

第122回 日本呼吸器学会東北地方会
第152回 日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会
第20回 日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会東北支部会

講演プログラム・抄録集

会 長

第122回日本呼吸器学会東北地方会 井上 彰

(東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野)

第152回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 生方 智

(坂総合病院 呼吸器科)

第20回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会 玉田 勉

(東北医科薬科大学 内科学第一)

■一般演題

第1会場	医学生・研修医セッション1	09:30~10:20
	医学生・研修医セッション3	10:20~11:20
	一般演題1	11:20~12:08
第2会場	医学生・研修医セッション2	09:30~10:30
	医学生・研修医セッション4	10:30~11:20
	一般演題2	11:20~12:10
	一般演題3	13:30~14:18

■優秀演題表彰式

第1会場	14:20~14:30
------	-------------

■ランチョンセミナー1・2

第1・第2会場	12:25~13:25
---------	-------------

■教育講演

第1会場	13:30~14:20
------	-------------

日 時：2026年3月7日（土）受付9：00 より

会 場：フォレスト仙台

〒981-0933 仙台市青葉区柏木1丁目2-45

参加費：無料

※ご参加を希望される方は、事前参加登録システム
での参加登録をお願いいたします。

【事務局】

東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1

TEL：022-717-7366

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. 口演時間は以下の通りです。

医学生・研修医セッション…10分（口演7分＋討論3分）

一般演題…8分（口演6分＋討論2分）

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Windows11、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はご遠慮ください。

・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)

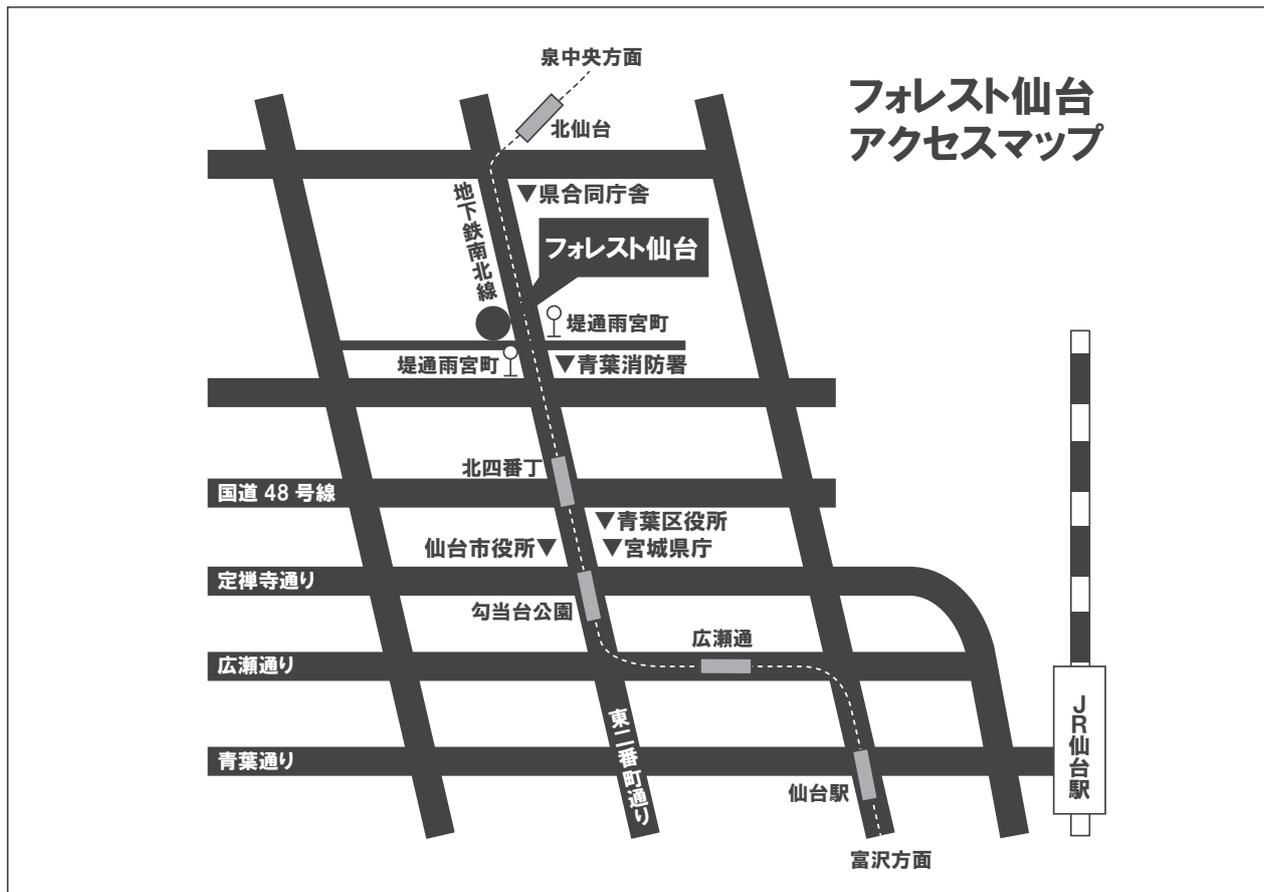
参加者へのご案内

1. 参加受付は9:00より、会場（フォレスト仙台 2階）にて行います。
2. 参加費 無料
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を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は当日、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)

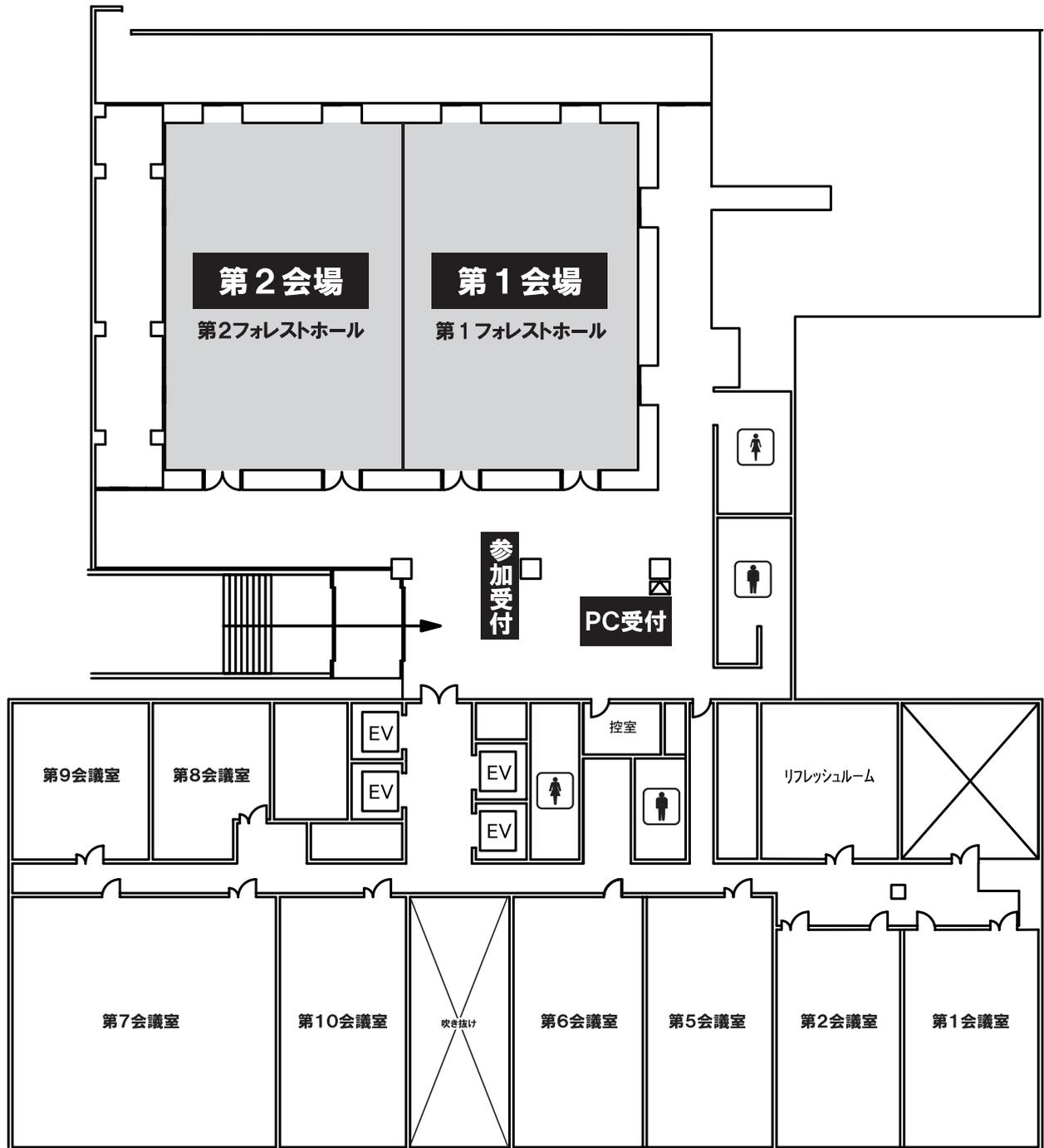
【降車停留所】「堤通雨宮町」(徒歩約2分)

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122回日本呼吸器学会東北地方会
 第152回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会
 第20回日本サルコイドーシス／肉芽腫性疾患学会東北支部会

日程表

2026年3月7日(土)

(敬称略)

	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	第7会議室
	日本呼吸器学会東北地方会 会長 井上 彰	日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 生方 智	
9:30	9:25~9:30 開会の辞	9:25~9:30 開会の辞	
10:00	9:30~10:20 医学生・研修医セッション1 座長：玉田 勉 秋山 真親	9:30~10:30 医学生・研修医セッション2 座長：西脇 道子 小荒井 晃	
11:00	10:20~11:20 医学生・研修医セッション3 座長：福原 達朗 佐藤 正道	10:30~11:20 医学生・研修医セッション4 座長：牧口 友紀 峯村 浩之	11:00~11:45 日本呼吸器学会東北支部 代議員会
12:00	11:20~12:08 一般演題1 座長：内海 裕 渋谷 嘉美	11:20~12:10 一般演題2 座長：鈴木 康仁 禰原 智博	11:45~12:15 日本結核非結核性抗酸菌症学会 東北支部 代議員会
13:00	12:25~13:25 ランチョンセミナー1 EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の治療パラダイムシフト ～アミバンタマブの位置づけと副作用マネジメント～ 座長：渡邊 香奈 演者：宮内 栄作 共催：Johnson & Johnson (ジョンソン・エンド・ジョンソン)	12:25~13:25 ランチョンセミナー2 Back to the evidence ~Ramucirumab; A reliable drug for over a DECADE~ 座長：吉村 成央 演者：本庄 統 共催：日本イーライリリー株式会社	
14:00	13:30~14:20 教育講演 座長：宮内 栄作 演者：井上 彰	13:30~14:18 一般演題3 座長：當麻 景章 竹田 正秀	
	14:20 - 14:30 優秀演題表彰式		
15:00	14:40~16:50 呼吸器抗酸菌症カンファレンス	14:30~14:35 閉会の辞 日本呼吸器学会東北地方会 会長 井上 彰	
16:00			
17:00			

< 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 9:25～9:30

第122回日本呼吸器学会東北地方会 会長 井上 彰
(東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野)

医学生・研修医セッション1

9:30～10:20 第1会場 (第1フォレストホール)

座長：東北医科薬科大学医学部 内科学第一 (呼吸器内科) 玉田 勉
岩手医科大学 秋山 真親

01. BALF でライノ・エンテロウイルスを検出した重症肺炎 / ARDS の 1 例

山形県立中央病院 臨床研修センター¹, 山形県立中央病院 呼吸器内科²,
山形大学医学部附属病院 第一内科³

◎久保木 剛¹, 鈴木 博貴², 久米 壮亮³, 鈴木 彩花², 島田 佳林²,
渡辺 友理², 吾妻 祐介², 相澤 貴史², 宮崎 収², 野川 ひとみ²,
麻生 マリ², 日野 俊彦²

