＜初診時診療録＞

診察日：20×× 年 9月18日　　記載者：○○　●●（学籍番号　　）

患者名：小田　花子（おだ　はなこ）

年　齢：38歳

性　別：女性

主　訴：意識障害

現病歴：20××年9月18日の21時過ぎに同居家族が帰宅した際に倒れている本人を発見して救急要請された。救急隊接触時にJCS2桁の意識障害あり当院に搬送となった。

既往歴：アルコール性肝硬変、肝性脳症（当院に複数回の入院歴あり）
（喫煙：10本/日 、飲酒：禁酒中のはずが飲酒していた）

家族歴：未聴取

社会歴：未聴取

現　症：意識レベルはJCS II-30（GCS E2V3M5）。体温 37.1℃。心拍数 56/分、整。血圧 198/102 mmHg。呼吸数16/分、SpO_2 98％（room air）。心音と呼吸音とに異常はない。毛細血管再充満時間は2秒以内。瞳孔径は左右ともに2 mm（対光反射迅速）、明らかな麻痺はない。外傷性変化や皮疹は認めない。

検査所見：血液所見：赤血球410万、Hb 13.2 g/dL、Ht 38％、白血球14,000（桿状核好中球7％、分葉核好中球62％、好酸球2％、好塩基球1％、単球6％、リンパ球22％）、血小板12万。PT-INR 1.1（基準、APTT 28.3sec

血液生化学所見：随時血糖 98 mg/dL、総タンパク 4.2 g/dL、アルブミン 2.3 g/dL、BUN 11 mg/dL、Cr 0.4mg/dL、総ビリルビン2.0 mg/dL、AST 110 U/L、ALT 139 U/L、LD 144 U/L（基準120～245）、アンモニア274 μg/dL（基準30～80）、Na 131 mEq/L、K 3.4 mEq/L、Cl 110 mEq/L。CRP 0.6mg/dL。

頭部単純CT：橋に高吸収域を認め出血の所見である。

＜プロブレムリスト＞

＃1. 橋出血

＃2. 頭蓋内圧亢進

＜考察＞

（1）診断：肝性脳症の既往、飲酒の再開、血中アンモニア濃度の上昇から、肝性脳症による意識障害と考えやすいパターンであったが、意識障害、徐脈を伴う高血圧から、頭蓋内圧亢進が疑われた。ピンホール様の瞳孔は橋出血に特徴的な所見である。頭部単純CT所見と結び付け、橋出血による頭蓋内圧亢進と考えることができた。

（2）治療：橋出血そのものには手術適応はないが、水頭症出現の際には脳室ドレナージが検討される。ドレナージなどが行える高次医療機関への入院のうえ、厳格な降圧管理および水頭症出現の有無を経時的に評価する必要がある。

（3）説明：患者と同伴した夫には以下のように説明した。

「脳の橋という生命維持に重要な部位に出血があることが意識障害の原因と考えられます。通常、この出血に手術治療は実施されませんが、出血によって脳の周囲を覆う髄液という水成分の流れが塞き止められ、水頭症という状態になることがあります。その場合には脳室ドレナージという手術治療が必要になることがあります。また、現時点では脳出血によって生じている高血圧に対しての注射薬による厳格な降圧治療が必要です。今後、仮に水頭症が出現した際に、その発症を迅速に診断するためには高次医療機関での治療が重要となります。そのため、これらの医療行為が可能な医療機関に相談をしたうえ、搬送の手続きを取らせていただきます。