

症例報告

敗血症を疑う意識障害において慢性硬膜下血腫が存在した一症例

社会医療法人宏潤会 大同病院 救急科¹⁾, 社会医療法人宏潤会 大同病院 卒後研修支援センター²⁾,
名古屋大学大学院医学系研究科 救急・集中治療医学分野³⁾

壹岐 豊^{1,3)}, 加藤 竜雅²⁾, 吉本 昭¹⁾, 松田 直之^{1,3)}

はじめに

敗血症は、感染症を原因として進行する臓器機能不全の病態である¹⁾。集中治療室以外の救急外来や病棟などでの敗血症の診断スクリーニングには、意識変容、呼吸数増加 (≥ 22 回/分)、収縮期血圧低下 (≤ 100 mmHg) の3項目で構成される quick SOFA スコア (qSOFA) が用いられ、2項目以上を満たす場合に敗血症を疑う¹⁾。一方、意識障害は救急外来で診療する機会の多い症候であり^{2,3)}、頭蓋内病変から全身性疾患まで敗血症以外にも多岐にわたる診断が必要とされる。今回、誤嚥性肺炎による敗血症疑いと診断した高齢者において、意識障害の主な原因が両側硬膜下血腫であった一例を経験したので報告する。

症 例

患者：84歳、男性

主訴：発熱、咳嗽

既往歴：Alzheimer 型認知症

内服歴：レボフロキサシン、カルボシステイン、パンテチン、酸化マグネシウム、レンボレキサント。

現病歴：特別養護老人ホーム入所中の男性。7日前より 38℃ 台の発熱があり、救急搬送されて来た。施設嘱託医によりレボフロキサシンを処方され体温は 37℃ 台前半で推移していたが、喀痰と咳嗽が増加したため、誤嚥性肺炎の疑いで当院救急外来に搬送された。

来院時現症：身長 165 cm、体重 35 kg。意識 GCS 5 (E3V1M1)、呼吸数 28 回/分、血圧 164/126 mmHg、脈拍 93 回/分、SpO₂ 90% (室内気)、体温 (腋窩) 38.4℃、胸部聴診にて両側下肺野背側で軽度の coarse crackles を聴取した。

来院時の血液・生化学検査および動脈血ガス分析 (酸素 2 L/分) (表 1)：白血球数および CRP の上

昇、軽度の腎機能障害、乳酸値および Base Excess の軽度高値があり、電解質異常、低血糖、低アルブミン血症を認めなかった。

WBC	14,800	/ μ L	Alb	3.6	g/dL	pH	7.507
NEUT	14,000	/ μ L	BUN	29.4	mg/dL	PaCO ₂	34.7
LYMPH	236	/ μ L	Cre	1.19	mg/dL	PaO ₂	81.8
RBC	4.62 $\times 10^6$	/ μ L	AST	16	U/L	HCO ₃ ⁻	27.3
Hb	13.4	g/dL	ALT	13	U/L	BE	4.7
Ht	41.3	%	LDH	250	U/L	乳酸	20
Plt	272 $\times 10^3$	/ μ L	CK	129	U/L		
			CRP	6.00	mg/dL		
			Na	144	mEq/L		
			K	3.7	mEq/L		
			Cl	104	mEq/L		
			血糖	162	mg/dL		

