

P-017

C型慢性肝炎のインターフェロン治療中に壊死性筋膜炎を来した1例

那須赤十字病院 内科¹⁾、那須赤十字病院 形成外科²⁾

○佐藤 隆¹⁾、室井 純子¹⁾、古川 歩生¹⁾、前田 一樹¹⁾、葛西 貴広¹⁾、町田 安孝¹⁾、石川まゆ子¹⁾、近江 史人¹⁾、大原 千知¹⁾、新井 由季¹⁾、赤羽 正史¹⁾、崎尾 浩由¹⁾、矢野 秀樹¹⁾、小林 洋行¹⁾、池野 義彦¹⁾、阿久津郁夫¹⁾、石井 直弘²⁾

【症例】58歳、男性。

【臨床経過】200X年1月ごろ肩関節痛のため近医受診。HCV抗体陽性を指摘され当院紹介となった。AST 47IU/L、ALT 74IU/Lと高くC型慢性活動性肝炎と診断。セロタイプ1型でHCV-RNA定量7.1LogIU/mlと1型高ウイルス量症例であったため、200X年7月5日からペグインターフェロンα2b・リバビリン併用療法を開始した。当初軽度の発熱・食欲低下あるも軽快。投与開始約1か月ごろから軽度の皮膚発赤と注射部位のかゆみが出現したが外用薬で軽快。HCV-RNAは200X年10月下旬(16週目)で陰性化した。治療ガイドラインに準じ投与期間を72週まで延長することとなった。200X+1年8月(48週目)になり、両側上腕に発赤出現したため皮膚科依頼した。これ以後は注射部位を変えて打つようだったが、皮膚潰瘍形成するようになった。処置により右上腕の潰瘍は徐々に軽快傾向にあったが、左上腕の病変は深い潰瘍を形成していたため、形成外科にて潰瘍部のデブリードマン施行した。インターフェロン治療は本人の強い治療の継続希望があったが、200X+1年9月5日に中止した。9月20日に痛みは改善したが、皮下組織の壊死をみとめ手術目的で形成外科へ入院。壊死性筋膜炎でデブリードマンを施行し、10月4日に皮弁形成術(遷延皮弁術)施行。その後手術創は徐々に回復。尚、C型慢性肝炎は治療中止後6ヶ月以上過ぎたがHCV-RNA陰性(SVR)である。

【結語】インターフェロン治療による皮膚潰瘍から壊死性筋膜炎を来した症例は少ないが、注意を要する。

P-018

急性胆嚢炎の初期治療抗生剤としてのCMZ(セフメタゾン^R)の有効性

庄原赤十字病院 内科

○杉本 智裕¹⁾、谷口 真理¹⁾、服部 宜裕¹⁾、大屋 一輝¹⁾、大沢 光毅¹⁾、益田 和彦¹⁾、盛生玲央奈¹⁾、盛生 慶¹⁾、桑原 隆泰¹⁾、中島浩一郎¹⁾

【目的】当院では以前、急性胆嚢炎治療の抗菌薬はSBT/CPZ(スルベラゾン^R)を第一選択薬として使用してきた。緑膿菌に対してスペクトラムを有する抗菌薬を使用すると多剤耐性緑膿菌を誘発する可能性があるため、2008年4月より中等症以下の患者の初期治療では緑膿菌に対しスペクトラムを有しないCMZを第一選択薬とした。当院での急性胆嚢炎治療におけるCMZの有効性についての検討を行った。

【方法】2008年4月から2010年12月までに当院で経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGBD)または経皮経肝胆嚢穿刺(PTGBA)を施行して治療した急性胆嚢炎94例を対象に、胆汁より検出された起炎菌・使用した抗菌薬と菌の感受性を検討した。また、第一選択薬にSBT/CPZを使用していた期間の治療成績(2003年1月から2006年7月)との比較検討を行った。

【成績】採取された胆汁中より明らかな起炎菌を認められた例は67例(71.3%)であった。混合感染は22例(23.4%)に認められた。検出された菌は大腸菌が最多(21.3%)、次いでKlebsiella属(18%)や腸球菌(8.5%)が多かった。緑膿菌は検出されなかった。初期治療にCMZ使用例は94例中68例(72.3%)であり、そのうち治療経過や感受性結果により抗菌薬の変更を必要としたのは18例(19.1%)であった。また、明らかにCMZ耐性菌が検出されたのは13例(19%)であったが、うち5例(7.3%)は抗菌薬を変更せずともPTGBDまたはPTGBAのみで改善した。

