



尿所見：尿潜血 3+、尿蛋白 ±

血液培養：Streptococcus salivarius(好気、嫌気)

胸部単純X線：透過性亢進/低下ない、浸潤影ない

心電図：58bpm 洞調律 軸 15°、Ⅲ RsR'・I・aVL・V5-6

ST低下、aVL・V2-3 陰性T波

心エコー：びまん性収縮能低下、LVEF43%、大動脈弁輪径 43mm、僧房弁前尖疣贅有、後尖逸脱有、下大静脈径 9mm、呼吸性変動有

### 【プロブレムリスト】

#1 感染性心内膜炎

#2 感染性脳動脈瘤

### 【入院後の経過と考察】

#1 感染性心内膜炎

4週間持続する発熱があり、COVID-19 PCR 及び、季節性インフルエンザウイルス抗原は陰性であり、第2肋間胸骨左縁の拡張期雑音、心尖部の収縮期雑音聴取、左手掌 ジェーンウェイ病変を認め、血液培養からStreptococcus salivarius が検出されており、心エコーにて僧房弁前尖疣贅(図1)及び閉鎖不全を認めていることから感染性心内膜炎と判断した。抗菌薬はABPC 2g(分4回/日)を血液培養の陰性化から4週間継続の方針とした。抜歯後の発症であること、起炎菌に矛盾が無いことから侵入門戸は口腔内と考えた<sup>1-3)</sup>。また、大動脈弁閉鎖不全及び、びまん性の左心室の収縮能の低下は、過去に指摘されている大動脈弁輪拡張症と考えられ(図2)、今後大動脈弁輪拡張症及び、僧房弁閉鎖不全症に対して弁置換術を予定する。

#2 感染性脳動脈瘤

入院後、抗菌薬を使用し、解熱が見られ、食事摂取量は改善し、異常所見の出現なく経過していた。しかし、7病日に辻褄が合わない発語が見られ、脳CTで左中大脳に動脈瘤が確認され(図3)、その後夜間に頭痛、構音障害、右上肢バレー徴候陽性及び右下肢の感覚麻痺が出現し、CTで出血の拡大が確認された(図4)。脳動脈瘤に対して血管内治療を目的に専門病院に転院となった。

図1

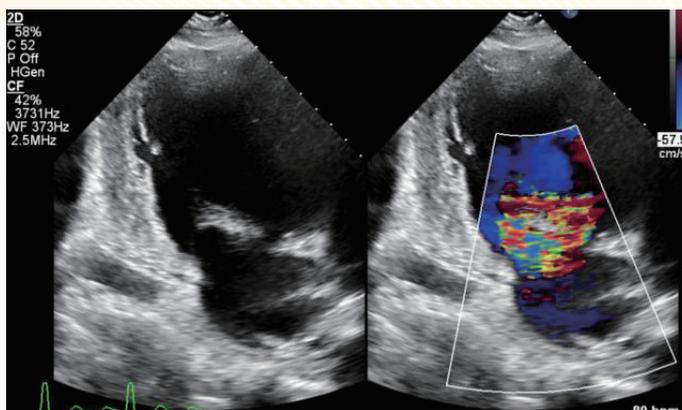


図2

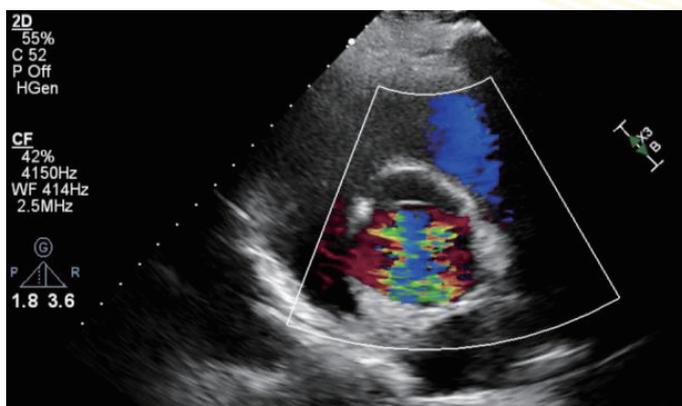
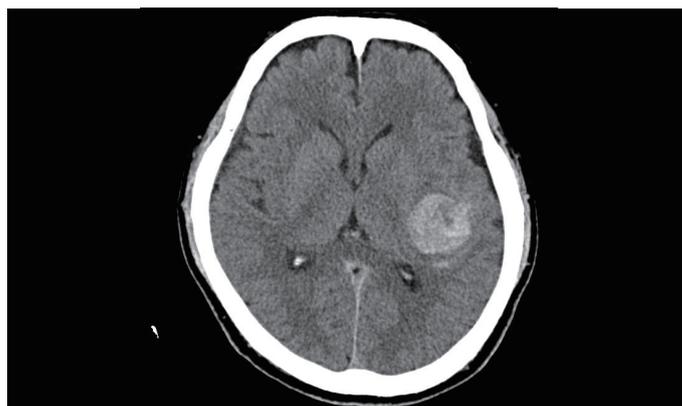