02. 高齢者施設内で発症した成人の両側百日咳肺炎の 1 例

宮城厚生協会 坂総合病院 呼吸器科

◎畠山 怜大, 高橋 洋, 小室 英恵, 佐藤 幸佑, 矢島 剛洋, 神宮 大輔,
渡辺 洋, 生方 智

**03. 器質化肺炎と同時に診断した肺野生型トランスサイレチン (ATTRwt)
アミロイドーシスの1例**

みやぎ県南中核病院 呼吸器内科

◎岩井 千祐, 東條 裕, 綿貫 善太, 佐藤 輝幸

**04. タクロリムス長期服用後に悪性リンパ腫を発症した抗 ARS 抗体陽性間
質性肺炎の一例**

青森県立中央病院 初期研修医¹, 同院 呼吸器内科²

◎大志民 一成¹, 森本 武史², 小田切 遥², 石戸谷 美奈², 三浦 大²,
長谷川 幸裕²

05. 治療抵抗性の急速進行性間質性肺炎を発症した抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎の一例

青森県立中央病院 初期研修医¹, 青森県立中央病院 呼吸器内科²

◎西野 博喜¹, 森本 武史², 小田切 遥², 石戸谷 美奈², 三浦 大²,
長谷川 幸裕²

医学生・研修医セッション3

10:20～11:20 第1会場 第1フォレストホール

座長：宮城県立がんセンター 呼吸器内科 福原 達朗
公立置賜総合病院 呼吸器内科 佐藤 正道

12. KRAS G12C 変異陽性肺腺癌に対してソトラシブ再導入 (Rechallenge) で奏効した一例

東北医科薬科大学 医学部 5年生¹,

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(呼吸器内科)²

◎大松 脩暉¹, 吉村 成央², 栗山 智哉¹, 伊藤 凌典¹, 入部 雄太¹, 大友 梓²,
鈴木 利央登², 光根 歩², 安達 哲也², 玉田 勉²

13. 脳・左腋窩リンパ節・腰椎転移照射後, エヌトレクチニブを導入しえた ROS1 融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

東北医科薬科大学 医学部 5年生¹,

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(呼吸器内科)²

◎河津 天音¹, 吉村 成央², 小笠原 功騎¹, 幕内 裕真¹, 石田 智也¹,
大友 梓², 鈴木 利央登², 光根 歩², 安達 哲也², 玉田 勉²

14. アファチニブ PD 後, オシメルチニブによる薬剤性肺障害を来した EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

東北医科薬科大学 医学部 5年生¹,

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(呼吸器内科)²

◎山下 和佳¹, 吉村 成央², 大竹 佑佳¹, 半澤 堯大¹, 鈴木 稜人¹,
大友 梓², 鈴木 利央登², 光根 歩², 安達 哲也², 玉田 勉²

15. 免疫チェックポイント阻害薬による重症サイトカイン放出症候群を発症 した肺腺癌の1例

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

◎高橋 花綸¹, 久米 壮亮², 五十嵐 朗², 名和 祥江², 小林 真紀²,
中野 寛之², 西脇 道子², 渡辺 昌文², 井上 純人²

16. 人工呼吸器管理下に化学療法を施行し救命し得た中枢気道閉塞型小細胞肺癌の一例

山形県立中央病院臨床研修センター¹，山形県立中央病院呼吸器内科²

◎森野 望¹，宮崎 収収²，日野 俊彦²，野川 ひとみ²，麻生 マリ²，
相澤 貴史²，吾妻 祐介²，渡辺 友理²，島田 佳林²，鈴木 彩夏²，
鈴木 博貴²

17. 肺底部の気腫性嚢胞に発生し、肝臓へ直接浸潤した肺扁平上皮癌の1例

山形県立新庄病院 呼吸器内科¹，山形県立新庄病院 消化器内科²

◎佐藤 侑羅¹，太田 啓貴¹，高村 祐斗¹，岸 宏幸¹，奥本 和夫²

一般演題 1

11:20～12:08 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 内海 裕
秋田厚生医療センター 呼吸器内科 渋谷 嘉美

24. PD-L1 阻害薬投与中に発症した再発性多発軟骨炎の1例

岩手医科大学病院 呼吸器内科

◎菖蒲澤 大樹，千田 大誠，藤本 亜美，八鍬 一博，片桐 紘，堀井 洋祐，
内海 裕，秋山 真親，長島 広相，川田 一郎

25. 稀な病理像を示したリンパ上皮性の胸腺癌の1例

八戸市立市民病院 呼吸器内科

◎藤村 慶貴，赤石 颯人，田中 佑典，土橋 雅樹，二瓶 真由美，熊谷 美香，
安ヶ平 英夫

26. 小細胞肺癌に随伴した Stiff Person Syndrome の一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹，石巻赤十字病院 神経内科²

◎山邊 千尋¹，小野 学¹，石田 雅嗣¹，佐藤 ひかり¹，奥友 洸二¹，
浅原 健人¹，佐藤 公威¹，山口 慧²，小林 誠一¹

27. 両肺の多発結節影を認めた肺リンパ腫様肉芽腫症の1例

東北大学大学院医学系研究科呼吸器内科学分野¹，東北大学病院病理部²，

東北大学病院造血器病理学共同研究部門³，東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野⁴

◎有竹 秀美¹，市川 朋宏¹，村上 康司¹，突田 容子¹，伊藤 辰徳¹，
松本 周一郎¹，室山 佑希²，鈴木 貴³，一迫 玲⁴，山田 充啓¹，杉浦 久敏¹

28. EBUS-UT 法により診断に至った末梢発生の肺カルチノイド腫瘍の 1 例

坂総合病院呼吸器科

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

29. 診断に難渋した肺門・縦隔病変を有するびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

八戸市立市民病院 呼吸器内科

◎赤石 颯人, 藤村 慶貴, 田中 佑典, 土橋 雅樹, 二瓶 真由美, 熊谷 美香,
安ヶ平 英夫

30. 演題取り下げ

第2会場(第2フォレストホール)

開会の辞 9:25～9:30

第152回日本結核・非結核性抗酸菌症学会東北支部学会 会長 生方 智
(坂総合病院 呼吸器科)

医学生・研修医セッション2

9:30～10:30 第2会場 第2フォレストホール

座長：山形大学医学部附属病院 西脇 道子
仙台市立病院 呼吸器内科 小荒井 晃

06. 自己免疫性溶血性貧血を合併したマクロライド不応性 *Mycoplasma pneumoniae* 肺炎の1例

総合南東北病院 呼吸器内科

◎奥野 亮, 滝澤 秀典, 長谷 衣佐乃

07. 空洞を伴う多発結節影を呈し肺結核との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例

仙台市立病院 初期臨床研修医¹, 仙台市立病院 呼吸器内科²

◎相原 伸俊¹, 小荒井 晃², 成田 大輔², 佐々木 優作², 田中 里江²,
白土 陽一², 芦野 有悟²

08. 頸部リンパ節生検検体より多剤耐性と判明した結核症の一例

栗原中央病院¹, 気仙沼市立病院², 結核予防会結核研究所³

◎坂本 尚輝¹, 滝田 克也², 御手洗 聡³, 吉山 崇³, 宇佐美 修¹

09. インフルエンザウイルスA感染症により洞不全症候群をきたしたと考えられる症例

坂総合病院

◎尾形 朔也, 神宮 大輔, 渋谷 清貴, 小室 英恵, 佐藤 幸佑, 矢島 剛洋,
渡辺 洋, 高橋 洋, 生方 智

10. *Actinomyces graevenitzii* が同定された異物誤嚥による気管支内放線菌症の 1 例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹, 秋田赤十字病院 呼吸器内科²,
秋田赤十字病院 検査部³, 秋田赤十字病院 病理診断科⁴

◎袴田 那央¹, 小高 英達², 御所野 麗菜², 島田 健吾², 畠山 菜々美³,
東海林 琢男⁴

11. 寒冷凝集素症に伴う溶血性貧血を合併したマイコプラズマ肺炎の一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹, 石巻赤十字病院 血液内科²

◎廣田 海斗¹, 小野 学¹, 佐藤 公威¹, 浅原 健人¹, 山邊 千尋¹, 奥友 洸二¹,
石田 雅嗣¹, 佐藤 ひかり¹, 大橋 圭一², 中嶌 真治², 高川 真徳²,
小林 誠一¹

医学生・研修医セッション4

10:30 ~ 11:20 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 呼吸器内科学講座 牧口 友紀
いわき市医療センター 呼吸器内科 峯村 浩之

18. 急速に増大し無気肺を呈した EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

市立秋田総合病院 呼吸器内科¹, 市立秋田総合病院 血液内科²

◎下田 寛人¹, 長谷川 幸保¹, 伊藤 武史¹, 伊藤 伸朗¹, 本間 光信¹,
伊藤 史子², 篠原 良徳², 吉岡 智子²

19. 胸水セルブロックを再検することで診断し得た *BRAF* V600E 遺伝子変異陽性肺腺癌の 1 例

市立秋田総合病院 呼吸器内科

◎久保 真由佳, 長谷川 幸保, 伊藤 武史, 伊藤 伸朗, 本間 光信

20. 希釈ボスミン散布とクライオプローブによる反復凍結法が有用であった易出血状態の異物除去の一例

宮城厚生協会 坂総合病院 呼吸器内科¹, 宮城厚生協会 坂総合病院 外科²

◎酒谷 恭平¹, 神宮 大輔¹, 小室 英恵¹, 佐藤 幸佑¹, 矢島 剛洋¹,
生方 智¹, 渡辺 洋¹, 高橋 洋¹, 小野 翼²

21. G-CSF 製剤投与後短時間で発症した急性動脈閉塞症の一例

東北大学病院卒後研修センター¹,

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²

◎松原 光希¹, 菊池 崇史², 井上 直紀², 角藤 翔², 伊藤 辰徳², 相澤 洋之²,
山田 充啓², 杉浦 久敏²

22. 演題取り下げ

23. クライオ肺生検で診断に至った血管内リンパ腫の一例

秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター¹, 秋田大学大学院呼吸器内科学講座²

◎鈴木 喬紘¹, 五島 哲², 滝田 友里², 泉谷 有可², 坂本 祥², 奥田 佑道²,
竹田 正秀², 佐藤 一洋², 中山 勝敏²

一般演題2

11:20 ~ 12:10 第2会場 第2フォレストホール

座長：福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 鈴木 康仁
東北労災病院 呼吸器内科 榊原 智博

31. バルーン併用気管支鏡送達法 (Balloon Dilation for Bronchoscope Delivery: BDBD 法) を実施した bronchus-sign 陰性末梢小型結節の1例

宮城厚生協会 坂総合病院 呼吸器科

◎神宮 大輔, 小室 英恵, 渡部 元太, 酒谷 恭平, 畠山 怜大, 尾形 朔也,
佐藤 幸佑, 矢島 剛洋, 渡辺 洋, 高橋 洋, 生方 智

32. 転移性脊髄腫瘍をみとめた MET ex14 skipping 陽性肺腺癌の1例

岩手医科大学附属病院

◎堀井 洋祐, 藤本 亜美, 千田 大誠, 菖蒲澤 大樹, 八鍬 一博, 片桐 紘,
内海 裕, 秋山 真親, 長島 広相, 川田 一郎

33. 急速進行性の間質性肺炎と肺胞出血を合併した抗 Th/To 抗体陽性全身性強皮症の一例

福島県立医科大学附属病院呼吸器内科

◎山田 龍輝, 佐藤 佑樹, 熊中 貴弘, 風間 健太郎, 渡邊 菜摘, 梅田 隆志,
力丸 真美, 王 新涛, 鈴木 康仁, 斎藤 純平, 金沢 賢也, 谷野 功典,
柴田 陽光

34. 血漿交換後，現病の進行と鑑別を要した抗MDA5 抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺炎の菌血症の一例

坂総合病院呼吸器内科

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

35. 3 例の 10 年以上の長期フォローアップによる肺 *Mycobacterium shinjukuense* 感染症の臨床的評価

坂総合病院 呼吸器科

◎生方 智，神宮 大輔，矢島 剛洋，高橋 洋

36. 気管支鏡を抜去しないクライオ生検（1 スコープ法）導入による重篤な出血リスク低減効果の検討

坂総合病院 呼吸器科

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

一般演題3

13:30～14:18 第2会場 第2フォレストホール

座長：弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科 當麻 景章
秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座 竹田 正秀

