

後頭部痛、背部痛主訴に  
来院された一例

# 主訴・現病歴

## 【主訴】

頭痛

背部痛

## 【現病歴】

脂質異常症、不眠症で近医クリニックかかりつけのADL自立した70歳代女性。

来院当日の夕方、訪ねてきていた知人の忘れ物を届けるため5分ほど走って追いかけた。その後、後頭部痛と背部痛が出現したため、夕方夫の運転する車で時間外受診となった。

# 既往歴・内服歴・社会歴

## 【既往】

約10年前：内視鏡で胃ポリープ切除

5年前：眩暈で当院入院

## 【内服歴】

ロスバスタチンカルシウム 2.5 mg 1錠 朝食後

エルデカルシトール 0.75  $\mu$ g 1錠 朝食後

レンボレキサント 5 mg 1錠 就寝前

# 既往歴・内服歴・社会歴

## 【社会歴】

夫と2人暮らし（子供2人）

飲酒・喫煙：なし

介護保険使用：なし

ADL/IADL：自立

アレルギー：なし

手術歴：なし

# 来院時バイタルサイン

GCS : E4V5M6

体温 : 36.7°C

心拍 : 106回/分

血圧 : 196/102mmHg

呼吸 : 17回/分

SpO<sub>2</sub> : 98% (室内気)

# ROS

全身状態：食欲不振なし、倦怠感なし

頭部：後頭部痛あり、眩暈なし

頸部：リンパ節疼痛なし、頸部痛なし

眼：複視なし、眼痛なし

鼻：嗅覚異常なし、鼻汁なし

耳：聴覚障害なし

胸部：胸痛なし、咳嗽なし、呼吸困難なし

腹部：腹痛なし、反跳痛なし

背部：背部痛あり、脊椎叩打痛なし

# 身体所見

身長：156 cm

体重：50.7 kg

頭部：形状・毛髪異常なし、副鼻腔圧痛・叩打痛なし、項部硬直なし

顔面：眼瞼結膜蒼白なし、黄染なし、頸静脈怒張なし、頸部リンパ節腫脹なし、口腔粘膜乾燥・発疹なし

眼：複視なし、眼球運動障害なし

胸部：呼吸音清・左右差なし、胸郭運動左右差なし、心雑音なし

腹部：平坦・軟・圧痛なし

四肢：浮腫なし、皮疹なし

背部：CVA叩打痛なし、脊柱叩打痛なし

皮膚：末梢チアノーゼなし、爪所見異常なし

# 血液検査

## 【生化学】

TP:7.5 g/dl      Na:140 mEq/l  
AST:27 IU/l      K:4.0 mEq/l  
ALT:23 IU/l      Cl:103 mEq/l  
 $\gamma$  GTP:14 IU/l    CRP:0.1 mg/dl  
**LDH:217 IU/l**  
T-Bil:0.6 mg/dl  
BUN:18.2 mg/dl  
Cre:0.69 mg/dl

## 【血算】

WBC:8000 / $\mu$ l  
RBC:415万 / $\mu$ l  
Hb:12.3 g/dl  
PLT:22.3万 /  $\mu$ l

## 【凝固】

APTT:30.2  
PT-INR:0.79



# 胸部X線

- 心胸郭比：55%
- 肋橫隔膜角：銳角

# 12誘導心電図

- 心拍数97/分
- 右脚ブロック
- 軽度左軸偏位

# 頭部CT

# 頭部MRA

5年前に眩暈で入院した際に撮影したMRAで左内頸動脈一後交通動脈分岐部に小さい動脈瘤があった。

血圧に注意し、年1回のフォローをするように説明してあったが、その受診がされていなかった・・・。

2018年撮影のM R A画像

# 今回撮影の頭部MRA

- 3D-CTAで、左内頸動脈—後交通動脈後方に突出する脳動脈瘤があった。



# 診断・治療

- ・以前のMRAで左内頸動脈―後交通動脈分岐部に小さい動脈瘤を認めており、今回撮影のMRAでは動脈瘤増大
- ・明らかな出血は確認できないが、FLAIR画像では左中大脳動脈周囲・大脳基底層に高信号を認める所見あり。
- ・急に走ったことで血圧が上昇し、以前指摘されていた脳動脈瘤が破裂したと考えられた