図3



図4



## 【総合考察】

発熱と味覚障害が主訴であり、家族内にCOVID-19陽性者が2名いることから診断の第一仮説はCOVID-19と考えるのが一般的と思われる。しかし、結果的には感染性心内膜炎であり、さらに感染性脳動脈瘤の破裂を引き起こしている。熱源が不明であり近医からの紹介状を持参していたことから看護師がプロトコールに従って血液培養を行い、診断に結びつけることができた一方で、家庭内でCOVID-19の患者がいたとしても複数回の抗原検査で陰性であること、迅速抗原検査の感度は63%と低い<sup>4)</sup>こと、心雑音が聴取できた時点で心エコーを行っていれば十分に診断しうる情報を医師へ提供できた。ピットフォールとしては、高熱ではあったが本人はかなり元気で意識障害はなく、自立して歩いていた。また、食事量や尿量にも変化はなく、白血球数や好中球数あるいは胸部単純X線所見にも異常はなく、重症感はなかったことが挙げられる。感染性脳動脈瘤の合併は1-5%であり、十分な量の抗菌薬を使用しても合併し<sup>5)</sup>、破裂すると致死的となる。本症例は医療面接及び、身体診察の際に仮説として感染性心内膜炎を疑った。しかし、予備診察の際には明らかなオスラー結節、爪下線状出血、ジェーンウェイ病変は認められず、心雑音は既知の大動脈弁輪拡張症と思ひ込み、口腔内も確認したもの、明らかなう蝕や膿瘍を認めなかったことから、抜歯歴の確認が不十分であった。

看護師がプロトコールを使用することで、血液培養を採取することができ、円滑な診療を提供することができた。一方で、アンカリングバイアスが働き、型通りの医療面接を行うことができなかった。看護師が取得する情報量は極めて多く、診断と治療に欠かせない情報にアクセスしている場合も少なくない。医療の質と安全の確保を目指しタスク・シフト/シェアしていくうえで看護師のフィジカルアセスメント能力の向上は必要不可欠である。

【報告日 2024年3月31日】

## 【引用文献】

- 1) Nakanishi S, Mitsutake K, Hozumi T, et al: Current Characteristics of Infective Endocarditis in Japan—An Analysis of 848 Cases in 2000 and 2001, *Circulation Journal* 67:901-905, 2003. 
- 2) Thomas CI, Diz DP, Limeres PJ, et al: An update on infective endocarditis of dental origin. *J Dent* 30: 37-40, 2002. 
- 3) Inmaculada TC, Pedro DD, Crispian S, et al: An update on the controversies in bacterial endocarditis of oral origin. *Pract Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 93:660-670, 2002. 
- 4) Sensitivity of rapid antigen tests for COVID-19 during the Omicron variant outbreak among players and staff members of the Japan Professional Football League and clubs: a retrospective observational study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067591> 
- 5) 日本循環器学会 感染症心内膜炎ガイドライン 2017年改訂版(2024年1月24日 閲覧) 
- 6) 看護の専門性の発揮に資するタスク・シフト/シェアに関するガイドライン及び活用ガイド 日本看護協会(2024年1月24日 閲覧) 



