

# 腹壁膿瘍と判明した不明熱の1例

沖永良部徳洲会病院

古井雅人 林隆三 天野博哉 佐々木紀仁

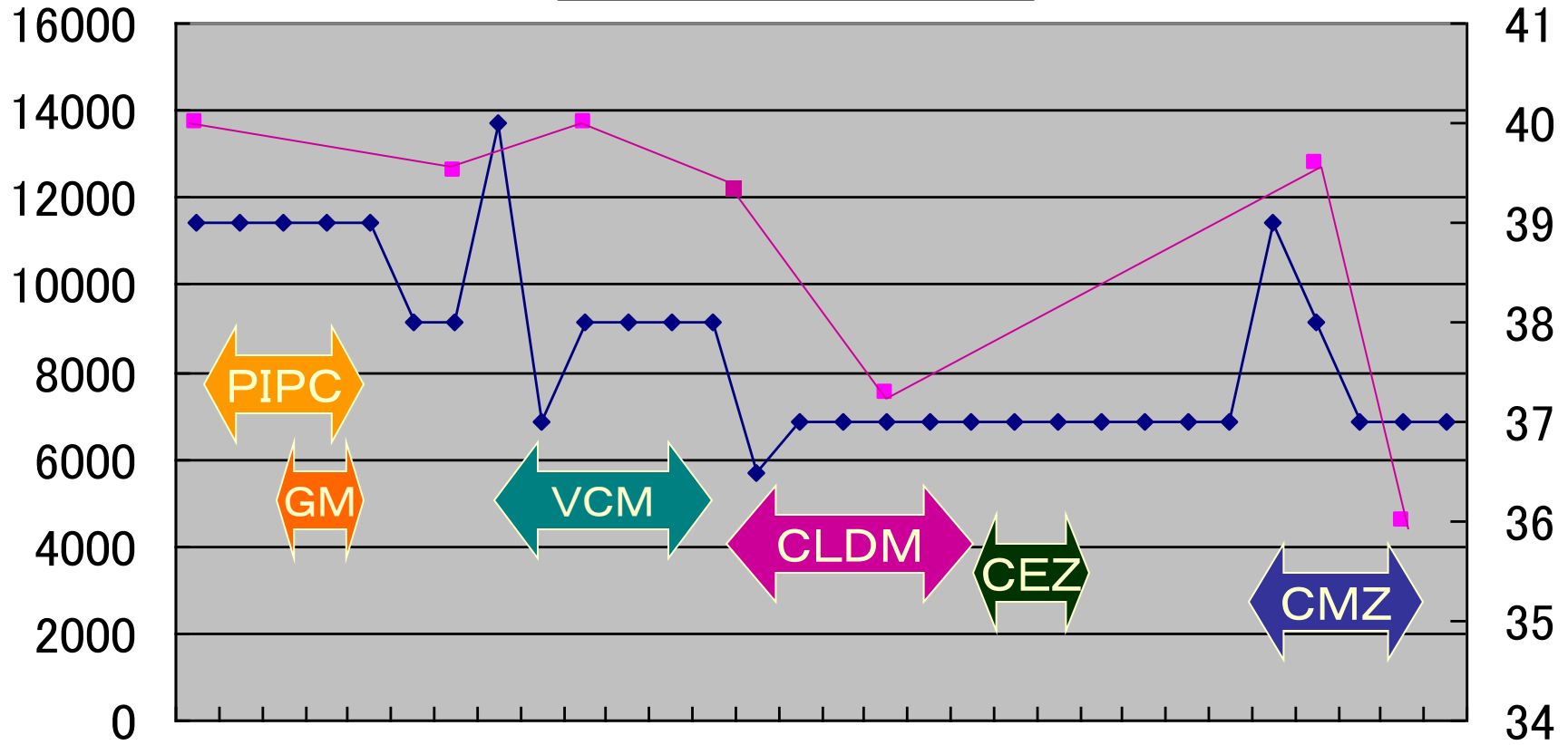
# 症例

- 【ID】76歳 女性
- 【主訴】 熱発
- 【既往歴】 視床出血(H2年)  
脳梗塞(H16年今回入院)
- 【内服】バイアスピリン ラシックス

## 【現病歴】

- H16年12/8 一過性意識障害を認め、翌朝から発語困難にて受診。
- MRI diffusion にて、左後頭葉（分水界領域）にhigh intensisty areaを認め、脳梗塞として当院に入院となった。レベルはⅢ-200で変わらないものの、急性期治療は終了し、療養転棟となった。その後、状態は安定していたがH19年7月中旬より熱発を認めた。