37. 肺腫瘤影の精査で確定診断に苦慮したアレルギー性気管支肺真菌症の1例

福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科

◎田中 竜太郎，東川 隆一，佐藤 理子，久米 裕昭

38. 気管支鏡後に急性増悪を呈した *Pasteurella multocida* 肺感染症の1例

山形県立中央病院呼吸器内科

◎鈴木 彩花，相澤 貴史，鈴木 博貴，島田 佳林，渡辺 友理，吾妻 祐介，宮崎 収，麻生 マリ，野川 ひとみ，日野 俊彦

39. 化学放射線療法後の Durvalumab 地固め療法中に侵襲性肺アスペルギルス症を発症した一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科, 感染症科

◎竹内 友里, 當麻 景章, 福島 高志, 秋田 貴博, 坂本 博昭, 牧口 友紀,
糸賀 正道, 田中 寿志, 田坂 定智

40. 胸水 ADA 高値を呈し結核性胸膜炎との鑑別に難渋した IgG4 関連胸水の一例

秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座¹, 藤原記念病院 呼吸器内科²,
みうらアレルギー呼吸器内科クリニック³

◎滝田 友里^{1,2,3}, 五島 哲¹, 泉谷 有可¹, 坂本 祥¹, 奥田 佑道¹, 竹田 正秀¹,
三浦 肇³, 佐藤 一洋¹, 三浦 一樹², 中山 勝敏¹

41. 血液と胸水の培養で *Bacillus cereus* が検出された気胸を伴う肺炎・胸膜炎・敗血症の1例

山形市立病院済生館 呼吸器内科

◎三澤 英介, 片桐 祐司, 太田 隆仁, 阿部 祐紀, 會田 康子, 岩淵 勝好

42. 塗抹陰性肺結核と NTM 感染の鑑別に苦慮した若年外国出生者の多剤耐性肺結核の1例

宮城県結核予防会 興生館¹, 栗原中央病院 呼吸器内科², 結核予防会結核研究所³

◎八重柏 政宏^{1,2,3}, 宇佐美 修², 平潟 洋一², 御手洗 聡³, 吉山 崇³,
齋藤 泰紀¹, 渡辺 彰¹

教育講演 (13:30 ~ 14:20)

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

宮内 栄作

呼吸器疾患の緩和ケア

演者

東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野

井上 彰

がん、非がんを問わず、重篤な呼吸器疾患を有する患者には、原疾患に対する治療とともに QOL の維持・向上を目的とした緩和ケアが不可欠である。患者が抱える多様な「全人的苦痛」に対して、主治医独りで対処することは不可能であり、多職種で連携することが重要である。特に余命 1 年以内と判断される患者では、緩和ケア専門家と連携して適切にアドバンス・ケア・プランニングを実践することが望ましい。終末期にはせん妄対策を重視するとともに、過剰な輸液を控えるなど「引き算の医療」を心がける。

略歴：井上 彰

1995 年 3 月 秋田大学医学部卒業

1998 年 6 月 国立がんセンター中央病院 内科レジデント

2001 年 6 月 医薬品医療機器審査センター 審査第一部審査官

2002 年 7 月 東北大学病院 呼吸器内科 医員 (2007 年 4 月より助教)

2012 年 7 月 東北大学病院 臨床研究推進センター 特任准教授

2015 年 5 月～ 東北大学大学院医学系研究科緩和医療学分野 教授

ランチョンセミナー 1 (12:25 ~ 13:25)

第1会場 (第1フォレストホール)

座長

宮城県立がんセンター 呼吸器内科 医療部長
渡邊 香奈

EGFR 遺伝子変異陽性肺癌の治療パラダイムシフト
~アミバンタマブの位置づけと副作用マネジメント~

演者

東北大学病院 呼吸器内科 病院講師
宮内 栄作

共催：Johnson & Johnson (ジョンソン・エンド・ジョンソン)

ランチョンセミナー 2 (12:25 ~ 13:25)

第2会場 (第2フォレストホール)

座長

東北医科薬科大学医学部 内科学第一 (呼吸器内科) 教授
吉村 成央

Back to the evidence
~Ramucirumab; A reliable drug for over a DECADE~

演者

札幌南三条病院 呼吸器内科 部長
本庄 統

共催：日本イーライリリー株式会社

優秀演題表彰式 14:20 ~ 14:30

閉会の辞 14:30 ~ 14:35

第122回日本呼吸器学会東北地方会 会長 井上 彰
(東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野)

< 抄 録 集 >

医学生・研修医セッション1

9:30～10:20 第1会場(第1フォレストホール)

座長：東北医科薬科大学医学部 内科学第一(呼吸器内科) 玉田 勉
岩手医科大学 秋山 真親

01. BALF でライノ・エンテロウイルスを検出した重症肺炎 / ARDS の 1 例

山形県立中央病院 臨床研修センター¹, 山形県立中央病院 呼吸器内科²,
山形大学医学部附属病院 第一内科³

◎久保木 剛¹, 鈴木 博貴², 久米 壮亮³, 鈴木 彩花², 島田 佳林²,
渡辺 友理², 吾妻 祐介², 相澤 貴史², 宮崎 収², 野川 ひとみ²,
麻生 マリ², 日野 俊彦²

【背景】ライノウイルスは上気道感染症の原因として知られているが、近年、成人においても下気道感染を契機に重症肺炎や ARDS を来す症例が報告されている。

【症例】81 歳男性。胃 GIST に対しイマチニブ治療中、呼吸困難を主訴に入院した。胸部 CT で両側びまん性すりガラス影を認めた。気管支肺泡洗浄液では一般細菌、抗酸菌、真菌はいずれも検出されず、FilmArray にてライノ・エンテロウイルスのみが検出されたことから、成人ライノ・エンテロウイルス肺炎に伴う ARDS と診断した。気管挿管下の人工呼吸器管理およびステロイド治療により酸素化は改善し抜管に至ったが、その後、呼吸状態が再度悪化し、転帰不良であった。

【考察】成人においてもライノ・エンテロウイルスは重症肺炎や ARDS の原因となり得るため、BALF を用いた multiplex PCR 検査は診断に有用である。

02. 高齢者施設内で発症した成人の両側百日咳肺炎の 1 例

宮城厚生協会 坂総合病院 呼吸器科

◎畠山 怜大, 高橋 洋, 小室 英恵, 佐藤 幸佑, 矢島 剛洋, 神宮 大輔,
渡辺 洋, 生方 智

症例は 83 歳男性。脳梗塞後遺症あり要介護 3 で施設入所中であった。2025 年 5 月 X 日に発熱、酸素化低下のため当院に救急搬入され両側肺炎として入院となった。施設の検査では COVID-19 抗原陽性だったが当院搬入時の検査では陰性であったことから、フィルムアレイを施行したところ百日咳が陽性と判定された。個室収容のうえ SBT/ABPT と AZM の併用で治療を開始し、病勢は順調に改善した。喀痰培養では *M. catarrhalis* が分離され、血清学的には PT 抗体価の経時的陽転が確認された。なお、施設内では複数の百日咳感染例が確認されており、他院にも肺炎症例が収容される事態となっていたが、嘱託医による予防投与等で感染状況は収束した。高齢者施設での百日咳流行の報告は稀であるが、麻疹に匹敵する高い感染率を有する病原体であり、今日では迅速診断も可能になっていることから、流行期には施設や病院内での拡散リスクに十分な注意を払う必要がある。

03. 器質化肺炎と同時に診断した肺野生型トランスサイレチン (ATTRwt) アミロイドーシスの1例

みやぎ県南中核病院 呼吸器内科

◎岩井 千祐, 東條 裕, 綿貫 善太, 佐藤 輝幸

【症例】86歳男性【経過】過去に職業性粉塵曝露歴を有し、胸膜プラークおよび慢性胸水を指摘されていた。新たに1ヶ月前からの労作時呼吸困難と肺浸潤影を認め精査加療目的に紹介された。胸部単純CTで右下葉に気管支透亮像を伴う浸潤影を認め、両側にすりガラス影と胸水を認めた。経気管支肺生検で器質化肺炎の所見と肺胞隔壁へのトランスサイレチンアミロイド沈着を認め、遺伝子検査により肺野生型トランスサイレチン (ATTRwt) アミロイドーシスと診断した。副腎皮質ステロイド治療により肺浸潤影は部分的に改善した。【考察】ATTRwtアミロイドーシスでは肺に病変を認めることがあり、主としてびまん性肺胞隔壁型としての報告がみられる。一方で、器質化肺炎とATTRwtアミロイドーシスの合併例は稀であり、文献考察して報告する。

04. タクロリムス長期服用後に悪性リンパ腫を発症した抗ARS抗体陽性間質性肺炎の一例

青森県立中央病院 初期研修医¹, 同院 呼吸器内科²

◎大志民 一成¹, 森本 武史², 小田切 遥², 石戸谷 美奈², 三浦 大²,
長谷川 幸裕²

【症例】67歳女性。X-4年から抗ARS抗体陽性間質性肺炎にてプレドニゾロン(PSL), タクロリムス(TAC), ニンテダニブ(NTB)で加療。X-1年PSL終了し、TAC+NTBで加療継続。X年11月発熱とLDH上昇あり、間質性肺炎増悪を疑いPSL併用再開も改善に乏しく、感染やリンパ増殖性疾患(LPD)が疑われた。当院転院となり造影CTで脾臓に多発する低吸収域認め、可溶性IL-2R著明高値あり悪性リンパ腫が疑われた。EBVは活動期パターンで、医原性免疫不全関連LPD(OIIA-LPD)疑いとしTACを中止した。CTガイド下生検でDLBCLと診断され血液内科転科となった。【まとめ】OIIA-LPDは、メソトレキセート(MTX)以外にも原因があるLPDとされ、MTX-LPDと区別される。長期でTACなどを使用する際には合併の可能性を念頭に置く必要があり教訓的症例として報告する。

05. 治療抵抗性の急速進行性間質性肺炎を発症した抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎の一例

青森県立中央病院 初期研修医¹, 青森県立中央病院 呼吸器内科²

◎西野 博喜¹, 森本 武史², 小田切 遥², 石戸谷 美奈², 三浦 大²,
長谷川 幸裕²

症例は 52 歳男性。X 年 1 月から皮疹あり。同 3 月から咳嗽、息切れを認め急速に増悪した。間質性肺炎疑いで同 4/1 に前医入院したが改善なく同 4/3 に当院転院。入院時低酸素血症、胸部 CT で両側胸膜直下に広範囲で浸潤影・すりガラス陰影あり。血清 KL-6:512 U/ml, フェリチン :1133 ng/ml, 抗 MDA5 抗体:3050 と高値、筋症状と CK 上昇は軽度で、無症候性皮膚筋炎 (CADM) による急速進行性間質性肺疾患 (RP-ILD) と診断した。ステロイドパルス、シクロホスファミド、タクロリムスを併用も改善に乏しく、フェリチン、抗 MDA-5 抗体とも高値が持続したため治療抵抗性としてトファシチニブを追加した。その後酸素化、胸部陰影とも徐々に改善、在宅酸素療法下で自宅退院可能となった。抗 MDA5 抗体陽性皮膚筋炎は、RP-ILD を高頻度に合併し致命的となり得ることから、迅速な診断と集学的治療が必要である。

医学生・研修医セッション2

9:30～10:30 第2会場 第2フォレストホール

座長：山形大学医学部附属病院 西脇 道子
仙台市立病院 呼吸器内科 小荒井 晃

06. 自己免疫性溶血性貧血を合併したマクロライド不応性 *Mycoplasma pneumoniae* 肺炎の1例

総合南東北病院 呼吸器内科

◎奥野 亮, 滝澤 秀典, 長谷 衣佐乃

【症例】16歳女性。X-12日より発熱、頭痛が出現した。前医で左下葉肺炎と診断されアモキシシリン・クラバン酸およびクラリスロマイシン（CAM）が投与された。解熱せず、CAMとともにタゾバクタム・ピペラシリンが投与されたが呼吸不全が進行しX日に当院へ転院した。FilmArrayで*Mycoplasma pneumoniae*が検出され、臨床経過よりCAM不応と判断し、マクロライド耐性株を疑いミノサイクリン・ステロイドを開始した。入院時、著明な赤血球凝集と貧血進行を認め、寒冷凝集素症による溶血性貧血と診断した。治療開始後、速やかに諸症状は改善しX+7日に退院した。【考察】本症例はマクロライド不応性を示したことから耐性株の関与が強く疑われた。有効な抗菌薬への変更が遅れたことで抗原刺激が遷延し、肺炎の重症化に加え免疫介在性の肺外合併症を惹起したと考えられた。耐性菌を考慮すべき現状において、初期治療無効時の早期の薬剤変更と肺外病変への注意が重要である。

