

# 1 緊急患者の受け入れ

## A 脳卒中とは

- 脳卒中とは「卒然として悪い風（邪風）の中（当たって）倒れる病気」という意味。
- 脳の血管病変のために脳実質内～周囲に生じた虚血または出血による突発性の局所性または全般的脳機能障害を指す。
- 「脳血管障害」は無症候性のものも含まれるが、「脳卒中」は症候性のみ含む。
- 脳卒中の診断には
  - ① 詳細な病歴聴取（表 1-1）、特に、発症時刻（または最終未発症確認時刻）の聴取〔☞ memo〕
  - ② 診察所見（表 1-2）、特に、局所神経徴候〔☞ memo〕の確認
  - ③ 画像所見

表 1-1 ■ 問診項目

発症時刻または未発症確認時刻	
症候	頭痛、嘔吐、失禁、痙攣、局所神経徴候
発症状況	安静時、活動時、起床時、腹圧時* <sup>1</sup>
症状経過	突発完成、徐々に増悪 / 軽快
合併症	高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性肝炎* <sup>2</sup> 、悪性腫瘍* <sup>3</sup> 、Parkinson 病、認知症、内分泌疾患
服薬内容	抗血小板薬、抗凝固薬、降圧薬、インスリン* <sup>4</sup> 、血糖降下薬* <sup>4</sup> 、スタチン、抗 Parkinson 病薬* <sup>5</sup> 、向精神薬* <sup>5</sup> 、抗痙攣薬、睡眠薬、経口避妊薬* <sup>6</sup> 、ホルモン製剤* <sup>6</sup>
既往歴	脳卒中、心筋梗塞、悪性腫瘍、手術歴、輸血歴
嗜好	喫煙、飲酒歴
家族歴	心血管疾患、血栓性疾患* <sup>7</sup> 、悪性腫瘍など

表 1-2 診察

バイタルチェック	血圧, 脈拍 (整 / 不整), 呼吸状態, 体温
意識レベル	Japan Coma Scale, Glasgow Coma Scale 〔 <small>註</small> p.264〕
一般身体所見	心音, 外傷, 手術痕, 下腿浮腫の有無* <sup>6</sup>
血管触知, 血管雑音の聴取	眼窩・頸部・腹部・大腿・膝下・足背動脈
神経所見	重症度診断: NIHSS (〔 <small>註</small> p.265〕), 局所神経徴候 (〔 <small>註</small> memo〕)

が必須であり, ①～③が矛盾しないことが重要.

- ・脳出血, くも膜下出血の診断には頭部 CT, MRI T2\*画像が有用.
- ・脳梗塞超急性期, 散在性病変の脳梗塞診断には頭部 DWI が有用.
- ・脳梗塞であっても, 症状が軽い場合 (例: 感覚障害のみ, MLF 症候群など), 症状の持続時間が短い場合, 症状発症後間もない場合は頭部 DWI で病変が検出されない場合あり.
- ・脳梗塞であっても病変が小さいと頭部 DWI で病変が検出されない場合があり, 冠状断撮像の追加が有用.
- ・初期検査のポイントを表 1-3 に示す.

#### memo 発症時刻または最終未発症確認時刻

rt-PA の適応は, 発症 4.5 時間以内であることから, 症状の発症時刻, もしくは症状がまったくみられなかったと確認できる最終時刻 (最終未発症確認時刻) を患者本人または家人や目撃者に確認することが必須. 注意しなければならないことは, 「発見時間」ではないこと.

#### memo 局所神経徴候

- ・大脳皮質症候
- ・脳神経症候
- ・運動麻痺
- ・深部腱反射の左右差, 病的反射の出現
- ・感覚障害

表 1-3 初期検査のポイント

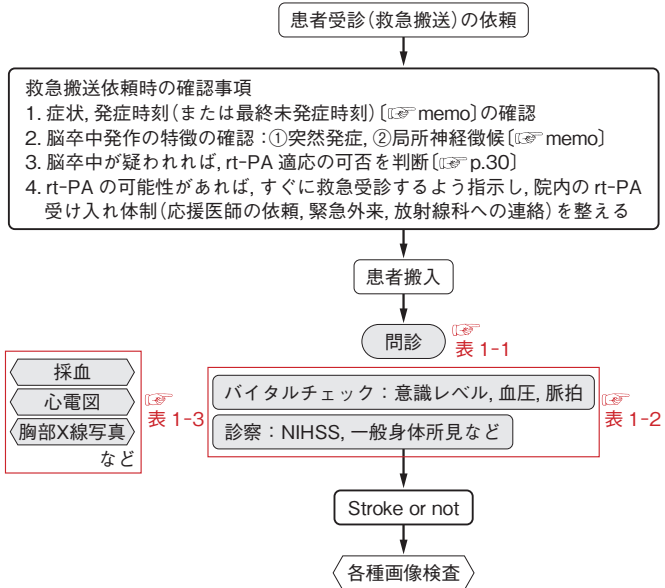
採血	血糖，電解質，血算，肝・腎機能，凝固検査* <sup>7</sup> ，感染症（梅毒，肝炎など）
パルスオキシメーター	必要に応じて動脈血ガス測定* <sup>8</sup>
心電図	心房細動，ST-T 変化，ブロック〔 <small>④</small> p.214〕
胸部単純 X 線写真	心拡大，肺うっ血，肺炎，肺尖部石灰化，縦隔拡大* <sup>9</sup> 〔 <small>④</small> p.215〕
腹部単純 X 線写真	イレウス* <sup>10</sup> 〔 <small>④</small> p.136〕，結石，free air

