

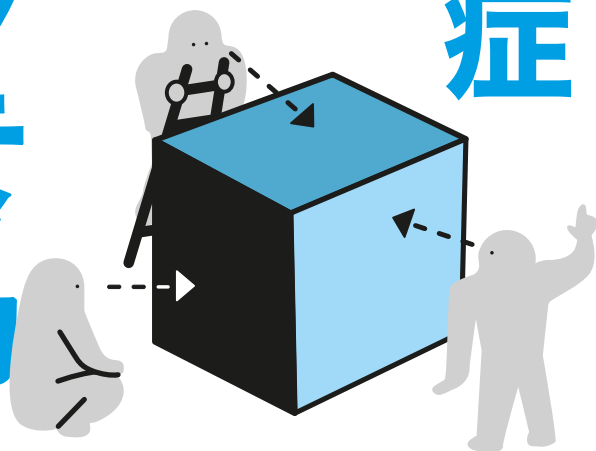
プラクティカ

高野哲史

戸田中央総合病院 感染症内科

外来感染症

精選



中外医学社

第 I 部

症例検討に入る前に，まずは臨床感染症の総論部分と外来における頻用抗菌薬を固めてしまいましょう。

何事もはじめの一步が肝腎かなめ，基礎がどれだけできているかで仕上がりが大きく変わります。

オススの使い方を紹介しておきます。

第 I 部第 1 章は全ての読者に通読してほしい内容です。もし医師以外の職種の方がお読みの場合でも，この章だけはぜひ読んでください。

第 I 部第 2 章は抗菌薬の各論です。医師はもちろんですが，AST（抗菌薬適正使用支援チーム）に関わっているコメディカルの方にも大いに役立つはずです。通読してもよいですし，もちろん困ったとき，悩んだときに読んで構いません。

1 感染症診療の基礎知識

はじめに、感染症診療における基本的な考え方を身につけておきましょう。

感染症診療をちゃんとやりたい・質をあげたい、あるいは、今のままでよいのかどうか・正解なのかどうかに疑問を持っている方は非常に多いのではないかと思います。何も考えずにテキトーな抗菌薬をポンと出せばうまくいく、そうだとしたらこんな疑問を抱くこともないでしょうし、書店に臨床感染症学の教科書が所狭しと並ぶこともなかったかもしれません。この現状は日常診療の中で感染症を疑い、そして対応に悩む症例に遭遇する頻度が高いことのひとつの裏付けでしょう。

割とよくある勘違いですが、臨床感染症を学ぶ上で一番重要なのは、抗菌薬にまつわる膨大な情報を整理することや、微生物の長くてわかりにくい、馴染みの薄い学名を覚えることではありません。これらの各論より先にまず着手すべきなのは**総論部分の習得**、**感染症診療の考え方**の部分です。この総論部分に抗菌薬や微生物の各論が乗っかる形になるため、総論の掌握なしに適切な感染症診療を成立させることは容易ではありません。疾患ごとの治療はマニュアルを見ながらエッチラオッチラ完了できても、その先がありません。人間の記憶容量などたかが知れていますし、多くの医師にとって感染症学など専門外なのですから、知識は個別論ではなく応用の利く形で身につけたほうが、効率的かつ診療の質向上にもつながりやすいです。その鍵となるのが、総論の理解なのです。

ゴタクをダラダラ並べるのは好みではないので、さっそく中身の解説に移りましょう。

感染症診療の「総論」

皆さんが感染症診療を行う場合に考えるのは基本、次の5つだけです。

1. 患者背景の把握
2. 臓器・解剖学的診断
3. 微生物学的診断
4. 抗微生物薬（抗菌薬）の選択
5. 治療計画と経過の予測

これらは必須と言うべき5項目、逆に言えばほとんどの場合これ以上のことは考えなくてよいです。

しかし、感染症診療でつまづいたりしくじったりしている医師の思考回路がどうなっているかというと、

1. 臓器・解剖学的診断
2. 抗微生物薬（抗菌薬）の選択

これだけしか検討されていないことがほとんどです。例えば、

肺炎（臓器診断）にセフトリアキソン（抗菌薬）

など。これ、治療学はともかく診断学に大きな問題を孕んでいるのですが、指摘できますか？

「感染症」と、それ以外の病気（例えば高血圧症や脂質異常症、糖尿病など）との最も大きな違いは、**外発性**にあります。少々広義のニュアンスで厳密ではありませんが、外因性と称してもよいかもしれません。いずれにしても人体そのものや臓器そのものにおいて、自然発生的に感染症が起こることはありません。なぜなら**全ての感染症にはその原因となる微生物が存在する**はずだからです。この事実には例外はありません。なのに、上の例では微生物の影はどこにも見えないのです。

悪性腫瘍の領域で例えるなら、同じ肺癌でも扁平上皮癌と腺癌と小細胞癌で診断と治療のアプローチが異なることに通ずるものがあります。「同じ肺癌だろ」と言って特定の抗癌剤を画一的に投与すること、ありませんよね？ 悪性腫瘍の診断と治療で組織型が重要視されるように、感染症の診断と治療では微生物が重要視されるべきなのです。

第Ⅱ部

それでは満を持して症例の検討を始めましょう。計 16 症例を扱います。

各項いずれも診断と治療を考えるのはもちろんですが、単なるクイズ大会で終わってしまわないよう、実臨床において問題になりやすい・知っているとちょっとおトクな関連事項も広く取り上げていきます。ぜひ症例の深掘りを楽しんでください。

