

# 発熱を主訴に来院した ADL自立患者の症例

# 【この症例を選んだ理由】

- 週1～3日の不規則な研修で、看護業務を行いながら研修をしている
- 本症例は途中から看護業務として関わり、後日振り返りを行った
- 疾患の学びとともに、離島だからこそ考えなければならない部分があると思ったため選んだ

# 【主訴】 発熱

## 【現病歴】

下垂体腫瘍切除歴のあるADL自立した50歳代男性  
来院2日前の夕方から39度の発熱と倦怠感が出現した  
来院1日前、39度台の発熱が続いたが自宅で様子を見た  
来院当日、解熱しないため当院発熱外来を受診した  
付き添いの兄から「いつもと様子が違う」と訴えがあった  
接触時、返答はするが曖昧で開眼しなかった  
バイタル測定を行うとショックバイタルであった

## 【既往歴】

下垂体腫瘍切除後（約40年前）  
二次性甲状腺機能低下症

二次性副腎皮質機能低下症

高脂血症

※ 2 か月ごとに脳神経外科(総合病院のある本島)を受診してフォロー  
当院定期受診はない

## 【内服薬】

脳神経外科から

プレドニゾン5mg

チラージン100 $\mu$ g

アトルバスタチン5mg

## 【生活社会歴】

ADL：自立

喫煙歴：なし

飲酒歴：毎日 泡盛を水割りでグラス2～3杯程度

仕事：牛のエサのために草を刈る

世帯：母親と同居

キーパーソン：母親

【アレルギー】

既知のものはなし

【家族歴】

不明



# 【主な来院時現症】

## 第一印象

やや傾眠傾向、声かけには「はい」のみ、開眼しない  
GCS:E1V3M5~6

## バイタルサイン

BP: 80/52 mmHg HR: 134 回/分

RR: 22 回/分 SpO2: 94 % (大気下) KT: 39.7 °C

身長 160 cm

体重 64.5 kg

BMI 25

# 【身體所見】

頭頸部：項部硬直(-)、**Jolt accentuation** (-)、

頸靜脈怒張(-)、眼球黃染(-)、外傷(-)

呼吸：兩肺呼吸音清、副雜音(-)、努力呼吸(-)、咳嗽(-)

腹部：平坦・軟、腹部膨滿(-)、腸蠕動音(+)、嘔吐(-)、反跳痛(-)、

Murphy徵候(-)

心音：心雜音(-)

背部：CVA叩打痛(-)

四肢：末梢冷感(-)、皮膚濕潤(-)、浮腫(-)

皮膚：發赤(-)、外傷(-)、**Mottling** (+)



# 【血液検査結果】

<b>WBC</b> 196 × 10 <sup>2</sup> / μL	<b>BUN</b> 23.6 mg/dL	<b>T-Bil</b> 1.2 mg/dL
<b>RBC</b> 530 × 10 <sup>4</sup> / μL	<b>Cre</b> 2.37 mg/dL	<b>Na</b> 138 mEq/L
<b>Hb</b> 15.5g/dL	<b>eFGR</b> 23.9 ml/dl/1.73m <sup>2</sup>	<b>K</b> 3.4 mEq/L
<b>Hct</b> 48.6%	<b>LDH</b> 466IU/L	<b>Cl</b> 94 mEq/L
<b>Plt</b> 28.4 × 10 <sup>4</sup> / μL	<b>AST</b> 244 IU/L	<b>TP</b> 7.5 g/dL
	<b>ALT</b> 140 IU/L	<b>Alb</b> 3.9 g/dL
	<b>γ GTP</b> 118 IU/L	<b>CRP</b> 30<=H mg/dL
	<b>ALP</b> 105 IU/L	<b>Glu</b> 87 mg/dL

