

# 悪寒戦慄・意識障害を伴う 発熱を認めた一例

**【症例】**

**50歳代**

**女性**

# 主訴：発熱、意識障害、悪寒戦慄

## 【現病歴】

既往に小児喘息、高血圧症、脂質異常症がある、ADL自立の50代女性。

1～2週間前より腰痛を自覚し、近医受診しロキソプロフェンと湿布薬を処方され様子を見ていた。

入院前日に頭重感を認め、改善を認めないまま、夜間に悪寒戦慄と40度の発熱、意識障害を認め、救急要請となった。

# 併存疾患/既往歴

## 【併存疾患】

- 腰痛
- 小児喘息
- 高血圧症
- 脂質異常症

## 【既往歴】

- 虫垂炎（20年ほど前に虫垂切除術施行）

# 内服歴・アレルギー歴

## 【常用薬】

- ロスタスタチン 2.5mg 1x
- アンブロキシール 45mg 1x
- オメガ-3脂肪酸 2g 1x
- アムロジピン 5mg

## 【アレルギー】

既知のものはなし

# 生活社会歴・家族歴

## 【生活社会歴】

- ・ADL 自立
- ・同居/キーパーソン 夫
- ・職業 レター郵送員
- ・機会飲酒
- ・喫煙:10~20本/日 禁煙の意思なし
- ・近日の飼育、旅行なし

## 【家族歴】

特記事項なし

# ROS①

全身状態	HEENT	呼吸器	心血管	消化器
体重変化 (-)	<b>頭痛 (+)</b>	咳嗽 (-)	胸痛 (-)	嘔気・嘔吐 (-)
<b>熱 (+)</b>	頭部外傷 (-)	喀痰 (-)	動悸 (-)	食思不振 (-)
<b>悪寒戦慄 (+)</b>	耳鳴 (-)	呼吸困難 (-)	立ちくらみ (-)	嚥下困難 (-)
<b>倦怠感 (+)</b>	眩暈 (-)	喘鳴 (-)	浮腫 (-)	腹部膨満感 (-)
疲労感 (-)	<b>咽頭痛 (-)</b>	暴露 (-)		<b>腹痛 (-)</b>
脱力 (-)	<b>鼻汁 (-)</b>	喘息既往 (+)		下痢 (-)
睡眠障害 (-)		結核既往 (-)		便秘 (-)
				血便 (-)
				消化器疾患既往 (-)

# ROS②

泌尿器系	皮膚系	筋骨格	精神	神経
頻尿 (-)	発赤 (-)	筋痛 (-)	不安 (-)	眩暈 (-)
多尿 (-)	発疹 (-)	関節痛 (-)	躁・抑うつ (-)	痙攣 (-)
排尿時痛 (-)	皮下出血 (-)	腰痛 (+)	意欲低下 (-)	麻痺 (-)
血尿 (-)	乾燥 (-)	筋力低下 (-)	パニック発作 (-)	記憶障害 (-)
残尿感 (-)		筋強剛 (-)	幻視 (-)	健忘 (-)
尿管結石 既往		姿勢 保持困難	大声叫び (-)	意識変容 (-)
		すくみ足 (-)		転倒 (-)
		小刻み歩行 (-)		振戦 (+)



# 主な入院時現症

身長152.0 cm 体重 62.1 kg

バイタルサイン	
意識レベル	GCS: E3 V3 M4
体温	39.6 °C
脈拍数	108回/min
呼吸数	18 回/min
血圧	118/86 mmHg
SpO2	100% (酸素マスク 5 L/min)

# 身体所見①

**General appearance** : ぐったり横たわっているが、反応は良い

## HEENT

眼瞼結膜貧血なし、眼球充血・黄染なし  
鼻汁なし、副鼻腔圧痛なし  
口腔内乾燥・出血・汚染なし、咽頭発赤なし  
項部硬直なし、Jolt Accentuationなし  
扁桃腫脹なし、頸部リンパ節腫脹なし、頸静脈怒張なし

