

第4回慈大呼吸器疾患研究会プログラム

日時 1989年9月25日(月) 18:00~20:00
会場 東京慈恵会医科大学高木会館7階K会議室

開会の辞 岡野 弘(慈大第三病院内科第2)

一般演題A(18:00~18:40) 座長 半沢 隆(慈大第三病院外科)

- 1) 弛張一間歇熱を伴った肺大細胞癌の一例
慈大第一外科 秋葉直志, 安田雄一郎, 氏家 久, 桜井健司
同 第四内科 川井三恵, 渡辺久之, 谷本晋一
同 第一病理 遠藤泰彦
- 2) Lobar Torsion を来した肺癌の一例
慈大放射線科 石原 潔, 三浦寿美子, 川上憲司, 多田信平
- 3) 術前, 肺癌と結核との鑑別に苦慮した症例の検討
慈大第三病院外科 増淵正隆, 土屋克彦, 村田 聡, 佐藤修二
楠山 明, 三好 勲, 北 俊文, 桜井雅夫
半沢 隆, 伊坪喜八郎
- 4) 肺シンチグラフィにて肺腫瘍塞栓と診断した肝細胞癌の一例
慈大放射線科 橋爪良幸, 後藤英介, 川上憲司
同 第一内科 山根建樹, 渡辺文時

一般演題B(18:50~19:30) 座長 正木拓朗(慈大青戸病院小児科)

- 5) Unilateral Hyperlucent Lung を伴った気管支喘息の一例
虎の門病院呼吸器科 蝶名林直彦, 梶 博史, 渡辺知司, 坪井永保,
山口昭彦, 成井浩司, 野口昌幸, 中谷龍王,
中森祥隆, 中田紘一郎
- 6) 肺胞蛋白症2例における肺洗浄療法の検討
慈大第四内科 古田島太, 鈴木昭彦, 浜野研二, 吉武典昭
文 弘, 谷本晋一, 岡村哲夫
同 麻酔科 田中正史, 谷藤泰正
- 7) 抗酸球形肺炎の一例
慈大第三病院内科学第2 青木薫, 王 金城, 広瀬博章, 長澤 博
田井久量, 岡野 弘
同 病理 堀 真佐男, 高木敬三, 徳田忠昭
- 8) 喘息例の気道障害の核医学的検討
慈大第三内科 島田孝夫, 伊藤秀稔
同 小児科 小幡俊彦
同 放射線科 森 豊, 川上憲司
国立小児病院アレルギー科 飯倉洋治

特別講演(19:30~19:55) 司会 岡野 弘(慈大第三病院内科第2)

「気管支喘息と抗アレルギー薬」
国立病院医療センター呼吸器科 可部順三郎

閉会の辞(19:55~20:00) 会長 谷本晋一(慈大第四内科)

会 長 谷本晋一
当番世話人 岡野 弘

第4回研究会を終えて

当番世話人 岡野 弘 (第三病院内科学第2講座)

第4回の本会に当り、アレルギー性呼吸器疾患、特に気管支喘息の分野で最もご活躍中の可部順三郎先生から長年のご研究を基にした「気管支喘息と抗アレルギー薬」の特別講演をいただき、ご専門の深い立場から抗アレルギー薬の評価を拝聴できましたことに会員一同、感謝申し上げます。このご講演を機会に今回はアレルギー性呼吸器疾患と肺癌のⅢ期、Ⅵ期症例についての2つの主題を設定して演題のご応募をいただき、また学会形式でなく研究会としての主旨を打ち出すために生の胸部画像を展示願いました。

会は活発なご討議をいただき盛会の中に終わりましたことを感謝申し上げます。本学を中心とした研究会でありながら、学会からの秀れた医療機関のご参会を得て、内科、外科、核医学、病理学の多方面から本会が構成されておりますだけに、よりよい会の発展、より研究会的発展を示すものと期待しております。最後になりましたが、貴重なご報告をいただきました演者、ならびにその所属の先生方と司会の労をいただいた各先生にお礼申しあげ、多くの内容を得ましたことを感謝致します。

