



【主訴】

50歳代男性。 肺炎が治らない

暴力行為を働こうとしたため精神科病院に医療保護入院したが、およそ1週間後に発熱し、SpO₂が90%未満となり、CT画像上で肺炎像を認めた。抗菌薬を投与されたが、白血球数、CRP共に増悪し、精査・加療のため転院してきた。

東京都立松沢病院水曜朝カンファレンス

症例提示・司会：小野 正博

(東京都立松沢病院内科部長)

出席者：研修医A、B、C、D

毎週水曜早朝に行っているカンファレンス。指導医数名と初期研修医、精神科後期研修医で行っている。指導医が診断に困ったケースを自分でプレゼンし、研修医に質問しながら少しずつ情報を追加している。問診と身体所見から鑑別診断を考えることを重視している。

小野 肺炎が改善しないため、他院から転院してきた50歳代男性です。こういう主訴の場合、皆さんならどんなことを考えますか。

研修医A 何らかの易感染性がある、普通の市中肺炎ではないかもしれないと考えます。

小野 例えば、どんなものでしょうか。

研修医A HIV（ヒト免疫不全ウイルス）陽性者で、ニューモシスチス肺炎になっている可能性などです。

小野 なるほど。最初にニューモシスチス肺炎が出てくとは思いませんでしたが、そういった特殊な肺炎じゃないかと考えたわけですね。他にはどうでしょうか。

研修医B この患者は肺炎の治療は受けているのですか。

小野 もともと、およそ20日前に人を殴ろうとしたことから精神科病院に医療保護入院となりました。その1週間後の朝から38℃の発熱を認め、SpO₂が90%未満になりました。CT画像上で肺炎像を認め、誤嚥性肺炎と診断されました。そして6L/分で酸素マスクによる酸素療法を受けています。抗菌薬はスルバクタム・アンピシリン配合剤（商品名スルパシリン）を投与されました。しかし、抗菌薬投与から1週間経過しても、白血球数とCRPが低下せず、むしろ上昇してきたため転院してきたという経緯です。このときの白血球数は1万8000/ μ L、CRPは16mg/dLでした。

先ほど特殊な感染症の可能性が指摘されましたが、一般的に、遭遇する頻度が高いのは結核です。肺炎だと思っていたら、実は結核だったというケースは非常に多いと思います。そのため、誤嚥性肺炎だと思っても、やはり1回は抗酸菌の塗抹検査と培養検査は出した方がいいでしょう。一般的な肺炎と結核が併存することもありますから注意が必要です。特に高齢患者の場合、一度はチェックすることが大切です。その結果、疑わしかったら、3連痰といって、3日連続で喀痰を採取して塗抹検査と培養検査を行います。そのうち1回はPCR法を追加できます。結核は、今は治療ができるようになりましたが、他人を感染させてしまうので、見逃すと本当に後悔することになります。

他に質問はありますか。

研修医C 既往歴を知りたいです。

小野 いいですね。高血圧と糖尿病、脂質異常症があります。また、過去に交通事故で脳挫傷の受傷歴があります。器質性精神病と診断されており、これは脳挫傷に起因しているようです。さらに9年前に心筋梗塞のためステント治療を受けています。

研修医C 薬歴も教えてください。

小野 服薬歴は、バルプロ酸(バレリン)、クロナゼパム(ランドセン)、ランソプラゾール(タケロン)。ランソプラゾールが処方されている理由はよく分かりません。アレルギーはありませんでした。他にどうでしょうか。

研修医D 入院時の白血球とCRPはどうでしょうか。

小野 検査結果に行く前に問診と身体所見をしっかりと取ることが大切です。その後に検査という考え方が大切です。鑑別診断を考えてから検査と覚えましょう。今、ある病気を疑ったから検査したいというのだったらいいのですが、どうですか。

