

# 回復期リハビリ病棟で 発熱・腰痛を主訴に訴えた一例

# 主訴：腰痛・発熱

## 現病歴：

IHD、慢性心房細動、脳出血、腰椎圧迫骨折、腰部脊柱管狭窄の既往があり、うっ血性心不全による廃用症候群で回復期リハビリ病棟に入院中の80代男性  
2日前から38度の間欠熱が続いており、担当看護師より発熱に対して相談があり、特定ケア看護師介入

- 既往歴:
  - 虚血性心疾患 : #7-99%, #8-90%, #9-90%, #4PD-90%  
#13-90%, #14-90%  
2018/1:PCI #7, #13
  - 慢性心房細動
  - 脳出血
  - 腰椎圧迫骨折 2019.1
  - 腰部脊柱管狭窄症 2019.1
- 薬剤: ダイアート30mg, エルサメット配合錠, ビソノテープ
- アレルギー: なし
- 生活歴: 飲酒、喫煙なし
- 家族歴: 特記すべきことなし

# ROS

- 全身症状: 活気なし
- 皮膚: 四肢末梢冷感あり、末梢チアノーゼなし、
- 頭部: 頭痛なし、めまいなし
- 頸部: 疼痛なし、硬直なし、リンパ節腫脹なし、甲状腺腫大なし
- ENT: 眼瞼結膜発赤なし、眼脂なし、聴覚の変化なし、  
鼻汁なし、頬部叩打痛なし、口腔内乾燥あり
- 呼吸器: 咳嗽なし、痰なし、喘鳴なし、呼吸困難なし、  
胸郭運動左右差なし
- 循環器: 胸痛なし、動悸なし、浮腫なし、起座呼吸なし
- 消化器: 腹痛なし、嘔気嘔吐なし、下痢なし
- 泌尿生殖器: 尿意なし、排尿時痛なし
- 筋骨格系: 関節痛なし、腰痛あり、腰痛体動時増強あり
- 神経: 意識障害なし、しびれ感なし

# 身体所見

- バイタルサイン: BT 38.3°C、HR 81、BP 95/65、RR 16回/分
- 全身状態: 活気なし
- 頭頸部: 眼球結膜蒼白あり、眼瞼結膜出血なし、眼球黄染なし  
口腔内乾燥あり、舌根沈下なし  
頸部硬直なし、リンパ節腫脹なし、頸静脈の怒張なし  
気管偏位なし、皮下気腫なし
- 肺: 呼吸音左右差なし、副雑音なし、胸郭運動左右差なし
- 心: 心雑音なし
- 腹部: 平坦軟、鼓音なし、腸蠕動音あり
- 四肢: 下腿浮腫なし、四肢末梢冷感あり、末梢チアノーゼなし  
褥瘡なし、背部骨突出あり、下部腰椎疼痛あり  
CV叩打痛なし、腰部脊柱圧痛あり、Osler結節なし
- 神経: GCS E4V5M6、MMT5/5/5/5、瞳孔径3.0mm、  
左右差なし、対光反射あり、四肢痺れなし

# 検査結果

- WBC 8,800 / $\mu$ l、RBC 381 万/ $\mu$ l、Hb 11.8 g/dl  
HCT 35.7%、PLT 15.2 万/ $\mu$ l
- NEUTRO 89 %、Band 8.0 %、SEG 81.0 %、MONO 3.0%  
Lymp 8.0 %
- Na 134、K3.2、Cl 99、CRP 17.11
- BUN 28.6 mg/dl、Cr 0.58 mg/ dl
- AST 31 U/L、ALT 11 U/L、LDH 193 U/L
- PT 17.7 秒、PT-% 29.9 %、PT-INR 1.68、APTT 41.9
- U-Na 10以下、U-K 28.8、U-CL 15以下

# 鑑別診断

- 最もあり得る病態：腰椎圧迫骨折
- 次にあり得る病態：脊柱管狭窄症
- 見逃してはいけない(特に治療しうる)病態：  
化膿性脊椎炎

# 培養結果

血液(1/25)-Staphylococcus aureus(MSSA)  $\beta$ -lac(+) 4/4セット

血液(1/28)-Staphylococcus aureus(MSSA)  $\beta$ -lac(+) 4/4セット

血液(1/30)-Staphylococcus aureus(MSSA)  $\beta$ -lac(+) 4/4セット

## 抗菌薬使用歴

CTRX(1/25-28)

ラピアクタ(1/25)

VCM(1/26-1/28)

CEZ(1/29-2/11)

# MRI

- 第一腰椎椎体に以前から見られた圧迫骨折
- その上下の椎間板が、T1強調画像低信号・T2強調画像で著しい高信号を呈している
- Th12/L1,L1/L2の椎間板炎

# TTE

- 上行Ao拡大
- LVH左室壁運動ややdiffuse hypokinesis  
EF:58%(sinpson法)
- MR:mild  
M弁前尖肥厚、A2-3の硬化を認める
- A弁3尖弁尖石灰化、可動性良好  
AR:到達Ⅲ° 吹き幅Ⅱ°
- TTE上明らかなVegetationは指摘できない

# 最終診断

MSSA菌血症による化膿性脊椎炎

# 怖い腰痛 FACET

Fracture	圧迫骨折
Aorta	腹部大動脈瘤/大動脈解離
Compression	馬尾症候群
Epidural abscess	硬膜外膿瘍/脊椎炎
Tumor	脊椎転移

# 化膿性脊椎炎

- 原因：
  1. 血行性 (他の感染巣からの血行性伝播)
  2. 外傷や整形外科手術による直接浸潤
  3. 近くの軟部組織からの連続性感染
- リスクファクター  
糖尿病・心疾患・透析・免疫低下・癌・静注薬物
- 起因菌
  - S.aureus(48%)
  - E.Coli(11%)
  - Streptococcal species(9.4%)
  - CNS(2.7%)
  - Pseudomonas auruginosa(2.0%)

# 化膿性脊椎炎

- 症状：腰痛 86% 発熱 35-60%
  - ・新規または悪化する腰痛、頸部痛とCRP,ESRの上昇
  - ・新規または悪化する腰痛、頸部痛と発熱or 菌血症or感染性心内膜炎
  - ・発熱＋神経学的異常所見（背部痛はあってもなくてもよい）
  - ・黄色ブドウ球菌菌血症フォロー中の新規局在性の背部痛

# 化膿性脊椎炎

- 診断

脊椎叩打痛・棘突起の圧痛

血液検査: CRP・ESR(赤沈)

血液培養(陽性率30-78%)

膿瘍穿刺ドレナージ・椎間板穿刺・CTガイド下骨生検

単純X線・CT・MRI

- 治療

エンピリックな抗菌薬

グラム陽性球菌のことが多くCEZ(1g-2g)6-8時間を選択

# 血液培養のフォロー

Source  
control

グラム陽性菌

グラム陰性菌

良好

48時間後に再検査

不要  
(かもしれない)

不良

48時間ごとに再検を繰り返す  
積極的にIEを探る

48時間ごとに再検を繰り返す

# 感染性心内膜炎 疣贅検出の感度・特異度

	感度	特異度
TTE (経胸壁心エコー)	70%(自己弁) 50%(人工弁)	90% (自己弁・人工弁)
TEE (経食道エコー)	90% (自己弁・人工弁)	90% (自己弁・人工弁)

# Take home message

- 腰痛はFACETを用いて鑑別を行うと良い
- 化膿性脊椎炎の診断では採血はCRP・ESRを用いる
- MRIは感度が高い
- グラム陽性球菌の血液培養フォローは48時間毎に行う