気管支喘息と抗アレルギー薬

可部順三郎（国立病院医療センター呼吸器科）

抗アレルギー薬とは、アレルギー反応に基づく化学伝達物質の遊離抑制作用、産生経路の阻止作用、または化学伝達物質に対して拮抗作用を有する薬物を総称している。

1967年にDSCGが紹介されて以来、経口投与が可能で同様な効果が期待できる薬物の開発が各国ですすめられて来た。わが国ではすでに7種の経口Prophylactic anti-asthma drugが市販され、さらに3種以上が認可申請の段階にあるが、欧米では一部にKetotifenが認められているに過ぎない。わが国において慢性喘息の治療における抗アレルギー薬の占める位置は諸外国に比して異常といえるほど大きい。トラニラスト、ケトチフェン、アゼラスチン、オキサトミド、レピリナスト、アンレキサノクス、イブジラストなどが開発されて来た経緯、薬効薬理、臨床成績、薬効評価の問題点などについて述べ、トロソピキサン合成酵素阻害薬OKY-046の喘息発作に対する予防効果を検討するモデル試験として単施設少数例を対象とした二重盲検試験を行ない、従来の薬効評価方法の妥当性を検討した。

1. 臨床評価試験の種類

- (1) Challenge tests 抗原吸入誘発（即時・誘発反応）、運動誘発、アスピリン喘息誘発、アセチルコリン・メサコリン誘発の抑制試験
- (2) Pilot therapeutic trials：オープン試験、用量設定試験
- (3) Main therapeutic trials：多施設二重盲検比較試験（placebo との比較試験、既存薬との比較試験）
- (4) Studies in special groups
- (5) Long term studies

2. 臨床評価試験の成績と問題点

- (1) 対象
- (2) 評価基準
- (3) 試験実施季節の影響
- (4) 評価方法
- (5) 改善率

3. 少数例による臨床評価のモデル試験

OKY-046, 200 mg 1日2回投与が喘息発作に対する予防効果を明らかにする目的で40例の喘息患者に単施設での二重盲検比較試験を行なった。試験全体を通じて単独の医師が、対象としたすべての患者を診療して、臨床状態、対照期間と比較した投与期間中の改善度を判定した。

OKY-046投与群はPlacebo群に比して推計学的に有意の改善を示し、この治験に先だって

行なわれた多数(240)例における多施設二重盲検法による治験成績と同様の結果が得られ、この薬物の薬効評価試験の再現性が確認されたことから、従来抗アレルギー薬の薬効評価試験の main therapeutic trial となって来た多施設二重盲検法の妥当性がうらづけられた。

4. 抗アレルギー薬の喘息治療における意義, 適応, 将来

弛張一過熱を伴った肺大細胞癌の1例

秋葉直志, 安田雄一郎, 氏家 久, 桜井健司
川井三恵*, 渡辺久之*, 谷本普一*, 遠藤泰彦**
(第一外科, *第四内科, **第一病理)

はじめに

非血液悪性腫瘍による原因不明の白血球増多症が認められることがある。この成因についてはいくつかの機構が示唆されている。今回われわれは肺大細胞癌の1例で白血球増多症と発熱を伴ったが、手術により軽快した症例を経験したのでここに報告する。

症 例

症例を呈示する。41歳, 男性, 会社員。主訴は咳嗽と喀痰。煙草40本を20年間吸っている。1988年11月末に主訴出現, 軽度の発熱も見られた。近医で胸部X線異常を指摘され, 1989年3月10日当院第四内科を紹介され, 3月20日精査目的にて入院した。血圧154/108 mmHg, 体温39.2°C, 脈拍72/min。身長163 cm, 4カ月で5 kgの体重減少が認められた。

左頸部に小指頭大の柔らかいリンパ節を触知。呼吸音には異常を認めなかった。

入院時の胸部X線写真で (Fig. 1), 左上肺野に境界不明瞭な6.5×5.0 cmの腫瘤影を認める。肺尖部および上縦隔はSilhouette sign陽性である。腫瘍内に石灰化なく, A-P windowの

