

「症例クイズ」

2024.03.13 プライマリケアカンファレンス

岩手医科大学 総合診療医学講座 山田哲也

岩手医科大学 総合診療医学講座

総合診療
専門研修PG
専攻医6名と







定員:6名/年
期間:3~4年

いわてイーハトーヴ

総合診療

専門研修プログラム

イーハトーヴをささえつなげるかけはしへ



全人的医療を行い地域全体の健康を守る「良医」を育成し、岩手ひいては日本の地域社会に貢献する



誇りを持って実践する総合診療医を、継続的に育成する

- 患者さんを、背景を持った1人の人間として総合的にみる
- 地域をまるごとみる
- 地域の中で、患者さん・医療者・行政や福祉など他の業種・地域社会を支えてつなぐ「かけはし」となる



「専攻医ファースト」で自由度高く「オール岩手」で研修をサポート

【症例】 54 歳 男性

【主 訴】 微熱、体重減少、倦怠感

【既往歴】 高血圧、高尿酸血症、高中性脂肪血症

【現病歴】

受診 20日前 夜間に38°Cの発熱あり、

その後 微熱、倦怠感、体重減少が続き、

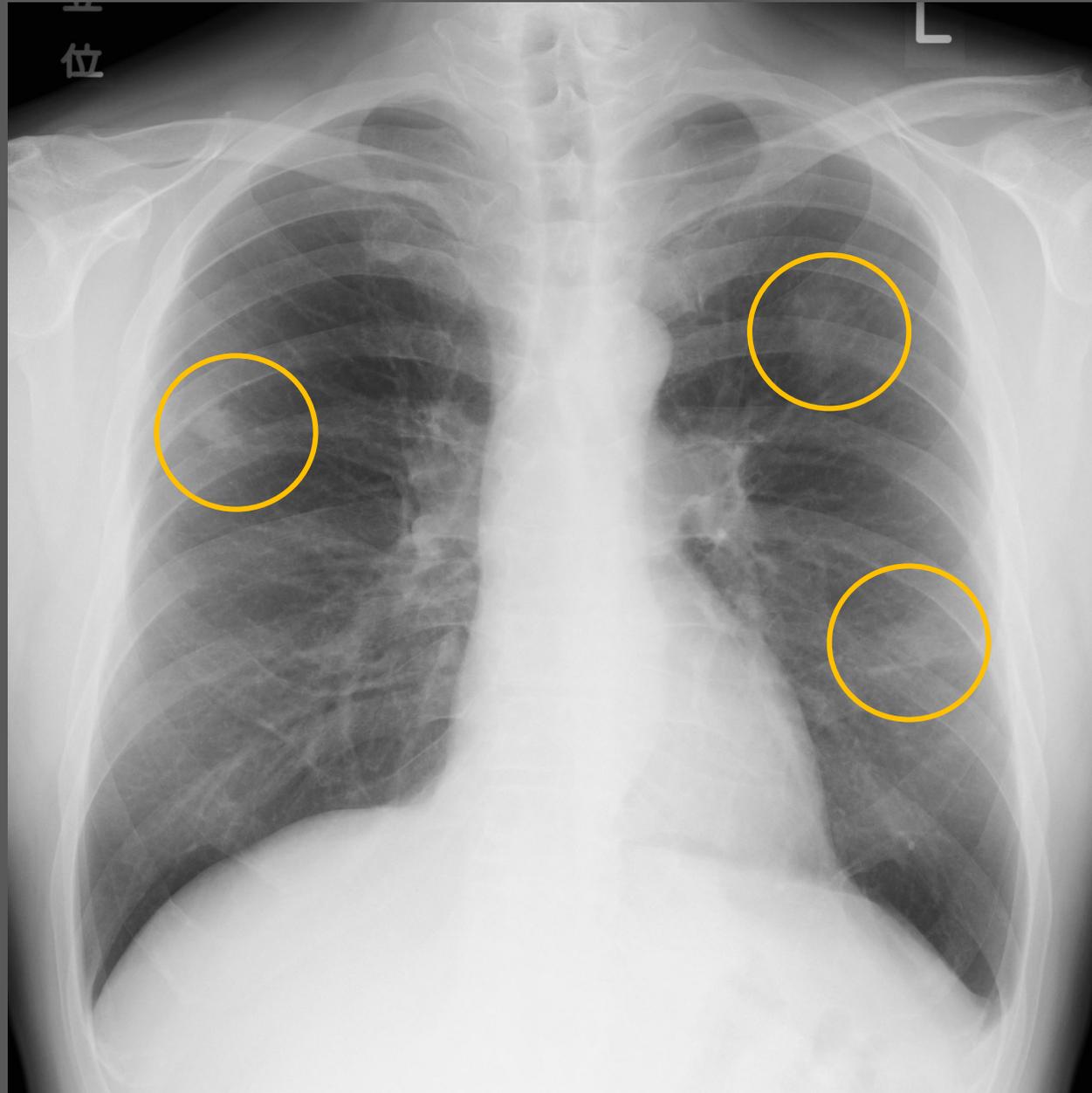
胸痛、咳、痰 出現、

受診 2日前 近医受診、胸部X線写真で 半年前には認めなかった

肺野の異常陰影を認め、当科紹介受診した。

※アジスロマイシン投与後 症状改善あり

胸部X線写真



【嗜好歴】 タバコ： 20 本/日 × 34年
アルコール： ビール1000 mL/day + 焼酎水割り 2杯/day

【内服薬】
アジルバ、アムロジピン、アロプリノール

【ROS】
陽性： 発熱、悪寒、戦慄、発汗、食欲不振、倦怠感
体重減少 (5 kg/1ヶ月)、頭痛、胸痛、咳、痰、関節痛

陰性： 咽頭痛、鼻汁、呼吸困難、腹痛、下痢、便通異常、
排尿痛・排尿異常、皮疹

【身体所見】

身長 178 cm 、 体重 83.8 kg、 BMI 26.4

体温 35.9 °C 血圧 112/77 mmHg 脈拍 87 回/分 整

呼吸数 14 回/分 SpO₂ 98% (Room Air)