## 胸部

心音: I → II → III・IV(ー)、不整なし、雑音なし  
呼吸音: 清、左右差なし、副雑音なし

## 腹部

視診: 平坦、膨満なし  
聴診: 腸蠕動音(聴取可)  
触診: soft、マックバーネ点圧痛なし  
          マーフィー徴候なし、恥骨上部の圧痛なし、反跳痛なし  
打診: ガス貯留なし、打診痛なし

# 身体所見②

背部	軽度CVA叩打痛(右: +、左: -) 脊柱叩打痛なし、PSOASサインなし
四肢	チアノーゼなし 末梢冷感なし CRT(2秒以内) 浮腫なし
神経	振戦なし、ジスキネジアなし 明らかな麻痺なし

# 身体所見③

Cr I	嗅覚異常(一)
Cr II	眼位(正常)
Cr III	対光反射
Cr IV	右:2.5mm +/左:2.5mm +
Cr VI	眼球運動障害(一)
Cr V	複視(一)
Cr V	顔面の触覚: 第一枝(一)、第二枝(一)、 第三枝(一)

Cr VII	前頭筋の麻痺(一)
	眼輪筋の麻痺(一)
	鼻唇溝の左右差(一)
	構音:ぱ(○)
Cr VIII	指こすりで聴覚障害(一)
Cr IX	カーテン徴候(一)
Cr X	構音:か(○)
Cr VI	両側肩関節挙上可
Cr XII	舌の偏位(一)
	構音:た(○)

# 血液検査

## 血算

WBC	6400	μL
RBC	464	10 <sup>4</sup> /μL
Hb	13.5	g/dL
MCV	85.1	FL
PLT	13.5	10 <sup>4</sup> /μL
NEUTRO	84.0	%

## 凝固

PT活性	77	%
PT-INR	1.12	
APTT	26.8	sec

## 生化学

Na	138	mmol/L
K	2.9	mmol/L
Cl	103	mmol/L
Ca	8.9	mg/dL
TP	6.7	g/dL
Alb	3.9	g/dL
AST	35	U/dL
ALT	66	U/L
LDH	231	U/L
γ-GTP	97	U/L
T-Bil	0.79	mg/dL

BUN	12.5	mg/dL
Cre	0.66	mg/dL
e-GFR	71.51	mL/min/ 1.73m
CRP	18.91	mg/dL
Glu	149	mg/dL

## ABG (A)

pH	7.47	
PCO2	36	torr
PO2	146	torr
HCO3	26.2	mmol/L
Lac	2.1	mmol/L

# 尿検査

定性	
比重	1.022
pH	6.0
タンパク	<b>3+</b>
糖	±
ケトン	—
潜血	<b>3+</b>
Bil	—
亜硝酸塩	<b>+</b>
WBC	—

沈査	
赤血球	多数/HPF
白血球	1未満/HPF
細菌	—

# 髄液検査

初圧: 18cmH<sub>2</sub>O

## 髄液

外観	無色	タンパク	48.5
混濁	—	糖	78
pH	7.4	HSV	陰性
比重	1.006	VZV	陰性
細胞数	1/3		
単核球	0		
多核球	1		

# 培養検査・その他感染症検査

血液培養

*Klebsiella pneumoniae* (3/4)

