

「風邪」

風邪様症状への2つのアプローチ

1. 風邪を風邪と診断する基本アプローチ

○咳、鼻汁、咽頭痛の3領域の症状に注目し、風邪を4つ（典型的風邪型、鼻症状メイン型、喉症状メイン型、咳症状メイン型）に分類する。

アプローチ① → 咳と鼻汁と咽頭痛が同程度 → 「典型的風邪型」

↓

アプローチ② 「咳、鼻汁、咽頭痛」3症状のどれが優位か？

↓

「鼻症状メイン型」

↓

「喉症状メイン型」

↓

「咳症状メイン型」

↓

↓

↓

アプローチ③ 各型で注意すべき細菌感染症とその区別法

↓

↓

↓

細菌性副鼻腔炎

A 群溶連菌性咽頭炎

細菌性肺炎

扁桃周囲膿瘍

急性咽頭蓋炎等

2. 風邪に紛れた風邪以外を診断する基本アプローチ

○熱のみ、倦怠感のみを「風邪」と診断しない。

STEP ① 「発熱+ α 」の α を詳細に聴取する（悪寒戦慄の有無等）

↓

STEP ② 悪寒戦慄（+）のみ → 局所臓器症状不明瞭・高熱のみ型

↓

STEP ③ α +悪寒戦慄（+）

α = 倦怠感 : 微熱・倦怠感型

α = 頭痛 : 発熱・頭痛型

α = 嘔気・嘔吐+下痢 : 発熱+消化器症状型

α = 関節痛 : 発熱+関節痛型

α = 皮疹 : 発熱+皮疹型

α = 頸部痛 : 発熱+頸部痛型

1 典型的風邪型 (咳と鼻汁と咽頭痛が同程度)

[風邪の定義]

ほとんどの場合、自然寛解するウイルス感染症で、多くは咳・鼻汁・咽頭痛といった多症状を呈するウイルス性上気道感染のこと。

風邪を引き起こすウイルスごとの各症状の頻度 (%)

ウイルスの種類	咽頭痛	咳	鼻汁	鼻閉	熱	倦怠感	結膜炎
アデノウイルス	95	80	70		70	60	15
コクサッキーウイルス	65	60	75		35	30	30
RSウイルス	90	65	80	95	20		65
エコーウイルス	60	50	99	90	10	45	
ライノウイルス	55	45	90	90	15	40	10
コロナウイルス	55	50	65	65	30	70	5
パラインフルエンザウイルス	75	50	65	65	30	70	5
すべてのウイルス	70	80	95	95			60

「いろいろある (多症状)」というのが、いわゆる「風邪 (ウイルス性上気道感染)」の特徴」

逆に「細菌感染は原則として単一の臓器に1種類の菌の感染」という法則がある。複数臓器への細菌感染は、感染性心内膜炎など特殊な場合以外はない。

<診断>

①鼻汁②咽頭痛③咳の3つに注目

「鼻症状がある＝鼻・副鼻腔の炎症」

「咽頭痛がある＝咽喉頭の炎症」

「咳がある＝気管支 (肺) の炎症」

○典型的風邪型 (咳≒鼻汁≒咽頭痛)

咳・鼻汁・咽頭痛の3つを急性に同時に同程度訴える患者は“風邪”である

咳・鼻汁・咽頭痛を分類

1) 咽頭痛と嚥下痛を区別する！

※風邪 (ウイルス性上気道感染) による咽頭痛は原則「嚥下時痛」である。咽頭痛の訴えであっても「食べ物や唾を飲み込むと痛いですか？」という質問に「いいえ、痛くありません」と答える場合は要注意。

※嚥下時痛ではなく、「咳をした時に喉が痛い」と訴える場合には「咽頭痛がある＝咽喉頭の感染」としない方がよい。それは咳が強いだけ (むしろ気管支以下、ウイルス性) と考えるべきである。

2) 痰という訴えは後鼻漏による鼻汁であることが多い

※鼻汁の訴えがなくても、「痰が出ます」と言う人では、それは痰 (気管から) ではなく、後鼻漏による鼻汁が喉に落ち込んだものであることが多い (診察してみると、咽頭後壁に鼻汁が付着している場合も多い)。

※「飲み込みたくなる感じで喉に引っかかる」という場合は、痰 (気管から) ではなく「後鼻漏による鼻汁」と考える。

<具体症例+処方例>

「最初に軽度咽頭痛があり、咽頭痛は軽快傾向だが、咳・鼻汁も出てきた」という経過が風邪の典型

【処方例】

- 咳 : 麦門冬湯 1回 3 g を 1日 3回
or メジコン (15 mg) 1回 2錠を 1日 3回
- 鼻汁 : 小青竜湯 1回 3 g を 1日 3回
or アゼプチン (1mg) 1回 1錠を 1日 2回
or クラリチン (10 mg) 1回 1錠を 1日 1回 (眠気が少ない)
- 咽頭痛 : 桔梗湯 1回 2.5g を 1日 3回
or カロナール頓服 (痛みが強ければロキソニン 頓服)

<妊婦・授乳中の方への処方>

咳止めはデキストロメタファン (メジコン)、解熱鎮痛薬はアセトアミノフェン (カロナール)、授乳中はイブプロフェンも可、鼻炎に対してはステロイド点鼻薬、もしくは妊婦の方ではクロルフェニラミン (ポララミン) を選択する。

抗菌薬はペニシリン系・セフェム系がよい。

必要以上に風邪薬や抗菌薬を求める方への対応

- ① 風邪の原因はウイルスであって菌ではないこと
- ② ウイルスには抗菌薬は効かないということを説明し理解していただく。

2 鼻症状メイン型 (鼻汁>咳、咽頭痛)

「鼻汁>咳、咽頭痛」となる場合

「くしゃみ・鼻汁・鼻閉」が主症状で、熱はあってもなくてもよい。

実際、感冒後の副鼻腔炎では、ライノウイルスやパラインフルエンザなどのウイルス性が多い

粘膜上皮細胞が傷害を受ける→炎症細胞が浸潤

↓

膿性鼻汁・膿性痰

(傷害を与えるものは細菌の可能性もあるが、ウイルスや化学物質の可能性もある)

