

P4-1

末梢・PICCからの血液培養採取手技の実態調査

旭川赤十字病院 血液腫瘍内科

○庄司 理恵、蟹谷 和子、及川和歌子、本間小百合

【はじめに】A病棟は血液腫瘍内科であり、化学療法等の血管内留置デバイスとして末梢挿入型中心静脈カテーテル(以下、PICC)を多く使用している。効果的な感染症治療にはコンタミネーション(以下、コンタミ)がないことが重要であり、採取者の手技徹底が必要である。しかし、例年数件のコンタミがあり、適切な血培養採取ができていないか不明である。【目的】A病棟に勤務する看護師が適切な血培養採取を実施できているかを調査し課題を見出す。【方法】期間：2017年4月～2018年3月。対象：A病棟看護師25名。方法：調査目的を口頭で説明し、同意を得た人に採血練習用腕モデルで末梢とPICCからの血培養採取を実施してもらい、B病棟の血培養採取手順に沿って直接観察した。【結果】調査対象は23名だった。末梢の血培養採取で手順書の全項目を適切に実施できた看護師は43%だった。特に手指消毒の遵守率が低く、物品準備前は末梢96%、PICC100%、手袋装着直前は末梢65%、PICC78%、手袋装着後は末梢74%、PICC83%だった。また、PICC先端の酒精消毒の遵守率は56%で、全員がPICC先端の消毒にイソジンを使用していた。さらに、PICCの血培養採取手順書がないことで手技に不安を感じる看護師もいた。【考察】手指消毒の遵守率が低いことから、手指消毒の適切なタイミングを個別指導し習慣化していく必要がある。また、イソジンは皮膚・粘膜にのみ有効であると周知されていず、目的・用途にあった消毒剤選択の勉強会や資料提供が必要と考える。さらに、PICCの血培養採取手順書がなく各看護師で手技が異なり不安を感じている事から手順書作成が必要と考える。今後は、手順書に沿った手技の統一を図り、コンタミ数の増減を調査していく必要がある。

P4-3

ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群患者に発症したH.cinaediによる菌血症の一例

高知赤十字病院 内科

○小松 俊哉、坂本 敬、辻 和也、有井 薫

【症例】72歳、男性【主訴】左側腹部痛【現病歴】約1年前にネフローゼ症候群を発症。内頸動脈狭窄症があり、腎生検は施行せず、膜性腎症の疑いでステロイド治療を開始。悪性腫瘍検査では腫瘍性病変なし。ステロイド抵抗性でミノシリンを開始すると味覚症状が出現し中止。ステロイド漸減しながら重症経過観察していた。7日前より左側腹部痛が持続するため受診。血液検査で炎症反応の上昇所見を呈し、腹部CTで脾周囲の腹水と近傍の小腸に限局性の壁肥厚を認めた。フロモキシセナトリウム(FMOX)にて治療開始。血液培養検査で4日後にグラム陰性らせん桿菌を検出。16S rRNA塩基配列でHelicobacter cinaedi(H.cinaedi)と同定。経過は良好でFMOX投与を17日間行い、退院前の腹部CTでは腹水及び小腸壁肥厚は消失。ミノサイクリンを処方し第18病日に軽快退院。【考察】H.cinaediはHelicobacter属に属するグラム陰性らせん桿菌で、通常腸管内に棲息し、時に細胞致死性腸炎毒素を産生し、腸管粘膜を通過して血液中に侵入、菌血症を起こすことが報告されている。近年免疫抑制患者での今回症例が散見され、10日以下の短期治療例では再燃も多く注意が必要である。今後我々はH.cinaediによる菌血症を来した症例を経験したので若干の文献的考察を踏まえ報告する。

P4-5

海外渡航後の発熱、悪心、便秘で発症した腸チフスの一例

沖縄赤十字病院 内科

○日暮 悠璃、赤嶺 盛和、名城 政俊、當銘 玲央、那覇 唯、内原 照仁、大城 勝

【緒言】腸チフスは輸入感染症として比較的頻度の高い疾患である。今回、海外渡航後に発熱、悪心、便秘で発症した腸チフスの1例を経験したので報告する。【症例】生来健康な33歳男性。東南アジア、南アジア、東アジアに計6カ月程度渡航後に来京。最終の渡航先はタイで来院3日前まで2週間程度滞在していた。来院5日前より倦怠感、来院3日前より39℃台の発熱あり。症状持続した為当院受診。便秘、悪心の随伴症状があるが身体所見上は特記所見なし。採血で血小板減少、肝機能障害、炎症反応上昇を認めデング熱の疑いで入院。入院後より下痢症状があり、入院3日目に血液培養からグラム陰性桿菌を検出した為、渡航歴も考慮しチフスの疑いでLVFX内服を開始。入院4日目に血液培養でSalmonella speciesが同定、チフスの診断となった。発熱が持続した為入院5日目にCTXの併用を開始。その後より解熱傾向となり入院15日目より解熱したため入院17日目に抗生剤終了。その後症状再燃を認めず入院26日目に退院。退院後5日目に再度発熱、便秘あり、退院後7日目に当院を再診。腸チフス再燃の疑いで再入院。LVFXで治療を開始。入院6日目に血液培養からSalmonella typhiが同定、腸チフス再燃の診断となった。入院3日目に解熱、以降再燃なく経過。【考察】腸チフスの症候として一般的に発熱、下痢が知られているが患者の30%は便秘となる。本症例では直近の渡航先、血小板減少から初期にはデング熱を最も疑ったが血液培養よりSalmonella typhiが同定され腸チフスの診断に至った。近年、アジア地域での感染ではLVFX耐性が問題となっているが、本症例はLVFX感受性であったためLVFXで治療可能であった。

