

# 第119回 日本呼吸器学会東北地方会 第149回 日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会

## 講演プログラム・抄録集

### 会 長

第119回 日本呼吸器学会東北地方会 杉浦 久敏  
(東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野)

第149回 日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 宇佐美 修  
(栗原市立栗原中央病院)

#### ■一般演題

《第1会場》	セッション1	10:05~10:53
	セッション2	10:53~11:41
	セッション3	13:10~13:58
《第2会場》	セッション4	10:05~10:53
	セッション5	10:53~11:41
	セッション6	13:10~13:58

#### ■優秀演題表彰式

《第1会場》	14:05~14:15
--------	-------------

#### ■ランチョンセミナー

《第1・第2会場》	12:00~13:00
-----------	-------------

日 時：2024年9月21日（土）受付9：30 より

会 場：フォレスト仙台

〒981-0933 宮城県仙台市青葉区柏木1丁目2-45

参加費：1,000 円（当日受付にてお支払いください）

※現金のみ

※医学部生（大学院は除く）・初期研修医は無料

#### 【事務局】

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野

〒980-8574 仙台市青葉区星陵町1-1

TEL:022-717-8539

# 座長・演者へのご案内

## ◇座長の方へ

1. ご担当されるセッション開始の10分前までに会場内右側前方の次座長席にお着きください。
2. プログラムの円滑な進行のため、発表時間に厳守にご協力ください。

## ◇演者の方へ

1. 口演時間は6分、口演後の討論時間は2分です。口演中は緑色ランプが点灯し、1分前に黄色ランプ、終了時に赤色ランプが点灯しますので時間を厳守してください。
2. 発表時は演者の手元にある機器で、演者自身でPCを操作してください。
  - ・当日発表に使用するPCはWindows10、プレゼンテーションソフトはPowerPointです。Macintoshについては、各自PCの持ち込みと致します。
  - ・Windowsでは、文字化け防止のためWindows標準フォントをご使用ください。
  - ・スライドサイズは16:9、4:3の双方対応可能です。
  - ・発表用ファイルはUSBメモリにて発表の30分前までにPC受付にお持ちください。
  - ・動画・アニメーション・音声の使用はお断り致します。
  - ・円滑な進行のため、発表者ツールの使用をご遠慮ください。
  - ・ご自身のPCをお持込の場合は、事前に動作確認をお願いします。電源アダプターおよびHDMIの変換ケーブルも忘れずにお持ちください。なお、動作不良の場合に備え、バックアップデータをご持参ください。
  - ・ウイルスチェックは事前に十分に行ってください。
  - ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は予め解除してください。
  - ・発表データの中にCOI(利益相反)のスライドを必ず入れ込んでください。  
詳しくは以下のサイトから開示スライド例をダウンロードして、ご作成ください。  
◎日本呼吸器学会 HP (HOME > 学会について > 利益相反)  
◎日本結核・非結核性抗酸菌症学会 HP (HOME > 支部学会 > 東北支部 > 地方会 HP)

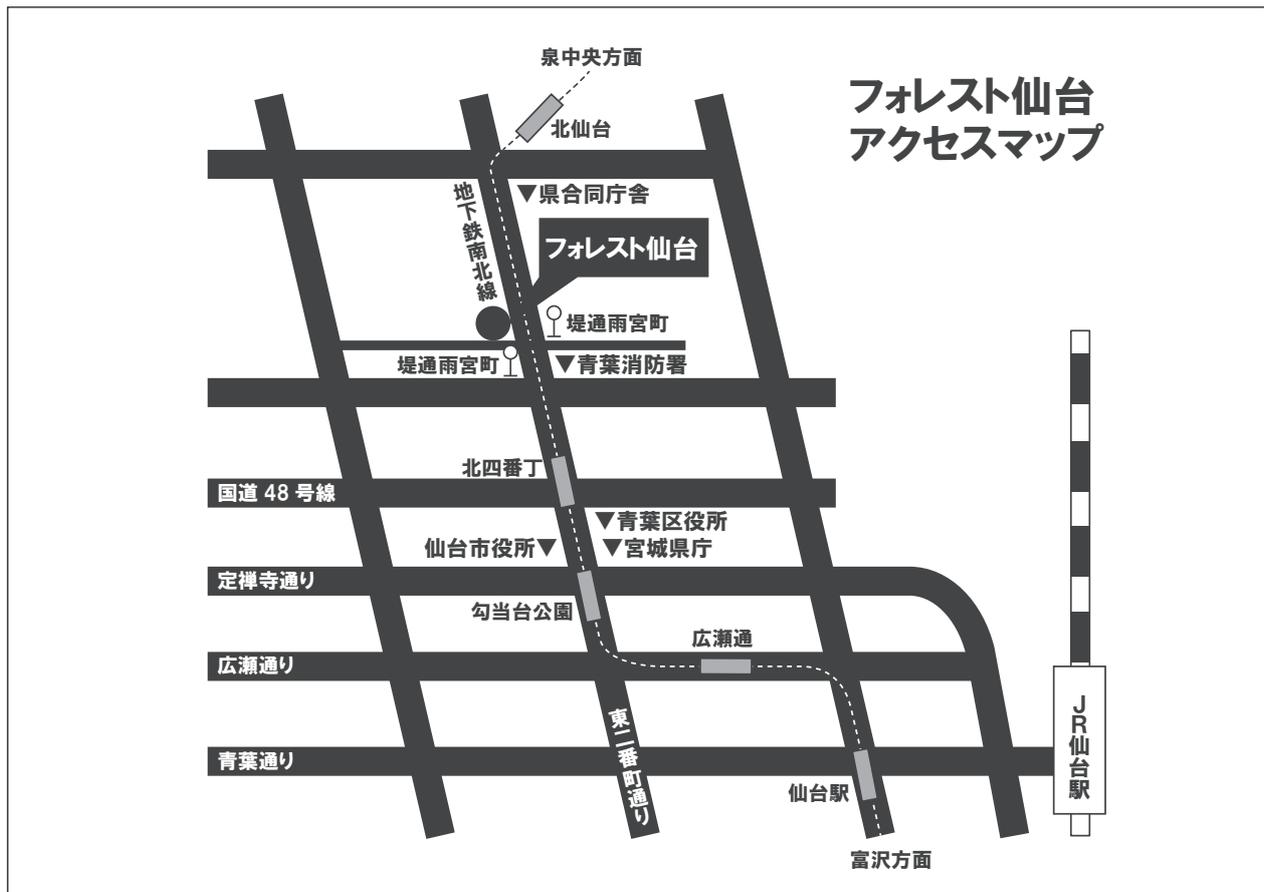
# 参加者へのご案内

1. 参加受付は9:30より、会場（フォレスト仙台）の2階にて行います。
2. 参加費1,000円を受付にていただきます。  
その際、ネームカード、参加証明書をお渡ししますので、氏名をご記入の上、会場内では常時着用してください。
3. 昼食はランチョンセミナーをご利用ください。  
お弁当の数には限りがございますのでご了承ください。
4. クロークはございませんのでお荷物はご自身で管理してください。
5. 会場では携帯電話をマナーモードに設定してください。
6. 無許可の録音・録画および写真撮影は固く禁止いたします。

# ご参加の皆様へ

1. 会場内での発言はすべて座長の指示に従い、必ず所属・氏名を述べてから簡潔に発言してください。
2. 学会中の呼び出しは緊急でやむを得ない場合以外はいたしません。
3. プログラム・抄録集の当日配布はいたしませんので、各自ダウンロード・印刷の上ご持参ください。
4. 参加で取得できる単位は以下のとおりです。
  - ・日本呼吸器学会専門医出席は5単位、筆頭演者は3単位加算
  - ・日本呼吸ケア・リハビリテーション学会 呼吸ケア指導士 出席は7単位、筆頭演者は7単位加算
  - ・3学会合同呼吸器療法認定士 20単位
  - ・ICD 制度協議会 5単位（筆頭演者 2単位）
  - ・日本結核病学会結核・抗酸菌症認定医 / 指導医、抗酸菌症エキスパート資格 出席は5単位、筆頭演者は5単位追加
5. 日本呼吸器学会会員の当日、単位登録を行います。受付の際に、会員カードのバーコードを読み取らせていただきますので、必ず会員カードをご持参ください。  
会員カードをお忘れになった場合は、ご自身で参加証明書を保管の上、専門医更新時に参加証明書のコピーを添えてご提出ください。

# フォレスト仙台へのアクセス



## ■仙台駅からフォレスト仙台までの交通機関

仙台市地下鉄南北線利用 料金 210 円 (所要時間5分)

【乗車駅】地下鉄南北線「仙台駅」(泉中央行)

【降車駅】地下鉄南北線「北四番丁駅」(「北2」出口より徒歩約7分)

JR 仙山線利用 料金 190 円 (所要時間6分)

【乗車駅】JR 仙山線「仙台駅」(山形方面行)

【降車駅】JR 仙山線「北仙台駅」(出口より徒歩約10分)

バス利用 料金 190 円～ (所要時間10分～) ※バス路線、経由地によって変化します。

【乗車停留所】「仙台駅前」

⇒仙台市営バスのりば 9 番・13 番・14 番・17 番・19 番・27 番 (西口バスプール)

⇒宮城交通バスのりば 4 番 (西口バスプール)

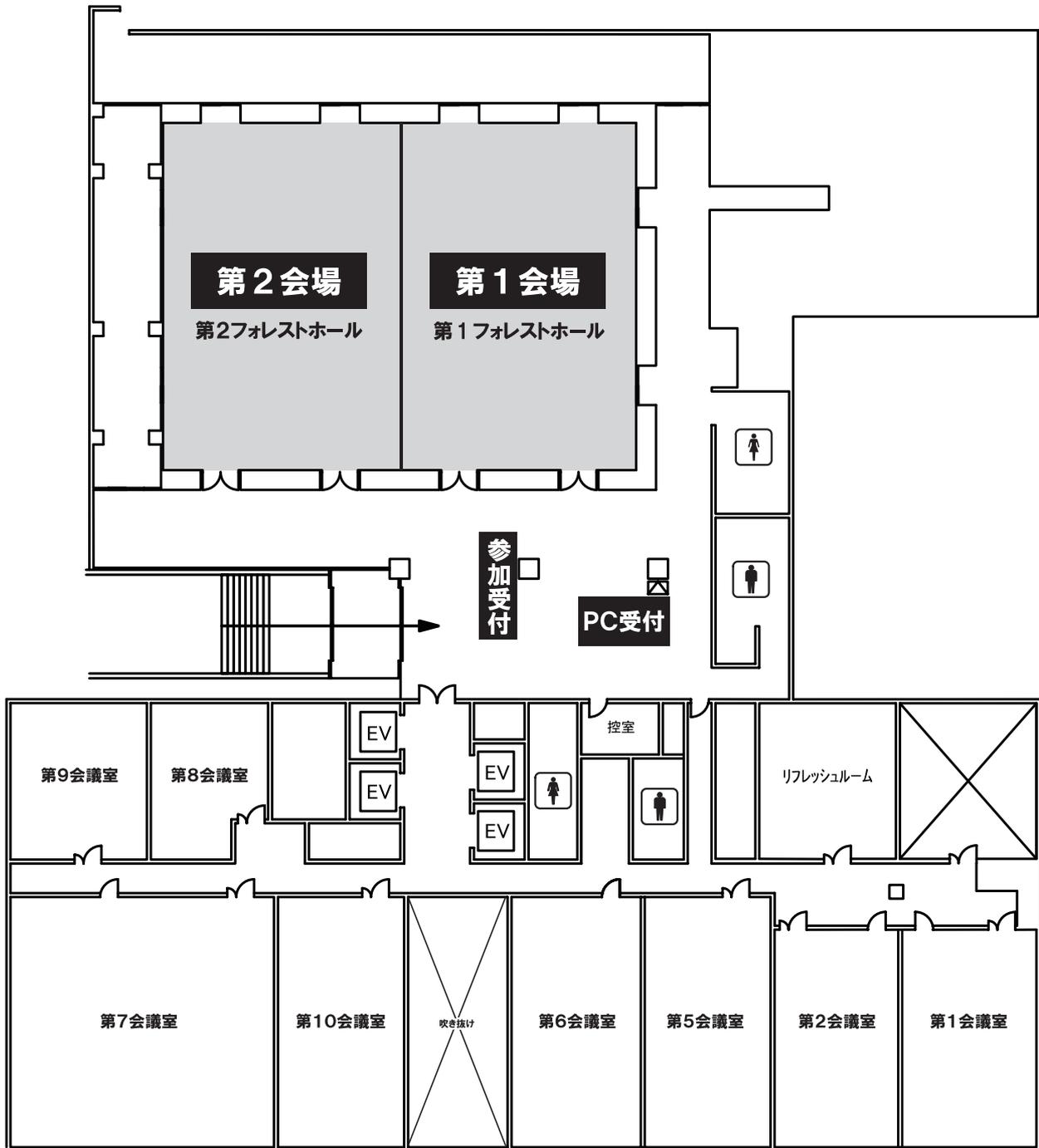
【降車停留所】「堤通雨宮町」(徒歩約2分)

タクシー利用 料金 約 910 円 (仙台駅より所要時間約10分)