○アレルギー性・季節性鼻炎とウイルス性鼻炎の違い

アレルギー性・季節性鼻炎では、「朝方や夜にくしゃみや鼻水がある(日中は大丈夫なことが多い)」、「季節性の経過」、「視診で鼻粘膜が蒼白に見える」といった病歴・身体所見があればより疑う。

一方、ウイルス性鼻炎であれば、鼻症状に加えて発熱や咳、咽頭痛といった**多症状があることが多い**と考えればよい。

○細菌性副鼻腔炎とウイルス性副鼻腔炎の違い

【細菌性副鼻腔炎の特徴】

- 症状が二峰性
- 片側性の頬部痛
- うつむいた時に前頭部もしくは頬部の重い感じ
- 上歯痛
- 病歴上で鼻汁色調の変化
- 身体所見で膿性鼻汁の確認
- 血管収縮薬・抗アレルギー薬に反応が悪い
- transillumination test 陽性(口腔内からライトで副鼻腔の透過性の左右差)

細菌性を疑う場合に臨的にきわめて有用な病歴があります。それは**二峰性の病歴**である。

咳・鼻汁・咽頭痛の3症状に加え、とくに発熱に関してこのような病歴がとれた場合には、二峰目は細菌性の場合が多いと考える。(成人の場合)

たとえば、「最初は咳・鼻水・37℃程度の微熱を認めて、3日くらいでどれも改善傾向となったが、そのあと数日してから再度、鼻汁が悪化し、熱も38℃出た」という二峰性の病歴がとれた場合は、より細菌性を疑う。

いわゆる風邪(一峰目:ウイルス感染症)をこじらせた(二峰目:細菌感染症)と言われる場合がこれにあたる。

副鼻腔炎の原因微生物は多くはライノウイルスなどのウイルス性とされ、細菌性としては

肺炎球菌:33%、インフルエンザ菌:32%、モラキセラ・カタラーリス:9%。

細菌性副鼻腔炎として治療が必要な状況は、下記である。

細菌性副鼻腔炎として治療が必要な状況

【初診の時点で以下の条件を満たす場合】

- ① 強い片側性の頬部の痛み・腫脹、発熱がある（症状の持続期間によらない）。
- ② 鼻炎症状が7日間以上持続、かつ頬部の（とくに片側性の）痛み・圧痛と、膿性鼻汁、二峰性の病歴がある。

【うっ血除去薬や鎮痛薬を7日以上処方して経過を診ている場合】

- ① 上顎、顔面の痛み
- ② 発熱が持続する場合

「症状がとて強い、持続している場合」は積極的な治療が必要である。

副鼻腔炎は基本的には重篤な状態にならない感染症とされているが、以下の場合はその限りではなく、侵襲性の真菌感染症に注意する必要がある

- ① 糖尿病患者：ムコール
- ② 発熱性好中球減少症：アスペルギルス、ムコール

【処方例】

サワシリンカプセル（250 mg）1回2カプセルを1日3回。

ムコダイン（500mg）1回1錠を1日3回

咳：麦門冬湯 1回3gを1日3回

or メジコン（15mg）1回2錠を1日3回

鼻汁：小青竜湯 1回3gを1日3回

or クラリチン（10 mg）1回1錠を1日1回

鼻づまり：葛根湯加川芎辛夷 1回2.5gを1日3回

*ペニシリン系、セフェム系にアレルギーがある場合（蕁麻疹やアナフィラキシーなど）

- ・ クリンダマイシン（ダラシン）1回150mgを1日4回5～7日間
- ・ クラリスロマイシン（クラリス）1回200mgを1日2回5～7日間
- ・ アジスロマイシン（ジスロマック）1回500mgを1日1回3日間

3 喉症状メイン型 (咽頭痛>咳、鼻汁)

○「喉が痛い」と言う場合は、まずはそれが嚥下時痛なのか、それとも嚥下時痛ではないのかをしっかりと問診で確認する。

「唾を飲み込んで痛い」

咽頭痛として咽喉頭の病変を考えればよく、内科外来で最もよくあるものはウイルス性の咽頭炎であり、嚥下時痛を示す A 群溶連菌などの細菌性咽頭炎との鑑別となります。重篤感や特徴的な病歴があれば **killer sore throat** として扁桃周囲膿瘍や急性喉頭蓋炎などのいくつかの重篤な疾患を考えることになる。

「嚥下時痛ではない」

喉が痛いという主訴にもかかわらず、嚥下時痛の病歴がとれない場合は要注意(心筋梗塞や時には大動脈解離の除外も必要)。

<細菌性かウイルス性か>

咽頭痛の原因となる疾患

分類	原因
感染症	ウイルス性咽頭炎 (Rhinovirus, Adenovirus, Parainfluenza, Coxsackie-virus, Coronavirus, Echovirus など), インフルエンザ, 伝染性単核球症 (EBV, CMV, HIV, 二期梅毒), 溶連菌性細菌性咽頭炎 (A 群, C 群, G 群), 非溶連菌性細菌性咽頭炎 (淋菌, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Fusobacterium necrophorum など), 扁桃周囲膿瘍, Tonsilliths, 鴛口瘡 (口腔カンジダ症), 深頸部感染症 (ret-ropharyngeal/parapharyngeal space infection), 喉頭蓋炎/声門上部炎, 真菌性喉頭炎, ヘルパンギーナ, 梅毒, Lemierre 症候群, Ludwig アンギナ
炎症性疾患	咽喉頭逆流症 (LPR), 後鼻漏を伴うアレルギー性鼻炎, 慢性的な口呼吸, 異物, 筋緊張性発声障害 (muscle tension dysphonia), 声帯肉芽腫, 粘膜炎, 肉芽腫性疾患 (リウマチ, 痛風), 天疱瘡
悪性腫瘍	扁平上皮癌, 悪性リンパ腫, 肉腫, 腺癌
その他	咽頭違和感症, うつ病

【ウイルス vs 細菌】

ウイルス感染・・・多領域に及ぶ感染の症状はウイルス感染の特徴



細菌感染・・・細菌感染は原則として単一の臓器に1種類の菌が感染

■ A 群溶連菌性咽頭炎の判断基準

Centor の診断基準 (Melsaac modification:年齢によるポイントを考慮した場合)

