

頭部外傷と脳梗塞を併発した1例

亀山元信, 永松謙一, 大友智
刈部博, 小沼武英

はじめに

脳梗塞と頭部外傷を併発した1症例を経験したので報告する。

症 例

患者: 62歳, 男性

既往歴: 高血圧, アルコール性肝硬変, 平成11年右被核出血により左半身麻痺, 大酒家で焼酎2.5Lを3日で一本。

現病歴: 平成17年1月1日 午前中から飲酒していたが, 16:00頃酔って階段から転落, 前頭部

10 cm挫創, 胸部, 腰部打撲し, 17:03 当院救命救急センターに救急車で搬送された。

来院時現症: 意識レベル JCS 3 (GCS 14), 左片麻痺, 前頭部に10 cmの挫創を認めた。また来院後にけいれん発作を認めジアゼパム静注で対処した。血液検査では WBC 19,600, RBC 440, Hb 15.6, Ht 47.1, plt 141,000, Na 147, K 3.6, Cl 104, BUN 13, Cr 1.1, 血糖 28 mg, アミラーゼ 955, CK 571, GOT 220, GPT 63, NH3 89, pH 7.122, PO2 188.0, PCO2 40.7, ABE-16.0であり, 50% グルコース静注を行った。頭部CTでは右急性硬膜下血腫, 外傷性くも膜下出血の所見を認め (図1)

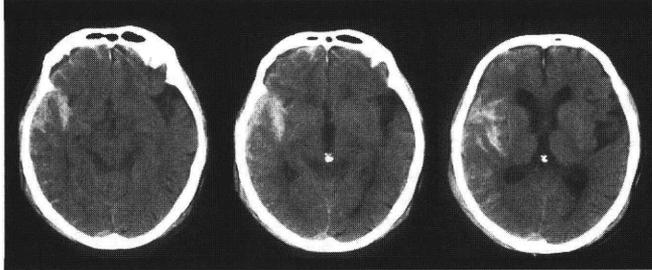


図1. CT on admission showed traumatic subarachnoid hemorrhage and acute subdural hematoma.

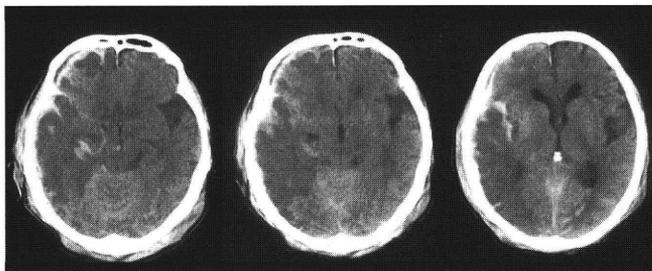


図2. CT on day 2 showed low density area at left temporal lobe and bilateral frontal base.

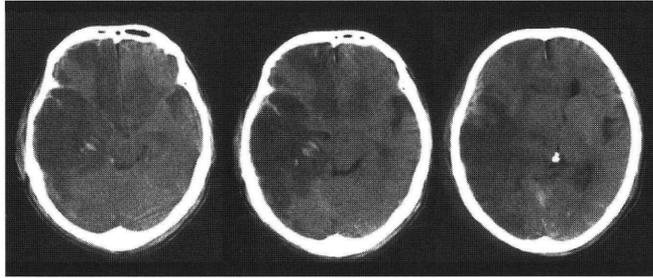


図3. CT on day 4 showed midline shift and compression of mesencephalic cistern.

ICU入院となった。

入院後経過: 保存的に経過を嚴重に観察し、FOY投与を開始した。翌朝には ABE-2.5 と改善したが、plt 72,000 と半減した。意識レベルは JCS 3-10、左半身麻痺も不変であったが、頭部 CT でわずかな急性硬膜下血腫の増量を認め、さらに右中大脳動脈領域および両側前頭葉底部に low density area が出現 (図 2)、脳梗塞を併発したためラジカットの投与を開始した。1月4日には JCS 30 (GCS 9) となり、頭部 CT で正中偏位が認められるようになり (図 3)、同日午後には瞳孔不同も出現した。血液検査では plt 47,000, GOT 1,426, GPT 407, ATIII 42%, FDP 88.0 と DIC の所見を呈していた。この時点で全身状態が不良であることから減圧開頭手術は行わない方針とし、ご家族にもご了解を頂いた。その後昏睡状態が続き、1月10日永眠された。

考 察

本症例における問題を整理してみると以下の点があげられる。すなわち、1) 脳梗塞の発生機序、2) 来院時の低血糖、代謝性アシドーシスなどである。

第一に脳梗塞の発生機序であるが、本症例の階段転落が脳梗塞の結果であるのか、逆に転落の結果脳梗塞を生じたのか、あるいは転落とは無関係

に脳梗塞が生じたか、の3つの可能性が存在する。転落による頭部外傷に起因する脳梗塞であれば頭蓋内主幹動脈の解離による脳梗塞が考えやすい。外傷性くも膜下出血後の脳血管攣縮による脳梗塞としては受傷から発症までの時間が短かく可能性は低いと考えられる。一方、脳梗塞が最初に生じてその結果階段を転落したのであれば、脳血栓、脳塞栓いずれの可能性もあると思われる。いずれにせよ本症例は正月元旦に受傷したため急性期に MRI, MRA を施行することができず頭蓋内動脈、頸部動脈の評価は行うことができなかったこともあり、脳梗塞の発生機序に関しては不明と言わざるを得ない。また陳旧性右被核出血のため既に左半身麻痺が存在したため、来院時の神経症状から脳梗塞の存在を疑うことは困難であったと思われる。

第二に来院時の低血糖、代謝性アシドーシスの存在であるが、本症例は日常的に何も食わず焼酎を大量に飲酒するアルコール性肝硬変患者であり、低栄養等に起因する低血糖、代謝性アシドーシスを呈していたものと思われる。

来院後早期に脳梗塞の併発を診断できなかった頭部外傷の1例であるが、可及的速やかに脳病変の診断を確定するためにも今後 MRI 検査の24時間体制が望まれる所以である。