

B-2-66 術後に発症した単純ヘルペス肺炎の2症例

大分大学 医学部 脳・神経機能統御講座（麻酔学）
山口亜紀子

単純ヘルペスウイルスは、初感染のうち神経節に潜伏しており、免疫機能低下患者において再燃し肺を含めた全身臓器に播種し致命的となる危険性がある。しかしその臨床報告は稀である。我々は転帰の異なる単純ヘルペスウイルス肺炎患者2症例のICU管理を経験したので報告する。

（症例1）73歳、男性。C型慢性肝炎、肝硬変の既往あり。肝細胞癌に対し肝部分切除術施行後イレウスを発症。イレウス管挿入時嘔吐。痰培養でMRSAが同定された。呼吸状態が悪化したため呼吸管理目的でICU入室。その後肺間質影が増強し気管内痰細胞診でヘルペスウイルス感染細胞を確認。Aciclovir 5mg/kg、1日3回、2週間投与、人工呼吸管理等を行った。ウイルス感染細胞が陰性となった後も肺浸潤影は悪化し、肺のコンプライアンス改善を目的としてステロイド投与も行ったが呼吸器症状の改善はなく死亡した。

（症例2）80歳、女性。急性心筋梗塞に合併した急性僧房弁閉鎖不全に対し、緊急弁置換術施行。P/F ratio 150～200で呼吸器からの離脱が困難であった。徐々に肺間質影が顕著となり、入室12日目に口角・軟口蓋にヘルペス様皮疹を認めた時点で気管内痰細胞診を施行し、単純ヘルペスウイルス感染細胞を確認。Aciclovir 5mg/kg、1日3回、2週間投

与し徐々に酸素化の改善、肺コンプライアンスの改善、肺浸潤影の改善を認めた。人工呼吸器からの離脱には約40日を要したが、その後軽快退院となった。

（まとめ）単純ヘルペスウイルスの初感染の多くは不顕性感染で、神経節に潜伏している。免疫能低下時（術後、化学療法中、臓器移植、肺血症など）に再燃し、重篤な肺炎を起こしうるが、その感染経路は肺や気管での再燃、血行性、経気道性が考えられている。臨床症状は、呼吸困難、低酸素血症、発熱など様々で、画像所見ではスリガラス状陰影、consolidationを呈することが多い。治療は抗ウイルス薬の投与、人工呼吸管理、混合感染の防止などがある。

今回我々が経験した2症例は酸素化の障害と肺のコンプライアンスの低下があり人工呼吸管理に難渋した。予後不良例では、ウイルス感染に先行する細菌感染・肝硬変の合併・術後状態・ステロイド使用などの要因によって症状が重篤化した可能性が考えられる。

術後など高度侵襲下の患者で肺間質影の増強や低酸素血症を認めた場合、細菌感染のみならずウイルス感染も考慮し、ウイルス抗原・ウイルス感染細胞の検索や画像所見を含めた迅速な診断・治療を行うべきである。