

亀田感染症ガイドライン

入院患者の新規の発熱

2018年6月最終更新 作成：安間章裕・黒田浩一 監修：鈴木大介、細川直登

1. 初めに

- ・この項では、**入院患者の新規の発熱の対応**について述べる。
- ・qSOFA (sBP ≤ 100 mmHg、GCS < 15、呼吸数 ≥ 22 回/分) で2項目以上を満たす場合、敗血症 (sepsis) が疑われるため、緊急の対応が必要である¹⁾。
- ・バイタルサインが安定しており、全身状態も良い場合には、empirical に抗菌薬治療を開始せず、まずは診断をつけることを優先する。

2. 発熱の鑑別

- ・感染性 vs 非感染性に分けて考える。

(1) 感染性

- ・肺炎、腎盂腎炎、血管内カテーテル関連感染、*Clostridium difficile* 腸炎、手術部位感染を第一に考える²⁾³⁾。
- ・その他、NG チューブ関連の副鼻腔炎、胆管炎、胆嚢炎、感染性心内膜炎、関節炎、憩室炎、蜂窩織炎、褥瘡感染も考慮する。
- ・判断が難しければ感染症科コンサルト。

(2) 非感染性

- ・偽痛風、深部静脈血栓症、薬剤性、静脈炎、血腫、中枢熱、腫瘍熱、副腎不全などを鑑別。

3. ワークアップ

(1) 病歴聴取

- ・本人から聴取するのが基本
- ・できない場合には家族、スタッフ、カルテなどから情報収集を行う
- ・悪寒戦慄、頭痛、咳痰、呼吸困難、腹痛、下痢、排尿時痛、関節痛などの有無を確認する。

(2) 身体診察

頭頸部…副鼻腔叩打痛、CV 刺入部

胸部…肺副雑音 (crackles など)、心雑音

腹部…圧痛、腹膜刺激徴候、Murphy 徴候

背部…CVA 叩打痛、脊柱叩打痛、褥瘡

四肢…ライン刺入部、塞栓症状、関節発赤/腫脹/圧痛/可動域制限、下腿浮腫/把握痛

皮膚…皮疹

直腸診…前立腺圧痛、便性状

(3) 検査

- ・病歴と身体所見から鑑別疾患を考え、それに応じて検査を order する
- ・血液検査 (血算、生化)
- ・**基本3点セット：血液培養2セット、尿培養・尿検査 (定性・沈渣)、胸部レントゲン**
- ・肺炎を疑う場合には喀痰培養 (Geckler5 の良質な痰を取ることが重要)
- ・創部感染を疑う場合には創部からの浸出液や膿汁を培養に提出 (スワブは検体として不適切なのでシリンジで吸引 or 内部の壊死組織を嫌気ポーターで提出)
- ・下痢があれば CD トキシン (当ガイドライン『CDI 検査』を参照)
- ・CV カテーテルを抜去した場合カテーテル先端 (5cm) を培養に提出
- ・髄膜炎が疑われれば髄液採取 (一般検査、培養)
- ・関節炎が疑われれば関節液採取 (一般検査、培養)
- ・DVT を疑う場合には下肢静脈エコー
- ※培養検査を提出した場合、まずその検体のグラム染色を行い、評価する

4. 初期治療

＝培養結果が判明するまでの治療。判明し次第、最適治療に de-escalation する。

- ・ 感染臓器と想定される微生物に応じて抗菌薬を選択する
- ・ 感染症ごとの治療については当ガイドラインの各項目を参照。
- ・ 抗菌薬の量は腎機能に合わせて調節するが、初回投与量は、腎機能に関係なく通常投与量。
- ・ 判断に迷う場合には感染症科をコールする。

5. 参考文献

- 1) JAMA 2016;315(8): 801-810.
- 2) Emerg Infect Dis 1998;4(3): 416-420.
- 3) Neurocrit Care 2016;25(2):178-84
- 4) Crit Care Med 2017;45:486-552