

第 67 回神奈川県感染症医学会 プログラム・抄録集

日 時 平成 22 年 3 月 6 日 (土) 12 : 50 ~ 16 : 30
会 場 横浜情報文化センター

当番会長 廣 畑 俊 成
北里大学医学部 膠原病・感染内科学

第 67 回神奈川県感染症医学会

■ 開催日時：平成 22 年 3 月 6 日（土）12：50～16：30

幹事会	12：00～12：45	小会議室（新館 7 階）
学術集会〔受付〕	12：15～	
〔開演〕	12：50～	大会議室（新館 7 階）

■ 会場：横浜情報文化センター 大会議室（新館 7 階）

〒231-0021 横浜市中区日本大通 11 番地

TEL 045-664-3737 FAX 045-664-3788



■ 交通アクセス

[電車]

- みなとみらい線 「日本大通り駅」 情文センター口 0分
- JR・横浜市営地下鉄 「関内駅」 徒歩 10分

[バス]

- 横浜駅東口バスターミナル（横浜そごう 1 階）より 8・58 系統 乗車 15 分
- 桜木町駅バスターミナルより 8・11・58 系統 乗車 10 分

[車]

- 首都高速 「横浜公園ランプ」 3分

詳細については直接お問い合わせ下さい。

横浜情報文化センター7階管理事務所

TEL045-664-3737

* ご理解とご協力のお願い **

第 67 回神奈川感染症医学会は皆様のご協力を賜わり一般演題 16 題の発表となりました。

つきましては、一題につき**発表時間は 7 分、質疑応答は 3 分**とさせていただきます。時間厳守にご協力いただきますようお願い申し上げます。

【ご参加の皆様へ】

- ・ 受付開始時間は 12 : 15 ~、情報文化センター 大会議室（新館 7 階）入口にて行います。
- ・ 受付でお名前・ご所属をご記入下さい。
- ・ 参加費は 1,000 円です。

【ご発表の皆様へ】

- ・ 代表幹事会のご指示により以下のようにになりましたのでご遵守下さい。
【**発表者は会員でなくてはなりません。**演者が未入会の場合、あるいは年会費未納分がある場合は演題発表ができません。またその場合、共同演者も発表できませんのでご了承下さい。】
事前に必ず会員登録をお済ませ頂きますようお願い致します。詳細は学会ホームページをご覧ください。<http://kanakan.umin.jp/>
- ・ 発表は PC（パソコン）による発表のみとさせていただきます。
- ・ ご発表頂くスライド原稿は、事前に事務局のメールアドレスまで、**添付送信**下さい
提出期限：3 月 1 日（月）17 : 00 まで
宛 先：kansen67@kitasato-u. ac. jp
- ・ 当日会場で使用する **OS : Windows XP**
アプリケーション : Windows 版 Power Point 2003（2007 対応可）
- ・ トラブル防止のため発表原稿は **USB メモリー**にて当日**必ずご持参**下さい。
- ・ 下記の場合につきましては PC 本体をお持ち込み頂きますようお願い申し上げます。
* **OS が Mac** の場合。一般的な 15 Pin のモニターケーブルに接続致しますので、
変換コネクターをお持ち下さい。
* **動画ファイル**を含む場合。
- ・ 発表予定の 30 分前には受付をお済ませ下さい。
- ・ 次演者の方は、指定席で発表までお待ち下さい。
- ・ 一般演題は、発表 7 分、討論 3 分です。スライド原稿に制限はありませんが時間厳守でお願いいたします。開始 5 分後と、6 分後にベルが鳴りますので発表時間の参考にして下さい。
- ・ ご発表頂くスライド原稿の内容に変更のある場合、前日（3 月 5 日（金））正午までは対応いたしますので事務局にご連絡下さい。
- ・ 事務局で用意した PC 内にコピーした発表データにつきましては、発表終了後、事務局で責任を持って削除致します。

【問い合わせ先】

第 67 回神奈川県感染症医学会事務局
北里大学医学部 膠原病・感染内科学内
〒255-8555 神奈川県相模原市北里 1-15-1
TEL : 042-778-8745 FAX : 042-778-8441
Email : kansen67@kitasato-u. ac. jp

～:～:～:～ プログラム ～:～:～:～

幹事会報告 (12:50) 満田 年宏 神奈川県感染症医学会事務局長
横浜市立大学附属病院 感染制御部

開会の辞 (12:55) 廣畑 俊成 当番会長
北里大学医学部 膠原病・感染内科学

～:～:～ 一般演題 ～:～:～

I. 抗酸菌・真菌感染症・薬物動態

座長 宮沢 直幹 横浜市立大学附属病院 呼吸器内科

1. (13:00～13:10)

初診時に結核性敗血症を合併していた骨髄異形成症候群 (MDS)

○服部 友歌子 (ハットリ ユカコ)¹⁾、桑原 英幸¹⁾、大島 理加¹⁾、高橋 寛行¹⁾、萩原 真紀¹⁾、
酒井 リカ¹⁾、石ヶ坪 良明²⁾、藤澤 信¹⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター血液内科、2) 横浜市立大学附属病院リウマチ血液感染症内科

