

亀田感染症ガイドライン

インフルエンザ流行期に致死的な疾患を見逃さないための手引き

最終更新2018年8月 作成：山室亮介・黒田浩一 監修：細川直登

【このガイドライン作成の目的】

インフルエンザ流行期は、内科外来・救急外来に多数の発熱患者さんが来院されますが、多忙な外来では、どの患者さんもインフルエンザに見えてしまうかもしれません。しかし、その中に敗血症や肺炎などの致死的な疾患・治療法が異なる疾患が隠れていることがあるため、インフルエンザかそれ以外かの鑑別だけでなく、これらの致死性的または治療法が異なる疾患の可能性も考えることが大切です。この手引きは、それらの疾患を見逃さないために、特に注意を払うべき点を中心に作成しました。

【インフルエンザの症状】

典型的には**発熱、頭痛、悪寒などの全身症状に咽頭痛や咳嗽などの気道症状を伴う。潜伏期は1-4日間（平均2日間）**であり、発症日から4日以内の同症状の人との接触歴が重要である。

典型的な症状を**表1**に示す。どの症状も尤度比(LR)が2を超えず、インフルエンザの確率を非常に高めるものではない。発熱がない・咳嗽がない・鼻閉塞感がない、という情報は、LR0.5を下回り、インフルエンザの確率をやや下げる。60歳以上限定では急性発症の発熱+咳嗽(LR5.4)、発熱(LR3.8)、倦怠感(LR2.6)、悪寒(LR2.6)はインフルエンザの確率を上げ、くしゃみは下げる(LR0.47)と報告されている。一般的にLRが5以上もしくは0.2以下で中等度、10以上もしくは0.1以下でかなり有用である、と解釈される。つまり上記症状は「多少」インフルエンザの確率を変化させるが、**どの症状もインフルエンザを確定あるいは除外するものでなく、総合的な判断が必要。**

咽頭後壁の発赤を伴うリンパ濾胞も、感度・特異度が高く、インフルエンザの診断に有用とされる (General Medicine 2011;12: 51-60)。

また、特に小児では腹痛、嘔気、下痢を訴えることや、高齢者では、発熱の頻度が低く、倦怠感や傾眠、意識障害が唯一の症状であることもある。

【表1】インフルエンザ患者における病歴、症状と感度・特異度²⁾

症状	感度 (%)	特異度 (%)	LR (+)	LR (-)
発熱	68-86	25-73	1.8	0.40
咳嗽	84-96	7-29	1.1	0.42
筋肉痛	60-94	6-38	0.93	1.2
倦怠感	73	26	0.98	1.1
頭痛	70-91	11-43	1.0	0.75
咽頭痛	75-84	16-33	1.0	0.96
くしゃみ	33-50	59-69	1.2	0.87
鼻閉	68-91	19-41	1.1	0.49
悪寒	83	25	1.1	0.68
発熱と咳嗽	64	67	1.9	0.54
急性発症の発熱と咳嗽	63	68	2.0	0.54
ワクチン接種歴	2-12	82-83	0.63	1.1

60歳以上のインフルエンザ患者に限定した病歴、症状と感度・特異度 ²⁾				
症状	感度 (%)	特異度 (%)	LR (+)	LR (-)
発熱	34	91	3.8	0.72
筋肉痛	45-47	81-83	2.4	0.68
倦怠感	57-73	26-78	2.6	0.55
急性発症の発熱と咳嗽	27	95	5.4	0.77
発熱と咳嗽	30	94	5.0	0.75
悪寒	46	82	2.6	0.66

<インフルエンザ迅速検査>

感度は50~70%、特異度は90%以上。疑った状況で検査陽性ならインフルエンザと診断して良い。一方で、感度が低いため、事前確率が高い状況(例えばインフルエンザ流行期に濃厚接触歴がある患者が発熱で受診した場合)では、迅速検査が陰性でも除外できない。**流行期においては、検査結果に関わらず、臨床診断を重視する。流行期の典型的な症状(発熱、頭痛、筋肉痛、咽頭痛)と接触歴(家庭内の罹患者の存在)があれば、迅速検査なしで診断してもよい。**