眼瞼結膜に出血斑なし

頸部リンパ節腫脹なし

呼吸音：両側下肺背側に 軽度coarse crackle

心音：雑音なし S1 (→) 、 S2 (→) 、 整

腹部：平坦、軟、自発痛なし、圧痛なし

四肢末梢の出血斑なし、紫斑なし

下腿浮腫なし

あえてここまでの病歴・身体所見では、
記載しなかった(隠した)情報があります。

1. 追加で聞きたい病歴
2. 身体所見
3. 追加でとりたい病歴や身体所見を
確認するにあたり、想起した鑑別診断

【追加の病歴】

受診 27日前 右下6番 臼歯部に膿がたまり、歯科治療

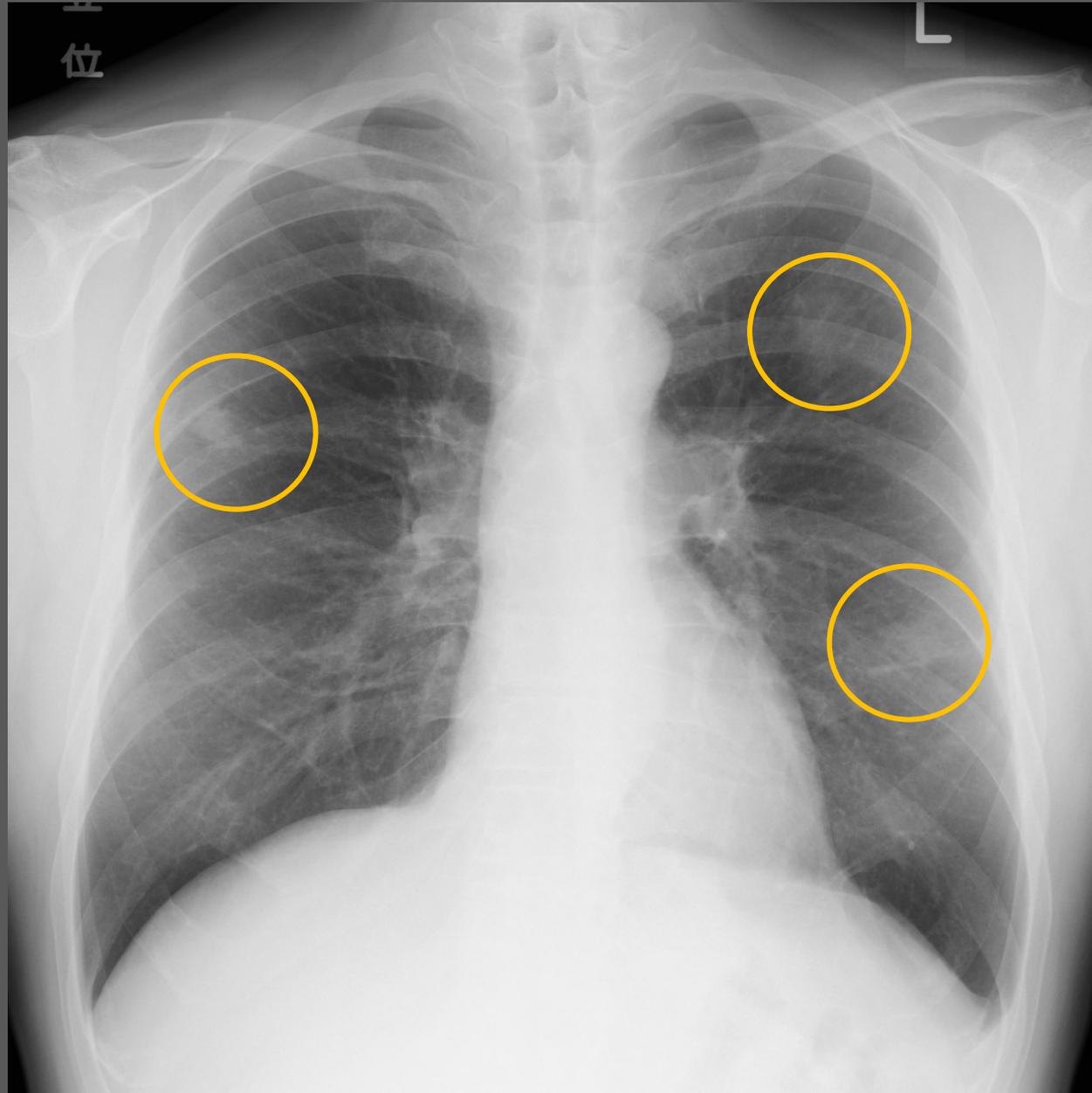
【身体所見】

右下6番臼歯 歯科治療痕 動揺あり 周囲歯肉発赤

【血液・尿検査】

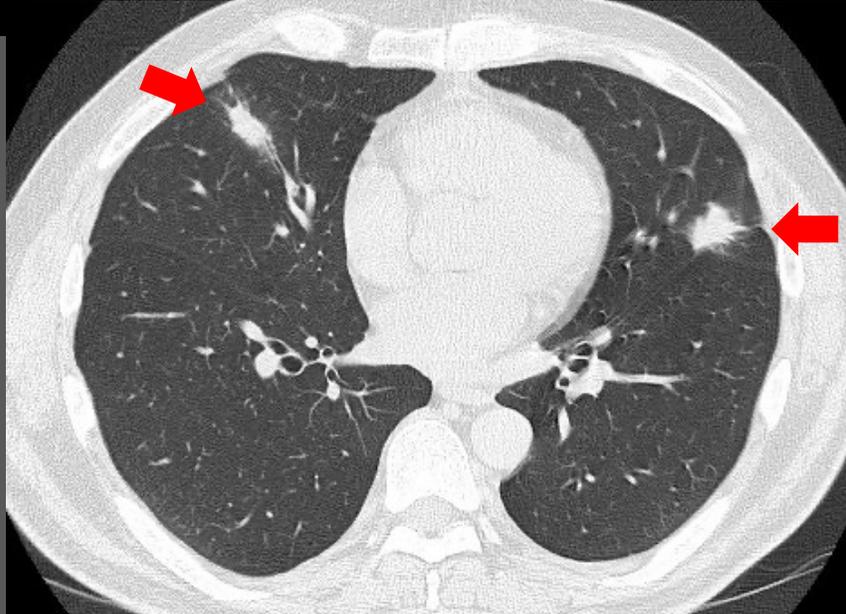
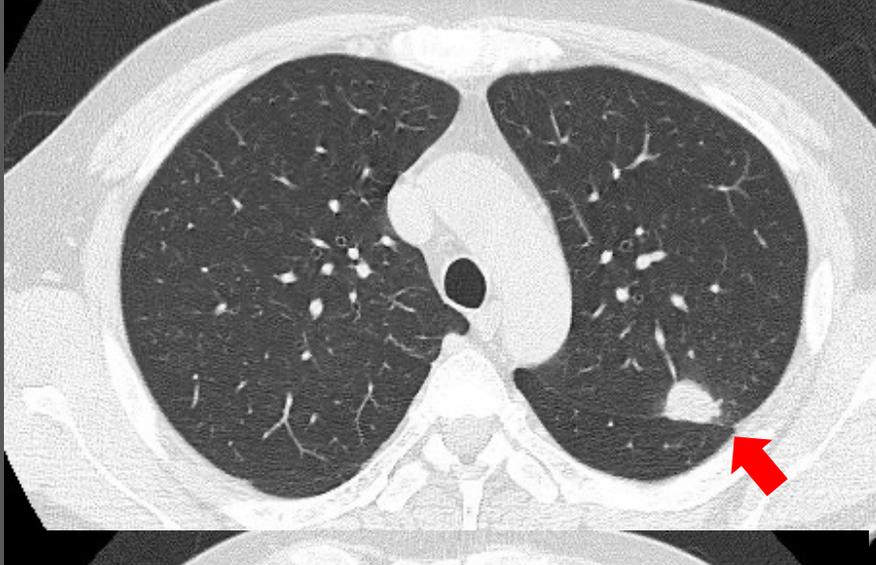
WBC	11430 / μ l	TP	7.1 g/dl	PT-INR	1.11
好中球	72.4 %	Alb	4.0 g/dl	APTT	32.6 秒
リンパ球	2.15 %	AST	24 IU/l	フィブリノーゲン	675 mg/dl
RBC	469 $\times 10^4$ / μ l	ALT	29 IU/l	D-Dダイマー	<0.5
Hb	16.1 g/dl	LDH	181 IU/l	随時血糖	84 mg/dl
Plt	284 $\times 10^4$ / μ l	ALP	140 IU/l	<尿>	
MCV	102.5 fl	γ -GTP	122 IU/l	尿蛋白	(+/-)
MCH	34.3 pg	CK	74 IU/l	尿潜血	(2+)
MCHC	33.5 %	BUN	13.2 mg/dl	白血球	(-)
CRP	5.36 mg/dl	Crea	0.80 mg/dl	糖	(-)
プロカルシトニン	0.03 ng/mL	Na	140 mEq/l	<尿沈渣>	
赤沈1hr	36	K	3.8 mEq/l	赤血球	5-9/HPF
T-SPOT	陰性	Cl	101 mEq/l	白血球	<1/HPF
				円柱	(-)
				細菌	(-)