2. (13:10～13:20)

Mycobacterium peregrinum 肺感染症の一例

○澤幡 美千瑠 (サワハタ ミチル)、萩原 恵里、狩野 芙美、池田 慧、椎原 淳、澤田 哲郎、越智 淳一、
関根 朗雅、松嶋 敦、土屋 典子、榎本 崇宏、篠原 岳、馬場 智尚、遠藤 高広、西平 隆一、小松 茂、
加藤 晃史、小倉 高志、高橋 宏

神奈川県立循環器呼吸器病センター 呼吸器科

3. (13:20～13:30)

新型インフルエンザ感染にニューモシスチス肺炎を合併した一例

○藤井 徹朗 (フジイ テツロウ)、松本 憲二、宮下 和甫、松本 千尋、中嶋 ゆき、伊藤 仁美、山路 聡、
築地 淳、富田 直人、藤田 浩之、石ヶ坪 良明

横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学

4. (13:30～13:40)

呼吸器感染症患者におけるモキシフロキサシン血中薬物動態の検討

○三科 圭 (ミシナ ケイ)¹⁾、小林 信明¹⁾、宮沢 直幹¹⁾、井上 聡¹⁾、佐藤 隆¹⁾、佐々木 昌博¹⁾、
金子 猛²⁾、石ヶ坪 良明³⁾

1) 横浜市立大学附属病院 呼吸器内科、2) 横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器センター、
3) 横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学

II. ウィルス感染症 座長 上田 敦久 横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染内科

5. (13:42～13:52)

新規未治療 HIV 感染患者を対象とした薬剤耐性検査および BED アッセイの解析

○上田 敦久 (ウエダ アツヒサ)¹⁾、白井 輝⁴⁾、筑丸 寛²⁾、安達 理恵³⁾、竹下 早苗³⁾、
小田 みどり³⁾、松山 奈央³⁾、中向 知子¹⁾、築地 淳¹⁾、石ヶ坪 良明¹⁾

1) 横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染内科、2) 横浜市立大学附属病院 口腔外科、
3) 横浜市立大学附属病院 看護部、4) 横浜市立大学医学部 看護学科

6. (13:52~14:02)

HIV-1-ITP の一例

○**荘 信博** (ショウ ノブヒロ)、和田 達彦、東野 俊洋、石川 章、廣畑 俊成
北里大学医学部 膠原病・感染内科学

7. (14:02~14:12)

末梢性T細胞性リンパ腫の肺浸潤にサイトメガロウイルス感染の合併を認めた1例

○**大森 尚子**¹⁾(オオモリ ナオコ)、金子 猛¹⁾、伊藤 優¹⁾、後藤 秀人¹⁾、山口 展弘¹⁾、塚原 利典¹⁾、
浅井 偉信¹⁾、田中 恭子¹⁾、渡邊 恵介¹⁾、宮沢 直幹²⁾、佐々木 昌博²⁾、石ヶ坪 良明²⁾

1)横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器病センター、

2)横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学

8. (14:12~14:22)

プレドニゾロン・メトトレキサート投与中にHBV再活性化をきたした関節リウマチ(RA)の一例

○**渡邊 玲光** (ワタナベ レイコウ)¹⁾、渡邊 恵介¹⁾、高瀬 薫¹⁾、出口 治子¹⁾、大野 滋¹⁾、野崎 昭人²⁾、石ヶ坪 良明³⁾

1)横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター、

2)横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター、

3)横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学

**** 休憩 *****

(14:22~14:40)

Ⅲ. 細菌感染症

座長 石川 章

北里大学医学部 膠原病・感染内科学

9. (14:40~14:50)

緑膿菌による敗血症性ショック、DICを来たし急速に悪化した劇症型マイコプラズマ肺炎の一例

○**小山 ひかり** (コヤマ ヒカリ)、大林 王司、金 俊行、平田 暁識、松井 克之、村川 裕二、滝澤 始、
吉田 稔

帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科

10. (14:50~15:00)

当院のAmpCβラクタマーゼ産生菌に関する検討

○**中向 知子** (ナカムカイ トモコ)、築地 淳、上田 敦久、石ヶ坪 良明

横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染症内科

11. (15:00~15:10)

関節リウマチの加療中にリステリア敗血症を合併した一例

○**沼澤 慶太** (ヌマサワ ケイタ)、須田 昭子、上原 武久、大村 賢治、井畑 淳、上田 敦久、岳野 光洋、
石ヶ坪 良明

横浜市立大学附属病院リウマチ血液膠原病内科

12. (15:10~15:20)

外傷なく発症した重症破傷風の一例

○**石井 大** (イシイ ダイ)、松井 俊通、星山 隆行、東野 紀子、東野 俊洋、和田 達彦、田中 淳一、
永井 立夫、田中 住明、石川 章、廣畑 俊成

北里大学医学部 膠原病・感染内科学

IV. その他 座長 坂本 光男 川崎市立川崎病院 内科

13. (15:22~15:32)

