

# 95歳女性 左半身麻痺の1例

瀬戸内徳洲会病院

佐藤逸美

# 症例

●95歳女性

●主訴：左上下肢麻痺

●現病歴：

- ・来院2日前からの発熱。前医受診し採血検査施行、CRP上昇を認めましたが経過観察となっていた。
- ・来院当日左上下肢の麻痺を認め、かかりつけ医から当院紹介受診となった。

# 症例

## ●既往歴:

高血圧 慢性腎不全 肺塞栓症 脳梗塞 慢性心不全 子宮筋腫 卵巣嚢腫

## ●薬剤歴:

ワーファリン1mg 1T1X フロセミド20mg 1T1X フェブキソスタット10mg 1T1X  
センノシド12mg 2T1X リセドロン酸Na水和物 75 mg 1T1X

## ●社会生活歴:

ADL:車いす 認知症+

喫煙歴:なし 飲酒歴:なし アレルギー:なし

# 症例

## ●身体所見

JCS:10 GCS:E3V2M4 BP:99/48 mmHg

HR:84 bpm RR:18/min SPO2:97%(RA) BT:37.6℃

眼瞼結膜貧血あり 黄疸なし 頸動脈拡張なし 心雑音なし 呼吸音:清

腹部所見:特記なし 直腸診:易出血性の腫瘤あり

左上下肢:随意運動あり 痛み刺激に対し逃避行動あり

バビンスキー:左(+)  
右(-) 従命困難のため神経学的所見とれず

# 入院時採血所見

AST	14 U/l
ALT	6 U/l
LDH	157 IU/l
Na	142 mEq/l
K <sup>+</sup>	4.2 mEq/l
Cl	103 mEq/l
CK	64 U/l
Alb	2.5 g/dl
CRP	19.25mg/dl
BUN	50.1 mg/dl
CRE	1.93 mg/dl
T-protein	5.7 g/dl
UA	4.5mg/dl

