾患のない、特に小児や若者から多く検出され、SCCmec type Ⅳ もしくは Ⅴ を保有し、非βラクタム系薬の感受性は保たれている。またβラクタム系薬に関しても最小発育阻止濃度（MIC）は低値である。近年は病院内においても SCCmec type Ⅳ MRSA の増加が報告されているが、ケアミックス病院より検出される MRSA に関する報告は少ない。今回、当院より検出された MRSA の感受性の変化より、CA-MRSA の増加の有無を検討した。
【方法】対象は当院で2009年1月から2018年12月に検出された MRSA で、1人1菌となるように調整し、1年毎に各抗菌薬感受性の割合を測定した。
【結果】黄色ブドウ球菌に占める MRSA の割合は、2009年が59.7%、2018年が58.7% で、60%前後で推移し変化は認めなかった。抗菌薬の感受性率を比較すると、ミノサイクリンは2009年は47.7% だったが、2018年には90.4%へ有意に上昇していた（p<0.001）。また2009年はイミペネム（IPM）MIC ≦4μg/mL が21.9% であったが、2018年は75.3% で、有意な増加を認めた（p<0.001）。レボフロキサシンの感受性率は2009年4.5%、2017年6.2% で変化を認めなかった（p=0.796）。
【結論】高齢者が主体のケアミックス病院においても、検出 MRSA の中で CA-MRSA の占める割合が増加していることが推測された。

一般演題3　臨床研究②　O-012

糖尿病神経障害の時代変化

○長谷川修[1]、奈良典子[2]

[1]横浜市立大学附属市民総合医療センター 一般内科、
[2]横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 神経内科

【目的】21世紀に入り、糖尿病の重要性が国民に啓発され、少しずつではあるがその管理が進みつつある。15年間にわたり、同じ施設で同じ方法を用いて行った糖尿病神経障害の評価結果を比較した。【対象および方法】2004年7月～ 2008年12月（第1期）の1,056名（女性40.1%）、2009年1月～ 2013年12月（第2期）の1,084名（女性41.4 %）、2014年1月 ～ 2018年12月（第3期）の1,100名（女性40.2%）で、各5年間に糖尿病患者で行った神経障害の臨床的および電気生理学的評価結果を比較した。対象は院内各科（主に内分泌・糖尿病内科）からの依頼に応じて神経障害の評価を行った糖尿病患者で、教育入院が多かった。対象の大部分はそれぞれ別々の新規患者である。臨床的にはアキレス腱反射、足遠位の対称性しびれと痛み、内踝での振動覚低下、短趾伸筋の萎縮を評価し、電気生理学的には4運動神経と4感覚神経で神経伝導検査を行った。【結果】平均年齢は第1期59.8歳、第2期60.7歳、第3期61.0歳と徐々に上がった。身長に比べて体重の増加が大きく、BMI が第1期24.3、第2期24.9、第3期25.2と上昇した。糖尿病診断後の罹病期間はそれぞれ10.4年、11.1年、10.6年、神経伝導速度指標は健常者平均の83.6%、83.8%、83.8%と、この間でほとんど変化なかった。CMAP 振幅、SNAP 振幅はこの期間で女性優位に軽度増加し、臨床的評価もこの間に若干の改善をみた。評価時の HbA1c 値はいずれも平均9.9%くらいで、ほとんど変化なかった。【考察および結論】ここ15年間で糖尿病患者の年齢は平均で1歳あまり上昇し、BMI が0.9増加したが、神経障害は若干軽くなった。これには、糖尿病や他の危険因子への薬物療法の進歩が貢献しているかもしれない。

一般演題3　臨床研究②　**O-013**

Charcot-Marie-Tooth 病の長期経過

○長谷川修[1]、奈良典子[2]

[1]横浜市立大学附属市民総合医療センター 一般内科、
[2]横浜市立脳卒中・神経脊椎センター 神経内科

【はじめに】CMT 病は多くの臨床型と遺伝子型を含むが、基本的には先天性、非進行性の末梢神経疾患と考えられる。もちろん、成長や老化に伴って経過に様々な修飾を受けるが、その多くは不自由を抱えながらも天寿を全うできる。約30年間にわたりフォローし、その間に生じた ADL と電気生理学的所見の変化を観察した2名を報告する。【症例1】現在76歳の女性で、妹も同病。中学生のころ、早く走れないことに気付いた。26歳ころから尖足となり、下肢の筋力低下が緩徐に進行、40歳からは小手筋の筋力低下も出現した。50歳時にはかろうじて独歩可能であったが、SLB そして近年は歩行器も使用するようになった。49歳時の運動神経伝導検査では、正中神経で伝導速度が54.8m/sec（振幅4.5mV）と保たれ、CMT-2と考えられた。腓骨神経で38.4m/sec（1.0mV）、筋 CT では下腿中央部で残存筋は僅かで、多くは脂肪置換していた。75歳時には、正中神経で4.7mV、腓骨神経で0.4mV となった。【症例2】現在54歳の男性。両親がいとこ婚。処女歩行は14 ヵ月であったが、転びやすく徐々に内反足となった。10歳で脊柱後弯が、12歳で鳩胸が目立ち、下肢筋力が徐々に低下した。26歳ころから手作業に不便さを感じ、33歳で階段昇降と十分な閉眼ができなくなった。35歳時、ADL はつかまり歩行と車いすを併用し、その後も大きな変化はない。神経伝導検査では、35歳で既に上下肢ともに運動・感覚神経刺激で活動電位を得られず、54歳時に強刺激で虫様筋から遠位潜時45msec、伝導速度19m/sec、振幅0.4mV の、鼻筋からも43msec の潜時で振幅0.3mV の CMAP が得られた。浅腓骨神経生検では、有髄線維の著明な減少と onion bulb 形成がみられ、Dejerine-Sottas 病と考えられた。【結論】見かけ上の病状進行は、非進行性の病態に加齢現象が加わった結果と考えられた。

一般演題3　臨床研究②　**O-014**

関節症状を来たし、外来受診した患者の関節エコーの有用性～診断・鑑別は可能か？ 5490関節からの報告～

○名和田雅夫[1,2]、船田将史[1,2]、染谷一貴[1,2]、大庭ひとみ[3]、倉田聖子[3]、牛嶋賢[3]、齋藤和義[1,2]

[1]戸畑総合病院 総合内科、
[2]戸畑総合病院 膠原病・リウマチ科、[3]戸畑総合病院 検査科

【背景・目的】関節痛や腫脹といった関節症状は、若年から高齢者まで幅広く見られ、プライマリケアでもよく遭遇する主訴・症状の一つである。関節症状の鑑別疾患は多岐にわたることもある。今回迅速かつ網羅的に施行できる関節超音波検査における診断・鑑別の有用性について検討を行なった。
【対象・方法】対象は、2017年8月～2019年4月に当院外来を受診した関節症状（疼痛・腫脹）を来たした220名を後方視的に解析した。関節超音波検査で施行した関節部位は、両手関節、両手指関節（1～5PIP 関節、1～5MCP 関節）、両肘関節、両肩関節、両肩鎖・胸鎖関節、両膝関節、両足関節、両1～5MTP 関節、両股関節であり、症状に応じて関節部位の検査を施行した。
【結果】220名の平均年齢は66.8歳（13～100歳）、女性が158名（71.8%）、男性が62名（28.2%）、検査関節部位は、計5490関節であった。各関節の有所見率は、両手・手指関節は37.9%、両肘関節は14.3%、両肩関節は30.0%、両膝関節は30.4%、両股関節は0.0%、両足・MTP 関節は19.4%、両肩鎖・胸鎖関節は2.1% であった。主な診断・鑑別疾患として、46名に関節リウマチ、51名にリウマチ性多発筋痛症、5名に RS3PE 症候群、28名に結晶沈着性関節炎の診断を得た。
【考察】関節超音波検査により、自己免疫疾患や炎症性疾患、急性関節炎の鑑別疾患の一つである結晶沈着性関節炎などの鑑別・診断に有用である可能性が示唆された。関節症状を来した場合、関節レントゲン検査による評価は一般的であるが、関節超音波検査を併用することで、滑膜や滑液といった軟部組織、骨病変の詳しい評価が可能となり、鑑別・診断の精度が上がると考えられた。
【結論】関節超音波検査は、関節症状を来した関節性疾患の診断・鑑別に有用なツールの一つである。

一般演題3　臨床研究②　**O-015**

非呼吸器感染症による敗血症性 ARDS の risk modifier の検討

○入山大希[1]、阿部智一[1]、内藤俊夫[1]、小倉裕司[2]、白石淳[3]、久志本成樹[4]、斎藤大蔵[5]、藤島清太郎[6]、真弓俊彦[7]、小森大輝[1]、戒能多佳子[1]、阪本雄一郎[8]、丸藤哲[9]

[1]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、[2]大阪大学、
[3]亀田総合病院、[4]東北大学、[5]防衛医科大学校、[6]慶應大学、
[7]産業医科大学、[8]佐賀大学、[9]北海道大学

【目的】ARDS は発症頻度が低いことから発症に関連する因子を原因・リスクなどの表現ではなく、predisposing condition と risk modifier に分類する方法が提唱されている。肺炎による敗血症は ARDS の主要な predisposing condition であり研究も多い。一方で、非呼吸器感染による敗血症を predisposing condition とした ARDS の risk modifier は検討されていないため、本研究はその探索を目的とした。
【方法】本研究は Focused Outcomes Research in Emergency Care in Acute Respiratory Distress Syndrome, Sepsis and Trauma（FORECAST）study のデータを用いた二次分析である。同研究は国内59施設で2016年1月から15 ヶ月間行われた前向き観察研究である。非呼吸器感染による重症敗血症または敗血症性ショックの基準を満たした成人 ICU 入院患者を対象とした。主要評価項目は入院時、もしくは入院中に合併したすべての ARDS と定義した（入院初日もしくは4日目に Berlin 定義を満たしたもの）。説明変数は年齢、性別、ICU 入室経路、BMI、喫煙歴、心不全・慢性閉塞性肺疾患・糖尿病の既往歴、ステロイド・スタチン内服歴、感染部位、ショックの有無、APACHE II スコアとした。
【結果】594人が選択基準を満たし、85人の患者が ARDS を合併した。ARDS 患者は非発症患者と比較して、ショックが多く（80% vs 66%, P=0.01）、APACHE II スコアも高かった（26.0 vs 21.0, P<0.01）。多変量解析では病棟からの ICU 入室（救急外来からが対照群）（オッズ比 [95% 信頼区間], 0.53 [0.294-0.947]）、喫煙中（0.18 [0.056-0.587]）、軟部組織感染（腹部感染が対照群）(2.39 [1.040-5.400])、高 APACHE II スコア（1.08 [1.050-1.120]）が独立して、ARDS 合併と関連していた。
【結論】重症の医療機関関連感染や軟部組織感染が敗血症性 ARDS の risk modifier の可能性がある。

一般演題3　臨床研究②　**O-016**

地域公立病院に設置した佐賀大学医学部附属病院地域総合診療センターでの総合診療医育成と地域連携の試み

○森和美[1]、百武正樹[1]、多胡雅毅[2]、大串昭彦[3]、徳島圭宜[2]、藤原元嗣[2]、杉岡隆[3]、山下秀一[2]

[1]佐賀市立富士大和温泉病院 総合診療科、
[2]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、
[3]佐賀大学医学部 地域医療支援学講座

【目的】高齢患者が増加しており、高齢者診療では幅広い疾患への対応や急性期から慢性期の疾患管理が求められる。大学病院は高度専門医療に特化し急性期診療が主なため、そのような教育は難しい。佐賀大学医学部附属病院（以下、佐大病院）では、市内山間部の公立病院（以下、公立病院）に平成24年より地域総合診療センター（以下、地総センター）を設立し、医師を派遣している。地総センターの診療の実際や開設後の実績の推移を提示する。【方法】佐賀大学総合診療部の若手医師が地総センターに総合診療科の医師として常勤し、外来および入院診療を行う。佐大病院より週に1～2回定期訪問する大学教員の指導を受ける。外来・入院診療について指導教官と回診やディスカッションを行う。佐大病院より公立病院に転院する症例では、同センターから大学病院の電子カルテを直接閲覧できるシステムを導入している。地総センター開設から7年間の公立病院の総合診療科外来患者数、公立病院入院患者数、急性期病床稼働率、佐大病院からの入院患者紹介数、総合診療科入院疾患群を比較した。【結果】公立病院の総合診療科外来患者数は平成24年度に合計4,166人、平成30年度に合計5,492人であった。公立病院全体の入院患者数は平成24年度に合計30,010人、平成30年度に24,200人であった。急性期病床稼働率は平成24年度に85.6%、平成30年度に81.5% であった。佐大病院からの入院患者紹介数は、平成24年度に54人、平成30年度に43人であった。平成28年度～平成30年度の入院疾患群の割合は、呼吸器疾患27%、消化器疾患14%、神経疾患11% であり、幅広い疾患の診療を経験した。【考察・結論】公立病院に地総センターを設置することによる若手医師の教育診療システムでは、幅広い疾患の診療を経験できる。また大学教員の定期的な訪問指導や医療情報連携システムにより教育の質を保っている。以上より総合診療医育成に有効である。

一般演題4　救急医療　**O-017**

高齢者の救急診療における病院総合医の役割：救急総合診療部体制

○加藤雅也、延岡悠樹、吉田晶代、亀山和也、谷口真理、永井道明、小田登、原田和歌子

広島市立安佐市民病院 内科・総合診療科

当院は広島県北西部から島根県南部の広域医療圏における中核的総合病院として高度急性期医療を提供しているが、地域の高齢化率は極めて高く、救急車で搬送される患者の多くが高齢者である。
【目的】当院に救急搬送された患者の特徴を検証し、病院総合医の役割を明らかにした。
【方法】過去5年間に当院に救急搬送された患者の年齢、性別、最終転帰、最終診療科を調査し、その動向を検討した。
【結果】昨年度、救急搬送された患者の平均年齢は66±24歳であり、65歳以上は67%、75歳以上は48%であった。救急搬送患者の年齢は有意に高齢化していた（p<0.0001）。重症患者は全救急車患者の16.1%であったが、75歳以上では有意に多く18.0%であった。救急車からの入院患者は救急搬送される患者の44.0%で、75歳以上では67.1%が入院していた。最終入院診療科は、脳神経外科、脳神経内科、消化器内科、循環器内科、総合診療科の順であった。総合診療科は全入院患者のうち9.3%だったが、75歳以上の患者では12.1%で75歳以下の患者よりも有意に多く（p<0.0001）、総合診療科入院の割合は年々増加していた（p<0.008）。
【考察】救急現場では年々高齢者が増加している。救急搬送される高齢患者は重症患者が多く、臓器専門医による高度専門医療が必要である一方、複数の病態を合併したあるいは複雑な社会的背景をもつ患者も多い。当院では平日日中の内科救急患者に対し、内科上級医と若手内科専攻医、初期臨床研修医による救急総合診療体制をとり、高齢者に対して入院の時点でMSWによる介入を行い、多職種チームによる退院支援を行っている。臓器別専門医といえどもジェネラリストの視点が必要であり、病院総合医の早急な育成が重要である。
【結論】年々高齢化する救急診療において、病院総合医の役割が重要である。病院総合医による早急な救急総合診療体制の確立と院内外の多職種連携がこれからのわが国の医療に非常に重要である。

一般演題4　救急医療　**O-018**

コリン作動性クリーゼを発症し心停止となったが救命した一例

○平田香穂里[1]、松浦宏樹[1]、木浦賢彦[1]、佐々木恵里佳[1]、高見優男[1]、瀧上慶一[2]、菅波由有[1]、岸田雅之[1]

[1]岡山市立市民病院 総合内科、[2]岡山市立市民病院 腎臓内科

【症例：70歳、男性】
【主訴】意識障害、徐脈
【既往歴】アルツハイマー型認知症、糖尿病、高血圧、虫垂炎術後
【現病歴】前医入院加療中に体温34度台の低体温と激しいムセがあり食事摂取困難になった。翌朝から39度の発熱と意識障害を認め当院に救急搬送された。
【身体所見】血圧80/50mmHg、脈拍50/分、SpO2 90%（バックマスク換気）、GCS E3V1M1。流涎、多量の全身発汗、両眼の著明な縮瞳を認めた。
【検査結果】生化学検査にて血清コリンエステラーゼの著明な低下（S-ChE 5 IU/L；正常240-486）を認めた。
【経過】急激に徐脈が進行し心停止となり心肺蘇生を開始し、アドレナリン1mg静脈内投与、気管挿管・人工換気を施行し蘇生に成功した。臨床症状および尿閉に対するコリン作動薬（臭化ジスチグミン5mg内服）の影響が考えられ、アトロピン0.5mg静注にて血圧・脈拍ともに改善し、コリン作動性クリーゼと診断した。ICU管理にてアトロピン持続投与および他の昇圧薬の併用にてクリーゼから離脱した。肺炎等の合併症治療後にリハビリ転院となった。
【考察】尿閉治療薬の臭化ジスチグミンのコリンエステラーゼ阻害作用によるコリン作動性クリーゼは内服開始後2週間以内の報告が多い。また、高齢者のクリーゼリスクが再認識され、2010年の添付文書改訂で低緊張性排尿困難に対する本剤の投与量が死亡報告のない5mgとなった。本症例の重篤なクリーゼは内服開始6ヶ月後と安定した時期の発症で、5mgの低容量であった。誘因としては、臭化ジスチグミン、作用機序の似たリバスチグミン貼付薬の併用、全身状態の悪化後の脱水・利尿低下による薬剤血中濃度上昇が考えられた。
【結語】高齢者においては、コリンエステラーゼ阻害作用を有する同効薬剤の併用や、全身状態の悪化によるコリン作動性クリーゼの発症リスクが高く、慎重な管理が必要である。

一般演題4　救急医療　**O-019**

失神にて受診し、受診当初心電図変化のなかったACSの一例

○宮澤健太郎[1,2]、久野慎一郎[1]、寺下勇祐[1]、奥田純一[1]、山中哲雄[2]

[1]東京逓信病院 救急センター、[2]東京逓信病院 循環器内科

【症例】42歳　男性　【主訴】失神　【既往歴】脂質異常症（治療なし）、逆流性食道炎（内服なし）　【現病歴】午前10時にコンビニエンスストアで会計待ちをしている際に、急激な眼前暗黒感が出現。その後、失神。目撃者の話では、失神の時間は約2分。救急隊接触時、意識清明であるが、失禁ありとの情報。当院救急センターに搬送となる。
【経過】当救急センター受診後、失神の原因を探るべく心電図を含めた検査を行い、明らかな異常所見なくvitalも安定していたため、来院15分後に頭蓋内病変検索のため頭部CTへと向かった。頭部CTから戻って来るや否や、胸部が苦しいと訴え再度ECG施行。右冠動脈を主病変とする急性心筋梗塞が示唆された。緊急CAGにて#1に99%の病変を認め、同部位にPCI施行となった。【考察】当報告の内容は単なる急性心筋梗塞の治療であるが、失神を主訴に来院し、受診時の心電図ではST変化を認めず、各種検査中に院内発症したAMIを経験したので報告する。過去の経験では、現場で失神を来し、受診当初から心電図にて右冠動脈閉塞による心筋梗塞が示唆された症例は多くあった。しかし、失神を主訴に来院し、受診時にECGが洞調律であったが、実は不安定狭心症であった症例をはじめて経験した。失神の原因は、心血管性、消化管出血、薬剤性、起立性などあるが、不安定狭心症に関しても聴取する必要があることを再認識した。この患者は受診2日前から、小走りで1－2分継続する胸痛が発症していたことが2回目の心電図施行後の問診時に判明した。患者と医療者の病状認識とのズレはよく経験するが、既に問診の時点から始まることがあることを再認識した。今回の胸痛を逆流性食道炎の痛みと考えていた患者にとって、失神と胸痛の関係は全く異なる事象であった。【結語】経験を積むことで的を絞った問診を遂行できるようになることもあるが、その的が広くなることもあるのもまた事実である。

一般演題4　救急医療　**O-020**

下顎痛にて歯科受診をしつづけた心筋梗塞の一例

○山田真理[1]、久野慎一郎[2]、寺下勇祐[2]、宮澤健太郎[2]、奥田純一[2]

[1]国家公務員共済組合連合会 九段坂病院 研修医、
[2]東京逓信病院 救急総合診療センター

【はじめに】下顎痛のみを訴えて歯科受診を繰り返し、冠動脈疾患の適切な治療機会を逃した教育的症例を経験したので報告する。
【症例】75歳、男性。主訴：下顎痛。
現病歴：来院1年前より不定期に下顎痛が出現するも放置。来院2ヶ月前に近医歯科を受診し、鎮痛薬処方。来院1ヶ月前に顎関節症と診断され、再び鎮痛薬処方。その後も疼痛は改善せず、頻度も1日1回になったため、耳鼻科にてファイバー施行や、近医歯科にてマウスピース作成するなど、顔面領域を中心とした受診を繰り返した。来院12日前に歯科大学病院を紹介受診。放散痛疑いにて同院内科紹介受診。検査にてトロポニンT陽性、心電図変化を認めた。同日当院へ救急搬送、入院となった。
【経過】第2病日PCI施行し、#6に100%狭窄を認めステント留置した。他#4PL 99%、#11 50%、#9-2 100%、#9-3 99%、#7 50%の病変を認めた。心リハ開始後、第5病日胸水貯留、IVC拡張、TRPG増加より心不全合併と判断し、アゾセミド、エプレレノン内服開始した。一旦第23病日退院となる。第38病日残存病変に対しPCI施行、#4AV-1に99%狭窄を認めステント留置した。経過良好につき第40病日退院となった。
【考察】今回の症例は、口腔領域に集中して検査・治療が行われた。下顎痛のみが主訴で、胸痛や左肩、左腕に痛みの放散痛が無いなど、やや非典型的な症状であったため発見が遅れたと考えられた。冠動脈疾患に附随する放散痛は、我々医療従事者の間では非常に有名な話ではあるが、兎角、胸痛＋放散痛と考えがちである。一つの痛み（左腕、下顎痛など）に特化した症状も冠動脈疾患を念頭に置いた問診を行う必要がある。
【結論】冠動脈疾患の放散痛について、詳細な問診（労作・非労作による出現状況など）を行うよう医師や歯科医師に注意喚起し、周知する必要がある。

一般演題4　救急医療　O-021

Cheyne-Stokes 呼吸が診断のきっかけとなった脳梗塞の一例

○山田篤史、佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

もともと混合性認知症があり、施設入所していた74歳女性。誤嚥性肺炎及び褥瘡感染症に対して長期にわたって入院加療されていた。回診時に若干の意識レベル低下を認めたが血液検査等で異常を認めず経過観察となった。その後の回診でも意識障害が遷延しており、Cheyne-Stokes 呼吸を認めたため、脳梗塞を疑って頭部 CT を施行したところ、Mid-line shift を伴う右大脳半球全体や左半球の一部の低吸収域を認め、脳梗塞の診断に至った。
Cheyne-Stokes 呼吸は両側大脳半球または間脳の障害で生じる呼吸パターンと言われており、重症心不全、尿毒症、薬物中毒などでも生じるとされている。高齢者や小児では生理的に出現することもあるが、今回は Cheyne-Stokes 呼吸新規に Cheyne-Stokes 呼吸を認めたことから、脳梗塞を疑って直ちに画像診断を行うに至った。もともと寝たきりで意識障害の評価が困難な高齢者においては Cheyne-Stokes 呼吸等の特徴的な呼吸パターンが診断に寄与することがあることを実感させられる症例であり、動画を供覧のうえ報告させていただく。

一般演題5　症例報告【感染症】①　O-022

Ecthyma Gangrenosum と好中球減少性腸炎を同時に呈した敗血症性ショックの一例

○石原徹、秋山貴志、上田佳孝、真鍋早季、桑野公輔、小松昌道、柳秀高、小澤秀樹

東海大学医学部付属病院 総合内科

【緒言】Ecthyma Gangrenosum と好中球減少性腸炎は、免疫不全者に起こる敗血症を伴う致死的な皮膚疾患と腸炎である。
【症例】77歳 , 女性。【主訴】右下腹部痛と下痢。【既往歴】子宮体癌で2か月前に子宮と卵巣を全摘出 ,9日前に carboplatin・paclitaxel の化学療法を受けた。【現病歴】6日前から腹痛と下痢があり、症状が増悪したため救急搬送となる。【来院時現症】意識 JCS 2, 血圧 60/44mmHg, 脈拍 140/ 分 , 呼吸数 26/ 分 , 体温 36.7℃ , SPO298%。右上腹部の圧痛 , 下腹部正中に手術痕 , 右下腹部に熱感や疼痛を伴う円形紅斑あり。【検査所見】血液検査は ,WBC 300/μL（好中球 0%）, CRP 48.18mg/dL。CT 検査は , 右側結腸に粘膜下浮腫と腸管壁肥厚あり。qSOAF スコア 3 点 , SOFA スコア 8 点。【診断】化学療法後の好中球減少者に発症した好中球減少性腸炎と皮膚軟部組織感染による敗血症性ショックと診断。【経過】piperacillin/tazobactam 13.5g/ 日＋ vancomycin 2g/ 日による抗菌薬 , 輸液や昇圧剤による循環管理 , 支持療法を速やかに施行した。血液培養は Pseudomonas aeruginosa と Escherichia coli が検出され、便培養は GNR を認めるも菌は同定されず。全身状態は徐々に改善したが , 右下腹部の円形紅斑は著明な変化が認められ , 入院2日目に紫斑様 ,5日目に出血性膿胞 ,17日目に黒色痂皮を伴う壊疽性潰瘍に進展した。入院24日目にデブリードマンを施行 , 壊死組織の培養で Pseudomonas aeruginosa が検出された。特異的な皮膚所見と , 血液・創部培養結果より ,Ecthyma Gangrenosum と診断した。全身状態と創部所見は改善して3か月後に退院した。【考察】Ecthyma Gangrenosum と好中球減少性腸炎は敗血症を伴い致死的となるため迅速な認識と広域スペクトラム抗菌薬による経験的治療が重要。【結語】Ecthyma Gangrenosum と好中球減少性腸炎を同時に呈した極めて稀な症例を経験した。また、Ecthyma Gangrenosum の早期診断に有用となる特異的な皮膚変化を明らかにした。

一般演題5　症例報告【感染症】①　O-023

サリルマブ投与中に発症した、炎症反応上昇の乏しかった頚部膿瘍の1例

○塩田星児[1,2]、鴛海太郎[1]、高倉健[1]、宮﨑英士[2]

[1]大分市医師会立 アルメイダ病院 総合診療科、
[2]大分大学医学部 総合内科・総合診療科

【症例：49歳、女性】【主訴】左頚部痛【既往歴】14年前からの関節リウマチ、皮膚筋炎に対して近医膠原病内科で加療中であり、2週に1回、抗 IL-6受容体モノクローナル抗体であるサリルマブを投与されている。【現病歴】X 年2月に左頚部にかけて痛みが出現した。2日後にかかりつけを受診し原因不明であり当院に紹介受診となった。【身体所見】診察では左下顎部に圧痛、腫脹があり、2cm の開口障害を認めた。歯の叩打痛は認めなかった。【検査結果】血液検査で CRP <0.08 mg/dl、WBC 6020/μl。頭部から頚部の造影 CT で左下顎部の顎下腺や軟部組織の腫脹を認めたが、膿瘍形成は明らかではなかった。【経過】蜂窩織炎を考慮し入院の上で抗生剤 CTRX 2g/ 日を開始した。その後も頚部の疼痛は持続し、次第に左下顎部から下顎正中に腫脹が広がった。入院4日目の血液検査では CRP、WBC 数は正常のままであった。入院6日目の歯科診療で口腔内の残根、齲歯からの炎症の波及が指摘された。同日の造影 CT で下顎正中に50mm 大の膿瘍形成を認めたが、CRP は0.60 mg/dl であった。WBC は10240/μl に上昇していた。気道閉塞の危険もあり高次機能病院歯科口腔外科に転院となった。同日に切開排膿され、膿瘍培養では α 連鎖球菌が検出された。抗生剤加療で軽快し自宅退院となった。【考察】サリルマブ投与中に発症した蜂窩織炎、膿瘍の症例を経験した。抗 IL-6抗体であるサリルマブは感染症の際も CRP 産生を抑制する可能性がある。サリルマブ製造元の市販前の調査では、膿瘍形成症例は CRP の上昇を認めていた。巨大な膿瘍形成にも関わらず、血液検査での炎症反応の異常が乏しく、対応に遅れが生じる可能性がある。【結語】抗 IL-6抗体投与中は、発熱や炎症反応上昇を認めない場合でも、腫脹部位があれば積極的に膿瘍を疑うべきである。

一般演題5　症例報告【感染症】①　O-024

化膿性仙腸関節炎と腸骨骨髄炎を合併した腸腰筋膿瘍の一例

○伊藤江里奈、辻啓明、杉田陽一郎、鈴木洋輝、塩尻俊明

総合病院国保旭中央病院 総合診療内科

【症例】28歳女性【主訴】左下腹部痛【現病歴】4日前、悪寒、37.9℃の発熱、全身に筋肉痛と関節痛があり、近医でインフルエンザ迅速検査は陰性であったため、レボフロキサシンが処方となったが、39℃の発熱が持続し左臀部痛も出現。2日前、左下腹部痛があり起き上がるのが困難となり増悪傾向のため、入院当日当院ＥＲ受診。【既往歴】8か月前、腎盂腎炎【身体所見】体温は36.7℃、左下腹部、臀部に圧痛あり、左腸腰筋徴候陽性。【検査所見】白血球13000 /μl、血小板4.7 万 /μl、CRP32.78 mg/dl、BUN50 mg/dl、Cre1.19 mg/dl、HbA1c 5.7 %、PT-INR 1.22、APTT 46.3s、D-dimer3.3μg/ml、尿中白血球 +、尿グラム染色ではグラム陰性桿菌、腹部・骨盤造影ＣＴでは左大腰筋、腸骨筋の腫大と腸骨内にガス像を認め、ＭＲＩでは仙腸関節、腸骨及び腸腰筋に拡散強調画像、STIR 像で高信号域を認めた。【経過】左腸骨生検のグラム染色でグラム陰性桿菌を認めたため、cefotaxime による治療を開始した。第3病日には、尿、血液、骨髄培養からレボフロキサシン耐性の大腸菌が培養されたため、感受性のある cefazolin に変更とした。第６病日、疼痛の改善がないため再度造影ＣＴ施行したところ、左大腰筋、腸骨筋に膿瘍が形成されていた。泌尿器科にて開腹ドレナージを施行し、以後抗生剤の継続にて軽快した。【考察】化膿性仙腸関節、腸骨骨髄炎に腸腰筋膿瘍を合併した症例は稀である。入院当日の腹部・骨盤造影ＣＴでは、腸骨内のガス像を認めたものの腸腰筋膿瘍の描出が困難であった。積極的な骨髄生検とＭＲＩ拡散強調画像、STIR 像が早期診断に有用であった。【結語】ＭＲＩが化膿性仙腸関節炎、腸骨骨髄炎を合併した腸腰筋膿瘍の診断に有用であった一例を経験した。

一般演題5　症例報告【感染症】①　O-025

演題取り下げ

一般演題5　症例報告【感染症】①　O-026

帯状疱疹再活性化に続発した喉頭蓋炎、声帯麻痺の治療に難渋した一例

○朴將輝、廣田哲也

社会医療法人 きつこう会 多根総合病院 救急科

【症例】67歳、女性
【主訴】全身性の発赤皮疹、発熱、咽頭痛、呼吸困難
【既往歴】25年前に悪性リンパ腫に対して自家造血幹細胞移植、糖尿病、高血圧症
【現病歴】来院数日前から断続的な発熱、来院2日前からは38度台の高熱と左耳介・頚部より出現して四肢体幹にも展開した広範な皮疹、さらに咽頭痛・呼吸困難を認めて救急搬送された。
【身体所見】来院時バイタルサインは、意識清明、BP:148/108 mmHg、HR:129/ 分、RR:28/ 分、SpO2:97%（室内気）、BT:37.6℃。理学所見は、胸部聴診で軽度の wheeze あり、嗄声あり、頚部・顔面・体幹と四肢の一部に対称性に点状の発赤皮疹散在あり
【検査結果】血液検査で CRP:5.20 mg/dl、WBC:8400/μl、乳酸値 1.9 mmol/l、室内気下の ABG で PaO2:72.5 mmHg、PaCO2:31.1 mmHg、胸部 CT で肺浸潤影や胸水貯留像なし、頚部 CT で喉頭蓋付近左喉頭部粘膜の腫大あり
【来院後経過】皮疹を伴う発熱からウイルス感染症を、さらに頚部 CT で喉頭蓋の粘膜肥厚を認めたため、急性喉頭蓋炎も疑った。入院翌日には皮疹に一部水疱を生じ、水痘あるいは帯状疱疹の再活性化と判断してアシクロビルを開始した。さらに同日に実施した喉頭ファイバーにおいて喉頭蓋の著しい腫脹を認めたため、緊急気管切開を行い、ステロイドの全身投与も開始した。第9病日には喉頭蓋の腫脹は軽減して気切チューブを抜去したが、左声帯麻痺を認めた。以降、声帯麻痺による誤嚥を繰り返したため、胃瘻造設術を実施し、第60病日に軽快退院した。退院9か月を経た現在ではわずかに声帯麻痺は残存するものの、経口摂取は可能となった。
【考察】自験例は水痘あるいは帯状疱疹の再活性化により喉頭蓋炎、声帯麻痺を併発した稀な一例と考えられ、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

一般演題5　症例報告【感染症】①　O-027

原因不明の急性僧帽弁閉鎖不全症と播種性血管内凝固を呈し、弁置換術により診断できた感染性心内膜炎の一例

○山下駿、相原秀俊、香月尚子、多胡雅毅、山下秀一

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【主訴】息切れ
【現病歴】生来健康な70歳の女性が5日前に階段昇降での息切れを自覚した。近医にて急性僧帽弁閉鎖不全症（急性 MR）と診断され、同日当院に紹介された。
【身体所見】意識レベルは清明で、血圧150/88mmHg、脈拍94/ 分、呼吸回数26/ 分、SpO2（2L）99%、体温 36.8℃であった。頚静脈怒張や著明な下腿浮腫を認め、心尖部の収縮期雑音と両側胸部の coarse crackles を聴取した。眼瞼結膜の点状出血や手指足底の皮疹は認めなかった。
【検査所見】血液検査では WBC 9200/μL、Hb 11.9 g/dL、Plt 3.1万 /μL、PT-INR 1.21、FDP 13.9μg/mL、CRP 1.95 mg/dL と播種性血管内凝固（DIC）を呈し、尿検査では尿蛋白3+、尿潜血2+ を認めた。合計8セットの血液培養は陰性で、経胸壁及び経食道心エコーではⅣ度の MR を認めたが、壁運動異常や疣贅はなかった。胸腹部造影 CT では胸腹水貯留を認めたが塞栓症や動脈瘤はなく、頭部 MRI では右側頭頭頂葉と左被殻に亜急性期～急性期梗塞を認めた。
【経過】急性 MR 及び DIC の原因として感染性心内膜炎（IE）を疑ったが、modified Dukes criteria（clinical）は definite ではなかった。急性 MR に対しては、手術により DIC が改善する確証がなく、保存的加療を行い、安定した。DIC の原因は明らかにならず、当初から所見のある僧帽弁に原因があると判断し、第170日目に僧帽弁置換術を行ったところ、僧帽弁に疣贅が付着していた。弁培養にて Enterococcus faecalis が検出され、IE と確定診断した。
【考察・結語】急性 MR の原因として、IE は急性心筋梗塞の次に多い。IE の診断は主に modified dukes clinical criteria で行われるが、万能ではない。術前に非 IE による弁膜症と診断された患者に弁手術を行ったところ、0.9% が IE と診断されたとする報告もある。本症例は術前の IE の診断は困難で、弁手術でしか診断及び救命できない症例であった。臨床的に IE が否定できなければ、全身状態が悪くとも弁手術を検討すべきである。

一般演題6　診断エラー①　O-028

低血糖昏睡改善後に判明した虫垂炎－診断エラーの観点から－

○内藤純行、松田隆秀

聖マリアンナ医科大学 総合診療内科

【症例：64歳、女性】
【主訴】意識障害【既往歴・既存症】Ⅰ型糖尿病（低血糖による意識障害で他院搬送歴あり）、高血圧、高尿酸血症、腎移植後
【現病歴】来院2日前より食欲低下を認め、搬送日の朝の食事量も少なかったために、持効型インスリンを1単位のみ皮下注射した。昼過ぎに意識朦朧状態の本人を夫が発見。血糖 48であり救急要請となった。
【身体所見】意識レベルⅢ -300。BP 143/60、BT 37.7℃、HR 87、RR 24、SpO2 98%（2L）。血糖22mg/dl と低血糖を認め、食事摂取量低下に伴う低血糖と考えられ、ブドウ糖投与にて速やかに意識は改善した。
【検査結果】WBC151,000/μL、CRP6.33mg/dl、Cre 1.87mg/dL、肝胆道系酵素の上昇、電解質異常は認めなかった。
【経過】レベル改善後の身体所見では下腹部に圧痛を認めたものの、筋性防御や反跳痛は認めなかった。意識状態は改善したため帰宅予定であったが、下腹部痛検索の為に腹部 CT を施行したところ虫垂腫大を認め、急性虫垂炎の診断となった。外科転科となり、腹腔鏡下虫垂切除術施行。術後9日目に退院となった。
【考察】当初は食事量低下による低血糖と考えられたが、意識レベル改善後の身体所見にて腹腔内病変が疑われ CT 施行。結果、背景に感染を伴った低血糖であることが判明した。本例は、Premature closure、Searching satisfaction を主とした診断バイアスにより、低血糖の背景にある虫垂炎を見逃しかけた症例であった。意識障害の原因としての低血糖で考えを止めることなく、その背景にありうる疾患を想定し、改めて問診・身体所見を真摯に行うことが重要である。
【結語】シンプルな原因に帰着するだけでなく、その背景にある疾患についても想定をしながら検索を行う重要性を再認識した症例であった。

一般演題6　診断エラー①　**O-029**

体重減少、IgG 高値、汎血球減少を契機に診断された HIV 感染症の一例

○仲西雄大[1]、乾啓洋[2]、内藤俊夫[2]、加野美希[2]

[1]順天堂大学練馬病院 総合診療科、
[2]順天堂大学医学部 総合診療科学講座

【はじめに】我が国の HIV 感染症数は現在も増加傾向であり、毎年約1,400 人の新規感染者が報告されている。HIV 感染症の症状は様々であり、診断までに時間がかかってしまうことも多い。今回、体重減少、IgG 高値、汎血球減少を契機に診断された HIV 感染症の一例を経験したので報告する【症例】58 歳の男性。健康診断は受けていない。入院1年半前より体重減少および倦怠感が持続し、1年間で10kg の減少を認めていた。入院半年前に近医受診し上下部内視鏡検査、腹部超音波、頸部から骨盤部 CT を施行するも明らかな異常なく、その後も半年間で6kg 体重減少認めたため精査目的に当院当科紹介受診となった。血液検査結果で汎血球減少および IgG 高値認め多発性骨髄腫なども考え骨髄検査を検討するも、同時期に検査した HIV スクリーニング検査が陽性となったことから HIV 感染症を疑い精査。HIV-RNA 定量は2.1?106copy/mL であり HIV 感染症の診断となった。CD4 陽性 T リンパ球数は 55/μL であった。入院3日前に発熱認め、胸部 CT にて左上葉に淡いすりガラス影を伴う浸潤影を認めたため精査加療目的に入院となった。入院後の精査よりニューモシスチス肺炎は否定的であり細菌性肺炎としての治療を継続した。CD4 陽性 T リンパ球数＜200/μL でありニューモシスチス肺炎予防でＳＴ合剤を内服開始。また、上部消化管内視鏡を施行したところ食道カンジダを認め、フルコナゾール 100mg/ 日の内服治療を開始した。第18病日に退院となり、外来で抗 HIV 療法を開始している。【考察】HIV 感染症はその社会的背景などから、医療従事者側が積極的に疑わなければ発見が遅れることもある疾患である。総合診療医にとって、HIV 感染症でどのような症状、検査所見が得られるのかを周知しておくことは、HIV 感染症を早期に発見するための手がかりとなると考える。

一般演題6　診断エラー①　**O-030**

認知バイアスおよびシステム要因が招いた複数のバイアスによって早期閉鎖を生じた事例

○池田圭一郎[1,2]、原田拓[2]、樋口裕恭[3]、矢澤悠[2]、渡辺弾[4]、鮫島祥継[2]、イズデプスキ彬子[2]

[1]昭和大学病院 救急診療科、
[2]昭和大学江東豊洲病院 総合診療科、
[3]東品川クリニック 総合診療科、[4]柏クリニック 総合診療科

救急の現場は診断エラーが発生しやすい環境である事が報告されている。今回、救急外来で生じた診断エラーの事例を振り返り検討した。
【症例】71 歳男性 【主訴】労作時呼吸困難 【既往歴・既存症】特記する既往歴なし
【現病歴】来院約1ヶ月前から歩行時の呼吸困難を自覚、また時に黒色便を認めていた。安静で改善するが歩行すると息苦しくなる事を繰り返し症状が改善しなかったため当院救急外来を受診した。
【身体所見】BT: 36.9℃ , BP148/83, PR101, RR16, SpO2: 92%（室内気） 身体診察で特記すべき異常ない　直腸診 : 異常ない
【検査結果】BGA）pH: 7.487, PaCO2: 28.5mmHg, PaO2: 73.7mmHg, HCO3-: 21.1mmol/L　ECG）HR: 102 正軸 , Ⅲ , aVF, V1-V3 陰性 T 波　血液検査）WBC: 7.8, Hb: 9.5, Ht: 31.2, MCV: 70.7, Plt: 22.1 生化学項目に明らかな異常ない
【経過】来院時酸素化不良があり動脈血ガスを実施した。PaO2: 73.7mmHg と下降していたがその後安静で改善した。また貧血があり、労作時呼吸困難は貧血に伴う症状と判断し消化管の精査必要と考え翌日の消化器内科受診を指示し帰宅した。消化器内科で胸部腹部骨盤造影 CT を撮影しその際に肺血栓塞栓症と診断され、循環器内科で抗凝固療法が開始された。また後日下部内視鏡検査で下行結腸癌も発見された。
【考察】健診未実施で、慢性の労作時呼吸困難に黒色便を伴っていた事や小球性低色素性貧血があった事から、" 消化管悪性腫瘍からの持続する慢性出血 " という illness script が連想された。結果として Framing effect が生じ、その後の思考プロセス（Confirmation や Anchoring などのバイアス）に影響を及ぼし、血液ガスや心電図結果の重み付けができなかった。また「勤務終了間際」「同時に複数名の患者対応をしていた」などの要因の影響も受け Hassle Bias の関連もあったと考えられた。診断した疾患で説明出来ない検査結果を重視し、他のスタッフとの情報共有を積極的に行うべきと考えた。

一般演題6　診断エラー①　**O-031**

産婦人科コンサルトの上、急性胃腸炎として初期治療を行った卵巣嚢腫破裂の一例

○平田理紗、中島知太郎、織田良正、多胡雅毅、山下秀一

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【症例】24 歳女性【主訴】臍周囲の疼痛【既往歴】肺結核で加療中【現病歴】8か月前に来日したベトナム人で、日本語での会話は通訳を必要とするレベルであった。午後6時に臍周囲の持続する疼痛を自覚し、近医を受診した。嘔気・嘔吐及び腹膜刺激症状が認められ精査目的に同日23時頃、当院へ転院した。【身体所見】体温 36.5 度、脈拍 86/ 分、血圧 109/65mmHg、呼吸数 20/ 分であった。腹部は平坦、軟、腸蠕動音正常で、臍周囲を中心に反跳痛や tapping pain を認めた。【検査結果】尿中 HCG 検査は陰性で、血液検査では WBC 13,300 /μL（Neu 91.8%）、Hb 12.0 g/dL、PLT 22.4 万 /μL、CRP 0.03 mg/dL、D ダイマー 0.76 μg/mL、LD 170 U/L、CK 101 U/L であった。腹部造影 CT では、右付属器領域に 7.5cm 大の嚢胞様構造物と CT 値 20 ～ 30HU の血性を示唆する腹水貯留を認めた。【経過】右卵巣嚢腫の破裂を第一に考え、産婦人科にコンサルトした。腹部エコー検査で卵巣腫大を認めたが、圧痛部位と腫大卵巣の位置が異なるため、卵巣破裂に伴う腹水貯留は否定的と判断され、急性胃腸炎として当科に入院した。しかし、翌日も腹膜刺激症状が残存しており、再度産婦人科にコンサルトしたところ卵巣嚢腫破裂の可能性は否定できないとして、緊急で腹腔鏡下卵巣腫瘍核出術を行い、右卵巣腫瘍破裂と診断された。【考察・結語】本症例では、初診時の段階で卵巣嚢腫破裂を疑っていたにも関わらず、上級医でもある産婦人科医の判断を受け、婦人科疾患は否定的と判断してしまった。Overconfidence bias や早期閉鎖を主とする認知バイアスと深夜帯の外国人症例というシステムエラーが関与した一例である。例え専門診療科や上級医の意見であったとしても、突然発症の病歴や巨大な卵巣嚢腫及び腹水の存在から卵巣嚢腫破裂を疑うべきであり、放射線科や消化器外科など、その他の診療科とも協議を行うことで、本症例の診断エラーは防ぐことができた可能性がある。

一般演題6　診断エラー①　**O-032**

入院後26日目に診断した壊死性筋膜炎の1例

○小池宙[1]、足立智英[2]、谷山大輔[1]、荒川千晶[1]

[1]東京都済生会中央病院 総合診療・感染症内科、
[2]東京都済生会中央病院 神経内科・総合診療内科

【症例：68歳、男性】【主訴】体動困難　【生活社会歴】MSM、独居【現病歴】64歳時、四肢脱力での体動困難と全身褥瘡での入院歴があった。四肢脱力の原因は不明だったが徐々に改善し独歩可能となり退院した。その後進行性の歩行障害が出現しパーキンソン病と診断され治療していた。自宅で倒れているところを発見され救急搬送された。【身体所見】JCS Ⅰ -1（覚醒していたが意思疎通困難）、呼吸 16回 / 分、脈拍 85回 / 分、血圧 132/90mmHg、SpO2 95%（室内気）。左頬に長径約6cm の潰瘍あり。左下肢全体に紫斑あり・緊満性の水疱が散在、下腿外側に広範囲にびらんあり、膝外側に手拳大の潰瘍あり、熱感軽度・挫滅感なし・把握痛なし【検査結果】WBC 19500/μL, CK 27011U/L, CRP 26.86mg/dL,［造影 CT］左大腿は筋肉が腫大し低吸収部位が散在　【経過】パーキンソン病怠薬による体動困難、圧迫による全身褥瘡と筋挫滅として補液と抗菌薬による加療を開始した。入院中、近時記憶は保たれていたが錯誤・保続や脱抑制が目立ち、前頭葉機能低下があると判断した。左下腿褥瘡の深部に筋壊死所見があったため第26病日にデブリードマンを施行した。前脛骨筋・腓腹筋・その周囲の脂肪織に壊死所見がみられ、筋肉壊死が筋膜に沿って広がっていたことから壊死性筋膜炎と診断した。その後も画像では左臀部から大腿に浮腫・炎症所見が残存したが、全身状態が落ち着いたため基礎疾患等を考慮しそれ以上のデブリードマンは行わず抗菌薬内服での経過観察とし、第155病日に転院した。【考察】認識されていなかった前頭葉機能低下により病歴聴取が困難で、感覚低下と褥瘡の存在により所見が不明瞭となり診断が遅れた壊死性筋膜炎の1例である。体動困難の原因となりうるパーキンソン症候群があったことも診断の遅れの一因と考えられた。複雑な基礎疾患の上に非典型的な経過・所見の疾患を発症すると診断が難しくなることがあるため注意が必要である。

一般演題7　症例報告【その他】①　O-033

偽性高 Cl 血症から診断に至った慢性ブロム中毒の一例

○戒能多佳子[1,2]、内藤俊夫[1]、阿部智一[1]、小林裕幸[4]、戒能賢太[3]

[1]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、
[2]筑波大学附属病院 救急・集中治療科、
[3]筑波大学附属病院 内分泌代謝・糖尿病内科、
[4]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

【症例：52歳、女性】
【主訴】両下腿浮腫、食思不振、歩行障害
【既往歴・既存症】慢性頭痛、49歳洞性頻脈　【現病歴】2年前に右足関節を捻挫した頃より、両側下腿の浮腫が出現した。また体動困難、食思不振があり、2年間で15%の体重減少を認めた。他院で精査を受けるも原因は特定されず、当院受診となった。【身体所見】JCS1、血圧 132/73 mmHg、脈拍 112 /min、呼吸数 15 /min、SpO2 97%、体温 37.0℃、甲状腺軽度腫大あり、両側下腿～足趾圧痕性浮腫、歩行緩慢、動揺性歩行、両側指鼻指試験陽性、両側回内回外試験陽性、両側膝踵試験陽性、継足歩行不能。【検査結果】初診時：血清 Cl 149 mEq/L、Anion Gap -28、頭部 MRI：軽度の小脳萎縮あり。【経過】血清 Cl 値の異常高値を認め、次回外来時に内服歴を詳細に聴取したところ、慢性頭痛に対してロキソプロフェンや市販のブロムワレリル尿素含有鎮痛薬を10年以上に渡り乱用していたことが判明した。特に直近約2年は、規定用量の倍以上を服用していた。鎮痛薬をアセトアミノフェンのみに切り替えたところ、薬剤中止後21日の外来では症状は軽快傾向で、42日の外来受診時には消失した。薬剤中止前→21日後：血清 Cl 121 → 105 mEq /L、血中ブロム濃度 947.0 → 223.6 μg/mL。【考察】依存性があるブロムワレリル尿素含有薬が日本では未だ市販で購入できる。今回のブロム血中濃度は血清 Cl 値が正常化した時点でも高値であり、症状も残存していた。慢性ブロム中毒は高 Cl 血症から診断されることも多く、慢性患者は潜在的に存在している可能性もある。【結語】比較的稀になったブロム中毒を偽性高 Cl 血症から診断した。現在も本邦では重症な高 Cl 血症の鑑別診断の一つである。

一般演題7　症例報告【その他】①　O-034

輸血関連循環過負荷（Transfusion Associated Circulatory Overload：TACO）をきたした子宮頸癌の症例

○高橋雄介[1]、鈴木義夫[1]、髙山研一[1,2]、石川詩織[1]、長谷川修[3]

[1]横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院 内科、
[2]生協戸塚病院、[3]横浜市立大学

【症例：53歳　女性】
【主訴】呼吸苦。
【既往歴】睡眠障害、自律神経失調症、虫垂切除。
【現病歴】2018年9月子宮頸癌の診断。その後自己中断。2019年1月他院で子宮頸癌、両側胸水、両側水腎症（Stage Ⅲ B）の診断。放射線化学療法を拒否、緩和の方針となった。2019年2月呼吸苦で当院搬送、両側胸水の増悪、貧血で入院した。【身体所見】意識清明。血圧 201mmHg/113mmHg、脈拍131回 / 分、体温36.8℃、酸素飽和度87%（酸素マスク6L/ 分）。結膜貧血あり。呼吸音減弱、喘鳴なし。腹部異常所見なし。両下肢浮腫あり。【検査所見】Hb 5.8g/dL、TP 5.5g/dL、Alb 2.6g/dL、BUN 16.3mg/dL、Cr 1.27mg/dL、eGFR 35mL/ 分 /1.73m2　【経過】胸腔穿刺で細胞診 class Ⅴ。翌日6単位の輸血施行。利尿薬投与で胸水、浮腫は改善傾向。入院7日目、早朝から大量性器出血で、貧血が進行。入院8、9日に2単位ずつの輸血を計画。入院8日目の輸血終了後、軽度呼吸苦があり、酸素 2L/ 分の投与が開始。入院9日目の輸血終了間近から著明な呼吸苦、喘鳴を認め、リザーバーマスク 8L/ 分投与下で酸素飽和度88% と呼吸状態が悪化。血圧は200mmHg/104mmHg、脈拍118回 / 分であった。当直医により輸血が中止され、点滴が追加。翌日レントゲンで肺鬱血を認め、BNP 4505pg/mL と高値であり、TACO と考え、利尿薬増量とカルベリチド0.05μg/kg/ 分開始で、呼吸状態改善し、発症3日目に酸素投与中止した。【考察】TACO のリスクは、年齢、心肺機能、腎機能、輸血速度である。若年で輸血速度は適切であったが、全身状態不良であり、両側水腎症で腎機能低下もあったため、TACO を発症したと考えられた。心エコーは未施行で BNP は測定されていなかった。入院時に血圧と脈拍が高く、もともと心機能低下があった可能性も考えられる。全身状態不良例に輸血を施行する際には、TACO を念頭に心肺機能、腎機能を適切に評価し、リスクが高い場合は、利尿薬投与量を増やすなど検討が必要である。

一般演題7　症例報告【その他】①　O-035

右下肢浮腫を主訴に受診した血清 IgG4 陰性後腹膜線維症の1例

○池田晃太朗[1]、古本健太郎[1]、永田健[1]、妹尾和憲[1]、岡本良一[1]、小林知貴[2]、田妻進[2]

[1]広島市立広島市民病院 総合診療科、
[2]広島大学病院 総合内科・総合診療科

【緒言】後腹膜線維症は腹部大動脈周囲に炎症性組織の肥厚をきたし、下肢浮腫や尿路閉塞の原因となる。生検困難部位に生じることが多く、診断に難渋することがある。右下肢浮腫を来たし、prednisolone（PSL）内服により改善を得た血清 IgG4陰性後腹膜線維症の1例を報告する。【症例】症例は70歳、男性。X 年7月、右下肢全体の浮腫のため前医を受診した。腹部造影 CT 検査で腹部大動脈周囲の軟部影を指摘された。8月、当科を紹介受診した。採血結果・画像検査から後腹膜線維症のため右外腸骨静脈還流障害に至り、右下肢浮腫に至ったと考えた。PSL40mg/ 日（0.6mg/kg/ 日）内服を開始したところ、速やかに臨床症状の改善を認め、画像上も経時的に腹部大動脈周囲の軟部影の消退を認めた。現在治療開始から9ヶ月経過し PSL5mg 内服中であり、症状の再燃なく経過している。【考察】後腹膜線維症は特発性と二次性に大別され、特発性のうち IgG4 関連例では PSL 内服の使用法に一定の見解があるが、非 IgG4 関連例では現在も知識の蓄積が待たれている。本症例では血清 IgG4 陰性、軟部組織の生検は侵襲性を考慮し非実施であった。非 IgG4 関連後腹膜線維症の可能性があるが、IgG4 関連例の治療法に準じた治療が奏効した。【結語】非 IgG4 関連の特発性後腹膜線維症においても IgG4 関連例と同様の PSL の用量が有用である可能性が示唆された。

一般演題7　症例報告【その他】①　O-036

中心静脈栄養法（TPN）を受けた急性期病院内科入院高齢患者の栄養と亜鉛（Zn）欠乏の改善度を検討

○庭野元孝[1]、村田升[2]

[1]医療法人 五星会 菊名記念病院、
[2]医療法人 五星会 菊名記念病院 総合診療科

【目的】① 重症患者の集中治療、② 末梢静脈点滴確保困難、③ 栄養管理目的で、中心静脈栄養法（TPN）を行うが、高齢患者は① ~ ③の重複する理由で TPN に至る場合が多い。TPN を行った高齢患者を退院群と在院死群に分けて、Alb、CONUT 値、Zn の改善度を比較検討、TPN の有効性を探った。【方法】2013年1月から6年間に TPN を行った396人が対象。血清アルブミン値（Alb）、末梢血総リンパ球数（TLC）、総コレステロール値（T-Cho）をスコア化して算出した栄養評価ツールが CONUT で、入院・離院10日以内の Alb、TLC、T-Cho、Zn、CONUT を測定、患者を退院群と在院死群に分けて検討した。【結果】在院死患者は129人（32.6%）。中心静脈カテーテル（CVC）は、大腿静脈穿刺が全体の75.5%、左右鎖骨下穿刺が14.4%を占めた。離院時の栄養方法を経口（ON）、経腸（EN）、TPN、末梢静脈栄養（PPN）に分け、Alb、CONUT、Zn の改善度をウイルコクソン符号付順位和検定で比較検討した。改善度は、Alb は、退院群と在院死群の TPN で悪化、退院群の EN で改善。CONUT は、退院群と在院死群の TPN で悪化、退院群の ON・EN で改善。Zn は、すべての群で改善した。【考察及び結論】　感染予防と安全確保から、PICC への移行が喫緊の課題と考えられる。退院群、在院死群ともに離院時の TPN 継続は、Alb、CONUT の悪化を認め、TPN 単独での栄養改善の有効性は認められなかった。また、退院群、在院死群で Zn 欠乏の改善に TPN が有効なことが明らかにされた。

一般演題7　症例報告【その他】　O-037

野焼きの煙が原因となった交通事故の一事例3名の重症外傷患者への対応

○郷右近祐司、菅野衛

岩手県立遠野病院 外科

【はじめに】医師不足の地域病院では多数の傷病者が搬送されると初期対応に困難が生じる。今回、野焼きの煙による視界不良のため正面衝突事故が発生、3名の重症外傷患者が当院に搬送された。その対応について報告する。【症例】第一当事者（患者A：44歳女性）平成30年4月17時頃乗用車を運転中、野焼きの煙のため視界不良となり対向車線にはみ出し、対向の乗用車と正面衝突。後部座席チャイルドシートに2歳女児が同乗。（患者B）　第二当事者（患者C：78歳男性）上記のごとく車線をはみ出してきた対向車と正面衝突。2台の救急車で搬送され、患者C、B、Aの順に諸検査処置を行った。対応した医師は、当直の外科医、呼び出した小児科医と外科医（演者）の3名。患者C：血圧105/67　心拍80　腹痛、腹部膨満あり　腹部CTで腹腔内出血、第4腰痛椎体破裂骨折を認め、手術可能な基幹病院へ搬送、緊急開腹術が施行された。患者B：血圧115/57　受け答え異常なく四肢も動かす。意識低下が見られたため頭部CT施行、脳浮腫の所見あり。直後呼吸停止、挿管CPR施行し一時的に蘇生可能で、救命センターへの搬送を行ったが、途中心停止し、病院に戻り死亡確認した。AiでT4/5の前方脱臼骨折、脊髄損傷疑い、腸骨骨折、両側血胸、左主気管支の損傷疑いの所見あり死因は外傷性ショックとした。患者A：血圧170/112　歩行可。CTで右気胸、胸骨骨折あり。入院後持続胸腔ドレナージ、9病日退院。【考察とまとめ】当院は医療人口約3万人の地域にある唯一の総合病院で、近隣の基幹病院へは救急車で約1時間かかる状況のため市内の救急患者は対応困難が想定されても一旦当院で引き受けざるを得ない。多数傷病者の場合も割り振っての搬送は困難かと考えている。今回3名の重症外傷患者を収容、3名の医師で対応したがトリアージなど初期対応での反省点がみられた。

一般演題8　症例報告【神経】　O-038

血液検査及び画像検査で異常を指摘されなかった下腹部痛の3症例

○金指桜子[1]、小和瀬桂子[1]、廣木忠直[2]、山田真紀子[2]、奥裕子[1]、佐藤浩子[1]、堀口昇男[1]、佐藤真人[3]、金子尚子[4]、大山良雄[5]、田村遵一[1]

[1]群馬大学大学院 医学系研究科 総合医療学、
[2]群馬大学医学部附属病院 麻酔蘇生科、
[3]群栄会田中病院 内科、[4]医療法人 こうだ医院 内科、
[5]群馬大学大学院 保健学研究科 看護学講座

【症例1】70代男性　【主訴】右下腹部痛　【既往症】胆石性胆嚢炎（開腹胆嚢摘出術施行）　【現病歴】8年前より冬季のみ右下腹部痛を生じ、食事・排便と関連なく生じ座位時に増強していた。X年9月末頃より右下腹部痛を生じ当科受診した。【身体所見】体温36.3℃、血圧138/83 mmHg、脈拍数84/min、整。腹部　腹壁平坦・軟、蠕動音正常。右下腹部の圧痛なし、反跳痛なし、Carnett's sign陽性。右下腹部に10cm程度の手術痕を認める。【検査結果】尿・血液検査、画像検査にて異常を認めず。【経過】疼痛部位及び腹部所見より腸骨鼡径神経痛を疑い、プレガバリン内服・リドカイン外用にて疼痛軽減した。腹部開腹手術歴があり術後瘢痕による腸骨鼡径神経絞扼を生じたと考えられた。【症例2】60代男性。特に誘引なく左鼡径部に激痛を生じ体動困難となり、同日他院入院した。検査異常は認められず、入院10日目に当科へ紹介された。左鼡径部に叩打痛を認めた（Tinel sign陽性）。腸骨鼡径神経痛と診断し腸骨鼡径神経・腸骨下腹神経ブロックを施行し疼痛消失した。【症例3】80代男性。50歳時虫垂炎切除術の既往あり。X年3月頃より右鼡径部に激痛を生じた。疼痛は座位で増強し前屈姿勢で軽減した。腰椎MRIでは異常指摘されなかった。症状改善せず12月当科受診した。右鼡径部から大腿部近位側に自発痛あり、Carnett's sign及びTinel sign陰性、右下腹部に手術痕を認めた。検査異常は認めなかった。疼痛部位より腸骨鼡径神経痛と診断しリドカイン外用にて疼痛改善した。【考察】腸骨鼡径神経痛は身体所見が診断に有用であるが、腹痛症例に対し一般的に行う検査で異常指摘されず、診断に苦慮する場合も多いと考えられる。【結語】検査異常を認めない下腹部痛に対し腸骨鼡径神経痛も鑑別に入れることが必要と考えられた。

一般演題8　症例報告【神経】　O-039

限局性皮質異形成 :Focal cortical dysplasia（FCD）によるてんかん発作の一例

○橋本拓哉、永樂訓三、岸原康浩

九州医療センター 総合診療科

【症例：37歳、男性】
【主訴】めまい、意識消失発作
【既往歴・既存症】なし
【現病歴】2年前から約3～4秒程度のめまいが出現した。受診の3週間前に他院の脳神経外科受診しめまいの薬を処方された。1週間前には意識を失い近くの病院に搬送されたが、意識が回復次第退院した。受診前日より意識消失発作が4回出現した。前駆症状の自覚は無く、食事中や仕事中や姿勢に関係なく突然意識を失っていた。原因精査のため当院総合診療科を受診した。
【身体所見】血圧：120/83mmHg、脈拍数：66回/分、整、心音雑音なし。
【検査結果】WBC5400/μl、CRP0.05mg/dl、NA141mmol/L、K4.6mmol/L、Glu99mg/dl、BUN12mg/dl、Cre0.8mg/dl、TSH1.41μIU/mL、FT41.59ng/dL。心電図は洞調律、房室ブロックやST変化は見られなかった。24時間ホルター心電図上もpauseや不整脈はなし。心臓超音波検査ではTrace Mr,Trを認めるのみで明らかな異常所見なし。脳MRIにて左扁桃体および海馬頭部の腫大を認め左側頭葉海綿状血管奇形、限局性皮質異形成：Focal cortical dysplasia（FCD）の所見あり。脳波は左側頭葉にてんかん波を認めた。
【経過】受診時にアダムストークス症候群などを疑ったが、検査では明らかな所見は見られなかった。脳MRI検査によりFCDの所見認められ、FCDによる左側頭葉起源の複雑性てんかんの診断となった。
【考察】今回、前駆症状の無く、数秒～15秒以内のめまい・意識消失発作を繰り返す側頭葉内側面からの複雑部分てんかんを引き起こした限局性皮質異形成という稀な症例を経験した。一見アダムス・ストークス症候群を疑う病歴ではあったが、脳の器質的な異常も鑑別に挙げて検査した脳のMRIが有効であったと考えられた。

一般演題8　症例報告【神経】　O-040

生前の診断に難渋したハイデンハイン亜型プリオン病の一例

○久田祥雄[1]、中島知太郎[1]、西知世[1]、織田良正[2]、多胡雅毅[1]、山下秀一[1]

[1]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、
[2]社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科

【症例】72歳女性。【主訴】視力・認知機能・ADL低下。【既往歴・生活歴】弁膜症人工（機械）弁置換術後。硬膜移植既往なし。海外渡航歴なし。【現病歴】元来自立していたが、3ヶ月前に両眼羞明を自覚した。2ヶ月前に近医眼科を受診し視力が低下していたが眼底検査や光干渉断層血流造影検査は正常で、単眼性複視と眼球運動障害を指摘された。数週で視力障害が進行し、左同名半盲も出現し、運転や独歩が困難となった。近医での頭部MRIは正常であった。1週間前に当院眼科外来を受診し、両眼視力は0.01まで低下し、移動は全介助、意思疎通困難な状態であった。精査目的に入院した。【身体所見】視力は光覚弁。頭部後屈、頚部固縮、上肢自動運動あり。瞳孔3.0+/3.0+、眼球運動評価困難。腱反射は右上下肢で亢進、病的反射なし。rigidityなし。【検査結果】血液検査：LDH 601IU/L、その他内分泌、ウイルス、結核、自己抗体検査を含め特記事項なし。抗AQP4抗体陰性。髄液検査：細胞数・タンパク正常。脳波検査：δ波を中心に全般性徐波。PSDなし。頭部MRI：異常なし。【経過】2週間でチェーン・ストークス呼吸や除皮質硬直、3週間でミオクローヌスが出現。誤嚥と廃用により約1ヶ月で永眠した。病理解剖のマクロ所見で脳萎縮は目立たず、プリオン病は疑われなかったが、死後にタウ蛋白・14-3-3蛋白・RT-QUIC陽性が判明し、ミクロ所見でグリオーシスが確認され、プリオン病（ハイデンハイン亜型）と診断した。【考察】ハイデンハイン亜型プリオン病の生命予後は通常型と比較し不良で（5.7対7.5ヶ月）、本症例も4ヶ月と同様であった。視野障害は3~5割に合併し、本症例の同名半盲は典型所見であったが、症状を反映した後頭葉の画像変化がみられず診断に難渋した。急激な経過のため、細胞レベルの変化がMRI・マクロ所見で検出できなかった可能性がある。【結語】生前の診断に難渋したハイデンハイン亜型プリオン病を経験した。

一般演題８　症例報告【神経】　O-041

嚥下障害のみを呈したワレンベルグ症候群の１例

○中山翔太[1]、松永圭司[2]

[1]社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科、
[2]社会医療法人 祐愛会 織田病院 消化器内科

【症例】44歳男性
【主訴】嚥下障害
【現病歴】20××年8月25日の夜に突然嚥下困難感を自覚した。翌日、近医耳鼻科を受診し、咽頭炎と診断され抗生剤を投与されるも自覚症状の改善なく、8月28日、精査・加療目的に当院へ紹介された。頭痛やめまい、温痛覚障害をはじめとする感覚障害を認めなかった。
【来院時現症】意識レベルは清明で、血圧 120/60mmHg、脈拍 62回/分であった。胸腹部に異常はなく、Horner 徴候、小脳失調、眼振、顔面及び対側半身の温痛覚障害など神経学的異常は認めなかった。
【来院時検査所見】血液一般生化学検査では特記事項なく、心電図は洞調律であった。
【入院後経過】嚥下内視鏡検検査では、声帯麻痺はなく、梨状陥凹に唾液貯留を認めた。嚥下造影検査では食道入口部の開大不全及び造影剤貯留を認めた。上部消化管内視鏡検査では逆流性食道炎（Grade D）を認めたが、食道入口部の狭窄は認めなかった。突然発症の嚥下障害であり、脳血管障害を疑い頭部 MRI 検査を施行したところ、拡散強調画像で左延髄外側に高信号域を、T1強調画像で左椎骨動脈に高信号域を認め、左椎骨動脈解離及びワレンベルグ症候群と診断した。アスピリン内服を開始し、その後嚥下機能の回復が乏しかったため、胃瘻造設を行いった。入院52日目に退院し、入院後約3か月で経口摂取可能となった。
【考察】嚥下障害は、「飲み込めない」というのが主症状の口腔咽頭性嚥下困難と「ものがつかえる」というのが主症状の食道性嚥下困難に分けられる。本症例は「飲み込めない」ことから口腔咽頭性嚥下困難と考えられ、その原因として脳血管障害が37%と最も多い。一方、ワレンベルグ症候群における嚥下障害の割合は50%以上とされるが、嚥下障害のみをきたした報告は数例にとどまる。突然発症の口腔咽頭性嚥下困難では中枢性疾患を考慮すると同時に、嚥下障害のみをきたすワレンベルグ症候群が存在することを認識することが必要である。

