

左片麻痺

【症例】 90代 女性

【主訴】 左片麻痺

【現病歴】

陳旧性心筋梗塞、高血圧の既往のある90代女性。

入院当日朝9時（デイサービスのお迎え時）左の上下肢の動きにくさがあったが様子を見ていた。デイサービス到着後、いつもできる手引き歩行ができず、その後も様子を見たが、左の片麻痺が持続していたため職員によって救急要請された。

来院時間は14時。

最終未発症確認は3日前。

【既往歴】

- 心筋梗塞
（P-PCI：2018年LAD#13 100%→0%、#7 50%残存）
- 高血圧
- DVT（両側下腿ヒラメ筋内に血栓あり）
- 認知症

【生活歴】

ADL:独居、手引き歩行、衣食はヘルパー
介護保険：要介護1（変更申請中）

【内服薬】

- アゾセミド 30mg 1T分1 朝食後
- スピロノラクトン25mg 2T分1 朝食後
- チラージンS 50 μ g 1.5T分1 朝食後
- アスパラK 300mg 1T分1 朝食後
- エナラプリルマレイン5mg 0.5T分1 朝食後
- バイアスピリン100mg 1 T分1 朝食後

【身体所見】

- 体温36.2°C 脈拍80bpm(SR) 血圧140/80mmHg SpO2 100% (6L)
呼吸回数24回/分
- 意識：GCS E3V5M6
- 顔面：眼瞼結膜貧血あり、眼瞼下垂なし、ひだり眼裂狭小あり
- 咽頭：発赤なし、口腔内乾燥著名
- 甲状腺：肥大なし
- 胸部：肺音清、副雑音なし、心音S1→S2→S3(↑)S4(-)、心雑音なし
- 腹部：平坦、軟、蠕動弱い
- 皮膚：左前腕、左眼瞼に皮下出血あり
- 上肢：ひだり上肢疼痛で動かさず
- 下肢：両下腿浮腫あり、足背A触知できず、右下肢冷感著明

【ROS】

- 認知症にて有意なものは取れなかったが、来院当初は後継部から背部の痛みの訴えがあった。しかし翌日には疼痛は消失。

【脳神経】

- 前額部：発汗左右左なし、
ひだり眼烈狭小あり、瞳孔3.0/3.0、対光反射あり
→Horner徴候 +
- 顔面：頬膨らませ 良好/良好、挺舌 正中左右左なし、
口腔内不随意運動なし、軟口蓋挙上 良好/良好
- 感覚障害：温痛覚触覚、振動覚共になし
- 右指鼻試験正常、左は不可、膝かかと試験は筋力低下にて不可

【運動/筋力低下】

- ひだり上肢は肘屈曲はできるが、上腕からの挙上はできず
- ひだり下肢の動きは見られず（他動的に動かすと疼痛あり）
- みぎ下肢は膝伸展位で30度まで挙上できたが、5秒維持はできず

【病的反射】

- Babinski徴候 ext./ext.
- Chaddock徴候 ext./ext.
- Marie-Foix徴候 triple flex/ind.

【採血・画像：頭部CT】

- AST 27 U/L
- ALT 16 U/L
- LDH 491 U/L
- BUN 31.5 mg/dl
- Cre 0.95 mg/dl
- Na 138 mEq/L
- K 4.1 mEq/L
- Glu 173mg/dl
- Hb 9.5g/dl
- MCV 95.9 fl
- BNP 4528 pg/ml
- D-d 13.5 μ g/ml

明らかな出血巣なくみぎ放線冠に淡いLDAのみ

【鑑別診断】

左片麻痺

s/o 脳梗塞（アテローム性 > ラクナ > 心源性）

r/o 脳出血、脊髄梗塞

【症例サマリー】

- OMI、高血圧既往のある90代女性が、左片麻痺を主訴に救急搬送された。
- 入院時のCTでは明らかな出血巣なく、NIHSS 9点/42、CT上明らかな出血巣認めず、年齢や左片麻痺のエピソードからアテローム性やラクナ梗塞の可能性が高いと判断した。
- AM9:00発症かそれ以前の発症だとしたら、4.5時間は経過しており、t-PAの適応ではなかったため、凝固能を確認し脳保護目的にエダラボン、梗塞拡大抑制にアルガトロバン静注を開始した。

【その他の probremlist】

両側膝下静脈血栓

D-Dimer上昇

左上葉枝の微小な造影不良

→s/o DVT r/o PE

OMI (2018年P-PCI #13 100%→0%、
#7 50%)

両下腿浮腫

BNP高値

→ s/o慢性心不全 r/o SMI、ACS

#甲状腺機能低下症疑い
#正球性貧血

【入院後経過】

- 入院翌日朝方より3.5/2.5の
アニソコが出現し
午前中にCT撮像

→みぎ放線冠に淡いLDAを認めるが
入院当日と著変なく明らかな
出血巣は見られず。
午後のMRIでの評価とした。

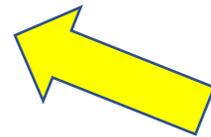
午後MRI撮像

→明らかな梗塞像は認めなかった。

→頸髄病変の評価を行い、
改めて左上下肢麻痺
の鑑別を行うこととした。

- PEも併存するが、
梗塞像がなかったことより
アルガトロバンは中止とした。

再度入院時の体幹CTを確認した。

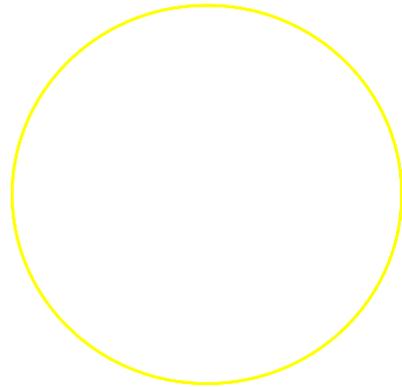


【入院時の体幹CT】

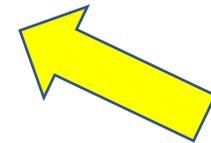
- C5-C6レベルにて頸椎脊柱管内、頸髄の左背側に淡い高吸収域を認め、頸椎硬膜外出血の所見。
- C5-C6レベルでは骨性の脊椎管狭窄も認められた。

