

# 麻疹診療について -当院で経験した事例-

伊勢赤十字病院感染症内科

坂部 茂俊 田邊 京 田中 宏幸

中西 雄紀 豊嶋 弘一

## 症例：X0歳代X性

【主訴】 発熱

【既往歴】 高尿酸血症、高血圧症、アルコール性肝障害

【家族歴】 特記すべきことなし

【生活歴】 非喫煙者、飲酒なし

【職業歴】 接客業

【予防接種歴】 過去に麻疹の予防接種あり（家族の記憶）

【現病歴】 20XX年X月某日よりX日間XX共和国を観光目的に単独訪問した。現地でダイビングなどをおこなった。性的活動なし。20XX年X月X日より37度台の発熱、頭痛、全身関節痛が出現、X月X日より39度に体温上昇したためX月X日に近医を受診した。3月5日に全身に点状紅斑出現したため再受診、koplik斑あり、麻疹を疑われ当院に紹介された。

# 身体所見

Vital sign : 意識レベルJCS0、BP 141/82mmHg、HR 107/min、RR 20/min、SpO2 98%(RA)

神経学的所見 : 四肢麻痺(-)、jolt accentuation(-)、neck rigidity(-)  
副鼻腔叩打痛(-)

咽頭 : 扁桃腫大(-)、発赤(-)、滲出物付着(-)、Koplic斑あり

眼瞼結膜 : 貧血 (-)、黄疸(-)、点状出血(-)、充血あり

心肺 : 清明

腹部 : 平坦・軟、蠕動運動音正常、圧痛(-)、腹膜刺激徴候(-)、  
右季肋下に肝触知なし、右季肋部叩打痛(-)、Murphy徴候(-)

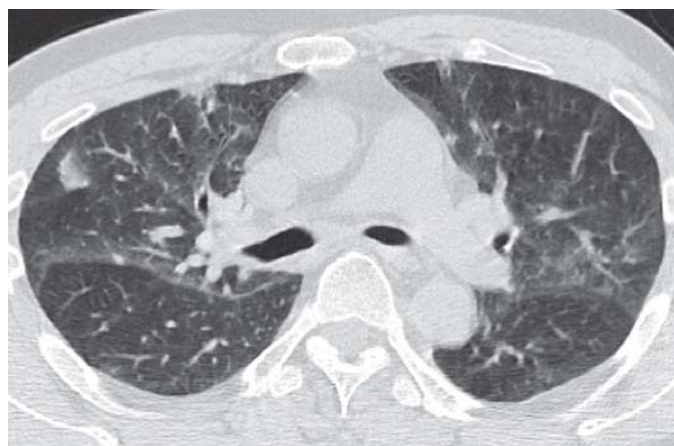
皮膚 : 顔面～体幹部にやや紅斑

関節 : 関節痛(-)、ROM制限(-)、関節液貯留なし

## 入院時採血結果

WBC	5.4 × 10 <sup>3</sup>	/μL	CRP	5.45	mg/dL	PT-秒	11.2	秒
Neu	89.7	%	TP	6.3	g/dL	PT-%	111	%
Ly	8.2	%	Alb	3.6	g/dL	PT-INR	0.94	
RBC	4.45 × 10 <sup>6</sup>	/μL	BUN	9.0	mg/dL	APTT	42	秒
Hgb	15.0	g/dL	Cre	0.77	mg/dL	Fib	391	mg/dL
PLT	158 × 10 <sup>3</sup>	/μL	UA	6.5	mg/dL	フェリチン	2266.0	ng/mL
			Na	125	mEq/L			
			K	3.5	mEq/L			
			AST	127	U/L			
			ALT	75	U/L			
			LDH	549	U/L			
			γGTP	206	U/L			
			T-bil	0.4	mg/dL			

# 胸部単純X線写真・胸部CT



## 細菌学的検査

- ・ マラリア：迅速キット (-)
- ・ デング熱：迅速キット (-)
- ・ A型肝炎 IgM (-)
- ・ HIV迅速検査 (-)
- ・ 梅毒 PRP (-)、TPHA (-)
- ・ 風疹 IgG (EIA法) 28.2
- ・ 麻疹 IgG (EIA法) 19.4

# Problem list

#発熱

CRP上昇を伴う

#低酸素血症

肺炎による

#皮疹

疼痛、搔痒感なし

#関節痛

## 鑑別すべき疾患

麻疹

ワクチン接種歴あり?

風疹

ワクチン接種歴あり?