新型インフルエンザ流行期に開催された2つの大学祭における感染対策の集団感染への影響

○青木 昭子 (アオキ アキコ)^{1,4)}、満田 年宏²⁾、白井 輝^{3,4)}、近藤 智津恵⁴⁾、石井 和子⁴⁾、尾崎 和子⁴⁾

1) 横浜市立大学附属病院 臨床研修センター、2) 横浜市立大学附属病院 感染制御部、
3) 横浜市立大学医学部看護学科、4) 横浜市立大学保健管理センター

14. (15:32~15:42)

ツツガムシ病の一例

○倉井 華子¹⁾ (クライ ハナコ)、吉村 幸浩¹⁾、立川 夏夫¹⁾、柳川 莊一郎²⁾、古谷 由美子³⁾

1) 横浜市立市民病院 感染症内科、2) 柳川ビルクリニック、3) 神奈川県衛生研究所

15. (15:42~15:52)

糖尿病患者に認めた非クロストリジウム性ガス壊疽の一例

○北口 真由香 (キタグチ マユカ)¹⁾、中島 由紀子¹⁾、坂本 光男¹⁾、大曾根 康夫¹⁾、田熊 清継²⁾、秋月 哲史¹⁾

1) 川崎市立川崎病院 内科、2) 川崎市立川崎病院 救急科

16. (15:52~16:02)

Hib と DPT の同時接種と混合接種の違いによる破傷風抗体誘導の一考察

○福田 靖 (フクダ タダシ)^{1,2)}、高橋 元秀¹⁾、荒川 宜親¹⁾、中島 秀喜²⁾

1) 国立感染症研究所 細菌第二部、2) 聖マリアンナ医科大学 微生物学教室

次期当番会長挨拶 (16:05) 坂本 光男 川崎市立川崎病院内科

*** 休憩 ***

(16:10~16:25)

特別講演 (16:25~17:25)

座長 廣畑 俊成 北里大学医学部 膠原病・感染内科学

テーマ : セブシスと好中球

演者 : 斧 康雄先生 帝京大学医学部微生物学講座/内科感染症診療 教授

閉会の辞 (17:25) 和田 達彦 第67回神奈川県感染症医学会事務局代表
北里大学医学部 総合診療医学

~::~::~ 一般演題 ~::~::~

I. 抗酸菌・真菌感染症・薬物動態

座長 宮 沢 直 幹 横浜市立大学附属病院 呼吸器内科

1. 初診時に結核性敗血症を合併していた骨髄異形成症候群 (MDS)

服部 友歌子¹⁾、桑原 英幸¹⁾、大島 理加¹⁾、高橋 寛行¹⁾、萩原 真紀¹⁾、酒井 リカ¹⁾、石ヶ坪 良明²⁾、藤澤 信¹⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター血液内科

2) 横浜市立大学附属病院リウマチ血液感染症内科

【緒言】結核菌感染症は不明熱の鑑別診断として常に考慮する必要があるが、骨髄系造血器悪性腫瘍に伴う febrile neutropenia の起原菌となることは稀である。我々は骨髄異形成症候群 (MDS) で初診時に結核性リンパ節炎と敗血症を合併した一例を経験したので報告する。

【症例】54 歳男性。持続する発熱と呼吸困難を主訴に近医を受診し汎血球減少を指摘された。症状改善せず発症 2 週間後に当科を受診、来院時はショック状態であった。MDS と診断し、好中球減

少に伴う感染症を考え、empiric therapy を開始した。肺病変は認めなかったが頸部リンパ節腫脹を認め、第 5 病日に血液検体で抗酸菌検査を行ったところ TRC 法で陽性となった。第 9 病日に行った頸部リンパ節生検でも結核菌が検出された。直ちに抗結核薬を開始したが敗血症性ショックが進行し ICU 管理が必要となった。合併症のため EB、INH、CPFX、AMK で治療し結核菌感染症は改善したが、第 55 病日に真菌性敗血症で死亡した。

2. *Mycobacterium peregrinum* 肺感染症の一例

澤幡 美千瑠、萩原 恵里、狩野 芙美、池田 慧、椎原 淳、澤田 哲郎、越智 淳一、関根 朗雅、松嶋 敦、土屋 典子、榎本 崇宏、篠原 岳、馬場 智尚、遠藤 高広、西平 隆一、小松 茂、加藤 晃史、小倉 高志、高橋 宏

神奈川県立循環器呼吸器病センター呼吸器科

Mycobacterium(M.) fortuitum complex に含まれる *M. peregrinum* の感染症報告は稀である。今回同菌による肺感染症を経験したため、文献的考察を含めて報告する。症例は 24 歳男性。生来健康で特記すべき既往歴なく、喫煙歴なし。平成 21 年 4 月下旬に 38℃ 台の発熱と湿性咳嗽が出現し 5 月 16 日近医受診。胸部 X 線にて右肺中肺野に浸潤影を認め、WBC8700/μl CRP3.96 mg/dl でありアジスロマイシン、レボフロキサシンが処方されるも陰影の改善に乏しく、胸部 CT にて両側肺