## ■自家用車

※有料立体及び平面駐車場 (30分毎100円～) がございますが、できるだけ公共の交通機関をご利用ください。

# 会場案内図



フォレスト仙台 2階フロア

第119回日本呼吸器学会東北地方会  
第149回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会

日 程 表

	第1会場 (第1フォレストホール)	第2会場 (第2フォレストホール)
9:30	日本呼吸器学会東北地方会 会長 杉浦 久敏	日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 宇佐美 修
10:00	10:00～ 開会の辞	10:00～ 開会の辞
	10:05～10:53 <b>セッション1</b> (1-6) (医学生・初期研修医セッション) 座長：長島 広相 二階堂 雄文	10:05～10:53 <b>セッション4</b> (19-24) (前半3演題：医学生・初期研修医セッション) 座長：千葉 茂樹 鈴木 康仁
11:00	10:53～11:41 <b>セッション2</b> (7-12) (医学生・初期研修医セッション) 座長：根本 貴子 秋山 真親	10:53～11:41 <b>セッション5</b> (25-30) 座長：小荒井 晃 二瓶 真由美
12:00	12:00～13:00 <b>ランチョンセミナー1</b> 臨床的寛解を見据えた重症喘息治療を考える 座長：杉浦 久敏 演者：多賀谷 悦子 共催：アストラゼネカ株式会社	12:00～13:00 <b>ランチョンセミナー2</b> 肺非結核性抗酸菌症治療の現状と課題 座長：山田 充啓 演者：中川 拓 共催：インスメッド合同会社
13:00	13:10～13:58 <b>セッション3</b> (13-18) 座長：町屋 純一 峯村 浩之	13:10～13:58 <b>セッション6</b> (31-36) 座長：牧口 友紀 横山 達也
14:00	14:05～14:15 優秀演題表彰式 14:15～ 閉会の辞 日本呼吸器学会東北地方会 会長 杉浦 久敏	
15:00	14:40～16:50 <b>呼吸器抗酸菌症カンファレンス</b> 共催：日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部 インスメッド合同会社	
16:00		
17:00		

(敬称略)

< プログラム >

# 一般演題

## 第1会場 (第1フォレストホール)

**開会の辞** 10:00～10:05

第119回日本呼吸器学会東北地方会 会長 杉浦 久敏  
(東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野)

**セッション1 (学生・研修医セッション)** 10:05～10:53

座長：岩手医科大学 内科学講座呼吸器内科分野 長島 広相  
福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 二階堂 雄文

### 1. 著明なリンパ節腫脹と咯血をきたし肺癌との鑑別を要した肺限局性 AL アミロイドーシスの一例

東北大学医学部医学科 6年<sup>1</sup>,

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野<sup>2</sup>

◎岩井 千祐<sup>1</sup>, 村上 康司<sup>2</sup>, 菊池 崇史<sup>2</sup>, 相澤 洋之<sup>2</sup>, 遠藤 卓人<sup>2</sup>, 玉田 勉<sup>2</sup>,  
杉浦 久敏<sup>2</sup>

### 2. シェーグレン症候群に伴う間質性肺炎の長期経過中に発症した低悪性度 B 細胞性リンパ腫の一例

仙台市立病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 仙台市立病院 呼吸器内科<sup>2</sup>,

仙台市立病院 血液内科<sup>3</sup>

◎田島 隆斗<sup>1</sup>, 池田 大輝<sup>2</sup>, 突田真紀子<sup>3</sup>, 佐々木優作<sup>2</sup>, 田中 里江<sup>2</sup>, 白土 陽一<sup>2</sup>,  
芦野 有悟<sup>2</sup>, 小荒井 晃<sup>2</sup>

### 3. 過敏性肺炎のステロイド治療中に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

東北大学卒後研修センター<sup>1</sup>,

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野<sup>2</sup>

◎谷口 奈生<sup>1</sup>, 東出 直樹<sup>2</sup>, 山本 友梨<sup>2</sup>, 鈴木真奈美<sup>2</sup>, 岩崎 史<sup>2</sup>, 相澤 洋之<sup>2</sup>,  
宮内 栄作<sup>2</sup>, 杉浦 久敏<sup>2</sup>

### 4. 小細胞肺癌患者における予後予測因子としての栄養因子の後方視的研究

東北医科薬科大学 呼吸器内科

◎小林 一蔵, 吉村 成央

## 5. 成人特発性肺ヘモジデロシスの一例

仙台厚生病院 呼吸器内科

◎成田 傑, 齋藤 伸, 原 脩一郎, 南 宗一郎, 岡 芳幸, 鳴海 茜,  
小高 徹夫, 小野 香菜, 清水 恒, 杉坂 淳, 相羽 智生, 川名 祥子,  
戸井 之裕, 矢満田慎介, 菅原 俊一, 木村雄一郎

## 6. 進展型肺小細胞癌の長期加療中に免疫関連有害事象と考えられる赤芽球癆を発症した1例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター<sup>1</sup>, 山形大学医学部附属病院 第一内科<sup>2</sup>

◎板坂 脩平<sup>1</sup>, 五十嵐 朗<sup>2</sup>, 西脇 道子<sup>2</sup>, 高村 祐斗<sup>2</sup>, 鈴木友美理<sup>2</sup>, 吾妻 祐介<sup>2</sup>,  
名和 祥江<sup>2</sup>, 太田 啓貴<sup>2</sup>, 古山 広大<sup>2</sup>, 峯岸 幸博<sup>2</sup>, 佐藤 建人<sup>2</sup>, 中野 寛之<sup>2</sup>,  
根本 貴子<sup>2</sup>, 井上 純人<sup>2</sup>, 渡辺 昌文<sup>2</sup>

## セッション2 (学生・研修医セッション) 10:53 ~ 14:41

座長 山形大学医学部附属病院 第一内科

根本 貴子

岩手医科大学 内科学講座呼吸器内科分野

秋山 真親

## 7. 放射線性気管壊死により咯血死した一剖検例

総合南東北病院 呼吸器内科

◎綿貫 雄介, 長谷衣佐乃, 滝澤 秀典

## 8. 喘息様症状を契機に診断に至った気管腺様嚢胞癌の1例

八戸市立市民病院 初期研修医<sup>1</sup>, 八戸市立市民病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎久保田 禮<sup>1,2</sup>, 福島 聖菜<sup>2</sup>, 田中 佑典<sup>2</sup>, 土橋 雅樹<sup>2</sup>, 二瓶真由美<sup>2</sup>, 熊谷 美香<sup>2</sup>,  
安ヶ平英夫<sup>2</sup>

## 9. PD-1 阻害剤投与後に肺結核を発症した肺腺癌の一例

青森県立中央病院 研修医<sup>1</sup>, 青森県立中央病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎岩岡 尚輝<sup>1</sup>, 森本 武史<sup>2</sup>, 三浦 大<sup>2</sup>, 中鉢 敬<sup>2</sup>, 石戸谷美奈<sup>2</sup>, 高畑友莉奈<sup>2</sup>,  
長谷川幸裕<sup>2</sup>

## 10. 胸部 CT により発見されたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) が疑われる 1 例

福島県立医科大学会津医療センター

◎羽賀 天海, 風間健太郎, 佐藤 理子, 佐藤 佑樹, 久米 裕昭

## 11. 気胸を繰り返し治療に難渋した喘息合併好酸球性肺炎に対してベンラリズマブが奏功した一例

青森県立中央病院 研修医<sup>1</sup>, 青森県立中央病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎田中 龍<sup>1</sup>, 森本 武史<sup>2</sup>, 三浦 大<sup>2</sup>, 中鉢 敬<sup>2</sup>, 石戸谷美奈<sup>2</sup>, 高畑友莉奈<sup>2</sup>,  
長谷川幸裕<sup>2</sup>

## 12. TAZ/CTLZ 投与中に同薬に対する耐性を獲得した緑膿菌による肺化膿症の1例

大館市立総合病院臨床研修センター<sup>1</sup>, 大館市立総合病院呼吸器内科<sup>2</sup>

◎福島 奈緒<sup>1</sup>, 奥村 文彦<sup>2</sup>, 福島 高志<sup>2</sup>, 越智 淳一<sup>2</sup>

## セッション3 13:10～13:58

座長 日本海総合病院 内科(呼吸器)  
済生会福島総合病院 呼吸器科

町屋 純一  
峯村 浩之

## 13. ダサチニブ投与後のステロイド治療抵抗性薬剤性間質性肺炎に対するPMX 治療が奏効した一例

大崎市民病院 呼吸器内科

◎鈴木 聖矢, 井草龍太郎, 井上 直紀, 尾形 優, 佐藤 慶, 一ノ瀬正和

## 14. 大葉性肺炎像を呈し診断に難渋した多発血管炎性肉芽腫症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座<sup>1</sup>, 市立秋田総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎滝田 友里<sup>1</sup>, 御所野麗菜<sup>1</sup>, 工藤健太郎<sup>1</sup>, 泉谷 有可<sup>1</sup>, 坂本 祥<sup>1</sup>,  
奥田 佑道<sup>1</sup>, 竹田 正秀<sup>1</sup>, 佐藤 一洋<sup>1</sup>, 本間 光信<sup>2</sup>, 中山 勝敏<sup>1</sup>

## 15. 半月体形成性糸球体炎・間質性腎炎の病理診断から好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の診断に至った一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科

◎小山新太郎, 牧口 友紀, 嶋中 拓弥, 三浦 桐子, 布村 恭仁, 秋田 貴博,  
坂本 博昭, 白鳥 俊博, 石岡 佳子, 田中 寿史, 當麻 景章, 田坂 定智

## 16. 肺癌化学療法中に発症し心機能低下と心膜液貯留を背景とした心膜減圧症候群の一例

秋田大学医学系研究科 呼吸器内科学講座<sup>1</sup>, 医療法人敬徳会 藤原記念病院<sup>2</sup>

◎坂本 祥<sup>1</sup>, 佐藤 一洋<sup>1</sup>, 御所野麗奈<sup>1</sup>, 工藤健太郎<sup>1</sup>, 五島 哲<sup>1</sup>,  
滝田 友里<sup>1</sup>, 泉谷 有可<sup>1</sup>, 奥田 佑道<sup>1</sup>, 竹田 正秀<sup>1</sup>, 三浦 一樹<sup>2</sup>,  
中山 勝敏<sup>1</sup>

## 17. 当科にてソトラシブを使用した非小細胞肺癌 5 例の検討

山形大学医学部附属病院 第一内科

◎高村 祐斗, 佐藤 建人, 五十嵐 朗, 鈴木友美理, 吾妻 祐介, 名和 祥江,  
太田 啓貴, 古山 広大, 峯岸 幸博, 中野 寛之, 根本 貴子, 西脇 道子,  
井上 純人, 渡辺 昌文

## 18. 中枢性尿崩症を発症し, 後に転移性下垂体腫瘍が明らかとなった肺腺癌の 1 例

仙台厚生病院 呼吸器内科

◎小高 徹夫, 矢満田慎介, 相羽 智生, 杉坂 淳, 木村雄一郎, 菅原 俊一

### 第 2 会場 (第 2 フォレストホール)

## 開会の辞 10:00 ~ 10:05

第 149 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 宇佐美 修  
(栗原中央病院 呼吸器内科)

## セッション 4 (前半 3 演題: 医学生・初期研修医セッション)

10:05 ~ 10:53

座長 仙台赤十字病院 呼吸器内科

千葉 茂樹

福島県立医科大学 呼吸器内科学講座

鈴木 康仁

## 19. 重症ヒトメタニューモウイルス肺炎の一例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎小野寺聖司, 神宮 大輔, 生方 智, 佐藤 幸佑, 矢島 剛洋, 渡辺 洋,  
高橋 洋

## 20. 皮膚軟部組織病変を伴わなかった劇症型 A 群β溶連菌肺炎の 1 例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎渡部 元太, 渡辺 洋, 生方 智, 神宮 大輔, 佐藤 幸佑, 高橋 洋

## 21. 抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺疾患に対する 3 剤併用免疫療法施行中にニューモシスチス肺炎を合併し治療に苦慮した 1 例

山形県立中央病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 山形県立中央病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎高橋 牧子<sup>1</sup>, 野川ひとみ<sup>2</sup>, 鈴木 博貴<sup>2</sup>, 島田 佳林<sup>2</sup>, 渡辺 友理<sup>2</sup>,  
菅野 悠太<sup>2</sup>, 久米 壮亮<sup>2</sup>, 相澤 貴史<sup>2</sup>, 麻生 マリ<sup>2</sup>, 日野 俊彦<sup>2</sup>

## 22. 外科的治療で肺機能の改善を認めた頸椎症による左横隔神経麻痺の1例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎生方 智, 佐藤 幸佑, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 渡辺 洋, 高橋 洋

## 23. COVID-19 肺炎と鑑別を要した陰圧性肺水腫の一例

山形大学医学部附属病院 第一内科<sup>1</sup>, 日本海総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>,

日本海総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>3</sup>

◎鈴木友美理<sup>1,2</sup>, 町田 浩祥<sup>2</sup>, 阿部 航也<sup>2</sup>, 町屋 純一<sup>2</sup>, 齋藤 弘<sup>2</sup>,  
鎌田 恭平<sup>3</sup>, 五十嵐 朗<sup>1</sup>, 井上 純人<sup>1</sup>

## 24. 難治性気胸に対し気管支充填術併用陰圧漸減胸膜癒着反復法が奏効した1例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎神宮 大輔, 生方 智, 小野寺聖司, 榊田 凌大, 佐藤 幸佑,  
矢島 剛洋, 渡辺 洋, 高橋 洋

## セッション5 10:53～11:41

座長 仙台市立病院 呼吸器内科

小荒井 晃

八戸市立市民病院 呼吸器内科

二瓶 真由美

## 25. 集学的治療にて救命し得た両側巨大気腫性肺嚢胞の1例

仙台医療センター呼吸器内科<sup>1</sup>, 人吉医療センター呼吸器内科<sup>2</sup>

◎飛田 将宏<sup>1</sup>, 三橋 善哉<sup>1</sup>, 岩本 昌大<sup>1</sup>, 齋藤 悠<sup>1</sup>, 森 一也<sup>1</sup>,  
宍倉 裕<sup>1</sup>, 西巻 雄司<sup>1</sup>, 菊地 正<sup>1</sup>, 猪山 慎治<sup>2</sup>