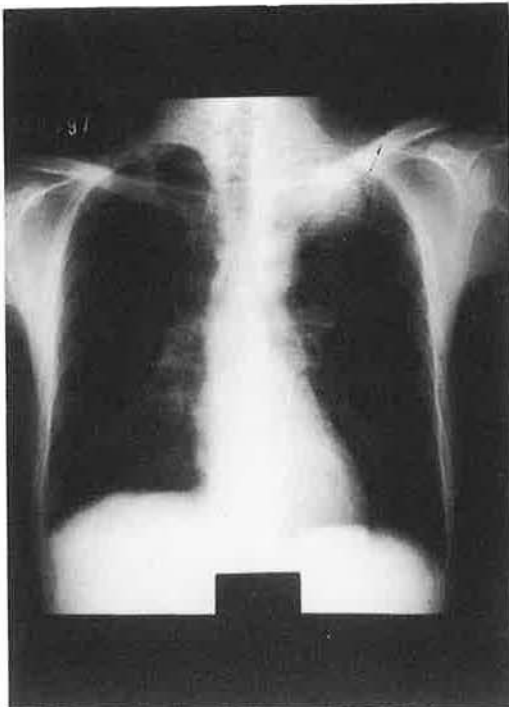


Fig. 1 入院時胸部X線写真



Fig. 2 胸部正面断層写真

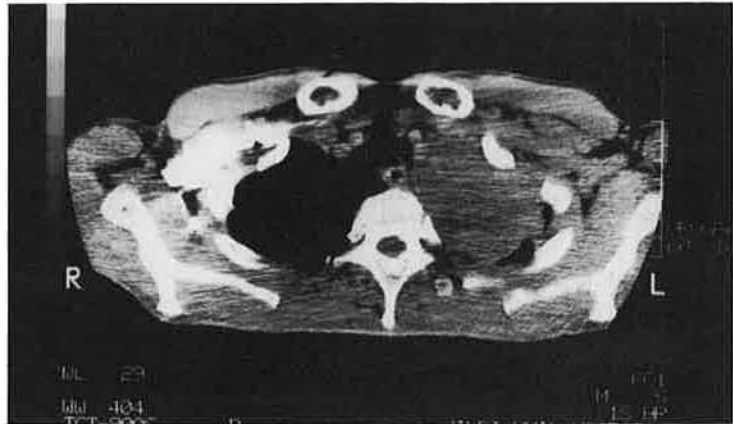


Fig. 3 胸部 CT 写真

消失・短縮はない。胸水貯溜なし，無気肺なし。右肺尖部に胸膜肥厚と気腫性嚢胞がある。

胸部正面断層写真で，肺尖部に表面不整な腫瘤影を認める (Fig. 2)。腫瘍の濃度は一様で，腫瘤内に空洞・石灰化を認めない。B³c の末梢が腫瘤で途絶している。周囲に石灰化病変は見られない。

胸部 CT 縦隔条件で，腫瘍は左上肺野に存在している (Fig. 3)。腫瘍は左上肺野に存在している。胸壁との fatty plane の消失が見られ腫瘍の浸潤が疑われる。肋骨や椎体の破壊像は見られない。左鎖骨下動脈への浸潤も見られない。

経過表 (Fig. 4) を見ると，入院後は弛張-間歇熱を呈していた。結核等の炎症性疾患を考え SM・RFP および表のごとく抗生物質の CTM・IPM を使用するも発熱は軽快せず。また肺癌を鑑別するために気管支鏡を施行するも確定診断に至らず。本年 4 月 12 日試験開胸を施行した。術後に発熱は軽快，CRP も減少した。上昇していた腫瘍 marker の CA 125 も減少した。