Commonest

—なのに教わる機会がない不思議—

症例

30歳の男性。微熱と咽頭痛、咳嗽を主訴に救急外来を受診した。

現病歴 X-2日から咽頭痛と咳嗽が出現し、体温は終日37°C台で推移していた。市販の解熱鎮痛薬を内服していたが、症状の悪化こそないものの改善が乏しいため、心配になりX日に外来を受診した。喀痰の増加はなく、胸痛や呼吸困難もない。

既往歴 なし。定期通院歴や内服歴はない。

社会生活背景 喫煙歴・飲酒歴はない。家族に同様の症状を訴える者はいないが、勤務先に咳をしている職員が複数いる。

現症 意識は清明。体温 37.6°C。脈拍 84/分、整。血圧 122/74mmHg。呼吸数 16/分。SpO₂ 98% (room air)。咽頭発赤を認めるが、扁桃腫大や膿性分泌物はみられない。頸部リンパ節の腫脹を認めない。胸部聴診で異常を認めず、心音に異常はない。腹部は平坦、軟。肝・脾を触知せず、圧痛も認めない。

検査所見

血液所見 赤血球 470万/μL、Hb 14.2g/dL、Ht 42%、白血球 6,200/μL（好中球 58%、リンパ球 34%、単球 6%、好酸球 2%）、血小板 24万/μL

血液生化学所見 総蛋白 7.2g/dL、アルブミン 4.6g/dL、AST 21U/L、ALT 19U/L、LD 183U/L、尿素窒素 13mg/dL、クレアチニン 0.8mg/dL、CRP 0.71mg/dL

胸部X線撮影 特記すべき異常を認めない。

EXECUTIVE SUMMARY

- 1 急性上気道炎の診断のコツは「症状が複数の臓器系統にまたがって同時に出現」を見抜くこと。
- 2 急性上気道炎は除外診断でありながら、除外診断ではない。
- 3 風邪に用いる対症療法の薬を整理しておく。

人間、どれだけ健康な人でも年に一度くらいは風邪をひきます。日本の人口は減少が続くとはいえっても1億2千万人と少し（2026年7月現在）、その全員が病院を受診しないにしても、医療にほぼフリーアクセスできる日本においては、ただの風邪でも大きな病院の外来を受診できてしまうため、我々が風邪の症例と対面することは少なくありません。

急性上気道炎、通称「風邪」は、種々のウイルスにより引き起こされる感染症をまとめて指します。例えばライノウイルス（rhinovirus）は風邪の原因ウイルスのひとつですが、「ライノウイルス感染症」とよぶことは少ないです。これは今に至るまで病原体を同定することが困難かつ意義も乏しく、また原因ウイルス別に比較しても症状・経過には意味のある違いがなかったことに由来するのではないかと想像されます。

ただ、COVID-19の流行を経て、2025年4月から急性呼吸器感染症（acute respiratory infection: ARI）の定点サーベイランスが開始され、こういった「風邪ウイルス」はある程度同定されるようになってきています。ただ病原体が同定されたからといって、特異的な治療薬があるわけではないため治療方針に影響はなく、患者の治療のためというよりは疫学調査が主な目的です。このサーベイランスのために得た検体は行政検査に回されますが、結果はすぐには判明しませんし、患者へ結果を報告する義務もありません。

さて、風邪は基本 self-limited、すなわち経過観察や対症療法のみで自然治癒が見込める疾患です。この事実は既に広く認知されているように思います。しかしそれ故か、風邪診療のバリエーションは広く、医師各人で独自にマネジメントされています。それが必ずしもマズいわけではないのですが、一度はベンチマークとなる診療プロセスを設定しておくべきです。それも凝った内容でなくて構いません。本項では風邪診療のベースラインとなる考え方をあくまでシンプルに、ミニマムに、解説したいと思います。

「だけじゃない」

—長引く風邪，の向こう側—

症例 21歳の女性。発熱と咽頭痛を主訴に来院した。

現病歴 X-6日に38.5℃の発熱と倦怠感が出現し、X-5日から咽頭痛が加わった。X-4日に最寄りの診療所を受診し処方を受けた（おくすり手帳を持参しておらず詳細不明）。咽頭痛は一時食事が取れなくなるほどだったが次第に改善したが、日中活動時に咳き込むことがしばしばあった。日中はそれほど発熱しなくなったが夜間は38℃台の発熱が連日続いており、精査のためX日に受診した。

既往歴 特記すべき事項なし。

現症 患者一人で来院。意識は清明で全身状態は比較的良好。体温 37.7℃。脈拍 94/分、整。血圧 112/68mmHg。眼瞼結膜に貧血を認めず、眼球結膜に充血はない。咽頭はびまん性に発赤し、両側扁桃が軽度に腫大している。白苔を認めない。口蓋垂周囲に腫脹はない。両側後頸部に径1.5cmの圧痛を伴うリンパ節を複数触知するが、硬結や発赤は認めない。心音と呼吸音に異常を認めない。腹部は平坦・軟で、肝を肋骨弓下に2cm、脾を肋骨弓下に3cm触知する。

検査所見

血液所見：赤血球 450万/μL、Hb 13.2g/dL、Ht 41%、白血球 13,000/μL（桿状核好中球 1%、分葉核好中球 29%、好酸球 1%、好塩基球 0%、単球 19%、リンパ球 50%）、血小板 19万/μL

血液生化学所見：総ビリルビン 1.1mg/dL、AST 105U/L、ALT 182U/L、LD 350U/L（基準 124～222）、ALP 230U/L（基準 38～113）、クレアチニン 0.8mg/dL、CRP 0.8mg/dL

迅速抗原検査：A群β溶血性レンサ球菌（－）