尿培養

陰性

髄液培養

陰性

その他

COVID-19 PCR 陰性

インフルエンザA・B 抗原 陰性

尿中レジオネラ・尿中肺炎球菌莢膜抗原 陰性



# 画像検査①

胸部単純  
レントゲン

透過性低下なし

C-P angle sharp 、CTR 41.0%

頭部単純CT

明らかな頭蓋内病変なし

頭部単純MRI

明らかな頭蓋内病変なし

# 画像検査②

## 胸-骨盤腔 単純CT

右肺中葉に部分無気肺あり。

右腎腫大あり、周囲脂肪織上昇あり。右腎に結石2つあり。尿管拡張なし。

肝縁鈍化あり、脂肪肝見られる。

大腸憩室あるが炎症所見なし。

## 【来院時腹部単純CT】

- 右腎腫大認めたが、閉塞起点や尿管拡張は認めなかった。
- また腸腰筋の左右差なども認めなかった。

# Active Problem List

- #1. 発熱
- #2. 意識障害
- #3. 悪寒戦慄
  - #. 細菌性髄膜炎疑い
  - #. 非細菌性髄膜炎疑い
  - #. 脳炎疑い
  - #. 腎盂腎炎疑い
- #4. 低K血症

# Base Problem List

- #5. 小児喘息
- #6. 高血圧症
- #7. 脂質異常症

# Active Problem List

- #1. 発熱
- #2. 意識障害
- #3. 悪寒戦慄
  - #. 細菌性髄膜炎疑い
  - #. 非細菌性髄膜炎疑い
  - #. 脳炎疑い
  - #. 腎盂腎炎疑い
- #4. 低K血症