## 26. 原発性肺癌・肺良性腫瘍との鑑別を要した胸腔内遊離体の1例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科<sup>1</sup>, 宮城厚生協会坂総合病院 外科<sup>2</sup>

◎佐藤 幸佑<sup>1</sup>, 佐澤 由郎<sup>2</sup>, 神宮 大輔<sup>1</sup>, 矢島 剛洋<sup>1</sup>, 生方 智<sup>1</sup>,  
渡辺 洋<sup>1</sup>, 高橋 洋<sup>1</sup>

## 27. COPD と誤診され診断までに時間を要した気管限局型アミロイドーシスの1例

福島県立医科大学附属病院 呼吸器内科<sup>1</sup>,

福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科<sup>2</sup>,

済生会福島総合病院 呼吸器科<sup>3</sup>

◎針金 莉奈<sup>1</sup>, 金沢 賢也<sup>1</sup>, 二階堂雄文<sup>1</sup>, 山田 龍輝<sup>1</sup>, 佐藤 理子<sup>2</sup>,  
富田ひかる<sup>1</sup>, 渡邊 菜摘<sup>1</sup>, 力丸 真美<sup>1</sup>, 峯村 浩之<sup>3</sup>, 東川 隆一<sup>1</sup>,  
佐藤 佑樹<sup>2</sup>, 鈴木 康仁<sup>1</sup>, 斎藤 純平<sup>1</sup>, 谷野 功典<sup>1</sup>, 柴田 陽光<sup>1</sup>

## 28. 咯血に対して気管支動脈塞栓術と左肺下葉切除術を施行した，肺分画症と気管支蔓状血管腫を合併した 1 例

山形県立中央病院 呼吸器内科

◎菅野 悠太, 鈴木 博貴, 宮崎 収, 島田 佳林, 野川ひとみ, 渡辺 友理,  
久米 壮亮, 相澤 貴史, 麻生 マリ, 日野 俊彦

## 29. 2 型炎症バイオマーカーが高値にも関わらず生物学的製剤の治療効果が得られなかった難治性喘息に関する検討

岩手県立胆沢病院 呼吸器内科<sup>1</sup>,

東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座呼吸器内科学分野<sup>2</sup>

◎久慈 強<sup>1</sup>, 小野寺克洋<sup>1</sup>, 畠山 哲八<sup>1</sup>, 森 信芳<sup>1</sup>, 菊池 崇史<sup>2</sup>,  
大内 譲<sup>1</sup>, 鈴木 俊郎<sup>1</sup>, 勝又宇一郎<sup>1</sup>

## 30. 福島県の日本酒醸造作業者におけるアレルギー症状の発症について

福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科

◎佐藤 理子, 風間健太郎, 佐藤 佑樹, 久米 裕昭

## セッション 6 13:10 ~ 13:58

座長 弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科  
秋田厚生医療センター 呼吸器内科

牧口 友紀  
横山 達也

## 31. 絞扼性腸閉塞に対して緊急開腹術が施行された結核性腹膜炎の 1 例

弘前大学医学部附属病院高度救命救急センター<sup>1</sup>,

弘前大学医学部附属病院呼吸器内科・感染症科<sup>2</sup>,

弘前大学医学部附属病院感染制御センター<sup>3</sup>

◎白鳥 俊博<sup>1</sup>, 嶋中 拓弥<sup>2</sup>, 三浦 桐子<sup>2</sup>, 布村 恭仁<sup>2</sup>, 小山新太郎<sup>2</sup>,  
小田切 遥<sup>2</sup>, 小堀 由璃<sup>2</sup>, 秋田 貴博<sup>1</sup>, 坂本 博昭<sup>2</sup>, 石岡 佳子<sup>2</sup>,  
糸賀 正道<sup>3</sup>, 牧口 友紀<sup>2</sup>, 田中 寿志<sup>2</sup>, 當麻 景章<sup>2</sup>, 田坂 定智<sup>2</sup>

## 32. 学童期に肺結核の既往があり数十年後に結核性腹膜炎を発症した一例

弘前中央病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, 弘前中央病院 消化器外科<sup>2</sup>,

弘前中央病院 病理診断科<sup>3</sup>

◎鈴木 幸雄<sup>1</sup>, 奥寺 光一<sup>1</sup>, 三國谷 恵<sup>1</sup>, 賀佐富二彦<sup>2</sup>, 鎌田 義正<sup>3</sup>

## 33. 結核接触者健診における QFT 検査結果

公益財団法人宮城県結核予防会

◎齋藤 泰紀, 渡辺 彰, 高橋 里美, 八重柏政宏, 蓮池 美樹, 鈴木 修治,  
畑中かおる, 櫻庭 裕子, 齋藤 彰, 遠藤 大地, 今井真理子, 小川 美紀

### 34. 結核治療中に間質性肺炎が悪化した皮膚筋炎の一例

JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, 秋田大学医学部附属病院 呼吸器内科<sup>2</sup>,  
秋田大学医学部附属病院 血液・腎臓・膠原病内科<sup>3</sup>

◎小松 理世<sup>1</sup>, 中山 勝敏<sup>2</sup>, 齋藤 雅也<sup>3</sup>

### 35. 診断に苦慮した *Mycobacterium shinjukuense* 肺感染症の 1 例

市立秋田総合病院<sup>1</sup>, 秋田赤十字病院<sup>2</sup>

◎長谷川幸保<sup>1</sup>, 伊藤 武史<sup>1</sup>, 伊藤 伸朗<sup>1</sup>, 本間 光信<sup>1</sup>, 滝田 有里<sup>2</sup>,  
泉谷 有可<sup>2</sup>, 小高 英達<sup>2</sup>

### 36. アミカシンリポソーマル吸入用懸濁液による薬剤性肺障害の 1 例

坪井病院呼吸器内科<sup>1</sup>, 坪井病院病理診断科<sup>2</sup>

◎小野 紘貴<sup>1</sup>, 杉野 圭史<sup>1</sup>, 斎藤美加子<sup>1</sup>, 安藤 真弘<sup>1</sup>, 五十嵐誠治<sup>2</sup>,  
坪井 永保<sup>1</sup>

---

---

## ランチョンセミナー 1 (12:00 ~ 13:00)

---

---

### 第1会場 (第1フォレストホール)

座長

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 教授  
杉浦 久敏

臨床的寛解を見据えた重症喘息治療を考える

演者

東京女子医科大学 内科学講座 呼吸器内科学分野 教授・基幹分野長  
多賀谷 悦子

共催：アストラゼネカ株式会社

---

---

## ランチョンセミナー 2 (12:00 ~ 13:00)

---

---

### 第2会場 (第2フォレストホール)

座長

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野 講師  
山田 充啓

肺非結核性抗酸菌症治療の現状と課題

演者

独立行政法人 国立病院機構 東名古屋病院 呼吸器内科 副院長  
中川 拓

共催：インスメッド合同会社

**医学生・初期研修医セッション 優秀演題 表彰式** 14:05～14:15

**閉会の辞** 14:15～14:20

第119回日本呼吸器学会東北地方会 会長 杉浦 久敏  
(東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野)

# 呼吸器抗酸菌症カンファレンス (14:40 ~ 16:50)

共催：日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部  
インスメッド合同会社

## 第1会場 (第1フォレストホール)

**開会の辞** 14:40 ~ 14:55

仙台赤十字病院 副院長 三木 誠

**ディスカッション** 14:55~16:15

### 『呼吸器抗酸菌症に関する症例検討』

司会進行兼コメンテーター 仙台赤十字病院 副院長 三木 誠 先生  
コメンテーター 東京病院 副院長 佐々木 結花 先生  
コメンテーター 山形県立中央病院感染症内科 部長 阿部 修一 先生

**特別講演** 16:15~16:45

### 『肺 NTM 症診療 Up to date ~症例ディスカッションを踏まえて~』

演者 独立行政法人国立病院機構東京病院 副院長 佐々木 結花 先生  
座長 弘前大学大学院医学研究科呼吸器内科学講座 教授 田坂 定智 先生

**閉会の辞** 16:45 ~ 16:50

### 『肺 NTM 症の疫学と課題』

坂総合病院 副院長 高橋 洋 先生

# < 抄 録 集 >

## セッション 1 (学生・研修医セッション)

10:05 ~ 10:53 第 1 会場 (第 1 フォレストホール)

座長：岩手医科大学 内科学講座呼吸器内科分野  
福島県立医科大学 呼吸器内科学講座

長島 広相  
二階堂 雄文

### 1. 著明なリンパ節腫脹と喀血をきたし肺癌との鑑別を要した肺限局性 AL アミロイドーシスの一例

東北大学医学部医学科 6 年<sup>1</sup>,

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野<sup>2</sup>

◎岩井 千祐<sup>1</sup>, 村上 康司<sup>2</sup>, 菊池 崇史<sup>2</sup>, 相澤 洋之<sup>2</sup>, 遠藤 卓人<sup>2</sup>, 玉田 勉<sup>2</sup>,  
杉浦 久敏<sup>2</sup>

【症例】66 歳, 男性【主訴】喀血【現病歴】X 年 11 月より両肺野網状影, 縦隔リンパ節腫大を指摘され前医で経過観察されていた。X+2 年 6 月, 喀血のため当科へ紹介された。胸部造影 CT で両肺野に多数の微細結節と両側肺門・縦隔リンパ節腫脹, 右下葉全域に広がるすりガラス陰影を認めた。明らかな造影剤の血管外漏出は確認できなかったが, 右下葉支周囲リンパ節の著明な腫大と内部を走行する血管の狭小化などから同部位からの出血と考えた。肺癌を疑い経気管支リンパ節生検を実施したところアミロイドーシスが疑われた。同年 10 月, 確定診断目的に胸腔鏡下縦隔リンパ節生検を実施し, DFS 染色で橙色に染まる沈着物が確認されアミロイドーシスと診断された。【考察】肺門・縦隔リンパ節腫脹, 喀血ともにアミロイドーシスに数%しか合併しない稀な症状であるが, 特に慢性経過の場合には肺癌やサルコイドーシスなどの他にアミロイドーシスも鑑別に加えることが必要である。

### 2. シェーグレン症候群に伴う間質性肺炎の長期経過中に発症した低悪性度 B 細胞性リンパ腫の一例

仙台市立病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 仙台市立病院 呼吸器内科<sup>2</sup>,

仙台市立病院 血液内科<sup>3</sup>

◎田島 隆斗<sup>1</sup>, 池田 大輝<sup>2</sup>, 突田真紀子<sup>3</sup>, 佐々木優作<sup>2</sup>, 田中 里江<sup>2</sup>, 白土 陽一<sup>2</sup>,  
芦野 有悟<sup>2</sup>, 小荒井 晃<sup>2</sup>

症例は 60 歳女性。X-17 年に発熱, 右背部痛を主訴に来院。胸部 CT で右下葉主体にすりガラス陰影を認め, BAL 検体でリンパ球優位, 抗 SS-A 抗体陽性, 唾液腺生検でリンパ球浸潤を認めたことからシェーグレン症候群に伴う間質性肺炎・胸膜炎と診断, プレドニゾロン (PSL) 治療を受けていた。X-4 年に肺病変の再燃にて PSL 増量も, 以後漸減, 加療していた。X 年 Y-3 月に胸部 CT にて両側下葉優位に多発性の不整形結節およびすりガラス陰影の緩徐な増加を認めた。間質性肺炎の悪化として PSL 増量も画像所見の改善がないため, 気管支鏡を施行。TBLB による肺生検組織にて小型～中型のリンパ球様細胞の高度増生とリンパ上皮性病変を認め, CD79 a, 一部 CD20 陽性, CD5, CD10 陰性,  $\kappa > \lambda$  軽鎖制限から低悪性度 B 細胞性リンパ腫と診断した。シェーグレン症候群に伴う間質性肺炎の治療中にステロイド抵抗性を示す場合, 低悪性度 B 細胞性リンパ腫の合併の可能性に留意する必要がある。

### 3. 過敏性肺炎のステロイド治療中に発症した自己免疫性肺胞蛋白症の一例

東北大学卒後研修センター<sup>1</sup>,

東北大学大学院医学系研究科 内科病態学講座 呼吸器内科学分野<sup>2</sup>

◎谷口 奈生<sup>1</sup>, 東出 直樹<sup>2</sup>, 山本 友梨<sup>2</sup>, 鈴木眞奈美<sup>2</sup>, 岩崎 史<sup>2</sup>, 相澤 洋之<sup>2</sup>,  
宮内 栄作<sup>2</sup>, 杉浦 久敏<sup>2</sup>

症例は75歳女性。X-1年4月かかりつけ医で偶発的に間質性肺炎を指摘され、当院紹介となる。胸部CTでは両肺びまん性に小葉中心性の分枝状影や不均質なモザイク陰影を認め、肺胞洗浄液の細胞分画にてリンパ球数の上昇、病理組織にて多核巨細胞が確認された。線維化性過敏性肺炎の診断として、X-1年5月よりPSL30mgが開始され、呼吸器症状や肺陰影の改善を認めていた。X年1月頃より息切れの悪化を訴え、胸CTでは一部crazy paving pattern様の新規陰影が認められた。気管支鏡検査では肺胞洗浄液が白濁混濁しており、抗GM-CSF抗体値も高値であったことから自己免疫性肺胞蛋白症の診断となる。ステロイドによる肺胞マクロファージの機能低下が肺胞蛋白症をきたす可能性も指摘されており、ステロイド使用後に間質陰影が悪化した際には、肺胞蛋白症を鑑別に上げることが重要である。

