

# 医院・診療所だより ～総合病院との連携について～

## 辻小児科内科医院

院長 辻 幸子 氏



定期接種、任意接種、乳幼児健診をはじめ、インフルエンザの予防接種など、家族の方も同時に接種することもあります。

### 子どもの在宅診療

毎週水曜日の午後・木曜日に在宅診療に回っています。第一日赤など病院で治療を受けた後、在宅療法を希望される子ども10人を受け持っています。人工呼吸管理の必要なお子さんもおられ、診察後にお母さんと話し込むことも度々です。



### 地域に根差した小児科医として

昭和54年に京都府立医科大学医学部医学科を卒業後、京都第一赤十字病院(第一日赤)の小児科勤務などを経て、この地で開業しました。私の子どもたちの学校が、京阪沿線の七条、丹波橋にあり、通学にも便利だったのでこの場所に決めました。

小児科専門医として主に小児科疾患を診療します。精密検査や入院が必要な場合には、第一日赤、京都医療センター、医仁会武田総合病院とも連携し、病態に応じた専門医に紹介するようにしています。開業時は、周辺には小児科医院も少なく、伏見地区、下京区や南区のお母さんも来られ、現在もその子どもさんやお孫さんが受診に来られることもあります。

### 家族も一度に予防接種



子どもの予防接種が多くなってきています。お母さんにとっても、ど

の接種をいつ受けるか、スケジュール管理が大変です。当院でも独自に作成した予定表をお渡しするなど、サポートを心がけています。

### 育児相談通じて子育て支援

子育てに悩むお母さんは多く、そういうお母さんの味方になってあげられるよう心がけています。近年、わが子の虐待や、命を奪ってしまう事件が度々報じられます。子育てがうまくいったかどうかは、その子が親になった時に、次の世代の子どもをちゃんと育てられるかどうかだと思っています。育児相談を通して子育てをもっと支援していきたいと思

### 家族目線を忘れない心がけ

子どもは、自分自身の責任で病気になるわけではありません。また、免疫力もまだ不十分で、自分の力で治すことが困難です。なにより親の力が大切ですが、子育てを一人で背負ってしまい、苦勞しているお母さんが多いのが現状です。そのような時、力になることが医師の役割だと思っています。私自身も子どもを3人育て、今では孫も4人おります。家族からの目線も忘れないように心がけています。

### 校医と地域貢献

京都市立学校の校医は地区医師会で公募をし、原則1人1校でお願いしていますが、なかなか引き受け手がなく、私も現在、稲荷小学校と呉竹総合支援学校の2校の校医をしています。呉竹の校医の公募に応募がなかったため、在宅診療の子どもたちへの対応の勉強にもなると思わせていただきました。他に、深草地域の5つの保育園、3つの小規模保育事業所、私立の学校も担当しています。

### 伏見医師会長として

平成28年6月25日から2年間、伏見医師会会長を務めています。会員数は開業医・病院勤務医合わせて約650名です。地域保健への貢献のために、特定健康診査への医師の派遣・協力をはじめ、介護認定審査会への医師派遣、予防接種事業、学校医活動なども行っております。

また、毎年2～3回、呉竹文化センターで「市民公開講座」を開催、糖尿病・高血圧など身近な病気について専門医に講演していただいています。今後も住民の皆様に最善の医療を提供できるよう、日々研鑽に励むと同時に、病院・診療所の連携と、地域医療の充実を図ってまいります。

## 辻小児科内科医院

〒612-0022  
京都市伏見区深草綿森町12-13  
TEL:075(644)0121  
診療科目 小児科、内科



# たけだメディカルニュース

Vol.38 発行 平成29年7月

救急告示病院 臨床研修指定病院  
医療法人 医仁会 武田総合病院 発行

京都市伏見区石田森南町28-1  
TEL 075-572-6331(代)

