

# 1 発熱

「感冒」としてよいのか  
愚直にチェック!

## コワイ感染症を見落とさないために——押さえておきたいPOINT

- ➔ まずはよく診療する。「感冒」と診断してよいのか愚直に確認をする。
- ➔ 患者背景を知る(どこで病原体をもらったか? 患者の免疫状態は?)
- ➔ 「困ったら、相談」が大事。2週間は1つの目安。非感染症の知識も蓄えておく。

## ■ 熱＝抗菌薬ではなくて

- 医学の発達が未熟な段階から、「発熱」は患者さんを苦しめてきた最たる原因だとされています。ある意味、医師にとって発熱に対峙することは、病との長い格闘の歴史そのものを反映しています。

### 「発熱」の考え方の軸——患者さんは医師以上に発熱に不安を持っている

- 私は医師としての発熱への対処は、以下の①～③の軸で考えると、理解が進むのではと考えています。

- ① 患者さんの苦痛を早く取ってあげたい
- ② 死に至る病ではないのかを見定める
- ③ 自らが原因を特定できない場合に、患者および自身の不安を和らげるためにどのような対処をすればよいか知る(他の医師に紹介したり、原因を特定するための方略を知る)

- 実地医家では、上記①の要素での抗菌薬はそれほど重要ではありません。大半は自然に良くなるウイルスが原因であり、それよりも患者さんが水分摂取可能な状態か(成人麻疹の人はこれが問題ですよ)、抗菌薬や解熱薬で悪化するアレルギーがないかということのほうが重要です。
- また、薬剤耐性(AMR; antimicrobial resistance) 対策上も、上気道症状に対する抗菌薬は積極的に減らすべきであり、「患者さんへの丁寧な説明」が重要になってきます。国の『薬剤耐性(AMR) 対策アクションプラン』は、2020年までに、経口セファロスポリン、フルオロキノロン、マクロライド系抗菌薬の使用量を対2013年比で半減、全体の使用量を33%減とすることを成果指標に掲げています<sup>1)</sup>ので、すべての医師に努力が求められます。

### 患者さんに何を説明し、何を処方するか

- 患者さんには一般的な感冒(かぜ)の症状の経過や、「熱の高さが予後を決めない」こと、「大半は

後遺症も残さずに軽快する」ことを説明し、厚生労働省のwebサイトで公開されている『抗微生物薬適正使用の手引き』<sup>2)</sup>の「患者・家族への説明」を見せて、抗菌薬処方を減らすことは国家的な取り組みであることを話すべきでしょう。ただし、心理的な問題で処方を希望する患者さんなどには、例外的な対応も必要でしょう。

- 処方ではアセトアミノフェンにしましょう（NSAIDsは副作用の観点から第二選択です）。かぜの症状緩和は昔から「かぜの特効薬を発明したらノーベル賞」と言われているところで、そう簡単ではないことは皆様に了解して頂けると思います。

#### 絶対にしてはならないこと！

- ☞ 発熱の程度や経過だけを気にして、付随する他の徴候を確認せずに“かぜ”とみなすこと（誤診の大半です）。
- ☞ アレルギー歴を聞かずに抗菌薬やNSAIDsを処方してしまうこと（アナフィラキシーにすぐに対応できるトレーニングをしていますか？）

### ■ こんなときには即入院！ 即精査！

- 外来で上述②の要素を発見するときにはバイタルサインにこだわらましょう。
- 発熱だけでなく低体温（敗血症）、意識障害（髄膜炎、敗血症）、血圧低下（敗血症）、頻脈もしくは徐脈（敗血症）、呼吸数増加および低下（肺炎、敗血症）というのは危険なサインです。即入院を考えたよいでしょう。この中で発熱+頻脈だけは、外来で経過をみてもよいものがあります。
- 感染症の入院適応では、死亡率の高い敗血症は最も考慮すべきで、敗血症が疑われるときは経過観察入院も正当化されます。

#### 見落とさないワザ▶その1

- ☞ 発熱で経過観察しても原因がわからないときは、とりあえず抗菌薬投与前に血液培養を2セット採る。これについては、これまでに抗菌薬を投与してきた人に出すくらいの感覚で採取してもよい（心内膜炎は見つかるようになるでしょう）。

### ■ その発熱、感染症です！ —— 発熱で感染症を疑うときは？

- 経過と症状（表1）が重要です。ウイルス感染症の大半の患者さんは上気道の症状を訴えて来院します。

- A. 副鼻腔症状：鼻水→後鼻漏による咳と“痰”！（気管支由来でないことが多いです）、副鼻腔圧痛。
- B. 扁桃腺症状：腫脹と白苔（白苔はウイルスもあり、細菌感染を正当化しない）。
- C. 咽頭痛

