

# ER 診療の実際

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

# ER 診療の実際

苦手意識を持っているレジデントの先生方も多いでしょう「不明熱」。今回は不明熱の患者さんを診るときの心構えやポイントなど、診療のコツをじっくり伺ってきたいと思います。先生、よろしくお願いします！

### 第 29 回

## 不明熱



### 今回のゲスト

#### 高橋 良 先生

昭和大学リウマチ膠原病内科。2004年 昭和大学医学部卒業。昭和大学病院 初期研修、救急医学科、菊名記念病院 内科を経て、現職。

### はじめに

**三宅**：今日のテーマは不明熱です。よろしくお願いします。

**高橋**：よろしくお願いします。

**三宅**：不明熱診療に関しては、苦手意識を持っている研修医の先生も多いと思います。あらゆる検査をオーダーし、検査結果を並べて頭を抱えてしまう。そんな光景もときどき見かけますが…。まずは不明熱を診る際の心構えみたいなものがあれば聞かせてください。

**高橋**：不明熱という病態の認識をしっかり意識することが何よりも大切だと思っています。不明熱には、①古典的不明熱、②院内不明熱、③好中球減少性不明熱、④ HIV 関連不明熱の 4 つの分類があり

ますが、研修医の先生を含め、一般内科で遭遇することが多いのは圧倒的に①古典的不明熱です。今日はこの古典的不明熱についてお話しします。

**三宅**：基礎疾患のない患者さんの不明熱と考えてよいですね？ やはり膠原病内科にはそのような患者さんが紹介となってくるケースも多いと思いますが。

**高橋**：不明熱として紹介されるケースは比較的多いと思います。ところが、不明熱として紹介を受けたものの、実際は不明熱ではなかった、ということがよくあります。たとえば、『発熱が 10 日間続いている。セフェム系の抗菌薬内服を 3 日間内服、その後ニューキノロン系の抗菌薬を 5 日間内服しても解熱しない。』といったものがよい（悪い？）例です。これは厳密には不明熱とは呼べないケー

スです（→ **Key Word 1**）。

**三宅**：10 日間で抗菌薬が効かないというだけでは不明熱の診断は満たしませんね。

**高橋**：このようなケースでは、何らかのウイルス感染症が原因で自然軽快していきことが多いのです。

『不明熱』と聞くと、条件反射で苦手意識を持ってしまう研修医の先生も多いと思いますが、まず『不明熱とは何か』『何

#### Key Word 1：不明熱の定義（表 1）

1960 年代に提唱され、今なお使用されている有名な定義である。（高）

表 1 不明熱の定義

- |                           |
|---------------------------|
| 1. 38.3℃以上の発熱             |
| 2. 3 週間以上持続               |
| 3. 外来受診 3 回もしくは入院 3 日間の精査 |

をもって不明熱とするか』といった認識を持つことが初めの一步です。

**三宅:** ちなみに 38.3℃, 中途半端な感じがします。38℃ではその後の診断に影響は出るのでしょうか？

**高橋:** 38.3℃とは深部体温での評価です。直腸や舌下で測定する深部体温は、腋窩などの表在体温よりも 0.3～0.7℃高いといわれています。日常の臨床で測定するのは腋窩温ですので、38℃, つまり中等熱という認識でまったく問題ありません。『3週間の発熱』も NSAIDs などの解熱剤の内服下では正しい評価はできないので、内服を中止してもらい、熱型を観察することも大切です。

**三宅:** なるほど。それでは、なぜ不明熱の定義を認識することが重要か？ そのあたりについて教えてください。

**高橋:** 3週間も中等度の発熱が続き、ある程度の精査を行っても診断がつかないといった病態は実はそう多くはありません。不明熱の原因疾患に関する報告は数多くあります (→ **Mini Lecture 1**)。

**三宅:** 原因不明が半数を超えています。半分は結局診断がつかず、というわけですね。このあたりも不明熱へのとっつきづらさの原因になっているのでは？

**高橋:** そう思います。ただ、**原因不明とされた患者の大半が予後良好で自然軽快している<sup>2)</sup>** という事実もありますから、不明熱を診る際には、『なんでわからないんだ!??』とくよくよせず、『半分はわからなくても予後良好』と気持ちをリラックスして診ていくほうがよいですね。さらに、それぞれの疾患群の中で頻度の高い疾患も多くの報告で共通しており、**表 3** に示します。

細菌感染では結核、感染性心内膜炎、腹腔内膿瘍の頻度が高く、尿路感染症、骨関節炎がそれに続きます。ウイルス感染

症では EB ウイルス、サイトメガロウイルスが圧倒的な頻度を占め、地域によっては HIV の占める割合が高くなります。膠原病ではリウマチ性多発筋痛症、側頭動脈炎、成人発症 Still 病、全身性エリテマトーデスが大半を占め、その他の血管炎、炎症性腸疾患がそれに続きます。悪性腫瘍では悪性リンパ腫、肝腫瘍、腎細胞癌、結腸癌で不明熱となるケースが多いとされています。不明熱の診療に当たる際に

は、このような鑑別リストを傍らに広げ、疑わしい疾患から鑑別を始めることが診断への近道だと思います。暗記する必要はまったくありません。いつでも取り出せるようにリストにしておく、何度も見ていれば自然に覚えてしまいます。

繰り返しますが、不明熱診療で大切なことは、まず不明熱の定義を認識し、鑑別リストを広げることです。漏らさず、鑑別ができたうえで、原因がわからない

**Mini Lecture 1:不明熱の原因疾患(表 2)**

2003～2005 年の比較的新しい疾患群別の割合は、感染症 16%, 悪性腫瘍 7%, 膠原病 22%, その他 4%, 原因不明 51

%となっている。PET 検査をはじめ、検査の診断精度の向上が悪性腫瘍や感染症の割合を下げ、その分、原因不明の疾患の割合が増えているように思われる。(高)

**表 2** 不明熱の原因疾患<sup>1)</sup>

報告年	研究年	症例数	感染症 (%)	新生物 (%)	非感染性炎症性疾患 (%)	その他 (%)	診断未確定 (%)
1961	1952～1957	100	36	19	19	19	7
1982	1970～1980	105	32	20	16	11	7
1992	1980～1989	199	22.5	7	23	21.5	22.5
1997	1992～1997	167	26	12.5	24	8	30
2007	2003～2005	73	16	7	22	4	51

**表 3** 頻度の高い不明熱の原因疾患 (疾患群別)<sup>3)</sup>

疾患群	非常に多い	多い	まれ
感染症	感染性心内膜炎 腹腔内・骨盤内膿瘍 結核 (特に肺外) 骨髄炎 腎膿瘍 腸チフス	EBV 性伝染性単核球症 CMV 感染症 HIV 感染症 ネコ引っかき病	トキソプラズマ ブルセラ レプトスピラ Whipple 病 慢性副鼻腔炎
悪性腫瘍	リンパ腫 腎細胞癌	肝細胞癌・転移性肝癌 骨髄増殖性疾患 全白血病 大腸癌	心房粘液腫 脳腫瘍
膠原病	成人発症 Still 病 リウマチ性多発筋痛症 側頭動脈炎	全身性エリテマトーデス 結節性多発動脈炎 顕微鏡的多発動脈炎	高安病 菊池病 偽痛風 家族性地中海熱 サルコイドーシス
その他	薬剤熱 アルコール性肝炎・肝硬変	炎症性腸疾患 亜急性甲状腺炎	DVT 視床下部機能不全 血腫 詐熱