症状と年齢	ポイント	合計ポイント	尤度比 (LR)	A 群溶連菌性咽頭炎の確率(%)
38℃以上の発熱	+1 点	-1 or 0	0.05	1
圧痛を伴う前頸部リンパ節腫脹	+1 点			
白苔を伴う扁桃の発赤	+1 点	1	0.52	10
咳嗽なし	+1 点	2	0.95	17
年齢<15 歳	+1 点	3	2.5	35
年齢≥45 歳	-1 点	4	4.9	51

診断>

4 点以上ならばすべてに抗菌薬治療開始

2 点もしくは 3 点ならばストレップをして (+) ならば抗菌薬治療

1 点以下ならばストレップなしに抗菌薬治療なし

※前頸部リンパ節は、明瞭に触れることは少なく、圧痛として認められることが多い。頸部を触って痛い場合は 1 点ととることもある

※「鼻汁がない」と患者が言うのも Centor の診断基準の「1 点」(細菌感染は多領域に症状を出さないの鼻汁も出にくい)。

※「左右の喉のどちらかが痛い」と患者が言うのも Centor の診断基準の「1 点」

※ウイルス性疾患に比し、かなり強い咽頭痛のことが多い。

※逆にウイルス性の時は、咳嗽時にのみ増強する咽喉頭部の痛みや、起床時に強い咽頭痛、食事中に軽快する咽頭痛となることが多い。(最初だけ痛い食事中に軽快する)

※CRP は強度に上昇、末梢血白血球上昇(好中球)増加

< A 群溶連菌感染症治療 >

A 群溶連菌(ストレップ陽性)の場合は、サワシリンカプセル(250mg) 1 回 2 カプセルを 1 日 2 回 10 日間

※パセトシンも同様薬剤

「five killer sore throats」(咽頭痛・嚥下時痛の中で重篤なもの)

- ① 急性喉頭蓋炎
- ② 扁桃周囲膿瘍
- ③ 咽後膿瘍
- ④ 口腔底蜂窩織炎 (Ludwig アンギナ)
- ⑤ Lemierre 症候群

(病歴聴取)

◎**開口障害、流涎、呼吸困難、嚥下困難があれば搬送**

(リスク)

上気道閉塞から急性呼吸不全を起こすリスク

感染が咽喉頭から深頸部に波及し一気に敗血症に移行するリスク

<①急性喉頭蓋炎を診断>

発熱と強い咽頭痛、声の変化、嚥下時痛

急性喉頭蓋炎では、横になると苦しいために横になれず、sniffing position (花の匂いを嗅ぐように鼻を突き出した体位：気道が最も広がる体位、顔を前に出して上を向いている体位) をとり、唾も飲めずよだれを垂らす症状。

咽頭痛や嚥下時痛の訴えがしっかりある割に見た目の咽頭所見が軽い場合は、急性咽頭蓋炎を疑うことが大切です。(急性咽頭蓋炎ほど重篤ではないが亜急性甲状腺炎も、咽頭痛に比較して咽頭所見が軽い。)

<②扁桃周囲膿瘍を診断>

扁桃周囲膿瘍では、片側性の激しい疼痛で「食事もとれない」と言って受診することが多いが、やはり一番の決め手は**開口障害の病歴**がとれるかどうかである。

※開口障害は、重篤な病態となりうる危険性を示唆するサイン。

※前口蓋弓の前方への突出が重要です。突出があれば、咽頭造影 CT が必要。

<③咽後膿瘍を診断>

リンパ節炎から周囲疎性結合織へ進行し(蜂窩織炎)その後、咽頭後間隙に膿瘍を形成したもの。

嚥下困難、喘鳴、呼吸困難、

<④Ludwig アンギナ=口腔底蜂窩織炎を診断>

頸部の腫脹、疼痛、発熱、**開口障害、呼吸困難(咽頭狭窄)、嚥下困難、発語障害**

<⑤感染性血栓性静脈炎：Lemierre 症候群を診断>

扁桃・咽頭炎に引き続いて内頸動脈の血栓性静脈炎、さらに全身性の敗血症性塞栓症をきたし遠隔感染膿瘍を呈する疾患、膿性痰、胸鎖乳突筋にそった圧痛、腫脹、流涎、呼吸困難、開口障害、左右非対称の頸部腫脹(索状のしこり)や疼痛がある。

<嚥下時痛でない咽頭痛のハイリスク例>

大動脈解離，心筋梗塞（狭心症），くも膜下出血

《病歴聴取》

大動脈解離・くも膜下出血ともに、**sudden onset**の病歴がとれるかが鍵。sudden onsetの病歴がとれた場合は、基本事項として、①vascular(血管性)，②perforation(穿孔)，③stone(結石)と考える。<甲状腺濾胞内出血(頸部腫瘍・甲状腺圧痛)>

<特発性縦隔気腫(握雪感)>

※首から上で突然何かが起こったら、一度はくも膜下出血を考える。また、狭心痛に関しては、「胸痛」ではなく「顎の痛み」や「歯が浮く感じ」と表現することも多く注意

※嚥下時痛の病歴がとれなくても、「咳をして痛い」という病歴がとれば、多くは気管支炎もしくは肺炎、喘息などといった咳が強く出やすい疾患を考える。

<伝染性単核球症を診断>

伝染性単核球症も外来では多い。

発熱、全身倦怠感、咽頭痛、頸部リンパ節腫脹（とくに後頸部）など**全身性リンパ節腫脹**、肝脾腫などがあり、これらがあれば疑う。

【ポイント】

※毛布のような白苔が扁桃に付着している場合

※通常のウイルス性咽頭炎と思ったが、後頸部リンパ節も少し触れる場合

※身体所見で脾腫を認める咽頭炎

(Castell's point 陽性で脾腫の感度 82%，特異度 83%)

(Castell's point：左前腋窩線と肋骨下縁の交点。打診で dull であれば陽性)

※3日以上経っても軽快しない場合

※抗菌薬フルコース投与でも改善しない場合

※ペニシリン投与で全身にびまん性紅斑をきたした場合

※A群溶連菌による急性咽頭炎に比較して経過が長い（1～2週間持続する発熱・咽頭痛）

※血液検査でリンパ球優位で白血球増加、異形リンパ増加、CRPは軽度上昇、肝障害

伝染性単核球症は kissing disease として有名（唾液からの経口感染）。

<伝染性単核球症での血清学的診断>

EBウイルス（EBV），サイトメガロウイルス（CMV）が上位2つにあげられる。多くはこれで決着するため、最低限の検査といわれた場合にはVCA-IgMとCMV-IgMを提出する。しかしEBVの場合、初期にはVCA-IgM（+）とならないこともあり、VCA-IgGとEBNAも検査する。