## 6 咳

気管支喘息，結核，異型肺炎，  
百日咳，悪性腫瘍は常に念頭に！

### コワイ感染症を見落とさないために——押さえておきたいPOINT

- ➔ 3週以内の急性咳嗽，3週以上続くが8週未満の遷延性咳嗽，8週以上続く慢性咳嗽にわけて考える。
- ➔ 咳は感染症，非感染症で起こりうることを念頭に，気管支喘息を鑑別診断の柱とした病歴聴取を行う。
- ➔ 気管支喘息，結核，異型肺炎，百日咳，悪性腫瘍は常に念頭に置く。

### ■ 咳への基本アプローチ

#### まずは咳の持続時間により急性咳嗽，遷延性咳嗽，慢性咳嗽にわけて考える

- 咳は一般内科の外来ではよくみられる病態ですが，鑑別が多岐にわたり，時として確定診断が困難です。
- まずは咳の持続時間により3週以内の急性咳嗽，3～8週間の遷延性咳嗽，8週間以上の慢性咳嗽にわけて考えることが一般的です<sup>1)</sup>。
- どのパターンの咳嗽も初期には見わけがつかないことが多いのですが，急性咳嗽はかぜ症候群後に最も多くみられます。

#### 一般内科外来で遭遇する頻度が最も高いと想定されるのは遷延性咳嗽

- 一般内科外来で遭遇する頻度が最も高いと想定されるのは遷延性咳嗽です。そのうち感染後咳嗽（postinfectious cough；PIC）は11～25%程度を占めるという報告があり，*Mycoplasma pneumoniae*や*Bordetella pertussis*のアウトブレイク時には25～50%まで増加します。
- PICは3週間以内に急性上気道感染の既往があり8週間以内に治癒すれば診断となりますが，咳嗽を主訴に来院した患者の場合，8週間経過するまで様子を見るというわけにはいきません。
- この時点で，遷延性咳嗽か慢性咳嗽かの分類は意味をなさず，PIC以外での鑑別診断も重要となります。それは，気管支喘息，咳喘息，逆流性食道炎，心因性，薬剤性，限局性中枢気道病変，アトピー咳嗽，副鼻腔気管支症候群などです。
- 慢性咳嗽となれば，肺気腫（COPD），間質性肺炎，悪性腫瘍，結核などの鑑別も重要となります。

## ■ 頻度が最も高い急性咳嗽をどう見わけ、対応するか？

### A群β溶血性連鎖球菌感染症かどうかは咳の有無だけでは決められない

- 咳の持続期間が3週間以内では、最も頻度が高いのは感染性疾患であり、鼻腔から咽頭までの上気道のウイルス感染によるかぜ症候群の頻度が最も高いです。症状は咽頭痛、鼻汁がこれを疑うヒントになります。通常は抗菌薬の必要性はなく自然治癒します。
- A群β溶血性連鎖球菌 (group A β-hemolytic *Streptococcus*; GAS) 感染症かどうかは、咳の有無だけでは決めることはできず、modified Centor criteria (第1章530頁表1参照) が参考になります。
- modified Centor criteriaのポイントの合計が4点以上の場合、筆者は以下の処方を行います。

#### 処方例

- セファレキシン 1回250mg 1日4回 10日間
- アモキシシリン 1回250mg 1日4回 または 1日3回 10日間

### GAS感染症か？ 伝染性単核球症か？

#### 自信がなければ第1世代セフェム系抗菌薬を

- しかしmodified Centor criteriaで2~3点を呈し、扁桃腺の所見や咽頭痛などの所見が強い場合が問題となります。EBウイルスによる伝染性単核球症 (もしくは単核球症様症候群)、サイトメガロウイルス感染症などの単核球症様症候群は、症状だけでGAS感染症による扁桃腺炎などと見わけるのは困難なためです。
- さらに伝染性単核球症に誤ってペニシリン系抗菌薬を投与すると、皮疹は必発です。
- 鑑別の一助になるのは、末梢血検査でリンパ球の上昇 (リンパ球/WBCが0.35以上) を見つけることです。
- 筆者は、両者の鑑別に自信がない場合 (2~3点の患者) には、ペニシリン系抗菌薬だけでなく第1世代のセフェム系抗菌薬も治療によく用いています。

#### 処方例

- セファレキシン 1回250mg 1日4回 または
- セファクロル 1回250mg 1日3回 10日間

#### 伝染性単核球症を見逃さないワザ

☞ 末梢血リンパ球数/白血球数の割合が0.35以上ならば、伝染性単核球症である確率は、レトロスペクティブパイロットスタディでは感度90%、特異度100%という報告がある<sup>2)</sup>。

