

# 症例報告

## 頭痛と発熱

# 現病歴

---

特に既往歴のないADL自立している男子高校生。

05/02 日中は普段通り生活していた。

夕方から夜頃に軽度の頭痛を自覚した

05/03 頭痛の増悪、発熱を認める

05/04 近医の救急診療所を受診しCOVID-19 インフルエンザの検査を行ったが陰性。

カロナールを処方されて内服したが、解熱や頭痛の鎮痛は乏しかった。

05/05 夜間カロナールを内服しても39度台の発熱が持続し頭痛も寛解しなかった。

当院ERに受診の相談をして受診しようとしたがなかなか歩けず、断念した。

嘔気症状が出現したが嘔吐には至っていない。

05/06 午前11時半に当院ERをwalk inにて受診。

病着時バイタルサイン

GCS E4V5M6

呼吸回数 16回/分、体温38.8℃、血圧114/75mmHg 脈拍112回/分 SpO2 97%

# 情報

---

## 【既往歴】

なし

## 【内服】

近医で処方されたカロナール

## 【アレルギー】

なし

## 【社会生活歴】

高校2年生    バスケットボール部

両親、弟(中学1年生)、妹(小学3年生)と同居

ADL自立

喫煙 never    飲酒 なし

# 入院時身体所見

---

全身状態：ややsick 悪寒戦慄なし 呼吸促迫なし

頭頸部：項部硬直 固くないが頭痛誘発する Jolt accentuation陽性

甲状腺腫大なし、頸部リンパ節腫脹なし 瞳孔径3.0/3.0 対光反射+/+

構音障害なし 咽頭痛なし 難聴なし

胸部：心雑音なし 呼吸音 clear

腹部：平坦 軟 圧痛なし

背部：CVA叩打痛なし

末梢：下腿浮腫なし 紫斑なし

皮膚：osler結節なし 皮疹なし

# ROS

---

全身：食欲不振 発熱

頭部：頭痛あり(歩行時に増強) めまいなし 眼振なし 難聴なし 羞明なし

口腔：嗄声なし 嚥下困難なし

呼吸器：呼吸困難なし 咳嗽なし 胸膜痛なし

心血管：動悸なし 胸痛なし

消化器：腹痛なし 嘔気軽度あり

筋骨格：関節痛なし 背部痛なし

内分泌：口渇なし

神経：嗅覚異常なし 四肢へのしびれなし、平衡感覚異常なし



# 胸部CXR

---

# 諸検査

---

## 頭部CT

## 心電図

※画像出力できず...

洞調律 HR90/分

# 髄液検査

---

初圧17cmH2O  
髄液は無色透明



# 追加検査

---

## 感染症

HIV-1/2 陰性

梅毒 RPR定性 陰性

TP抗体定性 陰性

※保険の関係上、髄液HSV+VZV-PCRは来院当日はキャンセル、翌日multiplexPCR検査実施

multiplex PCR 陰性

# Assessment & Plan

---

## # 無菌性髄膜炎疑い probabilityウイルス性髄膜炎

髄液細胞数 93と上昇、単核球優位

蛋白59 髄液糖/血清糖=58/98(>0.4)

意識障害、多核球の上昇、糖の低下いずれも認めず細菌性髄膜炎の可能性は低いと判断した。(当科接触前にCTRX2g VCM1250mg デキサート投与されている)

mulutiplex実施前の経過だったため、HSV-2髄膜炎も考慮し  
アシクロビル500mgを投与。

頭痛に対してはカロナール500mg4錠分4でコントロール

母「弟が2週間くらい前におたふくかぜになったんですけど、関係ありますか」  
との質問があった。

→明言は避け、後日検査を行う旨を説明。また、仮にムンプスだった場合も対症療法が中心になることを説明

## 2病日目 (05/08)

---

頭痛は単相生に改善トレンド。  
食欲も出てきた。  
neck flexionで頭痛わずかに誘発される。  
ミオクローヌスなし

05/09  
L/D

左耳下腺明瞭に腫脹を認め圧痛が出現。  
sick contactからもムンプス疑われ  
05/09にムンプスIgG、ムンプスIgM検査を実施  
WBC低下はムンプスに伴う血球貪食の可能性  
を考える