### 理念

- 思いやりの心

### 基本方針

- ブリッジ・ザ・ギャップス
- 患者さんの権利尊重
- 信頼の医療に向けて
- 地球にやさしい環境づくり

### 環境方針

- ① 省資源・省エネルギー
- ② 廃棄物の減量化
- ③ リサイクルの推進
- ④ 安全性・快適性の推進
- ⑤ 環境広報活動の推進

## 第53回症例検討会

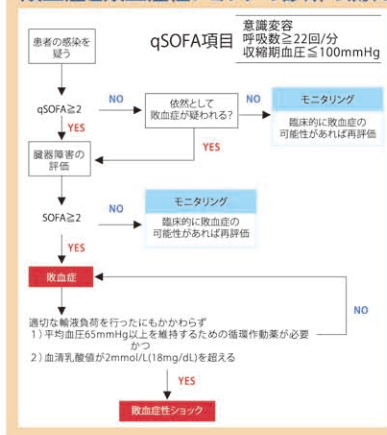
# 感染症から敗血症進展の診断と初期治療

～日本版敗血症診断ガイドライン改訂から～

### 優れた日本のガイドライン

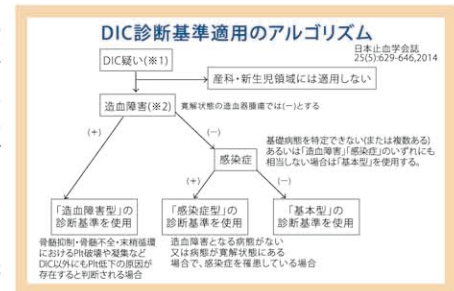
世界的にDIC(播種性血管内凝固症候群)診断基準は幾つもありますが、日本で最も頻用されているのは、急性期DIC診断基準です。国際血栓止血学会のDIC診断基準は、世界規模の基準として作成しようとした点で評価されますが、厚労省DIC診断基準を模倣したものです。その点からも、いかに日本が世界をリードしていたかが分かります。世界ではまだ認められていませんが、日本版敗血症診療ガイドライン2016ではこれに準じて認知されています。従来は、全身性炎症反応症候群(SIRS)に伴う感染症を敗血症と定義されていましたが、「感染症で臓器障害のあるものを敗血症とする」と概念が変わりました。概念が変われば治療法も変わるべきですが、治療については従来通りで何ら変化がないのが現状です。

### 敗血症と敗血症性ショックの診断の流れ



### DICと患者

症例の患者は、DIC診断基準に当てはめると、体温38°C以下、心拍数90回/分以下、呼吸数20回/分以上、白血球12,000/μlと、2項目が陽性のためSIRSになり、肺炎による敗血症となります。新しい日本の基準からも、ICUに入室時の数値から敗血症と診断しました。2日後、血小板がさらに54,000/μlに減少、肺炎球菌だったので抗生剤2剤を投与しました。新しい診断基準である日本血栓止血学会DIC診断基準2017年版で見ますと、5点であったため、DICと診断しました。幸い、この患者さんは3日間の治療が奏功し、元気に退院されました。



### DICの死亡率

一般的にDICの死亡率は30%～40%です。6点以上になると死亡率は高いのですが、SOFAスコア14点以下では死亡率は約18%です。本邦では臨床医師が実に丁寧に診断し、集中治療に当たっているという一つの証しでもあります。世界の敗血症の治療データに比べても、圧倒的に日本の治療予後は良いのです。現状ではDIC治療で約半数以上の症例で複数の抗凝固剤が投与されています。予後が良いことから複数の抗凝固剤を使う必要はないのではないかと考えており、今精査しているところです。さらなる敗血症の救命率向上のため、ガイドラインを遵守しつつ早期からのDIC診断・治療や、病態に応じた適切な急性血液浄化法を組み合わせることが大切です。

### 今後の検討

私が作成に関与した時点では、抗凝固療法を行う効果から、抗凝固療法を用いないと命に係わることもあり、DIC治療を開始するための一つの基準として急性期DIC診断基準を考えました。診断しないで治療開始することは保険適用外となります。SIRSの3項目が点数に入っています。それ以外の症例が問題です。分子マーカーが含まれていないので、特異度は低いのではないのでしょうか。それらを防ぐために、DIC以外で血小板が低下する病態を除外するのが臨床的に難しいと思われます。何より、血小板が減るということは分かりやすい臓器障害のマーカーで、何かが起こっていると考えることが大切です。血小板が低下すれば、DICの診断と原因の究明、さらに経時的に検査を並行して行うことが大切です。