VCA-IgM（-）でもVCA-IgG陽性、EBNA陰性となることもあり、この場合は初期ゆえにVCA-IgM（-）となっていると考える場合があり、再提出すると（+）と返ってくることもある。EBNA（+）であれば、既感染パターンとわかる。

伝染性単核球症の血清学的診断

	VCA - IgM	VCA - IgG	EBNA
急性期	(+)	(+)	(-)
回復期	(-)	(+)	(+)
既感染	(-)	(+)	(+)

<類似疾患>

<亜急性甲状腺炎を診断>

非感染性疾患では亜急性甲状腺炎が紛れている場合がある。

多くは自然軽快する疾患。

亜急性甲状腺炎は、甲状腺機能異常が数カ月続くことによる倦怠感（甲状腺機能亢進症→低下症→正常という経過をたどる）が持続する。

上気道感染が先行するといわれるが、はっきりしないことも多い。むしろ「咽頭痛（嚥下時痛となってもよい）の訴えがしっかりあるにもかかわらず、鼻汁や咳がなく、咽頭所見も軽微」を示す。（＝急性咽頭蓋炎も同様）

【ポイント】

※「こんなに喉が痛い風邪は初めて」と言ってくることが多い。

※きちんと聞くと「痛みの部位が移動する」という病歴がとれることが多い。

※放散痛として「耳の下が痛い」という主訴

動悸や振戦といった甲状腺機能亢進症の症状を聞き出せる場合もある。**TSH と赤沈の検査を実施**。やはり女性が多い（男：女は1：3～5）。十分量のNSAIDsを2～3日投与しても痛みがコントロールできない場合は、ステロイド薬の適応。

<不定愁訴的な咽頭症状>

心因性 vs 器質的疾患

「喉の違和感」程度の場合、喉という客観的な対象なのに主観的な訴えをする。

病歴では、喉の違和感が急性に発症したか、それとも慢性にあったのか、または慢性にあったものが急に増悪したのかを確認する必要があります。たとえ違和感程度でも、急性の場合は狭心症や心筋梗塞も視野に入れる必要がある、突熱発症であった場合には、大動脈解離も考える必要がある。アレルギー性鼻炎も考えられる。また、悪性腫瘍やGERD（咽喉頭酸逆流症：LPRD）の除外は必要。上部消化管内視鏡でGERDがはっきりしなくても、ひとまずPPIでの治療効果をみる。

<咽頭違和感への具体的な対応法>

不安が強く、咽頭違和感で受診するような場合 → 半夏厚朴湯トライアル

<咽頭痛主体型の処方例>

咳、鼻汁、咽頭痛の3症状、白苔。

【処方例】

カロナール（200mg）1回2錠を1日3回、もしくは発熱・疼痛時に頓服

桔梗湯1回2.5gを1日3回（おちょこ1杯分くらいのぬるま湯に溶かし、それでうがいをして、そのまま飲み込む）

4 咳症状メイン型 (咳>鼻汁、咽頭痛)

この症状で受診しうる最も多い疾患は気管支炎で、90%以上が非細菌性（主にウイルス性）で、5~10%でマイコプラズマ、クラミジア、百日咳。気管支炎の炎症の主座である気管支は解剖学的には下気道となる。しかし、最も多いのはウイルス性の気管支炎で抗菌薬を必要としない感染症であり、いわゆる「風邪（ウイルス性上気道感染）」の一型としたほうがいい。

<細菌性気管支炎>

【指針】

肺の基礎疾患がなければ「肺炎球菌、インフルエンザ桿菌、モラキセラ・カタラーリスが急性気管支炎を起こすというエビデンスはない

「肺に基礎疾患がない人」に、気管支炎という病名で、肺炎球菌、インフルエンザ桿菌、モラキセラ・カタラーリスを狙った抗菌薬を処方することは原則ない

【胸部 X 線写真で浸潤影がはっきりしない理由】



肺炎の胸部 X 線写真の感度は 100%ではない！

<ポイント>

○喀痰のグラム染色が必要

<肺炎>

【肺炎を疑う病歴】

1. 原則、肺に基礎疾患がなければ、「成人の気管支炎では高熱（38℃以上）や悪寒戦慄は出ない」
 - ① 明確な悪寒戦慄を伴う 38℃以上の発熱+咳
 - ② 二峰性（明らかな先行する上気道症状軽快の経過で悪寒を伴う 38℃以上の発熱）
という病歴は、胸部 X 線写真を撮らなくても十二分に肺炎を疑う病歴
2. 熱が 38℃以下の微熱であっても、高齢者や肺に基礎疾患ある人の気道症状に寝汗（びっしょり：パジャマ交換するほど）があれば、肺炎を疑う。
*インフルエンザ桿菌、モラキセラ・カタラーリスなどの肺炎
*慢性の経過なら結核も考える

悪寒戦慄（ガチガチ震えて止まらない悪寒）がある場合は、菌血症の特異度が高い。

※インフルエンザには要注意

インフルエンザの場合、肺炎ではなくても、悪寒、高熱、頻脈をきたすことがあるので注意が必要。
悪寒戦慄のある場合は「インフルエンザ+肺炎」として胸部 X 線のチェックが必要。

※肺炎球菌、インフルエンザ菌、マイコプラズマ、クラミドフィラが細菌性肺炎の 4 大原因

<百日咳>

重度な発作性の咳で吐く、睡眠障害があるときは百日咳を考える

<慢性咳嗽>

慢性咳嗽（3週間以上続く咳）の三大原因としては、咳喘息、後鼻漏（今は upper airway cough syndrome という）、GERD（胃食道逆流症）。

【慢性咳嗽の鑑別診断リスト】

- ① 気管支炎後咳症候群
- ② 後鼻漏（upper airway cough syndrome）
- ③ 結核
- ④ 咳喘息
- ⑤ GERD
- ⑥ 百日咳
- ⑦ ACE 阻害薬
- ⑧ 肺癌等

