

一般演題（口演） | 感染・敗血症 症例

[O18]一般演題・口演18

感染・敗血症 症例02

座長:森村 尚登(東京大学大学院医学系研究科救急科学)

Fri. Mar 1, 2019 10:50 AM - 11:40 AM 第8会場 (国立京都国際会館2F Room B-1)

[O18-3]健常人に発症した劇症型 A群β溶連菌感染症に伴う急性感染性電撃性紫斑病の1症例

日根野谷 一, 道田 将章, 池本 直人, 吉田 悠紀子, 落合 陽子, 大橋 一郎, 片山 浩 (川崎医科大学 総合医療センター 麻酔・集中治療科)

【背景】急性感染性電撃性紫斑病 (acute infectious purpura fulminans; AIPF) とは感染症により、四肢遠位部の虚血性壊死が、二肢以上で同時に侵され、近位の動脈閉塞を伴わない病態である。原因菌では髄膜炎菌が最も多いが A群β溶連菌 (group A streptococci: GAS) や真菌、ウイルスなど様々である。AIPFの死亡率は約40%で、さらに敗血症性 DICに至った症例の死亡率は約50%と報告があり、AIPFは最重点に置くべき病態である。【臨床経過】(患者) 84歳、女性 (主訴) 右足背の違和感 (現病歴) 来院前日の夜間から右足背の違和感と疼痛、水泡形成を自覚、近医受診した。しかし、収縮期血圧約70mmHg、SpO₂ 85% (room air)、呼吸数30回/分以上と急変。前医へ紹介受診されるが、さらに悪寒戦慄と右下肢の水泡と新たに発赤の拡大を認め当院へ救急搬送 (入院時現症) 意識レベル: E4V5M6、SpO₂: 89% (10L/min O₂マスク)、血圧: 90/54 (ドパミン、ノルアドリナリンそれぞれ最大量)、脈拍: 110回/分、体温: 38.6°C、両足背から下腿遠位にかけて有意な腫脹、発赤、水泡形成を認めた。両足背および後脛骨動脈の触知は不可だったが膝窩動脈の触知は可能 (既往歴) 発症1週間前に右第1足趾の外傷 (入院後経過) 初日、全身麻酔下で筋膜切開術を施行。術後はICUにて人工呼吸管理を行なった。抗菌薬は、ABPC 8g/日および CLDM 2400mg/日投与を開始した。急性期 DICスコアが6点より、AT-3製剤1500単位/日、トロンボモジュリン製剤19200単位/日の投与を第6病日まで行ない、その後適宜スコアを見ながら投与を行なった。第2病日、急性腎傷害より持続的腎代替療法を導入。第3病日、第1病日の血液培養より GASが検出、届出を行なった。その後壊死範囲の拡大により第5病日、膝上右下腿切断術を施行。第10病日、断端部陰圧閉鎖療法を開始した。第13病日、非閉塞性腸管虚血症が発症。パパペリンの持続投与を行なった。また、創部より Candidaが検出。MCFG 100mg/日の投与を開始した。第20病日、AMPH 200mg/日に切り替えた。その後も治療の再検討を行なうが、DICの進行、敗血症性ショックにより第41病日、永眠。【結語】AIPFの死亡率は高く、さらに敗血症性 DIC合併例の救命は困難である。本症例も救命できなかったが、AIPFの死亡例の大半は発症後2日以内であることより、救命できた可能性はあった。しかし、重大な合併症を発症した場合救命はさらに厳しいので注意が必要である。