### 日本版敗血症診療ガイドライン2016

#### 敗血症におけるDIC診断の必要性

- 凝固・線溶状態を評価する意義は、病態の正確な把握と治療介入の必要性を判断することの二点
- ◇ DICを合併すると予後不良
- ◇ DIC診断は転帰の予測や治療介入のタイミングを判断する上で必要；適切な症例選択を行ない、妥当なタイミングで行うことが肝要
- ◇ 不適切な症例に対する抗凝固療法は効果が期待できないばかりでなく有害事象のリスクを高める

敗血症患者の治療にあたり、凝固・線溶状態をリアルタイムに把握し、DIC診断に基づいた適切な治療介入を実施する必要がある

## 医療法人 医仁会 武田総合病院

<連絡先> 地域医療連携室

受付時間 8時30分～19時00分(月～金曜日)、8時30分～17時00分(土曜日)

フリーダイヤル 0120-72-6530 / TEL 075-572-6530

【E-mail】renkei-i@takedahp.or.jp 【URL】http://www.takedahp.or.jp/



# 難治性皮膚潰瘍の3例

—皮膚症状からの膠原病・真菌症・血管炎の診断について—

皮膚科 部長 松井 美萌

座長: おぎの皮フ科 院長 荻野篤彦 先生

## <症例1>

60代 女性  
**主訴** 右足部皮膚潰瘍  
**現病歴** 平成××年より、右足蜂窩織炎や右足底の皮膚潰瘍形成を繰り返し、当院夜診や外科受診し、頻回に処置や投薬を繰り返していた。同部位の発赤、腫脹、熱感を認め、当科を受診。  
**初診時現症** 右足第5趾足底に、腓脛と皮膚潰瘍を形成、発赤、腫脹、熱感を伴っていた。両手指は腫脹し、皮膚の硬化、光沢、小潰瘍を形成していた。冬季にはレイノー症状を認めるとのことであった。指尖部潰瘍を認めた。



## ●経過

採血施行し、抗核抗体のうち、抗Scl70抗体(抗トポイソメラーゼ抗体)陰性、抗セントロメア抗体陽性であり、精査のため京都大学附属病院免疫・膠原病科を紹介した。さらに採血、心臓エコー検査等施行され、軽度肺高血圧をみとめ、限局型全身性強皮症と診断された。治療として、エンドセリン受容体拮抗薬の処方を受けた。

## ●まとめ

右足部潰瘍形成を繰り返していた60代、女性。特徴的な皮膚症状や自己抗体の検出より、全身性強皮症の症状であることが判明し、エンドセリン受容体拮抗薬にて加療している。

## 全身性強皮症(Systemic sclerosis; SSc)

**病因** 不明; 自己免疫・線維化・血管障害の増殖、線維化による内腔狭窄) Raynaud 現象、指尖部潰瘍、壊疽、癬癩、手指短縮、肺高血圧症、腎クリーゼ、強皮症心、聴力障害など  
**自己抗体**: 90%以上の症例で抗核抗体検出され、共通した臨床像を有するサブグループに分類される  
**抗セントロメア抗体**、抗トポイソメラーゼ1抗体、抗 U1RNP 抗体、抗 RNA ポリメラーゼ抗体、抗 Th/Toko 抗体、抗 U3RNP 抗体、抗 hUBF 抗体など  
**線維化による症状**: 皮膚硬化、肺線維化、消化管蠕動運動低下  
**血管障害**: (血管内皮細胞や平滑筋細胞の増殖、線維化による内腔狭窄) Raynaud 現象、指尖部潰瘍、壊疽、癬癩、手指短縮、肺高血圧症、腎クリーゼ、強皮症心、聴力障害など  
**全身性強皮症の分類**  
 ■ Limited cutaneous SSc 皮膚硬化は肘から末梢に限局される。内臓病変が軽く、予後は良好である。  
 ■ Diffuse cutaneous SSc 皮膚硬化範囲が肘から近位に拡大する。内臓病変が急速に進行し予後が不良であることが多い。

