

症例報告

家庭医後期研修医が診断に苦慮した脊椎硬膜外血腫の1例

若林崇雄*¹ 宮田靖志*² 大門伸吾*¹ 村田健*¹ 島山奈緒*¹ 山本和利*²

*¹ 北海道プライマリケアネットワーク後期研修

*² 北海道プライマリケアネットワーク・札幌医科大学地域医療総合医学講座

キーワード 家庭医 脊椎硬膜外血腫 プライマリケア 病歴 身体診察

〈はじめに〉

家庭医は多くの疾患を知り、臓器や原因や治療法を限らず慢性期までフォローする。しかしそれだけに急性期、慢性期を含め患者数の多い内科患者に接する機会が多くなる。多くの家庭医養成後期研修プログラムで内科認定医取得を目標としていることもそれを示しているかもしれない。したがってややもすると内科中心の思考に陥ってしまうことは否定できない。しかしもちろん家庭医はただ内科医であってはならない。今回、胸背部痛を主訴に家庭医後期研修医である著者の行う内科外来を受診し、診断がつかず経過観察された後に整形外科にて脊椎硬膜外血腫と診断された症例を経験した。教育的な1例と考えられたため若干の文献的考察を加え報告する。

〈症例〉

患者：36歳，男性。

主訴：胸背部痛

既往歴：30歳時に胃潰瘍

生活歴：喫煙なし。機会飲酒。

家族歴：特記すべき家族歴なし。

現病歴

平成×年8月2日の朝、胸焼けを自覚し、昼食後左側胸部痛に進展した。胸痛の性状は呼吸性変動のない持続痛であった。このため同日の20時19分当院救急外来を受診し、著者が診察を行った。来院時のバイタル所見は身長172cm、体重

64kg、血圧147/103mmHg、脈拍は62/分・整。

腋窩温36.8℃。眼球結膜に黄疸なく、眼瞼結膜に貧血なし。胸部診察所見は肺音正常、心雑音なし。腹部は平坦で軟、左側腹部に軽度の圧痛を認めるが腫瘍は触知しなかった。腸雑音は正常であった。明らかな麻痺を認めなかったが、詳細な神経学的診察は行われなかった。心電図、血液検査、胸部レントゲン撮影が施行されたが明らかな異常は認めず虚血性心疾患は否定的と考えた。患者自身も重症と考えておらず帰宅した。

しかしその後、症状は左側胸部痛から前胸部痛と両肩、背中にかけての疼痛に進展したため、翌日8時00分に再診した。著者が再度診察を行った。診察所見に著変は無かったが、表情は苦悶様であった。患者は独歩で受診した。明らかな神経学的所見はなかったが、詳細な神経学的所見は取らなかった。このとき大動脈解離、気胸など内科的疾患を疑い再度血液検査を行うと共に胸部造影CT検査を施行した。しかし明らかな器質的疾患は診断されなかった。患者は診断より鎮痛を希望していたため、診断不明であったが、NSAIDsを処方し帰宅させた。症状に変化がある、もしくは鎮痛しない場合、すぐに再診するように患者に説明した。

翌々日の8月5日に痛みがおさまらず、また右上下肢にしびれも出現し歩行困難となった。しびれは右肩より指先全体まで、左は指先全体に認められた。患者は「このまま痛みが続くと大変なことになるのではないかと考え車椅子にて自発的に当

症例報告

院整形外科を受診した。

入院時現症

受診時徒手筋力テスト(右/左)は三角筋(5/5), 手関節伸展(4/5), 手関節屈曲(3/5), 指屈曲(3/3), 指間筋外転(2/3), 前脛骨筋外転(4/5)で, バビンスキー反射は両側とも陰性であった。その他の身体所見は初診時と変化がなくバイタルサインも安定していた。血液検査ではLDH, 白血球の軽度上昇を認めるのみであった(表1)。両上肢を中心に麻痺が認められたため脊椎疾患を疑われ頸部MRIが施行され, C6/7に軽度の椎間板ヘルニアとC6からTh1にかけて硬膜外背側右寄りに占拠性病変を認めた(図1)ため頸胸椎移行部急性硬膜外血腫と診断し, ただちに入院した。