# Base Problem List

- #5. 小児喘息
- #6. 高血圧症
- #7. 脂質異常症

# 初療

#.細菌性髄膜炎疑い

#.非細菌性髄膜炎疑い

#.脳炎疑い



髄膜炎 dose として

セフトリアキソン 2 g 12時間毎

アンピシリン 2000 mg 6時間毎

バンコマイシン 1g 12時間毎

アシクロビル 650 mg 8時間毎

デキサメタゾン 6.6 mg 6時間毎

# 入院2日目

バイタルサイン

体温 36.5 °C、脈拍数 70回/分、呼吸数 16回/分

血圧 100/68 mmHg

GCS: E4 V5 M6



解熱が得られ、意識状態改善

身体所見

腰痛、右CVA叩痛 陽性、血尿 持続



胸-骨盤腔造影CT 撮像

【入院2日目、腹部造影CT】



# 【最終診断】

急性細菌性巣状腎盂腎炎

# 入院2日目

## #.急性細菌性巣状腎盂腎炎



髄膜炎dose 終了

セフトリアキソン 2 g 12時間毎 → 24時間毎

~~アンピシリン 2000 mg 6時間毎~~

~~バンコマイシン 1g 12時間毎~~

~~アシクロビル 650 mg 8時間毎~~

~~デキサメタゾン 6.6 mg 6時間毎~~

## #. *Klebsiella pneumoniae* 菌血症

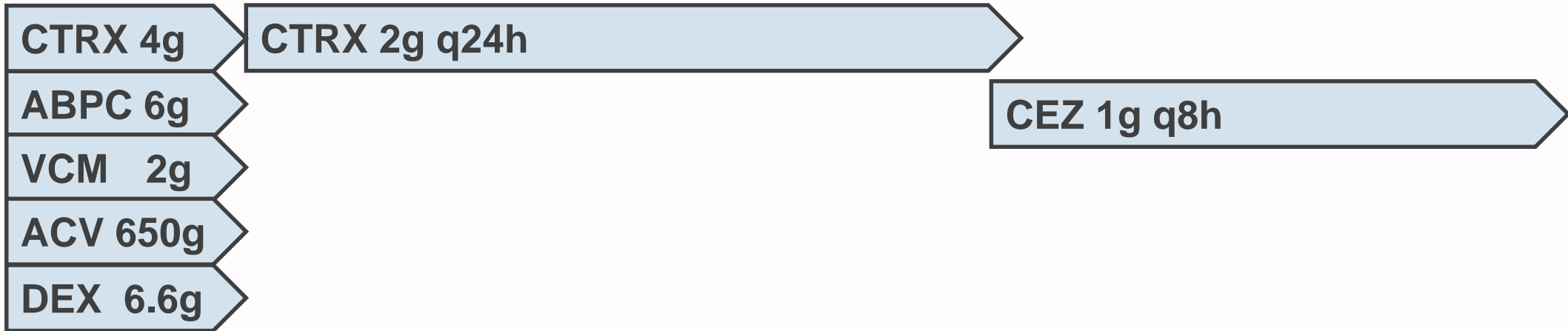
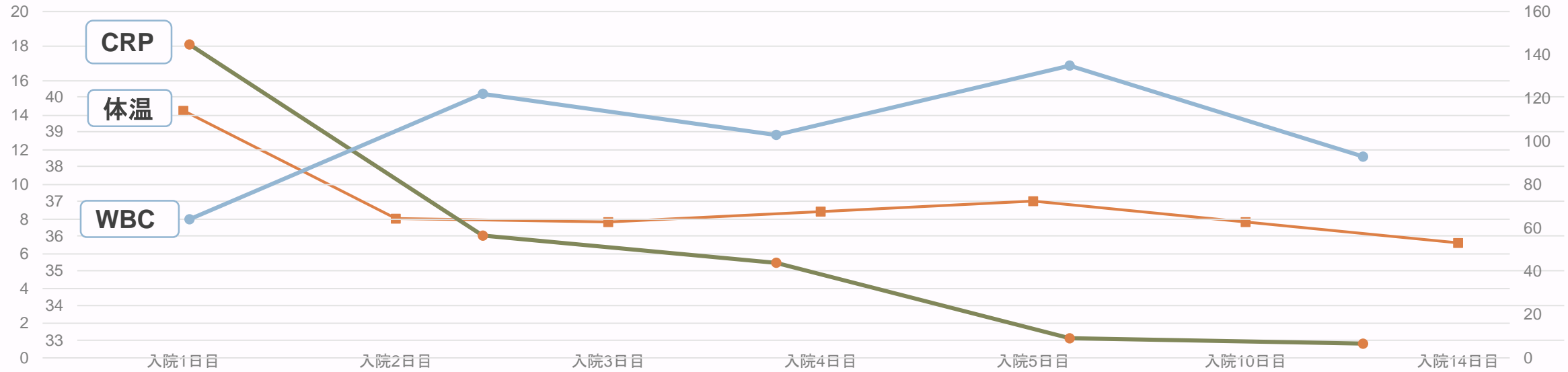


入院5日目に微生物学的検査 最終結果報告あり

血液培養より *Klebsiella pneumoniae* (3/4) 検出

抗菌薬感受性検査にて セファゾリン 1g 8時間毎にde-escalation.

