

## 第28回 救急事例検討会抄録

平成30年2月22日(木) 17:30  
盛岡赤十字病院2階 記念講堂

**症例1** 84歳 女性

**<要請の概要と希望理由(盛岡南消防署救急隊)>**

**概要**：13時15分ころ、昼寝をしていた妻の呼吸状態が苦しそうになったため救急要請された症例。

**理由**：救急隊接触時、居間に仰臥位でおり、意識レベルJCS100の状態であった。SpO<sub>2</sub>値が83%だったので酸素10L/分投与し、96%まで改善した。車内収容後は、意識レベルもJCS10まで改善した。バイタルは、呼吸数30回/分、脈拍数120/分、血圧86/27でショック状態と判断したが、病名不明の循環器疾患の既往と、呼吸苦症状から心原性ショックを否定できなかったためショックへの輸液を実施しなかった。

傷病名は循環血漿量減少性ショックでした。本症例の発症機序及び活動時の留意点について、ご教授願います。

**<症例の要約、解説>**

**【診断】** 循環血漿量減少性ショック

**【臨床経過】** 呼吸困難・意識障害のため救急要請。

ショックバイタルのため、当院搬送。ショックの診断で循環器内科入院。補液+カテコラミン持続静注によって、速やかに血圧上昇。翌日にはカテコラミンを中止した。心エコーでは心機能は良好で心原性ショックは否定的であった。造影CTでは肺塞栓を認めなかった。その他食道裂孔ヘルニアを認めた。

意識状態改善後本人から病歴聴取したが、循環血漿量減少やアレルギーを疑わせるようなepisodeはなかった。ショックの原因特定には至らなかった。入院1週後、全身状態良好で退院となる。

**【解説】** 心原性ショック，循環血漿量減少性ショック，血液分布異常性ショック，閉塞性

ショックを念頭に置き鑑別したが、血液分布異常性ショック以外は否定的であった。アナフィラキシーショックはアレルギー既往あり、最後まで否定できなかった。また神経原性ショックは徐脈ではないが、血管拡張のみ生じた可能性があり、例えば食道裂孔ヘルニアにより迷走神経反射が生じてショックに至った可能性もありえた。

**症例2** 72歳 女性

**<要請の概要と希望理由(盛岡南消防署仙北出張所救急隊)>**

**概要**：帰宅した息子が18時40分ころ、2階の縁側の物干し竿に電気コードをかけ、首を吊っている母親を発見したため救急要請。

**理由**：息子により頸部から電気コードが外され、寝室のベッドに移動されており、ベッドに仰臥位でCPA状態であったもの。なお、息子がCPRを実施していたが、救急隊の誘導のため現場を一時離れていた。救急隊の処置はCPR（ルーカス装着）を実施し、心電図は心静止であり、特定行為の指示を受け、静脈路確保及び気道確保（食道閉鎖式エアウェイ挿入）を実施し、搬送した。

本症例は縊頸によるCPAの症例だが、縊頸時での頸部固定が必要であるか。また、ビデオ喉頭鏡での気道確保が良かった症例なのか先生のご意見等ご教授願います。ちなみに縊頸は、完全型及び定型的縊頸であったとのこと。

**<症例の要約、解説>**

**【診断】** 心肺停止（縊頸）

**【現病歴】** 消防隊の報告の通り。

**【経過】** 到着後CPRを行ったが反応なく死亡確認した。

**【解説】** 縊頸での死因①頸動静脈の圧迫 ②気管の閉塞 ③椎骨骨折による延髄損傷（ハングマン骨折）④迷走神経損傷によって起こる急性心停止 ⑤頭部離断 である。

縊頸に対する救急対応

・頸椎固定は一般的に、椎骨骨折だけでなく頸椎

脱臼等も考慮されるため頸椎固定が必要となることも考えられる。患者の状態を考慮し対応する。

- ・ビデオ喉頭鏡での気道確保は、気道の閉塞、狭窄がありバッグマスク換気が効率よく行えない場合等は必要であると考えられる。
- ・他の原因によるCPAと同様にCPRを行う必要がある。

### 症例3 73歳 男性

#### <要請の概要と希望理由(盛岡南消防署城矢巾分署救急隊)>

**概要：**概要：0時50分ころ、就寝中のところ、隣で寝ていた夫がうなり声を発したので呼び掛けたところ、反応が鈍いため救急要請。

**理由：**救急隊接触時、CPA状態。心電図波形は心静止、瞳孔散大（両側5mm）、対光反射なし。初診時の傷病名は腹部大動脈瘤破裂でしたが、原病に腹部大動脈瘤の情報はなかった。本症例の発症機序と前駆症状及び搬送時の活動要領についてご教授願います。

#### <症例の要約、解説>

**【診断】**腹部大動脈瘤破裂

**【現病歴】**消防隊の報告の通り。

**【経過】**CPRを行ったが反応なく死亡確認した。

**【解説】**うなり声を発した時に瘤が破裂したものと思われる。救急隊が到着した時にはすでに血圧を維持できないくらい体腔内に出血していたものと思われる。

腹部動脈瘤があっても自覚症状は乏しく、大きくなり腹部に拍動が触れてわかることもある。また破裂してはじめて気付くケースも多い。破裂の前駆症状も特に認めないことが多い。搬送時は、補液等で可能な限り血圧を維持することを心掛ける。

CPAの原因検索目的で、CT（Autopsy Imaging）を施行してはじめて腹部大動脈瘤破裂がわかった症例である。

### 症例4 79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：**7時ころから、胸部から腹部にかけての痛

みと嘔吐及び下痢症状があり、紫波町内の病院を受診し、診断名は言われなかったが、処方薬を服用して様子を見ていた。嘔吐及び下痢症状は改善したが、胸部から腹部にかけての痛みは増悪し、呼吸苦症状を併発したため救急要請。

**理由：**接触時、寝室に仰臥位でおり、意識レベルJCS1の状態、呼吸数24回/分、脈拍数76/分、SpO2 81%であったことから酸素4L/分投与し、車内収容後は酸素量5L/分に増量して搬送した。初診時の傷病名は肺血栓塞栓症でした。傷病者は上腹部及び臍部に圧痛があり、前日には嘔吐及び下痢症状もあったことから消化器疾患を疑ったが、胸部から臍部にかけての持続痛と呼吸苦さらにチアノーゼも認められSpO2値も低値であったことから、大動脈解離等の循環器疾患や呼吸器疾患も考慮した事案であった。本症例の発生機序及び病態について、ご教授願います。

#### <症例の要約、解説>

**【診断】**肺血栓塞栓症

**【現病歴】**朝より下痢、嘔吐、腹痛の症状があり、翌日突然の呼吸苦と胸痛が出現し救急搬送。

**【経過】**急性大動脈解離や急性心筋梗塞、気胸等の様々な緊急疾患が鑑別として挙げられたが、検査所見で右下肢深部静脈血栓症から肺血栓塞栓症を呈したと診断。カテーテル治療や外科的血栓摘除術等の侵襲的治療の希望があったため、岩手医科大学附属病院循環器センターへ搬送。呼吸状態が悪化したことから気管挿管し人工呼吸器管理となった。肺塞栓症に対しては循環動態が安定していたことから侵襲的な治療は行わず、抗凝固療法のみで安定したが誤嚥性肺炎を合併したため第48病日に当院転院となった。

**【解説】**呼吸苦と胸痛は肺血栓塞栓症による症状であった。

当院搬送時のCTで胆嚢炎も認められたことから、搬送前日に呈していた嘔吐や腹痛等の症状は胆嚢炎が原因として考えられた。

(文責 久保直彦)