

## 連載 主要徴候別

企画・司会  
三宅康史

昭和大学医学部救急医学・昭和大学病院救命救急センター 准教授。  
1985年東京医科歯科大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院 救急部、公立昭和病院 脳神経外科、外科、救命救急センター（ICU）で救急外科医として勤務。その後、昭和大学病院、さいたま（旧大宮）赤十字病院を経て、2003年より現職。

# ER 診療の実際

日常のER診療でみかける数々の症候。果たしてプロフェッショナルはそれをどのように診察するのか？ 毎回違うゲストを迎え、カンファレンス形式で実際の診療がどのようになされるかみていきましょう。

## 第1回

### 発熱



#### 今回のゲスト

後藤庸子 Yoko GOTO  
昭和大学病院 総合内科（ER）助教。  
2001年昭和大学医学部卒業。国立病院機構東京医療センター 内科研修医、消化器科レジデントを経て現職。日本内科学会 総合内科専門医。

#### はじめに

——さて今回から、昭和大学医学部准教授である三宅先生の連載が始まります。第1回目のテーマは「発熱」。ゲストには昭和大学病院総合内科（ER）の後藤先生を迎え、詳しく検討していただきます。**三宅**：初回のテーマは「発熱」です。これと意識障害を主訴に来院した患者さんについて、確定診断に至るまでの過程を解説していただければと思います。その前に、発熱患者が救急外来に訪れたときの、基本的な診療手順を時系列でわかりやすく教えていただけますか？

**後藤**：発熱は、救急外来の受診動機として最も多い訴えの1つです。患者の全身状態がよく、vital singsが安定していれば、基本的な問診から始めますが、vital signsが不安定ならば、当然ですが

並行して全身管理を行い、同行者から問診をとります。

・問診のポイントは、①発熱か高体温か、②感染症かそれ以外の病態か、③感染源はどこか、の3点であると考えます。感染源の検索には発熱に先行・随伴する自覚症状、局所症状に注目します。局所症状が捉えがたく、急激な発熱の場合は、菌血症を伴う病態かウイルス感染を考慮します。基礎疾患や、出血するような医療処置・海外渡航の有無、同症状の人物の存在なども重要です。感染がはっきりしなければ、熱型、体重減少の有無や皮膚・関節症状の有無、基礎疾患・内服薬の情報も有用です。

・身体所見では、「なにか所見があるはず」と考えて全身をよく観察します。診断感度の高い所見を意識するとよいと思います。  
・検査では血算が基本ですが、見た目の変化が乏しい場合もあるため、状況によ

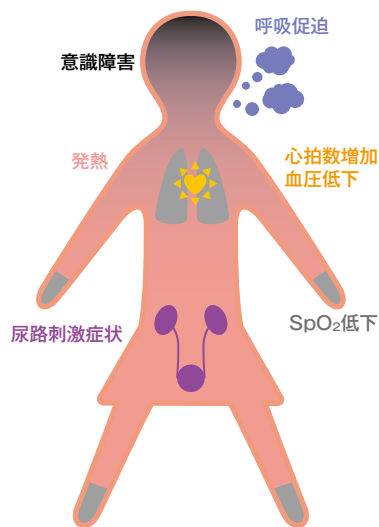
り血液ガスや凝固・線溶系も追加します。一般に、経過が短いほど異常値は現れにくく、身体所見の方が情報量に優れています。血液以外の検体では尿や喀痰のほか、必要に応じ脳脊髄液を採取します。画像検査では胸部単純写真と腹部エコーが有用ですが、所見に乏しい場合や矛盾を感じる場合は体幹部（頸～骨盤部）CTの撮影を検討します。

・また、治療前に関連部位の分泌物・排泄物の培養を提出します。感染源不明や重症感染症の場合は血液培養を最低2セット提出する必要があります。

**三宅**：ありがとうございます。それでは今回の症例について詳しく聞いていきましょう。

**後藤**：7月という季節性や、患者さんが高齢であるという点にも注目していただけたらと思います。まず、当院に救急搬送されるまでの経過をご紹介します。

## Case 1



## 発熱と意識障害で救急搬送された85歳の女性

〔年齢・性別〕85歳・女性

〔主訴〕発熱，意識障害

〔既往歴〕虫垂切除術，糖尿病，高血圧，視床出血

〔家族歴〕特記事項なし

〔生活歴〕認知症なく，ADLは完全に自立

〔現病歴〕7月9日，11時ごろに起床し朝食を摂取。午後になり急に寒気を訴え，エアコンを切って臥床していた。16時ごろ，帰宅した家族が体温の上昇と意識の

異常に気づき救急要請した。救急隊到着時，意識レベル JCS-10，血圧 110/40 mmHg，脈拍数 124 回/分，SpO<sub>2</sub> 86%，呼吸数 30 回/分。O<sub>2</sub> 6 L/min を投与開始され，当院へ搬送された。

〔身体所見〕意識レベル E2V3M5，体温 38.9℃，血圧 72/38 mmHg（左右差ない），脈拍数 104 回/分，SpO<sub>2</sub> 100%（O<sub>2</sub> 6 L/min）。眼瞼結膜：軽度貧血様，眼球結膜：黄染ない，頸部リンパ節：触知しない，胸部：呼吸音清・心雑音聴取しない，腹部：平坦軟・腸雑音減弱・圧痛の有無は意識障害によりはっきりしない，下腿浮腫ない，末梢冷感ない，皮疹ない，項部硬直：3横指陽性，眼球運動：異常ない，深部腱反射：異常ない。便失禁あり。

〔一般検査所見〕表 1

〔画像診断所見〕図 1・図 2



図 1



図 2

表 1

		単位	検査値	基準値
血算	WBC	/μl	7100	3500~9000
	Hb	g/dl	10.0 ↓	12.0~16.0
	Ht	%	31.1 ↓	34.0~46.0
	Plt	/μl	19.8	15.0~40.0
凝固	PT-INR		1.38 ↑	1
	APTT	sec	69.6 ↑	25.0~45.0
	Fibrinogen	mg/dl	138 ↓	200~400
	血中 FDP	μg/ml	916.30 ↑	≤ 4.0
	D-D dimer	μg/ml	249.69 ↑	≤ 1.0
生化学	TP	g/dl	7	6.7~8.4
	T-bil	g/dl	0.5	0.3~1.0
	BUN	mg/dl	19.9	8~22
	Cr	mg/dl	1.1 ↑	0.5~0.9
	AST	IU/l	37 ↑	10~30
	ALT	IU/l	20	5~25
	LDH	IU/l	342 ↑	105~220
	ALP	IU/l	380 ↑	100~350
	γ-GT	IU/l	40 ↑	10~25
	CK	IU/l	36	30~150
	Amy	IU/l	41	30~130
	Na	mEq/l	139	138~147
	K	mEq/l	3.6	3.6~5.1
	Cl	mEq/l	105.6	102~113
Glu	mg/dl	183 ↑	60~110	
CRP	mg/dl	4.4 ↑	≤ 0.2	
動脈	PH		7.481 ↑	
血液ガス (O <sub>2</sub> 6 L/min)	PCO <sub>2</sub>	Torr	25.9 ↓	
	PO <sub>2</sub>	Torr	100.5	
	BE		-3.4	
	SaO <sub>2</sub>	%	98.9	
尿定性・ 半定量	PH		6.5	
	比重		1.01	
	白血球		3+	
	亜硝酸塩		+	
	ウロビリノーゲン		± (正常)	
	蛋白		2+	
	潜血		3+	
	ケトン体		±	
ビリルビン		2+		
ブドウ糖		-		