表 1 来院時の血液・生化学検査および動脈血ガス分析の結果

胸部 X 線検査 (図 1)：右下肺野に浸潤影を認めた。

胸部 CT 検査 (図 2.A 及び図 2.B)：両側肺野に肺気腫を認め、また主に右肺下葉に浸潤影およびすりガラス影を認めた。



図 1 来院時胸部単純 X 線像

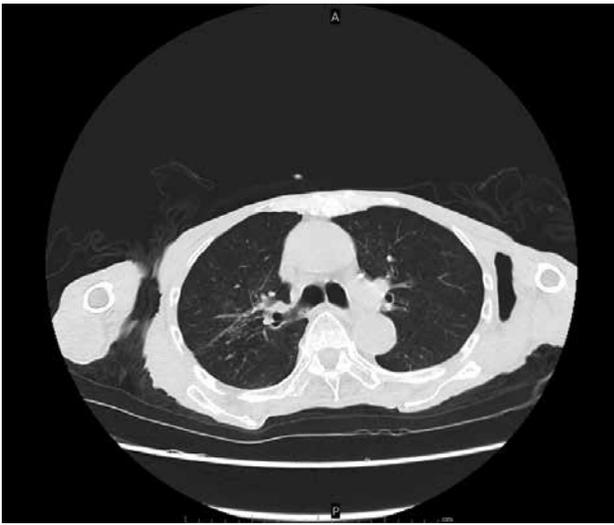


図 2.A 来院時胸部単純 CT 像

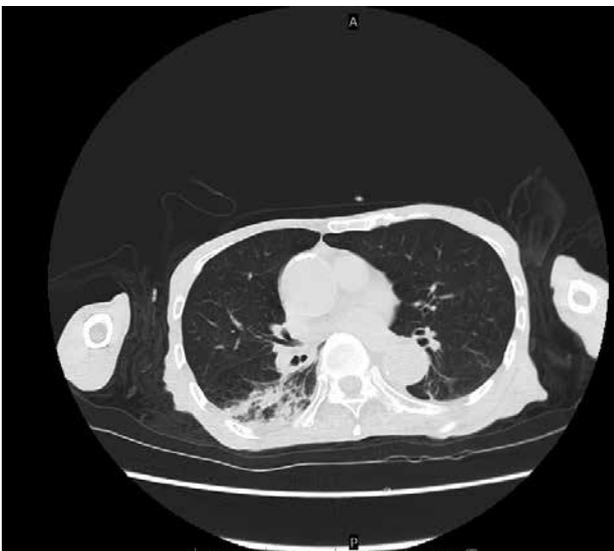


図 2.B 来院時胸部単純 CT 像

救急外来での経過：呼吸状態は室内気で SpO₂ 90%と酸素化不良を認めたため、鼻カヌラによる酸素流量 2 L/分 で酸素投与を開始し、動脈血ガス分析後に酸素流量 1 L/分 で SpO₂ 94%を維持した。発熱と咳嗽の原因として、血液・生化学検査および画像所見から誤嚥性肺炎を疑い、酸素需要があることから入院の方針とした。

入院待機中、非観血的血圧測定で収縮期血圧 200 mmHg を超える血圧の上昇があった。意識についても、呼名刺激で開眼するものの、発語と体動に乏しく、従命が入らない状態が持続していた。しかし、眼位は正中であり、瞳孔径も左右共に 3 mm と不同を認めず、対光反射も正常であり、麻痺も明らかでなかった。呼吸数は 22 回 / 分以上が持続し、意識障害を伴うことより、qSOFA 2 点以上を満たす状態が持続していたため、肺炎による敗血症を疑う病態として血液培養検体を採取した。一方、意識障害を敗血症だけで説明できるかどうかについて

の診療メンバー内での討議があり、頭部 CT 像を評価する方針とした。その結果として、帯状回ヘルニアを伴う両側慢性硬膜下血腫 (図 3.A ~ 3.C) が確認された。施設職員からの再度の状況聴取では、転倒や頭部打撲などの受傷エピソードが確認できなかった。また、家族からは、約 1 年前に交通事故による軽度の頭部打撲があったとのことだったが、今回の明確なエピソードを確認できなかった。両側慢性硬膜下血腫に対して、脳神経外科に相談し、緊急穿頭血腫除去術が施行された。同日提出した細菌培養検査では、喀痰でグラム陽性球菌およびグラム陰性球菌の好中球貪食像が確認された。



図 3.A 頭部単純 CT 像



図 3.B 頭部単純 CT 像(帯状回ヘルニアを矢印で示した)

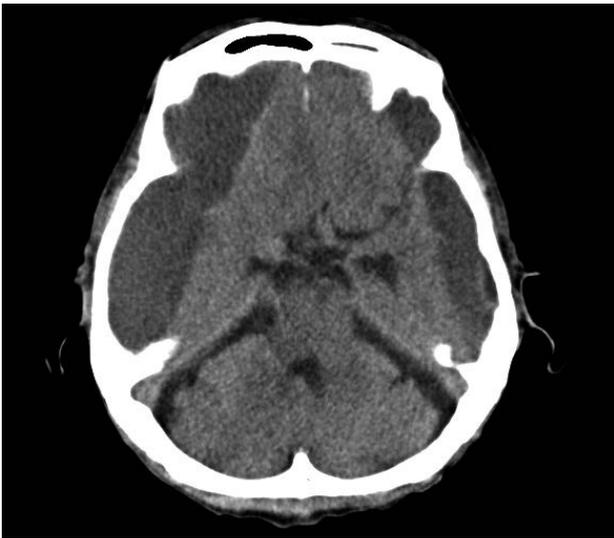


図 3.C 頭部単純 CT 像

考 察

本症例は、誤嚥性肺炎による敗血症を疑う状態において、意識障害の原因として頭蓋内病変を評価する目的で頭部 CT 像を評価した 1 症例である。救急外来における敗血症のスクリーニングでは現在、qSOFA だけではなく、systemic inflammatory response syndrome (SIRS) スコアなどを併用することで感度が高まることが指摘されている^{4, 5)}。本症例は、SIRS スコアおよび qSOFA を満たし、敗血症が強く疑われる状態であった。