【インフルエンザ様症状を呈する疾患】

インフルエンザの診断は臨床症状が重視されるが、各症状は非特異的であり、同様の症状を呈する疾患は多い。中には、敗血症などの致死性の疾患も含まれており、インフルエンザを診断する際、インフルエンザ様症候を呈する重篤な疾患の可能性を検討することが重要である。主訴となる症状別の鑑別疾患を**表2**に示す。

【表2】インフルエンザ様症状を呈する鑑別疾患 ³⁾	
症状	鑑別診断
咽頭痛、嚥下困難	溶連菌性咽頭炎・扁桃炎 急性喉頭蓋炎、扁桃周囲膿瘍 Ludwig' s angina、Lemierre症候群 咽後膿瘍
鼻閉、顔面痛	副鼻腔炎
嘔気、下痢	虫垂炎、憩室炎、腹腔内膿瘍
頭痛	髄膜炎、脳炎、硬膜外膿瘍
呼吸困難感、咳	肺炎、胸膜炎、心膜炎、心筋炎
全身症状のみ (倦怠感、筋肉痛など)	敗血症、急性HIV感染症 蚊媒介感染、リケッチア感染

1) 喉の痛みが強い場合

- ・ A群溶連菌による扁桃炎を考える(診断については、ガイドライン「咽頭炎」を参照)。
- ・ 5 killer sore throat(急性喉頭蓋炎、扁桃周囲膿瘍、咽後膿瘍、Ludwig' s angina、Lemierre症候群)を疑うキーワードは飲食できない、つばを飲めないなどの強い咽頭痛である。
- ・ 開口には、咀嚼筋群(咬筋、内側翼突筋)が関与する。開口障害を認める場合、咽頭外側隙の前方への炎症波及が示唆されるため、深頸部感染症を疑うきっかけになる。
- ・ Striderは気道狭窄のサインなので注意する。

2) 鼻閉、顔面痛が強い場合

・頬部の痛み、腫脹があれば急性副鼻腔炎を考える。特に症状が10日以上改善しない、発熱を伴う顔面痛が3日以上持続する、感冒症状がいったん軽快した後に症状が出た場合（典型的には5～6日後に増悪：“double sickening”）は、細菌性副鼻腔炎を考える。⁴⁾

3) 咳や痰が強い場合

・頻呼吸、酸素化低下があれば、肺炎を考慮する。通常の細菌性肺炎、インフルエンザウイルスそのものによる肺炎、インフルエンザ罹患後の細菌性肺炎の可能性を考える。インフルエンザ罹患後の細菌性肺炎は、肺炎球菌、黄色ブドウ球菌、インフルエンザ菌によるものが多い。胸痛が強い場合は、胸膜炎、心膜炎、心筋炎を念頭に心電図や採血評価も検討する。

4) 頭痛が強い場合

・髄膜炎（特に細菌性髄膜炎は致命的）の可能性を考慮する。人生最悪の頭痛、徐々に悪化する強い頭痛は要注意。代表的な症状は、発熱、頭痛、項部硬直、意識変容。疑ったら、髄液検査を行うことが重要。