WBC BT



7月14日 7月17日 7月20日 7月23日 7月25日 ~ 7月30日 8月1日 8月3日 8月8日 ~ 8月16日 8月29日 8月31日 9月5日

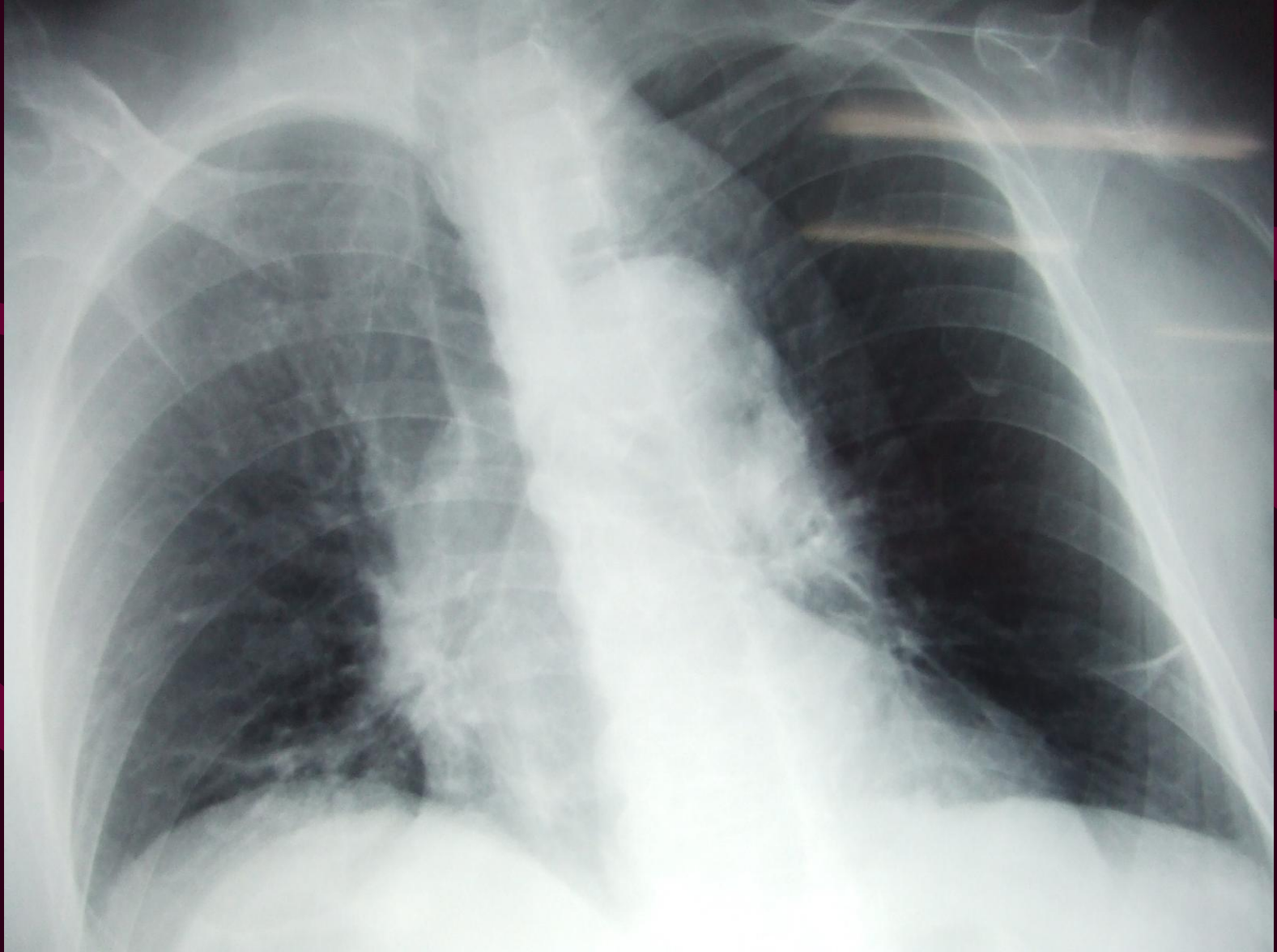
# Labo Date (7/14)

