

第 122 回日本呼吸器学会北海道支部学術集会  
第 74 回日本結核・非結核性抗酸菌症学会北海道支部学会  
一般演題質疑応答

### 間質性肺疾患-3

#### 柴苓湯による薬剤性肺炎の 1 例

市立函館病院 初期臨床研修医 石田 航 先生

#### 【質問】

貴重な発表ありがとうございます。

1. 柴苓湯以外の漢方では、DLST はやってみましたか？

一般的に、漢方は多くの人で DLST 陽性になる というデータもあります。

ちなみに、僕の経験した小柴胡湯では、SI=7000 でした。

2. BAL のリンパ球で、DLST はやりましたか？

3. 柴苓湯のどの成分が薬剤性肺炎の原因になったか 検討しましたか？

#### 【回答】

1. 柴苓湯以外の漢方薬の内服歴はなかったため未施行です。

2. 3. 文献で BAL のリンパ球での DLST の報告や、柴苓湯の成分の検討を行っている

症例は拝見しておりましたが、未施行です。

御質問ならびに御指導をありがとうございました。

## 間質性肺疾患-5

### 元素分析を行った塵肺症の剖検例

北海道大学 大学院医学院 消化器外科学教室 II 青木 佑磨 先生

#### 【質問】

ご発表拝聴し、大変勉強になりました。

今回なぜ元素分析をしようと思ったのですか？剖検例で元素分析をすることはよくあるのでしょうか？塵肺が疑われるときに必ずすることになっているのですか。

#### 【回答】

本症例は A 病院の CPC 症例となり、以前に発表しております。その際に、発表を聞かれていた旭川医大の病理部教授の谷野 美智枝先生（今大会の学会長）から助言を頂きました。

新潟大学医歯学総合病院の呼吸器・感染症内科の教授の菊地 利明先生（北大 66 期卒）と旧知の仲とのこととして、元素分析を行っているので、本症例もやってみてはどうか、ということでした。（実際に分析をして頂いたのは現在、西新潟中央病院で呼吸器内科をされている森山 寛史先生（1990 年卒）です。）

谷野先生は元々北大の第一内科ご出身のようで、本症例の「塵肺に続発した二次性 PPFE」という点が呼吸器内科医としても病理医としても非常に興味深かったようでして、論文化を見据えての元素分析のご提言であったと考えております。（Pathology International に投稿予定です。）

塵肺を疑った症例を全例元素分析しているわけではありませんが、少量の生検検体でも解析できる可能性もあるので、有用であるとは考えております。（検体を送れば無料で解析していただけます。臨床の合間に行っていただいているため数か月かかります）

剖検症例においても、生検組織においても、職業性粉塵暴露の証明として行ったと報告しているものが多い印象です。（そもそも元素分析を行った症例数が少なく、そのうち PPFE 合併となると初の報告となるかもしてません）

PPFE の症例報告の中で、剖検症例が占める割合が多い印象です。（呼吸器内科の先生が積極的に剖検を取っているのでしょうか）

大変長くなってしまいましたが、まとめると下記のとおりです。

・今回なぜ元素分析をしようと思ったのですか？

→谷野先生からのご提案です。

・剖検例で元素分析をすることはよくあるのでしょうか？

・塵肺が疑われるときに必ずすることにはしているのですか？

→ルーティンにはなっておりません。

## 肺腫瘍・肺癌-18

### 肺腺癌の多発肝転移による Pseudocirrhosis

函館五稜郭病院 初期臨床研修医 高松 瑞季 先生

#### 【質問】

貴重な発表ありがとうございます。このような症例は見たことがなく勉強になりました。

画像上の診断とのことですが、病理はどんな像を示すのでしょうか？

本症例では、剖検はとれましたか？

#### 【回答】

ご質問、誠にありがとうございます。

病理は、腫瘤状ではなく、びまん性のがん細胞が転移しており線維化を伴った組織、または腫瘍は化学療法により消失しがん間質による線維化のみが残存した組織を呈します。

剖検については、緩和ケアに転院したため剖検は出来ませんでした。

この度は先生にご質問いただき、大変嬉しく思います。今後も日々勉強し、研修を頑張ります。ご質問ありがとうございました。

## COVID-19-26

### 当院の帰国者・接触者外来の現状

JCHO 北海道病院 呼吸器センター 呼吸器内科 松山 圭 先生

#### 【質問】

貴院の帰国者、接触者外来への貢献、誠にありがとうございます。

咽頭ぬぐい 432 人、唾液 67 人 とありましたが、どのような理由で、このような内訳になったのでしょうか？

教えてくださいませんか？

#### 【回答】

ご質問いただき、誠にありがとうございます。

唾液検体の数が少なくなっているのは、当院では十分な量の唾液の採取にご協力いただけない乳幼児、小児の受診者が多かったためです。また、小児と同時に両親が来院された場合、両親も咽頭ぬぐい液検体を使用しております。唾液検体を使用したのはそのほかの方だけなので数が少なくなりました。