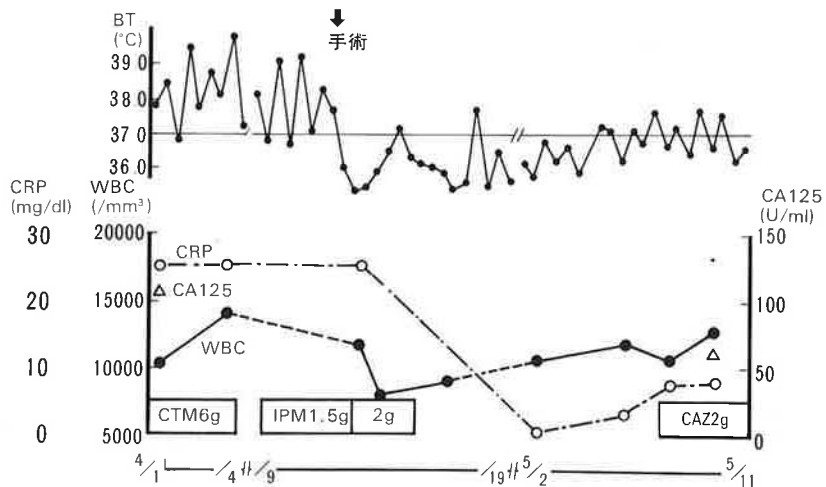


Fig. 4 術前術後経過表

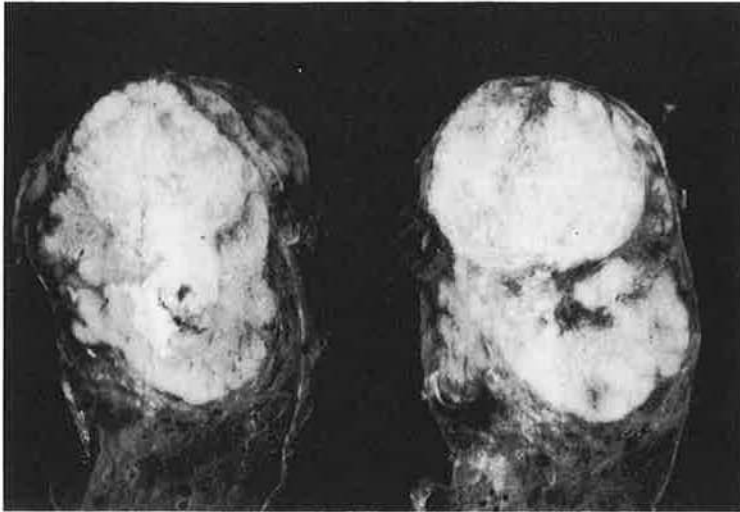


Fig. 5 摘出標本

手術は第6肋間開胸で行なった。胸腔内に胸水なし、胸膜播種なし。腫瘍は左肺尖部に存在し弾性硬、大きさは9×6 cm。肺尖部壁側胸膜・大動脈を覆う胸膜に浸潤していた。肺内転移はなかった。手術は左上葉切除および肺門リンパ節郭清を施行、壁側胸膜を合併切除した。surgicalにはP3DOEOPMOであった。

摘出標本をホルマリン固定後、正面断層方向に割を入れる(Fig. 5)と、腫瘍の大きさは9×8×6 cm、境界がやや不明瞭で、中央には出血を伴った壊死組織がみられている。

ミクロの標本(Fig. 6)では、腫瘍は明瞭な核小体を有する大型の腫瘍細胞の他に多数の異型の強い多角巨細胞よりなり、1部には炎症細胞を含有する所見も認められる。またわずかに粘液産生がみられ、以上の所見より、左上葉原発肺大細胞癌、giant cell type 粘液形成型と診断した。pathologicalにはT3NOMO stage III aであった。

腫瘍内の他の部のミクロ像(Fig. 7)では、腫瘍内およびその周辺にリンパ球・形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤が極めて強く認められている。腫瘍の末梢およびその他の部位には閉塞

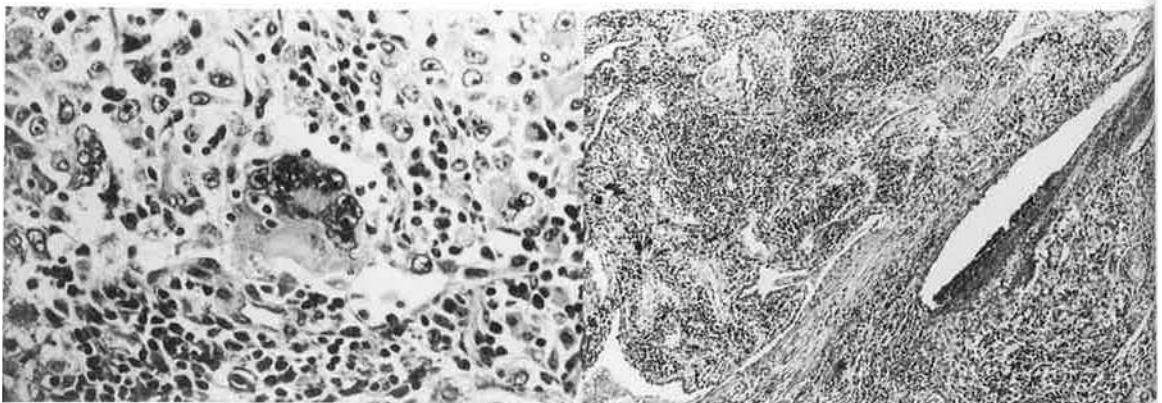


Fig. 6 組織像



Fig. 7 腫瘍周辺組織像

性肺炎の像は見られなかった。

児玉らは巨細胞癌を含む8例の大細胞癌中6例において腫瘍組織中に colony stimulating factor (CSF) を認めたと述べている。

考 察

本症例は手術を契機に解熱、またミクロで腫瘍およびその周辺に炎症細胞浸潤が著しく認められることにより、CSF に起因する白血球増多症、発熱と考えられた。

結 語

CSF 産成を示唆する肺大細胞癌の1例を報告した。

また高熱を伴った肺塊状陰影に対しても腫瘍を常に念願においた対応が重要であることが示唆された。

文 献

- 1) 石川七郎編集, 臨床肺癌 I, 東京: 講談社, 1983: 157-65.