P4-2

可逆性脳梁膨大部病変を合併したインフルエンザウイルスA型感染症の1例

那須赤十字病院 リウマチ科¹⁾、那須赤十字病院 呼吸器・アレルギー内科²⁾、那須赤十字病院 検査部³⁾、那須赤十字病院 消化器内科⁴⁾

○池野 義彦¹⁾、福島 史哉²⁾、崎尾 浩由²⁾、田宮 千知²⁾、町田 安孝²⁾、小崎 真希²⁾、薄井啓一郎³⁾、佐藤 隆⁴⁾、阿久津郁夫²⁾

【症例】52歳男性、気分不快感で職場を早退するもその後連絡取れず、2日後に家人自宅訪問したところベッド上で倒れているのを発見され、当院救急搬送された。初診時JCS-1-2の意識障害及び見当識障害、39.8℃の発熱を認めた。インフルエンザ抗原迅速検査でA型陽性、また頭部MRI拡散強調像で脳梁膨大部に淡い高吸収域を確認し、可逆性脳梁膨大部病変を有する脳炎・脳症(Clinically mild encephalitis / encephalopathy with a reversible splenic lesion: MERS)を合併したインフルエンザウイルスA型感染症と診断。輸液、Peramivir 300mgにて加療開始した。第2病日に意識障害改善するものの、夜間を中心とした見当識障害は第6病日まで遷延した。第11病日頭部MRI拡散強調像にて脳梁膨大部病変消失を確認、退院とした。【考察】MERSは臨床的には発熱後1週間以内に異常行動・言動、意識障害、けいれんなどで発症し、その多くは10日以内に後遺症無く回復する病態である。ウイルス感染症に続発することが知られており、中でもインフルエンザウイルス感染症に多いとされる。また、インフルエンザウイルス感染で異常行動を呈した11名中5名に同病変を認めた報告があり、感染による異常行動に脳梁膨大部病変が関与している可能性が示唆されている。本症例でも、見当識障害の遷延が認められた。ウイルス感染を契機に異常行動を呈した場合、本病態も念頭に置き検索を進める必要がある。

P4-4

胸背部痛を主訴に受診し、診断に苦慮した破傷風の1例

唐津赤十字病院 救急科

○長家 聡明、木村 萌絵、吉武 邦将、藤田 亮、中島 厚士

【症例】65歳男性【現病歴】労作時の胸背部痛が出現した為、近医を受診し、採血、CT検査を行うも異常所見がなく、心疾患が疑われ当院循環器内科に紹介となった。心電図、心エコーにて異常所見なく、冠動脈カテーテル検査では有意な狭窄は認めなかった。胸背部痛は体動時に悪化するため、脊椎MRIを施行したところ第5胸椎圧迫骨折を認め、それが胸背部痛の原因と診断された。入院経過観察していたところ第4病日に著明な発汗、突然の全身性強直性痙攣が出現し、精査目的に当科紹介となった。【経過】全身診察を行ったところ、胸背部痛が発症する数日前に受傷した腫瘍を伴う右膝挫傷を認めた。入院後看護記録から痙攣、開口障害と考えられるエピソードがあり、臨床症状から破傷風と診断した。抗破傷風ヒト免疫グロブリン4500単位、メトニダゾール2g/日を投与し、軽度の刺激で全身性強直性痙攣が持続する状態だった為ミダゾラム、プロポフォール、フェンタニルによる鎮痛・鎮静下に人工呼吸器管理を行った。吸引などの刺激で下顎硬直・腹直筋硬直が持続するためタントロンを追加、第9病日に気管切開術を施行した。第22病日から鎮痛薬を徐々に減量することができ、第27病日に人工呼吸器から離脱した。リハビリ目的に55病日に独歩転院となった。【結語】労作時の胸背部痛を主訴に受診され、診断に苦慮した破傷風の1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

P4-6

診断に苦慮したバラムチアによるアメーバ性肉芽腫性脳炎の一例

高松赤十字病院 脳神経外科¹⁾、高松赤十字病院 病理診断科²⁾

○香月 教寿¹⁾、入江恵一郎¹⁾、井 陽輝¹⁾、香月奈穂美²⁾、荻野 哲朗²⁾、香川 昌弘¹⁾

バラムチアによるアメーバ性肉芽腫性脳炎を経験したので報告する。患者は67歳女性。複視とふらつきを認めMRIを施行されたところ脳室壁や小脳表面、脳幹表面などに多発性の拡散異常病変を指摘され、当院へ紹介となった。髄液検査では単核球有意の細胞増多、タンパク増加、糖減少がみられた。ウイルス性髄膜炎を疑い抗ウイルス薬と抗てんかん薬の投与を開始したが、入院後徐々に意識レベルは悪化した。血管内リンパ腫を疑い入院3日目にランダム皮膚生検を行ったが、異常所見を認めなかった。入院4日目に小脳病変に対して開頭生検が行われた。小脳生検では血管周囲性の細胞浸潤と組織球浸潤、微小な非乾酪性肉芽腫を認めたが、疾患の特定には至らなかった。術後からステロイド投与も開始したが、入院8日目には昏睡状態となった。抗結核薬、抗原虫薬、抗生剤、免疫グロブリン製剤を投与、水頭症に対してのスパイナルドレーナージ術を行ったが改善傾向はみられず、28日目に死亡された。病理学的検討はその後も続けられ、最終的にはバラムチアによるアメーバ性肉芽腫性脳炎と診断された。アメーバ性肉芽腫性脳炎は非常にまれで、診断、治療ともに困難な疾患である。早期診断と治療法の検討のために知識の共有が必要である。

11月16日(金)
一般演題(ポスター)
抄録