対症療法を継続

## 05/13 退院日

---

左耳下腺の腫脹は单相性に改善。  
頭痛もほとんどなくなり、全身状態軽快のため退院された

後日、ムンプスIgG EIA価31.4 陽性  
ムンプスIgM インデックス0.11 陰性  
との結果。

血清抗体から、ムンプス既感染パターンだったと予測。

# 無菌性髄膜炎について

- ・ 無菌性髄膜炎≠ウイルス性髄膜炎 である

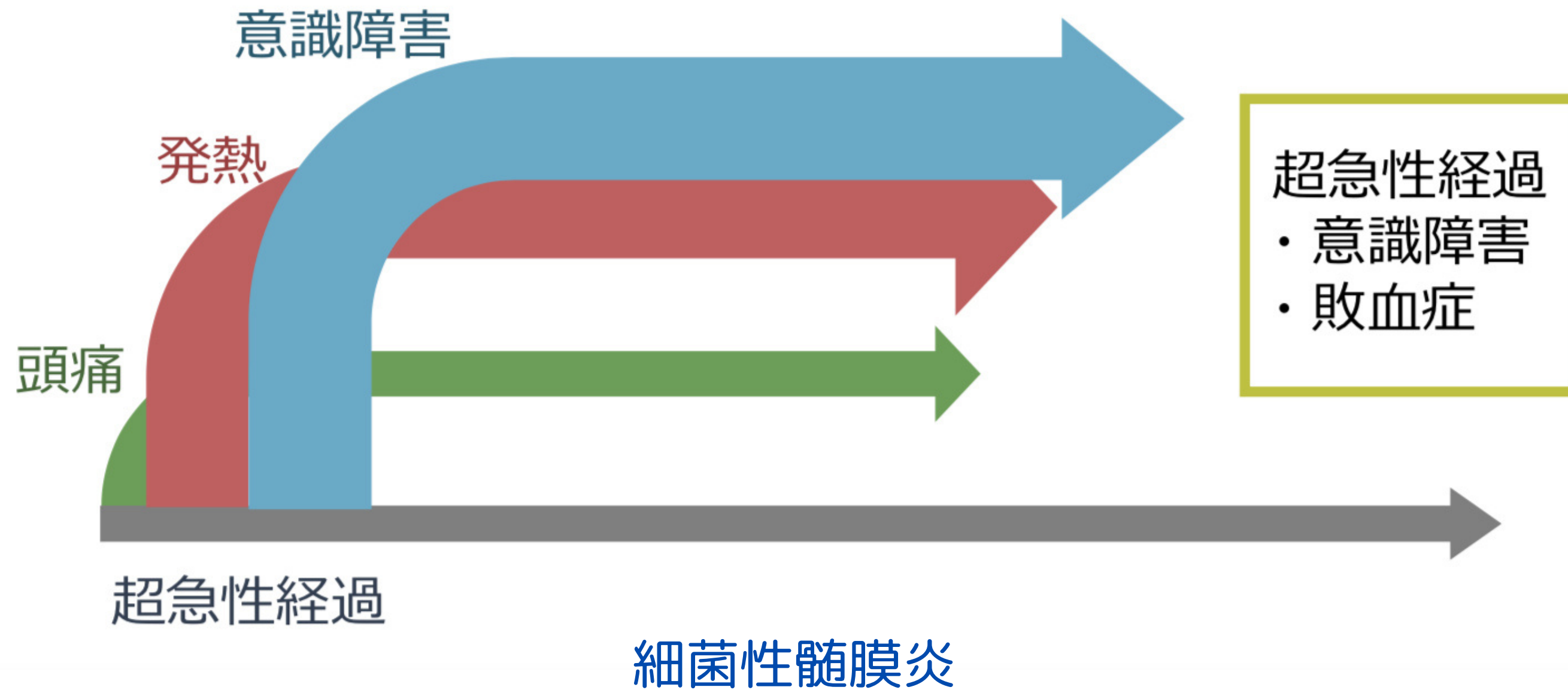
ウイルス性髄膜炎と診断するためには1~2週間で单相性に改善する臨床経過を確認する必要あり！