胸部X線写真

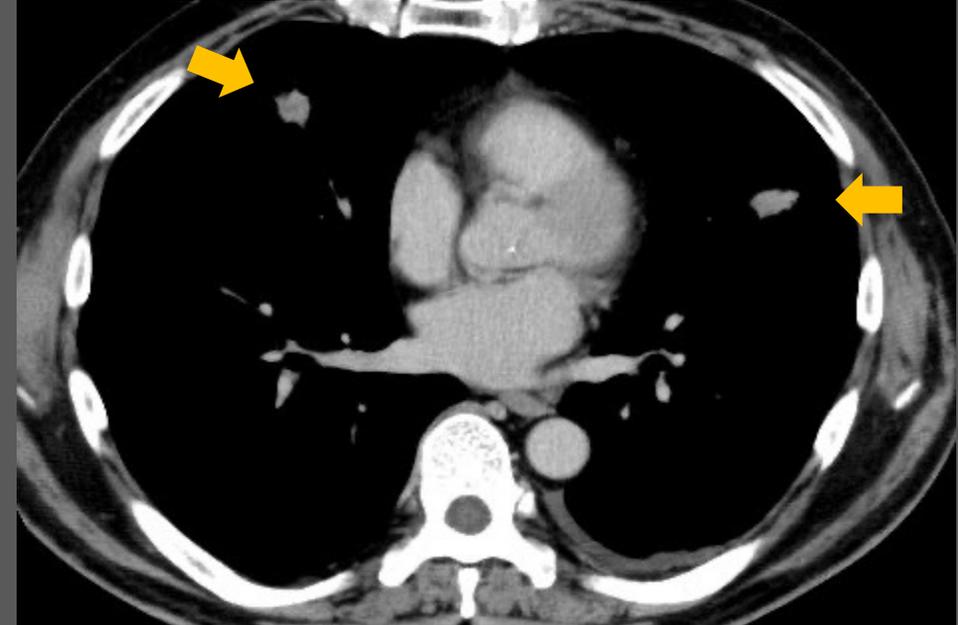


胸部CT

肺野条件 単純



縦隔条件 造影



全身造影CTで、他部位に膿瘍や感染疑う所見は指摘できない

CT 歯・顎部



上下顎に重度の歯槽骨吸収を認め、慢性歯周炎 右下顎6歯は浮遊歯

歯科： ↑ 部に重度の歯周炎

【 検 査 】

血液培養： 2セット 陰性 ※アジスロマイシン投与3日目 提出

経胸壁心臓超音波検査： 各弁尖に疣贅を認めない

【 診 断 】

右下6歯 重度歯周炎 に由来する

敗血症性肺塞栓症

(septic pulmonary embolism : SPE)