診断：くも膜下出血（Hunt & Kosnik分類 grade2、Fisher分類 group1）

治療：脳動脈瘤頸部クリッピング術

# クモ膜下出血と主訴である背部痛の関連性について考える

## 髄膜刺激症状

- ・ 出血や感染などで髄膜が刺激されたときに出現する症状の総称
- ・ 症状としては頭痛、項部硬直、嘔吐、ケルニツヒ徴候、ブルジョンスキー徴候などがある
- ・ 本症例では典型的な髄膜刺激症状の所見はなかったが、発症初期は項部硬直などの所見がないことも多い
- ・ 背部痛の訴えはクモ膜下出血では典型的な訴えではないことが多いが、本症例では出血による髄膜刺激症状であったと考えられ、見逃してはいけない身体所見である

# クモ膜下出血

## 【疾患情報】

- ・ 好発年齢：40～60歳
- ・ くも膜下出血とはくも膜と軟膜の間に出血が生じ、脳脊髄液中に血液が混入した状態である。
- ・ 日本国内での脳血管障害に占めるクモ膜下出血の割合はやや増加傾向にある。
- ・ 出血をきたす危険因子としては、喫煙習慣・高血圧保有・多量の飲酒（1週間に150g以上のアルコール摂取）などがある。
- ・ 直後では項部硬直・Kering徴候などがみられないこともある。