## 気胸・膿胸・外科治療-28

### covid19 関連気胸

市立札幌病院 呼吸器外科 三品 泰二郎 先生

#### 【質問】

ご発表拝聴し、大変勉強になりました。

いくつか質問があります。

COVID 症例の気胸ドレナージについて、

- ① 施行する部屋（陰圧室か否かなど）
- ② 施行する際と日常診察時の PPE（常にフル PPE か否か）
- ③ 入院部屋（個室、大部屋、陰圧室か否か）
- ④ 持続吸引の有無
- ⑤ 基本的に呼吸器外科でドレナージをしているかどうか

## 【回答】

ご質問ありがとうございます。

COVID 症例の気胸ドレナージについて、

① 施行する部屋（陰圧室か否かなど）

→特に陰圧室は使用しておりません。通常の COVID 観戦防御策を講じて対応しております。

② 施行する際と日常診察時の PPE（常にフル PPE か否か）

→常にフル PPE で対応しております

③ 入院部屋（個室、大部屋、陰圧室か否か）

→基本的に胸腔ドレナージ施行症例は個室対応としております

④ 持続吸引の有無

→通常通り-5 から-10 c mH20 にて持続吸引しております

⑤ 基本的に呼吸器外科でドレナージをしているかどうか

→挿管 ICU 管理患者や緊急時は救急医がドレナージしております。コロナ治癒後慢性期気胸は呼吸器外科対応としております。

今回の発表はご覧の通り、ほぼ ICU 管理中の発症となっており、約半数は呼吸器外科の関与していない患者となります。なのでデータ収集が大変でした笑。

## 気胸・膿胸・外科治療-32

### LAMの続発性気胸に対する全肺表面被覆法の有効性

市立札幌病院 呼吸器外科 高杉 太暉 先生

#### 【質問1】

ご発表拝聴し、大変勉強になりました。

いくつか質問があります。

当科でも Total Pleural Covering を高齢者の気胸等でやっているのですが、VATS で全肺にくまなくきれいにシートを貼付するのはきわめて難しいと感じています。

そこでサージセルの貼付について、

- ① 胸腔鏡ポートの数と配置
- ② 使っているサージセルの種類と、その理由（動画ではニューニットのようによびえます。当科では原法の日産玉川栗原先生の方法に従いガーゼ型を使っています。）
- ③ サージセルのサイズ（動画で 10x10cm の 1/4 とコメントされているように聞こえましたが、ニューニットとすれば 7.6x10.2cm の規格でしょうか？）
- ④ 貼付する順番（一番やりにくいところを最初に、ですとか。例えば横隔面や背側など）
- ⑤ 貼付する際に肺の含気をどうするか（原法の栗原先生は「肺が半分くらいの大きさになるまで」麻酔科に両肺換気をしてもらうとのことで当院でもその通りにしようとしてはいるのですがきわめて難しいと感じています）
- ⑥ 50%Glu を選択する理由

#### 【回答1】

- ① 胸腔鏡ポートの数と配置  
→提示動画では、ドレーン挿入部（第5肋間）を 35 mmの小開胸、第7肋間前腋窩線と後腋窩線に 12 mmポートを挿入しました。
- ② 使っているサージセルの種類と、その理由（動画ではニューニットのようによびえます。当科では原法の日産玉川栗原先生の方法に従いガーゼ型を使っています。）

③ サージセルのサイズ（動画で 10x10cm の 1/4 とコメントされているように聞こえましたが、ニューニットとすれば 7.6x10.2cm の規格でしょうか？）