### 4. 小細胞肺癌患者における予後予測因子としての栄養因子の後方視的研究

東北医科薬科大学 呼吸器内科

◎小林 一蔵, 吉村 成央

【目的】小細胞肺癌患者において、治療前の栄養因子として、アルブミン値、Body Mass Index (BMI)、Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)、Prognostic Nutritional Index (PNI)の中で最も予後を予測できる栄養因子を検討することを目的とした。【対象・方法】2017年から2022年に当院で小細胞肺癌と診断された患者の臨床病期、PS、身長、体重、アルブミン値、総リンパ球数などの情報を診療記録から後方視的に収集した。アルブミン値、BMI、GNRI、PNIを因子としてカプランマイヤー法やCox比例ハザードモデルで解析した。【結果】全80症例を解析結果、アルブミン値とBMIは予後を予測するには統計的に有意ではなかったが、GNRIとPNIは予後を有意に予測する因子であることが示された。【結論】小細胞肺癌患者において、GNRIとPNIは強い予後予測因子であった。今後さらに、本因子が薬物療法の効果予測因子となるか等の研究を進めていく。

## 5. 成人特発性肺ヘモジデローシスの一例

仙台厚生病院 呼吸器内科

◎成田 傑, 齋藤 伸, 原 脩一郎, 南 宗一郎, 岡 芳幸, 鳴海 茜,  
小高 徹夫, 小野 香菜, 清水 恒, 杉坂 淳, 相羽 智生, 川名 祥子,  
戸井 之裕, 矢満田慎介, 菅原 俊一, 木村雄一郎

[症例] 29才男性. 健康診断の胸部 X 線写真で異常を指摘され当科を受診した. 自覚症状や小児期の血痰症状は無かった. 胸部 X 線では, 両側に小粒状影を認め, 追加した胸部 CT でびまん性の粒状・索状変化を認めた. 腫瘍・リンパ節病変や肺血管構造の異常は認めなかった. 気管支鏡検査を施行し, 肺胞洗浄液で細胞分画は正常であったがヘモジデリン貪食組織球が認められ, また経気管支肺生検でも肺間質内に沈着するヘモジデリンとマクロファージによる貪食が認められ, 肺ヘモジデローシスに合致した. 特殊採血で膠原病・血管炎を示唆する異常は認めず, 心血管疾患や結核等二次的な出血の要因は否定的であり, 特発性肺ヘモジデローシスと診断した. [考察] 特発性肺ヘモジデローシスは主に小児の肺内ヘモジデリン沈着を特徴とする疾患である. 成人例での診断は極めて稀であるが, 成人のびまん性肺疾患において本疾患も鑑別に置く必要がある.

## 6. 進展型肺小細胞癌の長期加療中に免疫関連有害事象と考えらえる赤芽球癆を発症した1例

山形大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター<sup>1</sup>, 山形大学医学部附属病院 第一内科<sup>2</sup>

◎板坂 脩平<sup>1</sup>, 五十嵐 朗<sup>2</sup>, 西脇 道子<sup>2</sup>, 高村 祐斗<sup>2</sup>, 鈴木友美理<sup>2</sup>, 吾妻 祐介<sup>2</sup>,  
名和 祥江<sup>2</sup>, 太田 啓貴<sup>2</sup>, 古山 広大<sup>2</sup>, 峯岸 幸博<sup>2</sup>, 佐藤 建人<sup>2</sup>, 中野 寛之<sup>2</sup>,  
根本 貴子<sup>2</sup>, 井上 純人<sup>2</sup>, 渡辺 昌文<sup>2</sup>

70代男性. 2020年9月より進展型肺小細胞癌に対してカルボプラチン+エトポシド+アテゾリズマブによる化学療法を4コース施行し, アテゾリズマブ投与にてPRを維持していた. 2023年8月進行胃癌を発症し幽門側胃切除術を施行された. 手術に伴い7月からアテゾリズマブは休薬し10月初旬より再開した. 再開後2コース目にヘモグロビン8.9 g/dlと貧血を認めた. 出血はなく, 網状赤血球は測定不能, 骨髄穿刺では成熟赤芽球が認められなかった. 免疫チェックポイント阻害剤(ICI)による赤芽球癆と考えられた. 休薬による改善がなく12月副腎皮質ステロイド投与を行い改善した.

ICIによる赤芽球癆は, 過去の報告では十数例の報告があるが, ほとんどが初回投与から3か月以内での発症であった. 本症例では投与3年後に発症しており, 長期にICIを投与できている患者であっても原因不明の貧血が進行した際にはirAEを念頭に対応するべきと考えられた.

## セッション2 (学生・研修医セッション)

10:53～11:41 第1会場 (第1フォレストホール)

座長：山形大学医学部附属病院 第一内科 根本 貴子  
岩手医科大学 内科学講座呼吸器内科分野 秋山 真親

### 7. 放射線性気管壊死により咯血死した一剖検例

総合南東北病院 呼吸器内科

◎綿貫 雄介, 長谷衣佐乃, 滝澤 秀典

72歳男性。小児期に結核の治療歴がある。X-3年に前立腺癌と診断され、ホルモン療法中に前立腺癌によると思われる縦隔リンパ節腫大を認めた。X-1年8月から縦隔リンパ節に対して陽子線72.6GyE/22Frを実施し、病変は縮小した。X年3月から夜間に乾性咳嗽が出現し、増悪傾向であったため、X年6月に当科を初診した。胸部CTでは気管に異常なく、左右の上葉にスリガラス影を認め、肺炎や器質化肺炎、咳喘息を疑い、抗菌薬や吸入ステロイド、短期の内服ステロイド等で加療を行った。肺野の陰影と咳は改善したが、炎症所見が再度悪化したためCTを再検したところ、気管壁の肥厚と一部欠損を認めた。気管支鏡では、気管の右側に壊死と瘻孔を認めた。抗酸菌検査は陰性であり、放射線性気管壊死と診断した。2日後、大量咯血で窒息・心停止し、3日後に死亡し病理解剖を行った。考察を加え報告する。

### 8. 喘息様症状を契機に診断に至った気管腺様嚢胞癌の1例

八戸市立市民病院 初期研修医<sup>1</sup>, 八戸市立市民病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎久保田 禮<sup>1,2</sup>, 福島 聖菜<sup>2</sup>, 田中 佑典<sup>2</sup>, 土橋 雅樹<sup>2</sup>, 二瓶真由美<sup>2</sup>, 熊谷 美香<sup>2</sup>,  
安ヶ平英夫<sup>2</sup>

【症例】60歳女性【既往歴】腺腫様甲状腺腫【内服薬】ブデゾニド+ホルモテロール吸入, アゼラスチン, コデインリン酸【喫煙】なし【現病歴】X-2年より咯痰, 咳嗽症状を自覚し, 近医内科で気管支喘息疑いとしてICS/LABAによる吸入薬治療を開始となり, 症状改善傾向を認め治療を継続されていた。X-1年より嚥下困難感を自覚していた。X年4月24日より感冒様症状後に咯痰, 咳嗽増悪, 深吸気困難を認め前医を受診し, CTにて気管内腔に腫瘤影を指摘され精査加療目的に5月2日に当科紹介となった。同日入院し気管支鏡で生検を施行したところ, 病理でAdenoid cystic carcinomaの診断となった。検査後より呼吸困難が増悪し, 5月14日に再入院となった。当院呼吸器外科に相談するも対応困難のため5月15日に硬性気管支鏡対応可能な病院へ転院となり, 腫瘍切除術が施行された。気管原発腺様嚢胞癌は比較的稀な悪性腫瘍であり, 文献的考察を含めて報告する。

## 9. PD-1 阻害剤投与後に肺結核を発症した肺腺癌の一例

青森県立中央病院 研修医<sup>1</sup>, 青森県立中央病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎岩岡 尚輝<sup>1</sup>, 森本 武史<sup>2</sup>, 三浦 大<sup>2</sup>, 中鉢 敬<sup>2</sup>, 石戸谷美奈<sup>2</sup>, 高畑友莉奈<sup>2</sup>,  
長谷川幸裕<sup>2</sup>

症例は 77 歳男性, X-1 年 6 月に肺腺癌 cT3N3M1c と診断, また肺野に炎症性変化を認めた. 化学療法(カルボプラチン+ペメトレキセド+ペンブロリズマブ)の方針としたが慢性甲状腺炎と下垂体腺腫で精査が必要となりペンブロリズマブは 2 コース目から併用. 同時に頸部リンパ節転移による嚥下機能低下あり胃瘻増設した. 維持療法中に甲状腺ホルモン補充療法開始. 骨髄抑制が強く X 年 1 月からペンブロリズマブ単剤治療とした. X 年 6 月の胸部 CT で左上葉に新規の浸潤影を認めた. 結核既往はないが肺野に炎症性変化あり IGRA も陽性であったため肺結核を疑い喀痰検査施行. 抗酸菌塗抹 1+, LAMP 法で MTB + あり肺結核と診断した. 専門病院に入院し治療開始後に排菌は陰転化, 退院後当院で治療を継続した. PD-1 阻害剤などの免疫チェックポイント阻害剤で結核発症例の報告が行われており, PD-1 が結核発症に抑制的に機能している可能性が指摘されている. 文献的考察を加えて報告する.

## 10. 胸部 CT により発見されたアレルギー性気管支肺アスペルギルス症 (ABPA) が疑われる 1 例

福島県立医科大学会津医療センター

◎羽賀 天海, 風間健太郎, 佐藤 理子, 佐藤 佑樹, 久米 裕昭

75 歳女性. 50 歳時に軽度の喘鳴, 呼吸困難感が生じ, 喘息を指摘された. 吸入ステロイド薬の定期吸入を中心とした治療が導入され直ちに症状は消失した. その後も症状は安定し, 20 年間以上, 喘鳴, 呼吸困難などの症状は生じること無く, 定期外受診, 入院も無かった. 経過中の検査では, 末梢血好酸球数  $670 / \mu\text{L}$  に上昇していたが, 胸部 X 線写真, 肺機能検査には異常所見は認められなかった. しかし, 74 歳時に実施した胸部 CT では, 胸部 X 線写真には投影されない位置の左肺下葉 3 箇所の小径の mucoid impaction が認められた. ABPA の発症を疑い血液検査をしたところ, アスペルギルス特異的 IgE 抗体, IgG 抗体ともに陽性であった. 長期間の安定した臨床経過の中でアスペルギルスに対する I 型アレルギーから III 型アレルギーに進展したところを捉えたと考えられる. ステロイド薬の内服で mucoid impaction は消失し, 拡張した気管支に含気が回復した. その後も症状は無く経過良好である.

## 11. 気胸を繰り返し治療に難渋した喘息合併好酸球性肺炎に対してベンラリズマブが奏功した一例

青森県立中央病院 研修医<sup>1</sup>, 青森県立中央病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎田中 龍<sup>1</sup>, 森本 武史<sup>2</sup>, 三浦 大<sup>2</sup>, 中鉢 敬<sup>2</sup>, 石戸谷美奈<sup>2</sup>, 高畑友莉奈<sup>2</sup>,  
長谷川幸裕<sup>2</sup>

症例は50歳男性。X-4年より近医で喘息加療中であった。X-1年9月に発熱、呼吸困難にて精査。喘息もあり、慢性好酸球性肺炎(CEP)増悪の診断で当科入院、ステロイドパルス療法中心で治療し改善を認めた。プレドニゾン(PSL)30mg/日で退院し外来で漸減した。X年1月咳嗽と血痰認め、左気胸の診断で再入院。胸腔ドレナージ施行もエアリーク持続し、当院呼吸器外科に依頼し手術施行された。同2月に気胸を再発し再手術施行。X年3月にCEP再増悪あり当科再入院、PSLを調節し退院した。その後4月に2回I度気胸を起こし自然軽快。気胸再発時に好酸球が上昇し、PSLの継続で気胸の改善が乏しくなる状況が続いた。そのため喘息治療中でもありベンラリズマブ投与の方針とし同5月から開始した。投与後は好酸球数0/mlで推移し気胸の再発もなく経過している。気胸を繰り返した喘息合併好酸球性肺炎に対してベンラリズマブが奏功した症例であり、文献的考察を加えて報告する。

## 12. TAZ/CTLZ 投与中に同薬に対する耐性を獲得した緑膿菌による肺化膿症の1例

大館市立総合病院臨床研修センター<sup>1</sup>, 大館市立総合病院呼吸器内科<sup>2</sup>

◎福島 奈緒<sup>1</sup>, 奥村 文彦<sup>2</sup>, 福島 高志<sup>2</sup>, 越智 淳一<sup>2</sup>

症例は84歳男性。上行結腸癌に対し結腸右半切除術を施行された。術後に急性胆嚢炎を発症しTAZ/PIPC, LVFX, MNZを投与された。術後19日目に施行したCTで右肺化膿症を認め、喀痰培養より緑膿菌が検出され、起炎菌と判断し抗菌薬をCAZに変更された。その後も解熱せず、術後28日目に当科紹介となった。術後30日目に気管支鏡検査を施行したところ膿瘍内擦過よりセフェム耐性緑膿菌が検出されたため、TAZ/CTLZとAMKを併用した。術後43日目の喀痰培養でTAZ/CTLZ耐性緑膿菌が検出されたため、MEPM, AMK, CPFXで加療した。術後52日目に臨床症状の改善を認め、喀痰培養で緑膿菌は検出されなかった。3剤併用治療を55日間継続したのちLVFX内服に変更し14日間継続した。その後肺化膿症は再燃なく経過した。事後検査でTAZ/CTLZ耐性前後の緑膿菌は同一菌であることが判明した。緑膿菌感染治療経過中にTAZ/CTLZへの耐性を獲得することは非常に稀であり、注意すべき病態と考え報告する。

