

Y5-31

脳梗塞超急性期に頸部血管エコーにて大動脈解離の頸動脈伸展を確認した1例

熊本赤十字病院 神経内科¹⁾、救急科²⁾、心臓血管外科³⁾

○倉富 晶¹⁾、原 靖幸¹⁾、中間 達也¹⁾、和田 邦泰¹⁾、寺崎 修司¹⁾、加藤 陽一²⁾、鈴木 龍介³⁾

症例は、高血圧と閉塞性動脈硬化症の既往のある80歳男性。某年4月22日、夕食後18:40頃、嘔吐し呼びかけに反応がなくなったため、救急車にて20:10当院救急外来へ搬入。血圧103/73mmHgで、神経学的には意識障害(JCS 200)、roving eye movementを認め、四肢自動運動は消失していた。t-PAによる経静脈的血栓溶解療法(IV t-PA)の適応を考慮して対応。頭部MRI 拡散強調画像では両側大脳半球に広範に淡い高信号域を認め、MRAでは右内頸動脈～右中大脳動脈の描出がなかった。頸部血管エコーでは両側総頸動脈～内頸動脈分岐部に血管腔の大半を占める一部可動性の血栓を認め、右内頸動脈は閉塞、左内頸動脈は高度狭窄であった。頸動脈解離が疑われたため、引き続き胸腹部造影CTを施行し、胸腹部大動脈解離(Stanford A)と両側総頸動脈への解離腔伸展を確認した。大動脈解離の存在より、IV t-PAは適応外と考えた。急性期大動脈解離症例の10～55%には胸痛や背部痛がないことが報告されており、脳梗塞超急性期にすべての症例において大動脈解離の合併を否定することは困難である。実際の対応としては、病歴や身体所見、検査所見などから大動脈解離を疑うこととなるが、当院ではIV t-PAの適応と思われる症例においては全例IV t-PA施行前に頸部血管エコーを施行し、動脈解離の除外を行っている。今回、高度の意識障害で疼痛の有無が不明の脳梗塞超急性期症例において、頸部血管エコーにて大動脈解離および頸動脈への伸展を確認できた1例を経験したため報告する。

Y5-33

外傷性頭蓋内出血に及ぼす抗血栓薬と易転倒性の影響

秋田赤十字病院 循環器科¹⁾、

秋田赤十字病院 脳神経外科²⁾

○和田 優貴¹⁾、岩谷 真人¹⁾、西巻 啓一²⁾、青木 勇¹⁾、五十嵐 巖¹⁾、照井 元¹⁾

【目的】抗血栓薬(antithrombotic drug; AT)服用および易転倒性の有無が外傷性頭蓋内出血の予後に及ぼす影響を後ろ向きに検討した。

【方法】平成20年10月～平成21年9月に同症で当院へ入院した連続39例を対象とし、発症日と翌日の血腫サイズの経過、入院死亡について検討した。

【結果】AT服用者(AT群)は17例(平均年齢79.6歳、男性12例)、非服用者(NAT群)は22例(76.2歳、13例)だった。ATの内訳は抗凝固薬10例、抗血小板薬13例、併用6例だった。AT群の受傷機転は転倒11例、転落4例、不明2例、NAT群は転倒16例、交通外傷4例、不明2例だった。AT群の診断は外傷性くも膜下出血4例、脳挫傷3例、急性硬膜下出血3例、慢性硬膜下出血3例、その他4例、NAT群は各々2例、0例、7例、11例、2例だった。慢性硬膜下血腫を除いた例で発症日と翌日の血腫サイズをCT比較すると、AT群では増大3例、不変11例、縮小0例、NAT群では各々2例、4例、4例だった。手術治療はAT群6例、NAT群12例に行われた。発症前に易転倒性ありだったのはAT群12例、NAT群14例だった。入院中死亡はAT群3例、NAT群1例だった。また、死亡率はAT群で易転倒性あり23%、易転倒性なし0%、NAT群で易転倒性あり0%、易転倒性なし11%だった。

【結論】易転倒性ありがAT群とNAT群ではほぼ同率の2/3だったが、AT群で発症翌日に血腫が縮小する例が無く、死亡率が高かった。また、AT群かつ易転倒性ありで死亡率が高かった。