リケッチア症

印象やや異なる

デング熱

迅速検査陰性

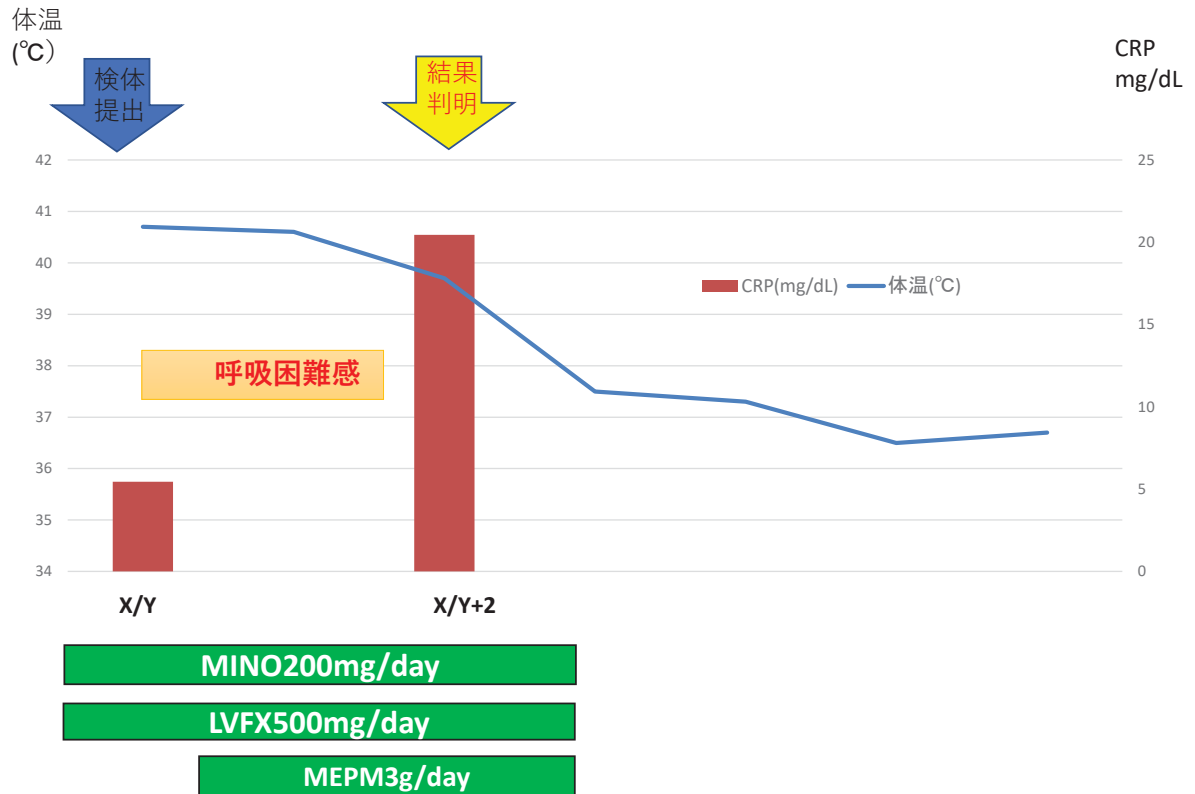
チクングニア, ジカ熱, 急性HIV感染症

ビブリオ感染症, レプトスピラ症 など

## 初期対応

- 麻疹の可能性を第一に考え、陰圧個室で管理した。麻疹は感染力が高いため、病室から出る検査を控えた。
- ウイルス感染症としてはCRP値が高いこと、麻疹ワクチン接種歴があるわりに重症感が強いことが気になった。
- リケッチア感染症（日本紅斑熱）は異なる印象を持った。しかし他人に説明できるような違いではなかった。念のためMINO+LVFXを投与した。

# 経過



前医にて接触した2名が麻疹を発症した。

①前年にワクチン2回接種をうけた)

②ワクチン記録なし

①の麻疹抗体価 IgG (EIA法) 128

②の麻疹抗体価 IgG (EIA法) 32.8

# 本事例のふりかえり

- 初診時より麻疹を疑ったが、経験的にウイルス感染症に特徴的といえる「CRP低値」が一致せず細菌感染症、特にリケッチア症の除外ができなかった。抗生剤投与を余儀なくされた。
- 肺炎の合併があったが、比較的早期に軽快した。
- 母子手帳で確認できなかったが、家族の記憶や抗体価からワクチン接種はあったものと推測される。しかし重症で感染力は強くなかった。
- 二次感染予防の難しさが示された。

## 最近の問題

- マダニシーズンを迎え、日本紅斑熱(JSF)をはじめとする発熱＋皮疹症例の扱いに困っている。
- 「JSFか麻疹かわかりません」と電話をくださる開業医の先生あり。この場合感染外来を使用。
- 夜間にJSF疑いとして受診→入院。病歴から麻疹が除外できない（海外渡航はないがホテル勤務・外国人客）場合は陰圧個室。
- 痂痂がないJSFで保健所に麻疹の検査をお願いすることあり。JSFの検査は感度が低い。
- 麻疹とJSFの違い：非典型的なものも含めれば他人に伝えられるような違いではない。
- 救急外来に紛れ込むのは避けられない。

# まとめ

- 近年における麻疹の流行は、世界的なもので今後も国内への持ち込みが続くと考えるべきである。
- 国内で続発する爆発的流行はなく、ワクチンの効果が反映されていると捉えられる。しかし個々の事例をみるとワクチンは発症を100%予防するものではなく、重症例もあると推測される。個々の症例には慎重な対応が要求される。
- ワクチン接種は進められるべきだが、医療機関で目標とすべきは「ゼロ」ではなく二次・三次感染予防である。救急外来等での接触は覚悟すべきで、二次感染予防は難しい。職員への予防接種と、「怪しい症例が来てしまった」あとの対応が重要である。病棟内で接触させてはいけない。
- 発熱＋発疹が多いので困っている。