【症例2】 72歳 男性

【主訴】 左眼の腫脹

【既往歴】 先天性聾啞、脳梗塞後遺症、心室性期外収縮
高血圧、高コレステロール血症、高尿酸血症

【現病歴】

受診12日前 左眼瞼浮腫 出現

受診 9日前 近医受診し、対症的処方 → 改善せず

受診 1日前 当院眼科受診 → 左眼窩蜂窩織炎と診断

白血球数 $16790/\mu\text{L}$ 、CRP 17.89mg/dL と高値

全身性の感染症を疑われ、当科紹介受診

【ADL】 難聴と軽度の左片麻痺あるが、ほぼ自立

【嗜好歴】 タバコ：なし アルコール：なし

【内服薬】

ビソプロロール、クロピドグレル、アムロジピン、テルミサルタン、ピタバスタチン、フェブキソスタット、ラベプラゾール、

【ROS】

陽性： 発熱、悪寒、左眼痛、左眼球と眼瞼の腫脹・疼痛、
嘔気・嘔吐、食欲不振

陰性： 戦慄、頭痛、鼻汁、咳、痰、胸痛、呼吸困難、
腹痛、下痢、皮疹、筋肉痛、関節痛

【身体所見】

身長 162 cm 体重 66 kg BMI 25.1

体温 37.7 °C 血圧 120/78 mmHg 脈拍 76 回/分 整

呼吸数 20 回/分 SpO₂ 97% (Room Air)

