

## 2015年 救急事例検討会記録

平成28年2月18日(木) 17:30  
盛岡赤十字病院2階 記念講堂

### 症例1 70歳 女性

#### <要請の概要と希望理由(盛岡中央消防署高度救急隊)>

**概要:** 9時50分ころ、友人の女性がゴルフプレー中に失神性のめまいを起し、崩れるように倒れ、呼びかけても反応が無いため要請したもの。(友人の談)

**理由:** 救急隊接触時、ゴルフ場のグリーンの上に左側臥位でおり、意識は回復してめまいは治まり、全身の脱力感及び嘔気を訴え、自力歩行不能であった。栗原クリニックに現病である橋本病で通院中で、その他の病歴は無く、頭痛の訴えの無い症例でした。本症例の発症機序と活動時の留意点及び予後について御教授願います。

#### <症例の要約, 解説>

**【診断】** 前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血

#### **【臨床経過】**

入院翌日、破裂前交通動脈瘤に対してネッククリッピング施行。術後2週間は脳血管攣縮もなく経過良好であったが、その後水頭症による意識レベル低下を認めたため、脊髄ドレナージを開始。術後約5週間後にVPシヤントを施行し、意識レベルは徐々に改善。発語が認められコミュニケーション可能となり、入院2ヶ月後にリハビリ転院した。

#### **【解説】**

本症例はゴルフプレー中にめまい、意識消失をきたし救急搬送された。救急外来では頭痛や嘔気・嘔吐などの症状も認められた。めまいはくも膜下出血患者の約4%に生じ、随伴症状として嘔吐は約半数、一過性の意識障害は約1/3の症例で見られると言われている。

くも膜下出血は安静時や睡眠時にも発症する

が、最も多いのは緊張時・努力時である。本症例はスポーツ中であり、ゴルフプレーによる精神的緊張も影響していたと考えられる。

日本において、年間約8万人が突然死していると言われており、スポーツ中の突然死のうちゴルフ中の死亡数は40~64歳で1位、65歳以上で2位というデータがある。ゴルフ場での突然死は精度の高いショットが求められるセカンド地点やティーショットの際に発生する率が高い。ゴルフ中の突然死の場合、原因は約85%が心不全、心筋梗塞だが、それに続いて脳卒中が多いとの報告がある。ラウンド中に水分摂取が不足し、脱水症になってしまうこと、プレー中にいらだちや緊張を感じ、高血圧が生じることで脳卒中や冠動脈疾患などの発症リスクが上昇すると考えられる。

### 症例2 78歳 男性

#### <要請の概要と希望理由(盛岡西消防署城西出張所高度救急隊)>

**概要:** 12時20分ころ、居間のソファに座った状態で、目は開いているが、呼び掛けに反応が無い方を発見したため要請したもの。(妻の談)

**理由:** 現着時、居間のソファに坐位でおり、開眼して発語は無く、意識レベルJCS3で自力歩行不能、発語がないため主訴は不明でした。救急車内に収容後、病院問い合わせ中に全身性強直性痙攣(約5分)を発症して病院収容となりました。

既往症は、心疾患及び糖尿病で盛岡赤十字病院に通院中でした。現着時の状況から脳疾患を疑って活動しましたが、糖尿病による低血糖も考えられました。この傷病者が痙攣重積に至った原因疾患について御教授願います。

#### <症例の要約, 解説>

#### **【診断】**

痙攣重積既往歴：心房細動、糖尿病

平成26年3月大動脈基部再建、僧帽弁、三尖弁

の置換手術（岩手医科大学）術後急性硬膜下血腫で手術，脳梗塞を併発

#### 【現病歴】

平成27年6月22日自宅でソファーに座位で意識がなくなっているのを妻が発見。救急車にて来院した。車中硬直性痙攣発作あり

来院時現症：JCS200，痙攣重積状態 CT：脳梗塞，硬膜下血腫術後状態

#### 【経過】

抗てんかん剤投与，気管内挿管，レスピレーター管理となった。腎機能，肝機能の悪化。肺炎，肺水腫併発。7月10日気管切開術実施。7月11日レスピレーター離脱。意識レベルも次第に改善，四肢筋力低下，拘縮予防のためリハビリ開始。8月4日リハビリ目的にて転院した。

#### 【解説】

痙攣重積（statusepilepticus：SE）とは，「発作がある程度の長さ以上続くか，または，短い発作でも反復し，その間意識の回復のないもの」・これまで持続時間については30分をすることが多かった。しかし，持続時間を，治療開始すべき時間とし，短い時間を設定している報告も多く，一定の見解はない。てんかん発作が30～40分続けば脳の損傷が起きると言われている。近年発作が10分または5分続けばSEと診断し，治療を始めるように推奨されている。