研修医D 特にそういうわけではありませんでした。

小野 分かりました。白血球数とCRPは大抵の疾患で上昇しています。ですから、「では鑑別診断は何ですか」と聞かれても答えを出しにくい検査項目ではあります。

研修医A 症状にはどんなものがありましたか。

小野 来院時は少しボーッとしていて、傾眠がちでした。どこかが痛いとか苦しいと訴えることはありませんでした。

研修医B 肺炎の症状としての咳とか痰とか。

小野 来院前のことはあまり聞いていません。ただ、来院時に痰を吸引しましたが、ほとんど吸引されず、咳もありませんでした。

研修医D 患者の職業は。

小野 紹介状に書いてあったと思うのですが、聞き忘れてしまいました。

発熱を診たら考える鑑別診断は？

小野 では進めます。バイタルですが、JCS (Japan coma scale) はIIの10、つまり呼び掛けないと目を開けていないが、呼び掛けるとパッと目を開けられる状態です。GCS (Glasgow coma scale) はE3V4M6。E3は呼び掛けで開眼する状態。V4は日時や場所、顔が認識できるかどうか曖昧という状態で、見当識が少し障害されていると判断しました。例えば「今日は？」と言うと全く違う日付を答えました。「ここはどこですか？」と聞くと、前の病院の名前を答えました。

呼吸数は14回/分、脈拍66回/分、血圧95/56mmHg、SpO₂ 98% (酸素2Lカニューレ)、体温37.0℃でした。

研修医B 低血圧ですね。

小野 収縮期95mmHgは一般的に低いかなと感じます

が、普段の血圧と比較しないと分かりませんね。

結膜や頸部、胸部は特に異常所見なし。腹部は平坦で軟らかいです。痛みについては、自発痛はなかったのですが、右季肋部に最強の圧痛がありました。ただし、腹部の他の部位を押しても「ちょっと痛い」と訴えていたので、よく分からないなという感じではありました。むくみはありません。さあどうでしょうか。

研修医A 黄疸はありましたか。

小野 黄疸はありませんでした。なお、前医でも白血球数とCRPが高い以外は肝障害なども認められませんでした。

研修医C 呼吸音や心雑音は。

小野 呼吸音異常なし、心雑音なしでした。一般的に発熱のときに、まずはどんな鑑別診断を考えますか。

研修医D 肺炎、胆嚢炎、尿路感染症、褥瘡です。

小野 そうです。褥瘡は皮膚・軟部組織感染のことですね。では、問診してもよく分からず、身体所見で右季肋部に最強の圧痛があったという、何が一番考えられますか。

研修医B 胆嚢炎。

小野 そう。胆嚢炎です。結局、この患者は右季肋部の急性胆嚢炎でした。だとすれば、確認する身体所見はまだありますね。

研修医A マーフィー徴候です。

小野 いいですね。どうなったらマーフィー徴候が陽性と判断しますか。

研修医A 息を吸った瞬間に患者が激痛で「うっ」と言った場合です。

小野 そうです。それ以上、もう吸気できなくなってしまうわけですね。おなかを膨らませることができなくなってしまう。それがマーフィー徴候陽性です。この方は陽性でした。

エコーで確認すると胆嚢が強く腫れていました。sonographic Murphy's sign といって、プローブで胆嚢の上を押して、押したままマーフィー徴候の有無を確認するとよいといわれています。

この患者が興味深いのは肝障害が全く認められなかったことです。AST/ALT、アルカリフォスファターゼ、ビリルビンも全て正常でした。胆嚢炎では軽度の肝障害を伴うことが多いのですが、今回は全く正常であったため、前医で急性胆嚢炎を疑うことができなかったのだと思います。

単純CT撮影(84ページ写真1)を行い、胆石も確認されました。最近、胆嚢炎は早期に手術するのが主流なので、他院に紹介しました。

今回のポイントは、肺炎が改善しないと判断されたのは、実は胆嚢炎があったからという点です。とはいえ、転院時点で本当は肺炎が改善していたことを知ることができたと思いますが、それはなぜでしょうか。

