

## 抄 録

## 第11回 信州臨床救急懇話会

日 時：平成21年 6月27日 (土)

場 所：JA 長野厚生連佐久総合病院

## 一般演題

## 1 一過性意識消失症例における診断上のピットフォール

安曇野赤十字病院救急部

○伊坂 晃, 亀田 徹, 細谷 直人  
路 昭遠, 藤田 正人

## 【はじめに】

救急外来には一過性意識消失で搬送されてくる患者が比較的多い。しかし、病院に着いたときには意識が既に清明となっており、精査なしで帰宅となる場合も多いと考えられる。

我々は一過性意識消失の原因として重篤な疾患が潜んでいる場合もあると考え、積極的に精査をすすめている。今回、症例約50例について検討した結果を報告する。

## 【対象】

2008年10月から2009年4月までに一過性意識消失で当院に来院し、救急部医師が初療を担当した52例について検討した。

## 【統計】

男女比は男性29人、女性23人であった。年齢は14歳から94歳で、平均は71.7歳だった。

一過性意識消失が初回であったのが22人、複数回目であったのが24人、不明だったのが6人であった。

意識消失前の行動については、飲酒・食事が18人と最も多く、入浴中あるいは入浴後が12人、急激な座位や長時間の座位が10人、急激な立位や長時間の立位が8人、嘔吐下痢などの消化器症状が5人、排尿が4人、運動が3人（1人の患者が複数の行動を取っている場合あり）であった。

ここで注目すべきは、患者52人中7人がデイサービスあるいはデイケア中の発症だったことである。

## 【検査】

来院時検査としては血液検査、頭部CT、心電図、胸部レントゲンをほぼ全例に行っている。また、これらの検査で異常がなくとも、血管系のリスクのある患

者、初発の患者を中心に、脳MRI、頸部血管エコー、心エコー、Holter心電図の検査を行うよう、患者およびその家族に勧めている。

大半の患者がこれらの検査で異常がなく、意識消失前の行動から、神経調節性失神という病名がついている。しかし、上記検査で異常が発見された症例がいくつかあり、その中でも場合によっては致命的な疾患が潜んでいた症例があったので、以下に挙げる。

## 【症例1】

83歳女性。買い物中に倦怠感を自覚後、約5分間の意識消失があり、救急搬送。来院時意識清明、脈拍75/min、血圧141/100 mmHg、SpO<sub>2</sub> 96%。血液検査、頭部CT、心電図では大きな異常を認めなかったが、胸部レントゲンで縦隔の拡大、およびCTR 70%以上の心陰影の拡大を認めたため、心エコーを施行。その結果、上行大動脈に径74.5 mmの大動脈瘤を認めた。胸部CTでは、巨大胸部大動脈瘤から、肺に漏出を認める像を確認した（図1）。この瘤から一時的に漏出が増加したときに意識消失をした可能性も考えられる。

本人および家族に手術の必要性を説明したが、手術を希望されず、経過観察となった。



図1

【症例2】

86歳男性。1時間ほど飲酒後に椅子に座っていて意識消失し、救急搬送。来院時意識清明、脈拍58/min、血圧107/74 mmHg、SpO<sub>2</sub> 100% (O<sub>2</sub>マスク3l)。血液検査、頭部CT、胸部レントゲン、心電図では大きな異常を認めず、後日、脳MRI、頸部血管エコー、心エコー、Holter心電図の検査を行うように予約した上で帰宅となった。

心エコーでLV asynergyを指摘され、循環器科医師により、心臓カテーテル検査が必要と判断された。後日、心臓カテーテル検査を行った結果、左前下行枝の#7に75%狭窄が見つかり、後日、治療を行う方針となった。意識障害は神経調節性によるものと考えられるが、精査により、放置していたら重大なことが起こった可能性がある疾患が見つかった症例である。

【まとめ】

一過性意識消失の症例には、来院時に既に意識が清明となっている場合も、重大な疾患が隠れている場合があると考えられる。初発例、リスクを持っている患者などには精査を勧める必要があると考える。

また今回の調査で、デイサービスおよびデイケア中の患者の一過性意識消失が多いことがわかった。これらは、高齢者が普段は行わないような入浴や食事をセットで行ったりすることで、意識消失を誘発しやすくしていることが考えられる。これらについては、今後注意を呼び掛けていきたいと考える。

今後、さらに症例を集め、検討を重ねていく予定である。

2 虚血性心疾患における経皮的冠動脈インターベンション後の頻脈に対して Landiolol を使用した2例

長野中央病院循環器内科

○内藤 貴之, 小林 正経, 藤野 高久  
板本智恵子, 河野 恆輔, 山本 博昭

虚血性心疾患は急性期に上室性および心室性不整脈を合併することがあり、頻脈性不整脈は心不全の合併にもつながるため、適切な治療が必要である。薬剤での心拍数調節は心抑制などの副作用により使用がためられるものが多い。Landiololは半減期が短く、調節性に優れ、β1選択性が高く、陰性変時作用のほうに陰性変力作用よりも大きいと期待でき、血圧が下がりにくいと期待されている。今回、経皮的冠動脈インターベンション後に、