BS	129mg/dl
Hb-A1c(國際基準)	5.7%

WBC	13200 / $\mu$ l
Hb	7.2g/dl
Hct	22.2%
Plt	33.6 $\times 10^4$ / $\mu$ l

PT-INR	2.04
APTT	36.4sec

- ・炎症反應上昇
- ・腎機能低下

## 胸部レントゲン

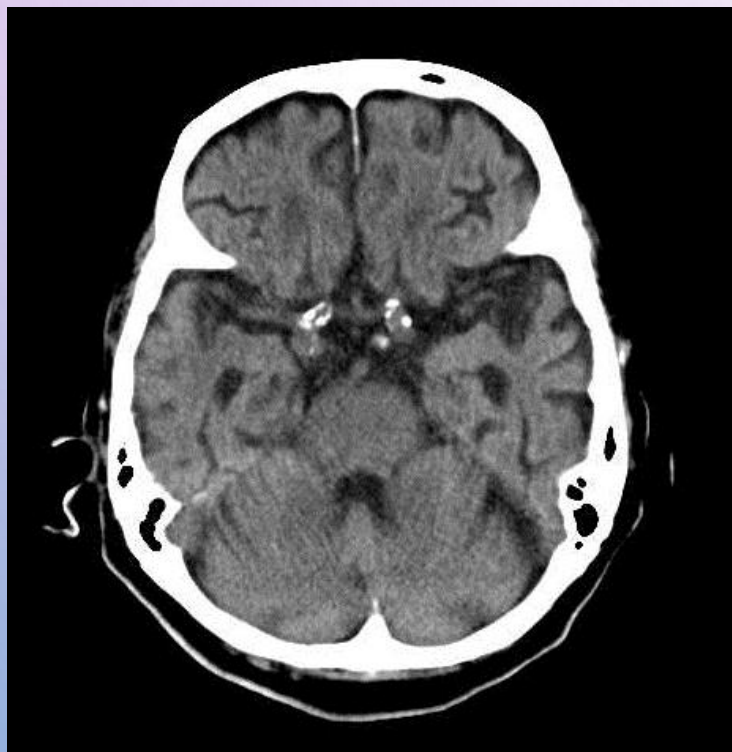


CXP, 尿所見では肺炎、尿路感染否定できず  