## <症例2>

49歳 女性  
**主訴** 両下腿の皮膚潰瘍  
**現病歴** 平成××年、5月より左下腿に皮膚潰瘍を生じていた。6月に近医を受診、下腿潰瘍と蜂窩織炎を認め、抗生物質点滴や処置を続けていたが、難治性であり当科へ紹介となった。  
**初診時現症** 左下腿に長径10センチの皮膚潰瘍を形成しており、黄色壊死を伴っていた。右下腿に長径2センチ、長径8ミリの潰瘍を形成していた。両下肢に網状皮斑の形成を認めた。

## ●経過

採血施行し、CRP軽度上昇、血沈の上昇を認めたが、血算、生化学検査所見にて異常を認めず、抗核抗体、ANCA、抗カルジオリピン抗体、クリオグロブリンなど陰性であった。創部よりセラチア属の細菌が検出された。下肢の動脈血管エコー検査にて、深部静脈血栓は認めず、左前脛骨動脈の血流低下を認めMRAにて左浅大腿動脈、左前脛骨動脈のシグナルの低下を認めた。皮膚病理組織検査にて真皮血管周囲に多数の細胞浸潤を認めたがフィブリノイド壊死とらえるか判断に迷うところがあった。以上の結果より、血管炎を疑い、京都大学附属病院皮膚科へ紹介した。京都大学皮膚科にて再度病理組織の検討を行い、わずかに真菌の成分が認められたことより特殊染色にて真菌を検出し、深在性黒色真

菌症と診断された。抗真菌薬(イトラコナゾール)服用と温熱療法を施行され、下腿潰瘍は改善傾向を認めている。

## 皮膚真菌症の分類

1) 表在性皮膚真菌症  
 皮膚表面のみで真菌が増殖  
 白癬(7994例)、皮膚粘膜カンジダ症(755例)、癬風など

2) 深在性皮膚真菌症(4例)  
 真皮以下で真菌が増殖  
 スポロトリコシス、黒色真菌症、クリプトコッカス症など

3) 真菌アレルギー  
 白癬疹など

※頻度は日本皮膚真菌学会による14の専門施設を対象とした疫学調査

イトラコナゾール 200mg/1日 + 温熱療法  
 2016/11/4 2016/11/25 2017/1/18

Grocott染色 褐色の細胞(左)と特殊染色で検出された真菌(右)

左下腿 外側 右下腿 外側

## ●まとめ

深在性真菌症による、下腿潰瘍の症例を経験した。難治性皮膚潰瘍の鑑別疾患として、皮膚真菌症も重要である。

## <症例3>

80代、男性  
**主訴** 両下腿の皮膚潰瘍  
**現病歴** 平成××年、6月ごろより両下腿に皮膚潰瘍やびらんが生じてきた。前医では、水疱性類天疱瘡を疑われていた。12月当科初診、COPDを有し在宅酸素療法施行されていたこともあり、内科での入院となった。40本/日×20年の喫煙歴あり。  
**入院時現症** 両下腿に、長径1~3センチ程度の黄色壊死や黒色壊死をともなった多数の皮膚潰瘍が散在していた。仙骨部には黄色壊死を伴った長径5センチ程度の褥瘡を有していた。