とくに右中葉で目立つ気道周囲浸潤影と散布影を認めたため、抗酸菌感染症疑いとして 6 月 30 日当院紹介受診となった。喀痰・胃液とも抗酸菌塗抹は陰性であったが、培養にて *M. peregrinum* が 2 回陽性でこれによる肺感染症と判断した。ブロスミック NTM の結果に基づき、クラリスロマイシン 800mg/2×、エタンブトール 750mg/1×、レボフロキサシン 500mg/1× の 3 剤による治療を開始した。症状、画像所見とも改善し、副作用の出現なく現在順調に経過している。

3. 新型インフルエンザ感染にニューモシスチス肺炎を合併した一例

藤井 徹朗、松本 憲二、宮下 和甫、松本 千尋、中嶋 ゆき、伊藤 仁美、山路 聡、築地 淳、
富田 直人、藤田 浩之、石ヶ坪 良明
横浜市立大学大学院医学研究科病態免疫制御内科学

【症例】50歳男性
【既往歴】48歳 急性骨髄性白血病発症し、第二寛解期で非血縁者間同種骨髄移植施行
【現病歴】移植後慢性 GVHD 筋炎に対し、プレドニゾロン(PSL) 15mg/日を内服し、ベナンバックス吸入を月1回行っていた。H21年11月上旬に家族がA型インフルエンザとなり、11月12日筋炎の悪化に対し PSL30mg/日に増量した。15日より38度以上の発熱と咳を認め、17日鼻腔A型インフルエンザ抗原陽性で低酸素血症、X-pで両肺透過性低下を認めたため、緊急入院となった。

タミフル 150mg/日内服開始し、19日の喀痰細胞診にてグルコット染色でカリニ原虫を認め、ニューモシスチス肺炎の合併と診断し、20日よりST合剤を12錠/日、計21日間投与した。12月2日より呼吸状態改善し、13日に酸素投与を中止した。15日の胸部CTで嚢胞を伴うものの両肺透過性の改善を認め、18日に退院した。

【考察】本症例は入院時のβ-Dグルカンは陰性であり、ニューモシスチス肺炎の診断には痰細胞診が有用であった。

4. 呼吸器感染症患者におけるモキシフロキサシン血中薬物動態の検討

三科 圭¹⁾、小林 信明¹⁾、宮沢 直幹¹⁾、井上 聡¹⁾、佐藤 隆¹⁾、佐々木 昌博¹⁾、金子 猛²⁾、
石ヶ坪 良明³⁾

1) 横浜市立大学附属病院 呼吸器内科、 2) 横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器センター、
3) 横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学

【背景】モキシフロキサシン (MFLX) は 400mg 分1投与と設定されている。市販前臨床試験で日本人健康成人における体内動態は報告されており安全性が確認されているが、実際の患者での血中薬物動態の報告はない。

【方法】2008年7月～2009年6月に市中肺炎または慢性呼吸器疾患二次感染と診断、MFLX 400mg を7日間経口投与した症例を対象とした。投与開始から3・7日目に内服1・10・24時間後の血中濃度を液体クロマトグラフ法にて測定し薬物動態解析を行った。

【結果】症例は市中肺炎5例、慢性呼吸器疾患二次感染3例、市中肺炎と診断したが後に別の診断が確定した2例の計10例。年齢 64.1 ± 16.5 歳、eGFRは 69.4 ± 21.5 mL/min/1.73m²であった。母集団モデルを用い算出したAUC₀₋₂₄は 48.2 ± 8.39 μg・h/mL、Cmax 4.21 ± 0.50 μg/mLであった。腎機能低下例と正常例の比較でAUC₀₋₂₄、Cmaxの有意差はなかった。有害事象は全例で認めなかった。

【結論】MFLX 400mg 分1経口投与は腎機能障害患者や高齢者においても安全に使用可能である。

II. ウィルス感染症

座長 上田 敦久 横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染内科

5. 新規未治療 HIV 感染患者を対象とした薬剤耐性検査および BED アッセイの解析

上田 敦久¹⁾、白井 輝⁴⁾、筑丸 寛²⁾、安達 理恵³⁾、竹下 早苗³⁾、小田 みどり³⁾、松山 奈央³⁾、中向 知子¹⁾、築地 淳¹⁾、石ヶ坪 良明¹⁾

1) 横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染内科、2) 横浜市立大学附属病院 口腔外科、3) 横浜市立大学附属病院 看護部、4) 横浜市立大学医学部 看護学科

【目的】横浜市立大学附属病院では 2007 年より、診療圏における HIV 感染症の動向評価のために新規感染未治療患者より検査に同意を得られた方を対象に耐性検査と BED アッセイを施行している。

【方法】2007 年 1 月より 2008 年 11 月の間に当院を初診した HIV 感染患者は 71 名であった。このうち新規感染未治療患者で検査に同意をえられた 50 名に対して Aware BED EIA HIV-1 Incidence Test