一般演題８　症例報告【神経】　O-042

右腕神経叢上神経幹病変による Segmental Zoster Paralysis の1例

○池田佳奈美[1]、滋賀健介[2]、金山大成[3]、堀田祐馬[4]、岡田博史[5]、川崎達也[6]、小山田裕一[4]

[1]松下記念病院 総合診療科、[2]松下記念病院 神経内科、
[3]松下記念病院 放射線科、[4]松下記念病院 消化器内科、
[5]松下記念病院 糖尿病・内分泌内科、
[6]松下記念病院 循環器内科

【症例：76歳、女性】【主訴】右肩挙上困難 .【既往歴】右胸郭形成術後 .【現病歴】3週間前から労作時呼吸困難が持続していたが、来院当日右肩から上腕にかけて有痛性皮疹が出現し、呼吸困難が増悪し、総合診療科を受診。C5帯状疱疹と気管支喘息による呼吸不全の合併と診断し、入院直後からアシクロビル750mg/ 日静注を開始し、喘息発作に対しては吸入療法・プレドニゾロン30mg/ 日内服を開始した。徐々に皮疹・呼吸不全は改善したが、第17病日、右肩挙上困難を認めたため、神経学的評価を行った。【身体所見】右三角筋・右上腕二頭筋・右棘下筋に弛緩性麻痺を認め、右上腕二頭筋・右腕橈骨筋の腱反射が消失していた。下肢には筋力低下・感覚障害を認めず、膀胱直腸障害も認めなかった。【検査結果】神経伝導検査では、右上腕二頭筋・右三角筋の CMAP 振幅が低下・消失し、針筋電図検査では、右上腕二頭筋・右三角筋・右棘下筋に線維自発放電を認めた。右三角筋・右棘上筋・右棘下筋・右頚半棘筋に T2 高信号変化を認め、また頚部 MRI で右腕神経叢上神経幹が腫大していた。【経過】治療を希望しなかったため、拘縮予防のリハビリテーションのみを行った。右上肢帯筋の麻痺は持続した。【考察】本症例では、筋電図検査と骨格筋 MRI による脱神経筋の障害部位解析から、C5に限局した運動神経障害が示唆された。MRI での右上神経幹の信号変化がみられたことから、帯状疱疹に伴うC5領域のsegmental zoster paralysis（SZP）と診断した。SZP は、帯状疱疹の0.57% に生じる合併症で、責任病変として脊髄前角・神経根・神経叢などが想定されている。【結語】SZP の病変部位同定には、uncommon nerve を用いた神経伝導検査・針筋電図・MRI を用いた脱神経筋の同定を行うことが有用である。

一般演題８　症例報告【神経】　O-043

Zolpidem による睡眠関連摂食障害の１例

○松原慎[1]、西村真衣[2]、辻尚朗[2]、三輪樹[2]、坪井創[2]、滋賀健介[2]、山脇正永[2]

[1]京都府立医科大学附属病院 総合診療科、
[2]京都府立医科大学大学院 医学研究科 総合医療・医学教育学

【主訴】記憶はないが、睡眠中に摂食しているようだ。
【現病歴】半年前から本人には食べた記憶がないのに朝になると寝床の周りにピーナッツバターの空き瓶が落ちているようになった。徐々に頻度が増え当院総合診療科を受診した。
【既往歴】糖尿病、慢性心不全、レストレスレッグ症候群、不眠症、逆流性食道炎、腰痛症
【内服薬】近医内科よりプラミペキソール、ウルソデオキシコール酸、シタグリプチン、グリメピリド、イルベサルタン、エソメプラゾール、ゾルピデム、近医整形外科よりプレガバリン、エルデカルシトール、メコバラミン、ラロキシフェン、ロキソプロフェン、テプレノン
【他覚所見】バイタル含め特記事項なし、ＭＭＳＥ：29点 /30点、頭部 MRI 異常なし
【経過】反復性のある夜間睡眠時の異常行動として薬剤誘発性睡眠関連摂食障害、認知症、レム睡眠行動障害、せん妄、てんかんなどを鑑別に挙げた。ゾルピデムを中止したその夜から症状は消失し以降再燃はない。
【結語】ゾルピデムによる睡眠関連摂食障害を経験した。睡眠中に摂食しているようだが記憶がない、というエピソードを繰り返す患者は、睡眠関連摂食障害を疑うべきである。特にゾルピデムによる報告が多い。

一般演題９　症例報告【膠原病】　O-044

心外膜炎を契機に診断した全身性エリテマトーデスの一例

○黒川智美、冨山周作、清田雅智、井村洋

飯塚病院　総合診療科

【症例】18歳女性
特記すべき既往歴のない18歳女性で、2年前より両側の手関節に間欠的な熱感と疼痛を自覚していた。当科紹介の2ヶ月前に発熱と呼吸困難感、胸痛を自覚して他院を受診したところ、炎症反応も高く、中等量の心嚢液貯留があり、ウイルス性の急性心外膜炎として他院に入院となった。NSAIDs にて治療を行い、炎症反応は改善し、心嚢液も減少したため2週間ほどで退院となった。退院後、他院外来フォロー中に再度心嚢液が貯留してきたため、精査目的に当科へ紹介となった。当科外来にて精査を行い、抗核抗体強陽性であり、抗 ds-DNA 抗体陽性、直接クームス陽性などから全身性エリテマトーデスの診断に至った。その後は当院の膠原病内科に紹介し、治療が開始され、現在も膠原病内科にて外来フォロー中である。
【考察】全身性エリテマトーデスは全身性炎症性病変を特徴とする自己免疫疾患であり、心臓病変としては、心筋炎、心外膜炎、心内膜炎、冠動脈病変がある。心外膜炎の多くはウイルスや細菌による感染性の心外膜炎であるが、非感染性の病態として、悪性腫瘍、膠原病、薬剤なども原因となる。また、膠原病による心外膜炎の原因としては、全身性エリテマトーデス、関節リウマチが挙げられる。本症例は若年女性であり、以前より関節痛も伴っていたことから膠原病性の心外膜炎を考え、各種抗体検査の結果も考慮して、速やかに診断することができた症例であった。心外膜炎の症例では、感染性のものとすぐに診断するのではなく、性別や年齢、他の症状も合わせて鑑別を挙げることが大切と考えられた症例であった。
【結語】心外膜炎を契機に診断することのできた全身性エリテマトーデスの症例を経験した。

一般演題9　症例報告【膠原病】　O-045

6ヶ月間にわたる長期間の亜混迷状態から治癒した中枢神経ループスの1例

○佐和明裕[1]、垣脇文香[1]、千崎聡士[1]、川島浩正[1]、對馬恵美子[1]、矢田憲孝[1]、吉本清巳[1]、藤本隆[2]、西尾健治[1]

[1]奈良県立医科大学 総合医療学、
[2]奈良県立医科大学 リウマチセンター

【症例】25歳女性　【主訴】助けて、殺される　【現病歴】X-5年にA病院にてSLEと診断、全薬剤は漸減中止されていた。X-2年4月に妊娠を契機としたSLEの再燃後は、プレドニゾロン（以下PSL）20mg/dayで加療されていた。X年5月に発熱、嘔気のためB病院に入院、SLEの増悪としてハーフパルス施行後にPSL 50mg/dayに増量、ヒドロキシクロロキンを追加され退院した。6月に不眠、不安を認め、ステロイド精神病としてC病院精神科に入院した。ロラゼパム、オランザピン開始、PSL 40mg/dayへの減量で精神症状は軽快した。同月下旬にA病院を再診し、低補体、血小板減少、髄液中単核球数とIL-6の上昇から中枢神経ループス（以下CNSループス）と診断された。同院入院にてシクロフォスファミドパルス（以下IVCY）を施行されたが、精神状態の改善を得ず、希死念慮や焦燥感の増悪から、7月下旬に当院精神科に転院した。【経過】当科共観開始時には亜混迷状態であり、意思疎通は困難であった。第5病日よりステロイドパルスを施行後、PSL 60mg/dayとしたが、亜混迷状態に改善がなく、第12病日より血漿交換を施行した。精神状態に大きな改善なく、治療強化のため第22病日に前医より通算2回目のIVCYを施行した。免疫学的指標は大きく改善、SLEの病勢が低下したと考えたが、亜混迷状態に変化はなかった。PSLを漸減し、合計4回のIVCYを終了した。第120病日より徐々に会話し始め、経口摂取可能となった。意思疎通や独歩が可能となり、第181病日に転院した。【考察】CNSループスの活動性の評価に有用とされる、抗Sm抗体や髄液中IL-6は2回目のIVCY施行後（第26病日）に大きく改善したが、亜混迷状態を脱したのは第120病日と、長期の入院を必要とした。自施設で経験した19歳男性のCNSループスの症例においても、自宅退院まで170日程度と長期間を要した。CNSループスを加療する際には、亜混迷状態の離脱に長期間必要であった症例の存在を認識すべきと考えられる。

一般演題9　症例報告【膠原病】　O-046

体軸性脊椎関節炎に合併した関節リウマチの1例

○森一郎[1,2]、臼井太朗[1]、丹菊眞理子[2]、石塚達夫[2]

[1]岐阜赤十字病院 総合内科、
[2]岐阜市民病院 総合診療・リウマチ膠原病センター

【症例】70歳女性　【主訴】腰痛　【現病歴】X-2年に近医整形系外科から、腰痛とともに高CRP血症で岐阜市民病院に紹介。手のこわばりはなく、症状は大関節のみであり、抗シトルリン化ペプチド抗体（抗CCP抗体）陽性であったが、リウマトイド因子（RF）陰性、仙腸関節への骨シンチグラフィー集積などから体軸性脊椎関節炎と診断された。サラゾスルファピリジン（SASP）が投与され、腰痛は改善しコントロール良好であった。X年1月より腰痛が強くなり、体軸性関節炎の悪化と診断され、3月に岐阜市民病院にてアダリムマブが導入されたが症状は改善せず。4月に歩行困難となり当院受診となった。腰痛に加えて右肘関節、左手関節、左足関節に熱感・腫脹・疼痛を認め、CRP21.8㎎/dlと高値であった。また陰性であったRFが陽性となっていた。体軸性脊椎関節炎にくわえて関節リウマチの合併を考え、プレドニゾロン（PSL）、メトトレキサート（MTX）併用で抗IL-17抗体であるセクキヌマブを投与した。セクキヌマブ投与後は関節症状の改善を認めた。【考察】強直性脊椎炎の4％が抗CCP抗体陽性となり、また体軸性脊椎関節炎と関節リウマチの合併は少数であるが報告ある。アダリムマブは効果がなく、セクキヌマブが有効であったことは体軸性脊椎関節炎を支持するものと考えられた。【結語】今回我々は体軸性脊椎関節炎に関節リウマチが合併した症例を経験したので報告する。

一般演題9　症例報告【膠原病】　O-047

抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体陽性で肺病変が病態の中心であった2症例の経験

○藤戸善伸

函館五稜郭病院 総合診療科

【背景】myeloperoxidase（MPO）- anti-neutrophil cytoplasmic antibody（ANCA）は主に顕微鏡的多発血管炎や好酸球性多発血管炎性肉芽腫症などで陽性になることが知られている。それらの病像は主に皮疹、多発神経障害、腎障害、関節炎などであるが、MPO-ANCA陽性で肺病変のみを認め、ステロイド加療等による症状改善と合致してMPO-ANCAの低下を認める症例の報告が、最近多くなされている。当院でもMPO-ANCA陽性で間質性肺炎、器質化肺炎の病像を呈し、他症状をほとんど伴わない症例を経験したため報告する。
【症例1】75歳男性　【既往歴】なし　【現病歴】畳職人。1年前からの喀痰増量あり、半年前に禁煙したが、咳嗽改善なく、近医にてレントゲン異常指摘され当院呼吸器内科へ紹介受診。CRP 10.3と胸部CTで間質性肺炎像を認め入院となる。【経過】抗生剤投与行われるが、CRPの改善は認めず。呼吸器科では通常型間質性肺炎との判断で、線維化強く積極的加療や生検の対象にならないとの判断。精査中にRF 174、MPO-ANCA 293と上昇を認め当科に紹介あり。PSL 30mgより開始、呼吸苦の改善、間質影の改善、CRP陰性化を認めた。
【症例2】83歳女性　【既往歴】53歳高血圧・脂質異常症・外痔核72歳右肩腱板損傷　77歳圧迫骨折　【現病歴】3か月前に数日間の発熱あり、3週間前から感冒様症状で近医を受診、その後から38℃台の発熱を繰り返し、発汗、食欲低下続いているため当科へ紹介。【経過】CTにて両肺に多発結節影を認め、真菌感染等疑われたが、いずれも陰性。TAZ/PIPC、MCFZ併用で改善認めず。MPO-ANCA 216と高値を認め、器質化肺炎の判断でPSL 1/4パルス後、PSL 30mgから漸減。CRP、自覚症状とも改善した。
【考察】高齢者の炎症所見をともなう肺病変で、血管炎を疑わせる所見がない場合でも、MPO-ANCA陽性の血管炎症候群を視野に入れる必要がある。当院の経験症例ではいずれもステロイドに対する反応は良好であった。

一般演題9　症例報告【膠原病】　O-048

腰背部痛がなく、発熱を初発症状として受診した強直性脊椎炎の1例

○浅野元尋、飯沼侑香、坂東直樹、田口皓一郎、北田善彦、池田貴英、梶田和男、森田浩之

岐阜大学大学院 医学系研究科 総合病態内科学

症例は56歳女性。【主訴】発熱、【現病歴】IgA腎症で他院に通院中していたが、X-3年10月頃から37℃台の発熱、全身倦怠感と高CRP血症があり、精査目的にX-2年5月に当科外来を受診。関節痛や腰痛はなく、抗核抗体や各種自己抗体も陰性で、熱源は特定できなかった。しかし、その後も37℃台の発熱や高CRP血症が継続し、X-1年10月からは腰背部痛も出現し、X年12月に再度当科を受診した。【身体所見】意識清明、血圧：98/69 mmHg、体温：38.3℃、脈拍：67/分 整、胸部診察で吸気時や呼気時に疼痛による胸郭の拡張制限と、部に圧痛とこわばり、腰椎可動制限を認めた。【経過】血液検査でCRP 8.0 mg/dL、IgG 3292 mg/dLと高値を認め、腹部・骨盤CTの腰椎再構成像で第2腰椎上縁に限局性骨硬化と仙腸関節炎の所見があり、強直性脊椎炎が疑われた。HLAB-27は陰性であったが、MRI画像で両側仙腸関節炎と第2腰椎の付着部炎の所見があり、強直性脊椎炎と診断した。NSAIDsで治療を開始したが効果不十分で、MTX 6mg/wとinfliximab 5mg/kgを開始し、自覚症状や高CRP血症も改善した。【考察】強直性脊椎炎は典型例では40歳未満の若い男性に腰痛を初発症状として発症することが多い。一方、女性の場合は男性と比較して強直性脊椎炎は発症年齢は高齢であり、HLA-B27陽性率が低く、症状も頸椎、末梢関節病変が多いため、診断が遅れやすいとされる。本症例は中年の女性かつ、初発症状も腰痛や関節症状を認めず、発熱のみであり診断に苦慮した症例であった。

一般演題9　症例報告【膠原病】　O-049

発熱出現から診断確定まで約4か月を要した結節性多発動脈炎の一例

○馬本恒太朗[1]、神田宏平[1]、下村暁[1]、中村啓二[1]、山下裕之[2]、小林俊昭[2]、酒井秀典[2]、猪狩亨[3]、稲垣剛志[1]

[1]国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 総合診療・感染症科、
[2]国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 膠原病科、
[3]国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 病理診断科

【症例：40歳女性】
【主訴】発熱、悪寒戦慄
【既往歴・既存症】子宮内膜症、子宮頸部上皮異形成
【現病歴】アレルギー疾患の既往の無い40歳女性。X-1年秋、39℃台の悪寒を伴う発熱と両足関節痛が出現したが、対症療法により小康状態となっていた。X年2月、37℃の発熱が出現し、近医にて抗菌薬が投与されたが解熱しなかった。その際に撮像されたCTにて両肺に結節影が指摘され、敗血症性肺塞栓症疑いにて前医に入院した。感染性心内膜炎との暫定診断にてバンコマイシンが投与され、解熱が認められたため3月に退院した。しかし退院4日後から40℃台の発熱を認めたため、精査加療目的に国立国際医療研究センター病院総合診療科を紹介受診し、入院となった。【身体所見】身長161cm、体重53.4kg、意識清明、体温38.2℃、脈拍109bpm。未治療の齲歯が多数あるが手足の結節や皮疹は認めない。【検査結果】WBC 14,130/μl（好中球89.0%）、Hb 9.3g/dl、BUN 8.1mg/dl、クレアチニン 0.65mg/dl、CRP 20.83mg/dl、PCT 3.98ng/ml、血液培養2セット陰性、ESR 71mm/hr、Ferritin 127.0ng/dl、sIL-2R 1149U/ml、C3 121.0mg/dl、各種自己抗体（-）、血尿（3+）、蛋白尿（2+）【経過】入院直後は39℃台の波状熱が出現していたが、安静により徐々に解熱した。第5病日、両下腿に1cm大の褐色の皮疹が出現し、同部位に有痛性の硬結を触れた。同部位の皮膚生検の結果、皮下の中型血管への好中球浸潤および中膜のフィブリノイド壊死を認め、臨床経過と合わせて結節性多発動脈炎（PAN）のDefiniteな群と診断されたため、膠原病科に転科しプレドニゾロンにて治療を開始した。【考察】不明熱の診断には問診と身体診察が重要である。PANは特徴的な検査所見に乏しいが、皮膚病変や顕微鏡的血尿が診断の契機となる。【結語】今回、皮膚生検にて診断に至ったPANの一例を経験した。不明熱の鑑別疾患の中でPANは見過ごされやすいが、詳細な身体診察が診断の手掛かりとなりうる。

一般演題9　症例報告【膠原病】　O-050

胸部大動脈病変とは非連続性に左大腿動脈に狭窄を認めた高安動脈炎の1例

○北田善彦、浅野元尋、田口皓一郎、池田貴英、梶田和男、森田浩之

岐阜大学大学院 医学系研究科 総合病態内科学

【症例】29歳、女性。【主訴】左下肢疼痛　【現病歴】24歳時に発熱、易疲労感が出現し精査のため、A総合病院に入院し、成人Still病と診断された。X-5年にプレドニゾロン40mgから治療開始となったが、20mgまで減量すると再燃をするため、タクロリムス、アザチオプリンを順次併用されたが、効果不十分であったため、X-4年4月当院に転院となった。難治性と判断し同年9月にステロイドパルス療法を施行した。X-2年からメトトレキサートを開始したが、効果不十分であったため当科に入院した。両側頸動脈頸部の血管雑音、頸動脈エコーで両側頸動脈の壁肥厚と狭窄、MRAで左鎖骨下動脈、左椎骨動脈起始部、右腕頭動脈、右総頸動脈起始部の狭窄を認め、高安動脈炎Ⅱb型と診断した。X-3年に倫理審査委員会の承認を受けてインフリキシマブを開始した。X-1年に保険適応となったトシリズマブに切り替えたが再燃したため、インフリキシマブに再度切り替えプレドニゾロンを漸減しながら経過観察していた。X-1年から徐々に左下肢の疼痛が出現し、X年長距離の歩行困難となった。【身体所見】左総頸動脈、左大腿動脈に血管雑音を聴取、左足背動脈拍動を触知せず。【検査所見】WBC 11480/μL、CRP 2.4 mg/dL、PET-CT：腹部大動脈、総腸骨動脈、大腿動脈に有意な集積なし。造影CT：左大腿動脈に7cmに渡り高度狭窄を認めた。【経過】左大腿動脈狭窄部に対してPTAを施行し、左下肢の痛痛は改善した。【考察】本症の血管病変は中膜に多量の弾性質を有する弾性型動脈に好発し、筋型動脈である大腿動脈病変例は極めてまれであるが、文献では高安動脈炎の診断された511例の血管病変を分析した結果、大腿動脈に片側性の狭窄例は9例、両側性の狭窄例は3例であった。下肢に関する症状がなく、下肢血管まで検索されていない症例があることを考慮すると実際には大腿動脈病変の合併頻度はより高い可能性があり、臨床上注意を要すると考えられる。

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-051

機能的片腎に対する左副腎腫瘍の伸展から腎後性腎不全を来した進行浸潤性乳管癌の1剖検例

○大高行博[1,4]、落合亮[2]、中里洋一[3]、田村遵一[4]、筒井貴朗[1]

[1]日高病院 腎臓内科、[2]日高病院 乳腺内分泌外科、
[3]日高病院 病理診断科、
[4]群馬大学大学院 医学系研究科 総合医療学

【背景】進行乳癌の主要な転移巣はリンパ節、肺、骨、肝臓、脳であり、片側副腎転移は極めて稀である。今回、右結石性尿管閉塞に基づく機能的左片腎状態にあった高齢女性が、乳癌発症を契機に左副腎腫瘍の伸展による腎後性腎不全を発見され紹介された。【症例】69歳、女性。【主訴】易疲労感、左腋窩痛。【既往歴】高血圧症、急性虫垂炎術後、帝王切開術後。【現病歴】某年8月に左乳房腫瘤を自覚したが放置していた。翌年5月の近医受診時、腎機能は正常だった。同年8月に左乳房腫瘤の増大と左腋窩痛を申告し、生検結果から進行浸潤性乳管癌と診断された。全身精査で高度腎機能障害を認めたため当科紹介。【身体所見】血圧168/60 mmHg、呼吸数16回。左乳房上外側領域に表皮癒着を伴う3×3 cm大の腫瘤を触知した。【検査結果】血液検査で高度腎機能障害、高K血症および代謝性アシドーシスを認めた。体幹部単純CTでは既知の左乳癌と左腋窩リンパ節腫脹のほか、左副腎に3.5 cm大の不整な腫瘤影を認め、左腎静脈周囲および左腎盂尿管移行部付近に索状の脂肪織濃度上昇病変の連続を認めた。【経過】入院2日目に左尿管ステントを挿入するも腎機能の改善は一時的であり維持透析へ移行した。第6週にはカテーテル関連尿路感染症を生じ、第7週には閉塞性胆管炎の診断で内視鏡的乳頭切開術および胆道ステント留置を施行した。その後も感染コントロールがつかず入院104日目に永眠。死後30時間で剖検を実施し、左副腎、左腎盂尿管移行部脂肪織、膵頭部の乳癌転移を確認した。【考察】副腎転移を有する乳癌は全体の3%以下とされている。本症例では、当初は左副腎以外に遠隔転移巣を認めず、原発性副腎癌との鑑別が困難であった。本症例は腎不全に至った上、種々の感染症の治療に難渋し化学療法の実施には至らなかった。【結語】片側副腎転移から腎後性腎不全を来し血液浄化療法を要した極めて稀な症例を経験した。

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-052

演題取り下げ

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-053

Pembrolizumabによる薬剤性肺障害の1例

○宮武仁志[1]、横山俊樹[2]、中島義仁[1]、市原利彦[1]

[1]公立陶生病院 救急部、[2]公立陶生病院 救急部集中治療室

【背景】近年、分子標的薬や免疫チェックポイント薬の登場により抗がん剤治療は大きく進歩しつつあるが、一方で副作用・有害事象について十分な知見が少なく、慎重な管理が必要であるが、総合内科的に対応が必要となることも多く、救急・総合診療医にも必要とされる知識である。
【症例】70歳男性。右腎盂・尿管癌にて当院泌尿器科通院、X-1年8月より化学療法を施行されていたが奏功せず腫瘍増大した。X年1月29日よりPembrolizumab開始、以後10コース目まで継続されていたが、CT所見上は腫瘍径増大傾向だった。X年9月3日10コース目を投与、9月14日ごろより発熱、肺炎指摘され、外来にて抗菌薬治療を施行された。10月に入っても肺炎を繰り返す経過だったが、10月10日夜間より呼吸困難出現、12日緊急受診され、難治性肺炎として入院となった。
【経過】入院時酸素マスク6L/minにてSpO2 88%と呼吸不全認め、NPPV開始となった。臨床経過からPembrolizumabによる薬剤性肺障害の可能性が考えられたが、呼吸不全重篤であり、第一病日夜には気管挿管・人工呼吸管理となった。薬剤性肺障害としてステロイド治療を開始したが、重篤な低酸素遷延したが徐々に改善し、第9病日には抜管、第12病日にはICU退室のうえ、以後泌尿器科管理となった。腎盂癌・膀胱癌増悪のため、第19病日には死亡退院された。
【考察】国際共同第Ⅲ相試験（KEYNOTE-045試験）によれば、間質性肺疾患は3.8%に見られるとされ、リスクの高い有害事象として注意喚起されている。本症例では、薬剤性肺障害としては救命できたが、原疾患増悪を止めることはできなかった。考察を含めて報告する。

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-054

急性扁桃炎に続発したSAPHO症候群の一例

○大木公介、加藤禎史、野下育真、柳田賢一朗、坂中博昭、武岡宏明、堀端謙、鍋島茂樹

福岡大学病院 総合診療部

【緒言】SAPHO症候群は、Synovitis（滑膜炎）、Acne（ざ瘡）、Pustulosis（膿疱症）、Hyperostosis（骨化過剰症）、Osteitis（骨炎）といった関節・皮膚・骨症状を有する炎症性疾患である。本邦における疫学研究でSAPHO症候群の23.8%に扁桃炎が合併していたという報告があるが、私共が調べる限り急性の扁桃炎に合併したSAPHO症候群の過去の症例報告はない。今回、急性扁桃炎に続発したSAPHO症候群を経験したので報告する。
【症例】67歳、男性。生来健康。
【現病歴】X年3月中旬より39℃台の発熱と咽頭痛が出現し近医を受診した。急性扁桃炎の診断で抗菌薬の内服加療を受け扁桃炎症状は速やかに軽快したが、アフタ性口内炎、両手掌と足底の膿痂疹、右肩関節と仙腸関節の疼痛が続発し同月30日に当科に入院した。
【検査結果および経過】血液検査で白血球数は13,100 /μLと増加しており、血清CRP値は14.59 mg/dLと高値、赤沈は89 mm/hと亢進していた。血液培養は陰性で入院時に提出した両手掌・足底の膿痂疹の培養も陰性であった。両手掌と足底の膿痂疹に関しては皮膚科にて掌蹠膿疱症と診断されたが、その後MRIで肩鎖関節炎が、ガリウムシンチグラフィで右肩周囲および胸椎へのガリウム集積が認められたため骨炎の存在が疑われた。以上よりSAPHO症候群と診断しプレドニゾロンによる治療を行った。
【結語】扁桃炎に続発する掌蹠膿疱症に関節炎を合併した症例ではSAPHO症候群を鑑別に挙げて骨病変の評価を行うことで、早期の診断・治療につながると考えられた。

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-055

腰背部・右下腹部痛で発症したサルコイドーシスの一例

○小笹宗一郎、杉本尊史、山梨啓友、松原大、濱田航一郎、泉田真生、中道聖子、前田隆浩

長崎大学病院 総合診療科

【症例：69歳女性】【主訴】腰背部痛、右下腹部痛 【既往歴】高血圧
【現病歴】X年8月に右下腹部痛を自覚し、近医にて対症療法で経過を診られていた。その後、疼痛は腰部に広がり入眠困難な程の激痛となった。胸椎MRIで右脊柱起立筋内に異常信号を認め、X年10月精査加療目的に入院となった。【身体所見】意識清明。バイタル異常なし。頭頸部異常所見なし。心音・呼吸音異常なし。腹部異常所見なし。腰部の右傍脊柱に軽度の腫脹と境界不明瞭な硬結があり、叩打痛・圧痛著明。脳神経学的所見異常なし。深部腱反射異常なし。
【検査・診断】血球数、電解質？肝腎機能、CK正常。炎症反応軽度上昇。造影CTで肺門？縦隔リンパ節の腫脹を認め、右脊柱起立筋に造影効果が散見された。MRI（T2WI）で同部位にthree stripe signを認めた。前房ぶどう膜炎の所見あり。筋生検で類上皮肉芽種を認めサルコイドーシスと診断した。【経過】治療適応のある病変は認めず、筋痛も経過中に改善したためステロイド全身投与は行わずX年11月退院となった。しかし1ヶ月後に疼痛増強と範囲拡大を認め再度入院となった。プレドニゾロン（PSL）30mg/日の経口投与によって著効したが、漸減する過程で再び疼痛が増強した。PSL増量（50mg/日）に加えメトトレキサート導入を行ったところ、疼痛が改善したため外来での経過観察とした。【考察】診断に筋生検が有用であったが、治療管理に難渋したサルコイドーシスの一例を経験した。症候性の筋病変を有するサルコイドーシスは稀であり、本症例において肺門？縦隔リンパ節腫脹や眼症状はサルコイドーシスとして矛盾しないが、筋症状もサルコイドーシスに伴うものか鑑別する必要があった。明らかな腫瘤性病変はなく、筋生検の部位決定がやや困難だったが、積極的な生検にて組織診断に至ることができた。疼痛が再燃した際は症状と検査所見とが連動しておらず、治療介入の適応や効果判定が困難な症例であった。

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-056

リンパ節生検後、ステロイド投与のみで寛解に成功したTAFRO症候群の一例

○牧尾成二郎[1]、大石透[2]、黒木和哉[3]、朝長元輔[1]、多胡雅毅[3]、山下秀一[3]

[1]独立行政法人 国立病院機構 嬉野医療センター 総合診療科、
[2]社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科、
[3]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【症例】74歳男性 【現病歴】2018年5月中旬から全身の浮腫、腹部膨満が進行し、6月1日に近医を受診、胸腹水貯留を指摘された。 1週間の経過で蛋白尿、低Alb血症、腎機能障害が進行し、6月12日に当院紹介となった。【現症】BT36.4℃、PR72/min、BP107/90mmHg、SpO2 99%（室内気）。 呼吸音、心音異常なし。 腹部膨満・軟、圧痛なし。 全身に圧痕性浮腫著明。【検査所見】TP7.2g/dL、Alb2.5g/dL、AST39IU/L、ALT17IU/L、LDH217IU/L、ALP804IU/L、γ-GTP143IU/L、BUN54.8mg/dL、Cr1.56mg/dL、CRP8.26mg/dL、WBC12550/μL、Hb11.0g/dL、PLT5.2万/μL、尿蛋白(-)、尿潜血(-)。 胸腹部造影CTで右腋窩リンパ節腫脹あり。【経過】亜急性の経過での炎症反応上昇や血小板減少、腎機能障害を認めており、敗血症としても非典型的であった。 血液培養も陰性で、炎症のfocusも不明であり、右腋窩リンパ節生検を施行した。 生検後浮腫及び炎症反応は改善し、同部位が病変の首座と考えられ、生検の結果混合型Castleman病に類似した組織所見を認めた。体液貯留や血小板減少などの特徴的所見からTAFRO症候群と診断した。 PSL0.8mg/kgを開始し、浮腫や腎機能は改善していった。 治療開始後6週間の時点で血小板減少のみ進行しており、エルトロンボパグを12.5mgより開始した。 使用後2週間で血小板数は正常化した。 治療開始後2か月で退院し、外来でエルトロンボパグは漸減中止、PSLは6mg/日で継続している。【考察】TAFRO症候群は2010年に本邦で報告された血小板減少、発熱、全身性浮腫、骨髄細網線維化、肝脾腫/リンパ節腫大を主とした疾患概念であり、治療法は定まっていないが、ステロイドやシクロスポリン、トシリズマブ、リツキシマブなどでの有効性が報告されている。 本例は最終的にステロイドのみで寛解に至ったが、腋窩リンパ節生検後に改善傾向を示しており、TAFRO症候群は局所型Castleman症候群の性格を併せ持っている可能性がある。【結語】TAFRO症候群は内科的治療に加え、生検や廓清も有効な可能性がある。

一般演題10　症例報告【腫瘍】　O-057

低補体血症性蕁麻疹様血管炎の一例

○朝長元輔[1]、黒木和哉[1]、牧尾成二郎[1]、多胡雅毅[2]、杉岡隆[3]、山下秀一[2]

[1]独立行政法人 国立病院機構 嬉野医療センター 総合診療科、
[2]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、
[3]佐賀大学医学部 地域医療支援学講座

【症例：55歳、男性】【主訴】発熱、倦怠感、関節痛　【現病歴】5ヶ月程前より蕁麻疹が出現し、皮膚科医院を受診し処方を受けていた。3週間前より咽頭痛と微熱が出現した。10日ほど前より倦怠感、関節痛を伴うようになり、近医内科にて解熱鎮痛剤で経過を見られたが、蕁麻疹が出現し、38度前後の発熱、倦怠感が持続するため、精査目的に当科に紹介された。【内服薬】アムロジピン、ビラスチン、ニザチジン、ロキソプロフェン【身体所見】体幹、頚部周囲、前腕に発赤膨疹を認める。咽頭発赤なし。頚部リンパ節腫脹なし。心音、呼吸音に異常なし。【検査所見】肝腎機能異常なし。白血球 4180/μl（好中球56.5％、リンパ球38.5％、好酸球2.4％）、赤血球 434万/μl、Hb 11.1g/dl、血小板 43.7万/μl、CRP 11.6mg/dl、CH50 17.8 U/ml、C3 65.5 mg/dl、C4 7.9 mg/dl、リウマチ因子 陰性、抗核抗体40倍、PR-3ANCA 陰性、MPO-ANCA 陰性、抗 SS-A 抗体 131.4、抗 SS-B 抗体 5.8、HBs 抗原 陰性、HCV 抗体 陰性　【経過】発熱、関節痛、CRP 上昇の原因が不明であり、皮疹との関連を疑い、皮膚科に皮膚生検を依頼した。血管壁およびその周囲に核塵を伴う好中球浸潤を認め、白血球破砕性血管炎と診断した。持続する蕁麻疹様の皮疹、低補体血症を認め、皮膚病理組織で白血球破砕性血管炎、また関節痛を呈することから、低補体血症性蕁麻疹様血管炎と診断した。【考察】低補体血症性蕁麻疹様血管炎（HUV）は、持続する蕁麻疹様の皮疹に加え、関節痛、腹痛、腎障害などの全身症状を呈し、低補体血症、皮膚の病理組織で壊死性血管炎（多くは白血球破砕性血管炎）を認める。初診時は、出現の時期がずれていたため、皮疹と全身症状は無関係かと考えたが、低補体血症から HUV も鑑別に挙がり、皮膚生検を施行し診断に至った。【結語】持続する蕁麻疹様の皮疹を伴い、発熱、関節痛などの全身症状および低補体血症を呈する場合には、HUV を疑い皮膚生検を行う。

一般演題11　診断エラー②　O-058

高カルシウム血症～ Pitfall に陥りそうになった一例～

○花井翔悟[1]、新里敬[2]

[1]藤田医科大学 救急総合内科学 / 感染症科、
[2]中頭病院 感染症内科・総合内科

【症例】81歳男性
【主訴】右片麻痺
【現病歴】元々左片麻痺あるが、来院日の昼食時に職員が右の口角下垂、右共同偏視、右上肢を動かさないことに気が付き、脳出血など起こしていないか心配と言うことで救急要請となった。
【身体所見】GCS: E4V3M6 体温 : 36.8℃、脈拍 : 87回 / 分、血圧 : 128/60mmHg、呼吸数 : 20回 / 分、SpO2: 97％（室内気）脳神経：診察時右の口角下垂なし。右手握手、離握手可能。その他脳神経所見指示入らず。簡単な質問には頷いたりして応答可能。
【検査所見】TP 8.2 g/dl ALB 2.6 g/dl BUN 58.3 mg/dl CRE 2.63 mg/dl GFR 19.1 単位 Na 136 mEq/l Cl 92mEq/l K 3.3 mEq/l Ca 11.9 mg/dl IP 4.4 mg/dl Mg 3.2 mg/dl
頭部 CT: 明らかな出血や骨打ち抜き像なし。頭部 MRI: 明らかな脳梗塞所見なし。
【入院後経過】血液検査では急性腎傷害、高 Ca 血症、蛋白 / アルブミン解離を認めた。急性腎障害は高 Ca 血症によるものと判断。補液で補正を行った。高 Ca 原因検索では蛋白 / アルブミン解離もあることから、多発性骨髄腫を第一に考えた。5日後に活性型ビタミン D 高値を認めた。活性型ビタミン D を介する高 Ca 血症の鑑別を行ったところ、意外な疾患の診断となった。
【結語】可能性のある疾患を丁寧に鑑別していくことが正しい診断に繋がる近道となることを学んだ。

一般演題11　診断エラー②　O-059

長期に渡り診断不明であった家族性地中海熱の一例

○石塚晃介、鋪野紀好、横川大樹、塚本知子、野田和敬、上原孝紀、生坂政臣

千葉大学医学部附属病院 総合診療科

【症例】67歳男性
【主訴】繰り返す発熱、胸背部痛、腹痛
【現病歴】35年前より、繰り返す発熱、胸背部痛、腹痛が出現した。前医では採血・腹部超音波・上下部消化管内視鏡・腹部造影 CT などの検査が施行されていたが、有症状時の炎症反応高値以外は正常であった。以降、追加精査は実施されず有症状時の NSAIDs 内服で経過観察となっていたが、発作の頻度が増加したため当科紹介受診となった。有熱期間は4-15日、間欠期は1週間 -1年間であった。発熱時に胸背部痛および腹痛を伴い、深吸気・体動・咳嗽・仰臥位で増悪を認めた。その他特記すべき自覚症状や既往なし。解釈のこだわりが強く情報収集が困難であり、易怒性がある。
【身体所見】非発作時の診察では特記すべき異常所見なし。
【血液検査所見】非発作時には血算・生化学・炎症反応ともに異常所見なし。直近の発作時に前医で施行した採血では、WBC 11800/μL、CRP 19.27mg/dL と炎症反応高値であった。
【経過】コルヒチン0.5mg/ 日を開始し発熱、胸背部痛、腹痛は消失した。遺伝子検査では MEFV の exon10（M694I）変異が検出され、家族性地中海熱と診断した。
【考察】本症例では、有熱期間が72時間以上あり家族性地中海熱のプロトタイプとは異なる非典型的な症状を呈したことによる Representativeness restraint、患者に対する陰性感情による Visceral bias、過去の徹底した精査についてそれ以上の診断のための精査がなされなかった Yin-Yang out が診断エラーに関与したバイアスであると考えられた。
【結語】複数のバイアスが関連することで、長期に渡る診断エラーを惹起する要因となる可能性がある。

一般演題11　診断エラー②　O-060

右背部痛を主訴に受診した50代歳男性の一例

○日吉哲也、大木公介、加藤禎史、鈴山裕貴、鍋島茂樹

福岡大学病院 総合診療部

主訴：右背部痛
病歴：X-2日午前5時頃に布団から起き上がる時に右腰痛を自覚した。ぎっくり腰と思い、午前中に整形外科病院を受診し鎮痛剤の処方を受けるも改善せず、昼頃に救急車で A 病院救急外来を受診した。右 CVAT 陽性で CT で尿管結石は認めなかったが、「尿管結石の疑い」の診断のもと NSAIDs 座薬で症状が一時的に改善したため帰宅となった。しかし右背部痛は改善せず、X-1日に右膝痛、X 日に悪寒戦慄、右母趾の疼痛が出現したため A 病院救急外来を再受診し、「痛風疑い」の診断で A 病院に入院となった。
外観：ベッド上右股関節及び右膝関節屈曲位をとっており辛そう。
入院時バイタルサイン：意識清明、体温39.3度、血圧190/112 mmHg、脈拍110bpm、SpO2100%
身体所見：頭頸部、胸腹部特記すべき異常なし。右 CVAT 陽性、右腸腰筋兆候陽性。右膝関節は腫脹、熱感、圧痛あり、自動および他動でも疼痛の増強あり。右母趾は発赤、熱感、圧痛あり。
経過：「痛風疑い」の診断で血液培養を採取後、NSAIDs で経過を見ていたが、X+1日に血液培養4/4本で肺炎球菌が陽性となった。振り返ると単純 CT で右腸腰筋周囲の脂肪織濃度の上昇があった。入院後に改めて再撮像した画像検査では複数の部位に膿瘍形成を来していたため完治するまでに数ヶ月を要した。
結語：尿管結石や痛風は頻度の多い疾患である。しかし痛風では説明がつかない右背部痛がある場合、また尿管結石に対して感度の高い CT で異常がなかった場合に無理やり痛風や尿管結石の診断で済ませてしまうことはときに危険なことがある。想定していた良性疾患がない場合はむしろ他に何か隠れていないかより慎重になる姿勢が大事である。そういった危険を回避するには。日頃から詳細な病歴聴取と、身体所見及びそれに基づく診断仮説の設定、それを rule-in/rule-out するための的を絞った検査を行うという基本姿勢が大事である。

一般演題11　診断エラー②　**O-061**

胃腸炎の診断で入院となった急性門脈血栓症の1例　ー診断エラーの観点からー

○土田知也、松田隆秀

聖マリアンナ医科大学 総合診療内科

【症例：32歳、男性、チェコ出身】【主訴】腹痛　【既往歴】特記なし。【現病歴】来院3日前、刺身を摂取後より心窩部痛が出現。来院前日より腹痛が腹部全体に拡がり、当院の救急外来を受診、救急当番医が対応した。嘔吐下痢はなく、上腹部中心に自発痛と圧痛を認め、WBC16,600/μL、CRP5.19mg/dl、造影 CT では上行結腸を中心とした腸管浮腫を認めた。放射線科医の遠隔読影でも同様の所見であり胃腸炎の診断の下、即日入院となった。【入院時身体所見】意識は清明、全身状態は不良。BP120/80、PR106、T36.8、RR24、SPO2 97%、腹部は平坦軟、腹部蠕動音は減弱し、心窩部に最強点の圧痛を腹部全体に認めた。筋性防御や反跳痛は認めなかった。【入院後経過】入院後、消化器内科医が担当し絶食補液管理となった。入院当日の22時に当直医であった私に看護師から腹痛が持続しているとの連絡があった。身体所見は入院時所見と変化なく、ブスコパンが静注するも改善は認めず、ペンタジンを投与。午前3時にも追加投与。午前7時に症状再燃の訴えがあるも、ペンタジンはこれ以上使用できず経過観察をしていたが、放射線科医より門脈血栓を認めると連絡があり、緊急開腹手術となった。壊死を認めた大網切除と門脈血栓除去術が施行された。入院時の採血結果を見返すと D ダイマーが 22.1μg/ml と上昇していた。【考察】当初は遷延する心窩部痛の鑑別疾患として、腸管の浮腫性変化から胃腸炎の初期やアニサキスに伴う腸閉塞、消化性潰瘍を疑い病棟対応を行った。持続する腹痛であり、下痢を認めない、D ダイマーの上昇、抗コリン薬投与で改善がない点からは消化管疾患以外の疾患を早期にあげ、画像の再評価を含めたさらなる鑑別診断が必要であった。本例は、confirmation bias、over-confidence bias により、診断の遅れが生じたと考えらえる。【結語】想定した疾患との合わない点を認め再評価する必要性を再認識した症例であった。

一般演題11　診断エラー②　**O-062**

急速上行性の感覚障害からギラン・バレー症候群を想起したアンカリングバイアスの一例

○鋪野紀好[1]、船越拓[2]、石塚晃介[1]、生坂政臣[1]

[1]千葉大学医学部附属病院 総合診療科、
[2]東京ベイ・浦安市川医療センター 救急集中治療科（救急外来部門）

【症例】84歳男性
【主訴】両下肢の痺れ
【既往歴】膀胱癌、前立腺癌
【現病歴】受診5日前に右側胸部の痛みが出現し、近医 A 病院で帯状疱疹が疑われバラシクロビルが投薬された。受診2日前から両下肢の痺れ、ふらつきが出現した。近医 B 病院で腰椎 MRI が撮影されたが正常であった。受診前日、痺れは両側大腿まで広がり、起立や自立歩行が困難となり、ギラン・バレー症候群が疑われ当科紹介となった。
【身体所見】Th8 レベルより以遠に温痛覚低下を認めた。 触覚および振動覚は正常であった。両下肢は近位・遠位とも徒手筋力テストで3～4程度に低下していた。深部腱反射は両下肢で亢進し、Babinski 反射は陽性であった。
【経過】急速上行性の感覚障害であるが、温痛覚のみが低下する解離性感覚障害であることと、下肢の深部腱反射亢進ならびに Babinski 反射などの錐体路徴候を伴っている点がギラン・バレー症候群に合致しないと考えられた。Sensory level を認めることから、胸椎病変を疑い、胸椎 MRI を撮影したところ、第9胸椎全体に及ぶ進行変化を認めた。速やかに胸椎後方陰圧固定術を試行したところ、リハビリを経て自力歩行可能となった。術中病理所見から前立腺癌による転移性脊椎骨腫瘍（metastatic epidural spinal cord compression）と診断した。
【考察】今回の関連する診断エラーとしては、①「急速上行性の感覚障害」というキーワードからギラン・バレー症候群を想起したことによる Anchoring bias、②その疾患に固着し、右側胸部の痛みという脊髄病変を示唆するキーワードを無視した Confirmation bias の2つが考えられた。
【結語】急速に上行する下肢の感覚障害は脊髄病変も考慮する。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　**O-063**

非典型症状で来院し診断 delay が生じた脾梗塞の1例

○大澤悠[1]、矢澤悠[2]、原田拓[2]

[1]昭和大学病院、[2]昭和大学江東豊洲病院 総合診療科

【症例：49歳、女性】
【主訴】発熱、頭痛、全身倦怠感
【既往歴・既存症】子宮筋腫
【現病歴】受診3日前の発熱、全身倦怠感、2日前からの頭痛を自覚した。前日に近医で経口第三世代セフェム抗菌薬を処方されたが、症状改善しないため当科に紹介された。
【身体所見】意識 E3V4M6/GCS、BT38 ℃、HR114bpm、BP107/87 mmHg、RR25/min、SpO 2 99%（室内気）
髄膜刺激徴候なし
腹部：平坦・軟、腸蠕動音亢進減弱を認めない、肝腫大を認める、明らかな圧痛を認めない
体幹部・四肢に明らかな異常所見を認めない
【検査結果】血液検査：WBC 2300/μL（リンパ球15%、異形リンパ球1%）、Hb 10.1g/dL、Ht 32.3%、Plt 223000/μL、Alb 4.2g/ d L、T-bil 1.0mg/dL、AST 81U/l、ALT 70U/L、LD 379U/L、ALP 242U/L、γ-GTP 48U/L、CRP 4.48㎎ /dL、HIV 抗体は陰性、EBV と CMV は既感染パターン
【経過】急性の発熱、非特異的頭痛、肝障害、LDH 上昇から伝染性単核球症様の病態を想起し、各種ウィルス抗体を提出し外来でフォローとした。受診5日後に解熱が得られたが、左側腹部痛が気になり始め再受診し、精査のため造影 CT を施行され、脾梗塞と診断された。心エコーや血栓症や悪性腫瘍の徴候はなく症状軽快したため終診になった。
【考察】脾梗塞は血液疾患、心由来の塞栓症、感染症などが原因で生じうる疾患である。典型的には急性の左上腹部痛をきたすが非典型例は多く、腹痛も16% で生じないこともある。本症例は急性の発熱、非特異的頭痛、肝障害、LDH 上昇などをみると伝染性単核球症を想起するのは自然ではあるが年齢が49才と高齢気味で咽頭炎やリンパ節腫脹やリンパ球上昇がない点が合致していない。本症例のような腹部症状に乏しい脾梗塞は伝染性単核球症様の経過で来うるが、illness script の研鑽により診断エラーを回避できる可能性がある。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　**O-064**

糖尿病・慢性腎不全を背景とする polypharmacy に起因した乳酸アシドーシスの一救命例

○竹内文子[1,2]、麻喜幹博[2]、増田崇光[2]、三木靖雄[2]

[1]藤枝市立総合病院 教育研修センター、
[2]藤枝市立総合病院 救急救命センター 救急科

【症例】82歳、男性　【主訴】意識障害　【既往歴・併存症】高血圧、糖尿病、慢性腎不全、心不全、貧血　【内服薬】ブホルミン塩酸塩50mg/ 日、ピオグリタゾン塩酸塩15mg/ 日、グリベンクラミド0.625mg/ 日、テルミサルタン60mg/ 日、トリクロルメチアジド1mg/ 日、ニフェジピン20mg/ 日、クエン酸第一鉄 Na50mg/ 日　【現病歴】家族によると、1週間ほど前から食思不振を認め、搬送前日夜には嘔吐の症状もみられていた。搬送当日、明らかな意識レベル低下を確認したため救急要請となった。【身体所見】意識レベル GCSE3V3M5、血圧121/49mmHg、心拍数70回 / 分、呼吸数24回 / 分、SpO2 95%（r.a.）、腋窩温32.0℃。上下肢の浮腫が著明であった。【検査結果】pH6.735、pCO212.8mmHg、pO2147.0mmHg、HCO3-1.6mmol/l、Lac29.0mmol/l、SBE-30.0mmol/l、Cre3.09mg/dl、WBC14600/μl、CRP0.02mg/dl、PCT1.50ng/ml。　胸腹部 CT では明らかな異常所見は指摘されなかった。【経過】集中治療の方針として、鎮静挿管管理でカテコラミンを併用し、著明な乳酸アシドーシスに対して CHDF を開始した。また、敗血性ショックの可能性を考慮し、抗生剤はメロペネムを選択した。CHDF 開始後24時間の血液ガス所見は、pH7.343、HCO3-11.5mmol/l、Lac10.0mmol/l、SBE-13.2mmol/l と急激に改善し、その後も順調に正常化に至った。入院5日目、Cre1.80mg/dl まで腎機能が回復したため、CHDF を終了とした。意識レベルも改善し、早期抜管とした。経過中、CRP は16.16mg/dl でピークアウトし、初診時の血液培養は陰性と判明した。【考察】本症例は、糖尿病・慢性腎不全を背景に、感染性腸炎による脱水に ARB の作用が加担して急性腎不全が進行し、ビグアナイド薬の副作用である乳酸アシドーシスが誘発された1例であった。【結語】高齢者に対する漫然とした処方継続は、高頻度に polypharmacy の原因となり、時に重篤な病態に陥る可能性があるため、状況に応じた適切な処方が重要である。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　O-065

プレショック状態で受診した多剤耐性菌による急性巣状細菌性腎炎の一例

○吉田睦、永田穂香、前原玄昌、中里未央

社会医療法人 青洲会 福岡青洲会病院 総合内科

【症例】26歳　ベトナム国籍　女性
【主訴】腹痛、発熱
【現病歴】X-3ヶ月前にベトナムより来日した。X-4日、右下腹部痛、血尿、排尿時痛があり、当院救急外来受診。月経中のため検尿実施せず、腹部CTで便貯留を認め、浣腸後症状改善し帰宅とした。X日、腹痛の再増悪と38℃台の発熱があり、当院救急外来を再受診した。
【既往歴】なし　【薬剤歴】なし
【来院時身体所見】意識清明、体温：39.0℃、脈拍：121回/分、血圧：98/67mmHg、SpO2：98%
腹部　右側腹部から下腹部に圧痛、自発痛、tapping pain、反跳痛あり、筋性防御なし、Murphy徴候あり、右腰背部叩打痛あり
【検査所見】血液検査：WBC 13380/μl、CRP 12.16mg/dl、尿定性：尿白血球反応（3+）、亜硝酸塩（-）、尿沈渣：RBC 1-4/HPF、WBC 50-99/HP、腹部造影CT：右腎に楔型の低吸収域あり、軽度尿管拡張あり
【経過】急性巣状細菌性腎炎と診断した。初回受診時の収縮期血圧は140台だったが、再診時は90台となっていたため、プレショックと判断しMEPM1ｇ/8時間毎を開始した。第4病日に解熱、細菌培養検査にてESBL産生・CAZ耐性・フルオロキノロン耐性大腸菌が検出されたため、第12病日にFOM内服変更し同日退院となった。
【考察】急性巣状細菌性腎炎は腎盂腎炎から腎膿瘍へ移行する前段階とされ、重症な腎盂腎炎様の症状で受診されることが多い。起因菌はグラム陰性桿菌が多く、第2、第3世代セフェム系が選択され、重症例にはカルバペネム系が考慮される。本症例は、若年にも関わらず薬剤耐性菌を検出した。薬剤耐性菌の蔓延はベトナムを中心とするアジア諸国では特に深刻化している。今後国際化が進む日本の医療現場においては、国別の耐性状況を踏まえて抗菌薬選択を行う必要があると考えられた。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　O-066

侵襲性肺炎球菌感染症に伴う Mild Encephalopathy with a Reversible Splenial lesion（MERS）の一例

○西村晃彦[1]、藤川達也[2]、森健茂[2]

[1]三豊総合病院 卒後臨床研修センター、
[2]三豊総合病院 総合診療内科

【症例】23歳、女性　【主訴】頭痛　【既往歴】なし　【現病歴】5日間持続する左耳の疼痛および鼻汁を主訴に前医を受診した。その後、左耳痛の増悪、頭痛、両側聴覚障害も出現したため当院総合診療内科へ紹介となった。【現症】意識清明、体温39.4℃、血圧97/57mmHg、脈拍数113/分、呼吸回数30/分、SpO2 99%（室内気）。外耳道や耳周囲を含め頭部、顔面に皮疹を認めない。項部硬直を認めない。神経学的異常なし。胸腹部異常所見なし。体表のリンパ節腫脹なし。【検査結果】頭部MRI: T2強調像で副鼻腔および左側中耳に高進号領域を認める。拡散強調像で脳梁部にごく小さな高進号領域を認める。【経過】受診時の診察および検査結果から急性副鼻腔炎および中耳炎と考え、また脳梁部の病変はこれら感染症に伴う可逆性の脳梁膨大部病変を伴う軽症脳炎・脳症（mild encephalopathy with a reversible splenial lesion; MERS）と考えた。その後の耳鼻科診察で左側中耳腔内の膿ドレナージを要する化膿性中耳炎が明らかとなり、入院のもとドレナージおよび抗生剤治療が開始となった。入院時採取した血液培養の4セット中3セットにおいて48時間以内にグラム陽性双球菌が陽性となり後に肺炎球菌と判明したことから今回の病態は急性中耳炎および副鼻腔炎に伴う侵襲性肺炎球菌感染症と診断した。加療により経過は良好であり第15病日退院となった。外来における経過観察目的の頭部MRIでは中耳炎、副鼻腔炎の所見のみならず脳梁膨大部の高信号も消失しておりMERSの診断を裏付けるものであった。【結語】侵襲性肺炎球菌感染症に伴うMERSの一例を経験した。MERSは当症例のような重症感染症に伴い認められることがあるが原疾患の治療を行うことが重要である。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　O-067

胸痛により発症し脊髄横断症状を呈した胸椎硬膜外原発濾胞性リンパ腫の一例

○井田晃頌、清水佑太朗、飯塚尭、真下大和、合田史、佐藤正通

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科

【症例】66歳、男性　【主訴】胸痛　【現病歴】2018年11月下旬、両側第6肋間周囲に疼痛出現し近医受診。胸部レ線上異常なく、同日近病院においてCT検査施行し胆石指摘され投薬を受けた。疼痛増強するため11月初旬当院紹介。痛みは前傾姿勢や臥位にて増強、食事による変動なく日内変動なし。上部消化管内視鏡検査施行し逆流性食道炎の診断後、胸椎MRI検査が予定された。検査当日体幹下肢に痺れの訴えあり、歩行困難のため入院　【現症】体温36.3度、血圧140/83mmHg、脈拍95回/分、呼吸18回/分、意識清明。膝蓋腱反射は両側で亢進、徒手筋力テストにて下肢筋力低下を認めた。フィブリノーゲン、炎症反応以外に採血、検尿検査にて異常は認めず、胸部レ線、心電図異常なし。胸椎MRI検査では胸椎3番下縁から5番上縁に硬膜外から脊柱管へ圧迫する腫瘍を認め、CT検査では左中臀筋に腫瘍を認めた　【診断】中臀筋腫瘍からCTガイド下生検を施行し、濾胞性リンパ腫の診断を得た　【経過】脊椎硬膜外腫瘍に対し放射線照射を施行。開始後より疼痛の改善あり、2週間の経過により下肢筋力に改善がみられた。同治療後のMRI検査にて胸椎硬膜外腫瘍は消失。これに続きリツキシマブ併用化学療法（R-CHOP療法）を開始。2019年5月までに同治療を5回終了し有意な有害事象なく経過、日常生活動作は全般的に発症前の状態に復した　【考察】この度我々は胸痛により発症し、脊椎横断症状を経て診断された悪性リンパ腫による硬膜外腫瘍を経験した。疼痛出現後、胸部から下肢末梢の全体幹、下肢に痺れを呈し下肢運動機能低下に至った。後方視的に障害部位想起に有用であったのは診断前に認めた両側下肢腱反射亢進であった。悪性リンパ腫は全ての臓器もしくは組織に発生する可能性があり、本例のように深部に病変が存在する場合、しばしば診断が困難となる。詳細な問診による疼痛性状への認識と併発する症候への意識、そして経時的観察継続が重要であると思われた。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　O-068

診断に難渋した感染性心内膜炎の一例

○佐藤元哉[1]、菅原崇[1]、尾関伸司[1]、伊藤卓也[2]、砂田将俊[2]、前場覚[2]

[1]総合東京病院 消化器内科、[2]総合東京病院 心臓血管外科

【症例】60歳男性
【主訴】腰痛、発熱
【既往歴】気胸
【現病歴】x-5日から腰痛、発熱あり、近医受診し、インフルエンザ疑いと診断された。x-1日に当院救急外来を受診し肝酵素の上昇を指摘され、x日に当科外来受診となった。
【入院時現症】身長170cm、体重60kg、意識清明、血圧115/58mmHg、脈拍81/分、体温37.3℃。左腰部叩打痛あり、心雑音なし。
【入院時検査結果】WBC 9170/μl、Hb 14.0g/dl、AST 217U/l、ALT 321U/l、ALP 427U/l、γ-GTP 195U/l、総ビリルビン0.5mg/dl、CRP 7.70mg/dl、（x+3日：プロカルシトニン（PCT）0.57ng/ml）
【経過】x+1日の経胸壁心エコーで中等度AR所見あり。x+5日に、入院時の血液培養2セットよりグラム陽性球菌が検出、PCT 0.57ng/mlにて細菌感染症および敗血症の疑いと診断した。腰痛以外に自覚症状はなく、早期退院を希望されたため、AMPC/CVAの内服投与とした。x+7日にCoagulase negative Staphylococcusが分離され、CMZ 4g/日に変更した。x+9日に胸水及び両側肺浸潤影を認め、x+10日にショックに至り、PCT 7.50ng/mlと上昇も見た。経胸壁心エコーを施行し、A弁に疣贅を確認した。severeARによるうっ血性心不全を認め、同日緊急大動脈弁置換術及び僧帽弁形成術となった。
【考察】IEの診断に用いられる修正Duke分類は実臨床では使いにくい場合がある。本症例では、PCTがIEの診断の一助になった。文献的考察を加えて発表する。

一般演題12　育成賞候補演題（初期研修医①）　O-069

抗菌薬適正使用を目的とした抗菌薬委員会の取り組み

○笹野央[1]、吉澤寿宏[1]、川上剛明[2]、福井由希子[3]、鈴木麻衣[3]、荒川隆太郎[1]、三井田孝[2]、堀賢[4]、内藤俊夫[3]

[1]順天堂大学医学部附属順天堂医院 薬剤部、
[2]順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床検査部、
[3]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、
[4]順天堂大学大学院 医学研究科 感染制御科学

【緒言】2016年、薬剤耐性（antimicrobial resistance AMR）対策アクションプランにより、耐性菌対策が本格的に政府主導で開始された。2017年に「抗菌薬適正使用支援プログラム実践のためのガイダンス」が作成・公表、2018年に、抗菌薬適正使用支援加算を新設とその必要性がますます強調されてきている。順天堂大学医学部附属順天堂医院（以下、当院）では、抗菌薬委員会において院内耐性菌に関する情報の共有、抗菌薬の使用状況、感染症治療マニュアルの作成、感染症治療支援の整備と、抗菌薬適正使用のための体制を整えている。今回、当院抗菌薬委員会を中心とした抗菌薬使用に関するプログラムを作成・実行した活動について報告する。
【方法】2016年より抗菌薬適正使用において、米国 HHS の４つの「R」に基づき、Antimicrobial Stewardship Program を作成し、1. カルバペネム系抗菌薬投与前の血液培養実施率、2. 薬剤師 VCM-TDM 介入率、3. セフメタゾールの適正量処方率、4. カルバペネム系抗菌薬長期投与症例介入率と、４つの Quality Indicator を設定し、モニタリングおよび委員会でのフィードバック・教育指導を行った。
【結果】委員会の介入後、1. は80%を超える実施率となった。2. は2016年平均78%であったが、2018年からは薬剤師が AST に専従化し、ほぼ全例での介入ができるようになった。3. はデータのフィードバックや処方オーダー時のシステム改修を行った結果、適正用量率が上昇した。4. は長期投与症例の確認を10日に1回から週1回間隔にしたところ、ほぼ全例介入ができるようになった。
【考察】今回の取り組みは、Antimicrobial Stewardship の目的である「抗菌薬の選択、投与量、投与ルート、投与期間を最適化することによって、臨床的な治癒を最大限にする」を実践するために有効であった。院内抗菌薬マニュアルの啓発を含め、担当医が自ら正しい抗菌薬を選択できるよう組織的な教育を継続してくことが重要である。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-070

離島診療所における外来受診患者の検討及び今後の僻地派遣前教育への反映

○後藤研人[1]、森博威[1]、横川博英[1]、張耀明[2]、内藤俊夫[1]

[1]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、
[2]新島村国民健康保険本村診療所 家庭医療科

【背景】順天堂大学医学部総合診療科学講座は、東京都の有人離島である新島に常勤医師を派遣している。新島は人口約2,200人で、島内には診療所が2か所あり、うち1か所は主の診療所から週2回医師が派遣され診療を担当している。専門診療科の医師は不在であり、在宅診療から3次救急まで、総合診療医として全科対応が必要とされている。重症患者など、対応困難と考えられる症例は、本土への搬送を必要とする。新専門医制度において総合診療専門研修では、「へき地・過疎地域、離島、医療資源の乏しい地域での１年以上の研修が望ましい」とされており、自身の症例を解析することで実際に必要とした知識・手技を検討することを目的とした。
【方法】平成29年4月1日から平成31年3月29日まで、発表者自身が外来診察した5,266症例のうち、定期再診を除いた1,415症例を後ろ向きに解析し、受診月・年齢・性別・受診理由・処置の有無を調査項目として比較検討を行った。なお、受診理由は ICPC-2のコードを用いて分類し、処置の定義は医科診療報酬点数表第9部処置、第10部手術、第11部麻酔に該当するものとした。
【結果】受診者の年齢の中央値は56歳（最小値2か月、最大値98歳）、男性661例、女性754例であった。15歳以下を小児とし、成人1,168例、小児247例であった。最も多い受診理由は咳で204例（14.4%）であった。処置を要した患者は180例（12.7%）であり、最も多かった処置は創傷処置（18.9%）であった。月別では初診患者数に大きな偏在は認めなかったが、観光客の多い7、8月に処置を要する患者は多かった。
【考察】診療所の外来で最も多い慢性疾患・生活習慣病の定期外来や、外科系小処置などの手技を十分に経験することは、大病院の総合診療科研修では難しい。そのため離島で実際に求められた医療ニーズ・僻地医療で求められる知識・手技については、赴任前の研修が必要と考える。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-071

在宅療養支援病院勤務医と開業医による介護施設へのグループ訪問診療の取り組み

○中山大[1]、中山文枝[2]

[1]社団医療法人 養生会 かしま病院 循環器内科、
[2]社団医療法人 養生会 かしま病院 放射線科

【背景】近年高齢者の生活の場は広がっており、医療・介護依存度上昇や介護力不足などから、老人ホームや介護施設を選択する症例が増加している。施設とは在宅療養に係る多職種が生活を支えることで、必要な医療や介護が提供できる場でもあり、訪問診療や訪問看護などの在宅医療システムの充実と協力体制を整えることで、認知症や虚弱高齢者がその生活の場で治療が受けられ、入院によるリロケーション・ダメージが回避できる可能性がある。これは患者にとっての大きなメリットであると同時に、入院医療費の抑制にもつながると考えられる。
【介入方法】当該二次医療圏にある有料老人ホーム、サービス付き高齢者専用住宅、グループホーム入所者で、通院困難症例や複数の医療施設を受診しており、包括的管理がされていない症例に着目し、在宅療養支援病院勤務医と近隣開業医によるグループ診療体制を構築した。情報共有は月一回の全体会議の場で行い、患者情報の抽出、治療方針の標準化、人生の最終段階における介護・医療のあり方に関する情報共有に加え、処方の単純化（多剤併用の抑制と過少医療の抑制）や検査プランの定型化、臨時訪問や病院受診の手順までをある程度明確化した上で、当初は患者、家族、施設のニーズに応えるため、積極的に臨時往診も行った。急変時対応は施設内対応に固執することなく、要請があれば、在宅療養支援病院として入院管理も許容し、徐々に施設ベースでの治療の範囲を図るべく、施設職員向けの講義などを開催した。
【効果】現在開始から5年目に入り、臨時訪問件数は減少傾向、施設内看取り件数は増加傾向にある。先ごろ行った施設職員へのアンケートでも、施設内看取りに関する抵抗はほぼなくなってきている状況となった。今後はこのシステムを各一次医療圏毎に病院を中心とした施設への包括的訪問診療体制を拡大し、在宅療養患者の不要不急の病院搬送を減らしていきたいと考えている。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-072

介護老人保健施設入所者のポリファーマシー対策の意義について

○入谷敦

金沢医科大学 高齢医学

目的：高齢者の多剤併用・薬物有害事象が多いため、それを回避するために日本老年医学会より「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」が発刊された。ガイドラインに従って薬剤調節・減薬に取り組む施設も散見される。特に急性期病院から介護老人保健施設（老健）に入所する症例が多く、それまでの臓器別の科からの処方を一元的に管理する必要性が生じる。今回の研究は入所時のポリファーマシー（本研究において6剤以上を定義する）対策がどのような影響を及ぼすのかを検討した。
方法：2016年4月から2018年12月現在までに入所した198名（男性79名、女性119名、平均年齢83.6±9.8［85.6］歳）の入所時の持参薬について調査した。入所前の状況として病院からの入所者136名、自宅からの入所者59名、他施設からの転入所者3名であった。入所時に入所時に利用者の薬剤処方を見直し、6剤以上の処方を受けている症例を多剤内服患者とした。これらの症例にどのような特徴があるのかまた、薬剤費について調査を行った。
結果：多剤服用者は48.9%を占めていたが、減薬により入所1カ月後までに処方数を平均9.2剤から4.1剤に減らすことができた。中止薬は、消化性潰瘍薬、降圧薬、下剤の順に多かった。薬剤費の削減については、入所時に1日薬剤費638円、28日薬剤費18,630円であった。減薬・切り替え処方後は1日薬剤費412円、28日薬剤費10,150円であった。
考察：老健施設では、利用者の薬剤費は施設サービス費に包括され別途算定はできないため、施設経営上、薬剤費はできるだけ抑える事情があるなかで薬剤数の減少によってアドヒアランスの向上、薬剤有害作用や相互作用の軽減など入所者にとっても大きなメリットが得られる可能性がある。
結論：入所時の減薬やジェネリック薬品への見直しなど今後も積極的に見直すべきである。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-073

総合診療医なら達成できる、年間逆紹介数　院内 No.1

○阪上順一[1]、竹谷祐栄[2]、吉村尚[3]、三好友樹[3]、丹羽文俊[4]、松原慎[5]、間嶋紗織[6]、白山武司[7]、坪井創[8]、池谷博[8]、山脇正永[9]、伊藤義人[2]

[1]京都府立医科大学 総合診療科、
[2]京都府立医科大学 消化器内科、[3]京都府立医科大学、
[4]京都府立医科大学 脳神経内科、
[5]京都府立医科大学 医学教育学、
[6]京都府立医科大学 内分泌糖尿病内科、
[7]京都府立医科大学 循環器内科、
[8]京都府立医科大学附属病院 総合診療科、
[9]京都府立医科大学大学院 医学研究科 医学教育