# 治療と経過



# 急性細菌性巣状腎盂腎炎

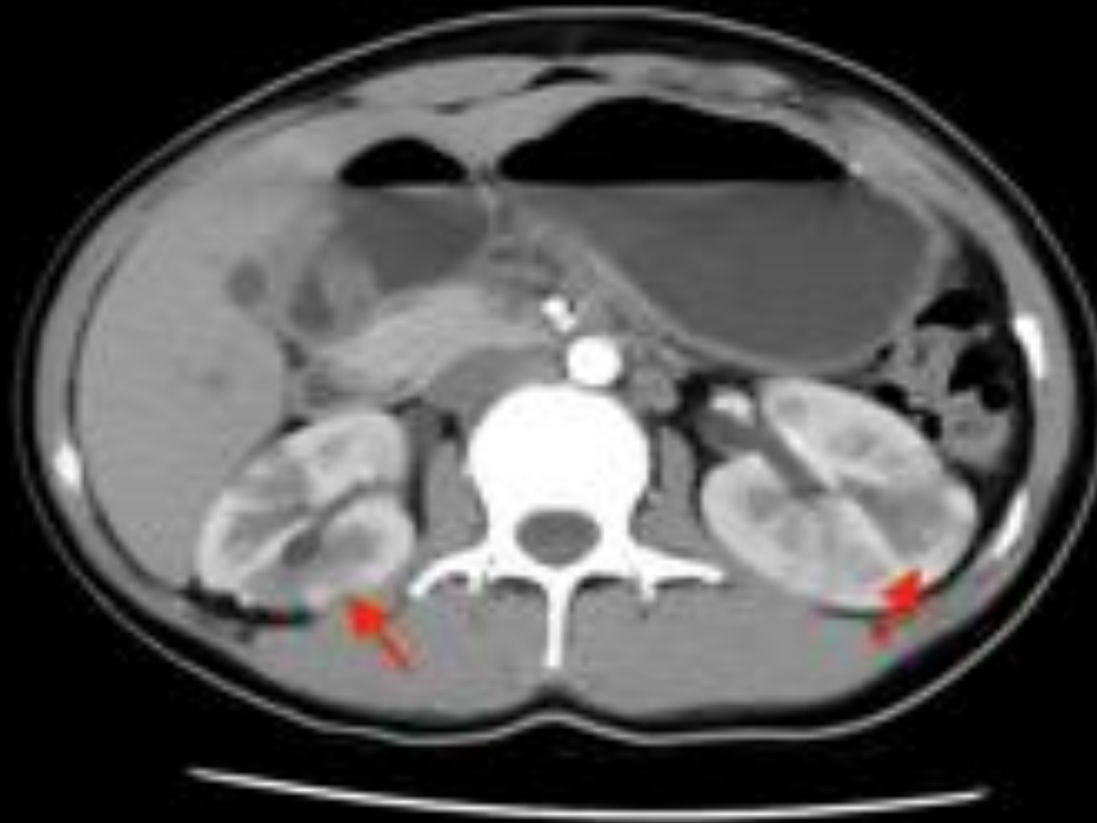
急性巣状細菌性腎炎 (Acute focal bacterial nephritis: AFBN)

AFBNは、上部尿路感染症に属する急性腎盂腎炎と腎膿瘍の中間型と考えられている。

適時適切な診断と治療を行わないと、腎膿瘍に発展する可能性があり、不必要な侵襲的  
外科手術につながる。しかし、AFBNの症状は非特異的であるため診断は困難であり、こ  
れまで報告されている症例のほとんどは乳幼児と小児である。成人ではほとんど報告さ  
れていない。