入院後経過

疼痛コントロールが施行されたが症状の軽快なく, 翌日C6, 7, Th1片側片開き椎弓切除が施行された。同部位の椎間関節内側より被膜に包まれた凝血塊を認めた。血腫を除去し手術は終了した。

術後, 排尿を確認し, リハビリを行った。経過は順調であり後遺症を残さず9月14日に退院した。

〈考察〉

急性脊椎硬膜外血腫は1869年にJacksonが初めて報告し知られるようになった¹⁾。原因としては外傷性のほか, 血管奇形や血液凝固異常、腫瘍などによるものと原因のわからない特発性に分類される。急激に発症する背部痛とそれに続発する四肢麻痺を臨床症状の特徴とするが, 麻痺出現の遅延や疼痛軽快後の麻痺出現など非典型例も多く診断が困難な疾患のひとつとされている。整形外科医などの専門医でもこれをまず疑い確定診断を得ることは稀で, 誤診も散見され特に脳血管障害との鑑別が重要である²⁾。発症時の麻痺の型は横断型が最も多く, ついで片麻痺型, Brown-Sequard型の順である。近年はMRIの普及と共に急性期においても診断が容易となったが, 治療法の選択, 手術時期についてはいまだ議論が多い³⁾。予後は

表1 来院時血液検査(再診時)

一般血液検査	
WBC	9700 /mm ³
RBC	461 /mm ³
Hb	14.3 g/dl
Hct	43.1%
Plt	173×10 ³ mm ³
血液生化学的検査	
AST	26 IU/l
ALT	17 IU/l
LDH	299 IU/l
Ch-E	277 IU/l
TP	6.8 g/dl
Alb	4.2 g/dl
T-Bil	0.7 mg/dl
BUN	13.7 mg/dl
Cre	0.7 mg/dl
Na	138 mEq/l
K	4.6 mEq/l
Cl	105 mEq/l
Glu	106 mg/dl
CRP	0.02 mg/dl

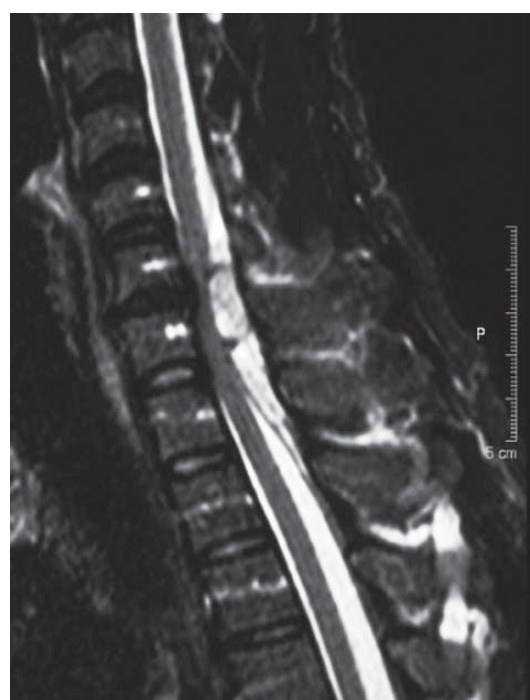


図1 頸椎MRI T2強調画像

頸椎(C6)から胸椎(Th1)まで高信号の占拠性病変を認める

症例報告

初診時の神経学的所見，症状が進行する速度，脊椎浮腫，血腫の大きさに左右されるという報告がある⁴⁾。治療に関しては麻痺が回復不良の場合はより早期の観血的治療をするべきであると指摘されている⁵⁾。本症例では症状の進展は緩徐であったが，血腫は比較的大きく，また疼痛コントロールが不良であったため手術適応と考えられた。

脊椎硬膜外血腫は非典型的な発症様式も多く，初診時の診療科は整形外科，脳神経外科，神経内科以外に内科も7%を占めたとする報告もある⁶⁾。このように一般内科で診療にあたる医師も鑑別疾患を考えるべき疾患である。家庭医は臓器によらずプライマリケアを担う必要があり，小外科，整形外科疾患まで幅広い対応を求められる⁷⁾。したがって家庭医も本疾患患者を診療する機会はある。