- \*1: 腹圧をかけて発症するのは，右左シャント（卵円孔開存など）の可能性あり。〔④ p.69〕
- \*2: 慢性肝炎合併例，アルコール多飲例は脳内出血〔④ p.84〕を起こしやすい。
- \*3: Trousseau 症候群。〔④ p.261〕せん妄で発症する場合あり。
- \*4: 低血糖発作に留意。低血糖発作は，ブドウ糖静注によりいったん意識が回復しても，発作が遷延化する場合が多い（特に高齢者）。低血糖発作は経過観察入院が望ましい。入院ができなければ，かかりつけ医への紹介状作成などのフォロー体制が重要。
- \*5: 悪性症候群：抗 Parkinson 病薬の急激な減量，向精神病薬の増量により，急性に発症。発汗亢進，頻脈，血圧動揺，著明な固縮，無動，高熱，意識障害，血清 CK 上昇を主徴とする。線条体，視床下部におけるカテコラミン受容体の高度のブロックが原因。重症例では，横紋筋融解によるミオグロビン尿症のため，急性腎不全を生ずることあり。組織凝固因子の血流への流入による DIC 発症もみられる。治療は，大量輸液，クーリング，抗精神病薬中止，L-dopa 再開，ダントロレン静注，プロモクリプチン経口，DIC 治療，腎不全対策。
- \*6: 静脈血栓塞栓症（深部静脈血栓症〔④ p.144〕，肺塞栓〔④ p.138〕など）に注意。
- \*7: プロテイン S 欠損症，プロテイン C 欠損症，アンチトロンピン III 欠損症のチェック。〔④ p.261〕
- \*8: ①酸素飽和度が低い場合，②肺塞栓，肺動静脈瘻を疑う場合，③失神などでは早めに測定。
- \*9: 解離性大動脈瘤に注意。〔④ p.33 図1-3〕 rt-PA 投与前には必ずチェック。
- \*10: ①絶食後の経管栄養導入時の急性胆嚢炎，②全身の塞栓症としての腸間膜動脈への塞栓症に注意。〔④ p.136〕

## B 緊急患者受診時の対応

- 患者受診（救急搬送）依頼を受けた際の確認事項と救急対応の流れを図 1-1 に示す。

図 1-1 脳卒中救急対応の流れ



## C 脳卒中の診かた

### 1 まず病歴を聞く

#### a 病歴聴取の際のポイント

- 発症の日時を可能な限り詳しく: 脳梗塞は, ほとんどの場合, 日あるいは時間単位で発症時期が特定できる。ただし, 失語など高次脳機能障害のみの場合は, 特定困難なこともある。また, すでに脳血管障害の既往がある患者の再発の場合も発症日時の判断が困難なことが多い。

表 1-4 脳梗塞発症時の随伴症状と考慮すべき合併疾患

頭痛（頸部痛を含む）	脳動脈解離，頭蓋内血管炎，片頭痛による脳梗塞など
嘔吐	片頭痛による脳梗塞 など
発熱	感染性心内膜炎，血管炎 など
意識障害	大動脈解離，心筋梗塞，不整脈 など
血圧低下	大動脈解離，心筋梗塞，不整脈，消化管出血 など
胸痛，背部痛	大動脈解離，心筋梗塞 など

表 1-5 脳卒中の鑑別疾患

代謝性疾患：血糖異常（高血糖，低血糖），電解質（ナトリウム，カルシウム）異常，高アンモニア血症，肝不全，腎不全，血液ガス異常（低酸素血症，高炭酸ガス血症），内分泌ホルモン異常（コルチゾール，甲状腺ホルモン），アルコール，ビタミン（B <sub>12</sub> など）欠乏
末梢性めまい
てんかん発作後の Todd 麻痺
脊椎疾患：頸椎・腰椎症
脳腫瘍
感染症：髄膜炎，脳炎，脳膿瘍，敗血症
外傷：頸髄硬膜外血腫，急性硬膜外血腫，慢性硬膜下血腫（註 p.114）
脱髄疾患：多発性硬化症など
片頭痛
薬物中毒：睡眠薬，経口血糖降下薬など
心因反応

- 症状の種類，程度，変化などを詳しく：複数の症状の場合，それぞれについて確認しておく．急性期脳梗塞では症状が変化することが多く，変化のパターンが病型確定の手がかりになる．
- それぞれの症状の temporal profile を詳しく：突発発症（脳塞栓に多い），階段状の進行（アテローム血栓性脳梗塞に多い），前駆症状（TIA 含む）の有無，起床時発症（いずれの病型でもあり得る）などがみられる．
- 意識障害，頭痛，嘔吐，めまい，痙攣，発熱などの随伴症状の有無を確認：合併症を伴う脳梗塞や比較的稀な原因によって起こる脳梗塞を疑うのに重要な所見となる（表 1-4，1-5）．稀な例として，心筋梗塞や大動脈解離を合併した場合，血圧低下に