

菌液調製法の検討において、再測定後の MIC が  $2\mu\text{g}/\text{mL}$  となった割合は、プロンプト法は PCIT が 92.0%、改良 PCIT が 20.0% であり、基準法では PCIT が 42.0%、改良 PCIT が 0% であった。寒天平板希釈法と Etest はともに 8.0% であった。

【まとめと考察】VCM の MIC は菌液調製法とパネルの規格により大きく影響を受けていた。プロンプト法は単独コロニーから菌液調製ができ、基準法より一日早く MIC が出るため日常検査法として採用している。しかし PCIT のプロンプト法は、基準法に比べ VCM の MIC が  $2\mu\text{g}/\text{mL}$  となる株の割合が 50% 高く、寒天平板希釈法の結果と大きく乖離した。このことから、プロンプト法で VCM の MIC が  $2\mu\text{g}/\text{mL}$  の場合は、患者背景により基準法や Etest を追加し、総合的な MIC の判定が必要であることが示された。今回の検討から白施設における内部精度管理の結果を注視し、測定法による影響を常に念頭に置くことが重要であると考えられた。

#### 4 COPD 患者に合併する肺炎の特徴 ～ICS 使用例と非使用例の比較～

川崎 聡・前田 恒治・青木 信樹

社会福祉法人新潟市社会事業協会  
信楽園病院 呼吸器内科

【背景】実臨床の場において、COPD 患者が肺炎を合併しやすい印象をもっているが、C【増悪】の定義に含まれてしまうため、合併症としての肺炎に限定した研究報告は極めて少ない。また、現在 COPD 治療の中心は吸入薬であるが、特に ICS の使用による影響について興味もたれる。

【目的】COPD に合併した肺炎の特徴、特に ICS 使用による原因微生物の違いの有無を明らかにする。

【対象と方法】2007～2014 年の 8 年間に、信楽園病院呼吸器内科に肺炎で入院した症例のうち、入院前に COPD と診断され、何らかの吸入治療を既に実施されている全例を対象とした。ICS user 群と non-ICS user 群に分類し、肺炎重症度、

使用抗菌薬、予後、原因微生物などを比較検討した。

【結果】8 年間で 82 例の COPD 患者に合併した肺炎を経験していた。

絶対数としては ICS user に多かった。ICS user と non-ICS user で、重症度、治療、予後、原因微生物の違いを認めなかった。COPD 患者合併肺炎では、市中肺炎と異なり、インフルエンザ菌が原因微生物として最も多く、増悪の原因微生物の報告と一致した。

一方、増悪で念頭におくべき緑膿菌は、低頻度であった。

【まとめ】ICS の使用による原因微生物への影響は認められなかった。

#### 5 抗 MRSA 薬開始が遅れて治療に難渋した CA-MRSA 感染症の 1 例

濁川 博子・北原 慧\*・西村みずき\*\*  
江藤 隆史\*\*・中里 啓佑\*\*\*  
中山 修一\*\*\*

東京通信病院感染症内科  
同 内科\*  
同 皮膚科\*\*  
同 整形外科\*\*\*

今回我々は、抗 MRSA 薬開始が遅れて治療に難渋した CA-MRSA 感染症の 1 例を経験したので報告する。

症例は 41 歳、男性。

【主訴】発熱、右膝痛。

【現病歴】2007 年に当院皮膚科にて SLE と診断され、PSL の内服を開始された。2014 年 3 月初旬夜間に右ひざの痛みを自覚、翌日夜に  $39.1^{\circ}\text{C}$  の発熱が出現した。2 日後に当院皮膚科を受診した。採血にて WBC  $10,300/\mu\text{l}$ 、CRP  $12.3\text{ mg/dl}$  と炎症反応高値を認め、精査加療目的に同日入院した。

【既往歴】34 歳、SLE。36 歳、左下肢筋炎。40 歳、感染症（原因不明）。

【内服薬】プレドニゾロン  $12.5\text{ mg}$ 、ミノサイクリン塩酸塩  $50\text{ mg}$ 。

【入院時現症】四肢：右膝窩に圧痛、熱感、発赤

が認められた。

【入院後経過】以上の所見より、入院時診断として、右膝関節炎＋関節包破裂を考えた。過去に膝に外傷を負ったことはなく、耐性菌のリスクは低いと考え、CEZ 1g/q8hで治療を開始した。第2病日に関節穿刺を施行した。第4病日に関節液培養からMRSAが検出された。MRSA関節炎として抗生剤をLZD600mg/q12hに変更した。第4病日に胸部～足部までの造影CTを施行したところ、右膝窩に血栓が認められ、そこから肺塞栓を起こしたと考えられた。抗バイオフィーム効果を期待して、第8病日よりRFP450mg/dayの内服を併用した。術後よりRFPは中止。しかし術後解熱傾向得られなかったため、発熱による消耗を考慮し、第23日から第27病日にナプロセリンを併用し、ようやく、熱型の改善を得た。第29病日からLZD内服に変更した。第40病日にMRI撮影し、膿瘍がないことを確認。また、関節液の培養から菌が検出されなかったため、LZDを中止し、STとRFPの内服に変更した。

【考察】本症例は、皮膚病変に対してMINO内服中であった。しかし膝に外傷を負ったことはなかった。元々MRSAを保菌していた可能性はあると思われるが、それがどのようにして関節に膿瘍を形成したかは不明である。SLEでPSIを12.5mg内服されておりCompromised hostと考えられた。市中感染症であってもCA-MRSA感染も常に念頭に置く重要性が示唆された。

## II. 特別講演

### MRSAとアルベカシン、耐性菌とワクチン

北里研究所 北里大学

感染制御研究センター センター長

感染制御学講座

教授 花木 秀明