## ●経過

入院時採血にて、血小板の増加以外に異常値は認めず。抗BP180抗体等水疱症関連自己抗体は陰性、ANCA、クリオグロブリン、抗カルジオリピン抗体、抗核抗体などは陰性であった。下肢動脈エコーにて、右前脛骨動脈中部から末梢で血流シグナル得られず、左前脛骨動脈、後脛骨動脈で狭窄後パターンを示し、SPPIは右足背38右足底35左足背18左足底30(mmHg)と左で著明低値、ABIも低値であり、PAD(Peripheral arterial disease)と考えられるデータであった。皮膚病理組織検査では、真皮血管周囲に多数の細胞浸潤を認めたが、血管炎は認めないという結果であった。入院後に偽膜性腸炎に罹患し、CRP上昇を認め、同時期より下腿潰瘍の大きさの拡大、壊死の増加などの悪化を認め、さらに下肢の関節痛を認めた。再度、皮膚病理組織検査を施行したところ、真皮血管のフィブリノイド壊死や血管閉塞像が認められた。病理組織像、関節痛などより、血管炎(皮膚型PN)と診断しプレドニゾン(1mg/kg)の点滴を行ったが、潰瘍の改善が乏しく、シクロスポリン(1mg/kg)を併用したところ、炎症反応の低下とともに潰瘍は肉芽を生じ、改善を認めた。以降プレドニゾン、シクロスポリンの漸減を行い、循環器内科で左右下肢動脈への血管カテーテル治療、形成外科にてデブリードマン、および植皮術を施行し、多発していた下腿潰瘍はほぼ上皮化を認めた。リハビリテーション後、自力で歩行可能な状態となった。

**血管炎分類** Chapel Hill 分類 2012

- 大型血管炎 高動脈炎 巨細胞性動脈炎
- 中型血管炎 結節性多発動脈炎 川崎病
- 小型血管炎 ANCA関連血管炎(顕微鏡的多発血管炎 Wegener 肉芽腫 Churg-Strauss症候群) 免疫複合体性小型血管炎(抗GBM病 クリオグロブリン血症性血管炎 Ig A血管炎:ヘンツホシェンライン 傷寒性腎臓移植後血管炎) 種々の血管を侵す血管炎(ベーチェット病の血管炎 コーガン症候群の血管炎) 単一臓器の血管炎(皮膚白血球砕砕性血管炎 皮膚動脈炎 原発性中枢神経系血管炎 孤発性大動脈炎 その他)
- 全身疾患に続発する血管炎 (ループス血管炎 リウマチ性血管炎 サルコイド血管炎)
- 病因の推定される続発性血管炎 (C型肝炎関連クリオグロブリン血症性血管炎 B型肝炎関連血管炎 梅毒関連大動脈炎 薬剤関連免疫複合体性血管炎 薬剤関連ANCA関連血管炎 癌関連血管炎)

## ●まとめ

血管炎(皮膚型PN)による下腿潰瘍を経験した。合併症として、PADを有しており難治性であった。内科、皮膚科、循環器内科、形成外科、リハビリテーション科などの集約的な加療で良好な経緯をたどった。



# 肺 Mycobacterium avium-intracellulare complex(Mac)症の診断において 気管支鏡検査が必要と思われる症例の検討

呼吸器内科 副部長 前川 晃一

座長: 浅本内科医院 院長 浅本仁 先生

肺MAC感染症は、Mycobacterium avium, Mycobacterium intracellulareによる肺の慢性感染症で、年々増加傾向にあります。マクロライドを含んだレジメによる治療成功率は55-83%ですが、治療終了後にしばしば再発が認められます。遅進行性ではありますが、徐々に進行し、時に慢性呼吸不全に至ることもあります。5年のMAC関連死亡率は5.1~5.4%と報告されています。そのため、一般的には早期診断、早期治療が望ましいと言われています。

2008年の日本結核学会・日本呼吸器学会の肺MAC症診断基準では、臨床的基準を満たして、さらに細菌学的基準を満たして確定診断となります。臨床的基準は、胸部の画像検査で結節影、小結節影や分枝状陰影の散布、均等性陰影、空洞性陰影、気管支拡張所見などの特徴的な所見が見られ、他疾患を除外できることが必要です。細菌学的基準は、喀痰検査の培養で2回以上陽性的の場合、あるいは1回以上の気管支洗浄液での培養陽性的の場合に確定診断となります。他、経気管支肺生検や肺生検組織の場合には、抗酸菌症に合致する組織学的所見と同時に組織または気管支洗浄液、喀痰で1回以上の培養陽性がある場合に確定診断となります。実際の我々の外来では、画像所見により肺MAC症を疑い、喀痰培養がそれで診断がつかなかった場合には気管支鏡検査を行い気管支洗浄液培養で診断をつけることがほとんどです。

## 肺非結核性抗酸菌症の診断基準

(2008 日本結核学会、日本呼吸器学会)