→つまり、発症初発時でウイルス性髄膜炎と診断できることはまずない

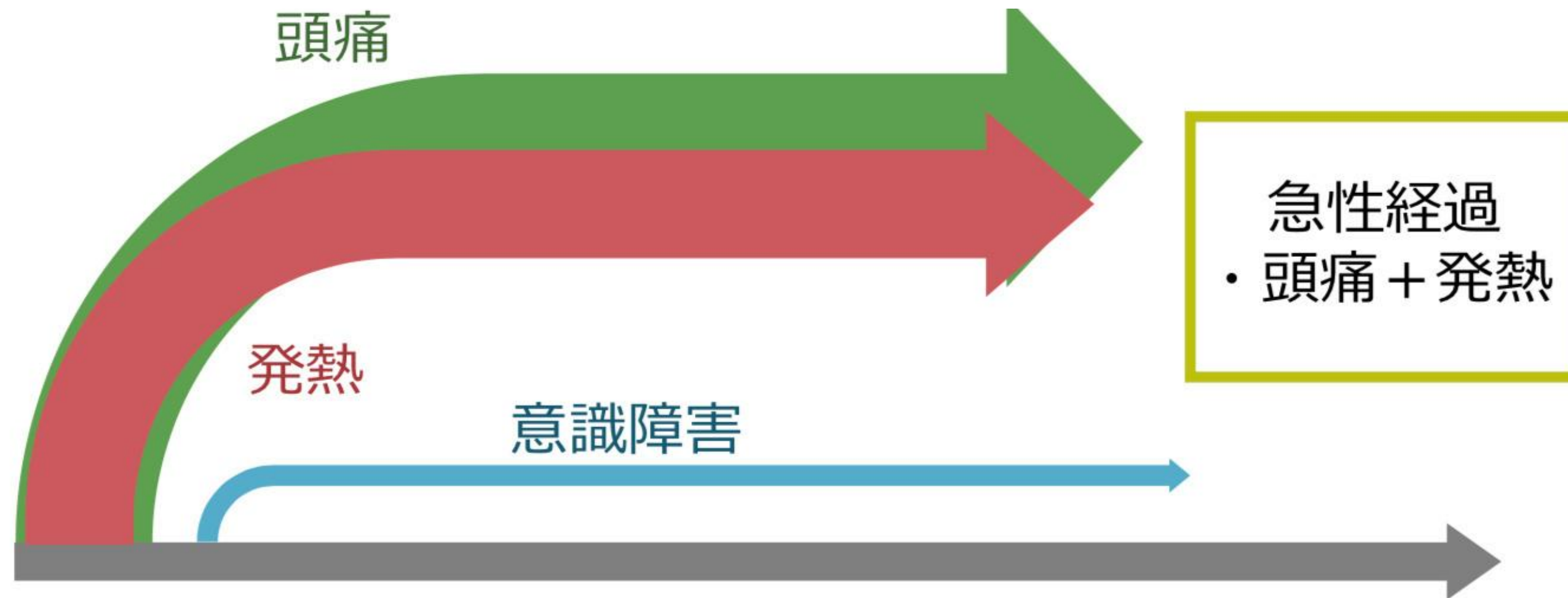
無菌性髄膜炎でSeizure、意識障害を呈した場合は脳炎に化けた可能性を考慮する