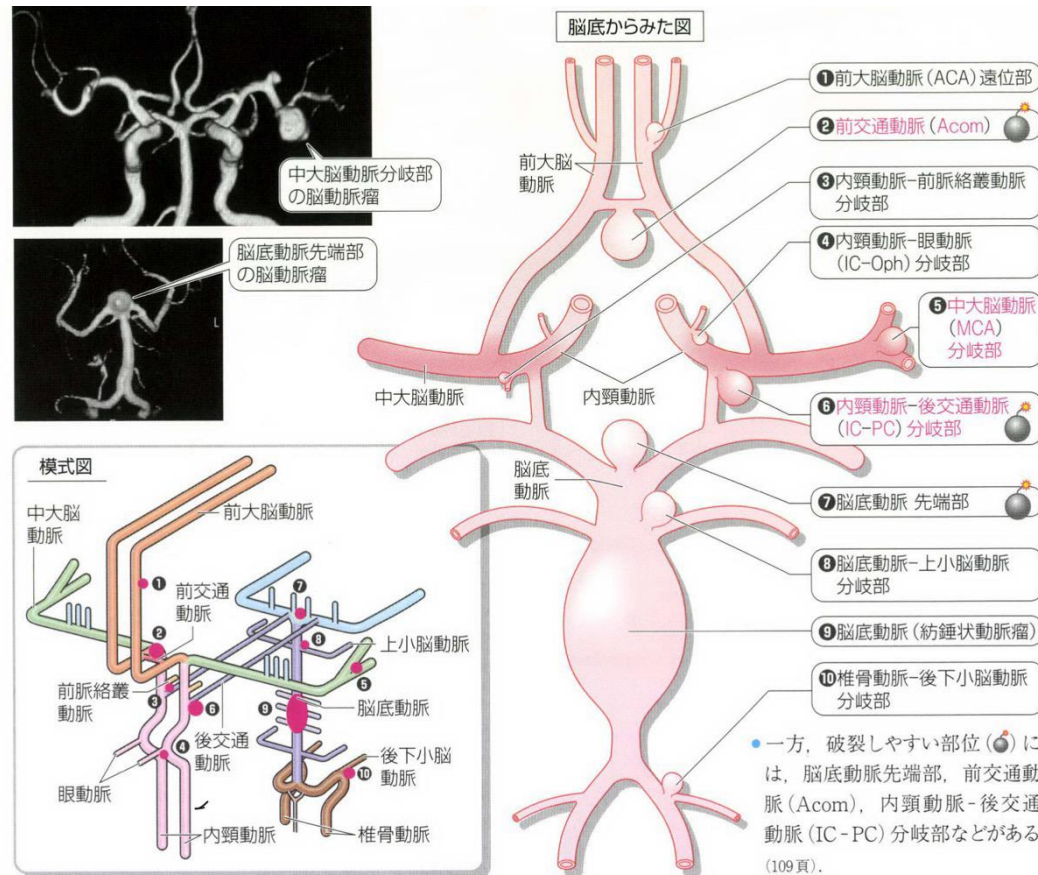
# クモ膜下出血

## 【原因と機序】

- ・クモ膜下出血は何らかの原因疾患により、クモ膜下腔に存在する脳表面の動脈が破綻することにより生じる
- ・原因として最も多いのは脳動脈瘤の破綻によるもので80%以上を占め中高年（40～60代）女性に好発する
- ・次に多いのは脳動静脈奇形（AVM）で約5～10%を占め、20代（若年者）～40代の男性に好発する