→ 胸腹部CT施行; 感染を示す所見なし

## 尿所見

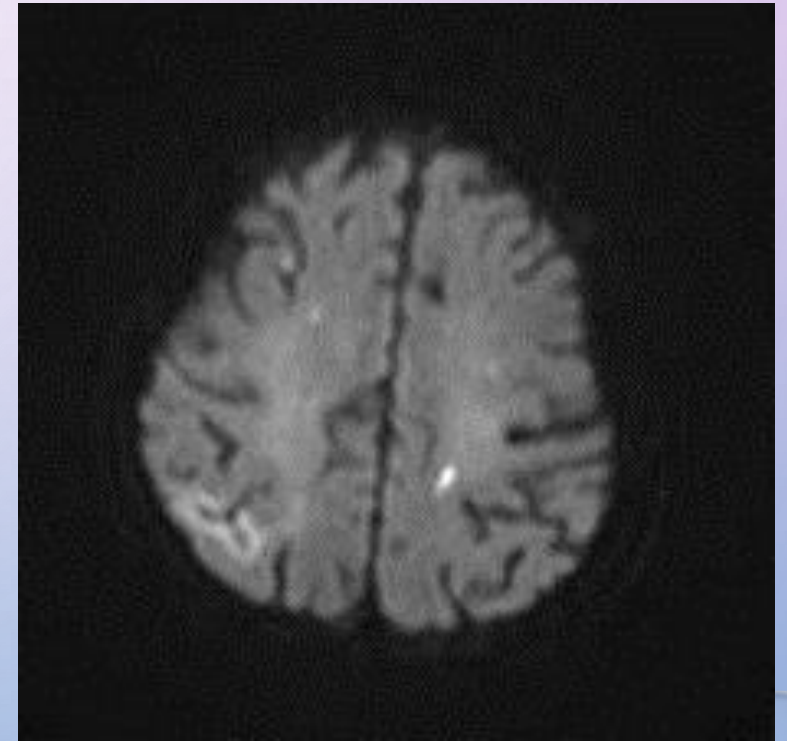
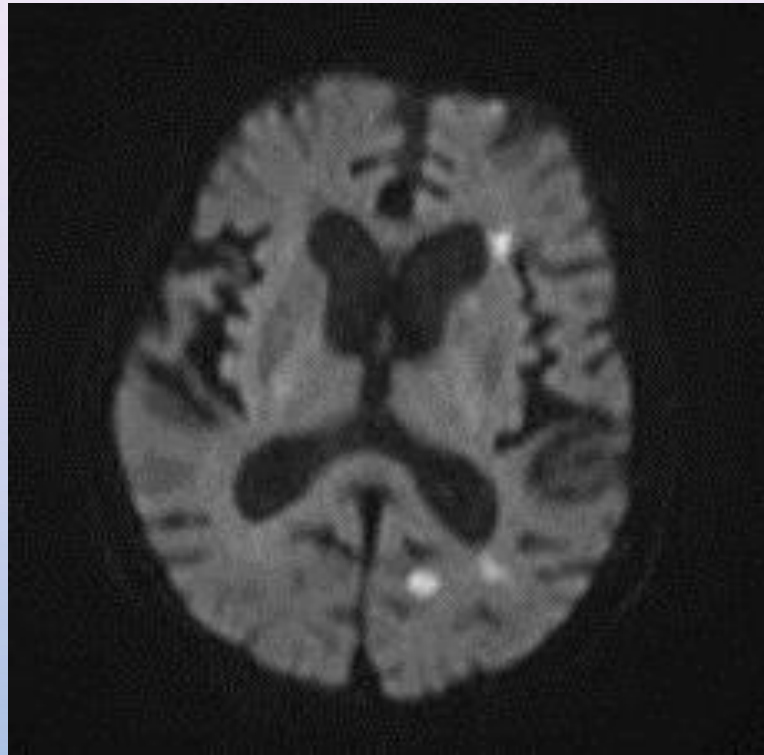
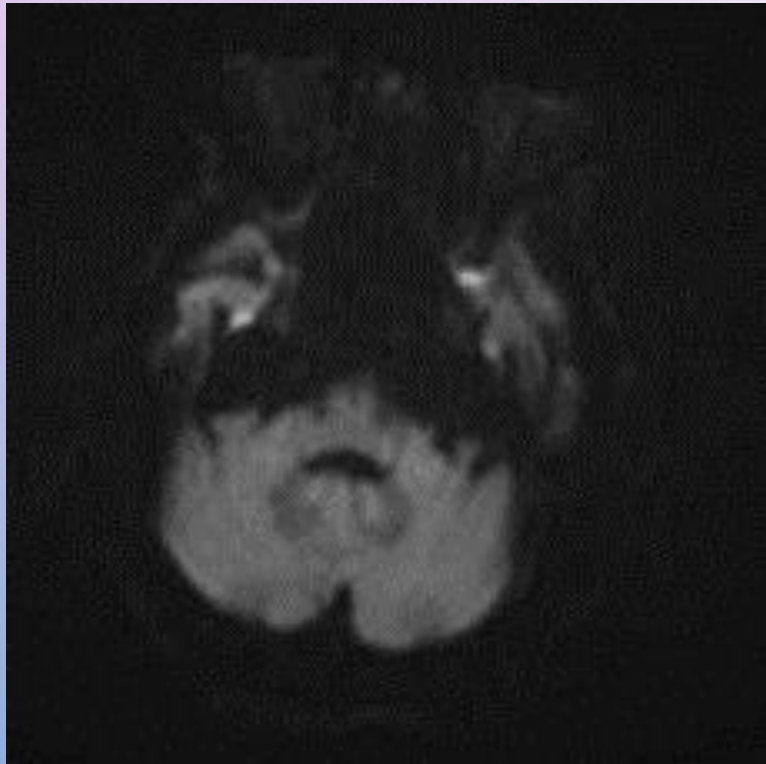
尿定性	
蛋白	(±)
糖	(-)
ビリルビン	(-)
PH	5.0
ケトン	(-)
潜血	(±)
比重	1.016
尿沈渣	
赤血球	1~4/HPF
白血球	30~49/HPF
細菌	(+)

