

全身痛を主訴に救急搬送 された一例

主訴：全身痛

現病歴

右肩腱板損傷、高血圧症、逆流性食道炎、尿管結石、花粉症で通院加療中、A D L自立の〇歳男性。

3月××日農作業で、もみ殻3 k g × 4 個を運んだあとより全身痛出現、当日にA病院受診内服処方され帰宅。服用したが改善なく、3月××日～4月×日までBクリニック受診、両肩・両膝・腰部に鎮痛薬注射した。その後も全身痛が続くため、4月×日当院に救急搬送。

既往歴

- ○年 右肩腱板損傷 C総合病院 手術
- △年 高血圧症・尿管結石・逆流性食道炎・花粉症で
当院通院中
- □年 2月 顔面熱傷 A病院 通院治療

内服

当院より

アムロジピンOD錠5mg	1錠	1日1回	朝食後
ランソプラゾールOD錠15mg	1錠	1日1回	夕食後
クエン酸カリウム・クエン酸ナトリウム配合錠	1錠	1日1回	夕食後
アンブロキシソール塩酸塩徐放カプセル45mg	1cap	1日1回	夕食後
ザイザル錠5mg	1錠	1日1回	夕食後
酸化マグネシウム錠330mg	3錠	1日3回	毎食後

A病院より

ジクロフェナクNa徐放カプセル37.5mg	2錠	1日2回	朝・夕食後
リリカOD錠25mg	2錠	1日2回	朝・夕食後
レパミピド100mg	2錠	1日2回	朝・夕食後

家族歴

妻は他界

長男と次男が同敷地内に居住

長女は近隣に居住

嗜好

喫煙歴なし。飲酒：日本酒2合/毎日

職業

農業（農機具などを扱い田畑で作業）

アレルギー

薬剤・食物なし。

A D L ・ I A D L 自立

身体所見

バイタルサイン

意識レベルGCS E4V4M6

BP 148/110mmHg HR 148回/分 BT 37.3℃

RR 30回/分 SPO₂ 93% (RA)

q-SOFA 2点

全身：苦痛様顔貌・皮膚黄染

頭頸部：瞳孔3.0・対光反射あり・顔面・眼球黄染・眼瞼結膜貧血なし・口腔内乾燥・

胸部：呼吸音清明・呼吸促迫・心雑音なし

腹部：腹部膨満・打診痛・腸蠕動運動聴取

背部：背部叩打痛・腰部から大腿内側にかけて浮腫

四肢：両上肢内出血斑・腫脹・熱感・疼痛・両大腿・膝腫脹・熱感疼痛・

上肢・下肢とも他動運動で疼痛増強・手指・足趾冷感

血液データー/血液ガス/尿検査

Alb	2.4g/dl	T-Bil	8.3mg/dl	PH	7.444mmHg	PH	5.5
BUN	53.7mg/dl	D-Bil	6.7mg/dl	PaCO ₂	21.9mmHg	蛋白	(2+)
Cr	1.41mg/dl	CPK	1118U/l	PaO ₂	66.4mmHg	糖	(-)
UA	7.8mg/dl	Dダイマー	5.95μg/dl	HCO ₃	14.8mmol/l	ビリルビン	(2+)
Na	138 mEq/l	CRP	35.85mg/dl	Lac	37mg/dl	尿潜血	(3+)
K	4.2mEq/l	PCT	38			尿混濁	(2+)
Cl	103mEq/dl	RCB	515万/μl			亜硝酸塩	(+)
血糖	223mg/dl	WBC	222百/μl				
HbA1C	5.5%	PLT	5.2万/μl				
AST	75U/l	W-LCR	95.7%				
ALT	42U/l						
LDH	628U/l						
ALP	948U/l						
γ-GTP	84U/l						
AMY	17U/l						

血液・尿・痰培養採取

胸部 X - P

右下葉肺炎

心電図

鑑別診断

敗血症性ショック

播種性血管内凝固症候群

四肢蜂窩織炎

急性腎盂腎炎

臨床経過

- 当院で対応困難と判断、高次医療機関（D総合病院）に転院。
- 転院後、造影CT・腰椎MRIで左腸腰筋膿瘍、本病変による敗血症と診断された。MEPM+VCMで治療開始。DICによる血小板低下を認め血小板輸血を実施後、CTガイド下でドレナージ施行して15mlほどの膿汁を吸引。
- Bクリニックは、救急搬送時休診であった為、治療経過は翌朝問い合わせしてD総合病院に情報提供。