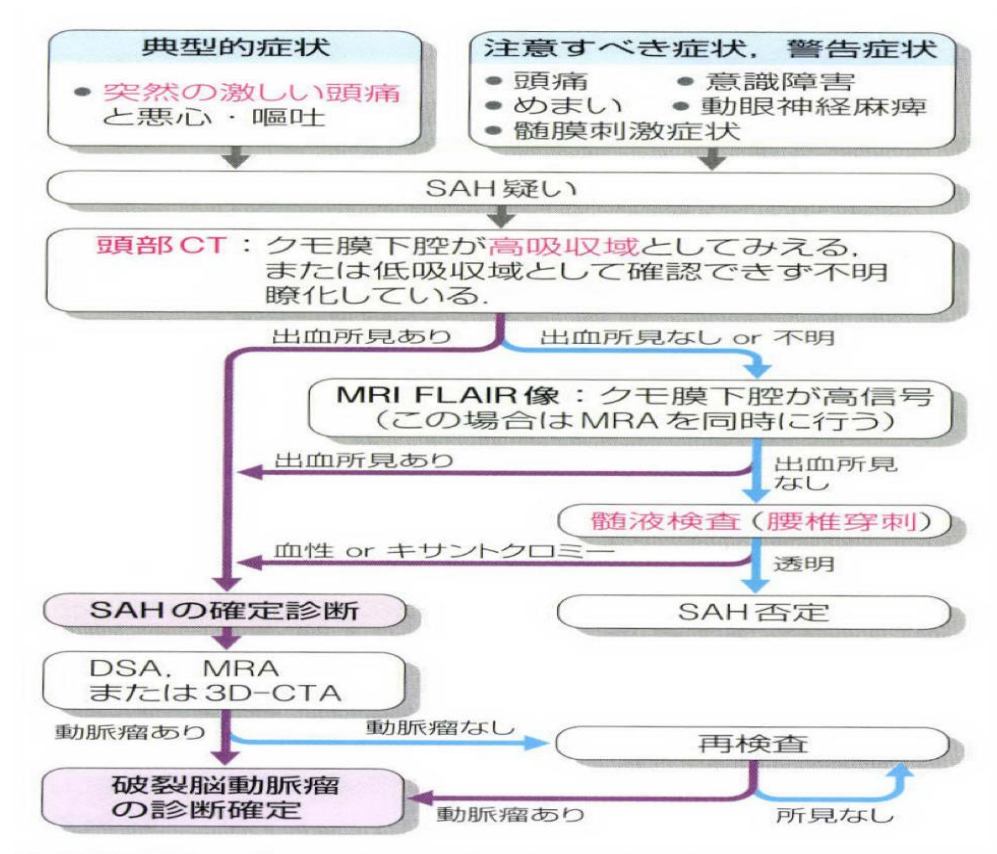
# クモ膜下出血

## 【好発部位】



# クモ膜下出血

## 【診断の流れ】



# クモ膜下出血

## 【治療】

1. 術前管理…再出血、脳ヘルニアを防ぐ

- ・ 血圧管理：降圧薬（ジルチアゼムなどを使用）

→再出血を防ぐには血圧の厳密な管理が必要となる。基本は降圧であるが降圧しすぎると脳血流が不十分になるため、140/90mmHg以下を目安におこなう

# クモ膜下出血

- ・頭蓋内圧管理：抗脳浮腫薬投与（マンニトール、グリセオールなど）
- ・鎮痛、鎮静：ミダゾラム、ペンタゾシンなどの静注  
→急激な血圧変化が再出血につながるため鎮痛・鎮静をおこなう
- ・痙攣に対して：抗けいれん薬（予防としてフェニトインなど、痙攣が生じたらジアゼパム）
- ・環境：感覚遮断（遮光など）、体位
- ・呼吸管理：SpO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub>モニタリング、酸素投与、挿管など



# クモ膜下出血

2. 手術…再出血を防ぐだけでなく血腫除去により脳血管攣縮を防ぐ

- ・脳動脈瘤頸部クリッピング術（開頭する）
- ・動脈瘤コイル塞栓術（開頭しない）

3. 術後管理…脳血管攣縮による脳虚血（脳梗塞）を防ぐ

- ・triple H療法：循環血液量増加、人為的高血圧、血液希釈  
→人為的に循環血漿量や血圧をあげさらに血液粘稠度をさげること  
で脳血流を改善する
- ・その他：脳槽ドレナージ留置、塩酸ファスジル、オザグレル  
Na経静脈投与など

# クモ膜下出血

## 【3大予後不良因子】

- ① 一時的脳損傷（重症例では即死）
- ② 再出血
- ③ 脳血管攣縮

## 【3大合併症】

- ① 再出血：発症後24時間以内が多く死亡率が高い
- ② 脳血管攣縮：72時間後～2週間後（ピークは8～10日）
- ③ 正常圧水頭症：数週～数か月後に認知症・尿失禁・歩行障害など

