

『第28回 京都透析症例検討会』のご案内

日時:平成27年11月12日(木) 午後7時より

場所:メルパルク京都 6F 会議室

京都市下京区東桐院通七条下ル東塩小路 676 番 13 TEL:075-352-7444

参加費:1,000 円

～プログラム～

開会挨拶 岩元 則幸 (桃仁会桃寿苑)

【Session1】 司会 吉岡 豊一 (西京都病院)

症例1 『レボカルニチン静注補充療法中のカルニチン血中濃度と有害事象の報告』

NTT 西日本京都病院¹⁾、音羽記念病院²⁾

○前田利彦¹⁾、美馬脩平²⁾、細川典久²⁾、中村智宏²⁾、松岡 慧²⁾、近藤守寛²⁾

症例2 『穿刺後止血不良により仮性瘤を認めた維持透析患者の一例』

長浜市立湖北病院 泌尿器科

○金光博樹、横田智弘、森 優、林 一誠、伊達成基

症例3 『急激な経過をたどった劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症の1例』

京都第一赤十字病院腎センター

○伊藤 泉、石村奈々、藤井敦子、堀田俊介、松ヶ角透、平山きふ、平岡健児
菌村和宏、中ノ内恒如、三神一哉

【Session2】 司会 上田 陽彦 (賀茂病院)

特別講演

『透析液カルシウム濃度を考える』

講師 大阪大学大学院医学系研究科腎疾患統合医療学准教授
濱野 高行 先生

閉会挨拶 第29回症例検討会当番幹事

尚、当日はお弁当をご用意いたしております

共催: 京都透析症例検討会
京都透析医会
扶桑薬品工業株式会社

【演題 1】 レボカルニチン静注補充療法中のカルニチン血中濃度と有害事象の報告

NTT 西日本京都病院¹⁾、音羽記念病院²⁾

○前田利彦¹⁾、美馬脩平²⁾、細川典久²⁾、中村智宏²⁾、松岡 慧²⁾、近藤守寛²⁾

近年透析患者へのレボカルニチン補充療法の有効性を報告する文献が増加しているが、透析患者への適正な投与量は定まっていない。我々は 2014 年 2 月からレボカルニチン 1000mg 注週 3 回投与を開始したところ、ほぼ全例で著明な高カルニチン血症を来した。レボカルニチン 1000mg 注を週 3 回透析後に 14 週間投与継続したところ、189 名の総カルニチン濃度の平均が $365.5 \pm 101 \mu \text{mol/L}$ と基準値($45.0 \sim 91.0 \mu \text{mol/L}$)上限の 4 倍に達した。過量投与と考えられ、以後投与量を 1 / 3 あるいは 1 / 6 に減量したところ、10 カ月後にも十分なカルニチン血中濃度を維持していたので報告する。

また以前からカルニチンとその誘導体に副交感神経刺激作用とそれによる消化液分泌亢進作用があるとの報告があり、先発カルニチン製剤の添付文書にはその旨と、過酸症や膵炎の患者への投与が禁忌である旨が記載されている。しかし近年日本で市販されたレボカルニチン製剤や、その製造元である欧米の製薬会社の添付文書にはこの点につき記載が無い。上記レボカルニチン 1000mg 注週 3 回投与期間に、出血性十二指腸潰瘍や慢性膵炎の急性増悪などカルニチンの作用によると考える重大な有害事象の発生を認めたので症例報告する。広範な認知のためにも添付文書へこの作用・副作用の追記をするよう求めているところである。

【演題2】 穿刺後止血不良により仮性瘤を認めた維持透析患者の一例

長浜市立湖北病院 泌尿器科

○金光博樹、横田智弘、森 優、林 一誠、伊達成基

82歳女性、2007年血液透析導入。血小板、凝固系は正常であるにもかかわらず、軽度の打撲でも大きな皮下血腫を形成することがあった。2015年6月脱血側穿刺部付近に皮下出血を認め前腕も著明に腫脹し、疼痛のため肘部の可動域制限も認めた。超音波検査では穿刺血管から1cm離れた部位に4×4cm大の内部に血流を認める血腫を認め仮性瘤と診断した。血液検査では炎症反応認めなかったがHb6.8と貧血を認めたため、輸血後緊急手術施行した。超音波にて仮性瘤の流入部を同定し、同部の中樞と末梢の血管を結紮し血流を遮断した。遮断後エコーで血流がなくなったことを確認した。術後は腫脹改善し仮性瘤も縮小、貧血の進行も認めなくなった。一般的に瘤の原因としては同一部位での反復穿刺、感染、狭窄、穿刺後の止血不良などがある。本症例のような出血傾向のある患者においては、同一部位での穿刺を避けることや穿刺施行者の技術向上、透析後の適切な止血などの工夫が重要と考えられた。

【演題3】 急激な経過をたどった劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症の 1 例

京都第一赤十字病院腎センター

○伊藤 泉、石村奈々、藤井敦子、堀田俊介、松ヶ角透、平山きふ、平岡健児
 藺村和宏、中ノ内恒如、三神一哉

【症例】 71 歳女性

【既往歴】 高血圧、脂質異常症

【現病歴】 前日からの左下腿痛を主訴に前医を受診。左下肢の腫脹を認め入院となり抗生剤治療を開始された。入院翌日の早朝に左膝裏痛と左下肢皮膚の変色が出現し、血液検査で急性腎障害、肝逸脱酵素上昇、炎症反応高値を認め当院へ転院搬送となった。

【経過】 当院来院時の血圧は 90/mmHg 台であった。左下肢から左側胸部に広がる紫斑と左下腿内側に表皮剥離・水疱形成を認めた。CT で広範囲の筋周囲に高度の浮腫を認め、壊死性筋膜炎が疑われた。来院後より徐々に血圧低下傾向を認めていたが、来院 2 時間半後、救急外来で心肺停止となり心肺蘇生を行い 7 分後に復帰した。炎症性物質による多臓器不全が考えられ、来院 3 時間後、救命目的に感染源の左下肢を切断した。術後、ICU 入室直後より高カリウム血症(K8.5mEq/l)を認め、VT が多発したため、PMX-DHP と CHDF を開始した。術中検体からグラム陽性球菌を認め、培養から β 溶連菌と判明し劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症と診断した。抗生剤投与、創部洗浄、壊死組織のデブリードマンを連日行い、CHDF を継続したが、感染コントロールがつかず計 2 回の追加切除を行った。その後、右足尖部にも感染が波及したため、右下腿を膝下で切断したが、感染は拡大し、多臓器不全のため、第 23 病日に死亡した。

【考察】 劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症は急激に病態が進行する緊急疾患であり、数時間単位で状態が悪化し、死亡率は約 30%とも報告されている。本症例において、反省点を含め文献的考察を加えて報告する