# 【血液検査】

FT4 1.03 pg/dL

FT3 2.01 pg/dL

TSH 0.077  $\mu$ IU/mL

外注

コルチゾール 2.5  $\mu$ g/dL

血液ガス（静脈血）

pH 7.31

paO<sub>2</sub> 22 mmHg

pCO<sub>2</sub> 42.8 mmHg

HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 21.4 mmol/L

Lac 2.8 mmol/L

Anion Gap 14.8 mmol/L

# 【尿検査】

## 定性

色調 黄色

混濁なし

比重 1.020

pH 5.5

蛋白+-

糖なし

ケトン体 1+

潜血1+

ウロビリノーゲン1+

ビリルビンなし

白血球 なし

## 沈査

赤血球 1~4 /HPF

白血球 1~4 /HPF

扁平上皮 1> /HPF

尿路上皮 1> /HPF

# 【抗原検査】

コロナ(-)

インフルエンザA (-)

インフルエンザB (-)

# 【エコー所見】

## 心エコー

左室Kissing (+)

IVC虚脱

Visual EF良好

局所壁運動低下なし

## 肺エコー

Lung Sliding (+)

## 腹部エコー

腹水なし

## 腎エコー

水腎なし

# 【心電図】

- 洞頻脈
- 高度な右軸変異
- 軽度な右室肥大
- 時計回転
- 低電位

# 【画像検査】

胸部レントゲン

胸水なし

肺うっ血像なし

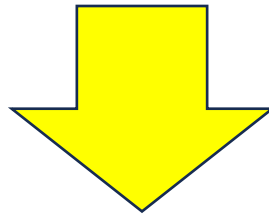
肺炎像なし

# 【ショックは4分類】

- 循環血液量減少性ショック
- 血液分布異常性ショック
- 心外閉塞・拘束性ショック
- 心原性ショック



感染症疑い  
末梢冷感なし、Mottling  
qSOFA  $\geq$  2点



敗血症性ショック疑い

# 【敗血症性ショック】

- ・ 明らかな感染源はわからない
- ・ ABCDEのうち、ABEは保たれている  
CDを立て直すために早急な介入が必要

# 【初期治療】

- 輸液 30ml/kg以上を3時間以内  
末梢から2ルート血管確保  
ラクテックボラス投与開始
- 右内頸からCVカテーテル挿入

## 【初期治療】

- 平均動脈圧 65mmHg以上を維持  
NAD 0.05  $\mu$  から開始
- 早期の広域抗菌薬投与  
MEPM 1g

敗血症は  
来院後1時間以内に  
抗菌薬を投与

# 【患者の状態】

- 輸液1000ml投与、NAD0.05  $\gamma$  から0.08  $\gamma$  へアップ  
MAP65を維持することができない
- HR110～120台、RR22～24回
- 意識レベルに大きな変化はない
- 再度、身体診察を行う

# 【身体所見】

頭頸部：**項部硬直(+)**、**Jolt accentuation (+)**、

頸靜脈怒張(-)、眼球黃染(-)、外傷(-)

呼吸：兩肺呼吸音清、副雜音(-)、努力呼吸(-)、咳嗽(-)

腹部：平坦・軟、腹部膨滿(-)、腸蠕動音(+)、嘔吐(-)、反跳痛(-)、

Murphy徵候(-)

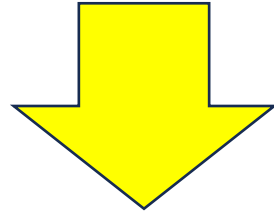
心音：心雜音(-)

背部：CVA叩打痛(-)

四肢：末梢冷感(-)、皮膚濕潤(-)、浮腫(-)

皮膚：發赤(-)、外傷(-)、**Mottling (+)**

**意識障害、発熱、項部硬直**



**細菌性髄膜炎疑い**

# 【細菌性髄膜炎疑い】

- 項部硬直 感度46.1%、特異度71.3%
- 他に感染を疑う所見は乏しい
- 細菌性髄膜炎が否定できないため治療を開始



## 【初期治療】

細菌性髄膜炎は  
来院後30分以内に  
抗菌薬を投与

- 早期の広域抗菌薬投与

MEPM 1g(合計2g)：髄液移行性が良い

VCM 1g：PRSP、MRSAカバー

ABPC 2g：リステリアカバー

# 【ステロイド投与】

- ・デカドロン：肺炎球菌カバー  
今回は投与をせず
- ・ヒドロコルチゾンリン酸Na 100mgを投与した

# 【頭部CT、腰椎穿刺】

- ・ドクターへリ搬送のため  
実施時間が確保できなかった

## 【その後】

- 徐々にバイタルサイン、意識レベルは改善した
- 急性期管理を目的として本島の病院へ搬送
- 血液培養1セットからGPC(+ )の報告があり、  
Staphylococcus aureusが検出された

