

# 右下肢のしびれ・脱力を主訴に急性呼吸不全をきたした一例

徳之島徳洲会病院 研修医 城戸淳(大隈鹿屋) 田村岳士(札幌東) 小野隆司、飯田信也

【症例】60歳 男性

【主訴】右下肢のしびれ・脱力

【現病歴】

4/8の夜よりめまい出現にて来院。頭部CT上も異常ないため、経過観察。4/9の19時にも両下肢のだるさを主訴に来院。心因性として、デパス処方にて帰宅。4/11、朝まで歩行可能で、車庫のところまで歩いてきたが気分不良のため、右足を動かすことができず立てなくなったため救急搬送となる。

【既往歴】

TIA(H19年1月 右下肢の脱力が主訴)

IgA腎症、慢性腎不全、うっ血性心不全、高血圧、糖尿病、冠れん縮性狭心症、前立腺肥大症

【服薬歴】

バイアスピリン(100)1T1×、ノルバスク(5)1T1×、ディオバン(80)1T1×、アーチスト(2.5)2T2×、ニコランマート3T3×、ペルサンチン12T3×、アピシヨット1T1×、ラシックス(20)1T1×、アマリール(1)1T1×

【嗜好歴】タバコ:なし(4年前まで20本/日) アルコール:なし

【身体所見】

意識 clear、BP168/68、KT36.0、HR73/分、RR34/分、SpO2 98%(room)

脳神経(-X)異常なし。指鼻試験異常なし。上肢Barre徴候なし。

四肢感覚障害なし。MMT:両上肢5、右下肢2、左下肢5

腱反射:上腕二頭筋右(+)/左(+)、上腕三頭筋右(+)/左(+)、橈骨筋右(+)/左(+)、膝蓋腱右(-)/左(-)、

アキレス腱右(-)/左(-)

Babinski 反射:右(-)/左(-)、右足背動脈及び膝窩動脈触知不可

胸部:心雑音なし、呼吸雑音なし、腹部:蠕動音異常なし、圧痛なし

【検査所見】

[L/D]WBC 12360/mm<sup>3</sup>, Hb 12.2g/dl, Ht 37.5%, Plt 11.4万/mm<sup>3</sup>, Na 143 mEq/l, K 3.6 mEq/l, Cl 106mEq/l, Ca 9.3mg/ml, BUN 27.3mg/dl, Cr 1.4mg/dl, BS 140mg/dl, CRP 15.51mg/dl, CPK 53IU/L, GOT 13IU/l, GPT 15IU/l, LDH 180IU/l, -GTP 48IU/l, T-Bil 1.4mg/dl, TP 7.1g/dl, Alb 3.8g/dl, PT-INR 1.36, APTT 34.4  
[Chest XP]肺野・骨・軟部陰影に異常認めず、CTR:60%

[ECG]HR65、NSR、LAD、ST変化なし

[下肢血管エコー]右総腸骨動脈から大腿動脈にかけて99%の狭窄あり、右大腿動脈から膝窩動脈にかけて血流低下

[心エコー]Apexにdiffuse hypokinesis、A-Ao 60mmと拡大、IVC18.4 16.4mm

[大動脈CT]大動脈起始部～両側総腸骨動脈まで解離、右腎動脈閉塞、右下腿動脈閉塞

【診断・経過】

急性大動脈解離(Stanford A型)。手術目的で南部徳洲会病院へ搬送。

【結語】

下肢のしびれという、症状が非典型的な急性大動脈解離の症例を経験すると同時に、手術のためヘリ搬送することとなった症例を経験した。Stanford分類における外科的療法と薬物療法の死亡率を比較し、本症例の手術適応を検討し、今後の離島でのヘリ搬送の適応について考えるきっかけとなった。