気管支炎は気道粘膜の炎症・浮腫が4週間程度続くことがあるといわれている。そのため咳が長引くことが多く、気管支炎後咳症候群といわれる。

<マイコプラズマ肺炎>

PA法での確認（ワンポイントで1,260倍以上、もしくは2~4週でのペア血清で4倍以上の上昇）が、唯一診断的価値が高い

（マイコプラズマ肺炎の鑑別診断基準）鑑別に用いる項目

- 1 年齢 60 歳未満
- 2 基礎疾患がない、あるいは軽微
- 3 頑固な咳がある
- 4 胸部聴診上、所見が乏しい
- 5 痰がない、あるいは、迅速診断法で原因菌が証明されない
- 6 末梢血白血球数が 10,000/ μ L 未満（WBC 上昇は少なく、CRP のみ）

鑑別基準

<上記6項目を使用した場合>

- 6項目中、4項目以上合致した場合・・・非定型肺炎疑い
- 6項目中、3項目以下の合致・・・細菌性肺炎疑い

この場合の非定型肺炎の感度は77.9%、特異度は93.0%

<上記①~⑤の5項目を使用した場合>

- 5項目中、3項目以上合致した場合・・・非定型肺炎疑い
- 5項目中、2項目以下の合致・・・細菌性肺炎疑い

この場合の非定型肺炎の感度は83.9%、特異度は87.0%

肺炎なのに鼻汁、咽頭痛などの多領域の症状を伴ってもよく、**多領域の症状+38℃以上の発熱が3日以上続く若年成人+流行がある場合は、X線写真をチェック**。この場合、X線写真で浸潤影があれば、マイコプラズマ肺炎の可能性。肺炎にしては症状が軽微。中耳炎、結膜炎、尿道炎また**皮疹や関節腫脹、時に肝機能異常を伴う**場合はマイコプラズマやクラミドフィラを考えてもよい。咳が強いのにラ音が陰性なのは、本症と百日咳とニューモシスチス肺炎。

5 局所臓器症状不明瞭高熱のみ型

○局所臓器症状不明瞭高熱のみ型の定義

「急な発熱を主訴に来院した患者で、感染のフォーカスを示す局所臓器症状（つまり、咳・鼻汁・咽頭痛・腹痛・下痢など）をはっきりと認めない場合」

この場合に高熱が出るだけでも気分不良・嘔気・筋肉痛・関節痛・軽い頭痛が出現する場合が多いので、これらの症状はひとまず局所臓器症状と考えない。

○敗血症を拾い上げるポイント

悪寒戦慄…体が震えて止まらない（止めようと思っても止まらない）。

悪寒戦慄かそうでないかを見極めるコツとしては、**歯がガチガチする**かどうか。

「止めようと思っても止まらないほどでしたか？」と聞く。

○初期に局所臓器所見がはっきりしにくい感染症

1. 急性腎盂腎炎
2. 急性前立腺炎
3. 肝膿瘍
4. 化膿性胆管炎
5. 感染性心内膜炎
6. カテーテル関連血流感染症
7. 蜂窩織炎
8. カンピロバクター腸炎の初期
9. 歯髄炎
10. 肛門周囲膿瘍
11. その他：髄膜炎菌敗血症，サルモネラ，レプトスピラ，レジオネラ，ブルセラ

<熱源不明（不明熱）>

(1) 急性腎盂腎炎を疑う

- 背部痛の病歴は「痛み」よりも「重だるさ」を聞くほうが感度は良い。
- 腎の双手診が有効。発熱＋腰背部痛では、腎盂腎炎以外にも、①骨髄炎、②腸腰筋膿瘍、③硬膜外膿瘍などの可能性がある。
- 腎盂腎炎では、先行する膀胱炎症状はない場合もある。
- 最初から「背中がすごく痛い」と訴える場合は、腎盂腎炎にしてはむしろ変。尿管結石による複雑性尿路感染症の有無や腎膿瘍の有無などを、エコーで早期から確認する。

(2) 急性前立腺炎を疑う

男性では積極的に直腸診を行う

(3) (4) 肝膿瘍、化膿性胆管炎を疑う

- 初期の黄疸・右季肋部痛ははっきりしない
- 季肋部叩打痛は左右差を聞く、診察時は左季肋部も叩く

(5) 感染性心内膜炎を疑う

- 末梢塞栓症状は、無いことが多い、弁膜症や先天性心疾患におこしやすい。
- 発熱＋心不全は、感染性心内膜炎を疑う

(6) 蜂窩織炎、肛門周囲膿瘍、カテーテル関連血液感染症、カンピロバクター腸炎、歯髄炎

- 「蜂窩織炎と肛門周囲膿瘍」
- カンピロバクター腸炎は初期では胃腸炎症状がなく、高熱のみで受診する。「昨日の夜に悪寒戦慄あり、今朝から少し軟便（もしくは軽度腹痛）」とあった場合は、カンピロバクターの疑いがある。
- 歯髄炎では、違和感や重い感じ程度でも悪寒戦慄をきたす。

熱源不明の患者でチェックすべき部位とポイント

結膜	結膜炎（咽頭結膜熱など）、黄疸（胆道感染）、点状出血（感染性心内膜炎など）、充血（レプトスピラなど）
両上顎の圧痛の有無	副鼻腔炎では、圧痛ではなく左右差程度のことも多い
口腔・咽頭・頬粘膜・軟口蓋・扁桃	発赤，溶出液，発疹，後鼻漏，腫大などをチェック [歯肉痛] 歯・歯肉の視診と歯牙の打診（歯髄炎） [耳痛] 耳鏡（中耳炎） [頭痛] 頭皮（蜂窩織炎，帯状疱疹），耳鏡，neck flexion test, jolt accentuation of headache
頸部リンパ節	後頸部リンパ節の腫脹→全身性疾患
甲状腺	圧痛（亜急性甲状腺炎など）
呼吸音	成人で咽頭痛（嚥下時痛）があれば省略可。咳痰がなくても確認。両側下肺の聴診に全身全霊を集中させる（肺炎の好発部位）。 強制呼気での聴診が wheeze の有無のチェックには有用
心雑音	変化に注意。発熱のみのケースでは丁寧に（感染性心内膜炎）
腹部の視診・聴診・打診・触診	腹部症状ある時。季肋部の叩打痛は左右差を聞く（肝・胆道系）
腰部の打診	「発熱のみ」時には必須。CVA 叩打痛は左右差を聞く（腎盂腎炎）， 脊柱の叩打痛（骨髄炎など）
発疹の有無	気づかないことが多い（とくに蜂窩織炎）。訴えがないというだけで除外しない！ peripheral sign の有無（感染性心内膜炎）
関節	腫脹の有無（化膿性関節炎，偽痛風など）
触診・打診	自発痛のある部位 [直腸診] 前立腺炎，肛門周囲膿瘍など。「発熱のみ」時に検討