Lobar Torsion を来した肺癌の 1 例

石原 潔, 三浦寿美子, 川上憲司, 多田信平 (放射線科)

肺捻転は比較的まれな病態であるが、その多くは放射線学的に診断され得る。今回われわれは、右上葉の捻転を来した肺癌の 1 例を経験したので報告した。症例は 58 歳の男性。乾性咳嗽と体重減少を主訴に来院し、胸部単純 X 線写真にて右上葉の無気肺像と左上葉の空洞を有する小結節影を認め精査のため入院となった。患者は、6 年前に口角の扁平上皮癌にて放射線療法と化学療法を受けた既往がある。気管支鏡検査では、気管分岐部直下の右主気管支内に突出する表面黄白色のポリープ状の腫瘤を認め、生検にて未分化癌（大細胞癌）が得られた。また左 B¹⁺²の小結節影は気管支鏡下末梢擦過細胞診にて扁平上皮癌（原発性）の病理診断が得られた。手術適応なく、化学療法が 2 クール施行されたが右主気管支の腫瘍径の縮小はみられなかった。その後呼吸困難が出現し、胸部 X 線にて右主気管支の腫瘍の気管分岐部を越えての増大が認められた。また右上葉の無気肺陰影は、右肺門部に重なるように下方へ移動していた。側面の写真では、無気肺となった右上葉が時計回りに（背側下方に）90 度回転しており肺捻転との診断が得られた。気管切開、カニューレ挿入による気動確保が行なわれたが、1 週間後呼吸不全により死亡した。

肺捻転の発生する状況は 1. 特発性（多くは本症例のように肺疾患（無気肺）を合併している）、2. 外傷性気胸後、3. 胸部手術後に分けられる。特発性のもものでは多くの場合無症状であるが、外傷後や胸部手術後のものでは胸痛やショックなどの臨床症状が現われることがある。左右差はなく、いずれの葉も捻転をおこすが、特発性のもものでは下葉が関係することはない。無気肺、完全な葉間裂、気胸、胸水、下肺靱帯の切断等は捻転の誘因となる。X 線学的には、無気肺陰影の移動、肺門および血管影の位置異常により診断される。また胸部手術後、急速に大葉性暗影あるいは腫瘤影の出現を見た場合、血腫や腫瘍の形成とともに肺捻転を疑う必要がある。

術前肺癌と結核との鑑別に苦慮した症例の検討

増淵正隆, 楠山 明, 佐藤修二, 村田 聡, 北 俊文,
桜井雅夫, 半沢 隆, 伊坪喜八郎 (第三病院外科)

肺癌検診の普及に伴い、肺野孤立性陰影発見の機会が増加している。各種検査により確定診断が得られない場合、結核腫は肺癌との鑑別診断上しばしば問題となっている。今回術前に結核腫を疑ったが、肺癌も否定できず手術を施行し、術中迅速病理で診断された結核腫6例と、肺癌と結核腫が合併した1例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

年齢は35歳から65歳で平均56.8歳、結核の既往は7例中2例にみられ、ツ反は7例中6例に陽性であった。胸部X線上の陰影の大きさは1.0 cmから2.5 cmまでで、直径の平均は1.75 cmと小型であり、部位は右上葉3例、右下葉2例、左舌区2例であった。また胸膜陥入像、放射影を呈しているものが7例中6例と高率に認められた。術前検査では、喀痰および気管支洗浄液で結核菌は塗沫、培養とも全例陰性、細胞診はclass II, TBLB, 擦過細胞診でも悪性所見を認めなかった。経皮針生検を6例に施行したが全例class IIであった。

手術は部分切除術を施行し、術中迅速病理に提出している。肺癌と結核腫の合併症例も迅速病理で診断され、右上中葉切除術を施行している。

今回の症例は陰影の直径が平均1.75 cmと小型であり、かつ胸膜陥入像、放射影を呈したものが7例中6例あり、術前検査で悪性所見は認めなかったものの肺癌を完全には否定できなかった。一方、結核腫では病巣と気管支の関連が有意に高率とはいえ、擦過細胞診、TBLBによる診断に限界がある。また経皮針生検も、結核腫における結核菌検出率が低いため、やはり診断に限界があると思われ、肺癌との鑑別を困難にしている。われわれは術前に確定診断のつかない肺野孤立性病変に対し、積極的な試験切除を考えている。