# 頭部CT



特記すべき異常所見を認めず

## 頭部MRI(DWI)



Embolitic shower 様の高信号領域多発



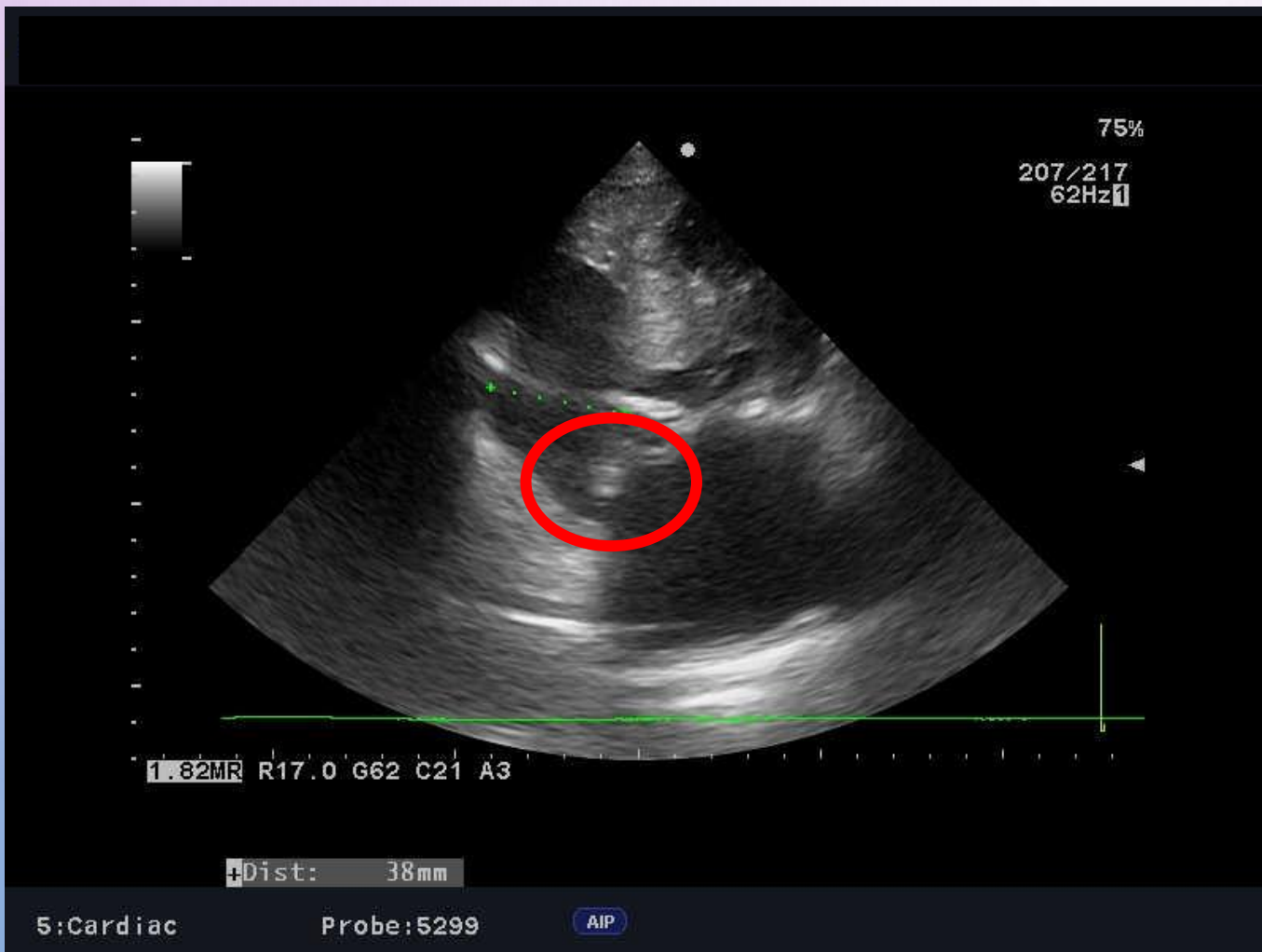
# PROBLEM LIST

#發熱

#多發腦塞栓症

#慢性腎不全

# 心エコー所見



LAD : 41 mm

LVDd : 51 mm

LVDs : 33 mm

EF : 64%

No asynargy

TR : II MR : (-) AR : I mildAS

M弁に付着するびらびら動く 10 mm程度の高輝度構造物あり

IVC  $\phi$  9 mm

疣贅を疑う所見あり

## 診断

- 感染性心内膜炎(疑い)
- 心原性脳塞栓症

## 経過①

- DAY1: 血液培養3セット採取 VCM800mg 48時間ごと投与開始
- DAY2: CTRX 2g 24時間ごと投与 追加  
貧血改善目的にRCC2単位投与。嚥下困難のため食事中止、  
高カロリーー補液開始
- DAY4: PT-INR5.1と上昇ありケイツー投与

## 経過② 血液培養結果

DAY 5 :

- $\beta$ -streptococcus group G 3/3
- 嫌気性菌の発育を認めず
- 真菌の発育を認めず

**感染性心内膜炎の確定診断**

## 経過③

- DAY5 : 抗生剤CTR<sub>X</sub>2g24時間ごと + GM120mg24時間ごとに変更
- DAY6 : 血液培養再提出。 TDMよりGM120mg 36時間ごとへ変更
- DAY13 : 血液培養(DAY6採取)陰性を確認
- DAY20 : 抗生剤終了

- ・入院時の直腸腫瘍が直腸癌の確定診断→BSC方針
- ・廃用症候群の進行、ADL、認知の低下あり施設への帰宅困難
- ・当院で看取りの方針となる

# 感染性心内膜炎

診断は？見逃さないためには？

# 感染性心内膜炎

- 弁を含む心内膜に対する感染
- 菌血症状態;どの臓器にも症状を起こしうる
- 不明熱の鑑別診断重要な1つ
- 古典的3徴は発熱、心雑音、血液培養陽性



# REVIEW: INFECTIVE ENDOCARDITIS

- ・年間発生率は10万あたり3-9人 (先進国)
- ・男女比は2:1
- ・50%は弁疾患の既往なし
- ・透析、糖尿病、HIVもリスク
- ・アメリカでは3分の1は医療関連
- ・75-79歳で一番多い
- ・80%はレンサ球菌やブドウ球菌、10%は培養陰性

