第26回 日本気道学会北陸支部会

日時 1998年5月23日（土）10:30～
1998年5月24日（日）9:00～

会場 金沢市文化ホール

会長 藤田誠三（新潟県立がんセンター内科）

1. モルモットの時形気道収縮反応に対する気道へのPAFによる好酸球動員の影響

石浦雄之、若村政樹、明茂治、松田昌子、橋秀樹、日置登子、白崎浩樹、安井正美、笠原伸郎、松田保（金沢大学第3内科）

慢性割離性好酸球性気管支炎と気道過敏性亢進は気管支喘息の基本的病態である。好酸球にはアルギニン酸化酵素作用が存在し、好酸球の気道収縮の関係に起因する生体内修飾の詳細については不明な点もある。そこで、好酸球の活性化、遊走因子であるPAFを用いたモルモット気管支への作用を検討した。PAF 100μg/kg、30μg/kgまたはvehicleを1週間に3回ずつ点鼻投与しモルモット気管支への好酸球動員モデルを作製し、最終的なPAF点鼻投与の48時間後にOA溶液を吸入させ、これに先立つ24時間前に受動投薬を行った。PAF 100μg/kg点鼻でBAL中の好酸球数は約2倍に増加し、IAR是有意かつ用量依存的に増強した。この増強は抗ヒスタミン薬の前投与により消失した。BAL中のヒスタミン濃度の測定も同様であり、PAF点鼻投与による好酸球動員がヒスタミンの遊離能を亢進させていることが示された。

2. 気管支スチロイド療法により無気腫が改善した好酸球性気管支炎の1例

水橋啓、野田八織（富山労災病院内科）野村 智（福井循環器病院内科）藤村政樹、松田保（金沢大学第3内科）田井正博（同第2内科）

症例は55歳の男性で主訴は左部喀痰。1997年9月頃より湿性咳を自覚。喀痰は粘液を主とし、画像上舌区の気道炎を認め入院となった。体重36.9kg。血球の上昇がないが好酸球が10％と上昇し、CRP 3.3と陽性化でIgEは380と高値であった。喀痰は好酸球を7％認めたが一般細菌炎、真菌炎、抗酸菌塗抹培養は陰性であった。12月22日に施行した気管支鏡検査では舌区入口部には腫脹や粘膜表面の凹凸不整、白苔等は認めず、粘膜は著しく発赤腫脹し浮腫状で舌区入口部はパンホール状に狭窄していた。よって狭窄の原因は腫脹性病変ではなく炎症性特にアレルギー性と考えられたため、スチロイドを局所注射した。舌区入口部気管支粘膜の生検組織では基底膜の肥厚と著明な好酸球浸潤を認めた。BDIを開始し、無気腫の改善傾向を認めだが、十分なため毎週1回気管支鏡にて局所スチロイド療法を繰り返し無気腫はほぼ消失、舌区入口部の狭窄は完全に解除され、粘膜の赤腫脹状や浮腫状変化も消失した。真菌類については血清特異的IgEを検査したが測定値に変化はなかった。またアスペルギルス皮内反応も即時型、遲延型とも陽性であった。現在経過観察中であるが、再発は認めていない。本症例は真菌等の罹患の吸入抗原が比較的大量に舌区入口部局所に寄在し、高度のアレルギー性炎症を惹起し無気腫を呈したものです推定した。無気腫の原因として好酸球性気管支炎も鑑別診断上重要であり、積極的に気管支粘膜生検を行うべきであると考えられた。

3. 気管支閉鎖症と考えられた1例

斎藤 裕、吉野雅弘、松永綱弘（厚生省高岡病院呼吸内科）柴田和彦（同第2内科）北川清秀（同放射線科）増田信二（同病理科）

既往歴に喘息と喘息を有する20歳男性が約2週間で急激に左胸痛と嘔吐を訴え入院した。胸部X線写真において右上葉内の境界明瞭で均一な密度の腫脅に辺縁部の過敏性亢進域が認められた。MRIのT1、T2像ともにhyperintensityで、mucoid impactionの像であった。気管支鏡検査では、可視域に異常なく、気道造影では腫脅部に向けた気道管腔はみられなかった。気管支閉鎖症と診断し、右葉切除を行った。切除面割で粘液が読状に連続して充満し、組織学的に粘液はすべて気管支粘膜に覆われていた。術後の拡張は良好であった。本例は右B2末梢気管支が罹患の原因で閉鎖したためその遠位部に粘液貯留を来たし、Kohn孔よりの側開気腫とcheck valve機構によるair trappingが生じたものと考えられた。一般に先天性と報告される場合が多いが、本例ではこれまで肺部不全症を指摘されず、徐々に粘液が貯留するという後天的病理も関与していると思われた。

4. 洗肺後の発熱、胸水増加、CRP上昇の原因としてポリグリコール酸メッシュが疑われた1例

市崎 一、飯田茂徳（市立敦賀病院内科）

症例は70歳、男性。偶然CTで左上葉末梢の約1.5cmの淡い異常影を指摘された。CTガイド下に肺剌創マーカーを障りにVATSを行い術後管理は良性永久標本は高分化肺腺癌（野口のタイプB）と判明した。20日に左上葉切除を行い術後脱換を避けたが、肺野のエリテールを防止するためデキサメサゾン（約1〜3cm）を3片使用した。術後1ヶ月後からCRPの上昇（最高3.5）を約3ヶ月後微熱胸水の増加を見るため難治7通気を5Frカテーテルでドレナージを行った。約200ml/日の排液あり。培養陰性細胞診クラス1と1週間後に肺塞栓症を抜去したがメッシュの破片のものが先端についた。
デキソメタゾンは100%ポリグリコール酸で、埋没後加水分解され始めずれ完全に吸収される。加水分解時にはpHが低下して組織反応を起こす可能性があり、胸腔内使用例で埋没後1ヵ月目から約3ヵ月間発熱が続いた例もある。本例も3ヵ月後にCRPが正常化し、その後発熱胸水増加もない。

5. 肺癌術後気管支断端瘻・膿胸に対しContraIateral Approachによる縫閉鎖およびOmentoplastyを施行した1例 常塚宣男, 佐藤日出夫（石川県立中央病院呼吸器外科）

左肺巣除後の気管支断端瘻の処置においてtranspleural approachは、解剖学的位置および肺辺の存在により操作が困難である。今回我々は左肺巣除後気管支断端瘻による膿胸に対しcontraIateral approach（extrapleural）により、気管支断端瘻を処理した。症例は術後10日目に発熱、喀痰、胸水培養陰性であったが、3日後に膿胸を疑い、Trocar挿入した。その4日後に右肺炎を併発、人工呼吸器、IVH管理により肺炎を治癒させた後、気管支断端閉鎖を行った。その後二期的に大網充填を施行した。