

エピネフリン筋注により心室頻拍となった アナフィラキシーショックの1例

久保田 洋 介, 亀 山 元 信, 村 田 祐 二
庄 子 賢, 野 上 慶 彦, 鈴 木 惇 子
中 川 智 彦*, 高 屋 潔*

はじめに

当院救命救急外来においてアナフィラキシーショックで搬送される症例は年間約10例程度である。食餌性に誘発されるものが多く蜂毒が次ぐ。2007年の段階でアナフィラキシーショックに対して最も有効かつ速効性があるとされる治療法はエピネフリンの筋注である(但し高血圧症などの心血管系の基礎疾患がない場合)。今回我々は蜂毒によるアナフィラキシーショックで搬送された症例に対しエピネフリン筋注を施行したところ心室頻拍となった症例を経験したので報告する。

症 例

症例: 53歳, 女性

主訴: 全身搔痒感, 呼吸苦

既往歴: 受診から3ヶ月前に蜂に刺されたという(種類は不明), その他特記すべきはなし

家族歴: 特記すべきはなし

現病歴: 草むしり中に蜂に刺されたという。受傷直後から全身の搔痒感と発赤出現, 口唇から頸部にかけての違和感と呼吸苦が出現した。このため家人に助けを求め, 家人から救急要請され当院救急外来へ搬送となる。受傷から初療開始までおよそ40分であった。

来院時現症: 頸部, 体幹, 四肢に広く地図状で境界明瞭な膨隆疹を認めた。頭部顔面全体に発赤腫脹が著明であり, 開眼と開口が容易でない状態

であった。不隠状態で体動激しくうなり声をあげている状態であった。聴診所見にて頸部にstridorを聴取した。

血圧76/-mmHg, 脈拍96bpm, 呼吸数25回/min, SpO₂99%(2Lマスク), BT36.1°C, GCS E3V4M5

来院後経過: 家人, 救急隊, 本人から聴取した症状の経過と現症から蜂毒によるアナフィラキシーショックと診断した。心血管系の基礎疾患がないこと, 家族歴, 薬剤などのアレルギー歴がないことを確認した後, 直ちにエピネフリン0.3mgを上腕三頭筋に筋注した。また, ほぼ同時に末梢静脈路を確保し(ソリュージェンF®)全開滴下を開始した。コハク酸メチルプレドニゾロンナトリウム(ソル・メドロール®)125mgを点滴ボトルに混注した。また, ファモチジン(ガスター®)20mgとdl-マレイン酸クロルフェニラミン(クロール・トリメトン®)10mgを静注した。初療開始から数分で全身の発赤は消退傾向を示し, 意識も清明に回復し, 呼吸苦の訴えも改善した。この時点での血圧は120~130/60mmHg程度でショック状態を離脱する傾向を認めた。このため初療室で経過を継続して観察していたところ, まもなく吐気・嘔吐が出現し, 徐々に脈拍が170bpmに上昇した(モニター上II誘導では洞性頻脈であった)。エピネフリンによる正変時作用と考えモニター装着下のまま経過観察したが, 嘔吐のため側臥位をとったところでwide QRS tachycardiaとなった。このとき頸動脈は十分に触知可能で意識も清明であった。脈ありVTと判断し, 直ちに仰臥位に戻し除細動の準備とリドカイン60mgの静注を指

示した。静注の開始の前後で wide QRS から narrow QRS に変化した。このときの 12 誘導心電図では洞性頻脈であった。この後 QRS 幅は変わることなく、一時脈拍 200 bpm となるも次第に頻拍は落ち着き、血圧・脈拍・意識レベルの安定を確認した後に外科入院とした。入院後は経過良好で翌日エピペン®の処方を受け退院となった。以後の通院はしていない。

考 察

アナフィラキシーショックは IgE を介した即時型アレルギー反応であり、IgE に刺激された肥満細胞からの脱顆粒により、ヒスタミン、ロイコトリエン C4、プロスタグランジン D2、トリプターゼ、キニン、インターロイキンなどを放出することにより様々な症状を惹起することにより起こる。臨床的には蕁麻疹症状に加えて気道閉塞、喘息発作、循環不全、下痢などの消化器症状のいずれかを認めた場合にはアナフィラキシーショックとするのが一般的である。アナフィラキシーショックの特効薬とされるエピネフリンは肥満細胞の脱顆粒を抑制する作用をもつといわれてお

り、速効性が期待できる。一方そのほかのステロイドやヒスタミンブロッカーにこの作用はなく、脱顆粒された様々な物質によって引き起こされた症状に対して作用する。

今回の症例では搬入から間もなくアナフィラキシーショックの診断がなされ、治療が開始された。治療によりアナフィラキシー症状は速やかに改善したが、エピネフリンの効果によるものと思われる洞性頻脈が起り、洞性頻脈から心室頻拍へと移行したと考えられた。

このようなエピネフリンの筋注により重篤な不整脈が起こったという症例報告は文献を渉猟したが見当たらなかった。但し、エピネフリンの静注(誤静注)による重篤な不整脈の報告は多く見られるため、本症例でも静注により不整脈をきたすのと同じような作用があった可能性がある。本症例のように現病歴、現症からアナフィラキシーショックの診断が明らかで、致命的となりうる症状がある場合にはエピネフリンの投与は躊躇できないため、モニター監視下でかつ除細動が容易にできる環境をつくることは重要であると考えられた。