Y5-32

t-PAモードで対応中に良好な経過を得たrt-PA静注療法非適応の1例

熊本赤十字病院 診療科

○熊本 将也、和田 邦泰、中間 達也、原 靖幸、寺崎 修司

【背景】当院では、Cincinnati Prehospital Stroke Scaleを基準に発症3時間以内に来院する脳卒中患者の連絡が入った時点で複数の専門医が集合し、画像部門、集中治療室も優先的に対応する態勢(t-PAモード)をとる。今回t-PAモードで対応開始し、結果的にrt-PA静注療法(IV t-PA)の適応とならなかったものの転帰良好だった1例を経験したので報告する。

【症例】66歳女性。某日17時に自宅で調理中、右半身感覚異常、右上肢脱力を自覚し、17:12に救急要請、17:38に搬入された。来院時、意識清明、構音障害、顔面を含む右片麻痺、右顔面感覚鈍麻を認め、NIHSS7点(右上下肢麻痺(各2点計4点)、構音障害(1点)、右顔面麻痺(1点)、右顔面感覚鈍麻(1点))であった。心不全がないことを確認し輸液負荷開始。17:50の頭部単純CTで出血や初期虚血変化なく、18:09にMRI拡散強調画像で左被殻から放線冠に淡い高信号が見られた。MRI撮影終了時の時点で右上下肢麻痺にやや改善認められNIHSS5点であった。頸部エコーで頸動脈有意狭窄・解離がないと確認し、18:33(症状発症から1時間33分後)に集中治療室でIV t-PA施行最終判断時には、構音障害以外の症状は消失しNIHSS1点となったことから、方針変更し、edaravon、ozagrel、aspirin、clopidogrelでの治療開始。第2病日には、構音障害も消失。第8病日のMRIでは、病巣の拡大はなく、その後自宅退院となった。

【考察】t-PAモードは、IV t-PA施行を想定して運用しているが、結果的にIV t-PAを施行しない例において、速やかな診断と治療開始が良好な予後に繋がっている可能性も考えた。t-PAモードで対応開始し、IV t-PAに至らなかった例の検討も加えて報告する。

Y5-34

急性期に麻痺性橋性外斜視を呈した橋背側出血の1例

益田赤十字病院 神経内科

○都野 公一、安部 哲史、中川 優生、松井 龍吉、木谷 光博

【症例】86歳女性

【主訴】嘔吐

【現病歴】入院前日23時頃、仰臥位で嘔吐しているところを家族に発見された。朝まで経過をみられていたが、嘔吐を反復したため、午前10時に当院救急搬送、精査加療目的で入院した。

【既往歴】左変形性股関節症に対し、全人工股関節置換術を施行。

【一般身体所見】血圧176/92 mmHg、脈拍は66 bpm、整、体温36.1℃、頭頸部、胸腹部、四肢に明らかな異常所見なし。

【神経学的所見】JCSI-1、言語は正常、計算可能、右利き。左外斜視を認めた。眼球運動では、右眼は左方視も右方視も運動制限あり。左眼は左方視時に左方向性の水平性眼振を認め、内転障害を認めた。四肢脱力や感覚障害を認めず。軽度ではあったが、小脳失調を認めた。髄膜刺激症状や膀胱直腸障害は認めなかった。

【検査所見】頭部CT検査にて右橋背側に10mm大の高濃度域を認めた。

【入院後経過】橋出血と診断し、止血剤の投与を行った。眼球運動や小脳失調は入院3週頃から改善傾向となり、入院4週頃には小脳失調は軽快した。左外斜視を軽度認めるものの、左眼の内転が可能となった。左方視時の水平方向性眼振は残存した。右眼は左転が可能となったが、やはり内転障害は認めたままであった。転換は可能であった。入院8週目に亜急性期病院へ転院した。

【考察】本症例の急性期にみられた左眼外斜視は、右橋背側出血によって生じた麻痺性橋性外斜視であり、左側への共同偏視を生じているにも関わらず、右側の傍正中橋網様体(PPRF)および内側縦束(MLF)が同時障害されたone and a half syndromeによる右眼内転障害によって、左眼の外斜視のみを生じたものと考えられた。経過に伴い、左眼の眼球運動障害は特によく改善した。これは右PPRFの障害が血腫の吸収や浮腫の軽減に伴い改善し、右MLFの障害のみ残存したためと考えられた。