

# III. 症 例

## III. 1 急性胃炎と紛らわしいクモ膜下出血の一例

西神戸医療センター 脳神経外科 石垣里紗 西原賢在 武田直也  
竹内恵美子 松尾和哉 巽 祥太郎  
木戸口慶司

### 要 旨

33歳男性が古いフライドチキンを食べた直後に嘔吐し、拍動性頭痛と発熱を伴うために当院救急外来を独歩受診した。来院時神経学的に異常をみとめなかった。メトクロプラミドの静脈内投与とアセトアミノフェンの内服で症状が改善したので帰宅した。しかし、その9日目に同様の症状が出現し救急搬送された。頭部 Computed Tomography (CT) および CT angiography で精査をした結果、前交通動脈破裂クモ膜下出血と診断した。緊急で開頭動脈瘤頸部クリッピング術を施行し、22日目に神経症状なく独歩退院した。急性胃炎と紛らわしいクモ膜下出血の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

〔キーワード〕

1) クモ膜下出血, 2) 脳動脈瘤, 3) 急性胃炎

(神戸市立病院紀要 49:43-45, 2010)

## A case of subarachnoid hemorrhage mimicking acute gastritis

Lisa Ishigaki, Masamitsu Nishihara, Naoya Takeda, Emiko Takeuchi,  
Kazuya Matsuo, Syoutarou Tatsumi, Keiji Kidoguti

Department of Neurosurgery, Nishi-Kobe Medical Center

### Abstract

A 33 year old man complaining of nausea, vomiting and headache was admitted to our hospital with after he consumed rotted fried chicken. He had a fever and diagnosed acute gastritis. He was stable without complaining since then, but the same symptoms reappeared 9 days later. Further examination by using CT scan and CT angiography revealed subarachnoid hemorrhage due to rupture of the anterior communicating artery aneurysm. We performed right front-temporal craniotomy and neck clipping of ruptured aneurysm. He discharged the hospital without neurological complications. We report a case of subarachnoid hemorrhage mimicking acute gastritis.

[Key words]

1) subarachnoid hemorrhage, 2) cerebral aneurysm, 3) acute gastritis

(Kobe City Hosp Bull 49:43-45, 2010)

### はじめに

急性胃炎は微熱、悪心、嘔吐、腹痛などの症状で発症し、救急外来でも頻度の高い疾患である。発症初期には症状の一部のみを示し時間経過の中で症状がそろって出現してくることも多い。一方、くも膜下出血 (SAH) は頭痛、悪心、嘔吐などの症状を認める致死率の高い重篤

な疾患である。今回我々は、急性胃炎と紛らわしかったクモ膜下出血の一例を経験したので報告する。

### 症例

33歳, 男性

主 訴: 上腹部不快感, 嘔吐

既往歴：特になし。

家族歴：祖母が脳動脈瘤破裂による SAH

現病歴：2010年12月、古いフライドチキンを食べてから4回嘔吐し、上腹部の不快感、拍動性頭痛と発熱を伴ったために当院の救急外来を独歩で受診した。

現 症：意識清明で軽度の過換気状態。血圧は131/85 mmHg、体温は39度。理学所見では明らかな異常所見を認めなかった。神経学的には、項部硬直はなく過換気によると考えられる上半身のしびれ以外は特に異常所見を認めなかった。

検査成績：血液検査ではWBC 9500/ $\mu$ l, RBC  $464 \times 10^4$ / $\mu$ l, Hb 13.2 g/dl, Ht 39.4 %, CRP 0.0 mg/dl, AST 22 IU/l, ALT 15 IU/l, BUN 13 mg/dl, Cr 0.6 mg/dlと、軽度の白血球の増加を認めるのみで肝機能、腎機能などに異常を認めなかった。

経 過：これに対して生理食塩水500ml点滴し、メトクロプラミド10mgを静脈内投与し、アセトアミノフェン500mgを内服投与した。症状は数時間で軽快し、独歩で帰宅した。その後、自宅では症状の悪化なく外出や就業していたが、9日目に突然嘔吐、頭痛が出現。傾眠傾向、過換気状態で当院の救急外来に救急搬送された。搬送時の理学所見では明らかな異常は認めず、髄膜刺激徴候はなかった。頭部Computed Tomography(CT)では左後頭蓋窩腹側部、鞍上槽、大脳縦列、及び左シルビウス裂にびまん性に高信号域を認め、SAHと診断した (Fig.1)。引き続き行った CT angiography では前交通動脈瘤をみとめた (Fig.2)。緊急で開頭クリッピング術を施行した (Fig.3)。術後の経過は順調で14日間塩酸ファスジルの