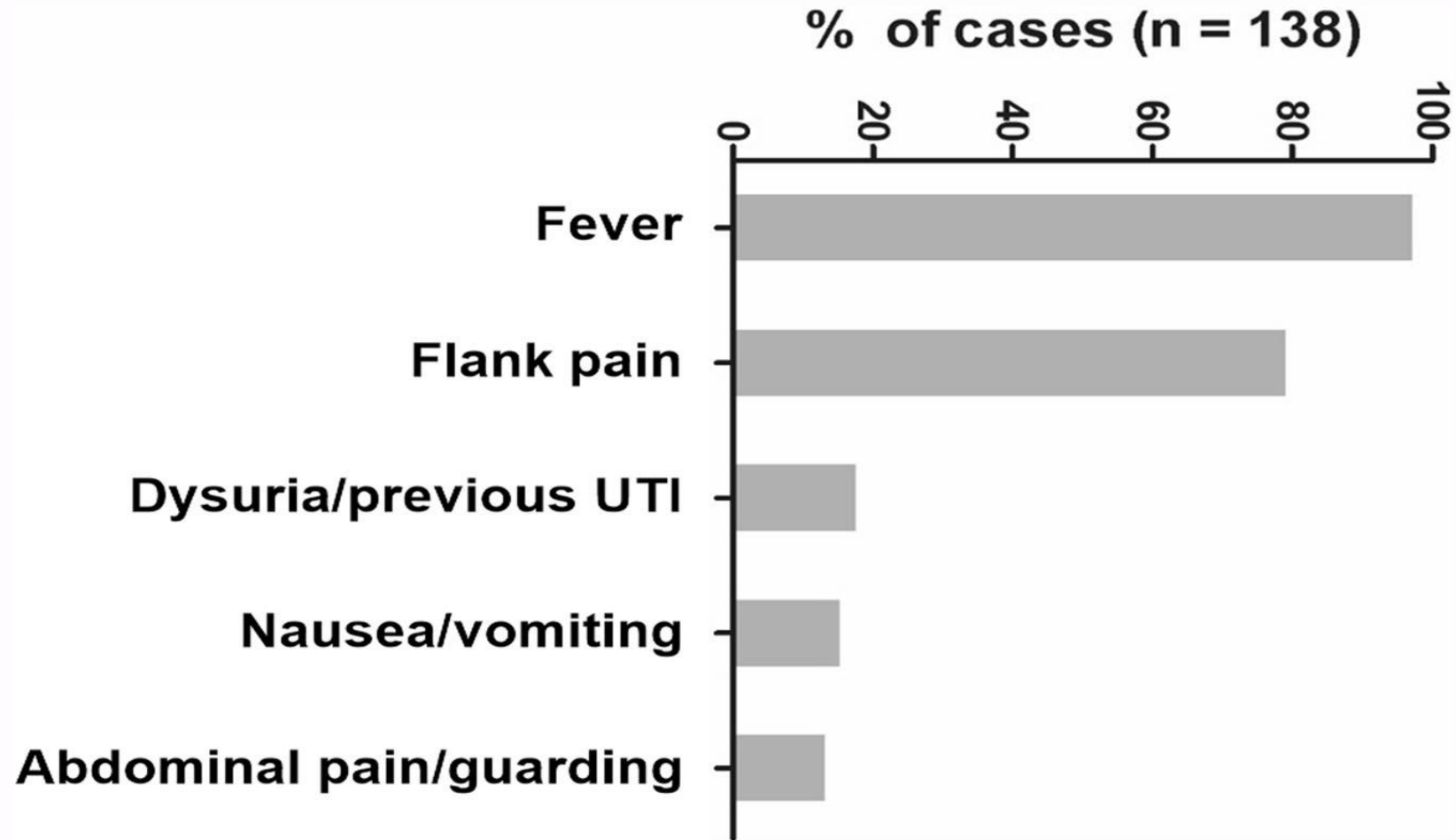
AFBNの診断は造影CTでの画像診断法、MRIは報告されていない。

抗菌薬治療は3～4週間を推奨。

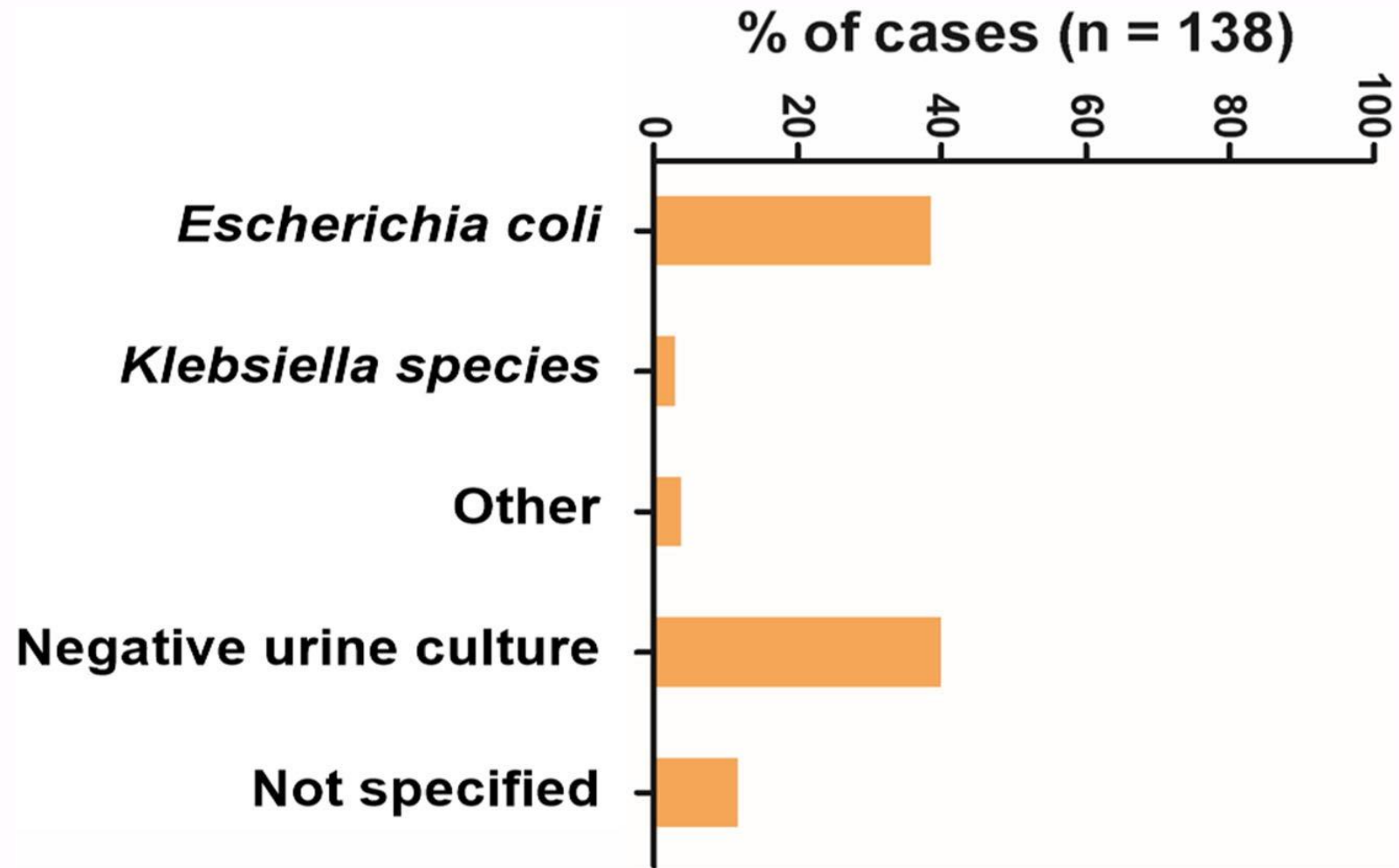


Typical findings for AFBN from contrast-enhanced CT. Images showing areas of wedge-shaped decreased enhancement in the left kidney and mass-like hypodense in right kidney (arrows).