9

# 高齢者と感染症

「いつもと比べて何か様子が違う」  
が診療の鍵

## コワイ感染症を見落とさないために——押さえておきたいPOINT

- ➔ 高齢者の感染症診療は難しい。だからこそ、しっかり診断をつける。そのために診断に至る検査（培養検査など）を怠らない（標準治療が目標となる健常成人に近い高齢者）。
- ➔ 高齢者感染症は「症状に乏しい」のであって「症状がない」のではない。病歴の聞き取り方が大事！
- ➔ 患者からだけでなく家族など（一番一緒にいる人）からも病歴を聞き、もし家族が“何か変”と訴えたら、ほとんどの場合それは正しい。
- ➔ 症状がはっきりしないからおさら、「疑いの目」を持って身体所見をとる。それによって感度がかかり上がる。

- 上記の4つのポイントは、外来で遭遇しうる高齢者の感染症に関する診療のコツです。
- 「高齢者の感染症は難しい」とよく言われます。しかし、難しいという理由で「とりあえず広域抗菌薬投与（外来では特にクラビット®の乱用）もやむなし」とか、「難しい（よくわからない）から診断に至る検査（培養検査など）をやってもしょうがない」ということにはなりません。
- このような“とりあえず”診療をしていて「これまで大事に至ったことはない」と言う方もいるかもしれませんが、外来診療ではそのような医師の前には「患者が2度と来ない」だけなのかもしれません。
- 「難しいからこそすべきことがそこにはある」ということを忘れてはいけません。そして、それを再確認するのが高齢者の感染症をみる上で重要なことです。これらを次に挙げる2症例をもとにさらに検証してみたいと思います。

### ▶ 症例 1

### 発熱を主訴とする75歳女性

#### 主 訴

#### ▶ 発熱

#### 現病歴

- ▶ 来院3日前の夜に38℃台の発熱があったため、近くの救急病院を受診。解熱鎮痛薬を処方された。翌日、同窓会に出席するため泊まりがけの旅行に一人で出かけたところ、出先から「フラフラして、ややぐったりしている」と、家族に連絡があった。来院当日の朝、同窓生より「もうろうとしてすぐに寝て

しまう」と指摘されたため家族が迎えに行き、その午後、家族に連れられて歩いて当院を受診した。

- ▶ 数日前に転倒して頭を打ってから首が痛そうにしているため、脳神経外科の外来を受診。脳神経外科医は診察上、意識状態は普段と変わらないと判断。頸部可動域制限もなく、Jolt accentuationも陰性。脳CTでも異常所見を認めず、頸部の痛みは骨粗鬆症と転倒で説明がつくとして帰宅となりかけたが発熱も認めたため、感染症科にコンサルトとなった。気道症状・消化器症状・尿路症状なし。頭痛なし。頸部痛軽度あり。悪寒戦慄なし。

### 身体所見

- ▶ 体温37.8℃、血圧160/80mmHg、心拍数84回/分、呼吸数12回/分。意識はややボーッとしているが指示には従える。しかし家族からは「朝から悪化している」との訴えあり。
  - ▶ 頭頸部に貧血・黄疸なし。副鼻腔圧痛なし、咽頭発赤なし。心音・整、雑音なし。肺音・清。腹部の腸蠕動音正常、圧痛なし。季肋部叩打痛なし。脊柱叩打痛なし、CVA叩打痛なし。四肢に浮腫なし。皮膚に皮疹なし。jolt accentuation陰性。項部は前屈時に可動域制限あり、顎は胸につかないが頸部痛増強なし。
- ★ 本例は家族に連れられて歩いて外来に受診してこることができる程度の症例であった。さて何が起ったのであろうか？

## ■ 症例1をどう考えるか？

### 感染症か？ 非感染症か？

- 本例では少なくとも38℃の発熱があるのだから、不定愁訴ではありません。しかも発症が明らかに急で、感染症を第一に考える必要がありますが、非感染性疾患も忘れてはいけません。
- 非感染性疾患として心血管病変や脳血管障害などを考える必要があるかもしれません。大動脈解離でも熱は出るし、脳梗塞でも熱は出ることがあります。小脳梗塞であればあまり神経所見がはっきりせず、高齢者ではふらふらする程度のことも多いので注意が必要です。
- 本例は歩いて受診はしたものの、やや傾眠の病歴や、転倒のエピソードと頸部痛もあり、注意が必要です。病歴でははっきりしませんが、転倒→頸部痛ではなく、傾眠+頸部痛→転倒と考える必要があります。
- 発熱+わずかな頸部痛があるため中枢神経感染症を考えましたが、jolt accentuationは陰性。項部硬直は(+)。しかし、家族からは傾眠が進行しているとの訴えがあります。