# 入院中の経過

- ・入院当日

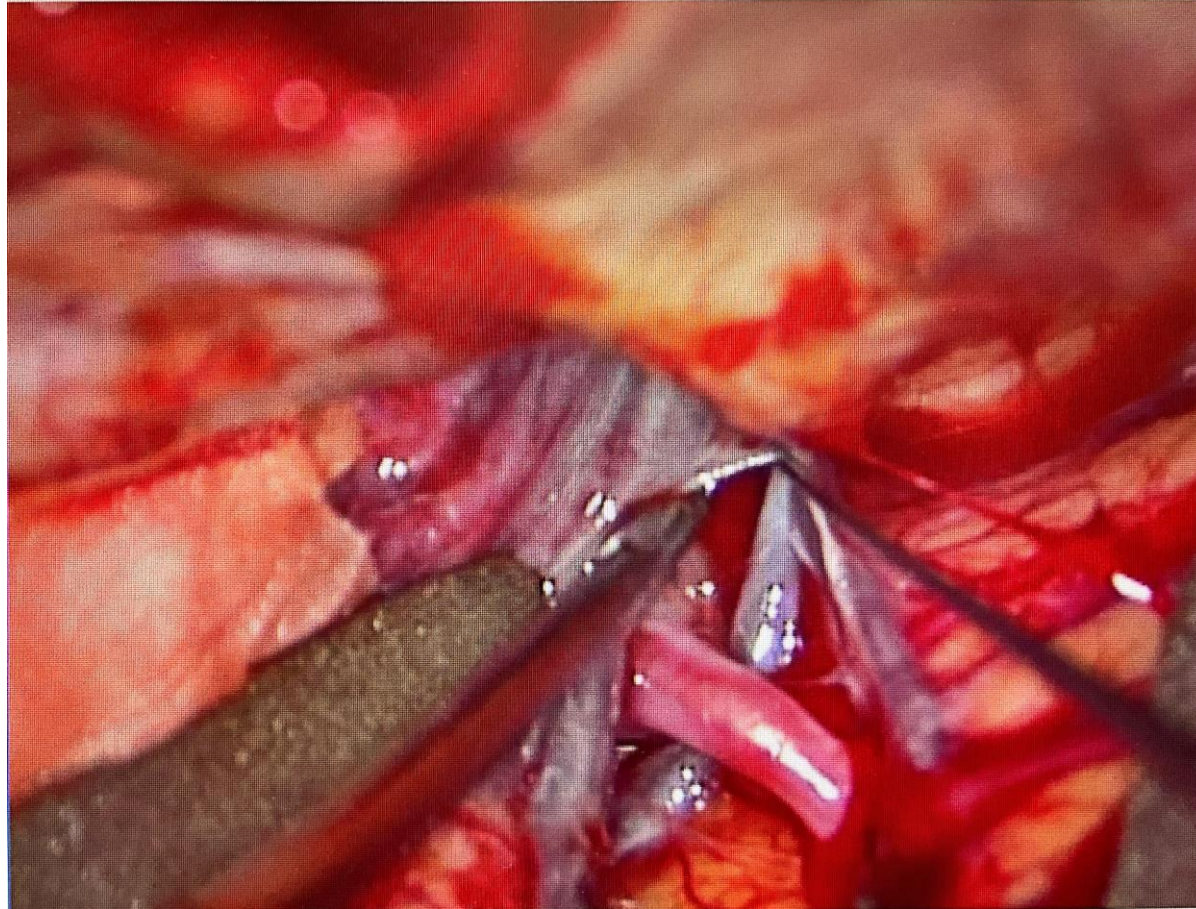
降圧薬持続投与で血圧コントロール

アセトアミノフェン製剤、ジアゼパムで疼痛・鎮静コントロール

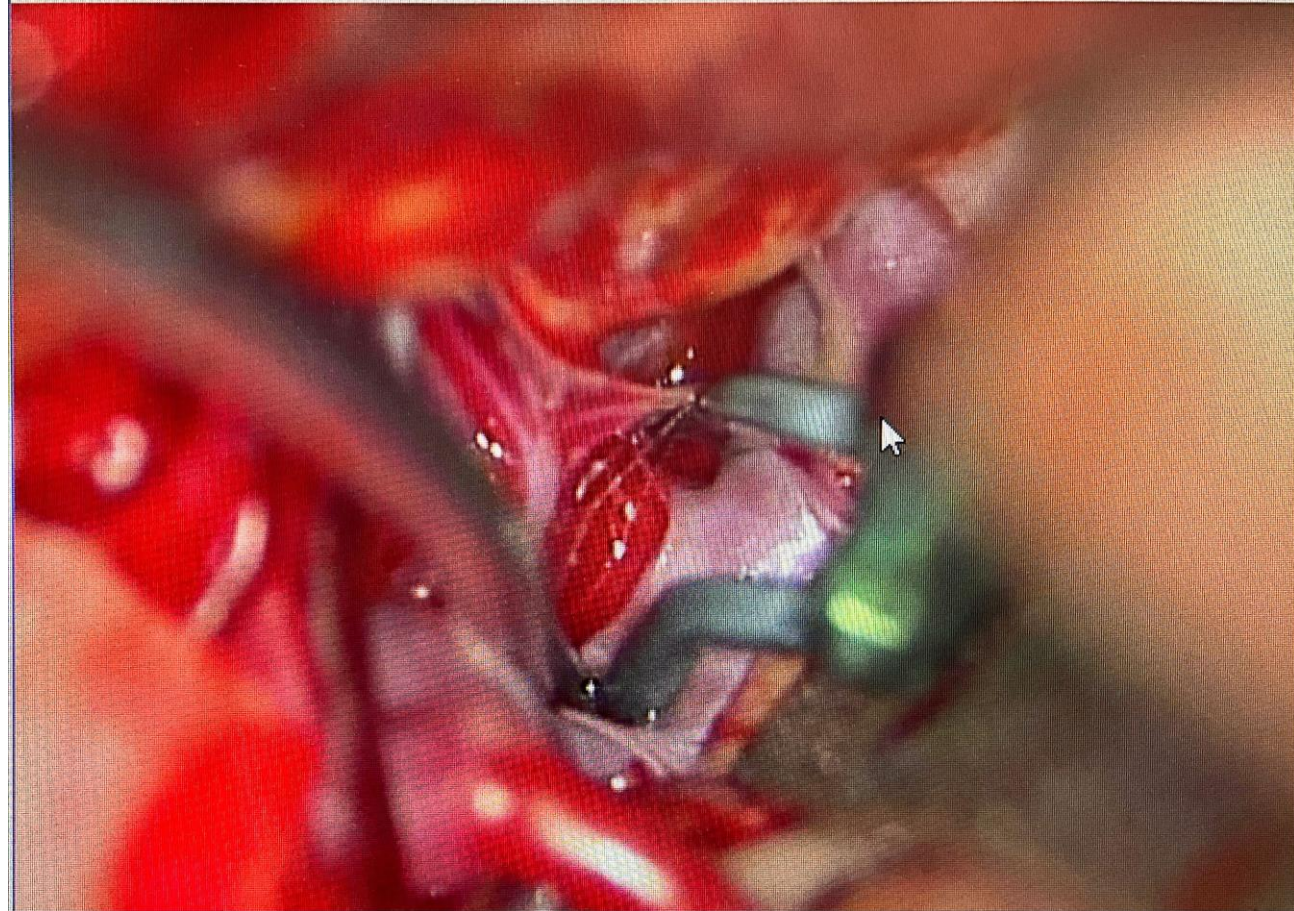
- ・入院第1病日

全身麻酔下で脳動脈瘤クリッピング術を施行

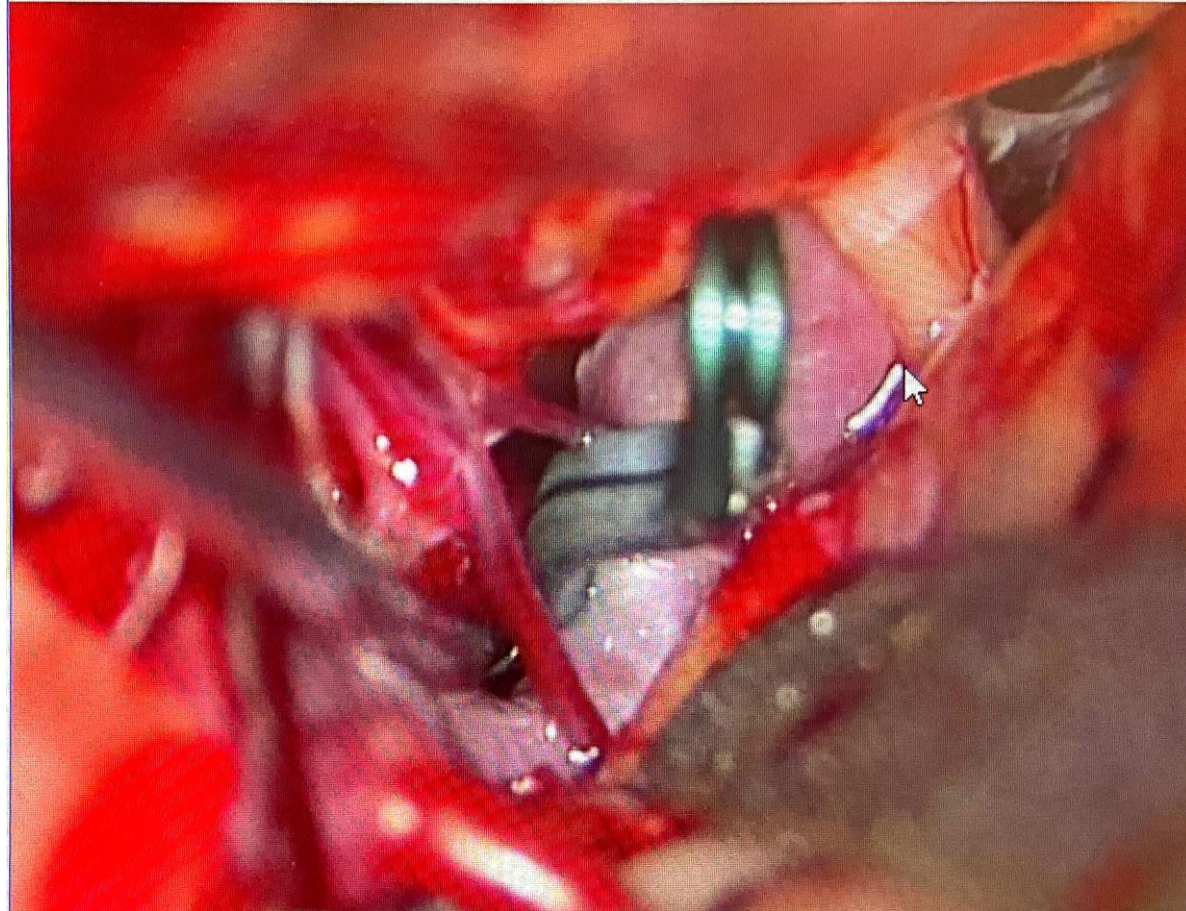
# 脳動脈瘤頸部クリッピング術



# 脳動脈瘤頸部クリッピング術



# 脳動脈瘤頸部クリッピング術



# 入院中の経過

- ・術後1日目～術後13日目まで塩酸ファスジル投与、リハビリ開始
- ・術後2日目～シロスタゾール内服開始  
→クモ膜下出血患者にシロスタゾールを投与すると後遺症を抑制して機能予後を改善する

# 入院中の経過

- ・再出血や血管攣縮の出現なく、入院24日目（術後22日目）に自宅へ退院となった。
- ・退院後2週間後に外来フォローで受診  
