

序

発熱は救急外来や病棟管理を行うなかで、研修医の先生方が遭遇することの多い代表的な症状の1つです。そして、急性の熱性疾患の原因のなかで圧倒的多数を占めるものが感染症ですが、その対応・マネジメントに関して包括的な指導を受ける機会は限られているのが現状です。

良き総合内科医・感染症医から直接指導を受けられない場合、発熱に遭遇→原因がわからない/何をすればいいかわからない→でも抗菌薬をはじめないといけないプレッシャーを感じる→そもそもたくさんある抗菌薬の違いがよくわからない、といったジレンマに陥ることがあり、感染症診療に苦手意識 (fever phobia) を生み出す一因になっていると考えます。

発熱は症状であり、診断名ではありません。抗菌薬は解熱剤ではないため、発熱患者に対し最初に行わないといけないことは、「熱が下がりそうな」抗菌薬を選ぶのではなく、「何を治療しているのか」を言語化することです。具体的には、患者背景、臓器、原因微生物を明確化し、感染症のアセスメントを立てていく過程が必須となります。私が研修医のときに、指導医が、“no assessment, no antibiotics”と、口を酸っぱくして言っていたのを覚えています。発熱している患者さんのアセスメントを立てるために行わないといけない、病歴聴取、身体診察、検査等を総称して、**Fever work-up** といいます。発熱に対して、行わなければいけないFever work-upが明瞭に頭にイメージできていれば、感染症診療への苦手意識は消失していくでしょう。

感染症は、原則として局在・進行する疾患です。例えば、2日前からの咳嗽、1日前からの発熱、本日からの呼吸苦で、肺への症状の局在と日の単位での進行から細菌性肺炎を考える…というイメージです。加えて、患者背景が鑑別診断に影響を与えることも多く、高齢者、小児、化学療法中、術後といった状況において、考えるべき可能性が変化します。先ほどの例に、脳梗塞後、右不全麻痺、嚥下機能障害という要素を加えると、誤嚥性肺炎が危惧されますし、急性骨髄性白血病の化学療法で長期の顆粒球減少が続いている患者であれば、真菌（糸状菌）感染が鑑別に加わります。

本書では、さまざまな臨床シチュエーションのなかで、遭遇する頻度の高いものを厳選し、普段から研修医教育に携わっている百戦錬磨の指導医の先生方に執筆を依頼しました。第1章の総論では、感染症診療の原則、具体的なFever work-upの方法、グラム染色や各種培養の解釈、代表的な抗菌薬の概要をまとめ、第2章の各論にて、発熱+ α といった症状に対し、代表的な疾患とその対応、加えて、ピットフォール、クリニカルパルをまとめるといった形で、初期研修医の先生にとって現場がイメージしやすく使い勝手のよい内容をめざしております。網羅的な内容ではなく、これだけ知っておけ

ば一般的なシチュエーションの80～90%はカバーできるといった形を意図しています。

加えて、第3章では、実際の症例検討会2件の内容を収録させていただきました。『レジデントのための感染症診療マニュアル』の執筆や、研修医教育で有名な感染症コンサルタントの青木眞先生に、研修医が、実際の症例をプレゼンテーションし、そのディスカッションの内容をまとめています。症例としては、症状の局在がはっきりしない熱、特殊な患者といった、研修医の先生が明日遭遇するかもしれない悩ましい要素を付加した状態で、指導医の先生がどのような思考回路で患者診断にたどり着くのか、Fever work-upの頭の動かし方を追体験できるような企画としております。

くり返しになりますが、発熱を主訴とする患者に必要なものは、適切なアセスメントです。

本書の内容を通読することにより、Fever work-upがイメージできるようになり、研修医の先生方のfever phobiaを少しでも軽減できる一冊となれば幸いです。

2024年6月

杏林大学医学部付属病院 感染症科
嶋崎鉄兵