

国立病院機構大阪医療センター  
総合診療科

小笠原充幸

加計呂麻徳洲会診療所・  
瀬戸内徳洲会病院

朴澤憲和

SUBJECT:

## ある日の不明熱



このケースでの

診断を考えていくとき、所見のあり・なしは「どのくらい」役に立つでしょうか？



### INTRODUCTION:

プレゼンターは、総合病院で不明熱の高齢女性患者の担当となった後期研修医のA先生です。開業医さんが1カ月近く経過をみていましたが、やはり熱が続くとこのことで紹介受診されました。うまく診断に辿りつくことができるでしょうか。

### 高齢女性の不明熱



**司会:** 症例集のトップバッターは、不明熱です。不明熱といえば鑑別診断の宝庫、まさに臨床推論といってもいいかもしれません。病歴、身体所見からどこまで診断に迫れるでしょうか。担当のA先生、まだ緊張がとれていないかもしれません(笑) さっそく始めていただきましょう。



**A先生:** この症例は後期研修2年目のときの症例です。外来担当医から入院精査になる患者さんがいるとの連絡を受け、診察に向かうと、外来の机に表1のような紹介状が置いてありました。

症例は75歳女性、主訴は発熱です。

現病歴ですが、来院1カ月前より37℃台の発熱を自覚していました。来院3週間前に近医を受診し、貧血、感冒疑いで抗菌薬、鎮咳薬を処方されました。その後外来で経過観察されていましたが、発熱が続くため当院へ紹介となりました。

表 1 紹介状

## 【傷病名・主訴】

1) 不明熱 2) 貧血

## 【既往症および家族歴】

高血圧の加療中（アムロジンOD 5 mg 1T朝）

## 【症状および治療経過、検査結果など】

いつも大変お世話になりありがとうございます。今回、上記のPtを紹介させていただきます。

Ptは、5月13日より37.5～38.0のFeverが続いております。5/19にCRP 11.76, WBC 6,600, Hb 10.5, 5/29: CRP 6.15, WBC 6,200, Hb 9.9 (4/7Hb12.5) と炎症反応の継続とAnemiaの進行があり、貴院受診、精査加療を勧めました。

御高診、御加療のほどお願い致します。また、今後とも御指導のほど宜しくお願い申し上げます。



紹介状には検査結果がいくつか書いてありますが、詳しい状況は本人への問診でわかった、ということですね。確かに検査は客観的なものとして紹介理由に書きやすいのかもかもしれませんが、もう少しいろいろ知りたいところです。



そうですね。まず病歴、そして患者背景の聴取を行いました。アレルギー歴は特になし、既往症としては約30年前に高血圧を指摘、現在はCaチャンネル拮抗薬を1錠内服しています。そのほか、上室性期外収縮、ラクナ梗塞を指摘されたことがあります。後遺症や自覚症状はなく治療介入は不要とされています。定期内服薬としては前述の降圧薬のみを内服しています。生活歴は喫煙・飲酒歴ともありません。旅行歴もなし、性交歴は聴取できていません。家族歴は特記すべきものは認めませんでした。



他の症状について教えてください。



はい。陽性所見としては胸痛、背部痛、呼吸困難感がありました。これらは来院1カ月ほど前から約2週間持続したものの、来院時には改善していたとのことです。

陰性所見としては、体重減少、咳嗽、喀痰、頭痛、鼻汁、咽頭痛、腹痛、下痢、頻尿、排尿時痛、筋肉痛、関節痛があります。



フロアの皆さんから、追加で聞きたい項目はありますか？

（参加者に質問したところ、胸痛の性状や体重減少などの質問があがる）



追加の情報として、胸痛・背部痛は消失していたこともあり、この時点ではあまり踏み込んで聞いていません。体重減少や食思不振、寝汗、血痰、血尿は認めません。

ほか sick contact や野外活動歴もありません。



診察所見に進みましょう。

身長 145 cm, 体重 42 kg BMI 19.97.  
全身状態: 意識清明, 血圧 142/80 mmHg, 脈拍 114/分, 整. 呼吸回数 16 回/分. 体温 36.9°C. SpO<sub>2</sub> 97% (室内気).  
頭頸部: 眼瞼結膜貧血なし. 眼球結膜黄染なし.  
胸部: 心音 S1 → S2 → S3 (-) S4 (-). 心雑音なし. 左下肺野背側でわずかに late inspiratory crackle を聴取. wheeze 聴取せず.  
腹部: 平坦, 軟, 腸蠕動音良好. 圧痛なし.  
四肢: 両下腿浮腫あり.