## セッション 3

13:10～13:58 第1会場（第1フォレストホール）

座長：日本海総合病院 内科（呼吸器） 町屋 純一  
済生会福島総合病院 呼吸器科 峯村 浩之

### 13. ダサチニブ投与後のステロイド治療抵抗性薬剤性間質性肺炎に対する PMX 治療が奏効した一例

大崎市民病院 呼吸器内科

◎鈴木 聖矢, 井草龍太郎, 井上 直紀, 尾形 優, 佐藤 慶, 一ノ瀬正和

【症例】60歳男性

【主訴】食欲不振, 労作時の息切れ

【現病歴】X年にPh(+)急性芽球性白血病と診断され二次治療としてダサチニブが投与されていた。ダサチニブ投与開始から42日経過した時点で食欲不振, 労作時の息切れを主訴に当院救急外来を受診した。低酸素血症と両側肺野に広範なすりガラス陰影を指摘され, 薬剤性肺障害が疑われたため当科にて入院となった。ステロイドパルスと広域抗菌薬投与, ネーザルハイフローによる高流量酸素投与を開始したが改善なく人工呼吸器を装着した。同日にPMXを導入したところ, 導入から72時間後時点で酸素化の改善がみられ挿管7日後に人工呼吸器を離脱した。ステロイド治療抵抗性の薬剤性肺障害にPMXが奏効した症例を経験したので若干の考察を交えて報告する。

### 14. 大葉性肺炎像を呈し診断に難渋した多発血管炎性肉芽腫症の一例

秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座<sup>1</sup>, 市立秋田総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎滝田 友里<sup>1</sup>, 御所野麗菜<sup>1</sup>, 工藤健太郎<sup>1</sup>, 泉谷 有可<sup>1</sup>, 坂本 祥<sup>1</sup>,  
奥田 佑道<sup>1</sup>, 竹田 正秀<sup>1</sup>, 佐藤 一洋<sup>1</sup>, 本間 光信<sup>2</sup>, 中山 勝敏<sup>1</sup>

【症例】45歳男性【既往歴】アトピー性皮膚炎【現病歴】3週間程前にA病院耳鼻咽喉科で右副鼻腔腫瘍摘出術を施行した。2週間前から発熱, 咳嗽が出現したためB病院内科を受診したところ, 胸部CTで右肺S2に気管支透亮像を伴う広範囲な浸潤影を認め, 大葉性肺炎の診断となった。TAZ/PIPCで治療を行うも陰影や症状の改善が乏しく, 精査加療目的に当科へ転院となった。造影CTで右肺上葉に内部低吸収域を伴う浸潤影を認め, 重症肺炎+肺膿瘍合併としてMEPM, LVFXの治療を行うも改善は得られなかった。血痰や下肢の紫斑が出現しPR3-ANCA陽性が判明したことから, 多発血管炎性肉芽腫症が考えられ, ステロイドパルス療法などの治療を開始した。【考察】本症例は大葉性肺炎と思われる浸潤影が主体であり結節や腫瘤影を認めなかったことから, 感染症を否定できず診断に難渋した。多発血管炎性肉芽腫症の肺病変について, 文献的考察を加えて報告する。

## 15. 半月体形成性糸球体炎・間質性腎炎の病理診断から好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の診断に至った一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科・感染症科

◎小山新太郎, 牧口 友紀, 嶋中 拓弥, 三浦 桐子, 布村 恭仁, 秋田 貴博,  
坂本 博昭, 白鳥 俊博, 石岡 佳子, 田中 寿史, 當麻 景章, 田坂 定智

症例は 53 歳男性. 喘息治療歴はあるものの, 現在は無治療で, 無症状であった. 2 週間前より発熱, 呼吸困難を主訴に前医受診. 著名な好酸球増多に加えて, 両側胸水や心嚢液貯留を認め, 当科紹介となった. 左室壁運動障害, 心筋トロポニンの上昇や尿蛋白, 潜血など心筋炎, 腎炎を示唆する所見を認め, 生検にて心筋, 消化管に著明な好酸球浸潤を伴っていた. 喘息症状はなく, ANCA も陰性であったが, 腎生検では間質への好酸球浸潤に加えて, 毛細血管炎を反映した半月体形成を認めて EGPA と診断した. ステロイド全身投与に加えて IVCY, IVIG にて, 好酸球増多, 各臓器障害の改善が得られた. EGPA において腎病変の合併は 25% 程度との報告もあるが, その大半は ANCA 陽性例である. 本例は喘息症状と伴わず, ANCA 陰性の非典型例で, 腎生検が行われなければ診断に至らなかった可能性がある. 教訓的症例として報告する.

## 16. 肺癌化学療法中に発症し心機能低下と心膜液貯留を背景とした心膜減圧症候群の一部検例

秋田大学医学系研究科 呼吸器内科学講座<sup>1</sup>, 医療法人敬徳会 藤原記念病院<sup>2</sup>

◎坂本 祥<sup>1</sup>, 佐藤 一洋<sup>1</sup>, 御所野麗奈<sup>1</sup>, 工藤健太郎<sup>1</sup>, 五島 哲<sup>1</sup>,  
滝田 友里<sup>1</sup>, 泉谷 有可<sup>1</sup>, 奥田 佑道<sup>1</sup>, 竹田 正秀<sup>1</sup>, 三浦 一樹<sup>2</sup>,  
中山 勝敏<sup>1</sup>

【症例】65 歳, 男性. 【現病歴】6 年前から肺腺癌 stage IV に対し nivolumab で CR を維持していた. 2 週間前から記憶力障害が悪化し意識混濁をきたし入院した. 【経過】ACTH 単独欠損と続発性副腎不全を合併しており, irAE を疑いヒドロコルチゾンで加療し改善した. 第 5 病日頃より心不全徴候がみられ, 左室のびまん性壁運動低下と心膜液貯留を指摘した. 心電図での ST 上昇や CK-MB 上昇はなかったが, 冠動脈カテーテル検査の予定が組まれた. その後も心不全と心膜液貯留が日単位に悪化し, 第 17 病日に心膜腔ドレナージが施行された. 550 mL を排液した直後に心停止し PCPS により蘇生したが, 翌日に死亡した. 心膜腔ドレナージにより血液還流量が増加したが, 虚血による心収縮低下のため血行動態が破綻した病態と考えられた. 文献考察を加えて報告する.

## 17. 当科にてソトラシブを使用した非小細胞肺癌 5 例の検討

山形大学医学部附属病院 第一内科

◎高村 祐斗, 佐藤 建人, 五十嵐 朗, 鈴木友美理, 吾妻 祐介, 名和 祥江,  
太田 啓貴, 古山 広大, 峯岸 幸博, 中野 寛之, 根本 貴子, 西脇 道子,  
井上 純人, 渡辺 昌文

ソトラシブは「がん化学療法後に増悪した KRAS 遺伝子 G12C 変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌」に対する分子標的薬である。ソトラシブはドセタキセル単剤療法と比較して、有意に無増悪生存期間を延長することが示され、本邦では 2022 年 1 月に承認を取得した。

当科にてソトラシブを投与した非小細胞肺癌 5 例について検討した。症例は全例男性、喫煙者、組織型は腺癌であった。無増悪生存期間中央値は 4.37 カ月、客観的奏効率 20 %、病勢コントロール率 80 % であり、いずれも既報と比較して同程度の成績であった。有害事象として Grade 3 の薬剤性肺障害が 1 例に生じたが忍容性は概ね良好であった。

当科における非小細胞肺癌に対するソトラシブの治療成績は、先行研究と概ね同程度であった。ドセタキセルと比較してソトラシブは忍容性が良好であることから、KRAS 遺伝子 G12C 変異陽性例に対しては二次治療以降の選択肢として有用である。

## 18. 中枢性尿崩症を発症し、後に転移性下垂体腫瘍が明らかとなった肺腺癌の 1 例

仙台厚生病院 呼吸器内科

◎小高 徹夫, 矢満田慎介, 相羽 智生, 杉坂 淳, 木村雄一郎, 菅原 俊一

症例は 65 歳男性。X 年 12 月に左上葉肺線癌に対して左上葉切除術を施行後であった。X+2 年 1 月に多尿の訴えを認め、高張食塩水負荷試験、バソプレシン負荷試験の結果から中枢性尿崩症と診断し、酢酸デスマプレシン投与を継続していた。その後、X+2 年 6 月に縦隔リンパ節転移から肺癌再発が明らかとなり、EGFR L858R 変異陽性であったため、オシメルチニブによる一次治療を開始し良好な治療効果を認めていた。しかし、X+4 年 6 月頃から意識消失発作、眩暈、悪心、倦怠感を自覚し、甲状腺機能低下症、副腎機能低下症の合併が明らかとなった。加えて、MRI にて下垂体の増大を認めたことから、尿崩症に連なる一連の転帰は転移性下垂体腫瘍によるものと判明した。転移性下垂体腫瘍による症状は中枢性尿崩症が先行する傾向が認められ、本症例のように、悪性腫瘍を有する患者に中枢性尿崩症が合併した場合は、転移性下垂体腫瘍を念頭においた精査が必要と考えられた。

## セッション 4 (前半 3 演題 : 医学生・初期研修医セッション)

10:05 ~ 10:53 第 2 会場 (第 2 フォレストホール)

座長 : 仙台赤十字病院 呼吸器内科 千葉 茂樹  
福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 鈴木 康仁

### 19. 重症ヒトメタニューモウイルス肺炎の一例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎小野寺聖司, 神宮 大輔, 生方 智, 佐藤 幸佑, 矢島 剛洋, 渡辺 洋,  
高橋 洋

【症例】44 歳女性.

高血圧, 脂質異常症, 不安神経症で近医通院中, 周囲に感冒者なし.

3月中旬ごろから咳嗽, 発熱を認め, 近医を受診し, 対症療法が行われた. 症状増悪し, 1週間後に再度近医を受診した. 著明な低酸素血症を認め, 当院に救急搬送となった. 当院搬入時, P/F 比:77.5, 両肺に浸潤影を認め, 同日 ICU に入室した. 上・下気道検体の両方より hMPV が単独で検出され, その他の病原微生物は検出されなかった. LVFX500mg / 日で治療を開始し, NPPV を使用したが状態の改善を認めず, 第 2 病日に気管挿管, 人工呼吸器管理となった. 第 6 病日まで呼吸不全の悪化を認めたが第 9 病日に抜管し, 第 12 病日より呼吸不全, 肺陰影は軽快し, 下気道検体でも hMPV 抗原陰性を確認した. 第 17 病日に一般病棟でのリハビリテーションを開始し, 第 36 病日に自宅退院した.

【考察】

hMPV 単独感染の重症肺炎の報告例は限られており, 自験例の臨床像を含め文献的考察を交えて報告する.

### 20. 皮膚軟部組織病変を伴わなかった劇症型 A 群β溶連菌肺炎の 1 例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎渡部 元太, 渡辺 洋, 生方 智, 神宮 大輔, 佐藤 幸佑, 高橋 洋

症例は 40 歳男性, DM にてインスリン使用中. 4 月 X 日から咽頭痛・気道症状出現し 4 日後から発熱, 6 日後に症状増悪して救急搬入となった. 搬入時は重症肺炎に伴う呼吸循環不全, 腎不全, 意識障害, 高血糖が認められた. 身体診察上は皮膚, 軟部組織感染を示唆する所見は認められなかった. 集中治療室に入室のうえ人工呼吸, 全身管理を開始したが病勢を制御できず同日死亡退院となった. 喀痰は膿性で GPC の貪食像を認め, 培養では喀痰, 血液 (2 セット) から A 群β連鎖球菌が分離された. 劇症型連鎖球菌感染症として届け出を行い, 菌株を提供したところ高病原性で毒素産生量の多い M1UK 系統株と判明した. 2020 年以降一時的に溶連菌感染症は減少したがその後世界的に劇症例を含む将来の急増が認められている. 英国等では M1UK 系統株による重症肺炎の急増も報告されており, 皮膚軟部組織所見を伴わないケースも少なくないため注意が必要である.