07. 空洞を伴う多発結節影を呈し肺結核との鑑別を要した肺クリプトコッカス症の一例

仙台市立病院 初期臨床研修医¹, 仙台市立病院 呼吸器内科²

◎相原 伸俊¹, 小荒井 晃², 成田 大輔², 佐々木 優作², 田中 里江²,
白土 陽一², 芦野 有悟²

【症例】43歳、男性。【現病歴】検診にて胸部X線異常を指摘された。胸部CTで左S6に空洞を伴う多発結節影および縦郭リンパ節腫大を認め、肺結核疑いで当科紹介となった。喀痰および胃液検査で抗酸菌塗抹・結核菌PCRはいずれも陰性、T-SPOTも陰性であり、肺結核は否定的であった。真菌症、悪性腫瘍、血管炎を含め鑑別精査を進めたところ、クリプトコッカス抗原が16倍と陽性であった。明らかな免疫異常は認めず、悪性腫瘍の除外および確定診断目的に気管支鏡を施行した。組織診ではPAS染色で被膜を有する酵母状構造物を認め肺クリプトコッカス症と診断した。眼内および中枢神経病変は認めず、フルコナゾールによる治療を開始した。【考察】免疫正常者の肺クリプトコッカス症では小結節影が主体とされるが、浸潤影や空洞形成など多彩な画像所見を呈することがある。検診を契機に空洞を伴う多発結節影を認める場合、本疾患も鑑別にあげる必要がある。

08. 頸部リンパ節生検検体より多剤耐性と判明した結核症の一例

栗原中央病院¹，気仙沼市立病院²，結核予防会結核研究所³

◎坂本 尚輝¹，滝田 克也²，御手洗 聡³，吉山 崇³，宇佐美 修¹

【症例】34歳女性．国外出生の技能実習生．2024年12月に左頸部リンパ節腫脹を認め，近医耳鼻科針生検にて結核菌を認めた．2025年3月A病院呼吸器内科を紹介．CTで右肺尖部結節影指摘も活動性肺病変認めず．喀痰三連痰で塗抹／培養／抗酸菌PCR陰性のため，排菌陰性リンパ節結核としてHREZで治療開始した．生検検体の結核菌がHRES耐性であったので当院紹介となった．【経過】tNGSを実施して投与薬剤が感受性であることを確認し，2025年7月よりDLM，BDQ，LZD，LVFX，CS投与で治療を開始した．排菌陰性であったが，治療導入による副作用観察のため入院とし，入院第23日後，退院．A病院外来にて加療中である．【考察】近年外国出生者の結核症が増加し，それらの薬剤耐性割合は高い．薬剤感受性検査の結果が判明するまで標準治療が行われてしまう多剤耐性結核症への早期耐性診断と適切な治療が求められる．

09. インフルエンザウイルス A 感染症により洞不全症候群をきたしたと考えられる症例

坂総合病院

◎尾形 朔也，神宮 大輔，渋谷 清貴，小室 英恵，佐藤 幸佑，矢島 剛洋，
渡辺 洋，高橋 洋，生方 智

【症例】44歳男性．過敏性腸症候群，広場恐怖症／パニック障害の既往あり．【臨床経過】発熱を主訴に近医を受診しインフルエンザA陽性，全身状態不良のため当院に救急搬送となった．PCR検査ではインフルエンザA/H1-200が検出された．肺炎・腸炎の合併を認め，ノイラミニダーゼ阻害薬と抗菌薬投与を開始し，ICU管理で入院加療の方針とした．第2病日に脈拍30台/分の徐脈が出現し強直間代性痙攣をきたし，低酸素血症に至った．洞不全症候群と診断し，一時的ペースメーカーを留置した．留置後洞不全症候群の出現なく，第5病日にペースメーカー抜去，第13病日に退院とした．【考察】インフルエンザウイルス感染では，呼吸器症状のみならず心血管合併症をきたすこともある．稀ではあるが，房室ブロックや洞不全症候群などの重篤な伝導障害をきたす可能性があるため，前失神や徐脈などの症候に注意し，心電図モニタリングやペースメーカー治療等の適切な対応が重要である．

10. *Actinomyces graevenitzii* が同定された異物誤嚥による気管支内放線菌症の 1 例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹, 秋田赤十字病院 呼吸器内科²,

秋田赤十字病院 検査部³, 秋田赤十字病院 病理診断科⁴

◎袴田 那央¹, 小高 英達², 御所野 麗菜², 島田 健吾², 畠山 菜々美³,

東海林 琢男⁴

肺放線菌症の原因菌としては *Actinomyces israelii* が一般的である。今回、*Actinomyces graevenitzii* が同定された。異物誤嚥による気管支内放線菌症の 1 例を報告する。症例は 48 歳の小児喘息既往のある女性である。3 か月前から続く血痰と緑色痰を主訴に当科を受診した。胸部単純 CT で、左 B9-10 分岐部の細長い異物とその末梢の浸潤影を認めた。追加問診で、5 年前に魚料理を食べてむせた後から乾性咳嗽が続いていることが分かった。本人は既往の小児喘息の影響と考えていた。気管支鏡下に摘出した異物は魚骨として矛盾しない組織像であった。気管支洗浄液からは細い糸状のグラム陽性桿菌が検出され、質量分析法で *Actinomyces graevenitzii* と同定された。気管支鏡検査後、症状は消退した。*Actinomyces graevenitzii* は異物誤嚥を契機とした気管支内放線菌症の原因菌となり得る。質量分析法は異物誤嚥による気管支内放線菌症の菌種同定に有用である。

11. 寒冷凝集素症に伴う溶血性貧血を合併したマイコプラズマ肺炎の一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹, 石巻赤十字病院 血液内科²

◎廣田 海斗¹, 小野 学¹, 佐藤 公威¹, 浅原 健人¹, 山邊 千尋¹, 奥友 洸二¹,

石田 雅嗣¹, 佐藤 ひかり¹, 大橋 圭一², 中嶋 真治², 高川 真徳²,

小林 誠一¹

症例は 74 歳、男性。咳嗽、咽頭痛、黄疸、褐色尿を主訴に来院した。胸部 CT で下肺優位の気管支壁肥厚、小葉中心性粒状影、浸潤影を認めた。マイコプラズマ抗原陽性であり、マイコプラズマ肺炎として抗菌薬治療を開始した。また、貧血、間接ビリルビン優位のビリルビン上昇、LDH 上昇、尿中ウロビリノーゲン陽性を認め、溶血性貧血が疑われた。寒冷凝集反応の著明な上昇及び直接 Coombs 試験陽性を認め、マイコプラズマ感染に伴う寒冷凝集素症に伴う溶血性貧血の診断となった。後日、直接抗グロブリン試験での IgG 陰性、C3b/d 陽性が判明し、診断を裏付けるものとなった。寒冷曝露対策、加温輸血等の支持療法により、全身状態及び貧血は改善し、退院の方針となった。マイコプラズマ肺炎に合併する寒冷凝集素症は比較的稀であり、貧血進行時には本症例を念頭においた早期診断と適切な対応が重要である。

医学生・研修医セッション3

10:20～11:20 第1会場 第1フォレストホール

座長：宮城県立がんセンター 呼吸器内科 福原 達朗
公立置賜総合病院 呼吸器内科 佐藤 正道

12. KRAS G12C 変異陽性肺腺癌に対してソトラシブ再導入 (Rechallenge) で奏効した一例

東北医科薬科大学 医学部 5年生¹,

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(呼吸器内科)²

◎大松 脩暉¹, 吉村 成央², 栗山 智哉¹, 伊藤 凌典¹, 入部 雄太¹, 大友 梓²,
鈴木 利央登², 光根 歩², 安達 哲也², 玉田 勉²

【症例】52歳女性。喫煙歴あり。KRAS G12C 変異陽性肺腺癌 cT3N3M1c, cStage IV B と診断された。一次治療として CBDCA + PEM + ペンブロリズマブを施行後、二次治療として KRAS G12C 阻害薬ソトラシブを導入し、一時的に PR を得たが、原発巣およびリンパ節転移の増悪を認め中止。以降、DTX + RAM, nab-PTX など複数の細胞障害性化学療法を施行後、五次治療としてソトラシブを再導入したところ、原発巣および肺門縦隔リンパ節の著明な縮小を認めた。

【考察】KRAS G12C 阻害薬再導入の効果の報告は極めて少なく、その機序は十分に解明されていない。KRAS G12C 阻害薬耐性は複数の耐性クローンによる可塑的機序が想定されており、本症例では治療経過中の腫瘍クローン構成変化により、KRAS 依存性クローンが再優位となったことで、ソトラシブが再導入され奏効を得たと考える。

13. 脳・左腋窩リンパ節・腰椎転移照射後、エヌトレクチニブを導入しえた ROS1 融合遺伝子陽性肺腺癌の一例

東北医科薬科大学 医学部 5年生¹,

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一(呼吸器内科)²

◎河津 天音¹, 吉村 成央², 小笠原 功騎¹, 幕内 裕真¹, 石田 智也¹,
大友 梓², 鈴木 利央登², 光根 歩², 安達 哲也², 玉田 勉²

【症例】症例は75歳女性、右鎖骨上窩リンパ節腫大を契機に精査され、肺腺癌(cT3N3M1b, cStage IV B)と診断された。オンコマインでROS1陽性、PD-L1 TPSは1%未満であった。多発脳転移を伴っており、CNS移行性が良いエヌトレクチニブを初回治療として選択した。投与後、画像所および腫瘍マーカーの改善を認めたが、腎機能障害のため一時休薬および減量を要した。減量再開後も病勢は安定している。

【考察】ROS1融合遺伝子陽性肺癌は非小細胞肺癌の約1～2%と稀であり、また診断時脳転移を伴うことが20%～30%台と多い。エヌトレクチニブは血液脳関門(BBB)通過とCNS内滞留を意図して設計され、動物実験でblood-to-brain ratio 0.4-1.9とCNS移行が良好であり、診断時脳転移を有する本症例において有効な治療選択肢となり得ると考えた。また、必要な姑息照射を遅滞なく施行し、分子標的薬につなげることが肝要である。

14. アファチニブ PD 後, オシメルチニブによる薬剤性肺障害を来した EGFR 遺伝子変異陽性肺腺癌の一例

東北医科薬科大学 医学部 5 年生¹,

東北医科薬科大学 医学部 内科学第一 (呼吸器内科)²

◎山下 和佳¹, 吉村 成央², 大竹 佑佳¹, 半澤 堯大¹, 鈴木 稜人¹,

大友 梓², 鈴木 利央登², 光根 歩², 安達 哲也², 玉田 勉²

【症例】72 歳, 女性. X-8 年の健診で CEA 高値と胸部 X 線異常を指摘された. EGFR Del 19 変異陽性の右下葉肺腺癌 (cStage III B) と診断, X-8 年 11 月からアファチニブ 40mg 開始した. 長期奏功を認めるも, X 年 3 月に左鎖骨上窩リンパ節の再増大認め, 同年 6 月にリンパ節生検により T790M 変異を認め, 7 月よりオシメルチニブ 80mg に変更した. 腫瘍縮小を認めたが, 11 月頃より労作時呼吸困難感増悪し, 12 月の CT で両肺の気管支周囲主体に散在性浸潤影とすりガラス影, KL-6 上昇認め, オシメルチニブによる G 2 の肺臓炎と考えた. オシメルチニブ中止し, プレドニゾロン投与により, 症状, 画像所見および KL-6 が改善した. 【考察】ILD は EGFR-TKI のクラス効果だが頻度に薬剤差がある. また, 同一症例でも発症薬と非発症薬が分かれる報告もあり, 薬剤固有の要素や宿主因子が関与する可能性が示唆される.