頻脈を合併した2症例にLandiololを使用したもので、報告する。

3 多臓器不全を合併したPickwick症候群の救命例の検討

信州大学医学部附属病院高度救命救急センター

○城下 聡子, 久保田真由, 丸山 真弘  
佐藤 貴久, 高山 浩史, 今村 浩  
岡元 和文

【目的】: Pickwick症候群に腎不全を合併し、呼吸不全に至った症例を経験したので報告する。

【症例】: 48歳男性。

呼吸不全、意識障害、全身浮腫が進行したため救急搬送された。入院時体重150 kgと高度肥満があり、以前より夜間いびきが強く、5分に一回ほどの無呼吸があった。来院時、動脈血液ガス上、高二酸化炭素血症、呼吸性アシドーシス、CT上、大量右側胸水を認めた。血液検査上、UN72, Cre5.3と腎機能不全を認めた。Pickwick症候群による右心不全に起因する胸水に加え、腎機能障害と無尿状態があり、溢水による呼吸状態の悪化が考えられた。高二酸化炭素血症、意識レベルの低下、高度肥満による気道閉塞の可能性もあり、気管挿管、人工呼吸器管理を行った。右胸水貯留に対し、翌日胸腔ドレーンを留置した。人工呼吸器管理、ドレーン留置後、酸素化、高二酸化炭素血症は改善した。右心不全に対し、カテコラミン、カルペリチド投与を行った。入院時、腎機能低下、無尿状態であったため、持続血液濾過透析を行った。呼吸状態改善に伴い、意識レベルも改善、第42病日には体重は105 kgまで減量した。胸水の排液は最大3,000 ml/日以上見られることがあったが、経過とともに減少し、第35病日にドレーンを抜去した。また経過中、腹痛、高AMY血症、炎症反応高値を示し、急性膵炎、ARDSを併発し、シベレスタットナトリウム水和物、抗菌薬、メシル酸ファミナスタット、ウリナスタチンの投与、CHDFの併用にて軽快した。

【考察】 Pickwick症候群は高度の肥満と高二酸化炭素血症を伴った呼吸機能障害、呼吸中枢異常が出現する病態である。本症例では来院時、高度の肥満、傾眠、高二酸化炭素血症を認めたが、胸水減少、血液透析による除水により、50 kgの減量となり、夜間無呼吸は残存するものの高二酸化炭素血症は改善した。

【結語】 Pickwick症候群による呼吸不全に腎不全、胸水貯留、全身浮腫による循環不全をきたした症例に

対し、長期間の胸腔ドレナージ、人工呼吸、血液透析を行い救命できた症例を経験した。

### 特別講演

#### 「ER 診療における心得」

福井大学医学部附属病院 副院長

総合診療部教授 寺沢 秀一

一次救急から三次救急まで全ての救急患者を受け入れる ER における診療の心得のうち、医学的に重要なものを挙げると以下の5つになる。

1. 重症な患者の初期対応ができること。  
例：心肺停止、多発外傷、ショック、緊張性気胸など
2. 一見軽症に見える患者群のなかから重篤な急病、外傷患者を選び出せること。  
例：クモ膜下出血、急性心筋梗塞、大動脈解離、急性喉頭蓋炎など
3. 慢性疾患患者の悪化を早期発見、予防できること。  
例：慢性心不全患者の咳、糖尿病患者の吐き気、COPD 患者の肋骨骨折など
4. ありふれた急病、外傷の初期対応ができること。  
例：骨折、創処理、急性虫垂炎など
5. 適切なタイミングで最適な専門医に応援要請、バトンタッチができること。

今回は上記の5つのうち2と4について解説する。

2. 一見軽症に見える患者群のなかから重篤な急病、外傷患者を選び出せること。

日本における ER 初期診療に関する裁判は、急性心筋梗塞、クモ膜下出血の初期診断、および急性喉頭蓋炎の処置の遅れに関するものが報告されている。また、自家用車、タクシーなどで受診する患者群の500人に1人は、クモ膜下出血、脳出血、細菌性髄膜炎、急性

喉頭蓋炎、気管支喘息大発作、急性心筋梗塞、大動脈解離、腹部大動脈瘤破裂、子宮外妊娠破裂などの重篤な疾患であることが報告されている。

このように救急車以外で受診する患者群のなかから正確に重篤な急病、外傷患者を選び出すためには、日本の ER において多い以下のようなトラブルのパターン認識が重要であると考えられる。

- ①「偏頭痛」と誤診されるクモ膜下出血
  - ②「胃が痛い」と受診して消化器疾患と誤診される急性心筋梗塞
  - ③「風邪による咽頭痛」と誤診される急性喉頭蓋炎
  - ④「急性腰痛症」と誤診される大動脈解離
  - ⑤「尿管結石」と誤診される腹部大動脈瘤破裂
  - ⑥「急性胃腸炎」と誤診される急性虫垂炎、子宮外妊娠
  - ⑦「泥酔」患者と誤診される「頭蓋内損傷」
  - ⑧「血管迷走神経失神」と誤診される心血管性失神
  - ⑨「脳震盪」だけと誤診される多発外傷
4. ありふれた急病、外傷の初期対応ができること。

北米の ER において救急医が裁判で敗訴になって支払われる金額で最も多いのは急性心筋梗塞の誤診であるが、骨折の見逃し、創処理におけるトラブル、急性虫垂炎の手遅れがこれに続く。ER で初期研修医が対応するありふれた外傷や「急性胃腸炎」のなかにこのような事例が紛れ込んでいる。対策は、これらの患者を帰宅させる際に、一回の ER 受診における診療に限界があることを説明し、再評価が必要であることを丁寧に説明することが重要である。ER 受診時に正確な診断ができなかったことが医療過誤になるのではなく、ER での初期診断の限界を説明し、再評価が必要であることを説明しなかったことが医療過誤になることを銘記すべきである。