## 21. 抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺疾患に対する 3 剤併用免疫療法施行中にニューモシスチス肺炎を合併し治療に苦慮した 1 例

山形県立中央病院 初期臨床研修医<sup>1</sup>, 山形県立中央病院 呼吸器内科<sup>2</sup>

◎高橋 牧子<sup>1</sup>, 野川ひとみ<sup>2</sup>, 鈴木 博貴<sup>2</sup>, 島田 佳林<sup>2</sup>, 渡辺 友理<sup>2</sup>,  
菅野 悠太<sup>2</sup>, 久米 壮亮<sup>2</sup>, 相澤 貴史<sup>2</sup>, 麻生 マリ<sup>2</sup>, 日野 俊彦<sup>2</sup>

早期の高用量グルココルチコイド (GC), タクロリムス, シクロホスファミド (IVCY) の 3 剤併用療法による抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連 ILD の生存率改善が報告されている。症例は 50 代男性, 典型的な皮膚所見と両肺底部の網状影で入院。抗 MDA5 抗体価 2250。入院 6 日目に 3 剤併用療法を開始。トリメトプリム・スルファメトキサゾール (ST) の予防投与開始は肝機能障害のため治療 24 日目となった。42 日目に新規すりガラス影が出現し, IVCY 中止, ST を治療量へ増量。血中  $\beta$ -D グルカン上昇, BALF で *Pjirovecii* DNA 陽性でニューモシスチス肺炎 (PCP) と診断。65 日目に浸潤影の進行と新規すりガラス影, 低酸素血症をみとめ, PMX-DHP を追加し, GC を増量。状態は安定し, 112 日時点で生存中である。3 剤併用療法を行う際には, PCP 予防投与とその他の感染症の嚴重なモニタリングが重要である。

## 22. 外科的治療で肺機能の改善を認めた頸椎症による左横隔神経麻痺の 1 例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎生方 智, 佐藤 幸佑, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 渡辺 洋, 高橋 洋

【症例】71 歳の女性。喫煙歴なし。X-5 月に子宮筋腫に対して全身麻酔手術を実施された。X 月から左頸部痛と労作時呼吸困難を自覚した。胸部 X 線検査で術前と比較して左横隔膜の挙上を認め, 精査目的で当院を紹介した。吸気・呼気での左横隔膜の位置変動がなく左横隔膜神経麻痺と診断した。肺機能検査で肺活量 (VC) 1.34L (63%) と拘束性換気障害を認めた。体幹部 CT では原因となる器質的異常はなく, 血清学的に血管炎やウイルス感染を示唆する結果は得られなかった。その後, 左上肢のしびれ等が出現し, 神経内科へ紹介し頸椎 MRI 結果も併せて左 C4 の神経根症と診断した。他院整形外科にて左 C3/4 後方椎間孔拡大術が行われた。術後は緩徐に左横隔膜位の下垂と呼吸性変動を認め, VC1.70L (79%) と拘束性障害の改善と自覚症状の改善を認めた。【考察】横隔神経麻痺に遭遇した際, 呼吸器科内科医は鑑別疾患に頸椎症を挙げて, 神経内科や整形外科と連携する必要がある。

## 23. COVID-19 肺炎と鑑別を要した陰圧性肺水腫の一例

山形大学医学部附属病院 第一内科<sup>1</sup>, 日本海総合病院 呼吸器内科<sup>2</sup>,  
日本海総合病院 耳鼻咽喉・頭頸部外科<sup>3</sup>

◎鈴木友美理<sup>1,2</sup>, 町田 浩祥<sup>2</sup>, 阿部 航也<sup>2</sup>, 町屋 純一<sup>2</sup>, 齋藤 弘<sup>2</sup>,  
鎌田 恭平<sup>3</sup>, 五十嵐 朗<sup>1</sup>, 井上 純人<sup>1</sup>

【症例】69歳, 女性【既往歴】45歳時: 甲状腺乳頭癌術後, 両側反回神経麻痺【現病歴】X年11月17日に発熱, 18日に咽頭痛を自覚し, 前医でCOVID-19軽症と診断された。数時間後, 呼吸困難を自覚し前医へ搬送された。silent chestの状態であり, 気管支喘息重積発作として気管挿管された。胸部単純X線写真で両側浸潤影が認められ, COVID-19肺炎を契機とした気管支喘息重積発作の診断で当院に転院搬送された。搬送後の胸部単純X線写真では陰影の軽快が見られ, 吸入酸素濃度も速やかに減量できた。第3病日, 胸部単純X線写真で陰影はほぼ消失していた。経過および両側反回神経麻痺の既往から, COVID-19に伴う陰圧性肺水腫と考えられた。第6病日に気管切開術を施行し, 第31病日に自宅退院した。【考察】陰圧性肺水腫は上気道閉塞に伴う胸腔内圧の急激な低下により生じる非心原性肺水腫である。COVID-19患者での合併報告もあり, 鑑別疾患として重要である。

## 24. 難治性気胸に対し気管支充填術併用陰圧漸減胸膜癒着反復法が奏効した1例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科

◎神宮 大輔, 生方 智, 小野寺聖司, 榊田 凌大, 佐藤 幸佑,  
矢島 剛洋, 渡辺 洋, 高橋 洋

【症例】89歳, 女性。気腫合併肺線維症で通院中。1年前の腎盂腎炎罹患時にCO<sub>2</sub>ナルコーシスを呈した。3週間前に右気胸を呈し保存的に経過観察となったが, 左気胸も出現し, 当科紹介となった。全身麻酔困難で, 左胸腔にドレーンを留置し, 再膨張の上で胸膜癒着を行ない, 左胸腔ドレーンは第4病日に抜去した。しかし, 第4病日に右気胸が増悪し, 右胸腔にドレーンを挿入した。大量の気漏を認め, 再膨張も不良であった。胸腔造影・saline-filled CT thoracographyで気漏部位を推定し, 胸膜癒着術を繰り返したが効果は認めず, 右中葉・上葉にEWSを充填した。気漏は減少したが, 再膨張・気漏停止には至らず。臨床症状を慎重に踏まえながら, 癒着療法を反復し, 陰圧を漸減したところ, 気漏は停止した。第39病日に胸腔ドレーン抜去した。

【考察】気管支充填術併用陰圧漸減胸膜癒着反復法は手術困難・全身状態不良な難治性気胸において有効な治療選択肢と思われる。

## セッション5

10:53 ~ 11:41 第2会場 (第2フォレストホール)

座長：仙台市立病院 呼吸器内科 小荒井 晃  
八戸市立市民病院 呼吸器内科 二瓶 真由美

### 25. 集学的治療にて救命し得た両側巨大気腫性肺嚢胞の1例

仙台医療センター呼吸器内科<sup>1</sup>, 人吉医療センター呼吸器内科<sup>2</sup>

◎飛田 将宏<sup>1</sup>, 三橋 善哉<sup>1</sup>, 岩本 昌大<sup>1</sup>, 齋藤 悠<sup>1</sup>, 森 一也<sup>1</sup>,  
穴倉 裕<sup>1</sup>, 西巻 雄司<sup>1</sup>, 菊地 正<sup>1</sup>, 猪山 慎治<sup>2</sup>

【症例】46歳男性。X-1年に前医でCOPDを指摘され気管支拡張吸入薬が開始されたが自己中断していた。X年12月に発熱、呼吸困難を主訴に当院へ救急搬送された。CTで巨大気腫性肺嚢胞に伴う両側健常肺の高度圧排を認め手術が検討されたが、高二酸化炭素血症等により現状ではその適応外となった。抗菌薬、長時間作動性 $\beta$ 2刺激薬(LABA)貼付薬、長時間作動性抗コリン薬(LAMA)吸入薬、テオフィリン製剤、デキサメタゾン等を最大限投与したが、II型呼吸不全の増悪あり第3病日にNPPVを導入した。当初効果に乏しく圧調整にも難渋したが、ICS/LABA/LAMA3剤吸入薬を追加したところ高二酸化炭素血症に改善がみられた。第21病日にNPPVの離脱に成功し、最終的に退院することができた。その後他院で待機的に胸腔鏡下肺嚢胞切除術が行われ、肺機能は著明に改善した。【結語】最大限の内科的治療で救命し得、待機的に外科的治療が可能となった両側巨大気腫性肺嚢胞の1例を経験した。

### 26. 原発性肺癌・肺良性腫瘍との鑑別を要した胸腔内遊離体の1例

宮城厚生協会坂総合病院 呼吸器科<sup>1</sup>, 宮城厚生協会坂総合病院 外科<sup>2</sup>

◎佐藤 幸佑<sup>1</sup>, 佐澤 由郎<sup>2</sup>, 神宮 大輔<sup>1</sup>, 矢島 剛洋<sup>1</sup>, 生方 智<sup>1</sup>,  
渡辺 洋<sup>1</sup>, 高橋 洋<sup>1</sup>

症例は73歳の男性、X年3月に呼吸困難で受診した際に胸部CT検査で左肺底部結節影を認め肺癌の疑いで画像追跡にて経過観察となっていた。9月に当科受診したところ結節影は残存しており本人と相談し手術含めた精査加療を希望されたため外科へ院内紹介した。PET-CT検査を追加したところ右下葉S7から10にかけて19mm大の中心に結節上の石灰化をもつ充実性結節影ありFDG集積は認めなかった。審査胸腔鏡を実施し右下縦隔と下葉の間に遊離した白色で金平糖様の遊離体を認め摘出した。病理では組織学的に細胞成分は皆無であるも硝子化した蛋白成分が層状に折り重なり成長した様相を呈し、中皮細胞が覆い腹腔内遊離体が成長した塊であるとの所見であった。術後経過は良好で術後5日目に退院した。退院後12か月まで追跡したが再発や術後合併症は認めていない。本症例は胸腔内良性腫瘍で鑑別の一つになりうることや、胸腔内遊離体は稀な症例であると考え報告する。

## 27. COPD と誤診され診断までに時間を要した気管限局型アミロイドーシスの 1 例

福島県立医科大学附属病院 呼吸器内科<sup>1</sup>，  
福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科<sup>2</sup>，  
済生会福島総合病院 呼吸器科<sup>3</sup>

◎針金 莉奈<sup>1</sup>，金沢 賢也<sup>1</sup>，二階堂雄文<sup>1</sup>，山田 龍輝<sup>1</sup>，佐藤 理子<sup>2</sup>，  
富田ひかる<sup>1</sup>，渡邊 菜摘<sup>1</sup>，力丸 真美<sup>1</sup>，峯村 浩之<sup>3</sup>，東川 隆一<sup>1</sup>，  
佐藤 佑樹<sup>2</sup>，鈴木 康仁<sup>1</sup>，斎藤 純平<sup>1</sup>，谷野 功典<sup>1</sup>，柴田 陽光<sup>1</sup>

【症例】78 歳男性。【現病歴】X-3 年頃から労作性呼吸困難を認め、喫煙歴から、慢性閉塞性肺疾患(COPD)と診断され、LABA/LAMA 吸入が開始されたが、症状の改善は乏しかった。X-1 年に眼圧上昇の精査目的に施行された CT 検査で偶発的に気管内狭窄が指摘された。その後、約半年の経過で労作性呼吸困難の悪化傾向を認め、気管腫瘍の精査目的に当科紹介となった。気管支鏡検査で声帯直下に気管の約 70% を閉塞する腫瘤を認め、腫瘍遠位側にも不整な気管支壁肥厚を認めた。生検の結果、AL 型アミロイドーシス(λ 型)と判明した。多発性骨髄腫や関節リウマチなど背景疾患は認めず、他臓器にもアミロイド沈着は認めないため、気管限局型アミロイドーシスと診断した。【考察】本症例は症状出現から診断までに 3 年を要した。狭窄を伴う気管腫瘍症例については気管限局型アミロイドーシスも鑑別に加え、積極的に気管支鏡検査を行う必要がある。

## 28. 咯血に対して気管支動脈塞栓術と左肺下葉切除術を施行した、肺分画症と気管支蔓状血管腫を合併した 1 例

山形県立中央病院 呼吸器内科

◎菅野 悠太，鈴木 博貴，宮崎 収，島田 佳林，野川ひとみ，渡辺 友理，  
久米 壮亮，相澤 貴史，麻生 マリ，日野 俊彦

症例は 75 歳男性。X-11 年より少量の咯血を繰り返し、気管支拡張症と慢性気道感染として前医で経過観察されていた。X 年 6 月に 150ml の咯血のため当院救急外来を受診。胸部 CT で左肺下葉気管支内腔の閉塞と無気肺、左肺上葉に血液吸引像と思われるすりガラス状陰影を認めた。また気管支動脈の著明な蛇行と拡張、腹腔動脈から分枝する異常血管(左下横隔動脈)の左肺下葉内への流入を認め、基礎疾患として気管支動脈蔓状血管腫と肺分画症が疑われた。来院後も咯血が持続したため、選択的気管支動脈塞栓術を施行した。気管支動脈 2 枝と左下横隔動脈の造影により出血源と考えられる部位の描出があり、これら 3 枝の塞栓を行った。咯血の再発なく経過したが、根治的止血を目的に左肺下葉切除術を施行した。その後も咯血の再発なく経過し第 15 病日に自宅退院となった。気管支動脈蔓状血管腫と肺分画症を合併例は稀であり、貴重な症例と考え報告する。

## 29. 2型炎症バイオマーカーが高値にも関わらず生物学的製剤の治療効果が得られなかった難治性喘息に関する検討

岩手県立胆沢病院 呼吸器内科<sup>1</sup>,

東北大学大学院医学系研究科内科病態学講座呼吸器内科学分野<sup>2</sup>

◎久慈 強<sup>1</sup>, 小野寺克洋<sup>1</sup>, 畠山 哲八<sup>1</sup>, 森 信芳<sup>1</sup>, 菊池 崇史<sup>2</sup>,  
大内 譲<sup>1</sup>, 鈴木 俊郎<sup>1</sup>, 勝又宇一郎<sup>1</sup>

【目的】2型炎症バイオマーカー (BM) 高値にも関わらず生物学的製剤の効果が不良であった難治性喘息に関して臨床的特徴を検討した。【対象】2016年から2024年まで当院にて生物学的製剤を新規導入した喘息患者。【評価】BMは末梢血好酸球数 >150/ $\mu$ l, 呼気 NO>25ppb, 血清総 IgE 値 >170IU/mlを高値とした。症状の持続・悪化, 1秒量の低下等により薬剤が変更となった症例を効果不良例と判断した。【結果】対象患者は38例 (オマリズマブ12例, メボリズマブ8例, ベンラリズマブ13例, デュピルマブ3例, テゼベルマブ2例) であり, 全例でいずれかの BMが高値であった。効果不良のため薬剤変更となったのは14例であった。効果不良群と薬剤を継続できている効果良好群を BM, BMI, 罹病期間, 年齢, 性別, 薬剤の種類で比較したが有意差は見られなかった。【結語】難治性喘息に対しては個々の病態に応じた薬剤選択が必要と考えられる。