# 【いったん振り返り】

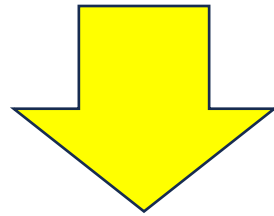
- 細菌性髄膜炎、敗血症性ショックは時間との闘い
- まだまだよくわからない
- まだ重要な疾患がある？
- 勉強不足で気が付かなかった

**二次性副腎皮質機能低下症**

**なんらかの感染**

**身体的ストレスの可能性**

**ステロイド中断の可能性**



**急性副腎不全(副腎クリーゼ)疑い**

**CIRCIの疑い**

# 【副腎クリーゼ】

- ・ 急激に糖質コルチゾールの絶対的または相対的な欠乏により、循環障害を来す致死的病態
- ・ 血液分布異常性ショックの原因になる

# 【副腎クリーゼ】

- 典型的な症状は、悪心・嘔吐・食欲不振
- 圧痛を伴う腹痛や感染を伴わない発熱もみられる
- 特徴的な症状はない

## 副腎クリーゼの症状・徴候・検査所見

症状	全身倦怠感 腹痛 悪心, 嘔吐
徴候	意識障害 低血圧・ショック（一次性>二次性） 発熱 腹部圧痛・筋性防御
検査所見	低ナトリウム血症 高カリウム血症（一次性） 低血糖



# 【副腎クリーゼ】

- 原因は大きく2つ、一次性と二次性にわけられる
- 一次性は副腎そのものの障害によるもので、  
一次性副腎不全の原因は最も自己免疫性副腎疾患が多い
- 二次性は視床下部または下垂体機能の障害によるもので、  
二次性副腎不全の原因は最も薬剤性副腎不全が多い