フロアの皆さん、追加で取りたい身体所見はありますか？



身体所見の追加ですが、眼底は評価できていません。項部硬直なく、胸部、腹部、背部、皮膚や筋骨格系にも特記事項なく、神経学的所見も正常でした。



ありがとうございます。陰性所見も重要な手掛かりになることがあります。



プロブレムリストを以下のようにあげました。

### プロブレムリスト

- #1 発熱
- #2 胸痛
- #3 全身倦怠感
- #4 背部痛
- #5 呼吸困難感
- #6 頻脈
- #7 左背部crackle聴取
- #8 下腿浮腫


**Discussion point ①**

病歴、身体疾患を含めてここまででどのような鑑別 (most likely/likely/less likely) があげられるでしょうか？ そしてその根拠は？

※実際のカンファでは、ここで10分間のグループ討議、10分間の発表を行う。



皆さんに多くの鑑別診断をあげていただきました。次に進みましょう。



病歴聴取、身体診察を終え、採血と尿検査を行いました。結果は表2、3の通りでした。

表2 入院時スクリーニング採血①

<CBC>		<生化学>	
WBC	6,100 / $\mu$ L	AST	19 IU/L
Neut	75.6 %	ALT	16 IU/L
Eo	0.6 %	ALP	356 IU/L
Ba	0.4 %	T-Bil	0.5 mg/dL
Mono	5.3 %	TP	7.1 g/dL
Ly	18.1 %	Alb	3.3 g/dL
RBC	331 万 / $\mu$ L	Na	139 mEq/L
Hb	10.4 g/dL	K	3.7 mEq/L
Ht	30.8 %	Cl	102 mEq/L
MCV	93.2 fL	Ca	8.9 mg/dL
MCHC	33.6 g/dL	UN	9 mg/dL
MCH	31.3 pg	Cr	0.61 mg/dL
Plt	393 万 / $\mu$ L	CRP	5.70 mg/dL

表3 入院時スクリーニング採血②, 尿検査

<凝固系>		<尿検査>	
PT 活性	45.9 %	色調	無色透明
APTT	45.9 sec	pH	6.0
Fib	637 mg/dL	尿蛋白	(-)
FDP	6 $\mu$ g/mL	尿糖	(-)
<感染症>		尿中白血球	(-)
RPRL	(-)	亜硝酸反応	(-)
TPLA	(-)	尿ケトン体	(-)
Hbs-Ag	(-)	ウロビリノゲン	正常
HCV-Ab	(-)	尿ビリルビン	(-)
HIV-Ab	(-)		



次に, 胸部 X 線写真を示します (図 1).

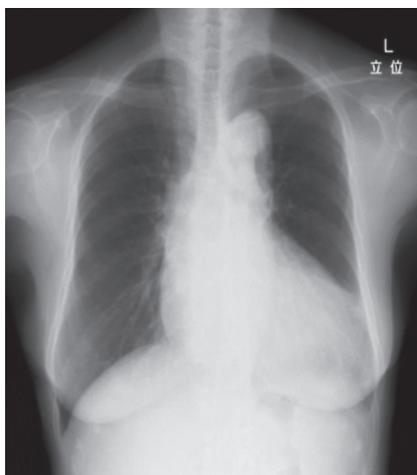


図1 X線写真


**? Discussion point ②**

さあ、もっとも考えられる疾患は何でしょう？ そして、追加で検査するとしたら何を選びますか？ それぞれ1つお願いします。

※実際は、ここで7分間のグループ討議、7分間の発表を行った。



皆さん、いかがでしょうか。それでは、実際の臨床経過をお願いします。



最初に言い訳しておきますが、これは経過の発表ということなので、このように対応するのが正しいというわけではありません。では、進めます。



まず、ぱっとみたときに気になったのが、頻脈でした。そして、受診時には消失していましたが、丁寧に聞くと胸部症状も伴っていた、と。どうも危なげな雰囲気を感じました。なので、緊急入院での精査加療をお勧めしたのですが、「今日はどうしても帰らないといけないんです」と。

理由を聞いてみると、高齢の夫と2人暮らしで、夫の介護をしておられるということでした。入院するとショートステイなどの調整は必要とのことでした。迷いましたが、1カ月の慢性経過であること、自覚症状は改善傾向であったことから、一晩は大丈夫だろうと考え翌日入院としました。

翌日、入院されてきた患者さんはやはり頻脈でした。改めて病歴を聴取したところ、以下の情報を得ました。

来院約1カ月前、台所で立ち仕事に突然、今まで経験したことがないような強い胸背部痛と息苦しさ（息が吸えない感じ）が出現した。痛みは強く、立っていられない程であった。（その後、）その2、3日後から37℃台の微熱と乾性咳嗽が出現した。近医で抗生剤、鎮咳薬を処方されたが改善せず。来院約2週間前より胸背部痛は消失したが、その頃から発熱は持続していた。

以上の病歴から心血管系疾患の可能性を考え、心エコーを行いました（図2）。すると、まず目に飛び込んできたのは、大量の心嚢液でした。