15. 免疫チェックポイント阻害薬による重症サイトカイン放出症候群を発症した肺腺癌の 1 例

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

◎高橋 花綸¹, 久米 壮亮², 五十嵐 朗², 名和 祥江², 小林 真紀²,

中野 寛之², 西脇 道子², 渡辺 昌文², 井上 純人²

免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の副作用のうち, サイトカイン放出症候群 (CRS) はまれだが致死的になりうる. 症例は 30 代女性. 進行肺腺癌に対し化学療法を行っていた. 4 次治療としてアテゾリズマブを含んだレジメンで治療を開始した. 皮疹と発熱がみられ ICI の皮膚障害として投与 12 日目からステロイドの全身投与を開始し解熱した. 14 日目に再度発熱したため CRS と考えてステロイドパルス療法を開始し, 抗 IL-6 受容体抗体を投与したが改善なくショック状態となり侵襲的陽圧換気を導入した. 重症 CRS と考えて抗 IL-6 受容体抗体を計 4 回反復投与すると改善が得られ, 64 日目に自宅退院した. 免疫関連有害事象としての CRS はまれで, 十分に理解が進んでいない. 重症 CRS では血球貪食性リンパ組織球症様の病態を呈する可能性があり, 病態理解が診断および治療方針決定の一助となることが期待される.

16. 人工呼吸器管理下に化学療法を施行し救命し得た中枢気道閉塞型小細胞肺癌の一例

山形県立中央病院臨床研修センター¹，山形県立中央病院呼吸器内科²

◎森野 望¹，宮崎 収収²，日野 俊彦²，野川 ひとみ²，麻生 マリ²，
相澤 貴史²，吾妻 祐介²，渡辺 友理²，島田 佳林²，鈴木 彩夏²，
鈴木 博貴²

Small cell lung cancer (SCLC) は中枢発生が多く，気道閉塞により急性呼吸不全を来すことがあり，治療選択に迷う場合がある。症例は74歳女性。検診で左肺門部腫瘍を指摘され，CTで左主気管支狭窄を認めたが，初診時は低酸素を認めず経過観察した。12日後，左完全無気肺による重症低酸素血症を来し救急搬送された。非侵襲的陽圧換気や高流量鼻カニューラ酸素療法は無効で，気管内挿管下に集中治療管理となった。VV-ECMO導入も検討したが，未診断担癌状態で出血や感染などの合併症リスクが高いと判断し導入は見送った。CT所見およびProGRP高値からSCLCと臨床診断し，人工呼吸器管理下にカルボプラチン+エトポシド療法を開始したところ，呼吸状態は速やかに改善し，第9病日に抜管可能となった。中枢気道閉塞を伴うSCLCでは，VV-ECMOを含む治療選択を検討しつつ，病態と治療反応性を踏まえた戦略が重要である。

17. 肺底部の気腫性嚢胞に発生し，肝臓へ直接浸潤した肺扁平上皮癌の1例

山形県立新庄病院 呼吸器内科¹，山形県立新庄病院 消化器内科²

◎佐藤 侑羅¹，太田 啓貴¹，高村 祐斗¹，岸 宏幸¹，奥本 和夫²

【症例】70代男性。COPDで在宅酸素療法中。X年2月に右下葉肺炎で当科入院歴がある。同年6月，心窩部痛を主訴に救急外来を受診した。CTで肝S8に辺縁リング状の造影効果を示す低吸収域，および総胆管結石，胆管軽度拡張を認め，胆管炎・肝膿瘍の疑いで当院消化器内科へ入院した。入院時，右肺底部の気腫性嚢胞に接する壁肥厚を認めたが，肺炎の既往による炎症性変化と判断された。胆管炎に対して内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)および採石術を施行された。抗菌薬投与1週間後の肝臓ダイナミックCTで，肺病変が横隔膜を超えて右肺底部から肝S8に直接浸潤する所見を認めた。肝生検の結果，扁平上皮癌と診断された。【考察】肺癌が肝臓へ直接浸潤をきたす病態は稀である。本症例では肺炎治療後の気腫性嚢胞の部位に癌が発生したこと，および隣接する肝臓への直接浸潤という非典型的な進展様式を呈したことが，初期診断を困難にした要因と考えられた。

医学生・研修医セッション4

10:30～11:20 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 呼吸器内科学講座 牧口 友紀
いわき市医療センター 呼吸器内科 峯村 浩之

18. 急速に増大し無気肺を呈した EBV 陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

市立秋田総合病院 呼吸器内科¹，市立秋田総合病院 血液内科²

◎下田 寛人¹，長谷川 幸保¹，伊藤 武史¹，伊藤 伸朗¹，本間 光信¹，
伊藤 史子²，篠原 良徳²，吉岡 智子²

【症例】82歳の男性。喫煙歴は30本/日×60年。近医で施行されたCTで腹部大動脈瘤を指摘され、手術目的に当院心臓血管外科へ紹介。術前CTで、1か月前に認められなかった左肺門部腫瘍および右腋窩リンパ節腫大を指摘され当科紹介。肺癌が疑われ気管支鏡検査を施行したが診断に至らず。全身麻酔下に右腋窩リンパ節生検を施行されたが、術後の胸部X線写真で左上肺野無気肺を認め、腫瘍増大による閉塞性無気肺と考えられた。臨床的に肺癌と考えて放射線治療を施行し、無気肺は介助された。免疫組織学的に腫瘍細胞は、CD20+、CD3-、EBER-ISH+、Ki-67 90%であり、EBV陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。【考察】EBV陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫は高齢者に多く、急速に進行する。節外臓器に浸潤しやすく、肺に病変が生じる頻度は約9%と報告されている。また、腫瘍組織内に広範かつ高度な壊死を伴うことが多く、診断に難渋することが多いとされている。

19. 胸水セルブロックを再検することで診断し得た *BRAF* V600E 遺伝子変異陽性肺腺癌の 1 例

市立秋田総合病院 呼吸器内科

◎久保 真由佳，長谷川 幸保，伊藤 武史，伊藤 伸朗，本間 光信

【症例】68歳の男性。近医で肺癌が疑われ20XX年2月に当科紹介。気管支鏡検査および全身検索を施行し、右上葉肺腺癌(cT1cN3M0 Stage III B)と診断。PD-L1 75%、ODxTTで*BRAF* V600E遺伝子変異は判定不能であった。1次治療をWeekly CBDCA + PTX + RTで開始し、維持治療としてDurvalumabを導入。その後PDとなり、2次治療をPEMで開始。20XX+1年4月から胸水増大あり、胸水セルブロックでadenocarcinomaと診断され、F1CDx検査に提出した。3次治療でPembrolizumab、4次治療でCBDCA + nab-PTX + Atezolizumabによる治療を導入。後日*BRAF* V600E遺伝子変異が陽性と判明し、5次治療としてdabrafenib + trametinibによる治療を導入し得た。【考察】ODxTTでdriver mutationが判定不能でも、F1CDxで同定されたとの報告や、胸水セルブロックがF1CDxの検体として有用であったとの報告がある。肺腺癌患者では、TKIによる治療の機を逸さないためにもF1CDxなどのCGP検査を実施することは重要である。

20. 希釈ボスミン散布とクライオプローブによる反復凍結法が有用であった 易出血状態の異物除去の一例

宮城厚生協会 坂総合病院 呼吸器内科¹, 宮城厚生協会 坂総合病院 外科²

◎酒谷 恭平¹, 神宮 大輔¹, 小室 英恵¹, 佐藤 幸佑¹, 矢島 剛洋¹,
生方 智¹, 渡辺 洋¹, 高橋 洋¹, 小野 翼²

【抄録】

症例は83歳女性。巨大食道裂孔ヘルニア、気管支喘息、脳梗塞の既往あり。数か月前より改善しない喘鳴・労作時呼吸困難を認め、当科を紹介受診した。複合型食道裂孔ヘルニアによる両側気管支圧排像を認め、これに由来する症状としても示唆されたが、左上葉支入口部の異物閉塞も否定できなかった。喘鳴と低酸素血症が増悪し、気管支鏡検査を施行した。左上葉支入口部に白色構造物を認め、狭帯域光観察と超音波で血管を否定し、異物と判断した。抗血小板薬内服中で、異物は肉芽により固着しており剥離は出血リスクが懸念された。希釈ボスミン散布下にクライオプローブによる反復凍結で剥離し、バスケット鉗子で摘出した。異物は大豆であり、摘出後に症状は軽快した。

【考察】

易出血状態で肉芽形成を伴う異物摘出では、出血により視野確保がしばしば困難となる。希釈ボスミン散布とクライオプローブによる反復凍結法は、安全な剥離手技の選択肢となり得る。

21. G-CSF 製剤投与後短時間で発症した急性動脈閉塞症の一例

東北大学病院卒後研修センター¹,

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²

◎松原 光希¹, 菊池 崇史², 井上 直紀², 角藤 翔², 伊藤 辰徳², 相澤 洋之²,
山田 充啓², 杉浦 久敏²

【症例】76歳、女性【主訴】右上肢の疼痛、脱力【現病歴】左上葉肺腺癌に対してX-1年8月に左上葉切除術+リンパ節郭清を行い(pT2bN2M0, stage III A), 術後補助化学療法として10月よりシスプラチン+ビノレルビンを開始した。化学療法 day14 に grade4 の好中球減少を認めたため、フィルグラスチム75 μ gの皮下注射を行った。フィルグラスチム投与1時間後から右上肢の疼痛、脱力が出現し、右上肢での血圧低下も認めたため、血管外科へ紹介し造影CTを施行したところ右鎖骨下動脈遠位部の閉塞を認めた。同日緊急で右鎖骨下動脈の血栓除去術を施行したところ、血流の回復が得られ右上肢の疼痛、運動も改善した。【考察】G-CSF製剤は好中球によるneutrophil extracellular traps (NETs)形成や組織因子の発現増加などを介して血栓形成を促進させる可能性が示唆されている。G-CSF製剤の使用に際しては稀ではあるが動脈血栓症が生じる可能性を考慮する必要がある。

22. 演題取り下げ

23. クライオ肺生検で診断に至った血管内リンパ腫の一例

秋田大学医学部附属病院 総合臨床教育研修センター¹, 秋田大学大学院呼吸器内科学講座²

◎鈴木 喬紘¹, 五島 哲², 滝田 友里², 泉谷 有可², 坂本 祥², 奥田 佑道²,
竹田 正秀², 佐藤 一洋², 中山 勝敏²

57歳の女性。数日間持続する発熱のため、市販の解熱剤を内服していた。健診で偶発的に腎機能低下を指摘され、近医受診。尿中 β -2ミクログロブリンの上昇とCT検査で両側肺野のすりガラス影を指摘され、薬剤性間質性腎炎・間質性肺炎の診断でステロイド加療開始。肺野陰影と腎機能は一時的に改善したが、ステロイド漸減中に再燃を認め当科転院となった。検査所見から血液腫瘍を疑い、腎生検・骨髄検査施行も診断に至らず、クライオ肺生検により血管内リンパ腫の組織診断となった。

血管内リンパ腫は組織診断が困難な疾患であり、肺組織から診断に至った報告は少ない。本症例ではクライオ肺生検により治療に結びつけることができた症例であり報告する。

一般演題 1

11:20～12:08 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 内海 裕
秋田厚生医療センター 呼吸器内科 渋谷 嘉美

24. PD-L1 阻害薬投与中に発症した再発性多発軟骨炎の 1 例

岩手医科大学病院 呼吸器内科

◎菖蒲澤 大樹, 千田 大誠, 藤本 亜美, 八鍬 一博, 片桐 紘, 堀井 洋祐,
内海 裕, 秋山 真親, 長島 広相, 川田 一郎

61 歳 女性. 右肩背部痛を契機に胸水を指摘され, X-2 年 12 月 右下葉肺腺癌 cT2N2M1a (PLE) の診断となる. X-1 年 1 月 CBDCA+PTX+BEV+Atezo を開始した. アテゾリズマブ + ベバシズマブによる維持療法中, 12 月に咳嗽, 前胸部痛を自覚された. 高 CRP 血症を伴っていたが, 抗菌薬に反応なく, 各種自己抗体は陰性であった. のちに鞍鼻を自覚していたこと, CT で気管気管支壁の肥厚を認めていたことが判明し再発性多発軟骨炎 (RP) を疑い PET-CT を予定していたが, 翌 1 月 前胸部痛, 股関節痛, 右肩関節痛, 呼吸困難感が増悪し救急搬送となった. NHF を要する状態であったが, mPSL パルスに反応し症状の改善を得た. 鼻中隔軟骨や耳介軟骨生検では有意な所見は得られなかったが McAdam, Damiani らの診断基準より RP と診断した. 免疫抑制薬を併用し治療を行ったが, COPD の合併もあり, 疾患活動性の評価が難しい経過であった. PD-L1 阻害薬投与中の再発性多発軟骨炎の発症は稀であり, 文献的考察を加えて報告する.