【はじめに】特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会（2012.3.15）において、紹介率と逆紹介率は正の相関関係にあることが示されている。特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会（2014.1.23）での特定機能病院の承認要件は、紹介率：50 %以上かつ、逆紹介率：40 %であり、地域医療支援病院では、紹介率：80 %以上、又は紹介率：65%以上かつ逆紹介率：40%以上、又は紹介率：50 %以上かつ逆紹介率：70%とされている。このように、逆紹介率の確保は特定機能病院や地域医療支援病院にとって重要な達成目標となっている。【目的】2018年度における年間逆紹介数の上位の医師を検索し、院内ナンバーワンの医師の取り組みと工夫について考察する。【成績】2018年度の逆紹介数の1位は年間713件の総合診療医であった。2位は消化器内科医（695件）、3位は眼科医（689件）、4位は消化器内科医（490件）、5位は内分泌内科医（422件）、6位は緩和医療医（386件）、7位は循環器内科医（355件）、8位は耳鼻科医（337件）の順であった。総合診療医の職責のひとつは、多岐の症状を鑑別診断し、院内外の適切な専門医療にトリアージすることである。【考察】2018年度の院内 No.1の逆紹介数をもつ医師は総合診療医であった。近隣医療機関との連携、逆紹介外来の開設、院内地域連携室と協力関係、医療機関検索システムの構築、サブスペシャリティの保持など、総合診療医としての取り得る手法を報告する。総合診療医であるからこそ、逆紹介数が増加するものと考察する。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-074

新規呼吸器診療発足前後の結核診療（抗酸菌検査）の現状

○濵元陽一郎[1]、井部達也[1]、児玉裕章[1]、石井尚[1]、坂木晴世[2]

[1]独立行政法人 国立病院機構 西埼玉中央病院 呼吸器内科・総合診療内科、
[2]独立行政法人 国立病院機構 西埼玉中央病院 看護部

【背景】当院は、埼玉県西部医療圏（人口73万人）・所沢市（人口34万人）の中央に位置する320床の急性期国立病院である。過去15年以上呼吸器専門医の常勤医師が不在の病院であった。2016年7月より、新たに呼吸器診療が発足し、抗酸菌検査・結核診療も行うこととなった。新規呼吸器診療発足前後での抗酸菌検査と抗酸菌への診療変化について検討した。【方法】抗酸菌検査の年次検査数推移と結核診断後保健所への発生届け件数を検討した。【結果】2013年から2015年までの呼吸器診療常勤医不在期間、抗酸菌検査件数は約150件前後であった。しかし、呼吸器診療開始後からは2016年度275件、2017年度496件、2018年度767件と抗酸菌検査件数が増加した。結核診断後保健所へ届出件数は、2013年度0件、2014年度0件、2015年度1件、2016年度1件2017年度3件、2018年度7件であった。検査件数の増加とともに、結核発生件数も増加していることも確認された。【考察】所沢市の人口は2013年342925人、2018年度344320人と人口増の都市である。呼吸器診療開始以前、DPC 別にみた呼吸器診療退院患者数は200-250症例 / 年から（内科医としての肺炎などの診療）、2018年度は787症例 / 年と入院診療患者数も増加している。本邦では、結核罹患率は人口10万人あたり13.8（平成28年）でり、多くの結核患者が存在することとなる。呼吸器専門診療不在下では、検査件数も少ないことが原因かもしれないが、2013年度の結核発生届出は0件であった。当院では、感染対策看護師の活動が積極的に行われていたこともあり、結核患者への対応は適切に行われてきた。しかし、市中病院において、呼吸器専門医診療不在の施設は多くあり、抗酸菌感染症の取り扱いについて、慎重に取り組む必要性があると考えられ考察を踏まえて報告する。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-075

当科の診療体制と培われたスキル～2018年度診療実績と医師対象アンケート調査～

○徳島圭宜[1]、徳島緑[2]、香月尚子[2]、多胡雅毅[2]、山下秀一[2]

[1]佐賀大学医学部附属病院 総合診療、
[2]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【目的】全国で総合診療医育成プログラムが整備されてきているが、そのプラグラムが育成する医師像は未知である。当科で育った総合診療医がもつスキルの調査結果を、プログラム設計の参考として共有する。【方法】当科所属の医師は、大学、2か所のサテライトセンター（嬉野医療センター、富士大和温泉病院）で診療を行う。各機関において、2018年度に当科所属の医師が診療した入院・外来件数を集計した（実績）。また、google フォームを用いた匿名式アンケートを所属医師に配布し、当科で培われたマインドと所有するスキルについて尋ねた（アンケート）。【結果】実績：大学病院で入院377例（時間内245、外132）、外来7,881例（初診2,586）、救急833例（救急搬送102）を、富士大和温泉病院で入院319例（時間内282、外37）、外来5,144例（初診409）、救急125（救急搬送88）を、嬉野医療センターで入院430例（時間内105、外325）、外来3,210例（初診1,663）、救急843例を診療した。アンケート：25名の医師が回答した（回答率93%）。「当科で培われた総合診療を実践するためのマインド」に対する回答は①全身・全体をみる②断らない③患者本位の医療と回答した医師の順に多く40%、28%、20%であった。また「当科で培われたノンテクニカルスキル」に対する回答は①連携重視のマネジメント②患者中心の医療・ケア③一般的な健康問題に対する診療能力と回答した医師の順に多く50%、48%、46%であった。習得できている手技としては①胸水穿刺、①腰椎穿刺、③腹水穿刺を習得したと答えた医師が80%、80%、76%の順で多かった。【結語】関連病院と大学病院を連携させた当科の診療体制は、実践する医師に、病院総合診療医に必要なマインドやスキルを習得させ得ると考えられる。

一般演題13　地域医療・活動報告　O-076

カンボジアにおける総合診療医学会「APSARA」開催について ～日本の総合診療をアジアへ～

○高妻岳広[1,2,3]、髙橋宏瑞[5]、山田悠史[6]、林祥史[3,4]、熊川友子[6]

[1]サンライズジャパン病院プノンペン 救急科、
[2]サンライズジャパン病院プノンペン 麻酔科、
[3]サンライズジャパン病院プノンペン 総合診療科、
[4]サンライズジャパン病院プノンペン 脳神経外科、
[5]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、
[6]埼玉医科大学病院 総合診療内科

＜背景＞カンボジアは1970年代の内戦の影響で大量の国民が虐殺された過去があり、2016年の平均年齢は25.6歳である。
未だ十分な医療供給体制が整っておらず、医療者への教育も十分とは言えない状況にある。
＜目的＞日本の総合診療技術をもってアジアの医療発展に貢献する
＜概要＞ APSARA（Advanced Practical Lecture Series for General Practice）は日本病院総合診療医学会サポートのもと発足したアジアの総合診療医学会である。2018年よりカンボジアにて定期的に学術集会を開催しており、日カンボジア友好65周年記念事業にも選定された。
＜結果＞第1回 APSARA は2018年12月14日ー 16日にカンボジアの首都プノンペンで開催され、医学生・若手医師を中心に203名の参加者が得られた。初日はプレコースとして一次救命処置（BLS）のセミナーを行い、2日目に7名の日本人医師と2名のカンボジア人医師・検査技師が感染症をテーマとしたレクチャーを行なった。3日目には二次救命処置（ACLS）のセミナーを行なった。スライドや資料、質疑応答を含め、学会中の言語はすべて英語で統一した。参加者アンケートによると全体を通しての満足度の平均値は10点満点中8.28となっており「It is good conference which provides a lot of notion of diseases to medical students, and itis good to exchange of practical experiences between Japan and Cambodia」「I really enjoy 1st APSARA conference. It provides me a lot of knowledges in a day. I hope Ican join the next conferences.」といった満足度の高いコメントが寄せられた。第2回 APSARA は2019年8月9日ー 11日にプノンペンで脳卒中をテーマに開催予定であり、この活動報告も含め、現状と展望を報告する。

一般演題14　診断エラー③　O-077

繰り返す低血糖が簡易血糖測定による偽性低血糖であった一例

○古坂隆幸、高橋雄一、宮上泰樹 、内藤俊夫、金井実紀、梁広石

順天堂大学医学部 総合診療科学講座

【症例】90歳、男性 【主訴】意識障害 【既往歴・既存症】認知症、誤嚥性肺炎、甲状腺機能低下症 【現病歴】誤嚥性肺炎で入院を繰り返しており、今回は意識障害にて来院された。胸部単純 CT で左肺下葉に浸潤影を認め、誤嚥性肺炎の診断で、絶食、補液、抗菌薬加療を施行した。加療後も意識障害継続しており、第5病日の採血でグルコース48mg/dl と低値を認めた。【バイタルサイン】JCS：Ⅲ -100、血圧：138/62mmHg、体温：36.7℃、脈拍数：70回 / 分、 呼 吸 数：18回 / 分、SpO2：99%（酸 素1.5L 投 与 下）【身体所見】呼吸音含め特記所見なし 【検査結果】WBC4,500 109/ul、Neutro72.7%、CRP9.45mg/dl、Glu48mg/dl 【経 過】入 院 後、絶食にも関わらず細胞外液の輸液を継続していたため、第5病日に低血糖を認めた。ブドウ糖投与後血糖値は改善し、輸液を糖入りへ変更したものの意識状態は改善しなかった。簡易血糖測定での血糖測定を継続し、第9病日には意識状態は自然と改善した。意識障害は感染による全身状態不良のためと考えたが、その後も意識低下はないものの低血糖を繰り返した。副腎不全など内分泌疾患に関しては、各種ホルモン検査で明らかな異常を認めなかった。低血糖の報告を受け、診察した際に指（PIP 関節より遠位）にレイノー現象を認め、偽性低血糖を疑い、耳介での血糖測定を行ったところ血糖値の改善を認めた。【考察】指尖部低血糖による偽性低血糖の存在を知った。 糖尿病既往がない患者では臨床的に重要な低血糖が起こることは稀であり、糖尿病既往がない患者で Whipple の三徴を満たさない低血糖は、内分泌疾患などの前に偽性低血糖を考慮するべきである。【結語】症状と検査結果が矛盾する場合、検査の再評価が必要である。

一般演題14　診断エラー③　O-078

頸髄損傷と下顎打撲と誤診された破傷風の一例

○新井優紀、佐木陽典、古谷賢太、竹下智史、柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

【背景】
予防接種の普及等に伴い、本邦では破傷風は稀な疾患となった。その反面、破傷風の診療経験を持つ医師は希少となり、治療介入可能かつ致命的となりうる疾患であるにも関わらず、診断・治療が遅れてしまう危険性が高まっている。今回、診断の想起や治療開始判断の遅れを認めたと思われる破傷風の一例を経験したので報告する。
【症例】
高血圧の既往のある62歳女性。ガスメーター検診中に転倒して人中～下顎を打撲し、左母指付近を受傷し近医で縫合処置を受けた。受傷から14日後から開口制限・構音障害を自覚するようになり、17日後から腰背部の「攣るような」痛みを自覚するようになった。近医を再受診して頭部 CT、腰椎レントゲン等を施行されたが診断に至らず、四肢の攣りのせいで体動困難となり受傷19日後となる連休中に救急搬送された。入院時検査で CK 上昇を認めたことから、当初は下顎打撲による開口制限、頸椎症による四肢痛、打撲による横紋筋融解の診断で経過観察となった。整形外科医の診察で破傷風が疑われたが、神経内科当直医が破傷風ではないと判断したため、治療開始されず四肢有痛性筋痙攣は増悪した。入院4日目に当科担当医が診察して破傷風と診断して直ちに抗破傷風グロブリン、破傷風トキソイド、メトロニダゾール、ジアゼパム持続静注を開始。治療に伴い、徐々に症状は改善した。
【考察】
本症例では下顎打撲痛による開口制限および外傷性頸椎損傷の疑い等が目くらましとなり、Availability bias, Illusory correlation, Zebra retreat が生じた結果、稀な疾患である破傷風の診断想起や治療開始が遅れたと考えられた。

一般演題14　診断エラー③　O-079

Over confidence bias による認知エラーにより生存中に診断できなかった粟粒結核の1例

○中村大輔[1]、鈴木諭[1]、松尾良子[2]

[1]利根保健生活協同組合 利根中央病院 総合診療科、
[2]はるな生活協同組合 高崎中央病院 内科

【症例】81歳、男性 【主訴】呼吸困難 【既往歴】関節リウマチ（74歳時診断）【現病歴】患者は、当院整形外科で関節リウマチ治療のためゴリムマブ皮下注射と下記内服管理されていた。入院17日前に関節リウマチの増悪と診断され、ゴリムマブが増量となっていた。入院数日前から発熱と呼吸困難が出現し当科を受診された。CT 検査から両側肺炎、両側少量胸水及び大量腹水と診断し、精査加療目的で当科入院とした。【経過】指導医から「状況からアミロイドーシスじゃないかと思うから、頭に入れて治療してみて」と言われていた。入院後、タクロリムス水和物投与を中止し、肺炎に対し SBT/ABPC で治療を開始した。胸水及び腹水は心不全あるいはネフローゼ症候群が原因と考えアルブミン製剤投与およびフロセミド投与を開始した。徐々に呼吸状態は悪化し、入院5日目から MEPM、VRCZ 投与に切り替えた。利尿に乏しく、腹部膨満感が強いため穿刺排液を2度行ったが腹水コントロールは不良であった。入院13日目の胸部 X 線検査にて著名な肺炎像の増悪が認められた。間質性肺炎の急性増悪と考え、シベレスタットナトリウム水和物投与・ステロイドパルス療法を開始したが、入院15日目に死亡された。病理解剖を行ったところ、肺・肝臓・脾臓・腎臓・甲状腺・腸間膜漿膜面に粟粒から米粒大の黄白色結節が多数認められた。組織学的には乾酪壊死を伴った類上皮細胞性肉芽腫が見られ、Ziel-Neelsen 染色で陽性となる無数の小桿菌が認められ、粟粒結核と診断した。【考察・結語】本症例はアミロイドーシスを念頭に診療が行われたため、診療経過に問題が発生していた。知識不足が招いた認知エラーとも言えるが、前医や先輩医師の意見に盲目的に従ってしまう over confidence bias による認知エラーが問題と考えられた。前医や先輩医師から稀で不慣れな疾患を申し送られた際に、盲目的にその診断を信頼せず、その疾患の可能性を考慮しつつ自分の診断過程に立ち返ることが肝要と考えられた。

一般演題14　診断エラー③　O-080

なぜあのとき・・・。様々なバイアスにより急性心筋梗塞に気づけず不幸な転機をたどった一例。

○中山翔太[1]、朝長元輔[2]、多胡雅毅[3]、山下秀一[3]

[1]社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科、
[2]独立行政法人 国立病院機構 嬉野医療センター 総合診療科、
[3]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【症例】82歳男性
【主訴】発熱、食欲低下
【現病歴】前日より食欲低下と37.8℃の発熱を認め、近医を受診した。胸部単純レントゲン写真で両下肺に浸潤影を、血液検査にて WBC 11,900/μL、CRP 16.2mg/dL を認め肺炎疑いにて同日当院に紹介された。
【既往歴】陳旧性脳梗塞、高血圧症
【入院時現症】体温 39.0℃ 心拍数 80回 / 分 血圧 139/84mmHg SpO2 98%（室内気）であった。心雑音はなく、左下肺に coarse crackle を聴取した。右前腕内側に 2 ヶ所虫刺痕を認めた。
【検査所見】血液検査では、WBC 11,510/μL、CRP 17.32mg/dL、CPK 1,171IU/L、CK-MB 61IU/L であった。胸腹部単純 CT 検査では、肺野に浸潤影を認めず、両側にごく少量の胸水貯留と心拡大および心？液を認めるのみであった。
【入院後経過】リケッチア感染症および横紋筋融解症と診断し、同日入院の上、3000ml/ 日の輸液と SBT/ABPC 及び MINO の投与を開始した。入院3日目に胸部不快感を自覚し、胸部単純レントゲン写真で肺うっ血と左胸水貯留を認めた。12誘導心電図で V1-5 の ST 上昇、血液検査でのトロポニン T の著明な上昇を認めたことから心筋梗塞を疑った。心エコー検査では心室中隔は無収縮で心尖部に心室瘤を形成しており亜急性期心筋梗塞と診断された。同日循環器内科へ転科したが入院5日目に心破裂及び心タンポナーデを発症し死亡した。
【考察】本症例は入院時の12誘導心電図でも ST 上昇を認めていたが、確認を怠ったために心筋梗塞の可能性に気づけなかった。その原因として発熱と刺し口、CPK 上昇を呈するリケッチア感染症を経験していたことによる Availability bias や Anchoring および早期閉鎖が関与していたと考えられる。また、勤務時間帯終盤の来院であり Hassel bias により心拡大や心？液貯留など心不全を示唆する所見があったにも関わらず心電図の確認が疎かになったことも一因と考えられる。全ての検査に確実に目を通し初期診断に矛盾する所見に真摯に向き合う必要がある。

一般演題14　診断エラー③　O-081

側頭部痛を主訴に来院され巨細胞性動脈炎と鑑別を要した蝶形骨洞真菌症

○吉村文孝[1]、國友耕太郎[2]、辻隆宏[1]

[1]国立病院機構熊本医療センター 総合診療科、
[2]阿蘇医療センター 内科

【緒言】蝶形骨洞を主病変とする疾患では、通常の鼻・副鼻腔疾患の主訴とは異なった症状により、耳鼻咽喉科以外の科で経験することも多い。今回、強度の側頭部痛を主訴に救急搬送入院となり、巨細胞性動脈との鑑別を要した蝶形骨洞真菌症の1例を経験したので報告する。【症例】90歳女性。3日前から、右側頭部痛を自覚。その後、痛みが増強し、体動困難となったため、当院救急搬送となる。右側頭部を中心とした拍動性の痛みで、呻吟していた。意識は清明で、神経学的異常所見は指摘されなかった。血液検査では、白血球数、CRP、赤沈の増加を認めた。新たに起こった頭痛、高齢、赤沈上昇から、救急初期診療医は、巨細胞性動脈炎を疑い当科コンサルトとなった。頭部CTで蝶形骨洞に占拠性病変を認めたため、蝶形骨洞炎として、経験的抗菌薬治療を開始したところ、右側頭部痛は軽減し、CRPも低下した。診断的治療目的で副鼻腔開窓術を施行したところ、蝶形骨洞内には、多数の真菌塊を認めたため、真菌塊の除去ならびに洗浄を行った。病理組織の結果、アスペルギルス症による蝶形骨洞真菌症と診断された。【考察】巨細胞性動脈炎は、高齢者における頑固な側頭部痛として広く認知されているが、蝶形骨洞真菌症は、副鼻腔真菌症の5-10%と頻度が少なく側頭部痛の鑑別疾患として想起することが難しい。蝶形骨洞を主病変とする場合、側頭部痛をはじめ、頭部・顔面の多彩な症状を呈する。そのため、耳鼻咽喉科以外の科が初期診療を行う場合、認知バイアス（ヒューリスティック、アンカリング効果）の影響から診断エラーにつながる可能性がある。炎症を伴う頭部、顔面痛においては、蝶形骨洞炎も念頭に入れて診療を行う必要がある。

一般演題14　診断エラー③　O-082

インフルエンザを意識しすぎて脳出血の発見が遅れた一例

○中山樹、宮上泰樹、高橋雄一、内藤俊夫

順天堂大学医学部 総合診療科学講座

【症例：77歳、女性】
【主訴】発熱、意識障害
【既往歴】高血圧、認知症、脂質異常症
【現病歴】元々認知症で当院メンタルクリニックかかりつけの患者でADLは自立していた。当院来院2日前から食思不振があり、臥床がちで口数が減っておりその際に倦怠感も認められた。来院日になっても全身状態改善せず、訪問看護師が身体を触ったら熱かったこと・反応が鈍かったことから当院へ救急要請となる。明らかなSick Contactはなし
【初診時現症】JCS Ⅰ-3。体温38.3℃、脈拍88 / 分、血圧177/88 mmHg、呼吸数20/ 分、SpO2 98%（RA）。眼瞼結膜貧血なし、心雑音なし、肺野清腹部平坦、軟、グル音正常、肝・脾腫なし、両下腿浮腫なし、
【検査結果】血液 : WBC 7800/μl、肝機能・腎機能障害なし CRP 0.1mg/dl 尿 : 特記所見なし、インフルエンザ陰性
【経過】発熱があったこと・インフルエンザ流行期であったことや、診察上や画像検査で感染兆候は認めなかったため迅速キット陰性だが、インフルエンザとして対応。倦怠感もあり意識障害もインフルエンザに伴うものと考えられた。倦怠感も強く経過観察目的に入院とした。入院後、遷延する意識障害からAIUEOTIPSで再鑑別を行い頭部CTにて左前頭葉の皮質下出血を認め同日より血圧コントロールを開始した。次の日以降は37℃台まで解熱した。各種培養は陰性。その後も炎症反応変化なく第4病日より意識状態は改善した。その後大きな問題なく退院となった。本症例の意識障害は失語によるものであり出血の部位とも合致する。さらに発熱に関しても炎症反応の上昇がないことやほかのフォーカスがないことから脳出血による中枢熱と考えられた。
【結語】本症例の診察時期はインフルエンザが大流行しており、流行疾患と考えてしまうAvailability biasも見られた。発熱及び特記すべき所見がなかったことからインフルエンザとアンカリングした症例である。同症例を院内カンファレンスでも振り返り考察と併せて報告する。

一般演題14　診断エラー③　O-083

心電図で肺塞栓症を診断する

○宮田恵吉

西脇市立西脇病院 内科

肺塞栓症ほど、最初からきちんと診断されることが少なく、また急変時など、ありもしない濡れ衣を着せられる疾患も珍しいと思われる。本性は急性発症し、肺動脈圧上昇、右室拡大など急性右心負荷を引き起こすため、心電図にもその影響が及び、右脚ブロック・右軸偏位・S1Q3T3・S1S2S3など、色々な心電図所見が検討されてきた。ところで、1999年に中外医学社から発刊された、小沢友紀雄 編集「心電図の新しい読み方」で、沢山俊民らにより書かれた「S1Q3パターンは急性肺性心の特徴か？」（P63-66）で、① V1-3の右側胸部誘導で、V2をピークとする陰性T波　②肢誘導では、Ⅲ、aVFで陰性T波が認められる　以上の2点が肺塞栓診断のためのメルクマークとして、経験的に非常に有効ではないかと考え、当院における過去の肺塞栓症例における、発症時の心電図と照らし合わせた。すると、ほとんどの症例で上記所見を認め、感度が極めて高いと思われた。実際の症例を通して、その有効性を検証する。

一般演題15　臨床研究③　O-084

2型糖尿病患者に対するSGLT2阻害剤使用の臨床的意義について一効果、副作用についての臨床的検討一

○長見晴彦、田原英樹、瀬下達之、佐藤博

出雲徳洲会病院 総合診療科

【目的】高血圧、糖尿病性腎症などを合併した2型糖尿病98症例を対象としSGLT2阻害剤（SGLT2i）を24ヶ月間投与し耐糖能への効果及び心・腎などの臓器保護作用につき臨床的検討した。【方法】対象は男性58名、女性40名、平均年齢は71.0±5.6歳、糖尿病罹患歴は11.4±4.5年であった。治療プロトコールは既存治療によっても血糖コントロールが不良な患者に対しSGLT2iの追加あるいは切り替え投与を行ない投与前、投与後1、3、6、9、12、18、24ヶ月後の1）血中HbA1c値、2）空腹時血糖、3）体重、4）血圧、5）血中Ht値、6）尿所見、7）e-GFR、8）BNP濃度、9）血中脂質、尿酸値を測定した。測定値はすべてMean ± SDで表し統計学的検討はt検定により行った。【結果】血中HbA1c値は投与前8.6%で以後経時的に低下し24ヶ月後は7.0%と有意に低下した。体重は投与前89.0Kgから投与3ヶ月後に86.2kg、投与24ヶ月後は83.7kgと有意に低下、空腹時血糖は投与前140.0mg/dl、投与12ヶ月後は110.2mg/dlと有意に低下し、血圧は収縮期、拡張期血圧ともに12ヶ月後に有意に低下し以後24ヶ月まで持続した。血中Ht値は24ヶ月間を通じて変化を認めなかった。また血中BNP値（n=12）はSGLT2i投与後24ヶ月までに漸次低下した。腎機能についてはe-GFRはSGLT2i投与初期は低下したが以後は安定して推移し尿中蛋白も改善傾向にあった。一方、有害事象は口渇感、夜間頻尿、性器感染症が30%前後に認められたが心血管イベントの発生は皆無であった。【考察】SGLT2iは耐糖能改善、肥満改善、血圧降下、脂質改善、尿酸低下作用のみならず膵β細胞保護作用及び心・腎保護作用を有しており病歴の長い2型糖尿病患者に対して有効であり糖尿病治療薬として積極的に使用すべきと考える。【結論】2型糖尿病患者へのSGLT2iの長期投与についての効果について臨床検討しその有効性につき報告した。

一般演題15　臨床研究③　**O-085**

非アルコール性脂肪性肝疾患患者における栄養学的因子と四肢骨格筋量の関連について

○樋本尚志[1]、宮武恵子[2]、前場隆志[3]、正木勉[4]

[1]香川県立保健医療大学 臨床検査学科、
[2]地域医療機能推進機構りつりん病院 栄養科、
[3]地域医療機能推進機構りつりん病院 外科、
[4]香川大学医学部 消化器・神経内科

【目的】非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）患者における四肢骨格筋量を規定する栄養学的因子について解析した。
【方法】対象は NAFLD 患者46例（男性24例、女性22例）で、飲酒歴がなく、腹部超音波または CT 検査で脂肪肝に合致する所見を有するものを NAFLD と診断した。四肢骨格筋量（BIA 法）と握力を測定し、日本肝臓学会の基準を満たす症例をサルコペニア、骨格筋指数（SMI）のみ低下している症例をプレサルコペニアと定義した。栄養学的因子として体格指数（BMI）と聞き取り調査による平均摂取エネルギー量、炭水化物・脂質・蛋白質およびロイシン摂取量を算出した。また、６か月後に栄養評価できた男性６例、女性11例について SMI と栄養学的因子の推移を解析した。
【結果】プレサルコペニアと診断された症例は男性３例（13%）、女性３例（14%）であり、サルコペニアは女性1例のみであった。次に、SMI と相関する栄養学的因子は、男性が BMI（r=0.654、p=0.0005）と摂取エネルギー量（r=0.566、p=0.044）であったのに対し、女性は BMI のみであった（r=0.852、p<0.001）。なお、蛋白質およびロイシン摂取量は、男女とも SMI との相関は認められなかった。経時的に栄養介入した男性６例のうち４例は摂取エネルギーが低下し（1957±401→1814±349 kcal）、ALT 値が異常値を示していた２例はいずれも正常化した。しかしながら、摂取エネルギー量が低下した４例中３例は SMI が低下していた（7.47±0.83→7.37±0.85）。一方、女性は11例とも摂取エネルギーが低下し（1892±333→1670±338 kcal）、異常値を呈していた ALT 値は４例中３例が改善した。SMI と摂取エネルギー量との関連は一定の傾向を示さなかった。
【結論】BMI は NAFLD 患者における四肢骨格筋量を規定した。栄養介入により、脂肪肝は改善しても四肢骨格筋量が低下することがあり、経時的にモニターすることが必要と思われた。

一般演題15　臨床研究③　**O-086**

SGLT2阻害薬の投与が原発性アルドステロン症のスクリーニングに与える影響についての検討

○澤村俊孝、大森亜衣、杉山賢郎、織田展成、武田仁勇

浅ノ川総合病院 内科

【背景】高血圧患者の約10% が原発性アルドステロン症（PA）である。PA は本態性高血圧症と比較して心血管合併症が多く治療法も異なるため、血漿レニン活性（PRA）と血漿アルドステロン濃度（PAC）の比（ARR）を用いた適切なスクリーニングが重要である。しかし利尿剤などの降圧剤は ARR に影響を及ぼすため、一定期間中止後の ARR 測定が推奨されている。近年心血管合併症の予防効果から多数使用されている SGLT2阻害薬は利尿作用も持つ薬剤であるが ARR に及ぼす影響は不明である。
【目的】SGLT2阻害薬が ARR に及ぼす影響について検討する。
【方法】SGLT2阻害薬が投与された糖尿病合併高血圧症患者38名に対して投与前、投与開始後3ヶ月の PRA、PAC、ARR および体重、収縮期・拡張期血圧、心拍数、Cr、eGFR、AST、ALT、γGTP、FPG、HbA1c を後方視野的に検討した。また、ARR の変化と相関する因子について検討した。
【結果】SGLT2阻害薬の投与前後で PRA（3.4 ± 4.7ng/mL/h vs. 3.8 ± 4.1ng/mL/h）、PAC（154 ± 134pg/mL vs. 176 ± 118pg/mL）、ARR（101 ± 109 vs. 109 ± 136）と有意差は認めなかった。投与後の ARR 上昇と投与前の心拍数が正の相関を、拡張期血圧の低下が負の相関を認めた。
【考察】SGLT2阻害薬の体液量減少作用はサイアザイド系利尿剤と同等と報告されている。利尿剤の投与で ARR は低下するが、SGLT2阻害薬の投与では ARR の低下は認めなかった。拡張期血圧の低下は体液量減少と相関するため、拡張期血圧の変化との相関は利尿作用との相関と考えられる。これに加え SGLT2阻害薬は交感神経抑制作用を持つが、心拍数の速い症例でより抑制作用が強いとされている。交感神経活性の抑制は ARR を上昇させる。本検討では ARR の上昇と投与前の心拍数が相関し、利尿作用に加えて交感神経抑制作用を持つことが ARR に影響を与えなかった理由と推察された。
【結論】SGLT2阻害薬の投与は ARR の測定に影響は与えず、内服継続下で PA のスクリーニングが可能である。

一般演題15　臨床研究③　**O-087**

注射時の疼痛軽減を目指した新たなる局所麻酔薬の開発および検討について

○岸宗佑[1]、野村友祐[2]、丹野誠志[2]

[1]イムス札幌消化器中央総合病院 消化器内科、
[2]イムス札幌消化器中央総合病院

【背景】外科・内科問わず、総合的な診療の中で、局所麻酔で行う小手術や PICC、CV ポートなどの VAD（vascular access device）留置の際の疼痛軽減のために、局所麻酔薬として1% キシロカイン（1%Xy）が頻用されている。しかし、局所麻酔注射時における疼痛が非常に強く、処置自体の疼痛ではなく、局所麻酔の疼痛で不満を訴える患者も多く経験される。【目的】Xy 濃度、pH および浸透圧を様々な条件で検体作成し、局所麻酔薬の効果（鎮痛作用）と注射時の疼痛を検討した。【方法】検体を被験者（演者）の上腕内側に皮下注射し、注射時の疼痛を NRS 数値評価スケールおよび FRS 表情尺度スケールの２つのスケールで評価した。18G 針で同部位を穿刺して鎮痛効果も NRS、FRS にて評価した。合併症評価としては、30分後から５日目まで皮膚色調観察、神経障害や皮下出血の有無等を検討した。【結果】1%Xy 単体の注入で、注入時痛 NRS10、鎮痛効果0（18G 針穿刺の疼痛なし）とスケール設定したが Xy 濃度設定の結果としては、Xy 濃度が低濃度になるほど注入時痛も小さくなり、疼痛作用も小さくなる傾向があった。目標とした TLA（Tumescent local anesthesia: Xy + 炭酸水素ナトリウム + 生食）では注入時痛 NRS 7、疼痛作用 NRS 3であった。２倍希釈 Xy で pH 調整を中性に近い条件とした検体で最も良好な結果となった。いずれの条件でも健康被害となる合併症は認められなかった。【考察】小手術や穿刺処置時に局所麻酔薬としてキシロカインが頻用されているが、注射時の疼痛は避けられず、麻酔時の痛みを軽減できる局所麻酔薬が望まれる。処置する部位、処置による疼痛強度、Xy 濃度と pH および浸透圧、それぞれの因子を勘案して処置にあった局所麻酔調整が望ましいと考えられた。文献的考察を含め、局所麻酔調整の意義について報告する。

一般演題15　臨床研究③　**O-088**

劇症型 B 群β溶血性連鎖球菌血症による糖尿病性足壊疽と虚血性心疾患、末梢動脈疾患を併発した一例

○服部智仁[1]、堤丈士[1]、竹上茉耶[3]、中谷公彦[2]、浅井修[2]、中埜幸治[1]

[1]京都山城総合医療センター 内分泌・糖尿病・代謝内科、
[2]京都山城総合医療センター 腎臓内科、
[3]京都府立医科大学大学病院 内分泌・糖尿病・代謝内科学教室

【症例】66歳女性　【主訴】下肢壊疽、全身倦怠感、食欲不振　【既往歴】精査歴なし　【現病歴】数十年通院歴のない女性。X 年2月、左第三趾の黒色変化を自覚し当院初診外来を受診。BT37.4℃ BP124/62mmHg HR82/min RR30/min JCS Ⅰ-3。聴診上両肺湿性ラ音聴取。血糖値402mg/dl、HbA1c14.7% と糖尿病を初めて指摘。WBC14330/μL、Plt 43000/μL、CRP48.5mg/dl、PCT138.9ng/ml、PT-INR1.34、FDP90μg/ml、BUN36mg/dl、Cre1.66mg/dl、T-bil3.29mg/dl、γGPT1132IU/L、BNP2507pg/ml と敗血症（SOFA スコア４点）、DIC（急性期 DIC スコア７点）あり。下肢動脈エコーでは両側 SFA 以下の閉塞が示唆された。足壊疽に伴う敗血症と診断。血液培養、潰瘍底培養を提出し入院。また心電図上 V3-V6 誘導に陰性 T 波あり、心エコーで中隔から左室前壁を中心に全周性の壁運動低下あり亜急性心筋梗塞を合併していた。【入院後経過】入院後まもなくショックとなり ICU 入室。NAD 投与、NPPV 開始。抗菌薬は MEPM+VCM を選択した。血液培養から Group B Streptcoccus agalactiae を検出、劇症型 B 群β溶血性連鎖球菌感染症と診断。VCM を ABPC に変更。無尿のため第2病日に CHDF 開始。炎症反応は改善。リコモジュリン、FFP を連日投与し、第5病日に DIC 離脱。第14病日に CHDF を終了した。その後カテーテル感染症、肺炎により炎症反応は一時的に悪化するも、その後は徐々に改善した。ただし、敗血症性ショックに伴う循環不全もあり壊疽は両上肢、右下肢に波及した。四肢の機能は右上肢の第一、二指のみ残存し、治療として右手第三指以下、左上肢、両下肢の切断術を考えた。第22病日に CAG を施行、＃11＃14＃6-8に病変を認め、PCI を施行。今後は整形外科的手術を行う予定である。【考察】B 群β溶血性連鎖球菌は本来常在菌だが糖尿病等の危険因子を持つ患者では劇症型溶血性連鎖球菌感染症を起こし、24時間以内に敗血症性ショックを呈する。致死率は30% と高い。起炎菌は A 群が最多で B 群は3% と少ないこと、同感染症患者を救命した貴重な症例であり報告する。

一般演題15　臨床研究③　O-089

地域住人女性においてベースライン時尿酸とその後変化は、メタボリックシンドロームの発症と関係している

○川本龍一、二宮大輔、菊池明日香、赤瀬太一、古川慎哉、熊木天児

愛媛大学医学部附属病院 総合診療科

【目的】メタボリックシンドローム（MetS）は、主要な心血管イベントのリスク上昇と関連している。女性では、血清尿酸値（SUA）の上昇は、MetS およびその成分の発症と関連している。しかし、ベースライン時 SUA およびその後変化が MetS およびその成分の発生を予測し得るかどうかは不明である。
【方法】対象は、地域健診に参加し同意の得られた59±8歳の女性407人である。我々は11年前に同様の試験を受けた参加者を特定し、ベースライン時 SUA およびその後変化と NCEP-ATPIII の修正基準に従って定義された MetS 発症との関係を調べた。
【結果】ベースライン時 SUA およびその後変化の MetS 発症に対する調整オッズ比（95％信頼区間）は、1.00、1.47（0.82-2.65）、3.11（1.66-5.83）および1.00、1.88（1.03 -3.40）、2.49（1.38-4.47）であった。さらに、ベースライン時 SUA とその後変化との間の相乗効果は、MetS 成分の蓄積について有意な独立決定因子でもあった（F = 20.29、p <0.001）。 MetS 発症の調整オッズ比は、55歳以上、eGFR 低下、ベースライン時 MetS なし群でのみ有意であった。
【結論】地域住人女性において、ベースライン時 SUA とその後変化は、他の交絡因子とは独立して MetS 発症と相乗効果的に関係していた。

一般演題15　臨床研究③　O-090

重症敗血症および敗血症性ショック患者における菌血症の有無による臨床的特徴と予後の比較

○小森大輝[1]、阿部智一[1]、入山大希[1]、戒能多佳子[1]、内藤俊夫[1]、小倉裕司[2]、白石淳[3]、久志本成樹[4]、斎藤大蔵[5]、藤島清太郎[6]、真弓俊彦[7]、阪本雄一郎[8]、丸藤哲[9]

[1]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、[2]大阪大学 救急医学、[3]亀田総合病院 救命救急科、[4]東北大学 高度救命救急センター、[5]防衛医科大学 救命救急センター、[6]慶応義塾大学医学部 総合診療教育センター、[7]産業医科大学 救急医学、[8]佐賀大学医学部 救急医学講座、[9]北海道大学 先進急性期医療センター

【目的】菌血症は重症患者にしばしば伴われるが、敗血症患者における臨床的意義は明らかでない。本研究の目的は、1）菌血症の有無による敗血症患者の特徴や予後を比較すること、2）異なる起炎菌による菌血症とプロカルシトニン濃度（PCT）との関連を検討することである。
【方法】国内の多施設前向き観察研究の２次解析である。2016年1月から15ヶ月間に59の ICU に入院した重症敗血症、もしくは敗血症性ショックの基準を満たした成人を対象とした。菌血症の有無による患者の特徴や死亡率などの転帰を比較した。また菌種毎の菌血症の特徴を検討するために、Receiver operating characteristic（ROC）曲線を用いて PCT の菌血症に対する予測能を評価した。
【結果】54病院より1167人が研究対象となった。そのうち、636人（54.5%）に菌血症がみられた。併存症は両群間で同等だった。菌血症群はよりショックを合併していた（66.4% vs 58.9%, p<0.01）。APACHE II スコアと SOFA スコアは菌血症群で高かった（中央値 23 四分位 [18-30] vs. 22 [16-29], p=0.02、9 [6-12] vs. 8 [5-11], p<0.01）。PCT は菌血症群の方が高かった（21.3 [3.5-75.6] ng/mL vs. 5.2 [1.1-34.4] ng/mL, p<0.01）。院内死亡率には両群間で有意差を認めなかった（菌血症群 vs 非菌血症群：25.6% vs 21.0%, p=0.08）。PCT の菌血症に対する ROC 曲線の曲線下面積は0.631で、PCT の optimal cutoff point は3.84 ng/mLだった。PCT は Klebsiella 属で最も高く（60.8 [20.8-130.1] ng/mL）、Staphylococcus 属で最も低かった（7.7 [2.0-25.4] ng/mL）。
【考察】菌種による PCT の違いは経験的治療の際に抗菌薬選択の一助になりうるが、単独で使用するには十分な予測精度ではなかった。
【結論】敗血症の重症度と菌血症は関連したが、院内死亡率とは関連していなかった。PCT は菌血症の合併と関連があり、菌種毎に違いがみられた。

一般演題16　臨床研究④　O-091

Pretrigeminal neuralgia と術後再発三叉神経痛は同じ病態？

○北原功雄

戸田中央医科グループ 北総白井病院 脳神経外科

【目的】三叉神経前駆症と術後再発三叉神経痛は、典型的発作痛を認めない、一部持続性疼痛で発症し、最終的に典型的三叉神経痛を伴い、三叉神経痛の診断に至る。三叉神経前駆症は、持続性疼痛で発症し、非歯原性歯痛と分類される。上記２病態の三叉神経痛に至る症状推移は、類似している。その特徴を報告する。【方法 / 対象】2007年より2019年までの三叉神経痛に対して神経血管減圧術施行した391例。自験再発三叉神経痛症例8 例。責任血管が動脈である場合は、完全な減圧を施行し、静脈の際は、切断は施行せず減圧した。再発時平均年齢70歳。男女比0：8。平均再発期間は３年９ヶ月。三叉神経前駆症から典型的三叉神経痛症状を伴い手術に至った症例が３例。平均年齢48歳。男女比3：0。【結果】術後非典型的三叉神経痛症状（持続性疼痛）で発症し、再発と診断した際は、典型的三叉神経痛症状を満たす。再手術所見は、フェルトの脱転による動脈圧迫が１例。6例は Transverse pontine vein との癒着。1例が、くも膜の癒着。三叉神経前駆症から典型的三叉神経痛症状を伴い手術に至った症例が３例。上記２病態は、最初は非典型的顔面痛を伴うが、次第に典型的三叉神経痛症状となる。【考察】再発を認めた７例は、初回神経血管減圧術後三叉神経痛症状消失したが、持続性疼痛で発症し、発作性疼痛を認め再手術となる。三叉神経前駆症も、最初は非典型的顔面痛を伴うが、しだいに典型的三叉神経痛症状となる。【結論】特発性三叉神経痛の中には、最初から典型的三叉神経痛症状を伴い発症するとは限らない。持続性疼痛で発症する三叉神経痛も、十分経過を観察する必要がある。

一般演題16　臨床研究④　O-092

MEWS（Modified Early Warning Score）は感染症患者の重症度予測に有用か？

○廣田哲也、朴將輝

多根総合病院 救急科

【背景】sepsis-3において敗血症を迅速に予測する指標として、意識変容・呼吸数≧22/ 分・収縮期血圧≦100mmHg からなる qSOFA が考案された。一方、MEWS（Subbe et al, QJM 2001）は収縮期血圧・心拍数・呼吸数・体温・意識からなる内科患者の重症化予測ツールとして提唱され、近年、感染症患者への適用の是非についても検討されている。
【目的】感染症患者の重症度予測に対する MEWS の有用性を qSOFA と比較検討する。
【対象と方法】2016年４～12月に ER より入院した肺炎、胆道感染症、尿路感染症のうち、初診時の qSOFA と MEWS の全項目を渉猟し得た500例を対象に、院内死亡及び ICU/HCU 入院との関連を後方視的に検討した。なお、他院からの転院例、入院後に積極的な治療を行わなかった症例は対象より除外した。数値は平均±標準偏差で示し、統計学的処理は危険率5%未満をもって有意とした。
【結果】感染巣の内訳は肺炎267例、胆道感染症126例、尿路感染症107例。全対象の年齢：77±16歳、MEWS：3.3±2.1、qSOFA ≧2：76例、院内死亡：35例、ICU/HCU 入院：74例であった。院内死亡に対する収縮期血圧・心拍数・呼吸数・体温の単変量解析では、心拍数と呼吸数のみに有意差を認めた。一方、qSOFA 各項目の院内死亡に対するオッズ比（95% 信頼区間）は意識変容：6.8（3.3-13.9）が最も高く、呼吸数≧22/ 分：3.9（1.8-8.4）、収縮期血圧≦100mmHg：2.6（1.2-5.7）であった。院内死亡に対する ROC 曲線下面積は、qSOFA（0.75）が MEWS（0.68）より高く、MEWS 項目のうち、意識（0.62）は呼吸数（0.67）より低値であった。ICU/HCU 入院に対する ROC 曲線下面積も、qSOFA（0.68）は MEWS（0.67）より高値であった。
【考察】MEWS は qSOFA より評点が煩雑であり、感染症患者の重症度予測に有用とはいえないと考えられる。

一般演題16　臨床研究④　**O-093**

一般内科外来における胃食道逆流症（GERD）由来非心臓性胸痛（NCCP）に対する診断と治療

○松原英俊

医仁会 武田総合病院

【目的】プライマリケアで GERD は NCCP の7～10% とメタ解析で報告があるが本邦の救急では稀とされている。前回の本学会で GERD が一般内科外来の NCCP の半数を占めることを示し、今回は誘発背景因子、治療内容等ついて評価した。【方法】新患データベースから2016/1/1～2018/4/30の期間胸痛が主訴で最終診断が GERD 単独症例35例（A 群）と改善が確認できた19例（B 群）について解析した。食道症状（ES）については胸やけ、呑酸、呑酸（苦味）、げっぷ、逆流感が各々週に2回以上のものをありとした。【結果】B 群で逆流誘発因子としてそれぞれコーヒー2杯以上26%、チョコレート週3以上37%、餡菓子週3以上26% があり、菓子類の増加、冷たい水分やカフェイン摂取量の増加、眠前の食物やカフェイン摂取、食後の易逆流体位など個々人により誘発因子は異なっていた。治療前に H2RA3例、PPI3例と32% に酸分泌抑制剤（ASM）が投与されていた。症状では胸やけ26%、ES あり58%、ES、胃痛、胃もたれいずれか1つ以上の症状あり95%、ASM 内服中でも4例で ES あり。治療として生活指導のみ2例、スクラルファート液のみ4例、マルファ液のみ1例、五苓散のみ3例（各々 ASM 投薬なしは1例、3例、1例、1例）、2剤以上は8例で併用薬はアルサルミン液6例、マルファ液2例、アルギン酸液1例、ASM は7例だった。最終的に58% に ASM が投与されていた。A 群では ASM は63% に投薬されていた。【考案】ASM 内服中でも非酸逆流のためか胸痛があり、逆に ASM 未投薬でも治療可能であった。誘引を探り適切な生活習慣介入ができれば早期に改善した。経過不明が16例あることが研究の限界であったが GERD と診断されその後他疾患であることが判明した症例はなかった。診断のために機能性ディスペプシア症状も拾い上げる必要があるのが判明した。【結論】NCCP とともに QOL が損なわれる GERD は胸痛症状としても頻度が高く適切な治療を行う必要がある。詳細な病歴聴取をもとに個々人に合った生活指導を含めた治療的診断が奏功し診断にも有用である。

一般演題16　臨床研究④　**O-094**

夜間勤務と月経痛との関係

○宮内文久[1]、平野真理[1]、山田耕司[2]

[1]愛媛労災病院 産婦人科、[2]愛媛労災病院 内科

【目的】人口の少子化と高齢化とによって、労働人口は減少していることから夜間労働に従事する勤労者は次第に増加している。そこで、今回は夜間に働く医療従事者に焦点を当て、夜間勤務と月経関連症状について検討を加えた。
【方法と対象】愛媛労災病院の倫理委員会の承認を得て、2015年6月に全国の労災病院の看護師に質問用紙を配布した。2015年8月までに回答のあった3714名から、昼間勤務にも夜間勤務にも従事している2500名（夜間勤務有り群）と夜間勤務に従事せず昼間勤務だけの1073名（夜間勤務無し群）を検討対象とした。夜間勤務有り群は夜間勤務無し群に比較して、7.1歳若く、6.6年間勤務年数が短く、常勤者が多いのが特徴であった。なお、両群ともに夜間勤務に従事した年数はほぼ同じであった。統計学的有意差は平均値の比較には t 検定を用いて、分布度の比較は χ 自乗検定を用いて行った。
【結果】夜間勤務有り群では、月経痛・月経過多の出現頻度が高く、また月経関連症状の出現率も高値であった。夜間勤務有り群では月経痛の出現頻度ばかりでなく、月経痛の重症度も強く、鎮痛剤の服用率も高頻度であった。さらに、夜間勤務有り群では不規則な月経周期の出現率も高頻度であった。これらの病態は夜間勤務の勤続年数とは関連を認めなかった。
【考察】今回の検討により、夜間勤務は睡眠不足を介して月経痛や腰痛を増強させ、夜間の光刺激を介して不規則月経を生じさせている可能性を示した。
【結論】夜間勤務は生体の恒常性を撹乱する可能性があり、さまざまな疾患の原因となりうる。

一般演題16　臨床研究④　**O-095**

当院におけるカンジダ血症患者に関する Antifungal Stewardship 活動の評価

○浮村聡、関根一臣、鈴木富雄

大阪医科大学附属病院 総合診療科

【背景】当院の感染対策室には感染症専門医2名が所属し、感染対策室・科として総合診療科のカルテを使用して Antimicrobial Stewardship Team（AST）活動を行っている。AST の対象患者は特定抗菌薬使用患者、ICU 入室者、血液培養陽性患者となっており、真菌症患者に対する Antifungal Stewardship としてはカンジダ血症患者と他の真菌の感染症患者、コンサルテーションを依頼される患者などが対象患者である。【目的】当院における Antifungal Stewardship のプロセス指標とアウトカム指標について後ろ向きに評価する。【方法】①2015年から2017年までのカンジダ血症患者の菌種、デバイス抜去率や眼科受診率などのプロセス指標、30日死亡について検討した。さらに対象をカテーテル関連のカンジダ血症患者に限定しカンジダのアクション・バンドルの遵守が30日死亡に対して影響するか否かについて検討した。【結果】①3年間にカンジダ血症は52例、眼内炎は4例認め、プロセス指標に差はなかった。30日死亡は2017年に2016年に比し悪化した。バンドルが遵守された症例では非遵守の症例に比し有意に予後が良かった。【考案】バンドル遵守率の低下に関する要因として入院直後の発症、血液培養実施の遅れ、AST の提案が受け入れられないことなどが考えられた。【結語】AST 活動の一部として Antifungal Stewardship 活動を実施しているが、バンドル遵守はいまだ不十分でアウトカム改善の為、今後の活動継続に加え活動内容の改善と再評価が必要と考えられる。

一般演題16　臨床研究④　**O-096**

抗認知症薬をどこまで続けるか

○衞藤祐樹[1]、吉岩あおい[1]、大嶋諒太[2]、栗林良子[1]、上野翔子[1]、高崎智美[1]、木村日香梨[1]、土井恵里[1]、宇都宮理恵[1]、山本恭子[1]、石井稔浩[1]、阿部航[1]、宮﨑英士[1]

[1]大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座、
[2]大分大学医学部 医学科

【背景】2025年には65歳以上の約5人に1人が認知症になると推定されており、総合診療医は今後ますます認知症患者を診るケースが増加すると予想される。抗認知症薬は、認知症の進行を緩やかにするデータが示されており、現在、多くの患者に処方されている。一方、ADL が低下し、寝たきりになり、末期状態になった患者に対し、抗認知症薬を続けるべきか定まった指針はなく、医師の判断に委ねられている。【目的】医師の抗認知症薬の中止基準、および認知症患者・家族の意向を明らかにする。【方法】大分県内の3つの病院で外来通院中の認知症患者・家族、および大分県医師会に所属する医師を対象に、無記名自記式アンケートによる横断研究を実施した。家族・患者へのアンケートは外来で記入する形式で、医師へのアンケートは郵送法で行った。統計解析はカイ二乗検定（95% 信頼区間）を使用した。【結果】認知症患者・家族（以下、患者）480例から回答を得た。認知症の staging である FAST 分類を用い、「どの状況になったら抗認知症薬を止めたいか」を調査した。また、医師870例に、「どの段階で抗認知症薬を中止するか」を調査し、562例より回答を得た（回答率64.5%）。ADL の重症順（%）に記載すると、昏睡状態（患者46.5、医師3.7）、笑顔の喪失（患者13.2、医師0.7）、坐位保持不可（患者3.9、医師2.5）、歩行不可（患者7.9、医師2.7）、1単語のみの発語（患者3.7、医師4.6）、数単語のみの発語（患者5.4、医師16.9）、トイレに行けない（患者10.1）、便失禁（医師19.2）、尿失禁（医師20.5）、トイレの水を流し忘れる（医師9.4）、入浴不可（患者1.4、医師6.8）、着衣困難（患者7.9、医師13）の結果であった。笑顔の喪失よりも軽症群と重症群で比較すると、患者・家族の方が医師より、重症まで抗認知症薬を希望したいとの結果であった（$p<0.001$）。【考察・結語】抗認知症薬の継続に対し、医師の中止基準と患者・家族の意向は大きな乖離があることが判明した。

一般演題16　臨床研究④　O-097

病院間カンファレンスの実施による患者アウトカムの改善に関する研究

○佐々木秀悟[1]、青柳龍太郎[1]、草野武[1]、野口哲[1]、小林威仁[1]、廣岡伸隆[1]、森田幸一[2]、山口剛史[2]、棚橋紀夫[2]、丸木多恵子[2]、中元秀友[1]

[1]埼玉医科大学病院 総合診療内科、
[2]丸木記念福祉メディカルセンター

【背景】急性期病院に入院し、早期の自宅退院が困難な症例では、地域包括ケア型病院への転院が必要となることがある。しかし、転院調整には日数を要することも多いため、病状が安定したにもかかわらず、急性期病院での観察入院を継続せざるを得ないことがある。したがって急性期病床の有効利用、医療コストの削減などを考慮した場合、転院調整は円滑かつ迅速に行う必要がある。一方で国内ではこれまで同テーマに関する研究は十分とは言えず、最適な介入方法については明らかとなっていない。
【目的】急性期病院と地域包括ケア型病院の合同カンファレンスの実施により、急性期病院における患者アウトカムへの影響について評価する。
【方法】2012年10月から2018年7月の期間に埼玉医科大学病院総合診療内科に入院し、その後後方支援連携施設へ転院した症例を対象とした。患者背景、入院日数および転院に要した日数などについて、診療録を用いて後方視的にコホート調査を行った。介入前後の症例で上記の調査項目について解析を行った。
【結果】対象は介入前61例、介入後61例の計122例であった。2群間で患者背景に有意な差は認められなかった。入院日数は介入前37.6±25.1、介入後28.0±15.3（p=0.012）であり、有意差を認めた。転院調整に要した日数は介入前で15.7±12.7、介入後で12.7±9.5（p=0.169）であり、短縮傾向は見受けられたが、有意差は認めなかった。
【考察】病院間カンファレンスの実施により、入院日数をはじめとした患者アウトカムの改善に寄与しうることが示唆された。今後、より多くの症例や施設を対象とした研究の実施が検討される。

一般演題17　臨床研究⑤　O-098

当院糖尿病外来および糖尿病教育入院において新規診断された膵癌15例の臨床的検討

○本城聡[1]、室屋洋平[1]、田中慧[1]、小笠原純子[1]、藤嶋伶[3]、高畑丞[1]、井上陽子[4]、三輪裕仁[1]、吉田泰徳[1]、角谷拓哉[1]、知念直史[1]、玉置秀司[2]、舘野佑樹[2]、亀井啓史[1]、土岐敦[1]、布川貴博[1]、畑地健一郎[2]、橘俊一[1]、桂川秀雄[2]、藤田明[1]

[1]多摩南部地域病院 内科、[2]多摩南部地域病院 外科、
[3]北里大学病院 内分泌代謝内科、
[4]川崎市立多摩病院 総合診療内科

【目的】糖尿病外来および糖尿病教育入院において新規診断された膵癌症例の臨床的特徴を明らかにする。【方法】2013年4月から2019年3月までの6年間、当院の糖尿病外来並びに糖尿病教育入院中に新規診断された膵癌15症例の臨床経過についてデータを収集し、解析した。データは Mean ± SD で記載し、検定は paired t test を使用した。【結果】症例は外来が7例・入院が8例、男性8例女性7例、平均年齢は74.3±9.7歳で15例中7例（46.7%）は75歳以上だった。主訴は体重減少が9例（60.0%）であり、腹痛は4例（26.6%）だった。15例中3例（20.0%）は新規に糖尿病を発症した症例で、12例（80.0%）は診断前から糖尿病加療中だった。膵癌の危険因子では喫煙歴が8例（53.3%）に、糖尿病家族歴が7例（46.7%）に、膵癌家族歴が1例（6.7%）に認められた。発症時の HbA1c は10.0±2.7% だった。10例で発症2ヵ月前の HbA1c を確認でき、平均すると2ヵ月前より1.4±2.4% 増加していたが、HbA1c が2ヵ月前より1% 以上上昇した症例が10例中3例（30.0%）いた一方、前値より低下した症例も2例（20.0%）見られた。診断契機は腹部超音波検査が7例（46.7%）だった。腫瘍マーカーは CEA 44.4±91.8 ng/mL、CA19-9 4111.3±10260 U/mL だったが、前者は8例（53.3%）で、後者は2例（13.3%）で偽陰性だった。部位は膵頭部が9例、膵体部が3例、膵尾部が2例、不明1名だった。病期は Stage1が2例、2が3例、4a が4例、4b が5例、不明1名だった。Stage1および2の5例と4以降の9例を比較すると、年齢・HbA1c に有意差はなかった。ただ前者では診断2ヵ月前と比較して0.3% 以上の HbA1c 上昇を示したのは1例のみ、腹痛がみられた症例は0例、CEA は5例中4例（80.0%）で偽陰性だった。【考察】体重減少の主訴、高齢、喫煙歴、糖尿病家族歴が膵癌発症の危険因子と示唆された。病期の低い症例では非典型的な臨床像を取る症例も多く、危険因子を有する糖尿病症例には膵癌の検索を積極的に考慮すべきと考えられた。

一般演題17　臨床研究⑤　O-099

地域在住高齢者における Quality of life とフレイル、サルコペニアとの関係：FESTA 研究における横断的解析

○新村健 、楠博 、太田好紀、山﨑博充

兵庫医科大学 内科学総合診療科学

【背景】健康長寿の延伸に向けて、フレイル（F）対策の充実は必須であるが、F が日本人における心の健康、Quality of life（QOL）に及ぼすインパクトはこれまで検討されていない。そこで我々は地域在住高齢者を対象に F、サルコペニア（S）と QOL との関係を横断的に検討した。【方法】兵庫県丹波圏域在住の自立高齢者を対象としたコホート研究（FESTA）参加者840名（男性271名、女性569名、前期高齢者538名、後期高齢者302名）に WHOQOL26を実施した。F の診断は日本版 Cardiovascular Health Study（J-CHS）または基本チェックリスト（KCL）で、S の診断は AWGS で行った。【結果】AWGS では健常（R）群566名（68.4%）、プレサルコペニア（PS）群228名（27.5%）、S 群34名（4.2%）で、S 群では R 群と比べ身体的領域の QOL スコアが有意に低値だった（S:3.50±0.57、R:3.77±0.47）が、他の領域及び全体的 QOL には差を認めなかった。J-CHS では R 群346名（41.4%）、プレフレイル（PF）群455名（54.4%）、F 群35名（4.1%）で、F、PF、R の順に身体的領域、心理的領域、全体的 QOL スコアは低く、環境スコアは R 群が PF 群、F 群より有意に高値だった。KCL では R 群495名（58.9%）、PF 群271名（32.3%）、F 群74名（8.8%）で、F、PF、R の順に身体的領域、心理的領域、全体的 QOL スコアが低く、社会的関係と環境スコアは、ともに R 群が PF 群、F 群より有意に高値だった。性別、年齢で補正後も上記 F、S と QOL との関係は保たれた。【結論】KCL での F、J-CHS での F、S の順に QOL 各領域への影響が広範に及ぶことが明らかにされた。これは診断基準に、身体機能以外の精神心理的、社会的要因が含まれているか否かが影響したためと推測している。今後は、J-CHS の各項目、KCL のサブドメインと QOL 各領域との関連を解明し、縦断的解析を加えることで、高齢者の心の健康増進に対する施策に貢献できる研究へと発展させていきたい。

一般演題17　臨床研究⑤　O-100

2018-2019年シーズン流行期の成人ヒトパルボウイルス B19感染症の臨床的特徴

○吉村祐亮[1]、柴山雅行[1]、岡村律子[1]、塚田（哲翁）弥生[1]、望月徹[2,4]、岳野光洋[3]、松田潔[4]、安武正弘[5]

[1]日本医科大学武蔵小杉病院 総合診療科、
[2]日本医科大学武蔵小杉病院 感染制御部、
[3]日本医科大学武蔵小杉病院 リウマチ膠原病内科、
[4]日本医科大学武蔵小杉病院 救命救急科、
[5]日本医科大学附属病院

【目的】ヒトパルボウイルス B19（HPV B19）感染症は4-5年の流行周期で小児に好発する。特徴的な紅斑を呈する小児と異なり成人発症例は多彩な症状を呈し、診断困難例が多い。本研究は2018-2019年シーズンに流行した HPV B19感染症と診断された成人例の臨床的特徴を検討し、プライマリケアにおいてその診断に結びつく所見を抽出することを目的とした。
【方法】対象は2018年4月1日から2019年3月31日まで当院を受診し、臨床的に HPV B19感染症が疑われ、HPV B19-IgM 抗体測定した20歳以上の患者39例（男性13例、年齢47±18歳）。受診時の自覚症状、身体所見、血液生化学検査および免疫学的検査等を検討。
【結果】① HPV B19-IgM 抗体陽性により13例（男性1例、年齢46±10歳、罹病期間26±20日）が同感染症と確定診断された。抗体陰性者に比し、女性に有意に高率であった（p＜0.05）。②5/13例で罹患児など家庭内感染が確認された。③ 症状は関節痛（12/13例）、浮腫（10/13例）、発疹（8/13例）の順であった。④ 紹介時診断は SLE　3例、RA　1例、シェーグレン症候群1例であった。⑤ 検査所見は白血球減少症（<4000）　3/12例、低補体血症（CH50 <30）3例、抗核抗体（＞X40）6/9例であったが、抗 DNA 抗体と抗 CCP 抗体は全例陰性であった。
【考察】研究期間内の2018年6月、川崎市に9年ぶりのパルボウイルス流行警報が発令された。本研究での成人発症例は罹患児との同居、接触する機会が高い40代女性に多かった。症状としては典型疹を欠く場合もあり、関節痛や手足の浮腫などリウマチ様症状が主体となる例もあった。本感染症は関節リウマチの主要鑑別疾患であるが、抗核抗体陽性、低補体血症を呈する例もあり、SLE をはじめとした膠原病と鑑別を要する例もあった。
【結語】小児 HPV B19感染症流行期にリウマチ様の症状を認めた成人女性においては本感染症を念頭におき、家族歴を含めた詳細な感染リスクに関する病歴聴取が重要である。

一般演題17　臨床研究⑤　O-101

古典的不明熱のうち self-limiting な経過を予期させるスコアリングシステムの開発

○高崎智美、石井稔浩、衛藤祐樹、栗林良子、宇都宮理恵、木村日香梨、土井恵里、山本恭子、吉岩あおい、阿部航、宮崎英士

大分大学医学部 総合診療・総合内科学講座

【背景と目的】1991年に Durack & Street らが定義した「古典的不明熱」には最終的に原因を特定できないものが約30% 存在する。そのほとんどが比較的予後の良い転帰をとることが多い。介入の必要な不明熱か、self-limiting な経過を辿り経過観察が可能な不明熱かを判別する臨床判断に関する知見はいまだ不十分である。見逃してはいけない疾患を除外し、経過観察が可能と判断できる有用なスコアリングシステムを開発することが本研究の目的である。【対象と方法】2015年6月1日～ 2018年8月31日に大分大学医学部附属病院総合内科・総合診療科を初診・再初診した発熱患者のうち、古典的不明熱の定義を満たす患者を診療録から抽出した。なお、ステロイド薬や免疫抑制薬の使用および治療介入しない終末期の患者は除外した。診療録より、病歴情報、初診時現症、血液培養や血液検査成績、生理・画像検査、消化管内視鏡検査、病理所見など合計75項目を検討した。最終的に self-limiting な経過を辿った症例を「自然軽快群」、感染症、悪性腫瘍等の診断に至り治療介入した症例を「治療必要群」とした。【結果】発熱患者297例中43例が古典的不明熱に該当し、うち13 例が自然軽快した。自然軽快することと有意に関連した項目は、年齢58歳未満、体重減少が無い、Hb11.4 g/dL 以上、リンパ球数1463.7/μ/L 以上、CRP1.26mg/dL 未満、血沈27mm/H 未満、アルブミン3.7 g/dL 以上、LDH162U/L 未満、プロカルシトニン0.05ng/mL 未満、フェリチン180mg/mL 未満、sIL-2R692 U/mL 未満、「単純 CT 検査で所見が無い」、「造影 CT 検査で所見が無い」であった。とくに Hb（OR=28.1）と ESR（OR=21.0）は関連が強かった。さらにオッズ比をもとにスコアリングシステムを作製すると、7points 以上では感度61.5%、特異度96.6%、陽性適中率88.9% で自然軽快すると予測できた。【結語】古典的不明熱患者から自然軽快を予期させる因子を抽出し、新しいスコアリングシステムを作製した。

一般演題17　臨床研究⑤　O-102

経口アルカリ性化剤治療による早朝尿 pH と随時尿 pH の変動から腎保護効果をどう考えるか

○阿部倫明[1]、赤石哲也[2]、田中淳一[3]、石沢興太[2]、高山真[2]、小野寺浩[2]、石井正[2]

[1]東北大学病院 総合地域医療教育支援部、[2]東北大学病院、[3]東北大学

慢性腎臓病（CKD）では体内に蓄積した尿毒症物質などの滴定酸を排泄するため酸性尿が生じる。我々は『慢性腎臓病における経口アルカリ性化剤による腎保護効果の検討；UMIN0010059』の無作為対照コホート試験を施行した。経口アルカリ性化剤には重曹とクエン酸 Na/K 塩を使用した。
登録患者は CKD stage G2・G3a・G3b の101名。年齢・性別・糖尿病の有無・eGFR stage 別に層別無作為化法により標準治療群・重曹群・クエン酸群の3群に割付け、0、6、12、24週目における早朝尿と血漿をサンプリングした。酸性尿の改善が腎機能を保護する可能性を検証するため、今回、早朝尿 pH と随時尿 pH の違いと腎機能との関係を調査した。
０週目では早朝尿 pH は随時尿 pH より低い傾向が認められた。経口アルカリ性化剤により早朝尿 pH と随時尿 pH は有意に上昇したが、早朝尿でより酸性尿の改善傾向が認められた。早朝尿と随時尿の pH 変動を調べると、標準治療群・重曹群とも pH の上昇が大きいほど腎機能が悪い傾向であった。一方、クエ塩酸群では、早朝尿に比べ随時尿の pH 上昇が大きいほど腎機能は良い傾向が認められた。腎機能障害が進行すると代謝性アシドーシスが発症するが、この理由は尿細管における炭酸イオンの再吸収が不十分であるため滴定酸の排泄が低下するためと考えられる。重曹群ではその尿細管の生理現象は改善できないが、クエン酸群では酸性尿の改善が何らかの機序を介し滴定酸の排泄を増加することが示唆された。
クエン酸は重曹とは異なりアルカリ性化以外の機序による腎保護効果が期待できる可能性がある。

一般演題17　臨床研究⑤　O-103

二次救急病院における圧迫骨折による入院患者の検討ー高齢者総合機能評価の活用ー

○伊奈研次[1]、川西陽子[2]、杉山あけみ[2]、露木涼子[3]、粥川哲[3]、佐久間博也[2]、井戸智子[4]、加藤裕子[4]

[1]名古屋記念病院 心療内科、[2]名古屋記念病院 臨床心理部、[3]名古屋記念病院 在宅医療部、[4]名古屋記念病院 医療社会事業相談室

【目的】本邦では、近年、急速に超高齢化が進んでおり、二次救急病院である当院では、圧迫骨折による体動困難で救急搬送される患者が増えている。自宅やもと居た施設に帰れないためにそのまま入院となり、その中には退院調整が進まずに入院が長期化する患者がいる。そこで高齢者総合機能評価（CGA）を用いて、圧迫骨折で当院に入院した患者の特徴を検討し、在院日数の短縮をめざした。【方法】圧迫骨折で入院した患者に対して、入院後数日以内に臨床心理士が介入して、CGA を行い、その結果をカルテに記載した。2018年4月から2019年3月までの1年間に入院した圧迫骨折患者のカルテを後方視的に調査した。【結果】上記1年間に入院した圧迫骨折患者は、合計41名（男性14名、女性27名）、年齢中央値は88歳（64-95歳）で、入院期間中央値は21日（4-109日）、30日超の患者は6名いた（基礎疾患：骨髄増殖性疾患、COPD、認知症、心不全）。入院後早期に実施された HDS-R により、18名が認知症と判定された。基本的 ADL は22名がほぼ全介助状態で、手段的 ADL は33名で各年代の平均を下回っていた。気分・情緒について調べてみると、22名がうつ傾向、4名がうつ状態を示し、また11名が意欲減退と判定された。【結論】入院前に認知症と診断されていた5名を除くと、HDS-R により13名が、当院への入院を契機に新たに認知機能低下ありと診断された。入院早期に認知機能を評価することで、せん妄対策を適切に、予防的に行う参考となり、認知機能低下を考慮した投薬や非薬物療法につなげられる。また、CGA を用いて評価することでうつ状態を早期に発見することができるので、精神科専門医への紹介など適切な処置につなげることも可能と思われた。CGA の結果は、リハビリ目的で転院を検討する際にも有用であり、多職種でその情報を共有すべきと考えられた。