本症例では初診時，家庭医後期研修医である著者が神経学的所見を診察することを怠った。このため3回目の受診まで診断がつかなかった。著者は患者の胸背部痛の訴えより内科的疾患以外に想起することができなかった。2回目の診察の際，入室時より患者を観察し，患者の軽微な麻痺を見逃さず神経学的診察を行っていれば脊椎疾患を疑うことが出来たかもしれない。また突然発症という病歴を重視すれば大血管のみならず脊椎疾患を疑うことができたかもしれない。正確な診断をすることはできなくても，脊椎病変を疑い専門科へ紹介することはできた可能性が高い。

また本症例のように疾患の診断が出来なかった場合，患者への説明の仕方や管理が家庭医にとっては非常に重要である。本症例に関しては外来で診断がつかなかったため症状により再診するよう勧めた。診断できない場合の家庭医の対応は今後の課題のひとつであろう。

治療は病歴より始まる⁸⁾と指摘される通り，様々な疾患を鑑別に加えながら詳細な病歴をとることが重要である。本疾患に関する研究でもそれが示唆される⁹⁾。家庭医研修医は総合病院では一

般内科，総合内科に勤務することが多いが，地域医療を実践する上でプライマリケアを担う家庭医はひとつの症状について内科的疾患のみならず外科的疾患も含め広く鑑別診断とすることが重要である。本症例はプライマリケアの最前線で働く家庭医にとって病歴，身体診察の重要性を示唆する教育的な症例と考えられた。

文献

- 1) Jackson R : Case of spinal apoplexy. Lancet 1869 ; 2 : 5-6
- 2) 勝間田篤，土本正治，吉本祐介：初診時、脳血管障害と誤って判断した頸椎疾患. 広島医学 2005 ; 58 : 82.
- 3) 高砂智哉，岩目敏幸，小川貴之，他：軽微な外傷で発症した脊椎硬膜外血腫の2例. 徳島赤十字病院雑誌 2007 ; 12 : 80-85.
- 4) Liu Z, Jiao Q, Xu J, et al : Spontaneous spinal epidural hematoma; analysis of 23 cases. Surgical Neurology. 2007 ; 2 : 19
- 5) 小笠原智子，逸見弘，長谷川栄寿，他：特発性脊椎硬膜外血腫の検討. 日本救急医学会雑誌 2007 ; 18 : 414.
- 6) 小久保吉恭，山崎隆志，星亨，他：脊椎硬膜外血腫の治療方針. 東日本整形災害会誌 2005 ; 17 : 113-118.
- 7) 佐野潔：家庭専門医療としての家庭医療学. 治療 2005 ; 87 : 995-999.
- 8) Judge RD, Zuidema GD, Fitzgerald FT ; 日野原重明，高久史磨訳：患者診断学アートとサイエンスを活かして，第2版，メディカルサイエンスインターナショナル，東京，1990，pp30-48
- 9) Hang-ping YU, Shun-wu F, Tian-si Y, et al : Early diagnosis and treatment of acute or subacute spinal epidural hematoma. Chinese Medical Journal 2007 ; 120 : 1303-1308.

A case of spinal epidural hematoma : Diagnostic lessons from the experience of a family medicine resident

Takao Wakabayashi* Yasushi Miyata** Shingo Okado*
Ken Murata* Nao Hatakeyama* Wari Yamamoto**

* Hokkaido primary care network senior resident

** Hokkaido primary care network / Sapporo medical college department of community and general medicine

abstract

A 36-year-old male patient with spinal epidural hematoma came to my outpatient clinic twice, however the author, who is a senior resident of family medicine, could not diagnose him. He complained of chest and back pain. After the examination of an orthopedic physician, the patient was found to have had a spinal epidural hematoma. Generally speaking, it is difficult to diagnose a spinal epidural hematoma and not only family physicians but also orthopedic physicians sometimes cannot diagnose this disease. It is said that some patients with this disease come to doctors other than orthopedic physicians. Some patients possibly come to family physicians. Family physicians should take a thorough medical history and conduct a detailed physical examination and suspect the disease.

Key word : family physician spinal epidural hematoma primary care
History taking physical examination

連絡先；若林崇雄

〒 067-8585 江別市若草町 6 番地 江別市立病院

Tel 011-382-5151

Fax 011-384-1321

E-mail wakabayari@yahoo.co.jp