左上下眼瞼浮腫と発赤、眼球結膜充血・浮腫、眼脂、流涙

口腔内：左上顎臼歯に動揺あり

頸部リンパ節 腫脹なし

呼吸音：清、左右差なし

心音：雑音なし S1 (→) 、S2 (→) 、整

腹部：平坦、軟、自発痛なし、圧痛なし

四肢末梢の出血班なし、紫斑なし



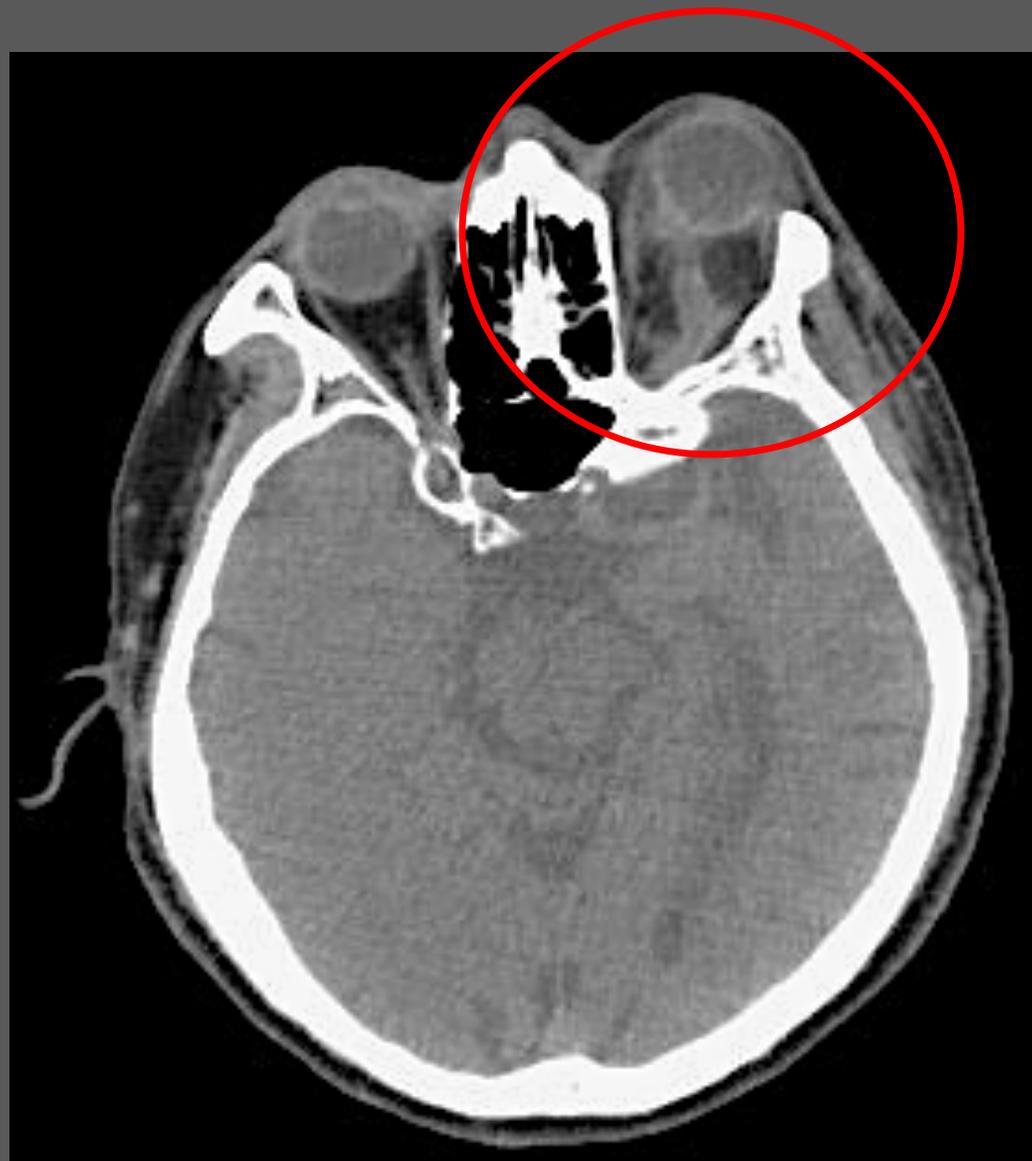
【血液・尿検査】

WBC 16760 / μ l
好中球 84.5 %
リンパ球 5.2 %
RBC 441 $\times 10^4$ / μ l
Hb 13.7 g/dl
Plt 14.2 $\times 10^4$ / μ l
MCV 89.8 fl
MCH 31.1 pg
MCHC 34.6 %
CRP 15.47 mg/dl
プロセプシン 1195.4 pg/mL
赤沈1hr 39
T-SPOT 陰性

TP 6.5 g/dl
Alb 3.0 g/dl
T-bil 1.7 IU/l
AST 51 IU/l
ALT 53 IU/l
LDH 206 IU/l
ALP 146 IU/l
 γ -GTP 206 IU/l
CK 30 IU/l
BUN 35.5 mg/dl
Crea 1.43 mg/dl
Na 128 mEq/l
K 3.8 mEq/l
Cl 93 mEq/l

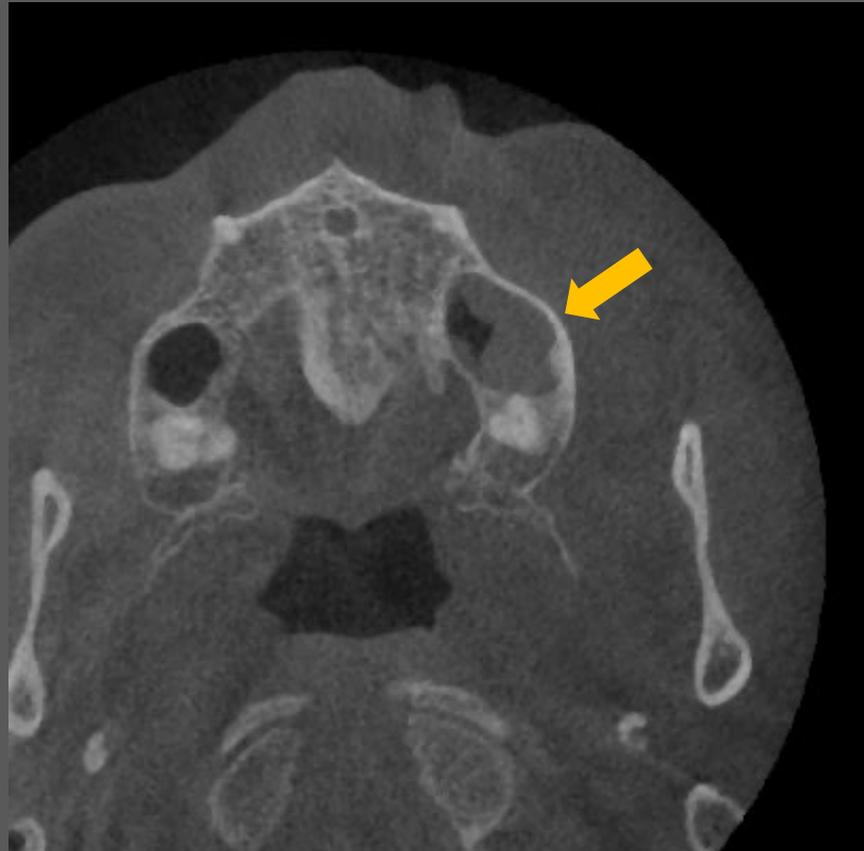
PT-INR 1.22
APTT 25.2 秒
フィブリンゲン 583 mg/dl
D-Dダイマー 2.7
随時血糖 140 mg/dl
HbA1c 6.2 %
<尿>
比重 1.025
尿蛋白 (1+)
尿潜血 (-)
白血球 (-)
糖 (-)
<尿沈渣>
赤血球 1-4
白血球 1-4
円柱 (-) /HPF
細菌 (-) /HPF

