
脳神経内科 臨床実践シリーズ

脳梗塞治療中の偽痛風

診断と治療選択

感染の見極めから抗血栓薬下のマネジメントまで

医療者向け / 脳神経内科医 今村久司

病棟で迷いやすい3つの論点を整理します。

1

頻度と機序の真実

5.5%の解釈と非麻痺側の発症を正しく捉える。

2

感染との見極め

CPP結晶陽性でも化膿性関節炎は除外できない。

3

抗血栓薬下の治療戦略

穿刺の可否、コルヒチン・ステロイド・NSAIDsの使い分け。

発熱と関節腫脹に遭遇したとき、最初に分けること。

どの鎮痛薬を追加するか、ではなく、
感染を疑う関節炎かどうかを最初に見極めますか？

最初の分岐

最優先は「感染の評価」です。

結晶があっても感染併存を警戒し、並行して抗炎症薬を
選びます。

脳卒中病棟での発症頻度と、 「不動による蓄積説」の検証。

国内疫学データ

頻度は3.3～5.5%
一律の発症率ではない。

発症のメカニズム

不動による蓄積は未実証
全身・局所変化が誘発。

この章では、臨床感覚と実際のデータ、機序の限界を確認します。

診断基準と対象の違いを理解して読む。

項目	眞木ら（2008年）	大内ら（2017年）
全体頻度	5.5%（10/181例）	3.3%（13/391例）
高齢者・確実例	75歳以上で12.0%	確実例に限ると1.8%
発症時期中央値	脳卒中後 5.5日	入院後 8日
麻痺との関係	手関節・膝など	非麻痺側8例／麻痺側4例