- 臨床的基準 (1, 2とも)
  1. 胸部画像所見で、結節影、小結節影や分枝状陰影の散布、均等性陰影、空洞性陰影、気管支拡張所見のいずれかあり
  2. 他疾患の除外
- 細菌学的基準 (1-3のどれか)
  1. 2回以上の異なる喀痰検体での培養陽性
  2. 1回以上の気管支洗浄液での培養陽性
  3. 経気管支肺生検や肺生検組織の場合には、抗酸菌症に合致する組織学的所見と同時に組織、または気管支洗浄液、喀痰で1回以上の培養陽性

## 喀痰培養陰性で気管支鏡検査により診断された患者の特徴

<14例対象で評価>  
 (経緯、1999 感染症学雑誌)

女性 9例	喫煙 3例
64%	21%
有自覚症状 9例	血痰 3例
36%	21%

そこで我々は、喀痰培養により診断された患者さん(喀痰診断群)と、気管支洗浄液により診断された患者さん(気管支洗浄液診断群)を比較することによって、肺 MAC 症診断において気管支鏡検査が必要となる患者群の特徴についての評価・検討を行いました。対象は、2014年4月~2016年9月の間に当院呼吸器内科外来を受診した肺 MAC 症の診断基準を満たす患者さんで、他の抗酸菌感染症(M.tuberculosis, M.abscessus など)合併している症

例や評価できる胸部 CT 画像がない場合は除外しました。患者背景として菌種(M.avium, M.intracellulare)、喫煙歴、基礎疾患、ステロイド使用歴のデータを集めました。咳、痰などの自覚症状の有無、血痰症状の有無、喀痰の塗抹所見も比べました。CTの画像所見では、所見タイプとして nodular-bronchiectatic type と fibrocavitary type の 2 つのタイプの違い、各肺葉(右: 上中下葉、左: 上区・舌区・下葉の 6 つに分けて評価)における病変の有無と病変のある肺葉数、各病変所見(nodule, air-space consolidation, bronchiectasis, cavity)の有無を評価しました。

## 肺 MAC 症の画像所見タイプ

### nodular-bronchiectatic type

- 基礎疾患のない
- 非喫煙中高年女性に多い
- 悪化と消退を繰り返しながら徐々に進行

### fibrocavitary type

- 男性喫煙者
- 既存の肺疾患あり (COPD, 塵肺 など)
- 空洞病変は進行性が強く、菌の散布源となりうる

結果ですが、計54名の肺MAC症患者さんを登録しました。平均年齢は71.3歳で、女性が75.9%と多い傾向でした。これらを喀痰診断群39名、気管支洗浄液診断群の15名に分けました。気管支洗浄液診断群の特徴は、喀痰が全く喀出しなかったのが9名、残りの6名は喀痰検査を3~4回以上検査するものの、全て抗酸菌培養陰性でした(抗酸菌PCRもすべて陰性)。気管支洗浄液の所見は、抗酸菌塗抹が陽性になったのは66.7%で、洗浄液のPCR検査は12例で行われ4人(33.3%)で陰性でした。

両群間において、患者背景や菌種に有意差は認めませんでした。気管支洗浄液診断群では、喀痰塗抹検査陰性が有意に多く、自覚症状は有意に少なかったです。血痰症状は統計学的に有意ではないものの、気管支洗浄液診断群で少ない傾向にありました。画像所見については、喀痰診断群に比べ気管支洗浄液診断群では有意に左上区に病変が見られる頻度が少ない傾向が見られました。また、病変のある肺葉区域数では、喀痰診断群が4.3±1.4に対して、気管支洗浄液診断群で3.3±1.6と喀痰診断群の方が有意に病変の広がり、肺葉の広がりが多いという結果になりました。CT画像の所見タイプやcavityなどのCT所見については両群間では有意差は見られませんでした。

## 結論

喀痰塗抹陰性例や、自覚症状が少ない例、病変の広がりが少ない例(特に左上区に病変が見られない)などでは、肺MAC症の診断に気管支鏡検査が必要である可能性が示唆されました。