

【症例】

57 歳男性

【主訴】

意識混濁、咳嗽、発熱、気分不良、体重減少

【現病歴】

生来健康であったが、7 週間前くらい前から気分不良と食欲不振が進行した。その 4 週間後からは最高 37.6℃の発熱とともに乾性咳嗽増悪し、前医 1 を受診した。胸部 Xp では左下肺野に透過性低下を認め、胸部 CT 検査では左下葉の浸潤影を認めたため、入院となり、セフジニルとアジスロマイシンの経静脈投与が行われた。翌日、経口レボフロキサシンに切り替えられ、6 日間投与の後に自宅退院となった。しかしながら、発熱と咳嗽が長く続いたため、前医 2 に再入院となった。喀痰培養採取、レボフロキサシン中止、ピペラシリン・タゾバクタム、バンコマイシン経静脈投与が行われた。2 日後、いくらか症状の軽快があったため、ピペラシリン・タゾバクタム、バンコマイシン投与は中止し、アモキシシリン・クラブラン酸が開始された。患者は 10 日間の抗菌薬治療を完遂するという計画のもと、自宅退院となった。

しかし、倦怠感、咳嗽、気分不良は継続していた。毎日続く夜間の発汗、最高 37.8℃の発熱によって、食欲不振が悪化し、弱っていった。そのため、患者は自力歩行ができなくなった。2 回目の退院の 10 日後（当院受診 2 日前）には、患者の妻は患者が支離滅裂で見当識障害があり、怒りっぽく、好戦的であることに気づき、家の周りで排尿しているのを見つけた。当院受診の夕方には、服を着てシャワーを浴びるのを見つけた。緊急医療要請がかかり、患者は前医 3 に搬送された。

患者がその病院に到着した時、体温 38.3℃、HR111、BP135/73、RR24、SpO294%（room air）。意識混濁しており、適切に質問に返答できなかった。血液検査の結果で特筆すべきものとしてはトロポニン I が 13.4 ng/mL（正常値 0.04 未満）、乳酸 2.4 mmol/L（正常値 0.4~2.0 mmol/L）、WBC21800/mm³（4500-10500）であった。血液培養が採取された。ECG では洞性頻脈と心房性期外収縮わずかな下壁

誘導の ST セグメントの上昇を認めた。患者は頻呼吸と傾眠傾向増悪が見られたので、気管挿管されて機械的人工換気を開始した。経静脈的なバンコマイシン、ピペラシリン・タゾバクタム、シプロフロキサシン、ロラゼパム、プロポフォールが開始された。そして CAG を考慮し、当院の救急部にヘリコプターで搬送された。

【来院時所見】

意識は混濁しており、適切な返答は不可

BT : 38.3°C、HR : 111、BP : 135/73、RR : 24、SpO2 : 94% (room air)

入院前は胸痛や呼吸不全、浮腫、不整脈の徴候はなし

【既往歴】

湿疹

蜂刺傷でアナフィラキシーショック

【内服薬】

なし

【アレルギー】

特記事項なし

【生活歴】

職業 : 農家 (馬、羊、山羊、外来種の鳥の飼育をしていた)

喫煙 : 41pack-years

飲酒 : 10 杯/日の飲酒、時には、2-3 杯のワインも飲むことがあった

毎日、マリファナを吸っていた

【家族歴】

姉 or 妹が 4 2 歳の時に胸部腫瘍で死亡、父が 4 0 歳代の時に原発不明癌で死亡

【入院後身体所見】

頻呼吸と傾眠傾向増悪が見られたので、挿管し、機械的人工換気を開始

Tidal volume : 500 ml、RR : 18 回/分、PEEP : 8cmH₂O、FiO₂ : 0.80 で SpO₂100%
BT37.2°C、HR100 回

瞳孔径は 2mm で対光反射は減弱

鎮静レベルを下げていったとき、患者は開眼し、顔をしかめたが、応指示は不可であった

瞬目反射は消失、角膜反射は正常

両側下垂足

発疹なし

その他、大きな異常を認めず

【検査】

血液検査 :