(CALYPTE Biomedical 社)およびゲノタイプ耐性検査を施行した。

【結果】15 名が新規感染を疑う ODn <0.8 であった。うち 7 名は AIDS 発症例であった。初診後の経時的な BED アッセイでは非 AIDS 症例で ODn 値の上昇傾向を認めた。耐性は 8 症例に認め、rtT215S/E/D, rtK103N, polM46I 等で、年々の増加傾向が確認された。結果と共に若干の考察を加え報告する。

6. HIV-1-ITP の一例

荘 信博、和田 達彦、東野 俊洋、石川 章、廣畑 俊成

北里大学医学部 膠原病・感染内科学

症例は 30 歳男性。2 年前に痔核治療のために近医を受診し性感染症が疑われ総合病院を受診し HIV と診断をうけるが、転居などを理由に通院を自己中断していた。3 ヶ月前より下痢が続き近医を受診した際に血小板減少 ($5.6 \times 10^4/\mu\text{l}$) を指摘された。2 ヶ月前より 39 度の発熱が認められたために当院を受診し精査のため入院した。半年で 8 kg の体重減少と舌白苔を認めた。HIV 感染症に加え、血小板減少、カンジダ症、HBV 感染症、HIV 腎症と CMV 網膜症の合併を認めた。抗レトロウイルス療法 (cART) に

加え、血小板減少に対してはステロイド療法、IVIg 療法を開始した。他の感染症は改善したが、血小板減少は治療抵抗性であった。後にダナゾールとアザチオプリンの併用療法にて改善した。その間は血小板輸血にて対応し、血小板減少の治療には 3 ヶ月を要した。HIV 感染症に伴う血小板減少はしばしば経験するが、本症の血小板減少は、治療抵抗性で HIV 感染症に伴う免疫学的機序も考えられた。示唆に富む症例として報告する。

7. 末梢性 T 細胞性リンパ腫の肺浸潤にサイトメガロウイルス感染の合併を認めた 1 例

大森 尚子¹⁾、金子 猛¹⁾、伊藤 優¹⁾、後藤 秀人¹⁾、山口 展弘¹⁾、塚原 利典¹⁾、浅井 偉信¹⁾、
田中 恭子¹⁾、渡邊 恵介¹⁾、宮沢 直幹²⁾、佐々木 昌博²⁾、石ヶ坪 良明²⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター 呼吸器病センター

2) 横浜市立大学大学院医学研究科病態免疫制御内科学

症例は 71 歳、男性。平成 20 年 12 月より労作時呼吸困難が出現。平成 21 年 2 月に他院で細菌性肺炎の診断で抗菌化療を受け、症状は軽快するも肺陰影は残存。3 月中旬より全身性皮疹が出現し、呼吸困難が増悪。4 月より発熱も加わり、前医で再度抗菌化療が行われるも効果なく、5 月に当院を紹介受診、精査加療目的に入院。胸部 CT で両側に浸潤影を伴うすりガラス陰影を認めた。気管支鏡下肺生検による病理所見では、間質に CD4 陽性のリンパ球主体

の浸潤と核内封入体をもつ細胞が認められた。血清 CMV 抗原陽性と合わせ、CMV 肺炎と診断。また、入院後出現した単径リンパ節の腫大に対し生検を行い、末梢性 T 細胞性リンパ腫と診断した。ガンシクロビル点滴により、肺陰影は改善するものの残存し、その後のリンパ腫に対する化学療法により残存した陰影がほぼ消失した。経過及び病理所見より肺陰影はリンパ腫の肺浸潤にサイトメガロウイルス感染を合併したものと考えられた。

8. プレドニゾロン・メトトレキサート投与中に HBV 再活性化をきたした関節リウマチ (RA) の一例

渡邊 玲光¹⁾、渡邊 恵介¹⁾、高瀬 薫¹⁾、出口 治子¹⁾、大野 滋¹⁾、野崎 昭人²⁾、石ヶ坪 良明³⁾

1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター リウマチ膠原病センター

2) 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター

3) 横浜市立大学大学院医学研究科 病態免疫制御内科学

近年、免疫抑制剤、抗腫瘍化学療法施行中、後に HB s 抗原陰性、HB c 抗体陽性もしくは HB s 抗体陽性患者から発症する de novo B 型急性肝炎の重症化、劇症化が注目されている。今回 RA に合併した一例を経験したので報告する。症例は 57 歳女性。職業は看護師。42 歳時に RA を発症。職場の定期検診で、HB s 抗原・HB s 抗体陰性で HB ワクチン接種をすすめられていたが拒否していた。RA に対して MTX12mg/week+PSL8mg/day で治療されていたが、平成 21 年 10 月に急性肝炎を発症し入院。