→正常圧水頭症の所見なく、自宅で自立した生活を送ることができていた。



# 入院中の経過

## 【退院処方】

ロスバスタチンカルシウム 2.5 mg 1錠 朝食後  
エルデカルシトール 0.75  $\mu$ g 1錠 朝食後  
ボノプラザンフマル酸塩 20 mg 1錠 朝食後  
アムロジピンベシル酸塩 5 mg 1錠 朝食後

# 特定ケア看護師としての関わり

- ・ 指導医の回診に同行、手術見学（術中Aライン挿入実施）も行い、指導医から得た情報や方針、知識について病棟と共有できるようにした。
- ・ 末梢静脈路確保困難であったため、PICCを挿入した  
→カテーテル感染や、事故抜去などに注意し病棟看護師とともに管理を行った。
- ・ 自宅退院が目標であったため、リハビリの進捗状況など、リハビリスタッフや病棟看護師と情報を共有した。

# 脳外科研修中にもう1症例のクモ膜下出血に関わった

## 【現病歴・経過】

未治療の高血圧がある40歳代男性。家族でキャンプをしていたところ、意識消失しすぐに改善したが、前のめりに倒れ頸部痛があったため救急要請。救急車内で1回嘔吐したが、意識清明で搬送された。

意識消失のエピソード・頸部の痛みが強かったため、頭頸部CT撮影を行うため移動を開始した。移動中に嘔吐し、その後意識レベル低下・呼吸停止をきたした。

すぐに気道挿管を行い呼吸管理、頸動脈触知不可となったため胸骨圧迫開始しROSC確認後、呼吸・循環が安定したところでCT撮影へ。

# 頭部CT

- 鞍上層や橋前槽、両シルビウス裂などの脳溝内は高吸収域となっている

診断：クモ膜下出血 grade5

治療：手術適応なし

入院4日目に死亡退院された

特定ケア看護師としての関わり

人工呼吸器の管理

ご家族へのケア

# まとめ

- 典型的な画像所見がなくても、前回の画像ともよく比較し確認する
- 典型的な身体所見がなくても、クモ膜下出血の可能性がある
- 早期発見、治療を開始できることが、術後の経過も良く合併症の可能性も低くなる
- 特定ケア看護師としてどのように活動することが患者や病棟のためになるかということを考えながら業務をすることを意識した