# 臨床所見



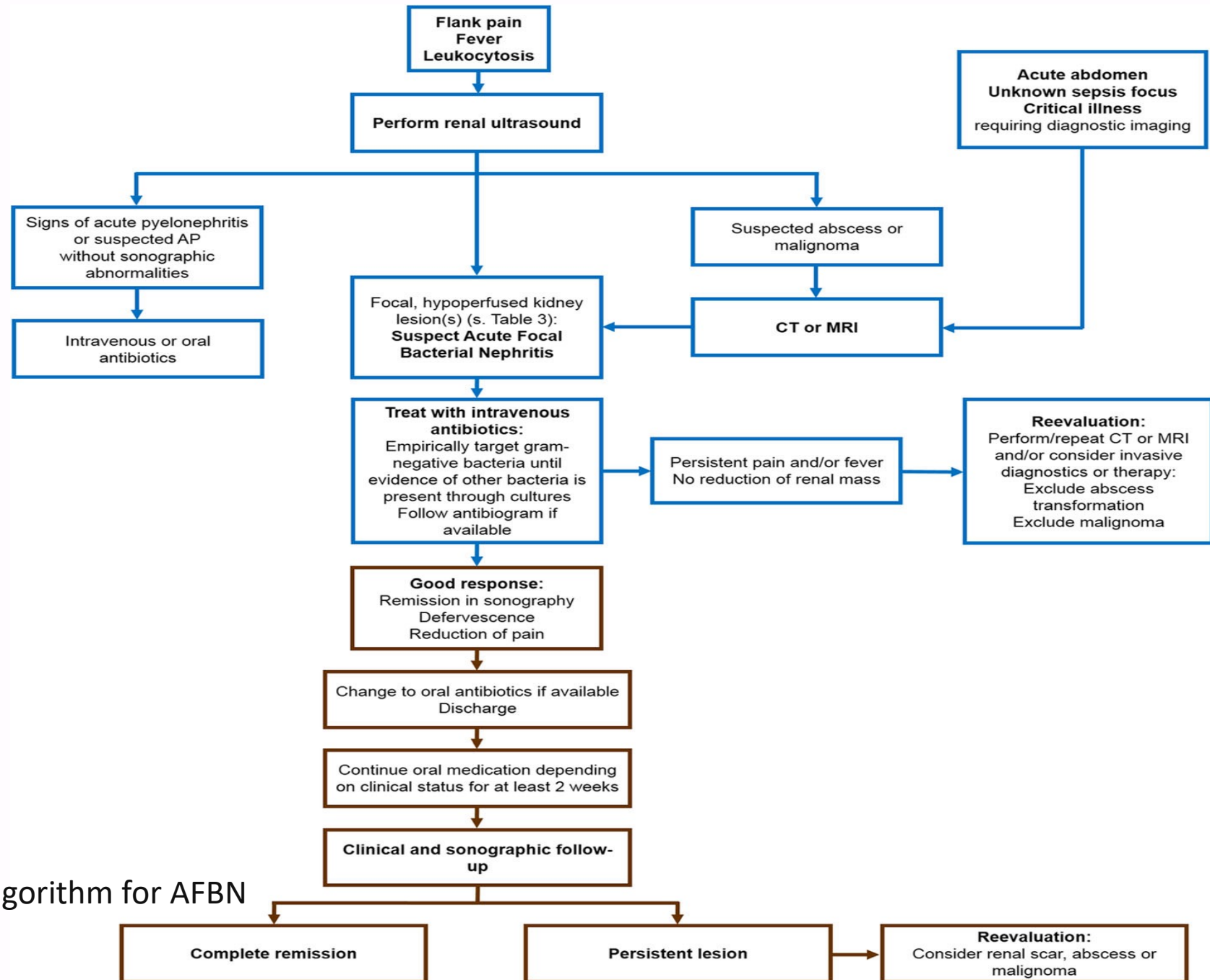
# 起因菌



Urine microbiology in AFBN

Sieger et al. BMC Infectious Diseases (2017) 17:240

# 治療と介入



Diagnostic and treatment algorithm for AFBN



# 総合考察

- ・明らかな熱源が不明で、身体所見や検査所見が乏しい状況に遭遇することは少なくない。改めて鑑別や再評価を行い、適時適切な診断、治療ができるよう努めることを忘れてはいけない。
- ・成人では稀で、細菌、膿尿を40%認めず、単純CTでの所見も乏しい。AFBNのゴールドスタンダードは造影CTでの画像診断。
- ・本症例は2週間での抗菌薬治療で満了したが、3～4週間の抗菌薬治療を推奨しており、予後不良になるパターンもあるのでフォローは欠かさない。

# 引用参考資料・文献

総合内科病棟マニュアル

ホスピタリストのための内科診療フローチャート

感染症診療マニュアル 第4版

サンフォード感染治療ガイド

感染症診療の手引き

Department of Nephrology, The Second Hospital of Hebei Medical University, Shijiazhuang, China.  
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-10809-5>

Sieger et al. BMC Infectious Diseases (2017) 17:240

Canadian Journal of Kidney Health and Disease  
Volume 6: 1–5

© The Author(s) 2019

Article reuse guidelines: [sagepub.com/journals-permissions](https://www.sagepub.com/journals-permissions)