以前陰性であった HB s 抗原陽性、HBVDNA 9.0 log copy/ml 以上であり、B 型肝炎ウイルスの再活性化が疑われた。ステロイドパルス、エンテカビル投与により軽快し退院。現在も肝炎の再燃はみられていない。

de novo B 型肝炎は劇症化率、死亡率が高いため、適切なスクリーニングと治療が必要となる。厚生労働省より免疫抑制・化学療法により発症する B 型肝炎対策が公表されているが、リウマチ膠原病患者において今後のさらなる検討が必要である。

Ⅲ. 細菌感染症

座長

石川 章

北里大学医学部 膠原病・感染内科学

9. 緑膿菌による敗血症性ショック、DICを来たし急速に悪化した劇症型マイコプラズマ肺炎の一例

小山 ひかり、大林 王司、金 俊行、平田 暁識、松井 克之、村川 裕二、滝澤 始、吉田 稔
帝京大学医学部附属溝口病院 第四内科

症例：33歳 女性、看護師 主訴：咳嗽・呼吸苦、
既往歴：3歳・川崎病 生活歴：喫煙・飲酒なし 現
病歴：H21年7月11日夜間より背部痛出現、咳嗽・
前胸部痛が悪化し常備のロキソニン®内服。翌12日
午前3時、夜勤中に呼吸苦増悪し13日当院内科受
診。両側肺炎にて緊急入院。急激な血圧低下(80→60
台)とⅡ型呼吸不全、汎血球減少・DICあり。マイ
コプラズマIgM陽性抗体で胸部CT上、劇症型マイ
コプラズマ肺炎が疑われた。MEPM,CPFXを併用、パ

ルス療法、免疫グロブリン、抗DIC薬を投与し、エ
ンドトキシン吸着を施行した。その後一時血圧は改
善したが、エンドトキシン値239と高値、翌日DIC・
感染が悪化しNIPPVから侵襲的呼吸管理に変更。2
回目の吸着療法も効なく第二病日に永眠した。その
後、血液・喀痰で耐性のない緑膿菌を検出。HIV、
HTLV-1追加検査は陰性であった。病理解剖も報告
予定である。

10. 当院のAmpCβラクタマーゼ産生菌に関する検討

中向 知子、築地 淳、上田 敦久、石ヶ坪 良明
横浜市立大学附属病院 リウマチ・血液・感染症内科

【目的】耐性菌であるAmpCβラクタマーゼ産生菌
(AmpC)の当院の検出状況と患者背景、抗菌薬な
どを検討し今後の対策に役立てる。

【方法】2008年1月1日から2009年11月30日
に培養検査でAmpCが検出された症例を対象とし
た。

【結果】43症例(47エピソード)が該当、年齢は1
～92歳、検体検出の内訳はドレナージ液(胆汁・腸

液・腹水)13,尿6,痰4などであった(重複あり)。
検出菌種はエンテロバクターが42症例、シトロバ
クターが18症例、Escherichia属が4症例で、同
一患者で異なる時期に異なる菌が別々に検出された
事例は2例あった。治療例の多くはドレナージ併用
例であったが、カルバペネム系抗菌薬を用いたケー
スで治療成績が良好であった。

11. 関節リウマチの加療中にリステリア敗血症を合併した一例

沼澤 慶太、須田 昭子、上原 武久、大村 賢治、井畑 淳、上田 敦久、岳野 光洋、石ヶ坪 良明
横浜市立大学附属病院リウマチ血液膠原病内科

症例 65 歳女性。平成 17 年関節 (RA) の診断。平成 17 年 8 月より MTX と PSL 5 mg で加療開始したが RA の活動性が高いため平成 21 年 6 月 MTX10.5 mg/週に増量。

7 月下旬ごろより断続的に 39°C 台の発熱が出現。外来で CFPN-PI 処方されたが軽快せず。8/21 精査加療目的で当科入院。入院後血液培養 8 検体中 2 検体で *Listeria monocytogenes* が陽性で心エコー、髄液検査では異常は認められなかったが感染巣不明の

同菌による敗血症の診断で 9/1 より ABPC の投与開始。以後臨床症状、検査所見の改善がみられ、9/29 退院し。*Listeria monocytogenes* は人畜共通感染症で、ヒトや動物の敗血症、髄膜炎など致命率の高い病原菌として知られている。近年欧米では生物学的製剤投与時の *Listeria* 症の合併が注目されているが従来の DMARDs 療養中の患者でも留意する必要がある。

12. 外傷なく発症した重症破傷風の一例

石井 大、松井 俊通、星山 隆行、東野 紀子、東野 俊洋、和田 達彦、田中 淳一、永井 立夫、田中 住明、石川 章、廣畑 俊成
北里大学医学部 膠原病・感染内科学

症例. 57 才、自動車整備工の男性。2009 年 9 月初旬より歯の痛みが出現した。9 月 14 日起床時より口が開きにくいのに気づいた。翌日には一横指程度しか口が開かなくなり、同時に嚥下障害も認めている。9 月 17 日当院を受診され、外傷を認めなかったが、臨床経過と職業が自動車修理業であることから破傷風感染を疑い破傷風抗毒素投与を行った。しかし、翌日には腱反射亢進、病的反射出現、嚥下障害の増悪、神経毒の中枢障害に起因する血圧の上昇を認め、19 日には強直性痙攣が出現したため、破傷風感染第 III 期と判断、人工呼吸器管理を開始した。

