

## Case21 マイコプラズマ肺炎

9才 男児

〈主訴〉 発熱、湿性咳嗽

〈現病歴〉平成11年12月30日より上気道炎症状が続いていた。平成12年1月4日39℃の発熱あり、午後10時当院救急外来を受診した。

〈入院時現症〉 体温38.7℃、心拍数120/分。咽頭発赤なし、頸部軟。聴診上右肺野の呼吸音の低下を認めた。ラ音は聴取せず。心音整、腹部肝脾触知せず、皮疹を認めず。

〈検査〉 WBC7100/ $\mu$ l (st.4%, seg.68%, lym.22%, mono.5%, aty-lym.1%)、Hgb13.9g/dl、Plt25.9万/ $\mu$ l、CRP2.4mg/dl、BUN9.8mg/dl、Creat0.5mg/dl、Na137mEq/l、K3.8mEq/l、Cl100mEq/l、Ca8.6mg/dl、T.Bil0.3mg/dl、GOT34IU/l、GPT24IU/l。マイコプラズマ抗体価は80倍であった。胸部X線上右下肺野に浸潤陰影を認めた。

〈家族への説明〉

臨床経過よりマイコプラズマ肺炎が考えられた。家族には、喘息の既往がある場合にマイコプラズマ感染症を合併すると湿性咳嗽が遷延することがあること、エリスロマイシンの内服は10日間必要であることを説明し理解いただいた。

〈経過〉咽頭培養採取後、肺炎球菌およびインフルエンザ桿菌をカバーするためにABPCの点滴静注を開始しエリスロマイシンの内服を併用した。1月6日には解熱した。咽頭培養からはペニシリン感受性の肺炎球菌を検出した。解熱後も喘鳴を伴う軽度の咳が続くため1月7日より3日間プレドニンの内服投与を行ったところ改善したため1月12日退院とした。

1月17日の外来時の血液検査ではマイコプラズマ抗体価が5120倍と上昇していたため、今回の肺炎は主にマイコプラズマによるものと診断した。家族にはしばらく咳が出やすい状態が続くため、ほこりやけむりなどをさけるように指導した。

〈考察〉

咽頭培養から肺炎球菌を検出したが、胸部X線所見に比べて全身状態が比較的良好であること、白血球増多を認めないことより、入院時には肺炎球菌性肺炎よりもマイコプラズマ肺炎の可能性が高いと考えた。