

第25回新潟救急医学会

日時 平成4年11月21日(土)
午後2時～5時
会場 厚生連中央総合病院
検診棟4階講堂

シンポジウム

「意識障害患者の診断と初期治療」

司会 本多 拓 (新潟市民病院
救命救急センター)

1) 脳疾患による意識障害

外山 孚 (長岡赤十字病院
脳神経外科)

まず簡単に脳の意識中枢部位について触れた。視床下部後半～中脳網様体に直接病変のある場合、上記に間接的に影響を及ぼす場合、脳圧亢進のための脳ヘルニアによる意識障害について述べた。次に脳疾患と他の全身疾患による意識障害の鑑別点について触れた。脳疾患の場合、脳の局所症状の有無と髄膜刺激症状の有無が特に重要であること、診断の方法として、意識の移り変わり、呼吸の様式、瞳孔の大きさや反応性、眼球運動、四肢の動き、が重要な指標となることを述べた。救急での一般的にみられる代表的疾患について、各々の特徴と救急処置について簡単に触れた。

2) 代謝・内分泌疾患による意識障害

岡部 正明 (立川総合病院
循環器内科)

意識障害の原因となる代謝・内分泌疾患は、疾患単位としては、肝性昏睡・尿毒症・糖尿病性昏睡・他に甲状腺、下垂体、副腎、副甲状腺の各内分泌臓器の機能亢進および低下症があげられる。意識障害の機序は体液の異常と循環不全であり、各疾患で特徴ある体液異常(酸塩基平衡異常、電解質異常、血漿浸透圧異常、異常血糖値など)をしめす。

低血糖を除けば、発症様式に特徴があり、脳血管・心疾患によるものに比べて数日の経過で意識障害が進行し、この間に、体重や尿量の変化、神経筋症状、胃腸症状などの前駆症状が見られる事が多い。神経筋所見には左右差はない。また、意識障害の発生になんらかの誘因(感染・外傷・薬剤など)があることも多い。病歴を聴取可

能な場合はこれらの点は診断の手掛かりになる。

各疾患に特異的な理学的所見は乏しく、鑑別診断には動脈血ガス分析をはじめ緊急血液検査データの解析が必要である。

しかし、臨床上多いのは血糖異常によるものである。特に低血糖の放置は不可逆的脳障害をひきおこすので、疑われたら検査結果を待たずに糖液を静注する事も必要である。

脳血管障害、心疾患による意識障害に合併することもあり、見逃さないためには、意識障害を診たら常に上記各疾患を念頭に置き診断を進める事である。

3) 循環器疾患における意識障害と来院時心肺停止(DOA)について

渡辺 賢一 (燕労災病院
循環器内科)

失神は急激におこる一過性の意識消失発作で、後遺症を残さない可逆性の脳機能異常を意味する。失神の原因は多岐にわたるが原因不明のものも多い。心疾患が原因で突然死の前兆となっている場合もあり、その診断と治療は重要である。

一般的には失神の原因は詳細な病歴、理学的検査、脳波、CT、心電図、ホルター心電図などの非侵襲的検査によって診断のつくこともある。しかしそれらの検査で異常が認められない患者も多く、それらの患者に対し電気生理学的検査で不整脈を検討することは有用である。一方冠縮性狭心症でも冠縮発作により洞停止・完全房室ブロックなどの徐脈や、心室頻拍・心室細動などの頻脈を生じ失神を来す例がある。失神例についての著者らの心臓精査の結果を呈示した。

さらに心肺停止になると心マッサージなどの救急蘇生が必要となる。来院時心肺停止(DOA)は死亡率が高く、目撃者(bystander)の心肺蘇生が必要であるが、アメリカの33%に比べ日本では3~8%と低い。当院における過去3年間のDOA症例は山上等が第24回新潟救急医学会で報告したごとく111例であった。bystanderの心肺蘇生は0例であり、一次救命処置は救急隊員により施行されている。内因死では高血圧、糖尿病などの慢性疾患をもつ症例が多くみられた。各病院での実態調査と住民への啓蒙が必要である。