一般演題18　症例報告【内分泌】　O-104

プレガバリン使用中に低血糖を生じた一例

○松林直[1]、中武伸元[1]、満岡遼[1]、原健[1]、松本修一[2]

[1]福岡徳洲会病院 心療内科・内分泌科、[2]福岡徳洲会病院 肝臓内科

【症例：62歳、女性】、【主訴】低血糖精査、【既往歴】50代はじめにバセドウ病を発症し、6年間チアマゾールによる治療で寛解。【現病歴】X-1年6月頃に手のしびれを自覚し、A 整形外科で頸椎ヘルニアと診断され、プレガバリン100㎎ / 日開始。1X-1年8月、気分不良、嘔気が出現し、貧血と自己判断し、横になっていたが、呼びかけても反応しないため、家人が救急車を要請し、当院救急部に搬送された。病院搬入時には意識回復し、明らかな異常なく帰宅。搬入時血糖値88mg/dL。左座骨神経痛が加わり、プレガバリン300㎎ / 日に増量された。X - 1年12月当科定期受診時の採血で随時血糖値48mg/dL と無自覚低血糖をみとめたため、精査した。【検査結果】4時間75gOGTT での血糖値は負荷前88mg/dL、負荷後120分149mg/dL、負荷後240分59mg/dL。視床下部ー下垂体ー副腎軸検査では、迅速 ACTH 試験（コートロシン250μg）に対し、コルチゾール頂値は14.9μg/dL。CRH 試験のコルチゾール頂値は13.4μg/dL と低値。ACTH 前値は18.9pg/mL、頂値は80.9pg/mL と前値の3.9倍であり、潜在性原発性副腎不全が示唆された。【考察および結語】本例にみられた低血糖は反応性低血糖と考えられ、プレガバリンによるインスリン放出促進、耐糖能異常に加え、多腺性自己免疫症候群2型などの複合的な要因が関与したものと考えられた。

一般演題18　症例報告【内分泌】　O-105

二次性副腎不全にたこつぼ型心筋症を合併した一例

○秋山貴志、秋山貴志、斎藤浩史、真鍋早季、石原徹、
小松昌道、柳秀高、小澤秀樹

東海大学医学部附属病院 総合内科

【緒言】急性副腎不全は敗血症と臨床所見が類似することが知られているが、たこつぼ型心筋症を合併するケースはあまり知られてない。今回我々は、敗血症様の症状を呈した二次性副腎不全にたこつぼ型心筋症を合併した症例を経験したため報告する。
【症例】66歳、女性。【主訴】意識障害。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】数週前から全身倦怠感、体重減少を自覚。入院当日、11時頃に意識朦朧としている本人を夫が発見し救急搬送となる。【来院時現症】JCS 3、体温 33.3℃、呼吸数 24回 / 分、心拍数 97回 / 分、血圧 160/90mmHg、SpO2 100%（6L mask）。【検査結果】WBC 12800/μl（好中球 72.1%、好酸球 1.3%）、Na 134mEq/dl、K 3.3mEq/dl、Glu 28 mg/dl、CRP 3.82mg/dl。画像検査で有意な所見なし。【診断】qSOFA 2点、SOFA 4点であり敗血症を疑った。【経過】外液投与、TAZ/PIPC による抗菌薬加療を開始。血糖補正後も意識レベルの改善は見られず、入院当日夜間に40℃の発熱、血圧 73/55mmHg とショック状態となったため中心静脈ラインを確保し昇圧剤の併用を開始した。また、心電図でⅡ、Ⅲ、aVF、V1~4で新規の陰性T波、QT延長を、心エコーでは心尖部の壁運動低下を認め、たこつぼ心筋症の合併を認めた。昇圧剤への反応性は乏しく、相対的副腎不全を疑って ACTH 負荷試験後にヒドロコルチゾン 200mg/ 日の投与を行った（ACTH <1.5pg/ml、負荷前コルチゾール 0.80μg/dL、30分値 1.05μg/dL、60分値 1.87μg/dL）。その後バイタル・意識レベルは改善、心電図変化は完全には戻らなかったが、エコー上で壁運動の改善を確認した。第23病日に退院となった。【考察】急性副腎不全によるたこつぼ型心筋症は早期治療介入で可逆性がある。【結語】二次性副腎不全にたこつぼ型心筋症を合併した一例を経験した。原因不明のショック患者には副腎不全を念頭に置き、早急なステロイド補充を検討する必要がある。

一般演題18　症例報告【内分泌】　O-106

メルカゾール投与開始24日後に好中球減少症をきたした成人 Down 症候群における Basedow 病の1例

○渋谷俊介[1]、谷村武宏[2]、伊藤靖[2]、鈴木雄[2]、半田政志[3]、
森信芳[1]、小野瀬剛生[4]、米田真也[5]、勝又宇一郎[1]、
小野寺浩[6]、石井正[7]

[1]岩手県立胆沢病院 総合診療科、[2]岩手県立胆沢病院 外科、
[3]岩手県立胆沢病院 呼吸器外科、
[4]岩手県立胆沢病院 循環器内科、[5]岩手県立胆沢病院、
[6]東北大学病院 総合診療科、
[7]東北大学病院 総合地域医療教育支援部

【はじめに】メルカゾールの副作用として無顆粒球症が知られており、投与開始2ヶ月以内に発症する頻度が高く、2週間毎の採血チェックが推奨されている。Basedow 病と診断してメルカゾール投与開始24日後に好中球減少を認めた、成人 Down 症候群症例を経験したので報告する。
【症例】症例は42歳の女性。Down 症候群で、4歳時に心房中隔欠損症で手術を受けた既往がある。重度の知的障害（療育手帳1種）があるため施設入所中であった。1年間で約 7kg の体重減少を認めていた。X 日朝から嘔吐が出現し、経口摂取ができないため当院救急外来を受診した。知的障害があり詳しい症状に関しては聴取できなかった。眼球突出、頻脈、手指振戦を認めたので、体重減少と合わせて甲状腺機能亢進症を疑った。採血では、FT3 9.97pg/mL、FT4 4.06 ng/dL、TSH <0.01 μU/mL、TSH-R 4.0 IU/mL であり、Basedow 病と診断した。メルカゾール15mg/ 日の内服を開始した。経口摂取ができす X ＋2日から3日間の入院を要した以外は問題なく経過していた。X ＋23日に採血を確認したところ、WBC 3410 /μL、NEUT 1010 /μL と好中球減少症を認めた。メルカゾールの副作用と考えられたので内薬を中止し、ヨウ化カリウム 50mg/ 日の内服に変更した。X ＋28日に NEUT890 まで低下したがその後は回復した。ヨウ化カリウムで甲状腺機能を抑えている間に手術を行う方針とし、X ＋69日に甲状腺全摘術を施行した。術後は問題なく経過し、X ＋73日に退院した。
【結語】Down 症候群での Basedow 病の発生頻度は0.66%と報告されており、一般的な発生頻度である0.02%に比べて高い。メルカゾールの副作用である好中球減少症や無顆粒球症は Down 症候群に発症した Basedow 病ではほとんど報告がないので稀な症例と判断した。Down 症候における Basedow 病では、手術を推奨しないとする報告もあるが、眼球突出を認めることから眼症の可能性を考え、内照射療法よりは手術のほうが良いものと判断した。

一般演題18　症例報告【内分泌】　O-107

全身倦怠感を主訴に発見された肺癌下垂体転移の1例

○石川真悠子[1]、安田美帆[2]、横田雄也[2]、岡浩介[2]、長谷川功[2]、
萩谷英大[2]、小比賀美香子[2]、頼冠名[3]、大塚文男[2]

[1]岡山大学病院 卒後臨床研修センター、[2]岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 社会環境生命科学専攻 総合内科、
[3]岡山大学病院 呼吸器内科

【症例】70代・男性　【主訴】全身倦怠感・体重減少　【現病歴】重度の喫煙歴あり。２か月前からの全身倦怠感、食欲不振、体重減少を主訴に前医を受診。胸部 Xp で右下肺野に腫瘤影を指摘され、肺腫瘤の精査目的に当院呼吸器内科を紹介受診。FDG-PET/CT で右下葉の腫瘤に一致した高集積と右肺門部リンパ節および下垂体に集積があり肺癌の多発転移が疑われた。頭部造影 MRI では、左頭頂葉と下垂体柄～下垂体に不均一に造影される腫瘤を認めた。全身倦怠感が強く、体重減少の進行もあり、診断・治療目的に緊急入院となった。脳浮腫予防に濃グリセリンとデキサメタゾンを開始、経気管支生検で小細胞肺癌 stage Ⅳと診断し、第5病日に化学療法を開始した。全身状態不良のため、癌治療を優先し、下垂体負荷試験は施行できなかったが、PRL を除く全ての下垂体前葉ホルモン基礎値及び AVP の低値を認め、下垂体前葉と後葉両者の障害と考えた。第6病日に中枢性副腎機能低下症と甲状腺機能低下症に対してヒドロコルチゾンとレボチロキシンの補充を開始した。投与開始後より多尿・口喝・多飲を認め、中枢性尿崩症が副腎ステロイド投与により顕在化したと考え、経口 DDAVP を開始したところ、口渇・多尿症状は消失した。全身倦怠感、体重減少、食思不振も比較的速やかに改善し、化学療法を継続している。【考察】悪性腫瘍の下垂体転移は0.1~28%で、中でも症候性は約10%と稀である。本症例の倦怠感、体重減少の原因として、肺癌に加えて下垂体機能低下症と尿崩症を合併したことにより増悪していたと考えられた。下垂体機能低下症は全身倦怠感や食思不振など非特異的な症状が多く、悪性腫瘍に合併した際は倦怠感の原因として悪性腫瘍との判別に苦慮する。下垂体機能低下症は適切なホルモン補充により全身状態の改善が期待されることから進行した担癌患者においても全身倦怠感の原因として疑い、早期に適切なホルモン補充療法を行うことが重要である。

一般演題19　活動報告（東洋医学・教育・チーム医療など）　O-108

担癌患者の残された人生を支える漢方治療 ～十全大補湯の投薬目標～

○太組由貴[1]、長谷川修[2]

[1]横浜市立大学附属市民総合医療センター 一般内科 女性外来 / 漢方外来、
[2]横浜市立大学附属市民総合医療センター

【はじめに】当施設漢方外来には、さまざまなステージの担癌患者が受診する。十全大補湯は、担癌患者の残された人生の生活の質を支えるに益が多く、漢方治療になじみの少ない医師にも使用を試みていただきたい処方である。十全大補湯の投薬目標について考察した。
【対象および方法】当施設漢方外来を受診した担癌患者のうち十全大補湯の処方をした中高年の患者２名。診療録を元に考察した。【結果】1名は初診時51歳、50歳時に膵頭部癌肝転移。もう1名は初診時74歳、右腎癌（71歳）、左腎癌（72歳）の手術歴、右原発性肺癌（74歳）を発症し手術、退院後当科初診。2名とも、舌証、脈証、腹証それぞれに血虚、気虚、虚寒の証を呈したが、互いに血虚の証として、顔色はやや暗いベージュ色、皮膚の枯燥を認めた。それぞれ、死亡前日まで膵癌主治医の診療予約に受診を希望するなど気力が陰ることがない、肺癌術後再発多発肺転移し癌性胸水を認めるも死亡2週間前まで自覚症状がないなど、通常の生活を送った。【考察および結論】十全大補湯は、血虚、気虚に対する代表処方の四物湯、四君子湯を合した八珍湯に、黄耆と桂皮を加味した処方である。特に四物湯の持つ補血養血作用は、十全大補湯の効能の柱となる。血虚とは、からだを構成する気血水のうち、血（全身を栄養し潤し、精神活動を支え全身を巡る）が虚した状態を指す。血色の薄い顔色（いわゆる色白）、唇や眼瞼結膜の色調が淡いなど、冷え性で貧血を認める若年の女性に想起しやすい臨床所見である。しかし中高年の担癌患者では、血虚による身体所見はこれとは異なり、皮膚はやや暗いベージュ色、皮膚の枯燥が特徴的であった。十全大補湯は近年、マクロファージを介した抗腫瘍作用や、貧血、リンパ球減少、IL6の上昇を抑制するなど報告されている。今回発表した、皮膚色、皮膚の枯燥は、十全大補湯が適応となる担癌患者を見出す目標として簡便で有用と考える。

一般演題19　活動報告（東洋医学・教育・チーム医療など）　**O-109**

豊田地域医療センターの在宅医療への取り組みについて

○平嶋竜太郎[1,2]、大杉泰弘[2,3]、浅井幹一[2,3]

[1]豊田地域医療センター 総合診療科、
[2]藤田医科大学 救急総合内科学、
[3]藤田医科大学 連携地域医療学

【背景】愛知県豊田市にある病床数150のケアミックス病院である豊田地域医療センターでは、元々訪問看護ステーションが稼働していたが、総合診療科の開設と共に2015年度より総合診療医・家庭医による訪問診療を開始している。初年度は49名の利用者より始まった訪問診療の利用者は2018年度には378名となった。【活動内容】病院が訪問診療を行う上で、症状不安定時に入院が可能な病床を持つことは強みとなる。それを生かすためにも積極的にクリニックでは対応が難しいと判断されることも多い重症患者の紹介を、積極的に受ける方針としている。2018年12月時点での在宅患者の病名の内訳は833人中で癌が250名、心不全75名、慢性閉塞性肺疾患19名、間質性肺炎16名、末期腎不全4名、肝硬変13名であった。2015年3月より2018年8月までの延べ患者数は502名であり、内177名が看取りとなっている。内訳は在宅での看取りが97名、入所施設での看取りが11名、当院入院中の看取りが42名となっており、紹介元の病院等での死亡は27名となっている。また在宅患者全体の平均的1割が医療センターへ入院中となっており、治療や症状緩和目的での入院が常に一定数みられている。【結論】病床を持つことで、在宅患者の入院が必要な場合でもシームレスに主治医が対応することができ、また夜間帯などで往診医が入院先を探す困難さを軽減できる。同様に自宅での看取り方針となっていない方でも、主治医が病棟で看取りまで対応ができるというメリットを実感している。また、対応の難しい重症患者の紹介を積極的に受けることで地域の訪問診療を行っているクリニックとの住み分けにもなっており、病院ベースの訪問診療のニーズは十分あると考えられる。

一般演題19　活動報告（東洋医学・教育・チーム医療など）　**O-110**

東京城東病院における実践から考える日本の病院総合診療医学の展望

○森川暢

市立奈良病院 総合診療科

独立行政法人地域医療機能推進機構（以下 JCHO）東京城東病院 に総合診療科（旧称：総合内科）が平成27年に立ち上がってから4年が経過した。総合診療科は院内で最大規模の診療科となっており、地域や院内に欠かすことが出来ない存在となっているだけでなく、JCHO における総合診療教育の中心的な存在になった。同院の総合診療科チーフとしての経験を通じて、小規模病院における病院総合医の有用性を実感したため、ここに報告する。

一般演題19　活動報告（東洋医学・教育・チーム医療など）　**O-111**

大学病院総合診療科にて病院総合診療専門医の育成は可能か？ ー本院および全国の大学の現状をふまえてー

○小原俊彦、若栗大朗、山方俊弘、上原和幸、出川龍哉、須崎真、小野寺直子、松田直人、兵働英也、川井真、安武正弘

日本医科大学付属病院 総合診療センター・救急診療科

【目的】大学病院は病院総合医の育成に重要な役割を果たすことが期待されている、しかし、大学間でシステムの在り方が大きく異なり、統一した尺度で比較することが困難であるなど問題点も多い。そこで、当院および他の大学病院の現状を分析し、今後の専門医育成のための問題点を検討した。【方法】①外来診療　②入院診療　③教育④その他の業務　の4項目の中で、当院および他の大学病院において達成が可能である項目、不可能である項目、問題を解決するための方法を考察した。他の大学病院の現状に関しては第17回全国大学病院総合診療責任者会議において施行したアンケート結果を参考にした。【結果】①外来診療：当院および回答のあったすべての大学において外来診療を行っていた。本院においては、24時間体制の初診、初期救急業務を行い、それが業務上の負担となっている。全国では救急業務に参加している施設は60%のみであった。②入院診療：本院では病棟運営を行っているものの、年間のべ患者人数は400人以下であり、多彩な病態の患者を経験するには不十分な数である。また当院では、ICU、CCU 経験者は数多くいるが、現状では人員派遣の余裕はない。全国では40%の大学病院では病棟をもっておらず多くの施設の入院患者数は600人以下である。③教育：当院を含め、全ての大学が学生・研修医の教育を行っている。80%の施設では外来教育を行っているが病棟教育を行っているのは半数以下である。④その他：当院において臨床研修センター、救急委員会、PSC などを担当している。他施設でも、臨床研修、感染対策に関する業務の兼任が多かった。【考察】大学総合診療においては外来部門・教育では統一した基準を作成するのは可能であると考えられるが、病棟部門では、十分な教育を行うのが困難な施設が多いと考えられた。院内他科・他の病院との連携を含めたプログラムを考えていくことが必要と考える。

一般演題19　活動報告（東洋医学・教育・チーム医療など）　**O-112**

看護師がエコーを使う時代　point of care ultra sound（POCUS）としての残尿測定の評価を皮切りに

○塩月成則[1,2]、玉寄里美[3]、加藤慶子[2]、緒方やよい[2]、小野剛志[2]、小寺隆三[2]、小寺隆元[3]

[1]社会医療法人 小寺会 佐伯中央病院 総合診療、
[2]社会医療法人 小寺会 佐伯中央病院 、[3]みえ病院

【目的 / 背景】超高齢社会において、神経因性膀胱、前立腺肥大症など、泌尿器系の症状を訴える患者は増えている。ブラッダースキャンによる残尿評価は簡易であり、在宅、病院など様々な場面で行われているが、あくまで残尿測定のためのデバイスであり、膀胱内 debris や水腎の評価、膀胱留置カテーテルのバルーン確認など、泌尿器系に付随する評価はできない。また、残尿測定のみを目的とするにはやや高額である。看護職は専門職としてエコーを聴診器代わりに使い、残尿測定を含め、更に踏み込んだ評価をする時代が来るべきである。そこで、本研究では、まず看護師が行う残尿測定の精度について評価し、看護職のエコーの POCUS について検討するパイロットスタディとしたい。
【研究方法】日常的にエコーを用いるプロバイダー（P 群）と、簡単な講習後の看護師（N 群）の間で、エコーを用いた膀胱径、残尿測定値などを比較する。残尿測定の計算方法は、日本泌尿器科学会による前立腺肥大症診療マニュアルに準拠した。
【結果 / 考察】長径、短径、前後径は、P 群：7.87 ± 0.72、3.63 ± 0.40、4.49 ± 0.46（cm）、N 群：7.86 ± 0.54、4.15 ± 0.3、4.38 ± 0.46（cm）、体積は、P 群：64.17 ± 10.80、N 群 71.41 ± 9.97（cm3）であった。すべての計測値において、P 群 N 群間の検定では、unpaired t-test で、P ＞ 0.05（両側検定）と有位差は認められなかった。膀胱留置カテーテル挿入患者のバルーンの描出はすべての看護師が適切に行うことができた。数十年前は、聴診器は医師のものであり、看護師は、血圧測定時に主に使用した時代もある。現代では、ケアのためのフィジカルアセスメントに看護師が聴診器を使いこなす時代となった。これからは、看護職の専門性の高度化に伴い、ケアの評価のために看護師がエコーを使うべき時代が来ると考える。【結論】看護師がエコーを用いた残尿測定は、ある程度の正確性が担保されていると考えられる。

一般演題19　活動報告（東洋医学・教育・チーム医療など）　**O-113**

運動と食事による行動変容の観察研究 －マラソン走行前後の心と体の変化を計測する－

○中村浩士[1]、別府成人[2]、大崎久美[2]、平松佑美[2]、田辺紗矢佳[3]、田宮沙紀[3]、南花枝[3]、井上紗央里[3]、町野彰彦[3]

[1]呉医療センター・中国がんセンター 総合診療科、
[2]呉医療センター・中国がんセンター 栄養管理室、
[3]呉医療センター・中国がんセンター 精神科

市民マラソン大会におけるランナー68名の運動と食事による行動変容についての観察研究を多職種連携にて行った。【方法】①マラソン走行前後での体組成計を用いた計測、②栄養士によるアンケート調査、③心理療法士によるランナーの行動変容アンケート調査【結果】栄養に関しては、週に1度以上の飲酒歴のあるランナーは全体で59%と飲酒歴は高い傾向が見られた。また、飲酒が走ることへの動機付けになっている可能性も指摘された。マラソン依存性尺度は、①自分自身（健康管理や達成感など）、②対人関係（仲間の存在）、④数字・数値（目標タイム）、⑥場所（開催地の魅力）といった領域の得点が高かった。段階別では依存性尺度いずれの領域においても実行期と維持期において顕著な差は見られなかった。【まとめ】今回の研究ではデータ数の少なさから統計学的検定を用いた分析を行うことはできなかったが、引き続き方法論を工夫し、運動に対する行動変容の実行期もしくは維持期にあると考えられるマラソンランナーの“こころ”と“からだ”両者の変化を解析することで、現代病である肥満や生活習慣病に対する運動と食事（療法）の行動変容を促進することが期待された。

一般演題20　育成賞候補演題（初期研修医②）　**O-114**

大動脈炎を呈して診断に苦慮した多発血管炎性肉芽腫症の一例

○松本愛子、佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

【緒言】大動脈炎は大動脈周囲炎を含めて鑑別診断が多岐にわたり診断に難渋することがある。今回、動脈炎と肺結節影を認め、診断に難渋した多発血管炎性肉芽腫症の一例を経験したので報告する。
【病歴・経過】心室中隔欠損の既往のある55歳男性。1ヶ月前からの発熱、咳嗽を主訴に受診。CTで腹部大動脈壁肥厚、肺多発結節影を認め、感染性心内膜炎による肺塞栓や感染性大動脈瘤が疑われ入院を勧められたが、経済的事情で他院へ転院となった。しかし他院での精査加療でも改善せず、精査目的に当院へ転院。診察では特記所見なく、白血球17900/mm3、CRP17.2mg/dL、Alb2.5mg/dLと高度炎症反応を認めMPO-ANCAのみ10.2 U.mLと軽度高値を認めた。当初から多発血管炎性肉芽腫症を疑ったが膠原病科からは多発血管炎性肉芽腫症による大動脈炎は考え難く、大動脈周囲炎の原因を含めて精査が必要との助言があり、IgG4関連疾患、Erdheim-Chester病も含めて精査を行った。鼻腔粘膜生検、Gaシンチグラフィ、腹部血管造影等を行ったが診断に至らず、VATS下肺生検を行ったところ、肺動脈の壊死性血管炎と巨細胞の出現を認め、組織学的に多発血管炎性肉芽腫症の診断に至った。ステロイド・免疫抑制剤が開始され、患者の症状は軽快した。
【考察】多発血管炎性肉芽腫症は小動静脈の壊死性血管炎と肉芽種形成を主体とする血管炎であり、大動脈炎をきたすことは稀である。大動脈炎を呈する多発血管炎性肉芽腫症は以前にも報告されているが、後腹膜線維症と誤診された症例も報告される等、診断に苦慮することが多い。稀な症状であるため、専門診療科でも診断に至らなかったが、肺病変＋血管炎という病変の組み合わせから本疾患を疑い、侵襲的検査も含めて積極的に検査・診断を行ったことが診断に寄与したと考えられた。

一般演題20　育成賞候補演題（初期研修医②）　**O-115**

腫瘍の脊髄圧迫症状で受診して低Na血症の精査により診断に至った原発不明異所性ACTH産生腫瘍の一例

○繁田知之[1]、佐々木陽典[2]、吉川芙久美[3]、宮下菜穂子[3]、宮城匡彦[3]、瓜田純久[2]、弘世貴久[3]

[1]東邦大学医療センター大森病院、
[2]東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター、
[3]東邦大学医療センター大森病院 糖尿病・代謝・内分泌センター

【背景】異所性ACTH産生腫瘍は多様な症状を呈し、診断に難渋することが多い。骨転移による対麻痺で発症し、電解質異常の精査で診断に至った異所性ACTH産生腫瘍の一例を経験したので報告する。
【症例】2型糖尿病に対してインスリン療法中の84歳女性。2週間前からの両下肢しびれを主訴に入院。入院後にしびれが増悪して第5病日に対麻痺が出現。胸椎MRIでTh5・L1・L2に脊髄を圧迫する脊柱管内腫瘤と椎体造骨像を認めた。膀胱直腸障害も認め、放射線照射を施行した。体幹部CTで肝多発腫瘤を認め、造影超音波所見と併せて転移性肝腫瘍と判断された。乳腺超音波、消化管内視鏡、子宮内膜組織診、尿細胞診を施行したが原発巣を示唆する所見は得られず、肝生検を施行したところ、神経内分泌腫瘍であると判明した。一方で、低Na血症の精査過程で偶発的にACTHおよびコルチゾール高値を認め、0.5㎎/8㎎デキサメサゾン抑制試験、CRH負荷試験の結果、異所性ACTH産生腫瘍の診断となり、上記病理検査結果と併せて神経内分泌腫瘍による異所性ACTH産生腫瘍症候群の診断に至った。年齢・全身状態を考慮して侵襲的原発巣検索はせず、感染症・消化性潰瘍予防とメチラポンによる血中コルチゾール値のコントロール等の保存的治療を行う方針となった。その後低Na血症は改善し、リハビリを継続することで車椅子乗車まで可能になった為、施設に退院となった。
【考察】異所性ACTH症候群の原因として肺小細胞癌・カルチノイド・甲状腺癌等が報告されているが、組織学的には神経内分泌細胞由来の腫瘍が多いとされている。異所性ACTH症候群はCushing症候群の精査過程で診断に至ることが多いが、本症例では腫瘍の圧迫症状を契機に精査が行われ、病理診断に先立って平行して行われた低Na血症の精査により異所性ACTH産生腫瘍の診断に至っており、貴重な症例と考えられた。

一般演題20　育成賞候補演題（初期研修医②）　**O-116**

食道裂孔ヘルニアが下大静脈を圧排し二次性Budd-Chiari症候群を発症した1例

○赤澤賢一郎[1]、吉岡祐樹[2]、兼田稜[4]、松井圭司[3]、岩淵省吾[3]

[1]医療法人 徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 総合内科 / 呼吸器科、
[2]医療法人 徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 総合内科、
[3]医療法人 徳洲会 湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター、
[4]平塚共済病院 内分泌代謝内科

【症例】88歳女性　【主訴】意識障害　【既往歴】食道裂孔ヘルニア、骨粗鬆症、抗ミトコンドリア抗体陽性　【内服薬】酸化マグネシウム、ウルソデオキシコール酸、クエン酸第一鉄Na、ボノプラザンフマル酸塩、酒精多飲なし　【現病歴】来院当日家族が意識のない患者を発見。来院時意識JCS Ⅰ-3、体温37.5度、項部硬直なし、各種検査を施行し、インフルエンザの診断で入院。ペラミビルを投与、入院翌日に意思疎通可能となり心窩部痛を訴え、第3病日肝酵素が上昇。【身体所見】体温36.9度、血圧178/83mmHg、脈拍76/分、呼吸数16/分、頭頸心肺は正常範囲内、腹部平坦軟 心窩部圧痛、肝叩打痛陽性。浮腫なし。【検査結果】CPK 2678IU/L、CK-MB 31IU/L、AST 5791IU/L、ALT 5020IU/L、LDH 5935IU/L、ALP 242IU/L1、γ-GTP 115IU/L、AMY 204IU/L、T-Bil 0.9mg/dL、HBsAg（-）、HBsAb（-）、HCVAb（-）。腹部エコー、腹部造影CTで食道裂孔ヘルニアによる圧排により、下大静脈は右房流入前で虚脱、腹腔内で怒張。【入院後経過】第3病日肝胆膵内科コンサルトしmPSL125mgを3日間静注。フォローアップのエコーで左側臥位では下大静脈の拡張は改善、右側臥位では圧排が軽減し拡張は見られず。腹痛、血液検査は徐々に改善し、第30病日に退院。【考察 / 結語】肝静脈流入部より上方で食道裂孔ヘルニアが下大静脈を圧排し、肝静脈の灌流障害が起こり、二次性Budd-Chiari症候群を発症したと考えた。亀背があり、普段は側臥位で就寝するためこれまで発症しなかったが、今回意識障害となり、仰臥位の状態が維持されたため発症し、意識が戻り下大静脈の圧排が解除されて自然に肝障害が軽快したと考えた。インフルエンザ、抗インフルエンザ薬、抗ミトコンドリア抗体に関連した病態の可能性は否定できないが、臨床経過から上述のように考えるのが妥当だと思われる。食道裂孔ヘルニアが下大静脈を圧排し二次性Budd-Chiari症候群を発症した貴重な症例を経験したので報告する。

一般演題20　育成賞候補演題（初期研修医②）　O-117

侵襲性肺炎球菌感染症の治療中に発症した感染性腹部大動脈瘤の一例

○福島伸乃介[1,2]、原田洸[2]、徳増一樹[2]、長谷川功[2]、萩谷英大[2]、花山宜久[2]、大塚文男[2]

[1]岡山大学病院、
[2]岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 社会環境生命科学専攻 総合内科

【症例】70歳代、男性
【既往歴】高血圧症、脂質異常症
【主訴】発熱、右股関節痛
【現病歴】X -12日より39℃の発熱と右股関節痛を認め、X -11日に前医を受診した。化膿性股関節炎の疑いで同日より前医に入院となり、抗生剤加療（CAZ）が開始となった。入院時の血液培養4/4本でペニシリン感受性肺炎球菌を検出し、侵襲性肺炎球菌感染症と診断された。入院5日目に実施した右股関節の関節穿刺液の培養は陰性であった。また入院中の造影CTで、Stanford B 型の ULP 型腹部大動脈解離を認めたが、無症状のため経過観察となった。抗生剤加療（CTRX）を行うも、発熱と右股関節痛が持続したため、精査目的にX日に当院当科へ転院となった。
【入院時現症】腹部は平坦・軟で圧痛なし。呼吸音は清、項部硬直なし。WBC 10700/μL、CRP 4.80mg/dL と炎症反応上昇を認めた。造影 CT で腹部に ULP 型大動脈解離を認めたが増悪はなかった。腰椎 MRI では右 L4/5 椎間関節炎を認めた。入院時の血液培養は陰性。
【臨床経過】転院後、化膿性股関節炎および椎間関節炎を合併した侵襲性肺炎球菌感染症に対して ABPC 8g/ 日を投与した。第9病日に突然腹痛の訴えがあり、造影 CT で ULP 型解離の突出腔の増大を認め、PET-CT では動脈瘤部分への FDG 高度集積（SUV max:16）を認めた。経過から肺炎球菌による感染性腹部大動脈瘤と判断した。定期的な画像検査と抗生剤投与を継続しながら、待機的に腹部人工血管置換術を施行した。術後1年間の内服抗生剤投与の予定である。
【考察】感染性動脈瘤は大動脈瘤の中で0.7%とまれな病態であるが、死亡率や破裂率は高く早期介入が重要である。感染性動脈瘤の原因菌として、肺炎球菌による頻度は12%程度と報告されている。本症例では ULP 型の大動脈解離に肺炎球菌が感染し動脈瘤を生じた可能性が考えられた。大動脈解離に伴った菌血症が存在する場合、腹痛が出現した場合は特に腹部感染性動脈瘤を鑑別に挙げ、画像検査や治療を行う必要がある。

一般演題20　育成賞候補演題（初期研修医②）　O-118

インフルエンザ感染後に発熱が遷延し、薬剤熱が疑われた一例

○川名奈実[1]、乾啓洋[2]、加野美希[2]、入山大希[2]、仲西雄大[2]、増山勝俊[2]、内藤俊夫[2]

[1]順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床研修センター、
[2]順天堂大学医学部 総合診療科学講座

【はじめに】インフルエンザは冬季に流行し、上気道症状及び発熱、関節痛を伴うウィルス感染症である。インフルエンザ感染後に発熱が遷延する原因として、肺炎・気管支炎、中耳炎や副鼻腔炎等の細菌感染症の合併も知られており、抗菌薬による治療を要する例もある。今回我々はインフルエンザ感染後に発熱が遷延し、精査の結果で薬剤熱が疑われた一例を経験したので報告する。
【症例】36歳男性。生来健康の方。入院8日前より38℃の発熱、悪寒が出現した。同日近医受診しウィルス性上気道炎の診断で麻黄湯処方され帰宅となったが、40℃の発熱遷延し入院5日前に再度近医を受診した。咽頭ぬぐい液検査にてインフルエンザ B 型抗原陽性となり、バロキサビル、デキストロメトルファン、アセトアミノフェン、補中益気湯処方され帰宅となったが、その後も発熱が続いていたため入院2日前に近医再診しセフポドキシムプロキセチル、オセルタミビル、ビオフェルミン R 開始となった。その後も発熱の改善みられず当院総合診療科外来受診、40℃の発熱、両側頸部圧痛・腫脹認めた。血液検査では肝機能障害（AST78U/L、ALT45U/L）、LDH 高値（912U/L）を認め、感染症、薬剤性、悪性リンパ腫等による発熱の可能性を考え精査加療目的に入院となった。入院後は薬剤リンパ球刺激試験提出、内服薬剤を中止し、造影 CT、頚部超音波、喉頭ファイバーによる精査を行ったが明らかな感染や悪性腫瘍を疑う所見は認められず、薬剤熱を第一に考えた。第6病日に36℃台まで解熱得られ、肝機能や LDH も改善認めたため第7病日に退院となった。
【考察】インフルエンザは簡便な検査で診断できる Common Disease である一方で、発熱が遷延した際に診断や対応に難渋することがある。発熱が遷延した場合、むやみに抗菌薬や抗ウィルス薬による治療を行うのではなく、病歴や身体所見からアセスメントを丁寧に行い、必要な検査を組み立てて精査することが重要だと考えられた。

一般演題20　育成賞候補演題（初期研修医②）　O-119

両肺びまん性粒状影を呈し粟粒結核と鑑別を要した薬剤性過敏症症候群の一例

○木幡理沙[1]、乾啓洋[2]、日比生武蔵[1]、仲西雄大[2]、増山勝俊[2]、入山大希[2]、加野美希[2]、柘植大輔[2]、尾崎裕[3]、内藤俊夫[2]

[1]順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床研修センター、
[2]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、
[3]順天堂大学医学部 放射線科学講座

【はじめに】薬剤性過敏症症候群（Drug-induced hypersensitivity syndrome; DIHS）は多臓器にわたる薬剤誘発性の反応であり、広範囲の紅斑と共に臓器障害を呈する症候群である。今回我々は診断に苦慮した1例を経験したため報告する。【症例】48歳男性。入院18日前に39℃の発熱と腹部を中心とした掻痒感を伴う紅斑が出現したため近医を受診し抗菌薬 ABPC/SBT を処方された。その際に AST33U/L、ALT85U/L の肝逸脱酵素の上昇と Cre1.78mg/dL の腎機能障害を認めた。梅毒、HBs 抗原、HCV 抗体、HIV 抗体、抗核抗体は全て陰性だった。その後発熱と紅斑は改善せず入院8日前に好酸球1,481/μL の好酸球増多が出現しプレドニゾロン（PSL）15mg/day を内服開始となり、精査目的に入院4日前に当院初診外来に受診となった。来院時は症状が消失していたが PSL により原因が不明になることを考え中止とし入院前日に再診とした。再診時に39.5℃の発熱と紅斑の再燃も出現したため、熱源精査及び悪性リンパ腫の可能性も念頭に胸腹部の単純 CT を撮影した。CT 上で脾腫及び両肺野にびまん性粒状影を認め、粟粒結核も鑑別に含めて原因の精査加療目的で入院となった。入院後も発熱、好酸球増多、肝逸脱酵素の上昇、腎機能障害は進行し、全身性の疾患を考え皮膚生検、気管支鏡下生検、骨髄生検を施行した。胃液培養と経気管支肺生検の所見から粟粒結核は否定された。皮膚生検から薬疹を疑う組織像が確認でき、内服歴に初診3ヶ月前より内服を開始したカルバマゼピンが確認された。以上より DIHS の診断基準を満たし DIHS による多臓器障害と判断し PSL50mg/day で加療開始し、症状は著明に改善したため漸減している。【考察・結語】DIHS では多臓器障害を呈する症例が多い。中でも肝機能障害と腎機能障害の頻度が高いが肺炎を呈している症例も報告されている。本症例では非典型的な肺の画像所見を認めており希少な症例と考えた。当日はびまん性粒状影の鑑別を含め考察する。

一般演題21　症例報告【消化器】　O-120

胸部 X 線で Double contour と Niveau を呈した食道裂孔ヘルニアの一例

○山田篤史、佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

関節リウマチ、食道裂孔ヘルニアの既往のある86歳女性。夕食後に悪心が出現し嘔吐を繰り返しているうちに黒色～血性の吐物を嘔吐するようになり受診。Mallory-Weis 症候群の診断で入院となった。入院時に施行された胸部 X 線では両側心陰影 Double contour に加えて胸腔内に液面形成像を認めた。　胸腹部 CT で食道裂孔ヘルニアと胃内貯留物を認め、上部消化管内視鏡では穹窿部～体上部までが胸腔内に脱出しており、スコープがヘルニア内でとぐろを巻いてしまい、挿入に難渋したが、逆流性食道炎 Grade M を認める以外には出血の原因となる所見は認められず、数日間の絶食・補液の後に食事を再開した。　顕著な食道裂孔ヘルニアによる典型的かつ印象的な胸部 X 線画像として報告する。

一般演題21　症例報告【消化器】　O-121

レジパスビル / ソホスブビル（ハーボニー®配合錠）により腎炎を発症した1例

○阿座上聖史[1]、宮崎雅也[1]、与儀安男[2]

三佼会宮崎病院 総合内科[1]、三佼会宮崎病院 泌尿器科[2]

【症例：74歳、女性】
【主訴】弛緩熱
【現病歴】慢性C型肝炎の初回治療目的でハーボニーを内服開始した。28日後にはHCV-RNAが検出感度以下となった。45日後に39.8℃の発熱を認め、抗生剤を内服したが解熱しないため当科受診。全身状態は良く、発熱以外の症状はなかった。
【検査所見】BUN 8.2 mg/dl、Cr 0.57 mg/dl、e-GFR 77.1ml/min、CRP 8.85 mg/dl、WBC 8800μ/l（Neut 71.5%、Lym 14.0%、Eosino 7.0%）、PCT 0.42ng/ml、β-Dグルカン6.5pg/ml、IgG4 77mg/dl、各種自己抗体はすべて陰性、QTF　陰性、検尿 蛋白・潜血（-）、WBC多数、細菌3+、心エコー異常なし、血液培養　2セット3回施行したが陰性、胸腹部CTにて軽度両側腎腫大あり
【入院経過】尿路感染症を考え抗生剤を変更しながら数種類投与するも炎症所見・熱型ともに改善を認めず、11病日に倦怠感・食欲不振・下腿浮腫が出現した。22病日にCr 1.43と上昇（e-GFR 31.2）し、CTにて明らかな両腎実質の腫大を認めた。24病日にはCr 1.6（e-GFR 24.9）となり、ハーボニーの禁忌と考えて中止し、抗生剤も中止した。26病日に解熱し食欲も改善した。37病日の採血でCr 1.16（e-GFR 35.4）、CRP 1.31,WBC 6700と改善したため、自宅退院とした。退院後3か月目の採血ではCr 0.82（e-GFR 51.6）、CRP 0.26,WBC 7100であり、CTにて腎のサイズは正常化していた。なお、HCVのVRは保たれている。以上の経過よりハーボニーによる薬剤性間質性腎炎を考えた。
【考察】ハーボニーはCKD stage4,5の患者には禁忌とされているが、それらの患者にも安全に投与しうるという趣旨の報告も散見される。海外では腎障害により治療を中止した症例の報告が数件あるが、いずれも慢性腎炎の基礎疾患を有しており、腎の基礎疾患がない患者に発症した本例は稀であると考える。腎炎の既往がなく、腎機能が正常範囲にある患者でも、治療中に発熱や倦怠感などを呈した場合には、腎炎を意識して慎重に経過観察をすべきであると考えた。

一般演題21　症例報告【消化器】　O-122

DLSTで診断に至った不明熱：5-ASA製剤による薬剤性膵炎の1例

○本村壮、中島知太郎、黒木和哉、徳島圭宜、相原秀俊、藤原元嗣、香月尚子、多胡雅毅、山下秀一

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

【症例：33歳、男性】
【主訴】発熱
【現病歴】X－1年12月に血便、下痢、微熱を自覚し、X年1月に下部消化管内視鏡検査（TCS）で潰瘍性大腸炎（UC）と診断され、5-アミノサリチル酸（5-ASA）製剤を開始された。症状は軽減したが、X年2月に抗菌薬無効の38℃の発熱が出現しTCS再検でUCの増悪は認めず、精査目的に当院へ紹介となった。
【飲酒歴】なし。
【身体所見】腸蠕動音正常。心窩部含め腹部に圧痛・tapping pain・反跳痛なし。
【検査結果】血液検査でWBC 10,200/uL、AMY 476 U/L、CRP 20.89mg/dL、胸腹部CT・腹部エコーで膵腫大、多発する腹腔内リンパ節腫大を認める。TCSでMayo-score 1点の潰瘍性大腸炎の所見。血液培養は3セット陰性。
【入院後経過】来院時にAMY上昇、膵腫大があり、総胆管・膵管の閉塞機転を認めず、5-ASA製剤による薬剤性膵炎を疑い、PSLに変更し解熱した。Lipase 703 IU/L、リンパ球刺激試験（DLST）陽性より、薬剤性膵炎と診断した。
【考察】5-ASA製剤は比較的安全性の高い治療薬として知られるが、膵炎との関与が確実とされており、内服後90日のOR 9.0との報告がある。機序はアレルギーが想定されており、多くは30日以内に発症する。薬剤性膵炎は①薬剤投与中に膵炎を発症、②他に膵炎の原因がない、③薬剤中止で軽快、④薬剤再投与で再燃、の4項目で診断できるが、薬剤再投与は侵襲とリスクが大きいためDLSTを補助的診断に用いる。本邦では少ないが上腹部痛のない膵炎の報告もあり、何らかの神経障害が一因と疑われる。本症例は来院時の血液検査・画像検査から想起し迅速な薬剤変更・DLST提出を行い診断に至った。投薬開始後の全身状態増悪時は、腹痛がなくともAMYやLipaseの測定や画像検査を行う必要がある。

一般演題22　育成賞候補演題（後期研修医）　O-123

診断に苦慮した重度の起立性低血圧の一例

○松元慈[1]、松浦武志[1]、小林冬美子[2]、向坊賢二[3]、佐藤健太[3]

[1]北海道勤医協　中央病院 総合診療センター、
[2]勤医協苫小牧病院 内科、
[3]勤医協札幌病院 内科・総合診療科

【症例：68歳、女性】
【主訴】失神、両眼瞼浮腫
【既往歴】シェーグレン症候群、橋本病、高血圧、脂質異常症、COPD
【現病歴】入院4ヶ月前から両眼瞼浮腫・立位でのふらつきが出現。2ヶ月前に尿蛋白陽性と低アルブミン血症が指摘されネフローゼ症候群を疑われ他院腎臓内科で精査したが腎疾患は否定的とされた。その後頻回に失神を繰り返したため当科に精査入院となった。
【経過】シェロングテストの結果、起立性低血圧が認められた。貧血・脱水はなく、血圧低下時に脈拍の上昇を認めなかったことから自律神経障害の可能性が高いと考えた。起立性低血圧以外の自律神経障害には口渇、便秘が認められ、運動神経障害や感覚神経障害は認めなかった。糖尿病はなく、シェーグレン症候群の活動性は低いと判断された。パーキンソン病やレビー小体型認知症・多系統萎縮症など自律神経障害を来す変性疾患を検討したが、どれも否定的であった。純粋自律神経不全症（PAF）として外来管理とする方針となったが、ベッド上安静が必要なほど起立性低血圧は重度であった。他院神経内科医にコンサルトしたところ、自己免疫性自律神経節障害が疑われたため精査・加療のため他院神経内科へ転院となり、自己免疫性自律神経節障害としてステロイドパルス療法、IVIGが施行され、症状は改善した。
【考察】起立性低血圧の約30%が中枢性または末梢神経疾患などの自律神経障害が原因であるとされている。gAChR抗体を有する自己免疫性自律神経節障害は様々な臨床的特徴が報告されているが、臨床症状から他疾患と鑑別することは困難である。しかし、純粋自律神経不全症と診断された患者の中でgAChR抗体が陽性となったという例が報告されており、本症例のような原因不明の重度の起立性低血圧では治療可能な自己免疫性自律神経節障害を疑うことが重要である。
【結語】原因不明の重度の起立性低血圧では自己免疫性自律神経節障害を考慮すべきである。

一般演題22　育成賞候補演題（後期研修医）　O-124

下垂体卒中を契機に浸透圧性脱髄症候群をきたした中枢性尿崩症の1例

○横田雄也、岡浩介、安田美帆、長谷川功、萩谷英大、小比賀美香子、大塚文男

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 社会環境生命科学専攻 総合内科

【症例】60代・女性　【主訴】意識障害
【現病歴】14年前に視野異常を契機に非機能性下垂体腺腫を指摘後、数回にわたり腫瘍摘出術が施行された。術後の下垂体前葉機能低下症と中枢性尿崩症に対して、ヒドロコルチゾン・レボチロキシン・デスモプレシンが補充され、ADLは自立していた。下垂体残存腫瘍があり、X-1年に下垂体卒中の既往あり。X-4ヶ月に倦怠感が出現し前医入院となった。X-5日に食欲不振、X-2日にはホルモン補充を含めた経口摂取が困難な状態となりNa 155 mEq/Lに上昇し、5%ブドウ糖液を投与されるもNa 184 mEq/Lまで上昇、意識障害も出現し、当院に緊急搬送された。搬送時はGCS：E3V1M6、Na 179 mEq/Lと高値で、頭部CTで下垂体残存腫瘍に高吸収域を認めた。高Na血症による意識障害と考え5%ブドウ糖液点滴とデスモプレシン点鼻により緩徐に血清Naを補正し、入院10日目にはNa 142 mEq/Lまで低下したが意識障害は遷延した。頭部MRIではT2強調画像で橋に高信号域を認め、急激なNa上昇による浸透圧性脱髄症候群（ODS）と診断した。入院20日目に下垂体卒中に対して下垂体腺腫摘出術を施行し、術前後は上記ホルモン補充の継続によりNa値は安定した。徐々に意識レベルは改善、病状は安定し近医へリハビリテーション目的に転院となった。
【考察】下垂体卒中では通常ACTH・コルチゾール分泌低下による副腎不全により低Na血症となるが、本例では主に尿崩症治療の中断による脱水から急速な高Na血症に陥りODSを生じた可能性がある。尿崩症を伴う汎下垂体機能低下状態にヒドロコルチゾンと抗利尿ホルモン補充が中断または不足した場合、水電解質バランスの急激な変動に注意を要する。本例は下垂体卒中を契機にODSを生じた稀なケースであるが、高Na血症の意識障害の患者では、ODSの可能性についても鑑別を要する。

一般演題22　育成賞候補演題（後期研修医）　**O-125**

高齢で診断された三好型様遠位型ミオパチーの一例

○濱田航一郎、中道聖子 、松原大、山梨啓友、杉本尊史、
小笹宗一郎 、泉田真生 、依田彩文、長浦由紀、
前田隆浩

長崎大学病院 総合診療科

【症例】82歳、男性。
【主訴】下肢筋力低下、慢性下痢、体重減少。
【現病歴】61歳時に血清 CK 高値（2000 ～ 5000IU/L）を指摘され医療機関で精査が行われたが、上肢筋生検を含む諸検査で原因不明であり、自覚症状もなかったため経過観察となった。67歳まで趣味の登山を行えていたが、75歳頃から徐々に下肢の力の入りにくさ、つま先立ちや階段昇降困難を自覚するようになった。間欠性跛行を自覚するようになった80歳時に総合病院の整形外科にて腰部脊柱管狭窄症（L4/5）を診断され、脊柱管後方減圧術を施行された結果、歩行可能距離は改善したが、下肢の脱力感は持続、増悪傾向となった。82歳になり半年で9kgの体重減少し、慢性下痢も出現するようになったため、精査目的で当科を紹介受診した。両下腿の筋委縮とアキレス腱反射消失を認め、血清 CK 1611 IU/L と高値で、下肢 CT 及び MRI 画像にて左臀筋・両下腿ヒラメ筋・両腓腹筋の顕著な萎縮を認めた。臨床経過から筋ジストロフィーを鑑別に考え、下肢遠位筋屈筋群が選択的に冒されていることから、遠位型ミオパチーの病型の一つである三好型ミオパチーを特に疑い、ご本人の意向に沿い遺伝子検査を施行した結果、疾患責任遺伝子 ANO5の変異を認め、「三好型様遠位型ミオパチー」と診断確定した。
【考察】高齢者の下肢脱力については、加齢による筋肉量減少や脊椎病変が多いことから、稀少疾患である筋ジストロフィーなどの神経筋疾患を想定しにくい。遠位型ミオパチーは通常30代後半頃までに診断されるが、本症例のように高齢者においても潜在している可能性がある。本疾患を疑う場合、下肢骨格筋画像検査を有効に活用すべきと思われた。

一般演題22　育成賞候補演題（後期研修医）　**O-126**

難治性吃逆と嘔気から診断された視神経脊髄炎の1例

○山本賢[1]、松本佑慈[1]、林武生[1]、加勢田富士子[2]、平峯智[1]、
池崎裕昭[1]、髙山耕治[1]、豊田一弘[1]、小川栄一[1]、
貝沼茂三郎[1]、村田昌之[1]、古庄憲浩[3]

[1]九州大学病院 総合診療科、[2]原土井病院 内科、
[3]大博通り内科・総合診療クリニック

【症例：70代、女性】　【主訴】吃逆、嘔気　【既往歴】40歳 心身症
【現病歴】当科初診4週間前より誘因なく吃逆、嘔気を認めるようになった。近医で画像検査を施行されたが原因の特定に至らず当科受診となった。主訴以外に明らかな所見は認められなかったが、食事摂取困難で消耗していたため当科関連病院に入院とし精査を開始した。頭部単純 MRI/MRA および脊椎単純 MRI で脳血管障害は認められず、明らかな脊髄異常信号も指摘されなかったが、症状持続し脳脊髄疾患が疑われたため入院1週間後に当科転院となった。【身体所見】意識清明、体温37.1 ℃、脳神経学的所見：IX・X：軟口蓋挙上、構音障害、嚥下機能低下 ?：舌筋力低下が認められた。視力低下、視野異常なし。【検査結果】WBC 7000 /μL（Neut 72%）、Hb 14.6g /dL、Alb 4.5 g/dL、Na 142 mmol/L、Cl 102 mmol/L、K 3.8 mmol/L、CRP 0.1 mg/dL、HbA1c 5.5%、TSH 1.73 μIU/mL、Free T4 1.75 ng/dL、ACTH 57 pg/mL、Cortisol 20 μg/dL　【経過】脳神経学的異常所見が出現していたため髄液検査を施行したところ、髄膜炎は否定的され、脱髄性疾患が鑑別に挙げられた。入院9日目に嚥下障害が増悪したため、頭部 / 全脊椎造影 MRI 検査を施行、T2W1で延髄背側の高信号域と同部位の造影効果が認められ、臨床的に視神経脊髄炎（NMO）と診断しステロイドパルス療法を開始した。その後、抗アクアポリン4抗体陽性の結果から確定診断された。神経内科でのステロイドパルス療法および血漿交換療法で症状は軽快し、視神経機能を温存することができた。【結語】本疾患は早期治療開始が視力予後に影響するとされている。難治性吃逆、嘔気が視神経炎に先行する場合があるため、疑われる場合は早期診断・治療介入に努めるべきである。

一般演題22　育成賞候補演題（後期研修医）　**O-127**

血管超音波検査にて診断した Paget Schroetter の2例

○田邊裕雅、宮森大輔、重信友宇也、亀谷貴浩、
伊藤やよいこ、柿本聖樹、河原章浩、小林知貴、菊地由花、
大谷裕一郎、岸川暢介、菅野啓司、田妻進

広島大学病院 総合内科・総合診療科

【緒言】Paget-Schroetter 症候群（以下 PSS）の発生頻度は年間10万人あたり1～2人であり、稀な症例である。今回、急性に発症した若年 PSS の2例を経験したので報告する。
【症例1】25歳、男性。受診3日前、運搬作業中に、右上腕の冷汗、倦怠感、右上腕腫脹を認め近医を受診した。循環器内科にて超音波検査を施行するが腋窩動静脈の血管径に左右差はなく、リンパ浮腫疑いにて当院紹介受診となった。受診時の体温 36.9℃、血圧 96/68mmHg、脈拍72回 / 分、SpO2 98%であった。血管超音波検査にて右鎖骨下静脈の鎖骨遠位部において血栓を認め、臨床症状及び経過にて PSS と診断し、同日入院、アピキサバンによる治療を開始した。入院11日後に退院となるも、発症32日時点の躯幹部 MRI にて上大静脈流入部から末梢にかけて約40㎜大の血栓を認め、右鎖骨下静脈血栓内膜摘徐術を施行した。その後半年間ワーファリンを内服し、再発なく治療終了となった。
【症例2】41歳、男性。受診6日前、バトミントン中に全身倦怠感・息苦しさを認めた。同日の入浴中に右上腕の腫脹・疼痛が出現した。受診2日後に、前医を受診し当院紹介受診となった。受診時の体温 37℃、血圧 126/71mmHg、脈拍数 59回 / 分、上腕径右 31㎝、左 27㎝、前腕右 30㎝、左 26㎝を認めた。ルーステスト陽性、血管超音波検査にて右鎖骨下静脈の鎖骨近位部の血流消失、躯幹部造影 CT にて右鎖骨下静脈の近位側の閉塞にて PSS と診断した。肺血栓塞栓症を合併しており、アピキサバンにて治療を開始し、治療継続中である。
【考察・結語】PSS の症例の60-80%に重量あげ、ピッチング等のスポーツ歴や、上肢の過度の反復動作が挙げられており、病歴、身体所見により PSS を疑えば、超音波検査が診断に有用と考えられている。一方で、非典型的な病歴のため、診断に難渋する症例も報告されており、PSS の誘因および診断について、若干の文献的考察を加えて報告する。

一般演題22　育成賞候補演題（後期研修医）　**O-128**

鍼灸用針が大腰筋内に迷入した1例

○伊藤善昭[1]、小林孝[2]、駒形友康[1]、杉本侑孝[1]、作左部大[1]、
畑澤千秋[1,3]、齊藤崇[4]

[1]秋田厚生医療センター 救急総合診療部、
[2]秋田厚生医療センター 整形外科、
[3]秋田厚生医療センター 小児外科、[4]秋田厚生医療センター

【症例】47歳、男性　職業：鍼灸師　【主訴（受診理由）】鍼灸用針が迷入した可能性がある。自覚症状はなし。
【現病歴】もともと腰痛もちであり、自分で腰部に鍼灸治療を行っていた。受診当日も自ら治療を行っていたところ、鍼灸用針が1本見当たらなくなった。皮下に残っている可能性があるため検査を希望され、夜間救急外来を受診した。【既往歴・内服薬】特になし　【アレルギー】特記なし　【身体所見】左腰部に鍼灸治療を行った痕は認めるものの、肉眼的には針を確認することはできなかった。針を見失った直後は腰部に違和感もあったようだが、救急外来受診時には違和感は消失していた。疼痛はなく、周囲の圧痛もなし。下肢の痺れなし。【検査結果】腹部・腰椎 X 線写真：一見すると異物はないように思われたが、階調を変えることで第2腰椎左側に鍼灸用針を疑う3ｃｍほどの陰影を確認できた。【経過】受傷翌日に整形外科外来で行った CT 検査で、皮下ではなく左大腰筋内に鍼灸用針を疑う線状の高吸収が確認された。そのため受傷後7日目に後腹膜アプローチで異物除去手術を行い、大腰筋内から約4ｃｍの針を取り除いた。自宅から持参していただいた実際に使用している鍼灸用針と比較し、遺残がないことを確認している。術後の経過は良好で、感染徴候もなく、術後5日目に自宅へ退院となった。【考察】伏針は受傷時の症状は軽微だが、時間の経過とともに深部へ迷入し、臓器損傷や神経症状を起こす危険性もあるため早急な除去が望ましい。しかし、本症例のように鍼灸用針などはとても細く、一見すると X 線写真での確認が困難なことがある。そのため、X 線写真を撮影する際に迷入した可能性のある物と同じ物を持参していただき一緒に撮影することで写り方の比較をしたり、階調を変えて画像を確認したりするなど見逃しを減らす工夫が必要であると考える。

一般演題23　育成賞候補演題（初期研修医③）　O-129

運動誘発性横紋筋融解症によるリンパ浮腫が原因であった上肢の片側性腫脹の一例

○鄧艶麗[1]、中川紘明[2]、宮田靖志[3]、稲本隼佑[2]、濱野浩一[2]、泉順子[2]、宇佐美潤[2]、脇田嘉登[2]、前川正人[2]

[1]愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター、
[2]愛知医科大学病院 総合診療科、
[3]愛知医科大学 地域総合診療医学寄附講座

【症例】生来健康な19歳女性。【主訴】右上肢の腫脹。【現病歴】受診２日前の昼頃から右上腕と肘周囲、夕方から前腕、受診1日前の夜から手背の腫れが出現したため近医を受診した。CT 検査を施行したが皮下組織の腫脹のみで、原因が不明なため当科紹介受診した。【身体所見】バイタルサインに異常なし。右上腕・前腕・手背に非圧痕性浮腫を認めたが、熱感・圧痛・皮膚色の変化はなかった。上肢の挙上による症状の悪化はなかった。【検査所見】血液検査では、CK3525U/L と上昇している以外は D ダイマーを含め異常なし。超音波検査では、鎖骨下動・静脈より遠位の血管に血栓による閉塞はなく、皮下組織は健側に比して肥厚していた。【経過】身体所見と超音波検査所見から、何らかの原因でリンパ浮腫を来たしていると考えた。血液検査で CK が上昇していることから、横紋筋融解症がその原因と考えた。定期内服薬はなく、追加の問診を行ったところ、陸上部に所属しており、受診8日前に久しぶりに腕立て伏せをしたことが判明したため、運動誘発性横紋筋融解症と考えた。MRI 検査を施行したところ、上腕三頭筋は腫大し、T ２強調画像および STIR 画像で同筋の内側頭と外側頭に限局した高信号を認めた。リンパ浮腫は、上腕三頭筋の腫大により同部のリンパ管が圧排されたために生じたと思われた。受診6日後には右上肢の腫脹は消失し、CK はほぼ正常化した。以上より、腕立て伏せの過負荷により片側性に発症した上腕三頭筋の横紋筋融解症によるリンパ浮腫が原因の右上肢腫脹と診断した。【考察・結語】上肢の片側性腫脹は、下肢と同様に外傷性、血管性、炎症性、リンパ性、その他を考える。本症例のごとく、横紋筋融解症による筋腫大がリンパ浮腫の原因となることがある。患者は運動を発症の誘因と考えていないことがあるため、運動の種類・頻度・強さ・持続時間を詳細に問診することが重要である。

一般演題23　育成賞候補演題（初期研修医③）　O-130

両下肢の痺れを呈した IgA 血管炎の1例

○角田智亮[1]、渡辺俊樹[2]、合田史[1]、佐藤正通[1]

[1]独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科、
[2]前橋赤十字病院 総合内科

【症例】70歳、女性　【主訴】両側下腿部痺れ、紫斑　【現病歴】68歳頃から不定期に腹痛のため医療機関受診歴あり。2019年10月下旬、観光中、数時間歩行し強い疲労と両下肢の痺れを自覚。翌朝より下肢に散在性の紫斑出現したため当院皮膚科受診し下腿皮膚より生検施行。両足関節痛、両下肢の痺れ強く歩行困難のため入院となった【現症】身長148cm、体重40.1kg。体温37.7度、口腔粘膜、歯肉に口内炎あり。触知可能な赤色調の強い紫斑を両側下腿、両側前腕、上腕および下腹部に認めた。両下肢の痺れの訴え強く、両足関節腫脹疼痛あり、足関節から末梢に顕著な浮腫あり。採血検査では正球性貧血、炎症反応陽性に加え、非特異的 IgE 1187IU/ml、寒冷凝集反応128倍、抗核抗体40倍等の異常が認められた　【診断】皮膚生検の結果、皮膚血管周囲に炎症性細胞浸潤を認め、核塵の出現や出血あり、白血球各破砕血管炎と診断。蛍光抗体法により IgA および C3の真皮内血管壁への沈着を認めたことより IgA 血管炎と診断した【経過】腹痛、腎糸球体障害は認めず、痺れを有意と判断し、プレドニン（PSL）1mg/kg 服用を開始。痺れおよび紫斑は改善を示し、検査値異常は鎮静化を認め退院とした。外来にて現在 PSL6mg/day へ減量し痺れの増悪や紫斑、腹痛、関節痛等の再燃はみられていない【考察】この度我々は下腿部紫斑、痺れ、両足関節腫脹により発症した IgA 血管炎の1例を経験した。貧血については PSL 服用後より改善し漸減中に正常値に達したことから、慢性炎症に由来する症候性貧血と判断した。また当院受診前の履歴において示すように、反復性および可逆性の腹痛は同症による一症候と想定した。IgA 血管炎は病態として血管炎ではあるが、他の血管炎にしばしみられる多発単神経炎としての症候である痺れを訴えることは少ない。同症にみられる症候について文献上の考察も含め報告する。

一般演題23　育成賞候補演題（初期研修医③）　O-131

冠攣縮性狭心症との関連が疑われた副腎皮質機能低下症の1例

○大塚勇輝[1]、安田美帆[2]、中野靖浩[2]、山本晃[2]、長谷川功[2]、萩谷英大[2]、小比賀美香子[2]、片岡仁美[2]、大塚文男[2]

[1]岡山大学病院 卒後臨床研修センター、
[2]岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 社会環境生命科学専攻 総合内科

【症例】60代・男性　【主訴】心窩部痛、動悸、倦怠感
【現病歴】14歳時にクッシング病に対して両側副腎摘出、18歳時に下垂体照射、以後、副腎皮質機能低下に対して、ヒドロコルチゾン補充療法を継続中であった。約30年前から心室性期外収縮と診断、入院3日前、安静時に誘因なく1分程度持続する心窩部痛・左肩痛・動悸・倦怠感があり当院救急外来を受診。心電図で ST 変化、期外収縮や QT 延長なく、心筋逸脱酵素の上昇も認めず経過観察となった。しかしその後も動悸・倦怠感が持続するため精査目的に当科へ入院。夜間から朝方に左肩に放散する胸痛と動悸発作を複数回認めた。尿中遊離コルチゾールは 70 ug/day と正常域であったが、早朝の血中コルチゾールは感度以下に対し血中 ACTH は高値であり、相対的副腎不全を疑いヒドロコルチゾン静注したところ胸部症状は改善した。心臓超音波で心機能は良好、壁運動異常は認めなかったが、ホルター心電図で ST 上昇を伴う非持続性心室性頻拍（NSVT）を認めた。冠動脈造影ではエルゴメトリン投与にて用量依存性に左前下行枝の攣縮と胸痛が誘発され、冠攣縮性狭心症（VSA）と診断、ニコランジルとニフェジピンの内服を開始するも症状改善は不良であった。副腎不全との関連を疑い、長時間作用型のデキサメサゾンを少量（0.25mg）眠前に追加投与したところ、動悸や胸痛発作は消失した。
【考察】副腎不全の心合併症として心不全や QT 延長が知られる。副腎不全と VSA の関連性を示す既報はないが、ステロイドが難治性 VSA を改善するなど、ステロイドと冠攣縮の関連が報告されている。本例では血中コルチゾール低値に一致して動悸や胸痛を生じ、ステロイド補充により改善したことから、相対的ステロイド不足が冠攣縮を引き起こし狭心痛や NSVT を呈していた可能性がある。副腎不全患者が胸部症状を呈した際はステロイドの作用不足による VSA も鑑別すべきである。

一般演題23　育成賞候補演題（初期研修医③）　O-132

全身倦怠感により発症し副腎機能不全を伴った下垂体嚢胞性腺腫の1例

○中島謙、板橋悠太郎、飯塚尭、真下大和、合田史、佐藤正通

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科

【症例】73歳、女性　【主訴】倦怠感　【現病歴】夫と二人で生活されていた。2019年12月下旬、食事の準備がうまくいかず、精神的に自責の念が強くなった。以降、食欲なく、不眠に至り、倦怠感出現したため近医受診。投薬にて改善なく、3月上旬当院紹介【現症】体温37.2度、血圧132/70mmHg、脈拍108回 / 分。問診中、感情失禁あり。体重減少7kg/ 年。不安障害として外来診察開始するも、全身倦怠感強く、せん妄、認知機能障害出現し入院となった。外来時検査では、血中 ACTH 値およびコルチゾール値低下を認め、入院時に行った頭部 MRI 検査にて下垂体に 21.6x16.2x24.6mm の嚢胞性病変を検出。画像上、下垂体腺腫、頭蓋咽頭腫、出血（下垂体卒中）が鑑別に挙げられた　【診断】下垂体性副腎不全合併下垂体嚢胞性腺腫　【経過】血中コルチゾール値低下に加え、下垂体に器質性病変が検出されたことにより緊急的にハイドロコルチゾン開始。経過中、右肩関節痛および両手関節痛の訴え、関節腫脹みられたため、ハイドロコルチゾン増量し NSAIDS を併用。脳神経外科との検討の結果、視神経症状不明瞭であり手術待機となった。これら治療によりせん妄を含めた認知機能は緩徐に改善。認知能力は発症前に復し退院となった。【考察】全身倦怠感に続き、せん妄および認知機能障害によって発症した下垂体嚢胞性腺腫の一例を経験した。画像上視神経を圧迫する所見あり、手術適応については視神経症状の有無について観察を行うも所見なく、副腎機能障害に対し治療を行い、精神症状および多関節炎は次第に回復に至った。倦怠感に対し、外来時に行った内分泌系の精査が下垂体病変を検出する契機となった症例である。本例にみられたような、下垂体病変による認知機能障害は稀と思われるが、急速進行性の認知機能障害においては頭蓋内病変の精査が必須であると感じた。

一般演題24　症例報告【その他】② O-133

るい痩を契機に受診し、診断に苦慮した統合失調症の1例

○金指桜子[1]、小和瀬桂子[1]、福田正人[2]、奥裕子[1]、佐藤浩子[1]、堀口昇男[1]、佐藤真人[3]、金子尚子[4]、大山良雄[5]、田村遵一[1]

[1]群馬大学大学院 医学系研究科 総合医療学、
[2]群馬大学大学院 医学系研究科 神経精神医学、
[3]群栄会 田中病院 内科、[4]医療法人 こうだ医院 内科、
[5]群馬大学大学院 保健学研究科 看護学講座

【症例】18歳男性【主訴】体重減少・自発性低下【既往症】停留精巣（3歳時固定術施行）【現病歴】乳児期より軽度な学習の遅れを指摘された以外に発達異常・成長発育異常を指摘されず、12歳頃までギター演奏・徒競走など可能であった。13歳頃より会話が減り徐々に動作緩慢となり、15歳頃には発話はほぼ消失し、排泄・衣類着脱等に指示が必要となった。食事は介助が必要で摂食量が減少した。近医での診察、血液検査等で異常を指摘されず、17歳時の頭部 MRI 検査でも異常を指摘されなかった。知的能力障害による症状と説明を受け、医療機関への定期受診は行っていなかった。体重減少と自発性低下は進行し18歳時には著しいるい痩が認められ学校医より当科へ紹介受診した。【身体所見】身長158.6㎝、体重38.9㎏、BMI15.5。体温36.3℃、血圧 99/54 mmHg、脈拍数 52/min、整。無表情、発話なし。胸腹部異常所見なし。動作緩慢だが指示動作は可能。【検査結果】尿・血液検査、血液ガス分析、胸部単純レントゲン・胸腹部造影 CT・腹部エコー・頭部 MRI 検査、眼底検査、脳波検査では有意な所見なし。嚥下機能評価は異常なし。【経過】知的退行を疑い、体重減少と併せて精査を進めたが器質的疾患は認めなかった。精神科に紹介し「お化けに脅され食事や会話を禁止されている」という発言が初めて認められ統合失調症と診断され、精神科での入院加療を継続している。【考察】知的能力障害と統合失調症による自発性低下から妄想・幻覚症状が表出しづらくなっていたと考えられた。【結語】統合失調症の発症から数年目に体重減少を契機に当科を受診し、器質的疾患を除外して精神科での診断・加療につながった症例を経験した。知的能力障害のある症例では精神症状の評価が困難となるが、新規症状出現時には精神疾患の合併を考慮する必要があると考えられた。