・インフルエンザシーズンでは、意識障害を合併している場合、インフルエンザ脳症の可能性を考える必要がある。

5) 上気道症状が乏しく全身症状(発熱、倦怠感)のみの場合

・発熱のみで受診するインフルエンザもあるが、見逃してはならない鑑別が多い。

・重要な鑑別は、敗血症、海外渡航後の発熱の原因となる感染症（マラリア、デング熱、腸チフス）、リケッチア感染症である。

・敗血症の中でも表3の疾患は、初期の段階では、発熱のみが目立つことがある。

・敗血症を疑った場合、抗菌薬投与前に血液培養検査を必ず行う。敗血症を疑う場合は、経口抗菌薬では不十分な治療となる可能性があるため、入院治療を考慮する。

【表3】 初期に発熱のみで受診しうる敗血症、菌血症をきたす疾患⁸⁾

疾患名	主な所見	必要な検査など
急性腎盂腎炎	膀胱刺激症状（排尿時痛や頻尿） CVA（肋骨脊柱角）の圧痛・叩打痛	尿検査、尿培養、血液培養2セット、尿路の閉塞起点の評価（エコー・CT）
急性前立腺炎	排尿時痛、頻尿、直腸診で前立腺圧痛（マッサージは厳禁）	尿検査、尿培養、血液培養2セット
急性胆管炎 肝膿瘍	右季肋部圧痛、黄疸、肝叩打痛	血液検査、血液培養2セット 腹部エコー検査、造影CT
感染性心内膜炎	結膜点状出血、手足の塞栓所見 皮疹の有無、心雑音の有無	血液培養3セット、心エコー検査など

・敗血症を疑うには、悪寒戦慄の聴取が有用である。分厚い毛布を羽織っていても、震えが止められない場合、悪寒戦慄ありと評価する。悪寒戦慄を認めた場合には血液培養が陽性になる確率が高まるため表4、血液培養を2セット採取する。

【表4】寒さの程度と血液培養陽性の関係 ⁵⁾					
寒さの程度	病歴	感度	特異度	LR(+)	LR(-)
Mild chills (寒気)	上着を羽織りたくなる	45.0%	90.3%	1.81	0.24
Moderate chills (悪寒)	分厚い毛布を羽織りたくなる	75.0%	72.2%	2.70	0.35
Shaking chills (悪寒戦慄)	分厚い毛布を羽織っていても 体の震えがとめられない	87.5%	51.6%	4.65	0.61

・海外渡航後の発熱で、重症化する疾患に、**マラリア・デング熱・腸チフス**が挙げられる⁶⁾。また、インフルエンザは流行時期が日本と異なることがあるので注意する（熱帯地方では通年流行している）。

・特に**熱帯熱マラリア**は見逃すと致死的であり、受診から1-2ヶ月前まで渡航歴を確認する。潜伏期間からの鑑別が有用（**ガイドライン「渡航者の発熱」を参照**）。マラリアを疑う場合は感染症科にコンサルトする。

・千葉県（特に南房総）では春から夏に**日本紅斑熱**、秋から冬に**ツツガムシ病**が流行する。発熱・皮疹・痂皮が特徴だが、発病初期は皮疹が目立たないことがある。インフルエンザ流行時期（秋から冬）に、ツツガムシ病の流行地に居住している患者が発熱で来院した場合、ツツガムシ病も鑑別に挙げ、皮疹や痂皮を丁寧に探す。山や畑に1-2週間以内に入ったという病歴は、リケッチア症を疑うきっかけとなるが、曝露歴がはっきりしない症例も多いため、曝露歴がないことによつてリケッチア症を除外することはできない（**ガイドライン「リケッチア感染症」を参照**）。

参考文献：

- 1) 亀田 1 ページで読める感染症ガイドラインシリーズ 23 2009 年バージョン
- 2) JAMA. 2005;293(8):987-997
- 3) J Emerg Med. 2017;53(1):49
- 4) Clin Infect Dis. 2012;54(8):e72
- 5) Am J Med. 2005;118(12):1417
- 6) Int Marit Health. 2015;66(2):77
- 7) Infect Dis Clin North Am. 2018;32(1):163
- 8) 田坂佳千. かぜ症候群の病型と鑑別疾患. 今月の治療. 2005 Dec 23;13(12):17-21.
<http://jglobal.jst.go.jp/public/20090422/200902213072180793> ※2019.2.8 追記