感染性心内膜炎の臨床所見と検査所見

所見	患者数 (%)
発熱 > 38°C	2,322/2,428 (96)
爪下の線状出血	213/2,655 (8)
Osler 結節	77/2,648 (3)
小結節性紅斑点 (Janeway lesions)	123/2,650 (5)
Roth 斑	50/2,649 (2.9)
血管性塞栓	456/2,665 (17)
結膜出血	122/2,655 (5)

所見	患者数 (%)
脾腫	284/2,662 (11)
新規の心雑音	1,068/2,232 (48)
陳旧性の心雑音の悪化	359/1,787 (20)
赤沈亢進	1,611/2,645 (61)
CRP 高値	1,632/2,650 (62)
リウマイド因子の高値	138/2,549 (5)
血尿	666/2,587 (26)

Osler 結節・・・指先等におこる皮膚皮下に出る有痛性結節、圧迫で赤い点として見える
 小結節性紅斑点・・・手掌や足底に 5 mm 以下の無痛性の不規則な紅斑、圧迫により消失
 Roth 斑・・・眼底の出血梗塞 中心部が白色で赤色輪に囲まれる

<ウイルス感染症で高熱をきたすもの>

大人で高熱をきたすウイルス感染として最も多いのは、インフルエンザウイルス（診断可能）です。

- ① インフルエンザ
- ② アデノウイルス
- ③ ヘルペスウイルス（成人水痘の初期など）
- ④ 麻疹ウイルス

<やや全身状態が悪い場合の高熱のみ>

局所臓器症状が出ないか数日注意

- ・ ややぐったり
- ・ 来院時すでに高熱が数日以上持続
- ・ 高齢者などで基礎疾患がある

- ・ 胸部単純 X 線写真（2 方向）
- ・ 尿検査（WBC > 5/HPF で膿尿）・血液検査を確認
- ・ 血液培養を行っていれば、疑いとして抗生剤治療開始

6 微熱＋倦怠感型

○微熱＋倦怠感型の二大重要疾患（急性肝炎と急性心筋炎）

急性の経過で来院する「微熱＋倦怠感型」では、先行する気道症状があればウイルス感染症の軽症例や感冒後疲労が多い。

[注目すべき病歴]

- ① 急性肝炎：風邪にしては38℃近い発熱が3日以上続き、局所症状なく下痢もないのに嘔気が続き食欲がない場合は、肝機能チェックをする。
- ② 急性心筋炎：「風邪にしてはととてもだるい」胸痛（30分以上持続する）、心膜摩擦音、ST上昇エコーフリースペース（左室後壁の下の心外膜の下）、SLE合併に注意

<「微熱＋倦怠感型」のその他の重要疾患>

<非感染性疾患>

(1) 無痛性甲状腺炎

「微熱＋倦怠感」を訴える疾患として、一過性の甲状腺炎があげられる。この甲状腺ホルモンの異常により、倦怠感や微熱が引き起こされる。咽頭痛が先行すれば亜急性甲状腺炎がある。出産後であれば産後一過性甲状腺炎も考える。

(2) リウマチ性多発筋痛症（PMR）、側頭動脈炎

高齢者の不明熱、倦怠感、体重減少時の鑑別疾患。

リウマチ性多発筋痛症は思っている以上に急性発症。肩関節痛や頸部痛を訴える。

側頭動脈炎は、頭痛や視力障害を訴える。jaw claudication（頸部の疼痛性運動障害）所見は重要。

(3) 悪性腫瘍

亜急性から慢性の微熱＋倦怠感に加え、寝汗や体重減少がある時は積極的に考える。不明熱としては悪性腫瘍のなかでも悪性リンパ腫や腎癌が有名、高齢者では大腸癌（腸管の沈黙性腫瘤）が多い。乳癌の骨転移による腰痛、腫瘍熱もある。

<感染症>

(1) 結核・・・3週間以上、咳が続いている場合

(2) 感染性心内膜炎

(3) CMV mononucleosis（サイトメガロウイルス性単核症）・・・外来で多い

【CMV と EBV による伝染性単核球症との違い】

- ① 発症年齢が高い：CMV の罹患平均年齢は29歳（18～66歳）
- ② CMV の咽頭所見は軽微（なくてもよい）：滲出性扁桃腺炎にはなりにくい。
- ③ リンパ節腫脹は目立たない：CMV で13～17%、EBV では80%以上
- ④ CMV ではトランスアミナーゼ上昇も軽度：通常は、基準上限の5倍以内とされる。
- ⑤ CMV では脾腫は少ない。

7 発熱＋頭痛型

○髄膜炎を鑑別

発熱に加え、**今までに感じたことのない頭痛**を訴える場合は、常に髄膜炎を考えなくてはならない。

ぐったりしている場合や嘔吐を伴っている場合、意識障害がある場合は、より積極的に髄膜炎を考える必要がある。

髄膜炎の身体所見では Kernig 徴候や項部硬直が有名。

【neck flexion test】

患者を座位にして、顎を胸につけるよう指示し痛みでつかない場合を陽性とする

→感度 84%、特異度 48%

【jolt accentuation of headache】・・・歩く振動で頭痛が増強しますか？

患者に、頭を水平に 1 秒間に 2～3 回振るよう指示し、頭痛が増強する場合を陽性とする

→感度 97%、特異度 60%

8 発熱＋消化器症状型

<胃腸炎>

① 38℃以上の発熱 ② 下痢が 6 回以上 ③ 腹痛が強い場合

【便の染色に関して】

便中白血球の解釈：侵襲性下痢においてしばしば見受けられ、きわめて診断的な価値が高い。

白血球 (+)	<i>Shigella, Salmonella, Campylobacter, Vibrio, Yersinia</i>
	<i>Salmonella typhi</i> では単球が見られる。
	<i>Shigella</i> では、脱落したような多核白血球の集塊が見られることがある
	炎症性腸炎：潰瘍性大腸炎、Crohn 病
	偽膜性腸炎： <i>Clostridium difficile</i>
白血球 (-)	ウイルス性胃腸炎
	寄生虫 <i>Giardia, Entamoeba</i>
	細菌性下痢 (enterotoxigenic bacteria)
	enterotoxigenic <i>E. coli, Vibrio cholerae, Bacillus cereus</i>
	enterotoxigenic <i>Staphylococcus aureus</i>
	<i>Salmonella carrier state</i>

