

化させる手法について述べた(近藤, ほか. 別冊整形外科 2015; 68: 84-87).

3 関節リウマチ患者における感染症のリスクファクターの検討

長谷川絵理子^{*,**}, 小林 大介^{*,**}

黒澤 陽一^{*,**}, 伊藤 聡^{*}

阿部 麻美^{*}, 中園 清^{*}, 村澤 章^{*}

成田 一衛^{**}, 石川 肇^{*}

新潟県立リウマチセンター リウマチ科^{*}

新潟大学医歯学総合病院 腎・膠原病内科^{**}

【背景】近年関節リウマチ(RA)の治療は大きく進歩したが, RA患者の生命予後は一般人口に劣る. RA患者の感染症罹患率は一般人口の2倍であり, 死亡率上昇の一因となっている.

【目的】RA患者の感染症のリスクファクターを同定すること.

【方法】2016年から2017年の間に新潟県立リウマチセンターの感染症の治療を目的に入院したRA患者74例(男性21例, 女性53例, 年齢 74.7 ± 12.6 歳)をinfection groupとした. コントロールとして, 当院通院中のRA患者2,717例の中から年齢, 性別, 罹病期間をマッチさせたRA患者222例をランダムに抽出しnon infection groupとした. 診療録を後方視的に調査し, 臨床所見, RA治療内容, 栄養状態を比較した. 栄養状態の評価はBMI, 血清アルブミン値(Alb), 総リンパ球数(TLC), ヘモグロビン値(Hb), PNI(prognostic nutritional index), CONUT(controlling nutrition status)スコアを用いた.

【結果】感染症罹患部位は呼吸器が最も多く(33例, 44.6%), 尿路(14例, 18.9%), 皮膚軟部組織(13例, 17.6%)が続いた. 4例が入院中に死亡し, 全員細菌性肺炎が原因だった. Non infection groupに比較してinfection groupでは慢性肺疾患の併発(28.4% vs. 14.0%, $p=0.008$), 慢性腎臓病の併発(21.6% vs. 13.1%, $p=0.001$)が多く, RAの疾患活動性を示すDAS28-ESR(disease activity score 28 joint count erythrocyte sedimentation

rate)(3.5 ± 1.2 vs. 2.9 ± 1.1 , $p=0.001$)は有意に高値だった. Infection groupではプレドニゾロンの使用量(4.6 ± 3.4 vs. 2.3 ± 2.3 , $p<0.001$)が多く, メトトレキサートの使用率(25.7% vs. 42.7%, $p=0.009$)が少なかった. 栄養状態の評価では, BMI(20.9 ± 4.1 vs. 22.0 ± 3.4 , $p=0.036$), Alb(3.3 ± 0.7 vs. 3.9 ± 0.4 g/dL, $p<0.001$), TLC(1190 ± 574 vs. 1328 ± 526 / μ L, $p=0.008$), Hb(11.1 ± 1.9 vs. 12.3 ± 1.5 g/dL, $p<0.001$), PNI(55.4 ± 8.0 vs. 60.4 ± 8.0 , $p<0.001$)はinfection groupで有意に低値であり, CONUTは有意に(4.1 ± 2.7 vs. 1.9 ± 1.5 , $p<0.001$)高値だった. 多変量解析の結果感染症発症に寄与する因子として, CONUTスコア高値(odds ratio [OR], 62.9; 95% credible interval [CrI], 7.9 to 500.0), プレドニゾロンの使用(OR, 6.7; CrI, 2.2 to 20.7), 生物学的製剤の使用(OR, 3.9; CrI, 1.7 to 9.3)が抽出された.

【結論】RA患者の感染症のリスクファクターには複数の要因が関わっていた. 栄養状態の改善はRA患者の感染症リスク低減につながる可能性があり, 今後の検討を要する.

4 アンギオテンシン変換酵素阻害薬(ACE-I)中止により可逆性後頭葉白質脳症を来した強皮症腎による血液透析患者の1例

佐藤 勇也, 伊藤 朋之, 井口 昭

山崎 肇, 吉田 一浩^{*}, 伊藤 由美^{*}

今井 直史^{*}, 成田 一衛^{*}, 佐伯 敬子

長岡赤十字病院内科

新潟大学医歯学総合病院腎膠原病内科^{*}

症例は69歳, 女性. 関節リウマチと強皮症で加療中にリウマチ性胸膜炎を合併. 胸膜炎はステロイドで改善したが, 強皮症腎クリーゼを発症. ACE-Iで, 高血圧, 血小板減少は回復したが, 腎不全は改善せず維持血液透析となった. 5か月後, 突然の意識障害と痙攣が出現. 血圧180/113 mmHgを認め, 頭部MRI所見より可逆性後頭葉白質脳症と診断された. 入院後の聴取でACE-I忌薬が発覚し, 同薬の中断が原因と考えられた.