## 30. 福島県の日本酒醸造作業者におけるアレルギー症状の発症について

福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科

◎佐藤 理子, 風間健太郎, 佐藤 佑樹, 久米 裕昭

2022年に日本酒醸造で用いられる麹菌 (*Aspergillus oryzae*) を抗原とした本邦初発の喘息症例を報告したので, 福島県内の蔵元に勤務する作業者を対象にアレルギー症状, 疾患の発現について質問票を用いて実態を調査した。回答が得られた160名を対象に解析した。30名 (18.8%) は蔵元に勤務してからアレルギー症状が出現していた。その中で5名は麹菌を直接扱う作業はしていなかった。主な症状は上気道 (鼻汁, 鼻閉), 下気道 (咳, 痰, 喘鳴, 呼吸困難感), 眼 (掻痒感, 充血), 皮膚 (掻痒感, 発赤, 皮疹) などであった。2名は喘息として吸入ステロイド薬を中心とした治療を受けていた。1名はアスペルギルス症を指摘されていたが詳細は不詳。有症状者の中には麹菌との関連を疑う記載が散見されたが, 診療している医療機関からは麹菌との関連は1例も指摘されていなかった。麹菌はアレルゲンになる可能性があり, 蔵元は麹菌の影響を受ける職場環境であると推察される。

## セッション 6

13:10 ~ 13:58 第2会場 (第2フォレストホール)

座長：弘前大学大学院医学研究科 呼吸器内科 牧口 友紀  
秋田厚生医療センター 呼吸器内科 横山 達也

### 31. 絞扼性腸閉塞に対して緊急開腹術が施行された結核性腹膜炎の1例

弘前大学医学部附属病院高度救命救急センター<sup>1</sup>,  
弘前大学医学部附属病院呼吸器内科・感染症科<sup>2</sup>,  
弘前大学医学部附属病院感染制御センター<sup>3</sup>

◎白鳥 俊博<sup>1</sup>, 嶋中 拓弥<sup>2</sup>, 三浦 桐子<sup>2</sup>, 布村 恭仁<sup>2</sup>, 小山新太郎<sup>2</sup>,  
小田切 遥<sup>2</sup>, 小堀 由璃<sup>2</sup>, 秋田 貴博<sup>1</sup>, 坂本 博昭<sup>2</sup>, 石岡 佳子<sup>2</sup>,  
糸賀 正道<sup>3</sup>, 牧口 友紀<sup>2</sup>, 田中 寿志<sup>2</sup>, 當麻 景章<sup>2</sup>, 田坂 定智<sup>2</sup>

【症例】63歳, 女性. 【合併症】ルリッシュ症候群. 【現病歴】1ヶ月前から徐々に増悪する腹痛が出現していた. 前日に摂食困難, 嘔吐が出現し X 日に前医に救急搬送となった. 造影 CT にて絞扼性腸閉塞の診断となり当院へ転院搬送となった. 緊急開腹術にて壊死腸管およびバンドを認め小腸部分切除術が施行された. また腹膜に白色の小結節を多数認めた. 小腸, 小結節病変からはそれぞれ乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫と多核巨細胞を認め, 結核性腹膜炎と診断された. CT では肺野に粒状影が集簇した結節影を多数認め, X+6 日の喀痰抗酸菌検査で塗抹 2+, 結核菌 LAMP 陽性となり肺結核も認め, 陰圧個室にて管理した. 当科に紹介となり HREZ を開始し, X+9 日に転院した. 【考察】絞扼性腸閉塞の鑑別疾患として結核性腹膜炎を考慮することが重要と思われた. 結核性腹膜炎の肺結核の合併は 4.21% でみられるとの報告もあり. 肺結核の合併に注意し, 適切な院内感染対策を行う必要がある.

### 32. 学童期に肺結核の既往があり数十年後に結核性腹膜炎を発症した一例

弘前中央病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, 弘前中央病院 消化器外科<sup>2</sup>,  
弘前中央病院 病理診断科<sup>3</sup>

◎鈴木 幸雄<sup>1</sup>, 奥寺 光一<sup>1</sup>, 三國谷 恵<sup>1</sup>, 賀佐富二彦<sup>2</sup>, 鎌田 義正<sup>3</sup>

症例は 76 歳男性. 10 歳時に肺結核の既往があり, 慢性気管支炎と糖尿病の治療中. X 年 7 月に右鼠径部痛があり当科を受診. 腹部 CT で少量の腹水貯留を, PET-CT で腹膜にびまん性の FDG の集積を認め, 原発不明の癌性腹膜炎が疑われた. 消化器外科での腹腔鏡検査の結果, 腹膜全体に粟粒大の白色小結節を認めたため腹膜生検を行った. 組織学的に類上皮細胞肉芽腫の多くに乾酪壊死の所見を認めた他, 腹膜で行った結核菌の PCR 検査陽性, 後に培養検査も陽性であったため最終的に結核性腹膜炎と診断された. IGRA は陽性であった. 活動性の肺結核や腸結核の所見は認めなかった. INH, RFP, EB による内服治療を 9 か月間行い, 再発を認めていない. 本症例の発症の機序として, 肺病変から血行性に腹膜に播種した潜在性感染巣が免疫能の低下により活動性となった可能性がある. 肺結核の既往がある原因不明の腹水ないし腹膜炎の鑑別診断として, 結核性腹膜炎を考慮する必要がある.

### 33. 結核接触者健診における QFT 検査結果

公益財団法人宮城県結核予防会

◎齋藤 泰紀, 渡辺 彰, 高橋 里美, 八重柏政宏, 蓮池 美樹, 鈴木 修治,  
畑中かおる, 櫻庭 裕子, 齋藤 彰, 遠藤 大地, 今井真理子, 小川 美紀

当法人が受託した結核接触者健診の内, 2017/4/1 ~ 2023/3/31 に QFT 検査を実施した 5010 例における成績を解析した。なお, 2019/3/31 までは QFT-3G, それ以降は QFT-4G を用いた。

QFT 検査は延べ 6,620 回行われ, 1 回実施が 3,591 例, 2 回以上実施が 1,419 例だった。

結果は, 陽性 380 例, 判定保留 148 例, 陰性 4,471 例, 判定不可 11 例であり, 潜在性結核感染症 226 例, 肺結核 15 例, 計 241 例を届け出た。

2024/3/31 までの間に知り得た結核等の罹患情報から, その後の経過についても検討を加えた。17 例において当施設以外での新たな情報が得られ, 以下の場合には精度管理上留意すべきと考えられた。

QFT 陰性であったが約 2 年後結核発病が 2 例 (うち 1 例は結核性胸膜炎) あった。

QFT 陽性で LTBI として治療したが 3 年後結核発病が 2 例あった。

結核発病を真の陽性, それ以外は陰性とする, 感度は 88.2%, 特異度は 89.5%であった。

### 34. 結核治療中に間質性肺炎が悪化した皮膚筋炎の一例

JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 呼吸器内科<sup>1</sup>, 秋田大学医学部附属病院 呼吸器内科<sup>2</sup>,  
秋田大学医学部附属病院 血液・腎臓・膠原病内科<sup>3</sup>

◎小松 理世<sup>1</sup>, 中山 勝敏<sup>2</sup>, 齋藤 雅也<sup>3</sup>

【背景】RFP は CYP3A4 等の誘導により TAC の効果減弱や血中濃度低下を来することが報告されている。【症例】45 歳女性【既往歴】X-2 年から皮膚筋炎のためタクロリムス (TAC) 等で治療中【現病歴】X 年 1 月から咳嗽を自覚。5 月に血痰の症状あり。胸部 CT で左上葉に結節影を認め, T-SPOT 陽性。6 月に当科紹介。気管支鏡で結核菌を確認し, 7 月から標準治療 (HREZ) 開始。8 月から TAC 血中濃度が低下したため増量で対応していたが, CK・アルドラーゼの上昇が続いた。10 月より背部痛を自覚し, 胸部 CT で左下葉背側の浸潤影あり。細菌性肺炎の診断で抗生剤治療を行うも軽快せず。12 月に咳嗽・発熱が持続するため受診し, 胸部 CT で両側網状影の悪化が見られた。皮膚筋炎と膠原病性間質性肺炎の悪化と考えられ高次医療機関に紹介した。【結語】RFP による TAC 血中濃度低下が間質性肺炎を増悪させた可能性が示唆される。

## 35. 診断に苦慮した *Mycobacterium shinjukuense* 肺感染症の 1 例

市立秋田総合病院<sup>1</sup>，秋田赤十字病院<sup>2</sup>

◎長谷川幸保<sup>1</sup>，伊藤 武史<sup>1</sup>，伊藤 伸朗<sup>1</sup>，本間 光信<sup>1</sup>，滝田 有里<sup>2</sup>，  
泉谷 有可<sup>2</sup>，小高 英達<sup>2</sup>

【症例】75 歳，男性。【既往歴】30 年前に十二指腸潰瘍穿孔に対して幽門側胃切除術施行。4 年前に左緊張性気胸。2 年前に右続発性気胸。【喫煙歴】20 本/日×50 年。【家族歴】叔母が肺結核。【現病歴】2 週間前から呼吸困難を自覚。体動困難となり，A 病院へ救急搬送。右肺下葉に浸潤影を認め，誤嚥性肺炎として入院。入院 3 日後の喀痰抗酸菌塗抹検査で Gaffky 1 号と判明。Tb LAMP 法が陽性で，肺結核の診断で当院へ転院。INH+RFP+EB+PZA の 4 剤で治療を導入。しかし，当院転院後に施行した喀痰抗酸菌塗抹検査は陽性であったが，Tb TRC 法は陰性であった。また，IGRA は陰性であった。最終的に質量分析法で *Mycobacterium shinjukuense* と同定された。【考察】*Mycobacterium shinjukuense* は非結核性抗酸菌症の一種で，結核菌と 16S rRNA 遺伝子塩基配列の相同性が高く，TRC 法や MTD 法で結核菌群と誤同定されたとの報告がある。本症例は LAMP 法陽性，TRC 法陰性を示し，診断に難渋した。

## 36. アミカシンリポソーマル吸入用懸濁液による薬剤性肺障害の 1 例

坪井病院呼吸器内科<sup>1</sup>，坪井病院病理診断科<sup>2</sup>

◎小野 紘貴<sup>1</sup>，杉野 圭史<sup>1</sup>，斎藤美加子<sup>1</sup>，安藤 真弘<sup>1</sup>，五十嵐誠治<sup>2</sup>，  
坪井 永保<sup>1</sup>

【症例】82 歳，女性。【現病歴】X-2 年 6 月から肺非結核性抗酸菌症の診断で RECAM 療法が開始となった。治療開始 1 年後にエタンブロールによる視神経障害が出現し治療中止となったが病勢進行を認め，X 年 5 月にアミカシンリポソーマル吸入用懸濁液 (ALIS) の導入を行った。導入 1 ヶ月後の血液検査で KL-6 752U/ml，SP-D 543ng/ml と上昇を認め，CT で小葉中心性の多発すりガラス陰影の出現を認めた。気管支肺胞洗浄液でリンパ球分画 35.6% の上昇，経気管支肺生検の病理組織検査で小円形炎症細胞浸潤を伴う胞隔炎を認めた。ALIS による薬剤性肺障害を疑い被疑薬を中止しところ，休薬 2 週間後の CT 検査で改善が認められた。【考察】ALIS の第Ⅲ相試験では薬剤性肺障害は全体で 2.7%，日本人では 10.6% と報告されている。本症例も ALIS による薬剤性肺障害が疑われた。今後の経過とともに，文献的考察を加え報告する。

## 協 賛 企 業

旭化成ファーマ株式会社

アストラゼネカ株式会社

インスメッド合同会社

杏林製薬（株）仙台支店

グラクソ・スミスクライン（株）

中外製薬株式会社

チェスト株式会社仙台営業所

日本イーライリリー（株）

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

フクダライフテック南東北株式会社

(50 音順)