痙攣・筋硬直に対し、ベンゾジアゼピン誘導体の持続投与、暗室管理とフェンタニル投与による外的刺激の軽減、補助的に臭化ベクロニウム併用投与、高血圧に対しては B 遮断薬塩酸ランジオロール持続投与を行った。9 月 30 日に気管切開を行った。10 月 15 日には血圧安定し塩酸ランジオロール投与中止、痙攣・筋硬直軽快、嚥下障害消失し 10 月 20 日には人工呼吸器離脱した。本症例では外傷がなかったが、開口障害に先行して歯痛があり、ネジをくわえた際の口腔内感染が疑われる。

IV. そ の 他

座長 坂本 光男 川崎市立川崎病院 内科

13. 新型インフルエンザ流行期に開催された2つの大学祭における感染対策の集団感染への影響

青木 昭子^{1,4)}、満田 年宏²⁾、白井 輝^{3,4)}、近藤 智津恵⁴⁾、石井 和子⁴⁾、尾崎 和子⁴⁾

- 1) 横浜市立大学附属病院 臨床研修センター、2) 横浜市立大学附属病院 感染制御部、
3) 横浜市立大学医学部看護学科、4) 横浜市立大学保健管理センター

2009年5月に本邦における新型インフルエンザ発生が明らかとなったが、横浜市立大学では同年6月に感染拡大防止のための学生の電話による感染(疑いを含む)報告体制を強化した。2009年秋に開催した2つの大学祭後のインフルエンザ患者発生について報告する。大学祭Aの参加学生数は約1,400人、来場者は延1万5千人。大学祭Bは参加学生数約550人、来場者延1600人。大学祭A後の感染報告数に明らかな変化はなかったが、大学祭B後は参加した学部学生の感染報告が

著増した。大学祭Aでは大学事務担当が出席団体に開催4日前までに参加学生の名簿とその時点での体温等の体調の提出を義務づけ、未提出の場合は参加禁止としたが、大学祭Bでは学生実行委員に開催2週間前からの体温チェックを要請したのみであった。感染報告により複数の学生が症状出現後も登校したことが明らかとなり、「要請」が有効ではなかったこと判明した。対策の遵守率向上がイベント等における集団発症抑止に重要であることが認識された。

14. ツツガムシ病の一例

倉井 華子¹⁾、吉村 幸浩¹⁾、立川 夏夫¹⁾、柳川 荘一郎²⁾、古谷 由美子³⁾

- 1) 横浜市立市民病院感染症内科、2) 柳川ビルクリニック、3) 神奈川県衛生研究所

症例：70代男性

病歴：10月20日に高尾山にハイキングに行き、10月25日発熱が出現。29日体幹、大腿部に発疹が出現。31日セフカペン開始されるも発熱、発疹改善なく11月4日当院に入院。

身体所見：BT 38.6度、体幹・四肢に紅斑、左下肢内側に黒色痂皮を認める。

検査所見：WBC 13170/ μ l, Hb 14.8g/dl, Plt 25.5 \times 10⁴/ μ l, AST 36IU/L, ALT 38IU/L, Alp 459IU/L,

LDH IU/L, CRP 27.5mg/dl

病歴：下肢の刺し口、紅斑からツツガムシ病を疑い、ミノマイシンを開始。11月6日解熱し、皮疹も消退した。血清の蛍光抗体法およびPCRから*O.tsutsugamushi*(Kawasaki型)と診断した。

まとめ：ツツガムシ病は年間300-400例の報告がされている。発熱、刺し口、発疹は主要3徴候とよばれ、およそ90%以上の患者にみられる。典型的なツツガムシ病を経験したので報告する。

15. 糖尿病患者に認めた非クロストリジウム性ガス壊疽の一例

北口 真由香¹⁾、中島 由紀子¹⁾、坂本 光男¹⁾、大曾根 康夫¹⁾、田熊 清継²⁾、秋月 哲史¹⁾

1) 川崎市立川崎病院 内科、2) 川崎市立川崎病院 救急科

症例は55歳男性。2009年5月頃より左足底に水疱、潰瘍を認めるようになったが、放置していた。8月より食欲不振、歩行障害を認めたため7日に救急車にて当院搬送となった。外来にて下肢X線では骨周囲にガス像を認め、ガス壊疽にて入院となった。体温は37.7度、四肢の感覚障害、左膝下に発赤、腫脹、熱感を認め、足底は筋、腱まで達する壊死、周囲組織の握雪感があった。血液データ上は白血球23130/ μ l、CRP 23.4mg/dl、HbA1C 11.1%であった。

