

4

随伴症状から進める発熱の臨床推論

牧尾成二郎, 多胡雅毅

佐賀大学医学部附属病院 総合診療部

Point 1 発熱患者の随伴症状に対する病歴聴取と身体診察の重要性を理解できる。

Point 2 代表的な発熱の随伴症状にアプローチできる。

Point 3 随伴症状ごとの鑑別を頻度、除外の視点から考察できる。

Point 4 提示症例について、臨床でのピットフォールや診断プロセスを、患者背景も踏まえて理解できる。

はじめに

発熱患者の随伴症状はきわめて多様であり、症状そのものやその性状が診断の決め手となることが多い。発熱の原因が感染症であれば、症状が感染病巣の特定に直結し、その他の炎症性疾患でも炎症の主座の判断につながる。随伴症状の疾患・臓器特異性が高いほど鑑別に有用であるため、複数の随伴症状がある場合、より特異性が高い症状へのアプローチを優先する。

また一見して発熱とは無関係に見える随伴症状も、全身症状の1つである可能性がある。多様な症状や身体所見を一つ一つ丁寧に情報収集し、適切な診断に結びつけることが重要である。

ただし、症状や全身状態によっては情報収集よりも全身状態の安定化のための治療を優先すべきケースがあるため、症状ごとにまず除外すべき緊急度の高い疾患を知っておく必要がある。

発熱の随伴症状は多様であるため、本稿ですべてを網羅するのは困難である。本稿では外来と入院診療で比較的commonもしくは特異性の高い症状を中心に、鑑別の進め方について解説を行う。

1. 意識障害

意識障害の鑑別は多岐にわたり、「AIUEO TIPS」による原因検索が広く知られている(表1)。意識障害はしばしば発熱に合併し、とくに発熱自体が意識障害の原因となる熱せん妄、それ以外にも表1に示した大多数の疾患で発熱をきたしうる。この背景には、発熱の生理学的な原因として、各種サイトカインや中枢性病変に起因する体温中枢におけるセットポイントの変化による機序と、皮膚血管や筋肉の収縮、外的因子などの体温上昇に対する放散能のバランスによる高体温症が関わっている。発熱に意識障害が随伴する場合には、そのことを十分に理解したうえで、発熱の原因検索のみに固執することなく、まずは緊急度を踏まえて意識障害の鑑別を進めていくことが重要である。

表1からわかるとおり、何が原因であったとしても意識

表1 意識障害の原因「AIUEO TIPS」

A	Alcohol	アルコール(離脱症候群)
I	Insulin (hypo/hyper-glycemia)	低/高血糖
U	Uremia	尿毒症
E	Encephalopathy, Endocrinopathy, Electrolytes	脳症, 内分泌疾患, 電解質異常(高/低Na, K, Ca, Mg)
O	Opiate or other overdose	薬物中毒, 低酸素, 一酸化炭素中毒
T	Trauma, Temperature	外傷, 低/高体温
I	Infection	感染症
P	Psychogenic	精神疾患
S	Seizure, Stroke, SAH, Shock	てんかん, 脳卒中, くも膜下出血, ショック

意識障害の「AIUEO TIPS」, 広く知られており, ここで挙げるまでもない表だが, 網羅性という意味で非常に有用である。発熱を伴う病態を赤字で示す。

障害の緊急度は高い。臨床現場では、意識障害の原因精査と診断よりも**気道確保やバイタルサインの確保を優先する**。予後に直結するGlasgow Coma Scale (GCS)での意識障害の評価、バイタルサインの評価に加え、神経学的所見や検査所見の評価をすみやかに行う。意識障害のため協力が得られず、詳細な病歴聴取と身体診察が困難な場合は多くの時間をかけすぎないように注意したい。そのため身体診察は、気道確保とバイタルサインを安定させ低血糖を除外した後に、血液検査や血液ガス評価、甲状腺機能や薬物検査評価と並行して行う。意識障害下でも確認可能な頭蓋内病変を示唆する瞳孔の左右差や偏視、同様に筋トーンスの確認や痙攣の有無、ミオクローヌスの有無などの不随意運動、とくに脳ヘルニアや脳幹部病変を示唆する失調性呼吸などにポイントを絞った診察を行う。

とくに感染症(敗血症、髄膜炎、脳炎)と脳卒中は急速に進行するため、これらの除外が最優先となる。意識レベルとバイタルサインの評価を短時間で繰り返し、「切迫するD」の確認、血液培養、頭部CT、髄液検査など必要な検査や治療をいかに迅速に実施できるかが鍵となる。

敗血症では迅速な診断と治療が予後に直結する。意識障害は敗血症の予後不良因子であり、敗血症性脳症の死亡率は、脳症のない敗血症患者の2倍²⁾、GCSが3~8点では死亡率は63%とされる³⁾。敗血症性ショックでは、適切な抗菌薬投与が**1時間遅れるごとに死亡率が7.6%上昇する**ため⁴⁾、迅速な対応が求められる。

細菌性髄膜炎では発熱、項部硬直、意識障害の三徴が

有名だが、3つすべてが揃う例は半数にも満たない⁵⁾。症状が急速に進行するため、初診時の臨床所見のみで判断せず、再度診察と積極的な腰椎穿刺による髄液検査が推奨される。髄膜炎を疑う際に腰椎穿刺の実施をためらうことのないよう、確実に手技を習得しておきたい。

脳卒中、とくにくも膜下出血では1/3に発熱を伴うため⁶⁾、それらを必ず除外する。頭蓋内出血急性期の除外には頭部CTが有用であるが、脳幹部病変や脳ヘルニアなどを伴う場合、呼吸中枢が障害されるため、緊急度を正しく判断し対応する。

時間単位の緊急性がある疾患を除外した後は、その他の感染症、アルコールを含む薬物中毒およびその離脱症状、悪性症候群やセロトニン症候群などを鑑別する。これらも治療が遅れば敗血症への進行や横紋筋融解症による腎不全などをきたす可能性がある一方、血液透析、鎮痙薬、拮抗薬、薬剤調整で予後を大きく改善しうるため、早期に介入すべきである。これらの疾患はここまで挙げた緊急度の高い疾患に比べ、身体診察と検査所見のみでの判断が難しいため、本人からの情報収集が困難であれば、家族や目撃者、救急隊員、主治医などに情報を求めるべきである。

このように意識障害は原因が多岐にわたり、緊急度も高いことから初療の段階で疾患を想起できないことがある。common diseaseでありながら疾患が想起できなかった症例を提示する。