P 31

咽頭痛，開口障害，頚部痛で発症した toxic shock syndrome の一例

[1] 東京慈恵会医科大学附属病院　感染制御部

○中拂 一彦[1]、田村　久美[1]、保科　斉生[1]、保阪　由美子[1]、佐藤　文哉[1]、堀野　哲也[1]、中澤　靖[1]、吉田　正樹[1]、堀　誠治[1]

【背景】Toxic shock syndrome (TSS)は菌体外毒素により全身性の症状を呈し，急速にショックに進行する注意すべき疾患の一つである．今回咽頭痛，開口障害，頚部痛で発症した TSS の症例を経験したので，文献的考察を含めて報告する．【症例】31 歳女性．【主訴】咽頭痛，開口障害，頚部痛，発熱．【現病歴】生来健康．来院前夜より咽頭痛，開口障害，頚部痛が出現した．当日朝から発熱，全身倦怠感を認め，次第に歩行困難となり当院へ救急搬送された．血圧低下を認め，敗血症性ショックの診断で同日緊急入院となった．【現症】体温 38.4℃，血圧 71/37 mmHg，脈拍数 124 /min，呼吸数 25 /min．意識清明．顔面から前胸部の紅潮，開口障害，頚部に圧痛を認めた．喉頭ファイバーでは咽頭粘膜の軽度発赤を認めるのみであった．内診では膣内の明らかな炎症を認めず，経膣エコー上子宮及び卵巣にも異常を認めなかった．【入院後経過】問診にて，入院当日昼まで月経用タンポンを使用していたことが判明し，TSS の可能性が疑われた．輸液および昇圧剤により循環動態改善を図り，CTRX 2g/day 投与を開始．治療開始後，徐々に開口障害，咽頭痛，皮膚紅潮の改善を認め，入院 3 日目には 36℃台へ解熱し循環動態も安定した．その後も経過良好であり，CTRX から CCL 1500mg/day 内服へ変更し第 5 病日に退院となった．入院時に提出した膣分泌物培養にて methicillin-sensitive *Staphyrococcus aureus* が分離され，さらに Toxic shock syndrome toxin-1 産生株と判明したため，TSS との診断に至った．【考察】TSS は多様な臓器障害を呈し，しばしば診断を困難なものにする．特にリスクのない女性で敗血症様症状を認めた場合は，常に TSS の可能性を考慮すべきである．

P 32

MSSA による BSI に対して de-escalation を行えずに VCM 投与を継続した乳児の一例

[1] 自治医科大学附属病院　薬剤部、[2] 自治医科大学附属病院　臨床感染症センター、[3] 自治医科大学　医学部　感染免疫学講座

○大友 慎也[1,2]、藤谷　好弘[2]、笹原　鉄平[2,3]、小林　亮[1,2]、森澤　雄司[2,3]

胆道閉鎖症に対して生体肝移植を施行した 11 ヶ月の女児。移植術前より前医で MBL および ESBL 産生腸内細菌が、当院でも ESBL 産生 *K.pneumoniae* が便培養にて検出されていた。移植術中に中心静脈カテーテル（CVC）を留置、14 日目に入替を行った。術後 28 日目に突然 39℃の発熱を認めたため、CVC を抜去し SBT/ABPC500mg q8h 投与を開始した（体重 9kg 前後）。翌日も高熱遷延し、発熱時に提出した血液培養にてブドウ球菌様の GPC が検出されたために、抗菌薬は VCM150mg q6h および ABK50mg q24h へ変更した。VCM 開始翌日（3 回投与後）の trough 濃度=4.6 μg/mL と低値であったため、500mg q6h に増量したところ、VCM 投与 3 日目には trough 濃度=14.2μg/mL まで上昇させることができた。この頃より解熱傾向を認めた。血液および抜去した CVC 培養は MSSA と同定され、CLA-BSI の診断に対して本来は CEZ などに変更すべきであった。しかし VCM の CL が著明に大であると推定されたことから、他の腎排泄型抗菌薬の CL も大きいことが予想され、通常用量では曝露量不足に伴う治療失敗の可能性が懸念された。また腸管内に分泌される薬剤では、腸内細菌叢における ESBL 産生菌の増殖を助長する可能性が考えられた。これらを考慮した結果、TDM による曝露量の確認が可能であり、通常腸管内に分泌されない VCM を継続することとした（ABK は 2 日間で中止）。感染症状の改善、血液培養陰性化を確認後、肝胆道系酵素上昇を伴う CRP 上昇を認め、BSI 以外の感染症と判断して VCM は 14 日間で終了した（その後胆管炎疑いに対して MEPM を投与）。薬物動態および耐性菌の観点から通常行うべき de-escalation ができなかった症例として報告する。