

下記の症例を診断して下さい。

(第19回)

症 例：48 歳，男性

職 業：会社員

入院日：1996 年 3 月 13 日

主 訴：呼吸困難

既往歴：18 年前より糖尿病で当院外来通院し，中間型インスリン朝 8 単位，夕 6 単位投与されている。平成 7 年 10 月，ホジキン病で C-MOPP/ABV(シクロフォスファミド，ビンクリスチン，プレドニゾロン，プロカルバジン/アドリアマイシン，プレオマイシン，ビンブラスチン)交代療法計 6 クールを予定し，5 クールまで終了している。最終クールは 2 月 15 日施行した。結核の既往なし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：3 月初め頃より，労作時息切れを自覚。間欠的に微熱が見られたが放置していた。3 月 10 日頃から 40 度の発熱が見られるようになり，また息切れも安静時でも見られるようになったため，3 月 13 日，当院受診，入院となる。喀痰なし。shaking chill なし。

入院時現症：身長 146 cm，体重 53 kg，体温 39.1°C，血圧 110/74 mmHg，脈拍 92/分。意識清明，眼瞼結膜貧血状，眼球結膜黄染なし。表在リンパ節触知せず，心音雑音なし。呼吸音，両下肺に間欠性ラ音を認める。腹部は平坦軟，肝・脾触知せず，浮腫なし，皮疹なし。

入院時検査所見：白血球数 7,500/ μ l(seg 57 %，band 7 %，lymph 22 %，mono 10.0 %，baso 1.0 %，plasma 1.0 %，atypical lymph

1.0 %，meta 2.0 %)，赤血球数 $220 \times 10^4/\mu$ l，ヘモグロビン 7.2 g/dl，ヘマトクリット 21.1 %，血小板数 $208 \times 10^4/\mu$ l，CD4 120/ μ l，赤沈 134 mm(1 hr)，総蛋白 5.0 g/dl，アルブミン 2.8 g/dl，GOT 25 IU/l，GPT 7 IU/l，ALP 155 IU/l，LDH 1,673 IU/l，コリンエステラーゼ 2,007 IU/l，総ビリルビン 0.2 mg/dl，アミラーゼ 80 IU/l，CPK 23 IU/l，尿酸 3.2 mg/dl，BUM 17 mg/dl，クレアチニン 0.5 mg/dl，Na 136 mEq/l，K 4.0 mEq/l，Cl 101 mEq/l，総コレステロール 139 mg/dl，トリグリセライド 90 mg/dl，CRP 18.5 mg/dl，FBS 171 mg/dl，HbA_{1c} 8.6 %，CEA 2.3 ng/ml，心電図は不完全右脚ブロック，PT 9.9 秒，100 % (INR 0.95) APTT 25.5 秒，フィブリノゲン 177 mg/dl，血液ガス分析(室内気)pH 7.389，PaCO₂ 40.0 torr，PaO₂ 41.9 torr，HCO₃ 27.5 nmol/l，SaO₂ 79.5 %，検尿；尿糖(+)，ケトン体(-)。

入院経過：来院時著明な低酸素血症がみられ，胸部 X 線写真上，両下肺を中心とした網状顆粒状陰影を認めた。血液培養は陰性で，喀痰培養からは口腔内常在菌と *H. parainfluenzae* が検出された。喀痰の Ziel-Neelsen 染色は陰性であった。尿培養も陰性であった。入院後抗生剤(ABPC+gentamicin)の投与を開始したが，発熱は持続し，低酸素血症は進行性に増悪したため，確定診断を目的に胸腔鏡下肺生検を施行した。

上記症例の解答を募集致します。①診断名と，②診断の根拠を原稿用紙 1 枚以内におまとめの上，ご所属を明記して下さいまでお送り下さい。

〒113 東京都文京区本郷 5-24-3

医学書院『medicina』編集室

募集締切：1996 年 7 月 30 日必着

正解者のうち抽選により 50 名の方に弊社オリジナルテレホンカードをお送り致します。なお，本症例のディスカッション内容は 33 巻 10 号(1996 年 10 月号)に掲載致します。