脳梗塞患者の一律5.5%に起こるとは言えず、非麻痺側にも起こります。

「動かさないから蓄積」は本当か？

誤解

脳梗塞で動かさないため
ピロリン酸が急激に蓄積し
発作が起きる。

真実

蓄積の因果は未実証。
潜在する沈着を背景に
全身ストレスが誘発。

痛風仮説を転用せず、局所安静を優先します。

結晶が見つかれば、 化膿性関節炎は否定できるか？

結晶検査の落とし穴

結晶陽性でも
感染併存は1.5～5%。

検査と抗菌薬

穿刺と培養を同時提出
重症度に応じて開始。

この章では、関節液検査の優先順位と抗菌薬の適正使用を整理します。

感染除外で警戒すべき4つの誤解

- **結晶陽性＝安心**

1.5～5％に化膿性が併存。

- **無熱＝除外**

高齢・解熱薬下では無熱もある。

- **Gram染色陰性**

陰性でも培養陽性例は多い。

- **単一の検査値**

細胞数やCRP単独で除外不能。

結晶発見で感染評価を打ち切らない。

検査と抗菌薬の3段階手順

1

重症度の判断

敗血症疑い

直ちに抗菌薬開始
穿刺で遅らせない

2

関節液の優先順位

細菌優先

培養・塗抹・細胞数
結晶も同時に提出

3

抗菌薬の中止判断

培養追跡

培養を5～7日追跡
別診断と経過で判断

解熱のみで感染を除外しない。

出血・腎リスクと抗炎症効果を 天秤にかけて薬剤を選ぶ。

局所治療の可能性

DOAC下でも穿刺は可能
リスクを個別評価。

全身治療の選択肢

NSAIDs・コルヒチン・
ステロイドの弱点を比較。

この章では、各薬剤の有効性と安全性、保険適応の境界を確認します。

出血リスクを理由に診断を遅らせない。

**成人外来の観察研究では、
DOAC内服下の穿刺1,050手技で重大出血なし。
抗凝固療法は一律の禁忌ではありません。**

臨床判断の要点

止血性・血小板・服薬時刻を個別評価。
感染疑い時は休薬待ちで遅らせない。

患者背景・併存症・リスクから薬剤を使い分ける。

局所治療を優先

条件：
単関節・少関節で穿刺可能
感染が十分に否定的

行動：
関節穿刺・排液と
関節内ステロイドを検討

全身治療：第1群

条件：
多関節炎・穿刺困難例
腎障害や併用薬を点検

行動：
コルヒチン vs ステロイド
患者背景に合わせて選択

全身治療：第2群

条件：
他剤不適・NSAIDs必要例
出血・腎・心リスク評価

行動：
最小有効量・最短期間
PPI併用と早期再評価

DOAC＋NSAIDs併用で出血リスク1.8倍。第1手としない。

用量よりも先に「安全に使える患者か」を確認する。

- ✓ 重度腎機能障害や高度肝障害がない（Ccr 30未満は回避）
- ✓ クラリスロマイシン等のCYP3A4/P-gp阻害薬併用なし（禁忌）
- ✓ スタチン併用時のミオパチー症状（脱力・筋痛）を監視できる
- ✓ 1日総量1.5mgを超えず、必要最小限の期間で早期に再評価する

国内痛風承認は1.5mg/日以下。中毒と適応外に厳重警戒。

メリットと見落としがちな限界を比較する。

項目	アセトアミノフェン	ステロイド（経口／関節内）
主な役割	疼痛の対症緩和	強力な抗炎症作用
臨床的利点	出血を増やさない	他剤困難時の選択肢
限界と注意	滑膜炎制御は不十分	感染・血糖・血圧悪化
注意点	炎症放置とリハ停滞	DOAC併用下の消化管出血

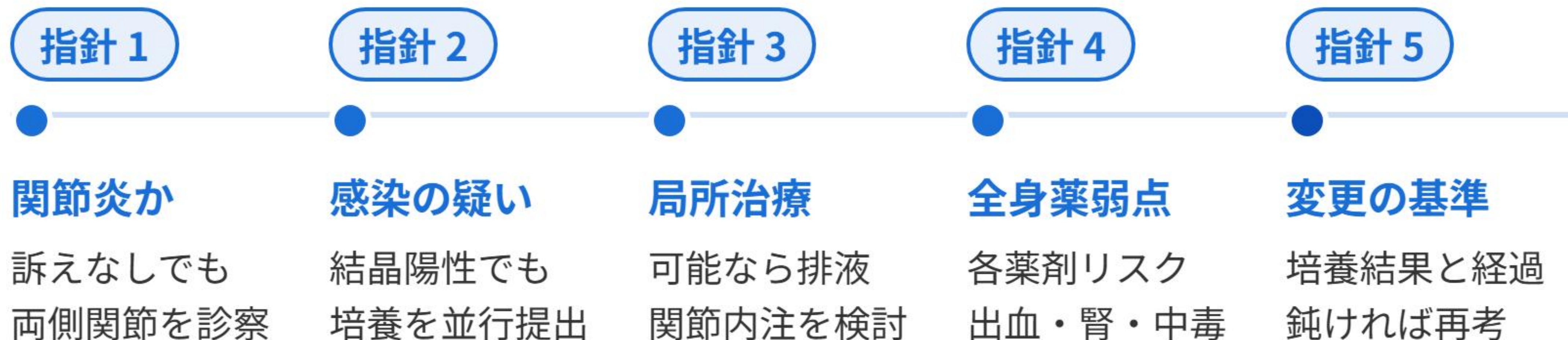
アセトアミノフェン単独で漫然と引っ張らず、ステロイドの副作用も警戒。

海外推奨と国内保険適応の境界

薬剤名	国内承認の適応症	CPPD診療での注意点
カロナール	各種疾患・症状の鎮痛	疼痛緩和は適応内だが 炎症制御は不十分
コルヒチン	痛風発作の緩解・予防	
ロキソニン	変形性関節症・リウマチ等	
ステロイド	各種炎症性疾患	

CPPD目的は適応外使用。

病棟での5つの判断指針



不要な抗菌薬を減らし、感染を見落とさない両にらみの管理を徹底する。

今回のまとめとご案内

科学的知見を臨床の力に。

今回のまとめ

結晶陽性でも感染警戒
安全な抗炎症を選択。

詳細解説

参考文献・詳細は
概要欄のブログへ。

案内

医知創造ラボ
チャンネル登録を。

医療者向け情報です。診療は個別判断してください。