潰瘍部の膿のグラム染色にて、陽性桿菌、陽性球菌、陰性桿菌を多数認めた。非クロストリジウム性ガス壊疽を疑い、創部デブリードマン、破傷風トキソイ

ド接種後、ペニシリン G2400 万単位で治療を開始した。しかしその後も創部の拡大を認め、10日に左下肢切断術を施行した。その後はメロペネム 3g に変更し2週間継続し、改善を認めた。血液培養からは *Prevotella* 属、膿培養からは *Proteus mirabilis* の他、全5種類の細菌が検出された。

ガス壊疽改善後は糖尿病のコントロールとリハビリテーションを行い11月13日転院となった。

糖尿病患者にみられるガス壊疽では非クロストリジウム性で混合感染を認めることが多い。本症例では末梢神経障害により病態の把握が遅れ切断に至った。コントロール不良の糖尿病患者における感染症治療の難しさを示唆する貴重な症例と考え報告する。

16. HibとDPTの同時接種と混合接種の違いによる破傷風抗体誘導の一考察

福田 靖^{1,2)}、高橋元秀¹⁾、荒川宜親¹⁾、中島秀喜²⁾

1) 国立感染症研究所 細菌第二部、2) 聖マリアンナ医科大学 微生物学教室

現在、乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(破傷風トキソイド結合体)(Hib)と沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(DPT)を同時に接種する場合、HibとDPTは混合できないことから別々の部位に接種する必要がある。またHibはインフルエンザ菌b型の病原因子である菌体表層多糖に対する免疫原性を高めるために破傷風トキソイドを含んでいる。そこでHibとDPTを同時に接種する場合双方から破傷風トキソイドによる抗原刺激を受けるために破傷

風に対して過免疫となる可能性がある。今回、マウスとモルモットを用いてHibとDPTを混合接種した場合と別々の部位に同時接種した場合の破傷風トキソイドの力価を比較した。その結果、HibはDPTと同程度以上の力価を有し、DPTと混合した場合双方の和以上の力価を示した。一方HibとDPTを別々の部位に接種した場合は混合接種した場合よりも力価が低くなる傾向がみられた。

～:～:～:～ 特別講演 ～:～:～:～

座 長 廣 畑 俊 成

北里大学医学部 膠原病・感染内科学

セプシスと好中球

斧 康 雄先生

帝京大学医学部微生物学講座/内科感染症診療 教授

セプシス（敗血症）は、感染によって引き起こされた全身性炎症反応症候群（SIRS）であり、多臓器不全(MOF)へと進展することが多い予後不良な病態である。セプシスにおいては、免疫担当細胞による炎症性サイトカインの過剰産生や、それにより誘導された好中球や各種メディエータ、補体系や凝固系などの活性化がMOFなどの病態形成に関与する。一般に、セプシスを発症すると、循環血液中の好中球数（特に幼稚好中球数）は増加し、好中球の機能は一部の機能を除き増強し、生存期間も延長する。セプシスの急性期においては、菌体成分や炎症性サイトカイン、ケモカインなどによって好中球機能は修飾される。

セプシス患者における好中球機能の解析では、compromised hosts においても、可溶性刺激物(PMA)で刺激した場合の活性酸素産生能は増強していたが、細菌やザイモザン（酵母菌の菌体成分）などの食作用に付随する活性酸素産生能

は、健常人と同等か低下し、血清オプソニン活性が低下する患者も多かった。好中球の遊走活性を個々の細胞レベルでの遊走のスピードや方向性を評価できる TAXIScan で解析すると、IL-8やfMLPを遊走因子とした場合の患者好中球の個々の遊走活性は低下しており、遊走の方向性もバラツキがみられた。また、健常人の好中球と比較した場合に、敗血症に伴う好中球膜上の Toll 様受容体(TRL-2,TRL-4)の発現は増加傾向、Fc 受容体である CD16 の発現低下傾向がみられた。IL-8 受容体、TNF- α 受容体などの発現量は症例により異なっていた。さらに、セプシスに伴い好中球の活性化に関与する MAPK family のシグナル伝達の変化や、好中球内での各種遺伝子発現誘導変化も認められている。

免疫賦活療法やセプシスの病態における好中球をターゲットとした炎症反応の制御の新たな治療への可能性についても概説する予定である。

謝 辞

第 67 回神奈川県感染症医学会開催にあたり、ご賛同、ご支援を賜りました企業に厚く御礼申し上げます。

旭化成ファーマ株式会社
アステラス製薬株式会社
アボットジャパン株式会社
エーザイ株式会社
小野薬品工業株式会社
協和発酵キリン株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
塩野義製薬株式会社
第一三共株式会社
大正富山医薬品株式会社
大日本住友製薬株式会社
田辺三菱製薬株式会社
株式会社ベネシス
武田薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
萬有製薬株式会社
ファイザー株式会社
ワイス株式会社
(敬称略)

第 67 回神奈川県感染症医学会事務局

北里大学医学部 膠原病・感染内科学内
〒255-8555 神奈川県相模原市北里 1-15-1
T E L : 042-778-8745
F A X : 042-778-8441
Email : kansen67@kitasato-u.ac.jp