



# 頭痛診療における Pitfall と解決策

山口大学大学院医学系研究科  
脳神経外科 講師

米田 浩  
Hiroshi Yoneda

山口大学大学院医学系研究科  
脳神経外科 教授

鈴木倫保  
Michiyasu Suzuki



## くも膜下出血を見落とさないための 診断のコツは？

### 【症例】

症例1：70歳女性。突然の激しい頭痛があり、徒歩にてかかりつけの近医内科を受診した。頭部単純 computed tomography (CT) を施行されたが異常がなく経過観察となった。5日後に左眼の眼瞼下垂が出現し、眼科を受診したが異常なく、帰宅となった。さらに翌日神経内科を受診し、CT、MRIとも異常を認めなかったが腰椎穿刺が施行され、血清髄液が認められたため、くも膜下出血 (SAH) と診断され、加療目的にて当院に救急搬送入院となった **Pitfall ①**。

症例2：65歳女性。夕方料理中に突然の激しい頭痛を自覚したが、自宅で様子を見ていた。頭痛が改善しないため3日後に近医内科を受診し風邪と診断されて帰宅となった **Pitfall ②**。頭痛が続くため翌日他院を受診し頭部CTにてSAHを認めたため当院に救急搬送となった。

### Pitfall ①の Solution

症例1は“warning headache”, “sentinel headache”といわれるいわゆる警告頭痛で発症し、さらに内頸動脈—後交通動脈分岐部動脈瘤の切迫破裂 (図1)により動眼神経麻痺を発症し、CT、MRIにSAHを認めなかったが (図2)、腰椎穿刺でSAHの診断がなされた症例である。警告頭痛はその機序として脳動脈瘤の微小出血、動脈瘤壁の伸展や解離などが原因とされており、時期はmajor bleedingの24時間以内と7～14日前、頻度は約0～43%と報告されている<sup>1)</sup>。SAHの診断のfirst choiceは頭部単純 computed tomography (CT) であるが、当症例のように微小出血の場合、頭部CTによるSAHの否定は困難なことが多い。またCTの感度はSAHの発症時より低下

し、6時間以内100%、24時間以内90～98%、3日後85%、7日後50%と低下することに留意しなければならない<sup>2)</sup>。CTでSAHが陰性所見の場合、MRIのFLAIR画像によるSAH診断が有用である (図3)。頭部単純CTあるいはMRIでSAHが陰性の場合でも、臨床的にSAHが強く疑われる場合は、十分な鎮静・鎮痛下で腰椎穿刺を行い、髄液のキサントクロミーの有無を診断する必要がある<sup>3)</sup>。

### Pitfall ②の Solution

症例2は“SAHの診断の遅れ”の原因が医療者側・患者側の両方であった症例である。脳動脈瘤破裂の“SAHの診断の遅れ”は患者の予後を悪くする。Community basedの研究では出雲市のSAH 358症例において、診断