### 検査の結果は？

- すぐに髄液検査を施行したところ、髄液は見た目混濁で、WBC 7,680/μL(多核球98%)、蛋白787mg/dL、糖7mg/dLで、細菌性髄膜炎として治療開始となりました。入院後さらに傾眠が強くなり意識は悪くなりましたが、翌日には改善傾向を認めました。
- 来院時の血液培養2セット・髄液培養からB群溶連菌が検出されました。GBS(B群連鎖球菌)感

# 14 抗菌薬をほしがる患者への対処法

なぜ抗菌薬がほしいのか、その理由で対応は変わる

## コワイ感染症を見落とさないために——押さえておきたいPOINT

- どうして抗菌薬をほしがっているのか考えてみよう。その理由によって対応が変わってくる。
- 自分(医師自身)に思い込みがないか、見直す機会を持ちたい。
- 日本ならではの医療アクセスの良さを活かしたフォローアップも有効である。

### ▶ 症例1 「かぜ」で受診した40歳女性

- ▶ 生来健康な40歳女性が「風邪をひいた」とのことで受診した。
- ▶ 全身状態は良く、咽頭痛と鼻汁のみの症状であり感冒と診断した。
- ▶ 対症療法を行おうとしたところ、抗菌薬を処方してほしいと希望された。抗菌薬は不要なのだけれど……と思いつつ、十分に説明する時間がないから仕方ないと心の中で言いわけしながらマクロライド系抗菌薬を処方した。

### ■ 本例をどう考えるか？

- 本例のように、「抗菌薬を処方する必要はないのに……」と思いつつも処方した経験が多くの方にあってはいませんか。診療所で働く医師を対象に2018年に行ったアンケート調査では、回答者の50.4%が、感冒患者に抗菌薬が不要だと説明しても納得しなければ処方すると答えています<sup>1)</sup>。
- ここでは、外来診療の場で抗菌薬を要望する患者さんにどう対応するかを考えてみましょう。

### 本項での「抗菌薬をほしがる患者」の定義

- 本項では「抗菌薬をほしがる患者」を、「医師は抗菌薬不要と判断したが、本人(あるいはその家族)が抗菌薬処方を希望している患者」として話を進めたいと思います。

## ■ 抗菌薬を処方してしまう要因

- 抗菌薬を使用する必要がないと感じつつ処方に至ってしまうのはなぜなのでしょう。患者側と医師側の両面から検討してみましょう(表1)。

▶表1 不要な抗菌薬処方につながる要因

患者側	医師側
<ul style="list-style-type: none"><li>● 抗菌薬についての知識がない</li><li>● 抗菌薬が効くという思い込み</li><li>● 抗菌薬に対する信念・信仰</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>● 二次性細菌感染や重症化を防いでくれるのではないかという期待</li><li>● 抗菌薬を希望しているのではないかとの親切心</li><li>● 時間をかけて説明する煩わしさ</li><li>● 意に反する悪評をまねかないかとの思い</li></ul>

### 患者側の要因

- まず患者側の要因を考えてみると、抗菌薬に対する思い入れと関連していくつかのパターンがあるように思われます。思い入れが強くなるほど抗菌薬処方の希望が強くなります。

#### ①単に知識がない

- すべての感染症は抗菌薬を使わないと治らないという誤解がしばしばあります。
- 「かぜをひいたら早めのかぜ薬で治しましょう」というマーケティングを背景に、抗菌薬を強いかぜ薬ととらえている人すらいるようです。
- このような人達には正しい知識を提供することが大切です。それだけで納得してもらえることが少なくありません。

#### ②抗菌薬は不要な状況だと理解できても、それでも抗菌薬がほしい

- このタイプの患者さんは、かつて抗菌薬が「効いた」経験を持っているのかもしれませんが、「特別な治療をしてもらった」という満足感を求めているのかもしれませんが。
- このような場合は、単に知識を提供するだけでは納得してもらえない可能性があります。「話はわかりました。でも私には効くのです」というように。
- しかし、医師の対応いかんで行動が変わるチャンスが残っています。コミュニケーションの取り方が鍵になります。

#### ③抗菌薬を服用することに信念を持っている

- 本来手段である抗菌薬の服用が目的となっているパターンです。②が発展して信念に至っているのかもしれませんが。
- このタイプの患者さんの中には、思い込みの域を超えている方もいらっしゃいます。診療所で働く医師へのアンケート調査の回答にあった「納得しなければ処方する」は、このような患者さんへの対応かもしれません。