研修医C 酸素投与が酸素マスクで6L/分だったのが、当院では鼻カニューレ2L/分で十分だったからです。

小野 そうです。呼吸状態が改善していますね。体温と白血球数やCRPだけに頼っていると、真の原因に気が付きにくくなります。例えば肺炎が改善しているのに、他の疾患が後から起こって発熱して白血球数やCRPが上がっているため、肺炎の改善を見逃す場合があります。

肺炎の場合、改善したかどうかを判断するには、体温や白血球、CRPではなく、まずは呼吸状態を評価するようにしましょう。呼吸数やSpO₂、血液ガスなど、直接的に呼吸状態を表わしているもので判断するよう覚えてください。肺炎だと思い込んで、他の臓器の感染症である可能性を考えなくなってしまうがちです。

胆嚢炎では、ビリルビン値の上昇やアルカリフォスファターゼの著しい上昇は非典型的です。肝障害が認められなくても胆嚢炎は否定できません。もし著しい肝障害があれば、胆管炎やMirizzi症候群合併を疑います。胆嚢管や胆嚢頸部に胆石があると、圧迫ないし炎症により総肝管の閉塞が起こることがあります。その結果、黄疸が認められたりアルカリフォスファターゼが上がったりするのがMirizzi症候群です。

治療のポイントとしては、早期に手術することのほか、抗菌薬は腸内細菌科細菌と嫌気性菌をカバーする必要がありますということです。スルバクタム・アンピシリン配合剤など

が良いでしょう。セフトリアキソンは1日1回投与でよく、大変使い勝手の良い薬ですが、嫌気性菌をカバーせず、胆泥ができる可能性があるため避けた方が無難であると思います。セフトリアキソンが胆汁排泄であることから胆泥が形成されると考えられています。

結果

急性胆嚢炎

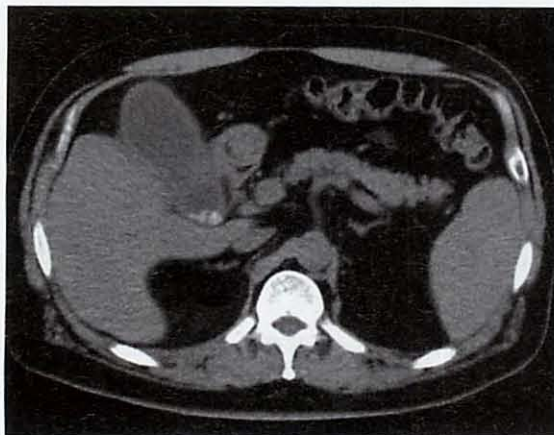
急性胆嚢炎は胆嚢に生じた急性の炎症性疾患で、多くは胆石に起因するが、発症に関与する要因は、他に胆嚢の血行障害や化学的な傷害、細菌や原虫の感染などが知られている。

急性胆嚢炎の診断基準は、A：局所の臨床徴候（マーフィーサイン、右上腹部の腫瘤触知・自発痛・圧痛）、B：全身の炎症所見（発熱、白血球数またはCRP値の上昇）、C：急性胆嚢炎の特徴的画像所見である。

急性胆嚢炎の特徴的画像所見として、(1)超音波検査：胆嚢腫大（長軸径>8cm、短軸径>4cm）、胆嚢壁肥厚（>4mm）、嵌頓胆嚢結石、デブリエコー、sonographic Murphy's sign、不正な多層構造を呈する低エコー帯、ドブラシグナル、(2)CT：胆嚢壁肥厚、胆嚢周囲滲出液貯留、胆嚢腫大、胆嚢周囲脂肪織内の線状高吸収域）、(3)MRI：胆嚢結石、pericholecystic high signal、胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚——がある。

Aのいずれか+Bのいずれか+Cのいずれかを認めれば確定診断で、Aのいずれか+Bのいずれかを認める場合、急性胆嚢炎疑いとなっている。肝・胆道系酵素の上昇は含まれていないことに注意を要する。

写真1 腹部単純CT像



POINT

急性胆嚢炎はビリルビン値やAST/ALT上昇は本質的ではなく、右季肋部の臨床徴候、炎症所見によって疑い、画像所見で診断を確定する。