本症例では，脳疾患（急性硬膜下血腫，脳梗塞）の既往があり，脳の損傷部位からなんらかの機序で痙攣発作を起こし，重積状態へ至ったものと思われる。一般的に痙攣重積が長いほど意識の回復も遅く，併発症も種々あり，全身状態が悪化したものと思われた。

#### 症例3 71歳 男性

#### <要請の概要と希望理由（盛岡南消防署矢巾分署救急隊）>

概要：5時30分ころ，トイレに起きて寝室に戻ろうとした際，胸痛を発症し，様子を見ていたが改善されないため要請したもの。（本人の談）

理由：救急隊接触時，胸痛及び両上下肢のしびれ

感を訴えていました。本症例の発症機序と搬送時の活動要領について御教授願います。

#### <症例の要約，解説>

#### 【診断】

不整脈

#### 【主訴】

動悸，胸が苦しい

#### 【既往歴】

痛風腎で当院泌尿器科通院中，2014年4月急性アルコール中毒で当科入院

#### 【現病歴】

2015年11月18日午前5時30分から脈が速く，胸が苦しく，冷や汗が出た。妻の運転する家用車で午前6時30分最寄りの消防署へ行き，午前7時11分当院救急外来へ搬送。救急隊接触時はVIII190台だったとのことだが，当院の心電図では洞調律，73/分，PVC×2（右脚左軸），ST偏位なし，QTC441ms頻脈性不整脈の鑑別目的に同日当科へ観察入院となる。

#### 【身体所見】

BT36.2度 血圧149/101 脈80-89/分 SpO2 98% JCSO，肺，心聴診所見：異常なし，浮腫（一）

#### 【検査所見】

血液検査（11/18）：WBC4.60，Hb14.4，MCV103.6，PLT15.5万，APTT27.1，PT-INR0.92，FIB269，FDP2.5，T-Bil0.43，D-Bil0.07，1-Bil0.36，CRP≤0.30，BUN/CRE14.3/0.74 TP6.8，ALB4.1，Na/K/Cl42/3.6/104，AST/ALT/LDH55/39/187， $\gamma$ -GTP88，CK/MB64/6，LDL/T/HDL61/1040/42，BSiO5，UA8.0，Dダイマー0.55  
ECG（11/18）：洞調律73/分 PVC×2（右脚左軸）ST偏位なし QTC441ms

#### 【入院中経過】

入院後198/分の単形性VTが出現し，リドカイン100mg静注，アンカロン5A+5%ブドウ糖17ml/h，オリベス5ml/h持続点滴で加療を開始したが，NSVTを繰り返した。意識消失は無し。マグネシウム・ベラパミルは未使用だがVTは薬物治療抵抗性が考えられ，またVT遷延から長期的には血

行動態破綻が憂慮されることから、岩手医大循環器医療センターへ搬送の方針となり同日、同院へ転院した。

**症例4** 78歳 女性

**<要請の概要と希望理由（紫波消防署高度救急隊）>**

**概要**：17時40分ころ、突然頭部全体の痛みを発症したために要請したもの。（本人の談）

（文責 久保直彦）

**理由**：救急隊現着時、神経障害は認められず、脳梗塞の既往もないとのことでした。

本症例の病態生理と活動時の留意事項について御教授願います。

**<症例の要約，解説>**

**【診断】**

両側脳塞栓症，心房細動

**【既往歴】**

右中大脳動脈瘤（未破裂）

**【傷病名】**

出血性脳梗塞診断・治療の要点

**【現病歴】**

平成27年11月10日電話中に突然の頭痛があり、通話中の知人が救急要請した。一ヶ月前に当科を受診，MRIにて右中大脳動脈瘤（未破裂）を指摘され，手術しない方針でいた。

**【来院時現症】**

JCS2，見当識障害，麻痺なし，頭痛，嘔吐あり

CT：右出血性脳梗塞

経過：脳塞栓症として治療。意識障害進行，不穏症状強い。フォローCTにて両側側頭葉脳梗塞を認めた。コミュニケーションとれず，人格廢絶状態。11月30日全介助，認知機能低下にて転院。その後精神科専門病院へ転院した。

**【解説】**

側頭葉の障害による症状・聴覚障害，味覚障害，臭覚障害，・言語障害，視覚障害，・幻聴，幻視目の運動障害・てんかん・摂食，性行動障害  
両側の場合老年痴呆と同じ症状

脳梗塞の初発症状として頭痛について：成書には脳梗塞の初発症状として，「頭痛や肩こりが何の前触れもなく起こる」と書かれているが，通常

頭痛のみでなく，他に何らかの症状を伴う。持続する激しい頭痛の後に麻痺などの神経症状が出現した場合には脳動脈解離による血管閉塞を疑う。特に後頸部痛の後，めまい，歩行障害など起きた場合には椎骨脳底動脈解離を疑う。片頭痛発作の前に片麻痺，半盲が起きることもある。