→先生の仰る通り、当院で使用しているのはサージセルニューニット 7.6×10.2cm の規格を 4 分割して使用していました。間違いがあり、申し訳ございません。

使用している理由としては当院の採用の問題と、癒着が比較的少ないためと考えています。

④ 貼付する順番（一番やりにくいところを最初に、ですとか。例えば横隔面や背側など）

→肺尖、肺尖縦隔側、肺尖背側、葉間面、下葉背側、横隔膜面、下葉縦隔側、下葉外側、上葉外側、舌区の順番に添付しています。肺を膨らませた後、隙間あれば適宜追加して添付しています。また、縦隔側や横隔膜面など、肺側に添付が難しければ、胸壁・横隔膜に添付しています。

⑤ 貼付する際に肺の含気をどうするか（原法の栗原先生は「肺が半分くらいの大きさになるまで」麻酔科に両肺換気をしてもらうとのことで当院でもその通りにしようとしてはいるのですがきわめて難しいと感じています）

→半分程度の含気で最初は添付していますが、ワーキングスペースが確保できない場合は、完全虚脱で添付する場合があります。

⑤ 50%Glu を選択する理由

→日産玉川など他院では血液製剤であるフィブリン糊を安全に使っているようですが、当院では血液製剤よりも比較的安全である 50%グルコースを使っております。また、安価であること、50%グルコースでも粘着性があるため使用しています。

## 【質問 2】

貴重な発表ありがとうございます。LAM に対する op に際し、シロリムスの使用はどのような位置づけになりますか？

免疫抑制剤と考え、中止は必須でしょうか？ 教えてくださいませんか？

## 【回答 2】

ご質問ありがとうございます。

当院では、腎移植後の肺癌に対して、免疫抑制剤の内服を継続したまま手術を行っております。LAM に対しても、腎移植後と同様に治療継続で手術を施行で

きると思われます。しかし、LAM患者のシロリムス継続中の方の手術は未経験であり、今後このような症例があれば、呼吸器内科ともご相談し、判断すると思われま

### 気胸・膿胸・外科治療-33

#### リンパ脈管筋腫症による気胸に対する胸腔鏡下全胸膜被覆術 (VATS-TPC)

北海道大学 大学院医学研究院 循環器・呼吸器外科 藤原 晶 先生

#### 【質問】

ご発表拝聴し、大変勉強になりました。

いくつか質問があります。

当科でも Total Pleural Covering を高齢者の気胸等でやっているのですが、単孔はもちろん多孔でも VATS で全肺にくまなくきれいにシートを貼付するのはきわめて難しいと感じています。なので自分の出来具合的に subtotal pleural covering と勝手に名付けたりしてます。

そこでサージセルの貼付について、

- ① サージセルガーゼ型のサイズ (ガーゼ型のサイズは4つの規格があるはずで、そのうち 10.2X20.3cm のサイズでしょうか?)
- ② サージセルガーゼの使用枚数 (原法の栗原先生は 10~14 枚ですが自分は今まで max6 枚です)
- ③ 貼付する順番 (一番やりにくいところを最初にとか。例えば縦隔面、横隔面や背側など。栗原先生は「一番遠くてやりにくいところから貼る」ようです。そのような順番でやっても自分的にはきれいに貼れるわけでもないのですが。)
- ④ 貼付する際に肺の含気をどうするか (栗原先生は「肺が半分くらいの大きさになるまで」麻酔科に両肺換気をしてもらった状態でシートを貼るとのことですが当院でもその通りにしようとしてはいるのですがきわめて難しいと感じています)
- ⑤ 生体糊の量 (栗原先生はボルヒール 9ml のようですが自分は自己血 20-30ml をスプレーで噴射しています)
- ⑥ 術後のレントゲンでしばらく肺の拡張障害がみられたりしないか?  
(自分はそこが気になってサージセルの上記サイズを 1/3 カットして貼っています)



## 【回答】

すばらしいです。covering した後の全肺の状態を胸腔鏡で観察するのも難しい（シートがずれそうで怖い）ので、本当に自信をもって手術を終えるのは難しい手術だと感じています（そこが術後の気漏遷延に影響していたりして…）。