一般演題24　症例報告【その他】② O-134

日中独居の高齢者に発症したビタミン欠乏による汎血球減少および湿性脚気の1例

○武田直也

刈谷豊田総合病院 総合内科

【症例】78歳、男性。【主訴】呼吸不全。【既往歴】関節リウマチに対して PSL 3mg/ 日および MTX 12mg/ 週が処方されている。【生活歴】長男と同居しているが日中は独居となるため食事はパンやヘルパーの作るおかゆを食べている。50歳で禁酒・禁煙。【現病歴】2週間前からの労作時呼吸困難感にてかかりつけ医を受診。肺炎が疑われ経口抗菌薬が処方されたが改善なく同病院に入院となる。抗菌薬点滴にて治療が開始されたが呼吸不全の進行があり当院へ転院搬送された。【身体所見】意識清明。SpO2 92%（酸素経鼻 2L/ 分）。両肺でコース・クラックルを聴取。両下腿に著明な圧痕性浮腫を認めた。【検査結果】血液検査では汎血球減少を認め、胸部 X 線では著明な心拡大と両肺の鬱血像を認めた。心エコーでは左心機能の低下はみられなかった。【経過】ビタミン欠乏を疑い複合ビタミン剤を投与開始した。心不全の治療は酸素投与および利尿剤を投与した。血液検査にてビタミン B1 および葉酸の低下が認められたため経口で葉酸の補充も行った。症状は経時的に改善し、第31病日に退院した。【考察】近年では、1970年代は清涼飲料水やインスタント食品などの偏食、1990年代には持続点滴中のビタミン欠乏によって、脚気患者が発生し社会問題となった。現在ではインスタント食品にもビタミン B1 が添加されており脚気のリスクは少なくなっている。本症例では独身の長男と同居していたが、仕事で自宅にいないことが多く帰宅しても深夜のため、ほぼ独居といえる状況であった。介護保険でヘルパーを利用していたが食事として主食のおかゆは作ってくれていたが、主菜・副菜はほぼ摂取していなかったことによるビタミン欠乏と考えられた。【結語】日中独居の高齢者に発症したビタミン欠乏症を経験した。家族と同居していても生活が独立している高齢者は比較的多く見受けられる。生活状況の確認とより適切なサービスの導入が重要だと考える。

一般演題24　症例報告【その他】② O-135

脊髄硬膜外血腫に対して保存的療法で改善した1例

○佐竹遼[1]、麻喜幹博[2]、増田崇光[2]

[1]藤枝市立総合病院 初期研修センター、
[2]藤枝市立総合病院 救命救急センター 救急科

【症例】68歳　男性　【主訴】頚部痛、背部痛　【既往歴・併存症】心房細動、心房中隔欠損症、高血圧、虫垂炎、急性膵炎　【現病歴】2019/2/27午前7時半頃朝食時に突然肩が詰まる感じがあり、頚部の疼痛が出現した。疼痛は継続し、頚部を動かすと増悪するため同日午前8時半頃当院救急外来受診した。【身体所見】バイタルは GCS E4V5M6、BT35.9 ℃、BP200/132mmHg、HR 101/min、RR 28/min、SpO2 97%（RA）であった。頚椎から腰椎にかけて動作時痛あり、頚部左右回旋時や前屈時に疼痛増悪認めた。膝蓋腱・アキレス腱に左側軽度反射亢進と臍左側以遠で痛覚・粗大触覚の鈍麻認めたが MMT の低下は認めなかった。【検査所見】血液検査では炎症所見の上昇はなく、肝腎機能は正常であった。PT-INR 2.65、APTT 40.2秒と軽度延長を認めた。CT や超音波にて疼痛の原因となる所見なく、MRI では C2-Th1の脊髄背側に T2強調画像で高信号域を認めた。【経過】受診時明らかな筋力低下は認めず、臍左側以遠で痛覚・粗大触覚の鈍麻と左側の軽度反射亢進を認めた。CT や超音波にて疼痛の原因となる所見は認めなかった。脊髄評価目的に MRI 施行し C2-Th1に T2強調画像で高信号域を認め脊髄硬膜外血腫と診断された。ネックカラーを装着しベッド上安静で入院となった。神経症状の増悪なく、第5病日からリハビリを開始した。徐々に自覚症状も改善し第16病日に退院となった。【考察】脊髄硬膜外血腫は脊髄硬膜外腔に血腫を形成し、脊髄が圧排されることで神経症状を呈する疾患である。突然発症の強い後頚部、背部、腰部の疼痛に対してこの疾患を鑑別に入れ MRI 施行し早期の診断を行い、治療を選択することが必要であると考えられる。【結語】脊髄硬膜外血腫に対し保存的療法で改善した1例を経験した。本疾患は適切な治療が遅れると神経学的予後に大きな影響を及ぼすため診断後も神経症状などの経時的な変化に注意し治療の方針を判断していくことが肝要である。

一般演題24　症例報告【その他】② O-136

DLST により被疑薬を想定した急性汎発性発疹性膿疱症（AGEP）の一例

○岩佐和樹、鈴木祥太郎、井村洋

飯塚病院 総合診療科

【症例】62歳男性【主訴】発熱、皮疹【既往歴】慢性 B 型肝炎、COPD、高血圧症、脂質異常症、双極性障害【現病歴】来院1ヶ月前に発熱、酸素化低下あり、肺化膿症の診断で前医に入院し、ピペラシリン・タゾバクタム（PIPC/TAZ）を計4週間投与し、その後クリンダマイシン（CLDM）を最後の10日間併用した。CLDM 開始後より全身の皮疹が出現したが抗ヒスタミン薬使用で症状が改善したため、来院2日前に退院した。その後に再度発熱し、精査加療目的に当院紹介搬送となった。【身体所見】意識清明、体温38.2℃、心拍数123/ 分、血圧82/46mmHg、呼吸数18/ 分、SpO2 98%（室内気）、四肢・体幹にびまん性に小膿疱を伴う浮腫性紅斑が多発している、粘膜疹は認めない【検査結果】WBC 19210/μL、好酸球 883/μL、AST 21U/L、ALT 22U/L、LDH 327U/L、BUN 55mg/dL、Cre 1.81mg/dL、CRP 9.63mg/dL、DLST:PIPC/TAZ1901%（基準：179% 以下）、皮膚病理所見：角層に過角化や錯角化・痂皮の付着を認め、炎症細胞浸潤を伴う複数の膿疱を認める【経過】抗菌薬投与後の急性の経過で四肢・体幹にびまん性に小膿疱を伴う浮腫性紅斑が多発しており皮疹所見から AGEP を疑った。被疑薬としては、PIPC/TAZ・CLDM を疑った。被疑薬を中止し、抗アレルギー薬の内服および外用薬を開始した。第3病日には解熱傾向となり、炎症反応改善を認め、全身の痂皮化とともに紅斑・膿疱の速やかな消失を確認し第11病日に退院した。後日判明した皮膚病理検体からも AGEP 型薬疹の所見であり、AGEP と診断した。被疑薬は DLST 結果から PIPC/TAZ と判断した。【考察】本症例は、生検結果・DLST の結果から PIPC/TAZ に伴う AGEP と診断した一例であった。一般的に抗菌薬の場合、開始3日以内に発症することが多いとされている。本症例は、被疑薬を疑うものが2剤あり鑑別のために DLST が有用であると考えられた一例であった。【結語】PIPC/TAZ が被疑薬と考えられた AGEP の一例を経験した。

一般演題24　症例報告【その他】② O-137

総合診療研修プログラムを通じた連携が円滑な病診連携に役立った一例

○石川航平[1]、西條正二[1]、山田達也[1]、今村恵[1]、國本尚彦[1]、コンスタンティンシャディア[1]、中川麗[2]、若井俊明[3]、二川原桂[4]、稲垣光裕[5]、平間敏憲[5]、國本正雄[5]

[1]札幌徳洲会病院 プライマリセンター、[2]札幌徳洲会病院、[3]ミシガン大学 家庭医療科、[4]おおあさクリニック 家庭医療科、[5]くにもと病院 外科

【背景】当院の臨床研修プログラムの特徴は、経営母体に関係なく日頃より病診連携をとりあう複数施設をローテーションし、希望者には、通年で、外来診療を行う機会を提供することで、若手医師がそれぞれの施設の立場を理解し、一人一人の患者に年単位で責任をもつことで熟達してゆくことを目的としている。それを象徴する一例をここに報告する。【症例】73歳、女性【現症】7年前より、認知機能低下を指摘されていたが、次第にADLの低下から通院困難となり、3年前から、訪問診療を受けている。歩行、会話は出来ず、寝たきりの状態であったが、ご家族の希望により、可能な範囲で経口摂取は継続する方針をとっていたが、度々誤嚥性肺炎を起こしては、病院での入退院を繰り返していた。病状の進行に伴い、静脈ポートも留置、中心静脈栄養も併用するようになっていたが、1ヶ月ほど前から尿量低下をみとめ、定期採血でHb 7.8と著名な貧血と、心不全兆候を認め、クリニックで診療する専攻医より病棟担当の専攻医へ連絡、自宅から病院へ救急搬送となった。 搬入時、傾眠傾向であり、眼瞼結膜蒼白、頸静脈怒張し、湿性ラ音、下腿浮腫を認めた。貧血とそれに伴う心不全と診断、フロセミドでの利尿を図った。また貧血に対しては輸血を施行、Hb 9.5まで改善を認めた。なお、貧血への精査に対しては上部消化管内視鏡などの侵襲的検査はご家族が希望されず、利尿が確保されていること、貧血が悪化しないことを確認し、ご家族の強い希望もあり自宅への退院となった。【考察】本症例では病院で診療にあたっていた専攻医が、クリニックでの往診にも携わることで患者情報の速やかな共有が可能になり、急性期治療から訪問診療までの円滑な移行が可能となった。【結語】総合診療領域専門研修プログラムを通じた病診間の連携は、地域内での円滑な病診連携構築の一助となりうる。

一般演題24　症例報告【その他】② O-138

大学病院への頻回受診に生物心理社会（BPS）アプローチが有効であった症例

○安藤崇之、藤島清太郎

慶應義塾大学医学部 総合診療教育センター

【症例】50歳女性【主訴】胸痛、テレパシーが聞こえる【現病歴】4年前に下腹部痛を主訴に産婦人科を受診したことを契機に当院通院開始。その後も「下腹部痛」「月経が来ない」「胸痛」「異臭がする」などを主訴に産婦人科、循環器内科、当科を頻回に受診していた。今年に入ってからも胸痛で当科を数回受診、精査されたが異常は認めなかった。再び同様の胸痛を主訴に当科を予約外受診した。【既往歴】41歳子宮全摘後（子宮筋腫）、統合失調症疑い【社会生活歴】独居、無職、離婚後で長女・長男の親権は元夫にある。【経過】胸痛に関しては過去に精査されており、病歴上は緊急性を要する疾患の可能性は低く経過観察の方針とした。その後テレパシーが聞こえる、異臭がするなどの症状の訴えがあった。過去に精神科にコンサルトされていたが、通院は途切れ、処方薬も受け取っていない状態であった。胸痛に対する医学的診断はつかなかったが、診察を続けるうちに離婚をして親権がなくなり子供と過ごせない精神的苦痛が背景に有ることがわかった。また、独居で職にもついておらず社会的に孤立しているため家族へ連絡をとったところ子宮全摘後に妊孕性がなくなり夫との関係性が悪化し、離婚に至ったことが判明した。フォローを続けることで本人の身体症状は改善し、精神科に患者背景を共有することで定期的通院につながり服薬もし始め精神症状も改善に転じた。【考察】大学病院へ頻回受診していたが病名がつかないため単回受診で終診となっていた。頻回受診の背景に家族の問題があり、定期的なフォローを続けることで身体症状は軽減し、精神科通院にもつながった。本来ならばかかりつけ医の役割かもしれないが、フリーアクセスが担保されている日本では大学病院でしか医療と繋がっていない患者も少なくない。患者が抱えている心理社会的問題にもアプローチするスキルを持った総合診療医が大学病院にも必要と考えられる。

一般演題24　症例報告【その他】② O-139

鎖骨下動脈盗血症候群に合併した肢端紅痛症の一例

○亀谷貴浩[1]、大谷裕一郎[1]、吉田秀平[1]、石田亮子[1]、田邊裕雅[1]、伊藤やよいこ[1]、重信友也[1]、柿本聖樹[1]、河原章浩[1]、菊地由花[1]、小林知貴[1]、宮森大輔[1]、岸川暢介[1]、菅野啓司[1]、田妻進[1]、坂本繁幸[2]、栗栖薫[2]

[1]広島大学病院 総合内科・総合診療科
[2]広島大学病院 脳神経外科

【症例：70歳、女性】【主訴】 来院2年前からの繰り返し生じる発赤を伴う左手、手指尖端の灼熱痛 【既往歴・既存症】2009年胃癌、2009年肺癌、2017年と2018年左鎖骨下動脈狭窄症 【家族歴】特記事項なし【現病歴】2016年7月頃より左手掌に疼痛を伴う発赤が出現したため皮膚科を受診し外用剤を処方されたが改善はなかった。2016年に左鎖骨下動脈盗血症候群が判明し、当院脳神経外科で2017年2月左鎖骨下動脈ステント留置が行われ成功した。しかし左手の痛みに改善はなく、同年6月には痛みが増悪したため皮膚科、膠原病科など受診したが、原因が分からず患部の冷却など対症療法を行っていた。秋になり一旦症状は軽快したが、2018年5月気温の上昇とともに、再度同じような症状を繰り返すようになったため、2018年7月X日総合診療科受診となった。【身体所見】両上肢血圧に左右差は認めず。左手掌小指球部、母指球部に比較的境界明瞭な暗赤色の紅斑を認める。触診で左手（患側）の皮膚温は右手よりも高い。【検査結果】WBC 8730/μL RBC 4.35×106 PLT157×104、D-Dimer <0.5μg/ml C3 106mg/dl C4 19mg/dl CH50 45.5/ml ESR 61.0 mm/hr【経過】Thompsonらにより提唱された診断基準を満たし肢端紅痛症と診断した。現在、鎖骨下動脈盗血症候群の治療とともに対症療法を行っている。【考察】肢端紅痛症は稀な疾患で間欠的に生じる四肢末梢の発赤を伴う灼熱痛が特徴とされる。原因遺伝子が判明している先天性のものもあるが、後天性（二次性）と考えられているものも多くあり様々な基礎疾患が報告されている。【結語】鎖骨下動脈盗血症候群に合併した肢端紅痛症の一例を経験した。

一般演題25　症例報告【感染症】② O-140

Bilateral cutaneous larva migrans in the traveler from Tanzania

○松尾貴公、森信好

聖路加国際病院 感染症科

【症例】24歳、アメリカ人男性【主訴】両側足底掻痒感【現病歴】旅行目的で来院1ヶ月前からタンザニアに渡航し、その後1週間前に日本に来日した。来院10日前から両側足底に掻痒感を伴う紅斑を自覚したため当院を受診した。【理学所見】意識清明、バイタルサインに異常なし。身体所見で両側足底内側に幅2-3mm、長さ5cmの蛇行する隆起性病変を認める。肺野・神経所見に異常を認めない。好酸球は正常。【臨床経過】臨床的に皮膚移行症と診断し、切開を行い経口イベルメクチン0.2mg/kg/day 2日間を開始した。特に合併症なく経過良好で、1ヶ月後の再診で局所所見の消失を確認した。【考察】皮膚移行症（Hookworm-related cutaneous larva migrans：HrCLM）は熱帯地域・亜熱帯地域において頻度の高い感染症の1つである。HrCLMはAncylostoma brasiliense, Ancylostoma caninumなどによって引き起こされる。通常は数週から数ヶ月の経過で自然軽快することも多いが、イベルメクチンやアルベンダゾール等の服用により症状改善までの期間を短縮することができる。本症例ではみられなかったが、中には二次性細菌感染や好酸球増多を伴うLoeffler症候群などを合併することもあり注意が必要である。本症例は両側にHrCLMをきたした世界初の報告である。本症例のように熱帯・亜熱帯地域からの旅行者で皮膚の破行性病変をみたら本疾患を念頭に置くことが重要である。

一般演題25　症例報告【感染症】② O-141

横断性脊髄炎を合併したHIV-1感染症の1例

○仁田原裕子[1]、平峯智[2]、松本佑慈[2]、林武生[2]、髙山耕治[2]、豊田一弘[3]、小川栄一[2]、貝沼茂三郎[4]、村田昌之[2]、古庄 憲浩[2]

[1]大阪市立大学 大学院医学研究科寄生虫学教室、
[2]九州大学病院 総合診療科、
[3]九州大学病院 総合診療科 グローバル感染症センター、
[4]九州大学大学院 医学研究院 地域医療教育ユニット

【症例】30歳代男性【主訴】発熱、下肢脱力、頻尿【既往歴】36歳：痔瘻手術【現病歴】受診17ヶ月前より間欠的に39℃前後の発熱を認め、10ヶ月前から微熱が持続していた。3ヶ月前より両下肢脱力と筋肉痛が出現し、排尿障害も認めたため当科を紹介受診した。【身体所見】意識清明、BMI 28.5kg/m2、体温37.6℃。口腔内異常なし。胸腹部異常所見なし。下肢で右側優位の筋力低下あり、深部腱反射亢進、両側Babinski徴候陽性、痙性歩行。温痛覚に異常なし。視力・視野異常なし。皮疹なし。【検査結果】尿検査：異常なし、血液検査：血沈65mm/1hr、WBC 5320/μL、Hb 13.0g/dL、PLT 18.4万/μL、CK 59U/L、CRP 0.15mg/dL、IgG 2768mg/dL、IgA 272mg/dL、IgM 367mg/dL、甲状腺機能正常、ANA（-）。血液・尿培養：陰性。体幹部造影CTで特記所見なし。髄液検査：無色透明、初圧11cmH2O、WBC 36/μL（単核球優位）、TP 77mg/dL、Glu 46mg/dL、LDH 21U/L【経過】入院後も38℃前後の発熱が持続し、脊髄横断性症候が認められた。頭部および脊髄MRIでは明らかな所見はなかったが、髄液検査で単核球優位の細胞数増加があり、脱髄、感染性、膠原病関連疾患の鑑別を行った結果、HIV感染症が判明した（HIV RNA 4.92Logcopies/mL, HIV-1 WB陽性, CD4 291/μL、指標疾患なし）。梅毒陰性で、髄液からHIV RNA, EBV DNAが検出されたことから、HIVおよびEBV再活性化が関与した横断性脊髄炎が考えられた。神経症状発症から3ヶ月経過しておりステロイドパルス療法の適応はないと判断されたため、ARTで経過をみる方針とした。治療開始後速やかに解熱し、13週時点でHIV RNAは未検出、CD4数は500/μL台まで回復した。神経症状は残存しているが徐々に改善傾向を認めている。【結語】横断性脊髄炎は発症初期段階での適切な治療介入により症状はしばしば可逆的であり、早期診断の重要性が示唆された。

一般演題25　症例報告【感染症】② O-142

免疫抑制療法中に発症した肺ノカルジア症の2例

○岡田英之、加藤あや香、宇野嘉弘、飯田真美

岐阜県総合医療センター 総合診療科

【症例1】45歳男性。全身性エリテマトーデスでステロイドパルス療法、プレドニゾロン（PSL）60 mg、ミコフェノール酸モフェチル2000 mg、タクロリムス3 mg、ベリムマブ600 mgで治療した。治療開始約5か月後、両側肺野に比較的境界明瞭、一部で辺縁鋸歯状の多発結節を認めた。発熱、咳、呼吸苦はなかった。気管支肺胞洗浄液（BALF）の培養によりKinyoun染色陽性の放線菌を認め、Nocardia kruczakiaeを検出した。トリメトプリム/スルファメトキサゾール（ST合剤）＋アミカシンにより治療をしたが、ST合剤の副作用のためセフェピムに変更し、いずれの肺結節影も縮小した。
【症例2】83歳女性。両側下肢紫斑、肺胞出血で発症した顕微鏡的多発血管炎で、ステロイドパルス療法、大量γグロブリン、PSL 40 mgで治療を行うも効果に乏しく、リツキシマブ450 mg/週を4回投与し改善した。2か月後、左下葉に2 cm大の空洞性結節が出現し、まもなく両側中下葉に多発する粗大結節が出現した。38 ℃台の発熱と咳を認めた。BALFの培養によりKinyoun染色陽性の放線菌を認め、Nocardia pseudobrasiliensisを検出した。ST合剤＋タゾバクタム/ピペラシリンで治療し、いずれの肺結節影も縮小した。
【考察】肺ノカルジア症は免疫抑制状態の患者に日和見感染症として発症することが多いが、症例1のように症状に欠く場合があり、CTでの典型像はなく多彩な陰影所見を示すため注意を要する。Kinyoun染色が必要で、発育は遅く培養期間を延長するなど、検出するには工夫を施す必要がある。
【結語】免疫抑制療法中の患者で肺結節影が出現した際に肺ノカルジア症を鑑別する必要がある。播種性ノカルジア症や脳膿瘍の発症など重篤化に注意し、早期診断、治療に努める必要がある。

一般演題25　症例報告【感染症】② O-143

岩手県初のヒトパレコウィルス3型感染による筋痛症の1例

○渡部希美[1]、渋谷俊介[2]、半田政志[3]、鈴木雄[4]、伊藤靖[5]、勝又宇一郎[5]、森信芳[5]、米田真也[5]、小野瀬剛生[1]、柳谷綾子[2]、高橋雅輝[6]

[1]岩手県立胆沢病院 循環器内科、[2]岩手県立胆沢病院 救急総合診療科、[3]岩手県立胆沢病院 呼吸器外科、[4]岩手県立胆沢病院 外科、[5]岩手県立胆沢病院、[6]岩手県環境保健研究センター 保健科学部

【はじめに】2008年夏季に全身の強度の筋肉痛を主訴とする若年性患者が山形県置賜地方と村山地方の多発し、その原因ウィルスがヒトパレコウィルス3型（Human parechovirus type3;HPeV3）であることが特定された。その後同様の筋痛症の報告は山形県以外からは1例しか報告されていない。今回同様の筋痛症をきたした男性から、HPeV3が検出され、岩手県初の症例であるため報告する。【症例：31歳男性】【主訴】全身の筋肉痛【既往歴・既存症】特記事項なし。【現病歴】X-14日頃に同居する子供が感冒様症状を呈していた。X-3日に上気道炎症状が出現し、X-2日から両側上肢と両側大腿部の筋肉痛を自覚し市販の総合感冒薬を内服した。その後筋肉痛が全身に及び体動困難となり脱力も自覚しX日に当院救急外来を受診した。【身体所見】両側上下肢、胸鎖乳突筋、僧帽筋に把握痛あり、筋力低下（徒手筋力検査で4）を認め、握力は7.5kg/6.5kg（左/右）に低下していた。【検査所見】WBC6550 /μL、NEUT76.3 %、CRP1.31 mg/dL、赤沈9 mmと炎症反応上昇は軽微で、CK979 mg/dlと高値であったが尿潜血は陰性であった。【経過】ウィルス感染に伴う筋痛症に酷似しているため岩手県環境保健研究センターにウィルス検査を依頼した。症状は入院時がピークで徐々に改善した。x +1日のCKは647 mg/dlまで低下し、X+2日には筋把握痛は両側前腕のみとなり握力は19kg/20kg（左/右）まで回復したため退院とした。X+9日には把握痛はなく、CK208 mg/dlと正常化した。【考察】ウィルス感染が原因と思われる筋痛症の場合にはインフルエンザ、パラインフルエンザ、コクサッキー、エコーウィルスに加えHPeV3も鑑別に挙げる必要がある。通常の検査では検出できないため県の衛生研究所に検査を依頼しなければならないが、文献を添付するなど思わず検査をしたくなるような形で依頼することが重要である。【結語】岩手県初のHPeV3による筋痛症を経験した。

一般演題25　症例報告【感染症】② O-144

進行性多臓器障害を呈し、免疫抑制リスクのない高齢者に発症したサイトメガロウイルス（CMV）感染症の1剖検例

○船田将史[1]、名和田雅夫[1]、藤田悠哉[1]、佐藤奈帆子[2]、中山敏幸[2]、齋藤和義[1]

[1]戸畑総合病院 総合内科・膠原病リウマチ科、
[2]産業医科大学医学部 第2病理学講座

【症例】76歳男性【主訴】発熱【病歴】X-3年に水頭症・アルツハイマー型認知症と診断され、ADL低下に伴い特別養護老人ホーム入所となった。X年7月25日より37℃台の発熱が出現。7月30日に当院受診し、軽度炎症反応上昇、CTで右下葉すりガラス影があり、気管支肺炎と診断、施設にてセフトリアキソンの点滴加療が開始された。だが38℃台の発熱が持続し、経口摂取不能で8月3日当院再診、WBC 12700/μL、CRP 13.6mg/dLと炎症反応上昇があり精査加療目的に同日当院入院となった。CTでは両側下肺野優位のすりガラス影進展と尿混濁があり、間質影を主体とした急性肺炎、尿路感染症合併と判断し、ピペラシリン・タゾバクタム、アジスロマイシン併用による抗菌薬治療に加え、ステロイド投与を開始したが、発熱は持続、低酸素血症が進行した。5日には血便が出現、虚血性腸炎を考え保存的加療を行った。その後喀痰よりMRSAが検出され7日よりバンコマイシンを追加するも呼吸不全は急速に進行し10日に死亡した。【剖検結果】びまん性肺障害、誤嚥性肺炎に加え食道びらん、直腸潰瘍があり、これらの臓器には免疫染色でCMV感染細胞が同定された。肝臓では血球貪食細胞がありCMV感染症を契機とした血球貪食症候群に類する病態が疑われた。【考察】CMV感染症は造血幹細胞・臓器移植、HIV感染症、化学療法・免疫抑制療法などの高度細胞性免疫不全を背景としたウイルス再活性化により発症し臓器障害を来す疾患である。本症例ではこれらのリスク因子がないにも関わらず、進行性の多臓器障害を呈するCMV感染症を発症したことから、発症リスクとして加齢による細胞性免疫機能低下が影響する可能性が示唆される。検索しうる範囲ではこれまでに報告例は無い。高齢者において、不明熱、間質性肺炎を含む多臓器障害を有する症例において、CMV感染症を鑑別に挙げる可能性が示唆された。

一般演題25　症例報告【感染症】② **O-145**

歯科治療後の Fusobacterium 菌血症に反応性関節炎と思われる左膝関節腫脹を合併した1例

○安藤崇之、藤島清太郎

慶應義塾大学医学部 総合診療教育センター

【症例】47歳女性【主訴】発熱、左膝関節痛【既往歴・既存症】12年前に不明熱で入院歴あり【現病歴】来院9日前に左奥歯の歯根部に対して治療を受け、同日夜から38度の発熱を認めた。来院7日前に両側下腿の浮腫、左膝関節痛が出現。来院3日前に歯科で処方されていた抗菌薬を内服した後に救急外来受診し、採血、血液培養提出され、AMPC/CVA を処方された。左膝関節痛が続くため当科初診となった。【身体所見】体温36.5度、血圧94/55mmHg、脈拍67回、結膜や口腔内に点状出血なし、心音純、肺野清、左膝関節の膝蓋跳動あるが発赤、腫脹や熱感は認めない、四肢の Peripheral sign なし、皮疹なし【検査結果】WBC 8100/μL, CRP 8.35mg/dl, PCT 0.08ng/ml 頸部～骨盤造影 CT：左膝関節液貯留あり、静脈血栓や膿瘍形成は認めない。【経過】当科初診時には左膝関節腫脹を認めたが化膿性関節炎を疑う所見は乏しく、AMPC/CVA 処方継続とした。ER で採取された血液培養1/2セットから6日目に Fusobacterium nucleatum を検出した。整形外科コンサルトしたが関節穿刺は行わず現行治療継続の方針となった。全身の造影 CT でも明らかな膿瘍形成や感染巣は認めず、計2週間の抗菌薬治療とした。経過中に関節腫脹は完全に消失し、抗菌薬終了後も発熱や関節腫脹の再燃は認めなかった。【考察】Fusobacterium nucleatum は口腔内に常在する嫌気性グラム陰性桿菌であり、本症例は歯科治療後に同菌菌血症となり、左膝関節腫脹を合併した。Fusobacterium による化膿性関節炎の報告は稀であり、本症例は身体所見からは可能性が低いと考えられる。菌血症に伴い反応性関節炎のような病態を呈することが、黄色ブドウ球菌感染症などで報告されており、本症例も同様の病態が想定された。

一般演題25　症例報告【感染症】② **O-146**

繰り返し施行した排液検鏡にて診断し手術含めた集学的治療を行った DIC 併発赤痢アメーバ肝膿瘍の一例

○大渕康弘、佐野あずさ、河村優輔、小山正剛、
藤井 博子、田中祐司

防衛医科大学校病院 総合臨床部

【症例】53歳、男性　【主訴】発熱　【現病歴】12日前より発熱あり。近医受診し感冒薬処方受けるも改善せず6日前にA病院を受診し CT にて肝膿瘍認められ緊急入院となった。肝膿瘍に対してドレナージチューブ留置、イレウスに対してイレウス管留置されるも症状改善せず膿瘍増悪認められたため当院当部紹介、緊急入院となった。【生活歴】海外渡航歴なし。同性愛歴なし。【入院時現症】身長163.3㎝、体重44.8kg、体温38.6 ℃、脈拍111回 / 分・整、血圧133/97㎜ Hg、意識清明、結膜に貧血黄疸なし。心音、呼吸音に異常なし。右季肋部圧痛あるも Murphy 徴候なし。下腿に浮腫を認めない。点状出血なし。経鼻的にイレウス管、右上腹部にピッグテールドレーンが留置されていた。ドレーンより赤褐色の排液を吸引した。【検査結果】WBC 176 × 102/μL、Hb 15.0 g/dL、PLT 5.8 × 104μL、CRP32.0 mg/dL、Alb 1.3 g/dL、BUN 61 mg/dL、Cre 1.00mg/dL、ALT 182U/L、PT-INR 2.00、Fibrinogen 774 mg/dL、FDP20 μg/mL【入院後経過】CT 画像にて肝右葉に経87cm と経67cm の膿瘍に加えて右前胸部に膿瘍が認められ、それぞれに対して新たに CT ガイド下にてドレーンを留置した。繰り返し膿瘍排液の検鏡行うも明らかな異常を認めず、第4病日の3回目の検鏡にてアメーバ原虫栄養型を確認し赤痢アメーバ肝膿瘍と診断した。膿瘍のドレナージ効果乏しく、MNZ2000mg/ 日投与するも炎症反応遷延したため、第15病日に肝部分切除を施行した。術後炎症反応増悪あるも徐々に改善し、第121病日に退院となった。【考察】繰り返し膿瘍排液を検鏡したことにより赤痢アメーバと診断し、手術を含めた集学的治療を行ったが、診断に至るまで発症後16日（転院後4日）が経過しており長期の入院を要した。【結語】繰り返し施行した膿瘍排液の検鏡により診断し、手術を含めた集学的治療を行った DIC を伴った赤痢アメーバ肝膿瘍の一例を経験した。文献的考察を踏まえて報告する。

一般演題26　臨床研究・症例報告・救急医療 **O-147**

薬剤性過敏症症候群が疑われた症例の検討

○髙橋和弘[1]、大串汀[2]、隅田幸佑[3]、柴田倫子[1]、具嶋敏文[1]

[1]国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 肝胆膵内科、
[2]国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 総合診療科、
[3]国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 感染症内科

【目的】 薬剤性過敏症症候群（DIHS）は高熱と臓器障害を伴う薬疹で、多くの場合、発症後2～3週間後に HHV-6の再活性化を生じる症候群である。原因薬剤中止後も2週間以上遷延し、しばしば38℃以上の発熱や肝機能障害、白血球増多、異型リンパ球の出現、好酸球増多、リンパ節腫脹を伴うことが知られている。今回我々は、DIHS が疑われた症例の臨床像を検討したので報告する。【方法】2007年1月から2019年4月まで当科を受診した肝機能異常症例のうち、DIHS が疑われた9例を対象とした。【結果】 男性6例、女性3例、年齢の中央値は45（33-70）歳であった。推定原因薬剤は、カルマバゼピン6例、ラモトリギン1例、メキシレチン1例、精神科処方薬1例であった。カルマバゼピン投与症例の基礎疾患は三叉神経痛3例、症候性てんかん1例、片頭痛1例、上肢振戦1例であった。ラモトリギンの1例はてんかん症例で、挙児希望のためバルプロ酸より変更された症例であった。メキシレチンの症例は心室性不整脈であった。薬剤投与開始から発症までの期間は30（19-41）日であった。 全例に発熱と紅斑を認め、5例でリンパ節の腫脹を認めた。白血球数の中央値は7200（2300-26100）/μL で、白血球増多（11000/μL 以上）は4例、異型リンパ球の出現（5%以上）は4例であった。全例に肝機能異常を認め、中央値は AST 65（19-655）U/L、ALT 125（65-697）U/L、LDH 342（253-937）U/L、ALP 395（304-1538）U/L、γ GTP 356（127-818）U/L であった。黄疸や肝予備能の低下を認めた症例はなかった。HHV 6の再活性化が確認できた症例は1例のみであった。全例、ステロイド投与で軽快した。【考察】 発熱、皮疹、肝障害の症例では、DIHS を鑑別するため、抗けいれん薬、抗不整脈薬等の投与歴を詳細に聴取する必要があると考えられる。HHV-6再活性化が確認された症例が少なく、検査の時期や方法に関してさらに検討する必要があると考えられた。

一般演題26　臨床研究・症例報告・救急医療 **O-148**

当院における気管切開術施行症例の予後についての検討

○小田原一哉

一般財団法人 永頼会 松山市民病院　救急科

気管切開術は、日本救急医学会の医学用語解説集によると、『外科的気道確保の一方法で、前頸部で気管軟骨（通常、第2-4気管軟骨）を切開し、チューブもしくはカニューレを挿入して気道を確保する手術である。適応は、①上気道狭窄や閉塞（外傷，炎症，腫瘍，異物など）、②遷延性意識障害患者の気道確保と誤嚥の予防、③長期間の人工呼吸管理、④肺炎や無気肺により頻回な気道の吸引や洗浄が必要な場合、⑤頭頸部悪性腫瘍などの手術時などがあげられる』と記載されている。
気管切開術を早期に行う利点としては、①人工呼吸器からの離脱が早い、② ICU 在室日数が短い、③早く鎮静剤を中止でき、結果として早く覚醒し、リハビリの介入が可能になることなどが挙げられる。
松山市民病院（以下、当院）において、2014年5月に電子カルテが導入されて以降、気管切開術施行例を検索したところ、2019年5月までに79症例に気管切開術が施行されていた。2016年7月からは当院に救急科が新設され、気管切開術の適応症例に多く関わるようになった。主たる疾患は多岐にわたり、気管切開術を施行する診療科は各々の診療科で施行されていることが多かった。また、手術が施行される時期についても診療科により差異が認められていた。
今回、気管切開術を施行された症例の予後、転帰についてさらに比較検討したところ、やはり診療科によって差異が認められた。
気管切開術の今後の展望についても触れながら、若干の考察を加え、報告する。

一般演題26　臨床研究・症例報告・救急医療　**O-149**

IgG4連疾患による鼻腔内腫瘤の治療中に同部位に発生した扁平上皮癌の一例

○千崎聡士[1]、佐和明裕[1]、垣脇文香[2]、西村信城[1]、米今諒[2]、川島浩正[2]、田井義彬[2]、對馬恵美子[2]、吉本清巳[1]、西尾健治[1]

[1]奈良県立医科大学 総合医療学講座、
[2]奈良県立医科大学附属病院 総合診療科

【症例】81歳、男性【主訴】IgG4高値【現病歴】69歳時、自己免疫性膵炎に対してステロイド内服歴あり。60歳時2型糖尿病を発症、内服加療と自己中断を繰り返していた。81歳時 HbA1c：9.8%と高値であり当院糖尿病センターを受診、偶然 IgG4:1160mg/dL を指摘、当科に紹介となった。造影 CT で左鼻腔内腫瘤を認め生検により IgG4 関連疾患（IgG4RD）と診断した。プレドニゾロン（PSL）40mg で加療を開始し、IgG4の低下と左鼻腔腫瘤の縮小を認め、投薬6か月目には PSL10mg の内服で IgG4：116 mg/dL と低下し , 腫瘤はほぼ消失していた。その2か月後のフォロー CT では左鼻腔腫瘤の増大を認め再度耳鼻科受診し、ファイバースコープで観察するも悪性所見を認めず、IgG4RD の増悪として PSL を 30mg に増量した。その1か月後の CT ではさらに増大傾向であり、炎症反応の軽度上昇と腫瘍マーカー（SCC 33.3ng/mL）の上昇を認めたため左鼻腔腫瘤の生検を施行、扁平上皮癌と診断した。【考察】IgG4RD はリンパ増殖性疾患であり、全身性に病変をきたす疾患である。ステロイドによる治療反応は良好であるが悪性リンパ腫や固形癌を含む悪性疾患の合併もあるため治療開始前に悪性疾患の除外が求められる。本症例では当初は生検でも悪性所見は認めず PSL 減量中に同部位の腫瘤増大を認めたことから IgG4RD の増悪と考えステロイドを増量した。しかし、腫瘤は増大傾向であり炎症反応の軽度上昇や SCC の上昇も認め、生検により扁平上皮癌と診断した。PSL 減量中に炎症反応や腫瘤の増大を認めた際には、IgG4RD の増悪と考えることが多い。しかし、本症例のように原発部位の腫瘤の増大を認めた場合でも悪性腫瘍である可能性があり、再度生検を考慮する必要があると考えられた。

一般演題26　臨床研究・症例報告・救急医療　**O-150**

石綿曝露者で胸水を認めた例の検討

○田村猛夏[1,2]、小山友里[1]、西前久憲[1]、古山達大[1]、田中小百合[1]、芳野詠子[1]、板東千昌[1]、久下隆[1]、玉置伸二[1]、徳山猛[3]、畠山雅行[4]、室繁郎[5]

[1]国立病院機構 奈良医療センター 呼吸器内科、
[2]高の原中央病院 内科、[3]済生会中和病院 内科、
[4]東京都結核予防会 内科、[5]奈良県立医科大学 呼吸器内科

【目的】石綿曝露者で胸水を認めた例について検討する。【方法】平成17年7月より、石綿従業員やその家族および周辺住民などを対象とした検診を実施している。初回検診に引き続き、石綿工場元従業員などでは健康管理手帳による検診を、周辺住民や従業員家族などでは企業による検診あるいは奈良県の試行調査が行われている。検診時に胸水を認めた例や、症状があり当院を受診され、胸水を認めた例などが21例あり、この21例について検討を行った。【結果】21例のうち2例が女性で、石綿工場元従業員14例、運送会社元従業員（石綿を運搬）2例、元建設作業員1例、周辺住民4例であった。現時点で診断されたのは19例で、悪性胸膜中皮腫が5例で、うち2例は周辺住民であった。良性石綿胸水が11例、心不全2例、結核性胸膜炎が1例で、残りの2例は経過観察中である。悪性胸膜中皮腫の5例は死亡。良性石綿胸水の11例のうち8例はびまん性胸膜肥厚に移行し、2例は呼吸不全で死亡。また、残りの良性石綿胸水3例のうち2例は、肺炎で死亡。心不全の1例も死亡した。【考察】石綿暴露に関係した胸水は、悪性胸膜中皮腫と良性石綿胸水の16例。良性石綿胸水11例中8例はびまん性胸膜肥厚に移行し、2例が呼吸不全で死亡。周辺住民は、悪性胸膜中皮腫2例、良性石綿胸水2例であった。【結論】石綿曝露者で胸水を認めた21例を検討した。5例は悪性胸膜中皮腫で死亡。良性石綿胸水からびまん性胸膜肥厚に移行した8例中、呼吸不全で2例が死亡した。引き続き、慎重な経過観察が必要と考える。

一般演題26　臨床研究・症例報告・救急医療　**O-151**

胃癌術後のフォロー造影 CT 検査にて Kounis 症候群を発症した一例

○西川佳友、米田圭佑

トヨタ記念病院 救急科

【症例：68歳、男性】【主訴】造影 CT 検査後より気分不良【既往歴・既存症】2003年に他院にて CABG 歴および複数回にわたり LITA-LAD の再狭窄に対し PTCA 施行、2013年に胃癌手術【現病歴】2014年1月某日、外科外来にて胃癌術後の1年後フォローアップ目的に造影 CT 検査を予定された。検査直前まで無症状であったが、造影 CT 検査終了間際より気分不良を訴え、造影剤投与によるアナフィラキシーショックが疑われ救急科対応となった。【身体所見】意識は清明であったが顔色不良および橈骨動脈触知は微弱であった。測定できた収縮期血圧は70、脈拍は40台、SpO2は15L 酸素投与下で98%であった。皮膚は発赤を認めず蒼白であった。【検査結果】心電図モニターⅡ誘導波形で ST 上昇を認めたため心電図を施行したところ、ⅡⅢ aVF 誘導にて ST 上昇を認めた。【経過】STEMI として循環器科に対応を依頼。輸液負荷等で血圧が90を保持してきた段階で蕁麻疹が出現し始め、アナフィラキシーショックに惹起された冠動脈血流低下による急性冠症候群の病態と判断し、後に Kounis 症候群と判明した。アドレナリンは心筋負荷の観点から控え、ステロイドや抗ヒスタミン剤投与を中心とし他造影剤を注意深く少量使用し冠動脈造影を施行し、LADのステント内狭窄を認めPCI加療を行った。【考察】アナフィラキシーショックに急性冠症候群が併発する Kounis 症候群は稀ではあるがこれまでにも報告が散見される。救急対応としてはアドレナリン投与や冠動脈造影検査の懸念があるが、未だ結論はついておらず、症例に応じて慎重に行う必要がある。【結語】Kounis 症候群を経験した。稀な疾患であるが、救急対応を担う医師には共有すべきと考え文献的考察を含め発表する。

一般演題26　臨床研究・症例報告・救急医療　**O-152**

当院における敗血症に対するステロイドの使用状況

○西之園翼、横山俊樹、中島義仁、市原利彦

公立陶生病院 救急部

【背景】敗血症は WHO により世界の優先課題のひとつとして位置づけられ、世界では年間約2.700万人の敗血症が発生し、うち約800万人が死亡しているとされる。様々な感染症を背景として敗血症が発症するが、死亡率は30-45% とされる。近年、敗血症に対してステロイドの有用性を評価した二つの大規模比較試験が発表されたが、結果は一定したものではなかった。今回当院において敗血症として ICU に入室した症例についてステロイド使用有無による患者背景、転帰について臨床的検討を行ったため報告する。
【方法】単施設観察研究。2017年4月～ 2018年9月の間に当院 ICU にて敗血症性として診療されていた患者82名のうち、他疾患に対してステロイド治療が行われていた症例を除いた76例を対象とした。ステロイド治療が行われていた症例と行われていなかった症例にわけ、臨床的検討を行った。【結果】76症例中、ステロイド使用群は25例、不使用群は51例だった。患者背景ではステロイド不使用群のほうが高齢（使用群70.7 ± 2.5歳対不使用群80.4 ± 1.3歳、p=0.001）であったが、APACHE2スコア、SOFA は有意差なしだった。また、ステロイド使用群で ADL 自立が多く、DNAR が少ない傾向も認められた。敗血症の原因感染部位としては消化器27例、泌尿器18例、呼吸器19例、そのほか12例の順であった。ステロイド使用群ではカテコラミン使用症例が多く、ノルアドレナリン投与量も多かった（使用群0.40 ± 0.06、対不使用群0.16 ± 0.04 γ、p=0.027）。90日死亡率は両群で同等だったが、ICU 在室日数はステロイド使用群で長かった（使用群6.4 ± 1.0日対不使用群3.6 ± 0.5日、p=0.007）。【考察・結語】当院において敗血症に対してのステロイド治療はより若年、ADL 良好であり、なおかつカテコラミン使用量が多い重症例に対して使用されていた。文献的考察を含めて報告する。

一般病院における Healthcare associated sepsis と Community acquired sepsis の比較検討

○島田恵[1]、西山雷祐[1]、大沼雄輝[1]、後藤英里子[1]、
小澤秀樹[2]

[1]東海大学医学部付属大磯病院 総合内科、
[2]東海大学医学部付属病院 総合内科

背景、目的：敗血症は早急な診断と適切な抗生剤治療の開始が行われなければ重篤な合併症を生じて予後不良となる疾患である。本研究では、医療関連感染が原因による Healthcare associated sepsis（HAS）と Community acquired sepsis（CAS）症例の臨床経過を解析し、その診療実態と課題を明らかにする事を目的とした。方法：症例は2014年12月から2019年2月までの期間に当院で敗血症と診断、血液培養で起因菌が明らかとなった入院患者105例（平均年齢81.4±10.1歳、男45、女60 例）である。入院カルテ及びサマリー記録から後ろ向き調査を行い、HAS 群（n=18）、CAS 群（n=87）の2群に分け、入院診療における敗血症の現状を調査、解析した。結果：両群ともに80歳以上の高齢患者が半数以上を占めたが、HAS 群では男性が多く（13例、72%）、一方 CAS 群では診療科は総合内科が担当する症例が多かった（47例、54%）。敗血症の原因感染症は HAS 群ではカテーテル（CRBSI）、透析シャント関連、点滴刺入部からの血流感染が多くを占めたが（11例、61%）、CAS 群は尿路感染症が多かった（51例、59%）。起因菌は HAS 群ではブドウ球菌（10例、56%）、真菌感染（4例、22%）が多く、一方 CAS 群では大腸菌（41例、47%）、クレブシエラ（13例、15%）、連鎖球菌（11例、13%）の割合が多かった。入院期間は HAS 群で有意に長く（57日）、入院中に死亡する症例も多かった（7例、39%）。なお、敗血症発症後の合併症は両群ともに肺炎、腎不全を来す症例が多かった。結論：HAS 群は CAS 群と比較して予後不良であり、特に CRBSI を疑うような場合はブドウ球菌感染により重症化する症例が多く、早急に診断の上治療を開始する必要があると結論した。

一般演題

［ポスター］

ポスターセッション1 P-001

1週間後に再撮影した胸部 CT 検査により診断に至った粟粒結核の1例

○藤井博子、佐野あずさ、小山正剛、大渕康弘、田中祐司

防衛医科大学校病院 総合臨床部

【症例：67歳、女性】
【主訴】発熱
【既往歴・既存症】35歳　Vogt- 小柳 - 原田病指摘
【現病歴】受診半年前に原田病が再燃し、近医でステロイド開始も著効せず、当院眼科で3か月前～ CsA、2カ月前～ TNF α阻害薬が追加された。1カ月前～食思不振出現、10日前～微熱、7日前～体温39℃台となった。1カ月前～複数の医療機関を受診し、呼吸器科で1週間前に胸部 CT、前日に胸部 X 線検査を受けたが原因が判然としない為、紹介になった。
【身体所見】意識清明、体温39.2℃、血圧 120/68、脈拍 90/ 分・整、呼吸数 18回 / 分、SpO2 97%（室内気）。貧血・黄疸なく、心音に異常なし。腹部は平坦・軟、両下腿浮腫なし。
【検査所見】白血球 5400（好中球 87%、好酸球 1%）、Hb 12.2、血小板 29.3万、ALP 258、LD 392、Na 132、K 3.6、Cl 96、CRP 13.3、ESR 59/h、尿異常なし、心電図異常なし、造影 CT 検査：両側肺野に瀰漫性小粒状影、肝・脾に低吸収結節あり。
【経過】CT 画像では、1週間前に比べて肺野の粒状影が増加し、両側瀰漫性に認めた事から粟粒結核が疑わしくなった。後日判明した T-SPOT が陽性で、呼吸器内科で実施の気管洗浄液培養で M.tuberculosis が陽性である事から粟粒結核と診断した。
【考察と結語】粟粒結核の画像は、結核菌の血行散布から3～6週間後に X 線で明らかになり、高分解能 CT でより早く微小病変を確認できるとの報告がある。本例では、当院受診前の CT、X 線で判然とせず迷わされたが、再度 CT 検査を行い診断し得た。生物学的製剤使用中などの易感染者は罹患しやすい疾患であり、画像検査での顕在化に時間を要することを念頭におきつつ診断にあたることが重要な疾患であると認識させられた。疑わしい場合には繰り返しの検査を考慮することが望まれると考え報告する。

ポスターセッション1 P-002

プライマリケア医、病院総合診療医、自治体の連携により家庭内暴力の早期発見・介入につながった一例

○大塚貴[1]、西條正二[2]、山田達也[1]、今村恵[1]、國本尚彦[1]、コンスタンティンシャディア[1]、中川麗[1]、若井俊明[3]、二川原桂[4]、稲垣光裕[5]、平間敏憲[5]、國本正雄[5]

[1]札幌徳洲会病院 プライマリセンター、[2]札幌徳洲会病院、[3]ミシガン大学 家庭医療科、[4]おおあさクリニック 家庭医療科、[5]くにもと病院 外科

【症例】39歳女性　【主訴】顔面打撲　【既往歴・既存症】妊娠20週、子宮頸部高度異形成　【現病歴】来院前日に自宅にて転倒し右眼窩周囲を打撲したとのことでクリニックを受診した。【身体所見】右眼窩周囲に皮下出血を認める。【経過】頭蓋底骨折が否定できない状況であるほか、何より本人より家庭内暴力（IVP）をほのめかす発言が聞かれた。しかし、クリニックで自宅に帰ることを前提とした診療下には、はっきりと受傷の経緯について聴取することができなかった。よって、本人が安全と感じられるような環境をつくるべく、教育連携施設である札幌徳洲会病院に入院できる環境を用意した。入院後後、助産師により受傷機転を詳しく聞いたところ、夫に殴られたとのことであった。入院後、市役所福祉課に通報の上、定期訪問を依頼し帰宅の調整を行い、その後、他院産科で無事出産となった。【考察】プライマリケア医、病院総合診療医、自治体の連携により IPV の早期発見・介入につながったと思われる。【結語】米国産婦人科学会の推奨ではすべての産婦人科受診者にルーチンで IPV に関して質問すべきとされており、米国予防医療専門委員会の推奨では14～46歳の生産年齢の女性には IPV に関して質問すべきとなっているが、本邦では IPV に関してのガイドラインはない。総合診療医が積極的に早期発見・介入に取り組み自治体との連携を図ることが重要であると思われた。

ポスターセッション1 P-003

タバコ誤食により遷延性の低血圧を呈した認知症高齢者

〇石川詩織[1]、髙山研一[1]、高橋雄介[1]、鈴木義夫[2]、長谷川修[3]

[1]横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院 内科、[2]横浜勤労者福祉協会 汐田総合病院 総合内科、[3]横浜市立大学附属市民総合医療センター

【症例：75歳、男性】
【主訴】タバコ誤食。
【既往歴】認知症、大動脈弁狭窄症、便秘症、高血圧症
【現病歴】認知症のため意思疎通が困難。ADL は伝い歩きで、訪問診療を受けていた要介護5の男性。妻のタバコを誤食したため救急搬送された。
【身体所見】JCS I-3、血圧　87/53 mmHg、脈拍 80 回 / 分、体温 36.6℃、SpO2 95%（室内気）。
【検査結果】白血球　9878 /μL、CRP 0.37 mg/dL と炎症を示唆する軽度の上昇がみられたが、他に異常値はなかった。
【経過】家人の話では、誤食したタバコは2、3本（吸い殻ではなく未喫煙のもの）とのことであったが、救急車内でタバコ5本の嘔吐があった。救急外来で胃洗浄は行われなかった。低血圧のため、外来でドパミン塩酸塩の持続点滴が開始された。その後も収縮期血圧は 70 mmHg 台であり、ドパミン塩酸塩とドブタミン塩酸塩それぞれ 10 γ / 分の持続点滴を要し、ミドドリン塩酸塩 8 mg/ 日を併用した。意識障害はなく、ベッドアップに伴う血圧の低下や、頻脈傾向もみられなかった。自宅退院を目指していたため持続点滴を漸減したが、収縮期血圧は低下せず、中止できた。ミドドリン塩酸塩も中止し、ペースト食摂取可能となり第80病日に血圧 85/58 mmHg で自宅退院した。
【考察】ニコチンによる自律神経あるいは中枢神経症状は広く知られているが、遷延するという報告はみられない。本例では、遷延性の低血圧を呈したが、本人の自覚症状はなく、昇圧剤への反応も乏しかった。タバコの成分が排泄されず消化吸収されたため、自律神経のニコチン受容体に結合したままとなった、あるいは受容体作用が阻害されたため、遷延性の低血圧を呈したと考えられた。
【結語】ニコチン中毒作用の一型として、遷延性の低血圧を呈した高齢者を経験した。ニコチンの長期的な中毒作用についてはあまり知られていない。今後もさらなる検討が必要と思われる。

ポスターセッション1 P-004

家族の抱える不安に寄り添った退院支援

○倉田員枝[1]、長谷川修[2]

[1]同心会 遠山病院、[2]横浜市立大学

【はじめに】患者・家族の希望とする療養場所へ繋げるためには、不安の軽減が必要である。臨床心理士が家族の抱えている不安に寄り添い、多職種と連携しながら支援した症例を報告する。
【症例：69歳、男性、経過10年の多系統萎縮症】往診医、訪問看護師が介入し在宅療養中。要介護4で寝たきり。妻と2人暮らし。当院では月1回レスパイト入院を利用中。
【経過】レスパイト入院前の面談で妻から介護疲れの訴えあり。妻の精神的支援のため臨床心理士介入。入院中、肺炎と声帯の外転障害により呼吸状態悪化。入院期間延長となる。患者は当初延命を希望していなかったが、在宅療養を見据えて気管切開を希望した。中心静脈栄養開始。現在は気管切開し人工呼吸器離脱を試みている。
【臨床心理士と妻との面談経過】「疲れてきた。介護を頑張ろうとする一方で、夫の首を絞めたくなる。娘には心配をかけたくないので話せない。誰も辛さをわかってくれない。死んでしまいたい」との想いが語られた。妻は療養型病院への転院を希望する一方で、自宅で生活したいと願う夫の希望に添いたい気持ちも持っており、葛藤が生じていた。家族を交えた多職種カンファレンスを繰り返し実施。心理士との面談が重ねられた後、妻から「今まで誰にも話せなかったが、娘に辛さを打ち明けることができた。気持ちが楽になった」との言葉が聞かれ、これまで通り在宅での介護を決断された。
【考察】妻はこれまで介護の苦労を誰にも相談することができず1人で抱え込んでいた。心理士に辛さを吐露できたこと、周囲にその辛さが理解されたことが、妻の心理的負担感の軽減に繋がり、再び介護への意欲を蘇らせたと思われる。不安は福祉サービスの利用だけでは軽減されず、個々が抱えている苦悩や葛藤、家族関係にも目を向けた心理面の支援が必要と考える。
【結語】希望とする退院先に繋げるには、しばしば不安軽減のために心理面の支援が必要である。

ポスターセッション1 P-005

薬物乱用頭痛に対して呉茱萸湯が有効であった一例

○太田貴寛、朝日公一、田村肇、宮澤真理恵、利光美保、李蓓来、石井孝政、齋藤登

獨協医科大学埼玉医療センター 総合診療科

【症例：79歳男性】【主訴】難治性の頭痛 【既往歴・併存症】高血圧、糖尿病、腰椎ヘルニア【現病歴】受診日 -3 ヶ月に頭痛が出現し、-2 ヶ月前頃から増悪してきた。起床時から寝る直前までずっと同程度の症状が持続している。頭頂部から顔面まで締め付けられるような痛みである。頭部 CT および頭部 MRI を施行されたが異常はなかった。市販鎮痛薬（ロキソプロフェン）は無効ながら頻回に内服。近医内科よりアセトアミノフェンおよびカフェイン水和物・ジアゼパムの合剤の処方をされた。当初は効果があったが、その後は効果がないが内服を続けていた。眼の充血があり近医眼科を受診するも異常なしと診断された。近医脳外科で難治性の一次性頭痛もしくは身体症状症を疑われ当院当科に紹介された。【現症】血圧 139/79mmHg、脈拍91回、体温37.2℃、呼吸数12回、神経学的な特記所見なし。頭痛は自発痛で締め付けられるようなもの。異常知覚や知覚鈍麻、三叉神経痛領域の痛みや側頭動脈の圧痛はない。眼球結膜の充血、舌は舌苔が黄～黒で厚い【検査結果】特記所見なく炎症反応は陰性。頭部 CT・MRI で特記所見なし【経過】一次性頭痛で、眼球結膜の充血、黄色の舌苔があり頭痛と高血圧があったため黄連解毒湯を処方した。1週間後の再診で頭痛は改善しなかった。その際の腹診で上腹部に顕著な『冷え』を認めた。数か月前より上腹部症状で近医を受診したこともわかった。呉茱萸湯に変更して1週間後、頭痛はかなり和らいできた。もう2週間継続したところ頭痛および上腹部症状は改善し上腹部の『冷え』も改善傾向であった。【考察】呉茱萸湯は傷寒論の出典で胃の虚寒がある際の頭痛に効果的である。薬物乱用頭痛では NSAIDs による上部消化管による消化器症状、腹部の冷えを生じる可能性があり呉茱萸湯は有効であると思われる。【結語】腹部の冷え、上腹部症状を伴う薬物乱用頭痛に呉茱萸湯が有効であった一例を報告する。

ポスターセッション1 P-006

膵島十二指腸切除術19年後に診断された IgG4 関連疾患

○青木昭子[1]、山口佳子[2]、宮島豪[5]、岩澤敬[3]、脇屋緑[4]、高田香織[2]

[1]東京医科大学八王子医療センター リウマチ性疾患治療センター / 総合診療科、
[2]東京医科大学八王子医療センター 総合診療科、
[3]東京医科大学八王子医療センター 耳鼻咽喉科、
[4]東京医科大学八王子医療センター 病理診断科、
[5]東京医科大学病院 総合診療科

【症例：72歳、男性】【主訴】顎下腺腫脹 【現病歴】2000年（53歳）：黄疸出現。膵頭部腫瘍を指摘され、幽門側温存膵島十二指腸切除術を受けた。術前検査で糖尿病を指摘されていたが、術後悪化し当院でインスリン治療開始した。5回の教育入院歴あり。57歳：前立腺肥大の内服薬を開始。63歳：胸部 X-P で気管圧排像を指摘され、当院耳鼻咽喉科受診。頚部エコーで甲状腺右葉に2㎝大の結節を指摘された。以後、定期的な頚部エコーで結節の増大はなかった。2016年12月（69歳）：夜間頻尿が悪化し、経尿道的前立腺レーザー核出術を受けた。2017年4月から時々血便あり。2018年2月直腸ポリープ内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した（高分化腺癌）。11月両側顎下に腫瘤を自覚し、総合診療科を受診。IgG4 高値を指摘。顎下線生検で IgG4 /IgG 陽性細胞40%。体幹 CT で膵体部の肥厚、右腎結節、門脈から上腸間膜動脈周囲の腫瘤様陰影あり、IgG4-RD と診断、プレドニゾロン（PSL）開始のため入院となった。【身体所見】166.5cm、48.5kg。上腹部に手術跡。顔面に小結節散布。両側顎下腺触知 【検査結果】AST、ALT、ALP、GTP 上昇なし。IgG/A/M 4050/124/48mg/dL、IgG4 1950mg/dL、HbA1c 8.6% 【経過】膵臓標本の免疫染色は IgG4 /IgG 陽性細胞100%、前立腺標本の免疫染色は IgG4 /IgG 陽性細胞≧80%で、どちらも IgG4 関連疾患の臓器病変と考えた。PSL25mg/ 日を開始。1週間後、顎下線の縮小あり。血糖値が悪化しないことを確認し2週間で退院した。PSL 開始7週後の IgG4は487mg/dL に低下していた。今後 PSL 漸減の予定である。【考察】自己免疫性膵炎には自然寛解例があることが報告されており、本例でも術後10年以上膵臓病変の進行はなかった。しかし前立腺肥大、甲状腺結節の出現あり、顎下腺腫大と同時に自己免疫性膵炎の再燃、腎病変、後腹膜線維症の合併が考えられた。【結語】限局性膵腫大で発症した IgG4-RD の19年間の経過を報告した。

ポスターセッション1 P-007

診断に時間を要した膀胱結核の1例

○髙原政利[1]、赤坂俊幸[3]、菊池喜博[2]、菅野智彦[1]

[1]国立病院機構 盛岡医療センター 内科、
[2]国立病院機構 盛岡医療センター 内科・呼吸器内科、
[3]赤坂病院 泌尿器科

【症例】63歳、女性
【既往歴】関節リウマチ
【現病歴】X-3年4月頃より排尿時痛、頻尿など膀胱炎症状を繰り返すようになった。難治性のため10月に膀胱鏡検査を施行したが特異的な所見は認めなかった。その後も抗菌薬を変更して対応したが一進一退を繰り返すため、X-1年8月に再度膀胱鏡検査を施行した。今回は粘膜全体に粟粒様の充血班を認めた。同部位から生検を施行したところ炎症性肉芽形成を認めたが、検査後一時的に膀胱炎症状が改善したため経過観察となった。しかし12月に再び膀胱炎症状が出現し尿中抗酸菌培養検査を提出したところ鏡検では陰性であったが、PCR、培養ともに結核菌陽性であった。X 年1月に当院紹介となった。
【身体所見】身長159㎝、体重45Kg、体温36.3℃、心音・肺音異常なし、腰背部の叩打痛なし
【受診時血液検査】WBC 2900/μl（Neu 59.8%、Lym 34.0%）、RBC 407×10 4 /μl、Plt 15.6×10 4 /μl、BUN 17mg/dl、Cr 0.6mg/dl、CRP 0.02mg/dl、QFT 陽性
【受診時結核菌検査】喀痰：鏡検、培養ともに陰性、尿：鏡検陰性、培養陽性
【経過】X 年2月から標準化学療法として4剤による抗結核薬内服を開始した。治療開始後1か月後には膀胱炎症状は消失し、尿中結核菌培養検査でも鏡検、培養とも陰性であった。経過中に薬剤による副作用が出現し、最終的に8か月で治療終了とした。
【考察】膀胱結核の発症頻度は全結核登録患者の0.4%と稀である。多くが腎結核の一部が尿路に破れて下行性に膀胱に拡がったものである。難治性膀胱炎の際には膀胱結核も念頭に検査を行うべきと考える。
【結語】今回我々は症状発現から3年経過後に診断に至った膀胱結核を経験した。

ポスターセッション1 P-008

検査・治療が差し控えられ、死後に結核と診断された一例

○坂口舞、高瀬啓至、志水太郎

獨協医科大学病院 総合診療科

【症例：77歳 男性】
【主訴】発熱
【既往歴】アルコール性肝硬変（Child-pugh B）、慢性閉塞性肺疾患
【生活歴】8年前に妻が他界、その後は独居。喫煙：15 pack-year、7年前より禁煙。飲酒：日本酒3合 / 日。
【現病歴】受診約9週前に腹痛が出現。近医に腹水を指摘され、肝硬変増悪の診断で利尿薬が開始された。約7週前より全身倦怠感、食欲低下、約5週前より発熱が出現し、抗菌薬内服で状態改善ないため約4週前に他院に入院。造影 CT で中等量の右胸水及び腹水がみられたが、穿刺ではいずれも漏出性で、一般細菌・抗酸菌培養及び細胞診は陰性。抗菌薬静注で解熱せず、更なる精査加療目的に当院へ転院した。
【経過】転院日より抗菌薬を中止。転院翌日の体幹部造影 CT では、前医と比較して、右胸水の被包化、右上葉浸潤影、腹膜全体の軽度造影効果を認め、また腸間膜に小結節の散在が疑われた。入院3日目に腹水、4日目に胸水を穿刺したところ、胸水のみ滲出性に変化し、好中球優位の白血球増多を認めた。グラム染色及び抗酸菌の塗抹・PCR は陰性、T-SPOT.TB も陰性だった。この時点で急性膿胸を第一に考え、抗菌薬投与を再開した。更なる治療や、悪性腫瘍の多発転移、結核、サルコイドーシス等の鑑別の為、入院5日目、本人・家族に胸腔ドレーン留置や胸膜生検を提案した。しかし、急性膿胸を最も疑っている事、積極的介入でも1年生存率が5割未満と推定されうる事などを伝えたところ、本人が外科的介入の一切を拒絶した。入院14日目に前医に再転院、その4日後に地元の親族らに見守られながら死亡退院した。しかし更に2日後、当院で採取した喀痰及び胸水より Mycobacterium tuberculosis が検出された。
【考察】後方視的には治療可能であったかもしれない患者に対して、診断エラーが前提にあった病状説明で、本人の意思が本当に尊重された状況であったのか。結核診断の難しさやアドバンス・ケア・プランニングの観点から考察し、報告する。

ポスターセッション2 P-023

胃透視検査1ヶ月後にバリウムによるS状結腸憩室炎をきたした一例

○吉田晶代、延岡悠樹、亀山和也、谷口真理、永井道明、小田登、原田和歌子、加藤雅也

広島市立安佐市民病院 総合診療科

【症例】52歳、女性。【主訴】下腹部痛 【既往歴】虫垂炎 【現病歴】2月下旬下腹部痛が出現し、歩行時に徐々に響くようになった。近医婦人科を受診したところ骨盤内腫瘤を疑われ当院産婦人科を受診したが、精査で婦人科疾患なく当科を受診した。【身体所見】意識清明、血圧100/55 mmHg、脈拍数81回 / 分、SpO2 98%（room air）、呼吸数18回 / 分、体温37.6度、腹部は平坦軟で、左下腹部に圧痛あり、反跳痛なし。【経過】血液検査はWBC 11,100 /μL、CRP 2.19 mg/dLと軽度炎症反応上昇していた。腹部造影CTでS状結腸に径8mmの高吸収物と、同部を主体としてS状結腸の壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇を認め、糞石または異物によるS状結腸憩室炎および限局性腹膜炎と診断した。異物のCT値は約3000HUと非常に密度が高く金属誤飲を疑ったが誤飲のエピソードなく、1月中旬に胃透視検査を行っていたことから憩室内バリウム貯留に伴う憩室炎と考えた。穿孔のリスクあり入院の上、絶食・補液、抗菌薬投与で腹痛は改善した。第5病日のCTで、S状結腸に認めていた高吸収域は消失し、S状結腸～直腸内腔に沿って線状の高吸収域がみられ、形状の変化が確認されたことからバリウム貯留を示唆する所見であった。第5病日より食事再開し抗菌薬投与を終了したが、その後も腹痛の再燃なく第7病日に退院となった。退院6週後に大腸内視鏡検査を行い憩室が確認され、残存異物は確認されなかった。【考察】バリウム剤による消化管造影法は稀に重篤なバリウム腹膜炎を発生することがある。本症例では異物誤飲も疑われたが、経過及びCT所見からバリウム貯留に伴う限局性腹膜炎と診断し、内視鏡による観察は行わず保存的加療で軽快した。胃透視検査後1か月経過して腹膜炎を生じた報告は少なく、これまで糞石による憩室炎とされてきた中に、バリウムによる憩室炎が見過ごされてきた可能性がある。上記を疑った場合は消化管穿孔等のリスクを考え厳重な経過観察が肝要である。

