

意識障害

症例

糖尿病、認知症、心房細動、高血圧の既往がある施設入所中のADL車椅子程度の84歳女性。

来院3日前から食事摂取量の低下を認め、来院前日までは初後認めていたが来院当日朝から反応が鈍く、血圧80台に低下したため救急車にて当院受診した。

既往歴

糖尿病（発症時期は不明、内服なし）

右肩関節脱臼

認知症

うっ血性心不全（H27.7）

心房細動（H27.7）

高血圧

左不全麻痺（施設の職員の証言、10年以上前に脳梗塞の跡があるといわれた）

常用薬

酸化マグネシウム3g

エチゾラム0.5mg

アゼラスチン塩酸塩錠1mg（抗アレルギー）

オルメテック10mg

アムロジピン5mg

フロセミド20mg

【アレルギー歴】 なし

【家族歴】 なし

【生活歴】

喫煙:なし 飲酒:なし 家族:KP長男嫁 長男 (都内に次男、三男がいる)

ADL

更衣:全介助(上肢のみ協力動作あり)

食事:全粥食を自己にて摂取。食事を認識できないことがあり時折一部介助。

移動:全介助(膝関節んい拘縮あるが車椅子移乗は可能)

排泄:オムツを使用 時折尿意ありトイレに介助

入浴:全介助

IADL:全介助

介護保険:要介護3

入院時身体所見

脈拍:115bpm不整 血圧:110/71mmHg 体温:36.9°C 呼吸数:18回/分
SPO2:94-97%(RA)

JCS: II - 10 GCS: E3V2M4 瞳孔3+/3+

頭頸部:眼瞼結膜貧血なし 眼球黄染なし

胸部:心音不整 心雑音なし 呼吸音清 両側ともにair入り弱い

腹部:平坦・やや硬い 圧痛なし 手術痕なし 異常腸音なし

腸蠕動音正常に聴取

神経所見:MMT右上肢/下肢:3/2 左上肢/下肢:1/1

生化			
アルブミン	3.5	Na	153
AST	27	K	5.4
ALT	33	血糖	851
尿素窒素	60.1	HbA1c	11.0
クレアチニン	1.69	CRP	0.94

血算		凝固	
WBC	9000	PT	13.2
RBC	454	PT-INR	1.2
Hb	14.8	D-ダイマー	1.3
Plt	18.8		

静脈血ガス			
ph	7.44	lactate	35.0
PCO2	43.2	HCO3	28.9
PO2	53.0	Aniongap	16

尿			
尿蛋白	+	ケトン体	-
尿糖	4+	尿潜血	3+
亜硝酸	-	白血球	3+
円柱	-	細菌	1+

TSH	1.59	FT4	1.64

画像検査

胸部レントゲン: 肺野清 CTR60%程度

心電図: 心房細動 不明瞭だがST変化あり 陰性T波あり

心エコー: EF40-50%程度 IVC8mm/呼吸性変動あり

胸部CT: 肺野清 胸水貯留なし

頭部CT

プログレムリスト

#意識障害

#HHS #糖尿病 #高血糖

#ST変化あり #陰性T波あり

#心房細動

#心不全

#退院プラン

#意識障害

A:施設入所中 飲酒歴なし

I:高血糖あり **インスリンにて加療開始**

U:入院時BUN上昇、尿量低下あり

E:Na高値だったが改善あり 甲状腺機能異常なし

O:低酸素なし 薬物過剰投与なし

T:外傷歴なし 体温異常なし

I:膿尿あり 細菌尿+ 明らかな肺炎像なし

P:認知症あり

S:陳旧性脳梗塞の所見あり

HHSとDKA

高血糖: 851

血清浸透圧: 374.6

PH: 7.44 HCO₃: 28.1 ケトン体: -

高齢者、食事摂取量の低下のエピソードあり

高血糖、高浸透圧、高度なケトアシドーシスを伴わない脱水であったことからHHSを積極的に疑った

HHSとして治療開始

原因として5Iをチェック

Insulin: **薬物加療なし** 抗GAD抗体5.0未満(I 型新規発症の可能性低い)

Infection: 感染所見は膿尿／細菌尿あり

Ischemia/infarction: **心電図変化あり/陳旧脳梗塞あり**

Intra-abdominal inflammation: 入院時にアミラーゼの上昇あったが正常化。

腹部エコーにて可視範囲内に明らかな腫大なし

Iatrogenesis/intoxication: 抗不安薬の内服歴あり

脱水の補正、インスリンの投与、カリウム補正、ヘパリン投与開始

⇒血糖改善、脱水改善。しかし意識レベル改善なし??

意識障害の再評価

- ・感染の有無（身体診察）
- ・頭部MRI
- ・心臓超音波検査
- ・トロポニンチェック

⇒左不全麻痺あり MMT1 進行していたものの可能性あり??

頭部MRI

右MCAの途絶

右中大脳動脈領域の新鮮梗塞

一部出血性脳梗塞あり

多発脳梗塞、慢性虚血性変化あり

陳旧性微小出血あり 脳萎縮あり 動脈硬化性変化あり

右内頸動脈閉塞あり 脳動脈多発狭窄

左椎骨動脈解離の可能性

右中大脳動脈領域の新鮮梗塞として 治療開始

- ・バイアスピリン100mg内服開始
- ・アトルバスタチン20mg開始
- ・出血性脳梗塞の確認のため開始翌日、開始4日目、一週間後にCTフォロー
- ・全身管理

低酸素(SPO2:94%以下)、高体温(38度以上)、脱水、水分過多、高低血圧
高低血糖(140以下/180以上)を避ける。

- ・DVT予防
- ・早期リハビリ開始

抗血小板薬と抗凝固

心原性脳塞栓症の治療としては抗凝固薬のワルファリンが第一選択薬である
(グレードA)

ただし、ワルファリン禁忌の例にのみアスピリンなどの抗血小板薬の投与をする
(グレードB)

日本脳卒中ガイドライン

今回の症例では、週明けの採血・心電図でトロポニン陽性、Ⅲ/aVfでST上昇、陰性T波がありACSも否定できていなかったことから、バイアスピリンを投与。

広範囲脳梗塞である今回の症例では、出血性脳梗塞のリスクが高く、抗凝固(ワルファリン)は併用せず、抗血小板(バイアスピリン)のみでの治療を開始した。

心原性梗塞

心原性梗塞に対する急性期のヘパリン、抗凝固療法は出血のリスクを増加するのみであり、発症早期はアルガトロバン、もしくは抗血小板薬を使用する

(lancet neuro.2013jun;12(6):539-45)

心原性梗塞に対する抗凝固薬の使用は発症後7-10日経過して開始するという意見が多い。広範囲(中大脳動脈>1/3を占める)脳梗塞やコントロール不良な高血圧がある場合はさらに遅らせたほうがよい。

(cardiovasc drugs ther.2008 oct;22(5):419-25)

治療経過

JCS: II -10 GCS: E4V3M4

出血性脳梗塞所見あるが、拡大なし

B遮断薬の開始。抗凝固薬の投与を検討

リハビリにて車椅子移乗は可能だが嚥下機能の低下あり

退院先の検討

症例まとめ

脳梗塞とHHSが合併して出現した症例。

施設入所中で患者のもともとの状態把握がしづらい状態であった。

食事摂取量の低下の原因のアセスメントが不足していた。

経過が改善／悪化ある際は鑑別疾患を広げて

再評価することが重要である。