

【症例】60歳 女性

【主訴】腹痛、呼吸困難、複視

【既往歴】気管支喘息、胃食道逆流症、高脂血症、

【家族歴】高血圧、心臓病、大腸癌。夫は健康

【生活歴】夫と二人暮らし、オフィス内勤務

【嗜好歴】機会飲酒、非喫煙者

【内服薬】アトルバスタチン、デキスランソプラゾール、モンテルカスト、フルチカゾン-サルメテロール（アドエア?）、（不法ドラッグは未使用）

【薬剤アレルギー】サルファ剤、レボフロキサシン

【海外渡航歴】最近は旅行していない（“最近”の詳細不明）

【現病歴】

入院日一週間前、患者は無熱性の咳を伴う上気道感染症を患っていたが入院前日までは特に大きな問題はなかった。来院前日嘔声と、唾液の分泌亢進を自覚した。その日の午後、嘔気と腹痛が出現後増悪し、さらに喘息でみられるような息切れを自覚した。同日夜間帯、前医に救急搬送された。

前医 ER 到着時、鋭い持続性の強い腹痛（10点満点のスケールで9点）を腹部全体的に自覚し、咽喉絞扼感、嚥下障害を自覚した。その時の身体所見・検査所見は下記の通り。

・現症

意識清明、BT 36.8°C、BP 138/79mmHg、PR 117bpm、RR 18bpm、SpO2 96%(room air)、

腹部：平坦。軟。腸蠕動音良好。左上腹部と両下腹部の圧痛あり。

その他の神経学的などの所見は異常なし。

・検査所見

血液

血小板正常。総タンパク、アルブミン、グロブリン、リパーゼ、凝固系、肝腎機能は正常。

他のラボデータは Table 1 参照。

尿（尿試験紙）

尿比重 1.020、pH 5.0 ケトン体 1+、WBC 1-4HPF、RBC 1-3HPF

・ECG

sinus 106bpm、非特異的 ST 変化、T 波変化あり（詳細不明）

・画像検査

胸部 Xp 肺底部の線状影（亜区域性の無気肺）

頸部 Xp 複数関節にわたりみられる椎間板変性や椎間関節疾患。

造影 CT（経口、経静脈造影剤使用）

頸部 矢状断（パネル A）→食道の拡張（矢印）

腹部 冠状断（パネル B）→胃の軽度拡張（矢印）

腹部 冠状断、水平断（パネル C、D）→腸閉塞なし。小腸内容物の糞便化

意識清明であったが気分不良で、いかにも病的であった。アレルギー反応が疑われ、ジフェンヒドラミン塩酸塩、オンダンセトロン、モルヒネ硫酸塩、ファモチジン、メチルプレドニゾロン、エピネフリン、酸素を投与された（経鼻カヌラにて 2L/min で SpO₂ 100%まで上昇した）。経口抗コリン薬と抗痙攣薬、経口制酸剤が投与されたが数分以内にこれらの後の半分が飲めなくなった。経口、経静脈造影剤を使用して CT（頭部～骨盤部）を撮影し小腸の閉塞が見つかったため、経鼻胃管を挿入された（250ml 吸引）。患者は2時間前より水平性複視が増悪していると訴えていたが間もなくして、その後すぐに会話が困難となり当院に救急搬送された（AM 6 : 23 に到着）。前医に来てから約9時間後のことであった。

【入院後の経過・初期対応】

AM6 : 40

意識清明、BP 125/77mmHg、PR 122bpm、BT 36.8°C、RR 18bpm、SpO₂ 96%(room air)、腹部：平坦。軟。圧痛なし。

神経学的所見

瞳孔は左右対称。対光反射あり。外眼筋麻痺なし。眼振なし。遠望時に複視あり。

構音障害あり舌突出が不可能であった。他の脳神経、運動神経、末梢の感覚神経は異常なし

AM7 : 00

軟口蓋挙上ができなくなり、構音障害の増悪、右眼の外転障害あり。

・血液検査

血小板、ESR、尿、凝固系、肝腎機能、マグネシウム、乳酸、総タンパク、アルブミン、グロブリン、アミラーゼ、リパーゼ、IgA、CRP、TSH、HbA1c は正常、その他は Table 1 参照

・ ECG sinus 123bpm

AM8:30（神経内科医の診察）

両側眼瞼下垂、眼の上転・外転障害がみられた。対光反射は良好。

単純頭部 CT 施行→小脳扁桃低地、しかし出血・梗塞・腫瘤なし

イプラトロピウム（抗コリン薬）投与した。

AM 8:30～10:30

=2 時間で間欠のないびき音、顔面筋の脱力、軟口蓋挙上困難、舌の脱力の進行とともに、

呼吸困難が増悪。

AM 11:30

=3 時間後喉頭鏡にて声帯麻痺(1~2mm の間隔を残して固定されている。声帯浮腫声帯浮腫なし)が確認され、挿管された。

神経学的 ICU (neurologic ICU) に入院。

意識清明、指示に迅速な応答あり、両側完全眼瞼下垂、眼筋麻痺、左右瞳孔不同(左 8mm 右 6mm)、近位側(上腕、大腿)の軽度筋力低下(5点中4点)(←末梢は良好)、錐体路障害(両足底反射異常(屈側に))

非公開の予定のプリント

真冬に入院

患者は右利き

筆者の病院に到着後患者は主に筆談した。息切れの増悪、窒息感を訴えていた。

シメチコン (ガスコンみたいなもの)

ジフェンヒドラミン塩酸塩(H1-blocker)

オンダンセトロン(5-HT3 antagonist)

ファモチジン(H2-blocker)

抗痙攣薬(アトロピン、ヒヨスチアミン (アトロピンと同系統)、フェノバルビタール、スコ
ポラミン、リドカイン)

経口制酸剤 (水酸化アルミニウム、水酸化アルミニウム、シメチコン←ガスコンの一般名
かも)

AM8:30

両側眼瞼下垂、眼の上転・外転障害がみられた。対光反射は良好。

頭部 CT 施行 (単純)。

頭蓋内出血、梗塞、腫瘍性病変、なし

Crowding of foramen magnum の辺の所見→大後頭孔に小脳扁桃がはまりかけている？

AIRWAY MANAGEMENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

患者は息切れ、窒息を訴えた。肺は聴診上問題なかった。精神状態、嘔吐反射、呼吸数、
SpO2 は正常だった。アレルギー性の問題を心配して喉頭ファイバー嗜好。声帯浮腫はな
かったが麻痺していた。

患者の吸気圧が低く ((普通は 45-120cm of water のところ 10cm of water しかなかった)、
挿管の適応があったため挿管となった。

また致死性高カリウム血症、筋ジストロフィー、麻痺の心配があったため非脱分極性筋弛
緩薬が投与された。

ロクロニウム、エトミデート (GABA 受容体作動薬、鎮静薬) 使用下で合併症なく挿管さ

れた。