# 細菌性髄膜炎・無菌性髄膜炎 経過の違い



# 細菌性髄膜炎・無菌性髄膜炎 経過の違い



咽頭痛・鼻汁・咳嗽など上気道症状は随伴しないことが多い

# Jolt accentuation

「頭部を自動的あるいは他動的に動かすと頭痛が増悪する(1秒間に2-3回首を回旋させる)」

注意！「ここ2週間以内の頭痛＋37度以上の発熱」患者さんに適応するものであり  
「頭痛のみ」を呈し発熱がない患者には適応とならない

→この条件で **感度97.1% 特異度60%**と報告



表 24-2 無菌性髄膜炎の原因

| 原因分類   | 原因疾患                                                                                                                                                                                                                   |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ウイルス   | Enterovirus 属, HSV-2, VZV, ムンプス<br>HIV (必ず確認・HIV の診断契機は無菌性髄膜炎, 伝染性単核球症様, 日和見感染症のいずれかが多い)<br>その他ウイルス: CMV, EBV, HSV-1, HHV6, アデノウイルス, 麻疹, 風疹, アルボウイルス属, ロタウイルス, インフルエンザウイルスなど                                           |
| 細菌・その他 | 感染性心内膜炎 (血液培養検査必須・髄液培養で菌検出されない場合多い)<br>硬膜外膿瘍 (炎症が髄膜に波及し細胞数上昇・髄液培養で菌検出されない場合多い)<br>結核性髄膜炎 (“単核球優位の細胞数上昇+糖低下” は常に注意)<br>梅毒 (神経梅毒はどの時期にもありうる点に注意)<br>マイコプラズマ, ライム病, レプトスピラ, リケッチア, ノカルジア症, アクチノミセス症                       |
| 真菌     | クリプトコッカス<br>アスペルギルス (眼窩先端アスペルギルス症に注意), カンジダ<br>輸入真菌症 (海外渡航歴確認)                                                                                                                                                         |
| 寄生虫    | 糞線虫症 (沖縄など集積地)<br>広東住血線虫症, トキソプラズマ症, 有鉤条虫, アメーバ症                                                                                                                                                                       |
| 薬剤     | NSAIDs [特にイブプロフェン・背景疾患に自己免疫性疾患 (特に SLE) 多い]<br>経静注免疫グロブリン, 免疫抑制剤 (メトトレキサート, アザチオプリン, TNF 阻害薬)<br>抗てんかん薬 (ラモトリギン, カルバマゼピン), ST 合剤, 化学療法                                                                                 |
| 腫瘍     | 悪性リンパ腫, 白血病<br>癌性髄膜炎 (多発脳神経麻痺に注意・発熱, 髄膜刺激徴候が目立たずふらつき, 嘔気, 頭痛など非特異的<br>症状)<br>類表皮嚢胞の破裂 (破裂成分による化学性髄膜炎)                                                                                                                  |
| 自己免疫   | サルコイドーシス, シェーグレン症候群, SLE, ベーチェット病, 関節リウマチ<br>肥厚性硬膜炎 (多発血管炎性肉芽腫症, IgG4 関連疾患) (硬膜の炎症で細胞数上昇は軽度のことが多い)<br>GFAP astrocytopathy (結核性髄膜炎と同様の髄液所見を呈する点に注意・不随意運動, 尿閉に注意)<br>Vogt-小柳-原田病 (ぶどう膜炎合併), MOG 抗体関連疾患 (片側性の髄膜脳炎+発作, 若年) |
| 血管障害   | 下垂体卒中, くも膜下出血 (いずれも出血成分による化学性髄膜炎)                                                                                                                                                                                      |

病態生理と神経解剖からアプローチ  
するレジデントのための神経診療  
著：杉田陽一郎  
より引用

# ウイルス性髄膜炎

原因ウイルスは **Enterovirus ,HSV-2,VZV**の順に多く、  
34%は原因が同定できないと報告 Neurology2006;66:75-80

ほとんどのケースではウイルスは同定できない！！  
→ではどうやってウイルス性髄膜炎と診断する...？

**1~2週間の单相性経過で自然軽快する臨床経過**

発症初期の症状が軽快していない段階ではウイルス性と断定できない

# take home message

病歴聴取の重要性を今一度体感した

臨床経過が非常に重要

無菌性髄膜炎≠ウイルス性髄膜炎   ということ