そこでサージセルの貼付について、

① サージセルガーゼ型のサイズ（ガーゼ型のサイズは4つの規格があるはずで、そのうち10.2X20.3cmのサイズでしょうか？）

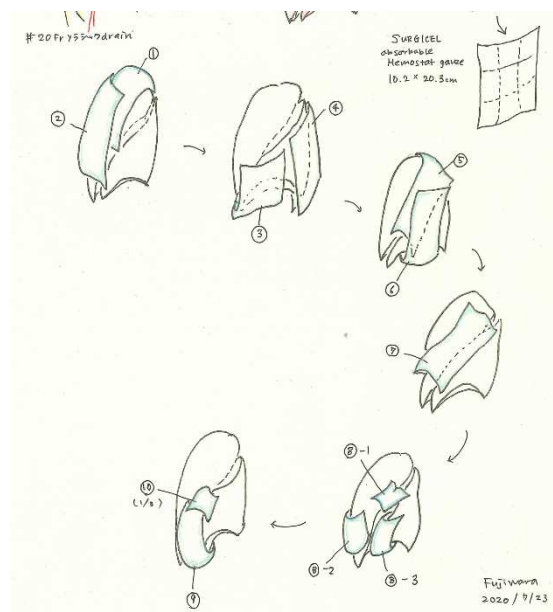
そうです。一番大きいサイズですね。

② サージセルガーゼの使用枚数（原法の栗原先生は10~14枚ですが自分は今までmax6枚です）

栗原先生のおっしゃるような10枚以上貼るなんて無理じゃないかと思っています。自分がやった症例では、トータル9+1/3枚貼っていますが、8枚目、10枚目は3分割して、足りてなさそうなところに、切り分けて貼っています。自分じゃない症例ではせいぜい7枚というところですよ。

③ 貼付する順番（一番やりにくいところを最初にとく。例えば縦隔面、横隔面や背側など。栗原先生は「一番遠くてやりにくいところから貼る」ようです。そのような順番でやっても自分的にはきれいに貼れるわけでもないのですが。）

広いところで貼りやすいところから、奥→手前の順でしょうか。葉間は最後です。



④ 貼付する際に肺の含気をどうするか（栗原先生は「肺が半分くらいの大きさになるまで」麻酔科に両肺換気をしてもらった状態でシートを貼るとのことです当院でもその通りにしようとしてはいるのですがきわめて難しいと感じています）

麻酔科の腕にもよりますが半分くらいの大きさになるまでクランプ、は私も難しいと感じており、実際は虚脱のまま貼って、膨らませた後で不足がありそうなどところに追加で貼るとするのがよいのかなと思っています。

⑤ 生体糊の量（栗原先生はボルヒール 9ml のようですが自分は自己血 20-30ml をスプレーで噴射しています）

5 mL のセットです。自己血もよさそうですね。生体のり+自己血とかも試してみる価値あるかもしれません。自己血は、スプレーの中に詰まったりしないのでしょうか？

⑥ 術後のレントゲンでしばらく肺の拡張障害がみられたりしないか？

（自分はそこが気になってサージセルの上記サイズを 1/3 カットして貼っています）

拡張障害あります。事前に説明しています。あまり広がっても術後の気漏遷延につながる気もして、ある程度涙をのみます。

すみませんが御教示のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

ご質問ありがとうございます。こちらこそ勉強になりました。

## 結核・非結核性抗酸菌症-35

### 外科的肺生検で確定診断された孤立結節型肺 MAC 症の 2 例

旭川医療センター 初期臨床研修医 大塚 一輝 先生

#### 【質問 1】

ご発表ありがとうございました。この 2 症例は術後抗抗酸菌療法を行わずに経過観察されているという理解でよろしいでしょうか？後療法の必要性の判断は画像的、組織学的に残存病変があるかどうかも要素と思いますが、残存病変はないという評価でしたでしょうか？

#### 【質問 2】

貴重な発表をいただきありがとうございます。

後からでもいいですが、MACAb は測定されましたか？

op 後に、抗菌剤を使用すべきかどうかは、議論はありますか？

**【回答 1, 2】**

ご質問頂きありがとうございます。

回答させていただきます。

術後の化学療法ですが、病理により肺 MAC 症の診断となり術後にキャピリア MAC 抗体を測定し 2 症例とも陰性でありました。手術により病変が切除されており、キャピリア MAC 抗体も陰性である事から肺 MAC 症は陰性化としたと判断致しました。症例 2 では術後化学療法を開始致しました。症例 1 につきましては、術前より呼吸機能低下も認め体力低下が考えられ、化学療法の副作用が出現した際その影響が大きくなると判断し化学療法は行わず経過観察と致しました。

この度は日本呼吸学会へ参加させて頂き誠にありがとうございました。精進して参りますので今後とも何卒宜しくお願い申し上げます。