# 【副腎クリーゼ】

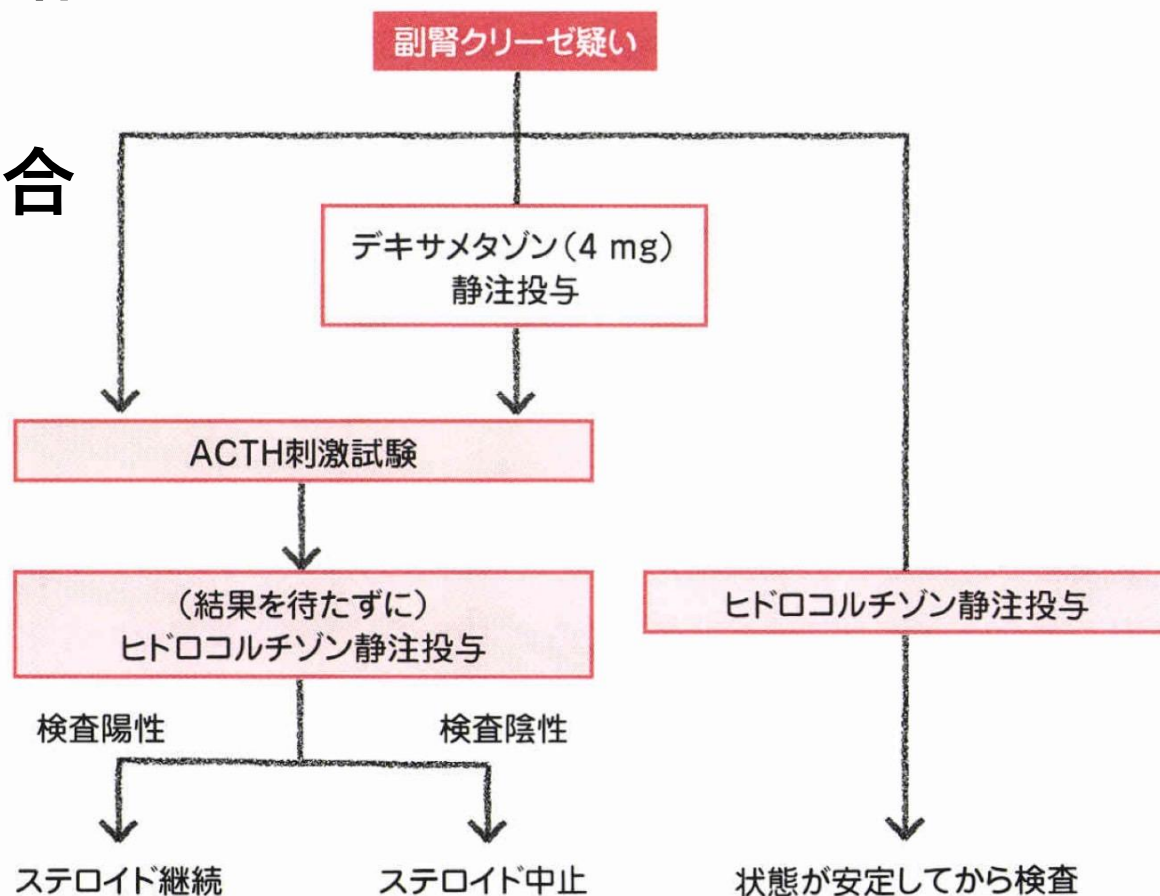
- 診断は、血中コルチゾール基礎値や尿中遊離コルチゾール値の低下と、血中ACTH高値を確認する
- 迅速ACTH刺激試験、あるいはACTH-Z連続刺激試験にてコルチゾール分泌予備能の低下を確認し、確定診断を行う
- ストレス下の随時血中コルチゾール値が $3\sim 5\mu\text{g/dL}$ 未満であれば副腎不全を強く疑う
- 緊急性が高いため、随時血液検査値を用いて副腎不全を判定することが多い
- 血中ACTH、コルチゾールの検体を採取したら、結果を待たずに治療を開始する

# 【副腎クリーゼ】

- 当院ではACTH刺激試験検査を外注で行っている  
⇒ 検査科から代替案もないと回答

# 【副腎クリーゼ】

- 疑われる場合はすぐに治療を開始する
- 重症患者やショックが重篤な場合一刻も早くステロイド投与を行ってよい



# 【副腎クリーゼ】

## 初期治療

### 標準

ヒドロコルチゾンを初回は100mg静脈注射  
その後は6時間おきに静注

# 【CIRCI 相対的副腎不全】

- 本症例では重症疾患の疑いが強かったが、採血結果ではコルチゾールが低値であった
- 視床下部、下垂体、副腎系がストレスに対して正常に機能していない可能性がある  
⇒ CIRCI だった可能性がある  
(相対的副腎不全から CIRCI と呼ぶようになった)
- このような場合だと典型的な副腎クリーゼの症状は出ない

# 【離島医療に必要なこと】

患者の治療を行う場所を決める

当院なのか、本島なのか

## 【離島医療に必要なこと】

- 急性発症の疾患(裂ける、捻じれる、破れる)は処置する前から本島への搬送を考慮
- それ以外の発症では、今後起こりえる様々なシナリオを考えて、数時間経過をみながら判断する



# 【離島医療に必要なこと】

- ドクターヘリ要請から、本島の病院へ搬送するまでに最低1時間かかる
- 本島周辺の島々から要請があるため、優先順位が変わることが多々ある
- 自分たちの要請で、他の島のさらに重症な患者を待たせてしまう可能性がある

# 【離島医療に必要なこと】

## NDCとして

- ・ 医師が判断した過程、考える様々なシナリオを理解する力をつけて、看護師と共有し、看護の質の向上を目指す
- ・ 治療が遅れることのないように、治療経過のアセスメント、適切な報告や処置ができる
- ・ 島に対する思い、家族に対する思い  
個々のQOL、ACPに沿った医療の提供