臨床看護プロトコール研究会

症例報告

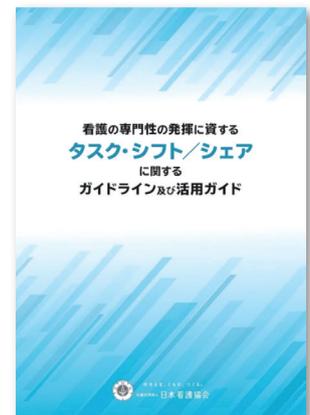
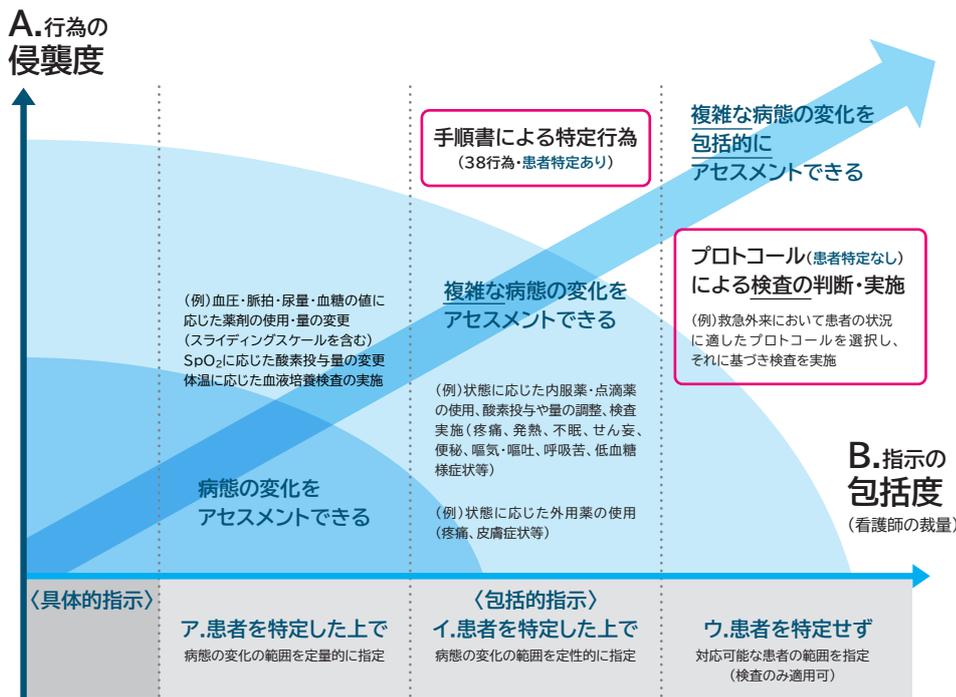
【連絡先】株式会社ラプタープロジェクト内  
臨床看護プロトコール研究会 事務局  
kango●raptorproject.jp(●➡@)



臨床看護プロトコル研究会とは、看護師が、臨床で、プロトコルによる検査や手順書による特定行為を、安全に提供することで、患者さんが安心できる療養環境の構築を目的とし、株式会社ラプタープロジェクトによって設立されました。

患者さんが安心できる環境を構築するためには、安全の確保が第一であると考えます。よって、まずは、看護師による状況判断と、それに続いて初期対応を行うことができ、医師その他のメンバーに正しく簡潔明瞭に状況を共有できる看護師となれるよう、学習環境及び評価機構を提供します(出直し看護塾及びフィジカルアセスメント認定士など)。

また、学習効率を高めるために無料で症例報告を刊行し、アウトプット、あるいはインプットの機会を提供します。プロトコルあるいは、手順書は医師が作成し、状況を確認して看護師が検査や医薬品の使用を行います。プロトコルの質は、現場の看護師の成熟度に比例すると考えております。臨床看護プロトコル研究会が、皆様の施設のプロトコル、あるいは手順書の質を向上させ、患者さんの予期せぬ急変の予防や、早期の緩和医療の実現にお手伝いできれば本望です。



プロトコル、手順書につきましては、日本看護協会のタスク・シフト/シェアのガイドラインを参考にしています(当社と日本看護協会に関係はありません)。

[CLICK](#)



**できる・動ける！看護師になる！**

**出直し看護塾**  
ではおしごと応援

出直し看護塾では、看護師の卒後学習をサポートする書籍、動画、セミナー、オンラインサロン、シミュレーショントレーニングを提供しています。

ぜひホームページをご覧ください。

[CLICK](#)



**青柳 智和**

株式会社ラプタープロジェクト 代表取締役  
診療看護師・特定行為研修研修責任者  
看護師・看護学修士・医学博士

〔著書〕  
洞察力で見抜く急変予兆 ほか

[CLICK](#)