○カンピロバクター腸炎

胃腸炎を疑う患者で、病歴をしっかりと聞くと、**最初は消化器症状ではなく熱が先行する**病歴がとれることがある。その場合はカンピロバクター腸炎を強く疑い、積極的に便のグラム染色をする。

発熱 → 腹痛＋下痢

○ウイルス性胃腸炎の自然経過

最初は、痛みは心窩部で、陽気・嘔吐が中心。しかし通常は、嘔吐は 24 時間程度でピークを越え、その後、頻回の水様下痢となる。

<胃腸炎と誤診されやすい疾患パターン>

- **虫垂炎**
- **心窩部痛で心筋梗塞**
下壁の心筋梗塞は嘔気・嘔吐も伴いやすいと心得る
- **胃腸炎流行時期のDKA（糖尿病ケトアシドーシス）**
頻回に吐く、呼吸が速い、口腔内乾燥著明の場合は、尿糖／ケトンをチェックする。もともと糖尿病が基礎疾患になくとも、**若年者ではDKAで発症する糖尿病**もいる。
- **消化管出血**
“黒色”下痢便になっていないかを聞くこと。
- **脳血管障害**
高齢者の突然発症の嘔吐（下痢なし）を安易に胃腸炎としない。脳血管障害（とくに小脳）を疑う

9 発熱＋関節痛型

<よくあるウイルス感染症による関節痛>

「関節炎（疼痛だけでなく腫脹、発赤、可動域制限）」まできたすことは稀。

<関節炎かどうかを見極める>

痛みに加えて、**発赤・腫脹・可動域制限**などが存在すれば関節炎。

「**可動域制限**」を伴う場合は関節炎と考えてよい。

診察上ははっきりしなくても、患者が関節痛に加えて、「**腫れている**」と訴える場合は腫れている（関節炎になっている）と考えてアプローチする。

<単関節炎か多関節炎か>

関節炎があることがわかったら、それが「**単関節炎**」か「**多関節炎**」でアプローチが変わる。

単関節炎（1カ所）	多関節炎（2カ所以上）
<ul style="list-style-type: none">• 結晶性関節炎（痛風，偽痛風）• 化膿性関節炎 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none">• 外傷• 骨壊死• 関節血腫• 全身性リウマチ性疾患（単関節型）	<ul style="list-style-type: none">• 若年者のウイルス性（とくにパルボと風疹）• 全身性リウマチ性疾患（関節リウマチ、SLE、Still病など）• 反応性関節炎（尿道炎，細菌性腸炎，結膜炎）• 傍腫瘍症候群（とくに肺癌） <p>【重要】</p> <ul style="list-style-type: none">• 高齢者の結晶性関節炎（atypical gout/pseudogout）• 高齢者の化膿性関節炎の一部• 淋菌性関節炎（移動性多関節炎）

《よくある若年成人ウイルス性多関節炎》

- ① パルボウイルス
- ② 風疹

<sexually active な方の多関節炎の場合は淋菌を疑う>

常に淋菌の関与を考える必要がある。

淋菌性では黄色ブドウ球菌などの化膿性関節炎と違い、移動性の多関節炎であり、淋菌性をより強く疑うポイントとしては、きわめて痛みの強い移動性の多関節炎で、皮疹を伴う場合はより疑う。

10 発熱+皮疹型

<病歴聴取>

《曝露歴》

- 水痘, ムンプス, 麻疹, 風疹, インフルエンザ, りんご病や手足口病の小児との接触歴
- マイコプラズマ感染症の人(小児)との接触歴(多形滲出性紅斑, Stevens-Johnson 症候群)

《季節性》

- エンテロウイルス感染症(夏~秋)
- 川崎病, パルボウイルス感染症(冬~早春)
- 麻疹, 風疹, 水痘(春)
- ライム病(春~夏)
- ツツガムシ病(11月前後)

《性交渉歴》

- HIV, 梅毒, 単純ヘルペスウイルス, 播種性淋菌感染症

《薬剤歴》

(何でもありうる)

《衛生研究所データ》

流行の兆候

<皮疹+α>

- 手掌(もしくは足底)に皮疹あれば、手足口病か梅毒。
- 成人水痘の初期は「局所臓器症状不明瞭・高熱のみ型」に分類してしまうことが多い。(頭皮から出やすいので確認を)「感染情報で右肩上がり+数個でも水痘=水痘」。
- 蜂窩織炎

<多形滲出性紅斑と結節性紅斑>

【多形滲出性紅斑】target lesion (標的病変)

(原因)

二大メジャー微生物

- ① マイコプラズマ感染症
- ② 単純ヘルペスウイルス

>その他の微生物

水痘-帯状疱疹ウイルス, アデノウイルス, EBウイルス(B/C), サイトメガロウイルス, 肝炎ウイルス, コクサッキーウイルス, パルボウイルス, HIV, *Chlamydomphila psittaci*, サルモネラ, 結核, 二期梅毒

>薬剤性・・・NSAIDs, sulfonamides, 抗けいれん薬, 抗菌薬など

【結節性紅斑】

(原因)

三大メジャー疾患

- ① 連鎖球菌感染後 (9%程度)
- ② 薬剤性
- ③ 原因不明 (全体の 60%程度)