25. 稀な病理像を示したリンパ上皮性の胸腺癌の 1 例

八戸市立市民病院 呼吸器内科

◎藤村 慶貴, 赤石 颯人, 田中 佑典, 土橋 雅樹, 二瓶 真由美, 熊谷 美香,
安ヶ平 英夫

【症例】55 歳男性【経過】3 か月前からの労作時呼吸困難および顔面・頸部腫脹のため近医を受診し, 精査加療目的で当院紹介となった. 胸部 CT 検査にて下行大動脈へ浸潤する前縦隔腫瘍と両側胸水を認め, 胸腔鏡下腫瘍生検および姑息照射を行った. 迅速診断では悪性リンパ腫が疑われ, 一度血液内科に紹介となるも, 永久標本によりリンパ上皮性の胸腺癌疑いと診断され当院再紹介となった. 切除不能進行例であったため, カルボプラチン+パクリタキセル併用療法を施行したが病勢進行を認め, 局所症状緩和目的に再度姑息照射を行った. また, 縦隔における静脈・リンパ循環障害を背景に生じた血栓症や乳び胸などの合併症に対して支持療法を行った. 現在は外来にて経過観察中である. 【考察】稀な病理像を示す胸腺癌の一例を経験したため, 診断および治療経過について文献的考察を含めて報告する.

26. 小細胞肺癌に随伴した Stiff Person Syndrome の一例

石巻赤十字病院 呼吸器内科¹, 石巻赤十字病院 神経内科²

◎山邊 千尋¹, 小野 学¹, 石田 雅嗣¹, 佐藤 ひかり¹, 奥友 洸二¹,
浅原 健人¹, 佐藤 公威¹, 山口 慧², 小林 誠一¹

【症例】50代男性【既往歴】B型肝炎【現病歴】X年10月に溶連菌に感染した。同月中旬より複視及び眼振が出現した。頭部CTでは器質的な異常は指摘されなかった。その後ふらつきや腱反射低下が出現しFisher症候群疑いで11月に精査加療目的に当院神経内科に入院した。【経過】第2病日に嚥下障害、喀痰排出力の低下が見られ気管挿管、のちに気管切開に至った。IVIg療法終了後に両下肢の痙性が出現しStiff Person Syndrome (SPS) が疑われた。血中抗GAD抗体が強陽性であった。前医CTや当院での胸随MRIで肺腫瘍が指摘された。生検で小細胞肺癌と診断され腫瘍随伴性のSPSと診断された。クロナゼパムの内服に加え化学放射線療法を施行し腫瘍の著明な縮小を認めた。嚥下機能や痙性は改善し気管孔閉鎖後に独歩で自宅退院した。【考察】PSPは希な疾患だが腫瘍随伴性のものはさらに頻度が少ない。治療には背景にある腫瘍の検索・治療が重要である。

27. 両肺の多発結節影を認めた肺リンパ腫様肉芽腫症の1例

東北大学大学院医学系研究科呼吸器内科学分野¹, 東北大学病院病理部²,

東北大学病院造血管器病理学共同研究部門³, 東北大学大学院医学系研究科病理診断学分野⁴

◎有竹 秀美¹, 市川 朋宏¹, 村上 康司¹, 突田 容子¹, 伊藤 辰徳¹,
松本 周一郎¹, 室山 佑希², 鈴木 貴³, 一迫 玲⁴, 山田 充啓¹, 杉浦 久敏¹

症例は36歳、男性。X-1年3月頃より間欠熱、右鼠経リンパ節を触知していた。X年4月より38度台の発熱が持続、近医受診し両肺多発結節影を認め近医呼吸器内科受診。両肺に多発結節影、脾腫、右鼠経リンパ節腫大を認めた。酸素化低下を認め入院、悪性リンパ腫が疑われ、診断目的に当院当科転院。右鼠経リンパ節を生検し病理学的にホジキンリンパ腫が疑われたためX年5月に血液内科転科。骨髓液のマーカー解析では、明らかなAbnormal populationを認めず、EBV陽性細胞の散在、血管周囲のBリンパ球の集積よりリンパ腫様肉芽腫症Grade2と診断された。当院血液内科で、X年5月よりR-EPOCH療法、7月よりR-ESHAP療法を施行している。リンパ腫様肉芽腫症は確定診断が難しく、自然寛解の報告もあるが生存期間の中央値が14ヶ月と厳しい報告もある。リンパ腫様肉芽腫症の診断には画像、病理診断、各科の連携が必要と考えられる。

28. EBUS-UT 法により診断に至った末梢発生の肺カルチノイド腫瘍の 1 例

坂総合病院呼吸器科

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

40 歳で Never smoker 男性の症例。健診で右中肺野結節影を指摘され受診し、胸部 CT 検査で右下葉 B8a 気管支に 18mm 大の Bronchus sign 陽性である辺縁整な結節影を認めた。気管支鏡検査を実施し P290 では右 B8 気管支の入口部に楔入したが末梢側の視認は困難であり、可視範囲で内腔に特記所見を認めなかった。スコープを MP290 へ変更し右 B8a 気管支入口部を観察したところ外側からの圧排性狭窄を認め、radial-EBUS で Adjacent to の超音波画像を描出し EBUS-UT 法を用いて針生検と鉗子生検を実施した。提出検体の組織診では針・鉗子生検の両方で繊細な血管性間質とともに小類円形核と淡好酸性胞体を持つ腫瘍細胞の密な増殖巣が採取され一部にロゼット構造も認め、免疫染色では TTF-1 陰性、synaptophysin 陽性、chromogranin 陽性、CD56 陽性、Ki-67 index3.0%でありカルチノイド腫瘍の所見であった。肺カルチノイドの術前診断率の向上に EBUS-UT 法が有用であると考え報告する。

29. 診断に難渋した肺門・縦隔病変を有するびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

八戸市立市民病院 呼吸器内科

◎赤石 颯人, 藤村 慶貴, 田中 佑典, 土橋 雅樹, 二瓶 真由美, 熊谷 美香,
安ヶ平 英夫

【症例】68 歳 女性【併存症】関節リウマチ（メトトレキサート内服中）【経過】右肺門部腫瘤影で当科紹介。CT で右主気管支の高度狭窄を伴う右上葉腫瘤および肺門・縦隔リンパ節腫大を認めた。EBUS-TBNA を施行したが、採取検体の細胞の挫滅が強く、悪性細胞を同定できなかった。気管支閉塞回避目的の姑息照射を先行しつつ再度 EBUS-TBNA と胸腔鏡補助下で生検を行ったが、同様の所見で診断には至らなかった。照射完遂後、腫瘍は縮小したため、外来で経過観察の方針とした。照射完遂から 14 ヶ月後、放射線肺臓炎でステロイド加療中に胸水貯留が出現し、胸腔穿刺を施行した。胸水セルブロック検体でびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫（DLBCL）の診断となり、近医血液内科へ転院となった。【考察】肺門・縦隔病変の悪性リンパ腫は、EBUS-TBNA での診断に難渋する場合がある。胸水セルブロック検体での評価が有用である。

30. 演題取り下げ

一般演題2

11:20 ~ 12:08 第2会場 第2フォレストホール

座長：福島県立医科大学 呼吸器内科学講座 鈴木 康仁
東北労災病院 呼吸器内科 榊原 智博

31. バルーン併用気管支鏡送達法 (Balloon Dilatation for Bronchoscope Delivery: BDBD 法) を実施した bronchus-sign 陰性末梢小型結節の1例

宮城厚生協会 坂総合病院 呼吸器科

◎神宮 大輔, 小室 英恵, 渡部 元太, 酒谷 恭平, 畠山 怜大, 尾形 朔也,
佐藤 幸佑, 矢島 剛洋, 渡辺 洋, 高橋 洋, 生方 智

【緒言】バルーン併用気管支鏡送達法 (BDBD 法) はバルーン (SUKEDACHI) により気管支を拡張し、気管支鏡を末梢に進める手法で、2025 年に本邦で使用可能となった。

【症例】70 歳代, 男性. 右下葉 S7 末梢に 13mm 大の bronchus-sign 陰性の結節影を認めた. P290F で右 B7b まで進んだが, radial-EBUS では invisible であった. MP290F では B7bi/ii を直視はできたが, 遠位気管支への進行は難しかった. BDBD 法を併用したところ, B7biiβy まで MP290F を進められた. 直視で病変は視認できなかったが, adjacent-to を確認できた. しかし, 採取検体では診断確定には至らなかった.

【考察】BDBD 法は直視または close to lesion での生検で診断率向上が期待される手技である. しかし, 手技習得には一定の経験が必要で, Bronchus-sign 陰性例などでの有効性も未確立であることから, 症例経験を重ね, 手技を成熟させていくことが重要である.

32. 転移性脊髄腫瘍をみとめた MET ex 14 skipping 陽性肺腺癌の1例

岩手医科大学附属病院

◎堀井 洋祐, 藤本 亜美, 千田 大誠, 菖蒲澤 大樹, 八鍬 一博, 片桐 紘,
内海 裕, 秋山 真親, 長島 広相, 川田 一郎

【症例】70 歳 男性. 入院3ヶ月前より頸部痛を自覚し, 入院3日前から尿閉および左上下肢の筋力低下が出現した. 頸椎 MRI にて C3/4 レベルの頸髄内腫瘍が疑われ, 精査目的に当院脳神経外科へ入院となった. 転移性脊髄腫瘍が疑われ, 原発巣検索目的に施行した造影 CT で右上葉背側に内部壊死を伴う最大径約 80mm の腫瘍を認め, 当科紹介となった. 精査の結果, 頸部リンパ節, 肋骨, 右頭頂葉への転移を認めた. 原発巣に対する経皮的針生検にて肺腺癌と診断し, 右上葉肺腺癌 cT4N2aM1c2 cStage IVB と病期診断した. マルチ遺伝子検査 (Oncomine) にて MET exon 14 skipping 変異陽性であったため, カプマチニブ内服を開始した. 約1ヶ月後に部分奏効がみられた. 【考察】極めて稀な転移性頸髄内腫瘍による神経症状を初発とした MET ex 14 skipping 変異陽性肺腺癌の1例を経験した. 文献的考察を加え報告する.