CT 眼窩部



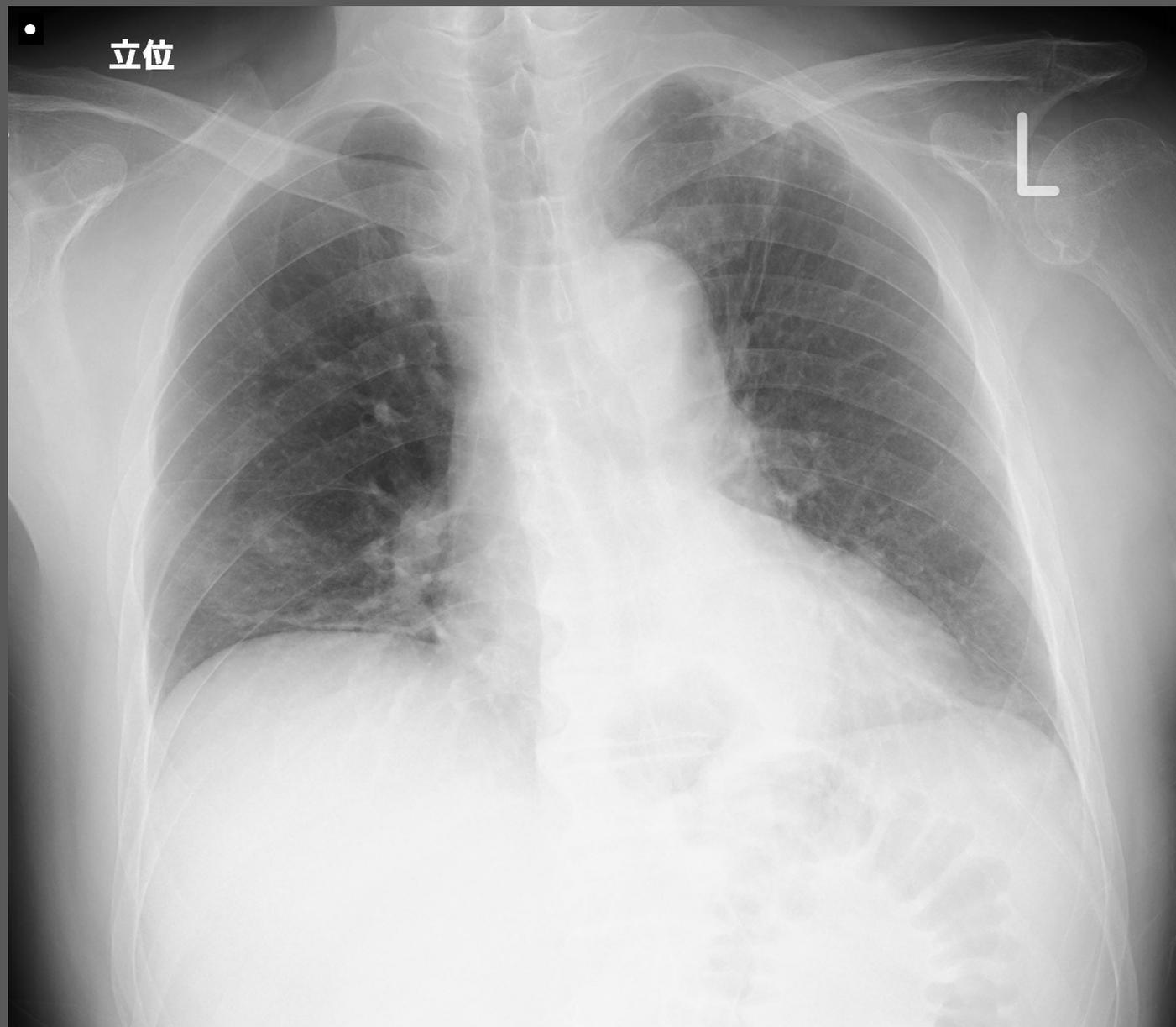
左眼瞼・眼球周囲・眼窩内に脂肪織濃度上昇

CT 上顎部

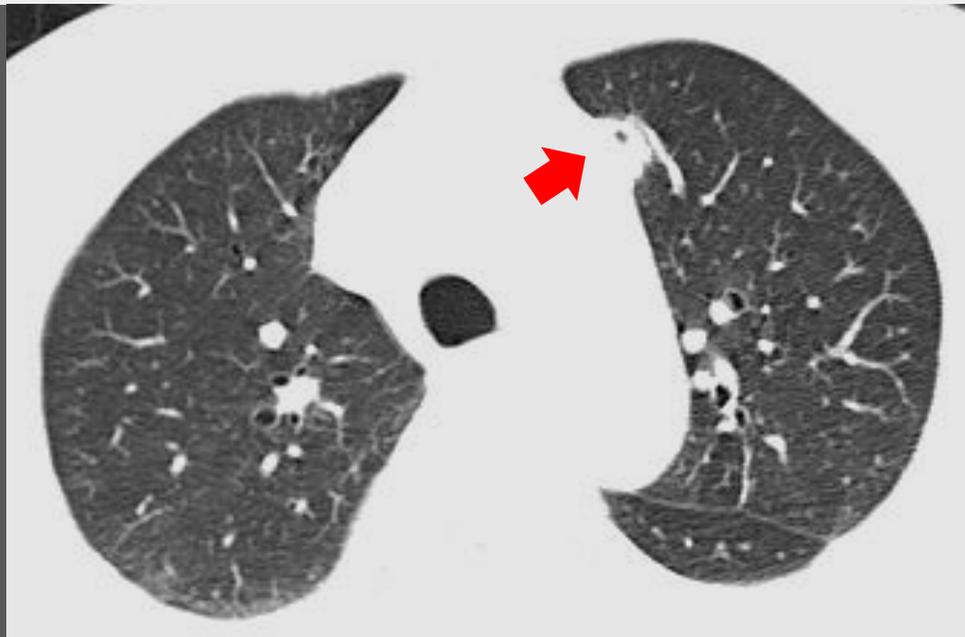


左臼歯根部に一致して 骨吸収と軟部組織増生
入院後、左臼歯根部の歯肉切開 → 多量の排膿

胸部X線写真



胸部CT 肺野



【 検 査 】

血液培養：2セット *Streptococcus constellatus*
感受性:すべてSusceptible

経食道心臓超音波検査：各弁尖に疣贅を認めない

全身造影CT：他臓器に塞栓・膿瘍等感染疑う所見なし

【 診 断 】

歯周炎 → 左上顎洞炎に由来する 眼窩蜂窩織炎 と SPE

敗血症性肺塞栓症

septic pulmonary embolism : SPE

敗血症や全身各所の感染巣に起因する
感染性の静脈血栓や菌塊などで塞栓をきたし、
肺に多発性の結節を形成する疾患

- SPEは、薬物中毒者、血管内留置カテーテル使用者、感染性心内膜炎の患者に多く発症し、歯性感染症のみに起因することは稀とされている¹⁾
- 本邦における歯性感染に起因するSPE、過去10年間の報告は30例
辺縁性歯周炎23例（77%）と最も多く、
膿瘍が6例（20%）、埋伏歯が1例（3%）

1) Ye R, Zhao L, et al : Clinical characteristics of septic pulmonary embolism in adults: a systematic review. Respir Med 108: 1-8, 2014.