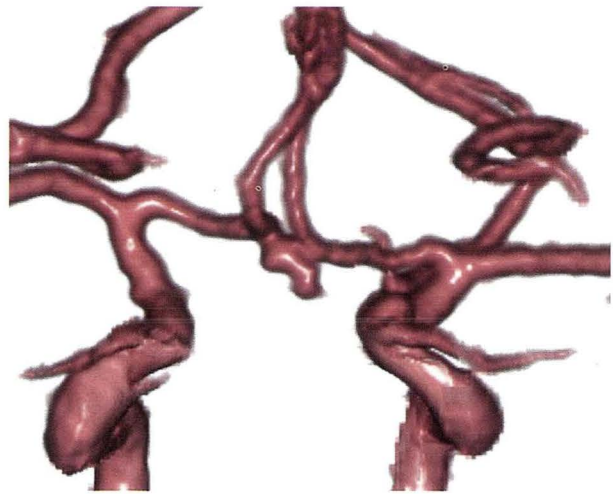


Fig. 2 (CT angiography 撮影写真) 前交通動脈より左尾側に突出する約4 mm 大の脳動脈瘤を認める

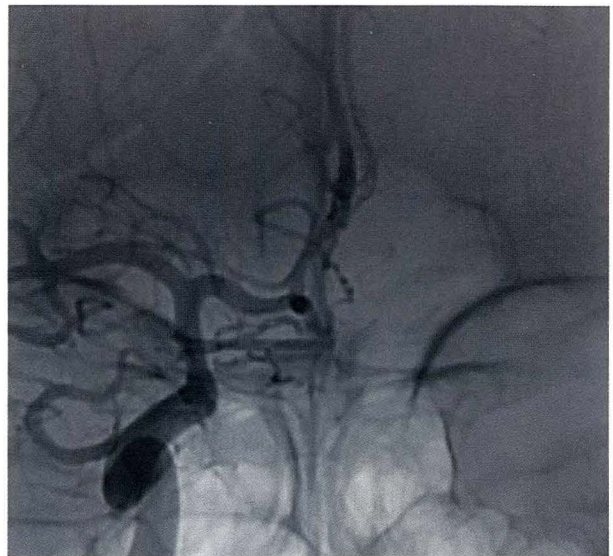


Fig. 3 A, B (脳血管撮影検査、右内頸動脈撮影) 脳動脈クリッピング後、前交通動脈瘤は消失した



Fig. 1 (頭部 CT 単純撮影写真) 左後頭蓋窩腹側部、鞍上槽、大脳縦列、及び左シルビウス裂にびまん性に高信号域を認める

点滴投与を行い、脳血管撮影検査上では一過性に脳血管攣縮の所見をみとめたが、神経学的に異常なく22日目に独歩退院した。

## 考察

SAHの発症頻度は人口10万人に対して年間20人程度で、原因は80%が脳動脈瘤破裂、その他の原因として脳動静脈奇形破裂、もやもや病などがある<sup>1)</sup>。年齢別では高齢になるほど頻度は増加し、特に60歳以上では女性の死亡率が急上昇する。予後によく相関するものは発症時の意識障害の程度、予後悪化因子として再出血と遅発性脳血管攣縮がある。文献によると初診でSAHと診断されなかった症例は12%であり、その場合3ヵ月後のQOLの悪化、12ヵ月後の死亡、重症後遺症と関連するため<sup>2,7)</sup>、できる限り早期に的確な診断をする必要がある。SAH診断の所見として参考になるのは項部硬直(感度:59%, 特異度:94%), 神経所見(感度:64%, 特異度:89%), 60歳以下(感度:86%, 特異度:52%), 痙攣(感度:32%, 特異度:86%)であり、項部硬直(陽性尤度比=10.3)、局所神経所見の欠如(陽性尤度比=5.9)がSAHを強く示唆し、脳梗塞や脳内出血を否定するものとして重要である<sup>3)</sup>。明らかな症状を呈さないSAHの症例があることも考慮すれば、SAHを疑えば積極的に頭部CTや腰椎穿刺を施行することである。SAHの危険因子として脳動脈瘤や脳動静脈奇形、喫煙習慣、高血圧、1週間で150g以上の飲酒(それぞれの相対危険率は1.9, 2.8, 4.7)である<sup>4,6)</sup>。また家族歴が脳動脈瘤の危険因子であり、特に1親等以内の近親者に脳動脈瘤患者を有する者の4%が脳動脈瘤を有するとの報告がある<sup>8)</sup>。

今回の我々の症例では、33歳という年齢、古い料理を食べた後の嘔吐と発熱、上腹部の不快感、拍動性の頭痛という病歴、既往歴として高血圧などがなく神経学的に異常を認めなかったことから、当初は急性胃炎を考えた。しかし、後日の経過で、腹痛などの症状が出現することはなく、9日目に再度嘔吐と頭痛が生じたため、動脈瘤破裂による症状と考え頭部CTを施行しSAHと診断した。さらに、後で祖母に脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の家族歴があることが判明した。救急外来では、特に初診患者の場合、患者自身も知らない家族歴などの十分な情報が得られないことも問題の一つである。来院時にいわゆるバットで殴られたような激しい頭痛がなく、高血圧や項部硬直などの神経学的異常所見がなく、若年であっても、頭痛と家族歴があれば積極的にSAHも疑う必要があると考えられた。

## 文献

- 1) 山浦晶, 児玉南海雄, 橋本信夫. 脳神経外科学大系 出血性脳血管障害. 東京中山書店. 2004. 142-159
- 2) Kowalski RG, Claassen J, Kreiter KT, Initial misdiagnosis and outcome after subarachnoid hemorrhage. JAMA 2004; 291: 866-869
- 3) Steven McGee. マクギーの身体診断学—エビデンスにもとづくグローバル・スタンダード. エルゼビア・ジャパン. 2004. 184-187
- 4) 日本神経治療学会ガイドライン 脳卒中 くも膜下出血, 2009
- 5) Vermeulen MJ, Schull MJ, Missed diagnosis of subarachnoid hemorrhage in the emergency department. Stroke 2007; 38: 1216-1221
- 6) Feigin VL, Rinkel GJ, Lawes CM, et al. Risk factors for subarachnoid hemorrhage: An updated systematic review of epidemiological studies. Stroke 2005; 36: 2773-2780
- 7) 谷川攻一, 河北賢哉. 救急医学 救急患者の緊急度・重症度判定 2010. 34: 1493-1496, 1525-1528
- 8) Magnetic Resonance Angiography in Relatives of Patients with Subarachnoid Hemorrhage Study Group. Risks and benefits of screening for intracranial aneurysms in first-degree relatives of patients with sporadic subarachnoid hemorrhage. N Engl J Med 1999; 341: 1344-1350