33. 急速進行性の間質性肺炎と肺胞出血を合併した抗 Th/To 抗体陽性全身性強皮症の一例

福島県立医科大学附属病院呼吸器内科

◎山田 龍輝, 佐藤 佑樹, 熊中 貴弘, 風間 健太郎, 渡邊 菜摘, 梅田 隆志,
力丸 真美, 王 新涛, 鈴木 康仁, 斎藤 純平, 金沢 賢也, 谷野 功典,
柴田 陽光

症例は70歳男性。X年11月中旬より労作性呼吸困難、四肢末梢のチアノーゼを自覚し、A病院を受診し胸部CT検査で間質性肺炎を指摘され入院となった。ステロイドで治療開始されたが間質性肺炎の急速な進行と呼吸不全のため12月に当院へ転院となった。抗Th/To抗体陽性、皮膚生検で強皮症の所見で全身性強皮症および膠原病関連間質性肺炎と診断した。BALFは目視で血性、細胞診でヘモジデリン貪食マクロファージがみられ肺胞出血の合併も認めたが、他の自己免疫疾患の診断には至らなかった。ステロイド大量療法、シクロホスファミド大量療法で治療強化し呼吸状態、末梢性チアノーゼは改善傾向となりステロイドを漸減中である。抗Th/To抗体は全身性強皮症の2～5%にみられ限局型の皮膚硬化、間質性肺炎、肺高血圧症と相関し、重症例が少なくないとされる。さらに全身性強皮症ではまれとされる肺胞出血を合併した症例を経験したため報告する。

34. 血漿交換後、現病の進行と鑑別を要した抗MDA5抗体陽性皮膚筋炎関連間質性肺炎の菌血症の一例

坂総合病院呼吸器内科

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

症例は42歳男性。既往歴なし。2日前からの息切れで当院を受診した。微熱と酸素化低下(SpO₂ 92%RA)、CTで両肺底部胸膜直下にconsolidationを認め、典型的皮疹と多関節痛、近位筋痛を伴い皮膚筋炎関連間質性肺炎を疑い入院とした。第1病日よりPSL1mg/kgで加療。第7病日抗MDA5抗体価1,620と判明し段階的にタクロリムス、IVCYを追加した。皮疹、筋痛は改善したが低酸素が緩徐進行し、血清フェリチン値(入院時931ng/ml)、抗MDA5抗体価高値が続き第43病日より血漿交換5回施行。以降各マーカーは順調に低下し酸素化も改善した。第70病日発熱、酸素化低下ありCTで胸膜直下consolidationは全葉に拡大していた。現病進行を疑ったが同日BAL施行後MEPMで加療したところ症状改善した。血液とBALF培養より*a-streptococcus*が分離された。その後は経過良好で第110病日退院した。血漿交換後の低γグロブリン血症が関与したと考えられる菌血症であり文献的考察を加えて報告する。

35. 3例の10年以上の長期フォローアップによる肺 Mycobacterium shinjukuense 感染症の臨床的評価

坂総合病院 呼吸器科

◎生方 智, 神宮 大輔, 矢島 剛洋, 高橋 洋

【はじめに】 M. shinjukuense は稀な菌種であり, その臨床経過は不明な点も多い.

【症例】

症例1 (73歳男性) : 2013年に気管支洗浄液から本菌を分離するも無症状にて無治療で経過観察した. 12年経過後も無症状かつ喀痰培養陰性だが, 画像にて病変は増悪進行した.

症例2 (85歳女性) : 2008年に胸部異常陰影で受診した. 喀痰培養陽性だが菌種同定に至らず. 画像進行あり2014年気管支鏡検体で本菌を同定した. 治療介入 (INH+EB+RFP) し, 画像の再増悪なし.

症例3 (80歳女性) : 2016年に喀血で緊急入院. 気管支鏡検体で本菌を同定. 治療介入 (INH+RFP+EB) にて改善し, 画像の再増悪なし.

3例とも DDH 法で診断に至らず遺伝子配列解析により同定した.

【考察】 長期生命予後は全例良好だったが, 画像所見は無治療例で病変進行し, 治療介入例は進行が抑制された. この結果は本菌の病原性が低くないことを示唆し, 診断後の治療介入が病変の進行抑制に重要と考えられた.

36. 気管支鏡を抜去しないクライオ生検 (1 スコープ法) 導入による重篤な出血リスク低減効果の検討

坂総合病院 呼吸器科

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

【目的】 クライオ生検 (TBLC) は腫瘍性疾患, びまん性肺疾患の診断において有用性が徐々に実臨床において浸透しつつあるが, 手技時の重篤な出血リスクが課題である. 今回我々は気管支鏡 (BF) を抜かない1スコープ法 (直接回収法) を2025年4月から導入し, 従来法 (2スコープ法) と比較し本手技の安全性向上効果を検討した.

【方法】 2022年3月~2025年12月のTBLC症例を対象とした. 従来法83例 (直視14例, 末梢69例) と, 1スコープ法27例 (直視3例, 末梢24例) を比較し, 重篤な出血 (20分以上の止血処置・輸血・ICU入室等) の発生率を評価した.

【結果】 従来法では重篤な出血4例 (4.8%), ICU入室が3例 (3.6%) 発生した. これに対し1スコープ法導入後ではいずれも0例であった. 副次的効果として検査時に必要な医師数が6人から3人に減少した.

【結論】 BFを抜かない1スコープ法は重篤な出血イベントを低減させ, 検査体制の安全性と効率性の両立に貢献できる有用な手技である.

一般演題3

13:30～14:18 第2会場 第2フォレストホール

座長：弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科，感染症科 當麻 景章
秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座 竹田 正秀

37. 肺腫瘤影の精査で確定診断に苦慮したアレルギー性気管支肺真菌症の1例

福島県立医科大学会津医療センター 感染症・呼吸器内科

◎田中 竜太郎，東川 隆一，佐藤 理子，久米 裕昭

【症例】74歳男性【病歴】30歳頃より気管支喘息で加療されていたがコントロール不良であり，精査目的の胸部CTで左舌区に高吸収域を伴う腫瘤影を認め，high attenuation mucusを疑った．喀痰細胞診で糸状菌を認め，経過中に右下葉に新規浸潤影が出現した．気管支鏡で両病変より組織を採取し，好中球優位の膿瘍と糸状菌を認めたが菌種同定は不能であった．喀痰培養は陰性，血清アスペルギルス抗原およびIgG抗体も陰性であった．血中好酸球増多，総IgE高値，真菌特異的IgEなどからABPM診断基準を満たしたものの，組織学的特異性に乏しく確定診断に苦慮した．PSL30mg/日とイトラコナゾール開始後，腫瘤影は速やかに縮小し治療反応性も踏まえてABPMと診断した．本症例は確定所見に乏しいABPMにおける診断と治療介入の妥当性を考察する．

38. 気管支鏡後に急性増悪を呈した *Pasteurella multocida* 肺感染症の1例

山形県立中央病院呼吸器内科

◎鈴木 彩花，相澤 貴史，鈴木 博貴，島田 佳林，渡辺 友理，吾妻 祐介，
宮崎 収，麻生 マリ，野川 ひとみ，日野 俊彦

Pasteurella multocida (*P.multocida*) は犬猫の口腔内常在菌であるが，ヒト下気道感染症としては稀であり，慢性肺疾患を有する高齢者に発症することが多い．症例は75歳男性．猫3匹を飼育し，肺非結核性抗酸菌症，肺MALTリンパ腫，肺アミロイドーシスの既往があった．経過観察中に右上葉結節の増大と右中葉浸潤影を認め当科紹介となった．シェーグレン症候群が判明し，肺病変評価目的に気管支鏡検査を施行した．右上・中葉に膿性分泌物を認め，気管支吸引物から*P.multocida*を検出した．検査4日後に呼吸困難，発熱，低酸素血症が出現し，胸部CTで右中葉浸潤影の急激な増悪を認めた．喀痰培養は常在菌のみで，鼻咽頭検体からHuman rhinovirus/enterovirusが検出された．スルバクタム・アンピシリンによる治療を行ったが，分泌物による中枢気道閉塞が遷延し改善に時間を要した．*P.multocida* 肺感染症は非特異的経過をとることがあり，他感染症との鑑別が重要である．

39. 化学放射線療法後の Durvalumab 地固め療法中に侵襲性肺アスペルギルス症を発症した一例

弘前大学医学部附属病院 呼吸器内科, 感染症科

◎竹内 友里, 當麻 景章, 福島 高志, 秋田 貴博, 坂本 博昭, 牧口 友紀,
糸賀 正道, 田中 寿志, 田坂 定智

53 歳男性. 右下葉肺腺癌術後 4 年目に同側肺門・両側縦隔リンパ節再発を認め当科紹介となった. 背景肺に高度気腫性変化を認めた. 再発病変が胸部に局限していたため化学放射線療法を行い, durvalumab による地固め療法を開始した. 3 か月後に発熱と照射野外を含む右肺浸潤影が出現した. 抗菌薬は無効で, 急速な肺構造破壊および真菌抗原上昇を認めたことから侵襲性肺アスペルギルス症と診断し, 抗真菌薬を開始したところ一時的に改善した. 併用ステロイドを漸減・中止後に再燃し, 再導入を要した. 発症 2 か月で右肺は広範な荒蕪肺を呈し, 対側播種を認め右残肺切除を施行し, 切除標本で同症に合致する所見を認めた. 免疫チェックポイント阻害薬投与中にアスペルギルス症や結核などの重篤な感染症を発症した症例が多数報告されているが, その発症機序は明らかでなく, 免疫再構築様病態の関与が疑われている. 既報を踏まえ考察を加えて報告する.

40. 胸水 ADA 高値を呈し結核性胸膜炎との鑑別に難渋した IgG4 関連胸水 の一例

秋田大学大学院医学系研究科 呼吸器内科学講座¹, 藤原記念病院 呼吸器内科²,
みうらアレルギー呼吸器内科クリニック³

◎滝田 友里^{1,2,3}, 五島 哲¹, 泉谷 有可¹, 坂本 祥¹, 奥田 佑道¹, 竹田 正秀¹,
三浦 肇³, 佐藤 一洋¹, 三浦 一樹², 中山 勝敏¹

症例は 86 歳女性. 咳嗽, 労作時息切れで内科を受診し, 胸部単純 X 線写真で右胸水貯留を指摘された. CT で悪性腫瘍を疑う所見に乏しく, リンパ球優位の滲出性胸水で胸水 ADA 値 74.2 U/L, 結核家族歴から結核性胸膜炎として INH 300mg + RFP 600mg + EB 625mg を開始した. しかし治療後も改善なく, 精査目的に当科へ紹介された. 胸水セルブロック標本で IgG4 陽性の形質細胞やリンパ球を多数認め, 血清 IgG4 値 429 mg/dL から IgG4 関連胸水と臨床診断した. PSL 20mg/日 (0.5mg/kg/日) を開始後, 胸水の改善が得られた. 胸水 ADA 高値は IgG4 関連胸水でも見られ, 結核性胸膜炎との鑑別に難渋する. 胸膜生検が困難な場合は胸水セルブロック標本が診断の一助となることが示されており, 文献的考察を交えて報告する.

41. 血液と胸水の培養で *Bacillus cereus* が検出された気胸を伴う肺炎・胸膜炎・敗血症の1例

山形市立病院済生館 呼吸器内科

◎三澤 英介, 片桐 祐司, 太田 隆仁, 阿部 祐紀, 會田 康子, 岩淵 勝好

症例は70代男性。自宅で動けなくなり救急搬送された。呼吸不全があり、CTで右気胸と右胸水貯留、虚脱した右肺の透過性低下を認めた。血液検査では炎症反応高値、血小板減少、ビリルビンとクレアチニンが高値だった。誤嚥性肺炎・胸膜炎を疑いCTRで治療を開始し、血小板輸血後に右胸腔ドレナージを施行した。血液と胸水の培養で *Bacillus cereus* が検出されたため、TEICやVCMを投与したが、左肺にスリガラス影が出現・増強し、呼吸不全が増悪して入院後約一週間で永眠された。血液培養での *B. cereus* 検出は汚染菌である事が多いが、*B. cereus* は稀に壊死性肺炎を生じ、致命的となる。本症例は血液・胸水培養での *B. cereus* 検出から、同菌による壊死性肺炎・胸膜炎・気胸を生じて菌血症・敗血症に至った病態が推測された。同菌による市中肺炎は稀であり報告する。

42. 塗抹陰性肺結核とNTM感染の鑑別に苦慮した若年外国出生者の多剤耐性肺結核の1例

宮城県結核予防会 興生館¹, 栗原中央病院 呼吸器内科², 結核予防会結核研究所³

◎八重柏 政宏^{1,2,3}, 宇佐美 修², 平潟 洋一², 御手洗 聡³, 吉山 崇³,
齋藤 泰紀¹, 渡辺 彰¹

症例は20歳女性、国外出生の語学学生。健診CXPで右下肺野浸潤影を指摘され当院受診。胸部CTで右下葉に気管支拡張を伴う浸潤影、結節影および散布性小結節影を認め、抗酸菌感染症を疑った。QFT陽性、MAC抗体陽性であった。3連痰はいずれも塗抹陰性、TB-LAMP陰性であったため、連続した3日間の胃液検査を施行した。胃液は全検体で塗抹陰性であったが、3日目のみTB-LAMP陽性を認め、培養では *M. abscessus* が分離され鑑別診断に難渋した。その後、喀痰1検体より結核菌が検出され、PCRにてRFP/INH耐性遺伝子を認めた。増菌後tNGS解析によりLVFX/BDQ/LZD感受性認めMDR-TBと確定診断した。A病院入院しDLM, BDQ, LZD, PZA, CS, KMによる治療を開始。治療開始後35日で退院し当院外来加療中である。若年外国出生者では迅速な薬剤耐性診断に基づく治療選択が重要である。