- SPE患者 10例のうち8例に歯性感染、その8例中6例に感染性心内膜炎を示唆する所見あり²⁾

歯性感染 → 感染性心内膜炎 → SPE

- 自験2例：弁膜に疣贅を認めず、他の原因となる感染巣も指摘できず
- 歯性感染以外にSPEの原因が見当たらなかった報告あり³⁾⁴⁾

歯性感染 → SPE

2) Iwasaki, Y., Nagata, K., et al.: Spiral CT findings in spectrum of septic pulmonary emboli. Euro J radiol 37: 190-194 2001.

3) 吉田遼司,中山秀樹,他：歯性感染症が原因で生じたと考えられた敗血症性肺塞栓の1例. 日口外誌 56：49-53 2010

4) 小野寺慧,宮本郁也,他：歯性感染症に合併した敗血症性肺塞栓症と化膿性筋炎の1例. 日口外誌 67: 365-371 2021

結語

- 歯性感染症によるSPEの2例を経験した
- 胸部画像検査で多発の肺結節影を認め、細菌感染症を疑う症例では、SPEを鑑別に挙げる
- SPEを疑う時、感染性心内膜炎の精査と共に、歯性感染の評価、歯科連携が重要である
- 歯性感染のみが原因で（感染性心内膜炎を介さずに）SPEをきたす可能性がある

岩手医科大学 総合診療医学講座では
岩手医科大学における新たな教室として、
総合診療の診療、教育、研究に取り組んでおります。
岩手で総合診療をつくる仲間、スタッフを募集しています。

いわてイーハトーヴ
総合診療 専門研修プログラム
専攻医も募集中です！



お問い合わせは

<https://imu-soushin.jp/contact/>