B クリニックの治療状況

- 4月×日受診、腰椎ブロック注射、リドカイン10m l 1A+ハイコート1A。他疼痛部位トリガー注射、リドカイン10m l 1A+ハイコート1A局注
- 4月×日右肩中心にトリガー注射、リドカイン10m l 1A+ハイコート1A

各種培養検査（当院の結果）

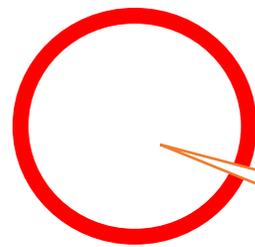
血液培養 *MSSA (S.aureus)*

尿培養 *MSSA (S.aureus)*

痰培養 *MSSA (S.aureus)*

D総合病院での入院時血液培養 *GPC cluster*検出

腹部CT



膿瘍所見

最終診断

左腸腰筋膿瘍

敗血症性ショック

D I C

敗血症の定義（2016年）

- ・感染に伴う異常な宿主反応によって引き起こされる。生命を脅かすような臓器不全
- ・感染症+SOFAスコア2点以上の上昇（基礎疾患がなければ2点以上、基礎疾患がある患者はベースラインから2点以上の上昇）

敗血症性ショックの定義

- ・十分な輸液をしても、平均動脈圧（MAP）65mmHg以上の維持のため血管収縮薬が必要。血清乳酸値2mmol/L（18mg/dl）以上

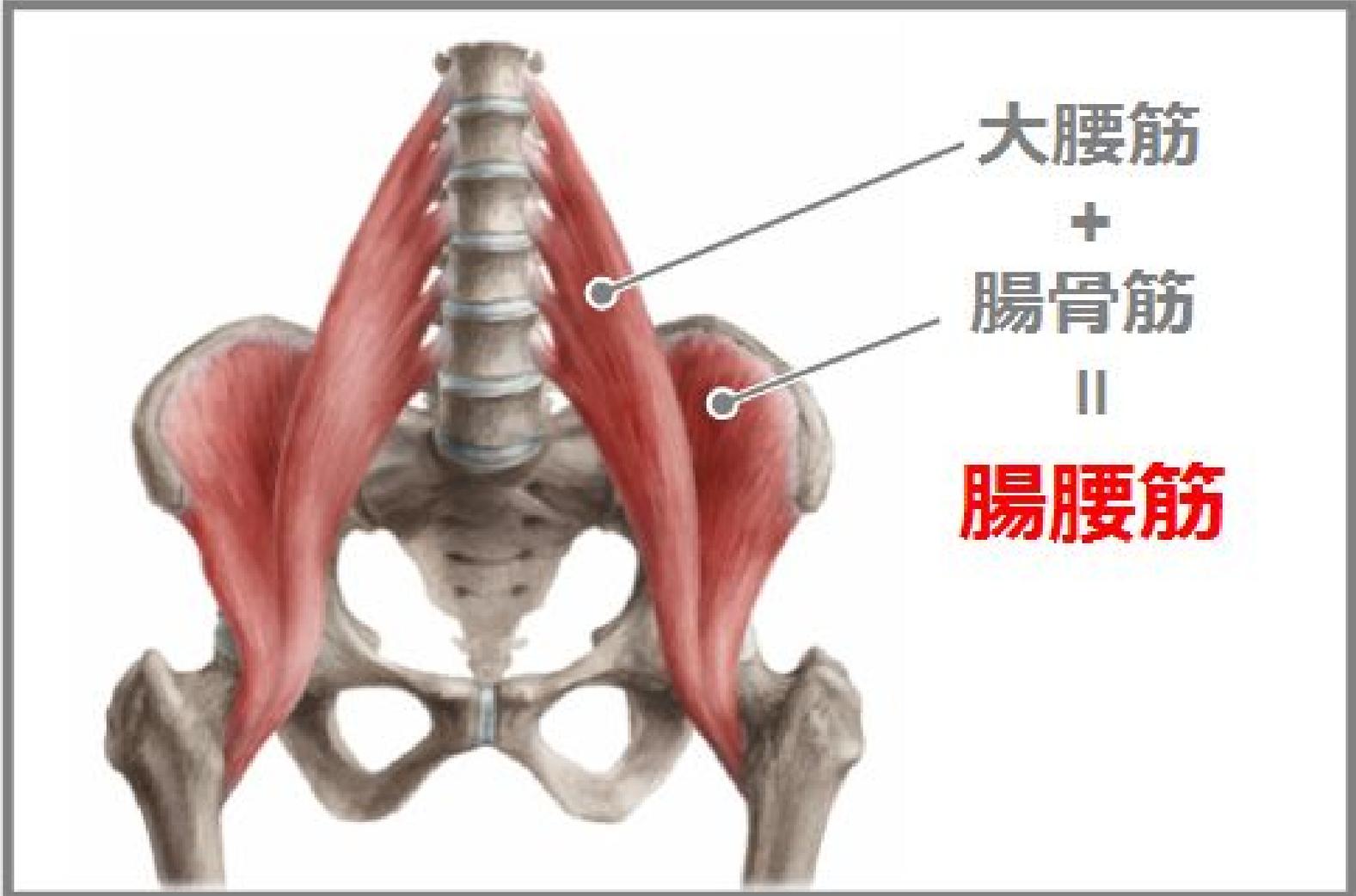
q SOFAスコア

- GCS 15点未満
 - SBP 100 mmHg以下
 - 呼吸回数 22回/分
-
- 感染症が前提にあり。感染症に加え q SOFA 2つ以上満たす場合、敗血症と考え早期に介入する。

敗血症治療の3つの柱

- 1) 蘇生：循環の安定。重症敗血症では輸液・昇圧薬が蘇生の基本
初期輸液は晶質液を選択。30ml/kg投与
昇圧薬の第一選択薬、ノルアドレナリンを推奨
- 2) 抗菌薬：早期に血液培養2セット4本、各種培養採取
1時間以内に適切な広域抗菌薬投与を推奨。
(患者背景・感染臓器・原因菌を考慮)
