2

救急外来②
walk in

武山直志
藤田保健衛生大学医学部 救命救急医学講座 教授

Point

1. 患者さんの主訴に耳を傾けながらも意識状態とバイタルサインに注意し，全身の評価を行います。
2. walk in が必ずしも軽症とは限らないため，lucid interval などを考慮します。
3. 軽症のなかから重症患者さんの洗い出しを行います。
4. 回復の早い意識消失のみの患者さんでは，脳梗塞やてんかん発作よりも失神を疑い，不整脈などの除外診断を行います。

はじめに

walk in で救急外来に来院する患者さんで，脳・神経疾患を疑わせる方は多く，またその疾患は多岐にわたります。たとえ walk in であっても，この範疇に含まれる疾患は，すべて急速に状態が変化し，死に至る可能性があることを念頭に置いて対応しましょう。とくに脳卒中（脳内出血，くも膜下出血，脳梗塞，脳動脈解離），外傷性頭蓋内血腫，髄膜炎，脳炎，敗血症，Adams Stokes 症候群，不整脈などを見逃すと致命的です。

本章では救急外来に walk in で受診する患者さんの訴えとして遭遇することの多い，頭痛，けいれん，意識障害，めまい（失神），軽症頭部外傷をとりあげ，これらの症状からどのような疾患を鑑別しなければならないかを概説するとともに，急変時の徴候を見逃さないためのポイントを述べます。

walk in 患者さんに多い訴え① 頭痛

頭痛は多くの疾患で認める非特異的な症状ですが，危険な疾患を示唆する重要な症状の1つでもあります。表1に示す所見を認める場合は2次性頭痛の可能性が高いため，要注意です。意識障害，神経症状，髄膜刺激症状を伴う場合はくも膜下出血，頚動脈・椎骨動脈解離，静脈洞血栓症，髄膜炎を念頭に置いて慎重に診療を進めなければなりません。

表1 二次性頭痛を疑う所見（文献[1]より引用，一部改変）

頭痛の時間経過	初めてもしくは生涯で最悪の頭痛
	新規発症持続性連日性の頭痛あるいは進行性の頭痛
	慢性連日性頭痛
	いつも同一側の頭痛
	治療抵抗性あるいは反応不良の頭痛
患者背景を考慮した場合	悪性腫瘍やHIV感染中の患者
	50歳を超えて初めて出現した頭痛
	頭痛と痙攣をともに有する頭痛
随伴する症状・徴候を考慮した場合	発熱，悪心，嘔吐，項部硬直を有する患者
	前兆のある片頭痛ではないが，局所徴候・症状を伴う患者
	眼底で乳頭浮腫，精神症状，人格変化，意識障害を伴う患者

くも膜下出血

くも膜下出血の髄膜刺激症状は，初期には認めず，発症後数時間経過してから出現する場合が多いので注意します。くも膜下出血，頚動脈・椎骨動脈解離を疑った場合は血圧上昇に注意を払いながら CT 検査を行います。意識レベル確認のための疼痛刺激，頻回の対光反射確認，注射，採血など，血圧上昇をきたす処置は可能なかぎり控え，必要最小限にとどめるか，鎮痛処置を行った後に行いましょう。CT 検査などの移動時も血圧上昇をきたすため，愛護的な移動を心がけるのはもちろん，移動中に急変しても対処できるよう，気道確保に必要な物品，静注用降圧薬を常に携帯しなければなりません。くも膜下出血は発症後 12 時間以内であれば CT 検査でほぼ100%診断可能です。CT 検査で出血が確認できなかったとしても，病歴などからくも膜下出血が疑われる場合には，ためらわず腰椎穿刺を行いましょう。とくに発症後から時間が経過している場合には腰椎穿刺によるキサントクロミーの診断意義が増します。心電図では巨大陰性 T 波など，冠動脈疾患と見誤る所見を示す場合もあるので，注意します。

図1 頭痛危険度ランキング（文献[2]より引用）

鑑別診断

頭痛を認める代表的な疾患の危険度を頻度別に図1に示します。脳静