- WBC 13500/ $\mu$ l
- CRP 12.17mg/dl
- GOT/GPT 14/11
- BUN/Cre 24/0.62 mg /dl
- Na/k/Cl 132/4.1/100 mEq/dl

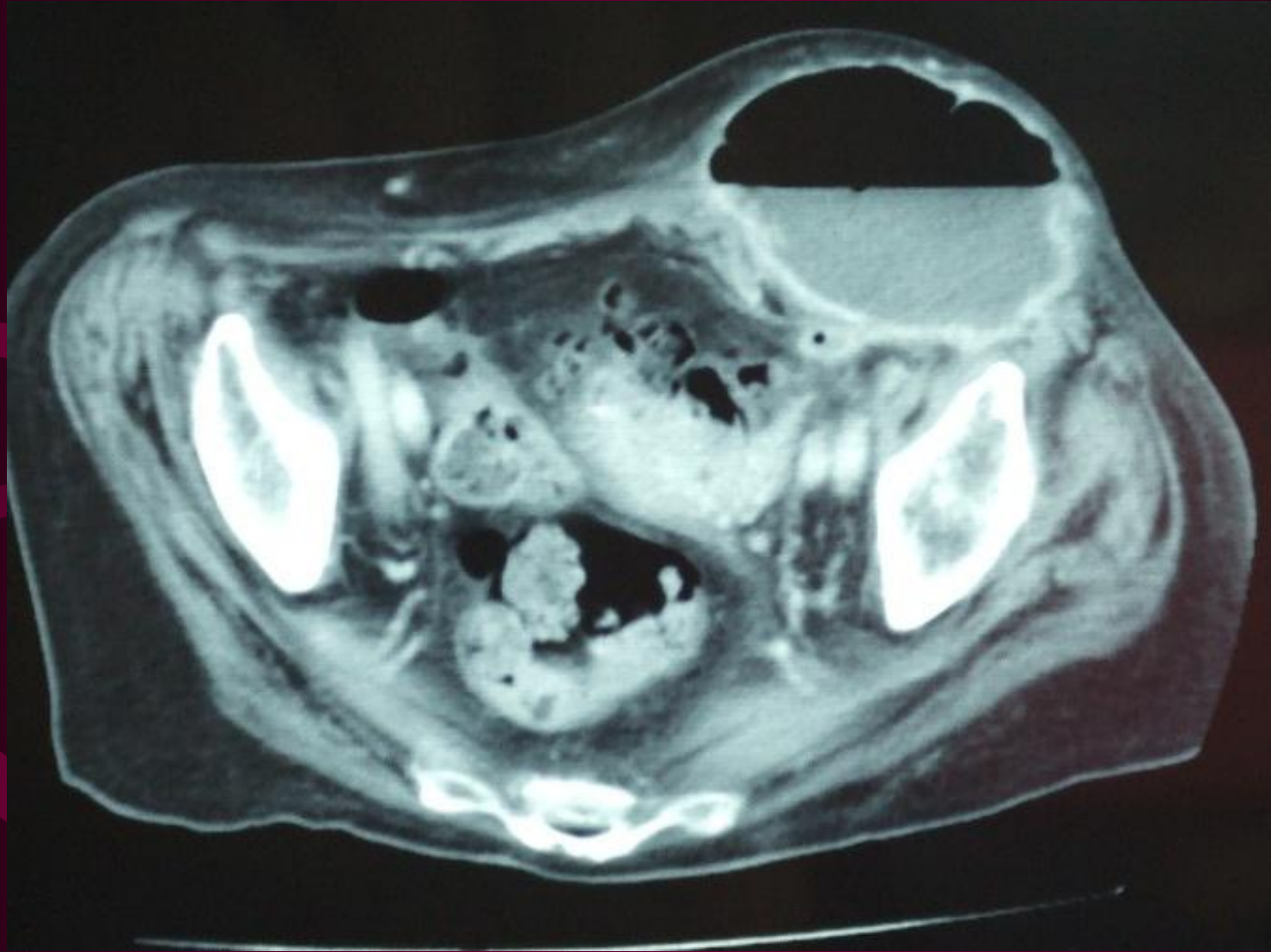
(後日判明)