> 肺門リンパ節腫脹あり

結核, *Chlamydophila pneumoniae*, サルコイドーシス, 悪性リンパ腫

> 消化器症状あり

Behcet 病, 炎症性腸疾患, 細菌性腸炎, 痔炎

> その他

妊娠もしくは経口避妊薬, SLE, HIV, 梅毒等

<壊死性筋膜炎の診断>

- ・ 初期から水疱を伴う蜂窩織炎疑いは、必ず壊死性筋膜炎を除外すること
- ・ 「痛みが強すぎ」は異常
- ・ 皮膚の壊死は当然異常 (斑状出血も)
- ・ 触診で握雪感
- ・ 皮膚の知覚麻痺も異常
- ・ 抗菌薬開始して急速に進行する場合は常に疑う

<髄膜炎菌敗血症による皮疹>

小児や若年成人でみられ、さらに**意識障害や関節炎**の所見もあれば、髄膜炎菌性髄膜炎 (meningococemia) を疑う。

<緑膿菌敗血症による点状・斑状出血>

重篤な緑膿菌性敗血症でも黒色斑状の出血をきたすことがある。

<トキシックショック症候群 (TSS) >

皮疹が明確ではないことが多いが、「発熱+皮疹型」としてはトキシックショック症候群の鑑別必要。

- ① 38.9℃以上の発熱、②低血圧、③びまん性斑状紅皮症、④3臓器以上の臓器障害、⑤**落屑 (発症後 1~2週間に発生)**に加えて、⑥他疾患の除外が重要とされる。

咽頭痛や上気道症状、下痢などの消化器症状があり風邪や胃腸炎と類似している。1週間で皮がむける。

<パルボウイルス感染症>

小児のりんご病 (伝染性紅斑) で「むくみ」もしくは「なんとなく体が赤くてかゆい」という主訴

【成人のパルボウイルス感染症を疑う】

20~30代の女性が、急な「むくみ」を主訴として来院し、先行する上気道症状、もしくは体のかゆみの訴えや淡い紅斑があったら、パルボウイルス感染症を考える。出血斑もある。➡ 経過観察でいい。

検査は **B19-IgM 抗体を測定**

1 1 発熱＋頸部痛型

<頸部に疼痛や腫瘍性病変に加え、発熱をきたしうる疾患の分類>

- ① **先天奇形**：側頭嚢胞・正中頸嚢胞・甲状舌管嚢胞など
大人で初めて診断される頻度は高くはない。基本的に無痛であるが、それに感染をきたすと痛みや熱を伴う。
- ② **リンパ節異常**：悪性（転移・リンパ腫）、炎症性/感染性（菊池病、ネコ引っ掻き病、結核、非結核性抗酸菌）、全身性（サルコイドーシスなど）
- ③ **甲状腺**：癌、嚢胞
痛みは亜急性甲状腺炎、化膿性甲状腺炎、甲状腺濾胞内出血（熱はあっても微熱程度が多い）で認める。癌は腫瘍のみで無症状が多い。
- ④ **唾液腺**：急性化膿性耳下腺炎、慢性硬化性唾液腺炎、癌
高齢者では脱水を契機に化膿性耳下腺炎をきたす。唾石や管狭窄による慢性の唾液腺炎がある場合は、唾液腺は肥大や線維化することで腫瘍となる。癌は腫瘍のみで無症状が多い。
- ⑤ **外傷による血腫**
基本的には病歴から明らかである。血腫吸収で熱が出ることもある。多くは自然軽快するが、線維化して永続的な腫瘍となるものもある。
- ⑥ **その他**
感染性血栓性静脈炎（Lemierre 症候群）は索状のしこりとして触れることがある。

<リンパ節異常：発熱＋頸部リンパ節腫脹>

- 伝染性単核球症（EBV, CMV, HIV, 梅毒など）
- 菊池病
- 悪性リンパ腫（急速増大、内部への出血を伴うと痛みが出る）
- 結核
- サルコイドーシス
- その他：ネコ引っ掻き病, トキソプラズマ, 固形悪性腫瘍（咽頭・消化器・肺）

※菊池病

菊池病は、若い（20代くらい）患者で、自発痛・圧痛を伴う隆々とした局所頸部リンパ節腫脹を認め、しかし咽頭痛（嚥下時痛）は原則として認めないような場合に疑う。

血液検査では、WBC 減少（20～30%）、異型リンパ球出現（25%）、肝酵素や LDH 上昇、軽度の炎症反応があり、全身リンパ節腫脹は稀で、何らかの皮疹が出現する。

とくに再発（8%）や、SLE との overlap、明らかな SLE への移行があるので、菊池病が疑われる患者では抗核抗体の確認をする。

<「発熱＋頸部痛型」の重篤な疾患群>

<頸部痛なのに頸部に何も無い場合の鑑別>

- **大動脈解離（頸動脈解離は伴わなくてもよい）**
- **心筋梗塞（狭心症）**
- **くも膜下出血**
- **深頸部感染症**
- **骨髄炎**
- **髄膜炎**
- **硬膜外膿瘍**

<大動脈解離>

内頸動脈に関与しなくても A 型であれば頸部・咽頭の症状で来院する場合もある、熱発も伴うことがある。

<くも膜下出血の病歴聴取のコツ>

sudden onset の病歴がとれた場合、頸部痛でも、**大動脈解離・くも膜下出血**などを考える。

とくに頸部での **sudden onset** の病歴がとれた場合には、**甲状腺濾胞内出血**（頸部腫瘍・甲状腺圧痛）や**特発性縦隔気腫**（聴診器での頸部握雪感）もこの法則から考えることができる。

※頭痛以外の訴えで来院するくも膜下出血を知っておくことは重要で、その場合、頸部痛が多いが、実は頸部痛としてもはっきりしないことがある。したがって、「首から上で突然何かが起こった」場合は、「一度はくも膜下出血を考える」

<狭心症・心筋梗塞>

狭心症は頸部痛でも来院するが、**sudden onset**（発症時が最高の痛み）ではない。

<深頸部感染症>

咽後膿瘍, Ludwig アンギナ, Lemierre 症候群

深頸部感染症で危険なのは、① 気道閉塞のリスクと② 縦隔炎への進行である。とくに**開口障害の病歴**がとれる場合には気道閉塞のリスクだけでなく、今後 **retropharyngeal space**（咽頭後隙）に進行する一歩手前の病態を示していて、一気に縦隔炎へ進行する危険性がある。