リン、ビリルビン、ALP、グロブリン、リパーゼ、糖化ヘモグロビン、サイトロピン、APTT は正常

その他の血液検査は table1 参照

清のアセトアミノフェン、エタノール、三環系抗うつ薬、サリチル酸の濃度は正常であったが、尿中中毒物質のスクリーニング検査ではカンナビノイドが陽性であった

血液、尿、喀痰培養が採取された

インフルエンザ A, B 型および RS ウイルスの鼻咽腔スワブによる核酸テストは—
ECG :

洞調律で HR99 回/分で II、III、aVf で 1mm の凹型の ST 低下と PR セグメントの低下を認めた、aVr ではわずかな PR セグメントの上昇を認めた、また、側胸部誘導と前壁誘導ではほんのわずかに右肩上がりの ST セグメントの上昇を認めた

画像検査 :

胸部 Xp では左下肺野に透過性の低下部があるが、肺水腫や胸水はなかった。造影剤なしで施行された頭部 CT 検査では左中大脳動脈領域の皮髄境界はわずかな低吸収領域と境界の消失があり、急性期から亜急性期の脳梗塞が疑われた。脳内出血はなかった。胸部、腹部、骨盤部の造影 CT では、左下葉にコンソリデーションが見つかった。(Fig2B) これは 4 週間前に他院で最後に行われた時より増大していた。肺区域や肺亜区域に一致した肺塞栓症による変化が右下葉に存在していた (Fig2C) が、右心系の変化はなかった。右下葉の胸膜下の楔状型の

コンソリデーションは肺梗塞に一致していた。新たな両側性の胸水が見られた。脾臓と腎臓に多くの楔状型の低吸収域が梗塞巣に一致して見られた。(Fig2D)

【入院後経過】

患者が救急部門にいる間、23 秒の心室性不整脈がおこった。挿肛のアスピリン、マグネシウム、セフェピムの静注が開始された。プロポフォールの注入と生理食塩水、アミオダロンの投与も開始された。心臓カテーテル検査も考慮されたが、行わなかった。患者は集中治療室に入院し、追加の画像検査を施行した。頭部、頸部の MRI および MRA 検査で広範な両側性の急性から亜急性の脳梗塞と小脳半球に広がる点状の梗塞が判明した。(Fig2E) 少数の点状巣として存在する敏感なアーチファクトからは微少出血が疑われた。

TOF 法で左中大脳動脈の上皮質枝 (M4 区) に好感度の線状信号域と左中大脳動脈の上方分岐で flow-related-enhancement が消失しており、血栓症を示唆された。

TTE では LVEF35%で、下壁領域でもっとも優位なびまん性の壁運動低下を認めた。マイクロバブルテストでは卵円孔開存は見つからなかった。僧帽弁尖は一部肥厚しており、mild-moderate の僧帽弁逆流が見られた。少量の心嚢液貯留も見られた。(figure3A)

ループスアンチコアグulant、抗カルジオリピン IgM、IgG 抗体、 β -2 グリコプロテイン IgM、IgG 抗体、抗サイクリックシトルリン化蛋白抗体、抗リウマチ因子抗体の検査は陰性であった。抗好中球抗体は 1 : 40 と 1 : 160 の力価で陽性で、均質型であった。

その後、バンコマイシンとチアミンの頸静脈投与、ドキシサイクリン、アトルバスタチン、オメプラゾール、メトプロロールの経管投与を開始した。

2 日目には、体温 38.4°C で再度血液培養、尿培養、喀痰培養を採取した。抗 SS-A 抗体、抗 SS-B 抗体、抗 Jo-1 抗体は陰性であった。ブルセラ、コクシエラ、(Q 熱の原因菌)、抗好中球細胞質抗体も陰性であった。四肢のエコー検査では血栓は否定的であった。気管支鏡での BAL では多くの気管支区域で血液混じりの分泌物が見られた。BAL の液体のグラム染色では、好中球や生物は見つからなかった。真菌染色や抗酸染色は陰性であった。ニューモシスチス・イロヴェチの染色、インフルエンザウイルス A 型、B 型の核酸検査、RS ウイルスの検査も同様

に陰性であった。加えて BAL 液の直接抗フルオロセイン抗体染色で、アデノウイルス、ヒトメタニューモウイルス、Type1, 2, 3 のパラインフルエンザウイルスは陰性であった。

その後、確定診断のための検査が施行された。