

I-2

I. 脳神経外科救急疾患の診断

出血性 脳血管障害 の初期診断

久保慶高

岩手医科大学 脳神経外科 講師

Point 1 問診から疾患を鑑別できる。

Point 2 CT, MRI 所見から疾患を鑑別できる。

Point 3 見逃すと死に直結する疾患を見逃さない。

はじめに

「脳卒中治療ガイドライン2009」に記載されている出血性脳血管障害は、くも膜下出血、高血圧性脳出血、高血圧以外の原因による脳出血（脳動静脈奇形、海綿状血管腫、もやもや病、アミロイドアンギオパチー、硬膜動静脈瘻、脳腫瘍に合併した脳出血、抗凝固・抗血小板・血栓溶解療法に伴う脳出血、腎不全患者の脳出血）である。出血性脳血管障害は「誤診すると死につながる」疾患であるが、本章ではそのなかでも研修医にとって、とくに鑑別が大切である疾患を重点的に述べたい。

1. 脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血(SAH)

症例1 50歳の女性

【主訴】 突然の頭痛、嘔吐

【既往歴】 とくになし

【現病歴】 1週間前、夕食を支度中に突然に頭痛を訴え、嘔吐した。顔面蒼白で、まったく余裕がない状態に家族にはみえた。すぐに市販の頭痛薬を内服して寝込んだ。翌日に自宅の車で内科開業医を受診し、診察を受けるも片頭痛の診断で薬を処方されて帰宅した。頭痛・嘔吐が改善しないため、当日、当院を歩いて受診した。

【身体所見】 意識清明、血圧 160/80 mmHg、それ以外はとくに問題なし、項部硬直あり。

【検査】 頭部CT像に異常所見なし。

くも膜下出血 (subarachnoid hemorrhage ; SAH) は、出血性脳血管障害のなかでも見逃してはならない最も重要な鑑別すべき疾患である。SAHは脳梗塞・脳出血とともに3大脳卒中のひとつである。全脳卒中の5%程度で、年間発症率も人口10万対20~30人と患者数は少ないが、他の2疾患に比べ発症年齢が若い。家族の大黒柱でもあり、国力を担う年代の人間を突然襲い、命を奪っていく疾患である。正確に診断して治療を行えば社会復帰できる患者も多いが、逆に、診断を誤ると死亡や寝たきりになる可能性

が高く、プライマリケアでその患者の人生が左右されるともいえる。

SAHの予後は不良で、32~67%が死亡するといわれており¹⁾、予後を悪化させる最大の因子は破裂脳動脈瘤の再出血である。再出血は誤診や診断の遅れが原因となることが多いため、的確な診断ならびに専門医による治療が必要である。つまり、くも膜下出血＝「早期診断・治療で再破裂を防ぐ」ことが患者を治癒させるうえで大前提となる。

SAHの患者は救急車で搬送されることが多いが、病歴をよく調べてみると以前に診断のチャンスがあった症例が少なくない。頭痛が軽度な患者や、内頸動脈瘤による動眼神経麻痺を有する患者などは歩いて内科や眼科を受診することもある。しかし、「頭痛が軽度である」「片頭痛発作である」「感冒である」「CT検査で異常所見がない」「血圧が高い」などの理由から、簡単にSAHが否定される。そして、患者は鎮痛薬や感冒薬を処方されて帰宅させられるものの、再破裂をきたし、重篤になって初めて搬送されてくるわけである。“来院する頭痛患者はすべてくも膜下出血を疑え”とは決して過言ではない。誤診はそのまま死に直結するからである。症例1のような患者を見逃して帰宅させると、患者は死亡し、病院・医師は訴えられる可能性が高い。SAHは問診、神経症状、CT、腰椎穿刺の総合的な診断が必須であり、以下にそのポイントと注意点を述べる。

問診

現病歴を聞くことがSAHの診断で最も大切である。必ず聞くべきことは、①過去にこのような頭痛を経験したことがありますか？、②痛くなったのは突然ですか？ 徐々にですか？、である。過去に経験のない激しい頭痛が突然に起こったのであれば、SAHにほぼ間違いなく、迅速にCTスキャンを行って確定診断をつけなければならない。SAHの頭痛は嘔吐などを伴い、余裕のない顔貌や雰囲気有していることが多い。前述した症例1は、現病歴を聞いただけでSAHと判断すべきである。

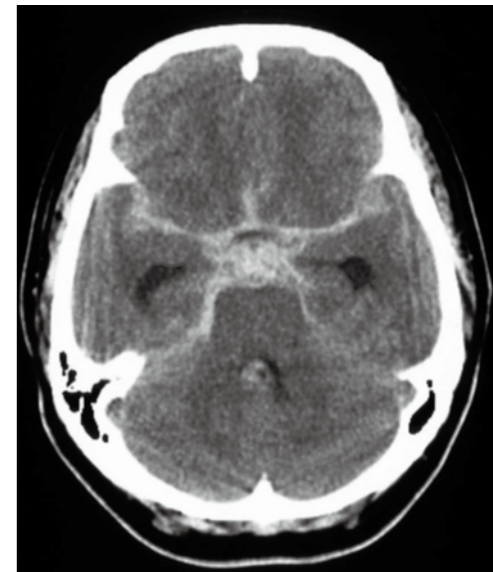


図1 代表的なくも膜下出血のCT所見
ペンタゴン（大脳基底槽）に高吸収域を認める。

神経症状

内頸動脈瘤（とくに内頸動脈-後交通分岐部動脈瘤）の場合は動眼神経麻痺で発症することもあり、注意を要する。また、項部硬直（髄膜刺激症状）は一部の内科の教科書ではSAHの特徴として記されているが、SAH発症早期には認められないのが通常である。したがって、項部硬直の有無はSAH急性期の診断において意義がないことを認識すべきである。発症して4~14日目（とくに7日目前後）は脳血管攣縮の時期で、脳虚血症状（麻痺、失語など）を有することもあり、そのような患者を簡単に脳梗塞と診断してはならない。

画像診断:CT検査, MRI検査 (FLAIR法)

画像診断としてはCT検査が有用であり、発症24時間以内の診断率は92%である²⁾。救急車で搬送されるような強い頭痛や意識障害を有する患者は、CT検査で容易にSAHを診断できることが多い。代表的なSAHのCT所見は大脳基底槽や脳溝の高吸収域である（図1）。しかし、発症してから長い時間が経過しているときや、ごく少量の出血発作（いわゆるマイナーリーク）では、CT像で高吸収域を認めないことが多い。しかし、前述したように問診でSAHが疑われたならば、MRIのfluid-attenuated inversion recovery (FLAIR) 法や、腰椎穿刺による髄液の観察が必要である。