# 診断-DUKE心内膜炎診断基準-

(感度、特異度ともに80%以上)

- 大項目
- ①血液培養(2セット以上の陽性/持続的な血液培養陽性)
- ②心内膜障害の証拠(心エコー陽性:疣贅、膿瘍、人工弁の破損/新たな弁機能不全による逆流)

## • 症候目

- ①素因(基礎となる心疾患/薬物中毒)
- ②38℃以上の発熱
- ③血管病変(動脈塞栓、感染性動脈瘤、頭蓋内出血)
- ④免疫異常(糸球体腎炎、OSLER結節、リウマトイド因子)
- ⑤心エコー陽性ではあるが大項目の基準はみたさない
- ⑥血液培養(陽性だが大項目はみたさない)

### 确实:

大項目2つ or 大項目1つ+小項目3つ or 小項目5つ

### 可能性大:

大項目1つ+小項目1つ or 小項目3つ

### 否定:

- 臨床像を心内膜炎以外で確実に説明できる診断を確立
- 感染症治療薬で4日以内に症状軽快
- 感染症治療薬の使用があっても4日以内の症例で手術、解剖時に心内膜炎所見なし
- 上記診断基準を満たさない

血培、心エコー検査が診断基準  
→鑑別にIEを挙げるには？

## 問診:リスク評価

- 心臓弁の病変の有無

(僧房弁逸脱症、高齢者の石灰化した弁、大動脈狭窄症 など)

- 先天性心疾患の有無(心室中隔欠損症 卵円孔開存)

- 静脈注射による不法薬物中毒歴

- 入院患者の場合、中心静脈カテーテル挿入の有無

- マルファン症候群、歯科治療歴…

- ただし半数の患者は原因となる基礎疾患なし

# 血培、心エコー検査が診断基準

→鑑別にIEを挙げるには？

身体所見	
新規の心雑音	48%
増悪する心雑音	20%
血尿	25%
脾腫	11%
Splinter hemorrhage	8%
Janeway's lesions	5%
Roth spot	5%
結膜出血	5%
中枢神経合併症	20%

検査所見	
炎症マーカー(赤沈、CRP)上昇	67%
WBC上昇	50%
貧血	50%
頭部MRI	80%

Effect of early cerebral magnetic resonance imaging on clinical decisions in infective endocarditis: a prospective study. [Ann Intern Med. 2010 20;152:497-504](#)

エコー(疣贅検出感度)	
経胸壁	70%
経食道	90%

NEJM 2013;368:1425-33

所見があれば疑うことが出来そうではあるが  
所見なしでも否定は困難

# 考察：本症例について

## 問診：

- 心臓弁の病変の有無

（僧房弁逸脱症、**高齢者**の石灰化した弁、大動脈狭窄症 など）

- 先天性心疾患の有無（心室中隔欠損症 卵円孔開存）

- 静脈注射による不法薬物中毒歴

- 入院患者の場合、中心静脈カテーテル挿入の有無

- マルファン症候群、歯科治療歴・・・

# 考察:本症例について

身体所見	
新規の心雑音	48%
増悪する心雑音	20%
血尿	25%
脾腫	11%
Splinter hemorrhage	8%
Janeway's lesions	5%
Roth spot	5%
結膜出血	5%
中枢神経合併症	20%

検査所見	
炎症マーカー(赤沈、CRP)上昇	67%
WBC上昇	50%
貧血	50%
頭部MRI	80%

Effect of early cerebral magnetic resonance imaging on clinical decisions in infective endocarditis: a prospective study. [Ann Intern Med. 2010 20;152:497-504](#)

エコー(疣贅検出感度)	
経胸壁	70%
経食道	90%

NEJM 2013;368:1425-33

発熱(炎症反応上昇)+神経学的所見;  
感染性心内膜炎を鑑別に上げるべき症例

## 結語

- 左半身麻痺を主訴にした感染性心内膜炎の1例を経験した。
- 本症例では、疑わしい病歴、身体所見は認められなかったものの、MRI画像の画像がIEの診断へのきっかけとなった。
- 感染性心内膜炎においては、病歴、身体所見、検査結果いずれか1つにおいても否定しきれない点があれば、心エコー、血液培養など診断に向けた検査へ進むべきと考える。