協 賛 企 業

共 催

Johnson & Johnson (ジョンソン・エンド・ジョンソン)
日本イーライリリー株式会社

広 告

アストラゼネカ株式会社
インスメッド合同会社
杏林製薬株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
第一三共株式会社
大鵬薬品工業株式会社
日本化薬株式会社
フクダライフテック南東北株式会社

展 示

メドピア株式会社

(五十音順)

進もう、 ファセンラと ともに

好酸球除去による気道炎症の抑制により
安定した喘息*コントロールを目指します。



*[4. 効能又は効果] (一部抜粋)
ファセンラ皮下注30mgシリンジ、ファセンラ皮下注30mgペン
〇気管支喘息 (既存治療によっても喘息症状をコントロールでき
ない難治の患者に限る)

2. 禁忌 (次の患者には投与しないこと)

2.1 本剤及び本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

ファセンラ皮下注30mgシリンジ、ファセンラ皮下注30mgペン 〇気管支喘息 (既存治療によっても喘息症状をコントロールできない難治の患者に限る) 〇既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 ファセンラ皮下注10mgシリンジ 〇気管支喘息 (既存治療によっても喘息症状をコントロールできない難治の患者に限る)

5. 効能又は効果に関連する注意

(**気管支喘息**) 5.1 高用量の吸入ステロイド薬とその他の長期管理薬を併用しても、全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪をきたす患者に本剤を追加して投与すること。5.2 投与前の血中好酸球数が多いほど本剤の気管支喘息増悪発現に対する抑制効果が大きい傾向が認められている。また、データは限られているが、投与前の血中好酸球数が少ない患者では、十分な気管支喘息増悪抑制効果が得られない可能性がある。本剤の作用機序及び臨床試験で認められた投与前の血中好酸球数と有効性の関係を十分に理解し、患者の血中好酸球数を考慮した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.1参照] 5.3 本剤は既に起きている気管支喘息の発作や症状を速やかに軽減する薬剤ではないため、急性の発作に対しては使用しないこと。(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) 5.4 過去の治療において、全身性ステロイド薬による適切な治療を行っても、効果不十分な場合に、本剤を上乗せして投与を開始すること。

6. 用法及び用量

ファセンラ皮下注30mgシリンジ、ファセンラ皮下注30mgペン (**気管支喘息**) 通常、成人、12歳以上の小児及び体重35kg以上の6歳以上12歳未満の小児にはベンラリスマブ (遺伝子組換え) として1回30mgを、初回、4週後、8週後に皮下に注射し、以降、8週間隔で皮下に注射する。(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) 通常、成人にはベンラリスマブ (遺伝子組換え) として1回30mgを4週間隔で皮下に注射する。ファセンラ皮下注10mgシリンジ (**気管支喘息**) 通常、体重35kg未満の6歳以上12歳未満の小児にはベンラリスマブ (遺伝子組換え) として1回10mgを、初回、4週後、8週後に皮下に注射し、以降、8週間隔で皮下に注射する。

7. 用法及び用量に関連する注意

(**気管支喘息**) 7.1 10mgシリンジと30mgシリンジの生物学的同等性試験は実施していないため、30mgを投与する際には10mgシリンジを使用しないこと。(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) 7.2 本剤とシクロホスファミドを併用投与した場合の安全性は確認されていない。[17.1.3参照]

8. 重要な基本的注意

(**効能共通**) 8.1 本剤の投与は、適応疾患の治療に精通している医師のもとで行うこと。8.2 本剤の投与開始後にステロイド薬を急に中止しないこと。ステロイド薬の減量が必要な場合には、医師の管理下で徐々に行うこと。8.3 本剤はヒトインターロイキン-5 (IL-5) 受容体αサブユニットと結合することにより、好酸球数を減少させる。好酸球は一部の寄生虫 (蠕虫) 感染に対する免疫応答に関与している可能性がある。患者

が本剤投与中に感染し、抗寄生虫薬による治療が無効な場合には、本剤投与の一時中止を考慮すること。[9.1.1参照] 8.4 本剤の投与によって合併する他の好酸球関連疾患の症状が変化する可能性があり、当該好酸球関連疾患に対する適切な治療を怠った場合、症状が急激に悪化し、喘息等では死亡に至るおそれもある。本剤の投与間隔変更後及び投与中止後の疾患管理も含めて、本剤投与中から、合併する好酸球関連疾患を担当する医師と適切に連携すること。患者に対して、医師の指示なく、それらの疾患に対する治療内容を変更しないよう指導すること。(気管支喘息) 8.5 本剤の投与開始後に喘息症状がコントロール不良であったり、悪化した場合には、医師の診察を受けるように患者に指導すること。(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) 8.6 本剤の投与開始にあたっては、医療施設において、必ず医師によるか、医師の直接の監督のもとで投与を行うこと。自己投与の適用については、医師がその妥当性を慎重に検討し、十分な教育訓練を実施した後、本剤投与による危険性と対処法について患者が理解し、患者自ら確実に投与できることを確認した上で、医師の管理指導のもとで実施すること。自己投与の適用後、本剤による副作用が疑われる場合や自己投与の継続が困難な状況となる可能性がある場合には、直ちに自己投与を中止させ、医師の管理のもとで慎重に観察するなど適切な処置を行うこと。また、本剤投与後に副作用の発現が疑われる場合は、医療施設へ連絡するよう患者に指導を行うこと。使用済みの注射器を再使用しないように患者に注意を促し、すべての器具の安全な廃棄方法に関する指導を行うと同時に、使用済みの注射器を廃棄する容器を提供すること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者 9.1.1 寄生虫に感染している患者 本剤の投与開始前に寄生虫感染を治療すること。[8.3参照] 9.5 妊婦 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみ投与すること。本剤はモノクローナル抗体であり、動物実験 (カニクイザル) において本剤は胎盤を通過することが報告されており、妊娠中のカニクイザルにおける曝露量が臨床投与量における曝露量の99.0倍であったときに、出生児で末梢血好酸球の減少が認められたが、出生後180日までに回復した。9.6 授乳婦 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。本剤の乳汁中への移行は不明である。9.7 小児等 (気管支喘息) 9.7.1 6歳未満の幼児等を対象とした臨床試験は実施していない。(好酸球性多発血管炎性肉芽腫症) 9.7.2 小児等を対象とした臨床試験は実施していない。9.8 高齢者 一般的に生理機能が低下している。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.1 重大な副作用 重篤な過敏症 (頻度不明) アナフィラキシー (蕁麻疹、血管浮腫、喉頭浮腫、アナフィラキシー反応等) 等の重篤な過敏症があらわれることがある。また、過敏症反応の発現が遅れて認められることがある。

11.2 その他の副作用 精神神経系 (1%以上10%未満: 頭痛)、感染症 (頻度不明: 咽頭炎 (咽頭炎、細菌性咽頭炎、ウイルス性咽頭炎、及びレンサ球菌性咽頭炎)、全身障害 (1%以上10%未満: 発熱)、投与部位 (1%以上10%未満: 注射部位反応 (疼痛、紅斑、そう痒感、丘疹等))、過敏症 (0.1%以上1%未満: 過敏症反応 (蕁麻疹、丘疹状蕁麻疹、及び発疹))

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

ヒト化抗IL-5受容体αモノクローナル抗体製剤 薬価標準収載



ファセンラ® 皮下注30mg・10mgシリンジ
皮下注30mgペン

Fasenra® Subcutaneous Injection 30mg・10mg

ベンラリスマブ (遺伝子組換え) 製剤 生物由来製品 創薬 処方箋医薬品^{※1}
(注) 注冊-医師等の処方箋により使用すること

●[その他の注意事項等情報]等は
電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元 [文献請求先]
アストラゼネカ株式会社
大阪市北区大深町3番1号
TEL 0120-189-115
(問い合わせ先: グラビダール メディカルインフォメーションセンター)

©: アストラゼネカグループの登録商標です。

2025年4月作成

Insmmed®

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[※]

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

当社からの情報提供をご希望の方は
こちらよりお申し込みください。



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

2024年10月作成
PP-ARIK-JP-01180
© 2024 Insmmed GK. All Rights Reserved.
© 2024 PARI Pharma GmbH. All Rights Reserved.

GSK

EXDENSUR

depemokimab

最適使用推進ガイドライン対象品目

ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体

薬価基準未収載

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

エキシデンサー皮下注100mgペン

EXDENSUR solution for s.c. injection デペモキマブ(遺伝子組換え)製剤



ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体

薬価基準未収載

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

エキシデンサー皮下注100mgシリンジ

EXDENSUR solution for s.c. injection デペモキマブ(遺伝子組換え)製剤



※「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。

専用アプリ「添文ナビ」でGS1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)14987246790182

(エキシデンサー皮下注100mgペン・エキシデンサー皮下注100mgシリンジ)

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)

<https://jp.gsk.com>

発売
準備中



持続性がん疼痛治療剤 薬価基準収載

 **ナルサス錠** 2mg 6mg
12mg 24mg

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意一医師等の処方箋により使用すること
ヒドロモルフォン塩酸塩徐放錠

がん疼痛治療剤 薬価基準収載

 **ナルラピド錠** 1mg
2mg
4mg

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意一医師等の処方箋により使用すること
ヒドロモルフォン塩酸塩錠

がん疼痛治療用注射剤 薬価基準収載

 **ナルベイン注** 2mg
20mg

劇薬、麻薬、処方箋医薬品：注意一医師等の処方箋により使用すること
ヒドロモルフォン塩酸塩注

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等の詳細につきましては、電子添文等をご参照ください。

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含む)
 **第一三共株式会社**
東京都中央区日本橋本町3-5-1

Kyorin 



ニューキノロン系経口抗菌剤

薬価基準収載

処方箋医薬品[※]

ラスクフロキサシン塩酸塩錠

ラスビック[®]錠 75mg

Lasvic[®] Tablets 75mg

略号:LSFX

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

ニューキノロン系注射用抗菌剤

薬価基準収載

劇薬、処方箋医薬品[※]

ラスクフロキサシン塩酸塩注射液

**ラスビック[®]点滴静注 150mg
キット**

Lasvic[®] Intravenous Drip Infusion Kit 150mg

略号:LSFX

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。

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〉

作成年月:2024.5

いつもを、いつまでも。

あたり前のようにつづく毎日ほど、

かけがえのないものはない。

私たちは、“いつも”を支える力になりたい。

大切な“いつも”が失われた時、

強く取り戻す力を届けたい。

いつもを、いつまでも。

私たち大鵬薬品ひとりひとりの願いです。

 **大鵬薬品**





抗悪性腫瘍剤 / チロシンキナーゼ阻害剤

薬価基準収載

イブトロジー® カプセル 200mg

IBTROZI® Capsules タレトレクチニブアジピン酸塩カプセル

劇薬、処方箋医薬品[※] 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、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。

製造販売元  **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

【文献請求先及び問い合わせ先】

日本化薬株式会社医薬品情報センター
0120-505-282

日本化薬株式会社医療関係者向け情報サイト
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

’25.11作成

 **FUKUDA DENSHI**



酸素濃縮装置

クリーンサノ FH-1010

医療機器認証番号:302AFBZX00065000
販売名:クリーンサノ FH-1010
管理医療機器 特定保守管理医療機器



酸素濃縮装置

クリーンサノ FH-310S

医療機器認証番号:301ADBZX00059000
販売名:クリーンサノ FH-310S
管理医療機器 特定保守管理医療機器



酸素濃縮装置

クリーンサノ FH-100/5L

医療機器認証番号:225ADBZX00015000
販売名:クリーンサノFH-100/5L
管理医療機器 特定保守管理医療機器

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



汎用人工呼吸器

クリーンエア ASTRAL®

医療機器承認番号:22600BZIO0018000
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



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 郡山市喜久田町字菖蒲池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)