- 3) 感染源コントロール
緊急の感染源コントロールが必要かどうか迅速に行い、診断
がつき次第、医学的・人的・物的な治療介入を速やかに行う。

腸腰筋とは



腸腰筋膿瘍の誘因と原因

- 基礎疾患を持つ易感染性宿主の増加に伴い増加。 1)
- 内科・外科などの他科で初診を受ける場合も多く診断が遅れやすい。 1)
- 腰背部の疼痛と発熱が伴う原因不明の感染症の場合は、本疾患の可能性を常に念頭に置く必要がある。 1)
- 椎体炎からの波及、尿路感染、感染性心内膜炎からの血行性転移が原因であることが多い。 2)

1) 学研 整形外科疾患ビジュアルブックより引用

2) MEDSi 感染症プラチナマニュアル2018 P290~P291

腸腰筋膿瘍の症状と臨床所見

- 腰部から股関節部にかけての疼痛を認め、股関節は内転・屈曲を呈し、いわゆる腸腰筋肢位とる。
- 股関節の運動により疼痛が増悪し歩行困難となる。

学研 整形外科疾患ビジュアルブックより引用

腸腰筋膿瘍の検査・診断・分類

- 血液・生化学検査で白血球増多・赤沈亢進・炎症反応（CRP）陽性などの急性炎症所見を認める。1)
- 単純X-Pで腸腰筋陰影の消失または腫大像がみられる。1)
- CT・MRIで腸腰筋腫大像や膿瘍の広がりを見ることができる。1)
- 感染性心内膜炎の除外に必ず血液培養と心エコーを行う。2)

1) 学研 整形外科疾患ビジュアルブックより引用

2) MEDSi 感染症プラチナマニュアル2018 P290～P291

腸腰筋膿瘍の治療

- 起炎菌の同定後、適切な抗菌薬を投与する。1)
- 膿瘍が軽度の場合は、抗菌薬で治療可能であるが、基本的には膿瘍がある場合には早期手術療法が有効。1)
- 穿刺ドレナージ術、4～6週間の抗菌薬投与。2)

1) 学研 整形外科疾患ビジュアルブックより引用

2) MEDSi 感染症プラチナマニュアル2018 P290～P291