肺シンチグラフィにて肺腫瘍塞栓と 診断した肝細胞癌の1例

橋爪良幸，後藤英介，川上憲司，山根建樹*，
渡辺文時*（放射線科，*第一内科）

はじめに

肝細胞癌が下大静脈に浸潤し，腫瘍塞栓を作り，肺動脈へ転移したため肺塞栓様の臨床症状を呈し，その診断に非侵襲的な肺血流シンチグラフィが有用であった一例を報告する。

症 例／61歳，女性。主訴：胸痛，呼吸困難

起病経過：平成元年7月25日突然の主訴を訴え急患受診。心電図および胸部X線写真は正常であったが，LDHの上昇とPaO₂の低下を認めたため，肺塞栓を疑って肺血流シンチグラフィを施行した。

既往歴：1975年（昭和50年）より慢性肝炎にて加療中であったが，1989年（平成元年）4月に肝のSOLを指摘され，6月に腹腔動脈造影を施行し，肝細胞癌と診断されTAEを行なっている。

来院時検査所見：意識清明，呼吸数36～40回/分，血圧140/100mmHg，脈拍100回/分，体温37.6℃，頸部：頸静脈怒張，胸部：心雑音およびラ音なし，腹部：腹水および腫瘍なし。

来院時検査データ

(1) 血液ガス

1. room air；pH 7.471，PaO₂ 46.6 mmHg，PaCO₂ 28.6 mmHg，HCO₃ 20.8 mEq/l
2. O₂ 10 l/分吸入後；pH 7.468，PaO₂ 63.9 mmHg，PaCO₂ 29.6 mmHg，HCO₃ 21.4 mEq/l

(2) 血液一般

WBC 11500/mm³，RBC 390万/mm³，Hb 12.0 g/dl，Pt 27.2万/mm³，CPK 26 mU/ml，LDH 538 mU/ml，GOT 100 mU/ml，GPT 12 mU/ml，UN 14 mg/dl，Cr 8 mg/dl，Na 142 mEq/l，K 4.1 mEq/l

画像診断

(1) X線CT

肝右葉に低吸収域とリピオドール集積の混在した大きい腫瘍を認めた。

(2) 下大静脈造影

肝細胞癌が下大静脈に突出しているために肝静脈流入部に陰影欠損が認められた。

(3) 肺換気血流シンチグラフィ

入院当日の血流シンチグラフィで両肺に多発する楔状の血流欠損を認めた。換気シンチグラフィでは異常を認めなかった。ウロキナーゼ100万U/dayを注入3日後の血流シンチグラフィでは血流分布の改善を認めた。しかし，さらに10日後の検査では，ほとんど変化を認めなかった。

その後の経過は、8月10日現在 pH 7.451, PaO₂ 103.8 mmHg, PCO₂ 26.6 mmHg, HCO₃ 26.6 mEq/l と改善し、悪心あるものの嘔吐および胸痛は消失した。

考 察

本例は、10年間慢性肝炎で follow up されていた患者が肝細胞癌を指摘され、TAE を行ない外来にて観察していたが、2ヵ月後に突然の胸痛と呼吸困難を呈し緊急肺シンチグラフィが行なわれ肺塞栓症と診断された。このような肝細胞癌例における肺塞栓の原因が腫瘍塞栓であった症例をシンチグラフィで診断しえた例は少ない¹⁾。今回の症例は、ウロキナーゼにより血流欠損の一部は改善しているが、これは腫瘍塞栓に伴う血栓の部分と考えられる。また、10月までの血流シンチグラフィで改善の認められなかった部分は、腫瘍塞栓によるものと考えられる。肝細胞癌の肺動脈塞栓は MRI によっても診断されている²⁾が、大血管における塞栓であり、小さい末梢血管における塞栓に対してはシンチグラフィのほうが有用であろう。

一般に肺塞栓症の症状は、呼吸困難 (64%)、咳 (14%)、胸膜性胸痛 (13%)、非胸膜性胸痛 (11%) などである。充実性腫瘍の血管浸潤により肺塞栓を起こす頻度は、乳癌、肺癌、消化管腫瘍および膀胱癌などで高く、肝細胞癌、悪性中皮腫、腎癌にも認められる³⁾。一方、肝細胞癌の 13.2% が肺腫瘍塞栓を起こすといわれている²⁾。