- 創部培養 E.coli
- 血液培養 negative

# 胸部Xp(7月20日)



# 腹部造影CT(7月30日)



# 創部(写真)





# 不明熱

- 【定義】38度を越す体温が3週間以上続き、1週間にわたる精査にも関わらず熱源不明な場合
- 【原因】感染症、膠原病、悪性腫瘍、その他慢性炎症疾患
- 【検査】基本は全身診察と鑑別診断に対する精査(画像診断、免疫学的検査など)

# 【抗菌薬無効時の対応】

- ① 感染症ではなく、薬剤熱、悪性腫瘍、自己免疫疾患など非感染性疾患  
⇒ 診断再考
- ② 抗菌薬無効の感染症  
⇒ 抗菌薬を中止
- ③ 抗菌薬選択の誤り(抗菌スペクトラム)・投与量・投与経路の誤り  
⇒ 種類・量・経路の変更
- ④ 排膿ドレナージができていない、異物除去ができていない  
⇒ 外科的ドレナージ、デブリードマン、異物除去

# 【抗菌薬無効時の対応】

- ⑤ 感染巣へ薬物が到達しない、細胞内増殖菌による感染  
⇒ 抗菌薬の変更
- ⑥ 2種類以上の起因菌による感染  
⇒ 抗菌薬の併用・変更
- ⑦ 免疫不全や糖尿病など宿主防御能の低下  
⇒ 効くまでの時間がかかることを理解する
- ⑧ 長期抗菌薬療法中の重複感染、真菌感染症合併  
⇒ 抗菌薬の併用・変更、安定しているならば中止。  
抗真菌薬併用
- ⑨ 起因菌の耐性化  
⇒ 抗菌薬の併用もしくは変更、薬剤感受性の再確認

# 皮下(腹壁)膿瘍

- 【概念】皮下膿瘍としては全身の皮膚であればどこにでも生じる可能性はある。限局的な感染が、皮下組織に膿汁および汚染物質の蓄積を起こすことによって生じる。
- 【原因】蜂巣炎、癬、癰などの皮膚感染症、術後創部感染
- 【治療】抗生剤よりも先にまず切開排膿。時としてこれだけで改善する。全身状態に関わるようであれば抗生剤使用。

# 考察1

- 入院中の患者に熱発があり、なおかつ呼吸症状という疑わしい所見があり、肺炎としてempiricに抗生剤投与が開始された症例である。本人の意識レベルが悪い為、情報が少なく診断に至るまで時間がかかった。皮下膿瘍の原因となるIVH留置などの侵襲的手技は記録としてなく、患者が長期臥床状態であったために皮膚感染症など何らかの感染から生じた膿瘍であると推測される。

## 考察2

- 本症例を通してfocusの手がかりとなる情報集め、培養・グラム染色などの情報もあわせた抗生剤の使い方、安易に強い種類を選択しないなど教訓として考えさせられた。そして改めて、日々の診察(内科的診断能力)の大切さ、先入観をすてて、毎回新鮮な気持ちで診察する努力の必要性を感じた。