insmed®

医療従事者向け製品情報サイト

アリケイス.jp

<https://arikayce.jp/>



呼吸器内科医向けポータルサイト 最新知見がわかる

ARIKAYCE Online Summit

<https://arikayce.jp/onlinesummit/>



アミノグリコシド系抗生物質製剤

薬価基準収載



アリケイス®吸入液590mg

ARIKAYCE®

アミカシン硫酸塩 吸入用製剤

処方箋医薬品<sup>※</sup>

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元

インスメッド合同会社  
東京都千代田区永田町二丁目10番3号  
東急キャピトルタワー13階

<https://insmed.jp>

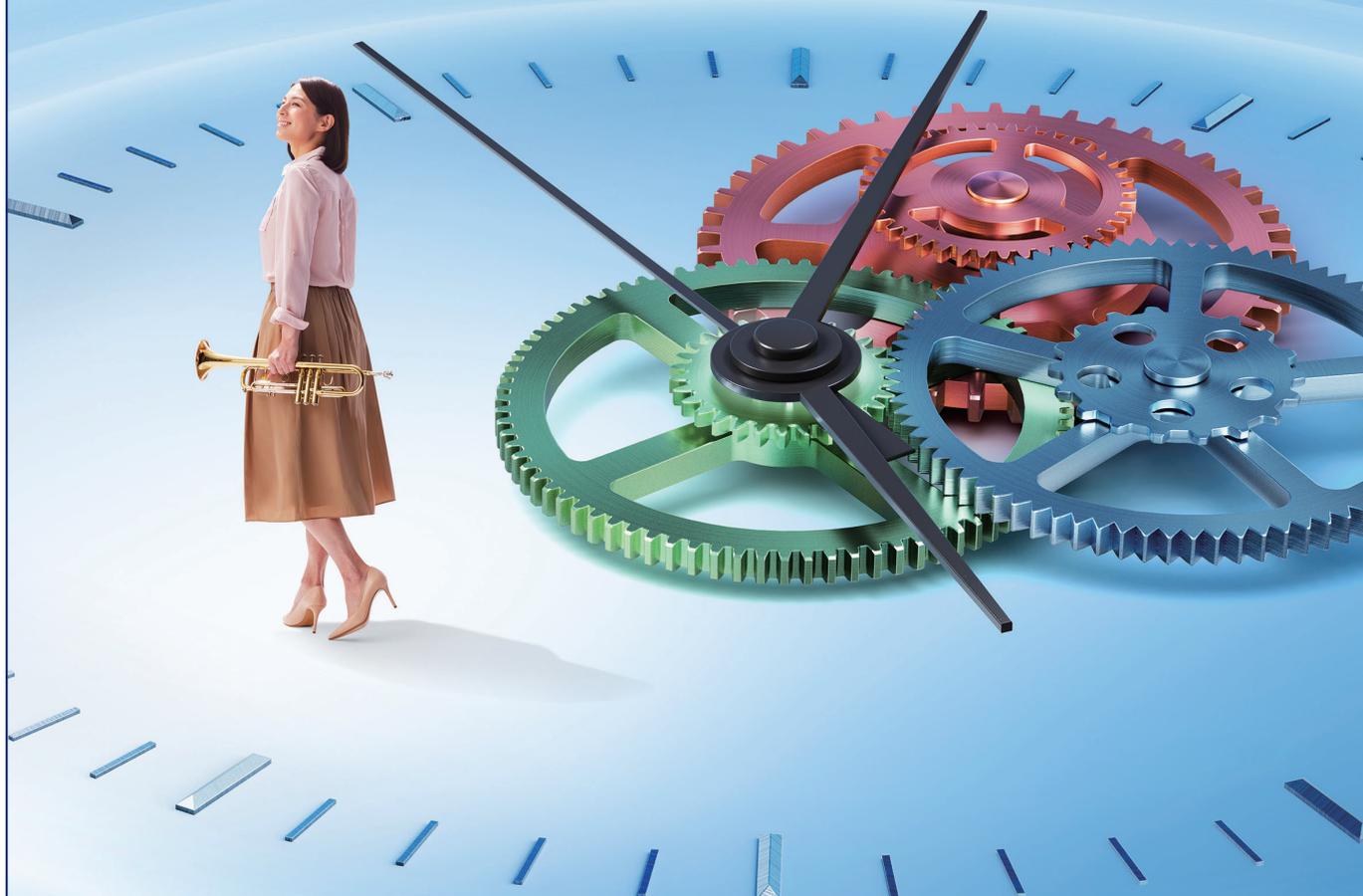
【文献請求先及び問い合わせ先】  
メディカルインフォメーションセンター  
電話：0120-118808

Insmed®, Insmed logo, インスメッド®, ARIKAYCE® and アリケイス® are registered trademarks of Insmed Incorporated.

All other trademarks referenced herein are the property of their respective owners.

2024年2月作成  
PP-ARIK-JP-00837  
© 2024 Insmed GK. All Rights Reserved.  
© 2024 PARI GmbH. All Rights Reserved.

GSK



3成分配合 喘息・COPD治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

**テリルジー 100エリプタ**  
14・30吸入用

TRELEGI ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・  
ウメクリジニウム臭化物・ピランテロール  
トリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー



3成分配合 喘息治療剤 薬価基準収載

処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

**テリルジー 200エリプタ**  
14・30吸入用

TRELEGI ELLIPTA

フルチカゾンフランカルボン酸エステル・  
ウメクリジニウム臭化物・ピランテロール  
トリフェニル酢酸塩ドライパウダーインヘラー

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。

専用アプリ「添文ナビ」で  
GSIバーコードを読み取ることで、  
最新の電子添文等を閲覧できます。(01)14987246783023



(テリルジー100エリプタ14・30吸入用、  
テリルジー200エリプタ14・30吸入用)

製造販売元  
**グラクソ・スミスクライン株式会社**  
〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1

文献請求先及び問い合わせ先  
TEL:0120-561-007(9:00~17:45/土日祝日及び当社休業日を除く)  
FAX:0120-561-047(24時間受付)

PM-JP-FVU-ADVT-210001  
改訂年月2023年9月(MK)

# 英国生まれの次世代 排痰補助装置 ついに日本上陸



## Clearway 2

by Breas

Clearway2の詳細は  
こちらから



- マニュアルモードで実施した手技・治療設定を  
プロフィールとして記録保存することが可能
- 吸気回数を2回以上に設定した際、段階的に  
吸気圧を増加し、徐々に肺を拡張することで  
吸気時の負担を軽減
- 次の治療までの間、患者の呼吸を整えるために  
治療で設定した吸気圧、吸気時間と同じになる  
よう、圧力を供給

質量：約 3.75 kg / 寸法：約 285 (W) × 285 (H) × 195 (D) mm

## vivo 3

by Breas

Vivo3の詳細は  
こちらから



- Vivoシリーズ最軽量の汎用人工呼吸器 (内部BT含、1.8kg)
- シリーズ初となるHFT (ハイフローモード) を搭載
- 上気道イベントに反応して患者様の呼吸をサポートする  
Auto-EPAP機能搭載



質量：約 1.8 kg / 寸法：約 166 (W) × 185 (H) × 200 (D) mm

先進の医療機器で健やかな呼吸をサポート

**チェスト株式会社**

本社 / 〒113-0033 東京都文京区本郷3-25-11  
TEL. (03) 3813-7200 (代) [www.chest-mi.co.jp](http://www.chest-mi.co.jp)

ベンチレータ事業部 / 札幌VC・青森VC・弘前VC・秋田VC・仙台VC・さいたまVC・東京VC・西東京VC・千葉VC  
横浜VC・静岡VC・名古屋VC・金沢VC・大阪VC・兵庫VC・広島VC・岡山VC・松江VC・松山VC・高松VC・福岡VC



# Retevmo<sup>TM</sup>

## selpercatinib

抗悪性腫瘍剤/RET<sup>注</sup> 受容体型チロシンキナーゼ阻害剤

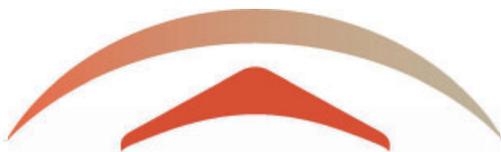
創薬、処方箋医薬品\*

薬価基準収載

**レットガモ**<sup>®</sup> カプセル40mg  
カプセル80mg

セルベルカチニブカプセル

注) RET : rearranged during transfection \*注意-医師等の処方箋により使用すること



# CYRAMZA<sup>®</sup>

## (ramucirumab)

抗悪性腫瘍剤 ヒト型抗VEGFR-2<sup>注</sup> モノクローナル抗体

生物由来製品、創薬、処方箋医薬品\*

**サイラムザ**<sup>®</sup> 点滴静注液 100mg  
点滴静注液 500mg

CYRAMZA<sup>®</sup> Intravenous Injection ラムシルマブ(遺伝子組換え)注射液

注) VEGFR-2: Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2(血管内皮増殖因子受容体2)

\*注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

PP-SE-JP-1089  
2024年4月作成

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)  
**日本イーライリリー株式会社**  
〒651-0086 神戸市中央区磯上通5丁目1番28号

**Lilly Answers** リリーアンサーズ (医療関係者向け)  
日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口  
medical.lilly.com/jp

**0120-360-605**<sup>\*1</sup>

受付時間 月曜日～金曜日 8:45～17:30<sup>\*2</sup>

\*1 通話料は無料です。携帯電話からでもご利用いただけます。  
※1 IP電話からはフリーダイヤルをご利用できない場合があります。  
\*2 祝祭日はおよび当社休日を除きます。



いのちの  
数だけ、  
アンサーを。



旭化成ファーマ株式会社  
<https://www.asahikasei-pharma.co.jp>



 **Boehringer  
Ingelheim**



チロシナーゼ阻害剤 / 抗線維化剤

【制薬】 処方箋医薬品 注意・医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

**オフエブ®** 100mg  
カプセル150mg

ニンテダニブエタンサルホン酸塩製剤 OFEV® Capsules 100mg・150mg

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等  
情報等につきましては製品電子添文をご参照ください。

製造販売元（文献請求先及び問い合わせ先）

日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社  
DIセンター

〒141-6017 東京都品川区大崎2丁目1番1号  
ThinkPark Tower

TEL:0120-189-779

<受付時間> 9:00~18:00

土・日・祝日・弊社休業日を除く

2023年3月作成





薬価基準収載  
 選択的P2X3受容体拮抗薬/咳嗽治療薬  
**リフヌア錠45mg**  
 LYFNUA® Tablets 45mg  
 ゲーファピキサントクエン酸塩錠  
 処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等  
 情報等については電子添文をご参照ください。

発売元  
**杏林製薬株式会社**  
 東京都千代田区大手町一丁目3番7号  
 (文献請求先及び問い合わせ先:くすり情報センター)  
 東京都新宿区左門町20番地

製造販売元  
**MSD株式会社**  
 東京都千代田区九段北1-13-12

作成年月:2024.5



抗悪性腫瘍剤/抗PD-L1<sup>注1)</sup>ヒト化モノクローナル抗体  
 生物由来製品、創薬、処方箋医薬品<sup>注2)</sup> 薬価基準収載

**テセントリク®** 点滴静注 1200mg  
 TECENTRIQ® atezolizumab  
 アテゾリズマブ (遺伝子組換え) 注  
 ⑧F. ノフマン・ラ・ロシュ社 (スイス) 登録商標

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF<sup>注2)</sup>ヒト化モノクローナル抗体  
 生物由来製品、創薬、処方箋医薬品<sup>注3)</sup> 薬価基準収載

**アバステン®** 点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL  
 AVASTIN® bevacizumab  
 ベバシズマブ (遺伝子組換え) 注

抗悪性腫瘍剤/チロシンキナーゼ阻害剤  
 創薬、処方箋医薬品<sup>注4)</sup> 薬価基準収載

**ロズリートレク®** カプセル 100mg、200mg  
 ROZLYTREK® entrectinib  
 エントレクテニブカプセル  
 ⑧F. ノフマン・ラ・ロシュ社 (スイス) 登録商標

抗悪性腫瘍剤/ALK<sup>注3)</sup>阻害剤  
 創薬、処方箋医薬品<sup>注5)</sup> 薬価基準収載

**アレセンサ®** カプセル 150mg  
 ALECENSA® アレクテニブ塩酸塩カプセル

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

注1) PD-L1: Programmed Death-Ligand 1. 注2) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor (血管内皮増殖因子)  
 注3) ALK: Anaplastic Lymphoma Kinase (未分化リンパ腫キナーゼ) 注4) 注意-医師等の処方箋により使用すること

製造販売元



**中外製薬株式会社**  
 〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

(文献請求先及び問い合わせ先) メディカルインフォメーション部  
 TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

(販売情報提供活動に関する問い合わせ先)  
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>



# フクダライフテックの 酸素濃縮器と人工呼吸器ラインナップ



**携帯型酸素濃縮装置**  
ケアサンソ FreeStyle® Comfort®  
医療機器認証番号: 225ADBZX00201000  
販売名: ケアサンソ FreeStyle  
管理医療機器 特定保守管理医療機器  
製造販売業者: クアメディカルジャパン株式会社



**酸素濃縮装置**  
クリーンサンソ FH-1010  
医療機器認証番号: 302AFBZX00065000  
販売名: クリーンサンソ FH-1010  
管理医療機器 特定保守管理医療機器  
製造販売業者: 株式会社メトラン



**酸素濃縮装置**  
クリーンサンソ FH-100/5L  
医療機器認証番号: 225ADBZX00015000  
販売名: クリーンサンソ FH-100/5L  
管理医療機器 特定保守管理医療機器  
製造販売業者: フクダ電子株式会社



**酸素濃縮装置**  
クリーンサンソ FH-310S  
医療機器認証番号: 301ADBZX00059000  
販売名: クリーンサンソ FH-310S  
管理医療機器 特定保守管理医療機器  
製造販売業者: フクダ電子株式会社



**酸素濃縮装置**  
クリーンサンソ FH-710  
医療機器認証番号: 227ADBZX00177000  
販売名: クリーンサンソ FH-710  
管理医療機器 特定保守管理医療機器  
製造販売業者: フクダ電子株式会社



**汎用人工呼吸器**  
クリーンエア ASTRAL®  
医療機器承認番号: 22600BZ00018000  
販売名: クリーンエア ASTRAL  
高度管理医療機器 特定保守管理医療機器  
選任製造販売業者: レスメド株式会社



**汎用人工呼吸器**  
クリーンエア prismaVENT  
医療機器承認番号: 23000BZX00340000  
販売名: クリーンエア prismaVENT  
高度管理医療機器 特定保守管理医療機器  
製造販売業者: 株式会社フクダ産業

**フクダライフテック南東北株式会社** 本社 〒981-3116 宮城県仙台市泉区高玉町5-17 TEL.(022)772-7556(代)  
フクダ電子株式会社 お客様窓口 (03)5802-6600 受付時間:月~金曜日(祝祭日、休日を除く)9:00~18:00

●石巻出張所 〒986-0853 石巻市門脇字二番谷地13-154 TEL.(0225)92-1522(代)  
●山形営業所 〒990-0022 山形市東山形1-11-14 TEL.(023)634-0621(代)  
●庄内出張所 〒998-0853 酒田市みずほ2-1-7 TEL.(0234)43-6221(代)  
●福島営業所 〒960-8055 福島市野田町2-7-48 TEL.(024)525-2825(代)

●会津若松出張所 〒965-0044 会津若松市七日町2-1 TEL.(0242)36-5028(代)  
●郡山営業所 〒963-0551 郡山市喜久田町字葛蒲池10-2 TEL.(024)963-0650(代)  
●いわき営業所 〒970-1144 いわき市好間工業団地1-26 TEL.(0246)84-5131(代)