

入院患者の
発熱 意識レベル低下

【現病歴】

糖尿病、高脂血症の既往があり、かかりつけ医で治療中の80代男性。

入院前日に発熱にて休日診療受診した。熱中症、脱水の疑いで点滴1本施行し一旦帰宅した。翌日、トイレに行こうとするが立てず立位困難となり救急要請され当院受診、入院となった。

【既往歴】

- 2型糖尿病、高脂血症 発症時期不明
- 白内障 手術
- 脊柱管狭窄症 手術

【生活歴】

- ADL自立 車の運転もしていた
- 妻と二人暮らし
- アレルギーなし
- 飲酒：なし
- 喫煙：20年以上前に禁煙

【内服歴】

- | | | |
|--------------------------|--------|-----|
| • テネリア錠20mg | 1回1錠 | 朝食後 |
| • グリメピリド錠1mg | 1回1錠 | 朝食後 |
| • ファモチジンOD錠20mg | 1回1錠 | 朝食後 |
| • エディロールカプセル0.75 μ g | 1回1cap | 朝食後 |
| • ピタバスタチンCa錠2mg | 1回1錠 | 夕食後 |
| • マグミット錠330mg | 1回2錠 | 毎食後 |

【入院時vs】

- 脈拍 72回/分 血圧 144/96mmHg 体温 38.9度 SPO2=95%(room air)

ROS

- 入院時接触できていないため不明

【検査データ】

- TP 6.4g/dl
- ALB 3.1g/dl
- T-Bil 0.4mg/dl
- D-Bil 0.14mg/dl
- ALP 190U/L
- AST 47U/L
- ALT 50U/L
- CHE 189U/L
- γ -GTP 24U/L
- LAP 58mU/ml
- LDH 208U/L
- BUN 16.6mg/dl
- CRE 0.74mg/dl
- UA 2.1mg/dl
- T-CHO 2.1mg/dl
- TG 80mg/dl
- HDL-C 40mg/dl
- CK 202U/L
- S-AMY 33U/L
- Na 134mEq/L
- K 3.8mEq/L
- Cl 99mEq/L
- Ca 8.3mg/dl
- P 2.3mg/dl
- GLU 201mg/dl
- HbA1c(NGSP) 7.3%
- eGFR 76mL/分/1.73m²
- non-HDL-C 93
- CRP 7.4mg/dl
- WBC 68*10²/ μ l
- RBC 396*10⁴/ μ l
- HGB 12.7g/dl
- HCT 36.5%
- MCV 92.2fL
- MCH 32.1pg
- MCHC 34.8%
- PLT 11.7*10⁴/ μ l
- 尿検査
- 混濁 +
- 亜硝酸塩 -
- 比重 1.010
- PH 5.5
- 蛋白定性 +
- 糖定性 4+
- ケトン体 -
- ビリルビン -
- 潜血 ±
- ウロビリノーゲン ±
- 赤血球 1-4HPF
- 白血球 1-4HPF
- 扁平上皮 0-1HPF
- 尿路上皮細胞 0-1LPF
- 尿細管上皮 0-1HPF
- 硝子円柱 1-4WF
- 上皮円柱 5-9WF
- 顆粒円柱 10-19WF
- 粘液糸 +

【画像検査】

• 入院日 頭部・胸部～腹部CT(P)

- 頭部・胸部～腹部CT (P)
- 明らかな頭蓋内新鮮出血性病巣は認めず
- 副鼻腔軽度粘膜肥厚あり
- 全般的な軽度膿萎縮+
- 両腎周囲濃度上昇+
- 総胆管拡張+～軽度IHBD
- 顕著な胆嚢腫大や緊満-
- 主膵管（膵頭部）もやや拡張+
- 乳頭部病変を疑う

※翌日内視鏡実施し、細胞診試みるが乳頭への挿入不可にて中止した

• 追加で腹部造影CT

- 肝内胆管～総胆管、主膵管の拡張+
- 肝右葉は早期相にてまだら上に濃染されており胆管炎の可能性は残る

【サマリー】

糖尿病、高脂血症の既往があり、かかりつけ医で治療中の80代男性。

元々ADLは自立で車の運転もしていたが、発熱、立位困難となり救急要請し入院となった。腹部CT検査と採血結果から胆管炎と診断され、抗菌薬（SBT/CPZ）投与開始した。

【経過①】

- 以下医師記録、看護記録より
- 入院1日目 VS BP:147/68 P:68回/分 T=38.0度 GCS:E4V5M6
頭痛の訴えあり 右季肋部痛、嘔気・嘔吐なし
四肢の振戦あり
尿失禁もあるがトイレ歩行されて転倒した
- 入院2日目 VS BP:108/48 P:84回/分 T=38.9度 GCS:E4V5M6
再度転倒した 指示は入らない 体幹部薄い発疹あり
頭痛なし 右季肋部痛、嘔気・嘔吐なし
- 入院3日目 VS BP:118/80 P:78回/分 T=38.0度 GCS:E3V4M4
右季肋部痛、嘔気・嘔吐なし
暴言、点滴自己抜去など不穏行動あり