しかし、来院時に意識障害が遷延している場合、脳血管障害のみならず、急性・慢性硬膜下血腫等の外傷、髄膜炎等の感染症、低血糖や電解質異常等の内分泌・代謝疾患、中毒、心因性等の要因を鑑別する必要がある^{2, 3)}。本症例では、頭部の打撲痕や明確な転倒エピソードはなく、さらに内分泌・代謝疾患や中毒、心因性の要素は現病歴や検査所見からは否定的であった。発熱や咳嗽などの呼吸器感染症を疑う所見と qSOFA の評価から、認知症の既往に加えて敗血症が意識障害を増悪させた原因と考えた。しかし、神経学的所見が乏しいものの、意識障害の程度が重篤なため、頭部 CT 検査を施行し、両側慢性硬膜下血腫を診断した。

慢性硬膜下血腫は高齢者に好発し、近年の高齢化に伴い患者数が増加傾向にある⁶⁾。軽微な頭部外傷を契機として、受傷後 2～3 ヶ月で頭痛や片麻痺、認知障害、意識障害等が出現する。高齢発症の場合、頭痛の訴えが少なく、認知障害や認知症症状で発症することがある⁷⁾。本症例のように、頭部打撲の明確なエピソードを聴取できない場合においても、発熱に先立ち、意識障害が存在した可能性のある場合には必要に応じて頭蓋内病変を除外診断する必要があると考えられた。

高齢者における慢性硬膜下血腫は約 25～30% の

症例で両側性に発症するとされ⁸⁻¹⁰⁾、転倒や打撲などによる架橋静脈損傷が病態の一つとして考えられる。Huang らの報告¹¹⁾では、両側慢性硬膜下血腫の臨床像はさまざまであり、片側性と比較して片麻痺の症例が少ない傾向があり、本症例でも片麻痺の所見は明確でなかった。Agawa らの報告¹²⁾では慢性硬膜下血腫の予後は約 2% で不良であり、予後予測因子として両側慢性硬膜下血腫の存在が挙げられている。

結 語

本症例は、先行する両側慢性硬膜下血腫に、誤嚥性肺炎を合併したと考えられる。救急搬入時における主訴は、意識障害ではなく、発熱や咳嗽であった。高齢者の肺炎は、咳などの症状が出にくい、重症化も早いので、早期診断と早期治療が重要である。その一方で、誤嚥や肺炎の前に意識障害が存在した可能性についての検討が必要である。高齢者の感染症は発熱により意識障害を伴うことが多いものの、遷延する意識障害があるかどうか注意到意し、感染症以外の原因検索も必要となる。敗血症を疑う意識障害の診療において、頭蓋内病変の存在を確認した一症例である。

付 記

本症例報告において、筆者らに開示すべき利益相反はない。

本症例報告の投稿に際して、患者家族から書面で同意書を取得した。また、患者対応をした大同病院の倫理審査委員会において 2023 年 6 月 5 日に、ECD2023-009 として論文発表の承認を得た。

参 考 文 献

- 1) Egi M, Ogura H, Yatabe T, et al : The Japanese clinical practice guidelines for management of sepsis and septic shock 2020 (J-SSCG 2020) . Acute Med Surg. 2021 ; 8 : e-65
- 2) 坂口学 : 意識障害. 日本臨牀. 2022 ; 80 巻増刊号 : 347-51.
- 3) 卜部貴夫 : 意識障害. 日本内科学会雑誌. 2010 ; 第 99 巻第 5 号 ; 168-75.
- 4) Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al : Surviving sepsis campaign : international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021 ; 47 : 1181-247.
- 5) 松田直之 : 敗血症の定義と診断. 日外感染症会誌. 2022 ; 18 : 339-45.
- 6) 村上陳訓 : 高齢者の慢性硬膜下血腫の特徴. 京都第二赤十字病院医学雑誌. 2018 ; 第 39 巻 : 2-8.
- 7) 甲村英二 : 頭部外傷. 生塩之敬, 種子田護, 山田和雄編. ニュースタンダード脳神経外科学(第 3 版). 三輪書店,

東京, 2013年, p321-3.

- 8) 新阜宏文, 松田昌之, 半田讓二: 老年者の慢性硬膜下血腫: 統計的観察. 脳神経外科ジャーナル. 1995; 4巻4号: 359-63.
- 9) Wang C, Liu C. Clinical characteristics and surgical outcomes of super-elderly patients with chronic subdural hematoma. *World Neurosurg.* 2023; S1878-8750 (23) 00287-5.
- 10) Oh HJ, Seo Y, Choo YH, Kim YI, et al: Clinical characteristics and current managements for patients with chronic subdural hematoma: A retrospective multicenter pilot study in the republic of Korea. *J Korean Neurosurg Soc.* 2022; 65: 255-68.
- 11) Huang YH, Yang KY, Lee TC, et al: Bilateral chronic subdural hematoma: What is the clinical significance? *International Journal of Surgery.* 2013; 11: 544-48.
- 12) Agawa Y, Mineharu Y, Tani S, et al: Bilateral Chronic Subdural Hematoma is Associated with Rapid Progression and Poor Clinical Outcome. *Neurologia Medico-Chirurgica.* 2016; 56: 198-203.