ポスターセッション2 P-024

当院における慢性膵炎（CP）の臨床的解析

○伊藤敏文、奥村りさ、谷口舞子、中村孝彦、西口恭平、中村弘樹、澤村真理子、德田有記、大西良輝、石見亜矢、貫野知代、日山智史、濱野美奈、千葉三保、山本克己、巽信之

地域医療機能推進機構 大阪病院 消化器内科

【背景】CPは進行性の慢性線維化性炎症であり、膵機能不全に至ることが知られ、早期の診断と治療が必要と考えられる。しかし、診断基準に基づいたCPについての検討は少い。今回我々は本院におけるCPの臨床的特徴を検討した。【方法】2018年1月から3月の間に当院消化器内科外来を受診し、日本膵臓学会の診断基準に準拠し診断したCP117症例を対象とし解析・検討した。【結果】CPは男性41例・女性76例、平均年齢65.6歳・中央値69歳であった。CPの原因は特発性63例・アルコール性31例・脂質異常症23例・自己免疫性3例、膵管合流異常5例で、また、14例は糖尿病を合併していた。腹痛や背部痛等の疼痛38例・腹部や背部違和感12例・下痢2例・倦怠感・易疲労感2例であり、その他全例で何らかの腹背部症状の既往が認められた。血液データの平均値はLDL-C;116.1mg/dl、中性脂肪;107.3mg/dl、血中AMY;120.8IU/L、尿中AMY;309.1U/L、リパーゼ;57.2U/ml、トリプシン;772.3ng/ml、PLA2;440.8ng/dl、DUPAN2;58.8U/ml、CA19-9;13.6U/ml、CEA;2.7ng/ml、HbA1c;5.9%、Alb;4.3g/dlでり、膵特異酵素は高い傾向であった。画像検査では、膵嚢胞を53例で認め、嚢胞の平均径は8.44mmであった。9例にIPMN及びその疑いを認めた。主膵管拡張は17例に認め、平均主膵管径は4.1mmであった。その他、合流異常を5例、膵腫大を5例、膵石を3例、実質粗雑を3例、膵萎縮を2例、石灰化を2例、脂肪浸潤を2例に認めた。治療法としては、消化酵素薬および蛋白分解酵素阻害薬が投与され、パンクレリパーゼは17例、カモスタットメシル酸塩は31例、ベリチーム配合顆粒？は8例であった。【結論】今回の当院における検討では、CPでは女性が多く、特発性が多い傾向であった。本疾患の的確な診断には、問診・身体所見に加え、膵特異酵素の測定や膵画像的評価を適切にし、臨床症状を考慮しつつ消化酵素補充や抗トリプシン製剤の適切な適応が必要であることが示唆された。

ポスターセッション2 P-025

Fisher症候群合併を合併したクローン病増悪症例にUstekinumabが有効であった一例

○岡田章良

若草第一病院 消化器内科

症例 70歳前半　女性　現病歴　201X年10月より遠位大腸型ステロイド（PSL）依存性潰瘍性大腸炎と診断され当院で5 ASA、PSL投与で改善増悪を繰り返していた。201X+1年4月複視、眼瞼下垂等認めA病院神経内科受診　抗GM 1抗体陽性　Fisher症候群と診断、免疫グロブリン製剤投与され改善した。201X+1年大腸内視鏡検査（CF）で直腸に広範囲にLow grade dysplasiaを認めた。高齢かつPSL依存性であるためH医科大学IBDセンター外科に御紹介したところ　201X+2年8月全結腸全摘・人口肛門造設術施行された。切除検体から小型類上皮性肉芽腫認め直腸では全層性炎症反応ありクローン病（CD）と診断変更された。201X+3年7月当科受診再開された。201X+4年7月下腹部痛訴えあり腹部CT検査施行したところ回腸に炎症認めCD増悪を確認した。CDAIは204で活動期であった。ブデゾニド9㎎内服開始CPFX400mg/ 日追加投与で炎症は改善を認めた。ブデゾニド漸減後201X+4年9月よりustekinumab導入し201X+5年4月時点ではCDAIは54で寛解を維持し画像所見の改善も維持している。考察 炎症性腸疾患の腸管外合併症する神経障害には末梢神経障害としてギランバレー症候群などが知られている。Fisher症候群はギランバレーの亜型とされる。CDに対して抗TNF α抗体製剤が脱髄疾患を有する症例には増悪させる可能性も指摘され禁忌とされている。近年IL12/23 p 40抗体製剤であるustekinumabがCDに適応となった。Ustekinumabは安全性が高いとされる。本症例の様に末梢神経障害を合併した症例の為　あえて抗TNF α抗体製剤を避ける意味でこれを選択した。最近本邦でCDに対しustekinumab投与中にギランバレーを発症した症例の報告があった。神経疾患を合併した症例に対してどのような治療が安全にできるか議論する余地がある。結語　Fisher症候群合併CD増悪症例にブデゾニド投与後の維持療法としてUstekinumabが有効であった一例を報告した。

ポスターセッション2 P-026

心窩部痛の原因検索目的で行った上部消化管内視鏡検査で偶発的に見つかったランタン沈着症の1例

○宍戸諒平、菅原大輔、冨山周作、清田雅智、井村洋

飯塚病院 総合診療科

【共同演者】宍戸諒平　菅原　冨山　清田　井村
【症例】59歳男性
糖尿病性腎症による末期腎不全で、約10年の維持透析を行なっている方が、2週間前からの食後の心窩部痛を主訴に当科外来を受診した。外来でフォローしていたが、症状が持続するために1ヶ月後に上部消化管内視鏡検査を施行した。上部消化管内視鏡検査では心窩部痛の原因となる病変はなかったが、通常観察にて胃全体が塑像で白色の粘膜を呈していた。胃角前壁に発赤陥凹面の周囲に白色の顆粒状粘膜があり早期胃癌の可能性を考え生検を行った。その結果病理で軽度の慢性炎症細胞浸潤に加えて、上皮間にコイル状封入様物質を貪食した組織球の集簇があり炭酸ランタンの沈着が疑われた。主訴である症状とは関連がないと考えられ、心窩部痛は自然と軽快した。
【考察】本邦では炭酸ランタンは2009年よりホスレノール？チュアブル、2012年よりホスレノール？細粒が処方可能となった。胃内pHに依存しない高いリン除去効果を示し、そのほとんどが吸収されずに糞便に排泄されることから安全な薬剤として慢性腎臓病の患者に広く用いられてきた。しかし近年では炭酸ランタン内服中の患者の胃粘膜から偶発的に見つかる炭酸ランタン沈着症が多数報告されている。現時点ではランタン沈着症の病的意義は明らかとなっておらず、服用を中止すべきか否かについては定まった見解はないが、総合診療科医が末期腎不全患者を診療することも多く、その内視鏡像については知っておく必要があると考えられた。沈着したランタンが胃粘膜に与える影響については今後も検討が必要である。
【結語】末期腎不全で炭酸ランタン長期内服患者の胃粘膜における炭酸ランタン沈着症の一例を経験した。

ポスターセッション2 P-027

悪性リンパ腫の寛解後に、頻回の小腸癒着性イレウスを契機に門脈血栓症によるサブイレウスを生じた1例

○和田恵実[1]、延岡悠樹[2]、吉田晶代[2]、亀山和也[2]、谷口真理[2]、原田和歌子[2]、加藤雅也[2,3]、田中英夫[4]

[1]広島市立安佐市民病院 初期研修医、
[2]広島市立安佐市民病院 総合診療科、
[3]広島市立安佐市民病院 内科、
[4]広島市立安佐市民病院 血液内科

【症例】80歳男性【主訴】腹痛、腹部膨満感【既往歴・既存症】高血圧症、悪性リンパ腫、腹部皮膚基底細胞癌、小腸癒着性イレウス、慢性肝障害、慢性胃炎【現病歴】悪性リンパ腫に対して開腹リンパ節生検の既往があり、その後小腸癒着性イレウスを頻回に繰り返していた。X-8日より腹部膨満感を自覚し、X-5日に近医を受診した。保存的加療が行われたが腹部膨満感が持続し、排便少量のためX日当院を受診した。【身体所見】意識清明、バイタル異常なし。胸部から腹部正中臍まで手術痕多数あり。腹部は膨満、腸蠕動音はやや亢進。左下腹部に限局した圧痛あり。【検査結果】血液検査で肝機能障害あり、HBs抗原・HCV抗体共に陰性、D-dimer高値。単純CTで門脈本幹から上腸管膜静脈、脾静脈に高吸収域を認め、同部は造影CTで広く造影欠損像と確認され、さらに小腸壁や腸管膜の浮腫性肥厚と口側の腸管拡張を認めた。【経過】脾静脈から上腸管膜静脈、門脈にわたる広範囲の門脈血栓症による血流鬱滞に伴う腸管浮腫と癒着性のサブイレウスと診断した。絶食、点滴とヘパリン持続投与で加療を開始したところ、腹部膨満感は改善していった。腹部エコーで門脈血栓の減少と腸管浮腫の消失を確認し、通過障害は改善したと考えた。X+4日に食事を再開し、X+10日からDOAC内服へ切り替えたが増悪なく、X+18日に退院した。【考察】門脈血栓症の原因の約3/4が肝硬変とされ、その他悪性腫瘍などによる凝固異常や手術などが挙がる。本症例は肝硬変や血栓性素因なく、悪性リンパ腫はPET-CT上完全寛解であるにも関わらず門脈血栓症を発症した。以前悪性リンパ腫が腸管膜に存在し同部の開腹生検歴があること、頻回の癒着性イレウス既往から、解剖学的に腸管膜静脈血流鬱滞が併存したことが病因として推測された。今回、頻回のイレウスを契機に門脈血栓症を生じた稀有な1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

ポスターセッション2 P-028

心窩部痛を呈したピタバスタチンカルシウムによる薬剤性肝障害の一例

○本多正直[1]、間英二[2]、柳瀬敏彦[2]、牟田和男[2]

[1]医療法人 牟田病院 消化器内科、[2]医療法人 牟田病院 内科

【症例：58歳、女性】【主訴】心窩部痛【既往歴・既存症】既往歴なし。飲酒なし。【現病歴】201X- 1年の検診にて高LDL- コレステロール値205を指摘され10月にピタバスタチン2mgの開始となった。201X年1月下旬の日中に心窩部を中心とした激しい痛みが出現する。数時間後に疼痛消失となるも夜間に再度の疼痛発作出現。翌日に外来受診し心窩部痛と肝障害を認め入院となる。【身体所見】意識清明、眼球結膜に黄染なし、心音呼吸音正常。筋肉痛なし。腹部平坦、心窩部に軽度の圧痛を認める。反跳痛なし、腸音正常。血圧128/64　脈拍90　整、体温36.5度【検査結果】WBC 5600（分類正常）、Hb13.8、Plat 31.9万、AST 624、ALT488、γ-GTP 348、ALP 583、LDH 802、T-bil 4.2、D-bil 2.2、ChE 388、CK 108、PT 97% CRP 0.19、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、ANA、AMAは陰性。腹部エコー・CTにて胆嚢結石あるも壁肥厚なし、肝腫大は認めず。【経過】入院時にピタバスタチンの中止とし倦怠感に対し補液を行った。入院2日目には倦怠感、腹痛の改善を認め、また肝機能も低下傾向となり４日目に退院とした。上部消化管内視鏡では胃底腺ポリープのみであった。退院後1週間ほどにて症状は消失となり肝機能も退院後の約2か月後に正常化した。【考察】スタチン製剤による肝障害は0.1～2%、筋障害は7.2%、ピタバスタチンによるビリルビン上昇は0.1%未満と報告される。軽度のALT上昇は一過性で容量を変更せずに回復する。多くは薬剤開始後3か月以内が多い。他のスタチンに変更しても肝障害は起こしやすいとされる。急性肝炎の症状では倦怠感、食欲不振、黄疸の頻度が多く心窩部痛は少ない。また急性腹症での心窩部痛の原因は胃・十二指腸潰瘍、腸炎、膵炎、胆嚢炎、胆管炎などがあげられ急性肝炎は多くない。【結語】ピタバスタチンによる肝機能障害で心窩部痛を呈した一例を経験した。心窩部痛の鑑別診断として薬剤による肝障害も考慮する価値があると考えられた。

ポスターセッション2 P-029

診断に苦慮した高齢者急性胆嚢炎の2症例

○長谷川博文、北川大、胡慶江、岸原文明、舟橋玲、北村 昌之

福岡県済生会 八幡総合病院

我が国における地方都市における高齢化は、急激に進んでおりかつて100万人都市であった北九州市も例外ではない。このような環境の中、我々は高齢者における急性胆嚢炎において診断に苦慮した2症例について報告する。【症例1】80歳の男性で、主訴は発熱。現病歴であるが、20? 年5月、横行結腸癌に対し横行結腸切除術施行し、術後経過は良好で、経口摂取も可能となり、リハビリテーション継続のため地域包括病棟へ転棟となった。その転棟直後に発熱を認め、肺炎・尿路感染等を疑い抗生剤開始した。この際に明らかな腹痛の訴えは認めなかった。その8日後、左顔面、上肢痙攣にて、てんかん出現。その際に撮影した腹部CTにて急性胆嚢炎と判明した。全身状態より、耐術不能と判断し、経皮経管胆嚢ドレナージを施行した。【症例2】80歳の女性で、主訴は発熱であった。現病歴として、詳細は不明であるが麻酔中の事故などにて、頸部脊髄損傷等にて約30年ほど入院中であった。20? 年6月、悪寒および発熱を認めたが、腹痛等の症状は認めず。尿路感染を繰り返していたため、再発と考え抗生剤治療を行った。しかし、炎症が十分に改善しないためにCTを施行したところ急性胆嚢炎と判明し、全身状態等から経皮経管胆嚢ドレナージを施行した。当院では、急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドラインに従い、Charcot3徴などの診断基準を大事にしながら診療に携わっている。また、診断がつけばできるだけ早期の手術を検討し、Perfomance statusが2以上であったり、重度の合併症を有する症例に関しては、経皮経管胆嚢ドレナージを選択している。しかし、今回の2症例は、麻痺等の為に発熱以外十分な症状をつかむことができず、診断が遅れ治療経過も後手に回ってしまったため治療が複雑化してしまう結果となった。今回、診断に苦慮した高齢者急性胆嚢炎の上記2症例について文献的考察を加え報告する。

ポスターセッション2 P-030

療養病棟の意識障害患者に発生し、保存的に加療した門脈ガス血症と腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症の1例

○山之上弘樹、相澤信行、三鬼慶太

静岡徳洲会病院

【はじめに】門脈ガス血症、腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症は重篤な予後不良の兆候とされていたが、近年は保存的に治療可能な例も報告されている。今回我々は、保存的に治療可能であった、長期療養病棟の意識障害患者に発生した門脈ガス血症を伴う腸管気腫症を経験したため、考察と共に報告する。
【経過】重篤なクモ膜下出血後の、脳血管攣縮及び広範な脳梗塞発症、遷延性意識障害となり長期療養目的で２０１X年Y月当院に転院となった。入院2カ月後発熱精査のため施行した胸腹部CTで腹腔内に遊離ガス、結腸に壁在気腫と門脈ガス血症を指摘された。
【検査所見】WBC 17500/μL CRP 0.18mg/dL pH 7.460 pCO2 26.1mmHg pO2 98.0 mmHg HCO3 18.4mmol/L
【経過】画像上腸管壊死と消化管穿孔を疑われたが、検査所見上炎症所見に乏しく、抗菌薬使用しつ慎重に経過観察、発症3か月後施行した胸腹部CTでは腸管気腫、門脈ガス血症は完全に消失していた。
【考察】門脈ガス血症は肝臓の末梢まで広がる門脈系にガスが存在する疾患であり、その成因は腸管壊死型と非腸管壊死性型とに大別される。特に腸管気腫を伴う門脈ガス血症は腸管壊死の可能性が高いといわれる。しかし、近年は保存的に加療可能な症例も報告され、開腹を行うかは慎重な判断が求められる。本症例は意識障害があり反跳痛の評価は難しいが、腹部触診時にあきらかな苦悶表情がなく、血液ガス分析でアシドーシスはなく、CRPの上昇もなく、腸管壊死の存在が考え難く保存的治療を選択した。しかし保存的に加療できるか否かの判断は難しい。尾上らの報告では重症心身障害者は痛みや腹部所見がはっきせず、急性診断や治療が遅れることも多いとされている。そのため、普段と異なる兆候を捉え、画像検査等の非侵襲的な検査を積極的に行う必要がある。その上で身体所見、バイタルサイン、各種検査結果を総合的に判断し治療を選択していく事が求められる。

ポスターセッション2 P-031

腸管虚血を伴う腸管気腫・門脈気腫の外科治療時期は腹膜刺激症状の経時的変化で判断できる

○高原文治

徳島健生病院 外科

【緒言】明らかな造影不良のものを除き腸管虚血を伴う腸管気腫、門脈気腫か否かは、症状の経時的推移を頻回に追跡し判断している。当院で経験した16例のうち一部を症例提示し考察する。
【症例1（外科的治療）83歳、男性】
【主訴】心窩部痛【既存症・既存症】高血圧、急性腎不全
【現病歴】突如発症した心窩部痛を訴えて来院。
【身体所見】全汎的な腹痛、腹膜刺激症状なし。腸蠕動音低下。
【検査結果】単純 CT にて腸管膜気腫、肝内門脈気腫あり。
【経過】抗生剤とアルプロスタジル10μg を点滴しつつ、絶食にて経過を追った。翌日より反跳痛が出現。CT で腸間膜浮腫と腹水貯留を確認。同日、審査腹腔鏡を経て小腸切除術を施行。切除標本には潰瘍を伴う筋層壊死が見られた。
【症例2（保存治療）86歳、女性】
【主訴】鼓腸、軽度の下腹部痛【既往歴・既存症】高血圧、顕微鏡的多発血管炎（PSL10㎎）、慢性腎不全、上行結腸癌（右半結腸切除）、腸閉塞（小腸ー結腸バイパス）
【現病歴】鼓腸を自覚した翌日に嘔吐し来院。
【身体所見】蠕動音亢進。鼓音あり。下腹部に軽微な圧痛。腹膜刺激症状なし。
【検査結果】単純 CT にて結腸の広範に腸管膜気腫あり。
【経過】抗生剤点滴と絶食にて症状が消失した。吻合部を起点にした亜閉塞によると考えた。腸管膜気腫に関して消化管粘膜面の微小な損傷を疑ったが、経口摂取再開後も無症状のため内視鏡検査せず経過観察とした。
【考察】腸管気腫はその発生機序により必ずしも腸管壊死を反映しない。初診時にバイタルサインが安定し症状が軽微であり腸管虚血としてはグレーゾーンの腸管気腫が CT 画像で得られた場合、血液データよりも腹痛・腹膜刺激症状の有無、その経時的変化の頻回確認が手術時期を判断する上で簡便かつ信頼度の高い指標となると思われる。
【結語】後方視的に省みて、初診時に腸管壊死を伴わない虚血性の腸管気腫は腹膜刺激症状の経時的変化で手術要否の分別が可能であった。

ポスターセッション3 P-009

経過観察されていた腎血管筋脂肪腫の自然破裂の一例

○新丸研登、谷垣匠海、池邉孝、廣橋一裕

東住吉森本病院 総合診療科

【患者】90歳 女性【主訴】左側腹部痛
【現病歴】11年前に単純 CT で8×6 cm の左腎腫瘤を指摘され、左腎血管筋脂肪腫と診断。以降経過観察されていた。4年前の単純 CT では9×7 cm と増大傾向であったが、以降 CT フォローされていなかった。突然の左側腹部痛を訴え、救急搬送となった。
【既往歴】甲状腺機能低下症、高血圧症、アルツハイマー型認知症、てんかん
【現症】意識：JCS 0、苦悶様表情あり、体温：36.8 ℃、脈拍：96 回 / 分、血圧：81/50 mmHg、SpO2：98 %（室内気）
顔面蒼白、眼瞼結膜貧血あり、腹部膨満あり、左側腹部に圧痛あり、反跳痛あり、四肢冷感あり
【検査所見】腹部単純 CT: 左腎に12×10 cm の腫瘤を認める。後腹膜下に出血像あり。
血液検査：Hb 8.4 g/dL と貧血認める
【経過】以上より、左腎血管筋脂肪腫の自然破裂と考えた。同日高次医療機関に転送。IVR で止血された。以降経過良好。
【考察】腎血管筋脂肪腫は腎に発生する良性腫瘍であり、腎腫瘍の全体の約0.3% を占める。男女比は約1: 2と女性に多く、腎血管筋脂肪腫の約20% に結節性硬化症が、また結節性硬化症の約50% に腎血管筋脂肪腫が合併するといわれている。腎血管筋脂肪腫は他の腎腫瘍に比較して自然破裂する頻度が高い。長径4cm 以下の腎血管筋脂肪腫の自然破裂率は13% に留まる一方、長径4cm 以上の腎血管筋脂肪腫の自然破裂率は51% に上るとされ、長径4cm 以上の腎血管筋脂肪腫には塞栓術や切除術などの積極的治療が望ましいとされているが、明確な治療指針が提示されていないのが現状である。自験例は、高齢女性の片側性・孤発の腎血管筋脂肪腫であり、結節性硬化症を背景に持たない腎血管筋脂肪腫としては典型的なものではあったが、腫瘍の大きさを考慮すると、早期に治療介入するという選択がより好ましかった可能性がある。
【結語】経過観察されていた腎血管筋脂肪腫の自然破裂例を通じ、腎血管筋脂肪腫のより望ましい治療方針について考察した。

ポスターセッション3 P-010

左頚部リンパ節腫脹を契機に診断されたオカルト甲状腺癌の1例

○松本佑慈[1]、平峯智[1]、山本賢[1]、林武生[1]、高山耕治[1]、池崎裕昭[1]、豊田一弘[2]、小川栄一[1]、貝沼茂三郎[3]、村田昌之[1]、古庄憲浩[1]

[1]九州大学病院 総合診療科、
[2]九州大学病院 総合診療科 グローバル感染症センター、
[3]九州大学大学院 医学研究院 地域医療教育ユニット

【症例】70歳代、男性【主訴】左頚部腫瘤
【既往歴】糖尿病性末期腎不全（血液透析中）、陳旧性ラクナ梗塞
【現病歴】当科初診2か月前に左頚部腫瘤を自覚し、前医を受診した。頚部 CT 検査を施行され、左頚部に2cm の腫大リンパ節を指摘された。転移性リンパ節腫脹が疑われ、CT 検査、上下部消化管内視鏡検査が施行されたが、腫瘤性病変は認められず、精査目的に当科へ紹介となった。体重減少や食思不振、盗汗などの症状は認められなかった。
【身体所見】体温36.6 ℃、左頚部に母指頭大・弾性硬・可動性不良のリンパ節を触知する。圧痛や熱感は認められない。甲状腺の腫大は認められない。その他の体表リンパ節は触知せず。
【検査結果】WBC 4070 /μL、Hb 10.7g /dL、PLT 23.1万 /μL、LDH 155 U/L、CRP 0.2 mg/dL、TSH 3.44μIU/mL、Free T4 0.95 ng/dL、可溶性 IL-2受容体 1534 U/mL、T-SPOT(-)、（CT 検査）左中～下内深頚領域に2cm 大のリンパ節腫大が認められる。内部は均一に増強され、中心に低吸収域がみられ、点状石灰化を伴っている。その他に特記所見は認められず。
【経過】当初は結核性リンパ節炎や転移性リンパ節腫脹または悪性リンパ腫が疑われたが、何れも特異的所見に乏しく、当院耳鼻科で穿刺吸引細胞診を施行したところ、甲状腺乳頭癌を疑う所見であった。確定診断として頚部リンパ節生検が施行され、術中の迅速病理診断で甲状腺乳頭癌の所見が認められたため、甲状腺左葉切除術およびリンパ節郭清術が追加された。本症は術前に原発巣の同定が困難であり、生検後に甲状腺癌と診断されたことからオカルト甲状腺癌と診断された。
【結語】オカルト甲状腺癌は全甲状腺癌の1% 程度と稀であり、組織型は乳頭癌が多い。乳頭癌は予後良好な疾患であり経過観察されることもあるが、オカルト癌はリンパ節転移もしくは遠隔転移を来した状態であり、通常の乳頭癌とは治療方針が異なるため、早期発見が肝要である。

ポスターセッション3 P-011

口腔内出血と心不全をきたした壊血病の一例

○小松玲菜[1]、佐藤翔太[1]、鴨野真弘[2]、宮崎浩司[1]、小澤秀樹[4]、高橋美穂[3]

[1]東海大学医学部付属八王子病院 総合内科、
[2]東海大学医学部付属八王子病院、
[3]東海大学医学部付属八王子病院 歯科口腔外科、
[4]東海大学医学部付属病院 総合内科

【症例】66歳、男性
【主訴】呼吸困難、全身倦怠感、下肢の浮腫み
【既往歴】高血圧　【内服歴】なし
【個人歴】タバコ：30本×46年　アルコール：なし
【生活歴・食事摂取状況】独居。食事は自分で用意している。齲歯・欠損歯があり柔らかい物を好む。野菜や果物は嫌いであまり摂取していない。
【現病歴】X-30日に他院で抜歯した後より、歯肉出血や口腔内血腫を認め、X?15日に当院紹介受診した。その際の診察で、軽度の貧血、心拡大や両側下腿浮腫を認め、心不全徴候として利尿薬を開始していたが、その後も徐々に症状増悪し、X 日に再受診した。レントゲン上の心拡大と呼吸困難に加え、歯肉腫脹・出血、四肢の紫斑などの出血傾向を認め、出血傾向による貧血に起因する心不全の診断で緊急入院となった。
【経過】入院後に出血傾向について精査したところ、出血時間延長を認めるも vWF 活性低下や過去の既往がなく、また二次止血機構には異常を認めないことから、微小血管障害と考えられた。原因として血清ビタミン C 2.1μg/ml と低値を認め、ビタミン C 濃度低下に伴う出血傾向（壊血病）と診断した。アスコルビン酸600mg/ 日の内服治療開始後、歯肉腫脹や出血傾向は速やかに改善した。心不全についても、入院時に心拡大を認めたが、出血傾向改善と共に著明な改善をみせた。
【考察】壊血病はビタミン C の欠乏により、全身倦怠感、広範な結合組織の弱化、毛細血管脆弱化を来す症候群である。現代の先進国でも、偏食などを起因とし発症する症例や高齢者、アルコール多飲者、喫煙者などに多く発症する症例報告が認められる。本症例の如く、近年増加している高齢独居者や、喫煙者などでは発症リスクが高いため、文献的考察を踏まえ、症例報告とする。

ポスターセッション3 P-012

リンパ節の再生検からHodgkinリンパ腫の診断に至った不明熱の1例

○荒木晴[1]、徳増一樹[2]、原田洸[2]、山本晃[2]、髙原政宏[2]、長谷川功[2]、萩谷英大[2]、花山宜久[2]、大塚文男[2]

[1]岡山大学病院 卒後臨床研修センター、
[2]岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 社会環境生命科学専攻 総合内科

【症例：66歳、男性】
【主訴】発熱、倦怠感、食思不振
【現病歴】来院約7ヶ月前より38～39度の発熱、倦怠感があった。来院2ヶ月前より食欲不振、倦怠感のため、外出が困難となり前医を受診。熱源精査目的に当院紹介入院となった。3ヶ月で約10kgの体重減少があり、夜間盗汗と頸部リンパ節腫脹を自覚していた。
【身体所見】BMI 14.2、PS2、心拍数101/分、血圧81/58、体温38.5℃、SpO2 100%意識清明で口腔内乾燥著明、両側頸部・鎖骨上窩・腋窩に弾性硬・圧痛を伴うリンパ節を多数触知した。
【検査】WBC 8240/μL、Hb 7.1g/dL、PLT 41.5万/μL、血沈>140mm（1hr）、CRP 15.61mg/dL、S-IL2R 5,955 U/mLであった。頸部～骨盤CTでは頸部、縦隔、肺門、腹部、傍大動脈領域に多発するリンパ節腫大を認めた。
【経過】左腋窩リンパ節生検では病態不明の反応性リンパ節と診断されたが、右鎖骨上窩リンパ節の再生検によりHodgkinリンパ腫の診断となった。翌日より血液内科へ転科しABVD療法を開始した。
【考察】不明熱の原因疾患のうち、約7%が悪性リンパ腫とされる。一方で原因不明のリンパ節腫脹のうち悪性腫瘍は約1%という報告もある。本症例では初回のリンパ節生検で悪性所見を認めず、Hodgkinリンパ腫の診断に時間を要した。症状が深刻で、悪性リンパ腫の他に結核性リンパ節炎、サルコイドーシス、多中心性キャッスルマン病が鑑別疾患であり、診断によってその後の治療方針が大きく変わるためリンパ節再生検を行った。
【結語】2回目のリンパ節生検で確定診断を得たリンパ節腫脹を伴う不明熱の1例を経験した。悪性腫瘍を強く疑う場合、繰り返す病理検査の重要性を認識した。

ポスターセッション3 P-013

バルプロ酸により無顆粒球症を呈した一例

○重信友宇也、宮森大輔、田辺裕雅、伊藤やよいこ、亀谷貴浩、柿本聖樹、河原章浩、菊地由花、小林知貴、大谷裕一郎、岸川暢介、菅野啓司、田妻進

広島大学病院 総合内科・総合診療科

【症例】80歳 女性 【主訴】発熱、意識障害 【現病歴】X年3月末に、アルツハイマー型認知症に伴うBPSD症状のコントロール目的に近医精神科に入院となった。焦燥性興奮に対して4月上旬よりバルプロ酸の投薬が開始となった。5月8日に高熱および意識障害が出現、血液検査では好中球の減少および高度の炎症所見を認めた。精査・加療のため、9日に当院に転院となった。【現症】転院時、Ⅱ-10程度の意識障害および39度の発熱を認めた。血液検査では好中球実数は0/μLであり、また貧血と血小板減少も認めた。血清CRP値は23mg/dLと上昇していた。全身CTを撮像したが明らかな感染巣は指摘出来なかった。【経過】発熱性好中球減少に準じてTAZ/PIPCにて治療を開始した。来院時に採取した血液培養より大腸菌を検出、無顆粒球症を背景とした大腸菌菌血症および播種性血管内凝固症候群と診断した。また経日的に増大する左肺浸潤影を認めたため17日よりVRCZも併用した。徐々に全身状態および炎症所見は改善した。無顆粒球症に関しては骨髄生検を施行したが血液疾患は否定的であり、また血液検査ではウイルス感染やSLE等を示唆する所見も認めなかった。経過からバルプロ酸の関与を疑い、同薬を含め内服を中止、17日よりフィルグラスチム150μg/日の連日投与を行ったところ、19日より徐々に好中球数の増加が得られた。以後好中球数は安定し、またTAZ/PIPC、VRCZの中止後も感染兆候の再燃なく経過、6月3日に紹介元に転院となった。【考察】バルプロ酸はてんかんや躁うつ病に対してのみでなく、片頭痛の発症予防や本症例のように認知症に伴う焦燥性興奮にも使用され、総合診療医にとっては身近な薬剤である。比較的稀ではあるが、副作用の一つとして無顆粒球症にも留意することが肝要であると考えられた。

ポスターセッション3 P-014

パルボウイルスB19感染により父子で無形性発作を呈した遺伝性球状赤血球症の1例

○荒木沙月[1,2]、高橋広喜[1]、今村淳治[2]、鈴木森香[1]、鵜飼克明[1]

[1]国立病院機構 仙台医療センター 総合診療科、
[2]国立病院機構 仙台医療センター 感染症内科

【症例】34歳、男性【主訴】発熱
【家族歴】父および娘　遺伝性球状赤血球症。
【既往歴】幼少期　遺伝性球状赤血球症、24歳　胆嚢結石症　手術。
【現病歴】同疾患の既往のある長女が1週間前よりパルボウイルスB19に感染し当院小児科に入院していた。本人も受診3日前より発熱、全身倦怠感を認めた。発熱が持続したため前日に前医を受診したところ、発熱持続、炎症反応高値、胆嚢摘出術後であることから胆管炎の可能性が考えられたため、抗生剤(レボフロキサシン）を処方し帰宅となった。その後も解熱せず体調不良が続いていたため精査目的に当科紹介となった。既往歴、エピソードからパルボウイルス感染による無形性発作が考えられたため加療目的に入院となった。
【身体所見】体温40.1℃、血圧107/54 mmHg、心拍数105回/分 SpO2 95%（room air）であった。眼瞼結膜：貧血なし、眼球結膜：軽度黄染。頚部リンパ節：触知せず。呼吸音：清、左右差なし。心音：整、雑音なし。腹部：平坦、軟。自発痛圧痛なし。肝脾腫蝕知せず。
【検査結果】当科初診時の血液検査にてWBC 2.1×10?/μlと白血球低下、Hb 8.4g/dlの貧血を認めた。また、LDH、直接ビリルビン優位の総ビリルビンの上昇、フェリチン、可溶性Ⅱ-2受容体（sIL-2R）の上昇を認めた。パルボウイルスB19のIgM抗体は陽性だった。
腹部超音波にて、脾腫13.6×8.0cmを認め、総胆管は0.5cmで拡張していなかった。
【経過】Hb10g/dlを目標に赤血球MAP4単位　3日間輸血、γグロブリンを投与したところ第4病日にHb 11.7g/dlに上昇し、全身状態も安定していたため輸血は終了とした。その後のフォローの採血にてやや貧血進行しているもののHb10g/dl以上を認めた。血小板の低下や発熱もなく経過し、全身状態良好であったため第10病日に退院となった。
【結語】遺伝性球状赤血球症の既往のある父子がパルボウイルスB19に感染し無形性発作をきたし1例を経験した。

ポスターセッション3 P-015

メコバラミンの試験的投与で軽快した血清ビタミンB12値が正常の悪性貧血

○國友耕太郎、辻隆宏、清川哲志

国立病院機構 熊本医療センター 総合診療科

大球性貧血を主訴に当院を受診した78歳女性。血球像では、過分葉好中球を認め、骨髄検査では、巨赤芽球様変化を認めた。生化学検査では、LDHが上昇し、ハプトグロビンが著明に低下していたが、直接、間接クームス試験は陰性であった。上部消化管内視鏡検査では、萎縮性胃炎を指摘された。血清ビタミンB12および葉酸値は正常値であった。骨髄異形成症候群が鑑別にあがったが、臨床症状と検査所見から、悪性貧血が強く疑われた。試験的にメコバラミンを投与したところ、投与開始2週間後の血液検査で、大球性貧血は改善した。抗内因子抗体が陽性であったことから、最終的に悪性貧血と診断した。血清ビタミンB12の偽正常ならび偽高値の悪性貧血は、これまで11例報告されており、抗内因子抗体が、ビタミンB12の自動測定系に影響を及ぼしていることが推察されている。臨床症状や検査所見から、悪性貧血が疑われる場合は、メコバラミンの経口投与が診断的治療として有用と考える。

ポスターセッション3 P-016

Streptococcus oralis 菌血症・腸腰筋膿瘍・椎体椎間板炎を契機に胃癌の診断に至った一例

○小田井剛

横浜旭中央総合病院 リウマチ科

【背景】近年、口腔内レンサ球菌血症と感染性心内膜炎、消化器癌などの全身疾患との関連が多く報告されてきている。血液培養から検出された口腔レンサ球菌は安易にコンタミネーションと判断せずに、注意深い対応を必要とする。
【症例】82歳男性。20XX 年4月に発熱、呼吸困難出現し、近医にて抗菌薬処方、1週間程度の入院・抗菌薬加療を2回行った経緯がある。同年5月15日に腰痛出現、18日に再度37.8度の発熱が出現し改善しないため当院救急外来を受診した。その際の血液検査で WBC 19100/μl、CRP 9.34mg/ml と炎症反応高値を認め、精査加療目的にて当院内科入院となった。大動脈弁狭窄症に対し大動脈弁置換術、バイパス手術を施行（X―6年）し、バイアスピリン、ランソプラゾールなどを服用中。腰背部痛以外の特記すべき身体所見は認めず。入院後より抗菌薬治療（CTRX、CTX、TAZ/PIPC）を開始した。第6病日に入院日に実施した血液培養より Streptcoccus oralis が検出され、全身造影 CT・腰部 MRI 検査にて腸腰筋膿瘍・L4/5 椎体椎間板炎の診断に至った。第8病日以降は ABPC 点滴静注、第32病日より AMPC 内服へと切り替え、経過良好のため第41病日退院の運びとなった。入院中全身検索を実施し、胃体部小弯側胃癌の診断に至り、後に内視鏡的粘膜切除術を施行した。
【考察】S.oralis は口腔レンサ球菌の中で mitis group に分類され、口腔、腸管、鼻腔などに常在している。プロトンポンプ阻害薬使用により胃酸による殺菌作用が抑制された状態で、S.oralis が、胃癌によって破綻した消化管粘膜より血中に侵入し、菌血症・腸腰菌膿瘍・椎体椎間板炎に至った可能性が推定された。

ポスターセッション4 P-032

現場状況から急性アルコール中毒と疑われた急性カフェイン中毒の若年男性の一例

○福田萌[1]、麻喜幹博[2]、増田崇光[2]

[1]藤枝市立総合病院 教育研修センター、
[2]藤枝市立総合病院 救命救急センター 救急科

【症例：10代、男性】【主訴】意識障害【既往歴・併存症】なし
【現病歴】搬送前日18時頃入浴し自室に入ったのが最終目撃であった。当日午前6時頃より母親による咳嗽聴取あり、12時頃自室内に散乱した酒とトイレ内で下痢している患者を母親が発見し、嘔吐出現後17時半頃より混乱した言動あり救急搬送された。室内に薬の包装は確認できず、中身が少量残されたアルコール高濃度の酒類の瓶が発見された。
【身体所見】HR113/min、BT37.8℃と頻拍、微熱を認めたが呼吸状態は良好であった。意識レベルは JCS2-30、E3V3M5程度であった。瞳孔不同はなく、胸部聴診、腹部触診において異常所見を認めなかった。
【検査結果】血液検査にて CPK11667IU/l と高度の横紋筋融解を示唆するデータ以外に異常所見は認めず、尿中トライエージは陰性であった。
【経過】急性アルコール中毒疑いとして同日当科コンサルトされた。外液輸液1.5L 投与後であったが、錯乱状態で疎通困難であった。体幹抑制し安全を図りつつ外液輸液継続による管理開始とした。輸液4L 投与後徐々に意識の改善を認め疎通可能となった。本人より希死念慮にカフェインの錠剤を内服したと発言あり、家人により自宅に市販のカフェイン製剤の存在を確認した。本人の証言によると推定内服量は10g と致死量であったが、全身状態の経過は良好であった。心療内科と併診し、精神疾患として神経発達障害と診断した。中毒後後遺症はなく3月27日独歩退院された。
【考察】本症例では現場状況よりアルコール中毒を第一に疑ったが、錯乱状態など説明のつかない所見も認め、詳細な事情聴取によりカフェイン中毒の存在を発見した。カフェインは細胞レベルで PDE の作用を阻害し、重篤な中毒に陥ると心室細動や呼吸麻痺などの症状を呈する場合もあり迅速な加療を要する。
【結語】中毒診療においては単一のみでなく複数の中毒物質の関与を念頭においた診療が必要であり、詳細な病歴聴取が重要である。

ポスターセッション4 P-033

要介護者の院外心停止搬送の特徴とその課題

○麻喜幹博、竹内誠人、増田崇光、三木靖雄

藤枝市立総合病院 救命救急センター 救急科

【目的】少子高齢化により要介護者は年々増加傾向にあり、家庭医等よる advance care planning の重要性が指摘されている。一方予期せぬ急変においては救急要請となるが、院外心肺停止においても同様の傾向がある。看取り対応を含め、往診・嘱託医が急性期介入できるシステムは地域ごとにより様々だが、十分にカバーしきれない場合が多い。【方法】2018年度に当院救命救急センターへ搬送された院外心肺停止のうち要介護3以上の症例の特徴を後方視的に検討した。【結果】全搬送症例163件のうち要介護3以上の症例は36例（平均年齢81歳）であった。目撃なしが20例、初期波形は PEA 6例、Asystole 30例であった。施設からの搬送が7例あった。既知の DNAR により搬送後看取り対応のみとなった症例が11例、残る25例は通常の CPR を施行した。9例が一時的に自己心拍再開し、うち5例は入院管理となった。蘇生後36時間までに E4V3M6まで意識レベル改善し退院できた症例が1例あるが、その他は昏睡状態のまま短期間で死亡した。心肺停止の原因として窒息4例、脳出血3例、急性肺炎3例以外は慢性疾患の進行もしくは除外心原性であった。来院時 K＞8 mEq/L の症例が11例存在し、搬送時点で心停止後長時間経過していたものと推察された。【考察】救急隊による心肺停止症例の搬送は胸骨圧迫などの蘇生処置を行わなければならず、DNAR の症例においては患者に不必要な侵襲を与えることとなる。また、慢性疾患や悪性腫瘍末期、老衰などにより徐々に ADL が低下した症例については、本来「予期せぬ」心肺停止ではく「自然な」経過であると考えられ自宅等での看取り対応が望ましいが、適切な時期で医療・福祉の介入がなされないまま救急要請となることが多い。【結語】advance care planning や施設・在宅での看取り体制の充実は、患者への不必要な侵襲的治療介入を避ける上でも重要であり病診連携、地域連携を通してより一層の充実が求められる。

ポスターセッション4 P-034

当院救急外来を受診し手術を行った小児急性陰嚢症3例の検討

○秋山光司[1]、杉本侑孝[1]、畑澤千秋[2]、伊藤善昭[1]、
駒形友康[3]、作左部大[1]、齊藤崇[1]

[1]秋田厚生医療センター 救急総合診療部、
[2]秋田厚生医療センター 小児外科、
[3]秋田厚生医療センター 総合診療科

【緒言】精巣捻転症は緊急手術を必要とする急性陰嚢症の一つだが、しばしば診断に悩む場面に遭遇する。当院救急外来において精巣捻転症が疑われ緊急手術となった男児3例について検討する。【症例1】14歳。某日18時30分頃、左鼠径部痛出現。21時10分受診。左陰嚢の腫脹、圧痛を認めた。精巣挙筋反射は左で微弱。US では右に比して左精巣内の血流がやや微弱。23時10分手術開始。精巣は720°反時計回りに捻転し血流障害あり。捻転解除し血流は良好となった。【症例2】10歳。A 日、16時頃、左陰嚢の腫脹を自覚。当初疼痛の訴えはなかったが、徐々に疼痛増悪あり A+2日18時頃受診。左精巣は腫脹し圧痛は認めるが軽度。精巣挙筋反射は左右ともに確認できず。US では血流の左右差なし。19時30分手術開始。精巣の捻転はなく血行は良好。精巣上体垂が壊死しており精巣上体垂捻転と診断。精巣上体垂切除術を行った。【症例3】12歳。某日早朝からの陰部痛で近医受診。精巣捻転症否定できず当院紹介。16時10分受診。右陰嚢の発赤、腫脹、圧痛を認めた。左陰嚢には所見なし。精巣挙筋反射は左で陽性だが右では確認されなかった。US では血流の左右差なし。17時手術開始。精巣の腫大はあるが、精巣捻転、附属器捻転の所見は得られず、試験切開のみとした。なお、3症例ともに血液生化学検査では軽度の炎症反応上昇を認めるのみで、尿所見にも特記所見を認めなかった。【考察】精巣捻転症はしばしば精巣附属器捻転症や精巣上体炎との鑑別に難渋することが多いが、診断・手術の時期が遅れると精巣を温存できない可能性がある。US による血流評価や精巣挙筋反射消失等により診断可能とする意見もあるが、実際には確定診断に難渋する症例も多く、本呈示症例でも必ずしも合致するとは言い難かった。診断の遅れにより精巣が失われる事態に比べればはるかによいと考えられ、疑わしい症例については手術を行うことが望ましいと考える。

ポスターセッション4 P-035

頭痛や頚部痛を伴わなかった椎骨動脈解離の3例

○幅雄一郎[1,2]、秋月光[2]、野村収[2]、小川崇[3]、内藤俊夫[1]

[1]順天堂大学医学部 総合診療科学講座、[2]順天堂大学 救急科、[3]順天堂大学 脳神経内科

【背景】突発する激しい頭痛や後頚部痛は椎骨動脈解離の重要な徴候であり、軽い痛みも含め頭痛・頚部痛を発症前後に伴う頻度は60-90%程度とされる。今回頭痛・頚部痛を伴わなかった3例を経験した。
【症例1】32歳男性、既往歴：DL、主訴：回転性眩暈・右耳閉感・悪心嘔吐、経過：受診前日16時に体が左に引っぱられる感覚があった。いつものように出勤し10時主訴および頭重感あり救急搬送された。Cons.clear、BP117/80、HR66、神経学的異常所見はなく対症療法薬の静脈投与にてめまい症状は改善したので耳鼻科受診を奨めた上帰宅とした。同日耳鼻科を受診しCT撮影したところ小脳梗塞が疑われ、脳MRIで両側小脳に急性期梗塞巣／右椎骨動脈解離を認め入院となった。
【症例2】18歳男性、既往歴：左鎖骨下動脈狭窄、主訴：回転性眩暈、経過：受診2日前卓球中に右眼前暗黒感があったが10分程度で消失した。受診当日の朝、自転車登校中に突然回転性めまいを自覚し道端でふせっている所を救急搬送された。Cons.clear、BP167/104、HR57、神経学的所見は左上肢で軽度失調を認めた。脳MRIで左小脳に急性期梗塞巣を認め3DCTAにて左椎骨動脈解離を認め入院となった。なお入院中に既往歴に対して手術を行っている。
【症例3】70歳男性、既往歴：Af、咳喘息、主訴：回転性眩暈・嘔吐、経過：15時頃立位で料理中眩暈が起こり嘔吐し19時頃救急要請された。Cons.clear、BP152/114、HR108、眼振以外に神経学的異常を認めず、小脳失調なし。脳MRI・頚部MRIにて右椎骨動脈・右内頚動脈に解離性動脈瘤を認め緊急入院となった。
【考察・結語】3症例とも先天的な結合織異常疾患を示唆する所見はなかった。頭頚部の動脈解離は「突然の頭痛・頚部痛」という発症形式であるという思いこみにより（特に症例1では）診断エラーの3要素すべて（見逃し・誤り・遅れ）を含んでいた。頭頚部動脈解離は疼痛を伴わないこともある点に留意すべきである。

ポスターセッション4 P-036

苛烈な腹痛を呈すも長期間にわたって未診断であった正中弓状靭帯圧迫症候群の1例

○松浦宏樹[1]、沖田充司[2]、平田香穂里[1]、木浦賢彦[1]、佐々木恵里佳[1]、菅波有[1]、岸田雅之[1]

[1]岡山市立市民病院 総合内科、[2]岡山市立市民病院 外科

【はじめに】正中弓状靭帯圧迫症候群（Celiac artery compression syndrome）は横隔膜の左脚と右脚が椎体前面で結合した正中弓状靭帯の過度な発達により腹腔動脈が圧迫され、間歇的に激しい腹痛や嘔気、嘔吐、体重減少、下痢などを生じる比較的稀な疾患である。有病率は不明であるが痩せ型の若年女性に多く、呼気時に増強する血管雑音が特徴的である。症状が非特異的であることから確定診断に至らない症例が多く、しばしば見逃されていると考えられる。本症の確定診断は腹部超音波ドプラ検査、造影CT、CTアンギオグラフィー、MRI、血管造影で行われる。【症例】44歳、女性。【現病歴】来院3年前から間歇的な腹痛と下痢、体重減少があり他医療圏を含め7か所の医療機関を受診されていた。来院1ヶ月前から腹痛の頻度が増加し、日常生活が困難となったため当院救急外来を受診された。【既往歴】気管支喘息、結核性胸膜炎、自然気胸。【身体所見】心窩部：呼気時に増強する血管雑音あり。腹部：自発痛強く、冷汗あり、明らかな腹膜刺激徴候なし。【入院後経過】入院後に撮影された腹部造影CTで腹腔動脈起始部の狭窄と狭窄部以降の拡張像が確認された。MRIでは呼気時に血流減少が確認され、腹部超音波ドプラ検査でも腹腔動脈内流速は呼気時と吸気時で圧較差が生じていた。これらより正中弓状靭帯圧迫症候群と確定診断され、腹腔鏡による正中弓状靭帯切離術が実施された。術後は明らかな合併症などなく腹部症状は改善し、同時に心窩部の血管雑音も消失した。【まとめ】正中弓状靭帯圧迫症候群は比較的稀な疾患であるが、外科手術の奏功率は70-80%程度と報告されている。近年では一般的な開腹術にくわえ、腹腔鏡下或いは手術支援ロボットでの低侵襲治療が実施されている。痩せ型の若年女性に原因不明の腹部症状が間歇的に伴う場合には本症を鑑別疾患として考慮する必要がある。

ポスターセッション4 P-037

後期高齢救急搬送傷病者の背景と転機～サブアキュート傷病者モデルとしての検証～

○中山大[1]、中山文枝[2]

[1]社団医療法人 養生会 かしま病院 循環器内科、
[2]社団医療法人 養生会 かしま病院 放射線科

【背景】 地域包括ケア病棟は介護を要する高齢傷病者の救急受け入れが重要な役割の一つであるが、その予後や転機に関する情報は少ない。本研究では臨床モデルとして後期高齢救急搬送傷病者を抽出し、その背景および転機について検討した。
【対象と方法】 平成29年1月1日より6月30日までに救急搬送された75歳以上の傷病者の主病名、重症度、既往症、処方数、かかりつけ医の有無、家族構成、介護申請の有無、簡易フレイル・スコア、入院の有無と転機に関して前向き調査を行い、入院となった患者ではその予後転機を検討した。
【結果】 579例の傷病者が救急搬送され、後期高齢者は257例（44%）であった。来院時死亡16例と転院搬送5例を除いた236例を入院群125例と外来群111例に分類し、主要病名と各パラメータを比較した。入院群の上位主要病名は、肺炎以外の感染症が24例と最多で、次いで肺炎22例、脳血管障害20例であった。年齢、性別、簡易フレイル・スコアは入院群、外来群で差を認めなかった。重症度は軽症が外来群で有意に多く（$p < 0.05$）、中等症は入院群で有意に多かった（$p < 0.01$）。重症は入院群でのみ認められた。既往症では、心房細動、骨折、癌が外来群で有意に多かった（いずれも $p < 0.01$）。かかりつけ医の有無、多剤服用の有無、介護申請の有無、および介護環境に関しては入院群、外来群で差を認めなかった。入院症例の転機は、期間終了時に入院中の症例は28例（22%）、退院（自宅 / 施設）は65例（52%）、転院が7例（6%）、死亡退院が27例（22%）であった。6か月間の在宅復帰率が90%、平均在院日数は31日であった。
【結語】 後期高齢救急搬送傷病者の約半数は入院が必要となり、看取り搬送も少なくなかった。生存症例の予後は比較的良好で、在院日数管理、在宅復帰率とも地域包括ケア病棟での対応は妥当と考えられた。

ポスターセッション4 P-038

外来での急病対応時における在宅・介護分野との連携事例

○洲脇直己[1]、下林孝好[2]、更屋勉[3]、津島寿幸[3]、山西行造[3]、横山知司[3]

[1]社会医療法人 健生会 土庫病院 総合診療部 リハビリテーション科、
[2]社会医療法人 健生会 土庫病院 救急科、
[3]社会医療法人 健生会 土庫病院 内科

【諸言】さまざまな事情で、外来急病対応事例の当日入院が困難な場合がある。今回、その際の在宅・介護分野との連携事例を報告する。
【事例1】76歳女性。基礎疾患：多発性脳梗塞・認知症。ベッド周り程度のADL。訪問診療管理で独居。通所介護週5回とヘルパー利用で生活。39℃の発熱・倦怠感で初診し、インフルエンザ診断。急遽、ケアマネ・別居の娘とサービス調整会議を行い、隔離の間、1日3回ヘルパー訪問に切り替えて、在宅療養継続し、軽快。【事例2】76歳男性。基礎疾患：小腸がん・腹膜播種・CVポート造設。ベッド周り程度のADL。妻が介護し、訪問診療で管理。10日ほど前まで、嘔吐（イレウス）にて入院も、症状再燃で受診。原疾患の状況から経口摂取困難と考えられたが、全身状態は保たれており、在宅で高カロリー輸液を開始し、5日後の定期訪問診療まで繋いだ。【事例3】89歳女性。基礎疾患：肺がん・肺内転移、直腸がん。基本的ADLほぼ自立。同居の娘が地域包括支援センター勤務。39℃の発熱・食思不振を主訴に初診。点滴など対応の後、帰宅。症状継続にて翌日再診し、インフルエンザ診断。低酸素血症（room air 85%程度）も認め、入院適応も、在宅酸素開始にて帰宅し、4日後再診。解熱はみられたが、食事取れずの状況に変わりなく、翌日より入院対応。
【事例4】94歳男性。基礎疾患：虚血性心疾患・慢性心不全。日中ベッド周り程度のADL。月1度外来通院も、この間、不安定で臨時受診あり、下肢浮腫悪化。介助量増大し、自宅療養困難となった。1週程度の緊急ショートステイを併設老健で確保の後、地域包括ケア病棟で入院受入とした。【考察】今回提示の事例は、背景にある地域の社会資源や病床機能の活用に迫られた状況のものだが、これらを活用することで、外来対応の幅が広がるため、平常時における、より適切な医療・ケアの提供にも繋がるものと考える。

ポスターセッション5 **P-017**

中心静脈カテーテルの左上行腰静脈迷入によるカンジダ性腸腰筋膿瘍の一例

○南條嘉宏、奥野開斗、曽田剛史、平野史也、大谷寛

立川相互病院 総合診療科

【症例：80歳、男性】、【主訴】発熱、【既往歴】左閉塞性腎盂腎炎・低酸素脳症・化膿性椎体炎・気管切開・胃瘻造設状態、【現病歴】入院2ヶ月前まで上記既往にて当院にて加療。リハビリ目的に他院に転院した。転院後に肺炎発症あり、複数の抗菌薬での加療も改善は乏しかった。入院27日前に胃瘻栄養中止し中心静脈カテーテルを左大腿静脈から挿入した。その後、カテーテル使用継続し加療も発熱が継続するため精査目的に当院に入院になった。【身体所見】意識レベル GCS E4V1M1、体温 36.4 ℃、血圧 102/57 mmHg、脈 77 / 分、呼吸数 24 / 分。眼瞼結膜貧血、左下肢浮腫あり、左鼠径部から中心静脈カテーテル留置されその他特記所見なし。【検査結果】血液検査所見：炎症反応高値、高度低アルブミン血症、正球性貧血、肝腎機能障害、CT 検査所見：左腸腰筋腫大し、内部に一部空気を含み、左鼠径部から同部位の下部にかけてカテーテル迷入あり。【経過】血液培養にて Candida lusitaniae を検出し、抜去した中心静脈カテーテルの先端からも同菌を検出した。フルコナゾール投与を開始し、血液培養は陰性化したが、炎症低下乏しかった。エコーガイド下に穿刺ドレナージ実施したが、内容は引けなかったため、前方アプローチで腸腰筋膿瘍洗浄ドレナージを実施した。以後経過良好で、ドレナージ術後8週間のフルコナゾール投与で以後再燃なかった。【考察】大腿静脈カテーテルの迷入は腰静脈に多く報告されているが、膿瘍化した報告は少ない。多くは後腹膜血腫として報告されており、本例では低酸素脳症により症状を訴えることができなかったことが一因であったと考える。大腿静脈カテーテルは ADL が悪い症例に対し選ばれることが多いため、迷入などの際には本例のように症状を訴えることができないことも多いと考えられ、注意すべき合併症と言える。【結語】中心静脈カテーテルの左上行腰静脈迷入によるカンジダ性腸腰筋膿瘍を経験した。

ポスターセッション5 **P-018**

広域抗菌薬投与後に診断され、外科的手術を必要とした化膿性椎体炎の1例

○朝鳥大介、志水太郎、廣澤孝信

獨協医科大学病院 総合診療科

【症例】76歳、男性
【主訴】発熱、腰痛
【現病歴】膀胱癌 Stage Ⅱに対して9年前に膀胱全摘術と両側尿管皮膚瘻（シングルＪカテーテル留置中）の既往。入院4日前に悪寒戦慄を伴う発熱と腰痛で他科を受診、培養検査は行われなかったが腎盂腎炎の診断でレボフロキサシン内服が開始。一旦解熱したが再度発熱したため同科を再診、同日より入院で経静脈的にメロペネム投与開始。入院翌日に腰椎 MRI を撮像したが化膿性椎体炎の診断に至らず、メロペネム投与下で発熱が遷延するため当科コンサルト。
【身体所見】肋骨脊柱角叩打痛なし、脊椎に圧痛や叩打痛なし
【検査結果】レボフロキサシン投与後（入院当日）の血液培養と尿培養：陰性、経胸壁心臓超音波：弁機能不全や疣贅なし、腰椎単純 MRI（初回）：STIR で Th11/12、Th12/L1、L1/L2 椎間板に高信号あるが椎体に高信号なし、腰椎単純 MRI（2週間後再検）：STIR で L2/3 椎体に高信号
【経過】2週間後に再検した腰椎単純 MRI で化膿性椎体炎を疑う所見を認め、全身状態不良であったためメロペネムにバンコマイシンを追加した。バンコマイシン追加後も全身状態は改善しなかったが、シングルＪカテーテル定期交換後より解熱が得られ、全身状態は著明に改善した。その後、椎体が崩れてきたため外科的介入が必要と判断され、椎間板掻把＋腰椎固定術を施行した。術中検体の一般細菌培養および抗酸菌培養は陰性であった。術後経過は良好で、メロペネム＋バンコマイシンの経静脈的治療を8週間行ったのち、内服抗菌薬に変更し、退院の方針となった。
【考察】化膿性椎体炎は58% で血液培養が陽性となるため、抗菌薬投与前に血液培養の採取は必須である。内視鏡下外科的生検では一般細菌培養が90% 陽性となる報告があるが、本症例では外科的手術に至るまでに約1ヶ月間の広域抗菌薬投与があったため一般細菌培養が陰性となった可能性が考えられる。
【結語】外科的手術を必要とした化膿性椎体炎の1例を経験した。

ポスターセッション5 **P-019**

MRI が診断に有用であった G 群溶連菌菌血症に伴う化膿性胸鎖関節炎の1例

○藤本一志、田中孟、塩尻俊明

総合病院国保旭中央病院 総合診療内科

【症例】65歳男性
【主訴】左前胸部痛
【既往歴・既存症】高血圧、糖尿病、脂質異常症、頚椎捻挫症、虫垂炎術後
【現病歴】来院15時間前に急な左前胸部、左後頸部、左肩付近の疼痛が出現したため近医受診され、採血、心電図、左肩部 X 線撮影したが異常所見なく、鎮痛薬処方で帰宅となった。その後も疼痛持続し、体動困難となったため当院救急外来受診された。受診時、冷汗、嘔気、呼吸困難、疼痛範囲の拡大は見られなかった。
【入院時身体所見】体温 37.5℃、左肩鎖関節に圧痛はなく、左前胸部から左肩周囲に圧痛あるが発赤・熱感・腫脹は認めず、他動的な頸部左方回旋と左上肢挙上で疼痛の増悪あり、それ以外に特記事項なし。
【経過】入院時、白血球数17700/μl、CRP 7.72mg/dl、経胸壁心エコーで有意所見は認めなかった。また、造影 CT で疼痛の原因精査が行われたが、明らかな原因の特定に至らなかった。再度診察したところ、左胸鎖関節に圧痛の最強点認めたため、MRI 施行すると左胸鎖関節と胸骨及び左鎖骨内側端に拡散強調像と STIR 像で浮腫性変化を認めた。血液培養で G 群溶連菌（GGS）である Streptococcus dysgalactiae subsp. equisimilis 認めたことから菌血症に伴う左化膿性胸鎖関節炎及び胸骨・鎖骨骨髄炎として ABPC 12g/ 日 +CLDM 1800mg/ 日で計8週間の加療後に疼痛や左上肢の可動性、MRI 上の信号変化は改善認め退院となった。
【考察】化膿性胸鎖関節炎の起炎菌として GGS は1% と稀であり、視診や CT 上所見に乏しい時期に MRI で病変を描出し得た化膿性胸鎖関節炎の報告はない。
【結語】
1）GGS による化膿性胸鎖関節炎を経験した。
2）MRI 拡散強調像と STIR 像が化膿性胸鎖関節炎、胸骨・鎖骨骨髄炎の早期診断に有用であった。

ポスターセッション5 **P-020**

コントロール不良2型糖尿病治療中に多発関節痛で発症した毛巣洞感染の1例

○三輪明里[1]、藤岡圭[2]、谷英輝[2]、乾沙織[2]、丹菊眞理子[2]、竹田具史[2]、石塚達夫[2]
[1]岐阜市民病院 総合内科、
[2]岐阜市民病院 総合診療・リウマチ膠原病内科

【症例】33歳、男性　【主訴】多発関節痛　【併存疾患】2型糖尿病
【現病歴】26歳時に2型糖尿病を発症。10日前からの四肢の末梢性浮腫と多発関節痛を主訴に近医受診し、炎症反応高値（WBC10600/μL、CRP11.4mg/dL）であったため膠原病精査目的に当院紹介受診した。
【生活歴】喫煙：なし　飲酒：なし　職業：介護職
【現症】身長：180cm、体重：95.7kg、BMI：29.5、血圧138/79mmHg、脈拍68/ 分、体温36.5℃、SpO2：96%（room air）、両側眼瞼浮腫あり圧痛なし、口腔内異常所見・リンパ節腫脹なし、心音・肺音清、両側手関節から手指にかけての浮腫・自発痛・圧痛あり右足関節周囲のしびれ・圧痛あり、両側上下肢の筋力低下なし
【経過】初診時の血液検査では HbA1c8.5%とコントロール不良の糖尿病があり WBC12630/μL、CRP21.44mg/ｄＬと炎症反応上昇していた。膠原病マーカーは陰性であり、何らかの感染症合併を疑い精査加療目的で入院となった。入院後、仙骨部に数ミリ台の瘻孔形成あり、膿排出を確認した。CT にて同部位に一致して皮下膿瘍を疑う所見あり、コントロール不良の糖尿病を背景とした毛巣洞感染が考えられた。抗生剤治療（CTRX2g/day）を開始し、関節痛は感染の改善に伴い、軽快した。
【考察】関節痛を主訴に来院し精査の結果、血清学的リウマチ反応は陰性であり、毛巣洞感染による反応性関節炎が疑われる症例であった。毛巣洞感染とは仙骨部の正中付近に瘻孔・嚢胞・肉芽腫を形成しその内腔に毛髪を有する慢性炎症性疾患である。毛巣洞のリスクとして肥満があり、生活習慣の欧米化に従い毛巣洞を有する患者が増加する可能性がある。コントロール不良の糖尿病患者で感染症が疑われた際は呼吸器感染症、泌尿器感染症が否定的であれば、皮膚感染症として毛巣洞感染も考慮することが必要である。
【結語】多発関節痛で来院し精査の結果、糖尿病に毛巣洞感染を合併し、反応性関節炎が疑われた1例を経験した。

ポスターセッション5 **P-021**

楊枝による歯垢・耳垢除去習慣による大腸菌定着の慢性中耳炎から、外傷を契機に Lemmier 症候群に至った1例

○水木真純[1]、竹内結[1]、本橋健史[2]、小坂鎮太郎[2]

[1]地域医療振興協会 練馬光が丘病院 総合診療科、
[2]地域医療振興協会 練馬光が丘病院、板橋中央総合病院 総合診療科

【症例】70歳男性、配管工事作業員 【主訴】頚部痛
【既往歴・内服薬】幼少期の右鼓膜穿孔による慢性中耳炎があるが内服なし
【現病歴・身体所見】来院1か月前に後方からの車の追突により頚椎捻挫を受傷した。受傷数日後より倦怠感を認め、来院当日に意識障害と発熱により自宅で倒れているところを娘に発見され当院へ救急搬送された。
【身体所見】BT38.2、BP136/60、PR84、RR16、SPO2:91%（室内気）、GCS14（E3V5M6）右頚部に腫脹・圧痛あり、右鼓膜は穿孔し浸出液を伴う
【検査結果】血液検査では軽度の白血球上昇を認めるのみであった。尿検査・培養では異常を認めず、血液培養２セットから入院２日目に大腸菌が検出された。胸部 X 線で散発する小結節影、頚胸部単純 CT で散発する小結節影と右頚部腫脹を認め、頚頚部造影 CT にて右内頚静脈塞栓、右乳突蜂巣の造影効果を認めた。
【経過】以上から右乳突蜂巣炎、Lemmier 症候群、敗血症性塞栓症と診断し、ABPC/SBT による静注加療を開始した。入院翌日には血液培養２セットから大腸菌が検出され、抗菌薬投与後に採取された右耳浸出液の培養は何も生えなかった。楊枝で口と耳を同時に掃除する習慣があり他の感染巣も認めないため、楊枝を介して口から入った大腸菌による Lemmier 症候群と判断し合計14日間の加療を行なった。
【考察】Lemierre 症候群は咽頭周囲の炎症が咽頭外側に波及して生じる炎症性疾患で、内頚静脈の血栓性静脈炎と内頚静脈血栓症、敗血症を生じる。起因菌は Fusobacterium necrophorum が最多で、大腸菌による報告は極めて少ない。本症例では口から移行した大腸菌が定着した慢性中耳炎から乳突蜂巣炎を生じて、交通外傷による頚椎捻挫が重なり Lemierre 症候群に至ったと推測する。
【結語】慢性中耳炎を背景として外傷を契機に発症した大腸菌による Lemierre 症候群を経験した。稀な起因菌である場合には、新入門戸を考える上で解剖学的機序と病歴が重要だと改めて実感した。

ポスターセッション5 **P-022**

気腫性膀胱炎および気腫性腎盂腎炎を発症した1例

○栗原梓、清水祐太朗、飯塚尭、真下大和、合田史、佐藤正通

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科

【症例】68歳、男性【主訴】倦怠感【現病歴】糖尿病罹患のため糖尿病性網膜症による失明、糖尿病性腎症あり。2019年4月下旬夜間突然の嘔吐、高度発熱のため救急搬送となった【現症】体温37.4度、SpO2 94%、脈拍85bpm、呼吸数20回 / 分、意識障害なし。全身に著明な浮腫あり。腹部やや膨満、圧痛なし。採血検査からは、好中球優位の白血球増多、正球性貧血、筋酵素上昇、腎機能低下、炎症反応高値。尿蛋白および潜血、細菌陽性であった。胸部レントゲン検査からは浸潤影および両側胸水を認め、肺炎およびうっ血性心不全が鑑別に挙げられた【診断】熱源の精査目的にて行った CT 検査では膀胱壁の肥厚に加え、膀胱内および左尿管から腎盂にかけて気腫を認め、水腎を形成あり、左気腫性膀胱炎および腎盂腎炎と診断した。血液を用いた細菌培養は陰性、尿培養から大腸菌が検出された。また胸部 CT 検査からは明確な浸潤影は確認されず、NT-proBNP 13812pg/ml を認め、うっ血性心不全と診断した【経過】酸素投与開始し、インスリン投与下、タゾバクタム・ピペラシリン13.5g/ 日投与開始。糖尿病性腎症により尿蛋白を認めており、血中アルブミン値1.0g/dl と著しい低アルブミン血症を認め、全身性浮腫、胸水に対しては利尿剤投与開始。泌尿器科では手術待機となるも、これら状態の悪化はなく炎症反応は改善し、膀胱内気腫は消失に至った【考察】この度我々は糖尿病治療中に気腫性膀胱炎・腎盂腎炎を発症した一例を経験した。糖尿病罹患歴は永く網膜症、神経症および腎症を認めるも入院時 HbA1c4.7% であった。気腫性膀胱炎・腎盂腎炎の死亡率は高く、予後不良因子として保存的加療、血小板減少、意識障害、腎機能障害、ショック状態などが挙げられている。本例にあっても腎摘出について泌尿器科との検討を行い手術待機となったが、治療開始後の状態悪化はなく保存治療を継続中である。

ポスターセッション6 **P-039**

傍腫瘍症候群として発症したと考えられた自己免疫性壊死性筋症の高齢女性

○村山正憲[1]、村山正憲[1]、傍島卓也[1]、坂本哲朗[1]、山岸靖昌[1]、向真人[1]、山田梨絵[1]、川島啓佑[2]、池田庸子[2]