【経過②】

- 入院4日目 VS BP:95/55 P:72回/分 T:36.3度 GCS:E2V2M4
解熱傾向
右季肋部痛、嘔気・嘔吐なし 食事摂取不良
指示入らない 不穏言動続く 夕方から傾眠傾向
- 入院5日目 VS BP:128/49 P:71回/分 T:36.6度 GCS:E2V1M4
朝食前血糖値:227mg/dl 夕食前血糖値:173mg/dl
食事入らず点滴1本追加
(ソリタT1 2本にソルデム3A 1本追加)

【接触日】

- 入院5日目の準夜勤で接触
- VS BP:131/100 P:88分/分 T:37.2度
R:33回/分(規則的) SPO2:81%(RA)
- GCS:E1V1M1
明らかに意識レベルの低下を認めた

【身体所見】

- 体温37.2度 血圧131/100mmHg 脈拍88回/分 SPO2 81%(RA)
呼吸回数33回/分
- 意識：GCS:E1V1M1
- 顔面：眼球黄染あり、瞳孔縮瞳あり
- 甲状腺：肥大なし
- 胸部：肺音清、副雑音なし、心雑音なし
- 腹部：腹部膨満あり、腹壁軟、蠕動音弱、Murphy sign陰性
- 皮膚：乾燥あり、胸部・両上肢・下肢に境界明瞭な発赤疹あり
- 上肢：振戦あり（L<R）、冷感なし、関節腫脹・熱感なし
- 下肢：浮腫なし、冷感なし、関節腫脹・熱感なし
- 人工物：上肢に末梢ルートあり

【追加情報】

- 入院数日前に庭木の手入れをしていた
- 発疹部をよく観察すると大腿部に虫にさされた痕のようなものあり

【検査データ】

- TP 5.3g/dl
- T-Bil 3.99mg/dl
- D-Bil 3.33mg/dl
- AST 140U/L
- ALT 78U/L
- γ -GPT 68U/L
- LDH 497U/L
- BUN 104.1mg/dl
- CRE 4.93mg/dl
- CK 208U/L
- S-AMY 50U/L
- Na 137mEq/L
- K 4.8mEq/L
- Cl 101mEq/L
- Ca 7.2mg/dl
- NH₃ 23N- μ g/dl
- eGFR 10mL/分/1.73m²
- CRP 24.3mg/dl
- WBC 110*10²/ μ l
- RBC 497*10⁴/ μ l
- HGB 15.8g/dl
- HCT 43.2%
- MCV 86.9fL
- MCH 31.8pg
- MCHC 36.6%
- PLT 1.6*10⁴/ μ l
- pH 7.430
- pCO₂ 31.0mmHg
- pO₂ 79mmHg
- Na⁺ 133mmol/L
- K⁺ 4.0mmol/L
- Ca⁺⁺ 0.89mmol/L
- Hct 48%
- Glu 214mg/dl
- HCO₃⁻ 20.6mmol/L

【画像検査】

- **頭部CT (P)**
- 明らかな頭蓋内新鮮出血性病巣は認めず
- 主幹動脈レベルの新鮮梗塞を示唆する所見なし
- 全般的な軽度膿萎縮+
- CTにて意識障害の原因はよく分からない

【problem list】

意識障害

発熱

上肢の振戦

【鑑別疾患】

- 見逃してはいけない疾患
脳梗塞、脳出血、髄膜炎、肝性脳症
- 最も疑わしい疾患
日本紅斑熱 **SFTS**
→咽頭ぬぐい液、血液、尿採取し検査提出
→**SFTS**の場合、体液・血液からの接触感染の可能性あり
検査結果がでるまで個室隔離で対応した
→抗菌薬変更（**SBT/CPZ**→**MINO**へ）

【診断】

- 日本紅斑熱

症状：高熱＋、発疹＋、刺し口＋

保健所より検査結果連絡あり

→日本紅斑熱の遺伝子陽性

SFTS、ツツガ虫病は陰性

- 庭木の手入れでダニに咬まれる→日本紅斑熱→DICと考えられる

【経過】

- 意識レベル改善し、状態落ち着きリハビリ介入
- ADLは車いす自走レベルとなり、包括病棟転棟後に長期療養のため他院へ転院された。

【日本紅斑熱とは】

- 日本紅斑熱(Japanese spotted fever)は、紅斑熱群に属するリケッチア感染症で、マダニ類により媒介される急性発熱性発疹症である
- 臨床的には、高熱、発疹、刺し口を3徴候とする
- 発生時期は春先から晩秋までだが、地域特性により異なる
- 潜伏期間：2 - 8日 不明熱が続いたあと、頭痛、発熱、悪寒戦慄ももって急激に発症する

- 感染症法による疾病分類は四類で保健所への届け出が必要

【日本紅斑熱とは】

- テトラサイクリン系が著効を示し第一選択
- 第二選択はニューキノロン系
- 重症予防のため臨床的に疑う場合は、検査結果を待たずに治療開始する
- 経口投与もしくは点滴静注で投与
- 重症例では、高熱による脱水や電解質異常の治療も行う

【まとめ】

- 初期診断が必ずしも正しいとは限らない
- 思い込みで治療してはいけない
- どんな状況でも病歴聴取はとても大切
- 入院患者の突発的な発熱は多いため、発熱に対する臨床推論を日ごろから鍛えておく
- 発熱以外の症状からアプローチすることも大切