まとめ

突然の胸痛、呼吸困難を発症した患者を診察した場合、まず胸部単純、心電図、血液検査を行ない、急性心筋梗塞や大動脈瘤の可能性が低いと思われた場合肺塞栓症を疑い早急に肺換気血流シンチグラフィの施行が望まれる。今回、緊急核医学検査で肺塞栓症を診断し、ただちにウロキナーゼ療法を行なった肝癌症例について報告した。

文 献

- 1) 中村裕一ほか、右心房内に発育した肺動脈腫瘍塞栓症及び脳転移を生前に診断した肝細胞癌の1例。日本消化器病学会誌 1985; 82: 319-23.
- 2) 原田大ほか、MRI が肺動脈腫瘍塞栓の診断に有用であった肝細胞癌の1例。臨床放射線 1988; 33: 907-10.
- 3) Goldhaber S Z, et al. Clinical suspicion of autopsy-proven thrombotic and tumor pulmonary embolism in cancer patients. Am Heart J 1987; 114: 1432.
- 4) 林田孝平ほか、軟骨肉腫により肺動脈に腫瘍塞栓を認められた一症例。核医学 1985; 22: 101-6.

Unilateral Hyperlucent Lung に気管支喘息を合併した一例

蝶名林直彦, 梶 博史, 渡辺知司, 坪井永保,
山口昭彦, 成井浩司, 野口昌幸, 中谷龍王,
中森祥隆, 中田紘一郎 (虎の門病院呼吸器科)

臨床的に Swyer-James 症候群に気管支喘息を合併したと考えられる症例を経験したので報告する。

症例は、45 歳男性。主訴は喘息、既往歴として 10 歳でヘルニアの手術歴がある。また 1 日 30 本 20 年間の喫煙歴を持つ。

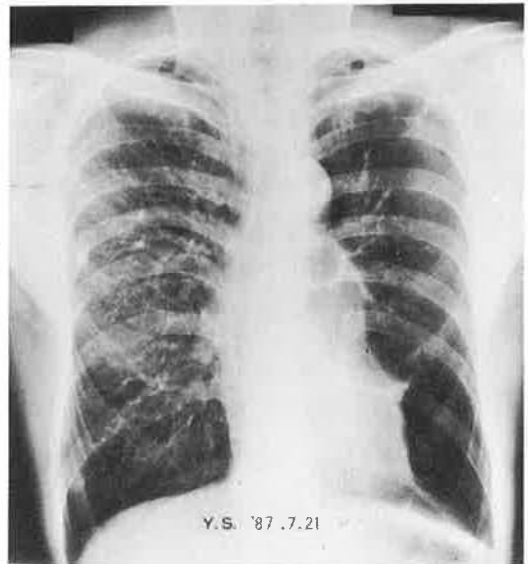
現病歴は、5 歳頃より小児喘息のための通院、10 歳頃症状軽快し、以後スポーツ選手としても活躍。30 歳頃より H-J II° の息切れ出現。35 歳で初めて胸部 X 線 で異常指摘、その後息切れ増強し 40 歳当院初診。初診時喘鳴強く、以後 2 年半ステロイド継続。慢性呼吸不全状態となり 1989 年 7 月 (45 歳) 入院。

入院時、左側肺野の呼吸音減弱と両側肺野に乾性ラ音を認める。血液ガスで Pao_2 57 Torr, $Paco_2$ 61 Torr, pH 7.35 と CO_2 蓄積を伴った低 O_2 血症あり。IgE 2412 U/ml と高値、アスペルギルスを含む 3 種の真菌に対する皮内反応陽性、心電図上 pulm-P を認めた。

胸部 X 線は写真に示すように、左肺の著しい透過性の亢進を認め、CT では、左肺動脈の血管影の狭小化と左肺実質の透過性の亢進を認めた。また換気および血流シンチグラムでは、いずれも左肺における換気と血流の著しい低下を認めた。なお肺機能では % VC 32 %, FEV 1.0 0.72 L, FEV 1.0 % 56 % と強い混合型障害を呈していた。

診断確定のため行なった肺動脈造影では左 A 4, A 5 および下葉への肺動脈分枝の内径が著明に狭小化しており、逆に右肺動脈系は代償性に血管径の拡大を認め、これらの所見は Swyer-James Macreod syndrome に合致するものと考えられた。

本症候群は、すでに本邦でも 50 例以上の報告があり、その血液ガスは通常 $Paco_2$ は正常範囲内で、 Pao_2 のみが軽度低下することが多いとされているが、本例は $Paco_2$ の明らかな蓄積を認め慢性呼吸不全の状態にある。この原因は本例が本症候群とは別に気管支喘息を合併しているからであり、その難治性によるものであると考察した。