[1]松波総合病院 総合内科、[2]松波総合病院 病理診断科

【症例】88歳、女性 【主訴】高 CK 血症
【既往歴】右大腿骨頚部骨折人工骨頭置換術 腰椎圧迫骨折
【既存症】高血圧症、糖尿病、一過性心房細動
【現病歴】2年以上前からスタチンを服用。半年前から CK が漸増し、スタチンを中止しても不変とのことで紹介受診。歩行距離も短くなってきていた。
【身体所見】血圧128/64整脈、皮疹なし、頚部正。心音正、心尖部 Levine2/6の収縮早期雑音あり。肺吸気時軽度ラ音あり。腹部軟、腫瘤を触れない。下肢浮腫なし。筋の把握痛なし。筋力は特に下肢近位筋でやや低下していた。
【検査結果】WBC6100/μL、Hb10.3g/dl、Plt23.7万 /μL、AST64 U/L、ALT30 U/L、LDH397 U/L、CK1031 U/L、アルドラーゼ15.7U/L、TSH 1.205μIU、fT4 1.11ng/dl、抗核抗体40未満（Cytoplastic 320）、抗 ARS 抗体陰性、抗 MDA5 抗体陰性、抗 TIF1 γ 抗体陰性、抗 Mi-2 抗体陰性、抗 HMGCR 抗体陰性、抗 SRP 抗体7.6 IU/ml と陽性。 左大腿部 MRI では、大内転筋の一部に浮腫や炎症と思われる脂肪抑制像で高信号変化あり。同部の筋生検で筋繊維内に少数小型変性細胞と筋束間に脂肪組織がみられ、nuclear chain や組織球による貪食像が認められた。
【経過】抗 SRP 抗体陽性壊死性筋症と診断。背景疾患検索で上行結腸癌を発見。鏡視下上行結腸切除を実施した。術後肺炎などで ADL が低下したためリハビリ後免疫抑制療法は行わず退院観察とした。
術後１ヶ月で CK は術前の1316から287へ、アルドラーゼは18.5から8.3まで低下したがその後再上昇し、術後半年で結腸癌の再発転移が確認された。退院後 ADL は回復し、自宅内での歩行は可能になっていたが、その後徐々に低下した。
【考察】抗 SRP 抗体陽性壊死性筋症には、若年発症で緩徐に進行するタイプと、中高年発症で急性～亜急性に進行するタイプが知られている。また、悪性腫瘍の合併は10% 程度との報告がある。本例は高齢者で、且つ、傍腫瘍症候群として発症してきたと考えられた。

ポスターセッション6 **P-040**

不明熱で紹介された汎血球減少と急性腎機能障害を伴う骨髄サルコイドーシスの一例

○松田直人[1,2]、渡邉浩祥[3]、飯田俊[4]、荻野幸伴[5]、田村肇[2]、宮澤真理恵[2]、利光美保[2]、李蓓来[2]、朝日公一[2]、安武正弘[6]、齋藤登[2]

[1]日本医科大学 総合診療科、
[2]獨協医科大学埼玉医療センター 総合診療科、
[3]獨協医科大学埼玉医療センター 呼吸器アレルギー内科、
[4]獨協医科大学埼玉医療センター 病理診断科、
[5]獨協医科大学埼玉医療センター 循環器内科、
[6]日本医科大学附属病院 総合診療科

【症例】51歳 男性 【主訴】発熱、倦怠感 【既往歴】拡張型心筋症、慢性腎不全、甲状腺機能亢進症、2型糖尿病 【現病歴】X-14日に突然39℃の発熱を認め、X-7日に血液検査と胸部 XP を行うも熱源不明のため当科に紹介受診となった。X 日に当科受診となり、39℃台の発熱は持続し、特に夜間に悪化し、関節痛、体動困難感を伴っていた。【身体所見】意識清明、体温39.7℃、血圧76/47mmHg、心拍数78/ 分、SpO2 95-97%（room air）軽度の関節痛以外特記事項なし。【検査所見】WBC 2000/μl（Neu 45.2%、Lym 48.0%）、Hb 8.1g/dl、Plt6.7万 /μl、ESR 10mm、LDH 418U/L、BUN 47 mg/dl、Cre 4.05mg/dl、sIL2-R 3890 U/ml、胸部 XP 及び胸部 CT で異常所見なし、腹部 CT で脾腫を認めた。【経過】発熱、脾腫、盗汗、sIL2-R 高値からリンパ増殖性疾患が考えられたため、骨髄穿刺および生検と PET-CT を施行した。骨髄生検から乾酪壊死を認めない小型肉芽腫及び低形成性の骨髄を認めた。また、PET-CT で間質性肺炎の可能性が指摘され、追加検査で ACE37.5U/L と上昇を認めたためサルコイドーシスが疑われた。経気管支肺生検では多核巨細胞を伴った類上皮細胞肉芽腫の形成を認めた。以上よりサルコイドーシスと診断し、プレドニン30mg/day（0.5mg/lg/day）の治療を開始した。ステロイドは著効し、発熱は治療翌日に消失、慢性腎不全も1か月で治療前の数値まで改善した。【考察】骨髄生検で肉芽腫が認められる症例は0.3%～ 2.2% と少なく、原因は悪性腫瘍、抗酸菌感染症、HIV などのウイルス感染症、薬剤性など多数の原因が考えられる。そのため、診断は臨床的診断、画像的診断、BAL のリンパ球数や ACE レベルなど多角的な診断が必要である。本症例でも PET-CT 画像より間質性肺炎が認められ、経気管支肺生検など多角的な所見により臨床診断がされた。【結語】不明熱で紹介された汎血球減少と急性腎機能障害を伴う骨髄サルコイドーシスの一例を経験したため報告する。

ポスターセッション6 **P-041**

高齢発症成人 still 病と悪性リンパ腫を合併した1例

○石田俊介[1]、吉田晶代[2]、延岡悠樹[2]、亀山和也[2]、谷口真理[2]、小田 登[2]、原田和歌子[2]、田中英夫[3]、加藤雅也[2]

[1]広島市立安佐市民病院、
[2]広島市立安佐市民病院 内科・総合診療科、
[3]広島市立安佐市民病院 内科・血液内科

【症例】85歳女性 【主訴】発熱、紅斑
【現病歴】X-9日に発熱で近医受診。膿尿より尿路感染症（UTI）としてニューキノロン系抗菌薬で加療された。X-3日に症状改善なく抗菌薬変更するもX-2日より全身性紅斑が出現したため、薬疹疑いでX日に当院紹介となった。
【既往歴】てんかん、胸椎圧迫骨折
【現症】JCS Ⅰ-1、体温39.2度、血圧124/68 mmHg、脈拍106 回 / 分、SpO2 97%（室内気）、呼吸数12 回 / 分、掻痒感を伴う全身性紅斑あり。頸部リンパ節腫大あり、圧痛なし。両膝関節腫脹、圧痛あり。
【検査】血液検査では炎症反応高値（WBC 10,100/μL、CRP 4.3 mg/dL）とLDH 上昇（851 U/L）を認めた。単純 CT 検査で脾腫、両側腋下・縦隔リンパ節腫大あり。
【経過】薬剤熱を疑ったが抗ヒスタミン薬で皮疹は改善せず、X+3日に膿尿、食思不振あり、UTI としてメロペネムを開始した。尿培養でニューキノロン耐性の大腸菌が検出され、UTI の遷延と考えた。紅斑の皮膚生検では非特異的所見であった。抗菌薬開始後から発熱、食思不振は改善したが、X+12日に再度熱発、右股関節痛が出現し、偽痛風の診断で NSAIDs を開始。しかし症状改善乏しく X+17日の採血で2系統の血球減少（Plt 7.4万 /μL、10.9 g/dL）、フェリチン上昇（16,753 ng/mL）、sIL-2R 上昇（5,450 U/mL）を認め、血球貪食症候群を疑い、骨髄検査を施行の上メチルプレドニゾロン1g/day を開始。骨髄像で血球貪食像以外に悪性リンパ腫（ML）を示唆する所見がなく、山口基準より高齢発症成人 Still 病（AOSD）と暫定診断した。ADL が全介助の状態を考慮して、分子標的薬を使用せずステロイドで緩和治療の方針とした。後日、骨髄 PCR で IgH 再編成陽性であり、背景に ML が疑われ、骨髄免疫染色では骨髄異形成症候群が示唆されたことから、悪性腫瘍合併の AOSD と考えた。
【考察】AOSD では悪性腫瘍の除外が問題となるが、特に高齢者や非典型皮疹、LDH や IL-2R が上昇している場合は、傍腫瘍症候群の可能性を念頭に置く必要がある。

ポスターセッション6 **P-042**

上矢状静脈洞血栓症をはじめとした多発静脈血栓症を契機に診断された血管ベーチェット病の一例

○稲垣喜則[1]、徳永智彦[1]、尾本亘[1]、赤羽目翔悟[2]、鈴木清澄[1]、後藤麻里[1]、中山琢生[1]、大熊啓嗣[1]、鈴木裕[3]、高山忠輝[4]

[1]日本大学医学部 内科学系 総合診療学分野、
[2]長崎大学病院 感染症内科、[3]日本大学病院 内科、
[4]日本大学医学部附属板橋病院 総合科

症例 : 32 歳、男性。主訴 : 意識障害、対麻痺、四肢浮腫、吐血。職業歴 : アニメーター。現病歴 : 201X 年 Y-1 月頃から仕事が多忙となり、全身倦怠感を自覚していたが、不規則な生活習慣が原因であると考えていた。Y 月下旬に自宅で突然体動困難となり、吐血した。倒れているところを会社の同僚が発見し、当院救命救急センターに搬送された。現症 : JCS2、血圧 108/62mmHg、脈拍 112 回 / 分・整、呼吸数 20 回 / 分、SpO? 90%（RA）、口腔周囲に血液痕の付着あり、対麻痺、四肢浮腫と背部に毛嚢炎様皮疹を認める。血液検査所見 : WBC 12800/μL、Hb 9.8 g/dL、Plt 8.1 万 /μL、D-dimer 125μg/mL、CRP 6.5 mg/dL。CT 画像所見 : 両側前頭頭頂葉に低吸収域あり、右房内 / 左内頚静脈から鎖骨下静脈 / 両側深部静脈内に血栓あり。頭部 MRI/MRV: 上矢状静脈洞血栓症、両側前頭頭頂葉静脈性梗塞。上下部消化管内視鏡検査 : 多発胃十二指腸潰瘍。臨床経過 : 消化管出血を合併した多発静脈血栓症であり、抗凝固薬はダナパロイドナトリウムを選択した。多発潰瘍に対してはクリッピング術を施行した。第 3 病日には意識清明となり、第 7 病日に再検した CT では血栓は縮小し、内視鏡所見の改善を確認した。リハビリの継続により、第 20 病日には ADL は概ね回復し、抗凝固薬としてエドキサバンの内服を開始した。その後も症状は再燃することなく、経過良好であり第 43 病日に退院とした。詳細な病歴聴取により、ベーチェット病の診断基準の主症状である口腔内潰瘍を過去 1 年間に 5 回以上繰り返していたことが判明した。そして今回毛嚢炎様皮疹 / 血管病変 / 中枢神経病変があり、HLA-B51 は陽性であることから本症例を血管ベーチェット病と診断した。考察 : 多発静脈血栓症を呈する場合にはベーチェット病をはじめとした血栓性素因を念頭におき、正確な身体所見の観察と詳細な病歴聴取を行うことが重要である . 本症例では、臨床症状の推移と血管病変の活動性の指標を踏まえてステロイドや免疫抑制剤を導入することなく、抗凝固療法の継続を選択した。

ポスターセッション6 **P-043**

関節炎が8年間先行した炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎）に伴う脊椎関節炎の一例

○千布裕

済生会唐津病院 内科

【症例】62歳、男性【主訴】腰痛、粘血便【既往歴】【家族歴】特記事項なし【生活歴】飲酒ビール1本 / 日、喫煙なし、内服薬 セレコックス、アレロックなど 【現病歴】X-8年より血清反応陰性脊椎関節炎としてスルファサラジン、プレドニゾロンで加療されていた。状態改善したため X-5年でスルファサラジン、プレドニゾロン中止されていた。X-4年より腰痛増悪し、LCS と診断され、NSAID 開始された。X-1年腰痛増悪した。X 年2月より粘液便あり。X 年4月下部消化管内視鏡施行され、潰瘍性大腸炎直腸型と診断された。【身体所見】163.2cm 64.9kg BP135/70mmHg、PR80/min 眼瞼結膜 貧血なし、胸部腹部異常なし【検査結果】CBCWBC6600/μl、Hb14.3g/dl、ESR13mm/hr、CRP0.2mg/dl、RF3.1IU/ml 抗 CCP 抗体 <0.6U/ml、TP6.9g/dl、alb.4.0g/dl【下部消化管内視鏡検査】直腸から Ra にかけて顆粒状粘膜およびびらんを認める。【経過】スルファサラジン投与で薬疹出現したため中止。経口ステロイド剤内服開始し、注腸ステロイド製剤を併用して経口ステロイド剤は漸減した。X+1年で経口ステロイド剤は中止している。粘血便の再発はない。【考察】炎症性腸疾患の脊椎関節炎の合併率は17~39%で、脊椎関節炎における炎症性腸疾患の合併は多いことが報告されている。炎症性腸疾患に合併する脊椎関節炎の発症時期については炎症性疾患発症前、同時、発症後など一定していない。発症の原因として、HLAB27などの遺伝的要因に加えて、腸管細菌叢と免疫の相関関係が近年指摘されている。治療は、関節リウマチの治療と同様に副腎皮質ステロイド、DMARD、抗 TNF α 抗体製剤が使用される。原因不明の脊椎関節炎の治療に際しては、下部消化管の評価が必要である。

ポスターセッション6 **P-044**

低カリウム血症によるミオパチーで発見されたシェーグレン症候群の1例

○伊藤大貴[1]、田村耕成[2]、前澤晃[2]、佐藤真人[3]、櫻谷昌孝[2]、小和瀬桂子[1]、田村遵一[1]

[1]群馬大学大学院 医学系研究科 総合診療医学、
[2]医療法人 博仁会 第一病院 内科、
[3]医療法人 群栄会 田中病院 内科

【症例：49歳女性】【主訴】両上腕痛、両上腕の挙上困難【現病歴】X-2月より階段昇降時の両側大腿の筋肉痛を自覚した。Y-15日より咽頭痛あり、Y-11日より両上腕の疼痛と挙上困難、手指の脱力を自覚した。インフルエンザ感染と考え Y-7日に当院感染症外来を受診した。インフルエンザ迅速抗原検査は陰性であり、採血にて CK 594 U/L、K 1.8 mEq/L を認め、低カリウム性ミオパチーが疑われた。入院希望なく、アスパラギン酸カリウムを処方されたが X 月 Y 日再診時、K 1.8 mEq/L、CK 1074 U/L と改善なく、同日当院緊急入院となった。【身体所見】体温 36.4℃、血圧 132/93 mmHg、脈拍 78/ 分、整、SpO2 99%（室内気）。両肩・両側大腿の把握痛あり。【検査結果】血算・肝機能異常なし、LDH 304 U/L、CK 1074 U/L、Na 140 mEq/L、K 2.0 mEq/L、Cr 0.7 mg/dL、CRP 0.1 mg/dL、動脈血 pH 7.44、尿中 K 26.0 mEq/L、尿中 β 2-MG 58000μg/L、尿中 NAG 12.8 U/L、TTKG 10.8【経過】尿中 K 高値、また TTKG 高値であり、尿中の K 排泄亢進による低カリウム血症と考えられた。尿中 β 2-MG、尿中 NAG 上昇を認め、尿細管間質障害が疑われた。血中抗 SS-A 抗体、抗 SS-B 抗体およびサクソンテストが陽性であった。腎生検施行し、間質性腎炎の所見を得た。以上よりシェーグレン症候群による尿細管障害が、低カリウム血症性ミオパチーの原因と考えられた。【考察】シェーグレン症候群の 15% 程度に尿細管障害が認められ、尿細管性アシドーシスを伴わない低カリウム血症の報告もある。【結語】低カリウム性ミオパチーを主訴としたシェーグレン症候群による間質性腎炎を経験した。

ポスターセッション6 **P-045**

発熱、悪寒、戦慄で発症し、入院後に皮疹が出現・増悪、皮膚生検で Sweet 病と診断された一例

○渡邊稔之[1]、吉田紗衣子[2]、長田薫[2]

[1]武蔵野赤十字病院 総合診療科・神経内科、
[2]武蔵野赤十字病院 総合診療科

【症例：81歳、男性】
【主訴】発熱、悪寒、戦慄
【既往歴】慢性 B 型肝炎（非活動性キャリア）
【現病歴】来院2日前までは普段通り。来院前日咽頭痛あり他院受診したが咽頭発赤軽度で経過観察となった。夕に体温38.0℃、眠前に39.0℃まで上昇した。来院当日午前、立ち上がれず、体温40.0℃で悪寒・戦慄あり、当院に搬送された。
【身体所見】GCS E4V5M6、項部硬直なし、眼瞼結膜貧血・黄染なし、点状出血なし。咽頭発赤なし、白苔付着なし。左頸部リンパ節腫脹あり。Levine2度 収縮期拡張期雑音あり。肺音清。腹部平坦軟、圧痛なし。CVA 圧痛なし。前立腺圧痛なし。両下腿に掻爬痕多数、周囲発赤あり（以前より下腿掻痒あり掻きむしっていた）、Osler 結節なし、Janeway 病変なし
【検査結果】WBC 10,800/μL（St 7.0%、Seg 80.0%）、Hb 13.0g/dL、Plt 11.7万 /μL、CRP 19.94mg/dL、赤沈 65mm（1 hr）、sIL-2R 8,389 U/mL。造影 CT：明らかな感染巣指摘できず
【経過】悪寒・戦慄を伴う発熱あり、focus 不明の菌血症として CTRX 投与開始した。第2病日に造影 CT 施行後、両下肢に膨疹が出現、造影剤アレルギーを疑い抗ヒスタミン薬を処方した。その後も両下肢の紅斑様皮疹が徐々に拡大したため第4病日に左大腿紅斑を皮膚生検した。血液培養含む感染症各種検査は陰性だった。第7病日に紅斑様皮疹が体幹にも広がり、何らかの血液疾患を背景とした中毒疹を疑い PSL 60mg を投与開始、その後発熱・皮疹は徐々に軽快した。第17病日に皮膚病理の最終報告で好中球性皮膚病と診断された。経過良好につき第29病日に退院した。
【考察】古典的 Sweet 病は先行感染から 1-3 週後に発症することが多いとされている。来院時両下腿にあった掻破痕や造影剤投与後の膨疹と混在し皮疹の評価が難しく、来院時の主訴は菌血症様であり診断に難渋したが、最終的に病理から上記診断に至った。
【結語】発熱、悪寒、戦慄という菌血症様症状が先行し、皮疹が後発する Sweet 病を経験した。

ポスターセッション6 **P-046**

上気道症状を伴う原因不明の発熱を呈した巨細胞性動脈炎の一例

○増山勝俊、仲西雄大、入山大樹、加野美希、乾啓洋、内藤俊夫

順天堂大学医学部 総合診療科学講座

【はじめに】巨細胞性動脈炎は側頭動脈炎とも呼ばれ、発熱や顎跛行や視力低下をきたし、特に高齢者における発熱の鑑別疾患の1つとして知られている。今回我々は、上気道症状を伴う不明熱を呈した巨細胞性動脈炎の一例を経験したので報告する。
【症例】70歳男性。生来健康で特記すべき既往歴はない。当院受診の2週間ほど前から発熱、食欲不振、腹部膨満感が出現した。その後、声が擦れるようになったため当院受診8日前に近医を受診した。有意な身体所見は認められず、WBC 10,000 /μL、CRP 19.2 mg/dL と炎症反応が高値であった。熱源は不明だったが細菌感染を疑われて TFLX 300mg を処方された。受診3日前の採血にて炎症反応の改善を認めず、当科外来を紹介受診した。来院時の症状は乾性咳嗽が著明であり、バイタルサインは体温37.0℃、血圧92 ／ 60 mmHg、脈拍数81 / 分、呼吸数20回 / 分、意識清明だった。身体診察では両下肢の振動覚の低下を認めた他は有意な所見は得られなかった。血液検査では WBC 17,300 /μL、Plt 40.3万 /μL、CRP 18.2 mg/dL と炎症反応の増悪を認めたため、精査加療目的に入院した。診断に難渋したが、詳細な問診により側頭部の血管の違和感が1カ月以上続いていることを聴取できた。側頭動脈を入念に診察したところ、拍動低下は認めなかったが腫脹を認めた。その後、側頭動脈の生検を施行し、巨細胞性動脈炎の診断に至った。本症例では精査を進めている段階で自然に症状や各種検査値が軽快したため、ステロイドなどの免疫抑制療法は行わずに第23病日に退院した。
【考察】原因不明の発熱の鑑別として巨細胞性動脈炎は常に想起すべき疾患の1つであり、患者の訴えがなくとも側頭動脈を診察することは非常に重要である。また、巨細胞性動脈炎の診断基準の項目の1つに側頭動脈の圧痛ないし動脈硬化によらない拍動低下が挙げられているが、感度においては側頭動脈の腫脹の方が優れており、診断の一助となると考えられる。

ポスターセッション6 **P-047**

高齢女性に発症した成人発症スティル病の1例

○熊谷優里[1]、高橋広喜[1]、今村淳治[2]、鈴木森香[1]、鵜飼克明[1]

[1]国立病院機構 仙台医療センター 総合診療科、
[2]国立病院機構 仙台医療センター 感染症内科

【症例】84歳、女性【主訴】発熱【既往歴・家族歴】特記事項なし【現病歴】X-18日に発熱が出現し前医を受診し精査目的に入院となった。炎症反応は高値を呈し、抗菌薬治療を開始するも各種培養陰性、体幹部 CT 検査においても明らかな熱源不明のため当科へ転院となった。転院時発熱に加え両側肩、肘、手、膝関節痛あり、好中球80%以上の白血球増多、肝機能異常、脾腫を認めた。リウマトイド因子陰性および抗核抗体陰性であった。フェリチン値は61,474ng/ml と高値を呈していた。骨髄穿刺検査では特に異常は認めなかった。【経過】入院後、高齢であることや皮疹がないため積極的に成人発症スティル病（AOSD）と診断せず、尿路感染症を疑いレボフロキサシン500 mg / 日を開始したところ、下肢から体幹に広がる皮疹を認めたため薬疹の可能性も考慮しながら入院9日目に AOSD と診断し、ステロイド治療（PSL30mg/ 日）を開始した。皮疹と関節痛は改善したが、発熱と炎症反応の高値が遷延したためシクロスポリンを併用したところ再び皮疹が出現した。シクロスポリンならびに感染予防目的に投与していた ST 合剤による薬疹が疑われ、被疑薬を中止したところ皮疹は消退した。PSL は一旦 40mg / 日に増量したところ発熱、炎症反応の改善が得られたため、再度 PSL を漸減しながら約1か月間経過を観察するも再燃なく退院となった。【考察】高齢発症の AOSD はまれな疾患であるが、最近は高齢化に伴い症例報告が散見されるようになった。本症例ではレボフロキサシン・ST 合剤・シクロスポリンを皮疹の被疑薬として中止することになったが、AOSD の特徴的な所見として薬剤アレルギーがあり、しばしば治療の際に問題となることがあることを把握しておくべきである。【結語】AOSD は、初診時に診断基準を満たしていなくても、経過中に所見がそろうこともあり、不明熱の精査中は常に念頭に置くべきと思われた。

ポスターセッション7 **P-048**

体動センサを利用したマラソン走行前後の呼吸変動の解析

○中村浩士[1]、辻直樹[1]、鳥井楓[2]、中島翔太[2]、城明舜磨[3]、平野旭[3]、山脇正雄[3]

[1]呉医療センター・中国がんセンター 総合診療科、
[2]山口大学大学院 創成科学研究科、
[3]呉工業高等専門学校 電気情報工学分野

痛みやストレスの評価には、呼吸変動（RRV）と心拍変動（HRV）のふたつを同時計測すれば脳の痛み・ストレスの数値化は近似可能である（ブレインセンシング理論）。有酸素運動前後における本理論の妥当性を検証することを目的とした。【方法】マラソン大会において研究同意が得られた78名を対象とした。走行前後（制限時間2時間50分）にスマートフォンに搭載されている6軸加度センサから得られる呼吸と心拍を同時に各2分間計測することでストレス指数を計算した。さらに波形表示にて呼吸パターンを解析した。計測は座位にてランニングシャツ上から非接触で行った。【結果】走行前に同意書が得られたうち、制限時間内にマラソン競技を完走し再計測が可能であった走者は75名であった。そのうちストレス指数が計測可能であったものが22名（29%）であった。走行前後のストレス指数の変化と、気分と運動強度の主観的評価尺度の相関に有意差は見られなかった。一方、体動センサによる呼吸波形には様々なパターンが認められた。【まとめ】体動センサを用いたストレス指数の計測は屋外でも安全かつ簡便に施行することができた。

ポスターセッション7 P-049

SpO2モニターでの奇脈により診断に至った大量胸水の一例

○小川麻喜子、佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、
柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、
古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、
前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

2年前に卵巣嚢胞性粘液水腫に対して右付属器・回腸切除歴のある69歳女性。腹痛を主訴に当科を受診。腹部CTで手術痕に一致して腹壁内腫瘤と癌性腹膜炎を示唆する所見を認め、右卵巣腫瘍再発・腹壁播種が疑われ精査が開始されたが、外来精査中に呼吸困難の悪化を主訴に再受診した。

診察時にSpO2測定を行ったところ、間欠的にしか脈拍が感知されなかった。奇脈を疑って直ちに心エコーをベッドサイドで施行したところ、心嚢液貯留は認めなかったが大量の左胸水を認め、胸部X線で気胸は認めなかったが、縦隔の右側への偏位を伴う胸水貯留を認めた。直ちに胸腔ドレナージが行われ、患者は癌性胸膜炎の疑いとして入院となった。

その後、呼吸器内科で胸膜癒着を試みられたが癒着できず、胸水細胞診の結果から卵巣漿液性腺癌の診断に至った。婦人科で化学療法が開始されたが奏効せず受診から5ヶ月後に死亡。

SpO2測定を行ったところ、間欠的にしか脈拍が感知されなかったことがきっかけで奇脈が疑われ、緊急対応により診断に至った教訓に富む左大量胸水の症例であり、画像を提示して報告する。

ポスターセッション7 P-050

多発転移性骨腫瘍疑いで紹介初診時に持参MRIと身体診察によりSAPHO症候群を診断し得た1例

○朝日公一、田村肇、小沼美保、宮澤真理恵、李蓓来、
石井孝政、齋藤登

獨協医科大学埼玉医療センター 総合診療科

【症例：62歳、女性】【主訴】頸部～肩甲部痛【既往歴・既存症】4年前に当院形成外科で右上口唇の皮下悪性腫瘍切除術【現病歴】受診日2ヶ月前に頸部～肩甲部痛を自覚し、近医整形外科受診、単純MRIを施行されC6~Th1椎体に骨転移疑いのため当科紹介となった。3ヶ月前の形成外科診察では再発所見を認めていない。【身体所見】頸部～肩甲部鈍痛自覚、可動時痛や圧痛を認めず、長時間の仕事で増悪したが、痛みは緩和傾向であった。【検査結果】持参MRIではC6~Th1椎体にT1WI低信号を認めるもSTIR高信号、DWI高信号は認めないため転移性骨腫瘍としては非典型的であった。水平断像の関心領域の下端に両側の鎖骨頭腫大を認めた。血液検査ではALP 485 IU/mlと軽度上昇を認めるほか特記所見なし。【経過】画像よりSAPHO症候群が疑われ、当該の身体診察を行ったところ鎖骨頭の圧痛と右仙腸関節痛を認めた。ざ瘡や掌蹠膿疱症含めた皮疹は認めなかった。経過から腫瘍転移の可能性は極めて低かったが、悪性腫瘍や他疾患除外目的のCTを施行したところ鎖骨頭腫大と右仙腸関節硬化を認めた。骨シンチグラフィーで鎖骨頭の特徴的なbull's head patternとC6~Th1、両側胸鎖関節に集積を認めた。膠原病外来で皮疹を認めないSAPHO症候群と診断され、ビスホスホネート製剤の内服開始で痛みやALP値も改善した。【考察】多発転移性骨腫瘍の鑑別として多発性骨髄腫、悪性リンパ腫、サルコイドーシス、アミロイドーシス、強直性脊椎炎/SAPHO症候群などが挙がるが、本症例では注意深いMRI再読影により、鎖骨頭の腫大を認めたことがSAPHO症候群診断の手がかりとなり、当該部位診察所見にて診断確定につながった。約15%の症例で皮疹を合併しないことも報告されている。【結語】多発骨病変の際、経過および画像で転移性骨腫瘍と矛盾を感じる際はSAPHO症候群も念頭におき鑑別する必要があると思われた。

ポスターセッション7 P-051

培養未採取での広域抗菌薬投与により診断が遅れ、手術を要した感染性心内膜炎のエラー分析と望ましい対応

○川村廉、西信俊宏、志水太郎

獨協医科大学病院 総合診療科

【症例：57歳男性】【主訴】悪寒戦慄を伴う発熱
【既往歴】高尿酸血症、脂質異常症、両手背接触皮膚炎、急性膵炎
【現病歴】来院7日前より全身倦怠感・熱感を自覚、3日前に悪寒戦慄、40℃の発熱認め近医受診した。腎盂腎炎疑いで培養検査未提出のままメロペネムによる入院抗菌薬加療が開始された。入院中に元々指摘されていた血小板減少の進行も認め、精査加療目的に当院転院となった。
【身体所見】意識清明、体温37.0℃、血圧140/89mmHg、脈拍90回/分、呼吸数16回/分、SpO2 97%（room air）。
頭頸部・胸腹部に明らかな異常所見・出血傾向を認めなかった。両側手背に鱗屑を伴う湿疹を認めた。
【検査結果】
血液検査：炎症反応・肝胆道系酵素上昇、血小板低下
尿検査：潜血2＋、ケトン2＋、RBC 30-49/HPF、WBC 1-4/HPF、細菌（－）
心臓・腹部超音波：異常所見なし
【経過】感染巣不明の発熱に対して、前医で投与されていたメロペネム1g 8時間毎を計1週間継続し、第10病日に退院。退院2日後に悪寒戦慄を伴う発熱で再受診され同日入院となった。血液培養でMSSAが陽性、経胸壁心臓超音波検査で三尖弁位に疣贅を認め、感染性心内膜炎の診断でセファゾリン2g 8時間毎による治療を行った。超音波上疣贅の増大・弁破壊の進行を認め、第12病日に心臓血管外科で手術施行された。
【考察】本症例は過剰医療による「診断の遅れ」を呈した一例であった。抗菌薬投与前の培養採取という標準医療が行えないエラーの原因は様々である。本ケースでのエラーの分析はシステムエラー（ケア）連携、情報収集エラーであった。相手側の背景に慎重に配慮し、良好な病診・病病連携を前提に、紹介元への適切な形でのフィードバックが重要であり、診断エラーの減少に繋がることが期待される。
【結語】前医での診断エラーの原因は様々である。これを加味し、紹介元と良好な関係性を保ち適切なフィードバックを行う事が地域医療の診断エラー率を下げる方策の一つと考える。

ポスターセッション7 P-052

無月経を主訴に受診し、思春期遅発症と診断されていた小腸型クローン病の一例

○杉田道久[1]、中川紘明[2]、宮田靖志[3]、稲本隼佑[2]、
濱野浩一[2]、泉順子[2]、宇佐美潤[2]、脇田嘉登[2]、前川正人[2]

[1]愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター、
[2]愛知医科大学病院 総合診療科、
[3]愛知医科大学医学部 地域総合診療医学寄附講座

【症例】15歳女性。【主訴】無月経、成長が遅い。【現病歴】X-2年（13歳）学校検診で身長の伸びが悪いと指摘され小児科を受診したが、経過観察となった。体重の増加も悪く、初潮もないため、同年、他の小児科を受診し思春期遅発症と診断された。婦人科を紹介受診したが、器質的疾患はなく経過観察となった。X年4月心療内科を紹介受診したが、精神的な影響はないと言われた。X年8月精査希望で当科を受診した。【現症】体重40.0kg・BMI16.4。バイタルサインに異常なし。頭頸部・胸腹部に異常なし。下腿浮腫なし。腱反射は正常。【経過】血液検査で軽度の貧血・炎症反応の上昇、低アルブミン血症、コルチゾール・ソマトメジンCの軽度低下を認めた。頭部MRI検査で下垂体に異常なく、ホルモン負荷試験ではコルチゾール・成長ホルモンの反応性は良好であった。婦人科疾患は認めなかった。病歴を取り直したところ、小学生の頃から昼夜を問わず腹痛を伴う下痢症状があることが判明した。何らかの器質的疾患による吸収不良で低栄養となり、成長障害・二次性徴遅延をきたしていると考え下部消化管内視鏡検査を施行した。回腸末端に発赤・びらん、一部に縦走潰瘍および敷石様病変がみられた。生検で特異的な所見はなかったが、小腸造影の結果と合わせ小腸型クローン病と診断した。治療開始後、腹痛・下痢は改善し、体重が約3kg増加したX＋1年3月に初潮を認めた。【考察】小児の炎症性腸疾患は二次性徴の発現時期に発症することが多いため、月経異常・成長障害・思春期遅発を合併することがある。患者は長年みられていた腹痛・下痢と無月経・成長障害は無関係と考えていたため、自ら腹部症状を訴えることはなかった。前医で精査がされていたとしても、新たな視点で診断に迫ることも重要である。yin-yang out（ありとあらゆる検索をしたのでそれ以上の検索は意味がなく、診察の必要性がないと考える）に陥らないよう注意すべきである。

ポスターセッション7 P-053

原因不明の疼痛・感覚異常と短時間作用型ベンゾジアゼピン系薬剤：ケースシリーズ

○高瀬啓至

獨協医科大学病院 総合診療科

【症例1】70代女性。約6年前にC型肝炎治療薬を内服開始した後、食欲不振、不眠、全身の痒み、爪の痛みなどが出現。約5年前に内服終了も、爪の痛みは残存した。皮膚科、整形外科、リウマチ科、神経内科受診も原因不明。疼痛増悪あり、麻酔科受診も疼痛コントロール不能。原因精査目的に当科紹介。約5.5年前より内服中のゾルピデムをジアゼパムに置換した3日後、爪の痛みは消失した。【症例2】60代女性。約4年前よりエチゾラム、ゾルピデム内服中。約5ヶ月前から左耳閉感、左聴覚過敏、左耳下痛が出現・悪化し、当院耳鼻科受診。精査で異常なく原因不明として当科紹介。エチゾラム、ゾルピデムをまとめてジアゼパムに置換したところ、2週間で症状は大きく改善。【症例3】50代男性。約18ヶ月前よりブロチゾラムを内服中。約7ヶ月前に顔面、後頸部、両肩の痺れあり、整形外科受診も異常指摘なし。その後症状増悪、手足の痺れ、音過敏、焦燥感などが悪化。別の整形外科、麻酔科でのロラゼパム、エチゾラムは無効。原因不明かつ症状コントロール困難として当科受診。ブロチゾラムをジアゼパムに置換したところ、10日後、全ての疼痛と音過敏は大きく改善。【症例4】70代女性。約6ヶ月前より連日ゾルピデムを内服。約6週間前より夕方にかけて悪化する動悸が出現、近医内科精査も異常なし。約4週間前より咽頭違和感と嚥下困難感が出現、近医耳鼻科精査で異常なし。近医内科でゾルピデム内服直後に症状が軽快すると訴えたところ、精神科への紹介状が渡された。しかし精神科予約日までゾルピデムが足りず当院当科を初診。ジアゼパムに置換、症状は1週間で大きく軽快し、1ヶ月で完全に消失。【考察】短時間作用型ベンゾジアゼピン系薬剤は、原因不明の疼痛・感覚異常を惹起もしくは増悪させうると考えられるが、日常診療でしばしば見逃されている可能性がある。他の自験例もまとめて報告する。

ポスターセッション7 P-054

深部静脈血栓症を疑って施行したCT読影で診断に至ったBaker嚢胞破裂の一例

○佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

81男性。3ヶ月前に10日間に渡って右下腿の腫脹と痛みを認めたが葛根湯内服と湿布で軽快した。2週間前から再び誘因なく右下腿の腫脹と痛みを認めた為、受診。診察では右下腿の圧痛を伴う片側性浮腫と静脈瘤を認めた。急性片側性有痛性浮腫であり深部静脈血栓症が危惧された。血清D-dimer1.1μg/mlと軽度高値でFDP正常だったが、臨床的には強く疑われると考え、速やかな超音波検査が困難な状況だった為、緊急造影CTを施行した。CTでは肺塞栓症や下肢深部静脈血栓症を呈する所見は認めず、帰宅となったが、その後の読影でBaker嚢胞破裂の診断に至った。急性片側性有痛性浮腫の鑑別診断としてBaker嚢胞破裂を想起しておらず、CTでBaker嚢胞破裂の所見が存在していたにもかかわらず、読影レポートを確認するまで所見を認識せず無視しており、典型的なIntentional blindnessと考えられた。

ポスターセッション7 P-055

薬剤性高Ca血症と考えた一例

○野波啓樹[1]、栗原健[1]、名嘉村敬[1,2]、鈴木智晴[1]、徳田安春[3]、石垣昌伸[2]

[1]浦添総合病院 病院総合内科、
[2]浦添総合病院 呼吸器センター、
[3]群星沖縄臨床研修センター

【緒言】高Ca血症の原因の約70%が悪性腫瘍と最も多いとされているが、高齢者の高Ca血症を考える際には複合的要因の可能性を考慮することが求められる。今回、薬剤性による高Ca血症と考えられていた症例が原発性副甲状腺機能亢進症を呈していた一例を経験したため報告する。
【症例】81歳男性
【既往歴】高血圧
【経過】X－2週間から軽度の意識障害（JCS-Ⅰ）、全身倦怠感及び便秘があった。近医を受診するが頭部単純MRIで明らかな異常所見はなく、一過性脳虚血発作疑いでアスピリン100mg/日を処方され帰宅となっていた。その後も他院を受診するも原因が不明であり、症状が遷延したため当院を受診した。血液検査ではCa 16.4 mg/dlであった。症候性高Ca血症と判断し、生理食塩水による加療を行った。当初、家族がアメリカで購入したCa製剤（Ca 600mg/日）の過剰内服が原因と考えられたが、IN-PTH 754 pg/ml、PTHrP <1.0 pmol/lであり、原発性副甲状腺機能亢進症、副甲状腺癌及び多発性内分泌腺腫が疑われた。詳細を確認したところCa製剤の用法容量は順守されており、薬剤性の可能性は低いと考えられた。退院後に行われたMIBI副甲状腺シンチでは異常集積はなかったが、PET-CT検査では右副甲状腺に腫大があった。最終的にサプリメントと原発性副甲状腺機能亢進症による高Ca血症と診断した。
【考察】本症例は利用可能バイアスと早期閉鎖バイアスが診断に影響を及ぼした結果、当初は薬剤性が強く疑われた一例であった。メタ認知と薬剤の用法用量の確認は重要であり、どのような状況でも慎重に鑑別疾患を挙げて考察していく必要がある。

ポスターセッション8 P-073

全職員を対象としたB型肝炎及び4種ウイルスのワクチン接種歴・ウイルス抗体価を記載した個人用カードの配布

○牧石徹也[1]、谷慶子[2]、奥山晃輔[3]、中川英則[4]、小島慎二[4]、重田雅代[5]、元中恵[5]、東海弓恵[2]、中西雅樹[6]

[1]済生会 滋賀県病院 感染制御室・腎臓内科、
[2]済生会 滋賀県病院 感染制御室・看護部、
[3]済生会 滋賀県病院 感染制御室・経営企画室（事務）、
[4]済生会 滋賀県病院 感染制御室・薬剤部、
[5]済生会 滋賀県病院 感染制御室・臨床検査センター、
[6]京都府立医科大学 感染制御・検査医学

活動内容：当院は393床の一般病床を有し、「感染防止対策加算1」の施設基準を満たす感染制御チームが感染管理活動を行っている。2018年度、事務職を含む全職員（2019年3月末時点で1,039名）を対象に以下の手順でデータベース構築を行なった。①全職員に母子手帳等ワクチン接種歴の公的証明書の提出を依頼し確認（提出した職員は24名）、②当院でのワクチン接種歴について記録の残る限り探し出し確認（約600名分が確認可能）、?これらをエクセルシートへ登録し感染管理システム（KD-ICONS）へ移行、④各種ウイルス抗体価を感染管理システムにより収集。その後、日本環境感染学会ワクチン接種ガイドラインに沿って追加接種対象者を抽出し（麻疹110名、風疹74名、ムンプス81名、水痘0名）し追加接種した（一部未実施）。作業はダブルチェックのため感染管理認定看護師（ICN）（専任）1名と感染制御チーム所属事務員1名（兼任）の2名で実施した。一連の作業は職員10名につき約2.5時間を要し約9か月で全職員のデータベース構築を終了した。2018年3月に各職員へ個人の抗体価・ワクチン接種歴を記載したカードを配布し、院内メール配信や説明会を実施し職員に周知した。
まとめ：このようなデータベースを構築する際の障壁の一つは追加のワクチン接種や入職時のウイルス抗体価の測定を病院負担で実施できるか、実施できるならどの職種まで可能かであると思われる。他の障壁としては、どの部署がデータベースの構築と更新を担当するかであろう。近年の麻疹等のアウトブレイクを持ち出すまでもなく医療機関における本データベース構築の重要性は益々高まっている。各病院の感染制御チームは病院管理者とその重要性について共有し理解を得ることが必要である。加えて、地域の健康を守る社会インフラとしての病院機能を維持すべきとの観点から、市区町村等行政からの支援も今後期待される。

ポスターセッション8 P-074

総合診療医×コミュニティホスピタル＝最強の中小病院を作る！【Community Hospital in Japan】

○近藤敬太[1]、神谷圭亮[2]、大杉泰弘[2]、井野晶夫[2]、浅井幹一[3]

[1]藤田医科大学 総合診療プログラム・半田中央病院 総合診療科、[2]藤田医科大学 総合診療プログラム・豊田地域医療センター 総合診療科、[3]藤田医科大学 連携地域医療学

【背景】藤田医科大学 総合診療プログラムは2015年度から始まり、今年で5年目を迎えた。プログラムの教育の中心となっている病院である豊田地域医療センターはコミュニティホスピタルとして診療の質向上や患者満足度向上、収益性の担保において一定の成功を納めた。そして、今回初の関連病院として、60床の回復期リハビリ病棟を持つ知多リハビリテーション病院に総合診療医を派遣し、総合診療外来、訪問診療、病棟診療（地域包括ケア病棟）というコミュニティホスピタルという価値観を他病院でも提供できるのかという実証を開始した。
【活動内容】知多リハビリテーション病院はもともと、回復期リハ病棟と定期外来のみを行っていた。リハビリテーション科の院長一人のみで60床の回復期リハ病棟を任され、外来は院長＋脳神経外科、整形外科、リハビリ科の非常勤医であった。2019年4月、半田中央病院へと改名し、院長は60台の脳神経外科医に交代。同時に若手総合診療医2名（医師6年目、7年目）が常勤医となり病棟、外来（新患含む）、訪問診療を行うと共に、外来診療は常勤＋非常勤の総合診療外来＋脳神経外科医・整形外科医とし、平日～土曜の午前は新患を含め受け入れる体制となった。標榜科は内科、小児科、リハビリテーション科、脳神経外科、整形外科とした。また、2020年夏までに25床の地域包括ケア病棟を増床する計画である。
【結果と考察】今回、新規のコミュニティホスピタルを医師6年目、7年目という若手医師で立ち上げるプロジェクトを開始した。コミュニティホスピタルは診療の質と患者満足度の担保や従業員満足度の向上だけでなく、若手総合診療医でも複製可能な標準化を行えることや収益性の担保といった様々な面で従来の中小病院における医療モデルより優れていると考えられる。今後もさらにコミュニティホスピタルというモデルの優位性実証を続け、この価値観を全国へと広めていくためにここで発表する。

ポスターセッション8 P-075

豊田地域医療センターでの新しい取り組み チーフレジデントによる病棟マネージング制度の導入

○河辺拓[1,3]、寺澤佳洋[3]、平嶋竜太郎[3]、大杉泰弘[3]、浅井幹一[2]

[1]藤田医科大学病院 総合診療プログラム、[2]藤田医科大学病院 連携地域医療学、[3]豊田地域医療センター 総合診療科

【緒言】我々が所属している豊田地域医療センターは愛知県豊田市にある150床規模のケアミックス型病院である。働き方改革で週4.5勤務を導入し、病棟業務とは別に在宅医療・一般外来も行っている。これらにより、入院患者に関してはチーム制を導入しているものの主治医担当医が病棟不在の時間帯が増え、入院患者の急変時対応や教育の質の低下への懸念があった。この解決法として2019年4月より新たに発表者がチーフレジデントとして病棟マネージメントを行った。実際にどのような病棟急変に対応したかをまとめて発表する。
【役割・目的】
・入院患者急変時の対応を含めた入院患者に対する臨床の質向上
・外来から緊急入院患者の入院手続きを含めた初期対応
・レジデントへのベッドサイドティーチング
【実働報告】この２ケ月間、日中の総合診療科の時間内外来から高次医療機関への転院搬送事例12件中１件、総合診療科の病棟からの転院搬送事例14件中8件に携わった。上記の役割を行うことにより急変時の対応の質が上がり、また主担当医のストレスが減ったとの声も上がった。またこれまでレジデントは、困ったとき電話での相談での対応が多く、実際リアルタイムでのベッドサイドへ一緒に行くことにより満足度が上がった。
【病棟急変患者の対応例】
①51歳男性、回盲部憩室炎で入院1日目、虫垂炎穿孔、腹膜炎で搬送
②83歳女性、結石性腎盂腎炎で入院2日目、結石性腎盂腎炎で搬送
③90歳女性、慢性心不全で入院36日目、徐脈ショックで搬送
【結論】チームに属さない医師を置くことで、病棟全体を俯瞰し、レジデントの教育や緊急時の対応を行うことができた。また病棟マネージャー導入により、教育・医療の質が上がるのではないかと考える。

ポスターセッション8 P-076

二次救急病院の多職種連携研修と日本語版ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度短縮版による職員評価

○江口仁[1,2,3,4]、徳富潤[4]、香月尚子[2]、山本巻一[3]、崔承彦[3]、多胡雅毅[2]

[1]江口医院、[2]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、[3]医療法人 葡萄の木 グリーンクリニック 総合診療科、[4]医療法人社団 敬愛会 佐賀記念病院 総合診療科

【背景】2000年代より産業精神保健分野で、ワーク・エンゲイジメント（WE：work engagement）が注目されている。WE は組織におけるメンタルヘルス対策が目指すべき新しいテーマである。
【目的】多職種連携研修の実施し、ワーク・エンゲイジメントを評価する
【方法】対象　佐賀記念病院（市中二次救急病院）のスタッフ（看護職以外も含む）。評価　日本語版ユトレヒト・ワーク・エンゲイジメント尺度短縮版（UWES-J）を使用した。2016年4月から2018年4月に多職種連携研修を複数回施行した。2018年4月に全職員を UWES-J で評価した。質問紙は無記名で行った。解析　研修の受講の有無で二群に分け、スコアの平均値は t 検定を行った。
【結果】278人が評価された。UWES-J の平均値は合計 2.83 ± 0.67、活力 2.68 ± 0.73、熱意 2.99 ± 0.76、没頭 2.86 ± 0.71であった。研修に参加しなかった職員の合計、活力、熱意の UWES-J は研修に参加した同スコアに比べ有意に高値であった(合計 参加　2.70 ± 0.56、不参加　2.91 ± 0.75 p=0.008)。研修直後に行ったアンケート調査では研修に参加して大変良かった、良かった人の割合は70%を超え、他職員に勧める人は47% であった。
【考察】UWES-J の日本の平均値は2.77 - 2.86（SD 1.11 - 1.23）であり、当院の UWES-J は他職種、他病院と同様であった。研修参加者の UWES-J は、不参加者のスコアより低値であった。以上より、本研修は UWES-J は改善しないが、他の因子を改善した可能性がある。UWES-J の向上を目的とする場合は研修内容を再考する必要がある。UWES-J が低値が属性に基づくと仮定すると、低値の群に効率的に研修を提供している可能性も示唆された。
【結論】当院の UWES-J は他の職場と劣っていないと推察された。本研修は UWES-J が低い集団が参加しており、彼らの UWES-J は本研修で改善しないことが分かった。

ポスターセッション8 P-077

医学科と看護学科における入学時のモチベーション比較研究

○河野香織[1]、和足孝之[2]、永井誠大[1]、天野佑[1]、大槻和也[1]、徳田安春[3]、鬼形和道[2]

[1]島根大学医学部 医学科、
[2]島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
[3]群星沖縄臨床研修センター

【目的】先行研究で日本の医学生のモチベーションは入学後低下することが指摘されており、それに伴う学習効率低下、プロフェッショナリズム形成不全など多数の問題が指摘されている。一方で、我が国でそれが医学生だけに起こるのか、看護学生と比較した研究は未だない。本研究では、両者の間でモチベーションにどの様な違いがあるのかを明らかにする。【方法】横断研究：2019年5月8日、医学科・看護学科1年生に対してアンケート用紙による調査を行った。モチベーションの定量化には国際的に妥当性が評価されている Academic Motivation Scale（AMS）を用い、モチベーションの低さを表す Amotivation（A）因子と、モチベーションの性質を表す内因性の IMk 因子、IMa 因子、IMe 因子と、外因性の EMid 因子、EMin 因子、EMx 因子において医学科と看護学科の２群比較を行なった。【結果】医学科103名の内96名、看護学科60名の内56名から回答を得た（合計回収率93.2%）。医学科では女性41.7%（40名）、現役生33.3%（32名）、年齢中央値19（IQR18-21）であり、看護学科では女性96.4%（54名）、現役生92.9%（52名）、年齢中央値18（IQR18-18）であった。モチベーションの低さを表す A 値の比較では有意差は見られなかった（共に中央値5 [IQR 4-7] p 値 =0.965）。医学科と看護学科学生のモチベーションの性質に対する二次解析では、内発的動機づけの高さを表す IMk（23 [IQR20-25] VS 21[IQR17-23.5]、p 値 =0.008）と IMe（16[IQR13-19] VS13[IQR10-17]、p 値 =0.004）についてのみ医学科学生の方が有意に高かった。【考察】これまで医学科のモチベーションの低さが問題として指摘されることが多かったが、今回の調査では入学直後の段階では医学科と看護学科との間でモチベーションの低さにおいては有意差が見られていない。しかし、知識欲などの内的動機づけは医学科の方が高かった。【結論】医学科生と看護学科生の入学直後でのモチベーションの低さには有意差は見られない。

ポスターセッション8 P-078

地方都市部一救急病院における初期臨床研修医の教育体制

○甲斐沼孟[1]、三井秀紀[1,2,3]

[1]国家公務員共済組合連合会大手前病院 救急科、
[2]国家公務員共済組合連合会大手前病院 副院長、
[3]国家公務員共済組合連合会大手前病院 血液内科

背景：初期臨床研修制度では、救急ローテートは必須になっており、全人的な診療教育と多岐に渡る総合診療能力の育成が望まれる。
目的：当院の救急研修教育体制の現況を報告する。
内容：当院は年間4000台以上の救急搬送を担い、地方都市の中央部に位置する401床、27科を有する二次救急医療機関である。当院の診療体制は全救急患者の初期診療を救急専従医と各科医師が共同で行い、初期臨床研修医は主に救急専従医指導下に walk-in と救急搬送双方含め様々な重症度の救急患者に対応し、基本身体診察手技の他に外傷縫合処置や portability に優れ迅速に施行できる Point of Care Ultrasound まで幅広く学ぶ機会を与えられている。研修期間は2か月で、診察後に入院が必要な患者を原則担当科に振り分ける。確実な診断、各専門診療科へのコンサルト、専門的治療を迅速に行う等の救急対応能力を養う為、研修早期から各診療科上級医による救急レクチャーや病院全体で取り組む蘇生処置講習会を実施し、研修医全員参加を義務付けている。
考察：救急専従上級医の存在は一定の救急診療レベルの質の担保に貢献し、救急レクチャーや講習会の参加義務は各研修医間の能力均等化の一助となり得る。
結語：当院の初期臨床研修医は救急研修を通じて的確な身体診察手技を学習し確実な診断に必要な検査の判断や各専門科への迅速なトリアージ能力を養い、上級医の直接指導下で適切な治療方針の決定を習得できる。

ポスターセッション8 P-079

臨床研修医における本当に必要なカンファレンスとは

○日野浩司[1]、深谷有美[2]、河野昌史[3]、山下厳[4]

[1]東名厚木病院 外科、[2]東名厚木病院 臨床研修部、
[3]東名厚木病院 麻酔科 総合診療科、
[4]東名厚木病院 救急総合診療科

【はじめに】臨床研修医の指導に関して、日常診療でのカンファレンスは重要であり、実際に携わった症例の検討がテーマとなることが多い。また、臨床の現場で初めて行う手技（採血、点滴など）や機器の取り扱いに関しても研修を行っておく必要がある。さらに、初めて社会人として働く上で、接遇の重要性、病院の理念、給与・税金等に関しても説明しておく必要がある。実際の研修現場で行われているカンファレンスの状況を確認し、本当に必要なカンファレンスの在り方を検討した。【方法】現在当院で行われているカンファレンスやオリエンテーションの回数や内容を確認した。また文献的に研修医が実際に役に立ったと報告されている事例を検討し、カンファレンスの在り方を考察した。【結果】当院では各科でのカンファレンス週2回（年96回）、ショートレクチャーが年26回、初期研修教育プログラムを年11回開催している。週1回の救急症例カンファレンスが週1回（年45回）、CPC は年4回程度、死亡症例検討会も年2回程度で開催している。イブニングセミナーを年5回、外部との共同セミナーが年4回、院内セミナー年3回、必修講演会としては、安全委員会、感染委員会講演会が各年2回開催される。入社時オリエンテーションとして4日間の研修を行い、厚生局、臨床研修委員会のオリエンテーションが各1回開催された。検索し得た他施設でもほぼ同様数のカンファレンスの開催状況であった。【考察】臨床研修医が求めるカンファレンスの回数として月8回以上が目安となっている。また卒後臨床研修評価機構（JCEP）でも日常的なケースカンファレンスが求められている。開催回数は多くても、真に身になるカンファレンスとなっているかの判断は難しい。実践に役立つカンファレンスを開催するためには、指導医の教育とカンファレンスの評価・質の向上が必要と考える。

ポスターセッション8 P-080

救急センターで Generalist Nurse が老年症候群予防と向き合う

○福添恵寿

宝塚市立病院 看護部

【症例】75歳 男性【現病歴】施設入所中。既往にレビー小体型認知症、パーキンソン病。ADL 手引き歩行レベル。20XX 年4月4日より発熱あり、嘱託医でセファクロル処方された。食事量の低下を認め4月9日よりセフメタゾールナトリウムを開始されたが、症状持続し当院紹介。誤嚥性肺炎治療後・脱水の診断で入院となった。【入院後経過】抗菌薬の先行投与あり、絶飲食、持参薬休薬、輸液管理、ST 介入指示となった。3病日に部屋持ち担当で介入の際、左上下肢の振戦と歯車運動を認めた。ST 介入では、トロミ水でムセを認めた。５病日、左上下肢は固縮。ST 介入時ムセと湿性咳嗽を認めた。パーキンソン病薬（以下 PD 薬）休薬に伴う症状再燃を疑い、薬剤部に置換療法を問い合わせたが、当院では行っていないと返答があった。PD 薬再開となるよう、薬剤部と相談し、持参薬を選別し、レボドパ・カルピドパ水和物配合、ドロキシドパ、クロナゼパムの内服再開を医師に提案した。また ST と嚥下状態を観察し、右広角からの介助で嚥下機能が維持できており、ST・病棟看護師と情報共有し、内服介助を徹底した。8病日、左上下肢の筋固縮は改善。嚥下状態は改善傾向で、ペースト食３食開始となった。９病日、運動時低血圧に注意しながら車椅子乗車を実施し、以後看護師サイドで車椅子移乗での経口摂取介助を継続した。15病日、ペースト食摂取、ADL 車椅子介助で施設へ退院となった。【考察】PD 薬の休薬は悪性症候群や ADL・嚥下機能の低下のリスクがあり、予防的に置換療法が行われる。本ケースでは、PD 薬の休薬による症状再燃および嚥下機能低下が考えられ、看護師の行える介入範囲でチーム医療を実践した。疾患や治療過程を理解し、介入する上での問題点の抽出と、アプローチ方法のプランニングをリアルタイムに展開することで、QOL を維持したまま生活の場に帰るが可能となる。このような臨床での介入も診療看護師としての一役割と考える。

ポスターセッション9 P-056

透析患者の胸部下行大動脈瘤手術後に脊髄梗塞を来した症例に対するリハビリテーションの1例

○二宮晴夫[1]、冨士武史[1]、永渕輝佳[2]、内田直祐[2]

[1]JCHO 大阪病院 リハビリテーション科、
[2]JCHO 大阪病院 リハビリテーション室

はじめに）脊髄梗塞は脳梗塞に比較して発生頻度は著しく少ない。今回陳旧性の心臓・大血管合併症があり透析導入されていたハイリスク患者の胸部大動脈瘤（Crawford Ⅰ型）に対し、下行大動脈人工血管置換術が行われた後に脊髄梗塞が発症した症例に対するリハビリテーションを経験することができた。術前予防策としてのスパイナルドレナージ術の適応やその治療効果などの報告も目にすることがあるが、基本的に梗塞を発症すればその運動機能予後は不良とされている。我々も麻痺した機能の改善に難渋したが、短距離歩行可能レベルまで改善できたのでその経過を報告する。症例）63歳 男性　既往歴）Stanford B 型大動脈解離、冠動脈バイパス術後、腹部大動脈瘤術後、腰部脊柱管狭窄症術後、透析導入、左内腸骨動脈瘤切除術後　現病歴）術前に麻酔科によりスパイナルドレナージ施行された後、左鎖骨下動脈再建術＋下行大動脈人工血管置換術（Th4～Th10レベル）施行。ICU 入室後覚醒時に下肢麻痺に気づかれ、整形外科にて脊髄梗塞の診断。バイタル安定した1週間後よりリハビリテーション依頼され介入開始。初期評価はフランケル分類 C1。早期より下肢の痛みの訴え強く安静位の保持できず予定された透析の除水も困難なため、透析後半の時間に訓練介入を行うように時間調整した。また透析中のテラスエルゴの使用も行い廃用予防につとめた。50日目頃より筋力の改善、60日目位より急速な日常生活機能の回復を認め移乗動作可能となる。72日目平行棒内歩行練習開始。83日目に介助下ではあるが3m の平行棒内歩行可能、最終評価はフランケル分類 C2となり回復期病院へ転院することができた　考察）透析中の運動の導入やその方法・時間帯の工夫により、患者自身の意欲の低下予防につとめた。結果として80数日の長期入院になったが、転院することができるまで ADL の回復を得ることができた。

ポスターセッション9 **P-057**

末期腎不全による溢水状態患者に対し、トルバプタンが著効し透析回避できた超高齢（99歳）女性の1例

○堤丈士[1]、中谷公彦[1]、小林玄樹[1]、服部智仁[1]、福井道明[2]、中埜幸治[1]

[1]京都山城総合医療センター 生活習慣病センター、
[2]京都府立医科大学大学院 医学研究科 内分泌・代謝内科学

【症例】99歳女性（認知症無）【主訴】呼吸困難【既往及び現病歴】80歳から高血圧のため、近医で内服加療を受けており血圧は比較的良好にコントロールされていた。経過中に腎不全が出現、徐々に進行したが、保存的加療で経過観察されていた。X年（99歳）11月上旬から尿量が減少、同月下旬に呼吸困難が出現、増悪してきたため当院を救急受診した。なお近医では、腎代替療法について説明は受けておられなかった。【身体所見】血圧 183/105 mmHg、左右差なし。脈拍 106回 / 分、整。SpO2 93%（O2 6L マスク）呼吸音は全肺野に湿性ラ音を聴取する。腹部は軟で、圧痛は認めない。全身に著明な浮腫を認める。【経過】SCr6.4mg/dl（eGFR4ml/ 分 /1.73m2）、SpO2 85% で全身浮腫と著明な胸水、高 K 血症を認め溢水状態であった。透析必要と説明したが、家人は透析希望するも本人は ‘ もう十分に生きた ‘ と同意が得られず保存的加療せざるをえなかった。NPPV を装着し入院加療を開始した。フロセミド 20mg 静注したが尿量 80ml/4h と効果なく、トルバプタン 15mg/ 日を追加し利尿が得られ高 K 血症からも離脱できた。SCr は上昇したが肺うっ血は改善。NPPV から離脱し食事摂取ができるようになりリハビリも行い第 19 病日に退院できた。NPPV 離脱後本人を交え家族会議し、今後は本人の意向を尊重し、透析せず残された時間を楽しく過ごす方針になった。【考察】現在のところ高齢者の透析導入については現在のところ明確な指標はない。本例のように超高齢者の末期腎不全患者の肺水腫に対し、トルバプタンを使用することで、本人の意思に基づき透析導入を行わず、溢水状態を解除できた貴重な一例を経験したため報告する。

ポスターセッション9 **P-058**

術前予測が過小評価となった筋緊張性ジストロフィーの術後呼吸不全の1例

○神宮裕太[1]、河野昌史[2]、日野浩司[3]、山下巌[4]

[1]東名厚木病院 総合診療科、
[2]東名厚木病院 麻酔科 総合診療科、
[3]東名厚木病院 外科、[4]東名厚木病院 救急総合診療科

筋緊張性ジストロフィーは本症であると気づかれないまま、あるいは診断されていても潜在的な筋力低下を過小評価されたまま麻酔・手術を受け、術後に呼吸不全に陥るケースが少なくない。今回、診察所見から術前理学療法までは不要と判断したが、術後呼吸不全となった症例を報告する。【症例】59歳女性。胆石症にて腹腔鏡下胆嚢摘出術が予定された。【既往歴】30年前の帝王切開時に初めて筋緊張性ジストロフィーと診断された。その後は病状の進行を自覚することもなく生活していたが、糖尿病、高血圧症で近医通院はしていた。【現症】把握・叩打ミオトニアなし。やや斧様顔貌。歩行は遅速。術前検査では呼吸機能検査で %VC73%、1秒量　1.7L。HbA1c は 9.0% でコントロール不良であった。【術中・術後経過】全身麻酔は全静脈麻酔で施行し、筋弛緩薬は挿管時のみごく少量使用した。癒着高度で手術は開腹術となった。覚醒は良好だったが、換気量不足で、抜管には時間を要した。術後は ICU で管理し経過順調だったが、徐々に CO2 ナルコーシスから傾眠傾向になったため術後 3 日目から NPPV を施行した。NPPV の受け入れが悪く、呼吸リハで離床を促し呼吸不全から脱却した。【考察】本症では術後の覚醒遅延や呼吸不全が診断契機になる例や、診断がついていても筋力低下の自覚を感じないまま生活する例が希ではない。本例のように拘束性障害のみで自覚症状がない例では、病識の低さや独特の性格のため周術期理学療法や NPPV を拒否することも多く、術後に急に NPPV の装着方法を説明しても受け入れは難しい。本症の術後呼吸不全は呼吸筋力低下による換気不全に加え、無呼吸などの要素も加わり複雑である。術前の検査異常がわずかでも、手術侵襲によっては術後の呼吸不全・遷延性呼吸抑制の予測は困難なことがあり、術前の十分な説明や、術後の準備が必要である。

ポスターセッション9 **P-059**

カテーテル塞栓術により治療した感染性肺動脈流の一例

○小松史哉、佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、柏木克仁、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

【諸言】総合診療領域では MSSA 血流感染症は頻繁に遭遇する疾患だが、合併症として感染性肺動脈瘤を呈することがある。診断ミスや遅れが致命的な転機に繋がる可能性があり、教訓に富んだ症例と考え、報告する。
【病歴・経過】コントロール不良なアトピー性皮膚炎と心房中隔欠損（ASD）がある44歳女性。2017年7月に発熱、下痢、脱力感を認め前医を受診。MSSA による敗血症性ショック、敗血症性塞栓、肺化膿症、皮下膿瘍の診断で集中治療室で治療されたが、近位筋優位の四肢脱力を認め、ICU-acquired weakness の精査のため8月に当科へ転院。入院時には ASD による心雑音と軽度の炎症反応を認めるのみであり、リハビリテーションのみで筋力低下も改善したが、前医 CT で認められた直径 12mm の右肺野腫瘤が当院入院後の CT で3週間で4mm の増大を認め、造影 CT 所見から MSSA 敗血症に関連した感染性肺動脈瘤の診断に至った。標準的治療として外科的切除も検討されたが侵襲性等を考慮してカテーテル塞栓術を施行した。治療は奏効し、現在まで動脈瘤の増大や感染の再燃なく経過している。
【考察】
感染性肺動脈瘤は稀な疾患だが、肺腫瘤の精査目的の生検により出血等の致命的合併症をきたすことが報告されており、MSSA 血流感染や敗血症性肺塞栓症等の症例では、急速に増大する肺腫瘤を認めた際には本疾患を想起して対応することが重要と思われる。

ポスターセッション9 **P-060**

ワーファリン導入後早期に多発性深部出血をきたした1例

○阿久澤暢洋

独立行政法人 国立病院機構 渋川医療センター 総合診療科

【背景】本邦では抗凝固療法を行う際に、クレアチニン・クリアランス（CrCL）15mL/ 分未満の症例では直接経口抗凝固薬の投与適応がなく、腎機能低下例では現在でもワーファリンを使用することが多い。
【症例】94歳・女性【主訴】労作時呼吸困難【既往歴】慢性心房細動・高血圧症・慢性腎臓病（入院時血清 Cre 1.55mg/dL、eGFR 24mL/ 分、CrCL 14.2ml/ 分）【現病歴】頻拍型心房細動による心不全症状増悪のため入院。【入院時現症】体温 37.1℃、血圧 102/70 mmHg、脈拍数 120回 / 分、SpO2: 92%（room air）、心音：IV 音・呼吸音：両側肺野に Coarse crackle を聴取。腹部：異常なし。【検査結果】白血球数 3500 /mm3、Hb 11.0 g/dL、Plt 21.8 x 104/mm3、PT-INR 1.02、APTT 30.2 s、Fibrinogen 221 mg/dL、CRP 0.04 mg/dL、BUN 26.3 mg/dL、Cre 1.55 mg/dL、BNP 366.2 pg/mL.
【経過】心不全症状改善後、ワーファリン内服を Day 8 より導入した。第12病日に急激な血圧低下・右上腕腫脹あり。プロトロンビン時間は治療有効域（PT-INR 2.22）であったが Hb の低下（11.0→8.6 g/dL）を認めた。頭部・胸腹部単純 CT では右上腕二頭筋内血腫・右後腹膜血腫を認めた。輸血（RCC）4単位＋ビタミン K2：20mg の投与で止血に成功し、鉄剤投与ののち第28病日に本院退院となった。
【考察】ワーファリン内服中の出血性合併症は 15 ～ 20% / 年、致死的合併症は 1-3% / 年と報告されている。ワーファリン導入直後は一過性の過凝固による脳梗塞発症リスクが上昇するが、高齢者の腎機能低下症例においては導入後一ヶ月以内に出血性合併症（消化管出血＞頭蓋内出血）がワーファリンの過量投与とは関係なく起こりやすいとされている。ビタミン K は効果発現に数時間を要し、緊急時には複合凝固因子（第 II、VII、IX、X 因子）製剤の投与を躊躇なく行う必要がある。
【結語】高齢者の腎機能低下症例でワーファリンを導入する場合には、導入後早期の出血リスクや出血時の対処法を念頭に置いて治療を行う必要がある。

ポスターセッション9 P-061

冠攣縮により血栓を形成し急性心筋梗塞を発症した一例

○市村鴻幸[1]、石川征之[2]、石川沙羅[2]、深井翼[2]、北野義和[2]、日野浩司[3]、河野昌史[3]、山下巌[3]

[1]東名厚木病院 研修医、[2]東名厚木病院 内科 循環器内科、[3]東名厚木病院 救急総合診療科

【症例】48歳　女性　【主訴】胸痛
【既往歴】高血圧症　高脂血症　気管支喘息
【臨床経過】20XX 年 X 月 X 日午前1時30分頃食事中に突然頭痛、嘔気が出現した。その後胸痛が出現したため同日救急搬送となった。身体所見では意識清明、血圧は111/51mmHg、脈拍は72bpm で整、酸素飽和度は95% で、心音に明らかな雑音はなかった。血液検査では白血球の軽度上昇を認めるのみであり、心電図の所見はⅡ、Ⅲ、aVF で ST 低下、aVR、aVL、V2 ～ 4 で ST 上昇していた。検査中に収縮期血圧が60台に低下したため、心原性ショックを伴う急性心筋梗塞の診断にて緊急心臓カテーテル検査を施行した。左回旋枝の完全閉塞と左前下行枝入口部の血栓による亜完全閉塞を認め、バルーン拡張術と血栓吸引療法により再灌流が得られた。血管内超音波所見ではプラークはわずかしか認められなかったためステントは挿入せず、硝酸薬にて血流良好となったためカテーテルは終了とした。一時うっ血性心不全を呈したものの、治療により改善し全身状態は安定となった。第22病日に冠攣縮の確認のためエルゴノビン負荷試験を施行したところ、複数血管に冠攣縮を認めたため、Ca 拮抗薬を2剤に増量し予防とした。胸部症状は再燃なく第25病日に退院となった。
【考察】血栓形成のメカニズムは、動脈硬化によるプラークの破綻に伴って血小板の粘着凝集が起こる動脈性の血栓と、心房細動や深部静脈血栓症にみられる血流鬱滞による凝固能亢進で生じる静脈系の血栓の2つに分類される。本症例では冠動脈内のプラークはわずかしか認められず、冠攣縮に伴う冠動脈内の血流鬱滞により血栓形成された可能性が高いと判断し、冠攣縮を予防することで血栓の再発抑制を図る方針とした。
【結語】冠攣縮に伴う血流鬱滞により血栓形成をきたしたと考えられる急性心筋梗塞を経験した。