→入院3日後に頸髄MRIを撮像

入院3日目の頸髄MRI



C4-C5レベルで頸髄ひだり背側にT2強調像低信号、脂肪抑制T1強調像で軽度高信号の隆起性病変が見られ、硬膜外血腫を疑う所見を認めた。



さらに同レベルでひだり側優位に脊髄が圧迫されている。

【最終診断】

C4 - C5 頸髄硬膜外血腫

— 左片麻痺

— 左Horner症候群

画像検査ではC4/5に最も厚みをもつ硬膜外血腫の所見であり、血腫は左側に偏在し脊髄は後方から強く圧排を受けている。

外傷エピソードはないが、左眼窩周囲に打撲痕が日に日に濃くなっており、後頸部から背中にかけての疼痛もあったことから、外傷に伴いもともと狭窄のあった箇所がさらに血腫の圧排も受け障害を生じている可能性が考えられた。

【入院後経過】

→脳外科にコンサルト

高度心不全、またPEなどもみられておりOPEリスクは高いと判断。保存的加療となった。

→整形外科にコンサルト

カラーを作成、頸部安静となった。保存的にみて画像的な血腫の縮小と左上下肢の麻痺も改善。食事も介助にて全量摂取、無事に転院となった。

ひだり眼烈狭小や瞳孔不同に関しては、血腫の頸髄圧迫により、顔面交感神経の経路が遮断された結果Horner徴候が生じたものと考えた。

【反省点】

- 片麻痺、眼裂狭小あり（ホルネル徴候と考え）、アテローム性脳梗塞などの脳血管障害と思い込んだ。
→脳血管障害によるホルネル徴候を呈すものとしてWallenberg症候群があるが、それを疑うのであれば椎骨動脈や後下小脳動脈の解離や閉塞による梗塞を疑いMRIやCTAを早めに撮像すべきだった。
- 錐体路障害があったため脊髄病変の鑑別に対し精査をするべきだった。

脊髄硬膜外血腫とは

- 硬膜外腔に血腫が形成されたもので稀な疾患。血腫は頸椎から腰椎までどのレベルでも生じうる。脊髄背側に生じることが多い。
- 臨床症状は出血部位に応じて病変が発症した高位の激痛（後頸部痛、腰背部痛）で発症し、その後数時間の経過で徐々に四肢の麻痺や感覚障害、膀胱直腸障害が加わる。
- 麻痺のタイプは四肢麻痺や対麻痺のように左右対称に生じるものばかりではなく、単麻痺や片麻痺を呈する可能性があるため、脳血管障害との鑑別が重要となる。
- 先行する疼痛がある場合には鑑別が比較的容易であるが、稀に疼痛がない症例があるため注意が必要。また、疼痛→麻痺の順で生じる病態として脊髄梗塞も鑑別診断にあげる必要がある。

脊髄硬膜外血腫とは

- 出血の原因としては、血管奇形、腫瘍、抗凝固薬・抗血小板薬の内服などがあり、外因子として外傷や腰椎穿刺などでも硬膜外血腫を生じる原因となる。原因不明なものも40-50%を占め、特発性脊髄硬膜外血腫と呼ばれている。
- 診断にはMRIが有効であり、硬膜外より脊髄を圧迫する占拠性病変を確認することに加え、疼痛が先行して四肢麻痺が生じるという臨床経過を聴取することで確定診断が可能。

治療

- 従来は、症候性の脊髄硬膜外血腫に対しては早期から後方除圧、血腫除去術が推奨されていたが、発症から血腫の増大がなく、自然消退する例があることがわかり、必ずしも緊急手術が必要でないと考えられるようになった。
- 麻痺が軽度（MMT3以上）で早期に麻痺の回復傾向が見られる症例では、安静と血圧管理を中心とした保存的治療を行い、神経脱落症状が改善するかどうかを注意深く観察する。
- 神経脱落症状の改善が見られない、または増悪する場合は、半椎弓切除や椎弓切除により血腫の除去を行う。

【Take home message】

- 初診時脳卒中と診断されたうち19%は脳卒中ではない。

[Ann Emerg Med.1999 Apr.33(4):373-8]

- 脳梗塞と誤診された疾患内訳▼

脊髄病変2% / てんかん20% / 敗血症14% / 代謝性疾患・薬物 12%
頭蓋内占拠性病変13% / 失神、前庭神経障害、心因性等

[Stroke.2006 Mar;37(3):769-75/Arch Neurol.1995 Nov;53(11)1119-22]

- 画像所見と臨床所見が一致しなければ脳梗塞との診断は下してはいけない。
- 脊髄病変では麻痺肢に疼痛を伴うことが多い。
- 病歴はやはり大切。