肺胞蛋白症 2 例における肺洗浄療法の検討

古田島太, 鈴木昭彦, 文 弘, 吉武典昭,
浜野研司, 谷本普一, 岡村哲夫, 田中正史*,
谷藤泰正* (第四内科, *麻酔科)

肺胞蛋白症に対する唯一効果的な治療法は経気管支的肺胞洗浄法である。われわれは肺胞蛋白症と診断された 59 歳男性, 53 歳男性の 2 例に対して, 全身麻酔下にて全片肺洗浄療法を施行した。嚴重な呼吸管理のもとでは比較的安全に行なうと考えられた。

片肺洗浄後短期の呼吸機能検査では有意な改善を認めなかったが, 胸部 CT 上明らかな改善を認め, 本法の有用性を確認した。

好酸球性肺炎の1例

青木 薫, 田井久量, 岡野弘, 二階堂 孝,
徳田忠昭 (第三病院内科学第2講座, *同 病理)

症例は56歳女性。乾性咳嗽を主訴に近医受診し、胸部異常陰影指摘され当科へ入院となる。入院時胸部に雑音は聴取しなかったが、胸部X上左右舌区に比較的濃度均一で返縁不鮮明な陰影を認めた。検査所見では、白血球数 $7,800/\text{mm}^3$ (Stab 14%, Seg 32%, Eosino 9%), 血沈(1時間)110 mm, CRP 0.7 mg/dl と好酸球の軽度増加と炎症反応を認めた。また免疫グロブリンではIg Eが1,275と高値を示し、腫瘍マーカーはCEAのみ24.9と上昇を認めた。喀痰検査では口腔内常在菌のみで結核菌塗抹陰性、細胞診class IIであった。ツ反は偽陽性で肺機能検査、動脈血ガスは正常範囲であった。

臨床経過などにより、まず肺癌を疑い気管支鏡検査を施行した。実際に肺胞の組織を取得することはできなかったが、いくつかの好酸球の集塊と好酸球性肉芽腫様の所見がみられた。なお気管支鏡検査翌日の喀痰からCharcot Leiden結晶も検出された。気管支洗浄液の細胞診より好酸球多数。またIg E RASTではヤケヒョウヒダニ、ハウスダストでラストスコア3と高値を示した。なおカンジダおよびアスペルギルス抗原とした沈降抗体は陰性であった。Ig G4サブクラスセットは総Ig G4は正常範囲であったが、カンジダにおいて80と若干高値を認めた。以上のことにより原因は不明であったが好酸球性肺炎と診断し、治療としてプレドニゾン30 mg/dayより投与を開始したところ、胸部X線、自覚症状等の改善が認められた。また、CEA高値であったことにより諸臓器の検査を続けるうち注腸XpにてSigmoid ColonにBorr.III型のColon Ca発見され手術目的にて外科転科となった。

編集後記

慈大呼吸器研究会誌第4号をお届けします。
年4号の発行は、小冊子とはいえ、事務手続、原稿集め、発行所との連絡など以外と大変であることを痛感しています。しかし、出来あがってみると、苦労も忘れます。

9月には世話人会を開き、本誌を教授室、医局および、関連の病院、施設にも配布し、本学呼吸器疾患学研究者の活動について知っていただき、支援願おうということになりま

した。

次回、第5回は第一病理牛込新一郎教授、第三病院病理科徳田忠昭教授のお世話で、12月16日(月)に開催の予定です。

また、東京慈恵会医科大学客員教授、松本武四郎先生の肺線維症に関する特別講演が用意されております。

多数の先生方のご出席をお待しております。

(川上憲司)

慈大呼吸器疾患研究会

- 顧問** 小林 健一 教授 (麻醉科)
福原 武彦 教授 (第二薬理)
- 会長** 谷本 普一 教授 (第四内科)
- 世話人** 伊坪喜八郎 教授 (第三病院外科)
米本 恭三 教授 (リハビリテーション医学科)
貴島 政邑 助教授 (第二外科)
岡野 弘 教授 (第三病院内科第二)
牛込新一郎 教授 (第一病理)
川上 憲司 助教授 (放射線科)
飯倉 洋治 助教授 (小児科)
島田 孝夫 先生 (第三内科)

事務局 〒105 東京都港区西新橋 3-25-8
東京慈恵会医科大学
放射線科 川上 憲司