ポスターセッション9 P-062

誤嚥性肺炎に対して声門閉鎖術をおこなった3例

○上野果住[1]、小田原一哉[2]

[1]松山市民病院 臨床研修科、
[2]一般財団法人 永頼会 松山市民病院 救急科

【症例1:72歳男性】CPR 蘇生後に当院に救急搬送された。両側の肺炎が認められ、ICU 管理、気管挿管をおこなった。その後、気管切開術を施行した。数日後、カフ上部から唾液流出の持続があり、耳鼻咽喉科に紹介し、喉頭気管分離術の適応と判断された。1カ月後、手術を施行するが、後日縫合不全による唾液瘻がみられた。自然閉鎖の見込みはなく、声門閉鎖術を施行した。その後縫合不全なく、経口摂取可能となり転院となった。
【症例2:87歳男性】誤嚥性肺炎による発熱で入院加療中の患者で、経過は安定していたが、退院予定日前日に呼吸状態の増悪、発熱、血圧低下があり、HCU 管理となった。その後気管切開術を施行し、気管支鏡にて唾液の垂れ込みが顕著であったため、耳鼻咽喉科に紹介したところ、声門閉鎖術の絶対適応と判断された。術後は経口摂取可能となった。
【症例3:69歳男性】屋外での作業中に転倒し、頭部打撲し、救急搬送された。外傷性 SAH、急性硬膜外血腫、頭蓋骨骨折が認められた。ICU で保存治療中、喀痰が多く誤嚥性肺炎となり、気管切開術を施行した。2週間後耳鼻咽喉科に紹介し、声門閉鎖術の適応と判断され、声門閉鎖術を施行した。
【考察】本症例を経験し、患者の治療選択肢を増やすためにも、嚥下機能評価を行い、誤嚥防止手術の適応と判断した場合には、患者、家族に詳細に説明する必要性を感じた。誤嚥防止手術は、誤嚥という物理的な要因を取り除くことができ、経口摂取可能例では ADL の改善も期待できるというメリットがある。デメリットとして、発声ができなくなること、全例が経口摂取可能ではないこと、費用、施設入所が断られる場合があることなどが挙げられる。高齢化が進み、このような症例はさらに増加していくことが予想される。
【結語】患者、その家族にとって、メリットとデメリットどちらが上回るかを考慮し、全人的に誤嚥防止手術の適応を考えるべきである。

ポスターセッション9 P-063

その喘鳴は心不全？喘息？あるいは他疾患か？

○柴田俊[1]、脇田嘉登[2]、稲本隼佑[2]、濱野浩一[2]、中川紘明[2]、泉順子[2]、宇佐美潤[2]、伊吹恵理[2]、前川正人[2]

[1]愛知医科大学病院 卒後研修センター、
[2]愛知医科大学病院 総合診療科

［目的］ 喘鳴は様々な原因疾患があり、時に診断に難渋する。今回診断に苦慮した症例を提示し、考察する。［症例］ 88歳　女性 ［主訴］ 呼吸苦 ［既往歴］ 肺腺癌　右上葉切除術後 ［現病歴］ X 年4月末から風邪症状で他院を受診し内服加療となった。5月○日、呼吸苦が出現、さらに体動困難となり当院救急搬送となった。［身体所見］ BT 38.8℃、BP:137/64mmHg、HR 125/min 整、RR 26/min、SpO2 100%（nasal 2l/min）意識清明、両肺野に wheeze、心雑音なし、S3、S4 聴取、下腿浮腫なし ［検査結果］ 胸部レントゲン：心拡大あり、胸部 CT 検査：両肺に肺炎像、ECG：sinus tachycardia、q-SOFA 1点、A-DROP 2点、WBC 7600 /μL、CRP 4.99 mg/dl、BNP 560 pg/ml、CPK 500 U/L、TnT 2666 pg/ml、尿中肺炎球菌抗原 陽性 ［経過］ 心臓超音波検査では、心尖部が壁運動低下、心基部は過収縮でたこつぼ型心筋症を疑い心不全、肺炎合併として加療した。心機能は軽快したが、肺炎の遷延化、wheeze の持続を認めたため、肺機能検査を施行。FEV1%（Gaensler）63.0%で気道閉塞パターンを呈し、喫煙歴はないが、夫がヘビースモーカーで asthma-COPD overlap SYN（ACOS）の併発と診断した。ICS/LABA の吸入を開始、また抗生剤の変更で肺炎も軽快となり wheeze も軽快した。［考察］ 入院時は、たこつぼ型心筋症合併の心不全による wheeze と考えたが、入院経過、病歴より ACOS の合併によるものも考えられた。また肺炎の遷延化は、右上葉切除術前の気管支鏡検査で、右気管支の狭窄が認められたこと、また手術による機械的な気管支の引きつれなどにより肺炎を合併しやすい病態と考えられた。これらのことより、wheeze の持続した要因と考えられた。［結語］ wheeze の原因は様々であり、併存疾患が複雑であるほど、総合医としての役割が大きいと考えられる。

ポスターセッション10 P-081

上大静脈症候群にみられた上行性の腹壁静脈怒張

○河野香織[1]、和足孝之[2]、永井誠大[1]、大槻和也[1]、天野佑[1]、徳田安春[3]、鬼形和道[2]

[1]島根大学医学部 医学科、
[2]島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
[3]群星沖縄臨床研修センター

【症例】87歳男性【主訴】顔面の浮腫【既往歴・既存症】狭心症、2型糖尿病【現病歴】1ヶ月前から顔面浮腫が出現。近医を受診し、CT にて縦隔リンパ節腫脹を指摘され、上大静脈症候群の疑いで入院となった。【内服薬】バルサルタン・シルニジピン、クロピドグレル、ランソプラゾール、ニコランジル、ピタバスタチン【アレルギー】なし【生活歴】喫煙歴：10本以上 /30年、飲酒歴：機会飲酒、アスベスト等の暴露歴・ワクチン接種歴：なし【身体所見】体温36.6℃、血圧129/56 mmHg、脈拍82回 / 分、呼吸数18回 / 分、SpO2 94%（RA）、顔面の浮腫・両側上肢の浮腫著明、両鎖骨上窩リンパ節腫脹、左下肺野 fine crackles、ストリッピングにて上行性の浅腹壁静脈・胸腹壁静脈の怒張（Fig.1）を確認【検査結果】血液検査：ProGRP 1591.5pg/mL、NSE 73.0ng/mL、胸部単純 X 線：両側中・下肺野スリガラス陰影、左中肺野結節影、胸部 CT：前縦隔リンパ節の著明な腫大を認めた【経過】Stage Ⅰ b の限局型小細胞肺癌として抗癌剤治療を開始した。治療数日後には迅速に顔面および上肢の浮腫、腹壁静脈の怒張は消失した（Fig.2）。【考察】一般的に腹壁静脈の怒張は下大静脈の閉塞や肝臓の疾患などが鑑別には多くあげられる。教科書的には上大静脈症候群でみられる胸腹部の皮静脈は下行性に流れるのが典型的であるとされるが、本例のように必ずしもそうとは限らず上大静脈症候群においても上向性の腹壁静脈怒張を認めうる。腹壁静脈の怒張を視診で確認した場合の診察のポイントはストリッピングを身体診察に加えることで皮静脈の走向を確認できるために有用である。本症例では他に下大静脈の血流障害をきたす要因がなく、上大静脈静脈症候群の治療を開始した直後に症状が消失したことから上大静脈症候群に起因する上向性の腹壁静脈の怒張であったと診断できた。
【結語】腹壁静脈怒張を呈する患者においては、上大静脈の閉塞の可能性も考慮する。

ポスターセッション10 P-082

総合内科外来におけるうつ状態と GERD 症状の相関関係について

○菅波由有[1]、岡浩介[2]、花山宜久[2]、浜原潤[1]、
小比賀美香子[2]、本多寛之[1]、狩山和也[1]、岸田雅之[1]、
大塚文男[2]

[1]岡山市立市民病院 総合内科、
[2]岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 社会環境生命科学専攻 総合内科

【緒言】
クリニックや病院の総合内科外来を受診する患者の主訴は多様であり、これまで幾つもの研究がなされている。今回我々は、岡山市立市民病院の総合内科外来を訪れた患者の主訴を、SDS スコアと FSSG スコアに照らし合わせて関連性を検討した。
【方法】
2014年7月17日から2015年4月22日に岡山市立市民病院の総合内科外来を受診した478名の患者を後ろ向きに統計学的調査した。総数447名の患者に553つの主訴があった。平均年齢47.7±19.2歳、年齢幅16-90歳で、男性206名と女性241名であった。
【結果】
全ての患者において SDS スコアは女性ならびに若年者で高かった。FSSG スコアは男女別では差はなかったが、若年者で高かった。生活保護を受ける患者では SDS スコアと FSSG スコア共に高かった。全ての患者において SDS スコアと FSSG スコアの相関性を認めた。各主訴において SDS スコアと FSSG スコアの平均に差は認めなかったが、全ての主訴において SDS スコアと FSSG スコアに相関性を認めた。
【考察】
いかなる主訴にかかわらず FSSG スコアは SDS スコアに相関することが示唆された。
【まとめ】
どんな主訴においても、診察の最初に心理精神的な状態と GERD 症状を、もしくはどちらか一方を評価しておくことは、潜在的な障害をスクリーニングしうることが示唆された。

ポスターセッション10 P-083

セルオートマトンを用いた感染症伝搬モデルの数理解析と院内感染対策の検討

○林優作[1,2]、小松史哉[2]、貴島祥[2]、新井優紀[2]、柏木克仁[2]、
山田篤史[2]、竹内泰三[2]、鈴木健志[2]、佐藤高広[2]、木下綾[2]、
熊手絵璃[2]、河越尚幸[2]、竹本育聖[2]、佐々木陽典[2]、
前田正[2]、宮﨑泰斗[2,3]、財裕明[2]、瓜田純久[2]

[1]東邦大学医学部、
[2]東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター、
[3]東邦大学医療センター大森病院 感染管理部

【はじめに】医療機関において患者が原疾患とは別に新たに罹患した感染症である院内感染は、人から人へ直接、又は医療従事者、医療機器、環境等を媒介して伝搬する。手洗い、手袋・マスクの着用等の標準予防策に加え、感染経路別の予防策が求められている。感染経路は病院や病棟、病室の構造、病棟内発症位置によって異なり、その後の感染伝搬速度に影響する。そこでセルオートマトンを用いた感染伝搬モデルを作成し、感染対策を検討した。
【方法】セルオートマトンモデルでは、病棟を小さなセルに分割し、各セルにおいて感染症の状態を考える。あるセルの感染状態が近傍の状態に依存する確定的ダイナミクスを各セルに与え、感染症拡散を表す。森林火災モデルを用いて、感染症なし(状態1) から発症前(状態2-4)、感染症発症(状態5-8)、治癒(状態9) と段階的に進行するモデルを作成した。5部屋で構成される病棟の入院患者に MRSA が発症したと想定し、その伝搬経路を25×25セルモデルでシミュレーションし、病棟内伝搬速度を写像変換の回数で表現した。
【結果】左端の部屋から発症した感染症はパーテーションだけの場合、75変換で病棟内に伝搬した。入口を作成すると、伝搬には92変換を要し、入口を狭くすると、106変換と感染伝搬を遅らせることができた。感染対策として病室を閉鎖する場合、隣室の閉鎖では120変換まで遅らせることができ、向かいの病室を閉鎖した場合、167変換まで感染を遅らせることができた。２室を閉鎖しても、病棟拡大に必要な変換数は160以上にはならなかった。
【結語】セルオートマトン数理モデルにおいて、病室の区画化によって感染伝搬が制御される割合が明らかとなった。また、感染症発症した病室の向かい室を閉鎖した場合、感染拡大がもっとも制御されることが示された。今後、モデルを工夫し、さらに実際の病棟配置のモデルでも検討を重ね、感染管理に貢献したいと考えている。

ポスターセッション10 P-084

日本の医療訴訟からみた診断エラーの解析

○大槻和也[1]、和足孝之[2]、三橋昌平[1]、天野佑[1]、河野香織[1]、
永井誠大[1]、徳田安春[3]、鬼形和道[2]

[1]島根大学医学部医学科、
[2]島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
[3]群星沖縄臨床研修センター

【目的】欧米の先行研究から診断エラーは医療訴訟の主な原因となることがわかっている。しかし、本邦では医療安全の観点から主にシステムエラーに関してのみ言及されることが多く、医師個人の診断エラーが医療訴訟の原因としてどのくらい寄与しているのか調べた研究は乏しい。そこで本研究は国内最大の判例データベースを用いて、診断エラーの背景、並びに診断エラーが与える影響について後向き研究を行った。
【方法】国内最大の判例データベースである Westlaw Japan（22万件収載）に収載されている判例の中から複数のキーワード（医療過誤、誤診、医療、診断ミス等）を用いて医療関連訴訟の抽出を行った。重複、非医療関連等の判例は元弁護士と研究責任者とが除外基準を用いて除外し、最終的に抽出された1916年から2017年4月までの判例1972件を解析対象とした。それらの判例を用いて患者の年齢・性別、診療の専門分野、診療の場所、病院の規模、初期診断、最終診断、診断エラーの頻度、認容額、死亡、後遺症の有無等を確認した。全ての金額は消費者物価指数を用いて2017年貨幣価値に補正した。
【結果】医療訴訟1972件に対する分析では患者の年齢中央値は33.5歳（IQR:10-54）、性別は男性が53.7%、転機は死亡（53.3%）が最も多く、診断エラーが原因となった訴訟は725件（37.4%）であった。診療科は内科（21.9%）が19専門領域の中で最も多く、診断エラーで訴訟の原因となった最終診断は悪性腫瘍（12.7%）であった。解析例1006件（52.3%）の請求が認容され、その認容額の中央値は2020万円（IQR:454万円 -4790万円）であった。
【考察】診断エラーが医療訴訟の原因に関与した頻度は37.4%と高く、これは欧米の先行研究結果と同程度であった。また診断エラー判例と非診断エラー判例との比較解析を当日本邦で初めて発表する。
【結論】診断エラーは我が国の医療訴訟においても欧米と同程度の影響を与えていることが今回初めて明らかとなった。

ポスターセッション10 P-085

医師の自己省察に基づく診断エラーと認知バイアスの解析研究

○天野佑[1]、和足孝之[2]、大槻和也[1]、河野香織[1]、永井誠大[1]、
徳田安春[3]、鬼形和道[2]

[1]島根大学医学部医学科、
[2]島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
[3]群星沖縄臨床研修センター

【背景】先行研究では初診患者の3-15%程度の症例に診断エラーが起きている可能性が示唆されている。しかしながら診断エラーの定義は複雑であり、複合的な原因が交絡するため、自らの省察なくして真の要因を分析することは難しい。そこで本研究では我が国で初めての医師個人の診断エラーの経験に対して質問法を用いた横断的研究を行なった。
【方法】東京、岡山、島根、広島、大阪で直接質問紙法調査を行った。最も鮮明に状況を思い起こすことができる診断エラー症例に対して、下記の詳細な情報を抽出した（年齢、性別、環境情報、病院規模、時間帯、初期診断、最終診断、医籍登録年、勤務形態、医師の専門科、自己申告の診断エラー率、認知バイアスの種類、診断の誤り・見逃し・遅延の種別）。
【結果】147件のうち130件の研究の同意を得た（回収率88.4%）。回答者の平均年齢45.0歳（SD ±14.2）、診療科は内科（42.7%）が最も多かった。自己申告による診断エラーの頻度は平均10.9%（SD ±7.8）であった。その診断エラーが起った場所は「救急外来」（47.7%）が最も多く、時間帯は「夜勤・当直帯」（43.7%）が最も多かった。また一つの診断エラーに対して代表的認知バイアス10種類のなかで平均3.08個の認知バイアスが原因となっており、アンカリングバイアス（60.0%）、早期閉鎖（58.5%）が多くの診断エラーで関与が見られた。
【考察】医師個人の診断エラーの省察を解析した結果、診断のついていない初診患者を診なければならない内科外来、救急外来などの難しさが浮き彫りとなった。また医師自らが省察した診断エラーの頻度は10.9%と先行研究と概ね同程度である。一つの診断エラー症例に対して少なくとも３つ以上の認知バイアスが原因となっている可能性が指摘される。
【結論】我が国の医療の現場においても診断エラーの影響は大きく、またその原因として認知バイアスの関与が示唆された。

ポスターセッション10 P-086

えっ、虫垂炎って右下腹部痛じゃなかったの？～左下腹部痛で発症した急性虫垂炎の一例～

○水田一椰[1]、織田良正[2]、西知世[2]、中山翔太[2]、山下駿[2]、西山雅則[2]

[1]佐賀大学医学部 医学科、
[2]社会医療法人 祐愛会 織田病院 総合診療科

【症例：28歳、女性】【主訴】左下腹部痛　【既往歴】特記事項なし
【現病歴】受診当日の朝、左下腹部痛が出現したため覚醒した。臍部から左下腹部にかけての痛みが持続し、嘔気も出現したため、同日当科を受診した。
【身体所見】来院時37.0℃の発熱があり、左下腹部に圧痛を認めたが、反跳痛や筋性防御はなかった。McBurney 点や Lanz 点の圧痛は認めなかった。
【検査結果】血液検査では WBC12900/μL（Ne86.9%）と上昇していたが、肝胆道系酵素の上昇や腎機能障害はなく、CRP は正常範囲内であった。
【経過】急性腸炎と判断し、外来で補液し経過をみたが、来院3時間後に再度診察をすると、左下腹部の圧痛は消失し、右下腹部の圧痛（Mcburney 点、Lanz 点）が出現した。腹部エコーでは虫垂は描出できず、造影 CT を行ったところ、根部に糞石を伴う長さ60mm の虫垂を認めた。周囲の脂肪織濃度は上昇しており、急性虫垂炎と診断した。消化器外科に相談し、同日緊急で腹腔鏡下虫垂切除術が行われた。
【考察】急性虫垂炎は、右下腹部痛を主訴とする場合が多い。本症例では虫垂の位置が腹部正中から左下腹部にまで及んでいたため、左下腹部痛を来したと考えられる。左下腹部痛を来した急性虫垂炎の報告は、腸回転異常症によるものが多く、本症例のように解剖学的な異常を伴わない症例は稀である。また、医療関係者（医師、看護師、医学部学生）を対象に独自に行ったアンケート調査でも、急性虫垂炎の腹部症状を左下腹部痛と回答した割合は、63名中わずかに1名（全体の1.6%）であった。
【結語】今回、左下腹部痛で発症した急性虫垂炎の一例を経験した。急性虫垂炎は発症初期に多彩な症状を呈することがあり診断が難しい。疼痛部位が移動することも少なくないため、経時的な診察と評価が必要である。

ポスターセッション10 P-087

クドアセプテンプンクタータ（Kudoa septempunctata）感染症の事例の報告

○橘孝幸[1]、和足孝之[2]、天野佑[1]、大槻和也[1]、河野香織[1]、永井誠大[1]、鬼形和道[2]

[1]島根大学医学部医学科、
[2]島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

近年、全国的にヒラメの刺身を喫食後数時間で一過性の嘔吐や下痢を発症し、軽症で終わる原因不明の食中毒が発生し、厚生労働省が調査した結果、ヒラメに寄生したクドア・セプテンプンクタータ（以下クドア）が人に下痢症状等を引き起こすことが判明した。このクドアは、2010年に報告された新種のクドア属粘液胞子虫であり、大きさ約10μm で花びらのような特徴的な形をしてヒラメの筋肉に寄生しており、当初は人に害を与えないと言われていた。また一般的に養殖のヒラメに寄生している可能性が高いことや西日本で発生が多いとも言われている。現在厚生労働省は生食用生鮮ヒラメについて、ある基準以上にクドアが確認された場合、食品衛生法違反として取り扱っており、近年日本では平成29年に12件、平成30年に14件発生している。今回この寄生虫による事例を画像所見を交えて報告する。
平成31年4月8日島根県西部の飲食店の利用者が集団で嘔吐、下痢の症状を呈し近位病院へ受診、及び益田保健所に連絡した。本件は「職場の会食に参加した者のうち、約30名が胃腸炎症状を呈し、集団食中毒」と判断された。詳細な病歴では4月5日に益田市内の飲食店を利用した1グループ57名のうち28名が飲食後数時間から著しい嘔吐や嘔気、下痢、倦怠感等の症状を呈しており、全員が食事にでてきたヒラメの刺身を生食していたことから、原因として疑われた。追加の検査の結果から、その時の食事の残品のヒラメ刺身からクドアが検出され、さらに患者の便 PCR からもクドアが同様に検出されたために確定診断となった。症状を訴えた患者は全員入院を要せず全快した。
急性胃腸炎の診断では多くの場合が起因菌まで同定されることは少ないが、嘔吐や下痢などの胃腸炎症状を呈する患者を診察する際、魚の生食歴、特にヒラメの刺身に関するクローズドクエスチョンを追加することで、クドア症の診断の確立を高めることができる。

ポスターセッション10 P-088

医学科入学時のモチベーションに影響を与える背景因子の分析

○永井誠大[1]、和足孝之[2]、河野香織[1]、天野佑[1]、大槻和也[1]、徳田安春[3]、鬼形和道[2]

[1]島根大学医学部 医学科、
[2]島根大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
[3]群星沖縄臨床研修センター

【目的】プロフェッショナリズムと高い倫理観を有する医師へ成長するには高いモチベーションを維持することが重要である。しかし、これまで入学直後にモチベーションが低い医学生に関する要因分析を行った我が国の先行研究は見られない。本研究では、入学直後のモチベーションの高低にどのような背景因子があるかを明らかにする。【方法】横断研究：2019年5月8日、医学科1年生に対し、年齢、性別、現役・浪人・再受験の区分、出身地、地域枠入学か否か、親の職業などについてアンケート用紙にて調査を行った。モチベーションの定量化には国際的に妥当性が評価されている Academic Motivation Scale（AMS）を用い、モチベーションに対する2群比較を行なった。研究対象者の定性データはカイ二乗検定を、連続変数は正規性検定を行った後に t 検定か Mann-Whitney U 検定を行った。
【結果】医学生103名の内96名から回答を得た（回収率93.2%）。女性は41.7%（40名）、現役生は33.3%（32名）、再受験生は18.8%（18名）、地域枠入学は18.8%（18名）、推薦入学は37.5%（36名）で、年齢中央値は19（IQR18-21）であった。モチベーションの低さを表す A（amotivation）値の高値群と低値群では、年齢、性別、現役・浪人・再受験の区分、出身地、地域枠入学等の因子で有意差は見られず、唯一親が医療者である場合のみ有意にモチベーションが低い傾向が見られた（親が非医療者 A 値 4 [IQR4-6.5] VS 親が医療者 A 値 7[IQR5-10]、p 値 <0.001）。
【考察】親が医療者だと入学時のモチベーションが低い傾向がある理由に関しては様々な背景因子が予想される。医療者として身近なロールモデルになりやすい親の職業歴が、実際には入学時点でのモチベーションに影響を与えているということが今回初めて示唆された。しかし、その要因要分析に関しては今後更なる研究が必要である。
【結論】親の職業が医療職であると、医学部入学直後のモチベーションは低い傾向がある。

ポスターセッション11 P-064

二次救急病院で死亡した心不全症例の後ろ向き検討

○江口仁[1,2]、徳富潤[3]、崔承彦[4]、山本巻一[4]、香月尚子[2]、多胡雅毅[2]

[1]江口医院、[2]佐賀大学医学部附属病院 総合診療部、
[3]医療法人社団 敬愛会 佐賀記念病院 総合診療科、
[4]医療法人 葡萄の木 グリーンクリニック 総合診療科

【背景】2030年には心不全患者は130万人に達すると推測されている。一方、心不全に対する緩和ケアのエビデンスは不足している。
【目的】当院の心不全患者の終末期の現状を把握し考察する。
【方法】研究方法は後ろ向き横断的観察研究である。対象期間は2016年11月から2018年10月とした。対象患者は当院で死亡した患者でとした。入院時主病名に「心不全」「心筋梗塞」「心房細動」「呼吸不全」「循環不全」を含む症例を抽出した。抽出した症例のカルテレビューを行い、循環器疾患が死亡に関連していないものを除外した。現病歴、既往歴、病名、血液検査、胸部レントゲンにより一人の総合診療科医師が除外した。病態に関連すると予測される因子をカルテより抽出した。
【結果】総死亡患者数は364名であった。主病名に上記フレーズを含む症例は43名であった。循環器疾患が関与しない患者を除外した患者数は30名であった。平均入院日数は17.3±23.6（中央値10日）、時間外受診率20%、救急車受診率23.3%であった。主訴は呼吸苦が26.7%、事前に advanced care planning（ACP）がなされていたのは20% であった。平均年齢は87.7歳、女性73.3%、BMI 19.8であった。入院時検査所見の平均値は NT-Pro BNP 6263pg、Cr 1.17mg/dl、Hb 10.6g/dl、EF 52.4% であった。β遮断薬の使用率は23.3%、フロセミドの平均使用量は15mg であった。モルヒネの使用率は3.3%、蘇生処置は16.7% で行われた。
【考察】総死亡患者の8.2% が対象で、一部の CHF 関連死を含んでいないと推察された。入院前の薬剤使用についてのガイドライン遵守率は低くかった。ACP の施行率20%、DNAR の取得中央値は1日、モルヒネの使用率3.3% のデータより、緩和ケアの提供状況を改善する必要がある。
【結論】二次救急病院での心不全治療の現状を提示した。緩和ケアを含めた心不全治療はプライマリ・ケア医と循環器内科医が協力し、ガイドラインの遵守率を改善する必要がある。

ポスターセッション11 P-065

“人工的水分・栄養補給法”を選択した経口摂取不能高齢者の検討

○八十島孝博[1]、西森英史[2]、三浦秀元[2]、平間知美[2]、鬼原史[2]、岡田邦明[2]、矢嶋知己[2]、北島義盛[1]、根府尚弘[3]、秦史壮[2]

[1]札幌道都病院 総合診療科、[2]札幌道都病院 外科、[3]札幌道都病院 システム管理課

【目的】当院は、一般162床、回復期リハビリ病床26床の一般急性期病院で、高齢者急性期医療を理念の一つとするため高齢者施設からの紹介入院が多い。原疾患の治療の間に、経口摂取不能になる患者や、“人工的水分・栄養補給法（以下 AHN）”導入を目的に入院依頼となる患者も多く、分析した。
【方法】2016年10月１日から、2018年９月30日までの2年間において、AHN を導入した患者946例を対象とし、分析を行った。
【結果】１．全症例の平均年齢は、84.8才、男女比は、男性381例（40%）、女性 565例（60%）であった。
２．基礎疾患は、１位：肺炎（326例、34.5%）、２位：食欲不振・摂食障害・嚥下障害（177例、18.7%）であった。
３．導入した AHN の内訳は、(1) 胃瘻増設：196例（21％）、(2) CV ポート留置：750例（79%）、(3) 両方導入：25例（2.6%）であった。期間前半と後半での比較では、CV ポート留置が増加（346→386例）、胃瘻造設が減少（115→81例）し、転院先のニーズに対応した結果と思われた。
４．AHN 別の平均年齢は、胃瘻増設80.4歳、CV ポート留置85.9歳、平均入院期間は、前者 56日、後者 65日であった。
５．在院死は、胃瘻増設28例（23.6%）、CV ポート留置別96例（20%）であった。
６．両方を導入した患者は、胃瘻患者においては、逆流による肺炎等で胃瘻栄養が確立できない場合、CV ポート患者においては、内服も不能となり投薬路として胃瘻が必要となった場合であった。
７．AHN 導入を拒否された家族も少数存在するが、転院先探しに苦慮する結果となった。
【考察と結論】　AHN の各方法は長所短所を併せ持つが、治療終了後の転院先に影響を受けることになり、医療介護制度の変化に強く影響されていくと思われる。

ポスターセッション11 P-066

右半結腸憩室炎と急性憩室炎の鑑別

○古谷賢太、佐々木陽典、新井優紀、竹下智史、柏木克仁、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、本田善子、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

【背景】本邦では右半結腸憩室炎の頻度が高く、急性虫垂炎との鑑別を要する。第15回日本病院総合診療医学会で両疾患の臨床的鑑別点について検討したが、白血球数・CRP 等の連続変数の検討が不十分だった。
【目的】連続変数をカテゴリー化して右半結腸憩室炎と急性虫垂炎の臨床的鑑別点について検討する。
【方法】急性虫垂炎または右半結腸憩室炎に対して2012年始～ 2016年末までに当センターに入院した16歳以上の患者を対象に症例対照研究を行った。患者背景、臨床症状、診察 / 検査所見の単変量解析により説明変数を選択してロジスティック回帰分析を行った。
【結果】急性虫垂炎（A）群236例、右半結腸憩室炎（D）群133例の年齢中央値はそれぞれ35.5歳と41.0歳と D 群で有意に高く（p=0.011）、発症―受診日数は A 群 : 1日（四分位 : 0-19）、D 群 : 2日（四分位 : 1-3）と D 群で有意に長かった（p<0.001）。心窩部痛 / 臍上部痛、悪心 / 嘔吐、食思不振、急性虫垂炎（非手術）の既往歴は A 群に有意に多く、一方で右下腹部痛、憩室炎の既往歴は D 群で有意に多かった。白血球数中央値は A 群 : 12,600/μL、D 群 : 11,500/μL と A 群で高値だった（p=0.002）。CRP 中央値は A 群 : 1.1 mg/dL、D 群 : 4.9 mg/dL と D 群で高値だった（p<0.001）。ロジスティック回帰分析では悪心 / 嘔吐（オッズ比（OR）: 3.89 [95% 信頼区間（CI）: 2.04-7.42]）、食思不振（OR: 2.13 [CI: 1.06-4.28]）と高値で虫垂炎が示唆され、より長い発症 - 受診日数（OR:0.84 [CI:0.72-0.97]）、右下腹部痛（OR: 0.28 [0.11-0.71]）、憩室炎の既往歴（OR: 0.0034 [0.11-0.71]）、CRP>3.0 mg/dL（OR: 0.25 [0.14-0.43]）と低値で憩室炎がより示唆される結果だった。回帰モデルの ROC 曲線の AUC は0.86と高値だった。
【結論】臨床所見により画像診断前に両疾患を鑑別することが可能であり、悪心 / 嘔吐、食思不振を認める際には急性虫垂炎が示唆され、発症 - 受診日数が長く、右下腹部痛や憩室炎の既往歴がある場合には憩室炎が示唆された。

ポスターセッション11 P-067

出血性胃潰瘍の内視鏡治療後に再出血した症例の検討

○前田光徳[1]、沼尾利郎[2]、志水太郎[3]

[1]独立行政法人 宇都宮病院 消化器内科、[2]国立病院機構 宇都宮病院、[3]獨協医科大学病院 総合診療科

【目的】出血性胃潰瘍の治療は、まずプロトンポンプ阻害薬投与を行いながら内視鏡治療（止血処置）を行うことが多い。しかしながら治療後に再出血し、再度の止血処置を行う症例が存在する。今回、内視鏡治療後の再出血症例について retrospective に検討を行った。
【方法】2013年1月から2018年7月までの間に胃潰瘍と診断され、内視鏡治療を行った29症例を対象とし、1回での止血処置で止血された症例を止血群、複数回の止血処置もしくは手術に至った症例を再出血群の２群に分け、検討した。なお統計は P ＜0.05にて有意差ありとした。
【結果】再出血した症例は７例（男 : 女 =6:1、年齢73.7 ± 8.9歳）（再出血群）、出血の程度を表す Forrest 分類は Ia：３例、IIa：４例、平均輸血量（ＭＡＰ）6.7単位、初回の止血方法はクリッピング止血術（C）６例、トロンビン散布法（T）１例、2回目は C5例、高張 Na エピネフリン（HSE）局注法１例、手術１例であった。一方止血群は22例（男 : 女 =18:4、年齢69.1 ± 15.4歳）、Forrest 分類は Ib：４例、IIa：９例、IIb：８例、IIc：１例、平均輸血量（ＭＡＰ）2.3単位、止血方法は C13例、T9例であった。2群間で Forrest 分類、輸血量、潰瘍の深さ、来院時のショックの有無で有意差を認めたが、潰瘍の広さや、入院時ＲＢＣ、Ｈｂ、ＢＵＮ、ＴＰ、Ａｌｂ、Ｃｒ値、止血方法については有意差を認めなかった。なお再出血した症例は、最初の内視鏡検査から１週間以内に再出血した。
【結語】今回の検討では、再出血する症例として、来院時ショック状態の場合や潰瘍自体が Forrest 分類の高次や、潰瘍底が深い場合でリスクが高く、このような症例では治療ならびに術後経過を慎重に行うべきと考えられた。

ポスターセッション11 P-068

早期医療福祉体験実習は医学部1年生にとって有意義なのか？

○入谷敦

金沢医科大学 高齢医学

目的：金沢医科大学医学部では1996年度より医学部１年の学生に早期医療福祉体験実習として学外施設において、医療と福祉・介護の接点について早期に実地体験することにより理解を深め、医師となるために必要な学習の動機づけとしている。本研究は実習の満足度について調査を行った。
方法：実習する施設は病院10施設、老人保健施設４施設、特別養護老人ホーム３施設、障碍者支援施設３施設であった。実習前オリエンテーションは実習内容、高齢医学的な基礎知識、注意事項、簡単な介護技術（体位交換、おむつ交換、車いす介助など）。学外および学内実習後に実習に関する満足度について５段階で尋ね、点数が高いものほど実習に好意的で満足度が高い評価を表すように設定した。
結果：直近３年間において、1年次学生計309名全員が実習に参加し、実習後の調査票は100%の回収率であった。早期体験実習における満足度は平均で４点を越していたものの、実習時の緊張が1.8 ± 1.0、患者・入居者とのコミュニケーションが1.9 ± 0.8と低く、緊張とコミュニケーションの困難さがうかがわれた。また、学外実習施設別満足度では病院が実習の面白さで高値（p <0.05 vs 特養）。コミュニケーションも病院で高値であった（p <0.0001vs 特養）。実習の意義、職員の考え、医療・福祉・行政の理解に関しては病院、老健、特養、障碍者施設において有意差は認めなかった。
考察：学生の満足度で実習の評価を試みたが、さらに教育効果を測る試みが必要である。学外施設が病院に偏っており、実習の質、満足度に違いが生じ、別の施設においても実習を行いたかった意見も散見され今後の検討課題となった。
結論：施設ごとの差はあるものの早期に医療・福祉の現場に接することは刺激を受け、以後の医学生の動機づけになることと予想された。

ポスターセッション11 P-069

当院における無症候性末梢型深部静脈血栓症に関する臨床的検討

○乙井一典、森健太、馬艶、尾下寿彦、村前直和、
畑澤圭子、三好園子、森寛行、坂口一彦

神戸大学医学部附属病院 総合内科

［背景］近年超音波が進化し、さらに病院によってはD- ダイマーが高いことに対してすぐに下肢静脈エコーを行うように指示され、末梢型DVTが検出される機会が増えている。ただそのような患者に限って寝たきりの高齢者やがん合併が多く、抗凝固療法を行うデメリットも多い。しかし現在、無症候性末梢型深部静脈血栓症（DVT）に対する明確な治療指針はない。
［目的］今回、当院における無症候性末梢型DVTに関する臨床的検討を行った。
［方法］2017年9月から2018年9月、当院で検出された無症候性末梢型DVT症例のうち抗凝固療法を行わず下肢静脈エコーで経過の追えた104例（平均年齢76.5±5.2歳）を対象に、血栓増大・血栓退縮の有無、患者背景等を検討した。診断後2週間後（急性期）と6～12か月後（慢性期）に下肢静脈エコーで血栓の状態を評価した。観察期間は6ヶ月～15ヶ月。
［結果］104例のうち下肢静脈エコー施行の理由として、D- ダイマー高値の原因精査が83例（79.8%）と多く、その他術前スクリーニング等が21例（20.2%）であった。経過中血栓増大で抗凝固療法を要したのは2例（1.9%）で、その他は観察期間中、抗凝固療法は行わず、中枢型DVTや肺血栓塞栓症への進展もみられなかった。抗凝固療法を行わなかった102例のうち、41例（39.4%）で血栓量に変化なく、51例（49.0%）で血栓退縮、または消失がみられた。一方10例（9.6%）で経過中血栓増大（膝窩静脈への進展なし）を認めたが、その後の経過で更なる増大なく、薬物介入を要さなかった。
［結語］無症候性末梢型DVTの多くは、抗凝固療法による薬物介入を要さないと考えられた。ただごく一部に膝窩静脈に進展するような血栓増大を認める症例もあり、無症候性末梢型DVTに対する抗凝固療法の治療介入の有無に関して、更なる検討が必要である。

ポスターセッション11 P-070

TG/HDL-C 比の有用性について

○齋田瑞恵、横川博英、福田洋、濱田千江子、
大築友紀子、草生多恵、松元直美、後藤容子、
片山暁子、海渡翔、後藤研人、内藤俊夫

順天堂大学医学部 総合診療科学講座

背景
TG値をHDL-C値で除した値「TG/HDL-C比」が急性冠疾患など動脈硬化性疾患のハイリスク予測因子として注目されているが、人間ドック受診患者において脂質代謝マーカーなどとの関連を調査した報告は少ない。今回、当院人間ドック受診者においてこの有用性を検討した
目的
TG/HDL-C比の有用性について検討すること
方法
2017年4月～9月までの半年間、当院を受診した人間ドック患者895名（男性492名、年齢62.4±12.3（平均± SD）歳、女性408名、年齢61.4±13.0歳）を対象とした。統計学的解析は、2群間の比較はstudent t-test、相関はSpearmanの順位相関係数を用い、有意水準は5%未満とした。
結果
TG/HDLは2.01±1.9、男性2.4±2.3、女性1.5±1.1であり、男性で有意に高値を示した(P<0.001)。TG/HDLはIRI（r=0.47、p<0.0001）、eGFR（r=-0.13、p<0.0001）、γGTP（r=0.35、p<0.0001）、Glu（r=0.27、p<0.0001）、BNP（r=-0.14、p<0.0001）、hsCRP（r=0.18、p<0.0001）と有意に相関した。
考察
TG/HDL-C比はLDL-Cに代わる新たな治療マーカーとなる可能性が示唆された

ポスターセッション11 P-071

炎症性腸疾患における腸腎連関の検討

○和田拓己[1]、植村祐公[2]、大島一憲[2]、池谷直樹[2]、久力権[3]、
佐野崇孝[4]、関常司[5]、菱田明[5]

[1]焼津市立総合病院、
[2]焼津市立総合病院 内科、[3]焼津市立総合病院 病理科、
[4]焼津市立総合病院 消化器内科、
[5]焼津市立総合病院 腎臓内科

【目的】近年、炎症性腸疾患の発症は増加しており、しばしば腸管外病変を認める。なかには重篤な腎病変も散見するが、実際の炎症性腸疾患における腎病変については不明な点も少なくない。今回、当院での炎症性腸疾患の腎病変について検討した。
【方法】当院で2017年から2019年まで診察された炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎（UC）135例、クローン病（CD）37例）を対象に、横断的に推定GFR、尿蛋白、尿潜血、尿中白血球定性検査、腹部CTによる腎結石の有無について検討した。6例（UC 5例、CD 1例）でステロイド治療導入前後の検尿所見を比較した。
【結果】UC135例において、eGFRによるCKDステージ分類では1：30%、2：54%、3A：13%、3B：1%、4：2%と60未満は16%であった。CDでは1：32%、2：49%、3A：14%、3B：3%、5：3%で60未満は20%であった。尿蛋白陽性はUC:12%、CD:15%、尿潜血陽性はUC:7.9%、CD:14.8%、尿中白血球はUC:35%、CD:38%陽性であった。腎結石はUC:25%、CD:38%で認められた。次にステロイド治療前後で比較した6例では、すべて尿中白血球の陰性かもしくは減少を認めた。
【考察】炎症性腸疾患患者では検尿異常を多く認め、特に尿中白血球陽性所見が多かった。また、腎結石は既報告のように多く認めた。尿中白血球陽性がステロイド治療後に有意に改善したことは疾患活動性との関連も示唆された。検尿の異常が疾患の腸管外病変であるか、疾患活動性と相関するか、また薬剤による影響かなどの評価のためには、今後さらなる縦断的な前向き検討が必要である。
【結論】炎症性腸疾患では検尿異常が多く、腸腎連関が示唆された。

ポスターセッション11 P-072

ACTH 単独欠損症（A 単欠症）の内分泌検査の簡易化

○山本智英[1]、髙原良典[1]、瓜生恭章[2]、原田博雅[1]

[1]八尾徳洲会総合病院 総合内科、[2]八尾徳洲会総合病院 内科

【目的】A単欠症罹患者は急性疾患等で救急搬送されることが多く、救急診療を扱う当会病院では稀ではない。内分泌診断には4種負荷試験など多種ホルモンの多数回測定が行われている。免疫チェックポイント阻害抑剤でも報告があり今後症例増加が予想される。医療費削減の観点から検査の簡易化を提案する。
【方法】多くは急性疾患に続く急性発症で、一部は慢性的（しんどい等）であった。ACTH分泌不全は、以前インスリン低血糖試験（IHT）（12例）、近年はCRH試験（23例）により確認した。血漿ACTHの測定は、2008年迄はCIS-Sorin社ラヂオイムノアッセイ法（旧法、改良法）、HS ACTHラヂオイムノメトリック法（アレグロ）、2009年以降 エクルーシス試薬ACTH ECLIA（ロッシュ）により行った。成長ホルモン分泌予備能は以前IHT、近年はGRF試験により、甲状腺刺激ホルモンとプロラクチンはTRH試験、卵胞刺激ホルモンと黄体化ホルモンはLH-RH試験によった。判定は前値、30分値、60分値を用いた。
【結果】IHTのACTH基礎値 >20pg/mlは3例、CRH試験のACTH基礎値 >20pg/mlは2例、何れも2009年以前の測定法によるもので負荷後に2倍以上の増加はない。ACTH基礎値が測定感度以下の4例ではCRH投与後も上昇はなかった。下垂体前葉ホルモンの分泌予備能を確認した例は23例、残り12例は基礎値に異常なく標的臓器ホルモン異常にないによった。
【結語】特異な症状経過のため症例報告を意図がなければACTH基礎値が測定感度以下（<1.0 pg/ml）に例では IHT、CRH試験は不要、他5種の下垂体前葉ホルモンについては、2種の甲状腺ホルモン、ソマトメジンC、テストステロンかエストラジオールが正常域にある、生理がある女性、の場合、5種の前葉ホルモンの基礎値が基準値内にあれば負荷試験は不要と考える。

ポスターセッション12 P-089

慢性好酸球性肺炎合併が疑われた下垂体空洞症による下垂体機能障害の1例

○清水祐太朗[1]、栗原梓[1]、飯塚尭[1]、真下大和[1]、合田史[1]、渋沢信行[2]、佐藤正通[1]

[1]独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 総合診療科・内科、[2]独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 内分泌代謝内科

【症例】41歳、男性 【主訴】嘔吐、四肢脱力 【現病歴】2019年4月上旬より嘔気・嘔吐出現。近医受診し補液受けるも嘔吐は頻回となり、四肢脱力が加わり当院紹介となった 【現症】バイタルに異常を認めない。診察時複数回咳嗽あり、腹部腸管蠕動音亢進、圧痛や疼痛の訴えなし。四肢体幹皮膚に異常所見なし。血液ガス分析では代謝性アシドーシス、血中ナトリウム値低下を検出。採血検査からは好酸球数正常範囲、筋原生酵素上昇を認め、血中ナトリウム109.6mmol/L。CT 検査より両肺上葉、右肺中葉の末梢優位に多発すりガラス影を検出した。これら陰影は胸膜直下にみられることから慢性好酸球性肺炎が鑑別の第1に挙げられた。嘔気、横紋筋障害の原因と思われた低ナトリウム血症の原因究明として内分泌精査を行ったところ、血中コルチゾール 4.56μg/dl、1日尿中コルチゾール排泄≦11.0μg と低値を認め、ACTH 値に反応はみられず下垂体機能障害が疑われた。下垂体 MRI 検査から下垂体皮薄化を認めた 【診断】下垂体系刺激試験の結果から、下垂体空洞症および下垂体機能障害による副腎機能低下と診断し、低ナトリウム血症および、横紋筋障害、そして好酸球性肺炎と診断した。【経過】電解質異常に対しては補液および低用量利尿剤投与により補正を行うも反応は乏しく、ヒドロコルチゾン服用を開始したところ早期より血中ナトリウム値の改善あり、嘔気は軽快し摂食量改善を認め退院となった【考察】この度我々は嘔気にて発症した慢性好酸球性肺炎および横紋筋障害を合併した下垂体機能障害の1例を経験した。好酸球性肺炎については、特異的な CT 画像所見から診断がなされたが、経過中末梢血中好酸球28%（好酸球＞1300/μL）まで上昇を認めた。血中非特異的 IgE 64IU/ml と上昇なく、アレルギー素因による病態ではないものと思われた。肺炎に対しては特に治療は必要とせず、増悪は認めず、コートリル服用後自然消退に至った。

ポスターセッション12 P-090

急性 E 型肝炎と糖尿病性ケトーシスを併発した1例

○吉田泰徳[1]、本城聡[1]、藤嶋伶[2]、室屋洋平[1]、沖崎進一郎[3]、田中慧[1]、小笠原純子[1]、高畑丞[1]、井上陽子[4]、三輪裕仁[1]、角谷拓哉[1]、知念直史[1]、舩冨等[1]、布川貴博[1]、土岐敦[1]、橘俊一[1]、藤田明[1]

[1]多摩南部地域病院 内科、[2]北里大学 内分泌代謝内科、[3]橋本つつじ糖尿病内科、[4]川崎市立多摩病院 総合診療内科

【症例】45歳男性 【主訴】体重減少、尿の着色、頭痛、嘔気 【既往歴】2型糖尿病 【内服薬】フェキソフェナジン塩酸塩 【現病歴】10年前に糖尿病を指摘され、3年前に通院を自己中断した。入院前に海外渡航歴やジビエの摂取なし。体重減少、尿の着色、頭痛・嘔気が出現したために3日前に近医受診、肝機能障害と高血糖を指摘され当院紹介受診。【現症】身長180cm、体重 78.2kg、BMI 24.1kg/m2、体温 37.3℃、血圧 148/90 mmHg、脈拍 87回 / 分・整、眼球結膜に黄染あり、頸部リンパ節腫脹なし、胸・腹部に診察上特記すべき所見なし【検査所見】血算：WBC 6750 /μl、Hb 15.1 g/dl、Plt 15,3万 /μl、凝固：PT-INR 0.95、生化学：TP 6.9 g/dl、Alb 3.5 g/dl、T-Bil 4.8 mg/dl、D-Bil 3.6 mg.dl、LDH 437 U/l、AST 900 U/l、ALT 936 U/l、ALP 1570 U/l、 γ -GTP 1458 U/l、NH3 55μg/dl、Cre 0.6 mg/dl、CRP 1.2 mg/dl、PG 278mg/dl、HbA1c 14.8 %、静脈血液ガス：pH 7.37、HCO3- 21.8 mmol/l、尿：ケトン体 3+、腹部造影 CT：肝に形態的異常なし【経過】肝に画像上異常は確認されず、腫瘍マーカー、A 型・B 型・C 型肝炎ウイルス、EB ウイルス、膠原病自己抗体は全て陰性、フェキソフェナジンの DLST も陰性。IgA-HE 抗体陽性、HEV-RNA 定量も陽性で急性 E 型肝炎と診断した。入院後肝障害は【AST（U/l）、ALT（U/l）、γ -GTP（U/l）】として5日目【711、801、814】→10日目【554、960、374】→15日目【152、312、228】と改善した。糖尿病について1800kcal 食事指導と強化インスリン療法を開始した。抗 GAD 抗体は陰性。糖尿病合併症は網膜症が前増殖期、腎症が2期だった。インスリン総投与量60単位 / 日で血糖値は安定し、第22病日退院。【考察】急性 E 型肝炎の1例を経験した。糖尿病性ケトアシドーシスの合併例は既報でも見られ、感染によるストレスが耐糖能に影響した可能性はある。HEV ウイルスの感染経路は特定できなかった。同疾患は原因不明の急性肝障害の鑑別疾患の一つとして考慮すべきである。

ポスターセッション12 P-091

糖尿病性ケトアシドーシスに急性壊死性食道炎の合併を認めた1例

○金指秀明[1]、安岡尭之[1]、松島純也[1]、曽我太三[1]、坪内陽平[1]、山本理絵[1]、櫻井馨士[1]、秋枝一基[1]、青木智之[2]、荒木亘[2]、佐久間文[3]、木村浩一郎[3]、栗原英心[3]、小畑力[3]、川上知孝[3]、伊島正志[3]、大竹陽介[3]

[1]SUBARU 健康保険組合太田記念病院 救急科、[2]SUBARU 健康保険組合太田記念病院 内分泌内科、[3]SUBARU 健康保険組合太田記念病院 消化器内科

【症例】45歳、男性【主訴】意識障害【既往歴・既存症】脂質異常症、アトピー性皮膚炎【現病歴】2019年4月某日、体調不良で欠勤しているため同僚が自宅を訪問したところ、トイレで倒れている患者を発見し救急要請、当院へ搬送された。4日前から体調不良を自覚し、3日前に近医を受診した。脱水を指摘され補液を行い、自宅療養していた。【身体所見】身長165.0cm、体重50.9kg、BMI 18.7。体温31.2℃（膀胱温）、収縮期血圧70mmHg、脈拍数62回 / 分、整。GCS 9（E4V1M4）。冷感あり、皮膚ツルゴール低下。呼吸音清。腹部は平坦かつ軟。【検査結果】pH 7.045、PCO2 11.4 torr、PO2 260 torr（10L リザーバー付酸素マスク投与）、HCO3 3.0 mmol/l、BE -28.4、AG 38.9、Lac 2.1 mmol/l。WBC 22220 /μl、Hb 15.8 mg/dl、Plt 24.6 万 /μl。T-Bil 0.46、GOT 33 U/l、GPT 26 U/l、BUN 124.3 mg/dl、Cr 4.75mg/dl、Na 120mEq/L、K 5.3mEq/L、Cl 69 m Eq/l、P-Amy 214 U/l、CK 1032 U/l、血糖 2326 mg/dl、CRP 5.77 mg/dl。胸腹部単純レントゲン検査、頭部 CT 検査、胸部 CT 検査では有意な所見なし。腹部 CT 検査で十二指腸の壁肥厚を認めた。【経過】来院時に著明な高血糖と、尿中ケトン体陽性かつ AG 開大を伴うシドーシスを認め、糖尿病性ケトアシドーシス（以下 DKA）と診断した。生理食塩水、インスリン持続静脈投与で改善を図った。CT 検査にて十二指腸の壁肥厚が認められていたことから、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、上部食道から食道胃接合部に粘膜の黒変を認め、急性壊死性食道炎と診断した。【考察】急性壊死性食道炎は食道粘膜が全周性に壊死して生じる食道出血性疾患で吐血で発見されることが多いが、本症例では偶然発見された。DKA による高度脱水による血流障害が原因と考えられた。【結語】急性壊死性食道炎は致死的となる場合もあり、DKA では消化管出血の有無に関わらず、上部消化管内視鏡検査を積極的に実施し、厳重な経過観察を行う必要があると考えられた。

ポスターセッション12 P-092

外来での一言「体重が増え BMI が正常化し良かった」がきっかけで、低血糖を来した1型糖尿病の一例

○小林玄樹、堤丈士、服部智仁、中埜幸治

京都山城総合医療センター 糖尿病代謝内科

【症例】50歳女性
【主訴】意識障害
【現病歴】1型糖尿病で通院しておりインスリン頻回療法で HbA1c11% 前後であった。不安神経症、鬱病を以前より指摘されていたが精神科による専門加療を拒否されたため塩酸セルトラリンを処方し内科で経過観察せざるを得なかった。しかし体重変化はなく X-1年12月の時点で身長152cm、体重43kg、BMI18.6kg/m2と低値であった。X 年1月外来受診時に7kg の体重増加が見られ医師が「体重が増え BMI が正常化（21.6kg/m2）し良かった」と伝えた。外来受診日の2日後意識障害で救急搬送となる。
【身体所見】JCS300。左上共同偏視、舌咬傷、尿失禁あり。
【血液検査】随時血糖 131mg/dL（救急車内で 50% ブドウ糖溶液投与後）、HbA1c9.7%、CPR0.1ng/mL 未満、IRI140μU/mL。
【頭部 CT】異常なし。
【経過】ブドウ糖静注で一時的に血糖改善するも血糖値 20mg/dL 台の低血糖が遷延し意識障害が持続するため ICU 入室し、ブドウ糖入り輸液とインスリンの投与を開始した。意識レベルは徐々に改善し第2病日には完全に清明となった。血糖値、血中 CPR 低値だが IRI は高値であったことから外因性インスリンによる低血糖と考えた。日常生活に支障を来す程の強迫性障害が臨床心理士により指摘された。そのため外来で体重増加を指摘され強い不安が現れ、結果として過剰な低炭水化物ダイエットを行い低血糖となったと推察した。医師から低血糖、管理栄養士から食事療法の指導、臨床心理士から心理教育を行い、退院後の公的支援の調整も含め多職種チームによる介入を行った。第4病日より食事、強化インスリン療法を再開し経過は良好で第12病日に退院とした。
【考察】糖尿病と精神疾患とは関連があり、糖尿病の良好なコントロールのためには精神面も十分に理解する必要がある。本症例は外来にて精神科受診を勧めていたが受診されず、医師の一言をきっかけに低血糖発作を来した教訓的な症例であり、特に精神疾患の既往のある場合は安易な言葉遣いは避ける必要性がある。

ポスターセッション12 P-093

アルコール多飲患者における乳酸アシドーシスの一例

○小坂一真

大阪大学医学部附属病院 卒後教育開発センター

【主訴】嘔吐・下痢 【現病歴】50歳代女性。アルコール多飲歴あり。飲水できなくなり、一週間後に下痢・嘔吐・食事困難のため、救急搬送となり、精査と全身管理目的で入院となった。【内服歴】ウルソデオキシコール酸、ネキシウムカプセル 【生活歴】喫煙 :5本 /day、飲酒 : 焼酎水割り600ml 【既往歴】アルコール肝障害、肝細胞癌でラジオ波焼灼 【臨床経過】入院時著明な簡易血糖測定で測定感度以下の低血糖を認めていた。低血糖治療中、pH6.9、Lactate230mg/dL と著名な乳酸アシドーシスを認めた。同時に吐血を認め、ショックバイタルとなったため気管挿管のうえで全身管理となった。数日の輸液管理により呼吸器離脱となり、全身状態改善したため、独歩で退院となった。【考察】アドヒアランス不良患者であり、家人に隠れて飲酒することが頻回にあった。何らかの原因により食思不振となったが、飲酒は継続していた様子であった。その後、嘔吐・下痢をきたしたため、アルコール摂取も困難となり、アルコール性ケトアシドーシス（AKA）をきたしたものと考える。AKA に関して本患者の症例と合わせて考察する。【結語】アルコール多飲患者における乳酸アシドーシスの一例を経験した。

ポスターセッション12 P-094

C 型慢性肝炎に対して IFN 治療で SVR を達成し20年以上経過して肝発癌を認めた2型糖尿病合併肝細胞癌の1症例

○松本修一[1]、金山泰成[1]、藤山陽[1]、渕崎蓉史[1]、深川雄太[1]、中西朗[1]、庄司裕佳子[1]、織田兼知[1]、吉村亮彦[1]、前田隼輔[1]、児玉亘弘[1]、松林直[2]

[1]福岡徳洲会病院 内科、[2]福岡徳洲会病院 心療内科

【症例】68歳、女性
【現病歴と経過】43歳時に子宮頸癌を加療した。その際に C 型慢性肝炎と診断され、インターフェロン（IFN）治療を行い、持続的ウイルス学的効果（SVR）を達成している。高血圧などがあり当院外来で加療中に、5年前より2型糖尿病と診断され当院心療内科・内分泌科でメトホルミンとシタグリプチンを内服中である。BMI27.6と肥満を認めるも HbA1c6.1% と血糖コントロールは良好であった。今回はスクリーニング目的の腹部超音波検査で以前には認めなかった肝腫瘤を指摘され当科へ紹介となった。腹部超音波検査では肝 S8に1.8cm大の低エコー腫瘤を認めた。同腫瘤は EOB-MRI で、T1、T2ともに等信号で、動脈相で強く造影され、wash out はなく、肝細胞相でも高信号であり、画像上肝細胞癌は考えにくく、線維性結節性過形成を疑われた。腫瘍マーカーは、AFP2.09ng/mL、PIVKA-II36mAU/mL と上昇はみとめなかった。肝細胞癌は考えにくく、造影 MRI 上は良性腫瘍疑いであったので、慎重に経過観察にすることを提案するも本人と家族のさらなる精査の希望が強く肝腫瘍生検を行ったところ高分化型肝細胞癌と診断されたため、外科に転科し肝切除術を行った。【考察】C 型肝炎において、IFN 治療によって SVR が達成されると HCV- RNA の持続陰性化が得られ、C 型肝炎からの発癌リスクは有意に低下するが、SVR 達成例においても経過観察中に肝癌を発症することが報告されているため症例毎の発癌リスク要因に応じて、SVR 後5 ～ 10年間は肝癌のスクリーニングを行うべきであるとされているがフォローアップを終了する時期は明らかでない。SVR 後の発癌リスクとしては、高齢、男性、線維化進展、飲酒、肝脂肪化、インスリン抵抗性などが挙げられている。本症例は SVR 後20年以上経過しているが、糖尿病（インスリン抵抗性）や脂肪肝の影響もあり肝発癌をきたしたものと考えられた。

ポスターセッション12 P-095

暴露歴を確認できなかった A 型急性肝炎の1例

○猿田陽平[1]、杉本侑孝[1]、伊藤善昭[1]、駒形友康[1]、作左部大[1]、畑澤千秋[2]、星野孝男[3]、渡部博之[3]、齊藤崇[1]

[1]秋田厚生医療センター 救急総合診療部、
[2]秋田厚生医療センター 小児外科、
[3]秋田厚生医療センター 消化器内科

【症例】71歳、男性 【主訴】黄疸、倦怠感 【現病歴】20XX 年某日、発熱、倦怠感あり近医受診。肝機能障害、食事摂取困難のため当院紹介。急性肝炎の診断で入院。【既往歴】大腸癌術後、胆嚢摘出術後。毛嚢炎で投薬中。アレルギー歴なし 【生活歴】ビール1000ml/ 日、直近の海外渡航歴なし、生もの・獣肉摂取なし。【身体所見】意識清明、体温37.0℃、血圧163/92mmHg、心拍数108/ 分、SpO2 97%（室内気）、眼球結膜黄染あり。咽頭発赤なし。心雑音、肺副雑音なし。腹部は軟、圧痛なし。腸蠕動音正常。上腹部に手術痕あり。肝脾触知せず。体表リンパ節触知なし。腹水、浮腫なし。羽ばたき振戦なし 【検査結果】AST 12074U/L、ALT 7850 U/L、LDH 14055U/L、ALP 431U/L、T-Bil 6.1mg/dl、D-Bil 4.0mg/dl、γ-GTP 550U/L、ChE 274U/L、TP 6.0g/dl、Alb 3.5g/dl、BUN 13.8mg/dl、Cre 0.79mg/dl、CRP 2.99mg/dl、NH3 85μg/dl、IgG 1028mg/dl、IgM 68mg/dl、WBC 3100/μl、RBC 510万 /μl、Hb 15.9g/dl、Ht 45.2 %、Plt 13.5万 /μl、PT 35.0 %、HBs-Ag（-）、HCV-Ab（-）、腹部 CT：脂肪肝を認めるのみ 【経過】急性肝不全非昏睡型として入院後ステロイドパルス療法施行。劇症化せず緩やかに改善した。第10病日 IgM-HA 抗体陽性判明し A 型肝炎と診断。食思不振・黄疸が遷延したが徐々に改善し第42病日退院。【考察】当初 HBV、HCV 感染は否定的であり、HAV、HEV の曝露歴が確認されず、薬剤性、アルコール性、AIH 等を念頭に診療を行ったが、結果 A 型肝炎であった。A 型肝炎は HAV に汚染された魚介類等の摂取で感染するが、潜伏期間が 2-6週と幅があり摂取歴が確認できないこともしばしば見られるため、曝露歴が確認できなくても可能性を念頭に精査が必要と考えられる。多くの場合自然治癒するがまれながら劇症化する例もあり、本症例の様な重症型では早期の治療介入が必要と考えられる。急性肝炎では重症化、劇症化の可能性を念頭に診療を行うことが重要と考えられた。

ポスターセッション12 P-096

急激なダイエットに対する食事指導後に浮腫が増悪し、refeeding edema と考えられた壮年期男性の1例

○玉井恒憲

国立病院機構 埼玉病院 総合診療科

（背景）Refeeding edema は低栄養患者に対して栄養療法を開始後に出現する浮腫として知られる病態であるが、稀で報告例は少ない。報告例の多くは神経性食欲不振症の患者に発症したものであり、その多くが若年女性の報告である。壮年期男性にこの病態によると考えられる浮腫を呈した 1 例を経験したため報告する。
（症例呈示）39歳、男性。X 年1月から同年12月にかけて約30kg の減量となるダイエットを実施。X ＋1年1月中旬より両足背浮腫を呈するようになり、2月初旬に当科を受診した。ダイエットを止めて適量の食事を摂取するよう指導したところ、両下肢、顔面にまで浮腫がさらに拡がった。軽度の低アルブミン血症を認めるものの、尿蛋白は陰性だった。各種内分泌ホルモン検査、腹部エコー、胸腹部骨盤 CT、心エコー、下肢静脈エコー検査では、浮腫の原因と考えられる異常所見を認めなかった。原因不明であり症状増悪が続くため、2月中旬に入院とした。入院後、適正な食事の提供、尿量測定、飲水量測定、体重測定などで経過観察したところ、徐々に浮腫は改善傾向となった。弾性ストッキング着用開始後、浮腫はさらに改善し、3月初旬に退院とした。退院後1か月目の外来で浮腫は消失していた。
（考察）本例は、稀な病態である refeeding edema が原因の浮腫と考えられた。利尿剤などの薬剤を使用することなく、食事・水分管理、弾性ストッキング着用で急速な改善を得られたが、本病態を想起せず対症療法で利尿剤を開始してしまったら病態が分かりにくくなるところであった。これまでの報告例では若年女性の神経性食思不振症からの発症が主だが、本例は壮年期男性で発症した点が特徴的であった。本例のようなダイエット後に通常食に戻してから浮腫を呈する症例があることに、日常診療の場においては留意が必要であると考えた。

診断に難渋した AIH の1例

○神垣充宏[1]、國田哲子[1]、熊田純子[1]、中野誠[1]、田中美和子[1]、青木信也[1]、津賀勝利[1]、伊藤博之[1]、松浦秀夫[1]、河野博孝[2]、高野弘嗣[2]、倉岡和矢[3]、安井弥[4]

[1]済生会呉病院 内科、[2]呉医療センター 消化器内科、[3]呉医療センター 病理診断科、[4]広島大学大学院 分子病理学

【症例：60歳女性】
【主訴】発熱、食思不振
【既往歴】特記事項なし
【現病歴】約1ヵ月前から倦怠感、食思不振あり。その間もビールは飲んでいた。X月X日、発熱、肝障害、血小板減少などあり当院に紹介入院となった。
【身体所見】身長153cm、体重48kg。腹部平坦、軟、肝は触知せず。
【検査結果】Plt2.5万、PT37%、HbA1c10.6、Na115、Ca6.8などの異常値が見られた。PCT、β-D グルカン等は高値であり、感染症 DIC score；6点、HBs 抗原、HCV 抗体は陰性。CT にて肺炎、肝腫大など見られた。
【経過】輸液、抗生剤、リコモジュリン、AT- Ⅲ製剤、alb 製剤、plt 輸血など行い、DIC からは離脱。しかし発熱、肝障害が遷延し、TP9-10、IgG>5000、ANA; ×640と著明な高値を認め、自己免疫性肝炎（auto-immune-hepatitis; 以下 AIH）や多発性骨髄腫も念頭に診療した。
その後 CMV 抗体 IgM、IgG 共に陽性でガンシクロビル注を使用。ステロイド点滴、内服、また Vit.D 製剤も併用したところ肝障害は軽減し、Plt9万、PT62% まで改善。第37病日、経皮的肝生検を施行したが AIH の確診は得られず（国際診断スコア7）。その後も全身状態の管理に努めた。
第70病日、転倒、腰椎圧迫（粉砕）骨折をきたしたため、3次医療機関（整形外科）に転院。内科診療も先方に依頼した。その後ステロイド減量により肝障害が再燃し、再度の肝生検にて AIH の確診（国際診断スコア19）に至った。
【考察】AIH は本邦では1万人程度といわれ頻度は高くないが、原因不明の肝障害を診療する際には念頭に置く必要がある。また状態改善のため、確診前でも積極的にステロイドを使用することは必要であると考えられた。

鶏の内臓の生食によりランブル鞭毛虫症と赤痢アメーバ腸炎に罹患したと考えられた一例

○柏木克仁、佐々木陽典、本田善子、新井優紀、竹下智史、小松史哉、鈴木健志、竹内泰三、山田篤史、古谷賢太、木下綾、熊手絵璃、貴島祥、竹本育聖、前田正、宮﨑泰斗、島田長人、瓜田純久

東邦大学医療センター大森病院 総合診療・急病センター

【緒言】消化管感染症では渡航歴や食事歴の聴取が重要である。鶏の内臓の生食によりランブル鞭毛虫症とアメーバ赤痢に罹患したと考えられた一例を経験したので教訓に富んだ症例として報告する。
【病歴・経過】55歳男性（中学校教師）。入院12日前から水様下痢と下腹部痛が出現。前医での治療にも関わらず増悪した為、当院を受診。微熱以外にはバイタルサインの異常は認めなかったが、全身状態不良で右下腹部を中心に腹部全体に圧痛を認めた。検査では白血球11700/mm3、CRP11.1mg/dL、Cr1.02mg/dl、尿ケトン（+++）であり、便潜血と便中白血球を認めた。腹部 CT では回盲部腸管の著明な壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇、リンパ節腫大を認めた。しかし、便培養は陰性であり、AZM 投与により治療を開始されたが症状は悪化して CT 再検では回盲部周囲の膿瘍形成を示唆する所見が認められた。外科と相談のうえ抗菌薬を MPEM に変更したが改善せず、第7病日に緊急手術の方針となった。しかし、CT 所見から赤痢アメーバ症を疑って新鮮な便検体を鏡検したところ、ランブル鞭毛虫を認めた。ランブル鞭毛虫症は小腸炎の原因微生物であり、回盲部～大腸炎をきたすとは考えにくかったことから、赤痢アメーバ腸炎を合併した可能性を考慮して MNZ を開始したところ症状は改善し、第24日病日に退院となった。赤痢アメーバのペア血清検査は IgM: 第3病日 100倍→第16病日 200倍、IgG: 第3病日 100倍→第16病日 1600倍へ上昇を認め、赤痢アメーバ腸炎の合併が示唆されたが、便培養陰性で、患者が大腸内視鏡・大腸粘膜生検を希望しなかったことから確定診断には至らなかった。
【考察】緊急手術を考慮するほどの顕著な腹痛を呈したが、MNZ 投与が著効した症例だった。詳細な食事歴の聴取と寄生虫疾患を念頭においた新鮮な便検体を用いた検査の重要性を再認識させられた症例と考えられた。