【結論】CMZは多くの症例で有効であり初期治療の第一選択薬としては妥当と考えられた。感受性試験の結果CMZ耐性菌検出例では他剤に変更を考慮すべきであるが、CMZ耐性菌検出例でもドレナージや吸引術を行うことにより改善例もあるので、積極的にそれらの処置を併用するべきと考えた。

P-019

J波を有した特発性心室細動症例のリハビリテーション経験

武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科

○藤本 隆伸¹⁾、高橋 紳一¹⁾

はじめに：特発性心室細動(IVF)は器質的心疾患が無く、適当な運動負荷の設定が非常に難しい。今回J波を有したIVF患者のリハを経験し、運動負荷について文献的考察を加えて報告する。

症例：26歳 男性 168cm 76kg 既往歴・家族歴なし
2011年2月14日早朝就寝中に心肺停止し当院搬送。2月17日低体温療法施行、意識は完全に改善。2月21日よりリハ開始。2月21日10m歩行負荷、22日100m歩行負荷、23日300m歩行負荷、24日階段昇降負荷実施。2月25日CAG/LVG/ACH/EPS/MRI/ECG/LP/運動負荷試験でもARVC/Brugada症候群を含む器質的心疾患を認めず。2月28日IVFとしてICD植込み。3月4日退院。

身体所見：心電図：NSR、II、III、aVFでスラータイプのJ波。心エコー図：EF70%、LVHあり。胸部X線：CTR：48%、C-P角；両側sharp、肺野clear

訓練経過：IVF患者に歩行を中心としたリハを行なった。リハ前後で12誘導心電図検査を実施し、リハ中は血圧、心拍数、経皮的酸素飽和度、自覚症状、モニター心電図の監視を行なった。リハ前後で血圧、心拍数、経皮的酸素飽和度、モニター心電図、12誘導心電図は有意な変化をきたさず、患者の活動度が改善した。CPXは行なわず自宅退院となった。

考察：IVF患者では副交感神経活動の亢進に伴いJ波の上昇が増強しVF発現と関連があると言われている。また高強度運動負荷後、副交感神経活性は亢進し、中等度及び軽度運動負荷後、副交感神経活性は急速に回復するが亢進は認められない事が知られている。今回リハ中の心拍数は60%HRmax以下であり運動強度は中等度及び軽度と考えられた。運動負荷後の12誘導心電図ではJ波を含め特記する変化は認められず、中等度及び軽度の運動負荷は副交感神経活動を亢進させずJ波に変化を生じさせなかったと考えられた。ICD植込み前のIVF患者に対する運動負荷は中等度から軽度のいわゆるATレベル以下が妥当と考えられた。

P-020

ADH不適分泌症候群を合併した、うっ血性心不全に対するトルバプタンの使用経験

庄原赤十字病院 循環器科¹⁾、庄原赤十字病院 内科²⁾

○上田 智広¹⁾、奥原宏一郎¹⁾、杉野 浩¹⁾、大屋 一輝²⁾

我々は、ADH不適分泌症候群を有するうっ血性心不全に対して、トルバプタンを使用する事で低ナトリウム血症の悪化を回避しつつ、心不全を管理した症例を経験したので報告する。症例は87歳、女性。3日前より喘鳴・呼吸困難が出現し、当院に入院された。諸検査よりクリニカルシナリオ2に相当するうっ血性心不全と診断した。カリペブチドやループ利尿薬等の投与により、肺うっ血は速やかに改善した。入院時の血中ナトリウム濃度は134mEq/Lとやや低値であった。第3病日より血中ナトリウム濃度が低下傾向にあり、利尿薬を徐々に減量していた。第15病日に傾眠傾向が出現し、血中ナトリウム濃度は113mEq/Lにまで低下していた。本症例は脱水所見を欠き、血漿・尿浸透圧や尿中ナトリウム濃度などからADH不適分泌症候群と診断した。飲水制限(1000ml/日)や生理食塩水(500ml/日)の投与を開始して、第26病日には血中ナトリウム濃度は132mEq/Lまで上昇した。同日に生理食塩水の投与を中止したところ、第29病日に血中ナトリウム濃度は127mEq/Lと低下し始めた。ループ利尿薬であるアゼセミド(30mg/日)をトルバプタン(3.75mg/日)に変更する事により、徐々に血中ナトリウム濃度は上昇した。第32病日には、血中ナトリウム濃度は135mEq/Lと正常化した。その後も、高ナトリウム血症を惹起する事なく経過している。ループ利尿薬と異なり、トルバプタンは尿中ナトリウム排泄を増加させないとされている。ADH不適分泌症候群を有する心不全に対しては、少量のトルバプタン投与は体液・電解質の管理に有用と考えられた。